

第 2 章

5 疾病 6 事業及び在宅医療

生活習慣病など、患者数が多く継続的な医療が必要な 5 つの疾病（がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病（慢性腎臓病）、精神疾患と、政策的に推進すべき 6 つの事業（離島へき地、救急、小児、周産期、災害医療、新興感染症発生・まん延時における医療）及び在宅医療に関する現状、課題、施策の方向性を示します。

第 1 節	がん医療	2-1-1
第 2 節	脳卒中医療	2-2-1
第 3 節	急性心筋梗塞等の心血管疾患医療	2-3-1
第 4 節	糖尿病医療・慢性腎臓病（CKD）対策	2-4-1
第 5 節-1	精神科医療	2-5-1
第 5 節-2	精神科医療（認知症医療）	2-5-27
第 6 節	離島・へき地医療	2-6-1
第 7 節	救急医療	2-7-1
第 8 節	小児医療	2-8-1
第 9 節	周産期医療	2-9-1
第 10 節-1	災害医療	2-10-1
第 10 節-2	災害医療（原子力災害医療）	2-10-18
第 11 節	新興感染症発生・まん延時における医療	2-11-1
第 12 節	在宅医療	2-12-1

第1節 がん医療

1. がんについて

人間の体は細胞からできています。がん細胞は、普通の細胞から発生した正常でない細胞(異常な細胞)で、がんはこの異常な細胞の塊です。老化による遺伝子の変化、加齢に伴うホルモンバランスの変化、生活環境や環境因子の蓄積、免疫低下による感染症などによって発がんすると考えられています。

がんは、昭和56年よりわが国の死因の第1位であり、令和4年には、年間約38万人が亡くなっています。

2. 本県の現状と課題

(1) 患者の状況

本県では、昭和54年にがんが死亡原因の1位となり、昭和60年には、がん死亡率が全国ワースト1位となりました。

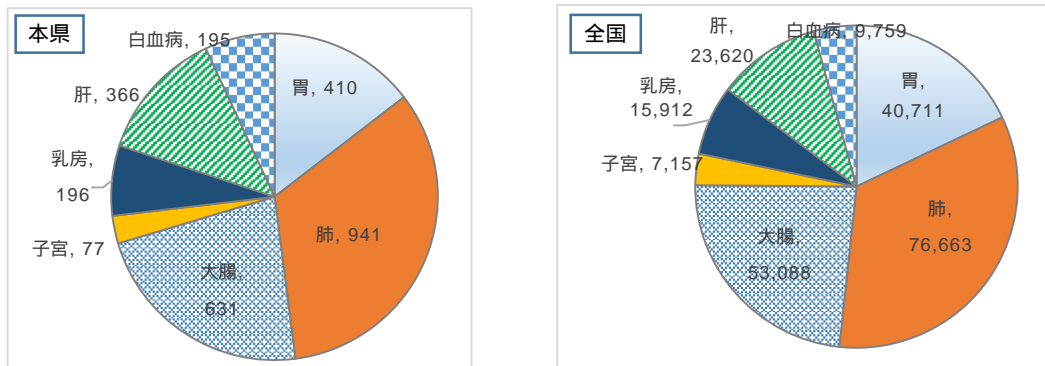
令和4年においては、本県の死亡者数19,309人のうち、がんによる死亡者数は4,795人(約4人に1人)となっています。

死亡者数の内訳を部位別にみると、肺がんが一番多く941人、大腸がん631人、胃がん410人、肝がん366人の順となっています。また、死亡率を都道府県で比較すると、白血病が全国ワースト1位、肝がんが2位、乳がんが4位となっています。

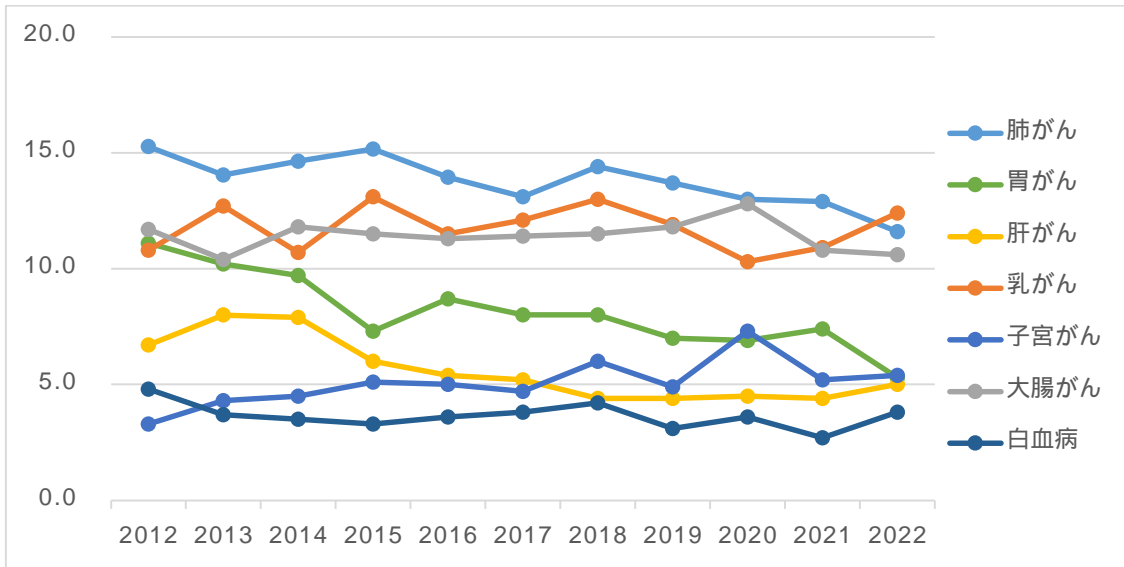
なお、白血病が多いのは、本県にATL(成人T細胞白血病・リンパ腫)が多いことが関係するといわれています。

ATL:成人T細胞白血病(Adult T-cell Leukemia)の略で、白血病・リンパ腫の一種。白血球の中のT細胞にウイルスが感染し、がん化したことにより発症する血液のがんです。

【グラフ】人口10万人あたり主要部位別死亡者数(令和4年)(単位:人)



【グラフ】長崎県部位別がん年齢調整死亡率の推移（～令和4年）(本県)

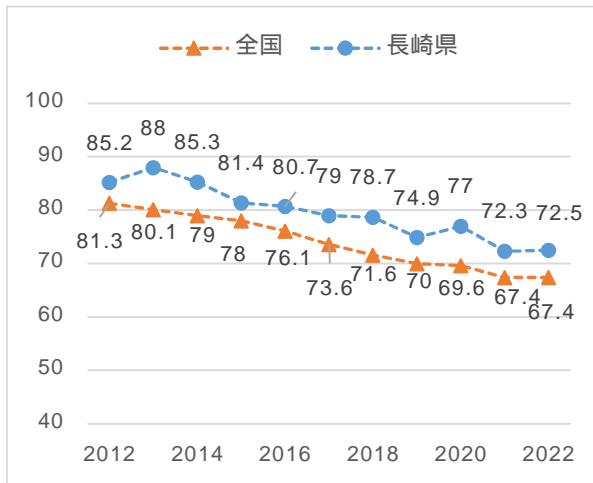


出典:(上記の2つのグラフ)厚生労働省「人口動態統計」

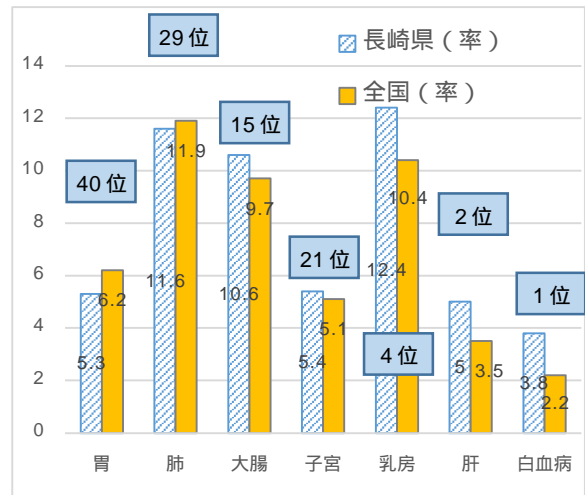
本県のがんの75歳未満年齢調整死亡率は、令和4年で人口10万人当たり72.5と全国平均の67.4を5.1ポイント上回り、全国ワースト11位と高い位置にあります。

年齢調整死亡率:がんは高齢になるほど死亡率が高くなるため、高齢者が多い地域は死亡率が高くなります。これを調整するため、集団全体の死亡率を、基準となる年齢構成(基準人口)に合わせた形で求められます。

【グラフ】75歳未満がん年齢調整死亡率(10万対)の推移(～令和4年)



【グラフ】主要部位別死亡率(10万対)と全国順位(ワースト順)(令和4年)



出典:(上記の2つのグラフ)厚生労働省「人口動態統計」

(2) がん予防 詳細については長崎県がん対策推進計画(第4期)「1 がん予防」を参照。

ア) がんの一次予防

(生活習慣)

健康づくり分野における予防可能ながんのリスク因子として、喫煙(受動喫煙を含む。) 飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等があげられることから、これらに対する生活習慣の改善を図ることが重要です。

県では、これまで県の健康増進計画である「健康ながさき 21」を策定し、県民の生活習慣の改善を推進してきましたが、計画目標に対して、野菜摂取量が不足し、食塩摂取量が多いことなどに加え、1日あたりの歩数が少なく、喫煙率(男性)が高い状況です。

【表】本県の生活習慣に関する主な指標

項目	性別	本県の状況		健康ながさき 21 (第2次)目標
			全国順位	
野菜摂取量	男性	269g/日	42	350g
	女性	248g/日	39	
食塩摂取量	男性	10.5g/日	11	8g
	女性	8.7g/日	6	
歩数	男性	7,061 歩/日	34	8,695 歩 (20~64 歳)
	女性	6,929 歩/日	14	7,690 歩 (20~64 歳)
喫煙率	男性	35.3%	43	12% 注
特定健診受診率	—	48.8%	46	70%

出典：平成 28 年国民健康・栄養調査報告、(特定健診受診率のみ)令和 3 年特定健康診査・特定保健指導の実施状況
全国順位について、数字が小さいほうが良好であることを表す

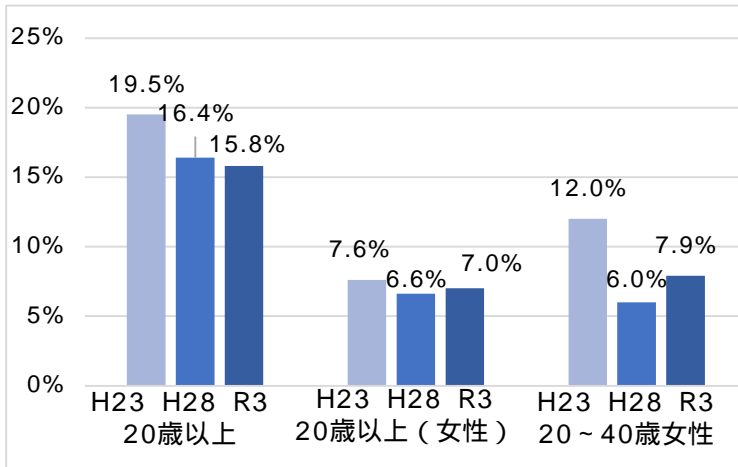
注：20 歳以上男女の目標

生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする様々ながんのリスク因子となっていることが知られています。そのためがん予防の観点からも、たばこ対策を進めていくことが重要です。

県では、たばこの健康被害についての正しい知識の普及啓発、禁煙外来実施医療機関の紹介、職場での禁煙を勧める出前講座等を実施しています。

令和 3 年度の喫煙率は、20 歳以上の者で 15.8%と平成 28 年度の 16.4%と比較して 0.6 ポイント減少していますが、20 歳以上の女性及び 20~40 歳の女性は、平成 28 年度と比較して増加傾向にあります。

【グラフ】喫煙率の推移

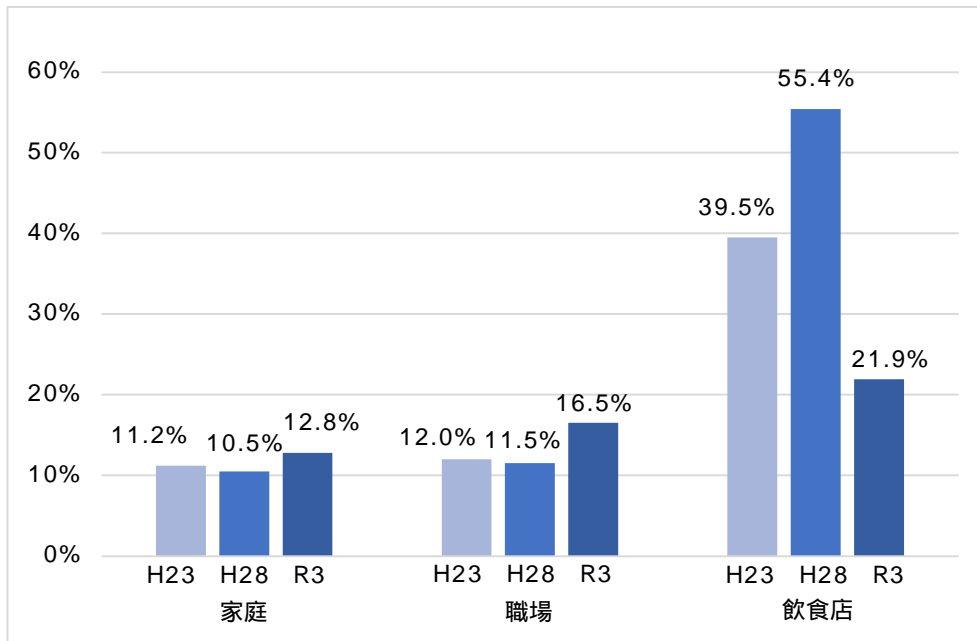


出典：長崎県健康・栄養調査（H23）、長崎県生活習慣状況調査（H28、R3）

平成 28 年に取りまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」の中で受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約 3 割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾病との因果関係が示されました。平成 30 年に成立した改正健康増進法では学校、病院、児童福祉施設等、行政機関（第一種施設）については敷地内禁煙、第一種施設以外の多数の者が利用する施設（第二種施設）等については、原則屋内禁煙とされました。

本県においては、改正健康増進法の施行等により「飲食店」で受動喫煙を受ける方の割合は減少したものの、「家庭」や「職場」と比較すると依然高い状況にあります。さらに、「家庭」や「職場」で受動喫煙を受ける方の割合は増加しています。このような状況を踏まえ、引き続き、受動喫煙の防止に向けた取組を一層推進する必要があります。

【グラフ 1】受動喫煙の機会を有する人の割合



出典：長崎県健康・栄養調査（H23）、長崎県生活習慣状況調査（H28、R3）

(感染症対策)

発がんが大きく寄与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス(以下「HPV」という。)、肝がんに関連する肝炎ウイルス、ATL(成人T細胞白血病)と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型(以下「HTLV-1」という。)、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ等があります。

ヒトパピローマウイルス：主に性交渉によって感染し、ほとんどの場合自己免疫力によって消失します。しかし、消失されず感染が持続し、がんに進行する場合があります。

子宮頸がんの発生は、その多くが HPV の感染が原因であり、子宮頸がんの予防のために、HPV ワクチン接種が行われています。

肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきましたが、平成 28 年 10 月から B 型肝炎ワクチン接種が定期接種化されました。また、ウイルス性肝炎の方が、適切な医療を受けることで肝がんへ進行しないよう医療費の助成も行っています。

ATL は、HTLV-1 の感染が原因であり、主な感染経路は、母乳を介した母子感染です。感染予防対策の取組が進み、本県における妊婦を対象とした抗体検査の陽性率は 0.47% (令和 4 年) であり、減少傾向です。

ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されているので、県内の多くの市町において感染検査が実施されています。

イ) がんの早期発見及びがん検診(二次予防)

(受診率向上対策)

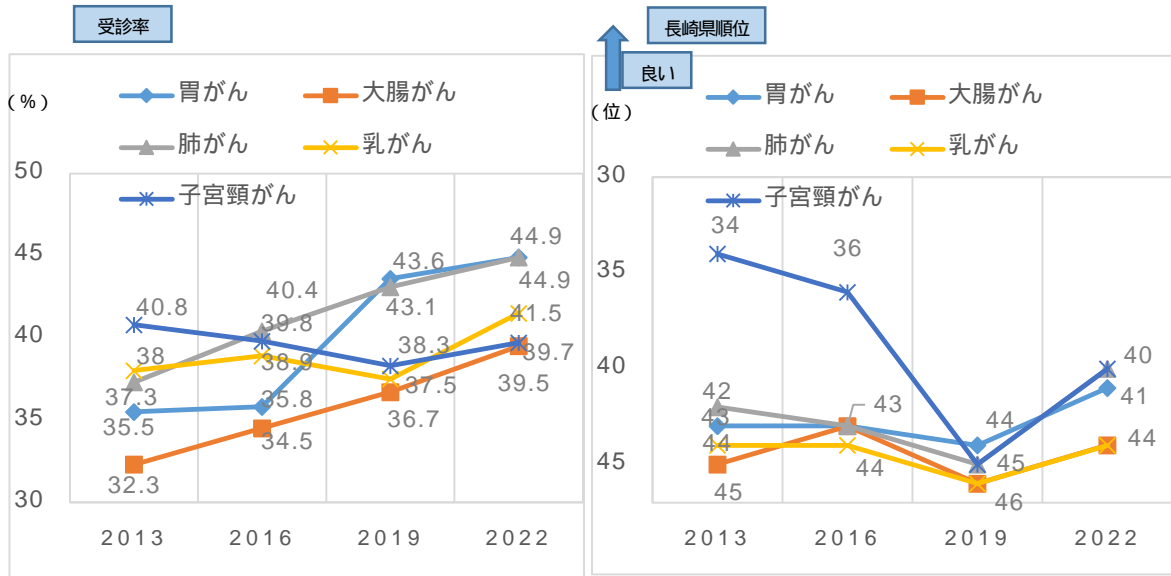
がん検診は、一定の集団を対象として、がん罹患している疑いのある人、がん罹患している人を早期に発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すものです。

がん検診には、市町が行う検診と、企業の福利厚生や健康保険組合等が実施しているものと、任意で受診する人間ドックのメニューの一つとして実施されるものがあります。

令和 4 年度における各がん検診の受診率は、目標として掲げている受診率 50% (胃、肺、大腸は当面 40%) に達しておらず、最も低い大腸がんでは、39.5% に留まっています。

がん検診を受けない理由として、国の「がん対策に関する世論調査(令和元年)(以下「国の世論調査」という。)」等によれば、「受ける時間がない」、「健康状態に自信があり必要性を感じない」、「心配なときはいつでも医療機関を受診できる」等があげられており、がん検診への正しい理解により受診者が増えるよう、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の立場に立った利便性への配慮等の対策が求められています。

本県は小規模事業所が多く、職域での検診受診機会が少ないことが考えられるため、職域でがん検診を実施していない事業主に対してがんの正しい知識の普及を図り、従業員を市町でのがん検診の受診に促す必要があります。



【グラフ】がん検診受診率の推移と全国順位の推移

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

(がん検診の精度管理等)

がん検診によってがんによる死亡を減少させるためには、死亡率減少効果が科学的に証明されている検診を、適切な精度管理により実施することが重要です。特に精密検査受診率(精検受診率)は、がん死亡率減少に直接つながる指標で本来 100%であるべきですが、本県の状況は、集団検診で大腸がん、個別検診で、胃がんエックス線、大腸がん、肺がん、子宮頸がんが国の提示した目標値である 90%を達成していません。また集団検診に比べ、個別検診の方が精検受診率が低い傾向も見受けられ、市町によって、受診勧奨や精度管理に差があることが考えられます。

精密検査受診率(精検受診率):「精密検査が必要」と判定された人のうち、精密検査を受けたことが確認できた人の割合

国の国民生活基礎調査(令和元)によると、がん検診を受けた人の 30~70%程度が職場(職域)におけるがん検診を受けていますが、職域で実施されているがん検診は、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているため、検査項目や実施方法等は様々であり、統一的な精度管理が難しい状況にあります。

(3) がん医療の充実 詳細については長崎県がん対策推進計画(第4期)「2 がん医療の充実」を参照。

ア) 拠点病院等を中心としたがん医療連携体制の整備

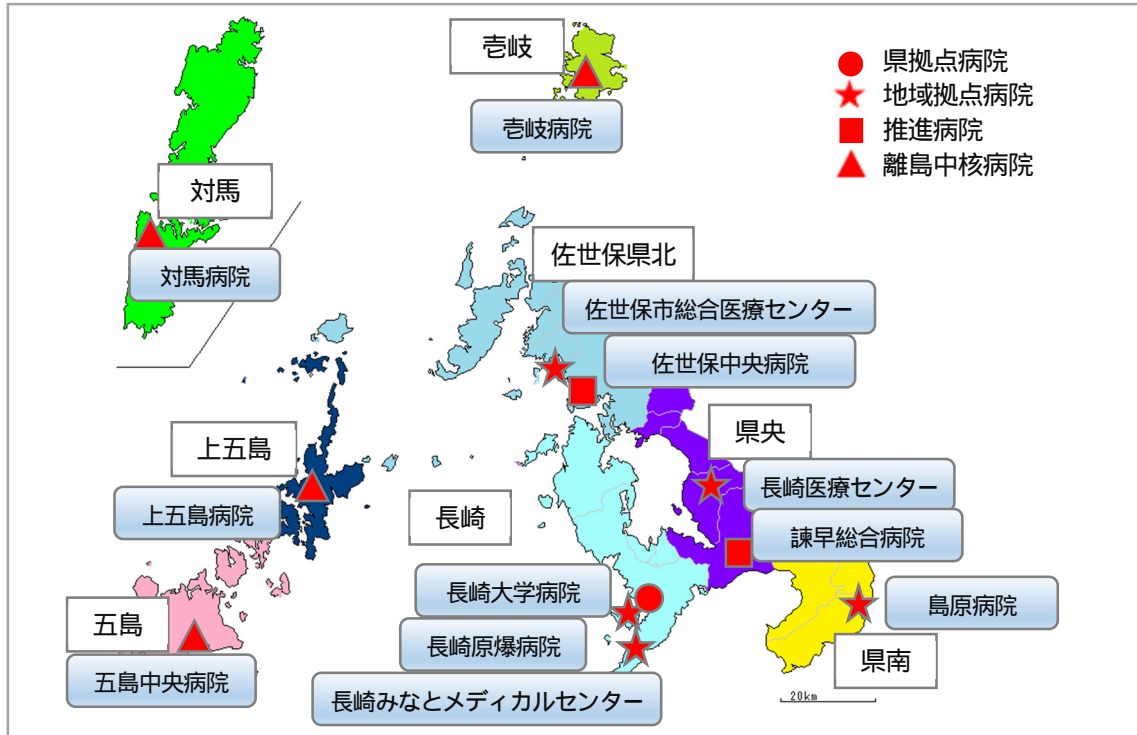
本県には、国が指定する「がん診療連携拠点病院」(以下「拠点病院」という。)として、「県拠点病院」が1か所、「地域拠点病院」が5か所整備されています。地域拠点病院は、地域におけるがん医療の連携の拠点となり、自ら専門的な医療を行うとともに、地域連携体制の構築や医療従事者への研修を行っています。

県拠点病院は、地域拠点病院の役割に加え、拠点病院において専門的ながん医療を行う医師・薬剤師・看護師等に対する研修や症例相談、診療支援等を行うとともに、「長崎県がん診療連携協議会」

を設置し、県レベルの研修会の計画や拠点病院・推進病院間の調整・連携強化を図っています。

また、県は、拠点病院に準ずる病院として「長崎県指定がん診療連携推進病院」(以下「推進病院」という。)を2か所、離島地域のがん診療の中核を担う「長崎県がん診療離島中核病院」(以下「離島中核病院」という。)を4か所指定しています。

【図】医療圏ごとのがん診療連携拠点病院等の配置図



イ) 離島におけるがん医療提供体制の整備

本県は離島を多く有しており、離島医療圏には、拠点病院の要件を満たす医療機関はありませんが、「離島中核病院」と位置づけている4つの医療機関が中心となり、離島医療圏のがん医療を担っています。

離島中核病院は、令和2年より、県がん診療連携協議会に参画し、連携体制の強化が図られました。引き続き、緩和ケア、薬物療法、相談支援、地域医療等の知識の普及を図るため、地域医療機関も含めた研修会等を開催し、離島地域のがん診療の向上に取り組む必要があります。

ウ) がんのゲノム医療

ゲノムとは、遺伝子をはじめとした遺伝情報全体を指しています。ゲノムは体をつくるための、いわば設計図のようなものです。がんゲノム医療とは、がん組織ないし血液を用いて、発がんに関与する遺伝子を調べ、遺伝子変異を明らかにすることにより、一人一人の体質や病状に合わせて治療などを行う医療です。

長崎県では、令和元年に長崎大学病院が「がんゲノム医療拠点病院」に指定されました。また長崎県内では、長崎大学病院が、連携する「がんゲノム医療連携病院」として、佐世保市総合医療センター並びに長崎医療センターを選定しました。今後も関係機関と連携を深めながら、がんゲノム医療提供

体制の整備等を推進します。

エ) 手術療法、放射線療法、薬物療法等

(手術療法)

質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院を中心に、適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師の配置を行ってきました。また、鏡視下手術等の低侵襲な手術療法も普及が進み、ロボット支援下手術等の新しい治療法についても保険適用が拡大されるなど、手術療法の充実が図られてきました。

(放射線療法)

拠点病院、推進病院は、放射線療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師をはじめとした医療従事者の配置に努め、リニアックの整備など、集学的治療を提供する体制の整備を行ってきました。

リニアック：X線、電子線を用いた放射線治療機器。

高度な放射線療法の提供については、放射線療法を担う専門的な医療従事者の育成が課題とされています。

強度変調放射線治療（IMRT）等精度の高い放射線治療や、核医学治療等の放射線療法については、医療機関間の役割分担の明確化が必要です。

(薬物療法)

薬物療法の提供については、拠点病院、推進病院を中心に、薬物療法部門の設置や外来薬物療法室の整備を進めるとともに、専門的な知識を有する医師、薬剤師、看護師等の配置に努め、適切な服薬管理や副作用対策等を実施しています。

薬物療法を外来で受ける患者が増加していることから、拠点病院、推進病院の薬物療法部門では、薬物療法に関する十分な説明や、支持療法をはじめとした副作用対策、新規薬剤への対応等の負担が増大しています。

オ) チーム医療、リハビリテーション、支持療法

(チーム医療)

患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要です。

拠点病院、推進病院を中心に、集学的治療等の提供体制の整備や関係者によるカンファレンスの実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機関と薬局の連携、栄養サポートやリハビリテーションの推進など、多職種によるチーム医療を実施するための体制が整備されてきました。

(がんのリハビリテーション)

がん治療の影響から、患者の嚥下や呼吸運動等の日常生活動作に障害が生じることがあります。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、著しく生活の質が低下することが見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されています。

がん患者のリハビリテーションにおいては、機能回復や機能維持のみならず、社会復帰という観点も

踏まえ、外来や地域の医療機関において、リハビリテーションが必要です。

(支持療法の推進)

支持療法とは、がんそのものに伴う症状や、治療による副作用・合併症・後遺症による症状を軽くするための予防、治療、およびケアのことです。例えば、感染症に対する抗菌薬の投与や、薬物療法の副作用である貧血や血小板減少に対する適切な輸血療法、吐き気・嘔吐に対する制吐剤(吐き気止め)の使用があります。

県内の拠点、推進病院の中で、ストーマ外来は全ての拠点病院等で設置されています。リンパ浮腫外来は長崎大学病院、原爆病院、諫早総合病院に設置されています。

カ) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行い、苦しみを予防し、和らげることで、生活の質を改善するアプローチである」(世界保健機関より)とされています。

緩和ケアは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応(全人的なケア)を全ての医療従事者が診断時から行うとともに、地域の関係機関等とも連携して取り組まれるものであり、こうした取り組みを通じて、患者やその家族等の生活の質の向上を目標とするものです。

(緩和ケアの提供)

拠点病院、推進病院に緩和ケアチームや緩和ケア外来が設置され、苦痛のスクリーニングが実施されるようになりましたが、患者体験調査によると、平成 30 年度時点で身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合は、それぞれ約 3 ~ 4 割を占めています。また遺族調査によると、亡くなる前 1 か月間の療養生活について身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合はそれぞれ約 4 ~ 5 割ほどでした。引き続き、患者とその家族の状況に応じて、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛に対する適切な緩和ケアを、患者の養療の場所を問わず提供できる体制を整備していく必要があります。

(緩和ケア研修会)

県及び拠点病院、推進病院は、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目的に、平成 20 年度以降、緩和ケア研修を開催してきました。修了者数は、令和 4 年 3 月末時点で、2,271 人(医療従事者合計)です。

拠点病院、推進病院は、県内のがん診療に携わる医師・歯科医師の緩和ケア研修受講率が 90%以上になるように取り組んでいます。令和 4 年 3 月末時点の受講率は、94.5%でした。また、初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの医師の受講率については、72.8%でした。引き続き、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了するよう取り組む必要があります。

キ) 妊孕性温存療法

がん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕性が低下することは、将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA 世代のがん患者にとって大きな課題です。

県では、令和 3 年度より、妊孕性温存療法及び妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療等（以下「温存後生殖補助医療」という。）に要する費用の一部に対し、助成を開始しました。

ク）希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

希少がんについては、小児がんをはじめ、様々な臓器に発生する肉腫、口腔がん、成人 T 細胞白血病など、数多くの種類が存在しますが、それぞれの患者の数が少なく、専門とする医師や施設も少ないことから、診療ガイドラインの整備や有効な診断・治療法を開発し実用化することが難しく、現状を示すデータや医療機関に関する情報も少ない状況にあります。

本県は A T L の患者が多いため、昭和 62 年から、医療機関と県が一体となって、「ATL ウイルス母子感染予防対策事業」を推進しています。

膵がんをはじめとした、いわゆる難治性がんは、早期発見が困難で、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等の性質を持っています。これらのがんの治療成績の向上が喫緊の課題です。

ケ）小児がん、AYA 世代のがん対策

がんは小児及び AYA 世代の病死の主な原因の 1 つですが、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんと成人の希少がんとは、異なる対策が求められています。

晩期障害、発育障害、再発等、小児がん特有のフォローが必要なこともあり、長崎県においては、フォローアップも含めて小児がんの治療を、長崎大学病院で集約化して行っています。但し、ある種の高度先進医療等は、小児がん拠点病院である九州大学病院で治療を行い、治療前後の管理を長崎大学病院で行っています。

AYA 世代に発症するがんについては、小児科と内科系診療科の間での患者の引継ぎが必要となる場合があり、小児と成人領域の狭間で患者が適切な治療を受けられない恐れがあります。

コ）高齢者のがん対策

高齢者のがんについては、全身の状態や併存疾患の有無等により、標準的治療の適応とならない場合等がありますが、こうした判断が医師の裁量に任されていることが課題とされています。

高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、地域の医療機関及び介護事業所等の連携体制の整備が必要です。

（４）がんとの共生 詳細については長崎県がん対策推進計画（第 4 期）「3 がんとの共生」を参照。

ア）相談支援及び情報提供

医療技術や情報端末が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、拠点・推進病院のがん相談支援センターが中心となって、患者とその家族のみならず医療従事者が抱く治療上の疑問や、精神心理的・社会的な悩みについて、対応していくことが求められています。

がんに関する情報があふれる中で、患者とその家族が、その地域において確実に必要な情報（治療を受けられる医療機関、がんの症状・治療・費用、民間団体や患者団体等の活動等）にアクセスできるような環境を整備していくことが求められています。

（相談支援）

拠点病院、推進病院のがん相談支援センターでは、自院の患者だけでなく、他院の患者や、医療機関からの相談にも対応しており、相談対応件数は、年々増加しています。また、二次医療圏を超えた相談支援のネットワークが構築されています。

近年、相談内容が多様化・複雑化しており、人材の適切な配置や相談支援に携わる人に対する更なる教育の必要性が指摘されています。

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、県は、令和2年度から、県ピア・サポーターを養成し、がん患者や家族が定期的に集うがん患者サロンでのピア・サポーターによる相談支援や情報提供の取り組みを始めました。

（情報提供）

がんに関する情報の中には、必ずしも科学的根拠に基づいているとはいえない情報が含まれていることがあり、県民が正しい情報を得ることが困難な場合があります。

県は、長崎県ホームページにおいて、県内の市町のがん検診情報・精度管理や、長崎県がん登録結果について公表し、本県のがんの現状に関する情報を提供しています。

県及び拠点・推進病院は、がんの告知を受けた患者やその家族が治療等に臨む際に活用できる制度や相談窓口、社会的な制度をまとめた「がんと向き合うサポートブックながさき」を作成し、拠点・推進病院の相談支援センターや公立図書館等に設置しています。

イ) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等の取組を推進し、積極的な患者やその家族等への支援を実践することが必要です。具体的には、県民ががんという病気を理解し、がん検診受診をはじめとする予防を実践し、さらに、地域におけるがん医療提供体制の整備が進められることによって、地域における「がんと共生社会」を実現させることが重要です。

拠点・推進病院では、在宅療養支援診療所・病院、緩和ケア病棟等と協働するためのカンファレンスを開催するなど、切れ目のないがん医療を提供するための体制整備が進められてきました。

拠点・推進病院と、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携体制を構築し、在宅での療養生活に必要なケアを提供できるようにする必要があります。

在宅緩和ケアをはじめ切れ目がなく、質の高いがん医療を提供するためには、拠点病院、推進病院以外の医療機関や在宅医療を提供している施設についても、医療の質の向上を図らなければなりません。

ウ) がん患者等の就労を含めた社会的な問題への支援（サバイバーシップ支援）

（就労支援）

県がん登録による年齢別がん罹患患者数では、令和元年時点で、がん患者の約4人に1人は、20歳から64歳までの就労可能年齢で罹患しています。平成15年において、20歳から64歳までのがんの罹患患者数は、2,867人であったのに対し、令和元年では、3,475人に増加し、就労可能年齢でがん罹患する人は増加しています。

がんになっても自分らしく働くことができ、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められています。

（医療機関等における就労支援）

令和4年度患者・家族アンケートによると、診断後、退職したと回答した方が全体の5%程度を占めました。がんと診断された直後から、個別に離職防止を支援していくことが必要です。

令和4年度患者・家族アンケートにおいて、就労に関する不安として、「治療のために休暇を取得するのが難しい」、「体力低下に伴いこれまでのペースで仕事ができない」等が挙げられており、会社や職場の同僚の病気に対する理解を求める内容が寄せられました。

国は、長期療養が必要ながん患者の転職や再就職の相談対応について、公共職業安定所（以下「ハローワーク」という。）に「就職支援ナビゲーター」を配置し、拠点病院等を含む医療機関と連携し、拠点病院等内に出張相談窓口を開設して就職支援事業に取り組んでいます。

（職場や地域における就労支援）

令和4年患者・家族アンケートによると、がんと診断され就労のことについて誰かに相談したと答えた方の割合は5割弱で、約半数の方が周囲に相談できていないことがわかります。

がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させるためには、職場における、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入、がん患者への理解や協力の推進が必要です。

（就労以外の社会的な問題）

がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援のみならず、がん患者・経験者の生活の質の向上に向けた取組が求められています。

社会的な問題として、がんに対する「偏見」があり、地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から孤立してしまうことがあることが指摘されています。

離島、僻地では、通院、高額な医療費の負担、患者やその家族等の離職・休職等に伴う収入の減少等による経済的な課題等が指摘されています。

障害があるがん患者については、がん診断の遅れや標準的治療への障壁があるなどの指摘がされていますが、その詳細が把握できていないことや、対応が医療機関ごとに異なることが課題となっています。

全国でのがん患者の自殺は、診断後1年以内が多いという報告があることから、がん患者の自殺は、

がん対策における重要な課題であり、拠点病院等は、がん患者の自殺リスクへの対応方法や関係機関との連携についての共通フォローの作成、関係職種に情報提供を行う体制の構築、自施設に精神科等がない場合の地域の医療機関との連携体制の確保が求められています。

エ) ライフステージに応じたがん対策

(小児・AYA 世代)

小児・AYA 世代のがんは、他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構成も多様であり、医療従事者に診療や相談支援の経験が蓄積されにくいこと、乳幼児から思春期・若年成人世代まで幅広いライフステージで発症し、晩期合併症のため、治療後も長期にわたりフォローアップを要すること及び年代によって就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、個々の状況に応じた多様なニーズが存在することから、成人のがんとは異なる対策が求められています。

小児・AYA 世代のがん患者の中には、治療による身体的・精神的な苦痛を伴いながら学業を継続している患者もいます。しかし、小児・AYA 世代のがん患者のサポート体制は、必ずしも十分なものではなく、特に、高校教育の段階においては、取組が遅れていることが指摘されてきました。国は、令和5年、高等学校等に在籍する疾病による療養または障害のため、相当の期間学校を欠席すると認められる生徒に対し、メディアを利用して授業を実施する場合、同時双方向型の授業を原則とするが、当該生徒の病状や治療の状況、医師等の意見等から、配信側の授業時間に合わせて同時双方向型の授業を受信することが難しいと学校が判断した場合に限り、本人及び保護者の意向を踏まえてオンデマンド型の授業を実施した場合でも出席扱いと認めることとしました。

人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅や地域で過ごすことを希望している中、小児・AYA 世代のがん患者の在宅療養環境の整備が求められています。特に AYA 世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅療養を希望しても、患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な負担が大きいことが指摘されています。

(高齢者)

高齢のがん患者については、認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性があることや、認知症の進行により日常生活における支援が必要となることなどが指摘されており、身体的な状況や社会的背景などに合わせた様々な配慮をしていく必要があります。

高齢のがん患者については、認知症の発症や介護の必要性など、家族等の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要であり、本人の意見を尊重しつつ、これらに取り組む必要があります。

(5) これらを支える基盤 詳細については長崎県がん対策推進計画(第4期)「4 これらを支える基盤」を参照。

がん予防、がん医療、がんとの共生の分野に関する横断的な事項について、人材育成、がん教育及びがんに関する知識の普及啓発、がん登録、患者・市民参画、デジタル化を「これらを支える基盤」として位置づけます。

ア) 人材育成

がん医療の現場を担う人員の不足や、がん医療を担う人材育成の医療機関間の差が、患者に提供される医療の医療機関間、地域間における差の要因の一つとなっています。

集学的治療等の提供については、引き続き、関係学会・団体等と連携しつつ、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる医療従事者を養成していく必要があります。

イ) がん教育・がんに関する知識の普及啓発

健康については、こどもの頃から教育することが重要であり、こどもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切です。これらをより一層効果的なものとするため、医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、がんの正しい知識やがん患者・経験者の声をこどもに伝えることが重要です。

国は、平成 29 年、平成 30 年に学習指導要領を改定し、中学校、高等学校でがんについて取り扱うことが明記されました。県では国が作成したがん教育の教材や外部講師の活用に関するガイドラインを活用し、がん教育を推進しています。

がんに関する知識の啓発については、様々な広報媒体を活用し、がんに関する知識、がん情報の提供について積極的に取り組む必要があります。特に女性のがん検診受診率の増加割合が少ないことから、女性を対象にがんに関する知識の普及・啓発を適切に実施する必要があります。

ウ) がん登録

がん登録には、全国と各地域のがん罹患、転帰その他の状況を把握する「全国がん登録」、各地域の状況を把握する「地域がん登録」、各医療機関内のがんに関するデータを把握する「院内がん登録」等があります。

地域がん登録は、都道府県間で登録の精度が異なることや、国全体のがんの罹患患者数の把握ができないことが課題となっていたことから、「がん登録等の推進に関する法律」が平成 28 年 1 月に施行されました。

「がん登録等の推進に関する法律」により平成 28 年症例から、都道府県が実施する地域がん登録に代わり、国が各病院等で診断されたがん情報を一元的に管理する「全国がん登録」が実施されることになりました。

エ) 患者・市民参画の推進

県民本位のがん対策を推進するためには、県や市町、患者団体等の関係団体やがん患者を含めた県民が協力して、取組を進めていくことが必要です。また、その際には、多様な患者・市民が参画できる仕組みを整備するとともに、患者・市民参画に係る啓発・育成も併せて推進します。

オ) デジタル化の推進

近年、デジタル技術の進展や新型コロナウイルス感染症への対応により、日本のデジタル社会の実現に向け、デジタル技術の活用やオンライン化の推進が多方面で進められています。

がん対策においても、県や市町、拠点病院等における取組をより効果的かつ効率的に推進する観点から、個人情報の適正な取扱いを確保し、デジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を推進する必要があります。

3. 施策の方向性

詳細については長崎県がん対策推進計画（第4期）における「取り組むべき施策」を参照。

がん患者を含めた県民が、がんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、誰もが、いつでもどこに居ても、様々ながんの病態に応じた、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができる社会を目指します。

(1) がん予防

ア) がんの一次予防

「健康ながさき 21（第3次）」に基づき、県民の生活習慣の改善を推進します。

特に、たばこ対策を進めることが重要であることから、たばこによる健康被害の啓発や禁煙希望者への支援体制を充実させ喫煙率の減少を目指します（令和14年度12%）。

喫煙は、健康に大きな影響を与えることから、受動喫煙によりリスクが高まる病気などの普及・啓発を行うとともに、望まない受動喫煙をなくすために、喫煙者に対し、子どもや病気をお持ちの方の周りで喫煙をしないよう、健康増進法に配慮義務が規定されていることなどについて普及・啓発し、望まない受動喫煙をなくすことを目指します。

県及び市町は、HPV ワクチン接種について、定期接種対象者やキャッチアップ接種対象者に対し個別通知等を行っており、引き続き連携しながら、積極的勧奨に取り組めます。

県は、肝炎ウイルスについて、肝炎ウイルス検査の県民への周知やウイルス陽性者への受診勧奨、普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に引き続き努めます。

県は、HTLV-1 について、感染予防対策を含めた総合対策等に引き続き取り組みます。

県は、ヘリコバクター・ピロリの感染検査や除菌の胃がん発症予防の有用性について、県民に周知を図ります。

イ) がんの早期発見及びがん検診（二次予防）

県は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、効果的・効率的な受診勧奨に努め、がん検診の受診率の目標値を60%とします。

県は、市町と協力しながら引き続きがん検診の精度管理向上に取り組み、精密検査受診率の目標値を90%とします。

県及び市町、検診実施機関は、検診受診者が、がん検診の意義及び必要性を理解できるように啓発に努めます。

県は、市町及び検査実施機関と連携し、働く世代が市町実施のがん検診を受けやすくなるよう、休日夜間の検診実施に加え、検診受診手続きの利便性向上などの環境整備を検討します。

市町は、HPV 検査導入について、国が示す指針及びガイドラインに基づいた検査体制の構築を検討します。県は、医師会や検査実施機関と連携し、市町の体制整備支援を行います。

(2) がん医療の充実

ア) 拠点病院等を中心としたがん医療連携体制の整備

県、拠点病院、推進病院は、地域の実情に応じがん医療の均てん化を推進すると共に、持続可能ながん医療提供に向け、拠点病院、推進病院の役割分担を踏まえた集約化を推進します。

イ) 離島におけるがん医療提供体制の整備

県、拠点病院、推進病院、離島中核病院は、各病院間の連携体制の整備を推進します。

ウ) がんのゲノム医療

拠点病院、推進病院は、がんゲノム医療拠点病院を中心に、がんゲノム医療連携病院やがんゲノム医療中核拠点病院等と連携しながら、引き続き医療提供体制の整備等を推進します。

エ) 手術療法、放射線療法、薬物療法等

拠点病院、推進病院は、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づくロボット支援手術を含む鏡視下手術等の高度な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進めます。

拠点病院、推進病院は、標準的な放射線治療の提供に加え、高度な放射線療法の提供体制整備についても医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進めます。

県は、薬物療法を受ける外来患者の服薬管理や副作用対策等を支援するため、拠点病院、推進病院と、かかりつけ機能を有する地域の医療機関や薬局等との連携体制を強化するために必要な施策を講じます。

オ) チーム医療、リハビリテーション、支持療法

療養生活の質の維持・向上の観点から、食事を通して栄養を摂取することや、治療の合併症の予防及びその症状軽減は重要です。拠点病院、推進病院は、患者の多様な状況に応じたサポートができるよう、チーム医療（歯科医師や歯科衛生士等からなる口腔ケアチーム、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなる栄養サポートチーム、薬学的患者ケアを通じた医師、看護師、薬剤師等の連携）の提供体制の更なる整備を進めます。

拠点病院、推進病院は、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の拠点病院等への配置を推進し、入院に加え外来においても、効果的・継続的ながんのリハビリテーショ

ン提供体制の整備を推進します。

拠点病院、推進病院は、患者が治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、苦痛や困りごとがあった際に容易に相談できるよう、多職種による相談支援体制の整備を推進します。

カ) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

拠点病院、推進病院等を中心とした医療機関は、診断時における苦痛のスクリーニングや院内の医療従事者間の連携などの取組を通し、引き続きがん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神的苦痛、社会的な問題等の把握及びがん患者やその家族等の個別の状況に応じた適切な対応が地域の実情に応じて一貫して行われるよう、体制の整備を推進します。

県及び拠点病院、推進病院は、研修会の受講状況を把握すること、積極的に受講勧奨を行うことを通じて、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成に取り組みます。特に初期研修 2 年目から初期研修終了後 3 年目までの全ての医師が、緩和ケア研修会を受講するよう努めます。

キ) 妊孕性温存療法

拠点病院、推進病院は、がん医療と生殖医療の連携の下、がん治療が妊孕性に与える影響に関する説明と、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供や意思決定の支援が、個々の患者の状態に応じて適切に行われるよう推進します。

ク) 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

県、拠点病院、推進病院は、がん診療連携協議会における地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を推進します。

ケ) 小児がん、AYA 世代のがん対策

拠点病院、推進病院は、拠点病院同士や小児がん拠点病院である九州大学病院、地域の医療機関やかかりつけ医等との連携を行います。また「小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画し、地域の実情に応じた小児及び AYA 世代のがん医療提供体制と治療前の情報提供体制の整備を進めます。

コ) 高齢者のがん対策

拠点病院、推進病院は、高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けられるよう、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿った高齢のがん患者やその家族等の意思決定支援に係る取組を推進します。

(3) がんと共生

ア) 相談支援及び情報提供

拠点病院、推進病院は、がん患者が治療開始前までにがん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるようにするため、がん相談支援センターの目的と利用方法を院内に周知すること、主治医等の医療従事者が診断早期に患者や家族へがん相談支援センターを紹介する

ことなど、より効果的に院内のがん相談支援センターが利用されるよう取り組みます。

県、拠点病院、推進病院は、ホームページの充実やサポートブックながさきの発行等、がんに関する正しい情報の提供及び理解促進の取り組みを引き続き行います。

イ) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

拠点病院、推進病院は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、地域の実情に応じて、介護事業所や薬局等の地域の関係機関との連携や、社会的支援や困難事例等への対応に取り組みます。

ウ) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

県、労働局は、医療機関等において就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組みます。

県は、学校におけるがん教育だけでなく、がんに対する「偏見」の払拭や県民全体に対する健康についての啓発につながるよう、関係機関や関係団体等と連携し、がんに関する正しい知識についての普及啓発に努めます。

エ) ライフステージに応じたがん対策

拠点病院、推進病院、関係教育機関は、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に教育を必要とする患者が適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行います。

県は、小児・AYA 世代のがん患者に対する在宅療養環境等の体制支援について検討します。

県、拠点病院、推進病院は、地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、市町等と連携し、患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討します。

(4) これらを支える基盤

ア) 人材育成

県、拠点病院、推進病院は、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組みます。また、地域のがん医療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置について、県、拠点病院、推進病院や医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会が一体となって取り組みます。

イ) がん教育・がんに関する知識の普及啓発

県は、教育委員会、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行います。

県は、市町や拠点病院、推進病院と連携し、県民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進します。

ウ) がん登録

県は、市町が地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを活用にがん対策に活かせるようがん登録事業報告書の公表実施等情報提供を行います。

県及び拠点病院、推進病院は、質の高い情報収集に資する精度管理への継続的な取組を行います。

エ) 患者・市民参画の推進

県は、患者団体や NPO 法人、協定企業等と共同し、引き続き普及啓発を行います。

オ) デジタル化の推進

県、拠点病院、推進病院は、患者やその家族等のアクセス向上や、医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供の観点から、SNS 等を活用したがん検診の受診勧奨や、安心かつ安全なオンライン診療の提供、会議のオンライン化、相談支援のオンライン化に向けた取組を推進します。

4 . 成果と指標 詳細については長崎県がん対策推進計画（第 4 期）ロジックモデルを参照。

(1) 成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	目標 (2029 年)
科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の推進	がん検診の受診率	胃がん 44.9% 肺がん 44.9% 大腸がん 39.5% 子宮頸がん 39.7% 乳がん 41.5% (2022 年)	60.0% 以上
適切な精度管理の下で実施される精密検査の推進	精密検査受診率	胃がん 84.6% (エックス線のみ) 肺がん 86.6% 大腸がん 73.4% 子宮頸がん 83.9% 乳がん 92.0% (2020 年)	90.0% 以上

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	目標 (2029 年)
がんによる死亡者数の減少	75 歳未満のがん年齢調整死亡率(人口 10 万対)の減少	72.5 (2022 年)	57.2

県のがん対策推進計画（2024 年～2029 年）の目標年度に合わせて見直しを行う。

(2) 指標の説明

指標	説明
がん検診の受診率	がん検診対象者のうち、受診した人の割合。 出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」
精密検査受診率	がん検診を受診し、精密検査が必要と言われた人のうち、精密検査を受診した人の割合。 出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
75 歳未満のがん年齢調整死亡率(人口 10 万対)の減少	全国では、年齢構成に差があるため、地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整したもの。全国での長崎県の位置を示す指標。 出典：厚生労働省「人口動態調査」

第2節 脳卒中医療

1. 脳卒中について

脳卒中は、脳血管が突然閉塞することによって起こる虚血性脳卒中(一過性脳虚血発作、脳梗塞)と、脳血管が破裂し、血液が脳細胞の周囲に流出する出血性脳卒中(脳出血、くも膜下出血)に大別される救急疾患です。

虚血：血流が不十分なために脳細胞に必要な酸素や養分が足りない状態

脳卒中は、我が国の死因の第4位、寝たきりとなる原因の第1位を占める疾患であり、喫煙、動脈硬化や高血圧などの生活習慣に起因する危険因子の予防や、予後に地域で安心して暮らすためのリハビリテーションや在宅医療など、幅広い分野での一貫した対策が必要です。

t-PA 静注療法 など、脳卒中急性期の画像検査、治療法の進歩は目覚しく、脳卒中診療は新時代に突入しています。それに伴い、脳卒中患者の死亡率は徐々に改善していますが、種々の後遺症を残すことが依然多く、リハビリテーションも治療の大きな柱となります。

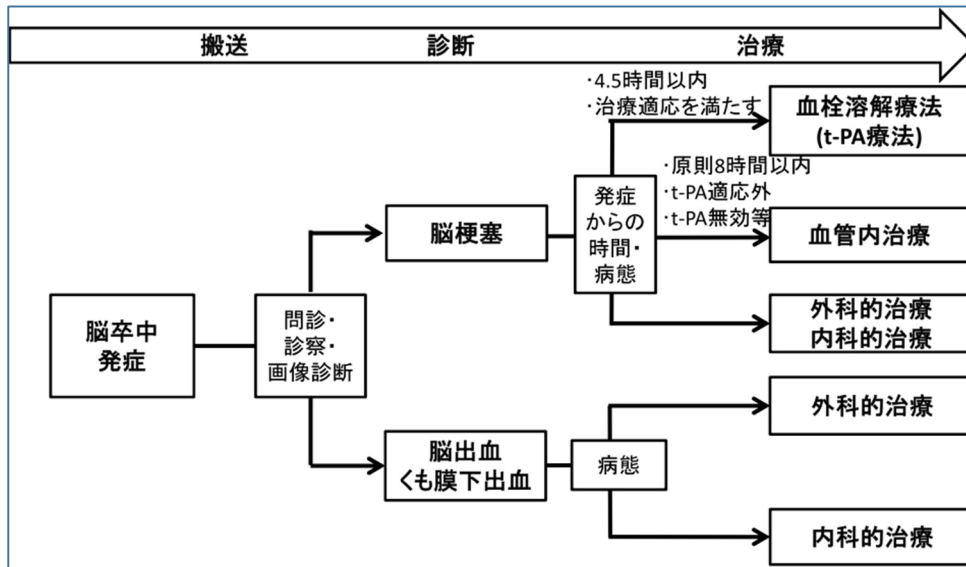
t-PA 静注療法：t-PA は、血管を詰まらせる原因である血栓(血の固まり)を溶解させる薬のことです。t-PA 静注療法とは、脳梗塞が起きた際、脳の細胞が死んでしまう前に血栓を溶かし、血流を再開し脳の働きを取り戻す治療法です。

このように、脳卒中では急性期の治療から回復期、慢性期のリハビリテーション、退院後の安心・安全な地域生活に至るまで切れ目ない医療が提供されるような体制が必要です。

【表】脳卒中の種類

脳梗塞	<ul style="list-style-type: none"> ・脳梗塞は、脳動脈の動脈硬化を原因とする「アテローム血栓性脳梗塞」、心臓にある血栓が遊離し脳血管を閉塞する「心原性脳塞栓症」、脳の細い血管が動脈硬化などで閉塞する「ラクナ梗塞」などを原因とし、運動障害や言語障害、意識障害等生活機能障害をきたす疾患が最も多く、またそのほとんどが高齢者に見られる疾患です。 ・以前は、脳梗塞の治療は困難であり、合併症管理や再発予防に終始していました。しかし、発症数時間以内の t-PA 静注療法や血管内治療などといった急性期血行再建治療法の出現により、脳梗塞は適時・適切な専門的治療により「治せる病気」に変わってきています。 ・再発予防の面でも内科的治療や外科的治療が進歩し、専門医による治療が可能となってきました。 ・また、脳梗塞と同じ症状が短時間(多くは数分から数十分、長くても 24 時間以内)だけ出現するものを、一過性脳虚血発作といい、脳梗塞の前触れといわれています。
脳出血	<ul style="list-style-type: none"> ・脳内の血管が破裂して発症する脳出血の多くは、高血圧が原因となっています。その他にも、脳血管奇形や加齢による変化によって脳血管がもろくなり、脳出血を起こすことがあります。 ・発症早期での出血原因の究明が重要であり、症状(意識障害の程度等)と出血量によっては、緊急手術で血腫を取り除くことも必要です。
くも膜下出血	<ul style="list-style-type: none"> ・脳の表面を取り囲む、くも膜下腔に存在する比較的大きな動脈にできた動脈瘤が破裂して出血を生じるのがくも膜下出血で、動脈瘤の破裂が原因のほとんどです。 ・何の前触れもなく突然起こる強い頭痛や意識障害で発症し、他の脳卒中と比べても死亡率が高いことが知られています。 ・緊急の画像診断で出血部位を同定し、止血処置である「開頭クリッピング術」や「血管内治療(コイル塞栓術)」などの高度な専門的救命措置が直ちに必要です。

【図】脳卒中の診療提供体制の流れ



出典：厚生労働省「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」資料

2. 本県の現状と課題

(1) 死亡率等

本県の脳血管疾患（脳卒中およびその他の脳血管に起因する疾患）による死亡者数は、令和4年において全国で107,481人、本県では1,213人となっています。

脳血管疾患は、高齢化などの地域差を取り除いたうえで都道府県別の死亡率を比較すると、本県は令和2年において、男性は85.4、女性は54.4となっています。

疾患	性別	区分	H22	H27	R2	全国順位 (R2)
くも膜下出血	男	全国	10.2	8.4	7.1	18
		長崎	8.7	7.9	7.6	
	女	全国	12.7	10.7	9.2	25
		長崎	11.6	10.3	9.1	
脳内出血	男	全国	42.1	34.9	31.9	34
		長崎	41.4	33.2	29.3	
	女	全国	22.3	18.9	16.3	41
		長崎	20.1	16.7	14	
脳梗塞	男	全国	97.4	69.8	52.5	40
		長崎	91.1	59.7	47.2	
	女	全国	55.8	41.1	29.3	20
		長崎	48.1	39	30	

出典：厚生労働省「人口動態統計」

(2) 分野別の現状と主要な施策の方向性

脳卒中は、適時・適切で専門的な急性期医療が発症から迅速に実施され、急性期治療終了後、速やかに残存する障害の改善、生活の再建を目指して集中的なりハビリテーションを実施する回復期医療に移行します。

適切なりハビリテーションによって、安心・安全な地域生活に繋ぎ、地域社会での活動や参加が支援されるような、救急医療から地域生活までの医療機能の分化・連携が極めて重要となる代表的な疾患といえます。

ア) 予防

脳卒中を予防するためには、喫煙、動脈硬化や高血圧などの危険因子（生活習慣病）に対し、早期から予防・治療を心がける必要があります。

対象者	求められる役割
かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心房細動等の基礎疾患の管理及び禁煙、不整脈等の危険因子の改善についての指導・啓発 ・脳卒中の初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発及び初期症状出現時における急性期医療を担う医療機関への受診の指示
本人・家族等	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣の改善、健康診断や人間ドッグなどの検査による高血圧症、糖尿病などの発症要因の早期発見、治療

イ) 救急医療

本県の疾患群別搬送件数（内因性疾患）によると、平成 28～令和 2 年度に脳疾患及び心疾患で救急搬送された件数は、脳疾患は増加傾向、心疾患は減少傾向にあります。

本県において、令和 4 年度の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は 40.9 分であり、全国平均の 40.6 分をやや上回っています。

ウ) 急性期の医療

急性期脳卒中は、発症から迅速な診断と専門医による治療を必要とします。

脳梗塞に対しては、経静脈的血栓溶解療法である t-PA 静注療法や経動脈的血行再建療法である機械的脳血栓回収療法 を適時適切に行うことで機能予後の改善につながる可能性があることが示されています。ただし、t-PA 静注療法は発症から 4.5 時間以内、機械的脳血栓回収療法は最終健常確認時刻から少なくとも 24 時間以内に治療が開始されなければなりません。

機械的脳血栓回収療法：詰まった血栓をカテーテルで除去する治療法。

くも膜下出血は診断の遅れが死亡や重篤な後遺症に直結します。その主たる原因である脳動脈瘤に対しては、画像診断で迅速に破裂部位を特定し、脳動脈瘤クリッピング術 や脳動脈瘤コイル塞栓術 等による再出血防止が極めて重要です。

脳動脈瘤クリッピング術：開頭し、動脈瘤の根元を金属のクリップで挟み止血する方法。

脳動脈瘤コイル塞栓術：大腿から、カテーテルという細い管を動脈瘤まで進め、動脈瘤の中に細くて柔らかい金属のコイルを詰める治療法。

本県の離島医療圏や県南医療圏では、脳神経外科、脳神経内科、救急科、リハビリテーション科の医師数が絶対的に少ない状態です。

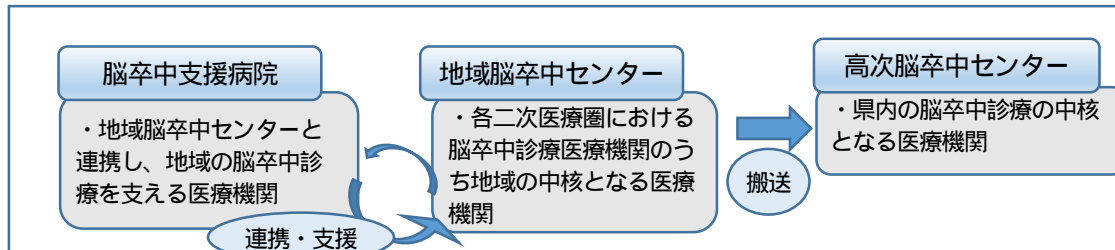
本県では、脳卒中に関する医療機能の専門化と役割分担を推進し、急性期における医療の拠点化と急性期から回復期に至る医療の連携を図るため、「脳卒中診療ネットワーク」を構築しています。具体的には、県が急性期に必要な医療機能を有する医療機関をその機能に応じて「高次脳卒中センター」「地域脳卒中センター」「脳卒中支援病院」と認定することで、県民、救急隊員、医療関係者が脳卒中を疑われる患者の搬送先を認識できるようにしています。また、「脳卒中診療ネットワーク」により、県下では 24 時間 365 日専門的な診療が受けられる体制にあります。

しかしながら、医師の地域偏在や人材不足等により、今後、24 時間を通じて脳卒中中の急性期対応を可能とするための医師配置が困難になることが予想されます。そのため、専門医の養成とともに医療機能の分化・役割分担の強化さらに必要時にはお互い協力し効率的な連携体制整備を一層推進する必要があります。

本県では、医療資源が少ない離島やへき地においては、脳卒中を発症した患者へ遠隔画像診断を用いた診療体制（telestroke）を構築し、ドクターヘリによる救急搬送や Drip and Ship 法等の遠隔医療連携を行っています。

Drip and Ship：遠隔医療を用いる等によって、脳卒中を診療する医師の指示の下に行われる t - PA 静注療法を開始した上での病院間搬送。

脳卒中診療ネットワーク



高次脳卒中センター（3 病院）：

県内の脳卒中急性期診療の核となる、救命救急センターを設置し、複合疾患や重症合併症等を有する脳卒中患者の受入も可能な医療機関。

医療圏	医療機関名	住所
長崎	長崎大学病院	長崎市坂本 1 丁目 7 番 1 号
佐世保県北	佐世保市総合医療センター	佐世保市平瀬町 9 番 3 号
県央	長崎医療センター	大村市久原 2 丁目 1 0 0 1 番地 1

地域脳卒中センター（4 病院）：

二次医療圏における脳卒中急性期専門医療機関の中から原則として 1 箇所、脳卒中患者の 24 時間 365 日の受入が可能で、地域の中核となる医療機関。

医療圏	医療機関名	住所
長崎	長崎みなとメディカルセンター	長崎市新地町 6 番 3 9 号
佐世保県北	長崎労災病院	佐世保市瀬戸越 2 丁目 1 2 番 5 号
	佐世保中央病院	佐世保市大和町 1 5 番地
県南	長崎県島原病院	島原市下川尻町 7 8 9 5 番地

脳卒中支援病院（6 病院）：

地域脳卒中センターと連携し、緊急 t-PA 治療や緊急脳神経外科手術等を行い、地域の脳卒中急性期診療を支える医療機関。

医療圏	医療機関名	住所
長崎	十善会病院	長崎市湍町 2 0 - 5
	済生会長崎病院	長崎市片湍 2 丁目 5 番 1 号
	長崎北徳洲会病院	西彼杵郡長与町北陽台 1 丁目 5 番 1
県央	諫早総合病院	諫早市永昌東町 2 4 番 1 号
	宮崎病院	諫早市久山町 1 5 7 5 番地 1
	長崎川棚医療センター	東彼杵郡川棚町下組郷 2 0 0 5 番地 1

日本脳卒中学会が認定する「一次脳卒中センター（PSC）」が県内に 12 施設あり、そのうち 11 施設は「脳卒中診療ネットワーク」と重複しています。

日本脳卒中学会が認定する「一次脳卒中センター（PSC）」

- ・日本脳卒中学会が、専門治療に関し、一定の要件を満たす施設を認定する制度。
- ・「一次脳卒中センター（PSC）」は 24 時間 365 日、t-PA 静注療法を行うことができるなどの要件を満たす施設で、令和 3 年 3 月 31 日時点で、全国 1,000 施設以上が認定されています。

一次脳卒中センター（PSC）病院一覧

R5.4.1時点

二次医療圏	医療機関名	住所
長崎	長崎大学病院	長崎市坂本1丁目7番1号
	長崎みなとメディカルセンター	長崎市新地町6番39号
	済生会長崎病院	長崎市片淵2丁目5番1号
	十善会病院	長崎市淵町20番5号
	長崎北徳洲会病院	西彼杵郡長与町北陽台1丁目5番1
佐世保 県北	石坂脳神経外科	佐世保市卸本町30番42号
	長崎労災病院	佐世保市瀬戸越2丁目12番5号
	佐世保市総合医療センター	佐世保市平瀬町9番地3
	佐世保中央病院	佐世保市大和町15番地
県央	長崎医療センター	大村市久原2丁目1001番地1
	諫早総合病院	諫早市永昌東町24番1号
県南	長崎県島原病院	島原市下川尻町7895番地

出典：日本脳卒中学会ホームページ

エ) 急性期の合併症治療・リハビリテーション提供体制

脳卒中急性期においては、専門的な治療とともに廃用症候群の予防や重症化予防対策ならびに誤嚥性肺炎や心不全などの合併症予防及び対策が重要です。そのために、可能な限り早期からリハビリテーション、栄養・口腔管理の実施が強く勧められています。

誤嚥性肺炎の予防のために急性期から継続した栄養管理や口腔ケアと嚥下リハビリテーションが重要です。

急性期治療後の回復期医療機関や療養型医療機関や介護施設等への転院あるいは自宅退院時には合同カンファランスの開催や地域連携パスが活用されています。

医療機関では、医療従事者間及び介護サービス提供者などとの連携推進のための協議や研修会を実施し「顔のみえる関係づくり」の構築が進められています。

オ) 回復期リハビリテーション提供体制

身体機能の早期回復のため、集中的なりハビリテーションを実施する必要があります。

県下には166の脳卒中リハビリテーション料届出医療機関があり、うち回復期リハビリテーション料届出医療機関は21ありますが、いずれにおいても医療機関の地域偏在が課題となっています。

急性期に引き続き誤嚥性肺炎等の合併症予防のため、特に高齢者においては、多職種による継続したりハビリテーション、栄養・口腔管理の実施が重要となります。

再発予防を目的とした栄養管理、服薬指導等の患者教育、再発危険因子の管理が重要です。

医療機関から在宅等への退院には、病院、かかりつけ医、訪問歯科診療、訪問薬局、訪問看護、訪問・通所リハビリテーションを含む介護サービス等の多職種協働による退院支援や安心・安全な地域生活の継続支援が求められます。

カ) 維持期・生活期のリハビリテーション・在宅医療・緩和ケア提供体制

在宅医療では、脳卒中急性期後のリハビリテーションによって改善・獲得された生活機能の維持・向上を図ることが求められます。また、「かかりつけ医」や訪問看護師等は、ケアマネジャーや訪問リハビリテーション専門職、訪問歯科医師・衛生士、訪問薬剤師等と連携して、自宅等の住み慣れた生活の場で療養できるよう、患者・家族が安心・安全な地域生活を継続できるよう、医療・介護サービスを包括的に提供することが求められます。

地域の診療所や薬局が医療機関の電子カルテ等を閲覧する医療情報連携ネットワークとして「あじさいネット」が全県域で利用されています。また、在宅医療においてはモバイル端末を活用した多職種の情報共有や、テレビ会議システムによる遠隔診断や退院カンファレンスなど活用範囲が広がっています。

3 . 施策の方向性

(1) 疾患の予防と病院前救護体制の充実

県は市町・医療保険者・地域、学校等の機関、団体等と連携・協力し、県民の健康づくり支援のための計画である「健康ながさき 21 (第 3 次)」に基づき、生活習慣病の予防のため、食生活、身体活動・運動、たばこ、飲酒、休養・睡眠の基本的な方向に沿った目標を達成することにより、生活習慣病対策を推進します。

保険者は、特定健診等について情報を提供するとともに健診受診を促します。また、健診未受診者及び精密検査の必要な方の受診を勧奨します。

保険者は、特定健診での脂質異常症、高血圧、糖尿病等治療を中断している人への治療継続を呼びかけます。

(2) 救急医療

県民が脳卒中及び急性心筋梗塞の発症時の症状を認識し、発症時は速やかに救急要請が行えるよう啓発を行います。

県民が脳卒中及び急性心筋梗塞の発症時、早急に必要な医療を受けることができるよう、急性期治療を専門に行う医療機関について、医療関係者や県民へ周知します。

(3) 急性期の医療

今後は更に適時・適切な脳卒中急性期医療が県民に幅広く提供され、医療機関の機能に応じて円滑な医療提供が行われるよう、「脳卒中ネットワーク」と脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターが連携し、長崎県の独自性を生かした体制のさらなる充実を目指します。

医療資源が少ない離島やへき地においても、早急に適切な治療が受けられるようドクターヘリによる救急搬送や Drip and Ship 法等の遠隔画像診断を用いた診療体制 (telestroke) の整備を引き続き推進します。

(4) 急性期の合併症治療・リハビリテーション提供体制

急性期における専門的治療の治療効果を高めるために、可能な限り早期からリハビリテーションを開始し、急性期から誤嚥性肺炎や深部静脈血栓症などの合併症の予防ならびに栄養・口腔管理が持続的に実施されるよう促進します。

脳卒中患者の口腔衛生・口腔機能・嚥下機能の改善・向上を目指し、更なる医科歯科連携を推進します。

脳卒中急性期から回復期・維持期・生活期にかけて切れ目なく質の高い医療を提供するために、地域連携パスの活用を推進します。さらに地域連携パスを活用する際に、あじさいネット等の地域医療情報ネットワークの利用を検討します。

(5) 回復期リハビリテーション提供体制

県民が住み慣れた地域において、適時適切に集中的な回復期リハビリテーションが受けられるよう、二次医療圏単位で回復期リハビリテーション機能の適正な配置について推進します。

脳卒中の急性期から慢性期に至るまで、切れ目ない医療を提供するために地域連携パスの活用を推進します。さらに地域連携パスを活用する際に、あじさいネット等の地域医療情報ネットワークの利用を検討します。

(6) 維持期・生活期のリハビリテーション・在宅医療・緩和ケア提供体制

脳卒中を発症した患者が住み慣れた地域で生き生きとその人らしく生活が継続できることを支援するため、生活圏域単位で地域包括支援センターをはじめとした関係機関の支援を行う地域密着型のリハビリテーション支援体制の充実を図ります。

誤嚥性肺炎の予防や、安心して口から食べることが推奨されるよう、令和5年度から在宅歯科医療地域連携支援事業を実施し、地域の中で多職種と協働した口腔・栄養・リハビリテーション地域連携研修会の開催等を通じて、歯科医師や歯科衛生士の地域包括ケアシステムの充実に向けた活動への参画を促すことにより在宅歯科医療の推進を図ります。

脳卒中連携パスの運用により専門的治療・各段階のリハビリテーションを行う医療機関やかかりつけ医が情報交換を行い連携して診療ができる体制づくりを推進します。さらに脳卒中連携パスを活用する際に、あじさいネット等の地域医療情報ネットワークの利用を検討します。

(7) 長崎県循環器病対策推進計画

県では、予防の取組から保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制まで、幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、令和3年度に「長崎県循環器病対策推進計画」を策定しました。

長崎県医療計画との整合性を図りながら、「循環器予防のための生活習慣改善の推進」、「保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実」、「多職種連携によるサービス提供体制の充実」の3つの施策に取り組むことにより、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指します。

4 . 成果と指標

(1) 成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	(目標) 2029年
脳卒中を発症する危険性が高い人が減少していること	特定健康診査受診率	48.8% (2021年)	70%以上
脳卒中を発症した患者が専門的な治療を受けられる医療機関へ速やかに搬送され、適切な治療が行われる体制が構築されていること	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数(SCR)	137.5 (2022年)	増加
安心して在宅で療養できる体制が構築されること	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	53.1% (2022年)	56%
最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2029年
脳血管疾患で死亡する患者が減少すること	脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	男性 85.4 女性 54.4 (2020年)	男性 81.1 女性 51.7

(2) 指標の説明

指標	説明
特定健康診査受診率	内臓脂肪を減少させ生活習慣病を予防、改善することを目的として実施されており、脳卒中等の生活習慣病を発症する危険性が高い人を早期に発見し早期治療につなげます。 出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況(厚生労働省)
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数(SCR)	脳梗塞になった脳細胞が完全に死んでしまう前に血流を再開して少しでも脳細胞を救う治療法です。治療が適用されるか検査を行い、治療の適用患者には速やかに治療を実施する必要があります。 出典：内閣府「医療提供情報の地域差」(NDB-SCR)
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	「生活の再建」により、地域社会に参加できるよう多職種による連携体制の構築及び支援を行います。 出典：NDB(患者調査から集計)
脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	これまでの脳卒中对策に新たな施策を加え、より一層脳卒中对策を推進させ、脳卒中による死亡率を減少させます。 年齢構成に差があるため、地域間で死亡状況の比較ができる年齢構成死亡率で比較します。 出典：厚生労働省「人口動態統計」

第3節 急性心筋梗塞等の心血管疾患医療

1. 急性心筋梗塞等の心血管疾患について

急性心筋梗塞等の心血管疾患は、我が国の死因の第2位となっています。

ア) 急性心筋梗塞

急性心筋梗塞とは、心臓に酸素と栄養を送る血管である冠動脈が動脈硬化により閉塞し、心臓の筋肉に血液が流れなくなり、その細胞が壊死（細胞の死）してしまう状態です。

危険因子は、動脈硬化を促進するものと同じで、高血圧症、糖尿病、脂質異常症など生活習慣病に基づくものや、肥満、喫煙、ストレスなどがあります。また、急性心筋梗塞の既往歴のある血縁者がいる人も同じ病気になりやすいといわれています。

症状として、多くは胸部の締めつけられるような痛み(死にそうと感じる痛み)が起こります。また、閉塞部位によっては、特徴的な胸痛ではなく、肩や腕などへの痛みや息切れ、吐き気などの消化器症状を呈することも少なくありません。さらに、糖尿病や高齢者の方では、無痛性のこともあります。

イ) 大動脈解離

大動脈は、外膜、中膜、内膜の3層構造となっており、十分な強さと弾力を持っていますが、なんらかの原因で内側にある内膜に裂け目ができ、その外側の中膜の中に血液が入り込んで縦方向に大動脈が裂けることを大動脈解離といいます。

症状として、突然の急激な胸から背中にかけての痛み、解離による大動脈から分枝した動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状等、様々な症状をきたします。

中膜に流れ込んだ血液は、新たな血液の流れ道（解離腔または偽腔）をつくり、それによって血管が膨らんだ状態を解離性大動脈瘤（大動脈解離）といいます。外側には外膜一枚しかないため、破裂の危険性を伴います。

ウ) 慢性心不全

日本循環器学会及び日本心不全学会によると、「心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気」と定義されています。

また、心不全とは病名ではなく、心臓の血液を体に送りだすポンプ機能が低下し、体の血液循環が悪くなることにより、日常生活に障害を生じた状態をいいます。

急性心筋梗塞等の心臓に関係する疾患や高血圧をはじめ生活習慣病、その他様々な要因により徐々に心機能が悪化し、慢性心不全に移行していきます。主な症状は、運動時の呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下などで、その平均発症年齢は70歳台と高齢者に多く発症します。

慢性心不全の患者は、症状の増悪と改善により入退院を繰り返す、徐々に身体機能が悪化することが特徴であり、高齢化の進展に伴い、今後、患者数の増加が予想されます。

2. 本県の現状と課題

(1) 患者の状況

急性心筋梗塞等の心血管疾患の死亡者数は、令和4年において、全国で232,964人、本県では2,960人となっています。

急性心筋梗塞等の心血管疾患は、高齢化などの地域差を取り除いたうえで都道府県別の死亡率を比較すると、本県は令和2年において、男性は190.5、女性は114.1となっています。

【表】年齢調整死亡率（人口10万対）

疾患	性別	区分	H22	H27	R2	全国順位 (R2)
急性心筋梗塞	男	全国	55.6	43.3	32.5	13
		長崎	67.6	57.4	38.8	
	女	全国	28.4	20.4	14	23
		長崎	38.8	26.6	14.1	
虚血性心疾患	男	全国	101.5	84.5	73	30
		長崎	92.9	77.2	57.3	
	女	全国	51.1	38.8	30.2	33
		長崎	52.6	35.9	21.8	
心不全	男	全国	75	66.6	69	17
		長崎	81.3	59.9	71.8	
	女	全国	60.1	53.3	48.9	3
		長崎	55.4	55	58.4	

出典：厚生労働省「人口動態統計」

(2) 分野別の現状と主要な施策の方向性

予防から救急医療、急性期、回復期、慢性期まで一連の医療が患者にとって切れ目なく提供されるような体制整備が必要です。

ア) 予防

心血管疾患特に急性心筋梗塞を予防するためには、喫煙、動脈硬化や高血圧などの危険因子（生活習慣病）に対し、早期から予防・治療を心がけることが必要です。

糖尿病、高血圧、脂質異常症及び喫煙は、急性心筋梗塞発症のリスクを高めることが裏づけられており、生活習慣の改善を促す啓発や、高リスク者については、治療継続を呼びかける必要があります。

対象者	求められる役割
かかりつけ医等の医療機関	かかりつけ医等の医療機関に求められる機能としては、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患の管理及び禁煙、メタボリックシンドローム、ストレス等の危険因子の改善について指導・啓発を行うことです。また、歯周病との関連が指摘され口腔ケアの重要性も着目されています。
本人・家族等	急性心筋梗塞は、主に、日々の生活習慣に起因するものが多く、予防するためには、生活習慣の改善を行うことが必要です。また、特定健診の積極的な活用や人間ドッグなどの検査により、高血圧症、糖尿病、喫煙などの発症要因を早期発見し治療に繋げることも必要です。

イ) 救急医療

本県の疾患群別搬送件数（内因性疾患）によると、平成 28～令和 2 年度に脳疾患及び心疾患で救急搬送された件数は、脳疾患は増加傾向、心疾患は減少傾向にあります。

本県において、令和 4 年度の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は 40.9 分であり、全国平均の 40.6 分をやや上回っています。

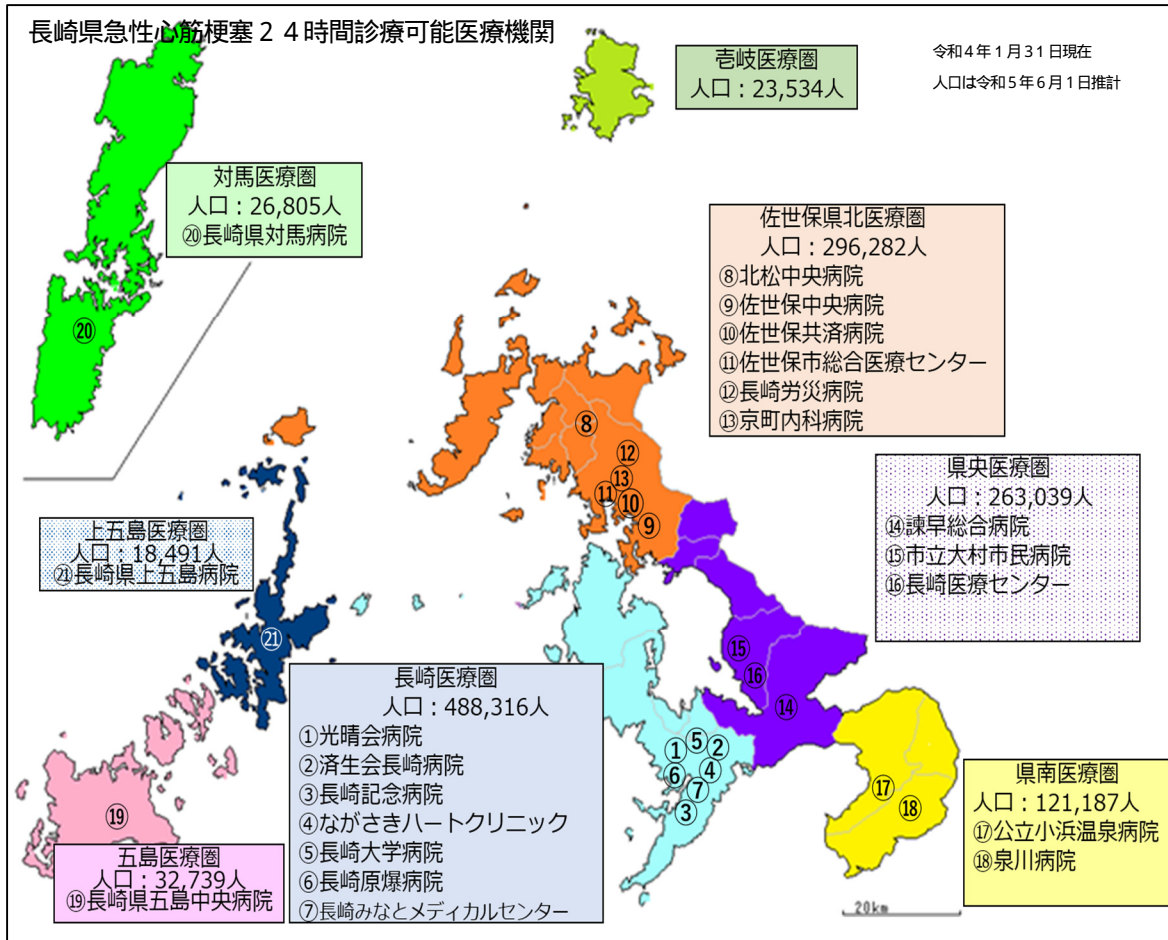
ウ) 急性期の医療

急性心筋梗塞に対しては速やかに再灌流療法を行うことで予後の改善につながる事が明らかになっています。

急性心筋梗塞等の急性期医療について、県内の 21 医療機関で 24 時間診療が可能となっていますが、医療機関の地域偏在があります。

医師の地域偏在や人材不足等により、今後、24 時間を通じて心筋梗塞等の急性期対応を可能とするための医師配置が困難になることが予想されます。そのため、専門医の養成とともに医療機能の分化・役割分担の強化さらには必要時にはお互い協力し効率的な連携体制整備を一層推進する必要があります。

詰まった血管を再開通させる治療法。再灌流療法には、カテーテルを用いて冠動脈の閉塞部分でバルーンを膨らませたり、閉塞部分に金具（ステント）留置などを行う経皮的冠動脈インターベンション（PCI）、血栓を薬物で溶かす血栓溶解療法、または血栓をカテーテルで吸い取る冠動脈血栓吸引術などがある。外科的治療には冠動脈の閉塞部分より先に血管をバイパスする冠動脈バイパス術（CABG）がある。



一部の病院では、休日、夜間に対応できない場合もあります。

エ) リハビリテーション・在宅医療・緩和ケア提供体制

心血管疾患患者に対しては、急性期からリハビリテーションを行い、1日でも早い退院と復帰を目指すことが必要です。

本県の入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(SCR)、外来リハビリテーション実施件数(SCR)ともに全国を上回っており、急性期から維持期・生活期にかけて心血管疾患リハビリテーションは比較的取り組みが進んでいるとの見解もあります。

離島地域では心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関がない地域もあり、県下の心血管疾患リハビリテーション提供体制の地域差の解消が必要です。

高齢者を中心に心不全等で入退院を繰り返す患者が増加していることから、維持期・生活期においても、多職種介入による疾病管理プログラムとして、心臓リハビリテーションを実施することが望まれます。

急性心不全や慢性心不全の急性増悪などの心不全に伴う入院医療も、急性心筋梗塞体制に準じて行われており、受け入れ医療機関が限られています

県下では、心不全患者に対し、緩和ケアを実践している医療機関も一部にはありますが、十分に普及し

ているとは言えず、今後は医療従事者及び介護従事者との連携や医療機関同士のネットワークを生かしながら、取組を推進する必要があります。

3 . 施策の方向性

(1) 予防

県は市町・医療保険者・地域、学校等の機関、団体等と連携・協力し、県民の健康づくり支援のための計画である「健康ながさき 21 (第 3 次) 」に基づき、生活習慣病の予防のため、食生活、身体活動・運動、たばこ、飲酒、休養・睡眠の基本的な方向に沿った目標を達成することにより、生活習慣病対策を推進します。

保険者は、特定健診等について情報を提供するとともに健診受診を促します。また、健診未受診者及び精密検査の必要な方の受診を勧奨します。

保険者は、特定健診での脂質異常症、高血圧、糖尿病等治療を中断している人への治療継続を呼びかけます。

(2) 救急医療

県民が脳卒中及び急性心筋梗塞の発症時の症状を認識し、発症時は速やかに救急要請が行えるよう啓発を行います。

県民が脳卒中及び急性心筋梗塞の発症時、早急に必要な医療を受けることができるよう、急性期治療を専門に行う医療機関について、医療関係者や県民へ周知します。

(3) 急性期の医療

医療機関連携により、県民が早急に適切な医療を受けることができるよう、急性心筋梗塞や大動脈緊急症に対する専門的医療が可能な医療機関の地理的な分布の適正化に取り組むとともに、病院間のネットワーク強化に努めます。

(4) リハビリテーション・在宅医療・緩和ケア提供体制

心不全患者の再入院を予防し患者の生活の質を維持向上するために、急性期から維持期・生活期までの疾病管理プログラムを活用したリハビリテーションの提供体制を整備します。

リハビリテーション提供体制の地域差の解消を目指し、本土のリハビリテーション医療機関への受診が困難な離島地域の患者に対する心血管リハビリテーション提供体制について検討します。

長崎 AMI 二次予防クリニカルパスをはじめ、循環器専門医とかかりつけ医およびリハビリテーション専門職の連携体制の構築のため、地域連携パスの活用を推進します。さらに地域連携パスを活用する際に、あじさいネット等の地域医療情報ネットワークの利用を検討します。

心不全医療に関わる医療機関の役割の明確化とネットワークづくりのため、心不全増悪時の対応やレスパイト入院などに対応できる医療機関や地域の福祉・介護と連携の中核を担う医療機関の整備を推進します。

心不全をはじめとする慢性心疾患患者への適切な終末期医療の提供のため、アドバンス・ケア・プランニングに基づく緩和ケアを行う医療従事者の育成等を推進します。

アドバンス・ケア・プランニング:将来の意思決定能力低下に備えて、患者やその家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合う過程(プロセス)

(5) 長崎県循環器病対策推進計画

県では、予防の取組から保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制まで、幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、令和3年度に「長崎県循環器病対策推進計画」を策定しました。

長崎県医療計画との整合性を図りながら、「循環器予防のための生活習慣改善の推進」、「保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実」、「多職種連携によるサービス提供体制の充実」の3つの施策に取り組むことにより、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指します。

4. 成果と指標

(1) 成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	(目標) 2029年
心筋梗塞等の心血管疾患を発症する危険性が高い人が減少すること	喫煙率	15.8% (2021年)	12.0% (2032年) (2)指標の説明参照
	特定健康診査受診率	48.8% (2021年)	70%以上
発症から急性期治療開始までが3時間以内となるような体制を整備すること	PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	59% (2022年)	60%
急性期から在宅医療に至る医療提供体制が構築されること	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	119.6 (2022年)	増加
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	113.1 (2022年)	増加
最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2029年
心血管疾患による死亡者を減少させること	心血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	男性 190.5 女性 114.1 (2020年)	男性 181.0 女性 108.4

(2) 指標の説明

指標	説明
喫煙率	令和 3 年度の 20 歳以上の喫煙率 15.8%から、2032 年に 12.0%を目指します。 出典：健康ながさき 21（第 3 次）
特定健康診査受診率	内臓脂肪を減少させ生活習慣病を予防、改善することを目的として実施されており、脳卒中等の生活習慣病を発症する危険性が高い人を早期に発見し早期治療につなげます。 出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）
PCI を施行された急性心筋梗塞患者数のうち、来院後 90 分以内の冠動脈再開通達成率	来院後、90 分以内に必要な処置が完了した者の割合を増加させます。 出典：厚生労働省「NDB」
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	SCR データにおける心大血管リハビリテーション料のスコアの増加を目指します。 内閣府「医療提供情報の地域差」（NDB-SCR）
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	
心血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）	過去の実績を踏まえ心血管疾患による年齢調整死亡率の減少を目指します。 出典：厚生労働省「人口動態統計」