

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。

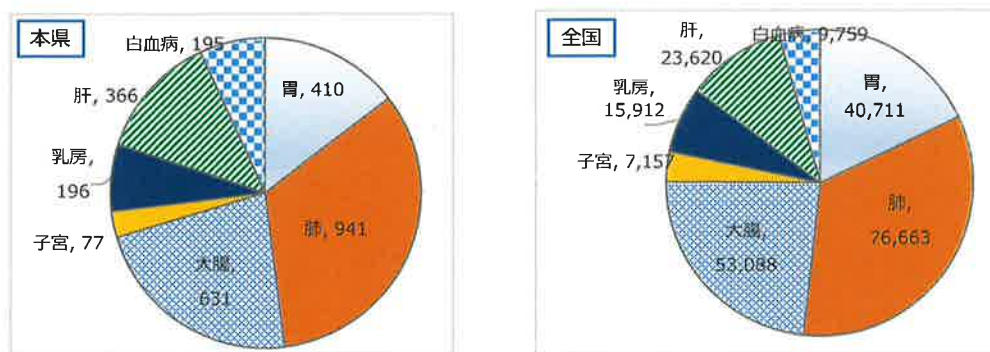
2. 本県の現状と課題

(1) 患者の状況

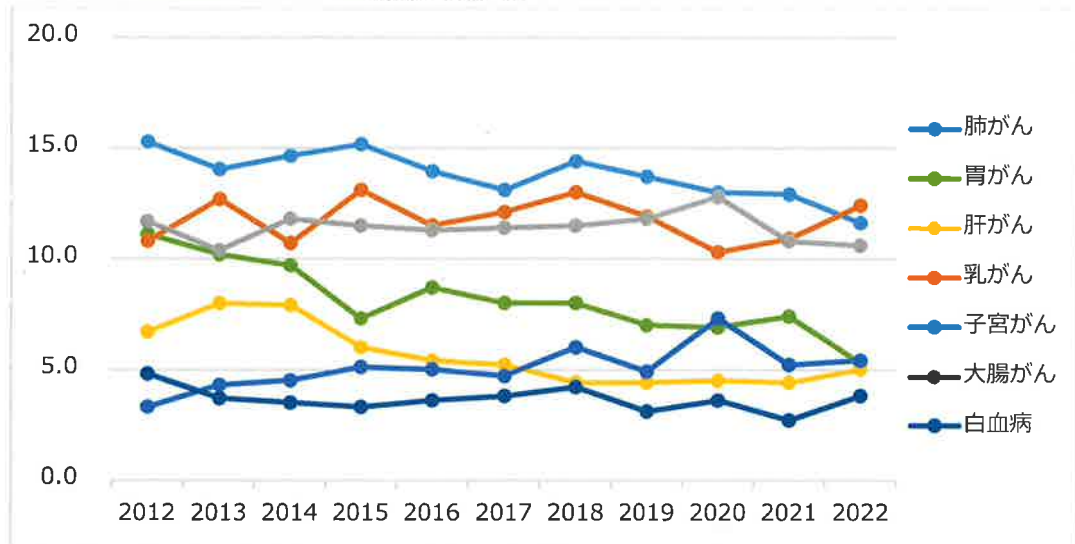
- 本県では、昭和54年にがんが死亡原因の1位となり、昭和60年には、がん死亡率が全国ワースト1位となりました。
- 令和4年においては、本県の死亡者数19,309人のうち、がんによる死亡者数は4,795人（約4人に1人）となっています。
- 死亡者数の内訳を部位別にみると、肺がんが一番多く941人、大腸がん631人、胃がん410人、肝がん366人の順となっています。また、死亡率を都道府県で比較すると、白血病が全国ワースト1位、肝がんが2位、乳がんが4位となっています。
- なお、白血病が多いのは、本県にATL（成人T細胞白血病・リンパ腫）※が多いことが関係するといわれています。

※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）



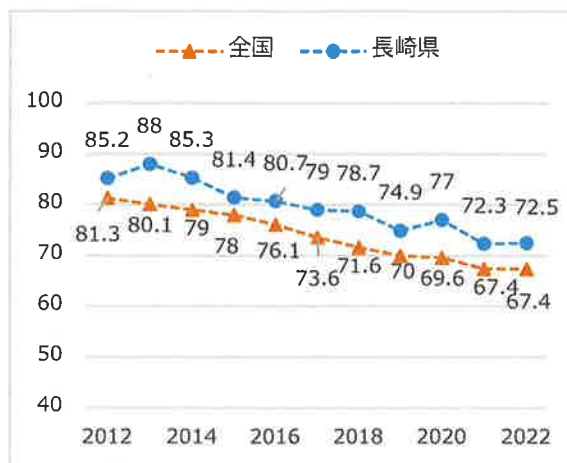
※出典：（上記の2つのグラフ）厚生労働省「人口動態統計」

●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。

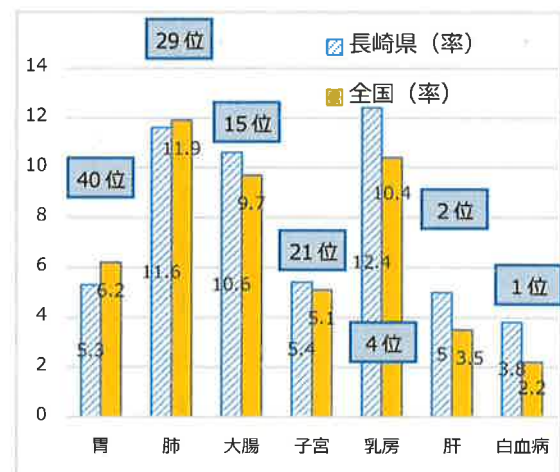
※年齢調整死亡率：がんは高齢になるほど死亡率が高くなるため、高齢者が多い地域は死亡率が高くなります。

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%

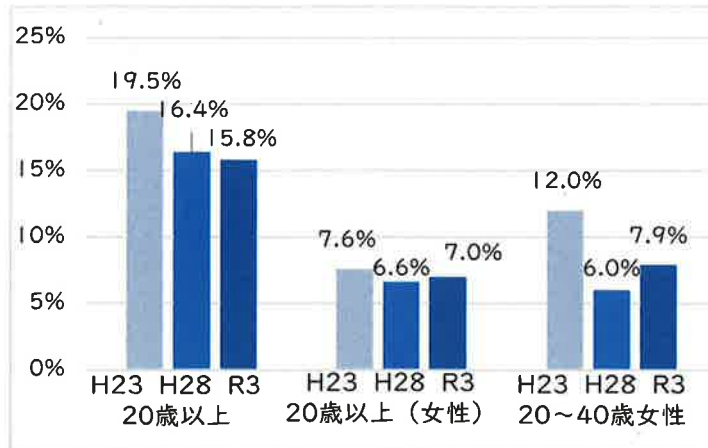
※出典：平成 28 年国民健康・栄養調査報告、(特定健診受診率のみ) 令和 3 年特定健康診査・特定保健指導の実施状況

※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。

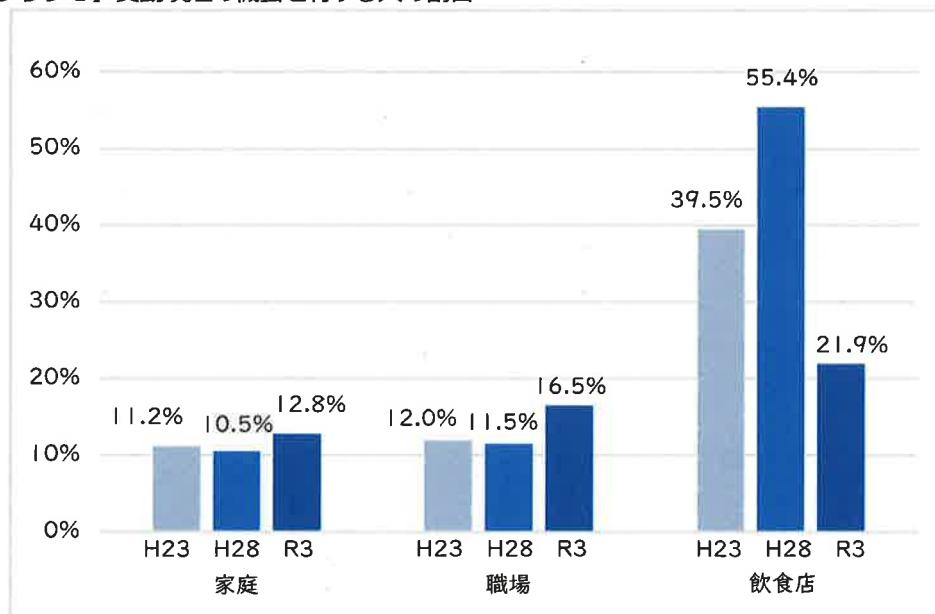
【グラフ】喫煙率の推移



※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。

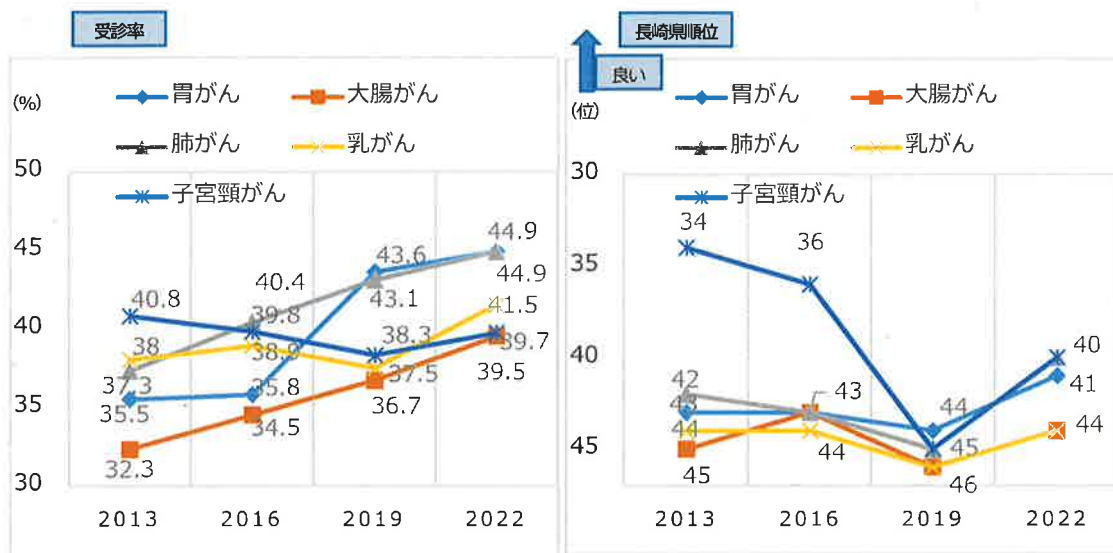
※ヒトパピローマウイルス：主に性交渉によって感染し、ほとんどの場合自己免疫力によって消失します。しかし、消失されず感染が持続し、がんに進行する場合があります。

- 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、がんに罹患している疑いのある人、がんに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。

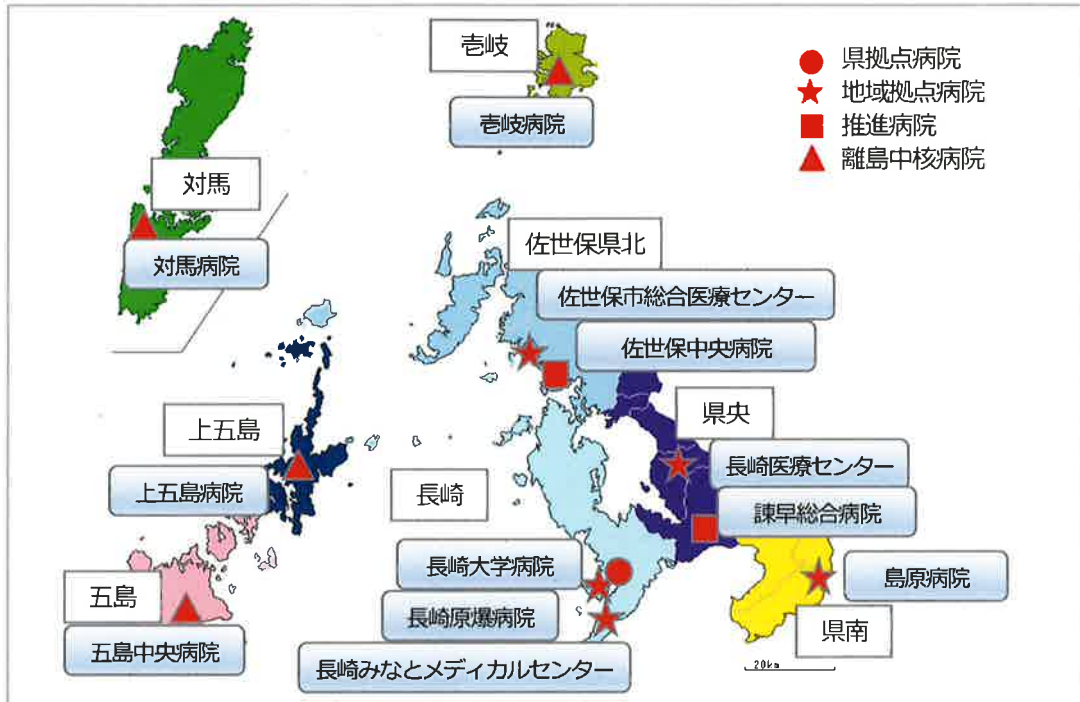
(3) がん医療の充実 ※詳細については長崎県がん対策推進計画（第4期）「2 がん医療の充実」を参照。**ア) 拠点病院等を中心としたがん医療連携体制の整備**

- 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カ所、「地域拠点病院」が5カ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。

工) 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、将来こ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ATL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。
- 膀胱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「がんとの共生社会」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ために指摘されています。

(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みます。
- 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) がんとの共生

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入っています。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。

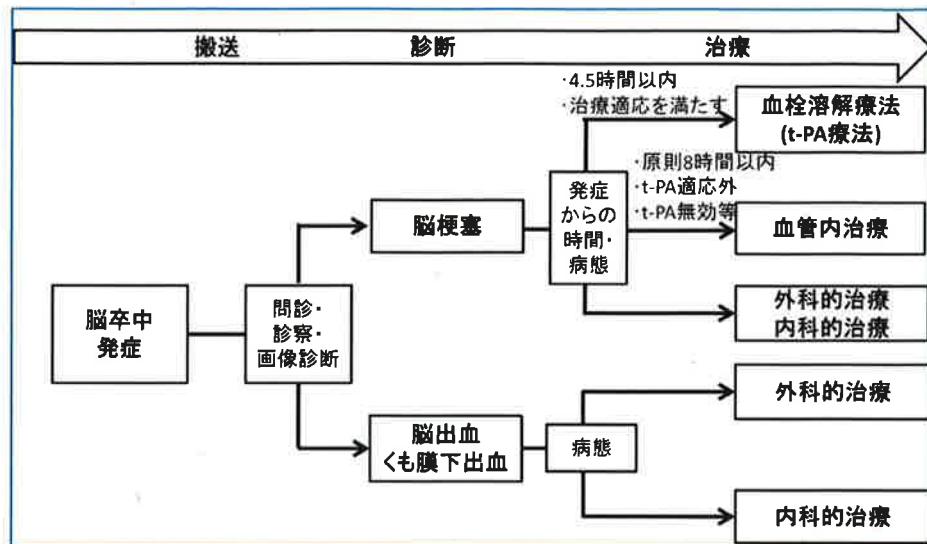
※t-PA 静注療法：t-PA は、血管を詰まらせる原因である血栓(血の固まり)を溶解させる薬のことです。t-PA 静注療法とは、脳梗塞が起きた際、脳の細胞が死んでしまう前に血栓を溶かし、血流を再開し脳の働きを取り戻す治療法です。

- 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	・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	・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	・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リハビリテーションを実施する回復期医療に移行します。
- 適切なリ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	・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	・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。

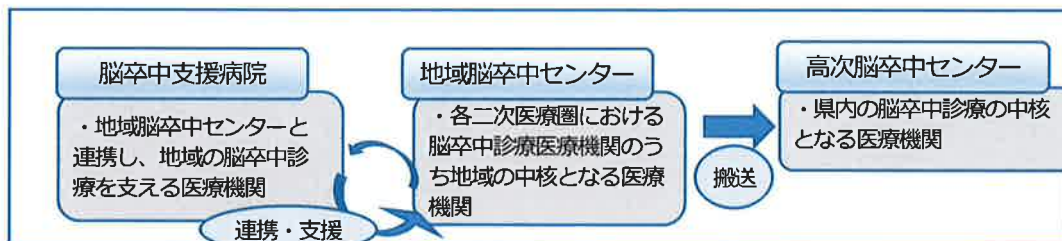
- 本県では、脳卒中に関する医療機能の専門化と役割分担を推進し、急性期における医療の拠点化と急性期から回復期に至る医療の連携を図るため、「脳卒中診療ネットワーク」を構築しています。具体的には、県が急性期に必要な医療機能を有する医療機関をその機能に応じて「高次脳卒中センター」「地域脳卒中センター」「脳卒中支援病院」と認定することで、県民、救急隊員、医療関係者が脳卒中を疑われる患者の搬送先を認識できるようにしています。また、「脳卒中診療ネットワーク」により、県下では24時間365日専門的な診療が受けられる体制にあります。

- 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。

- 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-P A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1001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39号
佐世保県北	長崎労災病院	佐世保市瀬戸越2丁目12番5号
	佐世保中央病院	佐世保市大和町15番地
県南	長崎県島原病院	島原市下川尻町7895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	長崎市淵町20-5
	済生会長崎病院	長崎市片淵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24番1号
	宮崎病院	諫早市久山町1575番地1
	長崎川棚医療センター	東彼杵郡川棚町下組郷2005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「顔の見える関係づくり」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、集中的なリ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リハビリテーション、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、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出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し、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・治療を心がける必要があります。
- 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必要があります。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。

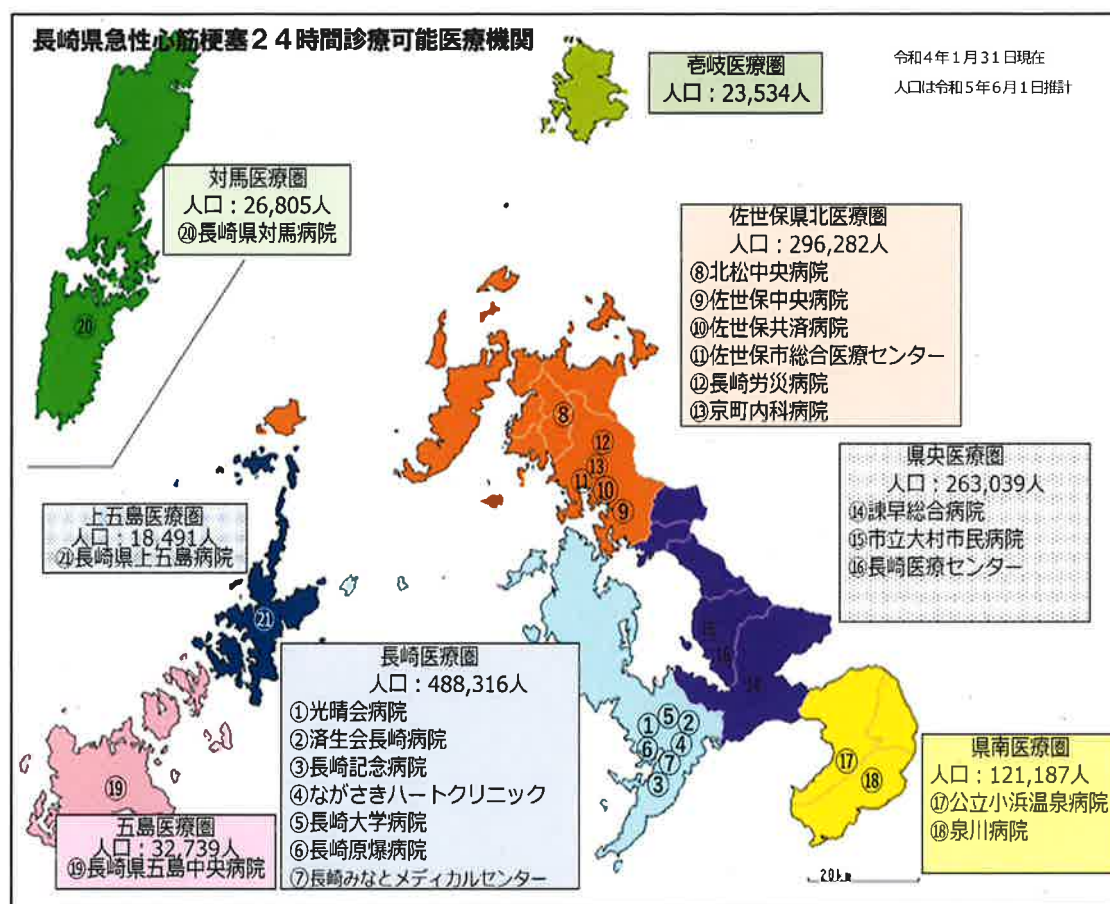
イ) 救急医療

- 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こと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に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」

第4節 糖尿病医療・慢性腎臓病（CKD）対策

1. 糖尿病について

- 糖尿病は、体内の血糖をコントロールする「インスリン」というホルモンの作用が不足、あるいはその作用が減弱（抵抗性が増強）することで起こる慢性の高血糖状態を特徴とする疾患です。血糖が高くなると口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられます。
- 糖尿病の種類は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊によりインスリンが絶対的に欠乏する事で発症する「1型糖尿病」と、遺伝的要因とともに、過食、運動不足、肥満などの生活習慣に加齢が加わり主にインスリンの相対的な不足と抵抗性の増大が相まって発症する「2型糖尿病」に分類されますが、日本人の患者のほとんどは「2型糖尿病」です。
- 糖尿病は、脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子にもなる慢性疾患であり、著しい高血糖によって起こる急性合併症（糖尿病性昏睡等）と、長年にわたる高血糖の結果で起こる慢性合併症（糖尿病性網膜症、糖尿病性腎臓病、糖尿病性神経障害、脳卒中、心筋梗塞等）を引き起こします。糖尿病は、初期には自覚症状がほとんどないため、治療を受けずに放置しているケースが多く、その結果、病状が進行し重症化することがあることから、特定健康診査等を受診することによる早期発見が大切になります。
- 糖尿病は、生涯を通じての治療継続が必要ですが、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能です。患者への教育・指導等を通じて、早期に介入し、合併症の発症を予防し、治療継続することで合併症の重症化を予防することが重要です。

（1）本県の現状と課題

①現状と課題

- 40歳から74歳の糖尿病治療（インスリン注射又は血糖を下げる薬の使用）有の割合は増加傾向であり、令和2年度は本県男性8.43%（全国7.57%）、女性4.22%（全国3.54%）と全国よりも高い状況です。

【図】 糖尿病治療（インスリン注射又は血糖を下げる薬の使用）有の割合推移



※出典：NDB オープンデータ

- 40歳から74歳の特定健康診査受診者のうち HbA1c6.5%以上の糖尿病が強く疑われる者の割合は、令和2年度本県 7.23%（全国 7.28%）と全国並みの状況です。前回の平成 27 年調査（本県 6.77%、全国 6.68%）と比較して増加している状況です。

【表】 糖尿病が強く疑われる者（HbA1c6.5%以上の者）の割合推移（%）

	H27	H28	H29	H30	R1	R2
長崎県	6.77%	6.69%	7.29%	7.52%	7.44%	7.23%
全国	6.68%	6.81%	6.97%	6.99%	7.13%	7.28%

※出典：（HbA1c）NDB オープンデータ ※NGSP 値で算出

- 40歳から74歳までの特定健康診査受診者のうち HbA1c8.0%以上の血糖コントロール不良者の割合は、令和2年度本県 1.32%（全国 1.46%）と全国より低い状況ですが増加傾向にあります。

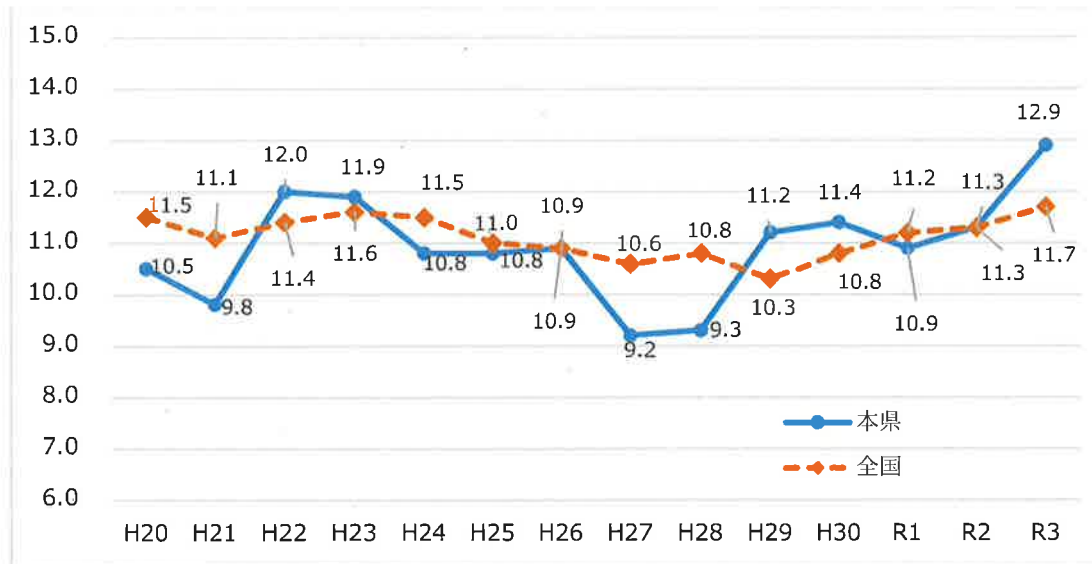
【表】 40歳から74歳までの特定健康診査受診者のうち HbA1c 8.0%以上の血糖コントロール不良者の割合

	H27	H28	H29	H30	R1	R2
長崎県	1.16%	1.15%	1.27%	1.24%	1.27%	1.32%
全国	1.27%	1.28%	1.31%	1.31%	1.32%	1.46%

※出典：（HbA1c）NDB オープンデータ ※NGSP 値で算出

- 糖尿病による死亡者数は、本県 166 人（全国 14,356 人）、人口 10 万対の粗死亡率は、本県 12.9（全国 11.7（令和3年の厚生労働省人口動態統計））となっています。

【図】糖尿病粗死亡率（人口10万対）



※出典：厚生労働省「人口動態統計」

- 令和2年の国の患者調査によると、本県の糖尿病の総患者数は7万4千人（全国の総患者数 579.1万人）と推計されており、男女別でみると、男性4万3千人、女性3万1千人で、男性の方が多くなっています。

②発症予防

- 糖尿病は生活習慣を改善することでその発症予防が可能であることから、生活習慣病対策として重点的に取り組む必要があります。
- 糖尿病の原因として関わりの深いメタボリックシンドローム該当者の割合は、令和3年度本県18.0%で、全国割合の16.6%を1.4ポイント上回り、全国ワースト12位となっています。また、メタボリックシンドローム予備群の割合は、令和3年度本県13.2%で、全国割合の12.5%を0.7ポイント上回り、全国ワースト5位となっています。

【表】長崎県のメタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

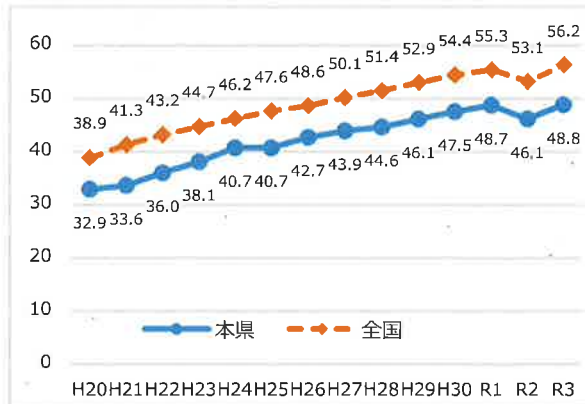
		H29	H30	R1	R2	R3
メタボリックシンドローム該当者	長崎県 総数	44,710	46,602	49,169	48,227	51,172
	長崎県 割合	16.3%	16.6%	17.1%	17.7%	18.0%
	全国 割合	15.1%	15.5%	15.9%	16.8%	16.6%
	全国順位（ワースト）	13位	14位	15位	17位	12位
メタボリックシンドローム予備群	長崎県 総数	33,793	34,598	36,635	35,956	37,485
	長崎県 割合	12.3%	12.3%	12.8%	13.2%	13.2%
	全国 割合	12.0%	12.2%	12.3%	12.7%	12.5%
	全国順位（ワースト）	14位	17位	10位	8位	5位

※出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

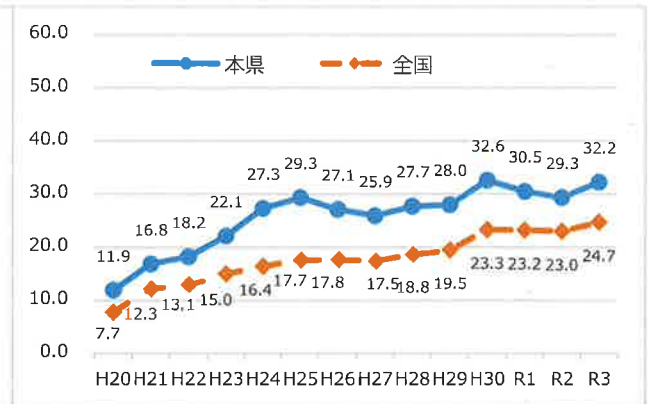
- 長崎県健康増進計画「健康ながさき21（第3次）」では、「健康寿命の延伸」「個人の行動と健康状態の改善」「社会環境の質の向上」「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」など4つの基本的な方向に沿って健康づくりの施策を展開しています。

- 特定健康診査等によって発見された糖尿病あるいはその疑いのある人は、健診機関等からの結果通知や紹介状等により、治療や専門的な指導につなげることによって、重症化を予防あるいは症状を軽減することができます。しかし、糖尿病は自覚症状がないことが多く、健診機関等から紹介状を発行されても受診しない場合や治療を中断することが課題となっています。
- 本県の特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は、年々増加傾向にありますが、令和3年度時点で、特定健康診査受診率は48.8%、特定保健指導実施率は32.2%となっています。本県の目標率（令和5年度）は、特定健康診査受診率70.0%、特定保健指導実施率45.0%ですが、いずれも目標に達しておらず、引き続き取組の強化が必要です。

【図】特定健康診査受診率の推移（%）



【図】特定保健指導実施率の推移（%）



※出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導」

③糖尿病合併症重症化予防

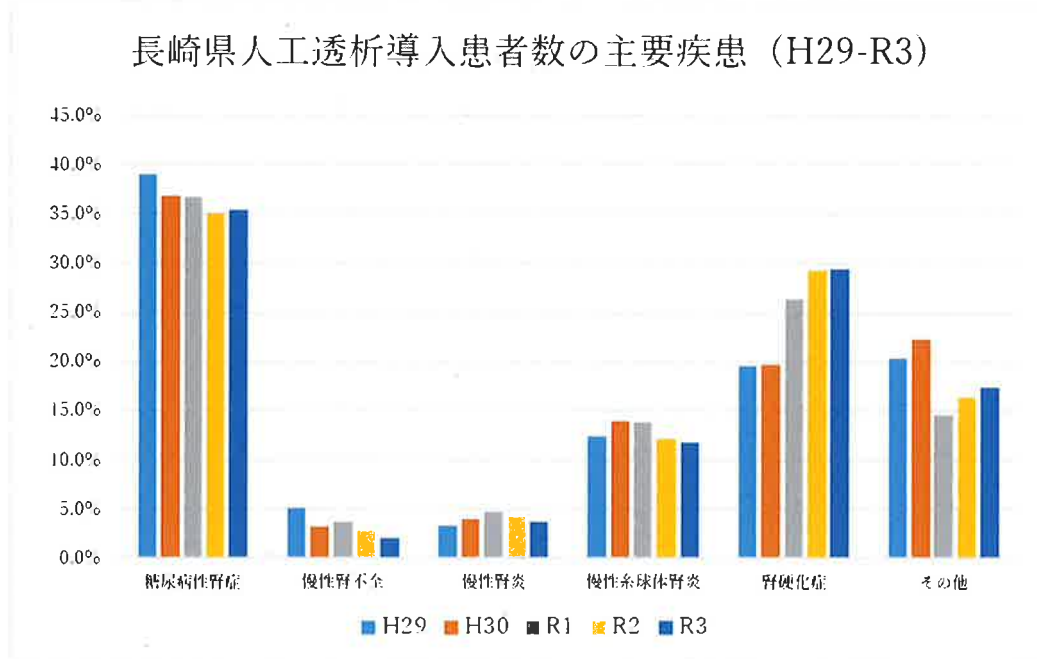
- 糖尿病慢性合併症の代表的なものとして、神経障害、網膜症、腎症等があります。合併症の早期発見や合併症の治療を行うためには、かかりつけ医や糖尿病専門医、眼科、腎臓内科、神経内科、歯科等関係専門医が連携して適切な治療を行う必要があります。

合併症の種類	説明
糖尿病性神経障害	高血糖の状態が続くと、手足を中心に、神経障害が起こります。しびれや感覚のにぶりなどに始まり、悪化すると血行不良が重なり壊疽（えそ：組織が崩壊して腐ること）を起こすことがあります。
糖尿病性網膜症	血行障害から眼底の血管がつまり、出血を引き起こします。進行すると視力の低下から、失明状態にいたることがあります。
糖尿病性腎症	腎臓の毛細血管が傷つくことなどで、腎機能が低下します。悪化すると腎不全となり、人工透析や腎臓の移植などの治療が必要なことがあります。

- 歯周病は糖尿病の合併症の一つと言われてきましたが、近年、歯周病になると糖尿病の症状が悪化するという逆の関係も明らかになり、歯周病と糖尿病は、互いに悪化因子であるという考え方が広まってきています。医科と歯科の緊密な連携による症状の改善、重症化予防が必要です。
- 糖尿病患者の死亡やADL（日常生活動作）の低下を防ぐためには、心血管疾患や脳血管障害などの合併症の予防が重要です。そのため心疾患や脳・頸動脈病変などの定期評価を行う必要があります。

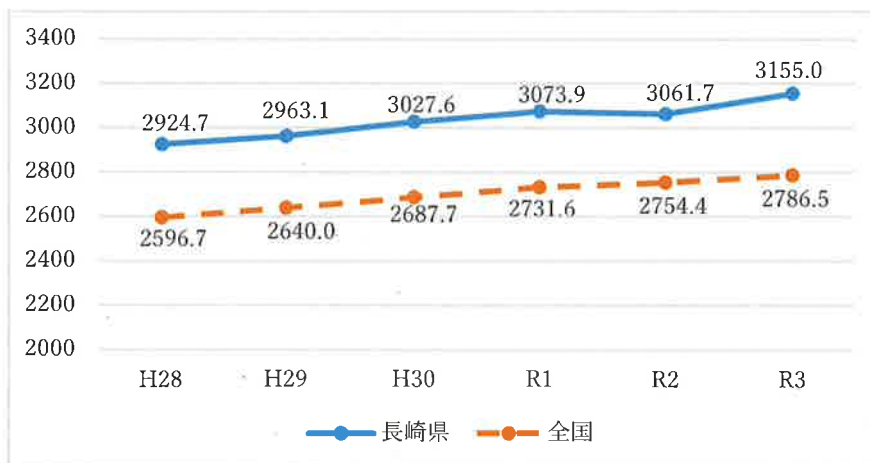
- 糖尿病性腎症は、日本透析医学会の調査によると、平成10年に全国で人工透析の原因疾患の1位となりました。本県でも、令和3年度新規人工透析患者の約3割を占め、原因疾患の1位です。

【図】人工透析の主要疾患の割合(%)



出典：長崎県腎不全協会

【図】人口100万人あたりの人工透析患者数の推移（単位：人）



出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

- 令和3年の日本透析医学会の調査によると、人工透析の人口100万対患者数は、本県3155.0人（全国2786.5人）となっており全国より多い状況です。また、新規の人工透析導入患者は、全国で40,511人ですが、長崎県腎不全対策協会によると本県では492人となっています。
- 令和2年度の国民医療費（医科診療のみ）約30.7兆円のうち、糖尿病、がん、脳血管疾患などの生

活習慣病による医療費は約 30.1%、このうち、糖尿病による医療費は約 1.1 兆円（約 3.8%）を占めています。また、人工透析に要する医療費は一人あたり年間約 500～600 万円かかることになるため、医療費適正化の観点からも合併症の重症化の予防は重要といえます。

- 糖尿病性腎臓病は「慢性腎臓病（「CKD」といいます。）」という疾患のひとつでもあります。本県では、CKD 対策としても医療連携体制の構築に取り組んでおり、かかりつけ医と腎臓専門医の連携を円滑にするための基準を作成しています。糖尿病の診療においても、腎機能低下の程度に応じ、適切に腎臓専門医に紹介する等、CKD 診療との連携を一層強化する必要があります。
- 平成 29 年から、「長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者を医療に結び付けることや治療中の患者のうち重症化するリスクの高い者に対して、保険者がかかりつけ医と連携した保健指導等に取り組んでいます。
- 尿中アルブミン（定量）検査は糖尿病性腎臓病の早期発見に有用です。かかりつけ医が適切な時期に腎機能を把握するための尿中アルブミン検査、クレアチニン検査を実施し、必要に応じて糖尿病専門医や腎臓専門医へ受診させることが必要です。
- 糖尿病患者における合併症を予防するためには、かかりつけ医と慢性合併症に対応した専門医や専門施設が、合併症の程度に応じた病診連携システムを構築することが重要です。
- 県内において、合併症治療について、糖尿病等を原因とする腎不全に対する人工透析を行っている医療機関は 67 施設、網膜症に対する網膜光凝固術を実施している医療機関は、64 施設あります。また、糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関は、34 機関あります。

【表】透析医療機関数（令和4年6月現在）

圏域	長崎	県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	県全体
病院	13	10	5	3	2	1	3	2	39
診療所	8	7	6	4	2	1	0	0	28
合計	21	17	11	7	4	2	3	2	67

※出典：長崎県腎不全対策協会

【表】網膜光凝固術実施医療機関数（令和5年9月現在）

圏域	長崎	県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	県全体
施設数	23	17	12	6	2	1	1	2	64

※出典：ながさき医療機関情報システム

【表】糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関（令和5年9月現在）

圏域	長崎	県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	県全体
施設数	13	4	9	4	1	0	2	1	34

※出典：診療報酬施設基準、厚生労働省医務局地域医療計画課調べ

④医療連携体制

- 本県では、糖尿病診療を担う医療機関を、「一般医」、「糖尿病連携医がいる医療機関」、「糖尿病専門医がいる医療機関」に3つに分類し、機能を明確にしたうえで、お互いが連携することで、効率的、効果的な医療を提供しています。

区分	説明	機能
一般医	・地域の診療所（医院）で、患者の初期症状の治療及び家族ぐるみの日常的な健康管理にあたっている医師。 ・いわゆるホームドクターで、家族の健康問題等を的確に把握し、必要な時に適切な指示を行う医師	①糖尿病の安定期治療管理ができる。 ②糖尿病患者の生活（食事、運動等）指導ができる。 ③健診からの紹介者に対する検査を実施し、生活指導による発生予防を行う。また、病状に応じて、糖尿病連携医または糖尿病専門医に患者の紹介を行う。
糖尿病連携医	地域の診療所（医院）、または一般病院で、糖尿病診療に重点をおき、診療を行っている医師。糖尿病専門医と密接に連携し、糖尿病患者のインスリン治療をはじめ、合併症予防の対策を積極的に行う。 ※長崎県糖尿病対策推進会議（長崎県医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会）の定める要件を満たしていること。	①糖尿病関連の研修会に定期的に参加し、最新の治療方法などを習得していること。 ②常勤する糖尿病連携医が糖尿病診療に従事していること。 ③長崎県糖尿病対策推進会議が開催する糖尿病診療セミナー（基礎講座）を修了していること。 ④インスリン治療患者の管理ができること。 ⑤看護師等による個人・集団指導ができること。 ⑥糖尿病専門医や一般医（かかりつけ医）との連携ができること。 ⑦糖尿病合併症のチェックを計画的に行ない、重症化リスクがある患者を専門家に紹介する。 ⑧不安定期や急性合併症に対応できること。
糖尿病専門医	もっぱら糖尿病診療に従事するほか、糖尿病連携医や一般医と密接な連携を図り、教育指導者としての役割を担う医師。 ※次の①～③のいずれかに該当していること。 ①日本糖尿病学会専門医 ②日本糖尿病学会研修指導医 ③日本糖尿病学会認定教育施設において研修カリキュラムに基づいた教育を一定期間受けた医師	①常勤・専任する糖尿病専門医が糖尿病診療に従事していること。 ②薬剤やインスリン導入などの治療管理ができること。 ③看護師等による個人・集団生活指導ができること。 ④③に加え複数の職種（日本糖尿病療養指導士、管理栄養士、健康運動指導士等）による糖尿病患者の生活指導ができること。 ⑤急性または重症合併症の治療管理ができること。 ⑥他の医師や看護師、薬剤師等医療従事者に対して、教育指導を行なうとともに、一般市民等に発症予防の啓発・教育を行なうことができること。

- 適切な糖尿病治療あるいは、合併症の重症化予防のためには、病態に応じた治療や専門的な指導が必要です。専門的治療や指導が必要な人を、確実に専門医療につなげるため、一般医、連携医、及び専門医の連携を強化する必要があります。
- 糖尿病の専門的な治療・指導を実施している医療機関は、主に糖尿病専門医及び糖尿病連携医が在籍する医療機関であり、本土の各二次医療圏には複数ありますが、地域偏在（特に離島）がみられます。
- 糖尿病専門医は県内に56人（令和5年8月現在）、糖尿病連携医は、県内に237人（令和5年8月現在）いますが、地域偏在（特に離島）がみられます。
- 日本糖尿病協会の登録歯科医制度に登録している歯科医師は、県内30人（令和5年8月現在）です。本制度の活用と糖尿病対応歯科医療機関の充実が望まれます。
- 平成28年から新たに認定薬剤師制度が開始され、糖尿病薬物療法認定薬剤師数は県内4人、糖尿病薬物療法履修薬剤師数は、県内2人です。（令和5年4月現在）
- 県薬剤師会では、血糖自己測定器を取り扱っている薬局を体制整備するとともに、薬剤師による糖尿病治療薬の適切な服薬指導を実施し、低血糖やシックデイ対策^{※1}、インスリン・GLP-1製剤^{※2}

の自己注射等について患者指導を実施しています。引き続き薬局による積極的な取組を推進する必要があります。

※1：シックデイ対策とは、糖尿病患者が、糖尿病以外の病気(感染症や外傷など)にかかったときに行うべき対策のこと。

※2：GLP-1製剤とは、インスリン分泌を促進する消化管ホルモン製剤で、インスリン製剤と同様に在宅自己注射が可能。

- 日本糖尿病療養指導士認定機構に認定された日本糖尿病療養指導士※1、は県内で237人(令和5年8月現在)います。一方、「長崎地域糖尿病療養指導士(LCDE-nagasaki)※2」の認定者数は、総計384人(令和5年1月現在)であり、会員数は年々拡大していますが、地域偏在(特に離島)がみられます。

※1：高度で幅広い専門知識をもち、患者の個々のセルフケアを支援するため日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する。資格は、糖尿病専門医がいる医療機関の、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師が中心である。

※2：地域における幅広い糖尿病療養指導・教育啓発活動や、医療連携を推進する為、地域独自の認定機構が認定する。資格は、地域で医療、保健、介護に従事する様々な職種が含まれる。

【表】各圏域における専門職数(単位：人)

	長崎	佐世保 県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	県全体	出典
糖尿病専門医	34	9	10	2	1	0	0	0	56	県の医療政策課調 (令和5年8月現在)
糖尿病連携医	88	59	58	30	1	0	0	1	237	
糖尿病看護認定 看護師	9	0	4	0	0	0	0	0	14 (非公表 1含)	日本看護協会 (令和5年8月現在)
日本糖尿病療養 指導士 (CDEJ)	123	47	58	7	1	0	1	0	237	日本糖尿病療養指導 士認定機構 (令和5年8月現在)
長崎地域糖尿病 療養指導士認定 者(LCDE- nagasaki)	219	40	62	28	18	1	3	13	384	LCDE-nagasaki HP (令和5年1月現在)

(2) 施策の方向性

糖尿病治療が本来必要であるにも関わらず、未治療の患者がいることから、重症化予防の観点も含め、「健康ながさき 21（第3次）」に基づく生活習慣病予防の推進を図るとともに、地域の実情に応じた糖尿病の医療体制の構築を推進します。

【目標】

- 「健康ながさき 21（第3次）」に基づく生活習慣予防（第3次特定健康診査・特定保健指導、健診後の適切な受診勧奨）推進による糖尿病未治療者・治療中断者を減少させる取組を強化します。
- かかりつけ医から専門医、専門医療機関への診療科間連携を推進します。

①発症・重症化予防の推進

- 糖尿病を予防するためには、生活習慣の改善が不可欠です。県が策定する「健康ながさき 21（第3次）」に基づき、医療機関や医療保険者等の連携により特定健康診査の受診勧奨など予防の取組を推進します。また、糖尿病が重症化し合併症等になることを防ぐため、リスクの高い方への働きかけを強化します。

ア 普及啓発等の取組

- 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、特定健康診査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、特定健康診査での脂質異常症、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。
- 糖尿病に関わる関係団体、ボランティアグループは、医療機関との連携のもと、糖尿病患者の生活指導等、普及啓発に努めます。
- 糖尿病及び合併症に関する正しい知識の普及啓発に取り組みます。

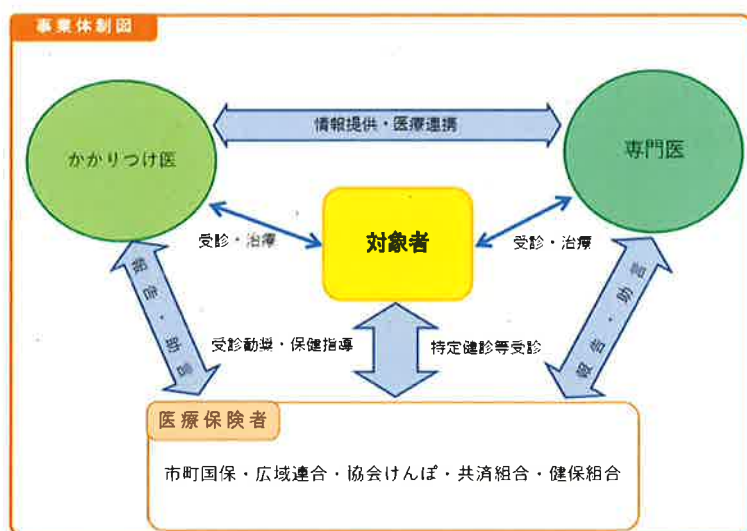
■ 「健康ながさき 21（第3次）」の主な取組

- ・健康ながさき 21（第3次）は、健康増進法第8条に基づき策定する長崎県の健康増進計画です。
- ・国の国民健康づくり運動「健康日本 21」を勘案して県が策定する計画(令和6年度から17年(2032年)度の計画期間)であり、「医療計画」、「介護保険事業支援計画」「がん対策推進計画」「歯・口腔の健康づくり推進計画」「医療費適正化計画」などの関連する県の計画との調和に配慮し、以下の基本的な方向に沿って目標を設定し、施策を展開しています。
 - ①健康寿命の延伸
 - ②個人の行動と健康状態の改善
 - ③社会環境の質の向上
 - ④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

イ 糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムの推進

- 平成28年4月に、国において「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が策定されました。これは、糖尿病が重症化するリスクの高い、医療機関の未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い人に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行の防止を目的とするものです。
- 本県では、平成29年に「長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」を策定し、受診勧奨や保健指導を行い、糖尿病性腎臓病への早期介入や重症化を予防することで、人工透析への移行を遅延・防止し、県民の健康増進と医療費の増加抑制を図っています。また、長崎県版糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムについての理解と、行政が行う保健指導への協力を得るためかかりつけ医等を対象とした研修会を開催していますが、今後はより連携強化を図るため二次医療圏単位での取組を推進していきます。

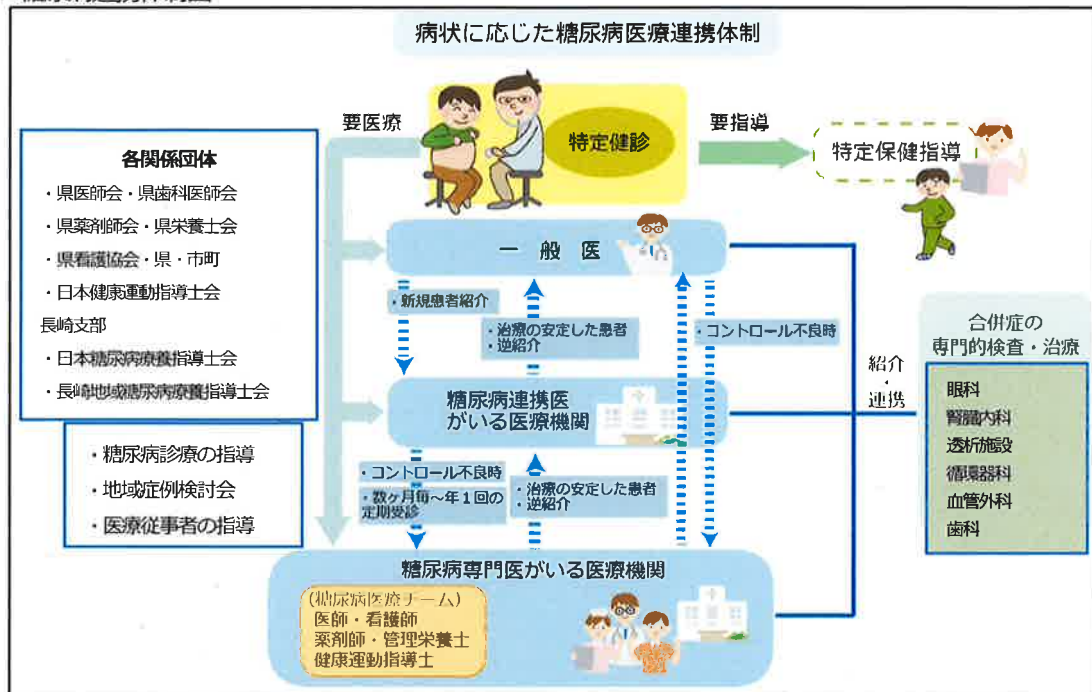
■ 糖尿病性腎臓病重症化予防事業推進体制図



②医療連携体制の強化

- 本県では、医療機関の機能分担を進め、病状に応じた切れ目のない糖尿病医療連携体制を強化し、各関係機関がそれぞれの役割に応じた取組を推進します。
- 糖尿病の医療体制や医療連携の状況等を把握し、地域の医療体制について、引き続き関係機関と協議してまいります。

■糖尿病連携体制図



- 県は、医療機関が適切に診療情報、治療計画等を共有するための糖尿病連携クリティカルパスの整備において、「あじさいネット」等を利用した ICT による連携体制の構築を推進します。
- 一般医、糖尿病連携医、糖尿病専門医は、糖尿病患者の病状に応じて、適切な医療機能をもつ医療機関と診療情報、治療計画を共有する等して、密な連携（紹介・逆紹介）を図ります。
- 医療機関は、合併症の重症化を予防するために、合併症の早期発見に努め、早期より、糖尿病専門医、眼科、腎臓内科、循環器科、歯科等の合併症治療医療機関と診療情報、治療計画を共有する等して、密な連携を推進します。
- 糖尿病連携手帳やあじさいネットの活用により、糖尿病診療に関わる医師及び関係団体は、治療の標準化や合併症の早期発見に努めます。
- 県は、市町及び県医師会等と連携し、「長崎地域糖尿病療養指導士」の育成を支援します。
- 県、市町及び全ての関係各団体は、「長崎地域糖尿病療養指導士」の活動を支援し、糖尿病に係る医療資源の地域偏在の解消を目指します。

- 医療機関は、「長崎地域糖尿病療養指導士」の活用を図ります。
- このほか、各関係団体は、下記の役割を果たすよう努めます。病状に応じた切れ目のない糖尿病医療連携体制を構築するためには、糖尿病に関する専門的知識を持つ人材の育成、確保が必要です。県はもとより、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士、歯科衛生士等は、それぞれの果たすべき役割に応じて、医療連携を推進する人材の育成、確保にも取り組みます。

団体名	役割
県医師会	・糖尿病連携医の育成、支援への協力を行います。 ・糖尿病性腎障害の早期発見、早期治療に連携して取り組みます。 ・郡市医師会と連携した長崎地域糖尿病療養指導士の広報活動の支援を行います。
県歯科医師会	・日本糖尿病協会歯科医師登録歯科医をはじめとする歯科医師は、糖尿病連携体制の中で歯周病治療を通じて糖尿病の改善に努めます。 ・歯周疾患検診、歯科保健指導へ人材を派遣するとともに、日本糖尿病協会歯科医師登録歯科医制度への加入促進に努めます。 ・糖尿病連携手帳の活用を図ります。 ・咀嚼機能不全の治療と共に食事指導に努めます。
県薬剤師会	・糖尿病連携において薬学的な情報・技術の提供とともに、血糖測定器などの療養指導に必要な医療機器を提供できる体制を整備し、薬局名の情報を公開し、普及啓発に努めます。 ・薬剤師は、糖尿病治療薬の処方箋応需において、適切な服薬指導による薬物治療の継続と副作用発現防止に努めます。
県看護協会	・糖尿病看護認定看護師および長崎地域糖尿病療養指導士と連携し、糖尿病看護に携わる看護師の活用促進に努めます。 ・糖尿病に関わる専門的な知識、技術をもつ看護師の育成と学習の機会の広報活動に努めます。
県栄養士会	・地域における栄養指導の受け皿であるながさき栄養ケアステーション事業等の活性化に努めます。 ・糖尿病と食事に関わる専門的知識を深める研修により、適切な栄養食事指導を行う管理栄養士・栄養士の育成に努めます。
医療保険者	・特定健診等及び診療報酬明細書などから確認される要医療者に対して、受診勧奨に努めます。 ・特定健診等や診療報酬明細書などで得られるデータから抽出されるハイリスク者に対して、かかりつけ医の同意のもと、特定保健指導等に努めます。

2. 慢性腎臓病について

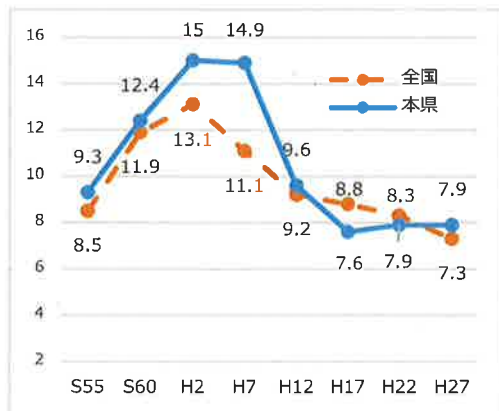
- 慢性腎臓病（以下、「CKD」という。）は、慢性腎炎、糖尿病性腎症、腎硬化症といった腎機能の低下をもたらす慢性に経過する腎臓病を包括するものです。
- 腎臓は「沈黙の臓器」と言われ、自覚症状が乏しく、症状を自覚した時には既に進行しているケースが少なくありません。症状悪化し、末期腎不全に至れば人工透析が必要となり、患者のQOLが大きく損なわれ、医療費も高額になります。一方、早期に発見し適切な治療を行えば、透析の回避や健康寿命の延伸、透析導入時期の後ろ倒しによる生涯透析年数の短縮が可能であるため、早期発見・早期治療による重症化予防が極めて重要です。
- 加齢とともに腎機能は低下しますが、その進行には生活習慣が強く関わっており、生活習慣の改善等により重症化を予防することが重要です。

（1）本県の現状と課題

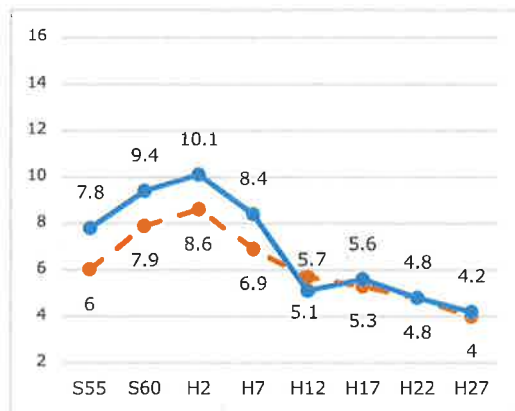
①現状と課題

- 本県の腎不全による年齢調整死亡率（人口10万人対）は男性7.9（全国7.3）、女性4.2（全国4.0）で、男性が高く、男女ともに全国並みです。

【図】腎不全による年齢調整死亡率（男性）



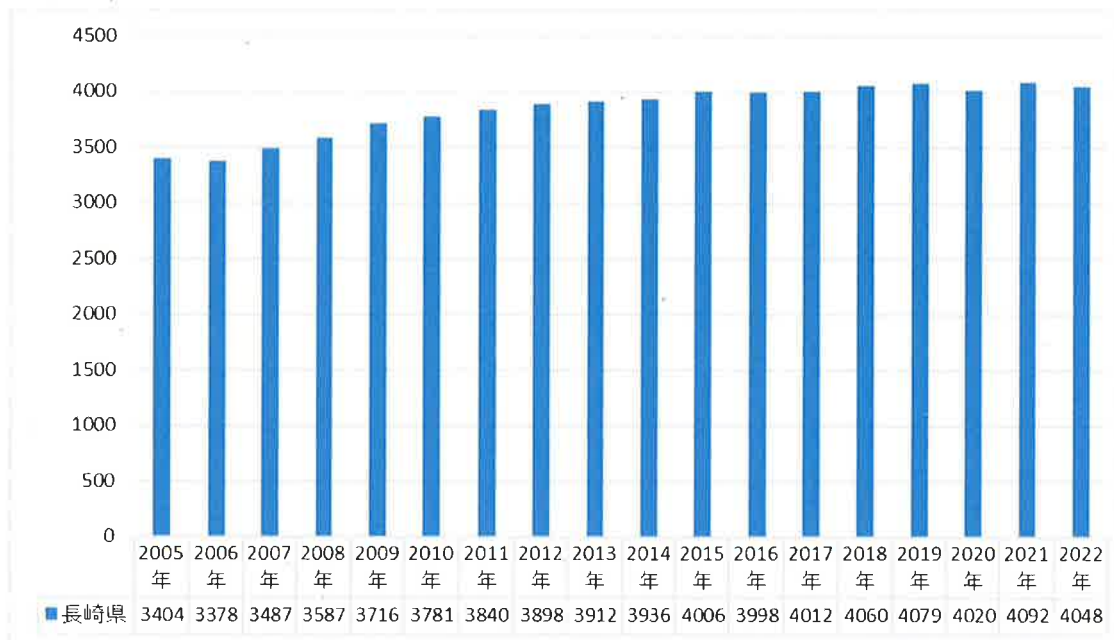
【図】腎不全による年齢調整死亡率（女性）



※出典：厚生労働省「人口動態統計」

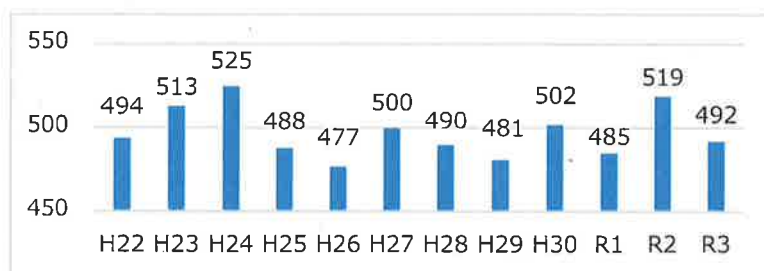
- 慢性人工透析患者数は4000人前後を推移し、新規人工透析導入患者数は500人前後を推移しています。高齢化により、今後も増加が見込まれます。

【図】 本県の人工透析患者数の推移（単位：人）



※出典：日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況」

【図】 本県の新規人工透析導入患者数の推移（単位：人）

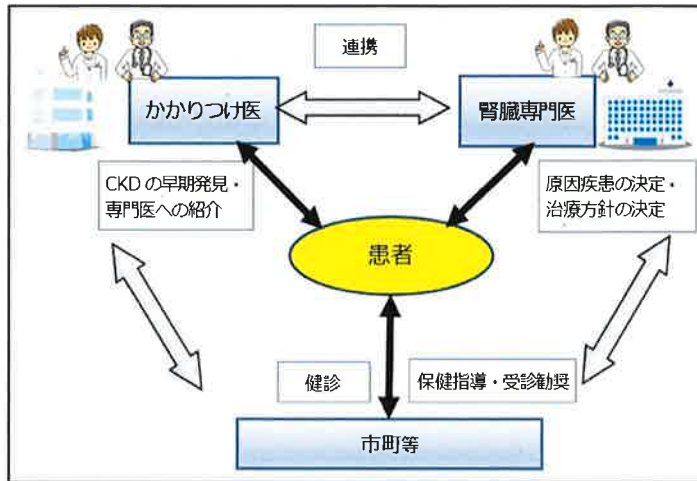


※出典：長崎県腎不全協会統計調査事業データ

- 人工透析導入の主要原疾患は、全国と同様に糖尿病性腎症が最多であり、糖尿病対策として重点的に重症化予防対策に取り組んでいます。一方で、腎硬化症を原疾患とする人工透析患者数も増加傾向にあり、糖尿病のみならず他のCKD リスク要因も含めた重症化予防対策が必要です。

②地域連携体制・医療提供体制

■CKD 診療連携体制図



- CKD の重症化を予防するため、特定健康診査等で検尿異常や腎機能低下を早期に発見し、重症化のリスクであるメタボリック症候群への保健指導とかかりつけ医への早期受診、また重症度に応じ専門医と連携した診療ができる地域づくりを目指しています。
- 21 全市町が特定健康診査等の保健指導による CKD 重症化予防(糖尿病性腎臓病重症化予防を含む)に取り組んでいます。県国民健康保険団体連合会、県は市町との取組を支援しています。
- かかりつけ医への CKD 診療の普及や保健医療従事者の人材育成のため、県医師会、腎臓専門医、県薬剤師会、県栄養士会、県国民健康保険団体連合会等の関係団体、行政が協働し、研修等を開催しています。
- 病診連携のための紹介基準を作成しています。また、CKD シール活用を県医師会や薬剤師会、関係機関等と協働により実施し、診療連携体制の充実を図っています。

■ CKD シールの活用

腎臓の働きが低下している方 (eGFR が 60 未満) のお薬手帳の表紙に CKD シールを貼る取組を進めています。シール貼付があることで、医師・薬剤師への注意喚起になり、腎機能低下に配慮した処方等が促進されます。

- 県内の腎臓専門医は 60 人 (令和 5 年 7 月現在での日本腎臓学会認定) で、地域偏在があります。そのため CKD に関する専門的な知識と診療技術を有する医師がいる医療機関として長崎県 CKD 診療医療機関を登録し、全二次医療圏内で CKD の専門的な診療を受診できる体制を整備しました。今後は腎臓専門医の充足状況等の現状にあわせ、CKD の診療体制を充実させる必要があります。

【表】二次医療圏別のCKD診療医療機関数

(令和4年7月現在)

医療圏	長崎	県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	合計
病院	19	11	5	3	2	1	3	2	46
診療所	9	5	5	3	2	1	0	0	25
合計	28	16	10	6	4	2	3	2	71

※出典：長崎県医療政策課調べ

【表】二次医療圏別の透析医療機関数

(令和4年6月現在)

医療圏	長崎	県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	合計
病院	13	10	5	3	2	1	3	2	39
診療所	8	7	6	4	2	1	0	0	28
合計	21	17	11	7	4	2	3	2	67

※出典：長崎県腎不全対策協会

(2) 施策の方向性

人工透析導入の主な原疾患である糖尿病性腎症が多い現状から、CKD対策と糖尿病対策を統合し、関係者で効率的・効果的にCKD・糖尿病の早期発見・早期治療による重症化・人口透析導入の防止のための取組を推進します。

また、腎硬化症を原疾患とする人工透析患者数も増加傾向にあるため、糖尿病のみならず他のCKDリスク要因も含めた予防対策、医療体制の充実のための取組を推進します。

①医療提供体制の推進・人材育成

- 県は、二次医療圏において、適切なタイミングで専門的なCKD診療を受けることができる体制整備を図ります。
- 県医師会・長崎大学病院等の関係機関は、かかりつけ医と腎臓専門医の連携、また療養指導における多職種連携を推進し質の高いCKD診療を提供します。
- 県医師会・長崎大学病院は、かかりつけ医、腎臓専門医の診療技能の標準化を図ります。
- 県薬剤師会は、薬剤性腎障害の発生予防と中毒性副作用防止のため、CKDシールや説明資料を常備し、説明できる体制を目指します。また、病状に応じた薬剤管理や服薬調整の強化を図ります。
- 県栄養士会は、行政栄養士への育成支援の有効性を検証し、病院・施設・地域における慢性腎臓病重症化予防を担う栄養士の育成と栄養指導システムの構築を図ります。
- 県看護協会は、看護職を対象とした研修・啓発を行い、看護の専門外来等で生活に目をむけた看護活動を実践するための人材を育成します。
- 県と市町は、医療従事者向け研修会等を実施し、CKD（糖尿病性腎臓病を含む）重症化予防対策への理解を促進します。
- 新興感染症発生時等における透析医療提供体制については、適宜、長崎大学病院や透析基幹病院、保健所等と連携して、受け入れ医療機関の調整や患者搬送等を検討します。

②連携体制の推進

- 県と市町は、住民、関係機関、団体、行政の協働による効果的な対策の遂行を図ります。
- 市町は、特定健診等で発見された腎機能低下者に対して、かかりつけ医と連携し保健指導を実施します。
- 県国民健康保険団体連合会は、国保データベースシステム（KDB）活用等や、保健事業支援・評価委員会の充実により、市町の保健事業の取組を支援します。

③啓発活動

- 県と市町は、関係機関等と連携し、CKD について啓発活動を行います。
- 県と市町は、専門的な CKD 診療が可能な医療機関情報を県民へ提供します。
- 長崎県腎臓病協議会は、行政と連携し講演会等啓発を行います。

3. 成果と指標

(1) 成果と指標

- 健康増進計画（健康ながさき 21）との整合性から、2032 年を目標値としている指標があります。

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
糖尿病予備群が減少すること	血糖コントロール不良者の数 (HbA1c8.0%以上の者の割合)	1.32% (2020 年)	0.95% (2032 年)
	糖尿病が強く疑われる者の数 (HbA1c6.5%以上の者の割合)	7.23% (2020 年)	6.94% (2032 年)
早期発見、早期治療につながる体制を構築すること	特定健康診査の受診率	48.8% (2021 年)	70%
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 (2008 年度 (平成 20 年度) と比較)	22.0% (2021 年)	25%減少
重症化予防のための関係機関の連携体制の構築に資する人材育成を図ること	糖尿病連携医数	237 (2022 年)	増加 (前年比)
	長崎地域糖尿病療養指導士数	384 (2022 年)	増加 (前年比)

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2029 年
糖尿病患者で亡くなる人が減少すること	糖尿病の年齢調整死亡率 (人口 10 万対)	(男性) 13.0 (女性) 5.4 (2020 年)	減少 (前年比)
糖尿病患者が重症化しないこと	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	166 (2021 年)	129 (2032 年)

(2) 指標の説明

指標	説明
血糖コントロール不良者の減少 (HbA1c8.0%以上の者の割合)	栄養・食生活、身体活動・運動、こころの健康づくり等の生活習慣の改善を、「健康ながさき 21 (第3次)」に準じ、血糖コントロール不良者の抑制に努めます(目標値は「健康日本 21 (第3次)」目標値に準じ、2019年の値より25%減少を目指します。目標年は「健康ながさき 21 (第3次)」と同じ2032年に設定)。 ※出典：(HbA1c) NDB オープンデータ ※NGSP 値で算出
糖尿病が強く疑われる者の減少 (HbA1c6.5%以上の者の割合)	栄養・食生活、身体活動・運動、こころの健康づくり等の生活習慣の改善を「健康ながさき 21(第3次)」に準じ、糖尿病の可能性が否定できない人の抑制に努めます(目標値は「健康日本 21 (第3次)」目標値に準じ、2019年の値より6.7%減少を目指します。目標年は「健康ながさき 21 (第3次)」と同じ2032年に設定) ※出典：(HbA1c) NDB オープンデータ ※NGSP 値で算出
特定健康診査受診率	生活習慣の改善による一次予防として医療保険者が実施している特定健康診査の受診率について、「医療費適正化計画(第4期)」に準じ、70%を目指します。 ※出典：医療費適正化計画(第4期)
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 (2008年度(平成20年度)と比較)	糖尿病等の生活習慣病の発症には、メタボリックシンドロームが大きく関わっており、自らがメタボリックシンドロームにならないように自分の健康状態を把握し、適切な生活習慣を見直していくことが求められています(目標年は「医療費適正化計画(第4期)」と同じ2029年に設定) ※出典：医療費適正化計画(第4期)
糖尿病連携医数	地域の糖尿病診療の窓口となる医師の養成を目的に、長崎県糖尿病対策推進会議で認定した長崎県独自の制度で、二次医療圏に複数名配置の人材育成に努めます。 ※出典：医療政策課調べ
糖尿病療養指導士数	高度で幅広い専門知識をもち、患者の個々のセルフケアを支援するため日本糖尿病療養指導士と、地域における幅広い療養指導・教育啓発活動や、医療連携を推進する長崎地域糖尿病療養指導士の増加をめざします。 ※出典：県の医療政策課調べ
糖尿病の年齢調整死亡率 (人口10万対)	全国では、年齢構成に差があるため、地域間の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。糖尿病の予防、検診、重症化予防等により、糖尿病による死亡率を減少させます。 ※出典：厚生労働省「人口動態統計」
糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	糖尿病の重症化予防の成果として、糖尿病性腎症の新規透析導入患者数の減少を「健康日本 21 (第3次)」の目標値に準じ、将来予測値より8%減少を目指します。(目標年は「健康ながさき 21 (第3次)」と同じ2032年に設定) ※出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

第5節 - 1 精神科医療

1. 精神疾患について

●精神疾患は、近年その患者数が増加しており、全国で平成26年には約392万人、平成29年には約419万人、令和2年には推定約615万人となっています。そのうち、入院患者数は約29万人、外来患者数は約586万人であり、1年以上の長期入院患者数は約17万人です*。一方、本県においては、精神障害者保健福祉手帳の所持者数、及び自立支援医療（精神通院）受給者数は増加しており、精神疾患患者数は増加傾向にあります。国民の4人に1人が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかになっており、精神疾患は、全ての人にとって身近な病気となっています。

※出典：患者調査（厚生労働省 令和2年）

●ひとくちに「精神疾患」といっても、その状態や疾患の特徴は多様であり、対策も複雑になっています。主な疾患は次の表のとおりです。

【表1】主な疾患の種類

種 類	特 徴
統合失調症	幻覚や妄想、自分の考えが他人に読み取られると感じる、興奮や昏迷などの精神病エピソードを主症状とする精神疾患で、その他、感情の平板化や意欲の低下など多彩な精神機能の障害が見られます。
気分（感情）障害	うつ病は抑うつ気分、意欲の低下、興味喪失、集中力低下などが2週間以上持続するものをうつ病エピソードと呼び、一生に1回しか起こらない場合もあれば、繰り返す場合もあります。躁うつ病は、気分の高揚や活動性が高まる躁病エピソードのみを繰り返すタイプ、躁病エピソードとうつ病エピソードを繰り返すタイプ、軽躁エピソードとうつ病エピソードを繰り返すタイプがあります。
認知症	アルツハイマー型認知症は、脳神経細胞が萎縮する原因不明の進行性の変性疾患で、初期から記憶障害、理解・判断力の低下が目立ち精神症状や問題行動を伴うことが多く、65歳前後頃の若年時に発症する場合があります。そのほか、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症があります。
児童・思春期精神疾患	脳神経の発達段階にあり、心理社会的にも様々な発達課題がある児童・思春期に発症する精神疾患です。
発達障害	先天的な様々な要因によって、乳幼児期にかけてその特性が現れ始める脳機能の発達に関する障害で、広汎性発達障害(PDD)、注意欠陥・多動性障害(ADHD)、学習障害(LD)などの総称です。
依存症	自分の意思や精神力では、その行動をコントロールできなくなる病気です。依存症の種類は、アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症があります。
外傷後ストレス障害(PTSD)	災害や事故、犯罪などの並外れた脅威や破局的な出来事が原因となって生じるもので、フラッシュバック症状、回避・麻痺症状、覚醒の亢進といった症状が長期間持続します。
高次脳機能障害	外部外傷、脳血管障害等により脳が部分的に損傷を受けた結果、記憶や注意など認知機能に障害が起き、日常生活や社会生活への適応が困難となる非進行性の器質性精神障害の1つです。

摂食障害	単なる食欲や食行動の異常ではなく、体重に対する過度のこだわりがあること、自己評価への体重、体型の過剰な影響が存在するといった心理的要因に基づく食行動の重篤な障害です。疾患自体が原因で生命の危機に陥る病気で、身体面と精神面を包括的に考えて治療を進める必要があります。
てんかん	脳の神経細胞が過剰興奮するために、脳の症状（発作）が反応性に起こる。乳幼児、小児から成人、老年に至る年齢層に及ぶ患者数の多い慢性の神経疾患。併発する発達障害や精神障害への対応や、時に外科治療を要します。

- 精神疾患は極めて身近な病気であるにも関わらず、正しい情報や知識が一般の人々に行き渡っていないことや、病気の特徴として判断力が低下することがあるため、受診の遅れから症状が重くなり、入院治療が必要になって初めて精神科医を受診するという方や、治療半ばにして中断してしまう方も少なくありません。
- 近年、早期発見・早期治療と切れ目のない継続的な医療提供体制の整備によって効果的な治療が提供され、治療成績の向上が期待されるようになっていきます。また、入院治療が必要となった場合でも症状の安定後できるだけ早期に退院し、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域で安心して暮らすことができるよう、精神科救急、身体合併症、自殺未遂、災害医療、医療観察法における多様な課題に対応した体制づくりが求められています。
- なお、この節では、認知症以外の精神疾患について記載することとし、認知症については、「第5節 -2 精神科医療（認知症医療）」で記載します。

2. 本県の現状と課題

（1）患者の状況

ア）精神保健福祉手帳の所持状況

- 本県における精神保健福祉手帳の所持者数は、表2に示すとおり、年々増加傾向にあります。内訳として、2級、3級の所持者が増えています。

【表2】精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移（各年度末時点）（単位：人）

区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
1級	1,187	1,145	1,148	1,184	1,187
2級	7,557	7,828	8,112	8,389	8,619
3級	3,630	4,008	4,251	4,586	4,893
計	12,374	12,981	13,511	14,159	14,699

※出典：衛生行政報告例

イ）通院・入院患者の状況

- 本県の自立支援医療（精神通院）受給者数についても、表3に示すとおり増加傾向にあります。今後必要な医療提供を行うとともに、多様な精神疾患等に対応する医療提供体制の構築が必要です。
- 本県の入院患者数は、表3に示すとおり年々減少傾向にあります。入院形態別の状況は、表4に示すとおり任意入院患者が約8割を占めています。

【表3】 自立支援医療（精神通院）受給者数及び精神科病院入院患者数の推移（単位：人）

区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
自立支援医療（精神通院） 受給者数 ※1	20,165	20,308	16,870	21,427	21,706
入院患者数 ※2	6,414	6,504	6,448	6,333	6,235
1年以上の入院患者数	4,349 (67.8%)	4,427 (68.1%)	4,397 (68.2%)	4,358 (68.8%)	4,303 (69.0%)

※1 出典：福祉行政報告例

※2 出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成30年～令和4年 各年6月30日現在の人数）

【表4】 入院形態別入院患者の状況（単位：人・%）

	措置入院(※1)	医療保護入院(※2)	任意入院(※3)	その他
入院者数	19	1,088	5,110	18
構成比	0.3	17.4	82.0	0.3

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 令和4年6月30日現在）

※1 措置入院：入院させなければ自傷他害のおそれがある者を、精神保健指定医2名の診断結果が一致した場合に知事が入院措置するもの

※2 医療保護入院：入院を必要とする精神障害者で、自傷他害のおそれはないが、自らの意思で入院を行う状態にない場合、精神保健指定医1名の診察及び家族等の同意により入院するもの

※3 任意入院：入院を必要とする精神障害者で、入院について本人が同意のうえで入院するもの

- 入院患者の年齢構成を見ると、表5に示すとおり65歳以上の患者が約7割を占め、表6に示すとおり、1年以上の長期入院患者が約7割を占めています。

【表5】 年齢構成別入院患者の状況（単位：人・%）

	～19歳	20～39歳	40～64歳	65歳～
入院者数	48	231	1,572	4,384
構成比	0.8	3.7	25.2	70.3

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 令和4年6月30日現在）

【表6】 入院期間別入院患者の状況（単位：人・%）

	6月未満	6月～1年 未満	1～5年 未満	5～10年 未満	10年以上	
					うち20年以上	
入院者数	1,363	569	2,057	949	1,297	565
構成比	21.9	9.1	33.0	15.2	20.8	9.0

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 令和4年6月30日現在）

- 疾患別の入院患者数を見ると、表7に示すとおり約半数を統合失調症及びその周辺疾患が占めていますが、その割合は徐々に減少しています。一方、認知症等の器質性精神障害が徐々に増加し3割弱となっています。また、気分（感情）障害は、1割強を占めています。

【表7】疾患別精神科病院入院患者数（単位：人・％）

疾患名／年度	平成27年	平成29年	令和4年
統合失調症、統合失調感情障害、妄想性障害（F2）	3,663 [53.6%]	3,486 [51.8%]	2,974 [47.7%]
器質性精神障害 （認知症、高次脳機能障害等）（F0）	1,479 [21.7%]	1,598 [23.7%]	1,695 [27.2%]
気分（感情）障害（F3）	689 [10.1%]	703 [10.5%]	725 [11.6%]
精神作用物質の使用による精神および行動の障害 （アルコール、薬物依存症等）（F1）	410 [6.0%]	378 [5.6%]	322 [5.2%]
神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害 （不安障害、強迫性障害、PTSD等）（F4）	152 [2.2%]	148 [2.2%]	134 [2.1%]
その他の精神疾患	344 [5.0%]	344 [5.1%]	338 [5.4%]
てんかん	94 [1.4%]	73 [1.1%]	47 [0.8%]
合 計	6,831 [100%]	6,730 [100%]	6,235 [100%]

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成27年・29年・令和4年各6月30日現在）

●表8は、精神科病院入院患者について、全国平均と本県を比較したのですが、人口1万対の病床数は、全国が24.5床に対し、本県は58.4床と全国で1番多く、在院患者数も全国20.5人に対し、本県は全国2位の47.5人と大幅に上回っています。

●本県における入院後3か月、6か月、12ヶ月時点の退院率は、いずれも全国平均を下回っており、表9に示すとおり、1年以上の長期入院者について、30%を超える入院患者が死亡または不明等による退院となっている状況を考えると、医療機関におけるACP※の取組を推進していく必要があります。

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者本人を主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者本人の意思決定を支援するプロセスのこと。患者の人生観や価値観、希望に沿った将来の医療及びケアを具体化することを目標としている。

●以上のことから、精神病床の減床に向けた取組を検討するとともに、統合失調症患者に対する治療抵抗性統合失調症治療薬使用の促進や入院患者が出来るだけ早い時期に退院出来るような取組が必要です。

●退院患者の地域生活継続に向けた取組を行うとともに、精神障害を有する方等が周囲の理解を得ながら地域の一員として生活できるよう、地域住民に対する精神障害に関する普及啓発についても、併せて取組んでいく必要があります。

【表8】精神科病院入院患者に関する本県と全国平均の比較（単位：床・人・％・日）

項目		長崎県		全国平均	
		H29	直近	H29	直近
病床数（人口1万対）（※1）		56.5	58.4	25.8	24.5
在院患者数（人口1万対）（※1）		48.9	47.5	22.4	20.5
入院後1年以上の患者数 （※2）	65歳未満	1,629	1,187	68,046	55,473
	65歳以上	2,885	3,116	106,246	104,834
退院率（※3）	3ヶ月時点	60.2	58.2	63.7	63.5
	6ヶ月時点	76.2	74.6	80.5	80.1
	12ヶ月時点	84.2	82.2	88.3	87.7
退院後1年以内の平均生活日数（※3）		318.4	322.7	325.6	327.0

※1 出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成29年・令和4年各6月30日現在）及び国勢調査（総務省 平成27年・令和2年各10月1日時点の人口）から算定

※2 出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成29年・令和4年各6月30日現在）

※3 出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成29年度・令和元年度）

【表9】精神病床退院患者の退院後の行先（単位：％）

項目	総数	入院期間別			
		3か月未満	3か月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上
家庭	65.2	79.4	52.5	26.2	18.2
他の病院・診療所に入院	14.1	10.1	16.4	30.1	45.4
介護医療院に入所	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0
介護老人保健施設に入所	3.1	1.4	4.9	4.4	0.0
介護老人福祉施設に入所	3.1	1.4	6.6	4.4	0.0
社会福祉施設に入所	6.0	4.3	9.8	4.4	0.0
その他（死亡・不明等）	8.2	3.4	9.8	30.5	36.4

※出展：患者調査（厚生労働省 令和2年度）

（2）精神科医療提供体制の現状

- 表10は本県における精神科医療施設の状況を示すものですが、令和4年6月30日現在、精神病床を有する病院は県内で38施設、病床数は7,661床、精神科を標榜する外来診療施設は55施設となっています。病床が長崎、県央医療圏に集中している一方、上五島医療圏は精神病床が未整備、壱岐医療圏では壱岐病院が休床となっているなど、医療資源に地域格差がみられます。
- 医療資源の少ない離島地区においては、精神病床の確保に向け、関係者による協議を行っていく必要があります。

【表 10】精神科医療施設等の状況（単位：施設・床・人）

医療圏		長崎	佐世保 県北	県央	県南	五島	上五島	杵岐 (※2)	対馬	合計
精神 病床を 有する 病院 (※1)	病院数	11	8	11	4	1	0	2	1	38
	精神病床数	3,709	1,408	1,807	604	60	0	28	45	7,661
	指定病床数 (再)(※1)	48	60	41	11	10	0	0	10	180
	精神保健指定 医数	64	26	44	10	2	0	1	1	148
精神科 標榜 外来診 療施設	施設数	30	7	10	3	1	1	1	2	55
	精神保健指定 医数(※3)	28	7	3	2	0	0	0	0	40

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 令和4年6月30日現在）

※1 指定病床数：国、県立病院等は、指定病床としての指定は不要のため含まない（県企業団3病院は指定に含む）

※2 杵岐医療圏については、1医療機関が平成23年7月15日から休床中、1医療機関が令和5年8月1日に精神病床を廃止

※3 精神保健指定医数：常勤の医師数を計上（令和4年6月30日現在県障害福祉課調べ）

- 表 11 に示すとおり、本県の精神病床利用率は全国平均を下回っており、表 12 に示すとおり、約 4 割の医療機関において病床利用率が 80%未満となっています。

【表 11】精神病床利用率の状況（単位：%）

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
長崎県	87.3	85.2	83.9	84.0	81.4
全国	88.2	88.3	87.5	84.4	83.9

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成30年～令和4年 各年6月30日現在）

【表 12】精神病床利用率毎の医療機関数（単位：施設）

	50%未満	50%以上 60%未満	60%以上 70%未満	70%以上 80%未満	80%以上	計
施設数	2	2	3	9	21	37 (※1)

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 令和4年6月30日現在）

※1 杵岐医療圏の1医療機関は休床中

- 表 13 は、本県において精神科の業務に常勤として携わっている医療技術者の数、表 14 は、常勤の精神科病院職員一人あたりの入院患者数の全国比較を示しています。看護師・准看護師を除き、本県及び全国ともに、平成 29 年度と比較した一人あたりの入院患者数は減少しているものの、全国と比較すると、特に精神保健指定医・臨床心理技術者については、一人あたりの受け持つ入院患者が多い状態にあります。

【表13】精神科業務従事者（常勤）の状況（単位：人）

	医師 (精神保健指定医)	看護師・ 准看護師	精神保健 福祉士	作業療法士	臨床心理 技術者
病院	186(148)	2,347	197	186	35
診療所等	50(40)	54	21	7	17
計	236(188)	2,401	218	193	52

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 令和4年6月30日現在）及び県障害福祉課調べ

【表14】精神科病院職員（常勤）一人あたりの入院患者数（単位：人）

区分\職種	年度	医師 (精神保健指定医)	看護師・ 准看護師	精神保健 福祉士	作業療法士	臨床心理 技術者
長崎県	H29	40.8(47.4)	2.0	35.4	37.8	204.0
	R4	33.5(42.1)	2.7	31.6	33.5	178.1
全 国	H29	28.8(39.5)	2.4	32.1	30.8	107.4
	R4	25.2(34.9)	2.5	29.8	26.4	84.9

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成29・令和4年6月30日現在）

3. 精神疾患等ごとの現状と課題

(1) 統合失調症

- 令和2年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は、全国で約88万人です。そのうち入院患者数は約14万人であり、1年以上の長期入院患者数は約11万人となっています*。

※出典：患者調査（厚生労働省 令和2年）

- 本県の令和4年度の統合失調症の入院患者数は6,235人、長期入院者は4,303人であり、平成29年度の入院患者数6,982人、長期入院者4,349人と比較すると減少しています。
- 本県の統合失調症患者に対する治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率は、平成26年度は0.13%、平成29年度は0.24%、令和4年度は1.33%と年々使用率が増えていますが、今後も、更なる活用を図るとともに、「重症かつ慢性」の基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や、基準を満たす症状とならないように精神科リハビリテーションの充実等入院医療の充実を図る必要があります。
- 長期入院が生じる理由は様々ですが、地域における精神保健、医療、福祉の受け皿を充実することで、入院から地域生活への移行が可能である入院患者が多くいると考えられることから、退院後、再入院することなく、地域で生活しながら治療を継続することができるよう、各医療機関、行政、相談支援事業所等が連携し、長期入院患者の退院に向けた取組みを進めていくことが重要です。

(2) 気分（感情）障害

- 気分（感情）障害のうち、令和2年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は、全国で約172万人（うち入院患者数は約3万人）であり、平成29年の総患者数127万人（うち入院患者数は3万人）と比較すると、総患者数は増加しています*。

※出典：患者調査（厚生労働省 令和2年）

- 自殺の原因・動機のうち健康問題が最も多く、中でもうつ病が多くを占めている現状であり、自殺対策上の重要課題の一つになっています*。

※出典：令和4年版自殺対策白書

- 早期受診から、正確な診断、病状や経過に応じた適切な医療を提供できる体制を整備することや、関係機関が連携し、社会復帰（就職、復職、家事への再参加等）に向けた支援を提供できる体制の整備が必要です。
 - うつ病に罹患した人が早期に医療機関で適切な医療を受けることができるよう、早期対応の中心的人材であるゲートキーパー*を担う職種として、かかりつけ医や薬剤師等の役割が期待されています。
- ※ゲートキーパー：平成19年に政府が策定した「自殺総合対策要綱」の中で、早期対応の中心的役割を果たす人材を示す用語として用いられているもの。自殺や自殺関連事象に関する正しい知識の普及や、自殺の危険を示すサインに気づき、声かけ、話を聞き、必要に応じて専門家につなげ、見守ることができる人材
- うつ病・躁うつ病に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

(3) 児童・思春期精神医療

- 令和2年に医療機関を継続的に受療している20歳未満の精神疾患を有する総患者総数は、全国で約60万人であり、平成29年度の27.6万人と比較すると増加しています*。

※出典：患者調査（厚生労働省 令和2年）

- 脳神経の発達段階にあり、心理社会的にも様々な発達課題がある児童・思春期に発症する精神疾患の治療やリハビリテーションについては、特別の配慮が必要となってきます。
- 児童・思春期に通常発症する行動及び情緒の障害である愛着障害、摂食障害、チック障害、緘黙などの障害や青年期以降に好発する統合失調症や気分（感情）障害など県内の精神科・小児科の医療機関の外来患者数は増加傾向にあり、早期診断・早期治療ができる医療体制を整備するため、対応可能な医師をはじめとする専門職の確保が課題となっています。

■ 児童・思春期精神医療対策

- ・本県では、平成28年度から令和5年度まで、長崎大学病院との共同により、児童・青年期精神医学領域に対応できる県独自の認定医「長崎県子どもの心のサポート医」を養成しました。
- ・令和4年度までに、計52名（精神科46名、小児科等6名）のサポート医を認定しており、所属する医療機関等において児童・思春期診療に従事いただいています。

(4) 発達障害

- 令和2年度に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法に規定する発達障害の総患者数は全国で58.6万人であり、平成26年度19.5万人、平成29年度23.3万人と比較して増加傾向にあります。なお、発達障害にかかる社会的な認知が高まったことが、総患者数の増加の一因と推測されます*。（ただし令和2年から総患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日か

ら調査日までの算定対象の上限（31日→98日）の変更がなされている。）

※出典：患者調査（厚生労働省 令和2年）

- 本県では、長崎こども医療福祉センターを発達障害者支援センターに指定し、当事者・家族の相談支援、発達障害に関する知識の普及啓発、他機関への助言・指導、関係者への研修を実施しています。
- 広汎性発達障害（PDD）、注意欠陥・多動性障害（ADHD）などの発達障害に対しては、早期に発見し、適切な治療教育（療育）を行うことで、対人関係障害の改善、年齢に応じた適応行動の獲得、異常なこだわり行動の予防が可能なため、乳幼児期の母子保健指導、保育所・幼稚園での観察指導体制、学校保健と学校医の連携、対応可能な医師への紹介の仕組みまで、幅広い連携体制の構築が必要です。
- 発達障害者（児）については、対応可能な医師をはじめ専門職は極めて少なく、対応可能な医療機関において、受診待ち期間も3ヶ月以上を要するなど、十分な診療応需ができていない状況にあり、医療体制を整備するため、対応可能な医師をはじめとする専門職の確保が課題となっています。

（5）依存症（アルコール、薬物、ギャンブル等）医療

ア）アルコール依存症

- 患者調査におけるアルコール依存症の総患者数は、全国で約4万人前後で推移しており、平成29年は4.6万人と推計されていますが、平成30年の成人の飲酒行動に関する全国調査^{※1}では、アルコール依存症の生涯経験者^{※2}は54万人を超えると報告されており、医療機関を受療していない多くのアルコール依存者がいるものと推測されます^{※3}。

※1 出典：AMED「アルコール依存症の実態把握、地域連携による早期介入、回復プログラムの開発に関する研究」（研究代表者 樋口進）2016-2018

※2 アルコール依存症の診断基準に現在該当する者又はかつて該当したことがある者

※3 出典：厚生労働科学研究「WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合研究（研究代表者 樋口進）」2013-2015

- 平成26年6月1日に施行された「アルコール健康障害対策基本法」に基づき、平成28年5月31日に「アルコール健康障害対策基本計画」が閣議決定され、本県においては、平成30年度に「アルコール健康障害対策推進計画」を策定しました（同推進計画は令和6年3月に改訂予定）。

- 令和2年度に県内の医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の総患者数は1,695人であり、平成26年度1,497人、平成29年度1,606人から増加しています[※]。

※出典：「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」研究班が公表した2013年度（平成25年度）～2019年度（令和元年度）

- 身体合併症が多いアルコール依存症については、一般医療機関の役割が大きく、身体合併症の治療と同時に大量飲酒者を対象としたアルコール依存症の予防とアルコール依存症者や家族を精神科医につなぐ役割が期待されています。
- 県内では、アルコール依存症を専門的に診療している医療機関が長崎・県央医療圏に偏っており、ア

アルコール依存症に対応できる医療機関の偏在を解消するため、県連携拠点機能を有する医療機関を中心に、アルコール依存症に対応できる医師をはじめとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

■ アルコール依存症の治療

・最近では、大量飲酒者を対象としたアルコール依存症の予防と初期治療を目的とした、アルコール関連問題早期介入プログラムも開発されており、一般医療機関や産業保健や地域保健の場面で導入が試行されています。依存症に対する専門治療としては、ARP（アルコール・リハビリテーション・プログラム）、DRP（ドラッグアディクション・リハビリテーション・プログラム）と呼ばれる集団認知行動療法を中心とした治療プログラムが有効で、いくつかの精神科医療機関で実施しています。

また、『断酒会』、『AA』、『NA』などの自助グループの利用、リハビリ施設『DARC（ダルク）』への通所や入所も有効であるため、医療機関とこれらの民間団体との連携を図っていく必要があります。

イ) 薬物依存症

- 令和 2 年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は、全国で約 0.5 万人であり、平成 29 年度の 0.3 万人から増加しています*。

※出典：患者調査（厚生労働省 令和 2 年）

- 平成 28 年 12 月に施行された「再犯の防止等の推進に関する法律」に基づき、令和 5 年 3 月 17 日に「第二次再犯防止推進計画」が閣議決定され、本県においても令和 2 年度に「再犯防止推進計画」を策定しました。薬物依存症者の再犯（再使用）防止は、刑事司法機関のみでは不十分であり、保護観察所と地域の医療・保健・福祉機関及び民間団体との連携体制の構築が求められています。
- 県内で薬物依存症を診療している医療機関は少なく、県連携拠点機能を有する医療機関を中心に薬物依存症に対応できる医師をはじめとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

ウ) ギャンブル等依存症

- 令和 2 年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は、全国で約 3,000 人であり、国が平成 29 年度に実施したギャンブル依存症者の実態調査の約 2,400 人から増加しています*。

※出典：患者調査（厚生労働省 令和 2 年）

- 平成 30 年 10 月に施行された「ギャンブル等依存症対策基本法」に基づき、国が平成 31 年 4 月に策定、令和 4 年 3 月に一部変更された「ギャンブル等依存症対策基本計画」を踏まえ、本県の実情に即した「長崎県ギャンブル等依存症対策推進計画」を令和 2 年 1 月に策定し、令和 5 年 3 月に見直しを行いました。
- 県内でギャンブル依存症を診療している医療機関は少なく、県連携拠点機能を有する医療機関を中

心にギャンブル依存症に対応できる医師をはじめとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

(6) 外傷後ストレス障害 (PTSD)

- 令和2年に医療機関を継続的に受療している PTSD の総患者数は、全国で約 0.7 万人であり、平成 29 年度の 0.7 万人から横ばい傾向にあります※。

※出典：患者調査（厚生労働省 令和2年）

- PTSD は、過半数は適切な心理的保護によって半年以内には自然軽快しますが、軽快しない慢性 PTSD については、認知行動療法などの専門家による継続的な精神療法が必要であり、症状に合わせて抗うつ剤や抗精神病薬などによる薬物療法も積極的に行われます。
- 傷ついた自尊心の回復のためには、同じようなトラウマ体験をした者同士が集まる自助グループへ参加することが有効な場合もあります。
- 令和3年3月に策定された「第4次犯罪被害者等基本計画（令和3年3月30日閣議決定）」では、被害者への心のケアを提供することの重要性が明記されており、本県でも令和元年7月に「県犯罪被害者等支援条例」を制定し、令和4年3月に「第4次県犯罪被害者等支援計画」を策定しています。PTSD に対応できる医療機関を明確にし、専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

(7) 高次脳機能障害

- 平成13年度から平成17年度に高次脳機能障害者支援モデル事業において行われた調査によると、医療機関の受療の有無に関わらず、高次脳機能障害者は、全国に27万人いると推計されています※¹。また、平成28年生活のしづらさなどに関する調査結果では、医師から高次脳機能障害と診断された者の数は、全国で約33万人と推計されています※²。

※¹ 出典：「高次脳機能障害ハンドブック 診断・評価から自立支援まで」（編集 中嶋八十一、寺島彰）医学書院

※² 出典：平成28年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果（厚生労働省）

- 県では、長崎こども・女性・障害者支援センターを長崎県高次脳機能障害支援センターに指定し、当事者・家族の相談支援、高次脳機能障害に関する知識の普及啓発、他機関への助言・指導、関係者への研修、医療・保健・福祉・教育・労働の関係機関のネットワークの推進、高次脳機能障害者のショートケア等を実施しています。また、支援コーディネーターを配置し、保健所とともに相談支援、研修及び普及啓発を実施しています。
- 長崎県高次脳機能障害支援センターでは、「高次脳機能障害にかかる相談支援で活用できる社会資源」ガイドブックを作成しており、相談、評価、診断書作成が可能な医療機関は令和4年度時点で12医療機関となっています※。今後はこれらの機関や県連携拠点機能及び地域拠点機能を有する医療機関などを中心に多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

※長崎こども・女性・障害者支援センターが実施した調査結果による

(8) 摂食障害

- 令和2年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は、約4万人であり、平成29年の1.5万人から増加しています※¹。また、医療機関の受療の有無に関わらず、摂食障害患者は、女子中学生の100人に1～2人、男子中学生の1,000人に2～5人いるとも推計されています※²。

※1 出典：患者調査（厚生労働省 令和2年）

※2 出典：厚生労働科学研究「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」（研究代表者 小牧元 平成21年度）

- 平成29年度に県内で精神療法に限定せず、継続的に外来受診をしている患者数は1,900人であり、平成26年度の1,810人から増加しています。
- 摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要性があり、県連携拠点機能を有する医療機関を中心に、摂食障害に対応できる医師をはじめとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

(9) てんかんの医療

- 令和2年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は、全国で約42万人であり、平成29年の21.8万人から増加しています※¹。医療機関の受療の有無に関わらず、てんかん患者は1,000人に7.71人いると推計されます※²。

※1 出典：患者調査（厚生労働省 令和2年）

※2 出典：厚生労働科学研究「てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究」（研究代表者 大槻泰介 平成24年度）

- てんかんは、乳幼児・小児から成人・老年に至る年齢層に及ぶ患者数の多い慢性の神経疾患ですが、併発する発達障害や精神障害への対応や、時に外科治療を要するなど、その診療には診療科の枠を超えた人的・物的医療資源の活用が必要とされます。そのため、地域の一般診療医とてんかん専門診療医との間の診療連携システムの構築が必要です。
- 本県は、てんかん診療拠点機関に独立行政法人国立病院機構長崎医療センターを指定し、てんかん患者およびその家族への専門的な相談支援及び治療、医療機関等への助言等に取り組んでいます。

(10) 精神科救急

- 精神科救急医療体制整備事業報告に基づく全国の令和2年度の夜間・休日の受診件数は約3.5万件、入院件数は約1.7万件となっています。平成27年度の夜間・休日の受診件数約4.5万件、入院件数2万件、平成30年度の約4.1万件、1.9万件と比較して、受診件数、入院件数ともに減少傾向にあります※。

※出典：厚生労働省科学研究（令和3年度）

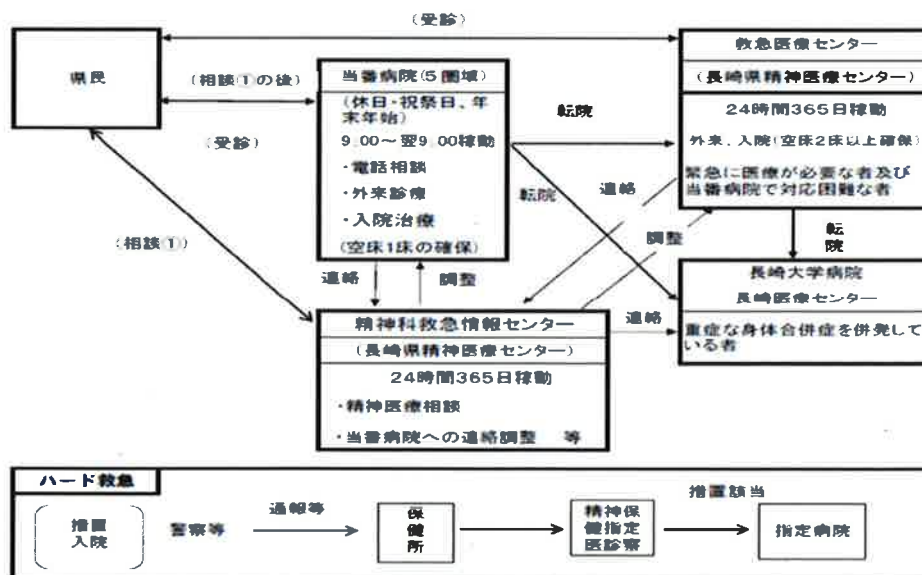
- 消防庁「救急救助の現況」（令和4年版）によると、令和3年中の救急自動車による病院収容所要時間（入電から医師引継ぎまでに要した時間）は、全国平均で42.8分であり、疾病分類別病院収容平均所要時間を見ると、精神系は50.0分と長くなっています。

- 精神科救急患者や身体合併症を有する患者の受入可能な医療機関の整備のほか、精神科救急医療センターや病院群輪番病院による精神科救急医療システムを維持していくとともに、地域の医療機関と平日夜間における輪番制度実施等の対応も含めた検討を行い、切れ目のない精神科救急医療体制の整備に向けた協議を行っていく必要があります。
- 精神科の通院患者について、夜間・休日の救急対応が必要な場合に備えて、あらかじめ連携精神科医療機関を確保しておく等の体制強化を検討していく必要があります。
- 地域における精神科救急医療体制の整備のためには、精神科救急医療の関係者からなる会議を県単位及び地域において開催し、地域の医療機能や搬送受入の判断基準等について共通認識を図るなど関係者間の相互認識を深める必要があります。
- 精神科病院、精神科診療所及び一般医療機関との連携を推進する手段として、今後、診療情報の連携方策を検討していく必要があります。
- 本県の精神障害者またはその疑いがある者で自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれがある者を発見した場合の行政機関への申請、通報、届出件数は年間約 200 件です。そのうち約半数が措置入院となっており、迅速に適正な医療を提供できる体制を確保する必要があります。
- 長崎県精神医療センターについては、老朽化が進んでおり、早期に建替えが必要な状況です。建替えにあたっては、常時対応型の精神科救急医療施設としての機能強化や外来診療機能の強化のため、現在よりも交通利便の良い地域への移転も含め検討していく必要があります。

■ 本県の精神科救急体制

- ・長崎県精神医療センター内に設置した精神科救急医療センターにおいて、24時間365日、医師等を常時配置するとともに2床以上の空床を確保し、精神科救急患者の受け入れに対応しています。また、精神科救急医療を中心的に担う高規格の精神科救急入院料病棟（精神科スーパー救急病棟）において、集中的な治療が必要な患者の受け入れを行っています。
- ・日曜・祝日・年末年始（9:00～翌9:00）については、精神科救急医療圏域（長崎・西彼圏域、佐世保・県北圏域、県央・県南圏域、五島圏域、対馬圏域の5圏域）ごとに、病院群輪番方式による精神科救急医療体制を整備し、相談・診療及び入院に対応しています。
- ・精神科医療相談や必要に応じて医療機関の紹介や受診指導を行う常時対応（24時間365日）の精神科救急情報センターを長崎県精神医療センターに設置しています。
- ・急速を要し、その家族等の同意を得ることができない場合において、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって当該精神障害のために本人の同意に基づく任意入院が行われる状態にないと判定されたときは、国の定める基準に適合するものとして知事が指定した応急入院指定病院であれば、精神保健指定医の診察を経て、72時間まで、本人の同意がなくても入院させることができる制度があります。応急入院指定病院は、長崎医療圏をはじめ、4圏域で4病院を指定しています。
- ・精神病床が未整備である上五島医療圏、休床している壱岐医療圏では、医療保護入院にかかる患者の移送体制を整備しています。
- ・今後は、平日夜間も含めた切れ目のない精神科救急医療体制を整備するとともに、長崎県精神医療センター以外の医療機関における精神科救急入院料病棟（精神科スーパー救急病棟）の設置についても検討を行っていく必要があります。

長崎県の精神科救急医療システムの概要



【長崎県精神医療センター（常時対応型）救急搬送等件数の推移】（単位：件・人）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
搬送件数	186	182	151	159	140
うち入院者数	87	108	90	109	97

【長崎県精神科救急医療システム（病院群輪番方式）救急搬送等件数の推移】（単位：件・人）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
搬送件数	138	80	131	125	126
うち入院者数	65	39	68	66	75

【応急入院指定病院への応急入院届出数の推移】（単位：件）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
届出数	2	4	0	4	1

（11）身体合併症

- 身体合併症については、精神科救急医療を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、受入れが困難である場合も少なくありません。一方、精神科以外の診療科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘されています。
- 身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者が発生する割合は人口1万人対年間2.5件と推計されています※1。また、全国の救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療が必要となっています※2。

※1 出典：厚生労働科学研究「精神科医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（研究代表者 黒澤 尚 平成19年度）

※2 出典：厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（研究代表者 保坂隆 平成18年度）

- 高齢化や生活習慣病の増加などに伴い、身体合併症を有する精神疾患患者に対する医療体制の整備も重要な課題となっています。
- 身体合併症を有する精神疾患患者については、その入院治療の提供、退院支援、そして外来通院の継続のいずれに関しても、身体疾患の専門医やかかりつけ医と精神科医師の診療協力が必要であり、医師同士の連携に留まらず、看護師、精神保健福祉士や医療ソーシャルワーカーといった医療従事者同士が相互理解を深め、お互いの医療分野についての知識を高めることが、より実効的な連携体制の構築につながると考えられます。

- 複数の医療機関を受診する場合は、お薬手帳などを活用することで医療機関と薬局及び薬剤局間の連携を強化し、安全な薬物治療に向けた取組の推進や、介護・福祉サービス、行政機関との連携体制を強化することも重要となります。
- 現状では、本県においても、精神疾患と身体合併症の状態に応じた一般医療機関と精神科医療機関との役割分担と連携が必ずしも円滑に行われておらず、搬送困難事例となるケースが複数発生しています。各地域において、医師の派遣、身体症状及び精神症状の評価及び治療の優先基準の策定等、一般医療機関と精神科医療機関の連携及び消防も含めた受け入れ体制の構築に向けた協議を今後も行う必要があります。

【表 15】急病にかかる疾病分類別搬送人員（抜粋）（単位：人・％）

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
搬送全体	37,627	37,021	34,549	36,146	40,324
うち 精神系搬送人員	865 (2.3)	816 (2.2)	793 (2.3)	652 (1.8)	545 (1.4)

※出典：急病にかかる疾病分類別傷病程度別搬送人員調べ（県消防保安室）

（12）自殺対策

- わが国の自殺者数は、平成 22 年以降は 10 年連続で減少していましたが、令和 2 年に増加に転じ、令和 4 年は 21,881 人、前年比 874 人（約 4.2％）の増加となっています※。男女別にみると、男性は 13 年ぶりの増加、女性は 3 年連続の増加であり、小中高生は 514 人と過去最多となりました※。

※出典：厚生労働省自殺対策推進室、警察庁生活安全局生活安全企画課「令和 4 年中における自殺の状況」（令和 5 年 3 月 14 日）

- 自殺の大きな危険因子であるうつ病について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、精神科医療提供体制の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・労働・教育・警察等の関係機関・関係団体のネットワーク構築を推進する必要があります。
- 自殺未遂は、自殺の最も強力な危険因子といわれています。自殺未遂者が搬送される一般救急医療機関におけるスタッフの対応技術の向上、精神科専門医との連携強化、医療以外の生活支援等の紹介など、未遂者の再企図を防ぐための体制づくりが必要です。

（13）災害精神医療

- 災害は、人々に様々な心理的反応をもたらすとともに、PTSD（心的外傷後ストレス障害）やうつ病などの精神疾患の発症、アルコール関連問題の出現など、精神保健上の重大な問題を数多く引き起こすことが知られており、「こころのケア」が必要とされます。
- 平成 24 年に「災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team）（ディーパット）（以下、DPAT）」の仕組みが創設され、本県でも平成 25 年よりその養成を開始し、現在県

内に 1 チーム整備しています。DPAT は、精神科医師、看護師、業務調整員等から構成され、災害時には、長崎県 DPAT を編成し、被災地等に派遣します。

■ 本県の DPAT

- ・ DPAT のうち、発災から概ね 48 時間以内に、被災した都道府県において活動するチームを先遣隊と言います。

- ・ 本県では、平成 28 年度に先遣隊として長崎県精神医療センターを登録しました。

- ・ 活動実績として、令和 2 ～ 3 年度に延 46 名の DPAT 隊員が新型コロナウイルス感染症対策として支援にあたりました。

 - 令和 2 年度 クラスター支援 2 件（病院 2 ヶ所、延 21 名）

 - 令和 3 年度 クラスター支援 1 件（病院 1 ヶ所、延 25 名）

DPAT の主な活動内容

- ・ 避難所や在宅の精神障害者等に対する被災地での精神科医療の提供

- ・ 外来、入院等被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む。）

- ・ 災害のストレスによって心的問題を抱える住民への対応

- ・ 支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援

- 災害拠点精神科病院は、災害時における精神科の医療提供体制の中心的な役割を担い、24 時間緊急対応し、被災地等からの精神疾患を有する患者の受け入れや DPAT の派遣に係る対応等を行う医療機関です。

- 令和 4 年 4 月 1 日までに災害拠点精神科病院として 21 都府県 36 病院が指定されていますが、本県においては整備されていないため、関係機関等と協議を図りながら整備する必要があります。

- DPAT の整備を進め、県連携拠点機能及を有する医療機関を中心に、災害精神保健医療に対応できる医師をはじめとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

- 災害拠点精神科病院の整備を進めるとともに、精神科病院協会等の関係団体とも連携を図りながら、県内の精神科医療機関における精神疾患を有する患者の受け入れについて、平時から協議を行う必要があります。

■ 災害拠点精神科病院の主な指定要件

(1) 運営体制

- ・ 24 時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の精神科医療の必要な患者の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること。
- ・ DPAT（先遣隊であることが望ましい。）を保有し、その派遣体制があること。
- ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務改善計画の整備を行っていること。

(2) 施設及び設備

- ・ 病棟、診療等精神科医療に必要な部門を設けるとともに、災害時における患者の多数発生時に対応可能なスペース及び簡易ベッド等の備蓄スペースを有することが望ましい。
- ・ 診療機能を有する施設は耐震構造を有することとし、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有することが望ましい。
- ・ 災害時も主な診療施設や病棟等を機能させるのに必要な電力を確保するため、自家発電機等を保有し、3 日分程度の燃料を確保しておくこと。

(14) 医療観察法における対象者への医療

- 「医療観察制度」は、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任を問えない状態）で、殺人、放火等の重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進することを目的とした処遇制度です。

- 法務省「犯罪白書」によると、平成 17 年 7 月の「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「医療観察法」という）」施行から、令和 3 年 12 月末までの間、地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は 3,932 件、通院処遇決定は 702 件であり^{※1}、令和 5 年 4 月 1 日時点における入院者は 789 名となっています。疾患内訳をみると、統合失調症が約 84%、次いで気分障害が約 5.6%となっています^{※2}。

※1 犯罪白書の各年ごとのデータを医療観察法医療体制整備推進室で集計

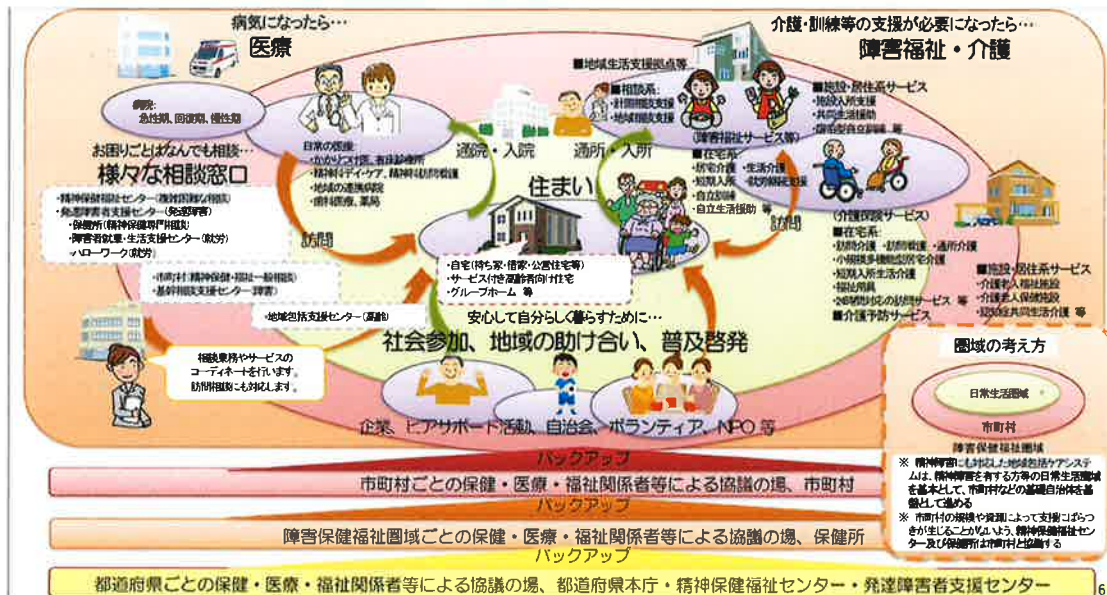
※2 出典：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ

- 県内の指定入院医療機関は 1 ケ所、指定通院医療機関は 9 ケ所であり、保護観察所と連携し、患者が住み慣れた地域で生活できるよう医療体制の充実を図る必要があります。
- 入院医療において治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が円滑に退院できるように、治療抵抗性統合失調症治療薬を使用可能な指定通院医療機関の一層の確保を図る必要があります。

4. 施策の方向性

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

【図】精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのイメージ



- 精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）が包括的に確保された地域包括ケアシステムを構築します。
- 精神疾患に対する偏見をなくすため、精神疾患に対する正しい理解の普及啓発や、精神疾患への正しい知識を持ち、傾聴を中心とした支援を行う心のサポーターの養成を行うとともに、地域保健機関（市町、保健所等）やかかりつけ医と精神科医療機関が連携することにより、相談や治療につながりやすい環境づくりを進めます。
- 精神障害者が充実した地域生活を送ることができるよう、自治体を中心とした地域の精神保健、病院、診療所、訪問看護ステーションを中心とした医療、障害福祉、介護保険サービス事業所を中心とした福祉等の関係機関が連携し、市町、圏域、県単位で、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を設け、計画的な基盤整備や重層的な支援を行う必要があります。本県の課題である入院期間の長期化や認知症等の器質性精神障害による入院患者の増加、地域生活の継続等に対応するため、早期退院や地域生活に向けた課題を明らかにし、地域移行に向けた一層の取組を図っていく必要があります。
- 県は、精神科救急医療体制の整備に向けて、平日、土曜日の夜間における緊急時の精神科医療を確保するための精神科救急医療システムの充実を図ります。また、精神科救急医療にかかる関係者の会議を開催し、関係者間の共通認識を深め連携強化を目指します。
- 県は、身体合併症を有する患者について、精神疾患及び身体合併症の状態に応じた、一般医療機関と精神科医療機関の役割分担の明確化及び連携強化を図り、地域における専門医療体制の整備を目指します。

（２）多様な精神疾患等に対応する医療提供体制の構築

- 急性期、回復期、慢性期等の病気の経過や、多様な精神疾患等ごとに医療機関、訪問看護ステーショ

ンの役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、拠点となる医療機関、地域精神科医療提供機能を担う医療機関、訪問看護ステーションの医療機能を明確化し、医療圏ごとに連携体制を構築します。

- 精神病床を有する病院、精神科を標榜する外来診療施設の拠点となる施設として、県連携拠点医療機能を担う医療機関、地域連携拠点機能を担う医療機関、地域精神科医療提供機能を担う医療機関を明示したうえ、体制の構築を図ります。
- 精神疾患の医療体制に求められる医療機能を表16のとおり定め、拠点機能を整備します。

【表16】県連携拠点機能を担う医療機関一覧

医療機関	統合失調症	うつ病等	認知症※	児童	発達障害	依存症			PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
						アルコール	薬物	ギャンブル									
長崎大学病院	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○		○	○	○	
長崎医療センター										○		○		○		○	
長崎県精神医療センター	○	○		○	○				○	○	○		○		○	○	○
あきやま病院						○											
長崎県対馬病院	○	○		○						○		○		○			
心療内科新クリニック	○	○		○	○				○								

※認知症の県連携拠点機能を担う医療機関は、認知症疾患医療センター（基幹型）とする。（第5節－2精神科医療（認知症医療）（3）認知症疾患医療センターと連携体制参照）

- 精神疾患等ごとに精神科医療機関に求められる医療機能を下記の表17のとおり定め、多様な疾患に対応できる医療体制の構築を図ります。

【表17】精神疾患の医療体制に求められる医療機能

1) 県連携拠点機能を担う医療機関
《役割》 ① 患者本位の精神科医療を提供すること ② ICFの基本的な考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること ③ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと ④ 医療連携の県拠点の役割を果たすこと ⑤ 情報収集発信の県拠点の役割を果たすこと ⑥ 人材育成の県拠点の役割を果たすこと ⑦ 地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと 《医療機関に求められる事項》 ① 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること ② 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること ③ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること ④ 地域連携会議を運営すること

⑤ 県民・患者への積極的な情報発信（予防・治療に関する内容、地域資源に関する情報など）専門職に対する研修プログラムの提供（卒後専門領域研修など）または長崎こども・女性・障害者支援センターと連携した研修の実施・協力 ⑥ 地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ ⑦ その他、精神疾患等ごとに県拠点として望ましい要件を備えていること
2) 地域連携拠点機能を担う医療機関 《役割》 ① 患者本位の精神科医療を提供すること ② ICFの基本的な考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること ③ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと ④ 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと ⑤ 情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと ⑥ 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと ⑦ 地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと 《医療機関に求められる事項》 ① 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること ② 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること ③ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること ④ 地域連携会議の運営支援を行うこと ⑤ 地域・患者への積極的な情報発信（予防・治療に関する内容、地域資源に関する情報など） ⑥ 多職種による研修の企画運営または保健所と連携した研修の実施・協力 ⑦ 地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ
3) 地域精神科医療提供機能を担う医療機関 《役割》 ① 患者本位の精神科医療を提供すること ② ICFの基本的な考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること ③ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと 《医療機関に求められる事項》 ① 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること ② 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること ③ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること

【表 18】精神疾患等ごとに精神科医療機関に求められる医療機能

区 分	精神疾患等ごとに求められる医療機能
統合失調症	《地域精神科専門医療機能》 i) 統合失調症の病状・状態像に応じて薬物療法及び精神療法・心理教育・生活技能訓練・作業療法を実施し、必要に応じて、他の医療機関と連携できること ii) 必要に応じて、訪問診療・訪問看護・デイケアを提供できること（他の医療機関等との連携により、対応することも可） iii) 精神科医師、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種からなるチーム医療が実践されていること iv) 精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制が確保されていること v) 早期退院に向けて、相談支援事業者等の地域援助事業者と連携し、退院を支援していること（県拠点として望ましい要件） i) 難治性精神疾患患者に対し、クロザピンやmECT等の専門的な治療の実施や情報発信等を行うことができること
気分（感情）障害	《地域精神科専門医療機能》 i) うつ病と双極性感情障害及びその他うつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること ii) うつ病に並存する他の精神障害や身体疾患の合併などを多面的に評価できること iii) 患者の状態に応じて、薬物療法及び精神療法等の非薬物療法を含む精神科医療を提供でき、必要に応じて、他の医療機関と連携できること iv) 患者の状態に応じて、生活習慣などの環境調整等に関する助言ができること v) かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携していること（例えば、地域のかかりつけの医師等に対するうつ病の診断・治療に関する研修会や事例検討会等への協力） vi) 産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク、地域障害者職業センター等との連携、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること（県拠点として望ましい要件） i) 認知行動療法や難治性精神疾患患者に対してmECT等の専門的な治療の実施及び情報発信等を行うことができること
児童・思春期	《地域精神科専門医療機能》 i) 専門医療を提供する医療機関は、適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて保健・福祉等の行政機関や学校・児童福祉施設等と連携することができること ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク^(※)を有すること（県拠点として望ましい要件） i) 児童・思春期病棟が整備されていること
発達障害	《地域精神科専門医療機能》 i) 専門医療を提供する医療機関は、適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて発達障害者支援センター、保健・福祉等の行政機関や学校・児童福祉施設・ハローワーク、地域障害者職業センター、職場等と連携することができること ii) 県内の精神科医療機関や小児科、一般医療機関とのネットワーク^(※)を有すること

依存症	《地域精神科専門医療機能》 i) 依存症のリハビリテーション・プログラムを外来または入院治療として提供できること ii) 患者本人及びその家族や関係者に対する情報提供や教育、支援が行えること iii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク^(※)を有すること iv) 産業保健、地域保健福祉等の行政機関及び自助グループやリハビリ施設等との連携ができること 《県拠点として望ましい要件》 i) 依存症対策総合支援事業実施要綱に定める「依存症専門医療機関」及び「依存症治療拠点機関」の選定基準を満たしていること
外傷後ストレス障害 (PTSD)	《地域精神科専門医療機能》 i) 専門医療を提供する医療機関は、適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて保健・福祉等の行政機関や職場等と連携することができること ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク^(※)を有すること
高次脳機能障害	《地域精神科専門医療機能》 i) 専門医療を提供する医療機関は、適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて高次脳機能障害支援センター・保健・福祉等の行政機関や・学校・ハローワーク、地域障害者職業センター、職場等と連携することができること ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク^(※)を有すること
摂食障害	《地域精神科専門医療機能地域精神科医療提供機能を担う医療機能》 i) 専門医療を提供する医療機関は、身体科と連携し、包括的に適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて保健・福祉等の行政機関や学校・職場等と連携することができること ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク^(※)を有すること
てんかん	《地域精神科専門医療機能》 i) 専門医療を提供する医療機関は、適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて保健・福祉等の行政機関や学校・職場等と連携することができること ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク^(※)を有すること
精神科救急	《地域精神科専門医療機能》 i) 地域の精神科救急医療システムに参画するとともに、地域の一般医療機関と連携すること ii) 精神科救急患者を受け入れる病院では、行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましいこと iii) 継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等については、地域での連携により夜間・休日でも対応できる体制を有すること 《県拠点として望ましい要件》 i) 24時間365日精神科救急患者の受け入れが可能な体制を有すること（検査室、保護室、医師・看護体制等）
身体合併症	《地域精神科専門医療機能》 i) 身体疾患を合併した患者に対応する医療機関については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる（単科の精神科病床では一般医療機関と連携できる）こと ii) 身体疾患を合併する患者を精神科で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は一般医療機関の診療協力を有すること iii) 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること 《県拠点として望ましい要件》 i) 院内精神科リエゾンチームの配置があること

自殺対策	《地域精神科専門医療機能》 i) 一般医療機関や行政等から紹介を受け、自殺念慮がある者や自殺未遂者のアセスメントとケアを実施していること ii) うつ病を中心にかかりつけ医とネットワーク^(※)を有すること 《県拠点として望ましい要件》 i) 救急医療と連携して、速やかに自殺未遂者のアセスメントとケアを実施していること ii) 自殺未遂者に対して、保健・福祉等の行政機関や医療機関等と連携し、再企図を防止するため、定期的にフォローアップを行っていること iii) 自死遺族支援を積極的に行い、行政、医療機関等と連携できること
災害精神医療	《地域精神科専門医療機能》 i) 災害発生時において、一般医療機関や行政等と連携し、必要な医療提供を行うとともに、被災医療機関からの入院患者の受入等を行うことができること ii) 災害に伴う精神疾患の発症等精神保健上の重大な問題を引き起こさないよう、心のケアを行う災害派遣精神医療チーム（DPAT）へ積極的な参加、協力を行う施設であること
医療観察法	《地域精神科専門医療機能》 i) 医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携すること 《県拠点として望ましい要件》 i) 医療観察法に基づく入院施設であること

※ネットワーク：患者の治療・処遇に係る個別相談、患者の紹介、研修会、研究会、事例検討会、連絡会等の取組を有すること

5. 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
地域生活移行及び継続に向けた課題を把握すること	早期退院及び地域生活にかかる課題についての実態調査	—	R6年度に1回
基礎自治体における支援体制を構築すること	退院支援に関わる市町職員等研修会の開催	—	年1回程度
入院患者の地域生活への移行を進めること	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	人口10万対 5,265.0人 (2020年度)	増加
	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	人口10万対 110.7人 (2020年度)	増加
難治性精神疾患を治療すること	治療抵抗性統合失調症治療薬の使用を認可された医療機関数	10医療機関 (2023年9月)	増加
	統合失調症患者に占める治療抵抗性統合失調症治療薬使用の割合	1.33% (2020年度)	増加
多様な精神疾患等にも対応する医療提供体制を構築すること	薬物依存症にかかる県連携拠点機能を担う医療機関の選定	—	1

精神科救急医療体制を強化すること	平日夜間の精神科救急輪番病院数	0 機関	18 機関
	身体合併型対応施設指定機関数	0 機関	1 機関

最終の成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2029 年
早期に退院できる患者が増加すること	入院後 3 ヶ月時点の退院率	58.2% (2019 年)	68.9% (2026 年)*
	入院後 6 ヶ月時点の退院率	74.6% (2019 年)	84.5% (2026 年)*
	入院後 12 ヶ月時点の退院率	82.2% (2019 年)	91.0% (2026 年)*
退院後 1 年以内の平均生活日数が増加すること	平均生活日数	323 日 (2019 年)	325 日 (2026 年)*
精神病床の入院患者が減少すること	急性期入院患者数 (65 歳未満)	402 人 (2022 年)	減少
	急性期入院患者数 (65 歳以上)	548 人 (2022 年)	減少
	回復期入院患者数 (65 歳未満)	262 人 (2022 年)	減少
	回復期入院患者数 (65 歳以上)	720 人 (2022 年)	減少
	慢性期入院患者数 (65 歳未満)	1,187 人 (2022 年)	減少
	慢性期入院患者数 (65 歳以上)	3,116 人 (2022 年)	減少
精神病床における新規入院患者の平均在院日数が減少すること	新規入院患者の平均在院日数	128 日 (2019 年)	減少

※第7期障害福祉計画及び第3期障害児福祉計画において、2026 年度における目標値として設定された数値を適用している。同計画で目標値が変更された場合は、同様に目標値を見直す。

(2) 指標の説明

- 指標の出典は、特に記載がない限り、厚生労働省「精神保健福祉資料」です。

指標	説明
早期退院及び地域生活にかかる課題についての実態調査	早期退院及び地域生活にかかる課題についての実態調査を実施すること。※出典：県の障害福祉課調べ
退院支援に関わる市町職員等研修会の開催	退院支援に関わる市町職員等研修会を開催すること。※出典：県の障害福祉課調べ
在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数を増加させること。
精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数を増加させること。

治療抵抗性統合失調症治療薬の使用を認可された医療機関数	治療抵抗性統合失調症治療薬の使用を認可された医療機関数を増加させること。
統合失調症患者に占める治療抵抗性統合失調症治療薬使用の割合	統合失調症患者に占める治療抵抗性統合失調症治療薬使用の割合を増加させること。
薬物依存症にかかる県連携拠点機能を担う医療機関の選定	薬物依存症にかかる県連携拠点機能を担う医療機関を選定すること。※出典：県の障害福祉課調べ
平日夜間の精神科救急輪番病院数	平日夜間の精神科救急輪番病院を設定すること。※出典：県の障害福祉課調べ
身体合併型対応施設指定機関数	身体合併型対応施設指定機関を指定すること。※出典：県の障害福祉課調べ
入院後 3 ヶ月時点の退院率	基準とする前年 6 月 1 ヶ月間に新たに入院した患者のうち、6 月から 8 月に退院した患者の割合が増加すること。
入院後 6 ヶ月時点の退院率	基準とする前年 6 月 1 ヶ月間に新たに入院した患者のうち、6 月から 11 月に退院した患者の割合が増加すること。
入院後 12 ヶ月時点の退院率	基準とする前年 6 月 1 ヶ月間に新たに入院した患者のうち、6 月から当年 5 月に退院した患者の割合が増加すること。
平均生活日数	精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域における平均生活日数が増加すること。
急性期入院患者数	入院期間が 3 か月未満の入院患者数が減少すること。
回復期入院患者数	入院期間が 3 か月以上 1 年未満の入院患者数が減少すること。
慢性期入院患者数	入院期間が 1 年以上の入院患者数が減少すること。
新規入院患者の平均在院日数	精神病床における新規入院患者の平均在院日数が減少すること。

第5節 - 2 精神科医療（認知症医療）

1. 認知症について

- 認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が破壊されたり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヶ月以上継続）をいいます。

【表】認知症の種類

種類	脳の変化	症状
アルツハイマー型	脳内にたまった異常なたんぱく質により神経細胞が破壊され、脳に萎縮がおこります。	昔のことはよく覚えていますが、最近のことは忘れてしまいます。軽度の物忘れから徐々に進行し、やがて時間や場所の感覚がなくなっていくます。
脳血管性認知症	脳梗塞や脳出血によって脳細胞に十分な血液が送られずに、脳細胞が死んでしまう病気です。高血圧や糖尿病などの生活習慣病が、主な原因です。	脳血管障害が起こるたびに、段階的に進行します。また、障害を受けた部位によって症状が異なります。
レビー小体型認知症	脳内にたまったレビー小体という特殊なたんぱく質により、脳の神経細胞が破壊されおこる病気です。	現実にはないものが見える幻視や、手足が震えたり、筋肉が固くなるといった症状が現れます。歩幅が小刻みになり、転びやすくなります。
前頭側頭葉型認知症	脳の前頭葉や側頭葉で神経細胞が減少して、脳が萎縮する病気です。	感情の抑制がきかなくなったり、社会のルールを守れなくなるといったことが起こります。

※出典：厚生労働省資料（全国国民健康保険診療施設協議会「認知症サポーターガイドブック」を基に作成）

- 認知症の症状としては、大きく分けて「中核症状」と「行動・心理症状」（以下、「BPSD」という。）があります。なお、BPSDは、周囲からは「徘徊」や「妄想」に見えますが、本人なりの背景や理由があると言われています。

- 認知症の症状が疑われる場合は、市町が設置している地域包括支援センターにおいて、認知症の診断が可能な地域の医療機関等を紹介しています。地域包括支援センターには、医療や介護の専門職が配置されており、認知症と診断された場合、生活に関する心配ごとや介護保険をはじめとしたサービス利用手続きなど、様々な相談に応じえています。

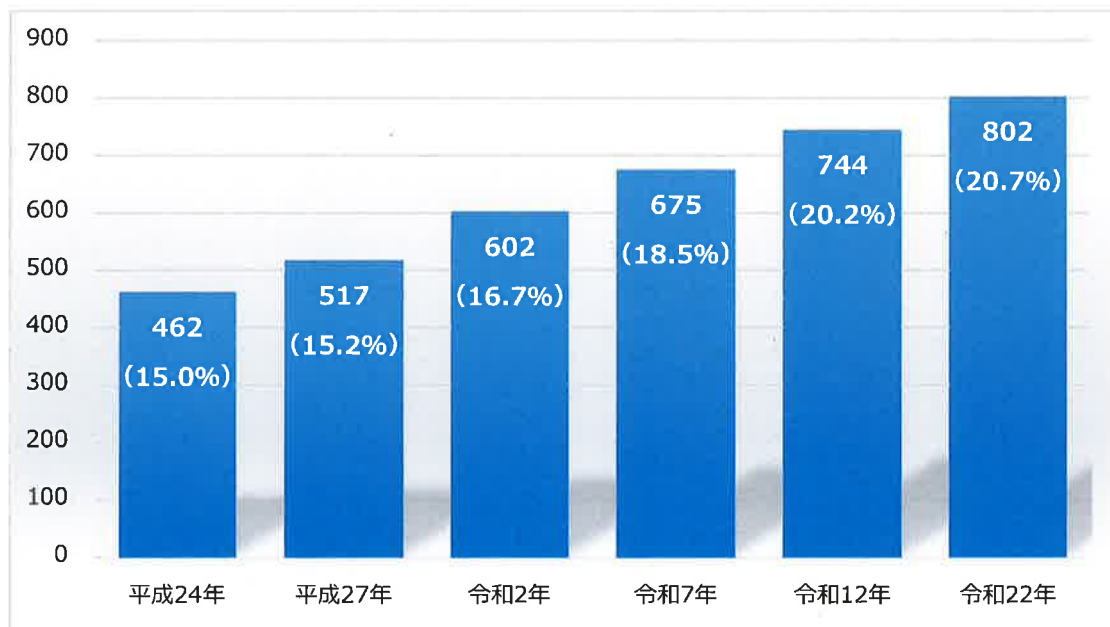


2. 本県の現状と課題

(1) 認知症患者数

- 全国における認知症高齢者の数は、令和2年で602万人と65歳以上高齢者の約6人に1人、令和7年には全国で約675万人、65歳以上高齢者の約5人に1人が認知症と推計され、高齢化の進展により今後も増加が見込まれていることから、認知症の予防、早期発見・早期対応等の取組が求められています。
- 認知機能低下のある人、いわゆる軽度認知障害（MCI）と推計される65歳以上高齢者は、平成24年時点で約400万人いると言われています。
- MCI（軽度認知障害）とは、本人やその家族に認知機能低下の自覚があるものの、日常生活は問題なく送ることができている状態のことです。健常な状態と認知症の中間の状態であり、早期から適切な認知症予防の対策を行っていくことで、健常な状態への回復や認知症への移行を遅らせることが期待できます。

【図】認知症の人の将来推計（全国） （単位：万人）



※出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）による速報値

※下段（ ）は65歳以上人口に対する比率

- 令和7年の本県の認知症患者数は、約8万4千人と推定されており、令和12年まで増加が予測されています。

【表】本県の認知症の人の将来推計

(単位：万人)

	平成 27 年 (2015 年)	令和 2 年 (2020 年)	令和 7 年 (2025 年)	令和 12 年 (2030 年)	令和 22 年 (2040 年)
65 歳以上人口	40.8	43.6	44.2	43.7	41.7
認知症者人口	6.4	7.5	8.4	9.1	8.9

※出典：長崎県福祉保健部による推計

(2) 認知症の予防と早期診断

- 生活習慣病は、認知症発症の危険因子であると言われており、日頃の生活の中で継続して取り組める生活習慣病予防対策の普及、啓発が重要となります。また、運動、口腔機能の向上、趣味活動など日常生活における取組が認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことから、高齢者にとって身近な住民主体の運営による通いの場などの取組や、認知症予防に有効とされる運動を中心とした認知症リハビリテーションが重要です。
- 認知症の人への日常的な診療や家族への助言において、かかりつけ医が担う役割が大きいため、かかりつけ医の認知症対応力の一層の向上が必要です。
- 口腔機能の管理を行う歯科医師や服薬指導等を行う薬剤師が、高齢者と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するため、歯科医師や薬剤師の認知症対応力の向上が必要です。
- 医療や介護の専門的知識及び経験を有する看護師、介護福祉士等が「認知症地域支援推進員」として、地域包括支援センターなどで、地域での相談支援、関係機関の連携等を行っていますが、さらに医療・介護等のネットワークの充実・強化を図り、認知症の人への支援を効果的に行うことが重要です。
- 医療機関における認知症への理解は進んでいますが、さらに認知症に関する正しい知識の普及を進め、県民が認知症に対する不安を感じた時に、身近な地域で受診できる医療機関の周知等が必要です。

(3) 認知症疾患医療センターと連携体制

- 認知症の症状の特定（鑑別診断）をはじめ、医療機関等の紹介など、認知症の容態に応じた適時・適切な医療の提供や家族への相談・支援を行うために、認知症医療の中核となる専門医療機関として、「認知症疾患医療センター」を指定しています。
- 認知症疾患医療センターは、認知症の専門医療相談や早期の鑑別診断とそれに基づく初期対応及び身体合併症、BPSD への急性期治療への対応のほか、地域の医療機関や地域包括支援センター等との連携を図るため、地域連携会議や事例検討会を開催するとともに、認知症医療に関する情報発信や県民への普及啓発、医療従事者への研修等を行うなど、地域の認知症医療体制の中で連携拠点機能を有しています。
- 認知症疾患医療センターには、県全域の認知症医療における連携拠点機能を有する「基幹型」と、二次医療圏域における認知症医療の連携拠点機能を有する「地域型」及び「連携型」があります。「地域型」は「基幹型」と同等の人員を確保していますが、検査体制の一部を他の医療機関との連携でも可

としています。また、「連携型」は人員配置の基準が緩和され、検査体制の全てを他の医療機関との連携でも可としています。

- 「基幹型」認知症疾患医療センターでは、各圏域を担当する「地域型」及び「連携型」認知症疾患医療センターとも定期的に情報共有や協議を行うほか、県全体の認知症に関する支援体制づくりに関する検討を行っています。
- 本県ではすべての二次医療圏域に認知症疾患医療センターを設置しています。

【表】認知症患者医療センター（令和5年4月1日現在）

医療圏	種類	医療機関
長崎	基幹型	長崎大学病院
	地域型	出口病院
佐世保県北	地域型	佐世保中央病院
県央	地域型	諫早総合病院
県南	地域型	島原保養院
五島	連携型	長崎県五島中央病院
上五島	連携型	長崎県上五島病院
壱岐	連携型	長崎県壱岐病院
対馬	連携型	長崎県対馬病院



- かかりつけ医の認知症診断等に関して相談役の役割を担う認知症サポート医は、認知症疾患医療センター、各都市医師会及び地域包括支援センターなどとともに、地域での認知症医療支援体制の構築に、重要な役割を果たしています。

(4) 認知症初期集中支援チーム

- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期対応体制を構築するため、各市町に「認知症初期集中支援チーム」を設置しています。
- 認知症初期集中支援チームは、医療・介護の専門職2名以上と、専門医1名の計3名以上の専門職で構成され、特に、初回の観察・評価の訪問は、原則として2名以上で訪問することとされています。

(5) 認知症サポーター

- 介護を要する認知症の人が、住み慣れた地域で安心して生活をするためには、社会全体で認知症の人と家族を支える仕組みづくり、地域づくりを推進する必要があります。
- 認知症を正しく理解したうえで、認知症の人や家族を暖かく見守り、支援する応援者として、「認知症サポーター」の養成が全国的に進められています。
- 本県では、各市町において、県が育成した認知症サポーターの講師役である認知症キャラバンメイトと協働して、住民に対して認知症に関する正しい知識と理解を普及するため、認知症サポーターの養成を行っています。

- 認知症サポーターは、見守り活動や認知症カフェへ参加するなど、それぞれの地域で認知症の人や家族を支える活動を行っていますが、認知症に優しい地域づくりを加速するため、さらにサポーターの活躍の場を広げていく取組が重要です。

(単位：人)

	全国	長崎県
認知症サポーターの養成数	13,476,242	162,522
認知症キャラバンメイトの養成数	160,208	1,844
サポーター及びキャラバンメイト一人あたりの高齢者人口	2.6	2.7

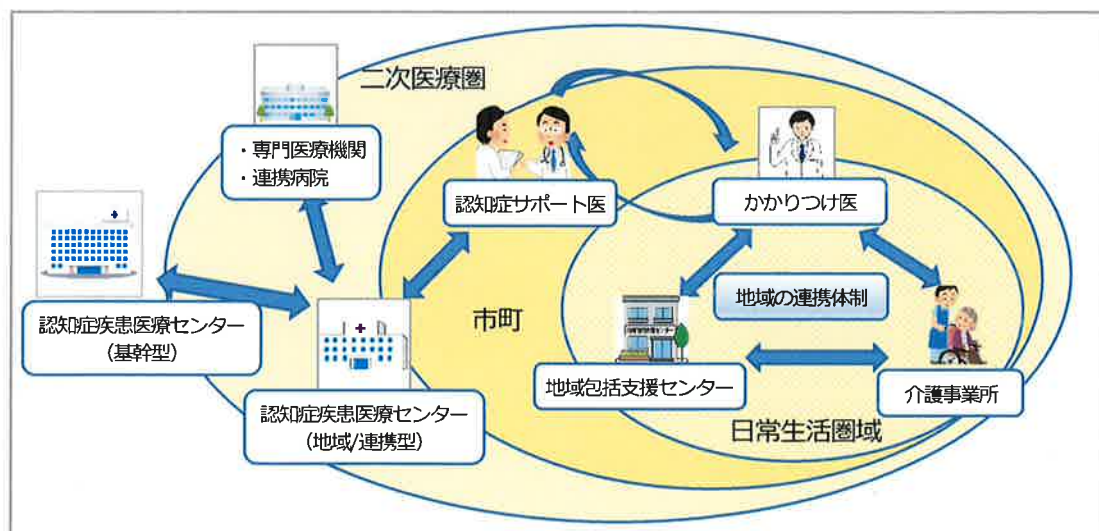
(令和5年3月31日現在)

3. 施策の方向性

(1) 認知症疾患医療センターを中心とした連携体制の構築

- 基幹型認知症疾患医療センターを中心に、二次医療圏ごとに地域型や連携型の認知症疾患医療センターを設置し、認知症サポート医及びかかりつけ医等からなる3層構造の認知症医療体制の構築を目指します。
- 二次医療圏を基本に、認知症疾患医療センター等を中心に、かかりつけ医との連携のもと認知症医療に取り組み、それぞれの地域で早期診断から治療・介護方針の策定を行い、身近な地域で適切な医療や介護サービスを提供するという流れを整備します。
- BPSDや身体合併症への適切な対応を図るため、悪化時の入院を含め、認知症の容態に応じた医療提供が可能となるよう、地域の医療機関や専門医療機関との医療機関相互の連携体制を強化するとともに、医療と介護、地域との連携体制の整備を進めます。

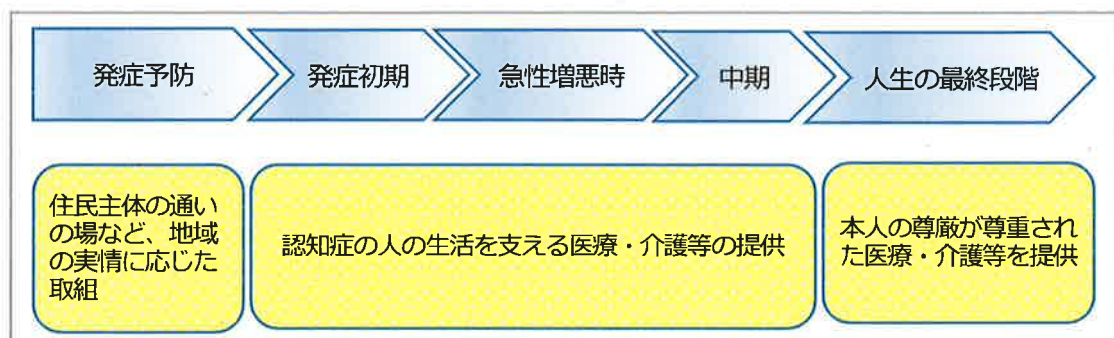
【図】3層構造の認知症医療体制のイメージ



(2) 医療従事者等の認知症対応力の向上

- 県医師会等と連携して、県内全域において、認知症サポート医へのフォローアップを行うとともに、かかりつけ医や歯科医師、薬剤師、看護師等の認知症対応力向上研修を実施し、地域における認知症診療技術等の向上等、医療体制の機能強化を図ります。
- 認知症サポート医や、認知症に関する研修を受けたかかりつけ医を養成し、県内各地どこにおいても、標準的な認知症の診療を受けることができる体制づくりを進めます。
- 認知症の疑いがある人への早期の気づき、BPSD への対応等、さらに本人の意思を尊重するために、意思決定支援ガイドラインを活用した、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等に対する認知症対応力向上研修を行い、認知症の適切な対応力の強化を図ります。
- 介護施設従事者や施設管理者等を対象に、キャリアに応じた各種認知症介護研修を実施し、認知症ケアの質の向上に取り組みます。

(3) ステージに応じた医療体制の構築



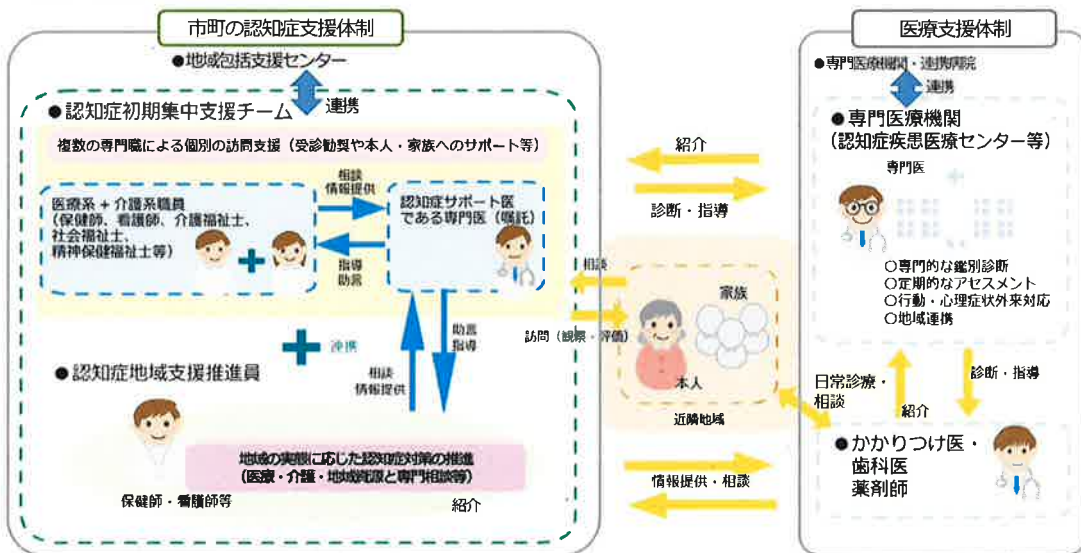
- 発症予防、初期段階での対応から、認知症発症後の日常の療養支援、看取り等、段階に応じた施策を推進します。
- 初期段階においては、地域の歯科医師・薬剤師等とかかりつけ医との連携による早期発見と、地域で早期受診が可能となるよう、医療機関等の紹介など連携体制を構築します。
- 入院・施設入所中に BPSD や身体合併症が見られた場合でも、適切な医療やリハビリテーションが提供され、入院、入所の長期化等につながらないよう、退院・退所後は容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される「循環型」の仕組みの構築を図ります。
- 認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行われるよう、認知症疾患医療センターはもちろんのこと、認知症サポート医、かかりつけ医、認知症地域支援推進員との連携強化を推進します。
- 認知症の BPSD が重症化すると、家族や介護従事者の負担が大きくなり、在宅での生活が困難となるため、認知症の人や家族に対する早期からの多職種連携によるチーム対応など、在宅での自立生活のサポートを行う支援体制の整備を進めます。
- 本人の尊厳が尊重された医療・介護等のサービスを提供するため、多職種が連携することで、あらか

じめ本人の意思決定を支援する仕組みづくりを推進します。

(4) 認知症に対応する地域包括ケアシステムの構築

- 認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・生活支援等の一体的な提供が可能な地域支援体制の構築を進めます。
- 退院された認知症の方が速やかに地域で暮らすことができるよう、医療・介護の連携を推進します。
- 市町の認知症施策が効果的に機能するよう、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームに関する、先進的な取組事例を紹介する研修を実施するとともに、課題解決に向けた地域の実情に応じた取組を支援していきます。
- 認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、関係団体との調整や、市町に対する支援を行います。
- 患者が、症状の進行に合わせた具体的なケア方法や、利用できる医療・介護サービスなどをスムーズに理解するための冊子である「認知症ケアパス」の作成を支援し、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有されることで、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進します。
- 県内で、キャラバンメイト養成研修等を実施することにより、認知症サポーターの養成を進めるとともに、認知症サポーターの活躍の場として、チームオレンジの整備を進めます。

【図】 認知症医療支援体制図



(5) 若年性認知症の人やその家族の支援

- 若年性認知症は、早期に専門の医療機関における適切な診断と治療につなげることが重要ですが、うつ病等精神疾患との鑑別も含め診断が困難とされています。このため、若年性認知症の疑いがある方と認知症疾患医療センター等の専門機関を早期につなぎ、適切な診断・治療を提供できる体制の整備を進めます。

- 若年性認知症の方々は、働き盛りの世代であるケースも多く、就労ができなくなることで家庭的、社会的にも大きな影響があるため、本人や家族等から相談を受け、医療、福祉等関係者間の連携調整等を行う若年性認知症支援コーディネーターを設置し、若年性認知症の人の就労・社会参加を支援します。

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
地域で認知症に対応できる人材が育成されること	認知症サポート医養成研修修了者数	204 人 (2022 年)	259 人
地域で認知症の人の生活を支える医療・介護が提供されること	認知症初期集中支援チームの訪問等により医療・介護サービスにつながった者の割合	79% (2022 年)	80%
地域に認知症医療の中核となる医療機関が設置されていること	認知症疾患医療センター数	9 箇所 (2022 年)	9 箇所
地域で認知症の適切な診断が行われること	認知症疾患医療センターの鑑別診断数	2,355 件 (2022 年)	2,355 件

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2029 年
「第5節-1 精神科医療」と共通	-	-	-

(2) 指標の説明

- 指標の出典は、県の長寿社会課調べです。

指標	説明
認知症サポート医養成研修修了者数	地域で認知症に対応できる人材の育成のため、認知症サポート医養成研修修了者の増加を図ります。
認知症初期集中支援チームの訪問等により医療・介護サービスにつながった者の割合	認知症初期集中支援チームの訪問等により医療・介護サービスにつなげることで、早期での診断・対応を図ります。
認知症疾患医療センター数	すべての二次医療圏域に認知症医療の中核となる専門医療機関として、認知症疾患医療センターを設置しています。
認知症疾患医療センターの鑑別診断数	鑑別診断では、認知症の有無、原因疾患、重症度などを見極めるために診察・検査を行います。