

## 第2章 疾病別の医療連携体制の構築

### 第1節 がん

#### 1 現状・課題

##### 【現状】

- ・がんは生涯のうち2人に1人がかかると推計されており、県においてもがんは昭和53年に死因の第1位となってから、死亡者数の増加が続き、総死亡者数の約3人に1人が、がんで亡くなっています。
- ・ライフスタイルの変化や高齢化の進行に伴い、がんの罹患者数及び死亡者数のさらなる増加が見込まれている一方で、がん医療の進歩により生存率が向上しています。

##### 【課題】

- ・がん医療の提供については、二次保健医療圏に1カ所以上のがん診療連携拠点病院（※1、以下「拠点病院」という。）が整備されていること等から、地域差はあるものの、標準的治療については均てん化が進んでいます。一方、重粒子線治療や陽子線治療のような高度ながん医療については、限られた病院でしか提供されていないため、集約化を図っていく必要があります。
- ・がん患者が必要に応じて確実に支援を受けられるようにするには、拠点病院等のがん相談支援センターの役割が重要ですが、人材が不足していることから、ピアサポーター等他の人材を活用していく必要があります。

#### (1) がんの未病改善

##### ア がんの1次予防

- 県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に未病改善を実践することを目指し、関係団体等と連携しながら、がん予防のための生活習慣について、引き続き情報提供を行うことが必要です。
- 県民健康・栄養調査によると、「喫煙者のうち男女とも半数以上がたばこをやめたい、又は本数を減らしたい」と回答しており、地域や職域で卒煙（禁煙）しやすい環境づくりをさらに進めることが必要です。
- がんに罹患する原因の一つに、ウイルスや細菌の感染があります。たとえば、肝がんは肝炎ウイルス、子宮頸がんはヒトパピローマウイルス（HPV）、胃がんはヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）の感染が主な原因とされていますので、がん予防のために、そのことを理解していただく必要があります。

##### イ がんの2次予防（がん検診）

- 現在、対策型がん検診は市町村で実施していますが、市町村の中には、国が推奨する科学的根拠（がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（健発第0331058号平成20年3月31日厚生労働省健康局長通知別添）以下「指針」という。）に基づく検診とは異なるがん検診を実施しているところがあります。指針に基づくがん検診は、がんの早期発見・早期治療につながることから、県としては、指針どおりのがん検診を実施するよう働きかけていく必要があります。
- 令和4年国民生活基礎調査によると、がん検診の受診率は肺がんを除く、4つのがん種（胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん）において、県がん対策推進計画の目標である50%に達していないことから、がん検診受診率向上に向けて市町村と連

携して取り組む必要があります。(図2-2-1-1)

図表2-2-1-1 国民生活基礎調査によるがん検診受診率

	年	胃	大腸	肺	乳	子宮頸
神奈川県	R4	42.7%	47.3%	50.0%	48.3%	43.7%
	R1	41.7%	43.5%	47.9%	47.8%	47.4%
	H28	41.8%	42.2%	45.9%	45.7%	44.6%
	H25	39.5%	38.5%	41.8%	42.9%	43.0%
	H22	31.7%	24.1%	23.3%	38.9%	37.9%
全国平均	R4	41.9%	45.9%	49.7%	47.4%	43.6%
	R1	42.4%	44.2%	49.4%	47.4%	43.7%
	H28	40.9%	41.4%	46.2%	44.9%	42.3%
	H25	39.6%	37.9%	42.3%	43.4%	42.1%
	H22	32.3%	26.0%	24.7%	39.1%	37.7%

(出典) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

※ 胃がん、大腸がん、肺がんは40歳～69歳で過去1年に受診した者、乳がんは40歳～69歳で過去2年に受診した者、子宮頸がんは20歳～69歳で過去2年に受診した者を基に算出。

- 市町村が実施するがん検診における精密検査受診率が、県がん対策推進計画の目標である90%に達していないことから、精密検査についても市町村と連携して受診促進の取組を進める必要があります。
- 市町村が実施するがん検診において、科学的根拠に基づくがん検診が正しく実施されるよう、がん検診担当医師・技師等の育成を行う必要があります。

## (2) 患者目線に立ったがん医療の提供

### ア がん医療提供体制

- 国は、令和5年3月時点で、県内の22病院を拠点病院に指定しており、県は、拠点病院に準ずる病院として、10病院を県がん診療連携指定病院（以下「指定病院」という。）に指定しています。
- 国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、医療の質の向上や均てん化に向けて取組を進めてきました。
- 国は、令和4年8月に、がん医療のさらなる充実のため、整備指針の見直しを行い、がん医療の高度化や少子高齢化・人口減少などの状況を踏まえ、一定の集約化を求めることとしました。さらには、都道府県がん診療連携協議会（以下「がん協議会」という。）の体制の強化、拠点病院の役割分担や連携体制の構築等を新たな要件として追加しました。
- 県も、今後は、均てん化に加え、一定の集約化に向けて、がん協議会と連携しながら、役割分担や連携体制の構築に取り組む必要があります。
- がん治療中・治療後の口腔内トラブルを防ぐため、がん治療前に歯科診療を受けられるよう、医科と歯科との連携を強化する必要があります。

### イ がん治療

- 拠点病院及び指定病院では、手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療を提供することを基本としていますが、さらに、新しい治療法であるロボット支援手術や、重粒子線や陽子線による高度な放射線治療、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法を取り入れている病院もあります。
- 県は、地域の医療機関や患者に対して、科学的根拠に基づく高度な治療法がどこの病院で受けられるか等の情提を提供していくとともに、県内の医療機関の連携体制を整備していく必要があります。

#### ウ がんのリハビリテーション

- 入院中はがんのリハビリテーションが提供されたとしても、退院後まで継続して提供されるとは限りません。そのため、退院後も継続して提供できるよう、地域でリハビリテーションを実施している施設等への引継ぎができる連携体制を整備する必要があります。

#### エ 緩和ケア

- 必要とする患者や家族が、いつでも適切な緩和ケアを受けられよう、拠点病院・指定病院等が、がん医療に携わるすべての医療従事者を対象に、国が指針を定める緩和ケア研修会を定期的で開催しています。ただ、他の医療機関からの参加者が少ないことから、今後は、在宅緩和ケアの充実の観点からも、院外の医療従事者の受け入れを進めていく必要があります。

#### オ 妊孕性（にんようせい）温存療法（※2）

- がん治療によって妊孕性が低下する可能性があることから、低下する可能性のある治療を開始する前に、受精卵、卵子、卵巢組織、精子を凍結保存する妊孕性温存療法がありますが、自費診療であるため、高額な費用がかかります。そこで、県では令和元年度に助成事業を開始し、令和3年度からは国の事業になりました。さらに、令和4年度からは、妊孕性温存のために凍結保存した受精卵等を用いた、妊娠のための生殖補助医療に係る費用も助成対象に追加されました。
- 治療開始前の患者に妊孕性温存療法を受けてもらうためには、がん治療医療機関と生殖補助医療（※3）機関との連携が欠かせないことから、県では、「K a n a O F - N e t（かなおふネット）」というネットワークを立ち上げ、がん治療医療機関としては、拠点病院・指定病院及び県立こども医療センターの全33病院が参加しています。
- 治療開始前の患者やその家族に妊孕性への影響について説明し、意思決定の支援をするためには、がん治療医をはじめとする医療従事者に妊孕性に関する理解を広める必要があります。

#### カ 小児及びAYA世代（※4）のがん対策

- 県には、国が全国で15カ所指定している小児がん拠点病院（※5）の1つである「県立こども医療センター」があり、小児及びAYA世代のがん患者とその家族が適切な医療や支援を受けることができます。小児がん患者は、成人後も長期フォローアップが必要であり、AYA世代のがん患者については、県立こども医療センターと拠点病院・指定病院との連携が必要になります。

#### キ 希少がん及び難治性がん対策

- 希少がんや難治性がんについては、全国的に対応できる病院が少ないことから、

患者及びその家族に対して、全国レベルでの情報を提供できることが必要になります。

### (3) それぞれの立場で進めるがんとの共生

#### ア 相談支援

- 現在 32 病院の拠点病院・指定病院に小児がん拠点病院である県立こども医療センターを加えた 33 病院に設置されているがん相談支援センターにおいて、患者やその家族等からのがんに関する様々な相談に対応しています。しかし、がん相談支援センターの認知度が依然として低いことから、さらに周知していく必要があります。
- がん相談支援センターとは別に、がん患者やその家族が、同じような経験を持つピアサポーターに相談できる箇所が、現在県内には 14 カ所あります。しかし、ピアサポーターの認知度も低いことから、周知はもちろん、相談できる機会を増やすとともに、ピアサポーターの質の向上にも取り組む必要があります。
- がん患者及びその家族に、日本癌治療学会が認定するがん医療ネットワークナビゲーター等の資格を有するがん経験者の存在を知ってもらう必要もあります。

#### イ 情報提供

- がんに関する情報があふれる中で、がん患者やその家族等が、必要なときに確実に正しい情報にアクセスできることが重要であることから、患者目線に立った分かりやすい情報発信に取り組む必要があります。

#### ウ 地域連携による支援

- がん患者がいつでもどこに居ても、安心して自分らしい生活を送れるためには、拠点病院・指定病院と地域の医療機関とが連携して、積極的な患者支援を実践する必要があります。

#### エ 就労支援

- 働く世代にがん罹患する人が増える一方、がん医療の進歩により、働きながらかん治療を受けることが可能になってきています。このため、働いているがん患者が早まって離職することがないように、また、治療と仕事を両立できる環境を整備した職場を増やすための取組が必要になります。

#### オ アピアランスケア（※6）

- がん医療の進歩により、学業や仕事との両立が可能になっている一方、がん治療による脱毛や爪の変化等により、社会生活を送る上で、苦痛を感じる患者が多いことから、医療現場におけるサポートが必要になります。

#### カ ライフステージに応じた支援

- がん患者への支援に当たっては、個々のライフステージに応じた支援が必要です。小児及びAYA世代であれば、教育支援、就労支援、在宅療養支援など、高齢者であれば、複数の慢性疾患や認知症にかかっている場合や介護を必要とする場合などの支援が考えられます。

#### キ がん教育

- 平成 29 年 3 月に小学校及び中学校、平成 30 年 3 月に高等学校の学習指導要領にがん教育が追加されましたが、国は、さらに医師やがん経験者等の外部講師を活用することが効果的だとしています。県でも、団体や企業との協力により、外部講師

の育成を行っていますが、外部講師の活用実績を上げていく必要があります。

## 2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

誰一人取り残さないがん対策を推進し、県民一人ひとりが、がんについて正しく理解することで偏見をなくすとともに、がん向き合い、支え合うことができる社会を構築し、全ての県民とがんの克服を目指す

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆がんの未病改善
- ◆患者目線に立ったがん医療の提供
- ◆それぞれの立場で進めるがんとの共生

### (1) がんの未病改善

#### ア がんの1次予防

- 県は、がん予防の観点から、県民一人ひとりが取り組む健康づくりを支援することや健康づくりの推進を支える体制づくりを進めます。
- 県は、県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。
- 県は、たばこによる健康への悪影響についての普及啓発及び関係団体・企業との連携による卒煙（禁煙）サポートセミナーの開催等を行うほか、保健福祉事務所において地域医療機関等と連携した禁煙相談・禁煙教育に取り組みます。
- 県は、未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。
- 県は、市町村、関係学会、関係団体、県医師会、学識者等と連携して、県ホームページや広報媒体等を活用して、子宮頸がんとHPV、胃がんとヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）、肝がんと肝炎ウイルスなどに関する正しい情報を発信していきます。

#### イ がんの2次予防（がん検診）

- 県は、市町村に対し、指針どおりのがん検診を実施するよう指導していきます。
- 県及び市町村は、国が作成した「受診率向上施策ハンドブック第3版」に基づき、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を連携しながら行います。
- 県は、包括協定等を締結した企業（以下「協定企業」という。）の社員等のうち、県が指定する研修を修了した者を「神奈川県がん対策推進員」として認定し、認定された推進員は、県民に対して個別にがん検診の受診を勧めます。
- 県は、精密検査受診率の低い市町村に対して指導・助言等を行い、市町村は、県からの指導・助言等を踏まえ、精密検査受診率向上に取り組めます。
- 県は、精密検査受診率向上のため、がん検診の実施者から要精密検査とされた受診者に対して分かりやすい情報が提供されるよう取り組みます。
- 県は、精度管理の向上のため、関係学会や県医師会と連携し、がん検診従事者向けの講習会の開催に向け取り組みます。

## (2) 患者目線に立ったがん医療の提供

### ア がん医療提供体制

- 県は、都道府県がん診療連携拠点病院である県立がんセンターと連携し、がん協議会を通じて、集約化に向けた拠点病院・指定病院の役割分担や連携体制の整備に取り組みます。
- 拠点病院・指定病院は、院内の歯科診療科及び地域の歯科診療所との連携に取り組みます。
- 県は、がん診療に係る医科歯科連携の体制づくりを支援します。

### イ がん治療

- 県は、患者の病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切ながん治療（手術療法、放射線療法、薬物療法）を提供できるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な治療の提供についても、医療機関間の役割分担や連携体制の整備に取り組みます。

### ウ がんのリハビリテーション

- 県は、入院中に加え退院後も、効果的・継続的ながんのリハビリテーションを提供できる体制の整備に取り組みます。

### エ 緩和ケア

- 県は、拠点病院等が、定期的を開催している緩和ケア研修会への参加を院内にとどまらず、地域の医療機関にも積極的に呼びかけるよう指導していきます。

### オ 妊孕性温存療法

- 県は、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が、対象となるがん患者とその家族すべてに提供できるよう、K a n a O F - N e t、がん協議会、企業等と連携して、医療従事者向け及び県民向けのセミナー等を開催します。

### カ 小児及びAYA世代のがん対策

- 県及びがん協議会は、小児がん患者へのきめ細かな長期フォローアップに向けて、県立こども医療センターと拠点病院等との連携を進めます。

### キ 希少がん及び難治性がん対策

- 県立がんセンターは、都道府県がん診療連携拠点病院として、国立がん研究センターが運用している施設別がん登録件数検索システムを活用して、希少がん、難治性がん患者とその家族の病院探し等の相談に対応していきます。
- 県立がんセンターは、今後は、上記検索システムの活用について、拠点病院・指定病院にも周知して、広く利用してもらうようにします。

## (3) それぞれの立場で進めるがんとの共生

### ア 相談支援

- 拠点病院・指定病院は、がん相談支援センターの認知度向上のため、院内一丸となって取り組みます。
- 県は、患者やその家族が、がん経験者に相談できる機会を確保するため、ピアサポーターの養成・認定に取り組みます。
- 県は、がん医療ネットワークナビゲーターの効果的な周知について検討を進めます。

## イ 情報提供

- 県及びがん協議会は、拠点病院・指定病院、関係機関、患者団体等と連携して、患者目線に立ったわかりやすい情報発信に取り組みます。

## ウ 地域連携による支援

- 拠点病院・指定病院は、在宅緩和ケアや在宅医療等を行う地域の医療機関や施設等との連携や情報提供について取り組みます。

## エ 就労支援

- 県、神奈川産業保健総合支援センター、神奈川県社会保険労務士会及び拠点病院・指定病院は連携して、患者とその家族を対象に、がん相談支援センターにおける社会保険労務士相談を継続していきます。また、事業者向けには、県及び神奈川産業保健総合支援センター、協定企業と協力して、事業者向けの講演会等を開催するとともに、「かながわ治療と仕事の両立推進企業（※7）」を増やしていきます。

## オ アピアランスケア

- 県及び県立がんセンターは、がん患者及びその家族がアピアランスケアについての正しい知識を身につけられるよう、拠点病院・指定病院、自治体等と連携して、医療従事者を対象としたアピアランスケアに関する研修会等を開催します。

## カ ライフステージに応じた支援

- 県、県教育委員会、拠点病院・指定病院、小児がん拠点病院は連携して、小児・AYA世代のがん患者に対する教育支援やライフステージに応じた切れ目のない相談支援体制の整備に取り組みます。
- 県及び拠点病院・指定病院は、高齢のがん患者への支援を充実させるため、在宅緩和ケアや在宅医療に係わる医療機関や介護施設等と連携する関係を築いていきます。
- 県は、在宅で療養する若年の末期がん患者が、住み慣れた自宅で最後まで安心して自分らしい生活ができるよう、在宅生活に係る費用を助成する市町村に対して補助金を交付し、患者の経済的負担の軽減を図ります。

## キ がん教育

- 県、県教育委員会、協定企業及び患者団体等は連携して、小学校、中学校及び高等学校のがん教育における外部講師の質の向上及び活用実績の向上に取り組みます。

=====

■用語解説

※1 がん診療連携拠点病院

専門的ながん医療や緩和ケアの提供、地域のがん診療を担う医療機関との連携、がん患者への相談支援や情報提供などの質の高いがん医療を提供することができるよう、都道府県知事からの推薦に基づき厚生労働大臣が指定する病院。

※2 妊孕性温存療法

生殖機能が低下し、もしくは失われるおそれのあるがん治療等に際して、精子、卵子、卵巣組織を採取し、凍結保存するまでの一連の医療行為、又は卵子を採取し、受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為。

※3 生殖補助医療

妊孕性温存療法により凍結保存した精子、卵子、卵巣組織、胚（受精卵）を用いた、妊娠のための治療。

※4 AYA世代

Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）の頭文字をとったもので、主に15歳から30歳代までの世代を指す。

※5 小児がん拠点病院

小児及びAYA世代のがん患者とその家族が安心して適切な医療や支援が受けられるよう、厚生労働大臣が指定する病院。

※6 アピアランスケア

医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア。

※7 かながわ治療と仕事の両立推進企業

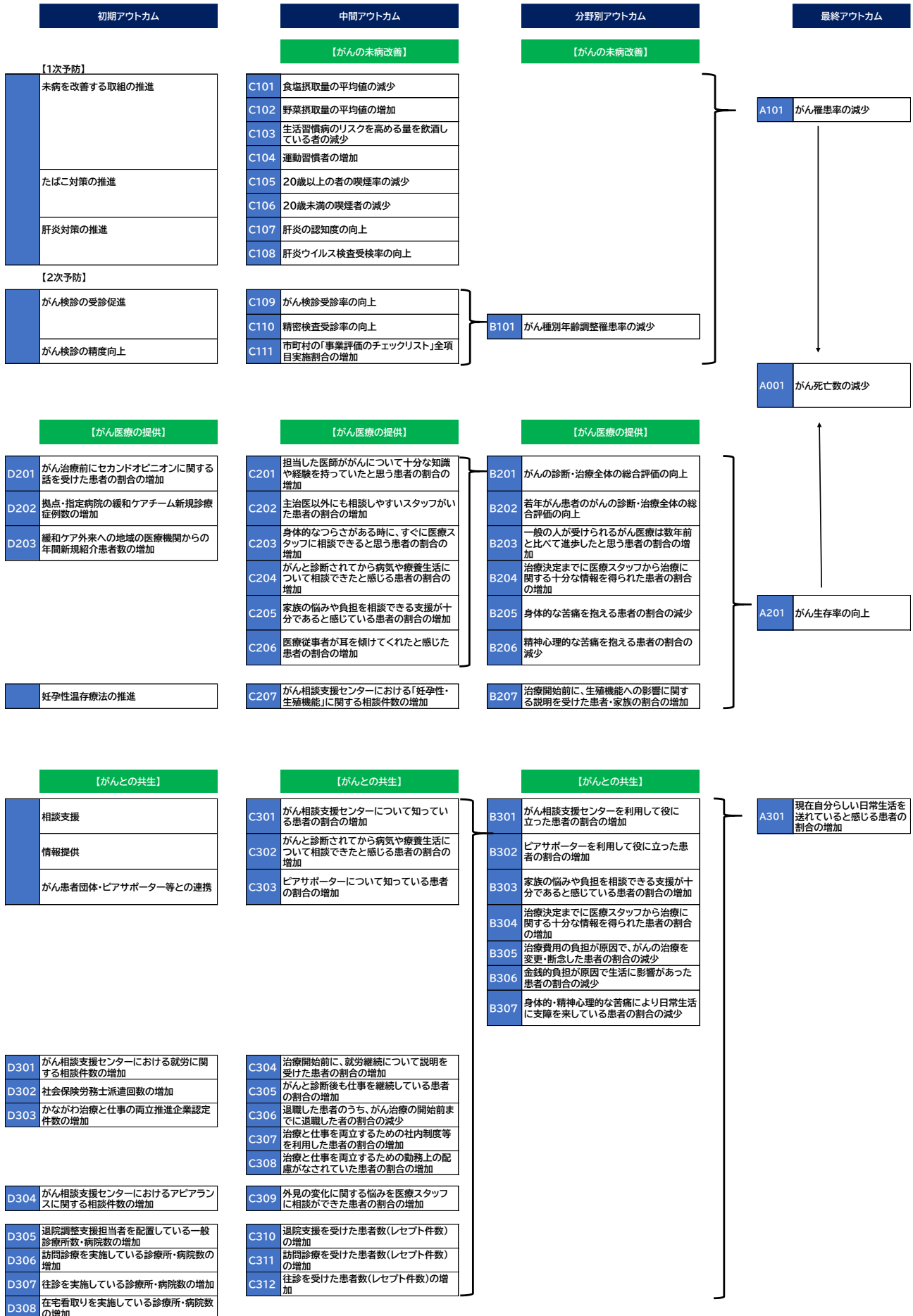
県が、治療と仕事の両立に資する休暇制度や勤務制度を整備している企業として認定している企業。

=====



### 3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



#### 4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和 8～14 年度)
がんの未病改善					
中間	C101	食塩摂取量の平均値の減少	国民健康・栄養調査	—	7g未満(R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C102	野菜摂取量の平均値の増加	国民健康・栄養調査	—	350g以上(R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C103	1日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g以上、女性 20g以上の割合の減少 ①男性 ②女性	国民健康・栄養調査	—	①15.0% ②7.0% (R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C104	運動習慣者(1回 30分以上の運動を週 2回以上実施し、1年以上継続している者)の増加 ①20～64歳 男性の割合 ② 女性の割合 ③65歳以上 男性の割合 ④ 女性の割合	国民健康・栄養調査	—	①、② 35% ③、④ 55% (R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C105	20歳以上の者の喫煙率の減少 ①男性 ②女性	国民健康・栄養調査	—	①21.5% ②4.4% (R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C106	20歳未満の喫煙者の割合の減少 ①男性 ②女性	国民健康・栄養調査	—	①、② 0%(R14) ◎かながわ健康プラン 21(第3次)
	C107	肝炎の認知度の向上	県民ニーズ調査	50.9% (R4)	60.0%(R9) ◎県肝炎対策推進計画
	C108	肝炎ウイルス検査受検率の向上	県民ニーズ調査	25.5% (R4)	33.2%(R9) ◎県肝炎対策推進計画
	C109	がん検診受診率の向上 ①胃がん(男性/女性)②大腸がん(男性/女性)③肺がん(男性/女性)④乳がん(女性) ⑤子宮頸がん(女性)	国民生活基礎調査	①49.6% /36.2% ②50.6% /44.2% ③54.9% /45.4% ④48.3% ⑤43.7% (R4)	①～⑤ 60%(R10) ◎国民生活基礎調査
	C110	精密検査受診率の向上 ①-1 胃がん/X線 ①-2 胃がん/内視鏡②大腸がん③肺がん④乳がん⑤子宮頸がん	地域保健・健康増進事業報告	①-1 65.9% ①-2 95.3% ② 59.6% ③ 84.2% ④ 87.2% ⑤ 63.3% (R1)	①～⑤ 90%
	C111	市町村の「事業評価のチェックリスト」全項目実施割合の増加	市町村チェックリスト実施率調査	①64.3% /65.6%(X線) 58.9%(内視鏡)	①～⑤ すべて 80%

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和 8～14 年度)
				②63.2% /66.0% ③63.9% /62.1% ④63.8% /62.4% ⑤62.6% /63.4% (R4)	
分野別	B101	がん種別年齢調整罹患率 ①胃がん(男性/女性)②大腸がん(男性/女性)③肺がん(男性/女性)④乳がん(女性)⑤子宮頸がん(女性)	全国がん登録	①59.4/21.4 ②73.1/45.5 ③58.0/24.5 ④108.3 ⑤12.7 (R1)	現状より減少
がん医療の提供					
初期	D201	がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けた患者の割合	患者体験調査	34.9% (H30) ※全国データ	現状より増加
	D202	拠点・指定病院の緩和ケアチーム新規診療症例数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	5,257件 (R3)	現状より増加
	D203	緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	660件 (R3) ※拠点病院のみ	現状より増加
中間	C201	担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	患者体験調査	78.7% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C202	主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	患者体験調査	48.8% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C203	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思う患者の割合	患者体験調査	46.5% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C204	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる患者の割合	患者体験調査	76.3% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C205	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者の割合	患者体験調査	47.7% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C206	医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	患者体験調査	71.9% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C207	がん相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	67件 (R3) ※拠点病院のみ	現状より増加
分野別	B201	がんの診断・治療全体の総合評価	患者体験調査	7.9% (H30) ※全国データ	現状より向上
	B202	若年がん患者のがんの診断・治療全体の総合評価	患者体験調査	7.8% (H30) ※全国データ	現状より増加
	B203	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	患者体験調査	75.6% (H30) ※全国データ	現状より増加

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和 8～14 年度)
	B204	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	患者体験調査	75.0% (H30) ※全国データ	現状より増加
	B205	身体的な苦痛を抱える患者の割合	患者体験調査	55.4% (H30) ※全国データ	現状より減少
	B206	精神心理的な苦痛を抱える患者の割合	患者体験調査	62.0% (H30) ※全国データ	現状より減少
	B207	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けた患者・家族の割合	患者体験調査	52.0% (H30) ※全国データ	現状より増加
がんと共生					
初期	D301	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	689 件 (R3) ※拠点病院のみ	現状より増加
	D302	社会保険労務士派遣回数	県事業	134 回 (R4)	現状より増加
	D303	かながわ治療と仕事の両立推進企業認定件数	県事業	194 件 (R4)	430 件 (R9)
	D304	がん相談支援センターにおけるアピアランスに関する相談件数	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	6,065 件 (R3) ※拠点病院のみ	現状より増加
	D305	退院調整支援担当者を配置している一般診療所数・病院数	厚生労働省、医療施設調査	168 (R3)	現状より増加
	D306	訪問診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省、NDB	1,452 (R3)	現状より増加(R8) (※2)
	D307	往診を実施している診療所・病院数	厚生労働省、NDB	3,160 (R3)	現状より増加(※2)
	D308	在宅看取りを実施している診療所・病院数	厚生労働省、NDB	782 (R3)	現状より増加(※2)
中間	C301	がん相談支援センターについて知っている患者の割合	患者体験調査	66.4% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C302	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる患者の割合	患者体験調査	76.3% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C303	ピアサポーターについて知っている患者の割合	患者体験調査	27.3% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C304	治療開始前に、就労継続について説明を受けた患者の割合	患者体験調査	39.5% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C305	がんと診断後も仕事を継続している患者の割合	患者体験調査	26.0% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C306	退職した患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	患者体験調査	16.5% (H30) ※全国データ	現状より減少
	C307	治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した患者の割合	患者体験調査	36.1% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C308	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされていた患者の割合	患者体験調査	65.0% (H30) ※全国データ	現状より増加

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1、2 (令和8～14年度)
	C309	外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談できた患者の割合	患者体験調査	28.3% (H30) ※全国データ	現状より増加
	C310	退院支援を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省、NDB	27,571件 (R3)	36,118件(R8) (※2)
	C311	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省、NDB	1,014,627件 (R3)	1,329,161件(R8) (※2)
	C312	往診を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省、NDB	17,508件 (R3)	22,935件(R8) (※2)
分野別	B301	がん相談支援センターを利用して役に立った患者の割合	患者体験調査	73.0% (H30) ※全国データ	現状より増加
	B302	ピアサポーターを利用して役に立った患者の割合	患者体験調査	73.6% (H30) ※全国データ	現状より増加
	B303	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者の割合	患者体験調査	47.7% (H30) ※全国データ	現状より増加
	B304	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	患者体験調査	75.0% (H30) ※全国データ	現状より増加
	B305	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念した患者の割合	患者体験調査	4.9% (H30) ※全国データ	現状より減少
	B306	金銭的負担が原因で生活に影響があった患者の割合	患者体験調査	26.9% (H30) ※全国データ	現状より減少
	B307	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合	患者体験調査	69.2% (H30) ※全国データ	現状より減少
最終	A101	がんの年齢調整罹患率	全国がん登録	386.1 (R1)	現状より減少
	A001	がんの年齢調整死亡数	人口動態統計	65.8人 (R3)	57.3人 (R9)
	A201	がん種別5年生存率 ①胃がん(男性/女性)②大腸がん(男性/女性)③肺がん(男性/女性)④乳がん(女性)⑤子宮頸がん(女性)	全国がん登録	①62.9% /59.4% ②69.3% /67.7% ③93.5% /93.9% ④69.8% ⑤75.4%	現状より増加
	A301	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる患者の割合	患者体験調査	70.5% (H30) ※全国データ	現状より増加

※1 目標値欄における「◎」は、記載の関連計画で当該目標値及び目標年度を設定している場合、または記載の調査が実施される年度を目標年度としていることを示している。

※2 在宅医療においては、介護保険事業(支援)計画との整合性を確保する観点から、国の指針(在宅医療の体制構築に係る指針)において、令和8年度末までの3年間で目標値を設定することとされている。

## 第2節 脳卒中

### 1 現状・課題

#### 【現状】

- ・本県の脳血管疾患による年齢調整死亡率は減少傾向にあります。しかし、令和3年度における本県の死亡原因は脳血管疾患が第4位となっています。
- ・死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがあり、令和4年の国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因の第2位となっています。

#### 【課題】

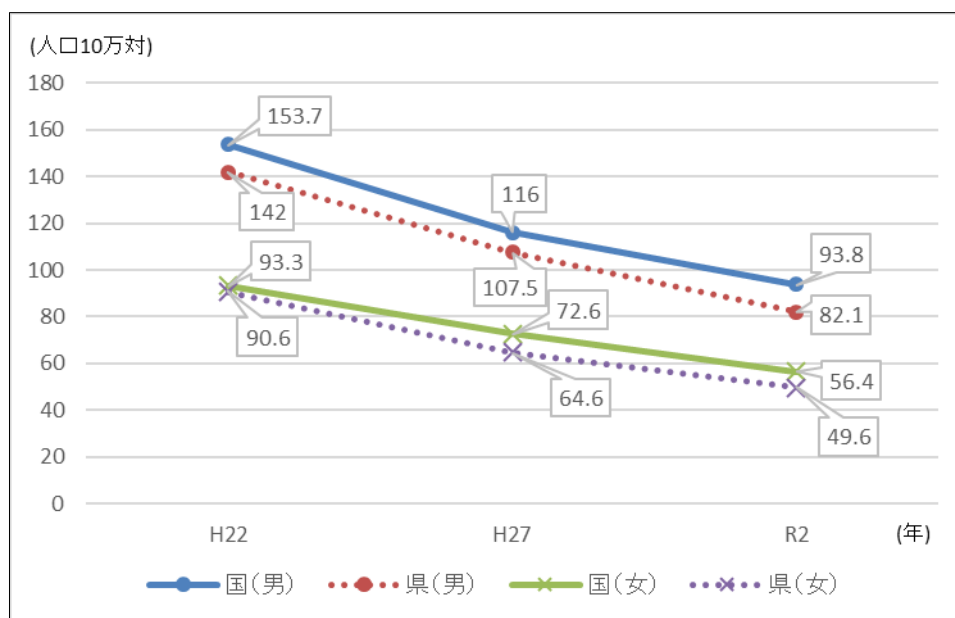
- ・脳卒中は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、脳卒中リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

#### (1) 現状

##### ア 脳卒中について

- 脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）は、人口動態統計特殊報告によると、令和2年において男性82.1 女性49.6と、全国平均の男性93.8 女性56.4を下回っており、この10年間では一貫して減少しています。（図表2-2-2-1）

図表2-2-2-1 脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万対）



(出典) 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成27年モデル人口）

しかし、脳血管疾患は、厚生労働省「人口動態調査」によると令和3年において本県の死亡原因の第4位となっているほか、厚生労働省「国民生活基礎調査」によると令和4年において介護が必要になった主な原因の第2位となっています。また、片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることもあります。

- 脳卒中は、第3節の心血管疾患と同様、循環器病の臨床経過として、疾患の再発や増悪を来しやすいという特徴があります。一方、心血管疾患とは異なり、脳卒中は、回復期に長期の入院が必要となる場合が多くなっています。

#### イ 発症直後の救護、搬送等

- 総務省消防庁「救急救助の現況」によると、救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間は、令和3年中の平均で43.8分であり、全国平均の42.8分と同程度となっています。

#### ウ 急性期の治療

- 脳卒中の急性期においては、全身の管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。
- 脳梗塞では、t-P A（tissue-type plasminogen activator）による脳血栓溶解療法（脳の動脈をふさいでいるものを薬で溶かす治療方法）を発症後4.5時間以内に開始すること、又は発症後16時間以内（原則）に血管内治療による血栓除去術を行うことが重要であり、そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療機関へ迅速に受診することが求められ、来院から治療の開始まで1時間以内が目安とされています。
- 脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法の年齢調整標準化レセプト比は、全国平均を上回っています。
- 脳出血では、血圧管理が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。
- 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が行われます。
- 地域連携計画作成等の年齢調整標準化レセプト比は、令和2年度時点で全国平均を下回っています。

#### エ リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションは、
  - ① 合併症の予防や患者の早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始する急性期のリハビリ
  - ② 身体機能の回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的に訓練室で集中的に行う回復期のリハビリ
  - ③ 回復又は残存した機能を活用し、歩行能力や食事・排泄・入浴などの生活機能の維持・向上を目的に行う維持期・生活期のリハビリに分けられますが、一貫した流れで行われることが推奨されています。
- ただし、脳卒中の患者は、急性期以降の経過、予後が個人により大きく異なるため、回復期リハビリを経て生活の場に復帰するという一般的な経過の他にも、急性期後に直接生活の場に戻り、必要に応じて訪問看護や訪問リハビリテーションを行うなど、個々の患者の状態に応じた対応が行われます。

#### オ 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期を脱した後の医療としては、再発予防のための治療や、脳卒中の原因となる危険因子（高血圧、糖尿病等）の継続的な管理が行われます。
- 在宅療養では、上記の治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーション、

介護サービス等により、患者の療養の支援を行います。

## (2) 課題

### ア 脳卒中の未病改善

- 平成 29 年から令和元年の県民健康・栄養調査によると、脳卒中の危険因子に関連する項目である「肥満者の割合」「食塩一日摂取量」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実施することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。
- 生活習慣病の予防及び早期発見のためには、40 歳以上 75 歳未満の者が対象となる特定健康診査等の受診や、行動変容をもたらす特定保健指導が重要です。
- 本県の令和 3 年度の特定健康診査の実施率は 56.2%で、全国平均 (56.2%) と同値です。しかし、令和 3 年度の特定保健指導の実施率は 20.1%と、全国平均 (24.7%) を下回っており、実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要があります。
- 脳血管障害の後遺症として、口腔機能が著しく低下し、合併症として誤嚥性肺炎を発症することもあるため、早期に摂食・嚥下リハビリテーションを行うことや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内の清潔を保つことが必要です。

### イ 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

#### (ア) 発症直後の救護、搬送等

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで救命率が上がることが期待でき、さらに後遺症も少なくなることから、「顔」「腕」「ことば」等に脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者がチェックし、すぐに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。脳卒中の初期症状を正しく見極めるためには、頒布物などによる正しい知識の普及啓発を進める必要があります。
- 救急救命士を含む救急隊員は、地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救命処置を行うことが必要です。加えて、超急性期の再開通治療（t-P A療法など）の適応となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用するなどにより、対応が可能な医療機関に患者を搬送することが重要です。

そのためには、救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、脳卒中対策を含めた研修機会の確保等に取り組んでいく必要があります。

#### (イ) 急性期の医療

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、症状を早期に発見し、速やかに専門の医療施設を受診することが重要です。そのためには、県内のどこに住んでいても、どこで発症しても、適切な治療を受けられる体制の構築を進め、医療機能の役割分担と連携に係る検討を進めます。
- 急性期の脳梗塞に対しては t-P Aによる治療法（脳血栓溶解療法。脳の動脈をふさいでいるものを t-P Aという薬で溶かす治療方法）が有効ですが、実施状況



に地域的な偏在が見られるため、その均てん化が必要です。

(ウ) リハビリテーション

- 脳卒中は、急性期死亡を免れても麻痺等の後遺症を残すことが多く、要介護の主要な原因となっていることから、後遺症軽減に向け、早期にリハビリテーションを開始することが必要です。
- 脳卒中発症後の治療の中断を防ぐとともに、切れ目のないリハビリテーションを提供していくことで、罹患後の生活の質（QOL）向上が望めるため、急性期病院から回復期病院を経て在宅・介護施設へと円滑に移行できるよう、医療機関と地域の介護保険サービスを提供する事業所とが適切に連携できる体制が必要です。

(エ) 急性期後の医療・在宅療養

- 急性期以降の経過、予後は、神経症状の程度や、日常生活動作（ADL）の改善の程度だけでなく、改善に要する期間も個人により大きく異なるため、患者の状態に応じた医療を提供できるよう、体制を構築する必要があります。
- 脳卒中の患者は、回復期のリハビリテーションを行う際など、生活の場から離れた医療機関で医療が提供されることがあるため、在宅等の生活の場に復帰するためには、広域的な医療機関連携が円滑に行われる必要があります。
- 脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について、退院時の指導に加えて、訪問看護などによる生活の場での指導を行うことが重要です。

(オ) 医療提供体制の構築

- 脳卒中の治療に対応できる医療機関について、分かりやすい情報提供に努め、連携を推進することが重要です。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、脳卒中患者の救急搬送や手術に制限が生じるなど、脳卒中診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療体制を確保するとともに、脳卒中以外の疾患の患者に対する通常医療を適切に提供できることが必要です。

ウ 脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が持つ治療や生活における疑問や、心理・社会・経済的な悩み等に対応することが求められています。
- 患者やその家族が必要な情報を得たり相談支援を適切に受けられるよう、地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう情報提供・相談支援体制を整えることが求められています。
- 脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰（以下「復職」という。）することが可能な場合も少なくありませんが、復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障がい者就労支援等との適切な連携が求められています。また、高齢化の進展等により、今後は労働者の高齢化、疾病

のリスクを抱える労働者の増加等が進むと考えられるため、脳卒中の後遺症を有する者に対する復職・就労支援や治療と仕事の両立支援等の対応がより一層求められています。

## 2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

健康寿命の延伸、脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少及びQOLの向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆脳卒中の未病改善

◆救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

◆脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

### (1) 脳卒中の未病改善

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県は、健康無関心層等に、特定健康診査等の重要性について、ホームページやネット広告等を活用し、普及啓発を行います。
- 県と神奈川県保険者協議会は、連携して特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催します。
- 県は、効果的・効率的な保健事業の推進のため、国保データベース（KDB）及びNDBを活用して、国保データ、被用者保険のデータや人口動態統計などの保健医療データを収集・分析し、市町村へ提供していきます。
- 県は、市町村に対し、特定健康診査のデータを活用してハイリスクの方に受診を促す取組を進めるよう働きかけます。
- 市町村は、特定健康診査等の健診により発見された危険因子を放置せず、生活習慣の改善や、必要な治療に繋げるため、効果的な特定保健指導の実施や、医療機関の受診勧奨の取組を推進します。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。また、地域の健康課題の解決に寄与する産学公連携プロジェクトを推進します。
- 県民は、脳卒中に関する正しい知識を持ち、脳卒中の未病の改善に積極的に取り組み、疾患リスクの管理を行うとともに、健診の受診に努めます。

### (2) 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

#### ア 発症直後の救護、搬送等

- 県、市町村、関係機関及び医療機関・医療関係者は、脳卒中の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性について、普及啓発に取り組みます。
- 県、市町村、消防機関及び医療機関・医療関係者は、患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築を進めるため、地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直しなど、適

切に行います。

- 県民は普及啓発によって得られた知識をもって、自ら又は家族等が脳卒中を発症した疑いがある場合には、できる限り迅速かつ適切に対応するように努めるものとします。

#### イ 急性期の医療

- 県は、脳卒中などの専門治療施設が中心となり、迅速な救急搬送と専門施設への患者受入を目的としたネットワーク（CCUネットワーク等）を構築することにより、救急病院と消防機関の連携を進め、急性期医療の充実に努めます。

#### ウ リハビリテーション

- 県は、急性期から回復期及び維持期までの状態に応じたリハビリテーションの提供等の取組を進めます。
- 県は、医療関係者及び介護・福祉関係者等が在宅における摂食嚥下障害に適切に対応できるよう、団体が実施する人材育成研修を支援します。
- 県は、人材育成のための研修などを実施し、適切なりハビリテーションの提供に向けた支援に取り組みます。また、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。

#### エ 急性期後の医療・在宅療養

- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、多職種協働により、早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実に努めます。
- 医療機関・医療関係者は、地域連携クリティカルパスの活用などにより、急性期治療からリハビリテーション、在宅医療に至る治療過程を患者にわかりやすく説明するよう努めます。
- 県は、急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等を含めた在宅医療の体制を強化し、急性期病院からの円滑な診療の流れについて検討を進めます。

#### オ 医療提供体制の構築

- 県は、急性期から回復期・慢性期への円滑な移行について、地域医療機関の診療及び医療連携体制の強化を図ります。
- 県は、急性期、回復期、維持期の各病期を担う医療機関における、地域の状況に応じたきめ細やかな連携を促進するため、脳卒中地域連携クリティカルパス（※1）の普及を図ります。
- 県は、かかりつけ医等の日常の診療における脳卒中診療に関するツールの活用等、かかりつけ医と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるよう、医師会や学会などの関係団体等との連携を進めます。
- 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

#### (3) 脳卒中に関する適切な情報提供・相談支援

- 県は、国、国立循環器病研究センター等と協力し、脳卒中に関する科学的根拠に基づいた正しい情報提供を行います。

- リーフレット等の資材、SNSやマスメディアを効果的に用いて、脳卒中における必要な情報提供を円滑に行います。
- 県は、神奈川産業保健総合支援センター等と連携して、就労者に対して、脳卒中に関する研修会を開催します。
- 県は、地域の医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護事業者、訪問看護ステーション等を対象とした研修会、勉強会等を開催し、情報・相談ネットワークを強化します。
- 子どもの頃から適切な生活習慣を身につけることができるよう、子どもやその保護者、教育機関に対し、企業等と連携した出前講座の実施や、学習教材の提供を通して普及啓発を行います。
- 県は、脳卒中の後遺症について、正しい知識の普及啓発を行うとともに、理解促進を推進します。
- 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、脳卒中患者とその家族の相談支援窓口を設置します。
- 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進するため、患者の状況に応じて治療と仕事が両立できるよう、神奈川県産業保健総合支援センターと連携して、相談支援及びかかりつけ医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによる、患者へのサポート体制の構築を推進します。
- 県は、かながわ健康プラン21 地域・職域連携推進部会において、治療と仕事の両立に係る情報提供を行います。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進する企業や事業所を支援するため、「かながわ治療と仕事の両立支援推進企業認定事業」を進めます。

=====

■用語解説

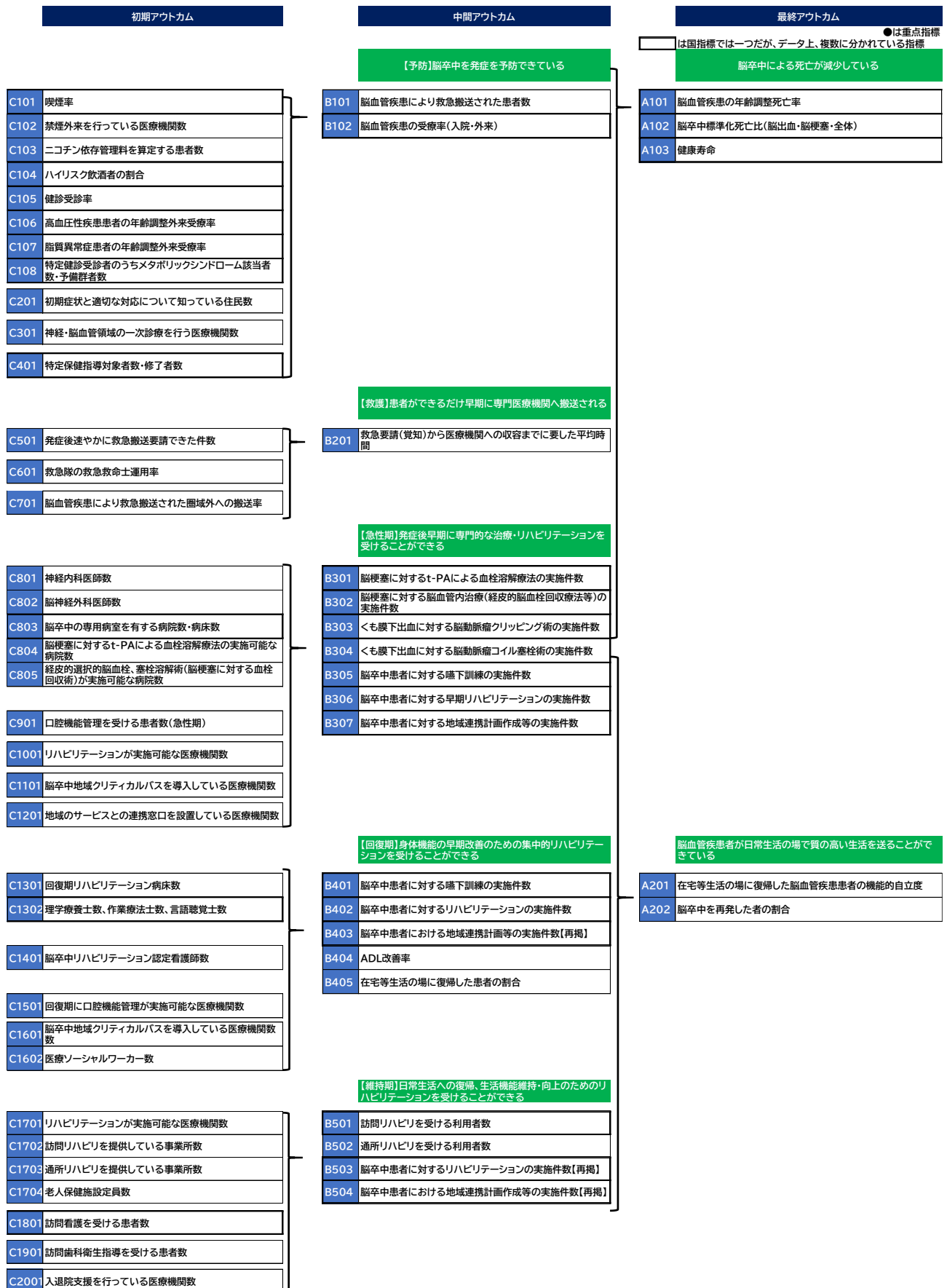
※1 地域連携クリティカルパス

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。

=====

### 3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



#### 4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	喫煙率	厚生労働省,国民生活基礎調査	男:22.2% 女:7.6% (R4)	男:21.5% 女:4.4%
	C103	ニコチン依存管理料を算定する患者数	厚生労働省,NDB	116.8 人 (R3)	309.7 人
	C104	ハイリスク飲酒者の割合	厚生労働省,国民健康・栄養調査	—	—
	C105	健診受診率	厚生労働省,国民生活基礎調査	男:78.8% 女:67.8% (R4)	男:82.1% 女:72.6%
	C108	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者数	厚生労働省,特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (10 万人当たり)	該当者数 :3,712 人 予備群者数 :3,003 人 (R3)	該当者数 :3,077.2 人 予備群者数 :2,554.1 人
	C401	特定保健指導対象者数・修了者数	厚生労働省,特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (10 万人当たり)	対象者数 :4,196 人 修了者数 :845 人 (R3)	対象者数 :4,668.8 人 修了者数 :914.6 人
	C601	救急隊の救急救命士運用率	総務省消防庁,救急救助の現況	100% (R3)	100%
	C803	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10 万人当たり)	病院数:0.2 院 病床数:1.3 床 (R2)	病院数:0.3 院 病床数:1.7 床
	C1302	1302 理学療養士数、作業療法士数、言語聴覚士数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10 万人当たり)	理学療養士数 :54.2 人 作業療法士数 :25.9 人 言語聴覚士数 :9.1 人 (R2)	理学療養士数 :64.9 人 作業療法士数 :34.6 人 言語聴覚士数 :11.8 人
	C1602	医療ソーシャルワーカー数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10 万人当たり)	9.8 人 (R2)	9.9 人
	C1801	訪問看護を受ける患者数	厚生労働省,NDB/ 介護保険事業状況報告 (10 万人当たり)	医療 :341.7 人 介護 :7,135.7 人 (R3)	医療 :384.5 人 介護 :10,531.2 人
中間	B102	脳血管疾患の受療率(入院・外来)	厚生労働省,患者調査	入院:77% 外来:32% (R2)	入院:70% 外来:45%
	B201	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	総務省消防庁,救急救助の現況	41.7 分 (R4)	39.4 分
	B301	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は 10 万人当たり)	算定回数 :10.0 件(R3) SCR :105.8(R2)	算定回数 :12.0 件 SCR :100 以上
	B302	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療法)の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :142.7 (R2)	SCR :100 以上
	B303	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	厚生労働省,NDB (10 万人当たり)	算定回数 :8.9 件 (R3)	算定回数 :9.5 件

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
	B304	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	厚生労働省,NDB (10万人当たり)	算定回数 :13.4件 (R3)	算定回数 :18.4件
	B305	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :146.4 (R2)	SCR :100以上
	B306	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :66,002.7件 (R3) SCR :91(R2)	算定回数 :86,496.8件 SCR :100
	B307	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4件 SCR :100.0
	B401	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数	厚生労働省,NDB	SCR :80.6(R2)	SCR :100.0
	B402	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	厚生労働省,NDB (10万人当たり)	算定回数 :103,505.6件(R3)	算定回数 :134,991.4件
	B403	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数【再掲】	厚生労働省,NDB	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4件 SCR :100.0
	B405	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	厚生労働省,患者調査	57.3% (R2)	67.5%
	B501	訪問リハビリを受ける利用者数	厚生労働省,NDB/ 介護保険事業状況報告」(10万人当たり)	医療 :65.4人 介護 :774.1人 (R3)	医療 :206.0人 介護 :1,085.6人
	B502	通所リハビリを受ける利用者数	厚生労働省,介護保険事業状況報告 (10万人当たり)	2,756.8人 (R3)	5,562.3人
	B503	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数【再掲】	厚生労働省,NDB	算定回数 :103,505.6件(R3)	算定回数 :134,991.4件
	B504	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数【再掲】	厚生労働省,NDB	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4件 SCR :100.0
最終	A101	脳血管疾患の年齢調整死亡率	厚生労働省,人口動態統計特殊報告	男:82.1 女:49.6 (R2)	男:66.5 女:40.2
	A102	脳卒中標準化死亡比(脳出血・脳梗塞・全体)	厚生労働省,人口動態統計特殊報告	・全体 男:92.6 女:91.1 ・脳出血 男:101.8 女:100.2 ・脳梗塞 男:88.8 女:87.8 (H27)	・全体 男:90.1 女:82.3 ・脳出血 男:98.2 女:93.8 ・脳梗塞 男:85.4 女:77.1
	A103	健康寿命	厚生労働科学研究成果データベース,健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関	男性:73.15歳 女性:74.97歳 (R元)	男性:延伸 女性:延伸

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
			する研究		



## 第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

### 1 現状・課題

#### 【現状】

- ・心疾患は、令和3年度において本県の死亡原因の第2位となっています。
- ・心疾患による年齢調整死亡率は、平成22年から令和2年までの10年間では一貫して減少しています。

#### 【課題】

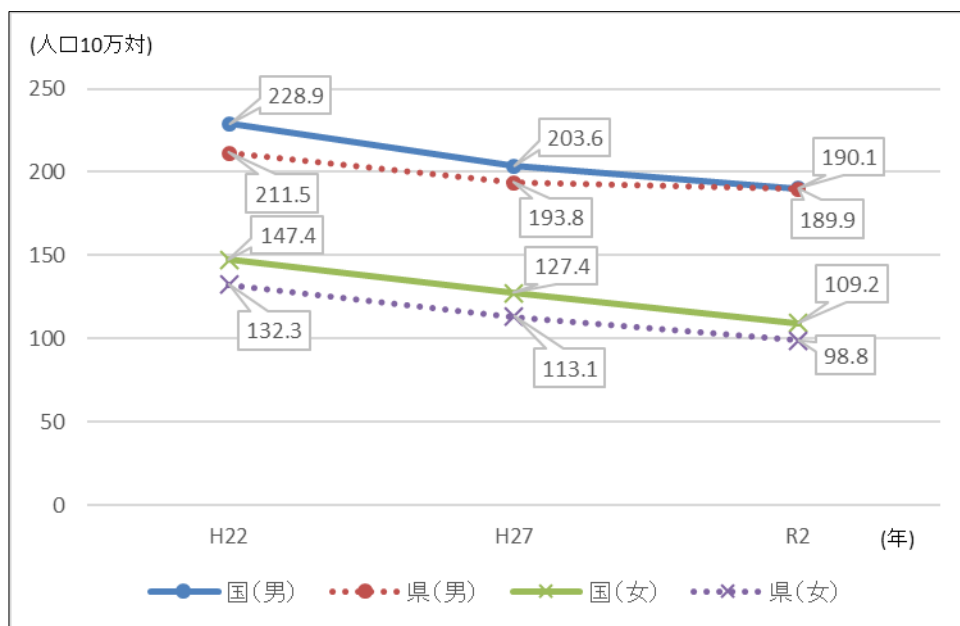
- ・心血管疾患は初期対応及び予後の対応が重要であり、そのための知識をいかに広められるかが課題です。
- ・予後の対応であるリハビリテーションは、関連するほぼすべての数値が全国平均を下回っており、心血管疾患リハビリテーションの実施件数や医療機関の受け入れ体制を強化していく必要があります。

#### (1) 現状

##### ア 心血管疾患について

- 心疾患による年齢調整死亡率(人口10万対)は、人口動態統計特殊報告によると、令和2年において男性189.9 女性98.8と、全国平均の男性190.1 女性109.2を下回っており、この10年間では一貫して減少しています。(図表2-2-3-1)

図表2-2-3-1 心疾患年齢調整死亡率(人口10万対)



(出典) 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」(平成27年モデル人口)

- 心血管疾患は、次のような疾患であり、脳卒中とともに循環器病を代表するものです。
  - ① 虚血性心疾患(急性心筋梗塞、狭心症等)
  - ② 心不全(急性心不全・慢性心不全)
  - ③ 大動脈疾患(急性大動脈解離等)
- 県の心疾患(上記の①、②等)による死亡者数は、令和2年神奈川県衛生統計年

報によると、平成27年には10,890人でしたが、令和2年には12,549人と増加傾向にあり、死亡原因の第2位となっています。

- 心血管疾患の患者数は、今後増加することが想定され、高齢化の進展を背景として、特に慢性心不全の増加率が高くなると考えられます。

#### イ 発病直後の救護、搬送等

- 総務省消防庁「救急救助の現況」によると、救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間は、令和3年中の平均で43.8分であり、全国平均の42.8分と同程度となっています。

なお、心原性心肺機能停止の時点が目撃された傷病者に対して、一般市民が除細動を行うと、行わなかった場合と比べて1箇月後生存率は約5.2倍高くなり、社会復帰率は約7.3倍高くなります。

また、県における心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数は、令和3年に155件であり、東京都の278件に次いで全国で2位となっています。

- 急性心血管疾患は、内科的治療、経皮的冠動脈インターベンション治療（P C I）に代表される低侵襲（身体への負担が小さい）な治療、外科的治療など、疾患により主に必要とされる治療内容が異なっています。
- こうした治療は、高い専門性が必要とされるため、急性期心血管疾患が疑われる場合には、疾患に応じて、内科的治療やP C I等の診療を行う「専門的医療を行う施設」、又は内科的治療、P C I等に加えて外科的治療も行う「専門的医療を包括的に行う施設」で早期に対応することが適切です。

#### ウ 急性期の医療

- 循環器内科医師と心臓外科医師の人口10万人当たりの人数は、全国平均を下回っているとともに、県内の地域によっても差が見られます。
- 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数（人口10万人当たり）についても、全国平均を下回っているとともに、県内の地域によっても差が見られます。

#### エ リハビリテーション

- 慢性心不全の増悪予防のためには、薬物療法に加え、運動療法、患者教育等を含む「心血管疾患リハビリテーション」を、入院中から退院後まで継続して行うことが望まれます。
- 一般に「リハビリテーション」は運動療法を想定することが多いため、心血管疾患リハビリテーションに運動療法以外の幅広いプログラム内容が含まれているという事は、心血管疾患リハビリテーションを専門としている医療職以外には充分知られていません。

#### オ 急性期後の医療・在宅療養

- 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、令和2年の患者調査によると、96.6%と、全国平均の93.4%を上回っています。
- 今後、患者数の増加が予想される慢性心不全は、再発・増悪による再入院と寛解を繰り返しながら徐々に身体機能が悪化するという特徴があります。

## (2) 課題

### ア 心血管疾患の未病改善

- 平成 29 年から令和元年の県民健康・栄養調査によると心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子に関連する項目である「肥満者の割合」「食塩一日摂取量」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実施することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。
- 生活習慣病の予防及び早期発見のためには、40 歳以上 75 歳未満の者が対象となる特定健康診査等の受診や、行動変容をもたらす特定保健指導が重要です。
- 本県の令和 3 年度の特定健康診査の実施率は 56.2%で、全国平均 (56.2%) と同値です。しかし、令和 3 年度の特定保健指導の実施率は 20.1%と、全国平均 (24.7%) を下回っており、実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要があります。

### イ 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

#### (ア) 発症直後の救護、搬送等

- 急性期の心血管疾患は、突然死の原因となる危険性が高く、予後の改善には発症後、早急に適切な治療を開始する必要があります。
- 発症後、早急に適切な治療を開始するためには、まず、患者や周囲にいる者が発症を認識し、発症後速やかに救急要請を行うとともに、心肺停止が疑われる場合には、自動対外式除細動器 (A E D) の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を行うことが重要です。

#### (イ) 急性期の医療

- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる場合は、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できることが重要です。
- 家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急要請を行うとともに、心肺停止が疑われる者に対して、A E D の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を行うことが求められます。
- 医療機関到着後速やかに初期治療を開始するとともに、30 分以内に P C I、冠動脈バイパス術 (C A B G)、大動脈人工血管置換術などの専門的な治療の開始が求められます。

#### (ウ) リハビリテーション

- 入院及び外来心大血管疾患リハビリテーションの年齢調整標準化レセプト比は、全国平均を下回っています。
- 10 万人当たりの心大血管疾患リハビリテーション届出施設数は、主要都道府県で最下位です。
- また、県内でも、県央地域や湘南東部地域、横須賀・三浦地域、川崎北部地域が届出施設数少なく、地域に偏りがあります。
- 心大血管疾患リハビリテーションの実施件数を地域別に見ると、入院と外来の実施件数の差が顕著で、入院中から退院後まで継続した心血管疾患リハビリテーションの実施が進んでいないのが現状です。
- 患者に心血管疾患リハビリテーションの必要性について、知識の普及啓発が必

要です。あわせて、心血管疾患リハビリテーションの必要性について、県民が正しく理解する必要があります。

※ 「心大血管疾患リハビリテーション」は診療報酬上の名称であり、心血管疾患リハビリテーションのことです。

(エ) 急性期後の医療・在宅療養

- 慢性心不全の主な治療目標は、年齢、併存症の有無、心不全の重症度など、個々の患者の全体像を踏まえた上で適切に設定される必要があります。状況によっては、心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要となります。
- これらについての理解を深めながら、心不全を発症した在宅の患者に対して、急性期病院とかかりつけ医、在宅医療・介護を担う医療機関、訪問看護ステーション等が連携した対応を図ることが必要です。
- また、心血管疾患や動脈硬化の発症・増悪因子と歯周病の関係など、口腔と全身との関係について広く指摘されており、歯周病の予防と治療も重要となっています。
- 退院後も、患者が自宅等で安心して暮らし、再入院予防につなげていくためには、退院後の生活を見据えた退院調整を、早期から多職種により行うことが重要です。

(オ) 医療提供体制の構築

- 心血管疾患の治療に対応できる医療機関について、分かりやすい情報提供に努め、連携を推進することが重要です。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、心血管疾患患者の救急搬送や手術に制限が生じるなど、心血管疾患診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療体制を確保するとともに、心血管疾患以外の疾患の患者に対する通常医療を適切に提供できることが必要です。

ウ 心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が持つ治療や生活における疑問や、心理・社会・経済的な悩み等に対応することが求められています。
- 患者やその家族が必要な情報を得たり相談支援を適切に受けられるよう、地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう情報提供・相談支援体制を整えることが求められています。
- 心血管疾患の患者は、治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで復職できるケースも多く存在しますが、治療法や治療後の心機能によっては、業務内容や職場環境に配慮が必要な場合があります。また、高齢化の進展等により、今後は労働者の高齢化、疾病のリスクを抱える労働者の増加等が進むと考えられるため、心血管疾患の後遺症を有する者に対する復職・就労支援や治療と仕事の両立支援等の対応がより一層求められています。

## 2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

健康寿命の延伸、心疾患の年齢調整死亡率の減少及びQOLの向上

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆心血管疾患の未病改善

◆救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

◆心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

### (1) 心血管疾患の未病改善

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県は、健康無関心層等に、特定健康診査等の重要性について、ホームページやネット広告等を活用し、普及啓発を行います。
- 県と神奈川県保険者協議会は、連携して特定健康診査・特定保健指導等の従事者が適切な知識、技術を習得できるよう研修会を開催します。
- 県は、効果的・効率的な保健事業の推進のため、国保データベース（KDB）及びNDBを活用して、国保データ、被用者保険のデータや人口動態統計などの保健医療データを収集・分析し、市町村へ提供していきます。
- 県は、市町村に対し、特定健康診査のデータを活用してハイリスクの方に受診を促す取組を進めるよう働きかけます。
- 市町村は、特定健康診査等の健診により発見された危険因子を放置せず、生活習慣の改善や、必要な治療に繋げるため、効果的な特定保健指導の実施や、医療機関の受診勧奨の取組を推進します。
- 県は、心不全の予防のため、早期発見に重要な基準になる血液検査「NT-proBNP/BNP」について、リーフレット等を活用し、普及啓発を行います。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。
- 県民は、心血管疾患に関する正しい知識を持ち、心血管疾患の未病の改善に積極的に取り組み、疾患リスクの管理を行うとともに、健診の受診に努めます。

### (2) 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

#### ア 発病直後の救護、搬送等

- 県、市町村、消防機関及び医療機関・医療関係者は、患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築を進めるため、地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直しなど、適切に行います。
- 県、市町村、関係機関及び医療機関・医療関係者は、心血管疾患の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性について、普及啓発に取り組みます。
- 県民は普及啓発によって得られた知識をもって、自ら又は家族等が心血管疾患を発症した疑いがある場合には、できる限り迅速かつ適切に対応するように努めるも

のとします。

#### イ 急性期の医療

- 心筋梗塞などの専門治療施設が中心となり、迅速な救急搬送と専門施設への患者受入を目的としたネットワーク（CCUネットワーク）等を構築することにより、救急病院と消防機関の連携を進め、急性期医療の充実に努めます。

#### ウ リハビリテーション

- 県は、急性期から回復期及び維持期までの状態に応じたリハビリテーションの提供等の取組を進めます。
- 県は、人材育成のための研修などを実施し、適切なりハビリテーションの提供に向けた支援に取り組みます。また、人材育成に向けた研修を実施する団体等を支援します。
- 県は、患者が地域で、心血管疾患リハビリテーションを入院中から退院後まで継続して行うことができるよう、実態を把握し、実施医療機関の設備を整備するとともに、地域連携の強化や医療従事者の人材育成を行い、円滑な心血管疾患リハビリテーション提供体制の整備を進めます。
- 県は、心血管疾患リハビリテーションが包括的に提供されるよう、心血管疾患リハビリテーションに関わる医療従事者等を対象とする研修会等を開催し、資質の向上及び多職種連携の促進を図ります。
- 県は、心血管疾患リハビリテーションの必要性やその効果等について、リーフレット等の資材、SNS やマスメディアを効果的に用いて、県民に正しい知識の普及啓発に取り組みます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、運動療法による体力の回復、生活・栄養指導等の心血管疾患リハビリテーションを推進し、再発と増悪の予防を図ります。

#### エ 急性期後の医療・在宅療養

- 県は、急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等を含めた在宅医療の体制を強化し、急性期病院からの円滑な診療の流れについて検討を進めます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、多職種協働により、早期からの退院調整を推進するとともに、在宅医療・介護の充実に努めます。

#### オ 医療提供体制の構築

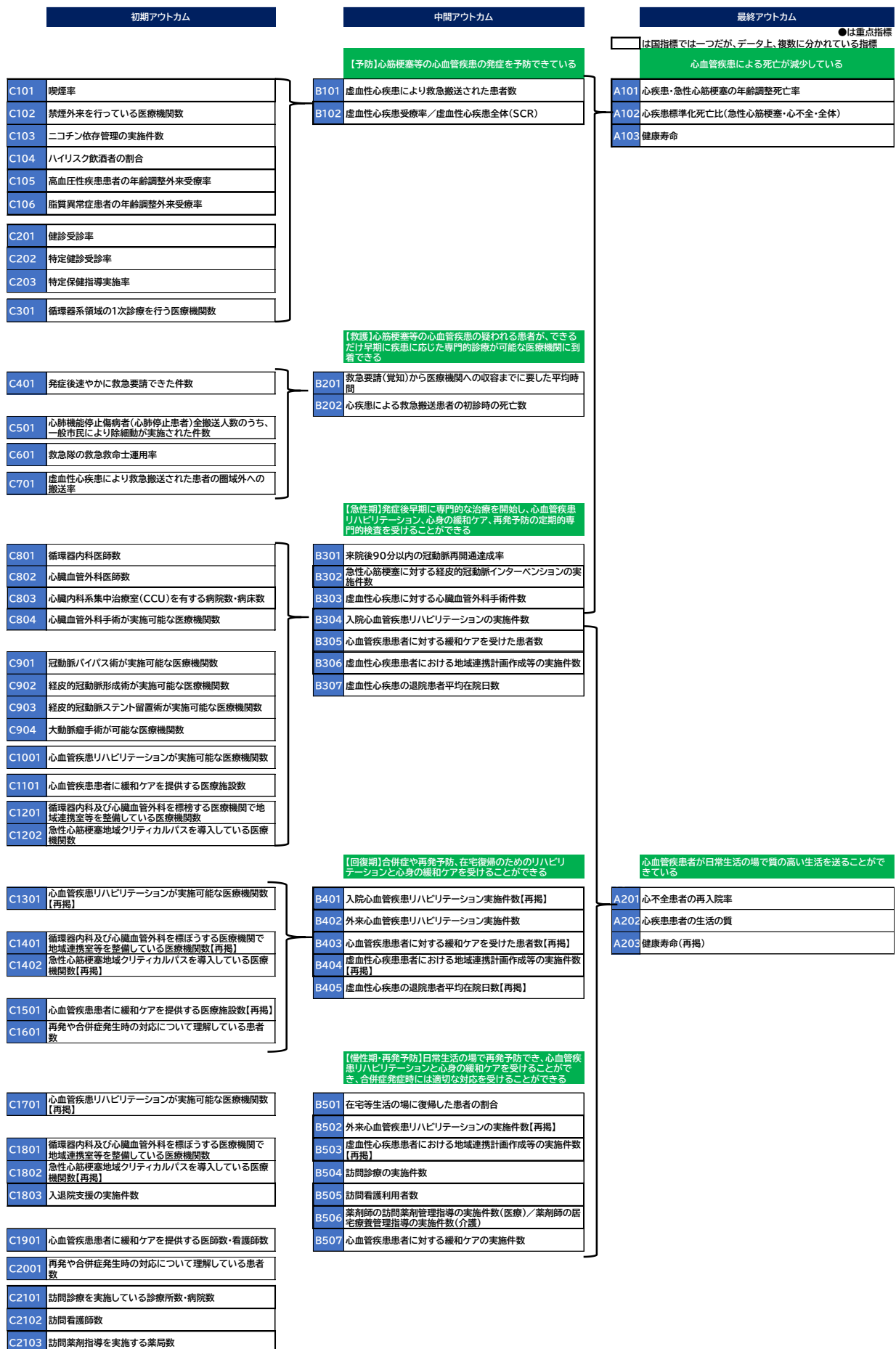
- 県は、急性期から回復期・慢性期への円滑な移行について、地域医療機関の診療及び医療連携体制の強化を図ります。
- 県は、かかりつけ医等の日常の診療における心血管疾患診療に関するツールの活用等、かかりつけ医と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるよう、医師会や学会などの関係団体等との連携を進めます。
- 県は、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

### (3) 心血管疾患に関する適切な情報提供・相談支援

- 県は、国、国立循環器病研究センター等と協力し、心血管疾患に関する科学的根拠に基づいた正しい情報提供を行います。
- リーフレット等の資材、SNSやマスメディアを効果的に用いて、心血管疾患における必要な情報提供を円滑に行います。
- 県は、神奈川産業保健総合支援センター等と連携して、就労者に対して、心血管疾患に関する研修会を開催します。
- 県は、地域の医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護事業者、訪問看護ステーション等を対象とした研修会、勉強会等を開催し、情報・相談ネットワークを強化します。
- 子どもの頃から適切な生活習慣を身につけることができるよう、子どもやその保護者、教育機関に対し、企業等と連携した出前講座の実施や、学習教材の提供を通して普及啓発を行います。
- 県は、心血管疾患の後遺症について、正しい知識の普及啓発を行うとともに、理解促進を推進します。
- 患者とその家族等に対して適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備及び相談支援体制の充実を図るため、地域の情報提供・相談支援の中心的な役割を担う医療機関に、心血管疾患患者とその家族の相談支援窓口を設置します。
- 治療と仕事の両立や復職・就労支援について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や神奈川県産業保健総合支援センター等と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進するため、患者の状況に応じて治療と仕事が両立できるよう、神奈川産業保健総合支援センターと連携して、相談支援及びかかりつけ医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによる、患者へのサポート体制の構築を推進します。
- 県は、かながわ健康プラン21地域・職域連携推進部会において、治療と仕事の両立に係る情報提供を行います。
- 県は、治療と仕事の両立支援を推進する企業や事業所を支援するため、「かながわ治療と仕事の両立支援推進企業認定事業」を進めます。

### 3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。





#### 4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
初期	C101	喫煙率	厚生労働省,国民生活基礎調査	男:22.2% 女:7.6% (R4)	男:21.5% 女:4.4%
	C103	ニコチン依存管理の実施件数	厚生労働省,NDB	116.8人 (R3)	294.3人
	C104	ハイリスク飲酒者の割合	厚生労働省,国民健康・栄養調査	—	—
	C201	健診受診率	厚生労働省,国民生活基礎調査	男:78.8% 女:67.8% (R4)	男:82.1% 女:72.6%
	C501	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	総務省消防庁,救急救助の現況 (10万人当たり)	1.7件 (R3)	1.9件
	C601	救急隊の救急救命士運用率	総務省消防庁,救急救助の現況	100% (R3)	100%
	C803	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	厚生労働省,医療施設静態調査 (10万人当たり)	病院数:0.1院 病床数:0.9床 (R2)	病院数:0.2院 病床数:1.3床
	C904	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	かながわ医療情報検索サービス,医療機能情報 (10万人当たり)	0.5院 (R3)	0.6院
	C1803	入退院支援の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	・算定回数 加算1: :3,072.1件 加算2: :144.7件 (R3) ・SCR 加算1: :115.7 加算2: :66.4 (R2)	・算定回数 加算1: :5,159.0件 加算2: :313.2件 ・SCR 加算1: :100以上 加算2: :100
	C2101	訪問診療を実施している診療所数・病院数	医療施設静態調査 (10万人当たり)	診療所数: 10.9軒 病院数:1.2院 (R2)	診療所数: 15.8軒 病院数:2.1院
	C2102	訪問看護師数	厚生労働省,衛生行政報告例 (10万人当たり)	35.0人 (R2)	48.4人
中間	B101	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	厚生労働省,患者調査 (10万人当たり)	2.2人 (R2)	2.0人
	B102	虚血性心疾患受療率	厚生労働省,患者調査	入院:8% 外来:62% (R2)	入院:7.1% 外来:45.5%
	B201	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	総務省消防庁,救急救助の現況	41.7分 (R4)	39.4分
	B302	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数: :25.2件(R3) SCR:—	算定回数: :30.8件 SCR:—
	B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	厚生労働省,NDB (10万人当たり)	10.5件 (R3)	12.3件
	B304	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数: :4,458.4件 (R3)	算定回数: :5,760.9件 SCR

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
				SCR :82.7 (R2)	:100
	B305	心血管疾患患者に対する緩和ケアを受けた患者数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :441.6人(R3) SCR :87.7(R2)	算定回数 :479.2人 SCR :100
	B306	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :34.9(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 SCR :100
	B307	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	厚生労働省,患者調査	4.5日 (R2)	3.3日
	B401	入院心血管疾患リハビリテーション実施件数【再掲】	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :4,458.4件 (R3) SCR :82.7 (R2)	算定回数 :5,760.9件 SCR :100
	B403	心血管疾患患者に対する緩和ケアを受けた患者数【再掲】	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :441.6人(R3) SCR :87.7(R2)	算定回数 :479.2人 SCR :100
	B404	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数【再掲】	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 SCR :100
	B405	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数【再掲】	厚生労働省,患者調査	4.5日 (R2)	3.3日
	B503	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数【再掲】	厚生労働省,NDB (算定回数は10万人当たり)	算定回数 :34.9件(R3) SCR :69.3(R2)	算定回数 :65.4 SCR :100
	B504	訪問診療の実施件数	厚生労働省,NDB (10万人当たり)	21,900.8件 (R3)	29,546.0件
	B505	訪問看護利用者数	厚生労働省,NDB/ 介護保険事業状況報告 (10万人当たり)	医療 :341.7人 介護 :7,135.7人 (R3)	医療 :358.8人 介護 :10,531.2人
	B506	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数(医療)	厚生労働省,NDB (10万人当たり)	医療:1.2件 (R3)	医療:3.8件
最終	A101	心疾患・急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	厚生労働省,人口動態統計特殊報告	・心疾患 男:189.9 女:98.8 ・急性心筋梗塞 男:28.7 女:9.2 (R2)	・心疾患 男:153.8 女:80.0 ・急性心筋梗塞 男:23.2 女:7.5
	A102	心疾患標準化死亡比(急性心筋梗塞・心不全・全体)	厚生労働省,人口動態統計特殊報告	・全体 男:96.6 女:89.4 ・急性心筋梗塞 男:98.2 女:78.6 ・心不全 男:142.3 女:106.9	・全体 男:84.5 女:86.2 ・急性心筋梗塞 男:94.2 女:64.7 ・心不全 男:100.0 女:92.8

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
				(H29)	
	A103	健康寿命	厚生労働省,健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究	男:73.15 歳 女:74.97 歳 (R元)	男:延伸 女:延伸

## 第4節 糖尿病

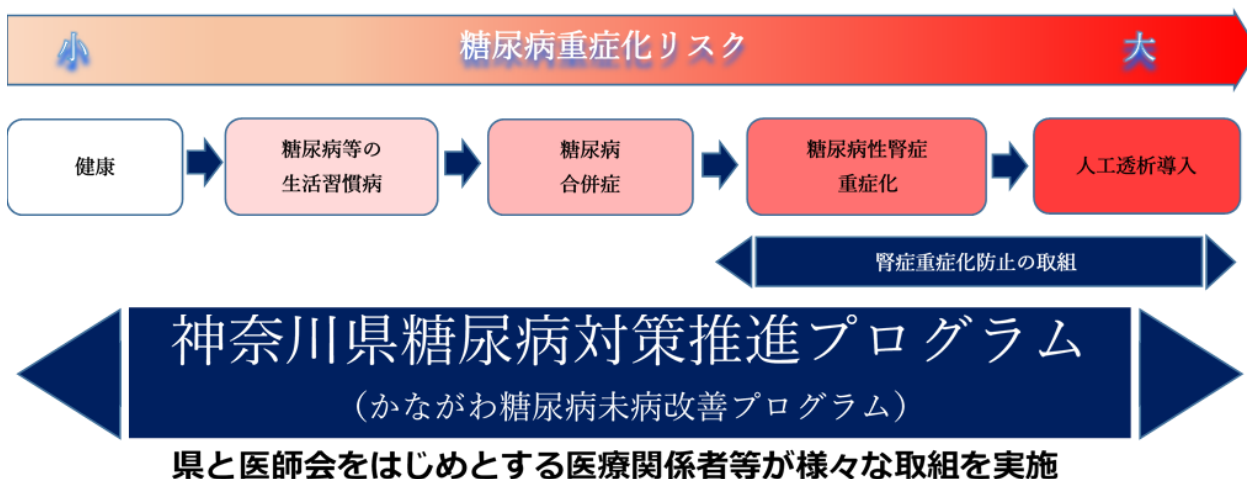
### 1 現状・課題

#### 【現状】

- ・糖尿病は、生活習慣の改善により発症を抑制することができるとともに、発症した場合であっても適切な血糖コントロールを行うことにより重症化や合併症を予防することが可能な疾患です。
- ・また、糖尿病の受療率は年齢とともに増加する傾向にあり、75歳～79歳の年齢階級の患者が最も多いです。

#### 【課題】

- ・今後県では、高齢化に伴い、糖尿病の患者が令和27年には、令和2年比で約1.13倍に達する見込みです。
- ・そのため、県民への啓発をすすめるとともに、発症予防や重症化予防の取組を推進していく必要があります。



※未病とは

心身の健康状態は、「ここまでは健康、ここからは病気」と明確に区別できるわけではなく健康と病気の間で連続的に変化しています。その状態を「未病」とし、病気になってから対処するのではなく、自分事として、普段の生活において心身を健康な状態に近づけていく「未病改善」の取組を推進しています。(第3章 第1節「未病を改善する取組の推進」 1 現状・課題 参照)

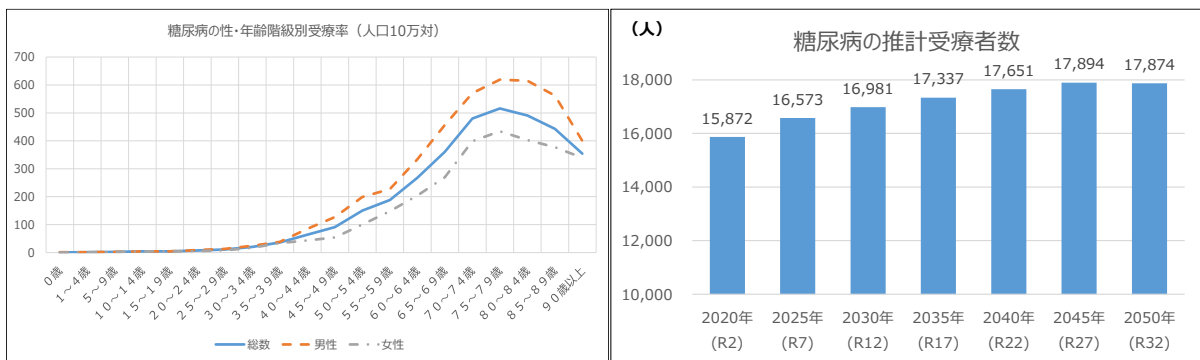
#### (1) 糖尿病について

##### ア 患者数及び死亡率

- 糖尿病は、脳卒中、急性心筋梗塞等の他の疾患の危険因子となるとともに、放置すると、腎症、網膜症、神経障がい、動脈硬化、歯周病などの様々な合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく悪化させるだけではなく、医療費の負担を増加させる慢性疾患です。
- 医療施設（病院・診療所）で受療した患者をもとにした、令和2年患者調査による推計では、県の糖尿病患者数は43万5千人（全国では579万1千人）とされています。
- しかし、糖尿病は、痛みなどの自覚症状や特別の症状がないことが多いことから、医療機関や健診で糖尿病を指摘されても、受診しない事例や、受診を中断する事例があります。

- 受療者以外も調査対象とした令和元年国民健康・栄養調査では、20歳以上の「糖尿病が強く疑われる者」（有病者）は全国で1,150万人（国参考値）と推計されています。
- これらのことから、県の有病者は、患者調査による患者数よりも相当程度多いものと考えられ、令和2年度特定健康診査の結果をもとにした40歳から74歳までの県の糖尿病有病数は、27万人と推計されています。
- また、全国の糖尿病の受療率（人口10万対）を見ると、男女ともに75歳～79歳の階級までは加齢とともに増加し、その後、減少に転じます。
- 当該受療率を基に県の糖尿病の受療者数を推計すると、令和27年（2045年）までは受療者数が増加し、令和2年比で約1.13倍になる見込みです。（図表2-2-4-1）

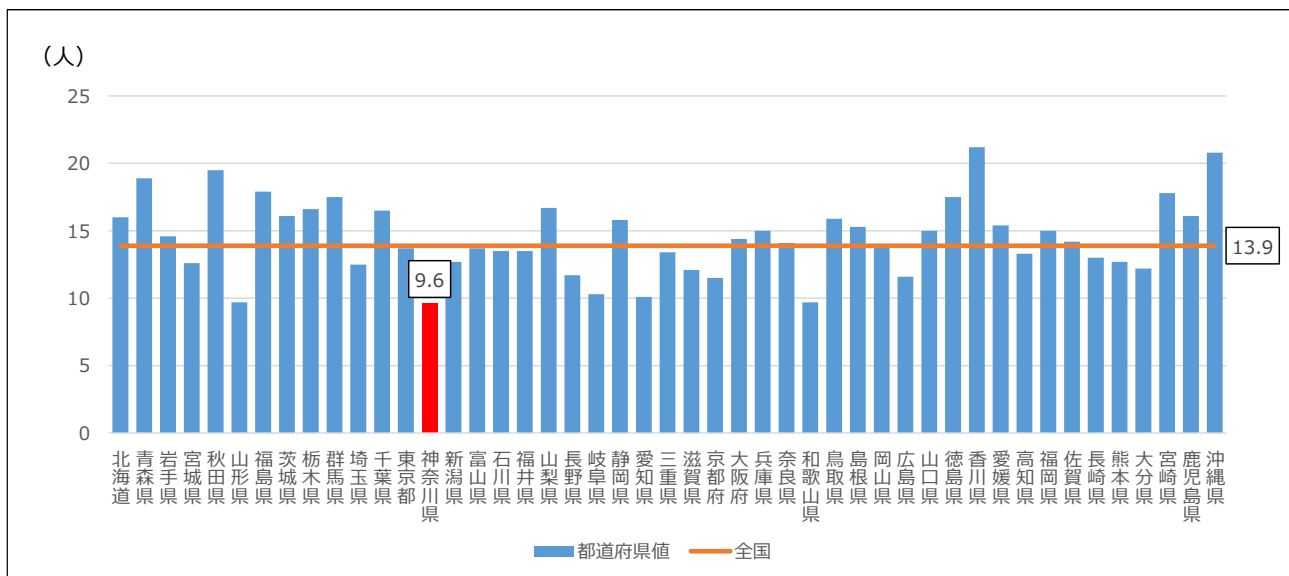
図表2-2-4-1 糖尿病の性・年齢階級別受療率（人口10万対）、糖尿病の推計受療者数



（出典）厚生労働省「患者調査」  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年（2023）年推計）」

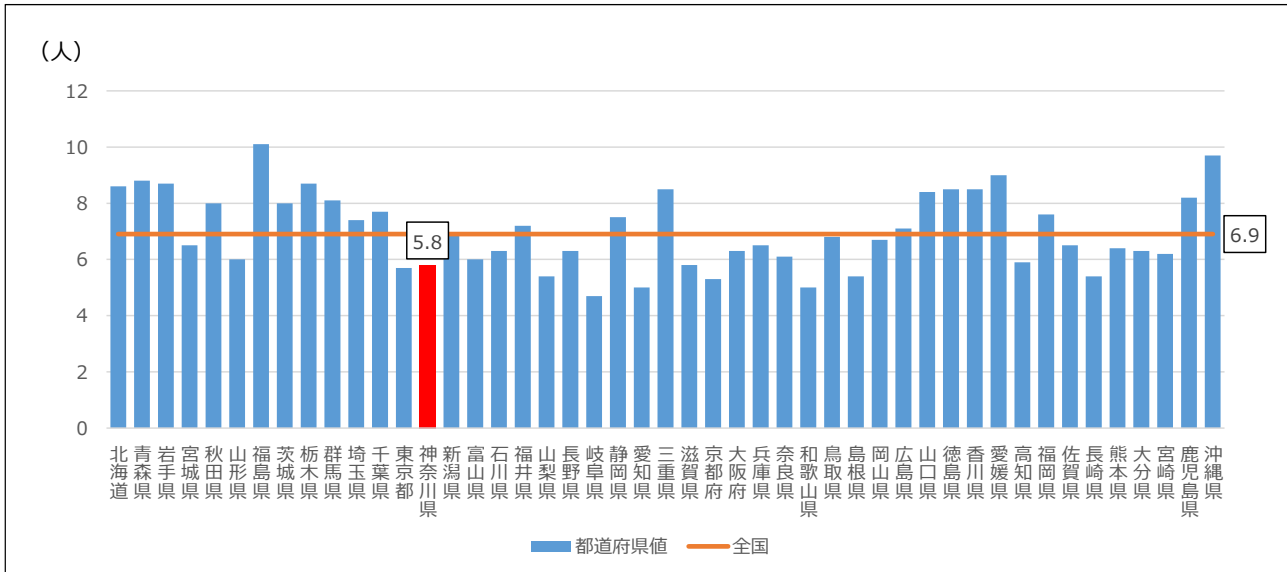
- 県における令和2年の性別ごとの年齢調整死亡率は、男性で9.6、女性で5.8であり、ともに全国値を下回っています。（図表2-2-4-2、図表2-2-4-3）

図表2-2-4-2 年齢調整死亡率（男性・人口10万対）



（出典）厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（令和2年）

図表 2-2-4-3 年齢調整死亡率（女性・人口 10 万対）



(出典) 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」(令和 2 年)

- このように、年齢調整死亡率は、全国と比較し、良好な水準ですが、県では今後、さらに高齢化が進むため、合併症も含めた予防や治療への対応が課題になってきます。

#### イ 連携体制

- 糖尿病治療に当たっては、「かかりつけ医」だけでなく、「病院」、「糖尿病専門医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ眼科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」、さらに保健師、管理栄養士、ケアマネジャーなど様々な職種の連携による、地域におけるチーム医療が大切です。
- 看護職員、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士をはじめとした様々な職種が、日本糖尿病療養指導士 (CDE J)、地域糖尿病療養指導士 (CDE L) 等の専門資格を取得し、他の関連職種と連携しながら糖尿病の予防活動や療養支援に当たっています。県内の有資格者数は、CDE J が 1,000 人 (令和 4 年 8 月時点：日本糖尿病療養指導士認定機構)、CDE L が 504 人 (令和 5 年 4 月時点：神奈川糖尿病療養指導士認定機構) となっています。

### (2) 糖尿病の予防

#### ア 総論

- 糖尿病には、膵β細胞の破壊が見られ、絶対的インスリン欠乏に至ることも多い 1 型糖尿病と複数の遺伝因子に過食、運動不足などの環境因子が加わって発症する 2 型糖尿病があります。
- 2 型糖尿病は、生活習慣の改善により発症を予防すること (一次予防) が期待できます。また、2 型に限らず、糖尿病は、発症しても血糖コントロールを適切に行うことや、高血圧の治療など内科的治療を行うことなどにより、糖尿病性腎症などの合併症の発症を防ぎ、重症化による人工透析の導入を回避すること (二次予防) が可能です。
- また、歯周病の治療をすると血糖コントロールが改善するといわれています。

- そのため、糖尿病の発症予防、重症化予防についての患者、県民の理解を促進する必要がありますが、必ずしも十分とはいえません。

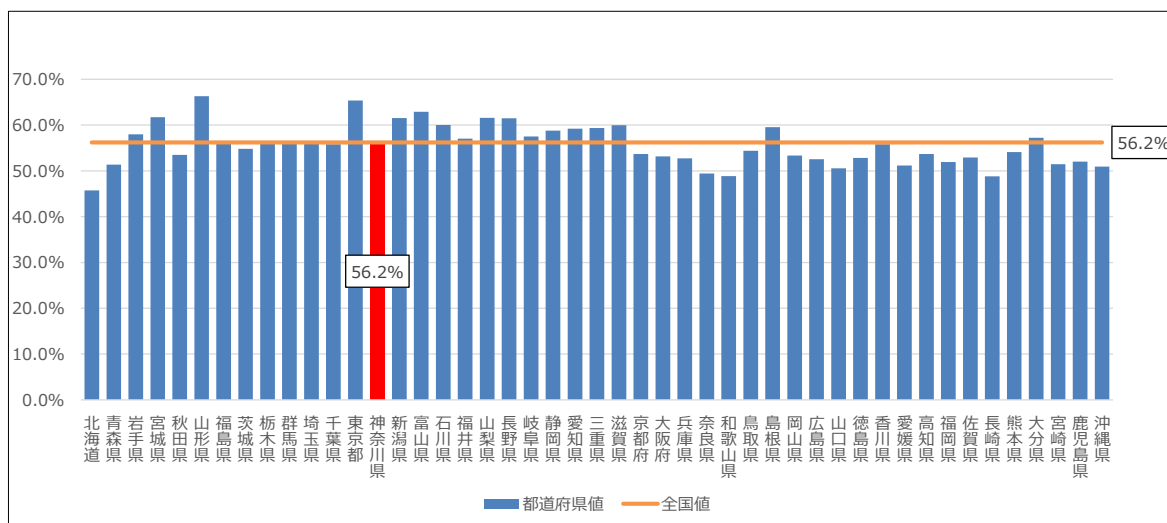
イ 生活習慣

- 糖尿病を予防するには、適切な食生活、血糖コントロールの改善につながる歯周病の治療、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善により、リスクを低減させることができます。
- 平成 29 年から令和元年の県民健康・栄養調査によると糖尿病に関連する項目である「肥満者の割合」「野菜一日摂取量」「多量飲酒」「歩数や運動習慣」などが課題となっています。
- 今後も、県民一人ひとりが生活習慣を自ら確認し、主体的に食生活や運動習慣の改善など、未病の改善を実践することや喫煙防止について啓発していくことが必要です。

ウ 特定健診・特定保健指導

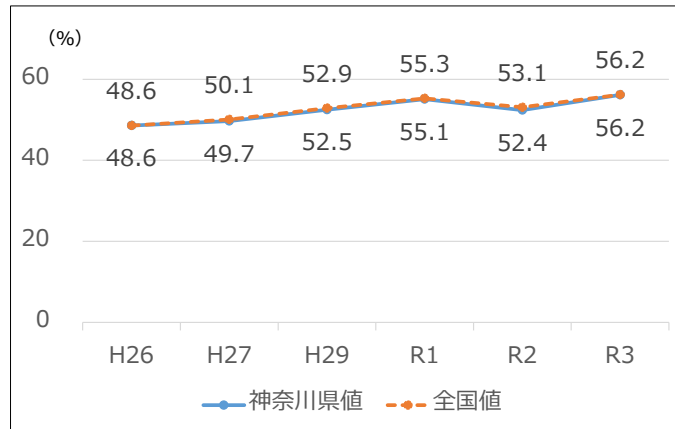
- 特定健康診査は、一次予防と二次予防につなげていく上で有効です。令和 3 年度の受診率は、全国・県ともに 56.2%となっています。(図表 2-2-4-4)
- また、県の受診率は、平成 26 年度から令和元年度まで増加傾向にあり、6.5 ポイント増加しましたが、令和 2 年度には 2.7 ポイント減少したものの令和 3 年度には再び増加に転じました。(図表 2-2-4-5)

図表 2-2-4-4 特定健康診査の受診率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査・保健指導に関するデータ」(令和 3 年度)

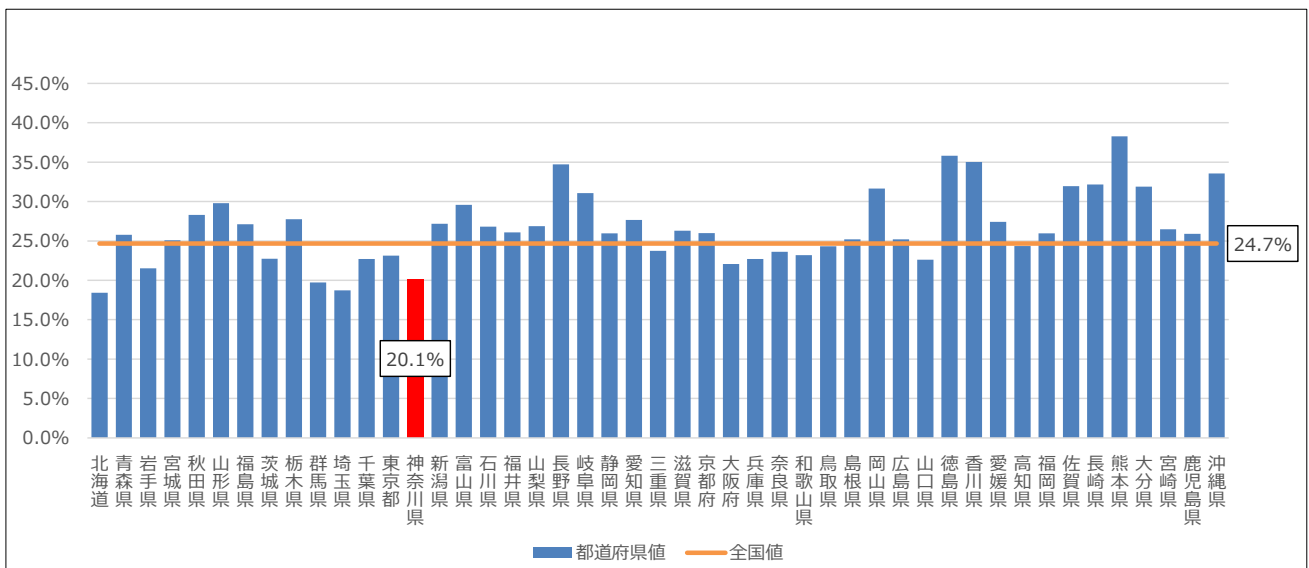
図表 2-2-4-5 特定健康診査の受診率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査・保健指導に関するデータ」

- 一方、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して特定保健指導を実施しますが、県の実施率は、20.1%と全国で44位と低く、全国値と4.6ポイントの差があります。(図表 2-2-4-6、図表 2-2-4-7)

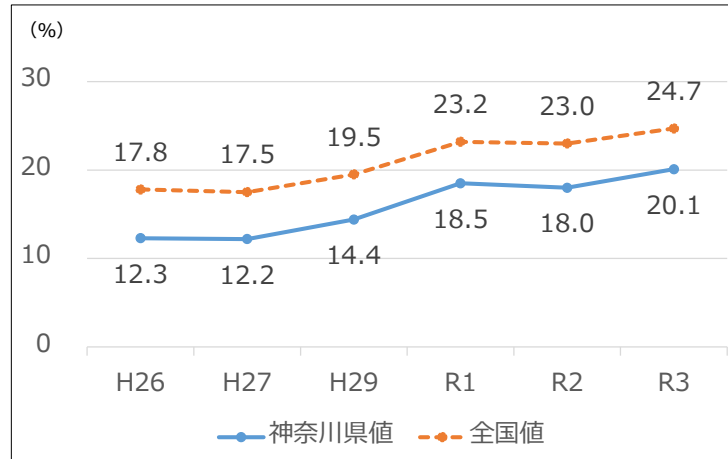
図表 2-2-4-6 特定保健指導の実施率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」(令和3年度)



図表 2-2-4-7 特定保健指導の実施率



(出典) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

- そのため、糖尿病のハイリスク者に対し、健康診断後の保健指導などにより、生活習慣を見直し、改善することが必要です。特に、特定保健指導の実施割合の向上が課題です。

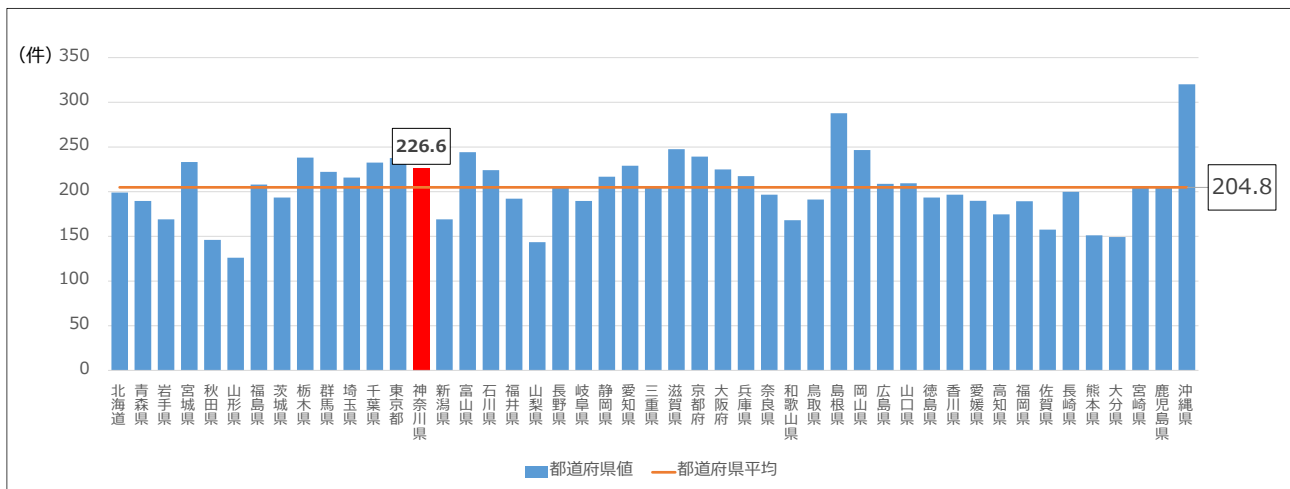
### (3) 医療

#### ア 総論

##### (ア) 初期・安定期治療

- 糖尿病を原因とした入院として、糖尿病ケトアシドーシス (DKA)、昏睡、低血糖などがあげられます。
- 令和3年度の当該原因により入院した患者数(糖尿病患者1年当たり)は、226.6件で、全国と比較し21.8件多いです。(図表2-2-4-8)

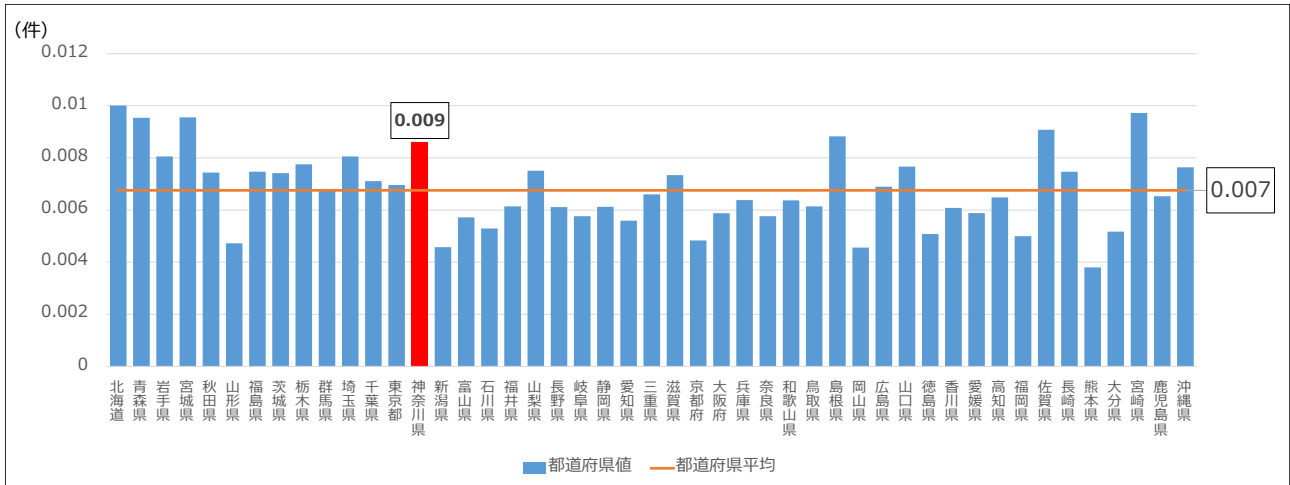
図表 2-2-4-8 糖尿病治療を主にした入院の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定) (糖尿病患者1年当たり)



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

- また、令和3年度の重症低血糖患者数(糖尿病患者1年当たり)は、0.009件で、ほぼすべての都道府県で0.01件を下回っています。(図表2-2-4-9)

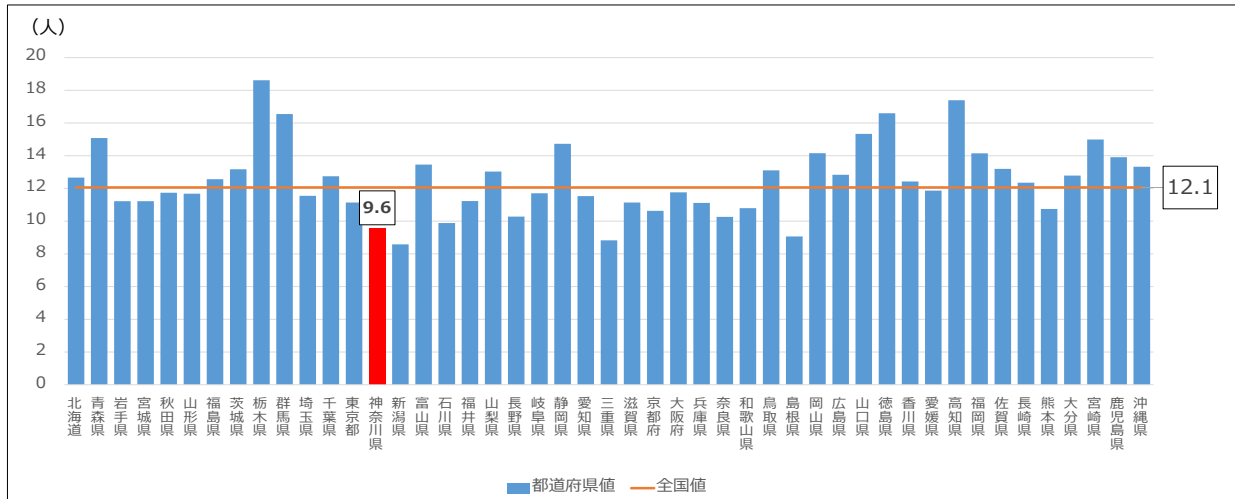
図表 2-2-4-9 重症低血糖の発生者件数（糖尿病患者1年当たり）



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

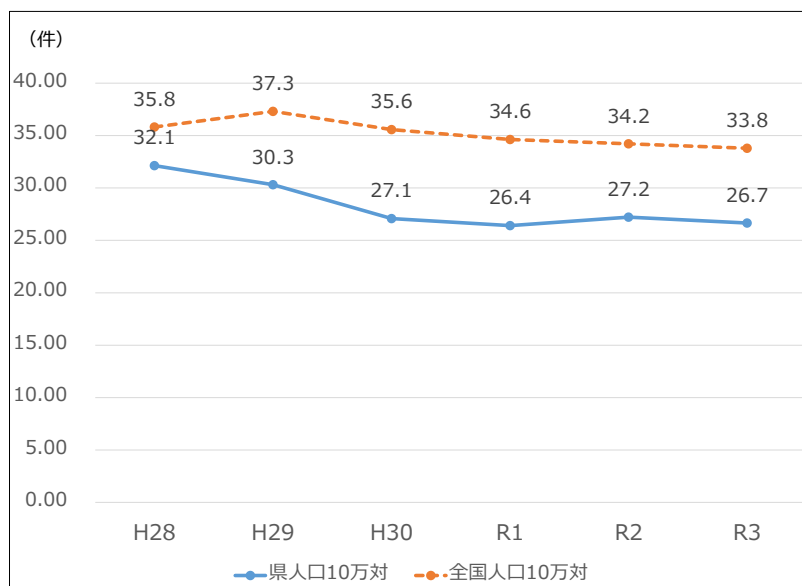
- あわせて、糖尿病患者が途中で治療を中断し、重症化してしまう事例が多いことから、治療を継続することが重要です。
  - そのため、病気を正しく理解できるよう患者やその家族などに対する教育や支援、情報提供を十分に行うことが必要です。
  - さらに特定健康診査等の結果情報とレセプト情報を活用し、早期の医療機関受診勧奨や治療中断者への保健指導により糖尿病とその合併症の発症予防・重症化予防を行うことが必要です。
  - また、令和2年度の県民歯科保健実態調査によると、糖尿病の治療を受けた県民は、有意に歯周ポケットの重症度が高いことが示されています。
  - 県民歯科保健実態調査によると、糖尿病と歯周病の関連性を知っている県民の割合の推移は、平成23年で55.2%、平成28年で56.2%、令和2年度で53.5%とほぼ横ばいとなっています。
  - そのため、糖尿病と歯周病の関連性についての理解をさらに進めるために、患者教育や県民への情報提供を十分に行うとともに、歯科保健指導や適切な受診を推進していくことが必要です。
- (イ) 重症化予防・合併症予防
- 糖尿病は、腎症、網膜症、神経障がい、動脈硬化、歯周病などの合併症を併発しやすく、腎症が重症化すると人工透析の導入が必要となるため、継続的な治療と、生活の管理が重要です。
  - 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万対）は、9.6人であり、全国値を2.5人下回っています。（図表2-2-4-10）
  - また、新規人工透析導入患者数（レセプト件数）（人口10万対）を見ると、平成28年から令和3年にかけて減少傾向にあります。（図表2-2-4-11）

図表 2-2-4-10 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口 10 万対）



(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)  
 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(令和3年)

図表 2-2-4-11 新規人工透析導入患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）

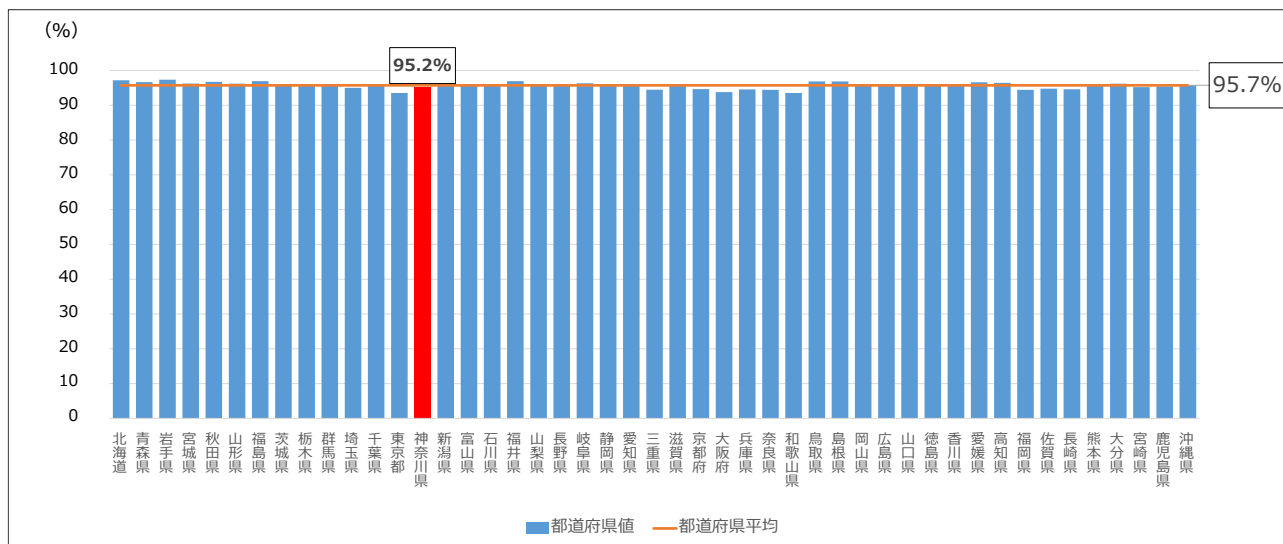


(出典) 厚生労働省「NDB」  
 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

## イ 治療

- 糖尿病の初期・安定期には適切な診断及び生活習慣の指導を実施するとともに、良好な血糖コントロールを目指した治療を行う必要があります。
- HbA1c もしくはG A検査は、糖尿病の評価に必要な血糖値を把握できるため、検査により適切な初期治療に結びつけ、重症化を予防することができます。
- 県の令和3年度の当該検査の実施割合を見ると、95.2%で、全国値 95.7%とほぼ同値となっています。なお、すべての都道府県が90%を越えており、高い水準となっています。(図表 2-2-4-12)

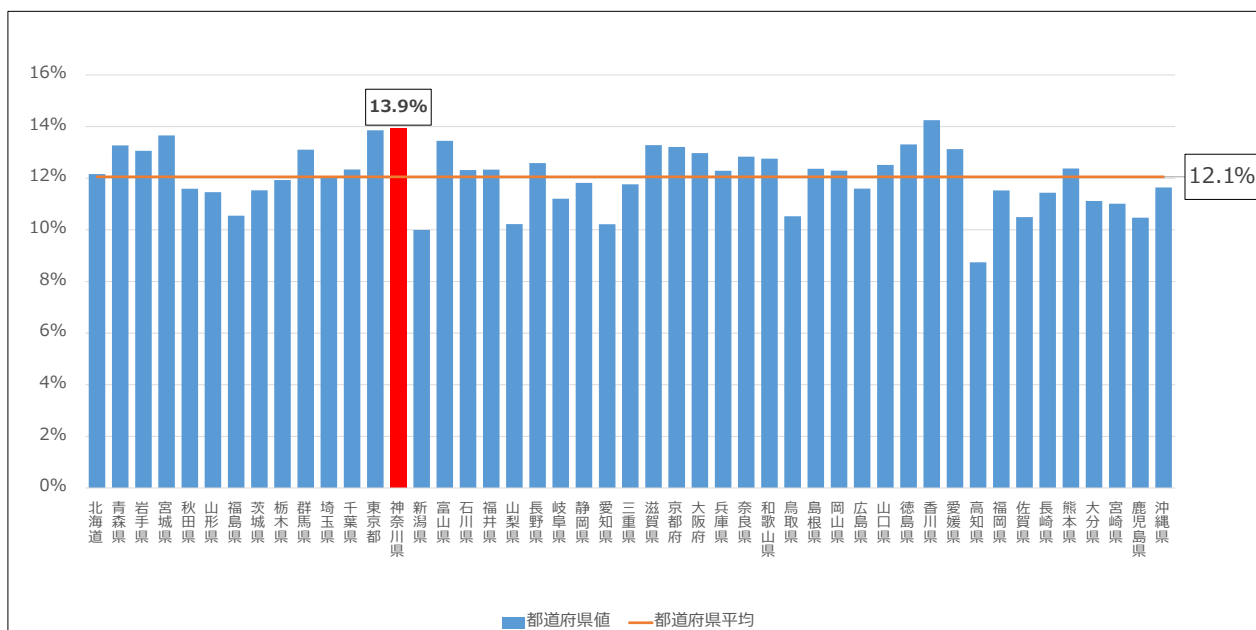
図表 2-2-4-12 HbA1c もしくは GA 検査の実施割合



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

- また、適切な血糖コントロールを行うためには、主にインスリンによる治療を行う必要があります。県の令和3年度の当該治療の実施割合は、13.9%であり、都道府県平均を1.8ポイント上回っています。(図表2-2-4-13)

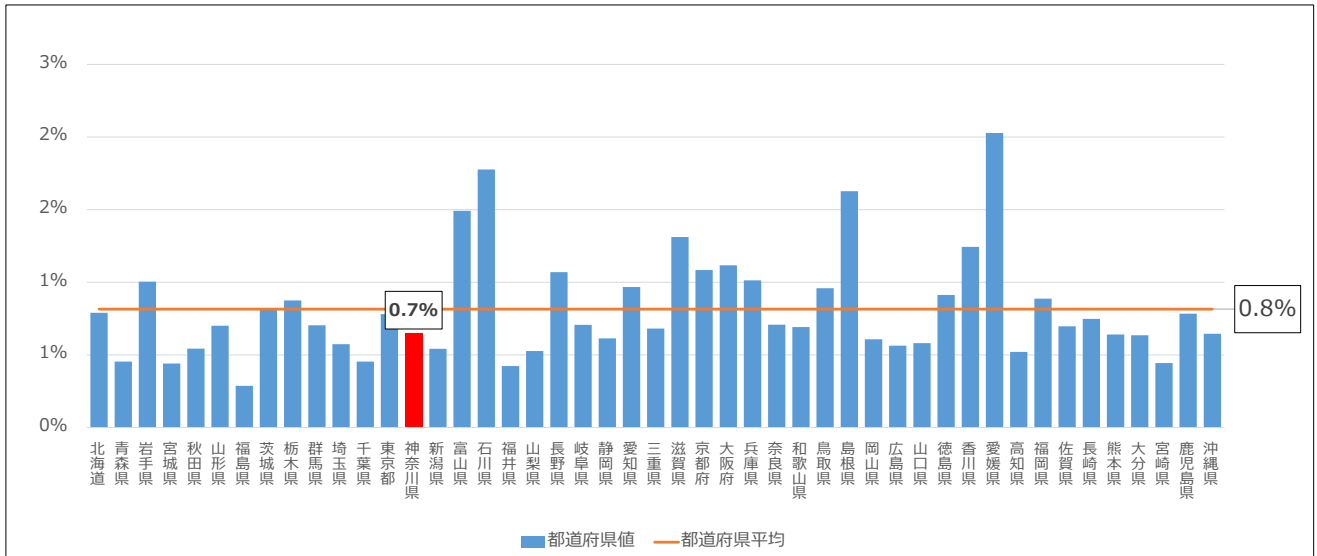
図表 2-2-4-13 インスリン治療の実施割合



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

- 県の令和3年度の糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合は、0.7%であり、都道府県平均を0.1ポイント下回りますが、多数の都道府県が1%未満となっています。(図表2-2-4-14)

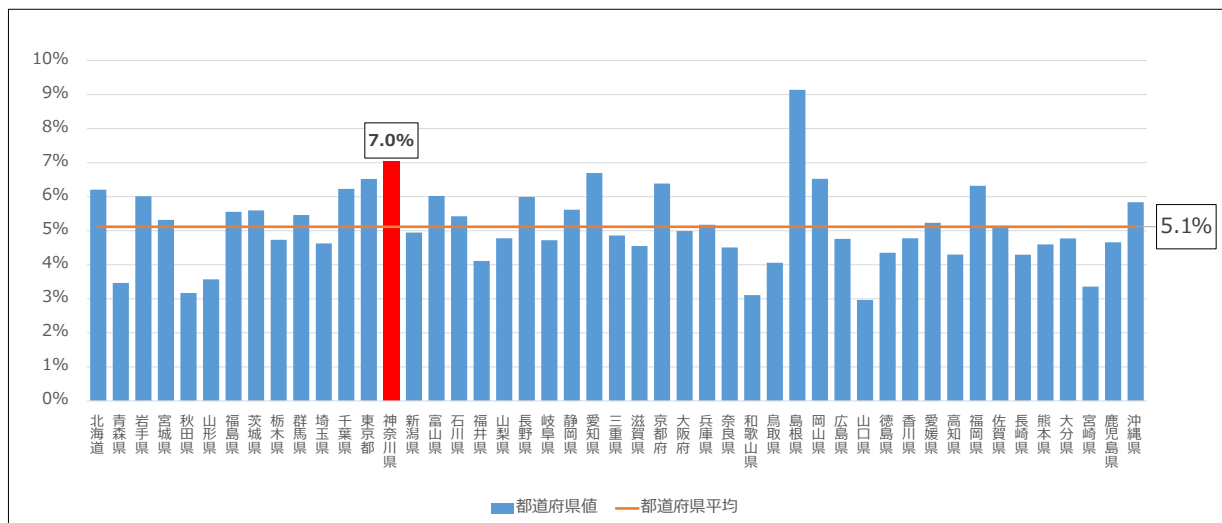
図表 2-2-4-14 糖尿病透析予防もしくは糖尿病合併症管理の実施割合



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

- あわせて、糖尿病の治療では、食習慣などの生活習慣の見直しが必要になります。
- 県の令和3年度の外来栄養食事指導の実施割合は7.0%であり、全国値を1.9ポイント上回っています。(図表2-2-4-15)

図表 2-2-4-15 外来栄養食事指導の実施割合



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

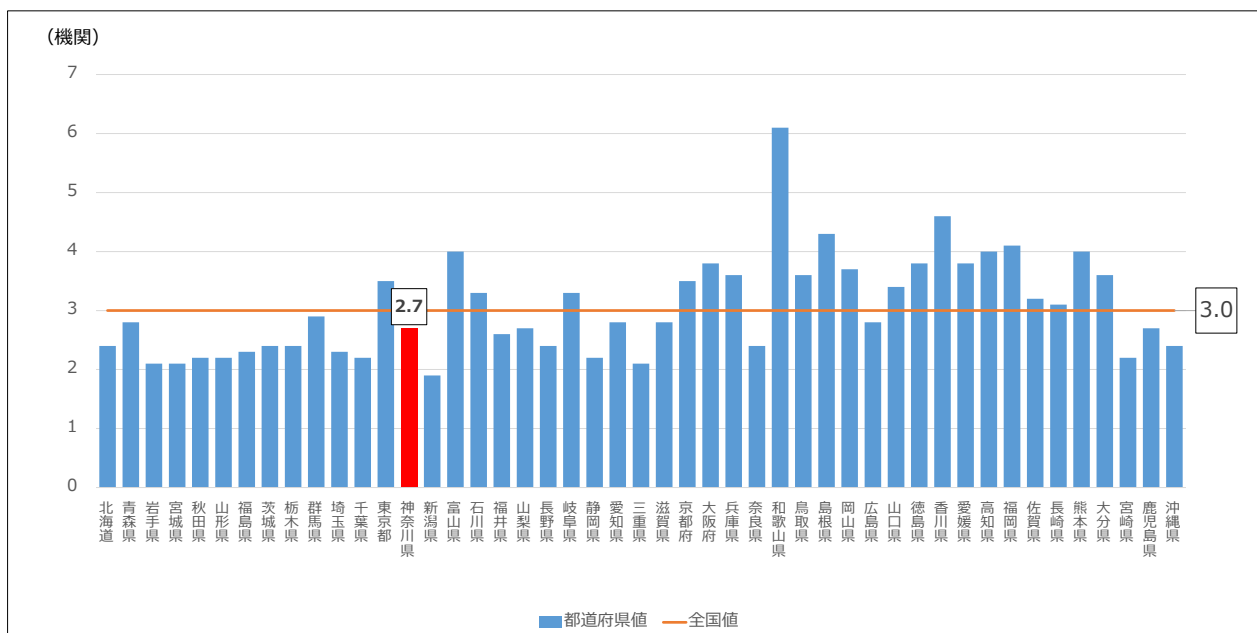
- このように、県における糖尿病の治療および重症化予防について、全国と同水準または上回る水準となっているため、引き続き、高い水準を維持する必要があります。

ウ 医療資源

- 糖尿病は治療の専門性が高いため、糖尿病専門医による治療や日本糖尿病療養指導士による指導が必要になります。
- 県の令和4年度の当該専門医及び日本糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口10万人当たり)を見ると、全国値と比較し、専門医は0.3低く、療養指導士

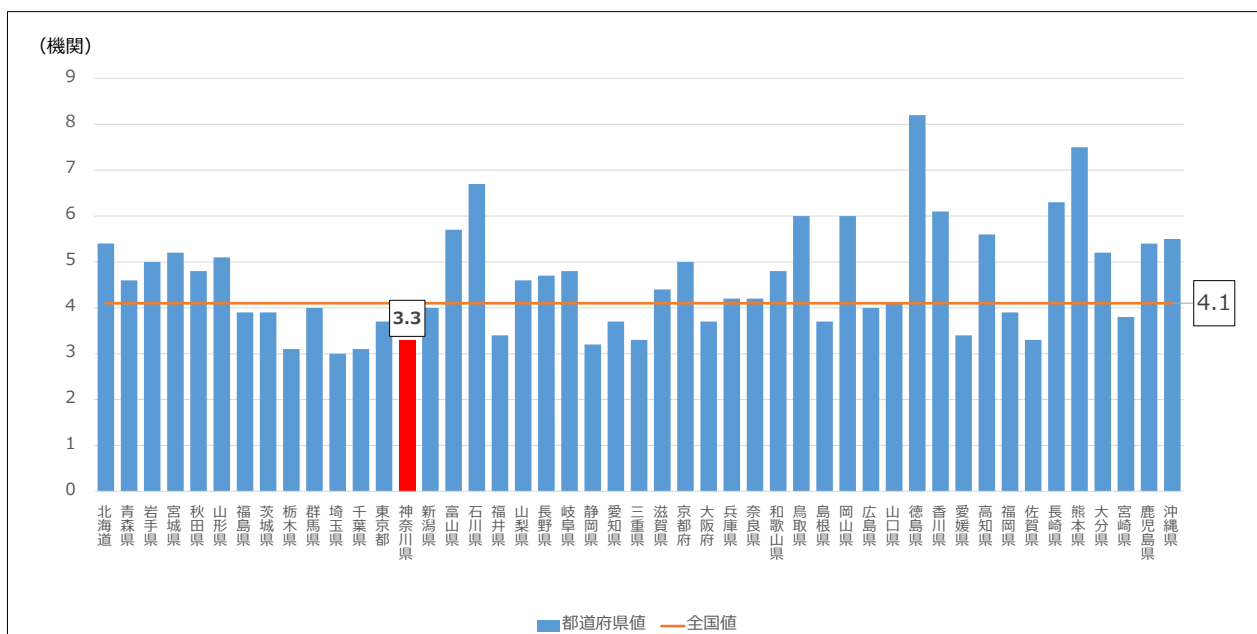
は0.8低くなっています。(図表2-2-4-16、図表2-2-4-17)

図表2-2-4-16 糖尿病専門医が在籍する医療機関数(人口10万人当たり)



(出典) 日本糖尿病学会「糖尿病専門医の認定状況(日本糖尿病学会ホームページ)」(令和4年)

図表2-2-4-17 日本糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口10万人当たり)



(出典) 日本糖尿病療養指導士認定機構「糖尿病療養指導士の状況(日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ)」(令和4年)

- このように、県における専門医及び療養指導士が在籍する医療機関数は全国値を下回る傾向にあります。
- そのため、今後の高齢化に伴う患者数の増加に備え、効率的な医療資源の運用が求められます。

## 2 施策の方向性

### <めざす方向（最終目標）>

未病の改善を進めることで糖尿病の発症を限りなく抑えられており、また糖尿病が発症した際にも健康な人と変わらない日常生活を送ることができるよう、合併症の発症や重症化を予防するための体制が構築できている

### <目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆糖尿病の予防に対する取組の充実
- ◆糖尿病治療に関する連携体制の充実
- ◆糖尿病の重症化予防・合併症予防に対する取組の充実

### (1) 糖尿病の予防

- 「かながわ健康プラン21（第3次）」の推進のために、県民、企業、学校、市町村等の関係者からなる「かながわ健康プラン21推進会議」において、取組の共有や検討を行うなど健康づくりを県民運動として推進していきます。
- 県は、県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、未病の改善を進めるきっかけづくりの場である未病センターの設置や利用を促進します。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）」により、総合的な糖尿病対策として、糖尿病（生活習慣病）予防講演会や生活習慣（食、運動等）改善講座、健診未受診者対策（受診勧奨等）などにより、糖尿病の発症予防（一次予防）の取組を推進していきます。
- 県は、糖尿病を含む生活習慣病予防のために医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導が円滑に実施できるよう、研修会・普及啓発等を行い、実施率の向上等を支援していきます。
- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病と歯周病の関連性について、県民に分かりやすい情報提供を行います。
- 未病指標等を活用し、未病の状態や将来の疾病リスクの見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

### (2) 糖尿病の医療

#### ア 糖尿病の治療

- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病連携手帳を含む糖尿病地域連携クリティカルパス等を活用して、かかりつけ医だけでなく、病院、糖尿病専門医、かかりつけ歯科医、かかりつけ眼科医、かかりつけ薬剤師・薬局をはじめ、保健師、管理栄養士、ケアマネジャーなどの関係職種間の連携を推進し糖尿病治療の標準化を図ります。
- 県及び医療機関・医療関係者は、糖尿病治療の質の向上に向け、医療従事者に対する研修を実施するなど、人材の育成を推進します。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、多職種協働による在宅医療の支援体制の充実を図ります。

#### イ 糖尿病の重症化予防・合併症予防

- 県は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）」に

より、市町村及び他の医療保険者が地域の医師会や医療機関等と連携して実施する受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組を支援していきます。

- 県は、二次保健医療圏単位等で県、市町村、医療機関・医療関係者等関係機関との連携会議を開催し、地域連携の強化を図ることにより、市町村の糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を推進していきます。
- 県は、市町村が糖尿病治療中断者・未治療者へ介入する取組を実施できるよう、データ分析による対象者の抽出・提供、事業計画の策定支援、効果的な受診勧奨等の研修支援等を行い、治療中断者等を適切な治療へ繋ぐことを推進していきます。
- 県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者及び介護・福祉関係者は、患者の治療中断を防止するため、地域の実情を踏まえた上で、患者教育、情報提供、受診勧奨などの取組を強化し、日常の健康管理意識の向上を図ります。

#### 【コラム】慢性腎臓病（CKD）とは

- 主に糖尿病や高血圧等の生活習慣病の悪化により発症し、重症化すると腎不全に至り、人工透析や腎移植が必要となることから、早期に発見し、治療につなげることが重要です。
- 日本人の成人の約8人に1人、約1,300万人は慢性腎臓病と推計されています。
- また、神奈川県慢性腎臓病患者数は、98万4,700人と推計されています。

##### <これまでの取組>

- 広く慢性腎臓病（CKD）の普及啓発を目的とした県民向けリーフレット及び腎臓専門医への紹介の基準等について啓発を行うことを目的としたかかりつけ医向けリーフレットを作成、配布しています。
- また、県民向けの講演会や相談会、医療従事者向けの研修会を実施しています。
- さらに、医師会等の協力を得て、平成29年に、県独自の「かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）」を作成し、糖尿病性腎症による人工透析への移行を防止する取組を行ってきました。

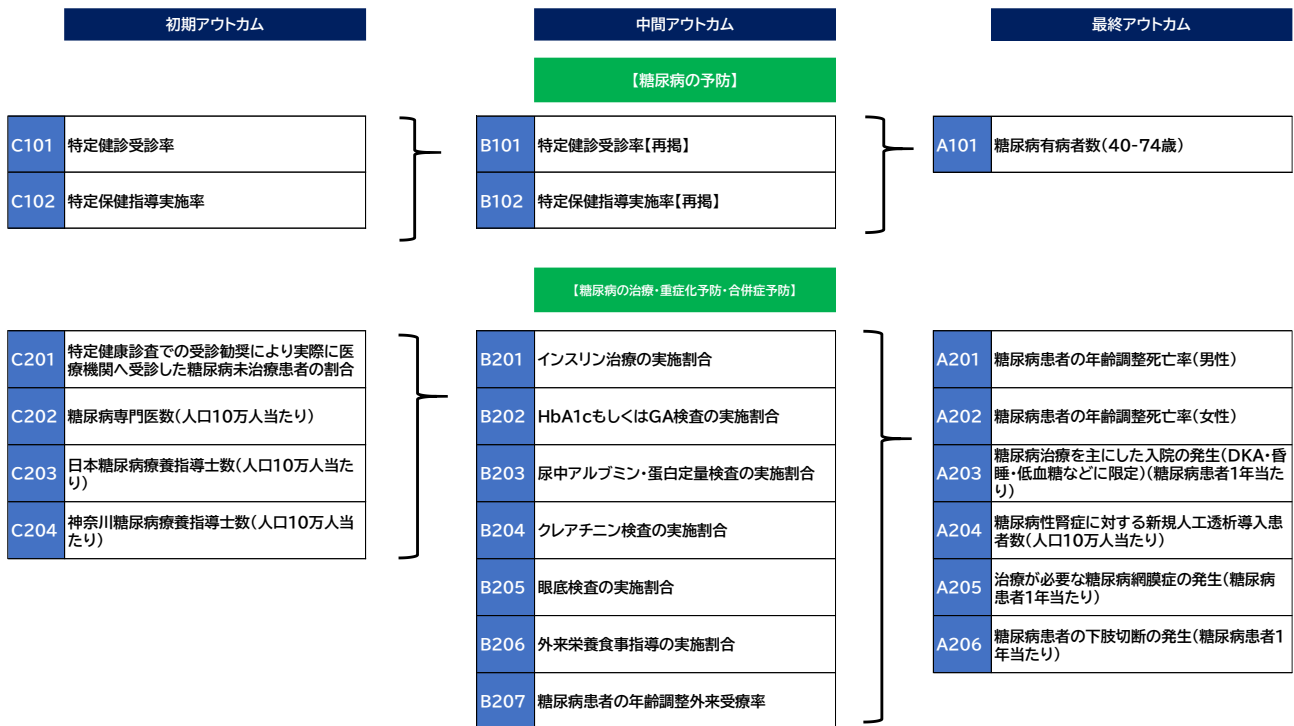
##### <今後の取組>

- 県は、県内の腎臓専門医療機関や関係団体、保険者、行政と連携し、神奈川県慢性腎臓病（CKD）対策連絡協議会においては、普及啓発や人材育成等の包括的な腎疾患対策について、神奈川県慢性腎臓病（CKD）診療連携構築協議会においては医療機関の診療連携の仕組みについて検討を進めていきます。
- また、かかりつけ医が、速やかに専門医に相談や紹介ができるよう、腎臓専門医療機関のリストを県ホームページ等で公開することも検討します。
- かながわ糖尿病未病改善プログラム（県糖尿病対策推進プログラム）による医師会と行政の連携促進及び糖尿病治療中断者・未治療者への受診勧奨等を推進していきます。



### 3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



#### 4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	特定健診受診率	厚生労働省, 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	56.2% (R3)	70%
	C102	特定保健指導実施率	厚生労働省, 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	20.1% (R3)	45%
	C201	特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合	厚生労働省、NDB	28.9%	28.9%以上
	C202	糖尿病専門医数(人口10万人当たり)	日本糖尿病学会, 糖尿病専門医の認定状況(日本糖尿病学会ホームページ) 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数調査	4.5人 (R4)	4.9人
	C203	日本糖尿病療養指導士数(人口10万人当たり)	日本糖尿病療養指導士認定機構, 糖尿病療養指導士の認定状況 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数調査	10.9人 (R4)	11.9人
	C204	神奈川糖尿病療養指導士数(人口10万人当たり)	神奈川糖尿病療養指導士認定機構提供データ 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数調査	5.5人 (R5)	6.0人
中間	B101	特定健診受診率【再掲】	厚生労働省, 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	56.2% (R3)	70%
	B102	特定保健指導実施率【再掲】	厚生労働省, 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	20.1% (R3)	45%
	B201	インスリン治療の実施割合	厚生労働省, NDB	14% (R3)	14%以上
	B202	HbA1c もしくは GA 検査の実施割合	厚生労働省, NDB	95% (R3)	95%以上
	B203	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合	厚生労働省, NDB	22.2% (R3)	22.2%以上
	B204	クレアチニン検査の実施割合	厚生労働省, NDB	92.7% (R3)	92.7%以上
	B205	眼底検査の実施割合	厚生労働省, NDB	40.4% (R3)	40.4%以上
	B206	外来栄養食事指導の実施割合	厚生労働省, NDB	7% (R3)	7%以上
	B207	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	厚生労働省, 患者調査	95% (R2)	95%以上
最終	A101	糖尿病有病者数(40~74歳)	神奈川県, かながわ健康プラン 21	27万人 (R2)	28万人
	A201	糖尿病患者の年齢調整死亡率(男性)	厚生労働省, 人口動態統計特殊報告	9.6% (R2)	9.6%以下
	A202	糖尿病患者の年齢調整死亡率(女性)	厚生労働省, 人口動態統計特殊報告	5.8% (R2)	5.8%以下
	A203	糖尿病治療を主にした入院の発生(DKA・昏睡・低	厚生労働省, NDB	226.6 (R3)	213.1以下

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
		血糖などに限定)(糖尿病患者 1 年当たり)			
	A204	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数(人口 10 万人当たり)	日本透析医学会, わが国の慢性透析療法の現況 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数調査	9.6人 (R3)	8.1 人
	A205	治療が必要な糖尿病網膜症の発生(糖尿病患者 1 年当たり)	厚生労働省, NDB	0.015 件 (R3)	0.015 件以下
	A206	糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者 1 年当たり)	厚生労働省, NDB	59.1 件 (R3)	59.1 件以下

## 5 参考指標一覧

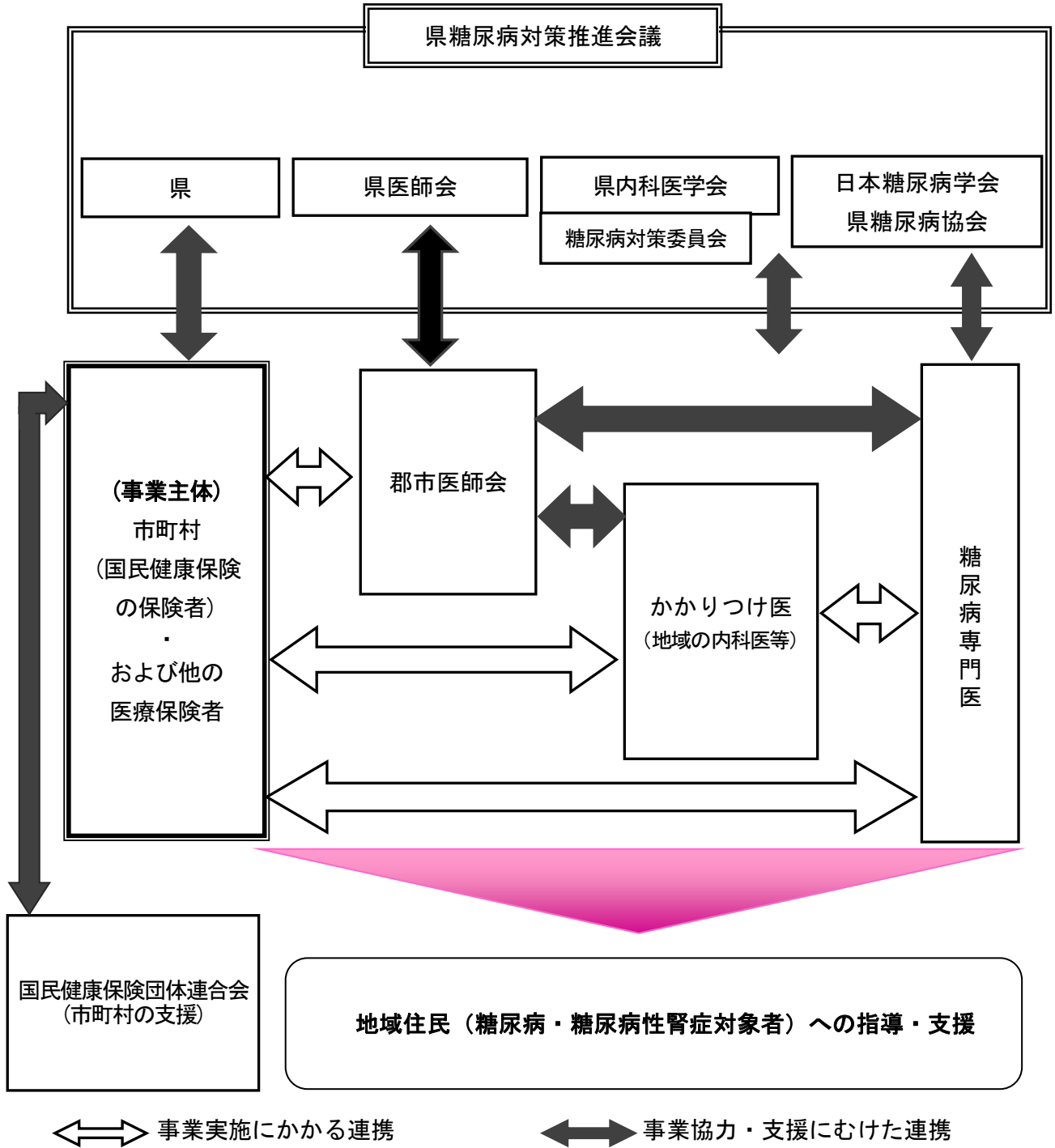
※目標値は掲げないものの、当該分野の進捗を確認するための指標として、数値を把握していきます。

指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)
1 型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB, 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数調査	0.9 機関 (R3)
妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB, 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数調査	1機関 (R3)
腎臓専門医が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	日本腎臓学会「腎臓専門医県別人数(日本腎臓学会 HP)」	2.5 機関 (R5)
歯周病専門医が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB, 日本歯周病学会「歯周病専門医の認定状況」	0.7 機関 (R4)
糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB	432 機関 (R3)
糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB	45 機関 (R3)
糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB	154 機関 (R3)
糖尿病専門医が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	日本糖尿病学会, 糖尿病専門医の認定状況	2.7 機関 (R4)
日本糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	日本糖尿病療養指導士認定機構, 糖尿病療養指導士の認定状況	3.3 機関 (R4)
神奈川糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口 10 万人当たり)	神奈川糖尿病療養指導士認定機構提供データ, 総務省「住民基本台帳」に基づく人口、人口動態及び世帯数調査	4.0 機関 (R5)
糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	厚生労働省, NDB	0.7% (R3)
治療継続者の割合	神奈川県, 県民健康栄養調査	71.1% (H29~R元)
重症低血糖症の発生件数(糖尿病患者 1 年当たり)	厚生労働省, NDB	0.009 件 (R3)
糖尿病が強く疑われる者の数	厚生労働省, NDB	439,222 人 (R3)
糖尿病予備群の者の数	厚生労働省, 国民健康・栄養調査	1,168,146人 (R元)

■糖尿病の医療機能の連携体制

○ 糖尿病の地域医療連携の推進体制

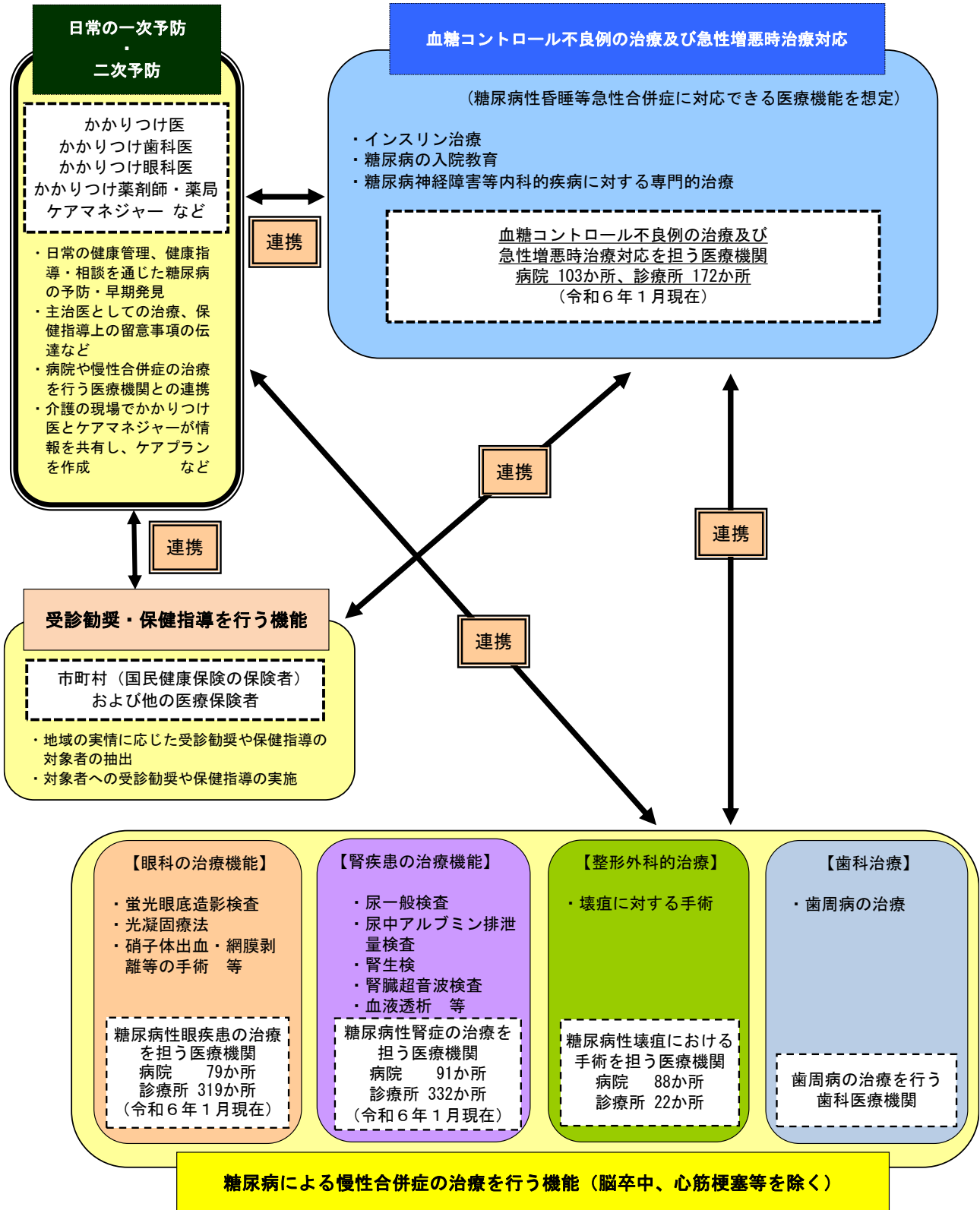
(=かながわ糖尿病未病改善プログラム(県糖尿病対策推進プログラム)の推進体制)



【参考】地域住民(糖尿病・糖尿病性腎症対象者)への指導・支援に関わることが想定される職種

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、助産師、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士、臨床心理士、運動療法士、理学療法士、作業療法士、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、視能訓練士、言語聴覚士、柔道整復師、介護福祉士、ソーシャルワーカー、介護ヘルパー、ケアマネジャー、医療事務 など様々な職種が関わることを想定されます。

■糖尿病の医療の提供体制



# 第5節 精神疾患

## 1 現状・課題

### 【現状】

- ・近年、精神疾患患者が増加しています。
- ・本県の人口当たりの入院患者は、全国平均よりも少なく、外来患者は全国平均よりも多くなっています。
- ・本県の精神病床における新規入院患者の平均在院日数は全国平均よりも短くなっています。

### 【課題】

- ・メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防が必要です。
- ・適切な医療への早期アクセスが必要です。
- ・社会復帰・地域生活支援が必要です。



### (1) 精神疾患について

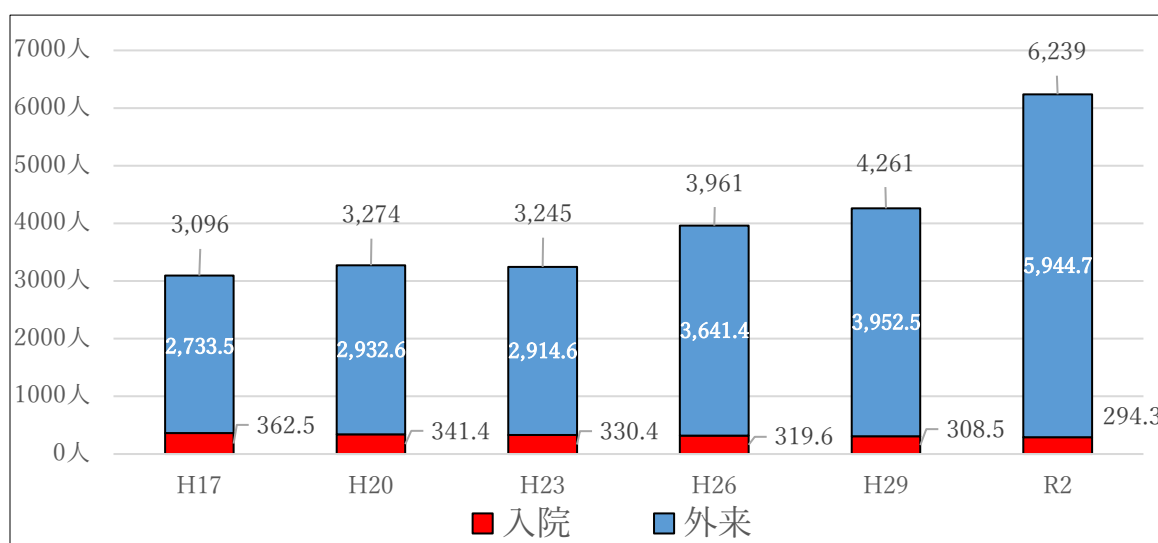
#### ア 精神疾患の定義と医療体制の現状

##### (イ) 精神疾患の定義と患者の現状

- 精神疾患は、統合失調症、うつ・躁うつ病、不安障害等の神経症性障害、認知症、知的障害、発達障害、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD（※1）、摂食障害、てんかんなど、多種多様な疾患の総称です。
- 精神疾患は、近年その患者数が急増しており、令和2年患者調査によると、全国の総患者数（※2）は623万9千人で、患者調査における「総患者数」の算出方法の変更があったことから、前回調査時である平成29年の426万1千人から大きく増加しています。（図表2-2-5-1）

図表2-2-5-1 全国の精神疾患患者数（総患者数）

（千人）

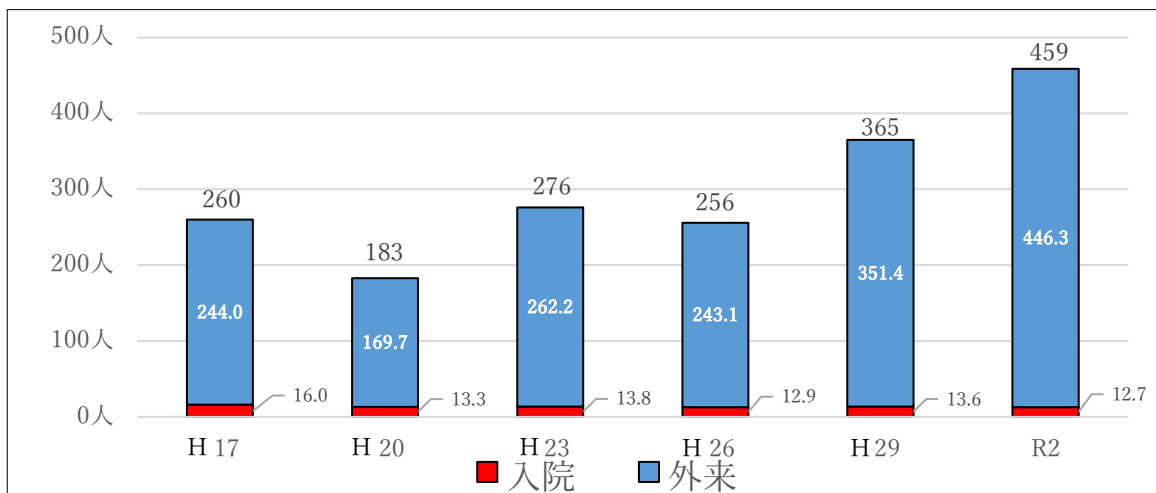


（出典）厚生労働省「患者調査」

○ 本県の精神疾患の総患者数は、令和2年患者調査によると45万9千人で、患者調査における「総患者数」の算出方法の変更があったことから、平成29年の36万5千人から増加しています。(図表2-2-5-2)

図表2-2-5-2 本県の精神疾患患者数

(千人)

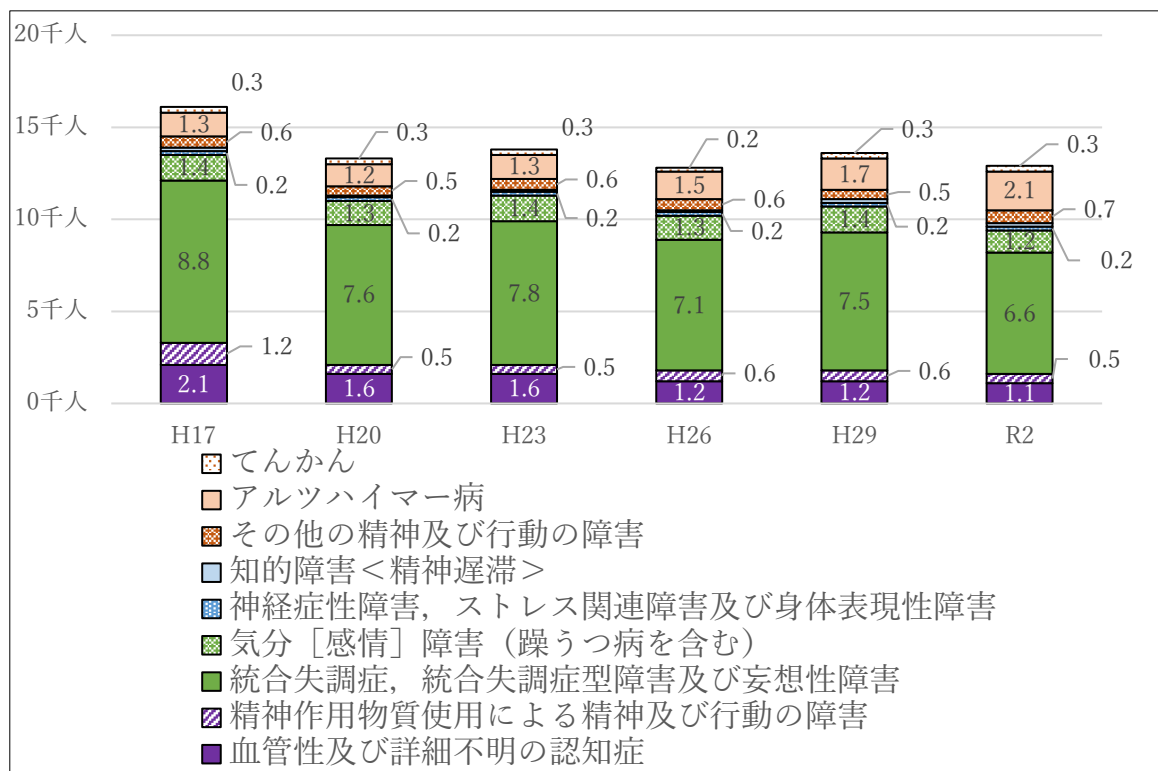


(出典) 厚生労働省「患者調査」

○ 患者調査による本県の入院患者数は1万2千人で、疾患別にみると、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が51.2%、アルツハイマー病が16.3%、気分障害(うつ病など)が9.3%の順となっています。統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の割合は減りつつありますが、半数を超えている状況にあります。(図表2-2-5-3、図表2-2-5-4)

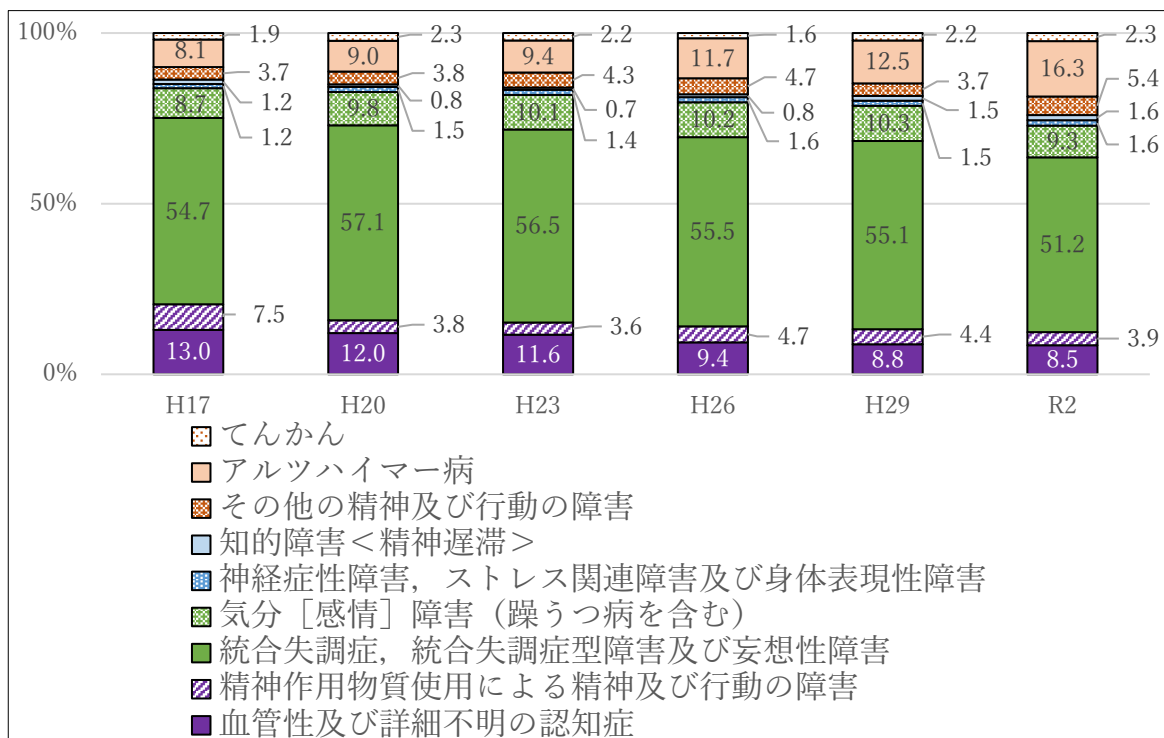
図表2-2-5-3 本県の精神科入院患者数(疾患別)

(千人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

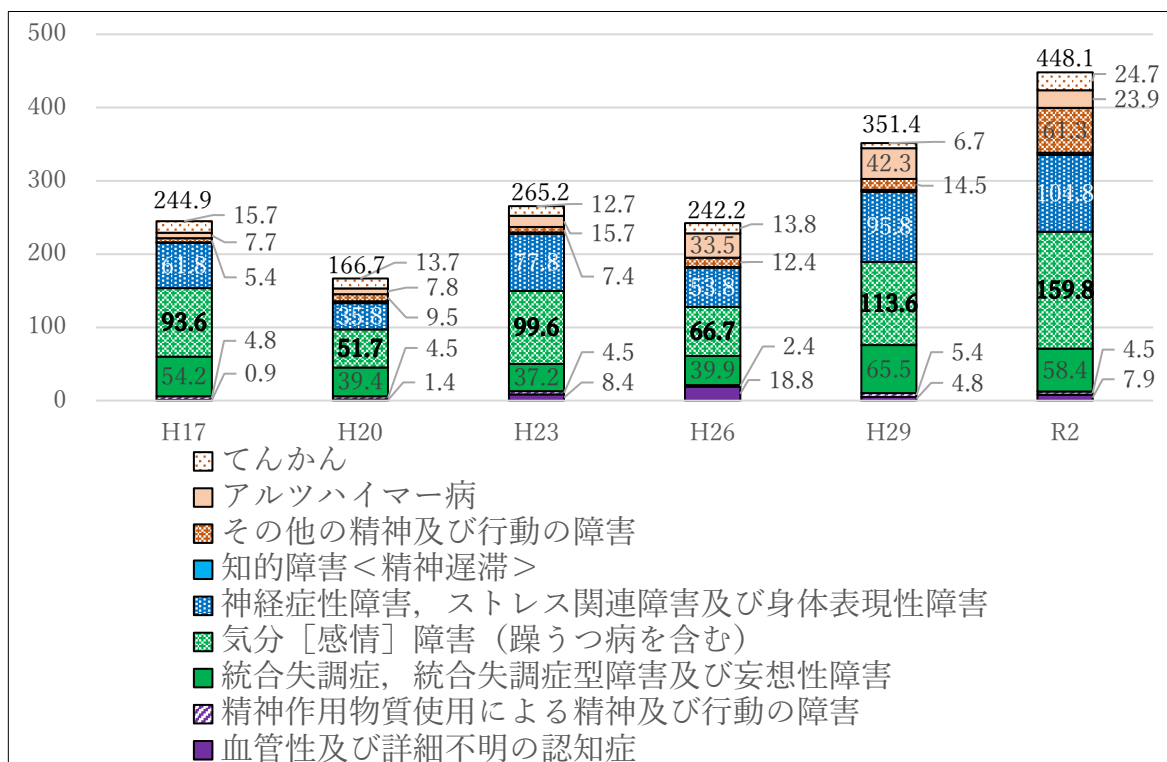
図表 2-2-5-4 本県の精神科入院患者の割合 (疾患別) (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

○ 本県の外来患者数(※3)は、44万6千人で、全国同様に増加傾向にあります。疾患別にみると、気分障害(うつ病など)が35.7%、神経症性障害(不安障害など)が23.4%、その他の精神及び行動の障害が13.7%の順となっています。(図表2-2-5-5、図表2-2-5-6)

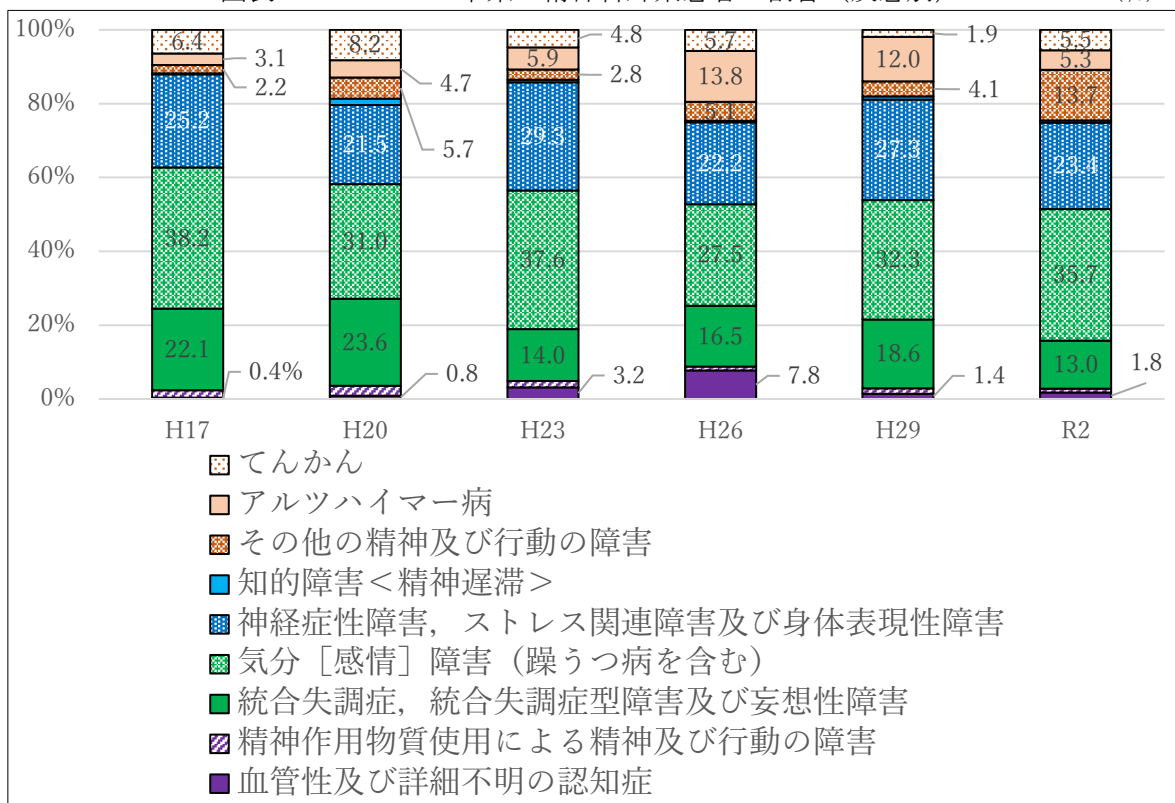
図表 2-2-5-5 本県の精神科外来患者数 (疾患別) (千人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」



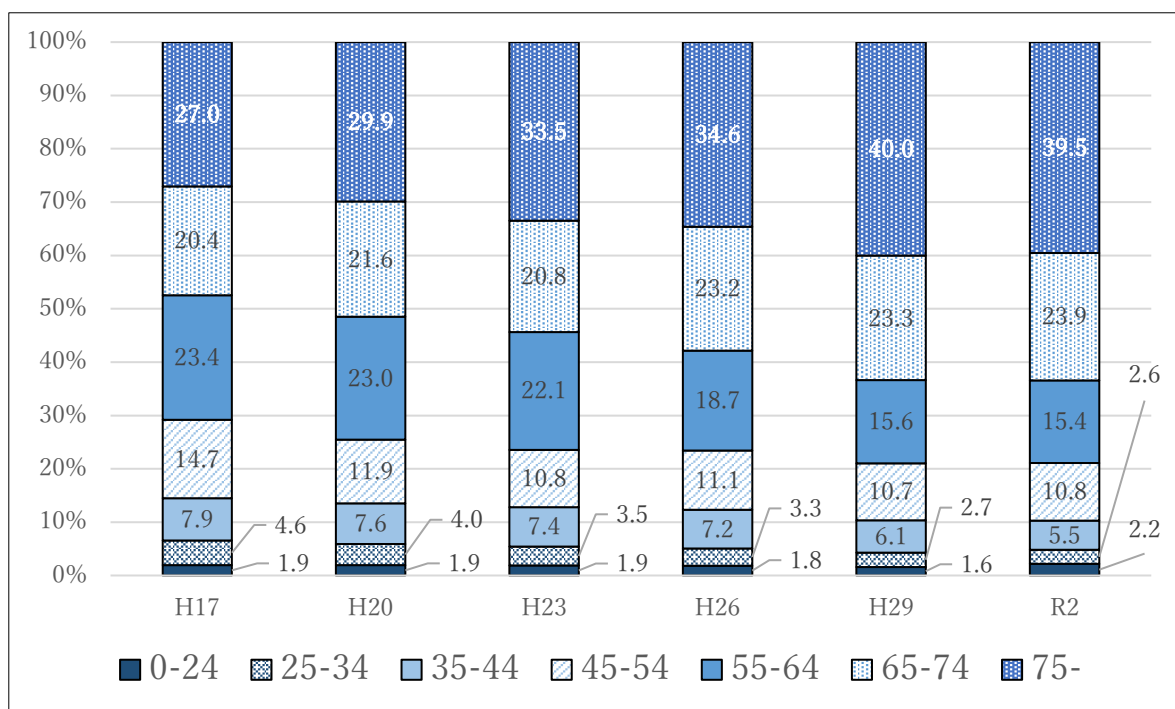
図表 2-2-5-6 本県の精神科外来患者の割合（疾患別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

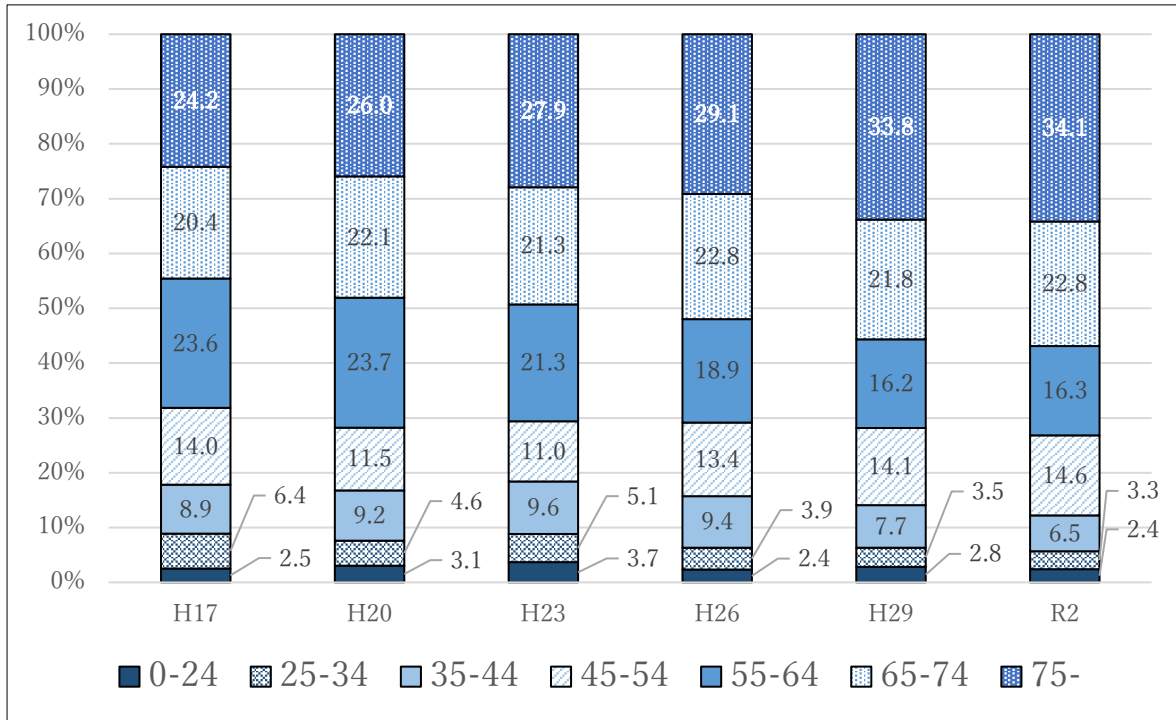
○ 入院患者を年齢階級別で見ると、全国及び本県ともに 75 歳以上の高齢層が増加傾向にあります。また、本県では、25 歳から 54 歳の占める割合が全国の 18.9% に対して 24.4% と高くなっています。(図表 2-2-5-7、図表 2-2-5-8)

図表 2-2-5-7 全国の精神科入院患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

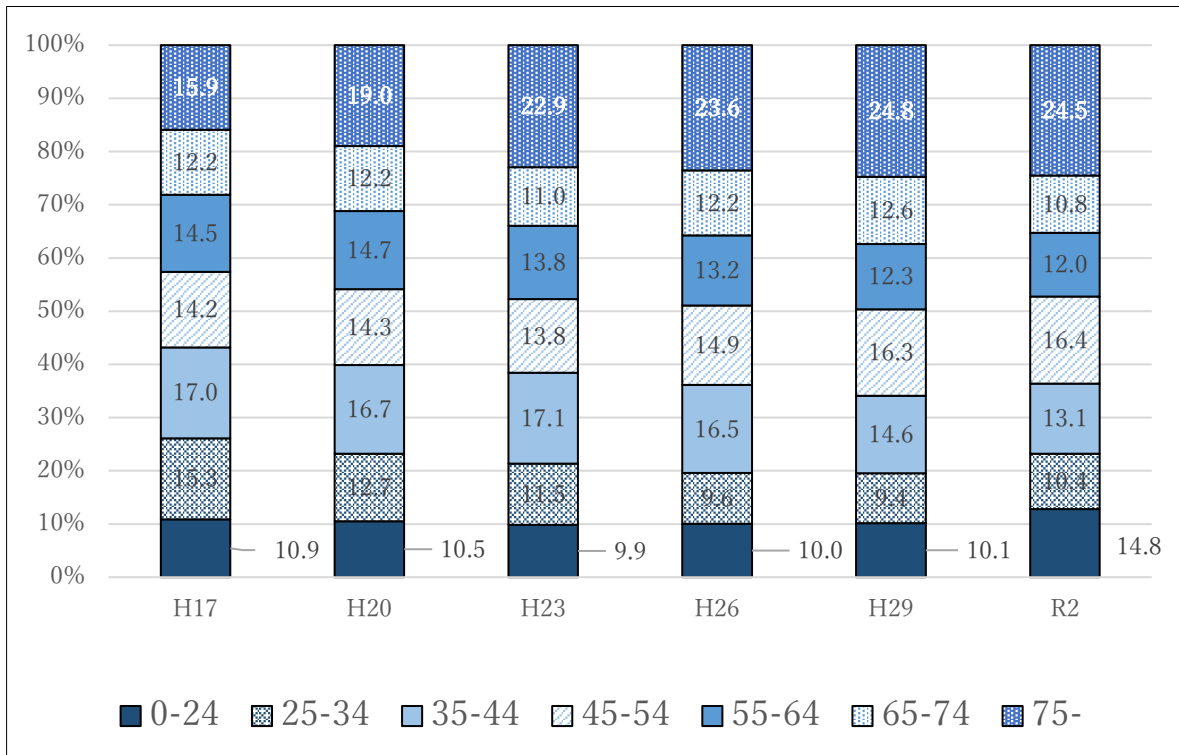
図表 2-2-5-8 本県の精神科入院患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

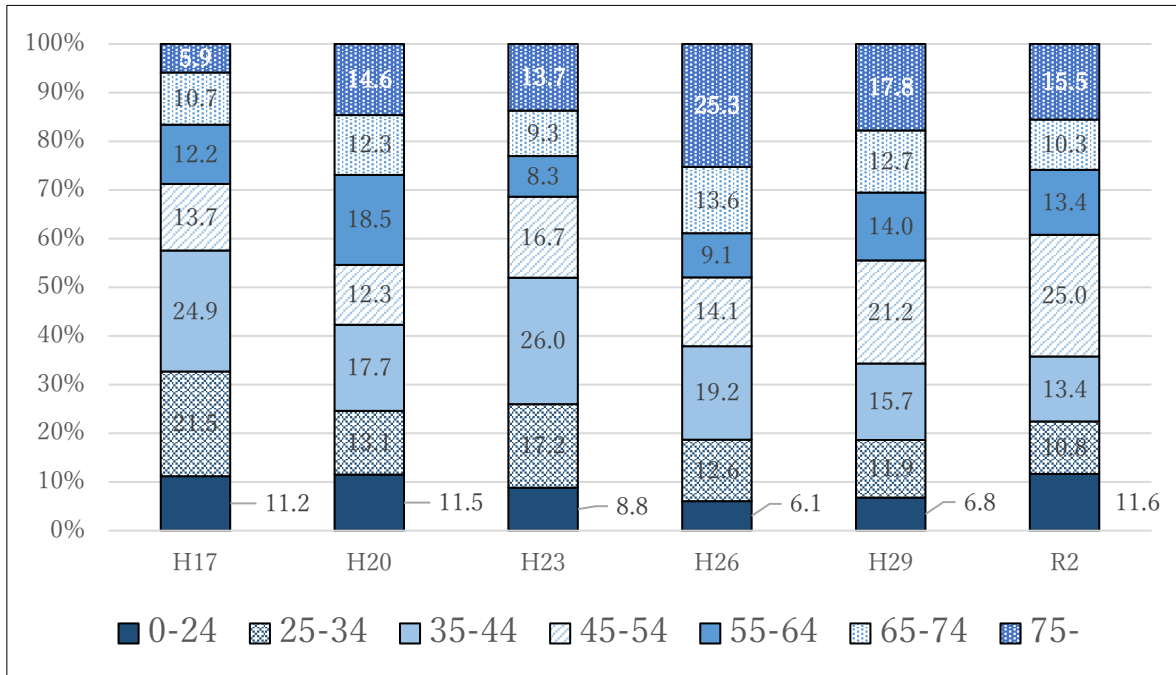
- 外来患者を年齢階級別で見ると、全国では0歳から44歳の若年層が減少傾向にある一方、本県では増加している状況にあります。また、25歳から54歳の患者の占める割合が全国の39.9%に対して、本県は49.2%と高くなっています。(図表 2-2-5-9、図表 2-2-5-10)

図表 2-2-5-9 全国の精神科外来患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

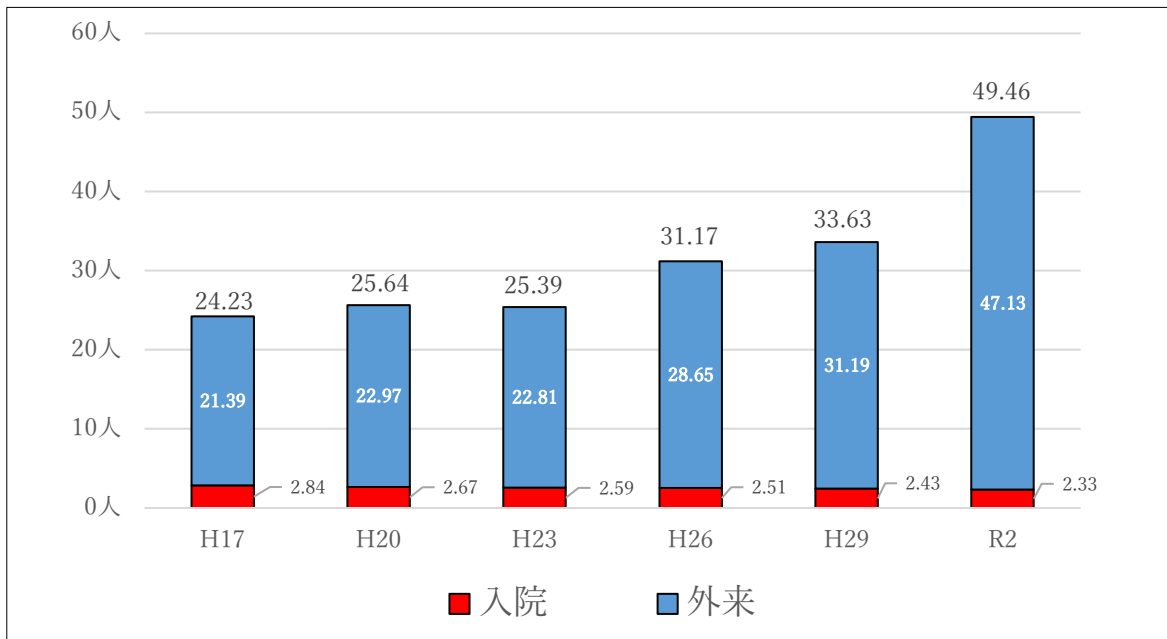
図表 2-2-5-10 本県の精神科外来患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

- 令和2年の患者調査における人口千人当たりの入院患者数は、全国の2.33人に対して、本県は1.37人で、0.96人少ない状況にあります。(図表2-2-5-11、図表2-2-5-12)
- 令和2年の患者調査における人口千人当たりの外来患者数は、全国の47.13人に対して、本県は48.31人で、1.18人多い状況にあります。(図表2-2-5-11、図表2-2-5-12)

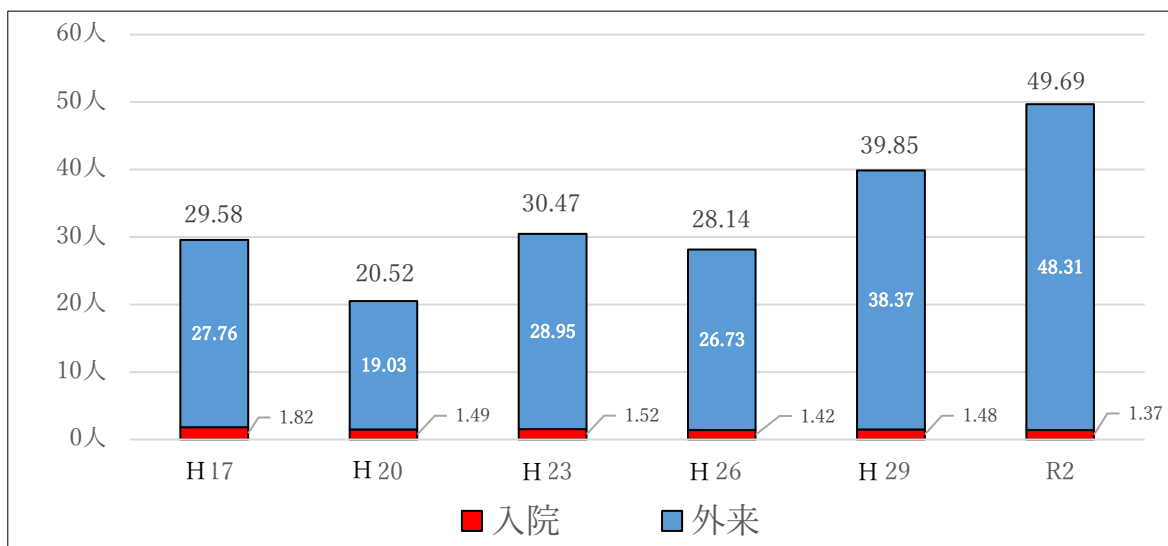
図表 2-2-5-11 全国の人口千人当たり総患者数 (人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

図表 2-2-5-12 本県の人口千人当たり総患者数

(人)

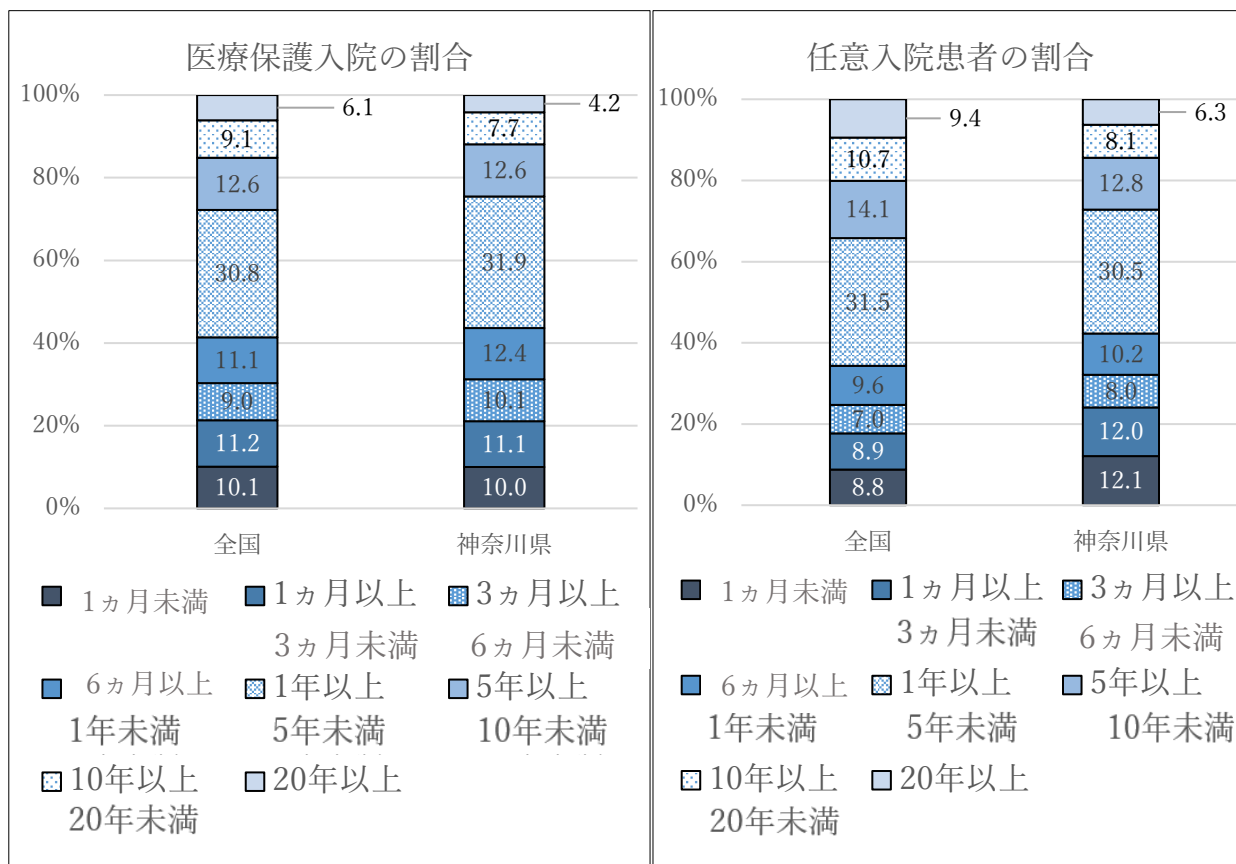


(出典) 厚生労働省「患者調査」

- 令和2年度の精神保健福祉資料 630 調査における入院患者を、入院形態別及び在院期間別にみると、医療保護入院、任意入院ともに1年未満の入院患者の占める割合は全国に比べて本県の方が高い状況にあります。また、10年以上の長期入院患者の占める割合は全国と比べて本県は医療保護入院、任意入院（※4）ともに少ない状況にあります。（図表 2-2-5-13）

図表 2-2-5-13 医療保護入院・任意入院患者の割合

(%)

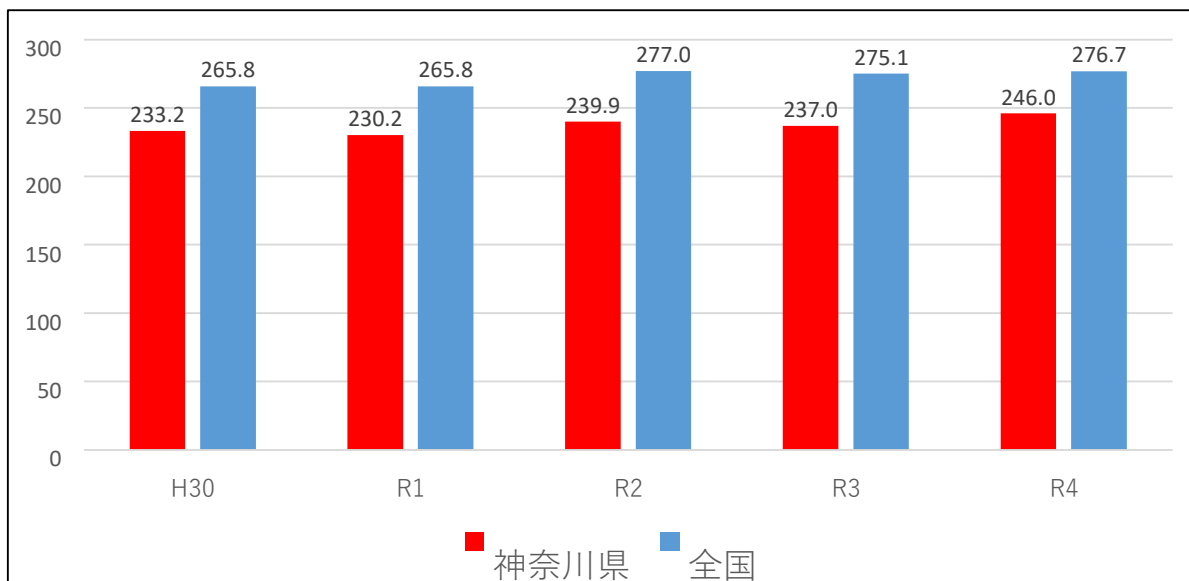


(出典) 厚生労働行政推進調査事業研究班「630 調査」

(イ) 医療体制

- 令和4年度630調査において、6月30日時点で精神科医療機関に入院している患者のうち、精神症状から医師の判断により隔離が必要とされた患者は584人、身体的拘束が必要と判断された患者は900人となっています。
- 令和4年病院報告によると、精神病床における新規入院患者の平均在院日数は、全国平均が276.7日であるのに対し、本県の平均は246.0日と30.7日短くなっています。(図表2-2-5-14)

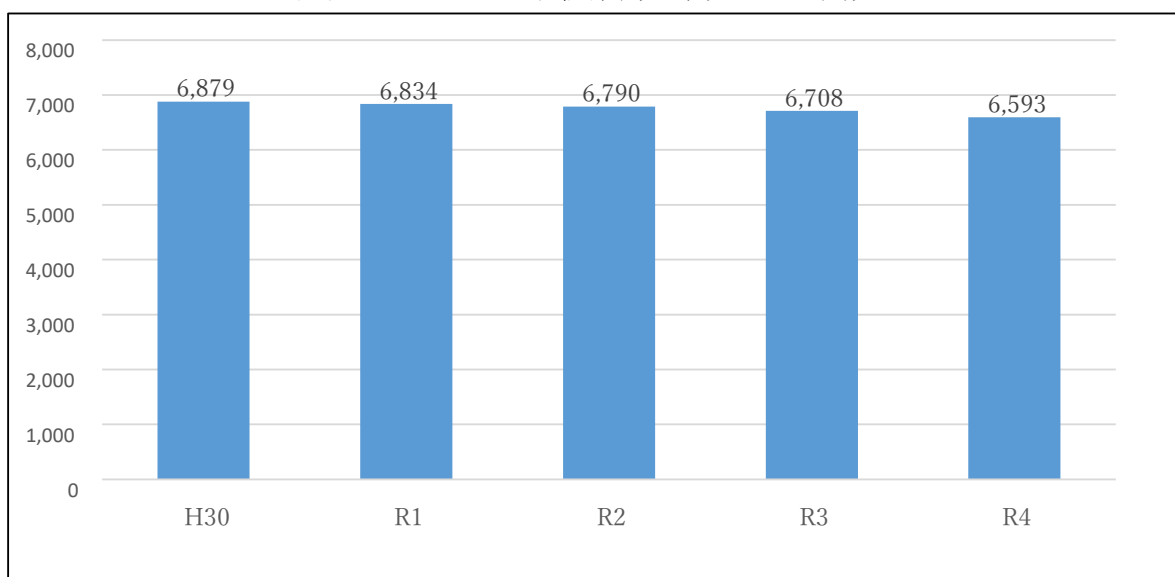
図表2-2-5-14 精神病床における新規入院患者の平均在院日数 (日)



(出典) 厚生労働省「病院報告」

- 令和4年度精神保健福祉資料によると、県内に住所を有する在院期間1年以上の患者数は、令和4年6月末時点で6,593人となっています。(図表2-2-5-15)

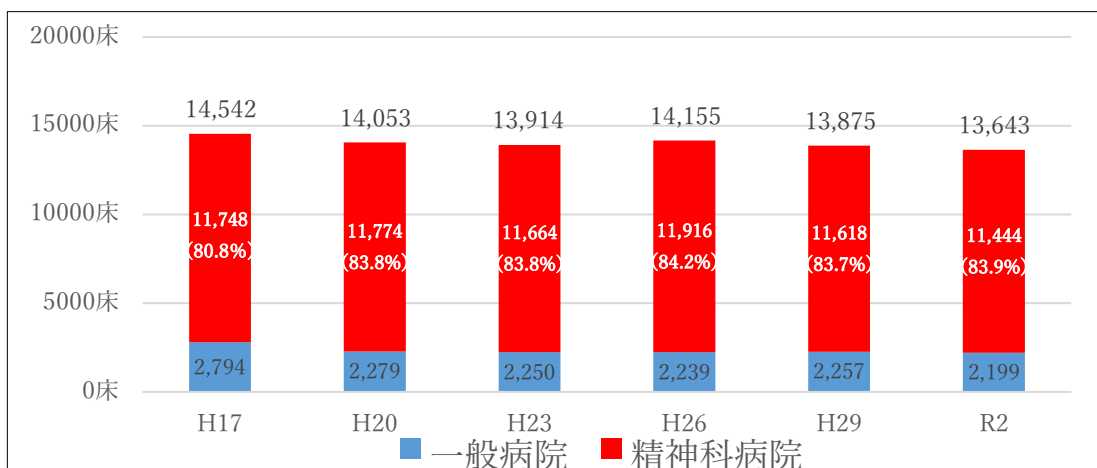
図表2-2-5-15 在院期間1年以上の患者数 (人)



(出典) 厚生労働行政推進調査事業研究班「630調査」

- 県内の精神病床を有する医療機関数は、令和5年4月1日現在、県域に27医療機関、横浜市に28医療機関、川崎市に9医療機関、相模原市に6医療機関の70医療機関となっています。
- 令和5年4月1日現在の本県の精神病床の許可病床数は、13,454床（県独自調査）となっています。
- 本県の精神医療体制は、横浜市、川崎市、相模原市を含めた全県域を一圏域としています。
- 精神病床は、精神科以外の診療科も有する総合病院が開設している病床と、精神科のみを標榜する精神科単科病院が開設している病床があります。令和2年の医療施設調査では、県内の精神病床の83.9%は精神科単科病院が設置をしています。（図表2-2-5-16）

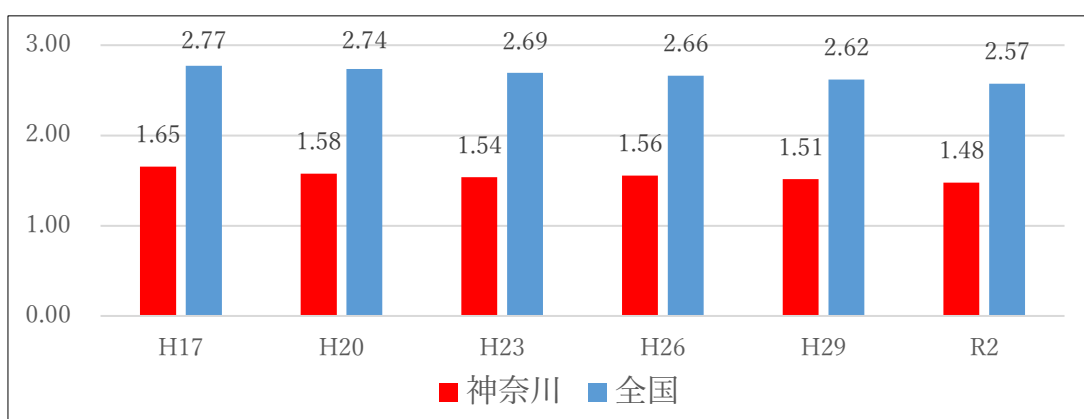
図表2-2-5-16 本県の精神病床数 (床)



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

- 平成17年と令和2年の精神病床数の増減率を見ると、総合病院における精神病床が78.7%と減少した一方、精神科単科病院では97.4%に留まっています。
- 令和2年の医療施設調査における人口千人当たりの精神病床数は、全国の2.57床に対して、本県は1.48床となっており、全国に比べて1.09床少なく、全国で最も少ない状況となっています。（図表2-2-5-17）

図表2-2-5-17 人口千人当たりの精神病床数 (床)



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

- アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症に対する専門治療を行う医療機関を、「依存症専門医療機関」として、次の医療機関を選定しています。

また、「依存症専門医療機関」の中から、精神医療センター、北里大学病院の2医療機関を「依存症治療拠点機関」として選定し、依存症医療者や支援者、家族向けの研修、医療機関、自治体、自助団体等の関係機関、依存症の患者家族との連携推進や研修、普及啓発等を行っています。

図表 2-2-5-18 依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関（令和5年3月31日現在）

医療機関名	所在地	診療対象の依存症		
		アルコール	薬物	ギャンブル等
(医) 祐和会 大石クリニック	横浜市中区	○	○	○
<u>(地独) 神奈川県立病院機構 精神医療センター</u>	横浜市港南区	○	○	○
(医) 誠心会 神奈川病院	横浜市旭区	○	○	—
<u>(学) 北里研究所 北里大学病院</u>	相模原市南区	○	○	○
(独法) 国立病院機構 久里浜医療センター	横須賀市	○	—	○
(医) 青山会 みくるべ病院	秦野市	○	○	—

※下線は依存症治療拠点機関

- 摂食障害の治療を行っている精神科、心療内科、小児科いずれかの外来を有し、救急医療体制と連携がとれる医療機関を、「摂食障害支援拠点病院」(※5)として指定することとされていますが、本県では指定されていません。
  - 高次脳機能障害者への支援に関する取組を推進するため、神奈川県総合リハビリテーションセンターを「高次脳機能障害支援拠点機関」として指定し、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との支援ネットワークの充実、高次脳機能障害の正しい理解を促進するための普及・啓発事業、高次脳機能障害者の支援手法等に関する研修等を実施しています。
  - てんかん診療及び普及啓発を目的に、聖マリアンナ医科大学病院を「てんかん支援拠点病院」として指定し、てんかんに関する専門的な相談支援、医療機関、自治体等の関係機関、患者家族等の連携を図るほか、関係機関の医師等に対し、てんかんについての助言・指導や地域における普及啓発等を実施しています。
  - 認知症の人は、令和7年には全国で700万人前後になり、その後も顕著な高齢化に伴い併せて認知症の人数が増加することが見込まれています。また65歳以上の高齢者の約5人に一人が認知症になると言われています。「認知症疾患医療センター」は、鑑別診断や初期対応、急性期対応や診断後の地域の支援など地域での認知症医療提供体制の拠点として重要な役割を担っています。令和5年4月現在、県と政令市で25か所の認知症疾患医療センターを設置しています。
- イ 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム体制の構築
- 本県では、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮

らすことができるよう、医療、障がい福祉・介護、住まい、就労などの社会参加、地域の助け合い、普及啓発や教育などが包括的に確保された「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築」を推進しています。このシステムは、精神障がい者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障がいを有する方等」という。）や地域住民の地域生活を支えるものです。

#### ウ 当事者目線の精神保健医療福祉体制の推進

- 本県では、「神奈川県当事者目線の障害福祉推進条例 ～ともに生きる社会を目指して～」を策定し、障がい者に関係するすべての人が障がい者本人の気持ちになって考え、本人の望みと願いを大事にし、障がい者が自分の気持ちや考えで、必要なサポートを受けながら暮らせる社会を目指しています。
- 精神保健医療福祉体制についても、当事者目線の考え方に基づいて推進をしていく必要があります。

### (2) 一次予防、二次予防、三次予防（※6）の視点で見た精神科医療における課題

#### ア メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防

- 精神疾患を予防するためには、県内の患者の疾患傾向を踏まえ、統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん等について、幅広い普及啓発活動を推進し、県民への情報提供を十分に行う必要があります。
- 県内の患者数の増加傾向を踏まえ、こころの健康の維持や精神疾患の治療に関する相談支援体制を強化し、必要に応じた医療等へのつなぎを行い、精神疾患の予防、重症化予防、再発予防を図ることが重要です。県民にとって身近な市町村で精神保健福祉相談を受けられ、複雑困難な事例には県が実施している専門相談も活用するなどの、重層的な支援体制を構築する必要があります。
- 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たり、県民一人一人がメンタルヘルスや精神疾患の正しい知識と理解を持ち、支えあうことが重要です。

#### イ 適切な医療への早期アクセス

- 精神疾患はすべての人にとって身近な疾患であり、その有無や症状の程度にかかわらず、誰もが地域で安心して自分らしく生活できるよう、精神障がいを有する方等や家族に対して適切な精神科医療等が提供できる体制を構築していく必要があります。
- 精神疾患の中には、専門的な治療を要する疾患があります。しかし、児童・思春期精神疾患のように、専門的な治療を行っている医療機関数が少ないものもあり、治療を必要とする精神疾患患者が、どの医療機関に受診すればよいのか明確にし、治療を担える医療機関から精神疾患の普及啓発や、他の医療機関との連携体制の構築を進めていく必要があります。
- うつ病や認知症の初期症状として出現する物忘れ等は、最初に一般内科などのかかりつけ医を受診することも多いため、精神科との連携を推進し、早期に対応していくことが必要です。
- 精神疾患の中には、身体的な不調を訴えて、一般内科などの身体科の医療機関を



受診することがあります。身体的な治療の必要がなく、精神疾患の治療が必要と思われる患者を適切に精神科医療につなげるように、身体科医療と精神科医療の連携を進めていく必要があります。

- 精神症状を急性発症した場合や、精神症状が悪化をした場合には、速やかに医療につながり、早期治療、早期の社会復帰ができる仕組みづくりが必要です。
- 精神病床の8割以上が精神科単科病院の開設する病床であることから、身体科の治療を要する病気を抱える身体合併症患者への医療提供体制の確保が課題となっています。
- 本県では摂食障害支援拠点病院を指定していないため、拠点病院の指定をする必要があります。
- 精神科医療機関に入院している患者が、身体疾患の治療が必要となった場合は、精神科医療機関と身体科医療機関の地域連携（病病連携）により、治療のコンサルテーション（※7）を受けたり、転院を調整することが必要です。しかし、転院が必要となる場合に受入先の医療機関が見つけれず、調整が難航することがあります。
- そのため、県では、精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合に、身体疾患及び精神疾患両面の治療を行うための受入医療体制として、精神科を有する総合病院において受入を行う精神科救急身体合併症転院事業を実施していますが、地域連携もより強化していく必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大時には、精神科医療機関に入院する患者の中でも感染者が増加しましたが、精神科医療機関の中には、身体症状への対応や感染症防止対策の経験が乏しい医療機関が多いことから、対応できる病院を確保することに苦慮しました。
- 入院期間が長期化している患者の中には、従来の向精神薬による治療では効果が十分でなく、長期の治療を行っても、なお精神症状が顕在化している場合があります。こうした治療が難しい精神疾患の治療についても、疾患の特徴に合わせた効果的な治療を展開していく必要があります。
- 令和6年4月から、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下「精神保健福祉法」という。）の改正により、精神科病院の従事者が障がい者虐待を行っていることを発見した場合は、誰もが都道府県に通報することが義務付けられます。近年、精神科医療機関における虐待事件が続いて明らかになっており、入院者の人権に配慮した治療や、当事者目線における医療体制の構築を進めていく必要があります。

#### ウ 社会復帰・地域生活支援

- 入院者の早期退院を促進し、地域移行を進めていくためには、県、市町村、精神科医療機関、地域援助事業者等の障がい福祉サービス事業者が、連携して取り組む必要があります。また、地域移行を進める際には、入院者が退院後に地域で安定した生活を継続するという視点をもって支援を行う仕組みが必要です。
- 入院治療が必要となった場合も、症状が安定した後に速やかに退院することができるよう、精神科医療機関では家族やかかりつけ医療機関、地域援助事業者等と連携を図り、入院者一人一人に合わせた退院支援に努める必要があります。

- 精神障がい者が地域で生活するに当たっては、精神症状の再発や症状の悪化を予防することが重要です。統合失調症等では、活動性が低下し、ひきこもることから、精神障がいの病状を把握し、症状の悪化に早期に気づける支援体制が必要です。
- 県では、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向け、精神保健福祉に関する地域の拠点である保健所の機能を活用して、保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、長期入院患者の退院に向けた個別ケースの検討や事例検討会の実施により、課題等の検討、情報共有などを行ってきました。
- 長期入院患者等が地域生活に円滑に移行できるように、精神障がいに対応した障がい福祉サービス等の従事者の養成や、障がい福祉サービス等の実施主体である市町村と連携し、精神障がい者を対象としたグループホームの充実等に取り組んできました。
- 精神障がいの入院患者数は減少傾向にありますが、入院中の精神障がいの地域生活への移行をさらに進めるためには、市町村を含めた、保健・医療・福祉の連携支援体制の強化を図り、よりきめ細かい支援の提供に向けて、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築をさらに促進していく必要があります。
- 精神病床における入院期間1年以上の患者の人数は、令和3年度から4年度にかけては減少傾向にあるものの、65歳以上の割合が増加していることから、地域移行や地域生活を考える上では、障がい分野と介護分野の連携が重要となります。
- 65歳以上の患者に多くなる認知症は、患者の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されるよう、体制を整備する必要があるだけでなく、その家族等に対する支援が適切に行われることにより、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにすることが重要になっています。
- 県では、精神障がいの当事者であるピアサポーターの養成や、ピアサポーターによる長期入院患者への地域生活移行に向けた働きかけ等を実施してきました。しかし、入院患者への退院意欲の喚起が、地域移行支援等の個別給付に直接的にはつながりづらい現状があり、入院患者を地域移行支援等へ結び付けていく積極的な働きかけが必要です。

## 2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」や「当事者目線の障害福祉推進条例」の理念に基づき、精神障がい者を有する方等が地域で自分らしく生活することができる保健医療体制を整備する

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防
- ◆適切な医療への早期アクセス
- ◆社会復帰・地域生活支援の充実

(1) メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防

- 県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、県では精神保健福祉セ

ンター、保健福祉事務所（保健所）において、気分障害（うつ病など）、神経症性障害（不安障害など）、統合失調症、認知症、依存症といった疾患別の普及啓発活動に取り組みます。

- 保健福祉事務所（保健所）の相談・訪問支援活動を強化し、地域の様々な関係機関と連携を図り、精神疾患の予防に取り組みます。
- 令和6年4月施行の「精神保健福祉法」の改正に伴い、市町村が行う精神保健に関する相談支援の対象者が精神障がい者のほか精神保健に課題を抱える者に拡大され、都道府県は市町村が行う相談支援に関して市町村への必要な援助を行うよう努めるとされました。
- 県では、市町村の支援担当者向けの研修実施や、精神症状が重症の場合等の支援が困難なケースに対して市町村と協働して支援を行うなど、協力体制を充実していきます。
- 県では、メンタルヘルスや精神疾患についての知識を有し、地域でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族等に対して、傾聴を中心として支える人材として、心のサポーターの養成を進めていきます。
- 未病指標等を活用し、メンタルヘルスや認知機能の見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

## （2）適切な医療への早期アクセス

### ア 各疾患の治療に対応した医療機関の明確化

- 多種多様な精神疾患に対応するため、県内の患者の動向、医療資源・連携等の現状把握に努め、県民にわかりやすい精神疾患の医療体制を整備します。

### イ 精神科医療へ早期につなげる取組

- うつ病の症状により、食欲の減退や不眠等の身体的不調を生じ、かかりつけ医（身近な主治医）を受診した際にうつ病の可能性を鑑別し、精神科医療につなぐことができるよう、かかりつけ医うつ病対応力向上研修を実施します。
- 高齢化の進展に伴い、認知症高齢者の大幅な増加が見込まれており、慢性疾患などの治療のためにかかりつけ医の診断を受ける高齢者の中からも認知症が発症するケースの増加が予測されます。そうしたケースにおける早期発見、早期診断及び早期対応に資するため、かかりつけ医への助言やその他の支援を行う認知症サポート医の養成やかかりつけ医認知症対応力向上研修を行います。
- 認知症の人の心身の状況に応じた良質かつ適切な医療を受けられるようにすることが重要です。

### ウ 専門治療医療機関の整備

- 児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、てんかんについては、県において専門医療を提供できる医療機関を明確化し、地域の医療機関、相談機関との連携推進に取り組みます。
- 依存症の患者が地域で適切な医療が受けられるよう、「依存症専門医療機関」の選定をさらに進めます。また、専門医療機関の取りまとめや情報発信、研修などを担う「依存症治療拠点機関」と連携し、医療提供体制の充実を図ります。
- 「てんかん支援拠点病院」を中心に、てんかんに関する専門的な相談支援、関係機

関への助言や連携強化、普及啓発などを行い、てんかん診療における地域連携体制を整備します。

- 県では、「摂食障害支援拠点病院」の指定に向けて、対応可能な医療機関の選定や調整を進めていきます。
- 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービスが切れ目なく提供するため、「認知症疾患医療センター」を地域の認知症医療の拠点として認知症の人に対する必要な支援を提供できる体制の構築をさらに推進していきます。

#### エ 精神科救急を含めた精神医療体制による早期治療、早期退院の仕組みづくり

- うつ病や認知症等の精神疾患について、発症の初期段階にかかりつけ医等を受診した際に、適切に精神科医療につなげられるよう、県では医師会と連携して、かかりつけ医を対象としたうつ病対応力向上研修及び医師会等と連携して、医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修を実施していきます。
- 精神疾患の症状により、身体の不調を訴えて身体科を受診した場合に、精神科医療につなげられるようにする一方、精神科医療機関に入院している患者が身体治療を要する場合に、近隣の身体科病院と連携した治療が行えるよう、県ではオンライン診療等も活用しながら、精神科と身体科の連携を進めていきます。
- 精神疾患の急性増悪により早急に精神科医療を要する場合に、必要な医療につながるができるよう、県では引き続き、精神科救急医療体制の充実を図っていきます。

#### オ 身体合併症患者の治療体制

- 身体合併症の治療は、地域における精神科医療機関と身体科医療機関の病院間での連携により対応できるようにするため、県では地域での連携を促進する取組を検討します。
- 県では精神科医療における新型コロナウイルス感染症対策として、精神科医療機関と身体科医療機関が連携して、精神疾患及び新型コロナウイルス感染症の病状に応じて受入先を決定し、連携している医療機関からのコンサルテーションを受けながら治療を行う精神科コロナ医療体制を整えました。この医療連携体制を、他の身体合併症や新興感染症の医療体制に活用することを検討していきます。

#### カ 治療抵抗性統合失調症治療薬や修正型電気痙攣療法等の効果的な治療の展開

- 向精神薬による治療の効果が十分に得られない治療抵抗性統合失調症に対する治療薬（クロザピン）や、重度のうつ病、躁うつ病等に高い治療効果があるとされている修正型電気痙攣療法、うつ病や不安症等に治療効果があるとされる認知行動療法等の治療法について、県では既に導入している医療機関の治療方法を紹介するなど、県内の医療機関への展開に努めていきます。

#### キ 入院者の当事者目線による人権に配慮した治療の促進

- 市町村長同意により医療保護入院した入院患者等に対して、訪問支援員が精神科病院を訪問し、入院患者の不安や気持ちを傾聴する中で、自尊心の向上や孤立感の低減に努めます。さらに、入院患者の地域生活移行を促進するため、ピアサポーターによる病院訪問等を通じた退院意欲喚起を行うなど、医療と福祉が連携した切れ目のない支援を提供していきます。
- 精神科医療機関の管理者は、入院者に対する虐待や不適切な隔離・身体的拘束が

行われることがないよう、研修の実施等を通じて従事者の意識向上に努める必要があります。

- 県及び政令市では、精神科医療機関に赴き、診療録や病棟内の巡視を通じて、適正な医療が提供されているかを確認する精神科病院実地指導・実地審査を実施します。
- また、県及び政令市では、精神科医療機関における虐待の通報窓口を設け、通報のあった事案に対して、精神科医療機関への聞き取りや随時の実地指導を実施し、事実確認と再発防止の指導を行います。
- さらに、県は精神科医療機関に対して、隔離・身体的拘束の最小化や虐待防止について啓発し、医療機関における自主的な取組を推奨していきます。

### (3) 社会復帰・地域生活支援の充実

#### ア 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 令和6年3月策定の「神奈川県当事者目線の障害福祉推進条例～ともに生きる社会を目指して～に基づく基本計画」において、精神障がいを有する方等が地域の一員として安心して自分らしく暮らせるよう、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築について成果目標を掲げ、引き続き取組を推進します。
- 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に当たって、保健福祉事務所及び同センターは、これまで地域において築いてきたネットワーク等を活かし、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を設置し、精神障がいを有する方等のニーズや長期入院患者の状況把握、地域課題の共有のほか、関係機関を対象とした研修会などを行いながら、市町村（政令市を除く）の障がい福祉主管課等と医療機関との連携支援など、支援体制づくりを図ります。
- また、精神障がいを有する方等の日常生活圏域である市町村において、地域生活に関する相談支援が行われる必要があることから、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を県内全市町村に設置します。市町村が設置する協議の場は、保健福祉事務所及び同センターの設置する協議の場と連携しながら、協議の場や個別支援における協働等を通じて、医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター等との重層的な連携による支援体制の構築を行います。

#### イ 早期退院及び地域定着に向けた退院支援

- 県、政令市及び保健所設置市では、措置入院者や支援が必要と認めた入院者に対して、入院中から入院者の同意を得て、希望する生活を聴きとりながら、退院後支援計画を策定し、退院後に速やかに支援を実施する措置入院者退院後支援を実施します。
- 患者や家族が安心して地域でくらすことができるよう、精神保健福祉センターの技術支援の機能を活用するなど、医療機関と地域精神保健福祉関係機関との連携強化を図り、相談支援に取り組みます。

#### ウ 地域生活を支える精神科訪問診療、訪問看護、訪問支援、精神科デイケア等の充実

- 県は、訪問診療や訪問看護を行っている医療機関及び事業者の把握に努めるとともに、訪問診療や訪問看護の好事例を医療機関及び事業者に発信するなど、訪問診療、訪問看護の充実の取組を検討します。

- 精神科医療機関を退院した精神障がい者が通う外来精神科作業療法や精神科デイケアも作業や余暇プログラムを通じて社会復帰に向けた支援を担っています。訪問看護や訪問看護と同様に開設している医療機関及び事業者の把握に努め、充実の取組を検討します。
- 県では、保健福祉事務所において、精神科の専門医による訪問指導及び福祉職や保健師による訪問支援を実施し、精神障がいを有する方等の地域生活を支援します。

エ 長期入院者の地域移行の取組

- 県は、長期入院患者の地域生活移行を促進するため、ピアサポーターによる病院訪問等を実施し、退院意欲の喚起、退院に向けた個別支援、退院後の地域定着に向けた支援などを行います。併せて、病院職員や支援関係者、地域住民等に対する普及啓発を充実させます。
- 市町村と県は、長期入院患者の地域生活移行に向けた有効な支援策となる「地域相談支援」や「計画相談支援」の提供体制を計画的に整備していきます。
- 市町村は、サービス実施主体として、精神障がい者がライフステージに応じて多様な住まいの場を選択し、地域にある様々なサービスを組み合わせて利用できるよう、グループホーム等の充実や、訪問系サービス、日中活動系サービスを含めた障がい福祉サービスの基盤整備を図り、地域移行支援・地域定着支援などと合わせて、長期入院患者の地域生活への移行を支援します。
- また、長期入院患者の半数以上が65歳以上の高齢者であることから、高齢者施策の主管課や関係機関との連携を図りながら、地域生活への移行を支援します。

=====

■用語解説

※1 PTSD

PostTraumatic Stress Disorder の略で心的外傷後ストレス障害のことをいう。生死に関わるような体験をし、強い精神的な衝撃を受けた後に生じるストレス症候群を指す。

※2 総患者数

令和2年患者調査では、10月の3日間のうち医療施設ごとに定める1日の入院、外来、受療等の状況を調査している。調査日に受診をしていない患者も含めて、継続的に医療を受けている患者を次の計算方法により推計している。

総患者数＝推計入院患者数＋推計初診外来患者数＋（推計再来外来患者数×平均診療間隔）×調整係数（6/7）

この節における精神疾患の総患者数には、傷病中分類「5 精神及び行動の障害」に「6 神経系の疾患（アルツハイマー病）」及び「6 神経系の疾患（てんかん）」を加えている。

※3 外来患者数

外来患者数は、※2に記載した総患者数から推計入院患者数を除いた数で推計している。

※4 医療保護入院、任意入院

精神科医療機関に入院する場合には、精神保健福祉法により定められている次の入院形態により入院することとなっている。

医療保護入院は、精神科医療機関に入院をさせる判断ができる精神保健指定医が診察を行った結果、入院が必要と判定された者で、本人の入院の同意が得られない場合に、家族等の同意が得られたときに、本人の同意がなくとも入院させることができる入院形態。

任意入院は、精神科病院に入院しようとしている精神障がい者本人の同意に基づいて行われる入院です。精神科病院に入院をする場合には、任意入院による入院が行われるよう努めることとされている。

※5 摂食障害支援拠点病院

摂食障害に関する専門的相談や治療及び回復支援、医療従事者や摂食障害患者及び家族等に対する研修の実施、普及啓発の実施等を役割とした専門治療機関。

※6 一次予防、二次予防、三次予防

病気の発症を防いだり、発症した場合も治療が長引かないようにしたり、再発を防ぐ予防医学において用いられる考え方。

一次予防は、病気に罹らないことを目的としている。生活習慣の改善、健康教育等により健康増進を図る。

二次予防は、病気に罹った場合に、早期発見、早期治療を行うことで、重症化しないようにするもの。

三次予防は、治療過程においてリハビリテーション等を行うことにより、社会復帰を促したり、再発を防止する取組を指す。

※7 コンサルテーション

医療は、脳外科、呼吸器内科、循環器科、精神科のように専門性が分かれている。医療におけるコンサルテーションは、治療を要する患者が複数の疾患を合併している場合に、異なる専門の医療従事者が助言や相談をしながら、より適した治療を進めるために行われる。

=====

### 3 ロジックモデル 【再掲】

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。





4 指標一覧 【再掲】

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	保健所保健福祉サービス調整 推進会議の開催回数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.89 回 (R2)	0.89 回 (R9)
	C102	都道府県及び市町村における 精神保健福祉の相談支援に専 従している職員数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 地域 保健・健康増進事 業報告及び衛生行 政報告例	2.20 人 (R3)	2.42 人 (R9)
	C103	心のサポーター養成研修の実 施回数	県独自調査	36 回 (R5)	126 回 (R11)
	C104	認知症サポート医養成研修修 了者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	5.72 人(累計) (R4)	7.65 人(累計) (R11)
	C201	救急患者精神科継続支援料を 算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.03 機関 (R8)
	C202	精神科救急医療機関数(病院 群輪番型、常時対応型、外来 対応施設及び身体合併症対応 施設) (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 全国精神科救急医 療マップ	0.62 機関 (R4)	0.63 機関 (R8)
	C203	救急救命入院料精神疾患診断 治療初回加算を算定した医療 機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.22 機関 (R2)	0.25 機関 (R8)
	C204	精神科救急急性期医療入院料 を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.08 機関 (R2)	0.09 機関 (R8)
	C205	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医 療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	6.79 機関 (R2)	7.78 機関 (R8)
	C206	精神科訪問看護・指導料を算 定している又は精神科訪問看 護基本療養費の届出を行って いる施設数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	3.02 施設 (R2)	4.55 施設 (R8)
	C301	各疾患、領域【統合失調症、う つ・躁うつ病、認知症、児童・思 春期精神疾患(知的障害、発達 障害含む)、アルコール・薬物・ ギャンブル等依存症、PTSD、 摂食障害、てんかん】それぞれ について、入院診療を行って いる精神病床を持つ医療機関 数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.74 機関 知的障害 0.62 機関 発達障害 0.66 機関 アルコール依存 症 0.71 機関 薬物依存症 0.39 機関 ギャンブル等依 存症 0.03 機関 PTSD 0.21 機関 摂食障害	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.76 機関 知的障害 0.68 機関 発達障害 0.68 機関 アルコール依存 症 0.75 機関 薬物依存症 0.49 機関 ギャンブル等依 存症 0.05 機関 PTSD 0.29 機関 摂食障害

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
				0.49 機関 てんかん 0.76 機関 (R2)	0.59 機関 てんかん 0.76 機関 (R8)
	C302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 6.47 機関 うつ・躁うつ病 6.50 機関 認知症 5.15 機関 知的障害 3.87 機関 発達障害 5.29 機関 アルコール依存症 4.43 機関 薬物依存症 1.76 機関 ギャンブル等依存症 0.28 機関 PTSD 2.27 機関 摂食障害 3.47 機関 てんかん 6.02 機関 (R2)	統合失調症 7.40 機関 うつ・躁うつ病 7.40 機関 認知症 5.62 機関 知的障害 5.24 機関 発達障害 6.65 機関 アルコール依存症 5.20 機関 薬物依存症 1.98 機関 ギャンブル等依存症 0.40 機関 PTSD 3.17 機関 摂食障害 3.96 機関 てんかん 6.85 機関 (R8)
	C303	精神科救急、合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.51 施設 (R2)	0.58 施設 (R8)
	C304	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 (R2)	0.27 機関 (R8)
	C305	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 (R2)	0.20 機関 (R8)
	C306	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.12 機関 (R2)	0.18 機関 (R8)
	C307	認知症ケア加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	2.01 機関 (R2)	3.44 機関 (R8)
	C308	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.05 機関 (R2)	0.08 機関 (R8)
	C401	てんかん支援拠点病院数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.01 機関 (R11)
	C402	依存症専門医療機関の数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.07 機関 (R2)	0.11 機関 (R11)
	C403	摂食障害支援拠点病院数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.00 機関 (R2)	0.01 機関 (R11)
	C404	指定通院医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 「指定通院医療機関の指定状況」	0.36 機関 (R4)	0.43 機関 (R10)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
	C405	高次脳機能障害支援拠点機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.01 機関 (R11)
中間	B101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	8.46 機関・団体 (R2)	8.49 機関・団体 (R9)
	B102	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 地域保健・健康増進事業報告	1,192.18 件 (R3)	1,316.13 件 (R9)
	B103	心のサポーター養成研修の修了者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	21.77 人 (R5)	548.37 人 (R11)
	B104	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	42.60 人 (R4)	61.23 人 (R11)
	B105	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	51.69 人 (累計)(R4)	63.35 人 (累計)(R11)
	B201	精神科救急医療体制整備事業における入院件数 (人口 10 万人当たり)	神奈川県精神科救急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進調査事業研究班, 全国精神科救急医療マップ	14.19 件 ・措置入院 10.15 件 ・医療保護入院 3.93 件 (R3)	14.19 件 ・措置入院 10.19 件 ・医療保護入院 3.81 件 (R9)
	B202	精神科救急医療体制整備事業における受診件数 (人口 10 万人当たり)	神奈川県精神科救急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進調査事業研究班, 全国精神科救急医療マップ	17.67 件 (R3)	17.98 件 (R9)
	B203	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	8.38 人 (R2)	9.65 人 (R8)
	B204	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 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	5,026.18 人 (R2)	5,756.47 人 (R8)
	B205	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 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	78.31 人 (R2)	112.81 人 (R8)
	B206	精神科救急における通報から診察までの搬送時間	神奈川県の警察官通報の状況について	6時間 18 分 (R3)	6時間0分 (R9)
	B301	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについての入院患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 169.04 人 うつ・躁うつ病 103.82 人 認知症 57.90 人 知的障害 6.00 人 発達障害 8.33 人 アルコール依存	統合失調症 169.68 人 うつ・躁うつ病 107.64 人 認知症 65.05 人 知的障害 8.02 人 発達障害 12.54 人 アルコール依存

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
				症 14.27 人 薬物依存症 1.84 人 ギャンブル等依 存症 0.45 人 PTSD 0.48 人 摂食障害 3.88 人 てんかん 42.64 人 (R2)	症 16.47 人 薬物依存症 2.13 人 ギャンブル等依 存症 0.75 人 PTSD 0.61 人 摂食障害 4.96 人 てんかん 42.70 人 (R8)
	B302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについての外来患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 1,300.06 人 うつ・躁うつ病 2,769.80 人 認知症 238.68 人 知的障害 109.14 人 発達障害 519.14 人 アルコール依存 症 79.46 人 薬物依存症 10.49 人 ギャンブル等依 存症 4.08 人 PTSD 11.61 人 摂食障害 23.16 人 てんかん 372.64 人 (R2)	統合失調症 1,530.17 人 うつ・躁うつ病 3,327.82 人 認知症 498.50 人 知的障害 161.45 人 発達障害 790.23 人 アルコール依存 症 102.22 人 薬物依存症 14.03 人 ギャンブル等依 存症 7.19 人 PTSD 18.81 人 摂食障害 27.18 人 てんかん 436.60 人 (R8)
	B303	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	17.46 人 (R2)	20.17 人 (R8)
	B304	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	4.56 人 (R2)	8.70 人 (R8)
	B305	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	28.48 人 (R2)	39.21 人 (R8)
	B306	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	5.09 人 (R2)	6.20 人 (R8)
	B307	認知療法・認知行動療法を算定した患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	1.47 人 (R2)	3.26 人 (R8)
	B308	隔離指示件数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	6.34 件 (R4)	8.47 件 (注) (R10)
	B309	身体的拘束指示件数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	9.77 件 (R4)	7.71 件 (R10)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
	B310	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	4.15人 (R2)	5.80人 (R11)
	B311	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	厚生労働省, NDB オープンデータ	0.50% (R2)	0.83% (R11)
	B403	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数及び逆紹介患者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	紹介 4.43人 逆紹介 2.24人 (R4)	紹介 4.69人 逆紹介 2.83人 (R11)
	B404	依存症専門医療機関における紹介患者数及び逆紹介患者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	紹介 28.46人 逆紹介 11.62人 (R4)	紹介 39.85人 逆紹介 16.38人 (R11)
	B405	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	拠点病院なし	紹介 4.39人 逆紹介 1.73人 (R11)
最終	A101	精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率	厚生労働行政推進調査事業研究班, 630調査	3ヶ月:60.1% 6ヶ月:80.2% 12ヶ月: 89.4%(R4)	3ヶ月:68.9% 6ヶ月:84.5% 12ヶ月: 91.0%(R7) ※R8年度での 中間見直し後に R11年時点の目 標値を策定
	A102	精神障がい者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	厚生労働省, NDB オープンデータ	327.3日 (R2)	331.5日 (R9)
	A103	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)	厚生労働行政推進調査事業研究班, 630調査	急性期 65歳未満 1,663人 65歳以上 1,266人 回復期 65歳未満 864人 65歳以上 1,284人 慢性期 65歳未満 2,883人 65歳以上 3,710人 (R4)	急性期 65歳未満 1,688人 65歳以上 1,283人 回復期 65歳未満 968人 65歳以上 1,439人 慢性期 65歳未満 2,735人 65歳以上 3,362人 (R7) ※R8年度での 中間見直し後に R11年時点の目 標値を策定
	A104	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	厚生労働省, 病院報告	246.0日(R4)	235.5日(R11)

(注) 隔離指示件数の目標値が計画策定時より増加している理由

精神保健福祉法においては、一定の条件のもとに入院患者に隔離や身体的拘束といった行動制限を行うことができるとされている中、本県の現状は、より制限の程度が強い身体的拘束の件数が、隔離の件数を上回っている状況にある。

このため、本計画においては、より制限の程度が強い身体的拘束の減少を目標としたが、行動制限を要する状況は一定数発生することが見込まれ、各医療機関の取組により身体的拘束が減少する一方で、隔離は増加する状況が考えられることから、計画策定時を上回る件数を目標値とした。

## 5 参考指標一覧

※目標値は掲げないものの、当該分野の進捗を確認するための指標として、数値を把握していきます。

指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)
精神科デイケアを算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDBオープンデータ	延べ 2,486.75 人 (R2)
精神科作業療法を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDBオープンデータ	延べ 10,685.61 人 (R2)

### 入院病床を有する精神科医療機関における対応疾患一覧

医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ病	不安障害等の神経性障害	認知症	知的障害・発達障害を含む児童・思春期精神疾患	アルコール・薬物・ギャンブル等依存症	P T S D	摂食障害	てんかん
鶴見西井病院	○	○	○	○	外来	ア	○	○	○
済生会横浜市東部病院	○	○	○	○	う発	ア薬	○	○	○
紫雲会横浜病院	○	○	○	○	発達				
横浜市立みなと赤十字病院	○	○	○	○	うつ				○
ワシン坂病院	○	○	○	○	うつ		○	○	
横浜市立大学附属 市民総合医療センター	○	○	○	○	外来	外来	○	○	外来
こども医療センター	○	○	○	○	○			○	○
精神医療センター	○	○	○	○	○	○	○		○
横浜日野病院	○	○	○	○			○	○	
港北病院	○	○	○	○	う発		○	○	
常盤台病院	○	○	○	○	う発			○	
神奈川病院	○	○	○	○	う発	ア薬	○	○	
あさひの丘病院	○	○	○	○					
日向台病院	○	○	○	○	うつ		○	○	○
保土ヶ谷病院	○	○	○	○	う発		○		○
横浜ほうゆう病院	○			○					
横浜カメリアホスピタル	○	○	○		○		○	○	○
横浜市立大学附属病院	○	○	○	○	外来		○	○	○
新横浜こころのホスピタル	○	○	○	○	う発		○	○	
元気会横浜病院				○					
江田記念病院	○	○	○	○	発達		○		
昭和大学横浜市北部病院	○	○	○	○	う発 ★		○	○	○
横浜医療センター	○	○	○					○	○
横浜丘の上病院	○	○	○		うつ		○	○	○
横浜舞岡病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
十愛病院					知				
栄聖仁会病院	○	○	○	○					
横浜相原病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
川崎市立川崎病院	○	○	○	○	う発		○	○	
栗田病院	○	○	○	○	うつ		○		
ハートフル川崎病院	○	○	○	○	うつ		○	○	
聖マリアンナ医科大学病院	○	○	○	○	外来		○	○	○
東横恵愛病院	○	○	○	○	○		○	○	○

医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ病	不安障害等の神経性障害	認知症	知的障害・発達障害を含む児童・思春期精神疾患	アルコール・薬物・ギャンブル等依存症	PTSD	摂食障害	てんかん
かわさき記念病院				○					外来
生田病院	○	○	○	○	う発		○		○
武田病院	○	○	○	○	うつ		○	○	
川崎田園都市病院	○			○					
北里大学病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
相模ヶ丘病院	○	○	○	○	う発		○	○	
相模病院	○								
相模原南病院	○			○					
相模湖病院	○	○	○	○		ア薬		○	
ふじの温泉病院	○		○	○	う発				
横須賀共済病院	○	○	○						○
久里浜医療センター	○	○	○	○	う発	アギ	○	○	
湘南病院	○	○	○	○	外来		○	○	○
メンタルホスピタル かまくら山	○	○	○	○					
湘南鎌倉総合病院	外来	外来	外来	外来					
福井記念病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
藤沢病院	○	○	○	○					○
湘南敬愛病院	○	○	○	○		ア	○		
湘南東部総合病院	○	○	○	○	うつ			○	○
湘南さくら病院	○	○		○					
けやきの森病院	○	○	○	○			○		
平塚病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
富士見台病院	○	○	○	○	うつ			○	○
秦野病院	○	○	○	○	発達		○	○	○
丹沢病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
秦野厚生病院	○	○	○	○	うつ			○	
みくるべ病院	○	○	○	○		ア薬	○		○
愛光病院	○	○	○	○	○		○	○	○
相州病院	○	○	○	○	う発		○	○	
相模台病院	○	○	○	○					
清川遠寿病院	○	○	○	○	う発	ア薬	○	○	
厚木佐藤病院	○	○		○					○
神奈川中央病院		○		○					
大和病院	○	○	○	○			○		○
国府津病院	○	○	○	○	う発		○	○	
曾我病院	○	○		○	うつ				
北小田原病院	○	○	○	○	うつ		○	○	○

★対象は中学生以上