

第2期
信州保健医療総合計画
～「健康長寿」世界一を目指して～
(案)

平成30年(2018年)2月
長野県

第2期信州保健医療総合計画目次

※個別計画の一覧

①保健医療：第7次長野県保健医療計画 ②健康増進：第3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：長野県医療費適正化計画（第3期） ⑤がん対策：長野県がん対策推進計画 ⑥歯科保健：長野県歯科保健推進計画
 ⑦アルコール：アルコール健康障害対策推進計画 ⑧感染症：長野県の感染症の予防のための施策の実施に関する計画
 ⑨肝炎：肝炎対策推進計画

◎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 対策	⑥ 歯科 保健	⑦ アル コール	⑧ 感染 症	⑨ 肝炎
第1編 計画の基本的事項										
第1節 計画策定の趣旨	6	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第2節 計画の性格	7	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第3節 計画期間	8	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第4節 推進体制とそれぞれの役割	8	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第5節 評価及び見直し等	10	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第2編 長野県の現状										
第1章 県民の状況										
第1節 人口構造	14	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第2節 人口動態と平均寿命	18	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第3節 傷病の動向	24	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第4節 要介護・要支援認定者の状況	28	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第2章 医療の現状										
第1節 医療に対する県民の意識	32	◎			○					
第2節 保健医療施設の状況	34	◎	○	○	○	○	○	○	○	○
第3節 保健医療従事者の状況	41	◎	○	○	○	○	○	○	○	○
第3章 医療費等の現状										
第1節 経済状況・社会保障	46				◎					
第2節 県民医療費の動向	51				◎					
第3節 疾病別医療費の状況	56		○		◎	○	○	○	○	○
第3編 目指すべき姿										
第1節 目指すべき姿	60	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第2節 基本的な方向性	64	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第4編 健康づくり										
第1節 県民参加の健康づくり（信州AC Eプロジェクトの推進）	67	◎	◎	○	○	◎	◎	○	○	○
第2節 生活習慣病予防（がんを除く）	73	◎	◎	○	○		○	○		
第3節 栄養・食生活	81	◎	◎	○	○	◎	○	○		
第4節 身体活動・運動	89	◎	◎	○	○	◎				
第5節 こころの健康	96	◎	◎	○	○	○		○	○	
第6節 歯科口腔保健	101	◎	◎	○	○	○	◎		○	
第7節 たばこ	111	◎	◎	○	○	◎				
第8節 母子保健	119	◎	◎	◎	○	○	○	○		
第5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	146	◎	○			○		○	○	○
第2節 医療圏の区分及び設定	146	◎	○			○		○	○	○
第2章 基準病床数										
第1節 基準病床数	152	◎				○			○	
第2節 療養病床の再編成	153	◎								
第3節 有床診療所の特例	153	◎								

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 保健	⑦ アル コール	⑧ 感染 症	⑨ 肝炎
第6編 地域医療構想										
第1節 地域医療構想の基本的事項	157	◎	○	○	○	○				
第2節 病床数及び在宅医療等の必要量の推計	158	◎	○	○	○	○				
第3節 構想区域ごとの概況	167	◎	○		○	○				
第4節 地域医療構想における施策の方向性	178	◎	○		○	○				
第5節 地域医療構想の推進・見直し	180	◎	○		○	○				
第7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	184	◎			○	○	○			
第2節 医薬分業・医薬品等の適正使用	188	◎			○					
第2章 保健医療従事者の養成・確保										
第1節 医師	196	◎	○	○	○	◎		○	○	○
第2節 歯科医師	208	◎	○	○	○	○	◎		○	
第3節 薬剤師	210	◎	○		○	○		○	○	○
第4節 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）	214	◎	○	○	○	○		○	○	○
第5節 歯科衛生士・歯科技工士	219	◎	○		○	○	◎			
第6節 管理栄養士・栄養士	222	◎	○	○	○	○		○		
第7節 その他の医療従事者	224	◎	○	○	○	○		○	○	○
第8節 医療従事者の勤務環境改善対策	228	◎				○	○	○	○	○
第3章 医療施策の充実										
第1節 救急医療	232	◎			○			○	○	
第2節 災害時における医療	240	◎			○				○	
第3節 周産期医療	253	◎		○	○			○		
第4節 小児医療	264	◎		○	○	○				
第5節 へき地医療	274	◎			○		○			
第6節 在宅医療	284	◎			○	○	○	○		
第7節 歯科口腔医療	301	◎	○	○	○	○	◎		○	
第8節 薬物乱用対策	306	◎	○	○	○					
第9節 その他の医療施策	309	◎	○	○	○	○	○	○	○	○
第4章 医療安全の推進										
第1節 医療安全対策	316	◎			○	○	○			
第5章 医療費の適正化										
第1節 県民の健康の保持推進	321		○	○	◎	○	○	○	○	○
第2節 医療の効率的な提供の推進	323				◎					
第3節 適正な受診の促進等	325				◎					
第4節 計画期間における医療費の見通し	328				◎					
第8編 疾病対策										
第1節 がん対策	330	◎	◎	○	○	◎	○	○		○
第2節 脳卒中対策	368	◎	◎		○		○	○		
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患対策	379	◎	◎		○		○	○		
第4節 糖尿病対策	389	◎	◎	○	○		○	○		
第5節 精神疾患対策	399	◎	○	○	○	○		○	○	○
第6節 アルコール健康障害対策	417	◎	◎	○	○	○		◎		○
第7節 感染症対策	433	◎	○	○	○	○	○		◎	○
第8節 肝疾患対策	463	◎	○		○	○		○	○	◎
第9節 難病対策	471	◎	○		○					○
第10節 CKD(慢性腎臓病)対策	480	◎	◎		○			○		
第11節 COPD(慢性閉塞性肺疾患)対策	485	◎	◎		○					
第12節 アレルギー疾患対策	490	◎	◎		○					
第13節 高齢化に伴い増加する疾患等対策	493	◎	◎		○		○	○	○	○
資料										

第1編

計画の基本的事項

第 1 節 計画策定の趣旨

1 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、共働き世帯や単身高齢世帯の増加による家族形態の変化、国・地方自治体の逼迫（ひっばく）した財政状況など、近年の保健医療を取り巻く状況は変化を続けており、それに伴って高度化・多様化する県民ニーズに対して、地方行政の的確な対応が期待されています。

保健医療は、社会保障サービスの給付の中で、年金に次ぐ大きな柱を形成しており、介護、障がいなど福祉に関連する諸施策を推進する上でも、欠くことのできない重要な施策です。

広大な県土を有する本県では、住民が安心して暮らしていくことができるよう、10 の医療圏域を設定して、救急医療をはじめとする医療提供体制の整備がなされてきておりますが、人口減少社会においては、限られた資源を重点的・効率的に活用することがより一層求められることから、保健医療に関わる各施策を有機的に連携させ、一体的かつ効率的なサービスの提供体制を地域の実情を踏まえて構築していくことが必要です。

本計画は、これまでの信州保健医療総合計画を引き継ぎ、保健医療に関連する 9 つの計画を一体的に策定することによって、長野県が取り組む各種保健医療施策の方向性とその具体的な目標を明らかにするとともに、本県の保健医療施策が「健康長寿」という一つの目標に向かって、引き続き総合的に推進できるように策定したものです。

2 包含する個別計画

- ・ 第 7 次長野県保健医療計画
- ・ 第 3 次長野県健康増進計画
- ・ 第 3 次すこやか親子 2 1（長野県母子保健計画）
- ・ 長野県医療費適正化計画（第 3 期）
- ・ 長野県がん対策推進計画
- ・ 長野県歯科保健推進計画
- ・ 長野県アルコール健康障害対策推進計画
- ・ 長野県の感染症の予防のための施策の実施に関する計画
- ・ 長野県肝炎対策推進計画

※本計画内における上記個別計画の位置付けは、目次を参照。

第2節 計画の性格

1 計画策定の基本的な考え方

- ・ 県民、関係機関、団体等の幅広い協力を得て、実情に即し将来を展望する計画とします。
- ・ 計画をより実効あるものとするために、施策ごとに具体的な施策展開や目標等を記載します。

2 計画の根拠法令

- ・ 医療法 第30条の4第1項
- ・ 健康増進法 第8条第1項
- ・ 「母子保健計画策定指針」平成26年6月17日厚生労働省通知
- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律 第9条第1項
- ・ 歯科口腔保健の推進に関する法律 第13条第1項
- ・ 長野県歯科保健推進条例 第8条第1項
- ・ がん対策基本法 第12条第1項
- ・ アルコール健康障害対策基本法第14条第1項
- ・ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 第10条第1項
- ・ 肝炎対策基本法 第4条

3 長野県総合5か年計画等との関係

本計画は、長野県総合5か年計画の保健医療分野を具体化するための計画と位置付けています。また、持続可能な社会を実現するための重要な指針とした国連が採択したSDGs（Sustainable Development Goals＝持続可能な開発目標）の趣旨を最大限尊重します。

4 市町村、関係団体への行動指針

市町村、関係団体そして県民が一体となって取り組むべき内容を示し、社会全体が健康への理解を深めつつ、活動、行動するための指針とします。

5 関連する他分野の計画

本計画の策定にあたっては、関連計画との整合性を図ります。
関連する計画は以下のとおりです。

- ・ 長野県高齢者プラン（老人福祉計画・介護保険事業支援計画）
- ・ 長野県障がい者プラン（障害者計画・障害福祉計画・障害児福祉計画）
- ・ 長野県食育推進計画
- ・ 長野県自殺対策推進計画
- ・ 長野県子ども・若者支援総合計画

第3節 計画期間

医療法第30条の6第2項等に基づき、平成30年度（2018年度）を初年度とし、2023年度までの6年間とします。

第4節 推進体制とそれぞれの役割

1 推進体制

本計画を推進するに当たっては、県が主体的に推進していくほか、市町村、医療機関、医療従事者、保健・医療関係団体、そして県民も推進主体として積極的に参加することが必要です。

（1）全県的な推進体制

本計画を推進するためには、市町村、医療機関、医療従事者、保健関係者、医療保険者、関係団体、事業主が、それぞれの役割のもと、協働する必要があります。

そのために、以下の組織を通じて十分な意思疎通を図っていくとともに、県民の積極的な参加のもと、一体となって計画を推進します。

- ・長野県医療審議会
- ・長野県地域医療対策協議会
- ・長野県健康づくり推進県民会議
- ・長野県災害・救急医療体制検討協議会
- ・長野県がん対策推進協議会
- ・長野県歯科保健推進県民会議
- ・長野県アルコール健康障害対策推進会議
- ・長野県感染症対策協議会
- ・長野県ウイルス肝炎診療協議会

（2）二次医療圏における推進体制

地域における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します。

2 それぞれの機関に求められる役割

（1）県

- ・ 計画の推進のため、保健医療の分野だけではなく、福祉や教育など幅広い分野との一層の連携体制を構築し、広域的視点に立って、総合的に保健医療施策を推進します。
- ・ 平成30年（2018年）4月から市町村とともに国民健康保険の保険者となることから、県民の健康づくりを市町村とより一層協働して進めます。

- ・ 医師、看護師等の医療従事者の確保など、個々の病院や市町村だけでは対応が困難な課題については、広域的な行政機関として主体的な取組を行います。
- ・ 保健福祉事務所は、市町村の保健医療施策に対し支援を行うほか、地域における医療連携体制の構築において、医療機関や医療関係団体等との調整を行います。
- ・ 県民に対し健康増進や適切な医療の受診の仕方など保健医療に関する情報提供を積極的にわかりやすく行うとともに、県民の意見や提言を十分に受け止めて施策を推進します。
- ・ 保健医療制度の全体的な制度設計は国において行われていることから、計画推進に必要な制度の変更や支援策の充実等について、国に要望し働きかけていきます。

（２）市町村

- ・ 保健医療、特に保健分野において市町村の果たすべき役割がますます大きくなっているため、市町村においても積極的な保健医療サービスの実施が求められます。
- ・ 特に、住民への医療・健康に関する知識の普及啓発といった一次予防、がん検診や特定健診・特定保健指導~~（国民健康保険の保険者として）~~などの二次予防において、積極的な役割を果たす必要があります。

（３）医療機関・医療従事者・医療関係団体

- ・ 計画の推進に当たっては、医療関係団体等の協力のもと、医療機関が、それぞれの有する機能に応じた医療を提供していくことが必要です。
- ・ 特に、５疾病（がん・脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患・糖尿病・精神疾患）・５事業（救急医療・災害時における医療・へき地医療・周産期医療・小児医療（小児救急を含む。））及び在宅医療等に関して本計画に記載された医療機関については、医療提供体制の確保・充実の面から、積極的な役割が期待されます。
- ・ また、県民は安全で安心な医療の提供を期待していることから、医療安全体制の整備など医療を提供する環境づくりに努めるとともに、患者との信頼関係の構築に努め、患者の視点に立った医療の提供が求められています。

（４）医療保険者

- ・ 医療保険者には、保険財政の安定化と保険者機能を発揮した医療費の適正化が求められています。
- ・ 特に、生活習慣病の予防は、住民の健康の確保の上で重要であるだけでなく、治療に要する医療費の減少にも役立つことから、市町村や他の医療保険者、事業主、医療機関等との連携を図り、特定健診・特定保健指導を効率的かつ効果的に実施していく必要があります。
- ・ また、レセプト情報に基づく医療費分析等を行い、被保険者等の健康状況を把握し、被保険者等の健康の保持・増進に向けた保健事業を積極的に推進するため、保険者協議会を通じて、各保険者が協働していくことが期待されます。

(5) 県民

- ・ 県民一人ひとりが「自分の健康は自分で守る」という意識のもと、適切な生活習慣づくりや疾病予防に努めるとともに、定期的な健診や早期受診により健康を維持・回復することが重要です。また、より良質な医療を受けるため、県民自身が医療情報の収集や医療機関の選択に主体的に関わることも期待されています。
- ・ さらに、質の高い保健医療の環境づくりのためには、県民の理解と協力が必要です。例えば、大病院への患者の集中やそれに伴う病院勤務医の疲弊といった問題を少しでも解決していくためには、県民一人ひとりがかかりつけ医を持つなど、病院勤務医の負担軽減に協力していくことも必要です。

第5節 評価及び見直し等

1 計画の進捗状況の評価と見直し

本計画で示す目標を達成するためには、県民、関係機関、団体等の理解と協力を得ながら着実に各種施策の推進を図ることが重要です。

このため、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目に見えるよう工夫するとともに、達成状況については 2019 年度以降、毎年度確認・評価を行い、施策の推進に反映させていきます。なお、評価した結果については、県ホームページ等で公表します。

※指標については、医療計画作成指針（平成 29 年 3 月 31 日付け厚生労働省医政局長通知）に基づき以下の 3 区分に分類して掲載しています。

S（ストラクチャー指標）：保健・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）：保健・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

また、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います。

2 評価に使用する各種統計調査

評価に使用する主な調査は以下のとおりです。

統計調査名称			実施主体
・ 人口動態統計	・ 国民生活基礎調査	・ 患者調査	厚生労働省
・ 衛生行政報告例	・ 国民健康・栄養調査	・ 医療施設調査	
・ 介護保険事業状況報告	・ 病院報告	・ 病床機能報告	
・ 地域保健・健康増進事業報告	・ 医師・歯科医師・薬剤師調査		
・ 県民健康・栄養調査			長野県

また、必要に応じて関係機関に対する調査を実施します。

第2編

長野県の現状

第1章

県民の状況

第1節 人口構造

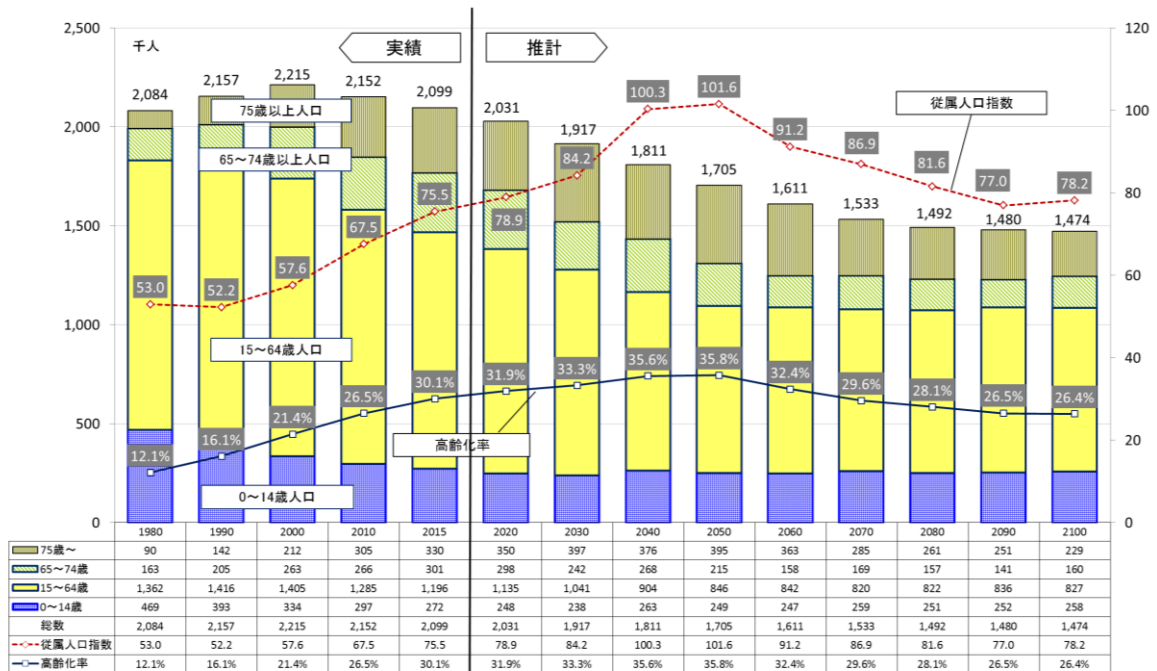
1 長野県の人口

長野県の総人口は、国勢調査によると平成12年（2000年）の約222万人をピークに減少に転じ、平成27年（2015年）には約210万人、65歳以上の割合は30.1%となっています。

国、都道府県、市町村が人口減少に歯止めをかける政策を講じない場合、減少が続きますが、一定の政策を講じた場合、2060年に161万人、2080年頃から150万人程度で定常化する見通しです。

（以下、人口の推計については、政策を講じた場合の推計を掲載します）

長野県の総人口と高齢化率

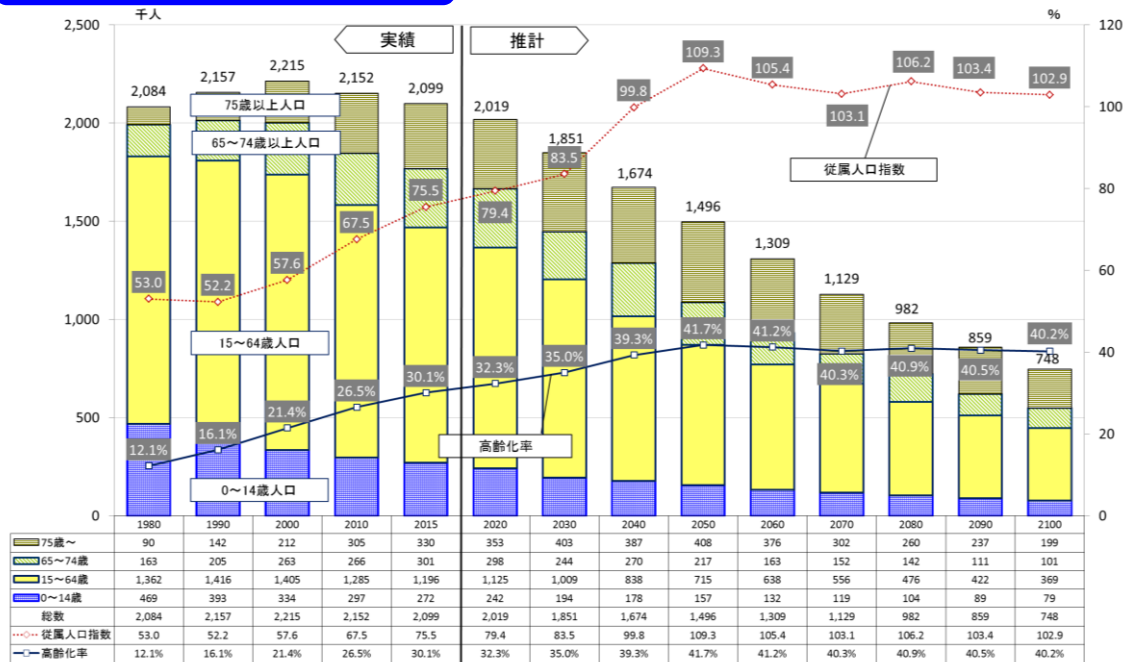


（注）従属人口指数＝（0～14歳人口＋65歳以上人口）／（15～64歳人口）

推計値は、国、都道府県、市町村が人口減少に歯止めをかける政策を講じた場合として長野県総合政策課が推計したもの

(参考) 政策を講じない場合の推移

長野県の総人口と高齢化率



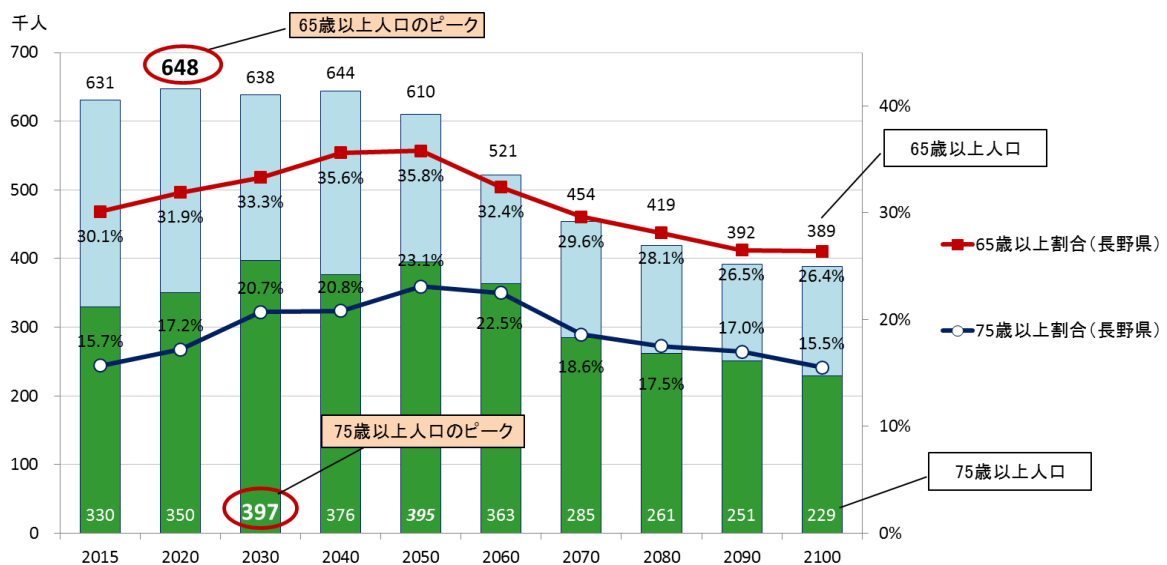
(注) 従属人口指数 = (0～14 歳人口 + 65 歳以上人口) / (15～64 歳人口)

推計値は、長野県総合政策課が現状の継続を前提に国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」を基に推計したもの

2 高齢者人口

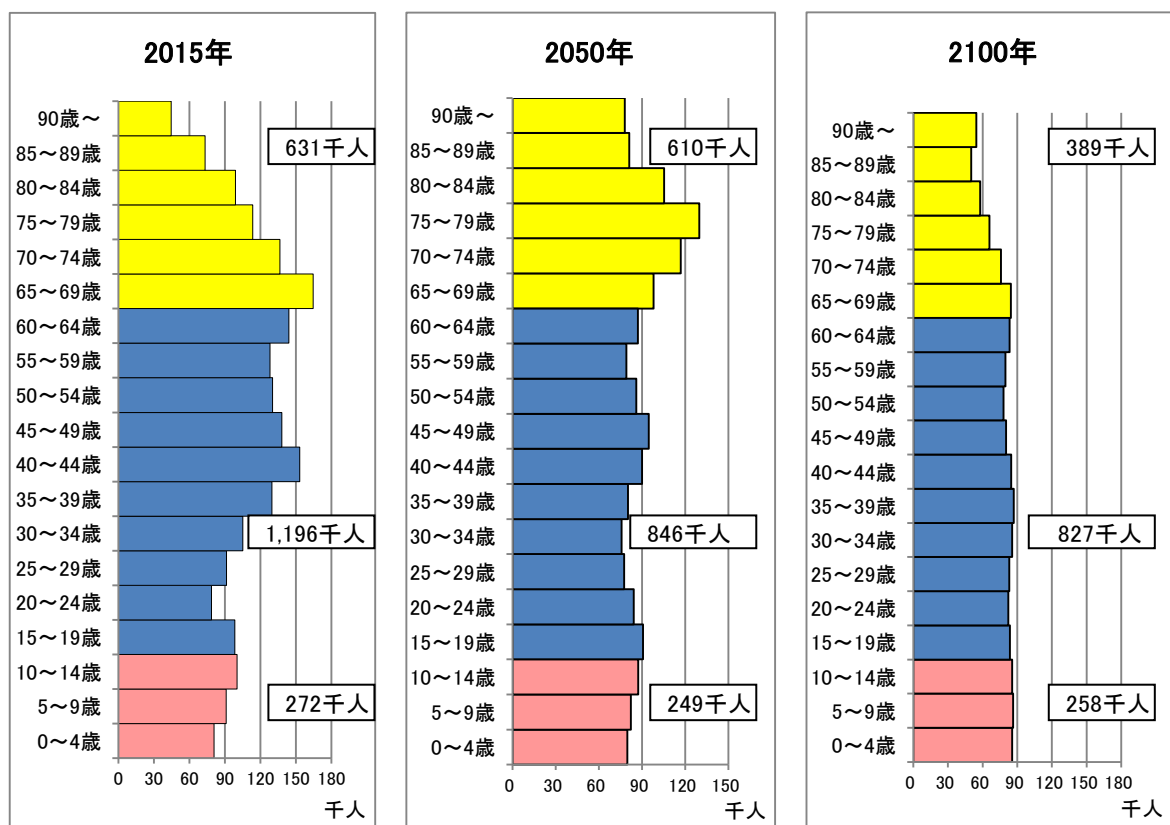
推計によると、2020 年に 65 歳以上の人口がピークとなり、後期高齢者人口（75 歳以上人口）は 2030 年まで増加が続く見通しです。

高齢者人口の推計



(2015 年の数値は国勢調査。2020 年以降は国、都道府県、市町村が人口減少に歯止めをかける政策を講じた場合として、長野県総合政策課が推計したもの)

3 人口ピラミッドの推移



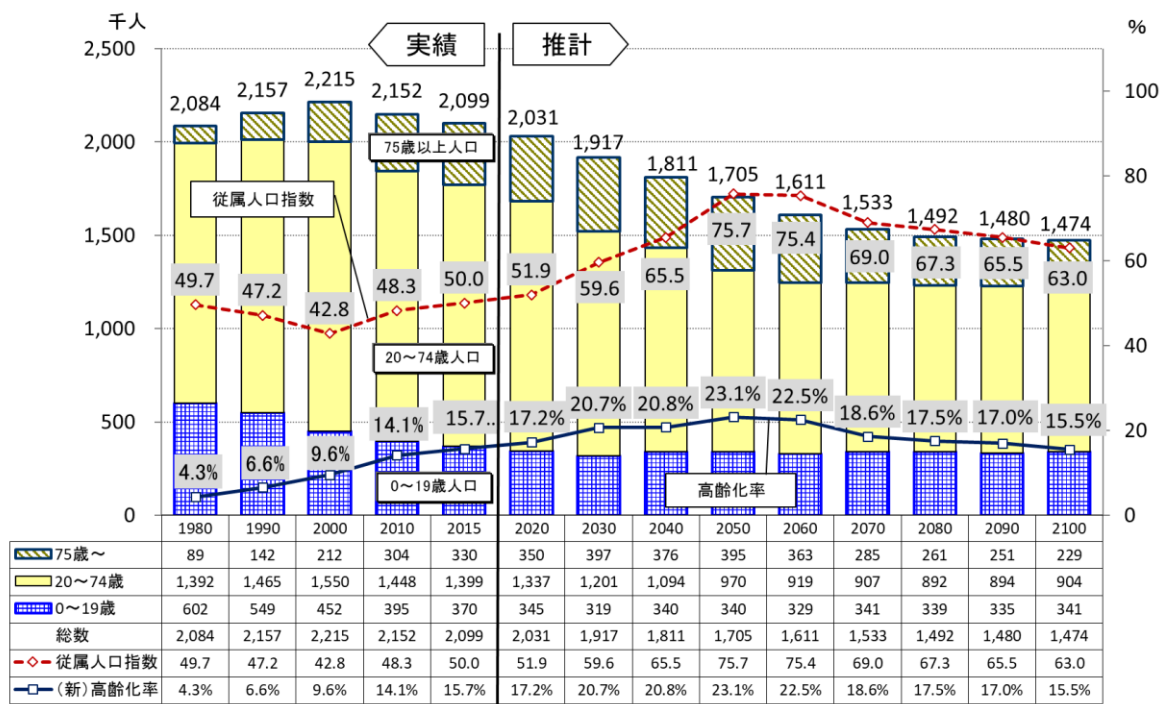
(2015年の数値は国勢調査。2050年及び2100年は国、都道府県、市町村が人口減少に歯止めをかける政策を講じた場合として、長野県総合政策課が推計したもの)

人口構造の考え方（20～74歳を生産年齢人口とした場合の人口推計）

現在使用している人口年齢区分は、15～64歳を生産年齢人口としてとらえていますが、高度経済成長期を経て成熟社会に入っていることを考慮して新たな視点で人口構造をとらえる考え方もあります。

例えば高学歴化によって若者が社会へ旅立つ年齢が遅れていることや、平均寿命の延伸によって、健康で元気に暮らしている高齢者が多いことなどを考慮して、15～19歳を支えられる側に、65～74歳を支える側に分類して推計すると、元気な高齢者が就労やボランティアなどで活躍するという前提により生産年齢人口が増加することになるため、従属人口指数が100を超えず、「支える側の人口」が「支えられる側の人口」より多い状態を維持できることとなります。

今後は、人口減少社会の中で社会保障の柱である保健医療サービスを持続可能なものにしていくためには、こうした視点で人口構造をとらえていくことも必要かもしれません。



（注）推計値は、国、都道府県、市町村が人口減少に歯止めをかける政策を講じた場合として、長野県総合政策課が推計したもの

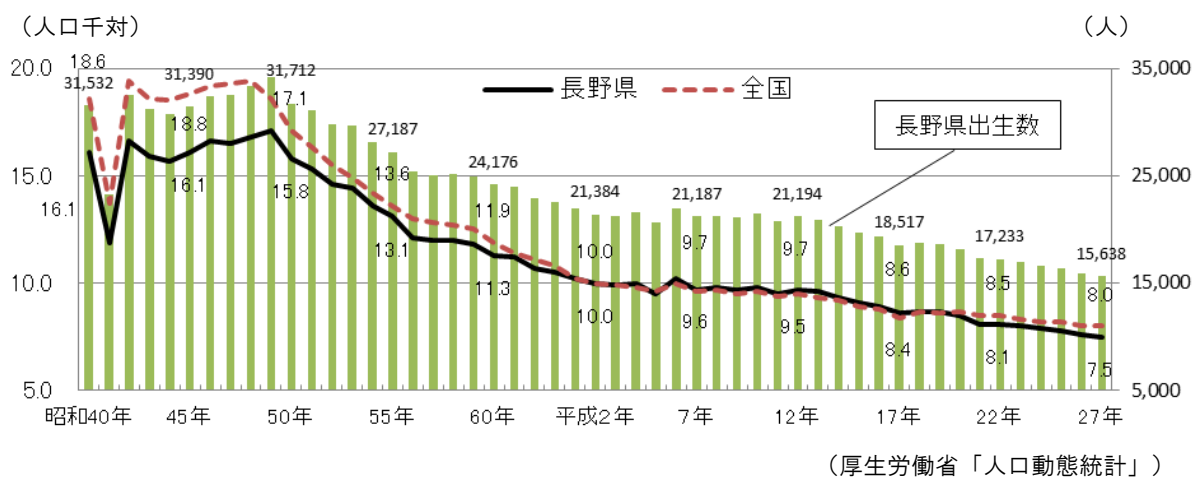
第2節 人口動態と平均寿命

1 出生

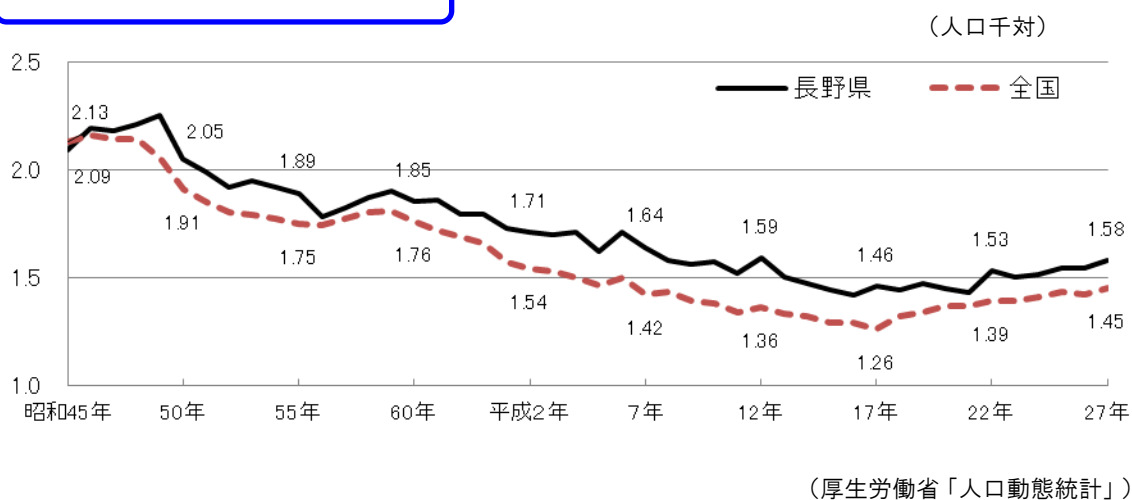
平成 27 年（2015 年）の出生数は 15,638 人、出生率（人口千対）は 7.5 で全国の 8.0 を下回っています。出生率は、昭和 50 年（1975 年）以降漸減傾向を示しており、平成元年（1989 年）には全国平均に並び、以後同水準で推移してきました。

また、合計特殊出生率（1 人の女性が一生の間に生むであろう子どもの数に相当）は、昭和 46 年（1971 年）以降全国平均を上回っているものの、漸減傾向が続いてきましたが、平成 22 年（2010 年）頃から増加傾向に転じ、平成 27 年（2015 年）には 1.58（全国：1.45）となっています。

出生率と出生数



合計特殊出生率



2 死亡

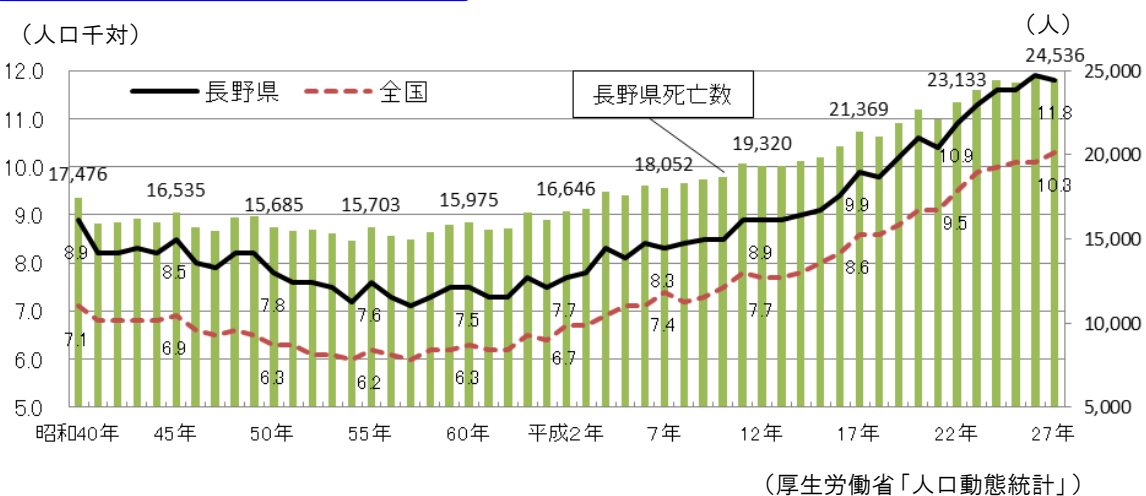
平成27年（2015年）の死亡数は24,536人、死亡率（人口千対）は11.8となっており、全国平均の10.3を上回っています。死亡率は、医学や医療技術の進歩、公衆衛生の向上等により、昭和50年代後半まで低下傾向で推移しましたが、その後は上昇傾向に転じて、平成16年（2004年）以降は出生率を上回っています。

また、平成27年（2015年）の年齢調整死亡率（人口10万対）でみると、本県の男性は434.1（全国：486.0）、女性は227.7（全国：255.0）であり、男性、女性ともに、前回調査に引き続き低順位で全国1位となっています。

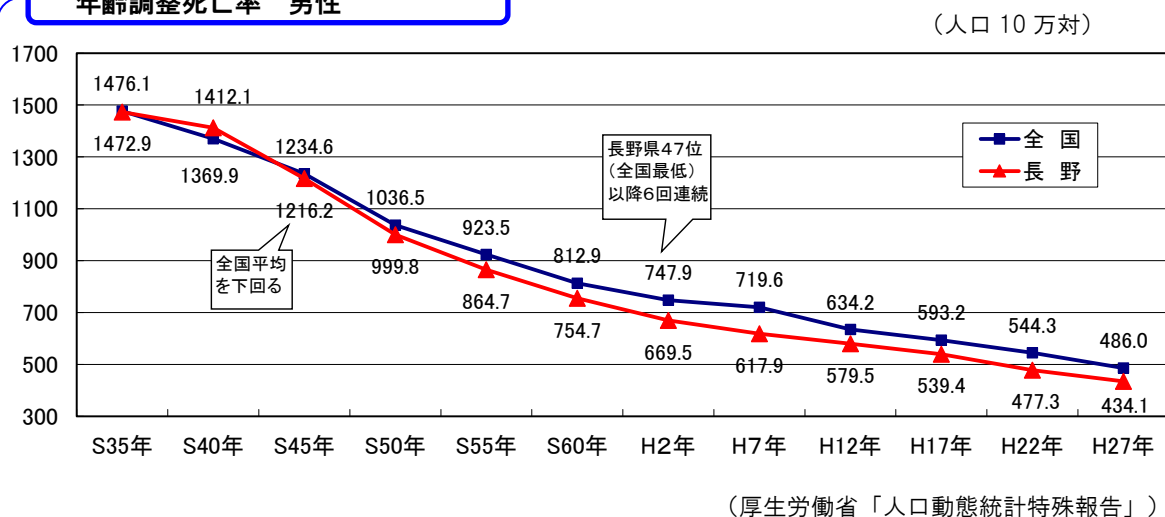
年齢調整死亡率とは？

- 死亡数を人口で除した死亡率については、各地域の年齢構成に差があるため、高齢者の多い地域で高くなり、若年者の多い地域で低くなる傾向にあります。このため、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように基準人口（昭和60年モデル人口）で補正した死亡率です。
- 平成22年（2010年）及び平成27年（2015年）ともに全国順位（低順位）が男女とも1位の長野県は、他県と比較して年齢調整死亡率が最も低く、長寿を裏付ける結果となっています。

死亡率と死亡数

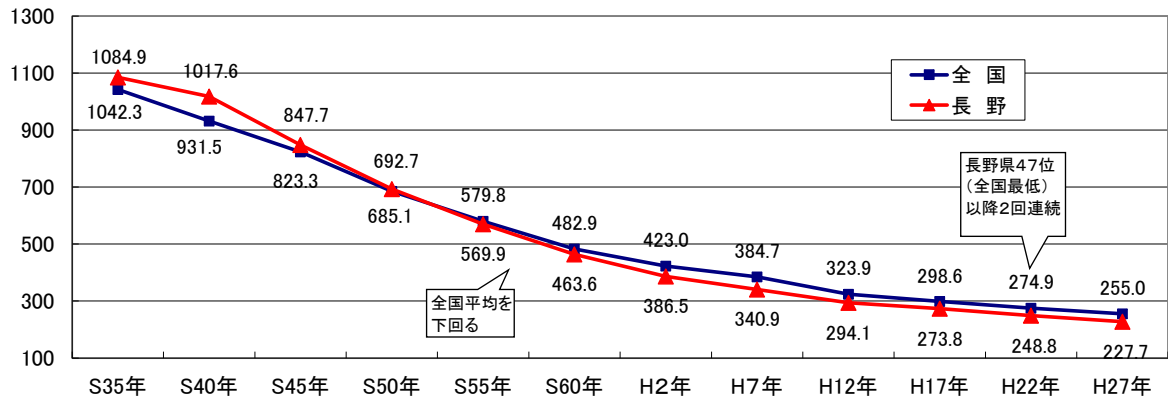


年齢調整死亡率 男性



年齢調整死亡率 女性

(人口 10 万対)



(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

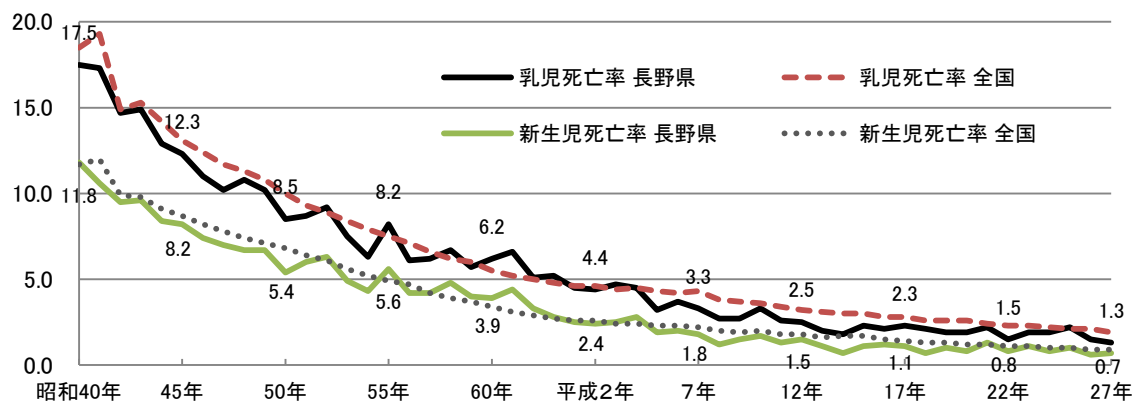
3 乳児死亡率及び新生児死亡率

平成27年（2015年）の乳児死亡（生後1年未満の死亡）数は20人、乳児死亡率（出生千対）は1.3となっており、全国平均の1.9を下回っています。乳児死亡率は、戦後の母子保健の普及改善等により、昭和20年（1945年）以降昭和30年代にかけ急激に低下し、昭和50年（1975年）には8.5となって2桁台を割り、平成5年（2003年）以降は全国平均を若干下回る水準でほぼ推移しています。

また、平成27年（2015年）の新生児死亡（生後4週未満の死亡）数は11人、新生児死亡率（出生千対）は0.7となっており、全国平均の0.9を下回っています。

乳児死亡率及び新生児死亡率

(出生千対)



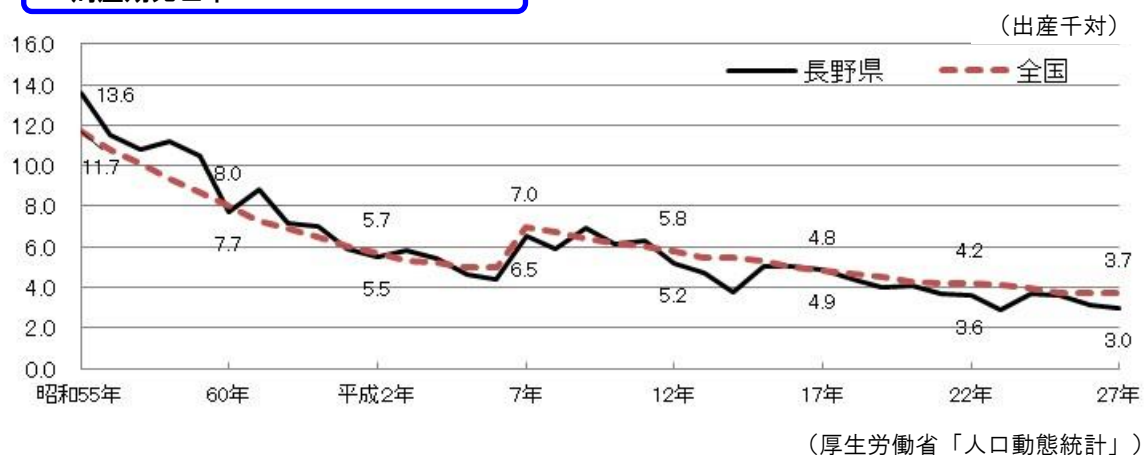
(注) グラフ中の数値は長野県の乳児死亡率及び新生児死亡率

(厚生労働省「人口動態統計」)

4 周産期死亡率

平成27年（2015年）の周産期死亡（生後1週未満の死亡及び妊娠満22週以後の死産）数は47人、周産期死亡率（出産千対）は3.0となっており、全国平均の3.7を下回っています。周産期死亡率は、母子保健の普及改善等により低下傾向にあります。

周産期死亡率



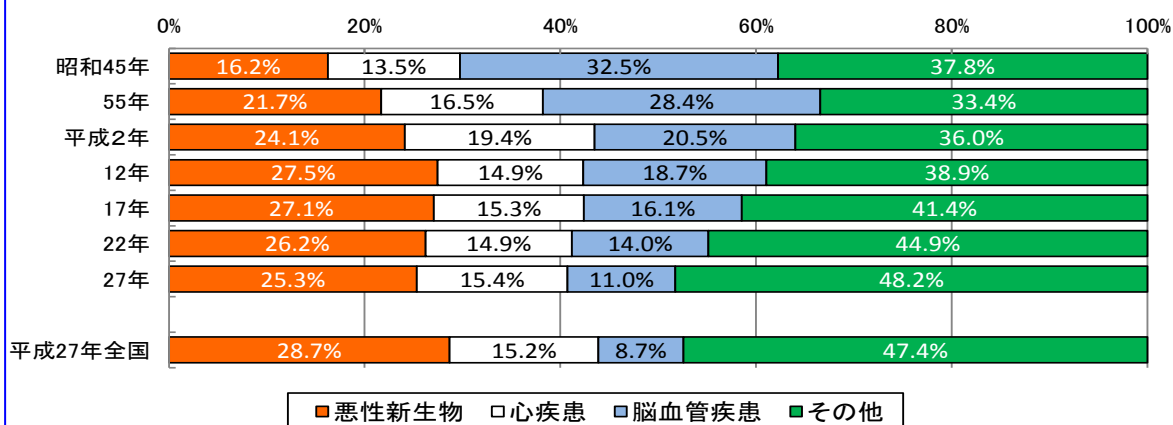
(注) 平成6年以前は生後1週未満の死亡及び妊娠満28週以後の死産に係る率

5 死亡原因

死亡順位を時系列でみると、昭和26年（1951年）以降、脳血管疾患、悪性新生物、心疾患の順で推移してきましたが、昭和59年（1984年）に悪性新生物が脳血管疾患を抜いて1位となり、直近の平成27年（2015年）では悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順となっています。

また、平成27年（2015年）の全死因に占める3大死因の割合は51.7%であり、全国（52.6%）とほぼ同水準となっています。

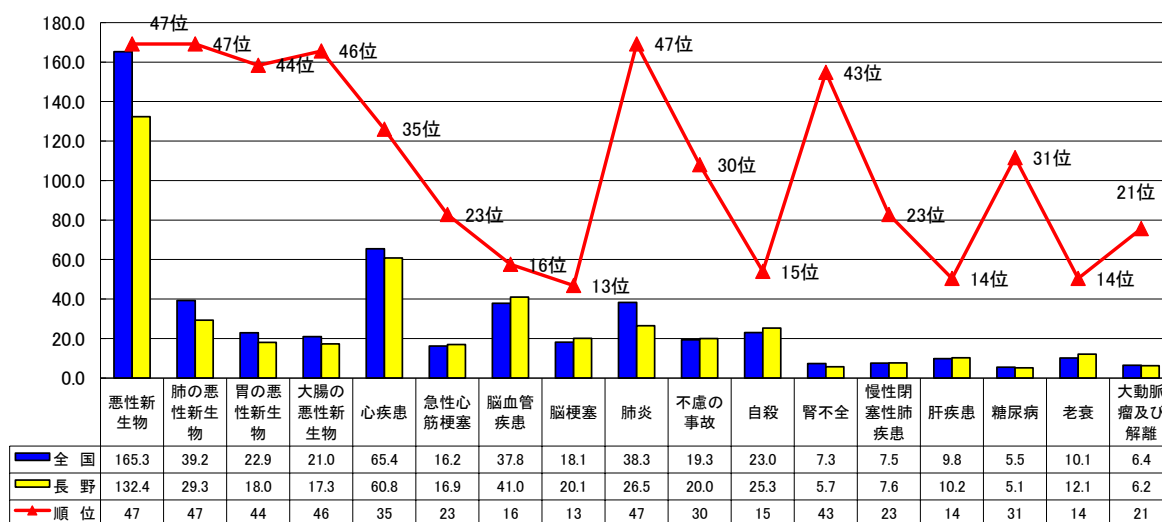
本県の全死亡に占める3大死因の割合



(厚生労働省「人口動態統計」)

死因別年齢調整死亡率 男性

(人口 10 万対)

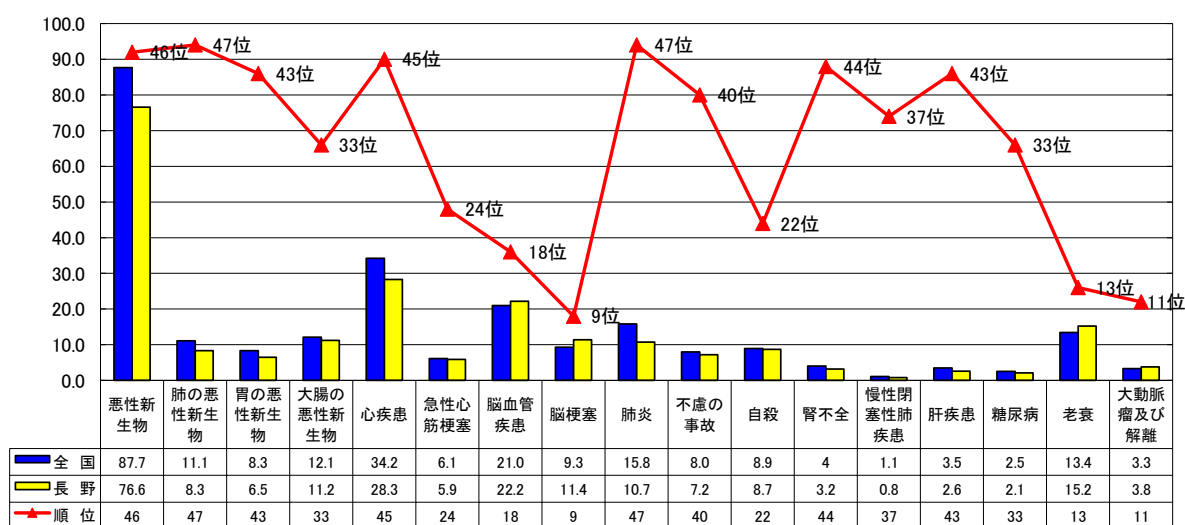


(注) 順位は高い順に記載 数値は平成 27 年 (2015 年)

(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

死因別年齢調整死亡率 女性

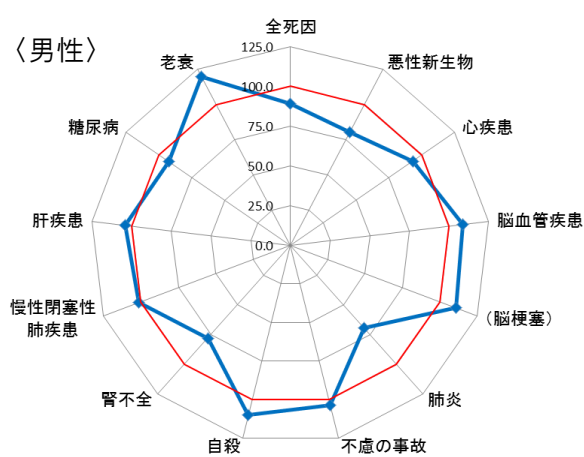
(人口 10 万対)



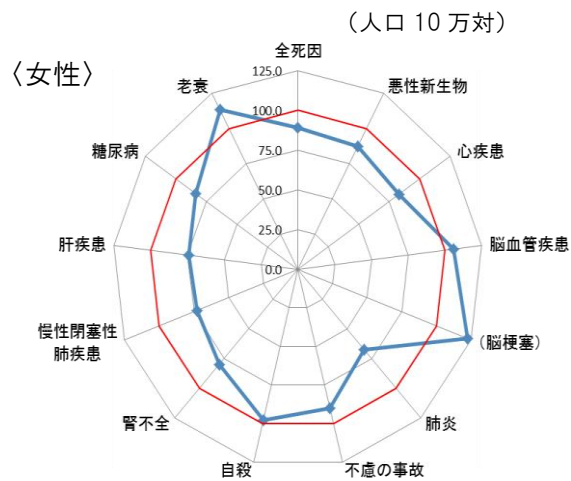
(注) 順位は高い順に記載 数値は平成 27 年 (2015 年)

(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

主な死因別年齢調整死亡率の対全国比



(注) 全国 100 数値は平成 27 年 (2015 年)

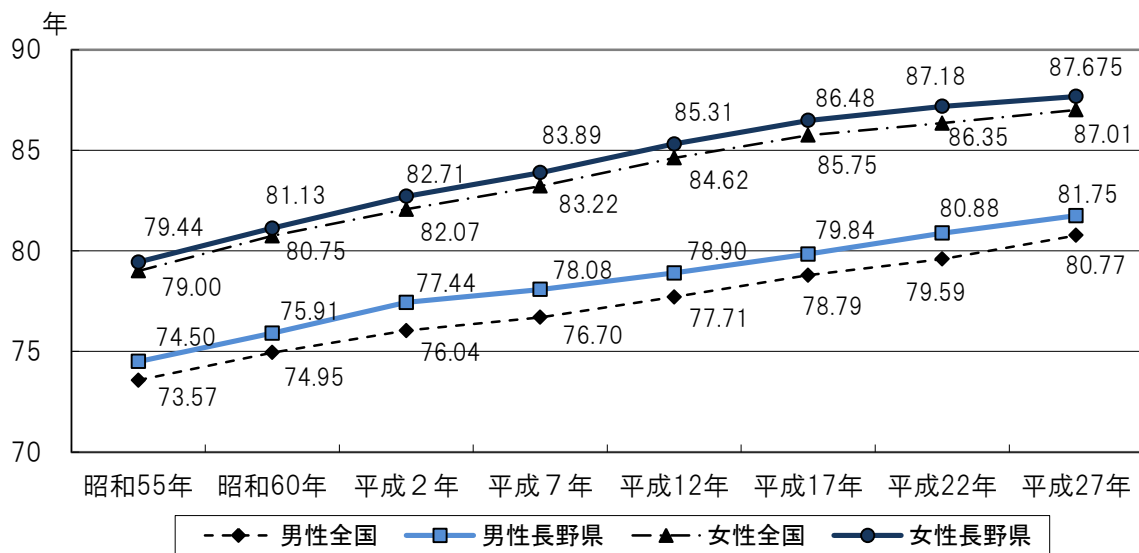


(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

6 平均寿命の推移

平成27年（2015年）の都道府県別生命表によると、本県の平均寿命は、女性が87.675年で全国1位、男性が81.75年で全国2位となっており、本県の長寿を裏付けています。

平均寿命の推移



(厚生労働省「都道府県別生命表」)

第3節 傷病の動向

1 患者数及び受療率

厚生労働省「患者調査」（平成26年（2014年））によると、調査日（病院は平成26年（2014年）10月21日から23日までのうちで指定された1日、診療所は同年10月21日、22日、24日のうちで指定された1日）に県民のうち医療施設を受療した推計患者数（推計入院患者数と推計外来患者数の合計）（患者住所地ベース）は128,400人で、県民の16.4人に1人が受療したことになります。

施設の種別では、病院が53,700人（患者総数の41.8%）、一般診療所が56,700人（同44.1%）、歯科診療所が18,200人（同14.1%）となっています。また、入院・外来別では、入院が20,400人（同15.9%）、外来が108,000人（同84.1%）、性別患者数では、男性が56,600人（同44.1%）、女性が71,900人（同55.9%）となっています。

受療率*（人口10万対）は、入院が970、外来が5,122で、いずれも全国を下回っており、平成14年（2002年）の患者調査以来、同様の傾向が続いています。

推計患者数及び受療率（人口10万対）（平成26年）

区 分	患 者 数 （人）				受療率（人口10万対）	
	総 数	病 院	一般診療所	歯科診療所	長野県	全 国
入 院	20,400	19,900	600	—	970	1,038
外 来	108,000	33,800	56,100	18,200	5,122	5,696
男 性	56,600	25,300	23,100	8,200	5,522	6,043
女 性	71,900	28,300	33,600	10,000	6,629	7,387
計	128,400	53,700	56,700	18,200	6,092	6,734

（注）計については、入院及び外来の患者数及び受療率を単純合計したもの。

（厚生労働省「患者調査」）

推計患者数及び受療率（人口10万対）の推移

年	患 者 数 （人）			受療率（人口10万対）					
				長 野 県			全 国		
	入院	外来	計	入院	外来	計	入院	外来	計
平成14年	21,400	101,300	122,700	966	4,570	5,536	1,139	5,083	6,222
平成17年	20,800	111,500	132,300	946	5,078	6,024	1,145	5,551	6,696
平成20年	21,000	112,200	133,200	969	5,168	6,137	1,090	5,376	6,466
平成23年	19,700	110,600	130,300	920	5,162	6,082	1,068	5,784	6,852
平成26年	20,400	108,000	128,400	970	5,122	6,092	1,038	5,696	6,734

（注）計については、入院及び外来の患者数及び受療率を単純合計したもの。

（厚生労働省「患者調査」）

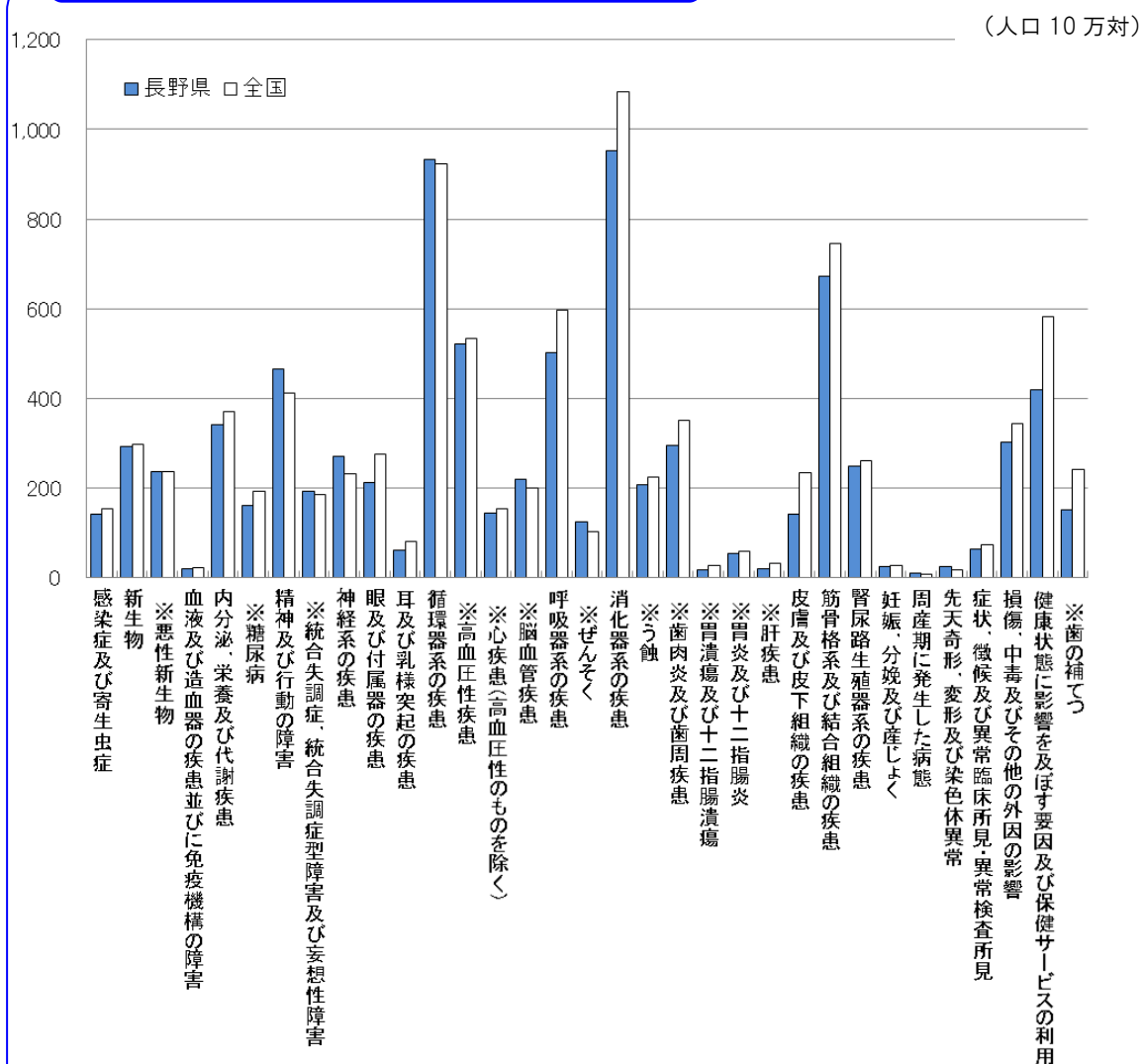
* 受療率：ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた人口10万人当たりの患者数。厚生労働省が行う「患者調査」により全国推計患者数を把握し算出。

2 傷病別患者数・受療率

厚生労働省「患者調査」（平成26年（2014年））によると、傷病（大分類）別推計患者数は、「消化器系の疾患」が20,100人（患者総数の15.7%）と最も多く、次いで「循環器系の疾患」19,700人（同15.3%）、「筋骨格系及び結合組織の疾患」14,200人（同11.1%）の順となっています。

また、全国の傷病（大分類）別受療率と比較すると、「循環器系の疾患」は、ほぼ全国と同じ受療率であるのに対し、「消化器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」は全国平均を大きく下回っています。

傷病別受療率（平成26年（2014年））



(注) ※は、再掲を示す。

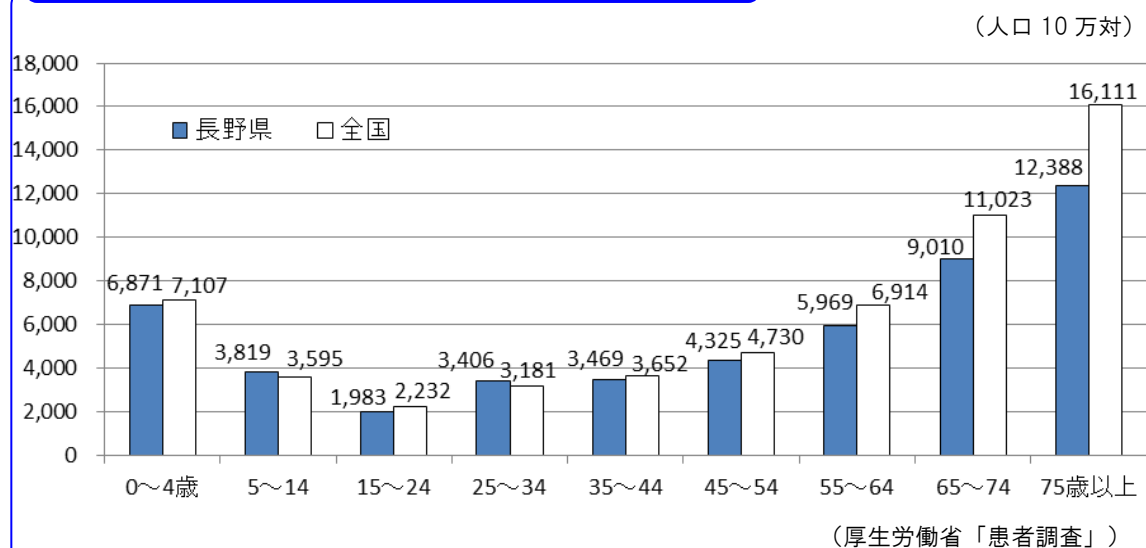
(厚生労働省「患者調査」)

3 年齢階級別受療率

年齢階級別受療率（人口10万対）をみると、15～24歳の1,983を最低に、最高は75歳以上の12,388となっています。

全国平均と比較すると、75歳以上での受療率の低さが際立っているほかは、ほぼ全国と同じか下回る水準となっています。

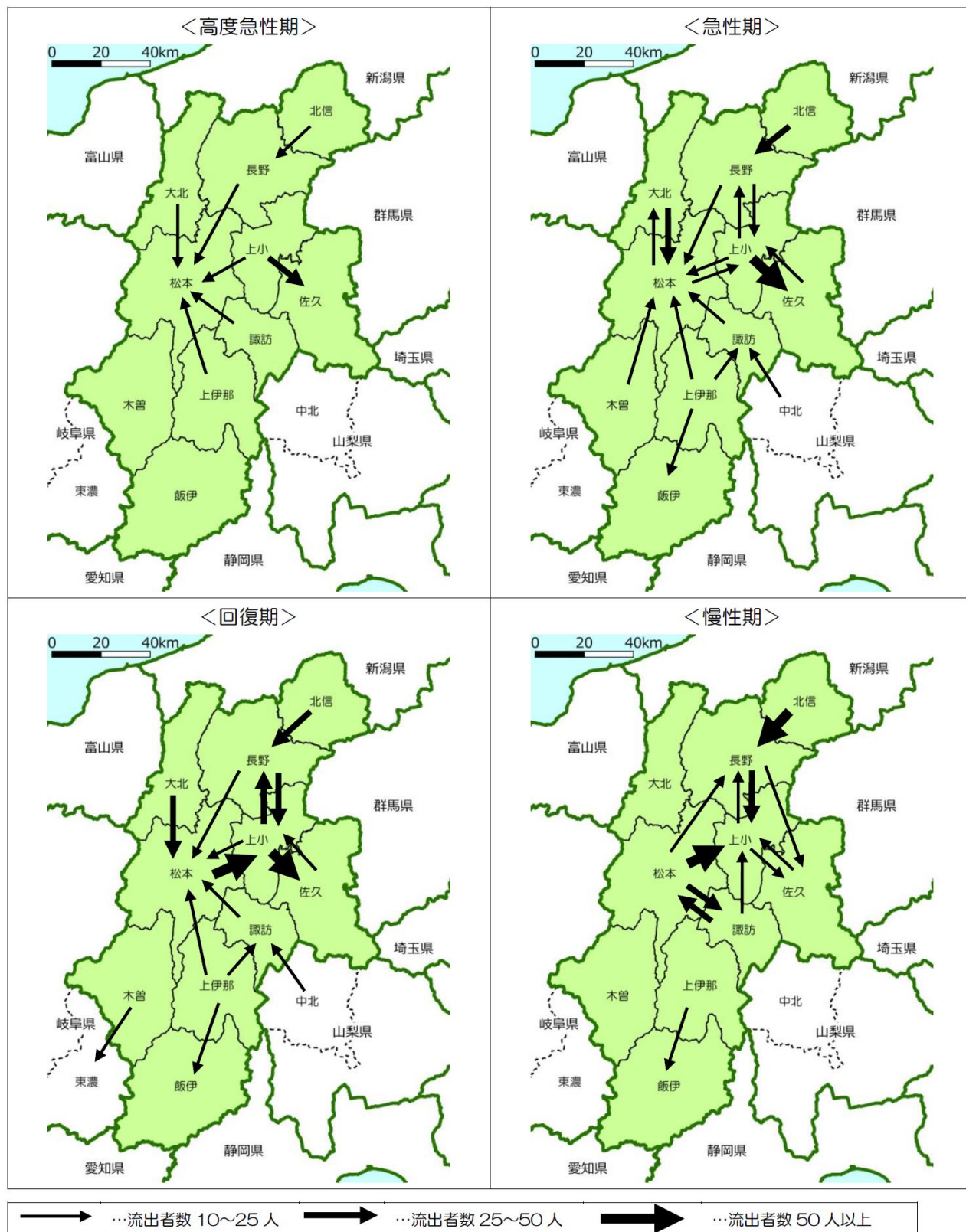
年齢階級別受療率（平成26年（2014年））



4 入院患者の受療動向

県内では、主に高度な医療の提供を行う大学病院等の医療機関がある佐久・松本医療圏に周辺の医療圏から高度急性期・急性期の入院患者が流入しています。また、上小医療圏には、回復期や慢性期の患者が流入しているという傾向が見られます。

4 機能区分別の患者流出入の状況（平成 25 年度、10 人/日以上）



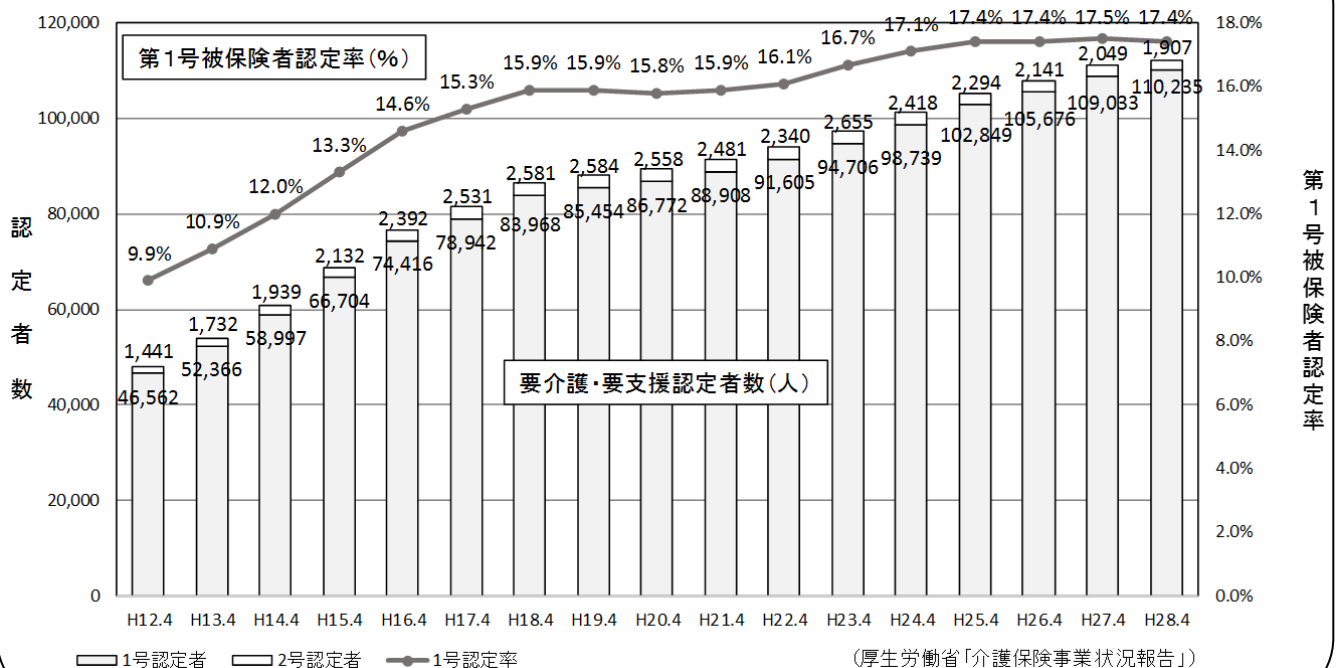
（「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成）

第4節 要介護・要支援認定者の状況

(1) 要介護・要支援認定者の状況

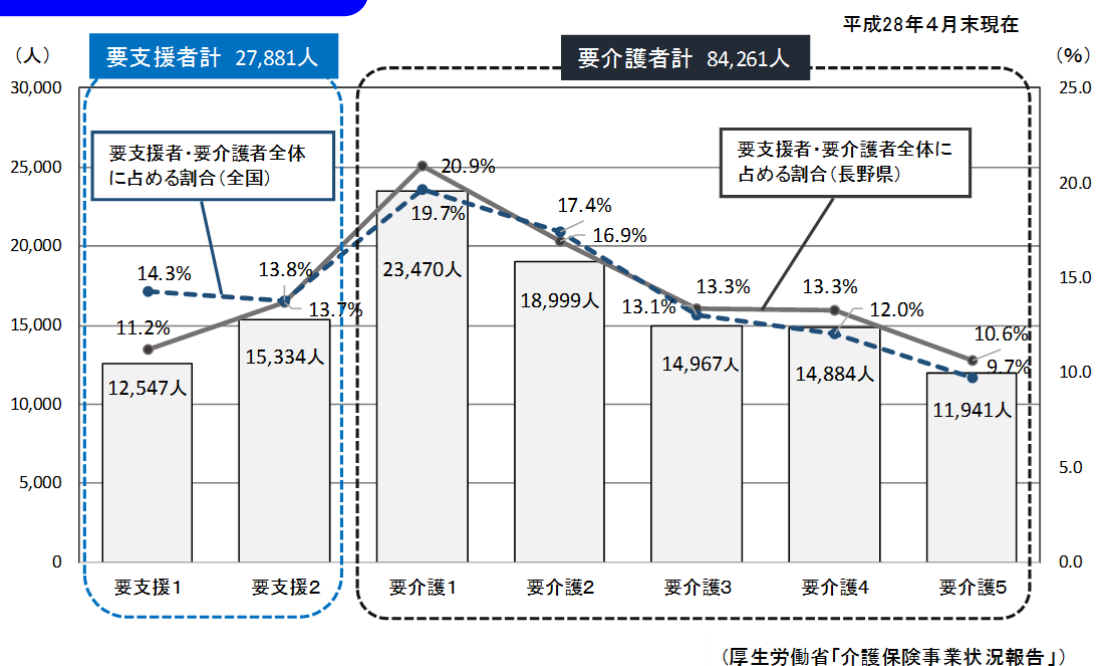
長野県の認定者数（要介護・要支援）は増加傾向、認定率は近年横ばいの傾向にあります。

要介護・要支援認定者の推移



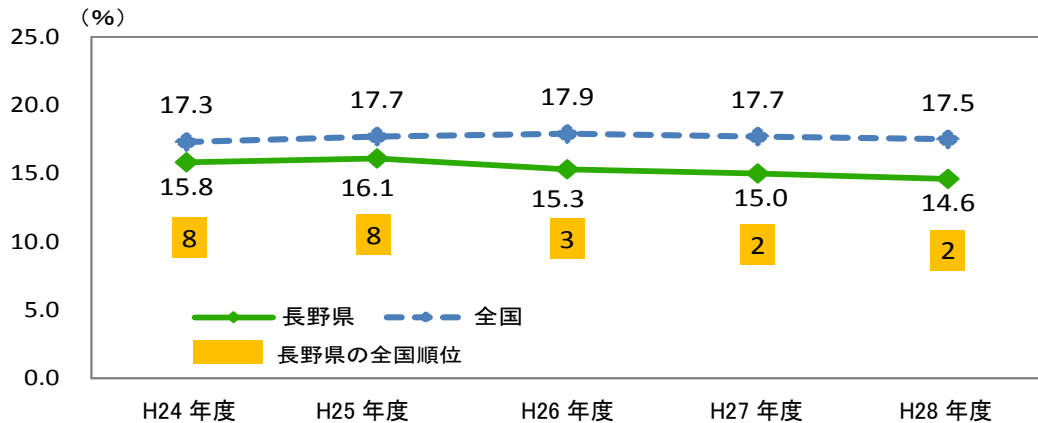
長野県では全国と比べ、要支援者の割合が低く、要介護者の割合が高くなっています。

要介護・要支援認定者の状況



性・年齢調整を行った認定率は、近年徐々に低下しており、全国と比べて低い方から2番目になっています。

調整済み認定率の推移



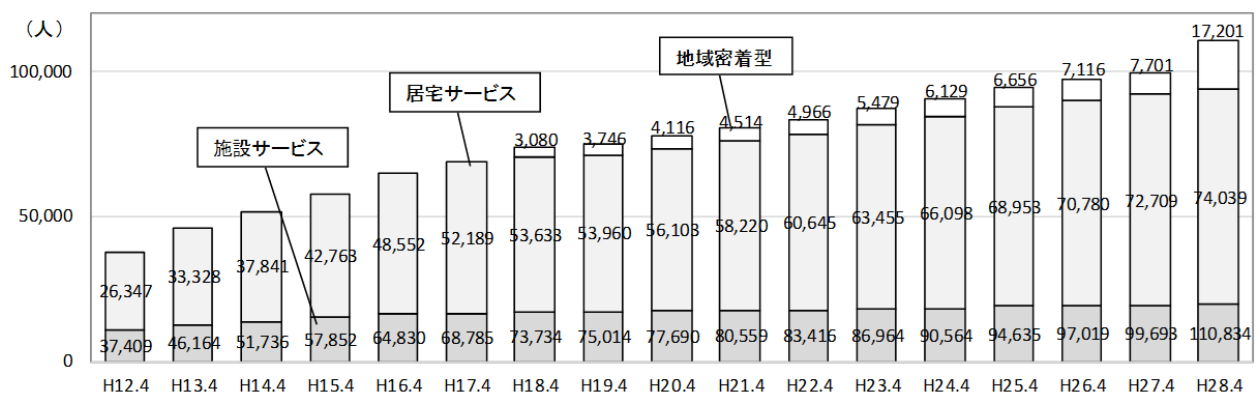
※調整済み認定率は、「どの地域も全国平均と全く同じ第1号被保険者の性・年齢構成だった」として計算をした場合の認定率

(厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム)

(2) 長野県の介護サービス利用者と介護給付費

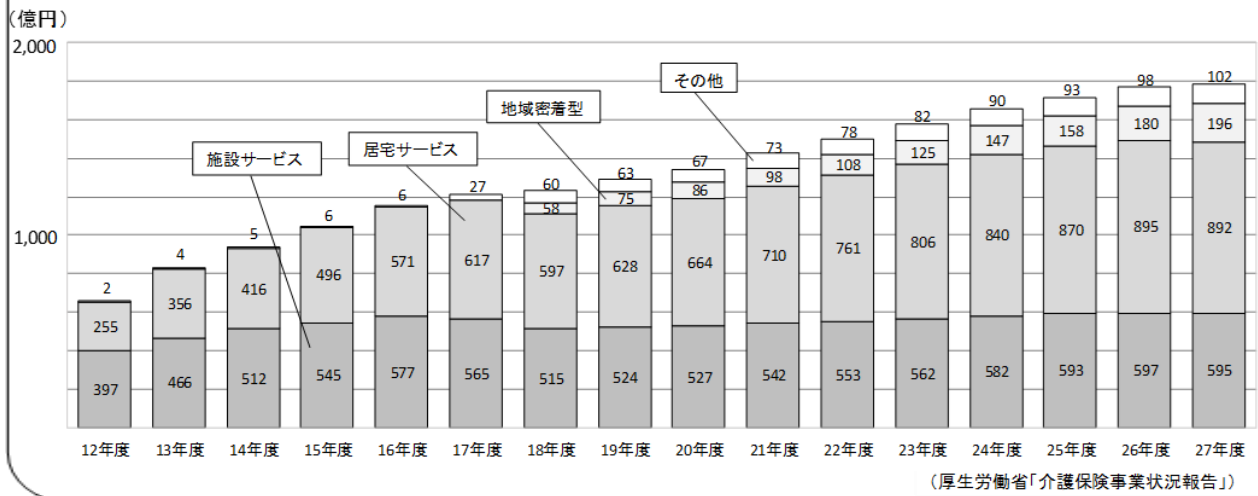
要介護認定者数の増加に伴い、長野県内のサービス利用者数、介護給付費は増加し、介護保険料も上昇しています。

サービス利用者数の推移

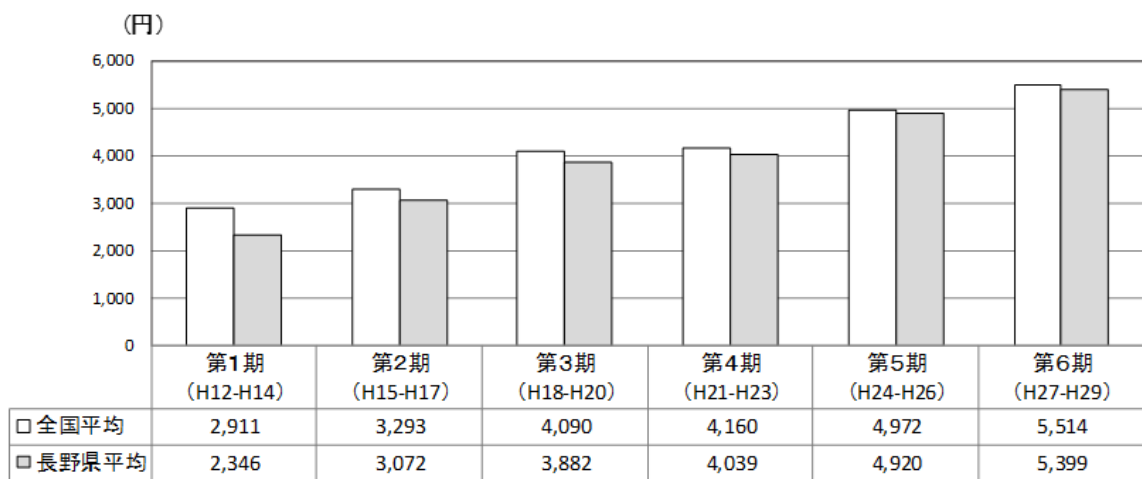


(厚生労働省「介護保険事業状況報告」)

介護給付費の推移



介護保険料の推移



(介護支援課調べ)

第2章

医療の現状

第1節 医療に対する県民の意識

- 県では、本計画の策定を含め、安全で安心できる医療体制や質の高い医療提供体制の構築を図るための基礎資料とするため、平成29年（2017年）2月に「県民医療意識調査」を実施しました。
- 調査の概要及び主な調査結果は、以下のとおりです。

1 調査の概要

- ① 調査対象：18歳以上の県民 3,000人（選挙人名簿から層化2段無作為抽出）
- ② 調査期日：平成29年（2017年）2月
- ③ 調査方法：調査票送付によるアンケート回答方式

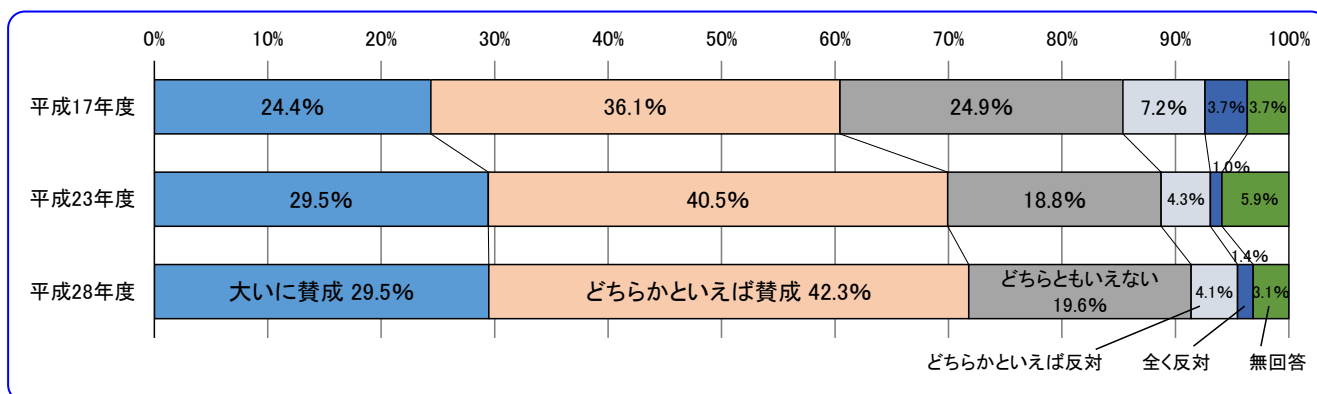
2 主な調査結果

（1）医療機関の役割分担について

「『比較的軽い病気やけがは、患者の近くの診療所・医院が治療を受け持ち、比較的大きな病院は、病状が進んだ患者の治療や難しい病気の治療に専念すべきである』という考えについて、どう思われますか」という質問に対し、「大いに賛成」、「どちらかといえば賛成」が合わせて70%以上を占め、「全く反対」、「どちらかといえば反対」の約5%を大きく上回りました。

過去の調査（平成17年度（2005年度）、平成23年度（2011年度））と比較しても、「大いに賛成」、「どちらかといえば賛成」が増加しています。

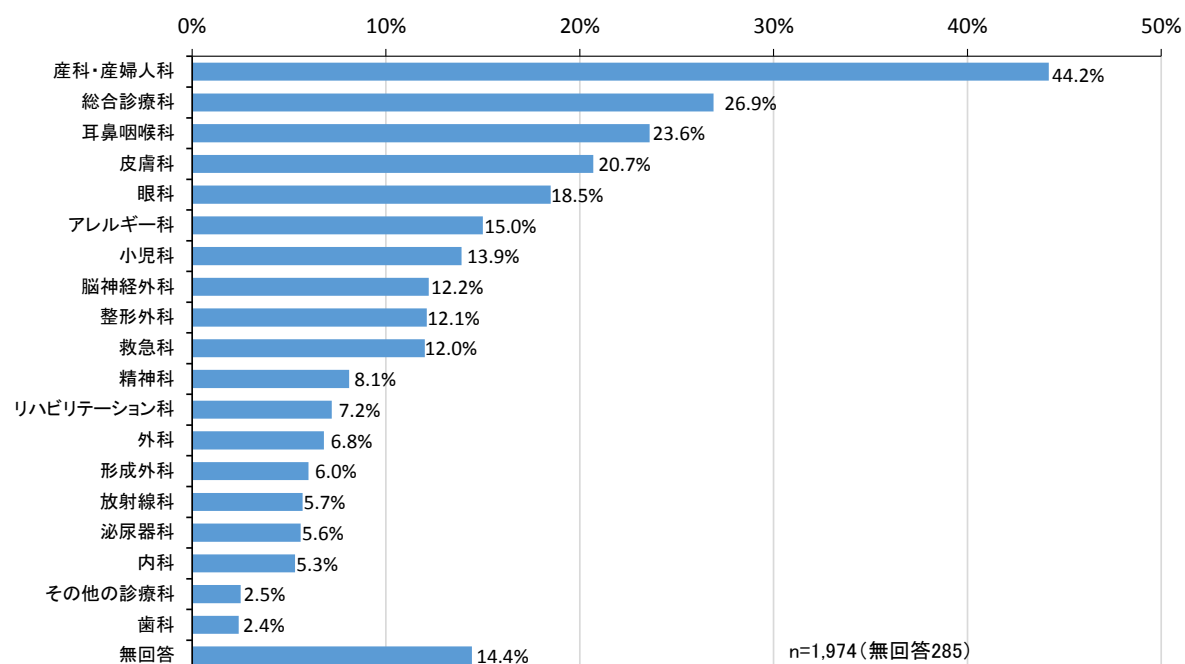
【図1】医療機関の役割分担について



（2）地域に不足している診療科について

- 「あなたのお住まいの地域で、受診する医療機関が無い、あるいは不足していると感じている診療科を、3つまでお選びください」という質問では、産科・産婦人科、総合診療科（複数の病気を抱える患者に対応するため、幅広い視野で診療を行う科）、耳鼻咽喉科の順となっています。

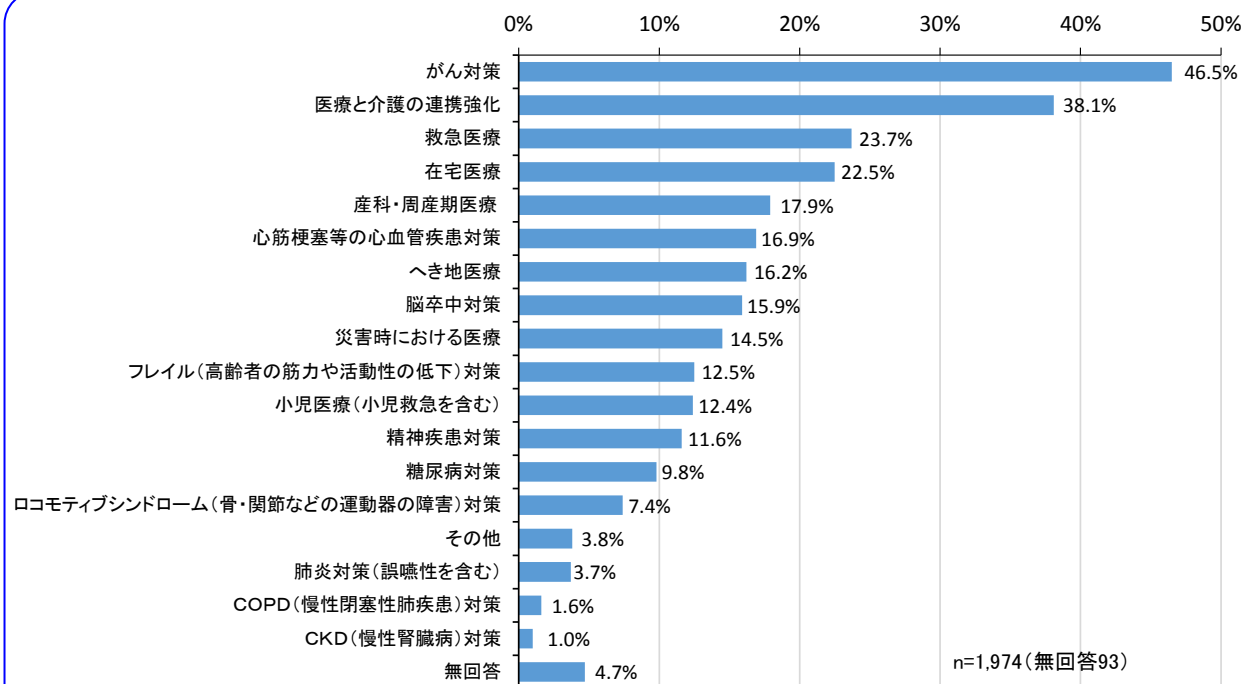
【図2】地域に不足していると感じる診療科について（複数回答 3つまで）



（3）医療行政について

- 「今後、医療行政はどの分野について重点をおく必要があると感じていますか」という質問に対し、「がん対策」が最も多く、次いで「医療と介護の連携強化」、「救急医療」、「在宅医療」となっています。

【図3】今後、重点をおく必要があると感じる分野について（複数回答）



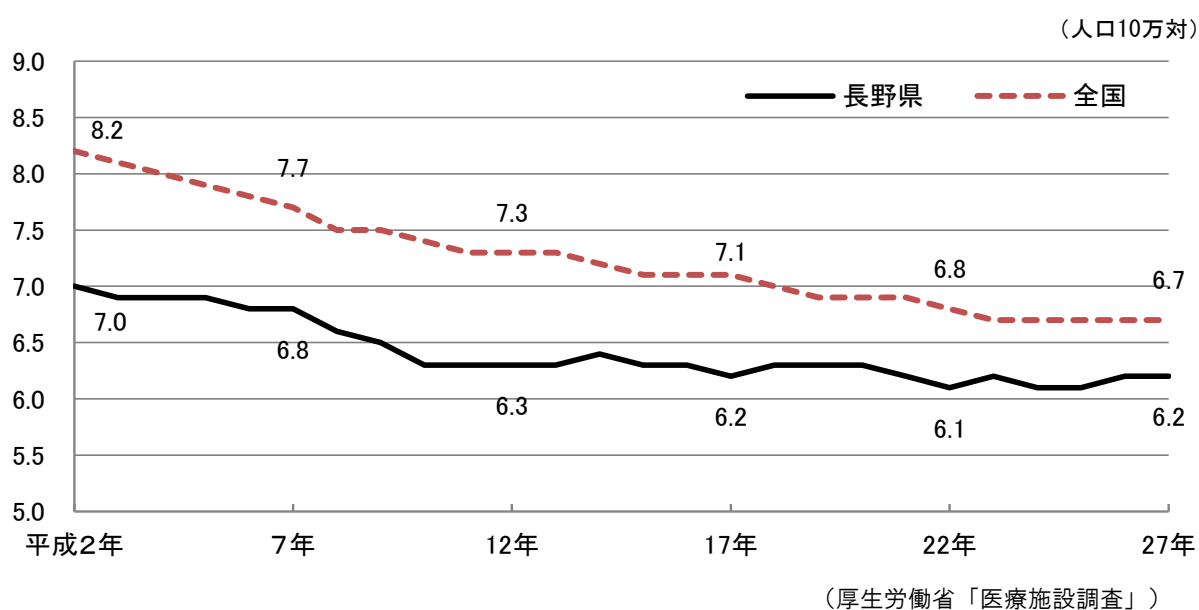
第2節 保健医療施設の状況

1 病院・診療所・歯科診療所・薬局

(1) 病院

病院数（人口10万対）は、全国平均を下回って推移しています。また、施設数は減少傾向にありましたが、平成10年（1998年）以降はほぼ横ばいです。

病院数の年次推移



県内における開設者別の病院数は、次のとおりです。

【表1】開設者別病院数

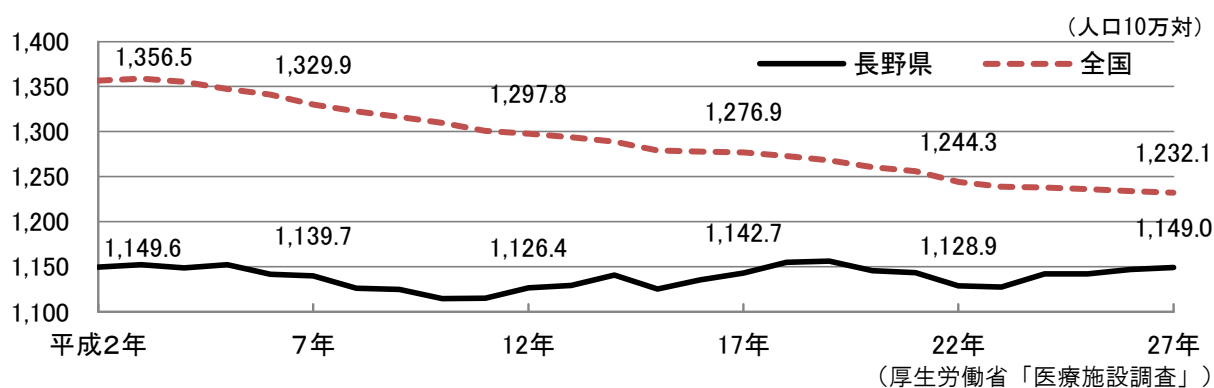
(平成29年(2017年)10月1日現在)

国 (国立大学法人を含む。)	公的病院				民間病院				計
	公立病院（地方独立行政法人を含む。）		日本赤十字社	JA長野厚生連	社会医療法人	医療法人	その他の法人	個人	
	県	市町村							
6	6	18	6	14	12	60	6	2	130

(医療推進課調べ)

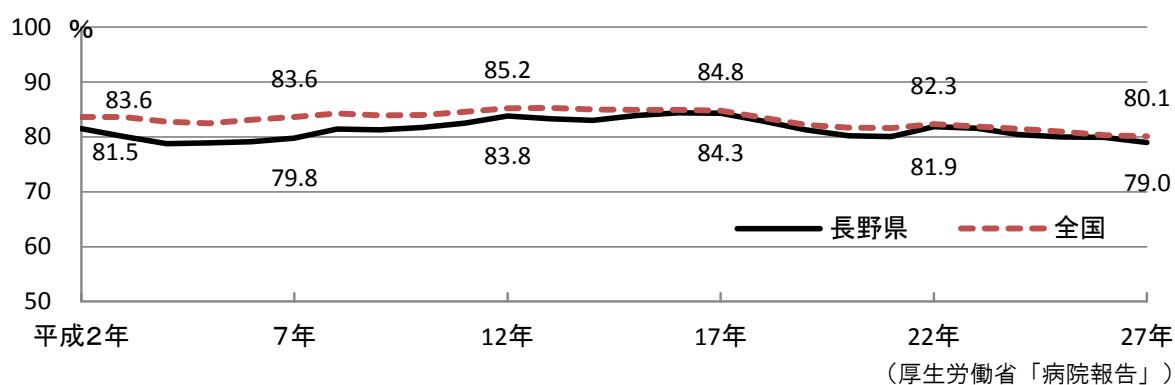
病院の病床数（人口10万対）は、全国平均を下回って推移していますが、全国平均が平成3年（1991年）以降減少傾向にあるのに対し、本県の病床数はほぼ横ばいとなっています。

病院の病床数の年次推移



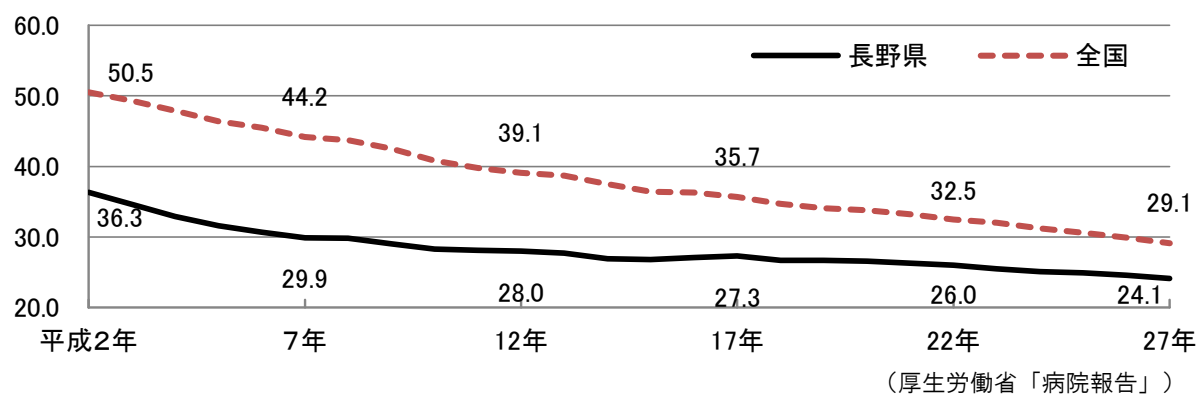
病院の病床利用率は全国平均をやや下回って推移しています。

病床利用率の年次推移



病院の平均在院日数は、全国平均を大きく下回って推移しており、平成18年（2006年）までは全国最低でしたが、平成19年（2007年）からは、東京都、神奈川県に次いで全国で3番目に低い状況となっています。

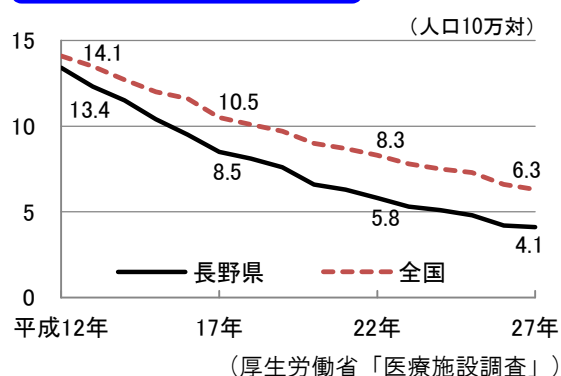
平均在院日数の年次推移



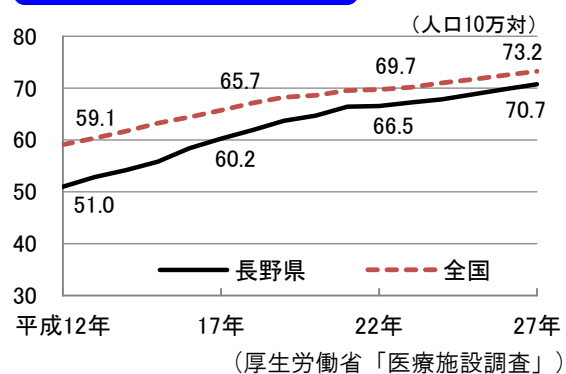
(2) 一般診療所

一般診療所のうち、有床診療所数（人口10万対）は全国平均より大きく減少しています。
一方、無床診療所数（人口10万対）は増加傾向にあります。

有床診療所数の年次推移



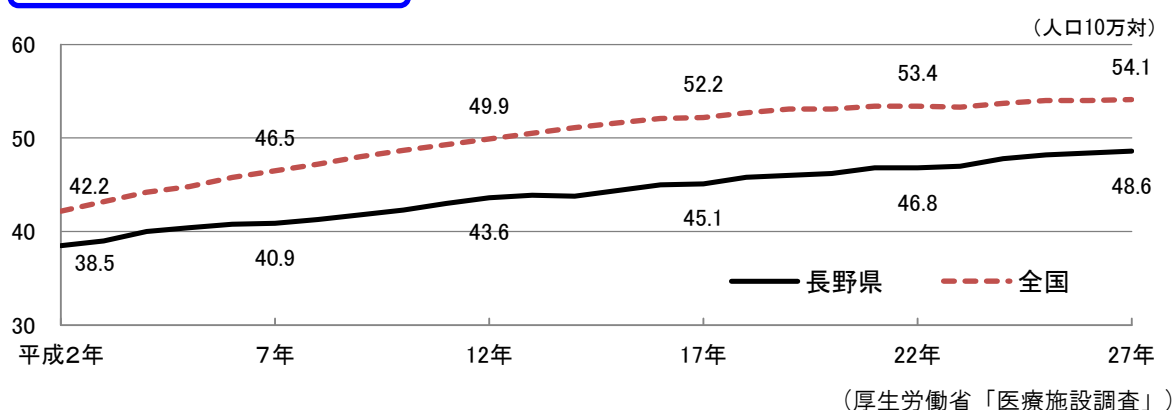
無床診療所数の年次推移



(3) 歯科診療所

歯科診療所数（人口10万対）は全国平均を下回っていますが、県全体では増加傾向にあります。

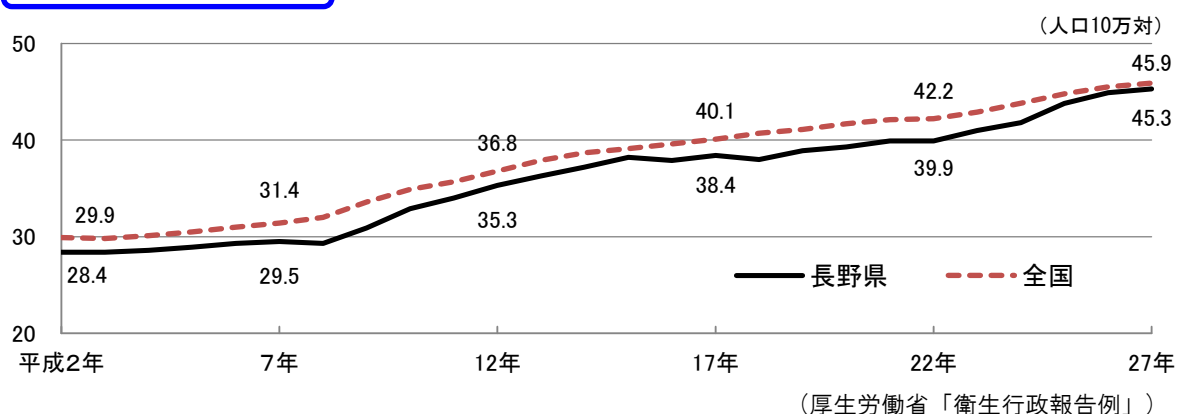
歯科診療所数の年次推移



(4) 薬局

薬局数（人口10万対）は全国平均を下回っていましたが、平成27年（2015年）にはほぼ全国並みとなっています。

薬局数の年次推移



2 医療圏別医療施設の状況

医療圏別医療施設の状況は、次のとおりです。

【表2】医療施設の状況

医療圏	区 分	病 院	一般診療所			歯科診療所	薬 局
			有床	無床	計		
佐 久	実 数	14	5	139	144	104	107
	人口10万対	6.7	2.4	66.5	68.9	49.8	51.2
上 小	実 数	16	11	108	119	89	104
	人口10万対	8.1	5.6	54.7	60.3	45.1	52.7
諏 訪	実 数	12	11	136	147	96	88
	人口10万対	6.0	5.5	68.5	74.1	48.4	44.3
上伊那	実 数	10	4	132	136	86	75
	人口10万対	5.4	2.2	71.6	73.8	46.7	40.7
飯 伊	実 数	10	4	133	137	81	63
	人口10万対	6.2	2.5	82.0	84.5	49.9	38.8
木 曽	実 数	1	－	19	19	12	10
	人口10万対	3.5	－	66.9	66.9	42.3	35.2
松 本	実 数	27	24	341	365	222	193
	人口10万対	6.3	5.6	79.7	85.3	51.9	45.1
大 北	実 数	2	3	50	53	24	24
	人口10万対	3.3	5.0	83.7	88.7	40.2	40.2
長 野	実 数	35	23	369	392	272	246
	人口10万対	6.4	4.2	67.9	72.1	50.1	45.3
北 信	実 数	3	2	57	59	34	41
	人口10万対	3.4	2.3	64.9	67.1	38.7	46.7
県 計	実 数	130	87	1,484	1,571	1,020	951
	人口10万対	6.2	4.1	70.7	74.9	48.6	45.3
全 国	実 数	8,480	7,961	93,034	100,995	68,737	58,326
	人口10万対	6.7	6.3	73.2	79.5	54.1	45.9
時 点		平成27年（2015年）10月1日現在					平成27年度末

（病院、一般診療所、歯科診療所：厚生労働省「医療施設調査」（平成27年（2015年））、薬局：厚生労働省「衛生行政報告例」（平成27年（2015年））

3 公立病院の役割と公立病院改革

- 県（地方独立行政法人長野県立病院機構を含む。）や市町村（一部事務組合、地方独立行政法人を含む。）が設置した公立病院は、平成 29 年（2017 年）10 月 1 日現在、県内に 24 病院あります。
- 公立病院は、地域における基幹的な医療機関として地域の医療を支える役割を果たしていますが、へき地医療、救急医療、高度・先進医療など、採算性の面から民間の医療機関による提供が困難な医療を提供する役割を担っていたり、医師不足等から十分な医療提供が困難になるなど、経営的に厳しい状況に置かれている病院もあります。
- 総務省は、平成 19 年（2007 年）に病院事業を持つ地方公共団体に公立病院改革プランを策定して必要な改革に取り組むよう求め、また、平成 27 年（2015 年）3 月には、都道府県の地域医療構想と整合を図った新公立病院改革プラン（以下「新改革プラン」という。）を策定するよう通知しました。
- 県内の公立病院は平成 28 年度（2016 年度）中に新改革プランを策定し、地域における病院の役割の明確化、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどの視点に立った改革を進めています。

4 社会医療法人

- 平成 20 年度（2008 年度）から、一定の公的要件を備えた医療法人を「社会医療法人」として県が認定し、これまで主に公立病院が担ってきた救急医療やへき地医療、周産期医療などの公益性の高い医療を担っていただく制度が導入されています。
- 県内では平成 29 年（2017 年）10 月現在、8 法人によりへき地医療や周産期医療等が実施されています。

【表 3】社会医療法人が運営する医療機関及び業務

二次医療圏	医療機関名	業務	法人名
上 小	菅平高原クリニック	へき地医療	社会医療法人 恵仁会 (主たる事務所所在地は佐久市)
諏 訪	諏訪共立病院	救急医療	社会医療法人 南信勤労者医療協会
飯 伊	飯田病院	精神科救急医療	社会医療法人 栗山会
	健和会病院	救急医療 小児救急医療	社会医療法人 健和会
松 本	相澤病院	救急医療	社会医療法人財団 慈泉会
	城西病院	精神科救急医療	社会医療法人 城西医療財団
	丸の内病院	周産期医療	社会医療法人 抱生会
	松本協立病院	救急医療	社会医療法人 中信勤労者医療協会

(厚生労働省「平成 29 年（2017 年）10 月 1 日社会医療法人認定状況」)

地域医療連携推進法人制度

地域の医療機関等が競争よりも協調を進め、質の高い医療を効率的に提供するための仕組みとして、医療法の改正により、平成 29 年（2017 年）4 月から複数の病院や診療所、介護事業所などが参画する法人を「地域医療連携推進法人」として知事が認定できる制度が導入されました。

地域医療連携推進法人は、病床過剰地域（第 5 編第 2 章「基準病床数」参照）であっても参加法人間における病床数を融通した整備が可能とされているとともに、医師・看護師等の人事交流や共同研修、医薬品等の共同購入、高額医療機器の共同利用、患者情報の一元化などにより、経営の効率化・安定化を図ることができるなどのメリットがあるとされ、地域の実情に応じた効率的な医療・介護の提供体制を構築していくための一つの選択肢となると考えられます。

平成 29 年（2017 年）10 月 1 日現在、長野県内には地域医療連携推進法人はありませんが、全国では、次の 4 法人が認定されています。

- 地域医療連携推進法人 尾三会（愛知県）
- 地域医療連携推進法人 はりま姫路総合医療センター整備推進機構（兵庫県）
- 地域医療連携推進法人 備北メディカルネットワーク（広島県）
- 地域医療連携推進法人 アンマ（鹿児島県）

5 保健福祉事務所等

（１）保健福祉事務所

- 県では、地域における公衆衛生の向上と健康増進を推進する広域的・専門的・技術的拠点として、二次医療圏ごとに、10 の保健福祉事務所を設置しています。また、平成 11 年（1999 年）4 月から、長野市が中核市に移行したことに伴い、長野市保健所が設置されています。
- 人口の急激な高齢化と出生率の低下、医師不足などによる病院の診療科の休廃止、慢性疾患の増加、食品や水などの生活環境に対する県民の意識の高まりなど、地域医療、地域保健を取り巻く環境は大きく変化しています。
- このような変化に対応し、健康づくりの推進、母子保健、精神保健、生活衛生、災害時の応急活動、健康危機管理等の分野で、より高度で専門的なサービスを提供できるよう保健福祉事務所の機能を引き続き強化していく必要があります。

（２）環境保全研究所

- 環境保全研究所は、環境の保全及び保健衛生の向上に寄与することを目的に、環境及び保健衛生に関する試験検査、調査研究、情報の収集及び提供並びに普及啓発を行うところとして、平成 16 年（2004 年）4 月 1 日に旧衛生公害研究所（昭和 45 年（1970 年）11 月 1 日設置）と旧自然保護研究所（平成 8 年（1996 年）4 月 1 日設置）を統合して設置しました。
- 研究所では、感染症部、食品・生活衛生部において、感染症に関する専門的な検査や調査研究、医薬品等の検査を行っています。

（３）精神保健福祉センター

- 精神保健福祉センターは、県における精神保健・福祉に関する総合技術センターとして、精神障がいに関する知識の普及、技術指導、調査研究、相談指導のうち、複雑又は困難なものを行っています。
- 社会環境の複雑化に伴い、精神疾患など心の問題が多様化しており、精神疾患による自殺者の問題、災害・事件時の心のケアなど、これらに対応した技術指導・援助、予防対策、教育研修の要請が一段と高まっています。

（４）市町村保健センター

- 市町村保健センターは、地域保健法で、市町村が設置する「健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関して必要な事業を行う施設」と位置づけられ、地域における母子保健や健康増進事業等の拠点としての機能を担っています。
- 地域における保健・医療・福祉にかかわる様々な施設が効果的に機能できるよう、各施設との連携の拠点としての機能が求められています。

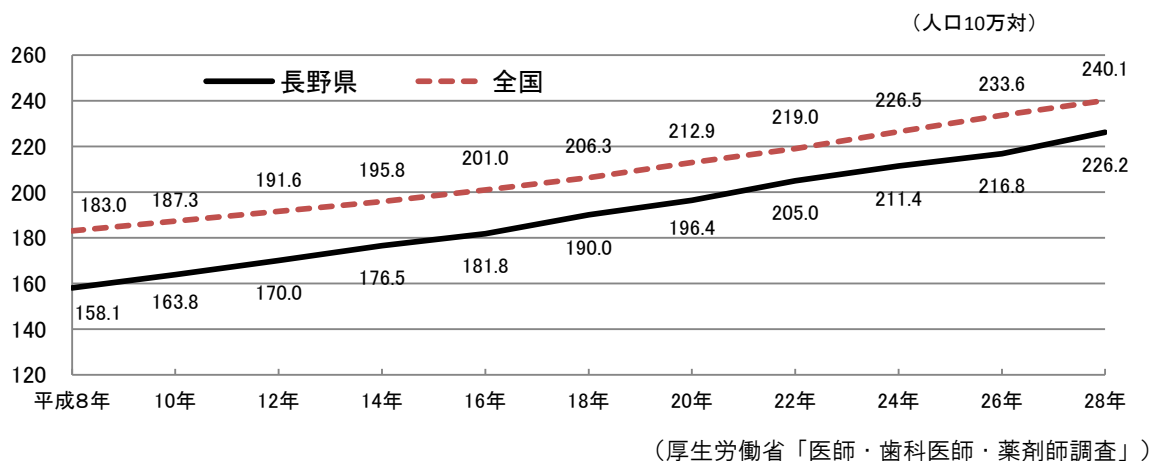
第3節 保健医療従事者の状況

1 保健医療従事者数の推移

(1) 医師

医療施設従事医師数（人口10万対）の年次推移は次のとおりで、平成28年（2016年）12月31日現在の医師数（人口10万対）は226.2（全国30位）と全国平均（240.1）を下回っています。

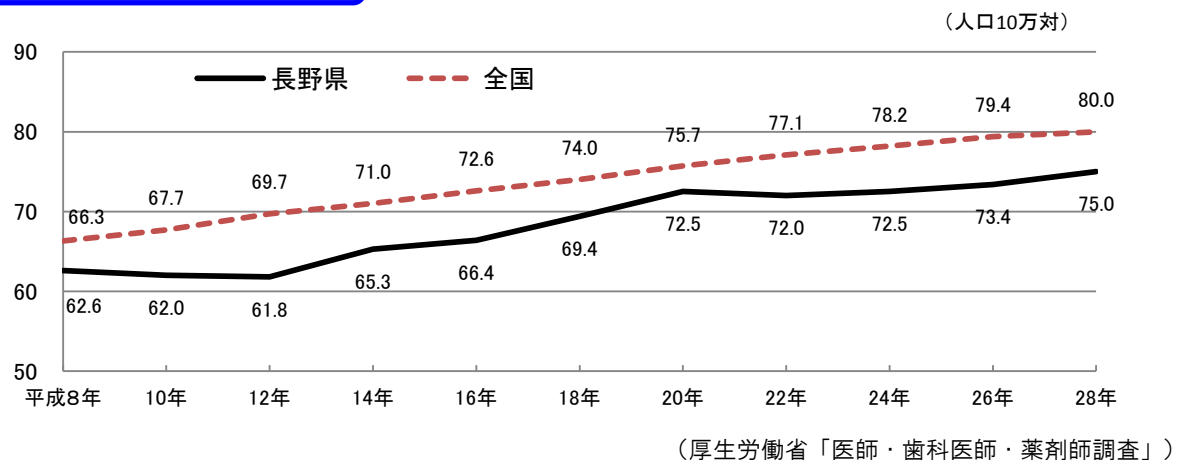
医師数の年次推移



(2) 歯科医師

医療施設従事歯科医師数（人口10万対）の年次推移は次のとおりで、平成28年（2016年）12月31日現在の歯科医師数（人口10万対）は75.0（全国18位）ですが、全国平均（80.0）を下回っています。

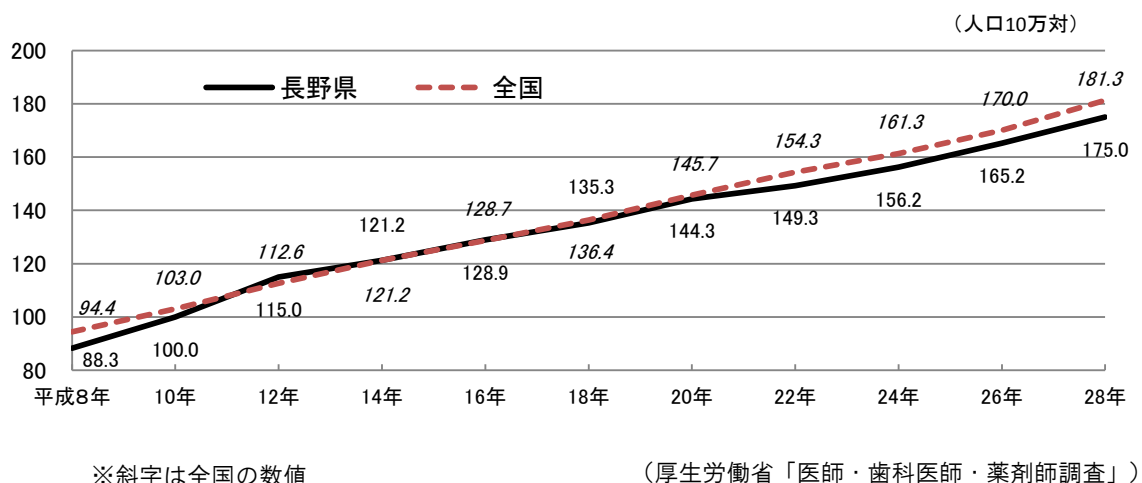
歯科医師数の年次推移



(3) 薬剤師

薬局・医療施設従事薬剤師数（人口10万対）の年次推移は次のとおりで、平成28年（2016年）12月31日現在の薬剤師数（人口10万対）は175.0（全国19位）ですが、全国平均（181.3）を下回っています。

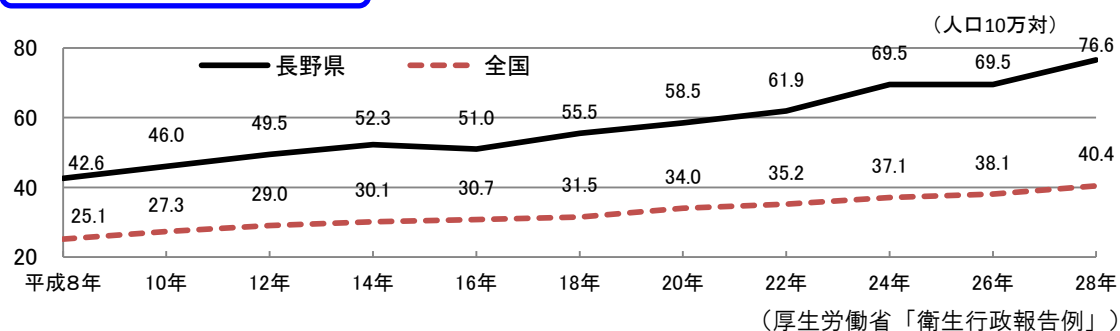
薬剤師数の年次推移



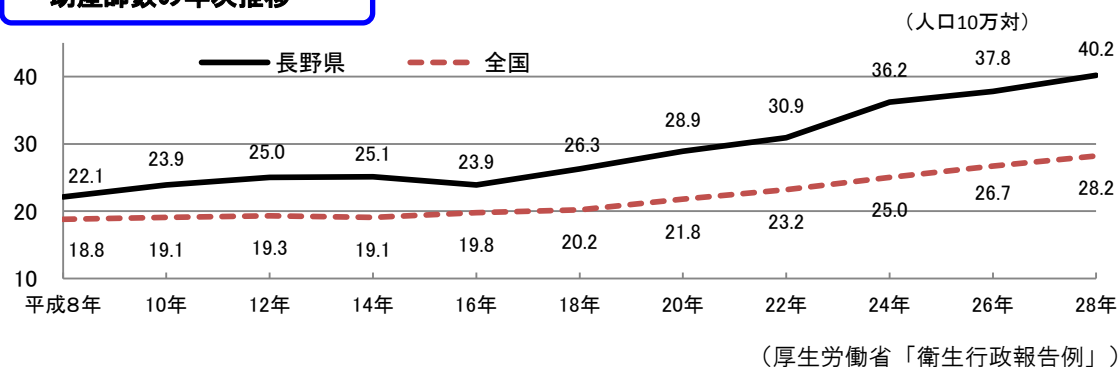
(4) 保健師、助産師、看護師、准看護師

人口10万対の保健師、助産師、看護師、准看護師数の年次推移は次のとおりで、平成28年（2016年）12月31日現在では、保健師、助産師、看護師では全国平均より高く、准看護師で下回っています。なお、保健師は全国平均の約1.9倍で全国1位となっています。

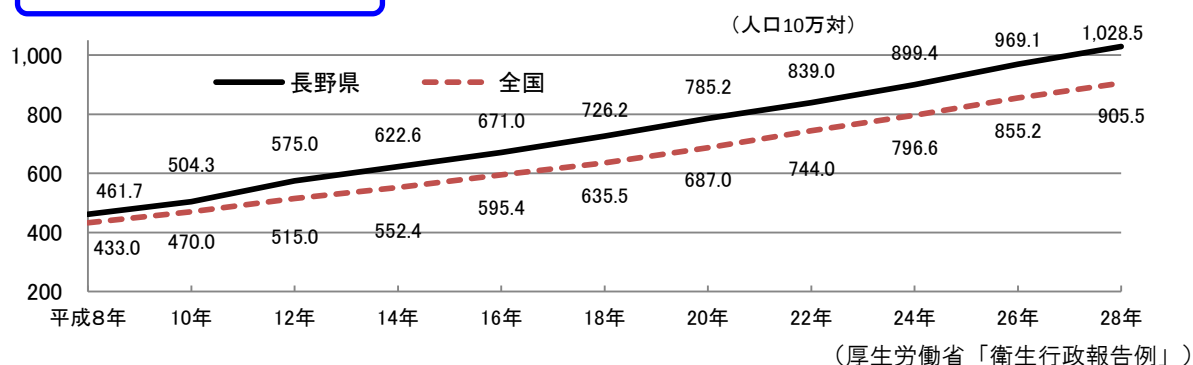
保健師数の年次推移



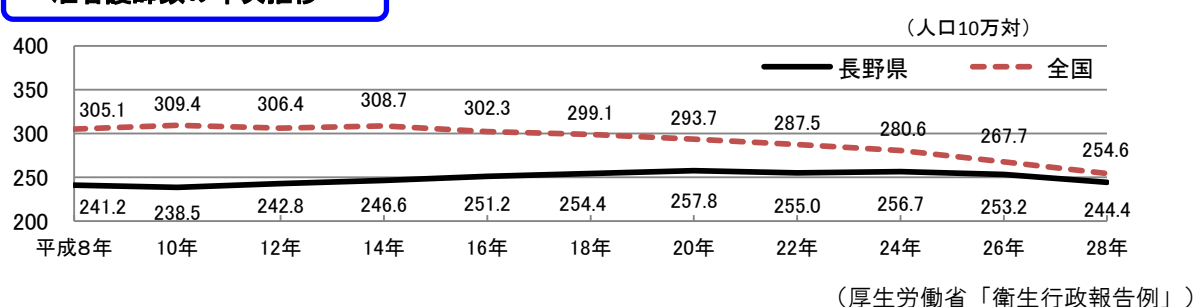
助産師数の年次推移



看護師数の年次推移



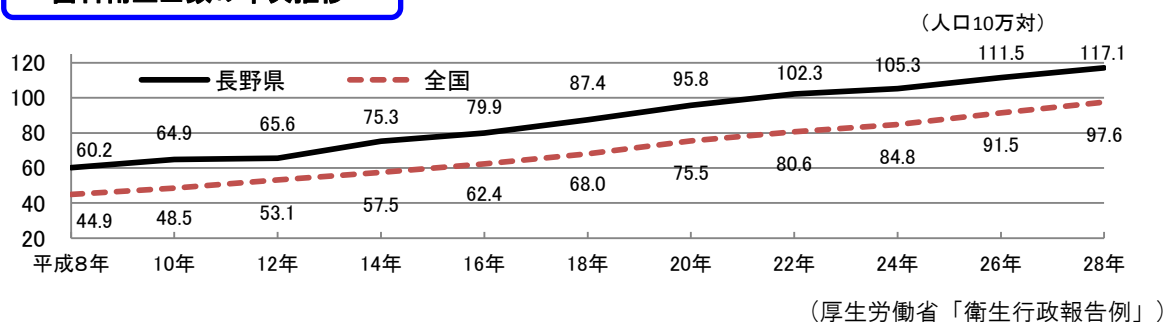
准看護師数の年次推移



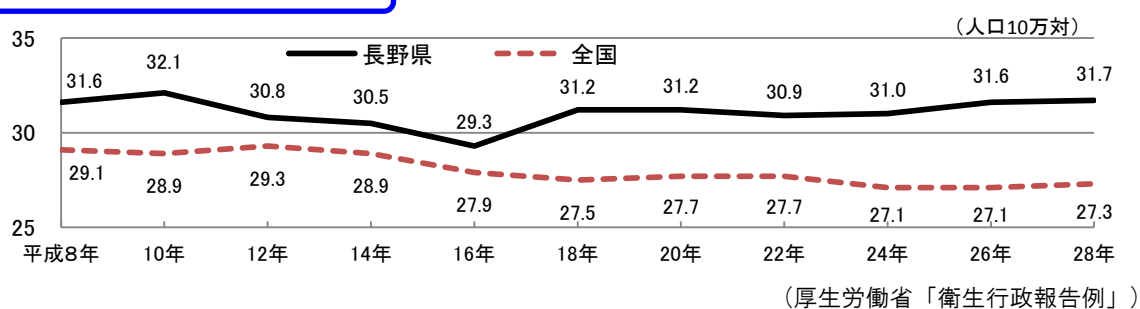
(5) 歯科衛生士、歯科技工士

人口10万対の歯科衛生士、歯科技工士の年次推移は次のとおりで、全国平均を上回っています。

歯科衛生士数の年次推移



歯科技工士数の年次推移



2 医療圏別の保健医療従事者の状況

医療圏別の主な保健医療従事者の状況は、次のとおりです。

人口10万人当たりの従事者数は、医師・歯科医師・薬剤師については、松本医療圏が他の地区に比べて多く、地域偏在がみられます。

【表1】主な保健医療従事者の状況

(単位：人)

医療圏	区分	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
佐 久	人 数	494	149	375	183	90	2,519	390
	人口10万対	236.9	71.5	179.8	87.8	43.2	1,208.1	187.0
上 小	人 数	298	130	392	129	59	1,739	756
	人口10万対	151.5	66.1	199.3	65.6	30.0	884.3	384.4
諏 訪	人 数	451	139	331	131	74	2,072	501
	人口10万対	228.6	70.5	167.8	66.4	37.5	1,050.4	254.0
上伊那	人 数	269	119	264	151	77	1,586	473
	人口10万対	146.6	64.9	143.9	82.3	42.0	864.4	257.8
飯 伊	人 数	303	93	243	135	61	1,560	553
	人口10万対	188.4	57.8	151.1	83.9	37.9	970.0	343.8
木 曽	人 数	35	13	30	38	16	263	47
	人口10万対	125.8	46.7	107.8	136.6	57.5	945.5	169.0
松 本	人 数	1,520	486	854	320	231	4,773	946
	人口10万対	356.0	113.8	200.0	74.9	54.1	1,117.9	221.6
大 北	人 数	124	34	84	64	16	632	123
	人口10万対	210.0	57.6	142.2	108.4	27.1	1,070.1	208.3
長 野	人 数	1,090	357	942	361	171	5,475	1,115
	人口10万対	201.6	66.0	174.2	66.8	31.6	1,012.5	206.2
北 信	人 数	140	46	140	88	44	857	199
	人口10万対	161.5	53.1	161.5	101.5	50.8	988.7	229.6
県 計	人 数	4,724	1,566	3,655	1,600	839	21,476	5,103
	人口10万対	226.2	75.0	175.0	76.6	40.2	1,028.5	244.4
全 国	人 数	304,759	101,551	230,186	51,280	35,774	1,149,397	323,111
	人口10万対	240.1	80.0	181.3	40.4	28.2	905.5	254.6
時点		平成28年（2016年）12月31日現在						

（注1）医師、歯科医師については医療施設従事者数、薬剤師については薬局・医療施設従事者数、保健師、助産師、看護師、准看護師については従事者数

（注2）医療圏別の人口10万対については平成28年（2016年）10月1日現在長野県情報政策課「毎月人口異動調査」に基づき計算

〔 医師、歯科医師、薬剤師：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
保健師、助産師、看護師、准看護師：厚生労働省「衛生行政報告例」 〕

第3章

医療費等の現状

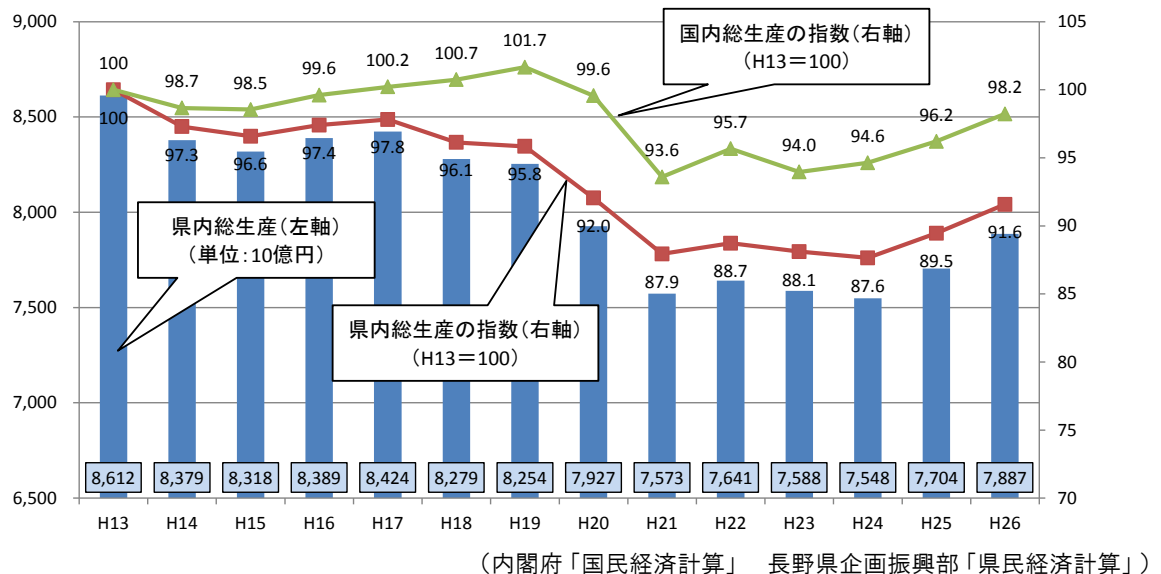
第1節 経済状況・社会保障

1 経済・財政状況

(1) 長野県の県内総生産（名目）

長野県の県内総生産は、8兆円台から7兆円台まで落ち込みましたが、最近では回復傾向にあります。

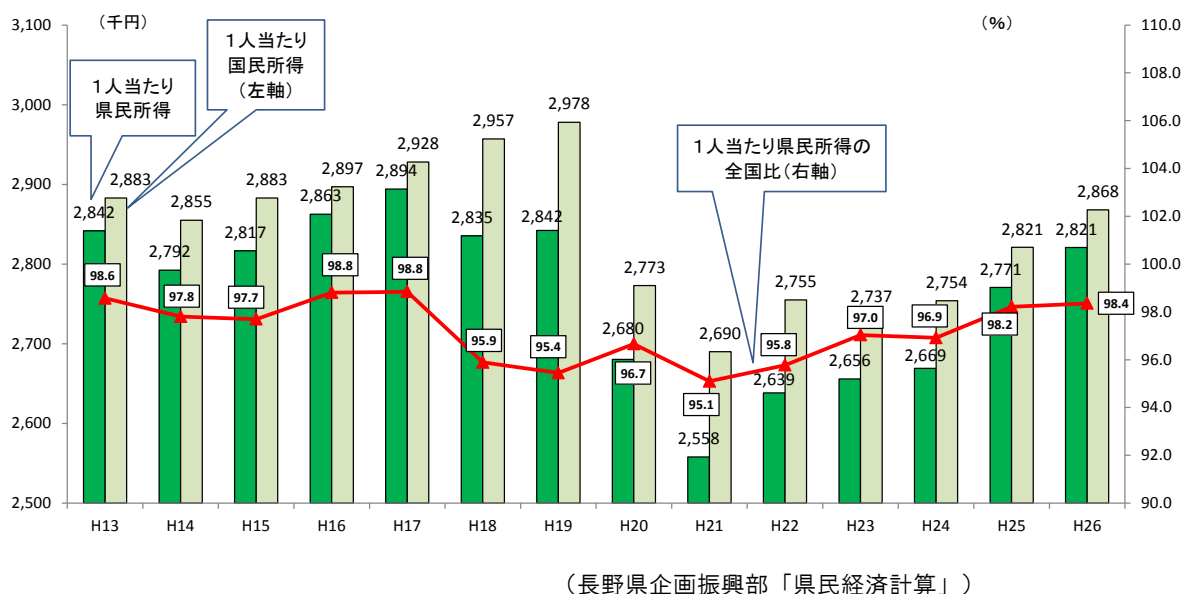
県内総生産の推移



(2) 1人当たりの国民所得と県民所得

長野県の1人当たり県民所得は1人あたり国民所得を下回って推移していますが、近年は国民所得と同様に上昇しています。

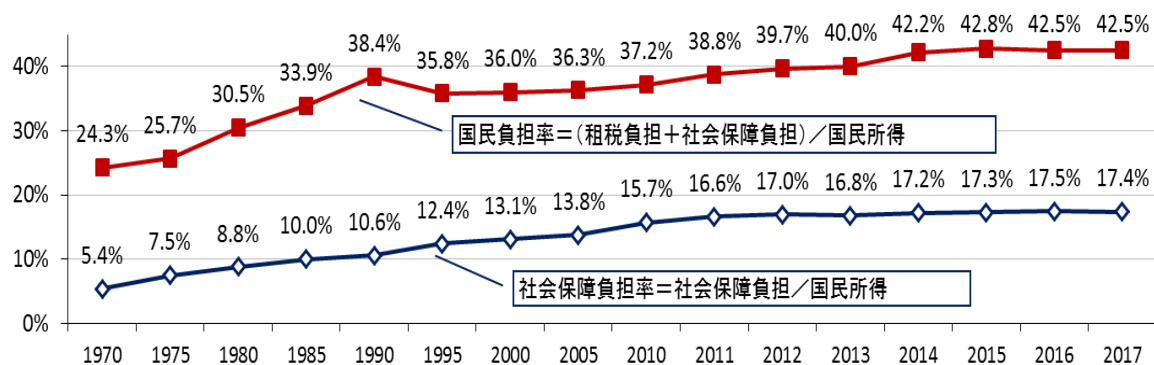
1人当たりの国民所得と県民所得の推移



(3) 国民負担率・社会保障負担率

国民負担率は平成2年(1990 年)以降 38%前後で推移し、社会保障負担率は増加傾向にあります。海外の状況を見ると、日本よりも高い負担率となっている国もあります。

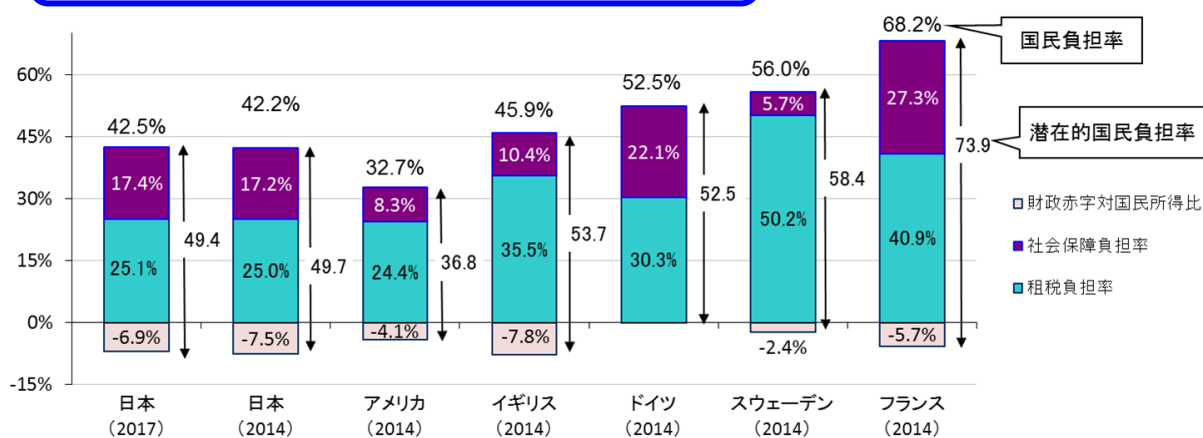
国民負担率と社会保障負担率の推移



※2016 年度は実績見込、2017 年度は見通し。

(財務省公表資料)

国民負担率の国際比較



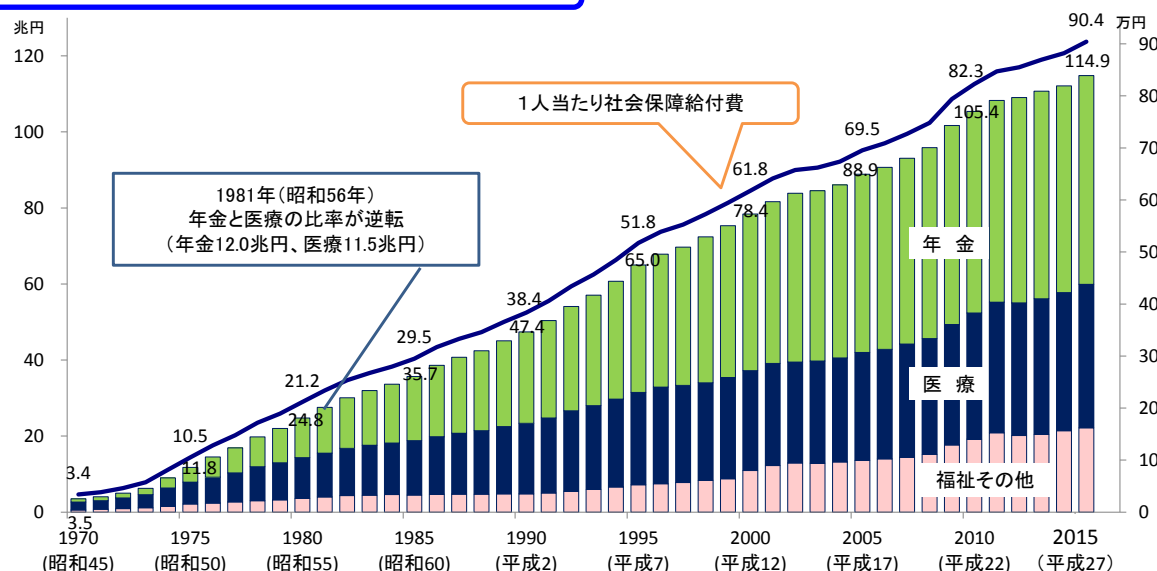
※国民負担率＝租税負担率＋社会保障負担率
潜在的な国民負担率＋財政赤字国民所得比
日本は 2017 年度見通し。諸外国は 2014 年実績。

(財務省公表資料)

(4) 社会保障給付費の全国推移

社会保障給付費は、全体で約115兆円となっており、年金が約5割、医療が約3割を占めています。

社会保障給付費の全国推移



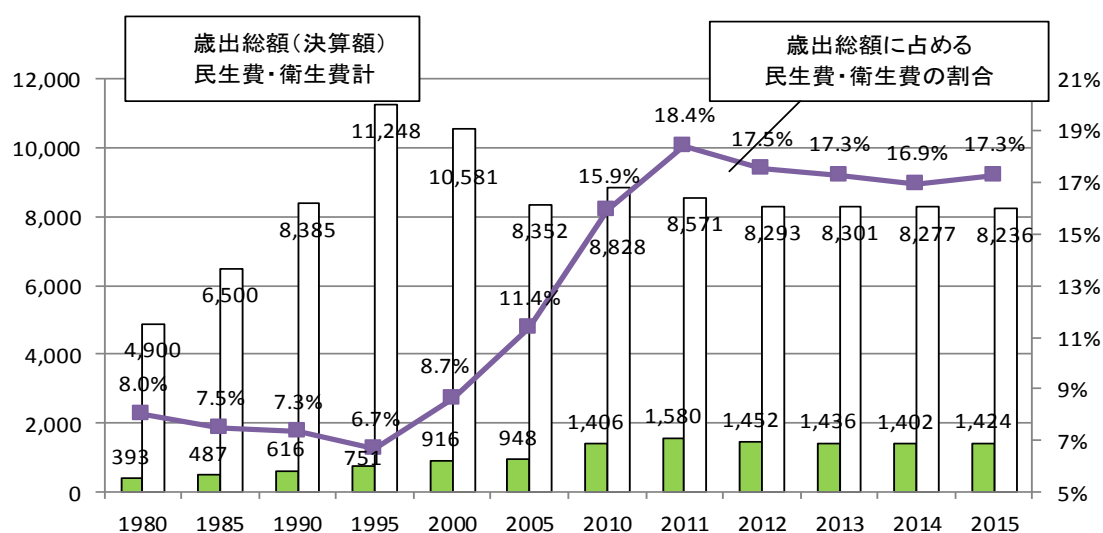
	1970 (昭和45)	1975 (昭和50)	1980 (昭和55)	1985 (昭和60)	1990 (平成2)	1995 (平成7)	2000 (平成12)	2005 (平成17)	2010 (平成22)	2015 (平成27)
総計	3.5兆円	11.8兆円	24.8兆円	35.7兆円	47.4兆円	65.0兆円	78.4兆円	88.9兆円	105.4兆円	114.9兆円 (100.0%)
年金	0.9兆円	3.9兆円	10.5兆円	16.9兆円	24.0兆円	33.5兆円	41.2兆円	46.8兆円	53.0兆円	54.9兆円 (47.8%)
医療	2.1兆円	5.7兆円	10.7兆円	14.3兆円	18.6兆円	24.3兆円	26.2兆円	28.4兆円	33.2兆円	37.7兆円 (32.8%)
福祉その他	0.6兆円	2.2兆円	3.6兆円	4.5兆円	4.8兆円	7.2兆円	11.0兆円	13.6兆円	19.2兆円	22.2兆円 (19.3%)
一人当たり 社会保障給付費	3.4万円	10.5万円	21.2万円	29.5万円	38.4万円	51.8万円	61.8万円	69.5万円	82.3万円	90.4万円

(国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」)

(5) 長野県の歳出総額と民生費・衛生費(決算ベース)

長野県の普通会計歳出総額(決算額)は平成7年(1995年)頃をピークに近年は横ばいになっています。また、民生費・衛生費の歳出総額に占める割合は固定化する傾向にあります。

長野県の歳出総額と民生費・衛生費の推移

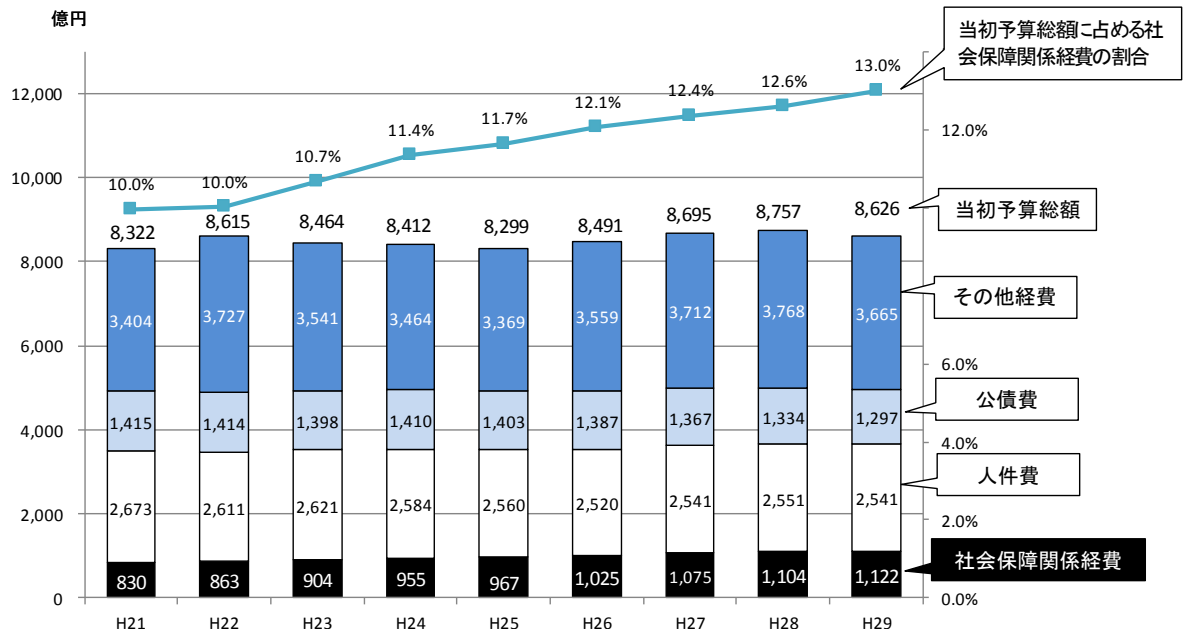


(総務省「都道府県決算状況調」)

（６）長野県の社会保障関係経費

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、増加が続いています。平成29年度(2017年度)には予算総額が約131億円減少する一方で、社会保障関係経費は約18億円増加しています。

長野県の社会保障関係経費の推移

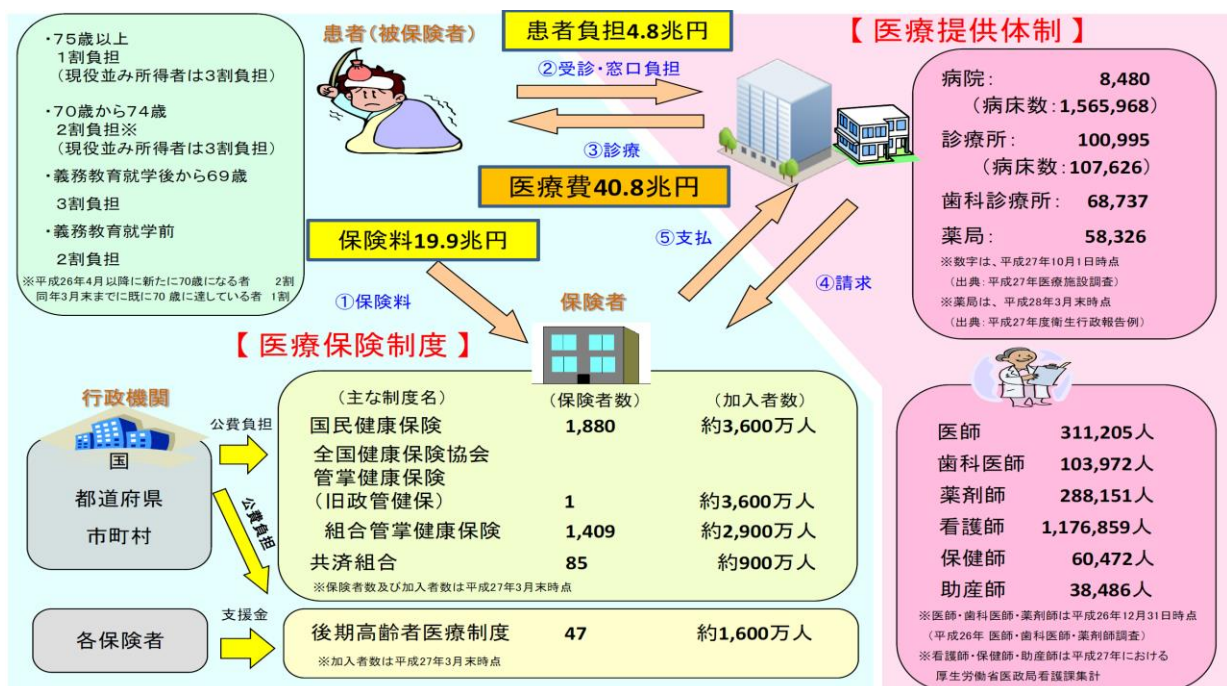


(長野県調べ)

「社会保障関係支出」に含まれる経費

- 【生活困窮者】生活保護費、中国帰国者支援給付金 など
- 【高齢者介護】介護給付費負担金、軽費老人ホーム事務費補助金 など
- 【医療】国民健康保険関係費、後期高齢者医療保険関係費、福祉医療給付事業補助金、特定疾患治療研究費など
- 【子ども・子育て】児童手当、児童扶養手当、児童保護措置費、小児慢性特定疾患治療研究費 など
- 【障がい者支援】障害者施設関係負担金、障害児施設給付費、特別障害者手当 など

【参考】日本の医療制度の概要



(厚生労働省「我が国の医療保険について」)

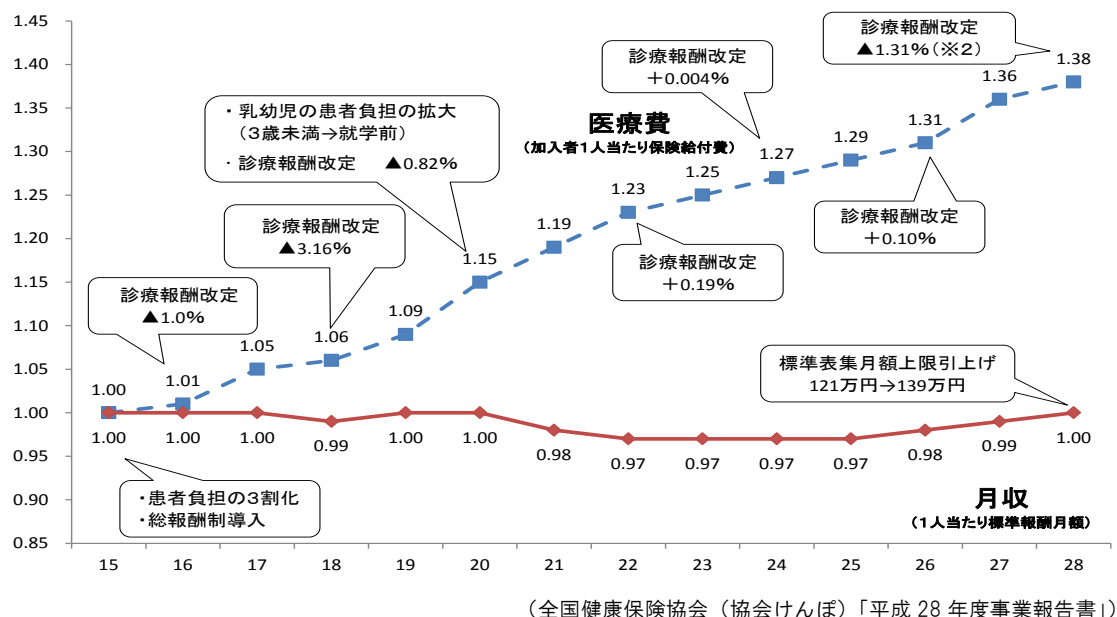
2 医療保険財政の状況

厳しい経済状況を反映して被保険者の収入が減少する中、高齢化の進展や医療技術の進歩などにより医療費は増加を続けており、医療保険財政は非常に厳しい状況にあります。

(1) 標準報酬月額と保険給付費の動向

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ます。

協会けんぽの保険財政の傾向



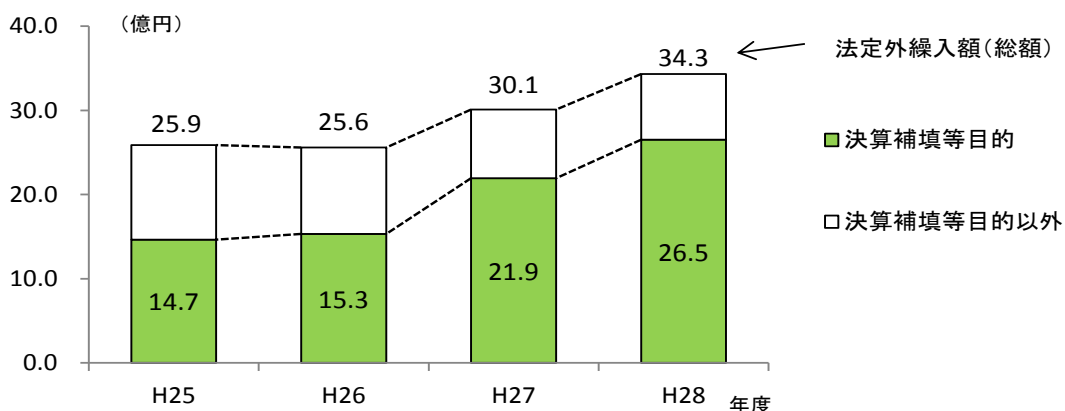
(※1) 数値は平成 15 年度を「1」とした場合の指数で表示したもの

(※2) ▲1.31%は、28 年度の改定率▲0.84%に薬価の市場拡大再算定の特例の実施等も含めた実質的な改定率

(2) 市町村国保の状況

市町村国保は、失業者や低所得者、高齢者が多く加入するといった構造的な問題を抱え、市町村の一般会計からの多額の法定外繰入れを要するなど、保険財政は恒常的に厳しい状況にあります。

県内の市町村国保における法定外繰入の状況



(厚生労働省「国民健康保健事業の実施状況報告」)

※「決算補填等目的」と「決算補填等目的以外」の内訳について H27 年度から変更あり

第2節 県民医療費の動向

1 県民医療費の推移

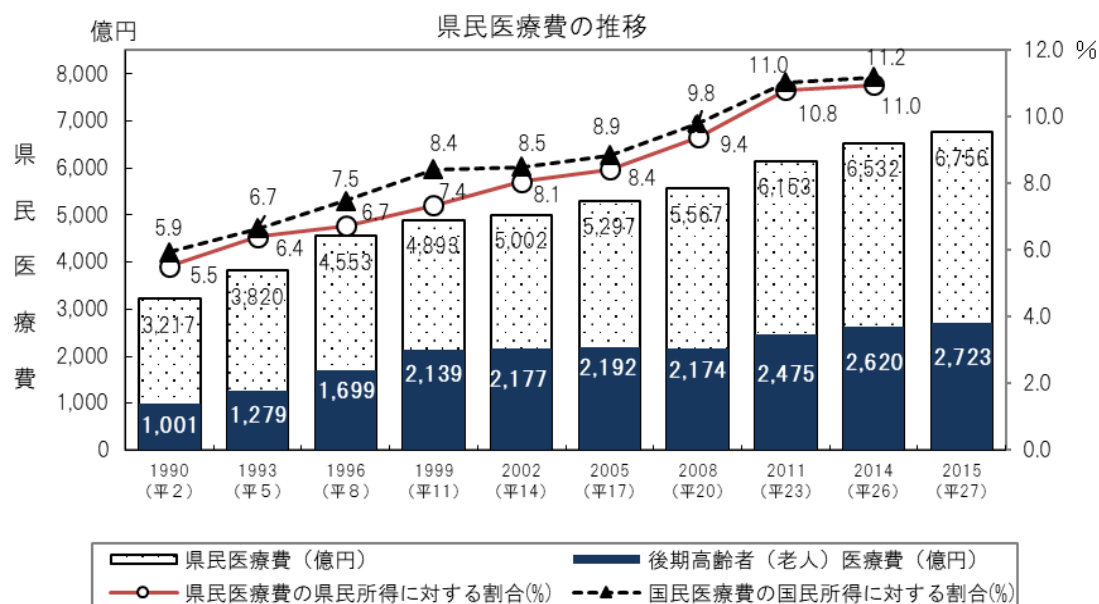
平成27年度（2015年度）の県民医療費は6,756億円で、前年に比べ224億円（3.4%）増加しています。

平成27年度（2015年度）の後期高齢者（老人）医療費は2,723億円で、県民医療費の40.3%を占めています。全国では、国民医療費の35.7%を後期高齢者（老人）医療費が占めていますが、長野県は全国より4.6ポイント上回っています。

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ます。

また、所得に対する医療費の割合も年々増加しています。

県民医療費の推移



※県民医療費については平成26年度までは3年毎、平成27年度からは各年公表となった。

(厚生労働省「国民医療費」、「老人医療事業年報」、「後期高齢者医療事業年報」)

※ 県民医療費の県民所得に占める割合の算出に用いた県民所得は、平成7年度以前は長野県企画局「平成15年度(2003年度)長野県の県民経済計算」、平成8年度以降は長野県企画部「平成26年度(2014年)長野県の県民経済計算」

※ 国民医療費の国民所得に占める割合は、厚生労働省「平成26年度後期高齢者医療事業年報」による。

Year	Nagano Prefecture (%)	Japan (%)
2012	31.1	28.8
2015	33.5	30.6
2018	37.3	34.2
2021	43.7	38.4
2024	43.5	37.9
2027	41.4	35.1
2030	39.1	32.8
2033	40.2	34.5
2036	40.1	35.5
2039	40.3	35.7

※本県の状況は、厚生労働省「国民医療費」、「老人医療事業年報」及び「後期高齢者医療事業年報」により算出

平成 27 年度（2015 年度）の 1 人当たり県民医療費は 321.9 千円で、全国平均の 333.3 千円と比較して 11.4 千円低く、全国第 33 位（低い方から 15 番目）となっています。

長野県の平成 27 年度(2015年度)の1人当たり後期高齢者(老人)医療費は 824,529 円で、全国平均の 949,070 円と比較して 124,541 円低く、全国第 42 位(低い方から6番目)となっています。

長野県の1人当たり県民医療費は、全国平均よりも低く推移してきましたが、長野県も全国も増加傾向にあります。

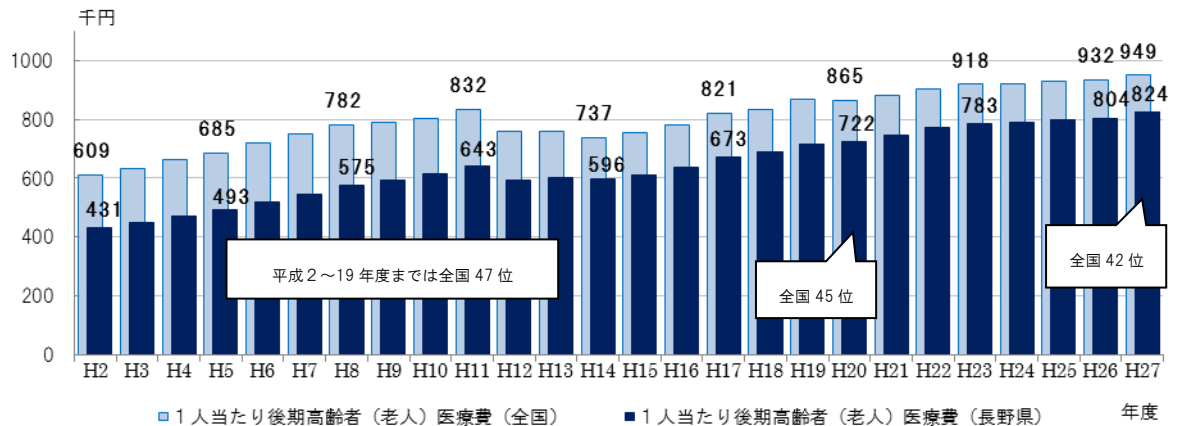
対前年度比は 2.5%増で、伸び率では全国第 11 位です。

1人当たり国民（県民）医療費の推移

年度	1人当たり国民医療費（全国）	1人当たり県民医療費（長野県）
H2	167	149
H3	185	
H4	190	
H5	195	176
H6	210	
H7	215	
H8	226	207
H9	230	
H10	235	
H11	242	220
H12	238	
H13	245	
H14	243	226
H15	250	
H16	255	
H17	259	241
H18	265	
H19	270	
H20	273	257
H21	280	
H22	290	
H23	302	287
H24	305	
H25	315	
H26	321	310
H27	333	322

（厚生労働省「国民医療費」）

1人当たり後期高齢者（老人）医療費の推移



（厚生労働省「老人医療事業年報」「後期高齢者医療事業年報」）

5 年齢階級別1人当たり医療費の状況

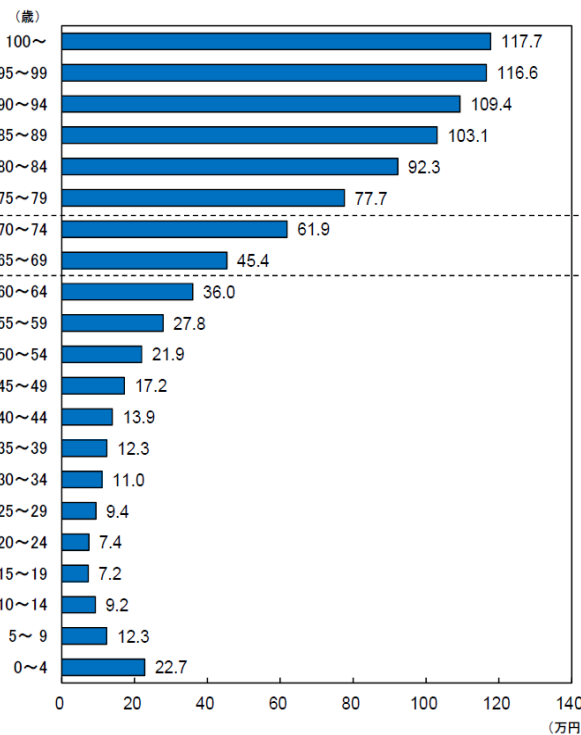
（1）全国の状況

平成26年度（2014年度）の1人当たり医療費を年齢階級別にみると、15～19歳まで年齢とともに徐々に下がり、その後は年齢が上がるとともに高くなっています。

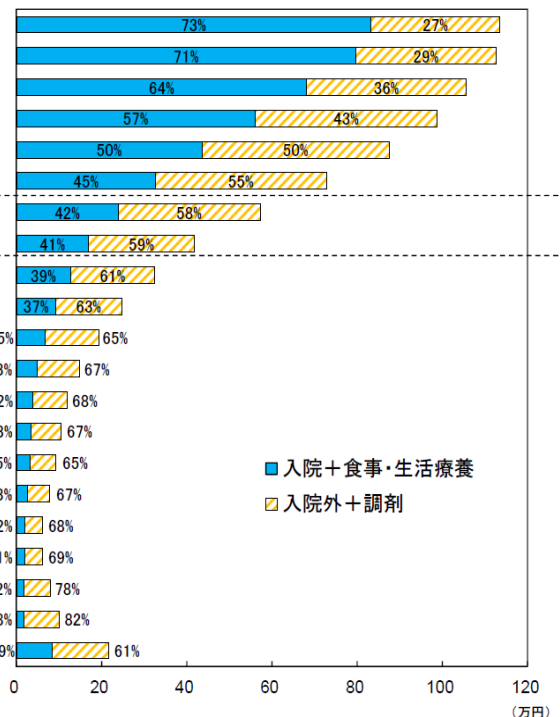
70歳代までは外来（入院外+調剤）の割合が高く、80歳代になると入院（入院+食事療養）の割合が高くなっています。

年齢階級別1人当たり医療費の状況（全国）

（医療費計）



（医科診療費）



（厚生労働省「年齢階級別1人当たり医療費（平成26年度）」）

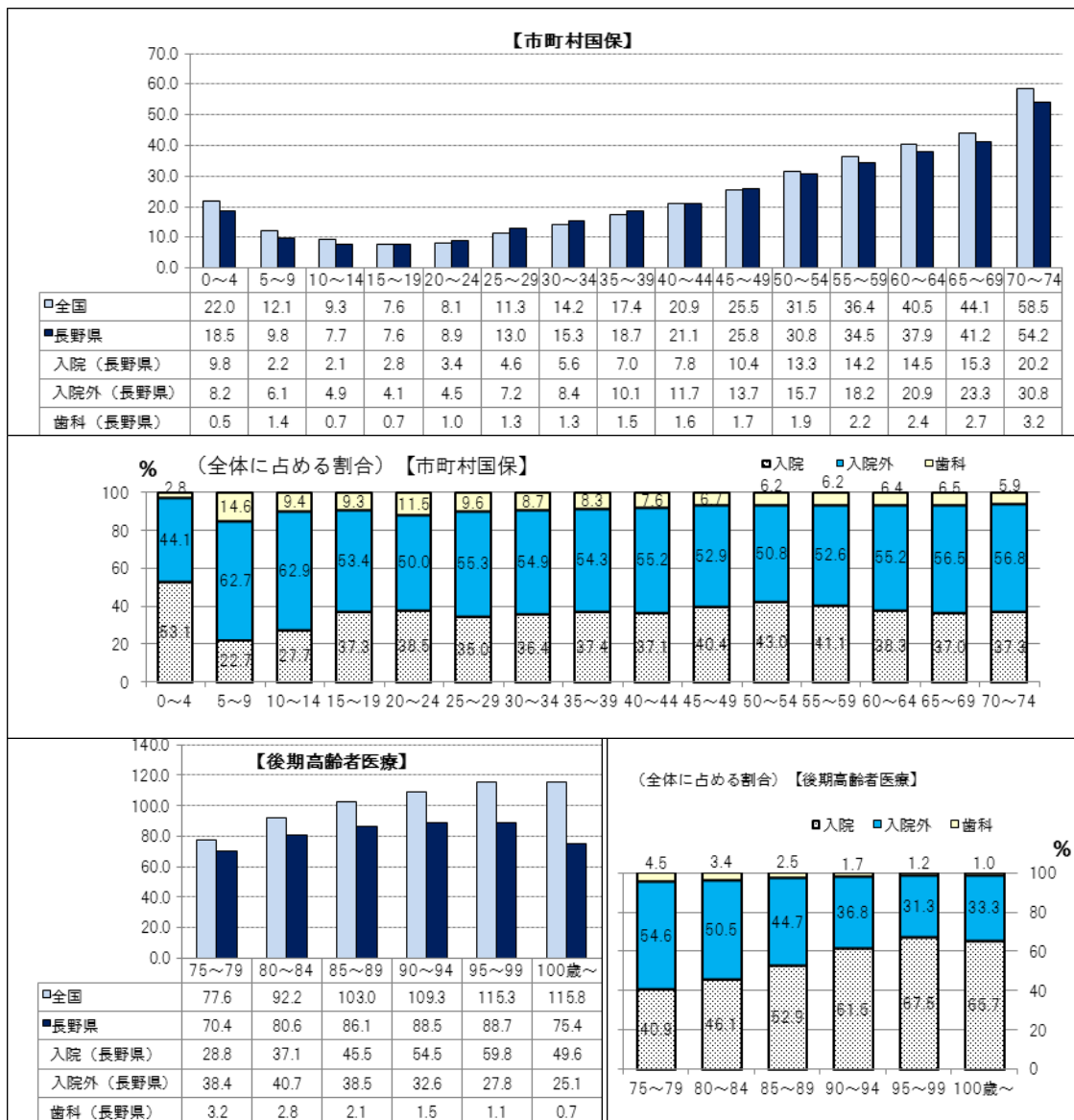
※厚生労働省において「医療給付実態調査報告」等より作成

(2) 長野県の状況

長野県の年齢階級別 1 人当たり医療費は、全国と同様に、15～19 歳までは年齢とともに徐々に下がり、その後は年齢とともに高くなっています。今後も、高齢化の進展に伴い、医療費の増加が見込まれます。

1 人当たり医療費に占める割合を診療種別でみると、80 歳代前半までは入院外（入院外＋調剤）の割合が高く、80 歳代後半になると入院（入院＋食事療養）の割合が高くなっています。

年齢階級別 1 人当たり医療費の状況（長野県）



※65～74 歳の障害認定を受けた者を除く

（厚生労働省「平成 27 年度医療費の地域差分析」）

（注 1）療養費等を含まないため、1 人当たり県民医療費や各種事業年報とは数値が異なる。

（注 2）入院医療費には入院時食事・生活療養費を含み、入院外医療費には調剤医療費を含む。

第3節 疾病別医療費の状況

1 疾病分類別医療費の状況

平成29年（2017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、後期高齢者医療とも「循環器系の疾患」が最も多く、全体の約22.5%を占めています。

次いで、「新生物」が全体の12.0%を占めています。第3位には、国民健康保険では「消化器系の疾患」、後期高齢者では「尿路性器系の疾患」となっています。

特に後期高齢者では、全体の26.2%を「循環器系の疾患」が占めています。

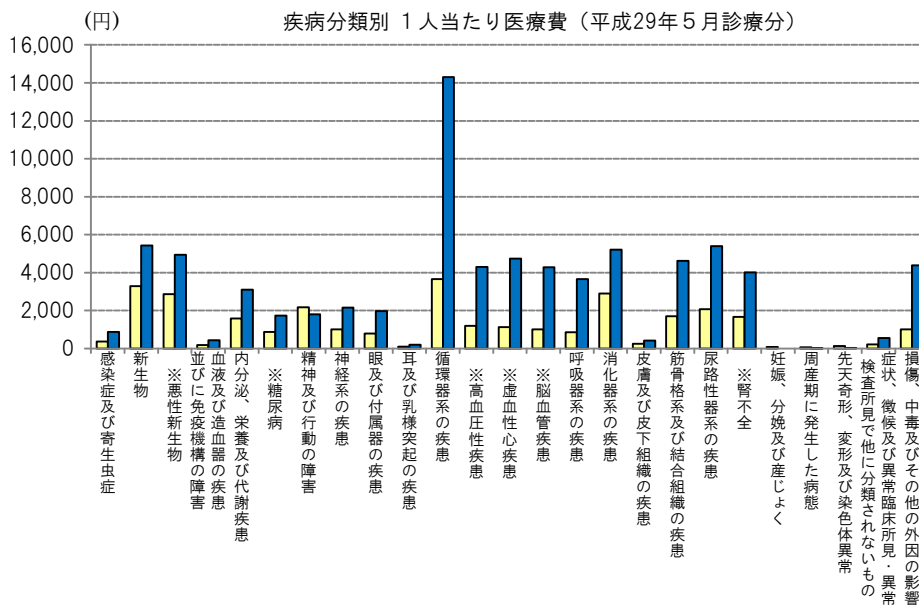
また、疾病中分類（119分類）別に診療費をみると、生活習慣と関連が深いと考えられる疾病が全体の約4割を占めています。

疾病分類別医療費の状況（長野県）

疾病大分類別医療費の上位3疾病（平成29年5月診療分）

	国民健康保険	診療費	割合	後期高齢者医療	診療費	割合
1位	循環器系の疾患	1,818百万円	16.3%	循環器系の疾患	4,873百万円	26.2%
2位	新生物	1,631百万円	14.7%	新生物	1,848百万円	9.9%
3位	消化器系の疾患	1,439百万円	12.9%	尿路性器系の疾患	1,839百万円	9.9%

	国民健康保険＋後期高齢者医療	診療費	割合
1位	循環器系の疾患	6,691百万円	22.5%
2位	新生物	3,479百万円	11.7%
3位	消化器系の疾患	3,212百万円	10.8%



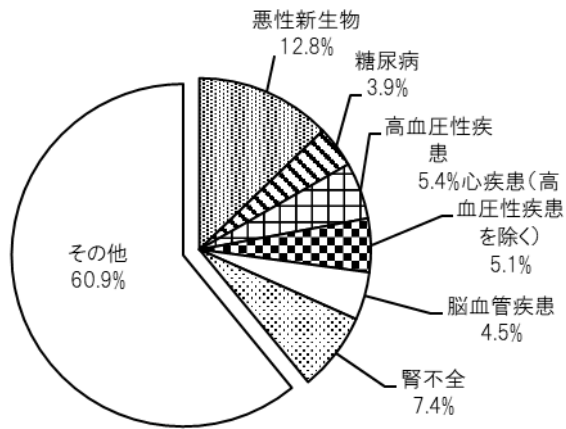
長野県国民健康保険団体連合会「疾病分類統計」（平成29年5月診療分（6月審査分））

※集計対象は、内科及び歯科診療費のみ。※は、左側に記載の疾病の再掲（内数）である。

- （注1） 疾病大分類は、社会保険表章用疾病分類表（19分類）に基づく分類
（注2） 疾病中分類は、社会保険表章用疾病分類表（119分類）に基づく分類
（注3） 疾病分類に計上されている疾病は、医師が複数の主傷病名を記載している場合でも一つしか選択されないため、合併症や依存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病については低い集計値となる可能性がある。

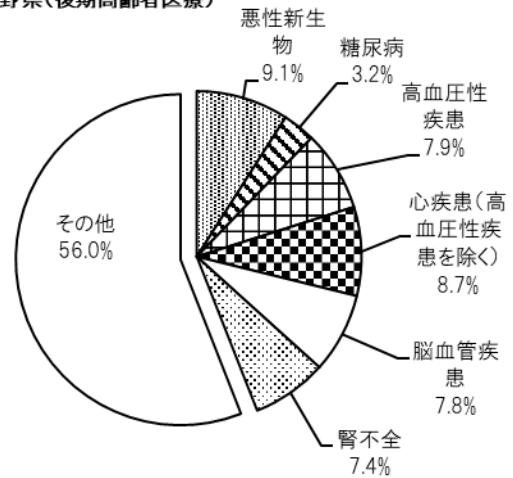
生活習慣病に関連の深い疾病の割合（平成29年5月診療分）

長野県（国民健康保険）



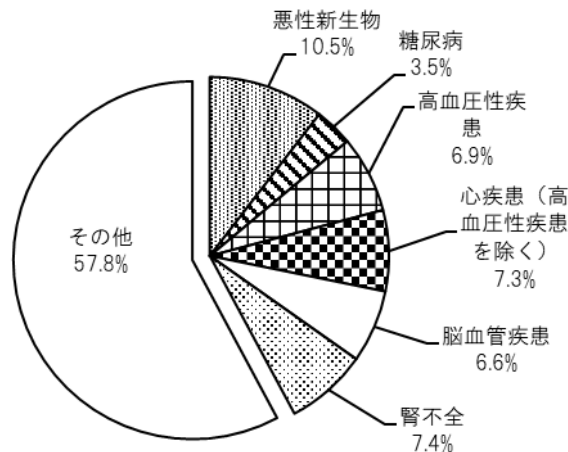
生活習慣に関連する疾患の割合：39.1%

長野県（後期高齢者医療）



生活習慣に関連する疾患の割合：44.0%

長野県（国民健康保険＋後期高齢者医療）



生活習慣に関連する疾患の割合：42.2%

（長野県国民健康保険団体連合会「疾病分類統計」（平成29年5月診療分（6月審査分））

※集計対象は、医科及び歯科診療費のみ。傷病情報が不詳のデータは集計されない。

※ここでは、生活習慣に関連が深い疾病として、次の11疾病を抽出している。これらの中には生活習慣が原因でない場合も含まれるが、区分ができないため、一括して計上している。

・悪性新生物	・糖尿病	・その他の内分泌、栄養の疾患	・高血圧性疾患	・虚血性心疾患
・くも膜下出血	・脳内出血	・脳梗塞	・脳動脈硬化（症）	・動脈硬化（症）
				・腎不全

（注1） 社会保険表章用疾病分類表（119分類）に基づく分類

（注2） 疾病分類に計上されている疾病は、医師が複数の主傷病名を記載していても一つしか選択されないため、合併症や依存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病については低い集計値となる可能性がある。

第3編

目指すべき姿

第 1 節 目指すべき姿

1 「長生き」から「健康で長生き」へ ～健康長寿世界一を目指して～

厚生労働省の都道府県別生命表（平成 27 年（2015 年））によると、長野県の平均寿命は女性が 87.675 年で全国 1 位、男性が 81.75 年で全国 2 位となっています。また、厚生労働省の平成 27 年（2015 年）都道府県別年齢調整死亡率（人口 10 万対）の概況によると、長野県の年齢調整死亡率は、男性 434.1、女性 227.7 で男女とも低い方から全国 1 位となっています。

一方、厚生労働省は、「子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら、希望や生きがいを持ち、健やかで心豊かに生活できる社会の実現」を目指すため、生活の質及び社会環境の質の向上を目的として、平均寿命の延伸とともに、「健康上の問題で日常生活に制限されることなく生活できる期間」とされる健康寿命に従来に増して着目し、その延伸や地域間の健康格差の縮小を実現することとしています。

「長生き」を実現してきた長野県の保健医療に関する施策は、健康寿命をさらに延ばすことにより、住み慣れた環境でできるだけ長く健康で生きがいをもって幸せに暮らせるよう、「健康で長生き」へと更なる施策の展開を図る必要があります。

2 取り組む姿勢

県が「健康で長生き」に取り組む姿勢は以下のとおりです。

- 長野県総合 5 か年計画、第 7 期長野県高齢者プラン、長野県障がい者プラン、長野県食育推進計画（第 3 次）、長野県自殺対策推進計画等との同時策定となることから、施策の整合性を確保した上で、連携して施策を推進します。
- 平成 30 年（2018 年）4 月から、県も市町村とともに国民健康保険の保険者となるため、県民一人ひとりの主体的な健康づくりの取組を市町村とより一層協働して進めます。
- 最新のデータ・知見に基づき、優先して取り組むべき健康課題を見える化します。
- 健康や疾患に関する県民や社会の理解を促進します。
- ヘルスプロモーションの理念を踏まえ、関係機関・団体等と一体となった活動を推進するとともに、これまでの長野県の健康長寿を支えた取組を次世代へ継承します。
- 人口減少への歯止めと人口減少を踏まえた地域社会の維持・活性化に資する取組を推進します。

ヘルスプロモーション

- WHO（世界保健機関）が 1986 年にオタワ憲章にて提唱した考え方で、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義しています。
- 県民が主体的に健康づくりに取り組めるよう、総合的に支援する環境づくりが必要です。

長野県の健康長寿の要因と次世代への継承

長野県の平均寿命、健康寿命が全国上位にランクインする要因として、

- ・高齢者の高い就業率や積極的な社会参加など、県民が生きがいを持って生活している。
- ・野菜摂取量が多く、郷土料理・伝統料理を有効に活用した食生活を送るなど、県民の健康に対する意識が高い。
- ・食生活改善推進員や保健補導員などの健康ボランティアによる自主的な健康づくりへの取組が活発である。
- ・医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の専門職種が連携した地域保健医療活動が活発である。
- ・周産期死亡率・乳児死亡率が低い。

などがあげられているところです。（長野県健康長寿プロジェクト・研究事業報告書）

こうした県民の高い意識と様々な活動は長野県の財産（強み）であり、今後も、継承し発展させていく必要があります。

3 基本方針

県は、「健康で長生き」を実現するため、以下の基本方針を掲げます。

○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の徹底に努めるとともに、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ます。

○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

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します。

○医療提供体制の充実・強化

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します。

また、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を受けることができる体制を目指します。

○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

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します。

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

4 目標

「健康で長生き」を達成するために、以下の目標を設定します。

区 分	項 目		現 状 値 (2017)	目 標 (2023)	出 典
○	平均寿命		男性 81.75 年 (2015)	延伸	厚生労働省「都道府県別生命表」
			女性 87.675 年 (2015)		
○	健康 寿 命	日常生活に制限のない期間の平均	男性 71.45 年 (2013)	延伸 平均寿命との差の縮小	厚生労働科学研究班 厚生労働省「国民生活基礎調査」
			女性 74.73 年 (2013)		
		自分が健康であると自覚している期間の平均	男性 72.44 年 (2013)	〃	厚生労働科学研究班 厚生労働省「国民生活基礎調査」
			女性 74.81 年 (2013)		
		日常生活動作が自立している期間の平均	男性 79.80 年 (2013)	〃	厚生労働科学研究班 介護保険の要介護度
			女性 84.32 年 (2013)		
○	年齢調整死亡率 (人口 10 万対)		男性 434.1 (2015)	現状より低下	厚生労働省「人口動態調査」
			女性 227.7 (2015)	現状より低下	

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

【参考】県民医療の見通し

項目	現状値 (2015 年度)	見通し (2023 年度)	出典
県民医療費	6,756 億円	7,464 億円※	厚生労働省 「都道府県別国民医療費」

※2023 年度の見通しは、厚生労働省提供「都道府県医療費の将来推計ツール」を基に推計したもの

健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間と定義されています。
(厚生労働省)

現在、健康寿命は3つの算出方法が厚生労働省から示されています。(単位:年)

① 「日常生活に制限のない期間の平均」(H25(2013)国民生活基礎調査)

全国	男性:71.19	女性 74.21
長野県	男性:71.45 (18位)	女性 74.73 (16位)

② 「自分が健康であると自覚している期間の平均」

(H25(2013)国民生活基礎調査)

全国	男性:71.19	女性 74.72
長野県	男性:72.44 (2位)	女性 74.81 (26位)

③ 「日常生活動作が自立している期間の平均」

(H25(2013)介護保険の要介護度)

全国	男性:78.72	女性 83.37
長野県	男性:79.80 (1位)	女性 84.32 (1位)

上記のとおり算出方法によって年数に違いがあることや、独自の方式で算定・公表している地方自治体も存在していることから、国の考え方を踏まえ、どのような方式が適当か引き続き検討することが必要です。

第2節 基本的な方向性

目指すべき姿を実現するために、県が進むべき基本的な方向性を以下に示します。

1 健康づくりの推進

健康づくりに必要な要素として、県民の健康意識の向上が挙げられます。乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、常に心身の健康を意識し、バランスのとれた生活習慣を身につけられる切れ目のない施策を展開することにより、健康寿命の延伸にもつなげていきます。

また、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、市町村はじめ企業や民間団体等を巻き込みながら、積極的な参加協力を得て、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します。

2 医療提供体制の充実

健康寿命を延伸していくためには、健康づくりのみならず、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保していくことが必要です。

特に、急速な少子高齢化に伴い、がんなどを原因とする慢性疾患の増加など、疾病構造にも変化が見込まれることから、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患）・5事業（救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療）及び在宅医療のそれぞれについて、疾病構造の変化を見据えた切れ目のない医療を提供する体制を構築していくことが求められています。

こうした状況を踏まえ、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んでいきます。

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ました。しかしながら、県民医療費は年々増加しており、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ます。

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となります。

これらを踏まえ県民一人ひとりが「自分の健康は自分でつくる」という意識のもと、県民の健康の保持増進に関すること、医療の効率的な提供の推進に関すること、更には適正な受診の促進等に取り組んでいきます。

以上を踏まえ、具体的な取組内容を第4編以降に示していきます。