第８編

疾病対策

第1節　がん対策（長野県がん対策推進計画）

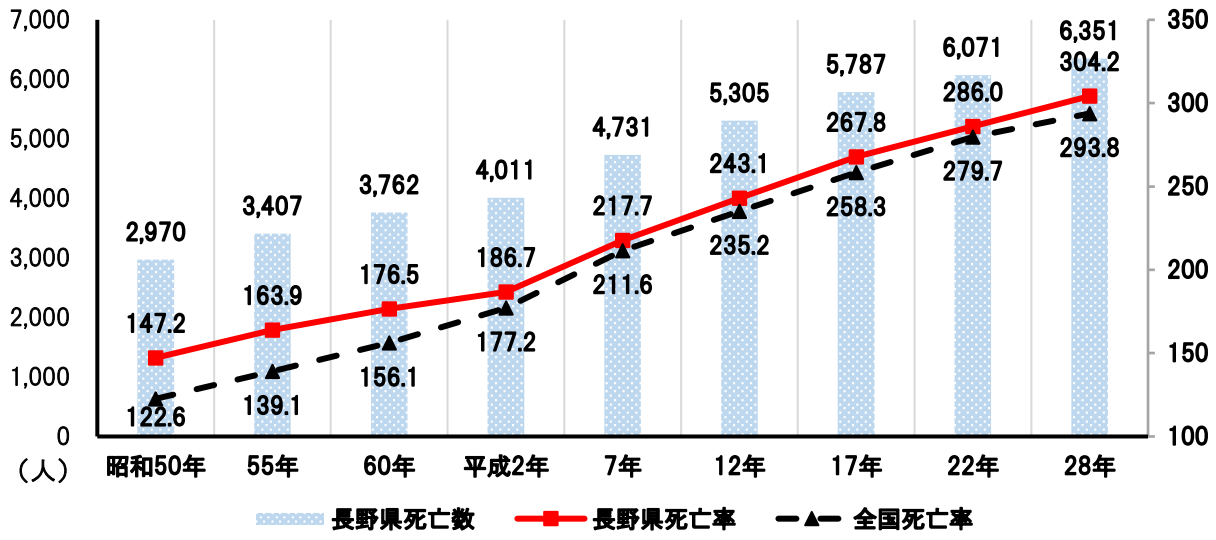
Ⅰ　がんをめぐる現状と全体目標

第１　現状と課題

１　がんによる死亡の状況

○　本県のがんによる死亡数・死亡率は、年々増加傾向にあり、平成 28 年（2016 年）には死亡数 6,351 人（全国 37 万 2,986 人）で、死亡数全体の 25.3%（全国 28.5%）を占め、死亡順位１位となっています。死亡率は人口 10 万人当たり 304.2 となっています（全国死亡率は 293.8）。

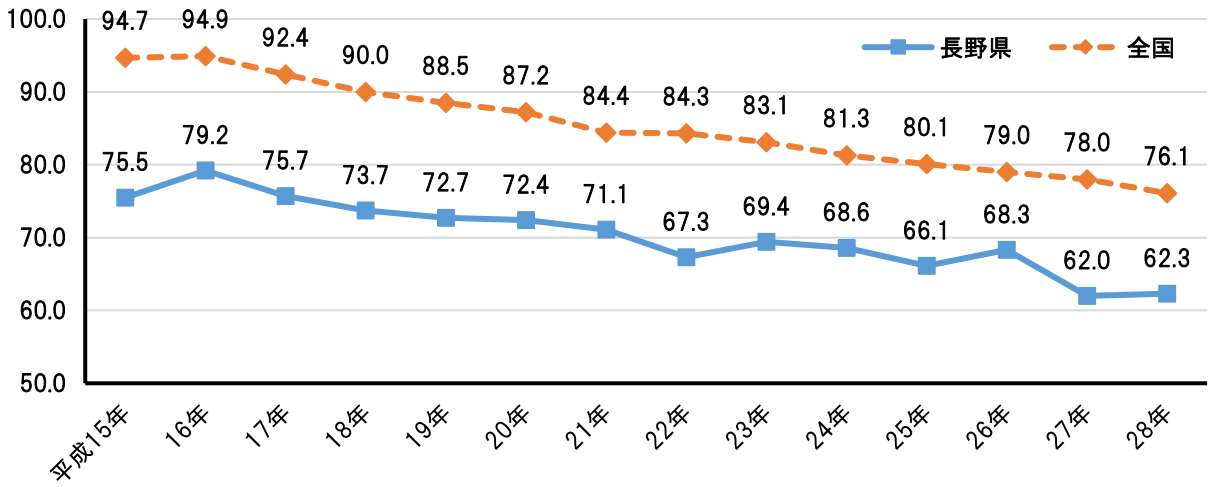
【図１】　長野県のがんによる死亡数、死亡率（人口 10 万対）の推移



（厚生労働省「人口動態調査」）

○　本県における 75 歳未満のがん年齢調整死亡率（全部位）は、平成７年（1995 年）以降、全国で最も低い状況にあります。

【図２】　75 歳未満がん年齢調整死亡率（全部位）（人口 10 万対）の推移



（国立がん研究センターがん対策情報センター）

【表１】75 歳未満年齢調整死亡率（全部位）（人口 10 万対）全国順位の推移

順位	平成 24 年		25 年		26 年		27 年		28 年	
	都道府県	値	都道府県	値	都道府県	値	都道府県	値	都道府県	値
1	**長野県**	**68.6**	**長野県**	**66.1**	**長野県**	**68.3**	**長野県**	**62.0**	**長野県**	**62.3**
2	滋賀県	69.2	滋賀県	70.6	三重県	70.8	滋賀県	69.4	山梨県	67.6
3	福井県	69.6	福井県	71.0	滋賀県	71.9	大分県	70.5	富山県	68.3
45	秋田県	89.0	鳥取県	88.4	鳥取県	87.5	鳥取県	88.1	北海道	85.6
46	北海道	89.6	北海道	88.5	北海道	88.2	秋田県	91.2	秋田県	87.4
47	青森県	96.5	青森県	99.6	青森県	98.0	青森県	96.9	青森県	93.3

（国立がん研究センターがん対策情報センター）

○　本県のがんの部位別死亡数をみると、男性の第１位は肺がん、女性の第１位は大腸がんとなっています。

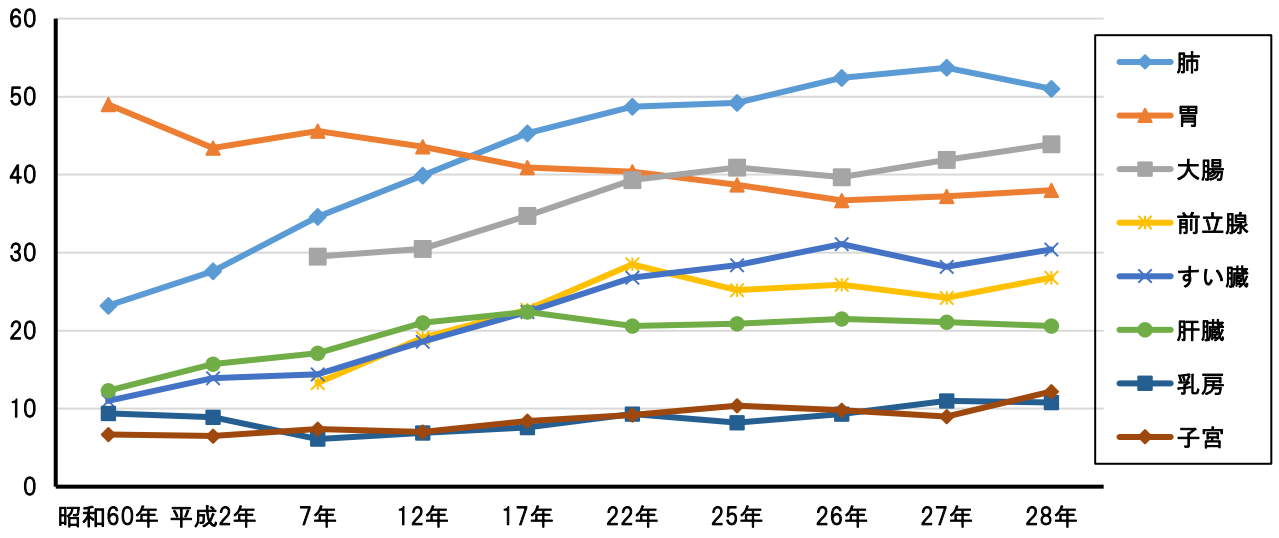
【表２】　長野県のがんの部位別死亡数（平成 28 年）　（単位：人）

	全体		男性		女性	
合計	6,351		3,660		2,691	
第１位	肺	1,051	肺	760	大腸	444
第２位	大腸	903	胃	513	すい臓	334
第３位	胃	783	大腸	459	肺	291
第４位	すい臓	626	すい臓	292	胃	270
第５位	肝臓	424	肝臓	248	乳房	217

（厚生労働省「人口動態調査」）

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

【図３】　長野県のがんの部位別死亡率（人口 10 万対）の推移



（厚生労働省「人口動態調査」）

○　部位別の 75 歳未満年齢調整死亡率では、全国より高くなっている部位もあります。

【表３】　がん部位別 75 歳未満年齢調整死亡率（人口 10 万対）、全国順位（平成 28 年）

区　分			全部位	肺	胃	大腸	すい臓	肝臓	前立腺	乳房	子宮
全体	県	死亡率	62.3	10.7	5.8	9.3	5.6	3.9			
		順位	1 位	1 位	2 位	11 位	2 位	3 位			
	全国	死亡率	76.1	13.8	8.5	10.3	6.9	8.1			
男性	県	死亡率	74.8	17.2	8.0	11.3	6.6	6.1	2.6		
		順位	1 位	1 位	2 位	8 位	3 位	6 位	39 位		
	全国	死亡率	95.8	21.7	12.5	13.3	8.7	8.2	2.4		
女性	県	死亡率	50.6	4.4	3.7	7.5	4.6	1.8		9.4	4.8
		順位	3 位	2 位	3 位	28 位	11 位	7 位		10 位	24 位
	全国	死亡率	58.0	6.5	4.9	7.6	5.1	2.2		10.7	4.7

（国立がん研究センターがん対策情報センター）

2　がん患者数・罹患率の状況

○　0 歳から 34 歳のがん患者は、全国・県ともに減少傾向にあり、本県では 1,000 人未満です。

○　35 歳から 74 歳のがん患者は、全国・県ともに増加しています。

○　全年齢では、全国・県ともに人口は減少していますが、がん患者数は増加しています。

○　本県の年齢調整罹患率は、全国と比較すると、がんの種類によって高いものもあります。

【表４】がんの総患者数年代別推移　　**（単位：千人）**

長野県	0～34 歳		35～74 歳		75 歳～		計	
	患者数	人口	患者数	人口	患者数	人口	患者数	人口
平成 17 年	1	805	18	1,123	10	267	29	2,196
20 年	(千人未満)	756	16	1,123	14	293	31	2,171
23 年	(千人未満)	699	15	1,133	11	311	27	2,142
26 年	(千人未満)	660	18	1,127	11	323	29	2,109
前回比率(%)	(-)	(94.4)	(120.0)	(99.5)	(100.0)	(103.8)	(107.4)	(98.5)
全　国	0～34 歳		35～74 歳		75 歳～		計	
	患者数	人口	患者数	人口	患者数	人口	患者数	人口
平成 17 年	30	49,668	941	66,460	447	11,638	1,423	127,768
20 年	27	47,062	970	67,412	517	13,217	1,518	127,692
23 年	26	44,462	942	68,629	555	14,708	1,526	127,799
26 年	25	42,585	982	68,578	617	15,918	1,624	127,083
前回比率(%)	(96.2)	(95.8)	(104.2)	(99.9)	(111.2)	(108.2)	(106.4)	(99.4)

※数値については、不詳者・端数処理のため計と合致しない。　　（総務省「人口推計」、厚生労働省「患者調査」）

【表５】　部位別年齢調整罹患率（人口 10 万対）（平成 23 年）

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

（国立がん研究センターがん対策情報センター、保健・疾病対策課調べ）

第２　全体目標

１　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

○　がんを予防する方法について普及啓発し、避けられるがんを防ぐことで、罹患者を減少させます。

○　県民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者を減少させます。

２　患者本位のがん医療の実現

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

３　がんになっても尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築

○　医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等が連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、尊厳をもって安心して生活し、自分らしく生きることのできる地域共生社会の実現を目指します。

第３　数値目標

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
O	がんの 75 歳未満年齢調整死亡率（人口 10 万対）	長野県　62.3【全国最低】 全　国　76.1 （2016）	全国トップを維持	総合的ながん対策の推進により、がんで亡くならない県全国第１位を堅持。	国立がん研究センターがん対策情報センター
O	尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けたと考えているがん患者の割合※1	全国：80.7%※2 (参考数値)県：81.3%※3 （2015）	81.3%以上	現状以上を目指す。	国立がん研究センター「指標にみるわが国のがん対策-患者体験調査-」

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

※１：「医療機関で診断や治療を受ける中で、患者として尊重されたと思いますか」の問いに対して、「そう思う」、「ややそう思う」と回答した人の割合

※２：全国 397 施設（2015 年当時）のがん診療連携拠点病院を対象に行われた患者調査（一部の拠点病院を抽出して実施）。今後、拡大して実施される予定。

※３：長野県の３つの拠点病院を対象に集計した数値。

第４　関連する分野及び個別計画

（１）関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、栄養・食生活（第４編第３節）、身体活動・運動（第４編第４節）、たばこ（第４編第７節）、）医師（第７編第２章第１節）、在宅医療（第７編第３章第６節）、歯科口腔医療（第７編第３章第７節）、アルコール健康障害対策（第８編第６節）、感染症対策（第８編第７節）、肝疾患対策（第８編第８節）

（２）関連する個別計画

長野県自殺対策推進計画

Ⅱ　がん予防・がん検診の充実

第１　現状と課題

１　がん予防（一次予防）

○　一次予防はがん対策の第一の砦であり、がんの30～50%は予防できるとされています。

○　予防可能ながんの因子の多くは、日常の生活習慣に関わるものであり、がんを予防するには、生活習慣の偏りの改善に向けた一人ひとりの取組が必要です。

○　国立がん研究センターがん予防・検診研究センターがまとめた「がんを防ぐための新12か条」が、がん研究振興財団から平成23年（2011年）に公開されました。この新12か条は日本人を対象とした疫学調査や、現時点で妥当な研究方法で明らかとされている証拠を元にまとめられたものです。

※がん予防（一次予防）に関連する施策については、県民参加の健康づくり（第４編第１節）、栄養・食生活（第４編第３節）、身体活動・運動（第４編第４節）、たばこ（第４編第７節）、アルコール健康障害対策（第８編第６節）、感染症対策（第８編第７節）に記載。

＜参考＞がんを防ぐための新12か条

がんを防ぐための新12か条		予防に向けた 取組・目標
１条	たばこは吸わない	禁煙の推進
２条	他人のたばこの煙をできるだけ避ける	受動喫煙の防止
３条	お酒はほどほどに	アルコール量は約23ｇ/1日程度（酒1合、ビール大瓶1本）
４条	バランスの取れた食生活を	・１日当たりの食塩摂取は 男性8ｇ、女性7ｇ未満 ・高塩分食品は週に１回以内 ・飲食物を熱い状態で取らない
５条	塩辛い食品は控えめに	
６条	野菜や果物は不足にならないように	
７条	適度に運動	・歩行を60分/1日 ・汗をかく運動を60分/1週
８条	適切な体重維持	・中高年期男性BMI：21～27 ・中高年期女性BMI：21～25
９条	ウイルスや細菌の感染予防と治療	・ピロリ菌検査の受診 ・子宮頸がん検診の受診 ・肝炎ウイルス検査の受診
10条	定期的ながん検診を	１年または２年に１回定期的に検診を受診
11条	身体の異常に気がついたら、 すぐに受診を	かかりつけ医などへ速やかに受診
12条	正しいがん情報でがんを知ることから	科学的根拠に基づくがん情報の取得

（公益財団法人　がん研究振興財団）

2　がん検診（二次予防）

○　がん検診は、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を判定し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すものです。

○　がん検診には、健康増進法に基づき市町村が実施する対策型がん検診と、職域において保険者や事業主が任意で実施するがん検診があります。他にも、個人が任意で受診するがん検診や人間ドック等があります。

○　平成 27 年度（2015 年度）、県内の市町村で実施されている検診は表６のとおりですが、多くの市町村で国指針以外のがん検診も実施されています。

【表６】　がん検診実施市町村数（平成 27 年）

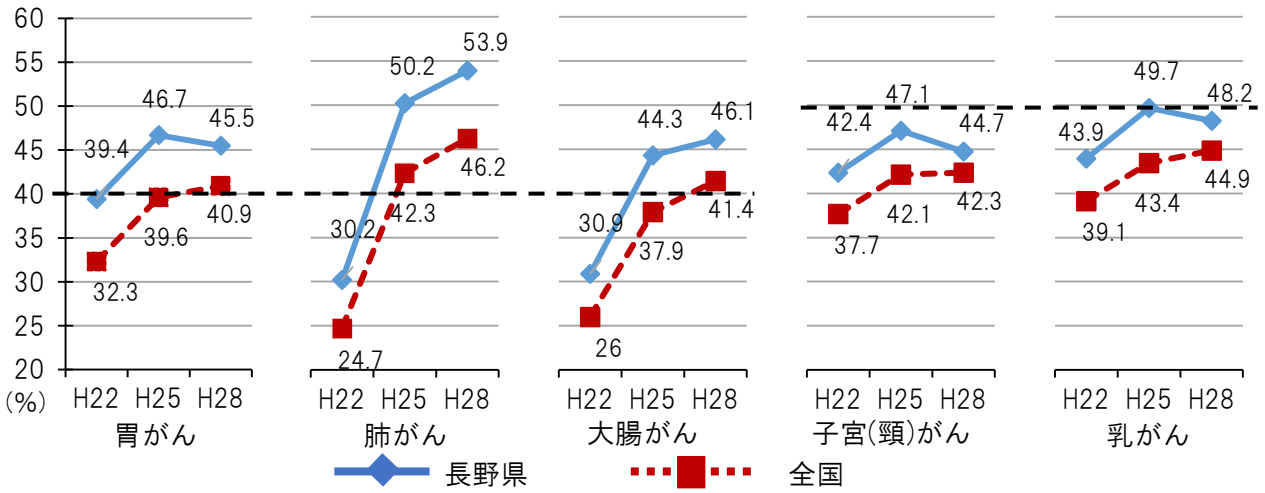
対象臓器	国指針で定められた がん検診を実施	国指針以外の がん検診を実施	国指針以外の がん検診の内容
胃	74（Ｘ線検査） 18（内視鏡検査）	1	ヘリコバクターピロリ抗体 ペプシノゲン法
子宮	77	1	HPV（ヒトパピローマウイルス） 検査
乳房	76	63	超音波検査
肺	50	60	低線量の胸部 CT
大腸	77	1	大腸内視鏡検査
国指針の対象外の臓器	－	64	前立腺がん（PSA 検査） 肝炎ウイルス検査 すい臓がん、卵巣がん

（保健・疾病対策課調べ）

3　がん検診受診率

○　平成 29 年度（2017 年度）までに胃がん・肺がん・大腸がんは検診受診率 40%以上を目標値、子宮頸がん・乳がんは 50%以上を目標値として啓発事業を推進してきましたが、子宮頸がん・乳がんについては、目標未達成です。

【図４】　がん検診受診率の推移(平成 28 年 7 月現在)



（子宮(頸)がんは 20 歳～69 歳、その他のがんは 40 歳～69 歳の者の受診状況。支給(頸)がん及び乳がんは過去 2 年間における受診状況。）　（厚生労働省　「国民生活基礎調査」）

4　がん発見時の病期

○　がん発見時の病期について、胃がん、大腸がん、肝がん、乳がん、子宮頸がん、前立腺がん等では上皮内がん※1及び限局がん※2の割合が高く、早期に発見されていることが分かります。

○　すい臓がん、肺がんについては、遠隔転移のあった割合が高くなっています。

※１上皮内がん：がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮までにとどまっているがん
※２限局がん　：最初に発生した原発部位から広がっておらず、病的変異が狭い範囲内に限られているがん

【表７】　長野県の部位別発見時の病期の割合（DCO※を除く届出患者）（平成 23 年）　（%）

部　位	胃がん	大腸がん	肝がん	すい臓がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	前立腺がん
上皮内	―	19.2	―	―	0.3	10.4	69.6	―
限局	51.7	31.2	51.6	8.8	31.1	46.6	12.1	60.5
所属リンパ節転移	10.1	13.4	0.5	2.4	8.5	21.6	0.6	1.1
隣接臓器浸潤	11.2	10.4	16.2	29.4	11.9	4.2	10.2	11.5
遠隔転移	15.1	16.0	11.2	44.2	30.8	5.3	3.8	11.1
不明	11.8	9.8	20.4	15.3	17.5	12.0	3.7	15.7

（長野県がん登録事業報告書）

※DCO(death certificate only)：がん登録の精度指標
DCN 症例（がん死亡小票ではじめて罹患が把握された症例）について、遡り調査による医療機関の返答がなく、死亡診断書のみにより登録されている症例

5　精度管理

○　がん検診は、質が高く、科学的に死亡率減少効果の明らかな方法で実施されることが重要であり、そのためにはすべての市町村及び検診実施機関において、がん検診の精度管理を実施することが必要となります。

○　がん検診の精度管理とは、技術・体制的指標（事業評価のためのチェックリスト）及びプロセス指標を集計・分析し、フィードバックを行うことです。県では、全市町村を対象にした、がん検診実施状況調査に基づいて精度管理を実施しています。この結果は、県のホームページにおいて公表しています。

○　精度管理を推進するため、市町村や検診実施機関のがん検診事業担当者を対象にした研修会の実施や、住民の受診データを把握するためのデータベースの整備が求められています。

○　精度管理を推進するため、医療機関は市町村や一次検診機関に対して、精密検査の結果を報告することが求められています。

＜参考＞がん検診の精度管理指標

指標	指標の意味
技術・体制的指標	検診機関の体制（設備、医師・技師等）が確保されているか 実施手順等が確立されているか
プロセス指標	上記の技術・体制の下で行われた検診の結果 （検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等）
アウトカム指標	死亡率

6　がん検診推進体制

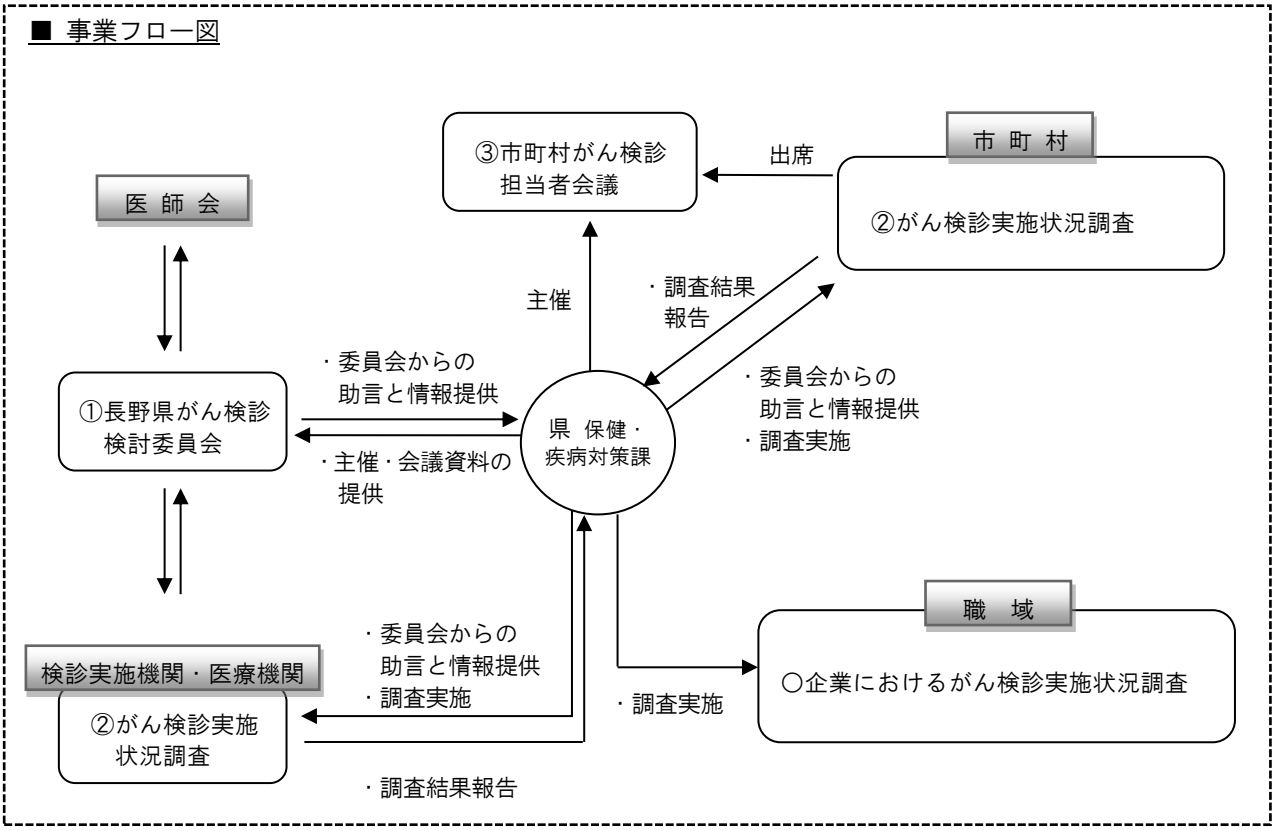
○　「長野県がん検診検討委員会」では、市町村や検診実施機関のがん検診の在り方、精度管理の在り方について協議を行い、助言と情報提供を行っています。

○　「市町村がん検診担当者会議」は、長野県がん検診検討委員会での議論内容を市町村へフィードバックするとともに、他市町村の状況を共有するため、二次医療圏ごとに開催されています。

○　「がん検診実施状況調査」は市町村及び検診実施機関に対して、国指針以外の項目も含めたがん検診の実施状況を調査するもので、調査結果は、長野県がん検診検討委員会の資料となり、その後市町村及び検診実施機関へフィードバックされます。

○　県は関係機関それぞれの取組の情報集約・分析及び資料提供を通じて検診事業全体を推進しています（図５参照）。

【図５】長野県のがん検診推進体制



7　女性特有のがん検診

○　平成 21 年度（2009 年度）から国が実施しているがん検診推進事業において、女性特有のがん検診（乳がん・子宮がん）推進事業相互乗り入れ制度を実施しています。

○　平成 28 年度（2016 年度）から国が実施しているがん検診推進事業以外の乳がんと子宮がん検診についても、制度に参加する市町村の住民であれば、居住市町村に関わらず県内の医療機関において検診を受けることが出来るようになりました。

○　平成 28 年度（2016 年度）の女性特有のがん検診推進事業相互乗り入れ制度参加市町村は 51 市町村、参加医療機関数は乳がん 55 か所、子宮がん 98 か所となっています。

8　職域におけるがん検診

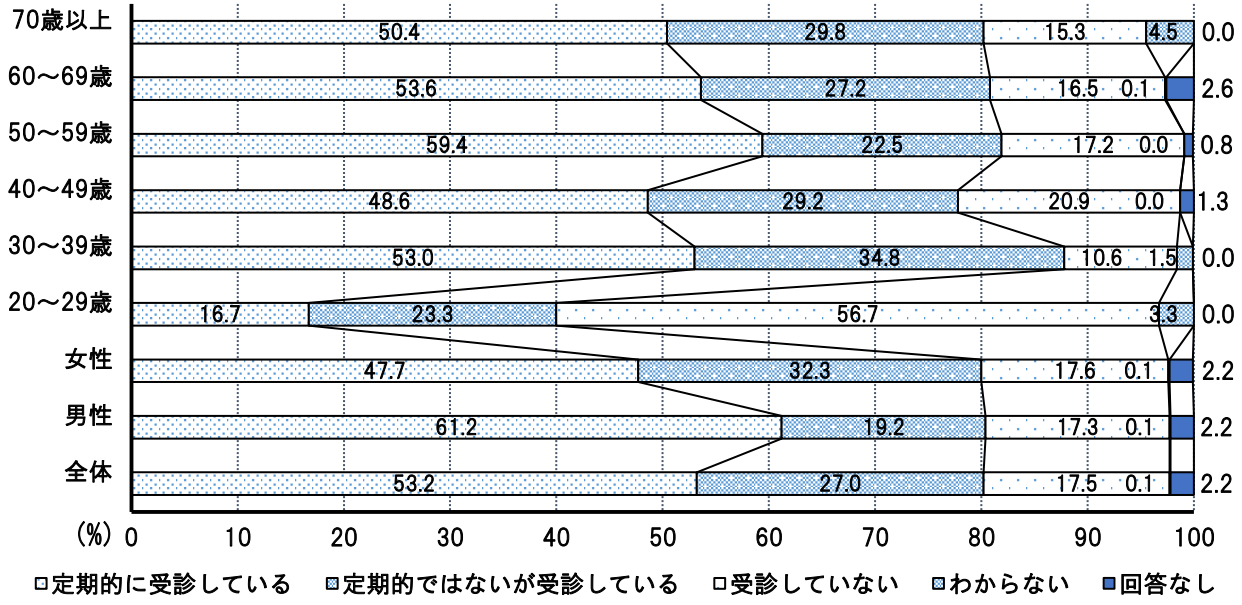
○　がん検診を受けた者の 40～70%程度は職域におけるがん検診を受けていますが、この検診は保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、検査項目や対象年齢等の実施方法はさまざまです。また、実施状況を定期的に把握する仕組みがなく、実態を把握することは困難です。

○　科学的根拠に基づいたがん検診が実施されるよう、国が作成する「職域におけるがん検診に関するマニュアル（仮称）」の普及を図る必要があります。

9　がん検診への県民の関心

○　がん検診を「定期的に受診している」と回答した割合は、性別では男性の方が高く、年代別では 20 歳代及び 30 歳代（女性・子宮頸がん※）が低くなっています。

【図６】がん検診受診状況



※20 歳から 39 歳までの調査対象は女性・子宮頸がんのみ　　（平成 28 年度第２回県政モニターアンケート）

第２　目指すべき方向

○　がん検診受診率を高めます。

○　がんに罹患した者の早期発見率を高めます。

第３　施策の展開

１　県民の取組として望まれること

○　市町村や職場等で実施されているがん検診の定期的な受診。

○　精密検査が必要な場合、精密検査の受診。

２　関係機関・団体の取組として望まれること

（１）市町村

○　すべての市町村における、科学的根拠に基づいたがん検診及び精度管理の実施。

○　ホームページやテレビ、ラジオ等を用いたがん検診の正しい知識についての普及啓発。

○　がん検診受診台帳やデータベースの整備及びクーポン券や、コール・リコール（呼びかけ・催促）による個別の受診勧奨及び精密検査の受診勧奨の実施。

○　市町村がん検診相互乗り入れ制度への参加。

（２）検診実施機関

○　精度管理・事業評価を実施し、精度の高い検診を提供。

○　ホームページやテレビ、ラジオ等を用いたがん検診の正しい知識について普及啓発。

（３）職域

○　従業員に対する、がん検診・精密検査の実施及び正しい知識に関する普及啓発。

（４）医療機関

○　市町村や一次検診機関に対する、精密検査結果報告等の協力。

○　市町村がん検診相互乗り入れ制度への協力。

３　県の取組

（１）実施体制の強化

○　長野県がん検診検討委員会において、市町村が国指針で定められたがん検診を実施するよう引き続き助言を行うとともに、検診・受診率及び精密検査受診率向上に向けた効果的な施策について、市町村に情報提供を行います。

（２）受診率の向上

○　ホームページやテレビ、ラジオ等を用いてがん検診の正しい知識について普及啓発を行います。

○　がん予防、検診・受診促進のため、県民に向けた研修会を開催します。

○　協定締結企業、がん検診の普及啓発に取り組む団体等と連携して、がん対策に関するイベントやキャンペーンの実施等を通じた県民への普及啓発に取り組みます。

○　職域や人間ドック等で実施されるがん検診の実施状況等を把握し、より実態に近い受診率の把握方法について検討します。

○　事業所等に対して、がん検診及び精密検査の受診促進のための働きかけを行います。

（３）精度管理の推進

○　市町村がん検診事業の精度管理を行い、結果をホームページ等で公表します。

○　市町村がん検診担当者会議を実施します。

（４）女性特有のがん検診の推進

○　市町村がん検診相互乗り入れ制度を推進します。

第４　数値目標

１　目指すべき方向

区分	指　標		現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	がん検診受診率	胃がん	45.5%（2016）	50%以上	国のがん対策推進基本計画から（受診率算定にあたっては、40 歳から 69 歳（子宮頸がんは 20 歳から 69 歳）が対象）	厚生労働省「国民生活基礎調査」
		肺がん	53.9%（2016）	53.9%以上		
		大腸がん	46.1%（2016）	50%以上		
		子宮頸がん	44.7%（2016）			
		乳がん	48.2%（2016）			
P	がんに罹患した者の早期発見率※	胃がん	51.7%（2011）	51.7% 以上	現状以上を目指す。	長野県がん登録事業報告書
		肺がん	31.4%（2011）	31.4% 以上		
		大腸がん	50.5%（2011）	50.5% 以上		
		子宮頸がん	81.7%（2011）	81.7% 以上		
		乳がん	57.0%（2011）	57.0% 以上		

※早期発見率：がん発見時の病期のうち、上皮内がん・限局がんである割合

２　県民の取組

区分	指　標		現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	精密検査受診率	胃がん	84.4%（2014）	90%以上	国のがん対策推進基本計画から	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
		肺がん	71.9%（2014）			
		大腸がん	73.1%（2014）			
		子宮頸がん	76.3%（2014）			
		乳がん	88.5%（2014）			

3　関係機関・団体の取組

（1）市町村

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	がん検診を実施する市町村の割合	平均 99.2%	100%	現状以上を目指す。	厚生労働省健康局総務課調べ
S	がん検診プロセス指標を用いた精度管理を実施している市町村の割合	100%	100%	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
S	チェックリストの実施率	県平均 62.4% 全国平均 63.0% （2016）	62.4%以上	現状以上を目指す。	国立がん研究センター調べ
S	個人別の受診台帳、またはデータベースを整備している市町村の割合	県平均 84.1% 全国平均 92.4% （2016）	84.1%以上	現状以上を目指す。	国立がん研究センター調べ
S	精密検査未受診者に対して、受診勧奨を行っている市町村の割合	県平均 91.1% 全国平均 85.3% （2016）	91.1%以上	現状以上を目指す。	国立がん研究センター調べ
S	市町村がん検診相互乗り入れ制度参加市町村数	51 市町村	51 市町村以上	現状以上を目指す。	保健・疾病対策課調べ
P	住民に対してがん検診の普及啓発を実施	実施	実施	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ

（2）検診実施機関

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	チェックリストによるがん検診事業評価を実施している検診機関数	３機関	３機関以上	現状以上を目指す。	保健・疾病対策課調べ
P	住民に対してがん検診の普及啓発を実施	実施	実施	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ

（3）職域

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	職域におけるがん検診実施率の把握	未把握	実施	実施率の把握に努める。	保健・疾病対策課調べ

（４）医療機関

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	市町村がん検診相互乗り入れ制度参加医療機関数	乳がん 56 か所 子宮がん 98 か所（2016）	乳がん 56 か所以上 子宮がん 98 か所以上	現状以上を目指す。	保健・疾病対策課調べ
P	市町村や一次検診機関に対する、精密検査結果の報告率	平均 91.7%（2014）	91.7%以上	現状以上を目指す。	保健・疾病対策課調べ

4　県の取組（施策の展開）

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	がん検診検討委員会の開催	1 回/年開催	継続	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
P	がん検診担当者会議等の実施	1 回/年開催	継続	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
P	ホームページやテレビ、ラジオ等を用いたがん検診の普及啓発を実施	実施	実施	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
P	がん予防研修会の延べ受講者数	9,441 人（2010～2016）	13,000 人	500 人／年の受講	保健・疾病対策課調べ
P	がん検診の精度管理結果の公表	実施	継続	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
P	市町村がん検診相互乗り入れ制度の実施	実施	継続	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
P	事業所に対してがん検診の普及啓発を実施	実施	実施	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ

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　関連する分野

（１）関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、栄養・食生活（第４編第３節）、身体活動・運動（第４編第４節）、たばこ（第４編第７節）、）医師（第７編第２章第１節）、アルコール健康障害対策（第８編第６節）、感染症対策（第８編第７節）

Ⅲ　がん医療の充実

第１　現状と課題

１　がん医療提供体制

○　本県では、９医療圏でがん診療連携拠点病院等が整備されており、すべてのがん診療連携拠点病院において、５大がん（胃、大腸、肺、肝、乳）を中心に放射線療法、薬物療法及び手術療法を組み合わせた集学的治療と緩和ケアが実施され、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的な治療や、キャンサーボード（がん患者の症状、治療方針等を検討するための医師等によるカンファレンス）の定期的な開催が行われています。

○　がん診療連携拠点病院等が整備されていない大北医療圏においては、北アルプス医療センターあづみ病院が指定に向けた準備を進めています。

○　本県では、がん診療の地域格差を無くし、質の高いがん医療の提供及び医療水準を維持する観点から、独自の取組として、指定を受けたがん診療連携拠点病院等に対し、機能評価（現地調査）を定期的に実施しています（年２病院程度）。

○　県がん診療連携拠点病院（信州大学医学部附属病院）では、長野県がん診療連携協議会（情報連携部会、がん登録部会、緩和ケア部会、研修教育部会）を設置し、地域がん診療連携拠点病院等への情報提供や相互連携を促進しています。

○　県全体のがん診療体制強化のために、県がん診療連携拠点病院（信州大学医学部附属病院）が設置する「がん診療連携協議会」と県が設置する「がん診療拠点病院整備検討委員会」が連携を深めていくことが重要です。

【表８】　がん診療連携拠点病院等の設置状況（平成 29 年４月現在）

（◎都道府県がん診療連携拠点病院　○地域がん診療連携拠点病院　△地域がん診療病院）

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

＊　未指定医療圏：１医療圏（大北）　　（保健・疾病対策課調べ）

がん診療連携拠点病院

がん診療連携拠点病院は、全国どこに住んでいても質の高いがん医療が受けられるよう、地域ごとに国が指定した、がん診療の中核的な病院です。平成 19 年４月に施行されたがん対策基本法の理念に基づき、各都道府県の二次医療圏に一か所を目安に指定されてきました。主な指定要件は、手術、化学療法、放射線療法などを組み合わせた集学的治療の実施、緩和ケアチームの設置、がん相談支援センターの設置（医療情報、セカンドオピニオンの提供など）、地域連携の推進（クリティカルパスの作成など）、全国がん登録の実施などで、質の高い包括的ながん診療の実現を目指す目的で作られました。

長野県のがん診療連携拠点病院には県の中心的役割を果たす「県がん診療連携拠点病院（信州大学医学部附属病院）」と、各二次医療圏で中心的役割を果たす「地域がん診療連携拠点病院（７病院）」があります。また、新規に、がん診療連携拠点病院と連携し、拠点病院に準じた高度ながん医療を提供する「がん診療病院（３病院）」が指定されています。

がん診療連携拠点病院は地域での専門的ながん医療の提供、患者・住民への相談支援や情報提供および連携協力体制の整備などの役割を担う病院として期待されています。

2　放射線療法

○　リニアックなどの放射線治療装置は、全てのがん診療連携拠点病院とそれ以外の４か所に整備されており、平成 26 年（2014 年）10 月現在、県内の放射線治療（対外照射）実施件数は 5,756 件となっています。

○　放射線療法は、根治的な治療のみならず痛み等の症状緩和にも効果があるため、さらなる活用に向けて、医療従事者への知識の普及が必要です。

○　一方で、放射線治療専門医や専門の診療放射線技師などが不足しており、県では、医師研究環境整備資金貸与事業等により放射線科専門医の確保に努めているところですが、実際の確保は難しい状況です。

○　安全管理の面から、放射線治療の品質管理を専門業務とする人員（放射線治療品質管理士、医学物理士等）の配置が求められています。

○　放射線治療装置の技術革新は急速に進んでおり、最新機器の導入には巨額の投資が必要です。人員確保も含め、病院単位から地域単位における適切な医療資源の配分が求められています。

○　当県では、県内で行われる先進医療（陽子線治療）の医療費に係る利子相当分の補助を行う補給事業を実施し、がん患者の治療の選択の幅を広げる取組をしています。

【表９】　放射線治療（対外照射）を実施している医療機関数（平成 26 年 10 月現在）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	計
医　療 機　関	1	1	1	1	1	1	6	－	2	1	15
人口 10 万対 （病院）	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	3.3	1.4	－	0.4	1.1	0.7

（厚生労働省「医療施設調査」）

高額療養費制度と先進医療利子補給事業について

高額療養費制度とは、入院や外来治療などのため、かかった医療費が高額となり、医療機関や薬局の窓口で支払った額がひと月で上限額を超えた場合に、その超えた金額を払い戻しする制度です。

県では、がん患者の方の治療の選択の幅を広げるため、がん先進医療費利子補給事業を行っています。この事業は、健康保険適用外であるがんの先進医療を受けるために金融機関から治療費の融資を受けたがん患者及びその家族に対し、当該融資に係る利子相当分の補助を行うものです。

平成 29 年９月現在、松本市の相澤病院で行われている陽子線治療※が給付対象となっています。

※平成 27 年４月から小児がん（限局性の固形悪性腫瘍）の陽子線治療は保険適用となりました。

3　薬物療法（化学療法）

○　がん患者が働きながら治療や療養ができる環境の整備が求められるなか、すべての二次医療圏において外来薬物療法が実施されており、平成 26 年（2014 年）10 月現在、県内の病院における外来薬物療法の実施件数は、3,884 件となっています。

○　薬物療法を実施する際には、投与する薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した治療計画書（レジメン）を審査し、組織的に管理する委員会の設置が求められており、必要に応じてがん診療連携拠点病院等の医療機関と連携協力していくことが大切です。

○　外来薬物療法室では、外来患者急変時に、入院等の対応が可能な体制の整備が課題となっています。

【表 10】　外来薬物療法を実施している医療機関数（平成 26 年 10 月現在）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	計
医　療 機　関	5	2	4	4	4	1	8	2	5	2	37
人口 10 万対 （病院）	2.3	1.0	2.0	2.1	2.4	3.3	1.8	3.2	1.1	2.1	1.7

（厚生労働省「医療施設調査」）

4　がんゲノム医療

○　近年、個人のゲノム情報をはじめとしたオミックス情報※に基づき、その人の体質や症状に適した医療を行う、「がんゲノム医療」への期待が高まっています。

○　国では、ゲノム解析に基づいた治験薬を含めた治療選択肢を提示する研究事業や拠点病院に遺伝カウンセリングを行う者を配置するといった取組も行われています。

○　今後、全てのがんについて、ゲノム医療によって得られた情報を用いた治療薬の開発や個人に最適化された治療選択等に活用できる仕組みを構築する必要性が指摘されています。

※オミックス情報：ゲノム（遺伝子）やプロテオーム（たんぱく質）、メタボローム（代謝質）等、様々な網羅的分子情報をまとめた情報、知識、集合のこと

5　がん緩和ケア

（１）緩和ケア提供の取組

○　がん患者が質の高い療養生活を送れるよう、診断時から身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助、社会生活上の不安の緩和等について、全人的な緩和ケアを行うことが求められています。

○　緩和ケアの質を向上させるため、緩和医療専門医、精神腫瘍医、がん看護関連の専門・認定看護師、緩和薬物療法認定薬剤師などの資格認定制度が運用されています。

○　県では、がん診療連携拠点病院等と連携して、がん診療に携わる医師等を対象とした緩和ケア研修会を開催し、緩和ケアについての基本的知識の普及に努めています。
（平成 24 年（2012 年）～28 年（2016 年）: 1,103 人の医師が参加）

（２）緩和ケアチーム及び緩和ケア病棟

○　緩和ケアチームとは、医師、看護師、薬剤師、医療心理に携わる者等が連携協力して緩和ケアを提供するチームで、がん診療連携拠点病院等で組織上明確に位置付けられる必要があります。

○　本県で緩和ケアチームのある医療機関数は 20 か所となっており、新規依頼患者数とともに増加傾向にあります。

○　緩和ケアチームでは身体的な苦痛の緩和だけでなく、精神心理的な苦痛を含めた心のケアの提供とともに、必要に応じ主治医や担当看護師等と連携し、症状緩和に係るカンファレンスの実施が求められています。

○　緩和ケアチームはがん診療連携拠点病院等を中心に整備されており、拠点病院における連携を強化し、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持つ「緩和ケアセンター」の整備も求められています。

○　緩和ケア病棟は、県内で４病院が有しており、取扱患者数が増加傾向にあります。今後、高齢化の進展によるがん患者の増大に伴い、緩和ケア病棟の整備が課題となっています。

【表 11】緩和ケアチーム及び緩和ケア病棟の状況

区　分		医療機関数			患者数（人）			新規依頼患者数（人）		
		20 年	23 年	26 年	20 年	23 年	26 年	20 年	23 年	26 年
緩和ケアチーム	県	17	18	20	1,087	245	389	101	126	157
	全国	612	861	992	16,349	23,374	28,042	3,453	5,191	7,793
区　分		医療機関数			病　床　数			取扱患者延数（人）		
		20 年	23 年	26 年	20 年	23 年	26 年	20 年	23 年	26 年
緩和ケア病棟	県	4	4	4	84	87	87	1,650	1,567	2,126
	全国	229	279	366	4,230	5,122	6,997	70,542	87,483	106,235

（厚生労働省「医療施設調査」）

（３）　がん診療連携拠点病院等での緩和ケア

○　全てのがん診療連携拠点病院等では、次の緩和ケアに関する医療機能が求められ、実施されています。

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

（４）在宅における緩和ケア

○　がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる在宅医療の体制整備が必要です。

○　標準的な治療を行うすべての医療機関において、外来薬物療法や外来緩和ケアを実施する体制の整備が求められています。

○　がん診療連携拠点病院等では、退院後における居宅時の緩和ケア等に関する療養上必要な説明及び指導が求められます。

○　在宅療養支援診療所は県内に 254 診療所（平成 29 年（2017 年）10 月現在）あり、がん診療連携拠点病院等や地域の中核的な病院との連携強化が課題となっています。

緩和ケア

「緩和ケア」とは、がんなどに伴う身体や精神の問題を単に病気に対する医療としてだけでなく、社会生活あるいは家族まで含めて全人的に患者さんを支える医療のことです。

平成 14 年（2002 年）、世界保健機関（ＷＨＯ）により「緩和ケアとは、生命をおびやかす疾患による問題に直面している患者とその家族の痛み、その他の身体的、心理・社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し適切に評価し対応することを通じて、苦痛を予防し緩和することにより、患者と家族のクオリティオブライフ（ＱＯＬ）を改善するための取組である」と定義され、これが基本となっています。

以前は緩和ケアとはすなわち終末期ケアと考えられていた時期がありましたが、現在では、がんと診断された時から緩和ケアと言われるほどになっています。がんの一番つらい症状の一つにがん痛がありますが、疼痛などの身体的苦痛に限らず、怒り、不安、孤独感やうつなどの精神的問題、仕事や人間関係の変化、医療負担の増加などの社会的な問題、あるいは人生観や価値観の変化などスピリチュアル（霊的）な問題などから生じる様々な苦痛に対しても全人的に対応し、その軽減を図ることが緩和ケアの最大の目的となっています。

がん治療において緩和ケアは集学的治療とともに重要な分野で、互いに補い合うことでがん治療成績の向上に寄与するものと考えられます。

６　口腔機能管理

○　がん治療中には口腔内合併症が高い頻度で現れます。

○　薬物療法や放射線療法に伴い口腔粘膜炎等が発生すると、経口栄養摂取を妨げ早期回復を遅らせる原因となり、また、骨に発生するがん治療に使用される骨吸収抑制薬により顎骨（がっこつ）壊死が起こることも問題となっていることから、医科と薬科と連携した口腔機能管理体制の充実が課題となっています。

○　周術期において口腔機能管理を行うことで、誤嚥性肺炎等の術後合併症が予防され、早期退院が見込まれることから、がん診療連携拠点病院等と歯科診療所等が連携した周術期口腔機能管理体制※が整えられてきていますが、更に充実を図る必要があります。

※長野県がん診療医科歯科連携体制：がん診療連携拠点病院等と地域歯科医療機関が連携してがん治療中の口腔機能管理を行う体制のこと

【表 12】長野県がん診療医科歯科連携事業登録歯科医療機関（平成 29 年５月末現在）

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	計
歯科医療機関	23	9	40	25	34	0	35	4	28	4	202

（保健・疾病対策課調べ）

7　医療用麻薬

○　がん性疼（とう）痛などに処方される医療用麻薬を調剤できる麻薬小売業免許を取得している薬局数は、平成 29 年（2017 年）３月末現在、901 か所あります。

○　無菌調剤室のある薬局は、平成 29 年（2017 年）3 月末現在、７医療圏９か所（佐久・上小医療圏各２か所、諏訪・上伊那・飯伊・松本・長野医療圏各１か所）において整備されています。

【表 13】　医療圏別麻薬小売業免許取得薬局数（平成 29 年３月現在）

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

※（　）は前回計画記載数値　　（薬事管理課調べ）

8　セカンドオピニオン

○　県内 38 か所の医療機関において、がん治療に関するセカンドオピニオンが実施されています。

○　がん診療連携拠点病院等では、がんの種類ごとにセカンドオピニオンを行う医療機関の一覧を作成し、広報を実施しています。

○　セカンドオピニオンは、がん患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識、技能を有し第三者の立場にある医師により実施されることが必要です。

【表 14】　がん治療に関するセカンドオピニオンが実施されている医療機関数（平成 29 年４月現在）

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

※（　）は前回計画記載数値　　（長野県がん診療拠点病院連携協議会情報連携部会調べ）

9　がん医療連携体制

（１）がん診療連携拠点病院等と地域医療機関との連携

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

（２）薬局との連携

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

（３）地域連携クリティカルパスの整備状況

○　治療の段階から退院後の在宅療養支援に至るまで、地域の医療機関が共同して診療計画を作成する地域連携クリティカルパスが、５大がんに関して全てのがん診療連携拠点病院で整備されています。

○　しかし、クリティカルパスの運用について、住民・医療従事者の周知・理解が満足に得られていない場合や、がんの種類によっては運用が難しい場合があり、運用実績に地域差が生まれている状況です。

【表 15】　５大がんの地域連携クリティカルパスを整備している医療機関数(平成 29 年４月現在)

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

（保健・疾病対策課調べ）

10　在宅療養支援

○　がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養が選択できるよう、在宅医療等の充実が求められています。また、高齢化の進展によるがん患者の増大が見込まれていることから、医療と介護の連携を図りながら在宅医療等の充実を図る必要があります。

○　がん患者に対する在宅医療はすべての医療圏で提供されており、医療機関数は 170 か所です。また、がん患者の在宅死亡割合は平成 28 年（2016 年）現在 14.9%で、全国第 14 位です。

【表 16】　末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数（平成 29 年３月現在）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	計
医療機関	17	15	27	19	25	1	31	3	39	3	170 (154)

※（　）は前回計画記載数値　　（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

11　がんリハビリテーション

○　がん治療の影響により、がん患者の嚥下や呼吸運動等の日常生活動作に障がいが生じる場合や、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障がいが発生し、著しく生活の質が低下することがあり、がんリハビリテーションの重要性が指摘されています。

○　がんリハビリテーションは、障がいが発生する前から治療と並行して行っていく必要があります。

【表 17】　がんリハビリテーション実施医療機関（平成 29 年 3 月現在）

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

※（　）は前回計画記載数値　　（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

12　医療従事者

（１）医師

○　がん診療には多くの職種の医療従事者が携わっており、手術、放射線療法及び薬物療法を組み合わせた集学的治療並びに緩和ケアやがんリハビリテーション等が求められていることから、医療スタッフの一層の充実が求められています。

○　特に、放射線科治療専門医及びがん薬物療法専門医、血液専門医、病理専門医の確保が課題となっています。

【表 18】　放射線科専門医（治療医・診断医）・がん薬物療法専門医・血液専門医・病理専門医の配置状況（平成 28 年 12 月現在）　**（単位：人）**

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計	（参考）人口 10 万対	
												県	国
放射線	8	2	5	1	3	―	32	―	16	2	69 (7)	3.1	4.6
薬物療法	―	―	2	―	1	―	8	―	6	―	17 (8)	0.7	0.8
血液	3	1	3	2	1	―	20	1	12	2	45 (10)	2.1	2.7
病理	4	1	5	1	2	―	18	―	7	1	39 (6)	1.7	1.6

※（　）は前回計画記載数値　　（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表 19】　放射線科治療専門医（常勤）の配置状況（平成 29 年９月現在）　**（単位：人）**

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計	（参考）全国
放射線治療	2	―	1	1	1	―	6	―	5	―	16	1,177

（日本放射線腫瘍学会ホームページ、保健･疾病対策課調べ）

（２）看護師

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

【表 20】　認定看護師、専門看護師の配置状況（平成 29 年５月現在）　**（単位：人）**

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

※従事医療機関一部非公開のため、計が一致せず。　※（　）は前回計画記載数値　　（日本看護協会ホームページ）

（３）薬剤師・栄養士

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

○　がんの栄養管理・栄養療法に関する専門職として、平成 26 年度（2014 年度）からがん病態栄養専門管理栄養士の認定制度が始まっています。平成 28 年（2016 年）３月末現在、全国で 344 名、本県では７名の栄養士が資格を取得しています。

【表 21】　がん専門薬剤師・がん薬物療法認定薬剤師・外来がん治療認定薬剤師・緩和薬物療法認定薬剤師の配置状況（平成 29 年 10 月現在）　**（単位：人）**

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	計
専門薬剤師	1	－	2	1	－	－	4	－	5	1	14
薬物療法認定薬剤師	3	－	3	2	1	1	6	2	1	4	23
外来がん治療認定薬剤師	－	－	3	－	－	－	1	－	－	－	4
緩和薬物療法認定薬剤師	2	－	1	1	1	－	2	－	3	3	13

（長野県病院薬剤師会調べ）

13　小児がん、ＡＹＡ世代のがん

○　「がん」は小児の病死原因の第１位となっています。成人のがんと異なり、生活習慣と関係なく乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながんが含まれており、全国の小児がんの年間患者数は、2,000～2,500 人となっています（１万人に１人の割合）。

○　小児がん患者は、治療後も、発育、臓器障害、高次脳機能障害などの問題があり、診断後長期にわたって日常生活や就学、就労に支障が生じることから、長期的な支援や配慮が必要です。

○　平成 25 年には、全国で小児がん拠点病院が 15 か所と、小児がん中央機関が２か所整備され、小児がん診療の集約化と診療体制の構築が行われてきましたが、集約化すべきがん種と均てん化可能ながん種の整理、拠点病院と地域の医療機関とのネットワークの整備等が求められています。

○　ＡＹＡ世代（Adolescent and Young Adult：思春期及び若い成人）に発症するがんについては、全国的にも未だ診療体制が定まっておらず、また、小児と成人領域の狭間で適切な治療を受けるためには様々な課題があります。

○　ＡＹＡ世代の全国における年間患者数はおよそ２万人とされていますが、年代によって就学・就労等の状況が異なり、個々の患者のニーズに応じた情報提供、支援体制が求められています。

14　希少がん、難治性がん

○　希少がんは、「罹患率人口 10 万人当たり６例未満のがん種」と定義されており、個々のがん種としては頻度が低いものの、希少がん全体としてはがん全体の一定の割合を占めており、対策が必要とされています。しかし、症例が少ないことに起因する課題として、標準的な診断法や治療法の確立、研究開発や臨床試験の推進、診療体制の整備が挙げられています。

○　希少がん診療について、全国的な集約化が検討されていますが、専門施設と地域の拠点病院等との連携の必要性、専門的知識を有する医療従事者を育成するシステムの必要性、希少がんを専門としない医療従事者への啓発等の課題が指摘されています。

○　難治性がんは、膵がんやスキルス胃がんなどの、早期発見が困難であり、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等という性質を持つがんのことを言います。がん全体の５年相対生存率は上昇していますが、これらの難治性がんは改善されておらず、有効な診断・治療法が開発されていないことが課題となっています。

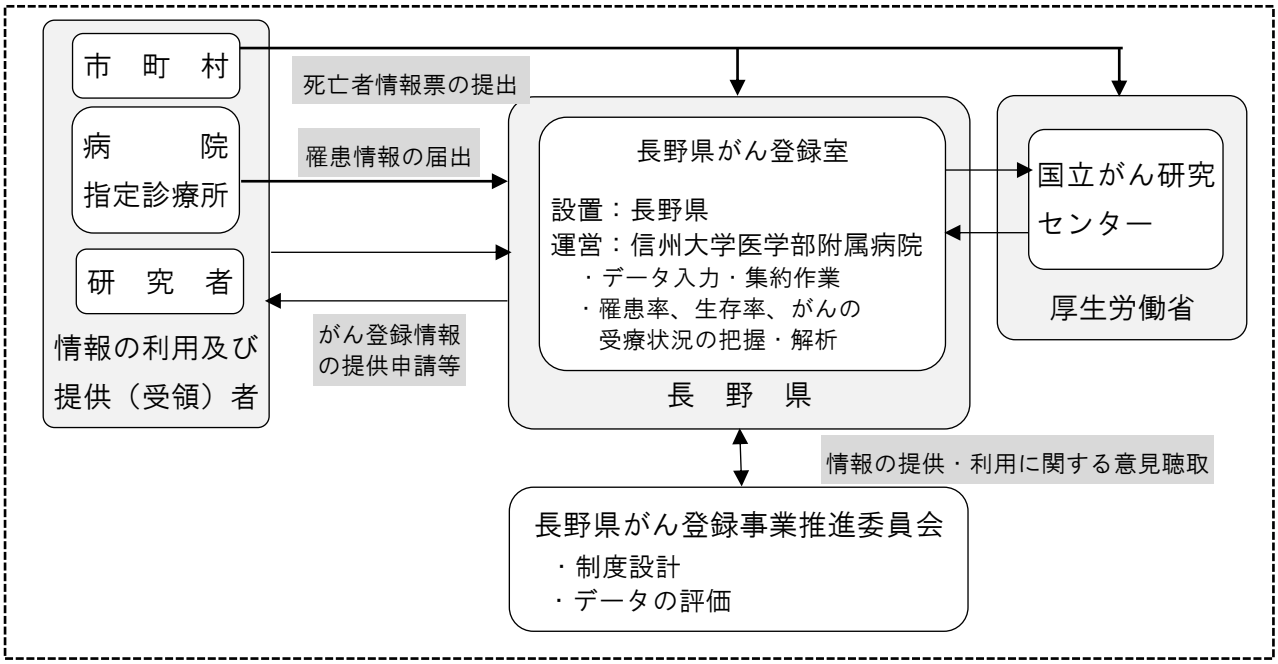
15　がん登録

○　がんの罹患率・生存率の推計及びがん患者の受療状況を把握するため、平成 22 年（2010 年）１月から地域がん登録を、平成 28 年（2016 年）１月から全国がん登録を開始しています。信州大学医学部附属病院へ業務の一部を委託し、県内の医療機関から届出のあった、がん患者の診断や治療に関する情報と、人口動態統計死亡表から収集した患者の予後情報をデータベースシステムに集約整理しています。

○　がん登録の精度の向上のためには、罹患の届出がない者について、がんによる死亡が判明した場合に行われる遡（さかのぼ）り調査や、市町村への住民票照会による生存確認調査の実施が重要です。

○　がんの診断、治療及び予防を目的とした、がん登録のデータの活用が今後望まれます。

【図６】がん登録事業体制



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

16　がん研究

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

がんゲノム医療

○　「ゲノム医療」とは個人のゲノム(遺伝子)情報を検査し、その人の体質や疾病に適した医療を行うことを指します。

○　ここでいうゲノム情報とは、生殖細胞由来の DNA に存在する多型情報・変異情報（例として親から受け継がれた遺伝形態など、がんであれば遺伝性・家族性腫瘍の発症など）や、後天的に生じるゲノム変化（がん細胞のみ生じた体細胞性変異)、ゲノム修飾などの情報を指します。

○　一部のがんでは、がん細胞の持つ特有のゲノム情報(遺伝子変異)に特異的に作用して優れた治療薬（分子標的治療薬など）が開発され、臨床応用されてきています。

○　まだまだ多くのがんで、このゲノム医療で有効な治療法開発やがん治療の最適化までは未到達で、一般患者すべてに適応できる状況ではありません。

○　ゲノム医療の推進・定着には、臨床試験などの積み重ねが重要で、これから医療人育成を含めて体制整備、一般住民への啓発等多くの課題があります。

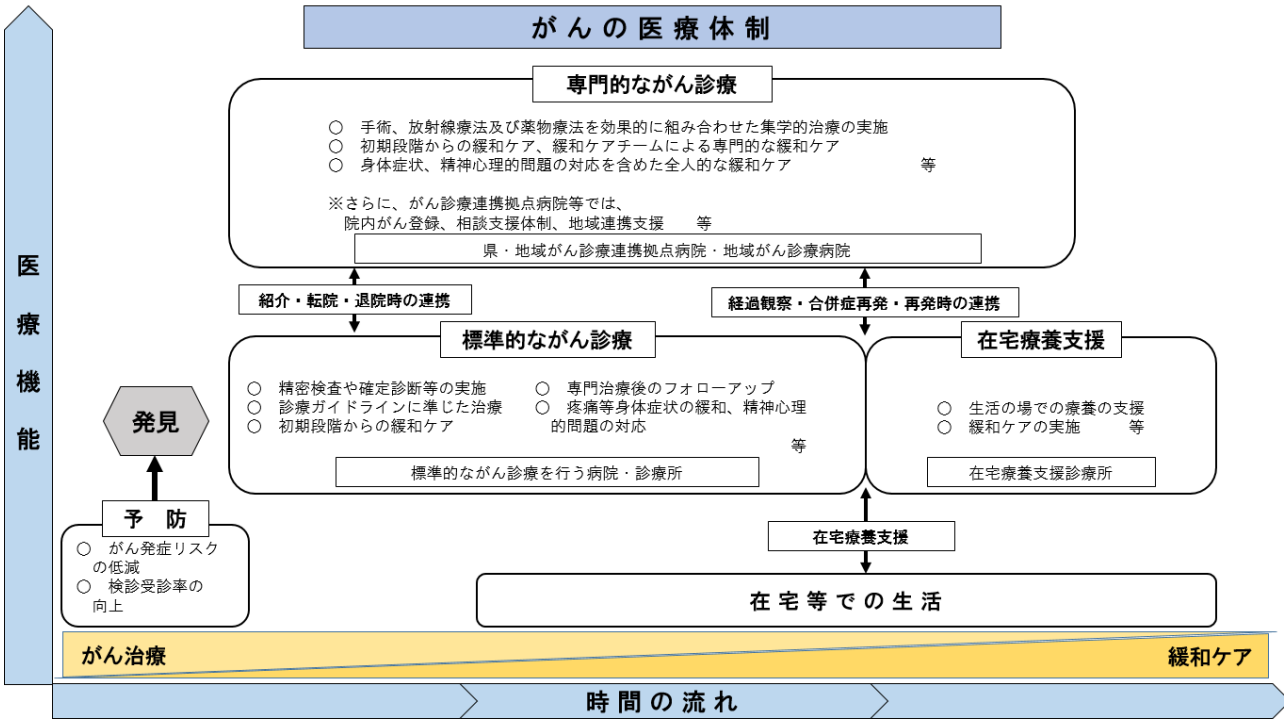
第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

（１）がんの医療体制の充実

○　がんの医療に求められている主な医療機能と役割分担は、次に示す図のとおりです。

それぞれの役割を担う医療機関が相互に連携して、標準的ながん診療、専門的ながん診療及び在宅等での療養支援を行う体制を構築し、切れ目のないがん治療や緩和ケアを提供します。



（２）医療の質の向上と集学的治療の実施

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

がんゲノム医療の推進のため、国を中心にがんゲノム医療の普及啓発やがんゲノム医療に係る体制等の整備を目指します。

（３）緩和ケアの推進

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

（４）チーム医療の推進

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

（５）口腔機能管理の推進

がん診療連携拠点病院等と地域歯科医療機関が連携して口腔機能管理を行う体制を構築します。

（６）セカンドオピニオンの推進

患者とその家族の意向に応じて、セカンドオピニオンが専門的な知識を有する第三者の立場にある医師により実施される体制の整備を目指します。

（７）地域の医療・介護サービス提供体制の構築

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

（８）がんリハビリテーションの推進

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

（９）小児がん、AYA世代のがん対策の推進

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

（10）希少がん・難治性がん医療の集約化

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

（11）がん登録の推進

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

２　二次医療圏相互の連携体制

○　患者の受療動向によると、がん診療連携拠点病院等のない医療圏においては、隣接する医療圏への流出が認められており、平成 29 年（2017 年）４月現在、がん診療連携拠点病院等が未整備の大北医療圏は松本医療圏と連携することにより、がん医療の地域差を補います。

○　高度、専門的ながん診療については、医療圏を超えた連携体制の整備を目指します。

第３　施策の展開

１　関係機関・団体の取組として望まれること

（１）医療機関

ア　がん医療の質の向上及び必要な医療従事者の確保

○　医療の質の向上に努め、がん患者とその家族が納得して治療を受けられる医療の環境整備。

○　適切ながん医療提供体制を確保するための医療従事者の確保。

○　国を中心としたがんゲノム医療提供体制の整備への協力。

イ　集学的治療が実施可能な体制の整備

○　集学的治療を構成する手術療法、放射線療法、薬物療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での医療連携を推進することにより、安全かつ安心な質の高い医療の提供。

○　放射線療法を実施する際、安全管理の面から、放射線療法の品質管理を専門業務とする人員の配置。

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

○　外来薬物療法室における、患者の急変時等の対応が可能な入院体制の整備。

ウ　多職種でのチーム医療の推進

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

エ　確定診断等を実施する体制の整備

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

オ　インフォームド・コンセントの推進

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

カ　緩和ケアを実施する体制の整備

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

○　施設での緩和ケアを望む患者のため、緩和ケア病棟の整備の促進。

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

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

キ　セカンドオピニオンの充実

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

ク　地域連携を通じたがん診療水準の向上と在宅療養支援体制の整備

○　地域連携クリティカルパスなどの活用を図り、在宅療養への円滑な推進。

○　外来薬物療法や外来緩和ケアを実施する体制の整備と在宅療養支援の充実。

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

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

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

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

ケ　がんリハビリテーション提供体制の整備

○　がん患者の生活の質を維持するためのがんリハビリテーションの実施。

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

コ　薬局との連携体制の整備

○　院外処方における総合的な薬学的管理について、病院と薬局の情報共有など、連携体制の整備。

サ　小児がん・AYA 世代のがんへの対応

○　小児がんや AYA 世代のがん患者への適切な医療や支援の提供と、個々のがん患者のニーズに合わせた情報提供。

○　小児がん患者とその家族が、他のこどもたちと同じ生活・教育環境のなかで安心して医療や支援が受けられるような環境の整備。

○　小児がん経験者の治療後の合併症や二次がんなどに対応出来る長期フォローアップについて、医療機関間における連携体制の構築。

シ　希少がん・難治性がんへの対応

○　希少がん･難治性がんに対する適切な医療や支援の提供と個々のニーズに合わせた情報提供。

ス　がん診療連携拠点病院等におけるがん診療の質の向上

○　県がん診療連携拠点病院において、がん診療の質の向上を目的とした、ＰＤＣＡサイクルに基づいた診療体制の整備。

○　がん診療連携拠点病院等において、自施設のがん診療・地域連携等の質を目的とした、ＰＤＣＡサイクルの確保。

セ　がん登録の推進

○　がんと診断した患者の、がん登録の実施。

○　県が実施する予後調査への協力。

（２）関係団体

ア　医師会、歯科医師会、薬剤師会等

①　がん医療の質の向上

○　がん医療の質の向上に向けた支援。

② 在宅医療の推進

○ がん診療連携拠点病院等や地域の中核的な医療機関と、診療所や薬局、訪問看護ステーション等との連携による在宅医療への協力に対する支援。

イ 市町村

○ がん登録において、県が実施する生存確認調査への協力。

ウ がん患者会

○ がん患者や家族の立場から、がん医療等についての意見提供。

2 県の取組

（1）標準的ながん治療が受けられる体制の整備

○ すべての二次医療圏で、がん診療連携拠点病院等を中心とした診療体制の整備に努めます。

○ がん診療連携拠点病院等以外で実施されている、標準的ながん治療を行う体制の整備を図るとともに、がん診療連携拠点病院等との連携体制の整備に努めます。

（2）高度・先進的ながん治療が受けられる体制の整備

○ 県民が高度・先進的ながん治療を受けられるよう、県がん診療連携拠点病院の機能強化について検討します。

○ がん診療連携拠点病院等の整備に努めるとともに、がん診療連携拠点病院等への機能評価を実施し、がん医療の質の維持・向上に努めます。

○ 県がん診療連携拠点病院から地域がん診療連携拠点病院等への情報提供、相互連携強化等の体制整備に努めます。

○ がんゲノム医療の普及啓発、医療提供体制などについて、国と協力して情報提供等を行っていきます。

（3）がん診療連携拠点病院等が整備されていない二次医療圏における医療提供体制

○ がん診療連携拠点病院等が整備されていない大北医療圏においては、北アルプス医療センターあづみ病院が指定に向けた準備を進めていますが、引き続き隣接する医療圏のがん診療連携拠点病院等との連携により、地域住民への適切な医療の提供に努めます。

（4）医療従事者の確保

○ 集学的治療を推進するに当たり、必要な放射線治療医、がん薬物療法専門医、血液腫瘍専門医及び病理専門医等の確保に努めます。

○ がんに関する専門的な資格を持つ看護師や薬剤師等の確保に努めます。

（5）緩和ケア体制

○ がん診療に携わる医療従事者を対象とした緩和ケア研修会を開催し、緩和ケアについての基本的知識の普及に努めます。

（6）口腔機能管理体制

○ がん診療連携拠点病院等と地域歯科医療機関が連携して口腔機能管理を行う、長野県がん診療医科歯科連携事業を推進します。

（7）小児がん・ＡＹＡ世代のがん・希少がん・難治性がん対策

○ 小児がんについて、小児がん拠点病院又はそれに関連する病院の整備に努め、小児がん患者とその家族が適切な医療や支援を受けられるよう、地域の医療機関と連携し、生活・教育面において、他の子どもたちと同様の生活・教育関係支援が受けられるような環境の整備に努めます。

○　ＡＹＡ世代のがん・希少がん・難治性がんについて、情報の集約・提供体制、支援・診療体制の集約化などについて国と協力して検討を行います。

（８）がん登録の推進

ア　がん登録の精度の向上

○　予後調査や生存確認調査を実施し、がん登録の精度の向上に努めます。

イ　がん登録情報の活用

○　がん登録情報を、統計解析や研究目的の利用のために情報提供を行います。

○　集積されたがん登録情報を、県のがん対策に活用します。

（９）がん研究

○　がん登録と連携を図り、地域におけるがん対策に資することを目的として、引き続きがん研究を推進します。

第４　数値目標

１　集学的治療が実施可能な体制

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	集学的治療の実施医療圏（がん診療連携拠点病院等の整備）	９医療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏に拠点病院等を整備する。	保健・疾病対策課調べ
S	がん治療に関するセカンドオピニオンを受けられる病院が整備されている医療圏数	10 医療圏	10 医療圏	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
S	チーム医療を受けられる病院が整備されている医療圏数	９医療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏で受けられる体制を整備する。	保健・疾病対策課調べ
S	小児がん拠点病院又は関連する病院の整備	２病院	２病院	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
P	がん診療連携拠点病院等の機能評価	８病院	11 病院	全ての拠点病院等で実施する。	保健・疾病対策課調べ

２　がんと診断された時から緩和ケアを実施する体制

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	緩和ケアチームのある医療機関数	長野県 20 か所 全国平均 21 か所（2014）	21 か所以上	全国平均以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
S	医療用麻薬を提供できる薬局（免許取得率）	94.7%	94.7%以上	現状以上を目指す。	薬事管理課調べ
P	緩和ケア研修会の受講者数（累積）	1,746 人（2016）	2,500 人以上	100 人/年以上の増加。	保健・疾病対策課調べ

3 地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	がん診療連携拠点病院等による各種研修会、カンファレンスなどを通じた地域連携･支援が行われている医療圏数	９医療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏で受けられる体制を整備する。	保健・疾病対策課調べ
S	地域連携クリティカルパスに基づく診療提供機能を有している医療圏数	10 医療圏	10 医療圏	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
S	長野県がん診療医科歯科連携事業登録歯科医療機関（歯科診療所・歯科設置病院）	202 か所	202か所以上	現状以上を目指す。	保健・疾病対策課調べ

4 医療従事者の確保

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	放射線科専門医の確保（人口 10 万対）	3.1 人（2016）	3.1 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	がん薬物療法専門医の確保（人口 10 万対）	0.7 人（2016）	0.7 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	血液腫瘍専門医の確保（人口 10 万対）	2.1 人（2016）	2.1 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	病理診断医の確保（人口 10 万対）	1.7 人（2016）	1.7 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

5 在宅医療

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	がんリハビリテーションの体制が整備されている医療圏数	９医療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏で受けられる体制を整備する。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	がん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	170 か所	170 か所以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
O	がん患者の在宅死亡割合	長野県 14% 全国 13.3% （2015）	14%以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「人口動態調査」

6　がん登録

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	がん登録の精度指標（IM 比、DCN、DCO）	IM 比　2.45 DCN　8.2% DCO　5.6% （2013）	IM 比 2.0 以上 DCN 20%未満 DCO 10%未満	国際がん研究機関による最高基準の維持	長野県がん登録事業
O	がん登録による死亡率、罹患率、生存率、有病数	罹患率のみ把握	把握	2019 年を目途に把握	長野県がん登録事業

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

第４　関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、栄養・食生活（第４編第３節）、身体活動・運動（第４編第４節）、たばこ（第４編第７節）、）医師（第７編第２章第１節）、在宅医療（第７編第３章第６節）、歯科口腔医療（第７編第３章第７節）、アルコール健康障害対策（第８編第６節）、感染症対策（第８編第７節）、肝疾患対策（第８編第８節）

Ⅳ　がん対策の推進と尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築

第１　現状と課題

１　推進体制

○　本県におけるがん対策に関する検討・推進体制は以下のとおりです。

設置会議名	役　割	具体的な取組
長野県がん対策推進協議会	がん対策の総合的な議論	・がん対策推進基本計画、長野県がん対策推進計画等に基づき、がん対策を総合的に議論
長野県がん診療連携拠点病院整備検討委員会	がん対策の個別事業の検討	・がん診療連携拠点病院の整備に関する検討、協議 ・拠点病院の機能評価（実地調査）の実施 ・県内がん医療に関する PDCA サイクルの検討
長野県がん検診検討委員会		・市町村、検診実施機関におけるがん検診のあり方及びがん検診の精度管理について協議
長野県がん登録事業推進委員会		・長野県内におけるがん登録事業の円滑かつ効果的な推進及びがん登録の精度の向上について協議

２　普及啓発

○　平成 25 年（2013 年）10 月に長野県がん対策推進条例が制定され、「がんと向き合う週間」（10 月 15 日から同月 21 日まで）が設けられました。

○　県、市町村、関係機関等でホームページや広報誌、テレビ・ラジオ、配布物等を用いて、がんの予防・検診に関する情報提供及び普及啓発を行っています。

○　がん予防研修会を開催し、がん予防やがん検診の有効性等について、県民への情報提供を行っています。

○　県とがん対策の推進に賛同する事業所・団体等が「長野県がん対策推進企業連携協定」を締結し、がん検診の効果や重要性についての普及啓発活動を行っています（平成 29 年（2017 年）10 月現在、29 社と協定を締結）。

○　協定締結企業や関係団体と連携して、がん検診普及啓発イベントや、がん検診受診率 50%達成に向けた集中キャンペーン月間（10 月）においてキャンペーンを実施しています。

○　しかしながら、がんの予防に有効とされるがん検診の受診率は、肺以外の部位では目標値である 50%に届いていません（【図６】がん検診受診状況参照）。

３　がんの教育

○　学校におけるがんの教育は、喫煙による健康被害や定期的な健康診断によるがんの早期発見の重要性などについて、発達段階に応じて行われていますが、がんの予防や検診の重要性、がん患者に対する理解を深める学習は一層の充実を図る必要があります。

○　県教育委員会では、がん教育の充実が図られることを目的として、平成 26 年度（2014 年度）に「長野県がん教育の手引き」を作成し、がん教育の進め方・指導の展開例を示しました。また、学校におけるがん教育推進の在り方について検討することを目的として、平成 27 年度（2015 年度）に「がんの教育推進会議」が設置されました。

○　平成 29 年（2017 年）３月に中学校学習指導要領が改定され、保健分野において、がんについて取り扱うこととなりました。今後、よりがん教育の推進が望まれます。

4　相談支援・情報提供

○　県民が、がんを身近なものとして捉え、がん予防、がん治療、療養生活、社会的支援に至るまで、がんに関する様々な情報が提供される仕組みを整備する必要があります。

○　また、がんに罹った場合、治療方法や療養生活に不安を抱くことから、主治医以外の医師又はがん医療に関する専門的な看護師などからも、十分な相談や支援を受けられることが必要です。

（１）がん相談支援センターの設置状況

○　がん相談支援センターは、院内・院外や患者・家族を問わず誰でも無料で情報を得ることができ、相談者自ら問題を解決できるよう支援することを目指しています。がん相談支援センターの設置はがん診療連携拠点病院等の指定要件の一つであり、全ての拠点病院等に設置されています。

○　しかしながら、がん相談支援センターの体制には差がみられ、こうした差が相談支援の満足度や提供される情報の質にも影響していることが課題となっています。特に、がんの告知を受けた後、患者は医療機関や治療の選択などに迷う場面があるため、精神心理的にも患者やその家族を支える体制の整備が求められています。

○　相談内容は、身体的な相談以外にも精神心理的な相談や就労に関する社会的な相談など、広範囲に及んでおり、がん患者やその家族の要望に適切に応えられることが求められています。

○　県では独自の取組として、がん診療連携拠点病院等の無い二次医療圏（大北）の中核的な医療機関に対して、がん相談支援センターの設置に対する支援を行い、がん患者の方の利便性の向上を図っています。

【表 22】　がん相談支援センターの設置状況（平成 29 年４月現在）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	計
相談センター	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	12

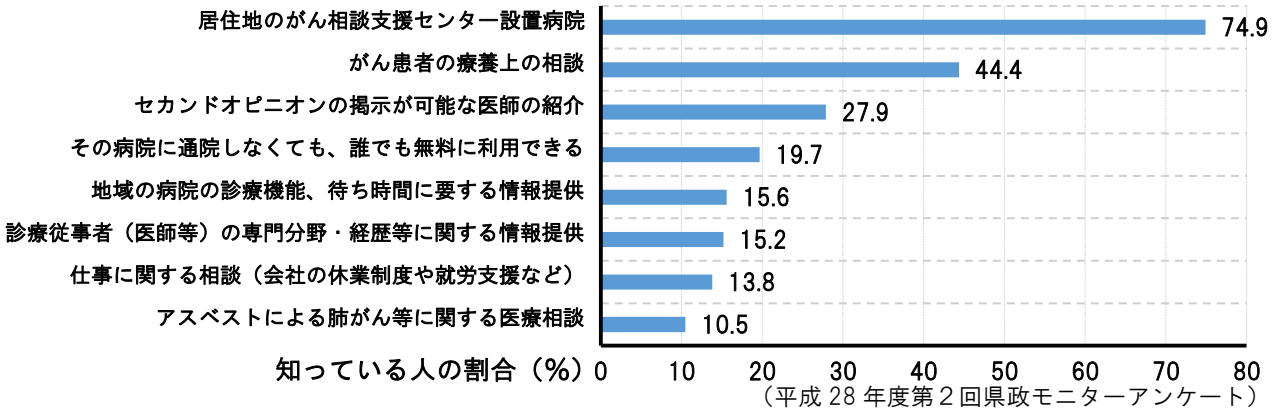
（保健・疾病対策課調べ）

（２）がん相談支援センターの認知状況

○　平成 28 年（2016 年）11 月に実施した県政モニターアンケートの結果、がん相談支援センターを「知っている」、「聞いたことがある」と答えた人は約５割でした。

○　そのうち、設置されている病院について７割超の人が「知っている」と答えましたが、相談支援センターの機能について「知っている」と答えた人は５割を下回りました。

【図６】がん相談支援センターの認知状況（回答人数 1,018 人）



（平成 28 年度第２回県政モニターアンケート）

（３）がん患者カウンセリングの実施状況

○　がん患者に対して保険診療によるがん患者カウンセリング（医師及び看護師がその他の職種と協力して相談や説明を行う）の実施を届け出ている医療機関数は 29 か所で、県内全医療圏で実施されています。

【表 23】　カウンセリングを実施している医療機関（平成 29 年４月現在）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	計
医療機関	3	1	3	3	2	1	6	2	6	2	29

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

5　就労等社会的支援

○　医療の進歩に伴い、全国における全がんの５年相対生存率は 62.1%（平成 28 年（2016 年）国立がん研究センターがん対策情報センター）であり、社会で活躍しているがん患者・経験者も多くなっています。

○　一方で、がん治療と就労の両立に関するアンケート調査（平成 24 年（2012 年）厚生労働省がん臨床研究事業）によると、がんと診断された後、約半数の方が世帯収入・個人収入が減ったと回答しています。

○　がん患者とその家族は、社会とのつながりを失うことに対する不安や、就労の変化に直面し、仕事と治療との両立が難しいなど、社会的・経済的な問題を抱えていることから、情報提供や相談支援体制の充実などの対策が必要です。

○　県では、がん患者の就労等の支援相談体制整備のため、県社会保険労務士会から推薦を受けた社会保険労務士を、拠点病院等のがん相談支援センターへ派遣する事業を行っています。

就労支援について

近年、がん医療の進歩によりがんの生存率は向上しており、がんとともに生きる時代になっています。しかし、未だがんと診断された方の約３割が仕事を辞めたり、時には解雇をされています。そこで、国や県、関係機関では様々な就労支援の取組を実施しています。

○長野県

がん相談支援センターに社会保険労務士を派遣し、就労相談を行っています。

○国（厚生労働省）

平成 28 年（2016 年）に「事業場における治療と職業生活のためのガイドライン」が公表されました。これは、がん等の疾病を抱える方に対して治療と職業生活を両立できるようにするため、事業場における取組などをまとめたものです。

また、治療との両立支援制度を導入する事業主に制度助成を実施するほか、拠点病院等と連携したがん患者等に対する就職支援事業をハローワーク松本で実施しています。

○独立行政法人労働者健康安全機構長野産業保健総合支援センター

医療機関に両立支援出張相談窓口を設け、両立支援相談を行っています。主にがんと診断された方が働き続けるための支援や事業場との個別調整支援等を行います。

第２　目指すべき方向

○ がん患者とその家族が、安心して療養生活を送ることが出来る社会を構築します。

○ がん患者とその家族を社会全体で支え、安心して暮らせる社会の実現を目指します。

第３　施策の展開

１　県民の取組として望まれること

（１）普及啓発・がんの教育

○　県が開催しているがん予防研修会への参加及びがんに関する正しい知識の習得。

（２）相談支援・情報提供

○　がん相談支援センターの認知及び利用。

２　関係機関・団体の取組として望まれること

（１）普及啓発

ア　医療機関・市町村・事業主・関係支援団体等

○　がんの予防・検診等に関する情報提供及び普及啓発の推進。

（２）がんの教育

ア　医療機関・市町村・事業主・関係支援団体等

○　がんの予防や検診の重要性及びがん患者に対する理解を深めるための子どもに対するがん教育の推進。

（３）相談支援・情報提供

ア　医療機関（がん診療連携拠点病院等）

①　相談機能の向上

○　がんに関する情報の多様化に伴う適切かつ明確な情報の提供。

○　がん患者やその家族に対して、診断早期に相談支援センターの存在、役割について説明。

○　質の高い相談支援を行うことができるよう、認定看護師や専門看護師を含め、がんに関する専門的知識をもつ相談員の育成・確保。

○　相談支援センターの連絡会議開催等により、情報共有や PDCA サイクルによる相談員の資質の向上。

○　がん相談支援センターについて、設置医療機関に通院していなくても、誰でも利用できることの周知。

○　患者会やがんサロンなどを活用した、がんを経験した者によるがん患者の支援（ピア・サポート）の推進。

②　院内診療科との連携

○　がん患者の精神的不安の軽減や、今後のがん治療や療養生活について相談に応じ、がん患者が安心して生活がおくれるよう、相談支援センターと院内診療科との連携。

イ　市町村

○　がんに関する相談に応じる体制の整備。

（４）就労等社会的支援

ア　医療機関（がん診療連携拠点病院等）

① がん相談支援センターの充実

○　がん患者の就労を含めた社会的・経済的問題について相談に応じる体制の整備。

② 関係団体との連携

○　がん患者の就労等に係る支援の向上に向けた、関係団体との連携。

イ 市町村

○　がん患者やその家族に対する就労などを含めた社会的な支援を行う体制の構築。

ウ 事業主

○　がんへの知識を得ることにより、がん患者への理解を深め、がん患者が働きやすい制度づくり、社内風土づくりを行うための社員研修等の実施。

エ　関係支援団体

○　がん患者の就労に関するニーズや課題を明らかにし、職場でのがんの正しい知識の普及や相談支援の在り方などについての検討。

○　働くことが可能で、働く意欲のあるがん患者の職場環境を整備するため、医療従事者、産業保健スタッフ、事業者等の情報共有や連携を促進し、就労と治療を両立する支援の仕組みの検討。

オ がん患者会

○　がん患者やその家族の立場から、就労を含めた社会的な問題等についての意見を関係機関へ提供。

３　県の取組

（１）施策の推進

○　がんに関する施策について、がん患者やその家族及び関係団体の意見を把握し、長野県がん対策推進協議会をはじめとする協議会等での協議を行い、その推進を図ります。

○　国の進める患者体験調査について、県としても協力して実施します。

○　がん患者やその家族及び関係団体に対して、アンケート等により、県のがん施策に関する調査の実施を検討します。

（２）普及啓発

○　がん予防研修会の実施や、検診や緩和ケアなどの普及啓発活動を進めるとともに、民間団体によって実施されている普及啓発活動を支援するなど、県民への普及啓発に取り組みます。

○　長野県がん対策推進企業連携協定締結企業の拡大を図り、職域に対する普及啓発に取り組みます。

○　協定締結企業や、がん検診の普及啓発に取り組む団体等と連携して、がん対策に関するイベントやキャンペーンの実施等を通じた県民への普及啓発に取り組みます。

○　県立図書館をはじめとした、地域のパブリックスペース等と連携し、県民ががんに関する正しい知識や情報を得ることができる場や機会の拡充に取り組みます。

（３）がんの教育

○　中学校を中心に、子どもへのがん教育について、正しい知識や理解が深まるよう、教育委員会や教育関係者とがん経験者や医療関係者が連携して取り組みます。

（４）相談支援・情報提供

ア　がん相談支援センターの設置及び充実

○　がん患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんに関する正しい情報を提供し、きめ細やかに対応する相談支援体制を二次医療圏の全てにおいて整備します。

○　がん診療連携拠点病院等と連携し、がん相談支援センター等における相談支援の質の向上と充実に取り組みます。

○　がん診療連携拠点病院等に設置されたがん相談支援センターは、当該医療機関に通院していなくても、誰でも利用できることを広く周知します。

イ　ピア・サポートの推進

○　ピア・サポートの推進については、長野県がん対策推進協議会などにおいてその役割や資質等についての検討を行います。

（５）就労等社会的支援

○　がん患者やその家族、がん経験者に対する情報提供、相談支援体制のあり方や、就労を含めた社会的、経済的な問題に対する支援について検討します。

○　事業者に対して、働く意欲のあるがん患者への支援に関する情報提供や研修の場の設定について検討を行います。

○　がん患者の就労支援に係る関係機関（ハローワーク・産業保健総合支援センター等）や支援団体等と連携し、就労支援を行う体制の構築を検討します。

第４　数値目標

１　県民の取組

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	がん予防研修会の延べ受講者数	9,441 人（2010～2016）	13,000 人（2010～2023）	500 人／年の受講	保健・疾病対策課調べ

２　関係機関・団体の取組

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	がん相談が受けられる医療機関数	12 か所	12 か所	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
S	がん患者に対してカウンセリングを受けられる病院が整備されている医療圏数	10 医療圏	10 医療圏	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」

3　県の取組（施策の展開）

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	がん検診受診率向上等に関する協定締結企業数	29 社	300 社	長野県経営者協会加盟企業の50%程度	保健・疾病対策課調べ
P	キャンペーン月間における啓発活動の実施	10 医療圏	10 医療圏	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ

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４　関連する分野及び個別計画

（１）関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、栄養・食生活（第４編第３節）、身体活動・運動（第４編第４節）、たばこ（第４編第７節）、）医師（第７編第２章第１節）、在宅医療（第７編第３章第６節）

（２）関連する個別計画

長野県自殺対策推進計画

第2節　脳卒中対策

第１　現状と課題

１　脳卒中の状況

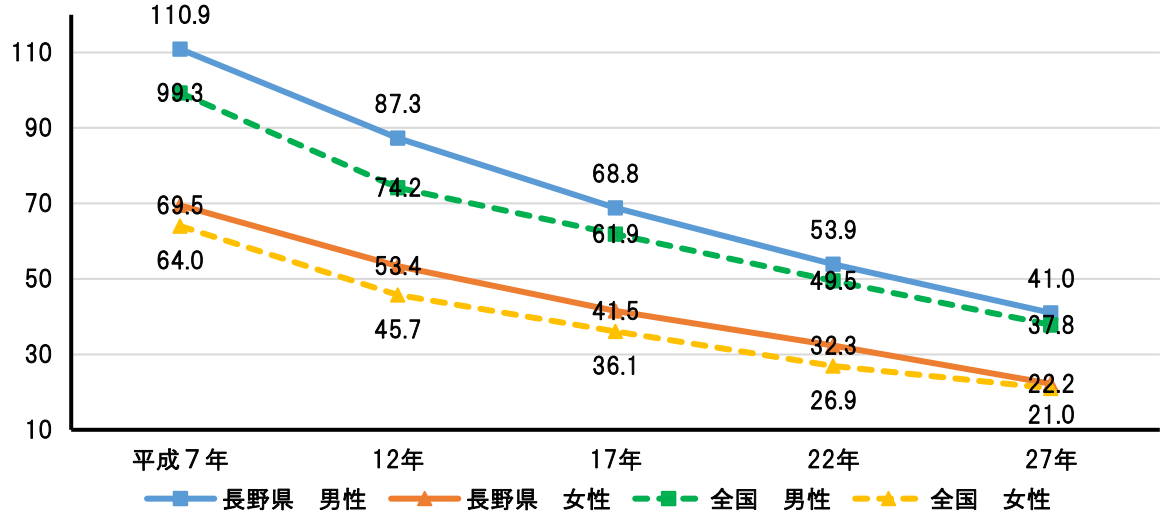
（１）死亡率

○　県内の脳血管疾患による死亡数は 2,595 人（全国：約 10 万 9,320 人）で、死亡数全体の 10.3%（全国：8.4%）を占め、死亡順位の第３位（全国：第４位）となっています。また、本県の脳血管疾患の人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は低下傾向にあるものの、男性が女性より高く、男女とも全国より高い状況で推移しています（男性 16 位、女性 18 位）。

○　県内の脳血管疾患による死亡数の死亡数全体に占める割合は、下降傾向にあるものの、全国と比較して高い割合で推移しています。

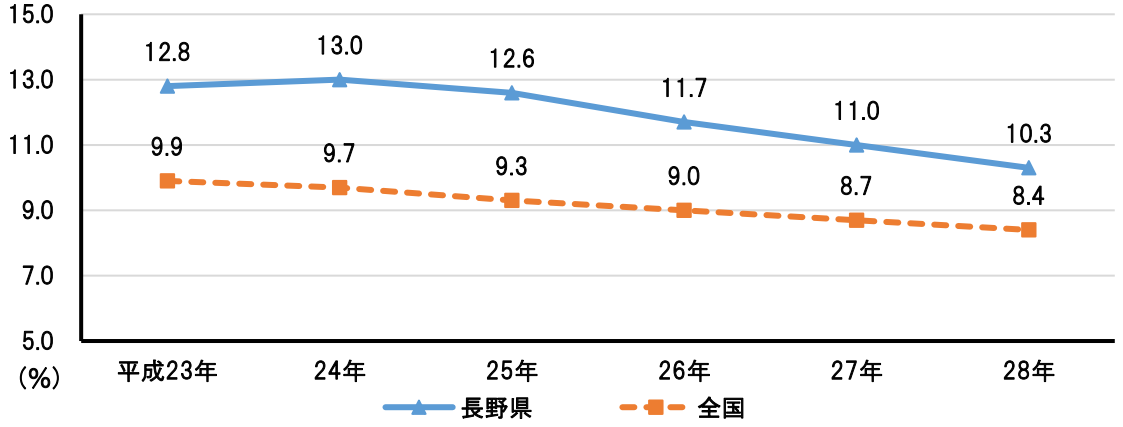
○　脳血管疾患の中で人口 10 万人当たりの死亡率が最も高いのは県内、全国ともに脳梗塞（こうそく）となっています。

【図１】　脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）の推移



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

【図２】　死亡数の全体に占める脳血管疾患の割合の推移



（厚生労働省「人口動態調査」）

（２）受療率等

○　本県で脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数は約 3 万 4,000 人（全国：約 117 万 9,000 人）と推計されます。

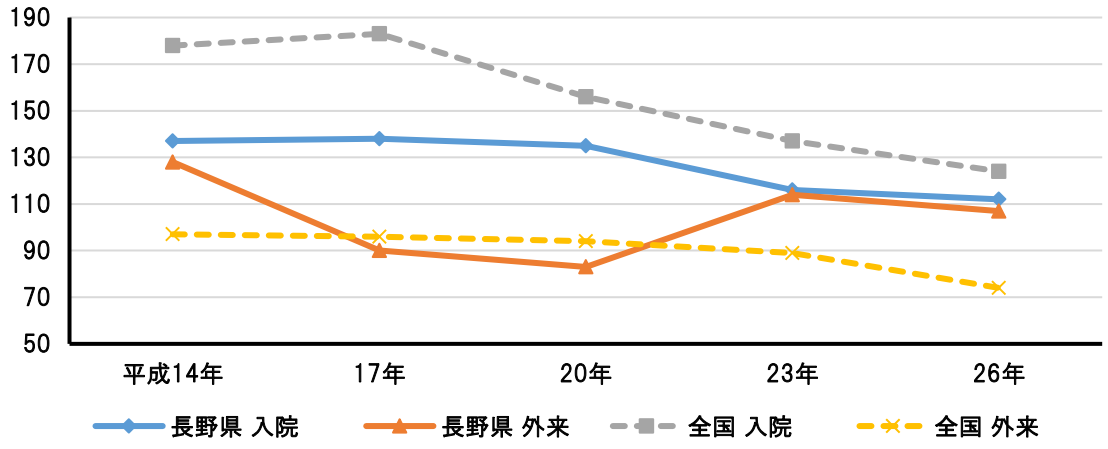
○　本県の脳血管疾患の人口 10 万人当たりの受療率は、入院は全国より低くなっていますが、外来は高くなっています。

【表１】　脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数　　**（単位：千人）**

区分	平成 14 年	17 年	20 年	23 年	26 年
長野県	25	27	25	33	34
全国	1,374	1,367	1,339	1,235	1,179

（厚生労働省「患者調査」）

【図３】　脳血管疾患の受療率（人口 10 万対）の推移



（厚生労働省「患者調査」）

脳卒中予防

脳卒中は卒中風（卒然（突然）邪気や邪風に中(あた)るという意味）という言葉が由来になっています。つまり突然発症する脳の病気ということです。

現代医学では脳卒中を①脳梗塞、②脳出血、③くも膜下出血に分類します。血管が閉塞する①が最も多く 7 割以上で、出血する②と③は約 3 割です。脳卒中予防のためには、脳卒中を起こしやすい原因を知ることが重要で、その原因を取り除くことが予防につながります。

まず、脳卒中全般（①、②、③）の原因として高血圧があります。血圧は上腕で測定し、医療機関ではなく自宅での血圧を優先し、食前に 2 回測定して、その平均が 135/85mmHg 未満を目指します。

喫煙は①と③の原因として知られていて、喫煙本数が多い方が危険とされています。高血圧と喫煙に加え、脂質異常症と糖尿病は脳梗塞の原因です。脂質異常症では LDL-C（悪玉コレステロール）の値が 100mg/dl 以下を目指します。糖尿病では HbA1c の値が 6.0 以下を目指します。

他に心房細動という不整脈が非常に重症の脳梗塞を起こすことが知られています。まずは心房細動を発見することが重要です。動悸を自覚したり、手首の脈を触れて規則的でなかったら医療機関を受診しましょう。もし心房細動であれば、抗凝固剤を内服することで脳梗塞発症率を約 60%減らすことが出来ます。

過度の飲酒は②及び③の原因で、特にくも膜下出血を起こしやすいことが知られています。
日本酒は 1 合、ビールは 500ml、ワインは 200ml、ウィスキーは 60ml（ショットグラス 1 杯）までにしましょう。

脳卒中予防のキーワードは、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、心房細動、過度の飲酒です。

2　脳卒中の医療

（１）発症直後の救護、搬送

○　脳卒中を発症した場合は、本人又は周囲の人が速やかな救急要請を行い、迅速な救急搬送・治療につなげることが後遺症を防ぐことになります。

○　脳卒中が疑われる患者の救急搬送に際しては、病院前脳卒中スケール等を活用して判別し、疑わしい場合には脳卒中の専門的医療を行う施設に搬送することが望まれます。

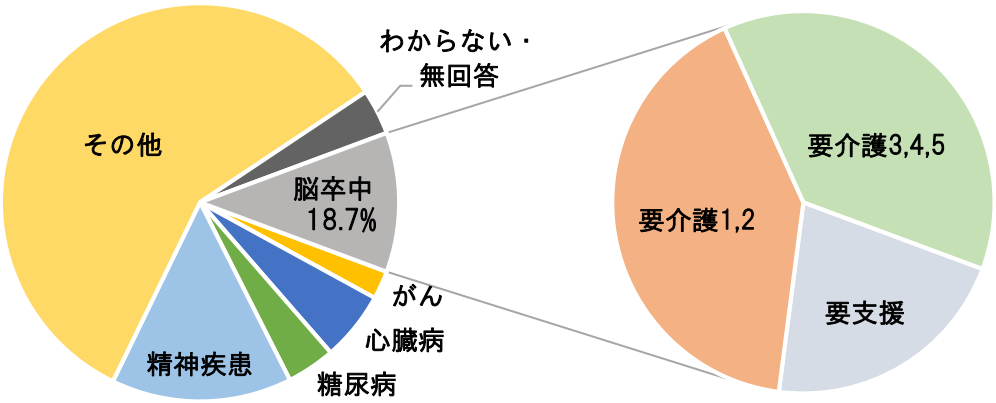
○　救急の要請から医療機関へ収容するまでの時間は、全国・県ともに概ね横ばいです。

【表２】　脳血管疾患のために救急車により搬送される急病患者

区　分		平成 24 年	25 年	26 年	27 年	28 年
全国	搬送人数(人)	318,730	294,053	289,286	281,703	278,738
	構成割合(%)	9.7	8.7	8.6	8.1	7.7

※構成割合：救急搬送された疾病者数に占める脳血管疾患者数の割合　　（総務省消防庁「救急救助の現況」）

【図４】　県内の高齢者における介護・介助が必要になった主な原因（複数回答）（平成 28 年度現在）



（介護支援課「高齢者生活・介護に関する実態調査」）

（２）診断・診療体制

○　脳卒中では、問診や身体所見の診察に加えて、ＣＴ、ＭＲＩ等の画像検査を行うことで正確な診断が可能となります。近年、医療機器の画像解像度が向上し、血栓溶解療法を実施することの適否や治療後の状態について、事前にある程度まで把握できるようになりました。

○　本県の脳神経外科に従事する人口 10 万人当たりの医師数は全国よりも少ない状況です。また、脳血管内治療専門医師数は少なく、全国でも偏在している状況です。

【表３】脳神経外科医の配置状況（平成 28 年 12 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計	全国
医師数	12	11	8	6	7	―	41	1	30	4	120	7,360
医師数（10 万対）	5.6	5.6	3.9	3.2	4.3	―	9.6	1.6	5.4	4.6	5.7	5.8

（厚生労働省　「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表４】脳血管内治療専門医の配置状況（平成 28 年 12 月現在）　（単位：人）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計	全国	（参考:人口10万対）	
													県	国
医師数	1	1	―	2	―	―	3	―	2	―	9	889	0.4	0.7

（厚生労働省　「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

（３）急性期の医療

○　脳卒中の急性期には、全身の管理とともに、脳梗塞（こうそく）、脳内出血、くも膜下出血の個々の病態に応じた治療が行われます。

①　脳梗塞（こうそく）では、発症後 4.5 時間以内に t-PA 製剤の静脈内投与により血栓を溶かす治療（t-PA 静注療法）を開始することが重要です。発症からできるだけ早く医療機関へ到着し、到着から治療の開始までが 1 時間以内であることが望まれます。

②　脳内出血では、血圧管理が主体であり、出血部位や大きさにより手術が行われることもあります。

③　くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、開頭手術や開頭を要しない血管内治療を行います。

○　急性期の診断・治療は 24 時間体制での実施が求められていますが、単一の医療機関で 24 時間体制を確保することが困難な場合は、地域における複数の医療機関が連携して 24 時間体制を確保する必要があります。

○　地域の医療資源の状態によっては、遠隔診療を用いた診断の補助等の活用を通じ、連携体制の構築が必要です。

○　ＳＣＵは「Stroke Care Unit（脳卒中集中治療室）」の略称で、発症直後から適切な治療とリハビリテーションを組織的計画的に行う専門病棟です。専門医の配置など施設基準が厳しく、全国でも 120 か所ほどしかありません。本県では７か所で整備されています。

【表５】　県内の脳卒中の急性期の医療を行う医療機関数（平成 29 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
t―PA を用いた治療を 24 時間実施している医療機関数	3	3	3	3	3	1	5	1	6	1	29
脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が 24 時間実施可能である医療機関数（※注）	3	3	3	2	3	0	5	1	5	1	26

※注　「専門的治療が 24 時間実施可能」の要件の意味は以下の①～④の要件を全て満たすものである。

①　脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が常勤であること
②　血液検査や画像検査等の必要な検査が 24 時間実施可能であること
③　脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が 24 時間実施可能であること
④　脳梗塞に対し、来院後 1 時間以内(発症後 4.5 時間以内)に t-PA を用いた治療が実施可能であること

更に以下の要件で区分する。

Ⅰ　脳外科手術が速やかに実施可能であること（脳神経外科医が常勤）
Ⅱ　脳血管内手術が速やかに実施可能であること（脳血管内治療専門医が常勤）
Ⅲ　脳血管疾患リハビリテーションが実施可能であること（PT,OT,ST が常勤）
Ⅳ　脳外科手術が他の病院と連携した上で実施可能
Ⅴ　脳血管内手術が他の病院と連携した上で実施可能

（医療推進課「医療機能調査」）

【表６】脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法実施件数（人口 10 万対）（平成 26 年度実施分）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県平均
件数	10.8	6.4	9.8	17.0	8.3	－	18.3	－	16.4	25.8	13.8

（厚生労働省「NDB」）

【表７】ＳＣＵ（脳卒中集中治療室）のある医療機関数及び病床数（平成 26 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
施設数	1	－	2	1	－	－	1	－	2	－	7
病床数	3	－	9	9	－	－	12	－	8	－	41

（厚生労働省　「医療施設調査」）

脳血管内治療

脳血管内治療とは、カテーテルを用いて脳や脊髄に関連する血管に処置を行うことです。1997 年に脳動脈瘤に対するコイル塞栓術（瘤内に柔らかい金属コイルを充填する）が認可されてから、社会的に知られるようになりました。

脳血管内治療には従来の開頭術に比べて創部（傷）が小さく、治療後の回復が早い特長があるために、当初は高齢者に対して多く行われました。その後、破裂脳動脈瘤（クモ膜下出血）には脳血管内治療を施した方が回復しやすいという報告があり、治療数が急増しました。

現在では全国で脳動脈瘤の 30%以上に脳血管内治療が行われています。2008 年には頸動脈狭窄症に対するステント治療（狭窄部（血管の細いところ）に金属製の網状の管を留置して拡げる）が認可されました。現在、頸動脈ステント術は従来の外科治療よりも症例数が多くなっています。さらに 2010 年にはステントを併用したコイル塞栓術が認可され、2014 年からはステントを用いた脳梗塞治療も始まりました。脳梗塞発症から 6 時間以内にステントを用いて脳血管を再開通させるこの治療は効果が高く、約半数の方が社会復帰できます。

以上のように脳血管内治療は急速に発展しています。一方で、脳血管内治療よりも長い歴史のある心臓のカテーテル治療によるバイパス手術（外科手術）が行われなくなったかといえばそうではありません。脳血管内治療が適さない場合もあるのです。

脳血管内治療は負担の少ない最新の治療法ではありますが、実際に行うかどうかは医師と十分に相談することが重要です。

（４）回復期・維持期の医療

○　急性期を脱した後（回復期及び維持期）の医療としては、血圧の継続的な管理を含めた再発予防のための治療が行われます。

○　再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携し、患者の病態を適切に評価する必要があります。

（５）リハビリテーション

○　脳卒中のリハビリテーションは、病期に応じて次のとおり実施されます。

①合併症予防や早期自立を目的に、可能であれば治療当日から病室で行う急性期リハビリ

②身体機能の回復や日常生活動作の向上を目的に、訓練室で集中的に行う回復期リハビリ

③回復又は残存した機能を活用し、歩行能力などの維持・向上を目的に行う維持期リハビリ

○　回復期から維持期のリハビリテーションでは、多職種の連携により、再発予防等を目的とした生活一般・食事・ 服薬指導等の患者の教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が必要であるとともに、歯科関係職種と連携して、誤嚥（えん）性肺炎の予防や咀嚼（そしゃく）機能の維持を図ることも重要です。

○　リハビリテーション科の医師数は、全国では増加傾向にあり、本県では横ばいです。

【表８】　脳血管疾患等リハビリテーションを行う医療機関数（平成 29 年４月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	14	15	11	8	12	1	25	3	28	3	120

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

【表９】　リハビリテーション科に従事する医師数

区分		平成 22 年	24 年	26 年	28 年
長野県	医師数（人）	38	34	31	33
	（人口 10 万対医師数）	（1.5）	（1.6）	（1.5）	（1.6）
全国	医師数（人）	1,909	1,932	2,301	2,484
	（人口 10 万対医師数）	（1.8）	（1.6）	（1.8）	（2.0）

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表 10】　リハビリテーション科に従事する医師の配置状況（平成 28 年 12 月現在）　（単位：人）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医師数	4	3	3	2	5	－	7	－	8	1	33

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

（６）地域での医療連携

○　急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む）までの医療については、地域の各医療機関が、それぞれの持つ医療機能に応じ、連携して患者に医療を提供する体制を整備することが重要です。

○　急性期から回復期及び再発予防までの医療を一貫して提供することを目的として作成される「地域連携クリティカルパス」は、地域の医療機関の連携のための方法のひとつです。

○　脳血管疾患患者の在宅死亡割合は、全国・県ともに増加傾向にあります。また、当県は全国に比べて在宅死亡割合が高く推移しています。

【表 11】　脳血管疾患退院患者の平均在院日数（平成 26 年 10 月現在）　（単位：日）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計	（参考）全国
平均日数	46.9	110.2	90.2	50.8	38.8	17.8	34.1	40.6	74.8	49.8	62.2	89.5

（厚生労働省「患者調査」）

【表 12】　脳血管疾患の地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数(平成 29 年 10 月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	6	5	6	5	7	－	7	2	13	2	53

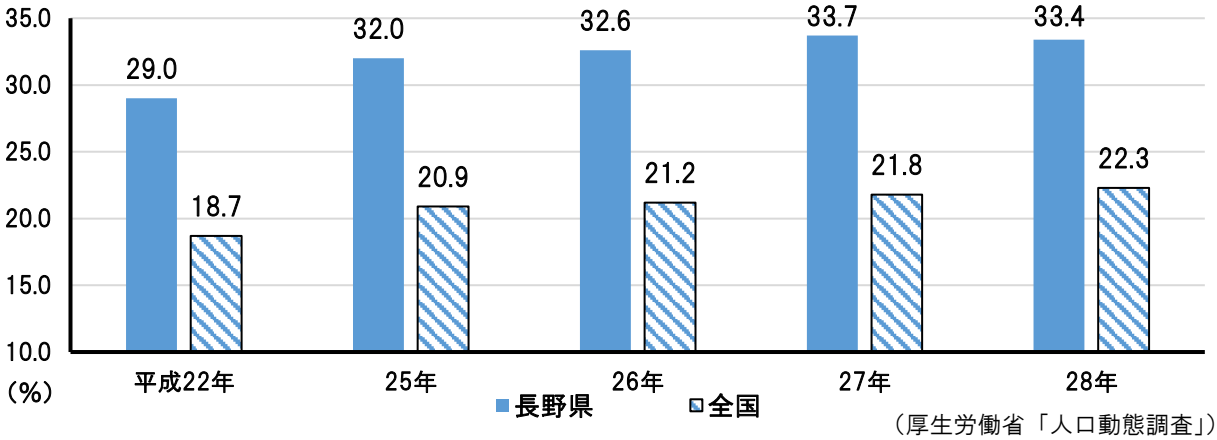
（医療推進課「医療機能調査」）

【表 13】　脳血管疾患患者の在宅等の生活の場に復帰した割合（平成 26 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
復帰割合（%）	50.7	58.9	63.4	53.0	62.0	20.0	66.9	76.0	56.2	59.7	59.0

（厚生労働省「患者調査」）

【図４】　脳血管疾患患者の在宅死亡割合



（厚生労働省「人口動態調査」）

長野県薬剤師会による自己血圧測定の重要性啓発支援

長野県薬剤師会では、脳卒中・心疾患などの主な危険因子である高血圧症の予防・早期発見・早期治療を推進するため、血圧測定の重要性を啓発し、薬局における自己血圧測定、記録の促進、血圧を上げないための生活習慣改善の提案、血圧状態に応じた支援を行っています。

この取組により、地域住民の方々の自己血圧記録の重要性の理解が向上し、継続的な記録、受診・健診につなげることができ、また減塩、運動などの提案により生活改善も図られることから、いつでも気楽に健康相談できる身近な薬局薬剤師によるこのような取組を継続し、病気の予防や健康サポートに貢献していきます。

第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

（１）発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

○　発症後２時間以内に、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行うことが可能な体制を目指します。

○　医療機関到着後１時間以内（発症後 4.5 時間以内）に、t-PA 静注療法の開始が可能な医療体制を目指すとともに、急性期の診断及び治療について、24 時間体制での実施を行うため、地域における複数の医療機関が連携する体制の構築を目指します。

○　外科手術や脳血管内手術等の適応のある脳卒中症例に対して、来院後速やかに施術が実施可能な体制の構築を目指します。

（２）病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

○　急性期から維持期までの病期に応じて、適切なリハビリテーションの実施が可能な医療体制を目指します。

（３）在宅療養が可能な体制

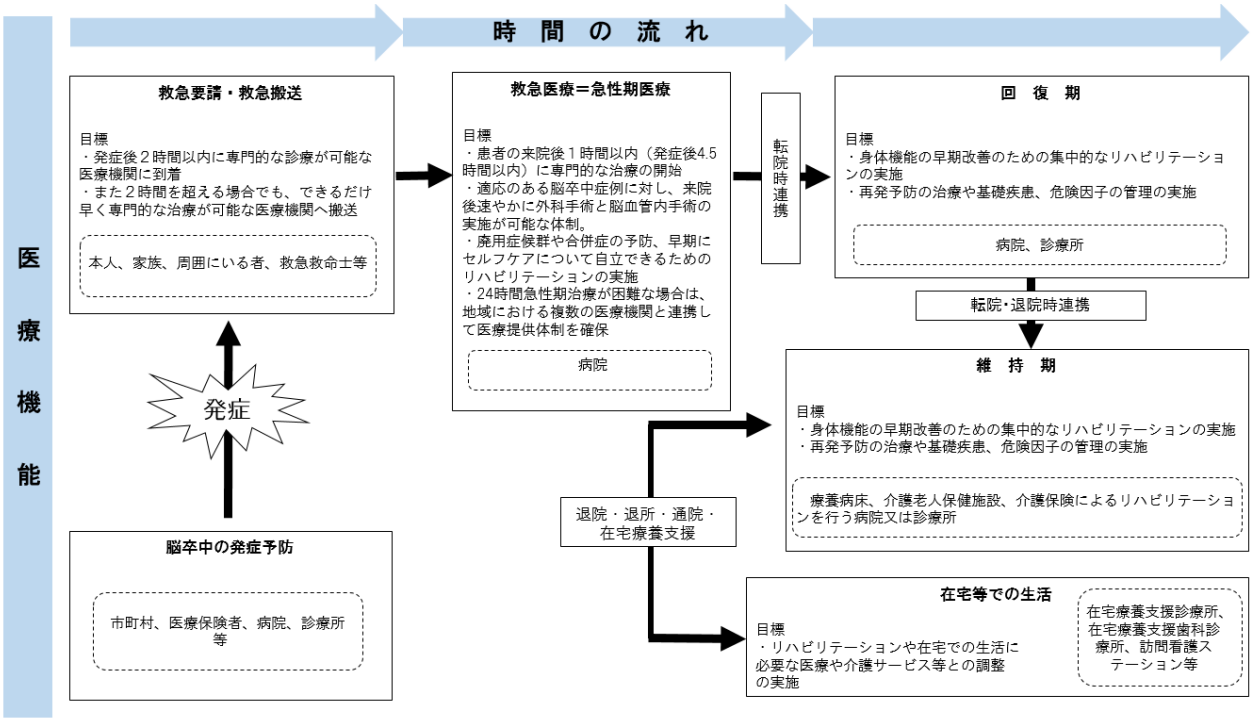
○　患者が生活の場で療養できるよう、自立生活又は在宅療養を支援するため、医療及び介護サービスが相互に連携可能な体制を目指します。

２　脳卒中の医療体制

○　脳卒中の医療体制は、次に示す図のとおりです。

急性期、回復期、維持期の経過に応じてそれぞれの医療機能が医療機関等に求められるとともにこれらの医療機能を担う医療機関等相互の連携の推進により、地域において切れ目のない脳卒中の医療の提供を図ります。

脳卒中医療連携体制のイメージ



3　二次医療圏相互の連携体制

（1）患者の受療動向

○　木曽医療圏は松本医療圏及び岐阜県の医療機関、大北医療圏は松本医療圏の医療機関、北信医療圏は回復期のリハビリテーションについて、長野医療圏の医療機関への受療が認められます。

（2）連携体制

○　各医療圏内で、複数の医療機関との連携体制構築を目指すとともに、木曽医療圏及び大北医療圏は松本医療圏等と、北信医療圏は回復期リハビリテーションについて、長野医療圏と連携した医療提供体制を推進します。

第３　施策の展開

1　発症後、速やかな搬送及び専門的な診療が可能な体制の整備

○　脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識及び家族等発見者による速やかな救急搬送要請の必要性について、県民への周知に努めます。

○　発症後２時間以内に、専門的な診療が可能な医療機関への直接搬送が行われるよう、脳卒中医療提供体制について、消防機関と医療機関における情報共有・連携強化に努めます。（第７編第３章第１節「救急医療」参照）

○　医療機関到着後 1 時間以内（発症後 4.5 時間以内）に t-PA 静注療法が開始できるよう、また、外科手術や脳血管内手術等の適応のある脳卒中症例に対して、来院後速やかに施術が実施されるよう、急性期医療機関の体制の整備に努めます。

○　急性期の診断及び治療について、単一の医療機関や二次医療圏で 24 時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の診療機関の連携や隣接する医療圏との連携による医療機能の有効活用により、24 時間体制の確保に努めます。

2　病期に応じたリハビリテーションが可能な体制の整備

○　病期に応じたリハビリテーションの提供が可能となるよう、地域のリハビリテーション体制整備を促進します。

3　在宅療養が可能な体制の整備

○　患者が生活の場で療養できるよう、自立生活又は在宅療養を支援するため、関係者の情報共有や、脳卒中に係る地域連携クリティカルパス等の活用等により、急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む。）までの医療について、地域の医療関係機関が連携する医療提供体制整備を支援します。

第４　数値目標

区分	指　標	現状 （2017）	目標 （2023）	目標数値の考え方	備考 （出典等）
O	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性） （人口 10 万対）	長野県 41.0 全　国 37.8 （2015）	37.8 以下	全国平均を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」
O	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性） （人口 10 万対）	長野県 22.2 全　国 21.0 （2015）	21.0 以下	全国平均を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

１　発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

区分	指　標	現状 （2017）	目標 （2023）	目標数値の考え方	備考 （出典等）
S	神経内科医師数 （人口 10 万対）	長野県　4.3 人 全　国　3.9 人 （2016）	4.3 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	脳神経外科医師数 （人口 10 万対）	長野県　5.7 人 全　国　5.8 人 （2016）	5.7 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	脳血管内治療専門医数 （人口 10 万対）	長野県　0.4 人 全　国　0.7 人 （2016）	0.4 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	SCU（脳卒中集中治療室）を有する病院数 （人口 10 万対）	0.2 病院 （2014）	0.2 病院	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	脳卒中治療の専用病室を有する病院数、病床数 （人口 10 万対）	0.3 病院 1.9 床 （2014）	0.3 病院 1.9 床	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	脳梗塞（こうそく）に対する t-PA による脳血栓溶解療法の実施が可能な病院数（人口 10 万対）	0.9 病院	0.9 病院 以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	脳梗塞（こうそく）に対する t-PA による脳血栓溶解療法の実施が可能な医療圏数	10 医療圏	10 医療圏	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」
S	脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が 24 時間実施可能である医療機関数（※注）	26 か所	26 か所以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ
O	脳血管疾患の退院患者平均在院日数	長野県 62.2 日 全国 89.1 日 （2014）	62.2 日 以下	現状以下を目指す。	厚生労働省「患者調査」

※注 「専門的治療が 24 時間実施可能」の要件の意味は以下の①～④の要件を全て満たすものである。
① 脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が常勤であること
② 血液検査や画像検査等の必要な検査が 24 時間実施可能であること
③ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が 24 時間実施可能であること
④ 脳梗塞に対し、来院後 1 時間以内(発症後 4.5 時間以内)に t-PA を用いた治療が実施可能であること
更に以下の要件で区分する。
Ⅰ 脳外科手術が速やかに実施可能であること（脳神経外科医が常勤）
Ⅱ 脳血管内手術が速やかに実施可能であること（脳血管内治療専門医が常勤）
Ⅲ 脳血管疾患リハビリテーションが実施可能であること（PT,OT,ST が常勤）
Ⅳ 脳外科手術が他の病院と連携した上で実施可能
Ⅴ 脳血管内手術が他の病院と連携した上で実施可能

2 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

区分	指 標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口 10 万対）	5.8 か所	5.8 か所以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	回復期リハビリテーション病棟管理料の届出施設数	23 か所	23 か所以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」

3 在宅療養が可能な体制

区分	指 標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	在宅療養支援診療所・病院数（再掲）	一般診療所 254 か所 病院 25 か所	一般診療所 266 か所以上 病院 26 か所以上	地域医療構想の在宅医療等必要量の伸び率に相当する医療機関数を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	脳血管疾患の地域連携クリティカルパス導入医療機関数	53 か所	53 か所以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ
O	脳血管疾患患者の在宅死亡割合	長野県 33.7% 全 国 21.8% （2015）	33.7%以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「人口動態調査」

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

第５ 関連する分野及び個別計画

（１）関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、生活習慣予防（がんを除く）（第４編第２節）、栄養・食生活（第４編第３節）、身体活動・運動（第４編第４節）、たばこ（第４編第７節）、在宅医療（第７編第３章第６節）、医師（第７編第２章第１節）、救急医療（第７編第３章第１節）、アルコール健康障害対策（第８編第６節）

（２）関連する個別計画

長野県高齢者プラン

第3節　心筋梗塞等の心血管疾患対策

第１　現状と課題

１　心血管疾患の状況

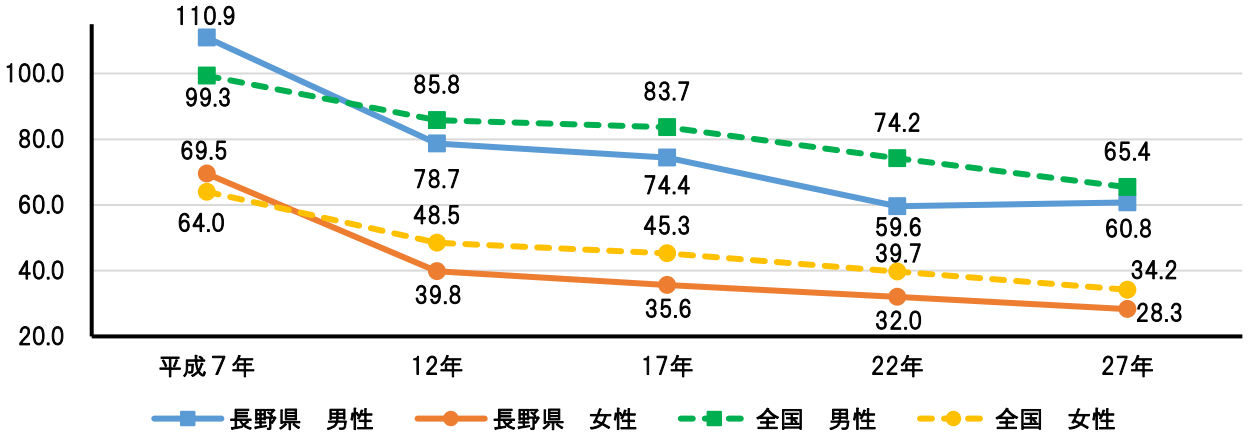
（１）死亡率等

○　県内の心血管疾患による死亡数は 3,747 人（全国：約 19 万 8,006 人）で、死亡数全体の 14.9%（全国：15.1%）を占め、死亡順位の第２位（全国：第２位）となっています。また、本県の心血管疾患の年齢調整死亡率は低下傾向にあります。男性が女性より高く、男女とも全国より低い状況です（男性 35 位、女性 45 位）。

○　県内の心血管疾患による死亡数の死亡数全体に占める割合は、全国が減少傾向、本県では横ばいに推移しています。

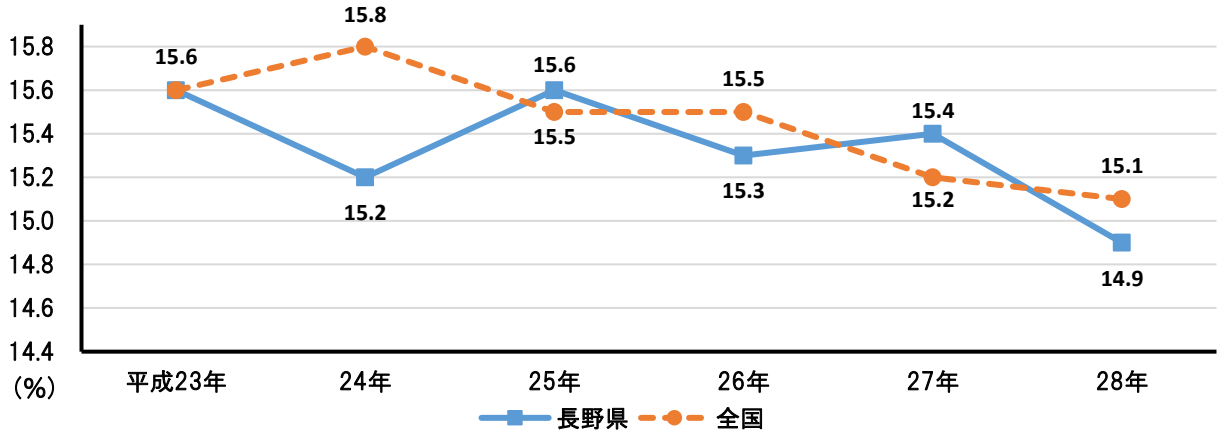
○　心血管疾患の人口 10 万人当たりの死亡率は 181.9（全国：158.4）で、うち急性心筋梗塞の割合は 20.5%となっています。

【図１】　心血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

【図２】　死亡数の全体に占める心血管疾患の割合の推移



（厚生労働省「人口動態調査」）

（２）受療率等

○　本県で、心血管疾患のうち急性心筋梗塞を含む虚血性心疾患のために継続的に医療を受けている患者数は約１万 1,000 人（全国：約 77 万 9,000 人）と推計され、減少傾向にあります。

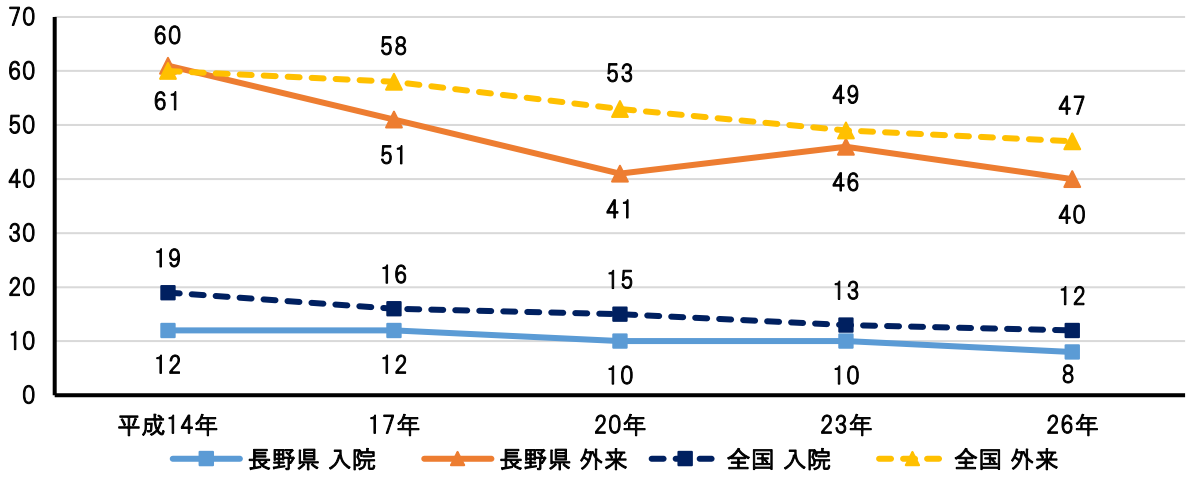
○　本県の虚血性心疾患の受療率は、全国より低くなっています。

【表１】　虚血性心疾患のために継続的に医療を受けている患者数　　**（単位：千人）**

区　分	平成 14 年	17 年	20 年	23 年	26 年
長野県	17	15	14	15	11
全　国	911	863	808	756	779

（厚生労働省「患者調査」）

【図３】　虚血性心疾患の受療率の推移（人口 10 万対）（平成 26 年 10 月現在）



（厚生労働省「患者調査」）

２　心血管疾患の医療

（１）発症直後の救護、搬送

○　心血管疾患は激しい胸痛を伴って発症することが多く、発症した場合は、本人や周囲にいる人が速やかに救急要請をすることが重要です。

○　救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制の下で適切な救命措置を行った上で、対応が可能な医療機関に患者を搬送することが重要です。

○　病院外で心肺停止状態となった場合は、患者の周囲にいる人や救急救命士等が、自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の使用等により心肺蘇（そ）生を行うことが、救命率の向上につながります。

【表２】　心血管疾患のために救急車により搬送される急病患者

区　分		平成 24 年	25 年	26 年	27 年	28 年
全　国	搬送人数(人)	318,730	294,053	289,286	281,703	309,401
	構成割合(%)	9.7	8.7	8.6	8.1	8.6

※構成割合は、救急車搬送された疾病者数に占める心血管疾患者数の割合　（総務省消防庁「救急救助の状況」）

（２）診断・診療体制

○　心血管疾患では、問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査、心エコー検査、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行うことで正確な診断が可能となります。

○　本県の循環器内科・心臓血管外科に従事する人口 10 万人当たりの医師数は全国よりも少ない状況です。

【表３】循環器内科医の配置状況（平成 28 年 12 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計	（参考）全国
医師数	17	10	18	8	11	―	48	4	30	4	150	12,456
医師数（10 万人対）	8.2	4.9	9.1	4.3	6.8	―	11.2	6.7	5.5	4.6	7.2	9.8

（厚生労働省　「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表４】心臓血管外科医の配置状況（平成 28 年 12 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計	（参考）全国
医師数	9	―	4	―	2	―	22	―	12	3	52	3,137
医師数（10 万人対）	4.3	―	2.0	―	1.2	―	5.1	―	2.2	3.4	2.5	2.5

（厚生労働省　「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

（３）急性期の医療

○　心血管疾患の急性期の治療は、心臓治療専門の医療機関で行われます。

①搬送後、直ちに冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）を行い、血栓で詰まった箇所をカテーテルで広げます。

②発症後概ね６時間以内に治療ができれば、心筋の壊（え）死をある程度の範囲に押さえ込むことが可能です。

③合併症によっては、冠動脈バイパス術等の外科的治療も必要となります。また、心臓の負荷を軽減させるために、苦痛と不安の除去等も行われます。

○　急性期心血管疾患は、各疾患に適応した急性期診療を 24 時間体制で提供できる施設間ネットワークを検討する必要があります。また、疾患によっては、治療内容と各地域の医療資源の観点から、他医療圏の施設との連携体制構築が必要な場合もあります。

○　特に、大動脈解離等、緊急の外科的治療が必要な疾患については、常時対応できる医療機関が限られているため、適切な医療提供可能体制を構築する観点から、他圏域との連携がより重要となります。

○　CCU は「Cardiac Care Unit(冠疾患集中治療室)」の略称で、虚血性心疾患を中心とした心血管疾患を有する患者の治療・看護を行う病棟で、本県では３か所で整備されています。

【表５】　県内の急性心血管疾患の医療を行う医療機関数※（平成 29 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	2	1	3	1	2	0	4	1	6	1	21

※心臓カテーテルによる治療が 24 時間可能である病院　　（医療推進課「医療機能調査」）

【表６】　ＣＣＵ（冠疾患集中治療室）のある医療機関数及び病床数（平成 26 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計	（参考）全国
施設数	1	―	―	―	―	―	1	―	1	―	3 （37 位）	323
病床数	2	―	―	―	―	―	4	―	2	―	8 （41 位）	1,759

（厚生労働省「医療施設調査」）

（４）回復期・再発予防期の医療

○　急性期を脱した後（回復期、再発予防期）は、血圧の継続的な管理を含めた合併症や再発の予防のための治療が行われます。

○　再発予防とともに、患者の家族などに対する再発時の適切な対応についての教育も重要です。

（５）リハビリテーション

○　心血管疾患リハビリテーションでは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰や社会復帰を目的として、患者の状態に応じ、治療開始当日から運動療法、食事療法等を実施します。

○　心血管疾患リハビリテーションの内容は、服薬指導等の患者教育・運動療法・危険因子の管理等、多岐にわたります。そのため、地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制を検討する必要があります。

【表７】　心血管疾患リハビリテーションを行う医療機関数（平成 29 年４月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計	（参考:人口 10 万対）	
												県	全国
医療機関数	1	1	3	2	3	―	7	1	4	1	23	1.10 （24 位）	0.96

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

心血管リハビリテーション

心臓リハビリテーション（心リハ）とは、医学的な評価、運動内容の最適化、心筋梗塞や狭心症の原因となる危険因子の是正、教育およびカウンセリングからなる長期的で包括的なプログラムです。心疾患に基づく身体的、精神的影響をできるだけ軽減し、早期の社会復帰を支援し、突然死や再入院を予防して予後を改善させることを目的としています。心筋梗塞、狭心症、心臓手術後、大血管疾患、慢性心不全、末梢動脈疾患などが対象となります。心リハに参加することで、運動能力の改善、息切れなどの症状の改善、高血圧や脂質異常症、糖尿病のような動脈硬化進展の危険因子の改善、不安や抑鬱傾向の改善が得られ、これらを通じて再入院予防ができます。

有効な治療プログラムでありますが、2009 年の調査では循環器専門医研修指定病院のうち外来心リハを実施している施設は 21%しかありません。長野県においても、より多くの患者さんが、地域の医療機関で心リハに参加できる体制作りが必要です。

（６）地域での医療連携

○　急性期から回復期及び再発予防期（在宅療養に対する支援を含む）までの医療について、地域の各医療機関が、それぞれの持つ医療機能に応じ、連携して患者に医療を提供する体制を整備することが重要です。

○　心血管疾患の中でも、患者数増加が予想されている慢性心不全患者に対しては、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、専門的医療を行う施設の急性増悪時の診療連携・支援を含め、地域全体で慢性心不全患者を管理する体制の検討が必要です。

○　急性期から回復期及び再発予防までの医療を一貫して提供することを目的として作成される「地域連携クリティカルパス」は、地域の医療機関の連携のための方法のひとつです。

【表８】　虚血性心疾患退院患者の平均在院日数（平成 26 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計	全国
平均日数	8.3	5.0	29.4	5.4	4.1	1.5	5.4	16.0	6.0	12.5	8.6	8.2

（厚生労働省「患者調査」）

【表９】　急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数(平成 29 年 10 月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	2	－	1	－	－	－	2	－	3	2	10

（医療推進課「医療機能調査」）

慢性心不全

現在我が国では社会の急速な高齢化に伴い、循環器疾患患者、中でも心不全患者の急激な増加が問題となっており、「心不全パンデミック（大流行）」であるともいわれています。

この背景には、高齢者の急速な増加に加え、急性心筋梗塞の発症率が我が国では 1980 年代から増加傾向にあり、2000 年以降も低下せず横ばいである（米国では 1990 年代後半以降急性心筋梗塞の発症率は低下傾向であり、特に心電図で ST 部分という箇所が上昇するタイプの急性心筋梗塞においてその減少トレンドは顕著であるとの報告がある。）ことや、高血圧患者に対して心不全予防効果が大規模臨床試験で示されており、欧米では多用される降圧利尿剤の処方率が日本では極端に少ないことなど、様々な要因が考えられます。

特に高齢者の慢性心不全患者で増加しているのは収縮力の保たれた心不全（Heart Failure with Preserved Ejection Fraction：HFpEF）であり、これら HFpEF 患者は、従来の心不全といわれると頭に浮かぶような収縮力の低下した心不全(Heart Failure with Reduced Ejection Fraction：HFrEF)とは異なる臨床的特徴を有することが明らかになりつつあります。

例えば、HFrEF において生命予後を改善させることが知られているアンジオテンシン変換酵素阻害薬、アンジオテンシン受容体拮抗薬、β受容体遮断薬、ミネラルコルチコイド重要隊拮抗薬などの薬剤が、HFpEF においては、今のところ同等の効果を発揮できるエビデンスを示せていません。

HFpEF では HFrEF と異なり心エコーでの心収縮力低下の指標をリスク層別化などに利用することができず、病気そのものも見逃されやすい「隠れ心不全」という問題もあります。このような特徴を有する高齢慢性心不全患者の地域におけるケアは喫緊の課題であり、病診連携、病病連携の構築・整備に加え、リハビリ施設の充実とその積極的活用などが求められています。

第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

（１）発症後、速やかな救命処置と搬送及び疾患に応じた専門的な診療が可能な体制

○　周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法の実施が可能な体制を目指します。

○　専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送が可能な体制を整備します。

○　医療機関到着後 30 分以内に専門的な治療の開始が可能な医療体制を目指します。

（２）再発予防や合併症予防、在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制

○　合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションの実施が可能な体制を目指します。

○　再発や合併症を防ぐため、運動療法・食事療法・患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションが実施可能な体制を目指します。

（３）在宅療養が可能な体制

○　再発・合併症予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理が可能な体制を目指します。

○　再発予防のため、定期的専門的検査の実施が可能な体制を目指します。

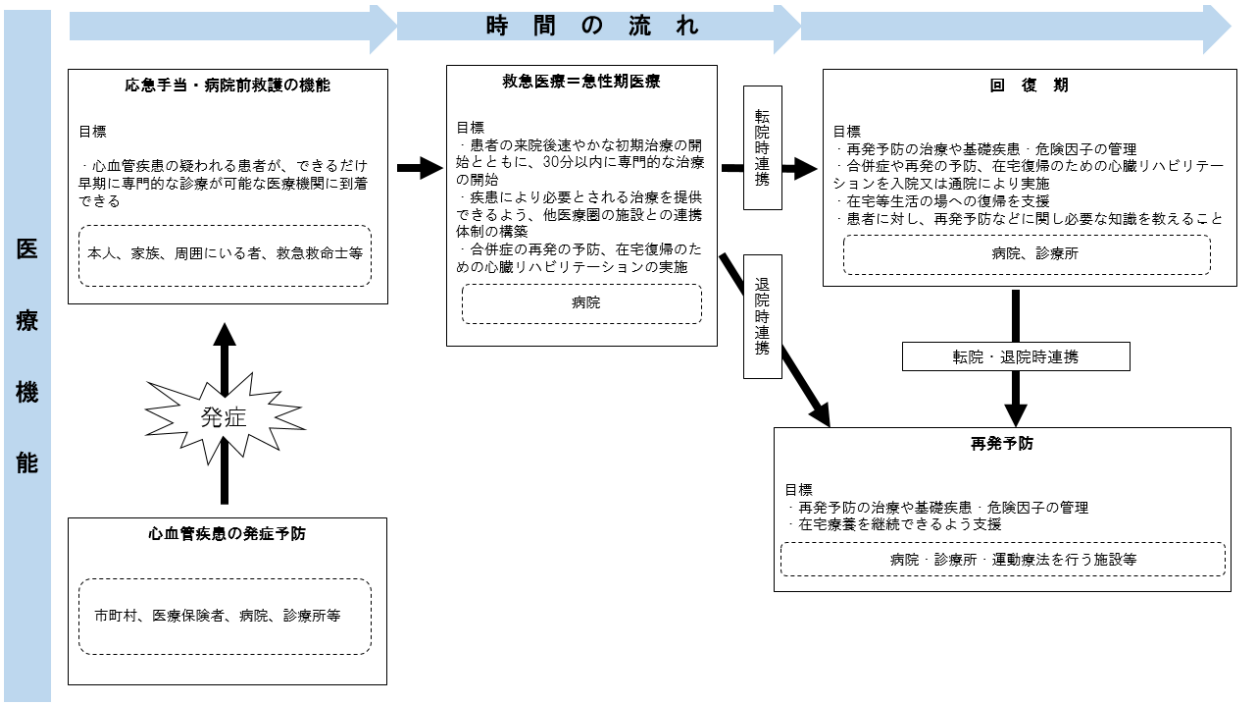
○　慢性心不全患者に対して、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、地域全体で在宅療養を支援する体制を目指します。

2　心血管疾患の医療体制

○　心血管疾患の医療提供体制は、次に示す図のとおりです。

急性期、回復期、再発予防期の経過に応じてそれぞれの医療機能が医療機関等に求められるとともに、これらの医療機能を担う医療機関等相互の連携の推進により、地域において切れ目のない医療の提供を図ります。

心血管疾患医療連携体制のイメージ



3　二次医療圏相互の連携体制

（1）患者の受療動向

○　大北医療圏は、隣接する松本医療圏の医療機関への受療が認められます。

（2）連携体制

○　大北医療圏は松本医療圏と、木曽医療圏は必要に応じて、上伊那医療圏及び松本医療圏と連携した医療提供体制を推進します。

○　大動脈解離等の治療については、ＣＣＵ（冠疾患集中治療室）が整備されている３医療圏等とそのほかの医療圏が連携した医療提供体制を目指します。

第３　施策の展開

１　発症後、速やかな救命処置と搬送及び疾患に応じた専門的な診療が可能な体制

○　急性期心血管疾患の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識及び家族等発見者による速やかな救急搬送要請と救急蘇生法の実施の必要性について、本人・家族等への周知に努めます。

○　発症後、速やかな専門的診療が可能な医療機関への直接搬送が行われるよう、急性期心血管疾患提供体制について、消防機関と医療機関における情報共有・連携強化に努めます。

○　医療機関到着後 30 分以内に専門的な治療が開始できるよう、急性期医療機関の体制整備を促進するとともに、必要に応じて隣接する医療圏と連携する体制の構築に努めます。

２　再発予防や合併症予防、在宅復帰等を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制の整備

○　再発予防や合併症予防、在宅復帰を目的とした、多職種の連携による多面的・包括的なリハビリテーション体制の整備を促進します。

○　再発予防の一環として、医療資源のほか、医療機関以外の施設を活用したリハビリテーションの提供体制の構築に努めます。

３　在宅療養が可能な体制の整備

○　患者が生活の場で療養できるよう、自立生活又は在宅療養を支援するため、関係者の情報共有や、急性期心血管疾患に係る地域連携クリティカルパス等の活用により、急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む）までの医療について、地域の医療関係機関が連携する医療提供体制整備を支援します。

○　慢性心不全患者に対して、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、専門的診療を行う医療機関と連携し、地域全体で在宅療養を支援する体制を整備します。

第４　数値目標

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
O	心血管疾患の年齢調整死亡率（男性）（人口 10 万対）	長野県　16.9 全　国　16.2 （2015）	16.2 以下	全国平均を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」
O	心血管疾患の年齢調整死亡率（女性）（人口 10 万対）	長野県　5.9 全　国　6.1 （2015）	5.9 以下	現状以下を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

1　発症後、速やかな救命処置の実施と搬送及び疾患に応じた専門的診療が可能な体制

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	循環器内科医師数（人口 10 万対）	長野県　7.2 人 全　国　9.8 人 （2016）	7.2 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	心臓血管外科医師数（人口 10 万対）	長野県　2.5 人 全　国　2.5 人 （2016）	2.5 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	必要な検査および処置※が 24 時間対応可能である医療機関数 ※心臓カテーテル治療が 24 時間実施可能	21 か所	21 か所以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ
S	CCU（心血管集中治療室）を有する病院数、病床数（人口 10 万対）	0.1 病院 0.4 床	0.1 病院以上 1.4 床以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
S	大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数（人口 10 万対）	1.5 病院	1.5 病院以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
O	退院患者平均在院日数	長野県 8.6 日 全　国 8.2 日 （2014）	8.6 日以下	現状以下を目指す。	厚生労働省「患者調査」

2　合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口 10 万対）	長野県　1.1 か所 全　国 0.96 か所	1.1 か所以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	心血管疾患リハビリテーションが発症後 24 時間以内に開始可能な医療機関数	14 か所	14 か所以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ

3　在宅療養が可能な体制

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	在宅療養支援診療所・病院数（再掲）	一般診療所 254 か所 病院 25 か所	一般診療所 266 か所以上 病院 26 か所以上	地域医療構想の在宅医療等必要量の伸び率に相当する医療機関数を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパス導入医療機関数	10 か所	10 か所以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ

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

第５　関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、生活習慣予防（がんを除く）（第４編第２節）、栄養・食生活（第４編第３節）、身体活動・運動（第４編第４節）、たばこ（第４編第７節）、在宅医療（第７編第３章第６節）、医師（第７編第２章第１節）、救急医療（第７編第３章第１節）、アルコール健康障害対策（第８編第６節）

第4節 糖尿病対策

第１　現状と課題

１　糖尿病の状況

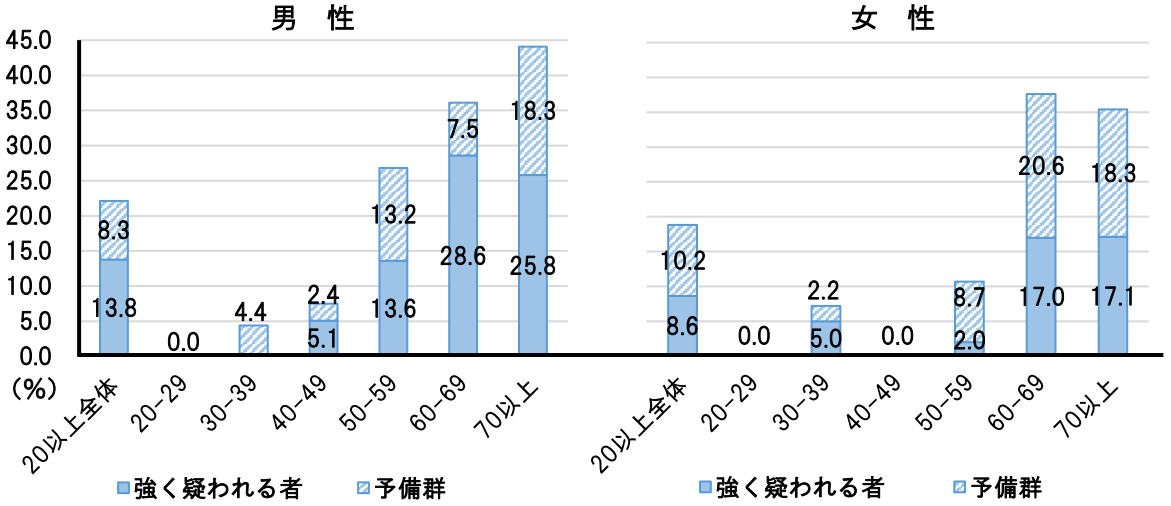
（１） 有病者の割合等

○　全国で糖尿病が強く疑われる 20 歳以上の者の割合は、男性 16.3%（約 458 万人）、女性 9.3%（約 660 万人）であり、概ね横ばいに推移しています。

○　本県の糖尿病が強く疑われる者の割合は増加傾向にあります。

○　糖尿病予備群の割合は、全国、本県ともに減少傾向にあります。

【図１】糖尿病が強く疑われる者、予備群の性・年齢階級別の割合（20 歳以上）（平成 28 年現在）



（健康増進課「県民健康・栄養調査」）

【表１】糖尿病と強く疑われる者、糖尿病予備群割合の年次推移（20 歳以上）

区　分			平成 22 年	25 年	28 年
強く疑われる者（%）	長野県	男性	5.9	11.8	13.8
		女性	5.2	3.7	8.6
	全国	男性	16.6	16.2	16.3
		女性	9.2	9.2	9.3
予備群（%）	長野県	男性	11.3	7.7	8.3
		女性	11.1	8.9	10.2
	全国	男性	14.5	9.7	12.2
		女性	15.8	9.3	12.1

（厚生労働省「国民健康・栄養調査」、健康増進課「県民・健康栄養調査」）

▼「糖尿病が強く疑われる者」の判定▼
ヘモグロビン A1c（NGSP）の値が 6.1%以上、または、「現在、糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者
▼「糖尿病予備群」の判定▼
ヘモグロビン A1c（NGSP）値が 5.6%以上、6.1%未満で、“糖尿病が強く疑われる者”以外の者

（２）受療率等

○ 本県で糖尿病のために継続的に医療を受けている患者数は、約４万 6,000 人（全国約 316 万 6,000 人）と推計され、増加傾向にあります。

○ 本県の糖尿病の受療率は概ね横ばいで、全国より低い状況です。

○ 糖尿病治療のための受診は、中断してしまう人が年８パーセント程度いるとされています。特に現役世代の男性に中断者が多い状況です。合併症などの重症化を予防するためにも、初期症状のときから継続的な受診の啓発をすることが重要です。

○ 平成 27 年(2015 年)に全国で人工透析を新しく始めた患者３万 6,797 人のうち、糖尿病が原因である人は１万 6,072 人（43.7%）となっています。

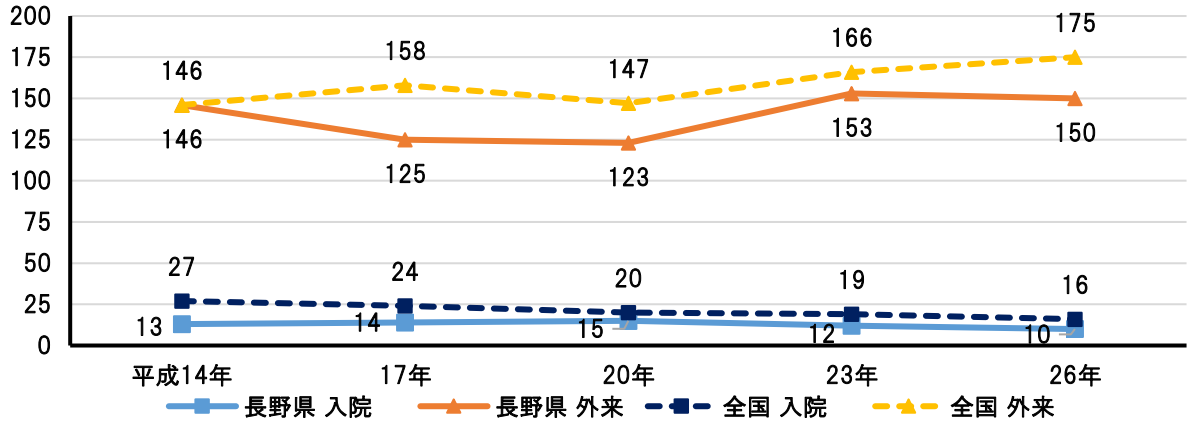
○ 糖尿病患者の 11.8%が糖尿病神経障害を、11.1%が糖尿病腎症を、10.6%が糖尿病網膜症を、0.7%が糖尿病足病変を合併しています（厚生労働省「国民健康・栄養調査」）。

【表２】 糖尿病のために継続的に医療を受けている患者数 （単位：千人）

区　分	平成 14 年	17 年	20 年	23 年	26 年
長野県	46	38	36	49	46
全　国	2,284	2,469	2,368	2,700	3,166

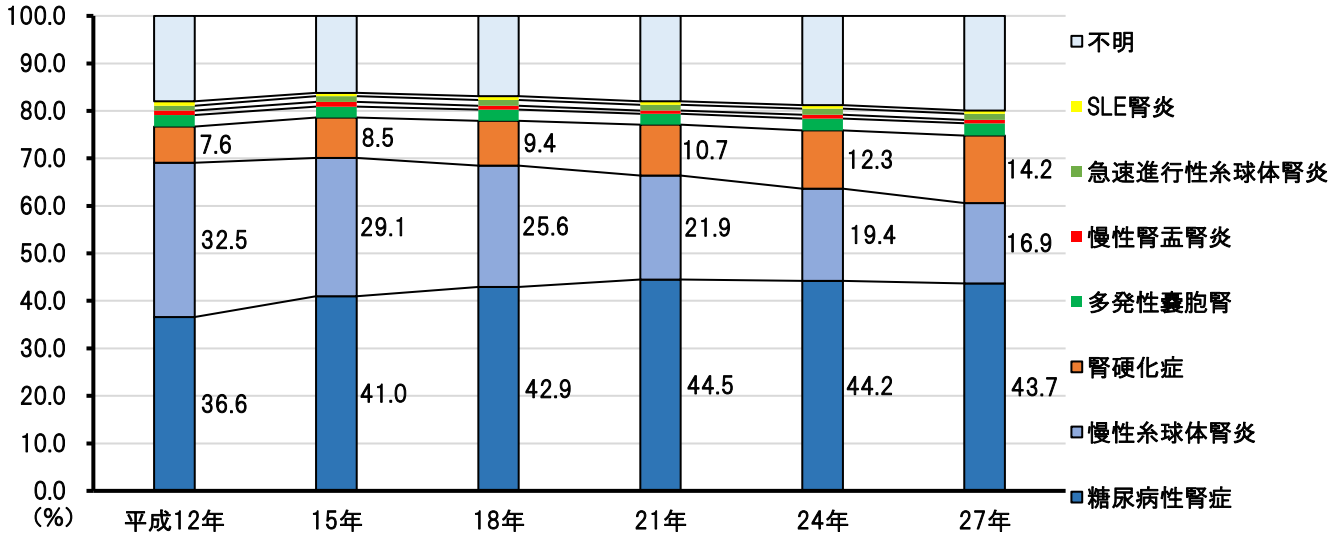
（厚生労働省「患者調査」）

【図２】 糖尿病の受療率の推移（人口 10 万対）



（厚生労働省「患者調査」）

【図３】 人工透析導入患者の原疾患別割合の推移

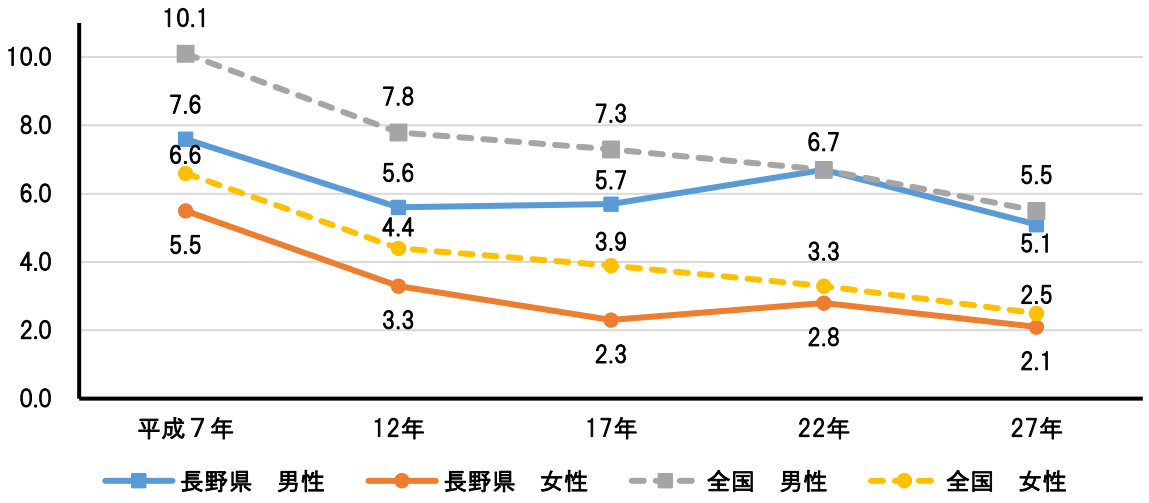


（日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況」）

（３）死亡率

○　本県の糖尿病の年齢調整死亡率は、男女ともに全国と同程度です（男性 31 位、女性 33 位）。本県・全国ともに、低下傾向にあります。

【図４】　糖尿病の年齢調整死亡率（人口 10 万対）



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

２　糖尿病の医療

（１）治療・保健指導

○　１型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行いますが、２型糖尿病の場合は、２～３ヶ月間の食事療法・運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合は、インスリン治療を含む薬物療法を開始します。

○　薬物療法を開始した後でも、生活習慣の改善等により服薬の減量や中止ができることから、保健師、看護師、管理栄養士等による生活習慣の指導、これらの職種と薬剤師との連携などが重要です。

○　血糖をコントロールするインスリンは、歯周病が原因で機能が低下する場合があるため、歯科関係職種との連携による歯周病の予防や治療も重要です。

○　糖尿病患者の指導や支援を行う医療従事者の資格として、糖尿病療養指導士（ＣＤＥ）や糖尿病看護認定看護師があります。

○　本県の糖尿病内科に従事する人口 10 万人当たりの医師数は 2.7 と、全国（3.5）を下回っている状況です（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）。

【表３】　県内の糖尿病専門医の配置状況（平成 26 年 12 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
専門医数	8	2	3	4	5	1	18	－	8	－	49

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

糖尿病治療における多職種連携

代表的な生活習慣病である２型糖尿病の治療は食事・運動指導を基本とし、必要に応じて薬物療法が追加されます。生活習慣の改善やその評価・継続には医師、歯科医師を含む多くの医療職種の関与が求められます。

医師以外の多職種が専門的技能を習得し、糖尿病治療に積極的に参画するために、平成 13 年（2001 年）から日本糖尿病療養指導士認定機構により「日本糖尿病療養指導士(Certified Diabetes Education of Japan: CDEJ)」の認定が開始されました。看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士が、それぞれの職種としての専門性に加えて、ひろく糖尿病療養に関する知識を習得し、決められた臨床経験を積んだ後に受験資格が与えられます。

一方、日本看護協会では看護師の専門性を高める目的で 22 の特定分野別に認定看護師の育成に務めています。「糖尿病認定看護師」はその一つです。糖尿病認定看護師は平成 14 年（2002 年）から認定が開始され、通常の業務では習得できない専門的・高度な研修を半年間にわたり専門施設で学習したのち、初めて受験資格が与えられます。「血糖パターンマネージメント」「フットケア」などの専門的な技能を糖尿病治療の現場で発揮するとともに、恒常的な情報交換や後輩の育成、現場における糖尿病治療にかかわる看護師の指導的な立場として活躍しています。

平成 24 年（2012 年）４月からは、一定の基準を満たした施設では、管理栄養士、看護師、医師が連携し、透析予防チームをつくり、糖尿病腎症を有する糖尿病患者への栄養指導と生活指導を総合的に行った場合に「糖尿病透析予防指導管理料(350 点)」が算定出来るようになりました。管理栄養士の活動が診療報酬により大きく反映されるようになったことは、糖尿病治療における食事指導の重要性を鑑みると大きな進歩と言えます。

このように、糖尿病治療の現場では医師以外の多職種も、様々な立場から「患者中心の糖尿病療養」が実現されるべく活躍する環境が整備されつつあります。これらの背景には、糖尿病治療は、個々の患者の生活背景や社会的状況、合併症の程度などにより、より個別化した対応が望まれている現状があります。糖尿病患者の約３分の１が治療を受けていない現在の状態をすこしでも改善するためにも、これらの多職種の連携による、効率的かつ質の高い療養環境の整備が望まれます。

（２）合併症の治療

○　糖尿病性昏（こん）睡などの急性合併症を発症した場合は、インスリン投与などによる治療を行います。

○　糖尿病が原因で腎臓、神経又は網膜の障がい等の慢性合併症を発症した場合は、血糖コントロール等を行うことにより、病期の進展を止めたり、遅らせることが可能であり、初期・安定期の治療を行う医療機関が、眼科の医療機関や人工透析を実施する医療機関等と連携して対応することが重要です。

また、合併症の重症化予防のためには薬剤師や保健師の関わりも重要であり、服薬の継続管理や生活習慣改善への助言など、地域の医師と連携した取組を行う必要があります。

○　当県では、保険者による糖尿病性腎症の重症化予防の取組を推進していくため、県医師会、県糖尿病対策推進会議、県保険者協議会と連携し、「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を平成 28 年（2016 年）８月に策定しました。

糖尿病性腎症は自覚症状のないまま徐々に進行します。早期に腎症を発見するために、未受診者や治療中断に対する受診勧奨、医療機関において尿アルブミンに関する検査を実施するとともに、かかりつけ医と連携した保健指導などを行い、人工透析等への移行を防ぐ取組を推進しています。

○　糖尿病性昏（こん）睡などの急性合併症については、発症予防や発症時に適切な対応をするための患者教育が重要です。

【表４】　県内の糖尿病の専門治療、急性期・慢性期治療を行う医療機関数（平成 29 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
専門治療医療機関数	13	13	8	11	13	2	24	3	29	3	119
慢性合併症治療医療機関数	8	5	5	5	6	1	11	2	10	2	55

※専門治療　①～④のいずれかに該当する医療機関　（医療推進課「医療機能調査」）
①　常勤の糖尿病専門医が在籍すること
②　常勤の糖尿病療養指導士（ＣＤＥ）が在籍すること
③　常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること
④　日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること
※慢性合併症治療　①～④のいずれかに該当することに加え、⑤又は⑥に該当する医療機関
⑤　人工透析装置を有すること
⑥　眼科を標榜していること

【表５】　県内の腎臓専門医の配置状況（平成 26 年 12 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
専門医数	8	3	8	1	4	－	11	3	11	4	53

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表６】　県内の糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数（平成 29 年４月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	7	2	4	3	5	－	7	2	7	1	38

（厚生労働省「診療施設報酬基準」）

（３）地域での医療連携

○　糖尿病の初期・安定期から専門治療及び急性期・慢性期までの医療については、地域の各医療機関が、それぞれの持つ医療機能に応じ、連携して患者に医療を提供する体制の整備が重要です。

○　急性期から回復期及び再発予防までの医療を一貫して提供することを目的として作成される「地域連携クリティカルパス」は、地域の医療機関の連携のための方法のひとつです。

【表７】　糖尿病（専門治療）の地域連携クリティカルパス導入医療機関数（平成 29 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	5	1	－	－	－	－	2	1	2	－	11

（医療推進課「医療機能調査」）

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

糖尿病は正しく治療を継続しないと、全身に様々な合併症が生じ、健康長寿の妨げになります。なかでも、糖尿病性腎症は人工透析の原因疾患の第１位であり、その費用は医療経済をも圧迫しています。

このような背景で、平成 27 年（2015 年）７月に経済界・医療関係団体・自治体などの主導により「日本健康会議」が発足し、「健康なまち・職場づくり宣言 2020」が採択されました。その宣言のなかで「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を 800 市町村、広域連合を 24 団体以上とし、その際、糖尿病対策推進会議等の活動を図る。」ことが明記されました。

糖尿病を早期から継続的に正しく治療することで糖尿病性腎症は予防できますが、現在は未治療や治療中断者がとても多い状況です。その結果、個人の健康長寿を損なうとともに莫大な医療費（1.4 兆円／年と試算）がかかり続けています。これを阻止するために国費を投入（年間 700-800 億円）し、医療界と行政（国民健康保険等）の連携を促進し、生活習慣へのアドバイスや受診勧奨、専門的対応への橋渡しを促進することにした、ということです。

一部の自治体での成功事例をもとにこの「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が走り出しています。

第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

（１）早期受診を促す体制づくり

○　糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施が可能な医療体制を目指します。

○　良好な血糖コントロールを目指した治療の実施が可能な医療体制を目指します。

（２）重症化予防の取組

○　様々な職種による多職種連携治療の実施及び急性増悪時の治療の実施が可能な医療体制を目指します。

○　慢性合併症の重症化予防を推進し、人工透析等への移行の防止を目指します。

（３）医療連携体制の構築支援

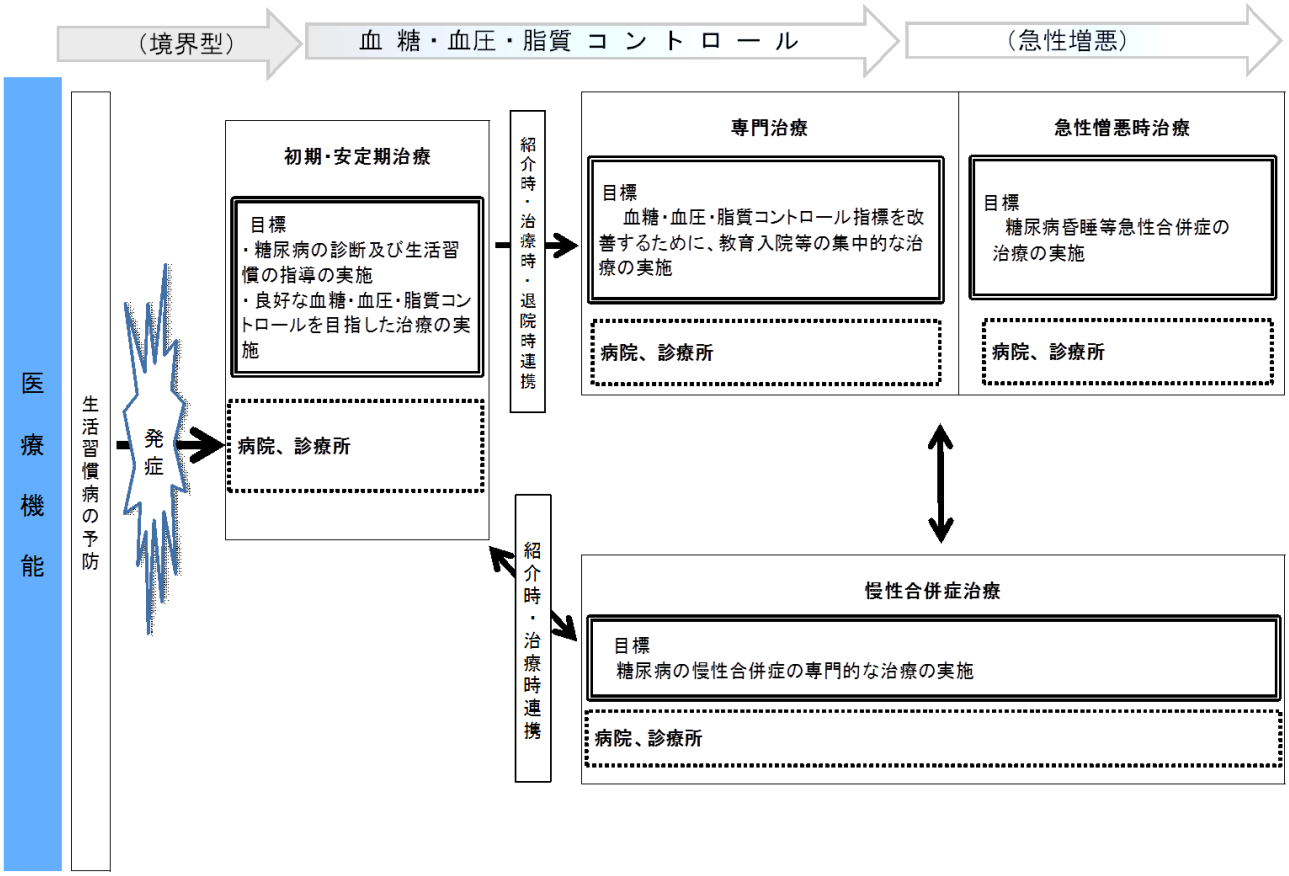
○　糖尿病の発症予防を含め、初期から慢性期の治療まで医療提供が可能な医療連携体制を目指します。

2　糖尿病の医療体制

○　糖尿病の医療体制は、次に示す図のとおりです。

初期・安定期治療、専門治療、急性増悪治療、慢性合併症治療について、それぞれの医療機能が医療機関等に求められるとともに、これらの医療機能を担う医療機関等相互の連携の推進により、一人ひとりの患者さんにふさわしい医療の提供を図ります。

糖尿病医療連携体制のイメージ



3　二次医療圏相互の連携体制

（1）患者の受療動向

○　木曽医療圏は松本医療圏及び岐阜県の医療機関、大北医療圏は松本医療圏の医療機関への受療が認められます。

（2）連携体制

○　木曽、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。

第３　施策の展開

１　早期受診を促す体制づくり

○　医療機関・保険者等の協力を得て、健診で「糖尿病」または「境界型」とされた人に対する健診の事後指導の徹底や、治療が必要な者に対して受診を促す体制の整備を促進します。

○　糖尿病の疑いのある人などの早期発見や、重症化の防止のために、定期健康診査（特定健康診査）の受診、受診結果に基づく保健指導の実施、医療機関（歯科含む）の受診継続の必要性について、医療機関、保険者等の協力を得ながら県民に対する周知を行います。

２　重症化予防の取組

○　重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対しても保健指導を行い、人工透析等への移行を防止します。

○　長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、医師会や薬剤師会、医療保険者など医療や職域の関係団体と協力して、重症化予防の取組を行います。

３　医療連携体制の構築支援

○　かかりつけ医などによる日常からの生活習慣指導や治療とともに、血糖コントロールができない場合や合併症の発症の際に適切に対応することができるよう、地域連携クリティカルパス等の活用及び関係者の情報共有を促進します。

○　初期・安定期治療から専門治療及び急性期・慢性期（在宅療養に対する支援を含む）までの治療について、地域の医療機関や多職種が連携する医療提供体制の構築に努めます。

第４　数値目標

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
O	糖尿病の年齢調整死亡率（男性）（人口 10 万対）	長野県　5.1 全 国　5.5 （2015）	5.1 以下	現状以下を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」
O	糖尿病の年齢調整死亡率（女性）（人口 10 万対）	長野県　2.1 全 国　2.5 （2015）	2.1 以下	現状以下を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

1　早期受診を促す体制づくり

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	糖尿病内科（代謝内科）の医師数（人口 10 万対）	長野県　2.7 人 全 国　3.5 人 （2014）	2.7 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	糖尿病内科（代謝内科）を標榜する診療所数（人口 10 万対）	長野県　0.2 診療所 全 国　0.3 診療所 （2014）	0.2診療所以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
S	糖尿病内科（代謝内科）を標榜する病院数（人口 10 万対）	長野県　0.8 病院 全 国　0.9 病院 （2014）	0.8 病院以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
S	糖尿病指導（運動指導、栄養（食事）指導、禁煙指導、生活指導）の実施が可能な病院数	71 病院 （2016）	71 病院以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ

2　重症化予防の取組

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	糖尿病の専門治療を行う医療機関数	119 か所	119 か所以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ
S	糖尿病を専門とする医療従事者数（糖尿病療養指導士）（人口 10 万対）	長野県　20.8 人 全　国　15.3 人	20.8 人以上	現状以上を目指す。	日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ
S	専門医の在籍する歯科医療機関数（人口 10 万対）	長野県　1.1 か所 （2016）	1.1 か所以上	現状以上を目指す。	日本歯周病学会ホームページ
S	糖尿病網膜症の治療が可能な病院数	41 病院 （2016）	41 病院以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ
S	糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数（人口 10 万対）	長野県　1.9 か所	1.9 か所以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
P	糖尿病性腎症重症化予防の取組を行う市町村数	57 市町村	77 市町村	全市町村での取組を目指す。	厚生労働省（保険者努力支援制度実施市町村）
O	新規透析患者のうち、糖尿病性腎症の患者数	長野県　219 人 全　国　16,072 人 （2015）	219 人以下	現状以下を目指す。	日本透析医学会ホームページ

3　医療連携体制の構築支援

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	糖尿病の地域連携クリティカルパス導入医療機関数	11 か所	11 か所以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ
O	退院患者平均在院日数	長野県　21.8 日 全　国　35.5 日 （2016）	21.8 日以下	現状以下を目指す。	厚生労働省「患者調査」

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

薬剤師による重症化予防への取組

糖尿病性腎症患者のうち、透析導入前の患者に対し、十分な服薬指導や日常的な療養生活の支援を行うことは、腎症重症化予防のために重要です。市町村の健診データと診療レセプト情報に基づき、主治医とかかりつけ薬局の薬剤師が連携して、透析導入前の糖尿病性腎症患者の生活習慣の改善などの自己管理や食事療法に関わっていく取組が行われています。

このような医薬連携により支援を受けた患者は、自身の体調変化に関心を持つようになり、自己目標の達成率や服薬遵守率が高くなる傾向があるなど、腎症重症化予防に好影響を及ぼすことから、今後も継続的に取り組んでいく必要があります。

第５　関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、生活習慣予防（がんを除く）（第４編第２節）、栄養・食生活（第４編第３節）、身体活動・運動（第４編第４節）、歯科口腔保健（第４編第６節）、たばこ（第４編第７節）、在宅医療（第７編第３章第６節）、医師（第７編第２章第１節）、救急医療（第７編第３章第１節）、歯科口腔医療（第７編第３章第７節）、アルコール健康障害対策（第８編第６節）、CKD（慢性腎臓病）対策（第８編第 10 節）

第5節　精神疾患対策

第１　現状と課題

１　精神疾患患者の状況

○　長野県の精神疾患患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療（精神通院医療）受給認定者）を合わせて、37,538 人（平成 29 年（2017 年）3 月 31 日現在）となっています。

○　疾病別にみると、入院患者では「統合失調症」が最も多く、次いで「器質性精神障害（アルツハイマー病の認知症等を含む。)」となっています。通院患者では、「統合失調症」に次いで「気分（感情）障害」が多くなっています。

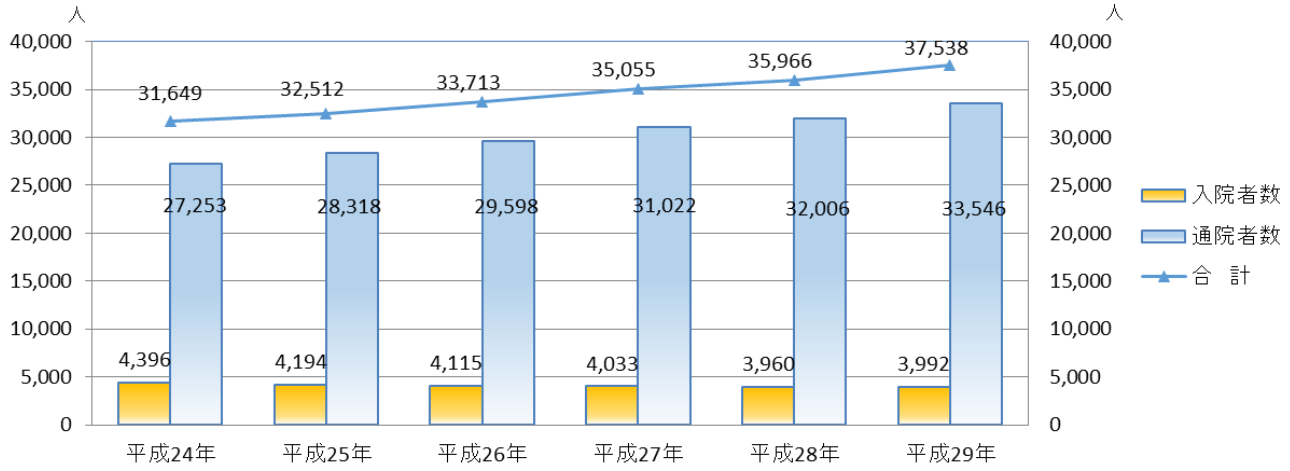
○　入院患者数は減少傾向にありますが、通院患者数は５年前に比べ 23.1%増加しています。

【表１】　疾病別患者数（平成 29 年 3 月 31 日現在）　（単位：人）

区　　分	入院患者数	通院患者数	合　計
F0　症状性を含む器質性精神障害	653	1,152	1,805
F00　アルツハイマー病の認知症	296	830	1,126
F01　血管性認知症	77	107	184
F02-09　上記以外の症状性を含む器質性精神障害	280	215	495
F1　精神作用物質による精神及び行動の障害	246	572	818
F2　統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	2,260	12,371	14,631
F3　気分（感情）障害	501	11,420	11,921
F4　神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	85	2,224	2,309
F5　生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	21	112	133
F6　成人の人格及び行動の障害	26	108	134
F7　精神遅滞	79	437	516
F8　心理的発達の障害	38	1,160	1,198
F9　小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	25	338	363
てんかん（F0 に属さないものを計上する）	38	1,966	2,004
その他	20	1,686	1,706
合　　計	3,992	33,546	37,538

（入院患者数「精神科病院月報」、通院患者数「自立支援医療（精神通院医療）受給認定者数」：保健・疾病対策課調べ）

【図１】　精神疾患患者数の推移（各年３月 31 日現在）



2　精神保健福祉相談の状況

○　精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談件数（面接相談、電話相談、訪問）は 10,501 件（平成 27 年度（2015 年））となっており、平成 25 年（2013 年）以降、増加傾向です。

【表２】　精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談実施状況（面接、電話、訪問）（単位：件）

年　度	老人精神保健	社　会復　帰	アルコール	薬　物	ギャンブル	思春期	心　の健　康づくり	うつ・う　つ状　態	その他	合　計
平成25年度	33	1,667	379	88	135	240	1,150	1,271	3,009	7,972
26年度	43	1,776	383	63	148	321	1,606	1,543	3,003	8,886
27年度	63	2,941	773	127	181	432	1,448	1,642	2,894	10,501

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

○　保健福祉事務所における精神保健福祉相談件数（面接相談、電話相談、訪問）は 7,288 件（平成 27 年度（2015 年））となっており、平成 25 年（2013 年）から微減しています。

【表３】　保健福祉事務所における精神保健福祉相談実施状況（面接、電話、訪問）（単位：件）

年　度	老人精神保健	社　会復　帰	アルコール	薬　物	ギャンブル	思春期	心　の健　康づくり	その他	合　計
平成25年度	197	1,648	227	39	33	329	1,418	3,434	7,325
26年度	240	1,179	231	65	27	409	1,404	3,751	7,306
27年度	163	1,357	256	26	48	375	1,654	3,409	7,288

（厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」）

3　精神疾患の医療体制

○　精神病床を有する病院数・精神病床数を始めとする精神疾患の医療体制は表４のとおりです。

【表４】　精神疾患の医療体制

区　　分	医　療　体　制	出典
精神病床を有する病院数・精神病床数	30 病院　4,823 床(平成 19 年　5,252 床)	保健･疾病対策課調べ 平成29年４月１日
うち精神病床のみを有する病院数・精神病床数	15 病院　2,454 床	
精神病床在院患者数（人口 10 万対）	192.0 人（少ない順で全国 13 位）	厚生労働省 病院報告 平成 28 年
精神病床平均在院日数	222.1 日（少ない順で全国２位）	
精神病床利用率	83.1%（少ない順で全国 13 位）	
精神科・心療内科を主たる診療科とする診療所数	48 診療所（平成 23 年　39 診療所）	厚生労働省 医療施設（静態動態）調査 平成26年10月１日
精神科訪問診療を実施している医療機関数	７病院　21 診療所	医療推進課 医療機能調査 平成 29 年
精神科訪問看護を実施している医療機関数	30 病院　10 診療所	
病院に勤務する精神科等医師数	195 人（平成 23 年　215 人）	厚生労働省 医療施設（静態動態）調査 平成 26 年
県内を住所地とする精神保健指定医数	205 人（平成 19 年　159 人）	保健･疾病対策課調べ 平成29年４月１日

○　多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。

（１）統合失調症

○　統合失調症の患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療（精神通院医療）受給認定者）を合わせて、14,631 人（平成 29 年（2017 年）３月 31 日現在）となっており、平成 24 年（2012 年）の 14,200 人から微増しています。精神疾患患者数の 39.0%を占め、最も大きな割合となっています。

○　難治性の重症な精神症状を有する治療抵抗性統合失調症患者に対し治療薬（クロザピン）投与を含め計画的な治療管理を継続して実施している医療機関は９病院となっています（平成 29 年（2017 年）10 月 27 日現在。クロザリル適正使用委員会ホームページ）。

（２）うつ病・躁うつ病

○　うつ病・躁うつ病の患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療（精神通院医療）受給認定者）を合わせて 11,921 人（平成 29 年（2017 年）３月 31 日現在）となっており、平成 24 年（2012 年）の 9,833 人から 21.2%増加しています。精神疾患患者数の 31.8%を占め、統合失調症に次ぐ患者数となっています。

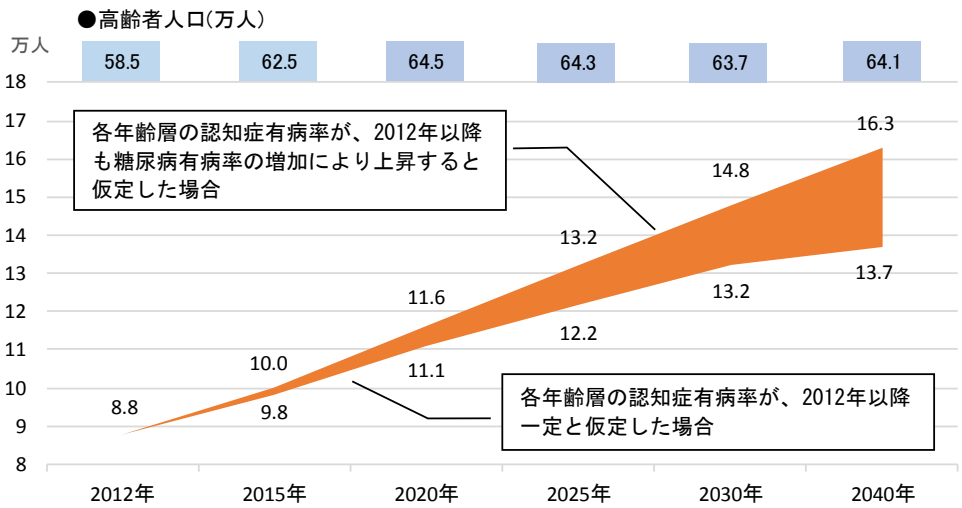
○　うつ病などに対する有用性が報告されている認知行動療法を実施している医療機関は 14 病院、11 診療所となっており（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）、このうち、６病院では、診療報酬上、認知療法・認知行動療法の施設基準を満たした、習熟した医師による治療が行われています（平成 29 年（2017 年）10 月１日現在）。

○　うつ病患者の早期発見・早期治療を目的に、内科医等かかりつけ医と精神科医の医療連携に 10 郡市医師会が取り組んでいます。

（３）認知症

○　認知症高齢者数は、厚生労働省による高齢者人口に占める認知症高齢者の有病率を用いた推計で、平成 24 年（2012 年）に 8.8 万人、平成 27 年（2015 年）に 9.8～10.0 万人となりました。更に、いわゆる団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には 12.2～13.2 万人と、65 歳以上高齢者の約５人に１人が認知症高齢者になると見込まれます。

【図２】　認知症高齢者数の推計



注）厚生労働省「日本における認知症高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年）及び国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口」（平成 25 年）より試算

○　「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」（平成 27 年（2015 年）１月厚生労働省策定）に基づき、次の施策を推進しています。

➢　認知症疾患医療センターの設置

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センターを３か所（飯田病院、北アルプス医療センターあづみ病院、佐久総合病院）に設置しています。

➢　認知症サポート医等の養成

かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役などの役割を担う認知症サポート医の養成（平成 29 年（2017 年）３月 31 日現在　142 人）を進めるほか、医師や病院医療従事者等の認知症対応力の向上を図るための研修会を開催しています。

➢　認知症初期集中支援チームの設置

認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行う認知症初期集中支援チームが 28 市町村（平成 29 年（2017 年）３月 31 日現在）に設置されており、平成 30 年（2018 年）４月１日からは全ての市町村において活動が開始される見込みです。

➢　若年性認知症診療

若年性認知症（65 歳未満で発症する認知症）に対する専門的診療を実施している医療機関は 19 病院、17 診療所となっています（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）。

（４）児童・思春期精神疾患

○　思春期精神疾患に対する専門的診療を実施している医療機関は 20 病院、15 診療所となっており（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）、このうち２病院では、診療報酬上、児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準を満たした、医師、看護師、精神保健福祉士等による集中的かつ多面的な治療が行われています（平成 29 年（2017 年）10 月１日現在）。

○　不登校、家庭問題、虐待、いじめなど、子どもの心の問題の増加に伴い、子どもの心の診療体制を充実する必要があります。

（５）発達障がい

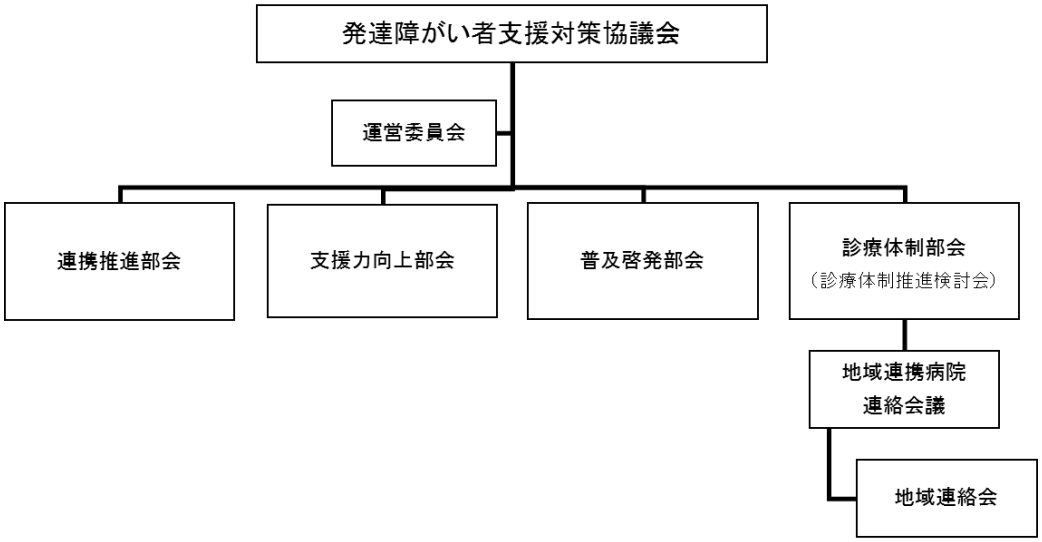
○　厚生労働科学研究によると、未診断例を含めた発達障がいの支援ニーズは小学１年生で少なくとも 10%程度は存在するとされています※1。また、発達障がいの特性があり障がい福祉のサービスを必要とする人は人口の 0.9%から 1.6%と推計されています※2。

※１「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実践と評価」（研究代表者　本田秀夫）

※２「１歳からの広汎性発達障害の出現とその発達的変化：地域ベースの横断的および縦断的研究（研究代表者　神尾陽子）

○　「長野県における発達障害者支援のあり方報告書」（平成 24 年（2012 年）１月取りまとめ）に基づき、長野県発達障がい者支援対策協議会に専門部会を設置し施策を推進しています。

【図３】長野県発達障がい者支援対策協議会の体制



➢　研修等の開催

発達障がいの診療体制の整備や技術力の向上、関係機関の連携強化を推進し、身近な地域で医療的及び療育的支援を受けやすくするため、発達障がい診療医を対象とした研修会や二次医療圏域ごとに医療・福祉・教育・行政機関等の支援関係者を対象とした研修会などを開催しています。

➢　発達障がいサポート・マネージャーの配置

発達障がい者支援に関する幅広い分野と年代の知識と経験を有する発達障がいサポート・マネージャーを二次医療圏域ごとに配置し、支援機関への支援（支援技術の向上、連携体制構築など）に取り組んでいます。

➢　早期発見・早期支援の取組

乳幼児健診における発達障がいのアセスメントツール（M-CHAT など）の導入を促進しており、平成 29 年（2017 年）４月１日現在、60 市町村において導入されています。

➢　発達障がい者支援センターによる取組

精神保健福祉センターに設置した長野県発達障がい者支援センターにおいて、発達障がい者及びその家族への相談支援、支援関係者に対する研修、普及啓発等を実施しています。

○　平成 26 年（2014 年）４月現在、発達障がい診療を行っている医療機関は 35 病院、33 診療所となっています（精神保健福祉センター調べ）が、専門医等の不足により、初診申込から受診までの待ち時間が長期化しています。

（６）依存症

① アルコール依存症

➢　平成 26 年(2014 年)に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の総患者数(全国）は 4.9 万人であり、平成 11 年（1999 年）の総患者数の 3.7 万人から増加しています（厚生労働省「患者調査」)。

➢　アルコール依存症に対する専門的診療を実施している医療機関は、12 病院、10 診療所となっており（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」)、このうち５病院では、診療報酬上、重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準を満たした、医師、看護師、精神保健福祉士等による集中的かつ多面的な治療が行われています（平成 29 年（2017 年）10 月１日現在)。

② 薬物依存症

➢ 平成 26 年（2014 年）に医療機関を継続的に受療している薬物依存症者の総患者数（全国）は 0.3 万人であり、平成 11 年（1999 年）の総患者数の 0.1 万人から増加しています（厚生労働省「患者調査」）。

➢ 薬物依存症に対する専門的診療を実施している医療機関は、８病院、７診療所となっています（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）。

○ 精神保健福祉センターでは、アルコール・薬物・ギャンブル依存症に対応した独自の回復プログラム「ＡＲＰＰＳ（アルプス）」を開発し、平成 28 年度（2016 年度）から依存症の人のグループミーティングで活用しています。また、依存症の支援者や関係機関、家族等を対象に研修会や家族講座を開催しています。

（７）摂食障がい

○ 厚生労働科学研究によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障がい患者は、女子中学生の 100 人に１人から２人、男子中学生の 1,000 人に２人から５人いると推計されています※。

※「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」（研究代表者　小牧元）

○ ３病院において、摂食障害入院医療管理加算の算定基準を満たした、医師、看護師、精神保健福祉士等による集中的かつ多面的な治療が行われています（平成 29 年（2017 年）10 月１日現在）。

（８）てんかん

○ 平成 26 年（2014 年）に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数（全国）は 25.2 万人であり、平成 11 年（1999 年）の総患者数の 23.5 万人から増加しています（厚生労働省「患者調査」）。

○ てんかんに対する専門的医療を実施している医療機関は、20 病院、25 診療所となっています（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）。

○ てんかん患者に医療を提供している小児科、神経内科、脳神経外科などとの連携を推進するとともに、治療体制の在り方を検討する必要があります。

（９）精神科救急

○ 夜間・休日に緊急医療を必要とする精神疾患患者が、適切かつ円滑に医療を受けられるよう、東信圏域３病院、北信圏域７病院、中信圏域５病院、南信圏域３病院の輪番体制により、精神科救急医療体制を整備しています（土・日曜日は、東信圏域と北信圏域を統合して運用）。

また、長野県立こころの医療センター駒ヶ根を 24 時間 365 日対応可能な常時対応施設として位置付けています。

【表５】　輪番病院による精神科救急診療件数　（単位：件）

<table>
<tr><td rowspan="2">平成 26 年度</td><td colspan="2">東北信</td><td>中　信</td><td>南　信</td><td>計</td></tr>
<tr><td colspan="2">216</td><td>242</td><td>328</td><td>786</td></tr>
<tr><td rowspan="4">27 年度</td><td>東信（平日夜間・祝日）</td><td>北信（平日夜間・祝日）</td><td rowspan="4">中　信</td><td rowspan="4">南　信</td><td rowspan="4">計</td></tr>
<tr><td>124</td><td>39</td></tr>
<tr><td colspan="2">東北信（土日）</td></tr>
<tr><td colspan="2">93</td></tr>
<tr><td rowspan="4">28 年度</td><td>東信（平日夜間・祝日）</td><td>北信（平日夜間・祝日）</td><td rowspan="4">中　信</td><td rowspan="4">南　信</td><td rowspan="4">計</td></tr>
<tr><td>146</td><td>35</td></tr>
<tr><td colspan="2">東北信（土日）</td></tr>
<tr><td colspan="2">95</td></tr>
</table>

（保健・疾病対策課調べ）

○　精神科救急情報センターの機能を有する「精神障がい者在宅アセスメントセンター（りんどう）」を設置し、精神障がい者や家族等からの相談に対応しています。

【表６】　精神障がい者在宅アセスメントセンター相談実施状況（平成 28 年度）　（単位：件）

区　分	相談件数	相談者		居　住　地					緊急受診	
		本人等	機関等	東信	中信	南信	北信	その他・不明	必要	不要・その他
平日夜間	150	134	16	12	33	19	60	26	15	135
休　　日	164	150	14	3	50	19	74	18	19	145
計	314	284	30	15	83	38	134	44	34	280

（保健・疾病対策課調べ）

○　措置入院件数は、最近５年間の平均では年間 178 件となっています。平成 27 年度（2015 年度）の 179 件は全国９位、人口 10 万対では 8.5 件で全国３位となっています。

【表７】　措置入院件数　（単位：件、位）

区　分	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
措置入院件数	183	197	146	179	185
全国順位（多い順）	9	9	9	9	－
人口10万対件数	8.6	9.3	6.9	8.5	8.9
全国順位（多い順）	5	3	9	3	－

（厚生労働省「衛生行政報告例」、全国順位は保健・疾病対策課調べ）

○　医療保護入院件数は、最近５年間の平均では年間 2,620 件となっています。平成 27 年度（2015 年度）の 2,622 件は全国 23 位、人口 10 万対では 124.9 件で全国 34 位となっています。

【表８】　医療保護入院患者数（新規）　（単位：人）

区　分	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医療保護入院件数	2,578	2,899	2,311	2,622	2,692
全国順位（多い順）	30	27	25	23	－
人口10万対件数	120.9	136.6	109.6	124.9	128.9
全国順位（多い順）	42	39	38	34	－

（厚生労働省「衛生行政報告例」、全国順位は保健・疾病対策課調べ）

（10）身体合併症

○　精神疾患患者の身体合併症の一部に対応可能な精神科病院は 16 病院、合併症のほとんどに自院で対応可能な精神科病院は６病院となっています（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）。

○　精神科入院患者に対して人工透析治療を実施している精神科病院は６病院、歯科治療を実施している精神科病院は 12 病院となっています（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）。

○　身体疾患を有する患者や結核を罹患している患者などへの精神科入院医療の提供体制が課題となっています。

○　精神疾患と身体疾患の合併症による困難事例への円滑な救急対応について整理が必要です。

（11）災害精神医療

○　過去に発生した大規模地震災害等において、本県からの心のケアチーム等の派遣状況は次のとおりです。

【表９】　大規模災害時における心のケアチーム等の派遣状況

年　度	災　　害	派遣状況			備　　考
		病院数	チーム数	人数	
平成23年度	東日本大震災	病院 14	チーム 37	人 168	心のケアチーム
26年度	御嶽山噴火災害	1	6	21	災害派遣精神医療チーム
	神城断層地震災害	1	8	50	心のケアチーム
28年度	熊本地震災害	1	1	8	災害派遣精神医療チーム

（保健・疾病対策課調べ）

○　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増加するため、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）の派遣、県内で発生した場合の統括（指揮命令）体制等の整備を進めています。

○　災害拠点病院の有する精神病床数は 199 床（全精神病床数の 4.1%）であり、災害時に精神科病院からの患者受入や精神症状の安定化等を災害拠点病院のみで対応することは困難です。このため、災害時に地域で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。

（12）医療観察法における対象者への医療

○　心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 17 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）の施行（平成 17 年（2005 年）７月）から平成 28 年（2016 年）５月までの長野地方裁判所による処遇決定数は、入院処遇決定 47 件、通院処遇決定６件となっています。

○　県内における医療観察法に基づく医療機関の指定状況（平成 29 年（2017 年）４月 30 日現在）は、次のとおりです。

【表 10】　医療観察法における医療機関の指定状況　（単位：施設）

区　　分		医療機関数
指定入院医療機関		2
指定通院医療機関	基幹病院	13
	補助的な医療機関・訪問看護ステーション	7
	薬局	48

（長野保護観察所調べ）

4　地域移行・地域生活支援の状況

○　県内の精神科病院に入院した精神疾患患者の退院率など、地域移行の状況は表 11 のとおりです。

【表 11】　地域移行の状況

区分・年		入院後 ３か月時点	入院後 ６か月時点	入院後 １年時点	出典
退 院 率※1	平成22年	61.8%	―	88.3%	厚生労働省 精神保健福祉資料 平成 28 年は保健・疾病対策課調べ
	25年	61.9%	83.3%	91.3%	
	28年	60.5%	80.8%	91.4%	
区分・年		患者数			出典
入院期間１年以上の患者数※2	平成22年	2,881 人			厚生労働省 精神保健福祉資料 平成 28 年は保健・疾病対策課独自集計
	25年	2,537 人			
	28年	2,355 人			

※１　６月に入院した患者のうち入院後３か月・６か月・１年時点の退院患者数／６月に入院した患者数
※２　６月 30 日時点における入院期間が１年以上の患者数

○　地域移行支援関係者により構成する長野県自立支援協議会（精神障がい者地域移行支援部会）や、障がい保健福祉圏域ごとの精神障がい者地域生活支援協議会において、精神疾患患者の地域生活への移行や地域生活を継続するための支援の協議、研修会などを実施しています。

○　障がい保健福祉圏域の障がい者総合支援センター等において地域生活支援を担当するコーディネーター等による連絡会議を定期的に開催し、各圏域の取組や課題の情報交換、事例検討などにより関係者の資質向上を図っています。

5　自殺対策

○　平成 30 年度（2018 年度）から 2022 年度を計画期間とする第３次長野県自殺対策推進計画に基づき施策を推進していきます。

第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

（１）多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

○　多様な精神疾患等ごとに、患者の状況に応じた適切で質の高い精神科医療を提供できる体制を強化します。

○　多様な精神疾患等ごとに、病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担を整理し、相互の連携を推進します。

（２）精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

○　精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指します。

○　障がい保健福祉圏域ごとの保健･医療･福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を強化します。

２　精神疾患の医療体制

○　精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要となって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。

　このため、患者ができるだけ早期に受診し、多様な精神疾患等ごとに適切な精神科医療を受療できるよう、医療機関に求められる医療機能を明確化し、役割分担や相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していきます。

○　医療サービスを県民に適正かつ効率的に提供していくため、精神疾患においては、東信、南信、中信、北信の４医療圏を設定し、精神医療圏相互の連携体制を強化していきます。

※　精神医療圏とは、二次医療圏を基本としつつ、精神科救急医療圏域、障がい保健福祉圏域、老人福祉圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案し設定した医療圏です。

　なお、精神病床の基準病床数は、県全域を１圏域として算出しています。

（１）求められる医療機能

○　「目指すべき方向」を踏まえた、精神疾患の医療体制に求められる医療機能は表 12 のとおりです。

【表 12】　精神疾患の医療体制に求められる医療機能

医療機能	役　　割	求 め ら れ る 要 件
県連携 拠点機能	・医療連携の県拠点 ・情報収集発信の県拠点 ・人材育成の県拠点 ・地域連携拠点機能の支援	・地域連携会議の運営 ・県民・患者への積極的な情報発信 ・専門職に対する研修プログラムの提供 ・地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応
地域連携 拠点機能	・医療連携の地域拠点 ・情報収集発信の地域拠点 ・人材育成の地域拠点 ・地域精神科医療提供機能の支援	・地域連携会議の運営支援 ・地域・患者への積極的な情報発信 ・多職種による研修の企画・実施 ・地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応
地域精神科 医療 提供機能 ※県連携拠点機能、地域連携拠点機能に共通	・患者本位の精神科医療の提供 ・多職種協働による支援の提供 ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力	・患者の状況に応じた適切な精神科医療の提供、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制の確保 ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援 ・医療機関、障がい福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携した生活の場に必要な支援

※　県連携拠点機能、地域連携拠点機能は、患者本位の適切な医療を提供するための医療連携、情報発信、人材育成等の拠点となる機能であり、患者の集約等を目的とするものではありません。

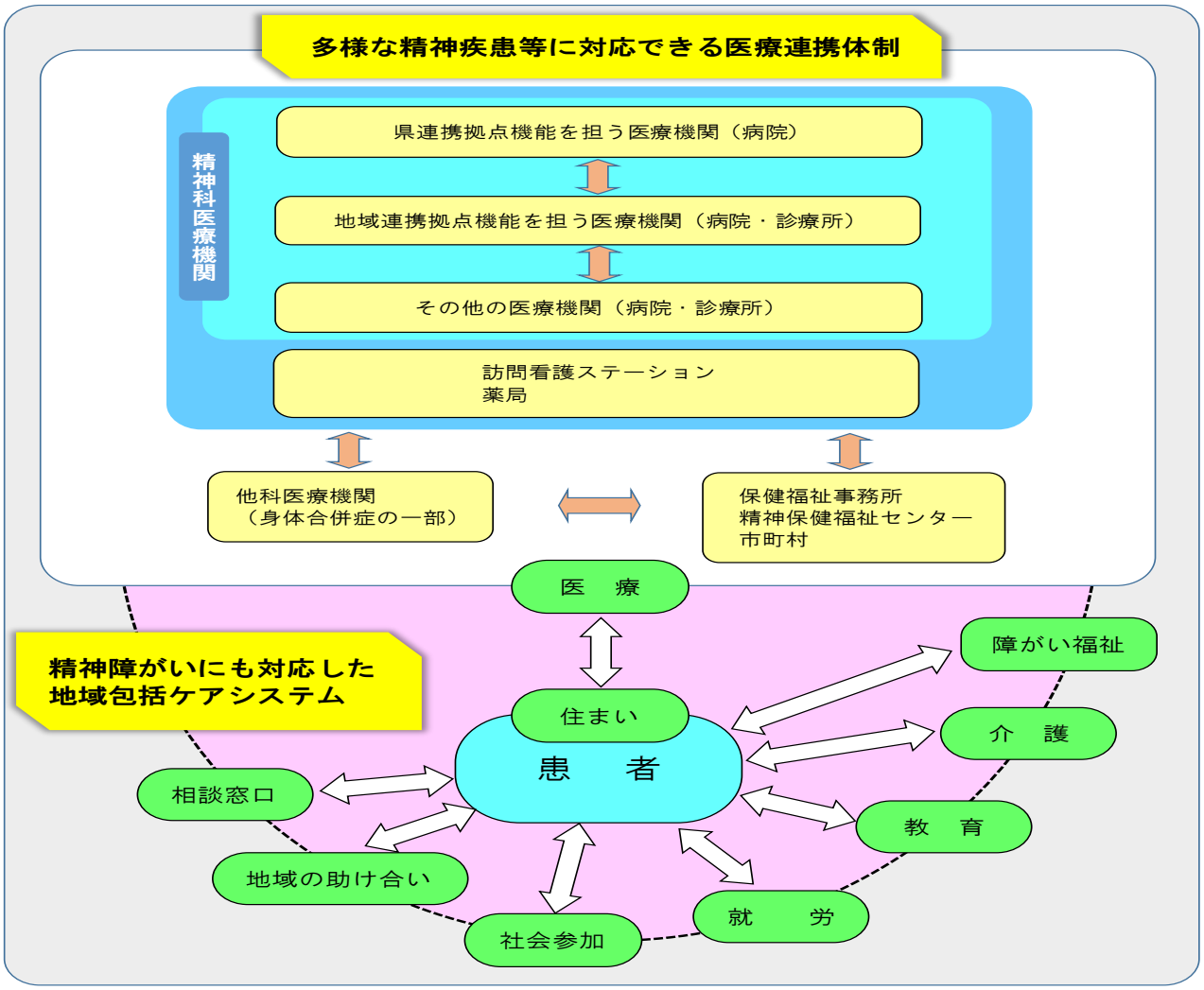
（２）精神疾患の医療連携体制

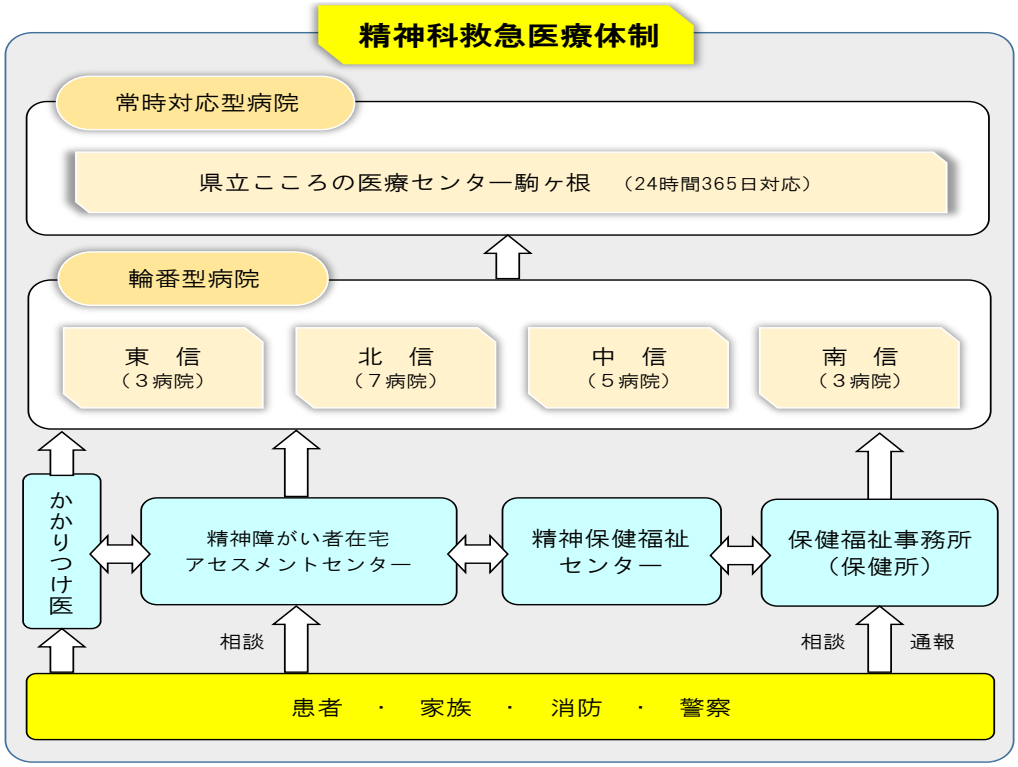
○　多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制及び精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムにおける精神疾患医療の位置づけは図４のとおりのイメージとなります。

○　精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場において、圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制について協議し、特に、圏域内の病院・病院間連携及び病院・診療所連携の深化を図ります。

○　また、４つの精神医療圏の相互連携による医療提供体制を推進します。

【図４】　精神疾患の医療体制のイメージ





第３　施策の展開

１　多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

○　統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、発達障がい、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の医療機能（県連携拠点機能、地域連携拠点機能）を一定程度明確化し、多職種連携や多施設連携及び専門職養成を推進します。

○　精神医療圏ごとに設置する医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の地域精神科医療の連携体制の充実を図ります。

○　精神科を受診しやすい環境をつくるため、精神疾患に関する正しい知識等の普及啓発や相談事業を実施します。

（１）統合失調症

○　難治性の重症な精神症状を有する患者に対する治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的医療を普及することにより、長期入院精神障がい者の地域移行の進展を図ります。

（２）うつ病・躁うつ病

○　精神科医療機関と精神科以外の医療機関との連携を推進し、うつ病等の早期発見・早期治療に努めます。

（３）認知症

○　認知症の専門医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センターの拡充に取り組みます。

○　かかりつけ医への助言を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医の養成を推進するとともに、認知症の早期発見における役割が期待される、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師の認知症対応力の向上を図るための研修を実施します。

○　認知症患者の身体合併症等への対応を行う一般病院勤務の医療従事者等が認知症への対応に必要な知識・技能を習得するための研修を実施します。

○　若年性認知症患者が発症初期の段階から適切な支援が受けられるように、支援コーディネーターの配置、相談窓口の設置、普及啓発などの取組を推進します。

若年性認知症について

認知症は年齢を重ねるとともに増える病気ですが、64才以下でも発症し、「若年性認知症」と呼ばれ、経済、医療・ケア、家族の絆などが社会的問題になっています。

疫学研究からは、44歳以前で人口10万対5～10人、45歳から64歳で同じく80人～150人となっており、いずれも男性が女性を上回っています。全国で約38,000人程度の患者がいると推計されています（2009年）。「デイサービスを利用しようと思っても、患者本人が若いので、70～80代の高齢者が多いところに行きたがらない。」「家族も、高齢者の方たちと一緒でいいのか？と、現状を受け入れることが出来ない。」などの声も多く、若年性認知症の患者を受け入れられる体制作りや、若年性認知症の専門職の充実などが今後の課題となっています。

（４）児童・思春期精神疾患

○　不登校、家庭問題、虐待、いじめなど子どもの心の診療の充実を図るため、医師、看護師、精神保健福祉士等の資質の向上に取り組みます。

（５）発達障がい

○　発達障がいの早期発見・早期診断とその後のライフステージを通じた切れ目のない適切な支援を推進するため、長野県発達障がい者支援対策協議会において支援のあり方や推進方策を検討・研究するとともに、医療、保健、福祉、教育、労働、司法、警察など関係機関の連携を強化します。

○　乳幼児・小児期から成人期までの発達障がい診療体制の充実を図るため、診療に携わる医師の確保・育成体制の整備及びかかりつけ医等の対応力の向上に取り組むとともに、医療機関の連携を強化します。

（６）依存症

○　依存症患者が適切な医療を受けられるよう、依存症ごとに専門医療機関及び治療拠点機関を選定するとともに、医療機関間の連携を推進します。

○　依存症に関する相談拠点を設置し、依存症相談員を配置します。

○　依存症患者等に対する包括的な支援を実施するため、行政、医療、福祉、司法などの関係機関の連携の強化、依存症に関する情報や課題の共有などを目的に、関係機関による連携会議を開催します。

○　医療、保健、福祉、介護、労働などの依存症患者等に対する支援者の人材養成を図るため、依存症の特性を踏まえた研修を実施します。

○　アルコール健康障害対策推進計画に基づき、予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備します。

※　「アルコール健康障害対策推進計画」は、「第８編第６節　アルコール健康障害対策」に記載しています。

依存症対策について

平成26年（2014年）に施行されたアルコール健康障害対策基本法は、アルコール健康障害の発生、進行、再発の防止と飲酒運転、虐待、自殺など飲酒によって起きる問題の解決のための施策や計画策定について述べられています。平成28年（2016年）から、覚せい剤や危険ドラッグなど、薬物事犯などで刑務所に入った人が、社会の中で立ち直りを目指す刑の一部執行猶予制度が始まりました。

また、平成28年（2016年）に、カジノを含む統合型リゾートを推進する法案が成立しましたが、わが国のギャンブル等依存症対策が十分でない現状が指摘されています。

新たな依存症対策の流れを踏まえ、長野県精神保健福祉センターでも、アルコール・薬物依存症に対する治療・回復プログラムの「スマープ」を参考にし、ギャンブル依存症にも対応した依存症治療・回復プログラム「ARPPS（アルプス）」を作成しました。

（７）精神科救急

○　精神科救急を必要とする患者が、入院措置対応を含め適切かつ円滑に医療を受けられるよう、警察、消防、精神科病院、一般医療機関等の関係機関と、地域の精神科救急医療体制の共有及び相互理解を図ります。

○　精神科を継続して受診している患者が、夜間・休日に精神症状の悪化を認めた際にも円滑に医療を受けられるよう、精神科医療機関の理解の促進や病院･診療所間の連携強化に取り組みます。

○　精神障がい者や家族等からの緊急的な精神医療相談への対応や、緊急に医療を必要とする場合の医療機関との連絡調整を行う体制を確保します。

（８）身体合併症

○　心疾患や腎臓病、糖尿病などの身体合併症を有する精神疾患患者が、身体合併症について適切な医療を受けられるよう、地域ごとに身体診療科と精神科との連携を推進します。

○　身体合併症を有する精神疾患患者への救急医療提供体制について検討します。

（９）災害精神医療

○　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、災害派遣精神医療チーム（DPAT）に参加する医師や看護師等の研修を実施します。

○　災害時の精神科医療を提供する上で、中心的な役割を担う災害拠点精神科病院の位置付けについて検討します。

（10）医療観察法における対象者への医療

○　医療観察法の対象者が必要な医療や支援を受け、早期に社会復帰できるよう、保護観察所を中心とした、市町村、関係機関等との連携を推進します。

２　精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

（１）医療機関・団体の取組として望まれること

○　長期入院精神障がい者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することにより地域生活への移行が可能であることから、関係機関と連携した地域移行・地域定着の推進。

○　精神障がい者が治療を中断することなく状態が安定し、地域での生活を安心して続けられるよう、精神科医療機関、訪問看護ステーション、薬局等による訪問等の支援。

○　精神障がい者の視点を重視した支援の充実、精神障がい者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、ピアサポート活動の推進。

（２）市町村の取組として望まれること

○　保健･医療･福祉関係者による協議の場の設置、支援体制の強化及び精神障がい者の地域移行・地域定着の推進。

○　市町村障害福祉計画と整合を図り、地域移行に伴う基盤整備の計画的な推進。

（３）県の取組

○　障がい保健福祉圏域ごとに設置する保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を強化します。

○　2020年度末、2024年度末における入院需要（患者数）及び地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）を長野県障がい者プランと共有し、整合を図りながら、地域生活への移行の推進に取り組みます。

○　障がい保健福祉圏域の精神障がい者地域移行関係職員や保健、医療、福祉、介護など関係機関と連携し、精神障がい者の地域移行・地域定着の支援を推進します。

○　措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を受けることができるよう、精神科医療機関、市町村、地域援助事業者等と連携し取り組みます。

○　認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、長野県高齢者プランと整合を図りながら取り組みます。

措置入院者等への退院後継続的支援について

厚生労働省は、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」で措置入院制度の見直しに関する論点として、①措置入院者の退院後の医療等の継続支援、②措置入院中の診療内容の充実、③措置入院の手続き及び関係機関等の協力の推進の３点を提示しました。

このうち、退院後の継続支援については、措置を行った都道府県知事や政令市長に対し、全ての措置入院患者の入院中からの「退院後支援計画」作成を求め、計画の作成にあたっては、帰住先の保健所設置自治体や入院先病院等が参加する調整会議を開催し、退院後も患者に必要な医療等の支援を継続的に確保する仕組みを設けることとしました。調整会議には患者本人や家族の参加も促しています。退院後、患者を孤立させない仕組みを作ることを主眼としています。

第４　数値目標

１　多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

区分	指　標		現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	医療関係者等による協議の場の設置	精神医療圏ごと	未設置	４圏域	全ての医療圏に新たに設置する	県実施事業
S		県域	未設置	１組織	新たに設置する	県実施事業
P	精神科医療機関と精神科以外の医療機関との連携会議の開催地域数		10 地域	10 地域以上	現状以上を目指す	地域自殺対策強化事業補助金
P	治療抵抗性統合失調症治療薬を用いた治療を行う医療機関数		９病院	９病院以上	現状以上を目指す	クロザリル適正使用委員会資料
S	認知症疾患医療センター数		３か所	10 か所（2020）	二次医療圏ごとに１か所の設置を目指す	保健・疾病対策課調査
P	認知症サポート医数		142 人（2016）	157 人（2020）	一般診療所 10 か所に対して１人とする	保健・疾病対策課調査
S	若年性認知症相談窓口の設置		１か所	１か所	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
P	発達障がい診療医研修の開催回数		１回	１回	現状を維持する	県実施事業
P	発達障がい診療地域連絡会（支援関係者研修会）の開催圏域数		10 圏域	10圏域	現状を維持する	県実施事業
P	依存症支援関係機関による連携会議の開催回数		未開催	１回以上	新たに開催する	県実施事業
S	精神科救急医療体制整備圏域数		４圏域	４圏域	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
P	精神科身体合併症管理加算を算定する医療機関数 ※精神科病院が算定		16 病院	16 病院以上	現状以上を目指す	関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」
P	精神疾患診療体制加算を算定する医療機関数 ※一般病院が算定		15 病院	15 病院以上	現状以上を目指す	関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」
S	災害派遣精神医療チーム（DPAT）登録医療機関数		未設置（2018.1 現在）	４医療機関	新たに登録する	県実施事業

2　精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

区分	指　標		現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	障がい保健福祉圏域ごと	未設置	10 圏域（2020）	全ての圏域に設置する	県実施事業
S		市町村ごと	未設置	77 市町村（2020）	全ての市町村に設置する	障がい者支援課調査
P	障がい保健福祉圏域における地域移行関係職員等による連絡会議の開催回数		３回	３回	現状を維持する	県実施事業
O	精神病床における入院患者数		4,309 人（2014 年度末）	3,750 人（2020 年度末） 3,053 人（2024 年度末）	国が提示する推計式による	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」
O	精神病床における１年以上長期入院患者数	65 歳以上	1,504 人（2014 年度末）	1,282 人（2020 年度末）	国が提示する推計式による	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」
		65 歳未満	1,119 人（2014 年度末）	818 人（2020 年度末）	国が提示する推計式による	
O	精神病床における早期退院率	入院後３か月時点	67%（2014）	69%以上（2020）	国が提示する成果目標による	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」
		入院後６か月時点	83%（2014）	84%以上（2020）	国が提示する成果目標による	
		入院後１年時点	91%（2014）	91%以上（2020）	国が提示する成果目標による	
O	精神病床における退院後３か月時点の再入院率	１年未満入院患者	長野県　27% 全　国　20% （2014）	20%以下（2020）	全国平均以下を目指す	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」
		１年以上入院患者	長野県　47% 全　国　37% （2014）	37%以下（2020）	全国平均以下を目指す	

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　関連する分野及び個別計画

（１）関連する分野

こころの健康（第４編第５節）、母子保健（第４編第８節）

（２）関連する個別計画

長野県自殺対策推進計画、長野県高齢者プラン、長野県障がい者プラン、長野県子ども・若者支援総合計画

第6節　アルコール健康障害対策
（長野県アルコール健康障害対策推進計画）

酒は百薬の長と言われるように、節度ある適度な飲酒は、血行促進やストレスを和らげるなど心身への効果があり、また人間関係を円滑にする潤滑油としての働きがあるなど、私たちの生活に豊かさと潤いを与えるものです。特に本県は、四季折々の自然と良質な原材料という条件を兼ね備えた酒造りの適地であり、清酒の蔵元やワインの醸造所が多く所在しています。地酒は、高品質で個性豊かな魅力にあふれた貴重な地域資源であり、お酒の伝統と文化は県民の生活に深く浸透しています。

平成 27 年（2015 年）12 月には、地酒（本県で製造される清酒、ワイン、ビールその他の酒類）の普及の促進に関し、基本理念を定め、酒造業その他関連産業の振興を図り、もって地域の活性化に寄与することを目的として「信州の地酒普及促進・乾杯条例」を公布・施行しました。

その一方で、多量飲酒や未成年・妊婦の飲酒等の不適切な飲酒は、アルコール依存症やアルコール性肝臓疾患等の心身の健康障害（アルコール健康障害）の原因となることが知られています。

さらに、アルコール健康障害は、本人の健康問題だけでなく、飲酒運転、暴力、虐待、自殺など、その家族や周囲への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高いことから、社会全体でアルコール健康障害対策を講じることが必要です。

こうしたことから、アルコール健康障害の発生、進行および再発の防止を図るため、アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進し、国民の健康を保護するとともに、安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的として、平成 26 年（2014 年）６月に「アルコール健康障害対策基本法」（以下「基本法」という。）が施行されました。

また、基本法において定められた「アルコール健康障害対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が、平成 28 年（2016 年）５月に策定され、都道府県は基本計画を基に、地域の実情に即したアルコール健康障害対策の推進に関する「アルコール健康障害対策推進計画」を策定することが努力義務とされています。

このような状況を踏まえて、県の実情に即したアルコール健康障害対策推進計画を策定し、アルコール健康障害対策を総合的に推進します。

＊アルコール健康障害とは：アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の、不適切な飲酒の影響による心身の健康障害をいう。（基本法第２条）

アルコール依存症とは

アルコール依存症には「本人の意思が弱く飲み過ぎてしまう」というイメージがあります。

しかし、本人の意思の問題でなく、長年の飲酒により脳の働きが変化してしまい、お酒の飲み方（飲む量、タイミング、状況）のコントロールができなくなってしまう病気なのです。

有害な結果が起こっていても飲酒してしまうのが特徴で、健康、家族、仕事、趣味、信用などお酒よりずっと大切なものよりも飲酒を優先するようになります。

週に４日以上飲酒する人なら誰でも依存症になる可能性があると言われています。「休肝日を作ろうと思うが作れない」、「飲まないと寝付けない」、「健診で注意されたが飲んでしまう」といった方は要注意です。問題に気付いたら、精神保健福祉センターや保健福祉事務所等の相談機関や専門の医療機関に相談することをお勧めします。

第１　現状と課題

１　現状

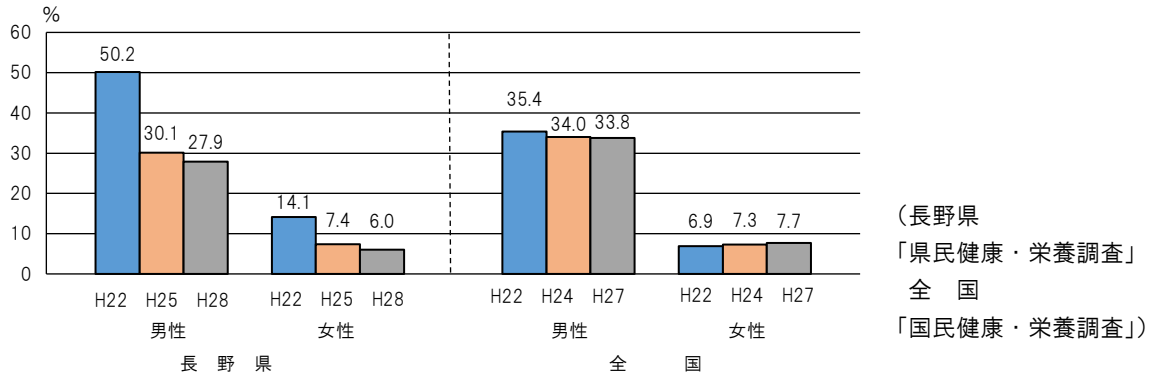
（１）飲酒者の状況

○　本県における飲酒習慣がある者*の割合は男女とも減少傾向で推移していますが、全国的には男性は減少傾向、女性は増加傾向です。

＊飲酒習慣がある者：週に 3 日以上飲酒し、飲酒日 1 日あたりの純アルコール約 20ｇ以上を飲酒する者

（出典：国民健康・栄養調査）

【図１】飲酒習慣がある者の割合

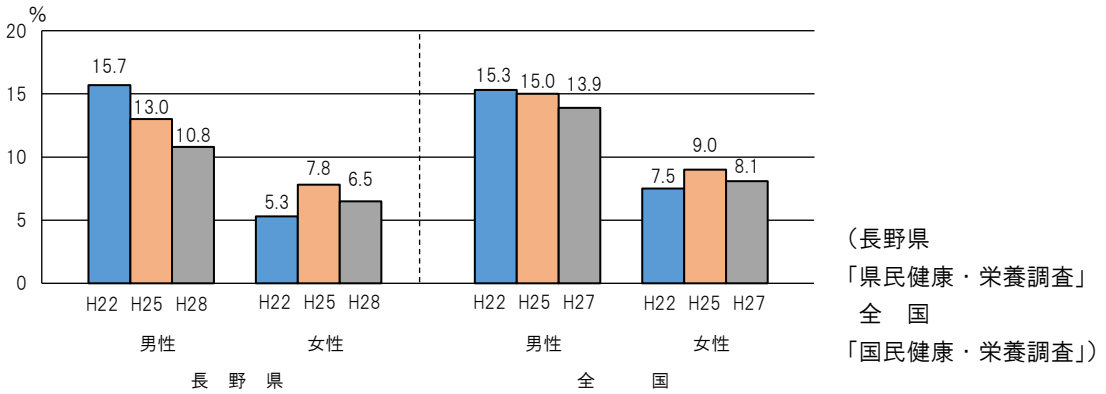


○　本県では、平成 28 年度（2016 年度）における生活習慣病のリスクを高める量*を飲酒している者の割合は、男性 10.8%、女性 6.5%でした。男性は減少していますが、女性は大きな変化はみられません。全国的にも同様の傾向がみられています。

＊生活習慣病のリスクを高める量：1 日あたり純アルコール摂取量が、男性 40ｇ以上、女性 20ｇ以上

（出典：健康日本 21（第二次））

【図２】生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合

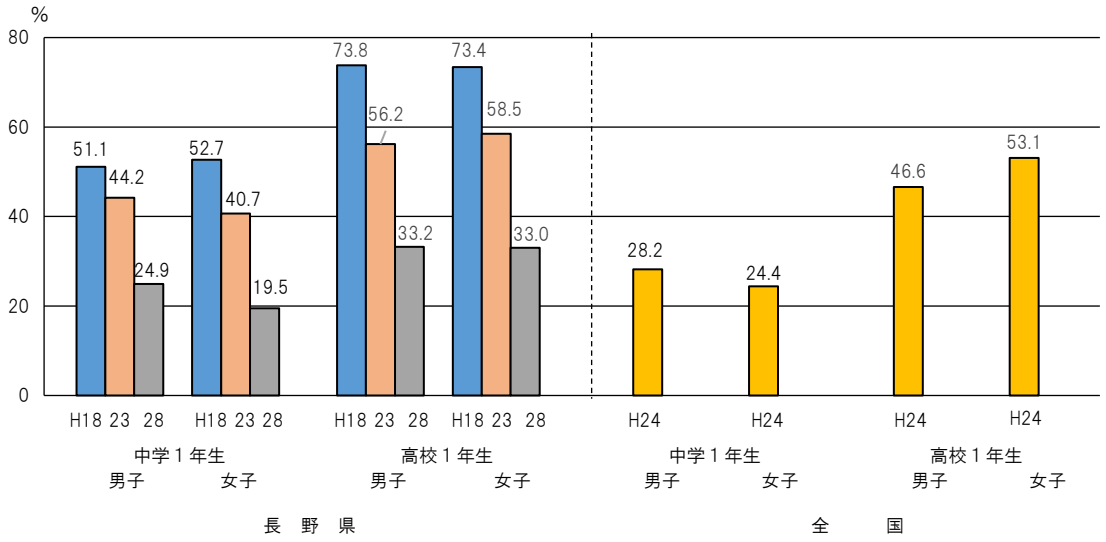


【参考】純アルコール 20ｇの目安

酒の種類（基準%）	酒の量	だいたいの目安
ビール・発泡酒（５%）	500ml	中瓶またはロング缶１本
チューハイ（7%）	360ml	350ml 缶１本
焼　酎（25%）	100ml	0.5 合強
日本酒（15%）	170ml	1 合弱
ウイスキー・ジンなど（40%）	60ml	ダブル１杯
ワイン（12%）	200ml	ワイングラス 2 杯弱

○　平成 28 年度（2016 年度）において、未成年の飲酒経験者（一度でも飲酒をしたことがある者）の割合は、中学１年生男子 24.9%、女子 19.5%、高校 1 年生男子 33.2%、女子 33.0%でした。平成 23 年度（2011 年度）と比較すると中学１年生、高校１年生とも、また男女とも約 20 ポイント減少しています。

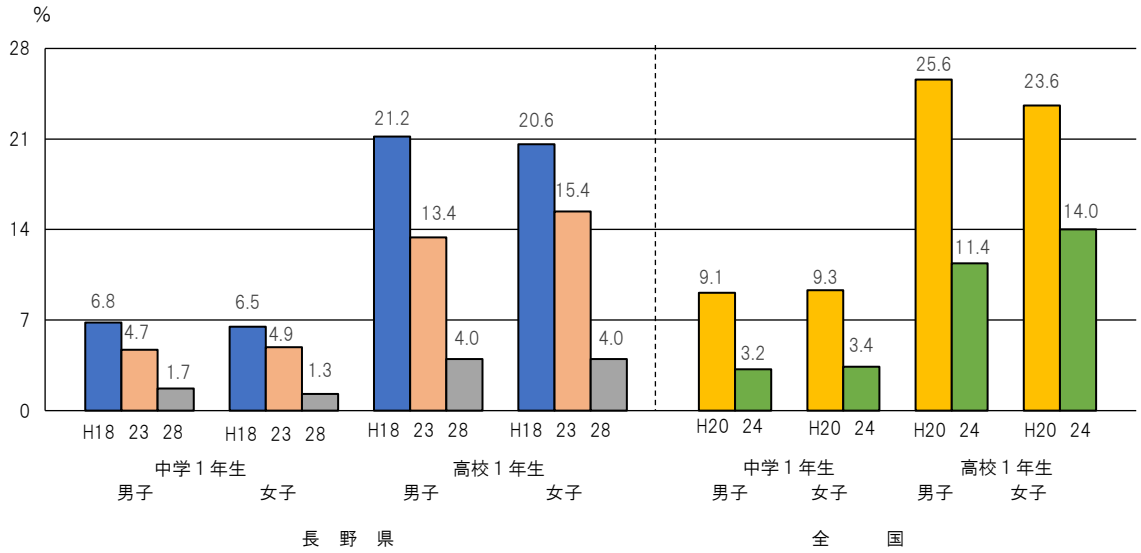
【図３】未成年者の飲酒経験率（中学１年生及び高校１年生）



（長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」、
全　国「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」（研究代表者　大井田隆））

○　平成 28 年度（2016 年度）において、現在月 1 回以上飲酒している未成年者の割合は、中学 1 年生男子 1.7%、女子 1.3%、高校 1 年生男子 4.0%、女子 4.0%でした。平成 23 年度（2011 年度）と比較すると、中学１年生、高校１年生とも、また男女とも減少しており、高校 1 年生は男女とも約 10 ポイント減少しています。

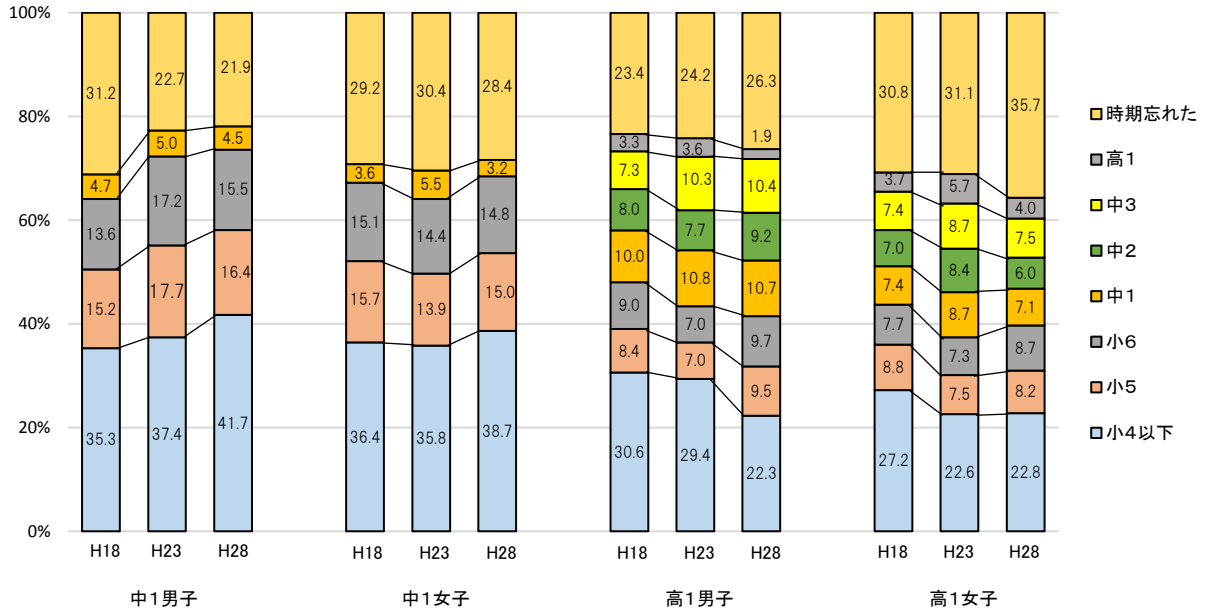
【図４】月１回以上飲酒している未成年者の割合（中学１年生及び高校１年生）



（長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」、
全　国「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」（研究代表者　大井田隆））

○　飲酒経験を持つ未成年者の初めての飲酒経験学年は「小学４年生以下」が男女とも多い状況です。

【図５】初めての飲酒経験学年（飲酒経験を持つ中学１年生及び高校１年生）

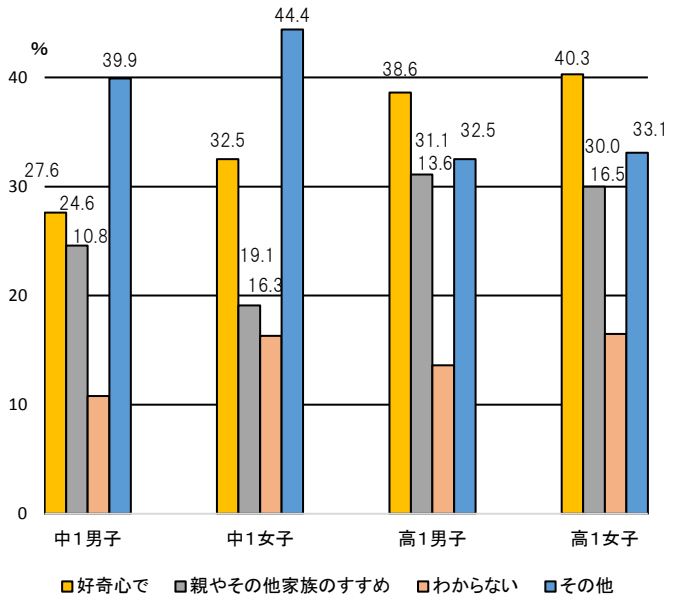


（長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」）

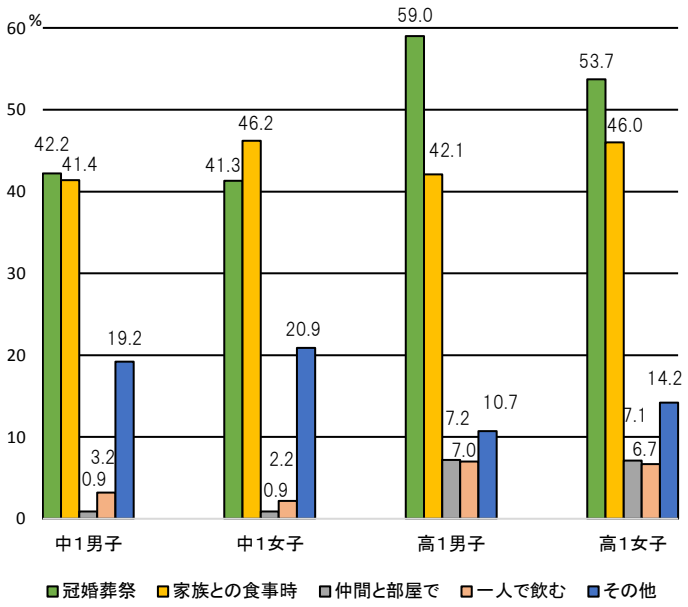
○　初めて飲酒したきっかけは、いずれの学年・男女において「好奇心で」と「親やその他の家族の勧め」の割合が高くなっています。

○　飲酒の機会は、「冠婚葬祭」と「家族との食事時」がいずれの学年・男女でも高くなっています。

【図６】初めてお酒を飲んだきっかけ（複数回答）
（飲酒経験を持つ中学１年生及び高校１年生）



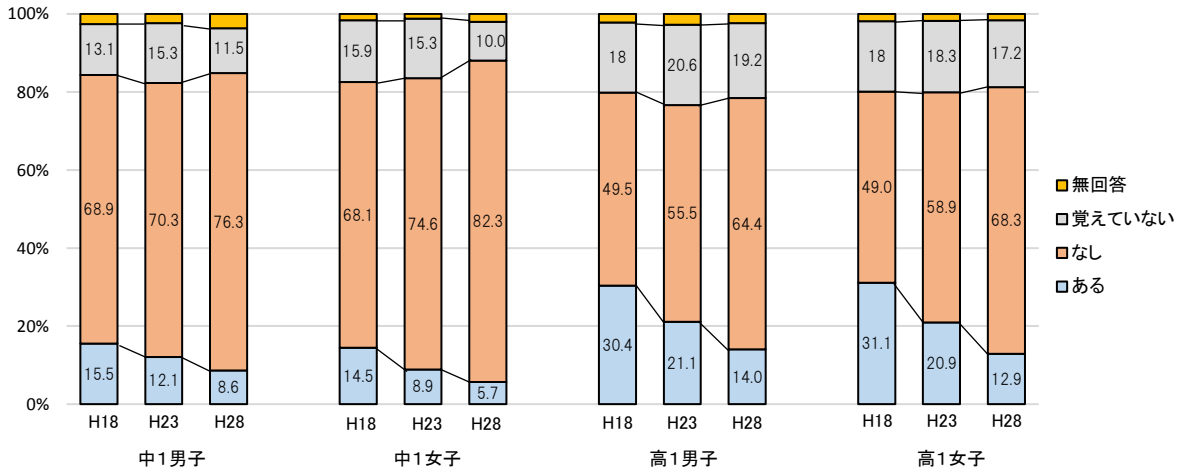
【図７】飲酒機会の状況（複数回答）
（飲酒経験を持つ中学１年生及び高校１年生）



（長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」）

○　親から飲酒を勧められた経験のある未成年者は減ってはきているものの、高校１年生では男女とも１割以上となっています。

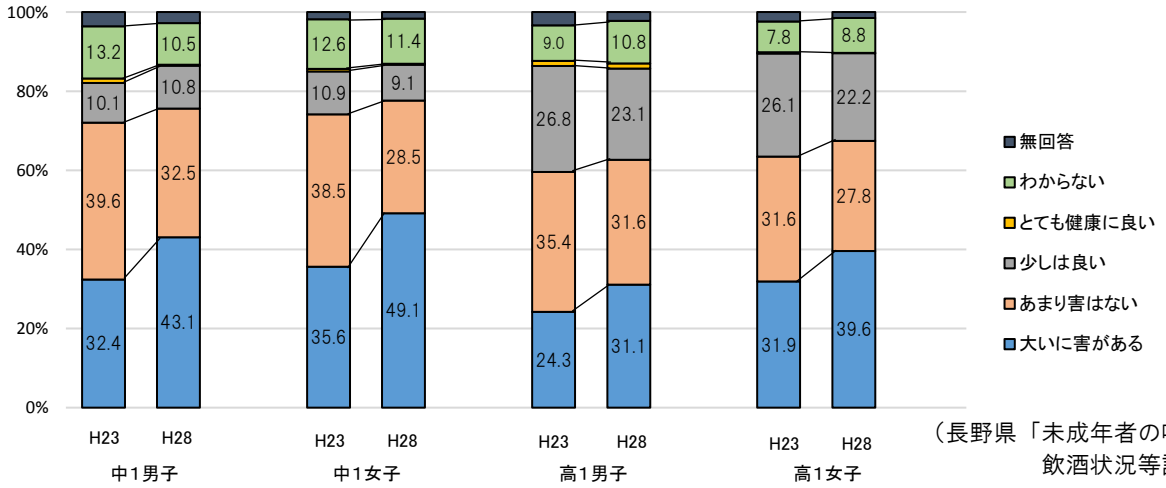
【図８】両親から飲酒を勧められた経験（飲酒経験を持つ中学１年生及び高校１年生）



（長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」）

○　飲酒の害に対する認識は全ての学年・男女において増えています。

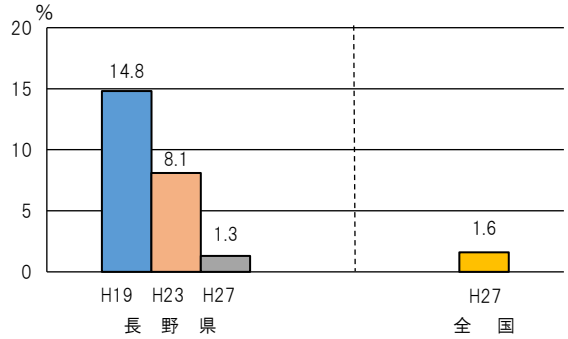
【図９】飲酒の害に対する認識（中学１年生及び高校１年生）



（長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」）

○　妊娠中の飲酒状況については、平成 19 年度（2007 年度）の県調査と比較して、大きく減少しています。

【図 10】妊娠中の飲酒者の割合



（長野県「保健・疾病対策課調べ」
全　国「厚生労働省母子保健課調査」）

（２）アルコールによる健康障害

○　アルコールを原因とする身体疾患としては、アルコール性肝炎・肝硬変などの肝臓疾患が代表的ですが、その他にも脳（慢性硬膜下血腫、脳卒中、ウェルニッケ脳症）、末梢神経（アルコール性ニューロパチー）、消化器（胃潰瘍、食道静脈瘤、アルコール性膵炎）、内分泌・代謝疾患（糖尿病、痛風）、循環器（高血圧、アルコール性心筋症）、運動器（大腿骨骨頭壊死、アルコール性ミオパチー）など多様であり、アルコールの影響はまさに全身に及びます。

○　平成 24 年（2012 年）の厚生労働科学研究*によると、全国のアルコール依存症の生涯経験者は 109 万人と推計されており、これを同年の県内 20 歳以上人口に換算すると、約 1.86 万人と推計されます。

　また、調査時点でアルコール依存症を有する者は、全国で 58 万人と推計され、これを同年の県内 20 歳以上人口に換算すると、約 1.02 万人と推計されます。

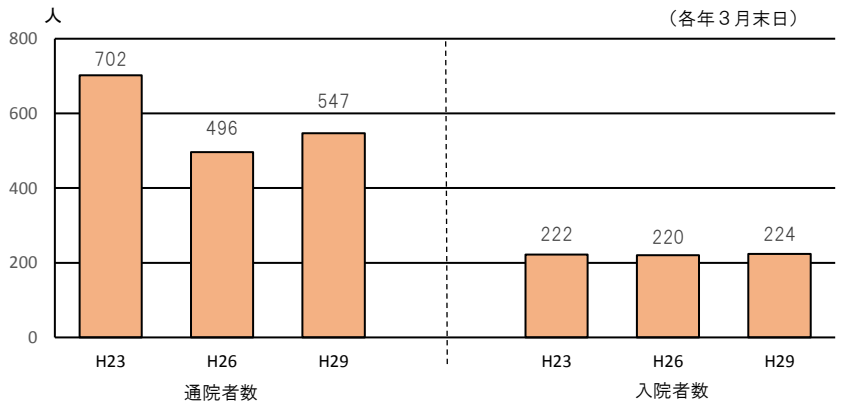
【表１】アルコール依存症の経験者数の推計（平成 24 年）（単位：万人）

区　　分	長野県	全　国
アルコール依存症の生涯経験者	1.86	109
アルコール依存症を現在有する者	1.02	58

＊WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究（研究代表者　樋口　進）

○　平成 29 年（2017 年）における「アルコール使用による精神及び行動の障害」による通院患者数は平成 23 年（2011 年）と比較すると減少しており、入院患者数は横ばいとなっています。

【図 11】アルコール使用による精神及び行動の障害を有する患者数



（通院者数「自立支援医療（精神通院医療）受給認定者数」、入院者数「精神科病院月報」：保健・疾病対策課調べ）

○　肝疾患による死亡者数のうち、アルコール性肝疾患による死亡者数は増加しています。

【表２】肝疾患による死亡者数

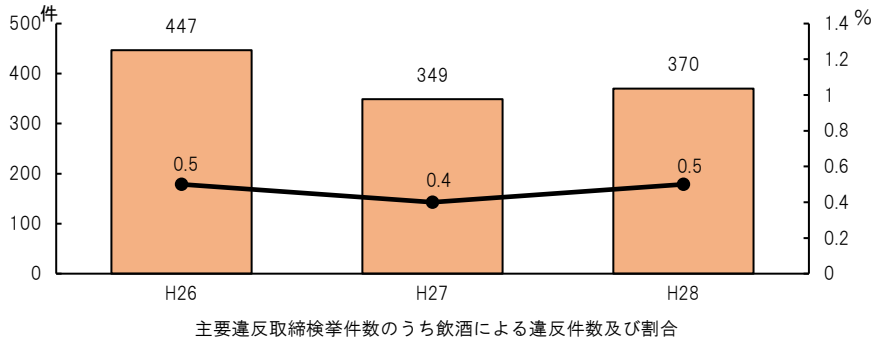
年　　度	長　野　県		全　　国	
	肝疾患全死亡者数	うち アルコール性肝疾患	肝疾患全死亡者数	うち アルコール性肝疾患
平成17年度	241 人	73 人（30.3%）	16,430 人	3,928 人（23.9%）
22年度	255 人	71 人（27.8%）	16,219 人	4,470 人（27.6%）
27年度	247 人	93 人（37.7%）	15,659 人	4,710 人（30.0%）

（厚生労働省「人口動態統計」）

（３）飲酒による交通事故件数

○　本県の主要違反取締検挙件数に占める飲酒による違反件数の割合は、ほぼ横ばいとなっています。

【図 12】主要違反取締検挙件数に占める飲酒による違反件数及び割合



（長野県警察本部「交通統計」）

○　本県の人身事故件数及び死亡事故件数のうち飲酒を伴う事故件数の占める割合は、平成 20 年（2008 年）以降ほぼ横ばいとなっています。

【表３】事故件数における飲酒運転の割合

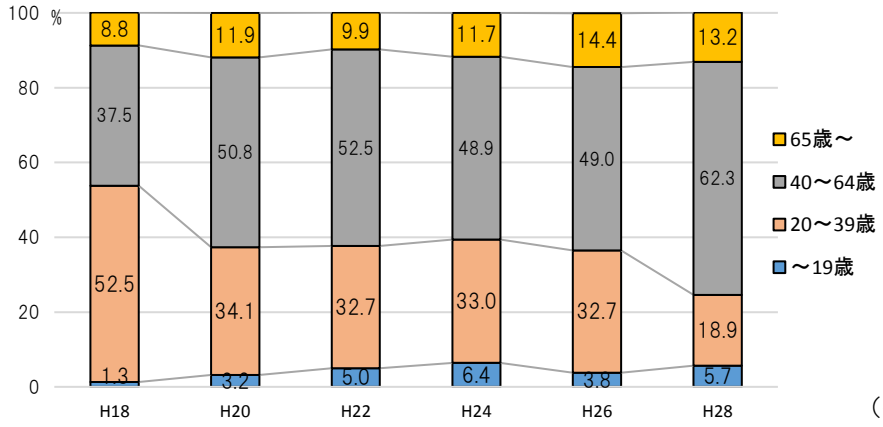
（単位：件）

件　数	H18	H20	H22	H24	H26	H28
人 身 事 故	13,122	11,898	10,743	10,403	9,286	8,301
うち飲酒あり	238(1.81%)	126(1.06%)	101(0.94%)	94(0.90%)	104(1.12%)	106(1.28%)
死 亡 事 故	116	115	108	96	81	106
うち飲酒あり	11(9.48%)	3(2.61%)	2(1.85%)	5(5.21%)	4(4.94%)	4(3.77%)

（長野県警察本部資料より作成）

○　本県の飲酒を伴う交通事故の当事者の年代構成割合は、平成 20 年（2008 年）以降ほぼ横ばいでしたが、平成 28 年（2016 年）は 40～64 歳が増加しています。

【図 13】飲酒を伴う事故の当事者の年代構成割合



（長野県警察本部資料より作成）

（４）精神保健福祉相談等の状況

○　精神保健福祉センター及び保健福祉事務所におけるアルコール関連の相談件数は、増加傾向です。

○　平成 28 年度(2016 年度)から精神保健福祉センターにおいて、薬物やアルコール依存症からの回復を希望する当事者を対象に、依存症治療･回復プログラム「ARPPS(アルプス)」を実施しています。また、依存症の支援者や関係機関、家族等を対象に研修会や家族講座を開催しています。

【表４】　精神保健福祉相談実施状況　　（単位：件）

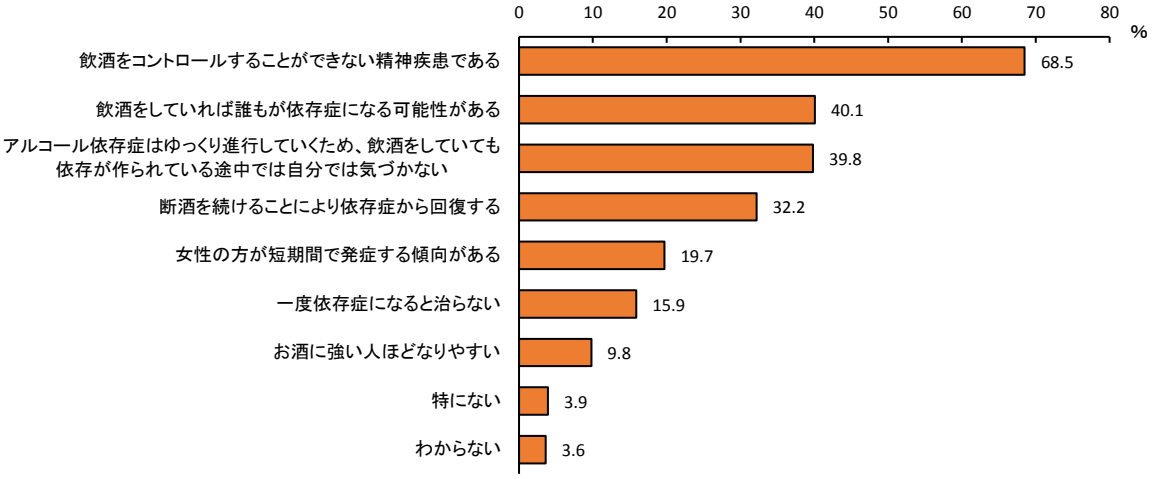
年　度	精神保健福祉センター（面接･電話）	保健福祉事務所（訪問･面接･電話）
平成25年度	379	227
26年度	383	231
27年度	773	256

（精神保健福祉センター：厚生労働省「衛生行政報告例」、保健福祉事務所：厚生労働省「地域保健･健康増進事業報告」）

（５）アルコール依存症等の理解

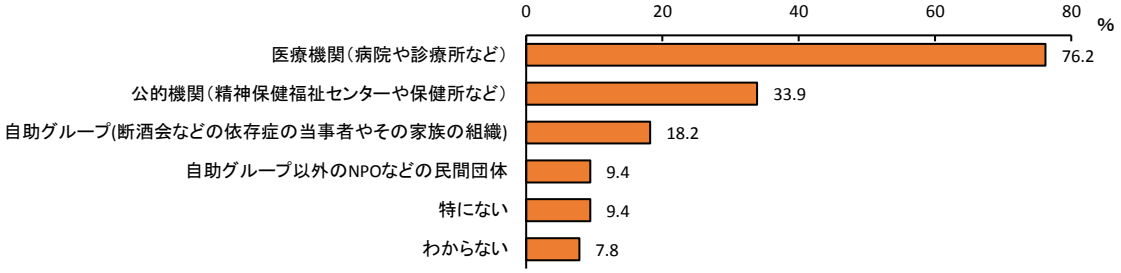
○　平成 28 年（2016 年）の内閣府の世論調査によると、約７割の人が「アルコール依存症は精神疾患である」と理解していますが、「誰もが依存症になる可能性がある」、「断酒を続けることにより依存症から回復する」と答えた人は約４割にとどまっています。また、相談できる場所として、精神保健福祉センターや保健所などを知っている人は３割強でした。

【図 14】アルコール依存症について知っていること（複数回答）



（内閣府政府広報室「アルコール依存症に対する意識に関する世論調査」）

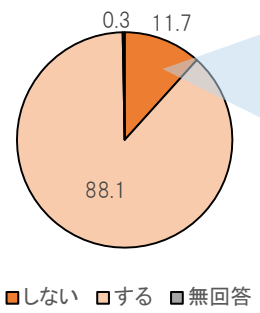
【図 15】相談できる場所として知っているもの（複数回答）



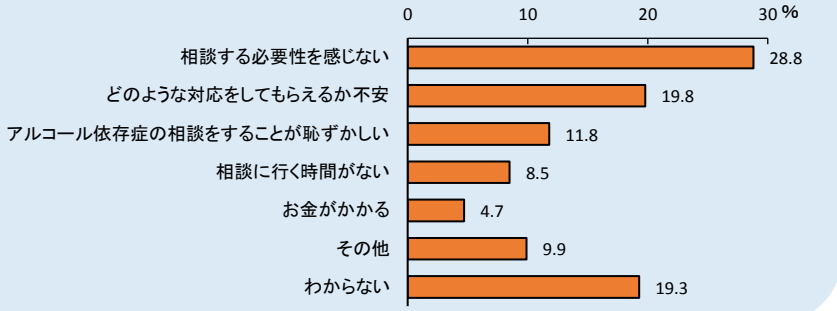
（内閣府政府広報室「アルコール依存症に対する意識に関する世論調査」）

○　同調査において、「あなたや家族にアルコール依存症が疑われる場合、相談窓口を知っていれば相談しますか」の問いに「する」と回答した者は 88.1%でした。相談を「しない」と回答した者の理由として「相談する必要性を感じない」が約３割、「どのような相談をしてもらえるか不安」が約 2 割、「アルコール依存症の相談をすることが恥ずかしい」が約 1 割でした。

【図 16】あなたや家族にアルコール依存症が疑われる場合に
相談窓口を知っていれば相談するか



【図 18】相談しない理由（複数回答）



（内閣府政府広報室：アルコール依存症に対する意識に関する世論調査）

お酒に強い人、弱い人

アルコールは消化管から吸収されると、さまざまな酵素の働きで一旦有毒物質のアセトアルデヒドに変化し、さらに無毒の酢酸に変化していきます。代表的な酵素である ALDH2 の活性が強い人はアセトアルデヒドを代謝する（無毒化する）スピードが速いため「お酒に強い人」にあたり、逆にその酵素活性が弱い人は「お酒に弱い人」にあたります。

日本人の場合、ALDH2 活性が強い人（お酒に強い人）が５割強、活性があるものの弱い人が４割弱（飲めるが弱い人）、そして全く活性がない人（いわゆる下戸の人）が残りの数%程度であると言われています。

「お酒に強い人、弱い人」は酵素活性だけで決まるわけではなく、年齢（高齢になると弱くなる）や性別（一般的に女性の方が弱い）、飲酒日の体調等によって影響を受けます。健康を守るために適度な飲酒を心がけたいものです。

2　課題

（１）飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防

ア　飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及

○　未成年の飲酒は法律で禁止され、脳の萎縮や第 2 次性徴の遅れ、アルコール依存症のリスクの高まりなど、心身の発育への影響が指摘されていますが、未成年の飲酒率は減少傾向であるもののゼロではありません。また、家庭において、保護者が子供に飲酒を勧めるなど、未成年の飲酒のリスクが十分理解されているとは言えません。

○　女性は男性よりも少ない飲酒量で生活習慣病のリスクが高くなること、短期間の飲酒でアルコール依存症を発症する傾向であること等、女性特有のリスクがあります。また、妊娠中の飲酒は、胎児性アルコール症候群*や発育障がいを引き起こすことが指摘されていますが、妊娠中の飲酒者の割合も減少しているもののゼロではありません。

＊胎児性アルコール症候群：　妊娠中の母親の飲酒は、胎児・乳児に対して低体重・顔面を中心とする奇形・脳障害などを引き起こす可能性があり、胎児性アルコール症候群と言われます。
胎児性アルコール症候群には治療法はなく、また少量の飲酒でも妊娠のどの時期でも生じる可能性があります。（出典：厚生労働省 e-ヘルスネット）

○　飲酒運転等不適切な飲酒による事件、事故等を防ぐため、依存症やリスクについての正しい知識の普及が課題です。

アルコール、うつ、自殺

アルコール依存症が進行すると、健康を失う、職業を失う、家族を失う、信用を失う、等々人生にとって大切なものが次々と失われていくと言われています。それら喪失体験が繰り返されることで、何ごとにも自信を失い、気力が低下して、うつ病となりやすくなります。また、アルコールは脳の働きを抑制する物質であるため、うつ病を悪化させてしまいます。喪失体験、そしてうつ病が生きる気力を失わせ、最後には人を自殺に追い込んでしまうことが少なくありません。自殺予防の観点からもアルコール健康障害対策が大切になります。

イ　アルコール依存症の正しい理解の浸透

○　アルコール依存症は、飲酒をしていれば誰でもなり得る疾患であり、飲酒をコントロールできなくなる精神疾患であること、また、治療や断酒に向けた支援を行うことにより十分回復しうることが理解されておらず、「意思が弱い」、「だらしがない」といった誤解や偏見が存在しています。

○　誤解や偏見が、本人や家族にアルコール依存症を否認させることにつながり、県内のアルコール依存症者の推計人数 1.02 万人に対し、アルコール依存症による通院者数及び入院者数は平成 28 年度末で 771 人と約 7.6%で、多くがアルコール依存症の治療につながっていないと考えられるほか、医療や就労支援などの場でも治療、回復、社会復帰の障壁となっています。

○　社会全体におけるアルコール依存症についての正しい理解を浸透させていくことが重要です。

（２）アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

ア　早期からの相談の重要性及び相談窓口等の周知

○　アルコール健康問題に関する相談業務は、精神保健福祉センターや保健福祉事務所等で行われていますが、相談窓口としての認知度が低く、たとえ知っていてもどのような対応をしてもらえるのか不安に思う回答もあることから、より具体的な周知を行っていくことが重要です。

イ　早期発見・早期介入への取組

○　アルコール健康障害対策は、生活習慣病予防等の観点及びアルコール依存症対策を中心に進められてきましたが、依存症になってからの治療、回復は多くの労力を要するため、早期介入による、効果的な予防のための取組が重要です。

○　アルコール依存症の早期発見、早期治療のためには、アルコール健康障害を有している者が受診していることが多いと考えられる内科等のかかりつけ医とアルコール依存症専門医療機関の連携が重要です。

○　職域における健康相談等からアルコール健康問題に関する医療機関への連携を図る必要があります。

○　単身高齢者等の不適切な飲酒によるアルコール健康障害を早期に発見し介入するため、地域における見守り体制が求められています。

ウ　関係機関の連携による相談から回復支援に至る支援体制の整備

○　飲酒運転や暴力、虐待等様々な問題の背景にアルコール依存症が疑われる場合の相談や早期介入に結び付ける仕組みづくりが課題となっています。

○　アルコール健康障害の対応は、相談から治療、回復支援の過程で、様々な関係機関が関わる必要があることから、関係機関が連携を図り、地域において相談から治療、回復支援に至る体制の整備が重要です。

○　アルコール依存症当事者の休職からの復職・継続就労について偏見なく行われるよう、他の疾患同様に職場における理解と支援が重要です。

第２　目指すべき方向と取組

１　基本的な方向性

○基本目標：県民一人ひとりがアルコールや飲酒に伴うリスクに関する正しい知識を共有し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防するとともに、必要時に適切で切れ目のない支援につながる。

○基本的な方向性：基本目標を達成するため、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の各段階に応じた切れ目のない対策を行う。

（１）正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり

（２）相談窓口の周知と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり

（３）医療の充実と連携の促進

（４）アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための支援体制づくり

２　県民の取組

○　アルコール関連問題及びアルコール健康障害に関する関心と理解の促進。

○　未成年者や妊婦に対し、飲酒に伴うリスクに関する理解の促進及び飲酒の禁止。

○　定期的に健康診断を受け、必要時には医療機関への受診。

AUDIT について

AUDIT（The Alcohol Use Disorders Identification Test）は WHO が主導して作成された「アルコール摂取パターンが危険・有害であるか」をスクリーニングするテストです。アルコール依存症までには至っていなくとも将来健康を害する恐れのある危険な飲酒や、すでに健康被害を招いている者の同定を目的としています。テストは自記式で 10 項目からなり、各項目 0 点から 4 点で 40 点満点です。危険な飲酒は 8 点以上と言われており、15 点以上の場合はアルコール依存症を疑い専門病院での診察が必要になります。AUDIT は多くの国で使用され、地域・年齢・性別の違いを超えて、その妥当性が報告されています。

３　関係機関・団体の取組

（１）普及・啓発

ア　学校

○　小学校から高等学校における、アルコールが心身に及ぼす影響などの正しい理解の促進及び適切な意思決定や行動選択ができる教育の充実。

○　家庭における未成年者の飲酒を防止するため、未成年者の飲酒に伴うリスクに関する保護者への普及啓発の促進。

○　大学等における、飲酒に伴うリスクの啓発やアルコールハラスメント、未成年の飲酒防止等についての情報提供及び啓発の推進。

学校におけるアルコールの教育

小中高等学校では、体育・保健体育の授業において、１～２時間という限られた時間の中で、飲酒による健康影響や社会問題、誘いへの対処などを発達段階に応じて学んでいます。

また、教職員、保護者や学校医等から成る学校保健委員会において、未成年の飲酒予防や飲酒による健康被害をテーマにした講演会を企画し、保護者と一緒に学習を深める取組も行われています。

そのほか、児童生徒対象の保健講話では、学校薬剤師をはじめ警察官や保健所や医療機関等から専門家を講師に招いて薬物乱用防止教室が行われています。薬物乱用の害について学ぶほか、児童生徒の発達段階に応じて、飲酒や喫煙の害についても触れられています。

さらに、児童生徒から成る保健委員会の活動でも、飲酒と健康をテーマに主体的に調べ学習を行い、展示発表をするといった取組も行われています。

イ　職域

○　飲酒による心身への影響やアルコールハラスメント防止などに関する正しい情報提供。

ウ　酒類事業者

○　飲酒による心身への影響や適度な飲酒などに関する正しい情報の提供。

エ　市町村・健康増進事業実施者

○　飲酒による心身への影響や適度な飲酒に関する正しい情報を伝える取組の実施。

○　アルコール関連問題啓発週間（毎年 11 月 10 日から同月 16 日まで）等の機会を通じ、飲酒に伴うリスクについて、対象に応じた正しい知識の普及及び不適切な飲酒防止の啓発の推進。

○　生活習慣病や睡眠に及ぼす飲酒の影響やその他のアルコール関連問題に関する情報の周知。

○　アルコール依存症は回復できる病気であり、社会復帰が可能であることを広く社会全体に啓発し、アルコール依存症に対する理解や支援の促進。

オ　自助グループ等の関係団体

○　アルコール関連問題啓発週間等において、関係機関等と連携し、飲酒に伴うリスクやアルコール依存症についての正しい知識の普及啓発の推進。

アルコール依存症に関係する自助グループ

長野県内においては 断酒会・AA（アルコホーリクス・アノニマス）等が代表的な自助グループになります。

当事者・家族・関係者等が自助グループに通い続けることにより、「断酒」（お酒を止め続けること）が可能になります。

自助グループは県内をほぼ網羅しており、例会は概ね 90 分～120 分で週一回開かれるのが通例になっています。当事者だけでなく誰でも参加できます。

詳しくは、お住いの市町村又は保健福祉事務所、精神保健福祉センターにお問い合わせください。

（２）不適切な飲酒の誘引防止

ア　酒類事業者

○　未成年者や妊産婦などの、飲酒すべきでない者に対する飲酒の誘引の防止。

○　未成年者への酒類の販売禁止に関する周知の徹底。

長野県小売酒販組合連合会の「未成年飲酒防止」への取組

長野県小売酒販組合連合会では、「未成年者飲酒防止･飲酒運転撲滅キャンペーン」を街の酒屋としての「社会的な使命」と捉えております。2006 年（平成 18 年）からは、県内 10 組合がＪＲ長野駅前のほか県内の主要駅前にて、このキャンペーン強化月間中（４月 1 日～30 日）に街頭啓発を実施すると共に、国税局・税務署関係、警察関係(警察友の会含む)、酒類メーカーや関係団体、2013 年（平成 25 年）からは学校関係とも連携し幅広くアピールしています。

特に全県では高校生 167 名(2017 年（平成 29 年）)の協力があり、同世代の生徒への声掛けには効果があったと考えられます。

これからも、地域が一体となって趣旨を啓発できるように活動を継続していきます。

（３）健康診断及び保健指導

ア　市町村・健康増進事業実施者

○　地域や職域における健康診断及び保健指導における、受診者の飲酒状況に応じた対応の実施。

・全受診者に対する飲酒による身体への影響や適度な飲酒などに関する正しい情報の提供。

・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者に対する、今後起こり得る身体への影響などの具体的な助言の実施。

・アルコール依存症が疑われる者に対する、適切な医療機関や自助グループ等の紹介等、断酒に向けた支援の実施。

（４）アルコール健康障害に係る医療の充実

ア　医療機関

○　アルコール依存症を有する者に対する適切な医療の提供。

○　かかりつけ医等が、アルコール身体疾患からアルコール依存症を疑った場合の、アルコール専門医療機関との連携の促進。

○　地域や民間団体等の関係機関との連携の促進。

（５）支援体制

ア　市町村

○　自助グループ等を地域の社会資源とし、各団体の機能に応じた役割を果たす機会や場所の提供。

○　精神保健福祉センター、保健福祉事務所等とのアルコール依存症の治療・回復支援に資する社会資源の情報共有及び自助グループや回復施設の活用。

イ　自助グループ等の関係団体

○　回復の体験談や、回復事例の紹介等による、回復支援における自助グループの役割等の啓発。

ウ　その他の地域資源

○　地域の見守りをはじめとした様々な支援の継続。

4　県の取組

（１）普及・啓発

○　アルコール関連問題啓発週間等において、市町村や関係機関等と連携し、飲酒に伴うリスクやアルコール依存症についての正しい知識の普及啓発に取り組みます。

（２）相談支援体制の充実

○　精神保健福祉センターにアルコール健康障害を有している者及びその家族がわかりやすく気軽に相談できる相談拠点を設置するとともに、保健福祉事務所等、地域で相談できる窓口についても広く周知を行います。

○　地域における医療機関、保健福祉事務所、自助グループ等の各機関が相互に情報共有や協力体制を築くことで、適切な相談や治療、回復支援にまでつなげる連携体制を構築します。

○　精神保健福祉センターにおいて、支援関係者等に対する研修会を行い、人材育成を図ります。

（３）飲酒運転等をした者に対する指導等

○　飲酒運転、暴力行為、虐待、自殺未遂等をした者について、アルコール依存症が疑われる場合には、必要に応じ、精神保健福祉センター･保健福祉事務所等を中心とした地域の関係機関が連携し、アルコール関連問題の相談や自助グループ等が行う断酒に向けた支援、専門医療機関等における治療につなぐための取組を推進します。

（４）アルコール健康障害に係る医療の充実

○　アルコール依存症専門医療機関及び治療拠点機関をそれぞれ県内に選定し、専門的な医療体制の構築を図ります。（第８章第５節「精神疾患対策」参照）

○　専門医療機関に対し、アルコール健康障害を有している者が受診していることが多いと考えられる一般医療機関や、民間団体等の関係機関との連携強化を促します。

○　一般医療機関に対し、アルコール健康障害を有する者のうち、アルコール依存症を疑う者を、専門医療機関等の適切な医療に結び付けるための連携を促します。

（５）社会復帰の支援

○　精神保健福祉センター、保健福祉事務所、市町村等の関係機関が、再発防止や回復支援のために自助グループと連携した取組を行います。

○　アルコール依存症の回復支援に重要な役割を果たしている自助グループ等の活動に対し、必要な支援を実施します。

○　精神保健福祉センターにおいて、依存症治療・回復プログラム（ＡＲＰＰＳ）を継続して実施していきます。

○　保健福祉事務所において、アルコール依存症者の個別の背景に配慮し、関係機関と連携した回復支援を行うとともに、地域における連携体制の構築に努めます。

○　アルコール依存症は回復できる病気であり、社会復帰が可能であることを広く社会全体に啓発し、アルコール依存症に対する理解や支援を促します。

（６）人材育成

○　アルコール依存症の正しい知識と早期介入の手法等について、内科等の一般診療所の医師等に対する研修会を行います。

○　精神保健福祉センターにおいて、支援関係者等に対する研修会を行います。（再掲）

５　推進体制

○　アルコール健康障害対策を推進していくに当たっては、アルコール健康障害対策推進会議等の場を通じ、関係者間での意見交換や連絡・調整等の協議を行いながら取り組みます。

○　アルコール健康障害計画を総合的かつ計画的に推進するため、アルコール健康障害対策に関連する施策や部局との連携の強化を図ります。

第３　数値目標

１　飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する

区分	指　標		現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
O	生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合	男性	長野県 10.8%（2016） 全　国 15.8%（2014）	10.8%未満（2020）	現状より減少させる ※厚労省：アルコール健康障害対策推進基本計画の目標（2020） 男性13.0% 女性 6.4%	健康増進課 県民健康・栄養調査
		女性	長野県　6.5%（2016） 全　国　8.8%（2014）	6.5%未満（2020）		
O	未成年の飲酒割合	中学１年男子	1.7%（2016）	０%	未成年者の飲酒をなくす	健康増進課 未成年者の喫煙・飲酒状況等調査
		中学１年女子	1.3%（2016）	０%		
		高校１年男子	4.0%（2016）	０%		
		高校１年女子	4.0%（2016）	０%		
O	妊娠中の飲酒割合		1.3%（2015）	０%	妊娠中の飲酒をなくす	保健･疾病対策課 母子保健事業実施状況調査

２　アルコール健康障害に関する予防、相談、治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備する

区分	指　標		現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	相談拠点の設置		未設置	１か所	新たに設置する	県実施事業
P	アルコール健康障害・依存症に関する相談件数	精神保健福祉センター	773 件（2015）	773 件以上	現状以上を目指す	厚生労働省 衛生行政報告例
		保健福祉事務所	256 件（2015）	256 件以上		厚生労働省 地域保健･健康増進事業報告
P	かかりつけ医に対する研修の実施		未開催	１回以上	新たに開催する	保健･疾病対策課
P	関係機関による連携会議の開催回数（分科会を含む）		未開催	１回以上	新たに開催する	県実施事業
S	治療拠点医療機関の数		未設置	１か所以上	県域に１か所以上とする	保健･疾病対策課
S	専門医療機関の数		未設置	４か所以上	各精神医療圏圏域に１か所以上とする	保健･疾病対策課

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

＜概要図＞

基本目標

県民一人ひとりが飲酒に伴うリスクに関する正しい知識を共有し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防するとともに、必要時に適切で切れ目のない支援につなげる。

主な数値目標

生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合の減少(2020年)	未成年者の飲酒をなくす	妊娠中の飲酒をなくす
男性：10.8%未満 女性： 6.5%未満	0%	0%

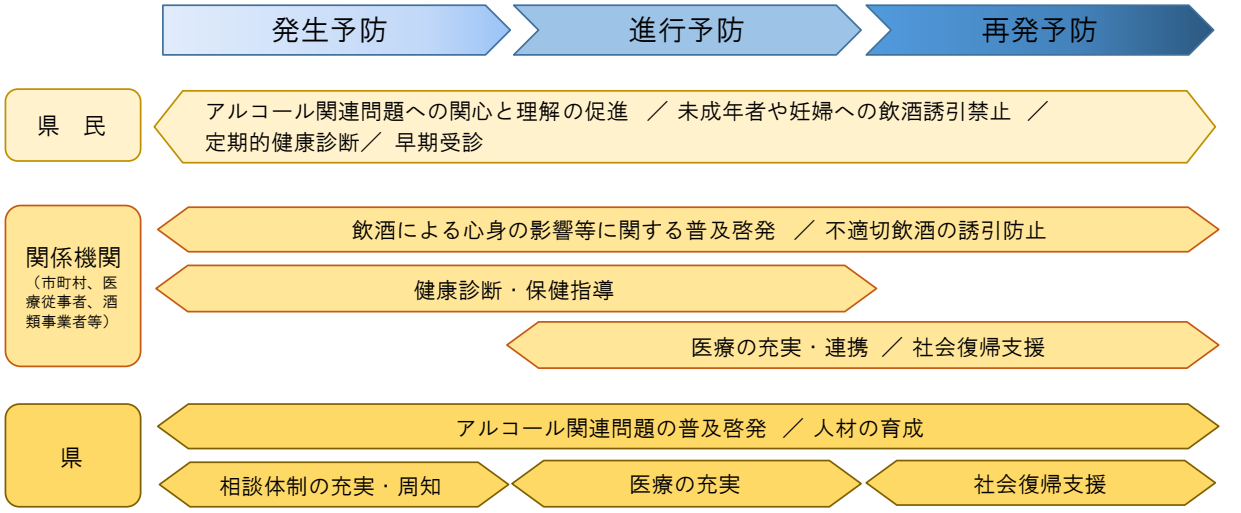
課　題

- 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防
- アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

取組の方向性

- 正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり
- 相談窓口の周知と必要な支援につなげる相談支援体制づくり
- 医療の充実と連携の促進
- アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための支援体制づくり

取　組



第４　関連する分野及び個別計画

（１）関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、生活習慣病予防（がんを除く）（第４編第２節）、栄養・食生活（第４編第３節）、こころの健康（第４編第５節）、母子保健（第４編第６節）

（２）関連する個別計画

長野県自殺対策推進計画

第7節　感染症対策（長野県感染症予防計画）

感染症を取り巻く状況は、医学・医療の進歩、公衆衛生水準の向上、国際化の進展等により大きく変化しています。

予防接種の積極的な推進により、麻しんや風しん等のＶＰＤ（ワクチンで予防可能な疾患）は減少しています。一方で平成24年（2012年）に新型の感染症として確認された中東呼吸器症候群（MERS）の韓国での流行や、平成26年（2014年）に約70年ぶりに国内で感染が確認されたデング熱、新生児の小頭症との関連が強く疑われるジカウイルス感染症などの蚊媒介感染症の国内発生、平成26年（2014年）に西アフリカを中心に流行したエボラ出血熱などの重篤な感染症の流行など、地球規模の人・物の活発な移動により一気に感染が広がる懸念を抱えています。

また、新型インフルエンザへの変異が懸念される鳥インフルエンザは毎年世界各地で発生していますが、特に平成28年（2016年）から29年（2017年）の冬季には全国各地で確認され、鶏の殺処分等が行われています。

これらの状況を踏まえ、平成26年（2014年）に改正された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）」では、感染症に関する情報の収集体制と検査体制の強化が盛り込まれました。

健康危機管理（※）の一つとしての感染症対策は、平時からの予防対策と感染症発生時における迅速かつ適切な対応が求められ、県では、県民を感染症から守るため、関係機関と一層の連携を図り、対策を推進します。

なお、本節の感染症対策は感染症法第10条に基づく「長野県の感染症の予防のための施策の実施に関する計画（長野県感染症予防計画）」として位置づけます。

（※）医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するものをいいます。

1　感染症予防を推進するための基本的な方向

（1）平時からの対応に重点を置いた体制の構築

感染症対策は、県内外における感染症に関する情報の収集・分析、並びに県民及び医療関係者への公表を適切に実施するための体制の整備、国の「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」及び特定感染症予防指針に基づく取組などを通じて、平時から感染症の発生及びまん延を防止していくことに重点を置いた取組が重要です。

（2）県民一人ひとりに対する感染症の予防及び治療に重点を置いた対策

今日、多くの感染症の予防及び治療が可能となってきているため、県民等一人ひとりの感染症予防に対する意識の向上や、感染症の患者への良質かつ適切な医療の提供を行うことで、「社会全体の予防」を推進していくことが重要です。

（３）人権の尊重

感染症の予防と患者等の人権の尊重の両立を基本とする観点から、患者を取り巻く文化や生活習慣等に配慮しつつ、患者個人の意思や人権を尊重するとともに、一人ひとりが安心して社会生活を続けながら良質かつ適切な治療を受けられ、入院の措置がとられた場合には早期に社会復帰ができるよう環境の整備に努めていきます。

また、感染症に関する個人情報の保護には十分留意するとともに、感染症に対する差別や偏見の解消のため、報道機関に協力を求めることを含め、あらゆる機会を通じて正しい知識の普及啓発に努めます。

（４）健康危機管理の観点に立った迅速かつ的確な対応

感染症の発生に対して、周囲へまん延する可能性を踏まえ、県民の健康を守るための健康危機管理の観点に立った迅速かつ的確な対応が求められます。

そのためには、感染症の発生状況等の的確な把握が不可欠であり、感染症の病原体の検査を含めた総合的な感染症発生動向調査体制の確立に向けて、疫学的視点を重視しつつ、関係機関が適切に連携して迅速かつ的確に対応できる体制の整備、構築を進めます。

（５）関係機関の役割

ア　県の果たすべき役割

県は、感染症対策の実施に当たって、地域の特性に配慮しつつ、国と連携して感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策を講じます。

また、正しい知識の普及、情報の収集及び分析並びに公表、人材の養成及び資質の向上並びに確保、迅速かつ正確な検査体制の整備、研究の推進並びに社会福祉等の関連施策との連携に配慮した医療提供体制の整備等に努めます。

さらに、保健福祉事務所（保健所）を地域における感染症対策の中核的機関として、環境保全研究所を県における感染症の技術的かつ専門的な検査研究機関として、それぞれの役割が十分に果たされるよう、これらの機関の機能強化をはじめとした対応を推進していきます。

合わせて、複数の都道府県等、広域的な地域に感染症のまん延のおそれがあるときには、当該都道府県等や国と相互に協力しながら積極的に対策を行っていくとともに、このような事態に備えるため、各種の情報交換や協力体制の構築に努めていきます。

イ　県民の役割

県民は、感染症に関する正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うよう努める必要があります。

また、感染症の患者等について、偏見や差別をもって患者等の人権を損なわないよう努める必要があります。

ウ　医療及び福祉関係者等の役割

医師その他の医療関係者は、県の施策に協力するとともに、感染症の患者等が置かれている状況をよく認識し、患者等に対する適切な説明を行い、その理解の下に良質かつ適切な医療を提供するよう努める必要があります。

また、病院、診療所、病原体等の検査を行っている機関、老人福祉施設等の開設者等は、施設における感染症の発生の予防やまん延の防止のために必要な措置を講ずるよう努める必要があります。

エ　獣医療関係者の役割

獣医師その他の獣医療関係者は、県の施策に協力するとともに、感染症の予防に寄与するよう努める必要があります。

また、動物等取扱業者は、自ら取り扱う動物及びその死体を原因とした感染症の発生を予防するための知識及び技術の習得、動物等の適切な管理その他の必要な措置を講ずるよう努める必要があります。

2　感染症対策全般

第１　現状と課題

感染症の発生には、①感染源、②感染経路、③感受性のある人（感染を受ける可能性のある人）の３つの要素が必要と言われています。

感染症の発生及び予防のためには３つの要素を断ち切ることが重要であり、対策を実施する関係機関の連携、感染症発生時の初動対応、県民の感染症予防に対する意識の高揚などが大変重要となります。

1　感染症の発生状況

感染症は、その感染力や罹患（りかん）した場合の重篤性などに基づき一類から五類感染症（表４参照）に分類され、それぞれの類型に応じた対策を行うとともに医療体制を整備することとなっています。

（1）一類～五類感染症（全数把握）の推移　　（単位：人）

類型	感染症名	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年	H28 年
一類	（発生なし）	－	－	－	－	－
二類	結核	203	197	170	177	166
	潜在性結核感染症	133	132	159	103	122
三類	コレラ	－	－	－	1	－
	細菌性赤痢	－	5	2	4	1
	腸管出血性大腸菌感染症	99	102	56	44	36
	腸チフス	－	－	－	－	1
	パラチフス	1	1	－	－	－
四類	E型肝炎	4	5	4	1	3
	A型肝炎	2	4	8	4	2
	つつが虫病	12	10	8	6	1
	デング熱	2	1	2	4	4
	マラリア	1	2	－	－	2
	ライム病	1	－	－	－	－
	レジオネラ症	12	29	29	37	38
五類	アメーバ赤痢	11	19	22	25	21
	ウイルス性肝炎（除くA・E型）	4	7	3	5	9
	ｶﾙﾊﾞﾍﾟﾈﾑ耐性腸内細菌科細菌感染症			9	42	40
	急性脳炎	1	3	4	12	13
	クロイツフェルト・ヤコブ病	2	2	4	2	1
	劇症型溶血性レンサ球菌感染症	4	5	8	10	8
	後天性免疫不全症候群	16	16	8	5	7
	ジアルジア症	2	1	－	1	1

類型	感染症名	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年	H28 年
五類	侵襲性インフルエンザ菌感染症		－	2	3	3
	侵襲性髄膜炎菌感染症	－	－	－	1	－
	侵襲性肺炎球菌感染症		16	27	30	58
	水痘（入院例に限る）			2	7	7
	梅毒	9	10	4	15	20
	播種性クリプトコックス症	…	…	2	6	4
	破傷風	4	4	4	4	5
	バンコマイシン耐性腸球菌感染症	－	－	1	－	－
	風しん	14	62	2	1	3
	麻しん	－	－	1	－	1

（2）五類感染症（定点把握）の推移　　（単位：定点当たり（人））

類型	感染症名	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年	H28 年
五類 週報対象	インフルエンザ	300.82	276.64	406.08	259.87	406.26
	RSウイルス感染症	22.68	28.58	31.07	41.09	28.43
	咽頭結膜熱	7.80	7.61	20.18	10.96	9.14
	A群溶連菌咽頭炎	114.29	102.66	100.72	127.79	119.51
	感染性胃腸炎	412.42	373.15	325.10	290.97	320.57
	水痘	79.65	53.41	66.60	19.48	17.77
	手足口病	32.70	102.16	21.10	139.38	16.25
	伝染性紅斑	16.77	2.23	4.65	40.77	22.05
	突発性発しん	21.99	22.92	21.10	20.66	18.55
	百日咳	1.06	0.16	0.47	1.28	2.83
	ヘルパンギーナ	41.38	36.04	63.85	36.27	51.84
	流行性耳下腺炎	9.77	2.93	2.59	12.99	64.35
	急性出血性結膜炎	1.08	1.26	0.63	0.27	0.18
	流行性角結膜炎	28.43	32.23	44.40	19.06	45.59
	細菌性髄膜炎	0.99	0.36	0.54	0.36	0.36
	無菌性髄膜炎	0.63	0.63	0.09	0.54	0.45
	マイコプラズマ肺炎	67.91	36.09	26.36	27.43	42.75
	クラミジア肺炎	0.09	－	－	－	－
五類 月報対象	性器クラミジア感染症	21.13	26.07	21.21	19.07	17.21
	性器ヘルペスウイルス感染症	3.47	3.14	3.86	3.93	3.57
	尖圭コンジローマ	3.80	2.57	2.71	2.36	3.71
	淋菌感染症	4.13	5.50	3.57	1.86	1.29
	ﾒﾁｼﾘﾝ耐性黄色ﾌﾞﾄﾞｳ球菌感染症	32.36	28.55	24.45	21.36	15.09
	ﾍﾟﾆｼﾘﾝ耐性肺炎球菌感染症	12.18	11.55	6.45	6.18	4.55
	薬剤耐性緑膿菌感染症	0.45	0.09	0.09	－	0.27

（長野県感染症発生動向調査）

2　感染症の予防及びまん延防止のための調査と連携体制

（1）感染症発生動向調査

感染症の発生予防やまん延防止を図るためには、流行の実態を早期かつ的確に把握し、その情報を速やかに県民及び医療機関に還元することが基本となります。

全数把握感染症の届出については、県医師会に協力を得ながら医師に対し感染症法に基づく適切な届出について周知を行うとともに、届出があった際は、発生状況の把握や病原体等検索を行い、流行の実態を分析し、必要な情報を速やかに公表しています（図１）。

定点把握感染症の患者報告を担当する指定届出機関と患者検体を採取・提出を担当する指定提出機関（長野市分を含む。）は３年毎に見直しており、平成 29 年（2017 年）１月からは表１のとおり指定しています。

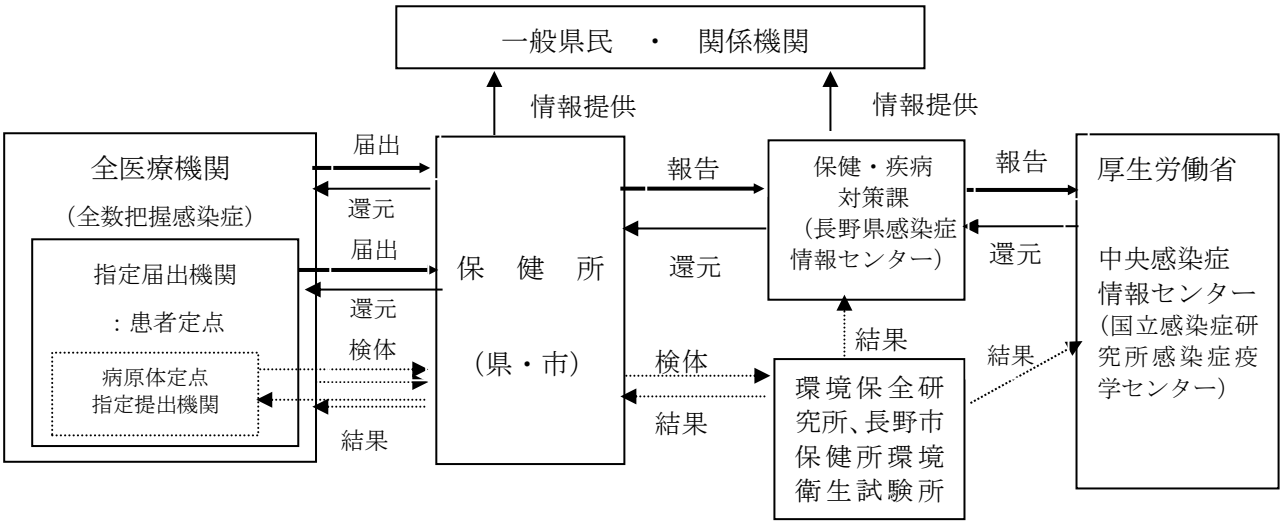


図１　感染症発生動向調査の事業体系図

【表１】　感染症発生動向調査指定届出機関数（平成 29 年（2017 年）１月現在）

定点種別	５類感染症（定点把握疾患）						疑似症	合計
	内科	小児科	眼科	性感染症	基幹※	小計		
	兼インフルエンザ							
患者定点	33	54	11	14	11	123	113	236
うち病原体定点	4	11	1	－	11	27	－	27

（※）基幹定点：患者を 300 人以上収容する病院であって、内科、小児科及び外科を標榜する病院を二次医療圏ごとに１か所以上指定。

（2）積極的疫学調査

○　感染症を予防し、又は感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするため必要があると認める場合は、保健所は、感染症法に基づき積極的疫学調査（本人調査、接触者調査、病原体調査、環境調査等）を行っています。

○　調査の実施に当たっては、保健所、環境保全研究所、家畜保健衛生所、市町村、学校等と密接な連携を図り、地域における流行状況の把握、感染源及び感染経路の特定及び感染拡大の防止を図っています。

（３）食品保健部門及び環境衛生部門との連携

○　飲食に起因する感染症である食品媒介感染症の予防及び発生時の対応においては、食品保健部門と相互に連携して対応に当たっています。

○　ねずみ族及び昆虫等を介した感染症の予防及び発生時の対応においては、環境衛生部門と相互に連携して対応に当たっています。特にデング熱やジカウイルス感染症などの蚊媒介感染症に関しては、国際化の進展や温暖化の影響により県内での発生の可能性が高まっていることから、蚊の駆除対策等について啓発や研修会を実施しています。

（４）国との連携

○　平常時から国への報告を確実に行うとともに、新感染症への対応、その他緊急時の対応においては、患者の発生状況等について詳細な情報を迅速に国に提供し、緊密な連携を図っています。

（５）信州まつもと空港の国際化に伴う検疫所との協力連携体制の構築

○　県では、信州まつもと空港の発展に向け、空港の国際化を取組の柱の一つとして位置付けており、国際チャーター便の多便化、定期便の誘致等に取り組んでいます。

　現在、国際便の着陸の都度、東京検疫所の検疫官が検疫対応を行っていますが、国際便の就航により、感染症を引き起こす病原体が直接県内に流入するリスクが高まることから、水際で感染症を防ぐ対策が重要となります。

３　感染症の病原体等の検査及び調査・研究

（１）検査体制

○　環境保全研究所及び長野市保健所環境衛生試験所（以下、「環境保全研究所等」という。）は、国立感染症研究所、他都道府県の地方衛生研究所等と連携を図り、二～五類感染症の病原体等の検出が可能となるよう、人材の育成及び必要な資器材の整備に努めています。

　また、検査の精度管理に向けて、情報の収集及び提供や技術的指導に努めています。

○　長野・松本・上田・飯田の各保健所は主に細菌の病原体検査を実施しています。

（２）調査及び研究の推進

○　健康福祉部保健・疾病対策課は、食品・生活衛生課及び保健所、環境保全研究所等と連携を図りつつ、感染症及び病原体等に関する調査に取り組むとともに、地域における総合的な感染症の情報の発信拠点としての役割を果たしています。

○　保健所は、地域の感染症の発生状況に即した疫学的調査を行い、地域における感染症対策の中核的機関として、総合的な感染症の情報発信拠点としての役割を果たしています。

○　環境保全研究所等は、県内における病原体等の技術的かつ専門的な機関として、関係部局及び保健所との連携の下に、病原体等の試験検査、調査及び研究の業務を通じて感染症対策に重要な役割を果たしています。

４　感染症の患者に対する医療提供体制

感染症法に基づき、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関（感染症病床）を知事が指定し、感染症に係る医療を提供する体制を確保しています。

（1）第一種感染症指定医療機関

主として、一類感染症の患者の入院を担当し、併せて二類感染症の患者の入院も担当する医療機関です。

指定に当たっては、総合的な医療機能を有し厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、開設者の同意を得て県内に原則として 1 か所指定することとされており、指定状況は表２のとおりです。

【表２】　第一種感染症指定医療機関

医療圏	医療機関名	基準病床	指定病床
全県	県立病院機構県立信州医療センター	2	2

（2）第二種感染症指定医療機関

二類感染症（結核を除く。）の患者の入院を担当する医療機関としての基準病床数は、当該二次医療圏の人口規模に応じて基準が定められています。

指定に当たっては、総合的な医療機能を有し厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、開設者の同意を得て二次医療圏ごとに原則として１か所指定することとされており、指定状況は表３のとおりです。

【表３】　第二種感染症指定医療機関

医療圏	医療機関名	基準病床	指定病床
佐久	厚生連佐久総合病院佐久医療センター	4	4
上小	国立病院機構信州上田医療センター	4	4
諏訪	岡谷市民病院	4	4
上伊那	組合立伊那中央病院	4	4
飯伊	飯田市立病院	4	4
木曽	県立病院機構県立木曽病院	4	4
松本	松本市立病院	6	6
大北	市立大町総合病院	4	4
長野	厚生連長野松代総合病院	6	4
	県立病院機構県立信州医療センター		2
北信	厚生連北信総合病院	4	4

5　感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重

○　感染症の予防についての正しい知識の定着と患者等への差別や偏見の排除のため、県民等に対し、正しい知識の普及啓発に努めています。

○　感染症予防とまん延防止のため県民や関係機関へ情報提供する際は、患者等の個人情報については必要最小限のものとし、患者等のプライバシーの保護に努めています。

6　課題

○　感染症に関する情報をよりわかりやすく県民等に提供するため、公表のあり方を研究していく必要があります。

○　信州まつもと空港での患者発生時に備えて、患者の医療機関への搬送及び検査実施に協力する体制を構築する必要があります。

○　県内を訪れる外国人観光客や、県内に在住する外国人住民の増加に伴い、外国人に対する感染症予防への啓発等を適切に行っていく必要があります。

○　感染症の患者情報の収集・分析及び公表を行う「長野県感染症情報センター」は現在、保健・疾病対策課内に設置されていますが、病原体情報を含めたより専門性の高い分析及び公表を行う観点から、設置場所の検討が必要です。

○　環境保全研究所は、施設や設備の老朽化、検査体制の強化などが課題となっています。

今後、緊急対応が求められる感染症事象に即応できる人員体制と設備を備えた試験研究機関としての機能強化に向け、保健所の検査体制のあり方を含めて、関係部局との検討を一層進めていく必要があります。

第２　目指すべき方向と施策の展開

1　県民の取組として望まれること

○　感染予防策（手洗い、咳エチケット、蚊やダニに刺されない服装の着用等）の実践

○　症状があった場合の早期の医療機関受診

○　感染症に対する偏見・差別を行わず、患者や関係者の人権を尊重

2　関係機関・団体の取組として望まれること

（１）医療機関・医師

○　感染症法対象疾病を診断した場合の適切な届出

○　感染症指定医療機関における指定病床数の維持

○　感染症発生動向調査指定医療機関、指定届出機関に選定された際の協力

○　病院・診療所・歯科診療所等の医療施設における感染予防の取組の推進

（２）関係機関・団体

○　感染症に関する研修会等へ積極的な参加

○　介護施設・保育所等の社会福祉施設や学校等の教育施設における感染予防の取組の推進

3　県の取組（施策の展開）

○　感染症の予防策等について、様々な広報媒体を用いて積極的に県民等へ周知します。

○　一類・二類感染症、新感染症患者の発生に備えた準備を推進するとともに、第一種・第二種感染症指定医療機関（感染症病床）の運営を支援します。

○　感染症対策の基本である感染症の発生情報の収集・分析、情報提供に関して、特に現場の医師等に感染症発生動向調査の重要性や制度についての理解を求め、適切な実施を図ります。

また、感染症の発生状況等については、適時適切な情報提供に努めます。

○　感染症に関する人材の養成、疫学調査を担当する保健所と検査を担当する環境保全研究所との連携強化、新たな検査施設の確保等、環境保全研究所及び保健所検査関係課の機能強化に向けたあり方を関係部局と検討します。

第３　数値目標

１　関係機関・団体の取組

区分	指標	現状（2016 年度）	目標（2023 年度）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	第一種感染症指定医療機関	１医療機関（２床）	１医療機関（２床）	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
S	第二種感染症指定医療機関	11 医療機関（44 床）	11 医療機関（44 床）	現状を維持する	保健・疾病対策課調査

２　県の取組（施策の展開）

区分	指標	現状（2016 年度）	目標（2023 年度）	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	感染症指定医療機関の運営支援	第一種感染症指定医療機関 １病院２床 第二種感染症指定医療機関（感染症病床） 11 病院 44 床	第一種感染症指定医療機関 １病院２床 第二種感染症指定医療機関（感染症病床） 11 病院 44 床	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
P	患者移送のための体制整備	移送車両１台、民間移送業者１社と委託契約、アイソレータ５基	対象疾病の感染経路、症状、状態等を勘案した移送の方法の検討、移送体制の整備	実効性を確保する	保健・疾病対策課調査
P	検査体制の整備	機器の計画的更新	機器の計画的更新	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
P	検査施設の精度管理	内部監査を各施設年１回実施	内部監査を各施設年１回以上実施	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調査
P	人材の育成	研修会等を年３回開催	研修会等を年３回以上開催	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調査
P		国等が主催する研修会への職員派遣	国等が主催する研修会への職員派遣	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
P	正しい知識の普及啓発	ホームページの掲載	ホームページの掲載継続	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
P	社会福祉施設等の職員向け研修会の開催	保健所毎に年１回	保健所毎に年１回以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
　　P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

【表４】感染症法対象疾患

平成 30 年1月 1 日最終改正

類型	対 象 疾 患
1類 （7）	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
2類 （7）	急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。）、鳥インフルエンザ（H5N1）、鳥インフルエンザ（H7N9）
3類 （5）	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス
4類 （44）	E型肝炎、ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎を含む。）、A型肝炎、エキノコックス症、黄熱、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサヌル森林病、Q熱、狂犬病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTS ウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、炭疽、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9を除く。）、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ボツリヌス症、マラリア、野兎病、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱
5類 全数 （23）	アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎（A型肝炎及びE型肝炎を除く。）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群、ジアルジア症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘（患者が入院を要すると認められるものに限る。）、先天性風しん症候群、梅毒、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、麻しん、薬剤耐性アシネトバクター感染症
定点 （25） 計48	RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症、クラミジア肺炎（オウム病を除く。）、細菌性髄膜炎（インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く。）、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ
指定感染症	該当なし

薬剤耐性（ＡＭＲ）

感染症を発症させる細菌やウイルスなどの微生物に対して、抗微生物薬（微生物が増えるのを抑えたり壊したりする薬）が効かなくなることを「薬剤耐性」（Antimicrobial Resistance：ＡＭＲ）と言います。

抗微生物薬の不適切な使用を背景として、薬剤耐性菌が世界的に増加する一方、新たな抗微生物薬の開発は減少傾向にあり、国際社会でも大きな課題となっています。

このような状況を受け、国において平成 28 年（2016 年）4 月に「薬剤耐性（ＡＭＲ）対策アクションプラン」を策定し、関係機関等が協働して普及啓発・教育の充実、動向調査・監視の強化、抗微生物薬の適正使用の推進等を図ることとしています。

3　新型インフルエンザ等対策

第１　現状と課題

新型インフルエンザは概ね数十年ごとに発生を繰り返し、世界的に大きな影響を与えてきました。

直近の発生は、平成 21 年（2009 年）4 月に新型インフルエンザ A（H1N1）2009 ウイルスがメキシコで確認され、世界的大流行となり、日本においても同年秋季を中心に大規模な流行となりました。長野県内でも同年 6 月に第 1 例が発生した後、11 月に患者発生のピークを迎えました。

また、新型インフルエンザへの変異が懸念される鳥インフルエンザは数年ごとに流行を繰り返し、特に平成 28 年（2016 年）から 29 年（2017 年）にかけての冬季には、全国各地の養鶏場で集団発生し鶏の殺処分等が行われました。

新型インフルエンザが発生すると、ほとんどの人が免疫を獲得していないため、大流行（パンデミック）となり、大きな健康被害とこれに伴う社会的影響をもたらすことが懸念されます。

なお、長野県において新型インフルエンザが流行した場合、医療機関での受診患者数が約 21.9 万人から 42.0 万人と想定されています。

1　新型インフルエンザ等対策特別措置法（公布日 平成24年（2012年）５月11日）に基づく対応

（１）長野県新型インフルエンザ等対策本部条例の制定（公布日 平成25年（2013年）３月25日）

対策本部条例の施行に伴い、長野県新型インフルエンザ等対策本部規程を制定し、本部・地方部組織、事務分掌等に関し必要な事項を定めています。

また、長野県新型インフルエンザ等対策委員会を設置し、県内における新型インフルエンザ等対策の円滑な推進を図るため、対策委員会を設置しています。

・委員数　19 名（医療・公衆衛生部門関係者 10 名　社会的機能維持部門関係者９名）

（２）長野県新型インフルエンザ等対策行動計画の作成（平成 25 年（2013 年）11 月）

新型インフルエンザ等対策政府行動計画（平成 25 年（2013 年）６月７日施行）・新型インフルエンザ等対策ガイドライン（同６月 26 日公表）に基づき、長野県新型インフルエンザ等対策委員会の意見等を踏まえ、長野県新型インフルエンザ等対策行動計画を作成しました。

（３）指定地方公共機関の指定

指定地方公共機関は、新型インフルエンザ等発生時にその業務について対策を実施する責務を有し、新型インフルエンザ等対策を実施するに当たり、国、地方公共団体等と相互に協力し、的確かつ迅速な実施に万全を期すこととされています。

現在、医療関係機関、ライフライン関係機関、輸送機関等 29 機関を指定しています。（表 1）

なお、国においても「指定公共機関」として協力機関を定めており、県内の医療関係機関では独立行政法人国立病院機構及び日本赤十字社（県内の赤十字病院）が指定されています。

【表 1】

業種	指定地方公共機関の名称	指定年月日
医療機関	地方独立行政法人長野県立病院機構	平成 28 年 7 月 27 日
	長野県厚生農業協同組合連合会	
医療関係団体	一般社団法人長野県医師会	平成 25 年 9 月 3 日
	一般社団法人長野県歯科医師会	
	一般社団法人長野県薬剤師会	
	公益社団法人長野県看護協会	
医薬品卸業	長野県医薬品卸協同組合	
ガス事業者	帝石パイプライン株式会社	
	松本ガス株式会社	
	上田ガス株式会社	
	諏訪瓦斯株式会社	
	大町ガス株式会社	
	信州ガス株式会社	
	長野都市ガス株式会社	
	一般社団法人長野県 LP ガス協会	
鉄道事業者	しなの鉄道株式会社	
	長野電鉄株式会社	
	アルピコ交通株式会社	
旅客自動車運送事業者	長電バス株式会社	
	千曲バス株式会社	
	信南交通株式会社	
	伊那バス株式会社	
	おんたけ交通株式会社	
	草軽交通株式会社	
	株式会社関電アメニックス	
	上田バス株式会社	
	公益社団法人長野県バス協会	
貨物運送事業者	公益社団法人長野県トラック協会	

2　訓練の実施

平成 25 年度（2013 年度）より、国の訓練と連動し各フェーズ（発生流行段階）に応じた対応訓練を実施しています。

3　抗インフルエンザウイルス薬の備蓄

国は全罹患者（被害想定において全人口の 25%が罹患すると想定）の治療その他の医療対応に必要量を目標として、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄を推進しています。

長野県においては 31 万 3300 人分の備蓄目標量がありますが、目標量を備蓄しており、定期的に更新しています。

4　鳥インフルエンザ対策

県内での発生に備え、農政部と連携し防疫作業の体制整備を進めています（長野県高病原性鳥インフルエンザ及び低病原性鳥インフルエンザ防疫対策マニュアル 平成 18 年（2006 年）12 月 25 日）。

特に防疫作業従事者に対する健康診断等については、保健福祉事務所を中心とした対応が必要とされ、人員体制や実施方法について検討を進めています（鳥インフルエンザ（H5N1）保健所・感染症指定医療機関等対応マニュアル 平成 23 年（2011 年）11 月 17 日策定）。

5　課題

○　患者発生時の医療体制の整備を引き続き検討する必要があります。
○　関係機関の連携による実践的な訓練を実施する必要があります。
○　住民への予防接種など市町村が主体となる対策への支援を行う必要があります。

第２　目指すべき方向と施策の展開

1　訓練の実施

○　感染症指定医療機関等の参加による実動訓練を実施します。
○　政府と連携した対策訓練を実施します。
○　鳥インフルエンザの発生に対応した防疫作業訓練（健康確認作業訓練）を実施します。

2　医療体制の整備

○　医療機関における診療継続計画の策定を支援します。
○　二次医療圏ごとに患者受け入れ体制の検討を継続します。
○　県行動計画に基づき、県内感染期における専門的な医療を行うため、県単位の診療（三次医療）体制を整備します。
○　患者を受け入れる医療機関に対する医療関連用具の助成を行います。

3　市町村への支援

○　特定接種、住民接種など市町村が主体となる取組に対する助言等を行います。
○　必要に応じ研修会等を開催します。

鳥インフルエンザ

鳥インフルエンザとは、鳥類に対して感染性を示すＡ型インフルエンザウイルスによる感染症です。鳥インフルエンザウイルスは、通常は人に感染しませんが、極めて稀に感染することがあります。鳥から人へ感染するのは、感染した鳥又はその死骸やそれらの内臓、排泄物等に濃厚に接触した場合とされています。また、人から人への感染は、患者と長期間にわたって感染防止策をとらずに濃厚に接触した家族内での感染が海外で報告されています。

鳥インフルエンザが確認された場合、原則として「患畜」･「疑似患畜」は，病性判定後 24 時間以内にと殺を終了、死体は 72 時間以内に埋却・焼却作業を完了させることとされています。

4　結核対策

第１　現状と課題

結核はかつて、死因順位第1位の感染症として恐れられていましたが、医療及び生活水準の向上により死因順位は大きく低下しました。

しかし、受診が遅れれば重症化して死に至ったり、集団感染が発生するなど、深刻な事態を起こすこともあります。

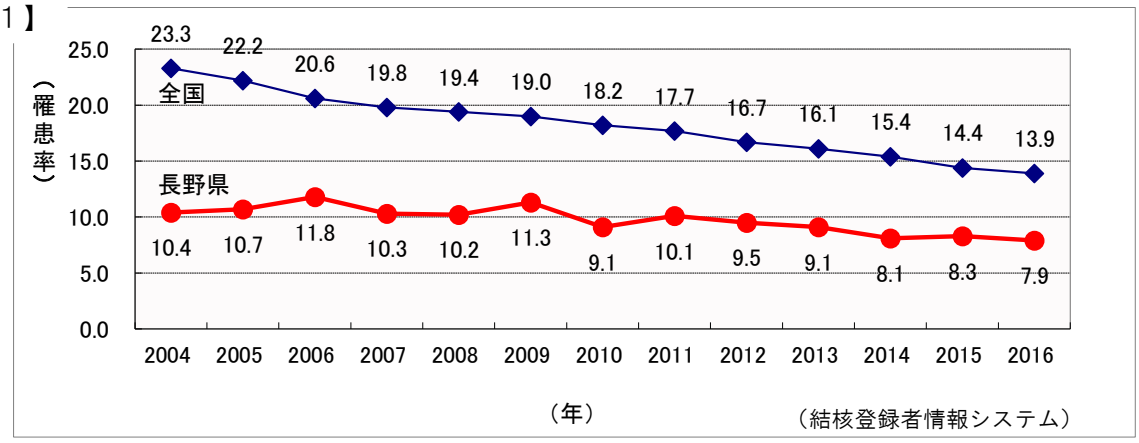
結核は過去の病気ではなく、依然として我が国における主要な感染症であることを認識し、適切な対策を行うことが重要となります。

1　結核患者

（1）結核罹患率

新規登録者は年々減少してきていますが、十数年前から罹患（りかん）率の減少傾向が鈍化し、近年においては横ばいの傾向（図１）にあります。

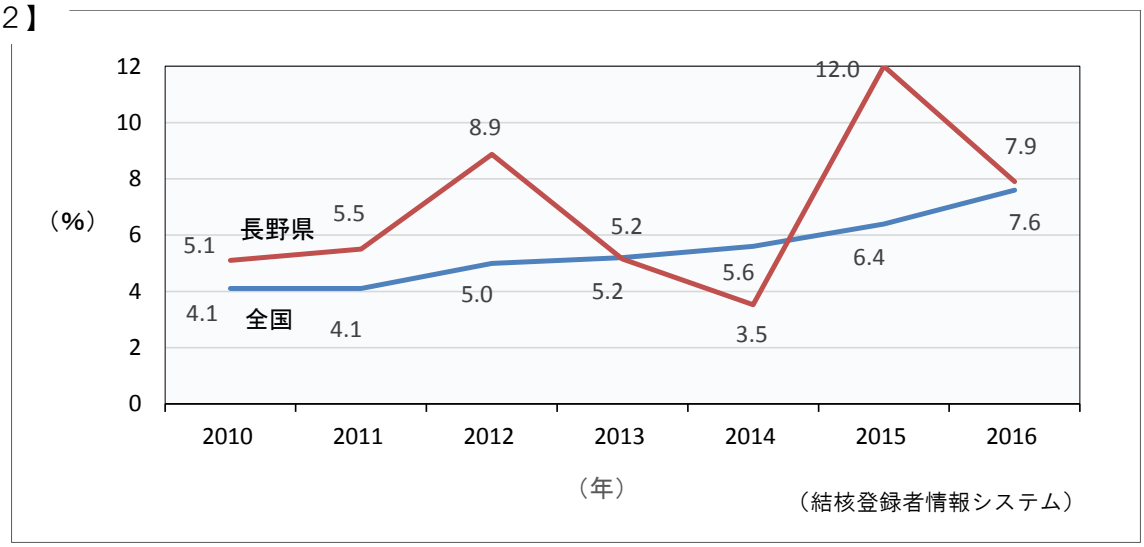
【図１】



（2）外国人登録割合

外国人登録者割合は、全国に比べて高い状況にあります。

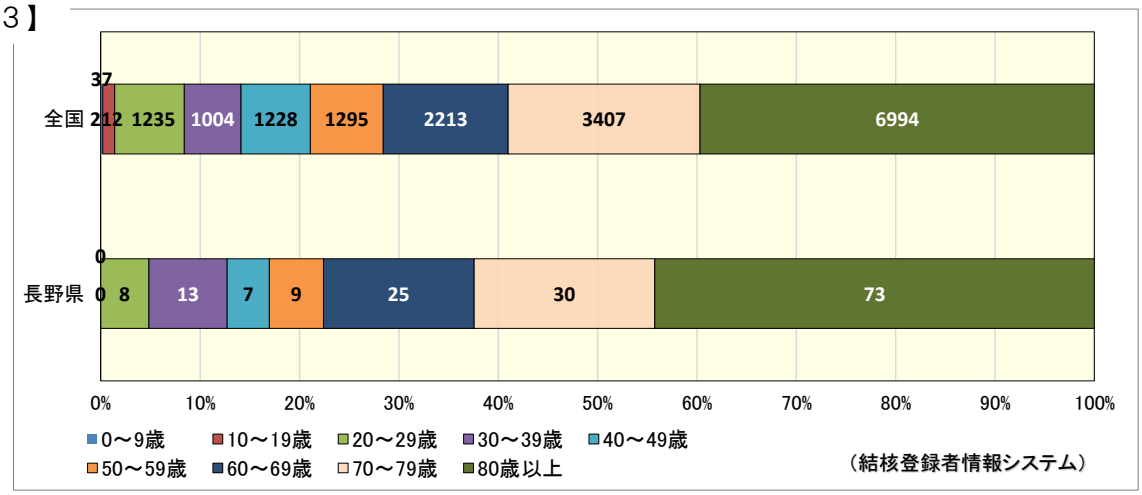
【図２】



（３）年齢構成（平成28年（2016年））

新登録患者に占める80歳以上の患者割合は全国に比べて高い（長野県:44.2%、国:39.7%）状況にあります。

【図３】



２　医療体制（平成29年（2017年）４月１日現在）

（１）第二種感染症指定医療機関のうち結核病床を有する指定医療機関

【表１】

医療機関名	許可病床数	稼働病床数	備　考
国立病院機構 まつもと医療センター中信松本病院	50	20	2018 年 5 月から松本病院と統合（許可病床数 21 床）予定
長野県立病院機構 長野県立信州医療センター	24	24	H28.7 県立須坂病院から名称変更
合　計	74	44	

（２）結核患者収容モデル事業※1を実施する結核指定医療機関

【表２】

医療機関名	病床数
厚生連佐久総合病院	2
市立飯田病院	2
長野赤十字病院	2

※１　高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神患者である結核患者を、一般病床又は精神病床において収容治療するために国から指定を受けている医療機関

（３）結核指定医療機関※2

【表３】　（箇所数）

保健所	病院	診療所	薬局
佐久保健所	12	58	124
上田保健所	16	85	115
諏訪保健所	8	70	86

保健所	病院	診療所	薬局
伊那保健所	9	71	74
飯田保健所	7	78	50
木曽保健所	1	12	8
松本保健所	22	219	177
大町保健所	2	35	21
長野保健所	9	55	65
北信保健所	3	37	63
長野市保健所	25	181	173
合計	114	901	956

※２ 結核患者に対する適正な医療（通院医療）を担当させる医療機関

３　保健所等における結核対策

（１）患者登録管理

医師から届出があった結核患者に対して登録し、保健指導、服薬開始後の患者管理を適切に行い、経過観察終了後に登録削除を行っています。

（２）ＤＯＴＳ（Directly Observed Treatment, Short-Course：直接服薬確認療法）

結核の感染拡大防止の基本である患者の確実な治療完遂のため、医療機関等関係機関と協力して、潜在性結核感染症患者を含む全結核患者の服薬支援を行っています。

（３）積極的疫学調査・接触者健康診断

届出のあった結核患者に対して、訪問・面接、疫学調査を行い、その調査結果を踏まえて接触者健康診断を行い、感染拡大の有無、今後の対応を判断する等の対応を行っています。

４　分子疫学的手法を用いた調査及び研究

長野県内で登録された結核患者（病型は問わない）のうち、結核菌が分離された全ての菌株（三種病原体等である多剤耐性結核に該当する結核菌を除く）を対象に、分子疫学的手法のひとつである結核菌縦列反復配列多型解析(Variable number of tandem repeat：VNTR解析)を環境保全研究所で行い、感染源、感染経路の究明を行っています。

５　課題

○　保健所における患者の登録や服薬支援、接触者健康診断等を適切に実施する必要があります。
○　結核の罹患率を低下させるために、外国人及び高齢者の結核患者を減少させる対策が必要です。
○　結核の低まん延を維持するため、分子疫学的手法を用いた対策の強化が必要です。
○　結核の治療を担う第二種感染症指定医療機関と地域の結核指定医療機関及び保健所との医療連携体制の整備を促進する必要があります。

第２　目指すべき方向と施策の展開

１　県民の取組として望まれること

○　結核について正しい知識の習得及び感染予防の実践（生後１歳までの BCG 接種、法律に基づく定期健診受診等）

○　咳、喀痰、微熱等有症状時の早期の医療機関受診

○　結核と診断された場合の治療の完遂

○　結核への偏見や差別を行わず、患者や関係者の人権の尊重

２　関係機関・団体の取組として望まれること

（１）医療機関・医師

○　結核の早期発見

○　厚生労働省が定めた結核医療の基準に基づく治療の実施

○　接触者健康診断への協力

（２）市町村

○　定期予防接種（BCG）の接種率の向上

○　定期健診の受診率の向上

○　定期健診対象者の設定の適否の検証（高まん延国出身者等）

○　接触者健康診断へ協力

（３）関係機関・団体

○　結核に関する正しい知識の普及

○　法律に基づく定期健診の実施

○　接触者健康診断への協力

３　県の取組（施策の展開）

○　結核患者に対する服薬支援（ＤＯＴＳ）を実施します。

○　結核患者接触者健康診断を確実に実施します。

○　結核に関する研修会に保健所の職員を積極的に派遣します。

○　結核菌全数株の VNTR 解析、患者情報のデータベース化等分子疫学的手法を用いた調査を実施します。

第３　数値目標

１　県民の健康状態等

区分	指　標	現　状（2016 年）	目　標（2023 年）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
O	結核罹患（りかん）率（人口 10 万対）	7.9	7.9 以下	現状以下（国の指針は 10 以下）	結核登録者情報システム
O	集団発生の件数	１件	０件	現状より減少させる	厚生労働省「結核集団感染一覧」

2　県民の取組

区分	指　標	現　状（2016 年）	目　標（2023 年）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
P	早期の受診 ・発病から初診まで２か月以上かかった者の割合	16.7%	16.7%以下	現状以下を目指す	結核登録者情報システム

3　関係機関・団体の取組

区分	指　標	現　状（2016 年）	目　標（2023 年）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
P	定期の健康診断の確実な受診 ・事業者健診受診率 ・学校健診受診率 ・施設入所者受診率 ・住民健診受診率	 92.5% 97.7% 88.7.% 21.0%	 92.5%以上 97.7%以上 88.7%以上 21.0%以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調査
P	結核の早期発見 ・初診から診断まで１か月以上を要した割合 ・発病から診断まで３か月以上を要した割合	 35.2% 25.0%	 35.2%以下 25.0%以下	現状以下を目指す	結核登録者情報システム
P	結核予防婦人会による普及啓発	年１回	年１回	現状を維持する	保健・疾病対策課調査

4　県の取組（施策の展開）

区分	指　標	現　状（2016 年）	目　標（2023 年）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
P	接触者健診の確実な実施 受診率	99.4%	100%	「結核に関する特定感染症予防指針」による	保健・疾病対策課調査
P	潜在性結核感染症を含む全結核患者の DOTS の確実な実施 DOTS 実施率	100%	100%	現状を維持する（国の指針は95%以上）	

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
　　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

分子疫学的手法（VNTR 解析）

結核は、他の感染症と比較して、感染してから発症するまでの潜伏期間が長く（約６か月から数十年）、また感染しても必ずしも発病するわけではありません。そのため、結核を減らすためには早期発見、適切な治療及び感染拡大の防止が重要となります。

結核菌株の遺伝子型別を調べる手法の一つが VNTR 解析です。この手法により地域の隠れた集団感染の発見、散発事例の確認、薬剤感受性の推定、そして患者が複数発生した事例における感染源、感染経路の解明といった感染防止対策への活用が期待されています。

5　エイズ・性感染症対策

第１　現状と課題

1　ＨＩＶ感染者・エイズ患者及び性感染症患者の発生動向

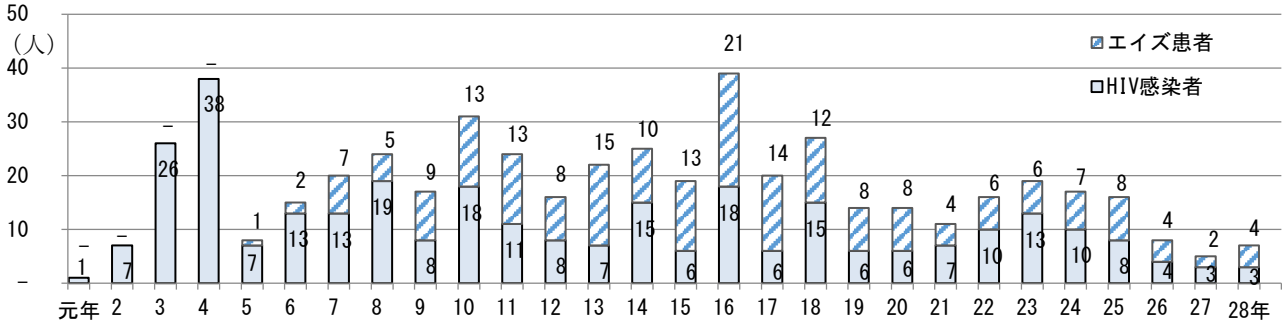
新規 HIV 感染者・エイズ患者報告数は、全国では近年横ばい傾向であるのに対し、長野県では 3 年連続で 10 人を下回り、平成 16 年（2004 年）をピークに減少傾向となっています。

累計届出数においては全国の中でも上位に位置しており、長野県の特徴として　①日本人男性の割合が高い　②40 歳代以上が約 6 割（全国平均は約 4 割）　③診断時に既にエイズが発症している『いきなりエイズ』の割合は約 5 割（全国平均は約 3 割）等が挙げられます。また、感染原因別にみると、全国では同性間の性的接触の割合が高いのに対し、長野県は異性間の性的接触の割合が高いことも特徴です。

性感染症については、梅毒が全国同様に、平成 27 年から急速に増加しており、今後の動向が懸念されます。

【表１】　長野県のＨＩＶ感染者・エイズ患者の届出数

（1）HIV 感染者及びエイズ患者届出数の推移



（長野県感染症発生動向調査）

（2）　感染原因別

原因別		累計（平成元年～平成28年） 男性	女性	合計
異性間の性的接触	HIV感染者	79 (72)	150 (17)	229 (89)
	エイズ患者	102 (91)	38 (10)	140 (101)
	合計	181 (163)	188 (27)	369 (190)
同性間の性的接触	HIV感染者	34 (32)	－ (－)	34 (32)
	エイズ患者	14 (12)	－ (－)	14 (12)
	合計	48 (44)	－ (－)	48 (44)
静注薬物乱用	HIV感染者	1 (－)	－ (－)	1 (－)
	エイズ患者	3 (3)	－ (－)	3 (3)
	合計	4 (3)	－ (－)	4 (3)
母子感染	HIV感染者	1 (－)	1 (1)	2 (1)
	エイズ患者	－ (－)	－ (－)	－ (－)
	合計	1 (－)	1 (1)	2 (1)
不明	HIV感染者	19 (11)	21 (5)	40 (16)
	エイズ患者	32 (19)	11 (2)	43 (21)
	合計	51 (30)	32 (7)	83 (37)
合計	HIV感染者	134 (115)	172 (23)	306 (138)
	エイズ患者	151 (125)	49 (12)	200 (137)
	合計	285 (240)	221 (35)	506 (275)

※（　）は日本人の数

（3）　年齢別

年齢区分		累計（平成元年～平成28年） 男性	女性	合計
20歳未満	HIV感染者	1 (－)	17 (2)	18 (2)
	エイズ患者	－ (－)	－ (－)	－ (－)
	合計	1 (－)	17 (2)	18 (2)
20～29歳	HIV感染者	31 (25)	105 (7)	136 (32)
	エイズ患者	9 (4)	15 (－)	24 (4)
	合計	40 (29)	120 (7)	160 (36)
30～39歳	HIV感染者	36 (27)	33 (4)	69 (31)
	エイズ患者	28 (20)	17 (5)	45 (25)
	合計	64 (47)	50 (9)	114 (56)
40～49歳	HIV感染者	39 (36)	10 (4)	49 (40)
	エイズ患者	45 (34)	11 (2)	56 (36)
	合計	84 (70)	21 (6)	105 (76)
50～59歳	HIV感染者	15 (15)	3 (3)	18 (18)
	エイズ患者	53 (51)	4 (3)	57 (54)
	合計	68 (66)	7 (6)	75 (72)
60歳～	HIV感染者	12 (12)	4 (3)	16 (15)
	エイズ患者	16 (16)	2 (2)	18 (18)
	合計	28 (28)	6 (5)	34 (33)
合計	HIV感染者	134 (115)	172 (23)	306 (138)
	エイズ患者	151 (125)	49 (12)	200 (137)
	合計	285 (240)	221 (35)	506 (275)

（保健・疾病対策課調べ）

【表２】ＨＩＶ感染者・エイズ患者の累計報告数　（昭和 60 年～平成 28 年累計）

順位	都道府県	累計
1	東京都	9,170
2	大阪府	3,220
3	神奈川県	1,891
4	愛知県	1,708
5	千葉県	1,339
6	埼玉県	883
7	茨城県	863
8	福岡県	788
9	兵庫県	635
10	静岡県	630
11	長野県	506

順位	都道府県	10万対※
1	東京都	67.3
2	大阪府	36.5
3	茨城県	29.7
4	長野県	24.2
5	沖縄県	23.5
5	愛知県	22.8
7	栃木県	22.6
8	千葉県	21.5
9	神奈川県	20.7
10	山梨県	19.9
11	群馬県	17.3

※ エイズ＋HIV感染者累計(人口10万人対)

（厚生労働省エイズ動向委員会資料及び保健・疾病対策課調べ）

【表3】 性感染症の推移(再掲)　（単位:人）

類型	感染症名	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年	H28 年
五類全数	梅毒	9	10	4	15	20
五類定点月報対象※	性器クラミジア感染症	317	365	297	267	241
	性器ヘルペスウイルス感染症	52	44	54	55	50
	尖圭コンジローマ	57	36	38	33	52
	淋菌感染症	62	77	50	26	18

※五類定点は指定届出機関（からの県内 14 か所）からの届出数　（保健・疾病対策課調べ）

2　ＨＩＶ・性感染症検査の受診状況

（1）保健所におけるＨＩＶ検査の実施

感染を知ることができる唯一の方法であるＨＩＶ検査については、平成元年（1989 年）から開始され、平成 18 年度（2006 年度）から県内全保健所に HIV 迅速検査を導入しました。しかし、平成 21 年（2009 年）以降、保健所での無料迅速検査・匿名相談の件数の減少傾向が続いています。

（2）エイズ治療拠点病院におけるＨＩＶ検査の実施

平成 18 年 10 月から、エイズ治療拠点病院において無料迅速検査を実施しています。

【表４】　保健所及びエイズ治療拠点病院におけるＨＩＶ・性感染症検査の状況　（単位：件）

区分			H21 年	H22 年	H23 年	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年	H28 年
エイズ	相談		3,633	2,797	2,645	2,681	2,632	2,250	2,057	2,224
	HIV 検査	保健所	2,503	2,059	2,070	2,071	1,971	1,743	1,506	1,481
		エイズ治療拠点病院	717	648	705	709	676	556	495	513
クラミジア（保健所のみ）			1,110	1,110	972	906	887	752	768	806
梅毒（保健所のみ）			2,124	1,782	1,773	1,794	1,737	1,586	1,380	1,395

※各年は暦年。長野市分も含む。相談件数は本庁における電話相談を含む。　（保健・疾病対策課調べ）

3　ＨＩＶ・エイズ治療体制の現状

ＨＩＶ感染者・エイズ患者が安心して医療を受けられる体制を整備するため、エイズ治療拠点病院として県内８病院を選定し、専門的なＨＩＶ治療を提供しています。

さらに、エイズ治療拠点病院と連携して高度な診療や研修事業を実施するため、県立信州医療センターをエイズ治療中核拠点病院に選定しています。現在（平成29年（2017年）7月時点）の選定状況は表５のとおりです。

【表５】　エイズ治療（中核）拠点病院

区　分	病　院　名	選定年月日
エイズ治療中核拠点病院	県立病院機構県立信州医療センター	H 19. 7.25
エイズ治療拠点病院	県立病院機構県立信州医療センター	H　7. 1.26
	信州大学医学部附属病院	H　7. 1.26
	国立病院機構まつもと医療センター松本病院	H　8. 7.16
	国立病院機構信州上田医療センター	H　8. 9. 2
	厚生連佐久総合病院	H　9. 3.25
	飯田市立病院	H　9. 3.25
	長野赤十字病院	H　9. 3.25
	諏訪赤十字病院	H 10. 3.31

4　普及啓発の実施状況

（１）重点啓発活動（街頭キャンペーン等）

年２回（各１週間）を普及啓発の重点期間と位置付け、各保健所が中心となり、街頭キャンペーン、夜間・休日の相談・検査などの普及啓発活動を実施しています。

○　エイズ予防ウィークin　NAGANO（6月）

○　世界エイズデー普及啓発週間（12月）

（２）出前講座

学校・企業等からの要請に応じて保健福祉事務所医師・保健師を派遣し、正しい知識の普及啓発を進めています。県独自の啓発カードやパンフレットを作成し、配布しています。

5　課題

（１）ＨＩＶ・エイズ

ア 早期発見

○ ＨＩＶ検査を通じて、ＨＩＶ感染者を早期に発見することが重要です。

○ 地域の実情を踏まえて、より効果的な普及啓発や教育、利便性の高い相談・検査の実施が必要です。

イ 医療体制

○ エイズ治療拠点病院については、国の方針を踏まえ、現在の数を維持することが必要です。

○ エイズ治療拠点病院の医療に加え、歯科を含む一般の医療機関における診療機能に応じた良質かつ適切な医療を提供する基盤づくりが重要です。

ウ 慢性疾患化に対する対応

○　医療と福祉サービスの連携が求められている一方で、医療・福祉の分野においても、いまだに誤解や偏見が存在しているため、引き続き、正しい知識の普及啓発、さらには長期化する療養に対応した、医療と福祉サービスの連携体制の構築が必要です。

○　ＨＩＶ感染者・エイズ患者に対する精神的なケアの提供が必要です。

（２）　性感染症

○　学校等との連携による若年層を対象とする予防教育の推進が必要です。

○　早期発見・早期治療につなげるため、利便性の高い相談・検査の実施が必要です。

第２　目指すべき方向と施策の展開

１　県民の取組として望まれること

○　ＨＩＶ・エイズについての正しい知識の習得

○　感染に不安がある場合の速やかな検査の受検

２　関係機関・団体の取組として望まれること

（１）医療機関

○　エイズ治療拠点病院のＨＩＶ迅速検査の推進

○　ＨＩＶ感染者・エイズ患者の早期の発見

（２）関係機関・団体

○　地域における医療又は福祉サービスの提供によるＨＩＶ感染者・エイズ患者への生活の支援

３　県の取組（施策の展開）

（１）ＨＩＶ・性感染症無料検査

○　検査普及による早期発見と感染拡大防止を図るため、ＨＩＶ迅速検査及び性感染症検査の利便性の向上と受診機会の拡大を推進します。

（２）ＨＩＶ・エイズ、性感染症に関する正しい知識の普及啓発

エイズ・性感染症の感染予防を図るため、次の取組を進めます。

○　広報啓発活動（重点啓発として、6月エイズ予防ウィーク（HIV検査普及週間）12月世界エイズデーにおける街頭キャンペーン等）を充実します。

○　教員を対象に指導研修会を開催するなど学校・教育委員会と連携を強化し、学校における指導の充実、正しい知識の普及啓発に取組みます。

○　保健所における出前講座を積極的に実施します。

第３　数値目標

１　県民の健康状態等

区分	指　標	現　状	目　標（2023 年）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
O	新たなHIV感染者･エイズ患者数	10.6 件／年（H24～28 平均値）	10.6 件未満／年	現状より減少させる	感染症発生動向調査

O	新規届出のうちエイズ患者の割合 （エイズ発症前感染者の早期発見）	47.1% （H24～28 平均値）	30.1% （H24～28 の全国平均値）	全国並みにまで低くする	保健・疾病対策課調査

2　県民の取組

区分	指　標	現　状 （2016 年）	目　標 （2023 年）	目標数値の考え方	備　考 （出典等）
P	感染予防･正しい知識の習得出前講座への参加	3,613 人／年度	3,613 人以上／年度	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調査
P	早期発見のためのＨＩＶ検査受診	保健所及び拠点病院検査件数　1,994 件／年	1,994 件以上／年	現状以上を目指す	

3　関係機関・団体の取組

区分	指　標	現　状	目　標	目標数値の考え方	備　考 （出典等）
P	医療機関の診療におけるＨＩＶ検査の件数	7,051 件／半年 （2016 年）	7,051 件以上／半年 （2023 年）	現状以上を目指す	エイズ診療実態調査
P	無料でＨＩＶ検査を行う拠点病院数	８か所 （2016 年度）	８か所 （2023 年度）	現状を維持する	保健・疾病対策課調査

4　県の取組（施策の展開）

区分	指　標	現　状 （2016 年度）	目　標 （2023 年度）	目標数値の考え方	備　考 （出典等）
P	エイズ治療拠点病院との連携 治療拠点病院連絡会の開催	３回	３回	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
P	検査・相談の実施 保健所におけるＨＩＶ迅速検査の実施回数合計	平日　546 回 夜間・休日 139 回	平日　550 回以上 夜間・休日 140 回以上	現状より増加させる	
P	感染予防･正しい知識の普及啓発出前講座の実施回数	32 回	32 回以上	現状以上を目指す	

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
　　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

近年の梅毒の増加について

梅毒とは、梅毒トレポネーマという病原体による感染症であり、世界中に広く分布している疾患です。治療薬（ペニシリン）が開発され発生は激減しましたが、各国で幾度か再流行がみられています。

日本では、年間約 500 件～900 件で推移してきたところ、平成 25 年（2013 年）ごろから急増し、平成 28 年（2016 年）には 4,518 件の届出がありました。長野県内でも、年間に 10 件以下だった届出数が、平成 27 年（2015 年）15 件、平成 28 年（2016 年）20 件と急増しており、特に女性は 20 歳代、男性は 30～50 歳代に多い状況です。

梅毒の感染が妊娠時期と重なると母子感染を引き起こし、流産や早産の危険性や出生後も子どもに障害が残ったり死亡する例もあるため注意が必要です。

梅毒は、性的な接触（病原体と粘膜や皮膚との直接接触）などにより感染するため、コンドームの適切な使用により感染のリスクを減らすことができます。また、検査が遅れたり、治療せず放置してしまうと重大な合併症を引き起こす可能性があるため、早期発見・早期治療が重要です。

6　予防接種

第１　現状と課題

感染症を予防し発生を防ぐためには、①感染源対策、②感染経路対策、③感受性対策（感染を受ける可能性のある者への対策）が必要であり、予防接種は主として③感受性対策を受け持つ重要なものです。

そのため、県、市町村及び医療機関等の関係機関は、ワクチンの有効性及び安全性の評価に関する情報を十分に収集し、正しい知識の普及を進め、県民の理解を得つつ、積極的に予防接種を推進していきます。

1　定期予防接種の概要

（１）予防接種法

感染症の発生及び感染の拡大を防止するため、予防接種の種類や対象年齢等が予防接種法に規定されています。

（２）実施主体

定期の予防接種	市町村（A 類疾病・B 類疾病）
臨時の予防接種	都道府県又は市町村（政令指定）

（３）種類（平成 29 年（2017 年）7 月現在）

定期接種		
A 類疾病：定期 13 疾病、臨時 1 疾病（集団予防に重点、努力義務あり）		
	定期	ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻しん、風しん、日本脳炎、結核（BCG）、Hib 感染症、肺炎球菌感染症（小児がかかるものに限る）、ヒトパピローマウイルス感染症、水痘、B 型肝炎
	臨時	痘そう
B 類疾病　：2 疾病　（個人予防に重点、努力義務なし）		
	定期	インフルエンザ（65 歳以上及び 60～64 歳で心疾患等のある者） 肺炎球菌感染症（65 歳の者及び 60 歳以上 65 歳未満の者であって心疾患等のある者 ※平成 26～30 年度については年度内に 65、70、75、80、85、90、95、100 になる者）

2　定期予防接種の対象疾患の発生動向

【表１】定期予防接種の対象疾患の発生動向（再掲）　　**（単位：人）**

類型	感染症名	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年	H28 年
二類	急性灰白髄炎（ポリオ）	－	－	－	－	－
	ジフテリア	－	－	－	－	－
	結核	203	197	170	177	166
	潜在性結核感染症	133	132	159	103	122
四類	日本脳炎	－	－	－	－	－
五類全数	侵襲性インフルエンザ菌感染症		－	2	3	3
	侵襲性肺炎球菌感染症		16	27	30	58

類型	感染症名	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年	H28 年
五類全数	先天性風しん症候群	－	－	－	－	－
	破傷風	4	4	4	4	5
	風しん	14	62	2	1	3
	麻しん	－	－	1	－	1
五類定点※	インフルエンザ	26,471	24,066	32,323	22,583	35,294
	百日咳	56	8	24	65	149

※五類定点は、指定届出機関（インフルンエンザ 87、小児科 54 機関）からの届出数　（感染症発生動向調査）

3　接種率

【表２】麻しん風しんワクチンの接種率

麻しんワクチン接種率		1期	2期
平成26年	長野県	93.7%	94.0%
	全国	96.4%	93.3%
平成27年	長野県	96.6%	93.5%
	全国	96.2%	92.9%
平成28年	長野県	97.5%	94.4%
	全国	97.2%	93.1%

風しんワクチン接種率		1期	2期
平成26年	長野県	93.7%	94.0%
	全国	96.4%	93.3%
平成27年	長野県	96.6%	93.5%
	全国	96.2%	92.9%
平成28年	長野県	97.5%	94.4%
	全国	97.2%	93.1%

（厚生労働省「麻しん風しんワクチン接種率全国集計結果」）

4　相互乗り入れ

他市町村にかかりつけ医がいる場合や出産等で他市町村に長期滞在する場合などであっても、安心して接種が受けられるよう、長野県医師会の協力により、住所地市町村以外に所在する医療機関においても接種が受けられる相互乗り入れの体制を整えています。

【表３】平成 29 年度（2017 年度）における相互乗り入れ実施市町村数及び接種協力医療機関数

ワクチン	四種混合	二種混合	MR（麻しん・風しん）	麻しん	風しん	日本脳炎	BCG（結核）	不活化ポリオ
実施市町村数	77	74	77	68	68	77	77	71
協力医療機関数	479	535	614	531	530	581	383	402

ワクチン	インフルエンザ	ヒトパピローマウイルス	小児用肺炎球菌	Hib	水痘	高齢者肺炎球菌	B 型肝炎
実施市町村数	70	69	77	76	77	75	77
協力医療機関数	1,040	387	470	469	554	930	484

※協力医療機関数：1,074 カ所　（保健・疾病対策課調べ）

5　公費助成対象以外の任意接種

上記１に該当する定期又は臨時以外の予防接種は、すべて予防接種法に基づかない接種（任意接種）です。接種に要する費用は、市町村によっては一部助成がある場合もありますが、基本的に接種を受ける者又はその保護者の自己負担となります。

主な任意接種
インフルエンザ（B 類の対象者を除く）、おたふくかぜ、A 型肝炎、ロタウイルス、黄熱、狂犬病、破傷風、髄膜炎菌　※その他定期接種対象ワクチンを政令で定められた年齢以外で接種する場合

6　間違い接種の防止

定期予防接種におけるワクチンの期限切れ、ワクチンの取り違え、接種対象者の誤り、接種間隔の誤りなど、市町村の集団接種又は医療機関の個別接種における間違い接種事例については、市町村から保健所を通じて保健・疾病対策課に報告されることとなっており、このうち誤った用法用量でのワクチン接種、有効期限切れのワクチン接種、血液感染を起こし得る接種などの重大な健康被害につながるおそれのある間違いについては、国に報告されています。

これらの間違い接種事例については、健康被害の発生につながる可能性がありますので、定期的に市町村に情報を還元するとともに、国作成のリーフレット等を配布し間違い接種の未然防止に努めています。

【表４】　平成 25～28 年度（2013～2016 年度）における間違い接種事例の件数　（単位：件）

件　数 ＼ 類　型	年　度　別　内　訳			
	H25	H26	H27	H28
接種ワクチンの誤り	12	7		3
接種間隔の誤り	39	59	44	53
期限切れワクチン	7	18	6	2
ワクチンの重複接種	9	16	17	15
接種対象外への接種	16	41	42	32
接種量の誤り	3	1	1	1
使用済みの注射器の使用(可能性を含む)		1	1	1
その他（方法誤り、管理不備、同意なし）				1
合　計	86	143	111	108

（保健・疾病対策課調べ）

7　普及啓発の実施状況

○　市町村への正確かつ迅速な情報提供

国から提供される様々な情報について、迅速に市町村へ提供し、必要に応じて担当者向けの説明会を開催しています。

○　任意接種を行う医療機関の情報提供

県のホームページにおいて、予防接種を受けられる場所、機関等についての情報を掲載し、県民への情報提供を行っています。

8　長野県立こども病院「予防接種センター」の取組

現在、県立病院機構長野県立こども病院において、予防接種に関する相談や重篤な基礎疾患がある等の理由で、他の医療機関から紹介された小児等の予防接種を行うため、平成 24 年（2012 年）10 月から、病院内に「予防接種センター」を設置しています。

9　課題

○　予防接種の効果とリスクの双方に関する正しい知識の普及が必要です。

○　県内の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継続強化することが必要です。

○　予防接種率の向上に努め、麻しんワクチン・風しんワクチンについては、95%以上の接種率を達成することが必要です。

○　間違い接種、特に重大な健康被害につながるおそれのある間違いを防ぐため、関係機関への啓発が必要です。

○　任意接種については、県及び市町村は、予防接種を受けられる場所、機関等についての情報を県民に積極的に提供することが必要です。
○　本県が予防接種センターに関する事業の実施主体となるよう検討していく必要があります。

第２　目指すべき方向と施策の展開

１　県民の取組として望まれること

○　予防接種の効果とリスクの双方に関する知識を持ち、必要なワクチンを接種

２　関係機関・団体の取組として望まれること

（１）市町村

○　関係機関との連携による適切かつ効率的な予防接種の実施、間違い接種の防止及び住民への情報提供等

（２）医療機関

○　適切かつ効率的な予防接種の実施と接種間違いの防止
○　被接種者や保護者等に対するワクチンの有効性及び安全性等に関する情報提供
○　医師会を通じての相互乗り入れ制度への積極的な協力

３　県の取組（施策の展開）

○　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。
○　必要に応じた説明会の開催などにより、市町村への迅速かつ正確な情報の提供に努めます。

第３　数値目標

１　県民の健康状態等

区分	指　標		現　状（2016 年）	目　標（2023 年）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
O	定期予防接種対象疾患の患者数	急性灰白髄炎(ﾎﾟﾘｵ)	0 人	0 人	現状を維持する	感染症発生動向調査
		ジフテリア	0 人	0 人	現状を維持する	
		日本脳炎	0 人	0 人	現状を維持する	
		侵襲性インフルエンザ菌感染症	3 人	3 人未満	現状より減少させる	
		侵襲性肺炎球菌感染症	58 人	58 人未満	現状より減少させる	
		先天性風しん症候群	0 人	0 人	現状を維持する	
		破傷風	5 人	5 人未満	現状より減少させる	
		風しん	3 人	3 人未満	現状より減少させる	
		麻しん	1 人	0 人	現状より減少させる	

2　関係機関・団体の取組

（1）医療機関

区分	指　標	現　状（2017 年度）	目　標（2023 年度）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
S	相互乗り入れ契約を結ぶ協力医療機関数	1,074	1,074 以上	現状以上を目指す	保健･疾病対策課調査

（2）市町村

区分	指　標		現　状（2016 年度）	目　標（2023 年度）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
S	相互乗り入れ契約を結ぶ市町村数		全市町村（2017 年度）	全市町村	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
P	定期予防接種における不適切接種事例数		108	108 未満	現状より減少させる	保健・疾病対策課調査
P	定期予防接種率	麻しん･風しんワクチン　1期	97.5%	95%以上	「麻しん及び風しんに関する特定感染症予防指針」による	表２参照
		麻しん･風しんワクチン　2期	94.4%			

3　県の取組（施策の展開）

区分	指　標	現　状（2016 年度）	目　標（2023 年度）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
P	予防接種後健康状況調査の実施	11 ワクチン（定期接種ワクチン全ての実施）	定期接種ワクチン全ての実施	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
P	市町村保健師等に対する予防接種説明会の開催	年１回	年１回以上	現状を維持する	保健・疾病対策課調査
S	ハイリスク児への予防接種を行う医療機関	県内１か所	県内１か所	現状を維持する	保健・疾病対策課調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
　　P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

子宮頸がん予防ワクチン

ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん予防）ワクチンについては、平成 22 年（2010 年）11 月から国の「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業」により接種が開始され、平成 25 年（2013 年）４月から予防接種法に基づく定期の予防接種となりました。しかし、ワクチンとの因果関係が否定できない副反応が明らかになり、国民に適切な情報が提供できるまでの間、定期接種を積極的に勧奨すべきではないとされ、厚生労働省により積極的な接種勧奨の一時差し控えが決定されました。

現在も積極的な接種勧奨の差し控えは継続されており、引き続き厚生労働省の検討部会において議論を進めていくとされていますが、定期接種 A 類としての位置づけには変化はなく、これまでどおり定期接種としてワクチン接種は可能となっています。

なお、ワクチン接種後の疼痛や運動障害を中心とする様々な症状を有する患者に対し、県内では信州大学医学部附属病院、佐久総合病院が協力医療機関として診療等に当たっています。また、県庁内（健康福祉部保健・疾病対策課、教育委員会保健厚生課）に相談窓口を設置しています。

7　ハンセン病患者に対する支援

第１　現状

1　法の変遷

「らい予防法」(旧法)の見直しが行われ、「らい予防法の廃止に関する法律」(平成８年法律第 28 号)が平成８年（1996 年）４月１日から施行されました。

平成 20 年（2008 年）６月 11 日には、ハンセン病療養所が施設を地域に開放し、福祉施設も併設できる「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律（ハンセン病問題基本法)」(平成 20 年法律第 82 号)が成立し、平成 21 年（2009 年）４月１日に施行されるとともに、「らい予防法の廃止に関する法律」は廃止されました。

2　長野県出身者の状況

ハンセン病療養所は、全国に 14 か所（国立 13 か所、私立 1 か所）あり、入所者は、平成 29 年（2017 年）5 月 1 日現在で 1,473 人、平均年齢は国立 85.3 歳　私立 88.8 歳です。

入所者のうち長野県出身者は、平成 29 年（2017 年）11 月末現在で 13 人、平均年齢は 90.3 歳です。

施設名（所在地）	栗生楽泉園（群馬県）	多磨全生園（東京都）	長島愛生園（岡山県）	合　計
入所者数	6	5	2	13

3　入所者援護の状況

本県出身のハンセン病療養所入所者の意向を踏まえながら、以下の事業を実施しています。

（１）社会交流（里帰り）事業

ハンセン病療養所入所者が社会との交流を深められるよう、栗生楽泉園（群馬県草津町）及び多磨全生園（東京都東村山市）を対象療養所として、里帰り（郷土訪問）を実施しています。

（２）療養所訪問事業

長野県を代表しハンセン病療養所に入所中の本県出身者を訪問し、入所者との交流を図るとともに、要望等をお聞きすることを目的とし、毎年、健康福祉部において、栗生楽泉園及び多磨全生園を訪問しています。

（３）正しい知識の普及・啓発事業

ハンセン病に対する正しい知識の普及に努め、患者及び回復者の福祉の増進を図ることを目的に、「らい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の日」である６月 22 日を中心に啓発及び募金活動を実施しています。

第２　施策の展開

○　「らい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の日」である６月22日を中心に、ハンセン病に対する正しい知識の普及啓発を行います。

○　療養所訪問事業及び社会交流（里帰り）事業による療養所入所者との交流を通じて、入所者が社会との関わりを深めます。

第8節　肝疾患対策（長野県肝炎対策推進計画）

肝炎ウイルス（B型肝炎、C型肝炎）に持続感染している国民が日本には210～280万人存在すると推計（2011年厚生労働省研究班）され、このことからウイルス性肝炎は国内最大の感染症といわれています。

Ｂ型及びＣ型のウイルス性肝炎は、自覚症状に乏しく、本人が気づかないうちに慢性肝炎から肝硬変、肝がんに進行するリスクの高い疾患です。最近では医学の進歩により、早期に医療機関で適切な治療を受けることで、肝硬変や肝がんへの進行を防ぐことができ、またＣ型肝炎については、投薬のみで完治することが可能となってきました。

肝疾患対策の推進に当たっては、県民がウイルス性肝炎に関する正しい知識を持ち、感染が疑われる場合には速やかに検査を実施する体制と、適切に治療が受けられるための体制の整備を促進するとともに、治療にかかる経済的負担を軽減するための施策の継続が求められます。

なお、本節における肝疾患対策は、肝炎対策基本法［平成21年（2009年）法律第97号］第4条（地方公共団体の責務）及び肝炎対策の推進に関する基本的な指針［平成28年（2016年）6月厚生労働省策定］に基づく、「長野県肝炎対策推進計画」として位置づけます。

肝炎の予防及び肝炎医療の推進の基本的な方向

１　基本的な考え方

肝炎対策は、肝炎患者等が生活する中で関わる全ての者が肝炎に対する理解を深め、これらの者の協力の下、肝炎患者等が安心して生活できる環境づくりに取り組むことが必要です。

また、肝炎患者等を含めた県民の視点に立ち、県民の理解及び協力を得て、肝炎患者等を含む関係者が連携して対策を進めることが重要です。

２　肝炎ウイルス検査の更なる促進

肝炎ウイルスの感染経路は様々であり、個々人が肝炎ウイルスに感染した可能性があるか否かを一概に判断することは困難であることから、全ての県民が、少なくとも１回は肝炎ウイルス検査を受検する必要があると考えられます。特に、肝炎ウイルス検査を受けたことがない人が、自らの健康や生命に関わる問題であることを認識し、できる限り早期に受検するとともに、その結果を認識し、検査結果に応じた受診等の行動につながるようにすることが重要です。

３　適切な肝炎医療の推進

肝炎患者等の健康保持のためには、医療機関は個々の状況に応じた適切な肝炎医療を提供することが重要です。

医療機関において治療方針の決定を受けた肝炎患者等は、継続して適切な治療を受けることが必要なことから、肝疾患診療連携拠点病院が中心となって、専門医療機関等の治療水準の向上、かかりつけ医を含む地域の医療機関との連携の強化等を図る必要があります。

また、引き続き治療にかかる経済的支援に取り組む必要があります。

４　肝炎に関する正しい知識の更なる普及啓発

県民一人ひとりが感染によるリスクを自覚した対応を図るよう、肝炎についての正しい知識を持つための更なる普及啓発に取り組む必要があります。

さらに、肝炎患者等に対する不当な差別を解消し、感染経路についての知識不足による新たな感染を予

防するためにも、正しい知識を普及し、これにより肝炎患者等に関わる者が適切な対応を行うことができるようにすることが必要です。

5　肝炎患者等及びその家族等への相談支援や情報提供の充実

肝炎患者等及びその家族等を含む県民の視点に立った分かりやすい情報提供について、引き続き取組を推進する必要があります。

第１　現状と課題

1　肝疾患による死亡率等の動向

本県における肝疾患による年齢調整死亡率は、表１のとおりです。

全国順位については、平成 27 年（2015 年）に、男性は 10 位以内から 34 位に順位を下げ、女性は男性とは逆に 23 位から５位に順位を上げています。

【表１】　肝疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対）の推移

区分 / 内容		男性				女性			
		H12	H17	H22	H27	H12	H17	H22	H27
年齢調整死亡率（人口 10 万対）	全国	14.0	12.6	11.2	9.8	4.4	4.2	3.8	3.5
	長野県	8.2	10.1	8.5	10.2	2.8	3.3	3.5	2.6
	全国順位（低率順）	２位	10 位	６位	34 位	３位	10 位	23 位	５位

（人口動態統計）

2　ウイルス肝炎検査の受診状況

（１）市町村が行う健康診断におけるウイルス肝炎検査の実施

市町村が行う健康診断におけるウイルス肝炎検査は、平成 14 年度（2002 年度）から老人保健事業（国庫補助）として開始され、平成 20 年度（2008 年度）以降は健康増進事業（国庫補助）として実施しています。

（２）保健所におけるウイルス肝炎検査の実施

保健所における有料検査は昭和 58 年度（1983 年度）にＢ型肝炎検査、平成 12 年度（2000 年度）にＣ型肝炎検査が開始され、平成 18 年度（2006 年度）からは国庫補助導入により無料化しています。

平成 26 年度（2014 年度）は、Ｃ型肝炎の新たな治療法であるインターフェロンフリー治療が保険適用になった影響等により、検査件数が増加しましたが、その後は大幅に減少しています。

【表２】　ウイルス肝炎検査の実施状況（過去５年）

区分＼年度			H24	H25	H26	H27	H28
市町村が行う健康診断							
	Ｂ型受診者（人）		19,651	20,423	21,361	20,312	14,344
		うち陽性者（人）	119	71	71	84	67
		陽性者の割合（%）	0.6	0.3	0.3	0.4	0.5
	Ｃ型受診者（人）		19,459	19,884	20,958	19,787	14,195
		うち陽性者（人）	98	84	54	26	23
		陽性者の割合（%）	0.5	0.4	0.3	0.1	0.2
保健所実施分							
	Ｂ型受診者（人）		79	85	204	78	66
		うち陽性者（人）	1	0	0	0	0
		陽性者の割合（%）	1.3	0	0	0	0
	Ｃ型受診者（人）		75	81	201	78	63
		うち陽性者（人）	0	1	0	1	1
		陽性者の割合（%）	0	1.2	0	1.3	1.6

（健康増進課、保健・疾病対策課調べ）

３　急性のウイルス肝炎患者の発生動向

長野県の「急性」ウイルス肝炎患者は、型別の発生動向調査が開始された平成 16 年（2004 年）以降、表３の通りとなっており、年により発生数に差がみられます。

【表３】　感染症発生動向（調査開始時点（H16）以降）　（全数届出）　（単位：人）

区分＼年		H 16	H 17	H 18	H 19	H 20	H 21	H 22	H 23	H 24	H 25	H 26	H 27	H 28
県	急性のＡ型肝炎	6	3	3	2	1	－	6	2	2	4	8	4	2
	急性のＢ型肝炎	2	1	7	4	3	－	1	8	3	7	3	5	9
	急性のＣ型肝炎	－	2	－	2	2	－	1	－	1	－	－	－	－
	急性のＥ型肝炎	3	1	3	2	1	－	－	－	4	5	4	1	3
	上記以外(不明含む)	－	－	1	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
	小計	11	7	14	10	7	－	8	10	10	16	15	10	14

（保健・疾病対策課調べ）

※感染症発生動向調査におけるウイルス性肝炎の届出基準等

・Ａ型肝炎：臨床的特徴（発熱、全身倦怠感、食欲不振で、黄疸、肝腫大などの肝症状が認められる）を有する者で、Ａ型肝炎患者と診断した場合

・Ｂ型及びＣ型肝炎：臨床的特徴（全身倦怠感、感冒様症状、食欲不振、悪感、嘔吐等の症状で急性に発症し、褐色尿や黄疸を伴う）を有する者で、ウイルス性肝炎患者と診断した場合

・Ｅ型肝炎：臨床的特徴（発熱、全身倦怠感、食欲不振で、黄疸、肝腫大などの肝症状が認められる）を有する者で、Ｅ型肝炎患者と診断した場合

4　ウイルス肝炎医療費給付

本県では、昭和 56 年度（1981 年度）以降、国に先駆けてＢ型肝炎患者又はＣ型肝炎患者に対する医療費給付を行っています。平成 20 年度（2008 年度）に国による抗ウイルス療法（インターフェロン療法）に対する医療費給付事業が開始されましたが、引き続き抗ウイルス療法以外の治療に係る入院医療費の給付を本県単独事業として実施しています。

現在（平成 29 年（2017 年）11 月時点）の給付内容については表４、過去５年間の給付状況については表５のとおりです。

平成 27 年度（2015 年度）は、Ｃ型肝炎の新治療薬等の影響によりウイルス肝炎の医療費給付の受給者数が大幅に増加しましたが、翌年は減少しています。

【表４】　ウイルス肝炎医療費給付事業の給付対象

区分 / 治療法	入院	フィブリノゲン製剤等の使用を証明された者	通院	フィブリノゲン製剤等の使用を証明された者
抗ウイルス療法（ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ、ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ、核酸ｱﾅﾛｸﾞ）	◎	◎（一部○）	◎	◎
抗ウイルス療法以外の療法	○	○	―	○

（注）◎は国庫補助対象事業、○は県単独事業、―は対象外

【表５】　医療費給付に係る受給者数・公費負担額の推移（過去５年）　　（単位：人、千円）

年度 / 区分	Ｈ24	Ｈ25	Ｈ26	Ｈ27	Ｈ28
受給者数（年度末時点）	2,997	2,828	3,056	3,846	3,048
うち抗ウイルス療法	1,211	1,205	1,599	2,596	1,556
公費負担額（千円）	148,747	152,974	222,246	333,736	249,473

（保健・疾病対策課調べ）

5　肝疾患診療連携体制

ウイルス性肝炎患者に適切な治療を提供するため、県内１か所の肝疾患診療連携拠点病院、その他専門医療機関やかかりつけ医からなる長野県ウイルス肝炎診療ネットワーク体制（図１）を構築しています。

（１）肝疾患診療連携拠点病院

県内の肝疾患の診療ネットワークの中心的な役割を果たす医療機関として、平成 20 年（2008 年）10 月１日に国立大学法人信州大学医学部附属病院を指定し、併せて肝疾患診療相談センターを同病院内に設置しました。

（２）肝疾患診療相談センター

平成 20 年（2008 年）10 月１日に設置され、患者の方からの相談や、医療機関・医療関係者の方からの専門的な問い合わせに対応しています。

また、肝炎医療従事者を対象とした研修会や市民公開講座を毎年定期的に開催して最新情報を提供するとともに、一般住民に対する啓発活動を行っています。

（３）肝疾患に関する専門医療機関

長野県肝疾患診療連携拠点病院等連絡協議会の審査にもとづき、長野県ウイルス肝炎診療協議会が指定を行います。求められる役割及び要件は表６の通りです。

肝疾患診療相談センターのホームページに掲載されています。

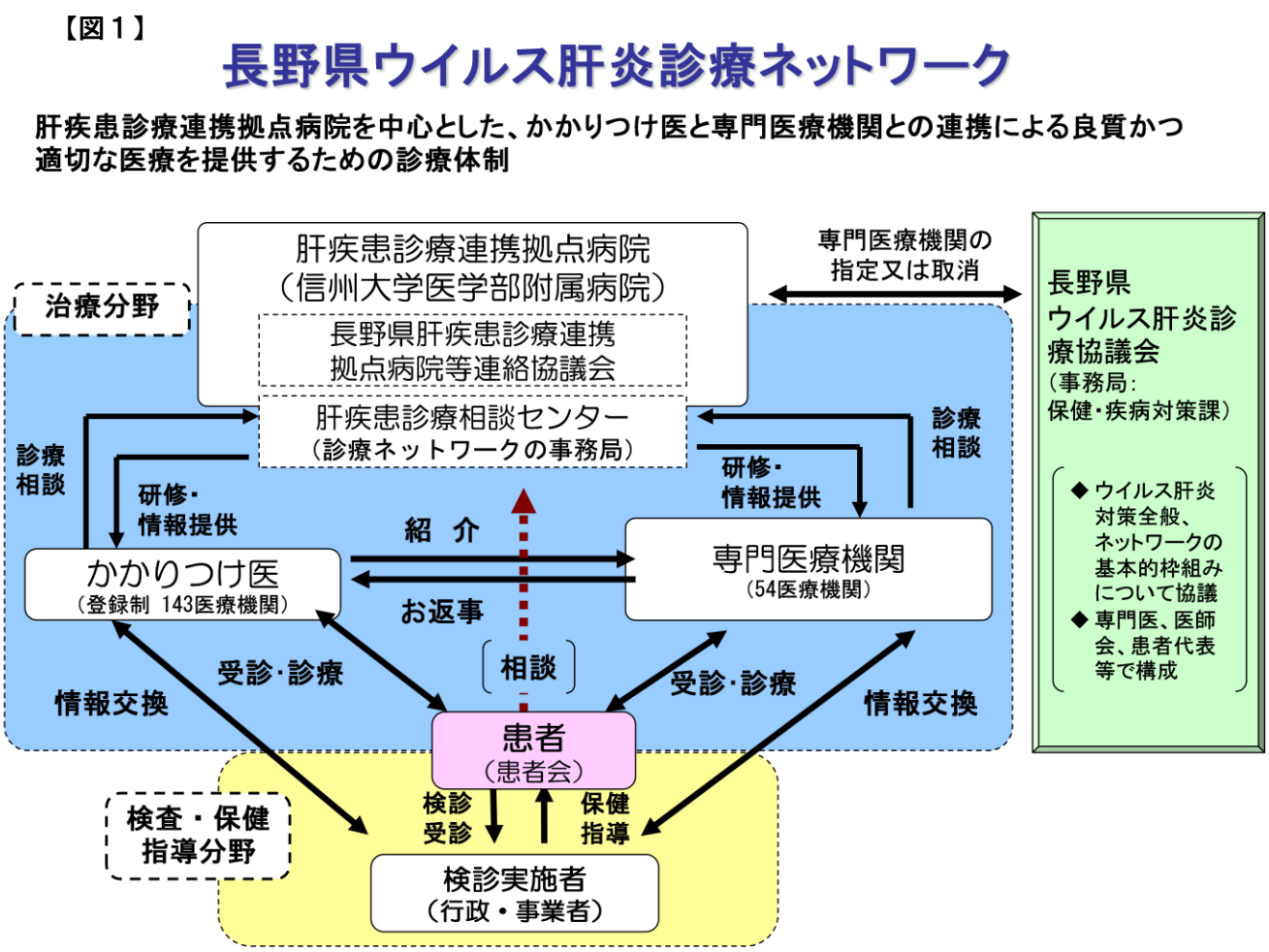
http://www.shinshu-liver.jp/network_list/#01

（４）肝疾患に関するかかりつけ医

ウイルス肝炎の患者を診療している医師からの届出により登録し、肝疾患診療相談センターのホームページに掲載しています。

http://www.shinshu-liver.jp/network_list/#02

【図１】



【表６】　ネットワークの構成員及び求められる役割及び要件

ネットワークの構成員	求められる役割及び要件（注）
肝疾患診療連携拠点病院 信州大学医学部附属病院 （肝疾患診療相談ｾﾝﾀｰ）	・肝炎医療に関する情報の提供。 ・県内の専門医療機関等に関する情報の収集や提供。 ・医療従事者を対象とした研修や情報提供の実施。 ・肝炎患者やその家族、地域住民等に対する講習会の開催や相談等による支援。 ・専門医療機関等との協議の実施。 ・肝がんに対する集学的治療が実施可能。
専門医療機関 二次医療圏（県下 10 圏域）に１か所以上設置	・肝疾患に関する専門的な知識を有する医師（日本肝臓学会又は日本消化器病学会の専門医、又はこれらの専門医と同等の知識を有すると認められる者）による、診断（活動期及び病期を含む）と治療方針の決定が行われていること。 ・肝炎患者の状態に応じた抗ウイルス療法を適切に選択及び実施し、治療後もフォローアップできること。 ・肝がんの高危険度群の同定と早期診断を適切に実施できること。 ・肝疾患に関する研修会等に積極的に参加できること。
かかりつけ医 県内全域の肝疾患を診療する医療機関	・患者にとって最も身近な存在。 ・内服処方・注射・定期的な検査等、日常的な処置を実施。 ・専門医療機関との診療連携。 ・肝疾患に関する研修会等への参加。

（注）求められる役割及び要件については、厚生労働省の「肝疾患に関する診療体制及び肝疾患患者に対する支援体制の整備について（平成 29 年（2017 年）３月 31 日付け健発 0331 第８号 厚生労働省健康局長通知）」をもとに作成

６　普及啓発等の状況

患者にとって身近な存在であるかかりつけ医に対して、「長野県ウイルス肝炎診療ネットワーク」への参加登録を進めていくために、信州大学医学部附属病院との共催により、肝炎医療従事者等研修会を開催し、肝炎治療に関する最新情報を提供しています。

また、肝臓週間(平成 29 年(2017 年)は7月 24 日から7月 30 日)に合わせ、肝炎ウイルス検査の受診促進に向けた広報等を行っています。

７　課題

ウイルス肝炎の患者・死亡者をさらに減少させるための課題として以下の点が挙げられます。

○　保健所や、市町村が行う健康診断におけるウイルス肝炎の検査の受診者を増やすような取組を強化する必要があります。

○　居住地域にかかわらず、肝炎検査及び肝炎治療を受けることができる体制の整備が求められています。

○　地域や職域において肝炎に対する正しい知識の普及や受検勧奨、検査後のフォローアップ等の支援を進める人材（肝炎医療コーディネーター）の養成を、市町村や肝疾患診療連携拠点病院等と連携して推進していく必要があります。

○　ウイルス肝炎医療費給付事業で、国の給付制度の対象外となる抗ウイルス療法以外の療法に対する給付（本県単独事業）を引き続き維持していく必要があります。

第２　目指すべき方向と施策の展開

１　県民の取組として望まれること

○　ウイルス肝炎検査の受診。

２　関係機関・団体の取組として望まれること

（１）医療機関

○　肝疾患専門医療機関の増加。
○　肝疾患のかかりつけ医の増加。
○　医療連携の充実（地域における肝疾患のかかりつけ医と非専門医との診療連携の向上）。

（２）市町村

○　肝炎ウイルスの検査の受診者の増加。
○　ウイルス肝炎検査の陽性者に対する受診勧奨、受診結果の確認。
○　妊婦に対するＢ型肝炎予防対策の継続。

（３）関係機関・団体

○　肝疾患診療相談センター等との連携。
○　職域の健康診断においてウイルス肝炎検査を実施する事業所の増加。

３　県の取組（施策の展開）

○　肝炎の知識や医療制度に係る広報・普及啓発を行います。
○　医療従事者等のハイリスク集団に対するＢ型肝炎ワクチンの有効性、安全性等に関する情報提供を行います。
○　保健所におけるウイルス肝炎検査を継続して実施するとともに、陽性者に対する受診勧奨、受診結果の確認を行います。
○　肝疾患診療連携体制の整備を促進します。
○　ウイルス肝炎医療費給付事業を継続します。また、国の給付制度の対象外となる抗ウイルス療法以外の療法に対する給付（本県単独事業）の維持に努めます。
○　肝炎医療コーディネーター制度の創設を検討します。

第３　数値目標

区分	指　標		現　状 （2017）	目　標 （2023）	目標数値の考え方	備　考 （出典等）
O	肝疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対）（男性）		10.2 （2015）	10.2 未満	現状より低下	厚生労働省「人口動態統計」
O	肝疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対）（女性）		2.6 （2015）	2.6 未満	現状より低下	
P	市町村の肝炎検査の受診者数	Ｂ型	14,344 人 （2016）	21,000 人	現状より増加	健康増進課調査
P		Ｃ型	14,195 人 （2016）	21,000 人	現状より増加	

区分	指　標		現　状 （2017）	目　標 （2023）	目標数値の考え方	備　考 （出典等）
S	ウイルス肝炎検査の実施市町村数		66 （2016）	66 以上	現状以上を目指す	健康増進課調査
S	ウイルス検査陽性者へのフォローアップ等を行う市町村数	受診勧奨	64 （2016）	64 以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調査
S		受診結果確認	48 （2016）	48 以上	現状以上を目指す	
P	保健所の無料検査の受診者数	B型	66 人 （2016）	100 人	現状より増加	保健・疾病対策課調査
P		C型	63 人 （2016）	100 人	現状より増加	
P	職域の健康診断におけるウイルス肝炎検査数	実施事業所数	1,539 （2016）	2,300	現状より増加	保健・疾病対策課調査
P		受診者数	35,674 人 （2016）	39,000 人	現状より増加	
S	肝炎専門医療機関の増加		54 （2016）	54 以上	現状以上を目指す	肝疾患診療相談センター調査
S	かかりつけ医の増加		143 （2016）	143 以上	現状以上を目指す	

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

B型肝炎ワクチン予防接種

平成 28 年（2016 年）10 月から予防接種法（昭和 23 年（1948 年）法律第 68 号）に基づく定期の予防接種に位置付けられ、平成 28 年（2016 年）４月１日以降に生まれた生後１歳に至るまでの乳児を対象にＢ型肝炎ワクチンの定期接種が実施されています。

ワクチンを接種することで、体の中にＢ型肝炎ウイルスへの免疫ができ、一過性の肝炎を予防できるだけでなく、キャリアになることを予防でき、まわりの人への感染も防ぐことができます。

第４　関連する分野

がん対策（第８編第１節）

第9節　難病対策

第１　現状

１　難病法に基づく難病の患者に対する施策の実施

○　難病対策は、昭和 47 年（1972 年）に策定された「難病対策要綱」に基づき実施されてきましたが、平成 27 年（2015 年）１月１日に難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号。以下、「難病法」という。）が施行されたことに伴い、現在は難病法に基づき、基本方針の策定、医療費助成（特定医療費助成事業）の実施、難病に関する調査及び研究、療養生活環境の整備を行っています。

２　難病の患者に対する医療費助成制度

○　難病法では、発病の機構が明らかでなく、治療方法が確立していない、希少な疾病であって、長期の療養を必要とする「難病」のうち、患者数が本邦において一定の人数に達しておらず、客観的な診断基準（又はそれに準ずるもの）が確立している疾病を「指定難病」と定義して、平成 27 年（2015 年）１月１日から医療費の助成（特定医療費助成事業）を行っています。

○　また、これに含まれない疾病に対する助成制度として、特定疾患治療研究事業、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業、長野県特定疾病医療費助成事業、遷延性意識障害者医療費給付事業等を実施しています。

【表１】難病の患者に対する医療費助成の概要（平成 29 年度）

事業名	医療費給付	対象疾病数
特定医療費助成事業	一部	330（別表 1）
特定疾患治療研究事業	全額公費負担	4
先天性血液凝固因子障害等治療研究事業※1	全額公費負担	1
長野県特定疾病医療費助成事業（県単独）	一部	2
遷延性意識障害者医療費給付事業（県単独）※2	一部	2

※1　先天的に血液凝固因子が欠乏している血友病等の疾患

※2　疾病または事故により 3 か月以上継続して意識障害等の状態にある者

３　各医療費助成の受給者数

○　本県の医療費助成の受給者数は、増加傾向にあります。

【表２】各医療費助成の受給者数の推移（各年度末）　　**（単位:人）**

区　分	平成 23 年	24 年	25 年	26 年	27 年	28 年
特定医療費	－	－	－	14,491	15,589	15,901
特定疾患治療研究	12,951	13,796	14,304	52	42	41
先天性血液凝固因子障害等	60	62	71	71	72	74
長野県特定疾病（県単）	53	65	69	65	61	56
遷延性意識障害（県単）	69	51	8	6	7	5

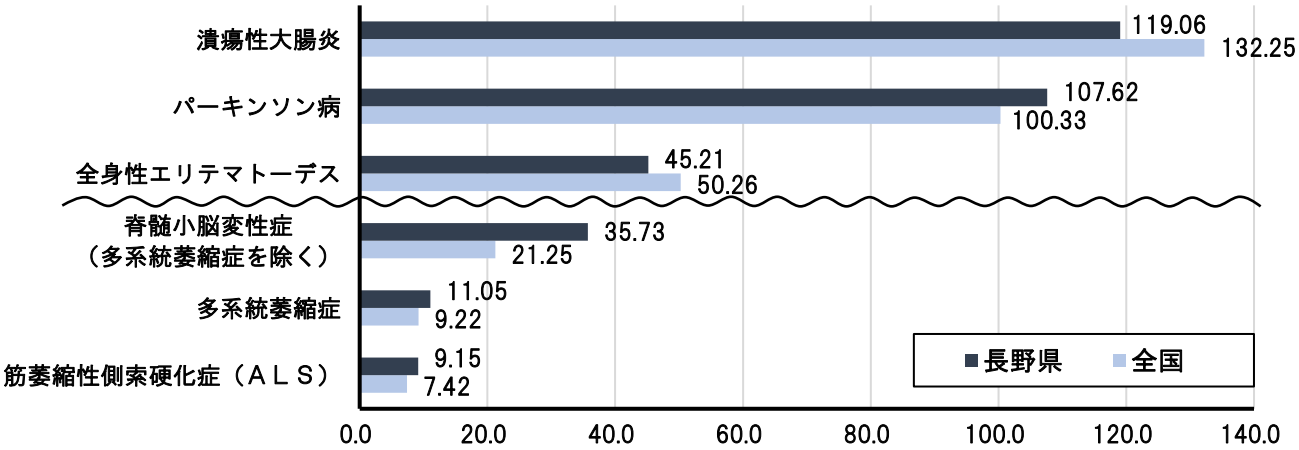
（保健・疾病対策課調べ）

4　主な難病の患者数

○　本県の主な難病の人口 10 万人当たりの患者数は、潰瘍性大腸炎やパーキンソン病等が多くなっています。

○　脊髄小脳変性症等の神経・筋疾患難病の人口 10 万人当たりの患者数は、全国と比べて多い状況です。

【図１】　主な難病患者数※（上位３疾患及び主な神経・筋疾患難病）（人口 10 万対比）（平成 28 年）



（総務省統計局「国勢調査」、保健・疾病対策課調べ）

※受給者数は平成 28 年度（2016 年度）末、人口は平成 27 年（2015 年）10 月の国勢調査の数値を用いて算定

5　主な保健福祉事業

（１）保健福祉事務所による相談会等の取組

○　難病患者等の療養上の不安の解消を図るため、難病に関する専門の医師、看護師、社会福祉士等による、疾患群別相談会や交流会を実施しています。

○　医療相談事業に参加できない要支援難病患者やその家族が抱える日常生活上及び療養上の悩みについて、個別の相談、指導、助言等を行うため、保健師による家庭訪問を実施しています。

【表３】保健福祉事務所による相談会等の取組

区　分	平成 25 年	26 年	27 年	28 年
難病相談会等開催数※(回)	62	56	62	78
難病相談会等参加者数(人)	976	767	1,633	1,562
家庭訪問実施延人数(人)	653	762	583	824

※難病医療相談会、患者・家族交流会、講演会、支援者向け研修会など　　（保健・疾病対策課調べ）

（２）難病相談支援センター

○　難病患者及びその家族の日常生活における相談・支援、地域交流活動の促進及び就労相談などを行うため、県が平成 19 年（2007 年）６月に設置しました。

○　信州大学医学部附属病院に委託し事業を実施しています。

概　要	
場　　所	長野県松本市旭２－１１－３０ 長野県松本旭町庁舎（信州大学医学部附属病院南側）
相談窓口	電　　話　０２６３－３４－６５８７　　ＦＡＸ　　０２６３－３４－６５８９ 電子メール　nanbyo@shinsyu-u.ac.jp
利用時間	月曜日～金曜日　　8:30～17:15
スタッフ	難病相談支援員（看護師２名）、医師(非常勤)、その他職員（事務職員）

【表４】難病相談支援センターの相談延件数　（単位：件）

	平成 24 年	25 年	26 年	27 年※	28 年
相談件数	1,832	1,771	1,883	2,519	3,337

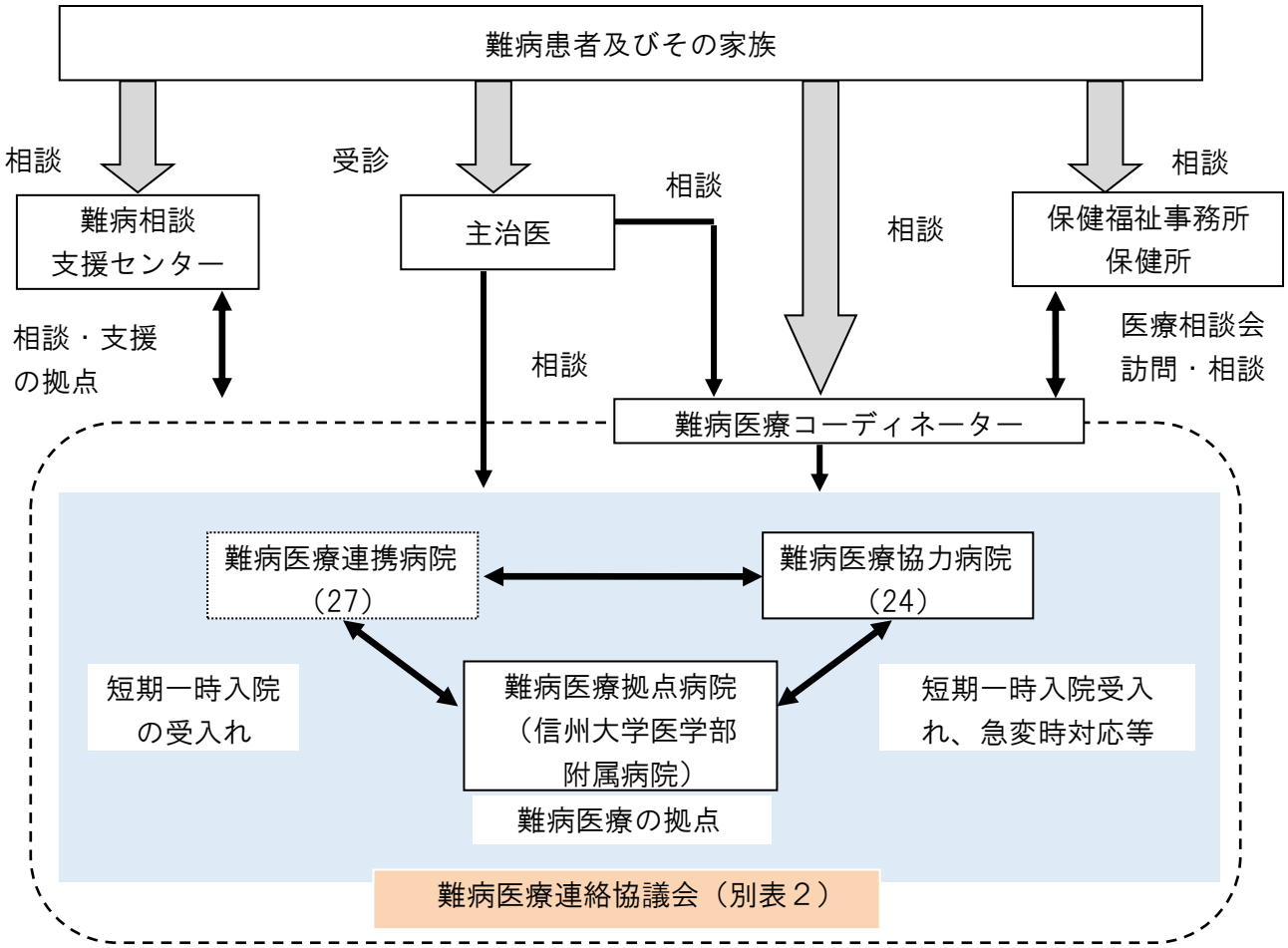
※平成 27 年度（2015 年度）から難病相談支援員２名体制　（保健・疾病対策課調べ）

（３）難病医療ネットワーク推進事業

○　重症難病患者が入院治療を必要とした場合、適時適切に入院施設を確保するため、難病医療コーディネーターを配置するとともに、難病医療拠点病院（信州大学医学部附属病院）、協力病院※1 及び連携病院※2 によるネットワークを構築し、入院等に関する相談等に対応しています。

○　県が平成 21 年（2009 年）6 月から信州大学医学部附属病院に委託して事業を実施しています。

【図２】難病医療ネットワーク事業体系図



【表５】難病医療ネットワーク事業参加医療機関の入院受入れ実績　（単位：件）

区　分	平成 26 年	27 年	28 年
実人数	168	131	191
受入延回数	413	415	587

（保健・疾病対策課調べ）

※１　協力病院：短期一時入院の受入れを行い、連携病院が受入れている難病患者について、必要に応じて急変時の受入れを行う病院

※２　連携病院：拠点病院や協力病院、その他の連携病院等からの要請に応じて、難病患者の短期一時入院の受入れを行う病院

第２　課題

○　難病患者においては、療養生活が長期間にわたるため、病気に対する不安や経済的負担が大きいと考えられます。
○　神経・筋疾患の患者が全国に比べて多く、医療機関、地域支援者等と連携し、地域で難病患者を支える体制の整備が求められています。
○　人工呼吸器使用など在宅の重症難病患者の災害時の支援についての準備が必要となります。
○　難病患者のニーズに適切に応えられるよう、地域支援者への難病に関する知識及び技術を習得する機会の提供が必要です。

第３　目指すべき方向と施策の展開

1　目指すべき方向

○　難病患者及び家族が、地域の中で安定した在宅療養生活が可能となる体制の構築を目指します。

2　関係機関・団体の取組として望まれること

○　レスパイト入院（短期一時入院）への協力。
○　支援者の増加及び質の向上。
○　主に市町村において、重症難病患者(人工呼吸器装着者)に対する災害時支援計画の検討。

3　県の取組（施策の展開）

（1）特定疾患医療給付制度の継続

○　特定疾患医療給付制度等により医療費の自己負担の軽減を図ります。

（2）相談支援体制、在宅療養の充実

ア　難病相談支援センターにおける取組

○　療養、日常生活、就労等の各種相談や患者会等活動への支援、医療機関をはじめとした地域の関係機関との連絡調整などを通じて、地域における患者支援を推進します。

イ　保健福祉事務所における取組

○　「難病対策地域協議会（仮称)」を設置するとともに、難病相談会、地域の支援者の交流、研修会を開催します。
○　筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者等療養支援マニュアルを活用し、地域支援者と連携患者支援を推進します。
○　市町村等と連携して、重症難病患者(人工呼吸器装着者)に対する災害時支援計画の検討、確認を行います。

ウ　本庁（保健・疾病対策課）における取組

○　医療・福祉関係者や患者・家族等を含めた「長野県難病対策地域協議会（仮称)」を設置するとともに、各地域における課題の把握や県全体の難病患者の支援体制の検討を行います。
○　難病患者等ホームヘルパー養成研修を実施します。

（3）難病医療ネットワーク事業の推進

○　難病医療ネットワーク事業を推進し、スムーズな入退院の調整を行います。

第４　数値目標

１　関係機関・団体の取組

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	短期一時入院の受入延回数	587 件（2016）	587 件以上	現状以上を目指す。	保健・疾病対策課調べ
P	難病患者等ヘルパー養成研修受講者数（累計）	1,287 人（2016）	1,587 人	50 人/年の受講を目指す。	保健・疾病対策課調べ

２　県の取組(施策の展開)

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
O	難病相談支援センターにおける相談 ・総計 ・就労に係るもの ・患者会支援に係るもの	 3,337 件 491 件 418 件（2016）	 3,337 件 491 件 418 件	現在の水準を維持する。	難病相談支援センター調べ
O	難病医療ネットワーク推進事業 難病医療連絡協議会の開催 地域会議の開催	1 回 5 か所	1 回 5 か所	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
P	難病患者等ヘルパー養成研修の開催	年 1 回 2 会場	年 1 回 2 会場	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
P	保健福祉事務所での難病相談会等の開催	80 回（2016）	80 回	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調べ
P	ALS 患者療養支援マニュアルの作成	第 2 版作成（2016）	必要により改訂	現状より向上させる。	保健・疾病対策課調べ
P	保健福祉事務所等における重症難病患者災害時の支援計画作成	70 件（2016）	70 件	必要に応じて実施する。	保健・疾病対策課調べ

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　関連する分野

在宅医療（第７編第３章第６節）

別表１

○指定難病一覧（平成29年４月１日現在）

番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症
2	筋萎縮性側索硬化症
3	脊髄性筋萎縮症
4	原発性側索硬化症
5	進行性核上性麻痺
6	パーキンソン病
7	大脳皮質基底核変性症
8	ハンチントン病
9	神経有棘赤血球症
10	シャルコー・マリー・トゥース病
11	重症筋無力症
12	先天性筋無力症候群
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー
15	封入体筋炎
16	クロウ・深瀬症候群
17	多系統萎縮症
18	脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く。）
19	ライソゾーム病
20	副腎白質ジストロフィー
21	ミトコンドリア病
22	モヤモヤ病
23	プリオン病
24	亜急性硬化性全脳炎
25	進行性多巣性白質脳症
26	HTLV-1関連脊髄症
27	特発性基底核石灰化症
28	全身性アミロイドーシス
29	ウルリッヒ病
30	遠位型ミオパチー
31	ベスレムミオパチー
32	自己貪食空胞性ミオパチー
33	シュワルツ・ヤンペル症候群
34	神経線維腫症
35	天疱瘡
36	表皮水疱症
37	膿胞性乾癬（汎発性）
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群
39	中毒性表皮壊死症
40	高安動脈炎
41	巨細胞性動脈炎
42	結節性多発動脈炎
43	顕微鏡的多発血管炎
44	多発血管炎性肉芽腫症
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
46	悪性関節リウマチ
47	バージャー病
48	原発性抗リン脂質抗体症候群
49	全身性エリテマトーデス
50	皮膚筋炎／多発性筋炎
51	全身性強皮症
52	混合性結合組織病
53	シェーグレン症候群
54	成人スチル病
55	再発性多発軟骨炎
56	ベーチェット病

番号	病名
57	特発性拡張型心筋症
58	肥大型心筋症
59	拘束型心筋症
60	再生不良性貧血
61	自己免疫性溶血性貧血
62	発作性夜間ヘモグロビン尿症
63	特発性血小板減少性紫斑病
64	血栓性血小板減少性紫斑病
65	原発性免疫不全症候群
66	IgA腎症
67	多発性嚢胞腎
68	黄色靭帯骨化症
69	後縦靭帯骨化症
70	広範脊柱管狭窄症
71	特発性大腿骨頭壊死症
72	下垂体性 ADH分泌異常症
73	下垂体性 TSH分泌亢進症
74	下垂体性 PRL分泌亢進症
75	クッシング病
76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
78	下垂体前葉機能低下症
79	家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）
80	甲状腺ホルモン不応症
81	先天性副腎皮質酵素欠損症
82	先天性副腎低形成症
83	アジソン病
84	サルコイドーシス
85	特発性間質性肺炎
86	肺動脈性肺高血圧症
87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
88	慢性血栓塞栓性肺高血圧症
89	リンパ脈管筋腫症
90	網膜色素変性症
91	バッド・キアリ症候群
92	特発性門脈圧亢進症
93	原発性胆汁性胆管炎
94	原発性硬化性胆管炎
95	自己免疫性肝炎
96	クローン病
97	潰瘍性大腸炎
98	好酸球性消化管疾患
99	慢性特発性偽性腸閉塞症
100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
101	腸管神経節細胞僅少症
102	ルビンシュタイン・テイビ症候群
103	CFC症候群
104	コステロ症候群
105	チャージ症候群
106	クリオピリン関連周期熱症候群
107	全身型若年性特発性関節炎
108	TNF受容体関連周期性症候群
109	非典型溶血性尿毒症症候群
110	ブラウ症候群
111	先天性ミオパチー
112	マリネスコ・シェーグレン症候群

番号	病名
113	筋ジストロフィー
114	非ジストロフィー性ミオトニー症候群
115	遺伝性周期性四肢麻痺
116	アトピー性脊髄炎
117	脊髄空洞症
118	脊髄髄膜瘤
119	アイザックス症候群
120	遺伝性ジストニア
121	神経フェリチン症
122	脳表ヘモジデリン沈着症
123	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症
124	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
125	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
126	ペリー症候群
127	前頭側頭葉変性症
128	ビッカースタッフ脳幹脳炎
129	痙攣重積型（二相性）急性脳症
130	先天性無痛無汗症
131	アレキサンダー病
132	先天性核上性球麻痺
133	メビウス症候群
134	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群
135	アイカルディ症候群
136	片側巨脳症
137	限局性皮質異形成
138	神経細胞移動異常症
139	先天性大脳白質形成不全症
140	ドラベ症候群
141	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん
142	ミオクロニー欠神てんかん
143	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん
144	レノックス・ガストー症候群
145	ウエスト症候群
146	大田原症候群
147	早期ミオクロニー脳症
148	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
149	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群
150	環状20番染色体症候群
151	ラスムッセン脳炎
152	PCDH19関連症候群
153	難治頻回部分発作重積型急性脳炎
154	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症
155	ランドウ・クレフナー症候群
156	レット症候群
157	スタージ・ウェーバー症候群
158	結節性硬化症
159	色素性乾皮症
160	先天性魚鱗癬
161	家族性良性慢性天疱瘡
162	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）
163	特発性後天性全身性無汗症
164	眼皮膚白皮症
165	肥厚性皮膚骨膜症
166	弾性線維性仮性黄色腫
167	マルファン症候群
168	エーラス・ダンロス症候群

番号	病名
169	メンケス病
170	オクシピタル・ホーン症候群
171	ウィルソン病
172	低ホスファターゼ症
173	VATER症候群
174	那須・ハコラ病
175	ウィーバー症候群
176	コフィン・ローリー症候群
177	有馬症候群
178	モワット・ウィルソン症候群
179	ウィリアムズ症候群
180	ATR－X症候群
181	クルーゾン症候群
182	アペール症候群
183	ファイファー症候群
184	アントレー・ビクスラー症候群
185	コフィン・シリス症候群
186	ロスムンド・トムソン症候群
187	歌舞伎症候群
188	多脾症候群
189	無脾症候群
190	鰓耳腎症候群
191	ウェルナー症候群
192	コケイン症候群
193	プラダー・ウィリ症候群
194	ソトス症候群
195	ヌーナン症候群
196	ヤング・シンプソン症候群
197	1p36欠失症候群
198	4p欠失症候群
199	5p欠失症候群
200	第14番染色体父親性ダイソミー症候群
201	アンジェルマン症候群
202	スミス・マギニス症候群
203	22q11.2欠失症候群
204	エマヌエル症候群
205	脆弱X症候群関連疾患
206	脆弱X症候群
207	総動脈幹遺残症
208	修正大血管転位症
209	完全大血管転位症
210	単心室症
211	左心低形成症候群
212	三尖弁閉鎖症
213	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
215	ファロー四徴症
216	両大血管右室起始症
217	エプスタイン病
218	アルポート症候群
219	ギャロウェイ・モワト症候群
220	急速進行性糸球体腎炎
221	抗糸球体基底膜腎炎
222	一次性ネフローゼ症候群
223	一次性膜性増殖性糸球体腎炎
224	紫斑病性腎炎

番号	病名
225	先天性腎性尿崩症
226	間質性膀胱炎（ハンナ型）
227	オスラー病
228	閉塞性細気管支炎
229	肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）
230	肺胞低換気症候群
231	α１－アンチトリプシン欠乏症
232	カーニー複合
233	ウォルフラム症候群
234	ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）
235	副甲状腺機能低下症
236	偽性副甲状腺機能低下症
237	副腎皮質刺激ホルモン不応症
238	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症
239	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症
240	フェニルケトン尿症
241	高チロシン血症1型
242	高チロシン血症2型
243	高チロシン血症3型
244	メープルシロップ尿症
245	プロピオン酸血症
246	メチルマロン酸血症
247	イソ吉草酸血症
248	グルコーストランスポーター1欠損症
249	グルタル酸血症1型
250	グルタル酸血症2型
251	尿素サイクル異常症
252	リジン尿性蛋白不耐症
253	先天性葉酸吸収不全
254	ポルフィリン症
255	複合カルボキシラーゼ欠損症
256	筋型糖原病
257	肝型糖原病
258	ガラクトース－１－リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症
259	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
260	シトステロール血症
261	タンジール病
262	原発性高カイロミクロン血症
263	脳腱黄色腫症
264	無β リポタンパク血症
265	脂肪萎縮症
266	家族性地中海熱
267	高IgD症候群
268	中條・西村症候群
269	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
270	慢性再発性多発性骨髄炎
271	強直性脊椎炎
272	進行性骨化性線維異形成症
273	肋骨異常を伴う先天性側弯症
274	骨形成不全症
275	タナトフォリック骨異形成症
276	軟骨無形成症
277	リンパ管腫症/ゴーハム病
278	巨大リンパ管奇形（頚部顔面病変）
279	巨大静脈奇形（頚部口腔咽頭びまん性病変）
280	巨大動静脈奇形（頚部顔面又は四肢病変）

番号	病名
281	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群
282	先天性赤血球形成異常性貧血
283	後天性赤芽球癆
284	ダイアモンド・ブラックファン貧血
285	ファンコニ貧血
286	遺伝性鉄芽球性貧血
287	エプスタイン症候群
288	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症
289	クロンカイト・カナダ症候群
290	非特異性多発性小腸潰瘍症
291	ヒルシュスプルング病（全結腸型又は小腸型）
292	総排泄腔外反症
293	総排泄腔遺残
294	先天性横隔膜ヘルニア
295	乳幼児肝巨大血管腫
296	胆道閉鎖症
297	アラジール症候群
298	遺伝性膵炎
299	嚢胞性線維症
300	IgG4関連疾患
301	黄斑ジストロフィー
302	レーベル遺伝性視神経症
303	アッシャー症候群
304	若年発症型両側性感音難聴
305	遅発性内リンパ水腫
306	好酸球性副鼻腔炎
307	カナバン病
308	進行性白質脳症
309	進行性ミオクローヌスてんかん
310	先天異常症候群
311	先天性三尖弁狭窄症
312	先天性僧帽弁狭窄症
313	先天性肺静脈狭窄症
314	左肺動脈右肺動脈起始症
315	ネイルパテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）／LMX1B関連腎症
316	カルニチン回路異常症
317	三頭酵素欠損症
318	シトリン欠損症
319	セピアプテリン還元酵素(SR)欠損症
320	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症
321	非ケトーシス型高グリシン血症
322	β －ケトチオラーゼ欠損症
323	芳香族L－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
324	メチルグルタコン酸尿症
325	遺伝性自己炎症疾患
326	大理石骨病
327	特発性血栓症(遺伝性血栓性素因によるものに限る。)
328	前眼部形成異常
329	無虹彩症
330	先天性気管狭窄症

別表２

難病医療連絡協議会　構成団体

平成 29 年 11 月現在

■拠点病院（事務局）

名　称
信州大学医学部附属病院（難病診療センター）

■協力病院　（24 病院）

医療圏	名　　称
佐久	ＪＡ長野厚生連　佐久総合病院
	ＪＡ長野厚生連 浅間南麓こもろ医療センター
	佐久市立国保　浅間総合病院
上小	国立病院機構　信州上田医療センター
	ＪＡ長野厚生連　鹿教湯病院
	ＪＡ長野厚生連　鹿教湯三才山病院
諏訪	ＪＡ長野厚生連　富士見高原病院
	諏訪赤十字病院
	諏訪湖畔病院
	岡谷市民病院
上伊那	伊那中央病院
飯伊	飯田市立病院
	健和会病院
木曽	県立木曽病院
松本	国立病院機構 まつもと医療センター　中信松本病院
	城西病院
	安曇野赤十字病院
大北	ＪＡ長野厚生連 北アルプス医療センター　あづみ病院
長野	県立総合ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ
	長野赤十字病院
	ＪＡ長野厚生連　長野松代総合病院
	長野市民病院
	県立信州医療センター
北信	ＪＡ長野厚生連　北信総合病院

■連携病院　（27 病院）

医療圏	名　　称
佐久	佐久穂町立千曲病院
	川西赤十字病院
	佐久総合病院　小海分院
上小	丸子中央病院
	東御市民病院
	国保依田窪病院
	上田病院
	塩田病院
	柳澤病院
上伊那	町立辰野病院
	上伊那医療生活協同組合　上伊那生協病院
	医療法人暁会　仁愛病院
	医療法人保健同人会　田中病院
	伊南行政組合　昭和伊南総合病院
	医療法人公仁会　前澤病院
	医療法人　斉藤診療所
大北	市立大町総合病院
松本	藤森病院
	医療法人心泉会上條記念病院
	社会医療法人抱生会丸の内病院
	松本市立病院
	一之瀬脳神経外科病院
	桔梗が原病院
長野	ＪＡ長野厚生連松代総合病院附属若穂病院
	医療法人公仁会轟病院
	国立病院機構東長野病院
	長野医療生活協同組合長野中央病院

第 10 節　CKD（慢性腎臓病）対策

第１　現状と課題

1　CKD（慢性腎臓病）の患者数

○　成人の８人に１人が CKD（慢性腎臓病）と推計されていますが、腎機能異常に気付いていない CKD（慢性腎臓病）患者が多数存在すると推測されます。

【表１】　全国及び長野県の患者推計数

区　分	CKD 患者	うち要治療者※1
全国	約 1,330 万人 （12.9%）	約 590 万人 （5.7%）
長野県※2	約 22 万人	約 10 万人

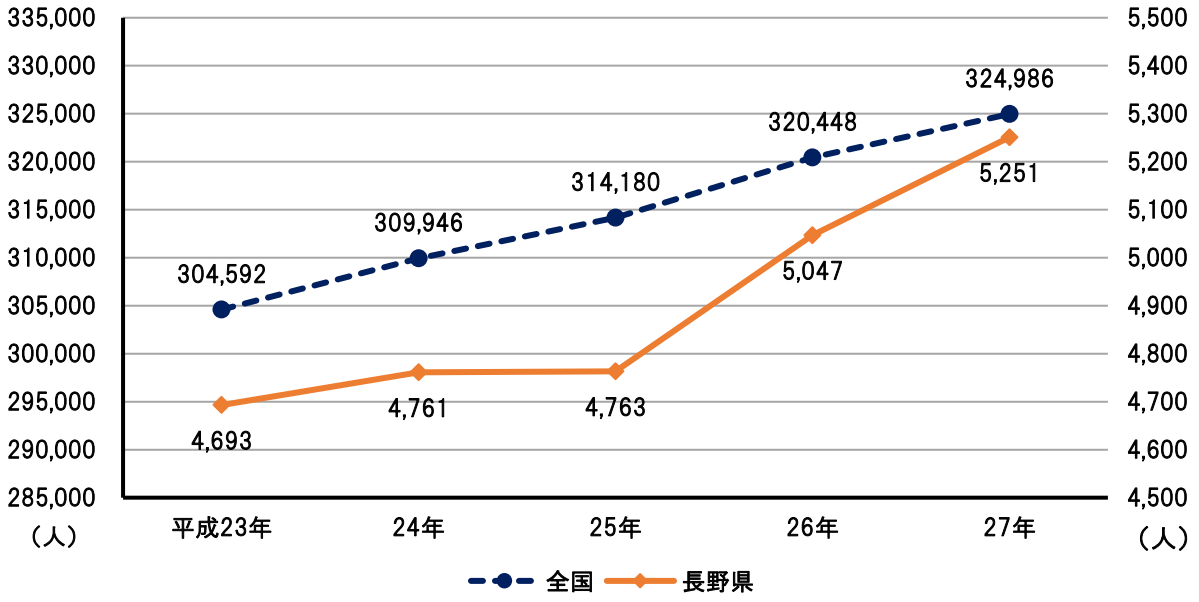
（日本腎臓学会　CKD 診療ガイド 2012 による推計値）

※１　タンパク尿が陽性または、GFR50mℓ/分/1.73 ㎡未満
※２　長野県の患者及び要治療者（全国の値を基に、長野県毎月人口異動調査 H29.4.1 による 20 歳以上人口 1,711,838 人から推計　）

2　慢性人工透析の患者数と原疾患

○　慢性人工透析患者数は本県、全国で増加傾向にあります。
○　透析導入の原疾患としては糖尿病性腎症が最も多くなっています。
○　透析導入患者の高齢化を反映し、腎硬化症が増加傾向にあります。
○　透析導入患者数の減少のためには、糖尿病の重症化予防と一体的に取り組む必要があります。

【図１】　慢性人工透析患者数の推移



（日本透析医学会　図説「わが国の慢性透析療法の現況」）

【表２】　長野県の人工透析患者について　（単位：人）

区分			平成 23 年	24 年	25 年	26 年	27 年
長野県	透析治療患者数		4,693	4,761	4,763	5,047	5,251
長野県	新規透析導入患者のうち原疾患に記入があった患者数		596	567	514	595	545
長野県	新規透析導入患者のうち糖尿病性腎症の患者数		231	251	214	236	219
全国	透析治療患者数		304,592	309,946	314,180	320,448	324,986
全国	原疾患割合	糖尿病性腎症　（%）	44.3	44.2	43.8	43.5	43.7
全国	原疾患割合	慢性糸球体腎炎（%）	20.2	19.4	18.8	17.8	16.9
全国	原疾患割合	腎硬化症　（%）	11.8	12.3	13.1	14.2	14.2

（厚生労働省「人口動態統計」）、（日本透析医学会　図説「わが国の慢性透析療法の現況」）

人工透析と医療費

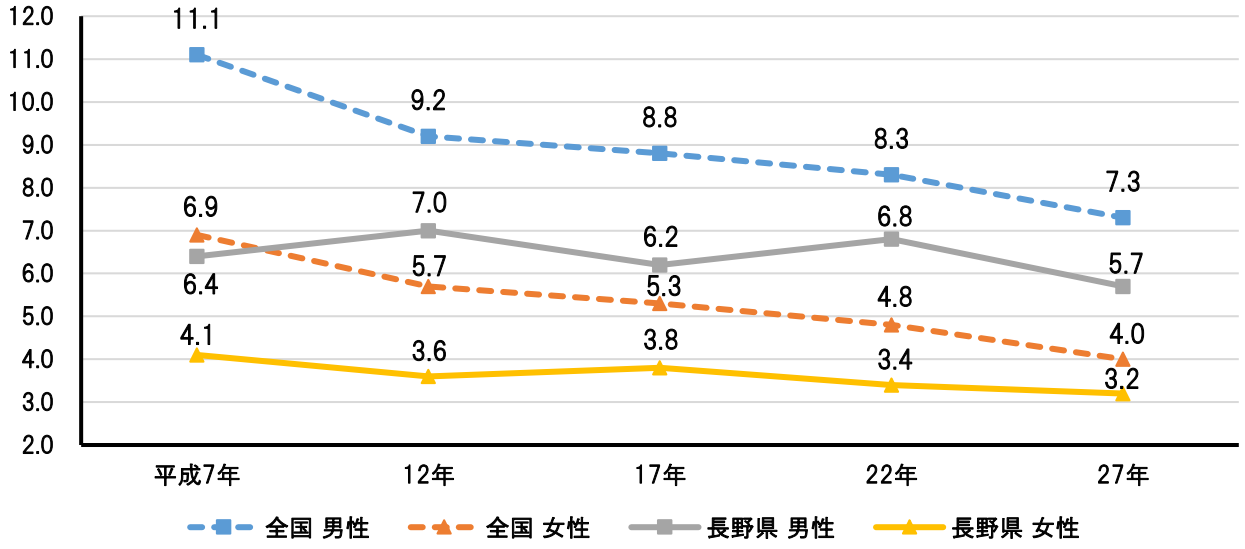
人工透析による医療費は、１人月額医療費約 40 万円（年額で 500 万円）であり、透析患者数約 26 万人に対する年間の医療費総額は約 1.3 兆円で、国民医療費総額の約４％にあたります。（平成 21 年（2009 年）３月 厚生労働省健康局資料）

糖尿病患者の増加が人工透析患者の増加に大きく関係があり、医療費も年々増加傾向にあることから、各医療保険者の財政状況は厳しくなっています。

3　腎不全による死亡

○　本県、全国ともに腎不全による年齢調整死亡率は減少傾向にあります。

【図２】　腎不全による年齢調整死亡率（人口 10 万対）



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

4　市町村における取組

○　CKD（慢性腎臓病）予防のために、市町村では以下の取組を行っています。

【表３】　市町村における取組内容（平成 27 年度）

取組	実施状況
住民向けの啓発（講演会等）	24 市町村　　31%
血清クレアチニン検査の実施	74 市町村　　96%
検査の結果に基づく保健指導	59 市町村　　77%

（保健・疾病対策課調べ）

糖尿病性腎症について

糖尿病は様々な病気の原因になりますが、その一つが「糖尿病性腎症」です。腎臓が悪くなると体内の老廃物を排泄できなくなるだけではなく、必要な物質が尿中に漏れ、全身の代謝バランスがくずれ、最終的には腎代替療法（日本では血液透析がそのほとんど）が必要になります。これは、患者さんの自由な時間を奪うとともに膨大な国費を必要とします。日本の糖尿病患者は現在約 1,000 万人ですが、その半分ほどが糖尿病性腎症を合併しているのではと推定されています。

本来、糖尿病性腎症と確実に診断するためには、腎生検（腎臓に針を刺して、採取した組織を顕微鏡で観察する検査）が必要ですが、糖尿病がある患者さんで、腎臓の老廃物排泄機能（血中クレアチニンで評価）が低下したり、尿蛋白（尿蛋白、あるいは尿中アルブミンの測定で評価）を認め、他に腎臓の悪くなる原因が考えられないとき「糖尿病性腎症」と判断します。

腎機能障害のもう一つの原因に、高血圧により腎臓の血流が悪くなる「腎硬化症」という病気もありますが、糖尿病と高血圧は合併することも多く、最近は、糖尿病をもつ慢性腎疾患という観点で糖尿病性腎疾患と一括りにすることもあります。

いずれにしろ、自覚症状は腎機能が相当低下するまでありません。その早期発見には尿検査が何よりも重要です。糖尿病性腎症には５段階のステージがあります。糖尿病の患者さんは自分がどのステージにあるかを把握しておく必要があります。糖尿病の状態は血糖コントロールの善し悪しだけでは判断出来ないことを知っておきましょう。

第２　目指すべき方向と施策の展開

1　早期受診を促す体制づくり

○　市町村等関係機関による CKD（慢性腎臓病）を周知する取組や健診受診率の向上のための取組を推進します。

○　CKD（慢性腎臓病）のリスクの理解と早期発見のための検査(尿検査・血清クレアチニン)の受診を促す取組を推進します。

○　保健指導を実施する者を対象とした、CKD（慢性腎臓病）に関する研修会を実施します。

○　健診の結果に基づいた、必要な保健指導や医療機関の受診を促す取組を推進します。

2　重症化予防の取組

○　長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、医師会や薬剤師会、医療保険者など医療や職域の関係団体と協力して、重症化予防の取組を行います。

3　医療連携体制の構築支援

○　かかりつけ医などによる日常からの生活習慣指導や治療のため、関係機関等と連携し、かかりつけ医の研修を実施します。

第３　数値目標

１　早期受診を促す体制づくり

区分	指　標	現状 （2017）	目標 （2023）	目標数値 の考え方	備　考 （出典等）
O	腎不全による年齢調整死亡率 （人口 10 万対）　男性 女性	長野県　5.7 全　国　7.3 長野県　3.2 全　国　4.0 （2016）	男性 5.7 以下 女性 3.2 以下	現状以下を目指す。	厚生労働省「人口動態特殊報告」
O	新規透析導入患者のうち糖尿病性腎症の患者数（再掲）	長野県 219 人 全国 16,072 人 （2015）	219 人以下	現状以下を目指す。	日本透析医学会ホームページ
O	糖尿病が強く疑われる者・予備群の割合(40～74 歳) 男性 女性 糖尿病が強く疑われる者・予備群の推計数(40～74 歳)(再掲)	26.7% 20.6% 22 万人 （2016）	26% 20% 22 万人	健康日本２１(第２次)の指標を参考に、増加を抑制する。	県民健康・栄養調査
O	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1c が JDS 値 8.0%(NGSP 値 8.4%)以上の者)の割合(再掲)	0.3% （2016）	0.3%	健康日本２１(第２次)指標を参考現在の水準を維持する。	県民健康・栄養調査
P	住民向け講演会周知啓発を実施している市町村の数	15 市町村 （2016）	15 市町村以上	現状以上を目指す。	保健・疾病対策課調べ
P	保健指導に携わる者の研修を開催	２回 （2017）	２回以上	現状以上を目指す。	保健・疾病対策課調べ

２　重症化予防の取組

区分	指　標	現状 （2017）	目標 （2023）	目標数値 の考え方	備　考 （出典等）
P	糖尿病性腎症重症化予防の取組を行う市町村数（再掲）	57 市町村	77 市町村	全市町村での取組を目指す。	厚生労働省（保険者努力支援制度実施市町村）

3　医療連携体制の構築支援

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
P	市町村における保健指導の実施（かかりつけ医との連携）	59 市町村（2016）	77 市町村	全市町村で実施する。	保健・疾病対策課調べ

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
　　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

腎機能に影響を与える医薬品について

院外処方せんへ患者の臨床検査値を記載する動きが広がっています。薬剤師が臨床検査値と患者の状態からアセスメントし、いわゆる医原病ともいうべき医薬品を起因とする中毒性副作用や薬剤性腎障害を未然に防ぎ、禁忌や過量投与の回避、副作用の早期発見等適切な薬物療法の推進や服薬指導を行うことができます。

腎機能低下患者への投与が禁忌となっている薬剤や、腎機能に応じて用量調節が必要な薬剤は非常に多くあります。薬局において腎機能検査値に基づく処方監査を実施し、過量投与と考えられた場合は、処方医に確認して薬剤の変更や用量調節を行っています。CKD 患者に副作用が出やすい薬剤には、OTC 医薬品（一般用医薬品）として販売されている制酸剤などもあり十分な注意が必要です。

（参考）

● CKD（慢性腎臓病）

○　CKD:choronic kidney disease（慢性腎臓病）とは、2002 年にアメリカで提唱された新しい概念であり、下記のいずれか、または両方が 3 カ月以上続いている状態をいいます。

①　腎臓の働き（GFR）が健康な人の 60%以下に低下した状態
（GFR が 60mℓ/分/1.73 ㎡未満）

②　タンパク尿（微量アルブミン尿を含む）などの尿異常、画像診断や血液検査、病理所見で腎障害が明らかである状態　（日本腎臓学会「CKD 診療ガイド 2012」）

○　CKD（慢性腎臓病）が進行し、重症化すると、人工透析が必要になります。また脳卒中や心筋梗塞などの発症リスクを高めます。治療開始が遅れると進行しやすいので、早期診断・早期治療が重要です。

○　CKD（慢性腎臓病）は脂質異常症や肥満をきたすメタボリックシンドローム，高血圧，糖尿病，高尿酸血症などの生活習慣病が関与しているので、糖尿病などの生活習慣病予防が大切です。

○　糖尿病の増加に伴って、糖尿病性腎症も増加し、CKD（慢性腎臓病）の最大の原因となっています。また、糖尿病性腎症は、透析導入が必要になる疾患の第 1 位でもあります。

○　CKD（慢性腎臓病）という言葉やその内容は十分周知されておらず、治療が必要な人が受診していない可能性があります。

第４　関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、生活習慣予防（がんを除く）（第４編第２節）、栄養・食生活（第４編第３節）、たばこ（第４編第７節）、脳卒中対策（第８編第２節）、心筋梗塞等の心血管対策（第８編第３節）、糖尿病対策（第８編第４節）、アルコール健康障害対策（第８編第６節）

第 11 節　COPD（慢性閉塞性肺疾患）対策

第１　現状と課題

1　COPD（慢性閉塞性肺疾患）の有病率及び患者数等

○　推計患者数に占める受診者数が約５％であり、大多数が未診断・未治療と考えられます。

【表１】　COPD（慢性閉塞性肺疾患）有病率及び患者数等（全国）

有病率	推計患者数	受診者数
8.6% （40 歳以上）	530 万人	26 万 1000 人 （H26 患者調査）

（NICE　study, the Nippon COPD Epidemiology study 2001）

2　COPD（慢性閉塞性肺疾患）の総患者数

○　本県の総患者数は概ね横ばいですが、全国では近年増加傾向にあります。

【表２】　COPD（慢性閉塞性肺疾患）のために継続的に医療を受けている者　　（単位：千人）

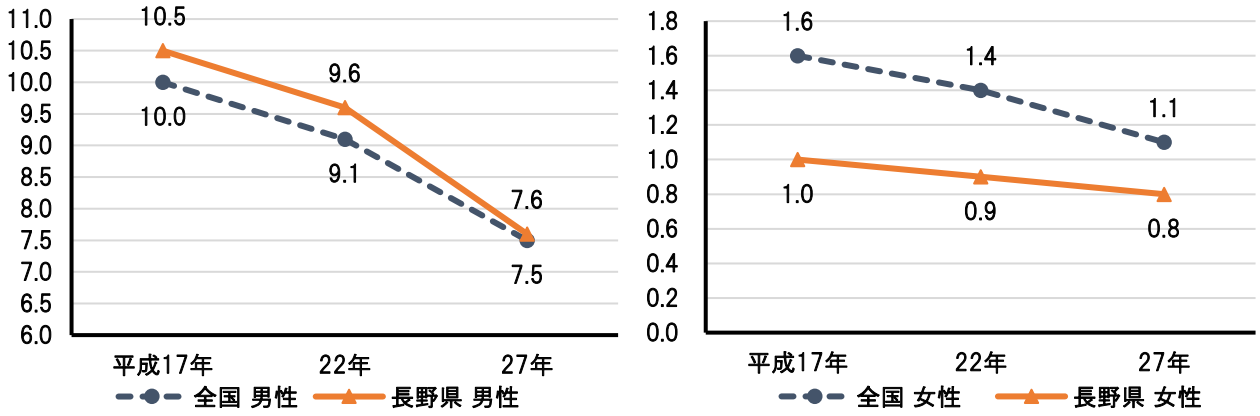
区分		平成 14 年	17 年	20 年	23 年	26 年
全国	男	135	146	114	169	198
	女	78	78	60	98	101
	計	213	224	174	267	299
長野県	男	2	2	3	4	4
	女	2	1	0.5 未満	2	1
	計	4	3	約 3.5	6	5

（厚生労働省「患者調査」）

3　COPD（慢性閉塞性肺疾患）による死亡

○　年齢調整死亡率は男女ともに低下傾向にあります。

【図１】　COPD（慢性閉塞性肺疾患）による年齢調整死亡率(人口 10 万対)

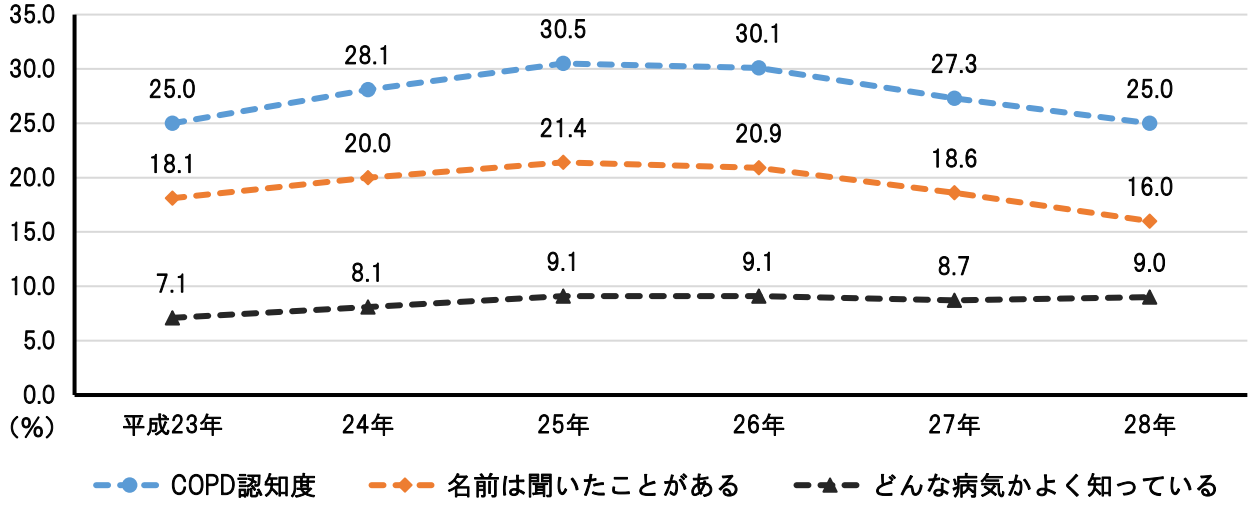


（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

4　COPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度

○　COPD は認知度の低さが課題となっています。

【図２】COPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度



（厚生労働省「健康日本 21（第２次）」）

たばこと COPD

COPD：chronic obstructive pulmonary disease（慢性閉塞性肺疾患）とは、従来、慢性気管支炎や肺気腫と呼ばれてきた病気の総称です。別名「たばこ病」とも呼ばれています。

「たばこ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露（ばくろ）することで生じた肺の炎症性疾患」であり、日本では原因の 90%以上が喫煙とされています。

喫煙開始の年齢が若いほど、また 1 日の喫煙本数が多いほど COPD（慢性閉塞性肺疾患）になりやすく、進行しやすいと言われています。

COPD（慢性閉塞性肺疾患）の症状は坂道歩行や階段昇降など、身体を動かした時に息切れを感じる「労作性呼吸困難」が特徴であり、慢性のせきやたんも特徴的な症状です。喫煙歴があって、せき、たん、労作性呼吸困難がある中高年者は COPD（慢性閉塞性肺疾患）が疑われます。（日本呼吸器学会）

第２　目指すべき方向と施策の展開

１　認知度向上への取組

○　市町村・医療機関・職場等での COPD（慢性閉塞性肺疾患）の周知の取組や認知度を上げるための取組を推進します。

２　社会環境整備と禁煙支援の取組

○　受動喫煙を防止するため、分煙、禁煙などの環境整備を促進します。

○　医療機関及び薬局等における早期治療への働きかけや禁煙支援の取組を推進します。

○　教育現場において、喫煙防止の取組を実施します。

第３　数値目標

１　認知度増加への取組

区分	指　標	現状 （2017）	目標 （2023）	目標数値 の考え方	備　考 （出典等）
O	COPD の年齢調整死亡率（再掲） （人口 10 万人対）　男性 女性	長野県　7.6 全　国　7.5 長野県　0.8 全　国　1.1 （2015）	7.5 以下 0.8	男性は全国と同等レベル、女性は現状維持とする。	厚生労働省「人口動態特殊報告」
O	成人の喫煙率（再掲） 男性 女性 男女計	長野県　32.7% 全　国　29.7% 長野県　5.2% 全　国　8.2% 長野県　18.5% 全　国　18.3% （2016）	26% ４% 15%	健康日本２１(第２次)の指標の指標に合わせ、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	COPD の認知度(全国) COPD の認知度(長野県)	25.0% 集計中 （2016）	80.0%	健康日本 21（第２次）と同じ。	GOLD 日本委員会調査 県民健康・栄養調査
P	住民向けの周知を行っている市町村数の増加	22 市町村 （2016）	22 市町村以上	現状以上を目指す。	保健・疾病対策課調べ

2　社会環境整備と禁煙支援の取組

区分	指　標		現状 （2017）	目標 （2023）	目標数値 の考え方	備　考 （出典等）
S	禁煙または完全分煙の医療施設の割合（再掲） （医療施設での受動喫煙の割合）		長野県　91.4% 全　国　90.6% （2014）	100%	健康日本 21（第２次）の目標値	厚生労働省「医療施設静態・動態調査」
S	公共の場における完全分煙実施の割合（再掲）	県本庁舎・合同庁舎	91.7%（2016）	100%	健康日本 21（第２次）の目標値	県民健康・栄養調査
		県有施設	97.5%（2016）			
		市町村本庁舎	88.3%（2016）			
		市町村有施設	82.5%（2016）			
O	職場での受動喫煙の割合(再掲)		39.5% （2016）	０%	健康日本 21（第２次）の目標値	県民健康・栄養調査
O	飲食店での受動喫煙の割合（再掲）		43.7% （2016）	11.0%	健康日本 21（第２次）の指標に合わせ、禁煙希望者が禁煙できたとした場合の喫煙率を参考とし、かつ国の動向を考慮して設定	県民健康・栄養調査
O	喫煙防止教育を受けたことを覚えている者の割合（再掲） 中学１年生　男子 女子 高校１年生　男子 女子		74.3% 77.4% 81.3% 82.1%	100%	前計画の目標値である 100%が未達成	未成年者の喫煙・飲酒状況調査
P	COPD の治療を行う医療機関の増加		367 か所	367 か所以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ
S	禁煙治療の保険適用医療機関数（再掲）		261 か所	261 か所以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」

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

児童生徒への喫煙防止教育

「喫煙と健康」は、小学校から高等学校の「保健」という枠組の中で学習しています。
小学校では体育の保健領域（６年）で、中学校では保健体育の保健分野（３年）※で、高等学校では保健体育の科目保健（２年）で「喫煙と健康」を学習しています。

小学校では、せきや心拍数の増加などの急性影響のほか、受動喫煙による非喫煙者の健康影響を、また、中学校では、肺がんや心臓病、さらには依存症になりやすいことを、高等学校では、生活習慣病の要因となることや、喫煙防止には正しい知識の普及や健全な価値観など個人への働きかけと法的な整備など社会的対策が必要であることを、それぞれ発達段階に応じて、児童生徒が理解できるように学習することになっています。

小・中・高等学校ともに「喫煙と健康」の後に「飲酒と健康」、「薬物乱用と健康」を学習しています。特に、未成年の喫煙、飲酒は、セルフエスティーム（自尊感情・自己肯定感）の欠如等が要因として考えられ、薬物乱用につながることも懸念されるので、小学校からの発達段階に応じた喫煙防止教育が重要になります。

※2021 年全面実施の中学校学習指導要領では「喫煙と健康」を２年生で取扱うことになっています。

長野県の受動喫煙防止対策

受動喫煙に起因する年間死亡者数は、肺がん、虚血性心疾患及び脳卒中により、全国で約 15,000 人と推計されており、その影響は深刻なものとなっています。

健康増進法では、受動喫煙の防止について、学校、体育館、病院、官公庁、飲食店その他の多数の者が利用する施設の管理者に対し、利用者の受動喫煙防止のために必要な措置を講ずるよう努めなければならないことを定めています。

現在、国では、2020 年の東京オリンピック・パラリンピックの開催を契機に、従来の努力義務よりも実効性の高い制度の構築をめざし、建物内禁煙（学校や病院は敷地内禁煙）を原則とする受動喫煙防止対策の強化を推進しようとしています。

県では、喫煙者の健康被害防止のみならず、子どもや非喫煙者のために、「受動喫煙防止」、「未成年者の喫煙防止」、「禁煙支援」の 3 つの柱で、たばこ対策を推進しています。

受動喫煙防止対策の推進では、飲食店など、多くの県民が利用する施設の管理者等に対して、禁煙又は完全分煙をはたらきかけています。具体的には、終日全面禁煙に取り組んでいる、飲食店や宿泊施設、事務所などを「おいしい空気の施設」として認定しており、平成 29 年 9 月末時点で 1,408 施設となっています。これらの施設には、利用者にわかるよう認定マークを掲示してもらったり、県のホームページで紹介することなどを通じ、認定施設の周知と増加を図っています。

県のホームページでは、中小事業所を対象に、喫煙室や換気設備の設置費用を助成する、国の助成金を紹介したり、その他受動喫煙防止に関する情報提供を行っています。

また、保健福祉事務所の職員が様々な機会を捉え、事業所や飲食店等を訪問し、たばこの害や禁煙の必要性について直接説明する「禁煙セールスマン事業」を行っています。

県では、引き続き、市町村や関係団体とも協力しながら、こうした取組を進め、たばこによる害のない信州をめざします。

第４　関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、生活習慣病予防（がんを除く）（第４編第２節）、たばこ（第４編第７節）

第 12 節 アレルギー疾患対策

第１　現状と課題

１　アレルギー疾患対策の概要

アレルギー疾患対策基本法（平成 27 年 12 月施行）、同基本指針（平成 29 年３月告示）

○　アレルギー疾患は、「気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギーその他のアレルゲンに起因する免疫反応による人の生体に有害な局所的又は全身的反応に係る疾患」とされています。

○　アレルギー疾患対策の基本理念は次のとおりです。

ア　総合的な施策の実施により生活環境の改善を図る

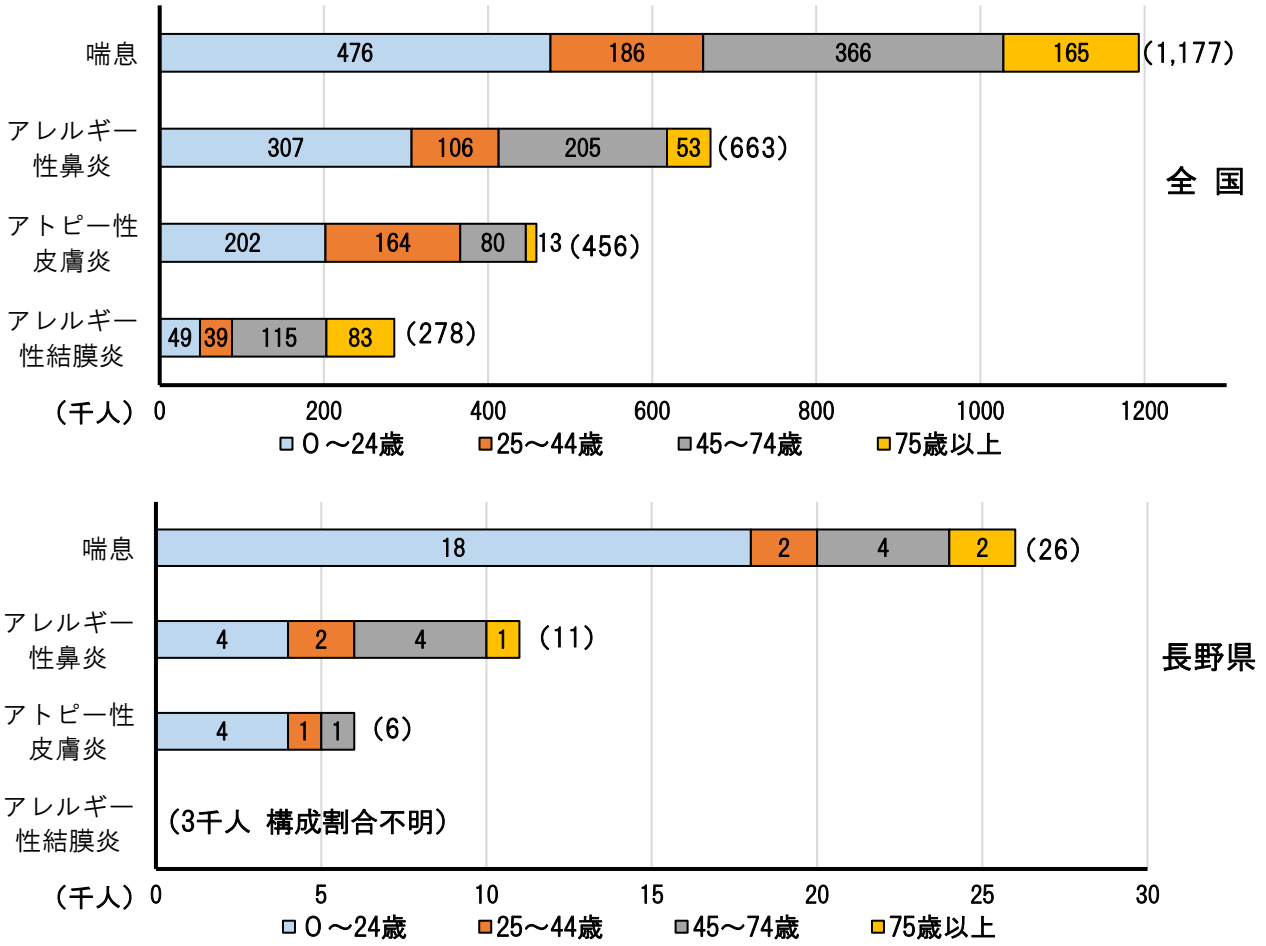
イ　居住地域にかかわらず適切なアレルギー疾患医療を受けられるようにする

ウ　適切な情報の入手ができる体制及び生活の質の維持向上のための支援体制を整備する

○　地方公共団体は、アレルギー疾患対策に関し、国と連携を図りつつ、地域の特性に応じた施策を実施する必要があります。

２　アレルギー疾患患者の状況

【図１】　アレルギー疾患の年齢別推計患者人数（平成 26 年 10 月現在）　（単位：千人）



（厚生労働省「患者調査」）

（参考）食物アレルギー

○　全国の大規模有病率調査から、乳児有病率は５～10%、学童期は１～２%と考えられています。成人の有病率は不明です(アレルギー疾患診断治療ガイドライン 2010)。

3　アレルギー疾患の専門診療を行う医療機関

○　アレルギー疾患に関する高度な専門知識・技術を持つ医師の認定制度として、一般社団法人日本アレルギー学会の認定する専門医制度があります。

【表１】アレルギー疾患の専門診療を行う医療機関数（平成 29 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	3	4	5	2	4	―	8	1	11	1	39

（一般社団法人日本アレルギー学会ホームページ）

第２　施策の展開

1　アレルギー疾患連絡会議（仮称）の開催

○　医療関係者等も参画した、部局横断のアレルギー疾患連絡会議（仮称）を開催し、地域の実情の把握とアレルギー疾患対策に必要となる施策を検討します。

2　医療提供体制の整備

○　専門診療を行う医療機関の把握及び拠点となる医療機関の選定など、アレルギー疾患に対応できる医療提供体制の整備を検討します。

○　アレルギー疾患の専門診療を行う医療機関をホームページにて情報提供します。

3　アレルギー疾患の重症化予防及び症状の軽減

（1）　花粉症

○　環境省専用サイトの紹介などホームページで花粉症対策の啓発を行います。

○　飯田及び松本保健福祉事務所において飛散状況を調査し、迅速に情報提供します。

（2）　食物アレルギー

○　「学校における食物アレルギー対応の手引き」（長野県教育委員会作成）を学校関係者等に周知するとともに、実践的な研修会を開催します。

○　食物アレルギー等の対応について、医療機関や消防及び進学に伴う学校間の連携を検討します。

第３　数値目標

区分	指　標	現状（2017）	目標（2023）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	アレルギー疾患の専門診療を行う（アレルギー専門医の従事する）医療機関数	39 か所	39 か所以上	現状以上を目指す。	日本アレルギー学会ホームページ

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４　関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、栄養・食生活（第４編第３節）、たばこ（第４編第７節）

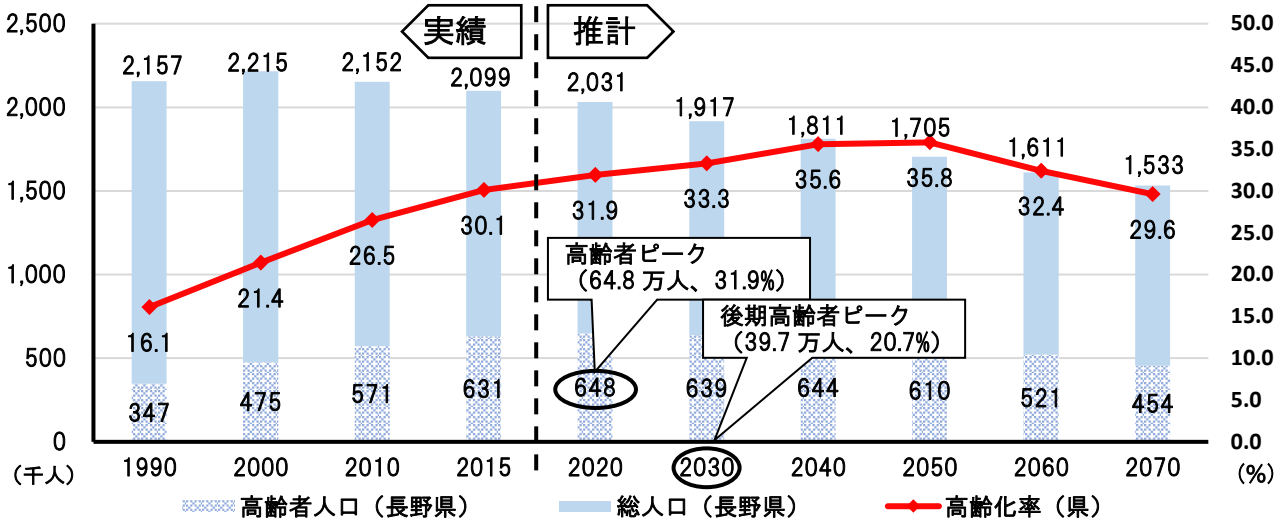
第 13 節　高齢化に伴い増加する疾患等対策

第１　現状と課題

１　高齢化の状況等

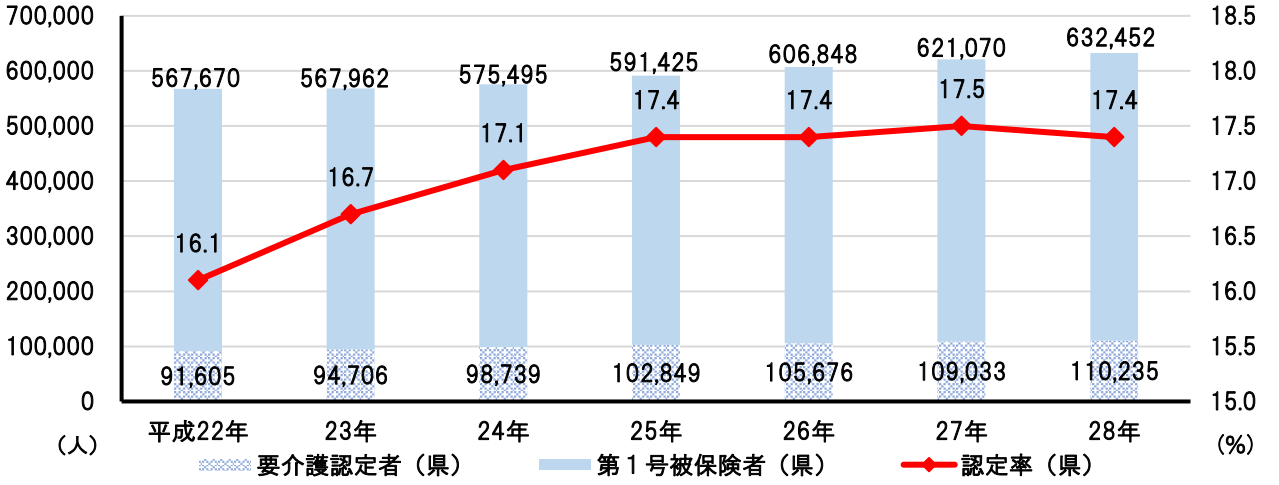
○　全国、本県ともに高齢化率が増加しており、今後も増加することが予想されています。
○　要介護者の認定数も増加傾向にあります。

【図１】　高齢者人口と高齢化率



（総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」）

【図２】　介護保険第１号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の状況



（厚生労働省「介護保険事業状況報告」）

【表１】要介護（要支援）調整済み認定率※の全国順位の推移

平成 24 年		25 年		26 年		27 年		28 年	
都道府県	%	都道府県	%	都道府県	%	都道府県	%	都道府県	%
①　山梨県	14.5	①　山梨県	14.8	①　山梨県	14.2	①　山梨県	13.9	①　山梨県	13.7
②　茨城県	14.6	②　茨城県	14.9	②　茨城県	15.2	**②　長野県**	**15.0**	**②　長野県**	**14.6**
⑧　長野県	**15.8**	**⑧　長野県**	**16.1**	**③　長野県**	**15.3**	③　茨城県	15.2	③　茨城県	15.1
㊺　長崎県	20.3	㊺　長崎県	20.4	㊺　京都府	19.7	㊺　京都府	19.6	㊺　京都府	19.4
㊻和歌山県	20.4	㊻和歌山県	20.8	㊻和歌山県	20.7	㊻和歌山県	20.6	㊻和歌山県	20.4
㊼　大阪府	20.7	㊼ 大阪府	21.2	㊼ 大阪府	22.4	㊼ 大阪府	22.2	㊼ 大阪府	21.9

※調整済み認定率：認定率に大きな影響を及ぼす「第１号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外したもの
（厚生労働省「介護保険事業状況報告」）

2　ロコモの状況

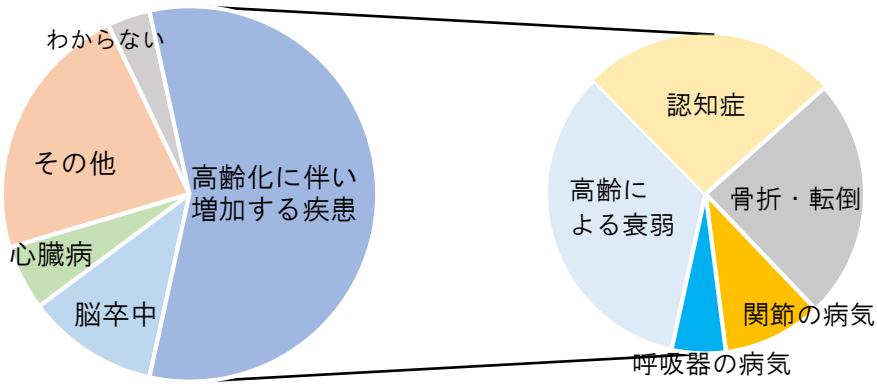
○　ロコモとは、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の略称で、運動器の障がいにより、要介護になるリスクの高い状態になることを意味し、日本整形外科学会が提唱した言葉です。

○　ロコモの原因には、「加齢や生活習慣による運動器の機能低下」、「運動器疾患の発症」によるものがあります。運動器疾患の１つである骨粗しょう症は骨の強度が低下して、骨折しやすくなる骨の病気で、転倒による骨折により寝たきりになる可能性が高まるため、予防・治療が大切です。

○　介護・介助が必要になった主な原因では、高齢化に伴い増加する疾患の占める割合が多くなっています。

○　本県のロコモの認知度は 40.5%(平成 28 年度（2016 年度）「県民健康・栄養調査」)であり、厚生労働省「健康日本 21（第二次）」の目標である 80%に届いていません。さらに認知度を上げる取組が必要です。

【図３】　介護・介助が必要になった主な原因（複数回答）（平成 28 年度）



（介護支援課　「高齢者実態等調査」）

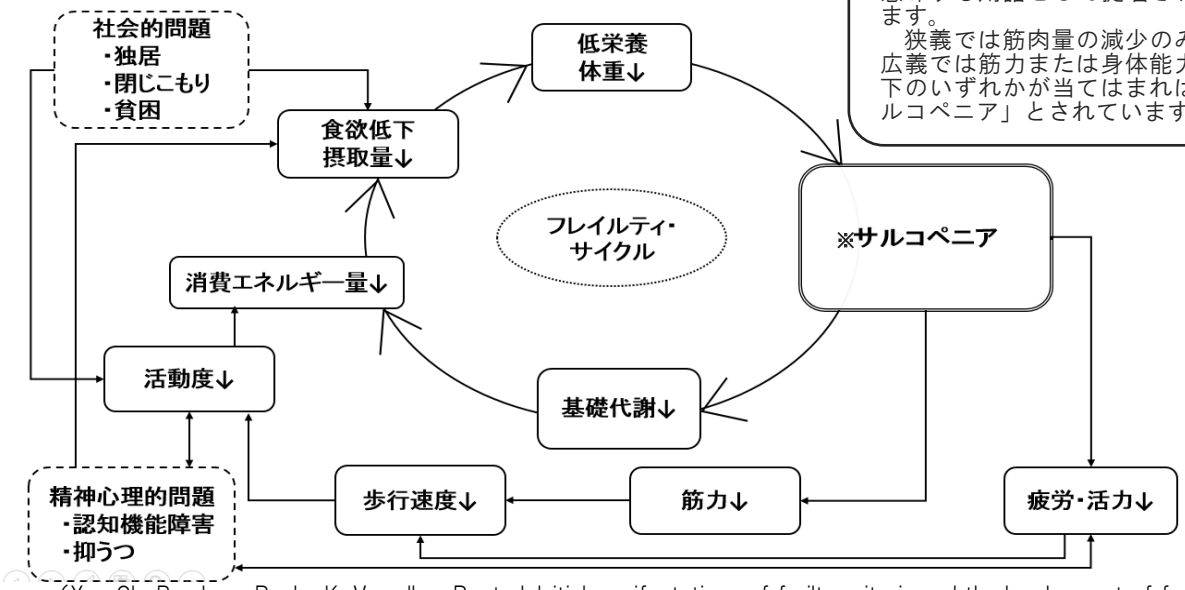
3　フレイルの状況

○　加齢とともに、心身の活力（筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態を言います。英語の frailty の訳として「虚弱」のかわりに日本老年医学会が提唱した言葉です。

○　フレイルは、運動器機能の低下や口腔機能低下に伴う低栄養などの「身体的」、認知機能の低下やうつなどの「精神・心理的」、閉じこもりや孤食などによる「社会的」等の要因が重なることにより起こります。

【図４】フレイルのメカニズム（フレイルティ・サイクル）

※「加齢による筋肉量の減少」を意味する用語として提唱されています。
　狭義では筋肉量の減少のみを、広義では筋力または身体能力の低下のいずれかが当てはまれば「サルコペニア」とされています。



（Xue QL, Bandeen-Roche K, Varadhan R, et al. Initial manifestations of frailty criteria and thedevelopment of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study Ⅱ. J Gerontol ABiol Sci Med Sci 2008 ; 63 : 984―90　一部改変）

4　オーラルフレイル（一部再掲）

○　オーラルフレイルとは、「口腔の虚弱」を表す言葉で、日本老年歯科学会では、加齢により口腔内の「感覚」「咀嚼」「嚥下」「唾液分泌」等の機能が少しずつ低下してくる「口腔機能低下症」の前段階となる”ささいな口のトラブル”としています。

○　オーラルフレイルは低栄養を引き起こす原因であり、フレイルに陥る要因の一つです。オーラルフレイル対策は低栄養やフレイルを予防するための初期段階の対策です。

○　65 歳以上の女性において、低栄養者の割合が増加しており、低栄養に対する保健指導の実施が求められています。

○　何でも噛んで食べられる人の割合は年齢とともに減少し、60 歳以上では３割以上の人が「一部噛めない」「噛めないものが多い」「噛んで食べられない」と回答しています（歯科口腔保健の項参照）。

【表２】　低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者（65 歳以上）の割合

区　分（%）		平成 22 年	25 年	28 年
長野県	男性	13.9	13.5	10.3
	女性	16.5	19.4	23.6
全　国	男性	15.6	11.9	12.8
	女性	18.8	20.8	22.0

（厚生労働省「国民健康・栄養調査」、健康増進課「県民健康・栄養調査」）

5　高齢者の多剤服用（ポリファーマシー）と薬物有害事象※

○　多剤服用に厳密な定義はありませんが、６種類以上服用をすると、薬物有害事象の頻度が特に増加するとされています。

○　高齢になるにしたがって服用する薬剤の数が増える傾向にあり、薬がフレイルに及ぼす影響を考慮することが必要です。

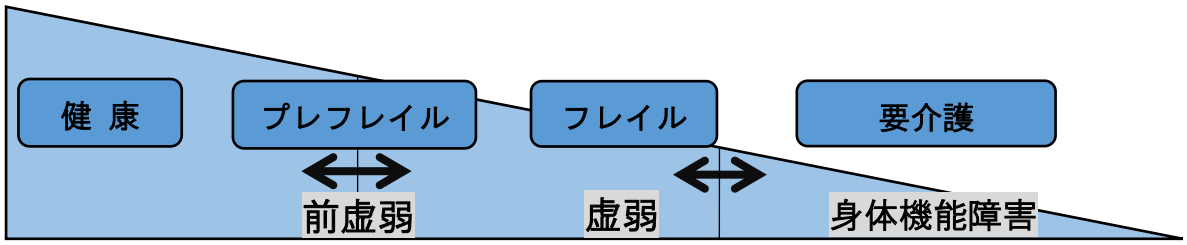
○　日本老年医学会では「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」を作成し、「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」を列記しています。国においても、国レベルでの包括的な多剤服用に関する適正使用ガイドラインの作成が検討されています。

※薬物有害事象：広義の副作用。薬物アレルギーなどの確率的有害事象のほか、薬効が強く出すぎることで起こる有害事象や血中濃度の過上昇による臓器障害も含む。

フレイル（虚弱）予防の重要性

フレイルは、厚生労働省研究班の報告によると「加齢とともに心身の活力が低下し、複数の慢性疾患などから生活機能が障害され、心身の虚弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により生活機能の維持向上が可能な状態像」とされています。つまり、健康な状態（自立）と要介護状態の中間を意味します。多くの人はフレイルを経て要介護状態へ進むと考えられています。

フレイルは、身体的要素、精神的要素、社会的要素等の３つの要因が大きく関わっています。加齢に伴う身体的機能の衰えには不可逆的なものもありますが、適切な介入がなされれば、要介護に至ることを予防でき、健康な状態に戻すことができます。したがって早急にフレイルの状態を予防・早期発見する具体策が望まれます。



（東京大学高齢社会総合研究機構「フレイル予防ハンドブック」）

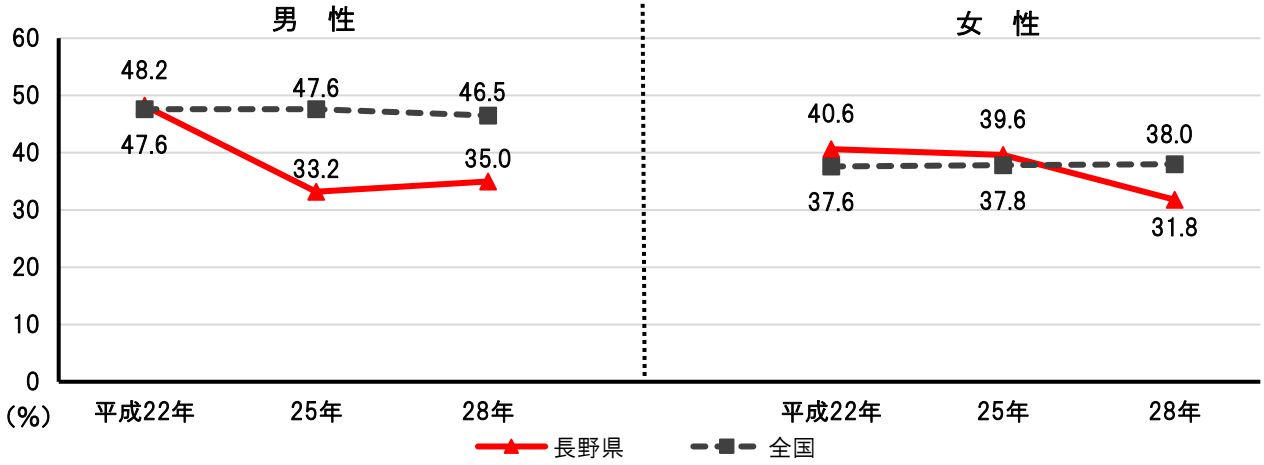
6　高齢者の身体活動

○　ロコモ、フレイル等により要介護にならないための予防には、適度な運動が必要です。本県の運動習慣のある者の割合は減少傾向にあります。身体活動の促進につなげる支援が必要です。

○　安全に歩行可能な筋肉があると推定される、開眼片足立ちが 20 秒以上可能な高齢者は、男女とも 65～74 歳までは 80%以上ですが、75 歳以上になると約半数に減少します。

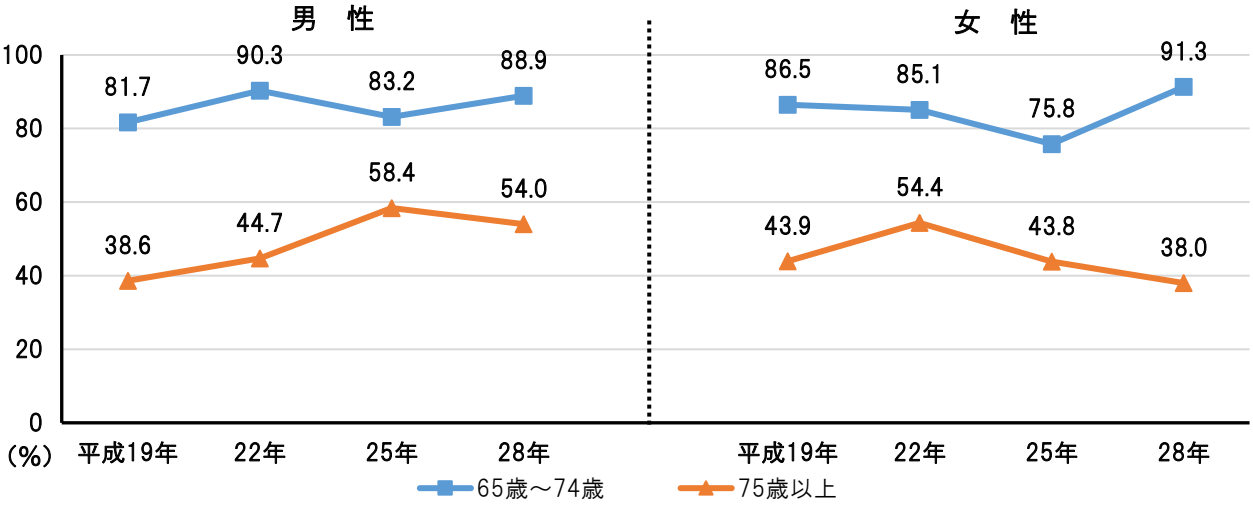
○　本県は、65 歳以上の就業率が全国で 1 番高くなっており、就業等の社会参加を通じて身体を動かしている高齢者が多いと考えられます。

【図５】　65 歳以上で運動習慣がある人の割合



（厚生労働省「国民健康・栄養調査」、健康増進課「県民健康・栄養調査」）

【図６】　開眼片足立ち時間 20 秒以上の可能な人の割合（長野県）



（健康増進課「県民健康・栄養調査」）

【表３】高齢者の就業率

区　分（%）		平成 17 年	22 年	27 年
長野県	65 歳以上	29.9（２位）	26.7（１位）	28.7（１位）
	75 歳以上	18.3（２位）	15.1（１位）	15.1（１位）
全　国	65 歳以上	21.1	20.4	22.5
	75 歳以上	13.9	9.8	8.6

（総務省統計局「国勢調査」）

7　高齢者の肺炎

○　当県の肺炎による死亡率、受療率は全国に比べて低い状況です。

○　肺炎の年齢階級別死亡数は、全体の 97%以上を 65 歳以上の高齢者が占めている状況です（平成 26 年（2014 年）長野県衛生年報）。また、高齢者の肺炎のおよそ 70%以上が誤嚥性肺炎であるといわれています。

○　高齢者の肺炎予防として、肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンの接種が推奨されています。

【表４】　肺炎による死亡数・死亡率（人口 10 万対）・死因順位

区分		平成 23 年	27 年
長野県	死亡数（人）	2,125	1,834
	死亡率	100.5	88.6
	死因順位（割合）	４位（8.9%）	５位（7.5%）
全　国	死亡数（人）	124,652	120,846
	死亡率	98.8	96.5
	死因順位（割合）	３位（10.0%）	３位（9.4%）

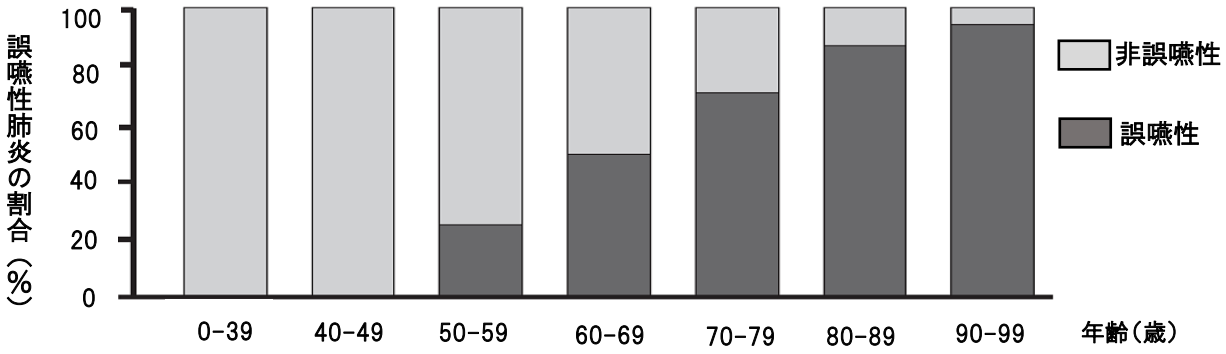
（厚生労働省「人口動態統計」）

【表５】　65 歳以上の高齢者の肺炎の受療率（人口 10 万対）

区分	平成 20 年	23 年	26 年
長野県	117	106	92
全　国	127	125	107

（厚生労働省「患者調査」）

【図７】肺炎入院患者における誤嚥性及び非誤嚥性肺炎の年齢別割合



（Teramoto S, Fukuchi Y, Sasaki H, et al. JAGS 56, 577-579, 2008）

誤嚥性肺炎について

現在、日本における死亡原因の第 3 位は肺炎です。そして、肺炎で亡くなる方の大部分が 75 歳以上の高齢者で、高齢になるほど誤嚥性肺炎が増加します。誤嚥性肺炎の多くは脳血管障害（脳梗塞など）後遺症、パーキンソン病、認知症、寝たきり状態の方にみられます。「誤嚥」とは食道へと入るべき食べ物、飲み物あるいは唾液などが気管へと誤って入ってしまう、嚥下機能が低下した状態を指します。水分を飲み込むときにせき込むのは嚥下機能低下を示唆します。そして、口腔内に定着する細菌が誤嚥により肺に入って増殖し、炎症を起こした状態が誤嚥性肺炎です。肺炎を生じると体力や心身の機能が低下し、さらに嚥下機能なども低下してしまうといった悪循環に陥ります。

誤嚥性肺炎を予防するため、日頃からよく噛んで食べたり、話したり笑ったりして口を動かすことによって、嚥下機能の低下を防ぐことが重要です。また、食物を軟らかく、小さくして食べるようにし、さらに「とろみ」をつけると誤嚥しにくくなります。さらに、口の中を清潔に保つ口腔ケアにより口腔内の細菌を減らすことも予防につながります。医師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士などの連携が重要です。

第２　目指すべき方向と施策の展開

１　目指すべき方向

○　身体をはじめとする機能の低下を遅らせることで、県民一人ひとりが健康で長生きできる社会を目指します。
○　ロコモ、フレイル、サルコペニア等の予防について、「身体的」、「精神的」、「社会的」に多方面からの取組が行われることを目指します。

２　施策の展開

○　ロコモ、フレイル等の認知度を上げるための取組を実施します。
○　健康時からの予防対策として、信州ＡＣＥ（エース）プロジェクトの一層の推進や保健補導員等の活動と連携した県民自身による健康づくりを推進します。
○　フレイルの前段階（プレ・フレイル）からの予防対策として、市町村における健康づくり、多様な社会参加、疾病予防、筋力や活力の低下及び低栄養の防止等の取組を推進します。
○　フレイル段階での進行防止（フレイル対策）のため、地域における介護予防（リハビリを含む）の取組や高齢者の自立の動機付け、多職種による効果的・効率的な介入を促進します。
○　歯・口腔の機能が虚弱になる「オーラルフレイル」について、フレイル対策と連動し、多職種で予防する取組を推進します。
○　高齢者の多剤服用がフレイルに及ぼす影響を考慮した、薬剤師機能を強化し、医薬品の適正使用によるフレイル対策を推進します。
○　後期高齢者医療広域連合等と連携し、低栄養、心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため高齢者の特性を踏まえた保健指導等に取り組みます。

第３　数値目標

区分	指　標	現状 （2017）	目標 （2023）	目標数値 の考え方	備　考 （出典等）
O	ロコモを認知している者の割合 （再掲）	40.5% （2016）	80%	健康日本 21（第２次）の目標値	県民健康・栄養調査
O	フレイルを認知している者の割合	未把握	把握の上、現状以上	現状以上を目指す。	調査方法については今後検討
O	低栄養傾向の高齢者の割合 65 歳以上　　男性 　　女性 （再掲）	10.3% 23.6% （2016）	10.3% 22%	健康日本 21（第２次）の目標値 男性は現在の水準を維持する。	県民健康・栄養調査
O	60 歳以上で何でも噛んで食べることができる人の割合 （再掲）	67.6% （2016）	67.6%以上	現状以上を目指す。	長野県歯科保健実態調査
O	１日あたりの平均歩数 65 歳～79 歳　　男性 　　女性 （再掲）	5,513 歩 5,526 歩 （2016）	7,000 歩 6,000 歩	健康日本 21（第２次）の目標値	県民健康・栄養調査
O	運動習慣のある者の割合 65 歳以上　　男性 　　女性 （再掲）	35.0% 31.8% （2016）	58% 48%	健康日本 21（第２次）の目標値	県民健康・栄養調査
O	特定健康診査受診率 （再掲）	52.5% （2014）	70%	健康日本 21（第２次）の目標値	県民健康・栄養調査
O	要介護（要支援）調整済み認定率の全国順位（低い順）	２位 （2016）	上位 （2020）	第７期高齢者プランの目標値	厚生労働省地域包括ケア「見える化」システム

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

第４　関連する分野及び個別計画

（１）関連する分野

県民参加の健康づくり（第４編第１節）、生活習慣予防（がんを除く）（第４編第２節）、栄養・食生活（第４編第３節）、身体活動・運動（第４編第４節）、歯科口腔保健（第４編第６節）、在宅医療（第７編第３章第６節）、歯科口腔医療（第７編第３章第７節）

（２）関連する個別計画

長野県高齢者プラン

長野県健康福祉部健康福祉政策課
電　話　０２６－２３５－７０９３（直通）
ＦＡＸ　０２６－２３５－７４８５
電子メール　kenko-fukushi@pref.nagano.lg.jp
住　所　〒380－8570　長野市大字南長野字幅下６９２－２
ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ　http://www.pref.nagano.lg.jp/