

第8編

医療施策

第1章

医療機能の分化と連携

第1節 機能分化と連携(病診連携等の推進)

第1 現状と課題

1 機能分化・連携の推進

- 今後とも、高齢化の進展や医療をとりまく環境の変化等に伴い、医療需要も変化していくことが見込まれることから、ニーズに合った医療提供体制への変革が必要です。
- 限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、二次医療圏内外の医療機関が連携を図り、急性期から回復期を経て慢性期に至るまで、切れ目なく必要な医療を提供する体制を整備することが必要となっています。

2 特定機能病院・地域医療支援病院

- 特定機能病院は、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、医療法に基づき厚生労働大臣が承認するものです。県内では信州大学医学部附属病院が承認されています。
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医やかかりつけ歯科医からの紹介患者への医療の提供、地域の医療機関との医療機器の共同利用、地域の医療従事者への研修の実施などを通じて、かかりつけ医やかかりつけ歯科医を支援することができる病院として、地域の中心的な病院を医療法に基づき知事が承認するもので、県内では2001年度以降、2023年度までに7つの医療圏で12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。
- 2014年度から、特定機能病院及び地域医療支援病院の承認要件等が改正され、紹介率の算定式等の見直しがされています。

【表1】特定機能病院及び地域医療支援病院の承認の状況

種別	二次医療圏	医療機関名	承認年月日	
特定機能病院	—	信州大学医学部附属病院	1994年7月1日	
地域医療支援病院	佐久	佐久総合病院佐久医療センター	2015年6月16日	
	上小	信州上田医療センター	2002年11月14日	
	諏訪	諏訪赤十字病院	2002年11月14日	
	上伊那	伊那中央病院	2011年3月20日	
	飯伊	飯田市立病院	2004年7月30日	
	松本		相澤病院	2001年8月2日
			まつもと医療センター	2009年10月14日
			安曇野赤十字病院	2017年9月5日
			県立こども病院	2018年2月13日
	長野		長野赤十字病院	2003年8月8日
			長野市民病院	2010年9月21日
			南長野医療センター篠ノ井総合病院	2015年6月16日

3 医療に関する情報化の推進

- 医療分野においては、診療情報等を共有する地域医療ネットワークの構築など、ICTを活用した医療機関相互の連携の促進等が進められています。
- 本県においては、信州大学医学部附属病院等に設置された中継サーバ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「信州メディカルネット」をはじめ、佐久地域の「佐久地域医療連携ネットワーク」や上小地域の「上小メディカルネット」のほか、ネットワークに参加する医療機関間で遠隔診断を行う「遠隔病理診断ネットワーク」など、地域単位・診療領域単位で患者情報等を電子的に共有する取組が進められています。
- また、飯伊地域では、地域包括ケア体制の構築に向け、在宅や介護施設等で医療を受けている方の病状変化や介護の情報を、地域の複数の医療機関や介護事業所等の間で共有する「飯田下伊那診療情報連携システム（ism-Link）」を運用し、質が高く効率的な医療・介護サービスの提供に活用されています。
- 遠隔医療については、県内では県立阿南病院と売木村診療所が連携し、「D（医師）to P（患者）with N（看護師）」の形式でオンライン診療を導入することで、医師の負担を軽減しながらへき地における受診機会を確保しています。今後も、対面診療を前提としつつも、へき地における医療を補完する仕組みとしてオンライン診療の導入を促進していく必要があります。
- 電子的に処方箋を運用することで、複数の医療機関や薬局で重複投薬等の確認が可能となる電子処方箋については、県立木曽病院が中心となって地域の薬局と連携した電子処方箋の運用を開始するなど、県内でも取組が進んでいます。
- 今後も質の高い医療を効率的に提供するため、患者情報の共有や遠隔医療をはじめとした医療分野におけるICTの活用を一層促進していくことが必要です。

医療DX

医療DXとは、「保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務システム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えること」と定義されています。

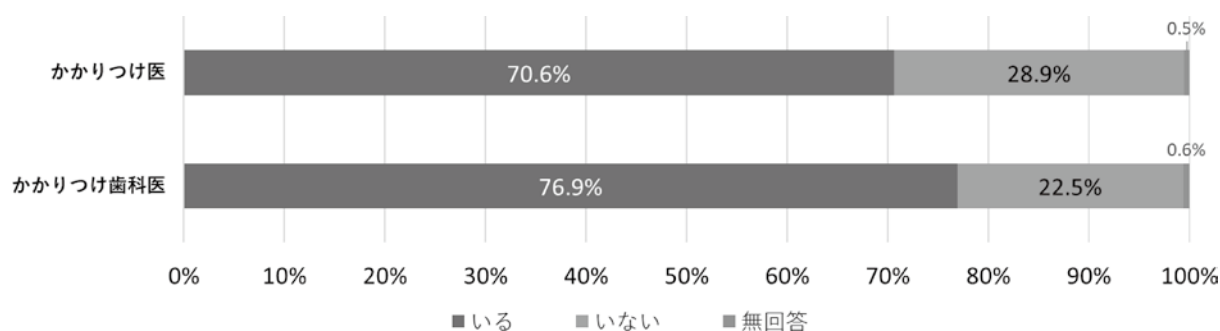
国は内閣に「医療DX推進本部」を設置し、医療DXの取組として「全国医療情報プラットフォームの創設」、「電子カルテ情報の標準化等」及び「診療報酬改定DX」を実現するため、政府を挙げて施策を推進する方針を示しています。

4 かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及

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

- 県民医療意識調査によると、「あなたが、もし体調が少し悪くて医師にみてもらいたいときどうしますか。」という質問に対し、「身近な診療所（医院・クリニック）へ行く」という回答が82.7%を占めたのに対し、「なるべく大きな病院へ行く」という回答も約12.9%ありました。
- また、かかりつけ医について、「あなたが病気になったときに決まってみてもらう医師(かかりつけの医師)がいますか」という質問に対し、「いる」と回答した方は70.6%、かかりつけ歯科医については、「いる」と回答した方が76.9%となっています。

【図1】かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無



(医療政策課「県民医療意識調査」)

- 患者が大きな病院に集中すると、重症患者の手術・入院治療など、病院が本来有する高度な医療機能を十分に活かすことができないばかりか、待ち時間が長くなるなど患者にとっても不便となるため、かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及を推進することが必要です。
- 専門的な検査や高度な医療が必要な場合など、かかりつけ医・かかりつけ歯科医だけでは対応できない患者を専門医等に円滑に紹介することにより、多様な診療機能を持つ医療機関相互の連携（病診、病病、診診連携）を図ることが重要です。

第2 施策の展開

1 機能分化・連携の推進

- 専門的な治療を必要とする疾病等については、全県及び隣接する医療圏との連携体制の強化を推進します。
- 市町村や医療関係者等と病床機能報告等に基づく地域の病床構成の情報などを共有し、地域で不足する回復期機能などの病床機能への転換に向けた関係者の自主的な取組を支援します。
- 地域で不足する病床機能への転換及び必要な設備等の充実強化に向け、地域医療介護総合確保基金を活用し積極的に支援します。
- 医療機関の連携を支援するため、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）、6事業（救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）及び在宅医療について、急性期や回復期などの機能を担う具体的な医療機関名を記載した機能別医療機関の一覧（信州保健医療総合計画別冊）を作成し、毎年、最新の状況を公表します。

2 地域医療支援病院

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

3 医療に関する情報化の推進

- 医療の効率化、安全確保、質の向上の観点から、電子カルテの導入、地域医療ネットワークの構築、オンライン診療の設備整備などを支援することにより、医療分野におけるICTの活用を推進します。

4 かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及

- かかりつけ医・かかりつけ歯科医から病院への患者紹介及び病院からかかりつけ医・かかりつけ歯科医への逆紹介が積極的に行われるよう医療機関の機能分担と連携を推進します。
- その際に、患者情報の共有手段や、患者への説明手段としてICTを活用した診療情報等共有ネットワークなどの積極的な活用を目指します。
- 県民に対して、身近な診療所をかかりつけ医・かかりつけ歯科医とすることについて引き続き普及啓発を行うとともに、医療情報ネットにより診療情報等を提供します。

第3 数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	かかりつけ医を持つ人の割合	70.6%	70.6%以上	現状以上を目指す。	県民医療意識調査
○	かかりつけ歯科医を持つ人の割合	76.9%	76.9%以上	現在の水準以上を目指す。	県民医療意識調査

注) 「区分」欄 ○ (アウトカム指標) : 医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第2節 医薬分業・医薬品等の適正使用

第1 現状と課題

1 医薬分業

- 医薬分業とは、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し、医療の質的向上を図るもので、医師が患者に処方せんを交付し、薬局の薬剤師がその処方せんに基づき調剤を行うことで、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を実施し、有効かつ安全な薬物療法の提供をするものです。
- 処方せん受取率が75%を超えて医薬分業は進展しましたが、患者は受診した医療機関ごとにその近くの薬局で調剤を受ける機会が多いことから、服薬情報の一元的・継続的な把握（多剤・重複投薬等や相互作用の確認ができる）など医薬分業の意義やメリットを十分に機能させていく必要があります。
- 厚生労働省は2015年10月、医薬分業の原点に立ち返り、地域包括ケア等への貢献や健康サポート機能の充実に向けて、すべての薬局を患者の服薬情報の一元的・継続的な把握等の機能を果たす「かかりつけ薬剤師・薬局」へ再編するため、「患者のための薬局ビジョン」を策定し、患者本位の医薬分業の実現に向けた中・長期的な道筋を示しています。
- 「県民医療意識調査」によると、「あなたは、かかりつけの薬局をお持ちですか」という質問に対し、「はい」と回答した人の割合は62.2%となっています。

(1) 処方せん受取率（外来患者に係る院外処方割合を示すいわゆる医薬分業率）の推移

- 本県における医薬分業は定着しつつあり、2019年度に処方せん受取率は75%を超え、全国の処方せん受取率も上回っています。

【表1】処方せん受取率の年次推移

（単位：％）

年度	2018	2019	2020	2021	2022
長野県	74.8	75.9	77.3	77.1	78.3
全国	74.0	74.9	75.7	75.3	76.6

（日本薬剤師会調）

(2) 休日・夜間における処方せんの受入体制

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

【表2】休日・夜間の処方せん受入体制（2023年1月現在）

地区	佐久	小諸北佐久	上田	諏訪	岡谷	上伊那	飯田下伊那
休日	当番制	当番制 (～23時)	当番制(24時間体制)	当番制	当番制	当番制	当番制
夜間	個々の薬局 対応	当番制 (19～23時)	当番制(24時間体制)	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

地区	木曾	松本	安曇野	大北	更埴	北信	長野市
休日	個々の薬局 対応	当番制 (～19時)	当番制	当番制	当番制	個々の薬局対 応、一部当番制 (中野・須坂地区)	当番制 (9～18時)
夜間	個々の薬局 対応	当番制 (～22時)	個々の薬局 対応	個々の薬局 対応	当番制	個々の薬局 対応	当番制 (18～22時)

(長野県薬剤師会調)

(3) 薬局・医薬品販売業者数及びその推移

- 近年、健康に対する意識・関心の高まりから、「セルフメディケーション」の考え方が見られるようになってきており、軽度な身体の不調の改善等を目的として、身近な薬局・薬店で購入できる一般用医薬品（OTC医薬品）を利用する機会が増えています。
- 県内の薬局・医薬品販売業に従事する薬剤師とともに、一般用医薬品の販売に従事する登録販売者が、県民のセルフメディケーションの推進に寄与しています。

【表3】 薬局・医薬品販売業者数（2023年3月現在）

保健福祉事務所 保健所	佐久	上田	諏訪	伊那	飯田	木曾	松本	大町	長野	北信	長野市	松本市	県外	合計
薬局	109	105	96	78	68	10	80	27	73	45	198	125	-	1,014
店舗販売業	44	47	51	41	40	13	41	17	36	18	89	51	-	488
配置販売業	1	9	3	8	3	1	5	0	5	2	19	8	81	145

(薬事管理課調)

【表4】 薬局・医薬品販売業者数の年次推移

年 度	2018	2019	2020	2021	2022
薬 局	989	983	991	1,002	1,014
店舗販売業	454	456	468	475	488
配置販売業	167	161	160	151	145
合 計	1,610	1,600	1,619	1,628	1,647

(薬事管理課調)

【表5】 薬局・医薬品販売業に従事する薬剤師数・登録販売者数及び配置従事者数

(2023年1月現在)

保健福祉事務所 保健所	佐久	上田	諏訪	伊那	飯田	木曾	松本	大町	長野	北信	長野市	松本市
薬剤師	423	419	351	299	237	41	519	125	307	167	735	643
登録販売者	283	371	264	226	195	52	417	95	262	130	465	326
配置従事者	24	36	16	40	32	2	22	4	13	7	50	24

(注) 1 薬剤師及び登録販売者で複数の店舗に従事する者については、保健福祉事務所・保健所の各々の欄に重複し計上している。

2 県外で配置従事者身分証明書を発行して、県内で販売従事している者は含まない。

(薬事管理課調)

(4) 健康サポート薬局

- 厚生労働省が策定した「患者のための薬局ビジョン」において、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する機能を兼ね備えた薬局を「健康サポート薬局」と位置づけており、2023年1月現在、県内76薬局がこの薬局として届出を行っています。

(5) 認定薬局

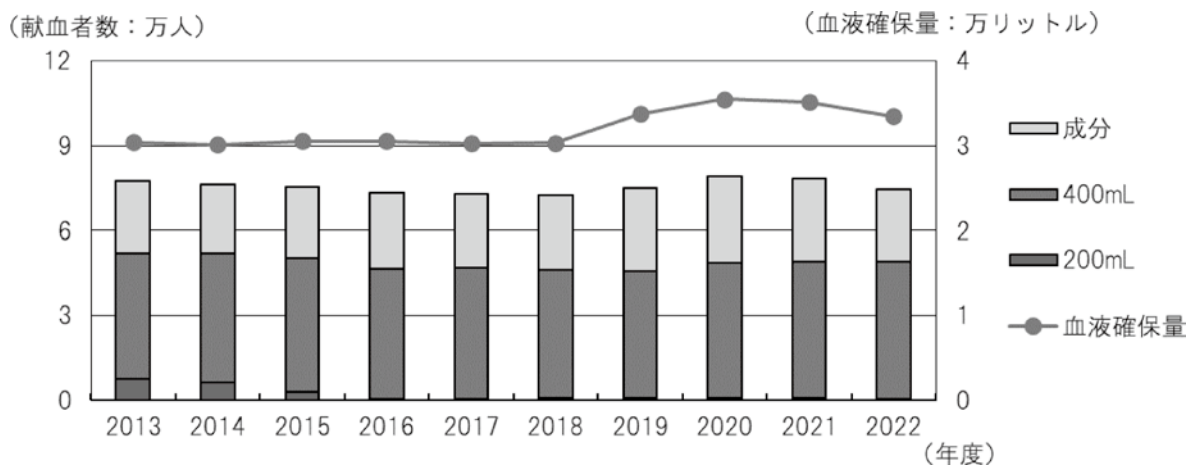
- 住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができるようにするため、患者自身が自分に適した薬局を選択できるよう、入退院時や在宅医療に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（地域連携薬局）及び、がん等の専門的な薬学管理に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）として機能別に薬局の知事認定制度（名称独占）が導入され、2023年1月現在、地域連携薬局として県内29薬局並びに専門医療機関連携薬局として県内6薬局が認定されています。

2 血液の供給確保

(1) 必要な血液の確保

- 医療技術の進展や血液製剤を必要とする割合の高い世代が増加傾向にある一方、献血可能な年齢層の人口は減少傾向にあり、必要となる血液製剤を確保するための献血者の確保が重要な課題となっています。
- 本県の献血者数は全体として横ばい傾向にありますが、特に若い世代で人口減少率以上に大幅に減少しており、将来の献血を担う若年層の献血者を確保する必要があります。若年層の献血者数減少の要因の一つとしては、近年の高等学校における校内献血実施率の低下などにより、若い世代が献血に接する機会が減っていることがあげられます。

【図1】長野県の献血者数及び献血量の年次推移



(薬事管理課調)

【表6】長野県の献血者数と人口の推移

年 齢	献 血 者 数			人 口		
	2013年度 (a)	2022年度 (b)	対2013年度比 (b)/(a)	2013年度 (c)	2022年度 (d)	対2013年度比 (d)/(c)
10代(16～19歳)	3,665	2,545	0.69	84,229	74,534	0.88
20代	12,776	9,290	0.73	169,756	153,921	0.91
30代	17,086	10,709	0.63	253,748	189,840	0.75
40代	23,181	18,843	0.81	283,234	265,387	0.94
50代以上(50～69歳)	20,699	33,148	1.60	569,056	526,643	0.93

(薬事管理課調)

(2) 血液製剤の適正使用

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

【表7】輸血用血液製剤の供給量及び使用量（2021年度）

	供給量	使用量	使用割合
赤血球製剤	83,928 単位	75,963 単位	90.5%
血小板製剤	98,265 単位	93,085 単位	94.7%
新鮮凍結血漿製剤	24,826 単位	23,606 単位	95.1%

(長野県献血推進協議会輸血療法部会調)

第2 施策の展開

1 医薬分業

- 薬剤師会等関係団体と協力し、「患者のための薬局ビジョン」に基づき、医療関係者との連携や夜間・休日を含めた24時間対応、在宅患者対応等の体制整備を進め、薬や健康に関する相談を安心してできる「かかりつけ薬剤師」を増やすとともに、すべての薬局が患者の服薬情報の一元的・継続的な把握等の機能を果たす「かかりつけ薬局」になるよう取り組みます。
- 医薬品の適正使用を推進するため、薬局等で医薬品情報の提供が的確に行われるよう監視指導を行います。
- 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性を確保するため、医薬品製造業者等で適正な手順書に基づく業務が徹底されるよう監視指導を行います。
- 薬局・医薬品販売業者がセルフメディケーションの拠点として機能するよう、関係団体と連携してOTC医薬品の販売に従事する者等の資質向上を促進するなどの体制整備を進め、「健康サポート薬局」の定着を推進します。

患者のための薬局ビジョン

厚生労働省は、2015年10月に患者本位のかかりつけ薬剤師・薬局に再編するため、「患者のための薬局ビジョン」を策定しました。

本ビジョンでは、患者本位の医薬分業の実現に向けて、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、24時間対応・在宅対応、医療機関等との連携強化など、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、健康サポート機能を有する健康サポート薬局への取り組みについて示されました。

また、2021年の医薬品医療機器等法改正により、「地域連携薬局」及び「専門医療機関連携薬局」の認定薬局制度がスタートし、患者のための薬局ビジョンを基に、かかりつけ薬剤師・薬局機能に加えた、高度な薬学管理機能を持つ薬局への取り組みが進められています。

2 血液の供給確保

- 医療機関で必要となる輸血用血液を確保し、血漿分画製剤の原料血漿を国内の献血で賄うため、毎年必要とされる献血者数の目標を定めるとともに、地域の献血推進団体、長野県献血推進員等との連携により、組織的かつ計画的な献血の推進を図ります。
- 将来にわたって持続的に献血を支えていく体制を構築するため、県民に対して献血の普及啓発を行います。特に、次代の献血を担うこととなる10代20代の若い世代に対する啓発を、県教育委員会、長野県赤十字血液センター等関係機関と連携して重点的に行います。
- 医療機関における血液製剤の使用状況を把握するとともに、長野県献血推進協議会輸血療法部会等と連携して血液製剤の安全かつ適正な使用を推進し、有効利用を図ります。

スポーツチームサポーターへの献血啓発活動

少子高齢化のなか、将来にわたり必要な血液を確保していくためには、これからの献血を支える若年者の協力は不可欠ですが、若年層献血者数は減少傾向にあり、全国的に課題となっています。

このため、県では、若年者をはじめとして、多くの人が集まるプロスポーツチームの公式戦において献血啓発活動を展開しています。

サッカーJリーグの松本山雅FCとAC長野パルセイロ、バスケットボールBリーグの信州ブレイブウォリアーズ等に協力いただき、競技場に移動採血車を配置し、来場された皆さまに献血への協力を呼びかけています。また当日献血いただいた方にはチームグッズなどをお渡ししています。来場の際にこのイベントを知り、はじめてお子様が献血をしたという親子連れの方がおられるなど、チームへの応援とともに、多くの皆さまに積極的に献血に協力いただいています。



医療に必要とされる血液を安定的に確保していくため、多くの方に献血いただけるよう、今後も啓発活動に取り組めます。



第3 数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定が可能な薬局数	640 薬局 (2023)	640 薬局 以上	現状より増加させる。	関東信越厚生局 「施設基準届出状況」
O	かかりつけ薬局を持つ人の割合	62.2%	62.2% 以上	現状より増加させる。	県民医療意識調査
P	献血推進計画に定める献血者の目標人数に対する達成率	95.3% (2022)	100%以上	医療に必要な血液量を確保する。	薬事管理課調査

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

電子お薬手帳

「お薬手帳」は、皆さんが使用しているお薬の名前や使い方などに関する情報について、過去のアレルギーや副作用の経験の有無と併せて、経時的に記録するためのものです。

現在、使用しているお薬はもちろん、過去に使用したお薬の情報も記録されており、病院や診療所、薬局で、「お薬手帳」を提示していただき、お薬の重複や飲み合わせのチェック、アレルギー歴や副作用歴の確認などを行っています。

これまではほとんどが紙のお薬手帳でしたが、電子版のお薬手帳（電子お薬手帳）も増えてきています。電子お薬手帳は、スマートフォンなどにお薬の情報を保管するため、災害時や旅行時など、さまざまな場面での利用が期待されています。この他にも、スマートフォンのアラーム機能と連携させた飲み忘れ防止機能や血圧等を記録することができる健康管理機能を備えたものなど、今後、ますます有効に活用されることが期待されています。

第2章

保健医療従事者の養成・確保

第1節 医師（医師確保計画）

第1 医師確保計画の基本的な考え方

1 計画の趣旨

2004年度の医師臨床研修の必修化、その後全国各地の医療機関で発生した医師不足、診療科の休・廃止等を受け、2008年度以降、医学部定員の増員が図られました。それにより全国的に医師の実数は増えたものの、長きにわたって課題として認識され続けてきた「地域間・診療科間の偏在」は解消に至っていません。

このため、2018年に公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」に基づき、全国ベースで三次医療圏（都道府県）ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県においては、三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を定める「医師確保計画」を、医療計画の一部として策定することとされました。

医師偏在是正の進め方としては、3年の計画期間（初回は4年）ごとに、医師偏在指標の下位33.3%に属する二次医療圏又は都道府県が、これを脱するために当該計画の実施・達成を繰り返すことを基本とし、その結果、2036年までに地域間の医師偏在是正を達成することを長期的な目標としています。

これを受けて本県では、前述の全国の動きや医療法等に基づき国が示す医師確保・偏在対策の考え方のみならず、県内の医師不足の実態や医療提供体制の継続性の確保等についてもふまえたうえで、2020年3月に「第7次長野県医師確保計画」（以下「前計画」という。）を策定し、医師確保の目標を達成するための施策を推進してきました。目標として設定した県全体（三次医療圏）及び各二次医療圏の医療提供体制の確保や医師の地域偏在の解消に向けて、修学資金貸与医師等の医師少数区域等への重点配置や、地域医療人材拠点病院による小規模病院等への医師派遣が進展するなど、十分とは言えないものの一定の事業効果が見られる状況です。

本計画は、前計画に引き続き、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし、地域に必要とされる医療の維持・充実を図ることができるよう、本県が取り組むべき医師確保・偏在是正施策の方向性とその具体的な目標を明らかにするとともに、施策を総合的に推進するために策定するものです。

2 計画の位置付けと期間

- 「第8次長野県保健医療計画」における医師の確保に関する事項（本節の記載）を「長野県医師確保計画」と位置付けます。
- 計画期間は、2024年度から2026年度までの3年間とします。
- 計画は3年ごと（第7次計画のみ4年）にPDCAサイクルに基づく見直しを行い、長期的には2036年度までに必要な医師の確保や偏在是正を達成することを目指します。

年 度	2018	2020～2023	2024～2026	2027～2029	2030～2032	2033～2035
医師確保計画		第7次計画	第8次(前期)計画	第8次(後期)計画	第9次(前期)計画	第9次(後期)計画
保健医療計画	第7次計画		第8次計画		第9次計画	

第2 現状と課題

1 医師を巡る現状・課題等

(1) 医療圏別の医療施設従事医師

- 2020年末現在の本県の医療施設従事医師数は4,994人、人口10万人当たり243.8人（全国30位）と、全国平均256.6人を12.8人（実人員換算262人）下回っており、全国との差は縮まってきているものの、引き続き、医療機関に勤務する医師を増加させることが必要となっています。

【表1】医療施設従事医師数（人口10万対）の推移 （単位：人）

年	2010	2012	2014	2016	2018	2020
長野県	205.0	211.4	216.8	226.2	233.1	243.8
全国平均	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7	256.6
全国との差	△14.0	△15.1	△16.8	△13.9	△13.6	△12.8

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」）

- 二次医療圏ごとの人口10万人当たり医療施設従事医師数は、佐久、松本で県平均を上回っていますが、上小、上伊那、木曽では平均を大きく下回っており、地域間における医師偏在の是正が必要となっています。

【表2】2020年医療圏別医療施設従事医師数（人口10万対） （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
医師数	550	324	468	303	306	38	1,558	133	1,158	156
対前回 (2018年)	41	6	3	12	△3	1	38	4	80	3
人口 10万対	269.1	167.1	241.4	168.4	197.0	149.2	367.7	236.5	217.4	189.0
対前回 (2018年)	23.1	3.9	3.0	8.3	1.0	10.2	9.5	12.3	15.7	7.4

※ 松本医療圏の信州大学を除いた人口10万対医師数:241.7人

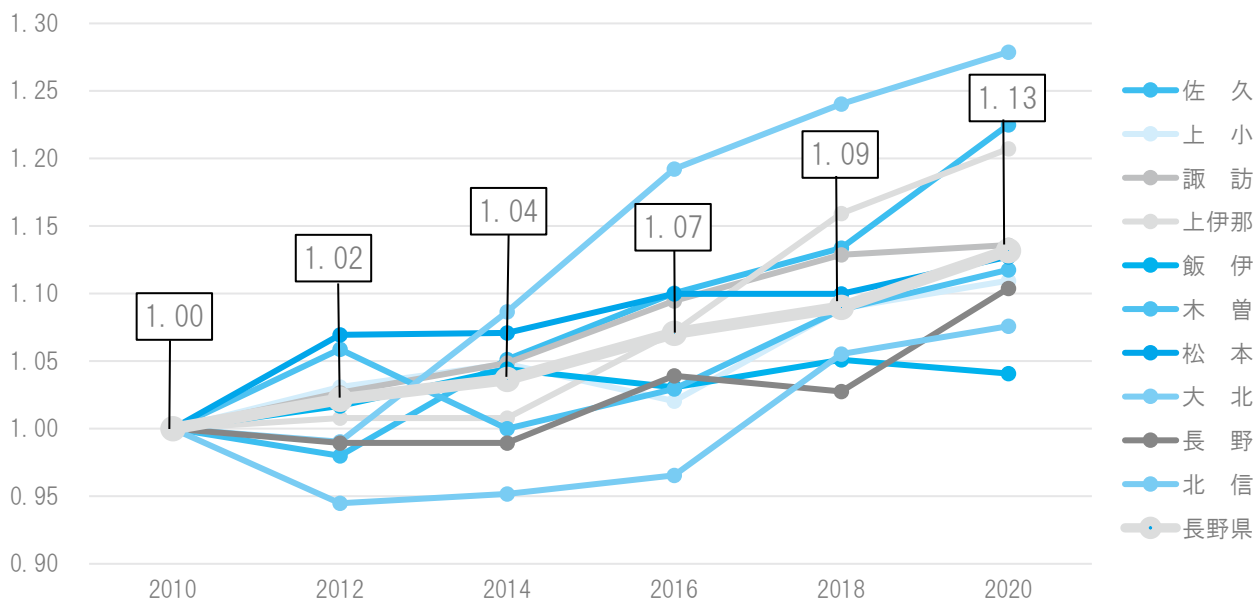
（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

- 2010年の医師数をもとに、県内の医療施設従事医師数の推移をみると、県全体では1.13倍に医師数が増加していますが、医療圏ごとの医師数の推移には差異があります。

＜医療圏ごとの医師数の推移＞（2010年→2020年）

佐久：1→1.22 上小：1→1.11 諏訪：1→1.14 上伊那：1→1.21 飯伊：1→1.04
木曽：1→1.12 松本：1→1.13 大北：1→1.28 長野：1→1.10 北信：1→1.08

【図1】医療圏別医療施設従事医師数の推移(2010年を1とした場合)



(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

(2) 診療科別の医療施設従事医師

- 2020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、おおむね増加していますが、産科・産婦人科など全国平均を下回る診療科があり、診療科における医師の偏在の是正が必要となっています。
- 超高齢社会を迎え、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、地域医療を担う医療機関においては、総合診療医などの幅広い診療能力を持つ医師が求められており、その養成が課題となっています。
- 全国的に専門研修医(専攻医)は増加していますが、大都市部及びその周辺都市の病院に集中し、地域偏在の解消にはつながっていません。

【表3】2020年診療科別従事医師数(人口10万対)

(単位:人)

区分	年	内科	内科 ※1	小児科	産科・ 産婦人科	整形外科	麻酔科	外科	外科 ※2	脳神経 外科
長野県	2020	52.1	82.6	14.8	8.3	18.1	7.7	12.5	22.7	5.7
	(2018)	(49.5)	(76.8)	(13.8)	(8.2)	(17.1)	(7.3)	(12.7)	(22.7)	(5.7)
全国平均	2020	48.8	85.3	14.3	9.3	17.9	8.1	10.5	22.1	5.8
	(2018)	(47.8)	(82.8)	(13.7)	(8.9)	(17.3)	(7.6)	(10.9)	(22.0)	(5.7)

※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・薬剤師統計」)

(3) 年代別の医療施設従事医師

- 20歳代・30歳代の人数は増加しているものの、50歳以上の医師が全体の半数以上を占め、その割合は10年前と比較して7.7ポイント増加しており、医師の高齢化が進んでいます。

【表4】年齢区分別医療施設従事医師数・割合

区分		総数	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代～
2010年	人数	4,412人	385人	893人	1,115人	970人	522人	330人	197人
	割合	100%	8.7%	20.2%	25.3%	22.0%	11.8%	7.5%	4.5%
2020年	人数	4,994人	429人	904人	987人	1,125人	933人	412人	204人
	割合	100%	8.6%	18.1%	19.8%	22.5%	18.7%	8.2%	4.1%

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

(4) 女性医師

- 医師国家試験合格者に占める女性の割合は、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、女性医師の割合が他の診療科に比べて高くなっています。
- 女性医師の増加をふまえ、結婚・出産・子育てなどのライフイベント・ライフステージに応じた就労継続のための勤務環境の整備が一層重要となっています。

【表5】2020年34歳以下の女性医師数・割合

区分		34歳以下の女性医師	34歳以下の医師総数	女性医師の割合
全科	長野県	255人	883人	28.9%
	全国	22,062人	64,972人	34.0%
産婦人科・産科	全国	1,430人	2,262人	63.2%
小児科	全国	1,373人	3,141人	43.7%

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

2 医師確保対策を巡る現状・課題等

(1) 医学部医学科進学者

- 長野県内の高校からの医学部医学科への進学者数は、2006年までは60～70人程度で推移していましたが、徐々に増加して2011年には126人となり、近年は100人程度で推移しています。
- 将来の地域医療の担い手と期待される、県内からの医学部医学科進学者を確保する取組を行う必要があります。

【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)(単位:人)

年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
進学者数	126	123	106	115	101	99	99	98	105	107	77	113	107

(医師・看護人材確保対策課調)

(2) 医学部地域枠等

- 全国の医学部の入学定員は、1982年及び1997年の閣議決定により7,625名まで抑制されましたが、その後、2008年度から入学定員の増員や医学部の新設等が行われ、2023年度は臨時定員を含めて9,384名となっています。
- 本県では、卒後に特定の地域や診療科で診療を行うことを条件として、他の入学者と区別して選抜される「地域枠」という仕組みを活用し、将来県内での従事義務を有する長野県地域枠を信州大学医学部に15名、東京医科歯科大学医学部に5名、臨時定員として設けています。
- この他に、信州大学では、卒後に高い県内定着率が見込まれる「地元出身者枠」を、恒久定員内に10名設けています。

【表7】本県の地域枠等の設置状況（2023年度）

大学名	枠区分	定員
信州大学	地域枠	15名
	地元出身者枠	10名
東京医科歯科大学	地域枠	5名

（医師・看護人材確保対策課調）

(3) 医学生修学資金貸与事業

- 医師不足にある県内の公立・公的医療機関で従事する医師の確保を図るため、長野県地域医療対策協議会での検討・協議を経て2006年度に医学生修学資金制度を創設しました。
- 信州大学及び東京医科歯科大学の地域枠入学者及び貸与を希望する全国の医学生を対象として、2023年度までに378人（返還者を含む）に貸与してきています。

【表8】2023年度医学生修学資金貸与者の状況

（単位：人）

学 年	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	合 計
貸与医学生数	20	27	23	27	14	17	128

（医師・看護人材確保対策課調）

【表9】2023年度修学資金貸与医師の状況

（単位：人）

区 分	初期臨床研修		後期専門研修			勤 務	義務年限 終了	合 計
	1年目	2年目	1年目	2年目	3年目			
貸与医師数	18	15	26	17	20	60	41	196

（医師・看護人材確保対策課調）

(4) 修学資金貸与医師

- 医師少数区域等で勤務する修学資金貸与医師が増加しています。
- 修学資金貸与医師は今後も増加が見込まれ、2026年度には、171人が県内の医療機関で従事する見通しです。
- 県内の医療情勢や各病院の医師の充足状況に応じて、修学資金貸与医師を効果的に配置することが、一層重要となっています。

【表10】 修学資金貸与医師の医師少数区域等への配置人数

(単位：人)

区 域	医療圏	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
少数区域等	上小	1	1	4	8	6
	上伊那	3	2	4	7	5
	飯伊	0	1	4	3	4
	木曾	1	3	4	4	6
	北信	1	5	5	6	9
	少数スポット	1	2	2	2	3
(少数区域等 計)		(7)	(14)	(23)	(30)	(33)
少数でも 多数でも ない区域	佐久	3	2	1	3	2
	諏訪	2	1	3	6	7
	大北	0	1	1	1	2
	長野	4	8	7	10	13
多数区域	松本	2	2	6	7	3
合計		18	28	41	57	60

(医師・看護人材確保対策課調)

【表11】 修学資金貸与医師の県内勤務（研修）見込者数

(単位：人)

年 度	2022	2023	2024	2025	2026
勤務	57	60	63	72	80
専門研修	56	63	58	54	50
臨床研修	41	33	35	31	41
合計	154	156	156	157	171

(医師・看護人材確保対策課調、2023年4月1日現在)

(5) 自治医科大学卒業医師

- 将来、県内のへき地等で勤務する医師を確保するため、自治医科大学の運営に対して負担金を支出しています。
- 毎年、県内出身者が2～3名入学しており、卒業後は、一定期間、県職員としてへき地等を含む県内医療機関で勤務しています。

【表12】 自治医科大学への長野県出身の入学者

(単位：人)

年 度	2018	2019	2020	2021	2022	2023
入学者数	3	3	2	3	3	3

(医師・看護人材確保対策課調)

【表13】自治医科大学卒業医師の医師少数区域等への配置人数

(単位：人)

区 域	医療圏	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
少数区域等	上小	0	0	0	0	1
	上伊那	1	1	1	3	5
	飯伊	5	5	6	5	3
	木曾	2	1	3	1	0
	北信	0	0	0	0	0
	少数スポット	0	0	0	1	2
(少数区域等 計)		(8)	(7)	(10)	(10)	(11)
少数でも 多数でも ない区域	佐久	0	0	0	0	0
	諏訪	0	0	0	1	2
	大北	0	0	0	0	0
	長野	1	1	1	4	1
多数区域	松本	1	2	2	2	2
合計		10	10	13	17	16

(医師・看護人材確保対策課調)

(6) 初期臨床研修医

- 2004年度に、医学部卒業後、大学病院又は厚生労働大臣が指定する病院での2年以上の臨床研修が必修化されました。
- 2023年度は、県内で264人が臨床研修を行っています。
- 県内の臨床研修医を増やすとともに、研修修了後の県内定着につながる取組を行っていく必要があります。

【表14】県内の臨床研修医数の推移

(単位：人)

年 度	2018	2019	2020	2021	2022	2023
臨床研修医数	274	277	284	276	258	264
(1年目)	141	138	142	130	124	139
(2年目)	133	139	142	146	134	125

(医師・看護人材確保対策課調、各年4月1日現在)

(7) 専門研修医(専攻医)数

- 初期臨床研修修了後、各診療科に進む際に行われている専門研修を、2023年度は県内で318人が行っています。
- 2018年度から新たな専門医制度が始まり、大都市への専攻医の集中を防ぐため、全国的に特定の診療科においてシーリングが設けられていますが、県内で専門研修を受講する専攻医を増やす取組を継続する必要があります。

【表15】県内の専門研修医（専攻医）数の推移（各年4月1日現在）

（単位：人）

年 度	2018	2019	2020	2021	2022	2023
専門研修医数	280	283	317	306	333	318
（1年目）	114	108	131	102	127	113
（2年目）	91	105	99	114	95	109
（3年目）	75	70	87	90	111	96

（医師・看護人材確保対策課調）

（8）ドクターバンク事業

- 2007年6月から開始した医師無料職業紹介「長野県ドクターバンク事業」により、県外で勤務する医師を中心に県内での就業を働きかけ、求職登録医師を県内医療機関に紹介しています。
- 2023年3月31日現在、累計で301人の医師から求職登録があり、143人が新規成約し、県内で就業しました。

【表16】ドクターバンク事業の年度別求職登録者数・新規成約者数

（単位：人）

年 度	2007~2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	累計
登録者数	172	24	22	17	19	13	13	11	10	301
成約者数	91	7	11	8	5	6	7	6	2	143

（医師・看護人材確保対策課調）

（9）地域医療人材拠点病院支援事業による診療支援の促進

- 2018年度から実施している地域医療人材拠点病院支援事業により、地域医療の中核的な役割を担っている病院が行う医師確保や養成を支援することによって、中核的な病院（拠点・準拠点病院）から小規模病院等への診療支援を促しています。

【表17】地域医療人材拠点病院による派遣実績

年 度	2019	2020	2021	2022
拠点・準拠点病院数	11病院	14病院	14病院	14病院
派遣延べ人日	2,914人日	2,968人日	2,868人日	2,650人日
うち、医師少数区域以外から 医師少数区域への派遣	258人日	381人日	389人日	342人日
割合	8.9%	12.8%	13.6%	12.9%

（医師・看護人材確保対策課調）

第3 医師偏在指標、医師少数区域・医師多数区域等

1 医師偏在指標について

- 医師確保計画策定以前は、地域ごとの医師数の比較には「人口10万人当たり医師数」が一般的に用いられてきましたが、これは地域ごとの医療需要や人口構成等を反映しておらず、医師の地域間の偏在を統一的に測る「ものさし」としての役割を十分に果たしていませんでした。
- そのため、国は、現在及び将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、入院外来ごとの医師の多寡を統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す「医師偏在指標」を導入しました。

(1) 算定式

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数 ※1}}{\text{地域の人口/10万人} \times \text{地域の標準化受療率比 ※2}}$$

※1 標準化医師数 … 医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数に、性・年齢別の平均労働時間、異なる二次医療圏の複数医療機関に勤務する者の状況（主たる従事先を0.8人、従たる従事先を0.2人として算定）を反映した医師数

【算定式】

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性・年齢階級別労働時間比}$$

※2 地域の標準化受療率比 … 性・年齢別の受療率を反映した医療需要の全国値との比率

【算定式】

$$\text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}}$$

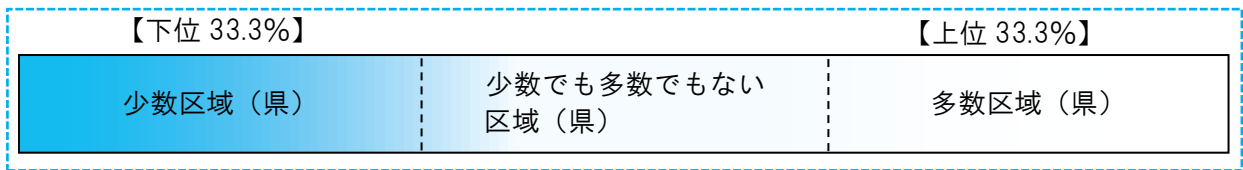
患者調査から推計される患者の発生率に地域間の流入流出を加味したもの

(2) 医師偏在指標の性質

- 全国統一の算定式により算出され、各地域で発生する患者に対する医師の状況について、地域間で比較し、相対的に把握することができます。
- ただし、一定の前提条件のもと、各種統計に基づいて機械的に算定され、あくまでも地域間の相対的な医師の偏在の状況を表すための数値であることから、この指標のみで各地域の絶対的な医師の充足状況を判断できるものではありません。
- また、個別の診療科についても考慮されていないことから、各地域の診療科ごとの医師の状況を判断できるものではなく、医師偏在指標が高い医療圏であっても、診療科によっては医師が少ない場合があることにも留意が必要です。

2 医師少数区域・医師多数区域について

- 全国の医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位33.3%を「医師多数区域（県）」、下位33.3%を「医師少数区域（県）」とする基準に基づき設定されます。



3 長野県における医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域等

（1）長野県（三次医療圏）

- 県全体の医師偏在指標は219.9で、全国36位の「医師少数県」に位置付けられています。

【表18】長野県（三次医療圏）の医師偏在指標等

長野県	
区 域	少数
指 標	219.9

〔基準値〕

医師少数都道府県 228.0 以下、
医師多数都道府県 266.9 以上

（厚生労働省 提供）

（2）二次医療圏

- 上小（医師偏在指標：155.2）、上伊那（167.2）、飯伊（164.4）、木曾（162.3）の4つの医療圏が、「医師少数区域」に位置付けられています。
- 佐久（222.6）、松本（330.5）の2つの医療圏が、「医師多数区域」に位置付けられています。

【表19】二次医療圏の医師偏在指標等

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
区 域	多数	少数	—	少数	少数	少数	多数	—	—	—
指 標	222.6	155.2	210.2	167.2	164.4	162.3	330.5	200.6	193.9	186.7

〔基準値〕 医師少数区域 179.3 以下、医師多数区域 217.6 以上

（厚生労働省 提供）

《参考1》 医師偏在指標等の算定に用いられた数値

医療圏	2020年 12月31日時点 総医師数 (人)	2022年 標準化医師数 (人)	2021年 1月1日時点 人口 (10万人)	2026年 1月1日時点 人口 (10万人)	期待受療率	標準化 受療率比
長野県	5,009.8	4,985.7	20.72	19.42	1,760.48	1.09
佐久	556.8	561.0	2.09	1.96	1,944.49	1.21
上小	330.8	321.0	1.96	1.85	1,700.67	1.06
諏訪	476.0	474.2	1.95	1.80	1,858.38	1.15
上伊那	307.8	302.5	1.82	1.68	1,596.43	0.99
飯伊	307.6	302.5	1.58	1.46	1,871.45	1.16
木曾	39.6	38.9	0.26	0.23	1,489.11	0.93
松本	1,531.2	1,541.4	4.24	4.11	1,771.36	1.10
大北	133.0	130.1	0.58	0.52	1,809.32	1.12
長野	1,166.4	1,153.8	5.38	5.09	1,778.15	1.11
北信	160.6	160.4	0.86	0.74	1,606.73	1.00
全国	323,700	323,700	1,266.54	1,218.60	1,609.14	1.00

(厚生労働省 提供)

4 医師少数スポットの設定

(1) 医師少数スポットについて

- 国の「医師確保計画策定ガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)によると、医師少数区域以外(医師多数区域、医師が少数でも多数でもない区域)においても、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策が必要となる場合があることから、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位で、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」と定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができますが、その設定は慎重に行う必要があるとされています。

(2) 本県の医師少数スポット

- 本県では、医療機関へのアクセスに大きな制限があり、医師が少なく継続的な確保が困難な地域として、下記の要件に該当する地域を「医師少数スポット」として設定します。

【要件】

救急医療等の医療計画上の政策医療を担う医療機関が現に存在し、かつ、当該医療機関における継続的な医師確保が困難で、地理的・気象的な条件により他の地域(スポットとして設定する地域以外の地域)の基幹病院へのアクセスが制限されている地域とする。

具体的な地域については、関係法令により指定された次の地域等の中から、上記要件をふまえて設定する。

- ・ 過疎地域自立促進特別措置法 … 過疎地域
- ・ 辺地法 … 辺地地域
- ・ 豪雪地帯対策特別措置法 … 豪雪地帯

※当該医療機関から、他の地域の基幹病院(地域医療人材拠点病院)へのアクセスに概ね20分以上を要すること。ただし、設定地域内に基幹病院がある場合は除く。(前計画における医師少数区域など激変緩和の必要性がある場合を除く。)

【表20】 本県の「医師少数スポット」

医療圏	設定地域	法令等
佐久	佐久市（旧望月町の区域）、小海町、佐久穂町	いずれも、過疎地域
松本	安曇野市（旧穂高町の区域）	豪雪地帯
大北	大町市（旧八坂村を除いた地域）	豪雪地帯
長野	長野市（旧信州新町の区域）、信濃町、飯綱町	いずれも、過疎地域・豪雪地帯
北信	中野市、飯山市	過疎地域・豪雪地帯

* 前計画で「医師少数スポット」として設定していた「診療所のみ存在する町村域及び旧町村域」については、ガイドライン等をふまえ設定を行いませんが、引き続き当該地域のニーズに応じた医療を継続的に提供する体制の維持・向上に努めます。

第4 医師確保の方針及び目標

1 医師の確保の方針

医師少数県に位置付けられている本県では、持続可能な医療提供体制の構築により県民の暮らしの安心を確保するため、必要な医師の確保を図ります。

2 医師確保の目標

(1) 目標医師数等についての国の考え方

- 国のガイドラインによると、目標医師数等については以下のとおりとされています。
 - ・ 「医師少数県」の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数となります。
 - ・ 「医師少数区域」の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数となりますが、計画期間開始時に既に下位33.3%に相当するために必要な医師数を達成している場合は、原則として、計画開始時の医師数が設定上限となります。
 - ・ 「医師少数区域」以外の目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数が設定上限となります。
- 上記に基づいて国が示した本県の目標医師数の設定上限は以下のとおりで、今後の人口減少等をふまえると、計画開始時より医師数の増加が必要とされるのは上小医療圏であり、県全体及び他の9つの二次医療圏は計画開始時と同数となります。

【表21】 三次医療圏及び二次医療圏別目標設定上限及び必要増加数

医療圏	区域	【計画開始時】 標準化医師数 (2022年) (A)	【計画終了時】 下位33.3%に達する ための医師数 (2026年) (B)	【計画終了時】 2022年指標維持 に必要な医師数 (2026年) (C)	目標設定上限 医師数 (D) ※(A)(B)(C)の うち最大値	必要増加数 (D)-(A)
長野県	少数	4,986	4,873	4,686	4,986	0
佐久	多数	561	430	534	561	0
上小	少数	321	349	302	349	28
諏訪	—	474	374	438	474	0
上伊那	少数	302	298	278	302	0
飯伊	少数	302	302	277	302	0
木曾	少数	39	37	33	39	0
松本	多数	1,541	809	1,491	1,541	0
大北	—	130	106	118	130	0
長野	—	1,154	1,025	1,108	1,154	0
北信	—	160	131	137	160	0

(厚生労働省 提供)

(2) 本県の目標

- 国のガイドラインによる考え方に加え、本県における医師不足の実態や医療提供体制の継続性の確保、さらには、医師少数区域以外から少数区域への医師派遣等に伴う効果を考慮し、県全体及び各二次医療圏について、以下のとおり目標を設定することとします。

《長野県（三次医療圏）》

区域	医療圏	【現状】 人口10万対 医師数 (2020年)	【目標】 人口10万対 医師数 (2026年)	方向性
少数県	長野県	243.8人	264.6人	持続可能な医療提供体制の構築により、県民の暮らしの安心の確保を図るため、医師の増加を目指します。

*「第8次長野県保健医療計画」の計画期間最終年度（2029年度）の人口10万人当たり医療施設従事医師数が、公表されている直近（2020年末現在）の全国平均（256.6人）を上回る275人となることを目指し、その達成に向けた目標を設定。

《二次医療圏》

区域	医療圏	【現状】 人口10万対 医師数 (2020年)	【目標】 人口10万対 医師数 (2026年)	方向性
少数区域	上 小	167.1人	182.6人以上	各医療圏のニーズに応じた医療を継続的に提供できる体制の向上を図るとともに、診療科偏在の是正等の観点も踏まえ、医師の増加を目指します。
	上伊那	168.4人	188.3人以上	
	飯 伊	197.0人	217.6人以上	
	木 曾	149.2人	174.2人以上	
少数でも多数でもない区域	諏 訪	241.4人	268.1人	各医療圏のニーズに応じた医療を継続的に提供できる体制の維持を図るとともに、医師の診療科偏在の是正や高度医療の提供等の観点から、医師の確保を図ります。
	大 北	236.5人	263.6人	
	長 野	217.4人	235.2人	
	北 信	189.0人	217.2人	
多数区域	佐 久	269.1人	288.7人	
	松 本	367.7人	386.4人	

*長野県（三次医療圏）の目標を達成するために必要な数値を圏域ごとの人口に応じて算出

第5 医師の確保に関する施策

誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし、地域に必要とされる医療の維持・充実を図ることができるよう、医師の確保・偏在是正施策を総合的に推進するため、次の5項目を柱として取り組んでまいります。

- 1 県内で勤務する医師の確保
- 2 医師の養成体制の充実
- 3 地域偏在の是正
- 4 診療科偏在の是正
- 5 医師の勤務環境の改善

1 県内で勤務する医師の確保

県内で勤務し、地域医療を支える医師の確保を図ります。

【具体的な施策】 ◎…重点施策、○…その他の施策、〔☆…2036年までの長期的施策〕

- ◎ 医師少数県である本県の状況を踏まえ、国が示す必要医師数を参考に、大学医学部に設置している地域枠等のさらなる増員を図ります。
- 県内の医療機関で地域医療に従事する意欲のある医学生に対して、卒業後、県内で一定期間従事すると返還が免除される医学生修学資金を貸与し、将来の医師確保に努めます。
- 自治医科大学の運営費負担等により、へき地医療等に従事する医師の確保・養成に努めます。
- 過去に本県での勤務・居住経験等がある県外勤務医師の招へいに努めるとともに、県内就業を希望する医師に対し、長野県ドクターバンク事業により県内医療機関への就業あっせんを行います。
- 本県での暮らしの魅力や都市部との二拠点勤務といった多様な働き方を紹介するなど、情報発信に努めます。
- 医師及び家族が、子どもの教育や子育てなどを行う上で暮らしやすい生活環境の整備を、県・市町村が連携して行います。
- 医師少数県で構成する「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」に引き続き参画し、医師不足や医師偏在の根本的な解消に向けた施策に関して、国への提言を行います。

〔☆ 県外大学医学部や都市部の医療機関等と連携して、県内高校出身者や臨床研修医・専攻医、医師少数区域での勤務に関心のある医師等の県内勤務を促進する仕組みを構築します。〕

2 医師の養成体制の充実

医学部進学を目指す人材を増やすとともに、医学生修学資金貸与者のキャリア形成支援の充実を図ります。

【具体的な施策】 ◎…重点施策、○…その他の施策、〔☆…2036年までの長期的施策〕

- ◎ 医学生修学資金貸与者が増加する中、在学中から地域医療に対する意識を高めるとともに、将来

のキャリアパスを描きやすくするため、「キャリア形成卒前支援プラン」に基づく定期面談や研修会等による支援の充実を図ります。

- ◎ 医学生に対する地域医療実習や、県内中高生に対する医療講演会・現場体験セミナーの開催等により、将来の県内医療を担う人材の開拓・養成等を促進します。
- 医学部進学を目指す高校生等を対象に、県の制度（地域枠、医学生修学資金貸与制度、自治医科大学入試など）を紹介し、多様な進路の提示を行います。
- 県内高校から私立大学も含めた医学部進学を後押しするための支援施策の充実を検討します。
- 医学生等に対する県内の臨床研修指定病院等の魅力発信や、病院と県合同での研修プログラム説明会の開催等により、臨床研修医の確保を図るとともに、魅力ある研修環境づくりを支援します。
- 県内の医学生と医療現場で活躍する医師等との交流やネットワーク構築を支援することにより、将来の県内就業・定着の促進を図ります。
- 臨床研修医に対する県内の各診療科の基幹施設の魅力発信や、基幹施設と県合同での研修プログラム説明会の開催等により、専攻医の確保を図ります。
- 臨床研修や専門研修の仕組みについて、医師の偏在解消や県内の研修プログラムの充実に向け、国に対して必要な見直しを求めています。
- 修学資金貸与医師が、地域医療を支えるための県内勤務と医師個人としてのキャリア形成とを可能な限り両立できるよう、「キャリア形成プログラム」の見直しを適宜行います。

☆ 今後の医師の地域・診療科偏在の状況や医療ニーズ等の変化、県内病院の役割分担等に応じ、質の高い医療提供体制の維持につながるよう、修学資金貸与医師の「配置等に関する基本方針」や「キャリア形成プログラム」などの見直しを行います。

3 地域偏在の是正

修学資金貸与医師（地域枠医師）等による医師少数区域での従事を促進し、地域偏在の是正を図ります。

【具体的な施策】 ◎…重点施策、○…その他の施策、〔☆…2036年までの長期的施策〕

- ◎ 医師少数区域等において、修学資金貸与医師及び自治医科大学卒業医師の優先的な配置を行います。また、医師少数区域については、公立・公的病院等に加え、一定の政策医療を担う民間病院も対象に加えて修学資金貸与医師の配置を検討します。
- 修学資金貸与医師、自治医科大学卒業医師については、県内の医療情勢や医師の充足状況を踏まえ、医師不足病院等への効果的な配置に努めます。
- 地域医療人材拠点病院における教育体制の充実や医師派遣を支援することにより、中核的な病院が中小医療機関を支えるネットワークの構築を図ります。
- 国による医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度の活用等を通じて、中山間地域等における医療提供体制の維持を図るとともに、認定取得後の勤務継続のための環境整備を支援します。
- 誰もが住み慣れた場所で安心して暮らせる持続可能な地域の基盤となる道路網等インフラ整備や公共交通の充実を通じて、地域の医療を担う医療機関が地域で求められる医療を提供し続けられるよう地域医療の確保に努めます。

☆ グランドデザインに基づき、修学資金貸与医師等を中心に、医療機関の役割分担を踏まえた医師配置を行います。

4 診療科偏在の是正

修学資金貸与医師（地域枠医師）等による医師不足の診療領域での従事を促進し、診療科偏在の是正を図ります。

【具体的な施策】 ◎…重点施策、○…その他の施策、〔☆…2036年までの長期的施策〕

- ◎ 県土が広く、集落が点在するといった本県の地域特性や、高齢化の進展等をふまえ、幅広く総合的な医療を行う医師の需要増加が見込まれるため、医学生修学資金貸与者等を対象とした総合診療医等の養成支援の充実を図ります。
- 医師研究資金の貸与等を通じ、医師不足が指摘される産科・外科・麻酔科・循環器内科・脳神経外科等の専門医や、今後の需要が見込まれる総合診療専門医等の確保に努めます。
- 臨床研修医研修資金及び産科研修医研修資金の貸与により、産科・小児科・外科を目指す臨床研修医や、産科の専攻医の確保に努めます。

〔☆ 地域の疾病ごとの医療需要に適切に対応するため、診療実績のデータ等に基づいた各診療科医師の効率的な配置方法を検討し、仕組みを構築します。〕

5 医師の勤務環境の改善

医師の働き方改革をふまえた負担軽減や労働時間の短縮、働きやすい環境整備等を推進します。

【具体的な施策】 ◎…重点施策、○…その他の施策、〔☆…2036年までの長期的施策〕

- ◎ 県内の医療機関が医師の時間外労働上限規制に適切に対応していくとともに、勤務環境の改善により医師の離職防止や安定的な確保につながるよう、医療勤務環境改善支援センターによる支援を行います。
- 県内の医療機関等が行う、医師から他の医療職種へのタスク・シフト/シェアの推進や、オンライン診療の導入などICTを活用した医師の負担軽減・労働時間短縮につながる取組に対する支援を行います。
- 子育て世代医師等のライフイベント・ライフステージに応じた就労が可能となるよう、県内の医療機関による短時間勤務の導入、院内保育所の設置や24時間病児保育の実施、復職のための研修の支援等、働きやすい環境整備の取組について普及・啓発を図ります。
- 医学生や医師を対象に、子育てと勤務との両立等に関する相談支援を行います。

〔☆ 地域医療提供体制の確保等の観点から、やむを得ず医師の時間外労働の上限を超えざるを得ないとして、特定労務管理対象機関（いわゆるB・連携B・C-1・C-2水準対象機関）の指定を受けた医療機関については、将来に向けて時間外労働の段階的な縮減が求められることから、医療勤務環境改善支援センターによる継続的な支援を行います。〕

第6 産科・小児科における医師確保計画

1 産科・小児科における医師確保計画の考え方

産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、国から示された医師偏在指標に基づき、産科・小児科における地域偏在対策に取り組めます。

全国の医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、下位33.3%に該当する医療圏が「相対的医師少数区域」として設定されますが、これ以外の医療圏においても、実態としては医師が多施設に分散して一施設ごとの医師数が少ない場合もあることから、「相対的医師多数区域」は設定されません。

2 医師偏在指標・相対的医師少数区域

(1) 算定式

産科

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数 ※1}}{\text{分娩件数 ※2} \div 1,000 \text{ 件}}$$

※1 標準化分娩取扱医師数 … 医師・歯科医師・薬剤師統計で過去2年に分娩の取扱いがあると回答した産婦人科・産科・婦人科医数に、性・年齢別の平均労働時間、異なる二次医療圏の複数医療機関に勤務する者の状況（主たる従事先を0.8人、従たる従事先を0.2人として算定）を反映した医師数

※2 分娩件数 … 医療施設調査の9月中の分娩件数を、年換算に調整したもの

小児科

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数 ※1}}{\text{地域の年少人口 ※2} / 10 \text{ 万人} \times \text{地域の標準化受療率比 ※3}}$$

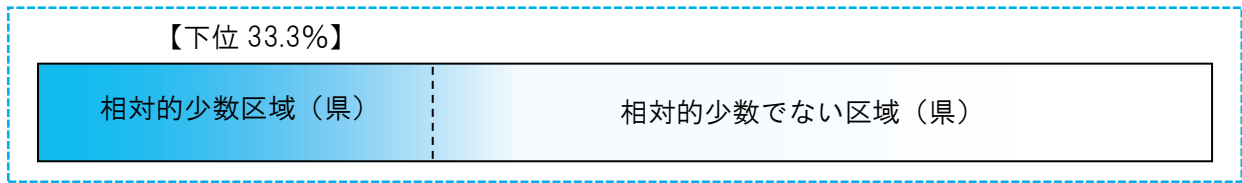
※1 標準化小児科医師数 … 医師・歯科医師・薬剤師統計で主に小児科に従事していると回答した医師数に、性・年齢別の平均労働時間、異なる二次医療圏の複数医療機関に勤務する者の状況（主たる従事先を0.8人、従たる従事先を0.2人として算定）を反映した医師数

※2 年少人口 … 住民基本台帳年齢階級別人口（0～14歳）

※3 地域の標準化受療率比 … 年少人口の性・年齢別の受療率を反映した医療需要の全国値との比率

(2) 相対的医師少数区域（産科・小児科共通）について

- 全国の医療圏の偏在指標の値を一律に比較し、下位33.3%が「相対的医師少数区域（県）」と設定されます。



(3) 本県の医師偏在指標及び相対的医師少数区域

産科

(ア) 長野県（三次医療圏）

- 県全体の分娩取扱医師偏在指標は9.2で、全国36位の「相対的医師少数県」に位置付けられています。

【表22】長野県（三次医療圏）の分娩取扱医師偏在指標等

長野県	
区域	相対的少数
指標	9.2

〔基準値〕

相対的医師少数都道府県 9.5 以下

(厚生労働省 提供)

(イ) 二次医療圏

- 上伊那（分娩取扱医師偏在指標：6.0）、飯伊（6.4）、北信（7.4）の3つの医療圏が「相対的医師少数区域」に位置付けられています。

【表23】二次医療圏の分娩取扱医師偏在指標等

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
区域	—	—	—	相対的少数	相対的少数	—	—	—	—	相対的少数
指標	9.8	7.8	8.0	6.0	6.4	23.4	12.5	16.1	8.9	7.4

〔基準値〕 相対的医師少数区域 7.6 以下

(厚生労働省 提供)

《参考2》 分娩取扱医師偏在指標の算定に用いられた数値

医療圏	2020年 12月31日時点 分娩取扱医師数 (人)	2022年 標準化 分娩取扱医師数 (人)	2017年 年間調整後 分娩件数 (10万人)
長野県	136.8	137.6	14.89
佐久	15.6	15.8	1.60
上小	9.6	9.1	1.18
諏訪	13.0	12.4	1.55
上伊那	8.2	8.0	1.33
飯伊	7.0	7.6	1.18
木曽	3.0	3.0	0.13
松本	41.4	42.3	3.38
大北	1.0	0.9	0.06
長野	32.0	32.3	3.64
北信	6.0	6.3	0.85
全国	9,396	9,326.2	888.46

(厚生労働省 提供)

小児科

(ア) 長野県 (三次医療圏)

- 県全体の小児科医師偏在指標は120.2で、全国20位の「相対的医師少数ではない県」に位置付けられています。

【表24】 長野県 (三次医療圏) の小児科医師偏在指標等

長野県	
区域	相対的医師少数でない
指標	120.2

〔基準値〕

相対的医師少数都道府県 108.7 以下

(厚生労働省 提供)

(イ) 二次医療圏

- 上小 (小児科医師偏在指標 : 86.0)、諏訪 (79.6)、上伊那 (79.8)、飯伊 (76.1)、長野 (90.4) の5つの医療圏が「相対的医師少数区域」に位置付けられています。

【表25】 長野県の小児科医師偏在指標等

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
区域	—	相対的少数	相対的少数	相対的少数	相対的少数	—	—	—	相対的少数	—
指標	107.8	86.0	79.6	79.8	76.1	132.8	199.1	122.4	90.4	92.8

〔基準値〕 相対的医師少数区域 92.2 以下

(厚生労働省 提供)

《参考3》 小児科医師偏在指標の算定に用いられた数値

医療圏	2020年 12月31日時点 小児科医師数 (人)	2022年 標準化 小児科医師数 (人)	2021年 1月1日時点 年少人口 (10万人)	期待受療率	標準化 受療率比
長野県	303.4	299.2	2.48	686.0	1.002
佐久	24.2	23.9	0.25	606.6	0.886
上小	19.2	17.6	0.23	602.2	0.880
諏訪	24.8	23.8	0.23	886.8	1.295
上伊那	16.6	16.3	0.23	608.9	0.889
飯伊	13.0	12.8	0.20	584.4	0.854
木曾	1.8	1.8	0.02	401.8	0.587
松本	132.8	134.4	0.53	876.8	1.281
大北	5.0	4.6	0.06	451.3	0.659
長野	59.0	57.1	0.64	671.6	0.981
北信	7.0	6.8	0.09	545.8	0.797
全国	17,997	17,634	153.18	684.6	1.000

(厚生労働省 提供)

3 医師確保の方針及び偏在対策基準医師数

(1) 医師の確保の方針

産科

(ア) 長野県（三次医療圏）

- 「相対的医師少数県」に位置付けられている本県では、
 - ・産科医の絶対数の不足が生じていることから、産科医の確保を図ります。
 - ・2007年の「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」で示された、医療資源の集約化・重点化の方向に沿って、周産期・小児医療体制の連携維持を図ります。

(イ) 二次医療圏

- 「相対的医師少数区域」に位置付けられている3医療圏（上伊那、飯伊、北信）及び、分娩取扱医師偏在指標の算定に用いられた数値時点以降に分娩の取扱いがなくなっている大北医療圏では、
 - ・絶対数の不足により医師の確保に困難を来していることから、産科医の確保を図ります。
- その他の6医療圏（佐久、上小、諏訪、木曾、松本、長野）では、
 - ・圏域外も含め、求められる医療を提供し続けることができるよう、医療圏や医療機関の間における連携による産科医の確保を図ります。

小児科

(ア) 長野県（三次医療圏）

- 「相対的医師少数でない県」に位置付けられている本県では
 - ・小児医療にかかわる医師数については、全国水準より若干上回っているが、医師の確保が困難な地域もあることから、小児科医の確保を図ります。
 - ・2007年の「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」で示された、医療資源の集約化・重点化の方向に沿って、周産期・小児医療体制の連携維持を図ります。

(イ) 二次医療圏

- 「相対的医師少数区域」に位置付けられている5医療圏（上小、諏訪、上伊那、飯伊、長野）では、
 - ・絶対数の不足により医師の確保に困難を来していることから、小児科医の確保を図ります。
- その他の5医療圏（佐久、木曾、松本、大北、北信）では、
 - ・圏域外も含め、求められる医療を提供し続けることができるよう、医療圏や医療機関の間における連携による小児科医の確保を図ります。

(2) 偏在対策基準医師数

- 本計画の最終年度である2026年に、医師偏在指標が計画開始時の相対的医師少数区域（県）の基準に達することとなる医師数が、「偏在対策基準医師数」として国から示されています。
- なお、「偏在対策基準医師数」は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではありません。また、労働環境に鑑みて、相対的医師少数区域の該当の有無を問わず、医師が不足している状況を踏まえ、医療の提供体制整備に配慮した施策推進が必要です。

産科

【表26】産科（分娩取扱医師）偏在対策基準医師数

医療圏	区域	【計画開始時】 標準化分娩 取扱医師数 (2022年) (人)	【計画終了時】 偏在対策基準 医師数 (2026年) (人)	分娩件数 将来推計 (2026年) (千件)
長野県	相対的少数	137.6	117.9	12.36
佐久	—	15.8	10.1	1.32
上小	—	9.1	7.8	1.01
諏訪	—	12.4	9.7	1.27
上伊那	相対的少数	8.0	8.3	1.09
飯伊	相対的少数	7.6	7.5	0.98
木曾	—	3.0	0.8	0.10
松本	—	42.3	22.0	2.88
大北	—	0.9	0.4	0.05
長野	—	32.3	22.9	2.99
北信	相対的少数	6.3	5.0	0.65

(厚生労働省 提供)

小児科

【表27】小児科偏在対策基準医師数

医療圏	区域	【計画開始時】 標準化小児科 医師数 (2022年) (人)	【計画終了時】 偏在対策基準 医師数 (2026年) (人)	推定年少人口 (2026年) (10万人)	標準化 受療率比 (2026年)
長野県	—	299.2	239.4	2.18	1.01
佐久	—	23.9	17.4	0.21	0.88
上小	相対的少数	17.6	17.2	0.21	0.89
諏訪	相対的少数	23.8	24.5	0.20	1.31
上伊那	相対的少数	16.3	16.3	0.20	0.90
飯伊	相対的少数	12.8	14.0	0.18	0.86
木曾	—	1.8	1.2	0.02	0.62
松本	—	134.4	56.4	0.47	1.29
大北	—	4.6	3.0	0.05	0.67
長野	相対的少数	57.1	50.9	0.56	0.98
北信	—	6.8	5.7	0.08	0.80

(厚生労働省 提供)

4 目標及び施策の展開

(1) 目標

- 本県及び県内のすべての二次医療圏では、若い世代が、安心して子育てを楽しむことができるよう、県全体（三次医療圏）について、以下のとおり目標を設定することとします。

産科

区域	医療圏	【現状】 人口10万対 分娩取扱医師数 (2020年)	【目標】 人口10万対 分娩取扱医師数 (2026年)	方向性
相対的 少数県	長野県	6.6人	現状以上	地域で子どもを安心して生み育てられる環境を整えるため、現状より向上することを目指します。

小児科

区域	医療圏	【現状】 人口10万対 小児科医師数 (2020年)	【目標】 人口10万対 小児科医師数 (2026年)	方向性
—	長野県	15.3人	現状以上	地域で子どもを安心して生み育てられる環境を整えるため、現状より向上することを目指します。

(2) 施策の展開

産科医師・小児科医師の確保・偏在是正を推進するため、以下の施策に取り組みます。

(ア) 県内で勤務する医師の確保

- 臨床研修医研修資金や産科研修医研修資金及び医師研究資金の貸与により、産科・小児科を目指す臨床研修医や、産科専攻医を含めた産科医の確保に努めます。
- 長野県ドクターバンク事業等を通じて、産科・小児科の県外勤務医師に対し、県内医療機関の魅力や短時間勤務・不定期勤務など多様な働き方の紹介に努めるとともに、県内就業を希望する医師に対し、県内医療機関への就業あっせんを行います。

(イ) 地域偏在対策

- 分娩を扱う産科医療機関が限られている地域において、産科医療機関に対する財政的支援により、身近な地域で安心して出産できる環境整備を図ります。
- 小児医療に係る医師の確保が困難な地域においては、医療圏や医療機関の連携を図ることにより、小児医療体制を維持します。

(ウ) 医師の勤務環境改善、定着支援

- 産科医療機関が行う分娩手当等の支給に対する支援により、産科医療の確保及び、分娩を扱う産科医の処遇改善を図ります。
- 県内病院による勤務環境改善の取組に対する支援により、産科・小児科において比較的多い女性医師の確保・定着を図ります。
- 分娩を扱う産科医の負担軽減及び勤務環境の改善のため、正常経過の妊産婦のケア及び分娩を助産師が担える院内助産の普及を推進するとともに、助産師の対応力向上や病院関係者の理解促進を通じて、院内助産に取り組む病院の増加を図ります。

第2節 歯科医師

第1 現状と課題

1 医療施設従事歯科医師数

- 2020 年末現在、本県の医療施設（病院、医育機関附属病院、及び診療所）に従事する歯科医師数は 1,583 人、人口 10 万人当たり 77.3 人であり、全国平均の 82.5 人を下回っています（表 1）。
- そのうち、病院に勤務する歯科医師数は 3.6 人であり、全国平均の 2.5 人を上回っています。また、医育機関附属病院に勤務する歯科医師数は 7.2 人であり、全国平均並みを維持しています（表 1）。
- 医療施設従事歯科医師は高齢化がみられ（表 2）、診療科目別歯科医師数（複数回答）は、全ての診療科目において、全国平均を下回っている状況です（表 3）。
- 二次医療圏別医療施設従事歯科医師数については、地域偏在がみられ、木曾圏域では人口 10 人当たり 51.2 人と他の二次医療圏と比較して少ない状況です（表 4）。
- 口腔と全身の関連を踏まえ、歯科口腔管理による早期退院支援、高齢化に伴う誤嚥性肺炎の予防及び摂食嚥下機能の維持・向上、歯科訪問診療等についてのニーズが増加していることから、多職種連携（医科歯科連携）や歯科医療機関間による病診連携等を推進し、多様なニーズに対応できる歯科口腔医療の充実が望まれます。

【表 1】医療施設従事歯科医師数（人口 10 万対）

区分	歯科医師数(総数)	病院	医育機関附属病院	診療所
長野県	77.3	3.6	7.2	66.4
全国	82.5	2.5	7.2	72.8

（厚生労働省「令和 2 年医師・歯科医師・薬剤師統計」）

【表 2】歯科医師の年齢別構成人数（医療施設従事者）

単位(人)

区分		25 未満	25~29	30~34	25~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65 以上	計	
2016 年	全国	人数	143	6,271	9,243	9,635	10,689	11,598	11,730	13,813	11,673	16,739	101,551
		構成比(%)	0.1	6.2	9.1	9.5	10.5	11.4	11.6	13.6	11.5	16.5	100
	県	人数	0	78	133	115	159	139	164	235	239	304	1,566
		構成比(%)	0.0	5.0	8.5	7.3	10.2	8.9	10.5	15.0	15.3	19.4	100
2018 年	全国	人数	148	5,660	8,941	9,454	10,450	11,066	11,443	13,156	12,553	18,906	101,777
		構成比(%)	0.1	5.6	8.8	9.3	10.3	10.9	11.2	12.9	12.3	18.6	100
	県	人数	2	62	132	127	142	146	147	215	255	362	1,590
		構成比(%)	0.1	3.9	8.3	8.0	8.9	9.2	9.2	13.5	16.0	22.8	100
2020 年	全国	人数	148	5,968	8,233	9,827	10,161	11,145	11,180	12,589	13,269	21,598	104,118
		構成比(%)	0.1	5.7	7.9	9.4	9.8	10.7	10.7	12.1	12.7	20.7	100
	県	人数	0	69	109	132	110	159	141	182	229	452	1,583
		構成比(%)	0.0	4.4	6.9	8.3	6.9	10.0	8.9	11.5	14.5	28.6	100

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」）

【表3】診療科目別医療施設従事歯科医師数（人口10万対）

区分	診療科名(主たる)				診療科名(複数回答)			
	歯科	矯正 歯科	小児 歯科	歯科 口腔外科	歯科	矯正 歯科	小児 歯科	歯科 口腔外科
長野県	65.5	2.9	1.5	4.0	68.7	14.1	27.3	16.1
全国	71.1	3.4	1.6	3.5	74.5	17.8	33.4	24.4

(厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」)

【表4】二次医療圏別医療施設従事歯科医師数

区分		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計	全国
2016年	歯科 医師数	149	130	139	119	93	13	486	34	357	46	1,566	101,551
	人口 10万対	71.5	66.1	70.5	64.9	57.8	46.7	113.8	57.6	66.0	53.1	75.0	80.0
2018年	歯科 医師数	144	134	137	110	95	13	497	34	381	48	1,590	101,777
	人口 10万対	70.1	68.8	70.3	60.5	60.3	51.2	117.2	59.1	71.3	53.5	77.1	80.5
2020年	歯科 医師数	151	133	144	117	103	13	470	33	372	47	1,583	104,118
	人口 10万対	73.9	68.6	74.3	65.0	66.3	51.0	110.9	58.7	69.8	56.9	77.3	82.5

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

第2 施策の展開

1 歯科医師の資質の向上

社会情勢の変化を踏まえ、今後の歯科医師には、医科歯科連携における歯科の果たす役割をさらに認識することや、地域の実情や各歯科医療機関の機能等を把握し、それらに応じた歯科口腔保健医療を推進することが求められます。

(1) 医科歯科連携の推進

- 歯科口腔管理による早期退院支援、誤嚥性肺炎の予防及び摂食嚥下機能管理、歯科訪問診療等、多様なニーズに対応するため、医科歯科連携が各地域で円滑に行われるよう、その体制づくりを支援します。

(2) 歯科医療機関における機能分化と連携の推進

- 歯科医師の高齢化や地域偏在等を踏まえ、各歯科医療機関間の機能分化を推進し、その各歯科医療機関の機能(診療内容等)を県民へ見える化します。
- 機能分化した歯科医療機関間の病診連携が推進され、どこの地域でも、質の高い歯科口腔保健医療が提供されるよう、医育機関附属病院や関係団体等と協議を図っていきます。

第3 数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	人口10万人当たり歯科医師数			全国平均との差を現状より縮める (全国平均) (72.8人)	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
	診療所勤務者	66.4人	66.4人以上		
	病院勤務者 医育機関附属病院勤務者	3.6人 7.2人 (2020)	3.6人以上 7.2人以上	現在の水準を維持する	
S	人口10万人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)			全国平均との差を現状より縮める (全国平均) (17.8人)	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
	矯正歯科	14.1人	14.1人以上	(17.8人)	
	小児歯科	27.3人	27.3人以上	(33.4人)	
	歯科口腔外科	16.1人 (2020)	16.1人以上	(24.4人) (2020)	

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

人生100年時代、これからの歯科医師の役割

厚生省(当時)と日本歯科医師会が提唱して8020運動が開始された1989年当時、80歳で20本以上の歯のある人は10%にも満たない状態でした。しかし、2016年の歯科疾患実態調査では、推定値として50%を達成することができました。さらに、8020運動を継続してきた30年間で、咀嚼や嚥下などの健全な口腔機能を維持することは、食事や会話を楽しむことに留まらず、全身の健康につながるということがわかってきました。

超高齢社会での歯科医師の役割は多岐にわたり、診療室完結型の歯科医療から脱却し、「治療・管理・連携」型の歯科口腔医療への転換と、「かかりつけ歯科医」を中心とした「地域完結型」の歯科口腔医療提供体制の構築が必要です。患者への適切な歯科口腔医療や歯科口腔保健管理の支援、地域住民の健康づくりへの社会的貢献、高齢者等への対応、多職種との連携等、歯科医師には多様なニーズへの対応力が求められています。

人生100年時代を迎える中で、平均寿命と健康寿命の差を縮めることは、社会全体の大きな課題です。県民の健康寿命の延伸、そして歯と口腔の健康を起点とした全身の健康と豊かな人生を送ることに貢献できるよう、歯科医師はそれぞれの地域で役割を果たして参ります。

第3節 薬剤師（薬剤師確保計画）

第1 薬剤師確保計画の基本的な考え方

1 計画の趣旨

薬剤師は、地域医療における薬物療法の有効性・安全性の確保や公衆衛生の向上及び増進等に資するため、調剤等の業務に加え、病院薬剤師にあつては病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師にあつては在宅医療や高度な薬学的管理を行う機能等を中心とした業務・役割の更なる充実が求められています。

2021年6月に公表された「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」において、薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在があり、特に病院薬剤師の不足が喫緊の課題として指摘されているところです。

また、第8次医療計画における国の「医療計画作成指針」において、医療従事者の確保に関する記載に当たって踏まえるべき観点として、地域の実情に応じた薬剤師の確保策の実施等が新たに記載され、都道府県においては、薬剤師確保計画を策定し、地域の実情に応じた薬剤師確保・偏在是正に取り組むこととされました。

これを受けて本県では、国が示す「薬剤師確保計画ガイドライン」に基づき、全国ベースで算定される三次医療圏（都道府県）ごと及び二次医療圏ごとの薬剤師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「薬剤師偏在指標」という。）を踏まえて、薬剤師の少ない地域がそれを脱するための取組を、2024年度をスタートとして3年ごとの計画期間で繰り返し行い、薬剤師偏在を徐々に是正しながら、2036年までに業態間、地域間の偏在是正を達成することを長期的な目標とします。

本計画は、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし、地域に必要とされる医療の維持・充実を図ることができるよう、本県が取り組むべき薬剤師確保・偏在是正施策の方向性を示し、施策を総合的に推進すべく策定したものです。

2 位置付けと計画期間

- 「第8次長野県保健医療計画」における薬剤師の確保に関する事項を薬剤師確保計画と位置付けます。
- 計画期間は、2024年度から2026年度までの3年間とします。
- 計画は3年ごとにPDCAサイクルに基づく見直しを行い、長期的な目標年次を2036年として、必要な薬剤師の確保や偏在是正を目指します。

年度	2024～2026	2027～2029	2030～2032	2033～2035
薬剤師確保計画	R6～8年計画	R9～11年計画	R12～14年計画	R15～17年計画
保健医療計画	第8次計画		第9次計画	

第2 現状と課題

1 薬剤師を巡る現状・課題等

(1) 医療圏別薬剤師数

- 2020年未現在の本県の薬剤師数（免許所有者）は4,603人、人口10万人当たりでは224.8人であり、経年的には増加しているものの、全国平均255.2人を30.4人下回っています。
- 在宅医療への参画、病院等の薬剤師業務の多様化、「かかりつけ薬剤師・薬局」の推進などにより、さらなる薬剤師の確保が必要となっています。

【表1】薬剤師数（人口10万対）の推移

（単位：人）

年	2010	2012	2014	2016	2018	2020
長野県	189.2	193.5	201.8	210.4	217.8	224.8
全国平均	215.9	219.6	226.7	237.4	246.2	255.2
全国との差	△26.7	△26.1	△24.9	△27.0	△28.4	△30.4

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」）

- 二次医療圏ごとの人口10万人当たり薬剤師数は、上小、松本で県平均を上回っていますが、上伊那、飯伊、木曾、大北、北信では平均を大きく下回っており、地域間における薬剤師偏在の是正が必要となっています。

【表2】2020年医療圏別薬剤師数（人口10万対）

（単位：人）

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
薬剤師数	436	456	412	350	286	46	1,206	102	1,154	155
対前回2018	18	10	22	8	3	1	40	6	△5	7
対人口10万対	213.3	235.2	212.5	194.6	184.1	180.6	284.7	181.4	216.6	187.8
対前回2018	11.3	6.3	12.5	6.4	4.5	11.6	9.9	14.6	△0.2	12.2

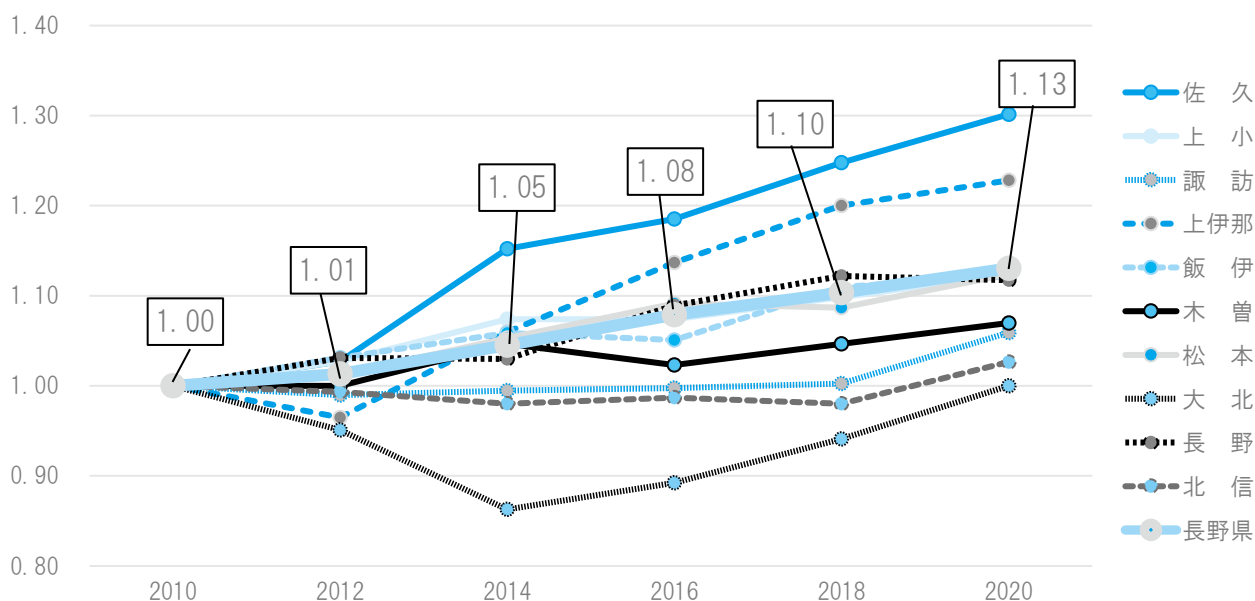
（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」）

- 2010年の薬剤師数を基に推移をみると、県全体では1.13倍に薬剤師数が増加していますが、医療圏ごとの薬剤師数の推移には差が見られます。

＜医療圏ごとの薬剤師数の推移＞（2010年→2020年）

佐久：1→1.30 上小：1→1.12 諏訪：1→1.06 上伊那：1→1.23 飯伊：1→1.12
木曾：1→1.07 松本：1→1.12 大北：1→1.00 長野：1→1.12 北信：1→1.03

【図1】医療圏別薬剤師数の推移



(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

(2) 業態ごとの薬剤師数

- 2020年末現在の業態別人口10万人当たり薬剤師数は、薬局では全国平均を下回っていますが、病院・診療所では全国平均を上回っています。

【表3】2020年業態別薬剤師数(人口10万対) (単位:人)

区分	年度	薬局	病院・診療所	その他※
長野県	2020	139.3	49.9	35.6
	(2018)	(134.3)	(48.6)	(34.9)
全国平均	2020	149.8	48.8	56.1
	(2018)	(142.7)	(47.4)	(56.1)

※ 大学の従事者、医薬品等企業従事者、行政関係者、無職、不詳

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

2 薬剤師確保対策を巡る現状・課題等

(1) 薬学部(6年制)進学者

- 長野県内の高校から薬学部(6年制)への進学者数は160人程度で推移しています。
- 県内に薬学部がないことを踏まえ、将来的に県内で働く意識を持った進学者を増やすための取組を行う必要があります。

【表4】県内高校薬学部(6年制)進学者数の状況 (単位:人)

年度	2018	2019	2020	2021	2022	2023
進学者数	177	158	169	159	160	179

(薬学教育協議会「在籍者数調査」)

(2) 薬剤師実務実習

- 新卒薬剤師を確保するため、薬学教育における長期実務実習の受入者数を増やす取組や、実習の指導に携わる指導者の養成が重要となっています。

【表5】長野県で薬学実習を実施した薬学生の状況 (単位：人)

年 度	2017	2018	2019	2020	2021	2022
薬 局	38	—※	56	54	57	37

※：不明

(長野県薬剤師会調)

【表6】認定実務実習指導薬剤師数 (単位：人)

年 度	2018	2019	2020	2021	2022	2023
薬 局	330	331	327	339	342	369
病 院	153	156	157	141	142	145

(長野県薬剤師会調)

第3 薬剤師偏在指標、薬剤師少数区域・薬剤師多数区域等

1 薬剤師偏在指標について

- これまで、地域ごとの薬剤師数の比較には「人口10万人当たり薬剤師数」が一般的に用いられてきましたが、これは地域ごとの医療需要や業務種別（病院、薬局）等の要素が考慮されておらず、薬剤師の地域間・業種間の偏在を統一的に測る「ものさし」としての役割を十分に果たしていませんでした。
- そのため、国は、医療ニーズに基づき、地域ごと、業種ごとの薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握できる、薬剤師偏在の度合いを示す「薬剤師偏在指標」を導入しました。
- 「薬剤師偏在指標」は、計画期間ごとに、国が全国的に見直しを行うこととされました。

(1) 地域別薬剤師偏在指標の算定式

$$\text{地域薬剤師偏在指標} = \frac{\text{調整薬剤師労働時間（病院）} \times 1 + \text{調整薬剤師労働時間（薬局）} \times 2}{\text{薬剤師（病院）の推計業務量} \times 3 + \text{薬剤師（薬局）の推計業務量} \times 4}$$

※1 調整薬剤師労働時間（病院）＝

Σ （勤務形態別性別年齢階級別病院薬剤師数×病院薬剤師の勤務形態別性別年齢階級別労働時間）÷調整係数（病院）※

※ 調整係数（病院）＝

全薬剤師（病院）の労働時間（中央値）÷全薬剤師（病院＋薬局）の平均的な労働時間

※2 調整薬剤師労働時間（薬局）＝

Σ （勤務形態別性別年齢階級別薬局薬剤師数×薬局薬剤師の勤務形態別性別年齢階級別労働時間）÷調整係数（薬局）※

※ 調整係数（薬局）＝

全薬剤師（薬局）の労働時間（中央値）÷全薬剤師（病院＋薬局）の平均的な労働時間

※3 薬剤師（病院）の推計業務量＝

入院患者に関する業務時間（調剤・病棟業務等）＋外来患者に関する業務時間（調剤・服薬指導業務等）＋その他の業務時間（管理業務等）

※4 薬剤師（薬局）の推計業務量＝

処方箋調剤関連業務にかかる業務量＋フォローアップにかかる業務量＋在宅業務にかかる業務量＋その他業務にかかる業務量

(2) 病院薬剤師偏在指標の算定式

$$\text{病院薬剤師偏在指標} = \frac{\text{調整薬剤師労働時間（病院）}}{\text{薬剤師（病院）の推計業務量}}$$

(3) 薬局薬剤師偏在指標の算定式

$$\text{薬局薬剤師偏在指標} = \frac{\text{調整薬剤師労働時間（薬局）}}{\text{薬剤師（薬局）の推計業務量}}$$

(4) 薬剤師偏在指標の性質

- 各地域における薬剤師の必要業務時間（需要）に対する薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率であり、全国統一の算定式により算出されます。
- ただし、各種統計に基づいて機械的に算定されたものであるため、この指標のみで各地域の絶対的な薬剤師の充足状況を判断できるものではなく、薬剤師の数が多いとされる医療圏であっても、施設単位では不足している状況があることに留意が必要です。

2 薬剤師少数区域・薬剤師多数区域について

(1) 目標偏在指標

- 目標偏在指標は、目標年次（2036年）において到達すべき薬剤師偏在指標の水準を示す指標として、地域（都道府県・二次医療圏）や、業態（病院・薬局）によらず、全国共通の指標として設定されるものです。
- 目標偏在指標は、「調整薬剤師労働時間」と「病院・薬局における薬剤師の業務量」が等しくなる時の偏在指標、すなわち「1.0」と定義されました。

(2) 区域設定の必要性と考え方

- 全国の医療圏の薬剤師偏在指標の値を一律に比較し、目標偏在指標より偏在指標が高い二次医療圏を薬剤師多数地域、低い二次医療圏のうち下位二分の一を薬剤師少数区域とする基準に基づき設定されます。

3 長野県における薬剤師偏在指標及び薬剤師少数区域・多数区域等

(1) 長野県（都道府県別）

- 県全体の薬剤師偏在指標は、0.88で全国29位となっており、薬剤師少数県に位置付けられています。
- 業態別の偏在指標では、病院薬剤師は0.73、薬局薬剤師は0.95となっており、病院薬剤師は少数県に位置付けられています。

【表7】長野県の偏在指標等

薬剤師偏在指標	地域別※1	病院※2	薬局※2
偏在指標	0.88	0.73	0.95
区分	少数	少数	—

※1【基準】 薬剤師少数都道府県 0.89以下、薬剤師多数都道府県 1.0以上

※2【基準】 薬剤師少数都道府県 0.85以下、薬剤師多数都道府県 1.0以上

(2) 二次医療圏

- 地域別薬剤師では、飯伊（偏在指標：0.77）、木曾（0.57）、大北（0.72）の3つの医療圏が、薬剤師少数区域に、上小（1.01）の医療圏が薬剤師多数区域に位置付けられています。
- 病院薬剤師では、上小（0.62）、上伊那（0.67）、飯伊（0.67）、大北（0.63）、長野（0.63）の5つの医療圏が、薬剤師少数区域に位置付けられています。
- 薬局薬剤師では、木曾（0.50）の医療圏が薬剤師少数区域に、佐久（1.07）、上小（1.18）、松本（1.00）の3つの医療圏が薬剤師多数区域に位置付けられています。

【表8】二次医療圏の薬剤師偏在指標等

二次医療圏	地域別薬剤師		病院薬剤師		薬局薬剤師	
	偏在指標※1	区分	偏在指標※2	区分	偏在指標※2	区分
佐久	0.97	—	0.76	—	1.07	多数
上小	1.01	多数	0.62	少数	1.18	多数
諏訪	0.82	—	0.79	—	0.82	—
上伊那	0.81	—	0.67	少数	0.87	—
飯伊	0.77	少数	0.67	少数	0.81	—
木曾	0.57	少数	0.82	—	0.50	少数
松本	0.96	—	0.87	—	1.00	多数
大北	0.72	少数	0.63	少数	0.76	—
長野	0.85	—	0.63	少数	0.95	—
北信	0.89	—	0.89	—	0.90	—

※1【基準】 薬剤師少数区域 0.80以下、薬剤師多数区域 1.0以上

※2【基準】 薬剤師少数区域 0.74以下、薬剤師多数区域 1.0以上

第4 薬剤師確保の方針及び目標

1 薬剤師の確保の方針

薬剤師少数県に位置付けられている本県では、地域住民の医療の質の向上や健康増進、持続可能な医療提供体制を確保し、住民が安心して暮らしていけるよう真に必要な薬剤師数の確保を図ることとします。

2 薬剤師確保の目標

(1) 目標薬剤師数等についての国の考え方

(ア) 目標年次における目標薬剤師数

- 目標薬剤師数は、目標年次（2036年）の薬剤師偏在指標が1.0に達するために必要な薬剤師数とされています。
- 上記に基づいた本県の目標薬剤師数は以下のとおりで、2036年までに上小医療圏及び北信医療圏を除き、県及び他8医療圏について確保が必要となります。

【表9】目標年次までの要確保薬剤師数

医療圏	地域別薬剤師偏在指標（現在）	確保している薬剤師数（人）（現在） [A]	目標薬剤師偏在指標（2036年）	目標薬剤師数（人）（2036年） [B]	要確保数（人） [B]-[A]
長野県	0.88	3,488	1.0	3,884	396
佐久	0.97	400	1.0	424	24
上小	1.01	375		371	—*
諏訪	0.82	311		358	47
上伊那	0.81	269		315	46
飯伊	0.77	242		290	48
木曾	0.57	30		40	10
松本	0.96	759		827	68
大北	0.72	83		103	20
長野	0.85	870		1,038	168
北信	0.89	147		138	—*

※ 薬剤師多数区域においては是正等を行わない。

(イ) 1計画期間における目標薬剤師数

- 薬剤師少数区域及び薬剤師少数都道府県の1計画期間の目標薬剤師数は、計画期間開始時の目標偏在指標以下区域の下位二分の一の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために確保されているべき薬剤師数とされています。
- 薬剤師少数でも多数でもない区域・都道府県は、地域の実情を踏まえ、必要に応じて独自に目標薬剤師数を設定することとされています。
- 薬剤師多数区域及び薬剤師多数都道府県は、目標薬剤師数を既に達成しているものとして取り扱われます。

(2) 本県の目標

- 前述の国のガイドラインに基づき、1計画期間（2024年度～2026年度）においては、本県が薬剤師少数県を脱することを目指し、以下のとおり目標を設定します。

《県（三次医療圏）》

区分	医療圏	人口10万対 確保している 薬剤師数	人口10万対 目標薬剤師数	方向性
少数県	長野県	171.5人	178.1人	住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができるようガイドラインに基づく目標薬剤師数を目指します。

《二次医療圏》

区分	医療圏	人口10万対 確保している 薬剤師数	人口10万対 目標薬剤師数	方向性
少数区域	飯伊	156.3人	164.6人以上	各医療圏のニーズに応じ、地域に必要とされる医療の維持・充実を図ることができるようガイドラインに基づく目標薬剤師数との差を縮めます。
	木曾	116.3人	130.4人以上	
	大北	147.6人	156.6人以上	
少数でも多数でもない区域	佐久	196.7人	204.1人	各医療圏のニーズに応じ、地域に必要とされる医療の維持・充実を図ることができるようガイドラインに基づく目標薬剤師数を目指します。
	諏訪	163.3人	171.8人	
	上伊那	151.7人	159.2人	
	松本	179.8人	183.8人	
	長野	164.3人	169.9人	
多数区域	北信	180.1人	194.7人	
多数区域	上小	195.0人	195.0人以上	業態偏在の観点も踏まえ、現状以上の薬剤師数を目指します。

- 県及び全二次医療圏域において、病院薬剤師が充足していない実態（薬剤師偏在指標 1.0 未満）であることを考慮し、病院薬剤師について以下のとおり目標を設定します。

≪県（三次医療圏）病院薬剤師≫

区分	医療圏	人口10万対 病院薬剤師数	人口10万対 目標病院薬剤師数	方向性
少数県	長野県	43.6人	54.7人 以上	病棟薬剤業務やチーム医療が更に 充実するようガイドラインに基づ く目標薬剤師数との差を縮めるこ とを目指します。

第5 目標を達成するための施策

1 県内で勤務する薬剤師の確保

薬剤師少数区域をはじめとして、県内で勤務する薬剤師、特に病院薬剤師の確保に取り組みます。

【具体的な施策】

- 薬学生や県内で就業を希望する薬剤師を対象とした就業相談会を開催し、薬剤師の確保に努めます。
- 育児等で離職している病院、薬局等の勤務経験がある薬剤師の復職を支援するため、地域の病院や薬局と連携して研修を実施し、円滑な復職支援体制の整備を図ります。
- 薬剤師又は薬学生への経済的な支援として、地域医療介護総合確保基金を活用した取組を検討します。
- 関係機関及び関係団体と協力し、薬学生を対象とした、病院及び薬局薬剤師の就業体験イベント等の開催を支援します。
- 県内の病院、薬局等で実務実習を行う薬学生を増やし、県内への就業に繋がるよう、受入体制に関する情報発信や実習の充実に向けた必要な支援に取り組みます。

2 薬学部（6年制）進学者を増やす取組

将来薬剤師を目指す中高生を増やす取組を実施します。

【具体的な施策】

- 関係団体等と協力し、中学生・高校生及び保護者等を対象に薬剤師の仕事の内容や魅力を伝えるセミナーやワークショップを開催します。
- 関係機関及び関係団体と協力し、高校生を対象とした、薬剤師の就業体験イベント等の開催を支援します。

第4節 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）

第1 現状と課題

1 看護職員の就業状況

(1) 看護職員の就業者数

- 2020 年末現在の県内就業看護職員数は 30,521 人です。人口 10 万人当たりの就業看護職員数は経年的に増加しており、保健師、助産師、看護師（准看護師含む）で全国より高く、保健師は全国 1 位、助産師は全国 3 位に位置しています。
- 県内の二次医療圏ごとの人口 10 万人当たりの就業看護職員数は、全ての圏域で全国を上回っています。

【表1】人口 10 万対の就業看護職員数の推移

（単位：人）

年度	2012	2014	2016	2018	2020
長野県	1,261.8	1,329.6	1,389.8	1,436.9	1,490.3
全国	1,139.3	1,187.7	1,228.6	1,275.7	1,315.2

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

【表2】2020 年医療圏別就業看護職員数（人口 10 万対）

（単位：人）

地域 職種	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	全県	全国
保健師	98.8	64.0	71.2	94.5	99.8	145.2	77.7	108.5	72.1	110.2	82.6	44.1
助産師	50.4	32.0	38.2	41.1	42.5	55.0	60.7	33.8	35.5	50.9	43.9	30.1
看護師	1,319.9	1,002.6	1,162.8	957.2	1,069.9	973.5	1,270.1	1,171.9	1,116.0	1,102.5	1,143.7	1,015.4
准看護師	181.5	351.2	228.5	237.9	307.1	176.6	192.6	170.7	183.6	208.4	220.1	225.6
合計	1,650.6	1,449.7	1,500.7	1,330.8	1,519.2	1,350.3	1,601.0	1,484.9	1,407.2	1,472.0	1,490.3	1,315.2

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

(2) 看護職員の就業場所

- 2020 年末現在、看護職員の本来的な就業場所としては、病院が 59.7% を占め、診療所が 13.6%、介護保険施設が 13.0% となっています。
- 看護職員数の 10 年間の増加率（2010 年と 2020 年を対比）は 19.5% と全国の 18.9% を上回っており、就業場所別では訪問看護ステーションや介護保険施設、社会福祉施設などで増加しています。

【表3】2020 年県内看護職員の就業場所

（単位：人）

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	237	29	1	2	18	5	1,230	169	1,691
助産師	627	140	61	0	0	1	32	39	900
看護師	15,825	2,760	4	892	2,533	520	218	671	23,423
准看護師	1,519	1,208	1	25	1,413	232	18	91	4,507
合計	18,208	4,137	67	919	3,964	758	1,498	970	30,521
（構成比）	59.7%	13.6%	0.2%	3.0%	13.0%	2.5%	4.9%	3.2%	100.0%
10 年間の増加率	15.0%	10.7%	11.7%	38.8%	33.5%	83.5%	21.5%	52.3%	19.5%

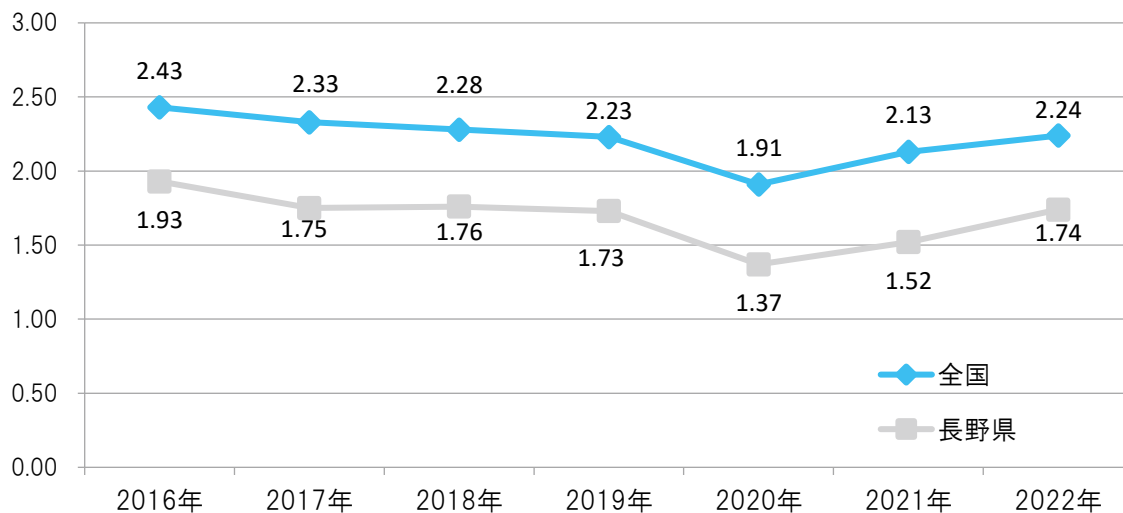
（厚生労働省「衛生行政報告例」）

(3) 看護職員の需給状況

- 近年の有効求人倍率は、長野県、全国ともに横ばい傾向で、依然として確保が困難な状況が続いています。
- ワークライフバランスの実現を踏まえて今後見込まれる看護需要をもとに、2019 年度に推計した「2025 年における長野県看護職員需給推計」によると 1,000 人以上の不足が見込まれます。
- 在宅医療の推進等により介護・福祉分野等における看護の需要が高まる一方で、人口減少及び少子化等が進む中、看護職員の確保対策がますます重要となっています。

【図1】看護職員の有効求人倍率の推移

(単位：倍)



(注) 調査月は10月。パートタイムを含む。

(厚生労働省「一般職業紹介状況」)

【表4】2025年における長野県看護職員需給推計

区分	需要 ^{※1}	供給 ^{※2}	差
就業中の全ての看護職員の超過勤務10時間以内、有給休暇5日以上の場合	31,147人	30,109人	△1,038人
就業中の全ての看護職員の超過勤務10時間以内、有給休暇10日以上の場合	31,427人		△1,318人
就業中の全ての看護職員の超過勤務0時間以内、有給休暇20日以上の場合	33,451人		△3,342人

※1：国の推計ツールにより算出した結果に、県の介護分野の現状を加味した需要数にワークライフバランスの実現を踏まえたシナリオ条件ごとの推計

※2：国の推計ツールにより、前年の看護職員数、新規就業者数等を積み上げ

(2019年度 医師・看護人材確保対策推計)

2 看護職員の養成状況

(1) 新規養成

- 2023年4月の県内看護師等学校養成所の入学定員は1,141名となっています。
- 2021年度卒業生894人のうち803人が看護職員として就業し、このうち684人が県内に就業（県内就業率85.2%）しています。

【表5】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	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
大学	保健師・看護師	250	250	250	406	406	476	476	476
	保健師(選択) ^(注)	(40)	(40)	(40)	(80)	(80)	(100)	(100)	(100)
	助産師(選択) ^(注)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)
専攻科	保健師	15	15	15	15	15	15	15	15
	助産師	15	15	15	15	15	21	21	20
養成所 (短大含む)	看護師3年課程	560	560	560	560	520	450	410	450
	看護師2年課程	110	110	110	110	110	110	110	70
	准看護師	180	180	180	180	180	180	140	110
合計		1,130	1,130	1,130	1,286	1,246	1,252	1,172	1,141

(注) 編入生含む。また、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」、医師・看護人材確保対策課調)

(2) 専門性の高い看護師の養成

- 在宅医療等の推進に向けて、2015年10月に、特定の行為に限って「医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書によって一定の診療の補助を行うことができる看護師」を養成・確保するための特定行為研修制度が創設されました。
- 在宅医療の推進のほか、新興感染症等の感染拡大時における迅速かつ的確な対応、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアの推進等の観点から、特定行為研修修了者や専門看護師・認定看護師の養成が求められています。
- 県内の特定行為指定研修機関数は、2017年度の0機関から2023年度は8機関にまで増加しています。
- 2020年末現在、本県の特定行為研修修了者数は54人となっています。

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

3 看護職員の離職状況

- 県内の病院に勤務する2021年度の常勤看護職員の離職率は、全国の11.6%を下回るものの8.3%であり、新卒採用者については5.3%（全国10.3%）が1年以内に離職している状況です。
(日本看護協会「2022年 病院看護実態調査」)
- 新卒の看護職員の離職理由の一つとして、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ています。

第2 施策の展開

1 新規養成数の確保

- 新規養成数を確保するために、県立看護大学及び県立養成校を運営するとともに、県内看護師等養成所の運営に対する支援を行います。
- 県内への就業率の向上を図り、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するため、看護職員修学資金の貸与等を行います。
- 看護職に対する理解促進やイメージアップを図り、看護学生を確保するために、県内看護師等養成所と高校進路指導担当者との意見交換会の開催や、若い世代を対象としたリーフレットの配布等を行います。

2 離職防止・資質の向上

- 働きやすい環境づくりを推進するため、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支援を行います。
- 医療機関等による勤務環境の改善を支援するため、アドバイザーの派遣や総合相談窓口の設置等を行います。
- 看護職員の負担を軽減し定着促進を図るため、看護補助者活用推進のための研修会を実施します。
- 看護職員が意欲的に業務に取り組めるよう、資質向上のための各種研修を実施します。
- 新人看護職員の卒後臨床研修体制の整備を促進するため、医療機関による研修の実施等を支援します。
- 看護現場における看護ケアの広がりや資質の向上を図るため、県立看護大学において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い実践看護ができる専門看護師・認定看護師を養成します。
- 特定行為研修修了者の増加を図るため、研修受講料や代替職員人件費等への支援を行うとともに、協力施設や研修機関の体制整備や研修修了者の活動支援のため、指定研修機関や研修修了者同士の連絡会を開催します。
- 在宅医療を担う訪問看護職員の確保のため、事業所の運営や新卒者採用に向けた取組を支援するとともに、専門性向上のための研修等を実施します。
- 市町村保健師の確保や保健活動の充実強化を図るため、市町村保健師の採用情報の発信及び職務の段階に応じた研修機会の確保等の人材育成に努めます。
- 医師と役割分担・連携して正常分娩の進行管理を行うなど助産実践能力の高い助産師を育成するため、スキルアップを目的とした助産師支援研修や助産師出向支援を実施します。

3 再就業の促進

- 潜在看護職員の再就業を促進するため、ナースセンターにおける再就業相談や研修、「デジタル改革関連法を踏まえた看護職の人材活用システム」等による復職支援を実施します。
- 高齢化の進展に伴い需要の増加が見込まれる介護・福祉分野等への就業を促進するため、プラチナナース(*)等に対する研修を実施します。

(*) プラチナナース（概ね業務経験 25 年以上の看護職員）

第3 数値目標

区分	指標	現状	目標	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	就業看護職員 (保健師、助産師、看護師、准看護師)数(全県)	30,521人 (2020)	31,973人 (2028)	今後見込まれる看護需要をもとに設定	厚生労働省 「衛生行政報告例」
S	特定行為研修 修了者数	54人 (2020)	289人 (2028)	在宅医療の推進や有事対応等に 必要な数をもとに設定	厚生労働省 「衛生行政報告例」
S	特定行為指定研修 機関数	8機関 (2023)	現状以上 (2029)	現状以上とする	医師・看護人材確保対策課調

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

感染管理認定看護師の養成について

感染管理認定看護師とは、感染対策における高度な専門知識や実践力を有する者として、日本看護協会の認定を受けた看護師のことです。

長野県看護大学では、2011年度から2016年度まで感染管理認定看護師教育課程を開講し、99名の修了者を輩出しました。また、新型コロナの蔓延に伴い、感染症への的確な対応を行うことができる感染管理認定看護師の需要が増加したことを受け、2022年度から特定行為研修を組み込んだ感染管理認定看護師教育課程を新たに開講しています。

教育課程修了生は、日本看護協会の認定審査を受けた後、5年ごとに更新審査を受けながら、感染管理認定看護師として活動を行います。所属施設の院内感染の監視、予防、指導などの他にも、所属施設外の看護職やその他の専門職、一般市民への感染対策に関する教育なども行っています。

新型コロナの蔓延時においても、集団感染が発生した地域の社会福祉施設等に赴き、施設内の感染対策の指導を行うなど、地域の感染対策の要として活躍しています。



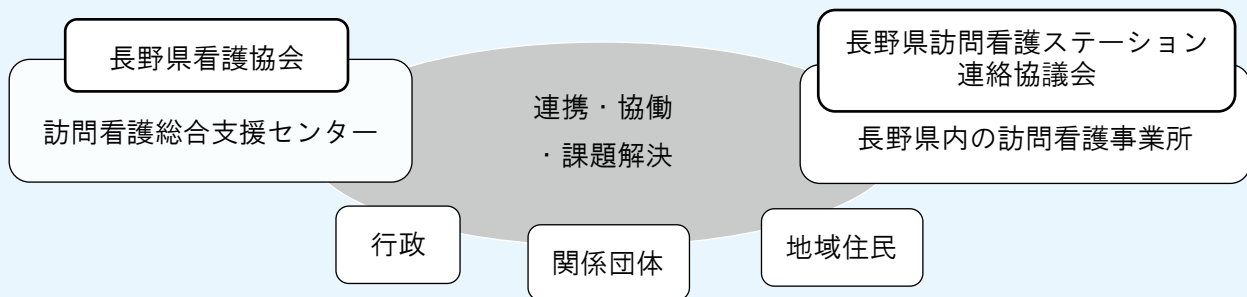
演習の様子

長野県看護協会による訪問看護総合支援センターの取組

近年、全国的に訪問看護ステーション数は増加傾向ですが、看護職員の常勤換算従事者数が5人未満の小規模事業所が7割近くを占めており、各事業所の自助努力で地域の訪問看護に係る様々な課題を解決することは難しい現状があります。

そこで、そのような課題を一体的・一元的に取り組む拠点として2023年4月1日に長野県看護協会内に「訪問看護総合支援センター」が開設されました。

センターでは、①経営支援、②人材確保、③訪問看護の質向上の3つを主な目的として事業を展開しています。県からの委託による訪問看護事業所の新規開設・運営支援や、訪問看護ステーションへの就職支援、訪問看護に関する研修の実施のほか、地域住民への訪問看護に関する啓発なども実施しており、地域のニーズに応じた訪問看護を継続して提供できるような体制づくりの拠点として期待されています。



ナースセンター事業

県の委託により長野県看護協会が運営している「長野県ナースセンター」では、相談員が、求人・求職サイトによる無料の紹介に加え、県下のハローワークと連携しながら再就業を希望する看護職員への巡回就業相談を行っています。また、臨床経験のブランクに不安のある看護職に対して実技を学べる再就職支援研修会を実施するなど、様々な方法で看護職員の確保に向けた取組を推進しています。

コロナ禍においては、自宅療養者の健康管理やワクチン接種業務等を行う看護職の需要が増大したため、県と県看護協会が呼びかけを行い、多くの潜在看護職※の方にご協力をいただきました。

これらの皆さんが医療現場とのつながりを維持できるよう看護職同士の交流会の開催や、きめ細やかな相談対応により本格的な就業定着を図る取り組みを強化しています。



※看護職の資格を持ちながら就業していない看護職

相談の様子

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

- 2020 年末現在の本県の歯科衛生士就業者数は 2,720 人であり、人口 10 万人当たり 132.8 人と、全国平均の 113.2 人を上回っています。また、勤務先は診療所が 85%以上を占めています（表1）。
- 長野県内の歯科衛生士養成校は 4 校、入学定員は 4 校合計で 128 人（2023 年 4 月現在）ですが、2022 年度の入学者数は 119 人で充足率は 93.0%となっています（表3）。
- 2021 年 4 月 1 日現在、常勤の歯科衛生士を配置している市町村は 13 市 2 町 1 村です（表4）。
- 歯科口腔保健の推進にあたり、在宅又は介護施設等における訪問口腔衛生指導や入院患者の口腔管理など、歯科衛生士のはたす役割は大きくなっています。
そのため、医療機関に加えて、行政、教育機関、医療保険者、障害者施設、介護保険施設等で歯科衛生士を活用していくことが重要です。

【表1】 歯科衛生士の就業状況

区分	長野県						人口 10万 対	単位（人）	
	保健所 市町村	病院	診療所	介護老人 保健施設	その他	合計		全国	人口 10万 対
2012年	97	162	1,937	14	35	2,245	105.3	108,123	84.8
2014年	91	177	2,019	16	49	2,352	111.5	116,299	91.5
2016年	84	197	2,086	18	41	2,446	117.1	123,831	97.6
2018年	91	198	2,187	46	54	2,576	124.9	132,629	104.9
2020年	89	210	2,329	39	53	2,720	132.8	142,760	113.2

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

【表2】 歯科衛生士の年齢別構成人数

区分		25未満	25～29	30～34	25～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65以上	計	
2016年	全国	人数	13,996	17,087	17,085	16,673	18,371	16,267	11,400	6,971	22,900	1,581	123,831
		構成比（%）	11.3	14.4	14.4	13.5	14.8	13.1	9.2	5.6	2.3	1.3	100
	県	人数	265	315	291	324	366	313	241	192	106	33	2,446
		構成比（%）	10.8	12.9	11.9	13.2	15.0	12.8	9.9	7.8	4.3	1.3	100
2018年	全国	人数	14,654	17,737	18,190	17,220	18,992	17,586	13,654	8,565	3,894	2,137	132,529
		構成比（%）	11.0	13.4	13.7	13.0	14.3	13.3	10.3	6.5	2.9	1.6	100
	県	人数	250	302	321	335	373	334	280	202	124	55	2,576
		構成比（%）	9.7	11.7	12.5	13.0	14.5	13.0	10.9	7.8	4.8	2.1	100
2020年	全国	人数	15,025	19,688	17,182	19,047	18,840	19,232	15,051	10,608	5,215	2,836	142,760
		構成比（%）	10.5	13.8	12.0	13.3	13.2	13.5	10.5	7.4	3.7	2.0	100
	県	人数	246	309	305	335	388	371	298	236	144	88	2,720
		構成比（%）	9.0	11.4	11.2	12.3	14.3	13.6	11.0	8.7	5.3	3.2	100

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

【表3】県内4校の歯科衛生士養成校入学者状況

単位（人）

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
定員	116	116	116	116	128
入学者数	96	84	109	102	119
充足率	82.8%	72.4%	94.0%	87.9%	93.0%

(健康増進課調)

【表4】常勤の歯科衛生士を配置している市町村数

	2019年度	2020年度	2021年度
市町村役所（場）・保健センター	13市2町1村	13市2町1村	13市2町1村

(健康増進課調)

生活の質を支援する歯科衛生士

生涯、ストレスなくおいしく食べられることや、会話を楽しめる生活のためには、むし歯や歯周病の予防はもちろん、口腔機能の維持・向上も重要であることが常識となってきました。歯科衛生士はそうした生活の質を保つために不可欠な「口腔ケア」を担っています。

歯科診療所は、治療のためだけでなく、定期健診による口腔の健康維持のための通院の場となってきています。歯科衛生士は、口腔の健康維持のために「プロフェッショナルケア」を提供すると同時に、「セルフケア」についての支援をしています。

病院や施設では、口腔内環境が感染予防のカギのひとつであることが重要視されています。歯科衛生士の専門的な助言に基づく「口腔ケア」が、入院患者や施設利用者の生活の質を支えています。

市町村における健康づくりでは、ライフステージに応じた切れ目のない予防活動のために歯科衛生士の専門的歯科口腔保健指導の場が増加しています。乳幼児健診等ではむし歯予防はもとより、口腔機能の発達にも注視して助言を行っています。また、歯周病の生活習慣病との関係や、介護予防につながる「オーラルフレイル予防」の普及啓発など、地域住民の健康長寿に貢献しています。

2 歯科技工士

- 2020年末現在の本県の歯科技工士の従事者数は671人と、2012年から比較してほぼ横ばいの状況です（表5）。
- 人口10万人当たりの歯科技工士数は32.8人と、全国平均の27.6人より高い水準です（表5）。
- 歯科技工技術の高度化やデジタル化、就業歯科技工士の高齢化（表6）など、歯科技工士を取り巻く状況は大きく変化しており、時代の要請に対応できる歯科技工士の確保充実が求められています。

【表5】歯科技工士の従事状況

単位（人）

区分	長野県		全国	
	就業者数	人口10万対	就業者数	人口10万対
2012年	661	31.0	34,613	27.1
2014年	666	31.6	34,495	27.1
2016年	662	31.7	34,640	27.3
2018年	657	31.8	34,468	27.3
2020年	671	32.8	34,826	27.6

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

【表6】歯科技工士の年齢別構成人数

単位（人）

区分		25未満	25～29	30～34	25～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65以上	計	
2016年	全国	人数	1,862	2,179	2,762	3,174	4,137	3,940	4,318	5,200	3,471	3,597	34,640
		構成比(%)	5.4	6.3	8.0	9.2	11.9	11.4	12.5	15.0	10.0	10.4	100
	県	人数	31	33	50	49	76	70	110	75	93	33	662
		構成比(%)	4.7	5.0	7.6	7.4	11.5	10.6	11.3	16.6	11.3	14.0	100
2018年	全国	人数	1,789	1,937	2,629	2,914	3,856	4,094	3,983	4,977	4,095	4,194	34,468
		構成比(%)	5.2	5.6	7.6	8.5	11.2	11.9	11.6	14.4	11.9	12.2	100
	県	人数	19	34	52	42	73	68	67	107	90	105	657
		構成比(%)	2.9	5.2	7.9	6.4	11.1	10.4	10.2	16.3	13.7	16.0	100
2020年	全国	人数	1,636	2,042	2,343	2,818	3,646	4,249	3,797	4,695	4,633	4,967	34,826
		構成比(%)	4.7	5.9	6.7	8.1	10.5	12.2	10.9	13.5	13.3	14.3	100
	県	人数	15	24	38	60	60	76	68	100	98	132	671
		構成比(%)	2.2	3.6	5.7	8.9	8.9	11.3	10.1	14.9	14.6	19.7	100

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

デジタル化がもたらす歯科技工士の可能性

昨今の歯科技工におけるデジタルの発展は目を見張るものがあります。これまでは歯冠が主でしたが、義歯（入れ歯）製作にも応用されるようになり、義歯床、人工歯ともデジタルで製作できるほか、部分床における金属のフレーム、クラスプまで3-Dプリンターで作成できるようになってきました。

デジタルの良さは、同じものがすぐできることにあります。義歯の再製作についても、症例によっては困難な場合もありますが、対応できる範囲が広がってきました。これにより、義歯を製作した時点で記録を残せば、紛失した際すぐに対応が可能となります。例えば、大規模災害により被災した際の健康を守るうえで、食事は非常に重要ですが、速やかな義歯の再製作により、その一端を歯科技工士が担える可能性は大きいといえます。

また、デジタル技工の浸透により、歯科技工士の長時間労働という問題点が解消されつつあります。歯科技工所の設置基準も改正され、条件付きではありますがコンピューターによる設計も認可されています。これらのことは、潜在歯科技工士の発掘に繋がり、人材不足の解消にもつながる要素です。

第2 施策の展開

1 歯科衛生士の確保と資質の向上

- 医療機関のほか、多様な働く場から歯科衛生士のニーズが高まっていることから、長野県歯科衛生士養成校協議会、長野県歯科衛生士会及び長野県歯科医師会と連携協力し、新規就業者の育成や離職者の復職支援等、歯科衛生士の安定確保につながる取組を支援します。
- 在宅又は介護施設等における訪問口腔衛生指導や入院患者の口腔管理などが行える、より専門性の高い歯科衛生士を増やすため、歯科衛生士の資質の向上等についての取組を支援します。

2 歯科技工士の確保と資質の向上

- 高齢化の状況を踏まえ、時代の要請に対応できる歯科技工士を確保し、歯科口腔医療提供体制を維持するため、長野県歯科技工士会等と連携し、歯科技工士の資質の向上に努めます。

第3 数値目標

区分	指標	現状	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	就業歯科衛生士数 ・診療所 ・保健所、市町村 ・病院 ・介護老人保健施設 ・その他	2,329人 89人 210人 39人 53人 (2020)	2,329人以上 89人以上 210人以上 39人以上 53人以上	現在以上の水準を 目指す	厚生労働省「衛 生行政報告例」
S	常勤の歯科衛生士を配置し ている市町村数	13市2町1村 (2022)	19市2町1村 以上	人口2万人規模の 市町での配置を目 指す	健康増進課調
S	就業歯科技工士数	671人 (2020)	671人以上	現在以上の水準を 目指す	厚生労働省「衛 生行政報告例」

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

第6節 管理栄養士・栄養士

第1 現状と課題

1 管理栄養士・栄養士の従事状況

- 令和4年度（2022年度）末現在、管理栄養士・栄養士の配置率は、保健医療福祉関係の給食を提供する施設で92.6%ですが、それ以外の特定多数の者に給食を提供する施設で53.2%、市町村で93.5%です（表1）。
- 近年、栄養ケア・ステーションを活用した訪問栄養管理・指導の需要増加や、診療報酬におけるオンライン栄養指導の新設など、管理栄養士・栄養士の求められる場面は多様化しています。
- 時代の要請に対応して、適切な栄養管理、指導等ができる管理栄養士・栄養士の確保充実が必要です。

【表1】管理栄養士・栄養士の配置率

（単位：％）

	平成18年	平成23年	平成28年	令和元年	令和4年
保健医療福祉関係の給食を提供する施設*1	93.2	96.7	96.1	94.6	92.6
上記以外の特定多数の者に給食を提供する施設*2	43.7	42.9	44.7	47.6	53.2
市町村	85.6	89.6	90.9	93.5	93.5

（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

2 管理栄養士・栄養士の養成

- 令和5年度（2023年度）現在、県内には管理栄養士養成校が2校、栄養士養成校が2校あり、そのうち長野県立大学では、平成30年度（2018年度）から健康発達学部食健康学科が新設され、管理栄養士・栄養士の養成を推進しています。
- 県・市町村においても、学生が保健衛生活動への理解と興味を深められるよう、管理栄養士を講師として養成校へ派遣したり、養成校のインターンシップ生の受入れを行っています。

【表2】長野県内の年次別養成状況（養成課程終了状況）

（単位：人）

職種	年度					備考
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	
管理栄養士	83	70	73	104	84	R3～県立大30名増
栄養士	118	82	69	82	79	H30 県立短期大学閉学
計	201	152	142	186	163	

第2 施策の展開

管理栄養士・栄養士の確保と資質の向上

- 管理栄養士・栄養士の求められる場面は多様化していることから、市町村、県栄養士会及び養成校等と連携協力し、時代の要請に対応できる管理栄養士・栄養士の育成や確保を図ります。
- 市町村等の行政に携わる管理栄養士・栄養士を対象とした研修会を開催し、健康づくり、母子保健、高齢福祉など様々な部署で、管理栄養士・栄養士が栄養指導や食育等の施策を効果的に展開できるよう、資質の向上を目指します。
- 医療法施行規則の一部を改正する省令（令和5年厚生労働省令第73号）により、病院等の人員配置について、管理栄養士・栄養士が医療従事者として位置づけられたため、今後は国の動向を注視しながら、施策の充実を検討します。

第3 数値目標

	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	管理栄養士・栄養士の配置率				
	・保健医療福祉関係の給食を提供する施設*1	92.6% (2022)	92.6%以上	現状の水準以上を目指す。	衛生行政報告例
	・上記以外の給食を提供する施設*2	53.2% (2022)	53.2%以上	現状の水準以上を目指す。	
	・市町村	93.5% (2022)	93.5%以上	現状の水準以上を目指す。	行政栄養士等配置状況

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

*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

※ 医療法施行規則の一部を改正する省令（令和5年厚生労働省令第73号。令和5年4月28日交付及び告示、同年5月1日から施行及び適用）により、病院等の人員配置について都道府県知事に報告することとされる医療従事者の職種に管理栄養士・栄養士が追加された。そのため必要に応じて、医療計画の中間見直し等で、新たな指標を検討する予定。

栄養ケア・ステーション

栄養ケア・ステーションは、食・栄養の専門職である管理栄養士・栄養士が所属する地域密着型の拠点です。地域住民の方はもちろん、医療機関、自治体、健康保険組合、民間企業、保険薬局などを対象に管理栄養士・栄養士をご紹介します。用途に応じた様々なサービスを提供します。

超高齢社会を迎え、高齢者人口が増加している現在、疾病予防や介護予防が重要となってくることから、フレイル（虚弱）や低栄養状態にならないためにも、適切な栄養管理が誰にでも受けられる体制が必要となり、栄養ケア・ステーションの需要は高まっています。

第7節 その他の医療従事者

第1 現状と課題

1 理学療法士、作業療法士の状況

- 2020年未現在、病院・診療所及び介護サービス施設で従事する理学療法士は常勤換算で2,448人、作業療法士は1,519人で、ともに増加傾向にあり、人口10万人当たりの従事者数も、双方とも全国平均を上回っています。
- 近年では急性期から回復期、維持期までのリハビリテーションの手法が多様化しており、それらに対応できる資質の高い理学療法士、作業療法士の養成・確保が求められています。

【表1】病院・診療所における理学療法士、作業療法士の従事者数の推移

区分	理学療法士				作業療法士			
	長野県		全国		長野県		全国	
	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万対
2014年	1,450	68.7	77,140	60.7	912	43.2	42,136	33.2
2020年	1,710	83.5	100,965	80.0	1,081	52.8	51,056	40.5

(厚生労働省「医療施設調査・病院報告」)

【表2】介護サービス施設における理学療法士、作業療法士の従事者数の推移

区分	理学療法士				作業療法士			
	長野県		全国		長野県		全国	
	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万対
2014年	481	22.8	27,789	21.9	314	14.9	15,364	12.1
2020年	738	36.1	47,254	37.5	438	21.4	23,499	18.6

(厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」)

2 視能訓練士、言語聴覚士等の医療従事者の状況

- 病院・診療所で従事する視能訓練士、言語聴覚士等の医療従事者については、いずれも増加傾向にあり、人口10万人当たりの従事者数も、おおむね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。チーム医療の重要性が増す中で、これらの職種については、高度な専門知識や技術の習得が求められています。

【表3】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			
	2014年		2020年		2014年		2020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	140	6.7	179	8.8	7,733	6.1	10,130	8.0
言語聴覚士	301	14.3	336	16.4	14,252	11.2	17,905	14.2
義肢装具士	6	0.3	7	0.3	104	0.1	128	0.1
診療放射線技師	808	38.3	880	43.0	50,960	40.1	55,624	44.1
臨床検査技師	1,298	61.6	1,371	66.9	64,080	50.4	67,752	53.7
臨床工学技士	449	21.3	516	25.2	23,741	18.7	30,409	24.1
精神保健福祉士	150	7.1	157	7.7	10,505	8.3	11,171	8.9
社会福祉士	202	9.6	293	14.3	10,582	8.3	16,250	12.9

(厚生労働省「医療施設調査・病院報告」)

3 柔道整復師等の状況

- 施術所等で従事する柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師は、おおむね増加傾向にあります。
- 柔道整復師は、他の医療職種等と連携を図り、フレイル予防や介護予防の取組を促進する役割が求められています。

【表4】柔道整復師等の従事状況

区 分	長 野 県				全 国			
	2014年		2020年		2014年		2020年	
	従事者数 (人)	人口 10万 対	従事者数 (人)	人口 10万 対	従事者数 (人)	人口 10万 対	従事者数 (人)	人口 10万 対
柔道整復師	870	41.3	1,106	54.0	63,873	50.3	75,786	60.1
あん摩マッサー ジ指圧師	1,749	82.9	1,624	79.3	113,215	89.1	118,103	93.6
はり師	1,399	66.3	1,495	73.0	108,537	85.4	126,798	100.5
きゅう師	1,342	63.6	1,468	71.7	106,642	83.9	124,956	99.1

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

第2 施策の展開

- 医師をはじめとした医療従事者の負担軽減に向けた、他の医療職種へのタスク・シフト/シェア推進のための研修等を支援します。
- 養成施設における教育の充実が図られるよう、必要に応じて関係機関と協力し、適切な運営を指導します。
- それぞれの職種が専門性を活かし、互いに連携・補完しながら質の高い医療を提供できるよう、各職種の関係団体が資質向上のために実施する、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。

タスク・シフト/シェア

医療機関では、医師だけではなく様々な職種の方が働いていますが、すべての医療関係職種の方々がそれぞれの専門性を活かしながら連携し、パフォーマンスを最大化することが大切です。

タスク・シフト/シェアとは、医師をはじめとする医療関係職種の業務の一部を他の職種にタスク・シフティング（業務の移管）やタスク・シェアリング（業務の共同化）を行う取組です。仕事を分散することで、特定の職種への業務の集中を軽減することにつながります。

タスク・シフト/シェアの取組は多岐にわたりますが、他の職種との取組として、主には次のようなものが挙げられます。

① 医師事務作業補助者の配置

医師事務作業補助者は、診断書等の医療関連の文書作成代行や、電子カルテ等への診療記録の代行入力など、医師が行う業務のうち事務的な業務のサポートを行います。

② 看護補助者の配置

看護補助者は、看護職員の指導の下に、患者の療養上の世話（食事、清潔、排せつ、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備や医療器具の整理整頓などを行います。

③ 特定行為研修修了看護師の配置

保健師助産師看護師法に位置づけられた「特定行為に係る看護師の研修制度」を修了した看護師は、医師が作成した手順書に基づき、21区分38行為の特定行為を実施することができます。

④ 病院薬剤師の配置

病院薬剤師は、患者に対して適切かつ安全な薬物療法が行えるよう、調剤のみならず、チーム医療に積極的に参画し、病棟や外来における薬歴管理や副作用モニタリング、服薬指導等の薬物治療管理を行います。

⑤ その他、他職種へのタスク・シフト/シェア

他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアも勤務環境改善の有効な取組となります。

例えば、不足が著しく厳しい勤務環境に置かれている産科医と助産師の協働による「院内助産」「助産師外来」の実施や、手術における看護師不足に対応するため医療機器の専門医療職である臨床工学技士が、従来看護師が行っていた術者への器材手渡し等の介助業務を行うなど、様々な取組が行われています。

上記以外にも、医師間のタスク・シフト/シェアとして、長時間労働や連続勤務の要因となりやすい「宿日直」の体制見直しや複数主治医制等の「チーム制」の導入等があります。

このように、職種間が連携しタスク・シフト/シェアによって効率化が進むことで、患者や家族にとっても、より質の高い医療提供が受けられるようになります。

参考：厚生労働省「勤務環境改善に向けた好事例集」（2023年3月）

医療機関で活躍する専門職種と多職種連携

医療機関は、医師をはじめ医療に関する専門的知識と技術を持った有資格者による専門職集団ですが、医療の高度化に伴い職種の細分化、専門特化が進み、別表に掲げる多様な職種が生まれてきました。診療部門、看護部門及び医療技術部門（薬剤、検査及びリハビリテーション）などに携わる多くの職種が、それぞれの高い専門性を前提に役割分担するとともに、互いに連携・協力して1人の患者の治療やケアにあたる「チーム医療」に取り組んでいます。

患者の社会復帰や在宅療養への移行においても、多職種による業種を超えた地域連携が欠かせません。退院後の生活に関する相談支援や関係機関との調整を行う医療ソーシャルワーカー（社会福祉士・精神保健福祉士）などが、患者や家族が抱える様々な問題の解決に尽力しています。

また、在宅医療においても、できるだけ住み慣れた場所で患者が療養生活を続けられるよう、訪問による診療、看護、薬剤管理、リハビリテーション、栄養食事指導など多職種が関わるチーム医療が展開されています。

超高齢社会を迎えている昨今では、医療・介護連携が益々重要となっています。介護を必要とする高齢者は、一般的に医療ニーズも高い傾向にあるため、地域で安心して自分らしく暮らし続けるには、医療・介護の関係者が要介護者の情報を共有するなど、多様な職種が緊密に連携し、切れ目なく支援が受けられるよう協働する必要があります。

（別表）

職種	制度発足年
医師・歯科医師	1948年
薬剤師	1948年
保健師・助産師・看護師 歯科衛生士	保健師・助産師・看護師・歯科衛生士：1948年 保健師・助産師、看護師：2001年
准看護師	准看護師：1951年 准看護師：2001年
歯科技工士	1955年
診療放射線技師	診療エックス線技師：1951年 診療放射線技師：1968年
臨床検査技師	衛生検査技師：1958年 臨床検査技師：1970年
栄養士	1947年
管理栄養士	1962年
理学療法士、作業療法士	1965年
視能訓練士	1971年
院内保育士、医療保育士	保母：1947年 保育士：1999年
社会福祉士、介護福祉士	1987年
義肢装具士	1988年
臨床工学技士	1988年
精神保健福祉士	1997年
言語聴覚士	1997年
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師	1947年
柔道整復師	1964年
公認心理師	2017年
臨床心理士	1988年 ※民間資格：日本臨床心理士資格認定協会

注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。

注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8節 医療従事者の勤務環境改善

第1 現状と課題

1 医療従事者の勤務環境改善に関する動き

- 医師、看護師等の確保対策、離職防止のため、医療機関では、院内保育所の整備等、医療従事者の勤務環境改善に向けた様々な取組が行われていますが、時間外労働時間の削減、有給休暇の取得促進など勤務環境に関する課題は多く、働きやすい環境の整備が求められています。
- 2014年10月の医療法改正により、①病院又は診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境の改善等への取組に努めること、②国は医療機関の取組に関する指針を策定すること、③都道府県は医療機関の勤務環境改善を促進するための支援を行うことが位置付けられました。

2 医師の働き方改革（医師の時間外労働上限規制）

- 医師の長時間労働を抑制し、健康で働き続けられる環境を整えることは、医師本人にとってはもとより、医療の質・安全の確保と同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要であり、そのために医師の働き方改革に取り組む必要があります。
- 医療法の改正により、医師の時間外労働の上限規制（年960時間以内）等が定められ、2024年4月から適用が開始されます。
- 医師の時間外労働上限規制の適用に当たり、労働時間短縮のための取組を行ってもなお時間外・休日労働が年960時間を超える必要がある医師がいる医療機関は、特定労務管理対象機関（いわゆるB・連携B・C-1・C-2水準対象機関）として県の指定を受ける必要があります。

【表1】県内病院における時間外労働が年960時間を超える医師の有無（2022年8月末時点）

年960時間を超える医師がいる	13施設
年960時間を超える医師はいない	96施設
不明（把握できていない等）・未回答	17施設

（医師・看護人材確保対策課調）

3 医療勤務環境改善支援センターによる支援

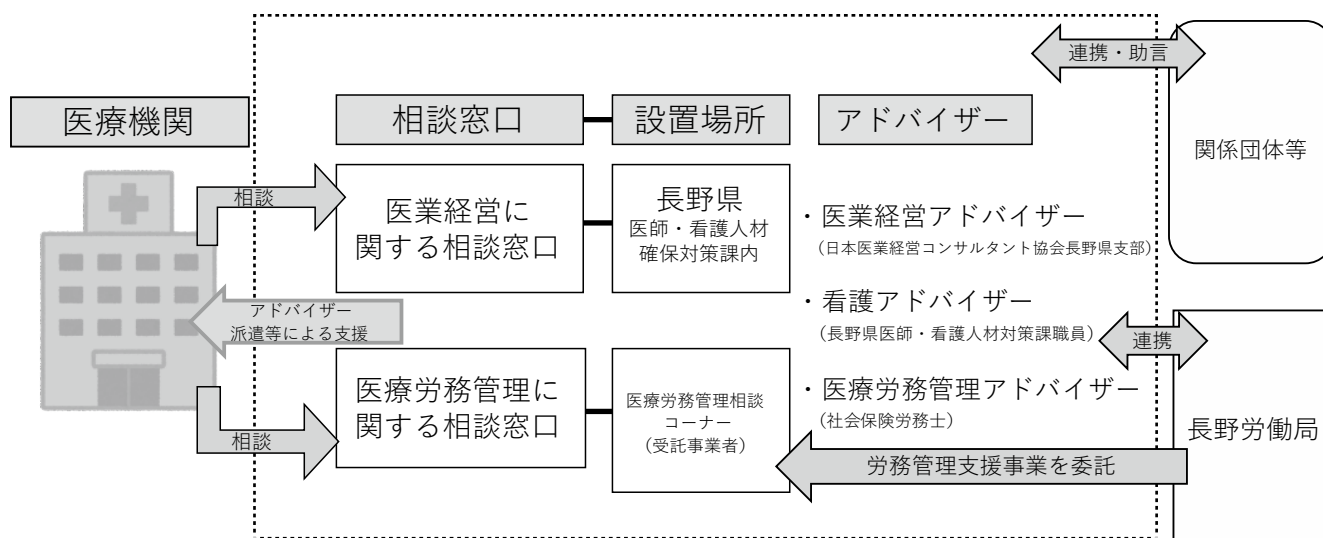
- 本県では、2014年の医療法改正を受け、2016年2月に医療勤務環境改善支援センターを設置しました。国が定める「医療勤務環境改善マネジメントシステム（※）」に基づき、PDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を行う医療機関に対し、アドバイザーによる総合的・専門的な支援を行っています。

※「医療勤務環境改善マネジメントシステム」

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

【図1】長野県医療勤務環境改善支援センターによる支援イメージ

長野県医療勤務環境改善支援センター



- 医師の時間外労働上限規制の適用開始に向けては、個別の医療機関の状況に応じた勤務時間の適切な把握や宿日直許可の取得、特定労務管理対象機関の指定を目指す医療機関による「医師労働時間短縮計画」の作成等について、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）の派遣等により支援を行っています。

【表2】医療勤務環境改善支援センターによる支援状況（2022年度）

支援医療機関数	36 施設
アドバイザー等による訪問支援実施数	延べ 86 回
センターにおける相談対応（電話・メール等）	119 件
センターの利用勧奨	55 件

（医師・看護人材確保対策課調）

第2 施策の展開

- 医療勤務環境改善支援センターにおいて、医業経営や医療労務管理に関する相談や医療機関への個別訪問による助言を行うとともに、セミナーや研修会の開催等により、医療勤務環境改善マネジメントシステムの導入を促進します。
- 特定労務管理対象機関の指定を受けた医療機関については、将来に向けて医師の時間外労働の段階的な縮減が求められることから、医療勤務環境改善支援センターによる継続的な支援を行います。
- 医療従事者の業務の効率化による負担軽減や安全性の向上を図るため、医療の現場におけるICTの活用を促進します。
- 医療従事者の離職防止や働きやすい環境づくりに向け、引き続き、院内保育所の運営や施設整備等、病院が実施する勤務環境改善のための取組を支援します。

上手な医療のかかり方

病院・診療所にかかるすべての県民の健康を守るため、日夜力を尽くす医師をはじめとした医療従事者を守るために、「上手な医療のかかり方」を知り、考え、行動することが大切です。

緊急性のない軽症の方が、「平日には休めない」等の自己都合で、一般的には外来診療が行われていない夜間や休日に救急外来を受診することが問題となっています。これらによって、一刻を争う症状の患者さんが後回しとなってしまうとともに、医療従事者が過剰な労働により疲弊し、医療の質の低下にもつながってしまいます。

上手に医療にかかるためには、かかりつけ医を持つことが大切です。

かかりつけ医が日頃の心身の状態をよく知ってくれていることで、些細な体調の変化にも気づきやすいため、病気の予防や早期発見、早期治療が可能になります。さらには、症状に応じて必要と判断した場合には、適切な医療機関を紹介してくれます。

また、県では「すぐに病院に行った方がいいのか」や「救急車を呼ぶべきか」などでお困りの方のために、受診の必要性や応急対処方法に関する適切な助言等を受けることができる次の電話相談窓口を設置しています。

▼ 長野県救急安心センター（#7119）

大人（おおむね15歳以上）の方に関するご相談（英語等の主要な外国語にも対応）	
相談日時	平日：19時から翌朝8時まで 土日祝日・年末年始（12月29日～1月3日）：8時から翌8時まで
利用方法	局番なしの「#7119」に電話※（相談料無料、通話料は利用者負担） ※ ダイヤル回線・IP電話の場合は「026-231-3021」

▼ 長野県小児救急電話相談（#8000）

子ども（おおむね15歳未満）の方に関するご相談	
相談日時	毎日：19時から翌朝8時まで
利用方法	局番なしの「#8000」に電話※（相談料無料、通話料は利用者負担） ※ ダイヤル回線・IP電話の場合は「026-235-1818」

医療の質を保ち、医療従事者の働き方改革を推進するためには、医療を提供する側だけでなく、医療の受け手である県民の理解と協力が不可欠です。かかりつけ医や電話相談窓口等を適切に利用して、上手に医療にかかることが求められています。

参考：厚生労働省「上手な医療のかかり方.jp」 <https://kakarikata.mhlw.go.jp/index.html>

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2017年は91,656人でしたが、2022年には98,918人（7,262人、7.9%増）と増加しています。
- 一方で、救急搬送された高齢者（満65歳以上）について、2017年には60,058人であったものが、2022年には67,859人となり、7,801人増（13.0%増）となっています。
- 今後も、高齢化の進展とともに救急搬送数及び救急搬送に占める高齢者の割合は増加するものと考えられます。

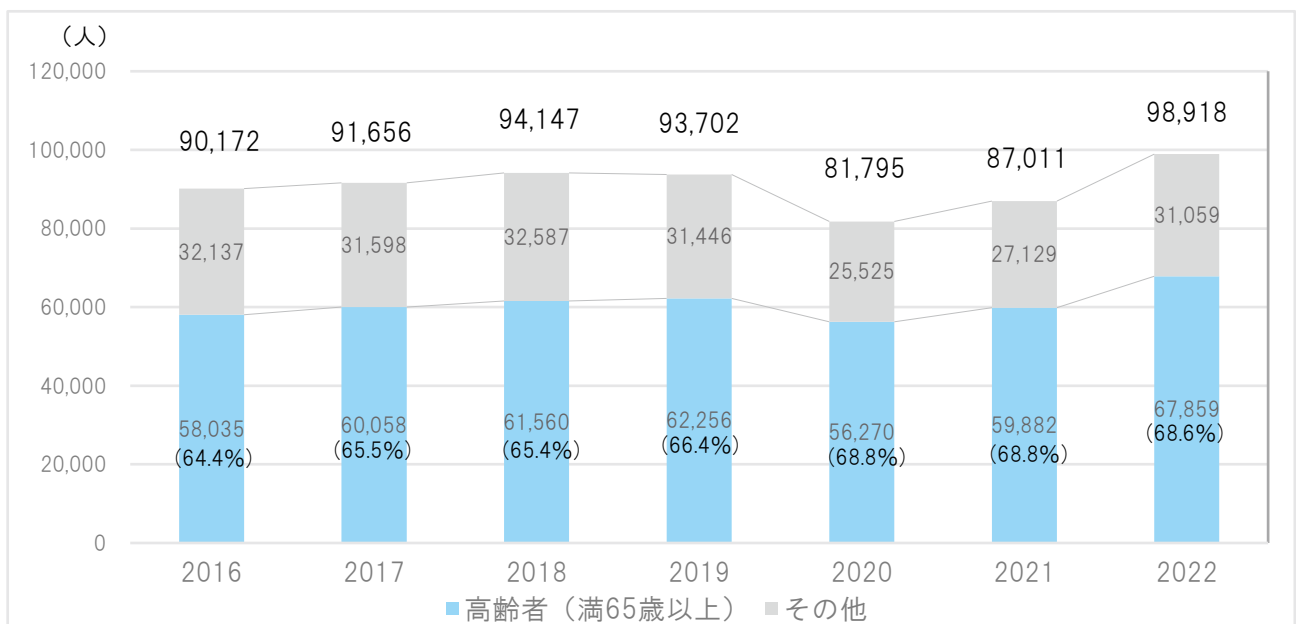
【表1】年齢区分別救急搬送人数

（単位：人）

区分	長野県			全国		
	2017年	2022年	増減	2017年	2022年	増減
新生児（生後28日未満）	198	136	△62	13,417	12,419	△998
乳幼児（生後28日以上満7歳未満）	3,132	3,209	77	265,257	274,140	8,883
少年（満7歳以上18歳未満）	3,111	2,989	△122	202,386	205,183	2,797
成人（満18歳以上満65歳未満）	25,157	24,725	△432	1,883,865	1,862,388	△21,477
高齢者（満65歳以上）	60,058	67,859	7,801	3,371,161	3,863,153	491,992
計	91,656	98,918	7,262	5,736,086	6,217,283	481,197

（消防庁「救急・救助の現況」）

【図1】長野県救急搬送人数及び高齢者搬送人数の推移



（消防庁「救急・救助の現況」）

(2) 傷病程度別の搬送の状況

- 2022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47.8%（全国43.5%）、続いて軽症者が40.8%（全国47.3%）を占めます。軽症者の割合は増加傾向にあり、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見受けられます。
- 軽症患者に対しては、初期救急医療機関の受診を促すとともに、救急車の適正利用を積極的に推進していく必要があります。

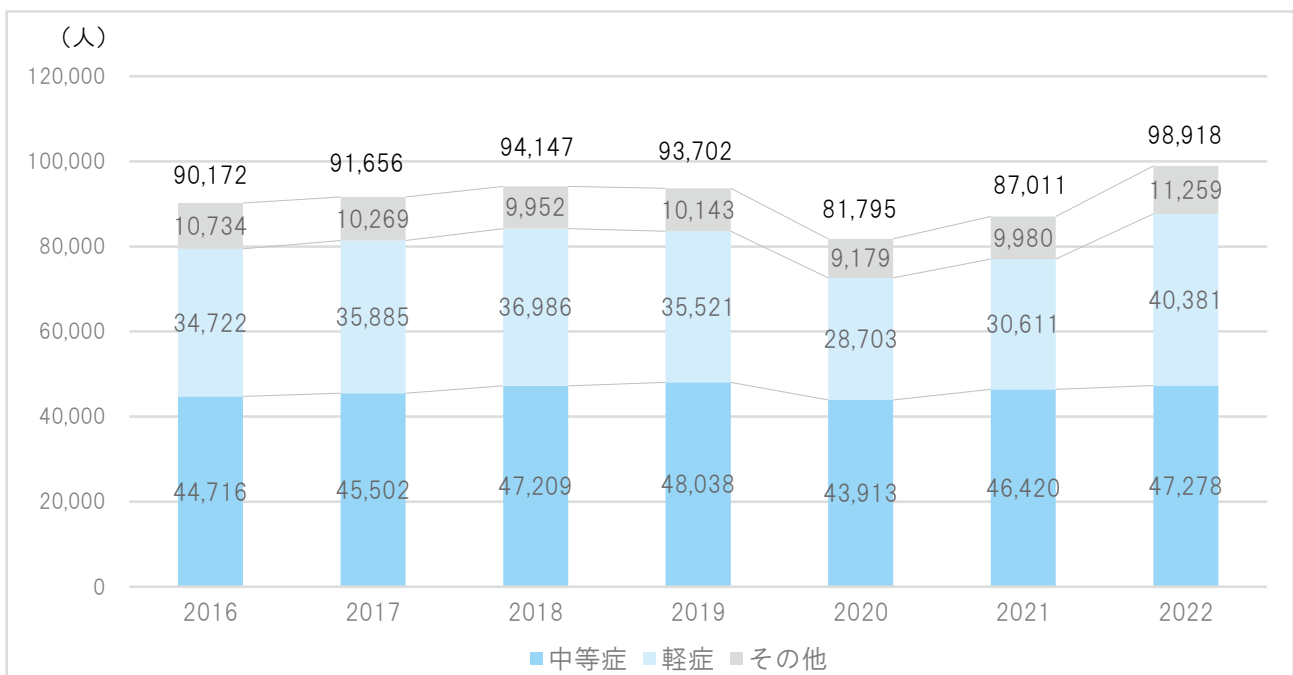
【表2】傷病程度別搬送人数

（単位：人、％）

区分	2017年				2022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	1,457	1.6	77,684	1.4	1,678	1.7	91,364	1.5
重症	8,780	9.6	482,685	8.4	9,574	9.7	480,951	7.7
中等症	45,502	49.6	2,387,407	41.6	47,278	47.8	2,702,797	43.5
軽症	35,885	39.2	2,785,158	48.5	40,381	40.8	2,940,106	47.3
その他	32	0.0	3,152	0.1	7	0.0	2,065	0.0
計	91,656	100.0	5,736,086	100.0	98,918	100.0	6,217,283	100.0

（消防庁「救急・救助の現況」）

【図2】長野県救急搬送人数及び中等症・搬送人数の推移



（消防庁「救急・救助の現況」）

(3) 受入れの照会回数及び現場滞在時間の状況

- 救急車で搬送される重症以上の傷病者のうち、受入れに時間がかかり、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合とされる「照会回数4回以上」又は「現場滞在時間30分以上」の割合はそれぞれ0.7%（全国3.0%）、3.1%（全国7.7%）といずれも全国平均を下回っており、救急搬送が円滑に行われています。
- 引き続き消防機関と医療機関が密接に連携していくことが重要です。

【表3】医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

(単位：人、%)

区分		長野県			全国		
		2017年	2022年	増減	2017年	2022年	増減
重症以上傷病者 (転院搬送を除く)	件数	8,534	9,611	1,077	453,618	478,840	24,746
	4回以上	69	133	64	9,834	34,580	24,746
	構成比	0.8	1.4	—	2.2	7.2	—

(消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」)

【表4】現場滞在時間区分ごとの件数

(単位：人、%)

区分		長野県			全国		
		2017年	2022年	増減	2017年	2022年	増減
重症以上傷病者 (転院搬送を除く)	件数	8,534	9,611	1,077	453,618	478,840	25,222
	30分以上	219	429	210	22,620	50,615	27,995
	構成比	2.6	4.5	—	5.0	10.6	—

(消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」)

2 救急医療提供体制

(1) 病院前救護活動

ア 応急手当の普及

- 消防機関が主体となって実施する救命講習の受講者は、2016年には24,322人（全国1,398,331人）であったものが、2021年には8,969人（全国470,152人）と新型コロナウイルスによる影響もあり減少しています。
- 引き続き県民への普及啓発に取り組むことが重要です。

【表5】救命講習の受講者^(注)

(単位：人)

区分	長野県		全国	
	2017年	2022年	2017年	2022年
受講者数	23,698	7,334	1,376,507	861,307
人口1万人当たり受講者数	113	34	108	64

(消防庁「救急・救助の現況」)

救命講習

急な病気や事故等で心臓や呼吸が止まった傷病者の手当てでは1分1秒を争います。

こうしたとき、まずは119番通報が求められます。しかし、本県では救急車が到着するまでに平均で9.7分かかります。救急車が到着するまでの間、現場に居合わせた人（バイスタンダー）による応急手当が、救命率の向上の鍵を握ります。

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

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

イ 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、2017年には99.2%（全国99.1%）であったものが、2022年には100.0%（全国99.6%）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、2017年には89.1%（全国90.9%）であったものが、2022年には91.6%（全国93.5%）と増加しています。
- 気管挿管技能認定救急救命士の割合は、2017年には74.8%（全国51.3%）であったものが、2022年には73.0%（全国49.9%）と減少しています。一方、薬剤投与技能認定救急救命士の割合は、88.9%（全国88.6%）であったものが、2022年には95.2%（全国91.2%）と増加しています。
- 2016年に、救急業務全般の質の向上等を目的に指導救命士制度の運用を開始し、2016年には3人であったものが、2022年には58人と増加しています。
- 引き続きメディカルコントロール体制の充実強化に努めることが重要です。

【表6】救急救命士の運用状況

区分	長野県			全国		
	2017年	2022年	増減	2017年	2022年	増減
救急救命士が配備されている救急隊の割合	99.2%	100.0%	0.8ポイント	99.1%	99.6%	0.5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)	89.1%	91.6%	2.5ポイント	90.9%	93.5%	2.6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」)

【表7】救急救命士技能認定の状況

区分	長野県			全国		
	2017年	2022年	増減	2017年	2022年	増減
気管挿管技能認定救急救命士の割合	74.8%	73.0%	△1.8ポイント	51.3%	49.9%	△1.4ポイント
薬剤投与技能認定救急救命士の割合	88.9%	95.2%	6.3ポイント	88.6%	91.2%	2.6ポイント

(消防庁「救急・救助の現況」)

【表8】指導救命士技能認定の状況

(単位：人)

区分	2016	2022	増減
指導救命士技能認定者数	3	58	55

(医療政策課調)

(2) 搬送手段の多様化とその選択

- 救急搬送の手段は、従来の救急車に加え、ドクターカー、救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）が活用されています。
- 救急車、ドクターカー、ドクターヘリといった搬送手段の多様化に合わせ、消防機関と医療機関が密接に連携していくことが重要です。

【表9】ドクターカー（救命救急センター）及びドクターヘリ保有台数と出動件数

区分	2016年度		2021年度	
	台数	件数	台数	件数
ドクターカー（救急現場への出動）	8	143	13	710
ドクターヘリ	2	868	2	694
計	10	1,011	15	1,404

(医療政策課調、厚生労働省「救命救急センター充実段階評価」「救急医療提供体制の現況調べ」)

ドクターヘリ・ドクターカーの活用

○ ドクターヘリ

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

全国では、2022年4月18日現在で、46都道府県で56機が配備されています。

本県では、2011年10月に2機体制となって以来、毎年度750件前後の出動があり、救急活動をする上で重要な存在となっています。

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



○ ドクターカー

緊急度・重症度の高い患者を病院外で診療するため、診療に必要な医療機器・医薬品等を搭載し、医師が搭乗した緊急自動車を「ドクターカー」と呼びます。傷病発生現場への出動、施設間搬送、在宅支援などに用いられます。

医師が搭乗していることから、早期の治療開始や救急隊では不可能な高度な医療の提供が可能であり、本県でも多くのドクターカーが配備され、運用されています。

○ 多様な搬送手段の活用

救急患者の傷病の種類や状態、事故発生場所などの条件により、迅速かつ適切な搬送ができる搬送手段は変わります。これらの多様な搬送手段を考慮し、効果的に活用することが求められます。

(3) 迅速かつ適切な救急医療を提供するための体制の構築

○ 本県では、救急医療における病院選定から医療機関における救急医療の提供までの一連の行為を迅速かつ適切に実施するため、消防法の規定に基づき、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準を2011年1月から施行しています。

○ 近年、救急隊が心肺停止傷病者の心肺蘇生を望まないといえられる事案への対応が多くの消防本部で課題として認識されており、県内でも9消防本部（13消防本部中、2021年8月時点）が対応方針を策定しています。

○ 迅速かつ適切な救急医療の提供のため、各種基準等の策定・見直しが重要です。

救急医療と“人生の最終段階における心肺蘇生等”

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

一方で、傷病者本人が家族やかかりつけ医等とともに熟慮の上、あらかじめ人生の最終段階において心肺蘇生等を望まない決断をしている場合もありますが、そうした意思を書面等で示している傷病者は少なく、示していたとしても、救急隊や医療機関による心肺蘇生等が行われるケースが多くあります。

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

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

(4) 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。
- 本県では、適切な救命救急医療体制を確保し、既存の救命救急センターの充実強化を促進するため、救命救急センターの機能等を外部の有識者を招いて評価する取組を行っています。
- 今後は、高齢化に伴う中等症・軽症患者の増加に対応するため、初期・二次救急医療体制の一層の整備を行うとともに、初期・二次・三次救急医療機関それぞれの役割分担を明確にする必要があります。

【表10】 初期救急医療を担う医療機関数

二次医療圏	在宅当番医制に参加する医療機関			休日夜間対応医療機関数		
	2017年	2021年	増減	2017年	2021年	増減
佐久	68	91	23	2	1	△1
上小	81	77	△4	2	2	0
諏訪	97	90	△7	2	2	0
上伊那	94	91	△3	1	1	0
飯伊	45	38	△7	1	1	0
木曾	10	9	△1	1	1	0
松本	232	230	△2	2	2	0
大北	27	28	1	1	0	△1
長野	200	191	△9	5	5	0
北信	0	0	0	3	3	0
計	854	845	△9	20	18	△2

(厚生労働省「医療施設調査」)

【表11】 二次救急医療を担う医療機関数（病院群輪番制病院数）

二次医療圏	2017年	2021年	増減
佐久	4	10	6
上小	11	11	0
諏訪	6	6	0
上伊那	3	3	0
飯伊	8	8	0
木曾	1	1	0
松本	9	8	△1
大北	2	2	0
長野	7	7	0
北信	2	2	0
計	53	58	5

(厚生労働省「医療施設調査」)

【表12】三次救急医療機関（救命救急センター）の状況

区分	医療機関名	所在地	病床数 (床)	人口 (千人)	面積 (km ²)	備考
東信	佐久総合病院佐久医療センター	佐久市	20	398	2,477	
南信	諏訪赤十字病院	諏訪市	10	529	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	505	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	615	2,567	
計	7か所	6市	114	2,047	13,562	

(医療政策課調、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)」)

(5) 急性期を脱した後の医療体制

- 2021年10月1日現在、急性期を脱した後、人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者の三次救急医療機関からの受け入れが可能な体制を整備している病院は70か所であり、県内の三次救急医療機関を除く病院の60%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は49か所（42%）となっています。
- 適正な患者の受入体制を確保するため、救急医療機関からの転院、救急医療機関内における転床を円滑に行う体制整備が課題となっています。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

県内どこに住んでいても、緊急度、重症度に応じた適切な救急医療を受け、命が救われて元の生活に戻れている

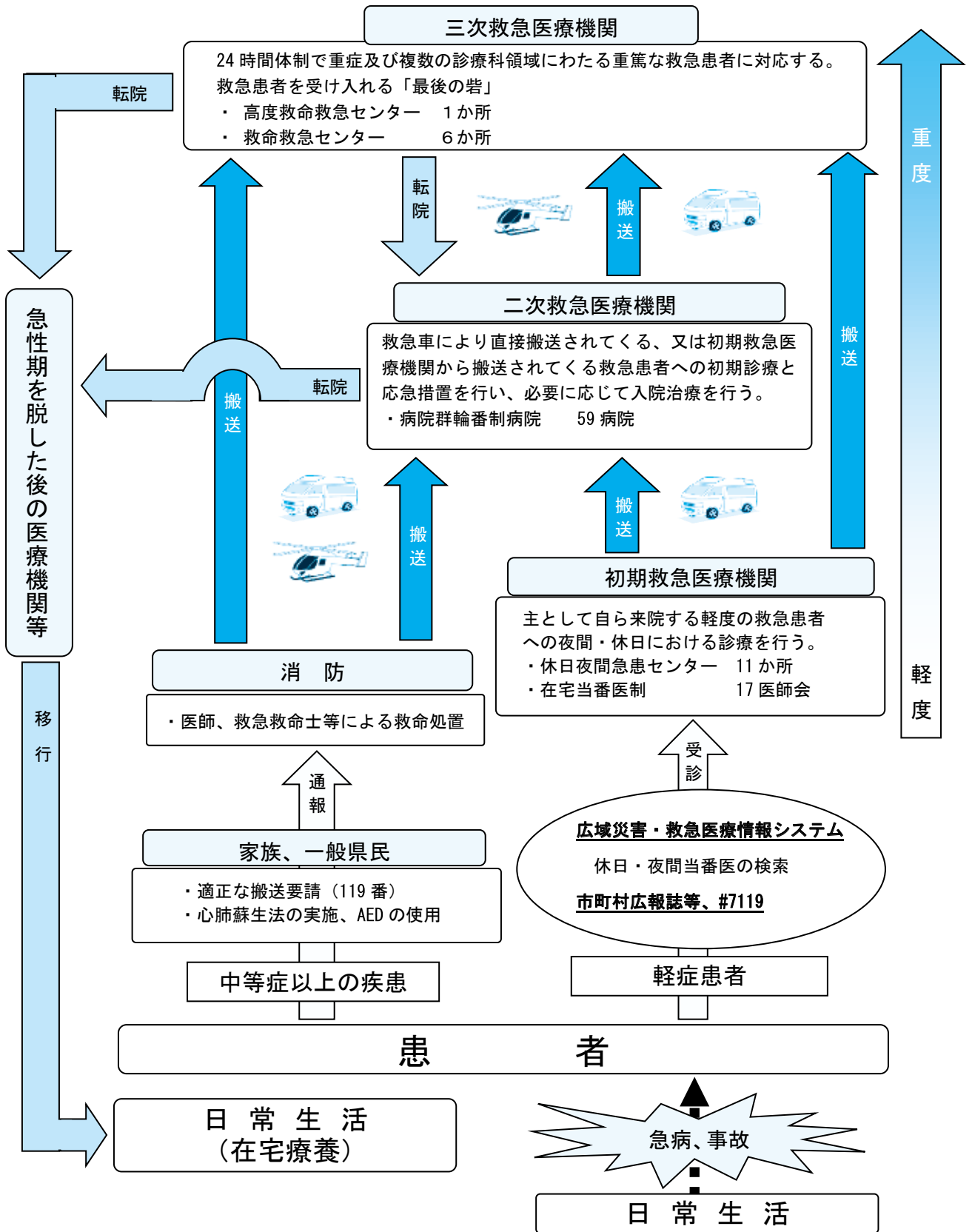
中間成果（中間アウトカム）

- (1) 県民が、自ら応急手当や救急車の要請に関する知識に基づいて適切に行動することができている
- (2) 救急患者が、搬送前や搬送中にも必要な処置が受けられ、速やかに適切な医療機関に搬送されている
- (3) 救急患者が、緊急度・重症度に応じた適切な医療を受けられている
- (4) 急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられている
- (5) 救急患者が、新興感染症等の発生・まん延時においても、適切な救急医療を受けられている

2 救急医療体制

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

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



※ 救急告示医療機関

救急告示病院：82病院、救急告示診療所：6診療所

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

3 二次医療圏相互の連携体制

- 患者の流出入の状況によると、木曽医療圏は圏域内完結率が60.6%と他圏域と比べて低く、隣接する松本及び上伊那医療圏の医療機関への受療が認められることから、松本及び上伊那医療圏と連携した医療提供体制を推進します。
- その他の医療圏については、圏域内完結率が低い医療圏でも各々の救急医療体制の強化・充実が図られてきていますが、地域の実情を踏まえ、必要に応じて他の医療圏と連携します。
- より高度・専門的な医療が必要な救急患者については、医療圏を超えて、主に救命救急センターで対応します。

患者の流出入の状況（2018年度診療分レセプトによる分析のうち二次救急）

（対象レセプト：国民健康保険、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会長野支部の加入者）

圏域	圏域内完結率	主な流出先（割合）	二次救急医療機関	救命救急センター
佐久	95.4%		10	佐久総合病院佐久医療センター（佐久市）
上小	76.5%	佐久（14.2%）	11	
諏訪	95.5%		6	諏訪赤十字病院（諏訪市）
上伊那	78.4%	諏訪（9.1%） 飯伊（5.6%）	3	伊那中央病院（伊那市）
飯伊	96.5%		8	飯田市立病院（飯田市）
木曽	60.6%	岐阜県（15.6%） 松本（9.4%） 上伊那（6.9%）	1	信州大学医学部附属病院(松本市) 相澤病院（松本市）
松本	92.5%		8	
大北	77.2%	松本（18.4%）	2	
長野	94.5%		7	長野赤十字病院（長野市）
北信	85.1%	長野（12.6%）	2	

（出典：長野県レセプトデータベース）

第3 施策の展開

1 応急手当や救急車の要請に関する知識に基づいた適切な行動の促進

- 心肺蘇生法等を含む応急手当に関する知識の普及啓発を推進します。
- 救急医療機関や消防の負担を軽減するため、救急車の適正な利用に係る普及啓発や救急安心センター（#7119）の運営等により、医療機関の受診や救急車の要請の適正化を推進します。

2 救急患者が、搬送前や搬送中にも必要な処置が受けられ、速やかに適切な医療機関に搬送される体制整備

- 長野県広域災害・救急医療情報システム等を利用した消防と医療機関や医療機関同士の情報連携、ドクターヘリなどの効果的な活用により、迅速かつ適切な医療機関への搬送体制の整備を推進します。
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の見直しなど、救急搬送に関するルール標準化を促進します。

- 救急隊員の標準的な活動内容を定めたプロトコルの県内統一化の検討、指導救命士制度の活用や各種研修会・講習会の充実に伴う救急救命士の資質向上、長野県メディカルコントロール協議会の機能を強化など、メディカルコントロール体制の強化・標準化を促進します。
- 県内統一の標準的な対応方針を検討する等、心肺蘇生を望まない傷病者への消防本部（局）の対応方針の整備を推進します。

3 救急患者が、緊急度・重症度に応じた適切な医療を受けられる体制整備

- 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を活用してより広範な傷病や時間に対応できるような初期救急医療体制の整備を推進します。
- 地域の実情に応じた病院群輪番制等の体制整備や施設・設備整備の支援等により、二次救急医療体制の整備を推進します。
- 救命救急センターの運営支援や施設・設備整備等により、三次救急医療体制の整備を推進します。
- 「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の見直し等を通じ、救急医療機関の役割を明確化するとともに、迅速かつ適切な救急医療の提供のためICT等を活用した相互連携を促進します。

4 急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられる体制整備

- 救急医療機関に搬送された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、新たな救急患者を受け入れることが困難となる問題が多く発生していることから、救急医療機関における重症患者等の受入体制を確保するため、医療機関の役割分担と連携の促進等を通じ、急性期を脱した患者が救急医療用の病床から円滑に転棟・転院できる体制の整備を推進します。

5 救急患者が、新興感染症等の発生・まん延時においても、適切な救急医療を受けられる体制整備

- 新興感染症等の発生・まん延時においても、救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成します。
- 通常の救急患者に対して、複数の医療機関で患者の受入れを分散して対応する体制や後方支援医療機関の確保など、新興感染症等の発生・まん延時における地域の実情に応じた受入体制を検討します。
- 電話等による相談体制の構築やオンライン診療の活用等、新興感染症等のまん延により救急外来の需要が急増した際にも、特に配慮を要する患者を含めたすべての患者に対応可能な相談・診療体制の整備を推進します。

第4 数値目標

1 目指す姿

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形が心室細動又は無脈性心室頻拍の1か月後社会復帰率（救急救命士等が行う救命処置の効果を示す数値）	20.9% (2012年から2021年までの平均)	23.6%以上 (2018年から2027年までの平均)	2012年から2021年までの全国平均以上を目指す	消防庁「救急・救助の現状」

2 応急手当や救急車の要請に関する知識に基づいた適切な行動の促進

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数	260件 (2021)	281件以上	2017年から2021年までの最大件数以上を目指す	消防庁「救急・救助の現状」
S	住民の救急蘇生法の受講者数	8,969人 (2021)	24,387人以上	2015年から2019年までの平均値以上を目指す	消防庁「救急・救助の現状」

3 救急患者が、搬送前や搬送中にも必要な処置が受けられ、速やかに適切な医療機関に搬送される体制整備

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	40.3分 (2021)	40.3分以内	現状の水準以下を目指す	消防庁「救急・救助の現状」
S	救急隊員の標準的な活動内容を定めた県内統一のプロトコルの作成数	0	2以上	脳卒中・循環器病に関するプロトコルを作成する	医療政策課調
S	心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合	69.2% (2021)	100%以上	すべての消防本部で対応方針を定める	消防庁「救急救命体制の整備・充実に関する調査」

4 救急患者が、緊急度・重症度に応じた適切な医療を受けられる体制整備

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	救急車で搬送する病院が決定するまでに4回以上医療機関に要請を行った、又は現場滞在時間が30分以上の件数 (受入困難事例の件数)	4回以上：55件 30分以上：261件 (2021)	4回以上： 55件以下 30分以上： 261件以下	現状の水準以下を目指す	消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」
P	救命救急センターの充実度評価A以上の割合	100% (2022)	100%	現状の水準を維持する	厚生労働省「救命救急センターの評価結果」
S	休日・夜間に対応できる医療施設数	18施設 (2022)	18施設以上	現状の水準以上を目指す	医療政策課調
S	二次救急医療機関(病院群輪番制病院)の数	58施設 (2022)	58施設以上	現状の水準以上を目指す	医療政策課調

5 急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられる体制整備

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	17,658件 (2021)	32,787件以上	2017年から2021年までの増加数に相当する程度の増加を目指す	厚生労働省調
S	転棟・転院調整を行う者を常時配置している救命救急センター数	4施設 (2022)	4施設以上	現状の水準以上を目指す	厚生労働省「救命救急センターの評価結果」
S	三次救急医療機関から人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を整えた医療機関の割合	58.4% (2022)	60.0%以上	2017年時点以上の水準を目指す	医療政策課調

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

第5 ロジックモデル

	番号	個別施策（アウトプット）	番号	中間成果（中間アウトカム）	番号	目指す姿（分野アウトカム）
病院前救護	1	心肺蘇生法等を含む応急手当に関する知識の普及啓発 指標 ・ 住民の救急蘇生法の受講者数	1	県民が、自ら応急手当や救急車の要請に関する知識に基づいて適切に行動することができる 指標 ・ 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数	1	県内どこに住んでいても、緊急度、重症度に応じた適切な救急医療を受け、命が救われて元の生活に戻れている 指標 ・ 心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形が心室細動又は無脈性心室頻拍の1か月後社会復帰率
	2	医療機関の受診や救急車の要請の適正化の推進				
	3	迅速かつ適切な医療機関への搬送体制の整備	2	救急患者が、搬送前や搬送中に必要な処置が受けられ、速やかに適切な医療機関に搬送されている 指標 ・ 救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間		
	4	救急搬送に関するルールの標準化の促進 指標 ・ 救急隊員の標準的な活動内容を定めた県内統一のプロトコル作成数				
	5	救急救命士の資質向上とメディカルコントロール体制の強化・標準化の促進				
	6	心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針の整備推進 指標 ・ 心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合				
緊急度・重症度に応じた医療の提供	7	初期救急医療体制の整備推進 指標 ・ 休日・夜間に対応できる医療施設数	3	救急患者が、緊急度・重症度に応じた適切な医療を受けられている 指標 ・ 受入困難事例の件数 ・ 救命救急センターの充実度評価A以上の割合		
	8	二次救急医療体制の整備推進 指標 ・ 二次救急医療機関（病院群輪番制病院）の数				
	9	三次救急医療体制の整備推進				
	10	救急医療機関の役割の明確化とICT等を活用した相互連携の促進				
救命後の医療	11	救急医療用の病床から円滑に転棟・転院できる体制の整備 指標 ・ 転棟・転院調整を行う者を常時配置している救命救急センター数 ・ 三次救急医療機関から人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を整えた医療機関の割合	4	急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられている 指標 ・ 緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数		
	12	救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成				
新興感染症	13	通常の救急患者に対して、新興感染症等の発生・まん延時における地域の実情に応じた受入体制を検討	5	救急患者が、新興感染症等の発生・まん延時においても、適切な救急医療を受けられている		
	14	新興感染症等のまん延により救急外来の需要が急増した際にも、特に配慮を要する患者を含めたすべての患者に対応可能な相談・診療体制の整備推進				

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、2014年11月の長野県神城断層地震をはじめ、多くの地震災害が発生しています。
- 日本国内においても、1995年1月の阪神・淡路大震災、2011年3月の東日本大震災、2016年4月の熊本地震などの大規模な地震や、2018年8月の北海道胆振東部地震による大規模停電（ブラックアウト）が発生しており、本県でも大規模地震の発生する可能性を考慮し、地震に対する災害医療体制を構築する必要があります。

【表1】日本国内の主な地震災害

名称	発生時期	死者	備考
阪神・淡路大震災	1995年	6,434人	消防庁
東日本大震災	2011年	19,729人	消防庁（2020年3月11日現在）
平成28年熊本地震	2016年	273人	消防庁（2019年4月12日現在）
北海道胆振東部地震	2018年	43人	消防庁（2019年8月20日現在）

（危機管理防災課調）

【表2】長野県内の主な地震災害

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

（危機管理防災課調）

(2) 風水害等

- 本県の地形は複雑急峻（きゅうしゅん）なことから、梅雨や台風等による豪雨の際に大規模な災害が発生しています。また、全国的にも、短時間強雨の発生回数は増加傾向にあり本県でも令和元年東日本台風災害では、死者23人（災害関連死含む）を出すなど、千曲川流域の市町村を中心に大きな被害をもたらしました。
- 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、2012年の大雪災害では死者8人、2014年の大雪災害では死者4人を出すなど、県内各地に大きな被害をもたらしました。
- 県内には活発な噴気活動のある火山（活火山）が4つあり、2014年には御嶽山噴火災害が発生しました。

【表3】長野県内の主な風水害等

名称	発生時期	死者・負傷者
昭和36年梅雨前線豪雨	1961年	死者・行方不明136人
地附山地すべり災害	1985年	死者26人、負傷者4人
平成7年梅雨前線豪雨	1995年	負傷者1人
蒲原沢土石流災害	1996年	死者14人、負傷者8人
平成18年7月豪雨災害	2006年	死者12人、行方不明1人、負傷者20人
平成24年大雪災害	2012年	死者8人、負傷者55人
平成26年大雪災害	2014年	死者4人、負傷者57人
平成26年台風8号	2014年	死者1人、負傷者3人
御嶽山噴火災害	2014年	死者58人、行方不明5人、負傷者59人
令和元年東日本台風災害	2019年	死者23人、負傷者150人
令和2年7月豪雨	2020年	死者1人、負傷者2人

(危機管理防災課調)

(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（1985年、死者520人）、JR福知山線尼崎脱線転覆事故（2005年、死者107人）等があります。
- 本県においても、2016年1月に北佐久郡軽井沢町でバスが道路の崖下に転落する事故（死者15人）が発生しています。

(4) 近時の災害における課題

- 東日本大震災の教訓から、広範囲に渡る被害や、ライフラインの途絶、燃料の不足、医薬品等の物資の供給不足などにより医療機関の診療機能に影響が出ることを想定し、数か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。
- 熊本地震では、保健医療活動チーム間の情報共有に関する課題が指摘されたことや、近年の研究により、災害発生当初から保健分野・医療分野・福祉分野の連携が重要とされたことから平時より体制づくりを進めていく必要があります。
- 令和元年東日本台風災害では、被害の大きかった長野地域の医療活動を調整する組織として長野保健福祉事務所と長野市保健所の共同により「長野地域災害保健医療調整会議（Health Association for Nagano Area）」（HANA（ハナ））が設置されました。
 HANAでは、参集した保健医療活動チーム及び福祉チームの代表者会議を1日の中で複数回実施し、連携を密にしたことで、常に避難所の現状等の課題が共有され、大きな混乱なく医療活動が継続されました。
 今後も発災初期から、保健医療活動チーム及び福祉チームが参加した会議を開催し、課題を共有することが重要です。
- 大規模災害時は、避難所や仮設住宅で長期間避難生活を余儀なくされることが想定されることから、健康管理を行う上で、山間地が多く、冬季にはかなり気温が低くなるといった本県の特性を踏まえた対応が必要です。
- 今後、どのような災害においても、高齢者や妊産婦、障がい者、透析患者等の災害時要配慮者に対する医療の提供や健康管理等を行うことができる体制を構築することが必要となります。

2 災害医療提供体制

(1) 県内被災地の医療等の確保

ア 災害拠点病院等の整備

- 東日本大震災、御嶽山噴火災害、長野県神城断層地震及び令和元年東日本台風災害の際には、災害派遣医療チーム（DMAT（Disaster Medical Assistance Team））をはじめ、多数の本県の医療関係者が被災地で活動しました。
- 災害による重篤患者の救命医療等の高度の診療機能を有し、被災地からの患者を受け入れ、広域医療搬送に係る対応等を行う災害拠点病院については、二次医療圏ごとに1病院以上を指定し、13病院を指定しています。なお、長野赤十字病院は基幹災害拠点病院としても指定しています。
- 災害拠点病院は、病院機能を維持するために必要なすべての建物が耐震構造となっているとともに、業務継続計画（BCP（Business Continuity Plan））が整備されています。
- また、災害拠点病院は、ライフラインの途絶時にも診療を継続できるよう、自家発電機の保有や食料、飲料水、医薬品等の備蓄をしています。
- 災害拠点病院以外の病院においても、災害時に備え、自家発電機の保有や食料等の備蓄を進めていくとともに、業務継続計画（BCP）の整備を更に進めていく必要があります。
- 被災者のトリアージや救命処置等を行うDMATを保有する13の医療機関を、長野県DMAT指定病院として指定しています。
- こうした災害拠点病院やDMAT指定病院は、災害医療を提供する上で中心的な役割を担うことから、さらにその機能を強化することが必要です。
- 近年、豪雨による風水害の被害が増加していることから、被害の軽減を図るため、浸水想定区域に位置する災害拠点病院については、止水対策や自家発電機の高所移設等の浸水対策を講じることが必要です。
- 県内の災害拠点病院の有する精神病床数だけでは、災害時に精神科病院からの患者受け入れや精神症状の安定化などに対応することは困難です。このため、災害時に精神科医療提供について中心的な役割を担う医療機関を災害拠点精神科病院として位置付ける必要があります。

【表4】災害拠点病院の整備状況（2022年4月現在）

区分	BCP	耐震構造	自家発電	受水槽	ヘリポート	浸水対策
佐久総合病院佐久医療センター	○	○	○	○	敷地内	対象外
信州上田医療センター	○	○	○	○	敷地外	済
諏訪赤十字病院	○	○	○	○	敷地内	対象外
伊那中央病院	○	○	○	○	敷地内	対象外
飯田市立病院	○	○	○	○	敷地内	対象外
県立木曽病院	○	○	○	○	敷地内	済
信州大学医学部附属病院	○	○	○	○	敷地内	対象外
相澤病院	○	○	○	○	敷地内	済
市立大町総合病院	○	○	○	○	敷地外	検討中
長野赤十字病院 [※]	○	○	○	○	敷地内	済
長野市民病院	○	○	○	○	敷地内	済
南長野医療センター篠ノ井総合病院	○	○	○	○	敷地内	済
北信総合病院	○	○	○	○	敷地内	済

※長野赤十字病院は基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院を兼ねる。

(医療政策課調)

【表5】災害拠点病院以外の病院のBCP策定状況（2022年9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	全県
策定率（%）	58.3	53.3	40.0	77.8	50.0		45.8	100	29.0	0	45.5

（医療政策課調）

イ DMAT（災害派遣医療チーム）

- 災害急性期（概ね発災後 48 時間）には、災害医療のための訓練を受けた医療従事者のチームができるだけ早期に災害現場に出動して医療を行うことが、被災者の救命につながるとの観点から、2005 年度以降、DMAT の養成が開始されました。2017 年 4 月現在では 323 人の登録でしたが、2023 年 4 月現在では 431 人が長野県 DMAT 隊員として登録されています。
- 大規模災害の発生に備え、引き続き、DMAT の養成・確保や技能の維持に努めることが必要です。また、DMAT についての専門的知識を有し、研修や訓練の企画運営を担う日本 DMAT インストラクターの計画的な養成も重要です。
- 本県で甚大な人的被害が発生するような災害が発生した場合は、遠隔地域からも DMAT が県内の被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ広域医療搬送する際の医療支援を行います。
- 2020 年の新型コロナ対応において、全国的に DMAT 資格を有する者が災害医療の経験を活かして、感染症の専門家とともに、患者の入院調整やクラスターが発生した介護施設等での感染制御・業務継続の支援等を行いました。

これを踏まえ、2022 年に改正された医療法により、DMAT は災害時の医療に加え、感染症発生・まん延時に都道府県知事の求めに応じて派遣される仕組みが法に位置づけられ、2024 年 4 月 1 日より施行されます。県は、改正後の法に対応できるよう、協定等の見直しや DMAT の研修・訓練等の支援を行うことが必要です。

【表6】長野県内の DMAT の状況（2023 年 4 月現在）

区分	登録者数（人）				備考
	医師	看護師	業務調整員	計	
佐久総合病院佐久医療センター	16	19	18	53	災害拠点、救命C
信州上田医療センター	3	10	8	21	災害拠点
諏訪赤十字病院	5	18	16	39	災害拠点、救命C
伊那中央病院	4	13	15	32	災害拠点、救命C
飯田市立病院	6	21	13	40	災害拠点、救命C
県立木曾病院	2	13	7	22	災害拠点
信州大学医学部附属病院	19	24	15	58	災害拠点、救命C(高度)
相澤病院	9	16	10	35	災害拠点、救命C
市立大町総合病院	5	11	9	25	災害拠点
長野赤十字病院	17	15	14	46	災害拠点(基幹)、救命C
長野市民病院	4	10	5	19	災害拠点
南長野医療センター篠ノ井総合病院	5	6	6	17	災害拠点
北信総合病院	4	12	8	24	災害拠点
合計	99	188	144	431	
（内 日本DMAT隊員数）	(68)	(129)	(86)	(283)	
（内 日本DMATインストラクター数）	(2)	(1)	(2)	(5)	

（災害拠点・・・災害拠点病院 救命C・・・救命救急センター）

（医療政策課調）

ウ DPAT（災害派遣精神医療チーム）

- 地震等による大規模自然災害や大規模事故災害等の発生時には、被災地域における精神保健医療機能の一時的低下や災害ストレス等の精神的問題の発生など精神保健医療への需要が拡大します。このようなことから、被災地域において専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム（DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team））の派遣体制や県内で発生した場合の指揮命令系統の整備を進めており、2023年2月現在、6病院8チームの体制となっています。

【表7】長野県内のDPATの状況（2023年4月現在）

区分	派遣可能チーム数			登録年月日	
	医師	看護師	業務調整員		
県立こころの医療センター駒ヶ根	2	3	9	10	2018年4月1日
北アルプス医療センターあづみ病院	1	1	2	2	"
北信総合病院	0*	0	2	3	"
小諸高原病院	1	2	4	6	2020年3月1日
信州大学医学部附属病院	1	9	4	7	"
栗田病院	1	2	3	2	2022年1月1日
合計	8	17	24	30	

※他院との混成チームまたは医師を除く要請であれば派遣可能

（保健・疾病対策課調）

エ 災害支援ナース

- 災害時における看護ニーズに迅速に対応できるよう、日本看護協会及び都道府県看護協会において養成・登録を行っている災害支援ナースは、被災地域に派遣され、被災した医療機関における看護業務、避難所の環境整備や感染症対策、避難所における心身の体調不良者に対する受診支援、医療チームへの患者の引継ぎ及び救急搬送等の活動を行います。
- 県内の災害支援ナースの登録者数は2023年3月末現在で258人となっています。主な活動実績として、令和元年度東日本台風災害の際に18人（延べ46日）が活動を行った実績があり、災害時における看護ニーズへの迅速な対応に貢献しています。
- 2022年に医療法が改正されたことにより、災害支援ナースは令和6年度以降、改正医療法の「災害・感染症医療業務従事者」と位置づけられます。今後は、DMAT等と同様に都道府県の要請に基づき被災地等に派遣されるため、活動体制を整備する必要があります。

オ 保健医療福祉活動チーム

- 災害が沈静化した後においても、被災地の医療提供体制が復旧するまでの間、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、様々な保健医療福祉活動チームが活動を行います。
- JMAT（日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team））は、東日本大震災の際に初めて結成、派遣された医療チームで、医師、看護師、事務職員を基本としながら、被災地のニーズに合わせて多様な職種も構成員として派遣されます。被災地における医療提供体制の回復を目的として、被災地の実情に応じた長期間の支援を行うことも特徴です。令和元年東日本台風災害で67チーム、令和2年7月豪雨災害では全国から合計106チームがそれぞれ被災地に参集し活動しました。

- J D A T（日本災害歯科支援チーム（Japan Dental Alliance Team））は、地域歯科保健医療専門職（歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士）や事務職員により、被災地域のインフラ等の状況に応じて編成されます。緊急災害歯科医療や避難所等における口腔衛生活動を支援することを通じて被災者の健康を守り、地域歯科医療の復旧を支援します。
- D W A T（災害派遣福祉チーム（Disaster Welfare Assistance Team））は、災害時に避難所等において長期の避難生活を余儀なくされた場合でも、福祉・介護等のニーズを早期に把握し、可能な限りそのニーズに対応することで生活機能の維持を支援していく体制を構築するため、高齢者・障がい者・母子等の要配慮者を支援する福祉専門職の混成チームとして整備されています。本県では「長野県ふくしチーム」という名称で、2023年2月現在で201人が登録されています。
- D H E A T（災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team））は、災害時に、被災地の指揮調整部門が機能不全となり、限られた支援資源の有効活用や適正配分ができず、二次的健康被害が拡大することを防ぐため、行政職員で構成されるチームとして整備が進められています。
- J D A - D A T（日本栄養士会災害支援チーム（The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team））は、東日本大震災を教訓に設立されたチームで、被災地の栄養士を含め編成されます。迅速に被災地内の医療・福祉・行政栄養部門と協力して、緊急栄養補給物資の支援など、状況に応じた栄養・食生活支援活動を通じ、被災地支援を行うことを目的としています。
- J R A T（日本災害リハビリテーション支援協会（Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team））は、大規模災害発生時に、被災者・要配慮者の生活不活性発病や災害関連死等の予防に関する適切な対応を行うため、リハビリテーション専門職により構成されるチームとして整備されています。
- こうした保健医療福祉活動チームが収集した情報については、避難所アセスメントシートやJ-S p e e d等のICTを活用し情報を共有することも重要です。

【表8】DMAT、DPAT・心のケアチーム、医療救護班・保健師班の県内での活動状況

災害	DMAT		DPAT		心のケアチーム	
	活動 病院数	活動 チーム数(人)	活動 病院数	活動 チーム数(人)	活動 病院数	活動 チーム数(人)
長野県北部の地震	—	—	—	—	—	—
御嶽山噴火災害	11病院	16チーム	1病院	6チーム	—	—
長野県神城断層地震	11病院	12チーム	—	—	1病院	8チーム
令和元年東日本台風災害	13病院	39チーム	2病院	26人	—	—

災害	医療救護班		保健師班
	活動 病院数	活動 チーム数(人)	活動 チーム数(人)
長野県北部の地震	2※病院等	15チーム	44チーム
御嶽山噴火災害	—	—	42チーム
長野県神城断層地震	—	—	36チーム
令和元年東日本台風災害	6病院	11チーム	196人

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

東日本台風災害における保健医療福祉活動チーム等の活動

2019年10月12日に日本列島に上陸した令和元年東日本台風は、東日本を中心に甚大な被害をもたらし、長野県も死者23名（災害関連死含む）、重傷者14名、住家被害3,416棟（全壊、半壊の合計）と大きな被害をもたらしました。

県内では、県内外のDMATや日赤救護班、DPAT、医師会、また長野県福祉チームが活動し、EMISを使用した病院支援の検討や浸水被害にあった病院や介護施設からの患者搬送、被災された方やそのご家族へのケア活動を行いました。

この災害では、病院や介護施設からの200名を超える患者搬送を実施しましたが、多職種連携による適切な医療連携・支援が行われた結果、急変患者や死亡患者を出さずに搬送が行われました。一方、患者の受け入れ先調整や、搬送手段や転院先の確保などに時間を要しました。

また、避難生活が長期に及んだことにより避難している方へのケアやエコノミークラス症候群を防ぐためのDVT（深部静脈血栓症）検診を実施しました。

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

カ 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）

- 災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼働状況等の情報を、災害時において相互に収集・提供する広域災害・救急医療情報システム（EMIS（Emergency Medical Information System））が全国的に整備されています。
- EMISに登録されている医療機関の基本情報や施設情報は常に最新であることが重要であるため、平時から入力訓練等を通じ、情報の更新を促していく必要があります。

【表9】長野県内の広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の導入状況

区 分	2016年	2022年
病院・診療所	110	131
消防関係機関（消防本部等）	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、松本市保健所、看護協会等）	14	15
計	187	209

（医療政策課調）

キ 保健医療福祉調整本部

- 平成28年熊本地震における対応において、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘され、対応として、都道府県における大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たり、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置することとされました。
- その後の研究で、保健医療のみでは福祉分野の対応ができず、保健・医療・福祉の連携が重要であるとされたことを踏まえ、保健医療調整本部を保健医療福祉調整本部に改め、設置することとされました。
- 都道府県は災害時に、様々な保健医療福祉活動チームと協力することが必要であることから、本部体制を明確にするとともに、災害時に円滑な連携体制を構築可能にするため、平時から保健医療福祉調整本部や地域の保健所の下、様々な保健医療福祉活動チームとともに訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの役割を確認することが必要となります。

ク 災害医療コーディネーター

- 発災後に長野県災害医療本部に設置することができる災害医療コーディネートチームに参画する長野県災害医療コーディネーターについては、2014年から委嘱しており、2023年9月現在、16人に委嘱しています。また、二次医療圏ごとに地域災害医療活動マニュアルに基づき、地域災害医療コーディネーターが指定されています。
- 県災害医療コーディネーターは、保健医療福祉の活動を行うチームの派遣調整等の助言や情報の共有を行います。地域災害医療コーディネーターは、被災地に参集したチームの派遣調整等の助言などを行います。
- このような災害医療コーディネーターの養成及び技能維持に努める必要があります。

ケ 災害時小児周産期リエゾン

- 災害時には、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築が必要です。本県では2016年度から19人の医師、看護職を災害時小児周産期リエゾンとして任命しています。
- 今後も、小児・周産期医療に特化した災害時の調整役である災害時小児周産期リエゾンの養成や体制整備を進めていく必要があります。

コ 災害薬事コーディネーター

- 災害時には、医薬品の確保・供給や薬剤師の確保と適正な配置などを行う必要があります。このような薬事に関する課題を解決するため、調整や助言を行う災害薬事コーディネーターの養成や体制整備を進めていく必要があります。

サ 災害医療活動指針（マニュアル）の整備

- 本県では、2011年2月に長野県災害医療活動指針を策定するとともに、県内すべての医療圏で地域災害医療活動マニュアルが策定されています。
- 指針やマニュアルについては、急性期を脱した後の対応など、実際の災害や自治体、病院等の関係機関が連携した訓練の結果を踏まえて適宜見直していく必要があります。特に、指針については、保健医療福祉調整本部の考え方を踏まえた見直しが必要となっています。
- また、マニュアルについては医療圏ごとに策定をしていますが、医師会や市町村等が作成しているマニュアルとの整合性を図るとともに、マニュアルに沿った訓練を実施する必要があります。
- あわせて、災害拠点病院やDMAT指定病院以外の医療機関も含め所属する医療従事者に対し、災害時の医療活動に関する啓発を行うことも重要です。

シ 災害時の医療救護活動及び医薬品供給に関する協定

- 災害時の円滑な医療救護活動及び医薬品供給を図るため、関係団体と協定を締結しています。
- 今後、さらに連携強化に努める必要があります。

【表 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
一般社団法人長野県医師会	1994年1月17日 (2011年11月16日改定)	医療救護班の編成及び活動計画策定、関係機関との連絡体制等
一般社団法人長野県歯科医師会	1999年4月26日	医療救護計画の策定、歯科医療救護班の派遣等
一般社団法人長野県薬剤師会	2002年12月6日	傷病者に対する調剤、服薬指導、医薬品の管理及び仕分け
公益社団法人長野県看護協会	2011年11月11日	医療救護計画の策定、看護師の派遣等
一般社団法人長野県助産師会	2011年11月11日	医療救護計画の策定、助産師の派遣等
一般社団法人日本産業・医療ガス協会関東地域本部長野県支部	2012年3月23日	医療ガスの供給
長野県医療機器販売業協会	2018年3月15日	衛生材料の供給
長野県医薬品卸協同組合	2018年3月15日	医薬品の供給
公益社団法人長野県栄養士会	2021年5月20日	災害時の支援計画の策定、管理栄養士・栄養士の派遣等

(医療政策課調)

ス 災害時における医薬品等の供給

- 地震、台風その他の災害時等緊急の事態に速やかに対応するため、緊急に必要とされる医薬品及び衛生材料を県内の主たる場所に備蓄しています。
- これまでに、長野県西部地震（1984年）、梅雨前線豪雨災害（1995年）、東日本大震災（2011年）、長野県北部の地震（2011年）などにおいて被災地へ供給しています。

【表 11】備蓄場所・備蓄方法

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

(薬事管理課調)

※1 南信（諏訪・上伊那・飯伊）は、東海地震に係る地震防災対策強化地域のため、それぞれ2箇所ずつに設置。

※2 諏訪、上伊那、飯伊地域にそれぞれ1箇所ずつに設置。

【表 12】備蓄品目

分類	備蓄品目例
内服薬（19品目）	解熱鎮痛剤、抗生物質、降圧剤 など
注射薬（8品目）	局所麻酔剤、抗生物質、輸液 など
外用薬（15品目）	局所麻酔剤、消炎鎮痛剤、消毒剤 など
衛生材料（19品目）	滅菌ガーゼ、絆創膏、注射器 など
合計（61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 (薬事管理課調)

(2) 県外被災地への医療等の支援

ア DMAT（災害派遣医療チーム）

- 県外で甚大な人的被害が生じるような災害が発生した場合は、本県からもDMATが県外の被災地域へ入り、医療支援を行います。
- 東日本大震災では、本県を含むすべての都道府県のDMATが出動し、約380チームが病院支援や域内搬送、広域医療搬送を実施しました。

イ DPAT（災害派遣精神医療チーム）

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

ウ 医療救護班・保健師班

- 県外で甚大な人的被害が生じるような災害が発生した場合は、本県からも医療救護班や保健師班が県外の被災地域へ入り、活動します。
- 東日本大震災や平成28年熊本地震においては、国や被災県の要請により、本県から多数の医療救護班や保健師班が被災地で活動し、高い評価を得ました。

【表13】DMAT、DPAT・心のケアチーム、医療救護班・保健師班の県外での活動状況

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

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

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

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

災害発生時に、救われるべき命が救われ、健康被害も最小限に抑えることができる

中間成果（中間アウトカム）

- （1）災害発生時に備えた連携体制が整備されている
- （2）災害急性期に必要な医療を提供する体制が確保されている
- （3）災害急性期を脱した後も住民の健康を確保するための体制が整備されている

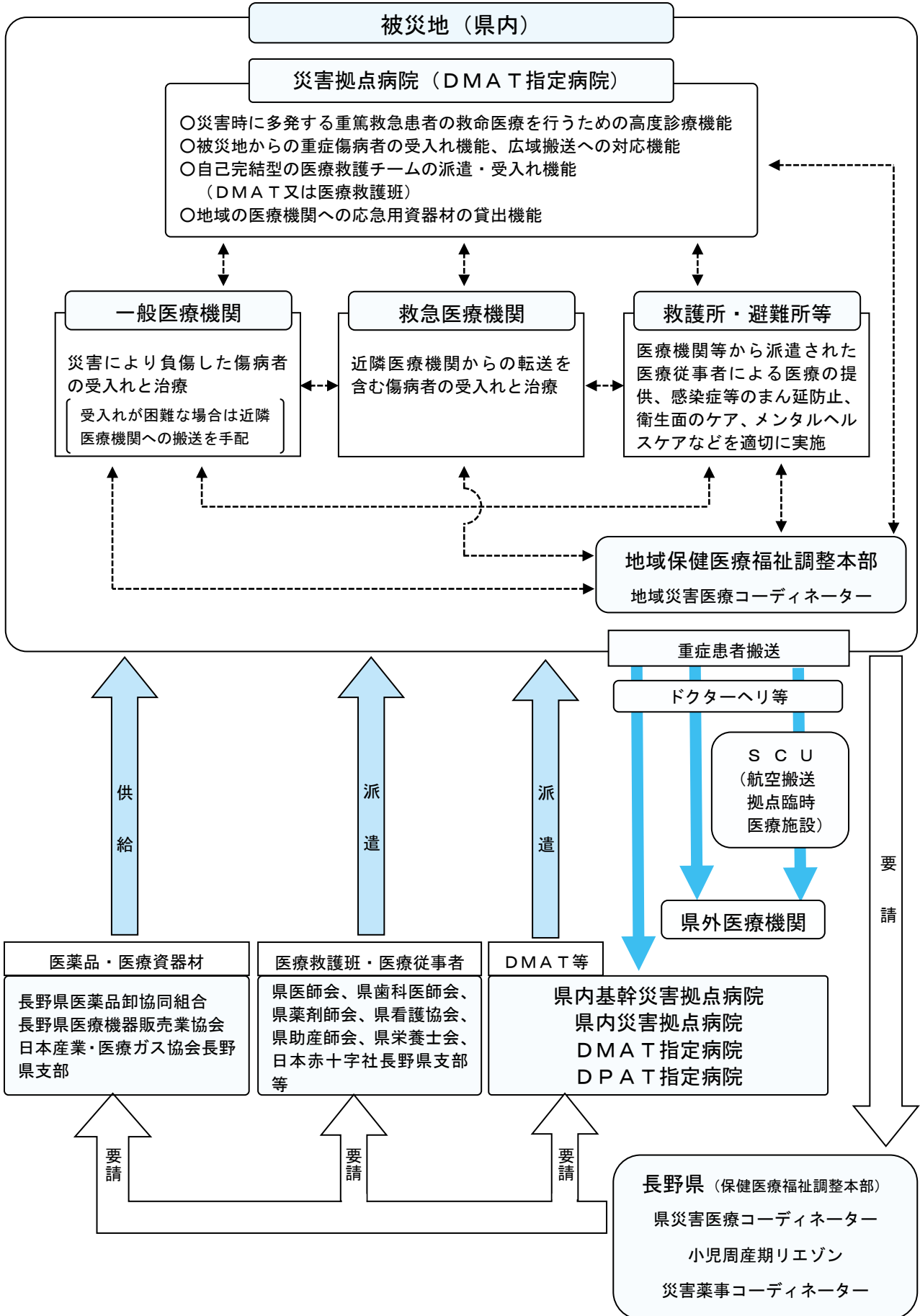
2 災害医療提供体制

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

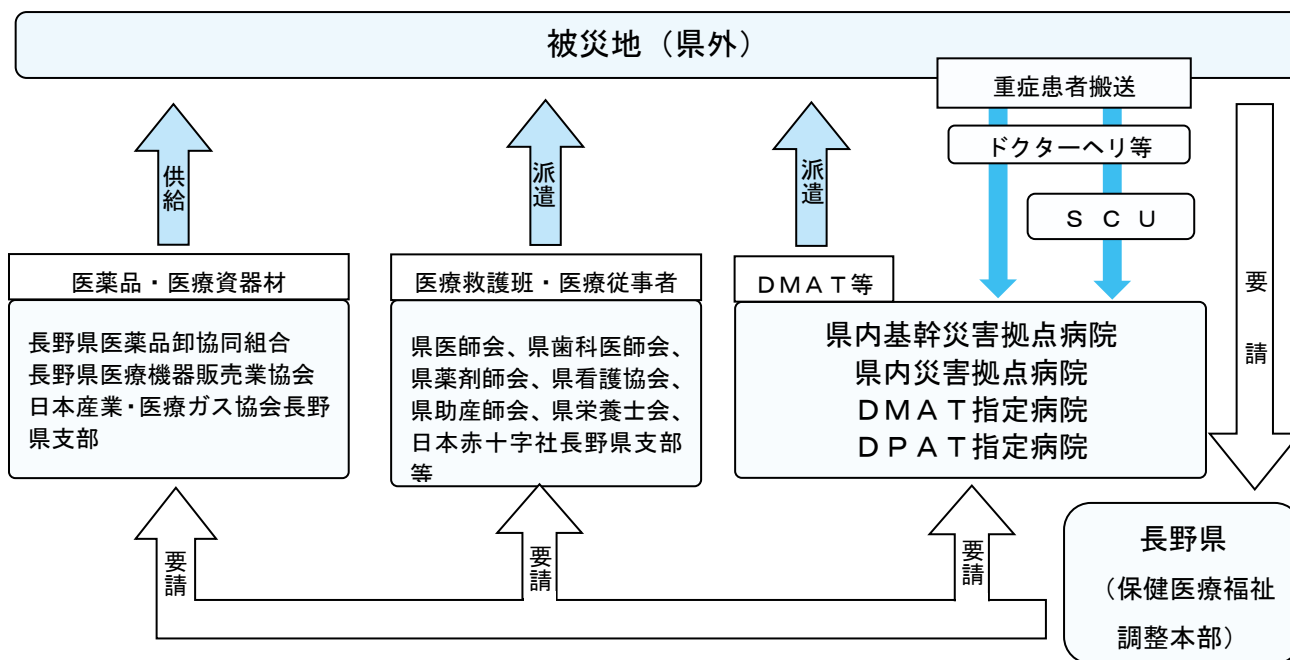
県内で災害が発生した場合は、災害拠点病院・DMAT指定病院が、重篤な救急患者の搬送を受けるとともに、被災地の救急医療機関や一般の医療機関と協力して、災害により負傷した傷病者へ医療を提供します。また、被災医療機関へのDMAT派遣などにより、被災地の診療体制を確保するとともに、各種団体の協力により医薬品や医療機器の確保を図るなど、医療提供体制の構築を目指します。

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

(1) 県内で災害が発生した場合



(2) 県外で災害が発生した場合



3 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ます。災害時は被災地内の災害拠点病院を中心に、他の災害拠点病院等と連携して対応します。

【表14】災害医療に係る拠点病院の指定状況

圏域	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	佐久総合病院佐久医療センター	○	○	救命C
上小	信州上田医療センター	○	○	二次
諏訪	諏訪赤十字病院	○	○	救命C
上伊那	伊那中央病院	○	○	救命C
飯田	飯田市立病院	○	○	救命C
木曾	県立木曾病院	○	○	二次
松本	信州大学医学部附属病院	○	○	救命C (高度)
	相澤病院	○	○	救命C
大北	市立大町総合病院	○	○	二次
長野	長野赤十字病院	○ (基幹)	○	救命C
	長野市民病院	○	○	二次
	南長野医療センター篠ノ井総合病院	○	○	二次
北信	北信総合病院	○	○	二次

第3 施策の展開

1 災害発生時に備えた連携体制整備

- 地域の実情に応じた災害発生時の医療機関の役割分担や連携体制について、災害拠点病院連絡会議や災害派遣医療チーム（DMAT）連絡会議、各地域における災害医療の関係機関が参集する会議等により検討を行い、災害拠点病院を中心にその他の医療機関も連携して医療を提供する体制の整備を進めます。
- 災害発生時を想定した、県や二次医療圏単位での保健医療福祉活動の連携を確認するため、関係機関による訓練を実施します。
- 県内外で発生した災害への対応や訓練で明らかとなった課題や、災害時の保健・医療・福祉の連携の重要性等を踏まえ、県災害医療活動指針を見直します。また二次医療圏単位で整備している災害医療活動マニュアルについて、災害医療活動指針との整合を図りながら、過去の災害の経験を踏まえ見直しを行います。
- 大規模災害発生を想定した政府主催の大規模地震訓練や中部ブロック実動訓練への参加を通じ、他都道府県を含めた広域的な連携体制の構築を推進します。
- 災害医療コーディネート体制を整備するため、災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾン、災害薬事コーディネーターを養成するとともに、それを補佐する行政職員や病院職員の資質向上に取り組みます。

2 災害急性期に必要な医療を提供する体制整備

- DMAT隊員の必要数を確保するため、計画的な養成に努めるとともに、隊員の技能維持のための研修や訓練を実施します。また、研修や訓練の企画運営を担う日本DMATインストラクターを計画的に養成します。
- 大規模な自然災害や事故災害の発生時における精神保健医療ニーズの増加に対応するため、専門性の高い精神科医療や精神保健活動の支援を行うことができる体制の整備を推進するとともに、平時からDPATに参加する医師や看護師等の研修・訓練を実施します。
- 災害拠点病院を中心とした災害医療従事者を対象に定期的な研修会を実施するなど、災害医療に係る人材育成やその支援に努めます。
- 災害用備蓄医薬品等の迅速かつ効率的な供給体制の整備を促進します。
- 病院の被災情報等を共有するEMISについて、操作研修等の実施により、災害時に有効に活用される体制を整備します。
- 病院が被災した際の医療提供体制を維持するため、病院の耐震化を進めるとともに研修等を通じ業務継続計画の整備を進めます。
- 風水害が生じた際の浸水想定区域に位置する医療機関の浸水対策を進めるなど、被害を軽減するための体制の整備を進めます。
- 災害拠点病院やSCU（航空搬送拠点臨時医療施設）等の災害医療に係る施設・設備の適切な整備を支援します。
- 災害時においても医療機関等における通信手段を確保するため、情報通信技術の進展に伴った通信設備の更新を支援します。

3 災害急性期を脱した後も住民の健康を確保するための体制整備

- 災害急性期を脱した後も被災住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、保健医療福祉活動チームの派遣等により医療提供体制の確保を促進します。
- 被災した地域の医療機関が速やかに復旧し、平時の医療提供体制に戻れるよう、診療所等の医療機能の回復を推進します。

第4 数値目標

1 災害発生時に備えた連携体制

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	保健医療福祉調整本部の設置運営訓練実施回数	年1回	年1回以上	毎年1回以上の実施を目指す	医療政策課調
P	関係機関による本部のコーディネーター機能の確認を行う災害訓練を実施した二次医療圏数	2医療圏 (2021)	10医療圏	すべての医療圏で毎年1回以上の実施を目指す	医療政策課調
P	広域医療搬送を想定した訓練の実施回数	年1回	年1回以上	毎年1回以上の実施を目指す	医療政策課調
S	災害医療コーディネーターの任命者数	16人	16人以上	現状の水準以上を目指す	医療政策課調
S	災害時小児周産期リエゾンの任命者数	19人 (2022)	36人	現状の増加数(年約2.8人)を維持	保健・疾病対策課調
S	災害薬事コーディネーターの任命者数	0人 (2022)	1人以上	計画期間中に1人以上任命することを目指す	薬事管理課調
S	DHEAT研修年間受講者数	10人	10人以上	現状の水準以上を目指す	健康福祉政策課調
P	災害医療研修会の開催回数	年1回	年1回以上	毎年1回以上の実施を目指す	医療政策課調

2 災害急性期に必要な医療を提供する体制

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	日本DMAT隊員研修年間受講者数	25人 (2022)	25人以上	広域災害時の活動に必要な隊員数を確保するため現状以上とする	医療政策課調
S	都道府県DMAT養成研修年間受講者数	42人	42人以上	県内における災害時の活動に必要な隊員数を確保するため、現状以上とする	医療政策課調
S	DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員数	2人 (2022)	12人以上	県内での感染症流行時に対応出来るよう、毎年、現状と同数以上の人数が受講できるようにする	医療政策課調
S	DPATの登録医療機関数	6医療機関	6医療機関	現状の水準を維持する	保健・疾病対策課調
P	EMIS操作研修に参加した病院数	—	100%	EMISに登録している全ての病院が1回以上研修・訓練に参加することを目指す	医療政策課調
S	BCPを策定した病院の割合	51.2% (2022)	100%	すべての病院がBCPを策定することを目指す	医療政策課調
S	病院の耐震化率	78.4% (2022)	84.8%	次期計画期間中に耐震改修工事や建替等を予定している病院の耐震改修が完了されることを目指す	厚生労働省「病院の耐震改修の状況調査」
S	浸水を想定したBCPを策定している病院の割合	40.2% (2022)	100%	すべての病院がBCPを策定することを目指す	医療政策課調

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

第5 ロジックモデル



第3節 周産期医療

第1 現状と課題

1 周産期医療をとりまく状況

(1) 妊産婦・新生児の状況

- 本県の出生数は全国と同様に減少傾向となっている中で、全出生中の母の出生時年齢が35歳以上の割合は増加しています。
- 本県の（極）低出生体重児^{*1}及び複産^{*2}の割合は、横ばいの状況にありますが、引き続き帝王切開を含むハイリスク分娩や急変時の体制強化が必要です。
- 産後うつ病が疑われる者^{*3}の割合は、2018年度が9.4%、2021年度が9.0%と1割程度あり、産後うつ等の異常の早期発見、早期治療及び早期支援のため精神科医療機関及び保健関係機関等との連携が必要です。
- 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、市町村では子育て世代包括支援センターにおいて、健診事業や産後ケア事業等を実施し、すべての母子への支援を行っています。このセンターは2024年度から「こども家庭センター」として、母子保健と児童福祉分野との一体的な支援を行っていきます。

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

^{*2}複産：双子・三つ子等多胎で生まれた出生であり、死産は含まない

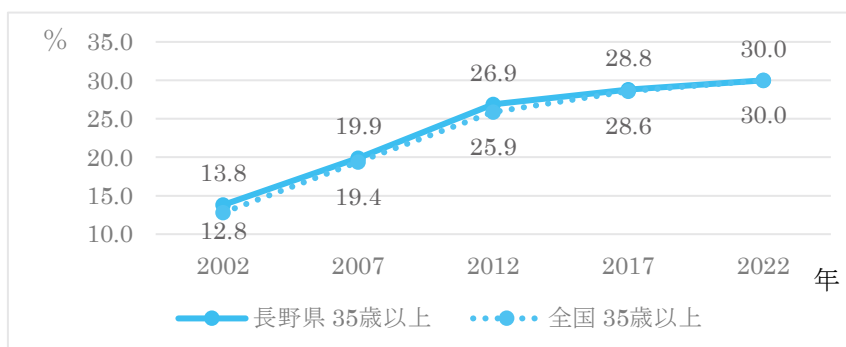
^{*3}産後うつ病が疑われる者：エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の合計得点が9点以上の者

【表1】母の出生時年齢が35歳以上の割合

年	長野県			全国		
	出生数（人）		35歳以上の割合（%）	出生数（人）		35歳以上の割合（%）
	総数	35歳以上		総数	35歳以上	
2002	20,324	2,803	13.8	1,153,855	147,646	12.8
2007	18,618	3,698	19.9	1,089,818	211,730	19.4
2012	16,661	4,483	26.9	1,037,232	268,471	25.9
2017	14,525	4,183	28.8	946,146	270,574	28.6
2022	12,143	3,638	30.0	770,759	231,323	30.0

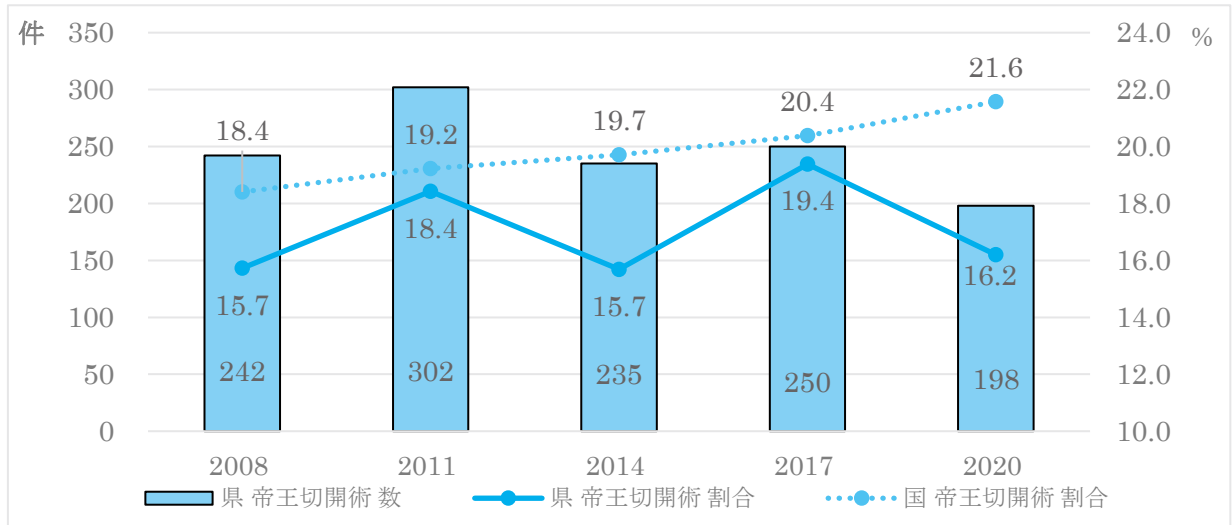
（厚生労働省「人口動態統計」）

【図1】母の出生時年齢が35歳以上の割合の推移



（厚生労働省「人口動態統計」）

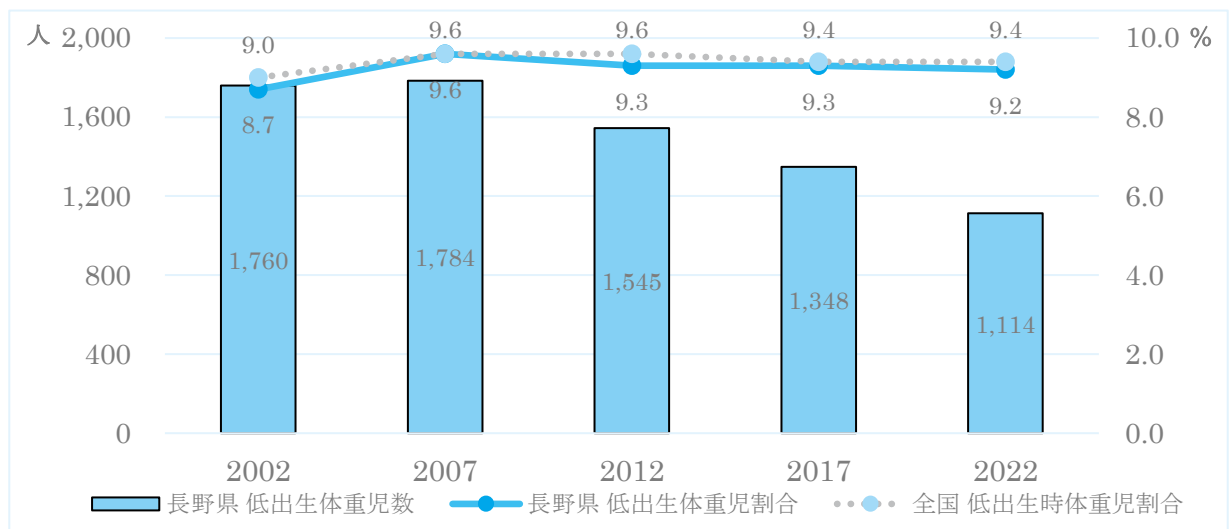
【図2】帝王切開術の数と割合（帝王切開術数/全分娩件数）の推移



※各年9月中の数値

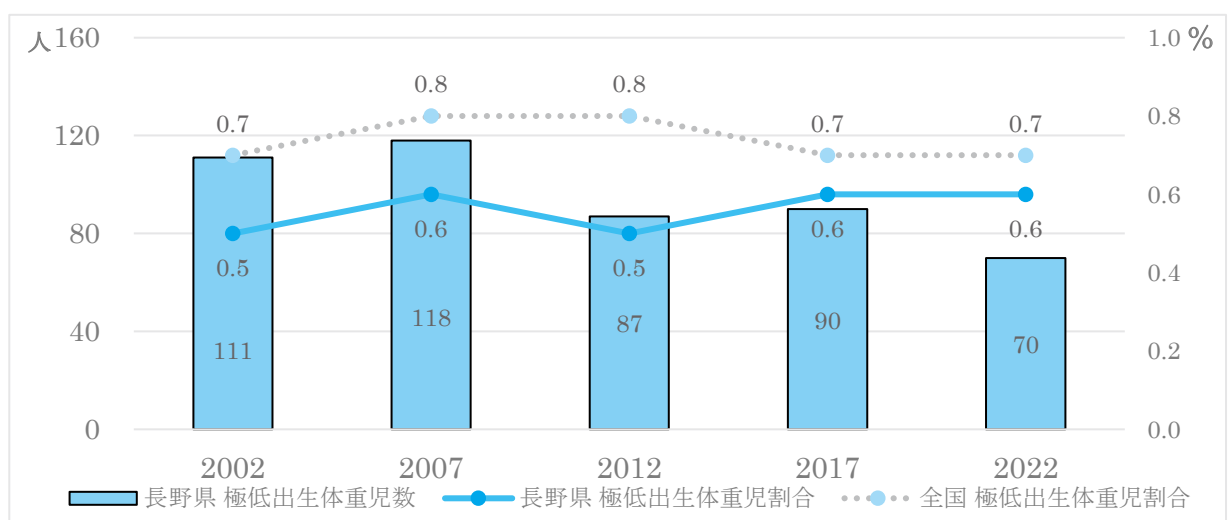
(厚生労働省「医療施設調査」)

【図3】低出生体重児の数と割合（低出生体重児数/全出生数）の推移



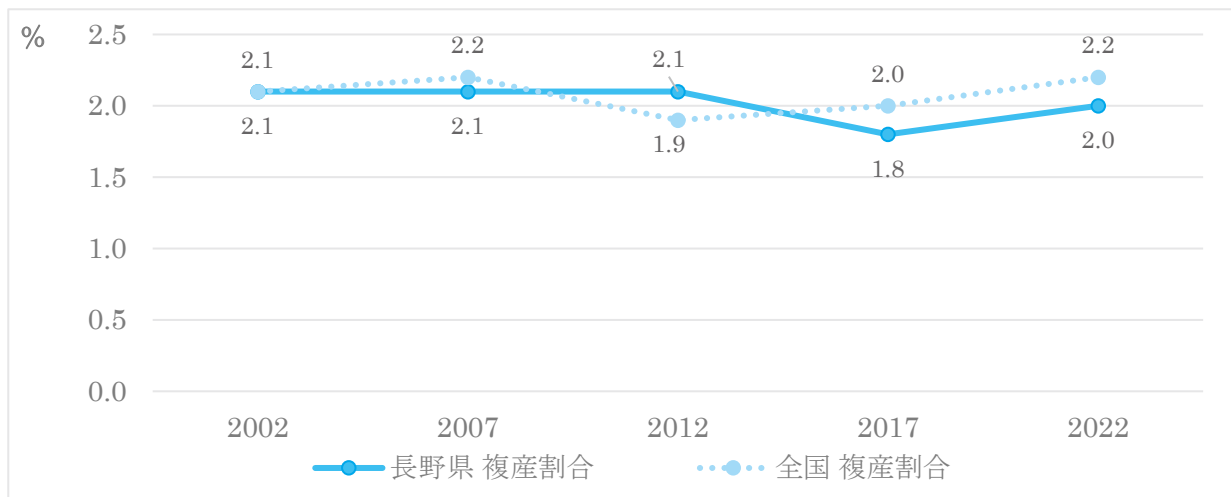
(厚生労働省「人口動態統計」)

【図4】極低出生体重児の数と割合（極低出生体重児数/全出生数）の推移



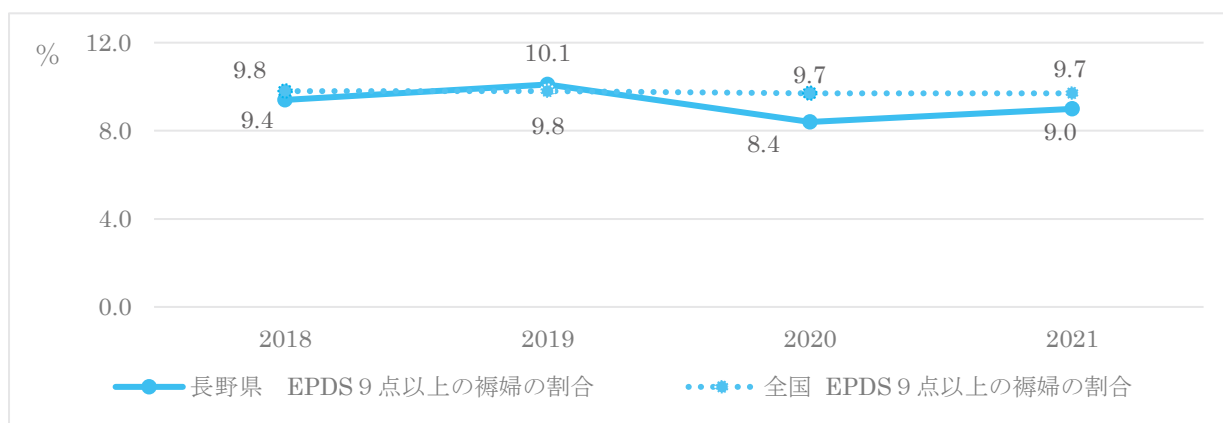
(厚生労働省「人口動態統計」)

【図5】 複産の割合（複産数/全出生数）の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

【図6】 産後うつが疑われる者の割合の推移



(厚生労働省「母子保健事業の実施状況等調査」)

(2) 周産期・新生児死亡の状況

- 周産期死亡率、新生児死亡率はともに低い水準で経過しており、この水準を維持していく必要があります。
- 妊産婦死亡数は、2012年は2人でしたが、2017年は0人、2022年は1人となっています。

【表2】 周産期死亡数・周産期死亡率（出産千対）の推移

年	長野県			全国		
	出産数 (人)	周産期死亡数 (人)	周産期死亡率 (出産千対)	出産数 (人)	周産期死亡数 (人)	周産期死亡率 (出産千対)
2002	20,842	77	3.8	1,190,833	6,333	5.5
2007	19,018	74	4.0	1,119,131	4,906	4.5
2012	17,042	61	3.7	1,062,032	4,133	4.0
2017	14,816	52	3.6	966,510	3,309	3.5
2022	12,367	34	2.8	785,938	2,527	3.3

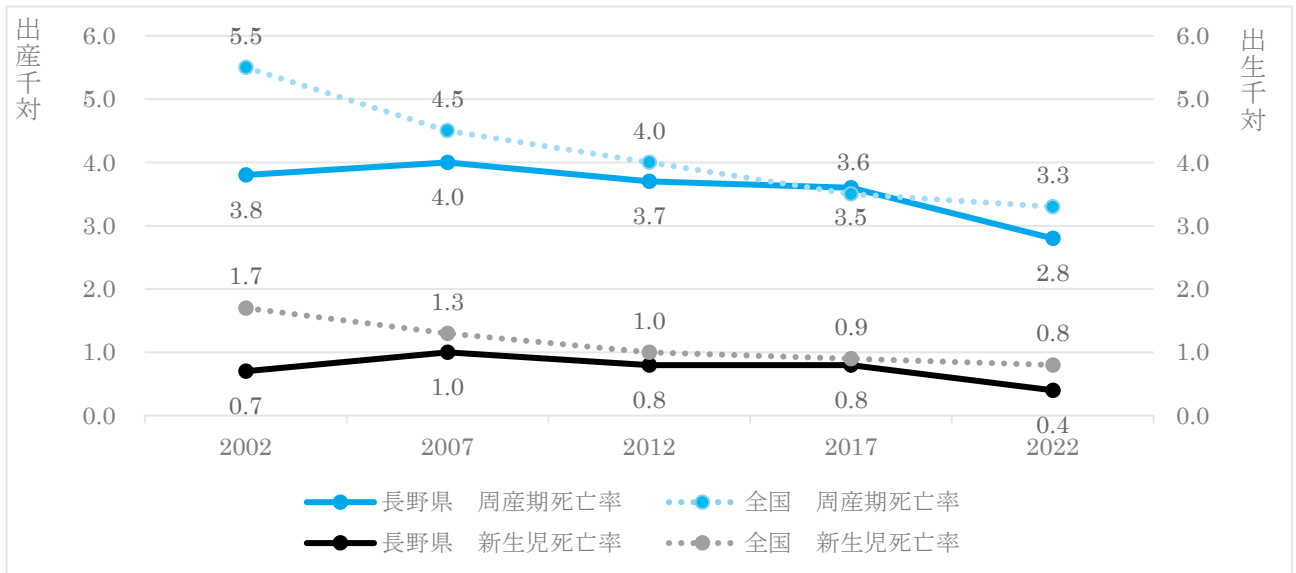
(厚生労働省「人口動態統計」)

【表3】 新生児死亡数・新生児死亡率（出生千対）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)	出生数 (人)	新生児死亡数 (人)	新生児死亡率 (出生千対)
2002	20,324	15	0.7	1,153,855	1,937	1.7
2007	18,618	19	1.0	1,089,818	1,434	1.3
2012	16,661	14	0.8	1,037,232	1,065	1.0
2017	14,525	12	0.8	946,146	833	0.9
2022	12,143	5	0.4	770,759	609	0.8

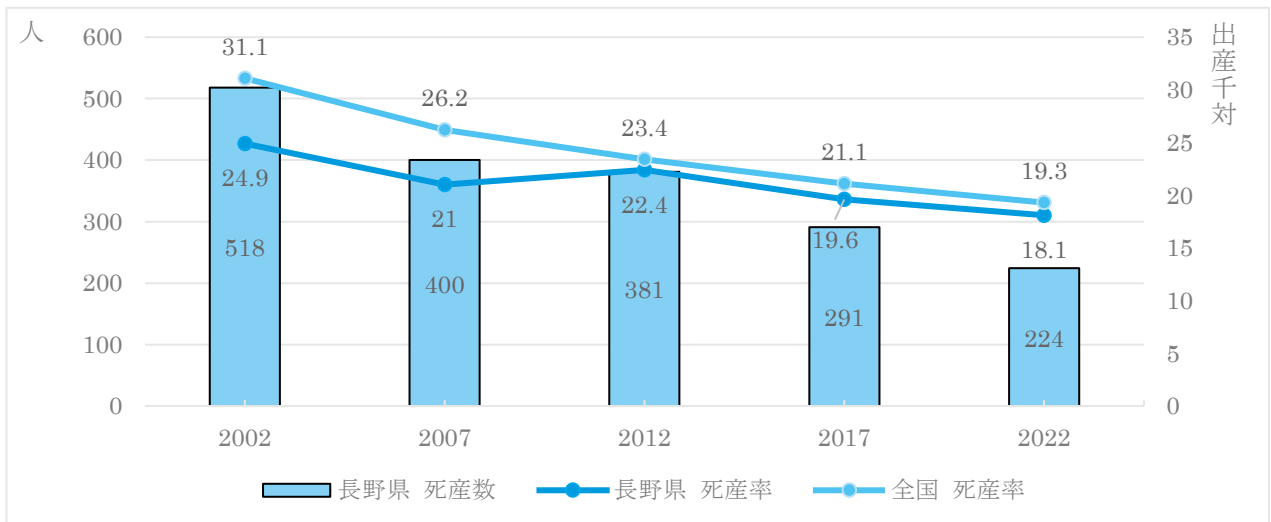
(厚生労働省「人口動態統計」)

【図7】 周産期死亡率（出産千対）・新生児死亡率（出生千対）の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

【図8】 死産数・死産率（出産千対）の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

【表4】妊産婦死亡数・妊産婦死亡率（出産10万対）の推移

年	長野県			全 国		
	出産数 (人)	妊産婦死亡数 (人)	妊産婦死亡率 (出産10万対)	出産数 (人)	妊産婦死亡数 (人)	妊産婦死亡率 (出産10万対)
2002	20,842	2	9.6	1,190,833	84	7.1
2007	19,018	1	5.3	1,119,131	35	3.1
2012	17,042	2	11.7	1,062,032	42	4
2017	14,816	0	0	966,510	33	3.4
2022	12,367	1	8.1	785,938	33	4.2

(厚生労働省「人口動態統計」)

(3) 出生場所の推移

- 出生場所は、1970年には「病院・診療所」が82.2%、「助産所」が15.9%、「自宅・その他」が1.9%でしたが、2022年には、「病院・診療所」が98.5%、「助産所」が1.3%、「自宅・その他」が0.2%となっていて「病院・診療所」での出産がほとんどを占めており、全国とほぼ同様の状況となっています。
- 病院、診療所の別に見ると、2022年において全国では病院と診療所の比が概ね1対1であるのに対し、本県では概ね7対3と病院での出生の割合が高くなっています。

【表5】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	
1970	41.8	40.4	15.9	98.1	1.9	43.4	42.1	10.6	96.1	3.9
1980	55.5	40.0	4.3	99.8	0.2	51.7	44.0	3.8	99.5	0.5
1997	65.9	33.6	0.3	99.8	0.2	54.2	44.7	1.0	99.8	0.2
2007	70.1	29	0.6	99.7	0.3	50.8	48	1.0	99.8	0.2
2017	71.1	27.5	1.1	99.7	0.3	54.4	44.9	0.6	99.9	0.1
2022	71.4	27.1	1.3	99.8	0.2	54.0	45.3	0.5	99.8	0.2

(厚生労働省「人口動態統計」)

2 周産期医療の提供体制

(1) 周産期医療に関わる医療施設・医師の状況

- 産科・産婦人科を標榜する医療施設及び分娩取扱い施設の減少や産科医の絶対数の不足等により、周産期医療を担う医療機関の負担が増加しており、産科医の確保等が必要です。
- 併せて、院内助産や助産師外来 開業助産師等の助産師による支援体制の構築が重要です。

【表6】産科・産婦人科を標榜する医療施設数の推移

(単位：施設)

年	2005	2008	2011	2014	2017	2020
病 院	40	39	35	37	35	35
診 療 所	68	58	58	54	48	46
計	108	97	93	91	83	81
うち分娩を扱う施設	55	46	47	44	38	38

(厚生労働省「医療施設調査」)

【表7】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	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
長野県	158	168	191	191	174	160	169	170
人口10万対	7.8	7.7	8.9	8.9	8.2	8.0	8.2	8.3
全 国	10,074	10,389	10,652	10,868	11,085	11,349	11,332	11,678
人口10万対	7.9	8.1	8.3	8.6	8.7	9.0	8.9	9.3

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

(2) 周産期医療体制の状況

- 本県では、2000年9月から「長野県周産期医療協議会」による「長野県周産期医療システム」の運用が開始されました。その後、2006年10月に設置された「長野県産科・小児科医療対策検討会」において、県内の産科・小児科医療のあり方について協議が行われ、2007年3月に取りまとめられた「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」において、医療資源の集約化・重点化の方向が示されました。また2010年の厚生労働省の通知を受け、総合周産期母子医療センターをはじめとする周産期医療体制の整備が進み、2013年度からの「第6次医療計画」以降、その内容が反映されました。
- 現在、総合周産期母子医療センター（県立こども病院）を中心に、地域周産期母子医療センター（10病院）、地域周産期連携病院（11病院・うち2023年現在で3病院分娩休止）及び一般周産期医療機関により「長野県周産期医療システム」が構築されています。出産数の減少や産科医不足等が続く状況下で、県内すべての地域における医療体制の確保のため、医療の集約化・重点化に向けた周産期医療体制の整備が進められています。
- 「長野県周産期医療システム」は、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター等の空床情報等を一元化する「周産期救急情報システム」と、周産期医療機関相互の連携・協力による母体と新生児の搬送を行う「転院搬送システム」により構成されています。
- より効果的・効率的な「長野県周産期医療システム」の運用がなされるよう、母体に関する救命救急医療については、地域周産期母子医療センターの信州大学医学部附属病院が中心となり、県全域でハイリスク分娩や救急搬送等に対応できる安定した周産期医療が提供されています。
- 災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築を図るため、2016年から厚生労働省が実施する「災害時小児周産期リエゾン養成研修」に、毎年小児及び周産期医療を担当する医師を派遣しています。現在、災害発生時に備え、災害時小児周産期リエゾンが県防災訓練に参加しています。

【表8】搬送件数の推移

(単位：件)

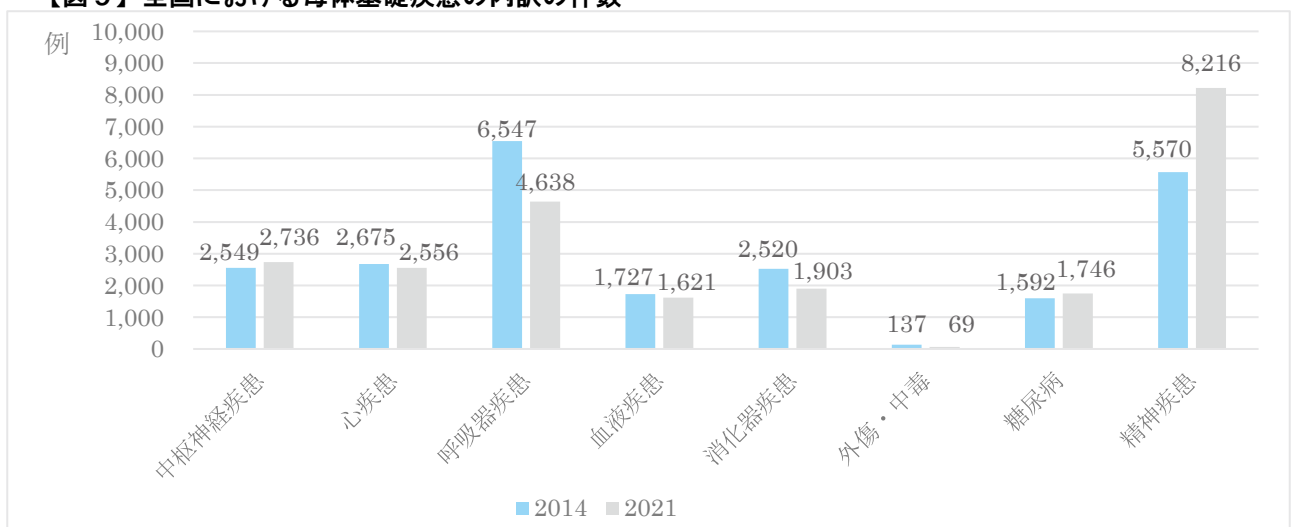
区分	搬送受入機関	母体搬送					新生児搬送				
		2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
総合周産期母子医療センター	県立こども病院	86	89	68	61	75	125	126	102	92	92
地域周産期母子医療センター	信州大学医学部附属病院	81	89	89	86	100	25	40	48	22	42
	佐久医療センター	10	19	18	23	14	5	18	13	13	21
	信州上田医療センター	34	53	55	18	30	29	28	25	30	23
	諏訪赤十字病院	16	19	13	10	10	18	12	23	22	19
	伊那中央病院	24	29	36	20	13	20	18	16	13	16
	飯田市立病院	4	8	3	10	5	18	13	6	17	8
	長野赤十字病院	78	84	79	82	88	67	108	108	119	90
	篠ノ井総合病院	8	24	41	29	28	22	16	11	12	19
	北信総合病院	6	2	6	3	3	10	15	7	3	3
	小計	261	327	340	281	291	214	268	257	251	241
地域周産期連携病院		1	4	17	0	1	4	21	9	5	9
合計		348	420	425	342	367	343	415	368	348	342

(保健・疾病対策課調)

（3）母体基礎疾患を有する妊娠への対応状況

○ 妊婦が有する基礎疾患には呼吸器疾患等の身体疾患と精神疾患があります。長野県では身体疾患合併については、総合・地域周産期母子医療センターの医療体制により比較的整備されていますが、精神疾患を合併する妊婦の数は増加しており、施設内での連携及び精神科医療機関等との連携などの体制強化が課題となっています。

【図9】全国における母体基礎疾患の内訳の件数



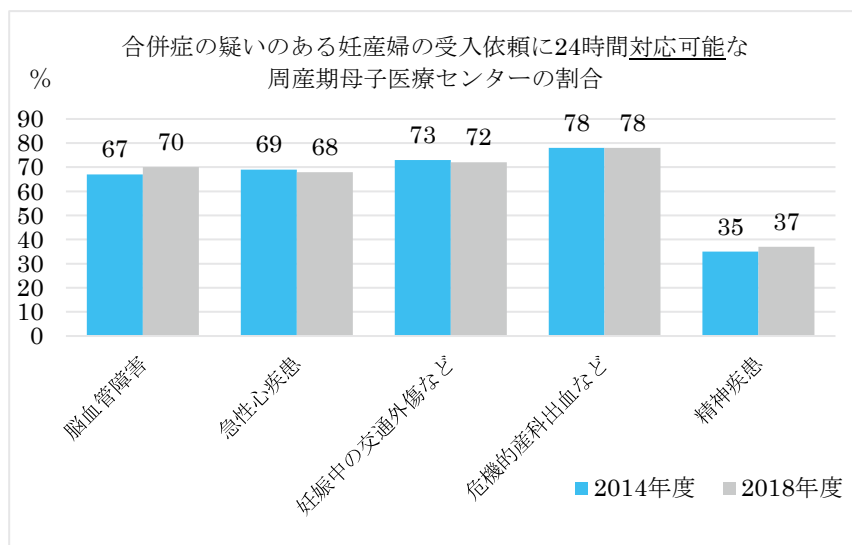
※1 日本産婦人科学会 周産期委員会報告（2016年6月及び2021年6月）をもとに作成

※2 周産期統計 2014年及び2019年

※3 登録参加施設 2016年 355施設 周産期母子医療センター268施設（総合:87施設、地域:181施設）を含む
2021年 408施設 周産期母子医療センター302施設（総合:95施設、地域:207施設）を含む

※4 症例登録総数 2014年に出産した妊娠22週以降の220,052例
2019年に出産した妊娠22週以降の233,818例

【図 10】 全国における合併症を有する妊娠への対応状況（全国の周産期母子医療センター）



厚生労働省「周産期医療体制調査」をもとに作成

（４）療養・療育支援の体制

- 「長野県周産期医療システム」の運用により、周産期死亡率、新生児死亡率ともに低い水準を維持していますが、入院の長期化等が課題となっています。
 - NICU 等から退院する新生児・小児への対応状況では、周産期母子医療センター等において、多職種による退院支援会議等により在宅移行支援を行っていて、県ではその体制整備を推進しています。今後、退院後に保護者が安心して小児を療養・療育していくための環境をさらに充実させていくことが課題となっています。
 - 保護者の療養・療育支援に対する満足度を把握し、安心して出産・子育てができた(できている)と思う人の割合を増やす取り組みが望まれます。
- ※ 人工呼吸器を装着している障がい児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障がい児への支援体制については、次節の「小児医療」に記載しています。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

適切な周産期医療が提供され妊産婦が安心・安全な妊娠・出産をすることができる

中間成果（中間アウトカム）

- (1) 妊婦ができる限り身近な地域で妊娠・出産に向けた健康管理をすることができる
- (2) 妊婦ができる限り身近な地域で正常分娩やリスクの低い帝王切開術を受けることができる
- (3) 妊産婦ができる限り身近な地域で妊娠から出産、産後の不安に対する相談を受けることができる
- (4) ハイリスク妊産婦が、適切な周産期医療、周産期救急医療を受けることができる
- (5) 一般周産期医療機関と総合・地域周産期母子医療センターの連携が取れている
- (6) 新生児の先天性疾患等が早期に発見され、医療につながっている
- (7) ハイリスク児・妊産婦が退院後の生活を踏まえた支援を受けることができている
- (8) 有事（災害時、新興感染症の発生・まん延時）を見据えた周産期医療体制が整っている

2 周産期医療の提供体制

目指すべき周産期医療の提供体制は、図 11 のとおりです。

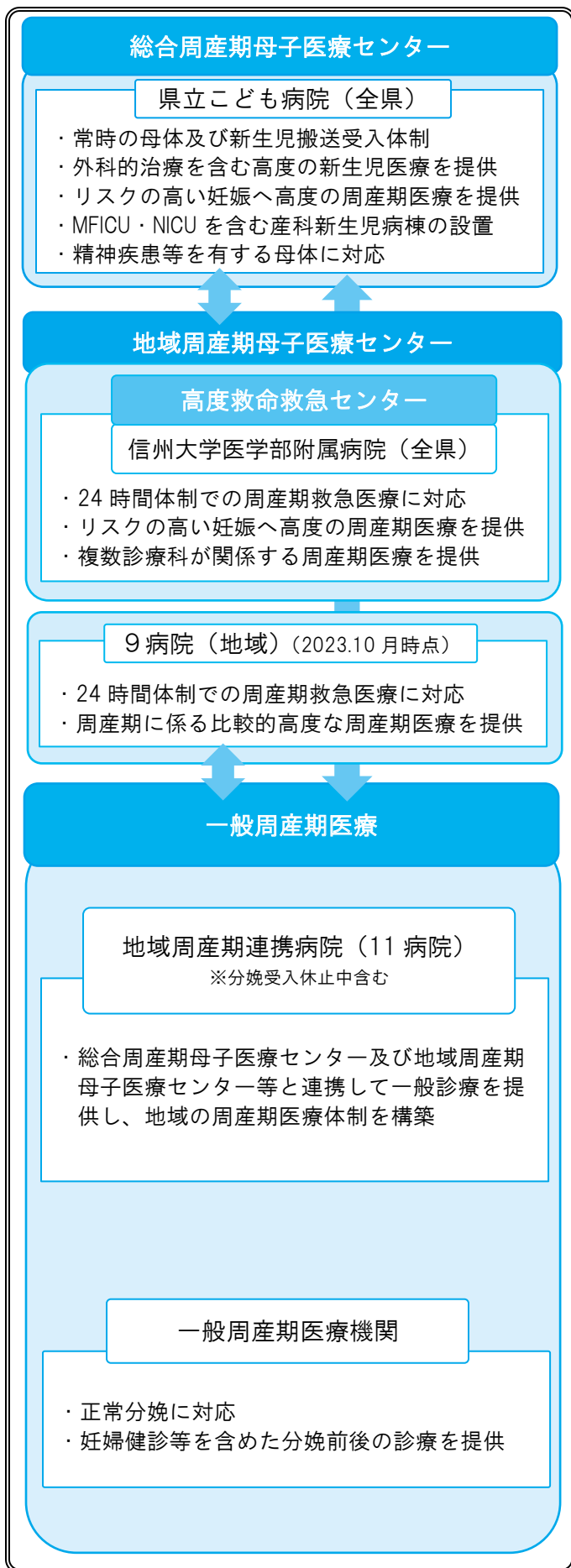
一般周産期医療を担う医療機関、地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センターが相互に連携することで、妊婦ができる限り身近な地域で正常分娩やリスクの低い帝王切開術が受けられ、ハイリスク分娩や急変時には 24 時間体制でより高度な周産期医療を受けることができる体制の構築を目指します。

3 二次医療圏相互の連携体制

長野県周産期医療体制の状況は表 9 のとおりです。

地域周産期母子医療センターが未設置の木曾・大北医療圏については、木曾医療圏は上伊那医療圏・松本医療圏と、大北医療圏は松本医療圏と連携することで、必要な医療提供体制を確保します。

【図 11】長野県周産期医療体制のイメージ（2023年10月現在）



【表 9】長野県周産期医療体制の状況（2023年10月現在）

総合周産期 母子医療センター	(全県)	県立こども	
地域周産期 母子医療センター	(全県)	信州大学医学部附属	
	(佐久)	佐久医療	
	(上小)	信州上田医療	
	(諏訪)	諏訪赤十字	
	(上伊那)	伊那中央	
	(飯伊)	飯田市立	
	(木曽)	(上伊那・松本医療圏と連携)	
	(松本)	信州大学医学部附属	
	(大北)	(松本医療圏と連携)	
	(長野)	長野赤十字	
(北信)	篠ノ井総合 北信総合		
一般周産期 医療	地域周産期 連携病院	(佐久)	浅間南麓こもろ医療 国保浅間総合
		(上小)	---
		(諏訪)	岡谷市民（※1） 諏訪中央（※2）
		(上伊那)	---
		(飯伊)	---
	一般周産期 医療機関	(木曽)	県立木曽
		(松本)	相澤 松本市立 丸の内
		(大北)	市立大町（※1）
		(長野)	県立信州医療
		(北信)	飯山赤十字（※1）
			その他病院（4） ・ 諏訪マタニティ ・ 穂高 ・ 松代総合（※1） ・ 吉田病院 診療所 助産所

(※1) 分娩受入休止中
(※2) 院内助産

第3 施策の展開

1 妊婦ができる限り身近な地域で妊娠・出産に向けた健康管理ができる体制整備

- 一般周産期医療を担う医療機関の連携により、妊婦ができる限り身近な地域で妊婦健診等の安全な妊娠・出産に向けた健康管理ができる体制を整備します。
- 県内で里帰り出産を希望する妊婦について、制限せずに受け入れられる体制を維持します。

2 妊婦ができる限り身近な地域で正常分娩やリスクの低い帝王切開術を受けることができる体制整備

- 分娩の取扱いが困難な地域でも、一般周産期医療を担う医療機関・助産所の連携により、正常分娩やリスクの低い帝王切開術に対応できる体制を維持します。
- 助産師外来の開設や院内助産の普及等を通じ、助産師による妊産婦ケア及び分娩を普及・推進します。
- 周産期医療機関による産科医及び新生児医療に係る小児科医の育成及び確保に係る対策を支援します。

3 妊産婦ができる限り身近な地域で妊娠から出産、産後の不安に対する相談を受けることができる体制整備

- 妊婦ができる限り身近な地域で産前・産後の相談が受けられる体制を整備します。
- 産後うつの早期発見・支援につなげるため、周産期医療機関等におけるエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の実施を進めます。

4 ハイリスク妊産婦が、適切な周産期医療、周産期救急医療を受けることができる体制整備

- ハイリスク分娩や急変した妊婦等を地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送できる体制を維持します。
- ハイリスク妊産婦やハイリスク児等の高度医療及び基礎疾患や産科合併症を有する妊産婦への対応について、総合周産期母子医療センター等による診療体制を維持します。

5 一般周産期医療機関と総合・地域周産期母子医療センターの連携が取れる体制整備

- 新生児医療が必要な場合には、総合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。
- 総合・地域周産期母子医療センター及びその他の周産期医療関連施設等の連携体制を強化します。

6 新生児の先天性疾患等が早期に発見され、早期に療育を受けることができる体制の維持

- 新生児の先天性疾患等の早期発見、早期治療及び療育のため、先天性代謝異常スクリーニング検査、オプショナル検査及び新生児聴覚スクリーニング検査の実施体制を整備維持します。

7 ハイリスク児・妊産婦の退院後の生活に関する支援を実施

- 周産期母子医療センターを通じて NICU 等を退院する児への退院支援を実施します。
- NICU 長期入院児等が退院し、自宅へ戻る前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床確保を通じ、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援し、家族等保護者の負担軽減を図ります。

8 有事（災害時、新興感染症の発生・まん延時）を見据えた周産期医療体制整備

- 災害時に医療サポートが必要となる医療的ケア児や妊産婦等に対する災害医療体制の構築を図るため、災害時小児周産期リエゾンの養成を推進します。
- 県防災訓練への災害時小児周産期リエゾンの参加及び平時からの災害時小児周産期リエゾンの連携により、有事を見据えた小児に対する災害医療体制を検討します。
- 新興感染症の発生・まん延時の有事を見据えた小児医療の災害医療体制を検討します。

出生前診断

出生前診断とは、妊娠中にお腹の赤ちゃんの状態を調べる検査をいいます。その検査のひとつである非侵襲的出生前検査（NIPT）は、検査の精度が高く母体の採血のみで検査ができることから報道でも大きく取り上げられた事もあり、一般的に知られる結果となりました。

出生前に赤ちゃんの病気の有無を把握することは、赤ちゃんの早期からの治療や疾患の早期受容を可能にするといった妊婦の不安に対するケアがある一方、お腹の赤ちゃんの命に関わる医療行為であり倫理的な側面での注意も必要です。このため検査を受ける前に出生前診断に関してしっかりと理解をする必要があります。

長野県では、妊婦やその家族が出生前診断に関心をもった際に、妊娠・出産に関する包括的な支援の一環として適切な情報が得られるような体制づくりや、必要なカウンセリングや検査が受けられるための医療体制づくりが望まれています。

オプション的 newborn スクリーニング検査

医学の進歩により、治療可能な先天性の疾患が増えています。生まれてすぐに診断し、治療開始することが、予後を改善し、よりよい生活を送るための重要な鍵を握ります。それを可能にするのが newborn スクリーニング検査です。

長野県では、すでに 25 疾患を対象にした newborn スクリーニング検査を行っていましたが、2022 年 10 月から県立こども病院で脊髄性筋萎縮症と原発性免疫不全症を対象としたオプション的検査を開始しました。既に診断と治療に結びついた赤ちゃんも報告されています。オプション的検査は現時点では有料の検査となっているため、一部の市町村では検査料の助成を行っています。

今後も新しい治療の開発により、対象となる疾患はさらに増える見通しですので、体制の整備と啓発が重要な課題といえます。

第4 数値目標

1 目指す姿

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
0	周産期死亡率 (出産千対)	2.8 (2022)	2.8 以下	現状以下を 目指す	厚生労働省「人 口動態統計」
0	新生児死亡率 (出生千対)	0.4 (2022)	0.4 以下	現状以下を 目指す	厚生労働省「人 口動態統計」
0	妊産婦死亡数	1 人 (2022)	1 人以下	現状以下を 目指す	厚生労働省「人 口動態統計」
0	妊娠・出産について満 足している者の割合	89.4% (2021)	増加	現状より増加	すこやか親子 21 (第二次)
0	この地域で子育てをし たいと思う親の割合	96.5% (2021)	増加	現状より増加	すこやか親子 21 (第二次)

2 一般周産期医療

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	里帰り出産受入れ率	100% (2022)	100%	現在の水準を 維持する	保健・疾病対策 課調
S	助産師外来を開設して いる医療機関数	28 か所 (2022)	28 か所	現在の水準を 維持する	保健・疾病対策 課調
S	妊婦健診を行っている 助産所数	15 か所 (2022)	15 か所	現在の水準を 維持する	保健・疾病対策 課調
S	院内助産を行っている 医療機関数	12 か所 (2022)	12 か所	現在の水準を 維持する	保健・疾病対策 課調
S	エジンバラ産後うつ病 質問票 (EPDS) の実施 医療機関数、助産所数	49 か所 (2023)	49 か所	現状の水準を 維持する	保健・疾病対策 課調

3 地域周産期医療・総合周産期医療

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	周産期母子医療センタ ーで取り扱う分娩数	5,668 件 (2021)	5,191 件	直近の減少率 (年 98.9%) 以内の減少に 抑える	周産期医療体制調
P	母体搬送数のうち受け 入れ困難事例の件数	母体：15 件 (2020) 3 件 (2021)	母体：9 件	直近 2 か年の 平均値以下に 減少	周産期医療体制調
P	新生児搬送数のうち受け 入れ困難事例の件数	新生児：0 件 (2021)	新生児：0 件	現在の水準を 維持する	周産期医療体制調
S	母体搬送受入医療機関 数	21 か所 (2022)	21 か所	現在の水準を 維持する	保健・疾病対策 課調
P	小児周産期医療連絡会 の開催回数	1 回 (2022)	年 1 回以上	年 1 回以上開 催を目指す	保健・疾病対策 課調
S	新生児搬送受入医療機 関数	21 か所 (2022)	21 か所	現在の水準を 維持する	保健・疾病対策 課調

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	NICU等を有する医療機関数	10か所 (2022)	10か所	現在の水準を維持する	保健・疾病対策課調
S	産科を標ぼうする医療機関のうち、ハイリスク妊産婦共同管理料（I）の届出医療機関数の割合	39.8% (2023)	増加	現在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	地域連携分娩管理加算を届出している医療機関数	0か所	増加	現状より増加	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」

4 療養・療育支援

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	先天性代謝異常スクリーニング検査実施率	100% (2023)	100%	現在の水準を維持	保健・疾病対策課調
P	新生児聴覚スクリーニング検査実施率	99.6% (2022)	100%	現在の水準以上を目指す	保健・疾病対策課調
P	スクリーニング異常者のフォローアップ実施率	100% (2022)	100%	現在の水準を維持	保健・疾病対策課調
S	先天性代謝異常スクリーニング検査実施医療機関数・助産所数	49か所 (2023)	49か所	現在の水準を維持	保健・疾病対策課調
S	新生児聴覚スクリーニング検査実施医療機関数・助産所数	37か所 (2023)	37か所	現在の水準を維持	保健・疾病対策課調
P	退院支援を受けたNICU,GCU入院児数	180人 (2021)	180人以上	現在の水準以上を目指す	厚生労働省「NDBオープンデータ」
S	NICU入院児の退院支援を専任で行う者を配置している周産期母子医療センター数	3か所 (2023.1)	3か所	現在の水準を維持	周産期医療体制調
S	NICU長期入院児等が自宅に退院する前に家族が在宅ケアを行うための手技取得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数	9か所 (2023.1)	9か所	現在の水準を維持	周産期医療体制調

5 有事の周産期医療

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	災害時小児周産期リエゾンの県防災訓練参加回数	1回(2022)	年1回	年1回以上の参加	保健・疾病対策課調
P	災害時小児周産期リエゾン連絡会議開催回数	0回	年1回	年1回以上の開催	保健・疾病対策課調
S	災害時小児周産期リエゾン任命者数	19人 (2022年度末時点累計)	36人	現状の増加数(年約2.8人)を維持	保健・疾病対策課調
S	災害時小児周産期リエゾンの配置二次医療圏数	5医療圏(2022)	10医療圏	全医療圏に配置	保健・疾病対策課調

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

第5 ロジックモデル

	個別施策（アウトプット）	中間成果（中間アウトカム）	目指す姿（分野アウトカム）
一般周産期医療	1 分娩の取扱いが困難な地域でも、医療連携により分娩に対応できる体制の維持	1 妊婦ができる限り身近な地域で妊娠・出産に向けた健康管理をすることができる 指標 ・ 里帰り出産受入れ率 2 妊婦ができる限り身近な地域で正常分娩やリスクの低い帝王切開術を受けることができる 3 妊産婦ができる限り身近な地域で妊娠から出産、産後の不安に対する相談を受けることができる	1 適切な周産期医療が提供され妊産婦が安心・安全な妊娠・出産をすることができる 指標 ・ 周産期死亡率 ・ 新生児死亡率 ・ 妊産婦死亡数 ・ 妊娠・出産について満足している者の割合 ・ この地域で子育てをしたいと思う親の割合
	2 助産師による妊産婦ケア及び分娩の普及・推進 指標 ・ 助産師外来を開設している医療機関数 ・ 妊婦健診を行っている助産所数 ・ 院内助産を行っている医療機関数		
	3 産科医、小児科医の育成及び確保に係る対策支援		
	4 妊産婦の産前・産後を通じた相談体制の支援 指標 ・ エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の実施医療機関数、助産所数		
地域周産期医療	5 急変した妊婦等を迅速に受け入れられる体制整備 指標 ・ 母体搬送受入医療機関数	4 ハイリスク妊産婦が、適切な周産期医療、周産期救急医療を受けることができる 指標 ・ 周産期母子医療センターで取り扱う分娩数 ・ 母体搬送数のうち受け入れ困難事例の件数 ・ 新生児搬送数のうち受け入れ困難事例の件数 5 一般周産期医療機関と総合・地域周産期母子医療センターの連携が取れている 指標 ・ 小児周産期医療連絡会の開催回数	
	6 新生児医療が必要な場合には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な体制整備 指標 ・ 新生児搬送受入医療機関数		
総合周産期医療	7 ハイリスク妊産婦やハイリスク児等の高度医療、及び基礎疾患や産科合併症を有する妊産婦への医療体制維持 指標 ・ NICU等を有する医療機関数 ・ 産科を標榜する医療機関のうち、ハイリスク妊産婦共同管理料（I）の届出医療機関数の割合		
	8 地域周産期母子医療センター及びその他の周産期医療関連施設等との連携体制の強化 指標 ・ 地域連携分娩管理加算を届出している医療機関数		
療養・養育支援	9 先天性代謝異常スクリーニング検査及び新生児聴覚スクリーニング検査の実施体制の維持 指標 ・ 先天性代謝異常スクリーニング検査実施医療機関数・助産所数 ・ 新生児聴覚スクリーニング検査実施医療機関数・助産所数	6 新生児の先天性疾患等が早期に発見され、医療につながっている 指標 ・ 先天性代謝異常スクリーニング検査実施率 ・ 新生児聴覚スクリーニング検査実施率 ・ スクリーニング異常者のフォローアップ実施率 7 ハイリスク児・妊産婦が退院後の生活を踏まえた支援を受けることができている 指標 ・ 退院支援を受けたNICU,GCU入院児数	
	10 NICU等退院する児への退院支援 指標 ・ NICU入院児の退院支援を専任で行う者を配置している周産期母子医療センター数 ・ NICU長期入院児等が自宅に退院する前に家族が在宅ケアを行うための手技取得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数		
有事の周産期医療	11 災害時小児周産期リエゾンの養成推進 指標 ・ 災害時小児周産期リエゾン任命者数 ・ 災害時小児周産期リエゾンの配置二次医療圏数	8 有事（災害時、新興感染症の発生・まん延時）を見据えた周産期医療体制が整っている 指標 ・ 災害時小児周産期リエゾンの県防災訓練参加回数 ・ 災害時小児周産期リエゾン連絡会議の開催回数	
	12 妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築		
	13 新興感染症の発生・まん延時の体制検討		

第4節 小児医療

第1 現状と課題

1 小児医療をとりまく状況

(1) 小児の疾病構造

- 本県の1日あたりの小児（0歳から14歳までを指す。以下同じ。）の推計入院患者数は、厚生労働省「令和2年患者調査」（1日の抽出調査）によると、約0.6千人、外来で約10.2千人となっています。
- 傷病分類別にみると、本県では、周産期に発生した病態や先天奇形等での推計入院患者数が多く、全国と同様の傾向にあります。
- また、同調査による精神及び行動障害を有する小児の患者数の推計は、2017年10月が300人であるのに対し、2020年10月は700人と増加しています。疾患としては、摂食障害や発達障害の患者数が増加しています。

【表1】傷病分類別推計入院患者数（小児）（2020年）

傷病分類	長野県		全国	
	患者数 (千人)	割合 (%)	患者数 (千人)	割合 (%)
周産期に発生した病態	0.1	16.7	5.9	25.8
先天奇形、変形及び染色体異常	0.1	16.7	3.0	13.1
神経系の疾患	0.1	16.7	2.1	9.2

（厚生労働省「患者調査」）

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

【表2】傷病分類別推計外来患者数（小児）（2020年）

傷病分類	長野県		全国	
	患者数 (千人)	割合 (%)	患者数 (千人)	割合 (%)
呼吸器系の疾患	2.9	28.4	213.1	29.6
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	2.4	23.5	156.7	21.8
消化器系の疾患	1.3	12.7	105.9	14.7

（厚生労働省「患者調査」）

注1）患者数については、小数点第2位以下四捨五入による。

注2）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。

(2) 死亡の状況

- 2022年の本県の乳児死亡率（出生千対）は1.6、乳幼児死亡率（5歳未満、人口千対）は0.4、小児死亡率（15歳未満、人口千対）は0.2となっており、いずれも2002年と比較して減少して、全国とほぼ同じ水準となっています。

【表3】乳児死亡率等の推移

年	長野県			全国		
	乳児死亡率 (出生千対)	乳幼児死亡率 (5歳未満、人口千対)	小児死亡率 (15歳未満、人口千対)	乳児死亡率 (出生千対)	乳幼児死亡率 (5歳未満、人口千対)	小児死亡率 (15歳未満、人口千対)
2002	1.8	0.6	0.3	3	0.8	0.3
2007	1.9	0.5	0.2	2.6	0.7	0.3
2012	1.9	0.5	0.2	2.2	0.6	0.3
2017	1.1	0.4	0.2	1.9	0.4	0.2
2022	1.6	0.4	0.2	1.8	0.4	0.2

(厚生労働省「人口動態統計」)

- 本県の小児の主な死亡原因は、「先天奇形、変形及び染色体異常」、「新生物<腫瘍>」、「周産期に発生した病態」、「循環器系の疾患」となっています。
- 現在、国において、医療機関や行政等の関係機関・専門家等の連携により、亡くなった子どもの事例を検証し予防策を提言するチャイルドデスレビュー（CDR）の取り組みがあります。

【表4】小児（15歳未満）の主な死因（2022年）

	長野県			全国		
	死亡原因	患者数 (人)	割合 (%)	死亡原因	患者数 (人)	割合 (%)
1位	先天奇形、変形及び染色体異常	10	25.6	先天奇形、変形及び染色体異常	651	25.2
2位	新生物<腫瘍>	7	17.9	傷病及び死亡の外因	382	14.8
3位	周産期に発生した病態	6	15.4	周産期に発生した病態	366	14.2
4位	循環器系の疾患	4	10.3	新生物<腫瘍>	267	10.3

(厚生労働省「人口動態統計」)

チャイルドデスレビュー（Child Death Review）

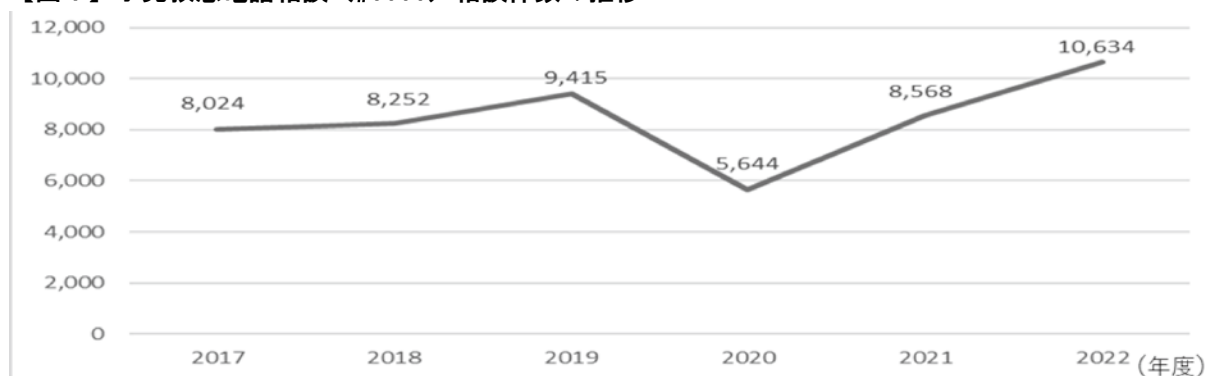
チャイルドデスレビューは、予防のための子どもの死亡検証制度です。複数の専門家（医療、警察、消防、行政機関等）が、死亡に至った経緯を、医学的側面と成育過程や環境等の様々な情報をもとに検証し、効果的な対応策を導き出して、防ぎ得る子どもの死亡を減らすことを目的としています。2018年公布の成育基本法に規定されています。

2019年からモデル事業を実施した都道府県では、専門家を招集し、個人情報に留意の上で情報の収集とその検証を進め、死亡原因を分析し、予防のための提言と啓発が行われました。子どもの死を社会全体で受け止め、よりよい社会の実現のために、長野県でも今後体制作りが望まれます。

(3) 小児救急の現状

- 保護者が夜間・休日における子どもの急病や外傷等の対処に戸惑う時に、適切な受診につなげることを目的とした小児救急電話相談（＃8000）は、2006 年度から運用を開始し、2019 年度には対応時間の拡大、2022 年度には回線数の増設を行い、運用しています。2022 年度の相談件数は 10,634 件となっており、夜間・休日の相談窓口として浸透してきています。
- 18 歳未満の救急搬送は、2011 年の 6,471 人から 2021 年は 5,134 人に減少するとともに、軽症者の割合は 68.2%から 47.4%に低下しており、全国より低い割合で推移しています。

【図 1】小児救急電話相談（＃8000）相談件数の推移



(保健・疾病対策課調)

【表 5】18 歳未満の救急搬送数の推移

年	長野県			全国		
	搬送人数(人)	軽症者数	割合(%)	搬送人数(人)	軽症者数	割合(%)
2011	6,471	4,416	68.2	464,098	348,098	75.0
2016	6,657	4,357	65.4	485,943	360,041	74.1
2021	5,134	2,434	47.4	384,160	277,479	72.2

(消防庁「救急・救助の現況」)

【表 6】救急搬送された方の重症度の分類（2021 年）

区分		新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
死亡	人数(人)	0	1	4	159	1179	1343
	構成比(%)	(0.0)	(0.0)	(0.2)	(0.7)	(2.0)	(1.5)
重症	人数(人)	32	43	47	1538	6958	8618
	構成比(%)	(16.2)	(1.7)	(1.9)	(7.0)	(11.6)	(9.9)
中等症	人数(人)	146	766	762	9129	35617	46420
	構成比(%)	(73.7)	(31.1)	(30.8)	(41.5)	(59.5)	(53.3)
軽症	人数(人)	19	1653	1661	11163	16115	30611
	構成比(%)	(9.6)	(67.1)	(67.1)	(50.8)	(26.9)	(35.2)
その他	人数(人)	1	0	0	5	13	19
	構成比(%)	(0.5)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)
合計	人数(人)	198	2463	2474	21994	59882	87011
	構成比(%)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

(長野県危機管理部消防課調)

(4) 小児の疾病予防・相談

- 小児の疾病予防のためには、予防接種の推進が重要です。県内の予防接種率に地域差が生じないように、予防接種率向上に向けた対策が課題です。また、感染の流行状況に応じた予防接種の推進が重要です。
- 乳幼児期には症状が出現しにくい先天性疾患等があるため、疾患を早期発見し、適切な治療や相談につなぐことが重要です。新生児を対象とした新生児聴覚検査や先天性代謝異常等検査及びオプショナルスクリーニング検査については、県内では約90%以上の新生児で実施されています。また、3歳児健康診査において弱視等の早期発見のため導入が進められている屈折検査は、2022年度においては67市町村と普及している状況ですが、今後すべての市町村で実施ができるよう体制整備が必要です。
- 乳幼児健康診査は、疾患の早期発見だけでなく家庭環境や保護者の困り感を把握し、多職種と連携して小児とその家族等が必要な支援につなげられるような相談の場として重要です。

(5) 小児の社会的状況

- 不登校、いじめ、虐待、自殺等、小児を取り巻く社会的な状況には多様な問題が生じています。県内の児童相談所が対応した児童虐待に関する相談件数は2022年度が2,537件となっており、行政や教育機関等関係する機関と医療機関が連携して問題に取り組むことが重要です。
- また、貧困家庭やヤングケアラーなどの社会的な課題も新たに生じています。

2 小児医療の提供体制

(1) 小児医療に関わる医療施設・医師の状況

- 小児科を標榜する医療施設数は減少しており、特に診療所は2002年の438か所から2021年には325か所となっています。
- 診療所において小児医療に関わる医師数（小児人口1万対）は全国よりも低い水準で推移しており、引き続き、一般小児医療を担う医師の確保が必要です。
- 小児医療を担う医師の確保として、小児科専門医数の増加と、より専門性を持つ小児科サブスペシャリティの専門医の養成、またかかりつけ医としての日本小児科医会が認定している「地域総合小児医療認定医」等の確保を進めていく必要があります。

【表7】小児科を標榜している医療施設数の推移

(単位：施設)

年	2002	2005	2008	2011	2014	2017	2021
病院	75	73	73	73	70	70	67
診療所	438	438	409	354	345	335	325

(医療政策課「医療機能調査」)

【表8】医療施設に従事する医師で主な診療科が「小児科」である医師数の推移 (単位：人)

年		2014	2016	2018	2020
長野県	病 院	211	222	211	226
	小児人口1万対	7.6	8.4	8.3	10.9
	診療所	76	71	73	77
	小児人口1万対	2.7	2.7	2.9	3.1
全 国	病 院	10,108	10,355	10,614	11,088
	小児人口1万対	6.2	6.6	6.9	7.4
	診療所	6,650	6,582	6,707	6,909
	小児人口1万対	4.1	4.2	4.4	4.6

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

(2) 小児救急医療体制の状況

- 初期小児救急医療体制は、1999年度以降、全国的に病院群輪番制の整備が推進されています。本県では、郡市医師会による在宅当番医制と、小児救急患者の受診が多い時間帯(18時～22時頃)に勤務医と開業医の当番制で運営(センター方式)する休日夜間急病センターを設置していました。2017年時点では、8医療圏でセンター方式による初期小児救急体制が整備されていましたが、2023年現在、2医療圏のセンターが休止となり、休日夜間急病センターの維持が困難な地域では、在宅当番医及び近隣圏域との連携により小児救急医療体制を維持しています。
- 初期小児救急医療で対応が困難な患者の受け入れは、入院小児救急医療を担う医療機関が行っています。(「第2 目指すべき方向と医療連携体制」の図2参照)
- 24時間体制での「小児救命救急医療」は、小児中核病院(県立こども病院、信州大学医学部附属病院)が担うことで維持されています。(「第2 目指すべき方向と医療連携体制」の図2参照)

(3) 小児医療体制の状況

- 本県の小児医療体制は、2005年の厚生労働省の通知を受け、2006年10月に「長野県産科・小児科医療対策検討会」が設置され、県内の産科・小児科医療のあり方について、また、2007年3月には「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」がとりまとめられ、医療資源の集約化・重点化の方向が示されました。
- 一般小児医療機関では対応が困難な患者の受け入れは、「地域小児連携病院」及び「小児地域医療センター」が相互に連携し担っています。特に、「小児地域医療センター」は各地域における小児科医療の中心的な役割を果たす病院として、24時間体制で入院が必要な二次医療と救急搬送等に対応しています。
- 高度な小児医療を提供する「小児中核病院」は、小児地域医療センターとしての機能に加え、三次救急医療、高度医療、先進的医療及び臨床研修を担う施設です。信州大学医学部附属病院及び県立こども病院がその役割を担うことで、県内の小児医療体制が維持されています。
- 出生数の減少や小児科医療機関の減少の中、県内すべての地域における医療体制の確保のため、医療の集約化・重点化に向けた小児医療体制の整備が進められています。
- 災害時において、特に医療のサポートが必要となる小児に対する災害医療体制の構築を図るため、2016年から厚生労働省が実施する「災害時小児周産期リエゾン養成研修」に、毎年小児及び周産期医療を担当する医師や看護職等を派遣しています。現在、災害発生時に備え、災害時小児周産期リエゾンが県防災訓練に参加しています。

(4) 療養・療育の支援体制

- 人工呼吸器を装着している障がい児やその他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障がい児（医療的ケア児）等の在宅療養・療育体制の整備ができるよう、2022年4月に長野県医療的ケア児等支援センターを設置し、医療・福祉・教育等の多職種の連携による支援体制の構築を進めています。
- 医療的ケアを必要とする小児への退院支援については医療的ケア児等コーディネーターを始め、様々な職種による退院支援会議や訪問診療等による支援体制の整備を推進しています。一方で、安心・安全な在宅療養・療育になるよう環境整備や保護者の知識習得への支援が課題となっています。
- 長期療養をしている小児の心のケアも重要であり、必要に応じて精神科受診へつなげていくことが求められています。
- また、在宅療養・療育体制の整備が進む中、医療的ケアや配慮が必要な小児に対する災害支援対策の推進が課題となっています。
- 小児期から成人期への移行期にある慢性疾患（小児慢性特定疾病等）の患者に対して、小児期医療・成人期医療の双方において、最適な医療が提供できる体制を構築するため、2020年10月から、信州大学医学部附属病院内に長野県移行期医療支援センターを設置し、移行期医療支援コーディネーターを配置しています。
- 2011年度から、小児在宅医療において必要とされるスキルの向上を目的として、地域基幹病院・訪問看護ステーション等、地域の多職種向けの研修会を開催しています。
- 2015年度から、小児慢性特定疾病児童等及びその家族を支援するため、「小児慢性特定疾病児童等自立支援員」を配置しています。
- 病中・病後を含めた小児を持つ保護者を支援するために保護者が休暇を取得しやすい体制や相談体制の整備、病児・病後児保育施設の拡充が望まれています。
- 医療をうける子どもの権利については、日本小児科学会により「医療における子ども憲章」が作成され、子どもが人として大切にされ、病気になっても安心・安全な環境で過ごせる権利を掲げています。大人や周囲が子どもの気持ちや権利を理解し尊重するために、医療における子どもアドボカシーを考えていくことが今後ますます重要となっていきます。

移行期医療支援コーディネーターについて

近年、小児期発症の疾患を持ちながら思春期・成人期を迎える患者の支援が大きな課題となっています。この移行期医療支援は、小児医療から成人医療への移行を支援すること、患者自身の自律（自立）を支援すること、の二つの柱からなり、医療のみならず福祉分野等、多職種が関与する必要があります。その中心的な役割を担う移行期医療支援コーディネーターの仕事は、自立に向けた患者の行動支援、成人診療科への受診同行、就労支援、福祉施設との連携等、多岐に渡ります。現在、その活動は長野県立こども病院及び信州大学医学部附属病院に留まっていますが、支援を要する患者さんとその家族はとて多く、県内全域で移行期医療支援が可能となるような体制を目指しています。

家族等の付き添い者への支援

入院中の子どもにとって家族の付き添いは、安心感のみならず、心身の発達や治療効果の点でも重要であることは言うまでもありません。入院中の子どもの食事、清潔、排泄等の介助や、医療的ケアに家族が携わることで、子どもが安心して治療を受けることができる一方で、付き添う家族がその一部を担うように求められている現状があります。

また、付き添い者自身にとっては、食事や睡眠、入浴、プライベートの空間、仕事への影響等、負担やストレスを生じることが問題となっています。

安心して子育てできる社会のためには、子どもの入院に伴う家族の負担がより低くなる環境と体制の整備が望まれます。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

適切な小児医療が提供され、小児やその家族が安心して暮らすことができる。

中間成果（中間アウトカム）

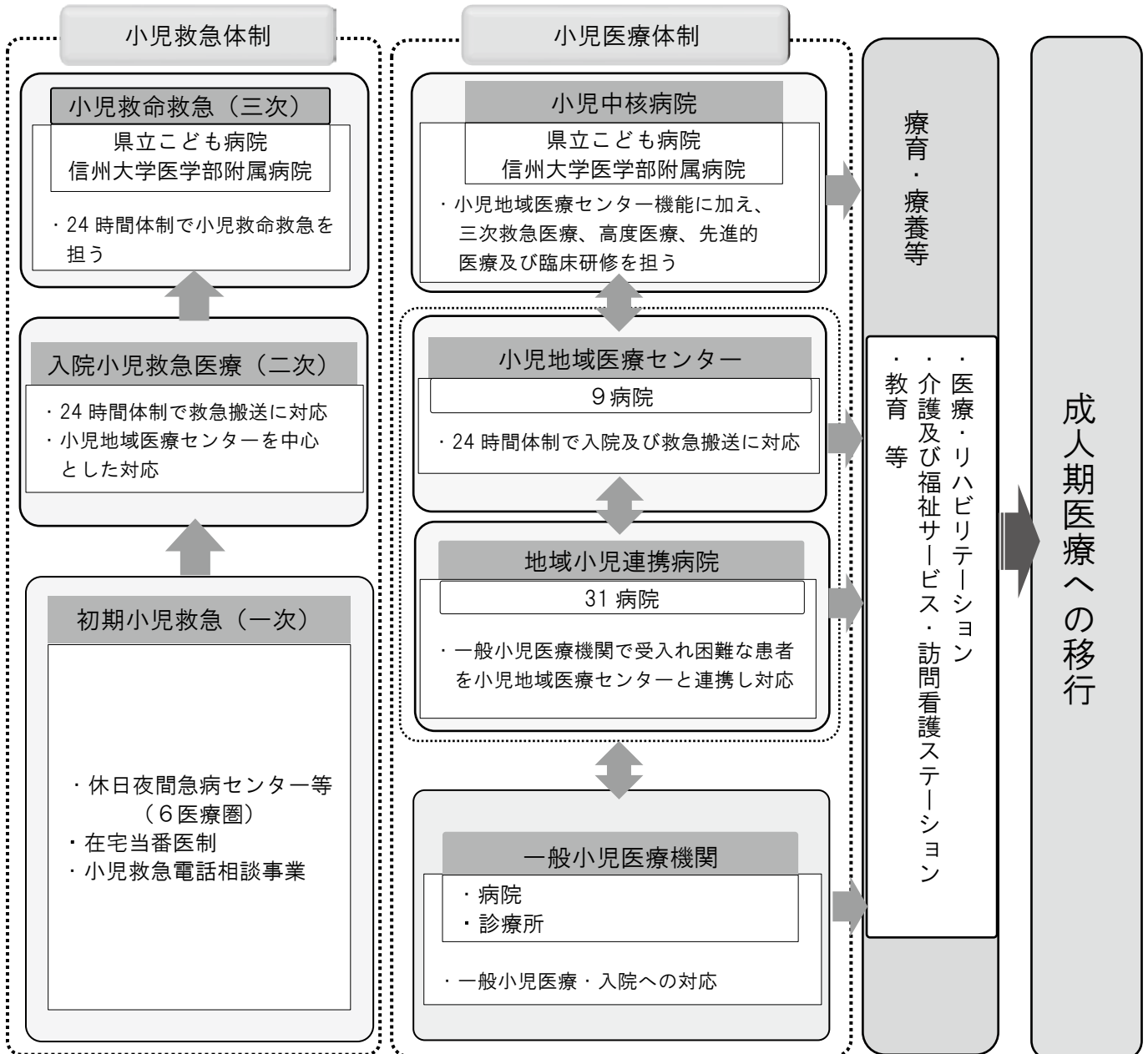
- (1) 小児とその家族が事故や病気に対する適切な予防行動がとれている
- (2) 小児の家族が医療の必要性について相談し、適切な受療行動がとれている
- (3) 医療が必要とされている小児が早期に発見され、医療につながっている
- (4) 症状に応じて、小児患者が適切な医療を受けることができている
- (5) 継続的な医療が必要な小児患者が成人期医療に移行するための支援を受けている
- (6) 小児救急患者が緊急度、重症度に応じて、適切な救急医療を受けることができている
- (7) 小児患者が必要に応じた療育を受けることができている
- (8) 小児患者が退院後の生活を踏まえた、在宅移行支援や在宅療養支援を受けることができている
- (9) 有事（災害時、新興感染症の発生・まん延時）を見据えた小児医療体制が整っている

2 小児医療の提供体制

目指すべき小児医療の提供体制は、図2のとおりです。

小児医療を担う医療機関の役割分担と連携により、小児患者が症状の緊急度・重症度に応じて必要な医療が提供される体制の構築を目指します。

【図2】長野県小児医療体制のイメージ（2023年10月現在）



3 二次医療圏相互の連携体制

小児医療体制の状況は、表9のとおりです。

小児地域医療センターが未設置の木曽医療圏及び大北医療圏については、木曽医療圏は上伊那医療圏及び松本医療圏と、大北医療圏は松本医療圏と連携した医療提供体制を推進します。

【表9】小児医療体制の状況（2023年10月現在）

小児医療体制		
小児中核病院	(全県)	県立こども 信州大学医学部附属病院
小児地域 医療センター	(佐久) (上小) (諏訪) (上伊那) (飯伊) (木曽) (松本) (大北) (長野) (北信)	佐久医療センター 信州上田医療センター 諏訪赤十字病院 伊那中央病院 飯田市立病院 (上伊那、松本医療圏と連携) まつもと医療センター (松本医療圏と連携) 長野赤十字病院、篠ノ井総合病院 北信総合病院
地域小児 連携病院	(佐久) (上小) (諏訪) (上伊那) (飯伊) (木曽) (松本) (大北) (長野) (北信)	浅間南麓こもろ医療、国保浅間総合、町立千曲病院、国保軽井沢病院 東御市民病院 岡谷市民病院、諏訪中央病院、信濃医療福祉センター、富士見高原病院 昭和伊南総合病院、町立辰野病院 健和会病院、下伊那赤十字病院、県立阿南病院 県立木曽病院 相澤病院、城西病院、松本協立病院、松本市立病院、塩尻協立病院、 安曇野赤十字病院 市立大町総合病院、あづみ病院 松代総合病院、東長野病院、長野市民病院、長野中央病院、竹重病院 県立信州医療センター、稲荷山医療福祉センター、新生病院 -
一般小児 医療機関		その他病院 診療所 センター方式による初期救急医療（休日夜間急病センター等）

第3 施策の展開

1 小児とその家族へ事故や病気に対する適切な予防行動を促す情報発信

- 小児とその家族が事故や病気に対する適切な予防行動をとれるよう、事故防止対策や急病時の対応等の情報発信を市町村と連携して取り組みます。
- 病気の予防のためにすべての小児が予防接種を受けることを目指し、定期予防接種の受診率向上及び接種率の地域格差の是正に向けて、市町村と連携して普及啓発に取り組みます。

2 小児患者の家族に対する相談体制の維持及び適切な受療行動の促進

- 夜間や休日等の小児の急病時に家族の不安軽減を図り、適切な受療行動がとれるよう、小児救急電話相談（＃8000）の体制を維持します。

3 医療が必要とされている小児が早期に発見され、医療につながるための支援

- 医療が必要な小児の病気や障がい等が早期に発見され、適切な医療につながるよう、乳幼児健康診査の受診率向上とともに、健康診査の結果により精密検査等が必要な小児とその家族が相談できる体制の整備を推進します。

4 症状に応じて、小児患者が適切な医療を受けることができる体制整備

- 小児とその家族がかかりつけ医を持ち、身近な地域で日常的な小児医療や相談が受けられる体制を推進します。
- 小児患者が重症度や専門性に応じた適切な医療を受けられるよう、一般小児医療機関及び地域小児連携病院、小児地域医療センター、小児中核病院の連携による提供体制を維持します。
- 小児患者がその身体的及び精神的な症状に応じて、小児医療と併せて必要な他科受診ができるよう他科連携による体制を整備します。

5 継続的な医療が必要な小児患者が成人期医療に移行するための支援

- 小児患者が成人期に移行しても継続的な医療を受けられるよう、移行期医療支援センターや移行期医療支援コーディネーター等による小児科から成人診療科への移行期医療の連携体制を推進します。

6 小児救急患者が緊急度、重症度に応じて、適切な救急医療を受けることができる体制維持

- 小児の急病等に対し、休日夜間救急センターや休日当番医等による身近な地域における小児救急医療の提供体制を維持します。
- 小児救急患者が緊急度や重症度に応じて迅速な救急医療を受けられるよう、初期小児救急（一次救急）、小児地域医療センター機関及び地域小児連携病院による入院小児救急（二次救急）、小児救命救急（三次救急）の連携による提供体制を維持します。

7 小児患者が必要に応じた療育を受けることができる体制整備

- 病気や障がいのある小児が必要に応じた療育が受けられるよう、関係機関との連携調整などの支援体制を整備します。県では長野県難聴児支援センターなどを通じて、療育を支援していきます。

8 小児患者が退院後の生活を踏まえた、在宅移行支援や在宅療養支援を受けることができる体制整備

- 医療的ケア児等の望ましい療養、療育環境への移行を図るための検討・協議を行い、安心して在宅療養が継続できるよう、医療、保健、福祉及び教育の連携による在宅医療体制を整備します。

9 有事（災害時、新興感染症の発生・まん延時）を見据えた小児医療体制整備

- 災害時に医療サポートが必要となる医療的ケア児や妊産婦等に対する災害医療体制の構築を図るため、災害時小児周産期リエゾンの養成を推進します。
- 県防災訓練への災害時小児周産期リエゾンの参加及び平時からの災害時小児周産期リエゾン連携会議開催や情報共有により、有事を見据えた小児に対する災害医療体制を検討します。
- 新興感染症の発生・まん延時の有事を見据えた小児医療の災害支援体制を検討します。

第4 数値目標

1 目指す姿

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
0	乳児死亡率 (出生千対)	1.6 (2022)	1.6 以下	現状以下を目指す	厚生労働省「人口動態統計」
0	小児死亡数	39 人 (2022)	39 人以下	現状以下を目指す	厚生労働省「人口動態統計」
0	この地域で子育てをしたいと思う親の割合	96.5% (2021)	増加	現状より増加	すこやか親子 21 (第二次)

2 予防・相談

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
0	不慮の事故による死亡率 (10 万人対)	0.43 (2022)	0.43 以下	現状以下を目指す	厚生労働省「人口動態統計」
S	小児の事故防止について普及啓発している自治体の割合	100% (2021)	100%	現状を維持	母子保健事業の実施状況調査

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	#8000相談件数	10,634件 (2022)	13,000件以上	現在の水準以上を目指す	保健・疾病対策課調
P	幼児健診受診率	1歳6か月児 97% 3歳児 96.4% (2021)	1歳6か月児 97%以上 3歳児 97%以上	現在の水準以上を目指す	地域保健・健康増進事業報告

3 小児医療体制

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	小児かかりつけ医を持つ人の割合	3,4か月児 74.5% 3歳児 85.7% (2021)	3,4か月児 74.5%以上 3歳児 85.7%以上	現在の水準以上を目指す	すこやか親子21 (第二次)

4 小児救急体制

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	小児救急搬送の内、受入困難事例の件数	17件 (2021)	10件	直近2か年の 平均値以下に 減少	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数）
S	休日夜間急病センター等の小児初期救急医療体制を整備している医療圏数	10圏域 (2022)	10圏域	現在の水準を維持する	保健・疾病対策課調

5 療養・療育支援

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	長野県難聴児支援センター 相談件数	1,930件 (2022)	1,930件以上	現在の水準以上を目指す	保健・疾病対策課調
P	退院支援を受けたNICU,GCU入院児数	180人 (2021)	180人以上	現在の水準以上を目指す	厚生労働省 NDB オープンデータ
S	在宅小児の緊急入院を受け入れている医療機関数	20か所 (2023)	増加	現状より増加	医療政策課調査

6 有事の小児医療

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	災害時小児周産期リエゾンの県防災訓練参加回数	1回(2022)	年1回以上	年1回以上の参加	保健・疾病対策課調
P	災害時小児周産期リエゾン連絡会議開催回数	0回(2022)	年1回以上	年1回以上の開催	保健・疾病対策課調
S	災害時小児周産期リエゾン任命者数(再掲)	19人(2022.4時点累計)	36人	現状の増加数(年約2.8人)を維持	保健・疾病対策課調
S	災害時小児周産期リエゾンの配置二次医療圏数	5医療圏(2022)	10医療圏	全医療圏に配置	保健・疾病対策課調

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

第5 ロジックモデル



第5節 へき地医療

第1 現状と課題

1 無医地区等（へき地）の現状と取組の成果

(1) 現状

- 無医地区については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、2022年では、9地区まで減少しています。この無医地区数は全国で21番目、これに準無医地区を加えた30地区は全国で11番目となっています。
- 無歯科医地区は、1994年の41地区から2022年には18地区に減少しましたが、地区数は全国で16番目、準無歯科医地区を合わせた数は35地区で、全国で12番目となっています。
- 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】県内の無医地区等の年次推移

区分		1999年	2004年	2009年	2014年	2019年	2022年
無医地区	地区数(地区)	20	19	18	13	9	9
	人口(人)	4,701	4,242	3,662	2,205	5,514	4,999
準無医地区	地区数(地区)	19	19	18	18	21	21
	人口(人)	3,014	2,458	2,120	1,659	2,226	1,982

(厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」)

【表2】県内の無歯科医地区等の年次推移

区分		1999年	2004年	2009年	2014年	2019年	2022年
無歯科医地区	地区数(地区)	36	31	26	23	17	18
	人口(人)	12,201	10,796	9,107	9,023	10,789	10,223
準無歯科医地区	地区数(地区)	12	15	17	13	18	17
	人口(人)	2,935	1,575	1,345	1,027	2,533	1,895

(厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」)

【表3】県内の高齢化の状況(令和4年)

区分	県全体	無医地区 準無医地区	無歯科医地区 準無歯科医地区
全人口(人)	2,043,798	6,981	12,118
65歳以上人口(人)	655,194	2,078	5,594
高齢化率(%)	32.1	29.8	46.2

(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ほか、修学資金の貸与や、「長野県ドクターバンク事業」による医師の就業あっせん等により、へき地医療に従事する医療従事者の確保を図ってきました。
- へき地医療拠点病院には、2023年度時点で自治医科大学卒業医師を5人、修学資金貸与医師を13人配置しました。また、「長野県ドクターバンク事業」により、県内医療機関への就職のあっせんを行い、これまでにへき地医療拠点病院に18人、へき地診療所に7人が就業しました。
- この他、県独自に位置付けている、へき地を支援する医療機関において、へき地診療所への医師派遣を行うなど、総合的なへき地の医療提供体制の確保に取り組んでいます。
- 今後、高齢化や人口減少が進む中で、住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、へき地への医療施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

- 2020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243.8人であり、全国平均の256.6人より12.8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38施設中26施設で、68%の割合となっています。
- へき地における医師確保については、へき地医療拠点病院等の比較的規模の大きな医療機関とへき地診療所の連携による医師派遣等に関する地域ごとのネットワークをどのように構築していくかが課題となっています。

【表4】医療施設従事医師数（人口10万対）の推移

区分	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年
長野県	205.0	211.4	216.8	226.2	233.1	243.8
全国平均	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7	256.6
全国との差	△14.0	△15.1	△16.8	△13.9	△13.6	△12.8

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

(2) 医療提供施設の状況

ア へき地診療所

- へき地診療所は、へき地における住民の医療を確保するために設置されているもので、本県には41施設あり、医療圏別にみると飯伊医療圏が最も多く13施設存在しています。なお、入院が可能なへき地診療所はありません。
- 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ほか、診療所の設置地域における外来診療の提供があります。
- 2021年度のへき地診療所の1日の平均外来患者数は14人となっています。今後の人口減少により患者数の減少が見込まれる中で、へき地診療所の維持だけでなく、へき地医療拠点病院等と連携のあり方などを検討し、へき地における医療提供体制の確保を図っていくことが課題となっています。

【表5】へき地診療所、へき地歯科診療所の状況（2023年10月1日時点）

二次医療圏	へき地診療所		へき地歯科診療所	
	市町村数	診療所数	市町村数	診療所数
佐久	3	3	0	0
上小	2	3	1	1
諏訪	0	0	0	0
上伊那	2	2	0	0
飯伊	7	13	2	2
木曾	4	5	0	0
松本	2	3	1	1
大北	2	3	0	0
長野	3	7	1	2
北信	1	1	1	1
計	26	40	6	7

（医療政策課、保健・疾病対策課調）

【表6】へき地診療所の活動状況（2021年度）

二次医療圏	平均外来患者 (人/1日あたり)	巡回診療 (回/年)	訪問診療 (回/年)	訪問看護 (回/年)	看取り (件/年)
佐久	13.7	0	572	1,457	6
上小	12.0	0	65	0	0
上伊那	14.5	0	51	0	6
飯伊	10.8	1	266	241	42
木曾	33.0	0	592	1,188	8
松本	12.9	1	12	0	3
大北	11.7	26	0	0	3
長野	12.9	0	119	129	1
北信	4.5	0	0	0	0
県全体	14.0				

（厚生労働省「へき地保健医療対策におけるへき地現況調査」）

イ ヘき地医療を支援する機関等

① ヘき地医療拠点病院

- ヘき地医療拠点病院は、ヘき地における住民の医療を確保するため、ヘき地診療所に勤務する医師の派遣やヘき地への巡回診療の実施などの活動を実施しています。本県では、8病院を指定しています。
- ヘ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（主要3事業）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】ヘき地医療拠点病院（2023年10月1日時点）

二次医療圏	病院名	指定年度	支援方法	支援地区等
佐久	市立国保浅間総合病院	1981年度	巡回診療	佐久市（香坂東地）
	厚生連佐久総合病院	1981年度	医師派遣	南牧村出張診療所 北相木村ヘき地診療所
飯伊	県立阿南病院	1981年度	巡回診療	阿南町（鈴ヶ沢、日吉）
木曾	県立木曾病院	2007年度	巡回診療	上松町（高倉台、西奥）
大北	市立大町総合病院	2021年度	医師派遣	小谷村国民健康保険小谷村診療所
長野	厚生連南長野医療センター新町病院	1988年度	巡回診療	長野市信州新町（信級、西部）
	厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院	2019年度	医師派遣	小川村国保直営診療所
北信	飯山赤十字病院	2022年度	医師派遣	野沢温泉村市川診療所

（厚生労働省「ヘき地保健医療対策におけるヘき地医療現況調査」）

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

- 医療法に基づく救急医療等確保事業（救急医療、災害医療、ヘき地医療、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法人がヘき地医療を行う法人として認定を受けています。
- ヘき地の医療提供体制における社会医療法人は、ヘき地診療所の運営やヘき地診療所への医師派遣の取組を行っており、ヘき地の医療提供体制の確保に寄与しています。
- ヘき地医療拠点病院のほかにも、本県では、ヘき地診療所を支援する病院が7施設、診療所が4施設あり、ヘき地診療所への医師派遣や急変時の患者受入れを行っています。
- 県が必要に応じてヘき地医療拠点病院の指定・見直しを行うなど、各地域におけるヘき地医療の支援体制を確保する必要があります。

（3）患者への巡回診療・通院支援等の状況

- 無医地区、準無医地区の住民が診療を受ける機会を確保するため、ヘ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、2022年度には13地区で実施されています。

- また、無医地区、準無医地区の所在市町村では、患者輸送車や送迎バスの運行、タクシー利用時の運賃に対する補助などの通院支援を行っており、こうした通院支援が行われている地区は2022年度で24地区となっています。
- 無歯科医地区、準無歯科医地区の所在市町村では、2022年度に巡回や出張での歯科診療を行っている地区は4地区、巡回バスの運行やタクシー利用時の補助等の通院支援を行っている地区は21地区となっています。
- 高齢化に伴い、へき地の住民が医療にアクセスするための支援の必要性が更に高まるため、巡回診療や市町村等による通院支援等の取組を行っていく必要があります。

【表8】無医地区、準無医地区、無歯科医地区、準無歯科医地区への通院支援等（2022年度）

区分	巡回診療、出張診療	通院支援	区分	巡回診療、出張診療	通院支援
無医地区	3地区	8地区	無歯科医地区	1地区	10地区
準無医地区	10地区	16地区	準無歯科医地区	3地区	11地区
合計	13地区	24地区	合計	4地区	21地区

（医療政策課、保健・疾病対策課調）

（4）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、2019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となっています。
- 本県では、自治医科大学卒業医師及び修学資金貸与医師の配置調整を行うとともに、信州医師確保総合支援センターを設置し、「長野県ドクターバンク事業」による県内医療機関への就職のあっせんなどにより、へき地を支える医師の確保に努めています。
- 2022年度実施した「へき地保健医療対策におけるへき地医療現況調査」では、へき地診療所における看護師等の人材の確保やへき地医療拠点病院との連携の強化が必要であると指摘されています。

【表9】無医地区、準無医地区の一覧（2022年度）

二次医療圏	市町村	へき地医療対象地区	種別	最寄り医療機関
佐久	佐久市	香坂東地	無	みついくリニック
		大沢新田・東立科	無	みさと皮フ科クリニック
		馬坂・広川原	準	つつみハートクリニック
		長者原	無	高橋医院
		湯沢	準	高橋医院
		協西（浅田切）	無	高橋医院
	佐久穂町	松井	無	八千穂クリニック
	立科町	蓼科	無	岩下医院
飯伊	阿南町	宮澤	準	和合へき地診療所
		鈴ヶ澤	準	和合へき地診療所
	天龍村	戸口・大久那	準	天龍村国民健康保険診療所
		坂部	準	天龍村国民健康保険診療所
		鶯巣宇連	準	天龍村国民健康保険診療所
	泰阜村	栃城	準	泰阜村診療所
	大鹿村	北入	準	大鹿村立診療所
木曾	上松町	西奥	準	大脇医院
		高倉・台	準	大脇医院
	南木曾町	与川	無	篠崎医院
	王滝村	滝越	準	王滝村国保健康保険診療所
		御岳高原・八海山	準	王滝村国保健康保険診療所
松本	松本市	沢渡	準	松本市安曇大野川診療所
大北	小谷村	大網	準	小谷村国民健康保険小谷村診療所
長野	長野市	信州新町 西部	無	更水医院
		信州新町 信級	無	更水医院
		鬼無里 裾花・天神	準	長野市国民健康保険鬼無里診療所
		鬼無里 峯・平	準	長野市国民健康保険鬼無里診療所
北信	飯山市	西大滝・藤沢	準	戸狩診療所
		羽広山・土倉	準	戸狩診療所
		富倉	準	小田切医院
		分道	準	片塩医院

（注）種別 無：無医地区 準：準無医地区

（厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」）

【表 10】無歯科医地区、準無歯科医地区の一覧（2022 年度）

二次医療圏	市町村	へき地医療対象地区	種別	最寄り歯科医療機関
佐久	佐久市	香坂東地	無	高見澤歯科医院
		大沢新田・東立科	無	おぎはら歯科医院
		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	無	田中歯科医院
		協西（浅田切）	無	宮澤歯科医院
	佐久穂町	松井	無	八千穂青森歯科医院
	立科町	蓼科	無	ながい歯科医院
飯伊	飯田市	千代	無	市瀬歯科医院
		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	準	伊東歯科医院
		和合	無	伊東歯科医院
	天龍村	（全域）	準	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	準	塚本歯科医院
		高倉・台	準	塚本歯科医院
	南木曾町	与川	無	水野歯科医院
	王滝村	滝越	準	王滝村国民健康保険診療所
		御岳高原・八海山	準	王滝村国民健康保険診療所
	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	松本市安曇大野川診療所
大北	小谷村	大網	準	小谷歯科医院
長野	長野市	信州新町 西部	無	大内歯科医院
		信州新町 信級	無	更水歯科医院
		鬼無里 裾花・天神	準	長野市国民健康保険鬼無里歯科診療所
		鬼無里 峯・平	準	長野市国民健康保険鬼無里歯科診療所
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	栗山歯科診療所
	栄村	秋山	無	津南デンタルクリニック（新潟県津南町）

（注）種別 無：無歯科医地区 準：準無歯科医地区

（厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」）

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

へき地で暮らす住民ができる限り質の高い医療サービスを受けられ安心して暮らすことができる

中間成果（中間アウトカム）

- (1) へき地医療に従事する医療従事者が確保されている
- (2) へき地の住民が地域の中で継続して包括的な医療サービスを受けられている

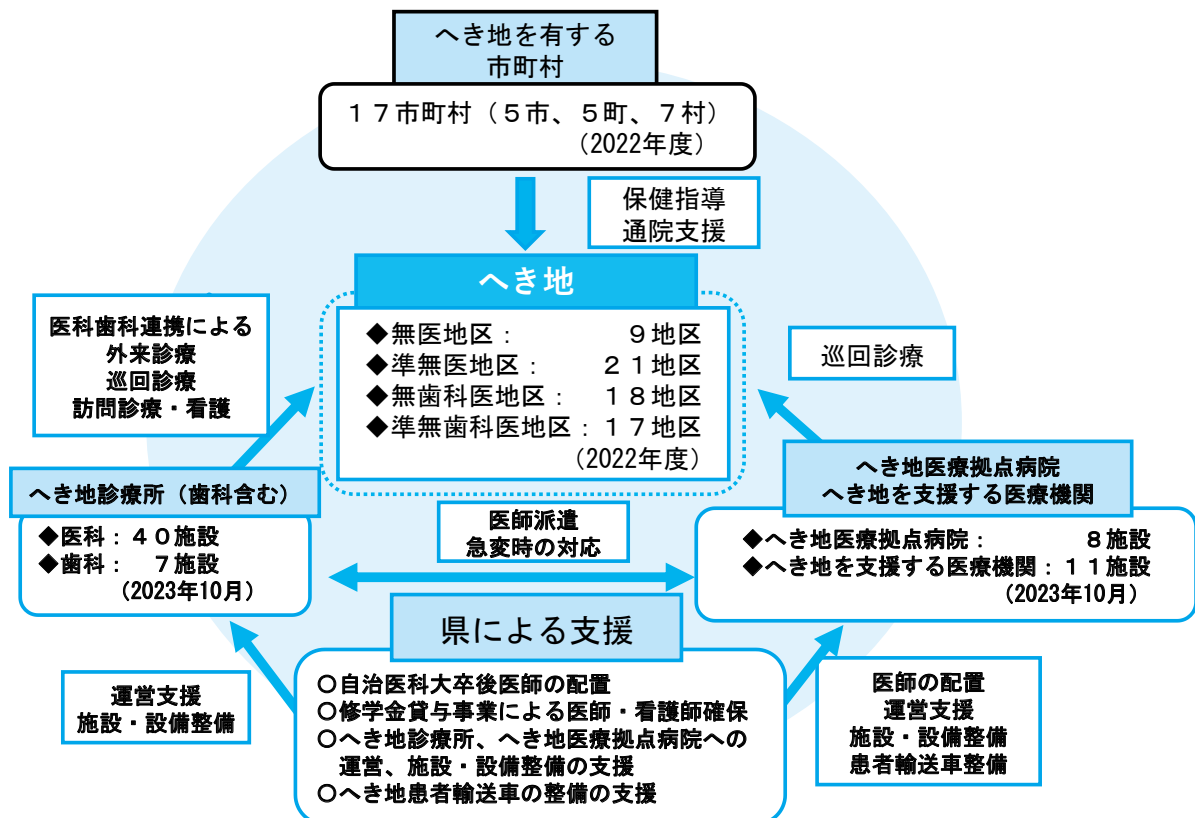
2 へき地における医療連携体制

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（歯科を含む。）の役割分担と連携体制は次に示すイメージのとおりです。

医科と歯科のへき地診療所が連携してへき地での診療の主体となり、へき地医療拠点病院は、オンライン診療等も活用し、へき地への巡回診療やへき地診療所への医師派遣等の支援を行います。

市町村は、へき地への保健指導や通院の支援を行い、県は医療提供体制を確保するため、へき地診療所（歯科を含む。）・へき地医療拠点病院の運営、施設・設備整備及び医師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 へき地医療に従事する医療従事者が確保されている

- へき地医療等に従事する医療従事者を確保するため、自治医科大学卒業医師のへき地拠点病院等への適正配置や、県看護職員修学資金の貸与及び県看護大学の推薦入試において、地域特別枠の設置等を行います。
- へき地医療に従事するうえで必要な知識・技能を有した医療従事者を養成するため、医学生修学資金貸与者を対象とした研修会等を開催するほか、県看護大学において、へき地などの地域特性等の理解を深める科目を設けます。

2 へき地の住民が地域の中で継続して包括的な医療サービスを受けられている

- 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（歯科を含む。）の運営及び施設・設備の整備を支援します。
- へき地医療の支援体制を確保するため、へき地医療拠点病院の運営や施設・設備の整備を支援するとともに、へき地医療の実績を基にした指定・見直しを行います。
- へき地での診療体制を維持・確保するため、へき地医療拠点病院等の中核的な医療機関から医師の確保が困難なへき地診療所等への医師の派遣体制を構築します。
- へき地における住民の医療を継続的に確保するため、へき地医療拠点病院が行う巡回診療・医師派遣・代診医派遣（主要3事業）及び遠隔医療の取組を支援します。
- へき地における受診機会を確保するとともに、医療機関の抱える時間的・距離的制約に対応するため、へき地医療を補完する仕組みとして、「D（医師） to P（患者） with N（看護師）」でのオンライン診療の普及促進や設備整備を支援します。
- 無医地区等の住民が容易に医療機関を受診できる通院手段を確保するため、市町村等が行うへき地患者輸送車の整備等、医療機関への交通手段の確保を支援します。
- へき地の住民の医療ニーズを把握し、その結果をへき地医療拠点病院等のへき地医療を支援する医療機関と情報共有することで、医療ニーズに基づく医療提供体制を構築します。

第4 数値目標

1 へき地医療に従事する医療従事者が確保されている

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	自治医科大学卒業医師 のへき地拠点病院への 配置人数	5人 (2023)	5人	現状維持を 目指す	医師・看護人材確 保対策課調
S	医学生修学資金貸与者 を対象とした研修会等 実施回数	5回 (2022)	5回以上	現状の水準以 上を目指す	医師・看護人材確 保対策課調
P	へき地診療所の常勤 換算医師数(1診療所 当たり平均)	0.9人 (2021)	1人以上	現状の水準以 上を目指す	厚生労働省「へき 地医療現況調査」
P	へき地診療所の診療 日数(1週間当たり平 均)	3.6日 (2021)	3.6日以上	現状の水準以 上を目指す	厚生労働省「へき 地医療現況調査」

2 へき地の住民が地域の中で継続して包括的な医療サービスを受けられている

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	へき地診療所数	40診療所	現状維持	現状の水準を 維持	医療政策課調
S	へき地歯科診療所数	7診療所	現状維持	現状の水準を 維持	医療政策課調
S	へき地医療拠点病院数	8病院	8病院以上	現状の水準以 上を目指す	医療政策課調
S	へき地医療拠点病院か らへき地診療所等への 医師派遣延べ実施日数	650日 (2021)	650日以上	現状の水準以 上を目指す	厚生労働省「へき 地医療現況調査」
S	へき地医療拠点病院の 中で主要3事業の年間 実績が合算で12回以 上の病院数	8病院 (全8病院中) (2021)	8病院	全病院での実 施を目指す	厚生労働省「へき 地医療現況調査」
S	へき地医療拠点病院及 びへき地診療所のうち 遠隔医療等ICTを活用 した診療支援を行って いる医療機関数	10医療機関 (2021)	10医療機関 以上	現状の水準以 上を目指す	厚生労働省「へき 地医療現況調査」
P	無医地区・準無医地区 のうち巡回診療、通院 支援が行われている地 区数	27地区 (全30地区中) (2022)	30地区	全地区に対す る支援体制の 構築を目指す	医療政策課調
P	無歯科医地区・準無歯 科医地区のうち巡回診 療、通院支援が行われ ている地区数	22地区 (全35地区中) (2022)	35地区		医療政策課調

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

へき地におけるオンライン診療の取組

へき地においては、へき地医療拠点病院やへき地診療所が、医師派遣や巡回診療を行うことで、医療が確保されています。

情報通信技術の進展に伴い、患者や医師の負担軽減を図るとともに持続可能な医療提供体制を確保するため、対面診療を前提としつつも、オンライン診療の需要は高まっています。

長野県では、スマホやパソコン等の機器に不慣れな高齢者が多いこと、また、より質の高い医療を提供する観点から、へき地における医療を補完する仕組みとして「D(医師) to P(患者) with N(看護師)」によるオンライン診療の導入を促進しています。

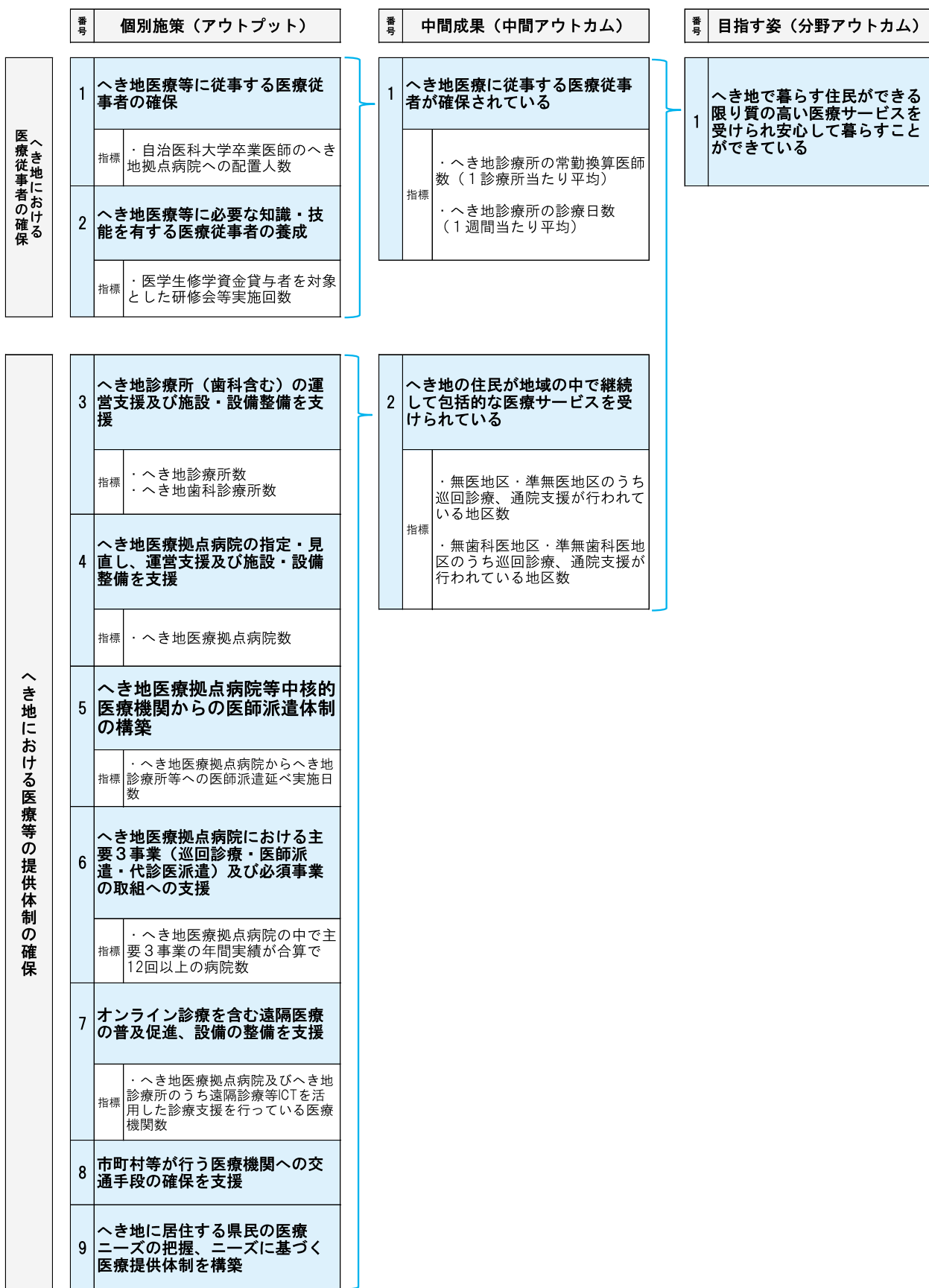
例えば、県立阿南病院では、売木村診療所へ週1回医師を派遣し、診療を行っていましたが、オンライン診療を導入することで、医師の負担を軽減しながら週2回の診療を実現しています。

また、県立木曾病院では、木曾郡上松町の集会所に月1回、医師、看護師、薬剤師、事務職員で出向いて巡回診療を行っていますが、オンライン診療を2023年度から試行的に導入しました。

いずれも、医療機関や患者の負担を軽減しながら、へき地における効率的な医療の提供につながっています。



第5 ロジックモデル



第6節 在宅医療

第1 現状と課題

1 在宅医療の現状

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

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

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

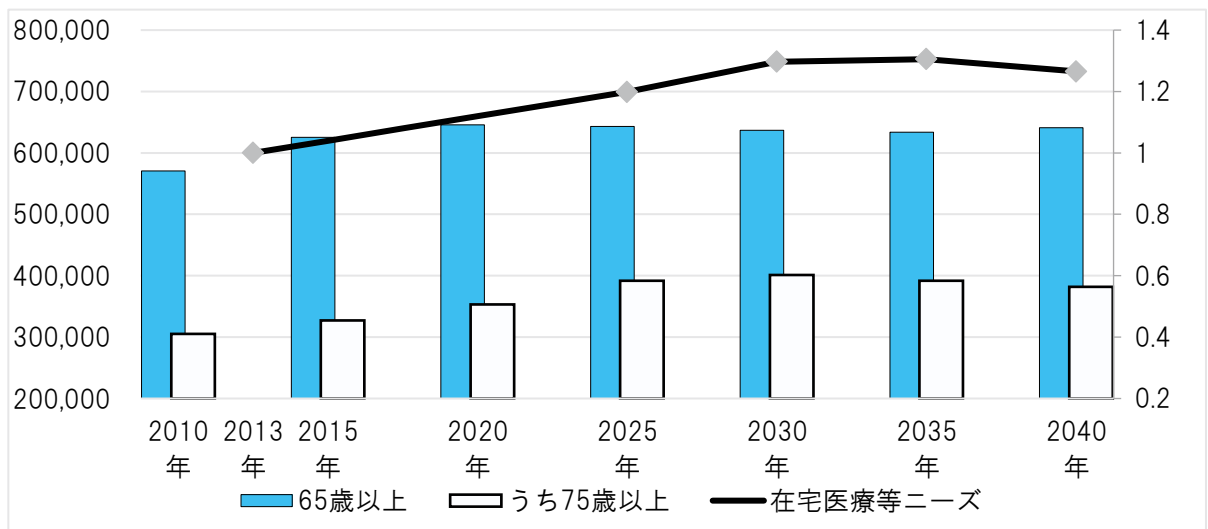
(1) 高齢化に伴う在宅医療等(※)のニーズの増加

- 本県の65歳以上の老年人口は、2022年の64万8千人から増加しており、2040年にピークを迎え、68万2千人に上ると見込まれています。
- 75歳以上の人口も、2022年の36万人から増加しており、2030年にピークを迎え41万9千人に、2040年には40万7千人に上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。

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

【表1】 将来における高齢者の人口の推計及び在宅医療等需要の変化率<長野県>

(単位 人口：人、変化率：2013年を1とした値)



(人口推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2018年3月推計)」)

(厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成)

(2) 介護が必要な患者への在宅医療

- 高齢化の進展により、介護が必要となる要介護認定者は112,982人（2023年7月末）で年々増加傾向にあります。
- 介護保険の利用者のうち、身近な地域でサービスを受けられる地域密着型サービスの利用者が増加しています。また、「居宅サービス」利用者の割合は全体の約6割と高い傾向が続いています。

【表2】介護保険利用者数<長野県>

(単位：千人、%)

区 分	2013年4月		2018年4月		2023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	69	72.9	69	64.6	72	64.9
地域密着型サービス	7	7.0	18	17.2	20	17.6
施設サービス	19	20.1	19	18.2	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医療機関数(2023年10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	11	6	5	7	12	1	29	3	35	2	111
	病院	6	3	4	4	5	1	11	2	17	2	55
酸素療法	一般診療所	49	44	45	52	50	8	123	19	97	19	506
	病院	11	10	11	6	9	1	12	2	26	4	92
中心静脈栄養	一般診療所	6	10	9	12	17	1	28	3	15	0	101
	病院	7	3	4	4	7	1	10	2	13	2	53
気管切開部の処置	一般診療所	6	3	3	6	10	0	30	2	22	2	84
	病院	4	2	2	4	4	0	7	2	12	2	39

(医療政策課調)

(4) 多様な医療ニーズへの対応

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

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

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

2 在宅医療の提供体制

(1) 退院支援

ア 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援

- 在宅医療は、慢性期及び回復期患者の療養方法（場所）としての機能を期待されており、特に、人工呼吸器を装着した患者や酸素療法が必要な患者などの医療ニーズが高い患者や、介護保険サービスの利用が必要な患者でも、安心して在宅での療養に移行するために、入院初期から退院後の生活を見据えた支援を行う退院支援職員の役割が重要です。
- 2020年現在、退院支援職員を配置している病院は70か所と全病院の約5割、一般診療所は1か所となっており、65歳以上人口10万人当たりの退院支援職員配置医療機関数及び退院支援職員数は2014年に比べ増加していますが、全国平均と比べて依然少ない状況にあります。

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

		2014年		2020年	
		か所数・人数	全国順位	か所数・人数	全国順位
退院支援職員 配置医療機関	長野県	10.57か所	31位	10.86か所	31位
	全 国	12.65か所	-	12.62か所	-
退院支援職員数	長野県	27.32人	30位	50.31人	32位
	全 国	32.86人	-	53.52人	-

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

イ 入院と在宅の切れ目のない医療提供のための連携

- 退院後適切な在宅医療を切れ目なく受けられるようにするためには、入院中から退院後を見据えてかかりつけ医や介護支援専門員（ケアマネジャー）、医療ソーシャルワーカーをはじめとする患者の療養を支援する関係者が連携を図ることが重要です。
- 入退院時における、医療機関とかかりつけ医や介護支援専門員をはじめとする患者の療養を支援する関係者との円滑な情報共有を図るため、概ね二次医療圏ごとに「入退院調整ルール」の策定を2015年度から進めてきました。
- 介護サービスが必要な患者の退院時の、入院医療機関と介護支援専門員との連携状況（年齢調整を行い全国を100とした指数）は、全国平均に比べ約4割多く、全国で12番目に高い値となっています。

（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、2020年においては、一般診療所1,564か所のうち450か所（28.8%）、病院126か所のうち63か所（50.0%）で、医療圏別の状況は【表5】とおりです。

【表5】医療保険等により在宅患者訪問診療を実施した医療機関の数（2020年10月現在）及び年間訪問診療件数（2020年）

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
医療機関数	診療所数	40	30	45	42	47	4	122	14	93	13	450
	病院数	11	9	6	6	6	1	9	2	12	1	63
訪問診療件数		21,691	18,379	24,325	17,665	15,760	595	52,579	2,792	69,151	3,703	226,640

（医療機関数：厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

（訪問診療件数：NDBレセプトデータ）

- 在宅医療においては、診療報酬上の制度として創設された在宅療養支援診療所・病院の役割が重要であり、求められる役割は次のとおりです。
 - ・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと。
 - ・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと。
 - ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと。
 - ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと。
 - ・ 在宅療養患者の家族への支援を行うこと。
 - ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと。
- 在宅療養支援診療所・病院の医療圏別の整備状況や受持ち在宅療養患者数は、【表6】及び【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6】在宅療養支援診療所・病院数（2023年10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	19	36	27	40	2	60	8	47	6	264
	28.7	31.4	56.8	48.1	76.6	19.1	48.5	39.0	28.7	20.3	40.8
在宅療養支援病院	5	5	3	1	5	1	11	1	6	0	38
	7.5	8.3	4.7	1.8	9.6	9.5	8.9	4.9	3.7	-	5.9

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

【表7】在宅療養支援診療所における受持ち在宅療養患者数（2020年10月現在）（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	870	504	807	683	530	*	1,254	138	2,033	34	6,853

（「*」印は秘匿マーク。原則として、患者数が少数の場合）

（厚生労働省「医療施設調査（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の状況は【表8】のとおりです。

【表8】訪問看護ステーション数（2023年3月現在）

（単位：か所・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
か所数	25	24	16	13	14	1	48	8	58	7	214
看護職員数	158	141	115	93	81	6	319	48	355	48	1,364

（介護支援課調）

○ 一般診療所や病院で訪問看護サービスを実施している医療機関の医療圏別の状況は【表9】のとおりです。訪問看護実施件数のうち、医療保険によるものは月間約1,600件、介護保険によるものは月間約15,000件です。

【表9】訪問看護サービスを実施している医療機関数と月間件数（2020年9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	
一般診療所	医療保険等によるもの	診療所数	8	5	3	6	10	1	12	2	8	1	56
		件数	157	19	31	62	137	6	103	7	242	1	765
	介護保険によるもの	診療所数	3	3	2	6	2	*	9	2	7	1	35
		件数	95	48	104	112	22	*	266	243	41	13	944
病院	医療保険等によるもの	病院数	3	*	2	1	1	1	3	*	4	*	15
		件数	101	*	8	76	7	82	166	*	418	*	858
	介護保険によるもの	病院数	4	5	3	1	4	1	3	1	10	1	33
		件数	4,012	1,519	1,471	184	1,462	277	579	336	3,454	1,013	14,307

（「*」印は秘匿マーク。原則として、件数等が少数の場合）

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

③ 歯科診療所

- 居宅や介護施設等に歯科専門職（歯科医師、歯科衛生士等）が訪問する歯科訪問診療を実施している歯科医療機関は、2020年において、歯科診療所1,001か所のうち515か所（51.4%）で、以前より大きく増加しています。また、歯科・歯科口腔外科を併設している病院では45か所のうち6か所（13.3%）です。医療圏別の状況は【表10】のとおりです。

【表10】 歯科訪問診療を実施している歯科医療機関数と月間件数（2020年9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	
歯科診療所	医療保険等によるもの	診療所数	49	39	61	54	47	4	102	13	129	17	515
		件数	375	277	1,261	902	1,401	96	1,334	92	615	12	6,365
	介護保険によるもの	診療所数	18	14	26	20	17	1	51	7	62	10	226
		件数	95	100	755	272	226	16	1,602	22	386	0	3,474
歯科・歯科口腔外科併設病院	病院数	1	1	0	0	0	0	2	0	2	0	6	
	件数	33	18	0	0	0	0	87	0	38	0	176	

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

- 在宅歯科口腔医療においては、診療報酬上の制度として創設された在宅療養支援歯科診療所があり、その医療圏別の整備状況は【表11】のとおりです。

【表11】 在宅療養支援歯科診療所数（2023年10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
在宅療養支援歯科診療所数	26	12	25	24	22	3	36	11	37	1	196
65歳以上人口10万対診療所数	39.2	19.8	39.4	42.8	42.1	28.6	28.3	53.7	22.6	3.4	30.3

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

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

※県が長野県歯科医師会に運営委託

④ 薬局

- 在宅療養患者の居宅に訪問し、薬剤の管理・服用に関する指導や支援を行う機能を持った、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は、県内の保険薬局1,000か所のうち974か所（97.4%）で、医療圏別の状況は【表12】のとおりです。

【表12】 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数（2023年10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
か所数	105	105	91	74	65	9	188	27	271	39	974

（関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

- 2023年3月に訪問薬剤管理指導を行った件数は、医療保険と介護保険を合わせ延べ916薬局5,853件と年々増加しており、今後さらに薬剤師の在宅医療に対応する資質の向上や薬局の体制整備を充実させていくことが課題となっています。

【表13】在宅患者訪問薬剤管理指導実施薬局数及び月間件数（2023年3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
医療保険	薬局数	41	36	27	38	33	5	72	18	85	17	372
	件数	132	137	108	211	150	32	279	68	512	81	1,710
介護保険	薬局数	64	60	40	45	40	3	95	14	156	27	544
	件数	435	381	297	241	198	5	844	25	1,577	140	4,143
計	薬局数	105	96	67	83	73	8	167	32	241	44	916
	件数	567	518	405	452	348	37	1,123	93	2,089	221	5,853

（長野県薬剤師会調）

- 在宅療養のがん患者のがん性疼（とう）痛などに対して処方される医療用麻薬を調剤できる薬局は979か所あり、医療圏別の状況は【表14】のとおりです。

【表14】麻薬小売業免許取得薬局数（2023年10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
薬局数	111	107	89	76	66	10	185	27	264	44	979

（薬事管理課調）

- 在宅医療で使用される輸液製剤等を無菌製剤処理できる体制を備えている薬局は8医療圏に70か所ありますが、さらなる整備が必要です。

【表15】無菌製剤処理できる体制を備えている薬局数（2023年10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
薬局数	12	12	8	3	1	0	5	0	24	5	70

（関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

⑤ 訪問栄養管理・指導

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

【表16】在宅患者訪問栄養食事指導を実施する医療機関（2023年10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
一般診療所	1	2	3	1	1	0	6	0	3	1	18
病院	3	0	0	1	4	0	5	0	7	0	20

（医療政策課調）

(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（2020年度）は、一般診療所1,564か所のうち407か所（26.0%）、病院126か所のうち50か所（39.7%）で、医療圏別の状況は【表17】のとおりです。

【表17】医療保険等による往診を実施した医療機関の数（2020年9月現在）及び年間往診件数（2020年度）

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
医療機関数	診療所	42	27	38	38	42	7	109	14	79	11	407
	病院	6	5	7	5	6	1	9	2	8	1	50
往診件数		3,820	2,575	4,595	4,040	4,064	212	9,306	1,595	7,762	502	38,471

（医療機関数：厚生労働省「医療施設調査（静態）」）
（往診件数：NDBレセプトデータ）

イ 24時間体制の確保

① 在宅療養支援診療所・病院

- 在宅療養支援診療所・病院は、単独又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所・病院を中心として、24時間往診が可能な体制を確保し、24時間訪問看護の提供や在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保している診療所や病院です。
（在宅療養支援診療所・病院数については【表6】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、2023年3月現在、県内に180か所で、医療圏別の状況は【表18】のとおりです。

【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（2023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
か所数	22	21	14	12	14	1	41	8	42	5	180

（介護支援課調）

③ 在宅療養後方支援病院

- 在宅療養後方支援病院は、在宅療養患者の緊急時における後方病床の確保を目的に、診療報酬上の制度として2014年度に創設され、許可病床200床以上の病院であること、緊急時に当該病院に入院を希望する患者の情報を在宅医療提供医療機関と3か月に1回以上交換していることなどの要件を満たした病院が届出を行うことができ、本県では、4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。医療圏別の状況は【表19】のとおりです。
- 入院や病院でしかできない診察等が必要になった場合の受入先として、在宅療養の後方支援体制の整備が必要です。

【表19】在宅療養後方支援病院の数（2023年10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
200床（※）以上の病院	5	4	4	2	2	0	8	1	10	2	38
在宅療養後方支援病院	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	6

※ 許可病床数（病院数：医療政策課調、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

- 人生の最期を居住の場（自宅や老人ホーム等）で迎えたいと望む人の割合は、30.2%となっており、医療機関に入院して最期を迎えたい人の割合（12.0%）を大きく上回っています。（令和4年度県民医療意識調査）
- 現状では、自宅や老人ホームで死亡した人の割合は全体の30.1%（8,593人）、病院や診療所で死亡した人の割合は63.4%となっており、自宅や老人ホームでの死亡率は全国で11番目に高い割合となっており、県民の希望と現状は殆ど一致しています。【表20】
- 高齢者の増加により、死亡者数は、2040年にはピークを迎え、2020年に比べ約2割増加することが見込まれており、在宅で看取りを行う体制をより充実させる必要があります。

【表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	介護医療院	介護老人 保健施設	その他
長野県	2016年	22.9%	72.2%	-	3.2%	1.8%
	2022年	30.1%	63.4%	1.2%	3.5%	1.7%
全国	2016年	19.9%	75.8%	-	2.3%	2.1%
	2022年	28.4%	65.8%	1.0%	2.9%	1.8%

（厚生労働省「人口動態統計」）

※死亡場所としての「在宅」は、自宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームのことをいう。また、「介護医療院」は2017年創設のため2016年数値はない。

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30か所、一般診療所は139か所あります。また、介護施設は310施設で看取りを実施しています。医療圏別の状況は【表21】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（2020年10月現在）及び介護施設（2023年10月現在）の数

（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	3	4	3	4	1	3	2	3	1	30
一般診療所	19	15	11	12	16	2	31	4	26	3	139
介護施設	38	28	34	23	29	7	61	11	68	11	310

（病院・一般診療所：厚生労働省「医療施設調査（静態）」、介護施設：介護支援課調）

ウ ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション

- 在宅療養患者が人生の最終段階を穏やかに過ごすためにはターミナルケアが重要です。こうしたターミナルケアに対応する訪問看護ステーションは178か所あり、医療圏別の状況は【表22】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】 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〈ターミナルケア体制〉届出事業所数（2023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
か所数	22	19	14	12	14	1	41	8	42	5	178

（介護支援課調）

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44.5%となっています。（令和4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。
- 在宅療養患者が人生の最終段階において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について、家族や医療従事者と考え、話し合う機会が増えるよう、医療・介護関係者や県民に対し普及啓発をしていくことが必要です。

ACP：アドバンス・ケア・プランニング（「人生会議」）とリビングウィル

ACP：アドバンス・ケア・プランニング（「人生会議」）とは、将来の変化に備え、受たいあるいは受たくない医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアの多職種チームが繰り返して話し、患者さんの意思決定を支援することです。患者さんの人生観や価値観に沿ったこれからの医療及びケアへの希望、例えば経鼻胃管や胃ろう造設、人工呼吸器装着、心肺蘇生処置、疼痛や苦痛の緩和、最期を迎える場合は在宅か入所施設か病院か、等について具体化することを目標としています。地域包括ケアの植木鉢（図）を支える「本人の選択と本人・家族の心構え」を形にするプロセスと位置づけられます。

ACPを実践するには「一人で決めない、一度で決めない」「患者さんと医療・ケア関係者との十分な対話」「その上での患者さんの意思決定の尊重」「患者さん自身の意思が確認できないときは、家族やあらかじめ定めた代理判断者で患者さんの意思を推定し、多職種の医療・ケアチームとともにそれを尊重しながら患者さんにとっての最善は何かを慎重に判断する」などが大切です。

人生会議で話し合ったことを書面に残したものをリビングウィル（事前指示書）といいます。長野県内の複数の自治体において、多くの住民参加並びに救急医、救命救急士、弁護士、警察、医師会、地域包括ケア協議会等の専門職の協力のもと作成と運用が進んでいます。希望や想いは時間とともに変化したり身体の状態によって変わる可能性がありますので、リビングウィルは何度でも書き直しができます。

人生の最終段階を考えること、人生会議が普通に行われリビングウィルを認（したた）める文化が長野県でも醸成されてきています。



第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

希望する人が在宅医療を受けることができ、安心して暮らすことができる

中間成果（中間アウトカム）

- （1）入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる
- （2）在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる
- （3）在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる
- （4）患者の意向が人生の最終段階においても尊重されている

2 在宅医療の提供体制

目指すべき在宅医療の提供体制は、次のページに示す図のとおりです。

希望する人が、自宅や介護施設等の住み慣れた生活の場で療養生活が送れるよう、入院患者への退院支援から退院後の日常療養支援、在宅療養患者の症状が急変した時の対応、患者の意向を尊重した看取りまで、医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等、医療従事者と介護従事者が連携して、患者や家族を支援していく体制を目指します。

在宅医療におけるICTの活用

質の高い在宅医療を提供するには、医療関係者や介護関係者をはじめとした多職種の連携体制を構築し、関係者間での患者の状態の共有や、患者の意向を尊重しながら関係者同士で意思疎通を図ることが不可欠です。

従来は、対面や電話等のアナログな手段による情報共有が主でしたが、ICTを有効に活用することで、より効率的かつ効果的に実践できるものとして大きく注目されています。

例えば、現在、県内では、飯田下伊那地域において診療情報連携システムとして、「飯田下伊那診療情報連携システム（ism-Link）」が、南信州広域連合により運用されています。患者の同意のもと、複数の医療機関や介護関係事業者等の間で、診療や介護に必要な薬や検査の情報などが多職種間で共有されており、安全で安心な医療や介護の提供に不可欠なツールとして活用されています。

また、国でも「医療DX令和ビジョン2030」として、医療・介護全般にわたる情報について共有・交換できる全国医療情報プラットフォームの創設や電子カルテ情報の標準化等の取組を進めています。

このように、ICTを有効に活用することで、在宅医療に関わる多職種の連携を促進し、より質の高い地域包括ケア体制の構築につなげていくことが求められています。

在宅医療の提供体制

患者の意向を尊重した多職種チームによる在宅医療

※病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。

退院支援

○入院医療機関と在宅に係る関係機関の円滑な連携による退院支援の実施

【入院医療機関】

・病院 ・有床診療所

【在宅医療の受け皿となる関係機関】

・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション
 ・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター
 ・基幹相談支援センター ・相談支援事業所

日常の療養支援

- 多職種協働による患者・家族の生活の視点に立った医療の提供
- 地域における在宅医療に対する姿勢や原則の共有
- 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）の提供
- 介護する家族の支援
- 病状急変時に在宅医療を担う関係機関が24時間サポートを行う体制の確立

【在宅医療に係る機関】

・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション ・居宅介護支援事業所
 ・地域包括支援センター ・介護老人保健施設 ・短期入所サービス提供施設
 ・基幹相談支援センター ・相談支援事業所

入院した場合

急変時の対応

- 24時間体制で実施する往診や訪問看護体制の整備
- 在宅療養中の患者の後方ベッドの確保
- 在宅医療に係る機関と入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制の確保

【在宅医療に係る機関】

・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション

【入院医療機関】

・在宅療養支援病院 ・有床診療所
 ・在宅療養後方支援病院 ・二次救急医療機関

在宅看取り

○住み慣れた生活の場における患者の意向を尊重した看取りの実施

【在宅医療に係る機関】

・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション ・居宅介護支援事業所
 ・地域包括支援センター ・基幹相談支援センター ・相談支援事業所

【入院医療機関】

・病院 ・有床診療所

在宅医療において
積極的な役割を担う医療機関

・在宅療養支援病院・診療所等

医療や介護、障がい福祉の現場での
多職種連携の支援等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

・市町村等（在宅医療・介護連携推進事業）

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等

3 在宅医療における圏域の連携体制

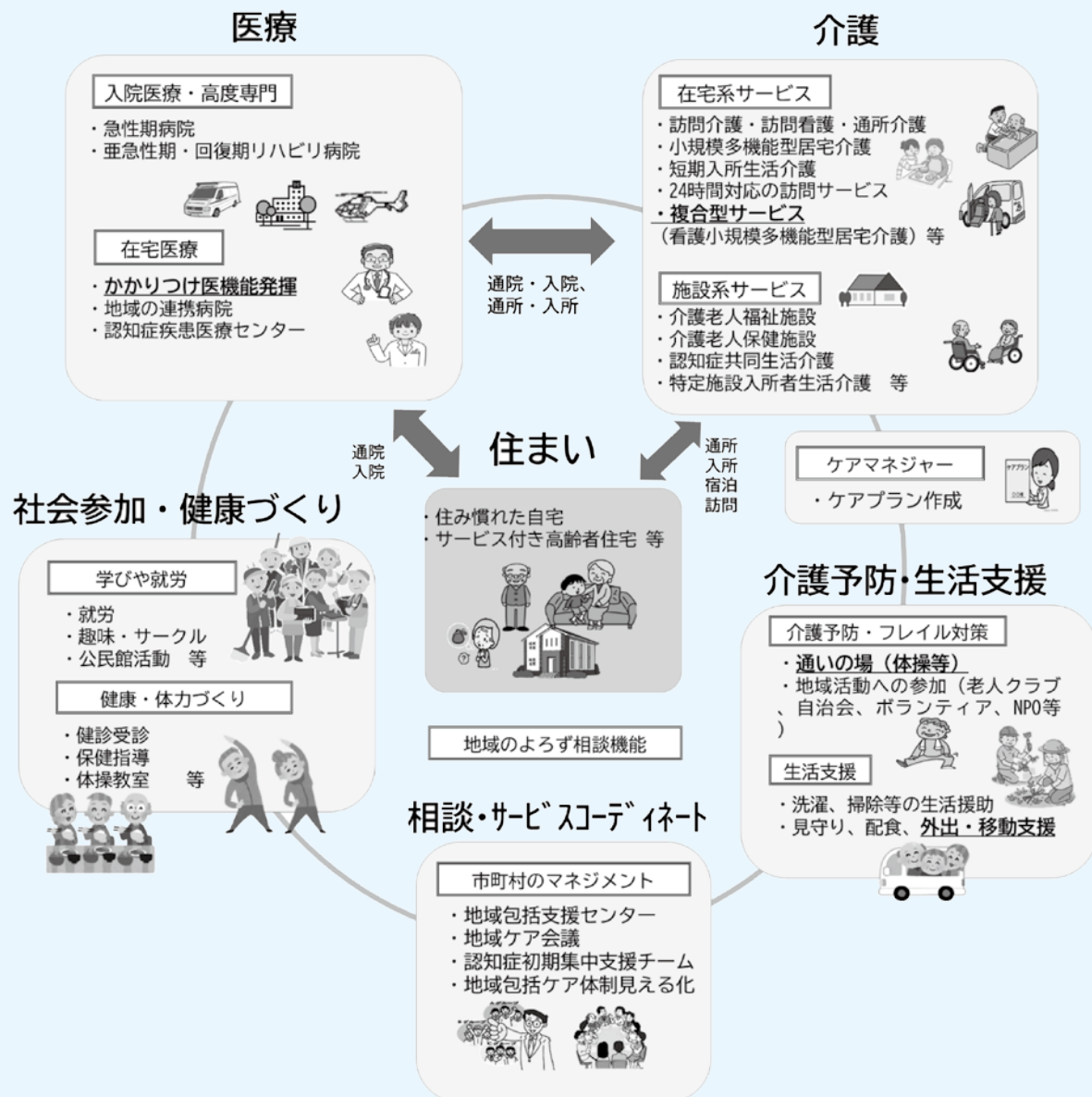
- 医療資源の整備状況や医療と介護との連携のあり方は、地域によって大きく異なります。地域の実情に応じた切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築が図られるよう、原則として市町村を在宅医療の単位とし、隣接する市町村相互に連携することが必要です。
- また、地域の在宅医療については、医療及び介護資源等の実情に応じ、患者が日常生活を営む地域（日常生活圏域（概ね中学校区））を単位として、地域包括支援センター、病院、診療所、郡市医師会等関係団体等を中心に連携体制を構築することが必要です。

地域包括ケア体制

人生 100 年時代を迎える中、元気な高齢者は、地域・社会活動や就業など社会参加を積極的に行い、担い手として活躍していくことが期待されます。

また、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケア体制」を市町村において日常生活圏域（中学校区）ごとに構築します。

地域包括ケア体制の構築・深化・推進に向けた具体的な取組は、第 9 期長野県高齢者プラン（計画期間：2024～2026 年度）に記載しています。



1 入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる体制整備

- 退院時における患者情報共有の仕組みづくり、チーム医療を展開するための研修会の開催等、多職種で在宅医療の提供を図るための取組を支援します。
- 退院後、適切な在宅医療を切れ目なく受けられるよう、入院医療機関とかかりつけ医や介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめとする患者の療養を支援する関係者との間で円滑に患者の情報が共有される、地域の実情に応じた入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等を促進します。
- 県民が在宅医療を主体的に選択できるよう、県が開設している「ながの医療情報ネット」などを通じ、在宅医療に関わる医療資源等の情報を提供します。また、市町村、医療・介護関係機関等と連携し、在宅医療における経済的な負担や体力的な負担等、県民が必要としている情報を発信します。

2 在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる体制整備

- 在宅療養患者が住み慣れた生活の場において安心して生活ができるよう、在宅医療に関わる関係機関（病院、一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等）が相互に情報共有と連携を図り、在宅療養患者とその家族をサポートする多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等）による在宅チーム医療体制の構築を促進するとともに、在宅医療を担う人材の育成を行います。
- 継続的な日常の療養支援体制を構築するため、在宅医療の提供を行う医療機関や、新たに在宅医療に取り組む医療機関の体制整備を支援します。
- 入院医療機関と、在宅医療にかかわる関係機関の円滑な連携により、切れ目ない継続的な医療体制の確保を図るため、在宅医療において積極的役割を担う医療機関の位置づけを促進します。
- 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整備や一元的かつ継続的な情報把握体制の整備に努めるとともに、すべての薬局が在宅患者への薬学的管理・服薬指導などの機能を果たす「かかりつけ薬剤師・薬局」になるよう取り組みます。

また、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。

- 訪問栄養食事指導を充実させるため、県栄養士会による栄養ケア・ステーション事業の周知及び管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所等の施設の体制整備を促進します。
- 訪問看護ステーションの体制を充実するため、訪問看護師の確保や研修を受講しやすい環境づくり、訪問看護ステーションの運営に関する体制強化への支援等に取り組みます。

- 在宅や介護施設等で療養していても適切な歯科口腔医療が受けられるよう、各地域における歯科訪問診療や訪問歯科衛生指導等を担う歯科医療機関や相談体制の整備を促進するとともに、医療・介護関係者等との連携強化を支援することで、在宅や介護施設等における歯科口腔管理体制の整備を促進します。
- 災害時においても、医療機関間や訪問看護ステーション間の連携に加え、薬局、居宅介護支援事業所等の（在宅医療に関わる関係機関）や、市町村、県との連携が重要になることから、業務継続計画（BCP）の策定を推進する等により、平時からの連携体制の構築を支援します。

3 在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる体制整備

- 施設や在宅で療養する患者の急変時に、患者の意向を尊重した医療が行われるよう、往診や訪問看護を24時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションに従事する人材の育成や体制の整備及び機能強化を促進します。
- 患者情報の共有等により、急変時の対応における医師、訪問看護師、介護事業者、薬局、消防機関等、関係機関の連携体制の構築を進めます。

4 患者の意向が人生の最終段階においても尊重される体制整備

- 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アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）、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在宅療養患者の在宅看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等に従事する人材の育成や体制の整備及び連携体制の構築を促進します。

在宅医療における薬局・薬剤師の役割

在宅医療において、薬剤師には薬物療法の専門家として最適かつ効果的で安全・安心な薬物療法を提供する役割が求められます。

具体的な役割として、①患者さんの状態に応じた調剤や服薬指導・支援（お薬の一包化や輸液の無菌調製、適切な剤型の検討など）、②服薬状況（残薬の管理を含む）や副作用等の確認、③医療用麻薬の管理、④衛生材料やおむつ等の介護用品相談・供給などがあります。

また、在宅医療は様々な職種が連携して取り組むため、医療・福祉関係者との情報共有や、必要知識を習得するための研修等も行っています。

なお、長野県薬剤師会では在宅医療支援薬局を設置し、在宅医療における薬のお悩みに対応しています。



第4 数値目標

1 入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	退院支援員を配置している診療所・病院数	71 か所 (2020)	83 か所 以上 (2026)	在宅医療等の医療需要の伸び率に相当するか所数を目指す	厚生労働省 「医療施設調査」
P	医療機関が入院患者に対し、退院支援・調整を実施した件数	86,933 件 (2021)	86,933 件 以上 (2027)	現状の水準以上を目指す	NDB レセプトデータ
P	退院時共同指導を実施した件数	602 件 (2021)	766 件 以上 (2027)	2016年～2021年の最高値以上を目指す	NDB レセプトデータ

2 在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	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診療所・病院数	513 か所 (2020)	643 か所 以上 (2026)	在宅医療等の医療需要の伸び率に相当するか所数を目指す	厚生労働省 「医療施設調査」
S	在宅医療における積極的役割を担う医療機関数	146 か所 (2022)	210 か所 以上 (2028)	2018年～2022年の年平均増加数に相当する増加を目指す	医療政策課調
S	訪問薬剤管理指導実施薬局数	916 か所	916 か所 以上	現状の水準以上を目指す	長野県薬剤師会調
S	無菌製剤処理を実施できる体制を備えている薬局数	70 か所	72 か所 以上	現状の水準以上かつ全ての圏域での整備を目指す	関東信越厚生局 「施設基準の届出状況」
S	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数	38 か所 (2023)	41 か所 以上	2017年～2023年の最高値以上を目指す	医療政策課調
S	訪問看護ステーション看護師数	1,364 人 (2022)	1,364 人 以上 (2028)	現状の水準以上を目指す	介護支援課調
S	歯科診療所のうち在宅療養支援歯科診療所の割合	19.8%	19.8%	現状の水準を維持する	関東信越厚生局 「診療報酬施設基準の届出受理状況」

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	訪問診療を実施した 件数	239,142 件 (2021)	258,895 件 (2027)	在宅医療等の医 療需要の伸び率 に相当する件数 を目指す	厚生労働省 「NDB オープン データ」
P	歯科訪問診療を実施 した件数	67,878 件 (2020)	75,042 件 以上 (2027)	2019年～2020年 の最高値以上を 目指す	NDB レセプトデ ータ
P	訪問薬剤管理指導を 受けた患者数	5,853 人	6,321 人 以上	在宅医療等の医 療需要の伸び率 に相当する人数 を目指す	長野県薬剤師会調
P	訪問看護利用者数	250,328 人 (2021)	295,547 人 以上 (2028)	在宅医療等の医 療需要の伸び率 に相当する人数 を目指す	NDB レセプトデ ータ、介護DB レセプトデー タ、審査支払機 関（国保中央 会・支払基金） 提供訪問看護レ セプトデータ
P	歯科衛生士による 訪問歯科衛生指導の 実施件数	24,179 件 (2020)	26,918 件 以上 (2027)	2019年～2020年 の最高値以上を 目指す	NDB レセプトデ ータ

3 在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる

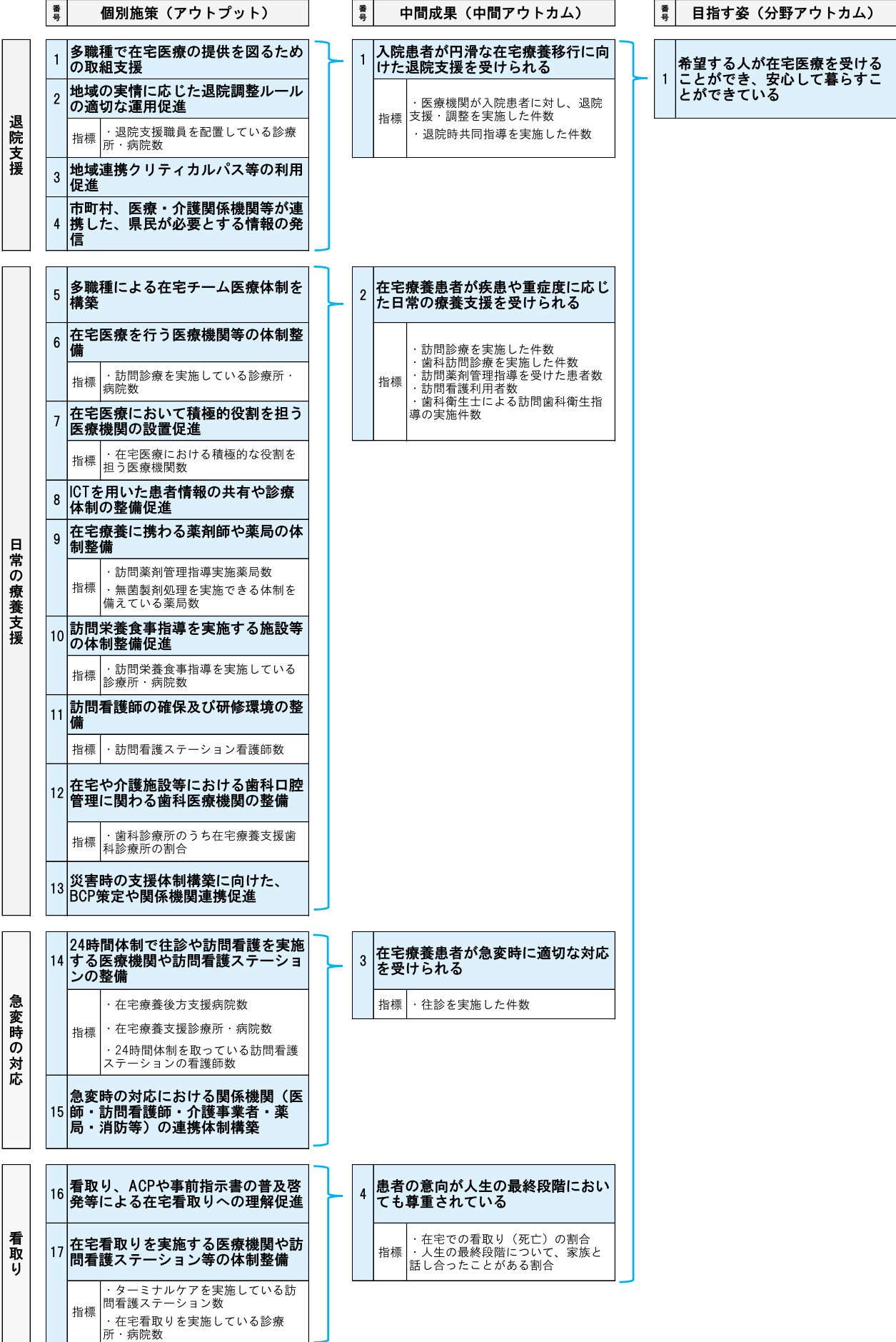
区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	在宅療養後方支援 病院数	6 か所	6 か所 以上	2017年～2023年 の最高値以上を 目指す	関東信越厚生局 「診療報酬施設 基準の届出受理 状況」
S	在宅療養支援診療所・ 病院数	一般診療所 264 か所 病院 38 か所	一般診療所 274 か所 以上 病院 49 か所 以上	2017年～2023年 の年平均増加数 に相当する増加 を目指す	関東信越厚生局 「診療報酬施設 基準の届出受理 状況」
S	24時間体制を取っ ている訪問看護ステ ーションの看護師数	1,242 人 (2022)	1,242 人 以上 (2028)	現状の水準以上 を目指す	介護支援課調
P	往診を実施した件数	39,209 件 (2021)	46,498 件 以上 (2027)	在宅医療等の医 療需要の伸び率 に相当する件数 を目指す	厚生労働省 「NDB オープン データ」

4 患者の意向が人生の最終段階においても尊重されている

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	178 か所 (2022)	178 か所 以上 (2028)	現状の水準以上を目指す	介護支援課調
S	在宅看取りを実施している診療所・病院数	169 か所 (2020)	200 か所 以上 (2026)	在宅医療等の医療需要の伸び率に相当するか所数を目指す	厚生労働省 「医療施設調査」
P	在宅での看取り(死亡)の割合	全国 11 位 (30.1%) (2022)	全国トップ クラス (2028)	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」
P	人生の最終段階について、家族と話し合ったことがある割合	44.5% (2022)	44.5% 以上 (2028)	現状の水準以上を目指す	医療政策課調

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

第5 ロジックモデル



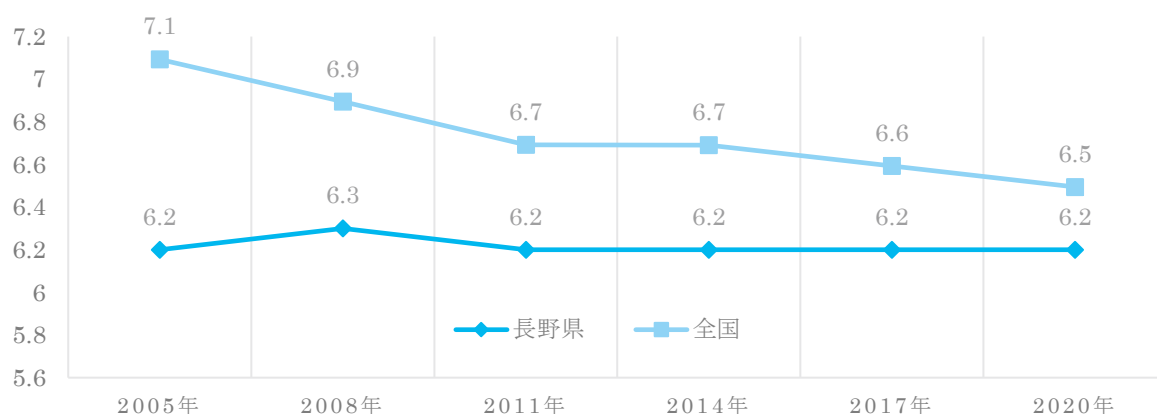
第7節 外来医療(外来医療計画)

第1 現状と課題

1 医療施設及び外来患者の状況

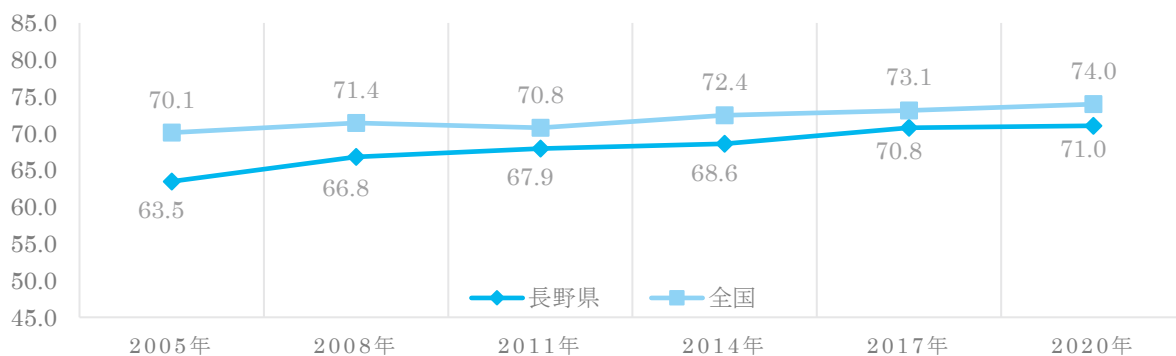
- 人口10万人当たりの保険医療機関数の推移は、病院は横ばい、診療所は増加傾向にあり、概ね全国的な傾向と同様です。
- 人口10万人当たりの保険医療機関数は、病院、診療所ともに県内の地域偏在等を背景として全国平均よりも少ない状況にあります。
- 人口10万人当たりの外来患者延数は全国平均よりも少ない状況にあり、特に診療所の外来患者延数と通院外来患者の対応割合は中山間地を多く抱える地域ほど少なく、病院において一般の外来診療も担っている状況にあります。医療資源そのものの充実を図っていく必要がある他、既存の資源の効率的な活用のため役割分担を推進することが求められます。

【図1】人口10万人当たり病院(保険医療機関)数の推移



(厚生労働省「医療施設調査」)

【図2】人口10万人当たり診療所(保険医療機関)数の推移



(厚生労働省「医療施設調査」)

【表1】 保険医療機関数（2023年10月現在）

[]は人口10万対

	長野県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
病院	123 [6.2]	13 [6.0]	16 [8.3]	11 [5.7]	9 [5.0]	9 [5.8]	1 [3.9]	26 [6.2]	2 [3.5]	33 [6.2]	3 [3.6]
一般診療所	1,291 [65.3]	126 [58.2]	109 [56.3]	119 [61.5]	102 [56.4]	102 [65.4]	11 [42.4]	316 [74.8]	38 [66.9]	318 [59.9]	50 [60.2]
有床診療所	59 [3.0]	5 [2.3]	8 [4.1]	3 [1.6]	3 [1.7]	3 [1.9]	0 [0.0]	16 [3.8]	1 [1.8]	18 [3.4]	2 [2.4]
無床診療所	1,232 [62.3]	121 [55.9]	101 [52.2]	116 [60.0]	99 [54.8]	99 [63.5]	11 [42.4]	300 [71.0]	37 [65.1]	300 [56.5]	48 [57.8]

（関東信越厚生局「保険医療機関一覧」）

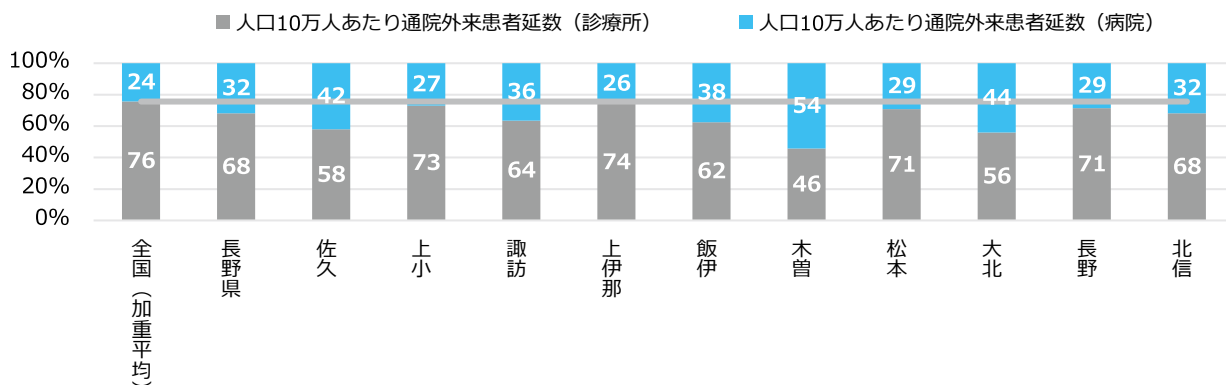
【表2】 人口10万人当たり通院外来患者延数（千回/月）

()は全国を100とした値

		全国	長野県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
2017	病院	24.6 (100.0)	29.6 (120.5)	39.5 (160.7)	24.2 (98.7)	33.1 (134.9)	22.2 (90.3)	33.2 (135.3)	31.6 (128.8)	28.0 (114.0)	36.9 (150.3)	28.1 (114.4)	30.3 (123.2)
	一般診療所	74.9 (100.0)	61.8 (82.5)	49.9 (66.7)	65.3 (87.2)	58.2 (77.7)	63.4 (84.6)	54.9 (73.3)	26.7 (35.7)	67.8 (90.5)	46.7 (62.3)	66.8 (89.1)	62.2 (83.0)
	合計	99.5 (100.0)	91.4 (91.9)	89.4 (89.9)	89.5 (90.0)	91.3 (91.8)	85.6 (86.0)	88.1 (88.6)	58.4 (58.7)	95.8 (96.3)	83.6 (84.0)	94.9 (95.4)	92.5 (93.0)
2019	病院	24.3 (100.0)	30.2 (124.3)	35.6 (146.4)	24.2 (99.6)	33.6 (138.4)	22.3 (91.8)	33.9 (139.4)	30.9 (127.2)	27.7 (114.1)	38.0 (156.3)	27.0 (111.1)	30.0 (123.3)
	一般診療所	75.5 (100.0)	64.8 (85.8)	49.1 (65.1)	65.7 (87.0)	58.7 (77.8)	63.6 (84.3)	56.4 (74.7)	26.1 (34.5)	67.3 (89.2)	48.3 (64.0)	67.5 (89.4)	64.3 (85.2)
	合計	99.8 (100.0)	95.0 (95.2)	84.7 (84.9)	89.9 (90.0)	92.4 (92.5)	86.0 (86.1)	90.3 (90.5)	57.0 (57.1)	95.1 (95.3)	86.3 (86.5)	94.5 (94.7)	94.3 (94.4)

（厚生労働省「外来医療に係るデータ集（NDBレセプトデータ）」）

【図3】 通院外来患者の対応割合（2019年度）



（厚生労働省「外来医療に係るデータ集（NDBレセプトデータ）」）

【表3】人口10万人当たり時間外等外来患者延数（回／月）

（）は全国を100とした値

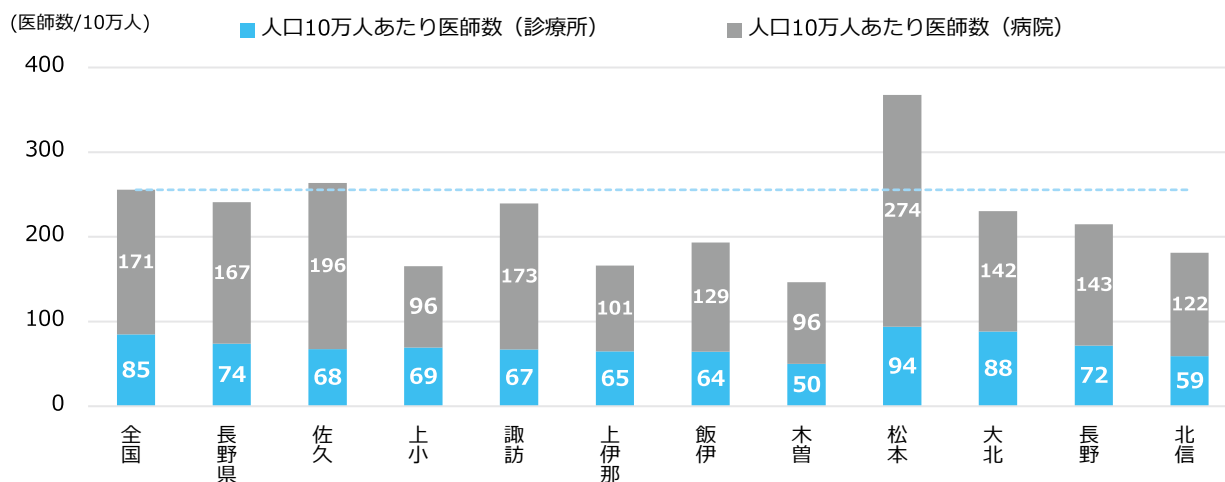
		全国	長野県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
2019	病院	648.1 (100.0)	924.1 (142.6)	1158.9 (178.8)	536.2 (82.7)	1250.9 (193.0)	639.9 (98.7)	809.8 (124.9)	1040.7 (160.6)	785.3 (121.2)	723.7 (111.7)	884.7 (136.5)	1421.6 (219.3)
	一般診療所	3663.3 (100.0)	1430.0 (39.0)	1096.0 (29.9)	1945.4 (53.1)	880.9 (24.0)	1676.2 (45.8)	2061.9 (56.3)	159.7 (4.4)	1589.9 (43.4)	1118.4 (30.5)	1167.0 (31.9)	702.4 (19.2)
	合計	4311.4 (100.0)	2354.0 (54.6)	2254.9 (52.3)	2481.6 (57.6)	2131.8 (49.4)	2316.0 (53.7)	2871.7 (66.6)	1200.4 (27.8)	2375.2 (55.1)	1842.1 (42.7)	2051.7 (47.6)	2124.0 (49.3)

（厚生労働省「外来医療に係るデータ集（NDBレセプトデータ）」）

2 一般診療所に従事する医師の状況

- 医師少数都道府県に位置付けられる本県では、人口10万人あたりの医師数も全国平均より少ない他、病院、診療所ごとの医師の勤務状況を比較すると、医師は一般診療所より病院で勤務している傾向にあります。
- 年齢別診療所医師数は、39歳以下が2.8%、40歳から64歳が57.1%と全国よりも低くなっています。一方で、65歳以上の医師数は40.1%と全国よりも高くなっており、平成24年以降、診療所医師の高齢化が進んでいます。
- 診療所の医師の主たる診療科は、内科が最も多く、整形外科、眼科、小児科と続いています。また県民へのアンケート結果によると、地域でより充実してほしい診療科として、皮膚科が最も多く、眼科、整形外科、耳鼻いんこう科と続いています。

【図4】人口10万人あたり医師数（2020年12月現在）



（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

【表4】年齢別一般診療所医師数（2020年12月現在）

	年齢	39歳以下	40～64歳	65歳以上	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上	平均年齢
全国	実数	5,362人	63,567人	38,297人	14,975人	11,580人	5,317人	6,425人	60.2歳
	割合	5.0%	59.3%	35.7%	14.0%	10.8%	5.0%	6.0%	
長野県	実数	42人	872人	613人	214人	180人	59人	160人	62.5歳
	割合	2.8%	57.1%	40.1%	14.0%	11.8%	3.9%	10.5%	

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

【表5】一般診療所医師の高齢化率

（人）

項目		2012年	2014年	2016年	2018年	2020年
全国	診療所医師数	100,544	101,884	102,457	103,836	107,226
	うち65歳以上医師数	28,190	30,645	32,624	34,967	38,297
	高齢化率	28.0%	30.1%	31.8%	33.7%	35.7%
長野県	診療所医師数	1,519	1,497	1,508	1,513	1,527
	うち65歳以上医師数	482	505	553	563	613
	高齢化率	31.7%	33.7%	36.7%	37.2%	40.1%

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

【表6】主たる診療科ごとの一般診療所医師数（2020年12月現在）

（人）

総数	1,527	皮膚科	61	心臓血管外科	2	美容外科	5
麻酔科	12	内科	673	アレルギー科	2	乳腺外科	5
眼科	119	病理診断科	0	呼吸器内科	6	リウマチ科	3
気管食道外科	0	耳鼻いんこう科	68	臨床検査科	0	循環器内科	22
感染症内科	0	消化器外科	1	小児外科	1	救急科	0
消化器内科	25	小児科	77	泌尿器科	26	産婦人科	48
臨床研修医	0	腎臓内科	10	精神科	62	肛門外科	5
産科	0	全科	5	脳神経内科	8	心療内科	6
脳神経外科	21	婦人科	10	その他	4	糖尿病内科	15
外科	51	整形外科	125	リハビリテーション科	0	主たる診療科不詳	14
血液内科	0	呼吸器外科	1	形成外科	18	放射線科	1

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

【表7】住民が地域でより充実してほしいと感じている診療科（2023年1月現在）

皮膚科	21.8%	脳神経外科	9.1%	リハビリテーション科	4.8%
眼科	19.4%	小児科	8.8%	歯科	4.3%
整形外科	17.6%	アレルギー科	8.4%	その他の診療科	2.2%
耳鼻いんこう科	16.9%	外科	8.1%	分からない	6.3%
内科	16.4%	泌尿器科	5.9%	特になし	21.0%
産科・産婦人科	16.0%	精神科	5.5%	無回答	4.0%

（長野県「県民医療意識調査」）

3 外来医師偏在指標

(1) 外来医師偏在指標の算出結果

- 外来医師偏在指標は、全国統一の算定式、データにより二次医療圏ごとの診療所医師の偏在状況を相対的に評価する指標です。
- 外来医師偏在指標の上位 33.3%(112 位以上)に該当する二次医療圏が外来医師多数区域とされ、本県では佐久、木曽、松本及び大北医療圏が外来医師多数区域となります。

【表8】外来医師偏在指標

圏域（順位）	外来医師偏在指標	偏在指標の算出に用いる係数				
		標準化医師数	人口(10万人)	外来標準化受療率比	診療所外来患者数割合	外来患者流出入調整係数
全国	112.2	107,226	1,266.5	1.000	75.5%	1.000
長野県（31）	103.4	1,529	20.7	1.052	67.7%	1.002
佐久（96）	111.3	143	2.1	1.053	56.1%	1.041
上小（224）	91.6	136	2.0	1.042	73.0%	0.993
諏訪（189）	96.9	132	2.0	1.065	64.0%	1.020
上伊那（248）	87.1	118	1.8	1.046	74.2%	0.955
飯伊（198）	94.8	102	1.6	1.085	62.6%	1.003
木曽（51）	121.8	13	0.3	1.208	46.3%	0.740
松本（47）	124.4	396	4.2	1.020	70.9%	1.039
大北（7）	152.7	50	0.6	1.116	55.9%	0.913
長野（184）	97.7	389	5.4	1.045	70.4%	1.005
北信（251）	86.8	51	0.9	1.100	67.3%	0.927

（参考）外来医師偏在指標の算出方法

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数（※1）}}{\text{標準化外来医療需要（※2）} \times \text{診療所の外来患者対応割合（※3）}}$$

※1 標準化診療所医師数：診療所に勤務する医師数を性・年齢階級別の労働時間を加味して補正したものの。

【補正の方法】

$$\sum \text{性・年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性・年齢化級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

※2 標準化外来医療需要：各医療圏の外来患者数を性・年齢階級別構成を加味して、全国平均並みとした場合の患者数（人口 10 万人対）

【補正の方法】

$$\text{地域人口（10 万人対）} \times \frac{\sum \text{性・年齢階級別人口} \times \text{全国平均外来受療率}}{\text{全国平均外来受療率}}$$

※3 診療所の外来患者対応割合：地域の外来患者のうち、診療所で対応した患者数の割合

(2) 外来医師多数区域となる地域での指標のとらえ方

- 外来医師偏在指標は、医療圏ごとに診療所の医師及び診療所で外来受診する患者の数等を基に算出しています。
- そのため、中山間地等を抱えており、診療所の数が少なく病院が外来医療の多くを担っている場合や、他圏域へ外来患者が流出している場合など、当該地域において医療資源が少ないこと等を要因として外来医師多数区域となる場合があります。
- そのため、外来医療の充実に当たっては、指標のみの画一的な判断ではなく、地域の実情を十分に判断することが必要です。

【表9】外来医師多数区域の状況

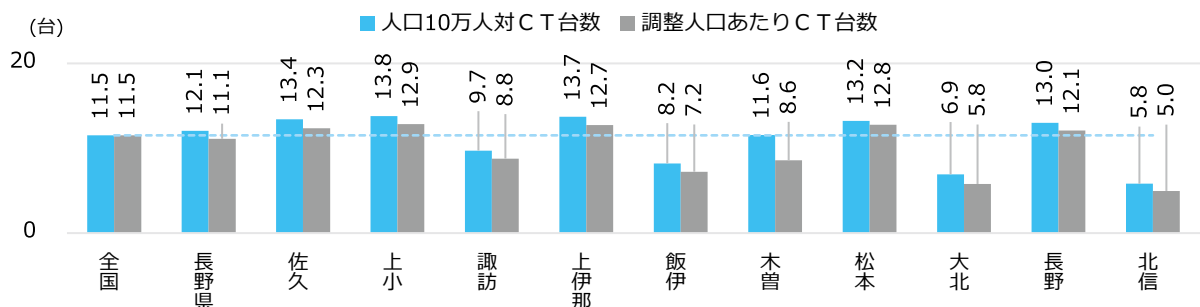
圏域	診療所外来患者数割合	外来患者流出入調整係数
県平均	67.7%	1.002
佐久	56.1%	1.041
木曾	46.3%	0.740
松本	70.9%	1.039
大北	55.9%	0.913

※診療所に対応する患者の割合：令和元年度に外来受診を行った患者のうち、診療所に対応した割合
 ※流出入係数：係数が1を超える場合は流入超過、1を下回る場合は流出超過

4 医療機器の効率的な活用

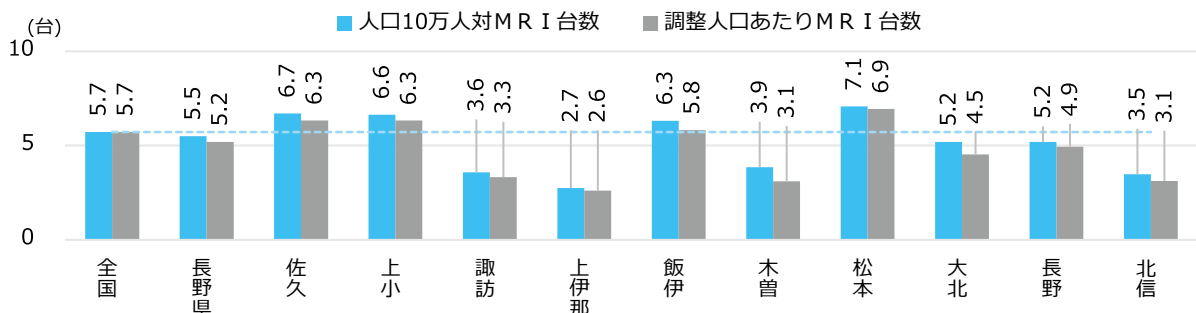
- 各医療機器の配置状況については、がんなど疾病ごとの医療提供体制の状況により、他医療圏と連携した医療を提供している場合、基幹となる医療圏において、集約的に医療機器が配置されている状況があります。

【図5】CTの人口10万人対台数と調整人口あたり台数（2020年10月現在）



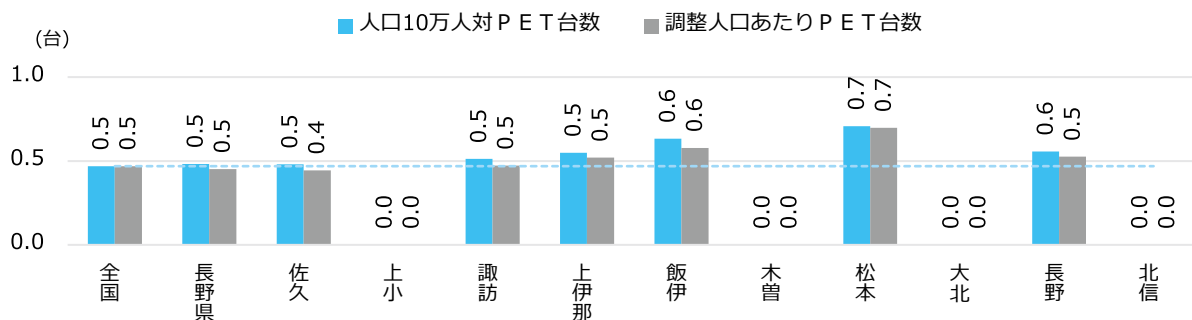
(厚生労働省「医療施設調査」)

【図6】MRIの人口10万人対台数と調整人口あたり台数（2020年10月現在）



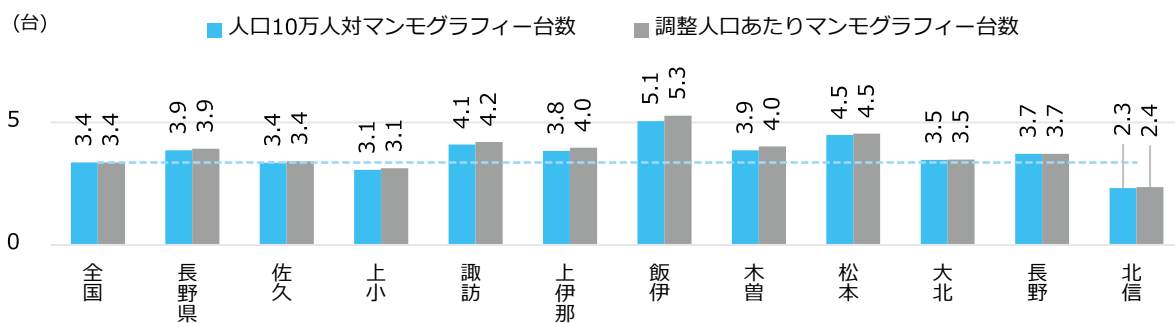
(厚生労働省「医療施設調査」)

【図7】PETの人口10万人対台数と調整人口あたり台数（2020年10月現在）



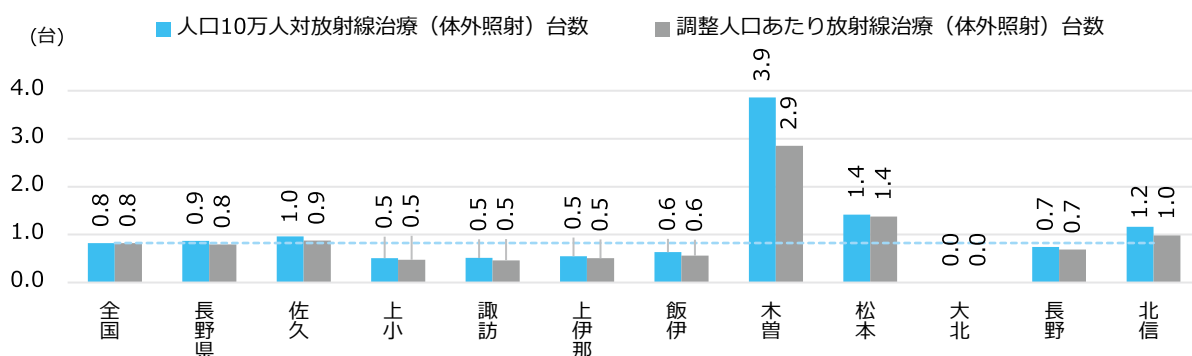
（厚生労働省「医療施設調査」）

【図8】マンモグラフィの人口10万人対台数と調整人口あたり台数（2020年10月現在）



（厚生労働省「医療施設調査」）

【図9】放射線治療の人口10万人対台数と調整人口あたり台数（2020年10月現在）



（厚生労働省「医療施設調査」）

【表 10】各医療機器の標準化検査率比（全国平均を1とした場合）

	標準化検査率比				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療
長野県	1.09	1.06	1.07	0.98	1.09
佐久	1.09	1.06	1.08	0.98	1.10
上小	1.07	1.05	1.06	0.98	1.08
諏訪	1.11	1.08	1.08	0.97	1.11
上伊那	1.08	1.05	1.06	0.97	1.08
飯伊	1.14	1.09	1.09	0.96	1.13
木曾	1.35	1.24	1.29	0.96	1.35
松本	1.03	1.02	1.02	0.99	1.03
大北	1.20	1.15	1.18	1.00	1.22
長野	1.07	1.05	1.06	1.00	1.08
北信	1.17	1.12	1.15	0.98	1.19

（厚生労働省「外来医療に係るデータ集」）

（参考）調整人口あたり台数の算出方法

$$\text{調整人口あたり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化検査率比（※1）}}$$

$$\text{（※1）地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口あたり期待検査数（※2）}}{\text{全国の人口あたり期待検査数}}$$

（※2）地域の人口あたり期待検査数

$$= \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

県民が安心して外来医療を受け続けられる医療提供体制を目指します。

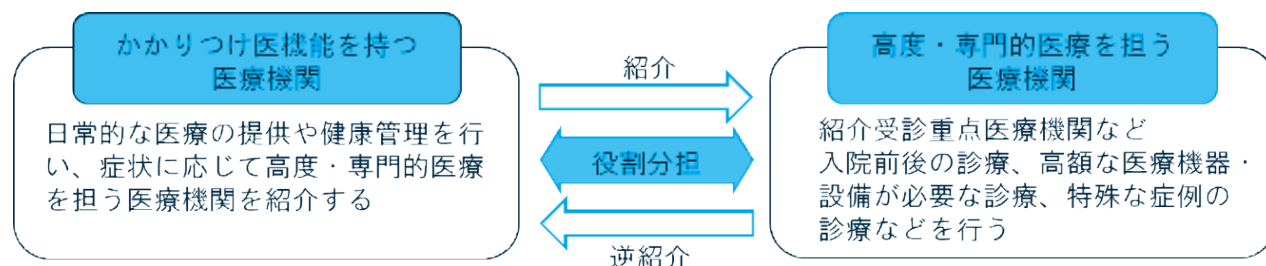
- (1) 症状・時間帯に応じて、必要な外来医療が受けられる体制
- (2) 質の高い外来医療が受けられる体制
- (3) 県民が適切な受療行動を取れる状態

2 外来医療の提供体制

限られた医療資源を有効に活用し、持続的かつ効率的で質の高い医療を実現するために、個々の医療機関の機能強化に加え、医療機関間の役割分担と連携を推進し、地域全体でかかりつけ医機能の充実・強化を図っていくことが重要です。

具体的には、かかりつけ医機能を担う医療機関が継続的に患者を診つつ、症状に応じて高度・専門医療を担う医療機関（紹介受診重点医療機関等）を紹介し、状態が落ち着いたら逆紹介するなど、医療機関の役割分担を進めるとともに、連携して医療を提供する体制の構築を目指します。

【図10】 外来医療における連携体制のイメージ



なお、医療資源の整備状況などにより、外来医療の提供体制のあり方は地域によって大きく異なります。各地域の協議の場で、地域の実情に応じた各医療機関の役割・連携体制を整理していくことが必要です。

また、医療資源が不足する地域にあっては、オンライン診療等の導入を推進していくことも重要です。

かかりつけ医について

「かかりつけ医」という言葉に法律上の定義はありませんが、日本医師会が提言している「健康に関することをなんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。」という考え方が広く知られています。

かかりつけ医機能について

これまでの「かかりつけ医の定義」は法律上・制度上の位置付けがなく、患者側の意識と行動に依存して決められてきました。近年、高齢化社会におけるプライマリ・ケアの強化への世論の高まりに加えて、新型コロナのまん延時の発熱患者に対しての受診拒否など、かかりつけ医の患者受け入れ体制への不信感が、かかりつけ医のあり方についての議論を加速させました。

これらの状況を背景とした活発な議論を経て、2023年5月12日に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（全世代社会保障法）が成立しました（2025年4月1日施行予定(一部を除く)）。同法では、かかりつけ医機能が「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機能」と明記されました。具体的なこれら機能として、・日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能、・時間外診療を行う機能、・病状急変時等に入院など必要な支援を提供する機能、・居宅等において必要な医療を提供する機能、・介護サービス等と連携して必要な医療を提供する機能、といった5つの機能が示されており、かかりつけ医となる医療機関が、これら機能のうち自ら担える機能を都道府県に報告する「かかりつけ医機能報告制度」が新たに創設され、都道府県がそれら機能を公表する「医療機能情報提供制度」も刷新されました。さらに、継続的な医学管理を要する患者が希望する場合、かかりつけの関係を示す書面を発行する新たな仕組みも盛り込まれました。

しかしながら、この法制度については、①かかりつけ医が提供する機能と医療の質の評価が不十分のまま、②かかりつけ医になれるかどうかの基準が明らかでない、③患者の医療機関へのフリーアクセス、国民皆保険、出来高払いの外来診療報酬制度、自由開業制、などの現状の医療制度の維持を前提としており、これからあるべきかかりつけ医の実像が不明瞭のまま、などの課題が指摘されています。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備について

コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するために、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が進められています。

2025年度から「かかりつけ医機能報告制度」が始まり、個々の医療機関が有する具体的な機能が報告され、報告を基に各地域で機能が充足されるよう具体的方策について検討が進められる予定です。このような法制度は、かかりつけ医に期待される役割が、「プライマリ・ケア」であることを改めて明示しています。

また、医療機関に関する情報は、これまで各都道府県の「医療情報ネット」で公表されていましたが、2024年4月からは全国統一システムに移行し、より情報が入手しやすくなることが期待されます。加えて「かかりつけ医機能」に関する情報をより充実させることが検討されています。

プライマリ・ケアについて

米国などではプライマリ・ケア・プロバイダー (Primacy Care Provider:PCP) という言葉がよく使われますが、これは日本の「かかりつけ医」の事です。かかりつけ医とはプライマリ・ケアの提供者なのです。ではプライマリ・ケアとは何でしょうか。世界で広く用いられているプライマリ・ケアの定義は、『①患者の抱える問題の大部分に対処でき、②かつ継続的なパートナーシップを築き、③家族および地域という枠組みの中で、④責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と⑤受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービス』（米国国立科学アカデミー、1996年）です。

その理念は ACCCA として提唱されています。つまり、⑤患者さんがアクセスしやすい地理的、時間的「近接性 Accessibility」があり、①予防から治療まで全人的にまた common disease を中心として領域横断的な「包括性 Comprehensive」を持って、②ゆりかごから墓場まで病気の時も健康な時もずっと診ていく「継続性 Continuity」を担保しつつ、③家族や住民、ケアチームメンバーと協力し、他の専門家への適切な紹介も含めたケア調整をする「協調性 Coordination」を持ちながら、④「責任性 Accountability」を持って提供する医療サービスの事です。

日本では、こうしたプライマリ・ケアの概念は浸透しておらず、primary に「初等の」「基本の」という意味もあるため、その意味に限って用いられる傾向があります。また、プライマリ・ケアを含む幅広いかかりつけ医機能を1人の開業医で担っていくことが難しい状況にあります。これからの日本のプライマリ・ケア体制をどう整備するか、医療福祉に関わる多職種と行政一体となった取組が喫緊の課題となっています。

第3 施策の展開

1 症状・時間帯に応じて、必要な外来医療が受けられる体制整備

- 地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開業が都市部に偏ることにより、身近な医療機関に安心して受診することに支障を来す恐れがあります。そのため、新規開業希望者の開業地域や診療科の選択に資するよう、医療機関のマッピングデータを作成するなど各地域の外来医療機能を可視化し、公表します。
- 効率的な外来医療提供体制を構築するため、各地域の協議の場で紹介受診重点医療機関を定めるとともに、2025年度に開始予定のかかりつけ医機能報告制度を活用し、地域のかかりつけ医機能の充足状況を確認するなど、外来医療の役割分担と連携を推進します。
- 地域において不足する外来医療機能は、夜間や休日等における初期救急医療、往診看取り等の在宅医療、学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の他、各地域の協議の場において定めるものとし、これらの機能を担うことについて新規開業者等へ協力を要請します。
- 放射線治療設備など、高額、または専門医を必要とする医療機器を中心に、共同利用計画の作成を求め、医療機器の効率的な活用を推進します。

2 質の高い外来医療が受けられる体制整備

- 外来機能報告制度を活用し、紹介受診重点医療機関を明確化するなど外来の役割分担を進めることにより、高度・専門医療を担う医療機関の外来負担を軽減し、医療の質の向上に繋がります。
- かかりつけ医機能報告制度を活用し、地域の協議の場において不足する機能を強化する具体的方策を検討します。また、医療の質の向上に繋げるため各医療機関の機能を可視化する取組を検討します。
- 関係団体が開催する研修会など、かかりつけ医の育成・技能向上、及びかかりつけ医機能に関する医療従事者の認識向上等に向けた取組を支援します。
- 国による「かかりつけ医機能報告制度」の詳細な制度設計の検討状況を踏まえ、適切な指標の設定について検討します。

3 適切な受療行動を促す情報発信

- 県民一人一人が「かかりつけ医」を持つことが、健康長寿の観点から重要であるため、「かかりつけ医」の更なる普及に向けた取組を推進します。
- 県民による医療機関の適切な選択に資するよう、「紹介受診重点医療機関」や「かかりつけ医機能」を持つ医療機関に関する情報を分かりやすく提供します。
- 地域医療を守るためには医療従事者の負担を軽減することが重要であるため、夜間・休日外来や救急外来にかかるべき状況や受診時のポイント、症状がある時に相談できる各種相談窓口※等について普及・啓発を行います。

※長野県救急安心センター事業（#7119）、長野県小児救急電話相談（#8000）

第4 数値目標

1 症状・時間帯に応じて、必要な外来医療が受けられる体制整備

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	休日・夜間に対応できる医療施設数	18施設 (2022)	18施設 以上	現状の水準以上を目指す。	医療政策課調
S	訪問診療を実施している診療所・病院数	513か所 (2020)	643か所 (2026)	在宅医療等の医療需要の伸び率に相当するか所数を目指す	厚生労働省「医療施設調査」

2 適切な受療行動を促す情報発信

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	かかりつけ医がいる人の割合	70.6% (2023)	70.6%以上	現状の水準以上を目指す。	県民医療意識調査
P	#8000相談件数	10,634件 (2022)	13,000件以上	現在の水準以上を目指す	保健・疾病対策課調

紹介受診重点医療機関について

外来医療においては、患者の流れの円滑化を図るため紹介状を持って受診することを基本とする医療機関を「紹介受診重点医療機関」として明確化することとし、該当医療機関を公表しています。

なお、「紹介受診重点医療機関」となる医療機関は、毎年度議論することとされており、外来機能の分化と連携が進む中で該当医療機関が変更となる可能性があります。

(2024年2月1日現在)

二次医療圏	医療機関名	公表日
佐久	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院 佐久医療センター	2023年10月1日
	上小	
諏訪	諏訪赤十字病院	
上伊那	伊那中央病院	2024年2月1日
	昭和伊南総合病院	
飯伊	飯田市立病院	2023年10月1日
松本	安曇野赤十字病院	
	信州大学医学部附属病院	
	独立行政法人国立病院機構まつもと医療センター	
	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院	
長野	長野市民病院	
	長野県厚生農業協同組合連合会 南長野医療センター篠ノ井総合病院	
	長野赤十字病院	

第8節 歯科口腔医療

第1 現状と課題

1 歯科口腔医療の体制

(1) 医療圏別歯科医療機関数

- 2022年10月時点の人口10万対の歯科診療所数は49.0であり全国平均より少ない状況です。医療圏別では、諏訪、飯伊、松本、長野は50を越えています、北信は41.2にとどまっており地域偏在が見られます(表1)。
- 歯科・歯科口腔外科併設病院は45か所(2023年)であり、県内全ての二次医療圏に1か所以上整備されています(表2)。

【表1】歯科診療所数(2022年10月現在)

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計	全国
歯科診療所数	98	85	101	77	78	12	220	23	264	33	991	67,755
人口10万対	48.0	44.4	52.9	43.4	51.4	49.1	52.4	42.0	50.2	41.2	49.0	54.2

(厚生労働省「医療施設調査」)

【表2】歯科・歯科口腔外科併設病院数(2023年2月1日現在)

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
病院数	13	16	11	10	8	1	26	2	34	3	124
歯科・歯科口腔外科併設病院数	5	4	6	2	1	1	11	2	12	1	45

(関東信越厚生局届け)

2 特別な配慮を要する分野

(1) 障がい児者への歯科口腔医療

- 発達障がい・医療的ケア児等を含めた障がい児者において、地域で日常的な歯科口腔管理を行うことが可能な歯科診療所の確保・充実及び専門的な歯科口腔医療が必要となった場合の歯科診療所と病院歯科の機能分化・連携が課題となっています。
- 歯科・歯科口腔外科を併設している45病院のうち、地域の歯科診療所等と役割分担・連携している病院は19か所(2023年)です(表3)。

【表3】障がい児者歯科において地域の歯科診療所等と役割分担・連携している病院数(2023年5月10日現在)

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
病院数	2	1	3	2	1	0	4	2	3	1	19

(健康増進課調)

(2) 摂食嚥下診療

- 高齢化の進展等に伴い、口から水分や食物を取り込み飲み込む機能（摂食嚥下機能）、つまり「口から食べること」に問題を抱える者も増加しています。
- 摂食嚥下診療に対応できる病院は県内で24か所あります（表4）。
- 誤嚥性肺炎、窒息、低栄養等を予防することに加え、口から安全に楽しく食べるという生活の質を維持する観点からも、摂食嚥下機能の評価や適切な食形態の助言等、歯科口腔と摂食嚥下機能を一体的に診療する体制整備の構築が課題となっています。

【表4】摂食嚥下診療に対応している病院数

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
病院数	2	1	5	1	3	0	6	2	4	0	24

（2022年度信州大学医学部歯科口腔外科による調査）

3 連携体制

(1) 歯科訪問診療（一部再掲）

- 居宅や介護施設等に歯科専門職（歯科医師、歯科衛生士等）が訪問する歯科訪問診療を実施している歯科医療機関は、2020年において、歯科診療所1,001か所のうち515か所（51.4%）で、以前より大きく増加しています（表5）。

【表5】歯科訪問診療を実施している歯科医療機関数と月間件数（2020年9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	
歯科診療所	医療保険等によるもの	診療所数	49	39	61	54	47	4	102	13	129	17	515
		件数	375	277	1,261	902	1,401	96	1,334	92	615	12	6,365
	介護保険によるもの	診療所数	18	14	26	20	17	1	51	7	62	10	226
		件数	95	100	755	272	226	16	1,602	22	386	0	3,474
歯科・歯科口腔外科併設病院	病院数	1	1	0	0	0	0	2	0	2	0	6	
	件数	33	18	0	0	0	0	87	0	38	0	176	

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

- 地域ケア会議に歯科専門職が参画するなど、介護職等と連携し、患者の全身状態を考慮しながら歯科訪問診療を提供する体制づくりが進んでいます。
 - ※地域ケア会議：地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を進めていくための会議。地域包括支援センターや市町村が主催し、行政職員、地域の医療職・介護職等の関係者から構成される。
- 身近な地域で適切な歯科訪問診療を受けられるよう、長野県在宅歯科医療連携室を中心に、各地域における体制構築に取り組んでいます。
- 摂食嚥下障害や様々な合併症を有する者への歯科訪問診療の提供について、地域の歯科診療所と歯科・歯科口腔外科併設病院との機能分化や連携体制構築が課題です。

(2) 医科歯科連携体制・多職種連携体制

- 歯科専門職が入院患者等の歯科口腔管理を行うことによって、在院日数の短縮や、誤嚥性肺炎発症の抑制に資することが明らかとなっています。

- 口腔と全身との関連を鑑み、全身疾患等を有する者に歯科口腔医療や定期的な歯科口腔管理を提供する際の、医師・薬剤師・看護師・栄養士・言語聴覚士等との医科歯科連携・多職種連携体制の整備が必要であり、特に歯科・歯科口腔外科を併設していない病院の入院患者等に関する歯科口腔管理が課題となっています。
- 糖尿病と歯周病は相互関係があることから、重症化予防のため、糖尿病患者の歯周治療について、地域のかかりつけ医（主治医）や専門医、行政の保健師等との連携体制の構築が課題です。

（３）災害時の歯科口腔保健医療提供体制

- 県は、「災害時の歯科医療救護についての協定書」を長野県歯科医師会と締結しており、当該協定に沿った支援体制を充実していく必要があります。
- 誤嚥性肺炎や低栄養の予防のため、災害時における避難所等での歯科口腔管理や食支援等は重要であり、具体的な活動内容等について検討していく必要があります。

（４）新興感染症発生時の歯科口腔医療提供体制

- 歯科治療は唾液と接触するなど感染リスクが高いことから、新興感染症に罹患またはその可能性がある場合は、原則として実施を延期しますが、緊急性の高い歯科治療については、感染防止対策を十分に講じた上で治療を実施する必要があります。
- 県では、新型コロナ蔓延時、第二種感染症指定病院等の歯科・歯科口腔外科や県歯科医師会と連携し、感染患者の状態に応じた対応方針を迅速に定め、緊急性の高い歯科治療が必要になった場合における歯科口腔医療提供体制を確保した経緯があります。

第２ 目指すべき方向と施策の展開

１ 歯科口腔医療の体制

生涯を通じ歯と口腔の健康を維持するためには、いつでも相談に応じてくれる身近なかかりつけ歯科医を持つことが重要です。県民の誰もがかかりつけ歯科医を持ち、住み慣れた地域で、一生涯安心して歯科口腔医療や定期的な歯科口腔管理を受けることができるよう、地域の状況等に応じた歯科口腔医療提供体制の構築を目指します。

- 県内における歯科医療機関の設置状況や機能、地域の歯科口腔医療に関する社会資源等について把握し、各地域の実情に応じた歯科口腔医療提供体制構築を推進します。

２ 特別な配慮を要する分野

特別な配慮を要する者であっても、適切な歯科口腔医療がいつでも受けられるよう、各地域に必要な歯科口腔医療提供体制の充実を目指します。

- 専門診療を提供する歯科・歯科口腔外科併設病院の役割を明確化し、地域の歯科診療所との機能分化を推進するとともに、専門診療を提供する歯科・歯科口腔外科併設病院を支援します。
- 特別な配慮を要する者が、必要とする歯科口腔医療を速やかに受けられるよう、歯科口腔医療提供体制の見える化に取り組めます。

3 連携体制

様々な職種や分野との連携体制を整備することにより、ライフコースに応じた切れ目ない歯科口腔医療や歯科口腔管理の提供体制構築を目指します。

(1) 歯科訪問診療

- 地域包括ケアシステムの実現に向けて、歯科訪問診療を実施する歯科専門職の資質の向上を支援します。
- 多様化する歯科訪問診療のニーズに対応するため、歯科・歯科口腔外科併設病院と歯科診療所間の連携（病診連携）や歯科診療所間での連携（診診連携）を推進します。

(2) 医科歯科連携体制・多職種連携体制

- 医療関係職種や行政関係者等の他職種が歯科口腔医療に求めるニーズの把握に努め、口腔と全身の健康の関連性や、全身疾患を有する患者等への歯科口腔医療や歯科口腔管理の重要性について広く普及啓発を図ります。
- 歯科・歯科口腔外科を併設していない病院等においても、適切な医科歯科連携・多職種連携が行われる体制構築を目指します。

(3) 災害時の歯科口腔保健医療提供体制

- 災害発生時、市町村又は医療機関の要請により、歯科医師会、歯科衛生士会、歯科技工士会に歯科口腔保健医療に関する救護班の派遣を要請できる体制の構築を目指します。
- 災害規模やフェーズに応じた適切な歯科口腔保健医療が提供されるよう、平時から各関係団体との連携体制の構築を目指します。

(4) 新興感染症発生時の歯科口腔医療提供体制

- 新型コロナ蔓延時に定めた対応方針を踏まえ、二種感染症指定病院等の歯科・歯科口腔外科や県歯科医師会等と連携し、新興感染症発生時、緊急性の高い歯科治療を提供できる体制の構築を目指します。

かかりつけ歯科医について

日本歯科医師会では、「かかりつけ歯科医」について、「安全・安心な歯科医療の提供のみならず医療・介護に係る幅広い知識と見識を備え、地域住民の生涯に亘る口腔機能の維持・向上をめざし、地域医療の一翼を担う者としてその責任を果たすことができる歯科医師をいう。」としています。

かかりつけ歯科医を持つことは、単に歯の治療が必要な時に受診する歯科医院がある、ということではありません。予防やメンテナンスのために定期的を受診し、口の中のことなら何でも相談できる健康づくりのパートナーとなる歯科医を持つことです。定期的・継続的な受診は、むし歯や歯周病の早期発見・早期治療に繋がり、治療を受ける人・行う人双方の負担が軽減されます。かかりつけ歯科医がいる人は、そうでない人に比べて要介護状態になりにくく、寿命が長いという報告もあるなど、かかりつけ歯科医を持つことのメリットは多くあります。

住み慣れた地域で安心して一生を送ることができるよう、身近に「かかりつけ歯科医」を持ちましょう。

第3 数値目標

区分	指標	現状	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	歯科・歯科口腔外科併設病院がある二次医療圏数	10 圏域 (2022)	10 圏域	現在の水準を維持する	関東信越厚生局届け
S	障がい児者への歯科診療に対応する病院数	19 か所 (2023)	19 か所以上	現在の水準以上を目指す	健康増進課調
S	摂食嚥下診療に対応する病院数	24 か所 (2022)	24 か所以上	現在の水準以上を目指す	信州大学医学部 歯科口腔外科、 健康増進課調
S	歯科・歯科口腔外科を併設していない病院のうち、歯科専門職が関わり、入院患者等の歯科口腔管理を実施する病院数	—	4 か所	県内4地域での実施を目指す	健康増進課調
S	歯科診療所のうち在宅療養支援歯科診療所の割合(再掲)	19.8% (2023)	19.8%	現在の水準を維持する	関東信越厚生局 「診療報酬施設 基準の届出受理 状況」
P	歯科訪問診療を実施した件数(再掲)	67,878 件 (2020)	75,042 件 以上 (2027)	2019年～ 2020年の最高 値以上を目指す	NDB レセプトデータ
P	歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の実施件数(再掲)	24,179 件 (2020)	26,918 件 以上 (2027)	2019年～ 2020年の最高 値以上を目指す	NDB レセプトデータ

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

第9節 薬物乱用対策

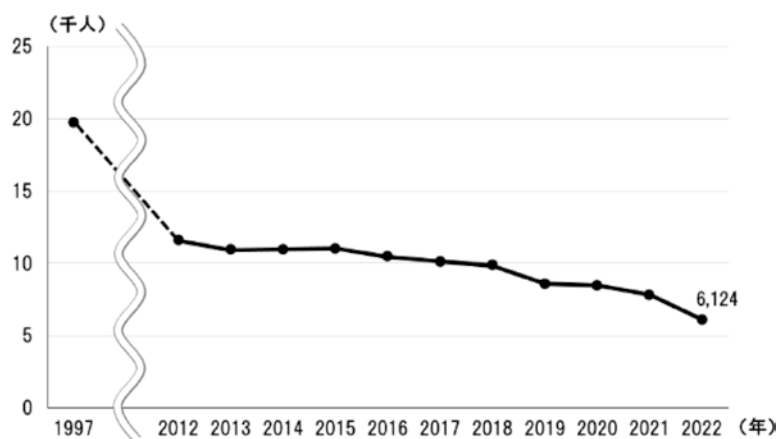
第1 現状と課題

- 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、各種の犯罪の誘因となるなど、公共の福祉に計り知れない危害をもたらすものであるため、社会全体で取り組んでいく必要があり、薬物乱用対策を一層推進することが求められています。
- 乱用され、又は乱用されるおそれのある薬物として、覚醒剤、大麻、危険ドラッグ、MDMA、向精神薬、シンナー等があり、これらの取扱いが法令により禁止又は制限されています。

1 覚醒剤

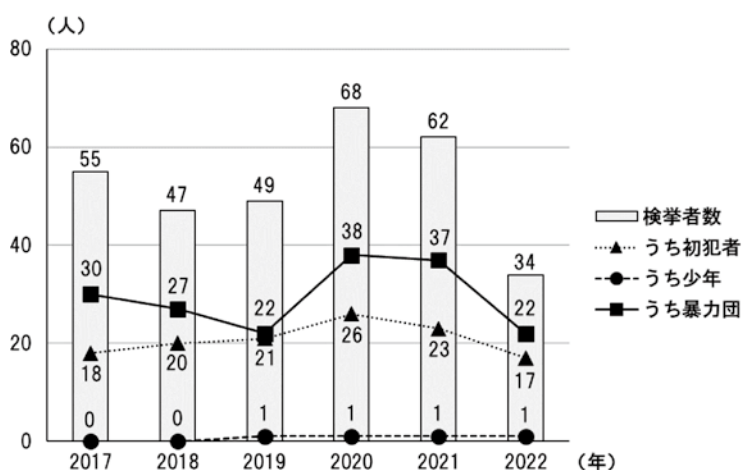
- 覚醒剤事犯の検挙者数は1997年の19,722人をピークとして、減少傾向にあるものの、依然として検挙者数は多く、覚醒剤は我が国で最も乱用されている薬物となっています。
- 2022年の覚醒剤事犯による検挙者人員の35.7%は暴力団関係者(2,186人)が占めており、依然として覚醒剤事犯に暴力団が深く関与していることが窺われます。
- 本県においても、検挙者が最も多い薬物は覚醒剤であり、検挙者の特徴としては、暴力団関係者の割合が多いこと及び再犯者の割合が多いことがあげられます。

【図1】全国の覚醒剤事犯検挙者数の推移



(警察庁調)

【図2】長野県の覚醒剤事犯検挙者数の推移

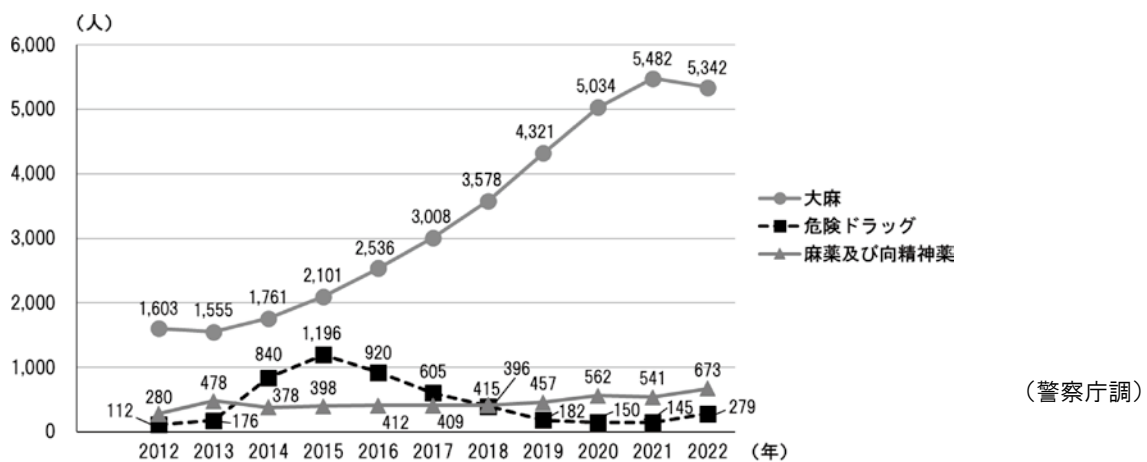


(長野県警察本部調)

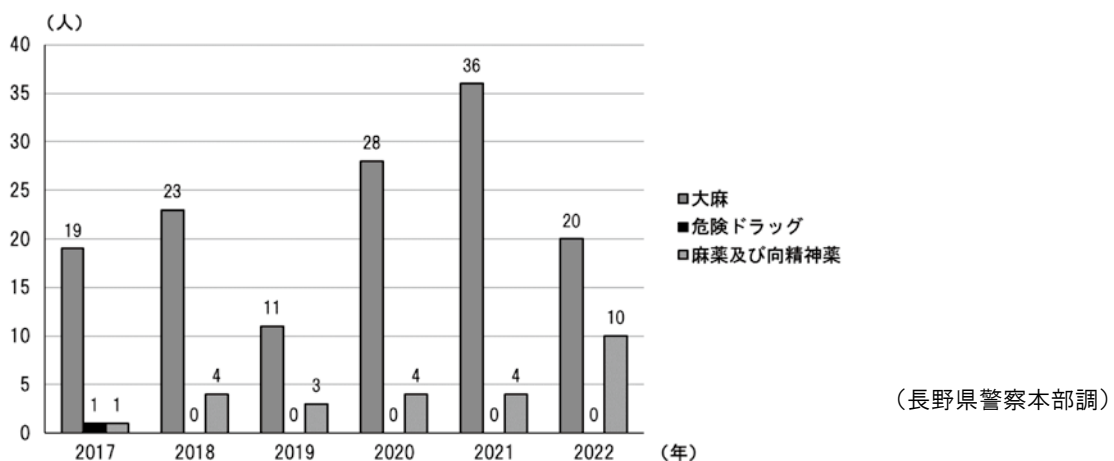
2 覚醒剤以外の薬物

- 全国の大麻事犯の検挙者数は、2009 年をピークに減少傾向であったものの、2014 年から増加に転じ、2017 年から 5 年連続で過去最多を更新するなど、大麻乱用の拡大が顕著な状況です。特に、30 歳未満の大麻事犯は、大麻事犯全体の約 70%を占めており、若年層における乱用が拡大しています。
- 危険ドラッグについては、2014 年に、全国で危険ドラッグ関連事件が多発し大きな社会問題となり、規制及び取締りが強化された結果、近年は、検挙者数が減少傾向にあります。
- 本県では、全国の状況と同様に、大麻事犯の検挙者数が増加傾向にあり、2021 年は過去 10 年間で最多となっています。

【図 3】全国の大麻等による検挙者数の推移



【図 4】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。
- インターネット、SNS等を活用することにより、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大麻の不正栽培等に対し、警察との連携を図り、監視を強化して、不正大麻の根絶を図ります。
- 自生する「大麻」や、植えてはいけない「けし」の抜去を行い、これらの撲滅を図ります。

2 薬物乱用防止の啓発

- 「ダメ。ゼッタイ。」普及運動（6月20日～7月19日）や麻薬・覚醒剤・大麻乱用防止運動（10月～11月）等での啓発活動を強化するとともに、薬物乱用防止指導員（373名）の活用を図り、薬物乱用防止意識の高揚を図ります。
- 教育委員会や長野県薬剤師会等の関係団体との連携を図り、学校薬剤師等による中学校や高校等での薬物乱用防止教育を推進します。
- 薬物乱用防止啓発の講習会等において、薬物乱用の現状とともに、薬物乱用がもたらす健康被害や二次的犯罪の誘発に関する事等薬物乱用防止意識の高揚につながる情報を発信します。

3 薬物乱用者対策

- 保健福祉事務所及び精神保健福祉センターに設置している薬物相談窓口の周知及び充実を図り、薬物乱用者やその家族からの相談に応じます。
- 薬物中毒者に対して適切な医療を提供するなど、関係機関等と連携して更生指導を行います。

大麻について

大麻は世界で最も乱用されている薬物であり、麻薬に関する国際条約ではヘロイン等と並び最も厳しく規制されています。

大麻の摂取は、健康被害のリスクがあり、乱用を続けると記憶障害を起こしたり、精神疾患を発症したりする恐れのあることが確認されており、WHO（世界保健機関）も、大麻は精神毒性、依存性がある有害なものとして指摘しています。それぞれの国の事情や背景から海外には大麻の使用が犯罪とならない国や地域がいくつか存在しますが、こうした地域であっても影響を大きく受ける未成年の使用は厳しく禁じられています。

近年、国内の大麻事犯による検挙者数は増加傾向にありますが、とりわけ若年層への大麻の乱用の広がりが懸念されています。芸能人や大学生の大麻所持による逮捕が広く伝えられているほか、最近では、大麻の有害成分の構造の一部を変化させた物質を含む食品を摂取したことによる健康被害事例も発生しています。

インターネット等で「アルコールやタバコよりも害がない」、「合法の国もあるから安全」といった誤った情報が氾濫する中で、大麻に対する抵抗感が薄れていることも大麻の乱用の一因と考えられています。

2023年12月に大麻取締法等が改正されたことにより、大麻草を原料にした医薬品の使用が認められる一方、大麻の施用（使用）に罰則が設けられるなど、日本における大麻の法規制にも大きな変化が見込まれています。



写真提供：厚生労働省

第10節 その他の医療施策

1 移植医療

第1 現状と課題

1 臓器移植

- 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）移植が可能となりました。2010年からは、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。

(1) 角膜移植について

- 角膜移植については、県内で唯一、国から許可を得た眼球の提供のあっせん機関である（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。県内では、これまでに600人以上が献眼しました。

【表1】本県の角膜提供者数の推移

（単位：人）

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	累計（1994年～）
献眼者数	17	16	10	7	15	612

（（公財）長野県アイバンク・臓器移植推進協会）

(2) その他の臓器移植について

- 角膜を除く臓器移植については、（公社）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国内唯一の機関として、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。
- 1998年からは、臓器提供事例が発生した場合に各都道府県内で、（公社）日本臓器移植ネットワークと協力して調整業務を行う臓器移植コーディネーターが委嘱され、本県では、現在（公財）長野県アイバンク・臓器移植推進協会に配置しています。また2009年から県では、臓器移植に関する普及啓発や、臓器移植コーディネーターとの連絡調整業務を行う臓器移植院内コーディネーターを設置しています。人数は年々増加しており、2023年には41医療機関78名に委嘱し、臓器移植の円滑な推進を図っています。臓器移植法の施行後、県内では脳死による臓器提供が6件ありました。

(3) 臓器移植に対する理解促進について

- 全国的に、臓器移植希望登録者数に比べて提供数が少ない状況が続いており、特に登録者が多い腎臓移植の平均待機期間は約15年となっています。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。

【表2】全国の移植希望登録者数と臓器提供数（心停止後及び脳死下）等の累計（1995年～2022年）

（単位：人）

移植対象臓器	心臓	肺	肝臓	腎臓	すい臓	小腸
移植希望登録者数 累計	2,267	2,162	3,898	49,083	846	49
提供数累計	737	638	778	2,568	505	30
移植数累計	736	788	833	4,817	501	30

（（公社）日本臓器移植ネットワーク調）

2 造血幹細胞移植

- 造血幹細胞（骨髄、末梢血幹細胞及びさい帯血）移植については、1991年に（財）骨髄移植推進財団（現在の（公財）日本骨髄バンク）が設置されたことを皮切りに、（公財）日本骨髄バンクや各さい帯血バンクが主体となり移植の推進を行ってきましたが、2014年1月に「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」が施行されたことにより、現在は、この法律に基づき国、地方公共団体、造血幹細胞提供関係事業者（骨髄バンク、さい帯血バンク）、支援機関（日本赤十字社）、医療関係者がそれぞれの業務を行っています。
- 2023年12月現在、骨髄、末梢血幹細胞提供希望者（以下「骨髄バンクドナー」という。）は国内に約55万人（県内5,275人）います。登録対象年齢（18歳から54歳）の人口千人当たりにおける登録者は、全国は10.13人であるのに対し、本県は6.51人で、全国44位となっています。
- ドナー登録ができる年齢は18歳から54歳までですが、現在、国内の骨髄バンクドナーの半数以上が40代以上であり、10年以内に約22万人が登録抹消となる見込みです。そのため、若い方の骨髄バンクドナー登録を推進していく必要があります。
- 骨髄バンクドナー登録は、赤十字血液センターと保健福祉事務所で行えます。また、ドナー登録について説明をするボランティア（説明員）の協力を得て、移動献血の会場等でも登録会が開催されています。

【表3】本県の骨髄バンクドナー登録受付窓口

赤十字血液センター	長野献血ルーム、松本献血ルーム
保健福祉事務所	佐久、上田、諏訪、伊那、飯田、木曾、大町、北信

- 骨髄等の移植を希望する患者のうち、骨髄バンクドナーが見つかっていても、約6割は骨髄バンクドナー側の理由により移植ができていません。骨髄バンクドナーが提供を辞退する理由の1つに、「都合がつかない（仕事等を休めない）」があります。
- そのため、県と市町村では、骨髄バンクドナーとドナーが勤務する事業所に対し、ドナーが入院等のために取得した休暇日数に応じて費用補助を行っています。
- 県では、ドナー登録に向けた普及啓発を実施するとともに、2016年度から長野県骨髄・末梢血幹細胞提供推進連絡会議を設け、関係機関の連携を促進しています。

第2 施策の展開

1 臓器移植

- (公財)長野県アイバンク・臓器移植推進協会の活動を支援し、同協会を中心に、ライオンズクラブ等の関係団体と連携しながら、臓器提供意思表示カードの普及や移植医療に関する理解を深めるための啓発を推進します。
- 長野県臓器移植コーディネーターを中心に、医療機関における医療従事者への啓発や各病院内で活動する院内コーディネーターと連携を図るとともに、健康イベント開催時に臓器移植のコーナーを設けたり、教育機関での講義を行うことを通じて県民への普及啓発に取り組みます。

2 造血幹細胞移植

- ドナー登録者の確保のため、(公財)日本骨髄バンク、日本赤十字社等の関係団体と長野県骨髄・末梢血幹細胞提供推進連絡会議等を通じて連携し、普及啓発等に取り組みます。

**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、書き直して(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、マイナンバーカード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」が設けられ、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。その他、マイナンバーカード(個人番号カード)にも記入できるようになっています。

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、×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し、“Gift of life”（いのちの贈りもの）によって結ばれた臓器提供者（ドナー）と移植が必要な患者さん（レシピエント）のいのちのつながりを表現しています。

（公社）日本臓器移植ネットワークをはじめとする関連団体では、より多くの人に移植医療について理解してもらうため、毎年10月の臓器移植普及推進月間を中心に、グリーンリボンキャンペーンを展開しています。臓器を提供してもいいという人と移植を受けたい人が結ばれ、よりたくさんのいのちが救われる社会を目指しています。

2 外国籍県民等に対する支援

第1 現状と課題

- 県内に住む外国人は、2022年12月末現在で約3万8千人で、県内人口に占める割合は約1.9%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】長野県に在住する外国人の推移（各年12月末現在）

区分	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
中国	9,150	9,379	8,730	8,109	8,054
ベトナム	3,651	4,722	5,188	5,185	5,930
フィリピン	4,612	4,708	4,667	4,664	4,914
ブラジル	5,104	5,044	4,863	4,859	4,888
韓国・朝鮮	3,690	3,640	3,460	3,346	3,326
タイ	2,331	2,388	2,307	2,253	2,427
その他	6,955	7,652	6,562	6,451	8,562
総数（人）	35,493	37,533	35,777	34,867	38,101
県内人口に占める割合（%）	1.7%	1.8%	1.7%	1.7%	1.9%

（長野県「外国人住民統計」、長野県「毎月人口異動調査」）

- 県では、外国語版問診票として、外来のほか入院医療にも対応した「外国籍県民医療のための問診票」を8か国語で県ホームページに公開しています。
- 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。
- 国では、外国人患者が安心して受診できる体制を整備することを目的に、「外国人患者を受け入れる医療機関の情報を取りまとめたリスト」を作成、公表しています。都道府県が選出した「外国人を受け入れる拠点的な医療機関」と、多言語対応の体制が整備されていると都道府県が判断した医療機関が掲載されており、県内では2023年12月末現在で23医療機関が掲載されています。
- また、厚生労働省では、「外国人患者受入れ医療機関対応支援事業」として、外国人対応に関する課題が発生した際に、医療機関関係者に助言や情報提供を行う夜間・休日ワンストップ窓口や、希少言語に対応した遠隔通訳サービスを実施しています。

第2 施策の展開

- 「外国籍県民医療のための問診票」の活用促進や外国人対応に係る窓口の周知、医療機関受診時に利用できる電話医療通訳など、医療機関における多言語での対応を支援することにより、外国人が医療機関を安心して受診できる体制づくりに取り組みます。
- 県内に在住する外国人が医療に関する必要な情報を得られるよう、ホームページ等を利用した情報提供に努めます。

3 原爆被爆者に対する支援

第1 現状と課題

- 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づき、健康診断の実施、医療の給付並びに医療費及び各種手当の支給等を行い、被爆者の生活の安定と健康の保持を図っています。

【表1】県内の原爆被爆者数（令和5年3月31日現在）

（単位：人）

被爆者数	86
医療特別手当受給者数	4
健康管理手当受給者数	57
保健手当受給者数	5
小計	66

（地域福祉課調）

第2 施策の展開

- 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく各種手当等の支給等を行うとともに、相談事業、健康診断等の保健・医療・福祉にわたる総合的な援護対策を推進します。

第4章

医療安全の推進

第1節 医療安全対策

第1 現状と課題

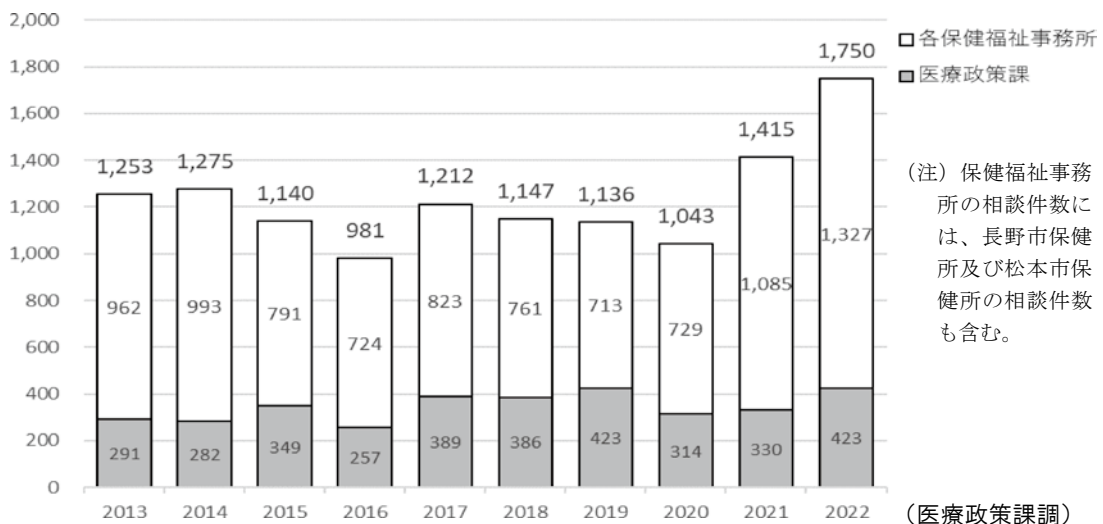
1 医療安全体制の確保

- 医療法では、すべての病院、診療所及び助産所に対し、①医療の安全管理体制の確保、②院内感染防止体制の確保、③医薬品・医療機器に係る安全使用及び安全管理体制の確保が義務付けられています。また、すべての薬局においても医薬品に係る安全使用及び安全管理体制の確保が義務付けられています。
- 医療事故や院内感染を防止し、安全な医療提供体制を確立するためには、医療に従事するすべての職員が、患者の安全を最優先に考えて医療に従事することが必要であり、そのためには、医療機関が組織全体で医療安全のシステムを作り、これを運用していく必要があります。
- 本県においても、医療機関等に対し、医療事故や院内感染の予防・再発防止に役立つ情報を提供するとともに、国等が行う医療安全研修の周知を行うなど、医療安全体制の確保に向けた取組を進めています。
- また、近年、医療機関に対するサイバー攻撃の一層の多様化・巧妙化が進み、診療業務等に大きな影響を与えているところです。本県においては、国等が行うサイバーセキュリティ対策研修の周知や医療機関におけるサイバーセキュリティ対策の実施状況の確認を行うなど、対策の強化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

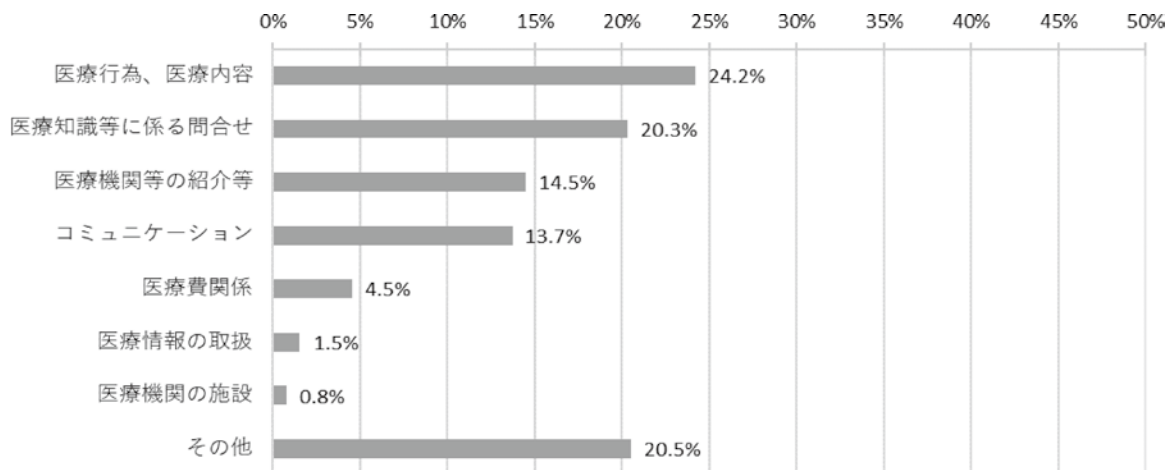
- 本県では、県庁に医療安全支援センター（医療相談窓口）を設置し、医療相談及び医療安全に関する研修等を行っているほか、各保健福祉事務所にも医療相談窓口を設置し、医療相談等を行っています。
- 長野市保健所及び松本市保健所においても、医療安全支援センター（医療相談窓口）が設置され、医療相談等が行われています。
- 医療相談等に適切に対応するため、2015年度に関係する機関・団体等で構成する医療安全支援センター運営協議会を設置し、医療安全支援センターの運営に関する協議を行いました。

【図1】医療相談件数の年次推移



- 本県における近年の医療相談件数は、1,200 件前後で推移してきましたが、2021 年度以降は新型コロナに関連する相談が増加したことで全体の相談件数も増加しています。
- 相談内容の内訳については、「医療行為、医療内容」が全体の2割強を占めており、次いで、「医療知識等に係る問合せ」、「医療機関等の紹介等」となっています。

【図2】医療相談内容の内訳（2022年度）



(医療政策課調)

- 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	026-235-7276
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
木曾保健福祉事務所 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
松本市 医療安全支援センター	0263-40-0800

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に関する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体制の確保に加え、十分なサイバーセキュリティ体制の構築が図られるよう、医療機関への立入検査を通じて医療機関に助言・指導を行います。
- 医療安全支援センター運営協議会等で関係機関・団体等のご意見をお聞きしながら適切な医療相談に努めていきます。
- 医療相談窓口業務の質の向上を図るため、全ての相談職員が業務に必要な知識等の習得を目的とした研修を毎年受講するよう努めていくほか、窓口業務体制の更なる充実に向けた検討を随時行っています。

第3 数値目標

区分	指標	現状 (2022)	目標 (2029)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
P	相談職員総数に対する業務に必要な研修を受講した相談職員数の割合	48.3%	100%	県、二次医療圏、保健所設置市における全相談員の毎年度の受講を目指す	医療政策課調

注)「区分」欄 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

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。
- 2021年度の後期高齢者医療費は県民医療費の42.3%を占めています。
- 1人当たり県民医療費及び1人当たり後期高齢者医療費は、全国平均よりも低く推移していますが、長野県も全国と同様に増加傾向にあります。
- 長野県の年齢階級別1人当たり医療費（市町村国保）は、15～19歳までは年齢とともに徐々に下がり、その後は年齢とともに高くなっています。
- 1人当たり医療費に占める診療種別の割合で見ると、5～84歳までは入院外の割合が高く、0～4歳と、85歳以上で入院の割合が高くなっています。
- 疾病分類別医療費については、生活習慣と関連が深いと考えられる疾病が全体の34.5%を占めています。
- 高齢者人口の増加や医療の高度化による県民医療費の増加が見込まれるため、今後も安定的で持続可能な医療保険制度を構築するために公費投入や財政調整を行う必要があり、医療保険財政は非常に厳しい状況にあります。

2 医療費適正化計画の基本理念

- 今後も、県民が安心して医療を受けることができるよう、良質かつ適切な医療の効率的な提供体制を確保しながら、県民の生活の質の維持・向上を図るとともに、医療費が過度に増大しないようにしていく必要があります。
- 県民医療費は、高齢者人口の増加などにより、後期高齢者医療費を中心に今後も増加する見込みであり、超高齢社会の到来に対応した医療費の水準を目指します。

3 医療費の適正化に向けた取組

- 医療関係者や医療保険者等と連携しながら、次のことに取り組み、医療費適正化を図ります。

I 県民の健康の保持推進

特定健康診査・特定保健指導の実施率向上、メタボリックシンドローム該当者やその予備群の減少、たばこ対策、予防接種、生活習慣病等の重症化予防の推進、高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防などに取り組みます。

II 医療の効率的な提供の推進

病床機能の分化・連携の推進並びに地域包括ケア体制の構築の推進、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進や医薬品の適正使用の推進、医療資源の効果的・効率的な活用、医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供などに取り組みます。

III 適正な受診の促進等

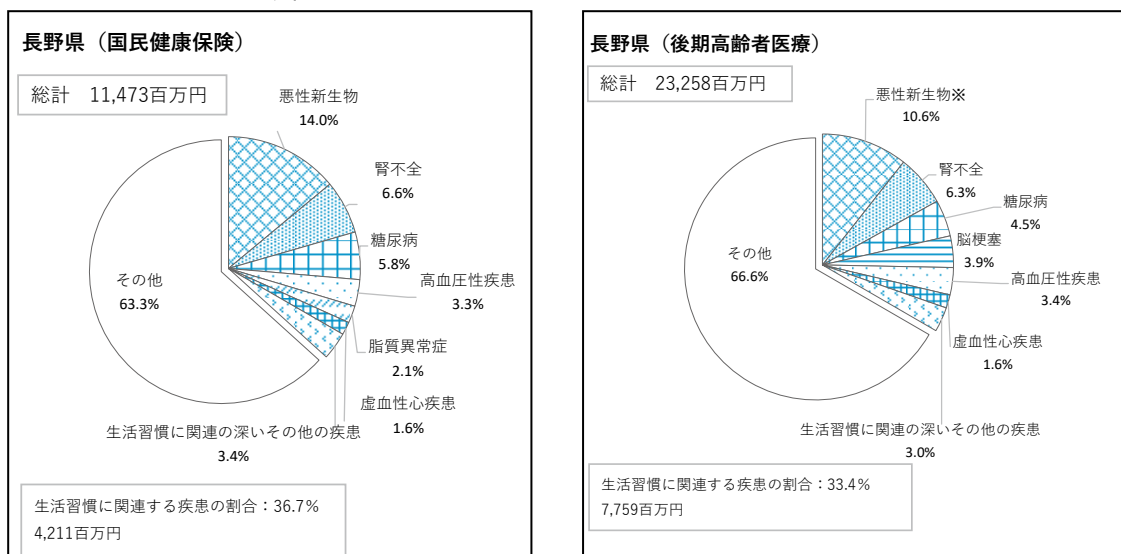
重複・頻回受診の解消やレセプト点検の充実などに取り組みます。

第1節 県民の健康の保持推進

第1 現状と課題

- 疾病分類別医療費については、生活習慣と関連が深いと考えられる疾病が全体の34.5%を占めています。
- 2021年度の特定健康診査実施率と特定保健指導実施率は、それぞれ61.5%、34.7%と全国の56.2%、24.7%と比べて高く、年々増加していますが、健康日本21（第二次）の目標値である特定健康診査実施率70%、特定保健指導実施率45%には達していません。
- 2020年度のメタボリックシンドローム該当者やその予備群の割合は男性40.9%、女性11.9%であり、全国平均よりも低いものの、全国と同様に増加傾向です。
- 2020年度の高血糖に該当する者（HbA1c6.5以上の者）の割合（男性8.9%、女性4.7%）、2019年度の高血圧者や正常高値血圧の者の割合（男性63.8%、女性46.1%）は全国と同水準ですが、高血糖状態や高血圧等は血管に負担をかけ、様々な重大な疾患に重症化するリスクがあるため、若い世代から生活習慣に気を付け、重症化させないことが重要です。
- 2019年度における喫煙率（20歳以上年齢調整値）は、男性27.7%、女性8.2%と、男女とも全国の28.8%、8.3%とほぼ同水準となっています。
- 予防接種については、新型コロナによる接種控えや接種時期を逃したことなどから、2021年度以降、麻しん風しんワクチンの第2期接種率が国予防指針の目標値である95%を下回っています。
予防接種の利便性向上及び接種率向上のため、引き続き、県内どこでも同じように予防接種を受けることができるよう、相互乗り入れの体制を維持していく必要があります。
- 2022年度の要介護認定率（17.1%）は、全国（19.0%）と比べて低い状況です。介護・介助が必要になった主な原因を年代別でみると、70歳代までは脳卒中が多く（40～65歳は46.2%、65～79歳は27.9%）、80歳以上になると高齢による衰弱が35.6%と、年代により傾向が異なります。
- 県民一人ひとりが「自分の健康は自分でつくる」という意識のもと、自身の健康の保持増進に努める必要があります。

【図1】疾病分類別医療費中「生活習慣に関連の深い疾病」の割合



(KDB 疾病別医療費分析 (中分類) 2023年5月診療分)

第2 施策の展開

1 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上、生活習慣病等の重症化予防の推進、メタボリックシンドロームの該当者やその予備群の減少

- 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上等、生活習慣病予防に資する普及啓発を行います。
また、若い世代や被扶養者、退職者、高齢者等いずれの場合も健康診査を継続して受診し、自身の健康状態の把握ができるよう保険者、医療機関、健診機関等と連携を図ります。
- 生活習慣病の早期発見及び重症化予防の取組について、市町村や関係機関・団体と幅広い連携・協力のもとに進めるとともに、保険者間での課題共有やそれに基づく取組の推進を図るため、保険者協議会と連携して促進します。
- メタボリックシンドローム予防、生活習慣病（がん、脳卒中、心臓病、糖尿病等）の発症予防等について、パンフレットやSNS等の活用や、関係団体と連携した啓発等、多様な手段を用いて正しい知識や情報を広く県民に普及啓発を行います。

2 たばこ対策

- 県民や事業場の管理者に、たばこによる健康被害に関する情報提供や、指定された場所以外では喫煙をしないよう周知啓発を行い、禁煙・分煙・防煙を進めます。

3 予防接種の接種率向上

- 市町村や医療機関と連携し、予防接種の意義や必要性について接種対象者やその保護者等への啓発を強化します。相互乗り入れに協力するよう、長野県医師会を通じて医療機関に働きかけます。

4 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

- フレイルの認知度を上げ、県民自らが健康づくりやフレイル予防に取り組めるよう、フレイルに関する知識についての普及啓発を行います。
- 高齢者の社会参加の促進を図る取組、全世代における継続的な食育や食環境整備、オーラルフレイル対策の推進、骨折・転倒防止のための歩行や運動に関する指導の充実、生活習慣病の重症化予防の取組等、市町村や関係機関・団体と広く連携し、多方面から総合的にフレイル予防・介護予防が図られるよう取組を推進します。

※詳細は、第4編「健康づくり」、第9編「疾病対策等」参照

第3 数値目標

区分	指標	現状 (2023年度)	目標 (2029年度)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
O	特定健康診査実施率（再掲）	61.5% (2021年度)	70%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 (特定健診・特定保健指導の実施状況)
O	特定保健指導実施率（再掲）	34.7% (2021年度)	45%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 (特定健診・特定保健指導の実施状況)
P	糖尿病性腎症重症化予防の取組を行う市町村数（再掲）	74 市町村 (2022年度)	77 市町村	全市町村での取組を目指す	健康増進課調
O	メタボリックシンドロームが強く疑われる者・予備群の割合（40～74歳）（再掲） (男性) (女性)	40.9% 11.9% (2020年度)	30% 9%	健康日本 21（第三次）の指標を参考に、2020年度と比べて25%の減少とする	厚生労働省提供データ
O	喫煙率（20歳以上）（再掲） (男性) (女性) (男女計)	21.5% 4.5% 13.0% (2022年度)	18% 4% 11%	健康日本 21（第三次）の指標に合わせ、現在の喫煙率から禁煙希望者が禁煙できたとした場合の喫煙率とする	県民健康・栄養調査
S	予防接種相互乗り入れ実施市町村数及び接種協力医療機関数（再掲）	77 市町村 /1,077 医療機関 (2023年度)	77 市町村 /1,077 医療機関以上	現状以上を目指す	感染症対策課調

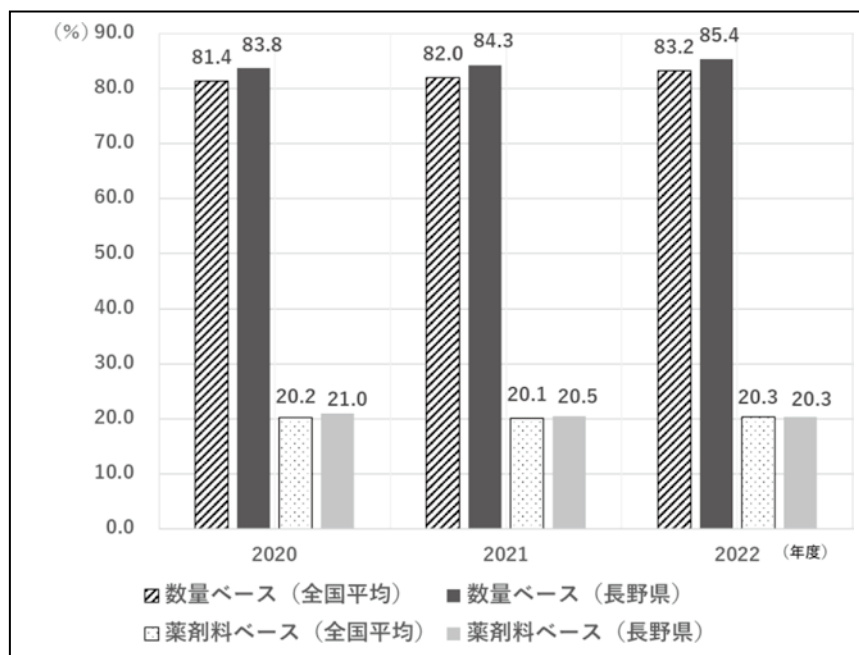
注)「区分」欄 S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を図る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：保健・医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第2節 医療の効率的な提供の推進

第1 現状と課題

- 年齢とともに1人当たり医療費は増加し、高齢者を中心に入院医療費が増加しています。
- 県民一人ひとりが「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師」を持ち、その指示のもと症状に応じた医療を受けることが必要です。
- 限られた医療資源の中で、少子高齢化の進展に伴い予測される医療需要の変化や医療従事者の減少、2024年度から開始される医師の時間外労働規制や今後起こり得る新たな感染症に対応していくためには、医療機関同士の役割分担と連携を更に強化することが必要です。
- 急速に高齢化が進む中、医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者の更なる増加が見込まれ、地域包括ケア体制の構築を通じた、在宅医療の推進、切れ目のない医療・介護サービスを提供することが求められています。
- 2022年度の後発医薬品のシェアは、数量ベースで85.4%（全国11位）となっています。
- 医療費の自己負担額の軽減が図られる後発医薬品の使用を促進するためには、後発医薬品についての県民の理解や、医療関係者間の情報の共有など、安心して使用できる環境の整備が必要です。
- 副作用防止や医薬品を適正に使用するため、重複投与の是正や残薬解消に向けた取組が必要です。

【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シェア



(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

1 病床機能の分化・連携並びに地域包括ケア体制の構築及び医療資源の効果的・効率的な活用

- 医療機関や市町村等が参画する地域医療構想調整会議の開催等を通じ、現状の医療機能や地域課題等を共有するとともに、将来を見据えた医療機関の機能分化・連携を進めるため、関係者の自主的な取組を支援します。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医から病院への患者紹介及び病院からかかりつけ医、かかりつけ歯科医への逆紹介が積極的に行われるよう、医療機関の機能分担と連携を推進します。
- 医療の効率化、安全確保、質の向上の観点から、診療情報等共有ネットワークの構築、遠隔医療の設備整備などを支援することにより、医療分野におけるICT化を推進します。
- 市町村における地域包括ケア体制の構築が進むよう、職員の対応力向上のための研修や、効果的な地域ケア会議の運営など、必要な助言や情報提供を行うことで市町村の取組を支援します。

2 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供

- 在宅医療と介護関係者の連携推進を図るため、在宅医療・介護連携推進セミナーを開催します。
- 地域医療介護総合確保基金等を活用し、医師・訪問看護師等の連携体制の構築、在宅医療に関する普及啓発、退院支援スタッフの配置等に係る施設・設備整備等を行う事業者を支援します。
- 「医療と介護との連携マニュアル」の周知と活用の促進等により、地域における医療・介護関係者の円滑な情報共有の仕組みづくりを支援します。

3 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

- ジェネリック医薬品使用促進連絡会を活用した医療関係者間の情報の共有や取組の検討等、後発医薬品の使用に関する情報提供や普及啓発を行い、使用促進を進めるとともに、患者や県民が後発医薬品を安心して使用できる環境整備に努めます。
- 地域の状況も考慮しながら医薬品適正使用の効果も期待されるフォーミュラリ（医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用指針）について必要な取組を検討します。
- バイオ後続品に対する医療関係者、患者及び県民の理解を深めるため、情報提供や普及啓発を行います。

4 医薬品の適正使用の推進

- 患者の薬剤情報の一元的・継続管理を行うことができる「かかりつけ薬剤師・薬局」を推進します。また、「かかりつけ薬剤師・薬局」が医療機関等と連携し、残薬、重複投薬及びポリファーマシー※などを解消する取組を推進します。
※ポリファーマシー：単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加や薬の飲み間違い、積極的に治療へ参加する意欲の低下等の問題につながる状態
- 複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報の確認、それらを活用した重複投薬・併用禁忌をチェックし、また、業務効率化による質の高い医療の提供につながる電子処方箋の普及・利活用の促進に取り組みます。
- 「お薬手帳」に、医療機関で処方された情報に加え、使用している一般用医薬品（OTC）、健康状態などを記録する取組を推進します。また、健康情報の記録・管理や服薬管理機能などが活用できる「電子版お薬手帳」の普及にも取り組み、自身で健康管理を行いつつ、医療関係者と情報を共有できるツールとして「お薬手帳」の重要性を周知します。

- 薬剤耐性（AMR）臨床リファレンスセンターによる資料等を活用し、県民に抗菌薬の適正使用等に関する普及啓発に取り組みます。また、医療関係者に対して、「抗微生物薬適正使用の手引き」の周知等を行い、抗菌薬の適正使用に取り組みます。
- リフィル処方箋について、患者に対して制度を正しく周知する取組を行うとともに、保険者、医療機関、薬局等と必要な取組について検討します。

※詳細は、第8編「医療施策」参照

第3 数値目標

区分	指標	現状 (2023年度)	目標 (2029年度)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
○	後発医薬品の普及率 ※1	85.4% (2022年度)	現状維持	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「最近の調剤医療費 (電算処理分)の動向」
○	バイオ後続品の普及率 ※2	25.0% (2021年度)	60%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省提供データ
参考（バイオ後続品 16成分の現状値（2021年度））					
①ソマトロビン（9.4%） ②エポエチンアルファ（100.0%） ③フィルグラスチム（98.4%） ④インフリキシマブ（22.6%） ⑤インスリングルルギン（65.1%） ⑥リツキシマブ（92.6%） ⑦エタネルセプト（41.3%） ⑧トラスツズマブ（77.3%） ⑨アガルシダーゼベータ（9.9%） ⑩ペバシズマブ（60.0%） ⑪ダルベポエチンアルファ（80.0%） ⑫テリパラチド（38.0%） ⑬インスリンリスプロ（21.6%） ⑭アダリムマブ（7.7%） ⑮インスリンアスパルト（5.8%） ⑯ラニビズマブ（10.6%）					

※1 ・国が金額ベース等の観点から踏まえて見直すこととしており、新たな政府目標を踏まえ、今後数値目標を見直すこととしております

※2 ・対象となるバイオ医薬品成分のうち、80%以上をバイオ後続品に置き換える成分の割合
 ・2021年度時点で80%以上バイオ後続品に置き換わった成分は、エポエチンアルファ、フィルグラスチム、リツキシマブ、ダルベポエチンアルファの4成分

注「区分」欄 ○（アウトカム指標）：保健・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

バイオ医薬品とバイオ後続品（バイオシミラー）

「バイオ医薬品」とは
 バイオ医薬品（バイオテクノロジー応用医薬品）とは、生物の力を利用してつくられるたんぱく質を有効成分（治療効果のある成分）とする薬です。糖尿病の治療に使われるインスリン、がんやリウマチに使われる抗体医薬品など様々な種類があり、今まで治療が難しかった病気にも効果が期待されています。

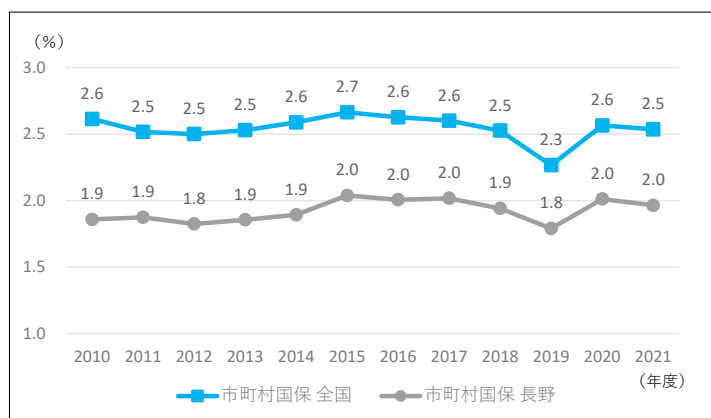
「バイオ後続品（バイオシミラー）」とは
 バイオ医薬品の特許が切れた後に、他の製薬会社から発売される薬で、特許が切れた薬と同様に使うことができます。バイオ医薬品は複雑なたんぱく質を有効成分としており、全く同じものを作ることが困難なため、バイオ後続品は構造にわずかな違いはありますが、多くの試験をして有効性や安全性が同等であることが確かめられています。

また、バイオ後続品の値段は特許が切れた医薬品の原則 70%となっており、使用する患者さん・ご家族の経済的な負担の軽減につながることを期待されています。

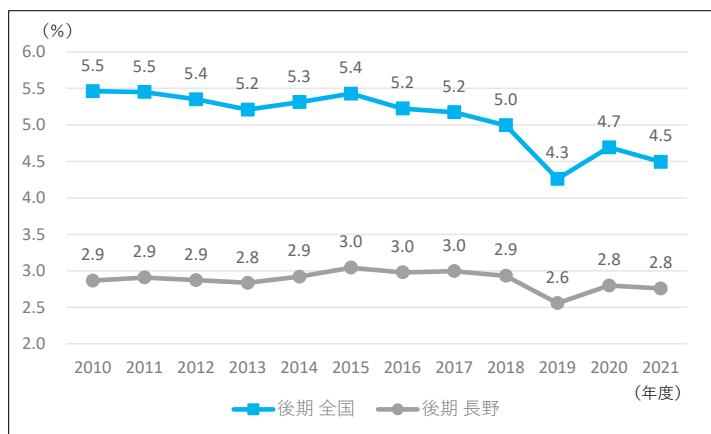
第3節 適正な受診の促進等

第1 現状と課題

- 2022年3月診療分における「都道府県別入院外医療給付対象者の受診動向」では、重複・頻回受診者について、その割合は市町村国保 2.0%、後期高齢者医療 2.8%で、全国平均の市町村国保 2.5%、後期高齢者医療 4.5%より低いものの一定程度見られます。
- 市町村国保における重複・頻回受診者等の指導対象者数は増加しています。
- 重複・頻回受診や重複投薬は、薬物の併用等により身体に影響があることから、適正な医療を確保するといった観点からもそれらを解消する取組が必要です。
- セルフメディケーションを推進するとともに、必要に応じて適切な受診につなぐ機能を持つ、健康サポート薬局を進めていく取組が必要です。
- 医療保険者が、被保険者の受診動向を把握し適正な受診を促すためには、診療報酬請求支払いの適正化に直接大きな効果を及ぼすレセプト点検の充実が重要です。具体的には、縦覧点検や医科レセプトと調剤レセプトとの突合、介護情報との突合等、医療保険者におけるレセプト点検・調査の充実強化が必要です。
- 医療費の適正化を図るため、保険医療機関等においては診療報酬請求の適正化、医療保険者においては、レセプト点検・調査の充実強化など、それぞれの役割を適切に果たすことが求められます。



【表1-1】
重複・頻回受診者の推移（市町村国保）



【表1-2】
重複・頻回受診者の推移（後期高齢者医療）

（厚生労働省「都道府県別入院外医療給付対象者の受診動向」）

※ ・各年度の3月診療分の状況を示しています。

・4医療機関以上又は16日以上を受診を対象としています。

第2 施策の展開

1 重複・頻回受診及び重複投薬の解消

- 医療関係者や医療保険者等と連携し、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局を持つことや適正受診の重要性に関する意識啓発を進めます。
- かかりつけ機能に加え、住民の健康サポート機能や検診、適正な受診につなぐ機能を持つ、健康サポート薬局の普及に取り組みます。
- 関係職種との連携を推進し、重複投与や頻回受診等の情報の共有及び薬の服用状況や副作用の発生状況等を把握する取組を支援します。
- 医療費通知の送付、重複・頻回受診者や重複・多剤投薬者に対する訪問指導など、被保険者に対する適正受診に向けた取組が推進されるよう、市町村等に対して、情報提供や助言、保健事業支援等を行います。

2 レセプト点検の充実

- 交通事故等の第三者行為求償事例の積極的な把握や適切な求償事務が行われるよう、市町村等を対象とした研修会の開催、市町村への情報提供及び助言を行います。
- 点検員の資質向上に向けた研修や市町村等への助言を通じ、レセプト点検・調査の更なる充実強化を図ります。
- 国や関係団体と連携して、保険医療機関等に対する説明会や助言により、診療報酬請求の適正化を図ります。

第3 数値目標

区分	指標	現状 (2023年度)	目標 (2029年度)	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（再掲）	70.6% (2023年度)	70.6%以上	現状の水準以上を目指す。	県民医療意識調査
○	かかりつけ歯科医を持つ者の割合（再掲）	76.9% (2023年度)	76.9%以上	現状の水準以上を目指す。	県民医療意識調査
○	かかりつけ薬局を持つ者の割合（再掲）	62.2% (2023年度)	62.2%以上	現状の水準以上を目指す。	県民医療意識調査

注) 「区分」欄 ○ (アウトカム指標): 保健・医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

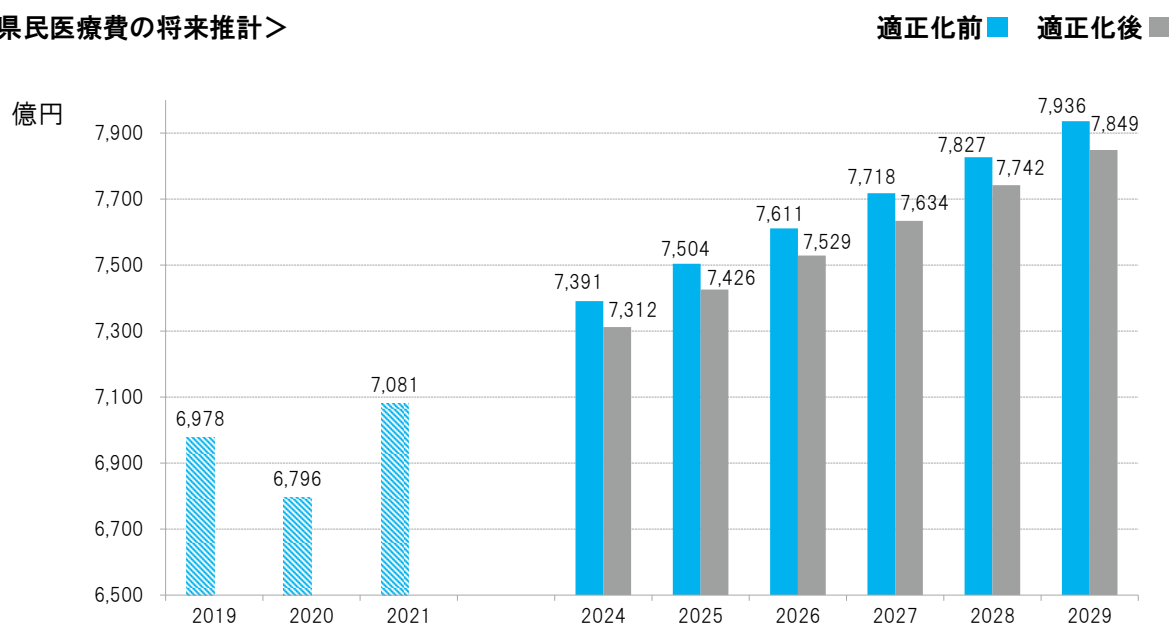
第4節 計画期間における医療費の見通し

1 2029年度の医療費の見込み

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、2024年度には7,391億円程度となり、2029年度には7.4%増加し、7,936億円程度になるものと推計されます。

一方、医療費適正化の取組として、後発医薬品の普及や特定健康診査・特定保健指導の実施率向上への取組、また、生活習慣病（糖尿病）に関する重症化予防の取組を進めることで、2029年度の県民医療費は、7,849億円程度となり、医療費適正化前と比較して約87億円の効果があるものと推計されます。

<県民医療費の将来推計>



※医療費の見込みは、国の推計ツールにより、国民医療費を基に、一定の診療報酬の改定率を加味して推計しています。

(長野県健康福祉政策課調)

(参考) 県民医療費推計方法の概要

- 2019年度を基準とした入院外及び歯科医療費を人口で除して算出した一人当たり医療費と過去の医療費を基礎として算出した一人当たり医療費の伸び率及び将来推計人口から推計。
- 医療費適正化の取組効果として、後発医薬品及びバイオ後続品の普及による適正化効果額、特定健康診査等の実施率の達成による適正化効果額、生活習慣病（糖尿病）に関する重症化予防の取組効果額、重複投薬の適正化効果等による効果額等を推計。
- 入院医療費については、病床の機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえ算出。なお、地域医療構想は、第4期医療費適正化計画の計画期間中の2025年度に向けて策定されているため、同年以降に係る検討状況を踏まえ、国の推計方法の見直しに応じて、本県の医療費見込みも見直す予定。

