

第9編

疾病対策等

第1節 がん対策(長野県がん対策推進計画)

I がん対策の目指す姿について

1 現状

(1) がん患者数・年齢調整罹患率の状況

ア 患者数

- 本県のがんの総患者数は、2020年10月においては67,000人と推計され、総人口に占める割合は3.2%となっています。(全国は2.9%)
- 全国と比べ、総人口に占める患者数の割合が高い要因として、本県は75歳以上の人口が多いことが考えられます。

【表1】 がんの年代別総患者数 (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
2020年	2	603	37	1,088	30	355	67	2,048
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
2020年	43	40,155	2,166	67,387	1,444	18,602	3,656	126,146

(総務省「人口推計」、厚生労働省「患者調査」)

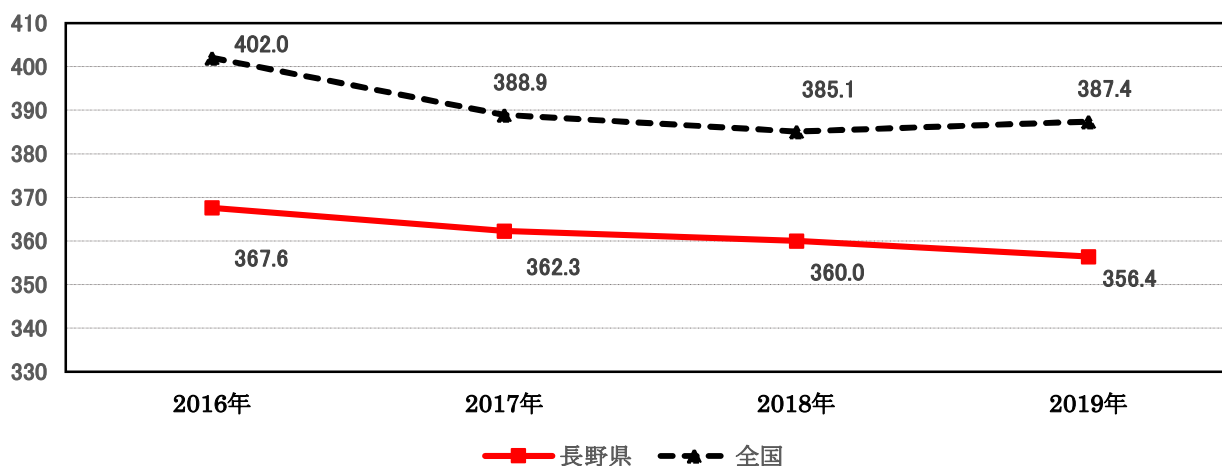
※ 患者調査において、平成29年調査まで算出上限日数を30日(31日以上は除外する)と設定されていたが、令和2年調査以降は、算出の上限日数が98日(99日以上は除外する)となり、比較が困難なため過去の記載はしていない。

※ 数値については、不詳者・端数処理のため計と合致しない。

イ 年齢調整罹患率

- 全国との比較については、年齢構成の異なる地域間で状況の比較ができるように、年齢構成を調整した「年齢調整罹患率(人口10万対)」が用いられています。
- 本県の年齢調整罹患率は、2019年では356.4であり、全国平均を下回っています。また、全国順位では2位(よい方から2番目)となっています。

【図1】 長野県のがんの年齢調整罹患率(人口10万対)の推移



(国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録))

○ 本県の部位ごとの年齢調整罹患率は、2019 年は前立腺がんを除き全国を下回っています。

【表2】 部位別年齢調整罹患率（人口10万対）（2019年）

部 位	胃がん	大腸がん	肝がん	すい臓がん	肺がん	乳がん (女性)	子宮がん	前立腺がん
長野県	35.9	51.7	10.1	13.7	35.5	93.2	29.3	71.7
全 国	41.6	58.2	12.0	14.6	42.4	100.5	34.3	68.2

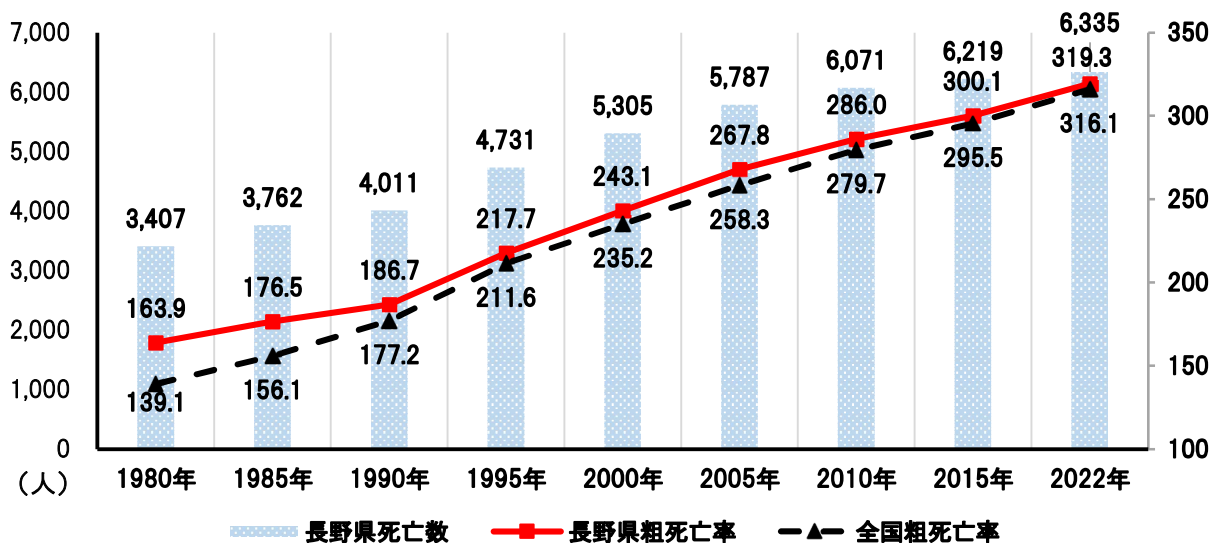
（国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）、長野県がん登録事業報告書（2019年））

（2）がんによる死亡の状況

ア 死亡数、粗死亡率

- 本県のがんによる死亡数・粗死亡率は、年々増加傾向にあり、2022年には死亡数 6,335 人（全国 38 万 5797 人）で、死亡数全体の 22.2%（全国 24.6%）を占め、死因の第1位となっています。粗死亡率は人口 10 万人当たり 319.3 人となっています（全国粗死亡率は 316.1 人）。
- 全国と比べ、粗死亡率が高い要因として、本県は 75 歳以上の人口が多いことが考えられます。

【図2】 長野県のがんによる死亡数、粗死亡率（人口10万対）の推移

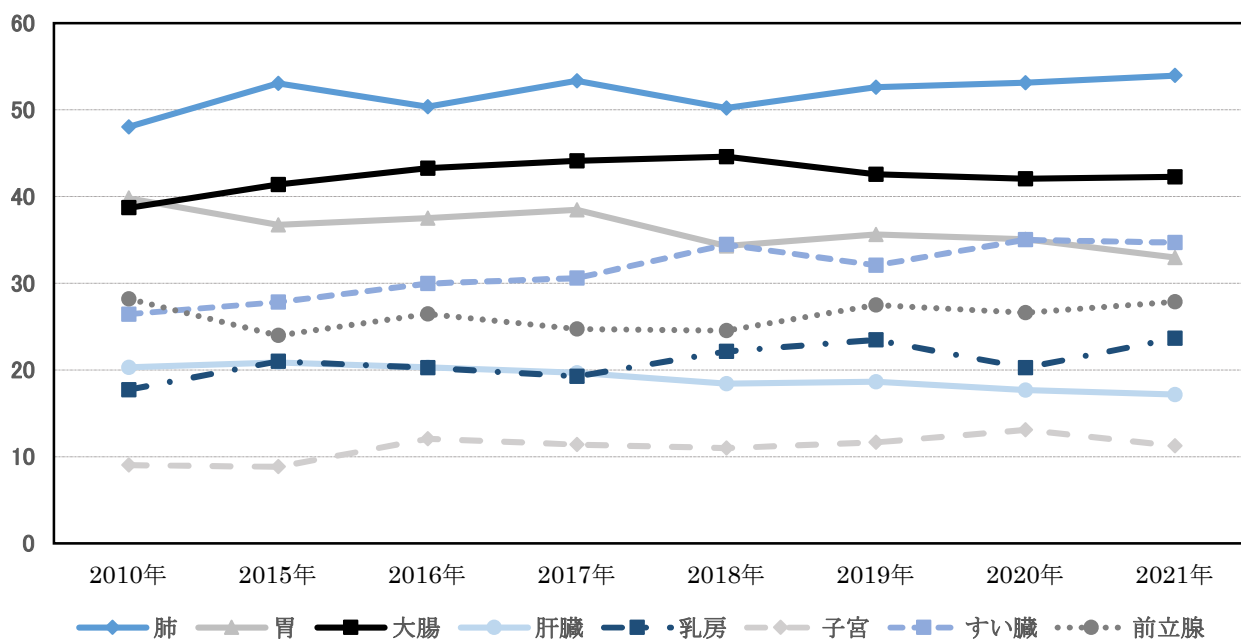


（厚生労働省「人口動態統計」）

イ 部位別死亡率

- 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、すい臓がんの順です。2010年から2021年の推移をみると、肺がん、大腸がん、乳がん、すい臓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

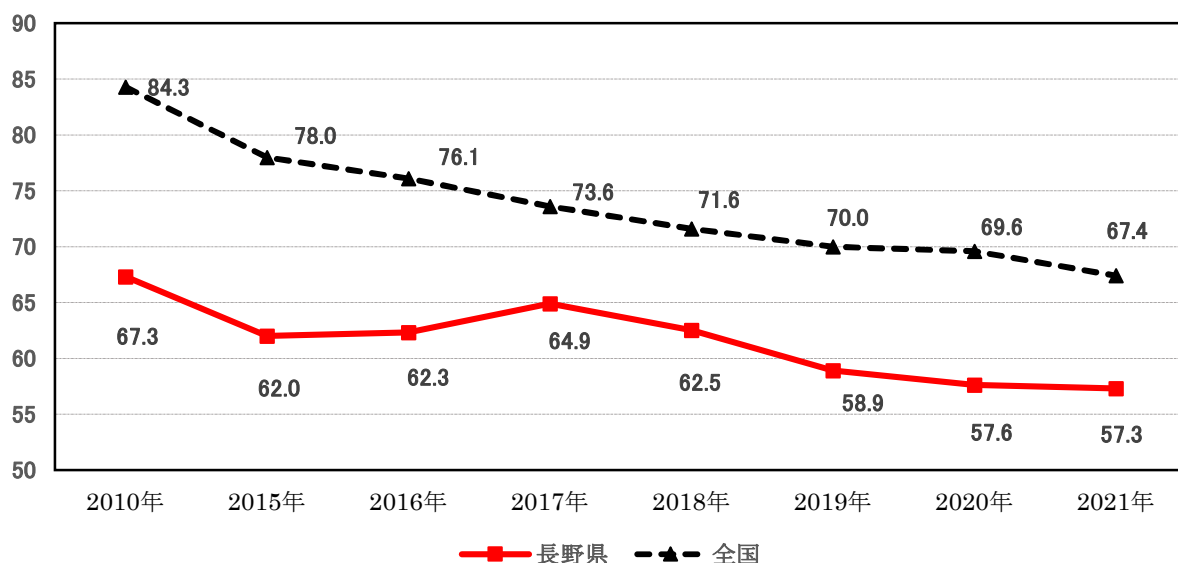


(国立研究開発法人国立がん研究センターがん情報サービス「グラフデータベース」)

ウ 75歳未満年齢調整死亡率

- 全国との比較については、年齢構成の異なる地域間で状況の比較ができるように、年齢構成を調整した「75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）」が用いられています。
- 本県における75歳未満年齢調整死亡率（全部位）は、全国と比較して低い状況で推移していますが、2010年と比較すると、2021年においては全国との差は狭まっています。

【図4】 75歳未満年齢調整死亡率（全部位）（人口10万対）の推移



(国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計))

- 2021年の全部位の全体（男女計）では全国1位（最もよい）となっています。
- 男女別では、男性は全国1位であるものの、女性は5位となっています。
- 部位別では、男性は前立腺、女性は大腸、すい臓、乳房の全国順位が下位となっています。

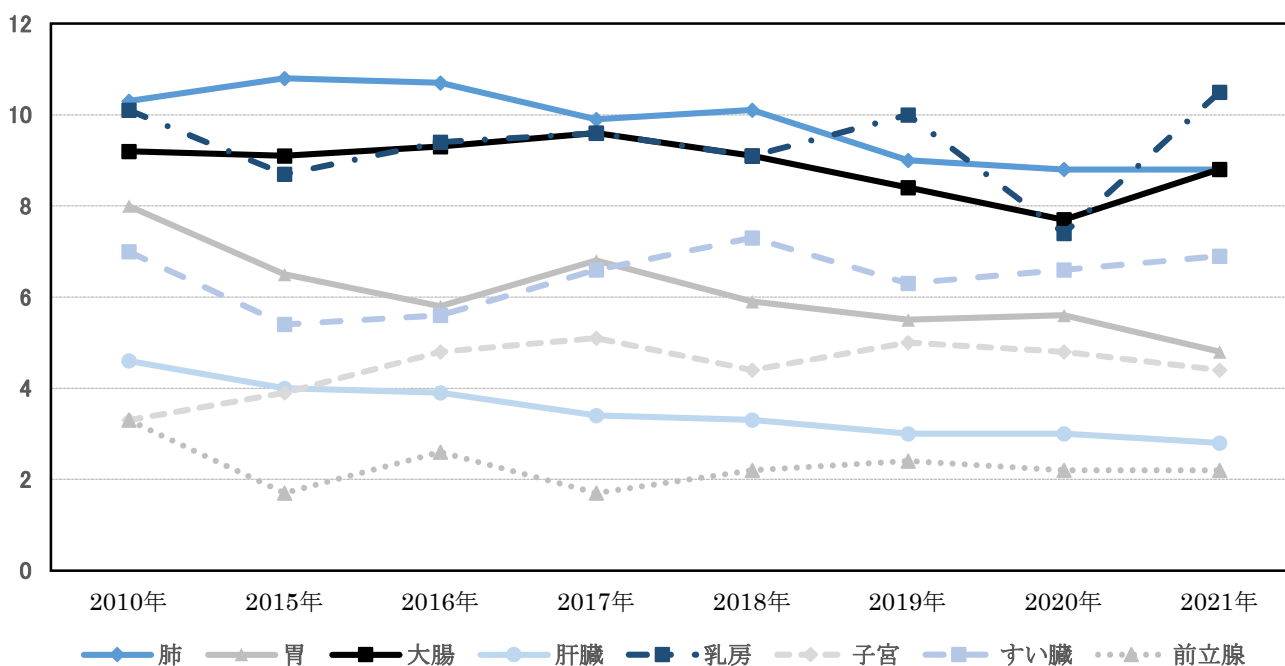
【表3】 がんの部位別 75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）、全国順位（2021年）

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	57.3	8.8	4.8	8.8	6.9	2.8		
		順位	1位	1位	2位	12位	18位	3位		
全国	死亡	死亡率	67.4	11.9	6.6	9.6	7.0	3.7		
		順位								
男性	県	死亡率	65.7	13.7	7.0	10.3	7.8	4.1	2.2	
		順位	1位	1位	2位	4位	8位	4位	32位	
全国	死亡	死亡率	82.4	18.4	9.6	12.4	8.7	5.9	2.1	
		順位								
女性	県	死亡率	48.9	3.9	2.7	7.3	5.8	1.4	10.5	4.4
		順位	5位	3位	2位	32位	36位	15位	36位	13位
全国	死亡	死亡率	53.6	5.8	3.9	6.9	5.4	1.5	9.9	4.9
		順位								

（国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（人口動態統計））

- 県内のがん部位別の75歳未満年齢調整死亡率の推移（2010年から2021年）をみると、おおむね減少傾向にあるものの、すい臓は横ばい、乳房、子宮は増加しています。

【図5】 長野県のがん部位別 75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）の推移



（国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（人口動態統計））

(3) がん対策に関する県の推進体制

- 本県では、2013年10月に長野県がん対策推進条例（以下「条例」という。）を制定し、各種がん対策に取り組んでいます。
- 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

- がんに関する施策について、医療従事者、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、その推進を図っています。

(4) 医療従事者

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人材の確保・育成が必要です。

ア 医師

- 本県の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、病理専門医の配置状況は下表のとおりです。

【表4】 放射線科専門医・がん薬物療法専門医・血液専門医・病理専門医の配置状況
(2020年12月31日現在)

(単位：人)

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計	(参考) 人口10万対	
												県	国
放射線	3	4	4	3	3	—	38	—	20	2	77	3.8	5.2
薬物療法	2	2	2	1	1	—	10	—	4	—	22	1.0	1.0
血液	2	2	3	3	1	—	23	3	20	2	59	2.9	3.0
病理	2	3	4	2	4	—	19	—	4	1	39	1.9	1.8

(保健・疾病対策課調)

○ 本県の放射線治療専門医の配置状況は下表のとおりです。

【表5】 放射線治療専門医の配置状況（2022年10月現在）（単位：人）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
放射線治療	1	1	1	1	1	—	6	—	5	—	16

（日本放射線腫瘍学会ホームページ、保健・疾病対策課調）

イ 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6】 認定看護師、専門看護師の分野別登録者数（2023年9月現在）（単位：人）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計	
認定看護師	緩和ケア	3	3	4	5	2	1	9	3	11	2	45
	化学療法	3	1	2	1	2	1	5	1	8	1	25
	疼痛管理	1	1	2	—	1	—	3	—	3	—	11
	乳がん	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	4
	放射線	—	—	1	1	2	—	1	—	1	—	7
専門看護師	—	1	1	—	1	—	2	—	4	—	9	

※ 従事医療機関一部非公開のため、計が一致せず。

（日本看護協会ホームページ）

ウ 薬剤師・管理栄養士

○ がんの薬物療法では、より高度で専門的な知識が必要なため、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、がん薬物療法専門薬剤師、外来がん治療認定薬剤師、緩和薬物療法認定薬剤師などの資格認定制度があります。

【表7】 がん領域の薬物療法等に関する専門薬剤師、認定薬剤師の地域別状況（2023年8月現在）（単位：人）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
がん専門薬剤師	4	—	2	1	1	—	4	—	7	—	19
がん薬物療法認定薬剤師	5	—	3	2	2	1	7	1	—	4	25
がん薬物療法専門薬剤師	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2
外来がん治療認定薬剤師	—	2	2	—	—	—	1	—	1	—	6
緩和薬物療法認定薬剤師	3	—	1	1	2	—	2	—	4	3	16

（日本医療薬学会・日本病院薬剤師会・日本臨床腫瘍学会・日本緩和医療薬学会ホームページ、薬事管理課調）

- がんの栄養管理・栄養療法に関する高度な知識と技術を有する専門職として、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。2023年8月現在、本県では19名の管理栄養士が資格を取得しています。

【表8】 がん病態栄養専門管理栄養士の地域別状況（2023年8月現在） （単位：人）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
がん病態栄養専門管理栄養士	1	—	5	1	1	—	5	—	6	—	19

（出典：日本栄養士会ホームページ）

2 目指す姿（分野アウトカム）

県民ががんの予防につとめるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる

3 目指す姿の実現のための3つの基本目標（中間アウトカム①）

- （1）がんの発症を予防できている
- （2）住む場所に関わらず必要な検診や医療を受けることができる
- （3）全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができています

数値目標

1 中間アウトカム①指標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
○	がんの年齢調整罹患率 (人口10万対)	長野県 356.4 【全国上位から2位】 (全国 387.4) (2019)	現状以上	現状の高水準 以上を目指す	国立がん研究センターがん対策情報センター
○	がんの75歳未満 年齢調整死亡率 (人口10万対)	長野県 57.3 【全国上位から1位】 (全国 67.4) (2021)	現状維持	全国第1位の 高水準を維持	国立がん研究センターがん対策情報センター
○	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	国の調査結果公表後 (2023年調査実施中)に設定予定			(患者体験調査)

注) ○ (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

Ⅱ がんの発症を予防できている

1 県民ががんを正しく理解し、予防行動につとめている

がんは、さまざまな要因によって発症していると考えられており、その中には予防できるものも多く含まれています。日本人では、男性のがんの43.4%、女性のがんの25.3%は、生活習慣や感染が原因でがんとなったと考えられています。（国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがんリスク評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」参照。）

がんの罹患率の減少のために、科学的根拠に基づく正しい知識の普及啓発や予防接種の提供等により、県民ががんを正しく理解し、一人ひとりが予防行動に努めることが重要です。

(1) 予防・健康づくりの普及啓発

【現状と課題】

ア 健康づくり

- 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、喫煙や飲酒、運動不足、野菜・果物不足、食塩の過剰摂取等の生活習慣の改善に向けた取組が重要です。
- 県では「信州ACE（エース）プロジェクト」（※第4編第1章参照）の推進の中で、運動習慣の定着、食生活改善に向けた取組や、がんに大きく寄与する因子である喫煙に対する対策など幅広く取り組んでいます。

イ 感染性がん

- 発がんに大きく寄与する因子として、子宮頸がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、肝がんに関連する肝炎ウイルス、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ（以下「ピロリ菌」という。）等の、ウイルスや細菌があり、これらの感染性要因は、男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も大きく寄与する因子となっています。
- 特に、女性特有のがんでもある子宮頸がんの発生原因の多くがHPV感染であり、その予防のためのHPVワクチンについて、国は、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、2022年4月より接種対象者に対する個別の接種勧奨を順次実施しています。
- 個別の接種勧奨が再開され、実施率は向上しているものの、接種対象期間に5年間の幅があることに加え、多くの方が副反応等への不安から接種に慎重になっていると考えられることから、継続して、子宮頸がんのリスクや予防接種・副反応に関する正しい知識の普及をしていく必要があります。
- 肝炎ウイルスについては、市町村の健康診断において肝炎ウイルス検査（B型・C型）を実施している市町村があるほか、県内の保健所でも無料検査を実施していますが、近年は新型コロナウイルスの影響もあり、保健所の検査受検者数は減少傾向を示しており、普及啓発や制度周知等により受検者数の増加を図る必要があります。
- B型肝炎の予防接種については、2016年10月から予防接種法に基づく定期接種に位置付けられ、予防接種の継続によって抗体保有者が増加し、B型肝炎ウイルスへの感染機会が減少することが期待されます。
- ピロリ菌対策については、健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌の除菌の胃がん発症予防に

おける有効性等について、国において国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づき、除菌の必要性の有無及びその対象者について検討するとともに、運用上の課題について整理している段階であるため、国の動向を注視する必要があります。

【施策の展開】

- 県は、「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。
詳細は、第4編第1章に記載。
- 県は、感染性がんに関する正しい知識の普及啓発等に取り組みます。
詳細は、第9編第7節及び第8節に記載。

数値目標

1 中間アウトカム指標②

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
O	喫煙率 (20歳以上) (再掲)	男性	21.5% (2022)	18%	健康日本 21(第3次)の 指標に合わせ、現在の喫 煙率から禁煙希望者が 禁煙できたとした場合 の喫煙率とする	県民健康・ 栄養調査
		女性	4.5% (2022)	4%		
		男女計	13.0% (2022)	11%		
O	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(再掲)	男性	13.5% (2022)	10.8%	第2期計画目標が未達 成のため継続設定	県民健康・ 栄養調査
		女性	10.2% (2022)	6.5%		

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

2 個別施策の指標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	信州 ACE (エース) プロジ ェクト推進ネットワー ク登録団体数(再掲)	264 団体	265 団体以上	現状より増加とする	健康増進課調
P	B 型肝炎定期予防接種 実施率(3回目)	99.0% (2021)	95.0% 以上を維持	国で目標数値が示さ れているワクチン (風しん・麻しん) に準じる	感染症対策課 調

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
P	HPV ワクチン 定期予防 接種実施率	1回目	53.6% (2022)	80%以上	接種勧奨差し控え前 の実施率を目指す。	感染症対策課 調
		2回目	51.3% (2022)	75%以上		
		3回目	39.2% (2022)	※		

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

※ HPVワクチン3回目実施率については、2023年度より、HPV9価ワクチン(ガーダシル)の定期接種が開始となっており、満15歳までに1回目の接種を完了することで、計2回接種で接種完了となる。今後、HPV9価ワクチン(ガーダシル)接種の増加が見込まれることから、目標値は設定しない。

Ⅲ 住む場所に関わらず必要な検診や医療を受けることができる

1 精度の高いがん検診の受診

全ての県民が受診しやすい検診体制を構築し、受診率を向上させ、がんの早期発見・早期治療を促すことで、がん死亡率を減少させることが必要です。

(1) 科学的根拠に基づくがん検診の実施と受診率向上対策の推進

【現状と課題】

ア がん検診について

- 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。
- がんの早期発見・早期治療につなげ、がんの死亡者を減少させるためには、県民自らが、市町村や職場等で提供されるがん検診を定期的に受診することが望まれます。
- がん検診は、国が定める指針(がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針)(以下「がん検診指針」という。)に基づき実施することが重要です。
- がん検診実施状況調査によると、本県では、がん検診指針に基づく検診を実施している市町村の割合が全国平均を下回っています。
- 全国、県とものがん検診指針遵守率が低い理由として、がん検診指針で定める対象年齢未満または対象年齢以上の者を検診対象者としていること、また、胃がん検診・子宮頸がん検診・乳がん検診においては指針で定める受診間隔よりも多い逐年で実施されていること等が考えられます。

【表9】 2021年度のがん検診指針遵守率(%)

区分	胃がん		肺がん		大腸がん		子宮頸がん		乳がん	
	対象年齢	受診間隔	対象年齢	受診間隔	対象年齢	受診間隔	対象年齢	受診間隔	対象年齢	受診間隔
全国	6.2	5.2	60.4	95.5	78.1	99.8	96.8	37.0	84.1	42.6
長野県	5.3	2.7	34.7	62.7	56.6	100.0	84.4	27.3	54.5	31.2

厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」

イ 早期発見の重要性

- がんは、無症状のうちに早期に発見し治療することにより、がんによる死亡のリスクを減らすことができます。
- 下表のとおり、5年相対生存率はがん発見時に限局である場合は92.4%ですが、領域の場合は58.1%、遠隔の場合は15.7%となっています。

※ 5年相対生存率とは、あるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表します。100%に近いほど治療で生命を救えるがん、0%に近いほど治療で生命を救い難いがんであることを意味します。(国立研究開発法人国立がん研究センターがん情報サービス)

【表 10】 2009-2011 年診断例の5年相対生存率（全部位） -進行度別- *1

区分	限局*2	領域*2	遠隔*2
対象者数（人）	260,826	149,085	109,308
生存率（%）	92.4	58.1	15.7

(国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター 全国がん罹患モニタリング集計 2009-2011 年生存率報告(2020)、独立行政法人国立がん研究センターがん研究開発費「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成22年度報告書 参照)

*1 以下を除外した解析：DCO、第2がん以降、悪性以外、上皮内がん（大腸の粘膜がんを含む）、年齢不詳および100歳以上、または遡り調査患者。

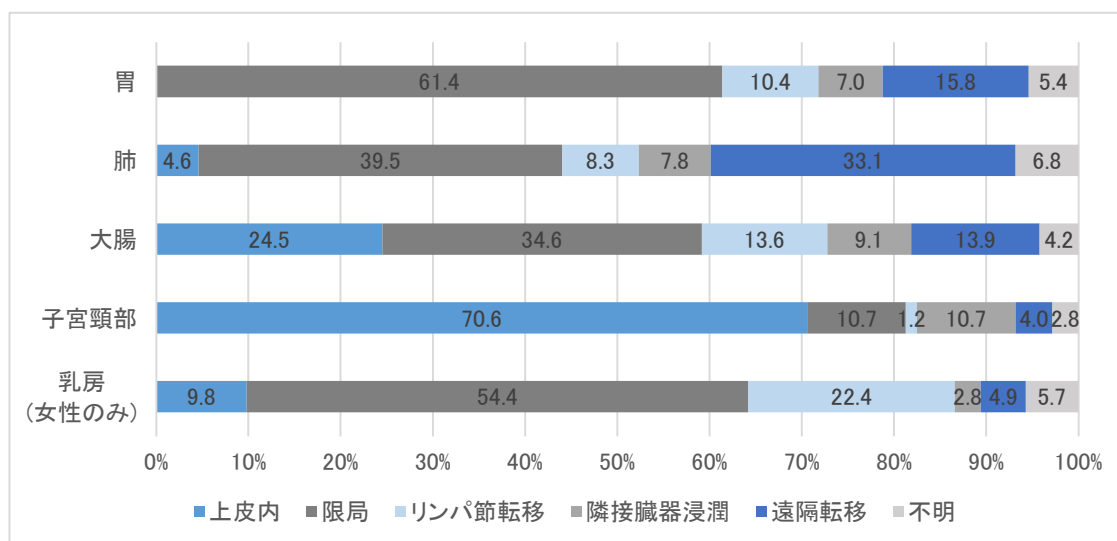
*2 限局：原発臓器に限局している

領域：所属リンパ節転移（原発臓器の所属リンパ節への転移を伴うが、隣接臓器への浸潤なし）または隣接臓器浸潤（隣接する臓器に直接浸潤しているが、遠隔転移なし）

遠隔転移：遠隔臓器、遠隔リンパ節などに転移・浸潤あり

- 検診がん種別の発見時の病期は、胃、大腸、乳房、子宮頸部では、上皮内がん及び限局がんの割合が高くなっています。一方、肺は発見時に遠隔転移があった割合が高いです。

【図 6】 2019 年がんの部位別発見時の病期（%）

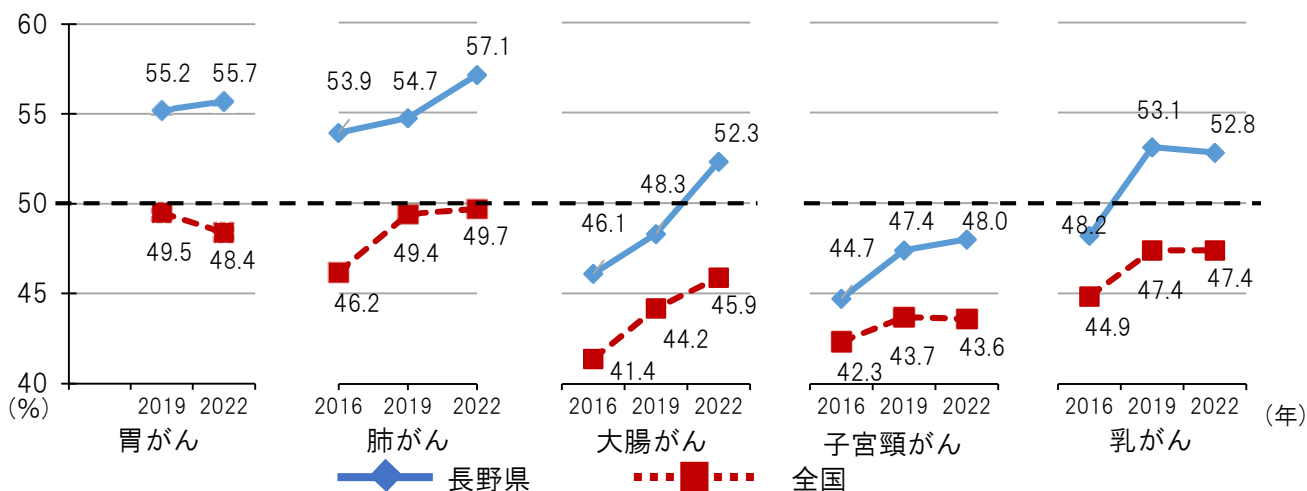


(長野県がん登録事業報告書(2019年))

ウ がん検診受診率について

- 県では、2023年度末までに50%以上（肺がん検診のみ53.9%以上）を目標値とし、目標達成に向け啓発等を実施してきましたが、2022年においては子宮頸がんについては未達成であり、更なる受診率向上に向けた取組が必要です。

【図7】 がん検診受診率の推移



(厚生労働省「国民生活基礎調査」・国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」)

- ※1 胃がんは50～69歳、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。胃がん、子宮頸がん及び乳がんは過去2年間における受診状況。
- ※2 胃がん検診は2016年から対象年齢が50歳以上に変更。国のがん検診の公表値で50～69歳が公表されるようになったのは2019年からであり、グラフは2019年からのみ示す。

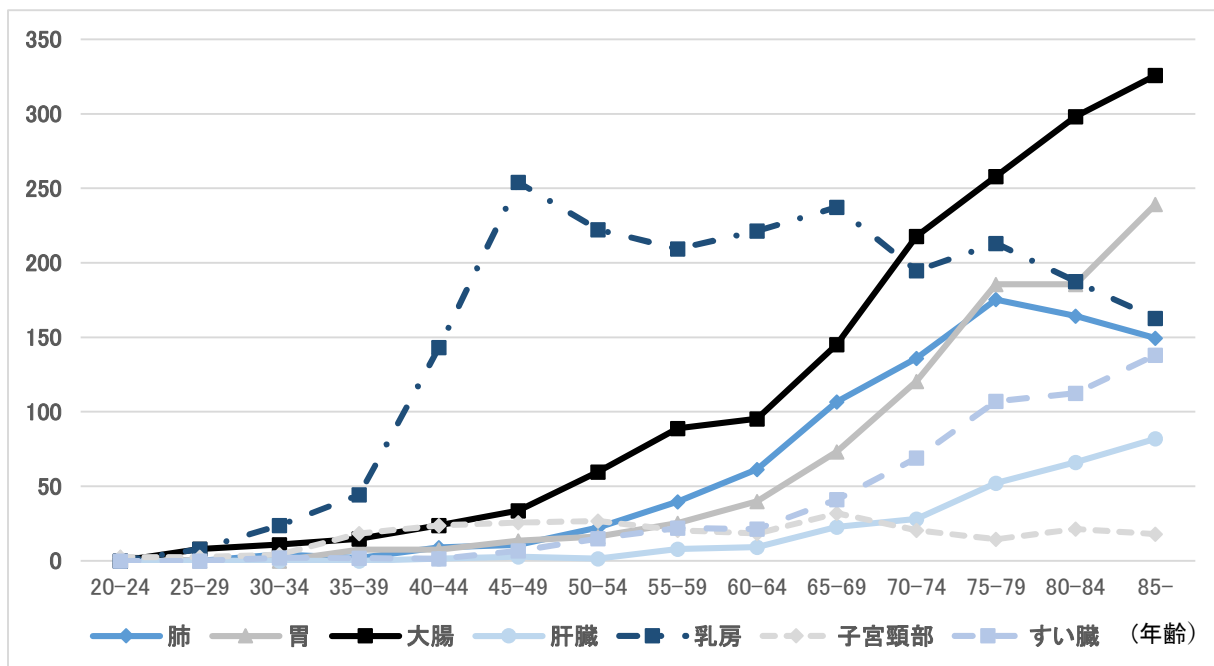
エ 受診率向上に向けた取組

- 国が示す「受診率向上施策ハンドブック（第3版）」においては、がん検診の個別の受診勧奨・再勧奨の推進が有効とされ、県内市町村でも8割以上の市町村で個別の受診勧奨が実施されています。今後も個別の受診勧奨を継続していくことが重要です。
- 県では、条例において、毎年10月15日からの一週間を「がんと向き合う週間」と定めています。この週間に合わせ、市町村及び企業・団体等と連携し、がんの予防やがん検診の受診などを呼びかける様々な取組を実施しています。

オ 女性のがん検診受診率向上に向けた取組について

- 子宮頸がん、乳がん、大腸がん（女性）の75歳未満年齢調整死亡率の都道府県順位は、男性や他のがんの順位と比べると上位ではありません。
- 乳がんにおいては、30代から罹患者が増加し、他のがんよりも、30～60代の罹患者が多いという特徴があります。

【図8】 がんの年齢階級別・部位別罹患率（女性・人口10万対）



（長野県がん登録事業報告書（2019年））

- また、女性特有のがんである、子宮頸がん、乳がんの受診率向上に向け、検診初年度の受診対象者（子宮頸がん検診：20歳、乳がん検診：40歳）の受診費用の一部を国が補助する取組が行われています。
- また、県では、受診しやすい環境整備として、居住市町村以外の市町村に所在する医療機関において子宮頸がんと乳がん検診を受けることができるよう、長野県医師会と各医療機関等のご協力のもと、がん検診市町村間相互乗入れ制度を実施しています。
- 2023年度の相互乗入れ制度参加市町村は48市町村、参加医療機関数は乳がん58か所、子宮頸がん91か所となっています。

カ がん検診の受診率把握における課題

- がん検診には、健康増進法に基づく市町村が実施する対策型検診と、保険者や事業主が実施している職域で実施する検診等（任意型検診）があります。
- がん検診の受診率は、現在、3年に1回、全国の世帯及び世帯員から無作為に抽出された者を対象にした国民生活基礎調査によって把握しています。
- しかしながら、国民生活基礎調査のがん検診に関する調査項目は、「がん検診の受診の有無」と「がん検診の受診の機会（対策型か任意型か）」のみとなることや、アンケート形式であるため、がん検診指針に基づくがん検診の受診状況等を正確に把握できていません。

- 対策型検診は、市町村への調査で実施状況が把握できますが、任意型検診は、主に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、その実施状況を把握する仕組みがないことが国全体としての課題となっています。
- そのため国においては、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討することとしています。

【施策の展開】

- 市町村は、がん検診指針に基づいたがん検診の実施に努めます。
- 市町村は、受診勧奨等の実施により、受診率向上に向けた取組に努めます。
- 県は、がん検診受診率向上に向けた効果的な施策について、国の動向や先進的な事例についての情報把握に努め、市町村に情報提供を行います。
- 県は、市町村及び企業・団体等と連携し、がん検診やがんについての正しい知識について、普及啓発に取り組みます。
- 県、市町村及び関係団体においては、がん検診市町村間相互乗入れ制度の継続等、県民が受診しやすいがん検診の環境づくりに努めます。
- 保険者や事業主等においては、従業員に対するがん検診の実施が望まれます。
- 県は、正確ながん検診の受診率の把握について、国の動向を注視します。

（２）がん検診の適切な精度管理の推進

【現状と課題】

ア がん検診の精度管理

- 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。
- 国は、市町村における適切な精度管理に向け、「がん検診指針」、「がん検診事業のあり方について」等を示しています。
- がん検診には事前準備から検診終了後のデータ分析までの一連のプロセスがあり、がん検診における精度管理とは、各プロセスが適切に行われているかを検証することをいいます。
- 精度管理における関係機関の役割は、「がん検診事業のあり方について」に示されています。国においては精度管理指標・手法の決定、指標の分析、評価等を、県は、精度管理指標によるモニタリング、指標の分析、評価を実施します。市町村や検診機関、医療機関は精度管理指標の自己点検によるモニタリングや改善策の実行が求められます。
- 精度管理指標には、「技術・体制指標（事業評価のためのチェックリスト）」、「プロセス指標」「アウトカム指標」があります。

<参考>がん検診の精度管理指標

指標	指標の意味
技術・体制指標	検診実施機関の体制の確保（設備、医師・技師等） 実施手順の確立等
プロセス指標	がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率 等
アウトカム指標	死亡率

- 県では、全市町村を対象にした、国の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。
- より正確に精度管理の状況を評価できるよう、がん登録情報を活用した市町村におけるがん検診の感度・特異度の算出に向けた検討等が国においてなされています。

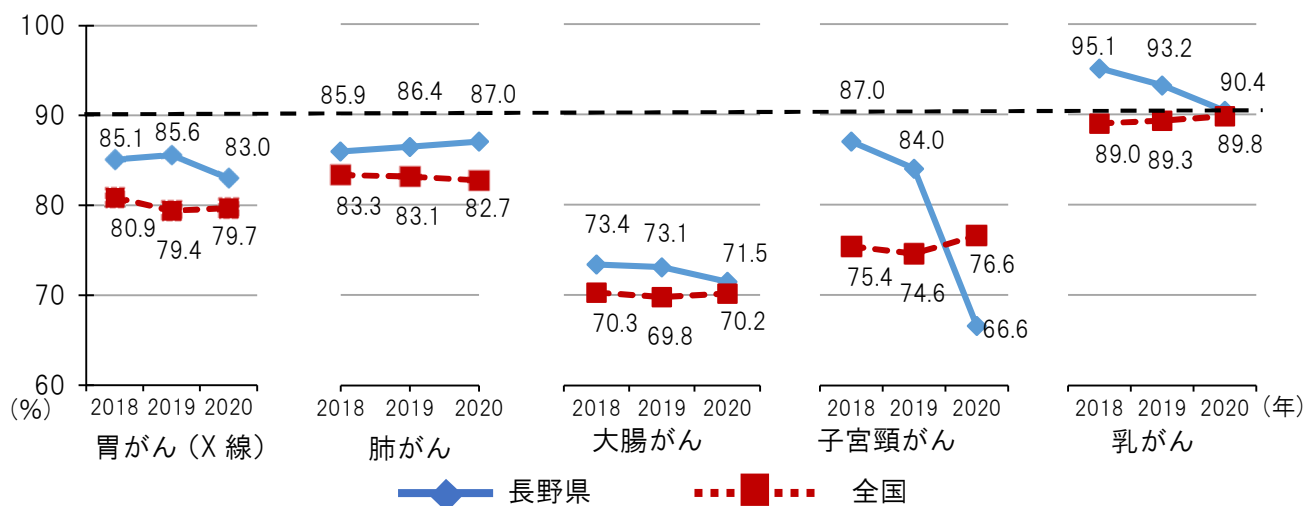
イ チェックリストの活用

- チェックリストとは、がん検診指針において示されている精度管理指標の技術・体制指標を評価するための「事業評価のためのチェックリスト」を指します。
 - チェックリストには、市区町村用、検診機関用、都道府県用の3種類があります。
 - 2022年度の市町村用チェックリストの都道府県別実施率は、がん検診対象がん種である5つのがんの平均で71.0%です。
 - 県では、県内の主要な検診機関に対し、検診機関チェックリストを用いたがん検診実施状況調査を実施しています。2020年度の実施率は、94.8%となっています。
 - また、県では、子宮頸がん検診及び乳がん検診市町村間相互乗入れ制度における協力医療機関に対して、検診機関チェックリストを用いたがん検診精度管理調査を実施しています。2022年度の子宮頸がんの実施率は93.8%、乳がんの実施率は90.4%です。しかしながら、乳がん検診の「検診結果の判断に必要な画質の画像が撮影できることに対する外部評価を受けているか※」という項目を達成している医療機関の割合は50.9%となっており、特に改善が求められます。
- ※「乳房エックス線撮影における線量及び写真又はモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の行う施設画像評価を受け、AまたはBの評価を受けているか」

ウ 精密検査受診の推進

- がん検診においては、精密検査が必要と判定された場合に、精密検査の受診につなげることが特に重要です。精度管理指標のうちのプロセス指標にも含まれています。
 - 県では、2023年度末までに精密検査受診率の目標値を90%としていましたが、2020年度の地域保健・健康増進事業報告では、乳がんを除き、60～80%程度となっており、目標値に届いていません。
 - 地域保健・健康増進事業報告は、全国の市町村を対象に年1回調査をしています。この調査でのがん検診の受診率は、分子は市町村が実施する対策型検診の受診者、分母は対象年齢*の全住民で算出されます。精密検査受診率は、この対策型検診を受診し、要精密検査となった住民の受診率となります。
- ※胃がんは50～69歳、子宮頸がんは20～69歳、その他のがんについては40～69歳を対象として算出される。

【図9】 がん検診精密検査受診率（％）の推移



(厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」)

※ 胃がんは50～69歳、子宮頸がんは20歳～69歳、その他のがんは40歳～69歳の者の精密検査受診率の状況。

- 精密検査受診率を向上させるためには、精密検査未受診率を下げる対策及び精密検査未把握率を下げる対策が必要であり、市町村においてその対策が求められます。
- 精密検査未受診率を下げる対策として、個別の受診勧奨や精密検査が受診可能な医療機関一覧の提供等の取組が考えられます。
- 精密検査の結果の把握について、集団検診ではほとんどの市町村が把握できている一方、個別検診では把握している市町村の割合が、検診対象の5つのがんの平均で7割となっています。精密検査の未受診率を低下させるためには、市町村が精密検査の結果の把握に努めるとともに、医療機関は市町村や検診機関へ精密検査の結果を報告することが求められます。

エ がん検診の推進体制

- 「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あり方、精度管理のあり方について協議を行っています。
- 協議結果については、県で「市町村がん検診担当者会議」を開催し、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等、市町村に対する助言・情報提供等を行っています。
- 県では、関係機関それぞれの取組の情報集約・分析及び資料提供等を通じて検診事業全体を推進しています。

【施策の展開】

- 市町村は、がん検診指針等に基づき、チェックリストやプロセス指標を活用した精度管理の実施に取り組みます。
- 検診機関及び医療機関は、がん検診指針等に基づき、チェックリストやプロセス指標を活用した精度管理の実施に取り組みます。
- 県は、市町村や検診機関及び医療機関の適切な精度管理の実施に向けた支援に努めるとともに、長野県医師会と連携し県民への精密検査が受診可能な医療機関一覧の情報提供を目指します。

- 県は、精度の高いがん検診の実施に資するよう、市町村がん検診事業の精度管理を行い、長野県がん検診検討委員会で協議するとともに、その結果を公表します。
- 県は、市町村及び企業・団体等と連携し、がん検診やがんについての正しい知識について、普及啓発に取り組みます。(再掲)

数値目標

1 中間アウトカム指標②

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)	
0	検診がん 種別受診 率	胃がん	55.7% (2022)	60%以上	国のがん対策 推進基本計画 と同じ	厚生労働省 「国民生活基礎 調査」
		肺がん	57.1% (2022)			
		大腸がん	52.3% (2022)			
		子宮頸がん	48.0% (2022)			
		乳がん	52.8% (2022)			
0	精密検査 受診率	胃がん	83.0% (2020)	90%以上	国のがん対策 推進基本計画 と同じ (既に達成して いるものは現状 以上を目指す)	厚生労働省 「地域保健・健 康増進事業報 告」
		肺がん	87.0% (2020)			
		大腸がん	71.5% (2020)			
		子宮頸がん	66.6% (2020)			
		乳がん	90.4% (2020)	90.4%以上		
0	検診がん 種別早期 がん割合	胃がん	61.4% (全国 59.6%) (2019)	61.4%以上	現状以上を目 指す	長野県がん登録 事業報告書 がんの部位別発 見時の病期(上 皮内、限局を早 期とする) (全国について は、「全国がん 登録罹患数・率 報告」)
		肺がん	44.1% (全国 37.0%) (2019)	44.1%以上		
		大腸がん	59.1% (全国 59.1%) (2019)	59.1%以上		
		子宮頸がん	81.3% (全国 80.8%) (2019)	81.3%以上		
		乳がん	64.2% (全国 64.7%) (2019)	64.7%以上	全国平均以上を 目指す	

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

2 個別施策指標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)	
P	県内の受診 勧奨実施市 町村数	胃がん	64 (2021)	77	全市町村で受診率 向上に向けた受診 勧奨に取り組む	国立がん研究セン ターがん情報サー ビス「がん登録・ 統計」 「がん検診実施状 況調査」
		肺がん	64 (2021)			
		大腸がん	62 (2021)			
		子宮頸 がん	61 (2021)			
		乳がん	63 (2021)			
S	受診率向上に向けた普及 啓発の実施医療圏数	全二次医療圏	全二次医療圏	現状を維持	保健・疾病対策課 調	
P	市町村のチェックリスト の実施率	平均 71.0% (2022)	平均 71%以上	現状より改善を 目指す。	国立がん研究セン ター 「市区町村用チェ ックリスト実施率 (住民検診)」	
P	(主な検診機関の) チェックリストの実施率	平均 94.8% (2020)	平均 94.8%以上	現状より改善を 目指す。	保健・疾病対策課 調	
P	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	平均 76.5% (全国平均 80.4%) (2021)	平均 80.4%以上	全国平均以上を 目指す。	国立がん研究セン ター 「市区町村におけ るがん検診チェッ クリストの使用に 関する実態調査」	

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
P	精密検査方法及び精密検査結果を把握した市町村割合（個別検診）	胃がん (エックス線)	70.0% (全国 88.4%) (2021)	88.4%	全国平均以上を目指す	国立がん研究センター 「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」
		胃がん (内視鏡)	71.4% (全国 92.2%) (2021)	92.2%		
		肺がん	61.5% (全国 89.1%) (2021)	89.1%		
		大腸がん	76.9% (全国 90.6%) (2021)	90.6%		
		子宮頸がん	80.3% (全国 91.6%) (2021)	91.6%		
		乳がん	78.6% (全国 90.5%) (2021)	90.5%		

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

2 質の高い科学的根拠に基づく医療の提供

がんの医療においては、がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、患者本位のがん医療を展開し、がん医療の質を向上させることが重要です。

また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率は向上し、がん死亡率の減少につながります。

さらに、支持療法や緩和ケアが適切に提供される体制を整備することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上にもつながります。

(1) 医療提供体制の均てん化・集約化の推進について

【現状と課題】

ア がん診療連携拠点病院等を中心とした医療提供体制について

- 本県では、10 医療圏全てでがん診療連携拠点病院等が整備（表 11 参照）されており、すべてのがん診療連携拠点病院において、**胃がん、大腸がん、肺がん、肝がん、乳がん**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、カンサーボード（がん患者の症状、治療方針等を検討するための医師等によるカンファレンス）の定期的な開催が行われています。

【表 11】 がん診療連携拠点病院等の設置状況（2023 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	○	2006 年 8 月 24 日	
上小	信州上田医療センター	△	2016 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	○	2006 年 8 月 24 日	
上伊那	伊那中央病院	○	2009 年 2 月 23 日	
飯伊	飯田市立病院	○	2007 年 1 月 31 日	
木曽	県立木曽病院	△	2016 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	◎	2006 年 8 月 24 日	
	相澤病院	○	2008 年 2 月 8 日	
大北	北アルプス医療センター あづみ病院	△	2019 年 4 月 1 日	信大病院とのグループ指定
長野	長野赤十字病院	○	2007 年 1 月 31 日	
	長野市民病院	○	2007 年 1 月 31 日	
北信	北信総合病院	△	2015 年 4 月 1 日	長野赤十字病院とのグループ指定

（保健・疾病対策課調）

- がん診療連携拠点病院等を中心に、患者に対するがんの告知や、インフォームド・コンセントの取得、セカンドオピニオンの提示などが適切に実施されるような体制整備や、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備も必要です。
- なお、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、本県独自の取組として、がん診療連携拠点病院等に対し、機能評価（現地調査）を定期的実施しています（年 2 病院程度）。

- 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、「がん診療連携協議会」と県が設置する「がん診療連携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。

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。2007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、薬物療法、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、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。

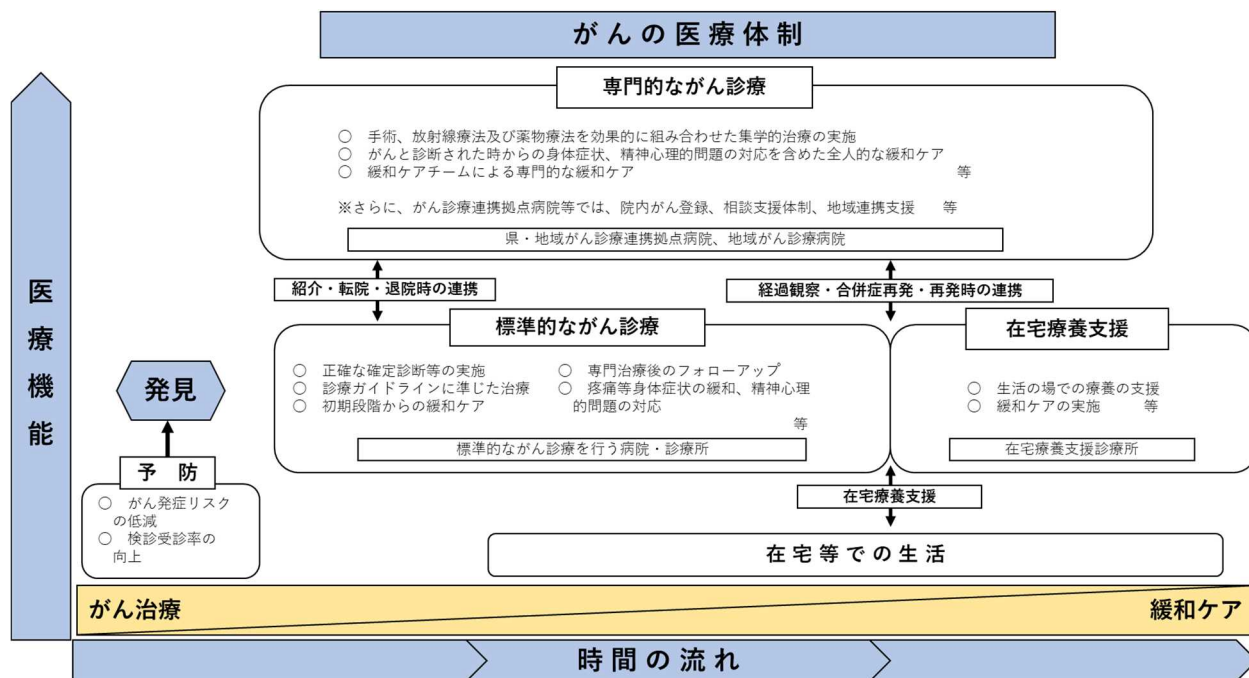
長野県のがん診療連携拠点病院には県の中心的役割を果たす「県がん診療連携拠点病院（信州大学医学部附属病院）」と、各二次医療圏で中心的役割を果たす「地域がん診療連携拠点病院（7病院）」、がん診療連携拠点病院と連携し、拠点病院に準じた高度ながん医療を提供する「地域がん診療病院（4病院）」が指定されています。

がん診療連携拠点病院等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。

イ がん医療に求められる医療機能と役割分担

- 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の提供が必要です。
- 感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の实情に応じた連携体制の整備も求められています。

【図10】 がん医療に求められる医療機能と役割分担図



ウ がん種別5年生存率（ネット・サバイバル）

- 本県におけるがん種別（胃、肺（小細胞、非小細胞）、大腸、乳房、肝臓（肝細胞、肝内胆管））の5年生存率は下表のとおりであり、肺（非小細胞）、乳房、肝臓（肝内胆管）は全国平均より高いものの、その他は全国平均を下回っています。

※ ネット・サバイバルとは、相対生存率と同様のがんによる生存への影響を把握する目的で使用され、「がんのみが死因となる場合の生存率」自体を推計する方法（国立研究開発法人国立がん研究センターがん情報サービス）

【表 12】 2014-2015 年診断例の5年生存率（ネット・サバイバル）（％）

区分	胃	肺		大腸	乳房	肝臓	
		小細胞	非小細胞			肝細胞	肝内胆管
長野県	69.8	9.1	51.2	68.4	92.9	38.8	23.8
全 国	70.2	11.5	47.5	70.9	91.6	45.1	21.1

（国立がん研究センターがん対策研究所がん登録センター「院内がん登録 2014-2015 年5年生存率集計報告書」）

【施策の展開】

- 県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、がん診療連携拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進します。
- 県は、がん診療連携拠点病院整備検討委員会による機能評価等を通じ、がん診療連携拠点病院等のがん診療の質の維持・向上に取り組みます。
- 県と長野県がん診療連携協議会等の関係者は、感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、平時からの診療機能の役割分担や、地域の実情に応じた連携体制の整備のためのあり方について検討します。

（2）がんゲノム医療の推進

【現状と課題】

- 「がんゲノム医療」とはがん細胞のゲノム（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、近年このゲノム医療への期待が高まっています。
- 国では、2017年12月に「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を策定し、「がんゲノム医療中核拠点病院」及び「がんゲノム医療連携病院」の整備が進められ、その後、2019年7月の一部改正によってがんゲノム医療拠点病院の類型が新設されました。
- 本県では、がんゲノム医療を提供する医療機関として、がんゲノム医療拠点病院に信州大学医学部附属病院が、がんゲノム医療中核拠点病院およびがんゲノム医療拠点病院と連携するがんゲノム医療連携病院に6病院が指定されています。
- 国は、ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、2018年6月にがんゲノム情報管理センターを開設し、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を進めています。
- さらに、2019年度には、がん遺伝子パネル検査の保険収載により、保険診療下でのがんゲノム医療が実装されています。
- がんゲノム医療に関する国の状況や県内の医療提供体制について、県民への適切な情報提供

が重要です。

【表 13】 県内のがんゲノム医療拠点病院等一覧（2023 年 8 月 1 日現在）

（○がんゲノム医療拠点病院 △がんゲノム医療連携病院）

病 院 名	区分	連携先
信州大学医学部附属病院	○	—
佐久総合病院 佐久医療センター	△	埼玉県立がんセンター
諏訪赤十字病院	△	信州大学医学部附属病院
伊那中央病院	△	信州大学医学部附属病院
相澤病院	△	信州大学医学部附属病院
長野赤十字病院	△	信州大学医学部附属病院
長野市民病院	△	信州大学医学部附属病院

（保健・疾病対策課調）

【施策の展開】

- 県は信州大学医学部附属病院等と連携し、がんゲノム医療に関する最新の国の動向や県内の医療提供体制について、県民へ適切な情報提供を行います。

（3）科学的根拠に基づく手術療法・放射線療法・薬物療法の推進

【現状と課題】

ア 手術療法について

- がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、がん診療連携拠点病院等を中心に、適切な実施体制の整備を推進してきました。
- 厚生労働省の医療施設調査によると、2020 年 9 月の県内病院における悪性腫瘍手術の実施件数は 894 件となっています。
- また、国において鏡視下手術等の低侵襲な手術療法の普及が進められ、ロボット支援手術等の新しい治療法についても保険適用が拡大されるなど、手術療法の充実が図られており、本県においてもロボット支援手術の導入が進んでいます。
- 一方で、高い技術を要する手術療法のような、全ての施設で対応が難しいようなものについては、医療機関間で連携し、地域の実情に応じて集約化を行う等、手術療法の連携体制の整備が必要です。

【表 14】 2020 年 9 月中に県内で悪性腫瘍手術を実施した病院数

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
病院数	4	3	4	4	3	1	9	2	8	1	39

（厚生労働省「医療施設調査」）

イ 放射線治療について

- リニアックなどの放射線治療装置は、厚生労働省の医療施設調査によると、2020 年 9 月においては、県内では 13 か所に整備されており、県内の放射線治療（体外照射）実施件数は 3,672 件となっています。

- 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。
- 一方で、放射線治療専門医や専門の診療放射線技師等が不足しており、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。
- また、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、あるいは地域間を越えた適切な医療資源の配分が求められています。
- 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行っています。

【表 15】 2020 年 9 月中に県内で放射線治療（体外照射）を実施した医療機関数

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
医療機関数	1	1	1	1	1	1	4	-	2	1	13

（厚生労働省「医療施設調査」）

※ 2023 年 9 月現在、木曾医療圏では放射線治療を実施可能な医療機関は無い

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、健康保険適用内の医療費について、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。

先進医療は健康保険適用外となり、医療費の負担額が大きくなることから、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。

2023 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。

ウ 薬物療法について

- 薬物療法には、「化学療法」「内分泌療法（ホルモン療法）」「分子標的療法」などの種類があります。
- がんの治療では、薬物療法だけでなく手術や放射線治療と組み合わせることもあります。
- 患者の体調や各治療法のスケジュールなどを考慮して、入院期間中に治療する「入院治療」、あるいは、外来で通院しながら治療する「外来治療」が実施されています。
- 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います。
- 厚生労働省の医療施設調査によると、2020 年 9 月の県内の外来化学療法室のある病院における外来化学療法の実施件数は 5,935 件となっています。

- 2022 年度診療報酬改定において、悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の「外来腫瘍化学療法診療科」が新設されました。
- 県内の外来腫瘍化学療法を実施する医療機関は 2023 年 8 月時点で 36 か所となっています。

【表 16】 外来腫瘍化学療法診療料の届出医療機関数（2023 年 8 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
医療機関数	3	3	4	3	3	1	8	2	7	2	36

（厚生労働省関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」）

- 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。
- 近年研究開発が進み、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法をはじめ、がん患者が治療法に関する正しい情報を得ることができるよう、情報提供が必要です。
- また、患者やその家族等の経済的な負担の軽減につながるバイオ後続品[※]について、国の動向をふまえた使用促進に向けた取組の検討が求められています。

※ 先行するバイオ医薬品（遺伝子組換え技術などにより細胞、酵母、細菌などから産生されるタンパク質由来の医薬品）の特許が切れた後に、他の製薬企業から発売される後発薬

【施策の展開】

- 県は、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な手術療法、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について、がん診療連携拠点病院等と連携した取組を進めます。
- 県は、長野県がん診療連携協議会と連携し、最新の科学的根拠に基づく各種治療方法等について、国の動向をふまえ、県民への適切な情報提供に努めます。
- 県は、がん治療の選択肢を広げるため、「長野県がん先進医療費利子補給制度」により、がんの先進医療を受ける患者等の経済的な負担を軽減します。

（４）連携体制の推進（チーム医療・地域連携等の推進）

【現状と課題】

ア チーム医療の推進

- 患者やその家族等が抱える様々な苦痛、悩み、負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要です。
- がん診療連携拠点病院等では、医師や看護師、薬剤師、管理栄養士、相談支援に携わる者等で構成された緩和ケアチームや栄養サポートチーム等が設置されています。

イ 地域連携の推進

- 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。

ウ 医科歯科連携の推進

- がん治療中には口内炎（口腔粘膜炎）や口腔内細菌による感染症（むし歯や歯周病）などの口腔内合併症が高い頻度で現れます。
- 周術期[※]における生活の質を維持・向上するためには、誤嚥性肺炎予防等や食事による栄養摂取が重要であり、医科歯科連携による適切な歯科口腔管理が求められています。
 - ※ 入院・手術・回復からなる治療の前後を含めた一連の期間
- 本県では、「長野県がん診療医科歯科連携事業」により、がん診療連携拠点病院等を中心とした歯科・歯科口腔外科併設病院において、医科歯科連携体制が構築されています。
- 今後は、歯科・歯科口腔外科を併設していない病院等においても適切な歯科口腔管理が行われるよう、地域の実情に応じた医科歯科連携体制の構築が必要です。

エ 薬局との連携

- 外来での薬物療法をより安全に提供するために、医療機関等との密な連携を行いつつ、より高度な薬学管理や、高い専門性が求められる特殊な調剤に対応できる薬局が必要です。
- 2021年8月から、がん等の専門的な薬学管理が必要な患者が自身に適した薬局を選択できるよう、がんの薬物療法に係る専門性を有する薬剤師が配置され、がん診療連携拠点病院等の専門医療機関や他薬局等の関係機関と連携してがん等の専門的な薬学管理に対応できる薬局を、都道府県が「専門医療機関連携薬局」として認定する制度が開始され、2023年3月時点で5薬局が認定されています。
- がん診療連携拠点病院では、保険調剤薬局の薬剤師研修会を実施しています。

オ 二次医療圏相互の連携体制

- 限られた医療資源の中で、二次医療圏相互の連携も重要です。
- 地域がん診療病院は、自施設で対応できない放射線療法等に関し、がん診療連携拠点病院と連携して対応しています。
- 上小、木曽、大北医療圏は松本医療圏と、北信医療圏は長野医療圏と連携しがん医療の地域差を補っています。

【施策の展開】

- 県及びがん診療連携拠点病院等は、多職種連携を更に推進する観点から、がん診療連携拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、長野県がん診療連携協議会において地域の医療機関と議論を行い、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組みます。
- 県及びがん診療連携拠点病院等は、上小、木曽、大北医療圏は松本医療圏と、北信医療圏は長野医療圏と連携した二次医療圏相互の連携体制を推進します。
- がん診療連携拠点病院等は、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔管理の推進に引き続き取り組むとともに、栄養サポートチーム等の

専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う体制の整備に引き続き取り組みます。

- 歯科・歯科口腔外科を併設していない病院等においては、適切な医科歯科連携・多職種連携が行われる体制の整備を目指します。
- 県は、関係団体と連携して、がん患者が、より自分に適した薬局を選択できるよう専門医機関連携薬局への取組を推進します。

(5) がんのリハビリテーションの推進

【現状と課題】

- 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、がんのリハビリテーションが重要です。
- がんの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。
- がん診療連携拠点病院等は、その指定要件において、がんのリハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の診療従事者を配置することが望ましいとされています。
- がんのリハビリテーションの実施医療機関は29か所となっていますが、木曽医療圏や北信医療圏には実施可能な医療機関がなく、二次医療圏間での連携が必要です。

【表 17】 がんリハビリテーション実施医療機関数（2023年9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
医療機関数	2	1	2	2	4	—	9	2	7	—	29

(厚生労働省関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」)

【施策の展開】

- 医療機関は、がんリハビリテーションに関わる医療従事者の配置や国が実施する研修への参加、二次医療圏間の連携等により、がんリハビリテーション提供体制の整備に努めます。

(6) 支持療法の推進

【現状と課題】

- がん治療における副作用・合併症・後遺症対策として、支持療法の適切な推進が重要です。
- 専門的なケアを実施する外来については、がん診療連携拠点病院等を中心に設置が進められてきました。
- 県内でリンパ浮腫外来が設置されているがん診療連携拠点病院等の割合は75.0%、ストーマ外来が設置されているがん診療連携拠点病院等の割合は91.7%となっています。(2022年9月1日現在)
- がん患者の求めに応じたケアを提供できるよう、支持療法の提供体制の整備の一層の充実とともに、適切な情報提供が必要です。

【施策の展開】

- がん診療連携拠点病院等は、専門的なケア外来の設置等、がん患者の求めに応じた支持療法の提供体制の整備に努めます。

(7) 診断時からの緩和ケアの推進

【現状と課題】

ア 緩和ケアの提供について

- 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。
(2018年度～2023年度: 1,296人の医師等が参加)
- 緩和ケア研修会では、2018年度には、eラーニングを導入するとともに、対象疾患をがん以外に、研修の対象者を医師以外の医療従事者に拡大し、研修会の内容にがん患者の家族、遺族等に対するグリーフケアが盛り込まれています。
- 緩和ケアにおいては、がん性疼(とう)痛などに処方される医療用麻薬が重要な役割を果たしています。2021年の医療用麻薬を提供できる薬局(免許取得率)は95.7%となっています。
- 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は、2023年8月末現在、976か所あります。

【表 18】 医療圏別麻薬小売業免許取得薬局数及び免許取得率 (2023年8月末現在)

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大町	長野	北信	計
免許取得 薬局数	109	107	89	76	66	10	184	27	264	44	976
免許 取得率(%)	99.1	100.0	91.8	97.4	97.1	100.0	92.9	100.0	96.7	97.8	96.3

(薬事管理課調)

イ 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、管理栄養士等が連携協力して緩和ケアを提供するチームです。
- 本県の緩和ケアチームのある医療機関は2020年10月現在では28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。
- 特に、がん診療連携拠点病院等については、がんの診断時から適切な緩和ケアが提供される

よう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチームの組織や、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制が整備されています。

- 緩和ケア病棟は、2023年4月時点で県内では6病院が有しており、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望まれます。

【表 19】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）		
		2014年	2017年	2020年	2014年	2017年	2020年	2014年	2017年	2020年
緩和 ケア チーム	県	20	27	28	389	506	1,032	157	155	247
	全国	992	1,086	1,124	28,042	30,028	34,621	7,793	9,030	9,795
区 分		医療機関数			病 床 数			取扱患者延数（人）		
		2014年	2017年	2020年	2014年	2017年	2020年	2014年	2017年	2020年
緩和 ケア 病棟	県	4	5	7	87	109	151	2,126	2,200	1,371
	全国	366	433	479	6,997	8,387	9,498	106,235	127,661	142,242

注1) 「患者数」「新規依頼患者数」「取扱患者延数」は各年9月中の数

(厚生労働省「医療施設調査」)

注2) 2023年4月現在の緩和ケア病棟を有する医療機関数は6である。

ウ 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。
- 特になんがん診療連携拠点病院等では、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行うことや、患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニング※を含めた意思決定支援を提供できる体制を整備することが求められています。
 - ※ 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのこと。
- 在宅療養支援診療所は県内に264か所(2023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重要です。

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を支える医療のことです。

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。

また、患者のみでなく大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取組として、「グリーフケア」も重要です。

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。

【施策の展開】

- 県は、がん診療連携拠点病院等と連携し、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。
- 医療機関は、がん診療連携拠点病院等を中心とし、地域におけるがん診療や在宅医療に携わる医療機関、関係団体と連携し、がんと診断された時から、患者とその家族・遺族等に対する精神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体制の整備に努めます。

（８）妊孕性温存療法の推進

【現状と課題】

- がん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕（よう）性が低下することは、将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA（Adolescent and Young Adult：思春期及び若い成人）世代のがん患者にとって大きな課題です。
- 妊孕性温存療法として、胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存することは、高額な自費診療であり、がん患者等にとって経済的負担となっているほか、未受精卵子凍結や卵巣組織凍結については、有効性等の更なるエビデンス集積が求められています。
- このような状況を踏まえ、国は、2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」を開始しました。
- 本県においても、有効性等のエビデンス集積を進めつつ、若いがん患者等が希望を持って治療等に取り組み、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組に資することから、2021年度から同事業を開始し、2023年8月末時点で41件の助成を実施しています。
- がん患者等で妊孕性温存療法を行った者が、がん治療後も長期間にわたって、がん・生殖医

療に関する情報・相談支援を継続的に提供でき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には各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、研究促進事業へ参画すること、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備することが求められています。
- 本県においては、2020年11月に長野県がん診療連携協議会にて、信州大学医学部附属病院に事務局を置く「長野県がん・生殖医療ネットワーク」の設立が承認され、体制整備が進められています。

【施策の展開】

- 県は、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法の有効性等のエビデンスの集積に努めるとともに、妊孕性温存療法を希望するがん患者の経済的負担の軽減を図ります。
- がん診療連携拠点病院等はがん・生殖医療に関する情報・相談支援を継続的に実施する体制を整備します。

（9）個別のがん（希少・難治性・小児・AYA・高齢者）対策の推進

【現状と課題】

ア 希少・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。
- 長野県がん診療連携協議会では、県内の主な医療機関の希少がんの診療対応状況について整理し、同協議会のホームページにて情報発信する等の取組を行っています。
- 難治性がんは、すい臓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。
- がんの存在診断のための革新的技術を開発するとともに、転移・再発したがんを克服するための第一歩として、浸潤・転移といったがんの特性を解明する研究が進められています。

イ 小児・AYA世代

- がんは小児やAYA世代の病死の主な原因の1つとなっています。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います。
- 小児・AYA世代のがん患者は、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。
- 2013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整備が行われてきました。

- また、地域の質の高い小児がん医療及び支援を提供し、一定程度の医療資源の集約化を図るため、国が定めた指針に基づき、全国の小児がん拠点病院により小児がん連携病院が指定されました。
- 小児がん連携病院は、地域の実情を踏まえ、各地域のブロック協議会で定められた要件を満たす必要があり、本県は関東甲信越ブロックに所属し、2023年4月1日時点で3病院（信州大学医学部附属病院、長野県立こども病院、相澤病院）が指定されています。
- がん診療連携拠点病院等では、その指定要件においてAYA世代のがん患者について治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、自施設または連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備することとされています。
- 小児がん拠点病院等とがん診療連携拠点病院等が連携しつつ、AYA世代のがん患者への対応を行えるような体制の構築が進められています。
- また、2023年に長野県立こども病院が長野県がん診療連携協議会へ加入し、小児から成人期までの長期フォローアップに関する適切な連携体制の構築に向けた取り組みが進められています。

ウ 高齢者

- 人口の高齢化が急速に進んでいることに伴い、高齢のがん患者も増加しています。
- 2019年度には、新たにがんと診断された人のうち全国では65歳以上の高齢者の数は75万人（がん患者全体の75%）、75歳以上の高齢者の数は45万人（がん患者全体の45%）となっており、本県においては65歳以上の高齢者の数は約1.3万人（がん患者全体の78.2%）、75歳以上の高齢者の数は約8千人（がん患者全体の49.8%）となっています。
- がん診療連携拠点病院等の指定要件において、高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備等が求められています。
- 高齢者のがんについては、全身状態や併存疾患を加味して、標準的治療の適応とならない場合等があり、こうした判断は、医師の裁量に任されていることが課題とされています。
- 現在、厚生労働科学研究において、高齢者がん診療に関するガイドラインの策定が行われています。

【施策の展開】

- 県は、長野県がん診療連携協議会等と連携し、個別のがんに関するがん患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供に努めます。
- がん診療連携拠点病院等及び小児がん連携病院では、小児から成人期の長期フォローアップに関する連携体制の整備を進めます。
- がん診療連携拠点病院等では、高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備等を進めます。

(10) がん登録の利活用の推進

【現状と課題】

- がん登録とは、がんの罹患や転帰という状況を登録・把握し、分析する仕組みであり、がんの患者数や罹患率、生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータを把握するために必要なものです。がん対策を推進するためには、正確ながんの実態把握が必要であり、その中心的な役割を果たすのが、がん登録です。
- 本県では2010年1月から健康増進法に基づき「地域がん登録」を開始し、2015年12月末までの診断例を登録してきました。地域がん登録は、都道府県ごとにデータ収集をしており、長野県以外の医療機関で診断・治療を受けた人や、がんを罹患してから他県に移動した人などのデータが重複する可能性があり、正しい情報を把握できないことが指摘されていました。また、すべての医療機関が地域がん登録に協力しておらず、すべてのがん患者のデータを収集することもできていませんでした。
- 2016年1月から「がん登録等の推進に関する法律」（以下、「がん登録推進法」という。）が施行され、「全国がん登録」が始まりました。全国がん登録では、病院又は指定された診療所は、2016年1月1日以降に原発性のがんを当該医療機関において初めて診断したとき、都道府県知事への届出が義務付けられています。全国どこの医療機関で診断を受けても、がんと診断された人のデータは都道府県に設置された「がん登録室」を通じて集められ、国のデータベースで一元管理されています。
- 本県では、がん登録に関し信州大学医学部附属病院と連携し、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。本県の届出票の提出件数は、2019年までに19万件を超えています。
- 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。
- 本県のがん登録の精度指標については、2019年でMI比^{※1}が0.38、DCO^{※2}は1.9%となっています。
 - ※1 MI比とは、一定期間におけるがん死亡数の、がん罹患数に対する比。Mortality/Incidence Ratioの略。現在の日本のがん患者の生存率に基づいた場合、全がんでMI比0.4～0.45程度が妥当と考えられている（がん情報サービス「がん統計」がん統計の用語集）。
 - ※2 DCOとは、がん登録において、死亡情報のみで登録された患者のこと。Death Certificate Onlyの略。国際的ながん登録の水準では、DCOは10%以下であることが求められている（がん情報サービス「がん統計」がん統計の用語集）。
- 県では、医師や弁護士、がん登録の実務者、がん患者等で構成する「長野県がん登録事業推進委員会」を開催し、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向上に向けた検討を行っています。
- 県が市町村や研究者等に対しがん登録情報を提供する場合、がん登録推進法に基づき、「長野県がん登録情報利用・提供審査会」で利用目的や利用範囲等を審査した上で、匿名化等の必要な加工を行い、情報提供しています。

【施策の展開】

- 県は、遡り調査や生存確認調査を実施し、がん登録の精度の維持に努めます。
- 県は、集積されたがん登録情報を県のがん対策に活用します。
- 県は、集積されたがん登録情報を、統計解析や研究目的の利用のための提供依頼に対し、適切に情報提供します。

数値目標

1 中間アウトカム指標②

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
0	がんの診断・治療全体の総合評価（平均点または評価が高い割合）	国の調査結果公表後 (2023年調査実施中)に設定予定			(患者体験調査)
0	がん種別 5年生存率	胃 69.8% (全国 70.2%)	70.2%	全国平均以下は全国平均に、全国平均以上は現状以上を目標とする。	国立がん研究センターがん対策研究所がん登録センター 「院内がん登録2014-2015年5年生存率集計報告書」 (現状は2014-2015年診断例)
	肺	小細胞 9.1% (全国 11.5%)	11.5%		
		非小細胞 51.2% (全国 47.5%)	51.2%以上		
	大腸	68.4% (全国 70.9%)	70.9%		
	乳房	92.9% (全国 91.6%)	92.9%以上		
	肝臓	肝細胞 38.8% (全国 45.1%)	45.1%		
		肝内胆管 23.8% (全国 21.1%)	23.8%以上		
0	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	国の調査結果公表後 (2023年調査実施中)に設定予定			(患者体験調査)
0	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	国の調査結果公表後 (2023年調査実施中)に設定予定			(患者体験調査)

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

2 個別施策指標

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	がん診療連携拠点病院等がある医療圏数		10 医療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏に拠点病院等の整備を維持。	保健・疾病対策課調
P	がん診療連携拠点病院等への機能評価の実施数		—	12 病院	全ての拠点病院等で計画期間内に1回の実施を目指す。	保健・疾病対策課調
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		10 医療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏で受けられる体制を維持。	保健・疾病対策課調
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		10 医療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏での実施体制を維持。	保健・疾病対策課調
S	リハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師が配置されているがん診療連携拠点病院の割合		100%	100%	現状を維持	保健・疾病対策課調
S	専門的なケア外来を設置しているがん診療連携拠点病院等の割合	リンパ浮腫	75%	75%以上	現状以上を目指す。	保健・疾病対策課調
		ストーマ	91.7%	91.7%以上		
S	緩和ケア研修会の受講者数		210 名	200 名以上	前計画期間の実績を踏まえ年間 200 名以上の受講を目指す。	保健・疾病対策課調
P	がん相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数		25 件 (2022)	25 件以上	現状以上の増加を目指す。	保健・疾病対策課調

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	全国がん登録の精度指標 (MI比・%DCO)	MI比 0.38 DCO 1.9% (2019)	MI比 0.4~0.45程度 DCO 5%以下	現状と国際的なが ん登録の水準を ふまえ設定	長野県がん登録 事業報告書

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

IV 全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができています

1 がんに対する理解が深まり、社会全体で支援を行う環境づくり

がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境整備が必要です。

そのためにはがんに関する理解を促進し、医療・福祉・介護・産業保健・就労・教育支援分野等が連携し、支援等を行う仕組みを構築することが重要です。

(1) がんに関する情報提供やがん相談支援センター等の相談支援体制の充実

【現状と課題】

ア がんに関する理解促進のための情報提供 (普及啓発)

- 本県では条例において、10月15日から同月21日までを「がんと向き合う週間」と定め、重点的にがんに関する普及啓発に取り組んでいます。
- 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、がんに関する正しい知識の情報提供や普及啓発を行っています。
- 県では、県民向けのがんに関する研修会を開催し、がんに関する正しい知識の向上や理解促進に取り組んでいます。
- こうした取組を通じ、県民に対してがん患者やその家族・遺族に対する理解促進を図っています。

イ がん教育の推進

- 2017年3月以降、小・中・高等学校学習指導要領が順次改訂され、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。指導要領に準じてがん教育を推進しています。
- 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、2020年度に「がん教育の手引き (平成26年度発行)」の「別冊 - 外部講師を積極的に活用したがん教育 -」を作成しました。外部講師を活用した実践事例を掲載し、各校の取組の充実に向けた情報提供を行

う等、外部講師との連携したがん教育を推進しています。

- 各学校におけるがん教育が一層充実した教育活動となるように、年4回、ミニ研修会を開催し、がん教育のあり方及び正しい知識や技能の習得等、がん教育の普及啓発を行っています。

ウ がん相談支援センター等の相談支援体制の充実

- 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、がんに罹患した場合、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あり、その相談支援体制として、がん相談支援センターが全てのがん診療連携拠点病院等に設置されています。
- 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。
- 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。
- 相談員の確保や人材育成も重要であり、長野県がん診療連携協議会では、がん相談支援センターの相談員の質の維持・向上に向けた研修会の開催等に取り組んでいます。
- がん相談支援センターは、2018年度の患者体験調査（国立がん研究センターがん対策情報センター 厚生労働省委託事業 令和2年10月）によると、がん相談支援センターを「知っている」と回答した人の割合は67.6%となっているため、がん患者やその家族への更なる周知が必要であるとともに、がんに関する悩みを持つ全ての県民へ、がん相談支援センターの周知が重要です。

エ 患者会等との連携（ピア・サポートの推進等）

- がん患者やその家族にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び体験共有ができる場の存在が重要です。
- また、がん患者やその家族の支援策について、患者等からの意見を踏まえ、患者会等と連携しながら検討・実施することも重要です。
- 県は患者等からの意見を把握するため、がん関係会議におけるがん患者からの意見聴取や、長野県がん診療連携協議会と連携した患者会との意見交換等を実施しています。
- 患者会との連携した取組の一つにピア・サポートの推進があります。
- ピア・サポートとは、同じような悩みや経験をもつ者同士（ピア）が支え合い、サポートし合うことです。仲間から支えられていると感じることによって、不安の解消や悩みの解決につながることを期待されています。
- がん診療連携拠点病院等は、患者サロン等の場を設ける際に、一定の研修を受けたピア・サポーターの活用に努めることとされており、ピア・サポートの取組の推進が必要です。

【施策の展開】

- 県は、市町村や関係機関等と連携して、がんに関するイベントやキャンペーンの実施等を通じ、県民のがんに関する理解促進に取り組みます。
- 県は、子どもたちが、がんが身近な病気であることやがんの予防、早期発見のための検診が大切なことなどの正しい知識を身に付けるとともに、がんと向き合う人々を通じて、自他の命の大切さについて考える態度を育成するため、学校や教育関係者、がん経験者、医療関係者と連携してがん教育に取り組みます。
- がん相談支援センターは、がん患者とその家族の悩みに応じた適切な相談支援に取り組みます。
- 県は、がん診療連携拠点病院等や市町村、関係機関等と連携し、がん相談支援センター等における相談支援の質の向上に取り組みます。
- 県は、がん診療連携拠点病院等や患者会がある医療機関と連携し、患者会等の取組の把握、必要に応じた情報提供に努めるとともに、ピア・サポートの推進に向けた取組を検討・実施します。

(2) 社会連携に基づくがん対策・がん患者等支援の推進

【現状と課題】

- がん患者やその家族がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現するためには、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関とが連携して相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等の取組の推進が重要です。
- 長野県がん診療連携協議会では、県内の相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオンやがん患者サロン等の取組について情報集約・発信に取り組んでいます。

ア セカンドオピニオン

- がん治療に関するセカンドオピニオンについては、県内 37 か所の医療機関において、実施されています。
- 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 20】 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（2023 年 4 月現在）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
医療機関数	4	2	4	3	2	1	11	2	7	1	37

（長野県がん診療拠点病院連携協議会情報連携部会調）

イ 在宅療養支援

- がん診療連携拠点病院等は、二次医療圏内の在宅療養支援診療所等リストの作成や、在宅療養支援診療所等の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施しています。
- 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二次医療圏で提供されており、2022 年 3 月現在では医療機関は 193 か所で、2017 年 3 月現在（170 か所）から増加しています。

【表 21】 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（2022 年 3 月 31 日現在）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
医療機関数	16	15	31	21	29	2	39	5	32	3	193

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

- また、がん患者の在宅死亡割合は 2022 年現在 24.8%で、2016 年の 14.9%から約 10%増加しています。
- がん患者の療養生活を支える家族等への支援も重要であり、介護保険制度等の支援制度の周知も必要です。

ウ 民間企業等との連携

- 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等連携協定」を締結し、がんとの共生社会の実現を目指して、がんに関する正しい知識の普及啓発等に取り組んでいます。
- 2023 年 8 月現在、614 件の企業等と協定を締結しています。

【施策の展開】

- がん診療連携拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、長野県がん診療連携協議会において、セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等に関する情報提供に取り組めます。
- 医療・介護・地域の関係団体等は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、地域の実情に応じて、連携しながら社会的支援や困難事例等への対応に取り組むことが望まれます。
- 県は、民間企業等と連携し、がんとの共生社会の実現に向けた取組を推進します。

（3）就労支援等の社会的支援の実施・促進

【現状と課題】

ア 就労支援

- 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 64.1%（全国がん罹患モニタリング集計 2009-2011 年生存率報告（国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター、2020、独立行政法人国立がん研究センターがん研究開発費「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成 22 年度報告書）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。
- 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、治療と仕事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。
- 企業や事業所においては、がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、国が公開している「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づいた取組の推進や、両立支援コーディネーターと連携した取組が望まれます。

- 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。

イ アピアランスケア

- アピアランスケアは、広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」とされています。
- がん医療の進歩によって治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加している中、がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されています。
- がん相談支援センターでは、アピアランスケアに関する相談対応を行っています。
- 県では、2023年度から、がん患者の方の就労、社会参加等を支援するため、がん治療に伴う外見の変化を補完するウィッグや乳房補整具等の購入費用の一部助成を実施する市町村への支援を開始しています。

【施策の展開】

- 企業や事業所等においては、がん患者やその家族（従業員）の治療や就業中の体調の変化、への配慮が望まれます。
- 県は、がん相談支援センターと連携し、引き続きがん患者及びその家族の希望に応じた就労相談支援に取り組みます。
- 県は、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）と連携し、患者や事業所等に対して、就労支援に係る相談先の周知に取り組みます。
- 県は、市町村やがん相談支援センター、関係団体等と連携し、がん患者のアピアランスケアに取り組みます。

数値目標

1 中間アウトカム指標②

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
0	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	国の調査結果公表後 (2023年調査実施中)に設定予定			(患者体験調査)
0	治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した患者の割合	国の調査結果公表後 (2023年調査実施中)に設定予定			(患者体験調査)

注)「区分」欄 0 (アウトカム指標)：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

2 個別施策指標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
P	がん教育充実のための 外部講師年間の派遣校 数	17 校	17 校 以上	現状以上の増加を 目指す	保健厚生課調
P	がん相談支援センター の新規相談件数	5,847 件 (2022)	5,847 件 以上	現状以上の増加を 目指す。	保健・疾病対策 課調
S	相談員研修を受講した がん相談支援センター の相談員の数 (専従又は専任)	31 人	24 人 以上	各がん診療連携拠 点病院等に 2 名以 上の体制を維持。	保健・疾病対策 課調
S	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	193 か所 (2022)	193 か所以上	現状以上の増加を 目指す。	厚生労働省「診 療報酬施設基 準」
P	がん相談支援センター における就労に関する 相談件数	1,177 件 (2022)	1,177 件 以上	現状以上の増加を 目指す。	保健・疾病対策 課調
P	がん相談支援センター におけるアピアランス に関する相談件数	644 件 (2022)	644 件 以上	現状以上の増加を 目指す。	保健・疾病対策 課調

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

P (プロセス指標)：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

第2節 脳卒中对策(長野県循環器病対策推進計画)

I 脳卒中对策の目指す姿

※ 本計画では、「脳卒中」と「脳血管疾患」の二通りの表記をしています。主に「脳卒中」と表記しますが、本計画で使用している統計データの表記に合わせて「脳血管疾患」と記載する場合があります。

なお、人口動態統計(厚生労働省)では「疾病、傷害及び死因の統計分類(死因分類)(ICD-10(2013年版))」により分類しており、「脳血管疾患」には、「脳梗塞」、「脳内出血」、「くも膜下出血」、「その他の脳血管疾患」が含まれます。

1 現状

(1) 脳卒中の受療率等の状況

- 本県で脳卒中(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)のために継続的に医療を受けている総患者数は、2020年10月においては約3万7千人と推計されます。また、総人口に占める割合は1.8%となっています。(全国は1.2%)

【表1】脳卒中のために継続的に医療を受けている県内の推計患者数※(2020年10月) (単位:千人)

区分	脳梗塞	脳内出血	くも膜下出血	計	人口	人口に占める割合
長野県	31	5	1	37	2,048	1.8%
全国	1,199	201	62	1,462	126,146	1.2%

※ 調査日現在において、継続的に医療を受けている者(調査日には医療施設で受療していない者も含む。)の数(総務省「人口推計」、厚生労働省「患者調査」都道府県別総患者数(傷病別推計))

- 脳卒中は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあります。本県の脳卒中の総患者数は、全国と比較すると、35歳から74歳までは少なく、75歳以上で多くなっていると推計されます。

【表2】脳卒中の年代別推計患者数※(2020年10月) (単位:千人)

区分	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
長野県	0	586	13	1,070	22	352	37	2,048
割合	0%	28.6%	37.1%	52.2%	62.9%	17.1%	—	—
全国	6	39,021	637	65,945	815	18,249	1,462	126,146
割合	0.4%	30.9%	43.6%	52.3%	55.7%	14.5%	—	—

※ 調査日現在において、継続的に医療を受けている者(調査日には医療施設で受療していない者も含む。)の数

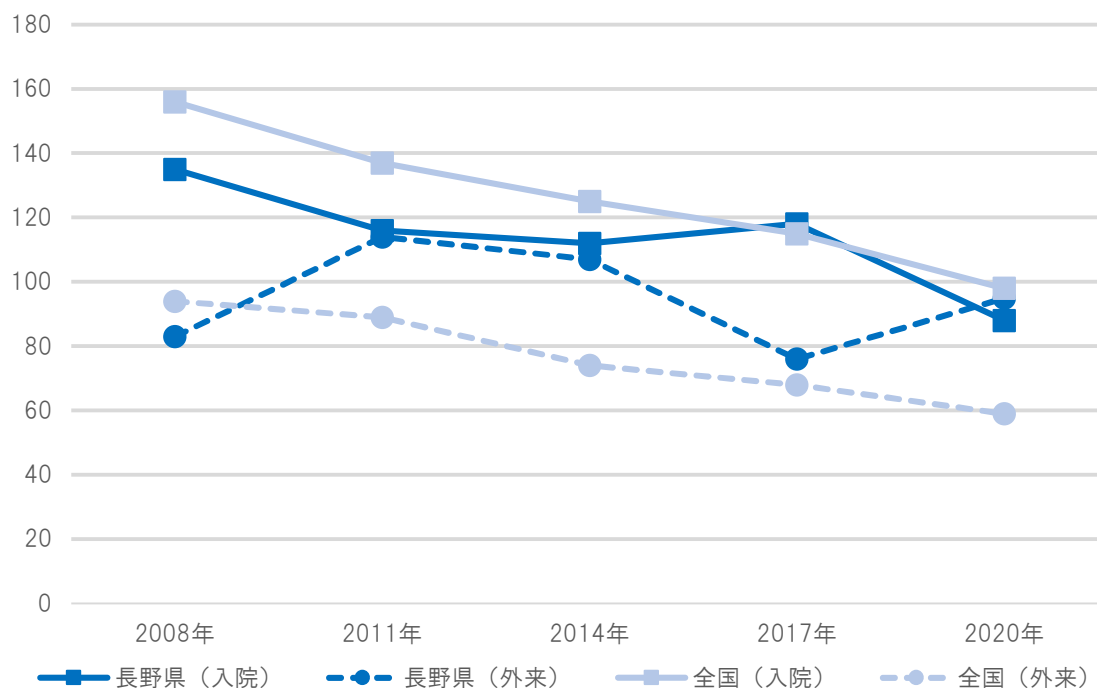
※ 患者調査において、平成29年患者調査まで算出上限日数を30日(31日以上は除外する)と設定されていたが、令和2年患者調査以降は、算出の上限日数が98日(99日以上は除外する)となり、比較が困難なため過去の記載はしていない。

※ 数値については、不詳者・端数処理のため計と合致しない。また、年齢階級(10歳)ごとの総患者数を千人単位で表章(単位未満を四捨五入)していることから、長野県の0~34歳の総患者数が0人ということではない。

(総務省「人口推計」、厚生労働省「患者調査」都道府県別総患者数(傷病別推計))

- 脳血管疾患とは、脳血管に異常が起きることが原因でおこる疾患の総称です。脳卒中の他に、脳動脈瘤等の疾患を含みます。
- 本県の2020年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、外来は全国より高い状況です。

【図1】脳血管疾患の受療率（人口10万対）の推移



※ 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数を人口10万対で表した数
（都道府県別推計患者数「患者調査」）

【表3】脳血管疾患の受療率（人口10万対）の推移

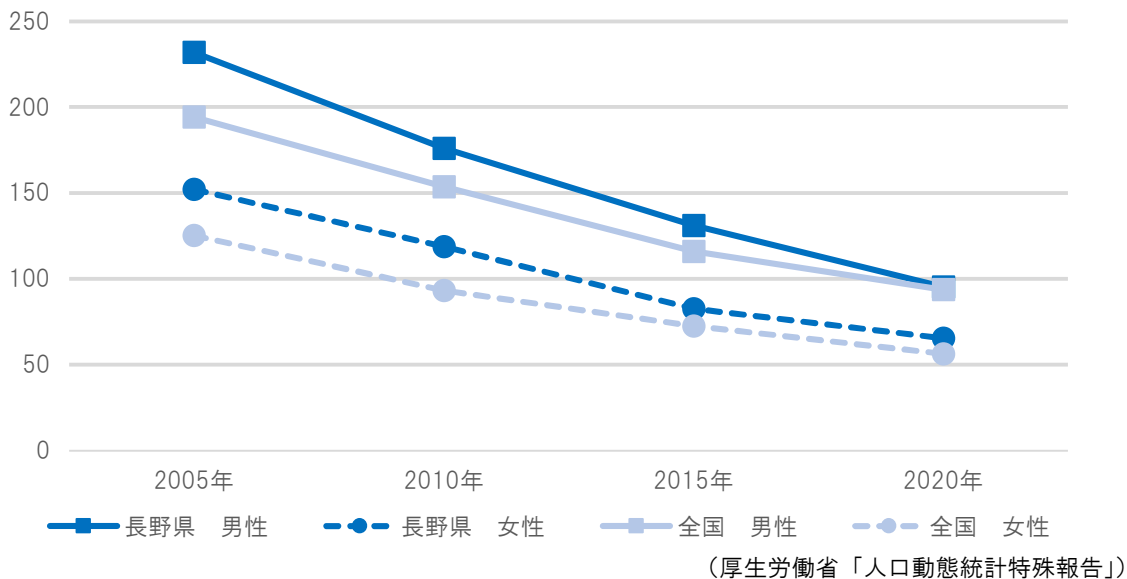
項目	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年
長野県（入院）	135	116	112	118	88
全国（入院）	156	137	125	115	98
長野県（外来）	83	114	107	76	95
全国（外来）	94	89	74	68	59

（厚生労働省「患者調査」都道府県別推計患者数）

（2）脳血管疾患による死亡の状況

- 2022年における本県の脳血管疾患の死亡者数は2,365人で、死亡数全体の8.3%（全国6.9%）を占め、死亡原因の第4位となっています。
- また、本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）は減少傾向にあるものの、男性が女性より高く、男女とも全国より高い傾向が続いています。

【図2】脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移



【表4】脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

項目	2005年	2010年	2015年	2020年
長野県（男性）	231.9	176	131.2	95.4
全国（男性）	194.3	153.7	116	93.8
長野県（女性）	152.1	118.8	82.7	65.5
全国（女性）	125.3	93.3	72.6	56.4

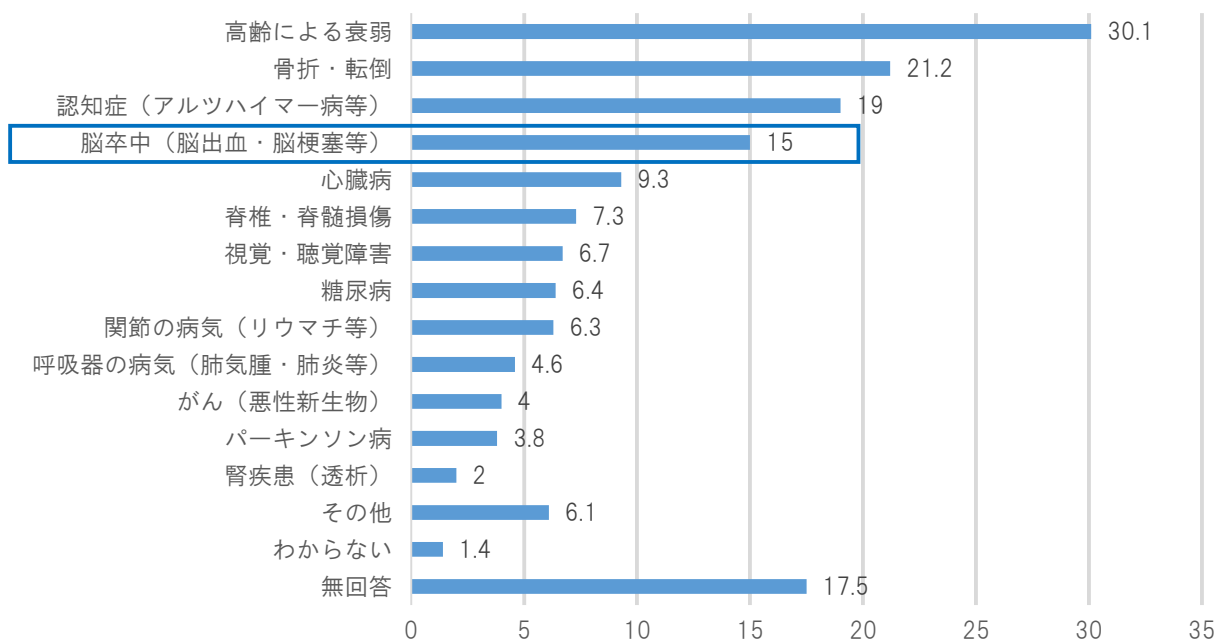
(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

(3) 要介護等に至る原因に占める脳卒中の割合

○ 脳卒中は、本県の県民が居宅において要支援・要介護が必要になった主な原因のうち、15%です。

【図3】居宅において要支援・要介護が必要になった主な原因（複数回答可）

(単位：%)

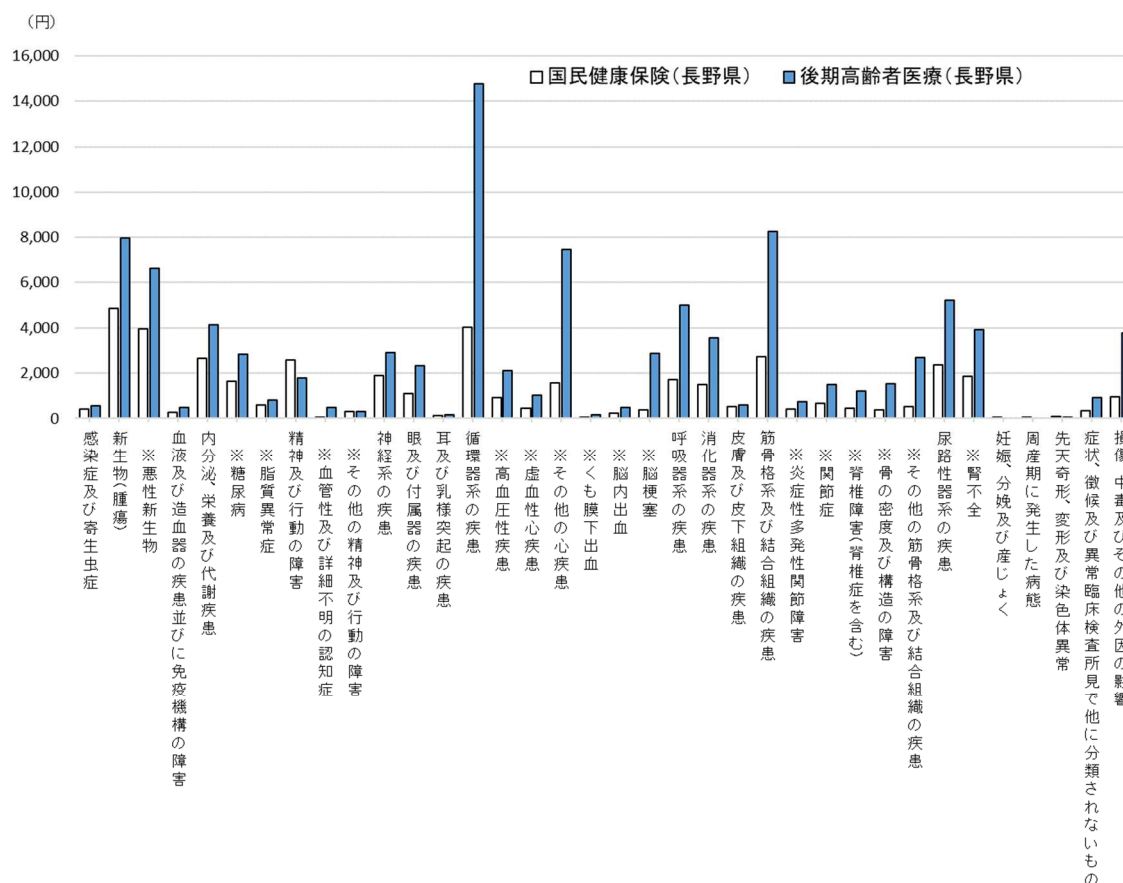


(介護支援課「令和4年度長野県高齢者生活・介護に関する実態調査等」)

(4) 医療費に占める循環器病の割合

- 本県の2023年5月診療分の診療費を疾病大分類（19分類）別にみると、国民健康保険では、医療費の多い順に「新生物（腫瘍）」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」となっています。同様に、後期高齢者医療では「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「新生物（腫瘍）」の順になっています。また、国民健康保険と後期高齢者医療の医療費を合わせて考えると「循環器系の疾患」が全体の20.5%を占め、最も高くなっています。

【図4】 疾病分類別一人当たり医療費（2023年5月診療分）



(KDB 疾病別医療費分析(大分類、中分類) 2023年7月作成(5月診療分))

2 目指す姿(分野アウトカム)

県民が脳卒中の予防につとめるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる

3 目指す姿の実現のための3つの基本目標(中間アウトカム①)

- (1) 脳卒中の発症を予防できている
- (2) 脳卒中患者が、住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる
- (3) 脳卒中患者が、日常生活の場で質の高い療養生活を送ることができる

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
○	脳血管疾患の受療率 (入院) (人口10万人対)	長野県 88 全 国 98 (2020)	減少	現状より改善を 目指す。	厚生労働省 「患者調査」
○	脳血管疾患の受療率 (外来) (人口10万人対)	長野県 95 全 国 59 (2020)	減少	現状より改善を 目指す。	厚生労働省 「患者調査」
○	脳血管疾患の 年齢調整死亡率 (男性) (人口10万人対)	長野県 95.4 全 国 93.8 (2020)	減少	現状より改善を 目指す。	厚生労働省 「人口動態特 殊報告」
○	脳血管疾患の 年齢調整死亡率 (女性) (人口10万人対)	長野県 65.5 全 国 56.4 (2020)	減少	現状より改善を 目指す。	厚生労働省 「人口動態特 殊報告」

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

Ⅱ 脳卒中の発症を予防できている

1 県民が脳卒中についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組んでいる

(1) 予防・健康づくりの普及啓発

【現状と課題】

ア 健康づくり

- 脳卒中を含む循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、その経過は、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行します。しかし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。
- 長野県の健康づくり県民運動である「信州 ACE(エース)プロジェクト」は、2014年6月にスタートしました。単に「長生き」を追求するだけでなく、一人ひとりが生涯にわたり尊厳と生きがいを持ち、その人らしく健やかで幸せに暮らせる「しあわせ健康県」の実現を目指しています。
- 県では「信州ACE(エース)プロジェクト」(※第4編第1章参照)の推進の中で、たばこ対策や運動習慣の定着、食生活改善に向けた取組など幅広く取り組んでいます。

イ 脳卒中のリスクが高い者への普及啓発

- 脳卒中のうち、患者数が最も多い脳梗塞は、脳の血管が詰まることで起こります。
- 動脈硬化によって脳内の細い血管が詰まるものや、脳の血管に変性したコレステロールが溜まり太い血管が詰まるもの、心臓など他の部位で作られた血の塊(血栓)が血流で流れて脳の血管が詰まるものがあります。
- 心房細動と呼ばれる心臓の病気(不整脈)は、心臓で血栓を作り、血流により脳へ流れることで脳梗塞を引き起こす恐れがあります。心房細動等を原因とした心原性脳塞栓症は、脳梗塞の2～3割を占めるといわれています。
- 心房細動は自覚症状がない場合が多く、脈拍触診(検脈)や健診で行われる心電図検査で見られる場合があります。心房細動を早くを見つけるためには、健診の受診や、普段から自分の脈をチェックする習慣をつけることも大切です。心房細動が見つかった場合は、脳卒中を予防するための抗凝固薬の服用等の治療を行います。
- 心房細動の患者数は、健診で診断されるだけでも全国で約80万人と推計されており、実際には100万人を越すといわれています。心房細動は高齢者に多く、今後、人口の高齢化に伴いさらに増加すると予想されています。
- 心房細動をはじめ、高血圧や脂質異常症、糖尿病を発症している等、脳卒中のリスクが高い者に対し、早期の医療機関の受診や治療を促す必要があります。

【施策の展開】

- 「信州ACE(エース)プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。(※第4編第1章参照)
- 特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上等生活習慣病予防に資する普及啓発を行います。

また、若い世代や被扶養者、退職者、高齢者等いずれの場合も健康診査を継続して受診し、自身の健康状態の把握ができるよう保険者、医療機関、健診機関等と連携を図ります。（※第4編第1章第7節参照）

- 心房細動をはじめとした重症化予防に関する県民の理解を深めるための、普及啓発に取り組みます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)	
○	食塩摂取量 (1人1日当たりの 平均摂取量、 20歳以上年齢調整値)	10.4g (2022)	7g未満	健康日本 21(第 3次)の指標を参 考	県民健康・栄 養調査	
○	喫煙率 (20歳以 上) 【再掲】	男性	21.5% (2022)	18%	健康日本 21(第 3次)の指標に合 わせ、現在の喫 煙率から禁煙希 望者が禁煙でき たとした場合の 喫煙率とする	県民健康・栄 養調査
		女性	4.5% (2022)	4%		
		男女計	13.0% (2022)	11%		
P	信州 ACE (エース) プ ロジェクト推進ネット ワーク登録団体数 【再掲】	264 団体	265 団体以上	現状より増加と する	健康増進課調	

注)「区分」欄 P (プロセス指標): 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

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

2 県民が自身の健康状態を把握している

(1) 特定健康診査・特定保健指導の受診啓発

【現状と課題】

- 脳卒中の予防には、発症リスクとなる高血圧等の早期発見、早期治療介入が重要です。
- 生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導には、40歳以上75歳未満が対象となる特定健康診査・特定保健指導があります。本県における特定健康診査及び特定保健指導実施率は全国と比べて高く、年々増加していますが、健康日本21(第2次)の目標である「特定健康診査受診率70%、特定保健指導実施率45%」に達していない状況です。特に、被扶養者は被保険者と比較すると低い状況であり、医療保険者と連携した取組が必要です。（※第4編第1章第7

節参照)

- 県では「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進の中で、健康診査受診や運動習慣の定着、食生活改善に向けた取組など幅広く取り組んでいます。（※第4編第1章参照）

【施策の展開】

- 「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。（※第4編第1章参照）（再掲）
- 特定健康診査・特定保健指導の受診率向上等生活習慣病予防に資する普及啓発を行います。また、若い世代や被扶養者、退職者、高齢者等いずれの場合も健康診査を継続して受診し、自身の健康状態の把握ができるよう保険者、医療機関、健診機関等と連携を図ります。（※第4編第1章第7節参照）（再掲）

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
○	特定健康診査実施率 【再掲】	61.5% (2021)	70%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「特定健診・ 特定保健指導 の実施状況」
○	特定保健指導実施率 【再掲】	34.7% (2021)	45%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「特定健診・ 特定保健指導 の実施状況」

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

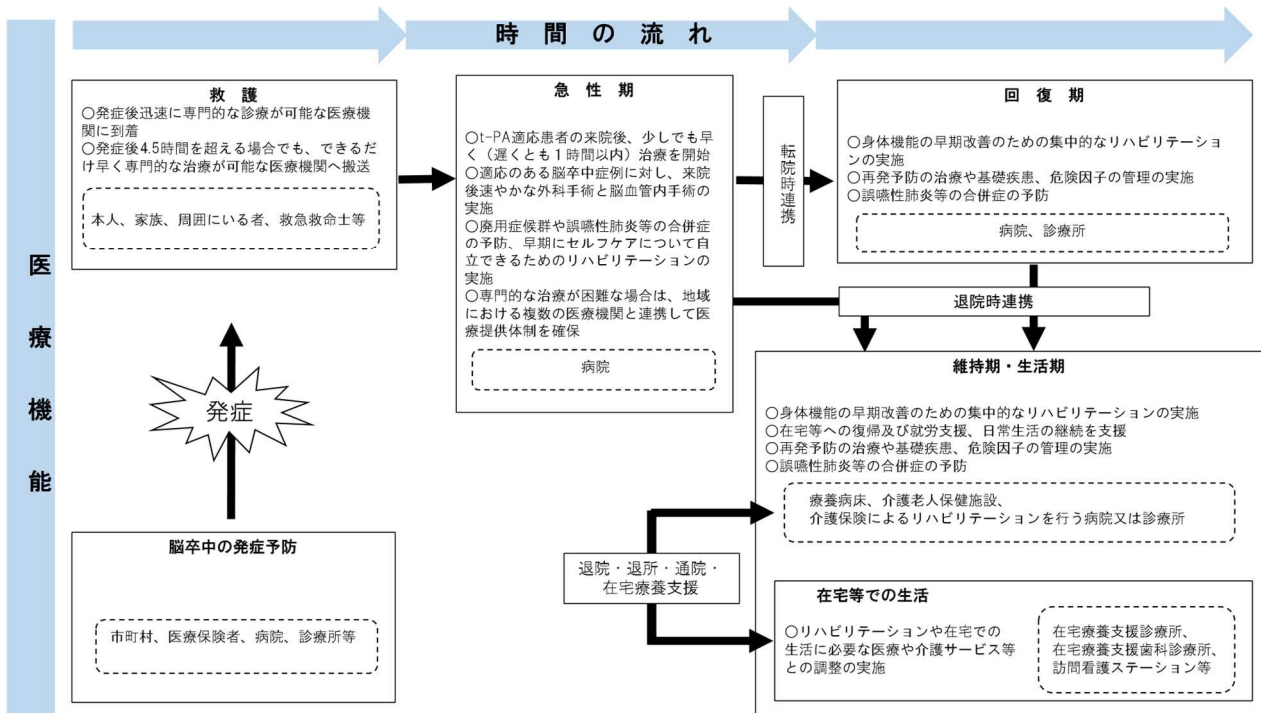
Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる

1 脳卒中の医療提供体制

○ 脳卒中に求められる医療機能は、図5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。

【図5】脳卒中に求められる医療機能



2 二次医療圏相互の連携体制

(1) 患者の受療動向

○ 上小医療圏は佐久医療圏、木曽医療圏は上伊那医療圏及び松本医療圏、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

○ 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、上小医療圏は佐久医療圏と、木曽医療圏は上伊那医療圏及び松本医療圏と、大北医療圏は松本医療圏と連携した医療提供体制を推進します。救護については、搬送時点の医療機関の状況に応じて、二次医療圏を越えた連携体制を推進します。

3 脳卒中・心臓病等総合支援センター

○ 国の「循環器病対策推進基本計画」において、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」として、脳卒中・心臓病等（循環器病）患者を中心とした包括的な支援体制を構築する

ため、多職種が連携して、総合的な取組を進めることとされています。

- 国はこの取組を推進するために、専門的な知識を有し、地域の情報提供等の中心的な役割を担う医療機関に「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を配置し、都道府県と連携を取りながら、地域の医療機関を支援し、協力体制を強化するとしています。
- 本県では、2023年8月、国立大学法人信州大学医学部附属病院において、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を開設し、県をはじめとした行政との連携、県内の医療機関との連携を推進し、脳卒中や心臓病等（循環器病）の患者やその家族等への支援体制の充実を図り、QOL（生活の質）の向上を目指しています。

4 発症後できるだけ早期に専門医療機関へ搬送されている

迅速な救急搬送・治療により、患者の予後の改善、救命率の向上、社会復帰率の向上等が期待されます。脳卒中の発症から専門治療の開始まで、下記の段階それぞれにかかる時間を短縮することが必要です。

段階	内容
発症	発症した（本人の症状が出現した）段階
覚知	症状を発見した（周りの人が症状を見つけた）段階
搬送	救急隊により、専門的な診療が可能な医療機関へ迅速に搬送される段階
専門治療	専門的な治療の開始及び治療可能な施設への速やかな転院搬送の段階

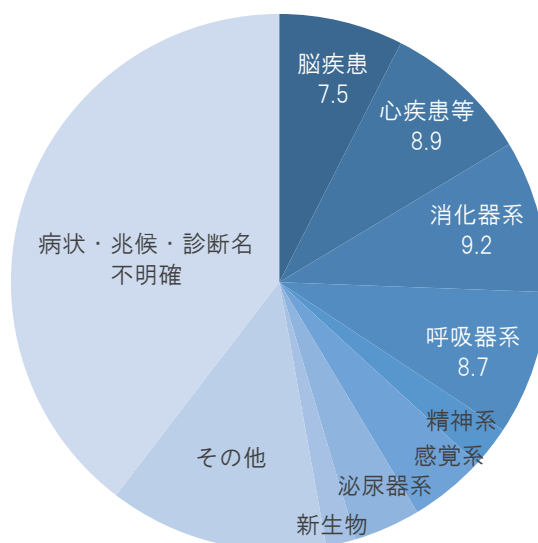
（1）初期症状と適切な対応に関する知識の普及

【現状と課題】

- 脳卒中は急激に発症し、数分から数時間で生命に関わる重大な事態に陥ることが多い疾病です。急病による搬送者に占める脳疾患（脳卒中を含む）の割合は、7.5%を占めています。

【図6】全国における急病の疾病分類別の搬送割合（2022年）

（単位：％）



（消防庁「救急・救助の現況」）

- 脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲の者による速やかな救急搬送要請が望まれます。
- そのため、脳卒中の5大症状及び「ACT FAST」について、県民の理解を深めることが必要です。

【図7】 脳卒中の5大症状



(日本脳卒中学会、日本脳卒中協会「脳卒中の予防・発症時の対応」)

- 脳卒中の発症を疑う際の標語として、「ACT FAST」があります。顔 (Face) がゆがむ、手 (Arm) の脱力、言葉 (Speech) が出ない、などの異常が現れたら脳卒中を疑い、症状が出た時刻 (Time) を確認して、急いで (FAST)、行動 (ACT) することが大切です。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、脳卒中の発症から覚知までの時間の短縮を図るため、脳卒中の初期症状及び早期受診・救急受診の必要性に関する普及啓発に取り組みます。

脳卒中の前触れ、一過性脳虚血発作とは

脳卒中は脳の血管が詰まったり破れたりして生じる病気のことをいい、脳の血管が詰まる脳梗塞と、血管が破れる脳出血、くも膜下出血の3疾患からなります。脳卒中は、元気な人がある日突然発症する印象がある方が多いと思いますが、脳梗塞を発症する前に「一過性脳虚血発作」という一時的な「前触れ発作」を起こすことも少なくありません。

手足のしびれや動かしにくさ、ろれつが回らないなどの脳卒中の症状が、24時間以内に消失する発作で、画像診断では脳梗塞の病変がないものを一過性脳虚血発作と呼びます。「脳虚血(のうきょけつ)」とは、脳への血液の流れが不十分で、何らかの神経症状が出現した状態のことです。脳内の血管の中で、小さな血栓が一時的に血管を閉塞させると神経症状が出現しますが、何らかの理由で再び流れ出すと、症状は回復します。多くの発作は数分間で消失するか、長くても1時間以内に回復するため、そのまま放置する人が多いようです。しかし、この発作は、その後大きな脳卒中を起こす前兆です。一過性脳虚血発作を生じると、48時間以内に脳梗塞を起こすことが多いと報告されています。一過性脳虚血発作を疑う症状が生じた場合には、直ちに病院へ行って脳神経外科か脳神経内科の専門医による診察を受けてください。

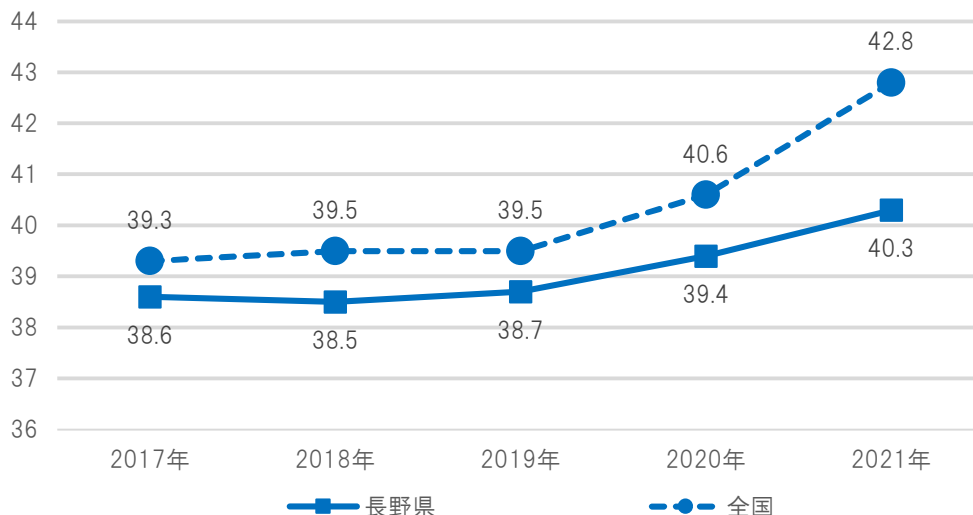
信州大学医学部脳神経外科学教室 教授 堀内 哲吉／准教授 花岡 吉亀

(2) 患者の観察や搬送基準の整備

【現状と課題】

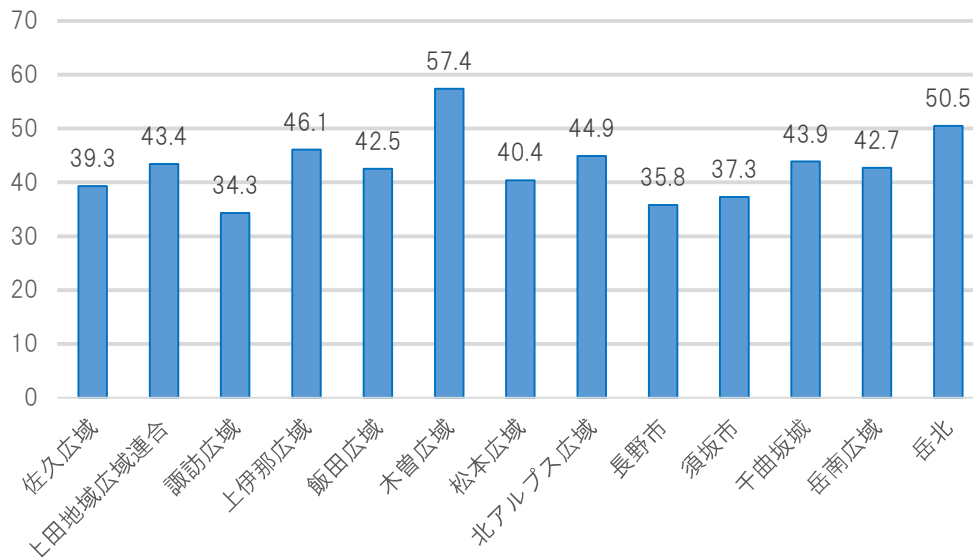
- 本県では、消防法に基づく「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準(2011年1月施行)」により、信州保健医療総合計画別冊「機能別医療機関の一覧」の脳卒中の急性期医療を担う医療機関へ搬送される体制が整備されています。
- メディカルコントロールとは、救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において救急救命士等が実施する医療行為について、医師が指示又は指導・助言及び事後検証を行うことにより、それら医療行為の質を保証することです。メディカルコントロール体制や搬送基準等について協議・調整を行うため、県では長野県メディカルコントロール協議会、消防機関では二次医療圏毎に地域メディカルコントロール協議会を設置しています。
- 消防機関は、メディカルコントロール体制の下で定められた病院前救護のプロトコル(観察・処置手順)に則して、適切に観察・救急救命処置等を行い、医療機関へ迅速に搬送します。患者の搬送時間は全国と比べやや短くなっていますが、患者の居住地によっては搬送に時間を要する場合があります。

【図8】 病院収容所要時間の推移（入電から医師引継ぎまでの平均所要時間）（単位：分）



（消防庁「救急・救助の現況」）

【図9】 消防本部（局）別病院収容所要時間（入電から医師引継ぎまでの平均所要時間）（単位：分）



※岳南広域消防本部の管轄は中野市、山ノ内町。岳北消防本部の管轄は飯山市、木島平村、野沢温泉村、栄村。
（消防庁「令和4年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」令和3年中の救急業務における消防本部別実施状況）

- 脳卒中の早期治療につなげるため、救急隊が傷病者に対して適切な観察・処置を行い、適切な搬送先医療機関を選定することが重要です。
- 日本脳卒中学会では、救急隊が脳卒中患者を収容する時に、以下の6項目を観察することを推奨しています。
 - 脈不整
 - 共同偏視
 - 半側空間無視（指4本法）
 - 失語（眼鏡/時計の呼称）
 - 顔面麻痺
 - 上肢麻痺
- 消防庁「令和4年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」では、上記の6項目のうち、医療資源が不足している地域では3項目、医療資源が豊富な地域では2項目が該当したら、機械的

血栓回収療法が実施可能な医療機関へ直接搬送を考慮に入れるとの考え方が示されました。

- 本県における二次医療圏別の機械的血栓回収療法が実施可能な医療機関は表5のとおりですが、その数には地域差があります。

【表5】脳梗塞に対する機械的血栓回収療法の実施可能な医療機関数（2020年度診療分）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
22	2	2	2	2	2	1	4	0	5	2

（医療経済研究機構「医療計画分野別ロジックモデル・指標データ集（脳卒中） Ver.1.1.1」）
 ※厚生労働省「NDB（National Data Base）」（2020年度診療分）の個票解析による。

- 本県の13消防本部のうち、脳卒中を疑う傷病者に対する観察項目等について、何らかのプロトコルや活動指針等を定めているのは、2022年時点で11消防本部となっています。主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用する消防本部の数を把握し、その数を増加させることが必要です。
- 救急搬送の手段は、従来の救急車に加え、ドクターカーやドクターヘリ（救急医療用ヘリコプター）が活用されています。治療内容や地域の医療資源の状況によっては、二次医療圏を越えた搬送や山間地域からの救急搬送等、救急車では搬送に時間がかかるケースもあります。
- また、本県は県土が広く山間地域も多いことから、ドクターヘリを佐久総合病院佐久医療センターと信州大学医学部附属病院に配置しており、こうしたケースにドクターヘリが積極的に活用されています。搬送手段の多様化に合わせ、消防機関と医療機関が密接に連携していくことが重要です。
- 医師の指示のもとで救急救命士等により行われる病院前救護は、音声による情報交換が主ですが、ICT（情報通信技術）を活用した画像情報の伝達により、患者の予後の改善、救命率の向上、社会復帰率の向上等が期待されます。

【施策の展開】

- 脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部を把握し、その数の増加を図ることにより、迅速かつ適切な医療機関への搬送体制の整備を推進します。
- 長野県広域災害・救急医療情報システム等を利用した消防と医療機関や医療機関同士の情報連携、ドクターヘリなどの効果的な活用により、迅速かつ適切な医療機関への搬送体制の整備を推進します。
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の見直しなど、救急搬送に関するルールの標準化を促進します。
- 救急隊員の標準的な活動内容を定めたプロトコルの県内統一化の検討、指導救命士制度の活用や各種研修会・講習会の充実に伴う救急救命士の資質向上、長野県メディカルコントロール協議会の機能強化など、メディカルコントロール体制の強化・標準化を促進します。
- 救命救急センターの運営支援や施設・設備整備等により、三次救急医療体制の整備を推進します。

- 「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の見直し等を通じ、救急医療機関の役割を明確化するとともに、迅速かつ適切な救急医療の提供のためICT等を活用した相互連携を促進します。

(3) 感染症発生・まん延時や災害時における救急搬送体制の維持

【現状と課題】

- 本県では、地域医療構想の実現に向けた取組である、急性期や回復期、慢性期等の医療機関の機能の分化が進んでいます。地域の中核となる急性期の病院において、感染症発生・まん延や災害時に搬送受入れが停止した場合、圏域内に受入れ可能な病院がなく、圏域外への搬送が必要になることがあります。
- 消防本部においては、急性期医療に対応が可能な医療機関について平時から把握し、感染症発生・まん延時や災害時に柔軟に搬送できる体制が望まれます。また、回復期の医療機関の機能を強化することで、急性期の医療機関に入院する患者が病期に応じてスムーズに転院できる体制を整備し、急性期の医療機関の受け入れ体制を整えることが求められます。

【施策の展開】

- 県は消防本部や医療機関と連携し、急性期医療に対応可能な医療機関の把握に努め、感染症発生・まん延時や災害時の医療体制のあり方について検討を進めます。
- 医療機関は、急性期の医療機関からの円滑な転院や遠隔医療体制の整備、在宅医療体制の強化等を推進し、感染症発生・まん延時や災害時における地域における医療資源を有効活用できる体制の構築に努めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
○	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	長野県 40.3 分 全 国 42.8 分 (2022)	現状維持	全国平均よりも低い数値を維持する。	消防庁「救急救助の現況」
P	早期受診・救急受診の必要性に関する普及啓発活動の実施件数	1 回	継続	世界脳卒中デーに合わせた普及啓発を継続する。	保健・疾病対策課調

S	脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数	未把握	把握	把握に努める。	保健・疾病対策課調
---	--	-----	----	---------	-----------

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

P (プロセス指標)：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

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

救急搬送時の遠隔作業支援、病院同士の画像伝送の必要性

救急医療は時間との戦いであり、最初に患者さんに接触する救急隊員や救急救命士の活動はとても重要です。この活動を適切に行うため、医師は救急救命士に対して直接指示を出しており、これをオンラインメディカルコントロール (オンライン MC) と呼びます。現在、救急救命士は患者さんの情報を電話で医師に伝えていますが、これに画像が加わればより正確で多くの情報を伝えられます。信州大学医学部附属病院では、カメラ・マイク・イヤホン・高輝度ディスプレイ付きのヘッドセットを装着した救急救命士と、オンライン MC 担当医師との間で、画像や音声の情報を双方向にやりとりするシステム (ビジュアルオンライン MC システム) の開発研究を行っています。将来これが実用化されれば、医師は救急救命士が目にする傷病者の様子や心電図、事故現場の様子などをそのまま把握できるため、救急救命士へよりの確な指示ができるばかりでなく、病院到着後にすばやく治療を開始できるようになります。

また、病院同士の画像伝達も重要です。広大な県土に医療圏が散らばる長野県では、大動脈解離や脳梗塞の患者さんなどは、まず地域の中核病院へ搬送され診断された後、専門的な手術を受けるため他地域の病院へ緊急で転院搬送される場合がよくあります。この際、CTなどの詳しい画像情報を速やかに送るシステムがあれば、搬送先病院の専門医は、手術の方法、必要となる器材や人員などについて患者到着前から検討し準備できるため、到着後にすぐ治療を開始できます。このような ICT (情報通信技術) を用いた画像伝送システムを全県に導入すれば、県内のどこで発症した患者さんであっても、同じレベルの治療を迅速に受けられるようになります。

信州大学医学部救急集中治療医学教室・高度救命救急センター
教授・センター長 今村 浩

5 発症後早期に専門的な治療を受けられている

(1) 脳卒中の急性期医療に 24 時間 365 日対応できる体制整備

【現状と課題】

- 急性脳梗塞の治療に有効性が高い血栓溶解療法 (t-PA療法) が24時間体制で実施可能な医療機関は、全ての二次医療圏で確保されています。

【表6】脳梗塞に対する血栓溶解療法（t-PA療法）の実施可能な医療機関数（2023年4月現在）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
27	3	3	2	2	2	1	5	1	6	2

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

- 日本脳卒中学会は、t-PA療法による治療が24時間365日可能であり、下記の基準を満たす施設を「一次脳卒中センター」として認定しています。本県における一次脳卒中センターは、22か所あります。

【表7】日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センター（2023年9月現在）

医療圏	医療機関名	医療圏	医療機関名
佐久	佐久総合病院佐久医療センター	松本	信州大学医学部附属病院
	浅間南麓こもろ医療センター		相澤病院
上小	信州上田医療センター		安曇野赤十字病院
	小林脳神経外科・神経内科病院		一之瀬脳神経外科病院
諏訪	諏訪赤十字病院	大北	市立大町総合病院
	諏訪中央病院	長野	長野赤十字病院
上伊那	伊那中央病院		長野市民病院
	昭和伊南総合病院		南長野医療センター篠ノ井総合病院
飯伊	飯田市立病院		長野松代総合病院
	瀬口脳神経外科病院	小林脳神経外科病院	
木曽	—	北信	飯山赤十字病院
			北信総合病院

＜一次脳卒中センター認定基準＞

- ① 24時間365日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療を開始できる。② 頭部CTまたはMRI検査、一般血液検査と凝固学的検査、心電図検査が施行可能である。③ 脳卒中ユニット（SU）を有する。④ 脳卒中診療に従事する医師（専従でなくてもよい、前期研修医を除く）が24H/7D体制で勤務している。⑤ 脳卒中専門医1名以上の常勤医がいる。⑥ 脳神経外科的処置が必要な場合、迅速に脳神経外科医に対応できる体制がある。⑦ 機械的血栓回収療法が実施出来ることが望ましい。実施できない場合には、機械的血栓回収療養が常時可能な近隣の一次脳卒中センターとの間で、機械的血栓回収療法の適応となる患者の緊急転送に関する手順書を有する。⑧ 定期的な臨床指標取得による脳卒中医療の質をコントロールする。

（日本脳卒中学会）

- 本県における二次医療圏別の機械的血栓回収療法が実施可能な医療機関は表8のとおりですが、その数には地域差があります（再掲）。

【表8】脳梗塞に対する機械的血栓回収療法の実施可能な医療機関数（2020年度診療分）（再掲）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
22	2	2	2	2	2	1	4	0	5	2

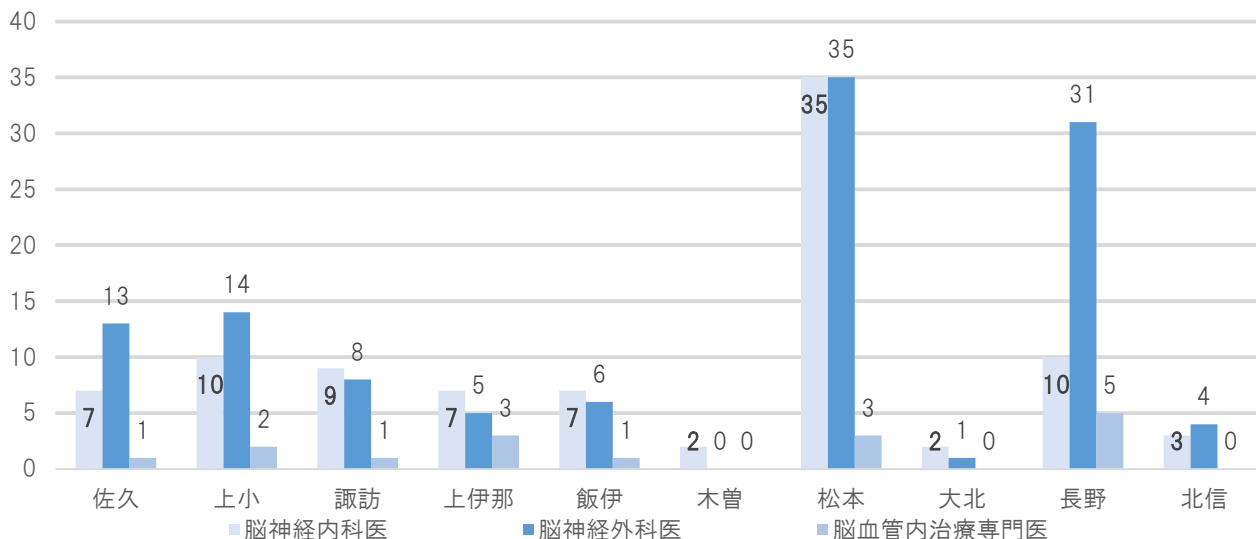
（医療経済研究機構「医療計画分野別ロジックモデル・指標データ集（脳卒中） Ver.1.1.1」）

※厚生労働省「NDB（National Data Base）」（2020年度診療分）の個票解析による。

- 二次医療圏別の専門医数は図10のとおりですが、脳卒中医療に従事する医師数には、地域差があります。

【図10】医療施設に従事する医師数及び専門医数（2020年）

（単位：人）



（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

- 本県における2020年度の脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR※）は、138.2となっており、全国平均に比べて多くなっています。また、脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数（SCR）は、80.0となっており、全国平均よりも少なくなっています。

※SCR（standardized claim-data ratio）：レセプト数を性・年齢調整したスコア（実測値/期待値）であり、100が全国平均の医療提供状況を示し、100を上回ると性・年齢調整後の人口規模に対して当該の医療提供が多い、100を下回ると少ないことを意味する。

【施策の展開】

- 県は医療機関と連携し、24時間365日急性期脳卒中診療が可能となるよう、他の圏域と連携した医療提供体制の整備に取り組みます。
- 救命救急センターの運営支援や施設・設備整備等により、三次救急医療体制の整備を推進します。
- 医師少数区域等に勤務する医師の確保・養成、医師派遣の促進による圏域間の連携に取り組み、地域の医療提供体制の確保に努めます。

（2）感染症発生・まん延時や災害時においても、患者が必要な通常の急性期医療を受けられる体制整備

【現状と課題】

- 新型コロナウイルス感染症の発生・まん延時には、院内感染対策や医療需要の増加により、病床、医療機器、医療従事者等の医療資源の配分に困難が生じ、通常の医療体制とは異なる対応が必要になりました。
- そのため、感染症発生・まん延時や災害時に備え、感染症患者や被災者等に対する医療を確保

することとともに、機能分担により、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

【施策の展開】

- 県は医療機関と連携し、感染症発生・まん延時や災害時の急性期の医療体制のあり方について検討を進めます。
- 医療機関は、急性期の医療機関からの円滑な転院や遠隔医療体制の整備、在宅医療体制の強化等を推進し、感染症発生・まん延時や災害時における地域における医療資源を有効活用できる体制の構築に努めます。（再掲）

6 発症後早期に専門的なリハビリテーションを受けられている

脳卒中のリハビリテーションは、病期に応じて以下のとおり行われます。急性期から維持期まで一貫した流れで行われることが望ましいとされています。

病期	内容
急性期	廃用症候群や誤嚥性肺炎等の合併症予防、セルフケアの早期自立を目的とし、可能であれば発症当日から病室で行われます。
回復期	身体機能の回復や日常生活動作の向上を目的に、訓練室等で集中的に行われます。誤嚥性肺炎等の合併症や運動麻痺による転倒等リスク管理をしながら行われます。
維持期	回復または残存した機能を活用し、歩行能力等生活機能の維持・向上を目的に行われます。

(1) 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制整備

【現状と課題】

- 脳卒中による合併症の中でも、特に、誤嚥性肺炎の防止が重要です。誤嚥性肺炎は、2020年における県民の死亡原因第7位となっています。
- 誤嚥性肺炎は摂食嚥下機能の低下に起因します。摂食嚥下機能とは、食べ物を認識してから、口に取り込み、咀嚼（そしゃく：噛み砕くこと）し、咽頭・食道を経て胃へ送り込む一連の機能のことです。脳卒中の発症後には、入院中から退院後まで継続して適切な口腔ケアを行うことが重要です。
- 歯科専門職が入院患者等の歯科口腔管理を行うことによって、在院日数の短縮や、誤嚥性肺炎発症の抑制に資することが明らかとなっています。
- 摂食嚥下訓練に関する知識を有する看護師、言語聴覚士、管理栄養士、歯科医師、医師等により、早期に摂食嚥下訓練が開始されるよう、関係職種間の連携支援の強化やリハビリテーションの質の向上に向けた取組が必要です。
- 県では、県歯科医師会や県歯科衛生士会と連携し、摂食嚥下機能低下等に関する専門知識の普及啓発等を通じた人材育成に取り組んでいます。
- 本県における2020年度の脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（SCR）は、138となっており、全国平均に比べて多くなっています。

【施策の展開】

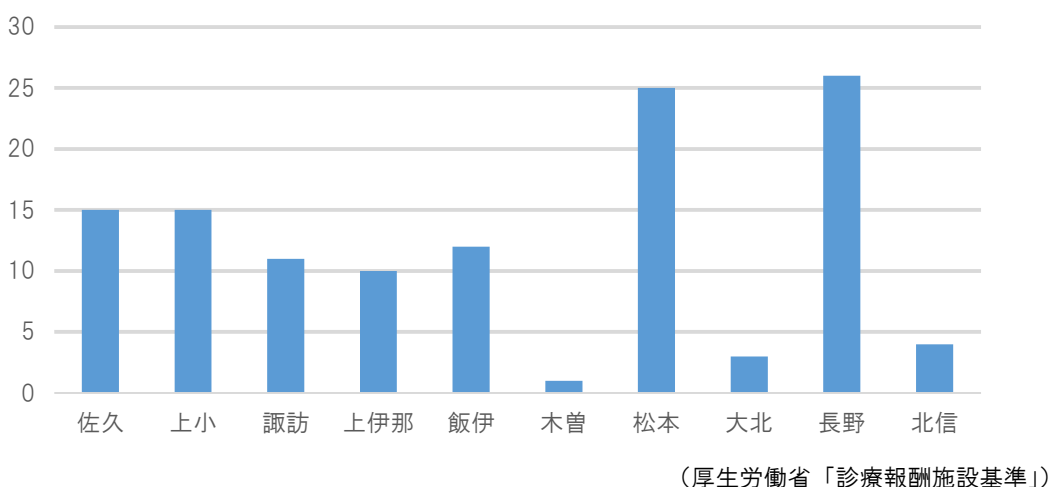
- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なリハビリテーションが行われるよう、医療従事者に対する研修や教育の機会の確保に努めます。
- 県は関係機関と連携し、脳卒中患者の歯科口腔医療や歯科口腔管理の重要性について広く普及啓発を図るとともに、適切な医科歯科連携・多職種との連携が行われる体制構築を目指します。

(2) 廃用症候群を予防し、早期に自立できるリハビリテーションの実施体制の整備

【現状と課題】

- 脳卒中の発症後、安静にしている時間が長くなると、廃用症候群が起こりやすくなります。廃用症候群は、安静状態が長く続くこと（いわゆる寝たきり）や運動量の減少によって活動性が低下したことにより、筋肉量が減少するサルコペニア等、心身の様々な機能が低下した状態を指します。
- 廃用症候群を予防し、運動機能を改善するためには、できるだけ早い時期から急性期のリハビリテーションを開始することが重要です。
- 本県で脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関は、2023年時点で122か所あり、すべての二次医療圏で確保されています。しかし、その数には地域差があり、また、人口10万対の比較では全国をやや下回っています。

【図 11】 脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数（2023年4月）



【表 9】 脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数（2023年4月）

区分	長野県	全国
脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数	122	8,079
人口10万対	5.96	6.40

(厚生労働省「診療報酬施設基準」)

- 本県における2020年度の脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）は、142.1となっており、全国平均に比べて多くなっています。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なリハビリテーションが行われるよう、医療従事者

に対する研修や教育の機会の確保に努めます。（再掲）

（3）回復期の医療機関やリハビリテーション施設との円滑な連携体制の構築

【現状と課題】

- 急性期の医療機関から、円滑に回復期及び維持期の医療機関・施設に移行するため、各医療機関がそれぞれの医療機能に応じ、連携して切れ目のない継続的な医療及びリハビリテーションの提供体制を構築する必要があります。
- 患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家の育成や、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築することが望まれます。
- 県では、2023年度に、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の実態把握に着手しました。

【施策の展開】

- 介護が必要となる患者に対して適切な医療・介護サービスが提供されるよう、地域包括ケア体制における医療と介護の連携を推進します。
- 県は信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の推進に向け、各二次医療圏における地域連携状況を把握した上で、必要な支援に取り組みます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	脳卒中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 5.96 全 国 6.40	増加	増加を目指す。	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」
P	脳卒中に関する地域連携ができていない二次医療圏数	未把握	把握	把握に努める。	保健・疾病対策課調

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

P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

IV 日常生活の場で質の高い療養生活を送ることができる

1 身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けられている

(1) 専門医療スタッフによる集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関の整備

【現状と課題】

- 脳卒中の発症後には、運動・認知機能の低下等も認められることから、特に高齢患者に対しては、フレイル予防・介護予防の観点を踏まえたリハビリテーションが重要です。医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員等の多職種が連携した支援が求められます。
- 本県のリハビリテーション科医師は、2020年時点で37名となっており、人口10万対の比較では全国を下回っています。
- 日本看護協会が認定する脳卒中リハビリテーション認定看護師は、2022年時点で13名となっており、人口10万対の比較では全国をやや上回っています。
- 日本看護協会が認定する摂食・嚥下障害看護認定看護師は、2022年時点で13名となっており、人口10万対の比較では全国を下回っています。

【表 10】リハビリテーション科医師数、脳卒中リハビリテーション認定看護師数、摂食・嚥下障害看護認定看護師数（人口 10 万対）

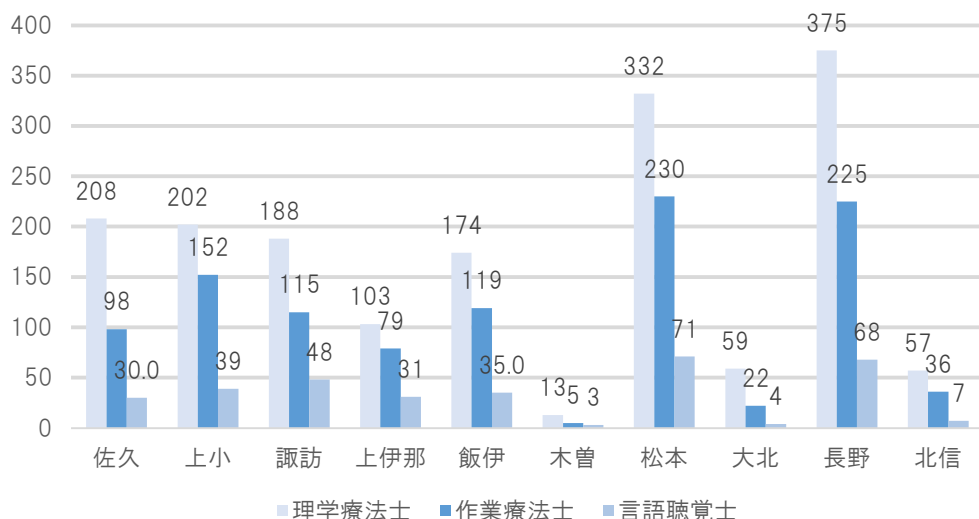
（単位：人）

区分		長野県	全国
リハビリテーション科医師数 (2020年)		37	2,903
	人口 10 万対	1.81	2.30
脳卒中リハビリテーション認定看護師数 (2022年12月現在)		13	742
	人口 10 万対	0.63	0.59
摂食・嚥下障害看護認定看護師数 (2022年12月現在)		13	1,189
	人口 10 万対	0.63	0.94

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」／日本看護協会）

- リハビリテーションに関わる理学療法士、作業療法士は、全ての医療圏で一定数確保されています。一方、言語聴覚士には、地域差があります。

【図 12】リハビリテーションに関わる専門スタッフ数（2020年）



（厚生労働省「医療施設静態調査」）

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なリハビリテーションが行われるよう、医療従事者に対する研修や教育の機会の確保に努めます。（再掲）
- 県は関係機関と連携し、関係学会への参加や資格の取得を関係職種に促すとともに、有資格者の有効な活用方法について、検討を行います。

（2）誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制整備

【現状と課題】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「6 発症後早期に専門的なりハビリテーションを受けられている」（1）誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制整備」の記載参照。

【施策の展開】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「6 発症後早期に専門的なりハビリテーションを受けられている」（1）誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制整備」の記載参照。

（3）急性期および維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制の構築

【現状と課題】

- 急性期医療機関の受け入れ体制を確保するため、回復期の医療機関の機能を強化し、急性期の医療機関に入院する患者が病期に応じてスムーズに転院できる体制の整備が求められます。
- 在宅へ復帰後は外来において治療が継続され、介護が必要となる患者に対しては、訪問・通所リハビリテーション等在宅生活に必要な介護サービスが提供される必要があります。そのため、退院時には、介護支援専門員や地域包括支援センターとの連携も重要です。
- 県では、2023年度に、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の実態把握に着手しました。（再掲）

【施策の展開】

- 回復期の医療機関は、急性期の医療機関からの円滑な転院体制を整備し、地域における医療資源を有効活用できる体制の構築に努めます。
- 介護が必要となる患者に対して適切な医療・介護サービスが提供されるよう、地域包括ケア体制における医療と介護の連携を推進します。(再掲)
- 県は信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の推進に向け、各二次医療圏における地域連携状況を把握した上で、必要な支援に取り組みます。(再掲)

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	脳卒中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) 【再掲】	長野県 5.96 全 国 6.40	増加	増加を目指す。	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」
S	脳卒中リハビリテーション認定看護師数(人口10万対)	長野県 0.63 全 国 0.59 (2022)	増加	増加を目指す。	日本看護協会
S	摂食・嚥下障害看護認定看護師数(人口10万対)	長野県 0.63 全 国 0.94 (2022)	増加	増加を目指す。	日本看護協会
P	脳卒中に関する地域連携ができて二次医療圏数【再掲】	未把握	把握	把握に努める	保健・疾病対策課調

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

P(プロセス指標):実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

2 生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けられている

(1) 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが提供される体制整備

【現状と課題】

- 在宅で過ごす患者にも適切なリハビリテーションが提供されるような体制を整備することが必要です。
- 訪問リハビリテーションは、患者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が患者の自宅を訪問し、心身機能の維持回復や日常生活の自立に向けたリハビリテーションを行います。
- 本県の訪問リハビリテーション事業所は、2023年時点で127か所あり、すべての二次医療圏で確保されています。
- 通所リハビリテーションは、患者が老人保健施設、病院、診療所等の施設に通うことで、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービス等を日帰りで提供します。
- 本県の通所リハビリテーション事業所は、2023年9月時点で138か所あり、すべての二次医療圏で確保されています。

【表 11】 訪問・通所リハビリテーションを提供する事業所数（2023年9月時点）

区分	全県										
		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
訪問リハビリテーション事業所数	127	14	17	13	16	10	1	22	5	25	4
通所リハビリテーション事業所数	138	13	17	17	14	12	1	28	5	29	2

(厚生労働省「介護サービス情報公表システム」)

- 在宅で過ごす患者に対し、低栄養を予防するため、訪問栄養指導が実施されています。管理栄養士が患者の自宅を訪問し、療養上必要な栄養や食事の管理及び指導を行います。医療機関に管理栄養士がいない場合でも、公益社団法人長野県栄養士会に設置されている「栄養ケア・ステーション」を利用することができます。
- 在宅で過ごす患者が生活機能を維持・向上するためには、地域の交流の場、通いの場を利用し、社会参加を行うことも大切です。地域において、住民やNPO団体等、様々な主体によるミニデイサービスやコミュニティサロン等の交流の場、運動・栄養・口腔ケア等の専門職が関与する教室が開催されています。
- 患者が自分自身で実施可能なリハビリテーションプログラムの提供や、遠隔リハビリテーションの導入も望まれます。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なリハビリテーションが行われるよう、医療従事者に対する研修や教育の機会の確保に努めます。(再掲)
- 地域の関係機関は、患者の社会参加に向けた交流の場等を継続して提供していくことに努めます。

(2) 誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制整備

【現状と課題】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「6 発症後早期に専門的なりハビリテーションを受けられている」(1) 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制整備」の記載参照。

【施策の展開】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「6 発症後早期に専門的なりハビリテーションを受けられている」(1) 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制整備」の記載参照。

(3) 急性期および回復期の医療機関等との連携体制の構築

【現状と課題】

- 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを行う介護老人保健施設や訪問看護ステーション、診療所等においては、合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携することが望まれます。
- 県では、2023年度に、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の実態把握に着手しました。(再掲)

【施策の展開】

- 介護が必要となる患者に対して適切な医療・介護サービスが提供されるよう、地域包括ケア体制における医療と介護の連携を推進します。(再掲)
- 県は信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の脳卒中に関する地域連携の推進に向け、各二次医療圏における地域連携状況を把握した上で、必要な支援に取り組みます。(再掲)

(4) てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症を有する人への支援体制整備

【現状と課題】

- 脳卒中発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは分かりにくい摂食嚥下機能の低下、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があり、社会における理解の促進や支援が必要です。
- 脳卒中等の発症後の記憶障害・注意障害・遂行機能障害等により、日常生活や社会生活(就労等)に支障が生じた状態が「高次脳機能障害」です。県では、県内4か所の医療機関を「高次脳機能障害支援拠点病院」に指定し、高次脳機能障害の診断、相談支援、リハビリ、研修会の開催、就労支援等を行っています。

【表12】 県内の高次脳機能障害支援拠点病院

地域	病院名	地域	病院名
北信	県立総合リハビリテーションセンター	東信	長野県厚生連佐久総合病院
中信	医療法人社団敬仁会桔梗ヶ原病院	南信	社会医療法人健和会健和会病院

- 意思疎通が困難な者に対する支援方法としては、手話通訳や要約筆記等がある一方、失語症者に対する意思疎通については、いまだに家族以外の第三者による支援が広がっていないとされています。県では、失語症者の意思疎通を支援するため、県言語聴覚士会と連携し、意思疎通支援者養成講習会や勉強会を開催しています。
- てんかんは、自分の意思と関係なく脳神経の過剰な活動が起こり、様々な発作症状が引き起こされる慢性的な脳の疾患です。県では、2020年10月に信州大学医学部附属病院を「てんかん支援拠点病院」に指定し、診療体制の充実、専門医による医療機関等への助言・指導、普及啓発等を推進しています。
- 後遺症について、県民に分かりやすく伝えていくことが必要です。後遺症を有する患者に対する社会生活における配慮の必要性等、社会における理解の促進が必要です。

【施策の展開】

- 脳卒中の後遺症を有する患者やその家族に対して、地域において適切な治療や支援を受けられるよう、患者の症状に応じた支援体制の整備に努めます。
- 高次脳機能障害支援拠点病院は、障がい者総合支援センターや障害福祉サービス事業所等と連携し、患者やその家族への相談支援を行います。また、県民や医療従事者に対して研修会等を開催し、高次脳機能障害への理解を促進します。
- 失語症者向け意思疎通支援者の養成に重点的に取り組むとともに、患者のニーズの把握と意思疎通支援者の派遣体制の構築について検討を行います。
- てんかん支援拠点病院と連携し、てんかんの医療提供体制の整備や、患者や家族からの専門的な相談支援等を実施するとともに、てんかん診療・支援体制検討会議において、本県のてんかん対策の課題やあり方について検討を行います。
- 脳卒中の後遺症について、県民へ分かりやすく効果的に伝える方法を検討し、後遺症を有する患者に対する社会における理解の促進に取り組みます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	脳卒中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） 【再掲】	長野県 5.96 全 国 6.40	増加	増加を目指す。	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」
P	脳卒中に関する地域連携ができて二次医療圏数【再掲】	未把握	把握	把握に努める	保健・疾病対策課調

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

P (プロセス指標)：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

3 在宅療養支援を受けられている

(1) 在宅での療養支援体制の整備

【現状と課題】

- 住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、24時間いつでも往診及び訪問看護が可能な体制を確保することにより、緊急時の訪問や入院等、必要に応じた医療・看護を提供できる医療機関として、在宅療養支援診療所・病院があります。
- 本県の在宅療養支援診療所・病院は、2023年時点で、診療所は264か所、病院は38か所あり、すべての二次医療圏で確保されています。

【表 13】在宅療養支援診療所・病院数（2023年10月時点）

区分	全県										
	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	
在宅療養支援診療所	19	19	36	27	40	2	60	8	47	6	
在宅療養支援病院	5	5	3	1	5	1	11	1	6	0	

(関東信越厚生局「施設基準の届出状況」)

- 医療や介護を必要とする高齢者等を地域で支えるよう、2018年度から全ての市町村が主体となり、介護保険の地域支援事業の1つとして在宅医療・介護連携推進事業を実施することとされており、定期的な医療と介護の協議の場の確保や、医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営が行われています。
- 2020年9月に厚生労働省が改訂した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を参考に、関係機関の連携を推進することが重要です。
- 県では、医師、歯科医師、薬剤師等医療従事者と市町村、地域包括支援センター、介護従事者等が連携し、多職種による情報交換を円滑に行うための「医療と介護との連携マニュアル」、さらに、入退院時に入院医療機関やかかりつけ医、介護支援専門員をはじめとする患者の療養を支援する関係者との円滑な情報共有を図るため、二次医療圏ごとに「入退院調整ルール」を策定しています。

【施策の展開】

- 施設や在宅で療養する患者の急変時に、患者の意向を尊重した医療が行われるよう、往診や訪問看護を24時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションに従事する人材の育成や体制の整備及び機能強化を促進します。
- 患者情報の共有等により、急変時の対応における医師、訪問看護師、介護事業者、薬局、消防機関等、関係機関の連携体制の構築を進めます。
- 第9期長野県高齢者プランに基づき、地域包括ケア体制の推進を図ります。
- 二次医療圏ごとに策定している「入退院調整ルール」の円滑な運用や見直し、地域包括ケアによる行政、医療、介護、地域支援者等関係機関の情報共有の充実を図るため、定期的な検討会を開催します。
- 「医療と介護との連携マニュアル」の周知と活用の促進等により、地域における円滑な情報共有の仕組みづくりや関係機関相互の連携を支援します。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	在宅療養支援診療所・ 病院数【再掲】	一般診療所 264 か所 病院 38 か所	一般診療所 274 か所 以上 病院 49 か所 以上	2017年～2023 年の年平均増加 数に相当する増 加を目指す	関東信越厚生 局「診療報酬 施設基準の届 出受理状況」

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

地域医療・多職種連携の必要性 ～飯田下伊那診療情報連携システム～

脳卒中や心疾患は、急性期から回復期、維持期さらには終末期に至るまで、継続した医療や多職種による切れ目のないサービスを必要とします。それこそが予後や生活の質に大きく影響します。それを実現するためには病院間、病診間のみならず多職種間での情報共有と方針の統一が必須です。近年、ICT（情報通信技術）を利用すれば、比較的容易に様々な情報の共有やコミュニケーションが実現できるようになっています。

飯田下伊那地域では、ism-Link（飯田下伊那メディカルリンク）として平成21年にこの仕組みを導入し、当初は病院間、病診間で同意を得た患者の主に診断画像と検査結果の共有のために利用していました。以降、活用範囲を順次拡大し、画像や検査結果のみならず薬剤・治療情報、カルテ記事などの共有や多職種間での日々の連絡ツールとしての活用も進めてきました。2021年3月の時点では、病院、診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーション、介護関係事業所など255施設が参加し、登録患者数は35,000人を超え地域人口の約4分の1にまで至っています。地域にとって必須のシステムとなり、医療、看護、薬剤管理、介護支援、リハビリテーション、患者教育、カウンセリングなどの充実に、さらには人生の最終段階における医療・ケアのプランニング（人生会議：ACP）にも重要な役目を担っています。

飯田市立病院 副院長兼心臓血管センター長 山本 一也

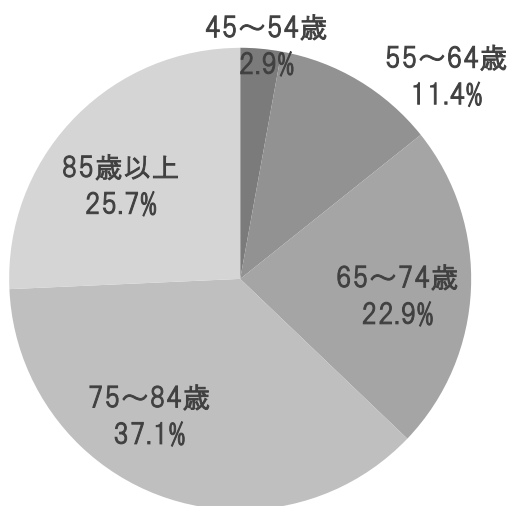
4 治療と仕事の両立支援・就労支援を受けることができる

(1) 治療と仕事の両立支援・就労支援体制整備

【現状と課題】

- 県内で脳卒中の治療や経過観察等により通院・入院している患者のうち、65歳未満の割合は、約14%となっています。65歳未満の脳卒中患者においては、約7割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告がありますが、後遺症や再発予防を含めた治療の継続等に対する周囲の理解や配慮が必要です。

【図 13】県内で脳卒中により通院・入院している患者の年齢分布（2020 年）

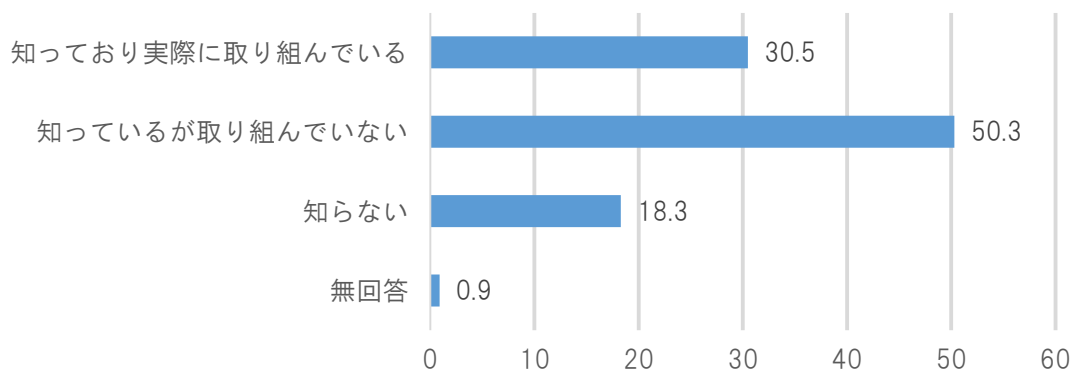


（厚生労働省「患者調査」）

- 長野産業保健総合支援センターが県内の事業所を対象に行った調査では、「治療と仕事の両立支援」の言葉の認知度は 80%を超えていた一方、実際に取り組む事業所は約 30%にとどまっており、事業所等への周知を行っていく必要があります。

【図 14】「治療と仕事の両立支援」の言葉の認知状況（2019 年 10 月）

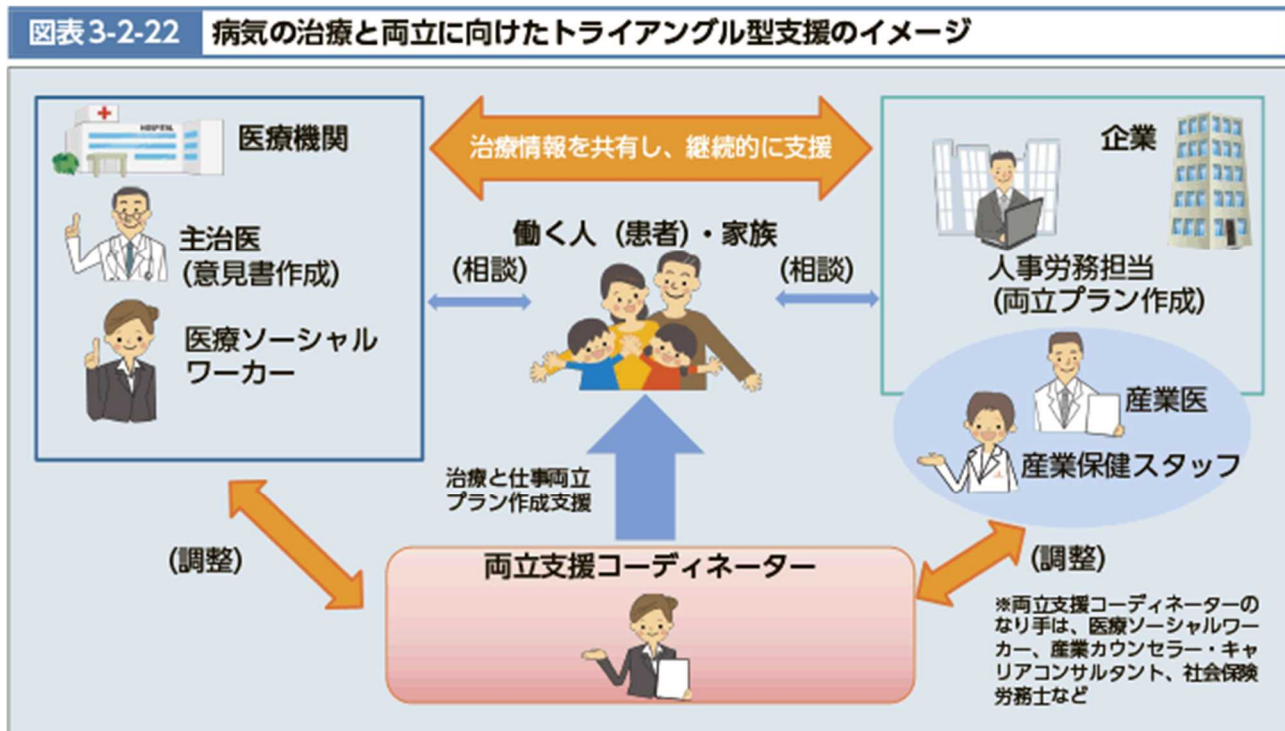
（単位：％）



（長野産業保健総合支援センター「長野県における治療と仕事の両立支援に関する調査」）

- 長野産業保健総合支援センターでは、両立支援促進員による両立支援制度の導入支援や相談支援、患者と職場間の個別調整支援等を行っています。
- また、医療や労働関係法規等の知識を持ち、患者、主治医、会社・産業医・産業保健スタッフ等の間で仲介・調整の役割を担う「両立支援コーディネーター」は、2023 年 3 月末時点で 309 名（基礎研修累計受講者）となっています。医療機関、企業及び両立支援コーディネーターによる、患者へのトライアングル型支援体制の整備の必要性が提唱されています。

【図 15】 トライアングル型支援のイメージ



（厚生労働省「平成 29 年版厚生労働白書 本編図表バックデータ」）

- 国は、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（令和 3 年 3 月改訂版）」や「企業・医療機関連携マニュアル（令和 3 年 3 月改訂版）」を作成しています。ガイドラインは、事業場が脳卒中等を抱える方に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事が両立できるようにするため、事業場における取組等がまとめられたものです。これらのガイドライン等について、医療機関や事業所への周知と積極的な活用を促していくことが必要です。
- 本県では、誰もがその能力を十分発揮しながら生き生きと働くことができる職場づくりに先進的に取り組み、実践する企業を「職場いきいきアドバンスカンパニー」として認証し、広く発信することで働きやすい職場環境づくりを推進しています。治療等と仕事が両立できる環境整備をワークライフバランスコースの認定要件の一つに設定しています。

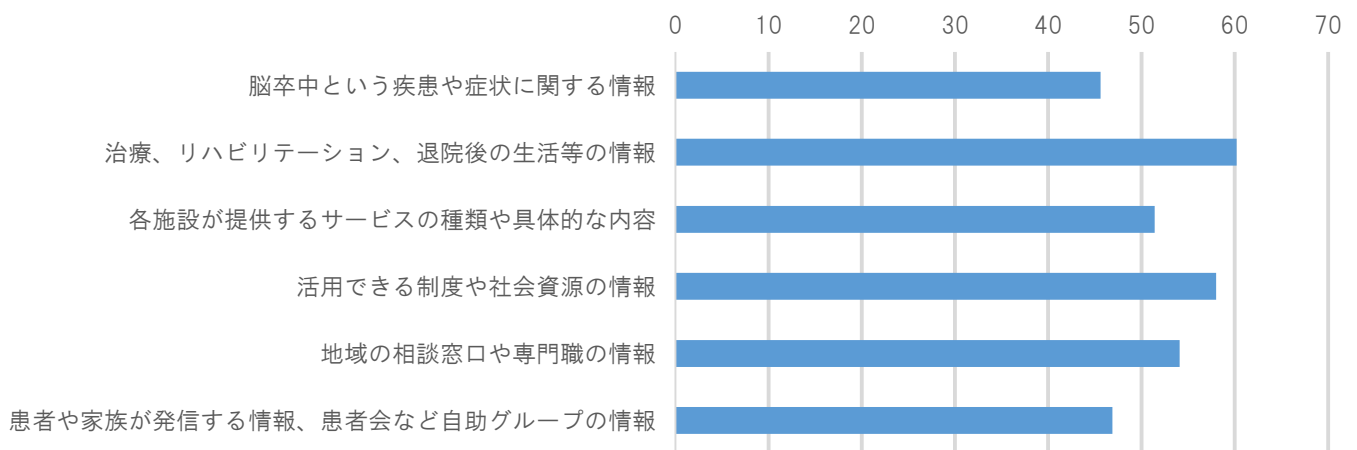
【図16】職場いきいきアドバンスカンパニー認証制度 認証要件



○ 日本脳卒中協会が2019年6月に実施した「脳卒中患者・家族アンケート」では、図17の結果が得られており、医療技術やICT（情報通信技術）が進歩し患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。

【図 17】 患者・家族が求める情報の種類と必要度（「より一層の充実が必要」の回答割合）（2019 年）

（単位：％）



（日本脳卒中協会「脳卒中患者・家族アンケート」）

- 本県では、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」において、誰でも相談可能な相談窓口が設置されており、必要に応じて専門医や看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー等の多職種が、患者や家族等の疑問や心配事に対応します。治療方法や医療費に関する不安、仕事と治療の両立などの相談が可能です。
- 患者やそのご家族の方が、身近な場所で相談できるよう、地域の医療機関においても相談窓口が設置されることが望まれます。

【施策の展開】

- 県は、両立支援・就労支援関係機関（ハローワーク・長野産業保健総合支援センター等）と連携し、企業による「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づいた取組の推進に向けた働きかけを行います。
- 県は関係機関と連携し、長野産業保健総合支援センター等の就労支援の相談窓口や、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」の相談窓口等の周知に取り組みます。
- 事業所等に対して「職場いきいきアドバンスカンパニー」の認証取得を働きかけ、患者が治療の継続を含めて自らの疾患と付き合いながら就業できる職場環境の整備を推進します。
- 医療機関は、患者やそのご家族の方が、治療や療養上の悩み等を相談できる相談窓口を設置することに努めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	309 人 (累計)	増加	増加を目指す。	独立行政法人労働者健康安全機構

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

5 再発や重症化を予防できている

(1) 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制整備

【現状と課題】

- 脳卒中は再発することも多いことから、患者だけでなく家族等周囲の者に対し、適切な服薬や危険因子の管理による再発予防の必要性及び再発時の適切な対応について理解を促進していくことも必要です。
- 日本看護協会が認定する脳卒中リハビリテーション看護認定看護師及び脳卒中認定看護師の数は、2022年時点で15名となっており、人口10万対の比較では全国を上回っています。

【表 14】 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師及び脳卒中認定看護師の数（人口 10 万対）

（単位：人）

区分		長野県	全国
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 及び脳卒中認定看護師の数 (2022年)		15	792
	人口 10 万対	0.73	0.63

（日本看護協会）

- 高齢の患者については、加齢に伴い服用薬剤が増加することもあり、適切な服薬管理が継続されるよう、かかりつけ薬剤師・薬局を持つことについての周知や、医療機関（薬剤部門）とかかりつけ薬局間での連携推進が重要です。長野県病院薬剤師会及び長野県薬剤師会では、地域における病院薬剤師と薬局薬剤師の連携に活用されるよう、2021年8月に「入退院時薬薬連携マニュアル」を策定しています。
- 本県におけるかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定が可能な薬局は、2023年時点で640か所となっています。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、脳卒中発症後の適切な服薬や危険因子の管理、再発時の対応等について家族等周囲の者への理解促進に努めます。
- 県は関係機関と連携し、薬物療法が必要となる患者に対する適切な服薬指導のため、日頃からかかりつけ薬剤師・薬局を持つことについて、周知を行います。
- 医療機関（薬剤部門）と地域の薬局・薬剤師の連携推進を支援し、退院後も適切な服薬管理が継続される体制整備に努めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師及び脳卒中認定看護師の数（人口 10 万対）	長野県 0.73 全国 0.63 (2022)	増加	増加を目指す。	日本看護協会

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定が可能な薬局の数	640	増加	増加を目指す。	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」

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

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患対策(長野県循環器病対策推進計画)

I 心血管疾患対策の目指す姿

1 現状

(1) 心血管疾患の受療率等の状況

- 心血管疾患の代表的な疾患である虚血性心疾患(狭心症・急性心筋梗塞)、心不全、大動脈瘤及び解離について、本県で継続的に医療を受けている総患者数は、2020年10月において、虚血性心疾患が約17,000人、心不全が約11,000人、大動脈瘤及び解離が約2,000人と推計されます。また、総人口に占める割合は1.5%となっています。(全国は1.3%)

【表1】心血管疾患のために継続的に医療を受けている県内の推計患者数※(2020年10月) (単位:千人)

区分	狭心症	急性心筋梗塞	心不全	大動脈瘤及び解離	計	人口	人口に占める割合
長野県	16	1	11	2	30	2,048	1.5%
全国	856	75	550	101	1,582	126,146	1.3%

※ 調査日現在において、継続的に医療を受けている者(調査日には医療施設で受療していない者も含む。)の数(総務省「人口推計」、厚生労働省「患者調査」都道府県別総患者数(傷病別推計))

- 心血管疾患は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあります。本県の心血管疾患の総患者数は、全国と比較すると、35歳から74歳までは少なく、75歳以上で多くなっていると推計されます。

【表2】心血管疾患の年代別推計患者数※(2020年10月)

(単位:千人)

区分	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
長野県	0	586	9	1,070	18	352	30	2,048
割合	0%	28.6%	30.0%	52.2%	60.0%	17.1%	—	
全国	8	39,021	662	65,945	912	18,249	1,582	126,146
割合	0.5%	30.9%	41.8%	52.3%	57.6%	14.5%	—	

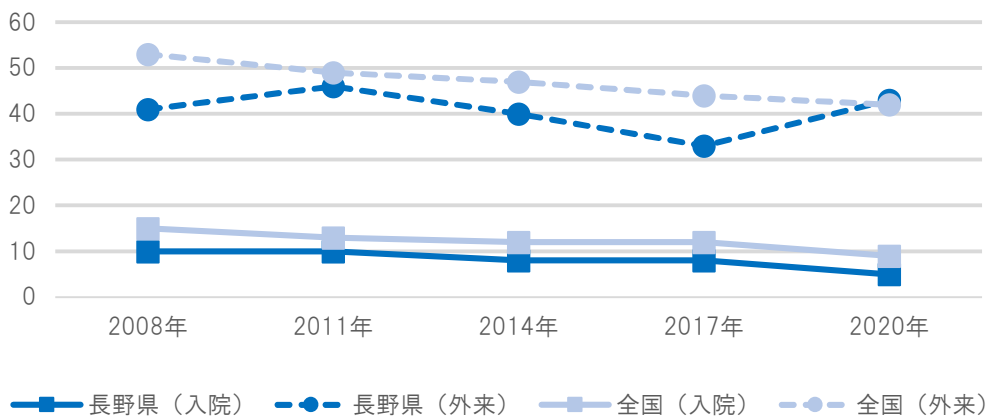
※ 調査日現在において、継続的に医療を受けている者(調査日には医療施設で受療していない者も含む。)の数

※ 患者調査において、平成29年調査まで算出上限日数を30日(31日以上は除外する)と設定されていたが、令和2年調査以降は、算出の上限日数が98日(99日以上は除外する)となり、比較が困難なため過去の記載はしていない。

※ 数値については、不詳者・端数処理のため計と合致しない。また、年齢階級(10歳)ごとの総患者数を千人単位で表章(単位未満を四捨五入)していることから、長野県の0~34歳の総患者数が0人ということではない。(総務省「人口推計」、厚生労働省「患者調査」都道府県別総患者数(傷病別推計))

- 本県の2020年の虚血性心疾患の人口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、外来は全国より高い状況です。

【図1】虚血性心疾患の受療率（人口10万対）の推移



※ 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数を人口10万対であらわした数
 （厚生労働省「患者調査」都道府県別推計患者数）

【表3】虚血性心疾患の受療率（人口10万対）の推移

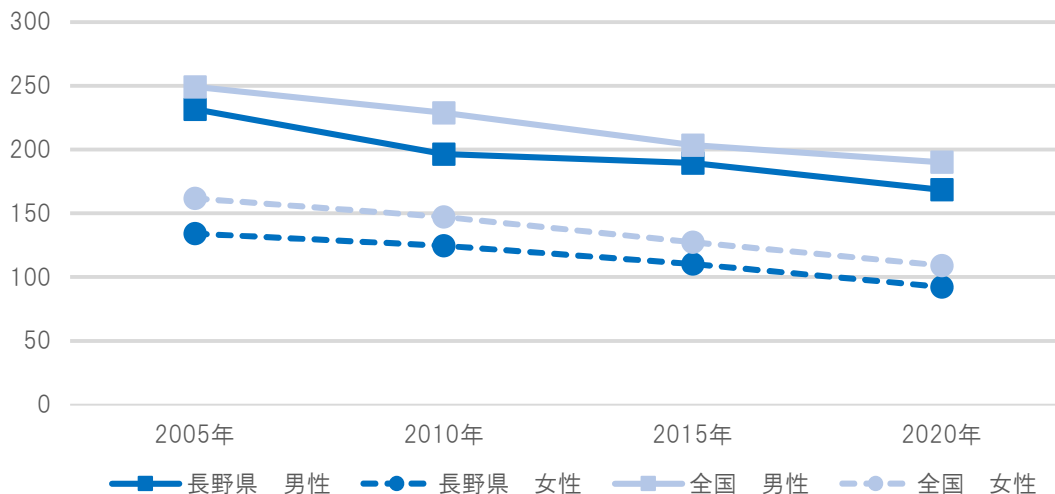
項目	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年
長野県（入院）	10	10	8	8	5
全国（入院）	15	13	12	12	9
長野県（外来）	41	46	40	33	43
全国（外来）	53	49	47	44	42

（厚生労働省「患者調査」都道府県別推計患者数）

（2）心血管疾患による死亡の状況

- 2022年における本県の心疾患（虚血性心疾患、心不全を含む）の死亡者数は4,242人で、死亡数全体の14.9%を占め、死亡原因の第2位となっています。また、大動脈瘤及び解離による死亡者数は437人です。
- 本県の心疾患の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）は減少傾向にあります。男性が女性より高く、男女とも全国より低い状況です。

【図2】心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」）

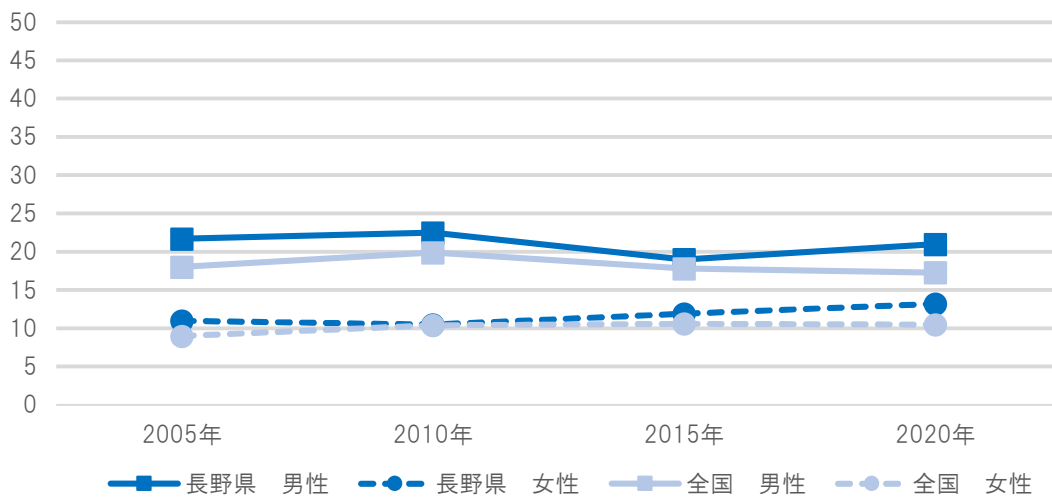
【表4】心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

項目	2005年	2010年	2015年	2020年
長野県（男性）	231.6	196.4	189.4	168.6
全国（男性）	249.2	228.9	203.6	190.1
長野県（女性）	134.2	124.8	110.3	92.4
全国（女性）	161.8	147.4	127.4	109.2

（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

○ また、本県の大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）は、男性、女性とも横ばいとなっています。男性が女性より高く、男女とも全国よりやや高く推移しています。

【図3】大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

【表5】大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

項目	2005年	2010年	2015年	2020年
長野県（男性）	21.7	22.5	19.0	21.0
全国（男性）	18	19.9	17.8	17.3
長野県（女性）	11	10.5	11.9	13.2
全国（女性）	9	10.4	10.6	10.5

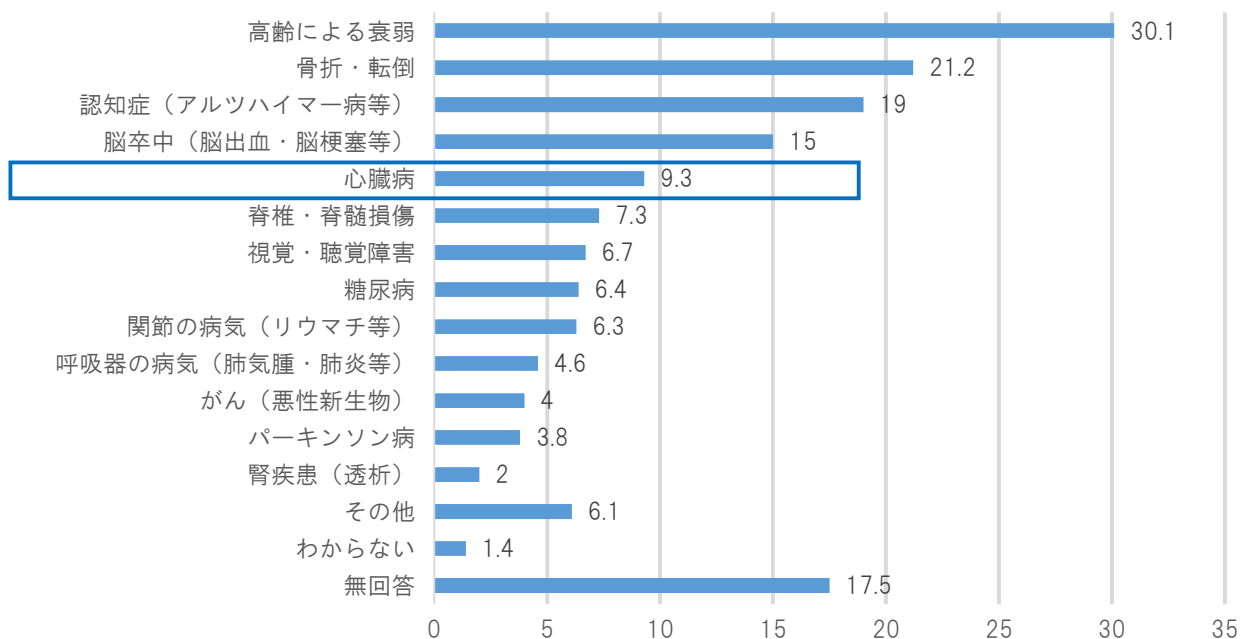
（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

（3）要介護等に至る原因に占める心疾患の割合

- 心疾患は、本県の県民が居宅において要支援・要介護が必要になった主な原因のうち、9.3%です。

【図4】居宅において要支援・要介護が必要になった主な原因（複数回答可）

（単位：％）



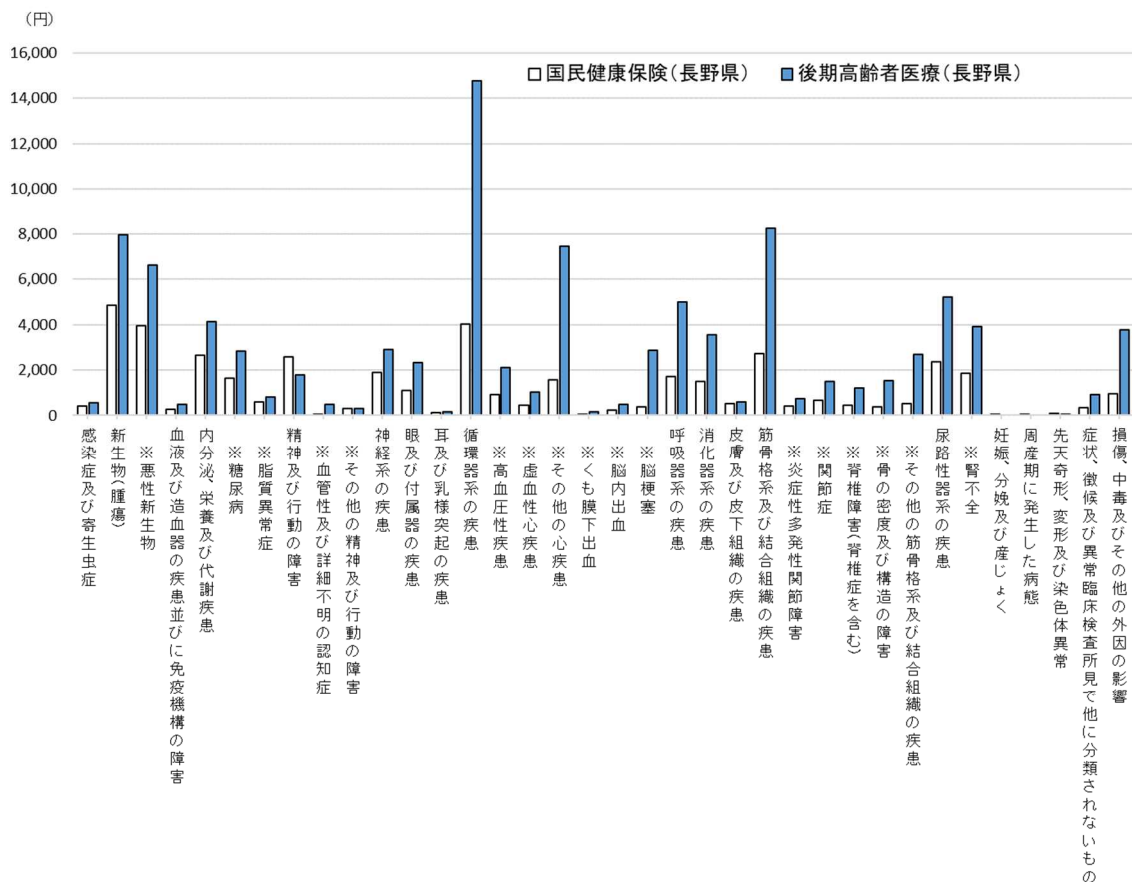
※この調査における「心臓病」とは、心臓の構造や機能の異常により生じる病気の総称であり、本計画における「心疾患」とほぼ同義と考えられます。

（介護支援課「令和4年度長野県高齢者生活・介護に関する実態調査等」）

（4）医療費に占める循環器病の割合

- 本県の2023年5月診療分の診療費を疾病大分類（19分類）別にみると、国民健康保険では、医療費の多い順に「新生物（腫瘍）」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」となっています。同様に、後期高齢者医療では「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「新生物（腫瘍）」の順になっています。また、国民健康保険と後期高齢者医療の医療費を合わせて考えると「循環器系の疾患」が全体の20.5%を占め、最も高くなっています。

【図5】疾病分類別一人当たり医療費（2023年5月診療分）



(KDB 疾病別医療費分析(大分類、中分類) 2023年7月作成(5月診療分))

2 目指す姿(分野アウトカム)

県民が心血管疾患の予防につとめるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる

3 目指す姿の実現のための3つの基本目標(中間アウトカム①)

- (1) 心血管疾患の発症を予防できている
- (2) 心血管疾患患者が、住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる
- (3) 心血管疾患患者が、日常生活の場で質の高い療養生活を送ることができる

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
○	虚血性心疾患の受療率 (入院) (人口10万人対)	長野県 5 全 国 9 (2020)	減少	現状より改善を 目指す。	厚生労働省 「患者調査」
○	虚血性心疾患の受療率 (外来) (人口10万人対)	長野県 43 全 国 42 (2020)	減少	現状より改善を 目指す。	厚生労働省 「患者調査」
○	心疾患の年齢調整死亡率 (男性) (人口10万人対)	長野県 168.6 全 国 190.1 (2020)	現状維持	全国より低い状 況を維持する。	厚生労働省 「人口動態特 殊報告」
○	心疾患の年齢調整死亡率 (女性) (人口10万人対)	長野県 92.4 全 国 109.2 (2020)	現状維持	全国より低い状 況を維持する。	厚生労働省 「人口動態特 殊報告」
○	大動脈瘤及び解離の年 齢調整死亡率 (男性) (人口10万人対)	長野県 21.0 全 国 17.3 (2020)	減少	現状より改善を 目指す。	厚生労働省 「人口動態特 殊報告」
○	大動脈瘤及び解離の年 齢調整死亡率 (女性) (人口10万人対)	長野県 13.2 全 国 10.5 (2020)	減少	現状より改善を 目指す。	厚生労働省 「人口動態特 殊報告」

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

Ⅱ 心血管疾患の発症を予防できている

1 県民が心血管疾患についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組んでいる

(1) 予防・健康づくりの普及啓発

【現状と課題】

- 心血管疾患を含む循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、その経過は、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行します。しかし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。
- 長野県の健康づくり県民運動である「信州 ACE(エース)プロジェクト」は、2014年6月にスタートしました。単に「長生き」を追求するだけでなく、一人ひとりが生涯にわたり尊厳と生きがいを持ち、その人らしく健やかで幸せに暮らせる「しあわせ健康県」の実現を目指しています。
- 県では「信州 ACE(エース)プロジェクト」(※第4編第1章参照)の推進の中で、たばこ対策や運動習慣の定着、食生活改善に向けた取組など幅広く取り組んでいます。

【施策の展開】

- 「信州 ACE(エース)プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)	
○	食塩摂取量 (1人1日当たりの 平均摂取量、 20歳以上年齢調整値)	10.4g (2022)	7g 未満	健康日本 21(第 3次)の指標を参 考	県民健康・栄 養調査	
○	喫煙率 (20歳以 上) 【再掲】	男性	21.5% (2022)	18%	健康日本 21(第 3次)の指標に合 わせ、現在の喫 煙率から禁煙希 望者が禁煙でき たとした場合の 喫煙率とする	県民健康・栄 養調査
		女性	4.5% (2022)	4%		
		男女計	13.0% (2022)	11%		
P	信州 ACE(エース)プ ロジェクト推進ネット ワーク登録団体数 【再掲】	264 団体	265 団体以上	現状より増加と する	健康増進課調	

注)「区分」欄 P(プロセス指標):実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

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

2 県民が自身の健康状態を把握している

(1) 特定健康診査・特定保健指導の受診啓発

【現状と課題】

- 心血管疾患予防には、発症リスクとなる高血圧等の早期発見、早期治療介入が重要です。
- 生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導には、40歳以上75歳未満が対象となる特定健康診査・特定保健指導があります。本県における特定健康診査及び特定保健指導実施率は全国と比べて高く、年々増加していますが、健康日本21の目標である「特定健康診査受診率70%、特定保健指導実施率45%」に達していない状況です。特に、被扶養者は被保険者と比較すると低い状況であり、医療保険者と連携した取組が必要です。特定健康診査及び特定保健指導については第4編第1章第7節に記載。
- 県では「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進の中で、健康診査受診や運動習慣の定着、食生活改善に向けた取組など幅広く取り組んでいます。（※第4編第1章参照）

【施策の展開】

- 「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。（※第4編第1章参照）（再掲）
- 特定健康診査・特定保健指導の受診率向上等生活習慣病予防に資する普及啓発を行います。また、若い世代や被扶養者、退職者、高齢者等いずれの場合も健康診査を継続して受診し、自身の健康状態の把握ができるよう保険者、医療機関、健診機関等と連携を図ります。（※第4編第1章第7節参照）（再掲）

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
○	特定健康診査実施率 【再掲】	61.5% (2021)	70%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「特定健診・特定保健指導の実施状況」
○	特定保健指導実施率 【再掲】	34.7% (2021)	45%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「特定健診・特定保健指導の実施状況」

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

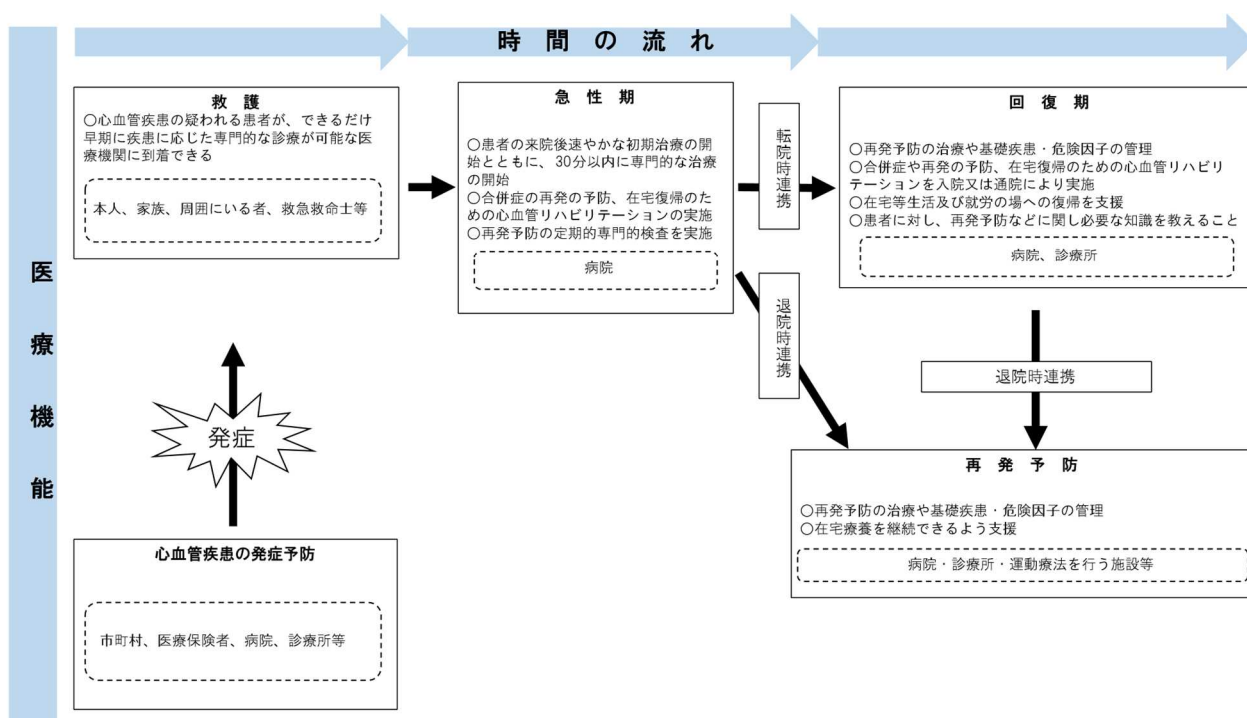
Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる

1 心血管疾患の医療提供体制

○ 心血管疾患に求められる医療機能は、図6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心血管疾患の医療の提供を図ります。

【図6】心血管疾患に求められる医療機能



2 二次医療圏相互の連携体制

(1) 患者の受療動向

○ 上小医療圏は佐久医療圏、木曽医療圏は上伊那医療圏及び松本医療圏、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

○ 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、上小医療圏は佐久医療圏と、木曽医療圏は上伊那医療圏及び松本医療圏と、大北医療圏は松本医療圏と連携した医療提供体制を推進します。救護については、搬送時点の医療機関の状況に応じて、二次医療圏を越えた連携体制を推進します。

3 脳卒中・心臓病等総合支援センター

○ 国の「循環器病対策推進基本計画」において、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」として、脳卒中・心臓病等（循環器病）患者を中心とした包括的な支援体制を構築する

ため、多職種が連携して、総合的な取組を進めることとされています。

- 国はこの取組を推進するために、専門的な知識を有し、地域の情報提供等の中心的な役割を担う医療機関に「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を配置し、都道府県と連携を取りながら、地域の医療機関を支援し、協力体制を強化するとしています。
- 本県では、2023年8月、国立大学法人信州大学医学部附属病院において、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を開設し、県をはじめとした行政との連携、県内の医療機関との連携を推進し、脳卒中や心臓病等（循環器病）の患者やその家族等への支援体制の充実を図り、QOL（生活の質）の向上を目指しています。

4 発症後できるだけ早期に専門医療機関に搬送されている

迅速な救急搬送・治療により、患者の予後の改善、救命率の向上、社会復帰率の向上等が期待されます。心疾患の発症から専門治療の開始まで、下記の段階それぞれにかかる時間を短縮することが必要です。

段階	内容
発症	発症した（本人の症状が出現した）段階
覚知	症状を発見した（周りの人が症状を見つけた）段階
搬送	救急隊により、専門的な診療が可能な医療機関へ迅速に搬送される段階
専門治療	専門的な治療の開始及び治療可能な施設への速やかな転院搬送の段階

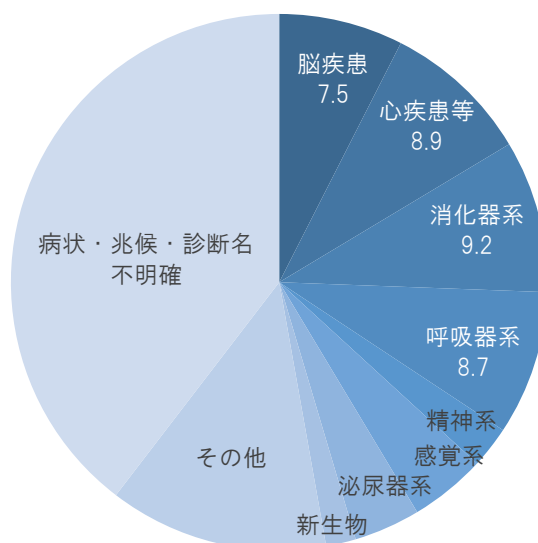
（1）初期症状と適切な対応に関する知識の普及

【現状と課題】

- 心筋梗塞等の心血管疾患は、激しい胸痛を伴って発症し、数分から数時間で生命に関わる重大な事態に陥ることが多い病気です。急病による搬送者に占める心疾患等の割合は、8.9%を占めています。

【図7】全国における急病の疾病分類別の搬送割合（2022年）

（単位：％）



（消防庁「救急・救助の現況」）

- 心筋梗塞等の心血管疾患を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲の者による速やかな救急搬送要請が重要です。例えば、激しい胸の痛みが15分以上続く場合は心筋梗塞の発症が疑われるため、すぐに救急車を呼ぶことが必要です。また、すぐに痛みが治まる場合でも、心筋梗塞の前兆である可能性があるため、早期に医療機関を受診する必要があります。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、心血管疾患の発症から覚知までの時間の短縮を図るため、心血管疾患の初期症状及び早期受診・救急受診の必要性に関する普及啓発に取り組みます。

（２）AEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を行うことができる環境の整備

【現状と課題】

- 心肺停止を疑う場合、周囲の者による心肺蘇生や自動体外式除細動器（AED）の使用により救命率の向上が見込まれます。
- AEDは、公的機関や医療機関、福祉施設、学校、民間事業所等に設置されています。設置場所は、一般財団法人日本救急医療財団のホームページ等により情報提供されています。
- 心筋梗塞等の心血管疾患を発症した患者の周囲にいる者が、救急搬送要請等の適切な対応が行えるよう、消防機関により、応急手当講習会が開催されています。本県の人口1万対の応急手当講習の受講者数は全国より多くなっていますが、いざという時に適切な対応が行えるよう、県民の応急手当に関する知識の向上が必要です。迅速な救急搬送・治療により、患者の予後の改善、救命率の向上、社会復帰率の向上等が期待されます。
- 義務教育における心肺蘇生教育については、学習指導要領に含まれているため、全ての学校で対象学年に実施されています。教員に対しても、AEDの使用に関する講習が行われています。

【表6】 消防機関が主体となって実施する応急手当講習の受講者数の推移（人口1万対）

区分	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
長野県	113	111	119	31.9	43.8
全国	108	105	100	32.5	37.3

（消防庁「救急・救助の現況」）

- 一般市民による除細動の実施件数は、概ね横ばいで推移しています。

【表7】 長野県における、心原性心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数の推移

区分	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
心肺機能停止傷病者全搬送人員（人）	2,530	2,385	2,387	2,294	2,402
除細動実施件数（回）	29	25	27	25	32

（消防庁「救急・救助の現況」）

- 一般市民による心肺蘇生の実施件数は、概ね横ばいで推移しています。
- 長野県における心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率は、2021年で68.6%となっており、全国の57.5%と比べて高くなっています。

【表8】 長野県における、心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率

区分	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性的心肺機能停止傷病者数（人）	424	377	373	408	379
心肺蘇生実施件数（回）	257	241	236	281	260
実施率（％）	60.6	63.9	63.3	68.9	68.6

（消防庁「救急・救助の現況」）

【施策の展開】

- 心肺蘇生法等を含む応急手当に関する知識の普及啓発を推進します。

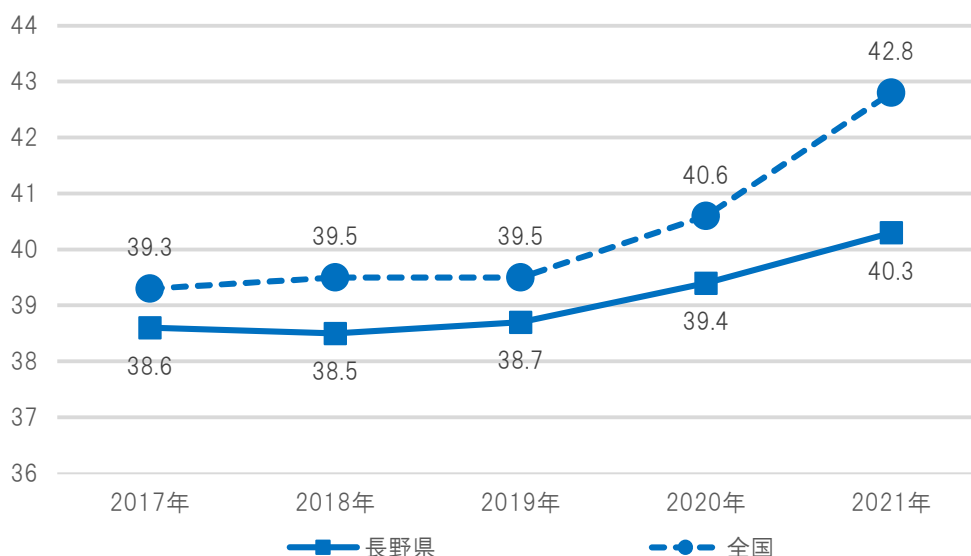
（3）患者の観察や搬送基準の整備

【現状と課題】

- 本県では、消防法に基づく「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（2011年1月施行）」により、信州保健医療総合計画別冊「機能別医療機関の一覧」の心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関へ搬送される体制が整備されています。
- メディカルコントロールとは、救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において救急救命士等が実施する医療行為について、医師が指示又は指導・助言及び事後検証を行うことにより、それら医療行為の質を保証することです。メディカルコントロール体制や搬送基準等について協議・調整を行うため、県では長野県メディカルコントロール協議会、消防機関では二次医療圏毎に地域メディカルコントロール協議会を設置しています。
- 消防機関は、メディカルコントロール体制の下で定められた病院前救護のプロトコル（観察・処置手順）に則して、適切に観察・救急救命処置等を行い、医療機関へ迅速に搬送します。患者の搬送時間は全国と比べやや短くなっていますが、患者の居住地によっては搬送に時間を要する場合があります。

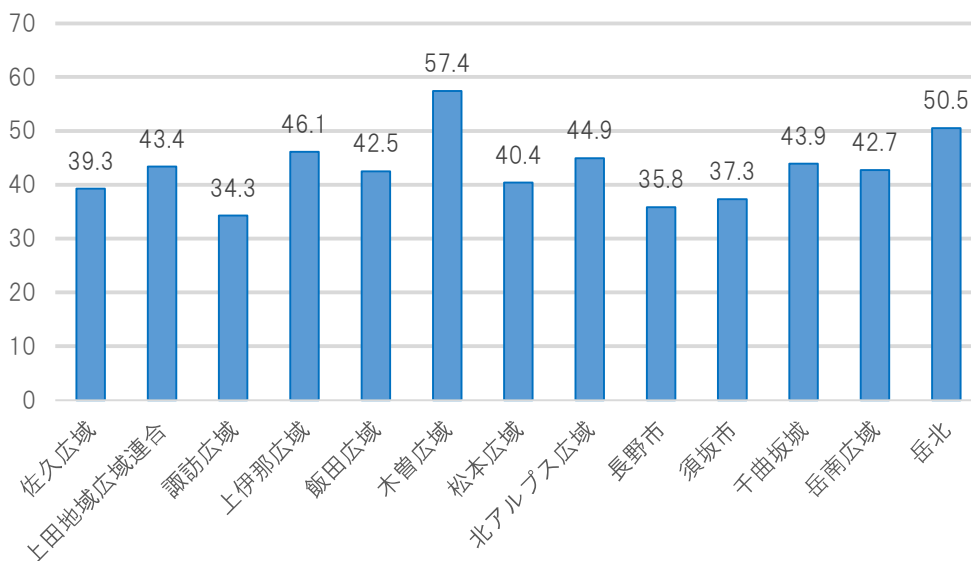
【図8】 病院収容所要時間の推移（入電から医師引継ぎまでの平均所要時間）

（単位：分）



（消防庁「救急・救助の現況」）

【図9】消防本部（局）別病院収容所要時間（入電から医師引継ぎまでの平均所要時間）（単位：分）



※岳南広域消防本部の管轄は中野市、山ノ内町。岳北消防本部の管轄は飯山市、木島平村、野沢温泉村、栄村。（消防庁「令和4年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」令和3年中の救急業務における消防本部別実施状況）

- 救急搬送の手段は、従来の救急車に加え、ドクターカーやドクターヘリ（救急医療用ヘリコプター）が活用されています。治療内容や地域の医療資源の状況によっては、二次医療圏を越えた搬送や山間地域からの救急搬送等、救急車では搬送に時間がかかるケースもあります。
- また、本県は県土が広く山間地域も多いことから、ドクターヘリを佐久総合病院佐久医療センターと信州大学医学部附属病院に配置しており、こうしたケースにドクターヘリが積極的に活用されています。搬送手段の多様化に合わせ、消防機関と医療機関が密接に連携していくことが重要です。
- 医師の指示のもとで行われる病院前救護は、音声による情報交換が主ですが、ICT（情報通信技術）を活用した画像情報の伝達により、患者の予後の改善、救命率の向上、社会復帰率の向上等が期待されます。
- 12誘導心電図は、電極を手足と胸の数か所につけて、器械が波形を出力するものです。その波形を医師や検査技師がみて、心臓に異常がないかどうかチェックします。「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」では、病院前救護において、12誘導心電図の測定、伝達・伝送を実施する目的として以下の3つが挙げられています。
 - ・モニター心電図等よりも高い感度、特異度を持つ12誘導心電図を測定することにより、適切な傷病者に対して、迅速・的確に状態を把握するとともに、当該把握した情報に基づき、適切な医療機関を選定すること。
 - ・搬送先医療機関に対して12誘導心電図の測定結果の伝達・伝送による、適切な傷病者情報の提供を行うこと。
 - ・12誘導心電図の測定、伝達・伝送により、当該地域において心筋梗塞の発症から冠動脈の閉塞部位の再灌流までの時間の短縮効果が期待できること。
- 救急隊が12誘導心電図の測定に要する時間と救急現場から搬送先医療機関までの距離・搬送所要時間、各地域における受入体制の状況、12誘導心電図導入に係るコスト等とのバランスを勘案しながら、各地域の実情に応じて導入を検討する必要があります。
- 本県の13消防本部のうち、12誘導心電図を導入しているのは、2022年時点で10消防本部とな

っています。このうち、医療機関とのデータ共有が可能なのは、2022年時点で3消防本部です。

【施策の展開】

- 長野県広域災害・救急医療情報システム等を利用した消防と医療機関や医療機関同士の情報連携、ドクターヘリなどの効果的な活用により、迅速かつ適切な医療機関への搬送体制の整備を推進します。
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の見直しなど、救急搬送に関するルールの標準化を促進します。
- 救急隊員の標準的な活動内容を定めたプロトコルの県内統一化の検討、指導救命士制度の活用や各種研修会・講習会の充実に伴う救急救命士の資質向上、長野県メディカルコントロール協議会の機能強化など、メディカルコントロール体制の強化・標準化を促進します。
- 救命救急センターの運営支援や施設・設備整備等により、三次救急医療体制の整備を推進します。
- 「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の見直し等を通じ、救急医療機関の役割を明確化するとともに、迅速かつ適切な救急医療の提供のためICT等を活用した相互連携を促進します。

（４）感染症発生・まん延時や災害時における救急搬送体制の維持

【現状と課題】

- 本県では、地域医療構想の実現に向けた取組である、急性期や回復期、慢性期等の医療機関の機能の分化が進んでいます。地域の中核となる急性期の病院において、感染症発生・まん延時や災害時に搬送受入れが停止した場合、圏域内に受入れ可能な病院がなく、圏域外への搬送が必要になることがあります。
- 消防本部においては、急性期医療に対応が可能な医療機関について平時から把握し、感染症発生・まん延時や災害時には柔軟に搬送できる体制が望まれます。また、回復期の医療機関の機能を強化することで、急性期の医療機関に入院する患者が病期に応じてスムーズに転院できる体制を整備し、急性期の医療機関の受け入れ体制を整えることが求められます。

【施策の展開】

- 県は消防本部や医療機関と連携し、急性期医療に対応可能な医療機関の把握に努め、感染症発生・まん延時や災害時の医療体制のあり方について検討を進めます。
- 医療機関は、急性期の医療機関からの円滑な転院や遠隔医療体制の整備、在宅医療体制の強化等を推進し、感染症発生・まん延時や災害時における地域における医療資源を有効活用できる体制の構築に努めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
○	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	長野県 40.3 全 国 42.8 (2022)	現状維持	全国平均よりも低い数値を維持する。	消防庁「救急・救助の現状」
P	救急法や心疾患の症状の必要性に関する普及啓発活動の実施件数	1 回	継続	健康ハートの日に合わせて普及啓発を継続する。	保健・疾病対策課調
P	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	32 件 (2021)	32 件以上	2017 年から 2021 年までの最大件数以上を目指す。	消防庁「救急・救助の現状」
P	心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率	68.6 (2021)	68.9 以上	2017 年から 2021 年までの最大実施率以上を目指す。	消防庁「救急・救助の現状」

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

○（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

5 発症後早期に専門的な治療を受けることができている

（1）心血管疾患の急性期医療に 24 時間 365 日対応できる体制整備

【現状と課題】

- 急性心筋梗塞等の急性冠症候群（心臓に血液を供給する冠動脈が血栓等により突然ふさがること、心筋が虚血状態になること）に対するカテーテル治療や、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、対応可能な医療機関が少なく、二次医療圏を越えた搬送が必要となる場合があります。
- 迅速で適切な治療により救命するために、二次あるいは三次医療圏（県全域または4圏域）内の医療資源（施設・設備、医療人材等）の適正化・集約化、さらに機能分担の明確化が必要です。

【表9】心血管疾患の急性期医療を行う医療機関数（2022年10月現在）

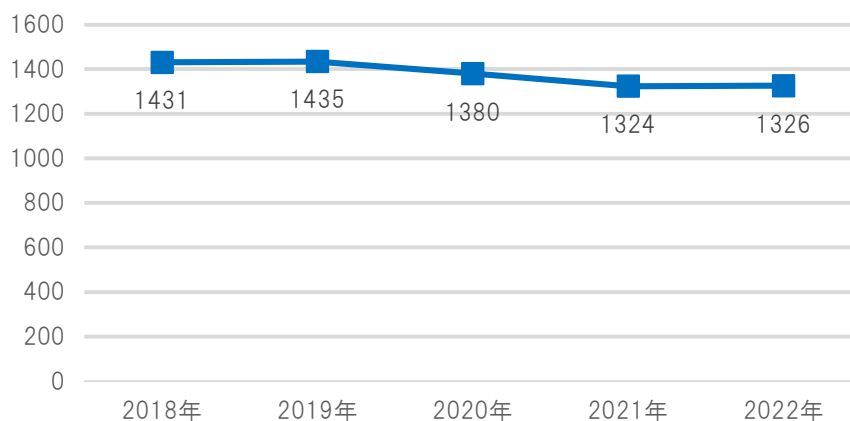
区分	医療機関数										
	全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
心筋梗塞等※1	24	3	1	3	2	3	-	4	1	6	1
大動脈解離※2	10	1	-	1	-	-	-	4	-	3	1

※1) 心臓カテーテルによる治療が24時間可能である病院 ※2) 心臓血管外科手術が24時間可能である病院
 (医療政策課「医療機能調査」)

- 本県の急性心筋梗塞に対する冠動脈インターベンション (PCI) 及び急性大動脈解離に対する緊急手術の実施件数の推移は、横ばいとなっています。

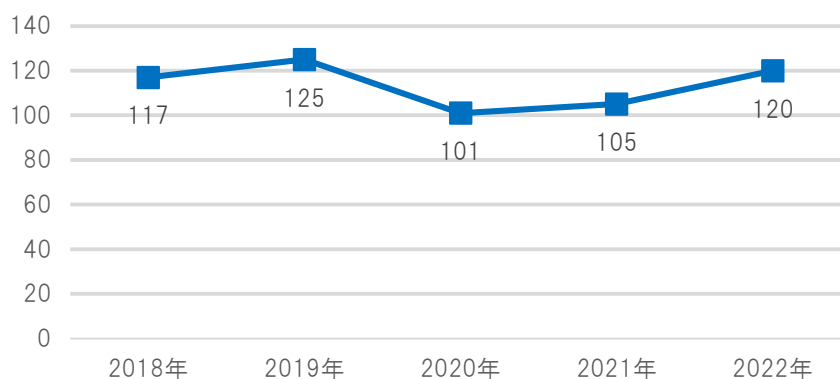
【図10】緊急PCI総件数の推移

(単位：件)



【図11】急性大動脈解離緊急手術件数の推移

(単位：件)



※学術の研究利用目的で日本循環器学会循環器研修・関連施設のみで収集されたデータであるため、全県を網羅したものではありません。

(日本循環器学会「循環器疾患診療実態調査 (JROAD)」)

- 心臓内科系集中治療室 (CCU) は、心臓病専用の集中治療室のことです。急性期の重症心血管疾患患者を収容し、治療を行います。県内では、集中治療室 (ICU) 内にCCU機能を有している場合があります。
- 県内の循環器内科医師数は2020年時点で171人となっており、人口10万対の比較では、全国をやや下回っていますが、全ての医療圏で一定数確保されています。
- また、県内の心臓血管外科医師数は2020年時点で42人となっており、人口10万対の比較で

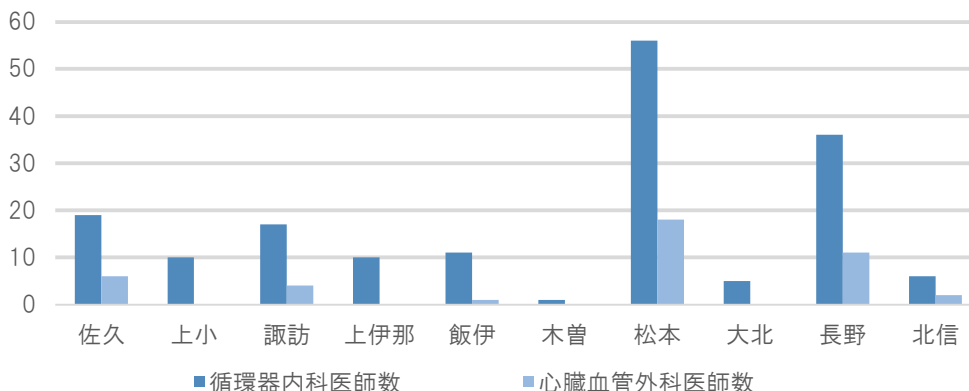
は、全国と同程度に人数が少なく、その数には地域差があります。

【表 10】循環器内科医師数、心臓血管外科医師数（2020年）（単位：人）

区分		長野県	全国
循環器内科医師数		171	13,026
	人口10万対	8.35	10.33
心臓血管外科医師数		42	3,222
	人口10万対	2.05	2.55

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

【図 12】医療施設に従事する医師数（2020年）（単位：人）



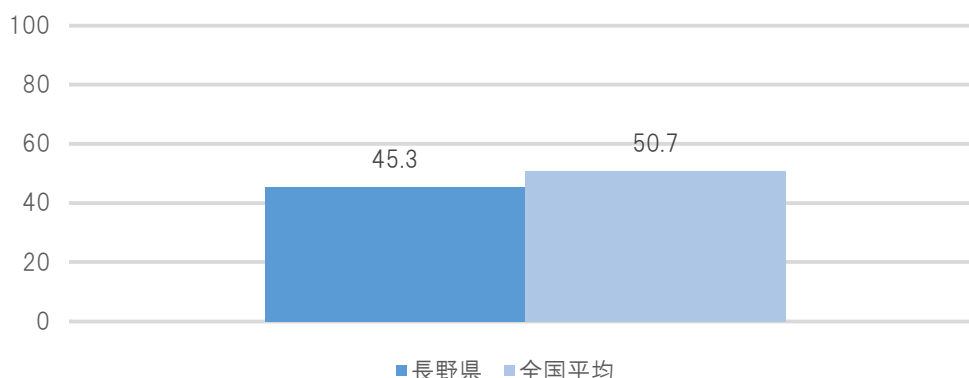
（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

- 本県における2020年の急性心筋梗塞に対する冠動脈インターベンション（PCI）の実施件数（SCR※）は、53.3となっています。

※SCR（standardized claim-data ratio）：レセプト数を性・年齢調整したスコア（実測値/期待値）であり、100が全国平均の医療提供状況を示し、100を上回ると性・年齢調整後の人口規模に対して当該の医療提供が多い、100を下回ると少ないことを意味する。

- 急性心筋梗塞に対する冠動脈インターベンションは、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高くなります。本県における、冠動脈インターベンションを施行された急性心筋梗塞患者のうち90分以内の冠動脈再開通達成率は、45.3%となっています。

【図 13】冠動脈インターベンション（PCI）を施行された急性心筋梗塞患者のうち90分以内の冠動脈再開通達成率（2020年度）（単位：%）



（内閣府「医療提供状況の地域差」）

- 患者の受入れが24時間可能な病院であっても、受入要請時の状況によっては受入れが困難な場合も想定されます。また、大動脈解離等は圏域外への搬送が必要となる場合が多く、救急隊による適切な搬送先の選定、迅速な搬送及び治療開始のため、急性期医療機関間の連携強化（ネットワーク体制の構築）が必要です。さらに、遠隔連携システムの導入等ICT（情報通信技術）を活用した連携の方法についても検討が必要です。

【施策の展開】

- 県は医療機関と連携し、24時間365日心臓カテーテルや大動脈解離等の治療が可能となるよう、他の圏域と連携した医療提供体制の整備に取り組みます。
- 救命救急センターの運営支援や施設・設備整備等により、三次救急医療体制の整備を推進します。
- 医師少数区域等に勤務する医師の確保・養成、医師派遣の促進による圏域間の連携に取り組み、地域の医療提供体制の確保に努めます。

（２）感染症発生・まん延時や災害時においても、患者が必要な通常の救急医療を受けられる体制整備

【現状と課題】

- 新型コロナウイルス感染症の発生・まん延時には、院内感染対策や医療需要の増加により、病床、医療機器、医療従事者等の医療資源の配分に困難が生じ、通常の医療体制とは異なる対応が必要になりました。また、心血管疾患患者の不急の手術の制限や受診控えも発生しました。
- そのため、感染症発生・まん延時や災害時に備え、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することとともに、機能分担により、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

【施策の展開】

- 県は医療機関と連携し、感染症発生・まん延時や災害時の急性期の医療体制のあり方について検討を進めます。
- 医療機関は、急性期の医療機関からの円滑な転院や遠隔医療体制の整備、在宅医療体制の強化等を推進し、感染症発生・まん延時や災害時における地域における医療資源を有効活用できる体制に努めます。（再掲）

急性大動脈解離とその治療

心臓から送り出された血液は、大動脈を介して全身へと循環します。その大動脈の壁は、内側から内膜、中膜、外膜の3層構造になっています。突然、何らかの原因により内膜に亀裂が入り、大動脈が中膜のレベルで竹を割るように裂けてしまう状態を「急性大動脈解離」といいます。典型的には激しい胸痛や、背部痛ですが、意識障害や四肢麻痺、腹痛、下肢の痛みなど症状は様々です。動脈破裂の危険があり、早急な治療が必要となります。診断にはCT検査が有用で、解離した動脈の部位や状態を確認します。心臓に近い上行大動脈に解離をみとめるものをStanford A型、上行大動脈に解離を認めないものをStanford B型といいます。Stanford A型では、ショック状態や心筋梗塞などの合併症を起こす危険性が高くなり、緊急手術が必要となります。手術では、解離した上行大動脈を人工血管に交換します。Stanford B型は、解離した動脈によるほかの臓器の合併症や、動脈の拡大がなければ、保存的に治療を行います。Stanford A型で手術した場合も、B型の場合も、動脈瘤を形成し破裂の危険を生じうるので、外来に通院し定期的にCT検査を行う必要があります。

信州大学医学部外科学教室心臓血管外科学分野 教授 瀬戸 達一郎

6 発症後早期に専門的なリハビリテーションを受けることができる

(1) 心血管疾患リハビリテーションの実施体制の整備

心疾患のリハビリテーションは、病期に応じて以下のとおり行われます。急性期から維持期まで一貫した流れで行われることが望ましいとされています。

区分	入院管理		外来管理	
	急性期	回復期（前期）	回復期（後期）	維持期
時期	急性期	回復期（前期）	回復期（後期）	維持期
目的	日常生活への復帰	社会生活への復帰	社会生活への復帰 新しい生活習慣	快適な生活 再発予防
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・機能評価 ・療養計画 ・床上理学療法 ・30～100m 歩行試験 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活一般、食事、服薬指導等の患者教育 ・運動療法 ・カウンセリング ・復職支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活一般、食事、服薬指導等の患者教育 ・運動療法 ・カウンセリング ・冠危険因子是正 	<ul style="list-style-type: none"> ・よりよい生活習慣の維持 ・冠危険因子是正 ・運動療法 ・定期外来受診による治療継続
プログラム提供場所	急性期の専門的医療を行う施設の急性期治療病棟（CCU/ICU含む）	入院（一般病棟等） ・急性期の専門的医療を行う施設（施設間及び自施設内での連携を含む） ※必要に応じて、外科的治療やPCIが可能な施設から内科的治療中心の施設へ移行	外来	<ul style="list-style-type: none"> ・地域のかかりつけ医 ・地域の運動施設等（急性期の専門的医療を行う施設と連携して提供）

【現状と課題】

- 心血管疾患のリハビリテーションは、合併症や再発予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症当日から患者の状態に応じた運動療法、食事療法、患者教育等が実施され、退院後も継続されます。
- 喪失機能（心機能）の回復だけでなく、再発予防、リスク管理等の多要素の改善に焦点が当てられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む疾病管理プログラムとして実施されます。
- 心不全の症状である呼吸困難、疲労感、食欲不振、腹部膨満感等は、低栄養や活動量低下の原因となります。また、低栄養や加齢によりサルコペニアとなり、さらに筋力や身体機能が低下する悪循環が起こります。適切な運動介入や栄養介入が必要です。
- 本県における心大血管リハビリテーション料（I）の届出医療機関数は、25施設であり、木曾圏域には、届出医療機関がない状況です。また、人口10万対の医療機関数は1.22となっており、全国の1.17と比べ、やや多くなっています。

【表11】心大血管リハビリテーション料(I)届出医療機関数（2023年4月）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
25	2	1	3	2	3	-	7	1	5	1

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

- 本県における2020年の入院心大血管リハビリテーションの実施件数（SCR）は、106.6となっています。
- 患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家の育成や、地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築することが望まれます。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なりハビリテーションが行われるよう、医療従事者に対する研修や教育の機会の確保に努めるとともに、必要な二次医療圏相互の連携体制の構築に向けた検討を進めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	心大血管リハビリテーション料届出医療機関数（人口10万人当り）	長野県 1.22 全 国 1.17	現状維持	全国平均以上を維持する。	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」

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

7 心身の緩和ケアを受けることができている

(1) 心血管疾患に対する緩和ケアの実施体制の整備

【現状と課題】

- 緩和ケアとは、世界保健機構（WHO）において、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の QOL を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチであるとされています。
- 2014 年の世界保健機関（WHO）の報告では、人生の最終段階において緩和ケアを必要とする疾患別割合の第 1 位は心血管疾患、第 2 位は悪性新生物（がん）とされています。
- 厚生労働省の循環器疾患の患者に対する緩和ケア体制のあり方に関するワーキンググループは、「循環器疾患の中でも心不全は、すべての心疾患に共通した終末的な病態であり、今後の患者増加が予想されるものであることから、緩和ケアの対象となる主な循環器疾患を心不全と想定する」としています。
- 本県の緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算の届出のある施設数は以下のとおりであり、地域差があります。

【表 12】緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算の届出のある施設数（2023 年 4 月）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
15	1	2	1	0	1	0	4	2	3	1

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

- 本県の認定看護師（緩和ケア）は 2023 年時点で 54 名となっており、人口 10 万対の比較では、全国をやや上回っています。

【表 13】認定看護師数（2022 年 12 月）

（単位：人）

区分	長野県	全国
緩和ケア認定看護師数	55	2,654
人口 10 万対	2.69	2.10

（日本看護協会）

- 医師や看護師を対象とした、緩和ケアに関する既存の研修等は、心不全の疾患特性を踏まえた内容としては不十分とされていました。心不全の緩和ケアの普及にあたり、心不全の実臨床に即したトレーニングコースとして、2018 年から、日本心不全学会による「心不全緩和ケアトレーニングコース（HEPT）」が開催されています。
- 心不全緩和ケアトレーニングコースは、循環器内科の研修医を始め、心不全診療に携わる総合診療・一般内科、緩和ケア、心臓血管外科領域などの従事者を対象としています。また、心不全に対する緩和ケアに関する診療報酬点数加算の要件のひとつとなっています。
- 本県の心不全緩和ケアトレーニングコースの受講者数は、2022 年時点で 8 名となっており、人口 10 万対の比較では全国を下回っています。

【表 14】心不全緩和ケアトレーニング受講者数（2022 年 10 月）

（単位：人）

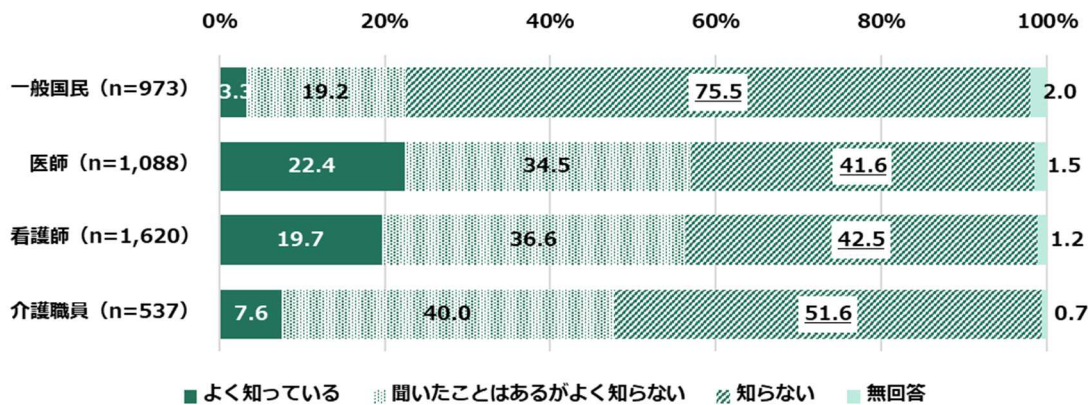
区分		長野県	全国
心不全緩和ケアトレーニング		8	1,096
受講者数	人口 10 万対	0.391	0.869

（日本心不全学会）

- 循環器病、特に心不全は、身体的・精神的・社会的苦痛等全人的苦痛を伴うため、多職種による多面的なケアが必要です。
- 心不全患者の身体的苦痛を緩和するためには、心不全そのものが身体的苦痛の原因ともなり得るため、心不全に対する治療を継続しつつ、緩和ケアを提供する必要があります。
- 精神心理的な苦痛は、患者による心不全の自己管理を困難とし、心不全の増悪等ももたらすため、身体管理と連携した精神心理的なケアを提供することが必要です。身体管理と連携した精神心理的なケアを外来及び入院において提供するために、緩和ケアチーム、心不全多職種チーム、循環器疾患・緩和ケア・老人看護等にかかわる認定・専門看護師等が、精神心理面に関する知識を得た上で、連携して取り組むことが重要です。また、精神科医や精神・心理にかかわる認定・専門看護師等により、心不全にかかわる医療従事者等を教育・支援する体制も必要です。
- 心不全患者は、家族や介護、経済的な問題等の社会生活上の不安を有することもあり、不安に伴う社会的苦痛を緩和する支援が必要です。患者やその家族が高齢であることも多いことから、医療機関等の相談窓口だけでなく、身近な場所で相談できる体制を確保することが重要です。
- 心不全患者が、療養生活を長期に継続するためには、患者やその家族が、医療や介護をはじめとした様々な資源につながるができるよう、地域全体で支えることが求められます。そのため、地域での支援体制の整備や、医療・介護・福祉で支える地域のネットワークづくりが必要です。
- また、命の危険が迫った状態になると、約 70%の人が、医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなると言われており、自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていること等を、自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有すること（人生会議）が重要です。
- 厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると、人生会議の認知について、一般国民は「知らない」が 75.5%と多く、医師、看護師、介護職員においても「知らない」が 40%～50%程度であり、医療・介護従事者を含め幅広く県民に対して普及が必要です。



【図 14】 人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の認知について（2017年）



（厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」）

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、循環器病、特に心不全の患者に対する緩和ケアが治療の初期段階から始められるよう、医療従事者を含めた県民の理解の促進に努めます。
- 県は関係機関と連携し、循環器病診療・ケアに携わる医療・介護従事者を対象とした研修会を開催する等、多職種が連携した循環器病の緩和ケアについて学ぶ機会の確保に努めます。
- 県は関係機関と連携し、患者の意向を尊重した医療やケアが提供されるよう、医療従事者を含めた県民に対し「人生会議（ACP）」の普及に取り組みます。

循環器病の緩和ケアと人生の最終段階における医療・ケアの決定

病気と向きあう場合、医学的にそれを解明し、その根本から治療する方策があります。一方で当事者の患者と家族は病気に関連する多くの問題に直面しています。こうした多方面の苦痛を予防し和らげるアプローチが緩和ケアと言えます。緩和ケアというとがんと痛みが思い浮かべられがちですが、本来はあらゆる病気の様々な時期において応用されるアプローチです。がん患者の場合には診断されたその日から緩和ケアの対象となり、専門チームのサポートを受けることができます。

2018年4月に厚生労働省から「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について」の提言がなされ、診療報酬においても条件は厳しいものの末期心不全患者に対する診療加算が可能となりました。心不全は「心臓が悪いために息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気」とされ、高齢者に多く、終末期を迎えることにもなります。その病気の説明が十分に行われ、将来の医療・ケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人と医療・ケアチームが繰り返し話し合い、患者さんの意思決定を支援してゆく経過を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。これは「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス」と重なり、緩和ケアを行うために必要なことです。循環器病の患者さんにおいても急な病状変化や慢性的に進行していく病状があれば ACP を医療者・介護者と共に考えてみましょう。

社会医療法人抱生会丸の内病院 副院長 渡辺 徳

(2) 回復期の医療機関やリハビリテーション施設との円滑な連携体制の構築

【現状と課題】

- 急性期の医療機関から、円滑に回復期及び維持期の医療機関・施設に移行するため、各医療機関がそれぞれの医療機能に応じ、連携して切れ目のない継続的な医療及びリハビリテーションの提供体制を構築する必要があります。
- 心臓血管手術後においては、通常のリハビリテーションに加えて人工呼吸、透析、術部の処置等特殊性を要する管理が長期にわたって必要となる場合があり、術後出血や不整脈等の合併症への対応も必要となることから、医療施設間や多職種の連携及び適切な情報共有が重要となります。
- 患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家の育成や、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築することが望まれます。
- 県では、2023年度に、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の心臓病等に関する地域連携の実態把握に着手しました。

【施策の展開】

- 介護が必要となる患者に対して適切な医療・介護サービスが提供されるよう、地域包括ケア体制における医療と介護の連携を推進します。
- 県は信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の心血管疾患に関する地域連携の推進に向け、各二次医療圏における地域連携状況を把握した上で、必要な支援に取り組みます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数(人口10万人体)	長野県 0.391(8名) 全国 0.869(1,096名) (2022)	増加	現状以上を目指す。	日本心不全学会
P	心血管疾患に関する地域連携ができてい二次医療圏数	未把握	把握	把握に努める。	保健・疾病対策課調

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

P(プロセス指標):実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

IV 日常生活の場で質の高い療養生活を送ることができる

1 身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けることができる

(1) 専門医療スタッフによる集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関の整備

【現状と課題】

- 状態の安定後は、生活機能の維持や再発予防を目的としたリハビリテーションが重要です。しかし、外来で心血管疾患リハビリテーションを行う施設が少ないとされており、その実態把握の方法を含め検討が必要です。
- 本県における2020年度の外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）は、229.9となっています。
- 在宅で過ごす患者にも適切なリハビリテーションが提供されるような体制を整備する必要があります。
- 訪問リハビリテーションは、患者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が患者の自宅を訪問し、心身機能の維持回復や日常生活の自立に向けたリハビリテーションを行います。
- 通所リハビリテーションは、患者が老人保健施設、病院、診療所等の施設に通うことで、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービス等を日帰りで提供します。

【表 15】訪問・通所リハビリテーションを提供する事業所数（2023年9月時点）

区分	事業所数										
	全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
訪問リハビリテーション事業所数	127	14	17	13	16	10	1	22	5	25	4
通所リハビリテーション事業所数	138	13	17	17	14	12	1	28	5	29	2

（厚生労働省「介護サービス情報公表システム」）

- 在宅で過ごす患者に対し、低栄養を予防するため、訪問栄養指導が実施されています。管理栄養士が患者の自宅を訪問し、療養上必要な栄養や食事の管理及び指導を行います。医療機関に管理栄養士がいない場合でも、公益社団法人長野県栄養士会に設置されている「栄養ケア・ステーション」を利用することができます。
- 在宅で過ごす患者が生活機能を維持・向上するためには、地域の交流の場、通いの場を利用し、社会参加を行うことも大切です。地域において、住民やNPO団体等、様々な主体によるミニデイサービスやコミュニティサロン等の交流の場、運動・栄養・口腔ケア等の専門職が関与する教室が開催されています。
- 患者が自分自身で実施可能なリハビリテーションプログラムの提供や、遠隔リハビリテーションの導入も望まれます。

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、かかりつけ医を中心とした継続的なリハビリテーションの重要性を啓発し、医療従事者を含め県民の知識の向上を図るとともに、外来でリハビリテーションを行う施設の実態把握と入院医療機関等への情報提供及び連携支援方法について検討を行います。
- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なリハビリテーションが行われるよう、医療従事者に対する研修や教育の機会の確保に努めるとともに、必要な二次医療圏相互の連携体制の構築に向けた検討を進めます。（再掲）
- 県と関係機関は、再発予防の一環として、医療施設のほか、フィットネス施設等を活用したりリハビリテーションの提供について、地域における好事例を紹介する等、その普及を図ります。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	心大血管リハビリテーション料届出医療機関数【再掲】	長野県 1.22 全国 1.17	現状維持	全国平均以上を維持する。	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」

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

2 心身の緩和ケアを受けることができている

(1) 心血管疾患に対する緩和ケアの実施体制の整備

【現状と課題】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「7 心身の緩和ケアを受けることができている」(1) 心血管疾患に対する緩和ケアの実施体制の整備」の記載参照。

【施策の展開】

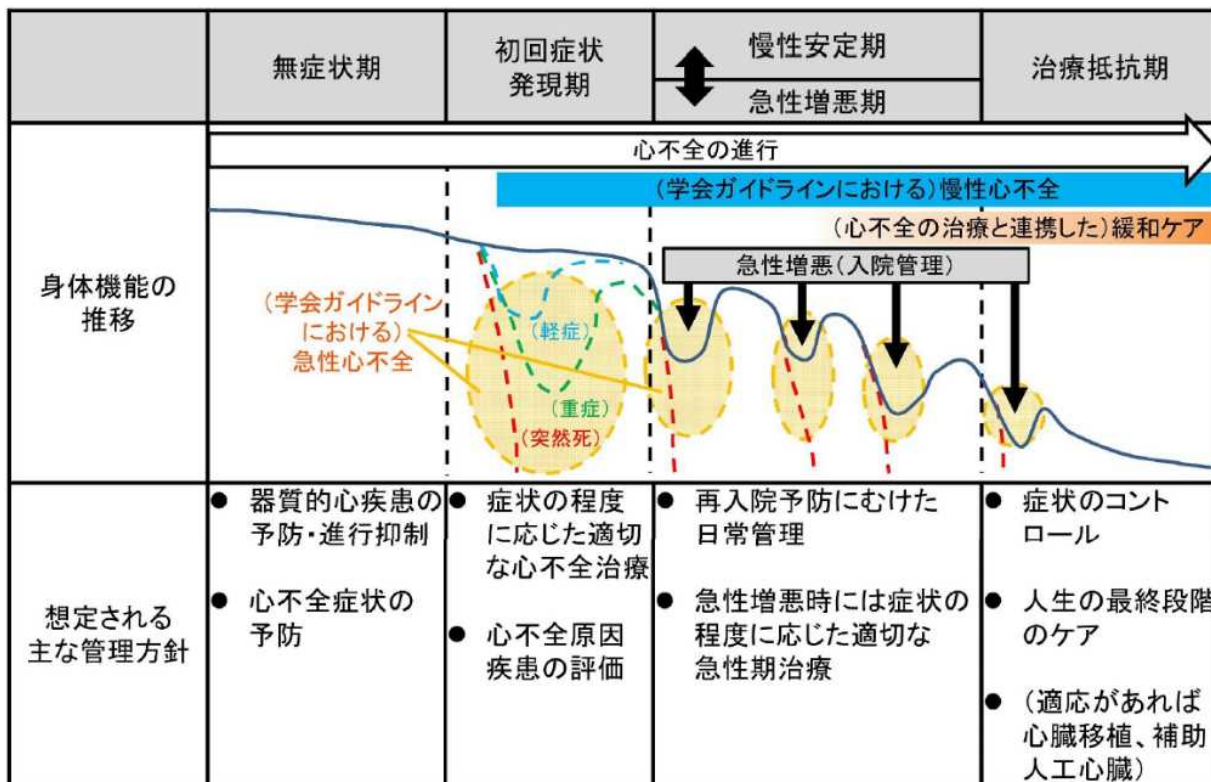
- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「7 心身の緩和ケアを受けることができている」(1) 心血管疾患に対する緩和ケアの実施体制の整備」の記載参照。

(2) 急性期および維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制の構築

【現状と課題】

- 急性期を脱した後の心血管疾患の医療においては、再発・再入院予防が重要です。
- 慢性心不全患者は、増悪による再入院を繰り返しながら身体機能が悪化していく悪循環に陥ることが特徴であり、高齢者数の増加に伴い患者数の増加も予想されていることから、特に対策が求められます。

【図 15】心不全の進展ステージ



(厚生労働省「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」)

- 再発・再入院予防においては、本人によるセルフモニタリングの継続が基本ですが、独居もしくは家族による支援が困難な場合は、かかりつけ医や地域包括支援センター、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー等へ相談することが望めます。
- 心不全患者の家族・介護者への負担を軽減するため、ケアマネジャーや医療ソーシャルワーカーの介入により、病状によって地域の病院への入院や、介護保険サービスによるショートステイ等の利用を定期的に計画することも必要です。
- かかりつけ医による日常の診療において、心機能異常が疑われる場合の検査や急性増悪の治療等が必要な際は、専門医への紹介を検討する必要があります。日頃から、医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制を構築することが望めます。
- 県では、2023年度に、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の心臓病等に関する地域連携の実態把握に着手しました。

【施策の展開】

- 回復期の医療機関は、急性期の医療機関からの円滑な転院体制を整備し、地域における医療資源を有効活用できる体制に努めます。
- 介護が必要となる患者に対して適切な医療・介護サービスが提供されるよう、地域包括ケア体制における医療と介護の連携を推進します。(再掲)
- 県は信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携し、県内の心血管疾患に関する地域連携の推進に向け、各二次医療圏における地域連携状況を把握した上で、必要な支援に取り組みます。(再掲)

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数【再掲】	長野県 0.391 (8名) 全国 0.869 (1,096名) (2022)	増加	現状以上を目指す。	日本心不全学会
P	心血管疾患に関する地域連携ができて二次医療圏数【再掲】	未把握	把握	把握に努める。	保健・疾病対策課調

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

P (プロセス指標): 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

3 生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けている

(1) 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが提供される体制の整備

【現状と課題】

- 「1 身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けている」
(1) 専門医療スタッフによる集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関の整備」の記載参照。

【施策の展開】

- 「1 身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けている」
(1) 専門医療スタッフによる集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関の整備」の記載参照。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	心大血管リハビリテーション料届出医療機関数【再掲】	長野県 1.22 全国 1.17	現状維持	全国平均以上を維持する。	関東信越厚生局「施設基準の届出状況」

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

心臓リハビリテーションとフィットネスの連携 ～佐久地域の取組～

狭心症、心筋梗塞、心不全などの心臓病の発症や進行には生活習慣が深く関与します。心臓リハビリテーション（心臓リハビリ）は、運動を中心に食事や喫煙などの生活習慣を修正することによって、心臓病やその原因となる生活習慣病の予防や治療を行います。心臓リハビリには、死亡率の低下、心臓病の再発や再入院の予防、生活習慣病の改善などの効果があり、心臓病の治療において重要な役割を担います。

運動は軽すぎると効果が少ない一方、激しい運動は危険を伴う場合がありますので、心臓病の方が安全で効果的に運動するためには、科学的根拠に基づいた運動処方（運動の頻度・強度・時間・種類の決定）が必要です。心臓リハビリでは、個人の病状や身体機能に応じた運動処方を作成し、入院や外来において運動療法を行います。

運動は長期間続けることによって効果が高まることから、生涯にわたる継続が望まれます。病院のリハビリプログラムは一定期間で終了しますが、その後も運動を継続するために、佐久地域では心臓リハビリを行う病院とフィットネスクラブなどの運動施設との連携に取り組んでいます。医療機関において運動に対する安全性の評価や運動処方の作成によって、地域でも安全で効果的な運動を行うことができます。そして、身近な運動施設を利用することによって長期に渡って運動を継続することができる体制づくりを進めています。

佐久総合病院 佐久医療センター 循環器内科医長 荻原 真之
副院長 矢崎 善一

4 在宅療養支援を受けることができている

(1) 在宅療養支援が行える体制の整備

【現状と課題】

- 住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、24時間いつでも往診及び訪問看護が可能な体制を確保することにより、緊急時の訪問や入院等、必要に応じた医療・看護を提供できる医療機関として、在宅療養支援診療所・病院があります。
- 本県の在宅療養支援診療所・病院は、2023年時点で、診療所は264施設、病院は38施設あり、すべての二次医療圏で確保されています。

【表 16】在宅療養支援診療所・病院数（2023年10月時点）

区分	全県	地域									
		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
在宅療養支援診療所	264	19	19	36	27	40	2	60	8	47	6
在宅療養支援病院	38	5	5	3	1	5	1	11	1	6	0

（関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

- 医療や介護を必要とする高齢者等を地域で支えるよう、2018年度から全ての市町村が主体となり、介護保険の地域支援事業の1つとして在宅医療・介護連携推進事業を実施することとされており、定期的な医療と介護の協議の場の確保や、医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運

営が行われています。2020年9月に厚生労働省が改訂した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を参考に、更なる関係機関相互の連携が重要となってきています。

- 県では、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等医療従事者と市町村、地域包括支援センター、介護従事者等が連携し、多職種による情報交換を円滑に行うための「医療と介護との連携マニュアル」、さらに、入退院時に入院医療機関やかかりつけ医、介護支援専門員をはじめとする患者の療養を支援する関係者との円滑な情報共有を図るため、二次医療圏ごとに「入退院調整ルール」を策定しています。

【施策の展開】

- 施設や在宅で療養する患者の急変時に、患者の意向を尊重した医療が行われるよう、往診や訪問看護を24時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションに従事する人材の育成や体制の整備及び機能強化を促進します。
- 患者情報の共有等により、急変時の対応における医師、訪問看護師、介護事業者、薬局、消防機関等、関係機関の連携体制の構築を進めます。
- 第9期長野県高齢者プランに基づき、引き続き地域包括ケア体制の推進を図ります。
- 二次医療圏ごとに策定している「入退院調整ルール」の円滑な運用や見直し、地域包括ケアによる行政、医療、介護、地域支援者等関係機関の情報共有の充実を図るため、定期的な検討会を開催します。
- 「医療と介護との連携マニュアル」の周知と活用の促進等により、地域における円滑な情報共有の仕組みづくりや関係機関相互の連携を支援します。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	在宅療養支援診療所・ 病院数【再掲】	一般診療所 264 か所 病院 38 か所	一般診療所 274 か所 以上 病院 49 か所 以上	2017年～2023 年の年平均増加 数に相当する増 加を目指す	関東信越厚生 局「診療報酬 施設基準の届 出受理状況」

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

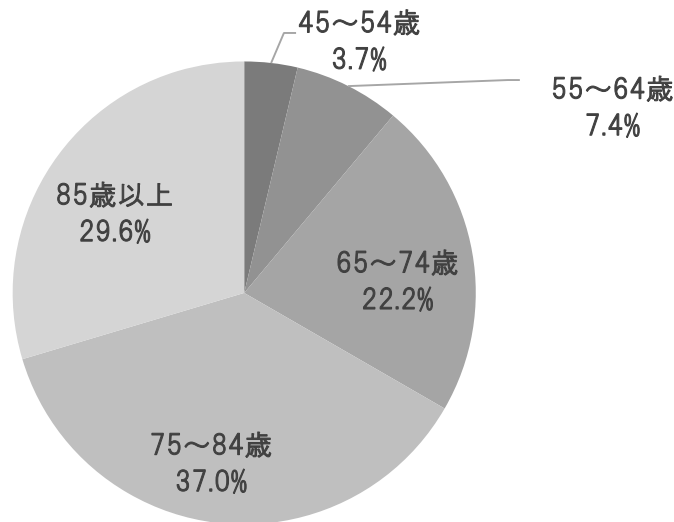
5 治療と仕事の両立支援・就労支援を受けることができる

(1) 治療と仕事の両立支援・就労支援体制の整備

【現状と課題】

- 県内で心疾患の治療や経過観察等により通院・入院している患者のうち、65歳未満の割合は、約11%となっています。通常の生活に戻り職場復帰できるケースが多いとされますが、後遺症や心機能の低下、再発予防を含めた治療の継続等に対する周囲の理解や配慮が必要です。

【図16】県内で心疾患により通院・入院している患者の年齢分布（2020年）

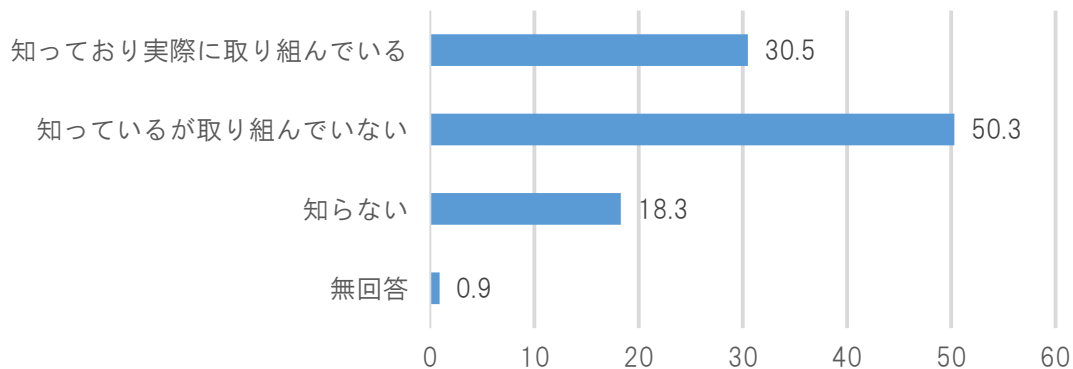


（厚生労働省「患者調査」）

- 先天性心疾患など、小児期・若年期から生涯にわたって治療が必要な疾患に対する周囲の理解や配慮も重要です。
- 長野産業保健総合支援センターが県内の事業所を対象に行った調査では、「治療と仕事の両立支援」の言葉の認知度は80%を超えていた一方、実際に取り組む事業所は約30%にとどまっており、事業所等への周知を行っていく必要があります。

【図17】「治療と仕事の両立支援」の言葉の認知状況（2019年10月）

（単位：％）



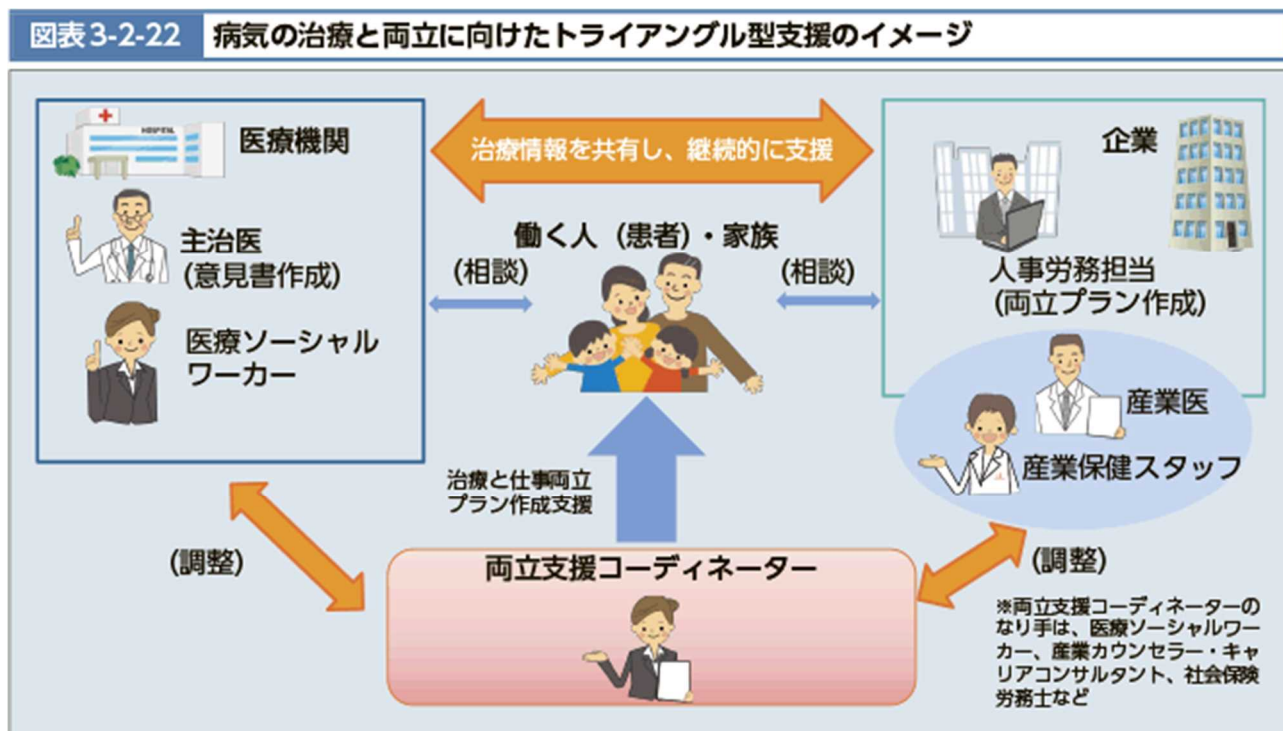
（長野産業保健総合支援センター「長野県における治療と仕事の両立支援に関する調査」）

- 長野産業保健総合支援センターでは、両立支援促進員による両立支援制度の導入支援や相談支

援、患者と職場間の個別調整支援等を行っています。

- また、医療や労働関係法規等の知識を持ち、患者、主治医、会社・産業医・産業保健スタッフ等の間で仲介・調整の役割を担う「両立支援コーディネーター」は、2023年3月末時点で309名（基礎研修累計受講者）となっています。医療機関、企業及び両立支援コーディネーターによる、患者へのトライアングル型支援体制の整備の必要性が提唱されています。

【図18】トライアングル型支援のイメージ



(厚生労働省「平成29年版厚生労働白書 本編図表バックデータ」)

- 国は、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（令和3年3月改訂版）」や「企業・医療機関連携マニュアル（令和3年3月改訂版）」を作成しています。ガイドラインは、事業場が心疾患等を抱える方に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事が両立できるようにするため、事業場における取組等がまとめられたものです。これらのガイドライン等について、医療機関や事業所への周知と積極的な活用を促していくことが必要です。
- 本県では、誰もがその能力を十分発揮しながら生き生きと働くことができる職場づくりに先進的に取り組み、実践する企業を「職場いきいきアドバンスカンパニー」として認証し、広く発信することで働きやすい職場環境づくりを推進しています。治療等と仕事が両立できる環境整備をワークライフバランスコースの認定要件の一つに設定しています。

【図 19】 職場いきいきアドバンスカンパニー認証制度 認証要件



- 本県では、信州大学医学部附属病院の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」において、誰でも相談可能な相談窓口が設置されており、必要に応じて専門医や看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー等の多職種が、患者や家族等の疑問や心配事に対応します。治療方法や医療費に関する不安、仕事と治療の両立などの相談が可能です。
- 患者やそのご家族の方が、地域の医療機関等の身近な場所で相談できる環境が必要です。

【施策の展開】

- 県は、両立支援・就労支援関係機関（ハローワーク・長野産業保健総合支援センター等）と連携し、企業による「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づいた取組の推進に向けた働きかけを行います。
- 県は関係機関と連携し、長野産業保健総合支援センター等の就労支援の相談窓口や、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」の相談窓口等の周知に取り組みます。
- 県は、事業所等に対して「職場いきいきアドバンスカンパニー」の認証取得を働きかけ、患者が治療の継続を含めて自らの疾患と付き合いながら就業できる職場環境の整備を推進します。
- 医療機関は、患者やそのご家族の方が、治療や療養上の悩み等を相談できる相談窓口を設置することに努めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	309人 (累計)	増加	増加を目指す。	独立行政法人 労働者健康安 全機構

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

6 心身の緩和ケアを受けることができている

(1) 心血管疾患に対する緩和ケアの実施体制の整備

【現状と課題】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「7 心身の緩和ケアを受けることができている」(1) 心血管疾患に対する緩和ケアの実施体制の整備」の記載参照。

【施策の展開】

- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「7 心身の緩和ケアを受けることができている」(1) 心血管疾患に対する緩和ケアの実施体制の整備」の記載参照。

(2) 急性期および回復期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制の構築

【現状と課題】

- 「2 心身の緩和ケアを受けることができている」(2) 急性期および維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制の構築」の記載参照。

【施策の展開】

- 「2 心身の緩和ケアを受けることができている」(2) 急性期および維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制の構築」の記載参照。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数【再掲】	長野県 0.391 (8名) 全国 0.869 (1,096名) (2022)	増加	現状以上を目指す。	日本心不全学会
S	心血管疾患に関する地域連携ができてい る二次医療圏数【再 掲】	未把握	把握	把握に努める。	保健・疾病対 策課調

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

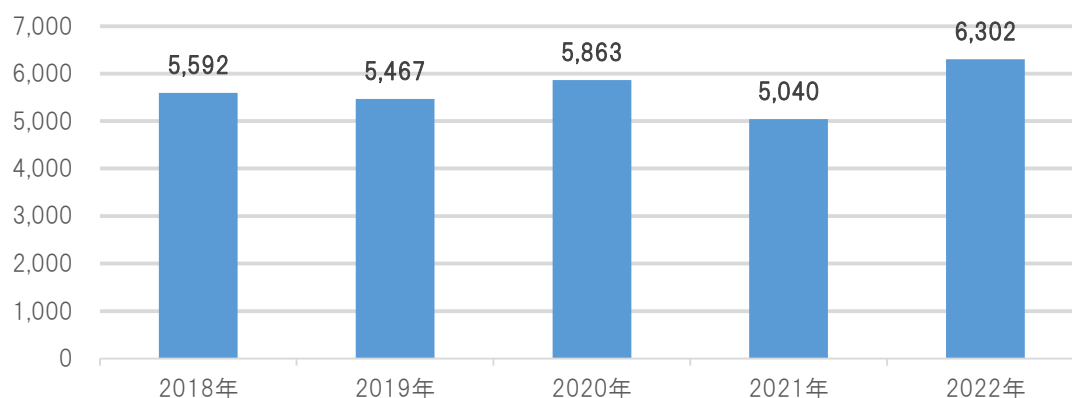
7 再発や重症化を予防できている

(1) 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制整備

【現状と課題】

- 慢性心不全は、増悪による入退院を繰り返しながら進行していきます。日本循環器学会・日本心不全学会で作成するガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種によるチームで行うこと等が重要です。
- 本県では、心不全の入院患者数は横ばいです。今後、高齢者数の増加に伴い、増加傾向となることが予想されるため、より一層の対策が必要です。

【図 20】長野県の心不全入院患者数の推移



※学術の研究利用目的で日本循環器学会循環器研修・関連施設のみで収集されたデータであるため、全県を網羅したものではありません。

(日本循環器学会「循環器疾患診療実態調査 (JROAD)」)

- 高齢の心不全患者については、加齢に伴い服用薬剤が増加することもあり、適切な服薬管理が継続されるよう、かかりつけ薬剤師・薬局を持つことについての周知や、医療機関（薬剤部門）とかかりつけ薬局間での連携推進が重要です。長野県病院薬剤師会及び長野県薬剤師会では、地域における病院薬剤師と薬局薬剤師の連携に活用されるよう、2021年8月に「入退院時薬薬連携マニュアル」を策定しています。

- 患者だけでなく家族等周囲の者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の必要性や、再発時の速やかな救急搬送要請等の適切な対応について、理解を促進していくことも必要です。
- 日本循環器学会では、心不全の発症・重症化予防のための療養指導に従事する医療専門職（看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、公認心理師、臨床工学技士、歯科衛生士、社会福祉士）に必要な知識及び技能等資質の向上を図ることを目的に、「心不全療養指導士」認定制度を2021年度から導入しており、2021年7月現在県内で110名が認定されています。人口10万対では5.37となっており、全国と比較して多くなっています。
- 日本看護協会認定する慢性心不全看護認定看護師は、2022年12月現在県内で7名が認定されています。人口10万対では0.34となっており、全国と同程度です。
- 日本看護協会認定する心不全看護認定看護師は、2022年12月現在県内で2名が認定されています。人口10万対では0.10となっており、全国と比較して多くなっています。
- 心臓リハビリテーション指導士は、2023年2月現在県内で96名が認定されています（公表人数）。人口10万対では4.69となっており、全国の4.52と比較してやや上回っています。
- この他、日本心臓病学会が認定する循環器病予防療養指導士や、日本循環器協会が認定する循環器アドバイザー等、関係学会においてメディカルスタッフを対象とした資格認定が行われています。
- 心不全の発症・重症化予防に向けた医療の介入ができる体制の整備に向け、関係職種に対してこれらの資格制度の周知と取得を促していくことによる人材育成の推進が重要です。

【表 17】心不全療養指導士、慢性心不全看護認定看護師、心不全看護認定看護師、

心臓リハビリテーション指導士数

(単位：人)

区分	長野県	全国
心不全療養指導士 (2023年9月現在)	110	5,199
人口10万対	5.37	4.12
慢性心不全看護認定看護師 (2022年12月現在)	7	445
人口10万対	0.34	0.35
心不全看護認定看護師 (2022年12月現在)	2	58
人口10万対	0.10	0.05
心臓リハビリテーション指導士 (2023年2月現在)	96	5,705
人口10万対	4.69	4.52

(日本循環器学会／日本看護協会／日本心臓リハビリテーション学会)

【施策の展開】

- 県は関係機関と連携し、関係学会や日本看護協会認定する心不全療養指導士や認定看護師の取得を関係職種に促すとともに、有資格者の有効な活用方法について、検討を行います。
- 県は関係機関と連携し、循環器病発症後の適切な服薬や危険因子の管理、再発時の対応等について、家族等周囲の者への理解促進に努めます。
- 県は関係機関と連携し、薬物療法が必要となる患者に対する適切な服薬指導のため、日頃からかかりつけ薬剤師・薬局を持つことについて、周知を行います。
- 医療機関（薬剤部門）と地域の薬局・薬剤師の連携推進を支援し、退院後も適切な服薬管理が継続される体制整備に努めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	心不全療養指導士数 (人口10万対)	長野県 5.37 全 国 4.12	増加	増加を目指す。	日本循環器学会
S	慢性心不全看護認定 看護師数(人口10万 対)	長野県 0.34 全 国 0.35 (2022)	増加	増加を目指す。	日本看護協会
S	心不全看護認定看護 師数(人口10万対)	長野県 0.10 全 国 0.05 (2022)	増加	増加を目指す。	日本看護協会
S	心臓リハビリテーシ ョン指導士数(人口 10万対)	長野県 4.69 全 国 4.52	増加	増加を目指す。	日本心臓リハ ビリテーシ ョン学会

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

心不全パンデミック

心不全とは「なんらかの心臓機能障害、すなわち、心臓に器質的および/あるいは機能的異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻した結果、呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し、それに伴い運動耐容能が低下する臨床症候群」と定義されており、さまざまな循環器疾患の終末像の一つです。心不全の治療は以前に比べると進歩してきていますが、いまだその予後は不良で、我が国においても心不全患者の予後は悪性腫瘍と同程度です。こうしたことから、心不全の予防と治療をさらに強化することの重要性が強く認識されています。

特に我が国においては、高齢社会の到来により心不全患者数が年々増加してきており、今後もさらに増加傾向が継続することが予想され、「心不全パンデミック」と呼ばれています。こうした「心不全パンデミック」の克服には、心不全の病態に関する臨床、基礎研究両方面からの理解の促進と、新規診断・予防・治療法の開発、およびその有効な活用が必要です。また、増加する高齢者の心不全に対し、発症や重症化予防のために、多職種からなる地域診療体制の整備も重要です。長野県循環器病対策推進計画でも、「心不全パンデミック」を見据えた対策を多く盛り込んでいます。

信州大学医学部循環器内科学教室 教授 桑原 宏一郎

8 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

(1) 小児期から成人期にかけての医療・支援体制の整備

- 循環器病には、生まれつき心臓に何らかの問題がある先天性心疾患や学校健診等で発見される小児不整脈、心筋症、家族性高コレステロール血症等、小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。

【現状と課題】

ア 先天性心疾患

- 先天性心疾患は、予防ができる疾患ではないことや、見た目では疾患の有無がわからないこと等について、社会においてその認知度が低く、理解が得られにくい場合があります。
- 個々で病状が異なるため、日常生活や学校生活、就労等の社会生活の様々な場面での個々に合わせた配慮の必要性について、医療従事者だけでなく、教育機関、就労支援施設、事業所等へ幅広く啓発していくことが必要です。
- また、患者の自律（自立）のためには、患者自身の病気に関する理解を促す支援も大切です。
- 「感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン」（日本循環器学会等）では、感染性心内膜炎の発症と関連が高いものにむし歯や歯周病といった歯科疾患が挙げられており、さらに、先天性心疾患を有する場合、その発症率が高いことが示されています（小児：人口10万対で0.34人～0.64人／年、先天性心疾患を有する小児：人口10万対で41人／年）。小児期には保護者の役割が大きくなることから、患者の自己管理を含め保護者に対して家庭における適切な口腔管理の徹底や、早期にかかりつけ歯科医を持つこと等、口腔健康管理の重要性について周知していくことが必要です。
- 本県の小児循環器専門医修練施設数は、2020年時点で4施設であり、人口10万対の比較では全国を上回っています。また、本県の小児循環器専門医数は、2023年4月時点で11名となっており、人口10万対の比較では全国を上回っています。

【表18】小児循環器専門医修練施設数（2020年4月）及び小児循環器専門医数（2023年4月）

区分		長野県	全国
小児循環器専門医 修練施設数		4	144
	人口10万対	0.20	0.11
小児循環器専門医数		11人	661人
	人口10万対	0.54	0.52

（日本小児循環器学会）

- 先天性心疾患患者等の予後改善には、重症心疾患の胎児診断率の向上が重要とされています。2021年10月、長野県立こども病院において「Raise to 80 Project」が立ち上がりました。

「Raise to 80 Project」
～胎児心臓病スクリーニング向上のための長野県立こども病院
の取組～

重症先天性心疾患は現在でも新生児、乳児期の主要な死亡原因のひとつですが、出生後に計画的に治療をすることで予後を改善できることが分かっています。長野県では重症先天性心疾患の平均胎児診断率は60%とまだ十分なものとは言えません。重症先天性心疾患患児の救命、予後改善のためには、胎児診断率のさらなる向上が必要と考え、2021年10月に当院で、「Raise to 80 Project」を設立しました。プロジェクトの目的は、胎児診断の困難な重症先天性心疾患の胎児診断率を80%以上に改善するため、先天性心疾患の胎児診断に関する新たなシステムを構築することです。

＜プロジェクト概要＞

長野県内で胎児先天性心疾患のスクリーニングに携わる超音波技師、産科医師、小児循環器科医師の皆様を対象とした会員制ウェブサイトです。

◆双方向性の症例相談システム

匿名化、安全性を担保したサーバーを用いて、症例の代表的な画像データを匿名化し、アップロード、当院循環器小児科の医師に相談できる症例相談システムを導入しています。先天性心疾患を疑う症例は、当院での胎児心エコー精査へ進みます。

◆胎児心臓超音波検査のための教育コンテンツのオンデマンド配信システム

胎児心臓超音波スクリーニングを学習するための教育動画をオンデマンド配信しています。

◆先天性心疾患の胎児診断に関するQ&A

胎児先天性心疾患の心エコー診断に関するQ&Aを設け、会員の皆様の胎児診断に関する疑問（具体的な症例相談を除く）にお答えしています。

県民の皆様のため、長野県の先天性心疾患の胎児診断率の向上と患児の予後改善を目指し、多くの医師、検査技師の参加をして頂きたいと考えています。

長野県立こども病院 循環器小児科 部長 瀧間 浄宏

イ 学校の取組

- 本県では、学校保健安全法に基づく心電図検査を、法定の小中高各1年時に加え、全市町村で小学4年時にも実施しています。先天性心疾患等で運動制限や生活管理が必要な児童・生徒については、学校生活管理指導表等を作成し、小・中・高で連携して管理する体制が整備されています。
- また、学校教育においては、不健康な生活習慣に起因する循環器病を含む生活習慣病の予防に努めるよう、正しい知識を身に付け、児童・生徒の行動変容を目的とした健康教育が行われています。

ウ 家族性高コレステロール血症

- 家族性高コレステロール血症は、生まれつき血液中のLDLコレステロールが増加する疾病です。日本では、200人から300人に1人の頻度で発症していると考えられ、遺伝性代謝疾患の中でも最も頻度が高くなっています。
- 家族性高コレステロール血症の患者は、若いころから動脈硬化が起こりやすくなり、将来の

冠動脈疾患のリスクが高くなるため、小児期からの早期診断・治療が望まれます。しかし、目に見える症状から診断することが難しく、LDL コレステロールの測定が必要となることから、診断率が極めて低いといわれています。

- 本県においては、多くの学校において LDL コレステロールを含んだ血液検査が行われていますが、必ずしも家族性高コレステロール血症の早期発見につながっていません。
- 循環器病のリスク因子の早期発見と早期治療介入に繋げていく体制の充実が重要です。小・中学校で実施されている血液検査の結果から、医療機関での診断・治療につながるよう、関係機関による適切なフォローアップが必要です。

エ 移行期医療

- 近年の医療技術等の進歩により、小児慢性特定疾患をはじめ、多くの慢性疾患を抱える児童が思春期・成人期を迎える中、(※小児慢性特定疾患については、第4編第2章第1節に記載)成人期に発症する生活習慣病等については、小児診療科のみでの対応に懸念がある一方、成人診療科にとっては小児期発症の慢性疾患の多くは馴染みの薄い領域でもあります。
- 小児期から成人期への移行期にある患者に対し、現状では小児期医療・成人期医療の双方において、必要な医療を必ずしも提供できていないことが指摘されています(「都道府県における小児慢性特定疾患の患者に対する移行期医療支援体制の構築に係るガイド」2017年(平成29年)10月25日付け健難発1025第1号厚生労働省健康局難病対策課長通知)。
- 本県では、先進的な取組みとして、2014年に長野県立こども病院と信州大学医学部附属病院において成人先天性心疾患の診療に関する連携協定が締結され、成人期を迎える患者に対する継続的な医療が提供されています。
- 本県の成人先天性心疾患専門医総合・連携修練施設数は2施設であり、人口10万対の比較では全国を上回っています。また、本県の成人先天性心疾患専門医数は4名となっており、人口10万対の比較では全国を上回っています。

【表19】成人先天性心疾患専門医総合・連携修練施設数成人先天性心疾患専門医数(2022年4月)

区分		長野県	全国
成人先天性心疾患専門医 総合・連携修練施設数		2	101
	人口10万対	0.10	0.08
成人先天性心疾患専門医数		4	191
	人口10万対	0.20	0.15

(日本成人先天性心疾患学会)

- 県内の移行期医療支援体制の構築に向けて、本県では2020年10月から信州大学医学部附属病院に「長野県移行期医療支援センター」を設置しています。また、長野県立こども病院においても、独自に移行期医療支援センターが設置されています。県は、これらの医療機関等と連携し、小児期から成人期への移行期にある患者に対して、個々の症状や置かれた状況に応じ、必要な医療が提供できる体制を構築するための検討を進めています。

【施策の展開】

- 県は医療や教育、就労等における関係機関と連携し、小児期から配慮が必要な患者の成長・発達に合わせ、自立に向けた支援を行います。
- 医療機関は、重症先天性心疾患の胎児診断率向上に努めます。
- 県は、県医師会及び郡市医師会と連携し、再判読事業による学校検診の精度向上に努めるとともに、学校心臓検診データのデジタル化について検討を行います。
- 県と教育機関は、関係機関と連携し、家族性高コレステロール血症について、小・中学校で実施されている血液検査の結果から診断・治療につながるよう、適切なフォローアップを推進します。
- 移行期医療支援センターは、各地域の医療機関等と連携を図り、必要な移行期医療の体制の実現に向けた検討を進めます。

数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	小児循環器専門医修練施設数(人口10万対)	長野県 0.20 全 国 0.11	現状維持	現状を維持する。	日本成人先天性心疾患学会
S	小児循環器専門医数(人口10万対)	長野県 0.54 全 国 0.52	現状維持	現状を維持する。	日本成人先天性心疾患学会
S	成人先天性心疾患専門医総合・連携修練施設数(人口10万対)	長野県 0.10 全 国 0.08 (2022)	現状維持	現状を維持する。	日本小児循環器学会
S	成人先天性心疾患専門医数(人口10万対)	長野県 0.20 全 国 0.15 (2022)	現状維持	現状を維持する。	日本小児循環器学会

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

増加する成人先天性心疾患患者数、循環器内科管理の重要性

先天性心疾患と言えば小児科の病気という考え方はすでに過去のものとなっています。すでに 2000 年以前の段階で先天性心疾患患者数は、成人期に達した患者数が小児患者数を上回っていて、現在 50 万人を下らないと推定されています。先天性心疾患は 1% の頻度で発生しおよそ 90% が成人期まで到達することを考えると今後も年間 1 万人のペースで増加する、つまり減少することがない患者群ということになります。

成人先天性心疾患患者は、成人期に様々なライフイベントを迎えます。就職をはじめ、女性であれば妊娠出産、心不全や弁膜症・不整脈など続発症に対する再手術やカテーテル治療を含めた侵襲的治療、血栓塞栓症の発症や生活習慣病に伴う動脈硬化性疾患への薬物・非薬物的治療が必要となる症例も少なくありません。入退院を繰り返す場合では医療的サポートだけでなく福祉的なサポートが必要となります。患者さんは多くが慢性心不全の状態、内部障害を抱えています。

日本全国で先天性心疾患とともに生きる成人患者の管理移行の必要性が叫ばれています。慢性心不全の管理経験が豊富な循環器内科専門医が、この領域で力を発揮することが求められています。若年でありながら複雑で重症な病態を抱え、心臓病とともに生きる患者さんたちをサポートするために、長野県では全国に先駆けて成人先天性心疾患の医療支援体制構築を進めています。

信州大学医学部循環器内科学教室 准教授 元木 博彦

第4節 糖尿病対策

第1 現状と課題

1 糖尿病とは

糖尿病は、インスリンの分泌機能の低下等によって血液中のブドウ糖の濃度（血糖値）が高くなり、慢性の高血糖状態が起こる代謝性疾患です。初期症状はほとんどありませんが、血糖コントロール不良の状況が続くと動脈硬化が進み、脳卒中や心臓病のリスクが高まります。

また、糖尿病の3大合併症として、「網膜症」「腎症」「神経障害」があり、これらは失明や人工透析につながりやすく、健康寿命を大きく損なうおそれがあります。

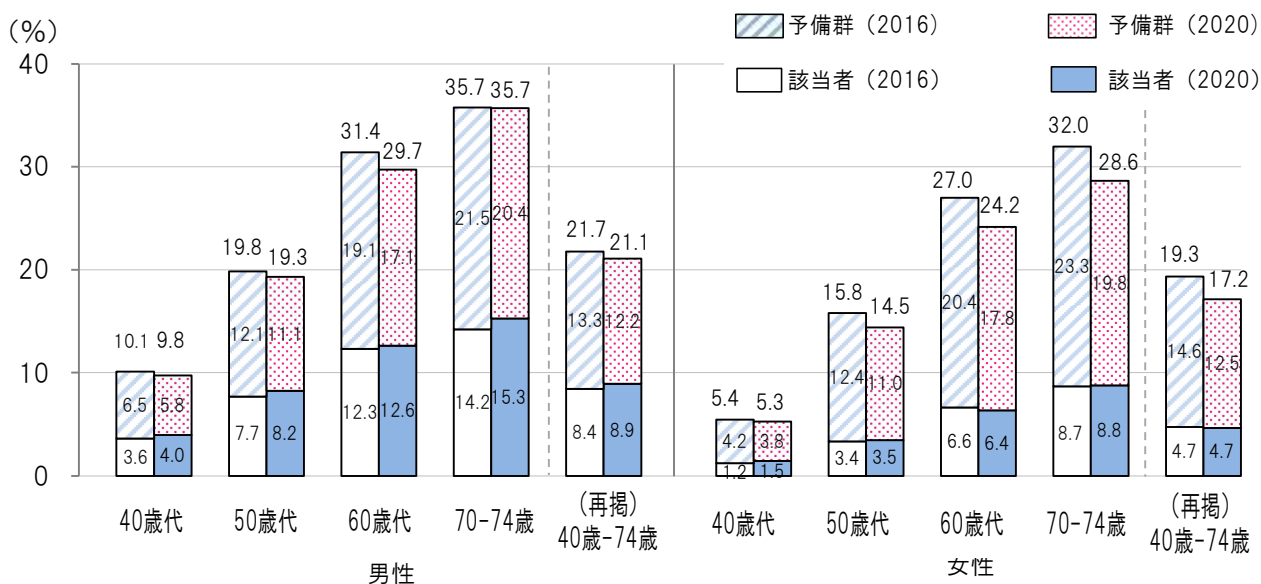
糖尿病合併症の併発による人工透析への移行が、莫大な医療費を費やすなど社会問題となっている中、発症予防や、適切な治療の継続、合併症発症予防などの重症化予防に向け、多職種による様々な面からの対策が重要です。

2 糖尿病の状況

(1) リスク因子を持つ人の状況

- 高血糖該当者または予備群は、2020年度の40～74歳の男性が21.1%、女性が17.2%です。2016年度、2020年度ともに年代が高くなるにつれて、その割合は高くなっています（図1）。

【図1】 高血糖該当者または予備群の割合



(厚生労働省「NDB オープンデータ」)

※ 該当者：HbA1c (NGSP) 値 6.5%以上の者

※ 予備群：HbA1c (NGSP) 値 6.0%以上 6.5%未満で該当者以外の者

(2) 糖尿病患者の状況

- 糖尿病の総患者数は、2020年に全国で約579万1,000人、本県で約7万6,000人と推計されています(表1)。

【表1】 糖尿病^{*1}の年代別総患者数(2020年^{*2}) (単位:千人)

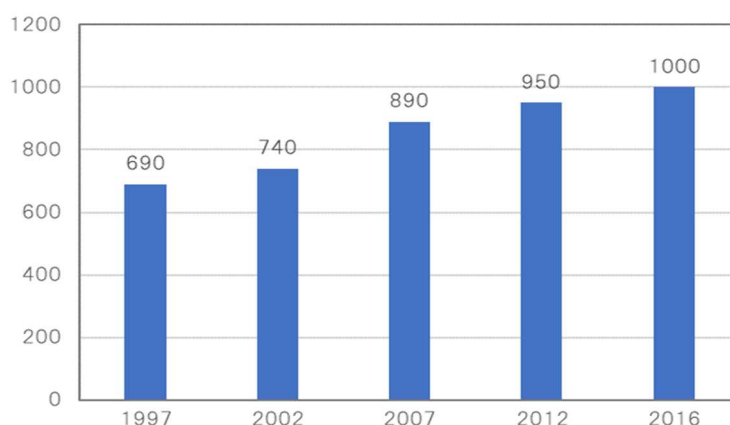
区分		34歳以下	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75歳以上	総数
長野県	男性	1	4	4	7	16	13	44
	女性	- ^{*3}	1	4	3	10	13	32
	計	2	5	8	10	25	27	76
全国	男性	43	149	425	591	1178	992	3385
	女性	30	70	199	372	807	923	2406
	計	74	219	624	963	1985	1915	5791

(厚生労働省「患者調査」)

- ※1 傷病分類「糖尿病」
- ※2 平成29年調査まで算出上限日数を30日(31日以上は除外する)と設定されていたが、令和2年患者調査以降は、算出の上限日数が98日(99日以上は除外する)となり、比較が困難なため過去の記載はしていない。
- ※3 係数のない場合は「-」と表記。
- ※4 数値については、不詳者・端数処理のため、内訳の合計が総数に合わない場合がある。

- 国民健康・栄養調査からは、全国で糖尿病が強く疑われる者(糖尿病有病者)は2016年に1000万人以上いると推計されており、受診していない有病者が多くいると考えられます(表1、図2)。

【図2】 糖尿病が強く疑われる者^{*1}(糖尿病有病者)の推移 (単位:万人)



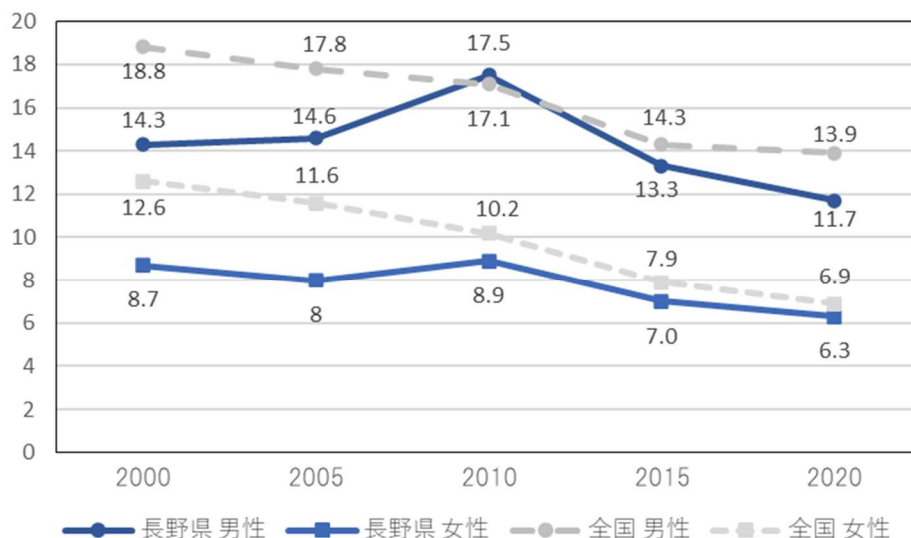
(厚生労働省「糖尿病実態調査」(1997、2002年)「国民健康・栄養調査」(2007～2016年))

- ※1 HbA1c(NGSP)値が6.5%以上(平成19年までは6.1%以上)又は「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者。

(3) 糖尿病による死亡の状況

- 2021年の「人口動態統計(厚生労働省)」によると、全国では年間約1万4,000人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の1.0%を占めています。本県では約250人が糖尿病が原因で死亡しています。
- 長野県の2020年における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(図3)。

【図3】 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」）

3 糖尿病の発症予防

- 県では、「信州ACE（エース）プロジェクト」（※第4編第1章参照）の推進の中で、運動習慣の定着や食生活改善への働きかけ等、糖尿病の発症予防に向け幅広い取り組みを行っています。
- また、重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、市町村を含む医療保険者と医療機関が連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防ぐため、県・県医師会・県糖尿病対策推進会議・県保険者協議会が連携し、「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を2016年8月に策定し、予防と医療の包括的取組として推進しています。

4 糖尿病の医療

（1）糖尿病の治療・重症化予防

1型糖尿病はインスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因としており、診断後、直ちにインスリン治療を行います。2型糖尿病では、2～3か月間の食事療法・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には、インスリン治療を含む薬物療法を開始します。

ア 医療提供体制

- 糖尿病に関する医療は初期安定期から専門的治療や急性合併症の治療、糖尿病合併症の重症化予防まで多岐にわたるため、地域のかかりつけ医と糖尿病専門医が、それぞれの持つ医療機能に応じ、連携して医療を提供する体制が重要です。
- 本県の糖尿病専門医は、2023年8月時点で80名です（表2）。糖尿病専門医が在籍する医療機関は人口10万人当たり2.4か所となっており、全国（3.0）を下回っています。

【表2】 糖尿病専門医の配置状況

(単位：人)

地域	佐久	上田	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
糖尿病専門医	11	5	4	3	6	0	31	0	17	3	80

(日本糖尿病学会ホームページ、2023年8月7日現在)

- 糖尿病の治療、糖尿病合併症の発症、重症化を予防するため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等の多職種が連携して、療養指導や食事栄養指導を行う等、個々の患者の状況や状態に応じ、食生活や運動習慣、継続的な治療の必要性について指導をすることが必要です。
- 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は、日本看護協会が認定する糖尿病看護認定看護師、日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する糖尿病療養指導士(CDEJ)、地域糖尿病療養指導士団体の認定する地域糖尿病療養指導士(CDEL)があります。
- 本県の糖尿病看護認定看護師は、2022年12月時点で17人、糖尿病療養指導士(CDEJ)は、2023年8月1日時点で405名です。

イ 初期・安定期治療

- 糖尿病の初期・安定期には、かかりつけ医による治療が重要となります。
- 「糖尿病受診中断対策包括ガイド(厚生労働科学研究「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑制の視点から」研究班、研究代表者 野田光彦)」によると、糖尿病治療のための受診を中断してしまう人が年8%程度いると推定されていますが、血糖コントロール不良な状態が持続的に続くと合併症の発症につながるため、初期からの継続的な治療が重要です。
- 糖尿病は血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症予防や早期発見、早期治療が可能になるため、定期的な尿検査や眼底検査等の必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断初期から、「診療ガイドライン(日本糖尿病学会編)」等(以下「診療ガイドライン」という。)に基づき、定期的にHbA1c検査もしくはGA検査を実施することが重要です。
- 「NDBレセプトデータ」によると、本県で2021年度に糖尿病で定期的に受診している患者^{※1}のうち、HbA1c検査もしくはGA検査が1年間に1回以上あった患者の割合は95.9%となっています。

※1：4か月以上受診間隔を空けずに受診している糖尿病患者、当該年度に入院した患者を除く。

- 診療ガイドラインにより、患者の状態等に応じた血糖コントロールの目標値が設定されています。
- 治療中の患者のHbA1c値を把握することは難しいため、本県で2020年度に実施された特定健診(「NDBオープンデータ(厚生労働省)」)を参照すると、HbA1c8.0%以上の割合は男性1.5%、女性0.6%です。

【図4】 血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

(厚生労働省「令和5年度第1回医療政策研修会」資料より抜粋)

ウ 専門的治療

- 血糖コントロール改善や治療調整、教育入院等が必要な場合には、専門的な治療が必要となります。
- 「NDB レセプトデータ」によると、本県で 2021 年度に 1 年間で 1 回以上インスリン処方があり、かつ診療行為によりシリンジポンプに関連する加算を算定した患者がいた医療機関（1 型糖尿病に対する専門治療を行う医療機関）は 30 か所です。
- 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠では、流産や胎児への合併症のリスクがあることから、胎児への影響が少ないとされるインスリン治療による血糖コントロールが必要となるため、妊娠糖尿病・糖尿病合併妊婦に対する専門的治療を受けられる体制が必要です。
- 糖尿病と歯周病は相互関係があることから、糖尿病の発症初期から継続的な歯科受診が必要です。
- 糖尿病患者では、多剤併用の場合が多いため、医療機関とかかりつけ薬局の連携を促進し、糖尿病の薬物治療に対する正しい知識の啓発及び服薬状況の確認、服薬支援の実施など薬の管理体制整備や一元的かつ継続的な情報把握体制整備が必要です。

エ 急性合併症

- 糖尿病ケトアシドーシスや高浸透圧高血糖症候群といった糖尿病性昏睡等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。
- また、患者に対して、シックデイ（発熱、下痢、食欲不振時等）や低血糖時の対応について事前に指導を行い、第三者の助けを借りる必要のある重症低血糖を防ぐことが重要です。
- 「NDB レセプトデータ」によると、長野県で、2021 年度に糖尿病薬処方が 1 回以上あった患者のうち、低血糖病名と同時に 50%ブドウ糖静脈注射がされている患者の割合は 0.6%です。

薬局における糖尿病の重症化予防の取組み

糖尿病が進むと、長期的に薬を服用しなければならないことが多く、また糖尿病治療薬には管理が難しい薬もあり、服薬アドヒアランス（患者さんが自分の病気をきちんと受け止め、積極的に治療に参加すること）は糖尿病の重症化に大きく影響します。薬局では、薬剤師が患者に寄り添い薬物療法を積極的にサポートし、服薬アドヒアランスの向上に取り組んでいます。

また、食事療法や運動療法により生活習慣等が改善されると、お薬の減量などにつながることから、他職種と連携し患者自らが率先して治療に関わる取組を行っています。

併せて、健診や歯科チェックを積極的に受けるよう促す声かけも積極的に行い、糖尿病の早期発見・重症化予防につなげています。



オ 他疾患治療等のために入院中の糖尿病患者への対応

- 糖尿病患者が他の疾病や感染症等で入院した場合においても、切れ目なく血糖値を管理することが重要です。
- また、退院時には在宅医療や訪問看護、福祉や介護の支援を行う事業者等と連携することにより、合併症の発症予防や重症化予防のための支援を継続することが求められます。

糖尿病連携手帳について

日本糖尿病協会は糖尿病患者の治療連携を促進するために、2010年8月に糖尿病連携手帳の初版を発行しました。連携手帳には、患者の基本的な病状の記載や、受診時の検査データなどが記入でき、初めてその患者に関わる医療者であっても、この手帳とお薬手帳があれば、治療状況が把握でき、旅行先や災害時などにも極めて有用です。この手帳は糖尿病患者を取り巻く環境の変化や利用者の要望なども踏まえて改訂が進み、2020年4月には第4版が発行されています。各種検査結果が記入できるようになり眼科受診や歯科受診の結果を眼科医や歯科医が記載する欄も充実されました。

現在では糖尿病診療に関わる方々の間で幅広く用いられるようになってきましたが、患者への普及は限定的です。この手帳は日本糖尿病協会へ問い合わせると入手可能です。よりよい手帳を作ろうと版を重ねているため記入項目が増え多岐にわたりますが、最小限の情報や、眼科や歯科受診があるかどうかの確認だけでもその有用性はあるため、糖尿病を持つすべての患者が連携手帳をもつことが望まれます。

(2) 糖尿病合併症の治療・重症化予防

高血糖状態が続くと、血管が固く、狭くなることにより、大血管症（脳梗塞や心筋梗塞など）や微小血管症（糖尿病網膜症や糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害）といった糖尿病合併症を発症し、生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右するリスクがあります。特に、糖尿病は慢性腎臓病（CKD）の発症リスクになり、糖尿病性腎症が進行すると人工透析が必要になります。

糖尿病合併症は、血糖コントロールの他、高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、危険因子の包括的な管理を適切に行うことにより、発症を予防するとともに、発症後であっても病気の進展を阻止又は遅らせることが可能です。

ア 医療提供体制

- 糖尿病合併症の重症化予防のためには早期発見が重要であり、かかりつけ医や糖尿病専門医が診療ガイドラインに基づき検査や治療を実施することが必要です。また、かかりつけ医、糖尿病専門医、眼科や腎臓内科、循環器内科等の専門医が在籍する医療機関等が連携して医療を提供する体制が重要です。
- 「NDB レセプトデータ」によると、本県で、2021年度に糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関^{※2}は人口10万人当たり5.7か所、糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関^{※3}は人口10万人当たり2.3か所です。

- ※2 1年間で糖尿病薬処方が1回以上あった患者に対し、糖尿病網膜症治療（網膜光凝固術、硝子体茎頭微鏡離断術など）を算定した医療機関
- ※3 糖尿病透析予防指導管理料を算定している医療機関
- 本県の腎臓専門医は、2023年7月3日時点で86名です（表3）。2023年1月31日時点の腎臓専門医が在籍する医療機関は人口10万人当たり2.3か所となっており、全国（2.3）と同水準です。

【表3】 腎臓専門医の配置状況 （単位：人）

地域	佐久	上田	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
腎臓専門医	11	6	5	4	6	0	29	3	17	5	86

（日本腎臓学会ホームページ、2023年7月3日現在）

- 糖尿病合併症の重症化予防のためには、糖尿病療養指導士（CDEJ）や地域糖尿病療養指導士（CDEL）、糖尿病看護認定看護師の他にも、地域の薬剤師や保健師等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、医療機関と連携した取組を行う必要があります。

イ 糖尿病合併症の治療・重症化予防

- 全糖尿病患者の10.6%が糖尿病網膜症を、11.1%が糖尿病性腎症を、11.8%が糖尿病性神経障害を、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」2007年）。
- 糖尿病網膜症の早期発見のためには、全糖尿病患者に眼科受診が推奨されています。
- 「NDBレセプトデータ」によると、本県で2021年度に糖尿病にて定期的に受診している患者^{※1}のうち、眼底検査を1年間で1回以上実施した患者の割合は38.9%となっています。また、1年間で糖尿病薬処方が1回以上あった患者のうち、糖尿病網膜症治療（網膜光凝固術、硝子体茎頭微鏡離断術など）の算定が1回以上あった糖尿病患者の割合は1.5%となっています。
- 糖尿病性腎症の早期発見のためには、定期的に尿中アルブミン・尿蛋白定量検査、クレアチニン検査を実施し、その結果に基づいて、腎臓内科等の専門医療機関へ紹介することが求められます。
- 「NDBレセプトデータ」によると、本県で2021年度に糖尿病にて定期的に受診している患者^{※1}のうち、尿中アルブミン定量検査もしくは尿蛋白定量検査を1年間で1回以上実施した患者の割合は15.9%となっています。
- 治療中の患者の尿蛋白、eGFR値を把握することは難しいため、本県で2020年度に実施された特定健康診査（「NDBオープンデータ（厚生労働省）」）を参照すると、尿蛋白（2+）以上の割合は男性1.1%、女性0.4%であり、eGFRが60 [ml/分/1.73㎡]未満の割合は男性13.7%、女性12.9%となっています。

【図5】 慢性腎臓病（CKD）に関する健診判定と対応の分類例

【尿蛋白に関する判定と対応の分類例（血清クレアチンを測定していない場合）】

健診判定		対応
異常 ↑ ↓ 正常	尿蛋白 陽性(1+/2+/3+)	① 医療機関の受診を
	尿蛋白 弱陽性(±)	② 生活習慣の改善を
	尿蛋白 陰性(-)	③ 今後も継続して健診受診を

【尿蛋白及び血清クレアチンに関する判定と対応の分類例】

健診判定 (eGFRの単位: ml/min/1.73m ²)		尿蛋白(-)	尿蛋白(±)	尿蛋白(1+)以上
異常 ↑ ↓ 正常	eGFR<45	①すぐに医療機関の受診を		
	45≤eGFR<60	③生活習慣の改善を	②生活習慣の改善を	
	60≤eGFR	④今後も継続して健診受診を		

厚生労働省HP 標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】をもとに、がん・疾病対策課作成

(厚生労働省「腎疾患対策検討会報告書」2018年5月)

- 2021年に本県で新たに透析を始めた患者592人のうち、糖尿病性腎症の患者は213人(36.0%)となっています(表4)。

【表4】 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の推移

区分		2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
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(人)	588	520	560	612	592
	うち 糖尿病性腎症の患者数(人)	238	209	235	241	213
	糖尿病性腎症の割合(%)	40.5	40.2	42.0	39.4	36.0
(参考) 全国	新規透析導入患者数	38,786	38,147	38,557	38,549	37,968
	うち 糖尿病性腎症の患者数(人)	16,492	16,122	16,019	15,690	15,271
	糖尿病性腎症の割合(%)	42.5	42.3	41.6	40.7	40.2

(日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」2021年)

5 糖尿病に対する社会的な支援

- 糖尿病になっても、治療を継続し、血糖コントロールを良好に保つことにより、治療と仕事を両立し、自分らしい生活を送ることが可能であることから、事業所や県民が、糖尿病に対する正しい知識を持つことが必要です。
- 各企業や事業所において、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン(厚生労働省)」に基づいた職場における取組の推進や、両立支援コーディネーターを中心とした治療と仕事の両立支援の体制整備が必要です。

「スティグマ」とは聞き慣れない言葉ですが、今、糖尿病関連の関係者の間で注目を集めている言葉です。「スティグマ」とは日本語にすると「偏見」あるいは「負の烙印」という意味です。人は誰も多かれ少なかれ、多くのことに偏見をもっています。根拠のない負のイメージが植えつけられ、それを向けられた人々に不利益を与える事例は枚挙すればきりがありません。

糖尿病に対するスティグマとしては「糖尿病は自己管理のできないだらしのない人になるものだ」「糖尿病患者は寿命が短い」「インスリン注射は糖尿病治療が失敗した人の最後の手段だ」「糖尿病になるなんて恥ずかしい」などが挙げられますが、これらは科学的には全く根拠のない誤った考えです。このようなスティグマをもつ人が糖尿病になると、自身に対して「そんなはずはない」「糖尿病のレッテルを貼られたくない」などと考え、糖尿病と正しく向き合うことの妨げになります。中には、「自分なんてダメな人間だ」「だらしのない自分がいけないのだ」など自暴自棄になり落ち込む方も出てきます。このような状態をセルフスティグマと呼びます。

このような状況を打破するために、糖尿病対策に関わる全ての人が、糖尿病に関するスティグマの存在を認識し、常日頃からその撲滅を意識する必要があります。このような人権擁護活動を「アドボカシー」といいます。糖尿病に関するアドボカシーにおいて誰でもできることは適切な言葉を使うことです。「あの人は糖尿だ」ではなく「あの人は糖尿病を持つ人だ」と、「糖尿病の病識のない患者だ」ではなく「糖尿病に関する知識が不十分な方だ」と言わなければなりません。

医療者が使用する言葉は大切です。糖尿病の分野では現在、スティグマをなくすためのアドボカシー活動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

目指す姿（分野アウトカム）

県民が糖尿病の予防につとめるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる。

- (1) 糖尿病の発症を予防できている。
- (2) 住んでいる地域に関わらず、糖尿病及びその合併症に対する必要な医療を受けることができる。
- (3) 糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援を行う環境ができている。

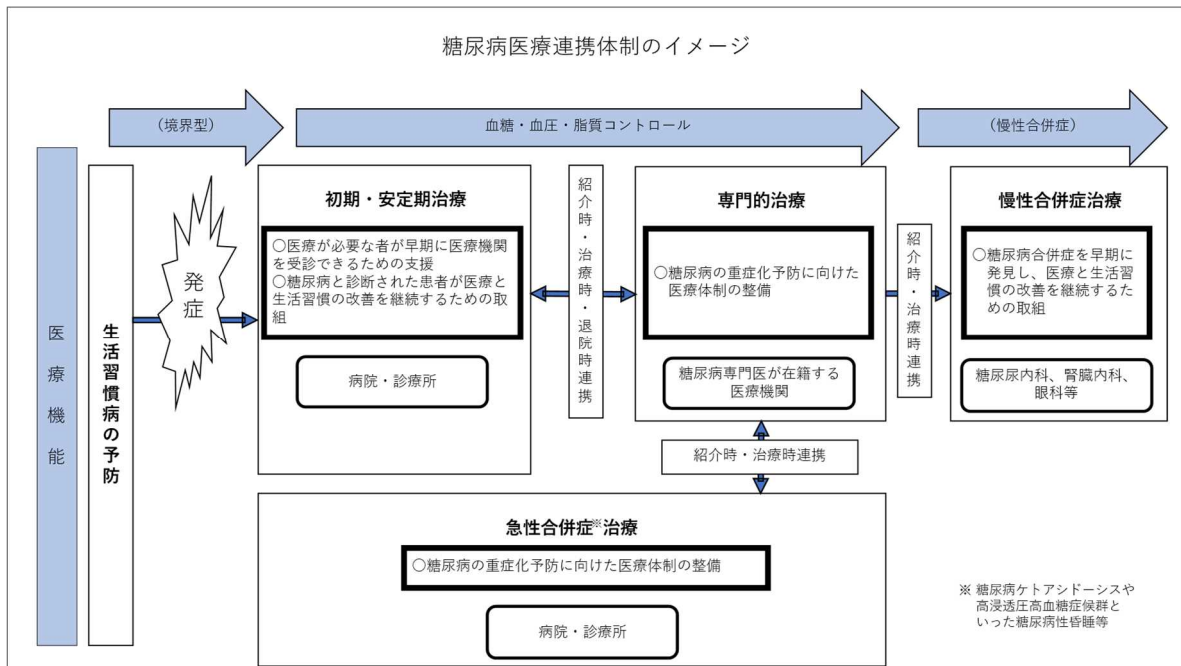
中間成果（中間アウトカム）

- (1) 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組んでいる
- (2) 県民が自身の健康状態を把握している
- (3) 医療が必要な者が早期に医療機関を受診している
- (4) 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続している
- (5) 良好な血糖コントロールのために、必要に応じて、糖尿病の専門的医療を受けることができる
- (6) 糖尿病合併症が早期に発見され、必要な医療を受け、生活習慣の改善を継続している

2 糖尿病の医療体制

- 糖尿病の医療体制は、次に示す図6のとおりです。初期・安定期治療、専門的治療、急性合併症治療、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の連携推進により、一人ひとりの患者にふさわしい糖尿病に対する医療の提供を図ります。

【図6】 糖尿病の医療提供体制のイメージ



3 二次医療圏相互の連携体制

(1) 患者の受療動向

- 木曾及び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

- 木曾及び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 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組むための普及啓発の実施

- 健康づくり県民運動「信州 ACE（エース）プロジェクト」（※第4編第1章参照）に参画している関係団体・市町村・企業等で構築される推進ネットワークを活用し、食生活、運動習慣等の生活習慣を改善する具体的方法等についての普及啓発に取り組みます。

2 県民が自分自身の健康状態を正しく把握するための取組

- 若い頃から自分の健康状態を把握し、生活習慣の見直しができるよう、毎年の健康診査（特定健診等）受診のための情報提供、環境整備を関係機関と連携して進めます。
- 健康診査の結果に基づき、健康状態に応じた必要な保健指導が受けられる体制を市町村、医療保険者等と連携して整えるとともに、対象者自身が積極的に受診できる取組を推進します。

3 医療が必要な者が早期に医療機関を受診できるための支援

- 健康診査の結果から、医療が必要な者が早期に医療機関を受診ができるよう、市町村や医療保険者等による糖尿病性腎症重症化予防プログラム等を活用した専門的な保健指導及び受診勧奨の実施を支援します。

4 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続するための取組

- 医療機関は、各患者の状況に応じた血糖コントロールのために、診療ガイドラインに基づく定期的な HbA1c 検査もしくは GA 検査の実施、およびインスリン治療を含む適切な薬物療法を実施するよう努めます。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等、地域の多職種多機関は、患者の状況や状態に応じた食生活や運動習慣などの生活習慣に関する指導を継続的にできるような連携体制の推進に努めます。

5 良好な血糖コントロールを維持するための医療体制の整備

- 患者が血糖コントロールを良好に維持し、必要に応じて専門的治療が受けられるよう、かかりつけ医が、糖尿病専門医や専門医が在籍する医療機関に相談、紹介、併診できる連携体制の推進に努めます。
- 糖尿病治療を行う医療機関と歯周病の専門的治療を行う医療機関が、診療情報や治療計画を共有する等の医科歯科連携を推進するほか、糖尿病患者に対し継続的な歯科治療を促します。
- 在宅患者の薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による服薬状況の確認、服薬支援の実施など、薬の管理体制整備や一元的かつ継続的な情報把握体制整備の促進に取り組みます。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等、地域の多職種多機関は、患者の状況や状態に応じた食生活や運動習慣などの生活習慣に関する指導を継続的にできるような連携体制の推進に努めます。（再掲）
- 1型糖尿病の患者の重症化予防と生活の質の維持向上のために、糖尿病専門医が在籍する医療機関を中心とした医療提供体制を維持します。
- 医療機関は、糖尿病患者が他の疾病で入院した場合や感染症流行時等の非常事態においても、切

れ目なく必要な医療を受けられるよう、連携体制や ICT を活用したオンライン診療の促進等の検討に努めます。

6 糖尿病合併症を早期に発見し、必要な医療を受け、生活習慣の改善を継続するための取組

- 医療機関は、糖尿病合併症の早期発見と早期治療に結びつけるために、診療ガイドラインに基づいて定期的に眼底検査や尿中アルブミン・尿蛋白定量検査、クレアチニン検査の実施に努めます。
- 医療機関は、患者が必要に応じて糖尿病合併症への専門的治療を受けられるよう、かかりつけ医や糖尿病専門医、合併症治療を行う医療機関の連携体制構築に努めます。

7 糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援する環境の整備

- 企業や事業所等においては、患者（従業員）の治療継続や就業中の体調の変化への配慮が望まれます。
- 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）と連携し、患者や事業所等に対して、就労支援に関する相談先の周知に取り組みます。

第4 数値目標

1 県民が糖尿病の予防につとめるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる。

- (1) 糖尿病の発症を予防できている。
- (2) 住んでいる地域に関わらず、糖尿病及びその合併症に対する必要な医療を受けることができる。
- (3) 糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援を行う環境ができている。

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	HbA1c6.5以上の者の割合 (40～74歳) (再掲)	(男性) 8.9% (女性) 4.7% (2020)	(男性) 8.9%以下 (女性) 4.7%以下	現在の水準以下を目指す	厚生労働省 「NDBオープンデータ」
○	年齢調整死亡率 (人口10万対)	(男性) 長野県 11.7 全国 13.9 (女性) 長野県 6.3 全国 6.9 (2020)	(男性) 11.7以下 (女性) 6.3以下	現状以下を目標とする	厚生労働省 「人口動態特殊報告」
○	重症低血糖の発生※ ¹ (糖尿病患者1年あたり)	0.6% (2021)	0.6%以下	現状以下を目標とする	NDB レセプトデータ
○	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者	213人 (2021)	213人以下	現状以下を目標とする	日本透析医学会 「我が国の慢性透析療法の現況」

2 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組むための普及啓発の実施

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	運動習慣のある者の割合				
	20歳以上全体 (年齢調整値)	20.0%	40%	健康日本 21(第3次)の目標値	県民健康・栄養調査
	20～64歳男性	16.6%	30%		
	20～64歳女性	15.0%	30%		
	65歳以上男性	39.5%	50%		
65歳以上女性 (再掲)	30.0% (2019)	50%			
S	信州 ACE (エース) プロジェクト推進ネットワーク登録団体数 (再掲)	264 団体	265 団体以上	現状より増加とする	健康増進課調

3 県民が自分自身の健康状態を正しく把握するための取組

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	特定健康診査実施率 (再掲)	61.5% (2021)	70%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「特定健診・特定保健指導の実施状況」
O	特定保健指導実施率 (再掲)	34.7% (2021)	45%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「特定健診・特定保健指導の実施状況」

4 医療が必要な者が早期に医療機関を受診できるための支援

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	市町村特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した者の割合	63.8% (2021)	63.8%以上	現状以上を目標とする	健康増進課調
S	糖尿病性腎症重症化予防の取組市町村数	74 市町村 (2022)	77 市町村	全市町村	健康増進課調

5 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続するための取組

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	HbA1c 8.0%以上の割合※ ² (40～74 歳)	(男性) 1.5% (女性) 0.6% (2020)	男性 1.5%以下 女性 0.6%以下	現状以下を目標とする	厚生労働省 「NDB オープンデータ」
P	HbA1c もしくは GA 検査の実施割合	95.9% (2021)	95.9%以上	現状以上を目標とする	NDB レセプトデータ

6 糖尿病合併症を早期に発見し、医療と生活習慣の改善を継続するための取組

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	治療が必要な糖尿病網膜症の発生（糖尿病患者1年あたり）	1.5% (2021)	1.5%以下	現状以下を目標とする	NDB レセプトデータ
O	尿蛋白（2+）以上の割合※ ²	(男性) 1.1% (女性) 0.4% (2020)	(男性) 1.1%以下 (女性) 0.4%以下	現状以下を目標とする	厚生労働省 「NDB オープンデータ」
O	eGFR 区分G3※ ³ 以上の割合※ ²	(男性) 13.7% (女性) 12.9%	(男性) 13.7%以下 (女性) 12.9%以下	現状以下を目標とする	厚生労働省 「NDB オープンデータ」
P	眼底検査の実施割合	38.9% (2021)	38.9%以上	現状以上を目標とする	NDB レセプトデータ
P	尿中アルブミン・尿蛋白定量検査の実施割合	15.9% (2021)	15.9%以上	現状以上を目標とする	NDB レセプトデータ

※1 1年間で糖尿病薬処方が1回以上あり、かつ、低血糖病名と同時に50%ブドウ糖静脈注射がされている患者

※2 治療中の患者の状況を把握することは困難なため、特定健康診査の値。

※3 eGFR区分G3は $30 \text{ [ml/分/1.73m}^2\text{]} \leq \text{eGFR} < 60 \text{ [ml/分/1.73m}^2\text{]}$

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、49,837人（2023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、「気分（感情）障害」が最も多く、次いで「統合失調症」となっています。
- 入院患者数は減少傾向にあります。通院患者数は5年前に比べ32.4%増加しています。

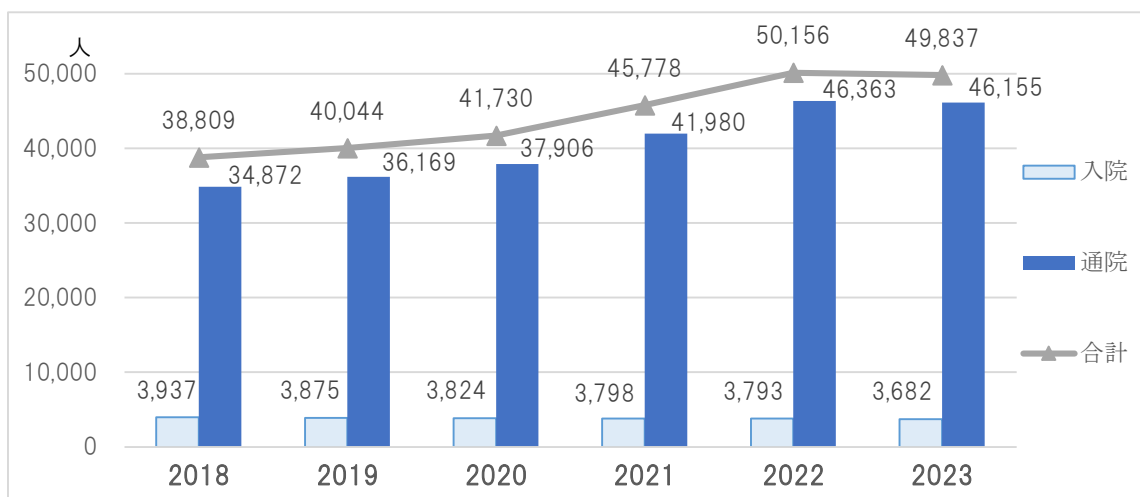
【表1】 疾病別患者数（2023年3月31日現在）

（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	724	1,547	2,271
F00 アルツハイマー病の認知症	319	1,198	1,517
F01 血管性認知症	109	64	173
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	296	285	581
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	230	761	991
F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	1,933	13,951	15,884
F3 気分（感情）障害	390	17,458	17,848
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	96	3,850	3,946
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	30	163	193
F6 成人の人格及び行動の障害	36	156	192
F7 精神遅滞	100	865	965
F8 心理的発達の障害	49	3,351	3,400
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	32	949	981
てんかん（F0に属さないものを計上する）	39	2,940	2,979
その他	23	164	187
合 計	3,682	46,155	49,837

（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）

【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）は近年減少していましたが、2022年度に増加し、9,637件となっています。

【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	キャンブル	思春期	心の健康づくり	うつ状態	その他	合計
2018年	63	4,339	843	77	208	160	4,011	1,660	2,519	13,880
2019年	50	3,066	804	85	275	124	4,814	1,613	1,599	12,430
2020年	58	2,708	623	111	232	143	4,807	1,872	1,805	12,359
2021年	43	2,860	462	72	176	137	3,025	1,695	925	9,395
2022年	55	3,383	411	85	167	131	3,155	1,442	808	9,637

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

- 保健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2020年度に減少しましたが、2021年度に再び増加し、9,736件となっています。

【表3】 保健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	キャンブル	思春期	心の健康づくり	その他	合計
2017年	330	2,605	347	52	53	380	1,727	3,677	9,171
2018年	334	2,675	318	59	37	307	1,858	3,563	9,151
2019年	327	3,916	323	25	37	313	2,008	3,396	10,345
2020年	802	2,675	230	18	27	169	1,682	2,750	8,353
2021年	1,037	1,991	261	34	88	251	3,557	2,517	9,736

（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	31病院 4,536床 (2017年 30病院 4,823床)	保健・疾病対策課調 2023年10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 2,350床	
精神病床在院患者数（人口10万対）	186.1人（少ない順で全国14位）	厚生労働省 病院報告 2022年
精神病床平均在院日数	248.5日（少ない順で全国12位）	
精神病床利用率	81.2%（少ない順で全国22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 (2014年：48、2011年：39)	厚生労働省 医療施設 (静態動態)調査 2020年10月1日
精神科訪問診療を実施している医療機関数	5病院 18診療所	医療政策課 医療機能調査 2022年
精神科訪問看護を実施している医療機関数	21病院 15診療所	
県内を住所地とする精神保健指定医数	222人 (2017年 205人)	保健・疾病対策課調 2023年9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、15,884人（2023年3月31日現在）となっており、2017年の14,631人から増加しています。精神疾患患者数の31.9%を占め、気分（感情）障害に次ぐ患者数となっています。
- 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13病院となっています（2023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）。

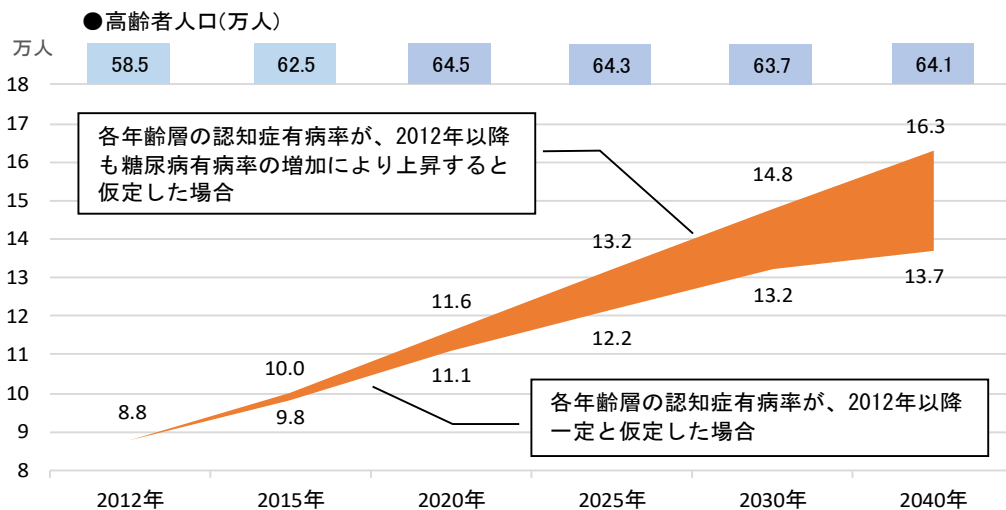
(2) うつ病・躁うつ病

- うつ病・躁うつ病が主たる疾患である気分（感情）障害の患者数は、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17,848人（2023年3月31日現在）となっており、2017年の11,921人から49.7%増加しています。精神疾患患者数の35.8%を占め、最も大きくなっています。
- 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郡市医師会単位で取り組んでいます。（コロナの影響で実施医師会数は2021年1、2022年1）
- 増加する患者に対し、医療、福祉、就労、教育等の関係者が、日常生活への回復支援について取組を進める必要があります。

(3) 認知症

- 認知症高齢者数は、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（厚生労働省）で、2012年に8.8万人、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)「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(厚生労働科学研究:研究代表者 二宮利治)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」(2013年)より試算

- 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（令和 5 年法律第 65 号）及び「認知症施策推進大綱」（2019 年 6 月厚生労働省策定）に基づき、次の施策を推進しています。
 - 市町村における認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センター、かかりつけ医等のさらなる質の向上を図るとともに、これらの連携を強化することが必要です。
 - 県内二次医療圏域全てに設置されている認知症疾患医療センターについては、引き続き、早期発見・早期診断・早期対応のための相談窓口の周知や、地域の実情に応じた体制の確保、認知症診療の質の向上が必要となっています。
 - 医療現場においては、様々な診療科で認知症の人に対応しているため、診療科や職種を問わず適切な対応ができるよう医療従事者の研修が引き続き必要です。
 - 若年性認知症（65 歳未満で発症する認知症）に対して専門的診療を実施している医療機関は、25 病院・26 診療所となっています（医療政策課「2022 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、18 病院・33 診療所となっており（医療政策課「令和 4 年医療機能調査」）、このうち 2 病院では、児童・思春期精神科入院医療管理料の診療報酬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（2023 年 10 月関東信越厚生局）。
- 不登校、家庭問題、虐待、いじめなど、子どもの心の問題が増加する一方で、診察待ちの長期化が全国的な課題であり、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

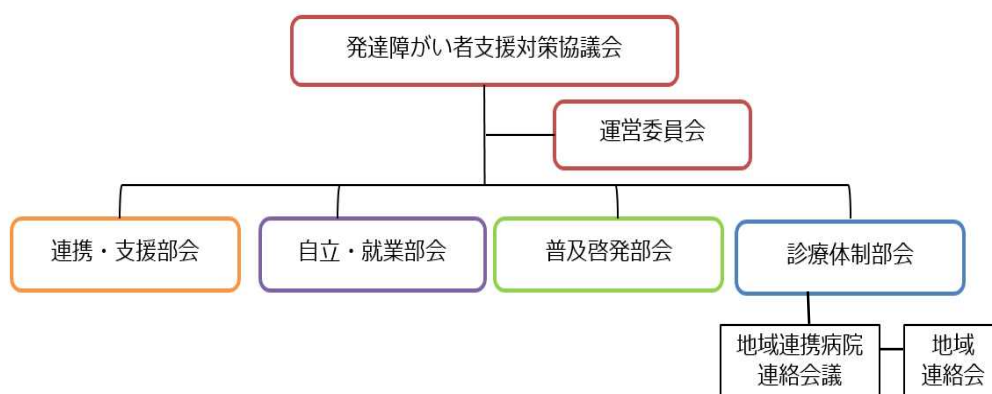
- 未診断例を含めた発達障がいの支援ニーズは小学 1 年生で少なくとも 10%程度は存在するとされています※¹。また、発達障がいの特性があり障がい福祉のサービスを必要とする人は人口の 0.9%から 1.6%と推計されています※²。

※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」（厚生労働科学研究：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の变化：地域ベースの横断的および縦断的研究（厚生労働科学研究：研究代表者 神尾陽子）

- 長野県発達障がい者支援対策協議会に設置した診療体制部会において医療に関する課題解決に取り組んでいます。

【図 3】長野県発達障がい者支援対策協議会の体制



- 専門医等の不足を補うため 2018 年度から開始した、発達障がい診療人材育成事業により、長野県独自の専門資格である専門医・診療医を育成しており、2023 年 3 月時点で 53 名の専門医・診療医を認定しています。
- 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、普及啓発等のほか、治療や支援に必要な医学的知見に基づいた情報発信を行うため、長野県発達障がい情報・支援センターを全国に先駆けて専門性の高い医療機関に委託しています。
- 2022 年 3 月現在、発達障がい診療を行っている医療機関は 44 病院、31 診療所となっています（精神保健福祉センター調）が、専門医等の不足による初診申込から受診までの長い待ち時間の解消や、小児期から成人期への移行に対する検討が必要です。

(6) 依存症

① アルコール依存症

- 2021 年度に全国でアルコール依存症により精神科を受診した者（外来患者）の数は 10.2 万人、精神病床に入院している者（入院患者）の数は 2.8 万人であり、2017 年の外来患者数 9.1 万人、入院患者数 2.9 万人に対し、外来患者が増加しています（厚生労働省「NDB」）。
- 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については、アルコール依存症治療拠点機関 1 病院、専門医療機関 7 病院を指定しています。県内ではこれらを含めて 18 病院・28 診療所が診療を行っており（医療政策課「2022 年医療機能調査」）、このうち 7 病院では、重度アルコール依存症入院医療管理加算の診療報酬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（2023 年 10 月 1 日関東信越厚生局）。

② 薬物依存症

- 2021 年度に全国で薬物依存症により精神科を受診した者（外来患者）の数は 1.3 万人、精神病床に入院している者（入院患者）の数は 0.3 万人であり、2017 年の外来患者数 1.2 万人、入院患者数 0.3 万人に対し、外来患者が増加しています（厚生労働省「NDB」）。
- 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については、薬物依存症治療拠点機関 1 病院、専門医療機関 2 病院を指定しています。県内ではこれらを含めて、10 病院、18 診療所が診療を行っています（医療政策課「2022 年医療機能調査」）。

③ ギャンブル等依存症

- 2021 年度に全国でギャンブル等依存症により精神科を受診した者（外来患者）の数は 3.6 千人、精神病床に入院している者（入院患者）の数は 0.4 千人であり、2017 年の外来患者数 2.2 千人、入院患者数 0.3 千人から増加しています（厚生労働省「NDB」）。
- ギャンブル等依存症に対する専門的診療を実施している医療機関については、ギャンブル等依存症治療拠点機関 1 病院、専門医療機関 2 病院を指定しています。県内ではこれらを含めて、10 病院、15 診療所が診療を行っています（医療政策課「2022 年医療機能調査」）。
- 依存症は、実際に受診している人の数と依存症が疑われる人の数に乖離（いわゆる治療ギャップ）があるとされ、多くの人が必要な医療・支援につながらない可能性が指摘されています。

- 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、2016年度から依存症の人のグループミーティング等で活用しています。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

- 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」（厚生労働科学研究：研究代表者 小牧元）

- 摂食障害の治療を実施している医療機関は、17病院・30診療所あり、そのうち6病院においては、摂食障害入院医療管理加算の診療報酬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（2023年10月1日関東信越厚生局）。
- 専門的な診療体制の充実と、小児期と成人期、身体科と精神科などの連携体制が課題となっています。

（8）てんかん

- 2020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42.0万人と推計されています（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、31病院・29診療所となっています（医療政策課「2022年医療機能調査」）。
- てんかん患者への高度な医療の提供を行うため「てんかん支援拠点病院」を指定しており、県民講座などによる情報発信にも取り組んでいます。
- てんかん患者ごとに必要な治療につなげるため、「てんかん支援拠点病院」と医療を提供している小児科、精神科、神経内科、脳神経外科などとの連携と専門医療の充実を進める必要があります。

（9）精神科救急

- 夜間・休日に緊急の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、輪番病院および24時間365日対応可能な常時対応型施設により、精神科救急医療体制を、精神医療圏ごとに整備しています。（土曜日夜間・日曜日は、東信圏域と北信圏域を統合して運用）
 - 輪番病院：東信圏域3病院、北信圏域6病院、中信圏域6病院、南信圏域4病院
 - 常時対応型施設：東信圏域1病院、中信圏域1病院、南信圏域1病院。

【表5】 輪番病院による精神科救急診療件数

（単位：件）

年 度	東北信地区	中信地区	南信地区	合 計
2018年	261	317	326	904
2019年	295	312	362	969
2020年	278	340	306	924
2021年	333	337	278	948
2022年	347	404	365	1,116

（保健・疾病対策課調）

- 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、精神障がいのある方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（2022年度）（単位：件）

区分	相談件数	相談者		居住地					相談結果	
		本人等	機関等	東信	中信	南信	北信	その他・不明	受診勧奨	その他
平日夜間	248	243	5	10	94	13	59	72	153	226
休日	158	151	7	11	53	4	51	39	97	180
計	406	394	12	21	147	17	110	111	250	406

（保健・疾病対策課調）

- 措置入院件数は、最近5年間の平均では年間209件となっています。2022年度の235件は全国7位、人口10万対では11.6件で全国1位となっています。
- 緊急の入院が必要となる急激な発症や症状の悪化を防ぐためには、精神障がいのある方への地域における日常的支援について、市町村や支援関係者との連携を充実させる必要があります。

【表7】 措置入院件数（単位：件、位）

区分	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
措置入院件数	212	210	177	211	235
全国順位（多い順）	9	8	9	7	7
人口10万対件数	10.3	10.2	8.6	10.4	11.6
全国順位（多い順）	3	2	6	2	1

（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）

- 医療保護入院件数は、最近5年間の平均では年間2,635件となっています。2022年度の2,542件は全国25位、人口10万対では125.8件で全国32位となっています。

【表8】 医療保護入院患者数（新規）（単位：人、位）

区分	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
医療保護入院件数	2,539	2,610	2,827	2,655	2,542
全国順位（多い順）	26	25	24	24	25
人口10万対件数	123.1	127.4	138.0	130.6	125.8
全国順位（多い順）	35	33	28	35	32

（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）

(10) 身体合併症

- 精神科を標榜する医療機関のうち、精神疾患患者の身体合併症の一部に対応可能な医療機関は16病院、合併症のほとんどに自院で対応可能な医療機関は7病院となっています（医療政策課「2022年医療機能調査」）。
- 精神科を標榜する医療機関のうち、精神科入院患者に対して人工透析治療を実施している医療機関は6病院、歯科治療を実施している医療機関は12病院となっています（医療政策課「2022年医療機能調査」）。
- 精神疾患患者の中で、身体疾患や感染症を合併する患者への、救急対応を含む入院医療提供体制が課題となっています。

(11) 災害精神医療

- 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します。
- 大規模地震災害等において、これまでの心のケアチーム等の派遣状況は表9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-ム数	人数	
2011年	東日本大震災	病院 14	チ-ム 37	人 168	心のケアチ-ム
2014年	御嶽山噴火災害	1	6	21	災害派遣精神医療チ-ム
	神城断層地震災害	1	8	50	心のケアチ-ム
2016年	熊本地震災害	1	1	8	災害派遣精神医療チ-ム
2019年	東日本台風	2	2	26	災害派遣精神医療チ-ム
2020年	新型コロナ集団感染対応	3	3	59	災害派遣精神医療チ-ム

(保健・疾病対策課調)

- 被災地域で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-ム (DPAT) は、2023年3月時点で6病院に8チ-ムが整備されており、災害時の派遣や統括 (指揮命令) 体制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、4病院に155床 (全精神病床数の3.4%) 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、災害時の精神科医療の提供について中心的な役割を担う災害拠点精神科病院の設置と、県内精神科病院の災害時連携体制について検討する必要があります。

(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。

- 医療観察法に基づき、対象となる人が精神障がいのために他害行為などを繰り返すことなく社会復帰ができるよう、保護観察所を中心に、行政、医療、福祉の関係機関等との連携により精神保健福祉サービスを提供しています。2022年12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76件、通院処遇決定63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 (2023年2月1日現在) は、表10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・診療所	17
	補助的な医療機関・訪問看護ステーション	11
	薬局	49

(2023年長野保護観察所調)

4 地域移行・地域生活支援の状況

- 地域移行（精神科病院に入院した精神疾患患者の退院率等）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}	2010年	61.8%	—	88.3%	厚生労働省 精神保健福祉資料
	2013年	61.9%	83.3%	91.3%	
	2016年	60.5%	80.8%	91.4%	
	2019年	68.6%	83.4%	90.9%	
	2020年	67.8%	83.0%	90.1%	
区分・年		患者数			出典
入院期間 1年以上 の患者数 ^{※2}	2010年	2,881人			厚生労働省 精神保健福祉資料
	2013年	2,537人			
	2016年	2,355人			
	2020年	2,344人			
	2021年	2,337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

- 長期入院者の地域移行の推進や、強度行動障がいをはじめとする地域生活支援における課題の解決には、障害福祉と医療の連携を強化することが必要です。
- 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および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で開催し、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

- 長野県の自殺者数は 2022 年に 343 人、自殺死亡率[※]は 17.3（厚生労働省「2022 年人口動態統計」）となっており、1 日およそ 1 人が自殺で亡くなっている状況です。

※自殺死亡率：人口 10 万人あたりの自殺者数

- 2023 年度から 2027 年度を計画期間とする第 4 次長野県自殺対策推進計画を策定しています。支援ネットワークの構築、人材育成、普及啓発等の基本施策に加え、長野県の自殺の現状を踏まえ、子ども、働き盛り世代、生活困窮者、自殺未遂者への対策を重点施策として「誰も自殺に追い込まれることのない信州」を目指して取り組んでいます。

医療で取り組む自殺対策について

「誰も自殺に追い込まれることのない信州」を実現するためには、医療、福祉、介護、教育、産業保健など、幅広い分野の関係者が共通の認識を持って、それぞれの必要な役割を果たしていくことが必要です。第4次長野県自殺対策推進計画は長野県の現状を踏まえて2023年3月に策定され、様々な関係者と共に自殺対策に取り組んでいます。

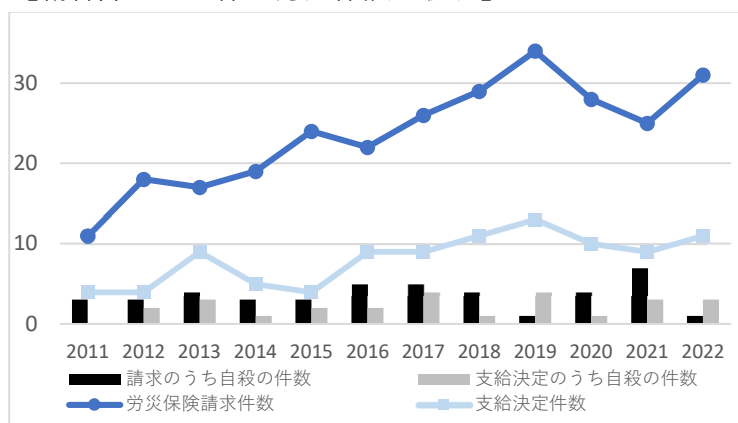
○ かかりつけ医が、うつ病など自殺リスクのある人を早期に発見し、必要に応じて精神科医療につなげることが重要となります。県では、医師会と連携してかかりつけ医への研修を実施しています。

また、精神科における初診待ちの長期化を指摘されることが多く、緊急度に応じてスムーズに精神科を受診できる連携体制が課題となっています。

○ 過去5年（2017年～2021年）の自殺者の中で、自殺未遂歴のある人は約15%です。未遂者が再び自殺に追い込まれることのないよう、救急での身体の治療後に精神科医療やその他の支援関係者につながるような連携支援体制が必要です。

○ 労災保険の申請実績から見ると勤務問題を理由とする自殺者の増加が懸念されます。うつ病やメンタルヘルスに関する正しい理解の普及啓発と共に、職場や産業医の関わりによって、自殺リスクのある人が早期に支援を受けられる環境が求められています。

【精神障がいに係る労災保険の状況】



(長野労働局の統計値から保健・疾病対策課で作成)

○ 長野県の子ども（20歳未満）の自殺死亡率は全国と比べて高く、自殺リスクの高い子どもの支援者への支援のため、「子どもの自殺危機対応チーム」を設置しています。

このチームには精神科医療関係者も参画し、医療に基づいた適切な助言を行うとともに、緊急の場合には必要な医療を速やかに提供できる体制を目指しています。

【20歳未満の自殺の状況】

区分	20歳未満の自殺者数(人)					自殺死亡率 (2018~2020)
	2018	2019	2020	2021	2022	
全国	602	653	763	762	783	3.44
長野県	17	13	14	16	14	4.35

(自殺者数：厚生労働省「人口動態統計」/総務省「人口推計」)

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができている
（精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築）

中間成果（中間アウトカム）

- （1）普及啓発・相談支援
精神障がいや疾患について社会に正しい知識が浸透し、必要な人に必要な支援が届いている
- （2）人権擁護
精神障がいのある方の地域での生活や療養生活において人権が守られている
- （3）地域移行・地域における支援
精神障がいのある方やその家族が疾患に応じた支援を地域で受けられている
- （4）危機介入
必要な人が必要な時に必要な危機介入を受けている
- （5）診療機能
住んでいる地域にかかわらず、必要とする医療が受けられている
- （6）拠点機能
疾患ごとに中核となる病院を中心に専門医療のネットワークが広がっている

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、比較的軽い症状のうちには精神科医療機関を受診せず、入院治療が必要となって初めて受診するという場合が少なくありません。
このため、医療を必要とする方ができるだけ早期に受診し、多様な精神疾患等ごとの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。
- 一方で、地域や疾患によっては、患者の集中による長期の受診待ちが見受けられることから、専門医をはじめとする診療人材の育成について取り組みます。
- 精神科医療を県民に適切かつ効率的に提供していくため、東信、南信、中信、北信の4つの精神医療圏を設定し、圏域内における連携の推進と、必要に応じた他圏域と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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

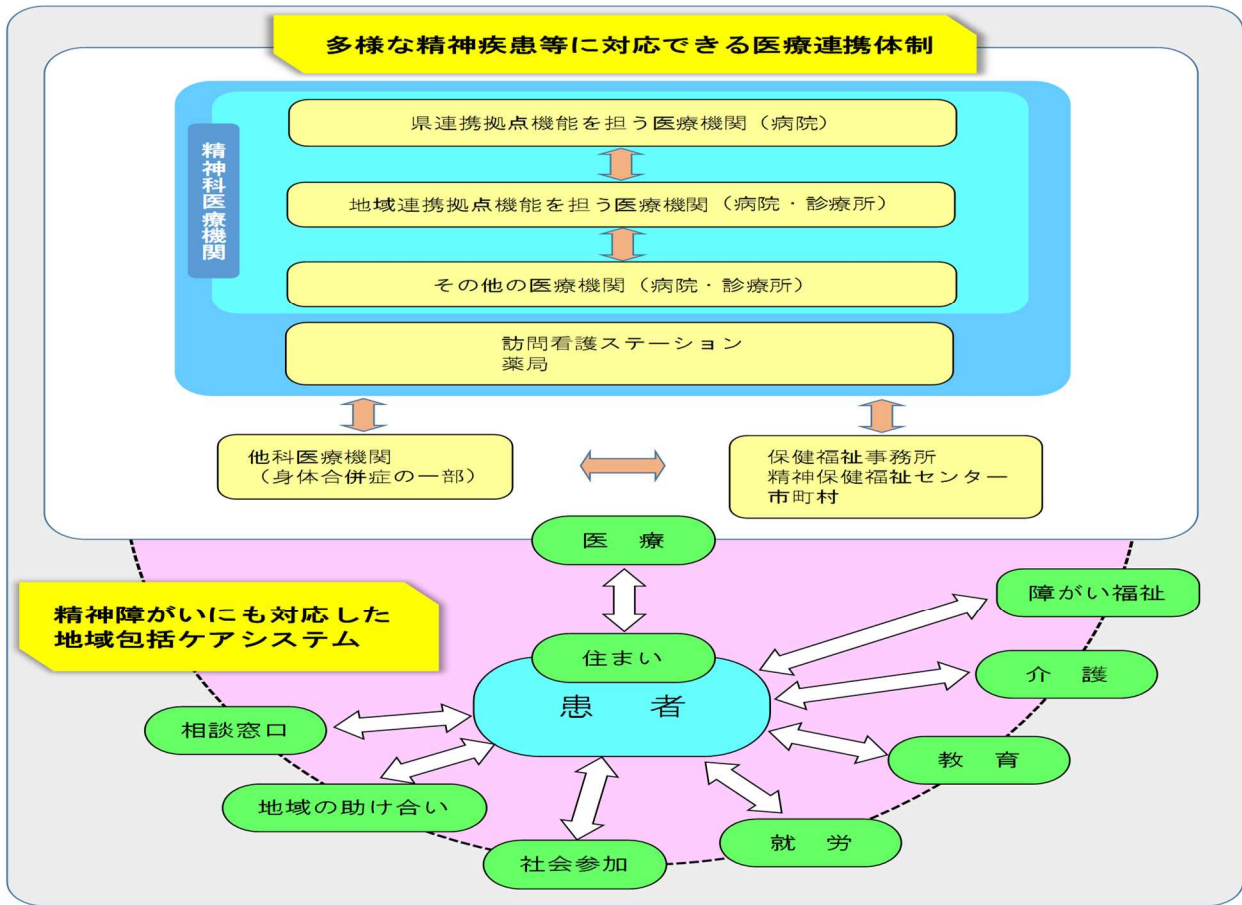
※ 県連携拠点機能、地域連携拠点機能は、患者本位の適切な医療を提供するための医療連携、情報発信、人材育成等の拠点となる機能であり、患者の集約等を目的とするものではありません。

3 二次医療圏相互の連携体制

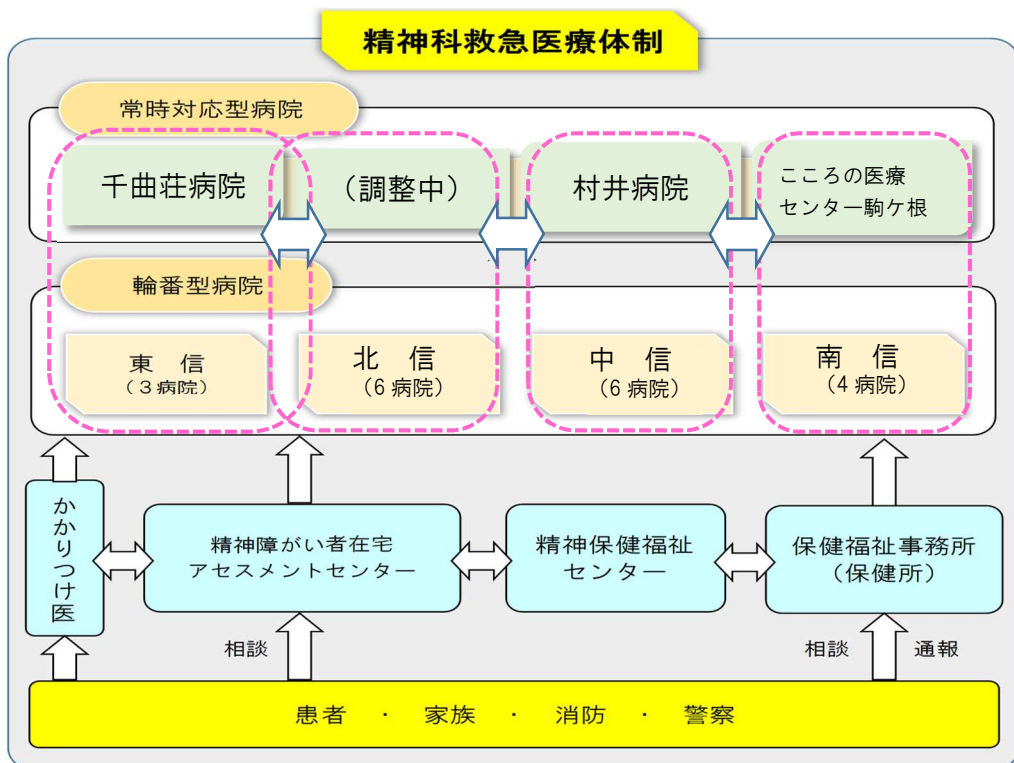
(1) 精神疾患の医療連携体制

- 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制は、図 4 のイメージのとおりです。この体制は、精神障がいのある方が地域で安心して自分らしく暮らしていくための「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の中で、重要な役割を担っています。
- 精神医療圏ごとのあるべき地域精神科医療連携体制については、医療、行政、福祉、教育等の関係者が参加する場における協議により、圏域内の病院・病院間連携及び病院・診療所間連携の強化を図ります。
- また、疾患等によっては、4つの精神医療圏の相互連携による専門医療等の提供を推進します。

【図4】 精神疾患の医療体制のイメージ



【図5】 精神科救急医療体制のイメージ



精神科と身体科の医療連携について

社会の高齢化に伴い、精神疾患のある方の年齢も上がり、精神的治療に加えて身体的な治療を必要とする方が増えています。また、ストレスの多い現代社会において、自殺企図者を救命したうえで心身の両面で支えるためにも、精神科と身体科による身体合併症に対応する連携強化は大きな課題といえます。

長野県の精神科病院は精神科単科の病院が多く、精神的治療と身体的治療を同時に行うことができる病院は限られています。一方、一般の救急を受け入れる病院には精神科医がいない病院が多いというのが現状です。

長野県の救急車による搬送件数は1年間で92,259件（2021年：消防庁）、そのうち729件は自損行為^{※1}によるものです。加えて、精神病床に入院中の患者のうち、入院相当の管理が必要な身体合併症を有するのは14%という調査研究^{※2}もあります。

長野県の現状では、身体合併症の患者を、限られた一部の医療機関だけで受け止めることは、数の上でも地理的にも困難であり、患者の症状に応じて精神科医と身体科医が専門領域を活かして協力する体制が求められます。

※1 自損行為…自殺の目的による行為、故意に自分自身に傷害等を加えた事故

※2 「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」（2007年厚労科研）

【想定される協力体制の例】

並列モデル	<ul style="list-style-type: none">・ 救急対応可能で精神科を有する、いわゆる総合病院等において、院内の他科連携により精神症状、身体症状の入院治療を行う。・ 対応できるのは県内でも限られた病院、病床数であるため、精神・身体症状の両方が一定程度以上の重症の患者に限るなどの整理が必要。・ 一方の症状が軽減された場合には、地域の他医療機関への転院などを検討する必要あり。
縦列モデル	<ul style="list-style-type: none">・ 精神症状、身体症状のうち、優先すべき症状を評価して入院先を決定する。・ 入院先医療機関に不足する専門領域については、病院間連携による診療支援が必要。・ 入院治療が優先される症状の変化によって、優先すべき治療が可能な医療機関に転院したうえで、必要な治療を提供。

また、精神科と身体科における医療の専門性は大きく異なることから、医療者が専門以外の患者への対応に不安を抱いていることも、身体合併症への対応を困難にする要因として考えられます。日頃から医療機関同士の専門を超えた連携と相互理解、加えて、精神科、身体科それぞれの医療者が、身体科、精神科の患者への対応力向上に取り組むことが求められます。

なお、身体合併症への対応については、地域の医療資源の状況などが異なることから、救急関係者や精神科医療関係者を含む協議の場を設けて、地域にあった体制について検討していくことが必要です。

第3 施策の展開

1 正しい知識の普及と、相談支援等の推進

- 様々な精神疾患や自殺に関する偏見の解消や正しい知識の普及のため、啓発週間等を通じて全県的に啓発活動を実施します。
- 精神障がいのある方やその家族等からの相談への対応や、不安を抱える方へ寄り添うため、精神保健福祉センターや保健福祉事務所による精神保健福祉相談を実施します。

2 精神障がいのある方の人権擁護

- 精神科入院医療は、疾患の特性から非同意での入院もあることから、法令に基づき人権に配慮した入院処遇が必要とされています。
- 精神障がいのある方の人権に配慮した適切な処遇による入院医療を確保するため、関係団体と連携した普及啓発や法令に基づく入院医療機関への実地指導等に取り組みます。
- 精神障がい者を含む障がい者への虐待に関する通報に対し、事実確認のみにとどまらず、人権に配慮した生活環境の確保に努めます。

3 精神障がいのある方等に対する地域支援の推進

- 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推進するため、医療・福祉等関係者による協議の場の設置を促すとともに、市町村や支援関係者への疾患に対する正しい知識の普及や研修の実施に取り組みます。
- 当事者団体や家族会の支援活動と連携して、精神障がいのある方の地域移行や地域生活支援を推進します。

4 危機介入体制の構築

(1) 精神科救急

- 精神科救急を必要とする人が、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。
- 精神障がいのある方や家族等からの緊急的な精神科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。

(2) 身体合併症

- 心疾患や腎臓病、糖尿病などの慢性疾患を有する精神疾患患者が、それらの疾患についても適切な医療を受けられるよう、身体診療科と精神科との連携を推進します。
- 自殺企図者をはじめとする、精神疾患患者の救急医療提供体制について、患者の状態に応じた役割と連携を定期的な連絡会議等において検討し、一般救急と精神科医療との連携を図ります。

(3) 災害精神医療

- 大規模な自然災害や事故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および訓練を実施します。
- 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。

(4) 自殺対策

- 自殺のリスクの高い子どもに対応する支援者（学校関係者等）に対し、医療関係者を含む「子どもの自殺危機対応チーム」による専門的な支援を実施します。
- かかりつけ医が、うつ病など自殺リスクのある人を早期に発見し、必要に応じて、一般医療機関から精神科医療に速やかにつなぐことができる連携体制を目指します。

5 多様な疾患に対応する診療機能の充実

(1) 統合失調症

- 長期入院精神障がい者の地域移行を推進するため、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の普及を図ります。

(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

- 二次医療圏ごとに設置している認知症疾患医療センターを中心に、認知症の専門医療の提供と市町村等と連携した包括的な地域の支援体制の充実を図ります。
- 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。
- 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。

(4) 児童・思春期精神疾患

- 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めます。

(5) 発達障がい

- 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、二次医療圏ごとに医療機関の連携を強化します。
- 小児期から成人期への移行、成人の発達障がいに対応する医療機関の充実を図ります。

(6) 依存症

- 長野県依存症対策推進計画に基づき、一次予防（発生予防）、二次予防（進行予防）、三次予防（回復支援・再発予防）の視点から、総合的な依存症対策を推進します。
- 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。
- 依存症ごとに、専門治療の中核的な役割を果たす治療拠点機関と精神医療圏ごとに設置する専門医療機関を選定します。
- 身近な地域で、自助グループと連携した専門治療プログラムが受けられる体制を整備します。
- 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。

（関連計画：「依存症対策推進計画」は、「第9編第6節 依存症対策」に記載しています。）

6 中核となる病院の拠点機能の充実

(1) 認知症

- 各二次医療圏に設置した認知症疾患医療センターが、鑑別診断をはじめとする認知症専門医療を提供するとともに地域における認知症医療提供体制の中核となって、かかりつけ医や認知症初期集中支援チーム等との連携をはじめとした切れ目のない支援体制の充実を図ります。

(2) 児童・思春期精神疾患

- 増加する児童・思春期、青年期の精神疾患に対応するための中核的な役割を担う「子どものこころ総合医療センター（仮称）」の設置検討を進め、医療体制の拡充を図ります。

（関連計画：子ども若者支援総合計画）

(3) 発達障がい

- 子どもの心診療ネットワーク中核病院を中心に発達障がい診療に関する課題を検討するとともに、二次医療圏ごとの発達障がい診療と支援ネットワークの充実を支援します。

(4) 依存症

- 依存症対策において中核的な役割を果たす依存症治療拠点機関と各精神医療圏の依存症専門医療機関が連携し、依存症患者等が適切な医療を受けられる医療提供体制の構築を図ります。

(5) 災害精神医療

- 支援活動拠点における中心的な役割および発災時の急性期精神科医療を担うDPAT先遣隊の技術の向上を図るとともに、先遣隊の追加について検討します。

「にも包括」について

「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」とは、「入院医療中心から地域生活中心」という理念に基づき、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して、それぞれの地域で自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された地域の体制のことを指しています。

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるため包括的にサービスを提供する仕組みである「地域包括ケアシステム」の取組が先行して進んでいることから、「精神障がいにも対応した・・・」という枕詞が付けられ、「にも包括」と略されることもあります。

先行する「地域包括ケアシステム」の対象区域が日常生活圏域（中学校の学区単位）であるのに対し、県内の精神疾患に対応する医療・福祉の資源は限られることもあって、市町村単位、二次医療圏（障害保健福祉圏域）単位の取組となることも多く、広域的なエリアの中で、いかに関係者間の連携をスムーズに行うかが、この体制を実現するためのポイントと考えられます。

精神障がいのある方が、精神障がいへの理解の進んだ社会の中で、それぞれの地域に住み、通院を中心とした必要な医療を受けるとともに、必要な福祉・介護サービスによる支援を受けながら、就労など地域とのかかわりを持って暮らすことができることを目指していきます。

行政・保健・医療・福祉等の関係者には、個別の支援ケースへの対応を通じて顔の見える関係づくりをすすめるとともに、ケースの困りごとを解決するための検討を繰り返し、協議の場を通じて地域の課題として共有するなど、それぞれの専門領域でカバーしあう重層的な連携支援体制への参加が求められています。

全ての人の人権が尊重される共生社会を実現する大きな一歩として、「にも包括」の取組が、県内のすべての地域で推進されることが必要です。

第4 数値目標

(分野アウトカム)

精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができている。

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	精神病床における退院率	3ヶ月時点	68.6% (2019)	68.9% (2026)	障害福祉計画 基本指針	NDB レセプト データ
P		6ヶ月時点	83.4% (2019)	84.5% (2026)	障害福祉計画 基本指針	NDB レセプト データ
P		12ヶ月時点	90.9% (2019)	91.0% (2026)	障害福祉計画 基本指針	NDB レセプト データ
P	入院期間が1年以上の長期入院患者数	65歳以上	1,303人 (2022)	1,190人 (2026)	障害福祉計画 基本指針	厚生労働省 「ReMHRAD」
P		65歳未満	802人 (2022)	737人 (2026)	障害福祉計画 基本指針	厚生労働省 「ReMHRAD」
P	精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数 (地域平均生活日数)		325.3日 (2020)	325.3日以上 (2026)	障害福祉計画 基本指針	厚生労働省 「ReMHRAD」
O	長野県の自殺死亡率 (人口10万人あたり)		17.3人 (2022)	12.2人 (2027)	長野県自殺対策推進計画	厚生労働省 人口動態調査

(1) 正しい知識の普及と、相談支援等の推進

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	精神保健福祉に関する相談支援件数	県全体	48,141件 (2021)	48,141件以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調
		精神保健福祉センター	9,395件 (2021)	9,395件以上		厚生労働省 「衛生行政報告例」
		保健福祉事務所	9,136件 (2021)	9,136件以上		厚生労働省 「地域保健・健康増進事業報告」
		市町村	29,680件 (2021)	29,680件以上		厚生労働省 「地域保健・健康増進事業報告」
S	自殺対策の啓発週間・月間に参加する市町村数		28市町村 (2022)	77市町村	全市町村の実施を目指す	保健・疾病対策課調
S	精神保健福祉センターによる市町村への教育研修の実施数		23回 (2022)	23回以上	現状以上を目指す	厚生労働省 「衛生行政報告例」

(2) 精神障がいのある方の人権擁護

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	ピアサポーター等の病院訪問を受け入れる病院数 (地域移行支援事業)	1 (2022)	8以上	コロナ以前 以上に拡大	保健・疾病対 策課調
P	ピアサポーター等の病院訪問を受け入れる病院数 (入院者訪問支援事業)	—	8以上	既存の病院訪 問事業以上	保健・疾病対 策課調

(3) 精神障がいのある方等に対する地域支援の推進

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)	
S	市町村ごと	36 市町村 (2021)	77 市町村	全市町村の実 施を目指す	保健・疾病対 策課調	
S	保健、医療、 福祉関係者による協議の場 の設置数	二次医療圏 (障害保健 福祉圏域) ごと	9 圏域 (2021)	10 圏域	全二次医療圏 への設置を目 指す	保健・疾病対 策課調
S		県域	1 (2021)	1	現状を維持	保健・疾病対 策課調
P	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数 (人口 10 万人あたり)	長野県 119.9 人 全 国 123.7 人 (2021)	123.7 人以上	全国平均以上 を目指す	厚生労働省 「ReMHRAD」	
P	措置入院者等への退院後継続支援実施件数	13 件 (2022)	22 件以上	新型コロナ流行前以上を目指す	保健・疾病対 策課調	
P	令和 6 年度以降で精神科措置入院退院支援加算を算定した(退院後継続支援を実施した)病院数	—	24 病院	措置入院を受け入れる病院数	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」	
P	精神障がい者の就職件数	1,406 件 (2022)	1407 件以上	現状以上を目指す	長野労働局 「障害者の職業紹介状況」	
S	居住支援協議会を設立した市町村の人口カバー率	0.2% (2020)	40% (2030)	長野県住生活基本計画	長野県建設部調	

(4) 危機介入体制の構築

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	常時対応型施設を有する精神医療圏の数	3 圏域	4 圏域	各精神医療圏に 1	保健・疾病対 策課調
S	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定する医療機関数	5 病院 (2020)	5 病院	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」

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	災害派遣精神医療チームに係る協定を結ぶ病院数および先遣隊の登録数	6 病院 (先遣隊 1)	6 病院 (先遣隊 1)	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調
P	精神医療関係者が参加する救急医療関係者会議を実施する圏域数	—	10 圏域	全二次医療圏での実施を目指す	保健・疾病対策課調

(5) 多様な疾患に対応する診療機能の充実

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)	
S	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	うつ病に関する研修・医療連携会議等を開催する地域数	1 地域 (2022)	10 地域	全二次医療圏での実施を目指す	保健・疾病対策課調	
S	認知症疾患医療センター連携会議の開催数	1 回	1 回	現状を維持する	介護支援課調	
S	児童思春期精神病床数	49 床	49 床以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調	
S	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	9 圏域	10 圏域	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調	
S	依存症専門医療機関の数	アルコール	7 病院	7 病院以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調
S		薬物	2 病院	4 病院以上	精神医療圏に 1 病院以上	
S		ギャンブル等	2 病院	4 病院以上	精神医療圏に 1 病院以上	
S	摂食障害入院医療体制加算（精神・一般）を算定する病院数	6 病院	6 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」	

(6) 中核となる病院の拠点機能の充実

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	認知症疾患医療センターによる鑑別診断数	2,965 件 (2022)	2,965 件以上	現状以上を目指す	介護支援課調
S	発達障がい診療にかかる専門家を派遣した件数	10 件 (2022)	10 件以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	依存症専門医療機関連携会議の開催数	0回	1回以上	年1回以上	保健・疾病対策課調

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

第5 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1章第7節)、母子保健 (第4編第2章第1節)、依存症 (依存症対策推進計画・第9編第6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 依存症対策（長野県依存症対策推進計画）

依存症は、アルコールや薬物、ギャンブル等^{※1}の特定の物質や行為を「やめたくても、やめられない」状態になり、本人の心身の健康状態の悪化や社会生活等への支障が生じるだけでなく、家族等へも影響を及ぼします。

本人の意思や性格の問題と誤解されることもあります。誰もがなる可能性のある病気です。依存症になったとしても、適切な治療や支援により回復が可能です。本人や家族等が依存症と認識しにくい特性に加え、誤った知識による偏見等から、治療や相談、回復支援につながりにくい現状があります。

依存は、嗜癖、アディクションと呼ばれ、アルコールや薬物等の物質に依存する「物質依存」、ギャンブル、ゲーム、買い物等の特定の行為に依存する「プロセス依存（行動嗜癖）」、人間関係に依存する「関係依存」があり、共通した疾病としての構造や特性があります。そして、これらは複数の依存を併発するクロスアディクション（多重嗜癖）の問題を生じることもあります。さらに、多重債務、貧困、DV、虐待、自殺、犯罪、ヤングケアラー等の重大な問題への関連性が高いことから、依存症や依存症が疑われる人及びその家族等を適切に支援する体制を整備する必要があります。

こうした問題に対応するため、2014年6月に「アルコール健康障害^{※2}対策基本法」、2018年10月に「ギャンブル等依存症対策基本法」が施行されました。本県においても、2017年3月に「長野県アルコール健康障害対策推進計画」を策定し、依存症対策を推進してきたところです。

今回の計画改訂では、薬物、ギャンブル等、ネット・ゲームへの依存等に関する対策を計画に加え、依存症対策を体系的に推進するために一体的な計画としました。依存症対策のさらなる充実のため、アルコール健康障害・各種依存症に係る対策を包括的に推進し、県民が依存症で悩み苦しむことなく、健全に安心して暮らすことができる社会の実現を目指します。

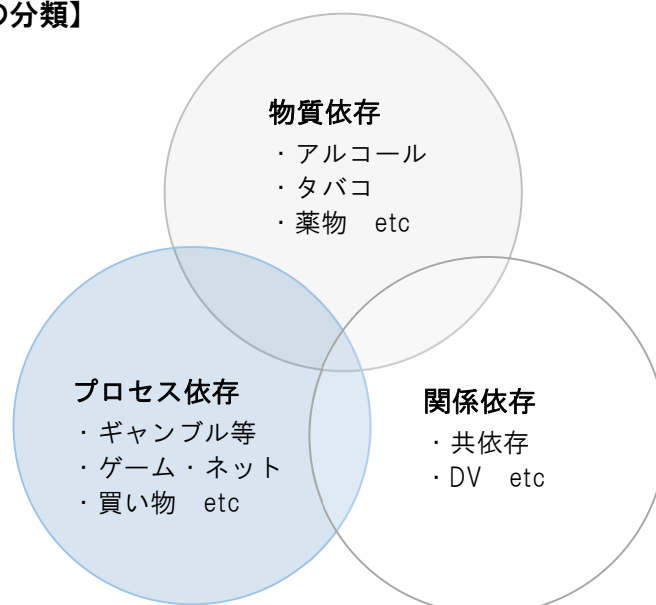
○ 計画の位置づけ

本計画は、アルコール健康障害対策基本法第14条第1項に規定される「都道府県アルコール健康障害対策推進計画」、ギャンブル等依存症対策基本法第13条第1項に規定される「都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画」として策定しています。

※1 法律の定めるところにより行われる公営競技（競馬、競輪、オートレース、モーターボート競技）、ぱちんこ屋に係る遊技その他の射幸行為をいう。（基本法第2条）

※2 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）

【依存症の分類】



第1 現状と課題

1 依存症患者の現状

(1) アルコール依存症

- 2021年度に全国でアルコール依存症により精神科を受診した者(外来患者)の数は10.2万人、精神病床に入院している者(入院患者)の数は2.8万人であり、2017年の外来患者数9.1万人、入院患者数2.9万人に対し、外来患者が増加しています(厚生労働省「NDB」)。

(2) ギャンブル等依存症

- 2021年度に全国でギャンブル等依存症により精神科を受診した者(外来患者)の数は3.6千人、精神病床に入院している者(入院患者)の数は0.4千人であり、2017年の外来患者数2.2千人、入院患者数0.3千人から増加しています(厚生労働省「NDB」)。

(3) 薬物依存症

- 2021年度に全国で薬物依存症により精神科を受診した者(外来患者)の数は1.3万人、精神病床に入院している者(入院患者)の数は0.3万人であり、2017年の外来患者数1.2万人、入院患者数0.3万人に対し、外来患者が増加しています(厚生労働省「NDB」)。
- 上記の統計は、実際に医療機関を受診した患者数です。依存症が疑われる潜在的な患者の推計数と実際の受診者数の間には乖離(いわゆる治療ギャップ)があり、多くの方が医療・支援を必要としながらも、適切な支援につながっていない可能性が指摘されています。

2 それぞれの依存症に共通する現状と課題

(1) 正しい知識の普及啓発

- 依存症対策全国センター(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)の調査研究*によると、身体疾患に比べて、依存症は本人の責任と思われる割合が高いことがわかっています(がんでは3.6%であるのに対し、ギャンブル等依存症では72.6%、アルコール依存症では60.7%)。社会における依存症に関する誤解や偏見の解消が課題となっています。
※(出典)松下幸生, 新田千枝, 遠山朋海: 令和2年度 依存症に関する調査研究事業「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査」, 2021年
- 依存症の問題は、子どもから高齢者まで誰もが直面する可能性があります。依存症になる原因やきっかけには様々なものが考えられ、その中には、就学、結婚や離婚、転職・離職・退職、親しい人の逝去等の出来事や、引っ越し・災害等による環境の変化等があります。幅広い年齢層に対して、適切な知識の普及啓発が必要です。

(2) 本人・家族等へのサポート

- 依存症者は、本人を取り巻く環境や心身の疾患・障がい等による生きづらさを抱えていることがあるため、本人が気持ちを打ち明けても非難や叱責等を受けず、受け止めてもらえる場が必要です。
- 家族の中には、依存症者本人からの暴言や暴力、妄想などの対象になり、苦しんでいる人がいます。また、世間体や違法性などから周囲に支援を求めることが難しい家族もいます。
- 依存症は、家族が本人の状態に気づいたことがきっかけで相談や治療等につながる 경우가少なくありません。

(3) 自助グループ^{※1}や回復支援施設^{※2}

- 本人や家族が自助グループ等のミーティング^{※3}に参加し、グループメンバーと体験談、想い、情報、知識等をわかちあうことで、気づきや癒し、問題解決へのヒントなどが得られることがあります。
- その意味で自助グループや回復支援施設等の民間支援団体は、依存症からの回復において重要な役割を担っていますが、社会的な認知度は十分とは言えないため、活動内容等について社会全体に周知し、アクセスしやすくするための取組が必要です。
- 民間支援団体の多くは運営資金を会費で賅っており、資金不足等が課題になることがあります。
※1 同じ問題や悩みを抱える本人や家族らが自発的に集まり、多くの仲間と出会い、交流し、助け合う場

- 所を提供している団体のこと
- ※2 本人や家族からの依存症に関する相談を受けたり、通所や入所による居場所の提供や回復のための活動をしているリハビリ施設のこと
- ※3 参加者の語り合いのこと

(4) 依存症に関連する問題

- 依存症に起因して生じる問題として、健康問題だけでなく、経済的問題、家庭問題、社会的問題等が懸念されます。また、多重債務やDV、虐待、ヤングケアラー等の問題につながる事例も少なくないことから、2次的に生じる様々な問題への包括的な支援が必要です。
- 差別や偏見、職場の理解不足等から、適切な治療に結び付かない場合や、就労の継続や職場復帰が困難な人がいます。周囲への正しい理解を広めるとともに、依存症の治療と回復に配慮のある職場環境が求められます。
- 医療機関や回復支援施設から地域生活に移行するには、住まい等の生活基盤を確保する必要がありますが、偏見などにより住まいの確保が難航する事例が見受けられます。住宅確保要配慮者への居住支援の充実が求められます。

(5) 回復及び再発予防のための支援

- 依存症者の中には、想定していた回復イメージとの違いから、治療や民間支援団体等の利用を中断してしまう事例があります。
- 依存症からの回復過程では、スリップ(再飲酒、再ギャンブル、薬物再使用)を度々起こすことがあるため、相談から回復までの途切れない支援が必要です。
- 依存症者の中には、精神的・身体的疾患やクロスアディクションを合併している人もいるため、単独の医療機関や支援機関、民間支援団体等だけでは対応が難しい場合があります。
- 依存症者の背景には、成育歴、家族関係、障がいの有無など様々な状況があります。疾患の治療だけでなく、そうした状況をよりよい方向に変化させるための支援が必要です。

(6) 依存症専門医療体制

- 依存症治療に対応できる精神科の病院や診療所は、必ずしも十分な数が確保されているとは言えません。身近な地域で依存症の専門治療が受けられる医療体制の構築を進める必要があります。

【表1】長野県の依存症専門医療体制の現状（2023年12月現在）

	アルコール健康障害	薬物依存症	ギャンブル等依存症
依存症治療拠点機関	1 病院	1 病院	1 病院
依存症専門医療機関	7 病院	2 病院	2 病院

※国の基準に基づき、依存症専門治療等を実施する病院を長野県知事が選定

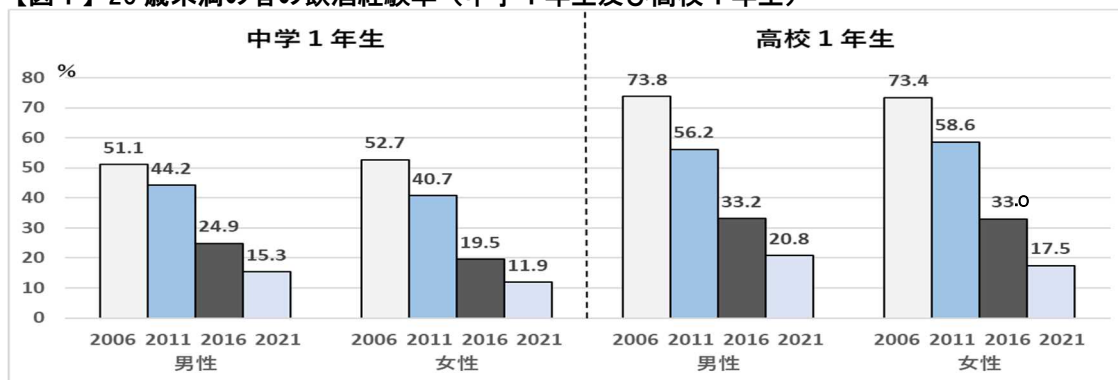
3 個別の現状と課題

(1) アルコール健康障害

ア 20歳未満の者の飲酒

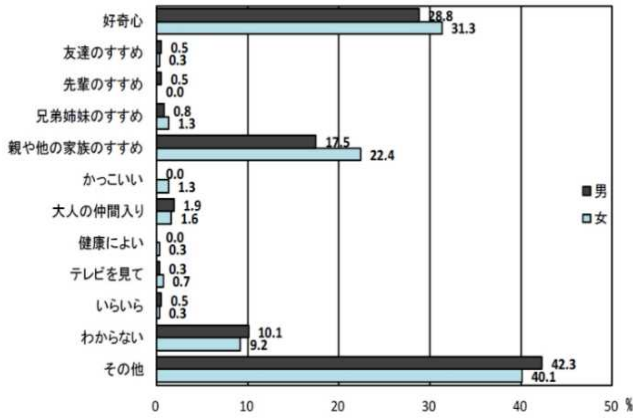
- 20歳未満の者による飲酒は、脳の萎縮や第2次性徴の遅れ、急性アルコール中毒の危険性、アルコール依存症のリスクの高まりなど心身の発育への影響が指摘されています。

【図1】20歳未満の者の飲酒経験率（中学1年生及び高校1年生）

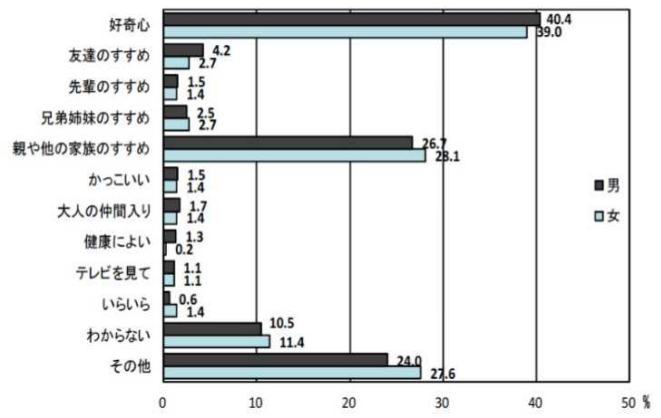


（長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況調査」）

【図2】 初めてお酒を飲んだきっかけ(中学1年生)(複数回答)



【図3】 初めてお酒を飲んだきっかけ(高校1年生)(複数回答)

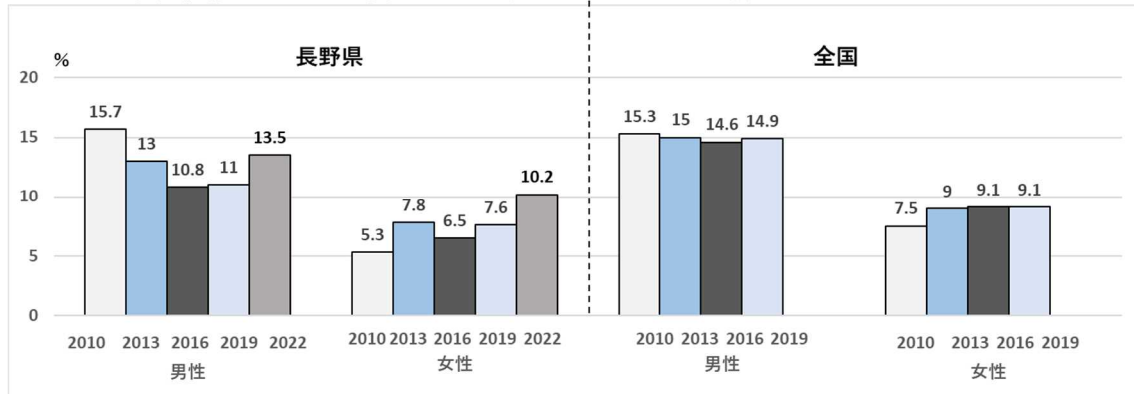


(長野県「令和3年度 未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」)

- 2021年度の20歳未満の者の飲酒経験者(一度でも飲酒をしたことがある者)の割合は、2016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10ポイント前後の減少がみられるもののゼロではありません。(図1)
- 初めて飲酒したきっかけは、「好奇心で」や「親やその他の家族のすすめ」の割合が高くなっています。20歳未満の者の飲酒のリスクについて、家庭への一層の啓発が必要と考えられます。(図2、3)

イ 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒

【図4】 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



(長野県「県民健康・栄養調査」、厚生労働省「国民健康・栄養調査」)

- 「県民健康・栄養調査(長野県)」によると、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、男女ともに全国の値を下回っているものの、近年増加傾向にあります。(図4)
^{*} 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))
- 長期にわたり大量の飲酒をしている人は、肝障害、膵炎、胃腸障害、糖尿病、高血圧、心疾患、がん、依存症、睡眠障害、うつ病など心身の健康障害の発生リスクが増大します。

【参考】 純アルコール20gの目安

酒の種類(基準%)	純アルコール20gのおおよその目安
ビール・発泡酒(5%)	中瓶またはロング缶1本(500ml)
チューハイ(7%)	1缶(350ml)
焼酎(25%)	0.5合強(100ml)
日本酒(15%)	1合弱(180ml)
ウイスキー・ジンなど(40%)	ダブル1杯(60ml)
ワイン(12%)	ワイングラス2杯弱(200ml)

アルコール量は、「グラム(g) = お酒の量(ml) × [アルコール度数(%) ÷ 100] × 0.8」で数値化できます。

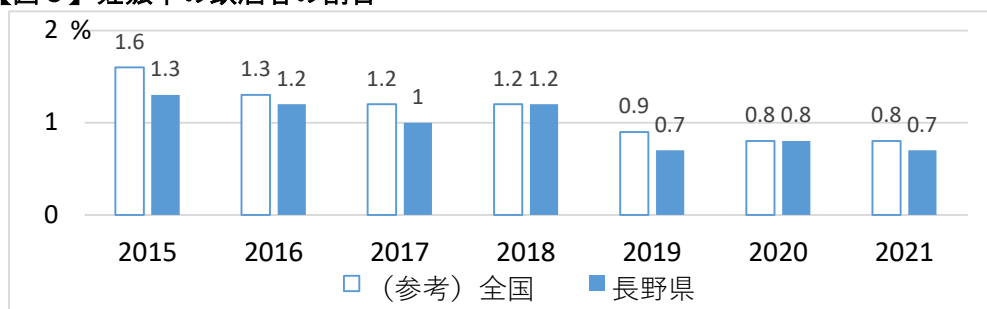
ウ 高齢者の飲酒

- 2018年度の依存症対策全国センターの集計によると、依存症専門医療機関における60歳以上のアルコール依存症新規受診者は30%を超えており、増加傾向にあります。
- 高齢者は若い時と比べて、体内の水分量の減少等で同じ量のアルコールでも酔いやすくなり、飲酒量が一定量を超えると認知症の発症リスクが高まる可能性があります。併せて、飲酒による転倒・骨折リスクが高まります。

エ 女性の飲酒

- 女性は、男性と比べて分解できるアルコールの量が少なく、また、女性ホルモンの一種であるエストロゲン等のはたらきにより、飲酒の影響を受けやすくなります。
- 女性は男性よりも、少ない飲酒量で生活習慣病になりやすく、短期間の飲酒でアルコール依存症を発症する傾向があります。また、飲酒により骨粗鬆症や乳がん等の疾患リスクが増大します。
- 妊娠中の飲酒により胎児性アルコール症候群（FAS）※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は減少しているもののゼロではありません（図5）。また、授乳中の飲酒によりアルコールが母乳に入り、乳児の発達を阻害することがわかっています。
※ 妊娠中の飲酒は、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ます（出典：厚生労働省 e-ヘルスネット）

【図5】妊娠中の飲酒者の割合



（健やか親子21（第2次）の指標に基づく乳幼児健康診査必須問診項目調査）

オ 飲酒運転

- 重大事故に直結する飲酒運転がいまだに後を絶ちません。運転免許取消処分者講習受講者を対象とした複数の調査※では、飲酒運転で検挙された者のうち3割程度の者にアルコール依存症の疑いがあったことが報告されています。
※ 飲酒と運転に関する調査結果報告書（（独）国立病院機構久里浜医療センター、神奈川県警察、2008）等
- 本県の人身事故件数のうち飲酒を伴う事故件数の占める割合は、2012年以降ほぼ横ばいとなっています。一方で、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増加傾向にあります。（表2）

【表2】事故件数における飲酒運転の割合

（単位：件）

年	2012	2014	2016	2018	2020	2022
人身事故	10,403	9,286	8,301	7,251	4,802	4,752
うち飲酒あり	94(0.90%)	104(1.12%)	106(1.28%)	73(1.01%)	63(1.31%)	47(0.99%)
死亡事故	96	81	106	64	46	46
うち飲酒あり	5(5.21%)	4(4.94%)	4(3.77%)	5(7.81%)	4(8.70%)	5(10.87%)

（長野県警察本部資料より作成）

カ アルコールによる健康障害

- 長期間にわたり多量に飲酒をすることで、アルコール依存症、生活習慣病、肝疾患、がん等の身体疾患の発症のリスクが高まるなど、アルコールの影響は全身に及びます。
- WHO（世界保健機関）によれば、飲酒は口腔、咽頭、喉頭、食道、肝臓、大腸、女性の乳房のがんの原因になるとされています。
- 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。本県のアルコール性肝疾患の死亡者数は増減を繰り返している状況です。また、全

国においては増加傾向となっています（表3）

【アルコールを原因とする身体疾患】

(肝臓) アルコール性肝炎・肝硬変など	(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、不整脈
(運動器) 大腿骨骨頭壊死、アルコール性ミオパチーなど	

【表3】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
2005	241人	73人(30.3%)	16,430人	3,928(23.9%)
2010	255人	71人(27.8%)	16,219人	4,470(27.6%)
2015	247人	93人(37.7%)	15,659人	4,710(30.0%)
2020	233人	78人(33.4%)	17,688人	5,950(33.6%)

(厚生労働省「人口動態統計」)

(2) ギャンブル等依存症

○ 調査研究※によると、経験したギャンブル等の経験・種類の現状は（表4）のとおりです。

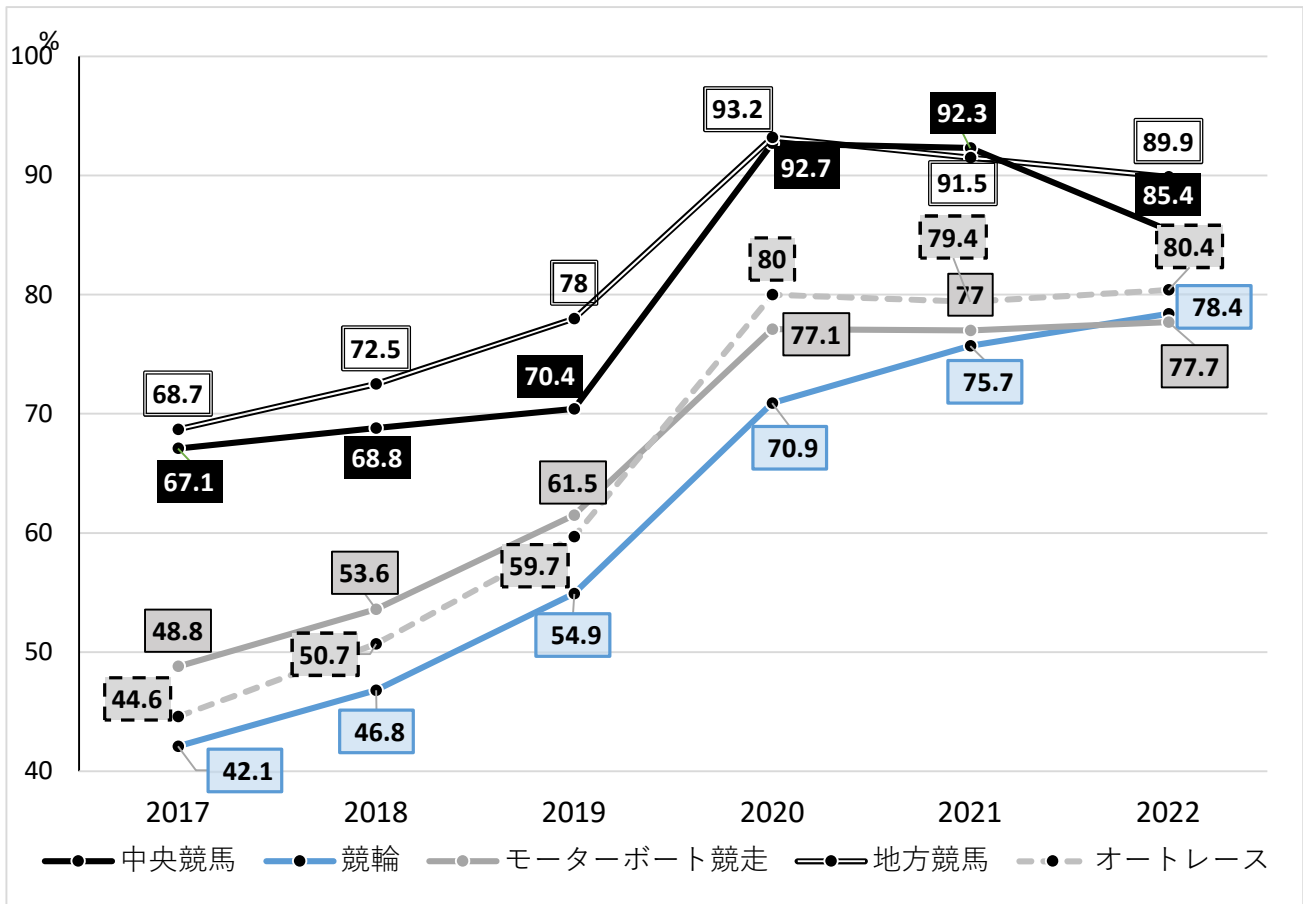
【表4】経験したことのあるギャンブルの種類（生涯と過去1年間）（単位：人数（%））

ギャンブルの種類	各種ギャンブルの生涯における経験と過去1年間の経験の有無			
	生涯経験あり	過去1年間の経験（生涯経験ある者における割合）		
		経験あり	経験なし	無回答
宝くじ (ロト・ナンバーズ等も含む)	5,168(63.7%)	1,887(36.5%)	3,098(59.9%)	183(3.5%)
パチンコ	4,080(50.3%)	669(16.4%)	3,296(80.8%)	115(2.8%)
競馬	2,385(29.4%)	406(17.0%)	1,896(79.5%)	83(3.5%)
パチスロ	1,845(22.7%)	433(23.5%)	1,365(74.0%)	47(2.5%)
サッカーくじ	805(9.9%)	270(33.5%)	517(64.2%)	18(2.2%)
証券の信用取引、先物取引 市場への投資、FX	661(8.1%)	276(41.8%)	351(53.1%)	34(5.1%)
競艇	632(7.8%)	91(14.4%)	513(81.2%)	28(4.4%)
海外のカジノ	588(7.2%)	20(3.4%)	554(94.2%)	14(2.4%)
競輪	444(5.5%)	40(9.0%)	374(84.2%)	30(6.8%)
オートレース	192(2.4%)	18(9.4%)	156(81.3%)	18(4.4%)
インターネットを使ったギャンブル (競馬、競輪等を除く)	189(2.3%)	93(49.2%)	83(43.9%)	13(6.9%)
その他のギャンブル	60(0.7%)	17(28.3%)	34(56.7%)	9(15.0%)
上記のいずれもしたことはない	1,984(24.5%)			

※松下幸生、新田千枝、遠山朋海；令和2年度 依存症に関する調査研究事業「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査」，2021年

○ 新型コロナウイルス感染症の流行をきっかけに公営競技におけるインターネット投票の利用が全国的に増加しており（図6）、売上に占めるインターネット投票の割合が増加しています。

【図6】2017～2020 事業年度の各売上（売得金）に占めるインターネット投票割合の推移



(内閣官房ギャンブル等依存症対策推進本部事務局調べ)

- ギャンブル等依存症を起因として、多重債務や貧困といった経済的問題、家庭内不和や DV、ネグレクトなどの家庭問題、虐待、自殺、犯罪（横領、詐欺、窃盗等）などの社会的問題が生じます。依存症の治療・支援とあわせて、様々な問題への包括的な支援が必要です。
- 依存症対策全国センターの調査※によると、依存症者の問題に気付いてから相談機関を訪れる、あるいは自助グループを利用するまでの期間は、相談機関では平均 58.2 カ月、自助グループでは平均 55.5 カ月といずれも 5 年近い年月がかかっていました。
※松下幸生, 新田千枝, 遠山朋海; 令和 2 年度 依存症に関する調査研究事業
「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査」(2021)

(3) 薬物依存症

- 薬物依存症の問題は、違法薬物が絡むものが多いことから、従来は司法的措置が重視されてきました。しかし、覚醒剤などの薬事犯は再犯率が他の犯罪に比べて非常に高く、司法的措置だけでは解決が難しいことから、依存症患者として捉え、回復に向けた治療や支援を継続的に受けるための仕組みが重要です。

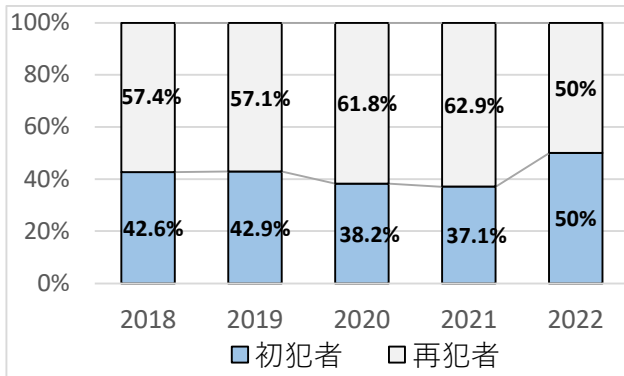
ア 覚醒剤

- 覚醒剤事犯は再犯率が高く、50%を超えた値で推移しています。また、2022 年の覚醒剤事犯検挙人員の年代別割合は、40 歳代が最多となっています。(図 7、9)

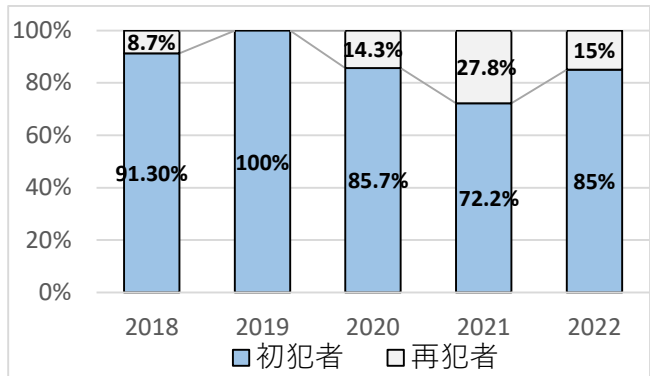
イ 大麻

- 大麻事犯は初犯率が高く、85%を超えた値で推移しています。また、2022 年の大麻事犯検挙人員の年代別割合は 20 歳代が最多となっており、50%となっています。(図 8、10)
- カナダ、ウルグアイ、アメリカの一部の州における大麻の合法化について、合法化された背景や、合法化の範囲や使用に係る制限などの正確な情報が伝わっていない一方で、若年層を中心に「大麻に有害性はない」等の誤った情報がインターネット等で流布されています。

【図7】覚醒剤事犯検挙人員の内訳（長野県）

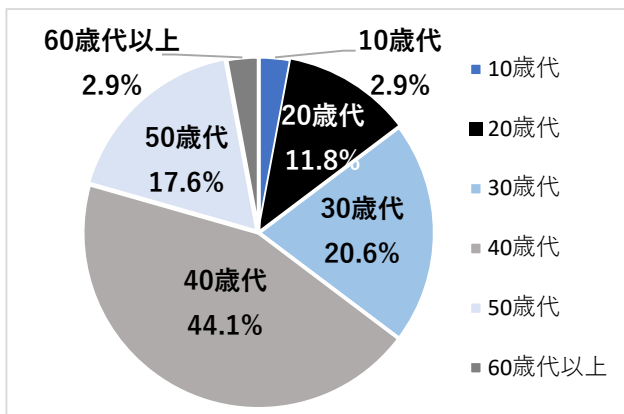


【図8】大麻事犯検挙人員の内訳（長野県）

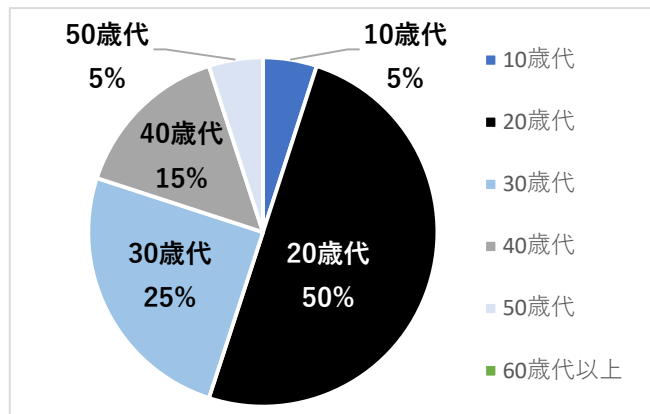


（長野県警察本部統計資料）より

【図9】2022年 覚醒剤事犯検挙人員の年代別割合（長野県）



【図10】2022年 大麻事犯検挙人員の年代別割合（長野県）



（長野県警察本部統計資料）より

ウ 市販薬・処方薬

- 市販薬や処方薬の過量服薬（オーバードーズ）は、意識障害や急性中毒を引き起こすだけでなく、実際に命を落とす事例が発生するなど、近年社会問題となっています。
- 薬の過量摂取により感覚が麻痺し、多幸感を得て不安が解消されるような錯覚に陥ることがあるため、学校生活や仕事、人間関係など、現実社会で孤独感やストレスを抱えた若者たちが、現実逃避の手段として行うことが多いようです。これを繰り返してしまと、その先には依存が待ち受けており、より強い刺激を求めて非合法薬物に手を出してしまう可能性もあります。

コラム 大麻は安全？

一部の国や州では大麻が合法化されていますが、あくまで流通を管理し密売を防ぐためであり、決して安全だからという理由ではありません。大麻を合法化した国や地域であっても、大麻の有害性の影響を大きく受ける未成年の所持や使用は禁じられています。

また、大麻を合法とした国は、カナダ、ウルグアイ、アメリカの一部の州などごく一部であり、大多数の国では違法な薬物として規制されています。

海外では医療用大麻が承認されていますが、あくまで病気を治療するために作られた医薬品です。

なお、大麻取締法等については、令和5年12月に大麻草を原料にした医薬品の使用を認める、大麻の不正な使用について罰則を設ける等の改正が行われています。

（4）ゲーム・ネット依存

ア ゲーム障害とは

- 2018年6月、世界保健機関（WHO）は、オンラインゲームやテレビゲームに没頭し生活や健康に支障をきたす状態を「ゲーム障害」（ゲーム依存症）という精神疾患として「改訂版国際疾病分類（ICD-11）」に位置付けることを発表しました。

- ゲーム障害は、「臨床的特徴」と「重症度」、「期間」の3つの観点から定義され、依存の状況によっては入院治療を要することもあります。

臨床的特徴	ゲームをしたい衝動が制御できない
	日常生活などよりゲームを優先する
	問題が起きてもゲームを続ける
重症度	家族、社会、学業、仕事などに重大な支障
期間	上記4項目が12カ月以上続く（重症の場合は期間短縮）

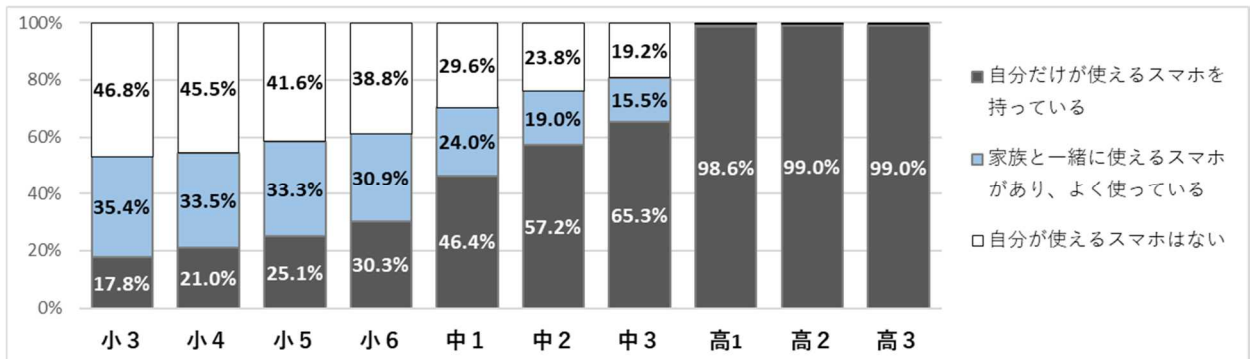
（国際疾病分類（ICD-11）の記述より）

- ゲーム障害が体に与える影響として、睡眠不足と睡眠の質の低下、食事習慣の乱れ、眼精疲労、不適切な姿勢による首や肩の痛みなどがあります。
- 心身の不調や生活における困り感や生きづらさが、ゲームにのめり込む原因になることがあります。ゲームにのめり込むことで、心身の不調だけではなく、遅刻・欠席・欠勤などの社会生活上の問題、過度の課金による経済的な問題等の発生につながります。

イ スマートフォン・パソコンの使用状況と課題

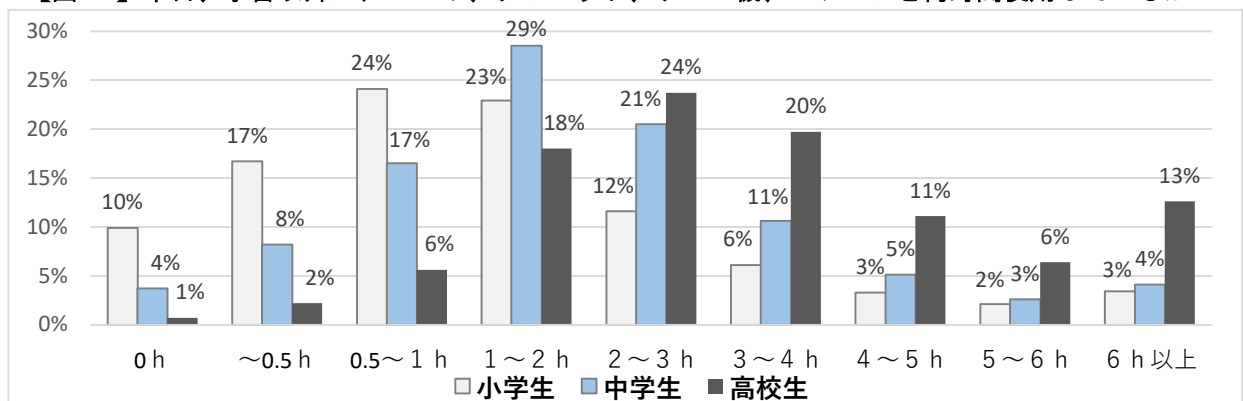
- 2021年の長野県社会生活基本調査によると、趣味・娯楽の種類別行動者率は、「CD・スマートフォンなどによる音楽鑑賞」、「映画館以外での映画鑑賞」、「スマートフォン・家庭用ゲーム機によるゲーム」が高く、電子媒体が日常生活の中に広く浸透しており、多くの県民が娯楽として使用していることがわかります。
- 2023年に「自分だけが使えるスマホがある」と回答した児童は、小3 17.8%(15.8%)、小4 21.0%(18.8%)、小5 25.1%(22.5%)、小6 30.3%(28.1%)であり、スマートフォン所持の低年齢化が進んでいます。また、小学生の3割、中学生の2割が家族と一緒に使えるスマートフォンを使っています。※（）は2022年度の結果（図11）
- 平日、学習以外に、スマホ、タブレット、ゲーム機、パソコンを何時間使用しているか調査したところ、小中学生で4～6時間以上使用している児童生徒が見受けられます。また、高校生になると5割が3時間以上使用していると回答しています。（図12）

【図11】2023年度スマートフォンの所有状況



（長野県「スマホやPC、ゲーム機等とのよりよい関わりに向けたアンケート」）

【図12】平日、学習以外に、スマホ、タブレット、ゲーム機、パソコンを何時間使用しているか



（長野県「スマホやPC、ゲーム機等とのよりよい関わりに向けたアンケート」）

第2 目指すべき方向

1 基本理念

社会が依存症を理解し、依存症者本人も家族も回復者も安心して暮らすことができる社会づくり

2 基本目標

(1) 一次予防（発生予防）

- 社会全体に正しい知識が浸透し、必要な人に必要な情報が届いている
- ・特に配慮が必要なグループに、最適化された情報が届いている

(2) 二次予防（進行予防）

- 適切なタイミングで本人や家族等のニーズに沿った支援につながっている
- ・様々な相談先があり、早期支援へのつながりが図られている
- ・住んでいる地域にかかわらず、必要とする支援が受けられている

(3) 三次予防（回復支援・再発予防）

- 回復者が社会に受け入れられるとともに、継続した支援を受けられている
- ・回復者に対する社会の受入体制ができている
- ・回復者が必要に応じた継続的支援を受けられている

(4) 依存症対策の推進体制整備

- 依存症対策推進体制が整備されている
- ・医療、福祉、就労、教育等、多様な関係者の連携が図られている
- ・依存症専門医療機関とつながるネットワークが県内に構築されている

第3 施策の展開

- 本計画では、関係者が取り組むべき施策の方向性を検討するため、一次予防・二次予防・三次予防における課題を抽出・整理しました。

一次予防 (発生予防)	対象：県民全般、依存症の発症リスクが高い人 定義：依存症の予防に向けた普及啓発や差別・偏見解消に向けた理解促進の取組
二次予防 (進行予防)	対象：依存症の本人と家族等、依存症の疑いがありつつも支援につながっていない人 定義：適切なタイミングで依存症の問題へ介入するための取組 依存症の支援につながっていない人の支援に向けた取組 依存症の支援に継続してつながるための取組
三次予防 (回復支援、再発予防)	対象：依存症からの回復段階にある人 定義：依存症の本人と家族等の回復を支えていくための取組 民間支援団体の活動支援 依存症の支援に継続してつながるための取組（再掲）

1 一次予防（発生予防）

(1) 共通する施策

- 依存症に対する誤解や偏見の解消に向けて、セミナー等の開催による正しい知識の普及啓発と、ポスター、リーフレット、インターネットなど様々なツールを活用した情報提供・発信を行います。
- 依存症の発生を予防するため、就職、結婚、出産、転職・離職・退職、離婚、親しい人の逝去など、依存症のきっかけとなりやすい生活の変化に応じた相談、普及啓発、予防教育を行い

ます。

- 市町村、学校、関係団体等と連携し、卒業、進学など、機会を捉えた若年層への依存症教育を推進します。
- 職場で行う健康増進活動や、健康診断、人間ドック、ストレスチェックの実施などを促進するとともに、保健指導等の機会を活用して心身の健康状態の改善や早期受診につなげます。
- 依存症相談拠点機関※（精神保健福祉センター）や保健福祉事務所・保健所、市町村において精神保健福祉相談を実施します。
※ アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症に関する相談拠点とし、専門の相談窓口の開設及び関係機関との連携などを進める。

（２）個別の施策

ア アルコール健康障害

- 飲酒ガイドライン※の周知及び活用により、正しい知識の普及を図ります。
※ 個々の状況に応じた適切な飲酒量・飲酒行動の判断に資するため、厚生労働省が策定しているガイドライン。
- 販売事業者等の関係団体と連携して不適切な飲酒の誘因防止に取り組みます。
- 販売事業者等、教育関係者、医療関係者、市町村等と連携して、20歳未満の者、妊産婦における不適切な飲酒ゼロを目指した普及啓発を推進します。
- 交通安全の関係者と連携し、飲酒運転防止の重要性について啓発を実施します。また、飲酒運転をした者でアルコール依存症が疑われる場合には、相談や治療が受けられる機関へつなぐ体制を検討します。
- 多量飲酒者、高齢者、女性など、アルコール健康障害の発生リスクが相対的に高い人に対して、それぞれの特性について正しく理解するための普及啓発を行います。

イ ギャンブル等依存症

- 関係団体と連携し、ギャンブル等依存症にかかる啓発活動を行い、不適切な誘因防止に取り組みます。

2 二次予防（進行予防）

（１）共通する施策

- 依存症者や家族等が適切な支援につながるための普及啓発を行います。
- 依存症相談拠点機関や保健福祉事務所・保健所において、依存症者や家族等からの相談に対応するとともに、回復プログラム等の案内や依存症専門医療機関、民間支援団体等に関する情報提供を行い、必要に応じて関係機関へつなげます。
- 依存症に特化した専門プログラムにより治療を行う依存症専門医療機関について、ポスターや県のホームページ等で周知します。
- 依存症からの回復プロセスについて具体的な情報提供を行い、相談や医療機関、民間支援団体等の継続利用を支援します。
- 依存症相談拠点機関や保健福祉事務所・保健所への家族からの相談に対し、家族会や家族も参加できる自助グループ等につなげ、正しい知識の修得や家族自身の生活の確保を支援します。
- 就労支援者や職場に対し、依存症の特性や対応の方法等、依存症に対する理解の促進を図るとともに、依存症者の就労・復職支援を実施します。
- 住まいの確保のため、家主や不動産事業者に対する依存症の正しい知識の普及啓発を図るとともに、長野県居住支援協議会と連携して、住宅確保要配慮者の居住支援の充実に取り組みます。
- 依存症に関連する経済的問題、家庭問題、社会的問題について、依存症者や家族から相談を受けた場合、ニーズに応じて専門的な相談窓口の案内、専門的な支援者へのつなぎを行います。

（２）個別の施策

ア アルコール健康障害

- 職場で行う健康診断、人間ドック、ストレスチェックなどを早期発見の契機として活用するとともに、保健指導等の機会においては、必要に応じて、受診・相談の勧奨や専門医療機関、民間支援団体等の情報を提供します。
- 依存症者や依存症が疑われる人が、アルコールに起因する疾患により内科等を受診した際に、専門的な医療機関や民間支援団体等へつながるよう、SBIRTS（エスバーツ）を普及します。

SBIRTS とは		
① Screening	スクリーニング	スクリーニングテストにより飲酒問題の程度をふるい分ける。
② Brief Intervention	簡易介入	飲酒問題の程度により、節酒や断酒を促す。
③ Referral to Treatment	専門治療への紹介	専門的な治療が必要な方には、医療機関を紹介する。
④ Self-help group	自助グループへの紹介	本人や家族を回復のための自助グループにつなげる。

SBIRTS を広めよう

アルコール依存症治療における SBIRT は、スクリーニングテストの結果により、できるだけ早期に無理なくアルコール依存症の治療を勧めるための仕組みで、早期発見から早期治療につなげるための方法として専門医療機関では定着しています。SBIRTS は SBIRT に自助グループ (Self Help Group) の「S」を連結した考え方です。

アルコール依存症は進行性の慢性疾患であり、回復し続けるためには自助グループ等に参加することが望ましいとされています。

そのためには、かかりつけ医や保健指導・相談にあたる産業医等の関係者が、患者と自助グループへのつなぎの機会を設け、参加を促す SBIRTS の活用が期待されます。

イ ギャンブル等依存症

- 消費生活センターと連携し、多重債務やギャンブル等依存症等の相談内容に応じた専門機関を案内するなど、解決に向けた支援を行います。

3 三次予防（回復支援・再発予防）

(1) 共通する施策

- 民間支援団体等が継続して本人や家族を支援できるよう、運営にかかる支援、活動の機会や会場の提供、活動内容についての情報発信等を行います。
- 回復者が社会復帰しやすい環境を整備するため、依存症に対する正しい知識、回復と就労の両立のために必要な知識を職場等周囲の人に情報提供し理解を促進します。
- 就労支援者や企業・職場に対し、依存症の特性や対応の方法等、依存症に対する理解の促進を図るとともに、依存症者の就労・復職支援を実施します。(再掲)
- 住まいの確保のため、家主や不動産事業者に対する依存症の正しい知識の普及啓発を図るとともに、長野県居住支援協議会と連携して、住宅確保要配慮者の居住支援の充実に取り組みます。(再掲)
- 依存症相談拠点機関や保健福祉事務所・保健所への家族からの相談に対し、家族会や家族も参加できる自助グループ等につなげ、正しい知識の修得や家族自身の生活の確保を支援します。(再掲)
- 依存症の再発や依存症による合併症等を予防するため、支援者による心身の健康相談、訪問活動を通じた継続的な支援の充実に取り組みます。

(2) 個別の施策

ア ギャンブル等依存症

- 入場制限、インターネット投票制限及び利用制限等、本人や家族の申告に基づくアクセス制限について、事業者や団体の協力を求めます。

4 依存症対策の推進体制整備

- 相談担当者や医療従事者等を国が実施する依存症に係る研修会に派遣して、対応力の向上を図ります。
- 市町村や保健福祉事務所・保健所の保健師等を対象に、相談支援に関する研修会を開催します。
- 身近なかかりつけ医を対象とした研修会を開催し、アルコール健康障害・各種依存症が疑われ

る患者を早期に発見して適切な治療・支援等につなぐ地域の連携体制づくりを目指します。

- かかりつけ医が、アルコール健康障害・各種依存症が疑われる患者を早期発見し、適切な治療・指導等を行うとともに、必要に応じて依存症専門医療機関、民間支援団体等につなぐ連携体制を目指します。
- 身近な地域で専門的な依存症治療が受けられるよう、依存症専門医療機関の選定を進め、依存症専門医療提供体制の充実を目指します。なお、依存症専門医療機関による連携会議により、依存症専門医療の質の向上を図ります。
- 行政、民間支援団体、医療機関、身近な支援者による会議等を通じて、地域における顔の見える支援者ネットワークの構築を図ります。
- 情報共有、研修会や連携会議の開催などにより、行政、医療、福祉、教育、司法、就労などの多様な関係者が連携し、依存症の問題で悩む人のニーズに対応する包括的な支援体制の構築を目指します。

第4 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 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	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 11.0% (2019) 全国 14.9% (2019)	11.0% 未満 (2029)	現状より減少させる ※厚生労働省：アルコール健康障害対策推進基本計画【第2期】の目標 男性13.0% 女性 6.4%	県民健康・栄養調査
		女性	長野県 7.6% (2019) 全国 9.1% (2019)	7.6% 未満 (2029)		
○	20歳未満の者の飲酒割合	中学1年男子	0.8% (2021)	0%	20歳未満の者の飲酒をなくす	未成年者の喫煙・飲酒状況等調査
		中学1年女子	0.5% (2021)	0%		
		高校1年男子	1.7% (2021)	0%		
		高校1年女子	1.5% (2021)	0%		
○	妊娠中の飲酒割合		0.7% (2021)	0%	妊娠中の飲酒をなくす	健やか親子21乳幼児健診必須問診項目調査
○	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		長野県 76人 (2021) 全国 6,016人 (2021)	76人 未満	現状より減少させる	厚生労働省 人口動態統計

2 依存症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を整備する

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	依存症に関する相談件数	依存症相談拠点機関（精神保健福祉センター）	733件 (2021)	733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	268件 (2021)	268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会の開催回数（アルコール健康障害）		1回	1回 以上	現状以上を目指す	県実施事業
P	関係機関による連携会議の開催回数（アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症）		各1回	各1回 以上	現状以上を目指す	県実施事業
P	依存症専門医療機関の連絡会議の開催		未開催	1回 以上	新たに開催する	県実施事業
S	依存症専門医療機関の数（ギャンブル等依存症）		2か所	4か所 以上	各精神医療圏域に 1か所以上	保健・疾病対策課
S	依存症専門医療機関の数（薬物依存症）		2か所	4か所 以上	各精神医療圏域に 1か所以上	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

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1章第6節）、薬物乱用対策（第8編第3章第9節）、精神疾患対策（第9編第5節）

（2）関連する個別計画

長野県自殺対策推進計画、長野県子ども・若者支援総合計画

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。

中国武漢市における原因不明の肺炎に端を発し、2019年12月に確認された新型コロナウイルス感染症(COVID-19)(以下「新型コロナ」という。)については、変異を繰り返しながら人々の生命・健康に影響を与えており、今後も感染症によるリスクはなくならないことに鑑みれば、新型コロナに関するこれまでの取組を振り返り、次の感染症危機に備えることが重要です。

こうした状況を踏まえ、2022年に「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)」が改正され、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国や都道府県は、関係機関との連携協力により、病床、外来医療、医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講じることが盛り込まれました。

本改正を踏まえ、県においても、新型コロナの対応で得られた知見や教訓をもとに、感染拡大を可能な限り抑制し、県民の生命及び健康を守るため、次の感染症危機(新興感染症等[※]の発生)に備え、発生の初期段階から迅速かつ効果的に対策を講じるための平時からの取り組みを推進します。

なお、本節は感染症法第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)」として位置付けます。

※ 新興感染症とは、感染症法に規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症(かかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限る。)及び新感染症をいいます。

1 感染症予防を推進するための基本的な方向

(1) 事前対応型行政の構築

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(以下「感染症発生動向調査」という。)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事前対応型の施策を推進していきます。

また、県、保健所設置市、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者、消防機関等で構成される長野県感染症対策連携協議会を通じ、長野県感染症予防計画(以下「本計画」という。)等について協議を行うとともに、本計画に基づく取組状況を毎年報告し、進捗確認を行うことで、平時より感染症の発生及びまん延を防止していくための取組を関係者が一体となってPDCAサイクルに基づく改善を図り、実施状況について検証します。

(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、感染症の発生の状況、動向及び原因に関する情報の収集及び分析とその分析の結果並びに感染症の予防及び治療に必要な情報の県民への積極的な公表を進め、県民個人個人における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」を推進します。

(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) 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、保健所設置市、その他の関係機関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次の施策を講じます。

- 情報の収集及び分析、情報公表、研究の推進、正しい知識の普及
- 感染症対策に携わる人材の確保、養成及び資質の向上
- 迅速かつ正確な検査体制の整備
- 相談体制、医療提供体制、療養体制の整備
- 新興感染症のまん延を防止するために必要な措置に係る市町村や医療機関等との総合調整の実施

(6) 関係機関等の果たすべき役割

ア 県民の果たすべき役割

- 感染症に関する正しい知識を持ち、予防に必要な注意を払うこと
- 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こと

イ 医療及び福祉関係者の果たすべき役割

- 医師その他の医療関係者は、国及び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こと
- 病院、診療所、病原体等の検査機関、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こと
- 保険医療機関、保険薬局及び訪問看護事業所等は、感染症の入院患者の医療その他必要な医療の実施について、国又は県等が講ずる措置に協力すること

ウ 獣医療関係者の果たすべき役割

- 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こと
- 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こと

【表1】感染症法対象疾患

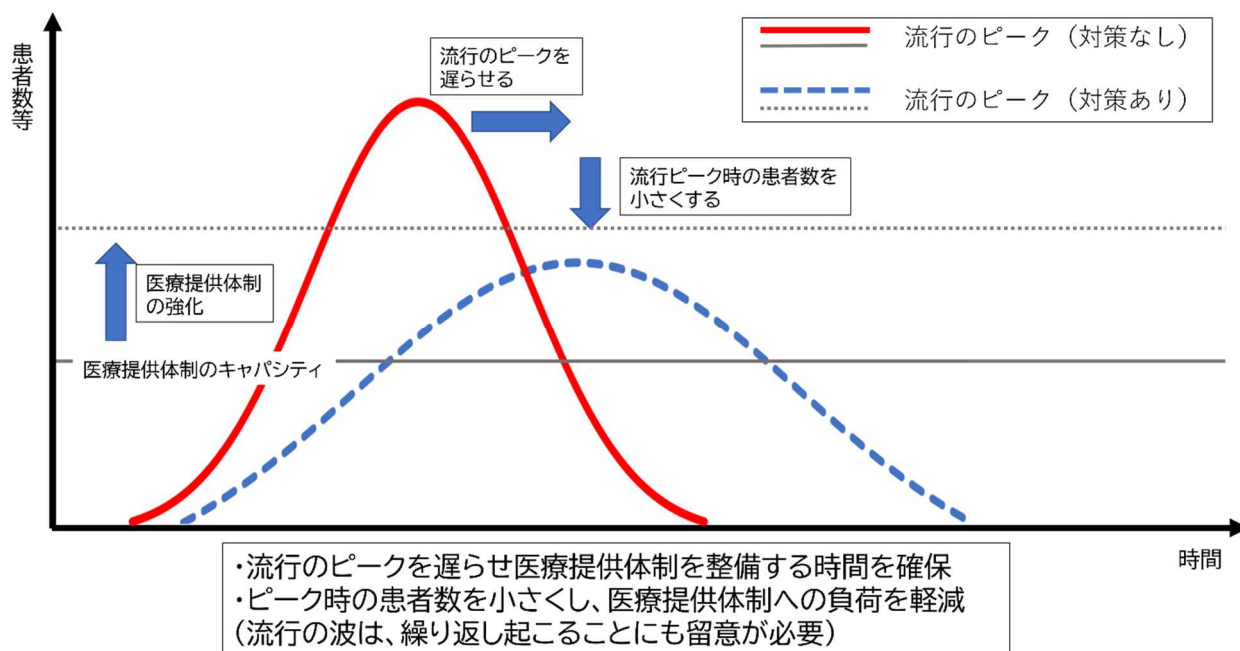
最終改正：2023年5月26日

類型	対象疾患
一類 (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
二類 (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）
三類 (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
四類 (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、エムポックス、黄熱、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサナル森林病、Q熱、狂犬病、コクシジオイデス症、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
五類 (全数) (24)	アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）、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) (26) 計 50	RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、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。）、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、急性出血性結膜炎、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。）、新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）、水痘、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、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、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、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症、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 新型コロナウイルス感染症、再興型コロナウイルス感染症
指定感染症	該当なし
新感染症	該当なし

2 感染症対策全般（新興感染症を含む）

- 広域的にまん延する感染症への対策は、基本的な考え方として、流行のピークを遅らせ医療提供体制を整備する時間を確保するとともに、ピーク時の患者数を小さくし医療提供体制の負荷を軽減することが重要です（図1）。
- 県では、新型コロナで得られた知見や教訓をもとに、次の感染症危機に備え、感染拡大を可能な限り抑制し、県民の生命及び健康を守るための施策を推進します。
- 実施の方向性として、患者等の人権に配慮しつつ、感染拡大防止策が確実に実施され、患者の状態に応じた医療が提供される状態を目指します。
- これを実現するためには、感染症予防の取組、まん延防止の取組、医療提供体制の整備、自宅・宿泊療養施設・高齢者施設等の療養者の療養環境の整備が重要であり、これらを推進する施策を展開してまいります。
- なお、本項は医療法第34条の4（2024年4月1日施行）に基づく医療計画（そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症がまん延し、又はそのおそれがあるときにおける医療）として位置付けます。

【図1】 感染症対策の概念図



第1 現状と課題

1 感染症対策の企画・検討体制

(1) 長野県新型インフルエンザ等対策本部の設置

- 新興感染症が発生した際には、健康危機管理として全庁的に取り組む必要があり、国、市町村、関係機関等と相互に連携を図り、一体となった取組を行うことが重要です。
- 内閣に新型インフルエンザ等対策本部が設置された際には、直ちに、長野県新型インフルエンザ等対策本部（以下「県対策本部」という。）を設置し、部局横断的に感染症対策を迅速かつ総合的に推進し、県民の健康被害の防止及び社会機能維持を図ります。

- 新型コロナにおいては、県対策本部が、感染状況等に応じて感染警戒レベル等を運用し、状況を県民と共有するとともに、基本的な感染対策等の協力を求めました。

(2) 長野県感染症対策連携協議会・専門家懇談会等の開催

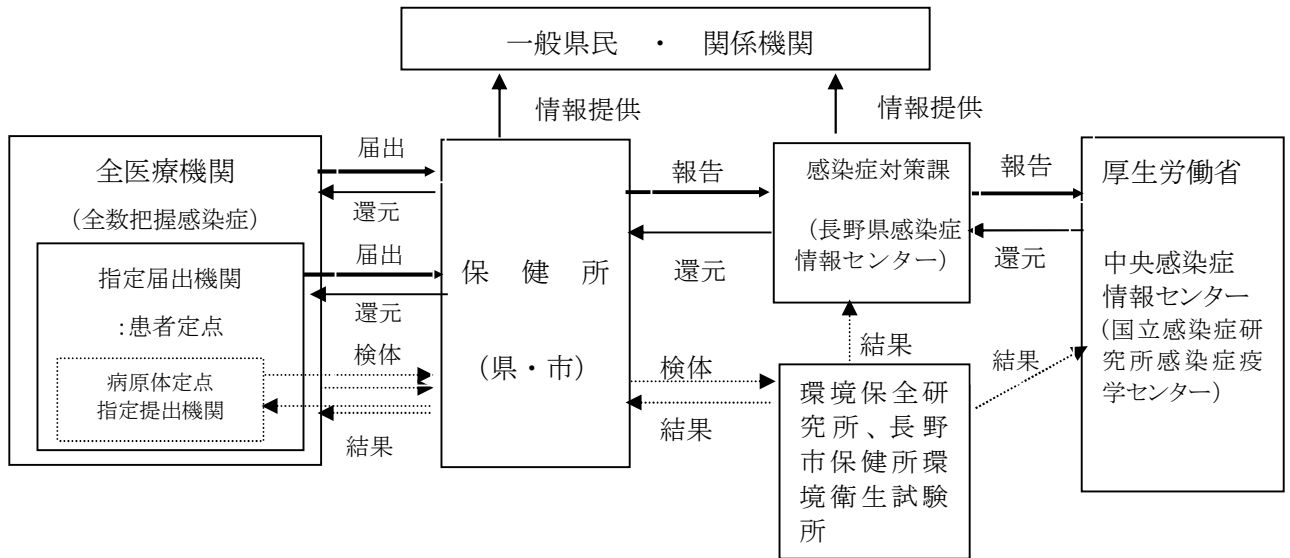
- 新型コロナの経験を踏まえ、新たな感染症の発生及びまん延に備えるため、2022年に改正された感染症法に基づき、本計画についての協議や関係機関の連携強化を図る場として、2023年に長野県感染症対策連携協議会を設置しました。
- 本協議会においては、感染症の発生・まん延時において機動的な対策を実施するため、平時から県や保健所設置市、医療機関、消防機関等の間で、入院調整の方法や医療人材の確保、保健所体制、検査体制や方針、情報共有のあり方などを議論・協議し、本計画の具現化に取り組みます。
- また、新型コロナ対応においては、医学的な見地から専門家の助言や意見を聴くため、長野県新型コロナウイルス感染症対策専門家懇談会を開催し、県の新型コロナ対策に活かしてまいりました。
- 新興感染症発生時においては、流行状況に応じた対策の強化・縮小等を的確に行うことが重要であるため、長野県感染症対策連携協議会等での協議を通じて、関係機関と連携して迅速な対策の切り替えについて検討を進めることも必要です。

2 予防・まん延防止の取組

(1) 感染症発生動向調査

- 感染症の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する必要があります。
- 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2)。
- 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・松本市分を含む。)は3年毎に見直しており、2023年1月からは別表のとおり指定しています(表2)。
- 新型コロナ発生時には、FAX等の紙媒体で届出が行われており、患者情報の迅速な収集に支障をきたしたことに加え、保健所における国報告作業に多大な負担が生じたことから、電磁的方法による届出を普及することが必要です。

【図2】 感染症発生動向調査の事業体系図



【表2】 感染症発生動向調査指定届出機関数（2023年1月～2025年12月）

定点種別	五類感染症（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/COVID							
患者定点	34	54	10	14	12	124	25	149
うち病原体定点	5	12	2	—	12	31	—	31

※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）感染症の情報提供・共有

- 地域における総合的な感染症の情報の発信拠点として健康福祉部内に感染症情報センターを設置し、県民や医療機関、事業者等が感染症の予防・まん延防止のために適切な行動がとれるよう、感染症の発生状況等に関する情報を積極的に公表しています。
- 感染症の発生状況等の公表に当たっては、その正しい知識の普及を図るとともに、患者等に対する不当な差別や偏見が生じないように、個人情報の保護に十分に留意する必要があります。
- 新型コロナウイルスにおいては、予防方法や症状、誹謗中傷等の様々な内容に関する問い合わせや相談が増加したことから、県は一般相談窓口や誹謗中傷相談窓口等を設置しました。
- 新興感染症が発生した場合にも、県民からの多様な問い合わせや相談に対応できる体制を構築することが必要です。

（3）感染症の病原体等の検査及び調査・研究

ア 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、病原体等の技術的かつ専門的な機関として、病原体等の試験検査、調査及び研究を実施しており、また、長野・松本の各保健所は主に細菌の病原体検査を実施しています。各検査機関は、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。

- 新型コロナにおいては、限られた人員・検査設備により検査体制の拡充に時間を要したことから、新興感染症の発生を想定し、環境保全研究所等や保健所の役割分担を明確にするとともに、計画的な人員の確保や配置、保健所設置市との連携体制の確保等に取り組むことが必要です。
- また、環境保全研究所は、施設や設備の老朽化が課題となっており、設備の更新等を計画的に進めるなどにより、機能の強化・充実が必要です。
- さらに、平時から民間検査機関や医療機関と協定を締結し、新興感染症の発生時に必要となる検査能力を確保することが重要です。
- 新型コロナにおいては、有症状者の診療・検査を集中的に行う外来・検査センターを設置するとともに、薬局等において感染不安を感じる無症状の方への無料検査を実施しました。
- 新興感染症の発生時においても、感染症の特性や流行状況等に応じた必要な検査体制を構築することが必要です。

イ 調査及び研究の推進

- 健康福祉部、環境保全研究所及び県保健所は、長野市・松本市、食品衛生部門、環境衛生部門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んでいます。
- 新型コロナにおいては、診療を行う医師同士が症例の報告・検討を行う COVID-19 検討会が開催され、県も発生状況等の疫学情報を提供することで、各医療機関における診療に活用されました。
- 新興感染症の発生時においては、重症度等の知見が限られることから、医療の提供を行う上で、医療機関における臨床情報や県が収集したデータ等について、個人情報の保護に十分留意し、関係者間で共有・分析を行うことが重要です。

(4) 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、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、社会福祉施設、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。

(5) 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、その予防対策や海外渡航時の注意事項などについて普及啓発を実施しています。

(6) 検疫所との協力連携体制の構築

- 国内に常在しない病原体の侵入防止や、国内でのまん延に対処するための体制を整備するまでの時間を確保するためには、水際対策が重要であり、各検疫所と連携し、県内に滞在する入国者の健康観

察等の実施が必要です。

- また、信州まつもと空港に国際便が着陸する際には、東京検疫所の検疫官と密に連携を取り、有症状者の移送や検査等の迅速な実施が重要です。

(7) 新興感染症に対応するワクチン接種体制の整備

- 感染症の感染予防又は重症化予防にはワクチン接種が最も有効な手段の一つであり、有効性及び安全性が確認されたワクチンが開発された際には、国において必要な量を確保し、国・県・市町村でワクチンの有効性や接種対象者・接種順位のあり方等の基本的な情報発信等を行うとともに、ワクチン接種を行う人材を確保する等、接種体制を整えることが必要です。
- また、世界的なワクチンの需要拡大に伴い、自治体への供給が滞ることも想定されるため、県において市町村へのワクチンの配分を調整することや、国に対し必要な量の確保を要請することも重要です。
- さらに、多くの県民へ短期間で接種を進める上では、企業・団体等と連携し、従業員等へのワクチン接種に関する情報の共有や職域接種を実施するなど、希望者が接種を受けやすい環境の整備に取り組むことも重要であり、新型コロナにおいては、県は以下の取組を行いました（表3）。

【表3】県における新型コロナワクチン接種促進の主な取組

主体的な取組	補完的な取組
① ワクチン接種相談センターの開設	① 医療関係団体と県とが連携して公募した医療従事者を「ワクチン接種支援チーム」として接種会場へ派遣
② ワクチン接種後の副反応診療体制の整備	② 東信、南信、中信、北信の各地域に県の接種会場を設置
③ ワクチンの配分、市町村間での融通	③ 高齢者施設等への巡回接種の実施
④ 企業・団体等と連携した接種の促進	

(8) 保健所の体制確保

- 保健所は、地域の感染症の発生状況に即した疫学的調査等を行い、地域における感染症対策の中核的機関としての役割を果たしています。
- 新型コロナにおいては、流行の拡大に伴い、保健所体制の強化や業務の効率化を図りましたが、一時的に保健所業務がひっ迫する事態が生じたため、保健所人員の確保や養成、業務の効率化（ICTの活用、業務の一元化、外部委託等）が課題となっています。
- 県においては、平時から保健師等の人材確保のため、市町村と保健師等の人事交流及びIHEAT[※]要員等の外部人材の確保等による体制強化の取り組みを進めています。

※IHEAT（Infectious disease Health Emergency Assistance Team）とは、感染症のまん延等の健康危機が発生した場合に地域の保健師等の専門職が保健所等の業務を支援する仕組みとして、2022年の地域保健法改正により制定されました。

(9) 医療機関・高齢者施設・学校等における感染症のまん延防止対策

- 基礎疾患を有する方や重症化リスクが高い方が多く利用する医療機関、薬局、高齢者施設や集団発生リスクが高い学校等は、平時から感染対策に取り組むことが重要です。

- このため、教育委員会や関係部局と連携して、医療機関・薬局・高齢者施設・学校等が適切な感染対策を講じられるよう、最新の知見に基づく感染対策について情報提供等を行うことが大切です。
- これらの施設においては、新型コロナ対応を踏まえ、飛沫等による感染予防に資する換気設備等の整備を行うことも大切です。
- 県においては、感染症予防及び対策等の研修を実施する高齢者施設に対し、講師の派遣等を行い、従事者の資質向上の取組への支援をしています。
- また、新型コロナにおいては、集団感染が発生した高齢者施設等に対し、保健所が相談に応じるとともに、必要に応じて感染制御の専門的知識を有する感染管理認定看護師の派遣を行いました。
- 全ての医療機関及び高齢者施設等においては、平時から感染症の予防・まん延防止の知識を持った人材を育成していくことが大切です。

3 医療提供体制・自宅等療養体制

(1) 感染症指定医療機関

ア 第一種・第二種感染症指定医療機関

- 第一種感染症指定医療機関は、一類感染症、二類感染症（結核を除く。）及び新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関として、総合的な診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、原則として県内に1か所指定することとされています。
 - 第二種感染症指定医療機関は、二類感染症（結核を除く。）及び新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関として、総合的な診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、原則として二次医療圏ごとに1か所指定することとされています。
 - 第一種・第二種感染症指定医療機関は、感染症発生時に地域の中核的な役割を担うことから、平時から情報共有や連携できる仕組みを作ることが重要です。
 - また、感染症対応に当たる医療従事者に対して新興感染症の発生を想定した研修・訓練を自ら実施すること、または、国、県、他の医療機関等が実施する研修・訓練に参加させることにより、必要な人材を確保・養成することが重要です。
 - これら研修以外にも、感染症に関する専門的知識を持つ専門家人材[※]を育成することも大切です。
 - 新型インフルエンザ等感染症等の新たな感染症が発生した場合には、他の医療機関に先行して対応を行うことが想定されるため、平時から設備の充実や個人防護具等の備蓄が必要です。
 - なお、第一種・第二種感染症指定医療機関の指定状況は別表のとおりです。（表4・表5）
- ※ 専門家人材とは、主に感染症患者の治療にあたる感染症専門医、感染制御の専門的知識を有するインфекションコントロールドクターや感染管理認定看護師等をいう。

【表4】 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

【表5】 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
木曾	県立病院機構県立木曾病院	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

イ 協定指定医療機関

○ 今般の新型コロナ対応を踏まえ、2022年の感染症法改正により、今後の新興感染症の発生に備え、第一種・第二種感染症指定医療機関における対応に加え、発生の初期段階から効果的に入院や外来医療、クラスター対策等の各措置を講ずることができるよう、以下の措置に係る協定を締結します。

(ア) 新興感染症の患者等に対する入院治療

(イ) 新興感染症にかかっていると疑われる者に対する診療（発熱外来）

(ウ) 新興感染症の自宅・宿泊療養者に対する医療・健康観察

(エ) 新興感染症の入院治療を行う医療機関や、クラスター発生施設等への医療人材の派遣

(オ) 新興感染症からの回復後患者に対する医療の提供

なお、(ア)の措置を実施する医療機関は「第一種協定指定医療機関」として、(イ)又は(ウ)の措置を実施する医療機関（薬局、訪問看護事業者を含む）は「第二種協定指定医療機関」として指定します（表6）。

○ 特に、公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、各地域におけるその機能や役割を踏まえ、新興感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を講ずることが義務付けられました。

○ また、協定指定医療機関においても、感染症対応に当たる医療従事者に対して新興感染症の発生を想定した研修・訓練を自ら実施すること、または、国、県、他の医療機関等が実施する研修・訓練に参加させることにより、必要な人材を確保・養成することが重要です。

○ これら研修以外にも、感染症に関する専門的知識を持つ専門家人材※を育成することも大切です。

○ 新興感染症の流行初期から対応を行う必要があるため、平時から設備の充実や個人防護具等の備蓄が必要です。

○ 同様に、新興感染症からの回復後患者の受入れについても、病床のひっ迫を防ぐ観点から、体制を確保するとともに、新興感染症以外の患者の受入れについては、全ての医療機関で対応していくことが重要です。

※ 専門家人材とは、主に感染症患者の治療にあたる感染症専門医、感染制御の専門的知識を有する

インфекションコントロールドクターや感染管理認定看護師等をいう。

【表6】 協定締結対象機関等が実施する措置

協定種別	協定締結対象		病 院	有 床 診療所	無 床 診療所	薬 局	訪問看護 事業 所
	実施する措置						
第一種	(ア)	入 院	●	●	—	—	—
第二種	(イ)	発熱外来	●	●	●	—	—
	(ウ)	自宅療養者等への 医療の提供	●	●	●	●	●
	(エ)	人材派遣	●	●	●	—	—
	(オ)	後方支援	●	●	—	—	—

(2) 入院調整

- 新型コロナにおいては、医療機関に入院要否の判断の目安等を提供するとともに、必要に応じて精密検査等（二次診察）を実施し、患者の病状に応じた入院調整を行いました。
- また、配慮が必要な患者への医療提供体制の方針策定、地域の実情に応じて時間外・救急の輪番体制の構築等を実施しました。
- 新興感染症の発生時には、病状に応じて患者が入院できるよう、新型コロナにおける取組を踏まえ、地域の実情に即した入院調整体制の構築が必要です。

(3) 移送

- 感染症法に基づき入院勧告・措置の対象となった患者の医療機関への移送に当たっては、保健所のみでは対応が困難な場合もあることから、消防機関との連携や必要に応じて民間事業者への業務委託等を図ることが重要です。

(4) 自宅・宿泊療養施設・高齢者施設等の療養者の環境整備

- 新興感染症が発生し、重症者を優先する医療体制へ移行した場合には、軽症の患者が自宅や、県が協定を締結した宿泊療養施設、高齢者施設等で療養することも想定されます。
- 新型コロナ対応を踏まえ、2021年の感染症法改正により、自宅等で療養する患者に対する外出自粛要請が可能となり、また、健康観察や生活支援の実施が法定化されました。
- 新興感染症の発生に備え、民間宿泊業者等と宿泊療養の実施に関する協定を締結すること等により、平時から宿泊療養施設の確保を行うことが必要です。
- 自宅療養者の健康観察に当たっては、保健所人員の確保を進めるとともに、必要に応じて業務委託等により体制を整備することが必要です。また、自宅療養者の体調が悪化した際に、必要な医療を受けられるよう、関係機関との連携体制を整備することが重要です。
- 高齢者施設等で療養する場合には、施設内で感染がまん延しないような環境を構築することや、高齢者施設等の療養者が往診・訪問看護等により必要な医療を受けられる体制の整備が課題です。
- 生活支援は、外出自粛により生活上必要な物品等の入手が困難になることから、自宅療養者への食料提供等の支援が速やかに実施できるよう、市町村との連携を含めた体制を検討することが必要です。

- また、新型コロナにおいては、罹患後症状（いわゆる後遺症）に悩む患者が生じました。新興感染症においても、その実態を把握するとともに、必要に応じて対応を検討することが重要です。

（５）診療継続計画の策定

- 新型コロナにおいては、医療機関の職員やその家族の感染による欠勤が多数生じたことから、診療継続計画の重要性が再認識されました。
- 県は医療機関に対し、医療機関の特性や規模に応じた診療継続計画の作成を要請するとともに、国等が作成するマニュアルを提供する等、その作成を支援することが必要です。

（６）医療・福祉従事者等へのメンタルヘルスケア

- 医療機関や社会福祉施設等の開設者は、感染症対応にあたる従事者等への安全配慮義務として、感染予防対策を講じるだけでなく、メンタルヘルスケアとして事業場内の相談体制を整備することが必要です。
- 県においては、平時から、保健所や精神保健福祉センター等に精神保健に関する相談窓口を設けています。

（７）医療資材・医薬品の確保等

- 個人防護具等の医療資材及び医薬品は、感染症の予防及び患者に対する診療に欠かせないものですが、新型コロナの発生時においては、患者の急増等により需要が増加し、不足が生じました。
- このため、個人防護具等の医療資材については、平時から、国・県及び医療機関において備蓄等により、新興感染症の発生に備えておくことが必要です。
- また、医薬品については、新興感染症が発生した際には、国において必要な量の確保や配分を行うことに加え、医療機関や薬局、医薬品の卸売販売業者に対して適正な使用又は流通等について協力を求めることが必要です。
- なお、抗インフルエンザウイルス薬については、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な量の備蓄を推進しており、県においては28万6200人分を備蓄するとともに、定期的に更新しています。

第2 目指すべき方向と医療体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

感染拡大が可能な限り抑制され県民の生命及び健康が守られる

中間成果（中間アウトカム）

（１）患者等の人権に配慮された感染拡大防止策が確実にとられる

- ア 県民等が感染症に対する理解を深め適切な行動がとれる
- イ 早期の受診・検査により患者が適切な行動がとれる
- ウ 疫学調査等により接触者・濃厚接触者が適切な行動がとれる

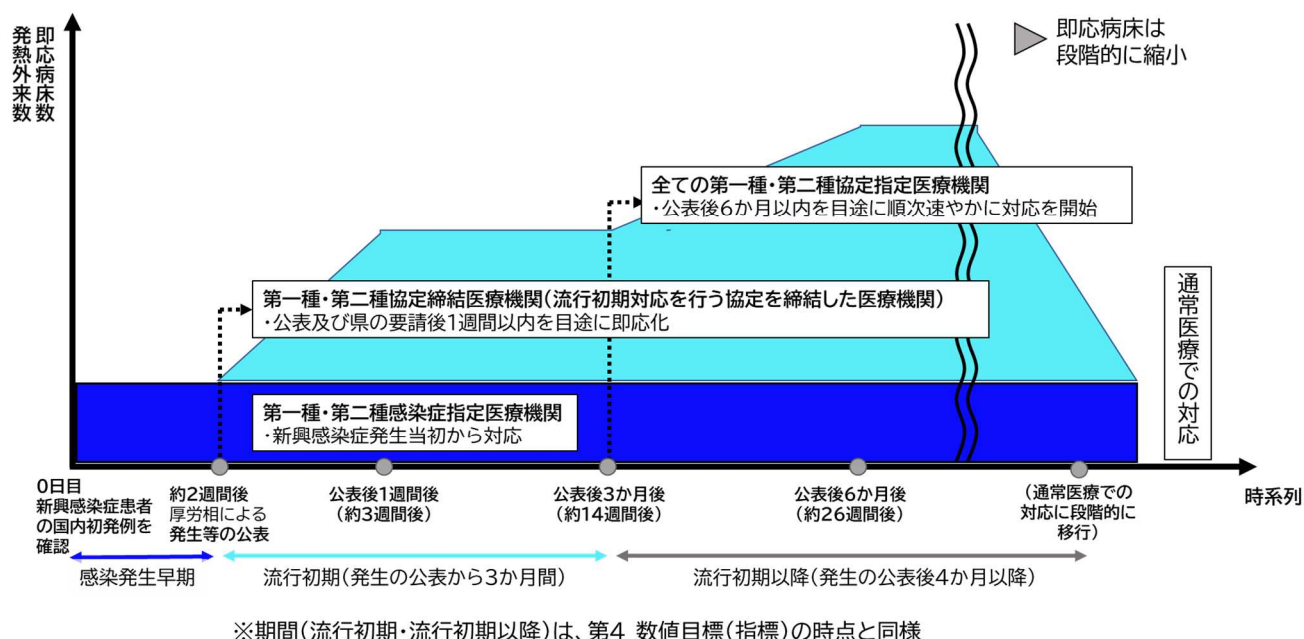
(2) 患者の状態に応じた医療が提供される

- ア 入院が必要な患者が適切な医療を受けられる
- イ 入院を要しない患者が症状に応じて適切に療養できる

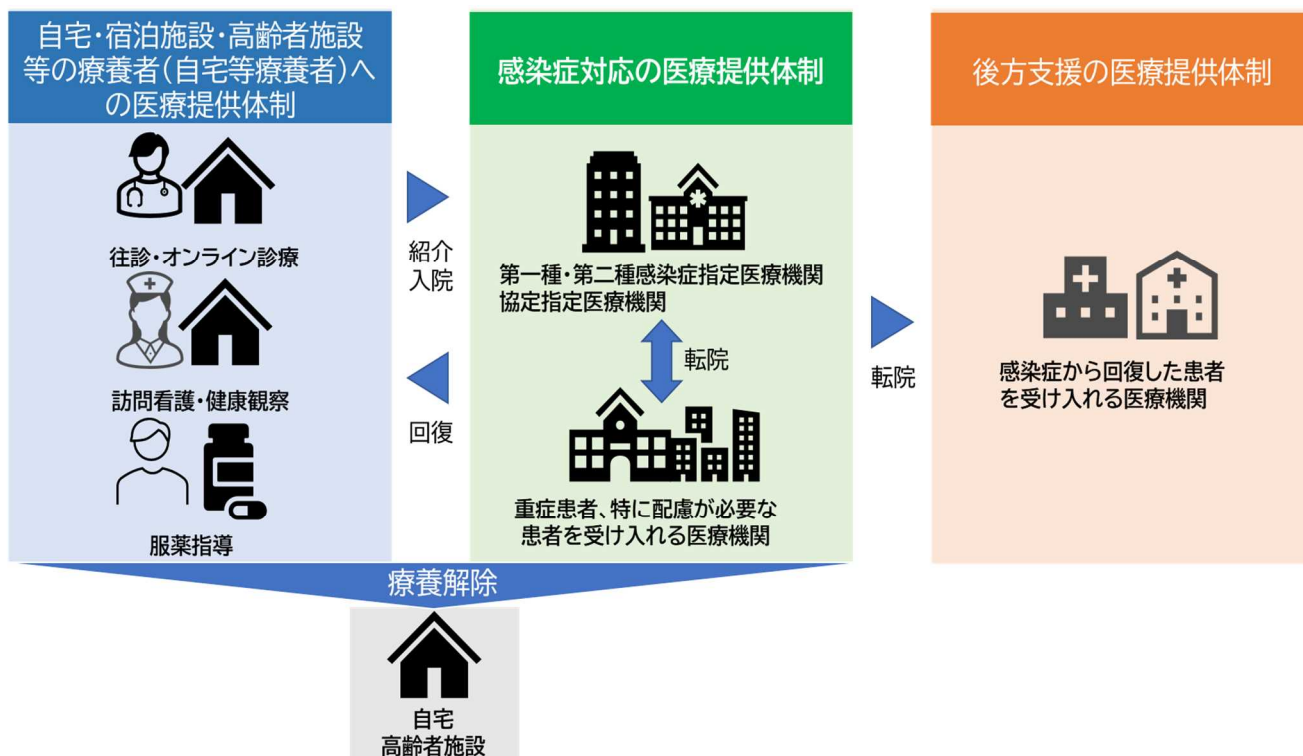
2 新興感染症に対応する医療提供体制

- 新興感染症の発生時において、発生早期には第一種・第二種感染症指定医療機関が中心となり医療提供を開始するとともに、流行の拡大を踏まえ第一種・第二種協定指定医療機関も順次対応することにより医療提供体制を拡充することが必要です。また、患者数が減少した時期においては医療のひっ迫状況等も考慮し体制の縮小を検討するとともに、長期的に通常医療での対応に移行する体制を構築するなど、流行時期に応じた医療提供体制を構築することが必要です（図3）。
- 入院患者への医療提供に当たっては、とりわけ、重症者や特に配慮が必要な方（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障がい児者、認知症患者、がん患者、外国人患者、歯科患者等）にも、対応できる体制が必要です。
- また、自宅や宿泊療養施設、高齢者施設等で療養する患者の体調が悪化した際に必要な医療（オンライン診療や往診を含む。）を受けられるよう、医療機関や薬局、訪問看護事業者等の間において役割分担や連携が必要です。
- さらに、通常医療との両立を図るため、新興感染症以外の一般患者はすべての医療機関で対応するとともに、新興感染症から回復した患者の受入れを行う後方支援医療機関の役割も重要です（図4）。
- これらの医療提供体制を、流行時期等に応じて迅速かつ確に構築できるようにするため、長野県感染症対策連携協議会における協議等を通して、平時から関係機関と検討を進めることが必要です。

【図3】 新興感染症発生時の医療提供体制と通常の医療提供体制への切替え（イメージ）



【図4】 新興感染症発生・まん延時における医療提供体制（イメージ）



第3 施策の展開

1 県民等が感染症に対する理解を深め適切な行動がとれる体制の整備

(1) 感染症の発生動向に関する情報収集・分析体制及び対策の企画・検討体制の整備

- 感染症の特性や県内の発生状況を的確に把握し、速やかな感染拡大防止対策の検討に繋げるため、引き続き県内における感染症の発生動向を丁寧に把握・分析するとともに、医師からの届出に電磁的方法を活用するなど、医療分野におけるDX（デジタルトランスフォーメーション）を促進します。
- さらに、新興感染症の発生時には、環境保全研究所等において病原体の解析（ゲノム解析等）を実施するとともに、感染症指定医療機関から診療件数や検査数、入院患者数等の情報を収集し、感染症の特性や流行状況の把握体制を強化します。
- 新興感染症の発生時に、速やかに医療関係団体等と連携した対策等を実施できるよう、感染症連携協議会等において平時からの取組や発生時の対応方針等を検討・共有します。
- 罹患後症状（いわゆる後遺症）に悩まれる方の実態把握に努めます。

指標	数値目標
サーベイランスシステムに登録する協定指定医療機関（入院・発熱外来）の割合	100%
★ゲノム解析を実施する機関数（流行初期以降）	県内2機関以上
★協定指定医療機関（入院・発熱外来）が診療件数、検査件数、入院患者数等を報告する割合	100%

★は新興感染症発生時の指標（以下同じ）

(2) 感染症の発生状況や予防等に関する情報発信・相談体制の整備

- 感染症に関する情報収集、分析及び情報発信の機能強化を図るため、感染症情報センターを含めた情報発信体制の在り方を検討します。
- 県民が感染症の特性や感染状況を正しく理解し適切に行動できるよう、県ホームページやSNSに

よる発信により、感染症の発生状況・感染対策・医療提供体制等について、県民と共有します。
また、感染状況のわかりやすい指標を設定し、地域ごとに感染状況の目安を示すなどにより、県民等に必要な感染対策への協力を求めます。

- 患者に関する個人情報の取り扱いに留意し、感染拡大防止に必要な範囲で市町村及び報道機関への情報提供を行います。
- 新興感染症発生時には、感染症に関する一般的な問い合わせに対応する相談体制を整備します。
- 新型コロナにおいても患者等に対するいわれのない偏見や差別、誹謗中傷が生じた実態を教訓に、感染症にかかわる全ての方の人権が尊重されるよう、引き続き、感染症に関する正しい知識の普及に取り組みとともに、新興感染症発生時には、誹謗中傷相談窓口を設置します。

指標	目標
★新興感染症の発生状況等の情報発信の回数	毎日1回以上
★県民からの一般的な問い合わせに対応する相談窓口の設置の有無（流行初期）	有
★誹謗中傷相談窓口の設置の有無（流行初期）	有

（3）ワクチン接種体制の整備

- 新興感染症に対するワクチン接種について、必要に応じて、県内に大規模接種会場を設置し、市町村が実施する接種を補完・支援します。
- 市町村接種会場等のワクチン接種業務に従事できる医療従事者を、新型コロナワクチン接種における実績を基に確保します。

指標	目標
★大規模ワクチン接種会場の設置数	4以上
★ワクチン接種に従事できる医療従事者の確保数	医師 60名以上 看護師 170名以上 薬剤師 50名以上

（4）ワクチン接種に係る相談体制や副反応に対する診療体制の整備

- 新興感染症に対するワクチン接種開始時には、接種後の副反応に係る相談等、市町村での対応困難な専門的な問い合わせに対する相談窓口を速やかに設置します。
- 被接種者に副反応を疑う症状が認められた際に、必要に応じてかかりつけ医等身近な医療機関から専門的な医療機関に円滑に受診できる体制を速やかに整備します。

指標	目標	
★ワクチン接種に関する専門的な相談窓口の設置の有無	有	
★ワクチン副反应对応医療機関数	（二次対応医療機関）	10以上
	（三次対応医療機関）	1以上

2 早期の受診・検査により患者が適切な行動がとれる体制及び接触者・濃厚接触者が適切な行動がとれる体制の整備

（1）有症状者に対応する相談体制の整備

- 新興感染症の発生時には、有症状者（いわゆる後遺症を含む。）の相談に対応可能な窓口を設置するとともに、多言語及び聴覚障がい者に対応する相談窓口を設置します。

指標	目標
★有症状者に対応する相談窓口の設置の有無（流行初期）	有
★多言語及び聴覚障がい者に対応する相談窓口の設置の有無（流行初期）	有

（２）発熱患者等の診療体制の整備

- 新興感染症の発生時に、発熱外来等を担当する医療機関と、平時から医療措置協定を締結（第二種協定指定医療機関に指定）します。
- また、これら医療機関に対しては、感染対策に必要な个人防护具（２か月分）の確保を推奨するとともに、県も同様に必要な个人防护具（医療機関において使用が想定される量の１か月分程度）の確保に取り組みます。

指標	目標	
第二種協定指定医療機関（発熱外来）数	（流行初期）	28 機関以上
	（流行初期以降）	720 機関以上
第二種協定指定医療機関（発熱外来）のうち个人防护具の備蓄を行っている割合	8 割以上	

（３）病原体の検査体制の整備

- 病原体検査を行う環境保全研究所及び松本・長野保健所において、平時から、実践的な訓練の実施による職員の養成や、検査機器等の整備、検査に必要な物品等の確保充実により、病原体等の検査・解析の能力向上に努めます。
- また、老朽化が進む環境保全研究所の機能及び役割の充実について検討します。
- 新興感染症のまん延時に検査体制を速やかに整備できるよう、民間検査機関及び医療機関と病原体検査の実施に係る協定を締結します。

指標	目標	
核酸検出検査（PCR 検査等）実施能力	（流行初期）	560 件/日以上 （うち行政機関 144 件、民間検査機関等 416 件）
	（流行初期以降）	4,560 件/日以上 （うち行政機関 188 件、民間検査機関等 4,372 件）
環境保全研究所等の検査機器保有台数	6 台以上	
環境保全研究所における実践型訓練回数	年 1 回以上	

（４）保健所等の体制確保

- 保健所及び環境保全研究所は、新興感染症の発生等に備えるため、平時から計画的に必要な準備を進め、その具体的方策を健康危機対処計画として新たに策定します。
- 新興感染症の発生に備え、県は積極的疫学調査等の業務に当たる保健師等の専門職種について、市町村との連携による人材確保及び育成を図り、IHEAT 要員等の外部人材の確保に努めます。
- 国が実施する感染症対策に関する研修・訓練に保健所職員（IHEAT を含む）に参加を促進するとともに、県においても、資質の向上を目的とする研修・訓練を実施します。
- 新興感染症の発生時には、相談等の保健所業務の一元化及び ICT の活用や外部委託による業務効率

化に取り組めます。

指標	目標	
保健所人員の確保数（IHEAT 含む）	県	545 人以上
	保健所設置市	長野市 265 人以上 松本市 168 人以上
保健所職員(IHEAT 含む)が研修・訓練を受けた割合	100%	
保健所及び環境保全研究所において健康危機対処計画を策定している割合	100%	

（５）高齢者施設等における感染対策の強化

- 平時から医療機関と人材派遣に関する協定を締結することにより、高齢者施設等において新興感染症の感染拡大、又はそのおそれがある場合に、感染症予防等業務関係者（医師・看護師等）や感染管理の専門家を派遣し、感染拡大の防止を支援します。

指標	目標
協定締結医療機関（人材派遣）が派遣可能な感染症予防等業務を行う医師・看護師数等	医師 20 人以上 看護師 70 人以上 その他 10 人以上

3 入院が必要な患者が適切な医療を受けられる体制の整備

（１）入院医療提供体制の整備

- 引き続き、第一種感染症指定医療機関を県内に 1 か所、第二種感染症指定医療機関を二次医療圏ごとに 1 か所以上指定し、運営に必要な経費を補助することにより、新型インフルエンザ等感染症や一類感染症、二類感染症の医療体制を確保します。
- 新興感染症の発生時に、入院医療を担当する医療機関と、平時から医療措置協定を締結（第一種協定指定医療機関に指定）し、病床（配慮が必要な患者にも対応可能な病床を含む。）を確保します。
- 感染症から回復後も引き続き入院が必要な患者が転院可能な医療機関と医療措置協定を締結することで、後方支援医療機関を確保します。
- また、これら医療機関に対しては、感染対策に必要な個人防護具（2 か月分）の確保を推奨するとともに、県も同様に個人防護具（医療機関において使用が想定される量の 1 か月分程度）の確保に取り組めます。
- 通常医療を含め受入困難事例が発生しないよう、新興感染症対応を行う医療機関との役割分担の取組を推進します。
- 入院調整（圏域内、広域、要配慮者を含む）については、新型コロナでの対応も参考に、地域の実情に即した、迅速かつ効率的な体制を整備します。

指標		目標
感染症指定医療機関の指定及び病床数		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
第一種協定指定医療機関（入院）における即応病床数	(流行初期)	50 機関 325 床以上 (うち重症病床 25 床、特に 配慮が必要な患者の病床 (兼用病床含む)100 床)
	(流行初期以降)	60 機関 560 床以上 (うち重症病床 43 床、特に 配慮が必要な患者の病床 (兼用病床含む)150 床)
第一種協定指定医療機関（入院）のうち个人防护具の備蓄を行っている割合		8 割以上
後方支援を行う協定締結医療機関数		60 機関以上

(2) 患者等を移送する連携体制の整備

- 保健所において患者等の移送に必要な車両を確保するとともに、消防機関との協定締結や民間事業者の活用により、関係機関が連携して新興感染症の患者等を円滑に移送する体制を整備します。

指標	目標
搬送について協定締結している消防機関数	13 機関 (エボラ出血熱に係る 協定を含む。)
移送車両を確保する保健所の割合	100%

(3) 感染症患者に医療を提供する医師、看護師人材の確保及び資質の向上

- 感染症指定医療機関に対して、新興感染症の発生を想定した研修・訓練の実施や、国等が実施する研修・訓練への参加を促し、感染症患者に医療を提供する人材の確保及び資質の向上を図ります。
- 感染症指定医療機関等に感染症医療担当従事者（医師・看護師等）を派遣し、新興感染症等の患者に対する医療提供の支援を行うため、DMAT、DPAT 等、医療機関と人材派遣に関する協定を締結します。
- 感染症指定医療機関等における感染症専門医やインフェクションコントロールドクターの育成を促すとともに、長野県看護大学において感染管理認定看護師の教育課程を設け、専門知識と技術を持った看護師（感染管理認定看護師）の確保を促進します。

指標	目標
協定締結医療機関（人材派遣）が派遣可能な感染症医療担当の医師・看護師数等及び DMAT・DPAT として派遣可能な医師・看護師数等	医師 20 人以上、看護師 130 人以上、その他 10 人以上、DMAT(医師・看護師・その他) 110 人以上、DPAT (医師・看護師・その他) 30 人以上
医療従事者等を研修・訓練に参加させた協定締結医療機関の割合	100%
県内で登録している感染管理認定看護師数	100 人以上
感染症専門医の認定者数	29 人以上

4 入院を要しない患者が症状に応じて適切に療養できる体制の整備

(1) 軽症者等が療養する宿泊療養施設の確保

- 平時から民間事業者と宿泊療養施設の確保に係る協定を締結し、新興感染症の発生時に入院を要しない患者が療養する施設を確保します。

指標		目標
民間事業者との協定により確保する宿泊療養施設及び居室数	(流行初期)	1施設 80室以上
	(流行初期以降)	4施設 940室以上

(2) 自宅・宿泊療養施設・高齢者施設等の療養者への医療提供体制の整備

- 平時から、オンライン診療や往診を行う医療機関、薬局及び訪問看護事業所と医療提供に係る協定を締結し、自宅、宿泊療養施設、高齢者施設等で療養する患者への医療提供体制を整備します。

指標	目標
自宅・宿泊療養施設・高齢者施設等の療養者へ医療等を提供する協定指定医療機関の数	1,020 機関以上 (うち医療機関 400 機関、 薬局 570 機関、訪問看護事業所 50 機関)

(3) 自宅療養者等への健康観察・生活支援体制の整備

- 新興感染症の発生時は、健康観察・生活支援センターを設置するとともに、市町村と連携し、迅速かつ安定した食料供給等の生活支援充実に取り組み、自宅療養者等の療養環境を整備します。

指標	目標
★健康観察・生活支援センターの設置の有無 (流行初期以降)	有
生活支援等を行う市町村数 (保健所設置市を除く)	75 市町村

(4) 健康観察等を行う人材の確保、資質の向上

- 新興感染症の発生に備え、県は健康観察等の業務に当たる保健師等の専門職種について、市町村との連携による人材確保及び育成を図り、IHEAT 要員等の外部人材の確保に努めます。
- 国が実施する感染症対策に関する研修・訓練に保健所職員 (IHEAT を含む) に参加を促進するとともに、県においても、資質の向上を目的とする研修・訓練を実施します。

指標	目標	
保健所人員の確保数 (IHEAT 含む) ※再掲	県	545 人以上
	保健所設置市	長野市 265 人以上 松本市 168 人以上
保健所職員 (IHEAT 含む) が研修・訓練を受けた割合 ※再掲	100%	

第4 数値目標

1 目指す姿

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
○	★人口当たりの患者（陽性者）数、死亡者数	なし※	全国平均以下	全国平均以下を目指す	人口動態統計調査等

★は新興感染症発生時の指標（以下同じ）

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

※ 新型コロナの患者（陽性者）数・死亡者数

	人口	患者（陽性者）		死亡者	
		総数	割合	総数	割合
長野県	2,048,011	467,982	22.9%	900	0.19%
全 国	126,146,099	33,780,554	26.8%	74,699	0.22%

・人口は2020年国勢調査結果

・患者（陽性者）数及び死亡者数は2023年5月7日までの届出数で厚生労働省オープンデータから算出

2 県民等が感染症に対する理解を深め適切な行動がとれる体制の整備

※指標及び目標値は再掲

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
P	★県からのよびかけ後、感染対策を実施した県民の割合		—	9割以上	新型コロナにおける実績と同等程度	アンケート調査の実施
S	サーベイランスシステムに登録する協定指定医療機関（入院・発熱外来）の割合		—	100%	全ての協定締結医療機関（入院・発熱外来）が登録	感染症対策課調
S	★ゲノム解析を実施する機関数（流行初期以降）		県内2機関	県内2機関以上	現状以上	感染症対策課調
S	★協定指定医療機関（入院・発熱外来）が診療件数、検査件数、入院患者数等を報告する割合		—	100%	全ての協定締結医療機関（入院・発熱外来）が報告	感染症対策課調
S	★新興感染症の発生状況等の情報発信の回数		—	毎日1回以上	新型コロナにおける実績と同等程度	県実施事業
S	★県民からの一般的な問い合わせに対応する相談窓口の設置の有無（流行初期）		—	有	新型コロナにおける実績を参考	県実施事業
S	★誹謗中傷相談窓口の設置の有無（流行初期）		—	有	新型コロナにおける実績を参考	県実施事業
S	★大規模ワクチン接種会場の設置数		—	4以上	東信・中信・南信・北信に1つ以上	県実施事業
S	★ワクチン接種に従事できる医療従事者の確保数		—	医師60名以上、看護師170名以上、薬剤師50名以上	新型コロナワクチン接種における集団接種会場とのマッチング実績を基に確保	県実施事業
S	★ワクチン接種に関する専門的な相談窓口の設置の有無		—	有	新型コロナにおける実績を参考	県実施事業
S	★ワクチン副反応対応医療機関数	二次対応医療機関	—	10以上	各2次医療圏に1つ以上	県実施事業
		三次対応医療機関	—	1以上	全県で1つ以上	県実施事業

3 早期の受診・検査・疫学調査等により患者・接触者・濃厚接触者が適切な行動がとれる体制の整備

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
P	★発症から受診までにかかる平均日数		—	平均3日以内	新型コロナの実績と同等程度	感染症対策課調
P	★検体採取から発生届受理までにかかる平均日数		—	平均1日以内	新型コロナの実績と同等程度	感染症対策課調
P	★発生届受理から濃厚接触者の特定にかかる平均日数		—	平均1日以内	新型コロナの実績と同等程度	感染症対策課調
S	★有症状者に対応する相談窓口の設置の有無（流行初期）		—	有	新型コロナの実績と同等程度	県実施事業
S	★多言語及び聴覚障がい者に対応する相談窓口の設置の有無（流行初期）		—	有	新型コロナの実績と同等程度	県実施事業
S	第二種協定指定医療機関（発熱外来）数	流行初期	—	28 機関以上	新型コロナの発生1年後の流行規模に対応可能な医療機関数	県実施事業
		流行初期以降	—	720 機関以上	新型コロナの最大流行規模に対応可能な医療機関数	
S	第二種協定指定医療機関（発熱外来）のうち個人防護具の備蓄を行っている割合		—	8割以上	新型コロナの全国実績を基に算出した数値以上	県実施事業
S	核酸検出検査（PCR検査等）実施能力	流行初期	—	560 件/日以上（うち行政機関144件、民間検査機関等416件）	新型コロナの発生1年後の流行規模に対応可能な検査能力	県実施事業
		流行初期以降	—	4,560 件/日以上（うち行政機関188件、民間検査機関等4,372件）	新型コロナの最大流行規模に対応可能な検査能力	
S	環境保全研究所等の検査機器保有台数		6台	6台以上	検査の実施能力に相当する数	県実施事業
S	環境保全研究所における実践型訓練回数		—	年1回以上	年1回以上実施	県実施事業

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の考 え方	備考 (出典等)
S	保健所人員の確保 数 (IHEAT 含む)	県	335 人 (平時の人数)	545 人以上	新型コロナに おいて確保し た最大人数と 同程度	県実施事業
		保健所 設置市	長野市 180 人 松本市 137 人 (平時の人数)	長野市 265 人以上 松本市 168 人以上		
S	保健所職員(IHEAT 含む)が研修・訓練 を受けた割合	県	—	100%	全ての保健所 職員が研修・ 訓練を実施	県実施事業
		保健所 設置市	—	100%		保健所設置市 実施事業
S	保健所及び環境保全研究所に おいて健康危機対処計画を策 定している割合		—	100%	全ての保健 所、環境保全 研究所で策定	県実施事業
S	協定締結医療機関(人材派遣) が派遣可能な感染症予防等業 務を行う医師・看護師数等		—	医師 20 人以上、 看護師 70 人以上、 その他 10 人以上	新型コロナの 全国実績等を 基に算出した 数値以上	県実施事業

4 入院が必要な患者が適切な医療を受けられる体制の整備

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
P	★入院が必要と診断されてから、入院までにかかる平均日数		—	平均1日以内	新型コロナの実績と同等程度	県実施事業
S	★救急車で搬送する病院が決定するまでに4回以上医療機関に要請を行った、又は要請開始から30分以上経過した件数（受入困難事例の件数）		4回以上：55件 30分以上：261件(2021)	4回以上：55件以下 30分以上：261件以下	新型コロナ実績の水準以下を目指す	消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」
S	感染症指定医療機関の指定及び病床数		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	県実施事業
S	第一種協定指定医療機関（入院）における即応病床数	流行初期	—	50機関325床以上（うち重症病床25床、特に配慮が必要な患者の病床(兼用病床含む)100床)	新型コロナの発生1年後の流行規模に対応可能な病床数	県実施事業
		流行初期以降		60機関560床以上（うち重症病床43床、特に配慮が必要な患者の病床(兼用病床含む)150床)	新型コロナの最大流行規模に対応可能な病床数	県実施事業
S	第一種協定指定医療機関（入院）のうち個人防護具の備蓄を行っている割合		—	8割以上	新型コロナの全国実績を基に算出した数値以上	県実施事業
S	後方支援を行う協定締結医療機関数		—	60機関以上	新型コロナの全国実績を基に算出した数値以上	県実施事業
S	搬送について協定締結している消防機関数		12機関 （エボラ出血熱に係る協定）	13機関 （エボラ出血熱に係る協定を含む。）	全ての消防本部（局）	県実施事業
S	移送車両を確保する保健所の割合		100%	100%	現状を維持	県実施事業

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	協定締結医療機関(人材派遣)が派遣可能な感染症医療担当の医師・看護師数等及び DMAT・DPAT として派遣可能な医師・看護師数等	—	医師 20 人以上、 看護師 130 人以上、その他 10 人以上、DMAT (医師・看護師・その他)110 人以上、DPAT (医師・看護師・その他) 30 人以上	新型コロナの全国実績等を基に算出した数値以上	県実施事業
S	医療従事者等を研修・訓練に参加させた協定締結医療機関の割合	—	100%	全ての協定締結医療機関で実施	県実施事業
S	県内で登録している感染管理認定看護師数	80 人 (2022 年 12 月現在)	100 人以上	現状の 1.25 倍程度の増を想定	日本看護協会分野別都道府県別登録者数(日本地図版)
S	感染症専門医の認定者数	29 人 (2023 年 10 月 15 日現在)	29 人以上	現状以上	日本感染症学会「感染症専門医名簿」

5 入院を要しない患者が症状に応じて適切に療養できる体制の整備

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
P	★発生届の受理から健康観察の実施までにかかる平均日数		—	平均1日以内	新型コロナの実績と同等程度	感染症対策課調
P	★入院が不要と診断されてから宿泊療養施設入所までにかかる平均日数		—	平均2日以内	新型コロナの実績と同等程度	感染症対策課調
P	★生活支援の申し出を受けて発送までにかかる平均日数		—	平均2日以内	新型コロナの実績と同等程度	感染症対策課調
S	民間事業者との協定により確保する宿泊療養施設及び居室数	流行初期	—	1施設80室以上	新型コロナの実績と同等程度	県実施事業
		流行初期以降		4施設940室以上		
S	自宅・宿泊療養施設・高齢者施設等の療養者へ医療等を提供する協定指定医療機関の数		—	1,020機関以上 (うち医療機関400機関、薬局570機関、訪問看護事業所50機関)	医療措置協定に係る事前調査の結果以上	県実施事業
S	★健康観察・生活支援センターの設置の有無(流行初期以降)		—	有	新型コロナに対応可能な規模を想定	県実施事業
S	生活支援等を行う市町村数(保健所設置市を除く)		—	75市町村	中核市以外の全市町村	県実施事業
S	保健所人員の確保数(IHEAT含む)※再掲	県	375人 (平時の人数)	545人以上	新型コロナにおいて確保した最大人数と同程度	県実施事業
		保健所設置市	長野市180人 松本市137人 (平時の人数)	長野市265人以上 松本市168人以上		保健所設置市実施事業
S	保健所職員(IHEAT含む)が研修・訓練を受けた割合※再掲	県	—	100%	全ての保健所職員が研修・訓練を実施	県実施事業
		保健所設置市	—	100%		保健所設置市実施事業

薬剤耐性（AMR）対策

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、特定の種類の抗菌薬や抗ウイルス薬等の抗微生物剤（微生物が増えるのを抑えたり壊したりする薬）が効きにくくなる、又は効かなくなること「薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）」と言います。

抗微生物剤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、国では、薬剤耐性（AMR）に起因する感染症による疾病負荷のない世界の実現を目指し、薬剤耐性（AMR）の発生をできる限り抑えるとともに、薬剤耐性微生物（ARO）による感染症のまん延を防止するための対策をまとめた「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2016-2020）」を2016年4月に策定し、政府一体となった取組を進めてきました。また、2023年4月には、新たな「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」が取りまとめられ、更なる取組が進められています。

県としても、薬剤耐性感染症の発生動向を医療機関等の関係機関へ情報提供するとともに、国が作成する「抗微生物薬適正使用の手引き」等を医療機関に周知するなど、医療機関において適切な院内感染対策や抗微生物薬の使用がなされるよう取り組んでいます。

3 結核対策

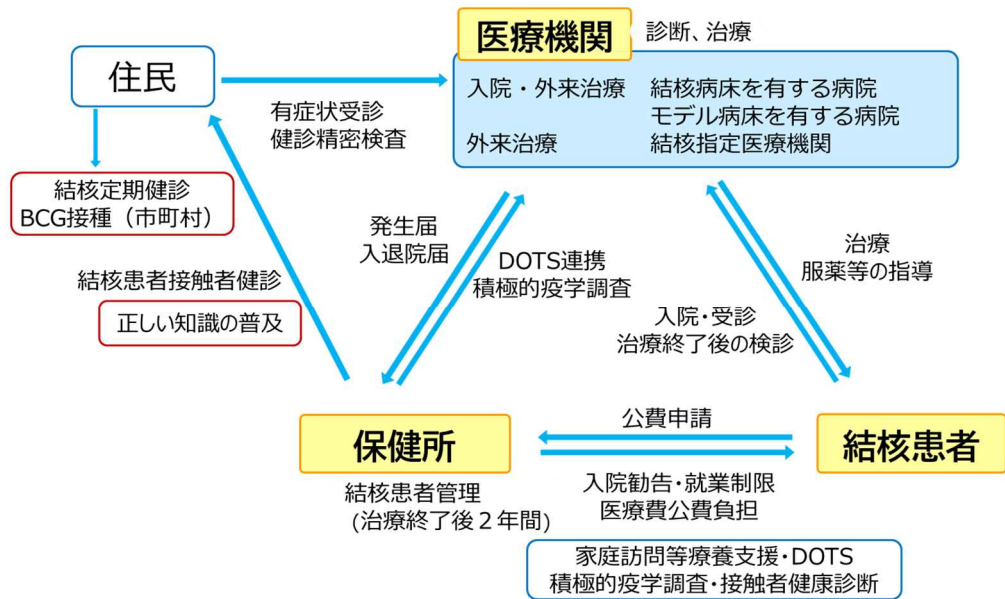
第1 現状と課題

結核は、かつて、「国民病」としてまん延していましたが、結核予防対策の強化に加え、医療及び生活水準の向上により、罹患率、死亡率が大きく改善されました。

しかし、受診が遅れれば重症化して死に至ったり、集団感染の発生等深刻な事態が生じたりすることもあります。

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です。

【図1】結核対策制度体系

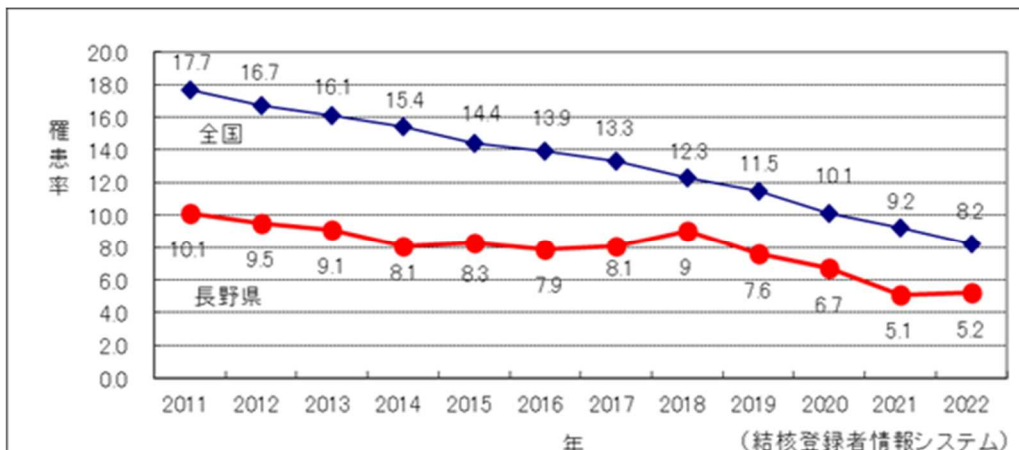


1 結核患者

(1) 結核罹患率

全国的に新規登録者が年々減少してきている中で、本県の罹患率（人口10万対）は横ばいの傾向が続いていましたが、近年は減少傾向を示しています。本県の2022年の罹患率は、全国で低い方から第5位となり、全国平均に比べ低い水準となっています。

【図2】結核罹患率の推移



(2) 外国人登録割合

外国人登録者割合は全国的に増加しており、本県においても対策が必要な状況です。

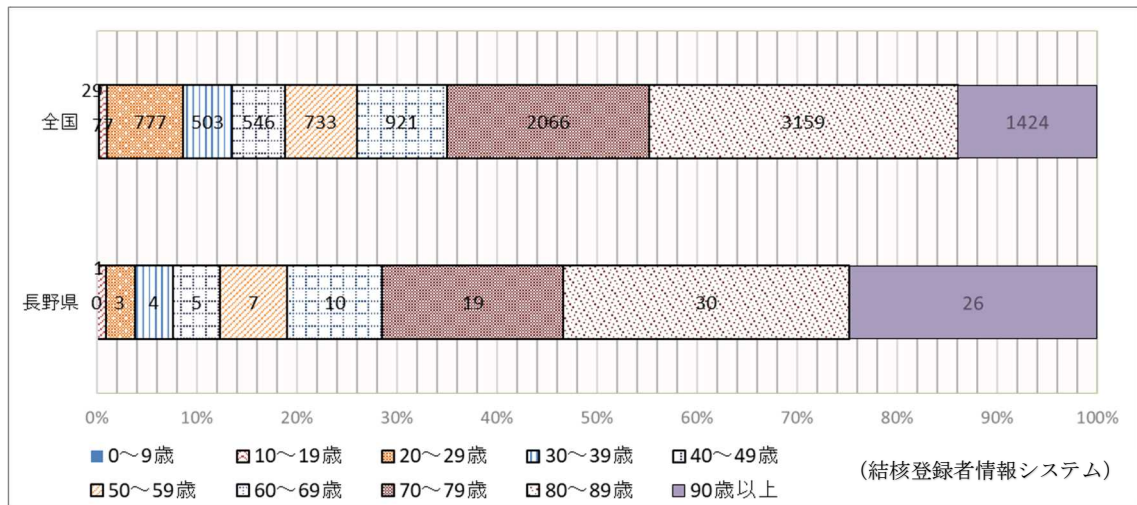
【図3】結核新登録者における外国人の割合



(3) 年齢構成 (2022年)

本県の新登録患者の半数以上は80歳以上であり、全国に比べて高い（長野県：53.3%、国：44.8%）状況です。これは本県の高齢化率が32.7%であり、全国の29.0%に比べて高い状況にあることも要因と思われます。（高齢化率：総人口に占める65歳以上人口の割合（2022年））

【図4】新登録患者の年齢構成



2 医療体制 (2023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医療機関

結核患者を入院治療するため、国から指定を受けている医療機関です。

【表1】

医療機関名	許可病床数	稼働病床数	備考
独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター	21	21	
長野県立病院機構 長野県立信州医療センター	24	24	
合計	45	45	

(2) 結核患者収容モデル事業を実施する医療機関

高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神疾患を有する結核患者を、一般病床又は精神病床において治療するために国から指定を受けている医療機関です。

【表2】

医療機関名	病床数
厚生連佐久総合病院	2
飯田市立病院	2
長野赤十字病院	2

(3) 結核指定医療機関（箇所数）

結核患者に対する適切な医療（通院医療）を行うため、県および中核市から指定を受けている医療機関等です。

病院	111 箇所
診療所	883 箇所
薬局	949 箇所

3 保健所等における結核対策

(1) 患者登録管理

保健所は、医師から届出があった結核患者の結核登録票を作成し、保健指導、服薬開始後の患者管理を適切に行っています。

(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

届出があった結核患者に対する疫学調査により特定した接触者に対して、接触者健康診断を行い、結核患者の早期発見、感染拡大の防止を図っています。

(4) 分子疫学的手法を用いた調査及び研究

県内で登録された結核患者のうち、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。

4 課題

- 保健所における患者の登録や接触者健康診断等を適切に実施する必要があります。
- 高齢者や外国人の患者等に対する確実な服薬支援が必要です。
- 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。
- 結核患者は減少傾向にあるものの、結核病床及び結核の治療を担う中核的な病院を引き続き確保することが必要です。

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

- 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康診断の受診等）
- 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

- 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

(2) 市町村

- 定期予防接種（BCG）の接種率の向上
- 定期健康診断の受診率の向上

(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康診断の実施

3 県取組（施策の展開）

- 結核患者の早期発見、感染拡大の防止のため、結核患者接触者健康診断を確実に実施します。
- 結核患者の治療完遂のため、保健所が中心となり、結核病床を有する指定医療機関、地域の医療機関、高齢者施設等との連携・調整を図り、高齢者や外国人などの服薬支援を推進していきます。
- 結核患者への適切な対応および支援を行うため、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。
- 感染源、感染経路の究明し、感染拡大を防止するため、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。
- 機能的で質の高い結核医療体制を目指しつつ、結核患者の発生状況や結核病床利用率等を考慮しながら適正な結核病床数、結核患者収容モデル事業を実施する医療機関を確保します。

第3 数値目標

1 県民の健康状態等

区分	指標	現状 (2022年)	目標 (2029年)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	結核罹患率 (人口10万対)	5.2	5.2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
○	集団発生の件数	0件	0件	現状を維持する	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 (2022年)	目標 (2029年)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	定期の健康診断の受診率 ・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	92.6% 96.5% 91.5% 19.6%	92.6%以上 96.5%以上 91.5%以上 19.6%以上	現状以上 を目指す	感染症対策課 調

3 関係機関・団体の取組

区分	指標	現状 (2022年)	目標 (2029年)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	結核患者の初診から診断まで1か月以上を要した割合	22.3%	22.3%以下	現状以下 を目指す	結核登録者情 報システム

4 県の取組（施策の展開）

区分	指標	現状 (2022年)	目標 (2029年)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	接触者健診の受診率	99.9%	100%	「結核に関する特定感染症予防指針」（100%）	感 染 症 対 策 課 調
P	結核患者のDOTS実施率	100%	100%	現状を維持する （国の指針は95%以上）	
P	結核患者の治療失敗・脱落率	1.0%	5%以下	「結核に関する特定感染症予防指針」（5%以下）	
P	潜在性結核感染症の治療完了率	89.3%	85%以上	「結核に関する特定感染症予防指針」（85%以上）	
P	分子疫学的手法の実施率	70.7%	70.7%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

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、散发事例の確認、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。

4 蚊媒介感染症対策

第1 現状と課題

蚊媒介感染症とは、病原体を保有する蚊に刺されることによって起こる感染症であり、近年、国内で蚊を媒介して人に感染した症例（以下「国内感染症例」という。）は、予防接種の普及により年間数件の発生にとどまる日本脳炎に限られていました。

一方で、国際的な人の移動の活発化に伴い、国内での発生があまり見られない感染症が海外から持ち込まれる事例が増加しており、デング熱などの蚊媒介感染症についても、海外で感染し帰国・入国する症例（以下「輸入感染症例」という。）の発生が多数報告されています。

2014年8月には、国内感染症例のデング熱患者が約70年ぶりに確認され、最終的には162人の患者が報告されました。

このような蚊媒介感染症のまん延を防止するためには、県民が蚊媒介感染症に関する正しい知識を持つとともに、平常時から感染症を媒介する蚊（以下「媒介蚊」という。）の対策を行うこと、国内感染症例を迅速に把握すること、発生時に的確な媒介蚊の対策を行うこと、蚊媒介感染症の患者に適切な医療を提供することなどが重要です。

1 主な蚊媒介感染症

- 日本国内に広く分布するヒトスジシマカが媒介することが知られているデング熱、ジカウイルス感染症及びチクングニア熱については、輸入感染症例を起点として、国内での感染が拡大する可能性が常に存在します。
- デング熱は、まれに出血症状等の重篤な症状を呈する場合があります。また、ジカウイルス感染症については、ギラン・バレー症候群の発症や母子感染による小頭症などの先天性障害を起こす可能性があります。これらの蚊媒介感染症は、現在ワクチンや特異的な治療方法は存在せず、対症療法が基本となります。

【表1】 主な蚊媒介感染症

感染症名	蚊媒介（感染経路）	主な発生地域	潜伏期間	主な症状
デング熱	ネッタイシマカ、ヒトスジシマカなど（人→蚊→人）	東南アジア、南アジア、中南米、アフリカ、オセアニア太平洋諸島	2～15日（多くは3～7日）	発熱で始まり、頭痛、発しん、眼窩痛、筋肉痛、関節痛
ジカウイルス感染症	ネッタイシマカ、ヒトスジシマカなど（人→蚊→人） ※性行為による感染（人→人）も確認されている	東南アジア、南アジア、中南米、オセアニア太平洋諸島、アフリカ	2～12日（多くは2～7日）	軽度の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、発しん、結膜炎、疲労感
チクングニア熱	ネッタイシマカ、ヒトスジシマカなど（人→蚊→人）	アフリカ、東南アジア、南アジア、中南米	3～12日（多くは3～7日）	急性の発熱と関節痛、発しん

2 主な蚊媒介感染症の発生動向

【表2】長野県届出数

類型	感染症名	区分	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
四類	デング熱	長野県	2	4	4	3	3	7	—	—	1
		全国	341	293	342	245	201	461	45	8	98
	ジカウイルス感染症	長野県			—	—	—	—	—	—	—
		全国			12	5	—	3	1	—	—
	チクングニア熱	長野県	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		全国	16	17	14	5	4	49	3	—	5

※ジカウイルス感染症は2016年から調査開始

※長野県届出数はすべて輸入感染症例

3 予防方法

- ヒトスジシマカは、北海道を除く本州以南の地域に広く生息しており、個人及び地域における防蚊対策として、発生源の対策（住宅周辺にある雨水が溜まった容器の水を捨てるなど）や、肌をできるだけ露出しない服の着用、忌避剤の使用等による予防が重要です。
- 海外に渡航する方は、現地で流行している蚊媒介感染症の種類や防蚊対策の方法をあらかじめ確認することが重要です。また、流行地からの帰国後も2週間程度は症状の有無に関わらず防蚊対策をするとともに、発熱などで医療機関を受診する場合は海外への渡航歴を伝える必要があります。

4 まん延防止対策

- 蚊媒介感染症が発生した際は、媒介蚊が感染者・非感染者を吸血することによる感染拡大を防止する必要があるため、患者に対して、血液中に病原体が多く含まれる期間のまん延防止のための防蚊対策や献血の回避等に関する指導を行います。
- 国内感染症例については、可能な限り国内で感染したと推定される場所の調査・特定を行い、必要に応じて、関係者と連携して、適切な蚊の駆除や一定の区域の立入制限等を含む媒介蚊の対策を実施します。

5 課題

- 近年、各地方公共団体における媒介蚊の対策に関する知識や経験が失われつつあるとともに、県民の媒介蚊に対する知識や危機感が希薄になりつつあります。
- デング熱、ジカウイルス感染症及びチクングニア熱については、輸入感染症例を起点として、国内での感染が拡大する可能性が常に存在しているため、蚊媒介感染症の対策の充実が重要です。

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

- 蚊媒介感染症の予防方法に関する知識を持ち、海外渡航時等を含む防蚊対策や感染予防の実施

2 関係機関・団体の取組として望まれること

(1) 医療機関

- 知見の収集等による良質な医療の提供
- 蚊媒介感染症の患者に対するまん延防止対策の指導

(2) 市町村

- 県民に対する防蚊対策や予防方法の周知
- 国内感染症例が発生した際の蚊の駆除等のまん延防止対策の実施

3 県の取組（施策の展開）

- 県民が蚊媒介感染症に関する正しい知識が持てるよう、県内の発生状況について公表するとともに、蚊媒介感染症の予防対策や海外渡航時の注意事項などについて普及啓発を行います。
- 県内のまん延防止を図るため、患者に対して防蚊対策や献血の回避の重要性等に関する指導を行うとともに、保健所において可能な限り全ての症例に対して積極的疫学調査等を実施し、推定される感染地の特定に努めます。
- 医療機関において、蚊媒介感染症の診断のための検査実施が困難な場合には、環境保全研究所で検査を実施するとともに、必要に応じて、病原体の血清型等の解析や遺伝子配列の解析を行うことにより感染経路の究明等に努めます。
- 国内感染の拡大を防ぐため、市町村や防除等を行う団体と蚊の駆除等に関する連携体制の整備を図ります。

第3 数値目標

1 県民の取組

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	県内における国内感染症例数 (デング熱、ジカウイルス感 染症及びチクングニア熱)	0件	0件	現状を維持す る	感染症発生 動向調査

2 県の取組（施策の展開）

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	大型連休等における海外渡航 者への注意喚起	2回	2回以上/年度	現状以上を目 指す	県実施事業

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
○(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

ヒトスジシマカについて

デング熱やジカ熱などの媒介蚊として知られるヒトスジシマカは、体長 4.5 ミリ程度、背中に 1 本の白い線があるのが特徴で、国内に広く分布し、都市部や市街地、住宅密集地などでは高密度に生息しています。日本に生息する蚊の中では、ヒトに病原体を媒介するリスクの最も高い種類であるとも言われています。

ヒトスジシマカの生息には年間平均気温 11℃以上が必要とされていますが、近年の地球温暖化に伴いその分布域は徐々に北上しており、1948 年頃には栃木県北部であった北限が、2015 年には青森県への侵入が確認されています。

ヒトスジシマカの幼虫は、住宅地や公園などでよくみられる空き缶や雨水槽などの人工容器のほか、自然由来の樹洞や竹の切り株など、身の回りにある無数の小さな溜まり水から発生します。また、成虫は発生源周辺の木陰や藪などの薄暗い場所に潜伏し、吸血源が近づくのを待ち伏せ、吸血源が現れない場合は別の潜伏場所へと移動を繰り返しながら吸血する機会を狙っています。

ヒトスジシマカは日中（特に、日の出前後の明け方と、夕暮れ時から日没後 1～2 時間の間）が特に活発に活動しますが、場合によっては家の中に入ってきたり、夜間に血を吸ったりすることもあります。

蚊媒介感染症に自分が感染しないため、そしてほかの人に感染を広げないためにも、蚊のいるような場所に行くときには、肌を露出しない長袖・長ズボンの着用や虫よけスプレー・蚊取り線香の使用など、蚊に刺されないための対策が大切です。

5 エイズ・性感染症対策

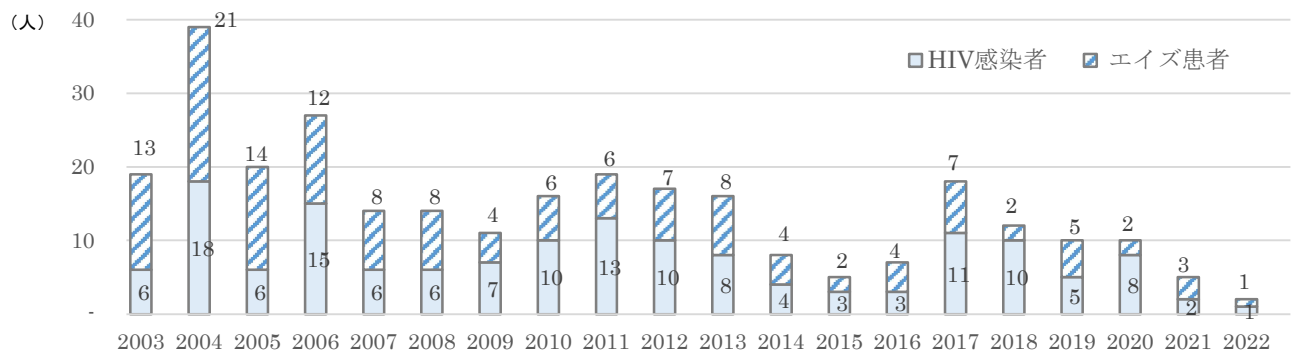
第1 現状と課題

1 HIV感染者・エイズ患者及び性感染症患者の発生動向

- HIV・エイズは、かつては有効な治療法がなく、死に至る病と考えられていましたが、治療法の進歩により、感染の早期把握、治療の早期開始・継続によりエイズの発症を防ぐことができ、HIVに感染していない人と変わらない生活を送ることが期待できるようになりました。
また、治療継続により体内のウイルス量が減少すれば、他の人への感染リスクが大きく低下することも確認されています。
- 新規HIV感染者・エイズ患者報告数は、全国では近年減少傾向にあり、長野県においても、年により多少の増減はあるものの2004年をピークに減少傾向となっています。
- 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、感染経路別にみると、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、2015年から急速に増加しており、2022年には過去最多の届出がありました。特に20代女性、30代以降の男性が多くなっている状況であり、今後、さらなる増加が懸念されます。

【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) 年齢別 ※ () は日本人の数

年齢区分		累計(2003~2022年)					
		男性		女性		合計	
20歳未満	HIV感染者	1	(1)	-	(-)	1	(1)
	エイズ患者	-	-	-	-	-	(-)
	合計	1	(1)	-	(-)	1	(1)
20~29歳	HIV感染者	25	21	12	2	37	(23)
	エイズ患者	7	7	4	-	11	(7)
	合計	32	(28)	16	(2)	48	(30)
30~39歳	HIV感染者	26	20	14	1	40	(21)
	エイズ患者	15	14	10	3	25	(17)
	合計	41	(34)	24	(4)	65	(38)
40~49歳	HIV感染者	31	29	11	4	42	(33)
	エイズ患者	36	28	10	3	46	(31)
	合計	67	(57)	21	(7)	88	(64)
50~59歳	HIV感染者	16	16	1	1	17	(17)
	エイズ患者	37	36	4	3	41	(39)
	合計	53	(52)	5	(4)	58	(56)
60歳~	HIV感染者	12	12	3	2	15	(14)
	エイズ患者	12	12	2	2	14	(14)
	合計	24	(24)	5	(4)	29	(28)
合計	HIV感染者	111	(99)	41	(10)	152	(109)
	エイズ患者	107	(97)	30	(11)	137	(108)
	合計	218	(196)	71	(21)	289	(217)

(3) 感染経路別

感染経路別		累計(2003年~2022年)	
		人数	割合
異性間の 性的接触	HIV感染者	93	59.9%
	エイズ患者	88	
	合計	181	
同性間の 性的接触	HIV感染者	47	22.8%
	エイズ患者	22	
	合計	69	
静注薬物乱 用	HIV感染者	-	1.3%
	エイズ患者	4	
	合計	4	
母子感染	HIV感染者	-	0.0%
	エイズ患者	-	
	合計	-	
不明	HIV感染者	24	15.9%
	エイズ患者	24	
	合計	48	

(感染症対策課調)

【表2】 HIV感染者・エイズ患者の累計報告数 (2013年~2022年累計)

順位	都道府県	累計
1	東京都	4,196
2	大阪府	1,625
3	愛知県	908
4	神奈川県	788
5	福岡県	663
6	千葉県	469
7	埼玉県	359
8	兵庫県	335
9	北海道	329
10	沖縄県	244
23	長野県	93

順位	都道府県	10万人対※
1	東京都	29.9
2	大阪府	18.5
3	沖縄県	16.6
4	福岡県	13.0
5	愛知県	12.1
6	岐阜県	8.8
7	神奈川県	8.5
8	岡山県	8.4
9	佐賀県	7.9
10	石川県	7.8
34	長野県	4.6

※HIV感染者+エイズ患者累計(10万人対)
(厚生労働省エイズ動向委員会資料及び感染症対策課調)

【表3】 性感染症の推移

(1) 届出数

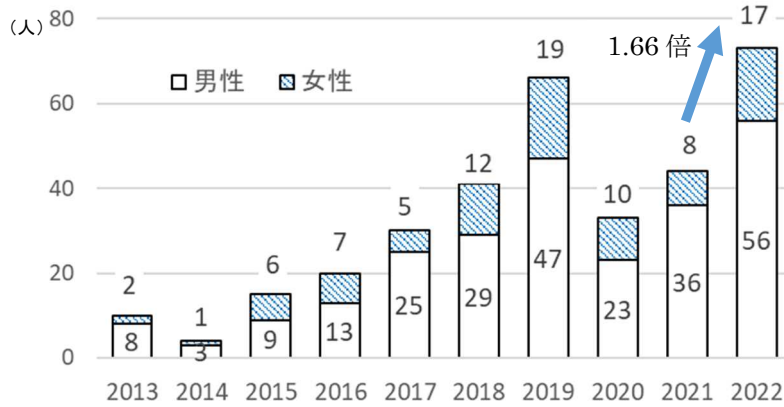
(単位:人)

類型	感染症名	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
五類 全数	梅毒	41	66	33	44	73
五類 定点 月報 対象 ※	性器クラミジア感染症	232	207	252	248	216
	性器ヘルペスウイルス感染症	55	40	36	49	53
	尖圭コンジローマ	47	52	45	39	20
	淋菌感染症	36	23	25	35	29

※五類定点は指定届出機関(県内14か所)からの届出数

(長野県感染症発生動向調査)

(2) 梅毒届出数の推移



(3) 梅毒の年齢別届出数

年齢区分	累計(2018~2022累計)	
	男性	女性
20歳未満	2	7
20~29歳	40	28
30~39歳	55	13
40~49歳	53	5
50~59歳	21	6
60歳以上	20	7
合計	191	59

(感染症対策課調)

2 HIV・性感染症相談・検査の状況

(1) 保健所におけるHIV・性感染症相談・検査の実施

- 保健所ではHIV、梅毒等の性感染症の無料・匿名の相談・検査を実施しています。
- HIV検査については、1989年から開始し、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、2009年以降、保健所での相談・検査件数の減少傾向が続き、2020年からは新型コロナウイルスの影響により、件数は大きく減少しています。

(2) エイズ治療拠点病院におけるHIV検査の実施

- 2006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。
エイズ治療拠点病院における検査も保健所における検査と同様の傾向にあります。

【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			2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
エイズ検査	相談		2,057	2,224	2,180	1,990	2,179	927	827	875
	HIV検査	保健所	1,506	1,481	1,486	1,430	1,573	660	445	419
		エイズ治療拠点病院	495	513	472	488	483	283	287	289
クラミジア(保健所のみ)			768	806	874	936	1,025	431	334	296
梅毒(保健所のみ)			1,380	1,395	1,415	1,403	1,526	646	438	403

※各年は暦年。市保健所分も含む。相談件数は本庁における電話相談を含む。

(感染症対策課調)

3 HIV・エイズ診療体制の現状

- 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(2023年7月時点)の選定状況は表5のとおりです。
- HIV感染症等の治療に関する情報交換等相互の連絡調整を図り、医療水準の向上に資するため、エイズ拠点病院で構成する連絡会を開催しています。
- 2022年10月から、HIV感染者・エイズ患者が安心して歯科診療を受けられるようエイズ治療拠点

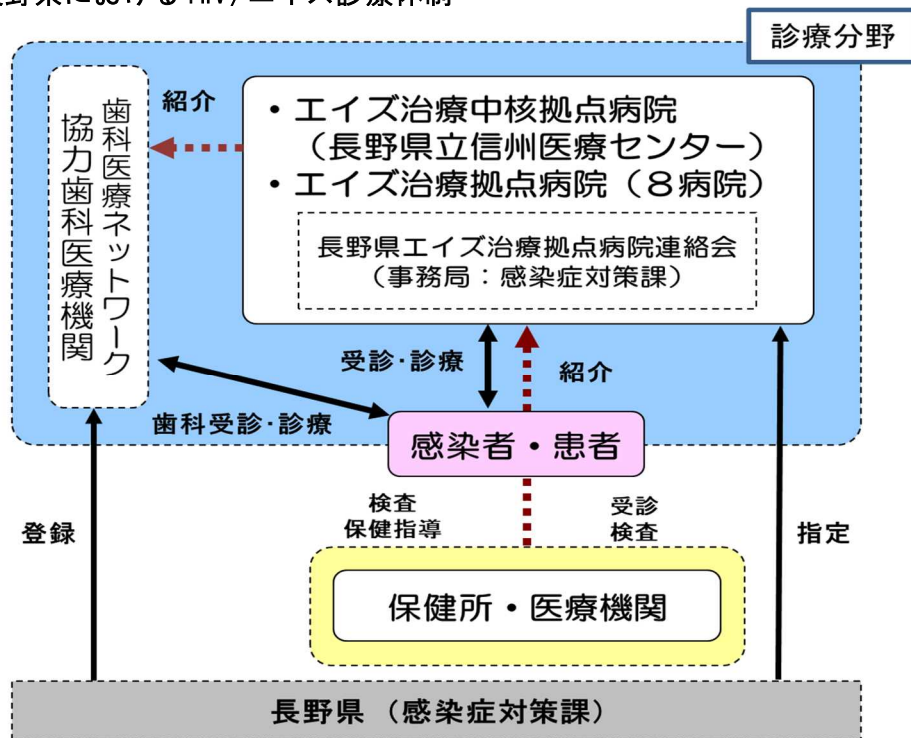
病院と協力歯科医療機関が連携する歯科医療ネットワーク事業（2023年7月時点の協力歯科医療機関：89機関）を実施しています。

- HIV感染者・エイズ患者の高齢化に伴い、人工透析が必要な患者の増加が見込まれるため、地域で安心して透析を受けることが出来る診療体制の構築について検討を進めています。

【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	2007.7.25
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	1995.1.26
	信州大学医学部附属病院	1995.1.26
	国立病院機構まつもと医療センター松本病院	1996.7.16
	国立病院機構信州上田医療センター	1996.9.2
	厚生連佐久総合病院	1997.3.25
	飯田市立病院	1997.3.25
	長野赤十字病院	1997.3.25
	諏訪赤十字病院	1998.3.31

【図1】 長野県におけるHIV/エイズ診療体制



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

- 学校等からの要請に応じて保健福祉事務所の医師・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、歯科や透析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。

(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・エイズ及び梅毒等の性感染症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・エイズ患者及び梅毒等の性感染症患者の早期の発見
- 適切な医療の提供

(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・性感染症の相談・検査の実施

- 検査による早期発見と感染拡大防止を図るため、保健所においてHIV迅速検査及び梅毒等の性感染症の無料検査を実施し、時間外検査の実施や普及啓発週間等を中心に検査枠を拡大するな

ど利便性の向上と受診機会の拡大を推進します。

- エイズ治療拠点病院において、無料のHIV迅速検査を実施します。
- 保健所において、エイズ相談・検査相談専用電話等で、随時、相談に対応します。

(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・梅毒等の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。
- 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り組みます。
- 保健福祉事務所における出前講座を積極的に実施します。

(3) 医療体制の整備・医療と福祉サービスの連携の促進

- エイズ治療拠点病院等連絡会の開催、歯科や透析診療体制の構築など、安心して治療が受けられるよう体制整備を進めます。
- 安心して療養生活が送れるよう医療と福祉サービスの連携促進を図るため、感染症医療従事者等研修会などにおいて正しい知識、医療と福祉との連携事例等を学ぶ機会を提供します。

第3 数値目標

区分	項目	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典 等)
○	新たなHIV感染者 (エイズ患者数を含む) (過去5年平均)	7.8件/年 (2018~2022 平均値)	7.8件未満/年	現状より減少させる	感染症発生動向調査
○	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)	33.3% (2018~2022 平均値)	29.0%以下 (全国の2018~ 2022平均値)	全国並みにまで低くする	感染症対策課調
○	梅毒届出数の対前年比	県 1.66倍 全国 1.63倍 (2022/2021) ※	2029/2028 の対前年比が 全国未満	対前年比 全国未満を目指す	
P	早期発見のためのHIV検査件数 (保健所及び拠点病院)	717件/年 (参考) 2019年 2,056件	2,056件以上 /年	新型コロナ以前 (2019年)まで増加させる	
P	感染予防・正しい知識の普及啓発出前講座の実施回数	0回 (新型コロナの感染拡大により縮小) (参考) 2019年度 15回	15回以上	新型コロナ以前 (2019年度)まで増加させる	

※2022年届出数を2021年届出数で除して算出（全国は速報値）

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

○（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

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、2013 年ごろから急増し、2022 年には 12,966 件（速報値）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、2015 年から増加し、2022 年には過去最多となる 73 件の届出がありました。

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、発見が遅れたり、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 季節性インフルエンザ対策

第1 現状と課題

インフルエンザは、例年冬季を中心に流行がみられる感染症であり、人類にとって最も身近な感染症の一つとされています。

普通の風邪と混同されることが多いですが、インフルエンザにかかると、高齢者等において二次性の肺炎を伴う場合や、小児ではまれに急性脳症を発症する場合があるなど、普通の風邪とは異なる転帰を迎えることがあります。

さらに、インフルエンザは感染力が非常に強く、国内では毎年約1～2千万人、約10人に1人が感染すると推計されており、その流行規模から個人及び社会全体へ与える影響が大きいことから、これらの影響を最小限に抑えるために、県はもちろんのこと、医療機関、市町村や、個々の県民においてもその予防に取り組むことが重要です。

1 感染症発生動向調査等

インフルエンザは、急速に感染が拡大するとともに、シーズンによって流行するウイルスの種類（型・亜型）が異なることから、以下の調査をとおして、発生状況等を迅速に把握することが極めて重要です。

(1) 発生状況の調査

ア 定点把握

県内88か所（2023年現在）の指定届出機関（インフルエンザ／COVID-19 定点医療機関）から届出のあったインフルエンザ患者数を1週間単位で集計しています。

イ インフルエンザ様疾患発生報告

保育所や幼稚園、学校等におけるインフルエンザ様疾患による臨時休業（学級・学年・学校閉鎖）の施設数や欠席者数等を1週間単位で集計しています。

ウ 入院患者情報

県内12か所（2023年現在）の指定届出機関（基幹定点医療機関）から届出のあったインフルエンザの入院患者数を1週間単位で集計しています。

(2) 病原体サーベイランス

県内17か所（2023年現在）の指定提出機関（病原体定点）で採取されたインフルエンザ患者の検体について、環境保全研究所においてウイルスの種類（型・亜型）や薬剤耐性の有無を調査しています。

(3) 感染症流行予測調査

インフルエンザの集団免疫の状況を把握し、的確な注意喚起等を実施できるようにするため、原則7月から9月（新シーズンの流行開始前かつ予防接種実施前）までの期間に、保健福祉事務所で選定し同意の得られた県民の血液中の抗体価を調査しています。

2 情報提供

- 県民一人ひとりの予防対策や、医療機関における適切な医療提供等を支援するため、基本的な感染対策の方法等を普及啓発するとともに、感染症発生動向調査等で得られた発生状況に関する情報や感染症流行予測調査で得られたインフルエンザに対する抗体保有状況を積極的に情報提供しています。

3 予防接種

- インフルエンザワクチンの接種には、発症をある程度抑える効果や、重症化を予防する効果があり、特に高齢者や基礎疾患のある方など、罹患すると重症化する可能性が高い方には効果が高いと考えられています。
- インフルエンザは定期の予防接種の対象疾病（B 類疾病）に位置付けられており、その対象者は以下の通りです。
 1. 65 歳以上の方
 2. 60～64 歳で心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能に障害があり身の回りの生活が極度に制限される方、ヒト免疫不全ウイルス（H I V）による免疫の機能に障害があり日常生活がほとんど不可能な方

4 社会福祉施設等に対する啓発と発生時の対応

- インフルエンザは感染力が非常に強く、集団生活の場にウイルスが侵入することにより、大規模な集団感染を起こすことがあります。
- 特に、高齢者等の高危険群に属する方が多く入所している高齢者施設等においてはウイルスの侵入防止やまん延防止対策が重要であり、保健福祉事務所においては、高齢者施設等に対する感染防止対策の啓発や、集団感染が発生した際の感染拡大防止・再発防止に協力して取り組んでいます。

5 課題

- 2019 年 12 月に発生した新型コロナの流行以降、インフルエンザの大きな流行が見られなかったことなどの影響により、抗体保有割合が低下傾向であることから、インフルエンザの流行が起こりやすい状況にあると考えられ、今後の発生状況に注視が必要です。
- 新型コロナ対応で社会福祉施設等に感染症の予防・まん延防止の知識が浸透しましたが、新型コロナ五類移行後も引き続き、施設における感染対策の知識・技術の維持・向上が必要です。

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

- インフルエンザに関する正しい知識を持ち、予防に必要な注意を払うこと

2 関係機関・団体の取組として望まれること

(1) 市町村

- インフルエンザに関する正しい知識の普及
- 定期予防接種の対象となる方への適切な接種勧奨

(2) 医療機関

- 疑い患者の早期診断と患者に対する適切な医療の提供
- 医師会を通じての定期予防接種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）

(1) 感染症発生動向調査等

- 適切な予防の実施及び適切な医療の提供等を支援するため、インフルエンザの発生状況等に関する

る情報の収集及び分析を行います。

- 病原体定点医療機関に患者検体の提出を求め、環境保全研究所において病原体の解析を行います。

(2) 情報提供

- 基本的な感染対策等の正しい知識の普及を推進します。
- 感染症発生動向調査等により収集した発生状況を、感染症情報（週報）として県民及び医療機関に情報提供します。
- 環境保全研究所で解析された病原体に関する情報を県民及び医療機関に提供します。

(3) 予防接種の促進

- 市町村や医療機関と連携し、予防接種の意義や効果について接種対象者への啓発を促進します。

(4) 社会福祉施設等に対する啓発と発生時の対応

- 保健福祉事務所において社会福祉施設に対する感染症の予防・まん延防止に係る研修会を開催し、施設における感染対策の向上を図ります。
- 施設内で集団感染が発生した場合は、保健福祉事務所において必要な調査を行い、感染拡大防止や再発防止策の実施を支援します。

第3 数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	病原体定点からの検体提出数	149 件	250 件以上	新型コロナ前の実績以上を目指す	感染症発生動向調査
P	社会福祉施設等に対する感染症まん延防止に係る研修会の開催	年 1 回	年 1 回以上	現状を維持する	県実施事業

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

季節性インフルエンザと新型インフルエンザ

A 型のインフルエンザはその原因となるインフルエンザウイルスの抗原性が小さく変化しながら毎年世界中のヒトの間で流行しています。これが季節性インフルエンザです。

一方、新型インフルエンザは、時としてこの抗原性が大きく異なるインフルエンザウイルスが現れ、多くの国民が免疫を獲得していないことから、全国的に急速にまん延することによって起こります。

新型インフルエンザがいつどこで発生するのか予測することは困難です。しかし、ひとたび発生すれば、甚大な健康被害と社会活動への影響を引き起こしかねません。

過去には新型インフルエンザは、

- ・ 1918-1919 年 (スペインインフルエンザ)
- ・ 1957-1958 年 (アジアインフルエンザ)
- ・ 1968-1969 年 (香港インフルエンザ)
- ・ 2009-2010 年 (新型インフルエンザ A (H1N1) pdm2009)

に発生しました。

世界的な流行となり、多くの人々が新型インフルエンザに対して免疫を獲得すると、新型インフルエンザは、季節的な流行を繰り返す季節性のインフルエンザへと落ち着いていきます。新型インフルエンザ A (H1N1) pdm2009 についても、2011 年 4 月からは、季節性インフルエンザとして取り扱われることになりました。

7 予防接種（新興感染症ワクチンを除く）

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方への対策）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、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症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（2023年7月現在）

定期接種	
A類疾病：定期14疾病	
定期	ジフテリア、百日咳、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(HPV)感染症、水痘、B型肝炎、ロタウイルス
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歳で心疾患のある方等） 肺炎球菌感染症（65歳の方及び60歳以上65歳未満の方であって心疾患等のある方）

2 長野県の定期予防接種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

（単位：人）

類型	感染症名	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
二類	急性灰白髄炎(ポリオ)	-	-	-	-	-
	ジフテリア	-	-	-	-	-
	結核	187	157	138	104	105
	潜在性結核感染症	120	124	64	57	92
四類	日本脳炎	-	-	-	-	-
五類 全数	侵襲性インフルエンザ菌感染症	7	7	4	5	1
	侵襲性肺炎球菌感染症	61	38	17	26	16

類型	感染症名	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
五類 全数	先天性風しん症候群	-	-	-	-	-
	破傷風	3	3	1	1	1
	百日咳	83	362	74	4	3
	風しん	20	14	3	-	-
	麻疹	1	6	-	-	-
五類 定点※	インフルエンザ	35,511	36,542	11,121	11	276

※五類定点は、指定届出機関（インフルエンザ 87、小児科 54 機関）からの届出数（感染症発生動向調査）

3 予防接種実施（接種）状況

（1）麻疹風しん予防接種

- 2022年度の麻疹風しん予防接種率は風しん・麻疹共に1期：95.9%、2期：93.3%であり、1期は目標値を達成したが、2期は目標値を下回っています。

【表2】 麻疹風しんワクチンの年度別接種率

麻疹ワクチン接種率		1期	2期	風しんワクチン接種率		1期	2期
2020年度	長野県	95.3%	95.0%	2020年度	長野県	95.3%	95.0%
	全国	98.5%	94.7%		全国	98.5%	94.7%
2021年度	長野県	90.0%	94.5%	2021年度	長野県	90.0%	94.5%
	全国	93.5%	93.8%		全国	93.5%	93.8%
2022年度	長野県	95.9%	93.3%	2022年度	長野県	95.9%	93.3%
	全国	95.4%	92.4%		全国	95.4%	92.4%

（厚生労働省「麻疹風しんワクチン接種率全国集計結果」）

- 風しんの追加的対策として、2019年から抗体保有率の低い男性（1962年4月2日から1979年4月1日生まれ）に対する抗体検査を実施し、抗体が不十分と判明した方に定期予防接種としてワクチン接種が行われています（2024年度まで実施予定）。

【表3】 風しんの追加的対策事業実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	合計
抗体検査	33,933	43,718	16,968	10,206	104,825
予防接種	7,801	8,646	4,327	2,626	23,400

※受検率：104,825/238,909（2018年4月長野県人口異動調査より推定）＝43.87%

（2）ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症予防接種

- ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンについては、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、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、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。
- 2021年11月の第26回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、引き続き同ワクチンの安全性の評価を行っていくことや、情報提供を充実させていくことなどが審議され、積極的勧奨の差し控え状態を終了することが決定され、2022年4月より接種対象者に対する個別の接種勧

奨を順次実施しています。

- 個別の接種勧奨が再開され、実施率は向上しているものの、接種対象期間に5年間の幅があることに加え、多くの方が副反応等への不安から接種に慎重になっていると考えられることから、継続して、子宮頸がんのリスクや予防接種・副反応に関する正しい知識の普及をしていく必要があります。

【表4】 ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの年度別実施率

HPV ワクチン実施率		1回目	2回目	3回目
2020年度	長野県	12.0%	8.8%	5.1%
	全国	15.9%	11.6%	7.1%
2021年度	長野県	41.9%	36.7%	28.7%
	全国	37.4%	34.4%	26.2%
2022年度	長野県	53.6%	51.3%	39.2%
	全国	42.2%	39.4%	30.2%

(第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会(資料3-2)及び、感染症対策課調)

注) 実施率の算出について
 従来の定期接種「対象者数」は、12歳となす日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間になる女性で接種した方の数とし、「実施率」は、「接種者数」を標準的な接種対象年齢期間の総人口(13歳)で除して算出しています。

【表5】 ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの年度別キャッチアップ接種者数

HPV ワクチン接種者数		1回目	2回目	3回目
2022年度	長野県 キャッチアップ	6,739人	5,520人	3,486人
	全国 キャッチアップ	304,737人	248,199人	157,068人

(第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会(資料3-2)及び、感染症対策課調)

4 相互乗り入れ

- 本県では、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、住所地以外の県内市町村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6】 2023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	77	77	68	68	77	77	66
協力医療機関数	439	527	607	440	452	567	346	306
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	ロタウ イルス
実施市町村数	76	76	77	77	77	77	77	77
協力医療機関数	1,033	483	421	416	515	919	458	353

※協力医療機関数：1,077カ所

(感染症対策課調)

5 公費助成対象以外の任意接種

- 上記1に該当する定期以外の予防接種は、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方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、帯状疱疹、A型肝炎、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接種ワクチンの誤り、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いて間違い接種が毎年一定数生じており、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は、重大な健康被害につながる恐れがあります。
- これらの間違い接種事例については、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7】 2019～2022年度における間違い接種事例の件数 (単位：件)

類 型	件 数	年 度 別 内 訳			
		2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
接種ワクチンの誤り	7	6	6	5	
接種間隔の誤り	77	80	39	49	
期限切れワクチン	6	6	1	12	
ワクチンの重複接種	3	4	2	6	
接種対象外への接種	22	11	21	20	
摂取量の誤り	5	4	0	1	
使用済み注射器の使用(可能性を含む)	1	0	1	1	
その他(方法誤り、管理不備、同意なし)	9	0	1	2	
合 計	130	108	71	95	

(感染症対策課調)

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。
- ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの接種勧奨
ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの接種勧奨再開（2022年4月）を受け、県のホームページにおいて、定期予防接種、キャッチアップ接種、相談場所についての情報を掲載するなど、積極的に県民へ情報提供を行っています。
- 子宮頸がん予防の普及啓発
ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン接種と子宮頸がん検診をあわせた子宮頸がん予防の普及

啓発を行っています。

○ 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 予防接種に関する相談等への取組

(1) 長野県予防接種センター

○ 予防接種に関する相談や予防接種要注意者(心臓血管系疾患等の基礎疾患を有する方、アレルギー症状を呈したことがある方等)への予防接種を行うため、2018年度より県立病院機構長野県立こども病院に「長野県予防接種センター」を設置しています。

(2) ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンに関する相談窓口

○ ヒトパピローマウイルス（HPV）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、予防接種を実施した医療機関等に加え、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、接種後の副反応や学校生活について、県庁内（健康福祉部、教育委員会）に相談窓口を設置しています。

9 予防接種に関わる負担金及び補助金

(1) 予防接種健康被害救済制度

○ 予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合に、特別な配慮（治療に係る費用の一部援助等）をするとともに、予防接種制度に対する信頼の確保と接種率向上を図るため、予防接種健康被害救済制度を実施しています。

○ 予防接種法第15条・第26条により、市町村長が、厚生労働大臣の認定を受け、予防接種法に基づき実施した予防接種により健康被害を受けた方に対し、医療費、障害年金等の支給を行ったとき、県ではその一部（国1/2、県1/4、市町村1/4）を負担しています。

(2) 造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金

○ 本県では、2019年度から、小児がん等の治療のために造血細胞移植を受け、定期予防接種等によって得た免疫が消失した20歳未満の方に対してワクチン再接種費用を助成（県1/2、市町村1/2）し、感染症の発生及びまん延の防止を図っています。

10 課題

- 予防接種の効果とリスク双方に関する正しい知識の普及が必要です。
- 県内どこでも同じように予防接種を受けることが出来るよう、相互乗り入れの体制維持が必要です。
- 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。

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双方に関する知識を持ち、必要なワクチンの接種に努める

2 関係機関・団体の取組として望まれること

(1) 市町村

- 定期予防接種の対象となる方への適切な接種勧奨
- 医療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接種対象者やその保護者等への啓発を強化します。
- 相互乗り入れに協力するよう、長野県医師会を通じて医療機関に働きかけます。
- 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。
- 予防接種に関する情報提供や相談対応、予防接種要注意者に対する予防接種の実施などを行う長野県予防接種センターを引き続き設置します。
- 予防接種による健康被害者救済を図るため、予防接種法及び結核予防法の一部を改正する法律に基づき、給付事業及び調査事業の費用の一部を助成します。
- ワクチン再接種が必要と医師が認めた20歳未満の免疫消失者に対し、再接種の機会を設けます。
- 効果が期待される任意接種については、国に対し早期定期接種化を求めるとともに、県民への普及啓発等に努めます。

第3 数値目標

1 県民の健康状態等

区分	指標		現状 (2022)	目標 (2029)	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(ポリオ)	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	1人	1人未満	現状より減少させる	
		侵襲性肺炎球菌感染症	16人	16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	1人	1人未満	現状より減少させる	
		風しん	0人	0人	現状を維持する	
		麻しん	0人	0人	現状を維持する	

2 関係機関・団体の取組

(1) 医療機関

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	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	1,077	1,077以上	現状以上を目指す	感染症対策課調

(2) 市町村

区分	指標		現状 (2022)	目標 (2029)	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 (2023年度)	全市町村	現状を維持する	感染症対策課調
P	定期予防接種における不適切接種事例数		95	95未満	現状より減少させる	感染症対策課調
P	定期予防接種実施率	麻しん・風しんワクチン1期	95.9%	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	93.3%			
		HPVワクチン1回目	53.6%	80%以上	接種勧奨差し控え前の実施率を目指す	表3参照
		HPVワクチン2回目	51.3%	75%以上		
		HPVワクチン3回目	39.2%	※		

※HPVワクチン3回目実施率については、2023年度より、HPV9価ワクチン（シルガード9）の定期接種が開始となっており、満15歳までに1回目の接種を完了することで、計2回接種で接種完了となる。今後、HPV9価ワクチン（シルガード9）接種の増加が見込まれることから、目標値は設定しない。

3 県の取組（施策の展開）

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	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	13 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	感染症対策課調
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	県実施事業
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	感染症対策課調

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

任意予防接種の定期接種化に向けた動き

国では、予防接種施策の推進の科学的根拠として、ワクチンの有効性、安全性及び費用対効果に関するデータについて可能な限り収集を行い、客観的で信頼性の高い最新の科学的知見に基づき、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会及び同分科会に設置された三つの部会の意見を聴いた上で、予防接種施策に関する評価及び検討を行っています。

2012年5月23日、「予防接種制度の見直しについて（第二次提言）」が取りまとめられ、広く接種を勧める必要があるワクチンとして、7ワクチン（子宮頸がん、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、おたふくかぜ、成人用肺炎球菌、B型肝炎）が示されました。

2023年11月末現在、子宮頸がん、ヒブ、小児肺炎球菌、水痘、高齢者肺炎球菌、B型肝炎の6つのワクチンが定期接種の対象となっており、このほか、ロタウイルスワクチンについても定期接種の対象となりました。

また、おたふくかぜや帯状疱疹ワクチンについては、国審議会において定期接種化の検討がなされており、県としても、国に対し早期の定期接種化を要望しています。

8 ハンセン病患者に対する支援

第1 現状と課題

1 法の変遷

1907年「癩予防ニ関スル件」制定以降、国のハンセン病対策として、誤った隔離政策が行われ、ハンセン病患者やその家族は差別を受けてきました。効果的な治療薬が開発された後も、1953年には、新たに「らい予防法」が成立し、1996年に「らい予防法」が廃止されるまで強制隔離が続きました。

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、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。

2019年6月26日に、ハンセン病家族訴訟で、熊本地裁が原告勝訴の判決を確定しました。同年7月12日、「ハンセン病家族国家賠償請求訴訟の判決受入れに当たっての内閣総理大臣談話及び政府声明」にて、ハンセン病患者家族の方々に対して厳しい偏見や差別が存在したことを認め、訴訟への参加・不参加を問わず、家族を対象とした新たな補償措置を講じることを発表しました。これを受け、同年11月15日に、議員立法により「ハンセン病元患者家族に対する補償金の支給等に関する法律」が成立し、同年11月22日に公布・施行されました。

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、2023年5月1日現在で812人、平均年齢は国立87.9歳 私立91.0歳です。

入所者のうち長野県出身者は、2023年5月末現在で5人、平均年齢は87.8歳です。

【表1】 ハンセン病療養所 入所者数（長野県出身者のみ）

施設名 (所在地)	栗生楽泉園 (群馬県)	多摩全生園 (東京都)	長島愛生園 (岡山県)	合計
入所者数	3	1	1	5

(感染症対策課調)

3 長野県の取組

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。

なお、2018年以降は、入所者の高齢化の影響で実施を見合わせています。

(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。

4 ハンセン病元患者家族に対する補償金の支給等

- 2023年10月現在、全国で7,886件が認定されています。請求期限は、2024年11月21日までです。
- 補償制度については、厚生労働省のホームページや地方自治体、国立ハンセン病療養所等を通じて周知を図っています。

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。
- 療養所入所者との交流を通じて、入所者が社会との関りを深めることが出来るよう、療養所訪問事業及び社会交流（里帰り）事業等の取組を継続します。
- ハンセン病元患者家族に対する補償金の対象となる方が、期限までに請求されるよう、引き続き市町村等を通じて周知を行います。

明治期に作成されたハンセン病に関する患者台帳の流出

我が国においては、ハンセン病を患った方々に対し、かつて誤った隔離政策が取られてきた経緯があり、偏見や差別による被害が生じました。こうした経緯や事実を踏まえ、県としてはこれまで、回復者の名誉回復に向けた事業に取り組んでまいりました。

そうした中で、2021年2月に、明治期に作成されたハンセン病に関する患者台帳がネットオークションに出品され、当時のハンセン病患者の方やそのご家族に関する情報が、一時的に不特定多数の方に関覧可能な状態となっていた事案が発生しました。

県ではこの事案を重く受け止め、今回のような事案の再発を防ぐため、県で保有しているハンセン病に関連する公文書及びその保管状況等の調査を行いました。現在、県が保有しているハンセン病に関する公文書は、県立歴史館などで適切に保管しています。

一方で、このような古い文書が行政機関以外に存在する可能性も否定できません。長野県のハンセン病回復者やそのご家族に関する文書を保有されている方や、類似文書を発見された方、古書を取り扱っている事業者の皆様に対し、まずは県に御相談いただくよう、協力をお願いしています。

第8節 肝疾患対策(長野県肝炎対策推進計画)

肝炎とは、肝細胞が破壊され、肝臓が炎症を起こした状態であり、原因によりウイルス性、薬物性、アルコール性、自己免疫性などの種類があります。このうちウイルス性肝炎は、B型肝炎ウイルスやC型肝炎ウイルスなどの肝炎ウイルスへの感染に起因します。

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が、早期に適切な治療を受けることでその進行を防ぐことができ、C型肝炎については、治療薬の開発により高い確率でウイルスの排除が可能になっています。

一方で、依然として、肝炎ウイルスの感染経路等の理解や肝炎ウイルス検査の必要性の認識が十分でないことや、肝炎ウイルスに感染しているものの自覚のない方や肝炎ウイルス検査結果が陽性でありながら精密検査や肝炎医療を適切に受診していない方が多数存在することが推定されるなど、解決すべき課題は多くあります。

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できる体制や適切に治療が受けられる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を継続するなど、県民が安心して生活できる環境整備を目指してまいります。

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23年厚生労働省告示第160号（令和4年3月7日改正）〕に基づく、「長野県肝炎対策推進計画」として位置づけます。

第1 現状と課題

1 肝炎と肝がんの動向

(1) 肝炎ウイルス感染者数とウイルス肝炎患者数

全国の肝炎ウイルスの感染者数は、B型で約110～120万人、C型で約90～130万人、その内、肝炎を発症している患者数は、B型で約19万人、C型で約30万人と推計されています。

また、本県では、肝炎ウイルス感染者数が、B型で約1.8～1.9万人、C型で約1.5～2.1万人、ウイルス肝炎の患者数が、B型で約3千人、C型で約5千人と推計されます。（全国と本県の人口比により算出）

【表1】 肝炎ウイルス感染者及びウイルス肝炎患者の推計

		感染者	患者
B型	全国	約110～120万人	約19万人
	長野県	約1.8～1.9万人	約3千人
C型	全国	約90～130万人	約30万人
	長野県	約1.5～2.1万人	約5千人

（厚生労働省「知って、肝炎」HP、長野県の推計値は2022年度総務省「人口推計」より算出）

(注) 厚生労働省「知って、肝炎」HPに掲載の全国推計値は、感染者数については「令和元年度厚生労働科学研究費補助金肝炎等克服政策研究事業報告書」、患者数については「令和2年度厚生労働科学研究費補助金肝炎等克服政策研究事業報告書」に基づいて数値が示されている。

本県推計値の算出にあたっては2022年10月1日時点の人口比を用いた。

(2) 肝がんによる死亡率の動向

肝がん（肝及び肝内胆管）による75歳未満年齢調整死亡率は【表2】のとおりであり、この中にはウイルス肝炎からの移行者も含まれています。死亡率は近年減少傾向ですが、肝がんの5年相対生存率は40%未満とされ、依然としてリスクの高い疾患であるといえます。

肝がんによる死亡者数減少のためには、原因となる肝炎ウイルスへの感染を早期に発見し、肝がんへの移行前に適切な治療を受けることが大切であり、そのための肝炎ウイルス検査の更なる促進が重要です。

【表2】 肝がんによる年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

年		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
年齢調整死亡率 (人口10万対)	全国	5.4	5.1	4.6	4.2	4.0	3.9	3.7
	長野県	4.0	3.9	3.4	3.3	3.0	3.0	2.8

(国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」)

(3) B型肝炎ワクチン予防接種

B型肝炎ウイルスへの持続感染の多くは出生時又は乳幼児期の感染で成立することが知られていますが、母子感染のみならず水平感染対策も含めたB型肝炎ウイルス感染予防のさらなる強化のため、2016年10月から、予防接種法に基づき、同年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。

ワクチン接種の継続によって抗体保有者が増加し、B型肝炎ウイルスへの感染機会が減少することが期待されます。

【表3】 B型肝炎定期予防接種実施率(3回目)の推移 (単位:人)

年度	2017	2018	2019	2020	2021
実施人数	14,716	13,861	13,336	13,353	12,187
対象者数	14,416	14,074	13,629	12,788	12,309
実施率(%)	102.1	98.5	97.9	104.4	99.0

(厚生労働省「地域保健・増進事業報告」、長野県「毎月人口異動調査(各年10月1日現在)」より)

(注)「実施人数」には、3回目の接種まで実施した人数を記載している。

対象者数は各年度に新規に予防接種対象者に該当した人数であることに対し、実施人数は各年度における接種対象者全体の中の予防接種を受けた人数であるため、実施率は100%を越える場合がある。

2 肝炎ウイルス検査

(1) 市町村・保健所による検査

2002年度から、市町村の健康診断において肝炎ウイルス検査(B型・C型)を実施している市町村があるほか、2006年度からは、県内の保健所でも無料検査を実施しています。

近年は新型コロナウイルスの影響もあり、保健所の検査受検者数は減少傾向を示しており、普及啓発や制度周知等により受検者数の増加を図る必要があります。

【表4】 ウイルス肝炎検査の実施状況（過去5年）

区分	年度	2018	2019	2020	2021	2022
市町村が行う健康診断						
B型受検者（人）		15,181	13,300	12,173	12,188	11,190
うち陽性者（人）		71	52	38	44	44
陽性者の割合（％）		0.5	0.4	0.3	0.4	0.4
C型受検者（人）		15,228	15,464	12,416	12,454	11,456
うち陽性者（人）		42	40	33	25	25
陽性者の割合（％）		0.3	0.3	0.3	0.2	0.2
保健所実施分（市保健所含む）						
B型受検者（人）		262	143	53	60	57
うち陽性者（人）		1	4	2	0	0
陽性者の割合（％）		0.4	2.8	3.8	0	0
C型受検者（人）		263	143	52	60	56
うち陽性者（人）		2	3	0	0	0
陽性者の割合（％）		0.8	2.1	0	0	0

（健康増進課、感染症対策課調）

（2）職域検査

肝炎ウイルス検査の受検促進において、職域の健康診断における検査の実施も重要です。検査費用助成事業や医療費給付事業の周知とともに、引き続き職域検査の促進を図る必要があります。

【表5】 職域検査の実施状況

年度	2018	2019	2020	2021	2022
実施事業所数	1,394	1,770	1,852	2,058	1,758
受検者数	46,690	45,347	43,181	45,879	40,161

（感染症対策課調）

3 重症化予防推進事業

市町村では、肝炎ウイルス検査等での陽性者に対し、同意を得た上で、受診状況の調査や保健師等による受診勧奨といったフォローアップを実施し、また本県では、2019年から、初回精密検査や定期検査の自己負担額の助成を行っています。

本県におけるフォローアップの実績はまだ少なく、早期の治療開始や、肝炎ウイルス検査の受検促進の観点からも、本事業に関する更なる周知と利用促進を図る必要があります。

【表6】 重症化予防促進事業の実施状況

年度	2018	2019	2020	2021	2022
県によるフォローアップ（件）	—	7	5	8	4
検査費用助成額（円）	—	45,290	57,410	69,687	43,230
フォローアップ実施市町村数	69	69	66	69	68

（感染症対策課調）

4 医療費給付事業

(1) ウイルス肝炎医療費給付事業

本県では、1981年度以降、国に先駆けてB型及びC型肝炎患者に対する医療費給付を開始し、2008年度の国による抗ウイルス療法に対する医療費給付事業の開始後も、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。

医療費の給付は患者の経済的負担の軽減だけでなく、治療及び検査の促進といった観点からも重要であり、引き続き実施していく必要があります。

【表7】 ウイルス肝炎医療費給付事業の給付対象

治療法	入院		通院	
		フィブリノゲン製剤等の使用を証明された者		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、核酸アナログ）	◎	◎（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8】 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）

区分	2018	2019	2020	2021	2022
受給者数（年度末時点）	2,779	2,552	2,360	2,201	2,111
うち抗ウイルス療法	1,477	1,349	1,259	1,323	1,271
公費負担額（千円）	143,730	108,336	98,169	97,368	86,241

（感染症対策課調）

(2) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

2018年度に、国においてB型及びC型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者に対する医療費助成制度が開始されました。

対象者は肝がん・重度肝硬変患者であり、県単独事業の対象としていない、一部の通院治療についても医療費助成を受けることができます。

本県では申請件数がまだ少なく、更なる制度の周知が必要です。

【表9】 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る参加者数・公費負担額の推移

（単位：人、円）

年度	2018	2019	2020	2021	2022
参加者数（年度末時点）		0	0	7	9
公費負担額		—	—	185,200	954,000

（感染症対策課調）

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を構築しています。

(1) 肝疾患診療連携拠点病院・肝疾患診療相談センター

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、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。

肝疾患診療相談センターでは、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。

(2) 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します。肝疾患に関する専門的な知識を有する医師による診断や抗ウイルス治療、治療後のフォローアップを行っています。

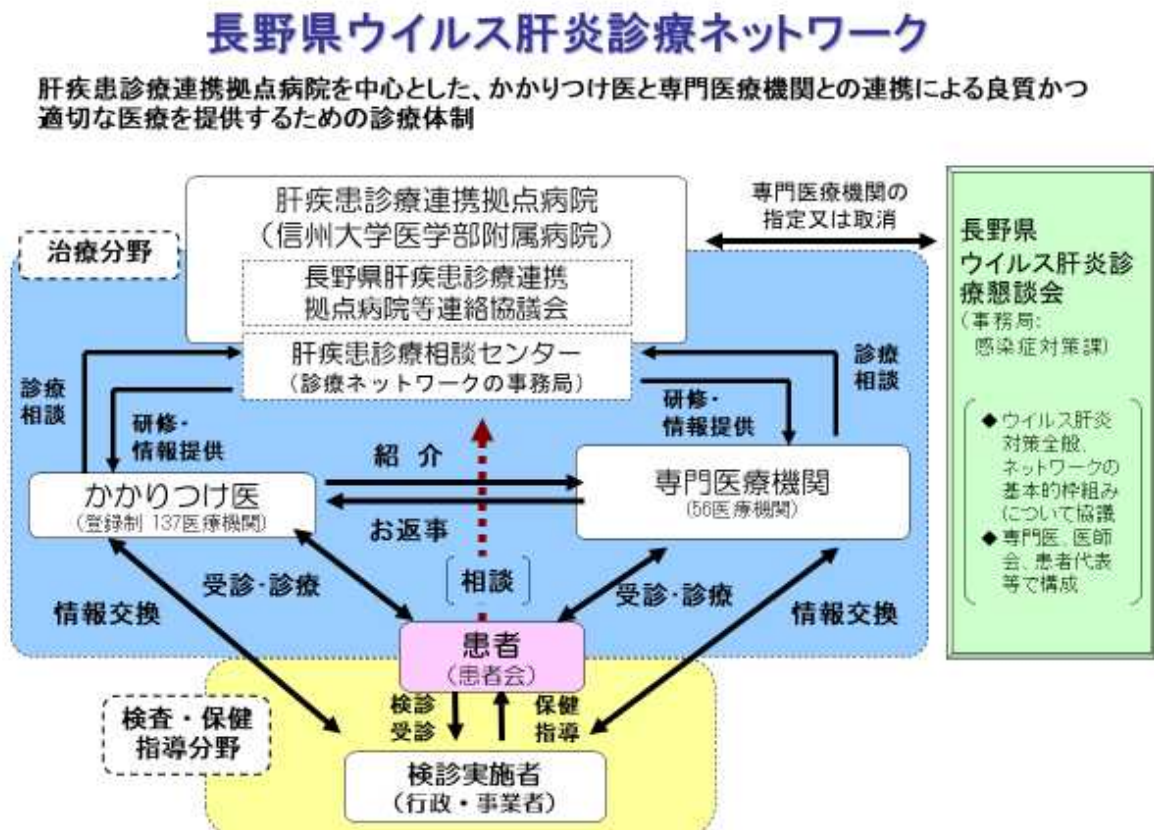
専門医療機関の一覧は肝疾患診療相談センターのホームページに掲載されています。

https://www.shinshu-liver.jp/network_list/

(3) 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ます。患者にとって最も身近な存在として、治療や検査等の日常的な処置を行っています。

【図1】 長野県ウイルス肝炎診療ネットワーク



6 肝炎医療コーディネーター

肝炎患者やその家族を支援する人材として、本県では 2018 年度より肝炎医療コーディネーターの認定を開始しました。

肝炎医療コーディネーターには、地域や職域における肝炎への理解の浸透、肝炎患者やその家族からの相談に対する助言、行政や拠点病院などの相談窓口の案内、肝炎ウイルス検査の受検の勧奨、陽性者等に対する専門医療機関の受診の勧奨、肝炎医療費助成事業などの肝炎患者等を支援する制度の説明など、医療機関、行政機関その他の地域や職域の関係者間の橋渡しを行うことが求められており、肝炎患者等に身近な地域や医療機関などにおいて活動することで、肝炎の「予防」「受検」「受診」「受療」の促進が期待されます。

また、肝炎医療コーディネーターの活用にあたっては、引き続き認定者数の増加やその周知を図るとともに、活動状況の情報共有等を通じて、そのスキルアップも図っていく必要があります。

【表 10】本県における肝炎医療コーディネーターの認定状況

年度		2018	2019	2020	2021	2022
認定者数（人） ※年度末累計		98	108	158	193	238
肝炎診療ネットワークに登録している医療機関における肝炎医療コーディネーター配置率（%）		6.0	8.1	13.1	14.8	16.5
肝炎医療コーディネーター	保健所（市含む 12 か所）	0	0	0	0	0
ター配置箇所数	市町村（77 市町村）	1	2	2	3	3

（感染症対策課調）

奈良宣言 2023

肝臓は沈黙の臓器と呼ばれ、肝臓病は病状が進行してから発覚するケースが後を絶ちません。近年では治療の進歩によりウイルス性肝炎による死亡者は減少傾向にありますが、その一方で生活習慣を原因とする脂肪肝等による肝臓病が年々増加しています。

日本肝臓学会は 2023 年 6 月に、肝疾患の早期発見・早期治療を目的として、一般的な健康診断において血液検査で広く測定されている ALT^{*}値が 30 を上回る場合には、速やかなかかりつけ医の受診を呼びかける「奈良宣言 2023」を発表しました。

早期の受診勧奨は、近年増加傾向である非アルコール性脂肪肝炎（NASH）やアルコール性肝疾患の治療促進のほか、潜在的なウイルス性肝炎患者の発見につながることも期待されます。

※ALT（アラニンアミノトランスフェラーゼ）は肝臓に含まれる酵素の一種であり、肝細胞が傷つくと血液中に漏れ出します。この ALT は他の臓器にはあまり含まれていないため、血液中の ALT 値が高い場合は肝臓に何らかの異常があるとされます。

第2 目指すべき方向と施策の展開

1 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

肝炎対策の推進にあたっては、肝炎患者等を含めた県民の視点に立ち、県民の理解・協力の下、関係機関と連携しながら、「予防」・「受検」・「受診」・「受療」の各分野における取組をより一層強化することで、肝炎患者等が安心して生活できる環境づくりに取り組みます。

(2) 正しい知識の普及啓発等による感染予防等の促進

肝炎ウイルスは感染しても自覚症状に乏しいことから、感染に気がつきにくく、また、早急な治療の必要性を認識しにくいなど、肝炎患者が適切な医療を受けるためには、肝炎に関する正しい知識を持つことが大切です。

また、全ての県民が正しい知識を持つことで、知識不足等による新たな感染の防止や、患者等に対する偏見や差別の解消など、肝炎患者等が安心して生活できる環境づくりにも繋がります。

県民一人ひとりが感染によるリスクを自覚し、その感染予防に取り組むとともに、肝炎患者等に関わる方が適切な対応を行うことができるよう、肝炎に関する正しい知識の普及啓発に取り組みます。

(3) 肝炎ウイルス検査の更なる促進

ウイルス肝炎は早期の治療により進行を防ぐことができ、C型肝炎は投薬のみでの完治も可能であることから、肝炎対策において、ウイルス感染を発見するための検査が特に重要といえます。

肝炎ウイルスの感染経路は様々であり、個々人が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ため、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。

肝炎ウイルス検査を受けたことがない人に対する受検の勧奨及び検査を受けられる機会の確保に取り組みます。

(4) 受診勧奨の強化による重症化予防の推進

肝炎ウイルス検査の受検後は、その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。

治療が必要な方を早期の治療開始に結びつけ、肝がんや肝硬変への進行を防ぐため、陽性者に対するフォローアップの実施等に取り組みます。

(5) 適切な肝炎医療の提供等による患者支援の充実

全ての肝炎患者が適切な医療を受けられるよう、肝疾患診療連携拠点病院を中心に、専門医療機関、かかりつけ医の連携を強化し、ウイルス肝炎診療ネットワークの更なる充実が重要です。

また、患者やその家族を支える体制の整備として、治療にかかる経済的支援のほか、相談支援や県民の視点に立った分かりやすい情報提供に取り組みます。

2 県民の取組として望まれること

- 肝炎ウイルスの感染予防
- 肝炎ウイルス検査の受検や適切な受診
- ウイルス肝炎に関する正しい知識を持つことによる偏見や差別の解消

3 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）
- 肝炎医療コーディネーターの増加

(2) 市町村

- 肝炎ウイルス検査の受検者の増加
- 健康診断における肝炎ウイルス検査の実施
- 肝炎ウイルス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
- B型肝炎ワクチン定期予防接種の促進
- 肝炎医療コーディネーターの増加

(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肝炎ウイルス検査を実施する事業所の増加
- 肝炎医療コーディネーターの増加

4 県の取組（施策の展開）

- 県民一人ひとりがウイルス肝炎に関する正しい知識を持ち、速やかな検査の受検や適切な受診につながるよう、肝炎の知識や医療制度に係る広報・普及啓発を行います。
- 肝炎ウイルスの検査機会確保のため、市町村や事業所の健康診断における肝炎ウイルス検査の実施を促進します。
- 保健所における肝炎ウイルス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、受診結果の確認などのフォローアップを実施します。
- 肝炎患者等が適切な医療を受けられるよう、肝疾患診療連携体制の整備を促進します。
- 肝炎患者等の経済的負担が軽減されるよう、ウイルス肝炎医療費給付事業の維持に努めます。
- 肝炎医療コーディネーターの増加を図るとともに、効果的に活動できるよう、活動状況の情報共有等を行います。

第3 数値目標

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典 等)
O	肝がんによる年齢調整死亡率 (人口10万対)		2.8 (2021)	2.8以下	現状より減少	がん統計
P	B型肝炎定期予防接種実施率 (3回目)		99.0% (2021)	95%以上 を維持	国で目標数値が示 されているワクチ ン(風しん・麻し ん)に準じる	感染症 対策課 調
P	市町村の肝炎 検査の受検者 数	B型	11,190人 (2022)	11,190人以上	現状より増加	感染症 対策課 調
P		C型	11,456人 (2022)	11,456人以上	現状より増加	
S	ウイルス肝炎検査の実施市町 村数		70 (2022)	70以上	現状より増加	
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	68 (2022)	68以上	現状より増加	感染症 対策課 調
S		受診結果確 認	66 (2022)	66以上	現状より増加	
P	保健所の無料 検査の受検者 数	B型	57人 (2022)	100人	前計画の目標数値	感染症 対策課 調
P		C型	56人 (2022)	100人	前計画の目標数値	
S	職域の健康診断におけるウイ ルス肝炎検査の実施事業所数		1,758 (2022)	1,758以上	現状より増加	
S	肝炎専門医療機関の増加		56	56以上	現状より増加	肝疾患 診療相 談セン ター調 べ
S	かかりつけ医の増加		137	143以上	前計画の目標数値	
S	肝炎医療コーディネーター認 定者数		238人	500人以上	現状より増加	感染症 対策課 調
S	診療ネットワーク医療機関に おける肝炎医療コーディネー ター設置率		16.5%	50%	現状より増加	
S	肝炎医療コーディネーターを 配置している保健所数		0	12	全保健所	

(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9節 難病対策

第1 現状と課題

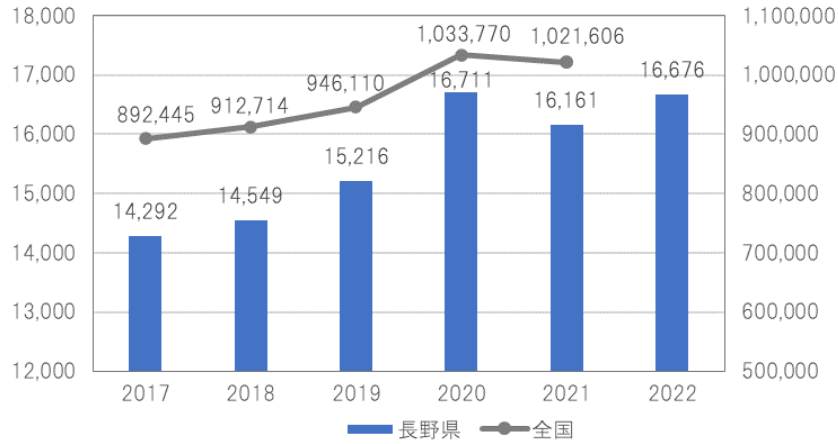
1 難病について

- 難病は、2015年1月に施行された「難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）」において、「発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもの」と定義されています。
- 難病は一定の割合で発症することが避けられず、その確率は低いものの、誰もが発症する可能性があります。
- 難病は長期の療養を必要としますが、適切な治療等を行うことで、就労、就学が可能な疾病もあります。また、同じ疾病でも、症状の現れ方や重症度、経過等が異なることがあり、難病の患者やその家族（以下「難病患者等」という。）のニーズは多岐にわたっています。

2 難病の患者に対する医療費助成制度

- 難病法では、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、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。
- 指定難病として2015年1月時点では110疾病が指定されていましたが、徐々に増加し、2021年11月からは338疾病、2024年4月からは341疾病が指定されます。
- 県内の特定医療費助成事業の受給者数は増加傾向であり、2023年3月末時点で16,676人となっており、受給者数が多い順に、パーキンソン病（2,369人）、潰瘍性大腸炎（1,927人）、全身性エリテマトーデス（976人）となっています（図1、表1）。
- 特定医療費助成事業の申請に必要な診断書を作成することが可能な「難病指定医」として、2023年4月1日時点で長野県知事の指定を受けている医師は2,517人です。
- 指定難病の医療費の給付を受けることができる「指定医療機関」として、2023年4月1日時点で長野県知事の指定を受けている医療機関は2,456か所です。
- 指定難病以外への医療費助成として、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があります（表2、3）。

【図1】 特定医療費助成事業の受給者[※]数の推移 (単位：人)



※複数の疾病に罹患している場合、それぞれ計上。(衛生行政報告例)

【表1】 特定医療費助成事業の受給者数の上位3疾病 (単位：人)

疾病	全国 (2022年3月末時点)	長野県 (2023年3月末時点)
パーキンソン病	140,473	2,369
潰瘍性大腸炎	138,079	1,927
全身性エリテマトーデス	64,304	976

(衛生行政報告例、保健・疾病対策課調)

【表2】 難病の患者等に対する医療費助成の概要(2023年4月1日時点)

事業名	医療費給付	対象疾病数
特定医療費助成事業	一部	338
特定疾患治療研究事業 ^{※1}	全額	4
先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 ^{※2}	全額	1
長野県特定疾病医療費助成事業(県単独) ^{※3}	一部	2
遷延性意識障害者医療費給付事業(県単独) ^{※4}	一部	—

※1 スモン、難治性の肝炎のうち劇症肝炎、重症急性膵炎、プリオン病(ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る。)

※2 先天的に血液凝固因子が欠乏している血友病等の疾患

※3 溶血性貧血(指定難病である自己免疫性溶血性貧血、発作性夜間ヘモグロビン尿症)を除く。、汎発性血管内血液凝固

※4 疾病又は事故により3か月以上継続して意識障害等の状態にある者

【表3】 各医療費助成^{※5}の受給者数の推移(各年度末) (単位：人)

事業名	2019年	2020年	2021年	2022年
特定疾患治療研究事業	26	25	25	25
先天性血液凝固因子障害等治療研究事業	82	82	85	88
長野県特定疾病医療費助成事業(県単独)	5	5	3	3
遷延性意識障害者医療費給付事業(県単独)	5	7	4	4

※5 特定医療費助成事業を除く。

(保健・疾病対策課調)

3 難病の患者に対する医療を提供する体制

(1) より早期に正しい診断をする機能、専門領域の診断と治療を提供する機能

- 難病は、発症してから確定診断までに時間を要する場合が多く、できる限り早期に正しい診断ができる体制が必要であることから、2020年1月に、信州大学医学部附属病院を「難病診療連携拠点病院」に指定するとともに「難病診療連携コーディネーター」を配置し、以下の取組等を進めています。
 - ・ 初診から診断に至るまでの期間をできるだけ短縮するために必要な医療の提供
 - ・ 医療従事者や難病患者等に対する県内の難病医療提供体制に関する情報提供
 - ・ 都道府県内外の診療ネットワークの構築
 - ・ 難病患者等の意向を踏まえて身近な医療機関で治療が継続できるための支援
- また、専門分野の診断と治療を提供するため、2022年10月に長野県立こども病院を「難病診療分野別拠点病院」に指定しました。

【表4】 難病医療提供体制整備事業に係る相談件数の推移 (単位：件)

事業区分	2020年度	2021年度	2022年度
難病診療連携コーディネーターによる難病診療に係る相談延件数	789	1,389	1,134

(保健・疾病対策課調)

(2) 身近な医療機関での医療の提供、支援機能

- 難病の患者が身近な医療機関で治療・療養を継続するために、2022年3月に、地域における中核的な役割を担う「難病医療協力病院」を県内の10圏域に各1か所指定しました(図2)。
- 一般病院や診療所等においては、難病の患者の治療・療養が継続できるよう、これらの拠点病院や協力病院等との連携が求められます。

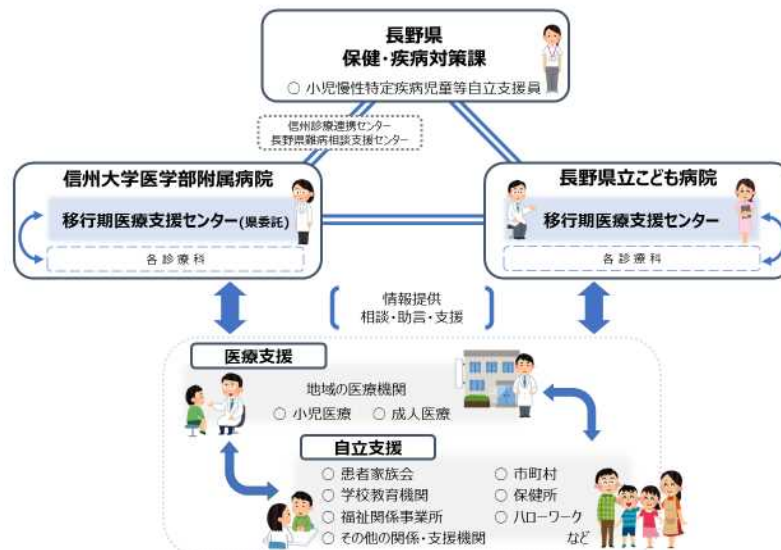
【図2】 本県の難病医療提供体制における医療機関位置図



(3) 小児期から成人期への移行期の医療に係る機能

- 近年の医療技術等の進歩により、小児慢性特定疾病をはじめとする慢性疾病を抱える多くの子どもたちが思春期・成人期を迎える中、成人期に発症する生活習慣病等については、小児診療科のみでの対応に懸念がある一方、成人診療科にとっては小児期発症の慢性疾病の多くは馴染みの薄い領域でもあります。(小児慢性特定疾病については、第4編第2章に記載)
- 小児期から成人期への移行期にある患者に対し、現状では小児期医療・成人期医療の双方において、必要な医療を必ずしも提供できていないことが指摘されています(平成29年10月25日付け健難発1025第1号厚生労働省健康局難病対策課長通知「都道府県における小児慢性特定疾病の患者に対する移行期医療支援体制の構築に係るガイド」)。
- 県は、2020年10月に「長野県移行期医療支援センター」を設置し、信州大学医学部附属病院や長野県立こども病院移行期医療支援センター等と連携して、小児期から成人期への移行期にある慢性疾病の患者が、個々の病状や置かれた状況に応じて必要な医療が受けられる体制を構築するための検討を進めています(図3)。

【図3】 長野県移行期医療支援体制図



4 難病の患者の療養生活・社会生活の支援

難病は、希少な疾病であることから患者数が少なく、その多様な症状のために他者から理解が得にくいことに加え、療養が長期に及ぶこと等により生活上の不安が大きいため、難病患者等が住み慣れた地域において安心して暮らすことができるよう多方面からの支援が必要です。

(1) 相談支援

- 県内各保健福祉事務所(保健所)では、難病患者等が抱える日常生活や療養上の悩みについて、訪問・面接・電話等による相談支援を行うとともに、地域の状況に応じて相談会(交流会や講演会等)を開催しています(表5)。

【表5】 保健福祉事務所（保健所）による相談会等の取組の推移

事業区分	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
難病相談会等開催回数（回）	50	19	18	24
難病相談会等参加者数（人）	1,169	309	384	265
家庭訪問実施延人数（人）	786	429	436	487
電話・面接等による相談延人数（人）	2,264	1,527	1,629	1,470

（保健・疾病対策課調）

- 県は、難病患者等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等を行うため、2007年6月に長野県難病相談支援センターを設置し、信州大学医学部附属病院と連携して療養相談や患者交流会等を実施する等、きめ細やかな支援を行っています（表6）。

【表6】 長野県難病相談支援センターによる相談件数の推移 （単位：件）

事業区分	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
相談延件数 （訪問、面接、電話等）	4,085	4,558	6,553	6,344

（保健・疾病対策課調）

（2）患者会の活動

- 難病患者等に対する支援においては、医療従事者等による専門的な支援のみならず、ピア（仲間）による体験や感情の共有による支援（ピア・サポート）も療養生活の一助となります。
- 患者会は、患者等（パートナーや支援者を含む場合もある）が集まり、情報交換や経験の共有、難病に対する社会の理解と認識を深めるための活動等を行う自主的な集まりで、県内で疾病毎あるいは地域毎に活動している患者会やサークル等（2023年9月1日現在 27団体）を県ホームページで周知しています。
- 県は長野県難病患者連絡協議会等と連携し、患者の立場で相談に応じる電話相談や交流会を開催しています（表7）。

【表7】 長野県難病患者連絡協議会による電話相談の件数の推移 （単位：件）

事業区分	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
電話相談延件数	265	424	384	120

（保健・疾病対策課調）

（3）人工呼吸器等を使用する難病患者への支援

- 特定医療費助成事業の対象者のうち、自己負担上限額の区分が「人工呼吸器装着者」となっている患者は、2023年3月末時点で97名となっています（表8）。

【表 8】 特定医療費における人工呼吸器等装着者数の推移

(単位：人)

自己負担上限額区分	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
人工呼吸器等装着者※	85	85	81	90	97

(衛生行政報告例)

※人工呼吸器その他の生命の維持に必要な装置を装着していることにより特別の配慮を必要とする患者。支給認定を受けた指定難病により、以下の(1)(2)を満たしていることが対象要件。(認定は個別の審査による。)

- (1) 継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある。
- (2) 日常生活動作が著しく制限されている。

- 2022 年に、人工呼吸器を使用する患者※のうち、在宅で療養する患者は 58%、施設入所又は長期入院の患者は 35%、不明・その他 7%となっています(2022 年度保健・疾病対策課調)。

※自己負担上限額区分を満たさない患者も含む。

- 人工呼吸器等を使用する難病患者が在宅療養する場合、何らかの事情で一時的に在宅療養が困難になった場合には、短期一時入院が必要になることがあります。
- 県はこのような患者の在宅療養を支援するため、短期一時入院の受入れ医療機関とのネットワークの構築を進め、難病診療連携コーディネーターによる短期一時入院の調整を行っています。
- また、県は在宅における適切な医療の確保を図るため、1 日につき 4 回以上の訪問看護の利用が必要な場合、4 回目以降の訪問看護費用を助成しています。

(4) 介護保険による支援

- 65 歳以上の第 1 号被保険者又は 40 歳から 64 歳の第 2 号被保険者が介護を要する状態となった場合には、要介護(要支援)認定※を受けることで、居宅サービスや地域密着型サービス、施設サービス等、利用者の状況に応じたサービスを受けることができます。

※ 第 2 号被保険者については、要介護(要支援)状態の原因である心身上の障害が筋委縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症等の 16 の特定疾病によって生じたものであることが必要

(5) 障害福祉サービスによる支援

- 「障害者総合支援法」(2017 年 4 月 1 日施行)の障害の定義に難病等が追加されたことにより、難病患者は障害者手帳を持っていなくても、必要と認められた障害福祉の支援が受けられます。同法の対象難病は 2021 年 11 月以降、366 疾病となっています。
- 障害福祉サービスには、訪問・日中活動・施設等の介護給付や、訓練等を受ける場合の訓練等給付などのサービスがあります。
- 訪問系サービスの中には、重度の肢体不自由等により行動上著しい困難を有し、常に介護を必要とする者に対する自宅及び外出時等の支援を総合的に行う重度訪問介護が含まれています。

(6) 就労に関する支援

- 難病の治療を継続しながら就労することが可能な場合があり、難病患者の 56% が就労しているという報告もあります(独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「難病のある人の雇用管理の課題と雇用支援のあり方に関する研究」(2011 年 4 月))。
- 治療を継続しながら自分らしい生活を送ることができるよう、各企業や事業所において、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン(厚生労働省)」に基づいた職場での取組の推進が求められるほか、両立支援コーディネーターを中心とした治療と仕事の両立支援の

体制整備が必要です。

- 産業医、産業看護職、衛生管理者等の産業保健関係者を支援するとともに、事業主等に対し職場の健康管理への啓発を行うことを目的として産業保健総合支援センターが全国に設置され、産業保健に関する様々な問題について事業主や難病患者等からの相談に対応しています。
- 難病の患者の就職や、難病の患者を雇用する事業主を支援するため、松本職業安定所（ハローワーク松本）に難病患者就職サポーターが配置され、県内の公共職業安定所（ハローワーク）等と連携して支援を行っています。
- 長野県難病相談支援センターでは、就労を希望する難病の患者に対して、社会保険労務士や難病患者就職サポーターによる出張相談を行う等、関係機関と連携した取組を実施しています（表9）。

【表9】 長野県難病相談支援センターによる就労相談件数の推移 （単位：件）

事業区分	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
就労相談延件数	372	317	291	391

（保健・疾病対策課調）

（7）地域の支援関係者の連携

- 今後も多様化することが想定される難病患者等のニーズに対して十分な支援を行うためには、支援関係者同士の連携が重要です。
- 県は2018年度から、患者会の代表者や医療、福祉、就労等多分野の支援関係者で構成する「難病対策連絡会議」を開催し、県内の難病患者等の安定的な療養生活の実現のため、難病患者等の実情の共有や課題への対策についての検討を行っています。
- 県内各保健福祉事務所（保健所）においても「難病対策地域協議会」を開催し、それぞれの地域における課題への対応について検討を行っています。

（8）難病に関する社会全体の理解

- 難病患者については、就労、就学等の際、周囲の理解を得ることが困難となることも多く、社会参加への障壁となっている場合があります。
- また、難病は県民の誰もが発症する可能性があることから、難病患者等が差別を受けることなく、地域で尊厳をもって生きることのできる社会を構築するため、県民が難病に対する正しい知識を得ることが必要です。

5 難病患者等の支援に携わる医療、福祉、介護等の支援関係者の育成

- 難病患者等の支援には、それぞれの症状や療養生活の形態によって、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、介護支援専門員、介護従事者等の様々な職種が支援に携わっています。
- 疾病や支援に関する知識を持つ人材に限られることから、県内各保健福祉事務所（保健所）は長野県難病相談支援センター等と連携し、疾病特性の理解と支援技能の向上のため、幅広い職種の支援者に対して研修を実施しています（表10）。

【表 10】 保健福祉事務所（保健所）における支援者研修の開催回数、参加者数の推移

事業区分	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
研修開催回数（回）	6	2	2	6
研修参加者数（人）	293	102	152	171

（保健・疾病対策課調）

- 難病患者等の多様化するニーズに対応した適切なホームヘルプサービスを提供できるよう、県は、必要な知識や技能を有するホームヘルパーを養成するための難病患者等ホームヘルパー養成研修を実施しています（表 11）。

【表 11】 難病患者等ホームヘルパー養成研修開催回数、参加者数の推移

事業区分	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
開催回数（回）	2（実地）	2（実地）	中止	1(オンライン)	2(オンライン)
研修参加者数（人）	53	45	0	42	36

（保健・疾病対策課調）

- 人工呼吸器を使用する患者の療養には医療行為である痰の吸引等が必要であり、介護職員等が一定の研修を受けること及び施設・事業所等※が長野県知事の登録を受けることで、一定の条件下で痰の吸引が可能となるため、県は、痰の吸引等を行う介護職員等の指導を行う指導者の養成講習を実施するなど、人材の育成を支援しています。

※ 施設・事業所の例としては、介護関係施設（特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等）、障がい者支援施設等（通所施設及びケアホーム等）、在宅（訪問介護、重度訪問介護等）、特別支援学校などがあります。

- 言語的コミュニケーションが困難となった難病患者の様々なニーズを支援者が的確に把握し対応できるよう、保健・疾病対策課、長野県難病相談支援センター、難病患者のコミュニケーション支援に精通する医療機関等が協力し、コミュニケーション支援に関する研修や機器の貸出し等を行っています（表 12）。

【表 12】 コミュニケーション機器に関する相談、貸出、研修会開催回数、参加者数の推移

区分	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
相談（件）	553	382	190	455	281
機器貸出（件）	36	23	10	21	17
研修会（回）	4	3	0	1	2
研修参加者数（人）	94	56	0	72	99

（保健・疾病対策課調）

- その他、県と難病患者等を支援する関係団体や関係機関は、連携して地域の状況や難病患者等のニーズに応じた研修の機会を持つなど、難病患者等の支援に携わる支援者の育成を継続的に行っています。

6 難病の患者に対する災害等の対策

- 2013 年の災害対策基本法の改正により、災害時に自ら避難することが困難な高齢者や障がい者等の避難行動要支援者の「避難行動要支援者名簿」策定が市町村に義務づけられました。また、2021 年度の災害対策基本法の改正により、災害時の避難支援等を実効性のあるものとするため、避難行動要支援者の「個別避難計画」作成が市町村の努力義務とされました。
- また、2019 年に確認された新型コロナウイルス感染症のまん延時においては、難病患者等やその支援者が罹患する事例の発生や、県内各保健福祉事務所（保健所）の難病対策に関する業務が大きく制限される等新興感染症等も難病患者等の生活に大きな影響がありました。
- そのため、患者を支援する関係機関は、日ごろから多職種が連携し、感染症まん延時や災害発生時に療養を安定的・継続的に支えるための連携体制や業務継続計画（BCP）を検討し備える必要があります。
- 人工呼吸器を使用する難病患者等について、災害に対する「日頃からの備え」と「災害発生時の対応」の両方の視点から、「個別支援計画」や「個別避難計画」を作成するため、県内各保健福祉事務所（保健所）は市町村支援等の取組を行っています。
- また、県は、感染症への対応に関する知識と技能の向上のため、社会福祉施設等における感染症の発生並びまん延の防止等に係る研修を行っています。

第2 目指すべき方向と施策の展開

1 目指すべき方向

難病の患者とその家族が、地域で必要な医療や支援を受けながら、安心して暮らすことができる。

2 施策の展開

(1) 難病の患者に対する医療に係る経済的な支援

- 特定医療費助成事業等により患者の医療費の自己負担の軽減を図ります。
- 難病の患者が必要な助成を受けられることができるよう、特定医療費助成事業等の医療費助成制度について県ホームページ等にて分かりやすい周知に努めます。

(2) 難病の患者に対する医療提供体制の整備

- 患者が早期に診断され、必要な医療を受け、身近な地域で療養生活を送ることができるよう、「難病診療連携コーディネーター」を継続的に配置し、「難病診療連携拠点病院」を中心に「難病診療分野別拠点病院」や「難病医療協力病院」、その他の病院や診療所等と連携し、医療提供体制の維持向上に努めます。
- 県内の医療提供体制について、県民や支援者等に分かりやすく公表します。
- 長野県移行期医療支援センター、各地域の医療機関、難病診療連携コーディネーター等と連携を図り、移行期医療の体制の実現に向けた検討を進めます。

(3) 難病の患者の療養生活・社会生活の支援

- 県内各保健福祉事務所（保健所）、長野県難病相談支援センターや関係機関と連携して難病患者等の療養上の様々なニーズに対応したきめ細かな相談支援を行うとともに、障害福祉サービスなどの利用可能な支援についての周知を図ります。
- 共通する体験を持つ仲間（ピア）と話すことで、患者やその家族の孤立感や不安の軽減が図られることから、県内各保健福祉事務所（保健所）や長野県難病相談支援センターと連携して、患者会の立ち上げや運営、ピア・サポートに係る基礎的な知識や能力を有する人材の育成等への支援に努めます。
- 在宅療養を推進するため、短期一時入院の受入れ医療機関に対する支援を継続するとともに、難病診療連携拠点病院を中心とした短期一時入院の受入れネットワークの維持に努めます。
- 長野県難病相談支援センター、産業保健総合支援センター、ハローワーク等の関係機関と連携し、難病患者の就労支援や治療と仕事の両立支援に取り組みます。
- 難病患者等が住み慣れた地域で安心して生活が送れるよう、患者会も含めた多くの関係機関で構成する「難病対策連絡会議」での協議等を通じて、療養支援体制の維持向上に努めます。
- 県内各保健福祉事務所（保健所）は、それぞれの地域の実情に応じた課題に対して、地域内の関係機関とのネットワークの構築や「難病対策地域協議会」での協議等を通じ、療養支援体制の維持向上に努めます。
- 関係機関と連携し、社会全体の難病に関する理解がより深まるよう、難病に対する正しい知識や、保健医療サービス、福祉サービス、相談支援先や交流会、患者会の活動等について、広く周知に努めます。

(4) 難病患者等の支援に携わる支援者の育成

- 県内各保健福祉事務所（保健所）、長野県難病相談支援センターと連携して、医療、福祉、介護等の支援者を対象とした研修や、在宅コミュニケーション機器の貸出し等を行い、難病患者等の支援者の知識や技能の向上を図ります。
- 県と関係機関は、適切に痰の吸引等を行うことができる介護職員等を養成します。

(5) 難病患者等に対する災害対策等の取組

- 県と市町村、関係機関は、平時から連携し、感染症まん延時や災害発生時に、安定的・継続的に難病患者等を支えるための連携体制や業務継続計画（BCP）を検討し、難病患者等が適切な対応行動がとれるよう、災害時等への備えに向けた取組を進めます。

第3 数値目標

区分	項目	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	難病医療提供体制に参加する医療機関	12 医療機関 (2022)	12 医療機関	現状の水準を維持する。	保健・疾病対策課調
P	難病患者等からの相談を受ける体制 (長野県難病相談支援センター、保健福祉事務所 (保健所))	13か所 (2022)	13か所	現状の水準を維持する。	保健・疾病対策課調
P	難病対策連絡会議と 難病対策地域協議会の 開催	3回 (2022)	11回	県全体の難病対策 連絡会議1回、各 二次医療圏毎に難 病対策地域協議会 1回	保健・疾病対策課 調
P	支援者等への研修の開催 回数	10回 (2022)	10回以上	現状維持上を目指 す。	保健・疾病対策課 調

注) 「区分」欄 P (プロセス指標) : 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

第 10 節 CKD(慢性腎臓病)対策

第 1 現状と課題

1 CKD(慢性腎臓病)とは

- CKD は腎臓の働きが徐々に低下していく様々な腎臓病を包括した総称であり、医学的には「蛋白尿」等または「腎機能低下 (GFR 60[ml/分/1.73 m²]未満)」が3か月以上続く状態と定義されています。
- 腎臓は「沈黙の臓器」と言われ、自覚症状が乏しく、症状を自覚した時には腎臓病がすでに進行しているということも少なくありませんが、早期から適切な治療を行えば重症化予防が可能です。
- 腎臓病の主な発症リスクは、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病や加齢等です。
- CKD が進行し、重症化すると、腎不全となり人工透析や腎移植が必要になります。

(1) CKD の患者等の状況

- 「CKD 診療ガイドライン 2023 (社団法人 日本腎臓学会編)」(以下「診療ガイドライン」という。)によると、成人の8人に1人がCKDと推計されていますが、腎機能異常に気付いていないCKD患者が多数存在すると推測されます。
- CKD の重症度は蛋白尿および腎機能の状態を組み合わせで分類されています(図1)。
- 「NDB オープンデータ (厚生労働省)」によると、本県で2020年度に実施された特定健康診査では、尿蛋白(2+)以上の割合は男性1.1%、女性0.4%であり、eGFR*が60 [ml/分/1.73 m²]未満の割合は男性13.7%、女性12.9%となっています。

※ eGFR 値は年齢・性別・血清クレアチニン値から推算した GFR 値。

【図1】 CKDに関する健診判定と対応の分類例

【尿蛋白に関する判定と対応の分類例(血清クレアチンを測定していない場合)】

健診判定		対応
異常 ↑ ↓ 正常	尿蛋白 陽性(1+/2+/3+)	① 医療機関の受診を
	尿蛋白 弱陽性(±)	② 生活習慣の改善を
	尿蛋白 陰性(-)	③ 今後も継続して健診受診を

【尿蛋白及び血清クレアチニンに関する判定と対応の分類例】

健診判定 (eGFRの単位: ml/min/1.73m ²)		尿蛋白(-)	尿蛋白(±)	尿蛋白(1+)以上
異常 ↑ ↓ 正常	eGFR < 45	① すぐに医療機関の受診を		
	45 ≤ eGFR < 60	③ 生活習慣の改善を	② 生活習慣の改善を	
	60 ≤ eGFR	④ 今後も継続して健診受診を		

厚生労働省HP 標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】をもとに、がん・疾病対策課作成

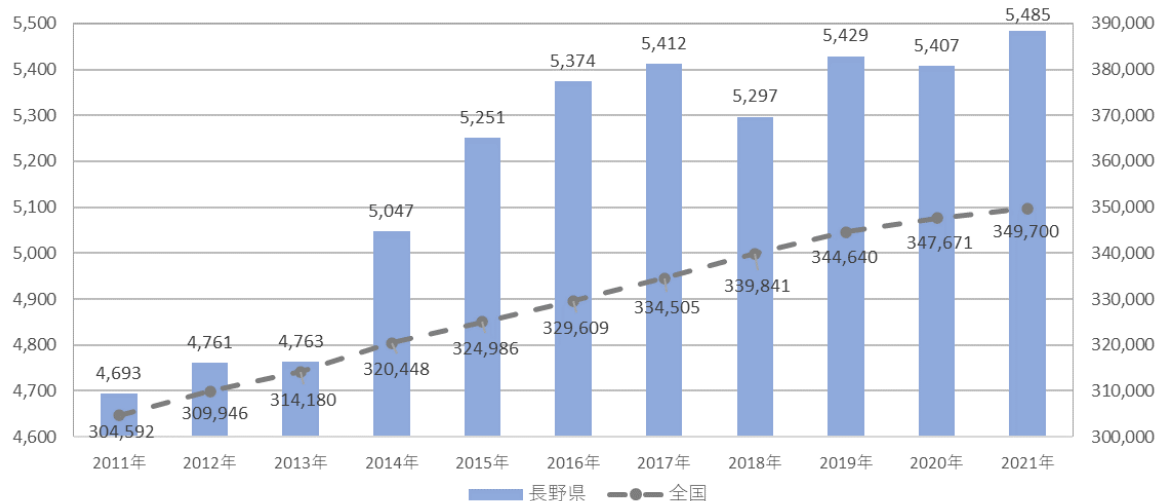
(厚生労働省「腎疾患対策検討会報告書」2018年5月)

(2) 慢性人工透析患者数と原疾患

- 慢性人工透析患者数は、全国と同様に本県も増加傾向にあります（図2）。
- 全国では人工透析導入の原疾患は糖尿病性腎症が40.2%で最多ですが、高齢化を背景に、高血圧が原因で腎臓の血管に動脈硬化を起こす、腎硬化症が増加傾向にあります（表1）。
- 本県の人工透析導入の原疾患は、糖尿病性腎症が36.0%を占めています（表2）。

【図2】 慢性人工透析患者数の推移

(単位：人)



(日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」)

【表1】 全国の人工透析患者の推移

区分	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	
新規透析導入患者数	38,786	38,147	38,557	38,549	37,968	
うち	糖尿病性腎症 (人)	16,492	16,122	16,019	15,690	15,271
	糖尿病性腎症の割合 (%)	42.5	42.3	41.6	40.7	40.2
	慢性糸球体腎炎 (人)	6,327	5,963	5,755	5,764	5,394
	慢性糸球体腎炎の割合 (%)	16.3	15.6	14.9	15.0	14.2
	腎硬化症 (人)	5,689	5,951	6,330	6,737	6,905
	腎硬化症の割合 (%)	14.7	15.6	16.4	17.5	18.2

(日本透析医学会「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の推移

区分	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	
新規透析導入患者のうち						
原疾患に記入があった患者数 (人)	588	520	560	612	592	
うち	糖尿病性腎症の患者数 (人)	238	209	235	241	213
	糖尿病性腎症の割合※ (%)	40.5	40.2	42.0	39.4	36.0

(日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」)

※ 慢性糸球体腎炎及び腎硬化症の都道府県毎の患者数は公表されていない。

(3) 腎不全による死亡

- 腎不全による死亡数は2022年の人口動態統計によると、全国では30,738人、長野県では475人となっており、年齢調整死亡率は全国と同様に本県も低下傾向です(図3)。

【図3】 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」)

腎代替療法の現状と慢性腎臓病対策としての腎移植の推進

「腎機能が60%未満に低下する」もしくは「蛋白尿」状態等が3か月以上続くとCKDと診断されます。CKDが悪化し、尿を作る機能が10%未満に低下すると様々な体液異常が起き、日常生活を送ることが困難となるとともに、命を失う危険性もある末期腎不全の状態となります。この状態を改善させ、命をつなぐためには血液透析、腹膜透析、腎移植といった腎代替療法の導入が必要となります。

その中で、腎移植は失われた腎機能を唯一取り戻すことができ、最も生活の質が良くなることから、慢性腎臓病患者の予後改善のためには腎移植の推進が重要です。

世界では末期腎不全患者の半数程度に腎移植が行われている国もありますが、日本では臓器提供の意思表示率が低く、末期腎不全患者の0.5%程度にしか腎移植が施行されていません。意思表示が無い場合、臓器提供の判断は残された家族にゆだねられますが、その決断は家族の大きな心的負担となります。

臓器提供の意思表示は、運転免許証、保険証、マイナンバーカード、意思表示カード、インターネット登録によって行うことができるため、多くの方に移植医療について理解していただき、意思表示を検討いただくことが大切です。

2 CKD に対する医療の提供

- CKD は早期発見が重要であり、かかりつけ医が診療ガイドライン等に基づき、定期的に尿蛋白検査を実施するとともに、かかりつけ医と腎臓病専門医が在籍する医療機関等が連携して医療を提供する体制が重要です。
- 日本腎臓協会、日本腎臓学会等の団体が共同で、看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師の人材育成により、標準的な CKD の保存療法を浸透させ、患者の療養生活の支援をすることを目的に腎臓病療養指導士の認定をしています。
- 本県の腎臓病専門医は 86 名で、2023 年 1 月 31 日時点の腎臓専門医が在籍する医療機関は人口 10 万人当たり 2.3 か所となっており、全国（2.3）と同水準です（表 3）。

【表 3】 腎臓専門医の配置状況

（単位：人）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
腎臓病 専門医	11	6	5	4	6	0	29	3	17	5	86

（日本腎臓学会ホームページ、2023 年 7 月 3 日現在）

3 CKD に対する社会的な支援

- CKD になっても、治療と仕事を継続しながら自分らしい生活を送ることができるよう、各企業や事業所において、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（厚生労働省）」に基づいた職場による取組の推進や、両立支援コーディネーターを中心とした治療と仕事の両立支援の体制整備が必要です。

第 2 目指すべき方向と施策の展開

1 目指すべき方向

県民が CKD の予防及び早期発見に努めるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる。

2 施策の展開

（1）発症予防・早期発見・早期治療に向けた取組

- CKD の発症には肥満や運動不足などの生活習慣が大きく関与しており、県民が CKD に対する正しい認識及び知識を持ち、適切な予防、早期発見、早期対策につながる取組が実践できるよう「信州 ACE（エース）プロジェクト」（※第 4 編第 1 章参照）を推進するとともに、市町村、関係団体等と連携し、CKD に関する情報の普及啓発に取り組みます。
- 早期発見のためには、自覚症状がなくても健康診査（特定健康診査等）を受診し、結果に応じてさらに詳細な検査につなげることが必要であり、健診後に適切な保健指導が実施されるよう、市町村や保険者に対して働きかけを行います。また、研修会を開催するなどし、健診・保健指導に従事する専門職の力量形成を図ります。

- 健診受診後の再検査や医療機関の受診等、適正な事後措置が行われるよう、医療保険者や医療機関と連携した取組を推進します。

(2) 医療提供体制

- 早期からの治療を行うため、かかりつけ医は科学的根拠（エビデンス）に基づき、定期的に尿蛋白検査の実施に努めるとともに、県や関係団体等はかかりつけ医と腎臓専門医等が連携した医療提供体制の構築に向けた取組について検討を進めます。

(3) CKDに対する社会的な支援

- 企業による「事業所における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づいた取組の推進に向けた働きかけを行います。
- 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）と連携し、患者や事業所等に対して、就労支援に関する相談先の周知に取り組みます。

第3 数値目標

区分	項目	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	腎不全による 年齢調整死亡率 (人口10万人対)	(男性) 長野県 19.0 全 国 27.3 (女性) 長野県 9.3 全 国 13.5 (2020)	(男性) 19.0 以下 (女性) 9.3 以下	現状以下を目標とする	厚生労働省 「人口動態統計特殊報告」
○	糖尿病性腎症 による新規人工 透析導入患者	213 人 (2021)	213 人以下	現状以下を目標とする。	日本透析医学会 「我が国の慢性透析療法の現況」
○	尿蛋白(2+)以上 の割合※1	(男性) 1.1% (女性) 0.4% (2020)	(男性) 1.1%以下 (女性) 0.4%以下	現状以下を目標とする。	厚生労働省 「NDB オープンデータ」
○	eGFR 区分 G3※2以上の割合※1	(男性) 13.7% (女性) 12.9% (2020)	(男性) 13.7%以下 (女性) 12.9%以下	現状以下を目標とする。	厚生労働省 「NDB オープンデータ」

※1 治療中の患者の状況を把握することは困難なため、特定健康診査の値。

※2 eGFR 区分 G3 は $30 \text{ [ml/分/1.73 m}^2\text{]} \leq \text{eGFR} < 60 \text{ [ml/分/1.73 m}^2\text{]}$

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

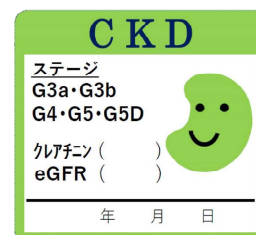
腎機能に影響を与える医薬品について(注意が必要なCKDの薬物治療)

医療機関が血液検査などの臨床検査値を処方せんに記載することが増えてきています。

腎機能が低下している患者には、副作用の発現や腎障害が進むことを防ぐため、投与が禁止されている医薬品、投与量の調節が必要な医薬品がOTC医薬品(一般用医薬品、要指導医薬品)も含めて多くあります。

薬局において、臨床検査値等により患者の(腎臓の)状態を把握して処方せん内容の確認や服薬指導等を行うことは、適切な薬物治療につながります。

また、腎機能が低下した患者が、複数の医療機関にかかる際や薬局で医薬品を受け取る際に、腎機能に配慮した薬物治療や療養指導を受けられることを目的としたCKDシールを活用した取組もされています。



佐久医師会、佐久薬剤師会のCKDシール

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）とは

- COPD とは、肺の炎症性疾患で、咳・たん・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患です。
- 心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症等の併存疾患や、肺がん、気腫合併肺線維症等の呼吸器疾患との合併も多く、栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こすことがあります。

(2) COPD の患者数

- 2001 年に行われた調査^{※1}によると、COPD の有病率は 8.6%（全国で約 530 万人）と推計されますが、推計患者数に占める受診者数は約 5%ほどであり、大多数が未診断・未治療と考えられます。（※1 NICE study, the Nippon COPD Epidemiology study 2001）
- 2020 年における COPD の総患者数は、全国で約 37 万 9,000 人、本県で約 6,000 人と推計されており、65 歳以上の患者が多くを占めます（表 1）。

【表 1】 COPD^{※1}の年代別総患者数推移（2020 年^{※2}）

（単位：千人）

区 分	34 歳以下	35～44 歳	45～54 歳	55～64 歳	65～74 歳	75 歳以上	総数	
長野県	男性	- ^{※3}	-	-	1	3	2	6
	女性	-	-	-	-	0	0	0
	計	-	-	-	1	3	2	6
全国	男性	6	1	5	21	84	151	269
	女性	6	2	9	15	33	47	111
	計	11	3	13	36	116	198	379

（厚生労働省「患者調査」）

※1 傷病分類「気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患」

※2 平成 29 年調査まで算出上限日数を 30 日（31 日以上は除外する）と設定されていたが、令和 2 年患者調査以降は、算出の上限日数が 98 日（99 日以上は除外する）となり、比較が困難なため過去の記載はしていない。

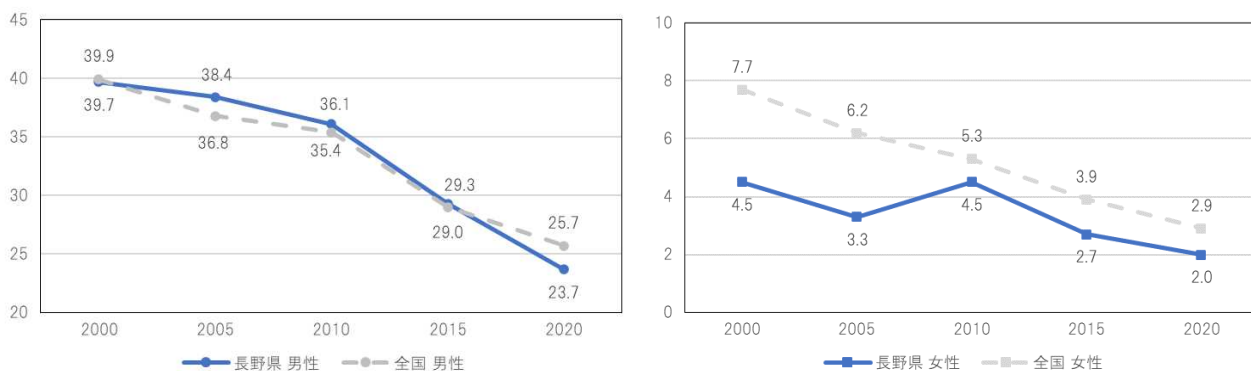
※3 係数のない場合は「-」、推計値、比率等で丸めた結果が表章すべき最下位の桁の 1 に達しない場合「0」と表記。

※4 数値については、不詳者・端数処理のため、内訳の合計が総数に合わない場合がある。

(3) COPD による死亡

- COPD による死亡数は、2022 年の人口動態統計によると、全国では 16,676 人、本県では 276 人となっており、年齢調整死亡率は男女ともに低下傾向にあります（図 1）。

【図1】 COPDによる年齢調整死亡率(人口10万対)

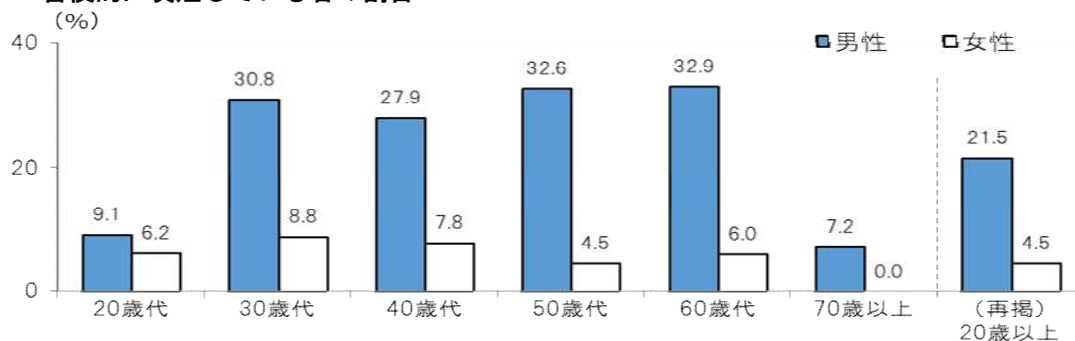


(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

(4) COPDの主な原因となる喫煙

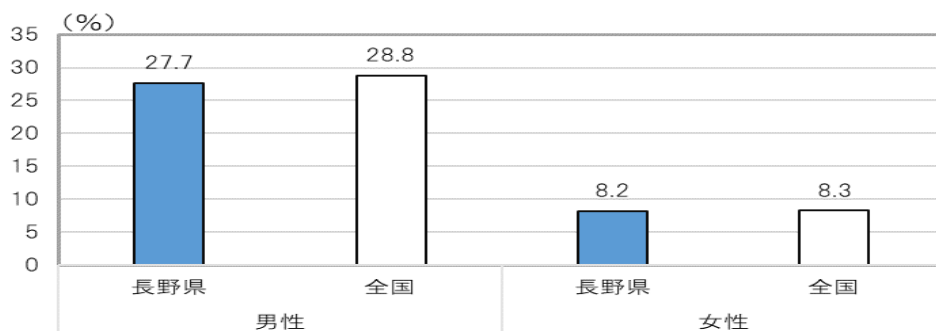
- COPDの最大の原因はたばこの煙であり、「健康日本21(第三次)推進のための説明資料(厚生労働省)」によると、喫煙者では20~50%がCOPDを発症するとされています。そのほかにも、遺伝的因子や感染、大気汚染等も原因として挙げられます。
- 本県で、2022年度の喫煙率(習慣的に喫煙している者の割合)は、20歳以上では、男性21.5%、女性4.5%で、男性の30~60歳代の割合が高くなっています。習慣的に喫煙している者の割合を全国と比較すると、男女とも全国と同水準となっています(図2、図3)。
- 健康被害が顕性化する前の若い世代から喫煙防止を働きかけることが重要です。

【図2】 習慣的に喫煙している者の割合



※紙巻たばこ・加熱式たばこ・その他含む(電子たばこは含まない)
(長野県「令和4年度県民・健康栄養調査」)

【図3】 習慣的に喫煙している者の全国との比較(20歳以上年齢調整値)



(長野県「令和元年度県民健康・栄養調査」、厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」)
(年齢調整値：平成17年国勢調査男女計人口を基準に算出した20歳以上の年齢調整平均値)

2 COPDの医療

- COPDの治療は、症状・QOLの改善、呼吸機能の改善、増悪の抑制、身体活動性・運動耐容能の維持向上を目指して実施されます。
- 喫煙を続けると呼吸機能が悪化するため、禁煙が治療の基本となります。
- 病気の進行を食い止めるために、薬物療法や運動療法、栄養療法等の呼吸リハビリテーションを行います。
- 増悪を避けるために、インフルエンザワクチンや肺炎球菌ワクチンの接種が勧められます。
- 生活習慣の改善、合併症及び併存疾患の予防・治療のために、専門医、かかりつけ医、リハビリテーションに関する専門職等多職種が連携した医療提供体制が望まれます。

【表2】 COPDの治療を行う医療機関数

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
病院数	11	6	6	5	7	1	13	2	16	2	69
診療所数	28	21	34	26	37	3	75	10	68	9	311
合計	39	27	40	31	44	4	88	12	84	11	380

(2022年 医療政策課調)

3 COPDに対する社会的な支援

- COPDになっても、治療と仕事を継続しながら自分らしい生活を送ることができるよう、各企業や事業所において、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（厚生労働省）」に基づいた職場による取組の推進や、両立支援コーディネーターを中心とした治療と仕事の両立支援の体制整備が必要です。

第2 目指すべき方向と施策の展開

1 目指すべき方向

県民が COPD の発症予防に努めるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる。

2 施策の展開

(1) 発症予防に向けた取組

- 市町村や医療機関等関係機関・団体と連携して、たばこからの健康被害を受ける人を減らす取組みを促進します。(※第4編第1章第4節参照)

(2) 医療提供体制

- 医療機関においては、様々な併存疾患の早期発見や QOL の改善のために、専門医やかかりつけ医、リハビリテーションに関する専門職等多職種による連携体制の促進が望まれます。

(3) COPD に対する社会的な支援

- 企業による「事業所における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づいた取組の推進に向けた働きかけを行います。
- 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）と連携し、患者や事業所等に対して、就労支援に関する相談先の周知に取り組みます。

第3 数値目標

区分	項目	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	COPD の年齢調整 死亡率 (人口 10 万人対) 男性 女性	23.7 2.0	23.7 以下 2.0 以下	現状以下を目標とする	厚生労働省 「人口動態 統計特殊報告」
		(2020)			
○	喫煙率 (20 歳以上) (再掲) 男性 女性 男女計	21.5% 4.5% 13.0%	18% 4% 11%	健康日本 21(第3次)の指 標に合わせ、現在の喫煙率 から禁煙希望者が禁煙で きたとした場合の喫煙率 とする	県民健康・栄養 調査
		(2022)			

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

第12節 アレルギー疾患対策

第1 現状と課題

1 アレルギー疾患の現状

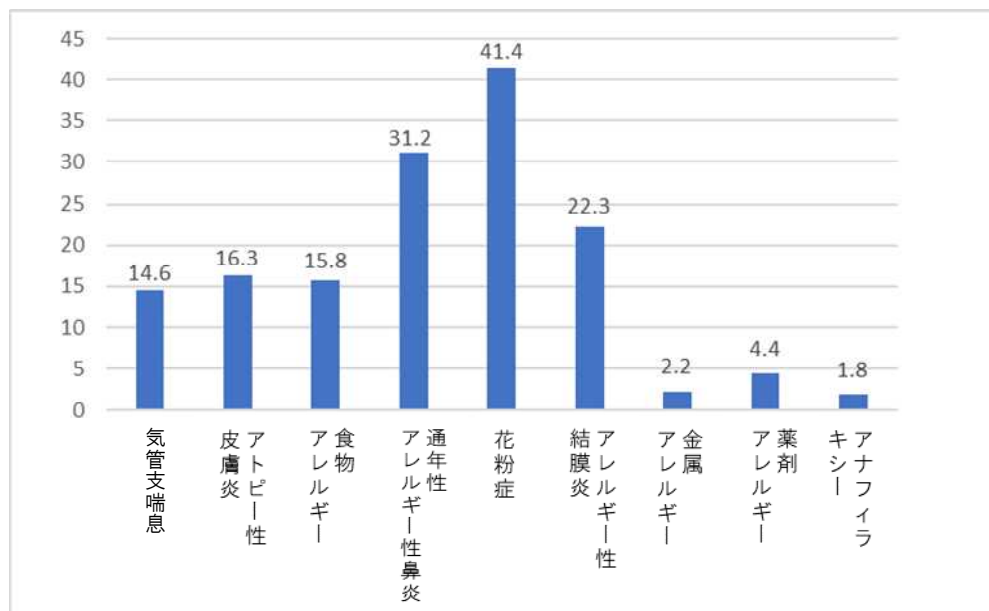
- アレルギー疾患は、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギー、その他アレルゲンに起因する免疫反応による人の生体に有害な局所的又は全身的反応に係る疾患を指します。

主なアレルギー疾患	症状
気管支ぜん息	気道に炎症が続き、さまざまな刺激に気道が敏感になって発作的に気道が狭くなることにより、咳や痰、呼吸困難等を引き起こすことがあります。
アトピー性皮膚炎	皮膚のバリア機能が低下し、さまざまな刺激に皮膚が反応して炎症が生じやすくなる症状を指します。 強いかゆみを伴い、皮膚が赤くなってブツブツができたり、乾燥して皮膚がむけ、かさぶたができる場合があります。
アレルギー性鼻炎	ダニやホコリ等を原因とする「通年性アレルギー性鼻炎」と、スギやヒノキ等の花粉を原因とする「季節性アレルギー性鼻炎（花粉症）」があります。 くしゃみ、透明な水溶性の鼻水、鼻づまりなどの症状があります。
アレルギー性結膜炎	目に生じる様々なアレルギー疾患の総称です。充血、目やに、目の異物感といった症状に加え、目がかゆくなるのが特徴です。
花粉症	スギやヒノキなどの植物の花粉が原因となり、くしゃみ、鼻水、鼻づまり、目のかゆみなどの症状が引き起こされます。
食物アレルギー	ある特定の食べ物を食べたり、触れたりした後に、じんましん、湿疹、嘔吐、喘鳴（ぜーぜー・ヒューヒュー音）などの症状が現れる疾患です。 アレルギーの原因となる物質（アレルゲン）は、主に食べ物に含まれるタンパク質で、加齢に伴って食物アレルギーの原因が変わっていくという特徴があります。 血圧低下や意識障害など、急激に全身の症状が進行する場合を「アナフィラキシーショック」と呼び、生命の危険にまで及ぶことがあります。
接触皮膚炎	接触皮膚炎は、日常生活で接することの多い金属（指輪、時計、歯科治療で使用される金属等）、化粧品、天然ゴム製品、医薬品、動植物など、身の周りにあるほとんどの物質が原因となり得ます。 原因となる物質が皮膚に接触し、それが刺激やアレルギー反応となってかゆみを伴う皮疹が現れます。

- アレルギー疾患を有する者は増加傾向にあり、国民の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患を有していると言われています。
- 2022年度に、アレルギー疾患の多様性、生活実態を把握するための疫学研究研究班が行った「アレルギー疾患に関するアンケート調査」(図1)によると、いずれかのアレルギー疾患について、「医師に診断されている」もしくは「診断されていないがそう思う」と回答した者の割合は、63%となっています。

【図1】アレルギー疾患有症率

(単位：%)



(アレルギー疾患の多様性、生活実態を把握するための疫学研究研究班「2022年度アレルギー疾患に関するアンケート調査」)

- 生活環境における複合的な要因によって発症、重症化することがあるため、職場、学校といった日常生活の様々な場面での対応が求められています。

2 アレルギー疾患に関する正しい知識の普及

- アレルギー疾患の発症や重症化を予防するためには、正しい知識の下、適切な対応を継続的に実践することが大切です。
- しかし、インターネット等には、原因やその予防法、症状の軽減に関する膨大な情報があふれており、この中から適切な情報を選択することは難しく、科学的根拠に基づいたアレルギー疾患医療に関する正しい知識を、いつでも容易に得ることができる環境が整っている必要があります。

3 アレルゲンに関する生活環境

アレルギー疾患の発症や重症化を予防し、症状を軽減するためには、アレルゲンに曝露しないことが有効と言われています。

(1) 環境基準の確保

- 国では、人の健康の保護及び生活環境の保全のうえで維持されることが望ましい基準として、

「環境基準」を定めています。この環境基準は、行政上の政策目標であり、人の健康等を維持するための最低限度としてではなく、より積極的に維持されることが望ましいものとされています。

- 県は、大気測定によって、大気環境中における大気汚染物質の濃度実態及び経年変化傾向を把握し、良好な大気の保全と化学物質による汚染の防止に取り組んでいます。

(2) 花粉対策

- 全国の耳鼻咽喉科医師とその家族を対象とした鼻アレルギーの全国調査(2019年)によると、花粉症の有病率は42.5%(2008年は29.8%)で、増加傾向にあります。
- 花粉症の症状を緩和させ重症化を予防するためには、花粉についての知識を持つとともに、花粉を避けるための対策や発症した際には速やかに医療機関を受診する等の対応が望まれます。
- また、上記の調査で、スギ花粉症の有病率は、38.8%(2019年)となっており、日本人の約3人に1人がスギ花粉症と推定されていることから、国は、2023年に、現在の約431万haスギ林の面積を10年後に2割減らすことを柱とした「花粉発生源スギ人工林減少推進計画」を策定しました。
- 県は、「花粉の少ないスギ」の苗木生産のために必要な種の採取園を整備しています。

(3) 受動喫煙防止

- たばこの煙は、気管支ぜん息の発作や悪化等に影響します。
- 健康増進法の一部を改正する法律が2020年4月1日より全面施行され、多数の者が利用する施設等の区分に応じて、当該施設等の一定の場所を除き喫煙を禁止することで、望まない受動喫煙の防止を図っています。

(4) アレルギー物質を含む食品に関する表示の適正化

- 食物アレルギー患者の誤食によるアレルギー症状発症を予防するため、食品関連事業者等には、食品表示法に基づき、アレルギー物質などの食品への適正な表示が義務付けられています。
- 県は、食品関連事業者等に食品表示に関する情報を周知するとともに、適正にアレルギー表示を行っているかの監視等を行っています。

4 アレルギー疾患医療提供体制の整備

(1) 拠点病院の整備

- 居住する地域や世代に関わらず、必要なアレルギー疾患医療を受けることができるよう、アレルギー疾患医療全体の質の向上を進めていくことが重要です。
- 国では、中心拠点病院(国立病院機構相模原病院、国立生育医療研究センター)を指定し、都道府県拠点病院とかかりつけ医との間の連携協力体制の構築を進めています。
- 当県においては、「アレルギー疾患医療拠点病院(以下「拠点病院」という。)」として、「国立大学法人信州大学医学部附属病院」、「長野県立こども病院」の2病院を指定しており、これらの拠点病院を中心に、重症及び難治性アレルギー疾患患者に対して、関係する複数の診療科や県内医療機関が連携し、診断、治療、管理等の医療を提供しています。

(2) アレルギー疾患に関わる医療従事者

- 患者やその家族が、居住する地域や世代に関わらず、適切な医療を受けるためには、アレルギー疾患の知識を有する医師や歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、保健師等がいる環境の整備が求められています。
- アレルギー疾患医療に携わる医療従事者に対し、最新の科学的知見に基づく適切な医療に関する情報を提供するとともに、アレルギー疾患医療に関する専門的な知識と技術を有する医療従事者の育成等を推進していくことが必要であり、県や拠点病院、関係団体においては、研修会を開催するなど、医療従事者の質の向上に取り組んでいます。

(3) 専門医及び専門医のいる医療機関についての情報提供

- アレルギー疾患患者やその家族等が希望する治療を受けることができるように、専門医が在籍し、専門的な医療を提供する医療機関に関する情報を入手できる環境の整備が必要です。
- 県では、県内の医療機関情報を様々な条件で検索できるサイトにおいて、アレルギー専門医のいる医療機関の情報を提供しています。

【表1】アレルギー疾患の専門治療を行う医療機関数（令和5年8月現在）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
医療機関	4	5	6	2	6	0	10	1	13	0	47

(一般社団法人日本アレルギー学会ホームページ)

- また、アレルギー専門医のほか、アレルギー疾患患者への指導を行う専門的な資格として、アレルギー疾患療養指導士(CAI)やアレルギーエデュケーター(PAE)があり、医師と協力して、薬剤の正しい吸入方法や塗布方法を指導しています。

5 アレルギー疾患患者と関わる者への知識の普及と連携体制の整備

(1) アレルギー疾患患者と関わる者への知識の普及

- アレルギー疾患患者やその家族の生活の質の維持向上には、日常生活で関わる者の理解と相談できる環境が必要になります。
- 多くのアレルギー疾患は、乳児期にアトピー性皮膚炎が最初に発症して、その後、食物アレルギー、ぜん息、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎が発症していく傾向があるため、乳児期の対策が重要であり、市町村の乳幼児健診では、皮膚トラブルの予防に向けたスキンケアや、食物アレルギー発症予防に向けた離乳食の指導等に取り組んでいます。
- また、学校や保育所等において、アレルギー疾患を有する児童等の誤食によるアレルギー症状の発症を予防するため、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」等に基づき、児童本人や職員等が正しい知識を持ち、適切な対応をとる必要があります。
- 同様に、老人福祉施設や障がい者支援施設等においても、職員等が正しい知識を持つことが重要です。

(2) 連携体制の整備

- 県では拠点病院、医療機関、その他関係団体等で構成する「アレルギー疾患医療連絡会議」を開催し、必要なアレルギー疾患対策について検討しています。
- アレルギー疾患を有する児童等が、アナフィラキシーショックを引き起こした際に、適切な医療を受けられるように、児童の学校生活管理指導表等の情報を、家族、学校、医療機関及び消防機関と情報共有し、平時から体制整備しておくことが求められています。
- 避難所においては、食物アレルギー疾患を有する患者等への配慮が求められるとともに、アレルギー疾患患者は、長期にわたる避難生活によりかかりつけ医に受診できないなどの悩みや不安などがあると言われているため、県や市町村は、災害時に備え、平時から関係機関と連携した取り組みが必要です。

第2 目指すべき方向と施策の展開

1 目指すべき方向

アレルギー疾患患者及びその家族が、住む場所に関わらず、必要な医療を受け、安心して暮らすことができる。

2 施策の展開

(1) アレルギー疾患に関する正しい知識の普及

- 県、市町村、その他関係機関等は、県民に向け、アレルギー疾患に関する正しい知識の普及啓発に取り組みます。

(2) アレルゲンに関する生活環境の改善

- 引き続き、大気測定によって、大気環境中における大気汚染物質の濃度実態及び経年変化傾向を把握し、良好な大気の保全と化学物質による汚染の防止に努めます。
- 「花粉の少ないスギ」の苗木生産を支援し、花粉の飛散量削減に取り組みます。
- 施設の管理者に対し、望まない受動喫煙が生じないよう、受動喫煙防止のための取組の徹底について働きかけます。
- 長野県食品衛生監視指導計画を毎年度策定し、その計画に基づきアレルギー物質等に関する適正表示の確認を行います。

(3) アレルギー疾患医療提供体制の整備

- 県民に分かりやすい形で、ホームページ等により、アレルギー専門医及び専門医のいる医療機関について、情報を提供します。
- アレルギー疾患患者が必要な医療を受けることができるように、拠点病院とかかりつけ医等との連携を推進し、医療提供体制の維持向上に努めます。
- 県や関係団体は、拠点病院と連携し、県内の医療従事者へアレルギー疾患に関する情報提供や研修の実施に努めます。

(4) アレルギー疾患患者と関わる者への知識の普及と連携体制の整備

- 市町村、保育所、学校、その他施設の職員、保健師等に対し、アレルギー疾患への対応が適切に行われるよう、研修等を通じた知識の普及啓発に取り組みます。
- 学校、医療機関と連携し、学校管理指導表等を用いたアレルギー疾患管理の充実を推進するとともに、アレルギー疾患への対応に不安を抱える教職員が相談できる体制を整備します。
- 医療従事者、学校関係者等により構成する「アレルギー疾患医療連絡会議」を開催し、地域のアレルギー医療の現状や関係者の取組等を把握し、必要な対策について検討します。
- 県及び市町村は、平時から避難所におけるアレルギー疾患患者への対応を検討し、必要な対策を講じます。
- 拠点病院や関連学会等と連携し、災害時の悩みや不安を解消する仕組みについて、検討します。

第3 数値目標

区分	項目	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	拠点病院数	2病院	2病院	現状の水準を維持する。	保健・疾病対策課調
P	研修会の実施数	保育士等向け	1回	現状の水準を維持する。	保健・疾病対策課調
		学校関係者向け	9回		
P	アレルギー疾患医療連絡会議の開催	1回	1回	現状の水準を維持する。	保健・疾病対策課調

注) 「区分」欄 S (ストラクチャー指標) : 医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P (プロセス指標) : 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標