

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」)

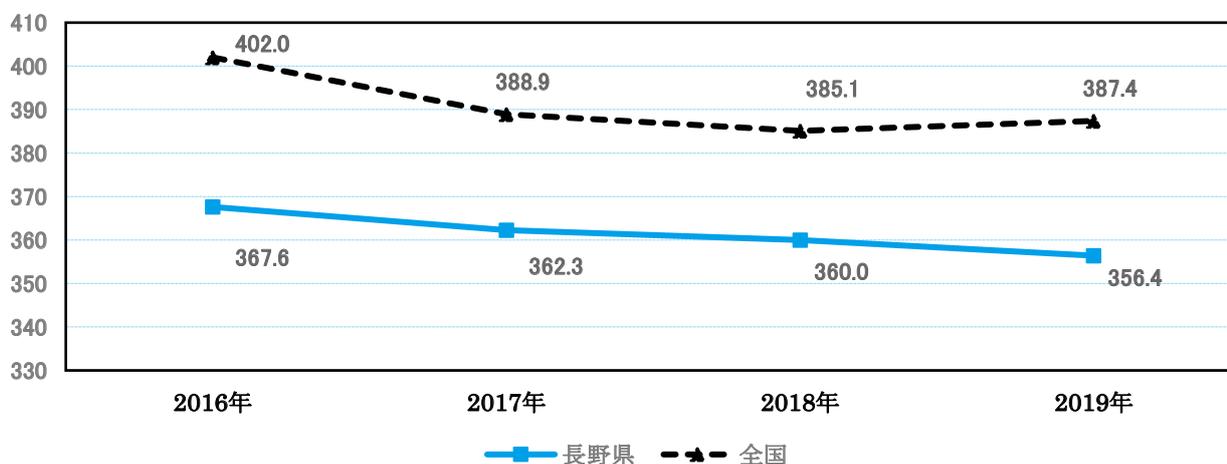
※ 患者調査において、平成29年調査まで算出上限日数を30日(31日以上は除外する)と設定されていたが、令和2年調査以降は、算出の上限日数が98日(99日以上は除外する)となり、比較が困難なため過去の記載はしていない。

※ 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

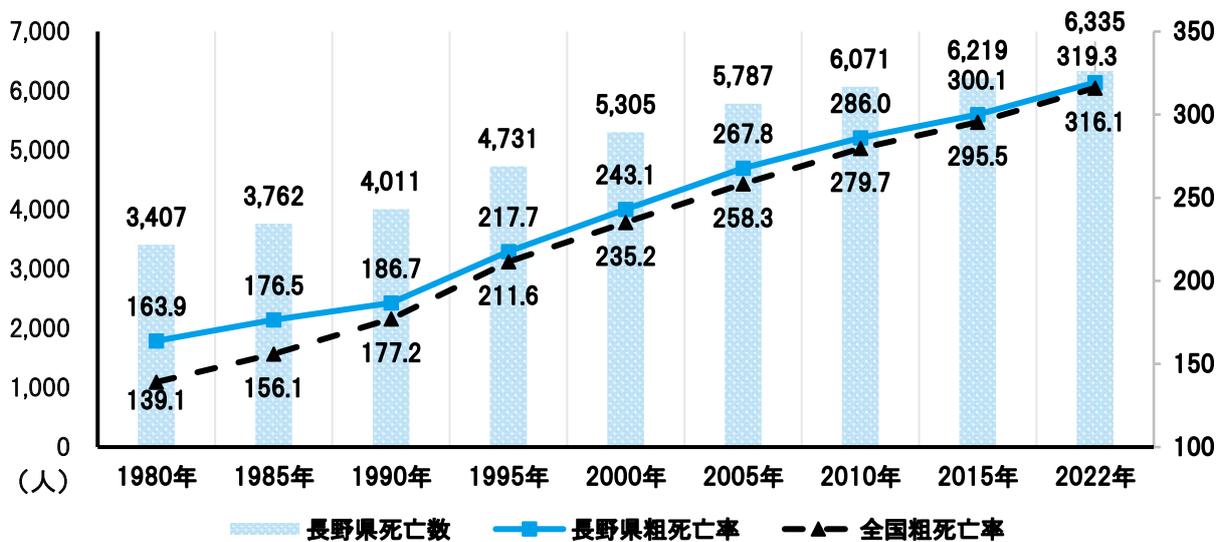
（国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）、長野県がん登録事業報告書（2019年））

（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

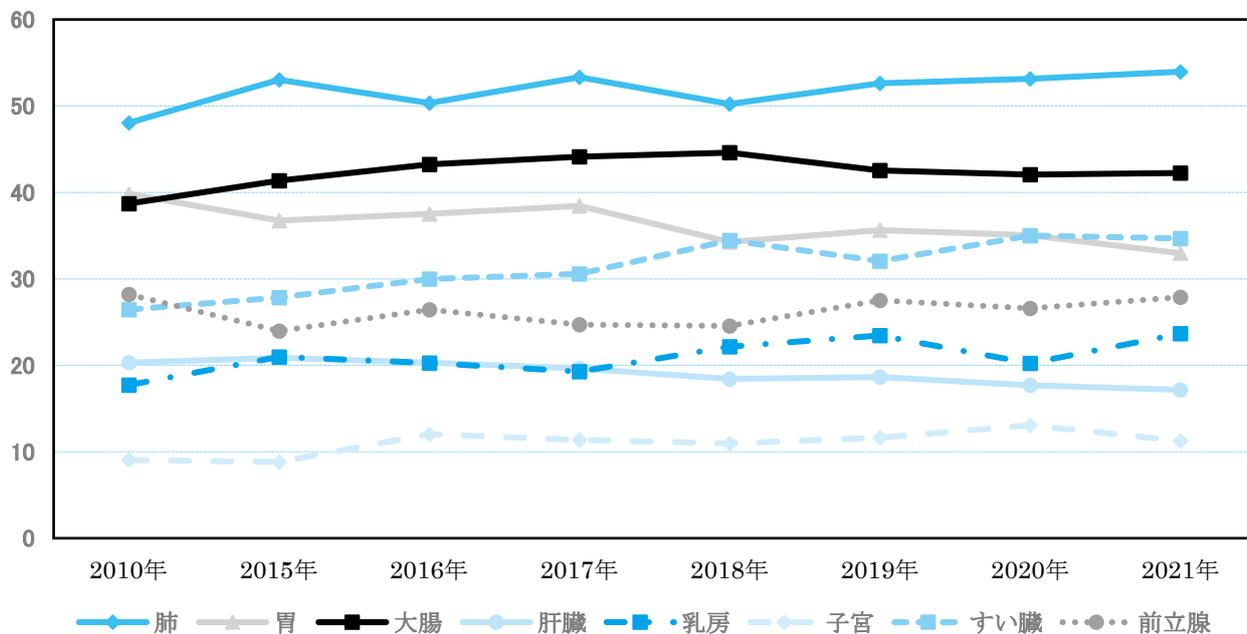


（厚生労働省「人口動態統計」）

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



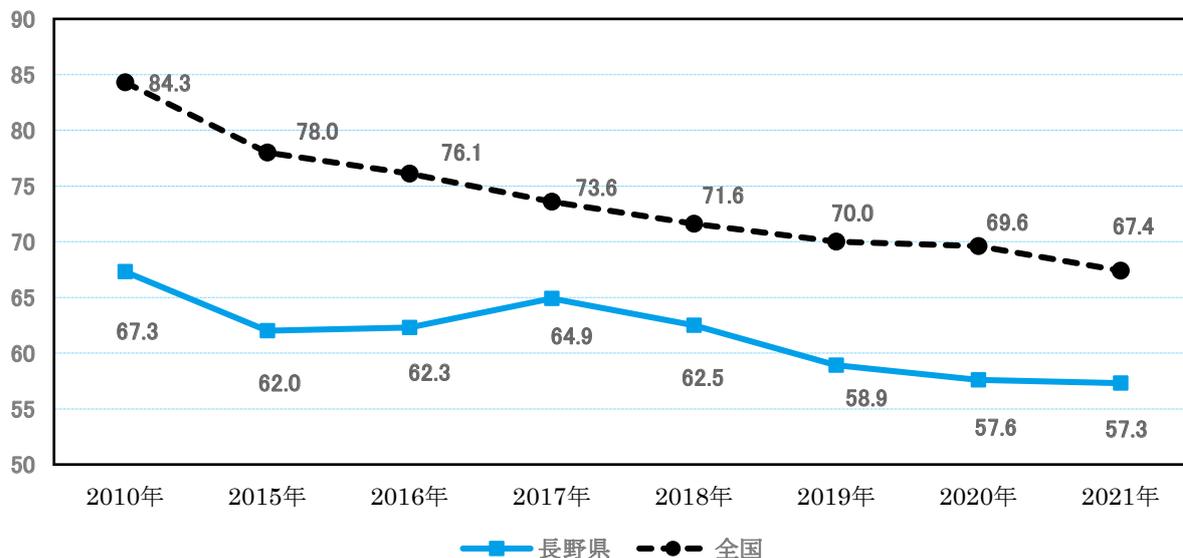
(国立研究開発法人国立がん研究センターがん情報サービス「グラフデータベース」)

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。

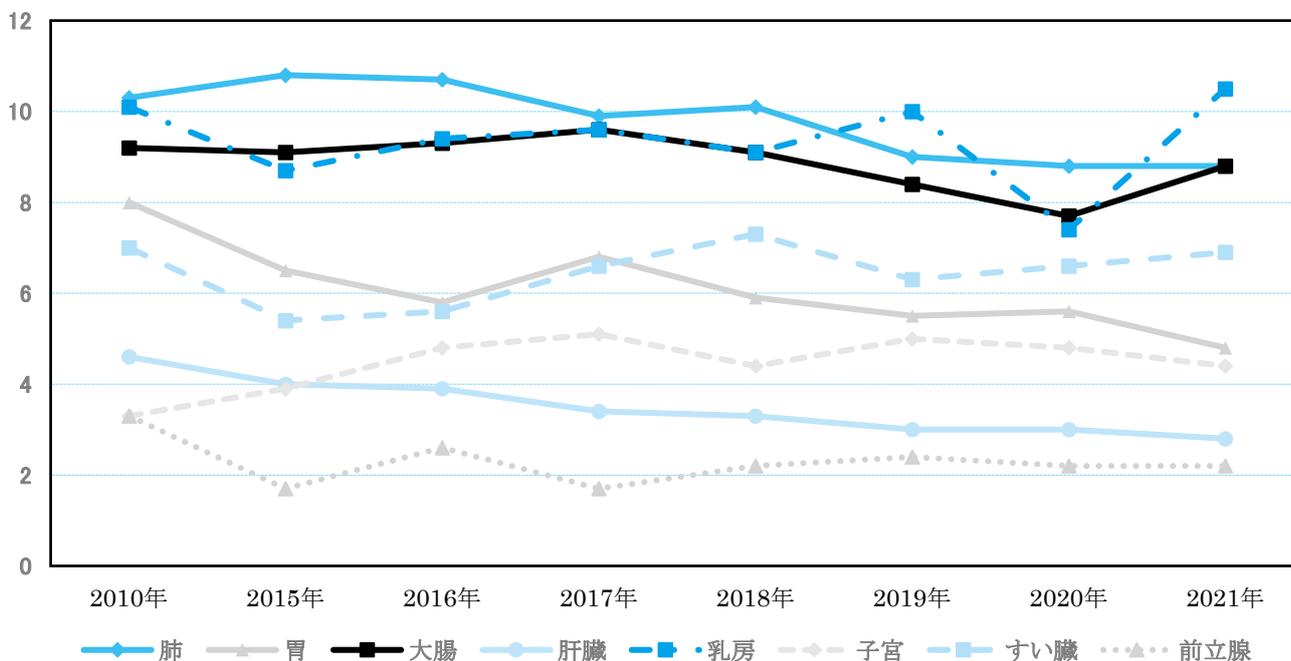
【表3】 がんの部位別 75 歳未満年齢調整死亡率（人口 10 万対）、全国順位（2021 年）

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】 長野県のがんの部位別 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(第三次)の 指標に合わせ、現在の喫 煙率から禁煙希望者が 禁煙できたとした場合 の喫煙率とする	県民健康・ 栄養調査
		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。

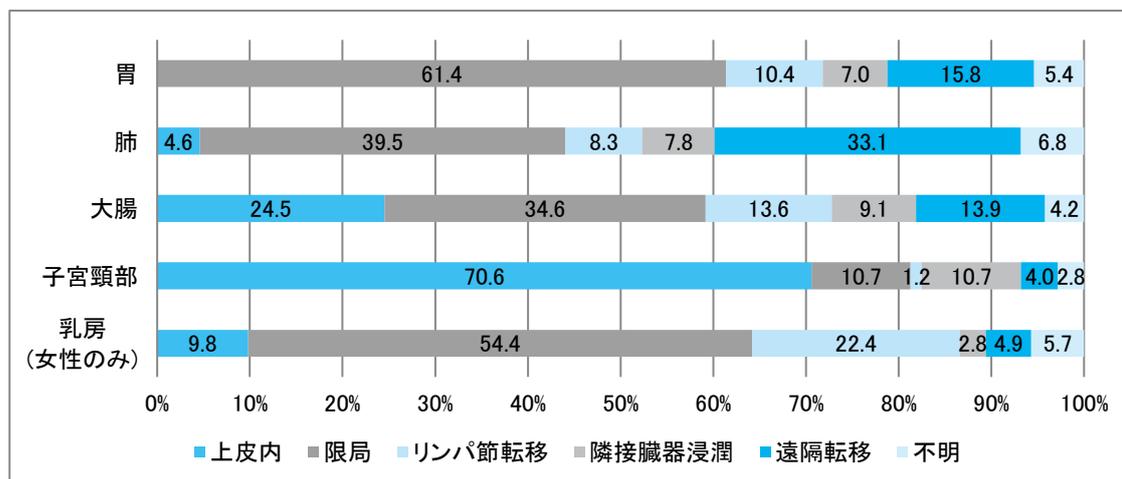
*2 限局：原発臓器に限局している

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(%)

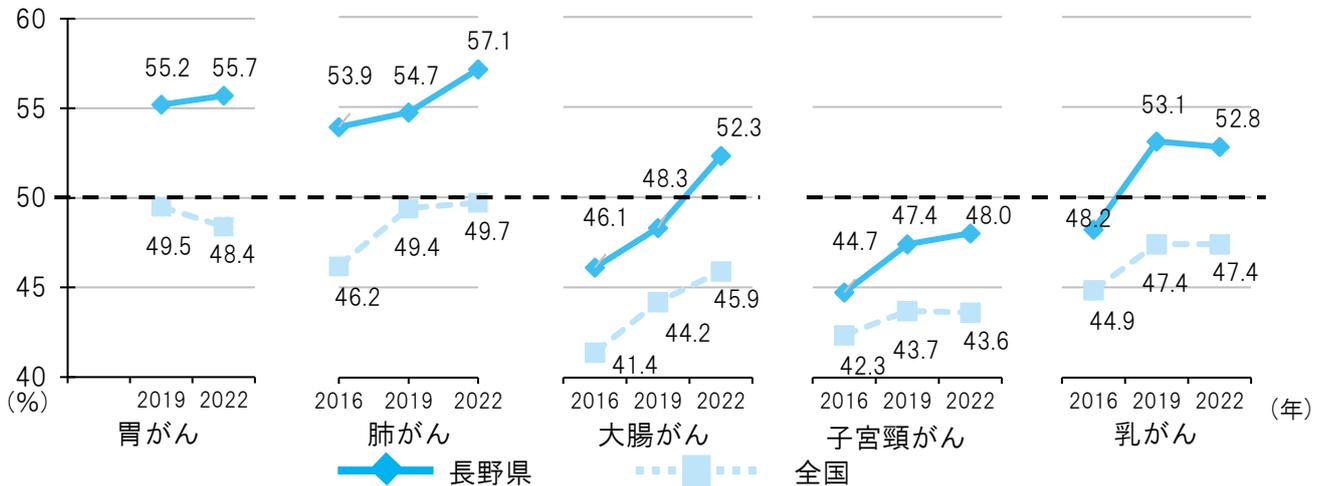


(長野県がん登録事業報告書(2019年))

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。

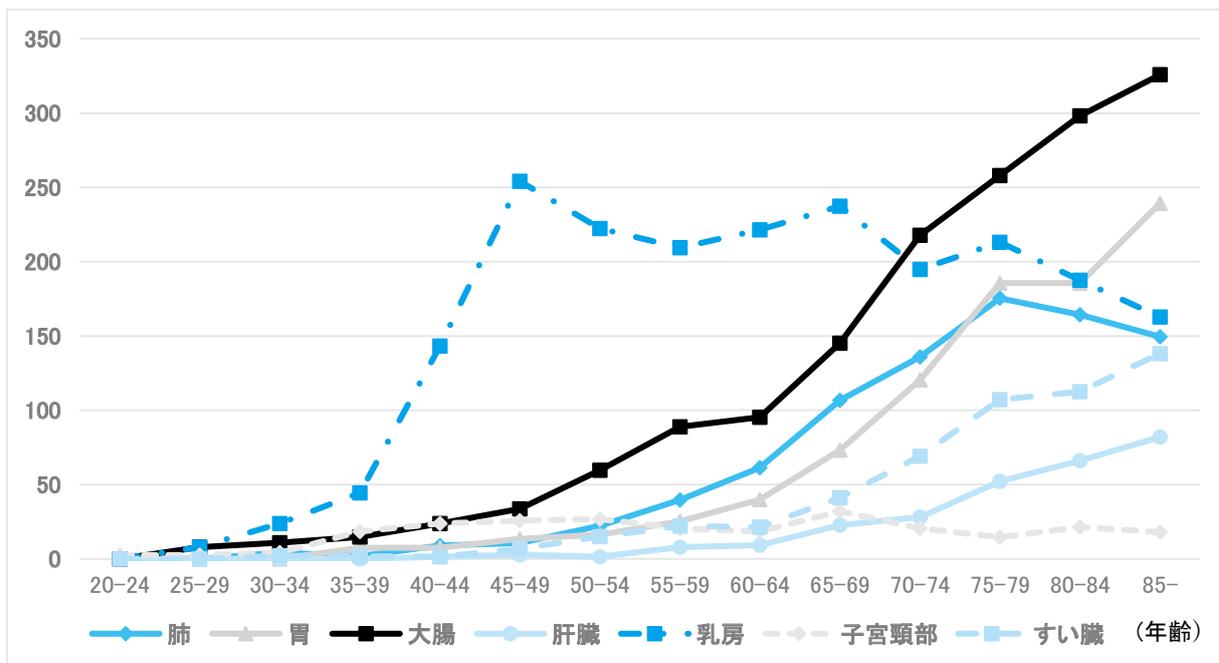
エ 受診率向上に向けた取組

- 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、死亡率減少効果が科学的に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、評価等を実施し、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。

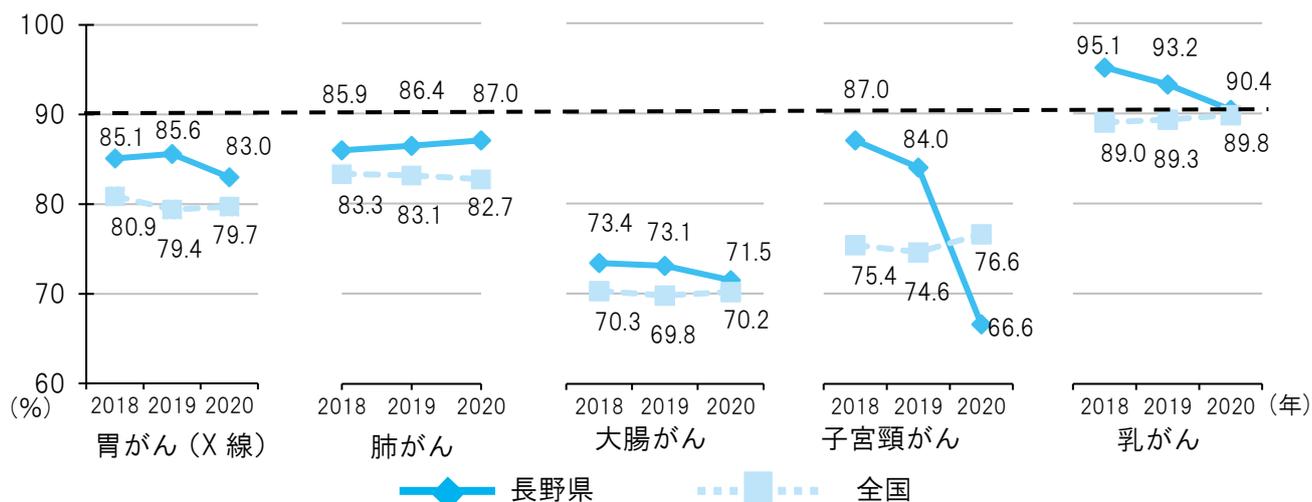
イ チェックリストの活用

- 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)	
○	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)			
○	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		
○	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(77)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	(主な検診実施機関の) 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

【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）。

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、相対生存率と同様に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） （単位：％）

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

（長野県保健・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	木曾	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
- 県や医科と歯科の医療関係者が組織する協議会により、がん診療連携拠点病院等をはじめとする歯科・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・木曾・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・木曾・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療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、木曾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	木曾	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	大北	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住所異動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、遡り調査や住所異動確認調査を実施し、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)		
○	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)		
○	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				
○	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)		
○	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、重点的な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)
○	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)
○	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 ○ (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

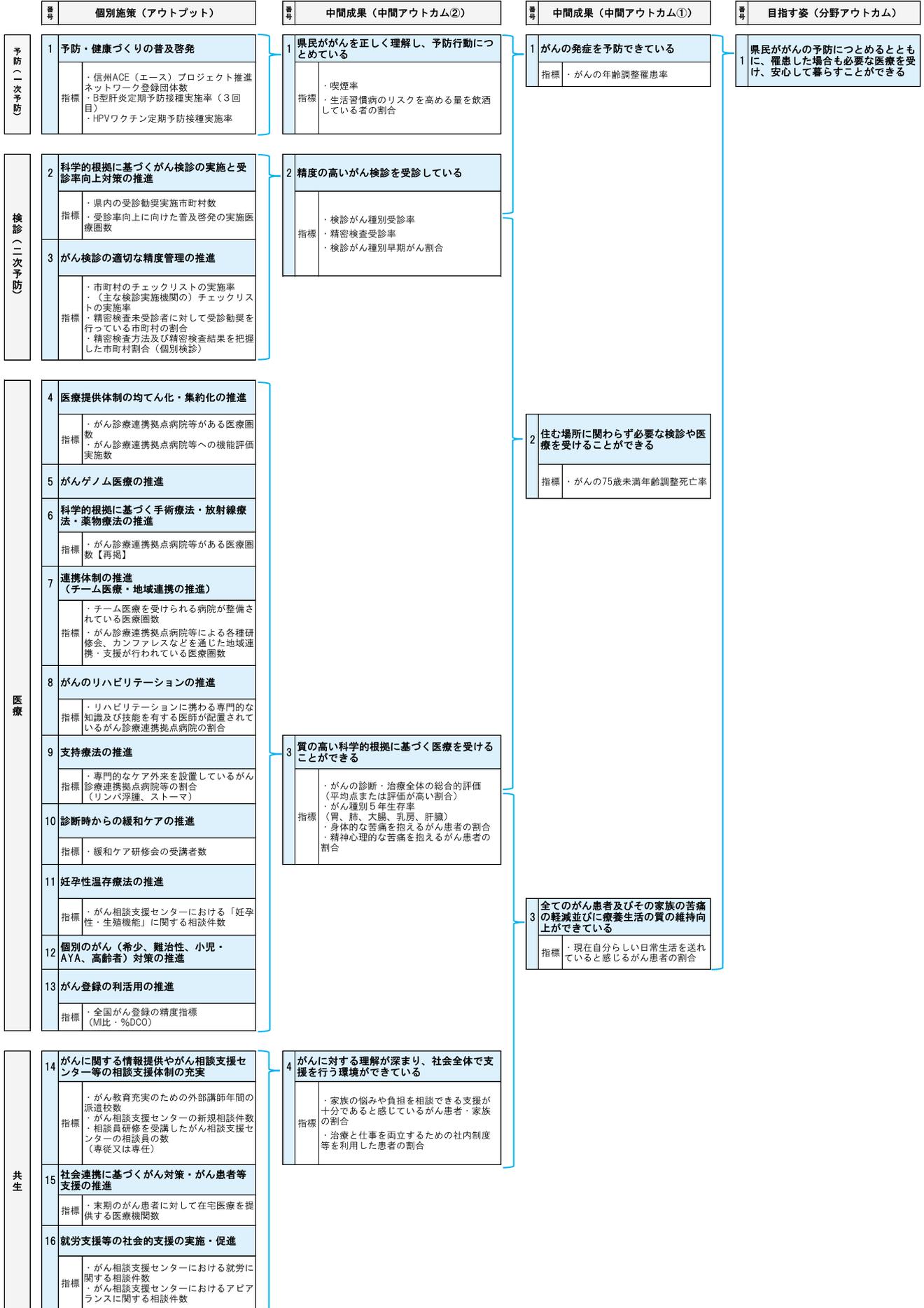
2 個別施策指標

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

ロジックモデル



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

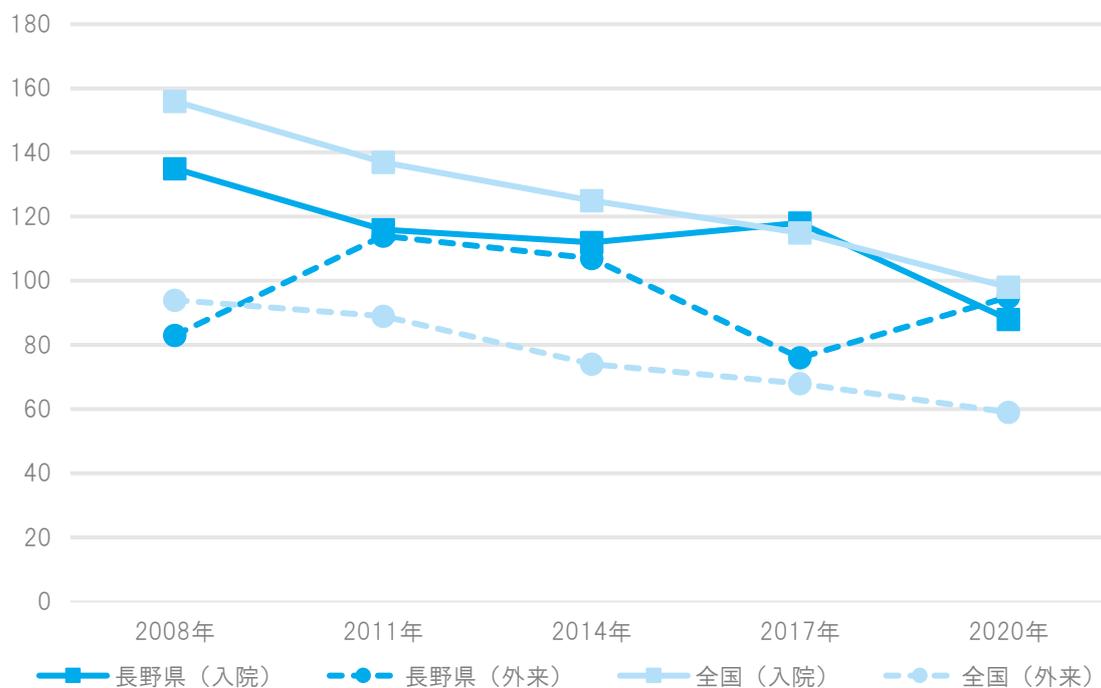
※ 患者調査において、平成29年患者調査まで算出上限日数を30日(31日以上は除外する)と設定されていたが、令和2年患者調査以降は、算出の上限日数が98日(99日以上は除外する)となり、比較が困難なため過去の記載はしていない。

※ 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

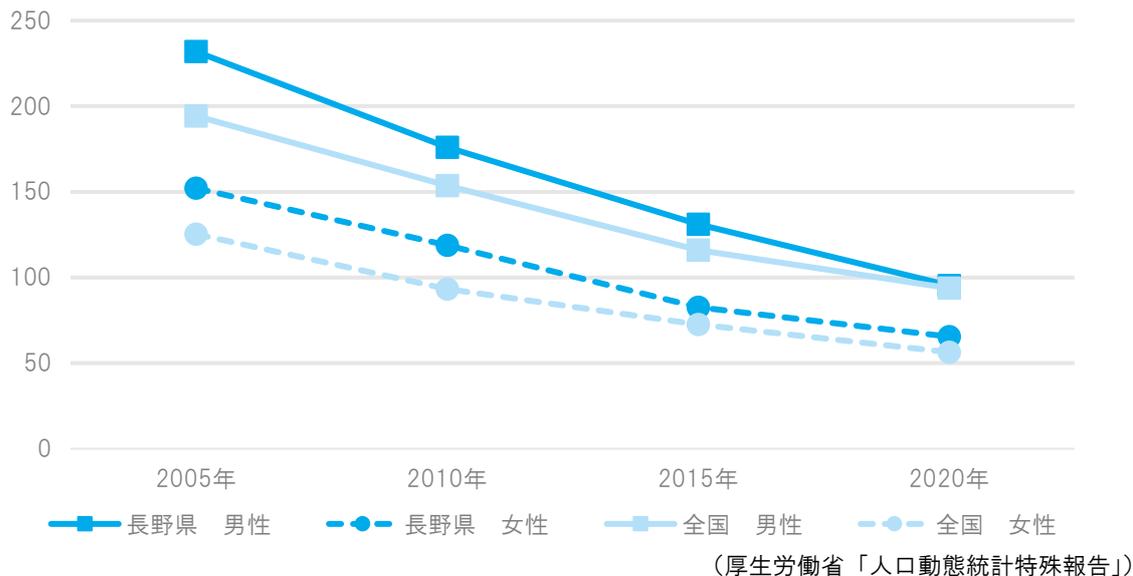
項目	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年
長野県（入院）	135	116	112	118	88
全国（入院）	156	137	125	115	98
長野県（外来）	83	114	107	76	95
全国（外来）	94	89	74	68	59

（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

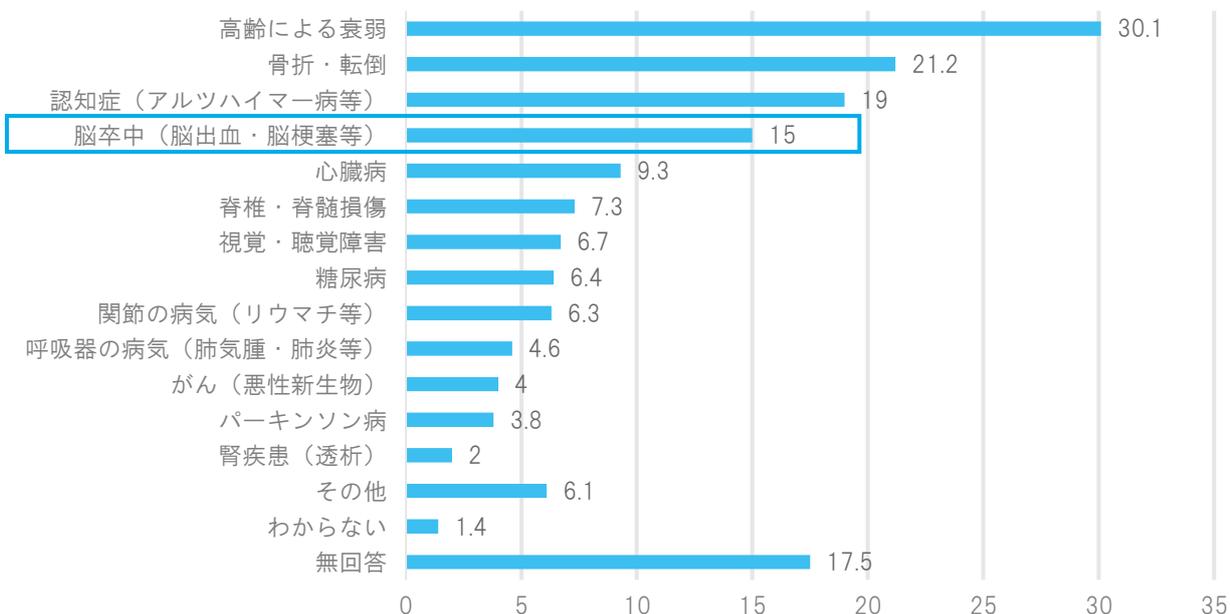
(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

(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：%)

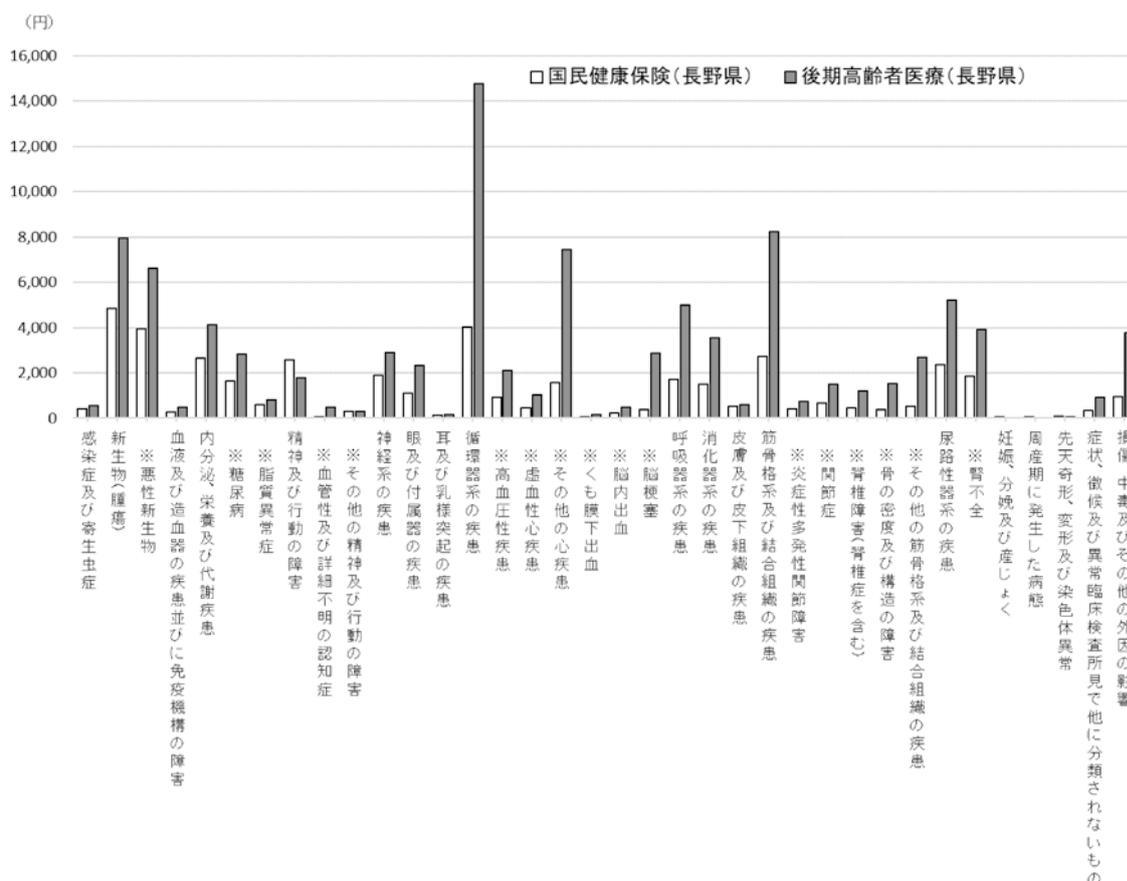


(介護支援課「令和4年度長野県高齢者生活・介護に関する実態調査等」)

(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ている

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100万人を超過といわれています。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)【再掲】	10.4g (2022)	7g未満	健康日本21(第三次)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(第三次)の指標に合わせ、現在の喫煙率から禁煙希望者が禁煙できたとした場合の喫煙率とする	県民健康・栄養調査
		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(第二次)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

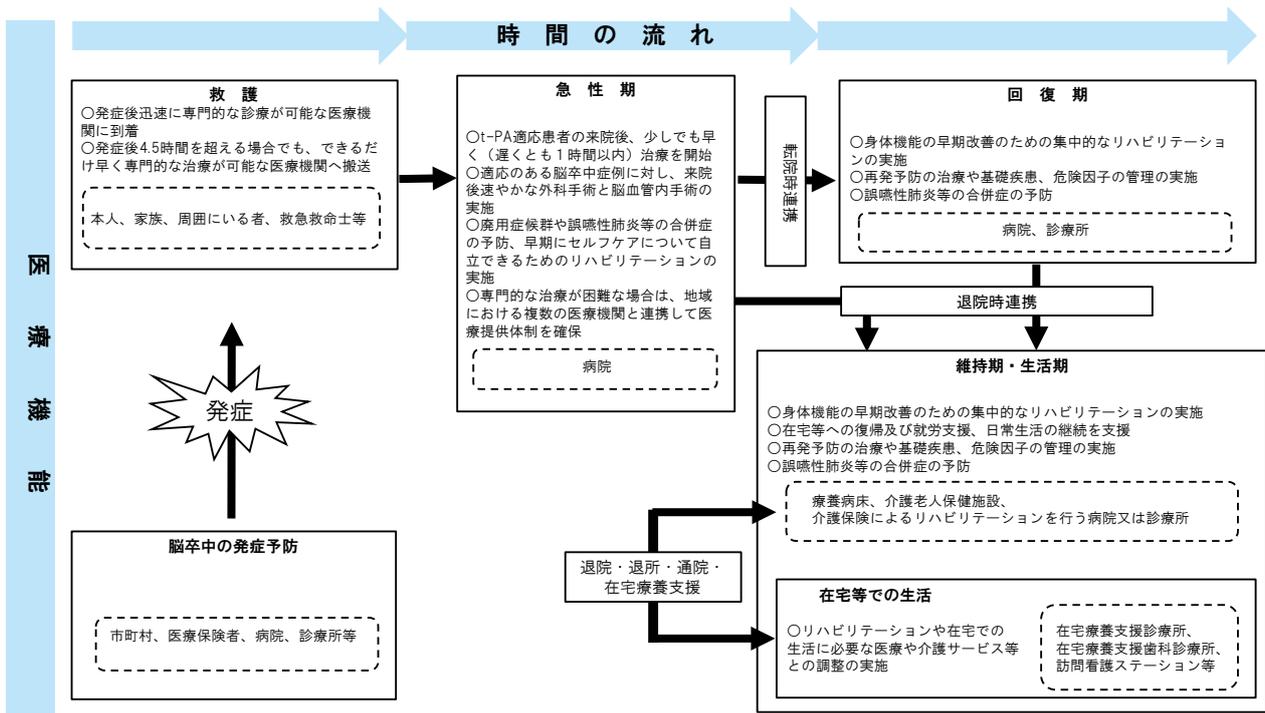
Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる

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

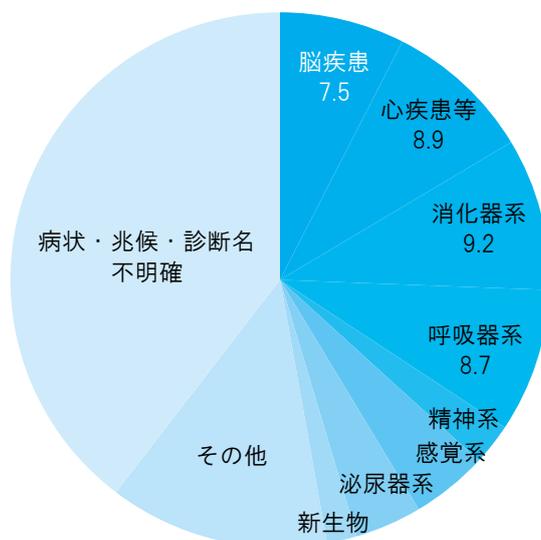
（1）初期症状と適切な対応に関する知識の普及

【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。

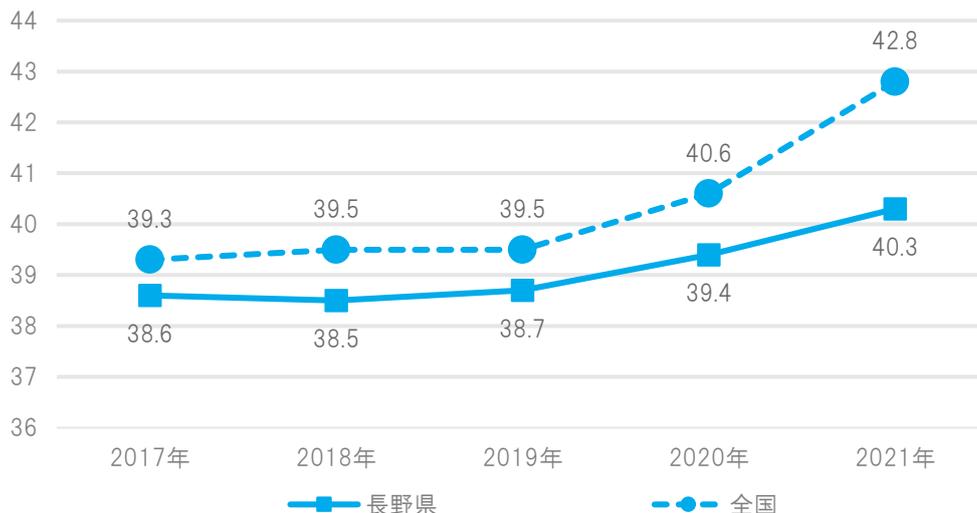
信州大学医学部脳神経外科学教室 教授 堀内 哲吉／准教授 花岡 吉亀

(2) 患者の観察や搬送基準の整備

【現状と課題】

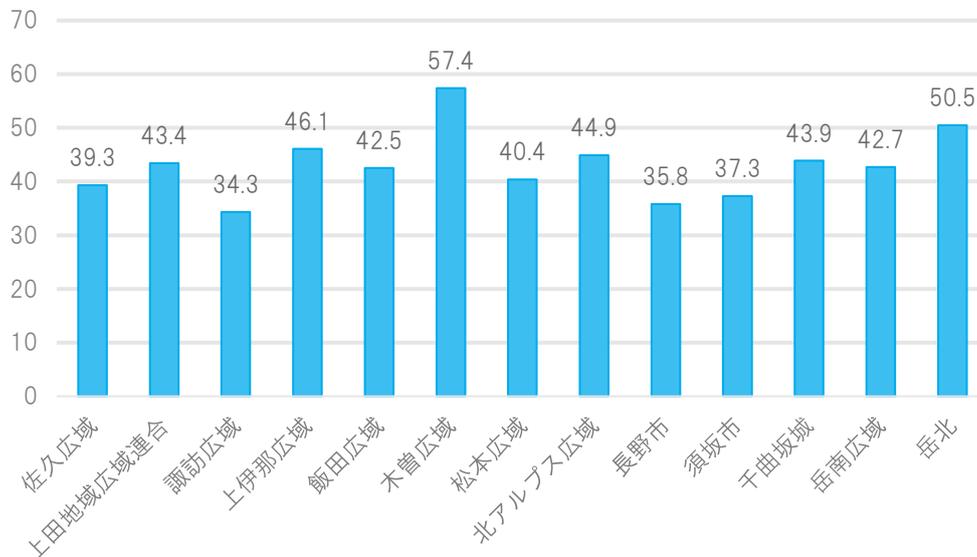
- 本県では、消防法に基づく「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（2011年1月施行）」により、信州保健医療総合計画別冊「機能別医療機関の一覧」の脳卒中の急性期医療を担う医療機関へ搬送される体制が整備されています。
- メディカルコントロールとは、救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において救急救命士等が実施する医療行為について、医師が指示又は指導・助言及び事後検証を行うことにより、それら医療行為の質を保証することです。メディカルコントロール体制や搬送基準等について協議・調整を行うため、県では長野県メディカルコントロール協議会、消防機関では二次医療圏毎に地域メディカルコントロール協議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ール（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

○ (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

緊急搬送時の沿革作業支援、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か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が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

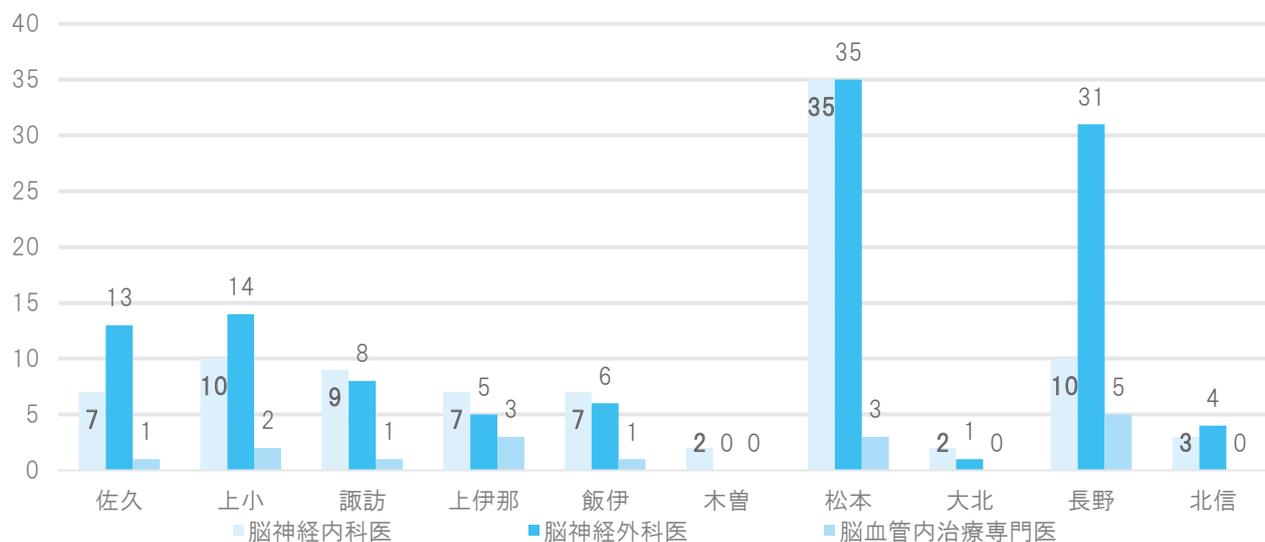
（医療経済研究機構「医療計画分野別ロジックモデル・指標データ集（脳卒中） Ver.1.1.1」）

※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】

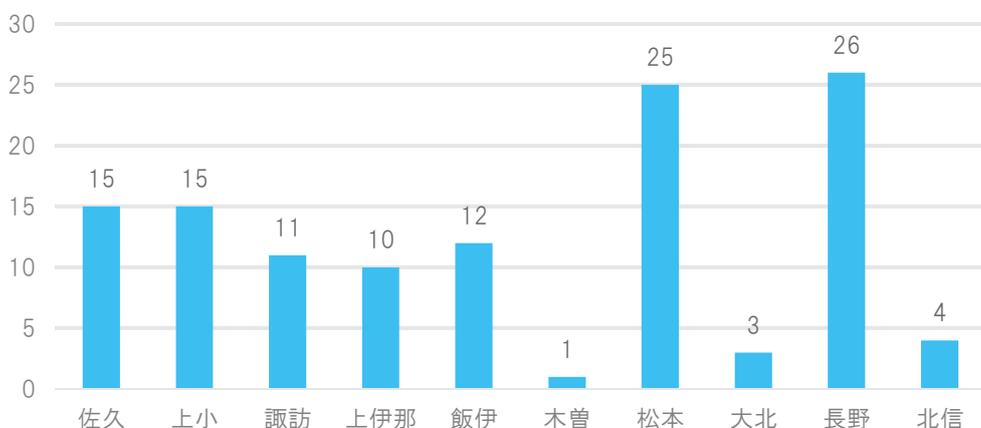
- 県は関係機関と連携し、病期に応じた適切なりハビリテーションが行われるよう、医療従事者に対する研修や教育の機会の確保に努めます。
- 県は関係機関と連携し、脳卒中患者の歯科口腔医療や歯科口腔管理の重要性について広く普及啓発を図るとともに、適切な医科歯科連携・多職種との連携が行われる体制構築を目指します。

(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）



(厚生労働省「診療報酬施設基準」)

【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看護認定看護師及び脳卒中看護認定看護師の数は、2023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。
- 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、2023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看護認定看護師及び脳卒中看護認定看護師数、摂食・嚥下障害看護認定看護師数（人口 10 万対）

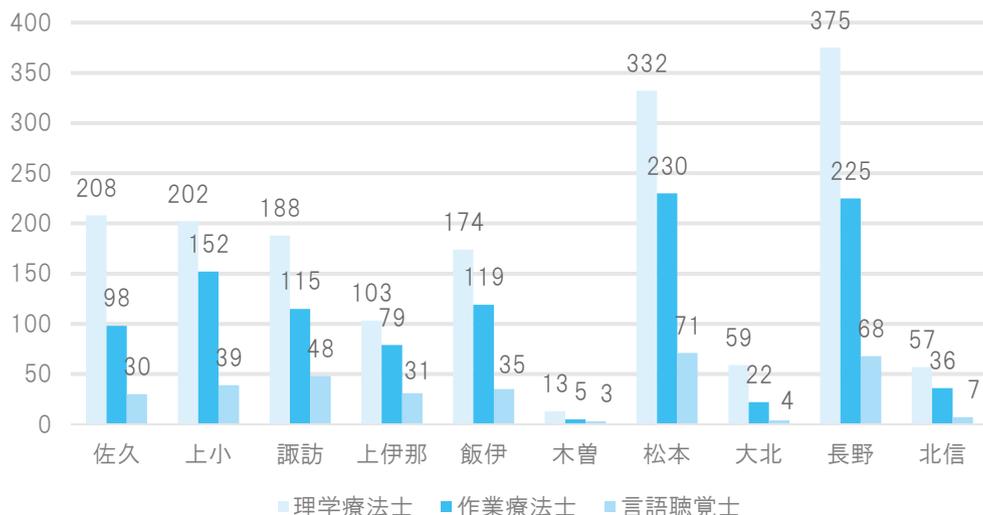
（単位：人）

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看護認定看護師 及び脳卒中看護認定看護師の数 (2023年12月現在)		15	792
	人口 10 万対	0.73	0.64
摂食・嚥下障害看護認定看護師数 (2023年12月現在)		13	1,229
	人口 10 万対	0.63	0.97

（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看護認定看護師及び脳卒中看護認定看護師の数(人口10万対)	長野県 0.73 全 国 0.64 (2023)	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 0.97 (2023)	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いない二次医療圏数【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

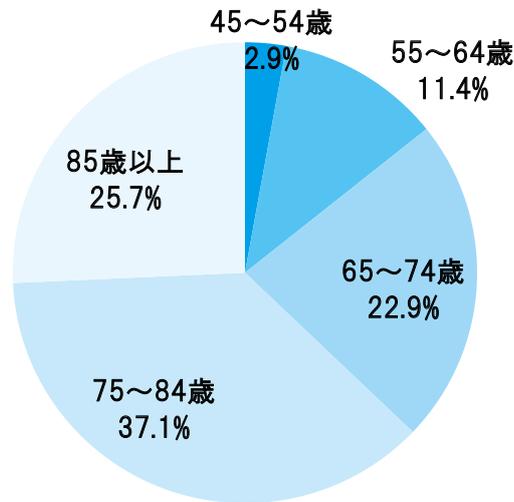
4 治療と仕事の両立支援・就労支援を受けられることができる

(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）

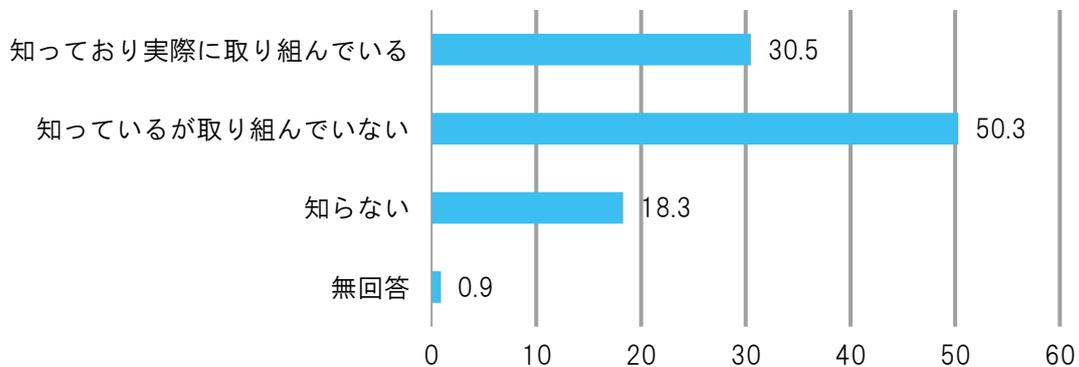


（厚生労働省「患者調査」）

- 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）

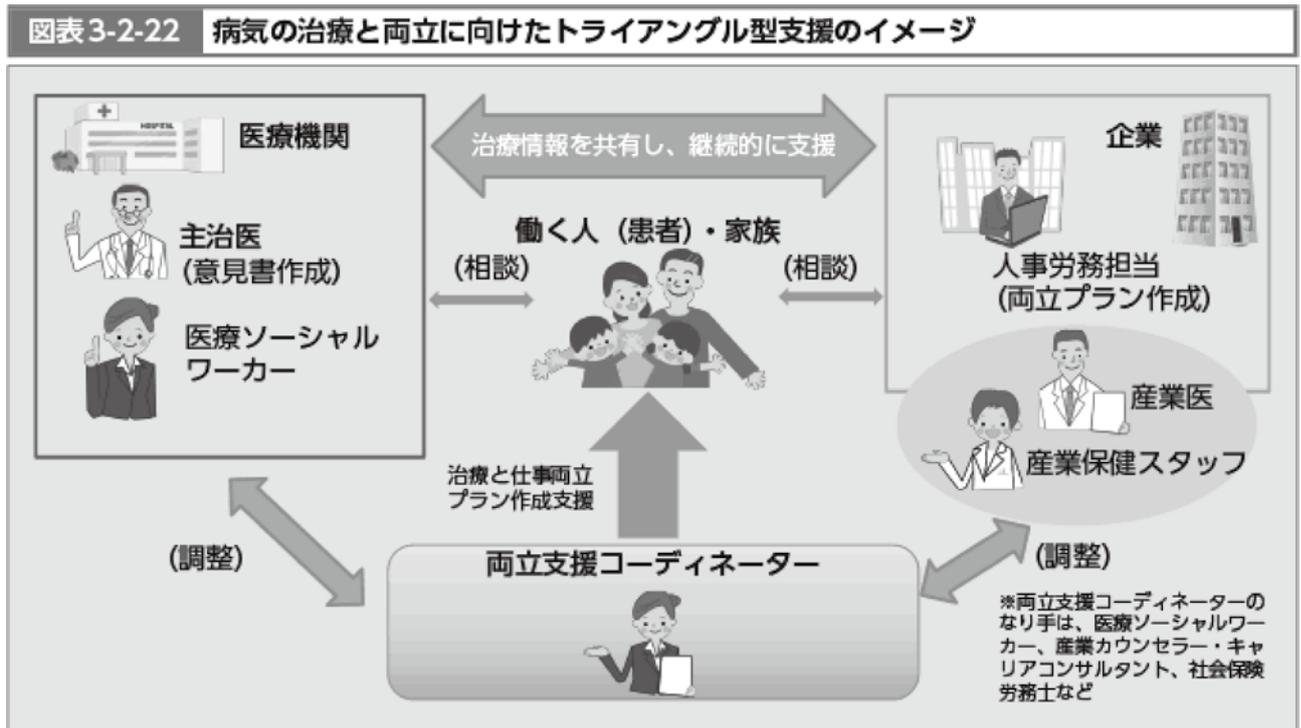
（単位：％）



（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。

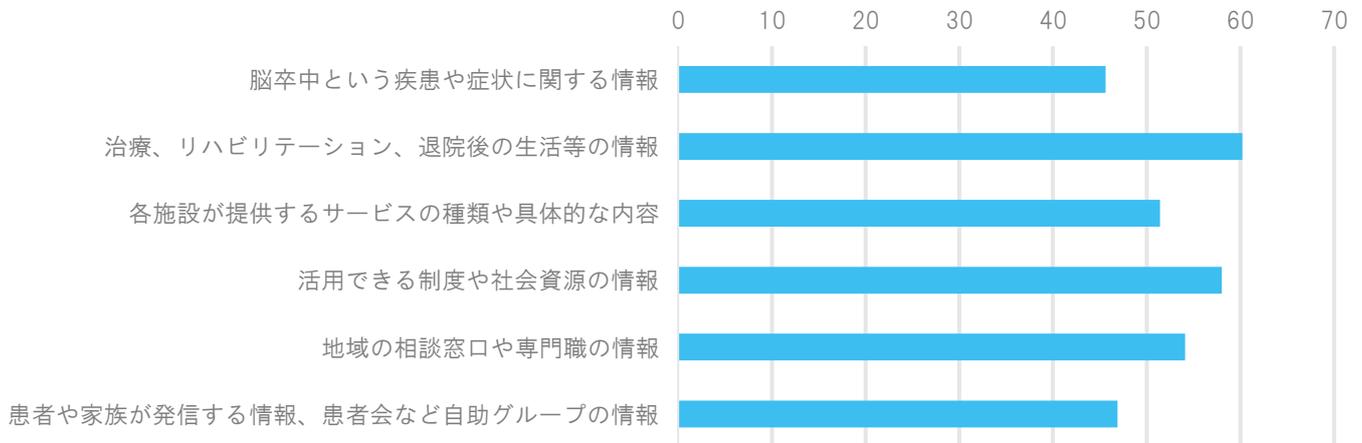
【図 16】 職場いきいきアドバンスカンパニー認証制度 認証要件



○ 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看護認定看護師の数は、2023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看護認定看護師の数（人口 10 万対）（再掲）

（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 及び脳卒中看護認定看護師の数 (2023年12月現在)		15	792
	人口 10 万対	0.73	0.64

（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。

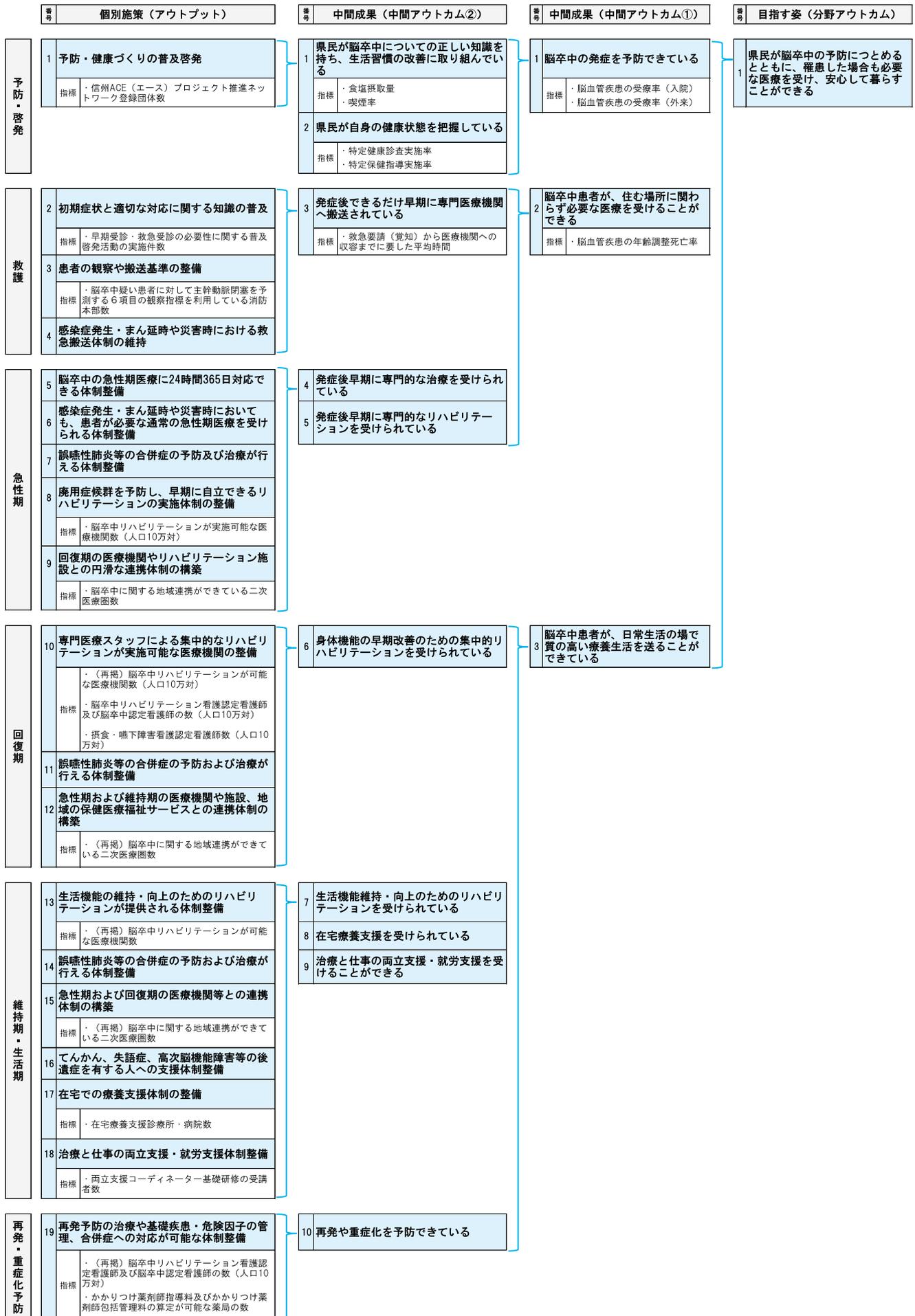
数値目標

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看護認定看護師の数（人口10万対）【再掲】	長野県 0.73 全国 0.64 (2023)	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

ロジックモデル



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%	—	

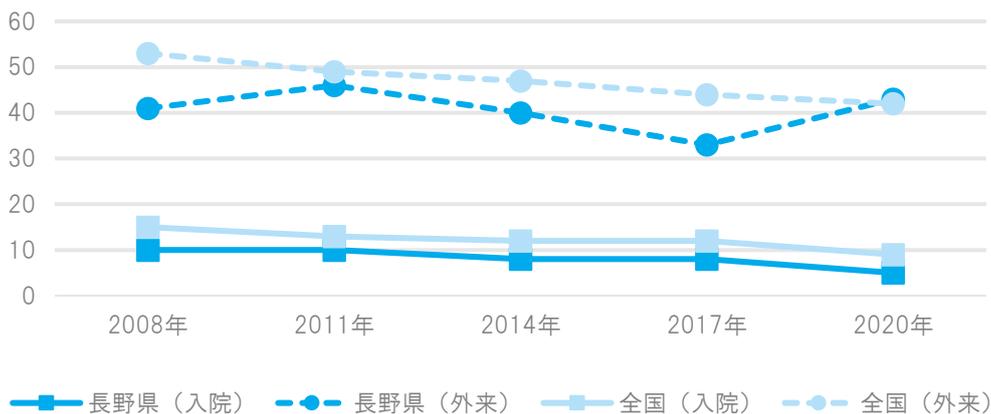
※ 調査日現在において、継続的に医療を受けている者(調査日には医療施設で受療していない者も含む。)の数

※ 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

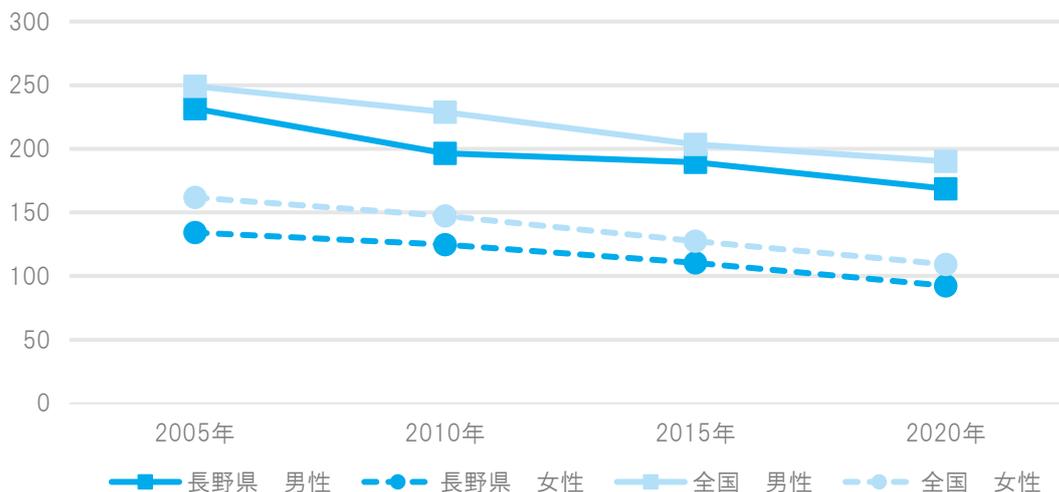
項目	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年
長野県（入院）	10	10	8	8	5
全国（入院）	15	13	12	12	9
長野県（外来）	41	46	40	33	43
全国（外来）	53	49	47	44	42

（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」）

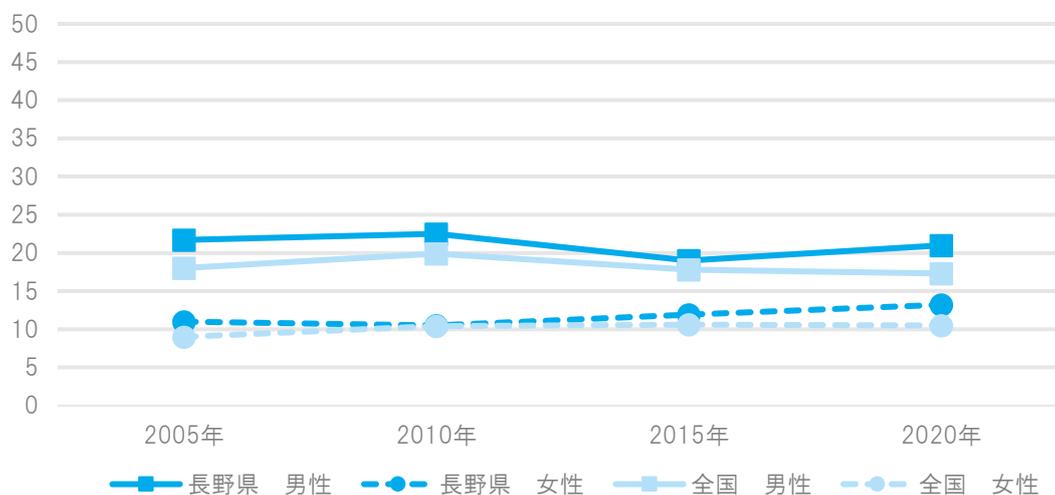
【表4】心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

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

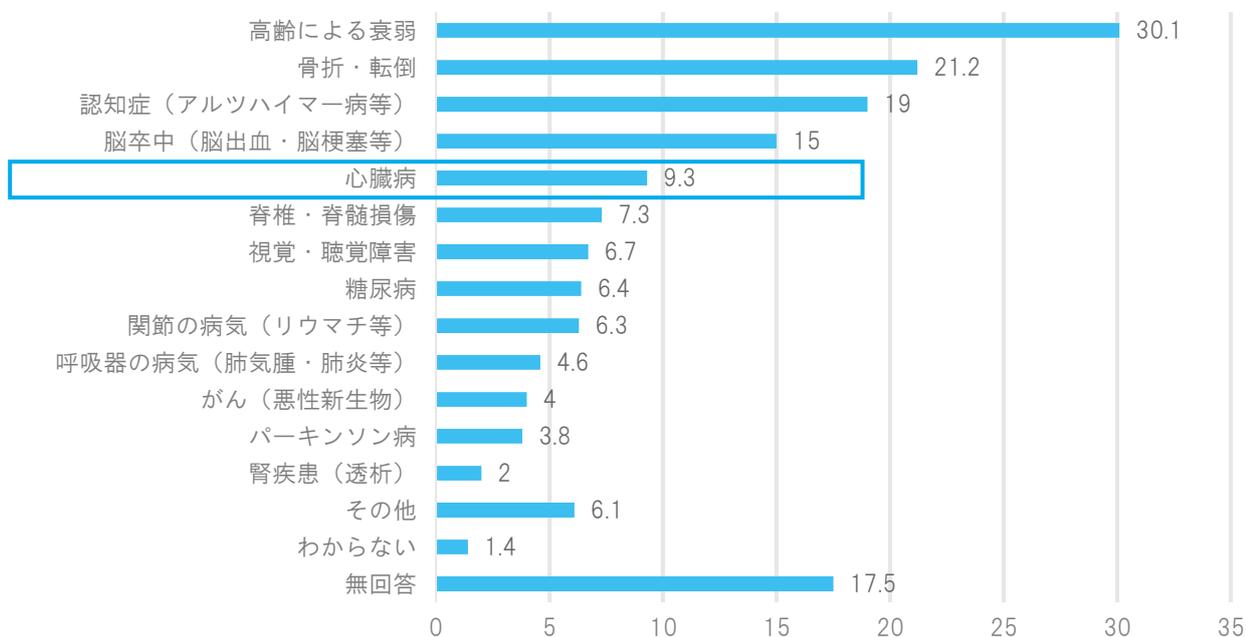
（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

（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：％）



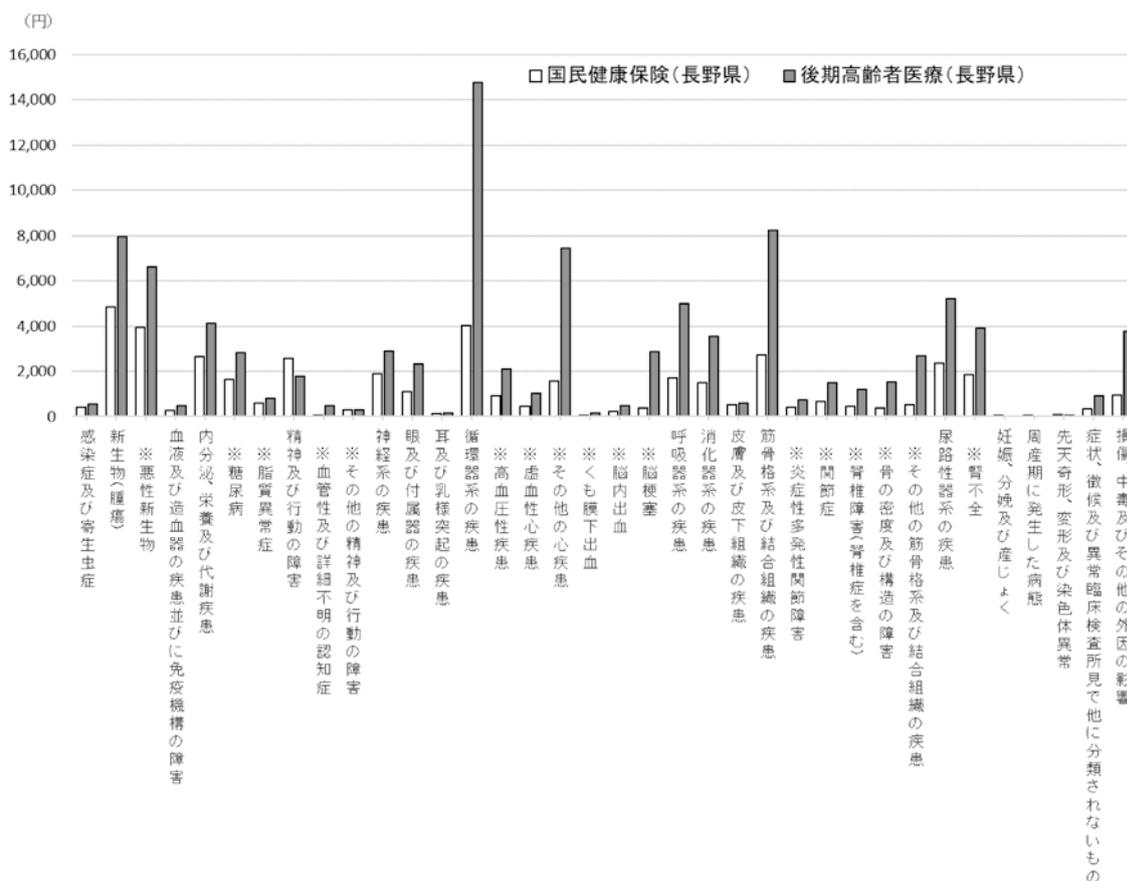
※この調査における「心臓病」とは、心臓の構造や機能の異常により生じる病気の総称であり、本計画における「心疾患」とほぼ同義と考えられます。

（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ている

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 三次)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 三次)の指標に合 わせ、現在の喫 煙率から禁煙希 望者が禁煙でき たとした場合の 喫煙率とする	県民健康・栄 養調査
		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（第二次）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。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

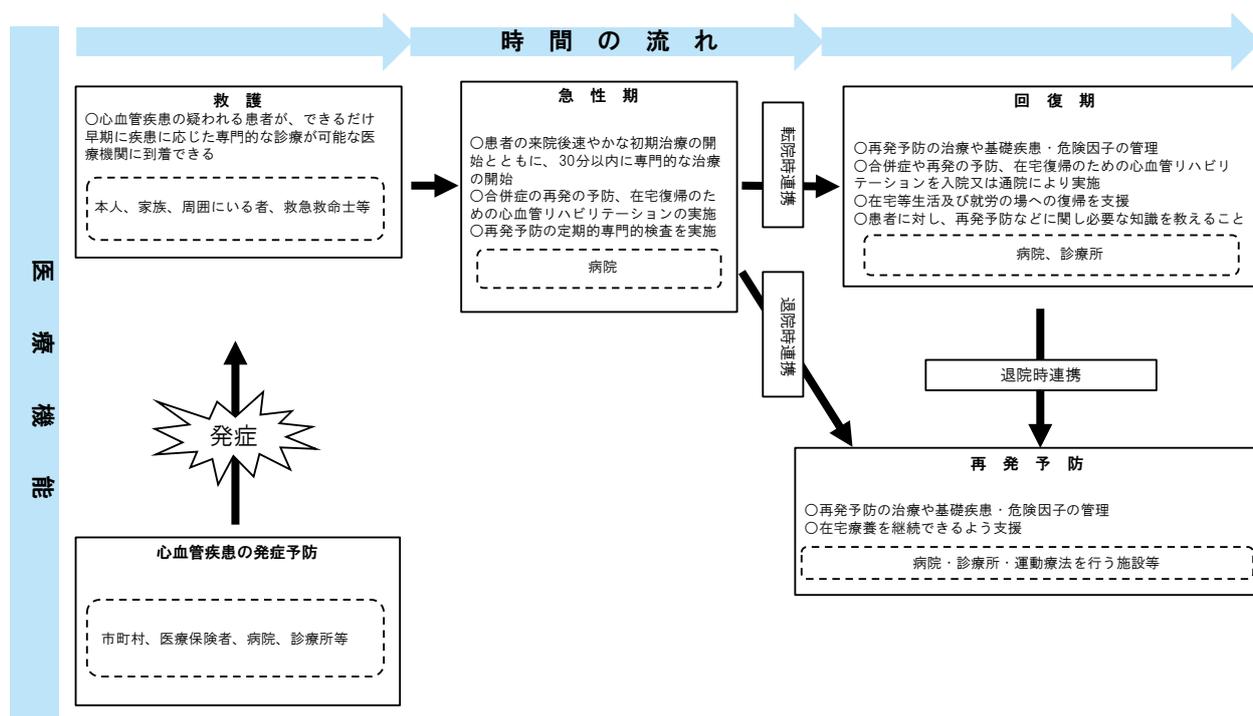
Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる

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

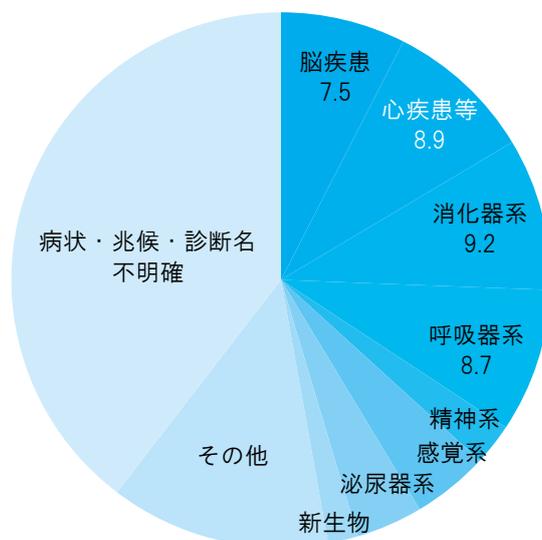
（1）初期症状と適切な対応に関する知識の普及

【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。

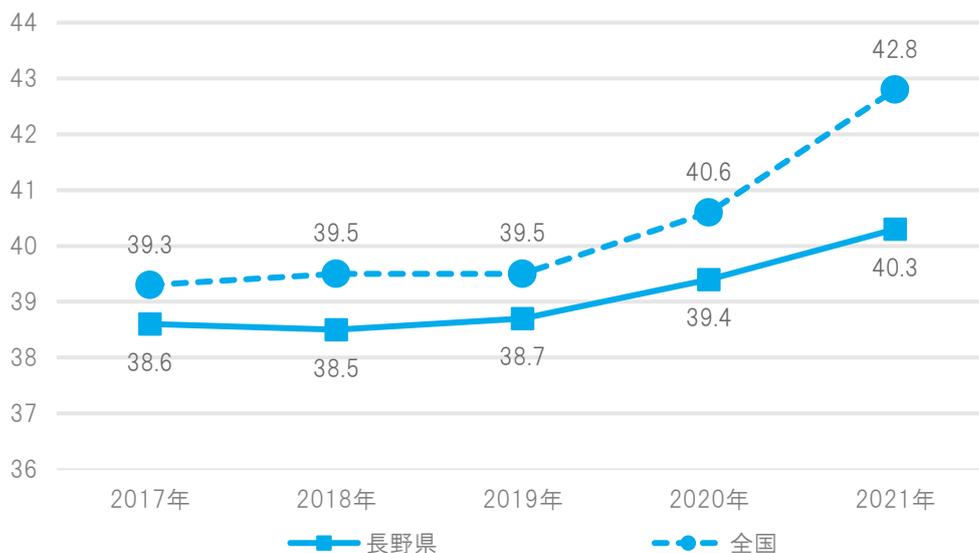
（3）患者の観察や搬送基準の整備

【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。

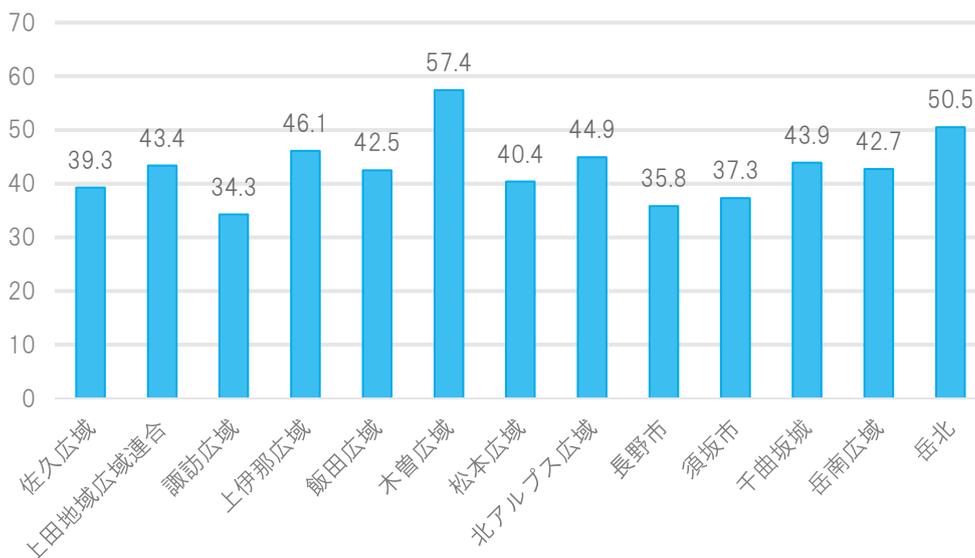
【図8】 病院収容所要時間の推移（入電から医師引継ぎまでの平均所要時間）

（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）

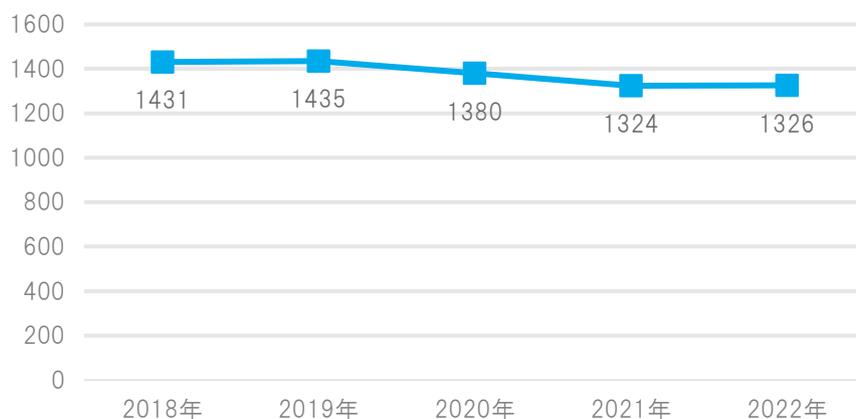
区分	医療機関数										
	全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
心筋梗塞等※1	24	3	1	3	2	3	-	4	1	6	1
大動脈解離※2	10	1	-	1	-	-	-	4	-	3	1

※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。

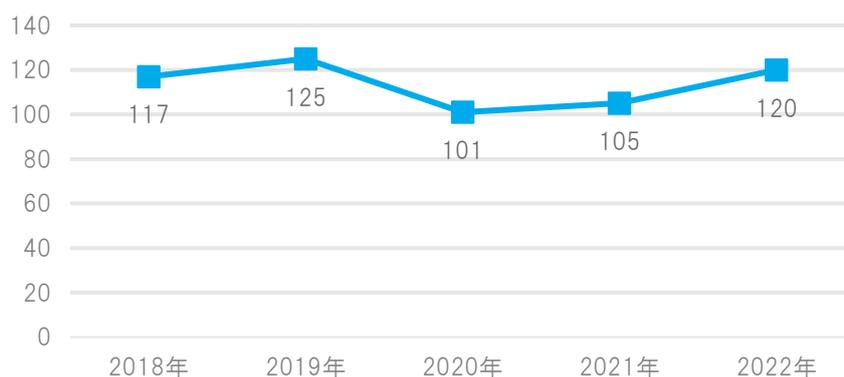
【図 10】 緊急 PCI 総件数の推移

(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）

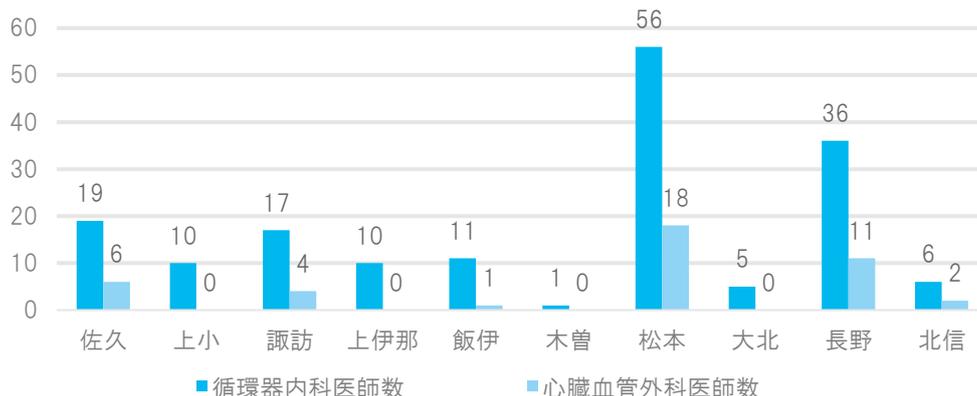
（単位：人）

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」）

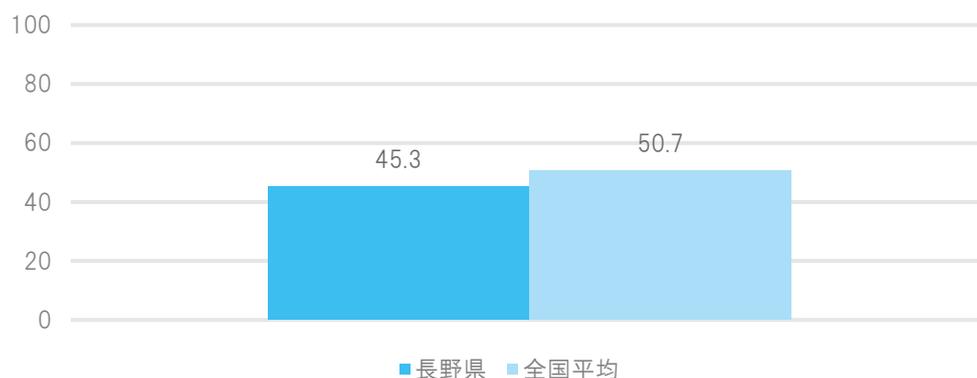
- 本県における2020年の急性心筋梗塞に対する冠動脈インターベンション（PCI）の実施件数（SCR※）は、53.3となっています。

※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）

急性大動脈瘤解離とその治療

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ている

(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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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 万対）	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 55 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（2023 年 12 月）

（単位：人）

区分	長野県	全国
緩和ケア認定看護師数	55	2,667
人口 10 万対	2.69	2.11

（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。

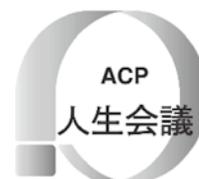
【表 14】心不全緩和ケアトレーニング受講者数（2022 年 10 月）

（単位：人）

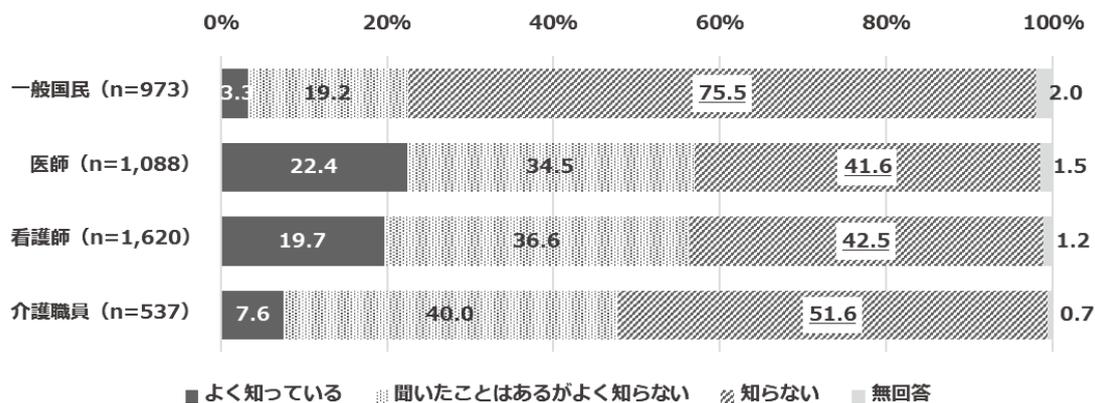
区分		長野県	全国
心不全緩和ケアトレーニング		8	1,096
受講者数	人口 10 万対	0.391	0.869

（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（ACP）」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10万対)	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ている

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】

- 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】

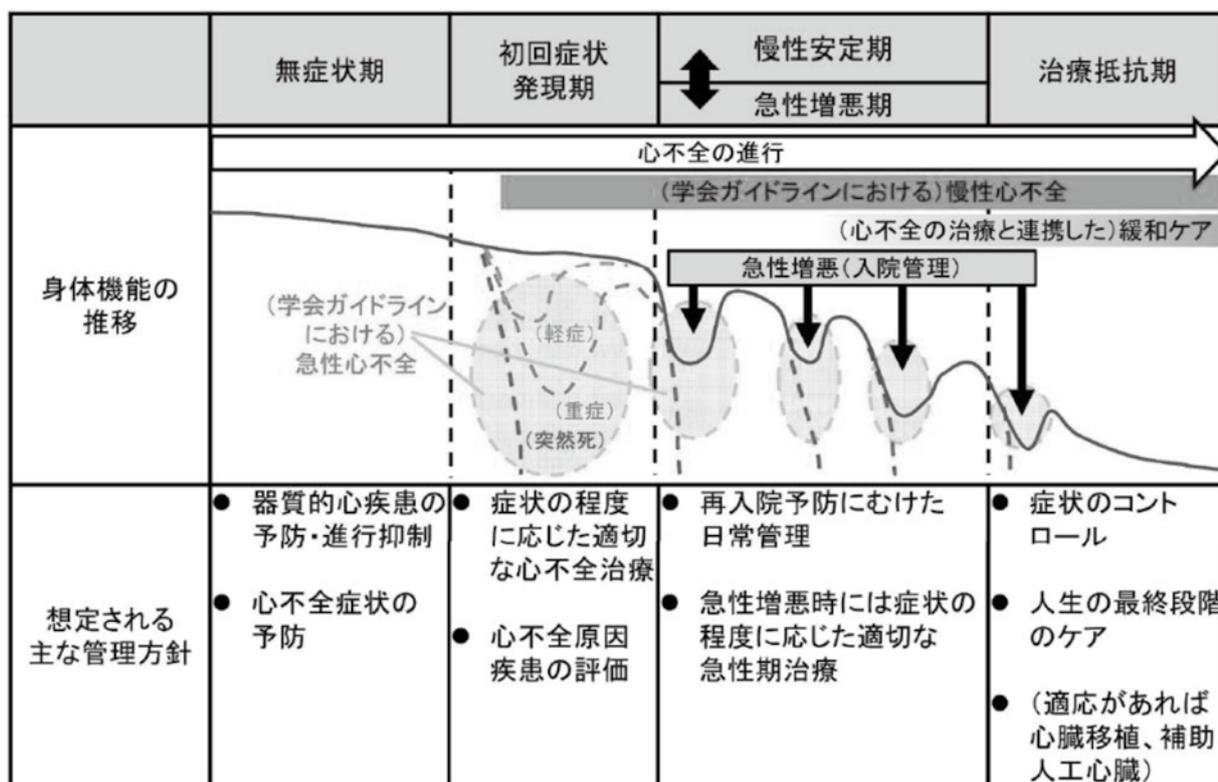
- 「Ⅲ 住む場所に関わらず必要な医療を受けることができる」「7 心身の緩和ケアを受けることができている」(1) 心血管疾患に対する緩和ケアの実施体制の整備」の記載参照。

(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。	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ることができています

(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ることができています」
(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ることができています」
(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	地域別									
		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

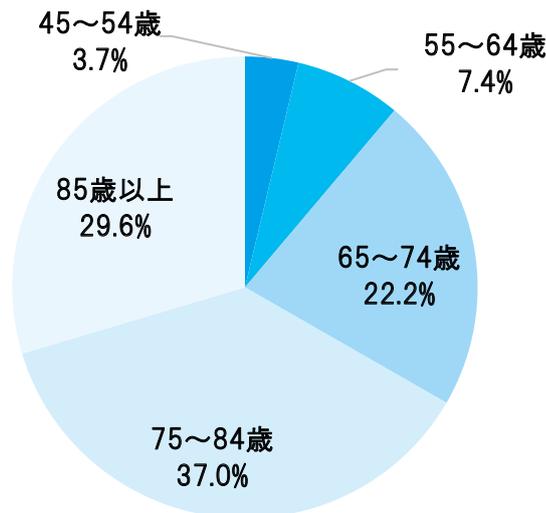
5 治療と仕事の両立支援・就労支援を受けることができる

(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）

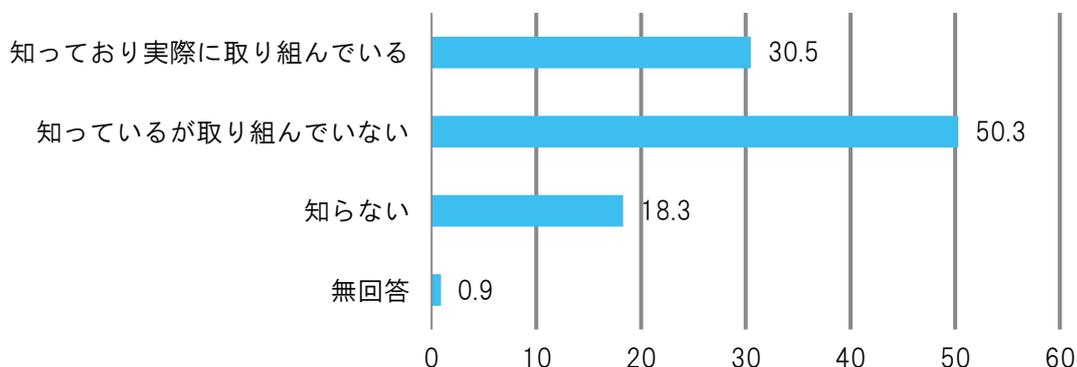


（厚生労働省「患者調査」）

- 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：％）

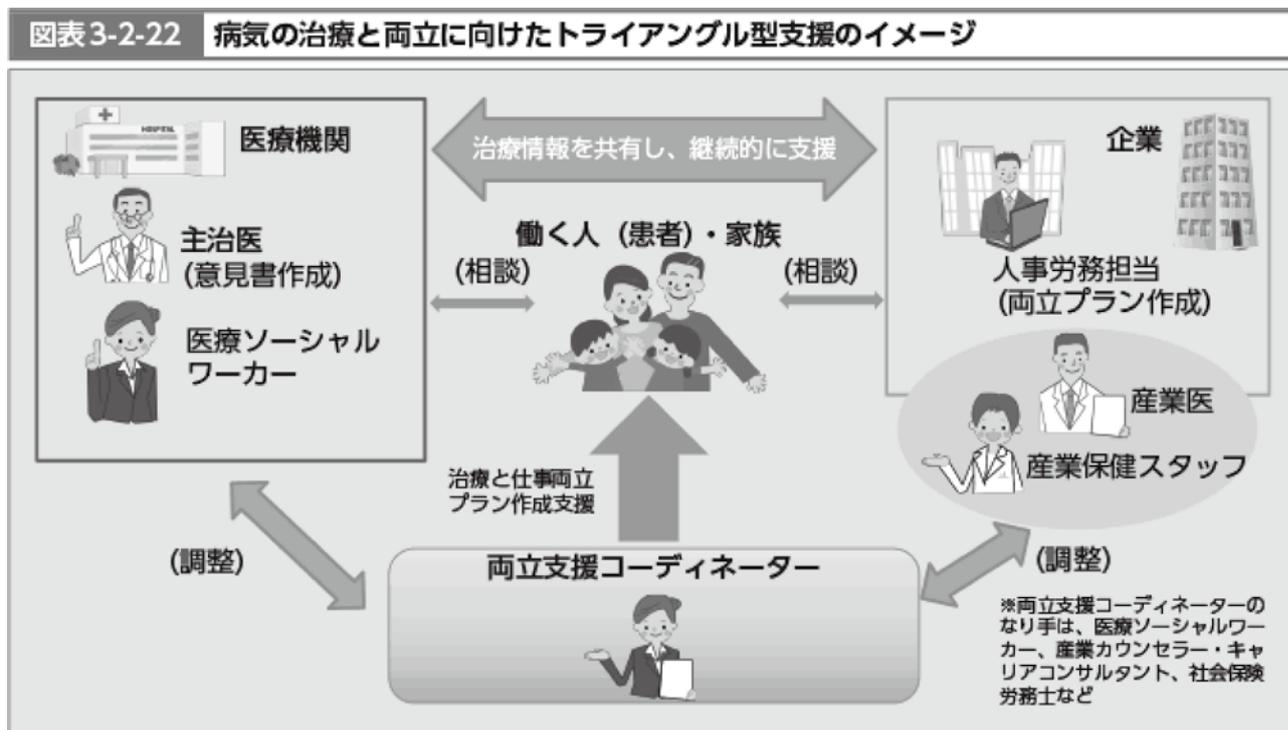


（長野産業保健総合支援センター「長野県における治療と仕事の両立支援に関する調査」）

- 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ます

(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ます」(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ます」(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ます」(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ます」(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

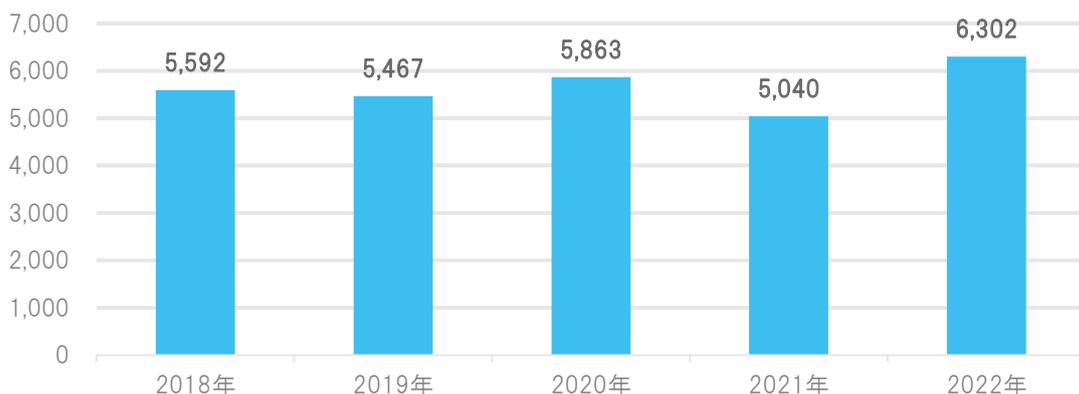
7 再発や重症化を予防できている

(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、2023年9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。
- 日本看護協会が認定する慢性心不全看護認定看護師及び心不全看護認定看護師は、2023年12月現在県内で9名が認定されています。人口10万対では0.44となっており、全国と同程度です。
- 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及び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及び 心不全看護認定看護師 (2023年12月現在)		9	537
人口10万対		0.44	0.43
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が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及び心不全看護認定看護師の数(人口10万対)	長野県 0.44 全 国 0.43 (2023)	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、小児慢性特定疾病をはじめ、多くの慢性疾病を抱える児童が思春期・成人期を迎える中、(※小児慢性特定疾病については、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病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」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

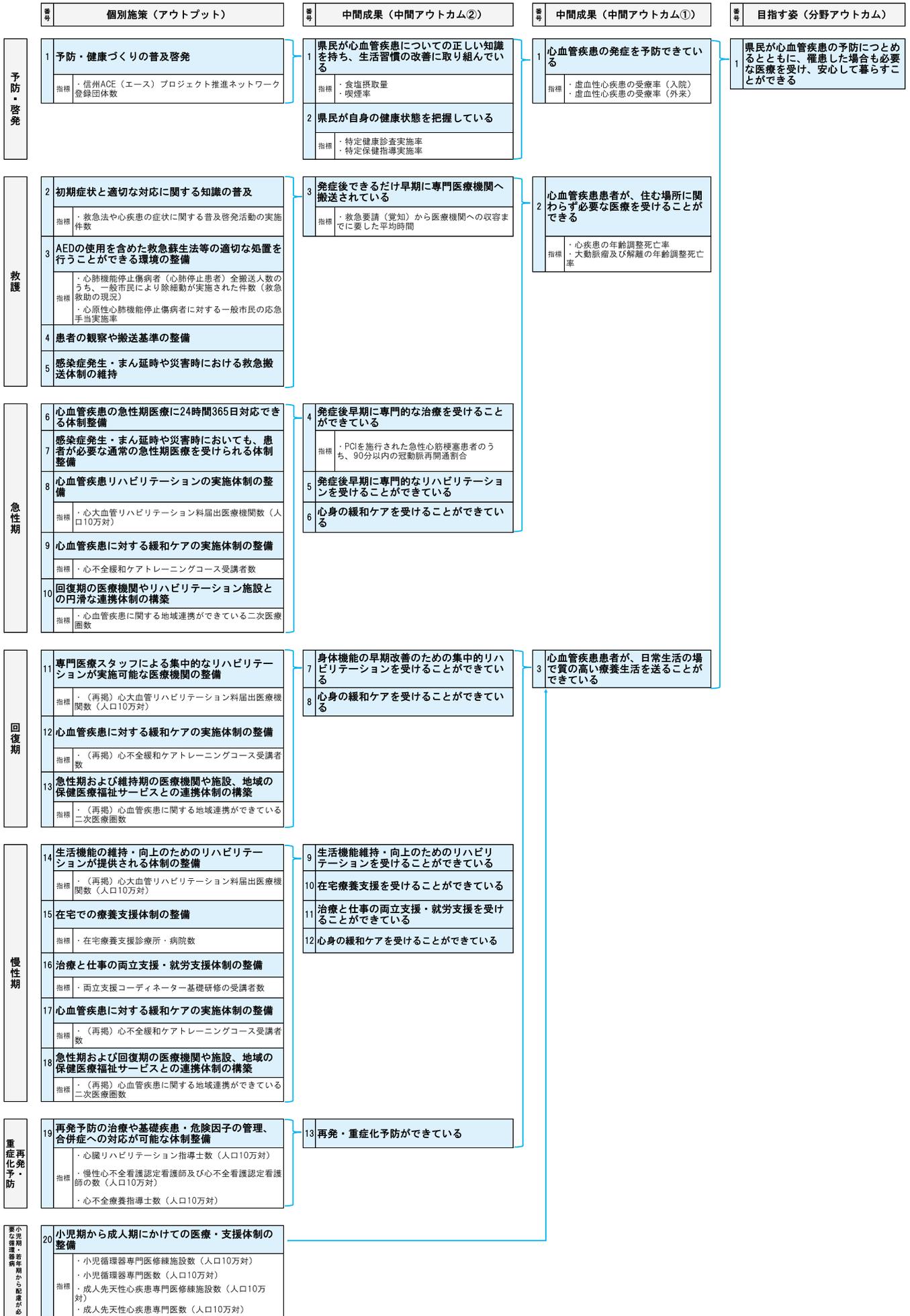
先天性心疾患と言えば小児科の病気という考え方はすでに過去のものとなっています。すでに 2000 年以前の段階で先天性心疾患患者数は、成人期に達した患者数が小児患者数を上回っていて、現在 50 万人を下らないと推定されています。先天性心疾患は 1% の頻度で発生しおよそ 90% が成人期まで到達することを考えると今後も年間 1 万人のペースで増加する、つまり減少することがない患者群ということになります。

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

ロジックモデル



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。

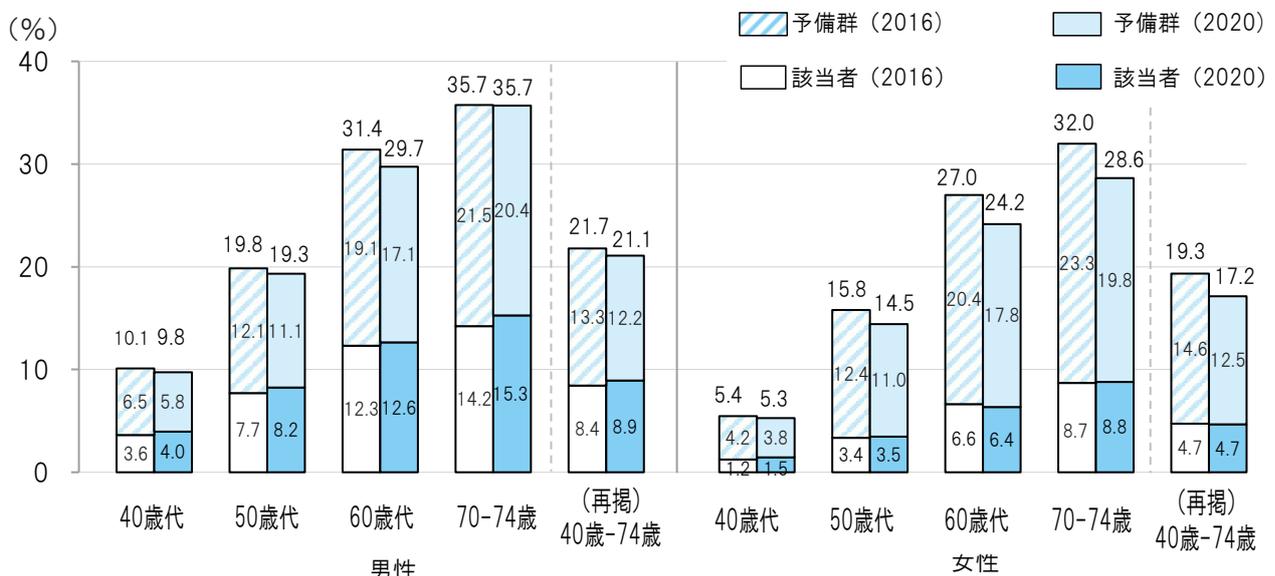
糖尿病合併症の併発による人工透析への移行が、莫大な医療費を費やすなど社会問題となっている中、発症予防や、適切な治療の継続、合併症発症予防などの重症化予防に向け、多職種による様々な面からの対策が重要です。

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)

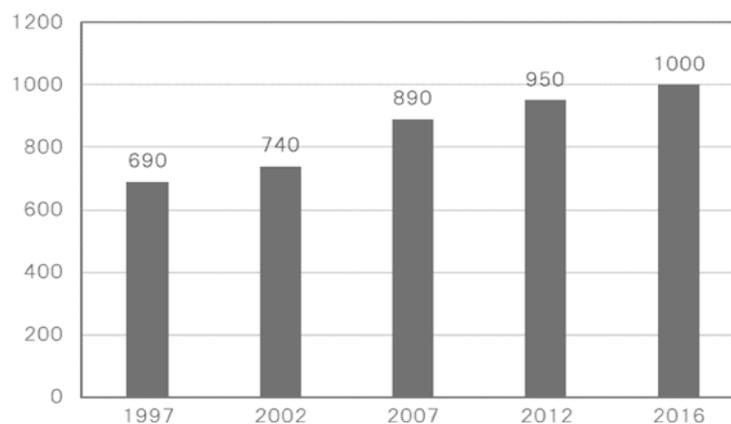
区分		34歳以下	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75歳以上	総数
長野県	男性	1	4	4	7	16	13	44
	女性	- ^{※3}	1	4	3	10	13	32
	計	2	5	8	10	25	27	76
全国	男性	43	149	425	591	1178	992	3385
	女性	30	70	199	372	807	923	2406
	計	74	219	624	963	1985	1915	5791

(厚生労働省「患者調査」)

- ※1 傷病分類「糖尿病」
- ※2 2017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、2020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)



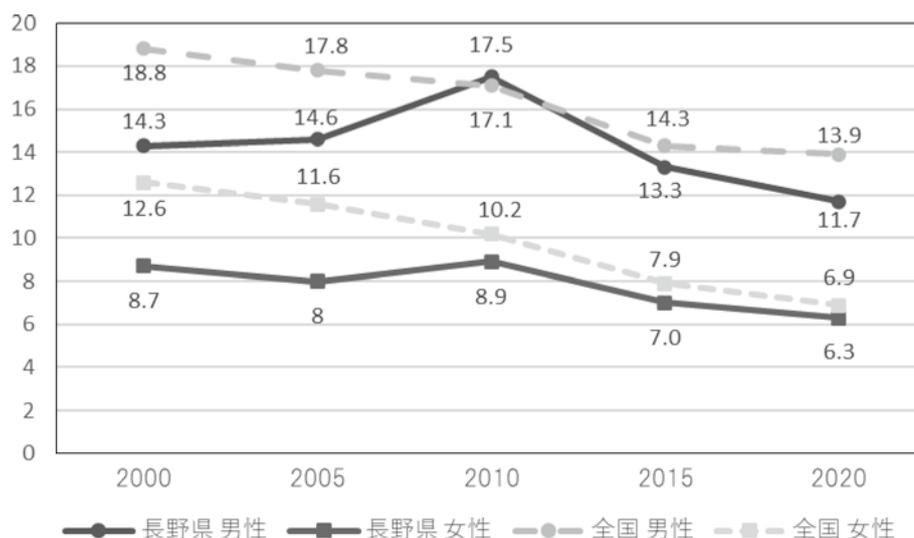
(厚生労働省「糖尿病実態調査」(1997、2002年)「国民健康・栄養調査」(2007～2016年))

- ※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、慢性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、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康診査(「NDBオープンデータ(厚生労働省)」)を参照すると、HbA1c8.0%以上の者の割合は男性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・糖尿病合併妊娠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

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。

今年は何健診受けましたか？
家族みんなで「健診」を受けましょう！！

病気の早期発見・治療のため、定期的に健診を受け、健康状態をチェックすることが重要です。
1年に1回、健診は必ず受けるようにしましょう。

「信州ACEプロジェクト」実践事業
長野県薬剤師会

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) 慢性合併症の治療・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）といった慢性合併症を発症し、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。

慢性合併症は、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

- 慢性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）

- 慢性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 慢性合併症の治療・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+）以上の者の割合は男性1.1%、女性0.4%であり、eGFR^{※4}が60 [ml/分/1.73 m²] 未満の者の割合は男性13.7%、女性12.9%となっています。

※4 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
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。

スティグマとアドボカシー

「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中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がなるものだ」「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。

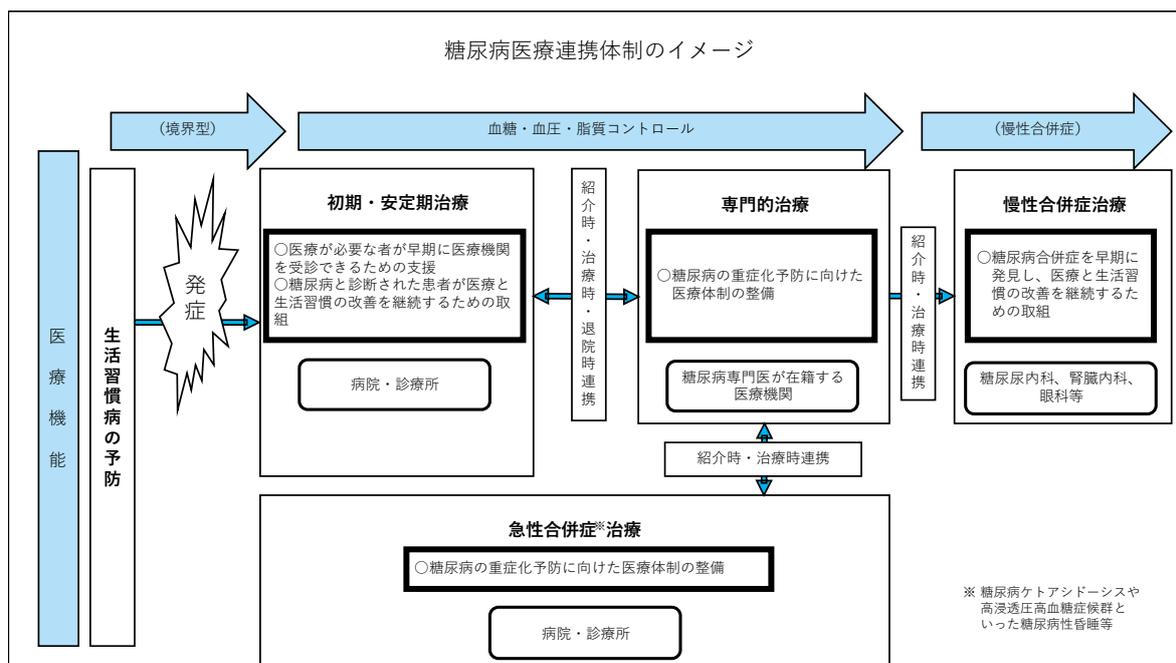
中間成果（中間アウトカム）

- (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) 慢性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 慢性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、慢性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慢性合併症への専門的治療が受けられるよう、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ます。

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数	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 三次)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 本の方針によ 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 本の方針によ 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%以上の者の割合※ 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 慢性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+）以上の者の割合※ 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 以上の者の割合※ ²	(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」
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 [ml/分/1.73m²] ≤ eGFR < 60 [ml/分/1.73m²]

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

第5 ロジックモデル

