

第7次保健医療計画策定に係る医療連携体制の検討状況について

資料一覧

○資料目次

番号	資料名	ページ
1	第7次長野県保健医療計画の策定について	-1-
2	保健医療計画策定委員会及びワーキンググループ会議における検討状況について	-5-
3	二次医療圏の設定について	-9-
4	現時点での保健医療計画案 (目ざすべき姿)	-11-
	" (救急医療)	-14-
	" (災害医療)	-23-
	" (周産期医療)	-34-
	" (小児医療)	-44-
	" (へき地医療)	-53-
	" (在宅医療)	-66-
	" (がん)	-85-
	" (脳卒中)	-116-
	" (心筋梗塞等の心血管疾患)	-129-
	" (糖尿病)	-139-
" (精神疾患)	-149-	

第 7 次長野県保健医療計画の策定について

医療推進課

1 保健医療計画の概要

趣旨・目的

県民の健康の保持・増進と医療提供体制の確保を図るため、国が定める基本方針に即し、かつ、地域の実情に応じて都道府県が策定（医療法（以下「法」という。）第 30 条の 4 第 1 項）

記載事項（法第 30 条の 4 第 2 項）

- ・ 5 疾病 5 事業*に係る医療体制
- ・ 居宅等における医療
- ・ 地域医療構想に関する事項
- ・ 医療従事者の確保
- ・ 医療圏の設定
- ・ 基準病床数 等

※ 5 疾病 5 事業 ⇒ 5 疾病：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患
 5 事業：救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療

計画期間

平成 30～35 年度（6 年間）

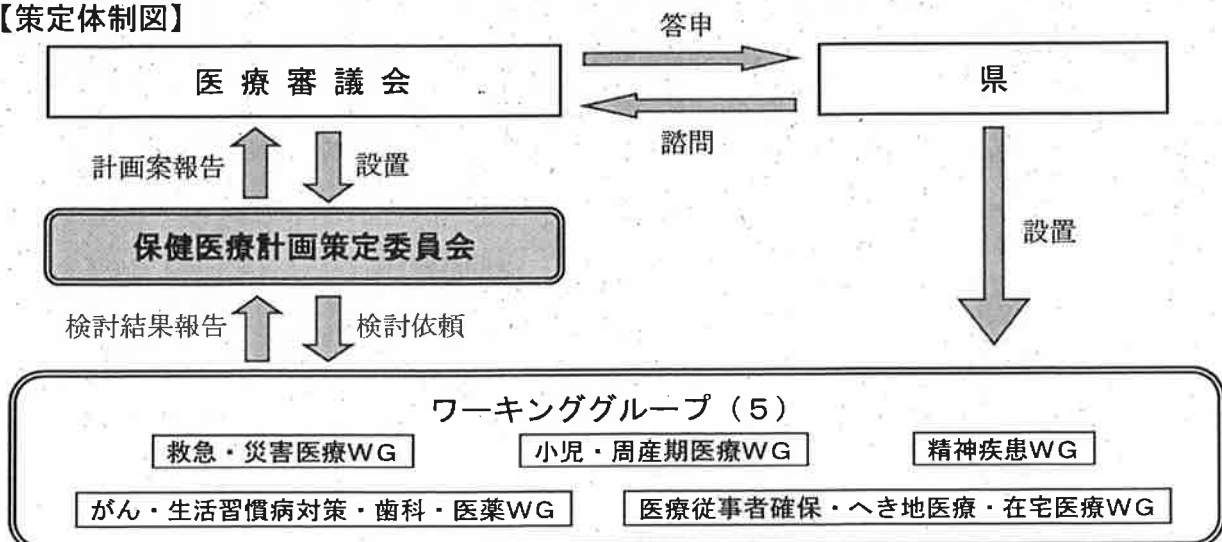
策定に係る法的手続き

- ・ 医療審議会への諮問・答申（法第 30 条の 4 第 14 項）
- ・ 医師会、歯科医師会、薬剤師会への意見聴取（法第 30 条の 4 第 13 項）
- ・ 市町村、保険者協議会への意見聴取（法第 30 条の 4 第 14 項）
- ・ 国への提出・公示（法第 30 条の 4 第 15 項）

2 策定体制

- ・ 医療法施行令第 5 条の 21 の規定に基づく医療審議会の部会として保健医療計画策定委員会を設置（審議会委員全員と、専門委員 3 名により構成）
- ・ 分野ごとの協議・検討を行うため、5 つのワーキンググループを設置

【策定体制図】



3 圏域における連携等の協議の場

- ・医療計画作成指針にもとづき、圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場を設ける。

【協議・検討内容】

- ・円滑な医療連携体制の構築に向けた検討
- ・保健医療計画推進に当たっての認識・情報の共有

○【「医療計画について」(国の作成指針 26～28 ページ 抜粋)】

第4 医療計画作成の手順等

6 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順

(2) 作業部会及び圏域連携会議の設置

都道府県は、5疾病・5事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するため、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の下に、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場(以下「作業部会」という。)を設置する。また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場(以下「圏域連携会議」という。)を設置する。

作業部会と圏域連携会議は、有機的に連携しながら協議を進めることが重要であり、原則として、圏域連携会議における協議結果は作業部会へ報告すること。

また、それぞれの協議の内容・結果については、原則として、周知・広報すること。

① 作業部会

略

② 圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際、保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互又は医療機関と介護サービス事務所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

ア 構成

各医療機能を担う全ての関係者

イ 内容

下記の(ア)から(ウ)について、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

(ア) 医療連携の必要性について認識の共有

(イ) 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

(ウ) 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

長野県医療審議会 保健医療計画策定委員会 委員名簿

(五十音順、敬称略)

氏 名	役 職 等	備 考
伊 澤 敏	佐久総合病院統括院長	委員長代理
池 上 道 子	心ある母さんの会相談役	
井 上 憲 昭	長野県病院協議会長	
上 原 明	長野県保険者協議会副会長	
牛 越 徹	長野県市長会 社会環境部会長 (大町市長)	
奥 野 ひろみ	信州大学医学部教授	
風 間 辰 一	長野県議会議員	
春 日 司 郎	長野県歯科医師会長	
亀 井 智 泉	長野こども療育推進サークル ゆうテラス代表	
唐 木 一 直	長野県町村会 社会環境部会長 (南箕輪村長)	
川 合 博	伊那中央病院長	
久 保 恵 嗣	長野県立病院機構理事長	委員長
関 健	社会医療法人城西医療財団 城西病院理事長・総長	
関 隆 教	長野県医師会長	
園 原 規 子	長野県栄養士会長	
竹 重 王 仁	医療法人公生会 竹重病院理事長	
日 野 寛 明	長野県薬剤師会長	
細 谷 たき子	佐久大学看護学部教授	
本 田 孝 行	信州大学医学部附属病院長	
松 本 あつ子	長野県看護協会会長	
宮 坂 圭 一	医療法人清風会 宮坂医院理事長	
山 田 一 尋	松本歯科大学教授	
吉 岡 二 郎	長野赤十字病院長	

計 23名

(平成29年7月現在)

第7次長野県保健医療計画策定ワーキンググループ 委員名簿 H29.7.21現在

○救急・災害医療(8名)

(五十音順、敬称略)

氏名	役職等	備考
飯塚 康彦	長野県医師会常務理事	
今村 浩	信州大学医学部附属病院高度救命救急センター長	
岩下 具美	長野赤十字病院第一救急部長	
込山 忠憲	長野県消防長会長	
高山 浩史	信州大学医学部附属病院高度救命救急センター助教	
土屋 恭子	長野県看護協会専務理事	
原 澄	長野県薬剤師会副会長	
吉岡 二郎	長野赤十字病院長	座長

○小児・周産期医療(10名)

氏名	役職等	備考
池上 道子	心ある母さんの会相談役	
亀井 智泉	長野子ども療育推進サークル ゆうテラス代表	
木村 薫	厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院名誉院長	
小池 健一	厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院統括院長	
塩沢 丹里	信州大学医学部産婦人科教授	
竹内 則夫	長野県小児科医会長	
樽井 寛美	長野県看護協会副会長	
中沢 洋三	信州大学医学部小児医学教室教授	
中村 友彦	県立子ども病院副院長・総合周産期母子医療センター長	
本田 孝行	信州大学医学部附属病院長	座長

○がん・生活習慣病対策・歯科・医薬(12名)

氏名	役職等	備考
上原 明	長野県保険者協議会副会長	
奥野ひろみ	信州大学医学部保健学科教授	
笠原 哲三	長野県歯科医師会常務理事	
金子 源吾	飯田市立病院名誉院長	
唐木 一直	長野県町村会 社会環境部会長 (南箕輪村長)	
久保 恵嗣	長野県立病院機構理事長	座長
桑原宏一郎	信州大学医学部附属病院循環器内科科長	
小池 洌	長野県医師会常務理事	
駒津 光久	信州大学医学部糖尿病・内分泌代謝内科教授	
小山 淳一	信州大学医学部附属病院脳血管内治療センター長	
藤澤 裕子	長野県薬剤師会副会長	
山田 一尋	松本歯科大学教授	

○精神疾患(8名)

氏名	役職等	備考
伊澤 敏	厚生連佐久総合病院統括院長	座長
遠藤 謙二	長野県精神科病院協会長	
小泉 典章	長野県精神保健福祉センター所長	
関 健	長野県医師会副会長	
夏目 宏明	長野県精神保健福祉士協会長	
長谷部 優	長野県薬剤師会副会長	
南方 英夫	日本精神科看護協会長野支部顧問	
鷲塚 伸介	信州大学医学部精神医学講座教授	

○医療従事者確保・へき地医療・在宅医療(14名)

氏名	役職等	備考
市川 彰	長野県理学療法士会相談役	
井上 憲昭	長野県病院協議会長	座長
牛越 徹	長野県市長会 社会環境部会長 (大町市長)	
岡田 啓治	長野県医師会副会長	
川合 博	伊那中央病院長	
小林 広美	長野県介護支援専門員協会長	
園原 規子	長野県栄養士会長	
高田 弘子	長野県薬剤師会常務理事	
塚田 修	長野県有床診療所協議会長	
中澤 勇一	信州大学医学部地域医療推進学講座准教授	
細谷たき子	佐久大学看護学部教授	
松本あつ子	長野県看護協会長	
村島隆太郎	佐久市立国保浅間総合病院長	
山岸 光男	長野県歯科医師会常務理事	

保健医療計画策定委員会及びワーキンググループ会議における検討状況について

医療推進課

1 第1回策定委員会 (H28. 11. 4)

議 題	概 要
1 委員長の選出について	・ 委員長及び委員長代理を選出
2 ワーキンググループの設置について	・ 5つのワーキンググループの委員構成案を説明
3 国による検討状況について	・ 国の「医療計画の見直し等に関する検討会」の検討状況について説明

2 第1回ワーキンググループ会議 (H28. 12月～H29. 1月)

ワーキンググループ名	開催日	概 要
救急・災害医療	H28. 12. 27	<ul style="list-style-type: none"> ・ 座長の選出 ・ 第7次長野県保健医療計画策定の概要 ・ 次期計画に関する国の検討状況について説明 ・ 県民医療意識調査の調査項目の検討 ・ 長野県地域医療構想(案)の説明
小児・周産期医療	H28. 12. 27	
がん・生活習慣病対策・歯科・医薬	H28. 12. 26	
精神疾患	H29. 1. 6	
医療従事者確保・へき地医療・在宅医療	H28. 12. 26	

3 第2回策定委員会 (H29. 2. 10)

議 題	概 要
1 長野県医療の目指す方向について	・ 長野県の保健医療の現状や第6次計画の進捗状況評価等を説明し、次期計画における目指す方向について意見発表
2 医療計画の見直し等に関する国の検討状況について	・ 5疾病5事業を中心に国で検討が行われている見直しの方向性を説明

4 第2回ワーキンググループ会議 (H29. 5月～6月)

ワーキンググループ名	開催日	概 要
救急・災害医療	H29. 6. 23	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療計画作成指針等の概要説明 ・ 疾病・事業ごとの現状と課題を踏まえた今後の方向性の検討
小児・周産期医療	H29. 5. 29	
がん・生活習慣病対策・歯科・医薬	H29. 5. 31	
精神疾患	H29. 6. 1	
医療従事者確保・へき地医療・在宅医療	H29. 5. 30	

5 第3回策定委員会 (H29. 7. 21)

議 題	概 要
1 医療計画作成指針等の概要	・医療計画作成指針等の概要説明
2 計画の枠組みについて	・信州保健医療総合計画の構成イメージを説明 (別添1)
3 第2回ワーキンググループ会議における主な議論について	・ワーキンググループで検討されている5疾病5事業などについて意見交換
4 次期保健医療総合計画の目指すべき姿について	・次期計画の「目指すべき姿」(別添2)に対する意見発表
5 二次医療圏の設定について	・二次医療圏について、現状の10医療圏を維持することを決定 (別添3)
6 医療施策・疾病対策のうち策定委員会担当分の検討について	・次期計画案のうち、「機能分化と連携 (病診連携等の推進)、医療安全対策、難病対策、アレルギー疾患対策、その他の医療施策」について検討

6 第3回ワーキンググループ会議 (H29. 8月~9月)

ワーキンググループ名	開催日	概 要
救急・災害医療	H29. 8. 1	・分野ごとの検討 (目指すべき方向と医療連携体制、施策の展開、数値目標、コラムの項目案等)
小児・周産期医療	H29. 8. 10	
がん・生活習慣病対策・歯科・医薬	H29. 8. 28	
精神疾患	H29. 9. 1	
医療従事者確保・へき地医療・在宅医療	H29. 8. 9	

分野別・項目別の検討体制

平成29年7月21日
第3回保健医療計画策定委員会資料

構成イメージ	検討組織	担当課
はじめに		健康福祉政策課
第1編 計画の基本的事項		
計画策定の趣旨、計画の性格、計画期間、推進体制とそれぞれの役割、評価及び見直し	保健医療計画策定委員会	健康福祉政策課
第2編 長野県の現状		
1 県民の状況 人口構造、人口動態と平均寿命、傷病動向、要介護要・支援認定者の状況	保健医療計画策定委員会	健康福祉政策課 医療推進課 介護支援課
2 医療の現状 県民意識、保健医療施設、医療従事者受療動向（2次医療圏の入院患者の流出入等）		
3 医療費等の現状 経済状況・社会保障、県民医療費、疾病別医療費	医療費適正化計画策定市町村・保険者等協議会	健康増進課
第3編 目指すべき姿		
目指すべき姿、基本的な方向性	保健医療計画策定委員会	健康福祉政策課
第4編 健康づくり		
栄養・食生活、身体活動・運動、こころの健康	健康づくり推進県民会議	健康増進課
アルコール	アルコール健康障害対策推進会議	保健・疾病対策課
歯科保健	がん・生活習慣病対策・歯科・医薬WG 歯科保健推進県民会議	保健・疾病対策課
たばこ、生活習慣病予防	健康づくり推進県民会議	健康増進課
すこやか親子21	すこやか親子21WG	保健・疾病対策課
県民参加の健康づくり	健康づくり推進県民会議	健康増進課
第5編 医療圏の設定と基準病床数		
1 医療圏の設定 設定の趣旨、医療圏の区分及び設定	保健医療計画策定委員会	医療推進課
2 基準病床数 基準病床数、療養病床再編、有床診療所特例		
第6編 地域医療構想		
構想の意義、病床の機能に関する情報提供の推進等	保健医療計画策定委員会	医療推進課
第7編 医療施策、第8編 疾病対策等（検討組織ごとに項目を分類したため、実際の構成順とは異なります）		
○医療機能の分化と連携 病診連携等の推進、特定機能病院・地域医療支援病院、情報化の推進、かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及等	保健医療計画策定委員会	医療推進課 保健・疾病対策課
○医療安全の推進 医療安全対策		
○医療従事者の養成・確保 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、 歯科衛生士・歯科技工士、栄養士、その他従事者	医療従事者確保・へき地医療・在宅医療WG 地域医療対策協議会	医療推進課、医師確保対策室 健康増進課、保健・疾病対策課 薬事管理課
○医療費の適正化 適正な受診の促進、後発医薬品、レセプト点検、 計画期間における医療費の見直し	医療費適正化計画策定市町村・保険者等協議会	健康増進課
○疾病・事業対策		
救急医療、災害医療	救急・災害医療WG	医療推進課
小児医療、周産期医療	小児・周産期医療WG	保健・疾病対策課
がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病 歯科、薬物乱用対策、 医薬分業・医薬品等の適正使用、 CKD（慢性腎臓病）、COPD（慢性閉塞性肺疾患）	がん・生活習慣病対策・歯科・医薬WG がん対策推進協議会	保健・疾病対策課 健康増進課 薬事管理課
精神疾患	精神疾患WG	保健・疾病対策課 障がい者支援課
へき地医療、在宅医療 高齢化に伴い増加する疾患対策（ロコモ、フレイル等）	医療従事者確保・へき地医療・在宅医療WG	医療推進課、介護支援課 保健・疾病対策課
感染症	感染症対策協議会	保健・疾病対策課
肝炎対策	ウイルス肝炎診療協議会	
アルコール健康障害	アルコール健康障害対策推進会議	
難病	保健医療計画策定委員会	
アレルギー		
その他の医療施策（移植医療） （外国籍県民に対する支援） （原爆被爆者に対する支援）	保健医療計画策定委員会	医療推進課 地域福祉課

第7次長野県保健医療計画策定スケジュール(予定)

資料4

医療推進課

		平成29年度											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医療審議会	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">11/4 第3回 審議会</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">2/10 第4回 審議会</div>				7/21 第1回 審議会		9/1 第2回 審議会					合同会議 第3回 審議会	
	・7次計画策定諮問												
策定委員会	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">11/4 第1回 委員会</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">2/10 第2回 委員会</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">7/21 第3回 委員会</div>			骨子案、医療圏の設定 WGの検討状況 医療計画作成指針		8月 第3回 WG		10月 第4回 WG		第4回 委員会		第5回 委員会	
	・6次計画の進捗状況評価 ・県の現状 ・医療の目指すべき方向性												
ワーキンググループ	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">12月 第1回 WG</div>		5月 第2回 WG										
	・座長選任 ・地域医療構想案の説明												
調整会議 (圏域連携 会議) (10圏域)							9月 第1回 圏域連携 会議					12月 第2回 圏域連携 会議	
その他	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">地域医療構想 策定</div>								市町村 との協 議の場		パブコメ 意見聴取		企画調整 委員会
													・計画の決定 郵局長 会議 公示 厚生省 提出

二次医療圏の設定案

医療推進課

1 二次医療圏の設定案

現状どおり、10の二次医療圏を維持する。

2 理由

- (1) 現行の第6次保健医療計画では県民が身近なところで安全で質の高い医療サービスを楽しむ体制を目指して、「5疾病・5事業について、二次医療圏内で対応することを基本としつつ、医療の高度化・専門化に圏域で対応できないものについては隣接する医療圏との連携体制を強化する」取組を進めており、現行の10の二次医療圏を維持することが適当であること。
- (2) 地域医療構想の構想区域の設定に当たり、現行の10の二次医療圏と同一に設定したこと。

3 医療の需給状況の改善方針

- 医療計画作成指針により、二次医療圏の設定を変更しない場合には医療の需給状況の改善に向けた具体的な検討を行うこととされていることから、疾病・事業ごとの圏域の設定や二次医療圏相互の連携体制については、保健医療計画策定委員会やワーキンググループ等で検討し、計画に反映していく。

次期医療計画における基準病床（一般・療養）の算定式について

現行の基準病床数（一般・療養）の算定式

※現行の算定式は、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成17年厚生労働省令第119号）により変更され、第5次医療計画から適用。

二次医療圏ごとに①、②、③の合算値を基準病床数として算定

①一般病床

$$\frac{\left[\begin{array}{c} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{c} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{一般病床退院率} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{c} \text{平均在院日数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{c} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]}{\left[\begin{array}{c} \text{病床利用率} \end{array} \right]}$$

②療養病床

$$\frac{\left[\begin{array}{c} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{c} \text{性別・年齢階級別長期} \\ \text{療養入院・入所需要率} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{介護施設} \\ \text{対応可能数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{c} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]}{\left[\begin{array}{c} \text{病床利用率} \end{array} \right]}$$

※①、②の算定については、二次医療圏ごとに流入流出を加味し病床数を算出するが、その都道府県単位の合計数は、流入がないとして積み上げた都道府県単位の合計数を超えることができない。

③流出超過加算

都道府県における流出超過分の1/3を限度に加算

次期医療計画における基準病床数（一般・療養）の算定式

地方ブロックごとの経年変化を踏まえた日数を設定

①一般病床

$$\frac{\left[\begin{array}{c} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{c} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{一般病床退院率} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{c} \text{平均在院日数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{c} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]}{\left[\begin{array}{c} \text{病床利用率} \end{array} \right]} \rightarrow 76\% \text{を下限値}$$

②療養病床

$$\frac{\left[\begin{array}{c} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{c} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{療養病床入院受療率} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{在宅医療等} \\ \text{対応可能数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{c} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]}{\left[\begin{array}{c} \text{病床利用率} \end{array} \right]} \rightarrow 90\% \text{を下限値}$$

③都道府県間の患者流入流出を見込む場合

流出先又は流入元の都道府県と協議を行い定めた数

平成29年7月21日
第3回保健医療計画策定委員会資料

目指すべき姿

現行の保健医療総合計画との主な変更点を朱書き下線・見え消しで記載

(1) 「長生き」から「健康で長生き」へ ～健康長寿世界一を目指して～

厚生労働省の都道府県別生命表（平成22年（2010年））によると、長野県は平均寿命が男性80.88年、女性87.18年で、男女ともに全国一位となっています。（平成27年（2015年）の都道府県別平均寿命は平成29年12月公表予定）

また、厚生労働省の平成27年（2015年）都道府県別年齢調整死亡率（人口10万対）の概況によると、長野県は、男性434.1、女性227.7で男女とも低い方から全国1位となっています。

一方、厚生労働省は、「子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら、希望や生きがいを持ち、健やかで心豊かに生活できる社会の実現」を目指すため、生活の質及び社会環境の質の向上を目的として、平均寿命の延伸とともに、「健康上の問題で日常生活に制限されることなく生活できる期間」とされる健康寿命に従来に増して着目し、その延伸や地域間の健康格差の縮小を実現することとしています。

「長生き」を実現してきた長野県の保健医療健康に関する施策は、健康寿命をさらに延ばすことにより、住み慣れた環境でできるだけ長く健康で生きがいをもって幸せに暮らせるよう、「健康で長生き」へと更なる施策の展開を図る必要があります。

(2) 取り組む姿勢

県が「健康で長生き」に取り組む姿勢は以下のとおりです。

- 長野県総合5か年計画、第7期長野県高齢者プラン、長野県障がい者プラン、長野県食育推進計画（第3次）、長野県自殺対策推進計画等との同時策定となることから、施策の整合性を確保した上で、連携して施策を推進します。
- 平成30年（2018年）年4月から県も市町村とともに国民健康保険の保険者となることから、県民の健康づくりを市町村とより一層協働して進めます。
- 最新の根拠・データ知見に基づき、優先して取り組むべき健康課題を見える化明確にします。
- 健康や疾患に関する県民や社会の理解を促進します。
- ヘルスプロモーションの理念を踏まえ、関係機関・団体等と一体となった活動を推進します。するとともに、これまでの長野県の健康長寿を支えた取組を次世代へ継承します。
- 人口減少への歯止めと人口減少を踏まえた地域社会の維持・活性化に資する取組を推進します。

ヘルスプロモーション

- WHO（世界保健機関）が1986年にオタワ憲章にて提唱した考え方で、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義しています。
- 県民が主体的に健康づくりに取り組めるよう、総合的に支援する環境づくりが必要です。

長野県の健康長寿の要因と次世代への継承

長野県の平均寿命、健康寿命が全国上位にランクインする要因として、

- ・高齢者の高い就業率や積極的な社会参加など、県民が生きがいを持って生活している。
- ・野菜摂取量が多いなど、県民の健康に対する意識が高い。
- ・食生活改善推進員や保健補導員などの健康ボランティアによる自主的な健康づくりへの取組が活発である。
- ・医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の専門職種による地域保健医療活動が活発である。

などがあげられているところです。（長野県健康長寿プロジェクト・研究事業報告書）

こうした県民の意識と様々な活動は長野県の財産（強み）であり、今後も、継承し発展させていく必要があります。

(3) 基本方針

県は、「健康で長生き」を実現するため、以下の基本方針を掲げます。

○予防活動の充実と健康づくり

生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に努めるとともに、高齢期における日常生活の自立を目指した身体機能の強化・維持、子どもの頃からの健康づくり、働く世代のこころの健康対策等を推進し、県民の行動変容につなげます。

○共助（ソーシャルキャピタル）を基礎とした支援体制の整備

時間的にゆとりのない者や、健康づくりに無関心な者も含め、社会全体として相互に支え合いながら、県民一人ひとりが健康づくりに向けて取り組み、健康を守る環境を整備することを重視します。

○医療提供体制の充実・強化

医療機能の適切な分化と連携を進め、地域全体で医療を支える体制の構築を目指します。

また、各医療圏における医療提供体制を充実・強化するとともに、必要に応じ、隣接する医療圏との連携を図り、県民が身近なところで安全かつ効率的で質の高い医療サービスを受受できる体制を目指します。

○医療と介護（福祉）との連携

社会全体の変化に対応し、保健・医療・介護（福祉）が相互に連携した切れ目のない地域包括ケア体制保健医療体制を目指します。

結果

○健康寿命の延伸、平均寿命と健康寿命の差の縮小

○誰もが住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現

(4) 目標（現行計画と同様に主要指標を記載）

救急医療

第 1 現状と課題

1 救急搬送

(1) 年齢区分別の救急搬送の状況

- 救急搬送数は、県全体で平成22年（2010年）は78,808人でしたが、平成27年（2015年）には88,316人（9,508人、12.1%増）となり、年々増加しています。
- 特に、救急搬送された高齢者（満65歳以上）は、平成22年（2010年）には46,180人であったものが、平成27年（2015年）には55,886人となり、9,706人増（21.1%増）となっています。
- 今後も、高齢化の進展とともに救急搬送に占める高齢者の割合も増加するものと考えられます。

【表1】年齢区分別救急搬送人数

（単位：人）

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

（消防庁「救急・救助の現況」）

(2) 傷病程度別の搬送の状況

- 平成27年（2015年）の救急車で搬送される傷病者のうち、最も多いのは中等症で49.6%（全国40.5%）、続いて軽症者が38.5%（全国49.4%）を占めます。軽症者の割合は年々減少傾向にありますが、中には不要不急であるにも関わらず救急車を要請する案件が見受けられます。
- 軽症患者に対しては、初期救急医療機関の受診を促すとともに、救急車の適正利用を積極的に推進していく必要があります。

【表2】傷病程度別搬送件数人数

（単位：人、%）

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

（消防庁「救急・救助の現況」）

(3) 受入れの照会回数及び現場滞在時間の状況

- 救急車で搬送される重症以上の傷病者のうち、受入れに時間がかかり、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合とされる「照会回数4回以上」又は「現場滞在時間30分以上」の割合はそれぞれ0.8%（全国2.7%）、2.8%（全国5.2%）といずれも全国平均を下回っており、救急搬送が円滑に行われています。
- 引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		
	件数	4回以上	構成比	件数	4回以上	構成比
重症以上傷病者(転院搬送を除く)	8,577	69	0.8	431,642	11,754	2.7

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

【表4】現場滞在時間区分ごとの件数 (単位:人、%)

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

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

2 救急医療提供体制

(1) 病院前救護活動

- 救急隊に救急救命士が配置されている割合は、平成22年(2010年)には93.0%(全国94.3%)であったものが、平成27年(2015年)には96.6%(全国98.4%)と増加しています。
- 救急救命士が救急車に常時同乗する割合は、平成22年(2010年)には64.3%(全国80.5%)であったものが、平成27年(2015年)には89.0%(全国89.3%)と増加しています。
- 気管挿管技能認定救急救命士及び薬剤投与技能認定救急救命士の割合は、それぞれ平成23年(2011年)には61.0%(全国44.1%)、79.2%(全国74.4%)であったものが、平成27年(2015年)には68.4%(全国49.5%)、83.2%(全国85.7%)と増加しています。
- 平成28年(2016年)に救急業務全般の質の向上等を目的に指導救命士制度の運用を開始しました。
- 引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5】救急救命士の運用状況

区分	長野県			全国		
	平成22年	平成27年	増減	平成22年	平成27年	増減
救急救命士が配備されている救急隊の割合	93.0%	96.6%	3.6ポイント	94.3%	98.4%	4.1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)	64.3%	89.0%	24.7ポイント	80.5%	89.3%	8.8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6】救急救命士技能認定の状況

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

(消防庁「救急・救助の現況」)

【表7】指導救命士技能認定の状況(平成29年5月末現在)

指導救命士技能認定者数(人)	12
----------------	----

(医療推進課調べ)

(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8】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及び出動件数

区分	医療機関名	平成23年度		平成27年度	
		台数	件数	台数	件数
ドクターカー	佐久総合病院佐久医療センター(注1)	1	8	3	3
	諏訪赤十字病院	1	90	1	267
	伊那中央病院	0	0	1	6
	飯田市立病院	1	0	1	28
	信州大学医学部附属病院	1	130	1	173
	相澤病院	2	116	4	81
	長野赤十字病院	1	18	1	13
ドクターヘリ	佐久総合病院佐久医療センター(注1)	1	240	1	447
	信州大学医学部附属病院(注2)	1	175	1	560
計	7箇所	9	777	13	1,578

注1) 平成23年度は佐久総合病院の数値

(医療推進課調べ、厚生労働省「救命救急センター充実段階評価」)

注2) 平成23年10月から運航

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

平成27年度：保有2台 出動件数438件（平成23年度：保有1台 出動件数402件）

(3) 救急医療を担う医療機関

- これまでに、在宅当番医制等による初期救急医療体制から、病院群輪番制による二次救急医療体制、7か所の救命救急センターによる三次救急医療体制までの救急医療体制の整備が図られてきました。
- 今後は、高齢化に伴う中等症・軽症患者の増加に対応するため、初期・二次救急医療体制の一層の整備を行うとともに、初期・二次・三次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9】初期救急医療を担う医療機関数

二次医療圏	在宅当番医制に参加する医療機関			休日夜間対応医療機関数		
	平成22年	平成27年	増減	平成22年	平成27年	増減
佐久	61	67	6	5	2	△3
上小	82	80	△2	2	2	0
諏訪	101	96	△5	1	2	1
上伊那	96	94	△2	1	1	0
飯伊	40	45	5	1	1	0
木曾	12	10	△2	1	1	0
松本	248	235	△13	2	2	0
大北	31	26	△5	1	1	0
長野	215	200	△15	5	5	0
北信	0	0	0	1	3	2
計	886	853	△33	20	20	0

(厚生労働省「医療施設調査」)

【表10】二次救急医療を担う医療機関数（病院群輪番制病院数）

二次医療圏	平成22年	平成27年	増減
佐久	4	4	0
上小	10	11	1
諏訪	6	6	0
上伊那	3	3	0
飯伊	8	8	0
木曾	1	1	0
松本	9	9	0
大北	2	2	0
長野	7	7	0
北信	2	2	0
計	52	53	1

（厚生労働省「医療施設調査」）

【表11】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	404	2,477	
南信	諏訪赤十字病院	諏訪市	10	542	3,993	
	伊那中央病院	伊那市	10			
	飯田市立病院	飯田市	10			
中信	信州大学医学部附属病院	松本市	20	512	4,525	高度救命救急センター
	相澤病院		10			
北信	長野赤十字病院	長野市	34	628	2,567	
計	7箇所	6市	114	2,086	13,562	

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

（４）救命後の医療体制

- 救命後人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備している病院は71か所であり、県内の全ての病院の55%に留まっています。
- また、同様に、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備している病院も58か所（45%）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なう体制整備が課題となっています。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

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

（１）適切な病院前救護活動が可能な体制

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

(2) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

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

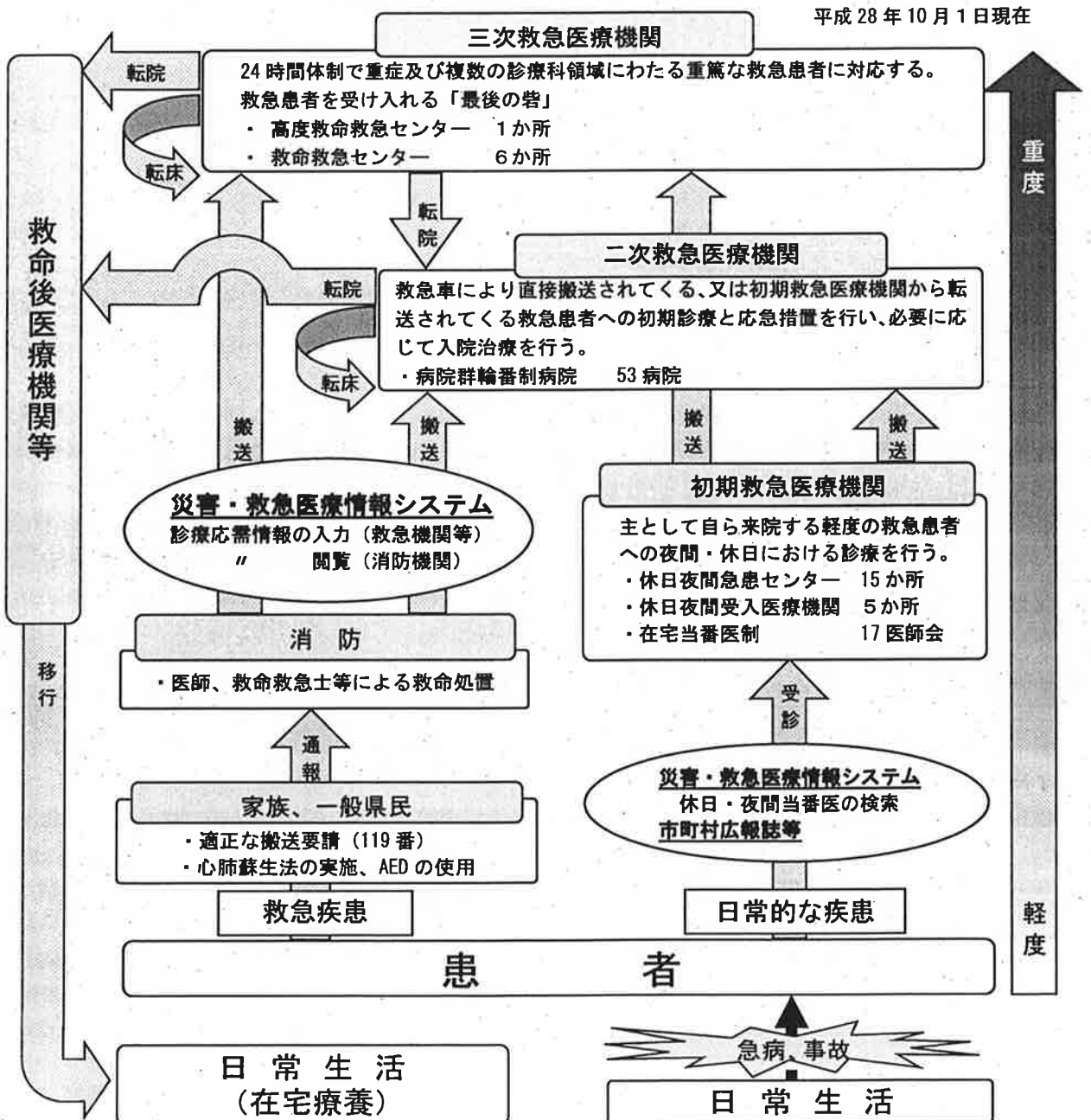
(3) 救急医療機関からの転院、救急医療機関内における一般病棟への転床を円滑に実施できる体制

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

2 救急医療体制

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



3 二次医療圏相互の連携体制

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

圏域外への流出割合が高い医療圏（上小・木曾・大北医療圏）についても各々の体制強化が図られてきていることから、原則として二次医療圏内で対応することとし、必要に応じて他の医療圏と連携することとします。

【表 12】患者の流出入の状況（2013年度診療分、国保・後期高齢レセプトによる分析のうち2次救急）

二次医療圏	患者の流出入の状況		二次救急医療機関数（H27）	三次救急医療機関（救命救急センター）
	圏域内	流出先（割合）※10%未満除く		
佐久	97.6%		4	佐久総合病院佐久医療センター（佐久市）
上小	76.2%	佐久（19.2%）	11	
諏訪	98.2%		6	諏訪赤十字病院（諏訪市）
上伊那	85.2%		3	伊那中央病院（伊那市）
飯伊	99.2%		8	飯田市立病院（飯田市）
木曾	80.1%	岐阜県（11.9%）	1	信州大学医学部附属病院（松本市） 相澤病院（松本市）
松本	96.3%		9	
大北	81.0%	松本（17.8%）	2	
長野	97.4%		7	長野赤十字病院（長野市）
北信	91.6%		2	

（長野県地域医療構想）

第3 施策の展開

1 病院前救護活動の促進

- メディカルコントロール体制の強化・標準化を図るため、指導救命士制度の活用や各種研修会・講習会の充実等を図ります。
- 適正な転院搬送を行なうため、地域メディカルコントロール協議会等において、転院搬送に係るルール化の促進を図ります。
- 救急車の適正利用、適正な救急医療機関の受診を推進するため、救急安心センター事業（#7119）の導入の可否を検討します。
- ドクターヘリやドクターカーのより有効な活用について検討します。
- 長野県広域災害・救急医療情報システム（ながの医療情報Net）の利用促進を図ります。

2 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制の整備

- 市町村や郡市医師会等との協力により、在宅当番医制や休日夜間急患センター等による初期救急医療体制の整備を推進します。
- 入院治療を必要とする救急医療を確保するため、市町村や医療機関等との協力により、病院群輪番制など地域の実情に応じた体制の整備を推進します。
- 適切な救急医療体制を確保するため、救命救急センターの運営を支援するとともに、救急医療機関の必要な施設・設備の整備を支援します。
- 救急医療機関の役割分担を明確化するため、「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の見直しを行ないます。

3 救急医療機関からの転院・転床を円滑に実施できる体制の整備

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

第4 数値目標

1 適切な病院前救護活動が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	救急救命士が常時同乗している救急車の割合（救急隊のうち救命士常時運用隊の比率）	89.0% (H27)	100%	救急車に救急救命士が常時同乗する。	消防庁「救急・救助の現状」
O	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1ヶ月後社会復帰率（救急救命士が行う救急救命処置の効果を示す数値）	6.1% (H27までの 10か年集計)	10.0% 以上	H18 から H22 までの5か年の集計（4.3%）から H23 から H27 までの5か年の集計（7.7%）までの増加率（0.7%/年）に相当する程度の増加を目指す。	消防庁「救急・救助の現状」

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

2 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	救命救急センターの充実度評価Aの割合	100% (H28)	100%	全ての救急救命センターにおいて充実度評価の最高ランクを維持する。	厚生労働省「救命救急センター充実段階調査」
S	二次救急医療機関（病院群輪番制病院）の数	53 機関 (H27)	53 機関 以上	現状より増加させる。	医療推進課調査
S	休日・夜間に対応できる医療施設数	20 施設 (H27)	20 施設 以上	現状より増加させる。	医療推進課調査

3 救急医療機関から転院、救急医療機関内における転床を円滑に実施できる体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を備えた病院の割合	55%	55% 以上	現状より増加させる。	医療推進課調査

平成28年(2016年)10月1日現在

1 救急医療に関する機能別(初期救急医療、入院救急医療、救命救急医療)医療機関

機能	市名	【初期救急医療】	救急告示医療機関(「救急病院等」を定める省令)によって定められた救命医療機関	【入院救急医療】(第二次救命医療)	【救命救急医療】
佐久	佐久市	在宅当番医師(参加医療機関数)	川西赤十字病院(佐久市)	厚生連小諸厚生総合病院(小諸市)	【救命救急医療】 救命救急センター 高度
	南佐久郡	○ 休日夜間急患センター等 ○ 休日や夜間に対応できる医療機関	くろさむら病院(佐久市)	厚生連佐久総合病院(佐久市)	厚生連佐久総合病院(佐久市)
	小諸市	○ 佐久地域休日小児科急病診療センター(佐久市)	町立国保医療総合病院(佐久市)	厚生連小諸厚生総合病院(小諸市)	厚生連佐久総合病院(佐久市)
	北佐久郡	○ 佐久地域平日夜間急病診療センター(佐久市)	町立国保医療総合病院(佐久市)	厚生連佐久総合病院(佐久市)	市立国保医療総合病院(佐久市)
上小	上田市	○ 上田市医師会(71)	厚生連佐久総合病院(佐久市)	安藤病院(上田市)	上田病院(上田市)
	小県市	○ 上田市内科・小児科初期救急センター(上田市)	小林神野外科・神経内科病院(上田市)	上田病院(上田市)	上田病院(上田市)
	小県郡	○ 丸子中央病院(上田市)	小林神野外科・神経内科病院(上田市)	厚生連東野救急病院(上田市)	国立病院機構信州上田医療センター(上田市)
			丸中中央病院(上田市)	国立病院機構信州上田医療センター(上田市)	小林神野外科・神経内科病院(上田市)
諏訪	岡谷市	○ 諏訪地区小児夜間急病センター(諏訪市)	諏訪赤十字病院(諏訪市)	諏訪赤十字病院(諏訪市)	諏訪赤十字病院(諏訪市)
	諏訪市	○ 岡谷市医師会(23)	組合立諏訪中央病院(諏訪市)	諏訪赤十字病院(諏訪市)	諏訪赤十字病院(諏訪市)
	茅野市	○ 岡谷市夜間成人急病センター(岡谷市民病院)	組合立諏訪中央病院(諏訪市)	諏訪赤十字病院(諏訪市)	諏訪赤十字病院(諏訪市)
	諏訪郡			諏訪赤十字病院(諏訪市)	諏訪赤十字病院(諏訪市)
上伊那	伊那市	○ 伊那中央病院(地域救命医療センター)(伊那市)	諏訪赤十字病院(諏訪市)	伊那中央病院(伊那市)	伊那中央病院(伊那市)
	駒ヶ根市		組合立諏訪中央病院(諏訪市)	伊那中央病院(伊那市)	伊那中央病院(伊那市)
	上伊那郡	○ 飯田市休日夜間急病診療所(飯田市)	組合立諏訪中央病院(諏訪市)	伊那中央病院(伊那市)	伊那中央病院(伊那市)
	下伊那郡			伊那中央病院(伊那市)	伊那中央病院(伊那市)
飯伊	飯田市	○ 飯田市医師会(45)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	下伊那郡		飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
			飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
			飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
本曹	本曹市	○ 本曹市医師会(10)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	塩尻市	○ 塩尻市医師会(44)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	東筑摩郡	○ 松本市小児科・内科夜間急病診療センター(松本市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	安曇野市	○ 安曇野市夜間急病診療センター(安曇野市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
松本	松本市	○ 松本市医師会(148)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	安曇野市	○ 安曇野市医師会(43)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
			飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
			飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
大北	大町市	○ 北アルプス平日夜間小児科・内科急病センター(大町市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	北安曇郡		飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
			飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
			飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
千曲	千曲市	○ 千曲市医師会(36)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	埴科郡	○ 千曲市医師会(55)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	長野市	○ 長野市医師会(109)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
			飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
長野	上内郡	○ 須高休日緊急診療室(須高市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	須高市	○ 須高市医師会(10)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	上高井郡	○ 須高市医師会(10)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	中野市	○ 中野市医師会(10)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
北信	下高井郡	○ 下高井郡医師会(10)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	飯山市	○ 飯山市医師会(10)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
	下木内郡	○ 飯山市医師会(10)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)
			飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)	飯田赤十字病院(飯田市)

信州大学医学部附属病院(松本市)

1 救急医療に関する機能別(救命期後医療)医療機関

機能	【救命期後医療】	訪問看護ステーション
	<p>○療養病床を有する病院 ◎回復期リハビリテーション病棟(入院科1、2)を有する病院 □人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備している病院 ◆重症の脳機能障害(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</p>	
佐久	<p>○ 厚生連小諸厚生総合病院(小諸市) ○ □◆小諸病院(小諸市) ○ 金澤病院(佐久市) ○ 川西赤十字病院(佐久市) ○ 安藤病院(上田市) ○ □◆上田病院(上田市) ○ 厚生連鹿教養病院(上田市) ○ ◎◆厚生連三才山病院(上田市) ○ ◎◆岡谷市民病院(岡谷市) ○ □◆諏訪湖畔病院(岡谷市) ○ 祐愛病院(岡谷市) ○ □◆伊那中央病院(伊那市) ○ □◆仁愛病院(伊那市) ○ □◆飯田市立病院(飯田市) ○ □◆飯田病院(飯田市) ○ ◎◆聖山会記念病院(飯田市) ○ ◎◆徳和会病院(飯田市) ○ □◆東木曾病院(木曾町) ○ ◎◆相澤病院(松本市) ○ 相澤東病院(松本市) ○ 会田病院(松本市) ○ 一之瀬脳神経外科病院(松本市) ○ □◆上條記念病院(松本市) ○ 松南病院(松本市) ○ 城西病院(松本市) ○ □◆市立大町総合病院(大町市) ○ 山田記念朝日病院(長野市) ○ 朝日ながの病院(長野市) ○ 北野病院(長野市) ○ 栗田病院(長野市) ○ □◆厚生連篠ノ井総合病院(長野市) ○ □◆厚生連新町病院(長野市) ○ □◆厚生連長野松代総合病院(長野市) ○ □◆厚生連長野松代総合病院附属若穂病院(長野市) ○ 小島病院(長野市) ○ □◆小林病院(長野市) ○ □◆厚生連北信総合病院(中野市)</p>	<p>○ 厚生連佐久総合病院小海分院(小海町) ○ □◆町立千曲病院(佐久穂町) ○ ◎◆国保桂井沢病院(桂井沢町) ○ 御代田中央記念病院(御代田町) ○ □◆柳瀬病院(上田市) ○ 東御市民病院(東御市) ○ □◆国保佐田病院(長和町) ○ ◎◆諏訪公立病院(下諏訪町) ○ □◆厚生連富士見高原医療福祉センター富士見高原病院(富士見町) ○ ◎◆上伊那生協病院(箕輪町) ○ □◆町立辰野病院(辰野町) ○ 厚生連下伊那厚生病院(高森町) ○ 県立阿南病院(阿南町) ○ □◆塩尻協立病院(塩尻市) ○ ◎◆桂櫻ヶ原病院(塩尻市) ○ ◆中村病院(塩尻市) ○ ◎◆安曇野赤十字病院(安曇野市) ○ 県立こども病院(安曇野市) ○ 穂高病院(安曇野市) ○ 県立須坂病院(須坂市) ○ □◆轟病院(須坂市) ○ □◆千曲中央病院(千曲市) ○ ◎◆長野寿光会上山田病院(千曲市) ○ ◎◆新生病院(小布施町) ○ 信越病院(信濃町) ○ □◆町立飯綱病院(飯綱町) ○ 県立総合リハビリテーションセンター(長野市)</p>
上小		
諏訪		
上伊那		
飯伊		
木曾		
松本		
大北		
長野		
北信		

災害時における医療

第 1 現状と課題

1 災害の状況

(1) 地震

- 我が国では、木造建築物の多い密集市街地が広い範囲で存在するため、地震による大規模火災や建物の倒壊などで多大な被害が発生してきました。本県においても、平成 26 年（2014 年）11 月の長野県神城断層地震をはじめ、多くの地震災害が発生しています。
- 日本国内においても、平成 7 年（1995 年）1 月の阪神・淡路大震災、平成 23 年（2011 年）3 月の東日本大震災、平成 28 年（2016 年）4 月の熊本地震などの大規模な地震が発生しており、本県でも大規模地震の発生する可能性を考慮し、地震に対する災害医療体制を構築する必要があります。

【表 1】日本国内の主な地震災害

名称	発生時期	死者	備考
阪神・淡路大震災	平成 7 年（1995 年）	6,434 人	消防庁
東日本大震災	平成 23 年（2011 年）	18,131 人	消防庁（平成 29 年 3 月 1 日現在）
平成 28 年熊本地震	平成 28 年（2014 年）	228 人	消防庁（平成 29 年 4 月 13 日現在）

【表 2】長野県内の主な地震災害

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

（危機管理防災課調べ）

(2) 風水害等

- 本県の地形は複雑急峻（きゅうしゅん）なことから、梅雨や台風等による豪雨の際に大規模な災害が発生しています。また、全国的にも短時間強雨の年間発生回数が増加傾向にあり、大河川の氾濫も発生しています。
- 20 市町村が豪雪地帯に指定されている県北部を中心に大雪による災害も発生しており、平成 24 年大雪災害では死者 8 名、平成 26 年大雪災害では死者 4 名を出すなど、県内各地に大きな被害をもたらしました。
- 県内には活発な噴気活動のある火山（活火山）が 4 つあり、平成 26 年（2014 年）には御嶽山噴火災害が発生しました。

【表3】長野県内の主な風水害等

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

(危機管理防災課調べ)

(3) 人為災害

- 鉄道、航空等の各分野で大量・高速輸送システムが発達し、万一事故が発生した場合には、重大な事故となるおそれ指摘されています。
- 国内の大規模な事故の例としては、日航機墜落事故(昭和60年(1985年)、死者520名)、JR福知山線尼崎脱線転覆事故(平成17年(2005年)、死者107名)等があります。
- 本県においても、平成28年(2016年)1月に北佐久郡軽井沢町でバスが道路の崖下に転落する事故(死者15名)が発生しています。

(4) 近時の災害における課題

- 東日本大震災の教訓から、広範囲に渡る被害や、ライフラインの途絶、燃料の不足、医薬品等の物資の供給不足などにより医療機関の診療機能に影響が出ることを想定し、数ヶ月単位での医療や介護等の支援について取り組む必要があります。
- 大規模災害時は、避難所や仮設住宅で長期間避難生活を余儀なくされることが想定されることから、健康管理を行う上で、山間地が多く、冬季にはかなり気温が低くなるといった本県の特徴を踏まえた対応が必要です。
- 今後、高齢化の進展とともに、どのような災害においても、高齢者等の災害時要配慮者の割合が増加することが見込まれ、健康管理を中心とした活動はより重要となります。

2 災害医療提供体制

(1) 県内被災地の医療等の確保

① 災害拠点病院等の整備

- 東日本大震災、長野県神城断層地震及び御嶽山噴火災害の際には、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入れ、広域医療搬送に係る対応等を行う災害拠点病院については、二次医療圏ごとに1病院ずつ、全10病院を指定しています。なお、長野医療圏では長野赤十字病院が基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院を兼ねています。
- すべての災害拠点病院で病院機能を維持するために必要なすべての建物が耐震構造となっているとともに、災害対策マニュアルが策定されています。

- 被災者のトリアージや救命処置等を行うDMATを保有する11の医療機関を、長野県DMAT指定病院として指定しています。
- こうした災害拠点病院やDMAT指定病院は、災害医療を提供する上で中心的な役割を担うことから、さらにその機能を強化することが必要です。
- また、これらの病院を含め、すべての病院において、病院が被災した後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を促進する必要があります。

【表4】災害拠点病院の整備状況（平成29年3月現在）

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

※基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院を兼ねる。

（医療推進課調べ）

② DMAT（災害派遣医療チーム）

- 災害急性期（概ね発災後48時間）には、災害医療のための訓練を受けた医療従事者のチームができるだけ早期に災害現場に出動して医療を行うことが、被災者の救命につながるとの観点から、平成17年度（2005年度）以降、DMATの養成が開始されました。平成29年（2017年）4月現在、323人が長野県DMAT隊員として登録されています。
- 大規模災害の発生に備え、引き続き、DMATの養成・確保に努めるとともに、技能を維持する取組が必要です。
- 本県で甚大な人的被害が発生するような災害が発生した場合は、遠隔地域からもDMATが県内の被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ多数広域医療搬送する際の医療支援を行います。
- 本県では、平成26年（2014年）に松本空港内の信州大学医学部附属病院ドクターヘリ格納庫に航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）を設置し、SCUで使用する資器材の整備を図りました。大規模災害の発生に備え、SCUの設置運営訓練を定期的に行うことが求められます。

【表5】DMATの状況（平成29年4月現在）

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

※災害拠点・・・災害拠点病院 救命C・・・救命救急センター

(医療推進課調べ)

③ DPAT（災害派遣精神医療チーム）・心のケアチーム

- 地震等による大規模自然災害や大規模事故災害等の発生時には、被災地域における精神保健医療機能の一時的低下や災害ストレス等の精神的問題の発生など精神保健医療への需要が拡大します。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））の派遣や県内で発生した場合の統括（指揮命令）の体制の整備を進めています。

④ 医療救護班・保健師班

- 災害が沈静化した後においても、避難所や救護所等に避難した住民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、地域医師会、日本赤十字社等の公的病院、公立病院等を中心とした救護班が活動します。
- 活動内容としては、主に災害急性期以降の医療・健康管理活動で、具体的には避難所・救護所等における被災者の健康管理、避難所の公衆衛生対策、在宅患者への診療、健康管理等です。
- また、避難所及び地域の住民に対して、保健師による健康相談や生活指導等が行われます。

⑤ 広域災害・救急医療情報システム

- 災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼働状況等の情報を、災害時において相互に収集・提供する「広域災害・救急医療情報システム（EMIS（Emergency Medical Information System））」が全国的に整備されています。
- 今後は、さらに多くの医療機関の理解と参加を促進し、あわせて、平時から入力訓練等を行う必要があります。

【表6】長野県内の広域災害・救急医療情報システムの導入状況

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

（医療推進課調べ）

⑥ 災害医療コーディネーター

- 発災後に長野県災害医療本部に設置することができる災害医療コーディネートチームに参画する長野県災害医療コーディネーターについては、平成26年（2014年）からあらかじめ委嘱しておくこととし、平成29年（2017年）4月現在、13人に委嘱しています。また、二次医療圏ごとに地域災害医療活動マニュアルに基づき、地域災害医療コーディネーターが指定されています。
- 県災害医療コーディネーターは、医療チームの派遣調整等の助言等を行うとともに、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、派遣された医療チーム等の派遣調整等の助言等を行います。
- このような災害医療コーディネーターの養成及び能力向上に努める必要があります。

⑦ 災害時小児周産期リエゾン

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

⑧ 災害医療活動指針（マニュアル）の整備

- 平成23年（2011年）2月に長野県災害医療活動指針を策定するとともに、県内すべての医療圏で、地域災害医療活動マニュアルが策定されています。
- これらのマニュアルを踏まえ、災害拠点病院間、地域の他の医療機関、医師会、看護協会、薬剤師会等の関係機関と連携を強化する必要があります。特に、災害拠点病院以外の二次救急医療機関も巻き込んだ患者の受入体制を構築し、定期的な訓練を行うことが肝要です。
- 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。
- これらのマニュアルについては、実際の災害や訓練の結果を踏まえて適宜見直していく必要があります。

⑨ 災害時の医療救援活動及び医薬品供給に関する協定

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

【表7】県と医療関係団体による災害時協定

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

(医療推進課、薬事管理課調べ)

⑩ 災害時における医薬品等の供給

- 台風、地震その他の災害時等緊急の事態に速やかに対応するため、緊急に必要とされる医薬品及び衛生材料を県内の主たる場所に備蓄しています。
- これまでに、台風10号浸水被害（昭和58年）、長野県西部地震（昭和59年）、梅雨前線豪雨災害（平成7年）、長野県北部地震（平成23年）、東日本大震災（平成23年）において被災地へ供給しています。

【表8】備蓄場所・備蓄方法

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

(薬事管理課調べ)

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

【表9】備蓄品目

分類	備蓄品目例
内服薬（19品目）	解熱鎮痛剤、抗生物質、降圧剤 など
注射薬（9品目）	局所麻酔剤、抗生物質、輸液 など
外用薬（15品目）	局所麻酔剤、消炎鎮痛剤、消毒剤 など
衛生材料（24品目）	滅菌ガーゼ、絆創膏、注射器 など
合計（67品目）	

※延べ48,000人の2日分（強化地域は普通地域の2倍量）を備蓄

(2) 県外被災地への医療等の支援

① DMAT（災害派遣医療チーム）

- 県外で甚大な人的被害が発生す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が出勤し、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。

【表10】DMATの活動状況

災害	活動病院数	活動チーム数
東日本大震災	11病院	15チーム
御嶽山噴火災害	11病院	16チーム
長野県神城断層地震	11病院	12チーム

(医療推進課調べ)

② DPAT（災害派遣精神医療チーム）・心のケアチーム

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

【表11】DPAT・心のケアチームの活動状況

災害	派遣状況			備考
	活動病院数	活動チーム数	派遣人数	
東日本大震災	14病院	37チーム	168人	心のケアチーム
御嶽山噴火災害	1病院	6チーム	21人	DPAT
長野県神城断層地震	1病院	8チーム	50人	心のケアチーム
平成28年熊本地震	1病院	1チーム	8人	DPAT

(保健・疾病対策課調べ)

③ 医療救護班・保健師班

- 県外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、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12】医療救護班・保健師班の活動状況

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
長野県北部の地震	2*病院等	15チーム	44チーム
平成28年熊本地震	7病院	7チーム	9チーム

※「県医師会」「厚生連本部」を含む。

(医療推進課調べ)

【留意事項】

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

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

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

(1) 災害急性期(発災後48時間以内)において必要な医療が確保される体制

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

(2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

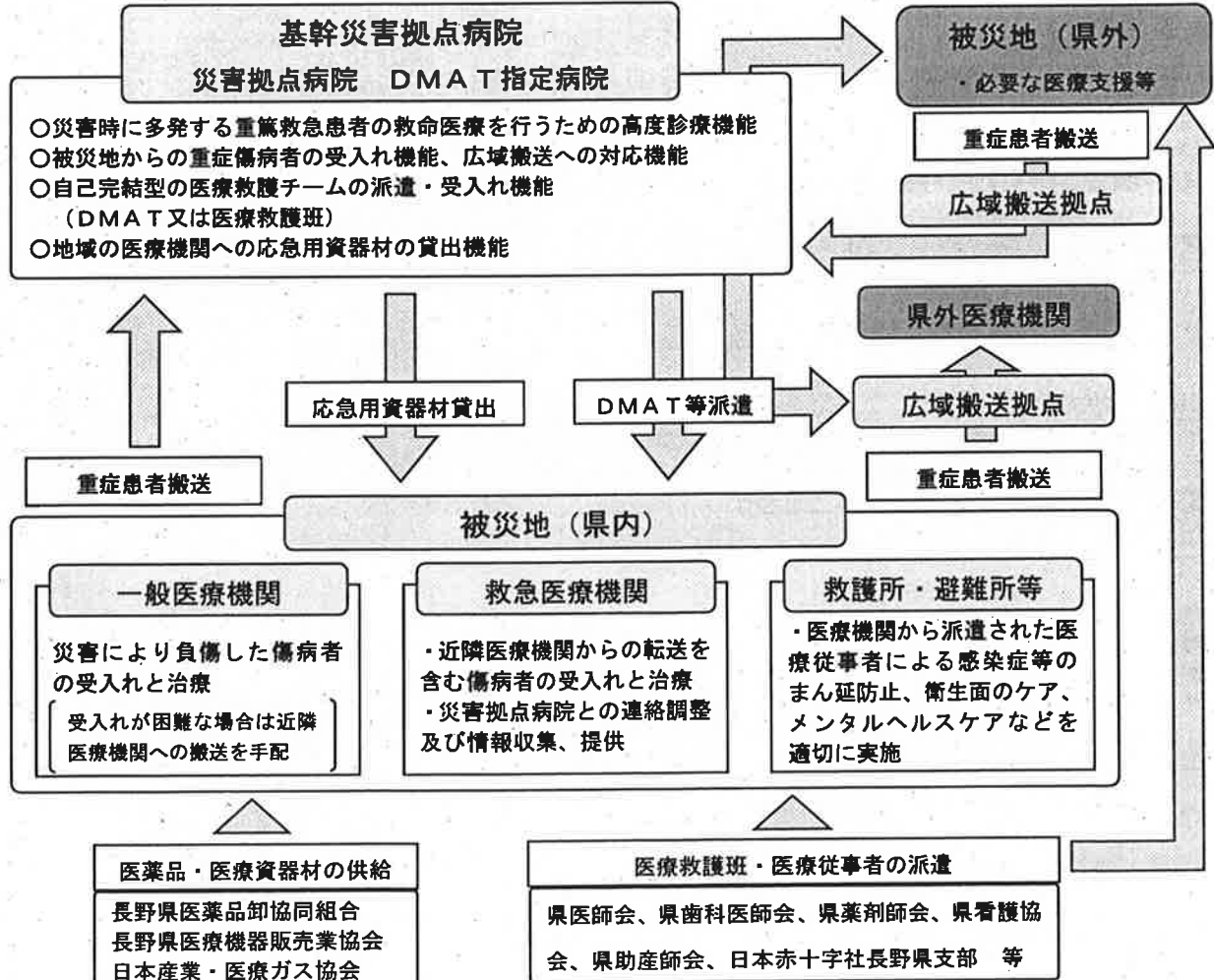
救護所、避難所等において、感染症のまん延防止、メンタルヘルスケア、口腔ケア等、長期間の避難生活を送る被災者の健康管理を適切に行うことができる体制を整備します。

2 災害医療提供体制

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に示す図のとおりです。

県内で災害が発生した場合は、災害拠点病院・DMAT指定病院が、県内被災地の救急医療機関や一般の医療機関から患者搬送を受け一方で、被災医療機関へのDMAT派遣などにより診療体制を確保するとともに、各種団体の協力により医薬品や医療機器の確保を図るなど、医療提供体制の構築を目指します。

また、県外で甚大な人的被害が発生す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。



3 二次医療圏相互の連携体制

災害時における医療については、二次医療圏ごとに災害拠点病院等が指定され、医療提供体制が整備されているところであり、原則として二次医療圏内で対応することとし、災害の規模等によっては、他の二次医療圏と連携することとします。

【表13】災害関連指定状況

二次医療圏	災害医療に係る拠点病院の指定状況			
	病院名	災害拠点病院	DMAT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	○	○	救命救急センター
上小	信州上田医療センター	○	○	二次救急医療機関
諏訪	諏訪赤十字病院	○	○	救命救急センター
上伊那	伊那中央病院	○	○	救命救急センター
飯伊	飯田市立病院	○	○	救命救急センター
木曾	長野県立木曾病院	○	○	二次救急医療機関
松本	信州大学医学部附属病院	○	○	高度救命救急センター
	相澤病院		○	救命救急センター
大北	市立大町総合病院	○	○	二次救急医療機関
長野	長野赤十字病院	○	○	救命救急センター
北信	北信総合病院	○	○	二次救急医療機関

(医療推進課調べ)

第3 施策の展開

1 災害時の保健医療活動

- 災害が発生した場合は、「長野県地域防災計画」に基づき、保健医療、消防、行政等関係機関との連携により医療提供体制の確保に努めます。
- 災害時の保健医療活動について、県内外で発生した災害への対応や教訓等を踏まえ、県災害医療活動指針を見直すとともに、関係機関による訓練の実施を促進します。
- 二次医療圏ごとの地域の実情に基づいた災害医療活動マニュアルについても、県災害医療活動指針や市町村の防災計画、関係団体のマニュアル等との整合を図りながら、定期的な見直しを実施するとともに、マニュアルを踏まえた関係機関による訓練の実施を促進します。
- 県及び地域における災害医療コーディネーターの業務・役割等についての研修や、各種訓練への参加を促進することにより、その養成や能力向上を図ります。

2 災害時医療に係る体制整備

(1) 平時における体制整備

- 災害時の医療連携体制について、長野県災害・救急医療体制検討協議会及び分科会（災害拠点病院連絡協議会や災害派遣医療チーム(DMAT)分科会）等により検討を進めます。
- 災害医療コーディネーターやDMAT、DPAT、災害時小児周産期リエゾンなど、災害医療を担う様々な関係機関・支援チームの連携体制を構築するための仕組みを検討します。

- 二次医療圏においても、災害拠点病院を中心として、災害拠点病院以外の医療機関、地域医師会、消防機関、行政機関等による連携体制の整備を図るとともに、各二次医療圏間の連携を促進します。
- 災害拠点病院を中心とした災害医療従事者を対象に、定期的に研修会を開催するなど、災害医療に係る人材育成に努めます。
- SCUで使用する資器材などの災害医療に係る設備・備品の整備に努めます。
- 大規模災害を想定した訓練への参加などを通じ、災害時における他都道府県との連携体制の構築を推進します。

(2) 災害急性期（発災後48時間以内）に対応する体制整備

- 二次医療圏における複数の災害拠点病院の指定の検討や災害拠点病院を含むすべての病院における業務継続計画の策定などにより、地域の災害医療体制の強化や被災によるリスクの軽減を図ります。
- DMAT隊員の必要数を確保するため、その計画的な養成に努めます。また、DMAT隊員の継続的な養成や技能維持のため、DMAT隊員への研修や訓練の企画・運営などの役割を担う日本DMATインストラクターの計画的な養成を促進します。
- DMAT活動について、消防機関をはじめ、市町村、警察、自衛隊などへの周知を図るとともに、これらの関係機関との連携強化を推進します。
- 災害用備蓄医薬品等の迅速かつ効率的な供給体制の整備を促進します。

(3) 急性期を脱した後に対応する体制整備

- 災害急性期を脱した後も住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、医療救護班や医療従事者の派遣に関する医療機関の取組を支援します。
- 救護所や避難所の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケア、災害時要支援者のサポート、医薬品・衛生材料等の救援物資の管理・配布などを適切に行える医療提供体制の確保を促進します。

第4 数値目標

1 災害急性期（発災後48時間以内）において必要な医療が確保される体制

指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考（出典等）
病院における業務継続計画の策定率			すべての病院における策定を目指します。	医療推進課調査 ※H29年度中に調査の上、目標値を決定
長野県DMAT隊員数	323		災害時の活動に必要な隊員数を確保します。	医療推進課調査 ※H29年度中にDMAT分科会等の議論を踏まえ、目標値を決定

EMISに登録している病院のうち、EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合		100%	EMISに登録しているすべての病院が研修・訓練を行うことを目指します。	医療推進課調査 ※現状値は、H29年度中に調査
災害関係医療従事者を対象とした研修に参加した病院の割合		100%	すべての病院が研修に参加することを目指します。	医療推進課調査 ※現状値は、H29年度中に調査

2 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

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

コラム

1 第6次計画のコラム

- DMAT
- 災害時の「お薬手帳」
- 巨大地震と長野県
- 緊急・災害情報メール

2 第7次計画のコラム(案)

- 御嶽山噴火災害におけるDMAT等の活動
- 業務継続計画(BCP)
BCPの意義や規定すべき内容等について記載する。
- 災害医療支援チーム(JMAT、日赤救護班、災害支援ナース、支援薬剤師など)

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

- 本県の出産数は全国と同様に減少傾向にあり、母の年齢が35歳以上の割合も増加しています。また、帝王切開術の割合、(極)低出生体重児*の割合及び複産**の割合は、増加から横ばいに転じた状況にあり、引き続きハイリスク分娩や急変時への体制強化が必要です。
- 妊産婦及び新生児の健康の保持及び異常等の早期発見、精神科領域の合併症(「産後うつ」等)の早期発見・早期治療に向けた周産期医療機関と精神科医療機関との連携が必要です。

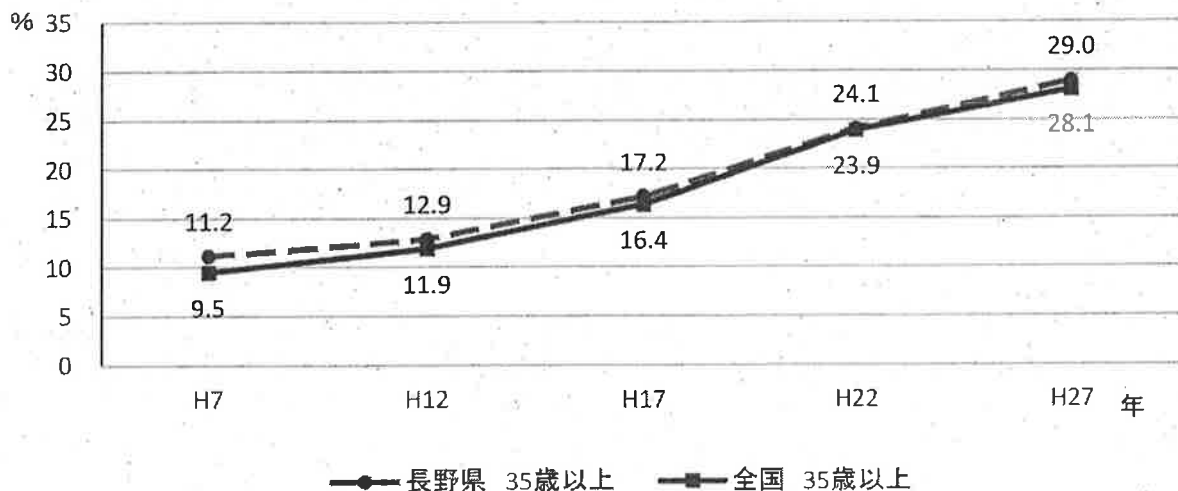
*低出生体重児：2,500g未満で出生した児 極低出生体重児：1,500g未満で出生した児

**複産：複産とは双子・三つ子等多胎で生まれた出生であり、死産は含まない

【表1】 出産年齢の推移

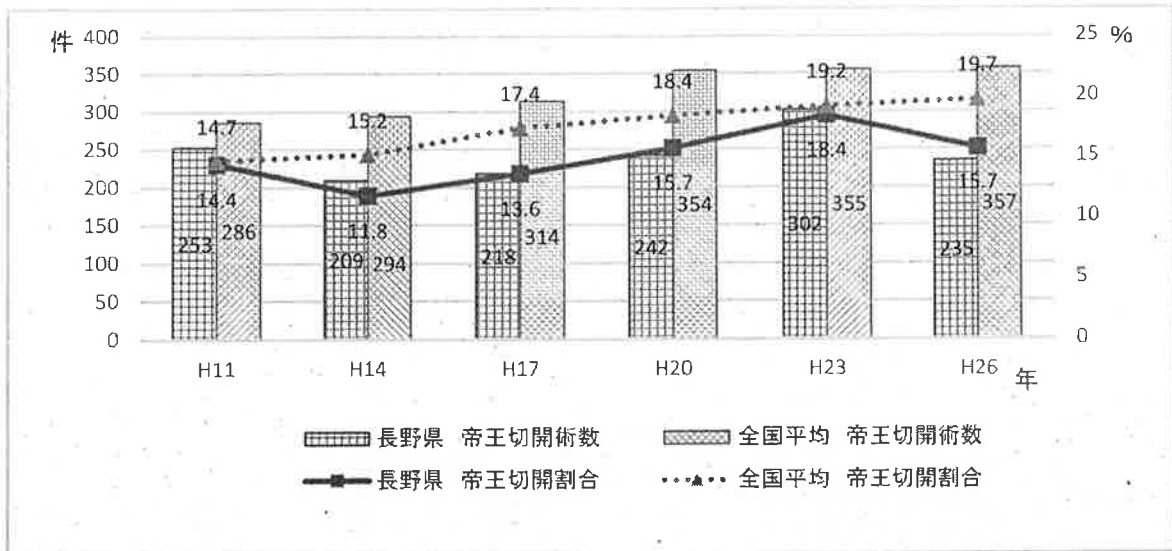
年	長野県			全 国		
	出 産 数 (人)		35歳以上 の割合 (%)	出 産 数 (人)		35歳以上 の割合 (%)
	総 数	35歳以上		総 数	35歳以上	
H7	21,187	2,377	11.2	1,187,064	112,771	9.5
H12	21,194	2,738	12.9	1,190,547	141,659	11.9
H17	18,517	3,181	17.2	1,062,530	173,788	16.4
H22	17,233	4,155	24.1	1,071,304	255,502	23.9
H27	15,638	4,534	29.0	1,005,677	282,159	28.1

【図1】 出産数のうち、母の年齢が35歳以上の者の割合の推移



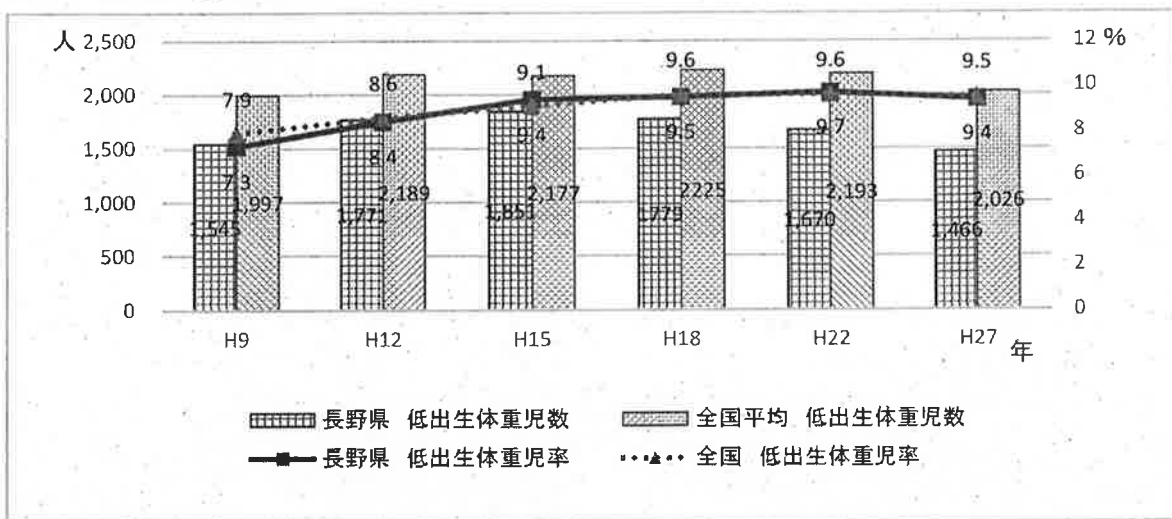
(厚生労働省「平成27年人口動態」)

【図2】 帝王切開術の推移



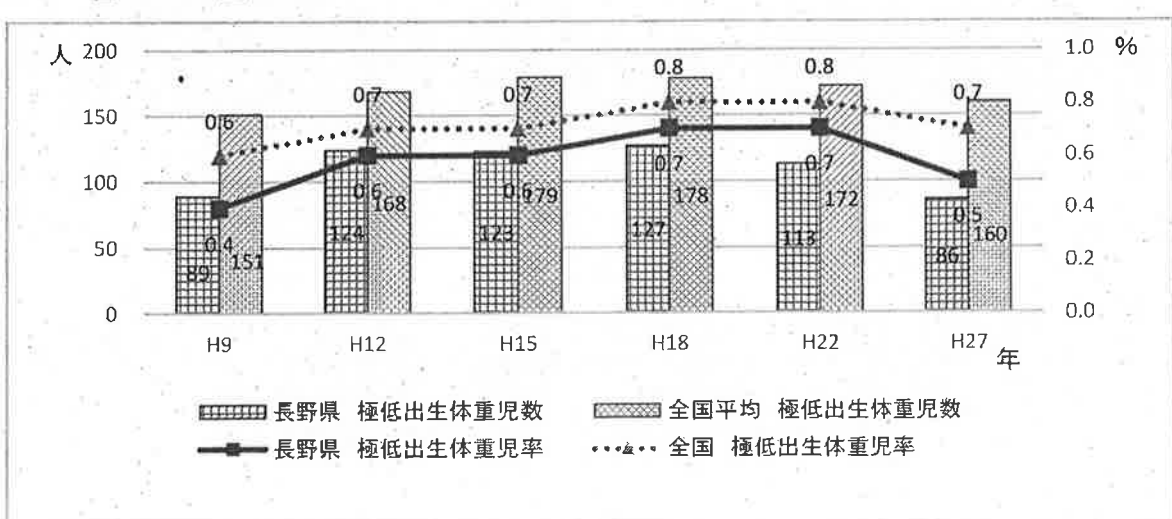
(厚生労働省「医療施設調査」)

【図3】 低出生体重児の推移



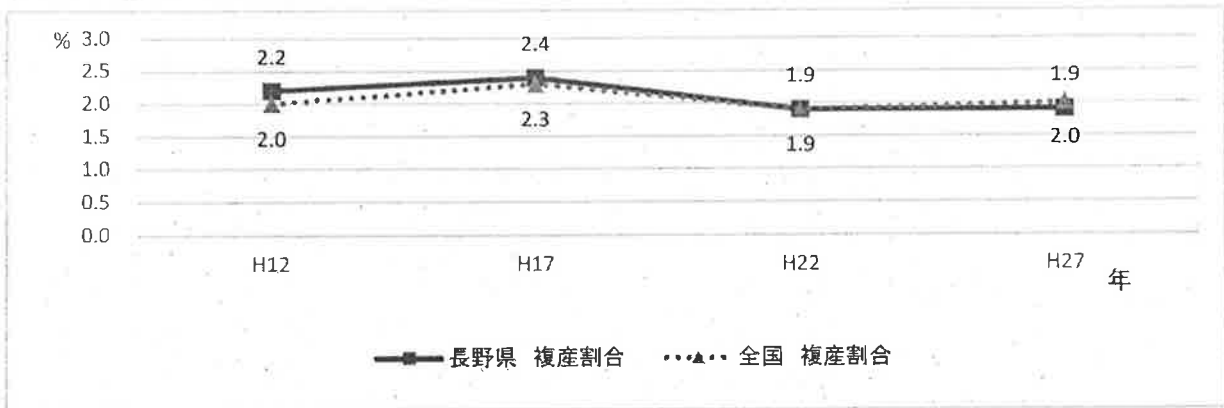
(厚生労働省「平成27年人口動態」)

【図4】 極低出生体重児の推



(厚生労働省「平成27年人口動態」)

【図5】 複産の割合の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

(2) 新生児・周産期死亡の状況

- 本県の新生児死亡率、周産期死亡率は全国と比較して低い水準であり、この水準を維持していく必要があります。
- 本県の妊婦死亡数は、平成25年(2013年)及び平成26年(2014年)は0人でしたが、平成27年(2015年)は1人となっています。

【表2】 新生児死亡数と死亡率(出生千対)の推移

年	長野県			全国		
	出生数(人)	新生児死亡数(人)	新生児死亡率(出生千対)	出生数(人)	新生児死亡数(人)	新生児死亡率(出生千対)
H9	21,133	32	1.5	1,191,665	2,307	1.9
H12	21,194	32	1.5	1,190,547	2,106	1.8
H15	19,735	21	1.1	1,123,610	1,879	1.7
H18	18,775	13	0.7	1,092,674	1,444	1.3
H22	17,233	14	0.8	1,071,304	1,167	1.1
H27	15,638	11	0.7	1,005,677	902	0.9

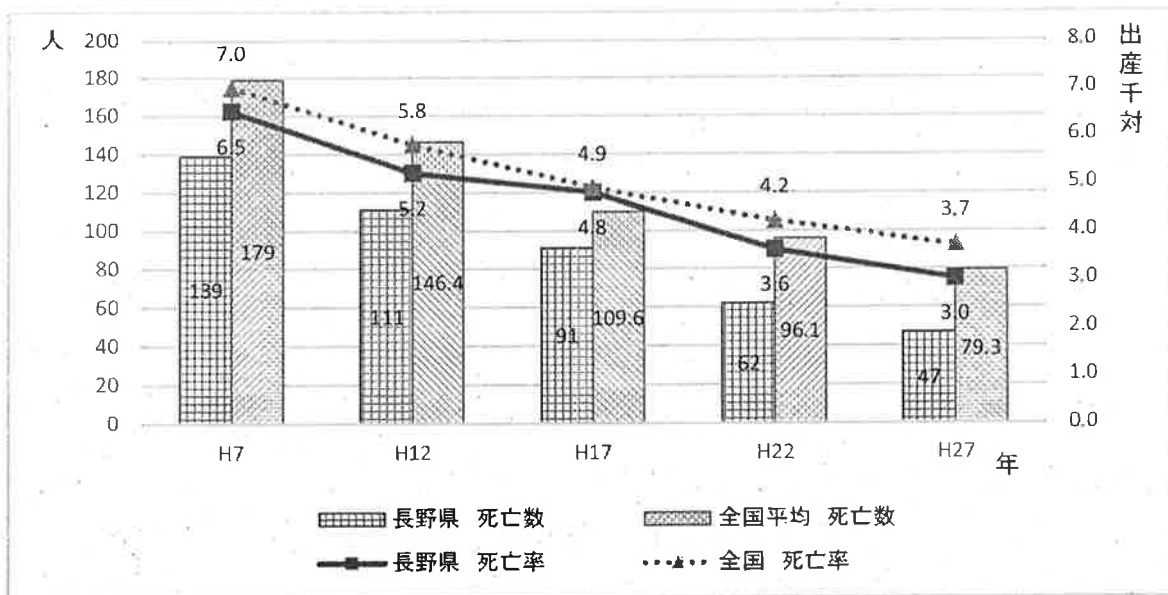
(厚生労働省「平成27年人口動態」)

【表3】 周産期死亡数と死亡率(出産千対)の推移

年	長野県		全国	
	周産期死亡数(人)	周産期死亡率(出産千対)	周産期死亡数(人)	周産期死亡率(出産千対)
H7	139	6.5	8,412	7.0
H12	111	5.2	6,881	5.8
H17	91	4.9	5,149	4.8
H22	62	3.6	4,515	4.2
H27	47	3.0	3,728	3.7

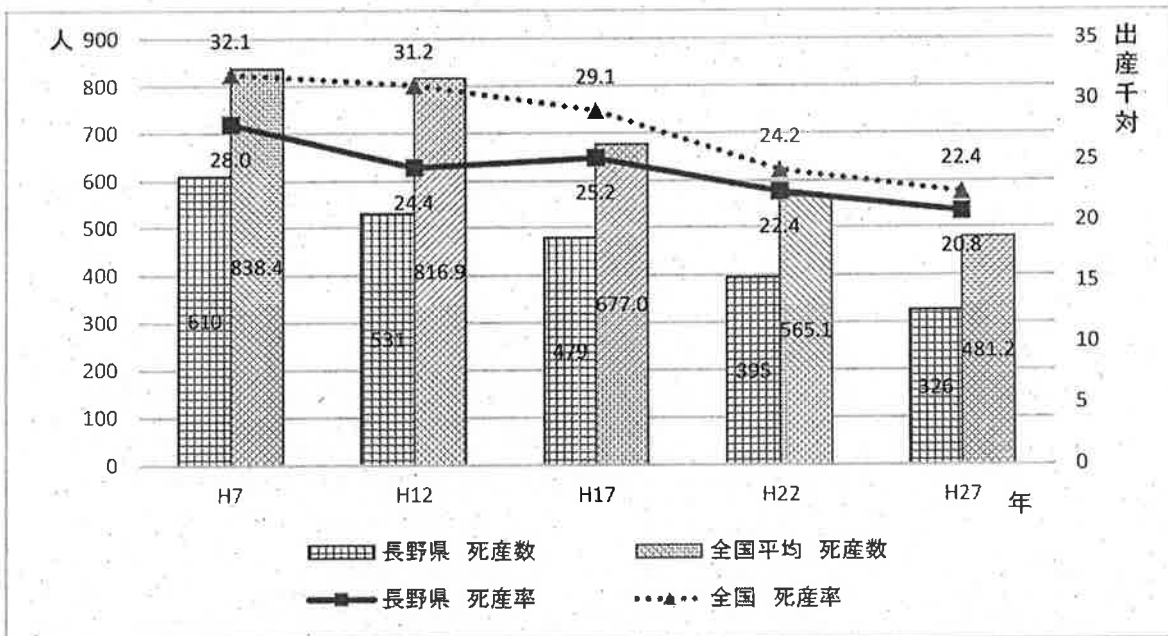
(厚生労働省「平成27年人口動態」)

【図6】 周産期死亡数と死亡率（出産千対）の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

【図7】 死産率の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

(3) 出生場所の推移

- 出生場所は、昭和45年(1970年)には「病院・診療所」が82.2%、「助産所」が15.9%、「自宅・その他」が1.9%、平成27年(2015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「病院・診療所」での出産がほとんどを占め、全国とほぼ同様の状況となっています。
- 病院、診療所の別に見ると、平成27年(2015年)において全国では病院と診療所の比が概ね1対1であるのに対し、本県では概ね7対3と病院での出生の割合が高くなっており、病院の負担が大きくなっています。

【表4】 出生場所の割合の推移

(単位：%)

年	長野県					全 国				
	施設内				自宅・ その他	施設内				自宅・ その他
	病院	診療所	助産所	小計		病院	診療所	助産所	小計	
S45	41.8	40.4	15.9	98.1	1.9	43.4	42.1	10.6	96.1	3.9
S55	55.5	40.0	4.3	99.8	0.2	51.7	44.0	3.8	99.5	0.5
H2	60.7	38.6	0.6	99.9	0.1	53.6	45.2	1.0	99.8	0.2
H8	62.7	36.7	0.4	99.8	0.2	54.1	44.7	1.0	99.8	0.2
H18	70.8	28.2	0.7	99.7	0.3	50.9	47.9	1.0	99.8	0.2
H22	67.6	31.0	1.1	99.7	0.3	51.8	47.1	0.9	99.8	0.2
H27	71.3	27.2	1.3	99.8	0.2	53.7	45.5	0.7	99.9	0.1

(厚生労働省「人口動態統計」)

2 周産期医療の提供体制

(1) 周産期医療に関わる医療施設・医師の状況

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

【表5】 産科・産婦人科を標榜する医療施設数

(単位：施設)

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

(医療推進課調査)

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

年	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26
長野県	183	184	158	168	191	191	174
全 国	11,034	10,599	9,592	10,389	10,652	10,868	11,085
平 均	235	226	204	221	227	231	236

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

(2) 周産期医療システムの状況

- 本県では、平成12年9月から「長野県周産期医療協議会」による「長野県周産期医療システム」の運用が開始されました。その後、平成18年10月に設置された「長野県産科・小児科医療対策検討会」において、県内の産科・小児科医療のあり方について協議が行われ、平成19年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。
- こうした経過を経て、本県では、総合周産期母子医療センター（県立こども病院）を中心に、

地域周産期母子医療センター（9病院）、地域周産期母子医療センター（11病院）及び一般周産期医療機関により「長野県周産期医療システム」が構築されています。

- 「長野県周産期医療システム」は、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター等の空床情報等を一元化する「周産期救急情報システム」と、周産期医療機関相互の連携・協力による母体と新生児の搬送を行う「転院搬送システム」により構成されています。
- より効果的・効率的な「長野県周産期医療システム」の運用がなされるよう、母体に関する救命救急医療については、地域周産期母子医療センターの信州大学医学部附属病院が中心となり、県全域でハイリスク分娩や救急搬送等に対応できる安定した周産期医療が提供されています。
- 災害時においては、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。

【表7】 搬送件数の推移

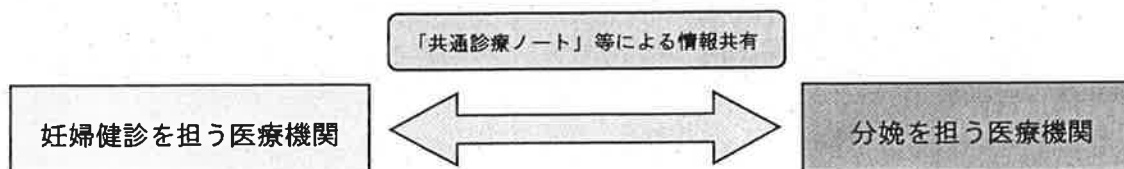
(単位：件)

区 分	搬送受入機関	母体搬送					新生児搬送				
		H23	H24	H25	H26	H27	H23	H24	H25	H26	H27
総合周産期母子医療センター	県立こども病院	123	96	113	86	95	186	173	183	196	201
地域周産期母子医療センター	信州大学医学部附属病院	59	41	76	66	75	5	5	6	17	15
	厚生連佐久総合病院	16	18	20	19	10	12	5	5	13	13
	信州上田医療センター	-	-	-	12	8	48	66	64	54	45
	諏訪赤十字病院	20	18	32	29	13	19	25	20	36	35
	伊那中央病院	15	28	26	21	18	9	8	17	3	15
	飯田市立病院	8	13	10	13	16	5	7	8	22	12
	長野赤十字病院	104	55	65	97	72	59	68	47	74	58
	厚生連篠ノ井総合病院	55	32	35	33	33	15	17	17	7	6
	厚生連北信総合病院	10	6	12	6	8	15	8	16	15	8
	小計	287	211	276	296	253	182	209	200	241	207
	地域周産期連携病院	14	16	19	17	3	34	27	16	19	13
	合 計	424	323	408	399	351	402	409	399	456	418

(保健・疾病対策課調査)

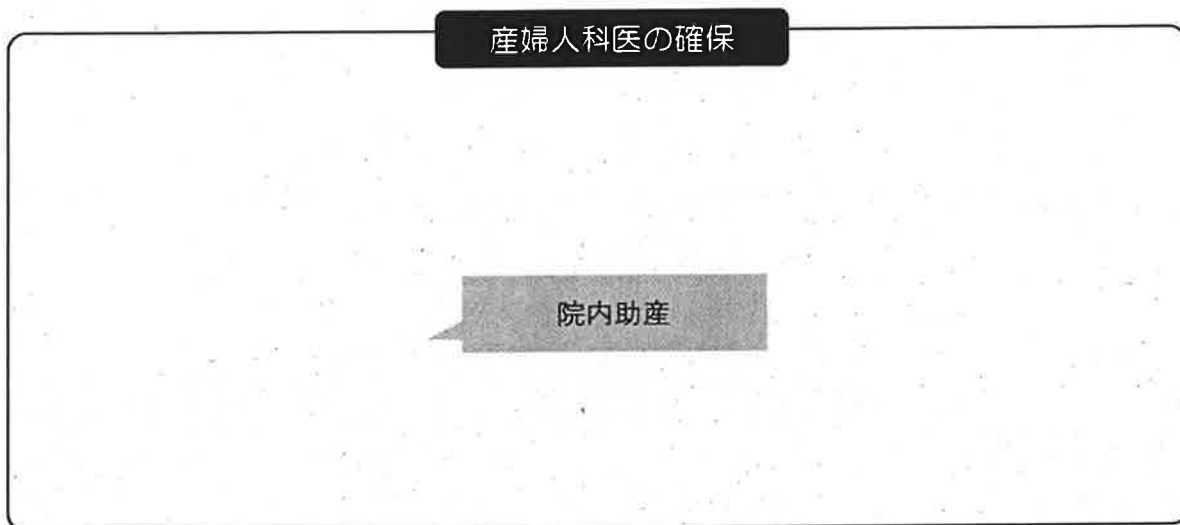
地域連携モデル

県内のいくつかの地域では、産科・産婦人科を標榜する医療施設及び分娩取扱い施設の減少や産科医の絶対数の不足など、周産期医療体制の確保が危惧される状況において、医療機関の機能分担と妊産婦の情報を共有することにより、医療圏の産科医療を維持する取組が行われています。妊婦健診と分娩とをそれぞれ別の医療機関で分担し、「共通診療ノート」や「産科共通カルテ」等を使い情報を共有化することにより、周産期医療機関の負担の軽減を図っています。



(3) 療養・療育支援の体制

- 「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全国と比較して低い水準を維持していますが、入院の長期化等が課題となっています。
- 人工呼吸器を装着している障がい児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障がい児（以下「医療的ケア児等」という。）については、状態に応じた望ましい療養・療育環境（在宅等）への移行や、成長に伴う成人期医療へのスムーズな移行といった課題への対応が必要です。



第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

(1) 妊産婦の状態に応じた周産期医療提供体制

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

(2) 新生児の状態に応じた周産期医療提供体制

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

(3) 地域の周産期医療が確保される体制

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

(4) 充実した妊産婦の健康管理体制

充実した妊産婦の健康管理体制の維持に努めます。

(5) 充実した新生児の健康管理体制

充実した新生児の健康管理体制の維持に努めます。

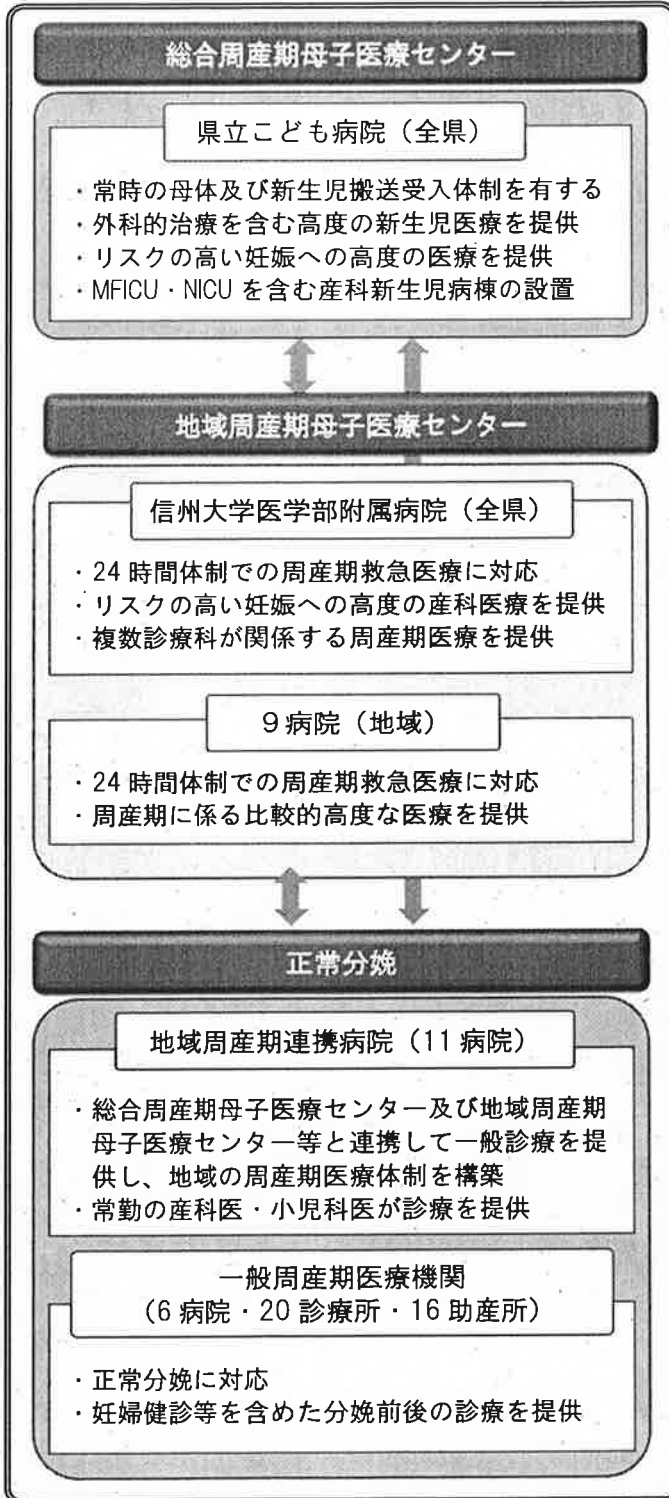
(6) 災害時を見据えた周産期医療体制

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

2 周産期の医療連携体制

周産期の医療連携体制のイメージ図は以下のとおりです。

【図8】長野県周産期医療体制のイメージ



【表8】長野県周産期医療体制の状況

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)	信大
	(佐久) (上小) (諏訪) (上伊那) (飯伊) (木曾) (松本) (大北) (長野) (北信)	佐久総合 信州上田 諏訪赤十字 伊那中央 飯田市立 —— 信大 —— 長野赤十字 篠ノ井総合 北信総合
地域周産期 連携病院 (仮)	(佐久) (上小) (諏訪) (上伊那) (飯伊) (木曾) (松本)	小諸厚生 国保浅間 —— 市立岡谷 諏訪中央 —— —— 県立木曾 相澤 松本市立 丸の内
	(大北) (長野) (北信)	市立大町 県立須坂 飯山赤十字
一般周産期 医療機関		その他病院 診療所 助産所

注1) 平成12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」の運用が開始された。

注2) 平成18年10月に設置された「長野県産科・小児科医療対策検討会」において、県内の産科・小児科医療のあり方について協議が行われ、平成19年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た。

注3) 平成22年1月26日付けの厚生労働省の通知を受け、県の総合周産期母子医療センターを始めとする周産期医療体制の整備が進み、平成25年度「第6次医療計画」にはその内容が反映された。

注4) 平成27年8月に「周産期医療体制のあり方に関する検討会」が設置され、周産期医療体制に係る様々な課題の整理及び検討がなされ、平成28年12月に「周産期医療体制のあり方に関する検討会 意見の取りまとめ」が報告された。こうした経過を経て、「長野県周産期医療体制」が構築されている。

第3 施策の展開

1 妊産婦の状態に応じた周産期医療提供体制

- 正常分娩（リスクの低い帝王切開術を含む）や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施する周産期医療の提供体制を維持します。
- ハイリスク分娩や急変時には、「長野県周産期医療システム」により地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な周産期医療体制を維持します。
- 県内で里帰り出産を希望する妊婦について、制限せずに受け入れられる体制の確保に努めます。

2 新生児の状態に応じた周産期医療提供体制

- 新生児の状態に応じた周産期医療を提供するため、NICUの病床の確保等に努めます。
- 高度な新生児医療が必要な場合には、「長野県周産期医療システム」により総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な周産期医療体制を維持します。

3 地域の周産期医療が確保される体制

- 周産期医療に係る医師等の確保が困難な地域についても、「長野県周産期医療システム」により、医療の連携を図ることで対応できる体制を維持します。
- 周産期医療機関による産科医及び新生児科医の育成及び確保対策を支援します。
- 分娩を扱う産科医の負担の軽減及び勤務環境のため、正常経過の妊産婦のケア及び助産を助産師が担える院内助産の普及を図ります。

4 充実した妊産婦の健康管理体制

- 妊産婦の健康管理体制について、医療機関、助産師会及び市町村等と連携して支援します。
- うつ病等の精神疾患合併妊産婦の診療及び支援に係る課題に対して、周産期医療及び精神科医療等との連携した取り組みを図ります。
- 産後うつの予防及び産後の母体の身体的機能の回復のため、市町村における「新生児訪問事業」、「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」、「産後ケア事業」及び「産婦健康診査事業」等の実施を推進します。また、医療機関等におけるエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の導入を推進します。
- 妊産婦の妊娠・出産や子育てに関する悩み等に対する相談支援体制を構築します。

5 充実した新生児の健康管理体制

- 新生児の先天性代謝異常等の早期発見及び早期治療のため、新生児マス・スクリーニングの実施体制の維持及びフォローアップ体制の構築を図ります。
- 難聴児の早期発見、早期治療及び早期療育のため、新生児聴覚検査の実施体制の維持及び医療・保健・福祉・教育を含めた地域支援体制の構築を図ります。
- 医療的ケア児等が、生活の場で療養・療育できるよう、入院早期から医療・保健・福祉・教育を含めた地域支援体制の構築を図ります。

※妊娠・出産、小児保健については、「第（ ）編 第（ ）節 すこやか親子21」に記載しています。

6 災害時を見据えた周産期医療体制

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

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

第4 数値目標

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
0	新生児死亡率 (出生千対)	0.7 (H27)	0.7	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
0	周産期死亡率 (出産千対)	3.0 (H27)	3.0	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
0	妊産婦死亡率 (出産10万対)	6.3 (H27)	0	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「人口動態統計」
0	死産率 (出産千対)	20.4 (H27)	20.4	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
(1) 妊産婦の状態に応じた周産期威容提供体制					
	里帰り出産*受入率(*分娩前後のみの受診及び分娩)	82%	100%	全ての分娩を取り扱う病院及び診療所での受入を目指す。	医療推進課調査
(2) 新生児の状態に応じた周産期威容提供体制					
S	NICUの病床数 (人口10万人あたり)	2.7床 (H26)	2.7床	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
(3) 地域の周産期医療が確保される体制					
S	産科医及び産婦人科医数 (人口10万人あたり)	8.2人 (H26)	8.2人以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	助産師数 (人口10万人あたり)	37.8人 (H26)	37.8人以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「衛生行政報告例」
	院内助産師養成数		15人	15人の養成を目指す。	保健・疾病対策課調査
	総合周産期母子医療センター 地域周産期母子医療センター 施設数	10施設	10施設	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調査
(4) 充実した妊産婦の健康管理体制					
	新生児訪問又は 乳児家庭全戸訪問事業実施 市町村数	67市町村	77市町村	全ての市町村における実施を目指す。	保健・疾病対策課調査
	EPDSを導入している産科 医療機関数	16施設	42施設	全ての産科医療機関における導入を目指す	保健・疾病対策課調査
(5) 充実した新生児の健康管理体制					
	新生児聴覚検査結果を 把握している市町村数	63市町村	77市町村	全ての市町村における実施を目指す。	保健・疾病対策課調査
(6) 災害時を見据えた周産期医療体制					
	災害時小児周産期リエゾン 養成数	2人	6人	6人の養成を目指す。	保健・疾病対策課調査

助産師の活動

長野県の新生児聴覚検査体制

小児医療

第 1 現状と課題

1 小児医療をとりまく状況

(1) 小児の疾病構造

- 長野県の 1 日あたりの小児（0 歳から 14 歳までを指す。以下同じ。）の推計入院患者数は、厚生労働省「平成 26 年患者調査」（1 日の抽出調査）によると、約 0.7 千人、外来で約 12.5 千人となっています。
- 傷病分類別にみると、全国では、周産期に発生した病態や呼吸器系の疾患の推計入院患者数が多くなっています。長野県においては、患者数はいずれも、千人単位で 0.1 千人となっていますが、実数としては全国の動向と同様であると推測されます。

【表 1】 傷病分類別推計入院患者数（小児）（平成 26 年）

全 国		
傷 病 分 類	患者数 (千人)	割合 (%)
周産期に発生した病態	<u>6.5</u>	<u>23.1</u>
呼吸器系の疾患	<u>4.9</u>	<u>17.4</u>
先天奇形、変形及び染色体異常	<u>3.1</u>	<u>11.0</u>
神経系の疾患	<u>2.8</u>	<u>10.0</u>

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

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

【表 2】 傷病分類別推計外来患者数（小児）（平成 26 年）

長野県			全 国		
傷 病 分 類	患者数 (千人)	割合 (%)	傷 病 分 類	患者数 (千人)	割合 (%)
呼吸器系の疾患	<u>4.3</u>	<u>34.4</u>	呼吸器系の疾患	<u>286.5</u>	<u>38.1</u>
健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用	<u>1.8</u>	<u>14.4</u>	健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用	<u>113.9</u>	<u>15.4</u>
消化器系の疾患	<u>1.7</u>	<u>13.6</u>	消化器系の疾患	<u>93.8</u>	<u>12.7</u>

注) 患者数については、小数点第 2 位以下四捨五入による

。（厚生労働省「患者調査」）

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

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

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

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

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

注6)「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」には、一般医学的検査、定型的小児健康診断、

(2) 死亡の状況

- 平成 27 年 (2015 年) の長野県の周産期死亡率 (出産千対) は 3.0、乳児死亡率 (出産千対) は 1.3、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 0.18 となっており、全国と比較して低い死亡率を維持しています。
- 周産期医療体制、小児救急医療を含む小児医療体制が整備され、死亡率は全国と比較しても低い水準となっています。

【表3】 周産期死亡率等

区 分	長野県		全国	
	H22	H27	H22	H27
周産期死亡率(出産千対)	3.6	<u>3.0</u>	4.2	<u>3.7</u>
乳児死亡率(出産千対)	1.6	<u>1.3</u>	2.3	<u>2.3</u>
乳幼児死亡率(5歳未満、人口千対)	0.5	<u>0.4</u>	0.6	<u>0.5</u>
小児死亡率(15歳未満、人口千対)	0.2	<u>0.18</u>	0.3	<u>0.22</u>

(厚生労働省「人口動態統計」)

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

【表4】 小児 (14 歳未満) の死因順位 (平成 27 年)

区分	長野県			全国		
	死 亡 原 因	患者数	比率	死 亡 原 因	患者数	比率
1 位	不慮の事故	<u>8 人</u>	<u>15.7%</u>	先天奇形、変形及び染色体異常	<u>935 人</u>	<u>25.9%</u>
2 位	先天奇形、変形及び染色体異常	<u>8 人</u>	<u>15.7%</u>	不慮の事故	<u>351 人</u>	<u>9.7%</u>
3 位	悪性新生物	<u>7 人</u>	<u>13.7%</u>	悪性新生物	<u>285 人</u>	<u>7.9%</u>

(厚生労働省「人口動態統計」)

(3) 小児救急の現状

- 小児人口は、全国で、平成 12 年 (2010 年) の 1,847 万人から平成 27 年 (2015 年) の 1,590 万人まで減少していますが、18 歳未満の救急搬送数は増加しています。本県においても、小児人口は平成 22 年の約 46 万人から平成 27 年の約 27 万人と減少していますが、救急搬送件数は平

成 22 年の約 6,300 人から平成 27 年は約 6,500 人に増加しており、全国と同様の傾向にあります。

- 消防庁の調査（表 6）によると、救急搬送者のうち、18 歳未満の軽症者の割合は約 73% となっています。さらに日本医師会の報告等によると小児の入院救急医療機関（第二次救急医療機関）を訪れる患者数のうち、9 割以上は軽症であることが指摘されており、小児救急患者については、その多くが軽症患者であり、かつ、重症患者を扱う医療機関においても、軽症患者が多数受診している可能性が考えられます。
- 保護者が夜間・休日における子どもの急病や外傷等の対処に戸惑う時に、適切な受診につなげることを目的とした小児救急電話相談（＃8000）は、平成 24 年度 5,492 件から平成 28 年度は 7,124 件と増加しています。

【表 5】 18 歳未満の救急搬送数（平成 27 年）

区 分	平成 22 年	平成 27 年
長野県	6,327	6,533
全 国	456,177	464,424

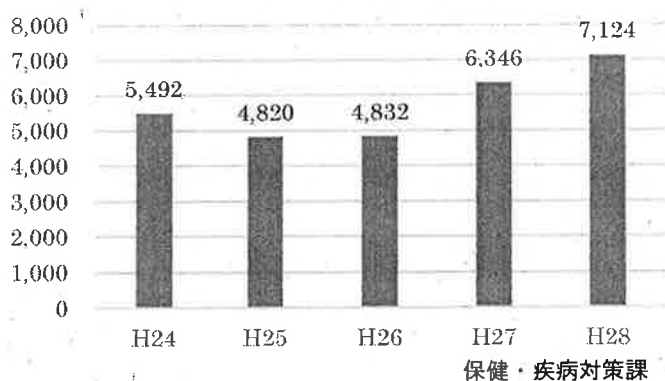
（消防庁「救急・救助の現況」）

【表 6】 年齢区分別傷病程度別の救急搬送人員（平成 27 年）

区 分		新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合 計
死亡	人数（人）	76	379	313	13,219	62,268	76,255
	構成比（%）	(0.6)	(0.2)	(0.2)	(0.7)	(2.0)	(1.4)
重症	人数（人）	1,724	4,110	4,105	110,187	345,331	465,457
	構成比（%）	(13.2)	(1.6)	(2.1)	(5.8)	(11.1)	(8.5)
中等症	人数（人）	9,575	55,456	46,194	610,214	1498,590	2220,029
	構成比（%）	(73.4)	(21.8)	(23.4)	(31.9)	(48.3)	(40.5)
軽症	人数（人）	1,612	192,840	146,250	1,171,696	1,193,576	2,705,974
	構成比（%）	(12.3)	(76.0)	(74.0)	(61.4)	(38.5)	(49.4)
その他	人数（人）	67	1,033	690	4,262	4,603	10,655
	構成比（%）	(0.5)	(0.4)	(0.3)	(0.2)	(0.1)	(0.2)
合計	人数（人）	13,054	253,818	197,552	1,909,578	3,104,368	5,478,370
	構成比（%）	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

（消防庁「救急・救助の現況」）

【図1】小児救急電話相談（#8000）相談件数



2 小児医療の提供体制

(1) 小児医療に係わる医師の状況

- 平成 22 年から平成 26 年までの間に長野県の小児科医の数は 271 人から 287 人と 16 人増加しています。
- 小児科医の全体数は増加の傾向を見せていますが、各医療圏で小児医療を担う地域の開業医や勤務医が協力して、小児救急センターを運営するのに必要な医師数としては、必ずしも十分ではなく引き続き課題となっています。

【表 7】 医療施設に従事する小児科医数

区分	平成 12 年	平成 22 年	平成 26 年
長野県	225 人	271 人	287 人
全国	14,156 人	15,870 人	16,758 人

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

(2) 医療施設の状況

- 平成 20 年（2010 年）から平成 26 年（2014 年）までの間に、小児科を標榜している病院は長野県では 2.7%減少しています。また、診療所の減少率は 15.5%と全国を上回っています。

【表 8】 小児科を標榜している医療機関数

区分	長野県			全国		
	平成 20 年	平成 26 年	増減	平成 20 年	平成 26 年	増減
病院	73	71	△2.7%	2,905	2,656	△8.6%
診療所	409	345	△15.5%	22,503	20,872	△7.2%

（厚生労働省「医療施設調査」）

(3) 小児救急医療体制の状況

- 初期小児救急医療体制は、平成 11 年度（1999 年度）以降、全国的に病院群輪番制の整備が推進されています。本県では、都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）する休日夜間急患セン

ター等による体制整備をすすめています。

平成 29 年（2017 年）4 月現在、8 医療圏でセンター方式による小児救急体制が整備されており、木曾医療圏では県立木曾病院がセンター方式に準ずる体制で圏域内の小児救急を担っています。

- 初期小児救急医療で対応が困難な患者を受け入れる入院小児救急医療については、小児地域医療センター及び地域小児連携病院（仮）が担っています。
- 24 時間体制での小児救命救急医療については、小児中核病院（信州大学医学部附属病院、県立こども病院）が担うことで、小児救急医療体制が維持されています。

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

医療圏	施設名称
佐久	佐久地域平日夜間急病診療センター
上小	上田市内科・小児科初期救急センター
諏訪	諏訪地区小児夜間急病センター
上伊那	伊那中央病院（地域救急医療センター）
飯伊	飯田市休日夜間急患診療所
松本	松本市小児科・内科夜間急病センター
	安曇野市夜間急病センター
大北	北アルプス平日夜間小児科・内科急病センター
長野	長野市民病院・医師会急病センター
	篠ノ井総合病院・医師会急病センター
	松代総合病院急病センター

（4）小児医療体制の状況

- 小児医療については、一般小児医療機関では対応が困難な患者を受け入れる地域小児連携病院及び小児地域医療センターで担っています。
 - 高度な小児医療については、小児中核病院（信州大学医学部附属病院、県立こども病院）が担うことで、小児医療体制が維持されています。
- ※各医療圏における小児中核病院、小児地域医療センター及び地域小児連携病院（仮）については、ページ【表 10】のとおりです。

（5）療養・療育の支援体制

- 人工呼吸器を装着している障がい児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障がい児（以下「医療的ケア児等」という。）については、状態に応じた望ましい療養・療育環境（在宅等）への移行や、成長に伴う成人期医療へのスムーズな移行といった課題があります。
- 平成 23 年度から、小児在宅医療において必要とされるスキルの向上を目的として、地域基幹病院・訪問看護ステーション等、地域の看護職向けの研修会を開催しています。

- 平成 25 年度から、在宅医療が必要な児について、こども病院、地域の医療機関教育機関等が遠隔で支援会議等を開催し情報共有できる「ICT ネットワーク」の運用が開始され、全県への拡大を図っています。
- 平成 27 年度から、小児慢性特定疾病児童等の自立を図るため、「小児慢性特定疾病児童等自立支援員」を配置しました。
- 医療的ケア児等の在宅療養・療育体制の整備ができるよう、医療、介護及び福祉サービスならびに教育が相互に連携した支援の実施について、さらに検討が必要です。

第 2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

(1) 充実した相談体制

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

(2) 患者の状態に応じた小児医療提供体制

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

(3) 地域の小児医療が確保される体制

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

(4) 継続的な療養・療育支援体制

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

(5) 災害時を見据えた小児医療体制

災害時を見据えて、医療的ケア児等に対する災害医療体制の構築を図ります。

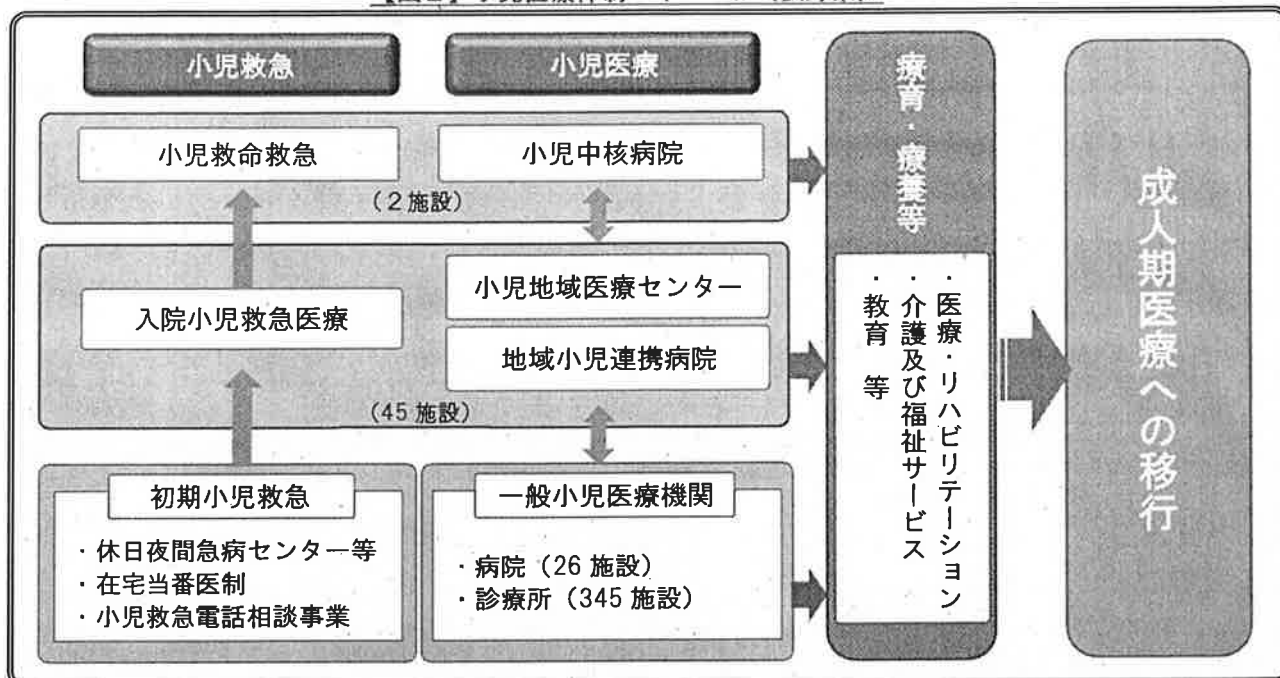
小児在宅療養・療育を支える看護職員

見直し中

2 小児医療体制

小児医療体制に関するイメージ図は以下のとおりです。

【図2】小児医療体制のイメージ（長野県）



【表10】小児医療体制の状況

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

注1) 平成17年12月22日付けの厚生労働省の通知を受け、平成18年10月に「長野県産科・小児科医療対策検討会」が設置され、県内の産科・小児科医療のあり方について、平成19年3月に「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」がとりまとめられ、医療資源の集約化・重点化の方向が示された。

注2) 「地域小児連携病院(仮)」は地域の小児地域医療センターと連携して一般診療を行うとともに、地域の小児科医療体制の構築に当たるもので、「小児地域医療センター」は各地域において小児科医療の中心的な役割を果たす病院として、24時間体制で入院が必要な二次医療と救急搬送等に対応するもの。また、「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て、三次救急医療、高度医療、先進的医療及び臨床研修を担う施設である。