

第3期 信州保健医療総合計画

(案)

令和6年(2024年)2月
長野県

第3期信州保健医療総合計画（案） 目次

※個別計画の一覧

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

◎は個別計画に位置付けられている事項 ○は個別計画に関連する事項

事項	ページ	※個別計画									
		① 保健 医療	② 健康 増進	③ 母子 保健	④ 医療費 適正化	⑤ がん	⑥ 歯科 口腔	⑦ 依存症	⑧ 感染症	⑨ 肝炎	⑩ 循環 器病
第1編 計画の基本的事項											
第1節 計画策定の趣旨	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	16	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第2節 人口動態と平均寿命	20	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第3節 傷病の動向	26	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第4節 要介護・要支援認定者の状況	30	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第2章 医療の現状											
第1節 医療に対する県民の意識	34	◎			○						
第2節 保健医療施設の状況	36	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
第3節 保健医療従事者の状況	43	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
第3章 医療費等の現状											
第1節 経済状況・社会保障	50				◎						
第2節 県民医療費の動向	55				◎						
第3節 疾病別医療費の状況	60		○		◎	○	○	○	○	○	○
第3編 目指すべき姿											
第1節 目指すべき姿	64	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第2節 基本的な方向性	68	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
第4編 健康づくり											
第1章 健康づくり											
第1節 県民参加の健康づくり	73	○	◎	○	○	◎	○	○	○	○	◎
第2節 栄養・食生活	79	○	◎	○	○	◎	○	○			◎
第3節 身体活動・運動、休養	89	○	◎	○	○	◎					◎
第4節 たばこ	95	○	◎	○	○	◎		○			◎
第5節 歯科口腔保健	101	○	◎	○	○	◎	◎		◎		◎
第6節 こころの健康	112	○	◎	○	○	○		◎	○		○
第7節 生活習慣病予防	117	○	◎	○	○	◎	○	○			◎
第8節 フレイル対策	130	○	◎		○	○	○				◎
第2章 母子保健											
第1節 母子保健	138	○	○	◎	○	○	○	○			○
第5編 医療提供体制の「グランドデザイン」											
第1節 策定の趣旨	160	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
第2節 目指すべき医療提供体制の姿とその実現に向けた取組の大枠の方向性	161	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
第3節 更なる役割分担と連携の推進	165	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
第4節 関係者の果たすべき役割	168	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
第6編 医療圏の設定と基準病床数											
第1章 医療圏の設定											
第1節 設定の趣旨	174	◎	○			○		○	○	○	○
第2節 医療圏の区分及び設定	174	◎	○			○		○	○	○	○
第2章 基準病床数											
第1節 基準病床数	180	◎				○			○		○
第2節 有床診療所の特例	181	◎									
第7編 地域医療構想											
第1節 地域医療構想の基本的事項	184	◎	○	○	○	○					○
第2節 病床数及び在宅医療等の必要量の推計	185	◎	○	○	○	○					○
第3節 構想区域ごとの概況	194	◎	○		○	○					○
第4節 地域医療構想の施策の方向性	205	◎	○		○	○					○
第5節 地域医療構想の推進・見直し	207	◎	○		○	○					○

事 項	ページ	※個 別 計 画									
		① 保健 医療	② 健康 増進	③ 母子 保健	④ 医療費 適正化	⑤ がん 対策	⑥ 歯科 口腔	⑦ 依存症	⑧ 感染症	⑨ 肝炎	⑩ 循環 器病
第8編 医療施策											
第1章 医療機能の分化と連携											
第1節 機能分化と連携	214	◎			○	○	○				○
第2節 医薬分業・医薬品等の適正使用	218	◎			○	○		○			○
第2章 保健医療従事者の養成・確保											
第1節 医師（医師確保計画）	226	◎	○	○	○	◎		○	○	○	◎
第2節 歯科医師	250	◎	○	○	○	○	◎		○		○
第3節 薬剤師（薬剤師確保計画）	253	◎	○		○	○		○	○	○	○
第4節 看護職員（保健師、助産師、看護師、 准看護師）	264	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
第5節 歯科衛生士・歯科技工士	270	◎	○	○	○	○	◎				○
第6節 管理栄養士・栄養士	274	◎	○	○	○	○	○	○		○	○
第7節 その他の医療従事者	276	◎	○	○	○	○		○	○	○	○
第8節 医療従事者の勤務環境改善	280	◎					○	○	○	○	○
第3章 医療施策の充実											
第1節 救急医療	284	◎			○			○	○		◎
第2節 災害時における医療	296	◎			○				○		○
第3節 周産期医療	311	◎		○	○			○	○		○
第4節 小児医療	326	◎		○	○	○		○	○		○
第5節 へき地医療	339	◎			○		○		○		
第6節 在宅医療	350	◎			○	○	○	○	○		○
第7節 外来医療（外来医療計画）	368	◎		○	○	○	○	○	○	○	○
第8節 歯科口腔医療	381	◎	○	○	○	○	◎		○		○
第9節 薬物乱用対策	386	◎	○	○	○			◎			
第10節 その他の医療施策	390	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
第4章 医療安全の推進											
第1節 医療安全対策	398	◎			○	○	○				○
第5章 医療費の適正化											
第1節 県民の健康の保持推進	403	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	○
第2節 医療の効率的な提供の推進	406	○			◎						
第3節 適正な受診の促進等	409	○			◎						
第4節 計画期間における医療費の見直し	411	○			◎						
第9編 疾病対策等											
第1節 がん対策（がん対策推進計画）	414	◎	◎	○	○	◎	○	○	○	○	
第2節 脳卒中対策 （循環器病対策推進計画）	455	◎	◎		○		○	○	○		◎
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患対策 （循環器病対策推進計画）	490	◎	◎	○	○		○	○	○		◎
第4節 糖尿病対策	532	◎	◎	○	○		○	○			○
第5節 精神疾患対策	546	◎	○	○	○	○		◎	○	○	○
第6節 依存症対策 （依存症対策推進計画）	568	◎	◎	○	○	○		◎		○	○
第7節 感染症対策 （感染症予防計画）	582	◎	○	○	○	○	○		◎	○	○
第8節 肝疾患対策（肝炎対策推進計画）	638	◎	○		○	○		○	○	◎	
第9節 難病対策	647	◎		○	○						
第10節 CKD(慢性腎臓病)対策	658	◎	◎		○			○			○
第11節 COPD(慢性閉塞性肺疾患)対策	664	◎	◎		○						
第12節 アレルギー疾患対策	668	◎	○	○	○						
資料 【用語解説】 【リボン運動について】 【コラム一覧】 【ながの医療情報ネット】 【保健医療に関する相談窓口一覧】											

第1編

計画の基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

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や担い手不足、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（ひっぱく）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、すべての人々の生活を生涯にわたって支える社会保障制度の中で、大きな柱を形成し、健康に生活ができるための様々な制度や施策が含まれます。

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、これまでの第2期信州保健医療総合計画を引き継ぎ、保健医療に関連する10の計画を一体的に策定することによって、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、「健康長寿」という共通の目標に向かって、引き続き本県の保健医療施策を総合的に推進するために策定したものです。

2 包含する個別計画

- ・第8次長野県保健医療計画（外来医療計画、医師確保計画、薬剤師確保計画を含む）
- ・第4次長野県健康増進計画
- ・長野県母子保健計画
- ・第4期長野県医療費適正化計画
- ・長野県がん対策推進計画
- ・長野県歯科口腔保健推進計画
- ・長野県依存症対策推進計画（アルコール健康障害対策推進計画、ギャンブル等依存症対策推進計画を含む）
- ・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
- ・長野県循環器病対策推進計画

※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

- ・ 県民や市町村、医療機関、医療従事者及び保健・医療関係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）
- ・ 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針
- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律（第9条第1項）
- ・ がん対策基本法（第12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）、長野県歯科口腔保健推進条例（第8条第1項）
- ・ アルコール健康障害対策基本法（第14条第1項）、ギャンブル等依存症対策基本法（第13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）
- ・ 健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（第11条第1項）

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て国連が採択した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

県民や市町村、医療機関、医療従事者及び保健・医療関係団体等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、2024年度を初年度とし、2029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

本計画に記載の事項については県が主体的に推進していくほか、県民や市町村、医療機関、医療従事者及び保健・医療関係団体等も推進主体として積極的に参加する必要があります。

（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
- ・長野県母子保健推進連絡会
- ・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
- ・長野県歯科口腔保健推進県民会議
- ・長野県アルコール健康障害対策推進会議
- ・ギャンブル等依存症対策関係者連絡会議
- ・長野県感染症対策連携協議会
- ・長野県ウイルス肝炎診療懇談会
- ・長野県循環器病対策推進協議会

（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。
- ・ 医療提供体制の「グランドデザイン」の実現に向け、地域の医療関係者による議論を主導するなど、リーダーシップを発揮します。
- ・ 県民一人ひとりの主体的な健康づくりの取組を市町村等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、県民への医療・健康に関する知識の普及啓発といった一次予防、心身の健康に関する相談対応や、がん検診及び特定健診・特定保健指導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、糖尿病及び精神疾患）・6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、小児医療及び新興感染症対応）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、県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つくる」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、より適切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分かるよう工夫するとともに、達成状況については 2025 年度以降、毎年度確認・評価を行い、施策の推進に反映させていきます。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。

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。

加えて、5 疾病・6 事業及び在宅医療の医療提供体制を構築するにあたっては、住民の健康状態や患者の状態といった成果（アウトカム）に対して、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）がどれだけの影響をもたらしたかを評価し、改善する仕組みが重要であることから、ロジックモデルを活用します。

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 ・衛生行政報告例 ・介護保険事業状況報告 ・地域保健・健康増進事業報告 ・NDB	・国民生活基礎調査 ・国民健康・栄養調査 ・病院報告 ・医師・歯科医師・薬剤師統計	厚生労働省
・県民健康・栄養調査	・県民医療意識調査	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

本県の総人口は、国勢調査によると 2000 年の 221.5 万人をピークに減少に転じており、2020 年には 204.8 万人、65 歳以上の割合は 32.0%となっています。

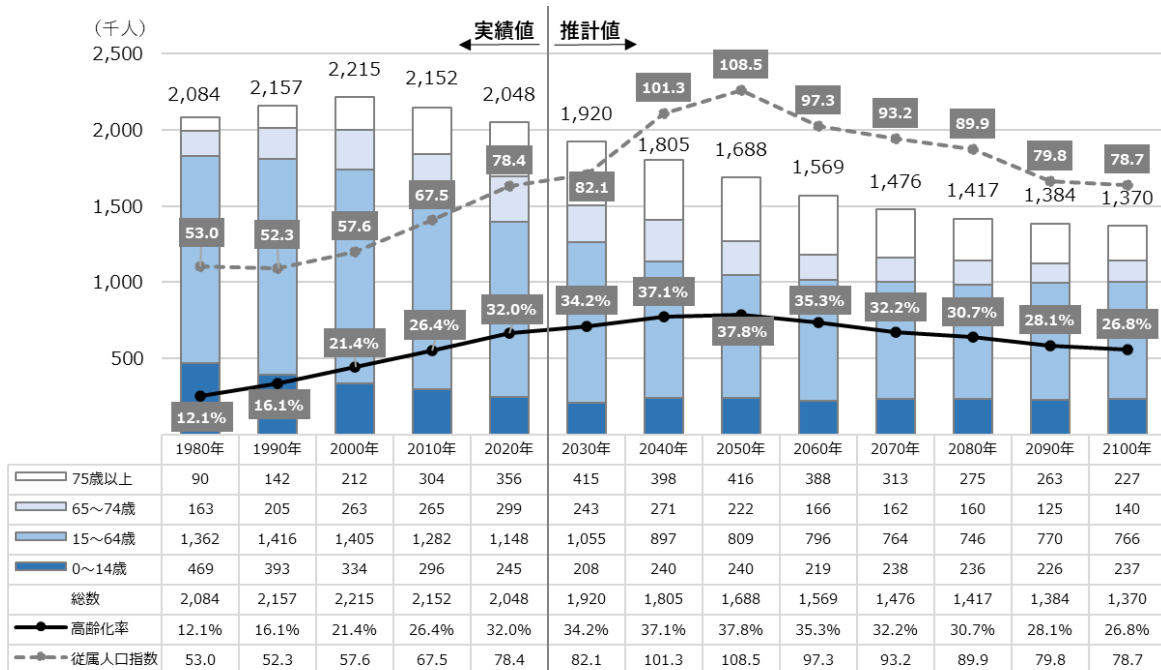
合計特殊出生率や社会増減について現状の傾向が継続すると仮定した場合（以下「現状推移ケース」という）、総人口の減少が続き、2100 年頃には 77 万人程度となる見通しです。

一方、現状の傾向より改善※すると仮定した場合（以下「改善ケース」という）、2035 年以降徐々に減少が緩やかになり、2100 年頃に、137 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、改善ケースを用います。）

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

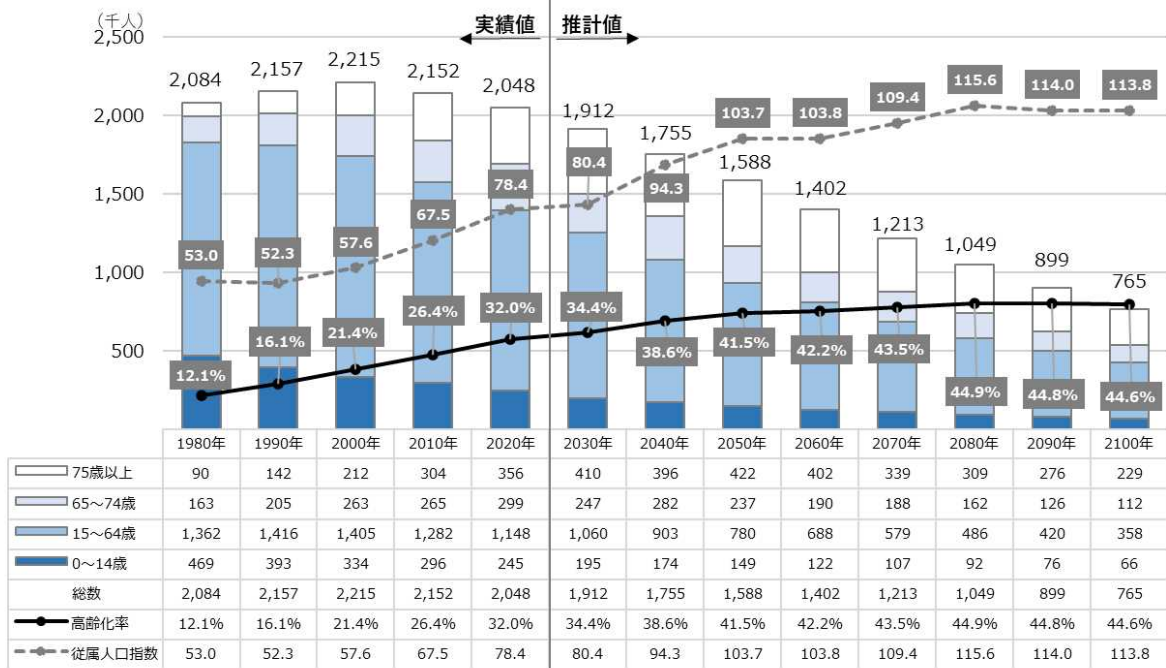
長野県の総人口と高齢化率



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

(参考) 現状推移ケースによる人口推計

長野県の総人口と高齢化率

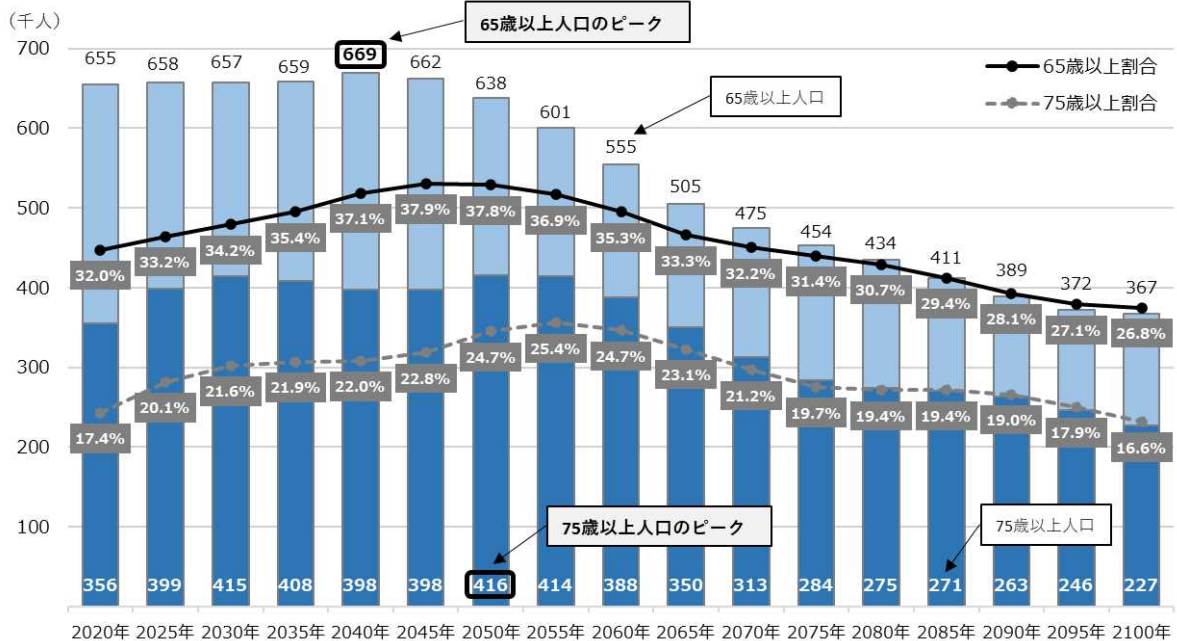


(注) 従属人口指数 = (0～14歳人口 + 65歳以上人口) / (15～64歳人口)
 実績値は、国勢調査。
 推計値は、現状推移ケース。

2 高齢者人口

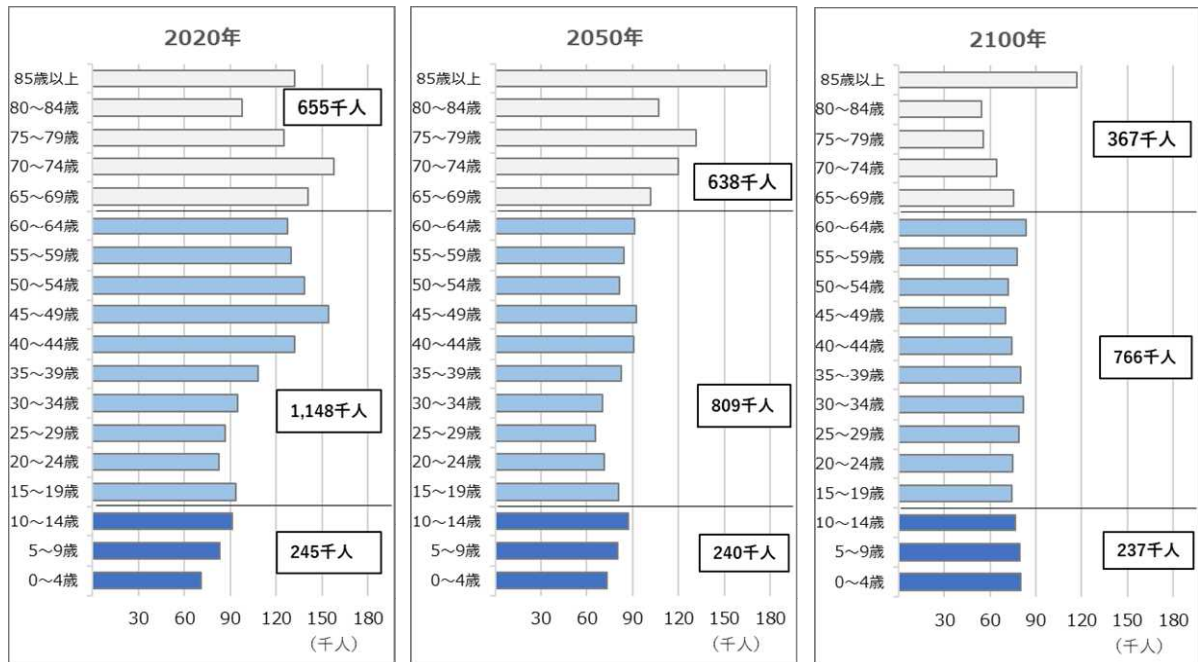
推計によると、2040年に65歳以上の人口がピークとなり、後期高齢者人口(75歳以上人口)は2050年まで増加が続く見通しです。

高齢者人口の推計



(注) 2020年の数値は国勢調査。

3 人口ピラミッドの推移



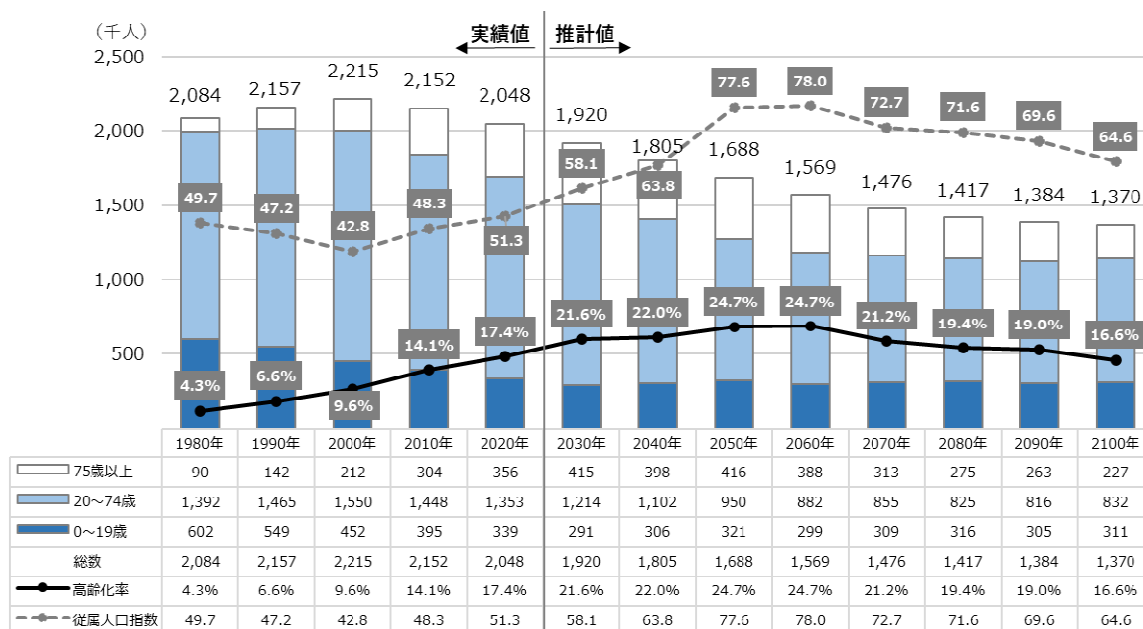
(注) 2020年の数値は国勢調査。

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。高校や大学等への進学率が高くなり、平均寿命や健康寿命が延伸してきている現在においては、県民の実生活を反映しきれていない面もあると考えられます。

そこで、仮に生産年齢人口を20～74歳ととらえると以下のとおりとなり、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から、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。

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、今後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) 従属人口指数 = (0～19歳人口 + 75歳以上人口) / (20～74歳人口)。

実績値は、国勢調査。

推計値は、改善ケースによる。

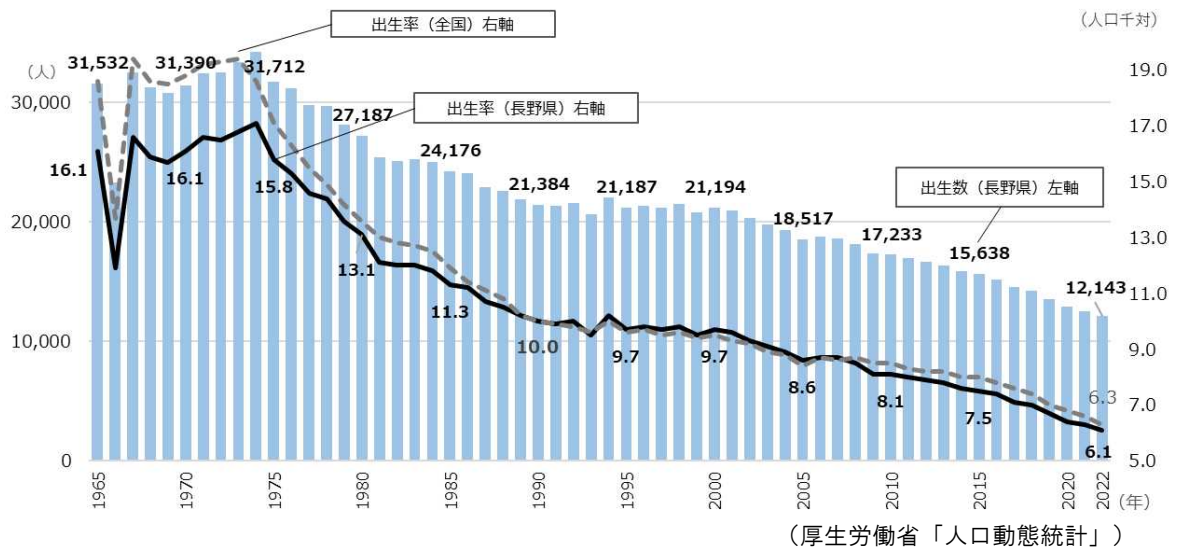
第2節 人口動態と平均寿命

1 出生

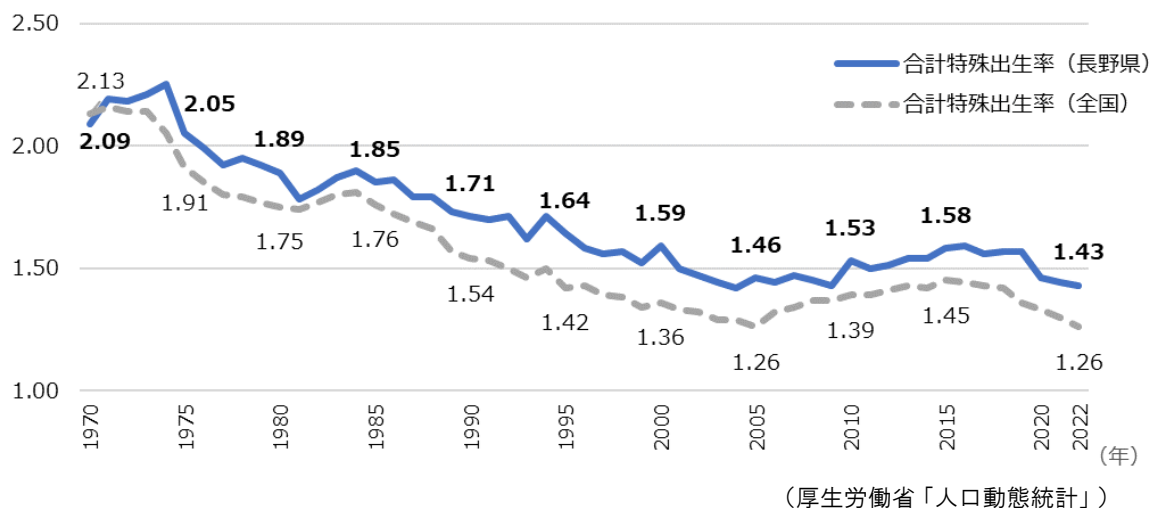
2022年の出生数は12,143人、出生率（人口千対）は6.1で全国の6.3を下回っています。出生率は、1975年以降漸減傾向を示しており、1989年には全国平均に並び、以後ほぼ同水準で推移してきました。

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、1971年以降全国平均を上回っているものの、直近では3年連続で低下し、2022年には1.43（全国：1.26）となっています。

出生率と出生数



合計特殊出生率



2 死亡

2022年の死亡数は28,503人、死亡率（人口千対）は14.4となっており、全国平均の12.9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、1980年代半ば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、2004年以降は出生率を上回っています。

また、2020年の年齢調整死亡率（人口10万対）でみると、本県の男性は1,202.5（全国：1,328.7）、女性は671.8（全国：722.1）であり、低いほうから男性は全国1位、女性は全国4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（平成27年平滑化人口）で補正した死亡率です。
- 長野県は、男女とも他県と比較して年齢調整死亡率が低く、長寿を裏付ける結果となっています。

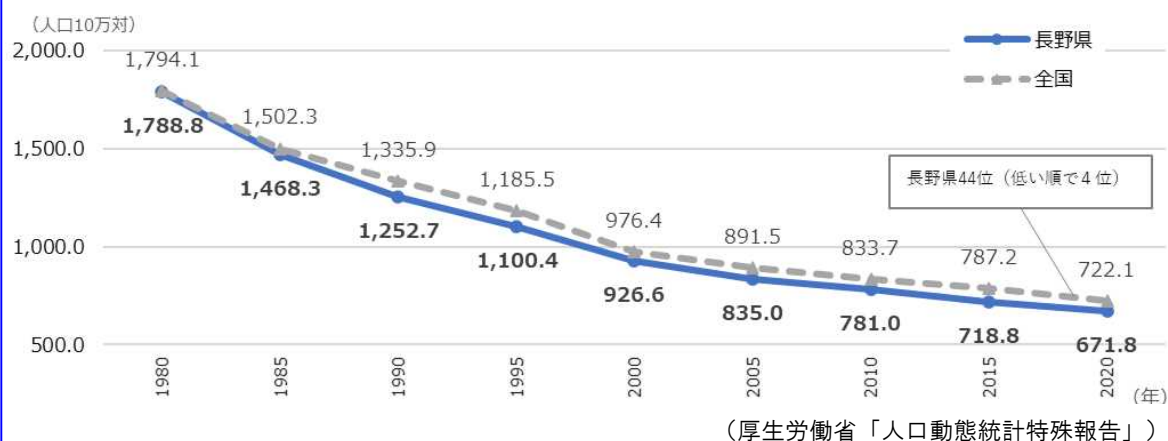
死亡率と死亡数



年齢調整死亡率 男性



年齢調整死亡率 女性

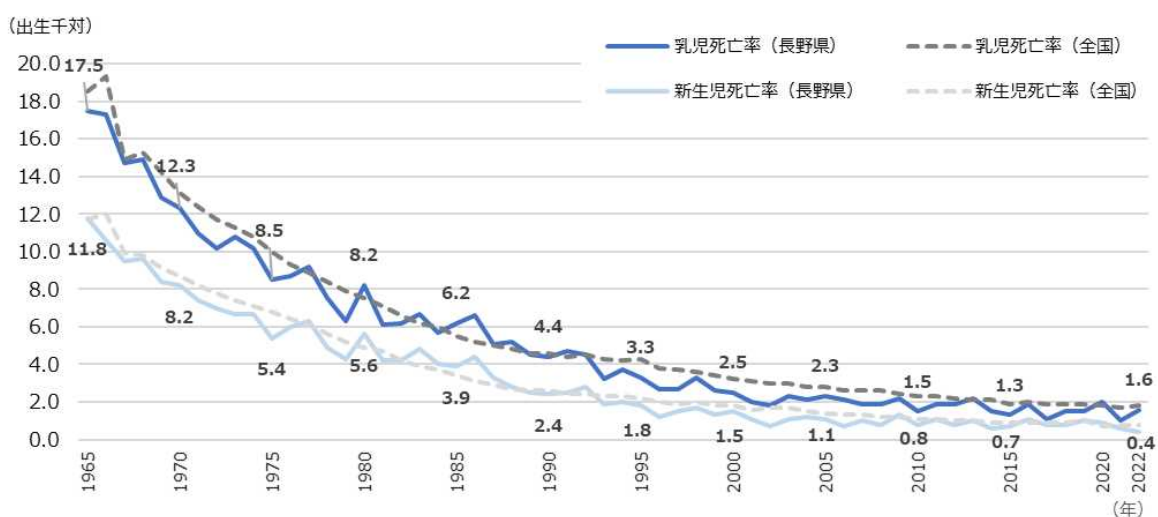


3 乳児死亡率及び新生児死亡率

2022年の乳児死亡（生後1年未満の死亡）数は19人、乳児死亡率（出生千対）は1.6となっており、全国平均の1.8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、1945年以降急激に低下し、1975年には8.5となって2桁台を割り、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。

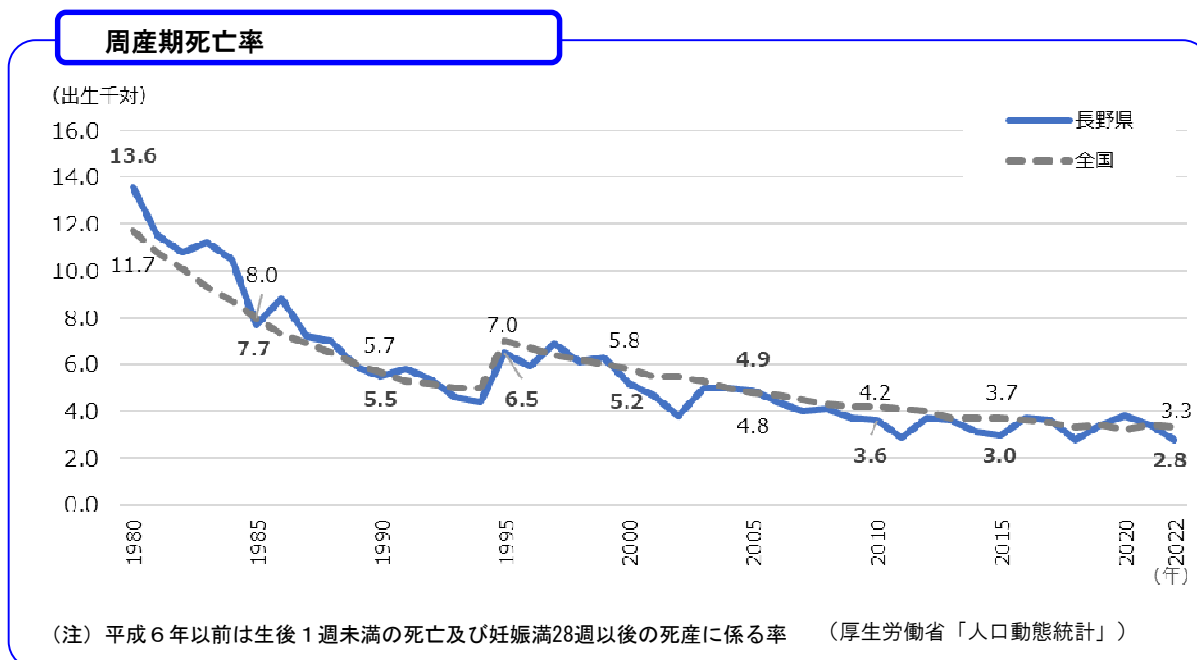
また、2022年の新生児死亡（生後4週未満の死亡）数は5人、新生児死亡率（出生千対）は0.4となっており、全国平均の0.8を下回っています。

乳児死亡率及び新生児死亡率



4 周産期死亡率

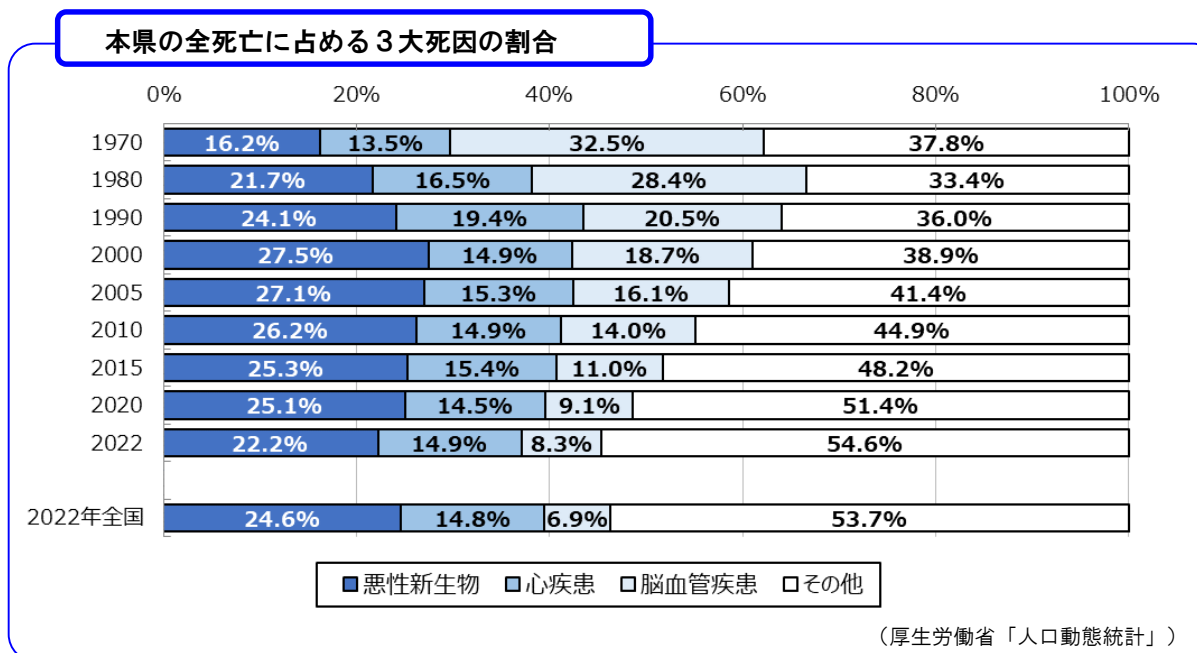
2022年の周産期死亡（生後1週未満の死亡及び妊娠満22週以後の死産）数は34人、周産期死亡率（出生千対）は2.8となっており、全国平均の3.3を下回っています。周産期死亡率は、母子保健の普及改善等により低下傾向にあります。



5 死亡原因

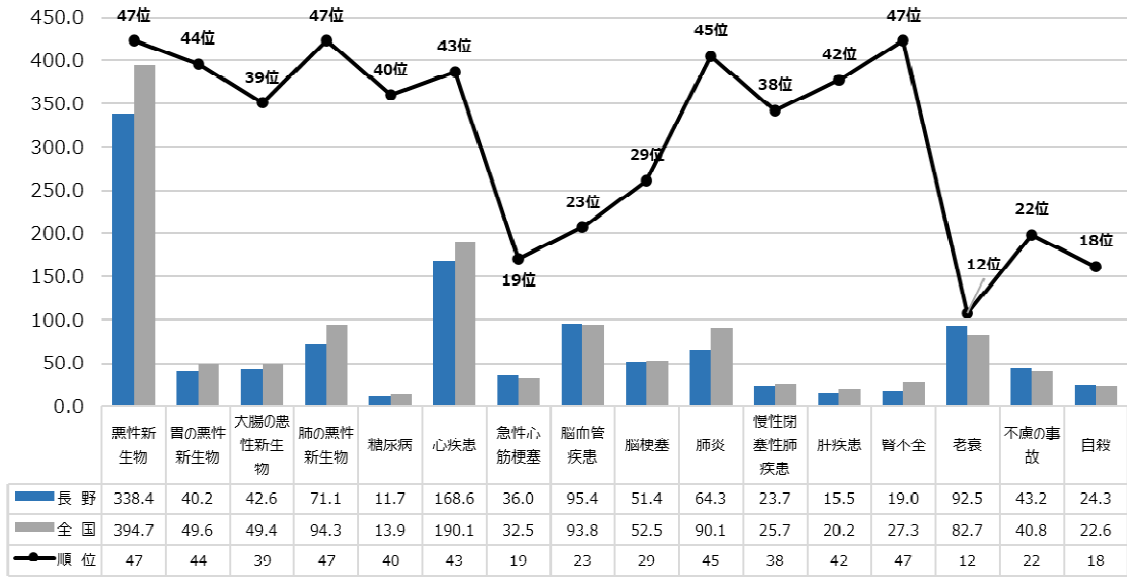
死亡順位を時系列で見ると、1951年以降、脳血管疾患、悪性新生物、心疾患の順で推移してきましたが、1984年に悪性新生物が脳血管疾患を抜いて1位となり、**2022年**では悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順となっています。

また、**2022年**の全死因に占める3大死因の割合は**45.4%**であり、全国 (**46.3%**) とほぼ同水準となっています。



死因別年齢調整死亡率 男性

(人口10万対)

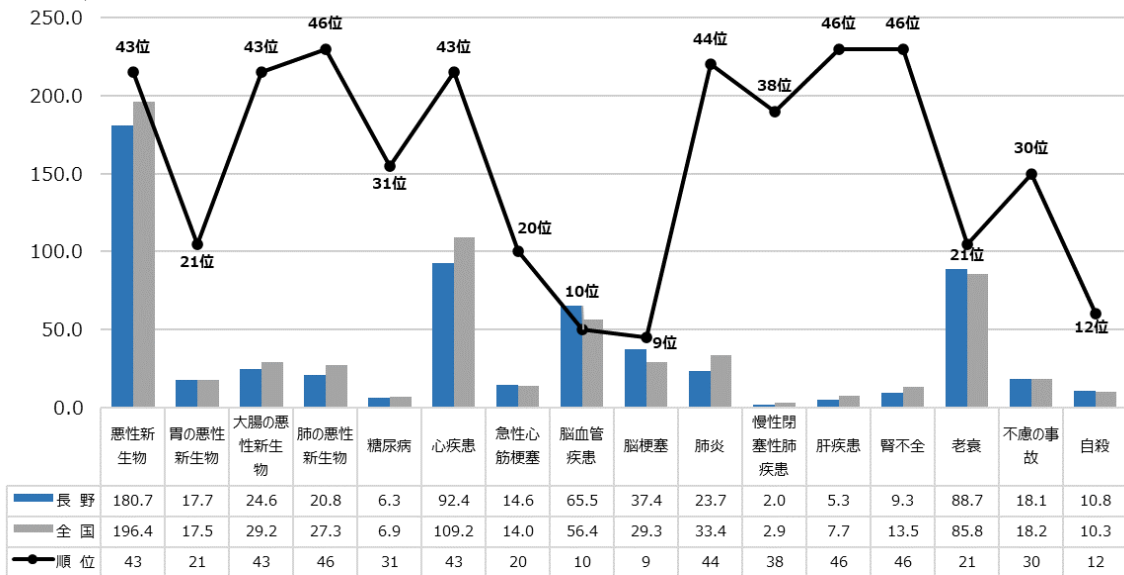


(注) 順位は高い順に記載。数値は2020年。

(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

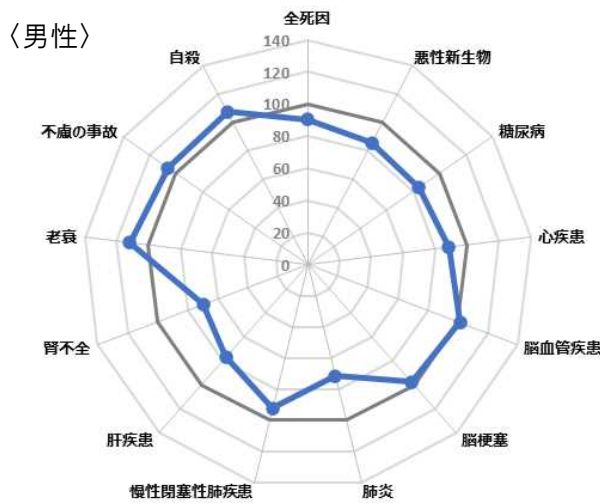
(人口10万対)



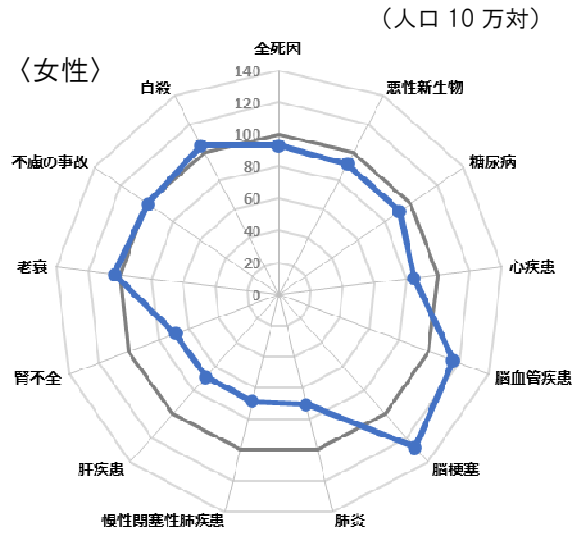
(注) 順位は高い順に記載。数値は2020年。

(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) 全国を 100 とする。数値は 2020 年。

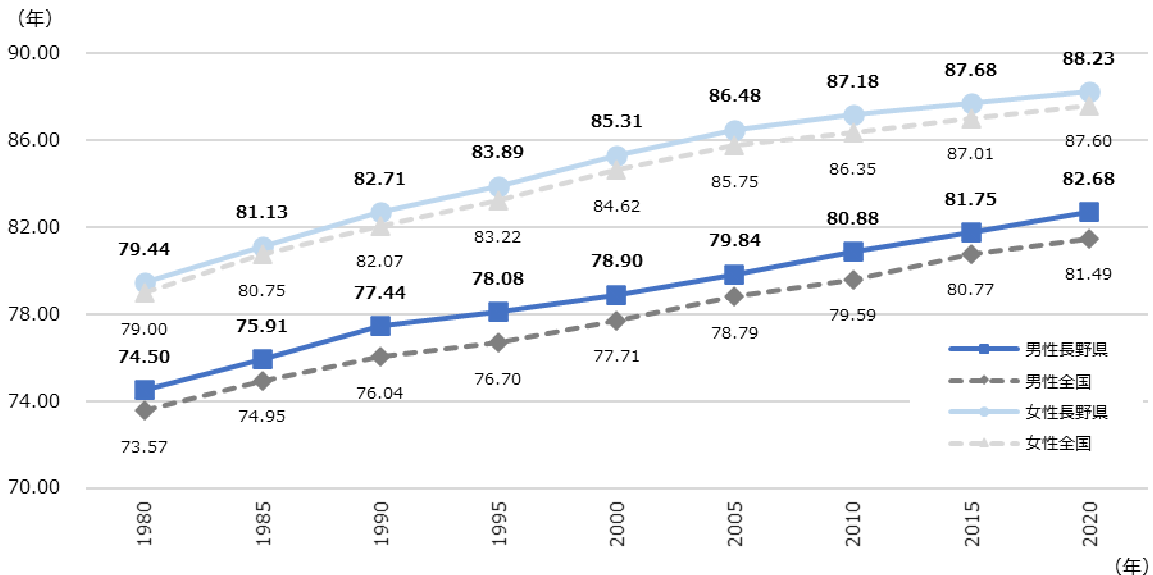


(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

6 平均寿命の推移

2020年の都道府県別生命表によると、本県の平均寿命は、男性が82.68年で全国2位、女性が88.23年で全国4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

「患者調査（厚生労働省）」（2020年）によると、調査日（病院は2020年10月20日から22日までのうちで指定された1日、診療所は同年10月20日、21日、23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123,500人で、県民の16.5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47,300人（患者総数の38.3%）、一般診療所が60,100人（同48.7%）、歯科診療所が16,100人（同13.0%）となっています。また、入院・外来別では、入院が18,300人（同14.8%）、外来が105,200人（同85.2%）、性別患者数では、男性が53,500人（同43.3%）、女性が70,100人（同56.7%）となっています。

受療率*（人口10万対）は、入院が895、外来が5,139で、いずれも全国を下回っており、2002年の患者調査以降、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）（2020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	18,300	17,900	400	—	895	960
外来	105,200	29,400	59,700	16,100	5,139	5,658
男性	53,500	22,600	24,200	6,700	5,345	5,882
女性	70,100	24,700	35,900	9,400	6,691	7,316
計	123,500	47,300	60,100	16,100	6,034	6,618

（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
2008	21,000	112,200	133,200	969	5,168	6,137	1,090	5,376	6,466
2011	19,700	110,600	130,300	920	5,162	6,082	1,068	5,784	6,852
2014	20,400	108,000	128,400	970	5,122	6,092	1,038	5,696	6,734
2017	19,400	104,500	123,900	935	5,033	5,968	1,036	5,675	6,711
2020	18,300	105,200	123,500	895	5,139	6,034	960	5,658	6,618

（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」）

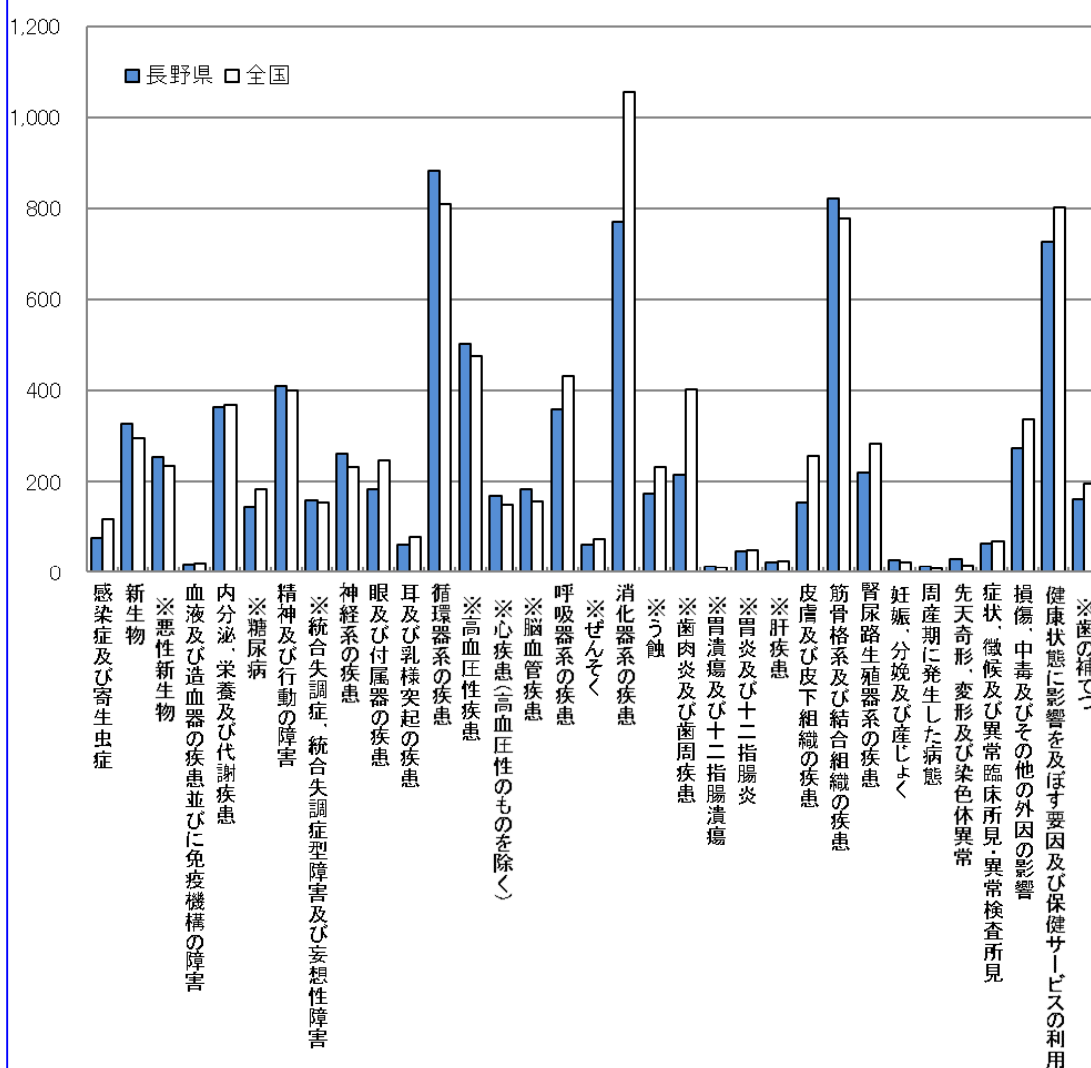
* 受療率：ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた人口10万人当たりの患者数。厚生労働省が行う「患者調査」により全国推計患者数を把握し算出。

2 傷病別患者数・受療率

「患者調査（厚生労働省）」（2020年）によると、傷病（大分類）別推計患者数は、「循環器系の疾患」が18,000人（患者総数の14.6%）と最も多く、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」16,800人（同13.6%）、「消化器系の疾患」15,800人（同12.8%）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」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」は、全国平均を上回る受療率であるのに対し、「消化器系の疾患」、「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（人口10万対）（2020年）



（注）※は、再掲を示す。

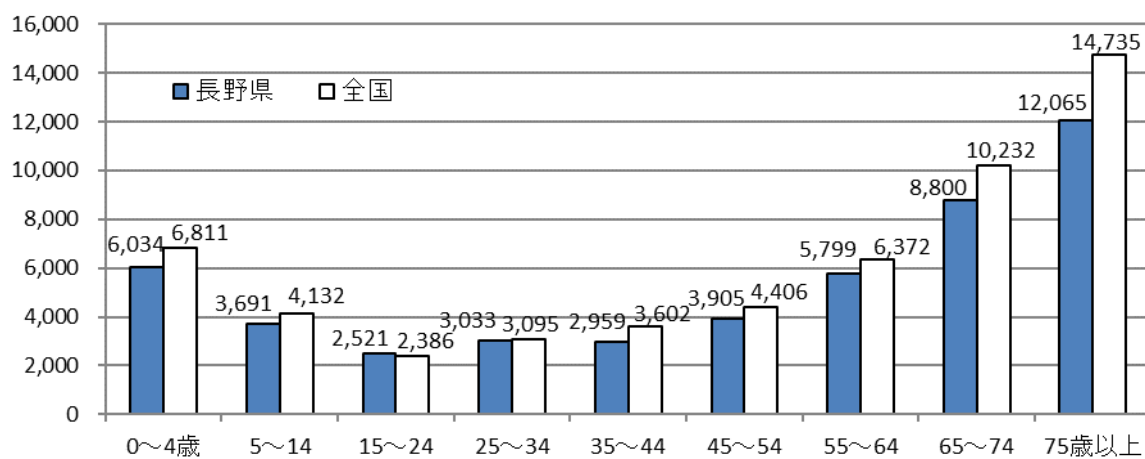
（厚生労働省「患者調査」）

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2,521を最低に、最高は75歳以上の12,065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（人口10万対）（2020年）



（厚生労働省「患者調査」）

4 入院患者の受療動向

県内の2021年度のレセプトデータ（対象者：国民健康保険、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会長野支部の加入者）における入院患者の受療動向をみると、木曾・大北医療圏は松本医療圏へ、北信医療圏は長野医療圏へ患者が流出している傾向が見られます。

県内の入院患者の受療動向（2021年）

■一般病床の入院患者（集計した診療行為：一般病棟入院基本料）

施設 患者→	2001佐久	2002上小	2003諏訪	2004上伊那	2005飯伊	2006木曾	2007松本	2008大北	2009長野	2010北信
日 1_長野圏	96.8%	96.8%	95.8%	98.1%	94.8%	75.8%	96.2%	96.3%	96.7%	93.6%
2001佐久	92.5%	5.9%	0.0%	0.0%			0.2%		0.4%	0.4%
2002上小	2.6%	86.9%	0.5%	0.3%			2.1%	1.8%	2.6%	0.4%
2003諏訪	0.3%	0.1%	87.8%	3.3%	0.5%	3.7%	1.9%	1.0%	0.4%	0.1%
2004上伊那		0.1%	1.5%	89.3%	1.2%	7.4%	0.8%		0.1%	
2005飯伊	0.0%	0.1%	0.4%	3.3%	92.2%	1.1%	0.1%	0.5%	0.1%	
2006木曾			0.1%	0.0%		47.4%	0.2%			
2007松本	0.2%	0.4%	4.9%	1.7%	0.7%	15.3%	88.4%	14.2%	0.4%	0.3%
2008大北		0.1%				0.5%	0.7%	75.3%	0.2%	0.1%
2009長野	1.1%	3.3%	0.6%	0.1%	0.2%	0.5%	1.8%	3.4%	91.6%	23.1%
2010北信	0.0%	0.0%	0.0%						0.9%	69.2%
日 2_隣接圏	1.7%	0.9%	1.7%	1.0%	3.9%	22.6%	1.6%	0.8%	1.5%	4.0%
10群馬県	0.5%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%		0.2%		0.2%	0.3%
11埼玉県	0.5%	0.3%	0.3%	0.1%	0.0%		0.3%		0.3%	
15新潟県	0.1%			0.0%			0.0%	0.5%	0.7%	3.5%
16富山県		0.1%			0.0%				0.0%	
19山梨県	0.3%	0.1%	0.8%	0.1%	0.1%		0.4%		0.1%	
21岐阜県		0.1%	0.2%		0.2%	5.8%	0.1%			
22静岡県	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.3%		0.3%	0.3%	0.1%	0.1%
23愛知県	0.1%	0.1%	0.2%	0.6%	3.2%	16.8%	0.4%		0.1%	0.1%
日 9_近隣圏外	1.6%	2.3%	2.5%	0.8%	1.3%	1.6%	2.2%	2.9%	1.8%	2.4%
99_近隣圏外	1.6%	2.3%	2.5%	0.8%	1.3%	1.6%	2.2%	2.9%	1.8%	2.4%

■療養病床の入院患者（集計した診療行為：療養病棟入院基本料）

施設 患者→	2001佐久	2002上小	2003諏訪	2004上伊那	2005飯伊	2006木曾	2007松本	2008大北	2009長野	2010北信
日 1_長野圏	98.7%	99.3%	90.0%	99.4%	97.9%	92.5%	98.2%	98.6%	99.1%	99.8%
2001佐久	95.2%	0.7%								
2002上小	2.9%	92.5%	0.3%		0.2%		5.3%	2.1%	2.6%	0.5%
2003諏訪			85.0%	1.0%	0.4%		1.3%			
2004上伊那			1.3%	94.2%		4.3%			0.1%	
2005飯伊				2.9%	97.0%		2.2%		0.1%	
2006木曾						73.1%				
2007松本			3.2%	1.2%		12.9%	89.0%	15.8%	0.1%	0.7%
2008大北							0.4%	80.1%	0.1%	
2009長野	0.6%	6.0%	0.2%	0.2%	0.2%		2.4%	0.7%	95.1%	23.5%
2010北信									1.2%	75.1%
日 2_隣接圏	0.8%	0.3%	9.7%	0.6%	1.7%	6.5%	1.1%	0.7%	0.5%	0.2%
10群馬県	0.3%	0.1%							0.1%	0.2%
11埼玉県	0.5%		0.2%			1.1%	0.1%	0.7%	0.1%	
15新潟県									0.1%	
16富山県				0.2%						
19山梨県		0.1%	9.5%	0.2%	0.8%		0.6%		0.2%	
21岐阜県						1.1%				
22静岡県							0.1%			
23愛知県				0.2%	0.8%	4.3%	0.3%		0.1%	
日 9_近隣圏外	0.5%	0.4%	0.3%		0.4%	1.1%	0.6%	0.7%	0.4%	
99_近隣圏外	0.5%	0.4%	0.3%		0.4%	1.1%	0.6%	0.7%	0.4%	

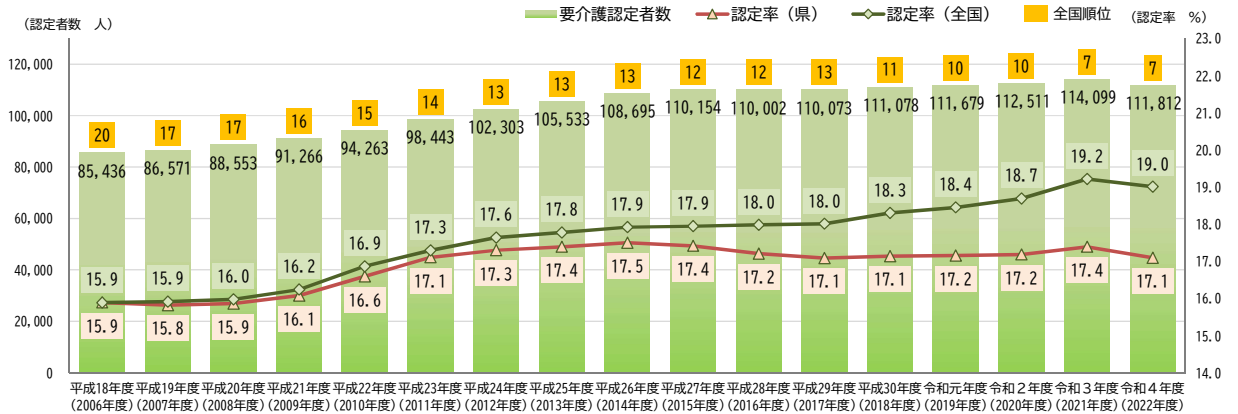
（長野県レセプトデータベースを活用して作成）

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

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

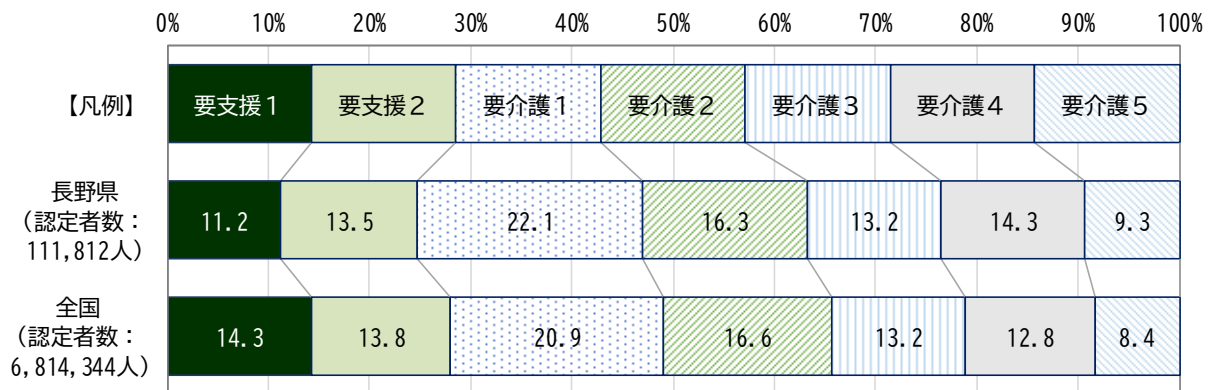
要介護（要支援）認定者の推移



(2021年度までは厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」各年度末、2022年度は厚生労働省「介護保険事業状況報告(月報)」(2023年3月)

- 要介護度別の分布状況では、全国に比べて要支援の割合が低い状況です。

要介護・要支援認定者の状況

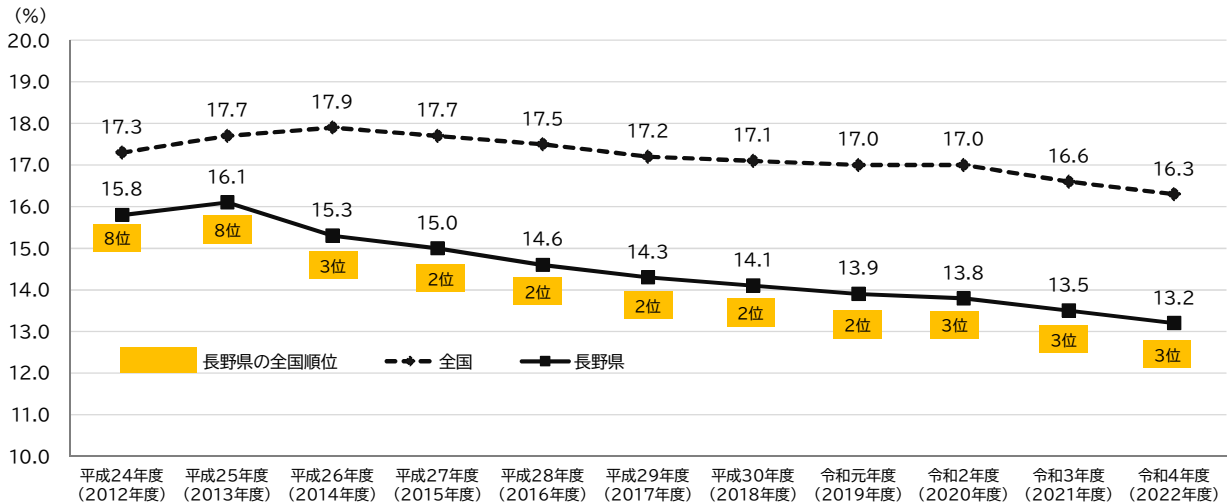


	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
認定者数(人)	12,561	15,146	24,765	18,227	14,784	15,971	10,358	111,812
割合(%)	11.2	13.5	22.1	16.3	13.2	14.3	9.3	100.0

(厚生労働省「介護保険事業状況報告(月報)」(令和5年(2023年)3月))

- 性・年齢調整を行った調整済み要介護（要支援）認定率は、近年低下傾向であり、令和4年（2022年）度末時点で13.2%となっており、全国で3番目の低さを維持しています。

調整済み要介護（要支援）認定率の推移

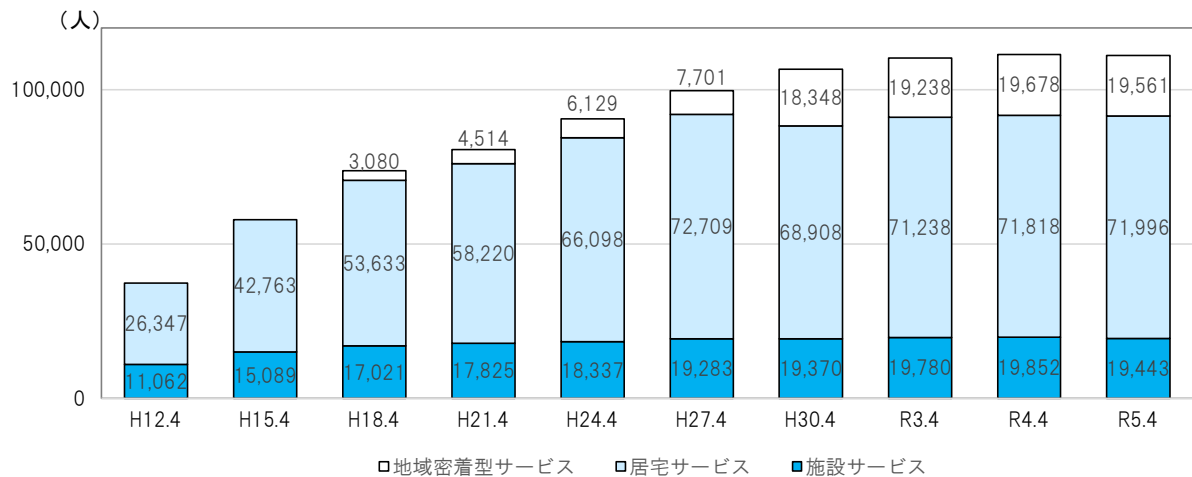


(厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」)

(2) 長野県の介護サービス受給者と介護給付費

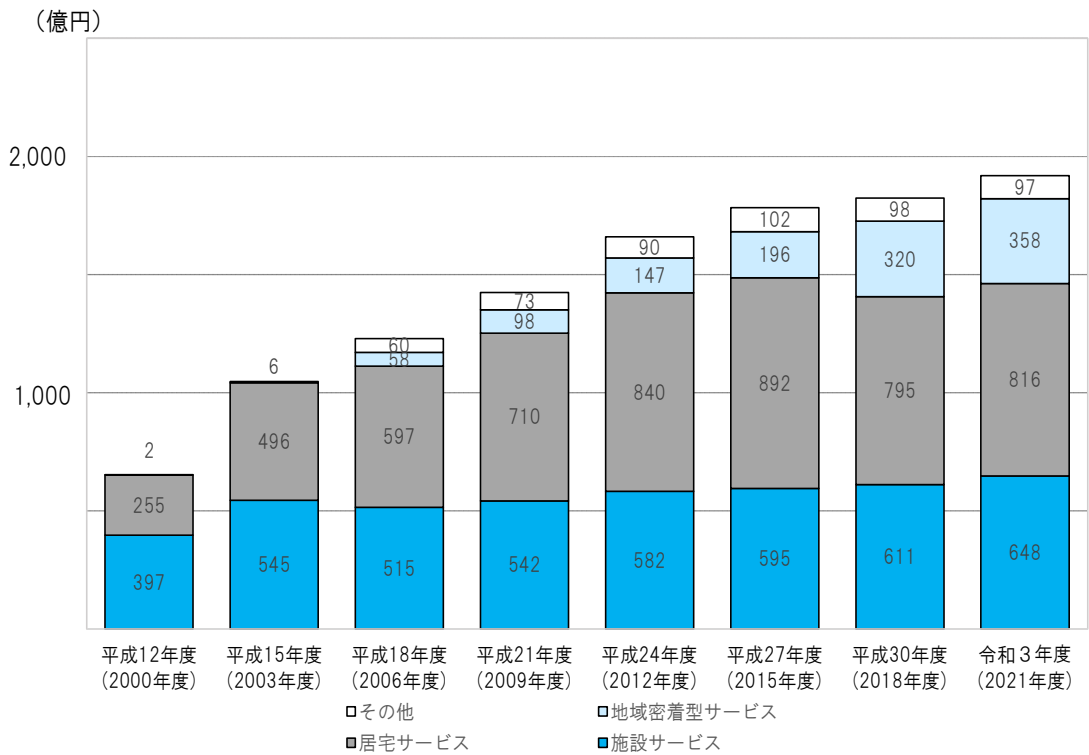
- 要介護認定者数の増加に伴い、長野県内のサービス受給者数、介護給付費は増加し、介護保険料も上昇しています。

サービス受給者の推移



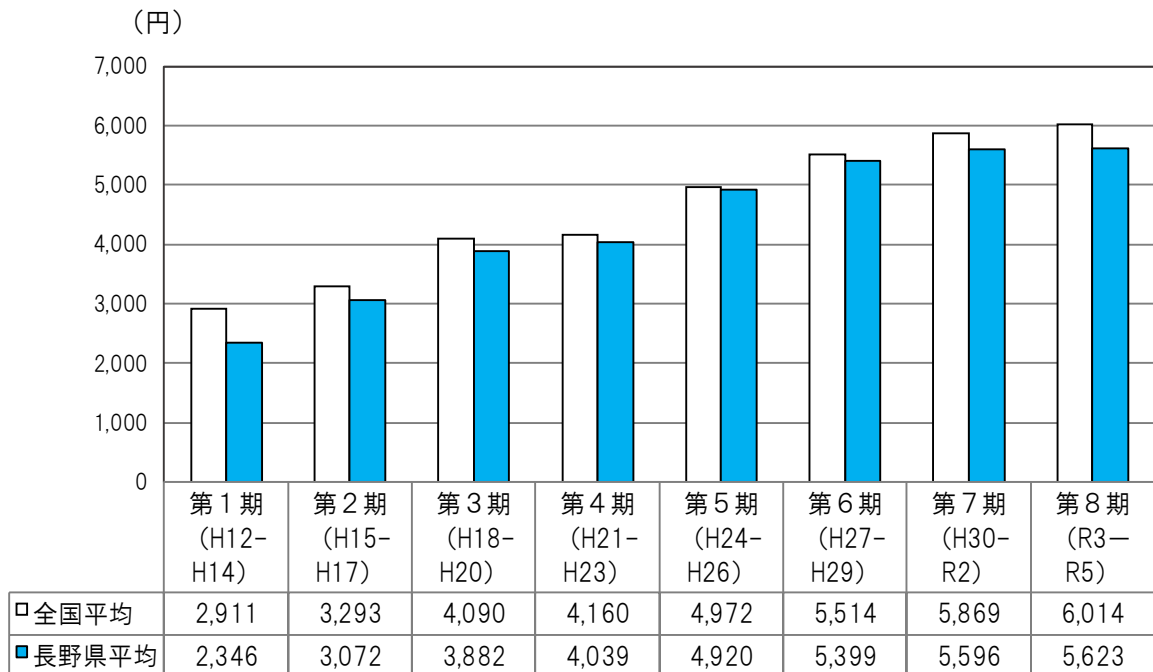
(厚生労働省「介護保険事業状況報告」)

介護給付費の推移



(厚生労働省「介護保険事業状況報告」)

介護保険料の推移



(介護支援課調)

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、2023年1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

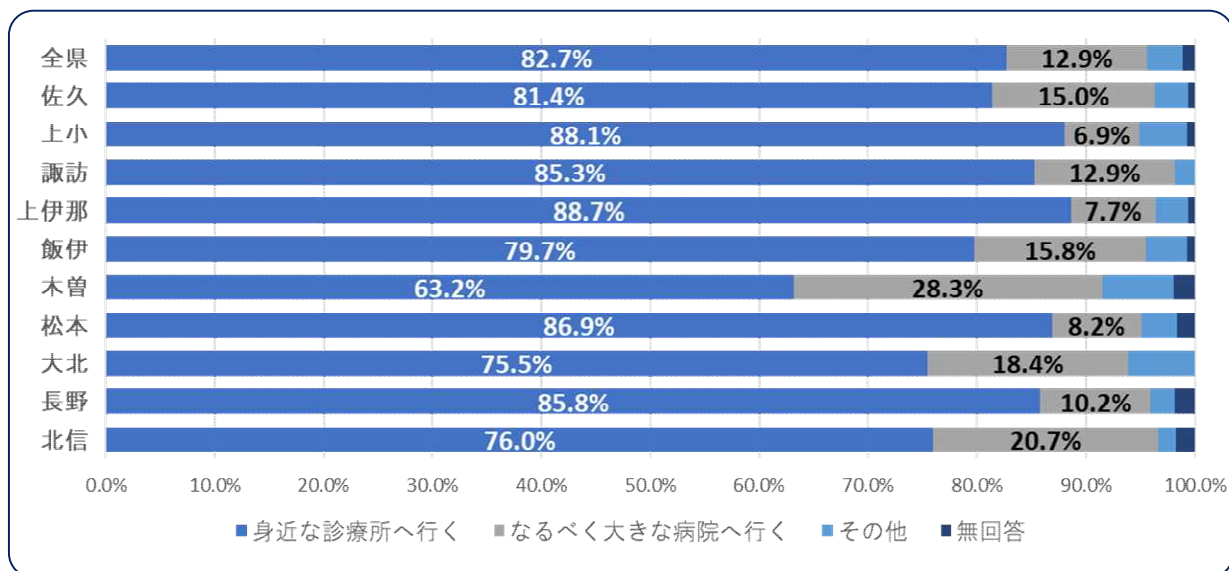
- ① 調査対象：18歳以上の県民 3,000人（選挙人名簿から層化2段無作為抽出）
- ② 調査期日：2023年1月
- ③ 調査方法：調査票送付によるアンケート回答方式

2 主な調査結果

(1) 病気にかかった場合について

- 「あなたが、もし体調が少し悪くて医師にみてもらいたいときはどうしますか。」という質問に対し、「身近な診療所（医院・クリニック）へ行く」が約8割と最も多く、次に「なるべく大きな病院へ行く」となりました。
- 地域別に見ると、木曾地域及び北信地域では、「なるべく大きな病院へ行く」との回答が2割を超えました。

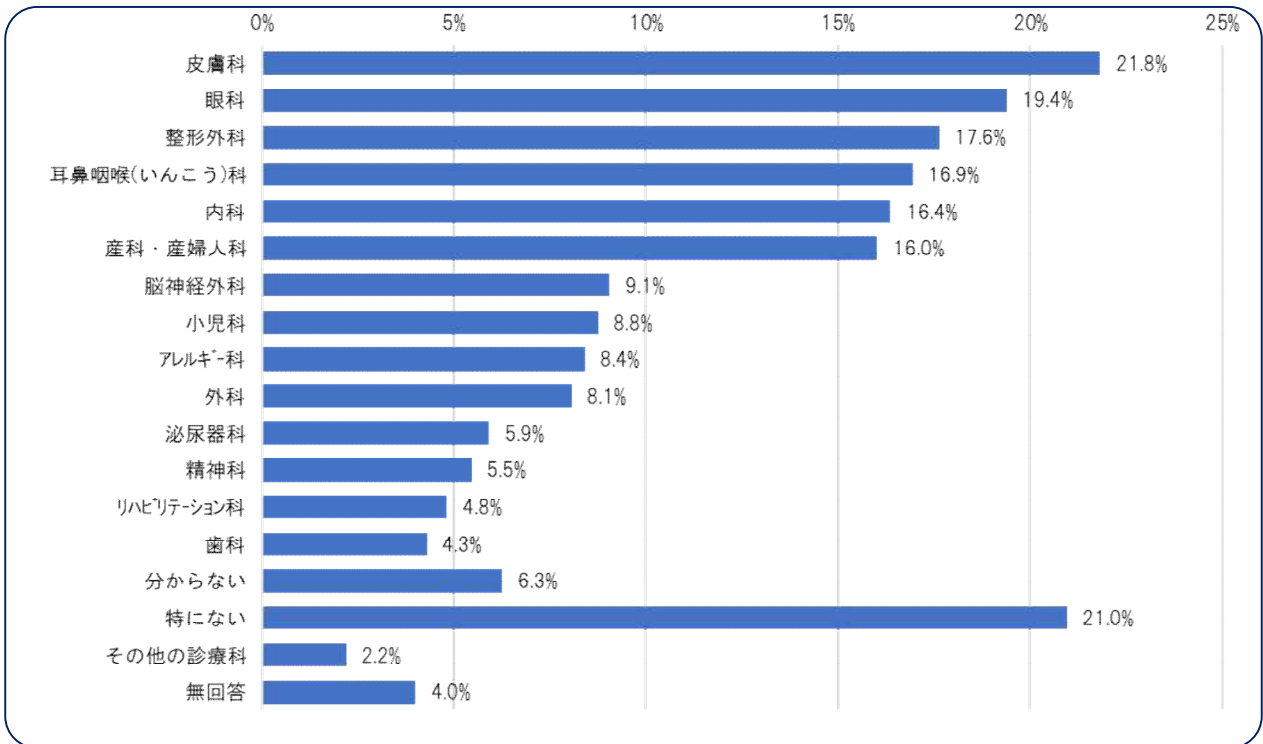
【図1】病気にかかった場合について（n=1,723）



(2) 地域で充実してほしい診療科について

- 「あなたのお住まいの地域で、もっと増えるとよい、充実してほしい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、皮膚科、眼科、整形外科の順となっています。

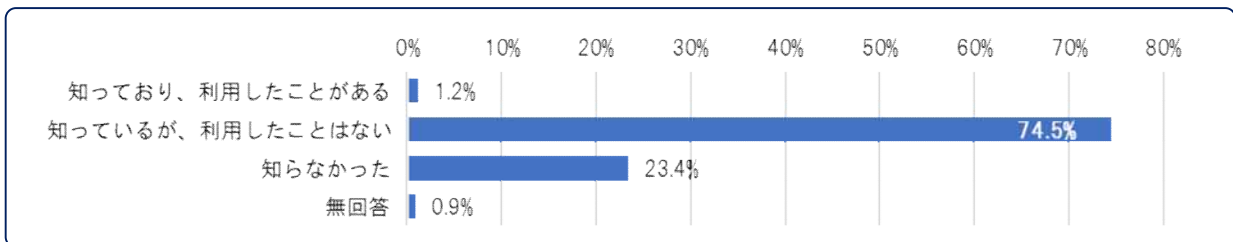
【図2】地域に不足していると感じる診療科について（複数回答3つまで、n=1,723）



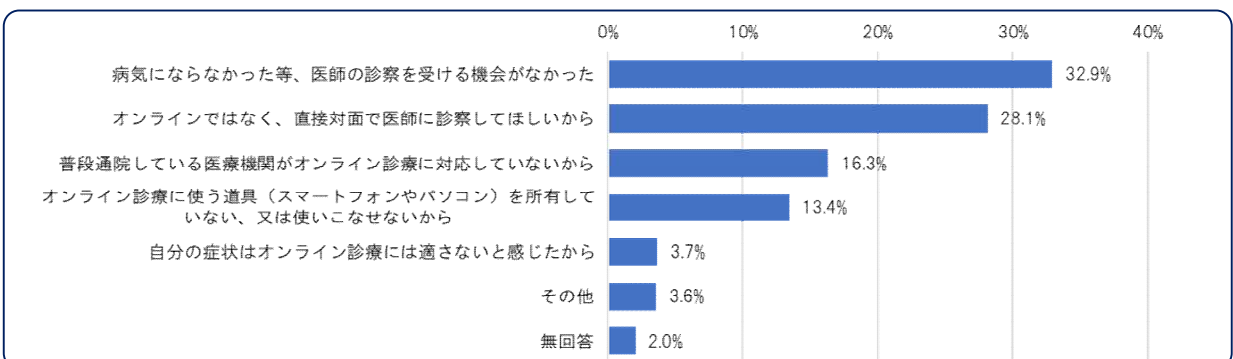
(3) オンライン診療について

- 「あなたは、『オンライン診療（電話診療を除く）』をご存じですか。また、利用したことはありますか。」という質問に対し、「知っているが、利用したことはない」が約7割と最も多く、一方で「知っており、利用したことがある」は1.2%となっています。
- また、オンライン診療を「知っているが、利用したことはない」理由として、「病気になるなかった等、医師の診察を受ける機会がなかった」が約3割と最も多く、次に、「オンラインではなく、直接対面で医師に診察してほしいから」、「普段通院している医療機関がオンライン診療に対応していないから」と続いています。

【図3】オンライン診療の認知度、利用率について



【図4】オンライン診療を「知っているが、利用したことはない」理由について



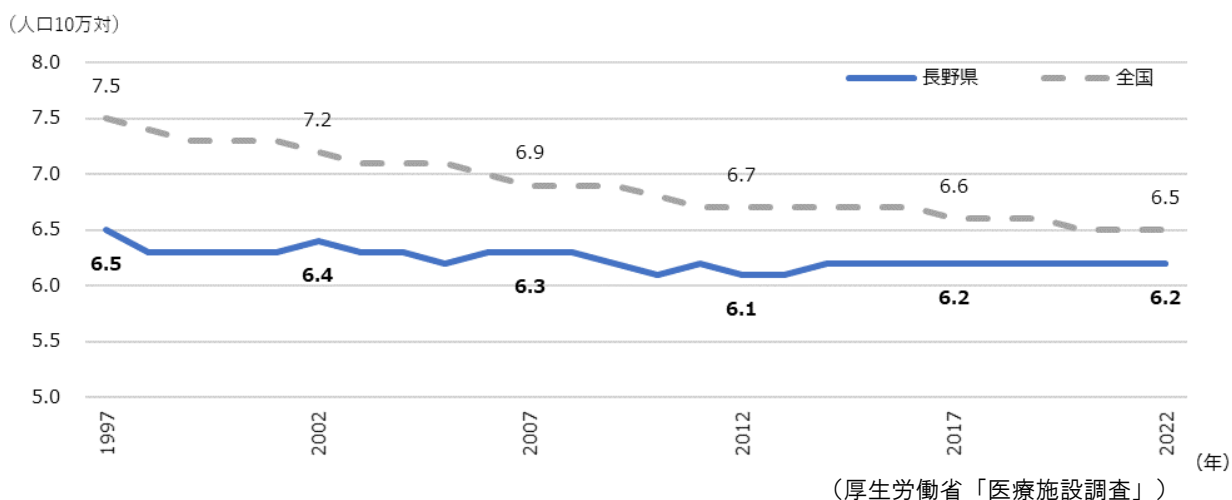
第2節 保健医療施設の状況

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。施設数は減少傾向にありましたが、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

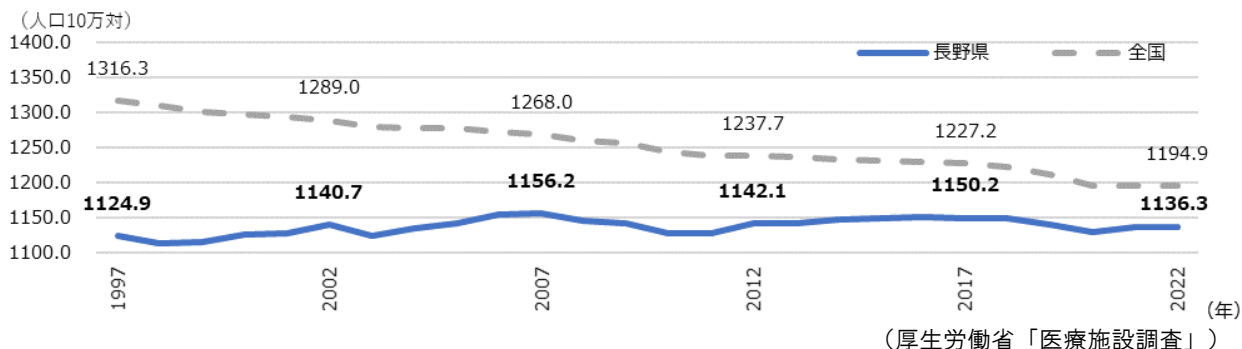
(2022年10月1日現在)

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							
5	6	17	6	14	12	59	6	0	125

(医療政策課調)

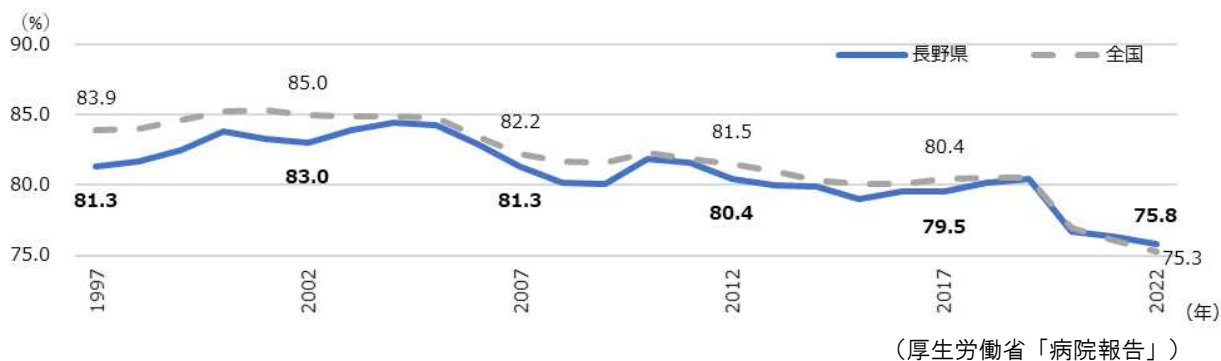
病院の病床数（人口10万対）は、全国平均を下回って推移していますが、全国平均が1991年以降減少傾向にあるのに対し、本県の病床数はほぼ横ばいとなっています。

病院の病床数の年次推移



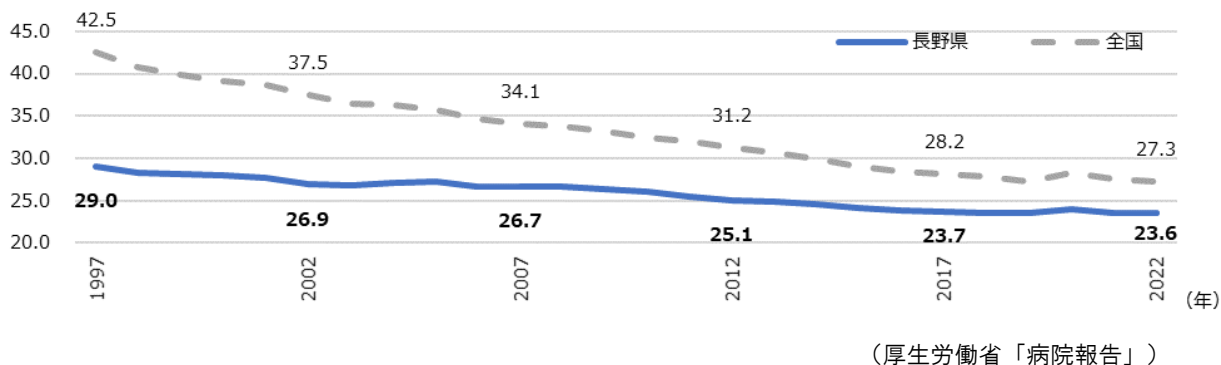
病院の病床利用率は全国平均をやや下回って推移していましたが、近年はほぼ全国平均並みです。

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、2006年までは全国最低でしたが、2022年は、東京都、神奈川県、愛知県、岐阜県に次いで全国で5番目に低い状況です。

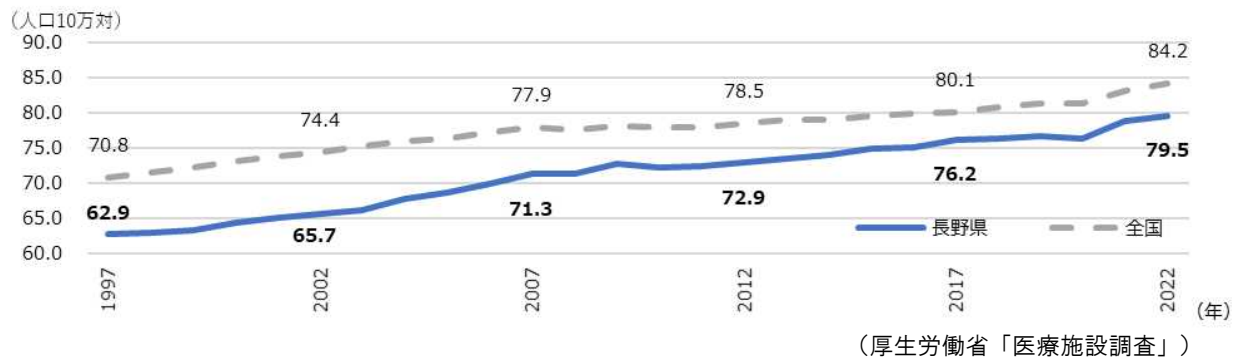
平均在院日数の年次推移



(2) 一般診療所

一般診療所（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で推移しています。

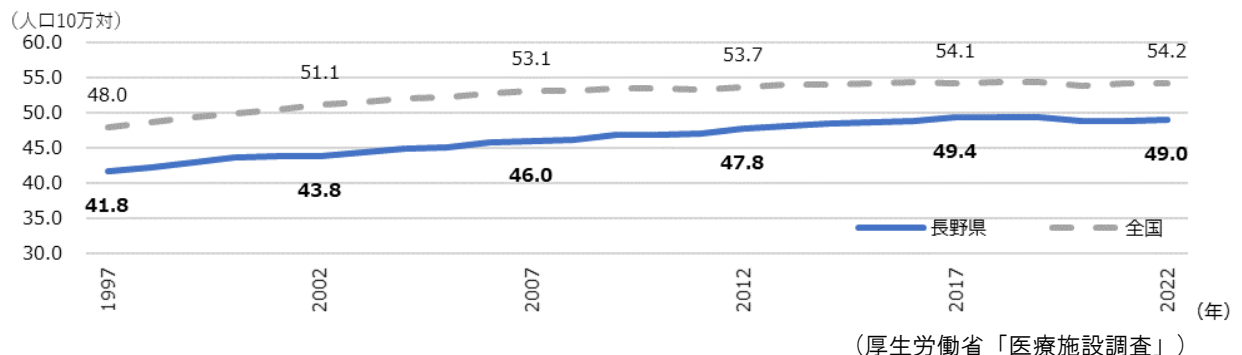
一般診療所数の年次推移



(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。県全体では増加傾向で推移していますが、2017年以降はほぼ横ばいとなっています。

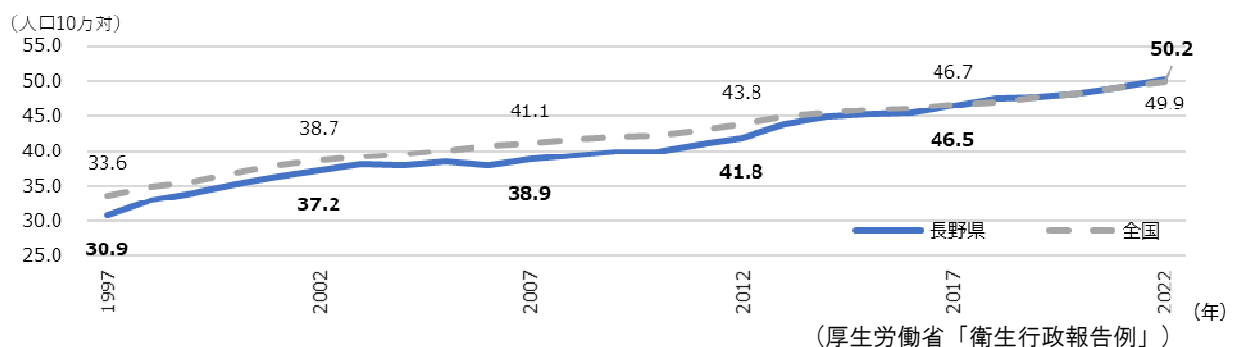
歯科診療所数の年次推移



(4) 薬局

薬局数（人口10万対）は全国平均を下回っていますが、県全体では増加傾向にあり、2015年にはほぼ全国平均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。いずれの施設についても、地域偏在がみられます。

医療圏	区 分	病 院	一般診療所	歯科診療所	薬 局
佐 久	実 数	13	179	98	109
	人口10万対	6.4	87.7	48.0	53.4
上 小	実 数	16	118	85	105
	人口10万対	8.4	61.7	44.4	54.9
諏 訪	実 数	11	141	101	96
	人口10万対	5.8	73.9	52.9	50.3
上伊那	実 数	10	139	77	78
	人口10万対	5.6	78.3	43.4	43.9
飯 伊	実 数	9	129	78	68
	人口10万対	5.9	85.0	51.4	44.8
木 曾	実 数	1	21	12	10
	人口10万対	4.1	85.9	49.1	40.9
松 本	実 数	26	368	220	205
	人口10万対	6.2	87.6	52.4	48.8
大 北	実 数	2	48	23	27
	人口10万対	3.7	87.6	42.0	49.3
長 野	実 数	34	404	264	271
	人口10万対	6.5	76.9	50.2	51.6
北 信	実 数	3	59	33	45
	人口10万対	3.7	73.7	41.2	56.2
県 計	実 数	125	1,606	991	1,014
	人口10万対	6.2	79.5	49.0	50.2
全 国	実 数	8,156	105,182	67,755	62,375
	人口10万対	6.5	84.2	54.2	49.9
時 点		2022年10月1日現在			2022年度末

(注) 1. 医療圏別の人口10万対は、10月1日現在長野県企画振興部「毎月人口異動調査」に基づき計算

2. 県計及び全国の病院、一般診療所、歯科診療所の人口10万人対は、10月1日現在総務省統計局「人口推計」に基づき計算

3. 県計及び全国の薬局の人口10万人対は、総務省統計局「令和2年国勢調査人口等基本集計」に基づき計算

〔 病院、一般診療所、歯科診療所：厚生労働省「医療施設調査」
 薬局：厚生労働省「衛生行政報告例」 〕

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、2023年10月1日現在で県内に23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、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の策定を求め、その後、2015年3月に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を策定して必要な取り組みを進めるよう求めました。そして、2022年3月には、持続可能な地域医療提供体制を確保するために公立病院経営強化プラン（以下「経営強化プラン」という。）を策定するように通知しました。
- 県内の公立病院は2023年度中に経営強化プランを策定し、地域における病院が担うべき役割・機能を明確化した上で、病院間の機能分化・連携強化を推進することで、持続可能な経営に向けた取組を進めています。

4 社会医療法人

- 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2023年7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「2023年7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

医療機関等の機能の分担及び業務の連携を推進し、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保するための仕組みとして、医療法の改正により、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一般社団法人を「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6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であると考えられます。

2023年4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、34法人が認定されています。

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、長野市及び松本市の中核市移行に伴い、1999年4月から長野市保健所が、2021年4月から松本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、新興感染症対応や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、2004年4月に旧衛生公害研究所（1970年11月設置）と旧自然保護研究所（1996年4月設置）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。

- 2019年12月に確認された新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関するこれまでの取組を踏まえ、次の感染症危機に備えることが重要であることから、病原体等の検査・解析の能力向上に努めるとともに、研究所の機能及び役割の充実にについて検討していく必要があります。

（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。

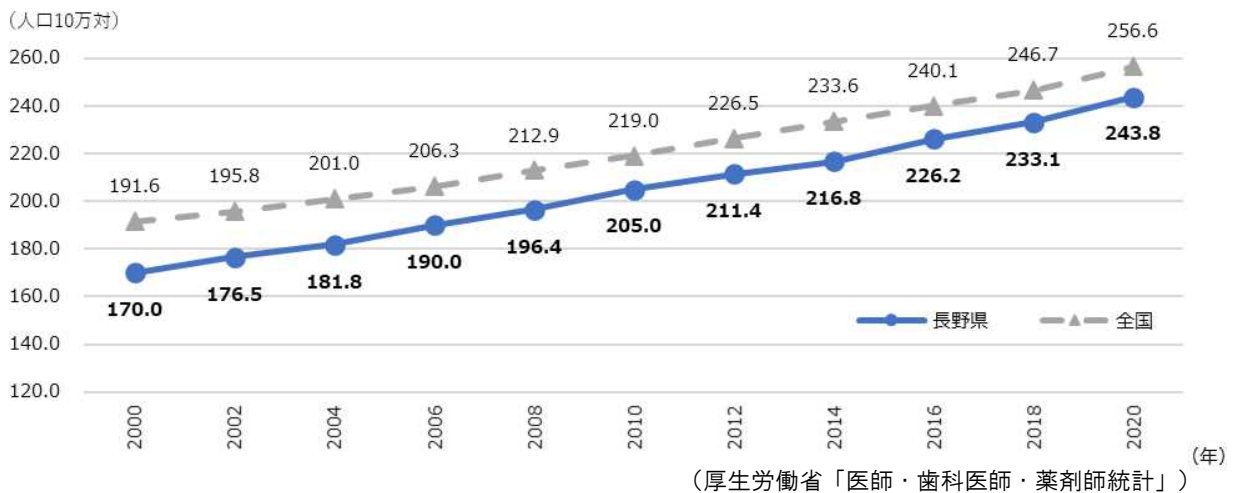
第3節 保健医療従事者の状況

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、2020年現在の医師数（人口10万対）は243.8（全国30位）と、全国平均（256.6）を下回っています。

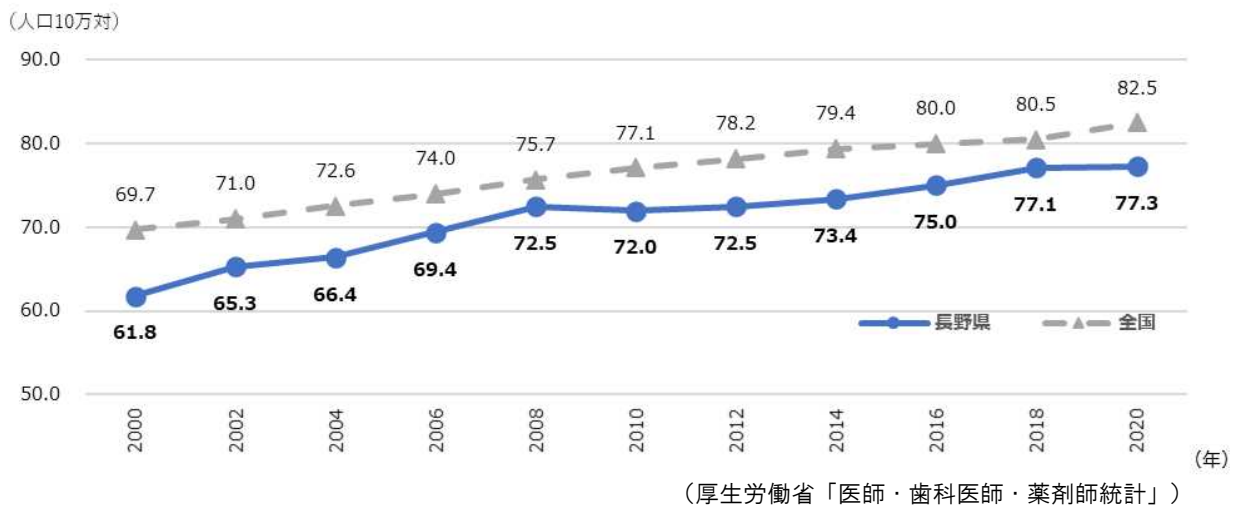
医師数の年次推移



(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、2020年現在の歯科医師数（人口10万対）は77.3（全国17位）と、全国平均（82.5）を下回っています。

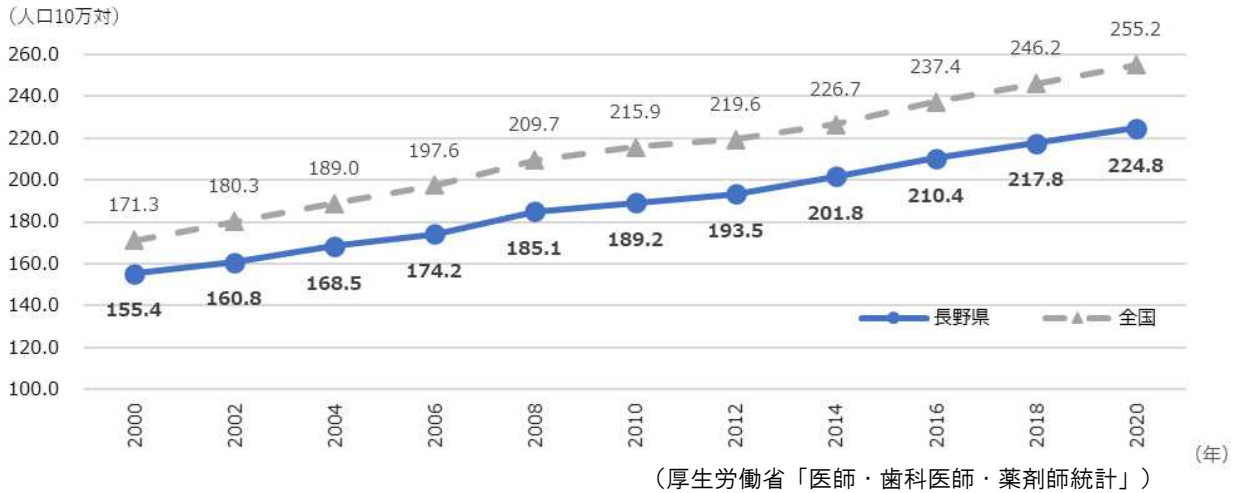
歯科医師数の年次推移



(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、2020年現在の薬剤師数（人口10万対）は224.8（全国29位）と、全国平均（255.2）を下回っています。

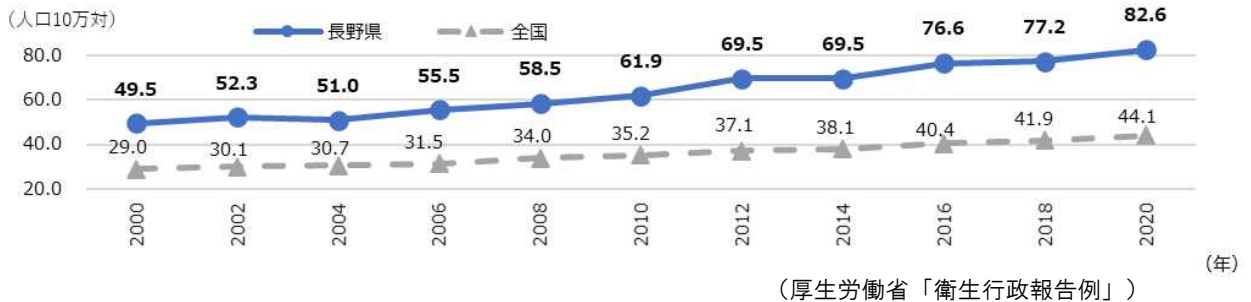
薬剤師数の年次推移



(4) 保健師、助産師、看護師、准看護師

保健師、助産師、看護師、准看護師数（いずれも人口10万対）の年次推移は次のとおりで、2020年現在では、保健師、助産師、看護師では全国平均より高く、准看護師でやや下回っています。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



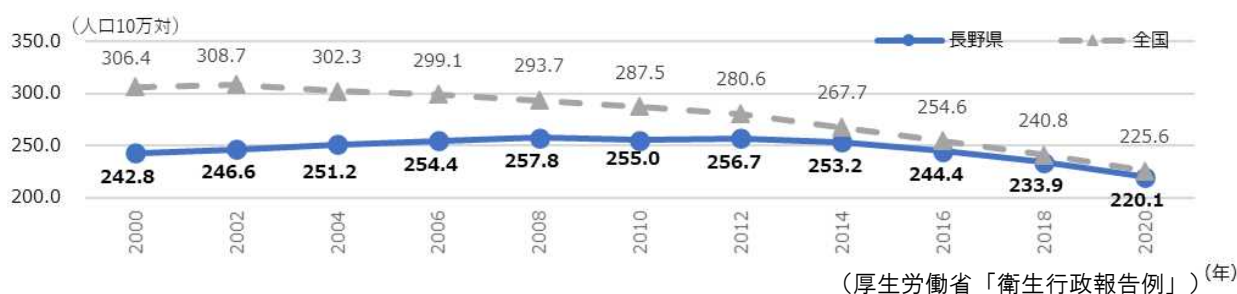
助産師数の年次推移



看護師数の年次推移



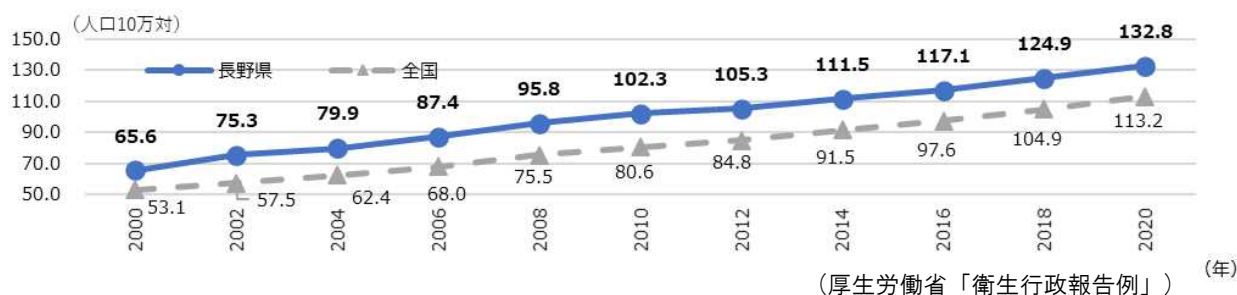
准看護師数の年次推移



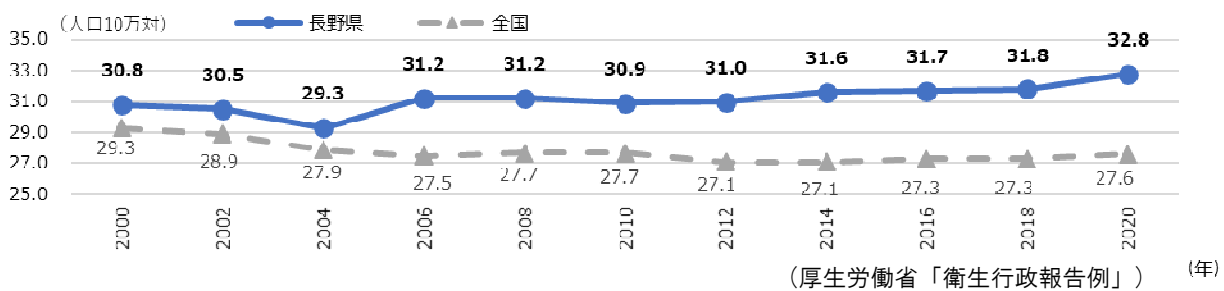
(5) 歯科衛生士、歯科技工士

歯科衛生士、歯科技工士数（いずれも人口10万対）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



(6) 管理栄養士・栄養士

保健医療施設等従事管理栄養士・栄養士数（人口10万対）の年次推移は次のとおりで、全国平均を上回っています。

管理栄養士・栄養士数の年次推移



(注) 2006年及び2020年は調査なし

(厚生労働省「衛生行政報告例」、厚生労働省健康局健康課栄養指導室調)

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	550	151	414	202	103	2,698	371
	人口10万対	269.1	73.9	202.5	98.8	50.4	1,319.9	181.5
上小	人数	324	133	456	124	62	1,944	681
	人口10万対	167.1	68.6	235.4	64.0	32.0	1,002.6	351.2
諏訪	人数	468	144	412	138	74	2,254	443
	人口10万対	241.4	74.3	212.9	71.2	38.2	1,162.8	228.5
上伊那	人数	303	117	350	170	74	1,722	428
	人口10万対	168.4	65.0	194.8	94.5	41.1	957.2	237.9
飯伊	人数	306	103	286	155	66	1,662	477
	人口10万対	197.0	66.3	184.3	99.8	42.5	1,069.9	307.1
木曾	人数	38	13	46	37	14	248	45
	人口10万対	149.2	51.0	181.1	145.2	55.0	973.5	176.6
松本	人数	1,558	470	1,206	329	257	5,381	816
	人口10万対	367.7	110.9	284.9	77.7	60.7	1,270.1	192.6
大北	人数	133	33	102	61	19	659	96
	人口10万対	236.5	58.7	181.7	108.5	33.8	1,171.9	170.7
長野	人数	1,158	372	1,154	384	189	5,945	978
	人口10万対	217.4	69.8	216.8	72.1	35.5	1,116.0	183.6
北信	人数	156	47	155	91	42	910	172
	人口10万対	189.0	56.9	188.1	110.2	50.9	1,102.5	208.4
県計	人数	4,994	1,583	4,603	1,691	900	23,423	4,507
	人口10万対	243.8	77.3	224.8	82.6	43.9	1,143.7	220.1
全国	人数	323,700	104,118	321,982	55,595	37,940	1,280,911	284,589
	人口10万対	256.6	82.5	255.2	44.1	30.1	1,015.4	225.6
時点		2020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

2. 人口10万対は総務省「令和2年国勢調査人口等基本集計」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」 〕

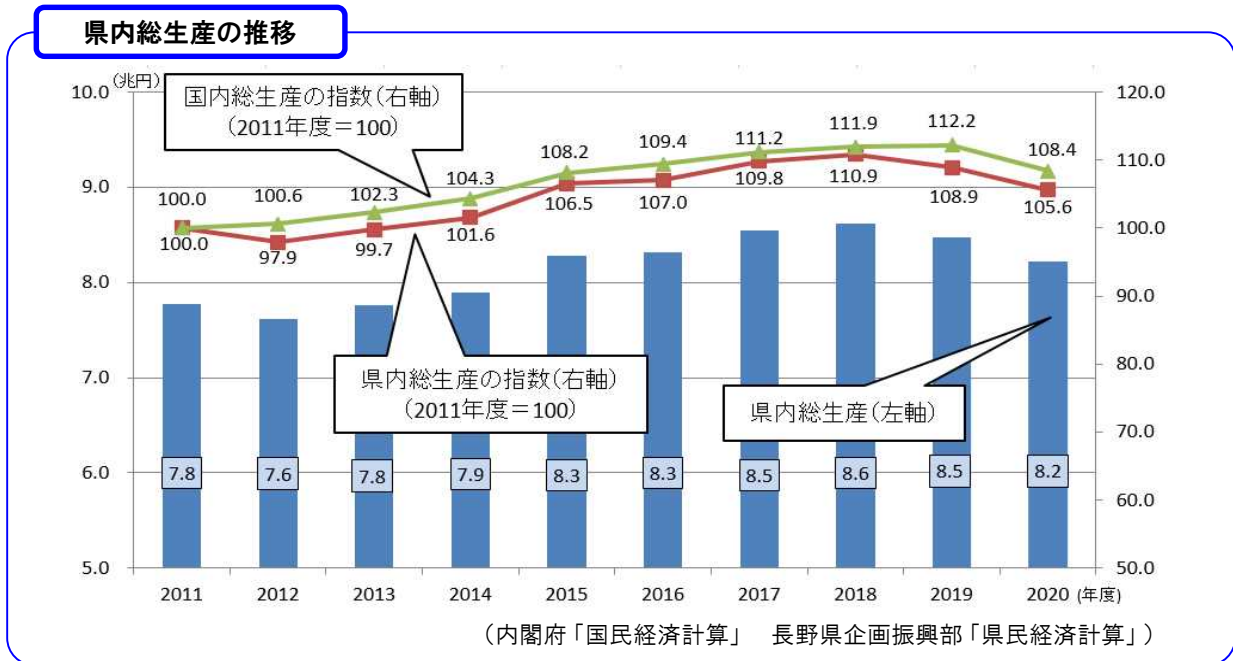
第3章 医療費等の現状

第1節 経済状況・社会保障

1 経済・財政状況

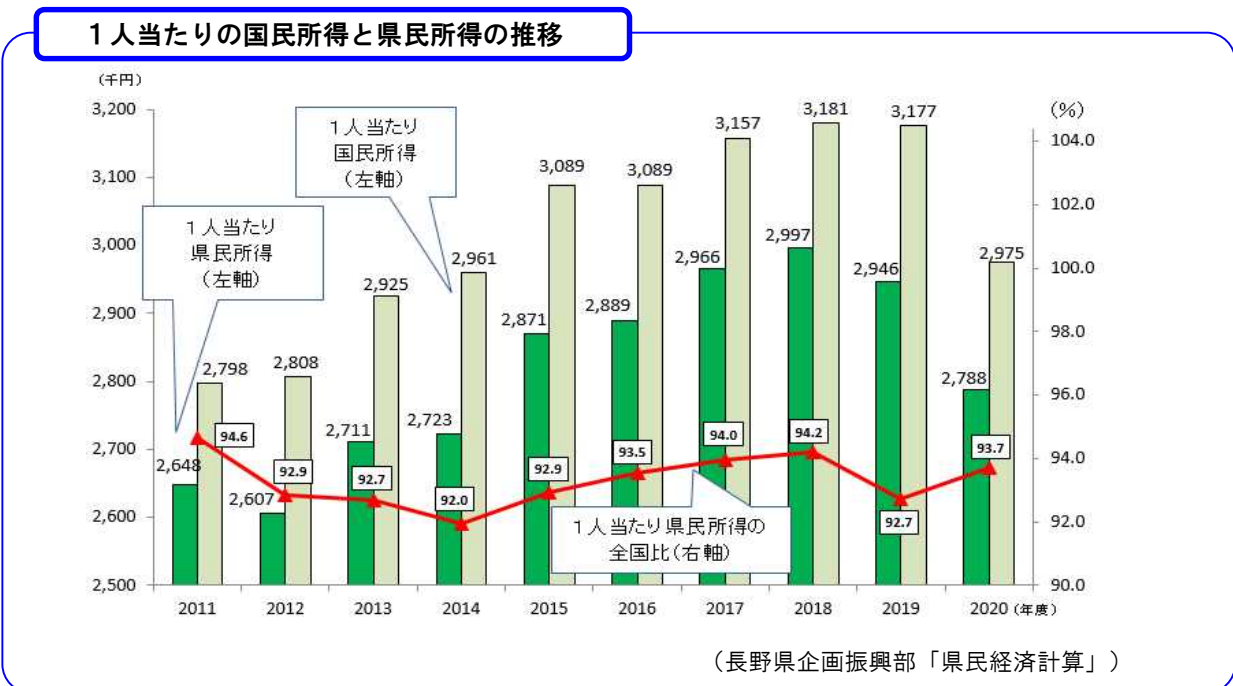
(1) 長野県の県内総生産（名目）

長野県の県内総生産は、2014年度まで7兆円台で推移していましたが、近年は減少傾向にあるものの、8兆円台で推移しています。



(2) 1人当たりの国民所得と県民所得

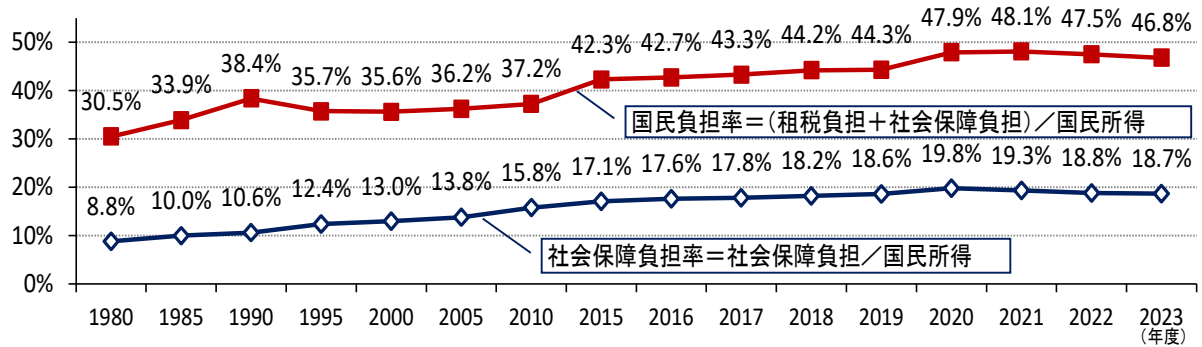
長野県の1人当たり県民所得は1人当たり国民所得を下回って推移しています。また、近年は国民所得と同様に減少傾向にあります。



(3) 国民負担率・社会保障負担率

近年、国民負担率は47%前後で推移し、社会保障負担率は19%前後で推移しています。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。

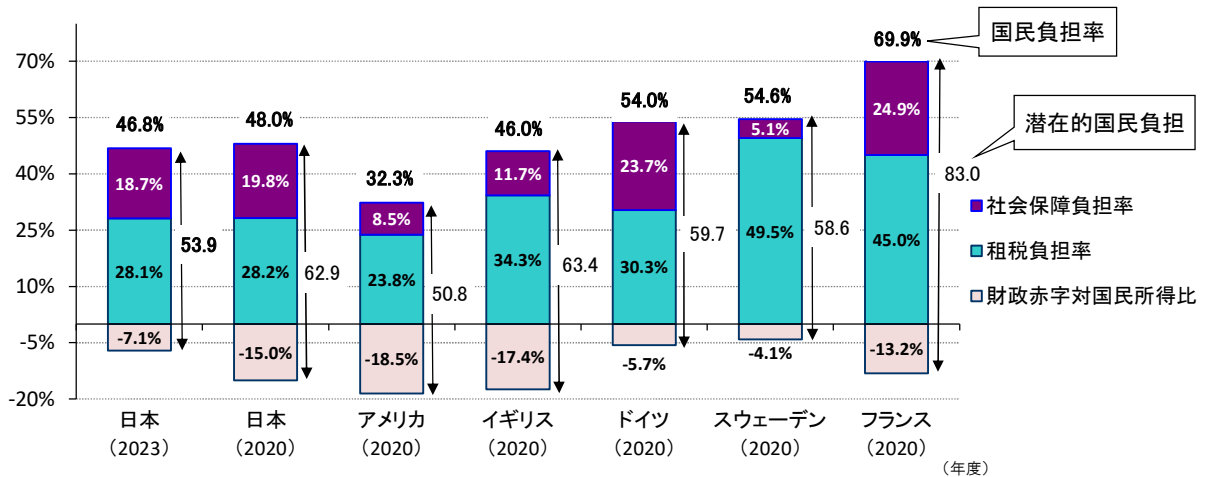
国民負担率と社会保障負担率の推移



※2022年度は実績見込、2023年度は見通し

(財務省公表資料)

国民負担率の国際比較



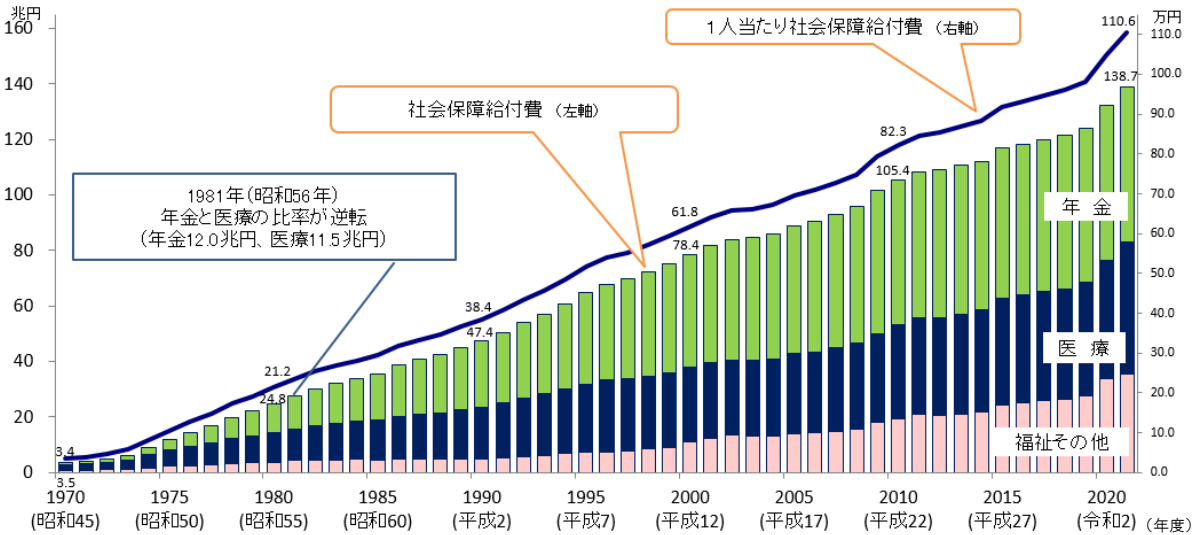
※国民負担率＝租税負担率＋社会保障負担率
潜在的国民負担率＝国民負担率＋財政赤字国民所得比
日本（2023年度）は見通し

(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 138.7 兆円となっており、年金が約 40.2%、医療が約 34.2%を占めています。

社会保障給付費の全国推移



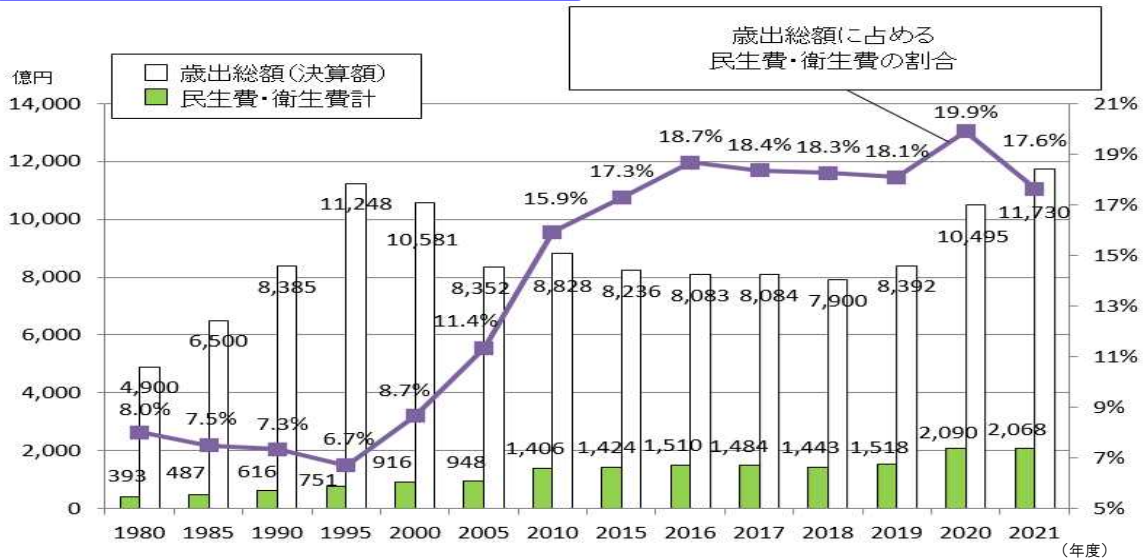
	1970 (昭和45)	1975 (昭和50)	1980 (昭和55)	1985 (昭和60)	1990 (平成2)	1995 (平成7)	2000 (平成12)	2005 (平成17)	2010 (平成22)	2015 (平成27)	2020 (令和2)	2021 (令和3)
総計	3.5兆円	11.8兆円	24.8兆円	35.7兆円	47.4兆円	65.0兆円	78.4兆円	88.9兆円	105.4兆円	116.8兆円	132.2兆円	138.7兆円(100.0%)
年金	0.9兆円	3.9兆円	10.5兆円	16.9兆円	24.0兆円	33.5兆円	41.2兆円	46.8兆円	53.0兆円	54.1兆円	55.6兆円	55.8兆円(40.2%)
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	38.6兆円	42.7兆円	47.4兆円(34.2%)
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	24.2兆円	33.9兆円	35.5兆円(25.6%)
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	91.9万円	104.8万円	110.6万円

(国立社会保障・人口問題研究所「令和2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、近年は増加傾向にあります。また、民生費・衛生費の歳出総額に占める割合は、18%前後で推移しています。

長野県の歳出総額と民生費・衛生費の推移

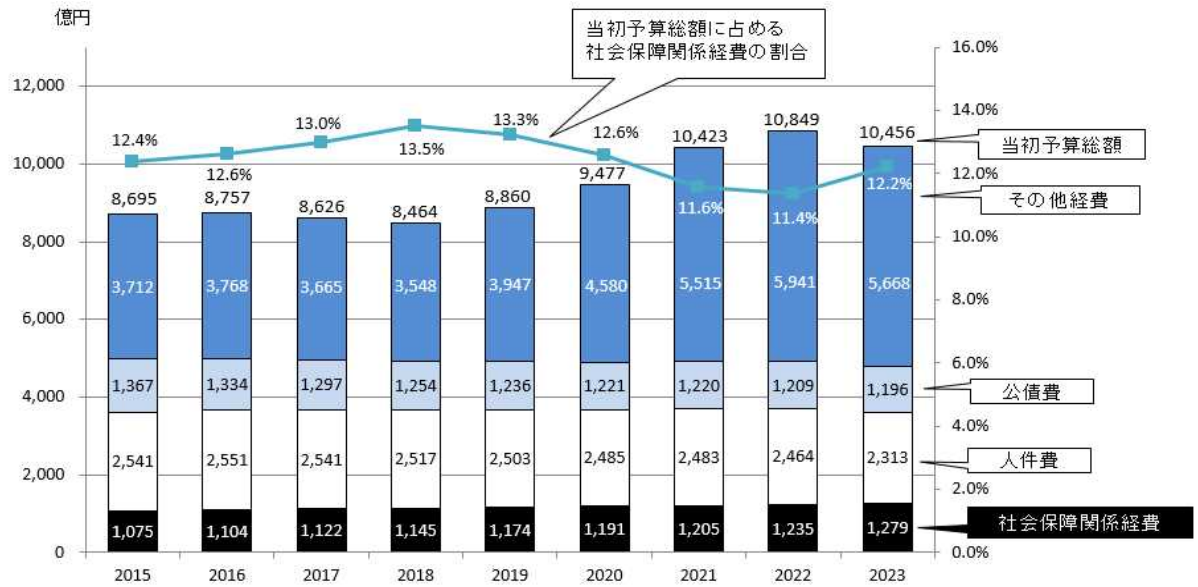


(総務省「都道府県決算状況調」)

(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。2023年度には予算総額が前年度比で約393億円減少する一方で、社会保障関係経費は約44億円増加しています。

長野県の社会保障関係経費の推移

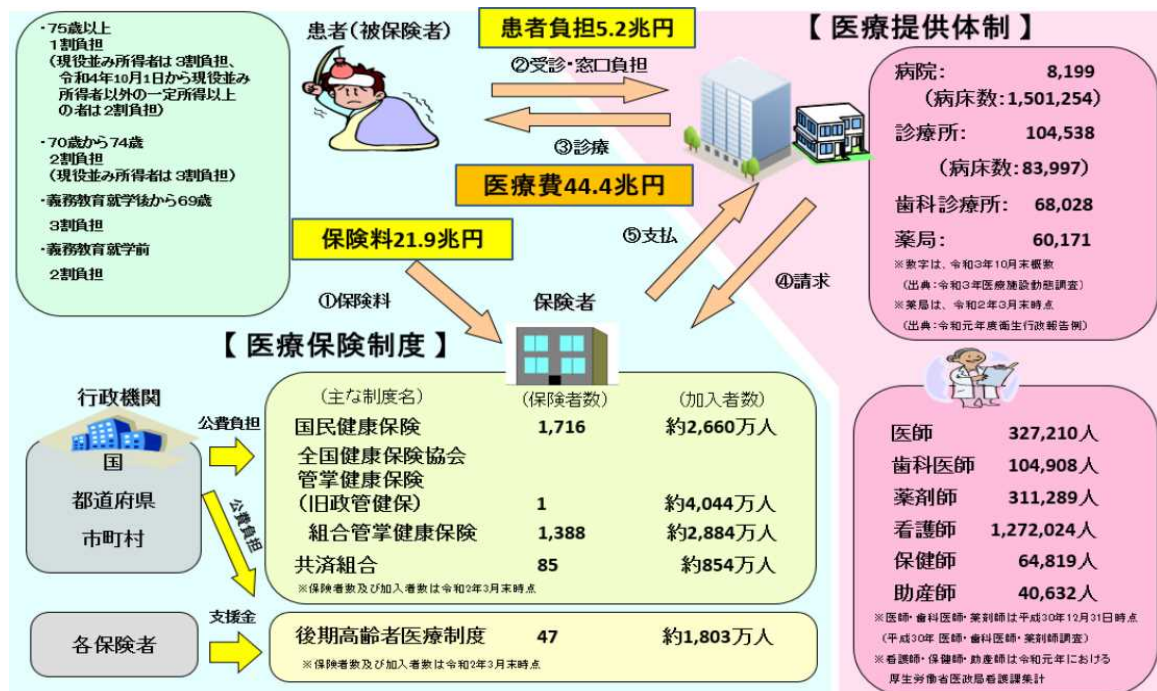


(長野県調)

「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、特定医療費(指定難病) 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、小児慢性特定疾病医療費 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



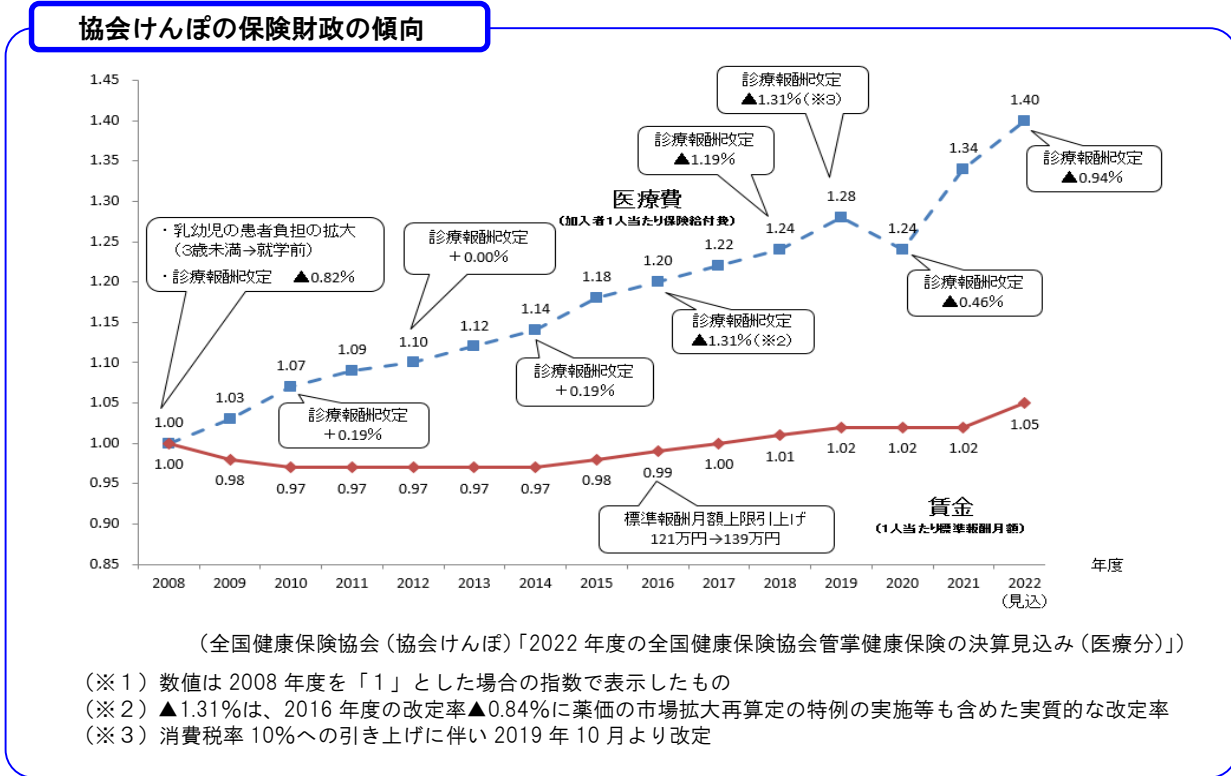
(厚生労働省「我が国の医療保険について」)

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伸び悩む中、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。

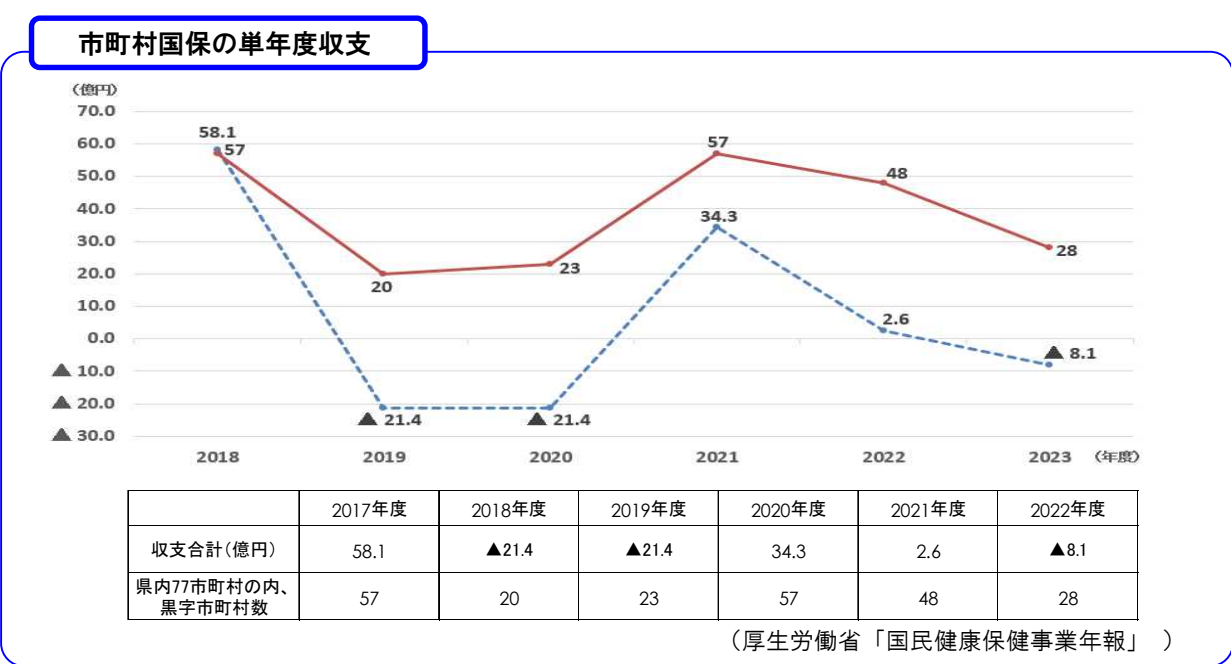
(1) 標準報酬月額と保険給付費の動向

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。



(2) 市町村国保の状況

市町村国保の単年度収支は悪化傾向にあり、2022年度の状況は、8.1億円の赤字、黒字市町村数は県内77市町村の内、28市町村と、保険財政は恒常的に厳しい状況にあります。



第2節 県民医療費の動向

1 県民医療費の推移

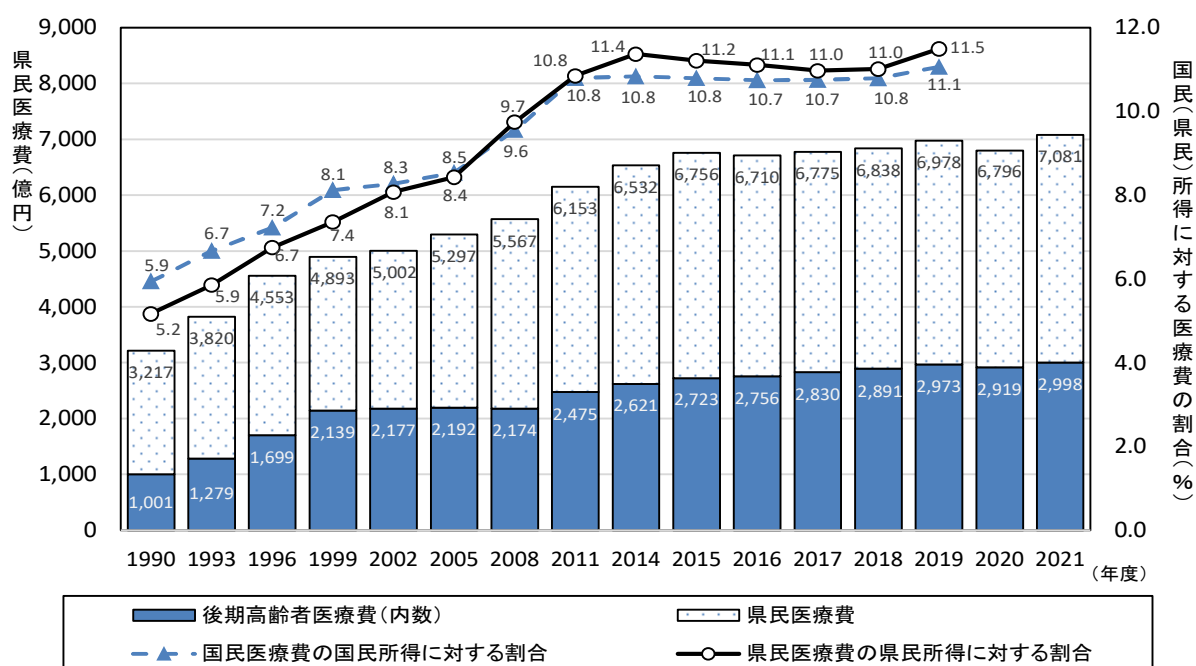
2021年度の県民医療費は7,081億円で、前年に比べ285億円(4.2%)増加と、増加傾向にあります。

2021年度の後期高齢者医療費は2,998億円で、県民医療費の42.3%を占めています。全国では、国民医療費の37.9%を後期高齢者医療費が占めていますが、長野県は全国を4.4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



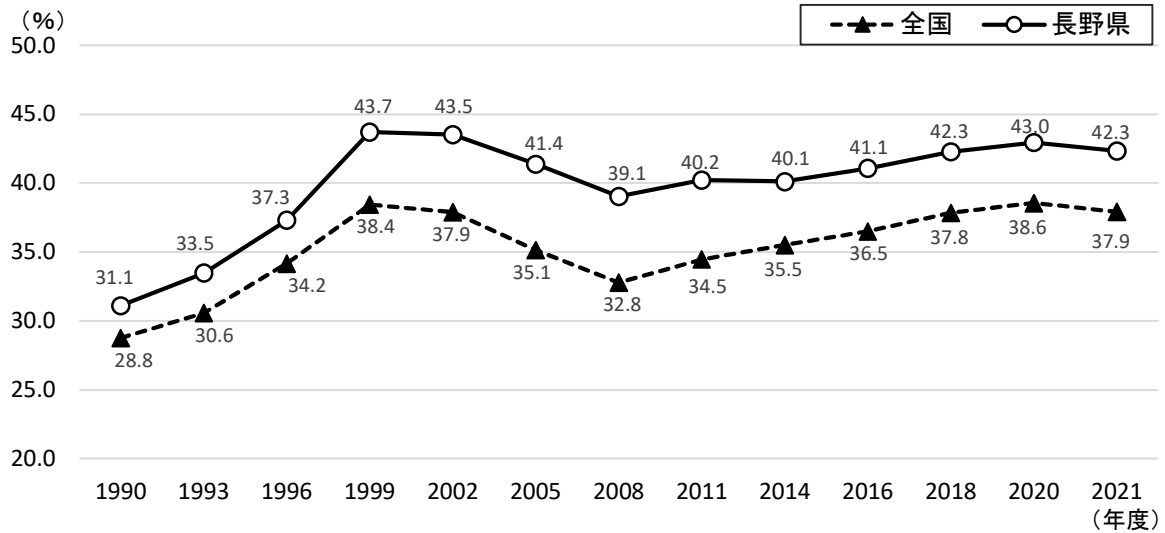
(厚生労働省「国民医療費」、「後期高齢者医療事業状況報告」)

※ 県民医療費については2014年度までは3年毎、2015年度からは各年公表となった。

※ 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、1995年度以前は、「1999年度県民経済計算(1990年基準)」、1996～2005年度は「2009年度県民経済計算(2000年基準)」、2006～2010年度は「2018年度県民経済計算(2011年基準)」、2011～2020年度は「2020年度県民経済計算(2015年基準)」による。

※ 国民医療費の国民所得に占める割合は、厚生労働省「2020年度後期高齢者医療事業年報」による。

国民（県民）医療費に占める後期高齢者医療費の割合

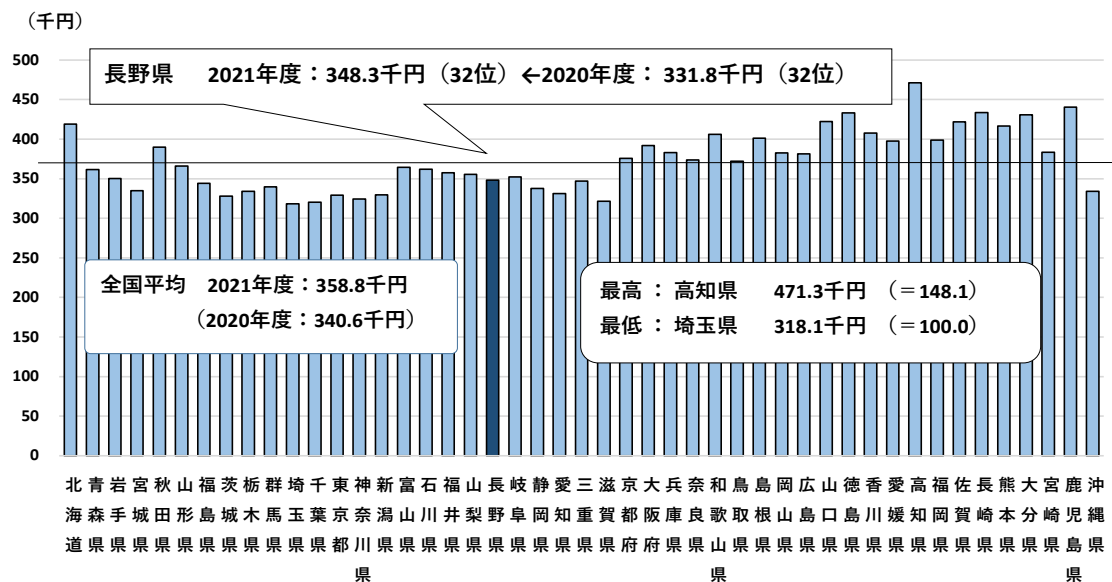


(厚生労働省「国民医療費」、「後期高齢者医療事業状況報告」)

2 1人当たり県民医療費の状況

2021年度の1人当たり県民医療費は348.3千円で、全国平均の358.8千円と比較して10.5千円低く、全国第32位（低い方から16番目）となっています。

都道府県別1人当たり医療費

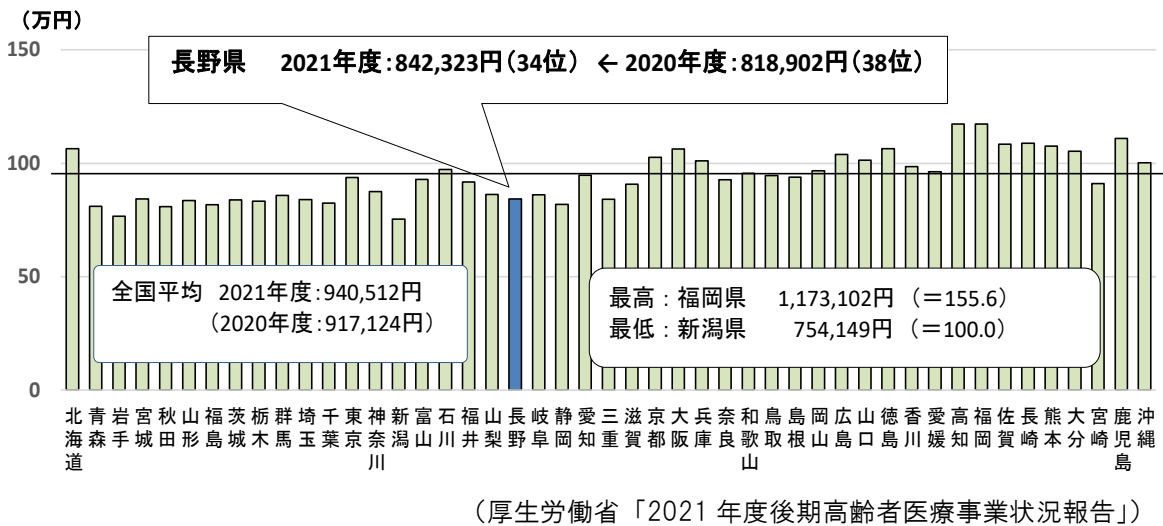


(厚生労働省「2021年度国民医療費」)

3 1人あたり後期高齢者医療費の状況

長野県の2021年度の1人あたり後期高齢者医療費は842,323円で、全国平均の940,512円と比較して98,189円低く、全国第34位(低い方から14番目)となっています。

1人あたり後期高齢者医療費の状況



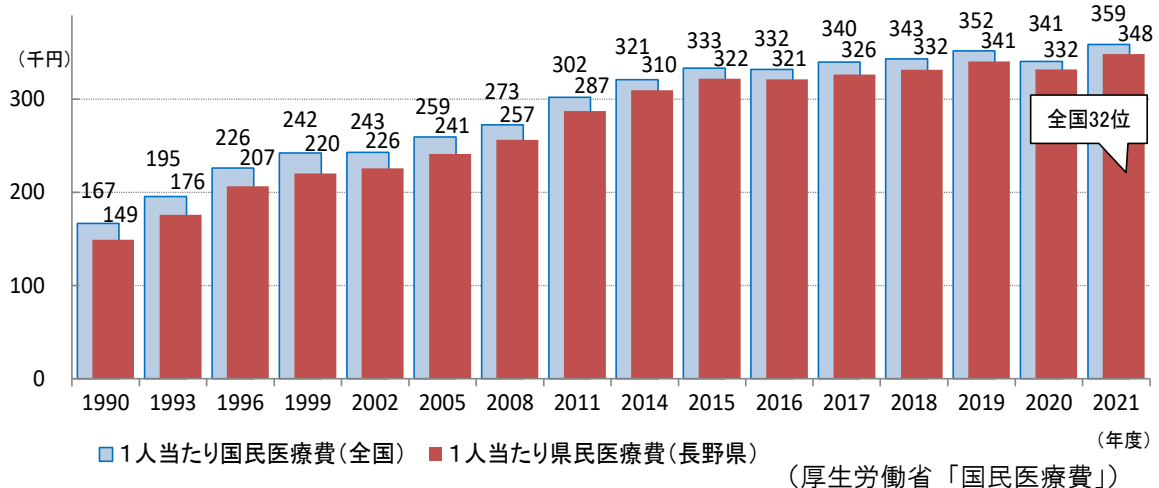
4 1人あたり医療費の推移

長野県の1人あたり県民医療費は、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。

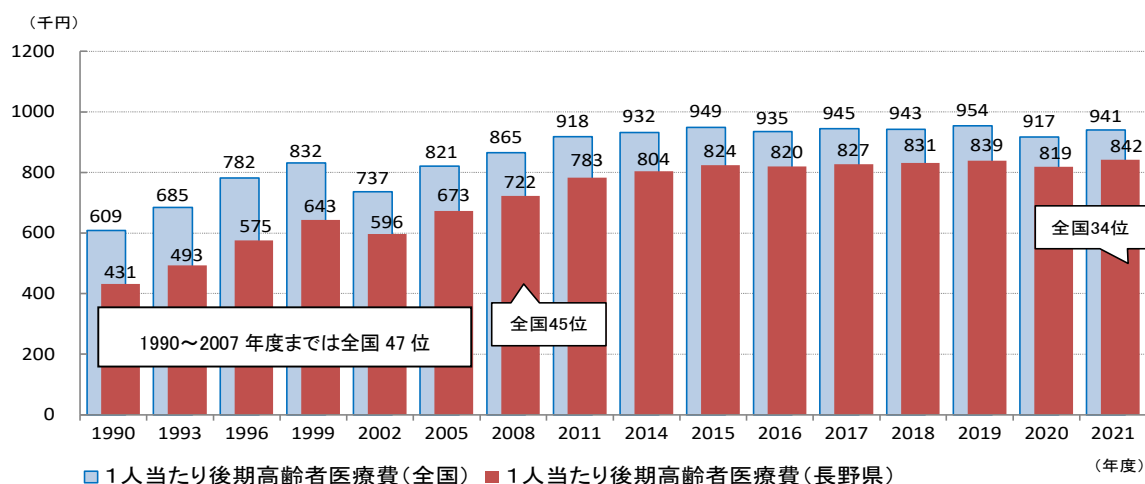
また、後期高齢者医療費も、1人あたり医療費が年々増加しており、1990年度から2007年度までは全国最低額でしたが、2008年度には45位、2021年度には34位となり、全国平均との差も小さくなっています。

対前年度比は2.8%増で、伸び率では全国第12位です。

1人あたり国民(県民)医療費の推移



1人当たり後期高齢者医療費の推移



(厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」)

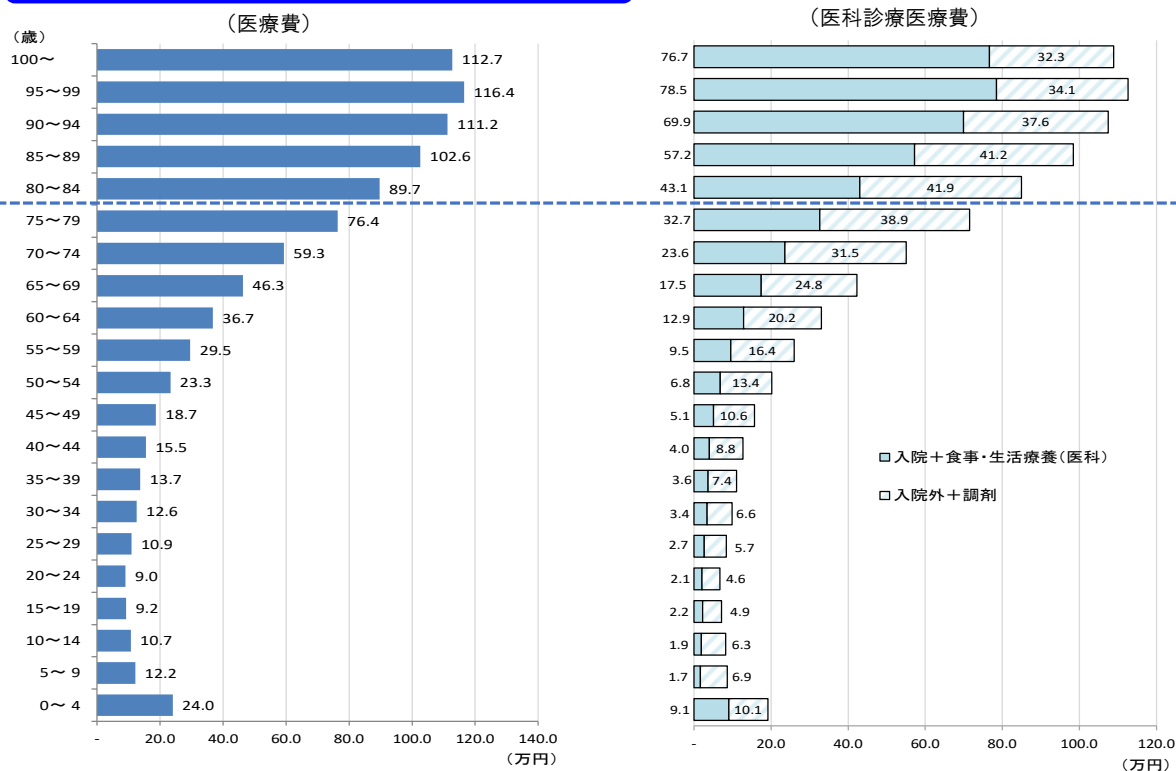
5 年齢階級別1人当たり医療費の状況

(1) 全国の状況

2021年度の1人当たり医療費を年齢階級別にみると、20～24歳までは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）



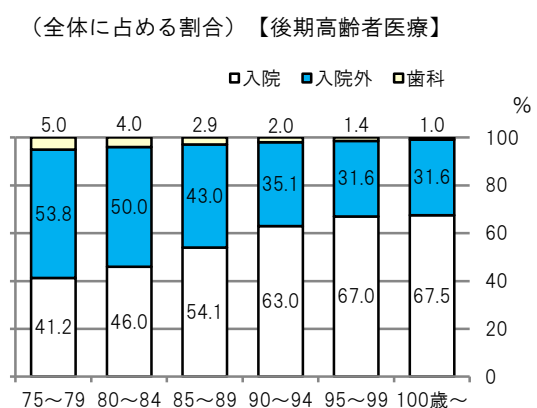
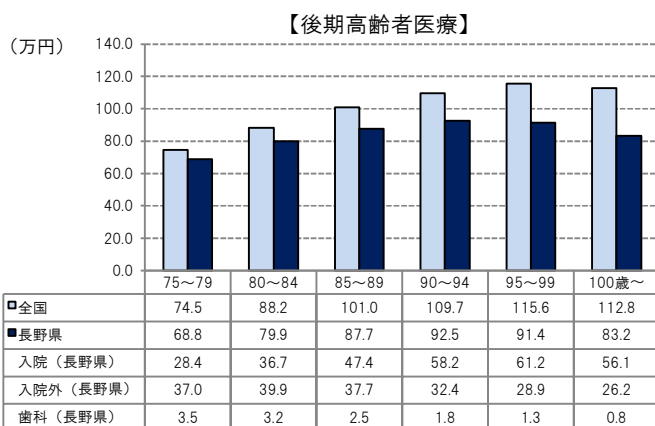
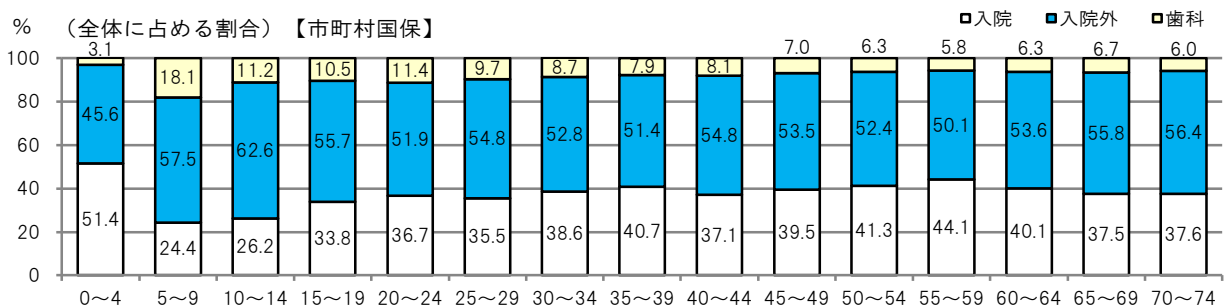
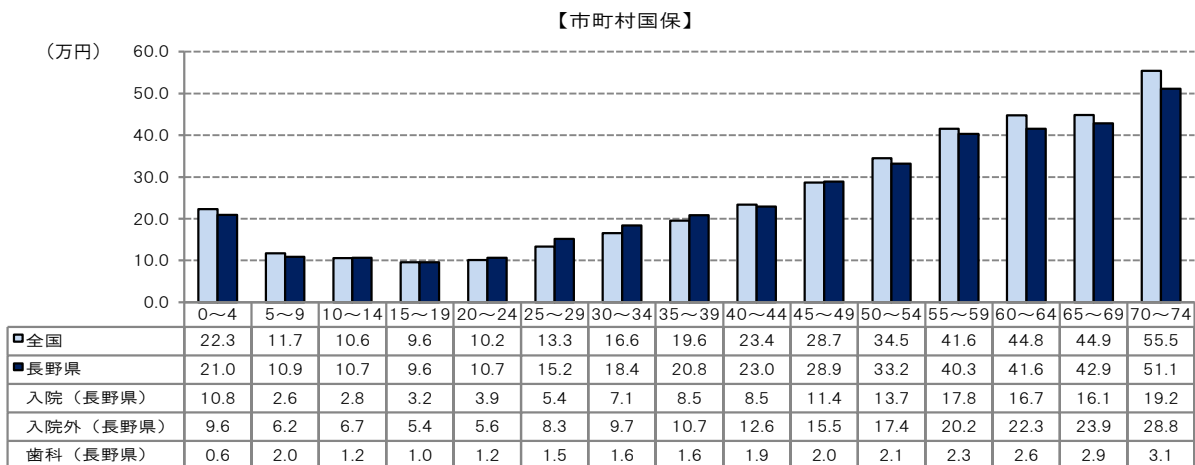
(厚生労働省「2021年度医療給付実態調査報告」)

(2) 長野県の状況

長野県の年齢階級別1人当たり医療費(市町村国保)は、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診療種別の割合で見ると、5～84歳までは入院外の割合が高く、0～4歳と、85歳以上で入院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「2021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

2023年5月診療分の診療費を疾病大分類（19分類）別にみると、国民健康保険では「新生物（腫瘍）」が最も多く、全体の17.2%を占めており、次いで「循環器系の疾患」が全体の14.2%を占めています。

また、後期高齢者医療では、「循環器系の疾患」が最も多く、全体の23.7%を占めており、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」が全体の13.2%を占めています。

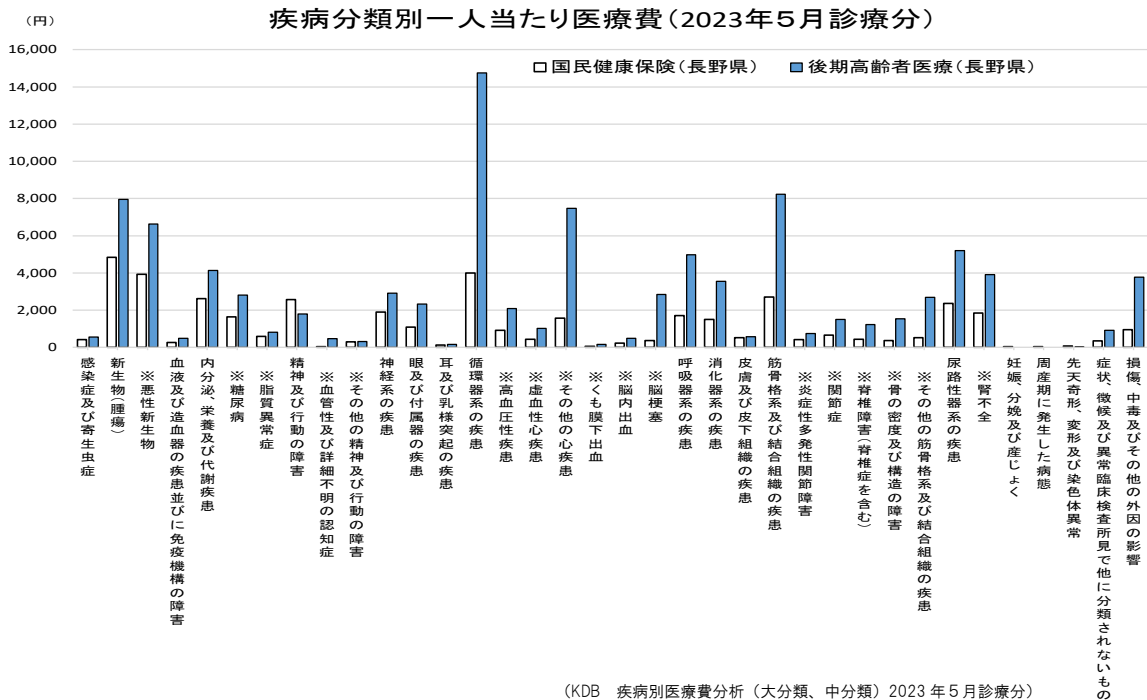
また、疾病中分類（120分類）別に診療費をみると、生活習慣と関連が深いと考えられる疾病が全体の34.5%を占めています。

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（2023年5月診療分）

	国民健康保険		後期高齢者医療			
	診療費	割合	診療費	割合		
1位	新生物(腫瘍)	1,970百万円	17.2%	循環器系の疾患	5,505百万円	23.7%
2位	循環器系の疾患	1,632百万円	14.2%	筋骨格系及び結合組織の疾患	3,071百万円	13.2%
3位	筋骨格系及び結合組織の疾患	1,108百万円	9.7%	新生物(腫瘍)	2,965百万円	12.7%
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	7,137百万円	20.5%			
2位	新生物(腫瘍)	4,935百万円	14.2%			
3位	筋骨格系及び結合組織の疾患	4,179百万円	12.0%			

疾病分類別一人当たり医療費（2023年5月診療分）



(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（120分類）に基づく分類
 (注3) レセプトには、通常複数の病名が記載されていることがあるが、ここでは最大医療資源傷病名（レセプトに記載されている傷病名と摘要から金額が最も高いとKDBシステムが算出した傷病名）を主たる病名として算出している。

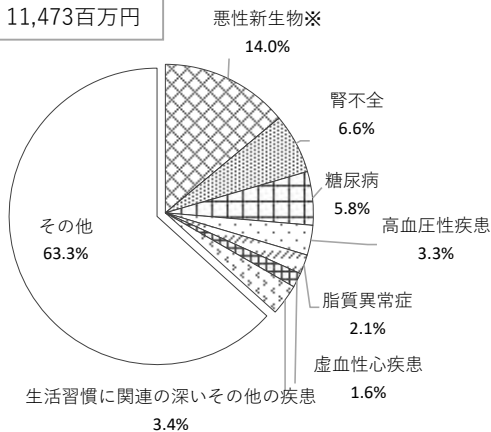
生活習慣病に関連の深い疾病の割合（2023年5月診療分）

➤ ここでは、生活習慣に関連が深い疾病として、次の12疾病を抽出している。

- ・悪性新生物※
- ・糖尿病
- ・脂質異常症
- ・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

長野県（国民健康保険）

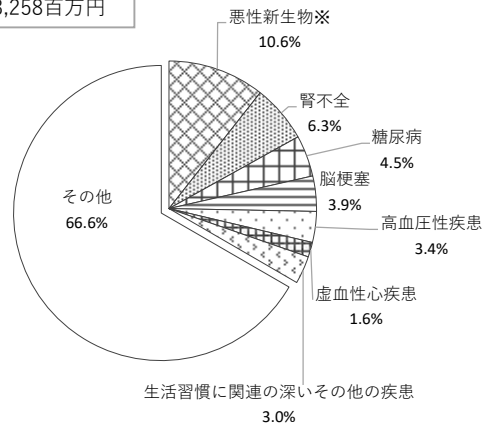
総計 11,473百万円



生活習慣に関連する疾患の割合：36.7%
4,211百万円

長野県（後期高齢者医療）

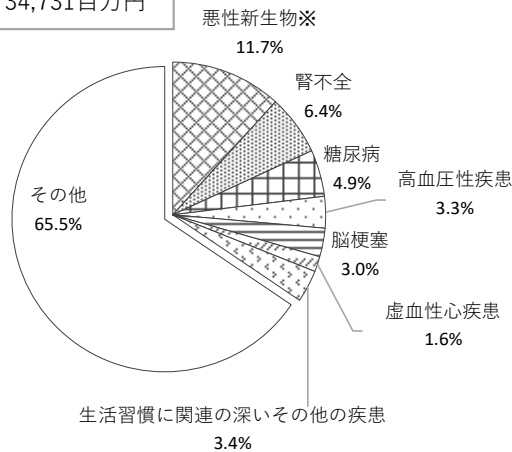
総計 23,258百万円



生活習慣に関連する疾患の割合：33.4%
7,759百万円

長野県（国民健康保険＋後期高齢者医療）

総計 34,731百万円



生活習慣に関連する疾患の割合：34.5%
11,970百万円

※ 悪性新生物の項目内訳

- ・胃の悪性新生物（腫瘍）
- ・結腸の悪性新生物（腫瘍）
- ・直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物（腫瘍）
- ・肝及び肝内胆管の悪性新生物（腫瘍）
- ・気管、気管支及び肺の悪性新生物（腫瘍）
- ・乳房の悪性新生物（腫瘍）
- ・子宮の悪性新生物（腫瘍）

（KDB 疾病別医療費分析（中分類）2023年5月診療分）

（注1） 社会保険表章用疾病分類表（120分類）に基づく分類

（注2） レセプトには、通常複数の病名が記載されていることがあるが、ここではレセプトに記載されている傷病名と摘要から金額が最も高いとシステムが算出した傷病名を主たる病名として算出している。

第3編

目指すべき姿

第1節 目指すべき姿

1 全ての県民に「健康で長生き」を ～健康長寿世界一を目指して～

「都道府県別生命表（厚生労働省）」によると、長野県の平均寿命は、2020年時点で男性が82.68年で全国2位、女性が88.23年で全国4位となっています。また、「人口動態特殊報告（厚生労働省）」によると、長野県の年齢調整死亡率（人口10万対）は、2020年時点で男性1202.5、女性671.8で、低い方から男性が全国1位、女性が全国4位となっています。

厚生労働省では、全ての国民が健康で心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く環境整備や、その質の向上を通じて健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を実現するとしています。

人口減少・超高齢社会においても、全ての県民が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」を目指し、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」や「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」、「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」等との整合性を確保した上で、連携して施策を推進します。
- ヘルスプロモーションの理念を踏まえ、県民や市町村、医療機関、医療従事者及び保健・医療関係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。
- 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するなど、デジタル技術やデータを活用します。
- 健康や疾患に関する県民や社会の理解を促進します。
- 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。

○誰一人取り残さない健康づくりの推進

生活習慣病の発症予防や重症化予防、健診受診率の向上などの取組により、個人の行動と健康状態の改善を促すとともに、時間のない人、健康に関心の薄い人なども自然に健康になれる環境整備や、その質の向上に取り組めます。

○医療提供体制の充実・強化

医療提供体制の「グランドデザイン」に基づき、医療機能の適切な分化と連携を進め、地域全体で医療を支える体制の構築を目指します。

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。

項目		現状値	目標 (2029)	出典
平均寿命		男性 82.68 年 【全国 2 位】 (2020)	全国 1 位 延伸	厚生労働省「都道府県別生命表」
		女性 88.23 年 【全国 4 位】 (2020)		
健康寿命	日常生活に制限のない期間の平均	男性 72.55 年 (2019)	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 74.99 年 (2019)		
	自分が健康であると自覚している期間の平均	男性 73.16 年 (2019)	〃	厚生労働科学研究班 厚生労働省「国民生活基礎調査」
		女性 76.66 年 (2019)		
	日常生活動作が自立している期間の平均	男性 81.4 年 【全国 1 位】 (2021)	全国 1 位 延伸 平均寿命との差の縮小	国民健康保険中央会「平均自立期間・平均余命」
		女性 85.1 年 【全国 1 位】 (2021)		
年齢調整死亡率 (人口 10 万対)		男性 1,202.5 (2020)	現状より低下	厚生労働省「人口動態統計特殊報告」
		女性 671.8 (2020)		

【参考】県民医療の見通し

項目	現状値 (2021 年度)	見通し (2029 年度)	出典
県民医療費	7,081 億円	7,849 億円※	厚生労働省「都道府県別国民医療費」

※2029 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の

健康寿命

厚生労働省では、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を「健康寿命」と定義し、2024年3月現在、3つの算定方法を示しています。

算定方法の内容及び長野県の数値は下記のとおりです。

なお、厚生労働省は、身体的要素・精神的要素・社会的要素を総合的に包含しているとして「① 日常生活に制限のない期間の平均」（及び「② 自分が健康であると自覚している期間の平均」）を主指標とし、2024年4月に施行される「健康日本21（第3次）」でも用いられています。

一方で、介護保険の要介護度により算定される「③ 日常生活動作が自立している期間の平均」は、より客観性の高いものと考えられることから、長野県ではこの指標を主指標とし、全国1位を目指すこととしています。

① 日常生活に制限のない期間の平均（「国民生活基礎調査（厚生労働省）」）

- ・国民生活基礎調査の質問で「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。」⇒「ない」の回答を健康な状態とする。

項目	男性（年）			女性（年）		
	2013	2016	2019	2013	2016	2019
全国	71.19	72.14	72.68	74.21	74.79	75.38
長野県 (順位)	71.45 (18位)	72.11 (20位)	72.55 (30位)	74.73 (16位)	74.72 (27位)	74.99 (37位)

② 自分が健康であると自覚している期間の平均（「国民生活基礎調査（厚生労働省）」）

- ・国民生活基礎調査の質問で「あなたの現在の健康状態はいかがですか。」
⇒「よい」、「まあよい」及び「ふつう」の回答を健康な状態とする。

項目	男性（年）			女性（年）		
	2013	2016	2019	2013	2016	2019
全国	71.19	72.31	73.15	74.72	75.58	76.47
長野県 (順位)	72.44 (2位)	72.25 (24位)	73.16 (23位)	74.81 (26位)	75.59 (26位)	76.66 (18位)

③ 日常生活動作が自立している期間の平均（「平均自立期間・平均余命（国民健康保険中央会）」）

- ・介護保険の要介護度2未満を健康な状態とする。

項目	男性（年）			女性（年）		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
全国	79.6	80.1	80.0	83.9	84.4	84.3
長野県 (順位)	81.1 (1位)	81.1 (2位)	81.4 (1位)	84.9 (1位)	85.2 (1位)	85.1 (1位)

【参考】国民生活基礎調査を活用した健康寿命（上記①、②）について

- 国民生活基礎調査の質問の対象者が6歳以上の居宅者に限定
⇒医療施設の入院者や高齢者福祉施設等の入所者、0～5歳の居宅者は含まれていない。
- 国勢調査地区から調査対象地区を無作為抽出し、その対象地区のすべての世帯及び世帯員について調査したものであり、悉皆調査ではない。

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

全国トップレベルの健康長寿を継承・発展させるため、県民一人ひとりが個々の生活スタイルや健康状態、また環境の変化に応じた健康づくりに取り組めるよう、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）に特有の健康づくりやライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）の取組を検討し推進します。

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、市町村をはじめ企業や民間団体等と一層協働し、自然に健康になれる環境整備や、その質の向上に取り組めます。

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。

その中で、本県の医療提供体制は、急速な少子高齢化に伴う医療ニーズの変化への対応に加え、生産年齢人口の減少や医療従事者の働き方改革によるマンパワーの制約や、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた感染症有事に備えた体制整備など、従来の取組では解決が難しい構造的な課題に直面している状況です。

こうした状況を踏まえ、有事・平時を問わず、患者や住民が安心して病期に適した質の高い医療を受けられる体制を確保するため、医療提供体制の「グランドデザイン」に基づき、**地域の実情に応じて、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、県民医療費は増加傾向で推移しており、今後も、高齢者人口の増加などにより後期高齢者医療費を中心に増加が見込まれます。

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」という意識を持つことが必要です。その上で、医療保険制度の持続可能性を高める観点から、特定健康診査の実施率の向上等による県民の健康の保持推進や、後発医薬品の使用促進及び医薬品の適正使用等による医療の効率的な提供の推進、更には適正な受診の促進等に取り組んでいきます。

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。