第2章　疾病別の医療連携体制の構築

○　高齢化が進展し、患者数や死亡数が増加している５疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患）について、症状の経過や病態に応じた適切な医療・介護・福祉を提供するとともに、切れ目のない医療機関間等の連携体制構築が求められています。
○　また、退院後も地域で継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することや若年患者の仕事との両立支援も重要です。

第1節　がん

現状

○　がんは生涯のうちに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。
○　県では、がん克服のための総合的な対策として、平成17年3月に「がんへの挑戦・10か年戦略」を策定（平成20年3月改定）し、平成20年3月に「神奈川県がん克服条例」を制定して様々な施策を推進してきました。その後、平成25年3月には、国が新たな「がん対策推進基本計画」を策定したこと等を受け、新たな県計画として「神奈川県がん対策推進計画」を策定し、県のがん対策を総合的、効果的に進めてきたところです。
○　一方、がんを取り巻く状況は、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ることや、がん医療の進歩等により生存率が向上したことに伴い、それぞれの患者の状況に応じた治療や支援が求められるなど、新たな課題も生じています。
○　がんを取り巻く状況の変化や新たな課題に対応するため、国では、平成28年12月に「がん対策基本法」を改正し、平成29年10月に「第3期がん対策推進基本計画」を策定したところです。県では、これらの状況を踏まえ、「がんの未病改善」「がん医療の提供」「がんとの共生」を3つの柱とした、平成30年度を初年度とする新たな「神奈川県がん対策推進計画」を策定し、新たな課題への対応を含め、より幅広くがん対策を推進します。

課題

（１）がんの未病改善

○　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、喫煙者のうち男性の６割、女性の４割が「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。

○　県内では職域におけるがん検診の受診者の割合が多いことから、市町村が行うがん検診の受診促進に加えて、職域におけるがん検診についても受診促進の取組みを進めることが必要です。

○　精密検査が必要と判定された者（要精密検査者）が精密検査を必ず受診するよう、精密検査についても受診促進の取組みを進める必要があります。

○　市町村がん検診において有効性の確立されたがん検診が正しく実施されるよう、精度管理の体制整備に取り組む必要があります。

○　人材面における市町村がん検診の精度の偏りを改善するため、計画的にがん検診担当医師・技師等の育成を行うことが必要です。

（２）がん医療の提供

○　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が中心となって、本県のがん診療の質の向上を図るとともに、がん診療の人材を育成することが必要です。特に、放射線治療の専門医師については、全国的に数が限られることから、安定的・継続的な診療体制の確立に向けた医師の確保が必要です。

○　多くの人口を抱える県において、がん患者が身近な地域で高度ながん医療を受けられるよう、各地域に整備されたがん診療連携拠点病院等（※１）を中心とした、医療の質の向上と均てん化が必要です。

○　国は、免疫療法について、十分な科学的根拠を有していない治療法も免疫療法と称されていると指摘しており、県内医療機関においても、科学的根拠に基づいた免疫療法が提供される必要があります。

○　がん診療を行う医療機関において、すべてのがん患者に対して口腔機能管理が提供されていない状況であるため、口腔機能管理の必要性に関する意識の共有や、地域の歯科診療所の活用が必要です。

○　すべてのがん診療連携拠点病院等において、がんと診断されたときからリハビリテーションが受けられる体制や、院内における治療部門等との連携が整った質の高いリハビリテーションが受けられる体制づくりが必要です。

○　希少がんに関する医療の提供体制について、国の動向を注視しつつ、県内における体制整備を行うとともに、その仕組みを、がん患者を含む県民に広く周知することが必要です。

○　小児がん拠点病院と小児がん治療を行う医療機関が連携し、小児がん医療に関する情報共有を行うとともに、小児・ＡＹＡ世代（※２）のがんに対する医療連携体制についてネットワークを整備する必要があります。

○　高齢のがん患者に対する治療について、現状では診療ガイドライン等の明確な判断基準がありません。

○　がん登録の精度が向上したことから、収集されたがん登録のデータについて、がん対策へのさらなる活用が必要です。

○　がんゲノム医療は新たな分野の取組みであることから、概念等の基本的な知識や情報が県民に理解されているとは言えないため、普及啓発を図る必要があります。

○　先進医療等については、保険適用外の治療であることから、慎重に行われるべきものであることに留意しなければなりませんが、先進医療等を希望する患者がいることから、県として、治験や臨床研究、患

者申出療養制度（※3）等に関する最新で正しい情報を提供する必要があります。

（３）がんとの共生

○　緩和ケアについて、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来、リハビリテーション部門、薬剤部門、栄養部門等の多職種による連携を促進することが必要です。

○　緩和ケア病棟の整備については、緩和ケア病棟が未整備の二次保健医療圏を中心に、医療機関に対して整備を働きかけていくことが必要です。

○　すべてのがん患者やその家族が緩和ケアを受けられるよう、がん診療に携わるすべての医療従事者や緩和ケア病棟を有する病院の医師・歯科医師が緩和ケアについて理解する必要があります。

○　在宅医療を希望するがん患者に対して、患者やその家族の意向に沿った医療を提供し、自宅等での生活に必要な介護サービスを提供するなど、医療と介護の両面からの支援が必要です。

○　緩和ケアがいまだに終末期のケアと誤解されている状況があるなど、周知が十分でないことから、その意義や必要性について、がん患者を含む県民全体に周知し、理解を促進する必要があります。

○　がん相談支援センターで受ける相談件数が増加し、相談内容が多様化する中で、がん診療連携拠点病院等における相談支援体制の充実を図るため、相談支援人材のさらなる育成を進めることが必要です。

○　がん患者やその家族が、より身近な地域で必要に応じて適切に相談支援を受けられる機会をさらに確保することが必要です。

○　がん相談支援センターや県ホームページ等を通じて、がんに関する様々な情報を提供し、がん患者やその家族の精神心理的不安を軽減することが必要です。

○　がん患者の選択肢を広げるため、県のがん患者会登録制度について周知を図り、登録患者会の数を増やす必要があります。

○　がん患者が働き続けるためには、職場におけるがんに関する正しい知識の普及や、がん患者への理解及び協力が必要です。

○　がん患者が自分らしい生活を送れるよう、アピアランスに関する相談支援、情報提供が必要です。

○　小児・ＡＹＡ世代の人ががんと診断されたときは、治療を開始する前に、主治医等から妊孕性温存の説明をするとともに、患者の希望や状態に応じて、院内または対応可能な他の医療機関に紹介する体制が必要です。

○　県内の小・中・高・中等教育・義務教育学校におけるがん教育実施の必要性及び重要性について、教員を含めた県民に対する周知が必要です。

施策

（１）がんの未病改善（県、市町村、医療保険者、関係機関、県民）

○　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るほか、県民が身近な場所で自らの身体の状態を把握し、

その結果に基づくアドバイスや未病改善の取組みのための情報提供を受けられる場である「未病センター」の認証や、県民に未病改善の実践方法等について学ぶための研修（未病サポーター養成研修）等を実施します。

○　県は、たばこによる健康への悪影響についての普及啓発、卒煙（禁煙）方法等の情報提供を行うほか、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・禁煙教育を実施し、さらに、卒煙（禁煙）サポートを行う保健医療関係者等の人材育成に取り組みます。

○　県は、市町村や企業等と連携しながら、リーフレットやポスター等の媒体を活用するなどしてがん検診の受診促進を図るほか、市町村等のがん検診実施主体や検診機関、企業等と連携して、乳がん検診受診促進のためのピンクリボン活動を実施するなど、がん検診の必要性や正しい知識について普及啓発を行います。

○　県は、がん対策に関する包括協定を締結した企業の社員等のうち、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、がん対策推進員が県民に対して個別にがん検診の受診を働きかけることでがん検診の受診率向上を図ります。

○　県は、企業内で従業員にがん検診を働きかける「健康づくり担当者」や各地域における事業主等に、がん検診の必要性や正しい知識を普及啓発し、従業員やその家族のがん検診受診を促進します。

○　県は、県民に対して、精密検査の受診の必要性について県ホームページやリーフレット等を活用して普及啓発を行います。

○　県は、「神奈川県生活習慣病対策委員会」に設置されている「がん・循環器病対策部会」の各分科会（胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮がん）や、市町村、医師会及び検診機関等と連携して、市町村がん検診の実施体制や受診者数等の実態をより詳細に把握するための方策を検討します。

○　市町村は、がん検診の精度向上のため、検診機関における実施体制等の状況を把握するための体制づくりに取り組み、必要に応じて検診実施方法について改善を求めるなど、検診機関に対する働きかけを行います。

○　県は、がん検診に従事する者の資質向上を目的として、がん検診従事者講習会を開催するとともに、関係学会と連携し、細胞診従事者を対象とした研修会を開催します。

（２）がん医療の提供（県、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関）

○　県立がんセンターは、手術療法、放射線療法及び薬物療法の体制の充実強化により、治療実施件数の増加を図るほか、重粒子線治療の推進、リハビリテーションセンターの運営、漢方サポートセンターの運営等を行います。また、全国的に数が限られる放射線治療の専門医師について、安定的・継続的な人材確保や育成が可能となるしくみづくりに取り組みます。

○　県立がんセンターは、がん相談支援センターにおける相談やアピアランスケア、または就労支援等の多様な相談に対応するため、患者支援体制の充実を図ります。

○　県は、患者が住み慣れた地域で、そのニーズに応じた高度で質の高いがん医療を受けることができる体制を整備するため、神奈川県がん診療連携指定病院を整備します。

○　がん診療連携拠点病院等は、集学的治療等を実施するとともに、患者が治療法を選択できるようインフォームド・コンセントがより円滑に行われる体制の整備や、セカンドオピニオンの

活用を促進するための普及啓発等を行います。

○　がん診療連携拠点病院等は、各病院や地域の実情を踏まえながら、県歯科医師会及び地域歯科医師会等と連携し、医師や看護師等に対してがん患者の口腔機能管理に関する意識を高めるための普及啓発に取り組むとともに、地域における医科歯科連携のしくみづくりに取り組みます。

○　がん診療連携拠点病院等は、各病院の実情に応じて、リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士の配置を進め、質の高いがんのリハビリテーションを提供します。

○　県は、国による希少がん対策の統括体制に係る整備の検討状況を踏まえ、県内の医療機関における体制整備について、県がん診療連携協議会と連携して検討します。

○　県立こども医療センターは、小児がんの集学的治療の提供や、患者やその家族に対する心理社会的な支援、小児がんに携わる医療従事者に対する研修の実施、小児がんに関する情報の集約及び発信等を実施するとともに、小児がん医療の拠点として各医療機関との連携体制を構築します。

○　県は、今後、国が高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した際は、県がん診療連携協議会に適宜、情報提供するなどして普及啓発を行い、県内のがん診療連携拠点病院等における高齢者に対するがん医療の均てん化を図ります。

○　県及び県立がんセンターは、「がん登録等の推進に関する法律」に基づき、がん登録を着実に実施するとともに、がん登録のデータを活用したきめ細かながん検診の精度管理について検討し、市町村の協力を得ながら精度管理を実施します。また、がん検診の精度管理以外の分野におけるがん対策への活用についても検討します。

○　県は、がんゲノム医療に関する基本的な知識や情報について、県ホームページ等を通じて県民に分かりやすく情報提供を行います。

○　県は、先進医療等の各種制度について、県がん診療連携協議会等と連携しつつ、県ホームページや冊子等により、県民に対して最新で正しい情報の提供、普及啓発を行います。

（３）がんとの共生（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関、県民）

○　がん診療連携拠点病院等は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備･充実し、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行うことで苦痛を定期的に確認し、迅速に対処します。

○　県は、緩和ケア病棟が未整備の二次保健医療圏を中心に、適宜、国の基金等を活用しながら、各地域における緩和ケア病棟の整備を促進します。

○　がん診療連携拠点病院等は、より質の高い緩和ケアを提供するため、緩和ケア研修会を定期的に実施して、緩和ケアに係る人材の育成に取り組みます。

○　県は、緩和ケア研修会受講修了者一覧を県ホームページに掲載し、各医療機関における緩和ケアに係る人材の育成状況について県民に周知します。

○　県及び関係機関は、退院元の医療機関と在宅医療を担う医療機関、地域包括支援センター等との連携構築により、切れ目のない継続的な医療提供体制の確保を推進します。

○　県がん診療連携協議会は、がん相談に従事する人材を育成するため、相談従事者を対象とする研修を実施します。

○ 県及びがん診療連携拠点病院等は、市町村や地域の医療機関等と連携しながら、ホームページ、広報誌、リーフレット、ポスター等の多様な媒体を活用し、がん患者やその家族に対してがん相談支援センターの周知を図ります。

○ 県は、県ホームページの内容を迅速かつ適切に更新し、常に最新のがんに関する情報を提供します。

○ 県は、県に登録しているがん患者会について、県ホームページや冊子により周知を図るとともに、県の登録制度自体についても周知を行い、登録数の増加を図ります。

○ 県は、従業員ががんになった場合の治療と仕事の両立支援に対する事業者の理解を促進するため、引き続きリーフレット等による周知を図るとともに、事業者向けの研修を実施します。また、県が認定する「神奈川県がん対策推進員」は、事業所に戸別訪問し、がん検診の重要性とあわせて、治療と仕事の両立についても説明を行い、事業所における理解の促進を図ります。

○ 県及び県がん診療連携協議会は、就労の相談を受けるがん相談支援センターの相談員の資質向上のため、社会保険労務士等の専門家による研修会や勉強会等を実施します。

○ がん診療連携拠点病院等は、アピアランスに関する相談に対応できるよう、院内の体制を整備し、相談に対応します。

○ 県は、学会のガイドライン等を鑑みながら、県がん診療連携協議会等と連携し、がん診療連携拠点病院等において、小児・AYA世代のがん患者に対するがんの告知後、治療法を選択する前に、治療による、妊娠・出産や性生活への影響について説明し、がん患者の希望や状態に応じて適切に対応できるよう、妊孕性温存の専門医及び専門機関との連携体制の整備を検討します。

○ 県教育委員会は、県内の小・中・高・中等教育・義務教育学校における、教員によるがん教育の授業実施の推進を図るとともに、「外部講師を用いたがん教育ガイドライン」に基づき、県内の小・中・高・中等教育・義務教育学校における、外部講師を活用したがん教育の授業を実施します。

目標

目標項目	現状 （平成29年度）	目標値 （平成35年度）	目標値の 考え方	目標項目設定理由
がん検診受診率の向上	胃がん41.8% 大腸がん42.2% 肺がん45.9% 乳がん45.7% 子宮頸がん 44.6% （平成28年国民生活基礎調査）	それぞれのがん種において、50%	国の目標値と同じ値を目指す	関連計画である神奈川県がん対策推進計画と取組みを連動させるため。

目標項目	現状 （平成29年度）	目標値 （平成35年度）	目標値の 考え方	目標項目設定理由
精密検査受診率の向上	胃がん74.5% 大腸がん61.7% 肺がん77.7% 乳がん84.9% 子宮頸がん 68.9% （平成27年度地域保健・健康増進事業報告）	それぞれのがん種において、90%	国の目標値と同じ値を目指す	関連計画である神奈川県がん対策推進計画と取組みを連動させるため。
緩和ケア病棟を有する病院が整備されている二次保健医療圏数	９医療圏のうち８医療圏に整備（未整備：川崎北部）	９医療圏の全てに整備	県内医療圏の均てん化を目指す	関連計画である神奈川県がん対策推進計画と取組みを連動させるため。

■　用語解説

※１　がん診療連携拠点病院等

厚生労働省が指定する「都道府県がん診療連携拠点病院」、「地域がん診療連携拠点病院」に加えて、神奈川県知事が地域がん診療連携拠点病院と同等の機能を有するとして独自に指定する「神奈川県がん診療連携指定病院」の総称。

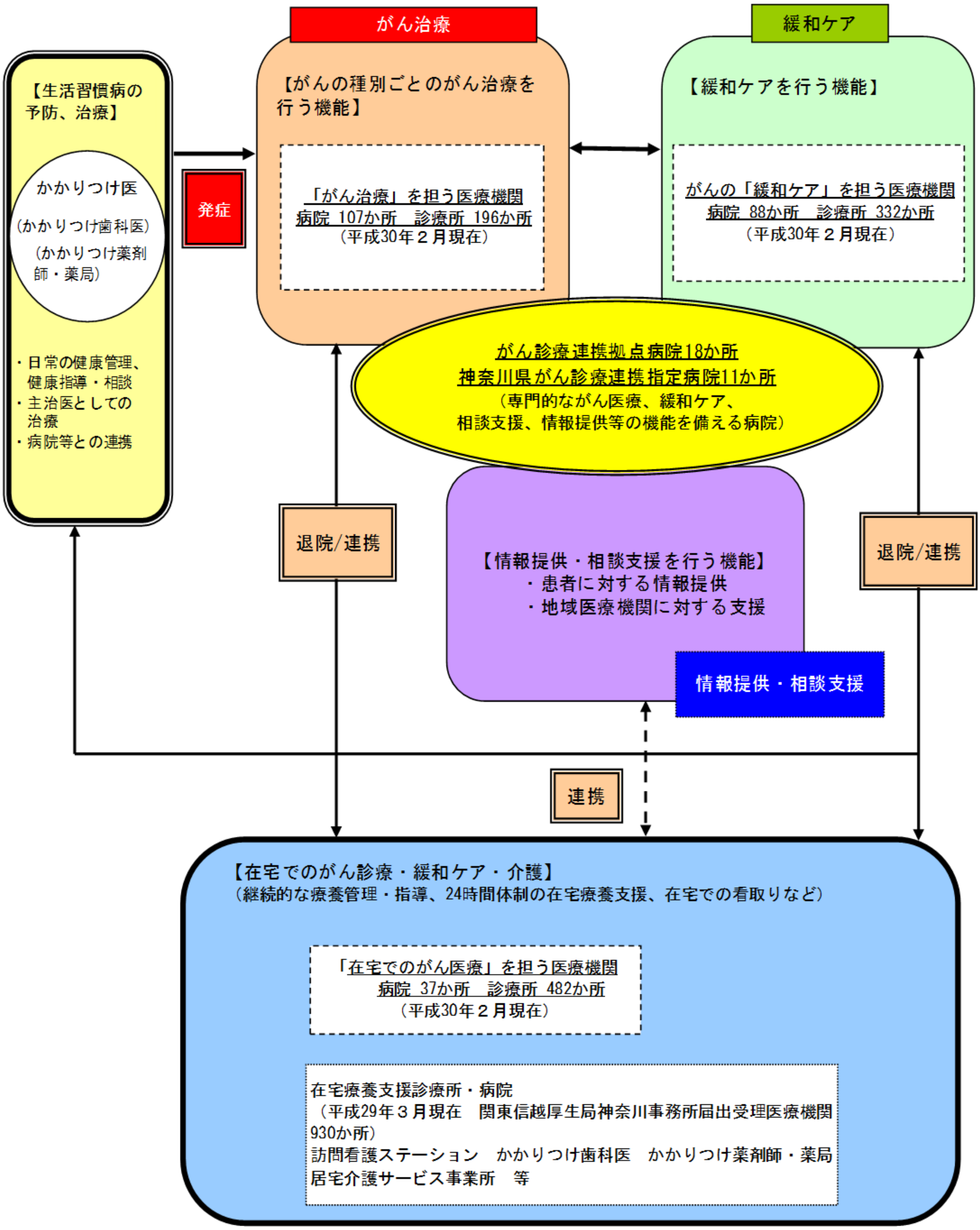
※２　ＡＹＡ世代

Adolescent and Young Adultの略で、思春期及び若年成人期を指す。

※３　患者申出療養制度

承認されていない薬等を必要とする困難な病気と闘う患者からの申し出により、治験や先進医療等、研究段階の医療を評価する仕組みの中では実施されていないような医療について、将来的に保険収載につなげるために実施するもの。

■がんの医療機能の連携体制図



＊連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。
ＨＰアドレス　http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx
がん　http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=01

第2節　脳卒中

現状

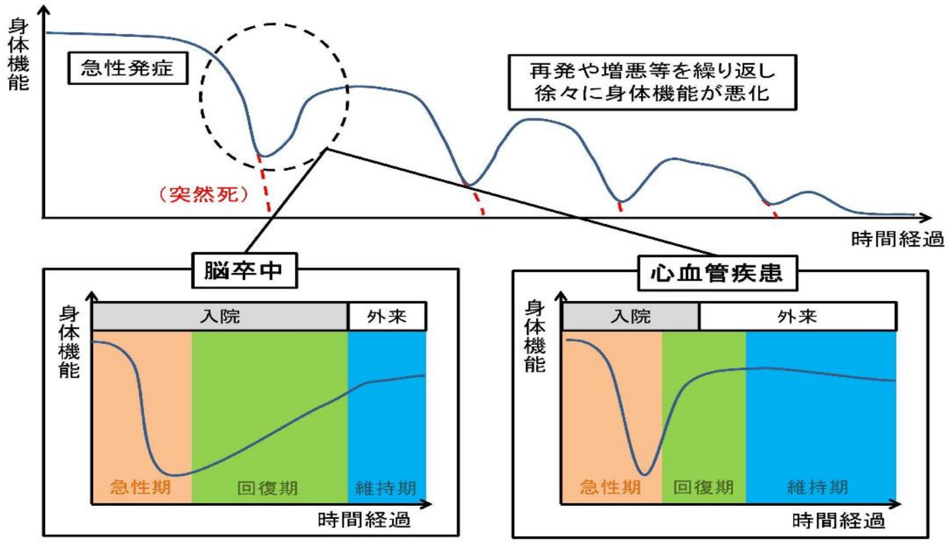
（１）脳卒中について

○　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、平成27年において男性36.6女性19と、全国平均の男性37.8女性21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。

○　しかし、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、平成26年の患者調査によると、介護が必要になった主な原因の第１位となっています。

○　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（図参照）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。

【図　循環器病の臨床経過】



出典：脳卒中、心臓病その他の循環器病の診療提供体制の在り方に関する検討会「脳卒中、心臓病その他の循環器病の診療提供体制の在り方について」平成29年7月

（２）発症直後の救護、搬送等

○　救急要請（覚知）から病院等に収容するまでに要した時間は、平成27年中の平均で39.9分であり、全国平均の39.4分と同程度となっています。

【参考】神奈川県における病院収容所要時間別搬送人員の構成比（平成27年度中単位：％）

10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分以上	合計
0.0	1.3	20.5	70.5	7.5	0.2	100.0

（３）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-PA（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８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-PAによる血栓溶解療法の適用患者への実施件数（人口10万人あたり）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。

○　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。

○　急性期における地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数（人口10万人あたり）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。

指標	横浜北部	横浜西部	横浜南部	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	県平均	全国平均
脳梗塞に対するt-PA による脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数（10 万人あたり）	8.2	7.2	11.2	5.5	18.6	4.9	10.5	3.9	9.6	3.5	23.2	8.7	9.6
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数（10 万人あたり）	15.2	10.4	30	12.9	45.3	9.9	52.2	17.8	41.4	27.8	10.5	23.6	39.2

出典：平成27年度ＮＤＢ

（４）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。

（５）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。

課題

（１）予防

○　平成25～27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。

○　脳血管疾患の後遺症として、口腔機能が著しく低下し、嚥下障害だけでなく、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などが必要です。

（２）医療

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」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。

○　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-PA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。

イ　急性期の医療

○　急性期の脳梗塞に対してはt-PAによる脳血栓溶解療法が有効ですが、実施状況に地域的な偏在が見られるため、こうした治療を行う医療機関の拡充など、地域差の解消が必要です。

○　脳卒中は、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、可能な限り早期にリハビリテーションを開始することが重要です。

ウ　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。

エ　医療機能の情報提供及び連携の推進

○　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。

施策

（１）予防（県、市町村、関係機関、県民）

○　「かながわ健康プラン２１（第２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、取組みの共有や検討を行うなど健康づくりを推進していきます。

○　県は、脳卒中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、研修会等を開催し、実施率の向上等を支援していきます。

○　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促進や、未病改善の取組みの重要性について、地域で普及を行う未病サポーターの養成等を通じて、県民一人ひとりの未病改善の取組みを支援します。

（２）医療（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者）

ア　発症直後の救護、搬送等

○　脳卒中を疑うような症状が出現した場合に、本人や家族等周囲にいる者が、速やかに救急隊を要請する等の行動を取れるよう、県は、脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性の周知に向けた啓発を推進していきます。

○　県及び市町村は、医療機関と消防機関との連携による病院前救護体制の充実に努めます。

イ　急性期の医療

○　県及び医療機関・医療関係者は、脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院や、脳血管内手術を行う病院、脳卒中に対応可能な集中治療室を備える病院など、急性期に対応できる医療機関を中心に急性期医療の充実に努めます。

ウ　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・介護の充実を図ります。

○　県、市町村、医療機関・医療関係者及び介護・福祉関係者は、口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の発症を防止するため、摂食・嚥下リハビリテーションや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内を清潔に保つことなどを推進します。

エ　医療機能の情報提供及び連携の推進

○　県は、脳卒中治療に対応できる医療機関とその機能について適切な情報収集に努めるとともに、「かながわ医療機関情報検索サービス」※を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、機能間の連携を促進します。

○　県は、急性期、回復期及び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の普及を図ります。

○　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。

※　「かながわ医療機関情報検索サービス」について

神奈川県に報告された、病院、診療所等の医療機能の情報を分かりやすい形で提供することにより、県民等の医療施設の適切な選択を支援するためのサービスです。

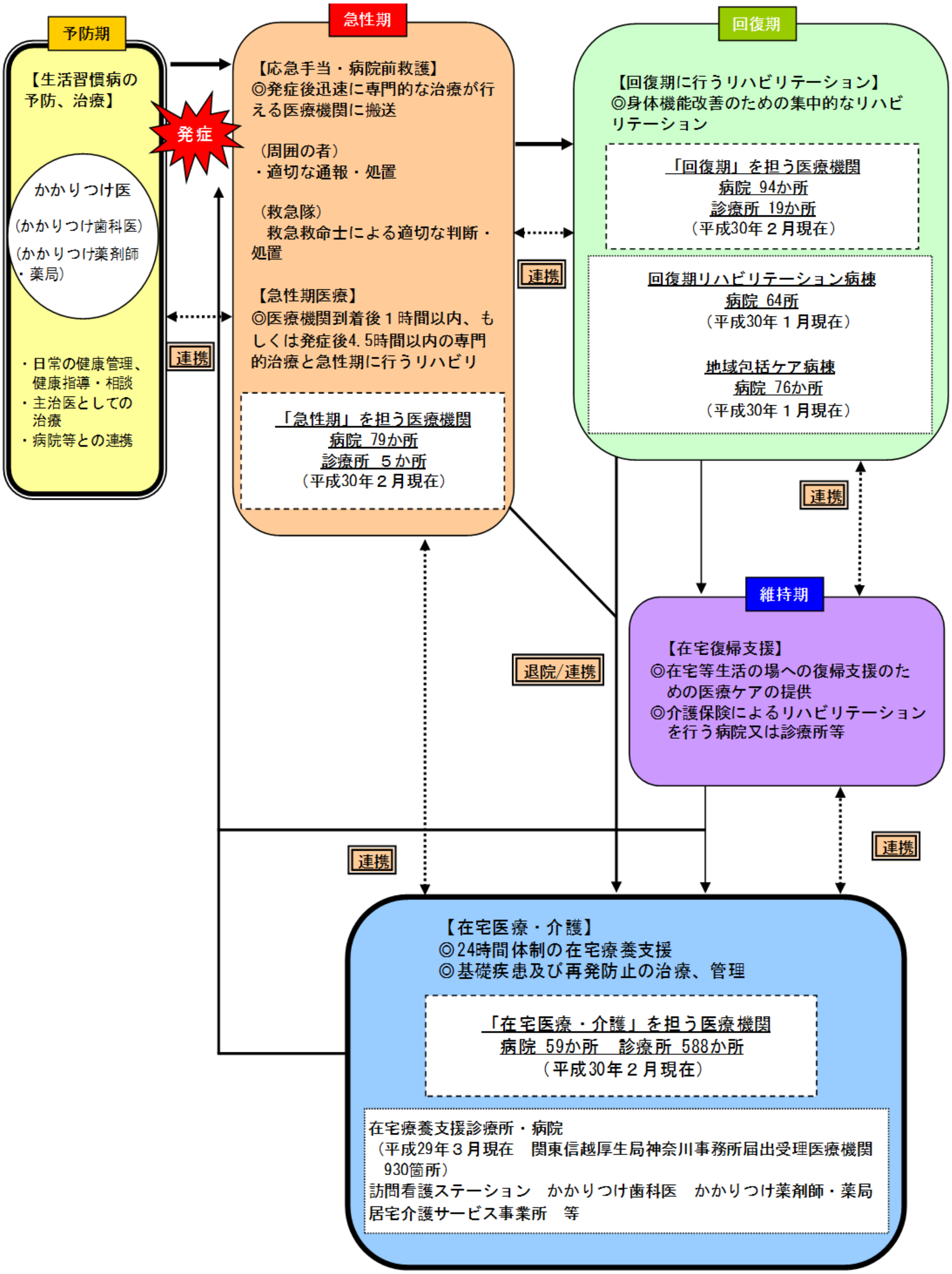
（ＵＲＬ）http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx

目標

目標項目	現状	目標値（平成35年度）	目標値の考え方	目標項目設定理由
特定健康診査･特定保健指導の実施率	特定健康診査 49.7% 特定保健指導 12.2% （厚生労働省「平成27年特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」）	特定健康診査 70%以上 特定保健指導 45%以上	医療費適正化計画と同値をめざす。	予防に関する施策の推進状況を評価するため。
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	39.9分 （消防庁「平成27年中救急救助の現況」）	39.4分以下	全国値と同じ値をめざす	発症直後の救護、搬送等に関する施策の効果を評価するため。

目標項目	現状	目標値 （平成35年度）	目標値の考え方	目標項目設定理由
脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法の実施件数（10万人対）	県平均8.7件 （平成27年度ＮＤＢ）	県平均9.6以上	地域差を解消しながら、県平均を１割引き上げる。	急性期の医療に関する施策の推進状況を評価するため。
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数	県平均 23.6件 （平成27年度ＮＤＢ）	県平均 26.0件以上	地域差を解消しながら、県平均を１割引き上げる	連携の促進状況を評価するため。
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	県平均 61.4% （平成27年度ＮＤＢ）	県平均 67.5%以上	地域差を解消しながら、県平均を１割引き上げる	医療の施策による効果を総合的に評価するため。
脳血管疾患　年齢調整死亡率（人口10万対）	男性：36.6 女性：19.0 （平成27年人口動態特殊報告）	男性：32.9 女性：17.1	最も低い府県を目指し（男性：26.4(滋賀県)、女性：16.6（大阪府))、１割死亡率を下げる	予防及び医療の施策による効果を総合的に評価するため。

■脳卒中の医療機能の連携体制



＊連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。
ＨＰアドレス http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx
脳卒中 http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=05

【脳卒中に関する機能別・二次保健医療圏別医療機関数】

区分				横浜	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	計
急性期	集中治療室あるいは脳卒中専用集中治療室を有する		病院	22	2	5	3	3	4	2	4	2	47
			診療所										
			計	22	2	5	3	3	4	2	4	2	47
			10万人当たり	0.6	0.2	0.8	0.4	0.4	0.6	0.3	0.5	0.6	0.5
		うち脳卒中専用集中治療室を有する	病院	10		1	1				1		13
			診療所										
			計	10		1	1				1		13
			10万人当たり	0.3		0.2	0.1				0.1		0.1
	抗血栓療法(t-PAによる脳血栓溶解療法を含む)を行う		病院	29	4	9	4	3	4	5	4	4	66
			診療所	1		1		1				1	4
			計	30	4	10	4	4	4	5	4	5	70
			10万人当たり	0.8	0.5	1.6	0.6	0.6	0.6	0.9	0.5	1.4	0.8
	脳血管内手術を行う		病院	24	5	9	4	4	4	5	4	4	63
			診療所	1			1						2
			計	25	5	9	5	4	4	5	4	4	65
			10万人当たり	0.7	0.6	1.4	0.7	0.6	0.6	0.9	0.5	1.1	0.7
	脳動脈瘤根治術(被包術、クリッピング)を行う		病院	26	4	8	6	2	4	4	4	4	62
			診療所	1									1
			計	27	4	8	6	2	4	4	4	4	63
			10万人当たり	0.7	0.5	1.2	0.8	0.3	0.6	0.7	0.5	1.1	0.7
		うち24時間対応を行う	病院	26	4	6	2	2	4	4	4	4	56
			診療所	1									1
			計	27	4	6	2	2	4	4	4	4	57
			10万人当たり	0.7	0.5	0.9	0.3	0.3	0.6	0.7	0.5	1.1	0.6
	脳血管疾患等リハビリテーションを行う		病院	31	4	12	7	4	4	5	5	5	77
			診療所			1					1		2
			計	31	4	13	7	4	4	5	6	5	79
			10万人当たり	0.8	0.5	2.0	1.0	0.6	0.6	0.9	0.7	1.4	0.9
回復期	回復期リハビリテーション病棟を有する		病院	25	2	2	3	4	5	4	6	3	54
			診療所										
			計	25	2	2	3	4	5	4	6	3	54
			10万人当たり	0.7	0.2	0.3	0.4	0.6	0.7	0.7	0.7	0.9	0.6
	機能訓練室を有する		病院	39	4	6	7	7	5	6	9	5	88
			診療所										
			計	39	4	6	7	7	5	6	9	5	88
			10万人当たり	1.0	0.5	0.9	1.0	1.0	0.7	1.0	1.1	1.4	1.0
	視能訓練を行う		病院	9	1	4	3	3	2		2		24
			診療所										
			計	9	1	4	3	3	2		2		24
			10万人当たり	0.2	0.1	0.6	0.4	0.4	0.3		0.2		0.3
	摂食機能療法を行う		病院	37	4	6	8	6	5	6	8	3	83
			診療所	5		1		1					7
			計	42	4	7	8	7	5	6	8	3	90
			10万人当たり	1.1	0.5	1.1	1.1	1.0	0.7	1.0	0.9	0.9	1.0
	脳血管疾患等リハビリテーションを行う		病院	40	4	6	9	7	5	6	9	5	91
			診療所	6		2		3		1	2		14
			計	46	4	8	9	10	5	7	11	5	105
			10万人当たり	1.2	0.5	1.2	1.3	1.4	0.7	1.2	1.3	1.4	1.1
神経・脳血管領域の一次診療を行う			病院	20	1	2	3	4	3	1	7	3	44
			診療所	128	23	18	12	26	21	24	23	17	292
			計	148	24	20	15	30	24	25	30	20	336
			10万人当たり	4.0	2.9	3.1	2.1	4.1	3.3	4.3	3.5	5.7	3.7

出典:「神奈川県保健医療計画医療機関情報」(平成29年1月12日時点)
※ 人口は住民基本台帳(平成29年1月)に基づく

【脳卒中に関するリハビリテーション届出施設数】

区分		横浜北部	横浜西部	横浜南部	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	神奈川県平均	全国平均
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)届出施設数	集計値	14	15	16	6	7	12	11	9	9	10	4	10.3	7.5
	10万人あたり	0.9	1.4	1.5	0.7	1.1	1.7	1.5	1.3	1.5	1.2	1.1	1.2	2.1
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)届出施設数	集計値	14	8	3	3	8	3	6	3	3	9	6	6	5.4
	10万人あたり	0.9	0.7	0.3	0.4	1.3	0.4	0.8	0.4	0.5	1.1	1.7	0.7	1.5
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)届出施設数	集計値	15	6	7	5	7	9	10	7	2	5	4	7	8.3
	10万人あたり	1	0.5	0.7	0.6	1.1	1.3	1.4	1	0.3	0.6	1.1	0.8	2.3

出典:診療報酬施設基準(平成28年3月)

第3節　心筋梗塞等の心血管疾患

現状

（１）心血管疾患について

○　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、平成27年神奈川県衛生統計年報によると、平成22年では9,976人でしたが、平成27年には10,890人と増加傾向にあり、死亡原因の第２位となっています。

○　また、大動脈瘤及び解離による死亡者数は、平成27年において1,098人であり、死亡原因の第10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ますが、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。

（２）発病直後の救護、搬送等

○　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、平成27年中の平均で39.7分であり、全国平均の39.4分と同程度となっています。

○　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箇月後生存率が約4.9倍高くなっています。

○　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126件であり、東京都の289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（ＰＣＩ）に代表される低侵襲な治療、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、内科的治療や経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ）等の診療を行う「専門的医療を行う施設」、又は内科的治療、ＰＣＩ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。

（３）急性期の医療

○　循環器内科医師と心臓外科医師の人口10万人あたりの人数は、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10万人あたり）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。

（４）急性期後の医療

○　在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、平成26年の患者調査によると、96.2%と、全国平均の93.7%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。

区分		横浜北部	横浜西部	横浜南部	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	県平均	全国平均	出典
循環器内科医師数	集計値	110	62	98	44	52	77	78	32	58	43	25	61.7		平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査
	10万人あたり	7.1	5.6	9.2	5.4	8.4	10.8	10.5	4.5	9.9	5.1	7.0	7.5	9.3	
心臓血管外科医師数	集計値	21	10	46	15	22	17	20	4	14	13	7	17.2		
	10万人あたり	1.4	0.9	4.3	1.8	3.6	2.4	2.7	0.6	2.4	1.5	2.0	2.1	2.4	
心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数	レセプト件数	379	340	412	180	210	220	319	151	208	253	117	253.5		平成27年度 NDB
	10万人あたり	24.4	30.6	38.9	21.9	33.7	30.8	43.4	21.2	35.6	29.8	33.1	30.6	34.5	
うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数	レセプト件数	273	196	308	94	144	167	239	121	104	173	89	173.5		
	10万人あたり	17.6	17.7	29.1	11.4	23.1	23.4	32.5	17.0	17.8	20.4	25.2	20.9	22.3	
心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）届出施設数	集計値	6	5	6	3	5	4	5	3	3	2	2	4.0		平成28年3月31日診療報酬施設基準
	10万人あたり	0.4	0.5	0.6	0.4	0.8	0.6	0.7	0.4	0.5	0.2	0.6	0.5	0.8	
心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）届出施設数	集計値	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0.5		
	10万人あたり	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.1	0.1	
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	レセプト件数	1,783	652	1,058	975	1,365	1,113	2,208	570	1,041	1,025	405	1,109		平成27年度 NDB
	10万人あたり	114.9	58.7	99.8	118.5	219.3	155.6	300.1	80.1	178.1	120.8	114.7	133.8	151.0	
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	レセプト件数	1271	69	308	120	1336	3625	231	163	839	167	221	759.1		
	10万人あたり	81.9	6.2	29.1	14.6	214.7	506.9	31.4	22.9	143.5	19.7	62.6	91.6	107.8	
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合（%）		95.4	95.7	97.7	93.0	95.8	95.7	97.0	94.3	96.3	99.1	93.5	96.2	93.7	平成26年患者調査

課題

（１）予防

○　平成25～27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。

（２）発病直後の救護、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（ＡＥＤ：Automated External Defibrillator）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。

（３）急性期の医療

○　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、ＰＣＩ、冠動脈バイパス術（ＣＡＢＧ）、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。

（４）急性期後の医療

○　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ことは、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。

○　また、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、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。

（５）医療機能の情報提供及び連携の推進

○　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必要です。

施策

（１）予防（県、市町村、関係機関、県民）

○　「かながわ健康プラン２１（第２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、取組みの共有や検討を行うなど健康づくりを推進していきます。

○　県は、心血管疾患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、研修会等を開催し、実施率の向上等を支援していきます。

○　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促進や、未病改善の取組みの重要性について、地域で普及を行う未病サポーターの養成等を通じて、県民一人ひとりの未病改善の取組みを支援します。

（２）医療（県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、県民）

ア　発症直後の救護、搬送等

○　県及び市町村は、医療機関と消防機関との連携やＡＥＤの配置等により、病院前救護体制の充実に努めます。

○　家族等周囲にいる者が、心肺停止が疑われる者に対して、ＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施できるよう、県は、広く県民に啓発し、普及促進を図ります。

イ　急性期の医療

○　心臓疾患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　急性期後の医療

○　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、正しい運動の習慣化、生活・栄養指導等の心血管疾患リハビリテーション、摂食・嚥下リハビリテーションや、咀嚼機能を回復・維持するための治療、口腔内を清潔に保つことなどを多職種（医師・看護師・歯科医師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより推進し、再発と増悪の予防を図ります。

○　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・介護の充実を図ります。

エ　医療機能の情報提供及び連携の推進

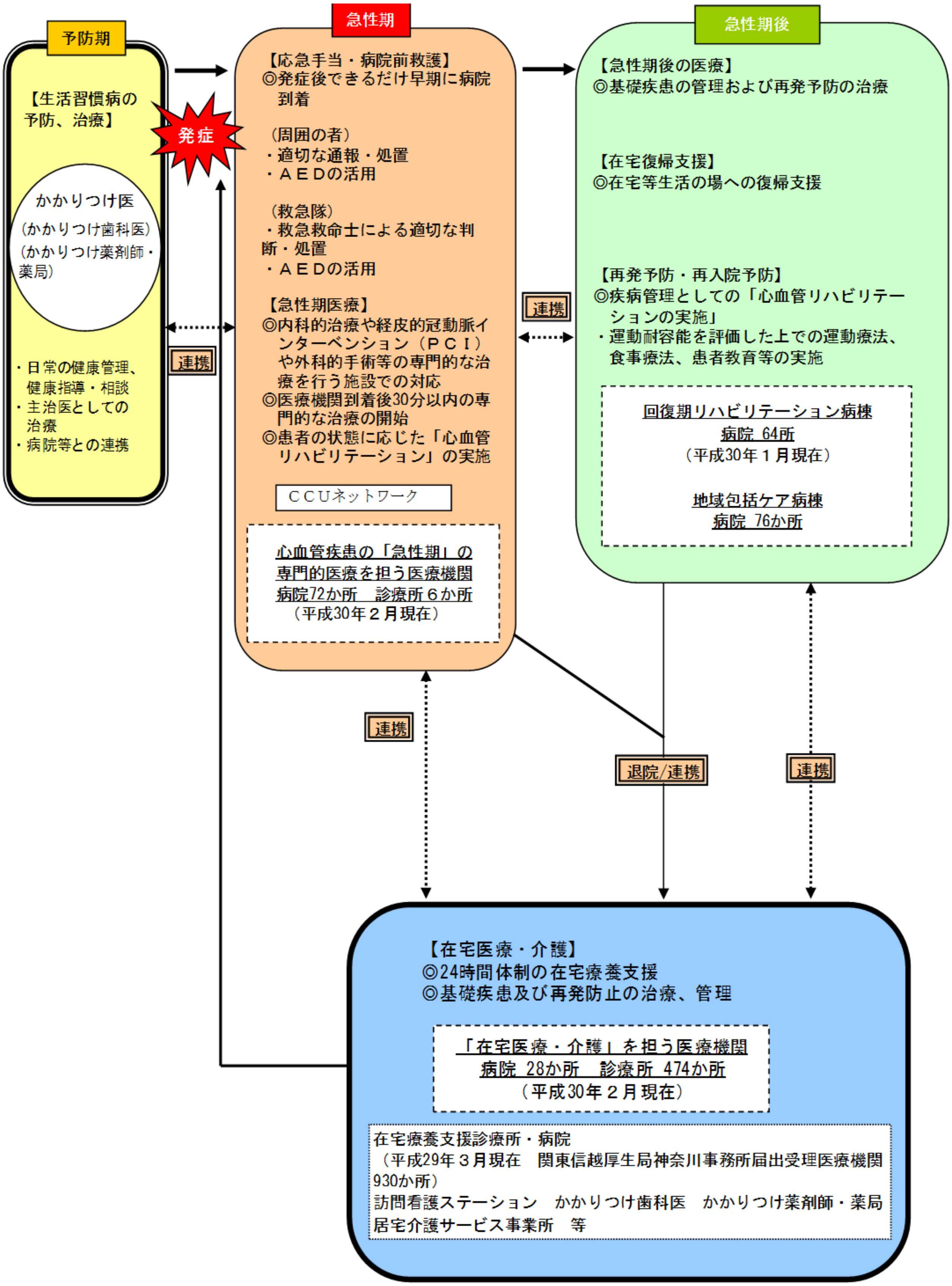
○　県は、心血管疾患の治療に対応できる医療機関とその機能について、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、連携の推進を図ります。

目標

目標項目	現状	目標値 （平成35年度）	目標値の考え方	目標項目設定理由
特定健康診査･特定保健指導の実施率	特定健康診査 49.7％ 特定保健指導 12.2％ （厚生労働省「平成27年特定健康診査･特定保健指導の実施状況に関するデータ」）	特定健康診査 70％以上 特定保健指導 45％以上	医療費適正化計画と同値をめざす。	予防に関する施策の推進状況を評価するため。

目標項目	現状	目標値（平成35年度）	目標値の考え方	目標項目設定理由
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	135件（消防庁「平成27年中救急救助の現況」）	148件	県における除細動実施件数を増やし、プレホスピタルケアの更なる充実を図る。計画期間内に平成27年比1.1倍の増加をめざす。	発症直後の救護、搬送等に関する施策の効果を評価するため。
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	39.9分（消防庁「平成27年中救急救助の現況」）	39.4分以下	全国値と同じ値をめざす	発症直後の救護、搬送等に関する施策の効果を評価するため。
来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	20.9%（平成27年度NDB）	23.0%	地域差を解消しながら、県平均の向上をめざす。	急性期の医療における施策の推進状況を評価するため。
心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）届出施設数	44施設（H28.3.31診療報酬施設基準）	57施設	今後の患者数の増加に対応するため現状の1.3倍をめざす。	急性期後の医療における施策の推進状況を評価するため。
心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）届出施設数	６施設（H28.3.31 診療報酬施設基準）	８施設		
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	96.2%（平成26年 患者調査）	県平均96.7%以上	地域差を解消しながら、県平均のさらなる向上をめざす。	医療の施策による効果を総合的に評価するため。
虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	男性：27.3 女性： 8.7 （平成27年人口動態特殊報告）	男性：24.6 女性： 7.8	最も低い佐賀県（男性14.8、女性5.5）の数値を長期的に目指し、１割改善する。	予防及び医療の施策による効果を総合的に評価するため。

■心筋梗塞等の心血管疾患の医療機能の連携体制



＊連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。
ＨＰアドレス　http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx
心筋梗塞等の心血管疾患　http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=10

第4節　糖尿病

現状

（１）糖尿病について

○　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、神経障害、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、平成26年患者調査による推計では、県の糖尿病患者数は19万６千人（全国では316万６千人）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平成28年国民健康・栄養調査（平成28年）では、20歳以上の「糖尿病が強く疑われる者」（有病者）は全国で約1,000万人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、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者数は、23万人と推計されています。

（２）予防について

○　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、腎症などの合併症の発症を防ぎ、人工透析の導入を回避すること（二次予防）が可能です。

○　しかし、糖尿病の発症予防、重症化予防についての患者、県民の理解は必ずしも十分とはいえません。

○　一次予防と二次予防につなげていく上で有効な特定健康診査について、平成27年度の受診率は、全国の50.1％に対し、県は49.7％となっています。

○　平成27年度のＮＤＢデータによると、人口10万人あたりの外来栄養食事指導料の実施件数は1,525.3件で、全国平均の1,365.5件を上回っています。

○　看護師・准看護師、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（ＣＤＥＪ）、地域糖尿病療養指導士（ＣＤＥＬ）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平成29年度において、ＣＤＥＪ1,083人、ＣＤＥＬ416人となっています。

（３）合併症について

○　平成28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、歯周病を有する者が多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は、平成23年では55.2％、平成28年でも56.2％とほぼ横ばいとなっています。

○　平成27年度のＮＤＢデータによると、人口10万人あたりの糖尿病足病変に対する管理の件数は262.7件であり、全国平均の172.9件を上回っています。一方で、人口10万人あたりの糖尿病網膜症手術数は76.6件であり、全国平均の91.0件を下回っています。

指標		横浜北部	横浜西部	横浜南部	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	県平均	全国平均
外来栄養食事指導料の実施件数	レセプト件数	16,267	17,827	20,044	9,671	15,171	12,613	12,473	6,957	10,234	15,164	2,633	12,641	
	10万人あたり	1,048.0	1,606.0	1,890.9	1,174.9	2,437.6	1,763.7	1,695.1	977.4	1,750.9	1,786.8	745.8	1,525.3	1,365.5
糖尿病足病変に対する管理	レセプト件数	2,322	1,384	4,001	1,975	5,351	3,566	2,381	472	742	1,293	459	2,177	
	10万人あたり	149.6	124.7	377.4	239.9	859.8	498.6	323.6	66.3	126.9	152.4	130.0	262.7	172.9
糖尿病網膜症手術数	レセプト件数	1,039	1,045	908	423	667	631	544	351	459	581	334	635	
	10万人あたり	66.9	94.1	85.7	51.4	107.2	88.2	73.9	49.3	78.5	68.5	94.6	76.6	91.0

出典：平成27年度ＮＤＢ

課題

（１）予防

○　平成25～27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」「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。

○　歯周病は糖尿病の合併症であることなど、糖尿病と歯周病の関連性についての理解が進んでいないため、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。

○　糖尿病予防のために、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。

○　また、糖尿病を重症化させないためには、治療が必要な状態の者が、適切に受診を継続することが必要です。

○　市町村国民健康保険等の医療保険者は、健康診断結果やレセプト情報を活用することにより、医療経済的にも大きな負担となる糖尿病の重症化を予防し、被保険者の健康維持と医療費の適正化を図ることが必要です。

（２）医療

ア　糖尿病の医療

○　糖尿病は、腎症、網膜症、神経障害、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。

○　糖尿病治療では、「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。

○　地域医療連携の推進に有効な地域連携クリティカルパスについて、十分な活用が図られていないため、普及していくことが必要です。

イ　糖尿病患者への教育・情報提供

○　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。

○　特定健康診査等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。

ウ　医療機能の情報提供及び連携の推進

○　糖尿病の治療に対応できる医療機関について、わかりやすい情報提供に努め、連携を推進することが必要です。

施策

（１）予防（県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者、介護・福祉関係者、県民）

○　「かながわ健康プラン２１（第２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、取組みの共有や検討をおこなうなど健康づくりを推進していきます。

○　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。

○　県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者および介護・福祉関係者は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川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、研修会等を開催し、実施率の向上等を支援していきます。

○　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促進や、未病改善の取組みの重要性について、地域で普及を行う未病サポーターの養成等を通じて、県民一人ひとりの未病改善の取組みを支援します。

（２）医療（県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者、介護・福祉関係者、県民）

ア　糖尿病の医療

○　県は、「かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川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み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」、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、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者および介護・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　糖尿病患者への教育・情報提供

○　県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者および介護・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

組みを強化し、日常の健康管理意識の向上を図ります。

ウ　医療機能の情報提供及び連携の推進

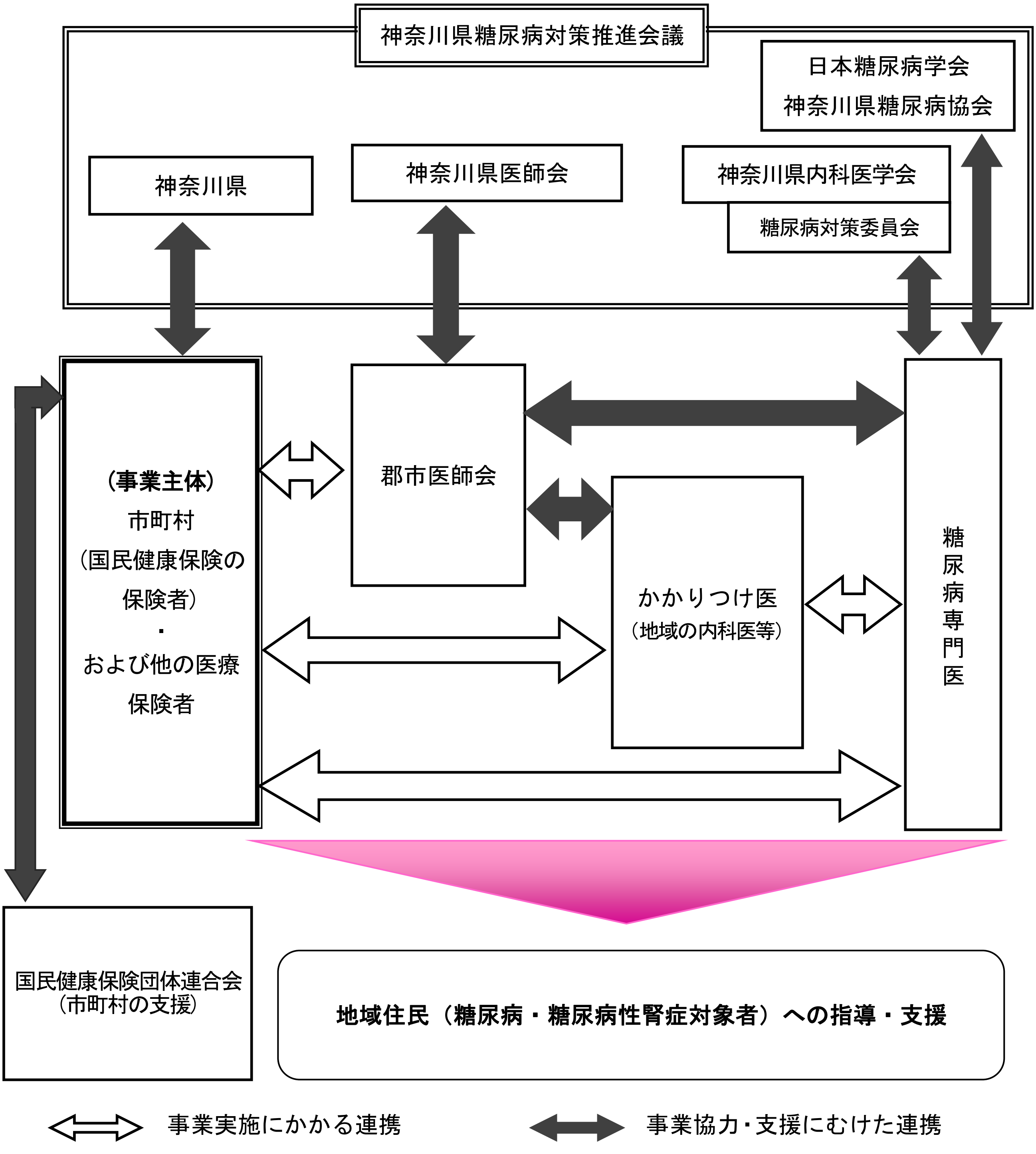
○　県は、糖尿病の合併症（脳卒中、急性心筋梗塞を除く）治療に対応できる医療機関、糖尿病の教育等に力を入れている医療機関の機能について、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて、分かりやすい情報提供を行い、連携の推進を図ります。

目標

目標項目	現状	目標値	目標値の考え方	目標項目設定理由
特定健康診査・特定保健指導の実施率	特定健康診査 49.7% 特定保健指導 12.2% （厚生労働省「平成27年特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」）	特定健康診査 70%以上 特定保健指導 45%以上	医療費適正化計画と同値をめざす。	予防に関する施策の推進状況を評価するため。
外来栄養食事指導料の実施件数（レセプト件数）	139,054件 （平成27年度ＮＤＢ）	152,959.4件 （平成35年度）	人口10万人当たりで全国平均以上である状態を維持しながら、全体の件数を１割増加させる。	地域における関係職種間の連携の推進状況を評価するため。
糖尿病有病者数（40～74歳）	23万人 （平成26年度特定保健審査の結果をもとにした推計）	22万人 （平成34年）	かながわ健康プラン21（第２次）に基づく	予防及び医療の施策による効果を総合的に評価するため。

■糖尿病の医療機能の連携体制

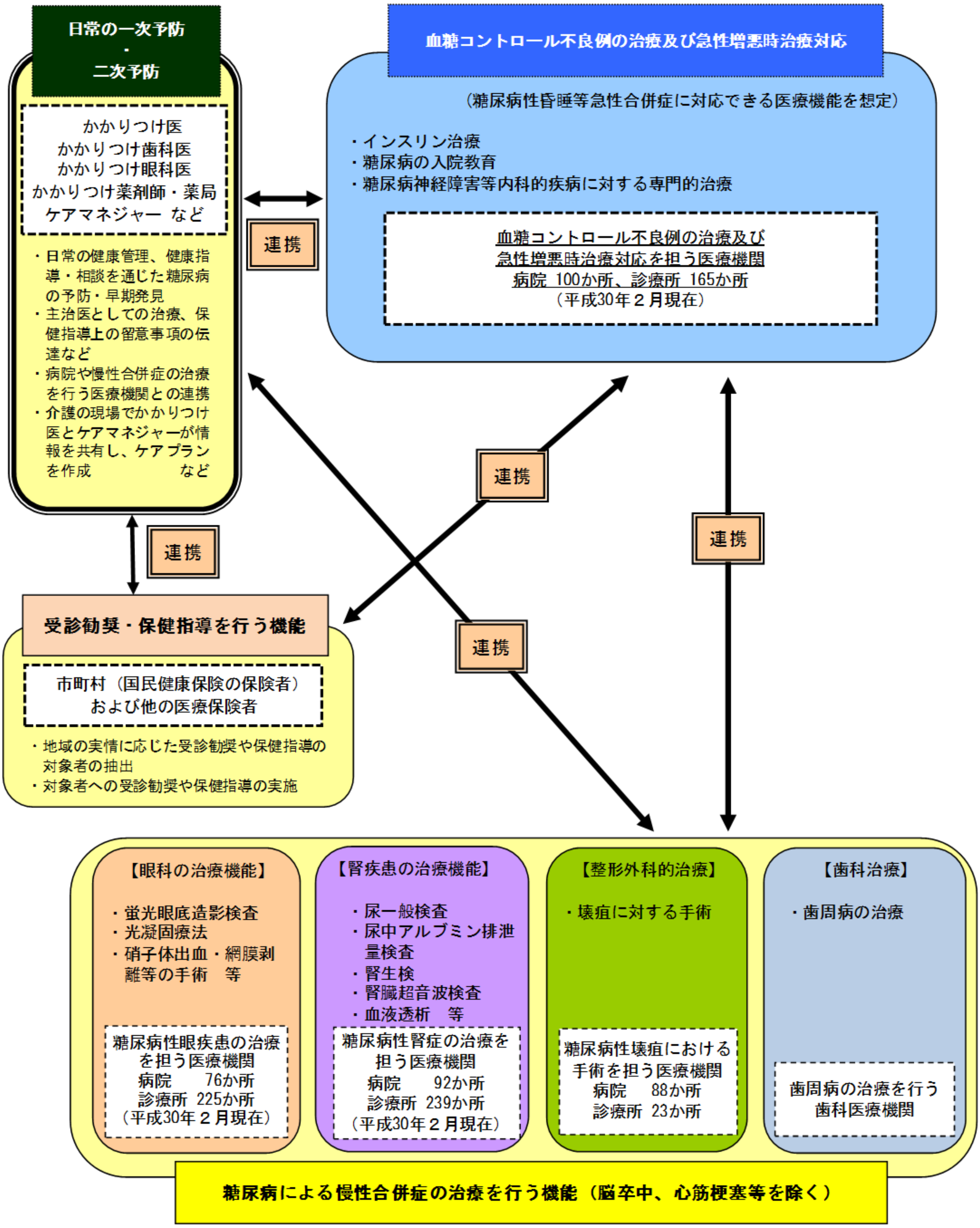
○　糖尿病の地域医療連携の推進体制
（＝かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）の推進体制）



【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が想定されます。

■　糖尿病の医療の提供体制



＊連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。
ＨＰアドレス　http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx
糖尿病　http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=15

第5節　精神疾患

現状

○　精神疾患は、統合失調症、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、認知症（アルツハイマー病等）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、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、平成26年患者調査によると、全国の総患者数は390万人を超える水準となっています。

○　本県の総患者数（※１）は、平成26年患者調査によると25万４千人であり、平成20年に行われた同調査時の18万人と比べ、大幅に増加しています。

○　疾患の内訳は、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、統合失調症の順で、この３疾患で総数の約66％を占めており、この状況は全国と同様です。

○　平成26年患者調査による本県の推計入院患者数は12万７千人で、疾患別にみると、統合失調症が55.9％、アルツハイマー病が11.8％、気分障害（うつ病等）が10.2％の順となっています。また、推計外来患者数は、19万７千人で、疾患別にみると、気分障害（うつ病等）が28.9％、神経症性障害（不安障害等）が19.7％、統合失調症が18.2％の順となっています。

○　平成26年患者調査によると、精神疾患の退院患者の平均在院日数は、全国平均が295.1日であるのに対し、本県の平均は250.1日と45日短くなっています。

○　平成27年度精神保健福祉資料によると、県内の精神病床における入院期間１年以上の患者数は、平成27年６月末時点で5,608人となり、前年同時期から734人減少しています。

○　県内の精神病床を有する医療機関数は、平成29年４月１日現在、70ヶ所です（県域26か所、横浜市29か所、川崎市９か所、相模原市６か所）。

○　平成27年度精神保健福祉資料によると、県内の精神病床を有する医療機関に勤務している精神保健指定医は延べ481人です。また、精神科診療所に勤務している精神保健指定医は延べ540人です。

○　県の精神疾患対策は、圏域を全県域と定め実施しています。

○　高齢化に伴い、認知症高齢者の増加も見込まれます。平成27年１月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では、平成37（2025）年には、認知症の人は全国で約700万人前後になると見込まれています。

○　精神疾患対策は、予防から治療、回復、社会復帰期に至るまで、地域の医療機関（専門医以外他科を含む）と保健福祉事務所、障害福祉・高齢福祉関係機関、関係する多職種などとの連携を図ることが重要です。

課題

○　精神疾患は全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、患者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。

（１）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、気分障害（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、統合失調症、認知症、依存症等について、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。

○　うつ病等の精神疾患は、最初に一般内科等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、早期に治療につなげていくことが必要です。

○　メンタルヘルス対策、うつ病対策、認知症対策は、県民にとって重要な課題であることから、かかりつけ医のみならず、関連する多職種チームや他の医療関連職種への普及啓発、サポートシステムの整備が重要です。

（２）医療・社会復帰（地域生活）

○　精神疾患は多種多様であるため、医療機関の役割をより明確にし、県民に良質かつ適正な医療の提供を確保していく必要があります。

○　精神疾患の急激な発症・悪化（それに伴う自殺未遂等を含む）、災害時の精神科医療については、対応に急を要するため、迅速かつ適正な医療の提供を保障していく必要があります。

○　精神科医療機関へ入院した人の退院に向けた支援については、県内の退院患者の平均在院日数を踏まえ、入院中からその支援の充実を図るとともに、患者及び家族が地域で安心してくらせるような相談支援体制等の構築が必要です。

○　精神病床における入院期間１年以上の患者（以下、「長期入院患者」といいます。）の人数は減少しつつあるものの、その約半数は65 歳以上であり、また、精神障がい者は、退院後も医療との連携や住まいの場の確保などの支援が必要なことから、退院後の地域生活を支援するために、医療、障害福祉、介護、住まい、社会参加などが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が、特に求められています。

（３）認知症の人にやさしい地域づくり

○　認知症は、その容態の変化に応じて、適時・適切に診断や治療に結びつけることが重要です。さらに、医療と介護の密接な連携のもとで、適切な医療・介護サービスが切れ目なく提供できるよう、体制を整備する必要があります。

○　認知症の人やその家族を支援するため、本人や家族の視点に立って認知症施策の諸課題について検討し、介護者の負担軽減につながる施策に取り組むことが重要となっています。

施策

（１）予防（県、政令指定都市、市町村、医療提供者、県民）

○　県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、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（うつ病等）、神経症性障害（不安障害等）、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。

○　平成20年度から実施している「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」を継続するとともに、今後、研修形態を工夫する等、さらなる充実を図っていきます。

○　精神疾患対策として予防から治療、回復、社会復帰期に至るまで、地域の医療機関（専門医以外他科を含む）と保健福祉事務所（保健所）、障害福祉・高齢福祉関係機関、関係する多職種などとの連携を図るために、関連する全ての人を対象として啓発活動や対応力向上のための研修会を開催します。

（２）医療・社会復帰（地域生活）（医療提供者、県、市町村、地域関係機関）

ア　医療体制の整備等

○　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。

○　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。

○　急を要する精神科医療の提供については、引き続き、精神科救急医療（身体合併症対策を含む）、自殺対策（自殺未遂者支援等）、災害派遣精神医療チーム（かながわＤＰＡＴ）の体制の充実を図っていきます。

○　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等、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。

○　平成30年３月に策定予定の「神奈川県障がい福祉計画（第５期平成30年度～平成32年度）」において、精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしいくらしをすることができるよう、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、取組みを推進します。

イ　精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

○　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、保健福祉事務所及び市（政令市を除く）保健所（以下、「保健所等」といいます。）では、これまでに築いてきたネットワーク等を活かして、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、政令市でも、それぞれ協議の場を設置します。

○　市町村（政令市を除く）では、地域の実情に応じて、保健所等が設置する協議の場と役割分担を図りながら、市町村（政令市を除く）の障がい者自立支援協議会等を活用するなど、精神障がい者が地域生活へ移行し、地域で安心して生活し続けられるよう、関係機関

が連携して支援を行うことができるようにしていきます。

○　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害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、長期入院患者の約半数は65歳以上であることから、年齢や心身の状況などに応じて、介護サービス等による対応も考慮しつつ、関係の所管課や、介護の関係機関との連携を図って地域生活への移行を支援します。

（３）認知症の人にやさしい地域づくり

○　認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等を提供するため、早期診断・早期対応を軸として、「認知症疾患医療センター」を中心とした認知症専門医療の提供体制の強化をはじめ、医療と介護の連携、認知症の人への良質な介護を担う人材養成等に取り組みます。

○　認知症の人の介護者への支援のため、介護経験者等が応じるコールセンターの設置等、相談体制を充実し、介護者の精神的身体的負担の軽減に取り組みます。

目標

（１）予防

目標項目	現状（平成29年度）	目標値（平成35年度）	目標値の考え方	目標項目設定理由
かかりつけ医等うつ病対応力向上研修受講者数	2,612人（平成28年度末時点）	4,052人（平成34年度末時点）	かながわ自殺対策計画の目標値と同様の考え方とする	関連計画であるかながわ自殺対策計画と取組みを連動させるため

（２）医療・社会復帰（地域生活）

目標項目	現状（平成29年度）	目標値（平成35年度）	目標値の考え方	目標項目設定理由
依存症の専門医療機関数	0	10（平成34年度末時点）	神奈川県アルコール健康障害対策推進計画の目標値と同様の考え方とする	関連計画である神奈川県アルコール健康障害対策推進計画と取組みを連動させるため

目標項目	現状 （平成29年度）	目標値 （平成35年度）	目標値の考え方	目標項目設定理由
てんかんの拠点機関と連携する医療機関数	59 （平成28年度末時点）	220	現状より連携医療機関数を増やす	拠点機関を中心とした医療連携体制を強化するため
精神保健福祉資料における６月末時点から１年時点の退院率	89% （平成25年６月末時点）	90% （平成31年６月末時点）	神奈川県障がい福祉計画の目標値と同様の考え方とする	関連計画である神奈川県障がい福祉計画と取組みを連動させるため

（３）精神科救急（再掲）

目標項目	現状 （平成29年度）	目標値 （平成35年度）	目標値の考え方	目標項目設定理由
平日の夕方から夜間の受入医療機関数（再掲）	８施設	９施設	現状より受入医療機関数を増やす	平日の夕方から夜間にかけて切れ目のない体制の整備とアクセスの向上を図るため

（４）身体合併症（再掲）

目標項目	現状 （平成29年度）	目標値 （平成35年度）	目標値の考え方	目標項目設定理由
精神科救急・身体合併症対応施設数（再掲）	６施設	７施設	横須賀・三浦地域を含む広域の身体合併症対応施設１施設を整備する	県全域に対応できるよう広域の身体合併症対応施設を整備する必要があるため

（５）認知症の人にやさしい地域づくり

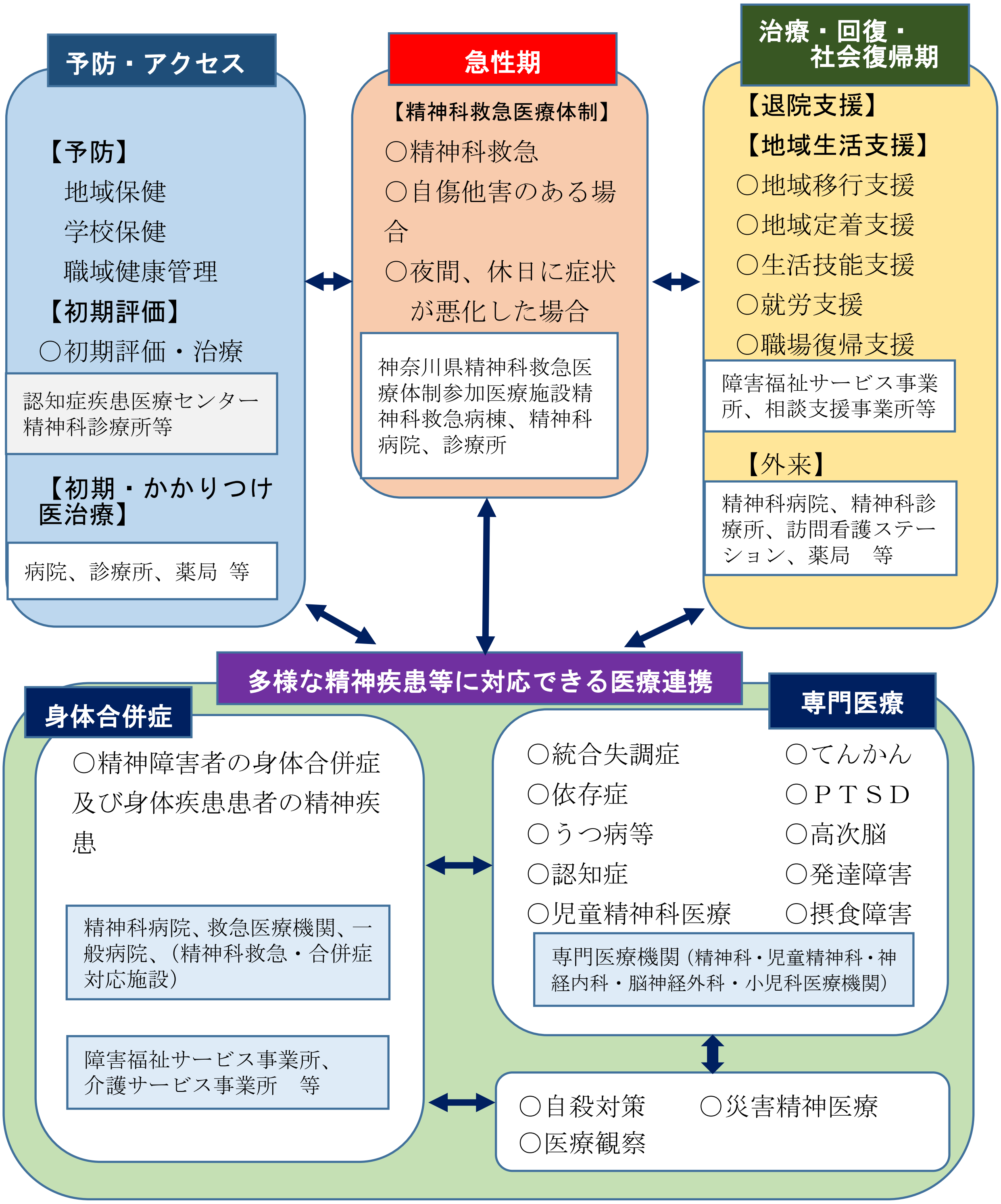
目標項目	現状 （平成29年度）	目標値 （平成35年度）	目標値の考え方	目標項目設定理由
病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の受講者数（※横浜市が独自に実施する「医療従事者向け認知症対応力向上研修」を含む）	3,827人 （平成29年度実績見込み）	6,800人	実施主体である県、指定都市計画の積み上げ（累計）	認知症の容態に応じた適時・適切な医療の提供体制を整備するため。

■　用語解説

※１　総患者数

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

■精神疾患の医療機能の連携体制



※　連携体制とその機能を担う医療機関を、次の「かながわ医療情報検索サービス」のホームページに掲載しています。

ＨＰアドレス　https://iryo-keikaku.jp/kanagawa/renkei/topmenu.aspx

精神疾患　http://www.iryo-kensaku.jp/kanagawa/renkei/IPRenkei.aspx?r=45