

コ 薬局との連携体制の整備

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

サ 小児がん・AYA 世代のがんへの対応

- 小児がんやAYA 世代のがん患者への適切な医療や支援の提供と、個々のがん患者のニーズに合わせた情報提供
- 小児がん患者とその家族が他のこどもたちと同じ生活・教育環境のなかで安心して医療や支援が受けられるような環境の整備。
- 小児がん経験者の治療後の合併症や二次がんなどに対応出来る長期フォローアップについて、医療機関間における連携体制の構築。

シ 希少がん・難治性がんへの対応

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

ス がん診療連携拠点病院等におけるがん診療の質の向上

- 県がん診療連携拠点病院におけるがん診療の質の向上を目的とした、PDCAサイクルに基づいた診療体制の整備。
- がん診療連携拠点病院等は、自施設のがん診療・地域連携等の質を目的とした、PDCAサイクルの確保。

セ がん登録の推進

- がんと診断した患者の、がん登録の実施。
- 県が実施する予後調査への協力。

(2) 関係団体

ア 医師会、薬剤師会、歯科医師会等

① がん医療の質の向上

- がん医療の質の向上に向けた支援。

② 在宅医療の推進

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

イ 市町村

- がん登録において、県が実施する生存確認調査への協力。

ウ がん患者会

- がん患者や家族の立場から、がん医療等についての意見提供。

2 県の取組

(1) 標準的ながん治療が受けられる体制の整備

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

(2) 高度・先進的ながん治療が受けられる体制の整備

- 県民が高度・先進的ながん治療を享受できるよう県がん診療連携拠点病院の機能強化について検討します。
- 地域がん診療連携拠点病院等の整備に努めるとともに、がん診療連携拠点病院等への機能評価を実施し、がん医療の質の維持・向上に努めます。
- 県がん診療連携拠点病院から地域がん診療連携拠点病院等への情報提供、相互連携強化等の体制整備に努めます。

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

- がん診療連携拠点病院等が整備されていない医療圏における医療体制については、その整備に向けた調整を行うとともに、隣接する医療圏のがん診療連携拠点病院等との連携体制の整備により、地域住民への適切な医療の提供に努めます。

(4) 医療従事者の確保

- 集学的治療を推進するに当たり必要な放射線治療医、がん薬物療法専門医、血液腫瘍専門医及び病理専門医の確保に努めます。
- がんに関する専門的な資格を持つ看護師や薬剤師等の確保に努めます。

(5) 緩和ケア体制

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

(6) 小児がん・AYA世代のがん・希少がん・難治性がん対策

- 小児がんについて、小児がん拠点病院又はそれに関連する病院の整備に努め、小児がん患者とその家族が適切な医療や支援を受けられるよう、地域の医療機関と連携し、生活・教育面において他の子どもたちと同様な生活・教育関係で支援が受けられるような環境の整備に努めます。
- AYA世代のがん・希少がん・難治性がんについて、情報の集約・提供体制、支援・診療体制の集約化などについて国と協力して検討を行っていきます。

(7) がん登録の推進

ア がん登録の精度の向上

- 予後調査や生存確認調査を実施し、がん登録の精度の向上に努めます。

イ がん登録情報の活用

- がん登録情報を、統計解析や研究目的の利用のために情報提供を行います。
- また、集積されたがん登録情報を、県のがん対策に活用します。

(8) がん研究

- がん登録と連携を図り、地域におけるがん対策に資することを目的として、引き続きがん研究の推進を図ります。

第4 数値目標

1 集学的治療が実施可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	集学的治療の実施医療圏 (がん診療連携拠点病院等の整備)	9 医療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏に拠点病院等を整備する。	保健・疾病対策課調べ
S	がん治療に関するセカンドオピニオンを受けられる病院が整備されている医療圏数	10 医療圏	10 医療圏	現状維持	保健・疾病対策課調べ
S	チーム医療を受けられる病院が整備されている医療圏数	9 医療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏で受けられる体制を整備する。	保健・疾病対策課調べ
S	小児がん拠点病院又は関連する病院の整備	2 病院	2 病院	現状維持	保健・疾病対策課調べ
P	がん診療連携拠点病院の機能評価	8 病院	11 病院	全ての拠点病院・診療病院で実施する。	保健・疾病対策課調べ

2 がんと診断された時から緩和ケアを実施する体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	緩和ケアチームのある医療機関数	長野県 20 箇所 全国平均 21 箇所 (H26)	20 箇所 以上	現状より増加させる。	厚生労働省 「医療施設調査」
S	医療用麻薬を提供できる薬局(免許取得率)	94.7%	94.7% 以上	現状より増加させる。	薬事管理課調査
P	緩和ケア研修会の受講者数(累積)	1,746 人 (H28)	1,746 人 以上	現状より増加させる。	保健・疾病対策課調べ

3 地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	がん診療連携拠点病院等による各種研修会、カンファレンスなどを通じた地域連携・支援が行われている医療圏数	9 療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏で受けられる体制を整備する。	保健・疾病対策課調べ
S	地域連携クリティカルパスに基づく診療提供機能を有している医療圏数	10 医療圏	10 医療圏	現状維持	保健・疾病対策課調べ

4 医療従事者の確保

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	放射線科専門医の確保 (人口10万対)	3.3人 (H26)	4.3人以上	全国平均以上	厚生労働省 「医師・歯科 医師・薬剤師 調査」
S	がん薬物療法専門医の確保 (人口10万対)	0.8人 (H26)	0.8人以上	現状より増加	厚生労働省 「医師・歯科 医師・薬剤師 調査」
S	血液腫瘍専門医の確保 (人口10万対)	2.1人 (H26)	2.4人以上	全国平均以上	厚生労働省 「医師・歯科 医師・薬剤師 調査」
S	病理診断医の確保 (人口10万対)	1.8人 (H26)	1.8人以上	現状より増加	厚生労働省 「医師・歯科 医師・薬剤師 調査」

5 在宅医療

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	がんリハビリテーションの 体制が整備されている医療 圏数	9医療圏	10医療圏	全ての二次医療 圏で受けられる 体制を整備する。	関東信越厚 生局「診療 報酬施設基 準の届出受 理状況」
S	がん患者に対して在宅医療 を提供する医療機関数	185箇所	185箇所以上	現状より増加さ せる。	関東信越厚 生局「診療 報酬施設基 準の届出受 理状況」
O	がん患者の在宅死亡割合	長野県 14% 全国 第13位(H27)	14%以上	現状より増加さ せる。	厚生労働省 「人口動態 調査」

6 がん登録

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
P	がん登録の精度指標 (IM比、DCN、DCO)	IM比 2.45 DCN 8.2% DCO 5.6% (H28)	IM比 2.0以上 DCN 20%未満 DCO 10%未満	国際がん研究機関 による最高基準	長野県がん登 録事業

IV がん対策の推進と尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築

第1 現状と課題

1 推進体制

- 本県におけるがん対策に関する検討・推進体制は以下のとおりです。

設置会議名	役割	具体的な取組み	開催頻度(年)
◎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	1回
○長野県がん診療連携拠点病院整備検討委員会	がん対策個別事業の検討	・がん診療連携拠点病院整備に関する検討、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	2回
○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	1回
○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	1回

2 普及啓発

- 平成25年10月に長野県がん対策推進条例が制定され、「がんと向き合う週間」(10月15日から同月21日まで)が設けられました。
- 県、市町村、関係機関等でホームページや広報誌、テレビ・ラジオ、配布物等を用いて、がんの予防・検診に関する情報提供及び普及啓発を行っています。
- がん予防研修会を開催し、がん予防やがん検診の有効性等について、県民への情報提供を行っています。
- 県とがん対策の推進に賛同する民間企業・団体等が「長野県がん対策推進企業連携協定」を締結し、がん検診の効果や重要性についての普及啓発活動を行っています。(平成29年7月現在、30社と協定を締結)
- 協定締結企業や関係団体と連携して、がん検診普及啓発イベントや、がん検診受診率50%達成に向けた集中キャンペーン月間(10月)においてキャンペーンを実施しています。
- しかしながら、がんの予防に有効とされるがん検診の受診率は、肺以外の部位では目標値である50%に届いていません。([図5]がん検診受診率参照)

3 がんの教育

- 学校におけるがんの教育は、喫煙によるがんなどの健康被害や定期的な健康診断による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おりますが、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十分ではない状況です。
- 県教育委員会では、平成26年度に「長野県がん教育の手引き」を作成しました。がん教育の進め方・指導の展開例が示され、がん教育の充実が図られることを目的としています。また、平成27年度に「がんの教育推進会議」が設置されました。学校におけるがん教育推進の在り方について検討することを目的としています。

4 相談支援・情報提供

- 県民が、がんを身近なものとして捉え、がん予防、がん治療、療養生活、社会的支援に至るまで、がんに関する様々な情報が提供される仕組みを整備する必要があります。また、がんに罹った場合、治療方法や療養生活に不安を抱くことから、主治医以外の医師又はがん医療に関する専門的な看護師などからも、十分な相談や支援が受けられることが必要です。

(1) がん相談支援センターの設置状況

- がん相談支援センターは、院内・院外や患者・家族を問わず誰でも無料で情報を得ることができ、相談者自ら問題を解決できるよう支援することを目指しています。がん相談支援センターの設置はがん診療連携拠点病院の指定要件の一つであり、全ての拠点病院にがん相談支援センターが設置されています。
- しかしながら、がん相談支援センターの体制には差がみられ、こうした差が相談支援の満足度や提供される情報の質にも影響していることが課題となっています。特に、がんの告知を受けた後、患者は医療機関や治療の選択などに迷う場面があり、精神心理的にも患者やその家族を支える体制の整備が求められています。
- 相談内容としては、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相談内容が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。
- 本県では独自の取り組みとして、がん診療連携拠点病院のない二次医療圏（大北）の中核的な医療機関に対してがん相談支援センターの設置に対する支援を行い、地域がん診療連携拠点病院の育成や患者の利便性の向上を図っています。

【表4】 がん相談支援センターの設置状況（二次医療圏別） （平成29年4月現在）

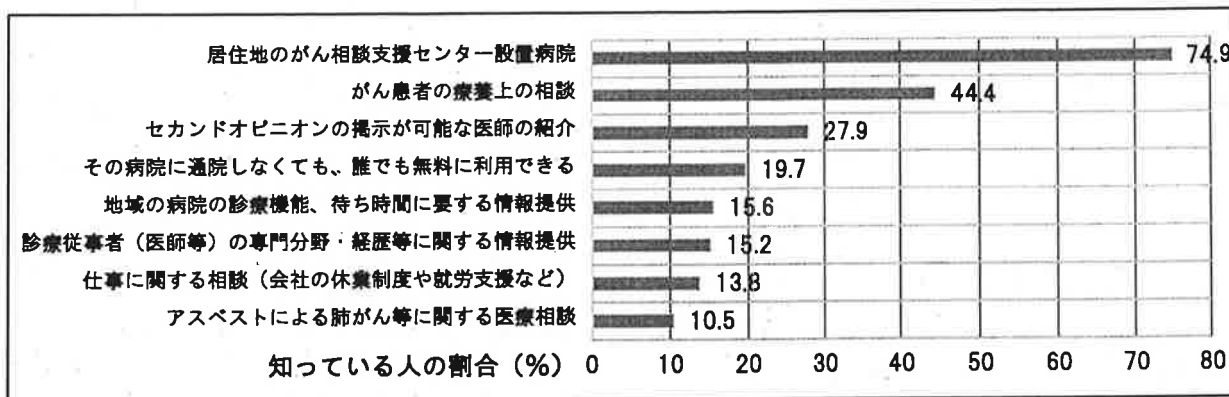
地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
相談センター	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	12

（保健・疾病対策課調べ）

(2) がん相談支援センターの認知状況

- 平成28年11月に実施した県政モニターアンケートの結果、がん相談支援センターを「知っている」、「聞いたことがある」と答えた人は約5割でした。
- そのうち設置されている病院について7割超の人が「知っている」と答えましたが、相談支援センターの機能について「知っている」と答えた人は5割を下回りました。

【図6】 がん相談支援センターの認知状況（回答人数 1,018 人）



（平成 28 年度第 2 回県政モニターアンケート）

（3）がん患者カウンセリングの実施状況

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

【表5】 カウンセリングを実施している医療機関（二次医療圏別）

（平成 29 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	3	1	3	3	2	1	6	2	6	2	29

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

5 就労等社会的支援

- 医療の進歩に伴い、日本の全がんの 5 年相対生存率は 62%（国立がん研究センター調査）であり、社会で活躍しているがん患者・経験者も多くなっています。
- 一方で、がん治療と就労の両立に関するアンケート調査（厚生労働省研究班）によると、がんと診断された後、約半数の方が世帯収入・個人収入が減ったと回答しています。
- がん患者やその経験者の中には、がんと診断され療養生活を送る中、就労を含めた社会的な問題に直面している方も多いため、情報提供や相談支援体制の充実などの対策が必要です。
- 当県では、がん患者の就労等を支援できる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、希望する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。

第2 目指すべき方向

目指すべき姿（県民の健康状態等）

- がん患者とその家族が、安心して療養生活を送ることが出来る社会を構築します。
- がん患者とその家族を社会全体で支え、安心して暮らせる社会の実現を目指します。

第3 施策の展開

1 県民の取組として望まれること

(1) 普及啓発・がんの教育

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

(2) 相談支援・情報提供

- がん相談支援センターの認知及び利用。

2 関係機関・団体の取組として望まれること

(1) 普及啓発

ア 医療機関・市町村・事業主・関係支援団体等

- がんの予防・検診等に関する情報提供及び普及啓発の推進。

(2) がんの教育

ア 医療機関・市町村・事業主・関係支援団体等

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

(3) 相談支援・情報提供

ア 医療機関（がん診療連携拠点病院等）

① 相談機能の向上

- がんに関する情報の多様化に伴う適切かつ明確な情報の提供。
- がん患者やその家族に対して、診断早期に相談支援センターの存在、役割について説明。
- 質の高い相談支援を行うことができるよう、認定看護師や専門看護師を含め、がんに関する専門的知識をもつ相談員の育成・確保
- 相談支援センターの連絡会議の開催等による情報共有やPDCAサイクルによる相談員の資質の向上。
- がん相談支援センターは、当該医療機関以外の患者も利用できることの周知。
- 患者会やがんサロンなどを活用した、がんを経験した者によるがん患者の支援（ピア・サポート）の推進。

② 院内診療科との連携

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

イ 市町村

① がん相談機能の充実

- がんに関する相談に応じる体制の整備。

(4) 就労等社会的支援

ア 医療機関（がん診療連携拠点病院）

① がん相談支援センターの充実

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

② 関係団体との連携

- がん患者の就労等に係る支援の向上に向けた関係団体との連携。

イ 市町村

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

ウ 事業主

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

エ 関係支援団体

- がん患者の就労に関するニーズや課題を明らかにし、職場でのがんの正しい知識の普及や相談支援の在り方などについての検討。
- 働くことが可能で、働く意欲のあるがん患者の職場環境を整備するため、医療従事者、産業保健スタッフ、事業者等の情報共有や連携を促進し、就労と治療を両立する支援の仕組みの検討。

オ がん患者会

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

3 県の取組

(1) 施策の推進

- がんに関する施策について、がん患者やその家族及び関係団体の意見を把握し、長野県がん対策推進協議会をはじめとする協議会等での協議を行い、その推進を図ります。
- がん患者やその家族及び関係団体の意見を把握するため、アンケート等による実態調査を実施を検討します。

(2) 普及啓発

- がん予防研修会の実施や、検診や緩和ケアなどの普及啓発活動を進めるとともに、民間団体によって実施されている普及啓発活動を支援するなど、県民への普及啓発に取り組めます。
- 長野県がん対策推進企業連携協定締結企業の拡大を図り、職域に対する普及啓発に取り組めます。
- 協定締結企業や、がん検診の普及啓発に取り組む団体等と連携して、がん対策に関するイベントやキャンペーンの実施等を通じた県民への普及啓発に取り組めます。

(3) がんの教育

- 子どもへのがん教育について、正しい知識や理解が深まるよう、教育関係者と連携して取り組めます。

(4) 相談支援・情報提供

ア がん相談支援センターの設置及び充実

- がん患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんに関する正しい情報を提供し、きめ細やかに対応する相談支援体制を二次医療圏の全てにおいて整備します。
- がん診療連携拠点病院等と連携し、がん相談支援センター等における相談支援の質の向上と充実に取組みます。
- がん診療連携拠点病院等に設置されたがん相談支援センターは、当該医療機関以外の患者も利用できることを広く周知します。

イ ピア・サポートの推進

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

(5) 就労等社会的支援

- がん患者やその家族、がん経験者に対する情報提供、相談支援体制のあり方を検討し、就労を含めた社会的、経済的な問題に対する支援の充実を図ります。
- 働く意欲のあるがん患者への支援に関する事業主への情報提供や研修の場の設定について検討を行います。
- がん患者の就労支援に係る関係機関（職業安定所・産業保健総合支援センター等）や支援団体等と連携し、就労支援を行う体制の構築を検討します。

第4 数値目標

1 県民の取組

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
P	がん予防研修会の 延べ受講者数	9,441 人 (H22~28)	13,000 人	500 人/年の受 講	保健・疾病対 策課調べ

2 関係機関・団体の取組

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
S	がん相談が受けられる 医療機関数	12 箇所	現状維持	現状維持	保健・疾病対 策課調べ
S	がん患者に対してカウ ンセリングを受けられ る病院が整備されてい る医療圏数	10 医療圏	現状維持	全ての二次医 療圏で受けら れる体制を整 備する。	関東信越厚生 局「診療報酬 施設基準の届 出受理状況」

3 県取組（施策の展開）

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の 考え方	備考 (出典等)
P	がん検診受診率向上等に関する協定締結企業数	30社 (H29)	48社	3社/年の拡大	保健・疾病対策課調べ
P	キャンペーン月間における啓発活動の実施	10圏域で実施	実施	現状維持	保健・疾病対策課調べ
P	がん患者・医療機関・事業者等実態調査の実施	未実施	実施	県がん対策の実態を把握	保健・疾病対策課
O	がん登録による死亡率、罹患率、生存率、有病数	罹患率のみ把握	把握	平成31年度を目途に把握	長野県がん登録事業

コラム（案）

1 第6次計画のコラム

- がん予防研修会
- 多目的コホート研究
- 国指針以外のがん検診
- がん診療連携拠点病院
- セカンドオピニオン
- ゴールドリボンについて
- がんに対する最新の治療

2 第7次計画のコラム（案）

- がん診療連携拠点病院
- 緩和ケア
- 高額療養費制度、先進医療利子補給事業
- ゲノム医療
- 就労支援

6 がんの医療に関する機能別医療機関 (平成28年(2016年)10月1日現在)

機能	【予防・早期発見】 がん検診 機能	【専門診療】 専門的ながん診療機能・地域連携等	【標準的診療】 標準的な がん診療機能	【療養支援】 在宅医療支援機能		病院	診療所
				病院	診療所		
医療機関等の別	がん検診 実施機関	☆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	◎緩和ケア病棟入院科の届出医療機関 ○緩和ケア診療加算の届出医療機関 有床診療所緩和ケア診療加算の届出医療機関	◎緩和ケア病棟入院科の届出医療機関 ○緩和ケア診療加算の届出医療機関	◎外来化学療法加算1の届出医療機関 ○外来化学療法加算2の届出医療機関	病院 診療所 訪問看護ステーション 薬局	
佐久		□厚生連佐久総合病院在久医療センター (佐久市)		◎厚生連小国厚生総合病院(小国市) 川西赤十字病院(佐久市) 厚生連佐久総合病院(佐久市) ○厚生連佐久総合病院在久医療センター(佐久市) 市立国保佐久総合病院(佐久市)	○上田腎臓クリニック(上田市) 華原整形外科クリニック(菅野市)		
上小		◇国立病院機構信州上田医療センター (上田市)		○国立病院機構信州上田医療センター(上田市) ○国保佐久総合病院(佐久市)	上田腎臓クリニック(上田市) 華原整形外科クリニック(菅野市)		
諏訪		□諏訪赤十字病院(諏訪市)		○岡谷市民病院(岡谷市) ○諏訪赤十字病院(諏訪市) ○組合立諏訪中央病院(茅野市) ○厚生連富士見高原医療福祉センター富士見町(富士見町)	市瀬医院(下諏訪町)		
上伊		□伊那中央病院(伊那市)		○伊那中央病院(伊那市)	元の気クリニック(伊那市)		・病院 ・診療所 ・訪問看護ステーション ・薬局
飯伊		□飯田市民病院(飯田市)		○昭和伊南総合病院(駒ヶ根市) 前陣病院(駒ヶ根市) 町立飯野病院(飯野町) ○飯田市民病院(飯田市) ○飯田市民病院(飯田市) ○諏訪会記念病院(飯田市) ○養和会病院(飯田市)	康野整形外科リウマチクリニック(飯田市) まさやまファミリークリニック(飯田市)		
木曾	がん検診 実施機関	○県立木曾病院(木曾町) ○相澤病院(松本市) ☆信州大学医学部附属病院(松本市)		○県立木曾病院(木曾町) ○相澤病院(松本市) 岡立病院機構まつもと医療センター中宿松本病院(松本市)			【参考】 ○がん性疼痛緩和指導 管理科 46病棟、45診療所 ○在宅がん医療総合 診療科 12病棟、173診療所 ○がん患者リハビリ テーション科 28病棟
松本		☆信州大学医学部附属病院(松本市)		○国立病院機構まつもと医療センター松本病院(松本市) ○信州大学医学部附属病院(松本市) ○豊森病院(松本市) ○松本協立病院(松本市) ○松本市立病院(松本市) ○丸の内病院(松本市) ○安曇野赤十字病院(安曇野市) ○県立こども病院(安曇野市) ○市立大町総合病院(大町市) ○厚生連北アルプス医療センターあづみ病院(池田町)			
大北		○愛和病院(長野市) ○長野市民病院(長野市) ○長野赤十字病院(長野市)		○厚生連藤井総合病院(長野市) ○厚生連長野時代総合病院(長野市) ○長野市民病院(長野市) ○長野赤十字病院(長野市) ○長野中央病院(長野市) ○県立須賀飯沼病院(須賀市) ○厚生連北信総合病院(中野市) ○飯山赤十字病院(飯山市)	滝沢医院(長野市) 池田クリニック(長野市) 東信よしだ内科(飯城町)		
長野		○長野赤十字病院(小布施町)					
北信		◇厚生連北信総合病院(中野市)					くまもろ整形外科・リウマチ科クリニック(中野市)

6 がんの医療に関する機能別(標準的診療)医療機関

区分	五 大 が ん												そ の 他 の が ん																			
	肺がん			胃がん			肝がん			大腸がん			乳がん			膵がん			胆道がん			前立腺がん			食道がん			甲状腺がん				
	手術療法	化学療法	放射線療法	手術療法	化学療法	放射線療法	手術療法	化学療法	放射線療法	手術療法	化学療法	放射線療法	手術療法	化学療法	放射線療法	手術療法	化学療法	放射線療法	手術療法	化学療法	放射線療法	手術療法	化学療法	放射線療法	手術療法	化学療法	放射線療法	手術療法	化学療法	放射線療法		
松 本	◇ 相澤病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	会田病院																															
	一之瀬脳神経外科病院																															
	国立病院機構まつもと医療センター 松本病院	○	○																													
	国立病院機構まつもと医療センター 松本病院																															
	◇ 信州大学医学部附属病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	松本協立病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	松本市立病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	松本中川病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	丸の内病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	藤森病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	松本歯科大学病院																															
安曇野赤十字病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
穂高病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
県立こども病院																																
市立大町総合病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
東生連北アンプル医療センター 池田町	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
山田記念 朝日病院																																
厚生連篠ノ井総合病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
厚生連新町病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
厚生連長野松代総合病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
厚生連長野松代総合病院 附属若穂病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
竹重病院																																
◇ 長野市民病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◇ 長野赤十字病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
長野中央病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
東口病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
ナカゾミ外科病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
県立須坂病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
千曲中央病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
新生病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
町立飯綱病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◆ 厚生連北信総合病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
飯山赤十字病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

(注) 1 ◇: がん診療連携拠点病院 ◆: 地域がん診療病院
 2 ◎: 自院で治療を実施している場合 ○: 自院で治療を実施していない場合
 3 各療法の詳細については、別紙「15 大がん、その他主要ながんの診療が可能な病院の掲載基準」(12ページ)を参照。

【別紙】5大がん、その他主要ながんの診療が可能な病院の掲載基準

○5大がん

肺がん	治療の体制					
	手術 開胸手術	化学療法	放射線療法 体外照射 定位放射線療法	放射線療法 体外照射 小線源治療	放射線療法 体外照射 小線源治療	放射線療法 体外照射 小線源治療
基準	○	○	○	○	○	○

胃がん	治療の体制					
	手術 腹腔鏡下手術	内視鏡的治療 EMR	ESD	化学療法	放射線療法 体外照射	放射線療法 体外照射
基準	○	○	○	○	○	○

大腸がん	治療の体制					
	手術 腹腔鏡下手術	内視鏡的治療 EMR	化学療法	放射線療法 体外照射	放射線療法 体外照射	放射線療法 体外照射
基準	○	○	○	○	○	○

肝がん	治療の体制					
	手術 開腹手術	化学療法	放射線療法 RFA	放射線療法 PMCT	放射線療法 PEIT	放射線療法 TACE/TAE
基準	○	○	○	○	○	○

乳がん	治療の体制					
	手術 乳房切除	乳房温存	乳房再建	化学療法	放射線療法 体外照射	放射線療法 体外照射
基準	○	○	○	○	○	○

(注) 複数の方法がある治療法については、そのうちのどれか一つでも対応が可能な場合、基準を満たすとした。

○5大がん以外

膵がん	治療の体制					
	手術	化学療法	放射線療法 体外照射	放射線療法 体外照射	放射線療法 体外照射	放射線療法 体外照射
基準	○	○	○	○	○	○

胆道がん	治療の体制					
	手術	化学療法	放射線療法 体外照射	放射線療法 体外照射	放射線療法 体外照射	放射線療法 体外照射
基準	○	○	○	○	○	○

前立腺がん	治療の体制					
	手術 開腹手術	腹腔鏡下手術	化学療法	放射線療法 体外照射	放射線療法 IMRT	放射線療法 小線源治療
基準	○	○	○	○	○	○

血液腫瘍	治療の体制					
	化学療法	自家末梢血幹細胞移植	血幹細胞移植	造血幹細胞移植	造血幹細胞移植	造血幹細胞移植
基準	○	○	○	○	○	○

食道がん	治療の体制					
	手術 開胸手術	内視鏡的治療 EMR	ESD	化学療法	放射線療法 体外照射	放射線療法 小線源治療
基準	○	○	○	○	○	○

甲状腺がん	治療の体制					
	手術	化学療法	放射線療法 体外照射	放射線療法 IMRT	放射線療法 小線源治療	放射線療法 放射性ヨード内用療法
基準	○	○	○	○	○	○

子宮がん	治療の体制					
	手術 開腹手術	腹腔鏡下手術(腔式)	化学療法	放射線療法 体外照射	放射線療法 小線源治療	放射線療法 小線源治療
基準	○	○	○	○	○	○

脳卒中対策

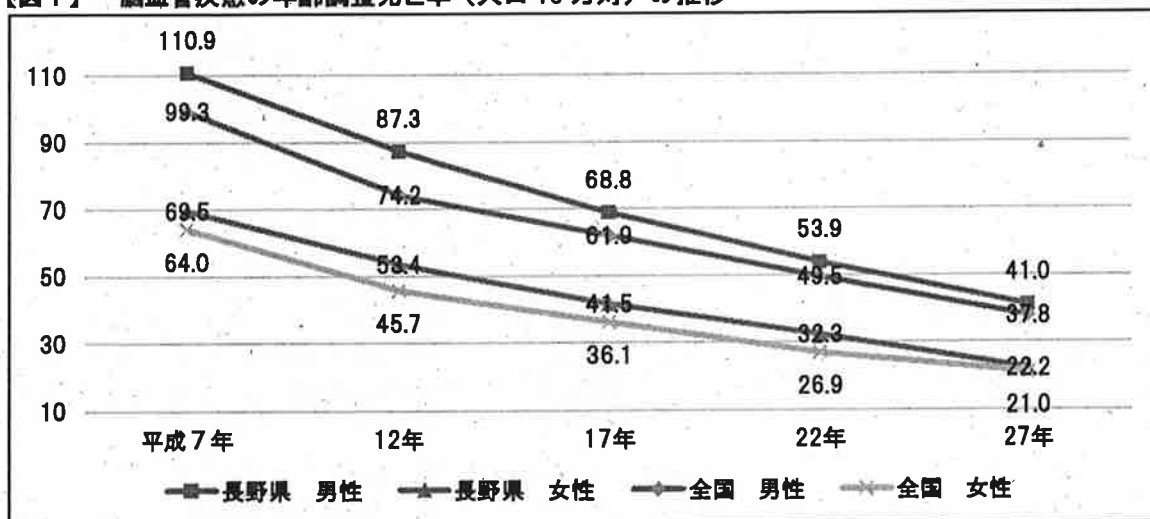
第 1 現状と課題

1 脳卒中の状況

(1) 死亡率

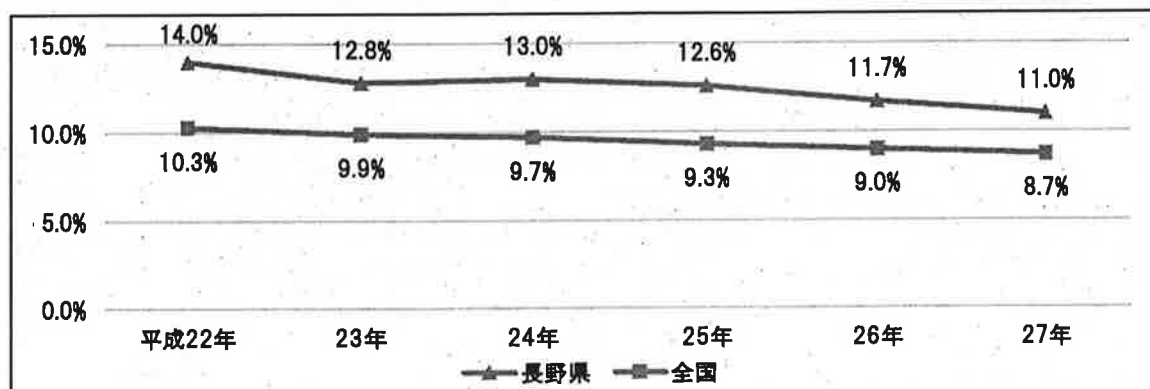
- 県内の脳血管疾患による死亡数は 2,705 人（全国：約 11 万 1,973 人）で、死亡数全体の 11.0%（全国：8.7%）を占め、死亡順位の第 3 位（全国：第 4 位）となっています。また、本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）は減少傾向にあるものの、男性が女性より高く、男女とも全国より高い状況で推移しています。（男性 16 位、女性 18 位）
- 県内の脳血管疾患による死亡者の死亡数全体に占める割合は、下降傾向にあるものの、全国と比較して高い割合で推移しています。
- 脳血管疾患の中で最も死亡率（人口 10 万対）が高いのは県内、全国ともに脳梗塞（こうそく）となっています。

【図 1】 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）の推移



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

【図 2】 脳血管疾患による死亡数の全体に占める割合の推移



（厚生労働省「人口動態調査」）

(2) 受療率等

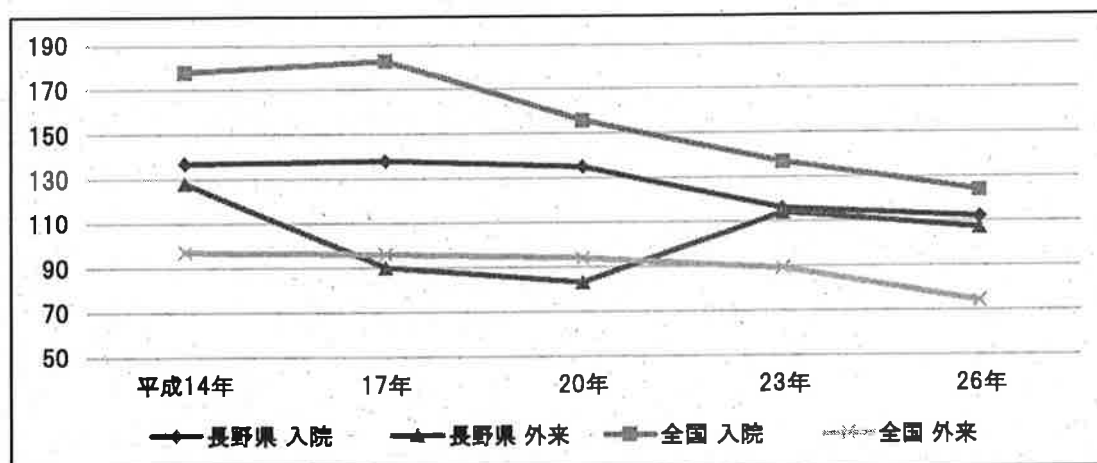
- 本県で脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数は約3万4,000人(全国:約117万9,000人)と推計されます。
- 本県の脳血管疾患の受療率(人口10万対)は、入院は全国より低くなっていますが、外来は高くなっています。

【表1】 脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数(人)

区分	平成14年	17年	20年	23年	26年
長野県	25,000	27,000	25,000	33,000	34,000
全国	1,374,000	1,367,000	1,339,000	1,235,000	1,179,000

(厚生労働省「患者調査」)

【図3】 脳血管疾患の受療率の推移(人口10万対)



(厚生労働省「患者調査」)

2 脳卒中の医療

(1) 発症直後の救護、搬送

- 脳卒中を発症した場合は、本人又は周囲にいる人が速やかに救急要請を行い、迅速な救急搬送・治療につなげることが後遺症防ぐこととなります。
- 脳卒中が疑われる患者の救急搬送に際しては、病院前脳卒中スケール等を活用して判別し、疑わしい場合には脳卒中の専門的医療を行う施設に搬送することが望まれます。
- 救急の要請から医療機関へ収容するまでの時間は、全国・県ともに概ね横ばいです。

【表2】 脳血管疾患のために救急車により搬送される急病患者

区分	平成23年	24年	25年	26年	27年	
全国	人	311,938	318,730	294,053	289,286	281,703
	構成割合	9.7%	9.7%	8.7%	8.6%	8.1%

※構成割合：救急搬送された疾病者数に占める脳血管疾患患者数の割合

(総務省消防庁「救急救助の現況」)

【表3】 県内の介護・介助が必要になった主な原因 (平成29年6月現在)

区分	脳卒中	(脳卒中内訳)			がん	心筋 梗塞	糖尿病	精神 疾患
		要支援	要介護 1,2	要介護 3,4,5				
長野県	18.7%	4.0%	7.7%	7.0%	3.8%	9.3%	6.5%	24.2%

(介護支援課「高齢者生活・介護に関する実態調査」)

(2) 診断・診療体制

- 脳卒中では、問診や身体所見の診察に加えて、CT、MRI等の画像検査を行うことで正確な診断が可能となります。近年、医療機器の画像解像度が向上し、血栓溶解療法を実施することの適否や治療後の状態について、事前にある程度まで把握できるようになりました。
- 本県の脳神経外科に従事する10万人あたりの医師数は全国よりも少ない状況です。また、脳血管内治療専門医師数は少なく、全国でも偏在している状況です。

【表4】 脳神経外科医の配置状況(二次医療圏別) (平成26年12月現在)

医療圏	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) 全国
医師数(人)	12	14	8	6	6	—	34	1	30	5	116	7,147
医師数(10万人対)	5.6	6.9	3.9	3.2	3.5	—	7.8	1.6	5.4	5.3	5.5 (29位)	6.2

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

【表5】 脳血管内治療専門医の配置状況(二次医療圏別) (平成26年12月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計	全 国	(参考:10万対)	
													県	国
医師数(人)	2	1	—	1	1	—	3	—	2	—	10	699	0.5 (25位)	0.6

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

(3) 急性期の医療

- 脳卒中の急性期には、全身の管理とともに、脳梗塞(こうそく)、脳内出血、くも膜下出血の個々の病態に応じた治療が行われます。
 - ① 脳梗塞(こうそく)では、発症後4.5時間以内にrt-PA製剤の静脈内投与により血栓を溶かす治療(rt-PA静注療法)を開始することが重要であり、その際の目安は、発症から医療機関への到着までが2時間以内、到着から治療の開始までが1時間以内とされています。
 - ② 脳内出血では、血圧管理が主体であり、出血部位や大きさにより手術が行われることもあります。
 - ③ くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、開頭手術や開頭を要しない血管内治療を行います。

- 急性期の診断・治療は24時間体制での実施が求められていますが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合は、地域における複数の医療機関が連携して24時間体制を確保する必要があります。
- 地域の医療資源の状態によっては、遠隔診療を用いた診断の補助等を活用を通じ、連携体制の構築が必要です。
- SCUは「Stroke Care Unit（脳卒中集中治療室）」の略称で、発症直後から適切な治療とリハビリテーションを組織的計画的に行う専門病棟です。専門医の配置など施設基準が厳しく、全国でも120施設ほどしかありません。本県では7つの医療機関でSCUが整備されています。

【表6】 県内の脳卒中の急性期の医療を行う医療機関数 (平成28年10月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
rt-PAを用いた治療を24時間実施している医療機関数	3	3	3	3	4	1	5	2	6	2	32
脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能である医療機関数(※注)	3	3	3	2	3	1	5	2	7	1	30

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

- ①脳卒中診療/脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が在籍する事
- ②血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能である事
- ③脳卒中表やスケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能である事
- ④脳梗塞(こうそく)に対し、来院1時間以内来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)にrt-PAを用いた治療が実施可能である事。更に以下の要件を全て満たす事が望ましい。
 - Ⅰ 脳外科手術が来院後2時間以内に開始可能である事
 - Ⅱ 脳血管内手術が来院後2時間以内に開始可能である事
 - Ⅲ 脳血管疾患リハビリテーションが発症後24時間以内に開始可能である事

(医療推進課「医療機能調査」)

【表7】 脳梗塞に対するrt-PAによる脳血栓溶解療法実施件数(人口10万対) (平成26年度実施分)

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

(厚生労働省「NDB」)

【表8】 SCU(脳卒中集中治療室)のある医療機関数及び病床数(二次医療圏別)(平成26年10月現在)

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

(厚生労働省「医療施設調査」)

(4) 回復期・維持期の医療

- 急性期を脱した後（回復期及び維持期）の医療としては、血圧の継続的な管理を含めた再発予防のための治療が行われます。
- 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携し、患者の病態を適切に評価する必要があります。

(5) リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションには、
 - ①合併症予防や早期自立を目的に、可能であれば治療当日から病室で行う急性期リハビリ
 - ②身体機能の回復や日常生活動作の向上を目的に、訓練室で集中的に行う回復期リハビリ
 - ③回復又は残存した機能を活用し、歩行能力などの維持・向上を目的に行う維持期リハビリがあります。
- 回復期から維持期のリハビリテーションでは、多職種連携により、再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者の教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が必要であるとともに、歯科関係職種と連携して、誤嚥（えん）性肺炎の予防や咀嚼（そしゃく）機能の維持を図ることも重要です。
- リハビリテーション科の医師数は、全国では増加傾向にあり、本県では横ばいです。人口10万人対のリハビリテーション医師数は全国では増加傾向にありますが、本県では減少傾向にあります。

【表9】 脳血管疾患等リハビリテーションを行う医療機関数（二次医療圏別）（平成29年4月現在）

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

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

【表10】 リハビリテーション科に従事する医師数

区分	平成22年	24年	26年
長野県	225 (10万対医師数)	214 (10.0)	217 (10.3)
全国	16,604 (13.0)	16,718 (13.1)	17,119 (13.9)

（厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査）

【表11】 リハビリテーション科に従事する医師の配置状況（二次医療圏別）（平成26年10月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医師数(人)	29	41	8	14	18	2	40	6	52	7	217

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

(6) 地域での医療連携

- 急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む。）までの医療については、地域の各医療機関が、それぞれの持つ医療機能に応じ、連携して患者に医療を提供する体制を整備することが重要です。
- 急性期から回復期及び再発予防までの医療を一貫して提供することを目的として作成される「地域連携クリティカルパス」は、地域の医療機関の連携のための方法のひとつです。
- 脳血管疾患患者の在宅死亡割合は、全国・県ともに増加傾向にあります。また、当県は全国に比べて在宅死亡割合が高く推移しています。

【表 15】 脳血管疾患退院患者の平均在院日数（二次医療圏別） （平成 26 年 10 月現在）

医療圏	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) 全国
平均日数	46.9	110.2	90.2	50.8	38.8	17.8	34.1	40.6	74.8	49.8	62.2	89.5

（厚生労働省「患者調査」）

【表 16】 脳卒中急性期の地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数・利用者数
（二次医療圏別）平成 28 年 10 月現在

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	3	3	2	2	3	—	4	2	4	1	24
利用者数	171	168	181	175	155	—	131	5	260	77	1,323

（医療推進課「医療機能調査」）

【表 17】 脳血管疾患患者の在宅死亡割合

区分	平成 22 年	25 年	26 年	27 年
長野県	29.0%	32.0%	32.6%	33.7%
全国	18.7%	20.9%	21.2%	21.8%

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

(1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

- 発症後2時間以内に、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行うことが可能な体制を目指します。
- 医療機関到着後1時間以内にrt-PA静注療法などの専門的治療の開始が可能な医療体制を目指します。
- 急性期の診断及び治療について、24時間体制での実施を行うため、地域における複数の医療機関が連携する体制の構築を目指します。

(2) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

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

(3) 在宅療養が可能な体制

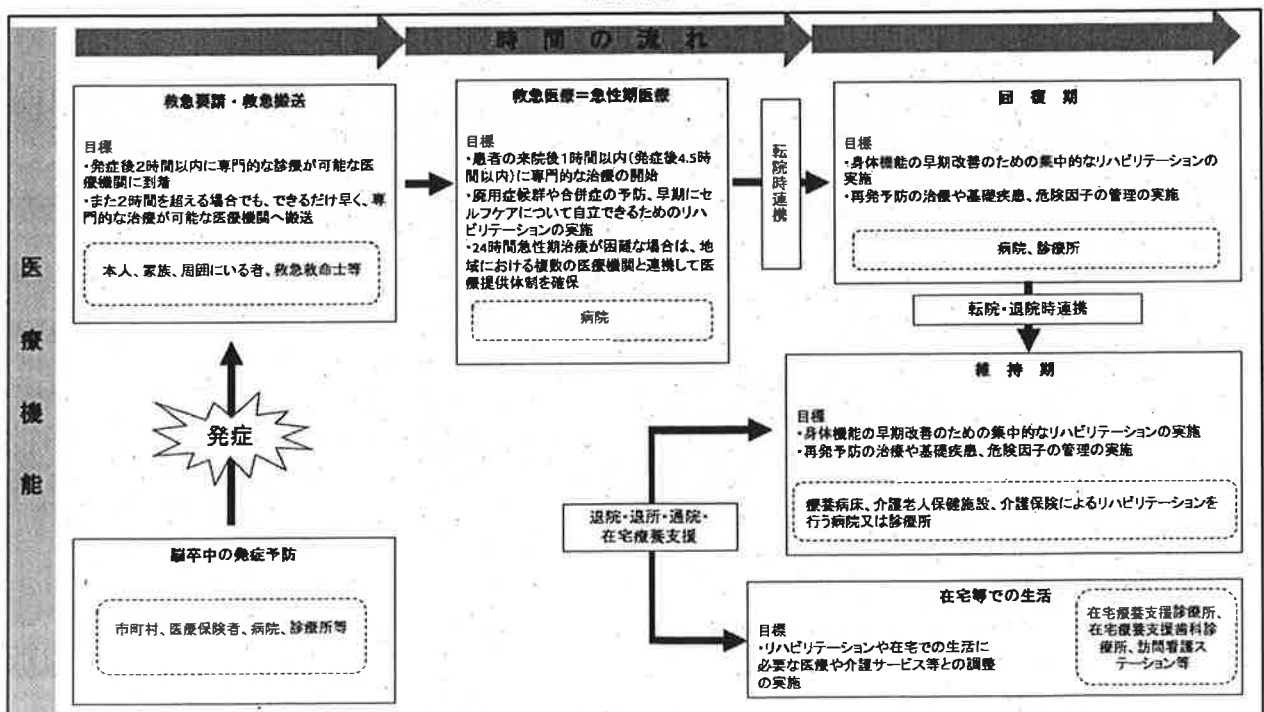
- 患者が生活の場で療養できるよう、自立生活又は在宅療養を支援するため、医療及び介護サービスが相互に連携可能な体制を目指します。

2 脳卒中の医療体制

- 脳卒中の医療体制は、次に示す図のとおりです。

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

脳卒中医療連携体制のイメージ



3 二次医療圏相互の連携体制

(1) 医療資源、患者の受療動向

- 医師、SCU（脳卒中集中治療室）等脳卒中急性期に必要な医療資源について、地域差が存在しています。
- 木曽医療圏にあつては、松本医療圏及び岐阜県の医療機関における受療、大北医療圏にあつては、松本医療圏の医療機関における受療、北信医療圏にあつては、長野医療圏の医療機関における受療が多い状況です。
- 脳血管疾患等リハビリテーション及び回復期・再発予防期の医療資源については、木曽医療圏と大北医療圏、北信医療圏でほかの医療圏との間で地域差があります。

(2) 連携体制

- ほかの医療圏との間で地域差がある木曽医療圏及び大北医療圏にあつては松本医療圏等と、北信医療圏にあつては長野医療圏と連携した医療提供体制を推進します。
- 各医療圏内で、複数の医療機関の連携体制の構築を目指します。

第3 施策の展開

1 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制の整備

- 医療機関の協力を得て、本人・家族等への脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識や、家族等発見者による速やかな救急搬送要請についての必要性の周知に努めます。
- 発症後2時間以内に、rt-PA 静注療法が常時可能な医療機関への直接搬送が行われるよう、脳卒中医療提供体制についての消防機関と医療機関における情報共有・連携強化に努めます。（第6編「救急医療」参照）
- 24時間 rt-PA 静注療法を用いた治療が実施可能な体制のない二次医療圏について、隣接している医療圏間及び地域における診療機関の連携強化による医療機能の有効活用を推進します。
- 医療機関到着後1時間以内に専門的な治療を開始できるよう急性期医療機関の体制整備を促進します。

2 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制の整備

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

3 在宅療養が可能な体制の整備

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

第4 数値目標

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）	長野県 41.0 全 国 37.8 (H27)	37.8	全国平均を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」
O	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）	長野県 22.2 全 国 21.0 (H27)	21.0	全国平均を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

1 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	神経内科医師数（人口10万対）	長野県 3.9人 全 国 3.7人 (H26)	3.9人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	脳神経外科医師数（人口10万対）	長野県 5.5人 全 国 6.2人 (H26)	6.2人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	脳血管内治療専門医数（人口10万対）	長野県 0.5人 全 国 0.6人 (H26)	0.6人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	SU（脳卒中治療の専用病室）を有する病院数、病床数（人口10万対）	0.3病院 1.9床 (H26)	0.3病院 1.9床	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	SCU（脳卒中集中治療室）を有する病院数（人口10万対）	0.2床 (H26)	0.2床	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	脳梗塞（こうそく）に対するrt-PAによる脳血栓溶解療法の実施が可能な病院数（人口10万対）	0.9病院	0.9病院以上	現状より増加させる。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	脳梗塞（こうそく）に対するrt-PAによる脳血栓溶解療法の実施が可能な医療圏数	10医療圏	10医療圏	現在の水準を維持する。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」

S	脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能である医療機関数（※注）	30箇所 (H28)	30箇所以上	現状より増加させる。	医療推進課調査
O	脳血管疾患の退院患者平均在院日数	長野県 62.2日 全国 89.1日 (H26)	62.2日以下	現状より減少させる。	厚生労働省「患者調査」

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

- ①脳卒中診療/脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が在籍する事
- ②血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能である事
- ③脳卒中表やスケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能である事
- ④脳梗塞（こうそく）に対し、来院1時間以内来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）にrt-PAを用いた治療が実施可能である事

更に以下の要件を全て満たす事が望ましい。

- I 脳外科手術が来院後2時間以内に開始可能である事
- II 脳血管内手術が来院後2時間以内に開始可能である事
- III 脳血管疾患リハビリテーションが発症後24時間以内に開始可能である事

2 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口10万対）	長野県 5.8箇所	5.8箇所	現状より増加させる。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	回復期リハビリテーション病棟管理料の届出施設数	23箇所	23箇所	現状より増加させる。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」

3 在宅療養が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	在宅療養支援診療所の届出施設数	236箇所 (H28)	在宅WGで検討	国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整する介護支援員数	2,186人 (H27)	在宅WGで検討	国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	介護支援課調査
S	脳卒中の地域連携クリティカルパス導入率（急性期医療機関）	県内平均 82.8%	100%	全ての急性期病院で導入する。	医療推進課調べ

○	脳血管疾患患者の在宅死亡割合	長野県 33.7% 全 国 21.8% (H27)	33.7% 以上	現状より増加させる。	厚生労働省「人口動態調査」
---	----------------	---------------------------------------	-------------	------------	---------------

コラム（案）

1 第6次計画のコラム

- 脳卒中予防と不整脈
- rt-PAによる血栓溶解療法と治療までの時間

2 第7次計画のコラム

- 脳卒中予防
- 薬剤師による自己血圧測定の重要性の啓発

7 脳卒中の医療に関する機能別医療機関

(平成28年(2016年)10月1日現在)

機能	【予防】	【急性期】	【回復期】	【維持期】
発症予防の機能		救急医療の機能	身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能	日常生活への復帰のためのリハビリテーションを実施し、復帰後の療養を支援する機能
医療機関の例	<p>次の①～④の要件を全て満たす病院</p> <p>① 脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が在籍する事</p> <p>② 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能である事</p> <p>③ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間以内(夜間4.5時間以内)にET-PAを用いた治療が実施可能である事</p> <p>更に以下の要件を全て満たす事が望ましい。</p> <p>I 脳外科手術が来院後2時間以内に開始可能である事</p> <p>II 脳血管内手術が来院後2時間以内に開始可能である事</p> <p>III 脳血管疾患リハビリテーションが入院後1時間以内(夜間4.5時間以内)に開始可能である事</p>	<p>脳血管疾患等リハビリテーション科(1、2、3)の届出がある病院又は診療所</p> <p>リハビリテーション病棟入院科(1、2、3)</p>	<p>病院、診療所</p> <p>介護老人保健施設</p> <p>訪問看護ステーション</p>	
佐久		<p>◎ 市立国保民間総合病院(小諸市)</p> <p>◎ 厚生連小諸厚生総合病院(小諸市)</p> <p>◎ 厚生連佐久総合病院佐久医療センター(佐久市)</p> <p>◎ 市立国保民間総合病院(小諸市)</p> <p>◎ 厚生連小諸厚生総合病院(小諸市)</p> <p>◎ 雨宮病院(佐久市)</p> <p>◎ 金澤病院(佐久市)</p> <p>◎ 川西赤十字病院(佐久市)</p> <p>◎ くらさわ病院(佐久市)</p> <p>◎ 厚生連佐久総合病院佐久医療センター(佐久市)</p> <p>◎ 佐久平整形外科クリニック(佐久市)</p> <p>◎ 安藤病院(上田市)</p> <p>◎ 上田病院(上田市)</p> <p>◎ 厚生連豊後診療院(上田市)</p> <p>◎ 厚生連三才山病院(上田市)</p> <p>◎ 国立病院機構信州上田医療センター(上田市)</p> <p>◎ 上田整形外科クリニック(上田市)</p> <p>◎ 岸医院(上田市)</p> <p>◎ さなだクリニック(上田市)</p> <p>◎ 岡谷市民病院(岡谷市)</p> <p>◎ 諏訪湖時病院(諏訪市)</p> <p>◎ 諏訪赤十字病院(諏訪市)</p> <p>◎ 組合立諏訪中央病院(茅野市)</p> <p>◎ 厚生連富士見高原医療福祉センター富士見町(諏訪市)</p> <p>◎ 菅坂医院(諏訪市)</p> <p>◎ 伊那中央病院(伊那市)</p> <p>◎ 昭和三井総合病院(駒ヶ根市)</p> <p>◎ 元気のクリニック(伊那市)</p> <p>◎ 厚生連富士見高原医療福祉センターみずすず診療所(伊那市)</p> <p>◎ 飯田市立病院(飯田市)</p> <p>◎ 飯田病院(飯田市)</p> <p>◎ 藤山会記念病院(飯田市)</p> <p>◎ 瀬口脳神経外科病院(飯田市)</p>	<p>厚生連佐久総合病院(佐久市)</p> <p>市立国保民間総合病院(佐久市)</p> <p>厚生連佐久総合病院小海分院(小海町)</p> <p>町立千曲病院(佐久穂町)</p> <p>国保野井双病院(野井沢町)</p> <p>御代田中央記念病院(御代田町)</p> <p>てらおかクリニック(佐久市)</p> <p>小林脳神経外科・神経内科病院(上田市)</p> <p>丸子中央病院(上田市)</p> <p>柳澤病院(上田市)</p> <p>東御市民病院(東御市)</p> <p>国保依田産科病院(長和町)</p> <p>市立みまき温泉診療所(東御市)</p> <p>称律診療所(東御市)</p> <p>信濃医療福祉センター(下諏訪町)</p> <p>諏訪共立病院(下諏訪町)</p> <p>厚生連富士見高原病院(富士見町)</p> <p>市瀬医院(下諏訪町)</p> <p>厚生連富士見高原医療福祉センター中新田診療所(原村)</p> <p>町立辰野病院(辰野町)</p> <p>上伊那生協病院(箕輪町)</p> <p>芦澤整形外科(箕輪町)</p> <p>厚生連富士見高原医療福祉センター西小野診療所(辰野町)</p> <p>菅沼病院(飯田市)</p> <p>下伊那赤十字病院(松川町)</p> <p>厚生連下伊那厚生病院(高森町)</p> <p>県立阿南病院(阿南町)</p> <p>補上医院(阿智村)</p>	
上小				
諏訪	<p>病院又は診療所</p>			<p>・病院、診療所</p> <p>・介護老人保健施設</p> <p>・訪問看護ステーション</p>
上伊那				
飯				
木曾				

7 脳卒中の医療に関する機能別医療機関

(平成28年(2016年)10月1日現在)

機能	【予防】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
					発症予防の機能
医療機関の例	<p>次の以下の①～④の要件を全て満たす病院</p> <p>① 脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が在籍する事</p> <p>② 脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションが24時間実施可能である事</p> <p>③ 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能な事</p> <p>④ 脳卒中診療スケールなどを用いた体系的な診療学的評価が24時間実施可能である事</p> <p>⑤ 脳梗塞に対し、来院1時間以内来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)にrt-PAを用いた治療が実施可能である事</p> <p>更に以下の要件を全て満たす事が望ましい。</p> <p>I 脳外科手術が来院後2時間以内に開始可能である事</p> <p>II 脳血管内手術が来院後2時間以内に開始可能である事</p> <p>III 脳血管疾患リハビリテーションが発症後24時間以内に開始可能である事</p>	<p>水以下の①～④の要件を全て満たす病院</p> <p>① 脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が在籍する事</p> <p>② 脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションが24時間実施可能である事</p> <p>③ 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能な事</p> <p>④ 脳卒中診療スケールなどを用いた体系的な診療学的評価が24時間実施可能である事</p> <p>⑤ 脳梗塞に対し、来院1時間以内来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)にrt-PAを用いた治療が実施可能である事</p> <p>更に以下の要件を全て満たす事が望ましい。</p> <p>I 脳外科手術が来院後2時間以内に開始可能である事</p> <p>II 脳血管内手術が来院後2時間以内に開始可能である事</p> <p>III 脳血管疾患リハビリテーションが発症後24時間以内に開始可能である事</p>	<p>脳血管疾患等リハビリテーション科(1、2、3)の届出がある病院又は診療所 リハビリテーション病棟入院科(1、2、3)</p>	<p>病院、診療所 介護老人保健施設 訪問看護ステーション</p>	
松	<p>◎ 相澤病院 (松本市)</p> <p>○ 一之瀬脳神経外科病院 (松本市)</p> <p>◎ 信州大学医学部附属病院 (松本市)</p> <p>◎ 安曇野赤十字病院 (安曇野市)</p>	<p>相澤病院 (松本市)</p> <p>相澤真病院 (松本市)</p> <p>会田病院 (松本市)</p> <p>一之瀬脳神経外科病院 (松本市)</p> <p>上條記念病院 (松本市)</p> <p>国立病院機構まつもと医療センター-松本病院 (松本市)</p> <p>国立病院機構まつもと医療センター-松本病院 (松本市)</p> <p>城西病院 (松本市)</p> <p>信州大学医学部附属病院 (松本市)</p> <p>藤森病院 (松本市)</p> <p>松本協立病院 (松本市)</p> <p>梓川診療所 (松本市)</p> <p>美敷会大久保クリニック (松本市)</p> <p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センター-白馬診療所 (白馬村)</p> <p>朝日なかの病院 (長野市)</p> <p>県立総合リハビリテーションセンター (長野市)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連新町病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>国立病院機構東長野病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>竹重病院 (長野市)</p> <p>さし整形外科 (長野市)</p> <p>豊野病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>クリニックコスモス長野 (長野市)</p> <p>国民健康医療所 (長野市)</p> <p>長野整形外科クリニック (長野市)</p> <p>◎ 厚生連北信総合病院 (中野市)</p> <p>佐藤病院 (中野市)</p>	<p>松本市立病院 (松本市)</p> <p>松本中川病院 (松本市)</p> <p>丸の内病院 (松本市)</p> <p>桔梗ヶ原病院 (塩尻市)</p> <p>塩尻協立病院 (塩尻市)</p> <p>塩尻病院 (塩尻市)</p> <p>中村病院 (塩尻市)</p> <p>安曇野赤十字病院 (安曇野市)</p> <p>県立こども病院 (安曇野市)</p> <p>徳高病院 (安曇野市)</p> <p>ももセクリニック (安曇野市)</p> <p>慈泉会地域在宅医療支援センター塩尻診療所 (塩尻市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>長野中央病院 (長野市)</p> <p>山田記念朝日病院 (長野市)</p> <p>県立須坂病院 (須坂市)</p> <p>眞病院 (須坂市)</p> <p>信南山医療福祉センター (千曲市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p> <p>長野秀光会上山田病院 (千曲市)</p> <p>新生病院 (小布施町)</p> <p>信越病院 (信濃町)</p> <p>町立飯綱病院 (飯綱町)</p> <p>ましまクリニック (長野市)</p> <p>おぶせの里クリニック (小布施町)</p> <p>飯山赤十字病院 (飯山市)</p>	<p>・病院、診療所</p> <p>・介護老人保健施設</p> <p>・訪問看護ステーション</p>	
大	<p>◎ 市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>◎ 厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>◎ 厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>◎ 厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>◎ 小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>◎ 長野市民病院 (長野市)</p> <p>◎ 長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>◎ 千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>
北	<p>◎ 市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>◎ 厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>◎ 厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>◎ 厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>◎ 小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>◎ 長野市民病院 (長野市)</p> <p>◎ 長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>◎ 千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>
長野	<p>◎ 市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>◎ 厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>◎ 厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>◎ 厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>◎ 小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>◎ 長野市民病院 (長野市)</p> <p>◎ 長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>◎ 千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>	<p>市立大町総合病院 (大町市)</p> <p>厚生連北アルプス医療センターあづみ病院 (池田町)</p> <p>厚生連篠ノ井総合病院 (長野市)</p> <p>厚生連長野松代総合病院 (長野市)</p> <p>小林脳神経外科病院 (長野市)</p> <p>長野市民病院 (長野市)</p> <p>長野赤十字病院 (長野市)</p> <p>千曲中央病院 (千曲市)</p>
北信	<p>◎ 厚生連北信総合病院 (中野市)</p> <p>佐藤病院 (中野市)</p>	<p>厚生連北信総合病院 (中野市)</p> <p>佐藤病院 (中野市)</p>	<p>厚生連北信総合病院 (中野市)</p> <p>佐藤病院 (中野市)</p>	<p>厚生連北信総合病院 (中野市)</p> <p>佐藤病院 (中野市)</p>	<p>厚生連北信総合病院 (中野市)</p> <p>佐藤病院 (中野市)</p>

※ ◎:①～④を全て満たし、かつI～IIIを全て満たしている医療機関、○:①～④を全て満たしている医療機関

心筋梗塞等の心血管疾患対策

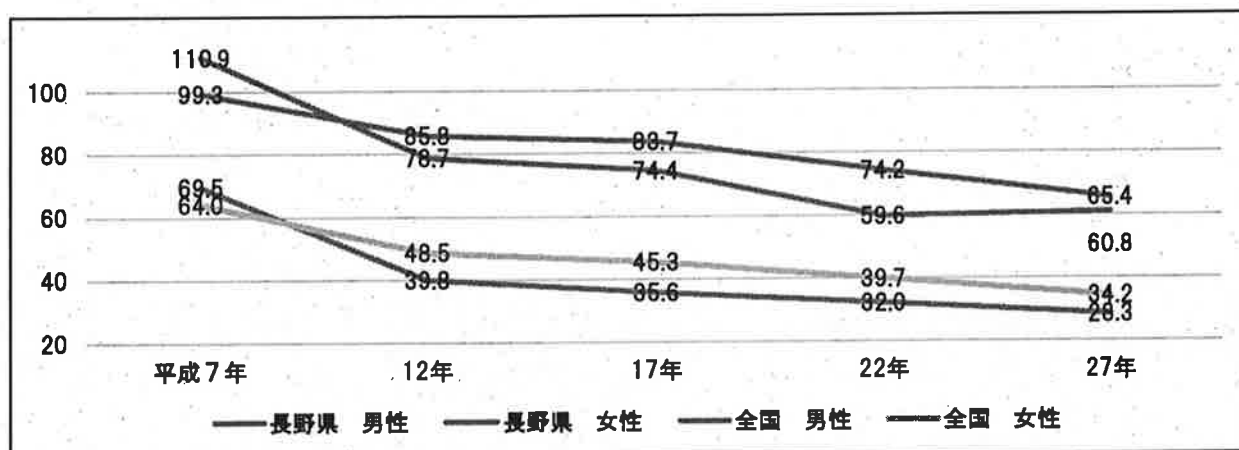
第 1 現状と課題

1 心血管疾患の状況

(1) 死亡率等

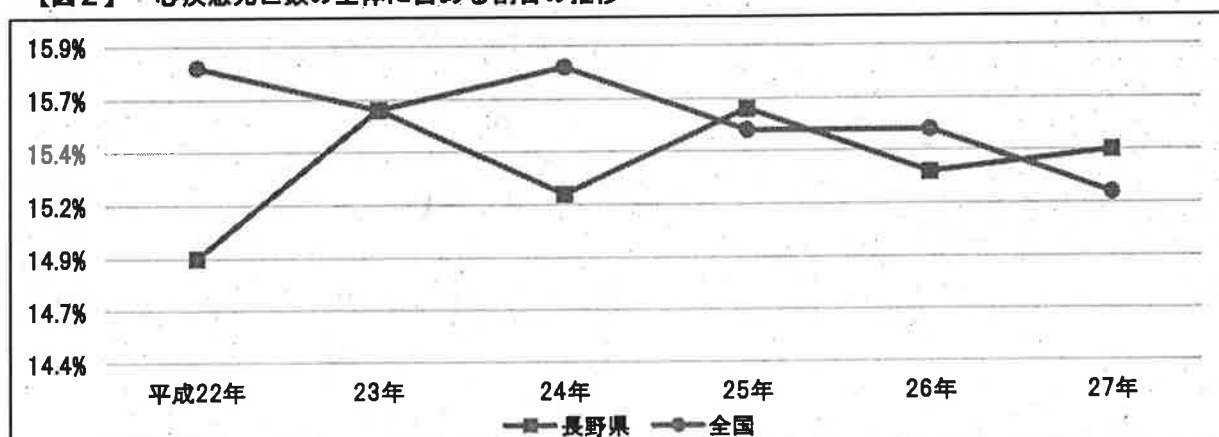
- 県内の心血管疾患による死亡数は 3,776 人（全国：約 19 万 6,113 人）で、死亡数全体の 15.4%（全国：15.2%）を占め、死亡順位の第 2 位（全国：第 2 位）となっています。また、本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は減少傾向にあります。男性が女性より高く、男女とも全国より低い状況です。（男性 35 位、女性 45 位）
- 県内の心血管疾患による死亡者の死亡数全体に占める割合は、全国が減少傾向、長野県では横ばいに推移しています。
- 心血管疾患の人口 10 万対の死亡率（高血圧性を除く）は 182.2（全国：156.5）で、うち急性心筋梗塞の割合は 20.3%となっています。

【図 1】 心血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）



（厚生労働省 「人口動態特殊報告 都道府県別年齢調整死亡率」）

【図 2】 心疾患死亡数の全体に占める割合の推移



（厚生労働省「人口動態調査」）

(2) 受療率等

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

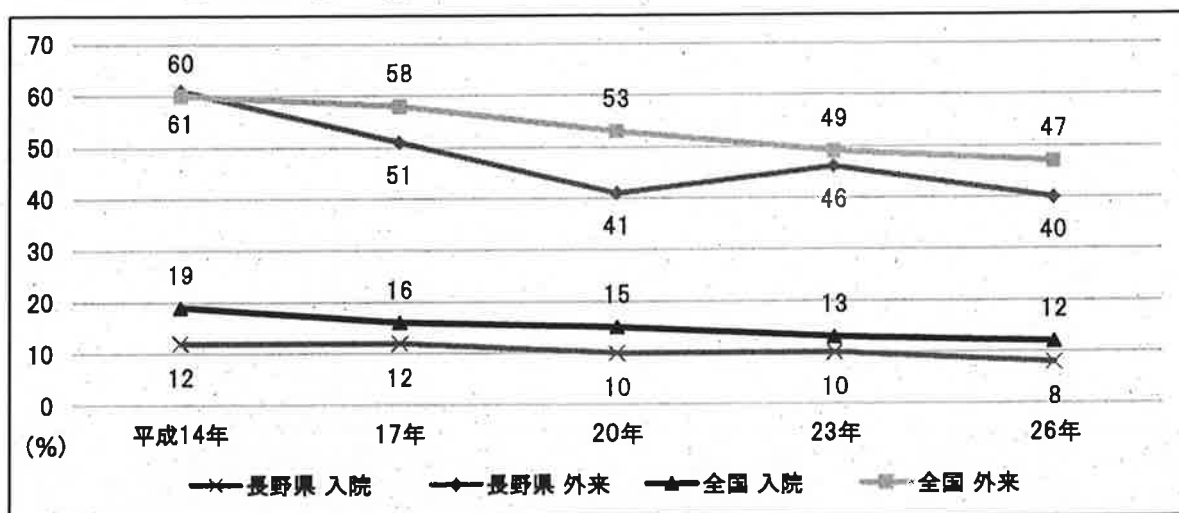
【表2】 虚血性心疾患のために継続的に医療を受けている患者数（人）

区分	平成14年	17年	20年	23年	26年
長野県	17,000	15,000	14,000	15,000	11,000
全国	911,000	863,000	808,000	756,000	779,000

（厚生労働省「患者調査」）

【図3】 虚血性心疾患の受療率の推移（人口10万対）

（平成26年10月現在）



（厚生労働省「患者調査」）

2 心血管疾患の医療

(1) 発症直後の救護、搬送

- 急性心筋梗塞は激しい胸痛を伴って発症することが多く、発症した場合は、本人や周囲にいる人が速やかに救急要請をすることが重要です。
- 救命救急士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制の下で適切な救命措置を行った上で、対応が可能な医療機関に患者を搬送することが重要です。
- 病院外で心肺停止状態となった場合は、患者の周囲にいる人や救急救命士等が、自動体外式除細動器（AED）の使用等により心肺蘇（そ）生を行うことが、救命率の向上につながります。

【表3】 心血管疾患のために救急車により搬送される急病患者

区分		平成23年	24年	25年	26年	27年
全国	人	311,938	318,730	294,053	289,286	281,703
	構成割合	9.7%	9.7%	8.7%	8.6%	8.1%

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

(2) 診断・診療体制

- 急性心筋梗塞では、問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査、心エコー検査、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行うことで正確な診断が可能となります。
- 本県の循環器内科・心臓血管外科に従事する10万人あたりの医師数は全国よりも少ない状況です。

【表4】 循環器内科医の配置状況（二次医療圏別）

（平成26年12月現在）

医療圏	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) 全国
医師数	16	10	15	4	7	1	45	2	29	5	134	11,992
医師数(10万人対)	7.5	4.9	7.3	2.1	4.1	3.3	10.4	3.2	5.2	5.3	6.4 (44位)	9.4

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表5】 心臓血管外科医の配置状況（二次医療圏別）

（平成26年12月現在）

医療圏	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) 全国
医師数	7	—	3	—	2	—	22	—	10	2	46	3,048
医師数(10万人対)	3.3	—	1.5	—	1.2	—	5.1	—	1.8	2.1	2.2 (30位)	2.4

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

(3) 急性期の医療

- 心血管疾患の急性期の治療は、心臓治療専門の医療機関で行われます。
 - ①搬送後、直ちに冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）を行い、血栓で詰まった箇所をカテーテルで広げます。
 - ②発症後概ね6時間以内に治療ができれば、心筋の壊（え）死をある程度の範囲に押さえ込むことが可能です。
 - ③合併症によっては、冠動脈バイパス術等の外科的治療も必要となります。また、心臓の負荷を軽減させるために、苦痛と不安の除去等も行われます。

- 急性期心血管疾患は、各疾患に適応した急性期診療を24時間体制で提供できる施設間ネットワークを検討する必要があります。また、疾患によっては、治療内容と各地域の医療資源の観点から、他医療圏の施設との連携体制構築が必要な場合もあります。
- 特に、大動脈解離等、緊急の外科的治療が必要な疾患については、常時対応できる医療機関が限られているため、適切な医療提供可能体制を構築する観点から、他圏域との連携がより重要となります。
- CCUは「Cardiac Care Unit(冠疾患集中治療室)」の略称で、虚血性心疾患を中心とした心臓疾患の有する患者の治療・看護を行う病棟で、本県では3つの医療機関において整備されています。

【表6】 県内の急性心筋梗塞急性期の医療を行う医療機関数(注1) (平成28年10月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	2	1	3	1	2	1	5	1	5	1	22

(注1) 心臓カテーテルによる治療が24時間可能である病院

(医療推進課「医療機能調査」)

【表7】 CCU(冠疾患集中治療室)のある医療機関数及び病床数

(二次医療圏別)(平成26年10月現在)

医療圏	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) 全国
施設数	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	3 (37位)	323
病床数	2	—	—	—	—	—	4	—	2	—	8 (41位)	1,759

(厚生労働省 医療施設調査)

(4) 回復期・再発予防期の医療

- 急性期を脱した後(回復期、再発予防期)は、血圧の継続的な管理を含めた合併症や再発の予防のための治療が行われます。
- 再発予防とともに、患者の家族などに対する再発時の適切な対応についての教育も重要です。

(5) リハビリテーション

- 心血管疾患のリハビリテーションでは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰や社会復帰を目的として、患者の状態に応じ、治療開始当日から運動療法、食事療法等を実施します。
- 心血管疾患のリハビリテーションの内容は、服薬指導等の患者教育・運動療法・危険因子の管理等、多岐にわたります。そのため、地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制を検討する必要があります。

【表8】 心大血管疾患リハビリテーションを行う医療機関数（二次医療圏別）（平成29年4月現在）

医療圏	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:10万対）	
												県	全国
医療機関数	1	1	3	2	3	—	7	1	4	1	23	1.10 (24位)	0.96

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

（6）地域での医療連携

- 急性期から回復期及び再発予防期（在宅療養に対する支援を含む。）までの医療について、地域の各医療機関が、それぞれの持つ医療機能に応じ、連携して患者に医療を提供する体制を整備することが重要です。
- 心血管疾患の中でも、患者数増加が予想されている慢性心不全患者に対しては、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、専門的医療を行う施設の急性増悪時の診療連携・支援を含め、地域全体で慢性心不全患者を管理する体制の検討が必要です。
- 急性期から回復期及び再発予防までの医療を一貫して提供することを目的として作成される「地域連携クリティカルパス」は、地域の医療機関の連携のための方法のひとつです。

【表9】 虚血性心疾患退院患者の平均在院日数（二次医療圏別）（平成26年10月現在）

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

（厚生労働省「患者調査」）

【表10】 急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数・利用者数（二次医療圏別）（平成28年10月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	2	—	1	—	—	—	3	—	3	1	10
利用者数	34	—	19	—	—	—	—	—	25	120	198

（医療推進課「医療機能調査」）

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

(1) 発症後、速やかな救命処置と搬送及び専門的な診療が可能な体制

- 周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法の実施が可能な体制を目指します。
- 専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送が可能な体制を整備します。
- 医療機関到着後 30 分以内の専門的な治療の開始が可能な医療体制を目指します。

(2) 合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテーションが可能な体制

- 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションの実施が可能な体制を目指します。
- 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず包括的あるいは多要素リハビリテーションが実施可能な体制を目指します。

(3) 在宅療養が可能な体制

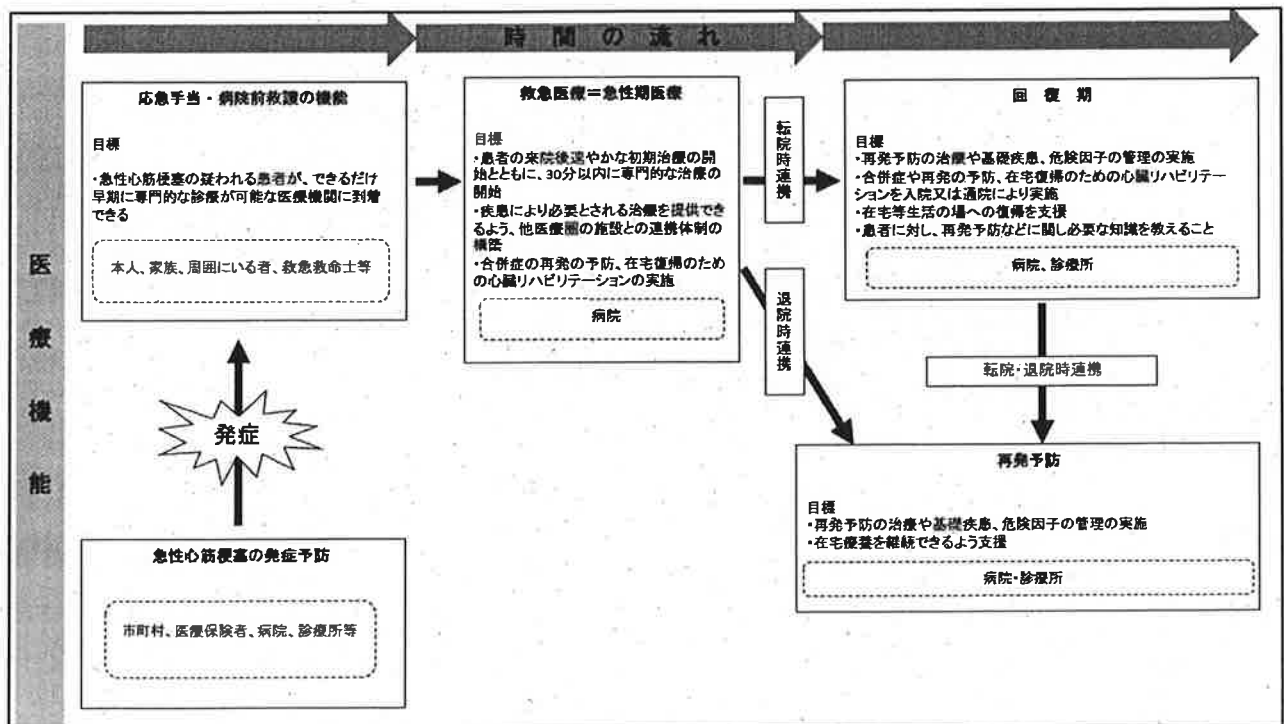
- 合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施が可能な体制を目指します。
- 再発予防のための定期的専門的検査の実施が可能な体制を目指します。

2 心血管疾患の医療体制

急性心筋梗塞の医療提供体制は、次に示す図のとおりです。

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

心血管疾患医療連携体制のイメージ



3 二次医療圏相互の連携体制

(1) 医療資源、患者の受療動向

- 急性心筋梗塞に対応可能な病院等の医療資源について、すべての医療圏で24時間心臓カテーテルによる治療が実施可能な体制があります。ただし、専門医の不足等により、医療圏内で十分に対応できない状況となる場合もあります。
- 心大血管疾患リハビリテーション及び回復期・再発予防期の医療資源については、木曽医療圏と大北医療圏でほかの医療圏との間で地域差があります。
- 患者の受療動向について見ると、木曽医療圏にあつては、松本医療圏及び岐阜県の医療圏、大北医療圏にあつては、隣接する松本医療圏の医療機関における受療が多い状況です。

(2) 連携体制

- ほかの医療圏との間で地域差がある、木曽医療圏及び大北医療圏にあつては、松本医療圏と連携した医療提供体制を推進します。
- 大動脈解離等の治療については、CCU（冠疾患集中治療室）が整備されている三医療圏等とそのほかの医療圏が連携した医療提供体制を目指します。

第3 施策の展開

1 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制の整備

- 医療機関等の協力を得て、本人・家族等への急性心筋梗塞の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識や、家族等発見者による速やかな救急搬送要請と救急蘇生法の実施の必要性についての意識啓発に努めます。
- 発症後、速やかな専門的診療が可能な医療機関への直接搬送が行われるよう急性心筋梗塞医療提供体制についての消防機関と医療機関における情報共有・連携強化に努めます。
- 医療機関到着後30分以内に専門的な治療を開始できるよう急性期医療機関の体制整備を促進します。
- 急性期医療の24時間提供体制が十分でない場合は、隣接する医療圏の施設と連携する体制の構築に努めます。

2 合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテーションが可能な体制の整備

- 合併症予防や在宅復帰が可能となるよう多職種連携による地域リハビリテーション体制整備を促進します。

3 在宅療養が可能な体制の整備

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

第4 数値目標

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（男性）	長野県 16.9 全 国 16.2 (H27)	16.2 以下 (H27)	全国平均より減少させる。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」
○	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（女性）	長野県 5.9 全 国 6.1 (H27)	5.9 以下 (H27)	現状より減少させる。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

1 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送及び専門的診療が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	循環器内科医師数 (人口10万対)	長野県 6.4人 全 国 9.4人 (H26)	6.4人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	心臓血管外科医師数 (人口10万対)	長野県 2.2人 全 国 2.4人 (H26)	2.2人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	必要な検査および処置が24時間対応可能である医療機関数 ※経皮的冠動脈形成術が24時間実施可能な病院数	22病院	22病院以上	現状より増加させる。	医療推進課調べ
S	CCU(心血管集中治療室)を有する病院数、病床数 (人口10万対)	0.1病院 0.4床	0.1病院以上 1.4床以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医療施設調査」
S	大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数(人口10万対)	1.5病院	1.5病院以上	現状より増加させる。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万対)	長野県 1.1箇所 全 国 0.96箇所	1.1箇所以上	現状より増加させる。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	心臓リハビリテーションが発症後24時間以内に開始可能な医療機関数	14箇所 (H28)	14箇所以上	現状より増加させる。	医療推進課調査

0	退院患者平均在院日数	長野県 8.6 日 全 国 8.2 日 (H26)	8.6 日以下	現状より減少させる。	厚生労働省「患者調査」
---	------------	---------------------------------	---------	------------	-------------

3 合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテーションが可能な体制

区分	指 標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	心臓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 1.1 箇所 全 国 0.96 箇所	1.1 箇所以上	現状より増加させる。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	心臓リハビリテーションが発症後 24 時間以内に開始可能な医療機関数（再掲）	14 箇所 (H28)	14 箇所以上	現状より増加させる。	医療推進課調査

4 在宅療養が可能な体制

区分	指 標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	在宅療養支援診療所の届出施設数（人口 10 万対）（再掲）	236 箇所 (H28)	在宅WGで検討	国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	心血管疾患の地域連携クリティカルパス導入率（急性期医療機関）	県内平均 45.5% (H28)	100%	全ての急性期病院で導入する。	医療推進課調べ

コラム（案）

1 第6次計画のコラム

- 虚血性心疾患及び脳疾患の動向

2 第7次計画のコラム

- 慢性心不全について

(平成28年(2016年)10月1日現在)

8 急性心筋梗塞の医療に関する機能別医療機関

機能	【予防】		【急性期】		【回復期・再発予防期】	
	発症予防の機能	救急医療の機能	心臓カテーテルによる治療が24時間可能である病院	救急医療の機能	身体機能を回復させる心臓リハビリテーションを実施する機能	再発予防の機能
医療機関の別	病院又は診療所	病院又は診療所	病院又は診療所	病院又は診療所	病院又は診療所	病院又は診療所
佐久		厚生連小津厚生総合病院(小津市)				
上小		厚生連佐久総合病院佐久医療センター(佐久市)				
		国立病院機構信州上田医療センター(上田市)				
諏訪		岡谷市民病院(岡谷市)				
		諏訪赤十字病院(諏訪市)				
		組合立諏訪中央病院(茅野市)				
上伊那		伊那中央病院(伊那市)				
飯伊		飯田市立病院(飯田市)				
		飯田病院(飯田市)				
木曾		果立木曾病院(木曾町)				
		相澤病院(松本市)				
松本		国立病院機構まつもと医療センター松本病院(松本市)				
		信州大学医学部附属病院(松本市)				
		松本協立病院(松本市)				
		安曇野赤十字病院(安曇野市)				
大北		厚生連北アルプス医療センターあづみ病院(池田町)				
		厚生連篠井総合病院(箕野市)				
		厚生連長野松代総合病院(箕野市)				
長野		長野市民病院(長野市)				
		長野赤十字病院(長野市)				
		長野中央病院(長野市)				
北信		厚生連北信総合病院(中野市)				

医療機関の例の具体的な名称

糖尿病対策

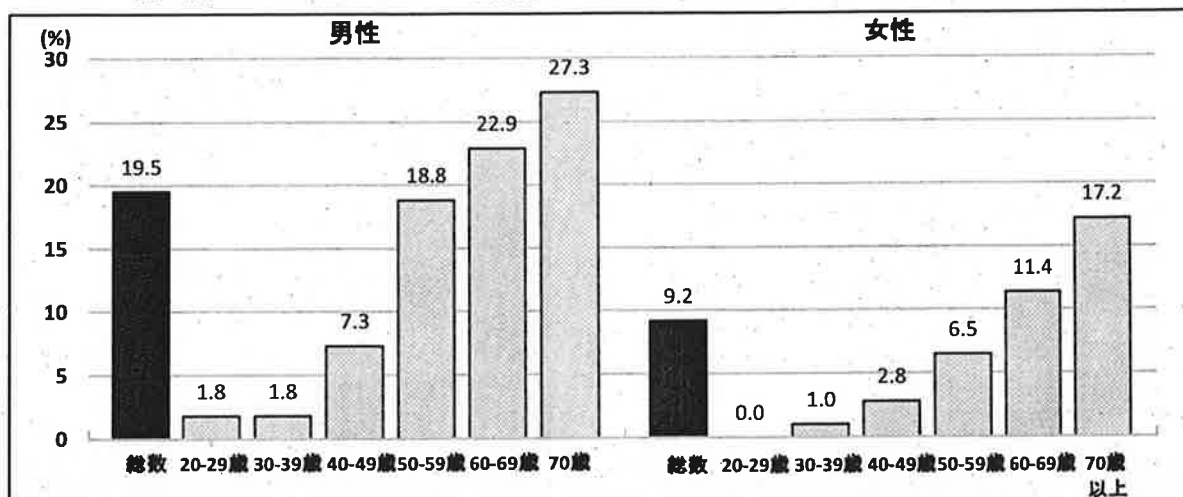
第1 現状と課題

1 糖尿病の状況

(1) 有病者の割合等

- 全国で糖尿病が強く疑われる者の割合は、男性 19.5% (約 986 万人)、女性 9.2% (約 501 万人) であり、概ね横ばいに推移しています。
- 糖尿病が強く疑われる者の内、治療を受けている者の割合は、平成 24 年に比べて増加傾向にあります。
- 糖尿病の可能性を否定できない者の割合は、概ね横ばいです。

【図1】「糖尿病が強く疑われる者」の年齢階級別の割合 (20歳以上) (平成27年11月現在)



(厚生労働省 「国民健康・栄養調査」)

【表1】「糖尿病と強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」年次推移 (20歳以上) (%)

		平成22年	23年	24年	25年	26年	27年
①強く疑われる者	男性	16.6	15.7	15.2	16.2	15.5	19.5
	女性	9.2	7.6	8.7	9.2	9.8	9.2
①のうち治療を受けている者	男性	—	—	65.9	70.4	74.4	74.4
	女性	—	—	64.3	69.7	68.7	73.5
②可能性を否定できない者	男性	14.5	11.5	12.1	9.7	11.3	14.7
	女性	15.8	9.7	13.1	9.3	13.1	14.9

※治療を受けている者は、「過去から現在にかけて継続的に受けている者」、(厚生労働省「国民健康・栄養調査」)
「過去に中断したことがあるが、現在は受けている者」の合計

▼「糖尿病が強く疑われる者」の判定▼

ヘモグロビン A1c (NGSP) の値が 6.5% 以上、または、「現在、糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者

▼「糖尿病の可能性を否定できない人」の判定▼

ヘモグロビン A1c (NGSP) 値が 6.0% 以上、6.5% 未満で、「糖尿病が強く疑われる人」以外の人

(2) 受療率等

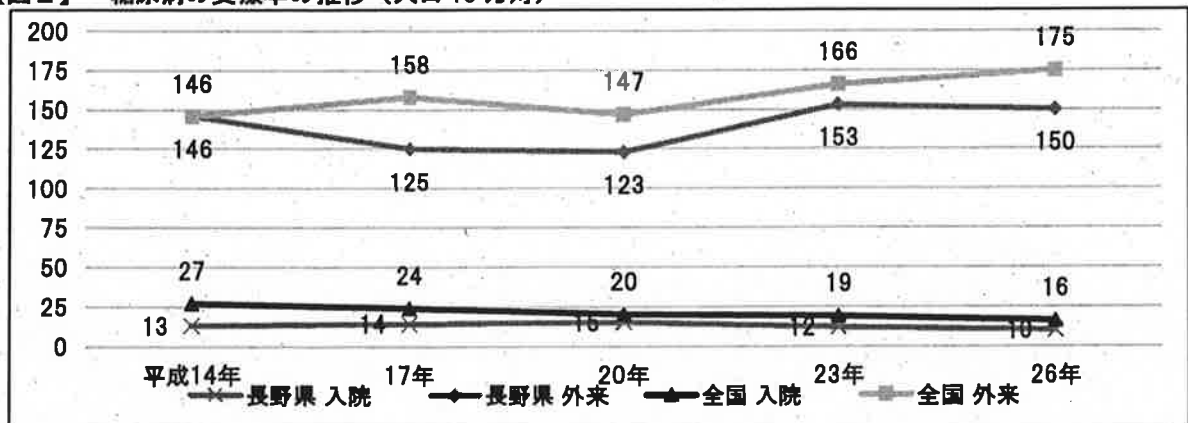
- 本県で糖尿病のために継続的に医療を受けている患者数は、約4万6,000人（全国約316万6,000人）と推計され、増加傾向にあります。
- 本県の糖尿病の受療率は概ね横ばいで、全国より低い状況です。
- 糖尿病治療のための受診は、中断してしまう人が年8パーセント程度いるとされています。特に現役世代の男性に中断者が多い状況です。合併症などの重症化を予防するためにも、初期症状のときから継続的な受診の啓発をすることが重要です。
- 平成27年(2015年)に全国で人工透析を新しく始めた患者約3万6,797人のうち、糖尿病が原因である人は約1万6,072人(43.7%)となっています。
- 糖尿病患者の11.8%が糖尿病神経障害を、11.1%が糖尿病腎症を、10.6%が糖尿病網膜症を、0.7%が糖尿病足病変を合併しています。（厚生労働省「国民健康・栄養調査」）

【表2】 糖尿病のために継続的に医療を受けている患者数 (単位：千人)

区分	平成14年	17年	20年	23年	26年
長野県	46	38	36	49	46
全国	2,284	2,469	2,368	2,700	3,166

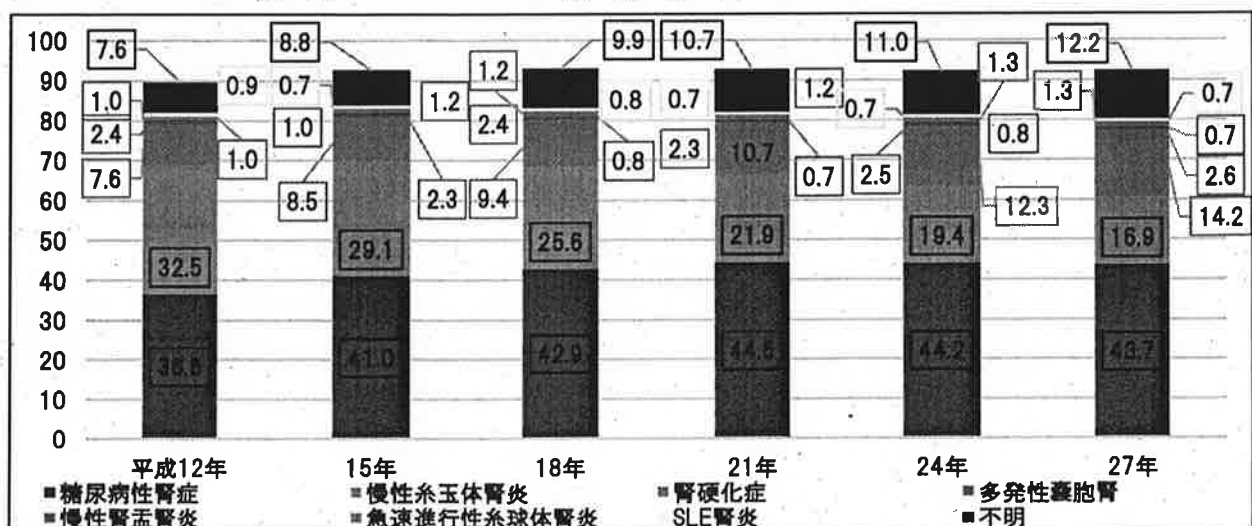
(厚生労働省「患者調査」)

【図2】 糖尿病の受療率の推移 (人口10万対)



(厚生労働省「患者調査」)

【図3】 人工透析導入患者の原疾患に占める糖尿病の構成割合の推移

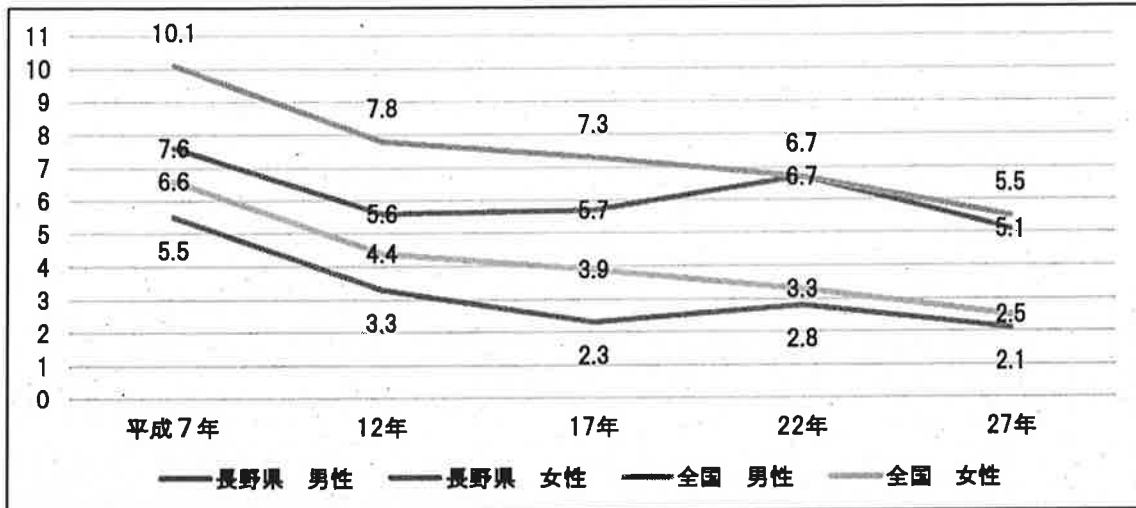


(日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況」)

(3) 死亡率

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

【図4】 糖尿病の年齢調整死亡率(人口10万対) (平成27年)



(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

2 糖尿病の医療

(1) 治療・保健指導

- 1型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行います。2型糖尿病の場合は、2～3ヶ月間の食事療法・運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合は、インスリン治療を含む薬物療法を開始します。
- 薬物療法を開始した後でも、生活習慣の改善等により服薬の減量や中止ができることから、保健師、看護師、管理栄養士等による生活習慣の指導、これらの職種と薬剤師との連携などが重要です。
- 血糖をコントロールするインスリンは、歯周病が原因で機能が低下する場合があります。歯科関係職種との連携による歯周病の予防や治療も重要です。
- 糖尿病患者の指導や支援を行う医療従事者の資格として、糖尿病療養指導士(CDE)や糖尿病看護認定看護師があります。
- 本県の糖尿病内科に従事する人口10万人あたりの医師数は2.7と全国を下回っている状況です。

【表3】 県内の糖尿病内科医師の配置状況(二次医療圏別)

(平成26年12月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計	全国
医師数	6	2	5	—	3	—	26	—	17	—	59	4,446
医師数(人口10万人対)	2.8	1.0	2.4	—	1.8	—	6.0	—	3.0	—	2.7	3.5

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

【表4】 県内の糖尿病専門医の配置状況（二次医療圏別）

（平成26年12月現在）

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

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

（2）合併症の治療

- 糖尿病が原因で腎臓、神経又は網膜の障害等の慢性合併症を発症した場合は、血糖コントロール等を行うことにより、病期の進展を止めたり、遅らせることが可能であり、初期・安定期の治療を行う医療機関が、眼科の医療機関や人工透析を実施する医療機関等と連携して対応することが重要です。また、合併症の重症化予防のためには薬剤師や保健師の関わりも重要であり、服薬の継続管理や生活習慣改善への助言など、地域の医師と連携した取り組みを行う必要があります。
- 当県では、保険者による糖尿病性腎症の重症化予防の取組を推進していくため、県医師会、県糖尿病対策推進会議、県保険者協議会と連携し、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を平成28年8月に策定しました。糖尿病性腎症は自覚症状のないまま徐々に進行します。早期に腎症を発見するために、尿検査によって尿タンパクの有無及びアルブミン尿の有無を調べるとともに、受診勧奨、保健指導などを行い、人工透析等への移行を防ぐ取り組みを推進します。
- 糖尿病性昏（こん）睡などの急性合併症については、発症予防や発症時に適切な対応をするための患者教育が重要です。

【表5】 県内の糖尿病の専門治療、急性期・慢性期治療を行う医療機関数

（平成28年10月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
専門治療 医療機関数	13	10	7	9	11	1	27	4	23	2	107
急性期・慢性期治療 医療機関数	8	5	5	5	6	1	12	2	11	2	57

※専門治療 ①～④のいずれかに該当する医療機関

（医療推進課「医療機能調査」）

- ① 常勤の糖尿病専門医が在籍すること
- ② 常勤の糖尿病療養指導士（CDE）が在籍すること
- ③ 常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること
- ④ 日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること

※急性期・慢性期治療 ①～④のいずれかに該当することに加え、⑤又は⑥に該当する医療機関

- ⑤ 人工透析装置を有すること
- ⑥ 眼科を標榜していること

【表6】 県内の腎臓専門医の配置状況（二次医療圏別）

（平成26年12月現在）

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

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表7】 県内の糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数（二次医療圏別）（平成29年4月現在）

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

（厚生労働省「診療施設報酬基準」）

（3）地域での医療連携

- 糖尿病の初期・安定期から専門治療及び急性期・慢性期までの医療については、地域の各医療機関が、それぞれの持つ医療機能に応じ、連携して患者に医療を提供する体制の整備が重要です。
- 急性期から回復期及び再発予防までの医療を一貫して提供することを目的として作成される「地域連携クリティカルパス」は、地域の医療機関の連携のための方法のひとつです。

【表8】 糖尿病（専門治療）の地域連携クリティカルパス導入医療機関数・利用者数（二次医療圏別）（平成28年10月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	6	1	—	—	—	—	2	1	2	—	12
利用者数	95	29	—	—	—	—	—	—	119	—	243

（医療推進課「医療機能調査」）

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

（1）早期受診を促す体制づくり

- 糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施が可能な医療体制を目指します。
- 良好な血糖コントロールを目指した治療の実施が可能な医療体制を目指します。

（2）重症化予防への取組み

- 教育入院等による、様々な職種との連携によるチーム医療の実施が可能な医療体制を目指します。
- 急性増悪時の治療の実施が可能な医療体制を目指します。

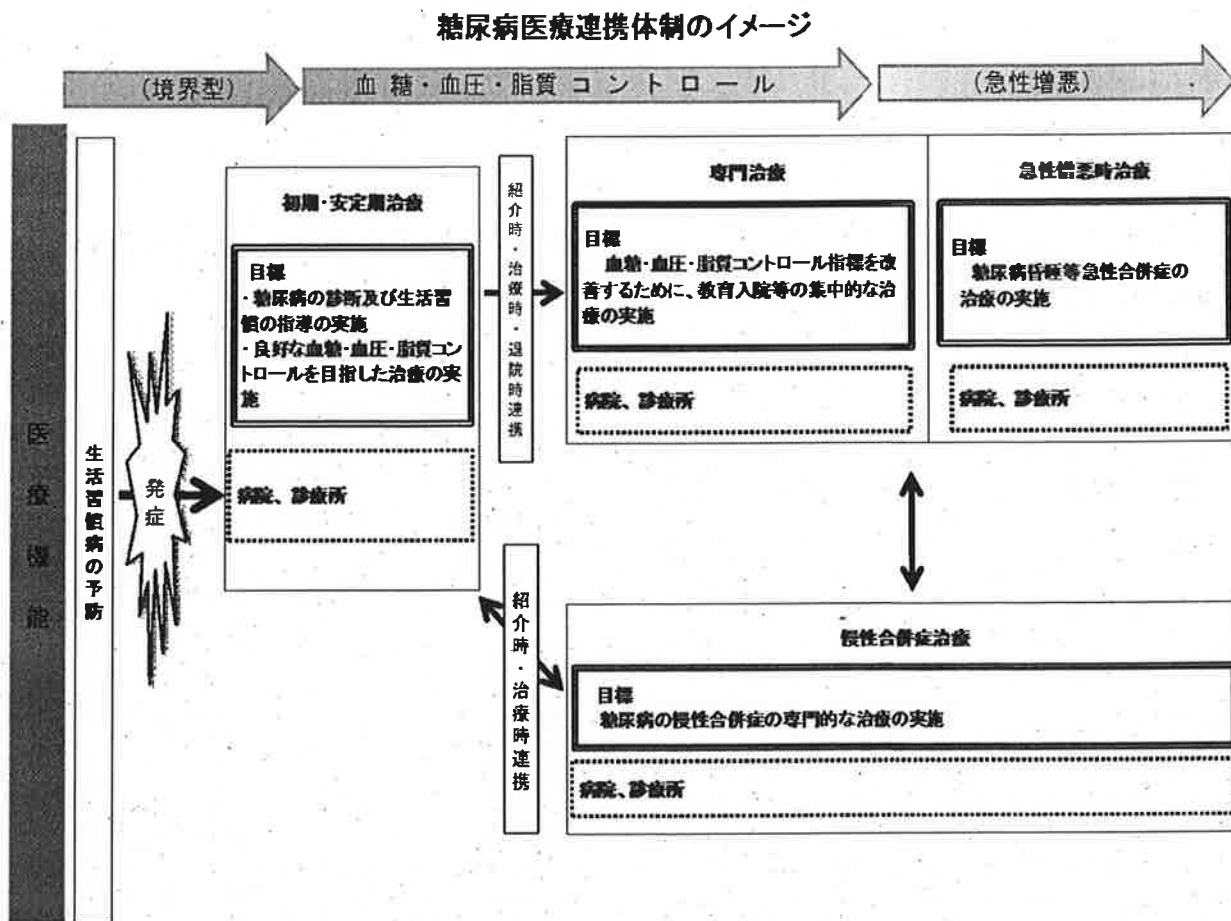
（3）医療連携体制の構築支援

- 糖尿病の慢性合併症の治療が可能な医療体制を目指します。
- 慢性合併症の重症化予防を推進し、人工透析等への移行の防止を目指します。

2 糖尿病の医療体制

○ 糖尿病の医療体制は、次に示す図のとおりです。

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



3 二次医療圏相互の連携体制

(1) 患者の受療動向

○ 患者の受療動向について見ると、上小医療圏は、佐久医療圏の医療機関における受療、木曾、大北医療圏は松本医療圏の医療機関における受療が多い状況です。

(2) 連携体制

○ 患者の受療動向から、上小医療圏は佐久医療圏との、木曾、大北医療圏は松本医療圏との連携医療提供体制を推進します。

第3 施策の展開

1 早期受診を促す体制づくり

- 医療機関・保健者等の協力を得て、健診で「糖尿病」または「境界型」とされた人に対する健診の事後指導の徹底や、治療が必要な者に対して受診を促す体制の整備を促進します。
- 糖尿病の疑いのある人などの早期発見や、重症化の防止のために、定期健康診査（特定健康診査）の受診、受診結果に基づく保健指導の実施、医療機関の受診の継続の必要性について、医療機関、保険者等の協力を得ながら県民に対する周知を図ります。

2 重症化予防への取組み

- 重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止します。
- 長野県重症化予防プログラムを活用し、医師会や薬剤師会など医療関係団体と協力して、重症化予防への取組みを行います。

3 医療連携体制の構築支援

- かかりつけ医などによる日常からの生活習慣指導や治療とともに、血糖コントロールができない場合や、合併症の発症の際に適切に対応することができるよう、関係者の情報共有や、糖尿病に係る地域連携クリティカルパスの導入・普及の支援により、初期・安定期治療から専門治療及び急性期・慢性期（在宅療養に対する支援を含む）までの医療について、地域の医療機関が連携する医療提供体制整備を支援します。

第4 数値目標

全体目標

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	糖尿病の年齢調整死亡率 (男性)	長野県 5.1 全国 5.5 (H27)	5.1 以下	現状より減少させる。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」
○	糖尿病の年齢調整死亡率 (女性)	長野県 2.1 全国 2.5 (H27)	2.1 以下	現状より減少させる。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

1 早期受診を促す体制づくり

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	糖尿病内科（代謝内科）の 医師数（人口10万対）	長野県 2.7人 全国 3.5人 (H26)	2.7人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	糖尿病内科（代謝内科）を 標榜する診療所数 （人口10万対）	長野県 0.2箇所 全国 0.3箇所 (H26)	0.2箇所以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医療施設調査」
S	糖尿病内科（代謝内科）を 標榜する病院数 （人口10万対）	長野県 0.8病院 全国 0.9病院 (H26)	0.8病院以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医療施設調査」
S	糖尿病指導（運動指導、栄養 （食事）指導、禁煙指導、 生活指導）の実施が可能な 病院数	71病院 (H28)	71病院以上	現状より増加させる。	医療推進課調査

2 重症化予防への取組み

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	都道府県別慢性透析患者数 （人口10万対）	長野県 250.7人 (H27)	250.7人以下	現状より減少させる。	日本透析医学会 HP
S	教育入院を行う医療機関数 （人口10万対）	長野県 0.5箇所 ※全国データなし (H27)	0.5箇所以上	現状より増加させる。	日本糖尿病協会 HP 「日本糖尿病協会友の会の所在 する医療機関への調査結果」
S	糖尿病を専門とする医療従 事者数（糖尿病療養指導士） （人口10万対）	長野県 20.8人 全国 15.3人	20.8人以上	現状より増加させる。	日本糖尿病療養 指導士認定機構 HP
S	専門医の在籍する歯科医療 機関数（人口10万対）	長野県 1.1箇所 (H28)	1.1箇所以上	現状より増加させる。	日本歯周病学会 HP

S	糖尿病網膜症の治療が可能な病院数	41 病院 (H28)	41 病院以上	現状より増加させる。	医療推進課調査
S	糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数 (人口 10 万対)	長野県 1.9 箇所	1.9 箇所以上	現状より増加させる。	関東信越厚生局 「診療報酬施設 基準の届出受理 状況」
S	糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいた取り組みを行う市町村数	未調査	把握	現状を把握する。	健康増進課調査

3 医療連携体制の構築支援

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	地域連携クリティカルパス導入率（専門治療を行う医療機関）	県内平均 19.7% (H28)	県内平均 19.7%以上	現状より増加させる。	医療推進課調べ
O	退院患者平均在院日数	長野県 21.8 日 全国 35.5 日 (H26)	21.8 日以下	現状より減少させる。	厚生労働省「患者調査」

コラム(案)

1 第6次計画のコラム

- 糖尿病について
- 糖尿病と歯周疾患
- 糖尿病治療における多職種連携

2 第7次計画のコラム

- 糖尿病治療における多職種連携
- 薬剤師による重症化予防への取り組み

平成28年(2016年)10月1日現在)

9 糖尿病の医療に関する機能別医療機関

機能	【初期・安定期治療】	【専門治療】	【急性期・慢性期治療】
	初期・安定期の治療を行う機能	血糖コントロールができていない場合の治療を行う機能	急性及び慢性合併症等の治療を行う機能
医療機関の例	①～④のいずれかか該当する医療機関 ① 常勤の糖尿病専門医が在籍すること ② 常勤の糖尿病看護士(CD B)が在籍すること ③ 常勤の糖尿病看護士が在籍すること ④ 日本糖尿病協会長野支部の分会が所在すること ⑤ 厚生連小野生総合病院(小野市) ⑥ 国立病院機構小野高原病院(小野市) ⑦ 厚生連佐久総合病院(佐久市) ⑧ 矢島医院(小野市) ⑨ 佐久市立山出強診療所(佐久市) ⑩ 厚生連東海診療所(上田市) ⑪ 川西生協診療所(上田市) ⑫ 厚生連東海診療所(上田市) ⑬ 岡谷市民病院(岡谷市) ⑭ 諏訪赤十字病院(諏訪市) ⑮ 藤森医院(岡谷市) ⑯ 伊那中央病院(伊那市) ⑰ 昭和伊那総合病院(駒ヶ根市) ⑱ 神山内科医院(伊那市) ⑲ こまや東内科クリニック(駒ヶ根市) ⑳ 新田市民病院(新田市) ㉑ 飯田病院(飯田市) ㉒ 上久監診療所(飯田市) ㉓ 下久監診療所(飯田市) ㉔ 県立木曾病院(木曾町) ㉕ 相澤病院(松本市) ㉖ 相澤東病院(松本市) ㉗ 県立病院(松本市) ㉘ 信州大学医学部附属病院(松本市) ㉙ 城西病院(松本市) ㉚ 奥平医院(松本市) ㉛ 信濃内科小児科医院(松本市) ㉜ 信濃内科医院(松本市) ㉝ すずき内科クリニック(松本市) ㉞ 多田内科医院(松本市) ㉟ 市立大町総合病院(大町市) ㊱ 国保美濃診療所(大町市) ㊲ 厚生連美濃/井総合病院(長野市) ㊳ 厚生連東野赤十字病院(長野市) ㊴ 田中病院(長野市) ㊵ 東野病院(長野市) ㊶ 荒井内科・小児科医院(長野市) ㊷ 飯倉内科・糖尿病クリニック(長野市) ㊸ いちのせ循環器内科(長野市) ㊹ 太田糖尿病内科クリニック(長野市) ㊺ 厚生連北信総合病院(中野市)	①～④のいずれかか該当する医療機関 ⑤ 人工透析装置を有すること ⑥ 眼科を備えていること ⑦ 厚生連小野生総合病院(小野市) ⑧ 町立千曲病院(佐久市) ⑨ 国保飯井赤病院(飯井町) ⑩ 御代田中央記念病院(御代田町) ⑪ 市立西保医療総合病院(佐久市) ⑫ 東御市民病院(東御市) ⑬ 国立病院機構信州上田医療センター(上田市) ⑭ 丸中中央病院(上田市) ⑮ 厚生連東海診療所(上田市) ⑯ 岡谷市民病院(岡谷市) ⑰ 諏訪赤十字病院(諏訪市) ⑱ 組合立諏訪中央病院(茅野市) ⑲ 伊那中央病院(伊那市) ⑳ 昭和伊那総合病院(駒ヶ根市) ㉑ 前澤病院(駒ヶ根市) ㉒ 飯田市民病院(飯田市) ㉓ 飯田赤十字病院(飯田市) ㉔ 廣山記念病院(飯田市) ㉕ 県立木曾病院(木曾町) ㉖ 相澤病院(松本市) ㉗ 相澤東病院(松本市) ㉘ 県立病院(松本市) ㉙ 信州大学医学部附属病院(松本市) ㉚ 藤森病院(松本市) ㉛ 松本協立病院(松本市) ㉜ 松本市立病院(松本市) ㉝ こしはら内科クリニック(塩尻市) ㉞ 須藤タリニック(安曇野市) ㉟ 横山医院(山形村) ㊱ 市立大町総合病院(大町市) ㊲ 野村クリニック(大町市) ㊳ 長野市民病院(長野市) ㊴ 厚生連東野赤十字病院(長野市) ㊵ 長野中央病院(長野市) ㊶ 県立須坂病院(須坂市) ㊷ 南田内科(長野市) ㊸ 加古医院(長野市) ㊹ 春日内科・糖尿病医院(長野市) ㊺ 鈴木泌尿器科(長野市) ㊻ 飯山赤十字病院(飯山市) ㊼ 厚生連北信総合病院(中野市)	①～④のいずれかか該当すること ⑤ 又は⑥に該当することに加え、⑦又は⑧に該当する医療機関 ⑨ 人工透析装置を有すること ⑩ 眼科を備えていること ⑪ 厚生連小野生総合病院(小野市) ⑫ 町立千曲病院(佐久市) ⑬ 国保飯井赤病院(飯井町) ⑭ 御代田中央記念病院(御代田町) ⑮ 市立西保医療総合病院(佐久市) ⑯ 東御市民病院(東御市) ⑰ 国立病院機構信州上田医療センター(上田市) ⑱ 丸中中央病院(上田市) ⑲ 厚生連東海診療所(上田市) ⑳ 岡谷市民病院(岡谷市) ㉑ 諏訪赤十字病院(諏訪市) ㉒ 組合立諏訪中央病院(茅野市) ㉓ 伊那中央病院(伊那市) ㉔ 昭和伊那総合病院(駒ヶ根市) ㉕ 前澤病院(駒ヶ根市) ㉖ 飯田市民病院(飯田市) ㉗ 飯田赤十字病院(飯田市) ㉘ 廣山記念病院(飯田市) ㉙ 県立木曾病院(木曾町) ㉚ 相澤病院(松本市) ㉛ 相澤東病院(松本市) ㉜ 県立病院(松本市) ㉝ 信州大学医学部附属病院(松本市) ㉞ 藤森病院(松本市) ㉟ 松本協立病院(松本市) ㊱ 松本市立病院(松本市) ㊲ こしはら内科クリニック(塩尻市) ㊳ 須藤タリニック(安曇野市) ㊴ 横山医院(山形村) ㊵ 市立大町総合病院(大町市) ㊶ 野村クリニック(大町市) ㊷ 長野市民病院(長野市) ㊸ 厚生連東野赤十字病院(長野市) ㊹ 長野中央病院(長野市) ㊺ 県立須坂病院(須坂市) ㊻ 南田内科(長野市) ㊼ 加古医院(長野市) ㊽ 春日内科・糖尿病医院(長野市) ㊾ 鈴木泌尿器科(長野市) ㊿ 飯山赤十字病院(飯山市) ㊽ 厚生連北信総合病院(中野市)

精神疾患対策

第 1 現状と課題

1 精神疾患患者の状況

- 長野県の精神疾患患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療受給認定者）を合せて、37,538 人（平成 29 年（2017 年）3 月 31 日現在）となっています。
- 疾病別にみると、入院患者では「統合失調症」が最も多く、次いで「器質性精神障害（アルツハイマー病の認知症等を含む。）」となっています。通院患者では、「統合失調症」に次いで「気分（感情）障害」が多くなっています。
- 入院患者数は減少傾向にあります。通院患者数は 5 年前に比べ 23.1% 増加しています。

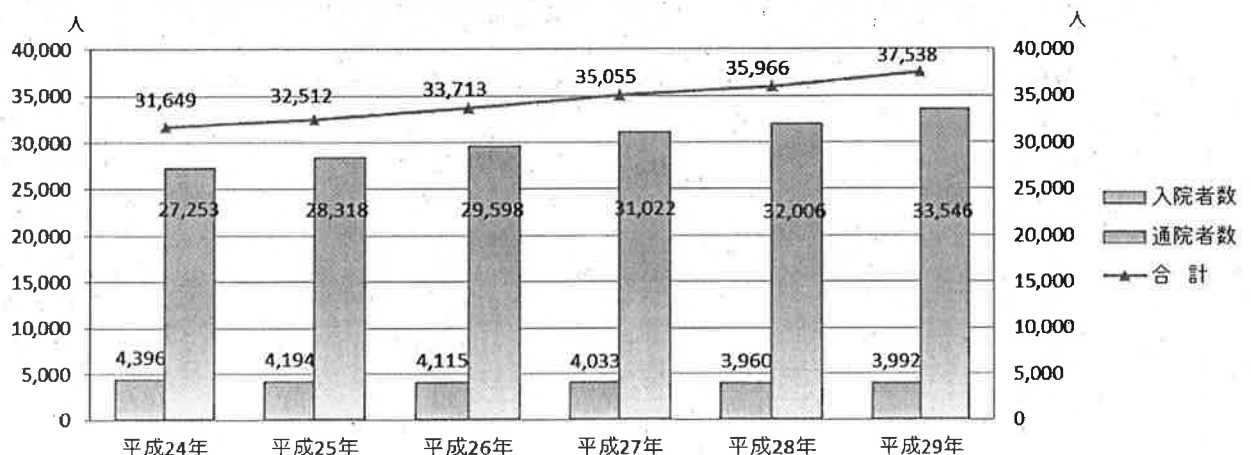
【表 1】 疾病別患者数（平成 29 年 3 月 31 日現在）

（単位：人）

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

（入院患者数：病院報告、通院患者数：自立支援医療受給認定者数）

【図 1】 精神疾患患者数の推移（各年 3 月 31 日現在）



2 精神保健福祉相談の状況

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

【表 2】 精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談実施状況

（単位：件）

年度	老人精神保健	社会復帰	アルコール	薬物	キャンブル・嗜癖	思春期	心の健康づくり	うつ・うつ状態	発達障がい	その他	合計
平成25年度	33	1,667	379	88	161	240	981	1,271	1,774	1,235	7,829
26年度	43	1,776	383	63	184	321	1,570	1,543	1,499	1,504	8,886
27年度	63	2,941	773	127	206	432	1,423	1,642	1,376	1,518	10,501

（厚生労働省：衛生行政報告例）

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

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

（単位：件）

年度	老人精神保健	社会復帰	アルコール	薬物	キャンブル	思春期	心の健康づくり	その他	合計
平成25年度	197	1,648	227	39	33	329	1,418	3,434	7,325
26年度	240	1,179	231	65	27	409	1,404	3,751	7,306
27年度	163	1,357	256	26	48	375	1,654	3,409	7,288

（厚生労働省：地域保健・健康増進事業報告）

3 精神疾患の医療体制

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

【表 4】 精神疾患の医療体制

区分	医療体制	出典
精神病床を有する病院数・精神病床数	30 病院 4,823 床(平成 19 年 5,252 床)	保健・疾病対策課調べ 平成 29 年 4 月 1 日
うち精神病床のみを有する病院数・精神病床数	15 病院 2,454 床	
精神病床在院患者数（人口 10 万対）	192.5 人（少ない順で全国 13 位）	厚生労働省 病院報告 平成 27 年
精神病床平均在院日数	225.4 日（少ない順で全国 2 位）	
精神病床利用率	83.5%（少ない順で全国 11 位）	
精神科・心療内科を主たる診療科とする診療所数	48 診療所（平成 23 年 39 診療所）	厚生労働省 医療施設調査 平成 26 年 10 月 1 日
精神科訪問診療を実施している医療機関数	10 病院 24 診療所	医療推進課 医療機能調査 平成 28 年
精神科訪問看護を実施している医療機関数	28 病院 14 診療所	
病院に勤務する精神科等医師数	195 人（平成 23 年 215 人）	厚生労働省 医療施設調査 平成 26 年
県内を住所地とする精神保健指定医数	205 人（平成 19 年 159 人）	保健・疾病対策課調べ 平成 29 年 4 月 1 日

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

(1) 統合失調症

- 統合失調症の患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療受給認定者）を合せて、14,631人（平成29年（2017年）3月31日現在）となっており、平成24年の14,200人から微増しています。精神疾患患者数の39.0%を占め、最も大きな割合となっています。
- 難治性の重症な精神症状を有する治療抵抗性統合失調症患者に対し治療薬（クロザピン）投与を含め計画的な治療管理を継続して実施している医療機関は8病院となっています（クロザリル適正使用委員会ホームページ）。

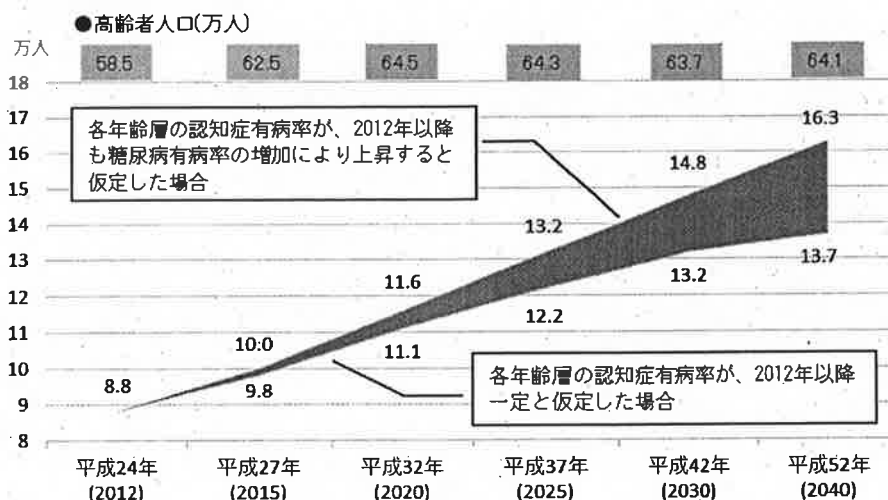
(2) うつ病・躁うつ病

- うつ病・躁うつ病の患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療受給認定者）を合せて11,921人（平成29年（2017年）3月31日現在）となっており、平成24年の9,833人から21.2%増加しています。精神疾患患者数の31.8%を占め、統合失調症に次ぐ患者数となっています。
- うつ病などに対する有用性が報告されている認知行動療法を実施している医療機関は17病院、9診療所となっています（医療推進課：平成28年医療機能調査）。このうち、6病院では、認知療法・認知行動療法の施設基準を満たした、習熟した医師による治療が行われています。
- うつ病患者の早期発見・早期治療を目的に10都市医師会において、内科医等かかりつけ医と精神科医の医療連携体制構築に取り組んでいます（保健・疾病対策課調べ）。

(3) 認知症

- 認知症高齢者数は、厚生労働省による高齢者人口に占める認知症高齢者の有病率を用いた推計で、平成24年（2012年）に8.8万人、平成27年（2015年）に9.8～10.0万人となりました。更に、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）には12.2～13.2万人と、65歳以上高齢者の約5人に1人が認知症高齢者になると見込まれます。

【図2】 認知症高齢者数の推計



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

- 「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」（平成27年（2015年）1月厚生労働省策定）に基づき、次の施策を推進しています。
 - 認知症疾患医療センターの設置
認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センターを3か所（飯田病院、北アルプス医療センターあづみ病院、佐久総合病院）に設置しています。

➤ 認知症サポート医等の養成

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

➤ 認知症初期支援集中チームの設置

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

➤ 若年性認知症診療

若年性認知症（65歳未満で発症する認知症）に対する専門的診療を実施している医療機関は24病院、25診療所となっています（医療推進課：平成28年医療機能調査）。

（4）児童・思春期精神疾患

○ 思春期精神疾患に対する専門的診療を実施している医療機関は20病院、18診療所となっています（医療推進課：平成28年医療機能調査）。このうち2病院では、児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準を満たした、医師、看護師、精神保健福祉士等による集中的かつ多面的な治療が行われています。

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

（5）発達障がい

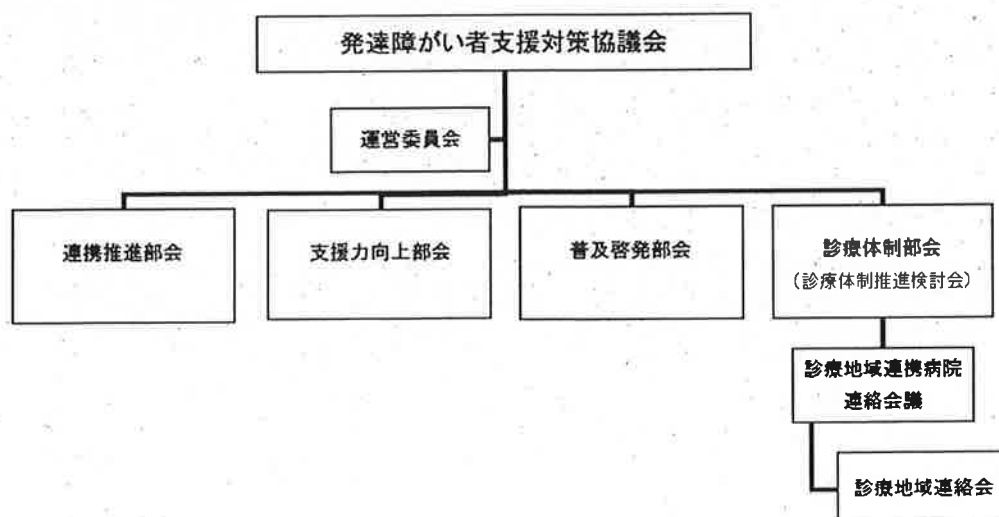
○ 厚生労働科学研究によると、未診断例を含めた発達障がいの支援ニーズは小学1年生で少なくとも10%程度は存在するとされています^{※1}。また、発達障がいの特性があり障がい福祉のサービスを必要とする人は人口の0.9%から1.6%と推計されています^{※2}。

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

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

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

【図3】長野県発達障がい者支援対策協議会の体制



➤ 研修等の開催

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

➤ 発達障がいサポート・マネージャーの配置

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

➤ 早期発見・早期支援の取組

市町村におけるアセスメントツール導入を促進しており、平成28年(2016年)6月末現在、65市町村において導入されています。

➤ 発達障がい者支援センターによる取組

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

○ 平成26年(2014年)4月現在、発達障がい診療を行っている医療機関は35病院、33診療所となっています(精神保健福祉センター調べ)。

○ 専門医等の不足により、初診申込から受診までの待ち時間が長期化しています。

(6) 依存症

① アルコール依存症

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

➤ アルコール依存症に対する専門的診療を実施している医療機関は、15病院、10診療所となっており(医療推進課：平成28年医療機能調査)、このうち5病院では、重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準を満たした、医師、看護師、精神保健福祉士等による集中的かつ多面的な治療が行われています。

② 薬物依存症

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

➤ 薬物依存症に対する専門的診療を実施している医療機関は、10病院、6診療所となっています(医療推進課：平成28年医療機能調査)。

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

(7) 摂食障がい

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

※「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」(研究代表者 小牧元)

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

(8) てんかん

- 平成 26 年 (2014 年) に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数 (全国) は 25.2 万人であり、平成 11 年 (1999 年) の総患者数の 23.5 万人から増加しています (厚生労働省：患者調査)。
- てんかんに対する専門的医療を実施している医療機関は、22 病院、21 診療所となっています (医療推進課：平成 28 年医療機能調査)。
- てんかん患者に医療を提供している小児科、神経内科、脳神経外科などとの連携が必要です。

(9) 精神科救急

- 夜間・休日に緊急医療を必要とする精神疾患患者が、適切かつ円滑に医療を受けられるよう、東信圏域 3 病院、北信圏域 7 病院、中信圏域 5 病院、南信圏域 3 病院の輪番体制により、精神科救急医療体制を整備しています (土・日曜日は、東信圏域と北信圏域を統合して運用)。
また、長野県立こころの医療センター駒ヶ根を 24 時間 365 日対応可能な常時対応施設として位置付けています。

【表 5】 輪番病院による精神科救急診療件数 (単位：件)

平成 26 年度	東北信		中 信	南 信	計
		216		242	328
27 年度	東信 (平日夜間・祝日)	北信 (平日夜間・祝日)	中 信	南 信	計
	124	39			
	東北信 (土日)		272	374	902
	93				
28 年度	東信 (平日夜間・祝日)	北信 (平日夜間・祝日)	中 信	南 信	計
	146	35			
	東北信 (土日)		247	421	944
	95				

(保健・疾病対策課調べ)

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

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

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

(保健・疾病対策課調べ)

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

【表7】 措置入院件数

(単位：件、位)

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

(厚生労働省：衛生行政報告例、全国順位は保健・疾病対策課調べ)

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

【表8】 医療保護入院患者数(新規)

(単位：人)

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

(厚生労働省：衛生行政報告例、全国順位は保健・疾病対策課調べ)

(10) 身体合併症

- 精神疾患患者の身体合併症の一部に対応可能な精神科病院は 17 病院、合併症のほとんどに本院で対応可能な精神科病院は 6 病院となっています。
- 精神科入院患者に対して人工透析治療を実施している精神科病院は 5 病院、歯科治療を実施している精神科病院は 12 病院となっています。
- 身体疾患を有する患者や結核を罹患している患者などへの精神科入院医療の提供体制が課題となっています。

(11) 災害精神医療

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

【表9】 大規模災害時における心のケアチーム等の派遣状況

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

(保健・疾病対策課調べ)

- 地震等による大規模自然災害や大規模事故災害等の発生時には、被災地域における精神保健医療機能の一時的低下や災害ストレス等の精神的問題の発生など精神保健医療への需要が拡大するため、被災地域において専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム(DPAT)の派遣や、県内で発生した場合の統括(指揮命令)体制の整備を進めています。

(12) 医療観察法における対象者への医療

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 17 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）の施行（平成 17 年（2005 年）7 月）から平成 28 年（2016 年）5 月までの長野地方裁判所による処遇決定数は、入院処遇決定 47 件、通院処遇決定 6 件となっています。
- 県内における医療観察法に基づく医療機関の指定状況（平成 29 年（2017 年）4 月 30 日現在）は、次のとおりです。

【表 10】 医療観察法における医療機関の指定状況 (単位：施設)

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

(長野保護観察所調べ)

4 地域移行・地域生活支援の状況

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

【表 11】 地域移行の状況

区分・年		入院後 3 か月時点	入院後 6 か月時点	入院後 1 年時点	出典
退 院 率 ^{※1}	平成21年	60.2%	—	91.4%	厚生労働省 精神保健福祉資料
	24年	62.6%	82.4%	90.7%	
	27年	65.6%	85.0%	91.0%	
区分・年		患者数			出典
入 院 期 間 1 年 以 上 の 患 者 数 ^{※2}	平成22年	2,881 人			保健・疾病対策課調べ
	25年	2,537 人			
	28年	2,355 人			

※1 6月に入院した患者のうち入院後3か月・6か月・1年時点の退院患者数/6月に入院した患者数

※2 6月30日時点における入院期間が1年以上の患者数

- 地域移行支援関係者により構成する長野県自立支援協議会（精神障がい者地域移行支援部会）や、障がい保健福祉圏域ごとの精神障がい者地域生活支援協議会において、精神疾患患者の地域生活への移行や地域生活を継続するための支援の協議、研修会などを実施しています。
- 障がい保健福祉圏域の障がい者総合支援センター等において地域生活支援を担当するコーディネーター等による連絡会議を定期的開催し、各圏域の取組や課題の情報交換、事例検討などにより関係者の資質向上を図っています。

5 自殺対策

- 平成 30 年度（2018 年）から 34 年度（2022 年）を計画期間とする長野県自殺対策推進計画に基づき施策を推進しています。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

(1) 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築

- 多様な精神疾患等ごとに患者の状況に応じた適切で質の高い精神科医療を提供できる体制を強化します。
- 多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担を整理し、相互の連携を推進します。

(2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指します。
- 障がい者保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を強化します。

2 精神疾患の医療体制

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

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

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

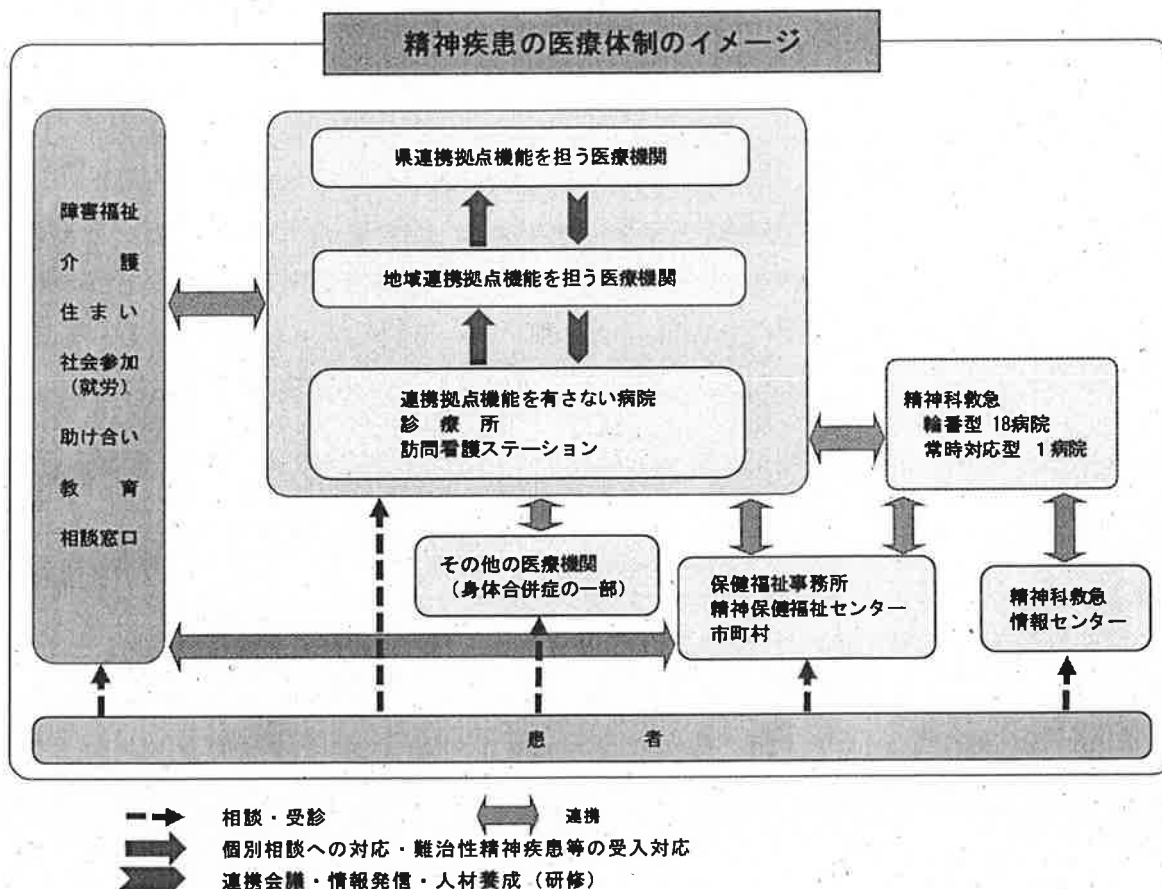
(1) 医療機能の内容

医療機能	役割	求められる要件
県連携拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・医療連携の県拠点 ・情報収集発信の県拠点 ・人材育成の県拠点 ・地域連携拠点機能の支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携会議の運営 ・県民・患者への積極的な情報発信 ・専門職に対する研修プログラムの提供 ・地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応
地域連携拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・医療連携の地域拠点 ・情報収集発信の地域拠点 ・人材育成の地域拠点 ・地域精神科医療提供機能の支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携会議の運営支援 ・地域・患者への積極的な情報発信 ・多職種による研修の企画・実施 ・地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応
地域精神科医療提供機能 ※地域連携拠点機能、県連携拠点機能に共通	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本位の精神科医療の提供 ・多職種協働による支援の提供 ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状況に応じた適切な精神科医療の提供、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制の確保 ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援 ・医療機関、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携した生活の場に必要な支援

(2) 精神疾患の医療連携体制

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制として目指すべき方向を図示すると、以下のとおりのイメージとなります。

多様な精神疾患等ごとに患者本位の医療を提供できるよう、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場において、圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制について協議し、特に、圏域内の病院・病院間連携及び病院・診療所連携の深化を図ります。



3 精神医療圏相互の連携体制

- 精神科病院は精神医療圏ごとに複数確保されています。精神科救急については、概ね精神医療圏内で受療されています。
- 認知症疾患医療センターは、東信（佐久）、中信（大北）、南信（飯伊）の3医療圏に整備されています。
- 引き続き、4つの精神医療圏の相互連携による医療提供体制を推進します。

第3 施策の展開

1 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、発達障がい、依存症などの多様な精神疾患ごとに医療機関の医療機能（地域連携拠点機能、県連携拠点機能）を明確化し、それらの医療機関と協力して、多様な精神疾患等ごとに対応できる専門職を養成するとともに、多職種連携や多施設連携を推進します。
- 精神医療圏ごとに設置する医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の地域精神科医療の連携体制を構築します。
- 精神科を受診しやすい環境をつくるため、精神疾患に関する正しい知識等の普及啓発や相談事業を実施します。

【統合失調症】

- 難治性の重症な精神症状を有する患者に対する治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT等の専門的医療の普及を図ります。

【うつ病・躁うつ病】

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

【認知症】

- 認知症の専門医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センターの拡充を図ります。
- かかりつけ医への助言を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医の養成を推進するとともに、認知症の早期発見における役割が期待される、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師の認知症対応力の向上を図るための研修を実施します。
- 認知症の人の身体合併症等への対応を行う一般病院勤務の医療従事者や認知症の人と関わる看護職員が認知症への対応に必要な知識・技能を習得するための研修を実施します。
- 若年性認知症の人が発症初期の段階から適切な支援が受けられるように、支援コーディネータの配置、相談窓口の設置、普及啓発などの取組を推進します。

【児童・思春期精神疾患】

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

【発達障がい】

- 発達障がいの早期発見・早期診断とその後のライフステージを通じた切れ目のない適切な支援を推進するため、長野県発達障がい者支援対策協議会において支援のあり方や推進方策を検討・研究するとともに、医療、保健、福祉、教育、労働、司法、警察など関係機関の連携を強化します。
- 発達障がい診療体制を一層充実させるため、診療に携わる医師の対応力の向上を図るとともに、医療機関の連携を強化します。

【依存症】

- 依存症患者が適切な医療を受けられるようにするため、依存症ごとに専門医療機関及び治療拠点機関を選定するとともに、医療機関間の連携を推進します。
- 依存症に関する相談拠点を設置し、依存症相談員を配置します。
- 依存症患者等に対する包括的な支援を実施するため、行政、医療、福祉、司法などの関係機関の連携の強化、依存症に関する情報や課題の共有などを目的に、関係機関による連携会議を開催します。
- 医療、保健、福祉、介護、労働などの依存症患者等に対する支援者の人材の養成を図るため、依存症の特性を踏まえた研修を実施します。
- アルコール健康障害対策推進計画に基づき、予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備します。

【精神科救急】

- 精神科救急を必要とする人が適切かつ円滑に救急医療を受けられるよう、精神科病院、警察、消防、一般救急等の関係機関と、地域の精神科救急医療体制の共有と相互理解を図ります。
- 継続して受診している患者が夜間・休日に急変した場合にも円滑に医療を受けられるよう、精神科医療機関の理解の促進、精神科病院・診療所間の連携強化を図ります。
- 精神障がい者や家族等からの緊急的な精神医療相談への対応、緊急に医療を必要とする場合の医療機関との連絡調整を行う体制を確保します。

【身体合併症】

- 身体合併症を有する精神疾患患者が必要な医療を受けられるよう、地域ごとに、身体科と精神科との連携体制の推進を図ります。

【災害精神医療】

- 大規模な自然災害や事故災害の発生時における精神保健医療ニーズの拡大に対応するため、専門性の高い精神科医療や精神保健活動の支援を行うことができる体制の整備を推進するとともに、平時から、災害派遣精神医療チーム（DPAT）に参加する医師や看護師等の研修を推進します。

【医療観察法における対象者への医療】

- 医療観察法における対象者が必要な医療や支援を受け早期の社会復帰を実現するため、保護観察所を中心として、市町村、関係機関等との連携を推進します。

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

（1）医療機関・団体の取組として望まれること

- 長期入院精神障がい者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することにより地域生活への移行が可能であることから、関係機関と連携し地域移行・地域定着を推進する。
- 精神障がい者が治療を中断することなく状態が安定し、地域での生活を安心して続けられるよう、精神科医療機関、訪問看護ステーション、薬局等において訪問等の支援を行う。
- 精神障がい者の視点を重視した支援の充実、精神障がい者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、ピアサポート活動を推進する。

(2) 市町村の取組として望まれること

- 保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、支援体制を強化するとともに、関係機関と連携し、精神障がい者の地域移行・地域定着を推進する。
- 市町村障害福祉計画と整合性を図りながら、計画的に地域移行に伴う基盤整備を推進する。

(3) 県の取組

- 障がい保健福祉圏域ごとに設置する保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を強化します。
- 平成32年度末（2020年度末）、平成36年度末（2024年度末）における入院需要（患者数）及び地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）を明確にし、長野県障がい者プランと整合性を図りながら、地域生活への移行の推進に取り組みます。
- 障がい保健福祉圏域の精神障がい者地域移行関係職員や保健、医療、福祉、介護など関係機関と連携し、精神障がい者の地域移行・地域定着の支援を推進します。
- 措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を受けられることができるよう、医療機関、市町村、地域援助事業者等と連携し取り組みます。
- 認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、長野県高齢者プランと整合性を図りながら取り組みます。

第4 数値目標

1 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	精神医療圏域ごとの医療関係者等による協議の場の設置	0 圏域	4 圏域	全ての医療圏に設置する。	保健・疾病対策課調査
S	県レベルでの医療関係者等による協議の場の設置	1 組織	1 組織	現状を維持する。	県実施事業
P	精神科医療機関と精神科以外の医療機関との連携会議の開催地域数	10 地域	10 地域以上	現状より増加させる。	地域自殺対策緊急強化基金(うつ病医療連携事業)による実績
P	治療抵抗性統合失調症治療薬を用いた治療を行う医療機関数	8 病院	8 病院以上	現状より増加させる。	クロザリル適正使用委員会
S	認知症疾患医療センター数	3 か所 (H28)	10 か所	二次医療圏ごとに1か所の設置を目指す。	厚生労働省「事業報告」
P	認知症サポート医数	142 人 (H28)	検討中 (H32)	一般診療所10か所に対して1人とする。	保健・疾病対策課調査
S	若年性認知症相談窓口の設置	1 か所	1 か所	現状を維持する。	県実施事業
P	発達障がい診療医研修の開催回数	1 回	1 回	現状を維持する。	県実施事業
P	発達障がい診療地域連絡会(支援関係者研修会)の開催圏域数	10 圏域	10 圏域	現状を維持する。	県実施事業
P	依存症支援関係機関による連携会議の開催回数	未開催	1 回以上	新たに開催する。	県実施事業
S	精神科救急医療体制整備圏域数	4 圏域	4 圏域	現状を維持する。	保健・疾病対策課調査
S	継続的に診療している患者について夜間・休日も対応できる体制にある医療機関数	25 病院 22 診療所 (H28)	25 病院以上 22 診療所以上	現状より増加させる。	医療推進課調査
P	精神科身体合併症管理加算を算定する医療機関数 ※精神科病院が算定	14 病院	14 病院以上	現状より増加させる。	関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」
P	精神疾患診療体制加算を算定する医療機関数 ※一般病院が算定	13 病院	13 病院以上	現状より増加させる。	関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	災害派遣精神医療チーム (DPAT) の登録数	未設置	検討中	検討中	保健・疾病対策 課調査

注) 「区分」欄 S (ストラクチャー指標) : 医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P (プロセス指標) : 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
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 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

区分	指標		現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	障がい保健福祉圏域ごとの 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置		確認中	10 圏域 (H32)	全ての圏域に 設置する。	保健・疾病対策 課調査
S	市町村ごとの保健・医療・ 福祉関係者による協議の場 の設置		確認中	77 市町村 (H32)	全ての市町村 に設置する。	保健・疾病対策 課調査
P	障がい福祉圏域における地 域移行関係職員等による連 絡会議の開催回数		3 回	3 回	現状を維持す る。	保健・疾病対策 課調査
O	精神病床における入院患者 数		3,992 人	3,750 人 (H32 年度末) 3,053 人 (H36 年度末)	国が提示する 成果目標によ る。	厚生労働科学 研究「精神科医 療提供体制の 構築を推進す る政策研究」
O	精神病床に おける1年 以上長期入 院患者数	65 歳以上	1,504 人 (H26)	1,282 人 (H32)	国が提示する 推計式によ る。	厚生労働科学 研究「精神科医 療提供体制の 構築を推進す る政策研究」
		65 歳未満	1,119 人 (H26)	818 人 (H32)	国が提示する 推計式によ る。	
O	精神病床に おける早期 退院率	入院後 3 か月時点	67% (H26)	69%以上 (H32)	国が提示する 成果目標によ る。	厚生労働科学 研究「精神科医 療提供体制の 構築を推進す る政策研究」
		入院後 6 か月時点	83% (H26)	84%以上 (H32)	国が提示する 成果目標によ る。	
		入院後 1 年時点	91% (H26)	91%以上 (H32)	国が提示する 成果目標によ る。	
O	精神病床に おける退院 後3か月時 点の再入院 率	1 年未満入院 患者	長野県 27% 全 国 20% (H26)	20%以下 (H32)	全国平均以下 を目指す。	厚生労働科学 研究「精神科医 療提供体制の 構築を推進す る政策研究」
		1 年以上入院 患者	長野県 47% 全 国 37% (H26)	37%以下 (H32)	全国平均以下 を目指す。	

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