

第1編 計画の基本的事項

1 策定趣旨

- 少子高齢化の更なる進展に伴う社会保障費用の増大や担い手不足、家族形態の変化など、保健医療を取り巻く状況が大きく変化する中、限られた資源を重点的・効率的に活用し、一体的なサービスの提供体制を構築していくことが必要。
- 「健康長寿」という共通の目標に向かい、総合的に施策を推進するため、現行計画を引き継ぎ、保健医療に関連する10の計画*を一体的に策定。

※ ①第8次長野県保健医療計画、②第4次長野県健康増進計画、③長野県母子保健計画、④第4期長野県医療費適正化計画、⑤長野県歯科口腔保健推進計画、⑥長野県がん対策推進計画、⑦長野県依存症対策推進計画、⑧長野県感染症予防計画、⑨長野県肝炎対策推進計画、⑩長野県循環器病対策推進計画

2 計画期間

令和6～11年度（6か年）

第2編 長野県の現状

1 人口構造（2020年）

総人口は204.8万人、65歳以上の割合は32.0%。合計特殊出生率や社会増減が改善すると仮定した場合、2100年頃に137万人程度で定常化の見通し。75歳以上人口は2050年まで増加が続く見通し。

2 平均寿命（2020年）

男性：82.68年（全国2位） 女性：88.23年（全国4位）

3 死亡原因（2020年）

割合の高い順に、悪性新生物（25.1%）、心疾患（14.5%）、老衰（12.6%）、脳血管疾患（9.1%）

4 県民医療費（2021年度）

7,081億円（前年比 +285億円（4.2%））

第3編 目指すべき姿

「健康で長生き」を達成するため、以下の基本方針を掲げる。

【基本方針】

- **学びを通じた予防活動の充実と健康づくり**
 - ・生活習慣病の発症予防と重症化予防、健診受診率の向上、県民の行動変容 等
- **共助（ソーシャルキャピタル）を基礎とした支援体制の整備**
 - ・社会全体として健康を守る環境の整備 等
- **医療提供体制の充実・強化**
 - ・医療提供体制の「ランドデザイン」に基づく地域全体で医療を支える体制、県民誰もが身近なところで安全かつ効率的で質の高い医療を受けることができる体制の構築 等
- **保健・医療・介護（福祉）の連携と自治の力を活かした地域包括ケア体制の構築**
 - ・保健・医療・介護（福祉）が相互に連携した切れ目のない地域包括ケア体制の構築 等

結果

- **健康寿命の延伸、平均寿命と健康寿命の差の縮小**
- **誰もが住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現**

第4編 健康づくり ※ 主なもの

| | |
|------------|---------------------------------------------|
| 県民参加の健康づくり | 県民の主体的な健康づくりの取組を支援する信州 ACE プロジェクトの推進 等 |
| 栄養・食生活 | 関係機関・団体と連携した野菜摂取量の増加や減塩に向けた取組の推進 等 |
| 身体活動・運動、休養 | 運動をはじめのきっかけづくりや、継続に向けた支援の実施 等 |
| たばこ | 若者をはじめとした県民への喫煙防止の働きかけ、受動喫煙防止のための取組の徹底 等 |
| 歯科口腔保健 | 歯科疾患の予防等の普及啓発、市町村や関係機関と連携した歯科口腔保健推進体制の強化 等 |
| こころの健康 | 地域、学校、職場におけるこころの健康づくりやメンタルヘルス対策の推進 等 |
| 生活習慣病予防 | 生活習慣病の予防・重症化予防、特定健康診査・特定保健指導の受診率向上に向けた取組 等 |
| フレイル対策 | フレイルに関する普及啓発、高齢者の社会参加の促進、オーラルフレイル対策の推進 等 |
| 母子保健 | 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない母子保健事業の維持・向上、関係機関の連携強化 等 |

第5編 医療提供体制のグランドデザイン

今後予測される医療ニーズの変化や医療サービスの担い手の減少等の中長期的な課題に対応するため、本県が目指すべき医療提供体制の姿を示した「グランドデザイン」を共有（「地域型病院」「広域型病院」による役割分担と連携体制の推進 等）

第6編 医療圏の設定と基準病床数

- 二次医療圏の設定
 - ・現行の枠組みを維持。事業・疾病ごとに圏域を設定し、必要に応じ隣接医療圏と連携。
- 基準病床数 【一般・療養病床】18,402床 【精神病床】3,766床 【感染症病床】46床 【結核病床】34床

第7編 地域医療構想

2025年度の医療機能ごとの病床数及び在宅医療等の必要量の推計値を参考に、関係者が医療需要に応じた病床機能の分化・連携や、医療と介護が一体となった体制づくりを進めるための方策を共有。

第8編 医療施策 ※ 主なもの

| | |
|--------------|--------------------------------------------|
| 医師 | 県内で勤務する医師の確保、医師の養成体制の充実、地域偏在・診療科偏在の是正 等 |
| 歯科医師 | 医科歯科連携の推進、歯科医療機関における機能分化と連携の推進 等 |
| 薬剤師 | 県内で勤務する薬剤師の確保、薬学部（6年制）進学者を増やすための取組の実施 等 |
| 看護職員 | 新規養成数の確保、離職防止・資質の向上、再就業の促進 等 |
| 歯科衛生士・歯科技工士 | 歯科衛生士・歯科技工士の確保と資質の向上 |
| 管理栄養士・栄養士 | 管理栄養士・栄養士の確保と資質の向上 |
| 医療従事者の勤務環境改善 | 医師の時間外労働縮減に向けた支援、医療現場における ICT の活用支援 等 |
| 救急医療 | 応急手当や救急車の要請に係る適切な行動の促進、救急患者の搬送・医療提供体制の整備 等 |
| 災害時における医療 | 災害発生時に備えた連携体制、災害急性期の医療提供体制の整備 等 |
| 周産期医療 | 周産期医療体制の維持、妊娠・分娩の相談・健康管理及び救急医療の体制整備 等 |
| 小児医療 | 適切な予防・受療行動の促進、症状に応じて適切な医療・療育を受けられる体制整備 等 |
| へき地医療 | 医療従事者の確保、地域の中で医療サービスが受けられる体制の整備 等 |
| 在宅医療 | 円滑な在宅療養移行に向けた退院支援、日常の療養支援を受けられる体制の整備 等 |
| 外来医療 | 症状・時間帯に応じて必要な外来医療が受けられる体制の整備、適切な受療行動の促進 等 |
| 歯科口腔医療 | 地域の状況等に応じた歯科口腔医療提供体制の構築、様々な職種や分野との連携の促進 等 |
| 医療費の適正化 | 県民の健康の保持推進、医療の効率的な提供の推進、適正な受診の促進 等 |

第9編 疾病対策等 ※ 主なもの

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------------|
| がん対策 | がん検診の受診率向上、拠点病院を中心とした医療提供体制の整備、共生社会の実現 等 |
| 脳卒中対策 | 初期対応に係る普及啓発、搬送・医療提供体制の整備、リハビリ等における地域連携の推進 等 |
| 心筋梗塞等の心血管疾患対策 | 初期対応に係る普及啓発、搬送・医療提供体制の整備、リハビリ等における地域連携の推進 等 |
| 糖尿病対策 | 生活習慣の改善に向けた取組の促進、合併症等重症化予防の取組の実施 等 |
| 精神疾患対策 | 正しい知識の普及、相談支援の推進、危機介入体制の構築、診療機能の充実 等 |
| 依存症対策 | 段階（発症予防、進行予防、回復支援・再発予防）に応じた依存症対策の推進 等 |
| 感染症対策 (新興感染症発生・まん延時における医療を含む) | 相談・検査体制、入院医療提供体制、軽症者の療養体制の整備 等 |
| 肝疾患対策 | 速やかな検査・受診の促進、肝炎医療コーディネーター増加に向けた取組の実施 等 |

第 3 期信州保健医療総合計画の素案の概要

令和 5 年（2023 年）12 月

第3期信州保健医療総合計画（素案） 目次

※個別計画の一覧

- ① 保健医療：第8次長野県保健医療計画（外来医療計画、医師確保計画、薬剤師確保計画を含む）、② 健康増進：第4次長野県健康増進計画
 ③ 母子保健：長野県母子保健計画、④ 医療費適正化：第4期長野県医療費適正化計画、⑤ がん：長野県がん対策推進計画、⑥ 歯科口腔：長野県歯科口腔保健推進計画、
 ⑦ 依存症：長野県依存症対策推進計画、⑧ 感染症：長野県感染症予防計画、⑨ 肝炎：長野県肝炎対策推進計画、⑩ 循環器病：長野県循環器病対策推進計画

◎は個別計画に位置付けられている事項 ○は個別計画に関連する事項

| 事項 | ページ | ※個別計画 | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------|---------------|----------|----------|---------|---------------|---|
| | | ① 保健 医療 | ② 健康 増進 | ③ 母子 保健 | ④ 医療費 適正化 | ⑤ がん | ⑥ 歯科 口腔 | ⑦ 依存症 | ⑧ 感染症 | ⑨ 肝炎 | ⑩ 循環 器病 | |
| 第1編 計画の基本的事項 | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 計画策定の趣旨 | 4 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第2節 計画の性格 | 5 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第3節 計画期間 | 6 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第4節 推進体制とそれぞれの役割 | 6 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第5節 評価及び見直し等 | 8 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第2編 長野県の現状 | | | | | | | | | | | | |
| 第1章 県民の現状 | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 人口構造 | 12 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第2節 人口動態と平均寿命 | 16 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第3節 傷病の動向 | 22 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第4節 要介護・要支援認定者の状況 | 26 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第2章 医療の現状 | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 医療に対する県民の意識 | 30 | ◎ | | | ○ | | | | | | | |
| 第2節 保健医療施設の状況 | 32 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第3節 保健医療従事者の状況 | 39 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第3章 医療費等の現状 | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 経済状況・社会保障 | 44 | | | | ◎ | | | | | | | |
| 第2節 県民医療費の動向 | 49 | | | | ◎ | | | | | | | |
| 第3節 疾病別医療費の状況 | 54 | | ○ | | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第3編 目指すべき姿 | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 目指すべき姿 | 59 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第2節 基本的な方向性 | 63 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 第4編 健康づくり | | | | | | | | | | | | |
| 第1章 健康づくり | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 県民参加の健康づくり | 66 | ○ | ◎ | ○ | ○ | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ◎ |
| 第2節 栄養・食生活 | 72 | ○ | ◎ | ○ | ○ | ◎ | ○ | ○ | | | | ◎ |
| 第3節 身体活動・運動、休養 | 82 | ○ | ◎ | ○ | ○ | ◎ | | | | | | ◎ |
| 第4節 たばこ | 88 | ○ | ◎ | ○ | ○ | ◎ | | | | | | ◎ |
| 第5節 歯科口腔保健 | 94 | ○ | ◎ | ○ | ○ | ◎ | ◎ | | ◎ | | | ◎ |
| 第6節 こころの健康 | 105 | ○ | ◎ | ○ | ○ | ○ | | ◎ | ○ | | | ○ |
| 第7節 生活習慣病予防 | 110 | ○ | ◎ | ○ | ○ | ◎ | ○ | ○ | | | | ◎ |
| 第8節 フレイル対策 | 123 | ○ | ◎ | | ○ | ○ | ○ | | | | | ◎ |
| 第2章 母子保健 | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 母子保健 | 132 | ○ | ○ | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | ○ |
| 第5編 医療提供体制の「グランドデザイン」 | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 策定の趣旨 | 153 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第2節 目指すべき医療提供体制の姿とその実現に向けた取組の大枠の方向性 | 154 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第3節 更なる役割分担と連携の推進 | 158 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第4節 関係者の果たすべき役割 | 161 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第6編 医療圏の設定と基準病床数 | | | | | | | | | | | | |
| 第1章 医療圏の設定 | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 設定の趣旨 | 166 | ◎ | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第2節 医療圏の区分及び設定 | 166 | ◎ | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第2章 基準病床数 | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 基準病床数 | 172 | ◎ | | | | ○ | | | ○ | | | ○ |
| 第2節 有床診療所の特例 | 173 | ◎ | | | | | | | | | | |
| 第7編 地域医療構想 | | | | | | | | | | | | |
| 第1節 地域医療構想の基本的事項 | 175 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | ○ |
| 第2節 病床数及び在宅医療等の必要量の推計 | 176 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | ○ |
| 第3節 構想区域ごとの概況 | 185 | ◎ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | ○ |
| 第4節 地域医療構想の施策の方向性 | 196 | ◎ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | ○ |
| 第5節 地域医療構想の推進・見直し | 198 | ◎ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | ○ |

| 事項 | ページ | ※個別計画 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|----------|----------|---------|---------------|
| | | ① 保健 医療 | ② 健康 増進 | ③ 母子 保健 | ④ 医療費 適正化 | ⑤ がん 対策 | ⑥ 歯科 口腔 | ⑦ 依存症 | ⑧ 感染症 | ⑨ 肝炎 | ⑩ 循環 器病 |
| 第8編 医療施策 | | | | | | | | | | | |
| 第1章 医療機能の分化と連携 | | | | | | | | | | | |
| 第1節 機能分化と連携 | 203 | ◎ | | | ○ | ○ | ○ | | | | ○ |
| 第2節 医薬分業・医薬品等の適正使用 | 207 | ◎ | | | ○ | ○ | | ○ | | | ○ |
| 第2章 保健医療従事者の養成・確保 | | | | | | | | | | | |
| 第1節 医師（医師確保計画） | 214 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ◎ | | ○ | ○ | ○ | ◎ |
| 第2節 歯科医師 | 238 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ◎ | | ○ | | ○ |
| 第3節 薬剤師（薬剤師確保計画） | 241 | ◎ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第4節 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師） | 252 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第5節 歯科衛生士・歯科技工士 | 258 | ◎ | ○ | | ○ | ○ | ◎ | | | | ○ |
| 第6節 管理栄養士・栄養士 | 262 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | ○ |
| 第7節 その他の医療従事者 | 264 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第8節 医療従事者の勤務環境改善 | 268 | ◎ | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第3章 医療施策の充実 | | | | | | | | | | | |
| 第1節 救急医療 | 272 | ◎ | | | ○ | | | ○ | ○ | | ◎ |
| 第2節 災害時における医療 | 284 | ◎ | | | ○ | | | | ○ | | ○ |
| 第3節 周産期医療 | 299 | ◎ | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | ○ |
| 第4節 小児医療 | 314 | ◎ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ |
| 第5節 へき地医療 | 327 | ◎ | | | ○ | | ○ | | ○ | | |
| 第6節 在宅医療 | 338 | ◎ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ |
| 第7節 外来医療（外来医療計画） | 356 | ◎ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第8節 歯科口腔医療 | 369 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ◎ | | ○ | | ○ |
| 第9節 薬物乱用対策 | 374 | ◎ | ○ | ○ | ○ | | | ◎ | | | |
| 第10節 その他の医療施策 | 378 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第4章 医療安全の推進 | | | | | | | | | | | |
| 第1節 医療安全対策 | 385 | ◎ | | | ○ | ○ | ○ | | | | ○ |
| 第5章 医療費の適正化 | | | | | | | | | | | |
| 第1節 県民の健康の保持推進 | 390 | ○ | ○ | ○ | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 第2節 医療の効率的な提供の推進 | 393 | ○ | | | ◎ | | | | | | |
| 第3節 適正な受診の促進等 | 396 | ○ | | | ◎ | | | | | | |
| 第4節 計画期間における医療費の見通し | 398 | ○ | | | ◎ | | | | | | |
| 第9編 疾病対策等 | | | | | | | | | | | |
| 第1節 がん対策（がん対策推進計画） | 400 | ◎ | ◎ | ○ | ○ | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 第2節 脳卒中対策（循環器病対策推進計画） | 441 | ◎ | ◎ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ◎ |
| 第3節 心筋梗塞等の心血管疾患対策（循環器病対策推進計画） | 476 | ◎ | ◎ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ◎ |
| 第4節 糖尿病対策 | 518 | ◎ | ◎ | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | ○ |
| 第5節 精神疾患対策 | 531 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ◎ | ○ | ○ | ○ |
| 第6節 依存症対策（依存症対策推進計画） | 553 | ◎ | ◎ | ○ | ○ | ○ | | ◎ | | ○ | ○ |
| 第7節 感染症対策（感染症予防計画） | 567 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ◎ | ○ | ○ |
| 第8節 肝疾患対策（肝炎対策推進計画） | 623 | ◎ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ◎ | |
| 第9節 難病対策 | 633 | ◎ | | ○ | ○ | | | | | | |
| 第10節 CKD(慢性腎臓病)対策 | 644 | ◎ | ◎ | | ○ | | | ○ | | | ○ |
| 第11節 COPD(慢性閉塞性肺疾患)対策 | 650 | ◎ | ◎ | | ○ | | | | | | |
| 第12節 アレルギー疾患対策 | 654 | ◎ | ○ | ○ | ○ | | | | | | |
| 資料 | | | | | | | | | | | |
| 【用語解説】 | | | | | | | | | | | |
| 【リボン運動について】 | | | | | | | | | | | |
| 【コラム一覧】 | | | | | | | | | | | |
| 【ながの医療情報ネット】 | | | | | | | | | | | |
| 【保健医療に関する相談窓口一覧】 | | | | | | | | | | | |

第1編 計画の基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

- 保健医療を取り巻く社会環境の変化に的確に対応するとともに、将来を見据え、有事・平時を問わず、誰もが安全で質の高い医療を切れ目なく受けることができるよう、本県の保健医療体制の整備の方向性を示すもの。

第2節 計画の性格

- 医療法第30条の4第1項の規定により定める医療計画

第3節 計画期間

- 令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間

第4節 推進体制とそれぞれの役割

（1）全県的な推進体制

- 県、市町村、医療機関・医療従事者、保健・医療関係団体等が、医療審議会や地域医療対策協議会などを通じて意思疎通を図るとともに、それぞれの役割のもと、協働・連携して計画を推進する。

（2）二次医療圏における推進体制

- 地域の実情を踏まえた医療提供体制の構築が重要な課題となっていることから、二次医療圏ごとに設置した地域医療構想調整会議等を活用し、医療機関や医療関係団体等とともに、医療連携体制の構築を推進する。

第5節 評価及び見直し

- 分野ごとの目標設定にあたっては、できるだけ数値化した指標を用いて計画の進捗状況が分かるよう工夫するとともに、達成状況については2025年度以降、毎年度確認・評価を行い、施策の推進に反映する。なお、5疾病・6事業及び在宅医療の分野には新たに「ロジックモデル」を導入し、PDCAサイクルの強化を図る。
- 医療法第30条の6第1項に基づき、在宅医療その他必要な事項については、3年ごとに調査・分析・評価を行い、必要がある場合は見直しを行う。

第2編 長野県の現状

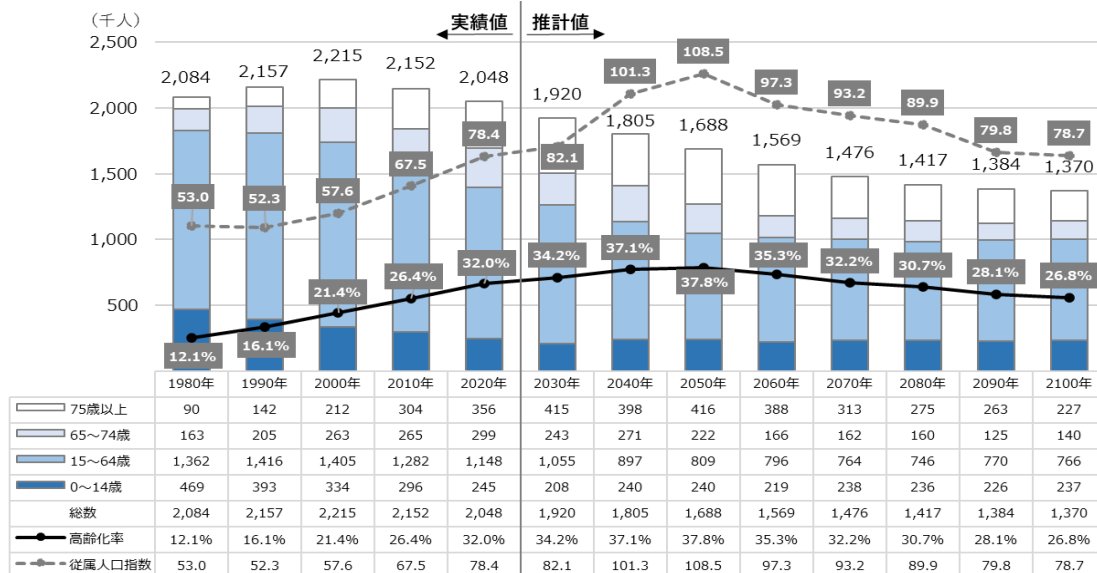
第1章 県民の状況

第1節 人口構造

- 本県の総人口は、国勢調査によると2000年の221.5万人をピークに減少に転じており、2020年には204.8万人、65歳以上の割合は32.0%となっている。
- 合計特殊出生率や社会増減について現状の傾向が継続すると仮定した場合、総人口は2100年頃には77万人程度となる一方、現状の傾向より改善[※]すると仮定した場合は、2100年頃に137万人程度で定常化する見込みとなっている。

※ 合計特殊出生率について2027年に1.61（県民希望出生率）、2040年に2.07（人口置換水準）に上昇し、2025年に社会増減が均衡すると仮定

長野県の総人口と高齢化率（改善ケースの場合）



(注) 従属人口指数 = (0～14歳人口 + 65歳以上人口) / (15～64歳人口)。
実績値は、国勢調査。

第2節 人口動態と平均寿命

(1) 死亡率等

- 2015年の年齢調整死亡率は、2010年に引き続き、男女とも低位順で全国1位となっている。
- 乳児死亡率（出生千対）、新生児死亡率（出生千対）、周産期死亡率（出産千対）すべて、全国平均を下回っている状況である。

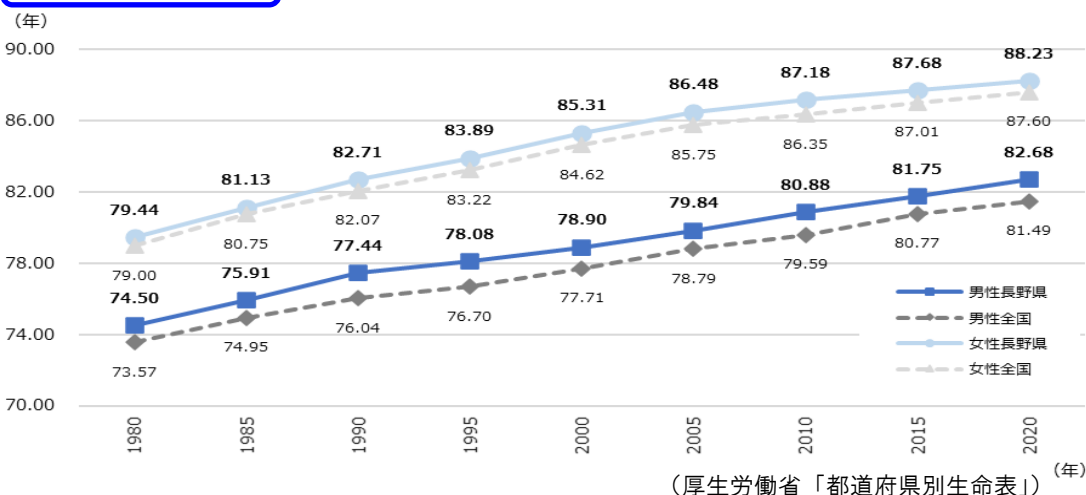
(2) 死亡原因

- 県内の死亡順位は、1951年以降は脳血管疾患、悪性新生物、心疾患の順で推移してきたが、2020年では悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順となっている。
- これら3大死因の全死因に占める割合は、2020年では48.7%であり、全国（50.1%）とほぼ同水準となっている。

(3) 平均寿命

- 男性が82.68年（全国：81.49年）で全国2位、女性が87.68年（全国：87.60年）で全国4位であり、全国トップクラスの長寿県となっている。

平均寿命の推移

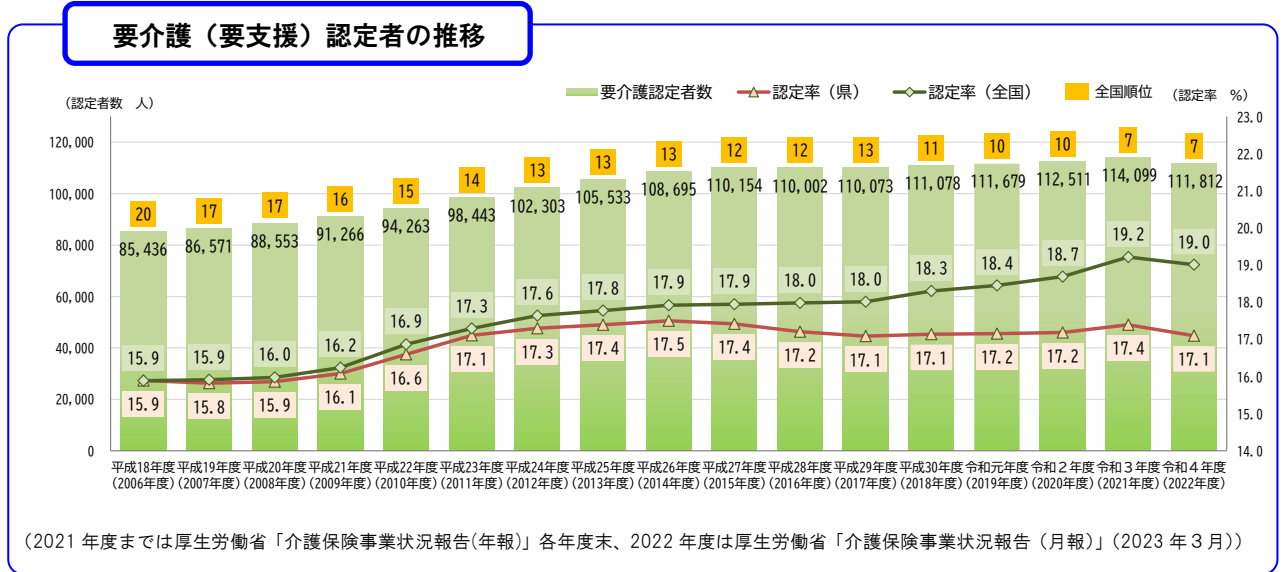


第3節 傷病の動向

- 推計患者数は123,500人/日で、県民の16.5人に1人が受療したことになる。また、傷病別では「循環器系の疾患」が最も多く、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「消化器系の疾患」の順になっている。
- 年齢階級別受療率（人口10万対）では、全国平均（14,735）と比較すると、75歳以上の受療率（12,025）の低さが際立っている状況であり、他の年齢階級でも全国とほぼ同水準か下回る水準となっている。

第4節 要介護・要支援認定者の状況

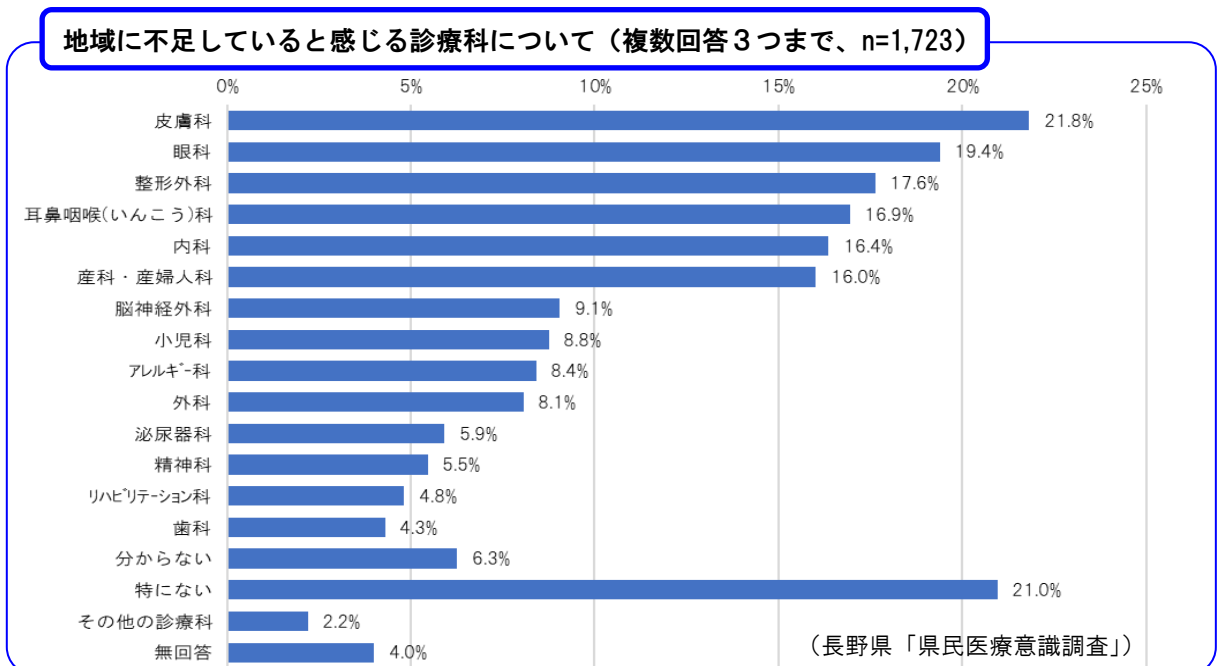
- 要介護（要支援）認定率（第1号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の割合）は、全国的には上昇傾向にあるのに対して、本県は概ね横ばいで推移している。



第2章 医療の現状

第1節 医療に対する県民の意識

- 「地域に不足していると感じる診療科」については、「皮膚科」が最も多く、次いで「眼科」、「整形外科」の順に不足しているという結果となった。



第2節 保健医療施設の状況

- 人口10万対施設数（2022年）は、いずれも全国より低位となっている。

| 区 分 | | 病 院 | 一般診療所 | 歯科診療所 | 薬 局 |
|--------|-----|-----|-------|-------|-------|
| 施 設 数 | | 125 | 1,606 | 991 | 1,014 |
| 人口10万対 | 長野県 | 6.2 | 79.5 | 49.0 | 50.2 |
| | 全 国 | 6.5 | 84.2 | 54.2 | 49.9 |

第3節 保健医療従事者の状況

- 人口10万対医療施設従事医師数・歯科医師数等（2020年）は、全国より低位となっている。

| 区 分 | | 医 師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 保健師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 |
|--------|-----|-------|-------|-------|-------|------|---------|-------|
| 人 数 | | 4,994 | 1,583 | 3,874 | 1,691 | 900 | 23,423 | 4,507 |
| 人口10万対 | 長野県 | 243.8 | 77.3 | 189.2 | 82.6 | 43.9 | 1,143.7 | 220.1 |
| | 全 国 | 256.6 | 82.5 | 198.6 | 44.1 | 30.1 | 1,015.4 | 225.6 |

第3章 医療費等の現状

第1節 経済状況

（1）経済・財政状況

- 長野県の県内総生産は、2014年度まで7兆円台で推移していたが、近年は減少傾向にあるものの、8兆円台で推移している。
- 長野県の社会保障関係経費は一般会計予算総額の約1割を占め、増加が続いている。2023年度には予算総額が前年度比で約393億円減少する一方で、社会保障関係経費は約44億円増加している。

（2）医療保険財政の状況

- 医療費支出（1人当たり保険給付費）の伸びが、保険料収入（1人当たり標準報酬月額）の伸びを上回っており、ここ数年では特にその傾向が顕著になっている。
- 市町村国保の単年度収支は悪化傾向にあり、2022年度の状況は、8.1億円の赤字、黒字市町村数は県内77市町村の内、28市町村と、保険財政は恒常的に厳しい状況にある。

第2節 県民医療費の動向

- 2021年度の県民医療費は7,081億円で、前年に比べ285億円（4.2%）増加と、増加傾向にある。
- 2021年度の後期高齢者医療費は2,998億円で、県民医療費の42.3%を占めている。今後、75歳以上人口の増加に伴い、県民医療費に占める後期高齢者医療費の割合は一層増加するものと予想され、県民医療費も増加が見込まれる。

第3節 疾病別医療費の状況

- 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「新生物（腫瘍）」が最も多く、全体の17.2%を占めており、次いで「循環器系の疾患」が全体の14.2%を占めている。
- 後期高齢者医療では、「循環器系の疾患」が最も多く、全体の23.7%を占めており、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」が全体の13.2%を占めている。

第1節 基本理念

- 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底や、健診受診率の向上に努めるとともに、高齢期における日常生活の自立を目指した身体機能の強化・維持、子どもの頃からの健康づくりへの学びや、働く世代のこころの健康対策等を推進し、県民の行動変容につなげる。
- 時間的にゆとりのない方や、健康づくりに無関心な方も含め、社会全体として相互に支え合いながら、県民一人ひとりが健康づくりに向けて取り組み、健康を守る環境を整備することを重視する。
- 医療提供体制の「グランドデザイン」に基づき、医療機能の適切な分化と連携を進め、地域全体で医療を支える体制の構築を目指す。
- 各医療圏における医療提供体制を充実・強化するとともに、必要に応じ、隣接する医療圏との連携を図り、県民誰もが身近なところで安全かつ効率的で質の高い医療サービスを受けることができる体制を目指す。
- 社会全体の変化に対応し、保健・医療・介護（福祉）が相互に連携し、自治の力を活かして地域住民がお互い支え合うことができる、切れ目のない地域包括ケア体制を目指す。

第2節 基本的な方向性

（1）健康づくりの推進

- 全国トップレベルの健康長寿を継承・発展させるため、県民一人ひとりが個々の生活スタイルや健康状態、また環境の変化に応じた健康づくりに取り組めるよう、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）に特有の健康づくりやライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）の取組を検討し推進する。
- 健康づくり県民運動「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進により、食生活の改善や運動習慣の定着など、個人の参画により生活の質の向上を図るとともに、市町村をはじめ企業や民間団体等と協力しながら、積極的な参加を得て、社会環境の質の向上を実現し、生涯にわたって健康な生活を送ることができる社会を目指す。

（2）医療提供体制の充実

- 本県の医療提供体制は、急速な少子高齢化に伴う医療ニーズの変化への対応に加え、生産年齢人口の減少や医療従事者の働き方改革によるマンパワーの制約や、今般の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（以下「新型コロナ」という。）への対応を踏まえた感染症有事に備えた体制整備など、従来の取組では解決が難しい構造的な課題に直面している。
- こうした状況を踏まえ、有事・平時を問わず、患者や住民が安心して病期に適した質の高い医療を受けられる体制を確保するため、医療提供体制の「グランドデザイン」に基づき、医療機能の分化と連携の推進、医療従事者の確保、医療と介護サービスとの一体的な提供体制の構築等に取り組む。

（3）医療費の適正化

- 長野県は平均寿命が長い一方で、1人当たり医療費は低く、健康長寿と医療費との高いバランスを実現してきたものの、県民医療費は増加傾向で推移しており、今後も、高齢者人口の増加などにより後期高齢者医療費を中心に増加が見込まれる。
- 医療費適正化は、超高齢社会の到来に対応し、県民の生活の質の維持及び向上を図ることが基本であり、県民一人ひとりが「自分の健康は自分でつくる」という意識を持つことが必要。

- その上で、医療保険制度の持続可能性を高める観点から、特定健康診査の受診率の向上等による県民の健康の保持推進や、後発医薬品の使用促進及び医薬品の適正使用等による医療の効率的な提供の推進、更には適正な受診の促進等に取り組んでいく。

第4編 健康づくり

第1章 健康づくり

第1節 県民参加の健康づくり（信州ACE（エース）プロジェクトの推進）

【現状と課題】

- 健康づくり県民運動「信州ACE(エース)プロジェクト」を2014年6月にスタートし、2015年8月には「信州ACE(エース)プロジェクト推進ネットワーク（通称：ACE ネット）」を立ち上げるなど、県民、市町村・関係機関・団体、企業等の参加と協力により、健康づくりの更なる推進を目指し、県民総ぐるみの運動を展開している。
- 社会情勢や生活背景の変化する中においても、今後もこうした活動を継続させ、個々の県民が健康の重要性に気づき、適切な情報を選択しながら健康づくりに取り組む環境を整備することが必要。

【施策の展開】

- 県民参加の健康づくりを一層推進するため、県民、市町村・関係機関・団体、企業等の幅広い参加と協力により、健康づくり県民運動「信州ACE(エース)プロジェクト」を深化させて展開する。
- 健康づくりの推進に向けた一つの方法として、オンラインやアプリケーション等のICTを活用したデジタル技術の活用を検討を進める。
- 地域づくりの強化やボランティアの育成・養成を支援し、県民の健康づくりのための環境を整備する。

第2節 栄養・食生活

【現状と課題】

- 適正体重を維持している者（BMI18.5以上25未満（65歳以上にあつては、BMI20を超え25未満））の割合は、20歳以上全体では、65.2%であり、一部の年代では、肥満・やせの割合が高い状況。
- 食生活については、20歳以上の1人1日当たりの野菜摂取量が目標値を下回るとともに、20歳以上の1人1日当たりの食塩摂取量は目標値を上回っている。また、若い世代では主食・主菜・副菜を組み合わせたバランスの良い食事をとる人の割合が低い状況がみられる。

【施策の展開】

- 県栄養士会、食生活改善推進協議会などの関係機関・団体と連携し、食事の適正量、野菜摂取量の増加や減塩、朝食の摂取の重要性などについて、県民への普及活動・情報発信を強化する。
- 様々な関係機関・団体と連携して、若者世代のやせや高齢者の低栄養などの各ライフステージに特有の課題に応じた生活習慣の改善に向けて健康づくりの取組を推進する。

第3節 身体活動・運動、休養

【現状と課題】

- 20～64歳の1日当たりの歩数の平均値が目標値を下回るとともに、健康のために普段から意識的に体を動かしている者の割合が20～59歳の男女ともに6割を下回るなど、運動への意識・習慣が不十分な面がみられる。

【施策の展開】

- 運動をはじめめるきっかけづくりやその継続を支援するため、県民が気軽に運動できる場所・機会や県内ウォーキングコース等を周知する。
- 働き盛り世代を対象とした身体活動の増加を目指した取組を、関係機関・団体と連携し、全県下で展開する。

第4節 たばこ

【現状と課題】

- 習慣的に喫煙している者の割合は、20歳以上全体では、男女とも全国と同水準で、男性は減少、女性は横ばいで推移している。喫煙率の低下は、多くの疾患の発症や死亡を減少させることにつながるため、禁煙したい人が禁煙できる環境を整備することが必要。
- 過去1か月間に、「職場」「飲食店」における受動喫煙の機会があった者の推移を見ると、どちらも減少している。

【施策の展開】

- 喫煙防止教育に係る出前講座を市町村、事業所等に広く周知し、実施することで、若者をはじめ多くの県民に喫煙防止を働きかける。
- 飲食店等に、禁煙又は完全分煙を働きかける。

第5節 歯科口腔保健

【現状と課題】

- 歯・口腔の健康状態は、子どものむし歯の減少や高齢者の残存歯数の増加等、近年改善がみられる一方、むし歯の発生に社会経済的要因が影響することが指摘されており、むし歯だけでなく、歯周病や残存歯数等についても同様の状況にあり得ると考えられることから、歯・口腔の健康格差の縮小に向けた取組が必要。
- また、食べる喜び、話す楽しみ等の生活の質の向上を図るためには、乳幼児期や学齢期において適切な口腔機能を獲得し、青年期以降では、口腔機能を維持・向上することが重要。近年では、オーラルフレイルの概念が提唱されるなど、口腔機能の重要性が広く認識されてきていることから、ライフコースアプローチを踏まえた取組を充実させる必要がある。
- 歯・口腔の健康の保持増進のためには、生涯を通じた歯科検診の受診が重要である一方、歯科検診の受診率はあまり高くないことから、市町村には、定期的な歯科検診の受診勧奨や地域住民に対する歯科検診受診機会の拡充等の取組が求められている。

【施策の展開】

- 長野県歯科口腔保健推進センターの設置により、歯・口腔の健康づくりを推進するための総合的かつ計画的な施策を展開する。
- オーラルフレイル対策（心身の機能低下につながる口腔機能の虚弱な状態を早期に把握し、及び回復させ、並びに当該状態となることを予防するための取組）を多職種連携の上、推進する。

- 健康づくり県民運動「信州 ACE（エース）プロジェクト」と連動し、生涯を通じた定期的な歯科検診受診を推進する。

第6節 こころの健康

【現状と課題】

- 「非常にストレスを感じる」人の割合は、15歳以上の男性が13.1%、女性が17.9%で、「ストレスを解消する対処法がある」人の割合は、男女とも15歳以上の半数程度となっている。
- 対処できないほどのストレスや長期間にわたるストレスは、精神的・身体的な健康に影響を及ぼすことから、地域、学校、職場におけるこころの健康づくりやメンタルヘルス対策、既にこころの健康に問題を抱えている方に対する正しい理解と、回復・適応に関する支援の充実が求められている。

【施策の展開】

- ① 地域におけるこころの健康づくりの推進
精神保健福祉センター及び保健福祉事務所における精神保健福祉相談を継続実施する。
- ② 学校におけるこころの健康づくりの推進
こころの健康の保持に関する教育や、SOSの出し方に関する教育を推進する。
- ③ 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
労政事務所において、メンタルヘルスの専門相談が可能な特別労働相談員（産業カウンセラー）を設置し、メンタルヘルスに関する相談に対応する。

第7節 生活習慣病予防

【現状と課題】

- 生活習慣病リスク因子の状況のうち、該当者及び予備群の者の割合が最も高いのは高血圧で、リスク因子全体は、2010年度から男女ともに横ばいで推移。
- 特定健康診査実施率及び特定保健指導実施率は、ともに全国と比べて高く、開始時から大きく上昇しているものの、国の目標値には達していないことから、若い世代から健康診査を受ける習慣を身に付けることや被扶養者を含めた健康診査実施率の向上に取り組む必要がある。

【施策の展開】

- メタボリックシンドローム予防、生活習慣病（がん、脳卒中、心臓病、糖尿病等）の発症予防及び重症化予防等について、パンフレットやSNS等の活用、関係団体と連携した啓発等、多様な手段を用いて広く県民に普及啓発を行う。
- 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上等生活習慣病予防に資する普及啓発を行うとともに、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る。

第8節 フレイル対策

【現状と課題】

- 「フレイル」の言葉を聞いたことがある者の割合は、20歳以上で46.0%であり、全年代で男性が女性より低くなっている。
- 社会的フレイルは身体的フレイルに比べて気づきにくく、その状態が続くことで意欲や食欲の低下、認知機能の低下、体力の衰えを招き、やがて心身全体の機能低下を招くリスクが高まることから、社会とのつながりを保つことが必要。

- 口腔機能のささいな低下は意識していないと見逃しやすく、オーラルフレイルを予防することが全身のフレイル予防にもつながるため、セルフチェックや定期的な歯科検診により早期に気づき、適切な対応をすることが重要。

【施策の展開】

- フレイルの認知度を上げ、県民自らが健康づくりに取り組めるよう、フレイルに関する知識について普及啓発を行う。
- 高齢者の社会参加の促進を図る取組、全世代における継続的な食育や食環境整備、オーラルフレイル対策の推進、専門講師の派遣による骨折・転倒防止のための歩行や運動に関する指導の充実、生活習慣病の重症化予防の取組等、市町村・関係機関・団体と広く連携し、多方面から総合的にフレイル予防・介護予防が図られるよう取組を推進する。

第2章 母子保健

第1節 母子保健（長野県母子保健計画）

【現状と課題】

（1）妊娠期～出産期

- 妊婦健康診査、妊産婦訪問指導は全市町村が実施しているものの、妊婦健康診査の未受診者を把握し支援する体制を整備している市町村は、60市町村であることから、未受診者への支援体制の整備をさらに進めていく必要がある。

（2）乳幼児期

- 全市町村において、乳幼児健診未受診者全数の状況を把握する体制があるとされているものの、把握期限や方法を決めていない市町村がみられるとともに、市町村により有所見率にも差が認められることから、乳幼児健診の質の維持・向上及び均てん化が求められている。

（3）妊娠・出産期～乳幼児期の子育て

- 少子化や核家族化等の影響により、育児経験不足や家族の育児協力が得られにくい状況等が増えていると考えられることから、子育てを取り巻く環境の変化を考慮した、より具体的かつ丁寧な支援が求められている。

（4）学童期～思春期

- 自分の健康や妊娠等を自分自身で決め行動できるよう、不妊や予期せぬ妊娠、性感染症等への適切な相談支援を含め、切れ目ない支援を行っていく必要がある。

【施策の展開】

（1）妊産婦等が、心身の健康管理により安心して妊娠・出産することができている

- 信州母子保健推進センターを設置し、母子保健事業の実施主体である市町村に対して、個別支援や支援者研修会等を通じた支援者支援を行うとともに、専門的な助言や統計分析によるデータ提供等を通じて、母子保健事業の質の維持、向上及び均てん化を推進する。

（2）子どもが個々の発達段階に応じた必要な支援を受けて成長することができている

- 信州母子保健推進センターは、支援が必要な乳幼児を早期発見し適切な支援につなぐよう、市町村が行う乳幼児健康診査や相談支援体制の充実を支援する。

（3）家族が必要な支援を受けて子育てすることができ、育児等に対する不安が軽減されている

- 産後メンタルヘルスへの支援として、必要な専門研修による支援者のスキルアップを図り、精神科医療機関等の関係機関との円滑な連携体制を構築することにより、早期に適切な支援につなぐとともに支援者の心理的負担軽減への支援を推進する。

(4) 若者がプレコンセプションケアについて知り、将来に向けた健康管理をすることができる

- 将来の安心安全な妊娠のための健康管理に向けた、プレコンセプションケアに関する正しい知識の普及啓発を推進するため、情報サイト妊活ながのの充実を図るとともに、性と健康の相談センターによる相談及び性に関する教育を行う専門職への研修等の支援体制を推進する。

(5) 住んでいる地域で妊娠から子育てまでの切れ目ない支援を受けることができる

- 信州母子保健推進センターは、市町村や医療及び福祉関係者等の支援者に対し、支援者の心理的負担軽減のため、必要な専門研修を実施するとともに、関係機関との円滑な連携体制の構築に努める。

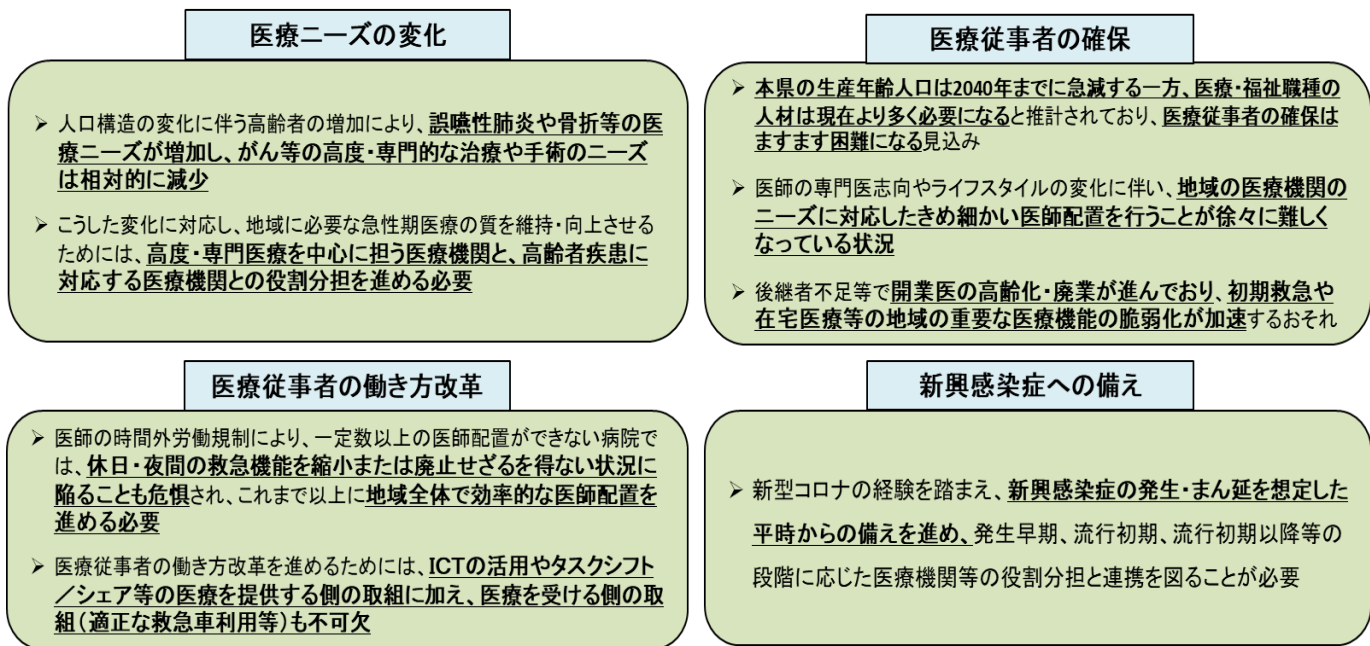
第5編 医療提供体制の「グランドデザイン」

第1節 策定の趣旨

- 県内では少子高齢化が確実に進んでおり、それに伴う医療ニーズの変化への対応に加え、一層厳しくなることが見込まれる医療従事者の確保や、2024年4月から適用される医師の時間外労働規制、さらに新興感染症が今後発生・まん延した場合に備えた体制の整備など、短期間では解決が難しい課題が山積している状況。
- また、地域医療構想については、一定の成果は出ている一方、これまでの病床数に着目した議論だけではなく、地域の実情に沿った患者視点のあるべき医療提供体制の姿を関係者で共有した上で、県がリーダーシップを発揮しながら、地域ごとの課題解決に向けた議論を進めていくことが求められている。
- 全国的にも医療資源が少ない本県においてこれらの課題に対応していくためには、限られた医療資源を最大限有効に活用するとともに、県民も含めた医療に関わる各主体が同じ理念を共有し、これまで以上に協働した取組を中長期的な視点で進めていくことが必要。
- このため、県内関係者で共有する理念として、2040年を含む中長期を見据えた本県の目指すべき医療提供体制のあり方と、その実現に向けた取組の大枠の方向性を示す「医療提供体制のグランドデザイン」を策定する。

第2節 目指すべき医療提供体制の姿とその実現に向けた取組の大枠の方向性

(1) 対応しなければならない課題（共有すべき危機感）



(2) 想定される事態

- (1) で挙げた諸課題に早急に対策を打たない場合、以下のような事態を招くことが想定され、県民の暮らしに大きな影響を与えかねないことから、行政、医療関係者、県民が危機感を共有した上で、課題解決に向けた取組を協働して進める必要がある。

想定される事態

人口減少に伴い患者数が減少する中、各地域の医療機関の役割分担が進まず、それぞれ従来どおりの医療提供体制・人員体制を維持することが経営を圧迫。

医療機関及び医師が広く分散し、医師のキャリア形成のための指導環境や症例が確保できず、医療の質が低下するとともに、地域医療を担う医師が減少。

医療提供体制の縮小に伴う更なる患者の減少や、医師確保の難航等により、経営が維持できず廃業する医療機関が発生。

結果、地域に必要な医療機能が損なわれ、有事の対応力も低下。県民の暮らしに大きな影響を与える事態に。

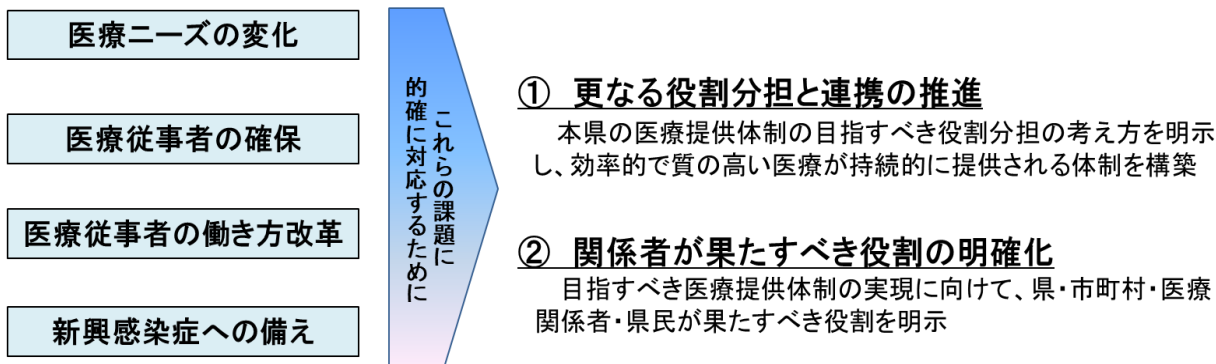
(3) 目指すべき医療提供体制の姿とその実現に向けた取組の大枠の方向性

- (1)、(2) を踏まえ、2040年を含む中長期を見据えた本県が目指すべき医療提供体制の姿とその実現に向けた取組の大枠の方向性を次のとおりとし、県がリーダーシップを発揮しながら、関係者一丸となってあるべき医療提供体制の実現に向けた取組を推進する。

目指すべき医療提供体制の姿

有事・平時を問わず、誰もが高度・専門医療から在宅医療まで、自身の病状に合った質の高い医療を切れ目なく受けることができ、安心して暮らすことができる。

目指すべき姿の実現に向けた取組の大枠の方向性

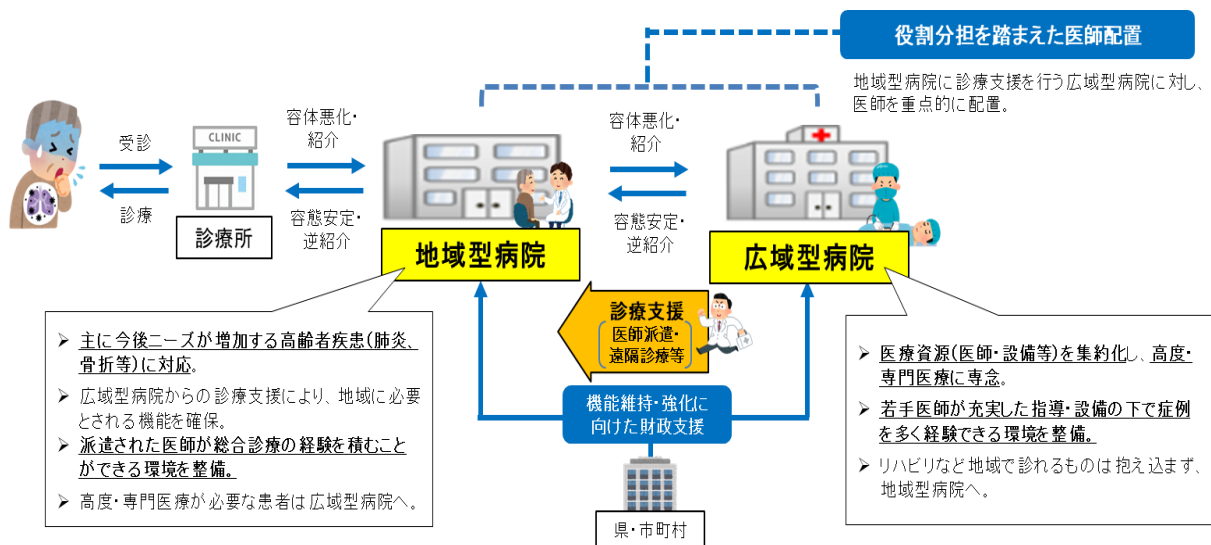


第3節 更なる役割分担と連携の推進

2040年を含む中長期を見据えた本県の目指すべき医療提供体制の実現に向けて、以下のとおり、入院・在宅・外来医療体制に係る医療機関間の役割分担と連携を推進する。（新興感染症に備えた医療提供体制の考え方は、「第9編第7節 感染症対策」にて詳述。）

(1) 入院医療体制

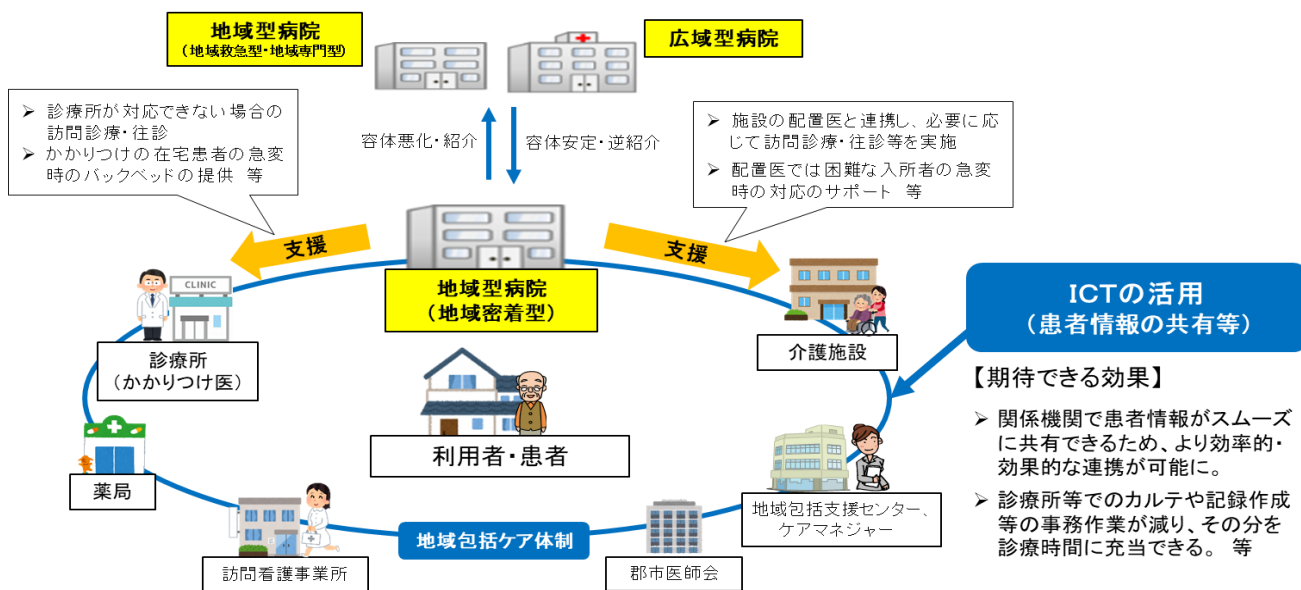
- これまでの地域医療構想の取組の中で着目してきた「病床機能」だけでなく、「病院機能」にも焦点を置いた役割分担を図ることが必要であるため、病院を「地域型病院」と「広域型病院」に類型化し、役割分担と連携を推進する。
- 県及び市町村は、「地域型病院」と「広域型病院」がそれぞれの役割を發揮できるよう、機能の維持・強化に向けた財政支援を実施する。



(2) 在宅医療体制

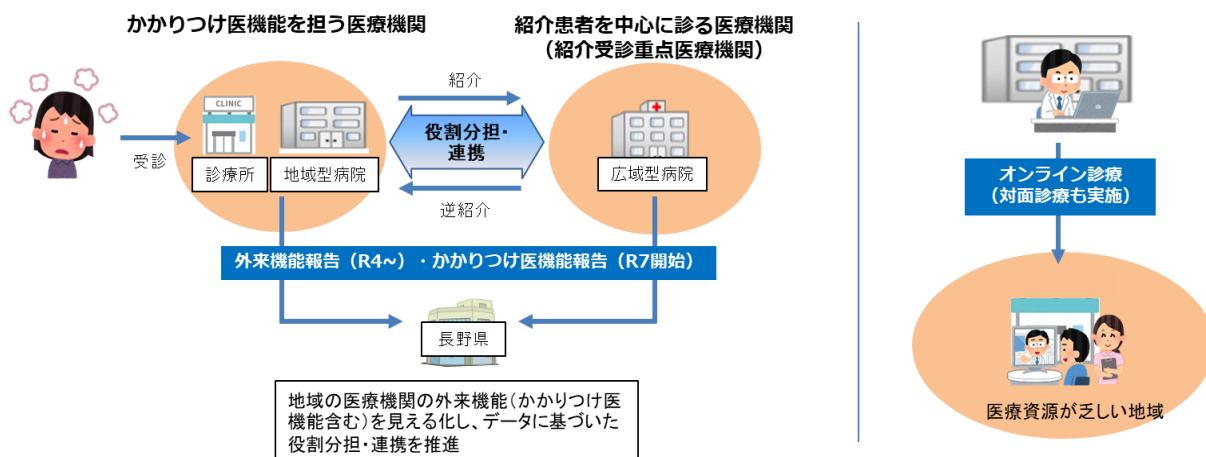
- 開業医の高齢化・廃業に伴う在宅医療機能の低下や、新型コロナウイルスの感染拡大により顕在化した介護施設等における医療提供体制の課題に対応するため、診療や介護施設等を支援する「地域型病院」(地域密着型)を中心とした連携体制を強化する。

- 連携体制の強化にあたっては、i) 多職種連携の更なる推進、ii) 業務効率化による一医療機関あたりの訪問診療等に対応する能力の強化、iii) 介護施設等における医療提供体制の強化を図る観点から、ICTの活用を積極的に推進する。



(3) 外来医療体制

- 限られた医療資源の中で、医療従事者の働き方改革を進めつつ、複数の疾患を抱えた高齢患者の増加に対応していくためには、住民の身近にある医療機関がかかりつけ医機能を発揮し、専門的な治療が必要になった場合は紹介状により専門医療機関につなげる流れを強化していくことが必要であることから、地域の医療資源の状況を踏まえつつ、「かかりつけ医機能を担う医療機関」と、「紹介患者を中心に診る医療機関」(紹介受診重点医療機関)による役割分担を推進する。
- 医療アクセスが困難な地域については、その地域の外来医療を補完するため、オンライン診療の導入を積極的に推進する。



第4節 関係者が果たすべき役割

- 2040年を含む中長期を見据えた本県の目指すべき医療提供体制の実現に向けて、以下のとおり、県、市町村、医療関係者、県民が果たすべき役割を明確化する。

(1) 県の役割 ※以下、主なものを抜粋。(2)～(4)も同様。

① リーダーシップの発揮

- ・ 本グランドデザインで示す目指すべき医療提供体制のあり方を軸に、地域医療構想調整会議等の協議の場における医療機関間の役割分担と連携の推進に向けた議論を主導する。

② データ分析

- ・ 地域全体の傾向を把握するデータに加えて、病床機能報告やレセプトデータ等を活用し、「地域型病院」・「広域型病院」の機能に係る医療機関単位の診療実績等を「見える化」することで、地域医療構想調整会議等の協議の場における議論の活性化を図る。

③ 人材確保

- ・ 医師確保計画や今回新たに策定する薬剤師確保計画等に基づき、不足が指摘されている医師、看護師、薬剤師等の医療従事者の確保に重点的に取り組む。
- ・ また、信州大学等と連携し、「地域型病院」と「広域型病院」の役割分担と連携体制を踏まえた修学資金貸与医師等の配置調整を実施する。

④ 医療のデジタル化の推進

- ・ 医療資源が乏しい地域においても質の高い医療を確保するため、へき地における医療を補完する仕組みとして「D（医師） to P（患者） with N（看護師）」をはじめとするオンライン診療を普及促進するとともに、医療現場の業務効率化に向けたICTの活用を促進するなど、医療分野におけるデジタル化を推進する。

(2) 市町村の役割

① 保健・医療・介護の連携

- ・ 郡市医師会等の医療関係者や医療保険者と連携した健康づくり、介護予防などを含め、地域包括ケア体制を深化・推進することが求められる。

② 公立医療機関の設置・運営による地域医療の提供

- ・ 民間病院が担うことが困難な不採算医療等の機能に重点化することを原則としつつ、地域の実情を踏まえた役割分担と連携により、必要な医療を継続的に提供することが求められる。
- ・ また、建替え等によりその役割を見直す際には、あらゆる機能を持つのではなく、医療機関間の役割分担や連携を踏まえた上で、必要な機能について検討し、地域の住民に必要な医療機能を確保することが求められる。

(3) 医療関係者の役割

① 医療需要の変化を踏まえた役割分担と連携の推進

- ・ 医療データを基に地域の医療需要の変化や自院の状況を客観的に把握し、地域に求められる医療を念頭に置いた上で、他の医療機関との役割分担と連携を推進することが求められる。

② 医療従事者の働き方改革の推進

- ・ 医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図る観点から、タスク・シフト／シェア等を通じた勤務環境改善に取り組むなど、医療従事者の働き方改革を推進することが求められる。

(4) 県民の役割

① かかりつけ医を持つこと

- ・ 紹介状を持たない患者が大病院に集中することが与える地域医療への影響を理解し、日常的な医療の提供や健康管理を行い、症状に応じて高度・専門的医療を担う医療機関を紹介する「かかりつけ医」を持つことが求められる。

② コンビニ受診や安易な救急車の利用はしないこと

- ・ 本来救急医療が必要な患者への対応の遅れや、医療従事者の過剰労働等につながる「コンビニ受診」や安易な救急車の利用をしないことが求められる。

第6編 医療圏の設定と基準病床数

第1章 医療圏の設定

第1節 設定の趣旨

- 本計画では、医療機能の連携と施策の効果的な推進を図る上での地域単位として、一次、二次、三次の医療圏を以下のとおり設定。

第2節 医療圏の区分及び設定

(1) 医療圏の区分

| 区 分 | 機 能 | 単位地域 |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|
| 一次医療圏 | 住民一人ひとりの健康管理活動、日常的に多発する一般的な疾病への対応等、住民の日常生活に密着した医療サービスが行われる区域 | 市町村 |
| 二次医療圏 (医療法第30条の4 第2項第14号の区域) | 都市と周辺地域を一体とした広域的な日常生活圏で、高度・特殊な医療を除いた入院医療や包括的な医療サービスが行われる区域 | 10の広域行政圏 |
| 三次医療圏 (医療法第30条の4 第2項第15号の区域) | 専門性の高い、高度・特殊な医療サービスが行われる区域 | 県全域 |

(2) 二次医療圏設定の検討

- 二次医療圏の設定に当たり、厚生労働省の医療計画作成指針において、「人口規模が20万人未満の二次医療圏について、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合、その設定の見直しについて検討する」とされているが、厚生労働省「平成29年(2017年)患者調査」の結果から、県内では、木曽医療圏、大北医療圏及び北信医療圏の3医療圏が該当している状況。
- 本県では、患者調査に加え、本県独自に構築したレセプトデータベース(対象:国民健康保険、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会長野支部の加入者)により患者の受療動向を分析するとともに、人口・面積・基幹的な医療機関までのアクセス等を勘案して検討を実施。
- その結果、面積が広大で過疎地域を多く抱える本県の特性を考慮すると、二次医療圏の見直しにより統合を進めることは、各疾病・事業に係る拠点機能の見直しなどにより、基幹病院へのアクセス時間が増大することが懸念されるため、本計画においても従来どおり10の二次医療圏を設定することとした。

- なお、疾病・事業ごとの患者の受療動向の分析結果から、医療の高度化・専門化に対応できていない二次医療圏も一部で見受けられるため、隣接する医療圏との連携体制を強化する取組を推進する。

(3) 疾病・事業ごとの圏域の設定及び二次医療圏相互の連携体制

- 下表のとおり、疾病・事業ごとに圏域の設定や二次医療圏相互の連携体制を定め、隣接する医療圏との連携体制を強化する。

【疾病・事業ごとの圏域の設定及び二次医療圏相互の連携体制】

| 区分 | 救急医療 | 災害時における医療 | 周産期医療 | 小児医療 | 在宅医療 | がん | 脳卒中 | 心筋梗塞等の心血管疾患 | 糖尿病 | 精神疾患 | | |
|------|----------------|---------------|-------|---------------|-----------------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|------|------------------------|------------------------|
| | | | | | | | | | | 一般 | 精神科救急 | |
| 東信圏域 | 佐久 | ○ | ○ | ○ | 原則として市町村を単位とし、実情に応じて隣接する市町村が相互に連携 | ○ | ● | ● | ○ | ◇ | ◇ | |
| | 上小 | ○ | ○ | ○ | | ■ (松本) | ■ (佐久) | ■ (佐久) | ○ | | ◆ (土(夜間)・日) (北信) | |
| 南信圏域 | 諏訪 | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ◇ | ◇ | |
| | 上伊那 | ● | ○ | ● | | ○ | ● | ● | ○ | | | |
| | 飯伊 | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | |
| 中信圏域 | 木曾 (上伊那・松本) | ■ (上伊那・松本) | ○ | ■ (上伊那・松本) | | ■ (上伊那・松本) | ■ (松本) | ■ (上伊那・松本) | ■ (松本) | ◇ | ◇ | |
| | 松本 | ● | ○ | ● | | ● | ● | ● | ● | | | |
| | 大北 | ○ | ○ | ■ (松本) | | ■ (松本) | ■ (松本) | ■ (松本) | ■ (松本) | | | |
| 北信圏域 | 長野 | ○ | ○ | ○ | | ○ | ● | ● | ● | ○ | ◇ | ◇ |
| | 北信 | ○ | ○ | ○ | | ○ | ■ (長野) | ■ (長野) | ■ (長野) | ○ | | ◆ (土(夜間)・日) (東信) |

注1) 「救急医療」列から「糖尿病」列までの各欄の凡例
 ○印：当該二次医療圏内で対応する医療圏
 ●印：他の二次医療圏と連携し、連携の中心となる医療圏
 ■印：他の二次医療圏と連携する医療圏
 () 内は、連携の中心となる二次医療圏の名称

注2) 「精神疾患」列の各欄の凡例
 ◇印：当該圏域内で対応する圏域
 ◆印：他の圏域と連携する圏域
 () 内は、連携の相手方となる圏域

第2章 基準病床数

第1節 基準病床数

- 基準病床数は、医療法の規定により、二次医療圏における療養病床及び一般病床、並びに県全域における精神病床、感染症病床及び結核病床について定めることとされ、既存病床数が基準病床数を上回る場合には、原則として病床の新設又は増加が制限される。
- 本計画における基準病床数は、次のとおり。

【二次医療圏における療養病床及び一般病床数】

| 医療圏 | 基準病床数 A | (参考) 既存病床数 B 2023年10月1日※ | (参考) B - A | (参考) 2025年度における病床数の必要量推計値 |
|-----|---------|-----------------------------|------------|---------------------------|
| 佐久 | 1,824 | 2,012 | 188 | 1,754 |
| 上小 | 1,895 | 1,977 | 82 | 1,764 |
| 諏訪 | 1,815 | 1,635 | △180 | 1,733 |
| 上伊那 | 1,552 | 1,244 | △308 | 1,153 |
| 飯伊 | 1,521 | 1,341 | △180 | 1,338 |
| 木曾 | 186 | 193 | 7 | 138 |
| 松本 | 3,722 | 3,682 | △40 | 3,595 |
| 大北 | 463 | 409 | △54 | 403 |
| 長野 | 4,825 | 4,649 | △176 | 4,420 |
| 北信 | 599 | 700 | 101 | 541 |
| 計 | 18,402 | 17,842 | △560 | 16,839 |

※ 2024年4月1日から適用される既存病床数の補正を反映した数

【県全域における精神病床、感染症病床及び結核病床数】

| 病床種別 | 基準病床数 A | (参考) 既存病床数 B 2023年10月1日 | (参考) B - A |
|-------|---------|----------------------------|------------|
| 精神病床 | 3,766 | 4,468 | 702 |
| 感染症病床 | 46 | 46 | 0 |
| 結核病床 | 34 | 45 | 11 |

第7編 地域医療構想

- 国は、2040年を視野に入れた新たな地域医療構想を2025年度中に策定するよう都道府県に要請する方針を示しているため、本県では、現行の地域医療構想を第8次長野県保健医療計画の一部として位置づけるとともに、2025年度中に見直しを行うこととする。

第8編 医療施策

第1章 医療機能の分化と連携

第1節 機能分化と連携

(1) 機能分化・連携の推進

- 専門的な治療を必要とする疾病等については、全県及び隣接する医療圏との連携体制の強化を推進する。
- 市町村や医療関係者等と病床機能報告等に基づく地域の病床構成の情報などを共有し、地域で不足する回復期機能などの病床機能への転換に向けた関係者の自主的な取組を支援する。

(2) 特定機能病院・地域医療支援病院

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

(3) 医療に関する情報化の推進

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

(4) かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及

- かかりつけ医・かかりつけ歯科医から病院への患者紹介及び病院からかかりつけ医・かかりつけ歯科医への逆紹介が積極的に行われるよう医療機関の機能分担と連携を推進する。

第2節 医薬分業・医薬品等の適正使用

- 薬剤師会等関係団体と協力し、「患者のための薬局ビジョン」に基づき、医薬関係者との連携や夜間・休日を含めた24時間対応、在宅患者対応等の体制整備を進め、すべての薬局がいつでも薬に関して安心して相談できる、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握等の機能を果たす「かかりつけ薬剤師・薬局」になるよう取り組む。

第2章 医療従事者の養成・確保

第1節 医師（医師確保計画）

(1) 医師偏在指標、医師少数・多数区域等の設定

| 区域 | 医療圏（医師偏在指標等） | | | |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|
| 医師少数県 | 長野県(219.9) [全国36位] | | | |
| 医師少数区域 | 上小(155.2) | 上伊那(167.2) | 飯伊(164.4) | 木曾(162.3) |
| 医師少数でも多数でもない区域 | 諏訪(210.2) | 大北(200.6/医師少数ポット:1地域) | | |
| | 長野(193.9/医師少数ポット:3地域) | 北信(186.7/医師少数ポット:2地域) | | |
| 医師多数区域 | 佐久(222.6/医師少数ポット:3地域) | | 松本(330.5/医師少数ポット:1地域) | |

(2) 医師の確保の方針

- 持続可能な医療提供体制の構築により県民の暮らしの安心を確保するため、必要な医師の確保を図る。

(3) 目標

| 区域 | 医療圏 | 【現状】 人口10万対 医師数 (2020) | 【目標】 人口10万対 医師数 (2026) | 方向性 |
|------|-----|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 少数県 | 長野県 | 243.8人 | 264.4人※ | 持続可能な医療提供体制の構築により、県民の暮らしの安心の確保を図るため、医師の増加を目指す。 |
| 少数区域 | 上小 | 167.1人 | 182.6人以上 | 各医療圏のニーズに応じた医療を継続的に提供できる体制の向上を図るとともに、診療科偏在の是正等の観点も踏まえ、医師の増加を目指す。 |
| | 上伊那 | 168.4人 | 188.3人以上 | |
| | 飯伊 | 197.0人 | 217.6人以上 | |
| | 木曾 | 149.2人 | 174.2人以上 | |

| | | | | |
|----------------------|----|--------|--------|--------------------------------------------------------------------------|
| 少数でも 多数でも ない区域 | 諏訪 | 241.4人 | 268.1人 | 各医療圏のニーズに応じた医療を継続的に提供できる体制の維持を図るとともに、医師の診療科偏在の是正や高度医療の提供等の観点から、医師の確保を図る。 |
| | 大北 | 236.5人 | 263.6人 | |
| | 長野 | 217.4人 | 235.2人 | |
| | 北信 | 189.0人 | 217.2人 | |
| 多数区域 | 佐久 | 269.1人 | 288.7人 | |
| | 松本 | 367.7人 | 386.4人 | |

※ 総合5か年計画「しあわせ信州創造プラン3.0」と同一の目標

(4) 医師の確保に関する施策

【主な施策】

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① 県内で勤務する医師の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大学医学部地域枠等のさらなる増員 ・修学資金の貸与や自治医大運営費負担等による地域医療に従事する医師の養成・確保 ・県外勤務医師に対する本県の暮らしの魅力や多様な働き方の情報発信、ドクターバンク事業による県内就業のあっせん <p>② 医師の養成体制の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・増加する医学生修学資金貸与者に対するキャリア形成支援の充実 ・医学生や中高生に対するセミナー等による、<u>将来の県内医療を担う人材の開拓・養成促進</u> ・県内高校から私立大学も含めた医学部進学を後押しするための支援施策の充実を検討 ・臨床研修医や専攻医の確保に向けた県内病院の魅力発信や説明会の開催 <p>③ 地域偏在の是正</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>医師少数区域について、修学資金貸与医師等の優先的配置を継続するとともに、公立・公的病院等に加え、新たに一定の政策医療を担う民間病院への配置を検討</u> ・中核的な病院が医師派遣等により中小医療機関を支えるネットワークの構築 <p>④ 診療科偏在の是正</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医学生修学資金貸与者等を対象とした総合診療医等の養成支援を充実 ・医師研究資金や研修資金の貸与等による医師不足診療科の医師確保 <p>⑤ 医師の勤務環境の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県内医療機関が<u>医師の時間外労働上限規制に適切に対応していけるよう、医療勤務環境改善支援センターによる支援を継続</u> ・タスク・シフト/シェアの推進やICTを活用した医師の負担軽減への支援 ・子育て世代医師等の働きやすい環境整備への支援 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ 中長期的には、以下について検討・構築

- ・地域の病院の役割分担（グランドデザイン）を踏まえた医師配置の実施
- ・診療実績のデータ等に基づいた各診療科医師の効率的な配置方法

第2節 歯科医師

【現状と課題】

- 歯科口腔管理による早期退院支援、高齢化に伴う誤嚥性肺炎の予防及び摂食嚥下機能の維持・向上、歯科訪問診療等についてのニーズが増加していることから、多職種連携（医科歯科連携）や歯科医療機関間による病診連携等を推進することが必要。

【施策の展開】

- 歯科口腔管理による早期退院支援、誤嚥性肺炎の予防及び摂食嚥下機能管理、歯科訪問診療等、多様なニーズに対応するため、医科歯科連携が各地域で円滑に行われるよう、その体制づくりを支援する。
- 歯科医師の高齢化や地域偏在等を踏まえ、各歯科医療機関間の機能分化を推進し、その各歯

科医療機関の機能（診療内容等）を県民へ見える化する。

第3節 薬剤師（薬剤師確保計画）

（1）薬剤師偏在指標、薬剤師少数・多数区域等の設定

- 県全体の薬剤師偏在指標は、0.88 で全国 29 位となっており、薬剤師少数県に位置付けられている。
- 二次医療圏ごとの薬剤師偏在指標は、飯伊（偏在指標：0.77）、木曾（0.57）、大北（0.72）の3つの医療圏が薬剤師少数区域に、上小（1.01）の医療圏が薬剤師多数区域に位置付けられている。

【長野県の偏在指標等】

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

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

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

【二次医療圏の偏在指標等】

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

※1 【基準】 薬剤師少数区域 0.80 以下、薬剤師多数区域 1.0 以上

※2 【基準】 薬剤師少数区域 0.74 以下、薬剤師多数区域 1.0 以上

（2）薬剤師の確保の方針

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

（3）目標

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

| 区分 | 医療圏 | 人口10万対 確保している 薬剤師数 | 人口10万対 目標薬剤師数 | 方向性 |
|----------------------|-----|--------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 少数区域 | 飯 伊 | 156.3人 | 164.6人以上 | 各医療圏のニーズに応じ、地域に必要とされる医療の維持・充実を図ることができるよう、ガイドラインに基づく目標薬剤師数との差を縮小する。 |
| | 木 曾 | 116.3人 | 130.4人以上 | |
| | 大 北 | 147.6人 | 156.6人以上 | |
| 少数でも 多数でも ない区域 | 佐 久 | 196.7人 | 204.1人 | 各医療圏のニーズに応じ、地域に必要とされる医療の維持・充実を図ることができるよう、ガイドラインに基づく目標薬剤師数を目指す。 |
| | 諏 訪 | 163.3人 | 171.8人 | |
| | 上伊那 | 151.7人 | 159.2人 | |
| | 松 本 | 179.8人 | 183.8人 | |
| | 長 野 | 164.3人 | 169.9人 | |
| | 北 信 | 180.1人 | 194.7人 | |
| 多数区域 | 上 小 | 195.0人 | 195.0人以上 | 業態偏在の観点も踏まえ、現状以上の薬剤師数を目指す。 |

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

(4) 薬剤師の確保に関する施策

【主な施策】

① 県内で勤務する薬剤師の確保

- ・薬学生や県内で就業を希望する薬剤師を対象とした就業相談会の開催
- ・育児等で離職している病院、薬局等の勤務経験がある薬剤師の復職を支援
- ・薬剤師又は薬学生への経済的な支援として、地域医療介護総合確保基金を活用した取組を検討

② 薬学部（6年制）進学者を増やす取組

- ・中学生・高校生及び保護者等を対象とした、薬剤師の仕事の内容や魅力を伝えるセミナーやワークショップの開催
- ・高校生を対象とした、薬剤師の就業体験イベント等の開催

第4節 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）

【現状と課題】

- 人口10万人当たりの就業看護職員数は経年的に増加しており、保健師、助産師、看護師（准看護師含む）で全国より高く、保健師は全国1位、助産師は全国3位に位置している。また、二次医療圏ごとの人口10万人当たりの就業看護職員数は、すべての圏域で全国を上回る状況。
- 在宅医療の推進等により介護・福祉分野等における看護の需要が高まる一方で、人口減少及び少子化等が進む中、看護職員の確保対策がますます重要となっている。

【施策の展開】

- 看護職員の確保については、県立養成校の運営や民間看護師等養成所への支援等による「新規養成数の確保」、勤務環境改善に向けた取組への支援や看護職員の専門性向上のための研修等を通じた「離職防止・資質の向上」、ナースセンターによる再就業相談などの「再就業の促進」に取り組む。

第5節 歯科衛生士・歯科技工士

- 県内の関係団体と連携し、歯科衛生士・歯科技工士の確保と資質の向上に向けた取組を支援する。

第6節 管理栄養士・栄養士

- 市町村、県栄養士会及び養成校等と連携協力し、時代の要請に対応できる管理栄養士・栄養士の育成や資質の向上に取り組む。

第7節 その他の医療従事者

- 医師をはじめとした医療従事者の負担軽減に向けた、他の医療職種へのタスク・シフト／シェア推進のための研修等を支援する。

第8節 医療従事者の勤務環境改善

【現状と課題】

- 医療機関では、院内保育所の整備等、医療従事者の勤務環境改善に向けた様々な取組が行われているが、時間外労働時間の削減、有給休暇の取得促進など勤務環境に関する課題は多く、働きやすい環境の整備が求められている。
- 医療法の改正により、医師の時間外労働の上限規制（年960時間以内）等が2024年4月から適用されるが、労働時間短縮のための取組を行ってもなお時間外・休日労働が年960時間を超える必要がある医師がいる医療機関は、特定労務管理対象機関（いわゆるB・連携B・C-1・C-2水準対象機関）として県の指定を受ける必要がある。

【施策の展開】

- 医療勤務環境改善支援センターにおいて、医業経営や医療労務管理に関する相談や医療機関への個別訪問による助言を行うとともに、セミナーや研修会の開催等により、医療勤務環境改善マネジメントシステムの導入を促進する。
- 特定労務管理対象機関の指定を受けた医療機関については、将来に向けて医師の時間外労働の段階的な縮減が求められることから、医療勤務環境改善支援センターによる継続的な支援を行う。

第3章 医療施策の充実

第1節 救急医療

【現状と課題】

- 県内の年齢区分別救急搬送人数をみると、救急搬送される高齢者の割合が増加しており、今後もその傾向は続くことが見込まれる。また、傷病程度別搬送人数では、軽症者の割合が増加傾向にあり、中には不適切な救急車の利用も見受けられ、救急現場の負担が大きくなっている。
- 適正な患者の受入体制を確保するため、初期・二次・三次救急医療機関それぞれの役割分担を明確にするとともに、救急医療機関からの転院、救急医療機関内における転床を円滑に行う体制整備が課題となっている。

【施策の展開】

- 救急医療機関や消防の負担を軽減するため、救急車の適正な利用に係る普及啓発や救急安心センター（#7119）の運営等により、医療機関の受診や救急車の要請の適正化を推進する。
- 救急医療機関における重症患者等の受入体制を確保するため、医療機関の役割分担と連携の促進等を通じ、急性期を脱した患者が救急医療用の病床から円滑に転棟・転院できる体制の整備を推進する。

第2節 災害時における医療

【現状と課題】

- 近時の大規模災害の経験から、都道府県は災害時に様々な保健医療福祉活動チームと協力することが求められており、平時から保健医療福祉調整本部や地域の保健所の下、様々な保健医療福祉活動チームとともに訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの役割を確認することが必要。

【施策の展開】

- 災害発生時を想定した、県や二次医療圏単位での保健医療福祉活動の連携を確認するため、関係機関による訓練を実施する。

第3節 周産期医療

【現状と課題】

- 産後うつ等の異常の早期発見、早期治療及び早期支援のため精神科医療機関及び保健関係機関等との連携が必要。
- 産科・産婦人科を標榜する医療機関の減少や産科医数の不足等により、周産期医療を担う医療機関の負担が増加しているため、産科医の確保に加え、助産師による支援体制の構築が重要。

【施策の展開】

- 引き続き、総合周産期母子医療センター（県立こども病院）、地域周産期母子医療センター（10病院）、一般周産期医療を担う医療機関及び助産所の連携により、妊婦が出来る限り身近な地域で正常分娩や妊婦健診、産後の不安等、分娩前後の相談や適切な医療が受けられるとともに、ハイリスク分娩や急変時には24時間体制で周産期救急医療を受けられる体制の整備を進める。
- 新生児の先天性疾患等の早期発見、早期治療及び療育のための各種検査の実施体制を整備するとともに、NICU等を退院する児及びその家族に向け、退院後の生活を踏まえた支援を行う。

第4節 小児医療

【現状と課題】

- 出生数の減少や小児科医療機関が減少している中で、小児医療を担う医療機関の役割分担と連携により、小児患者が症状の緊急度・重症度に応じて必要な医療が提供される体制を構築することが必要。
- 医療的ケアを必要とする小児が在宅療養・療育する際の保護者への支援や長期療養をしている小児の心のケア、小児期から成人期への移行期にある慢性疾患（小児慢性特定疾病等）の患者に対する最適な医療提供体制の構築が課題。

【施策の展開】

- 小児患者が緊急度・重症度に応じて迅速かつ適切な医療を受けられるよう、引き続き、適切な予防・受療行動を促進するとともに、一般小児医療機関、地域小児連携病院、小児地域医療センター及び小児中核病院の連携による小児救急・小児医療体制を維持。
- 病気や障がいのある小児が必要に応じて療養・療育が受けられるよう、関係機関との連携調整等の支援体制を整備。

第5節 へき地の医療

【現状と課題】

- 今後、高齢化や人口減少が進む中で、へき地診療所の維持だけでなく、へき地医療拠点病院等と連携のあり方などを検討し、へき地における医療提供体制の確保を図っていくことが課題となっている。

【施策の展開】

- へき地における受診機会を確保するとともに、医療機関の抱える時間的・距離的制約に対応するため、へき地医療を補完する仕組みとして、「D（医師） to P（患者） with N（看護師）」でのオンライン診療の普及促進や設備整備を支援する。

第6節 在宅医療

【現状と課題】

- 多くの県民が在宅での療養を望んでいる中で、在宅医療のニーズは高齢化の進展に伴い今後も増加していくことが見込まれることから、退院支援から日常生活の療養、急変時の対応、在宅看取りまでの在宅医療提供体制を充実させることが課題となっている。

【施策の展開】

- 在宅療養患者が住み慣れた生活の場において安心して生活ができるよう、在宅医療に関わる関係機関（病院、一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等）が相互に情報共有と連携を図り、在宅療養患者とその家族をサポートする多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等）による在宅チーム医療体制の構築を促進するとともに、在宅医療を担う人材の育成を行う。

第7節 外来医療（外来医療計画）

【現状と課題】

- 人口10万人当たりの外来患者延数は全国平均より少ない状況。特に診療所の外来患者延数と通院外来患者の対応割合は中山間地を多く抱える地域ほど少なく、病院において一般の外来診療も担っている状況であり、医療資源そのものの充実を図っていく必要があるほか、既存の資源の効率的な活用のため役割分担を推進することが求められている。

【施策の展開】

- 効率的な外来医療提供体制を構築するため、各地域の協議の場で紹介受診重点医療機関を定めるとともに、2025年度に開始予定のかかりつけ医機能報告制度を活用し、地域のかかりつけ医機能の充足状況を確認するなど、外来医療の役割分担と連携を推進する。

第8節 歯科口腔医療

- 県内における歯科医療機関の設置状況や機能、地域の歯科口腔医療に関する社会資源等について把握し、各地域の実情に応じた歯科口腔医療提供体制構築を推進する。
- 歯科・歯科口腔外科を併設していない病院等においても、適切な医科歯科連携・多職種連携が行われる体制構築を目指す。

第9節 薬物乱用対策

- 医療に用いられる麻薬や向精神薬の取扱者に対する監視指導を実施するとともに、講習会を開催し、麻薬等の適正な取扱いの徹底を図る。
- 「ダメ。ゼッタイ。」普及運動や麻薬・覚醒剤・大麻乱用防止運動等での啓発活動を強化するとともに、薬物乱用防止指導員による防止意識の高揚を図る。

第10節 その他の医療施策

- 移植医療については、関係団体と連携し、臓器提供意思表示カードの普及や移植医療に関する理解を深めるための啓発を推進する。外国籍県民・原爆被爆者に対する支援についても引き続き取り組む。

第4章 医療安全の推進

第1節 医療安全対策

- 医療機関における、医療安全・院内感染防止対策・医薬品及び医療機器に係る安全管理体制の確保に加え、十分なサイバーセキュリティ体制の構築が図られるよう、医療機関への立入検査を通じて医療機関に助言・指導を行う。
- 医療相談窓口業務の質の向上を図るため、すべての相談職員が業務に必要な知識等の習得を目的とした研修を毎年受講するよう努めていくほか、窓口業務体制の更なる充実に向けた検討を随時行う。

第5章 医療費の適正化

1 医療費等の現状と課題

- 県民医療費は年々増加しており、県民所得に対する医療費の割合も増加している。1人当たり県民医療費及び1人当たり後期高齢者医療費についても、全国平均よりも低く推移しているものの、全国と同様に増加傾向にある。
- 高齢者人口の増加や医療の高度化による県民医療費の増加が見込まれるため、今後も安定的で持続可能な医療保険制度を構築するための公費投入や財政調整を行うなど、医療保険財政は非常に厳しい状況にある。

2 医療費適正化計画の基本理念

- 県民が安心して医療を受けることができるよう、良質かつ適切な医療の効率的な提供体制を確保しながら、県民の生活の質の維持・向上を図るとともに、後期高齢者医療費を中心に県民医療費は今後も増加する見込みであることから、超高齢社会の到来に対応した医療費の水準を目指す。

3 医療費の適正化に向けた取組

- 医療関係者や医療保険者等と連携しながら、次のことに取り組み、医療費適正化を図る。

I 県民の健康の保持推進に関すること

特定健康診査・特定保健指導の実施率向上、メタボリックシンドローム該当者やその予備群の減少、たばこ対策、予防接種、生活習慣病等の重症化予防の推進、高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防などに取り組む。

II 医療の効率的な提供の推進に関すること

病床機能の分化・連携の推進並びに地域包括ケア体制の構築の推進、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進や医薬品の適正使用の推進、医療資源の効果的・効率的な活用、医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供などに取り組む。

III 適正な受診の促進等

重複・頻回受診の解消やレセプト点検の充実などに取り組む。

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）

【現状と課題】

- 県内では10医療圏すべてでがん診療連携拠点病院等が整備されており、すべてのがん診療連携拠点病院において、5大がん（胃、大腸、肺、肝、乳）を中心に放射線療法、薬物療法及び手術療法を組み合わせた集学的治療と緩和ケアを提供できる体制が構築されている。
- がんの医療に求められているそれぞれの役割を担う医療機関が相互に連携して、標準的ながん診療、専門的ながん診療及び在宅等での療養支援を行う体制を構築し、切れ目のないがん治療や緩和ケアの提供が必要。

【施策の展開】

- 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する。

第2節・第3節 脳卒中对策・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）

【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）による治療が24時間365日可能な「一次脳卒中センター」をはじめ、機械的血栓回収療法が実施できる医療機関や脳卒中医療に従事する医師の配置状況には地域差がある状況。
- 急性心筋梗塞等の急性冠症候群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る。
- 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る。

【施策の展開】

- 医療機関と連携し、24時間365日体制で、急性期脳卒中治療や心臓カテーテル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む。

- 2023年8月に開設された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・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む。

第4節 糖尿病対策

【現状と課題】

- 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を構築することが必要。
- 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し、眼科や腎臓内科、循環器内科等の専門医を有する医療機関等と連携して医療を提供する体制が重要。

【施策の展開】

- 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・専門医療機関に相談、紹介、併診できる連携体制の構築を進める。
- 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る。

第5節 精神疾患対策

【現状と課題】

- 精神障がいのある方が、地域で自分らしく暮らすために、医療提供体制の充実と、福祉をはじめとした多様な支援関係者と連携した「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進める必要がある。
- 自殺未遂者や、身体疾患・感染症を合併する患者に対する、救急対応を含む入院医療提供体制が課題。

【施策の展開】

- 夜間・休日に緊急に必要とされる精神科救急医療体制を、輪番病院、常時対応型施設より4つの精神医療圏に確保するとともに、身体合併症に対応する身体科と精神科の連携を推進。
- 多様な精神疾患に対し、通院、入院、専門医療等、ニーズに応じた医療の提供とともに、地域移行、地域生活支援の推進を図る。
- 精神障がいのある方の人権に配慮した適切な処遇による入院医療を確保。

第6節 依存症対策（長野県依存症対策推進計画）

【現状と課題】

- 依存症が疑われる人の多くが必要な医療・支援につながない可能性があるため、正しい知識の普及啓発と、身近な地域における依存症治療体制の構築が必要。

【施策の展開】

- アルコール、ギャンブル等、薬物依存症及びゲーム・ネット依存等について、一次予防（発生予防）・二次予防（進行予防）・三次予防（回復支援・再発予防）等の段階に応じた依存症対策を推進。
- 身近な地域で専門的な依存症治療が受けられるよう、依存症専門医療機関の選定を進め、医療提供体制の充実を図る。

第7節 感染症対策(長野県感染症予防計画)※新興感染症発生・まん延時における医療を含む。

(1) 感染症対策全般(新興感染症を含む)

【現状と課題】

- 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、新興感染症の発生早期には第一種・第二種感染症指定医療機関が中心となり医療提供を開始するとともに、流行の拡大状況に合わせ、第一種・第二種協定指定医療機関も順次対応することで機動的に医療提供体制を拡充することができる体制を平時から構築しておく必要がある。
- その際、重症者や特に配慮が必要な者が適切な医療を受けられるようにするとともに、自宅や宿泊療養施設、高齢者施設等で療養する患者の体調が悪化した際に必要な医療(オンライン診療や往診を含む。)を受けられるよう、医療機関や薬局、訪問看護事業者等の間で役割分担や連携が必要となる。
- また、通常医療との両立を図るため、新興感染症以外の一般患者はすべての医療機関で対応するとともに、新興感染症から回復した患者の受入れを行う後方支援医療機関の役割も重要となる。
- これらの医療提供体制を流行時期等に応じて迅速かつ確に構築できるようにするため、長野県感染症対策連携協議会における協議等を通して、平時から関係機関と検討を進めておくことが必要。

【施策の展開】

- 引き続き、第一種感染症指定医療機関を県内に1か所、第二種感染症指定医療機関を二次医療圏ごとに1か所以上指定し、運営に必要な経費を補助することにより、新型インフルエンザ等感染症や一類感染症、二類感染症の医療体制を確保する。
- 新興感染症発生時に、入院医療や外来診療を担当する医療機関と、平時から医療措置協定を締結(第一種・第二種協定指定医療機関に指定)し、病床(配慮が必要な患者にも対応可能な病床を含む。)及び外来診療体制を確保する。
- 感染症から回復後も引き続き入院が必要な患者が転院可能な医療機関と医療措置協定を締結することで後方支援医療機関を確保する。
- これら医療機関に対して、感染対策に必要な个人防护具の確保を推奨するとともに、県も同様に必要な个人防护具の確保に取り組む。
- 平時から関係機関と、新興感染症の発生時に係る協定を締結し、自宅、宿泊療養施設、高齢者施設等で療養する患者への医療提供体制を確保する。
- 新興感染症の発生を想定した研修・訓練の実施や、国等が実施する研修・訓練への参加を促し、感染症患者に医療を提供する医療従事者や健康観察等を行う保健師等の専門職種の確保及び資質の向上を図る。
- 感染症指定医療機関等における感染症専門医やインフェクションコントロールドクターの育成を促すとともに、長野県看護大学において感染管理認定看護師の教育課程を設け、専門知識と技術を持った看護師(感染管理認定看護師)の確保を促進する。

(2) その他(結核対策、エイズ・性感染症対策等)

- 結核患者の発生状況や結核病床利用率等を考慮しながら適正な結核病床数、結核患者収容モデル事業を実施する医療機関を確保する。

- エイズ治療拠点病院等連絡会の開催、歯科や透析診療体制の構築など、HIV感染者・エイズ患者が安心して治療が受けられるよう体制整備を進める。

第8節 肝疾患対策（長野県肝炎対策推進計画）

【現状と課題】

- ウイルス性肝炎患者に適切な治療を提供するため、県内1か所の肝疾患診療連携拠点病院、その他専門医療機関やかかりつけ医からなる「長野県ウイルス肝炎診療ネットワーク体制」が構築されており、今後も更に充実させていくことが必要。

【施策の展開】

- 肝炎患者等が適切な医療を受けられるよう、肝疾患診療連携体制の整備を促進する。

第9節 難病対策

【現状と課題】

- 2020年1月に信州大学医学部附属病院を「難病診療連携拠点病院」、2022年10月に長野県立こども病院を「難病診療分野別拠点病院」に指定するとともに、難病の患者が身近な医療機関で治療・療養を継続できるよう、2022年3月には地域で中核的な役割を担う「難病医療協力病院」を各二次医療圏に1か所指定するなど、難病に係る医療提供体制の構築を推進。
- 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が必ずしも提供されていないことが課題となっているため、県では2020年10月に「長野県移行期医療支援センター」を設置し、移行期にある慢性疾患の患者が必要な医療を受けられるよう、検討を進めている状況。

【施策の展開】

- 患者が早期に診断され、必要な医療を受け、身近な地域で療養生活を送ることができるよう、「難病診療連携コーディネーター」を継続的に配置し、「難病診療連携拠点病院」を中心に「難病診療分野別拠点病院」や「難病医療協力病院」、その他の病院や診療所等と連携し、医療提供体制の維持向上に努める。
- 県と移行期医療支援センターは、各地域の医療機関、難病診療連携コーディネーター等と連携を図り、引き続き移行期医療の体制の実現に向けた検討を進める。

第10節 慢性腎臓病（CKD）対策

【現状と課題】

- 慢性腎臓病（CKD）は、進行すると人工透析が必要になり、また動脈硬化により脳卒中や心筋梗塞の発症リスクを高めることとなるため、早期発見・早期治療に向けた取組を関係機関と連携して進めることが重要。

【施策の展開】

- かかりつけ医と腎臓専門医療機関等が連携し、CKD患者に早期に治療ができるような医療提供体制の構築を進める。

第11節 慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策

【現状と課題】

- COPDの最大の原因はたばこの煙であり、健康被害が顕性化する前の若い世代から喫煙防止を働きかけることが重要。

【施策の展開】

- 市町村や医療機関等関係機関・団体と連携し、たばこからの健康被害を受ける人を減らす取組や多職種による連携体制を促進する。

第12節 アレルギー疾患対策

【現状と課題】

- 居住する地域や世代に関わらず、必要なアレルギー疾患医療を受けることができるよう、アレルギー疾患医療全体の質の向上を進めていくことが必要。

【施策の展開】

- アレルギー疾患患者が必要な医療を受けることができるよう、アレルギー疾患医療拠点病院（信州大学医学部附属病院、県立こども病院）とかかりつけ医等と連携し、医療提供体制の維持向上に努める。

| 主な数値目標 | | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| 区分 | 項目 | 現状(2023年) | 目標(2029年) |
| 県民参加の健康づくり | 健康づくりのために運動や食生活に関する取り組みをしている者の割合 | 運動：72.7% 食生活：85.2% (2022年) | 運動：72.7%以上 食生活：85.2%以上 |
| 栄養・食生活 | 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年) | 7g未満 |
| 身体活動・運動、休養 | 運動習慣のある者の割合（20歳以上全体、年齢調整値） | 20.0% (2019年) | 40% |
| 歯科口腔保健 | 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合 | 73.7% (2022年) | 87.9% |
| こころの健康 | 「非常にストレスを感じる」人の割合（15歳以上） | 男性：13.1% 女性：17.9% (2019年) | 現状より減少させる |
| 生活習慣病予防 | 特定健康診査実施率 | 61.5% (2021年) | 70% |
| フレイル対策 | フレイルを認知している者の割合（20歳以上） | 46.0% (2022年) | 46.0%以上 |
| 母子保健 | 1歳6か月健診受診率 | 97.0% | 97.0%以上 |
| 機能分化・連携 | かかりつけ医を持つ人の割合 | 70.6% | 70.6%以上 |
| 医師 | 人口10万人当たり医療施設従事医師数（全県） | 243.8人 (2020年) | 264.6人 (2026年) |
| 薬剤師 | 人口10万人当たり病院薬剤師数（全県） | 43.6人 (2020年) | 54.7人以上 (2026年) |
| 看護職員 | 就業看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）数（全県） | 30,521人 (2020年) | 31,973人 (2028年) |
| 救急医療 | 心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形が心室細動又は無脈性心室頻拍の1か月後社会復帰率（救急救命士等が行う救命処置の効果を示す数値） | 20.9% (2012年から2021年までの平均) | 23.6% (2018年から2027年までの平均) |
| 災害医療 | 保健医療福祉調整本部の設置運営訓練実施回数 | 年1回 | 年1回以上 |
| 周産期医療 | 妊娠・出産について満足している者の割合 | 89.4% (2021年) | 89.4% |
| 小児医療 | この地域で子育てをしたいと思う親の割合 | 96.5% (2021年) | 96.5% |

| | | | |
|-------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| へき地医療 | へき地医療拠点病院及びへき地診療所のうち遠隔医療等 ICT を活用した診療支援を行っている医療機関数 | 10 医療機関 (2021 年) | 10 医療機関 以上 |
| 在宅医療 | 在宅での看取り（死亡）の割合（自宅及び老人ホームでの死亡） | 全国 11 位 (30.1%) (2022 年) | 全国トップ クラス |
| 外来医療 | 休日・夜間に対応できる医療施設数 | 18 施設 (2022 年) | 18 施設以上 |
| 医療費 の適正化 | 後発医薬品の普及率 | 85.4% (2022 年) | 現状維持 |
| がん対策 | 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 1 位】 (全国 67.4) (2021 年) | 現状維持 |
| 脳卒中対策 | 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対） | 長野県 95.4（男性） 65.5（女性） 全国 93.8（男性） 56.4（女性） (2020 年) | 減少 |
| 心筋梗塞等の 心血管疾患対策 | 心疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対） | 長野県 168.6（男性） 92.4（女性） 全国 190.1（男性） 109.2（女性） (2020 年) | 現状維持 |
| 糖尿病対策 | HbA1c 値が高い者（8.0%以上）の割合（40～74 歳） | 男性 1.5% 女性 0.6% (2020 年) | 男性 1.5%以下 女性 0.6%以下 |
| 精神疾患対策 | 精神病床から退院後 1 年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数） | 325.3 日 (2020 年) | 325.3 日 (2026 年) |
| 感染症 | 第一種協定指定医療機関（入院）における即応病床数（流行初期以降） | — | 60 機関 560 床以上（うち重症病床 43 床） （うち特に配慮が必要な患者の病床（兼用病床含む）150 床） |
| | 第 2 種協定指定医療機関（発熱外来）数（流行初期以降） | — | 720 機関以上 |