

第2節 脳卒中対策

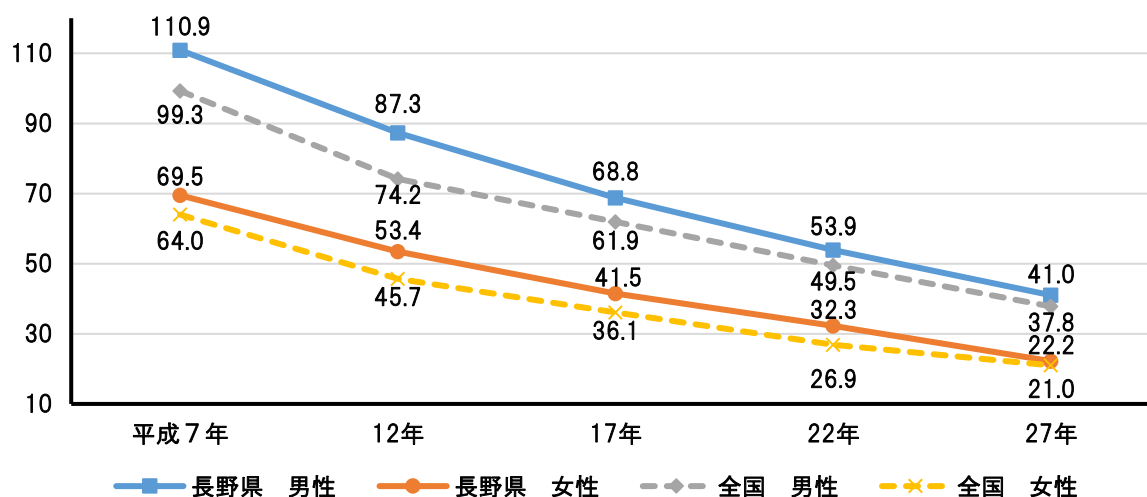
第1 現状と課題

1 脳卒中の状況

(1) 死亡率

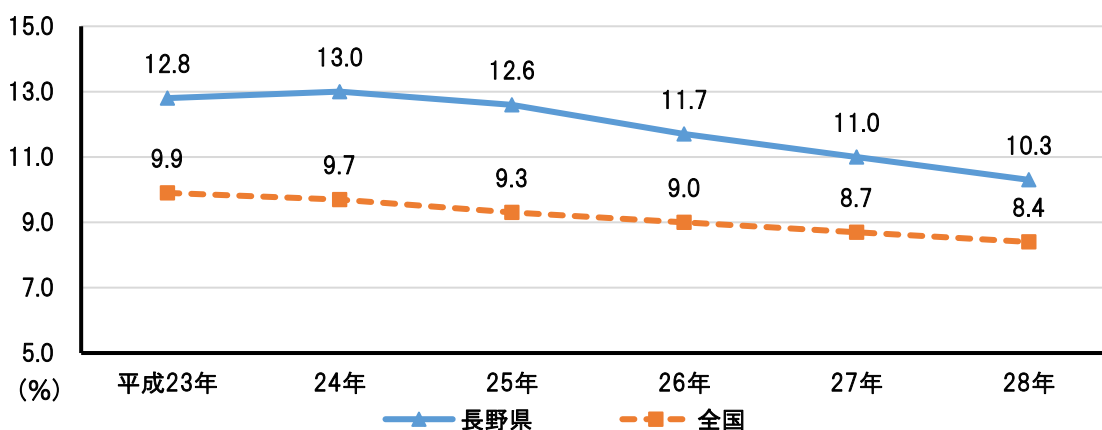
- 県内の脳血管疾患による死亡数は2,595人（全国：約10万9,320人）で、死亡数全体の10.3%（全国：8.4%）を占め、死亡順位の第3位（全国：第4位）となっています。また、本県の脳血管疾患の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は低下傾向にあるものの、男性が女性より高く、男女とも全国より高い状況で推移しています（男性16位、女性18位）。
- 県内の脳血管疾患による死亡数の死亡数全体に占める割合は、下降傾向にあるものの、全国と比較して高い割合で推移しています。
- 脳血管疾患の中で人口10万人当たりの死亡率が最も高いのは県内、全国ともに脳梗塞（こうそく）となっています。

【図1】 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

【図2】 死亡数の全体に占める脳血管疾患の割合の推移



（厚生労働省「人口動態統計」）

(2) 受療率等

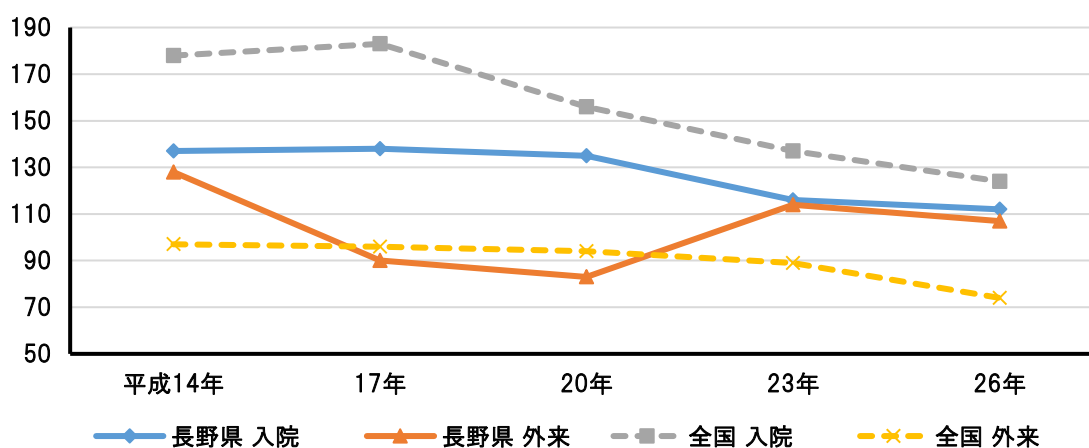
- 本県で脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数は約 3 万 4,000 人（全国：約 117 万 9,000 人）と推計されます。
- 本県の脳血管疾患の人口 10 万人当たりの受療率は、入院は全国より低くなっていますが、外来は高くなっています。

【表 1】 脳血管疾患のために継続的に医療を受けている患者数 (単位：千人)

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

(厚生労働省「患者調査」)

【図 3】 脳血管疾患の受療率（人口 10 万対）の推移



(厚生労働省「患者調査」)

脳卒中予防

脳卒中は卒中風（卒然（突然）邪気や邪風に中（あた）るという意味）という言葉が由来になっています。つまり突然発症する脳の病気ということです。

現代医学では脳卒中を①脳梗塞、②脳出血、③くも膜下出血に分類します。血管が閉塞する①が最も多く 7 割以上で、出血する②と③は約 3 割です。脳卒中予防のためには、脳卒中を起こしやすい原因を知ることが重要で、その原因を取り除くことが予防につながります。

まず、脳卒中全般（①、②、③）の原因として高血圧があります。血圧は上腕で測定し、医療機関ではなく自宅での血圧を優先し、食前に 2 回測定して、その平均が 135/85mmHg 未満を目指します。

喫煙は①と③の原因として知られていて、喫煙本数が多い方が危険とされています。高血圧と喫煙に加え、脂質異常症と糖尿病は脳梗塞の原因です。脂質異常症では LDL-C（悪玉コレステロール）の値が 100mg/dl 以下を目指します。糖尿病では HbA1c の値が 6.0 以下を目指します。

他に心房細動という不整脈が非常に重症の脳梗塞を起こすことが知られています。まずは心房細動を発見することが重要です。動悸を自覚したり、手首の脈を触れて規則的でなかったら医療機関を受診しましょう。もし心房細動であれば、抗凝固剤を内服することで脳梗塞発症率を約 60%減らすことが出来ます。

過度の飲酒は②及び③の原因で、特にくも膜下出血を起こしやすいことが知られています。日本酒は 1 合、ビールは 500ml、ワインは 200ml、ウイスキーは 60ml（ショットグラス 1 杯）までにしましょう。

脳卒中予防のキーワードは、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、心房細動、過度の飲酒です。

2 脳卒中の医療

(1) 発症直後の救護、搬送

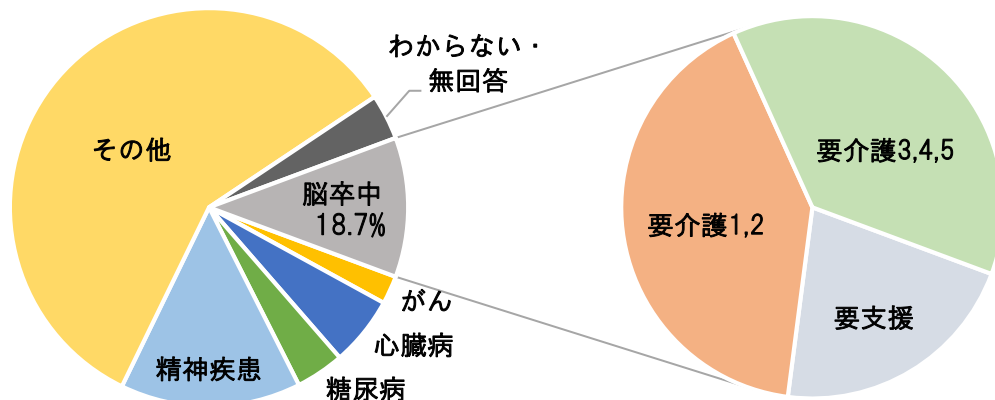
- 脳卒中を発症した場合は、本人又は周囲の人が速やかな救急要請を行い、迅速な救急搬送・治療につなげることが後遺症を防ぐことになります。
- 脳卒中が疑われる患者の救急搬送に際しては、病院前脳卒中スケール等を活用して判別し、疑わしい場合には脳卒中の専門的医療を行う施設に搬送することが望まれます。
- 救急の要請から医療機関へ収容するまでの時間は、全国・県ともに概ね横ばいです。

【表2】 脳血管疾患のために救急車により搬送される急病患者

区分		平成 24 年	25 年	26 年	27 年	28 年
全国	搬送人数(人)	318,730	294,053	289,286	281,703	278,738
	構成割合(%)	9.7	8.7	8.6	8.1	7.7

※構成割合：救急搬送された疾病者数に占める脳血管疾患患者数の割合 (総務省消防庁「救急救助の現況」)

【図4】 県内の高齢者における介護・介助が必要になった主な原因(複数回答)(平成28年度現在)



(介護支援課「高齢者生活・介護に関する実態調査」)

(2) 診断・診療体制

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

【表3】 脳神経外科医の配置状況(平成28年12月現在)

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計	全国
医師数	12	11	8	6	7	—	41	1	30	4	120	7,360
医師数(10万対)	5.6	5.6	3.9	3.2	4.3	—	9.6	1.6	5.4	4.6	5.7	5.8

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

【表4】脳血管内治療専門医の配置状況（平成28年12月現在）

（単位：人）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計	全国	（参考：人口10万対）	
													県	国
医師数	1	1	—	2	—	—	3	—	2	—	9	889	0.4	0.7

（厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

（3）急性期の医療

- 脳卒中の急性期には、全身の管理とともに、脳梗塞（こうそく）、脳内出血、くも膜下出血の個々の病態に応じた治療が行われます。
 - ① 脳梗塞（こうそく）では、発症後4.5時間以内にt-PA製剤の静脈内投与により血栓を溶かす治療（t-PA静注療法）を開始することが重要です。発症からできるだけ早く医療機関へ到着し、到着から治療の開始までが1時間以内であることが望まれます。
 - ② 脳内出血では、血圧管理が主体であり、出血部位や大きさにより手術が行われることもあります。
 - ③ くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、開頭手術や開頭を要しない血管内治療を行います。
- 急性期の診断・治療は24時間体制での実施が求められていますが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合は、地域における複数の医療機関が連携して24時間体制を確保する必要があります。
- 地域の医療資源の状態によっては、遠隔診療を用いた診断の補助等の活用を通じ、連携体制の構築が必要です。
- SCUは「Stroke Care Unit（脳卒中集中治療室）」の略称で、発症直後から適切な治療とリハビリテーションを組織的計画的に行う専門病棟です。専門医の配置など施設基準が厳しく、全国でも120か所ほどしかありません。本県では7か所で整備されています。

【表5】県内の脳卒中の急性期の医療を行う医療機関数（平成29年10月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
t-PAを用いた治療を24時間実施している医療機関数	3	3	3	3	3	1	5	1	6	1	29
脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能である医療機関数（※注）	3	3	3	2	3	0	5	1	5	1	26

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

- ① 脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が常勤であること
 - ② 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能であること
 - ③ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能であること
 - ④ 脳梗塞に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）にt-PAを用いた治療が実施可能であること
- 更に以下の要件で区分する。
- I 脳外科手術が速やかに実施可能であること（脳神経外科医が常勤）
 - II 脳血管内手術が速やかに実施可能であること（脳血管内治療専門医が常勤）
 - III 脳血管疾患リハビリテーションが実施可能であること（PT,OT,STが常勤）
 - IV 脳外科手術が他の病院と連携した上で実施可能
 - V 脳血管内手術が他の病院と連携した上で実施可能

（医療推進課「医療機能調査」）

【表6】脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法実施件数（人口10万対）（平成26年度実施分）

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

（厚生労働省「NDB」）

【表7】SCU（脳卒中集中治療室）のある医療機関数及び病床数（平成26年10月現在）

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

（厚生労働省「医療施設調査」）

脳血管内治療

脳血管内治療とは、カテーテルを用いて脳や脊髄に関連する血管に処置を行うことです。1997年に脳動脈瘤に対するコイル塞栓術（瘤内に柔らかい金属コイルを充填する）が認可されてから、社会的に知られるようになりました。

脳血管内治療には従来の開頭術に比べて創部（傷）が小さく、治療後の回復が早い特長があるために、当初は高齢者に対して多く行われました。その後、破裂脳動脈瘤（クモ膜下出血）には脳血管内治療を施した方が回復しやすいという報告があり、治療数が急増しました。

現在では全国で脳動脈瘤の30%以上に脳血管内治療が行われています。2008年には頸動脈狭窄症に対するステント治療（狭窄部（血管の細いところ）に金属製の網状の管を留置して拡げる）が認可されました。現在、頸動脈ステント術は従来の外科治療よりも症例数が多くなっています。さらに2010年にはステントを併用したコイル塞栓術が認可され、2014年からはステントを用いた脳梗塞治療も始まりました。脳梗塞発症から6時間以内にステントを用いて脳血管を再開通させるこの治療は効果が高く、約半数の方が社会復帰できます。

以上のように脳血管内治療は急速に発展しています。一方で、脳血管内治療よりも長い歴史のある心臓のカテーテル治療によるバイパス手術（外科手術）が行われなくなったかといえばそうではありません。脳血管内治療が適さない場合もあるのであります。

脳血管内治療は負担の少ない最新の治療法ではありますが、実際に行うかどうかは医師と十分に相談することが重要です。

（4）回復期・維持期の医療

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

(5) リハビリテーション

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

【表8】 脳血管疾患等リハビリテーションを行う医療機関数（平成29年4月現在）

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

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

【表9】 リハビリテーション科に従事する医師数

区分		平成22年	24年	26年	28年
長野県	医師数（人）	38	34	31	33
	（人口10万対医師数）	（1.5）	（1.6）	（1.5）	（1.6）
全国	医師数（人）	1,909	1,932	2,301	2,484
	（人口10万対医師数）	（1.8）	（1.6）	（1.8）	（2.0）

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表10】 リハビリテーション科に従事する医師の配置状況（平成28年12月現在）（単位：人）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医師数	4	3	3	2	5	—	7	—	8	1	33

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

(6) 地域での医療連携

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

【表 11】 脳血管疾患退院患者の平均在院日数（平成 26 年 10 月現在）

（単位：日）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計	(参考) 全国
平均日数	46.9	110.2	90.2	50.8	38.8	17.8	34.1	40.6	74.8	49.8	62.2	89.5

（厚生労働省「患者調査」）

【表 12】 脳血管疾患の地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数（平成 29 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	6	5	6	5	7	—	7	2	13	2	53

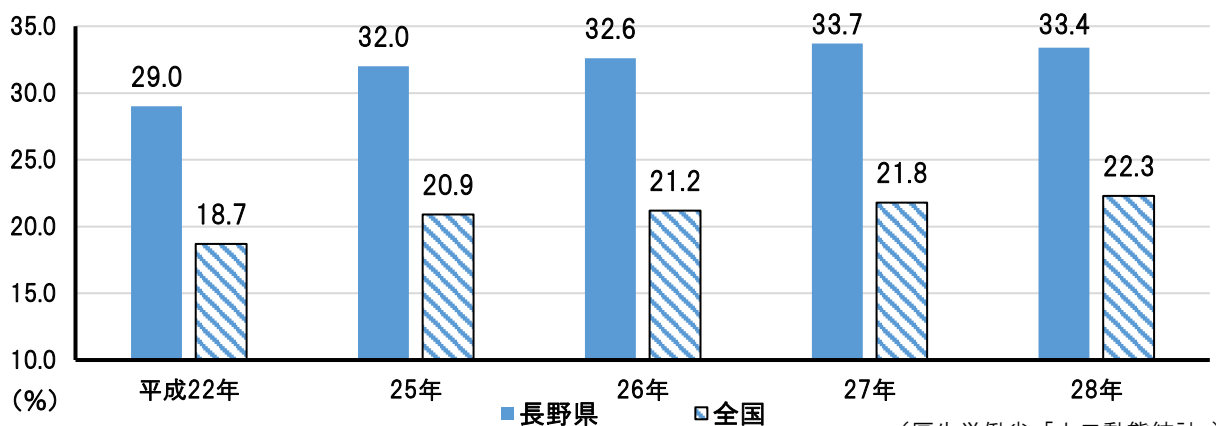
（医療推進課「医療機能調査」）

【表 13】 脳血管疾患患者の在宅等の生活の場に復帰した割合（平成 26 年 10 月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
復帰割合 (%)	50.7	58.9	63.4	53.0	62.0	20.0	66.9	76.0	56.2	59.7	59.0

（厚生労働省「患者調査」）

【図 5】 脳血管疾患患者の在宅死亡割合



（厚生労働省「人口動態統計」）

長野県薬剤師会による自己血圧測定的重要性啓発支援

長野県薬剤師会では、脳卒中・心疾患などの主な危険因子である高血圧症の予防・早期発見・早期治療を推進するため、血圧測定的重要性を啓発し、薬局における自己血圧測定、記録の促進、血圧を上げないための生活習慣改善の提案、血圧状態に応じた支援を行っています。

この取組により、地域住民の方々の自己血圧記録の重要性の理解が向上し、継続的な記録、受診・健診につなげることができ、また減塩、運動などの提案により生活改善も図られることから、いつでも気楽に健康相談できる身近な薬局薬剤師によるこのような取組を継続し、病気の予防や健康サポートに貢献していきます。



第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

(1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

- 発症後2時間以内に、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行うことが可能な体制を目指します。
- 医療機関到着後1時間以内（発症後4.5時間以内）に、t-PA 静注療法の開始が可能な医療体制を目指すとともに、急性期の診断及び治療について、24時間体制での実施を行うため、地域における複数の医療機関が連携する体制の構築を目指します。
- 外科手術や脳血管内手術等の適応のある脳卒中症例に対して、来院後速やかに施術が実施可能な体制の構築を目指します。

(2) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

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

(3) 在宅療養が可能な体制

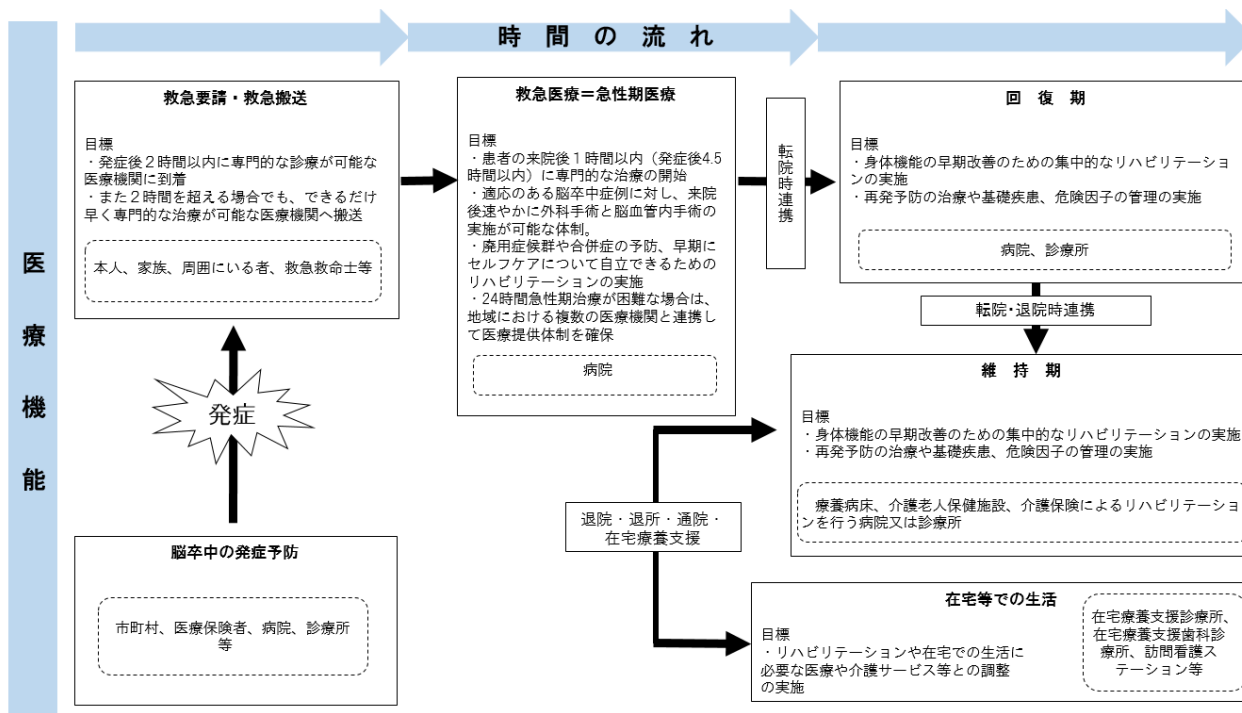
- 患者が生活の場で療養できるよう、自立生活又は在宅療養を支援するため、医療及び介護サービスが相互に連携可能な体制を目指します。

2 脳卒中の医療体制

- 脳卒中の医療体制は、次に示す図のとおりです。

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

脳卒中医療連携体制のイメージ



3 二次医療圏相互の連携体制

(1) 患者の受療動向

- 木曽医療圏は松本医療圏及び岐阜県の医療機関、大北医療圏は松本医療圏の医療機関、北信医療圏は回復期のリハビリテーションについて、長野医療圏の医療機関への受療が認められます。

(2) 連携体制

- 各医療圏内で、複数の医療機関との連携体制構築を目指すとともに、木曽医療圏及び大北医療圏は松本医療圏等と、北信医療圏は回復期リハビリテーションについて、長野医療圏と連携した医療提供体制を推進します。

第3 施策の展開

1 発症後、速やかな搬送及び専門的な診療が可能な体制の整備

- 脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識及び家族等発見者による速やかな救急搬送要請の必要性について、県民への周知に努めます。
- 発症後2時間以内に、専門的な診療が可能な医療機関への直接搬送が行われるよう、脳卒中医療提供体制について、消防機関と医療機関における情報共有・連携強化に努めます。(第7編第3章第1節「救急医療」参照)
- 医療機関到着後1時間以内(発症後4.5時間以内)にt-PA静注療法を開始できるよう、また、外科手術や脳血管内手術等の適応のある脳卒中症例に対して、来院後速やかに施術が実施されるよう、急性期医療機関の体制の整備に努めます。
- 急性期の診断及び治療について、単一の医療機関や二次医療圏で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の診療機関の連携や隣接する医療圏との連携による医療機能の有効活用により、24時間体制の確保に努めます。

2 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制の整備

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

3 在宅療養が可能な体制の整備

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

第4 数値目標

区分	指標	現状 (2017)	目標 (2023)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性） （人口10万対）	長野県 41.0 全 国 37.8 (2015)	37.8 以下	全国平均を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」
○	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性） （人口10万対）	長野県 22.2 全 国 21.0 (2015)	21.0 以下	全国平均を目指す。	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

1 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

区分	指標	現状 (2017)	目標 (2023)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	神経内科医師数 （人口10万対）	長野県 4.3 人 全 国 3.9 人 (2016)	4.3 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	脳神経外科医師数 （人口10万対）	長野県 5.7 人 全 国 5.8 人 (2016)	5.7 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	脳血管内治療専門医数 （人口10万対）	長野県 0.4 人 全 国 0.7 人 (2016)	0.4 人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	SCU（脳卒中集中治療室）を有する病院数 （人口10万対）	0.2 病院 (2014)	0.2 病院	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	脳卒中治療の専用病室を有する病院数、病床数 （人口10万対）	0.3 病院 1.9 床 (2014)	0.3 病院 1.9 床	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	脳梗塞（こうそく）に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施が可能な病院数（人口10万対）	0.9 病院	0.9 病院以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	脳梗塞（こうそく）に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施が可能な医療圏数	10 医療圏	10 医療圏	現在の水準を維持する。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能である医療機関数（※注）	26 か所	26 か所以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ
○	脳血管疾患の退院患者平均在院日数	長野県 62.2 日 全 国 89.1 日 (2014)	62.2 日以下	現状以下を目指す。	厚生労働省「患者調査」

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

- ① 脳卒中診療及び脳血管疾患リハビリテーションを専門とする医療従事者が常勤であること
 - ② 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能であること
 - ③ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能であること
 - ④ 脳梗塞に対し、来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)にt-PAを用いた治療が実施可能であること
- 更に以下の要件で区分する。

- I 脳外科手術が速やかに実施可能であること(脳神経外科医が常勤)
- II 脳血管内手術が速やかに実施可能であること(脳血管内治療専門医が常勤)
- III 脳血管疾患リハビリテーションが実施可能であること(PT,OT,STが常勤)
- IV 脳外科手術が他の病院と連携した上で実施可能
- V 脳血管内手術が他の病院と連携した上で実施可能

2 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

区分	指標	現状(2017)	目標(2023)	目標数値の考え方	備考(出典等)
S	脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万対)	5.8か所	5.8か所以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	回復期リハビリテーション病棟管理料の届出施設数	23か所	23か所以上	現状以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」

3 在宅療養が可能な体制

区分	指標	現状(2017)	目標(2023)	目標数値の考え方	備考(出典等)
S	在宅療養支援診療所・病院数(再掲)	一般診療所 254か所 病院 25か所	一般診療所 266か所以上 病院 26か所以上	地域医療構想の在宅医療等必要量の伸び率に相当する医療機関数を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	脳血管疾患の地域連携クリティカルパス導入医療機関数	53か所	53か所以上	現状以上を目指す。	医療推進課調べ
O	脳血管疾患患者の在宅死亡割合	長野県 33.4% 全国 22.3% (2016)	33.4%以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「人口動態統計」

注)「区分」欄 S(ストラクチャー指標):医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
O(アウトカム指標):医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第5 関連する分野及び個別計画

(1) 関連する分野

県民参加の健康づくり(第4編第1節)、生活習慣予防(がんを除く)(第4編第2節)、栄養・食生活(第4編第3節)、身体活動・運動(第4編第4節)、たばこ(第4編第7節)、在宅医療(第7編第3章第6節)、医師(第7編第2章第1節)、救急医療(第7編第3章第1節)、アルコール健康障害対策(第8編第6節)

(2) 関連する個別計画

長野県高齢者プラン