

[過程 (プロセス)]

| 指 標 名 | 現 状 | 目 標 |
|---|--|---|
| 20歳以上の者の1日当たりの食塩摂取量 | 男性 10.9g 女性 9.4g (平成27年度) | 男性 7.5g 女性 6.5g (令和11年度) |
| 運動習慣者の割合 | 20～64歳 男性 29.7% 女性 25.7% 65歳以上 男性 43.9% 女性 40.1% (令和元年度) | 20～64歳 男性 増加 女性 増加 65歳以上 男性 増加 女性 増加 (令和11年度) |
| 20歳以上の者の喫煙率 | 男性 21.9% 女性 6.9% (令和3年度) | 男性 12.0% 女性 5.0% (令和11年度) |
| 特定健康診査・特定保健指導の実施率 | 健康診査 55.8% 保健指導 22.7% (令和3年度) | 健康診査 増加 保健指導 増加 (令和11年度) |
| 脳血管疾患における搬送困難事例の割合 | 18.1% (令和3年) | 減少 (令和11年) |
| 高血圧の改善 (収縮期血圧の平均値の低下、内服加療中の者を含む、40歳以上) | 男性 127.6mmHg 女性 123.1mmHg (令和2年度) | 男性 ベースライン値から低下 女性 ベースライン値から低下 (令和11年度) |
| 脂質異常症の減少 (LDL-c 160mg/dl以上の者、内服加療中の者を含む、40歳以上) | 男性 14.6% 女性 14.5% (令和2年度) | 男性 ベースライン値から減少 女性 ベースライン値から減少 (令和11年度) |
| メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 | 男性 632,670人 女性 192,522人 (令和3年度) | 男性 減少 女性 減少 (令和11年度) |
| 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数 | 757件 (令和3年度) | (モニタリング指標*) |
| 脳梗塞に対するt-paによる血栓溶解療法の実施件数 | 702件 (令和3年度) | (モニタリング指標*) |
| 回復期リハビリテーション病棟における実績指数 | 48.0 (令和4年7月) | 増加 (令和11年) |
| 入退院支援実施件数 | 148,726件 (令和4年度) | 185,273件 (令和8年度) |
| 受療率(人口10万人対) (脳血管疾患) | 123 (令和2年) | 減少 (令和11年) |

[成果 (アウトカム)]

| 指 標 名 | 現 状 | 目 標 |
|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 脳血管疾患に係る現場活動時間 (現場到着～現場出発) | 21.9分 (令和3年) | 短縮 (令和11年) |
| 脳血管疾患に係る平均搬送時間 (現場出発～医療機関到着) | 15.8分 (令和3年) | 短縮 (令和11年) |
| 健康寿命の延伸 | 男性 72.61年 女性 75.71年 (令和元年) | 男性 74年 女性 76.8年 (令和11年) |
| 脳血管疾患に係る救急活動時間 (救急隊覚知～病院収容) | 47.5分 (令和3年) | 短縮 (令和11年) |
| 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり) | 男性 91.2 女性 55.5 (令和2年) | 男性 減少 女性 減少 (令和11年) |
| 在宅等の生活の場に復帰した患者の割合 (脳血管疾患) | 53.2% (令和2年) | 増加 (令和11年) |

※モニタリング指標：ロジックモデルに位置づけ、目標を設定しない指標

脳血管疾患の患者数の推移などを把握し、千葉県循環器病対策推進協議会等の意見を踏まえながら、評価を行う。

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患

(ア) 施策の現状・課題

心血管疾患を含む心疾患（高血圧性を除く）による本県の年間死亡者数は、11,391人（令和4年）と死亡者総数の15.8%を占め、死因順位の第2位です。

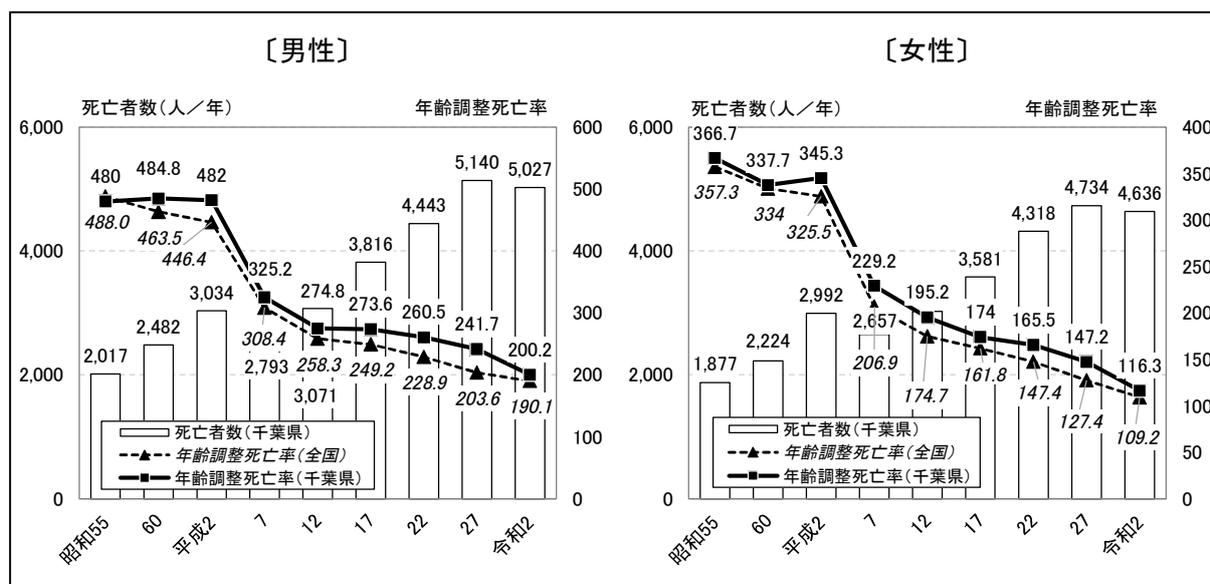
心疾患死亡数全体の約13%（令和3年）を占める急性心筋梗塞における人口10万対の年齢調整死亡率（令和2年）は、男性は32.4（全国32.5）で高い順に全国第25位、女性は14.1（全国14）で第22位です。

また、心疾患死亡数全体の約39%（令和3年）を占める心不全における人口10万対の年齢調整死亡率（令和2年）は、男性は70.7（全国69）で高い順に全国第21位、女性は49.2（全国48.9）で第25位と、男女ともに相対的に高い水準にあります。

心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず、急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが開始されます。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や疾患によって、治療法や予後が大きく変わります。

また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となります。

図表 2-1-1-2-3-1 心疾患（高血圧性を除く）による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

〔急性心筋梗塞〕

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどです。発症の予防のためには、適正な体重の維持及び減塩・栄養素を適量とする食生活と運動習慣の実践など、生活習慣の改善が重要です。また、高血圧や糖尿病などの適切な治療も必要です。

喫煙や受動喫煙により、発症リスクが増大することが確認されています。このため、受動喫煙の防止や禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策が求められます。

医療保険者は生活習慣病予防に向けて特定健診・特定保健指導を実施するとともに、医師の判断に基づき、一定の基準に該当する者に対し、心電図の検査を実施するなど、疾患やそのハイリスク者の早期発見に努める必要があります。

健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人一人の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなどにより、発症予防に努める必要があります。

急性心筋梗塞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は、速やかに救急要請を行う必要があります。

また、心臓が止まるような不整脈が生じた場合には、正常に戻すために心臓に電流を流す「除細動」を早く行うほど救命の効果があります。第一発見者など市民による一次救命処置（BLS）が重要です。

これを踏まえ、本県では、千葉県AEDの使用及び心肺蘇生法の実施の促進に関する条例が施行されたところですが、AEDの使用率が低いことから、心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法に関する更なる普及啓発が必要です。

心筋梗塞患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施することが必要です。

疾病管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいいます。低下機能（心機能）の回復だけではなく、再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられています。

〔大動脈解離〕

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間ごとに1から2%ずつ上昇するといわれており、迅速な診断と治療が重要です。

大動脈解離患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて適切に実施することが必要です。

〔慢性心不全〕

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫等、様々な症状をきたしま

す。心不全の危険因子は、高血圧、心筋症、心筋梗塞、心臓弁膜症、不整脈、糖尿病などです。

心不全の継続的な医療を受けている患者数は、千葉県内で約18千人と推計され、そのうち、約70%が75歳以上の高齢者です。また、本県における心不全による死亡数（4,003人・令和3年）は心疾患（高血圧性を除く）死亡数全体（10,167人）の約39.4%です。

慢性心不全患者は、心不全増悪による入退院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されています。

慢性心不全患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて実施することが必要です。

また、再入院率改善のためには薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、発症後、生涯にわたって継続して行うことが重要です。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムは、県民が身近な地域で質の高い心血管疾患に関する医療を受けることができるよう、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局、訪問看護ステーション、急性期対応医療機関などとの連携により構築します。また、行政や保険者による特定健診・特定保健指導や心疾患に関する知識の普及・啓発などの生活習慣病の予防施策も含まれます。

かかりつけ医等は、患者の状態に応じて外来診療時や患者が居住している場への訪問時等に、危険因子となる生活習慣の改善の指導や、疾病の早期発見・治療をします。また、かかりつけ医は、動悸や胸の痛み等の自覚症状のある患者について、専門的な医療機関で治療を受ける必要があると判断した場合、患者の状況に応じて、身近な対応医療機関へ紹介するとともに、退院後は対応医療機関と連携し、継続的な療養管理や指導を行います。

家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急要請を行うことや、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します。

救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制の下で定められた基準に即して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で対応が可能な医療機関に搬送します。

急性期を担う医療機関は、専門的な治療を行います。なお、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保するため、急性期対応医療機関は、必要に応じて隣接圏域等の急性期対応医療機関と互いに補完しあいます。

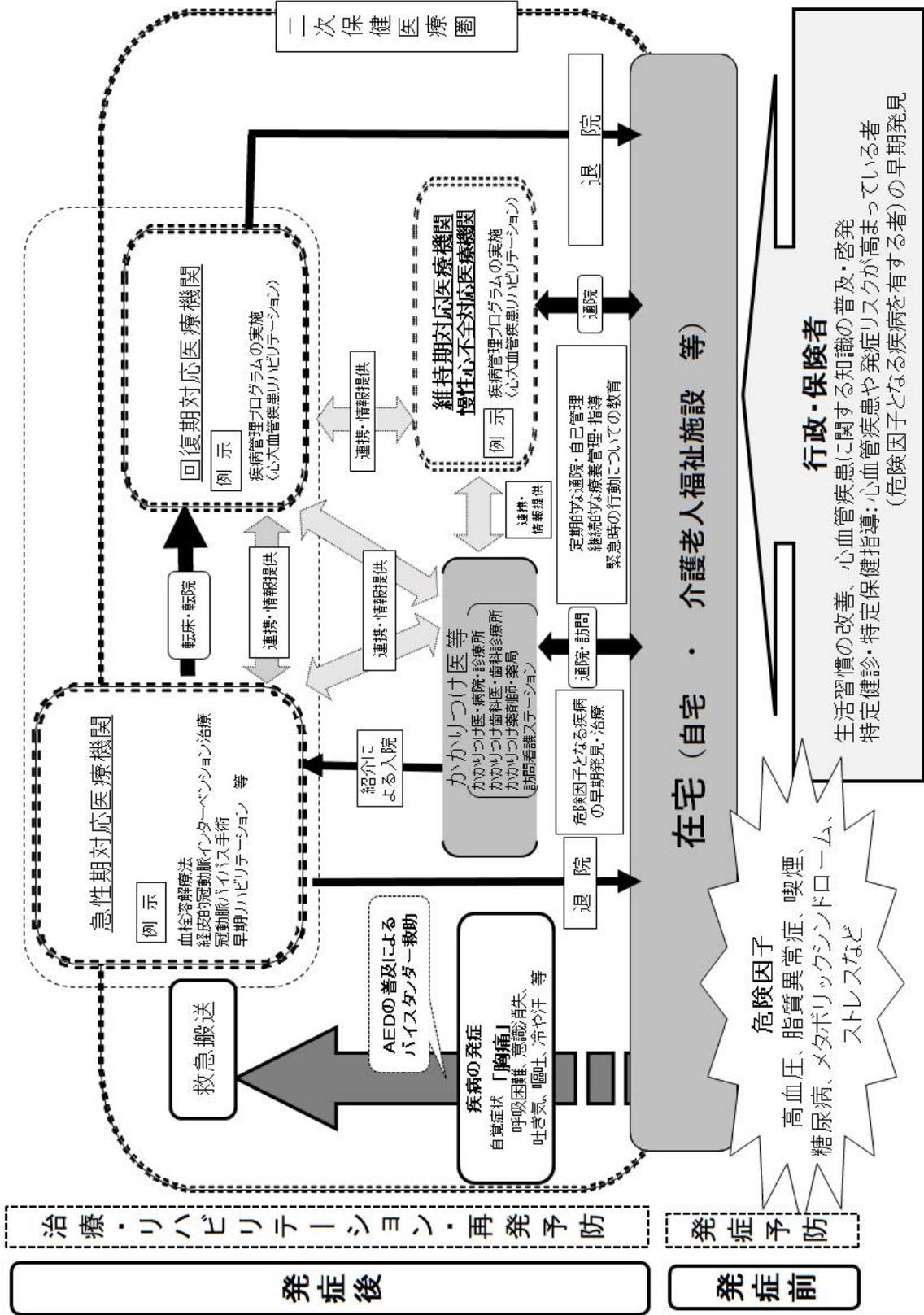
回復期以降を担う医療機関では、再発予防のため、個々の患者に合わせて、疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを入院または通院により実施し

ます。

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、対応医療機関と地域のかかりつけ医等がそれぞれの機能に応じた役割分担に基づき連携を強化することにより、効果的な医療体制の整備を進めます。

なお、厚生労働省では、循環器病の治療の均てん化等を進めるため、デジタル技術を利用した有効な診療体制の確立について調査・研究をしているところであり、この状況を注視していく必要があります。

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムのイメージ図



(ウ) 施策の具体的展開

a 心血管疾患の予防・正しい知識の普及啓発

[生活習慣と心血管疾患の関係についての周知]

- 県民が生涯を通じてライフステージに応じた適切な食生活が送れるよう、市町村、栄養士会、地域ボランティア団体、民間企業などと協力し、対象者に応じた効果的な普及啓発等に取り組みます。
- 県民が地域に親しみながら運動をより身近なものとして習慣化することができるよう、運動による健康への影響や効果について県民に発信するとともに、各地域のウォーキングロードやオリジナル体操についての紹介などに取り組みます。
- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に関する正しい知識を普及するため、飲酒に伴う健康影響は年齢、性別、体質等に応じて異なることを踏まえ、分かりやすく有益な情報を発信します。
- 喫煙による健康への影響に関する正しい知識を普及するため、学校、市町村、医療保険者、医療機関、民間企業・団体等の実施する様々な事業を活用し、多面的に啓発を行います。さらに、世界禁煙デー及び禁煙週間、がん征圧月間などのキャンペーンや成人式など、様々な機会を捉えて啓発活動を実施します。
- 生活習慣病の予防や全身と口腔の関係などについて、県民の歯・口腔保健意識の向上を図るため、市町村、関係団体、企業などと連携して、地域や職場において正しい歯・口腔保健の知識、歯周病と糖尿病や循環器疾患などの関連性やオーラルフレイル予防などに関する知識の普及啓発を図ります。

[特定健診・特定保健指導による予防対策の推進]

- 特定健診の受診や特定保健指導の利用を促すため、県民だより、ラジオ放送、リーフレット等の各種媒体を活用するほか、各保険者による特定健診や特定保健指導の実施率向上の取組について、支援します。
- 国保連合会と連携し、各市町村への研修や保険者指導等を通じて、KDB*の活用を普及し、生活習慣病の未治療者や治療中断者等に対する保健指導の促進を図ります。

b 保健医療及び福祉に係るサービスの提供

[応急処置に関する知識・技術の普及]

- 心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法について一層の普及啓発に努めるとともに、AEDの公共施設への設置を推進し、更にAED設置の必要性を民間事業者に働きかけます。
- 地図情報にAEDの設置場所等（施設名・住所・取付位置・使用可能な日時等）の情報を提供することで、それらの情報をスマートフォン等で簡便に把握し、必要が生じた際にAEDを速やかに確保できるようにします。

〔急性期（搬送）〕

- 心血管疾患の初期症状のうち、一般県民でも判断しやすい項目について普及啓発をすすめます。
- 早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の継続的な見直しを行うなど、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受け入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

〔急性期（治療）〕

- 医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化などを推進し、限られた医療資源であっても、効率的で質の高い心血管疾患に係る急性期医療提供体制の確保に努めます。

〔リハビリテーション〕

- 心臓リハビリテーションが必要な患者が生活状況や自分の状態を記録し、自分の病気に対する理解を深めるほか、心臓リハビリテーションの重要性について啓発活動を進めます。
- 患者の状態に応じて、様々な関係者がそれぞれの立場から心臓リハビリテーションを提供することができるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。

〔維持期（生活期）〕

- 慢性心疾患を有する患者が、自分の病気に対する理解を深め、関係者間で患者の体調状況を共有できるよう、生活状況や自分の状態を記録する重要性について、リーフレット等による啓発を行います。
- 患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携の促進や従事者の増加、質の向上などに取り組みます。
- 患者の状態に応じて、様々な関係者がそれぞれの立場から心臓リハビリテーションを提供することができるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。
- 治療と仕事の両立支援の充実を図るため、自分の病気についての基本的な情報、医療費や公的支援に関する情報、退院後の生活に関する情報などの各患者やその家族が必要としている情報の提供等に努めます。
- 成人期への移行期にある小児期に慢性疾病に罹患した患者に、切れ目なく年齢や状態に応じた適切な医療を提供するため、千葉県移行期医療支援センターを設置し、小児診療科と成人診療科間の連携支援や移行期医療の必要性の理解を深める研修等を実施することにより、移行期医療支援体制の整備を行います。

(エ) 施策の評価指標

〔基盤 (ストラクチャー)〕

| 指 標 名 | 現状 | 目標 |
|----------------------------------|------------------|------------------|
| 救命講習等受講者数 | 7.9万人 (令和3年) | 13万人 (令和8年) |
| 心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通を実施した医療機関数 | 38機関 (令和3年度) | (モニタリング指標*) |
| 大動脈疾患患者に対する手術を実施した医療機関数 | 28機関 (令和3年度) | (モニタリング指標*) |
| 入院心血管疾患リハビリテーションの実施医療機関数 | 37機関 (令和3年度) | (モニタリング指標*) |
| 在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数 | 758箇所 (令和4年度) | 785箇所 (令和8年度) |
| 機能強化型訪問看護ステーション数 | 34箇所 (令和5年度) | 42箇所 (令和8年度) |
| 外来心血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関数 | 20箇所 (令和3年度) | (モニタリング指標*) |

〔過程 (プロセス)〕

| 指 標 名 | 現状 | 目標 |
|---------------------|--|---|
| 20歳以上の者の1日当たりの食塩摂取量 | 男性 10.9g 女性 9.4g (平成27年度) | 男性 7.5g 女性 6.5g (令和11年度) |
| 運動習慣者の割合 | 20～64歳 男性 29.7% 女性 25.7% 65歳以上 男性 43.9% 女性 40.1% (令和元年度) | 20～64歳 男性 増加 女性 増加 65歳以上 男性 増加 女性 増加 (令和11年度) |
| 20歳以上の者の喫煙率 | 男性 21.9% 女性 6.9% (令和3年度) | 男性 12.0% 女性 5.0% (令和11年度) |

| | | |
|-------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 特定健康診査・特定保健指導の実施率 | 健康診査 55.8% 保健指導 22.7% (令和3年度) | 健康診査 増加 保健指導 増加 (令和11年度) |
|-------------------|-------------------------------------|--------------------------------|

| 指 標 名 | 現 状 | 目 標 |
|---|---|--|
| 心血管疾患における搬送困難事例の割合 | 15.0% (令和3年) | 減少 (令和11年) |
| 高血圧の改善 (収縮期血圧の平均値の低下、 内服加療中の者を含む、40歳 以上) | 男性 127.6 mmHg 女性 123.1 mmHg (令和2年度) | 男性 ベースライン値から低下 女性 ベースライン値から低下 (令和11年度) |
| 脂質異常症の減少 (LDL-c 160 mg/dl 以上の者、 内服加療中の者を含む、40歳 以上) | 男性 14.6% 女性 14.5% (令和2年度) | 男性 ベースライン値から減少 女性 ベースライン値から減少 (令和11年度) |
| メタボリックシンドロームの該 当者及び予備軍の減少 | 男性 632,670人 女性 192,522人 (令和3年度) | 男性 減少 女性 減少 (令和11年度) |
| 心筋梗塞に対する来院後90分 以内冠動脈再開通件数 | 1,671件 (令和3年度) | (モニタリング指標*) |
| 大動脈疾患患者に対する手術 件数 | 904件 (令和3年度) | (モニタリング指標*) |
| 入院心血管疾患リハビリテー ションの実施件数 | 129,995件 (令和3年度) | (モニタリング指標*) |
| 入退院支援実施件数 | 148,726件 (令和4年度) | 185,273件 (令和8年度) |
| 外来心血管疾患リハビリテー ションの実施件数 | 11,289件 (令和3年度) | (モニタリング指標*) |
| 受療率(人口10万人対) (心疾患(高血圧性のものを除 く)) | 114 (令和2年) | 減少 (令和11年) |

[成果 (アウトカム)]

| 指 標 名 | 現 状 | 目 標 |
|---------------------------------|-----------------|---------------|
| 心血管疾患に係る現場活動時間 (現場到着～現場出発) | 20.7分 (令和3年) | 短縮 (令和11年) |
| 心血管疾患に係る平均搬送時間 (現場出発～医療機関到着) | 16.5分 (令和3年) | 短縮 (令和11年) |
| 心血管疾患に係る救急活動時間 (救急隊覚知～病院収容) | 46.6分 (令和3年) | 短縮 (令和11年) |

| | | |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 健康寿命の延伸 | 男性72.61年 女性75.71年 (令和元年) | 男性74年 女性76.8年 (令和11年) |
| 心疾患(高血圧性を除く)による年齢調整死亡率 | 男性200.2 女性116.3 (令和2年) | 男性 減少 女性 減少 (令和11年) |
| 在宅等の生活の場に復帰した患者の割合(虚血性心疾患) | 95.2% (令和2年) | 増加 (令和11年) |

※モニタリング指標：ロジックモデルに位置づけ、目標を設定しない指標

心疾患の患者数の推移などを把握し、千葉県循環器病対策推進協議会等の意見を踏まえながら、評価を行う。

（４）糖尿病

（ア）施策の現状・課題

糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は、千葉県においては令和２年には２５万人となっており、平成２６年の１２万２千人から２倍以上に増加しています。

糖尿病疾患による本県の年間死亡者数は、令和４年には９３８人でした。また、人口１０万対の年齢調整死亡率*は平成７年以降減少傾向にありましたが、令和２年は男性１６．５（全国１３．９）で高い順に全国第１１位、女性７．７（全国６．９）で第１６位となり、ともにやや悪化しました。

糖尿病は、特有の細小血管症（細い血管が傷つけられて生じる網膜症、腎症、神経障害等）を引き起こすだけでなく、脳卒中*、急性心筋梗塞*、心不全、悪性腫瘍等、他の疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は様々な合併症により日常生活に支障を来すリスクが高くなります。

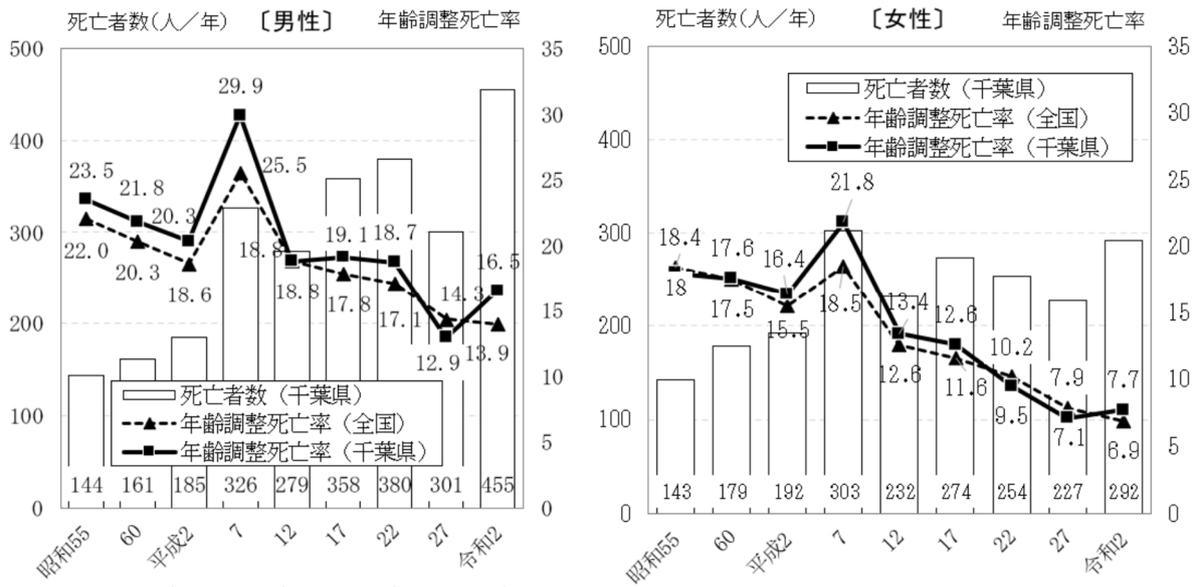
予防・治療には、患者自身による生活習慣の管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科、皮膚科、整形外科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師、助産師、歯科衛生士*、理学療法士*等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となります。

さらに、一人の糖尿病患者においては生涯を通じて治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して治療が実施されることが重要になります。

また、糖尿病は血糖コントロールが不良のまま経過すると、血管が傷害され（慢性）合併症が引き起こされてきます。重篤な合併症として失明に至る網膜症、腎不全により人工透析導入にいたる腎症、神経障害・動脈硬化、易感染*により足の切断に至る壊疽等を引き起こし、本人や家族の生活の質を著しく低下させる恐れがあります。さらに糖尿病患者は、心筋梗塞*、脳梗塞*、がん、認知症、歯周病が発症しやすいことにも注意が必要です。

新規で透析を導入する患者は、（一社）日本透析医学会の調査によると、千葉県においては令和３年１年間で１，９４７人、うち糖尿病性腎症*を原疾患としている者は８０６人で約４１．４％であり、全国の４０．２％よりも上回っています。

図表 5-1-2-4-1 糖尿病による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

〔発症予防・健診・保健指導〕

糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食生活、運動、喫煙、飲酒等であり、発症を予防するためには、適切な食生活、適度な身体活動や運動習慣が重要です。また、不規則な生活習慣等が原因で、糖尿病の発症リスクが高まっている者については、生活習慣の改善により発症を予防することが期待できます。血のつながった家族に糖尿病患者がいる場合も発症リスクが高まることに注意が必要です。

糖尿病のリスクを把握するためや、糖尿病の早期発見・早期治療によって重症化を予防するために、特定健康診査（特定健診）*等の定期的な健診を受診することが必要であるとともに、健診の結果を踏まえ、適切な生活習慣の改善や、必要に応じて専門医療機関を受診することが重要です。その際、我が国の糖尿病患者は非肥満の患者も多いことから、非肥満で特定保健指導*の該当者とならない場合も、血糖値の異常がある場合は医療機関の受診を要することに留意する必要があります。

医療保険者は、特定健診*・特定保健指導*を実施するとともに、医師の判断に基づき、血清クレアチニン*検査（推算糸球体濾過量（eGFR）*）や眼底検査*等の詳細な健診を追加実施するなど、糖尿病やその合併症の早期発見に努める必要があります。また、糖尿病は合併症が進行するまで無症状で経過するため健診結果に応じて医療機関への受診勧奨やそのレベルに応じて、一人一人の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなど、糖尿病の発症予防に努める必要があります。糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善を促進するため、医療保険者と医療機関、又は医療機関同士の連携促進や、対象者の意識向上につながる効果的な受診勧奨などが課題となっています。

医療機関は、地域における糖尿病の予防の取組によって、日頃から糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善が促進されるよう、保健指導等の予防・健康

づくりの取組を行う保健師・管理栄養士や、医療保険者等と連携することが必要です。また、健診後、受診勧奨により対象者が実際に医療機関を受診したかどうかについてフォローを行う等、糖尿病の発症予防と医療の連携に関する取組も重要です。

〔治療・指導〕

2型糖尿病*の治療は、初診後、一般的には、2～3か月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、薬物療法を開始します。

薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、服薬を減量又は中止できることがあるため、医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、理学療法士*や健康運動指導士*等の専門職種が連携して、外来療養指導や外来食事栄養指導を行う等、食生活、運動習慣等に関する指導を継続することが必要です。

高齢者糖尿病に関しては、「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」が作成されたことを踏まえ、年齢、認知機能、身体活動、フレイル*、がんや心不全等の併発疾患、重症低血糖リスク等も考慮して、個別に血糖コントロール目標を設定することが重要です。

かかりつけ医*、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で、他の医療従事者と連携して療養指導を行い、患者の自己管理を支援する人材として、日本糖尿病療養指導士（CDE J）や千葉県独自に（一社）千葉県糖尿病対策推進会議が養成する千葉県糖尿病療養指導士（CDE-Chiba）の活用や、増加する高齢糖尿病患者の在宅医療が課題となります。

〔重症化と合併症の予防〕

人工透析を必要とする糖尿病性腎症*や失明の原因となる糖尿病性網膜症*等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、患者自身が重症化予防の重要性を理解し、治療を継続することが必須です。

初めて糖尿病と診断された患者においても、既に糖尿病性腎症*、糖尿病性網膜症*等を合併していることもあるため、尿アルブミンの測定*を含む尿検査や眼底検査*等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要があります。

糖尿病合併症の重症化を予防するためには、糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病医療に関わる医療スタッフが治療方針やケアについての情報を一元的に共有し糖尿病の専門的医療機関とかかりつけ医*、かかりつけ歯科医*、かかりつけ薬剤師・薬局*や介護スタッフとの連携を基盤とする地域ぐるみの糖尿病地域医療体制の整備を進める必要があります。

健診データやレセプトデータを活用し、医療保険者と医療機関が連携して受診勧奨や保健指導を行う体制を構築して糖尿病性腎症*による人工透析患者を減少させることも重要です。本県では、平成29年8月に医療関係団体、医療保険者、市町村などからなる「千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会」を設置し、効果的な予防対策等の推進を図っています。また、平成29年12月に、千葉県医師会、千葉県糖尿病対策推進会議、千葉県保険者協議会、千葉県糖尿病協会及び千葉県により「千葉

県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定・公表し、この普及を図るとともに、各医療保険者が主治医と連携し、重症化のリスクの高い者に対し、人工透析にならないよう継続的な受診勧奨と保健指導を行う取組を推進しています。

また、令和4年度の調査によると、国の交付金制度である保険者努力支援制度において、糖尿病性腎症*の重症化予防に取り組んでいるのは49市町村となっています。

網膜症を予防・早期発見するためには内科初診時に眼科に紹介する必要があります。

歯周病も糖尿病の合併症の一つです。高血糖が続くと歯周病菌に対する抵抗力が落ちて細菌が増殖し歯周病は極度に悪化するため、歯科への紹介が重要です。

また、慢性合併症の予防の観点から、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導する必要があります。「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づく治療と仕事の両立支援の取組や、正しい知識の普及によるスティグマ*の払拭等により継続的に治療を受けられる環境を整えることも重要です。

〔他疾患で治療中の血糖管理〕

周術期*や化学療法*中、感染症治療中等に適切な血糖管理を行うことは予後の改善につながります。糖尿病を持つ患者が手術を受ける際や、糖尿病患者に限らず血糖値が上昇する可能性のある薬剤を用いた治療を行う際、また感染症等他疾患で入院する際は、血糖値の推移を把握し適切な血糖コントロールを行う必要があります。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

糖尿病の循環型地域医療連携システム*は、県民が身近な地域で質の高い糖尿病医療を受けることができるよう、糖尿病やその合併症の専門的な管理を行う医療機関、かかりつけ医*、在宅療養支援診療所*、かかりつけ歯科医*、在宅療養支援歯科診療所*、かかりつけ薬剤師・薬局*、訪問薬剤管理指導等対応薬局*、訪問看護ステーション*など、糖尿病医療を提供する各機関に加え、居宅介護支援事業所*等の連携により構築します。また、行政、医療保険者による特定健診*、特定保健指導*、後期高齢者健診後の生活習慣の改善指導や糖尿病に関する知識の普及・啓発といった予防対策も含まれます。

かかりつけ医*は、検査により糖尿病が疑われる患者については、病状に応じて、近隣の糖尿病の専門的な管理を行う医療機関を紹介するとともに、治療方針決定後は、専門医やかかりつけ薬剤師・薬局*と連携をとりながら、治療を中断させないよう患者の継続的な治療や指導を行います。

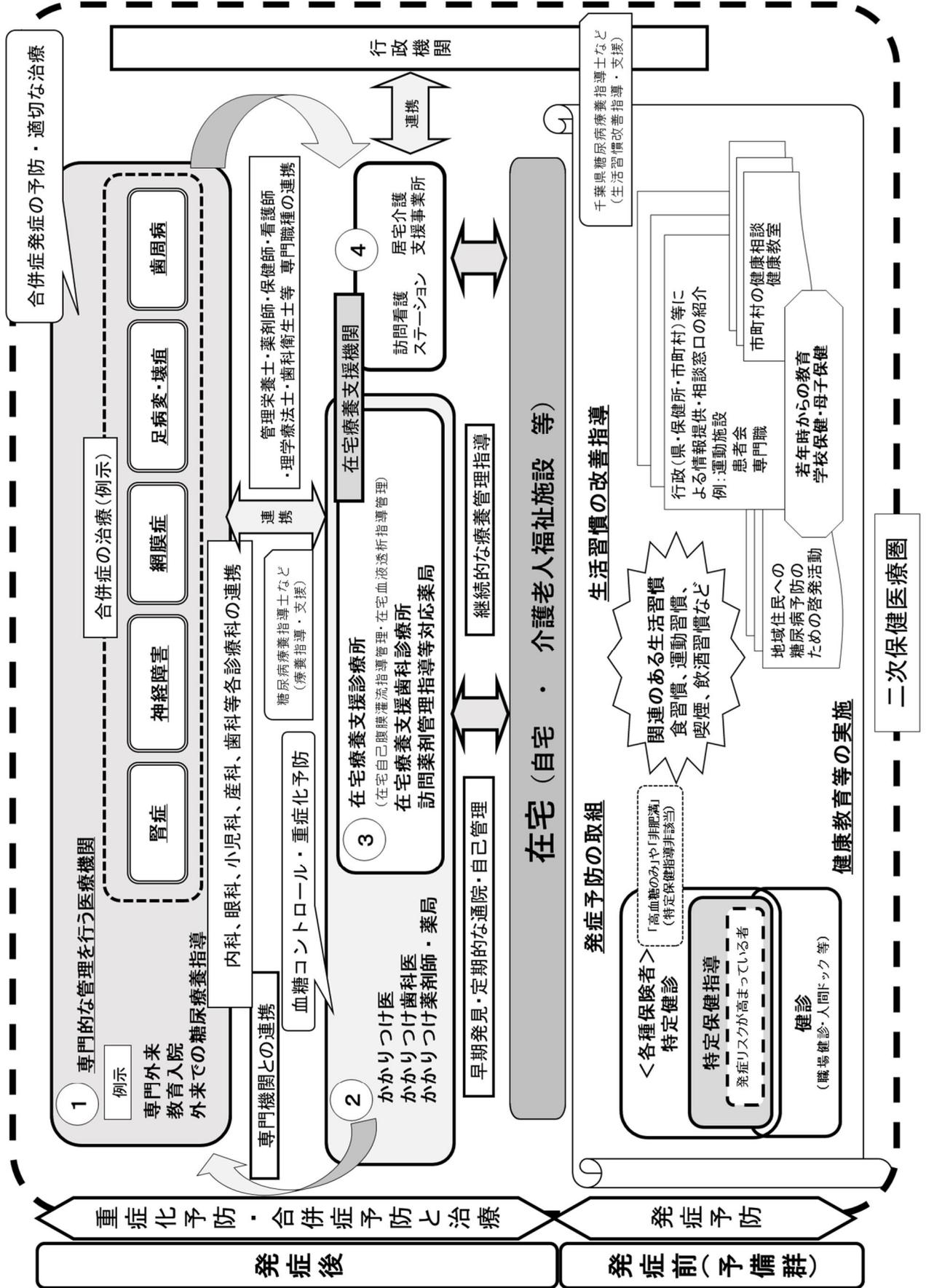
糖尿病の専門的な管理を行う医療機関は、千葉県保健医療計画策定に関する調査の回答を基に位置付けます。当該医療機関については、「糖尿病専門外来」「腎症外来」「糖尿病教育入院」「外来での糖尿病療養指導」の対応状況や、具体的な治療の実施状況について明示します。治療の実施状況については、合併症への対応のため、「腎症」「網膜症」「神経障害」等の治療の実施状況も明示します。

また、地域において在宅療養を支援する在宅療養支援診療所*などのリストを掲載し、地域での連携を進めます。在宅療養支援診療所*については、糖尿病性腎症*に係

る機能として、「在宅自己腹膜灌流指導管理*」、「在宅血液透析指導管理*」への対応状況について明示します。自己腹膜灌流とは自分の腹膜で透析を行う治療法のこと、処方箋に基づき腹膜透析*に用いる医療材料の管理などに関わるかかりつけ薬剤師・薬局*の役割も重要になります。

糖尿病の循環型地域医療連携システム*が円滑に運用されることで、行政、医療保険者と医療機関の連携、及びかかりつけ医*等、糖尿病の専門的な管理を行う医療機関との機能分担と連携が推進され、①早期からの適切な薬物療法の開始、②血糖コントロールの改善による腎症、網膜症を含めた合併症の発症・重症化予防、人工透析導入患者の減少を図ります。

糖尿病の循環型地域医療連携システムのイメージ図



(ウ) 施策の具体的展開

[生活習慣と糖尿病の関係についての周知]

- ・ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と糖尿病の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。
- ・ 糖尿病は、初期段階では自覚症状が乏しく、気づいたときには病状が進行している恐れがあることから、その予防のために、年1回の健診で健康管理を行う必要性を周知します。
- ・ 危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、特定保健指導*において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、指導者に対する研修を実施します。
- ・ 喫煙量の多い者は糖尿病及びその合併症の発症リスクが高いことから、20歳未満の者の喫煙防止、受動喫煙*防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

[特定健診*・特定保健指導*による生活習慣病予防対策の推進]

- ・ 特定健診*・特定保健指導*の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。
- ・ 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診*データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。
- ・ 特定保健指導*の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

[重症化防止に向けた取組の支援]

- ・ 重症化予防の先駆的事例に関する情報提供とともに、糖尿病に係る医療連携について充実を図ります。
- ・ 発症のリスクが高まっている者へのアプローチとして、特定保健指導*において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。
- ・ 「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の周知と保健指導従事者等の資質の向上、医療保険者と医療機関等が連携して受診勧奨や保健指導に取り組む体制整備等を図ります。また、糖尿病重症化予防と治療中断防止のため、千葉県糖尿病対策推進会議と連携し、糖尿病患者への療養指導や支援を行う千葉県糖尿病療養指導士(CDE-Chiba)等の活用を図ります。
- ・ 生活習慣改善を支援する保健と治療を行う医療の間の相談支援、また治療と就労の両立支援に向け職域との協働・連携を図ります。

[他疾患で治療中の患者の血糖管理を適切に実施する体制の整備]

- ・ 千葉県糖尿病対策推進会議と連携し、千葉県糖尿病療養指導士等の活用を図るなどした、糖尿病患者への療養指導や支援を推進します。

- ・ 糖尿病連携手帳や地域医療連携パス*（糖尿病）等を活用した、糖尿病の専門的医療機関、かかりつけ医*等の連携の促進を図ります。

(エ) 施策の評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

| 指 標 名 | 現 状 | 目 標 |
|---|-------------------|-------------------|
| 糖尿病専門外来を有する病院の割合 | 45.6% (令和5年9月) | 増加 (令和11年度) |
| 糖尿病の重症化予防に取り組む市町村数(保険者努力支援制度において当該取組に係る評価指標を達成した市町村数) | 52市町村 (令和5年度) | 54市町村 (令和11年度) |

〔過程（プロセス）〕

| 指 標 名 | 現 状 | 目 標 |
|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| 運動習慣者の割合 | 20～64歳 男性 29.7% 女性 25.7% 65歳以上 男性 43.9% 女性 40.1% (令和元年度) | 増加 (令和11年度) |
| 日常生活における歩数 | 20～64歳 男性 7,253歩 女性 6,821歩 65歳以上 男性 6,023歩 女性 4,815歩 (平成27年度) | ベースライン値 から増加 (令和11年度) |
| メタボリックシンドローム*の該当者及び予備群 | 男性632,670人 女性192,522人 (令和3年度) | 減少 (令和11年度) |
| 20歳以上の者の喫煙率 | 男性 21.9% 女性 6.9% (令和3年度) | 男性 12.0% 女性 5.0% (令和11年度) |
| 特定健康診査*・特定保健指導*の実施率 | 健康診査 55.8% 保健指導 22.7% (令和3年度) | 増加 (令和11年度) |
| 特定健診*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 | (国により2月頃公表予定) | (現状値公表後に設定) |

| | | |
|--|-------------------|-------------------|
| 糖尿病の診療を行う病院における糖尿病連携手帳又は地域医療連携パス*（糖尿病）の使用率 | 36.0% (令和5年9月) | 増加 (令和11年度) |
| 治療継続者の割合 | 88.8% (令和3年度) | 95.0% (令和11年度) |

[成果 (アウトカム)]

| 指 標 名 | 現 状 | 目 標 |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 糖尿病有病者の増加の抑制 | 330,000人 (令和4年度) | 373,700人 (令和10年度) |
| 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） (人口10万人対) | 232.6 (令和3年度) | 213.1 (令和9年度) |
| 糖尿病性腎症*による年間新規透析導入患者数 | 806人 (令和3年末) | 減少 (令和11年度) |
| 糖尿病の年齢調整死亡率*（人口10万人対） | 男性 16.5 女性 7.7 (令和2年) | 男性 13.9 女性 6.9 (令和11年) |

(5) 精神疾患

① 精神疾患（認知症を除く）

ア 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

(ア) 施策の現状・課題

精神疾患は誰でもかかる可能性のある疾患です。近年、社会生活環境の変化等もあって、精神医療の対象となる疾患にかかる人は増えており、入院と通院（自立支援医療（精神通院医療）受給者数）の患者を合わせた精神障害のある人の数は、令和4年度では118,036人で、平成28年度の91,770人に比べて26,266人増加しています。

精神保健福祉に関する相談は、保健所（健康福祉センター）や精神保健福祉センター（県こころセンター）、市町村のほか、中核地域生活支援センター、相談支援事業者などでも応じていますが、精神保健福祉に関する相談窓口の周知や相談支援体制（人員）は十分とは言えず、その充実が求められています。

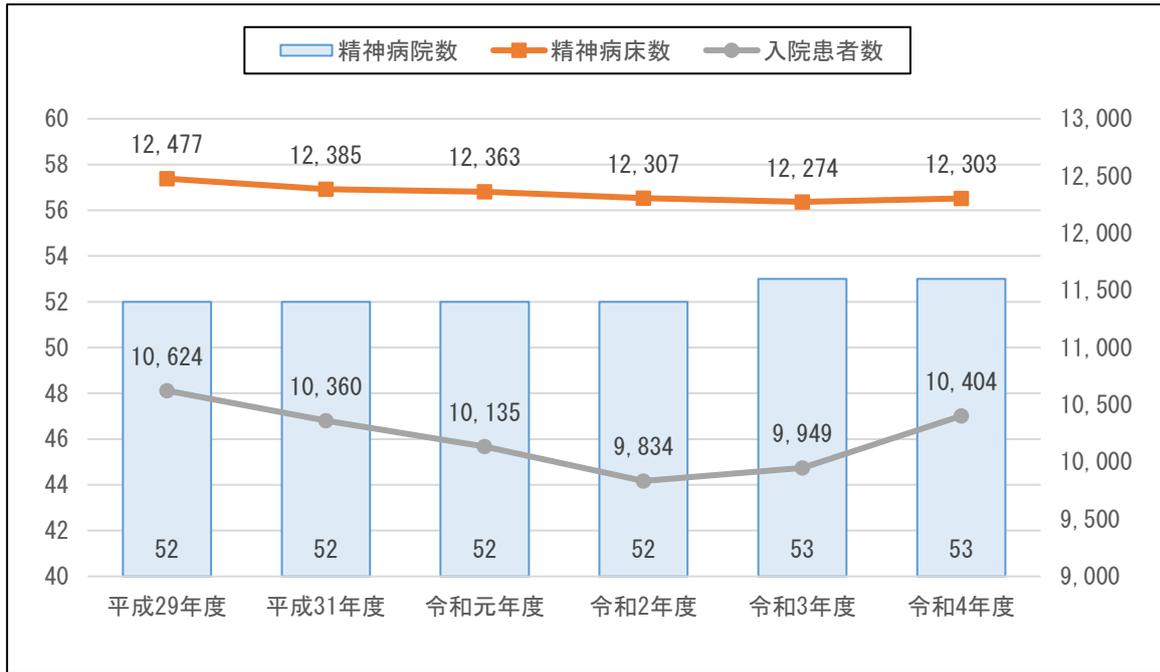
また、精神疾患については、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が重くなって初めて相談や受診に至るという場合が多く見受けられます。近年は、精神科診療所が増え、身近な地域で外来診療を受けやすくなっており、早期に受診しやすい環境となっています。重症化してからでは、回復に時間を要するため、早期に相談や受診ができるような支援体制づくりが必要です。

入院については、発症後間もない患者の多くは短期間で退院していますが、長期入院患者にあっては、高齢化や様々な要因から地域移行に困難を伴う場合が多く、県内精神科病院全体の平均在院日数（認知症含む）は、平成27年度325日、令和3年度311日で、なかなか短縮しない状況にあります。

長期入院患者の退院支援については、従来、病院職員が家族や地域の支援機関と調整して行っていましたが、近年は、障害福祉サービス等が増えたこともあり、相談事業所などの機関や行政が連携して、一人ひとりの患者のニーズに合わせた地域生活を継続していくための支援を行っています。

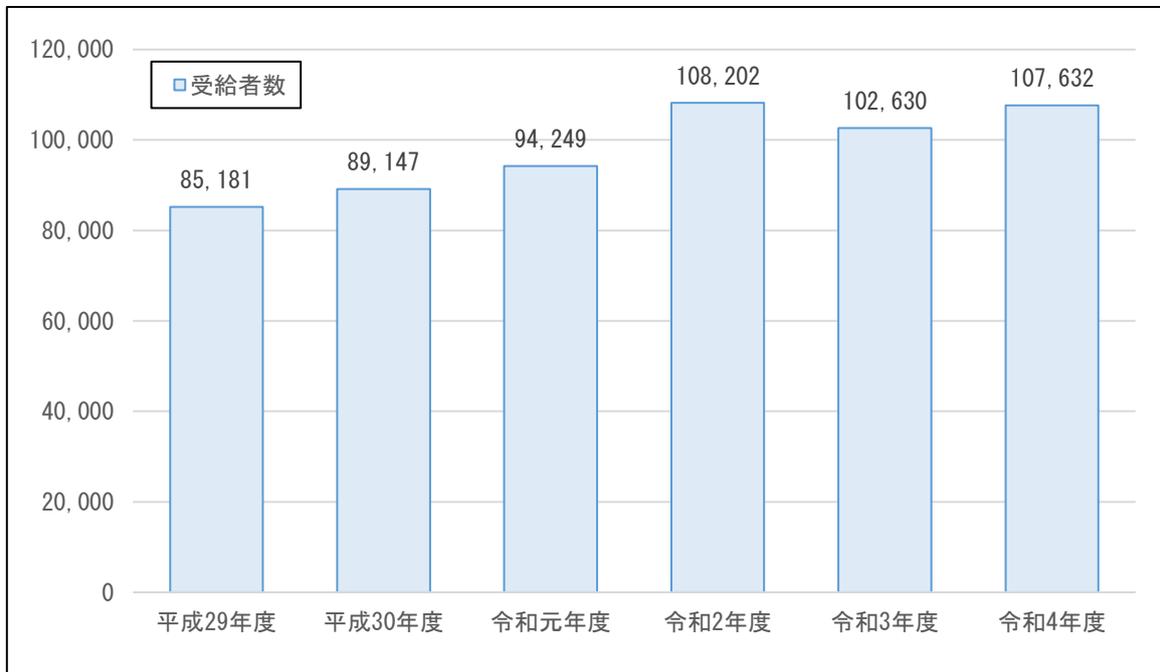
精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、自治体を中心とした地域の関係機関の一体的な取組に加え、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる社会「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進める必要があります。

図表 5-1-2-5-1 精神科病院入院患者数及び病床数等の推移



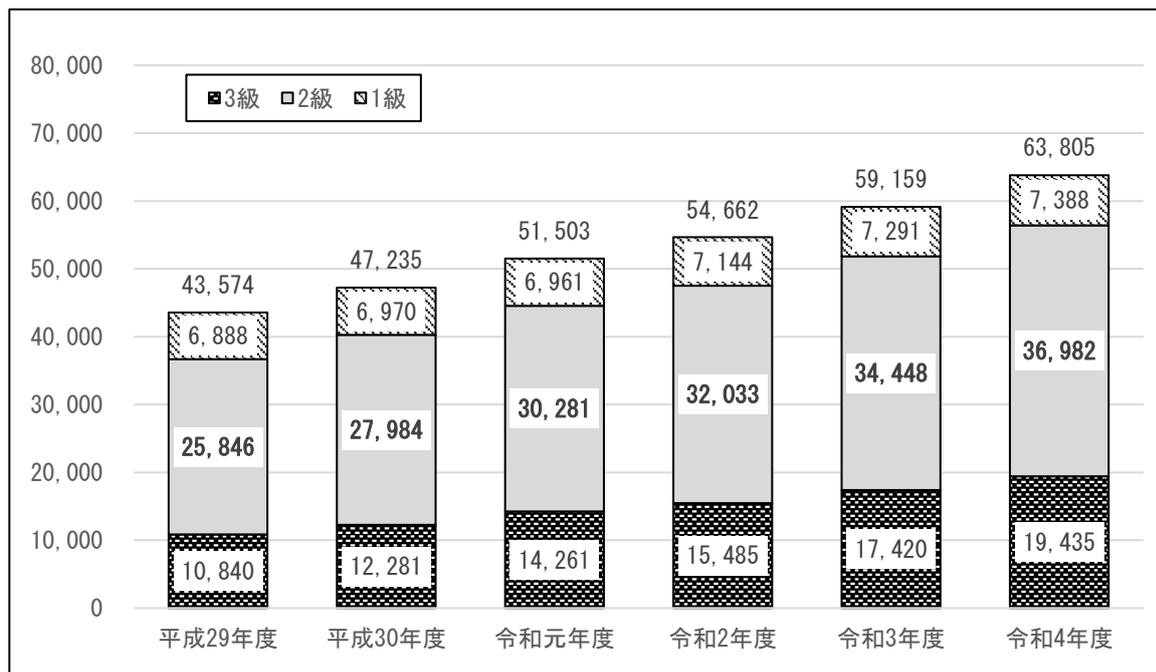
資料：(入院患者数) 厚生労働省精神保健福祉資料 ※各年度 6 月末現在
 (精神病院数及び精神病床数) 千葉県健康福祉部障害者福祉推進課統計 ※各年度 4 月 1 日現在

図表 5-1-2-5-1 自立支援医療（精神通院医療）受給者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 ※各年度末現在

図表 5-1-2-5-3 精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 ※各年度末現在

(イ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めます。

精神障害のある人が地域で生活する上で必要な、障害福祉サービスや身近な生活支援の相談窓口は、主に市町村や基幹相談支援センター、医療や広域的な制度などの相談窓口は、保健所（健康福祉センター）、精神保健福祉センター（県こころセンター）、中核地域生活支援センターなどがあります。他にも、相談の内容によって、相談支援事業所、就労支援機関などもあります。

医療については、地域の精神科病院、精神科診療所、また、内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局、訪問看護ステーションなどの機関が関わります。

かかりつけ医は、日ごろから、健康管理上のアドバイスを行って発病予防に努めたり、患者や家族等からの相談に応じたりします。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、保健所（健康福祉センター）等の保健サービス機関を案内します。保健サービス機関では、身近で適切な精神科を案内したり受診調整を行うなどし、発症から精神科に受診できるまでの期間をできるだけ短縮します。

精神科の医療機関は、早期に診断と治療を開始し、重症化を防ぎます。また、必要に応じて、訪問看護を導入し、日常生活の様子や服薬状況を確認し、医療中断しないよう見守ります。

障害福祉サービス等の生活支援については、市町村が窓口になっています。障害支援区分と本人のニーズに沿って、相談支援事業所やケアマネージャー等と必要なサービスの種類や量などの支援計画を立てていきます。

自宅で生活しながら日中活動を行うための支援では、ホームヘルプなどの訪問・生活支援や、生活リズムを整え人と交流するための地域活動（通所）支援、就労支援などがあります。グループホームへの入所など居住系のサービスもあります。

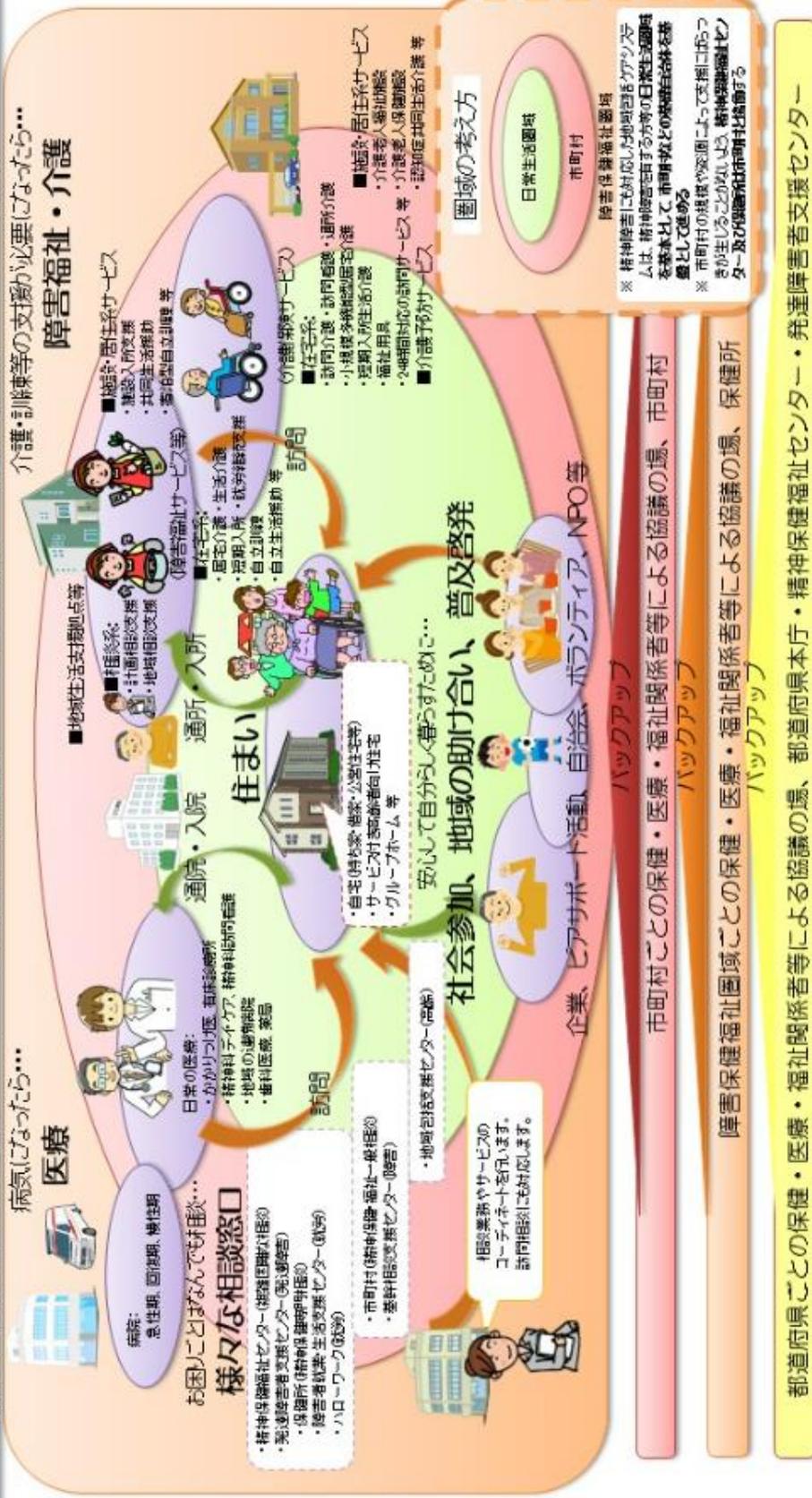
その他、制度によらないサービスや支援を行っている機関や、地域・企業などの協力を得るなど、そのような人たちを増やし、精神障害のある人が地域で安心して、その人らしく暮らせるよう、行政や関係機関が連携して、地域生活や社会生活を支えます。

なお、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の「医療」部分を詳細に説明したものが、後述するイの「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」になります。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

○ 精神障害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・障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労など)、地域の助け合い、普及啓発(教育など)が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があります。同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。

○ このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



出典：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課

(ウ) 施策の具体的展開

[相談支援窓口の周知と機能の充実]

- 県民への精神疾患に関する正しい知識の普及に取り組むため、精神保健福祉センター（県こころセンター）、保健所（健康福祉センター）では、メンタルヘルスの保持・増進について、継続して普及啓発を行います。また、精神疾患の発症年齢を考慮して、教育機関と医療機関、相談支援機関等との連携を推進します。さらに、相談窓口の一層の周知を図ります。また、市町村における相談支援機能の充実を図るために、相談支援に携わる専門職員に対する研修の拡充を図るとともに、市町村職員とともに相談やアウトリーチを行い、技術指導・支援を推進します。

[発症から精神科受診までの時間の短縮化]

- 日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握している内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局が、患者や家族等からの相談に応じることができるよう、精神疾患に関する研修を開催するなど人材育成を図ります。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、保健所（健康福祉センター）等の保健サービス機関の案内ができる連携体制を整備します。

[早期退院への支援]

- 入院患者の地域生活への移行を促進するため、精神科病院と市町村や地域移行支援事業所などの連携の強化を推進します。また、各障害保健福祉圏域*において、精神障害者地域移行支援協議会を開催し、医療機関及び地域の支援機関等が相互の取り組みや地域移行への理解、地域移行を進める上での課題等について協議し、緊密な連携体制の構築を図ります。
- 病院職員による退院に向けた取り組みを推進するため、長期入院していた患者が実際に地域で生活している様子などについての研修等を行い、地域移行に関する具体的なイメージと関心を持ってもらうようにします。また、市町村や地域の支援機関に対して、精神障害のある人の特性を理解した地域生活支援ができる人材育成研修を行います。
- 地域移行に向けた独自の取組、地域との連携、退院に向けた会議への関係者の参加や退院後の訪問等を行うなど、精神障害者地域移行支援に積極的に取り組む精神科病院を「地域移行・定着協力病院」として認定するとともに、認定病院の増加に向けて取り組みます。
- 居住地から離れた精神科病院に入院している患者を住み慣れた地域に帰すため、入院先精神科病院、入院先の地域の支援機関、退院先の地域の精神科病院、市町村、支援機関の連携体制を整備します。

[地域生活の継続のための支援]

- 地域移行に必要な居住の場を確保するために、障害のある人向けの公共賃貸住宅の供給の推進や、障害のある人に対する優先入居、単身入居を可能とする取り組み

を進めます。民間賃貸住宅への入居に関しては、不動産業者等に対して障害に対する理解を求め、必要な際に連絡・対応を行いながら信頼関係を築くなどして社会資源の拡充に努めます。共同生活住居については、グループホームの整備やグループホーム支援ワーカーを配置し、円滑な入所ができるよう、引き続き取り組みます。併せて、地域における相談支援関係機関等によるネットワークづくりの促進、当事者会や家族会の活動への支援、ピアサポーター*の養成や活用などに取り組みます。

- 障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、個別支援に関する協議や事例検討、情報交換等を行いながら、精神障害のある人が地域で安定した生活を送れるよう支援する地域の機関の連携を強化していき、圏域における地域包括ケアシステムの構築を目指します。

イ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

(ア) 施策の現状・課題

精神障害のある人の社会参加及び自立を促進して社会貢献できるよう、一人一人の障害特性その他の心身の状態に応じた良質かつ適切な医療の提供を確保することが必要です。

これを踏まえ、入院医療中心の精神医療から精神障害のある人の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向けて、統合失調症、気分（感情）障害、依存症などの多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担や連携体制の構築が必要です。

〔統合失調症〕

統合失調症は、実際にはないものが感覚として感じられる幻覚（誰もいないのに人の声が聞こえてくる幻聴など）や、明らかに誤ったことを信じてしまう訂正不能な妄想が代表的な症状です。およそ100人に1人がかかる身近な病気ですが、自分では病気を自覚しにくいことも特徴の一つです。

令和2年6月30日時点で、統合失調症の入院患者は、6,523人であり、精神科の全入院患者の約61%を占めています。「精神及び行動の障害」で入院している人の平均在院日数は368日ですが、そのうちの「統合失調症圏」では695日と長くなっています。入院の長期化や入院患者が高齢になると、地域生活への移行や社会活動への参加等の支援に時間を要することから、入院の長期化を防ぐことが課題です。

〔気分（感情）障害〕

うつ病は、内因性の要因やストレスなどの環境要因から憂うつで無気力な状態が長く続く病気です。双極性障害（躁うつ病）は、気分が異常かつ持続的に高揚し、ほとんど眠らずに動き回ったりしゃべり続けたりするなどの躁状態とうつ状態を繰り返す病気です。躁・うついずれの症状に対しても薬物療法が有効なため、早期に受診して治療を継続することと、社会復帰のためのプログラムや支援が必要です。

気分（感情）障害の早期発見と早期受診のためには、メンタルヘルスに関する啓発などが必要です。

〔依存症〕

依存症は、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症など、様々な依存症があります。適切な治療と支援により回復が十分に可能な疾患である一方、病気に対する本人の否認が強いため、なかなか治療に結びつかない傾向にあります。

〔高次脳機能障害〕

高次脳機能障害は、病気や事故などの後遺症により、注意障害や記憶障害が生じ、これまでできていた日常生活上のことができない、感情の抑制が効かないなど、生活や社会参加に支障が生じますが、外見ではわかりにくいいため、周囲の人からは理解されにくい障害です。

高次脳機能障害及びその関連障害に関する支援については、4か所の支援拠点機関を設置し、専門的な相談支援、機能回復等のための訓練、関係機関とのネットワーク化を図っていますが、そのさらなる充実が課題となっています。また、高次脳機能障害の診断・治療（精神科領域の治療も含む）を行える医療機関は少ないため、高次脳機能障害のある人が身近な地域で必要な治療や支援を受けられるようにすることが必要です。

〔摂食障害〕

摂食障害は、拒食や過食の極端な食行動の異常と、体重に関する過度のこだわりを持つ病気で、若い女性に多い病気です。身体合併症やうつ病などの精神疾患を併発しやすく、致死率も高い疾患です。しかし、患者自身や周囲の者が病気と捉えていなかったり、患者が受診の必要性を感じず、重症化してからようやく受診に至ることがあります。また、身体・精神の両面から専門的な対応ができる医師や医療機関が少ないのが現状です。

〔児童・思春期精神疾患〕

児童・思春期は、身体的・心理的成長過程にある不安定な時期です。特に思春期は、統合失調症やうつ病、様々な神経症性障害の好発年齢であり、専門的な判断が重要になりますが、児童・思春期精神疾患に専門的に対応している医療機関は限られています。

〔発達障害〕

発達障害は、自閉症、アスペルガー症候群、多動性障害（ADHD）、学習障害、チック障害などがあります。生まれつき脳の一部の機能に障害があるために興味や行動の偏り、こだわりやコミュニケーションの障害、不注意など、それぞれの症状が現れます。

県では、発達障害者支援センターを2カ所設置して相談等に応じるとともに、平成29年には、発達障害の支援（診療等を含む。）に関する情報の共有や緊密な連携、体制整備等について検討する発達障害者支援地域協議会を設置しています。

増加している相談に対して、支援を行う人材や機関はまだ不足している状態であり、発達障害に関する知識を有する人材の養成と確保等が必要です。また、学習の遅れや行動の異常などから発達障害が疑われる児童などに対して、早期に適切な治療や支援につなげるため、教育機関と医療機関、相談支援機関との連携が必要です。

〔てんかん〕

てんかんは、意識障害やけいれんなどのてんかん発作を繰り返して起こす病気です。原因や症状は様々で、乳幼児から高齢者までどの年齢層でも発症する可能性があります。

てんかんは、多くの場合、薬の服用などによって発作を抑えることが可能なため、治療を継続することで生活上の支障を除くことができますが、一部発作が抑えられな

いなどの難治性の患者がいます。

てんかんの治療を専門的に行う「千葉県てんかん支援拠点病院」*を指定したところですが、身近な地域で相談や治療が受けられる体制をつくる必要があります。

〔精神科救急〕

県では、精神症状の急激な悪化などの緊急時に適切な精神科医療を受けられるよう、「千葉県精神科救急医療システム」*を実施・運営しており、基幹病院を設置するとともに、輪番病院を指定し空床を確保しています。精神科救急情報センター*では、夜間・休日における精神科医療機関への受診相談を受け、必要に応じて、基幹病院や輪番病院への受診調整を行っています。

〔身体合併症〕

身体と精神の両疾患を有していて入院が必要な場合、身体疾患を診る科と精神科のどちらで入院を受け入れるかで入院先がなかなか決まらない場合が少なくありません。また、新型コロナウイルス感染症等の新興感染症を含む身体疾患と精神疾患を併発する患者に対応できる総合病院精神科の重要性は増しています。このようなことを踏まえて「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」を整備し、協力病院の拡充に努めています。

〔自殺対策〕

全国の自殺者数は、平成10年から3万人前後で推移してきましたが、平成22年からは3万人を上回ることなく、令和4年には2万1,252人となりました。本県でも1,300人前後を推移していたものが令和4年には1,021人と減少したものの、依然として高い水準にあります。

自殺対策は、千葉県自殺対策推進計画に基づき、保健・教育・労働など総合的に取り組む必要があります。

〔災害精神医療〕

災害時精神医療は、東日本大震災以降、発災直後から被災地に入って精神科医療活動を行う災害派遣精神医療チーム（以下「DPAT」という。）の体制整備が進められ、本県では、平成27年度からDPAT養成研修を開催し、令和4年度からは隊員のスキルアップのための技能維持研修も開催しています。また、厚生労働省が主催する研修や大規模地震時医療活動訓練（内閣府主催）等の実践訓練にも参加しています。

災害時に備え、それらの研修開催や訓練参加を継続していくことが重要です。

(イ) 循環型地域医療連携システムの構築

精神疾患の循環型地域医療連携システム(多様な精神疾患等に対応できる医療連携システム)は、県民が身近な地域で、質の高い精神科医療を受けることができるよう、かかりつけ医、精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科、一般の医療機関、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所などによる連携により構築します。また、市町村や保健所(健康福祉センター)、精神保健福祉センター(県こころセンター)、学校保健、産業保健などによる、精神保健相談の窓口の周知や精神保健福祉に関する知識の普及などの予防対策も含まれます。

内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局等は、日頃から患者の体質、病歴や健康状態を把握し、診療のほかに健康管理上のアドバイスなども行うことから、精神疾患を早期に発見し、精神科医の紹介や、初期治療などを行います。精神科のかかりつけ医は、患者の病状に応じて適切な治療を行います。

精神科救急医療体制においては、休日及び夜間を含めて、精神症状の急変などにより、早急に適切な医療を必要とする患者等の相談に応じ、適切な医療サービスを提供します。なお、精神科救急医療機関は、全て全県(複数圏域)対応型連携拠点病院と位置付けています。

精神科病院等は、精神疾患の状態に応じて、薬物療法を中心として、精神療法、作業療法、精神科デイ・ケアなどのリハビリテーションプログラム・家族教育などを適宜行い、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供します。

社会復帰に向けては、訪問看護ステーションや訪問薬剤管理指導等対応薬局、精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等といった多職種チームによるアウトリーチ(訪問支援)の提供により、地域生活や社会生活を支えます。

また、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所等は、精神科医療機関などとの連携により、精神障害のある人の地域生活持続のための支援や復職・就労支援を行います。

精神科を有する総合病院や、一般の医療機関の内科医等と精神科病院や精神科診療所の精神科医師が連携を図ることにより、生活習慣病などの身体疾患を合併している精神疾患患者についての治療を行います。

救命救急センターや一般の救急医療機関においては、精神科リエゾンチーム*により、自殺未遂者の診療を行うことを促進します。

地域精神科医療機関(病院・診療所)は、精神科のかかりつけ医として、患者の病状に応じて適切な治療を行うとともに、患者の地域生活を支えるため地域の機関と連携を図ります。

地域連携拠点医療機関は、かかりつけ医の役割に加えて、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保します。

また、二次保健医療圏内の病院・診療所間等の連携を推進し、情報収集発信や人材育成に取り組み、地域の拠点としての機能を果たします。さらに、地域精神科医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

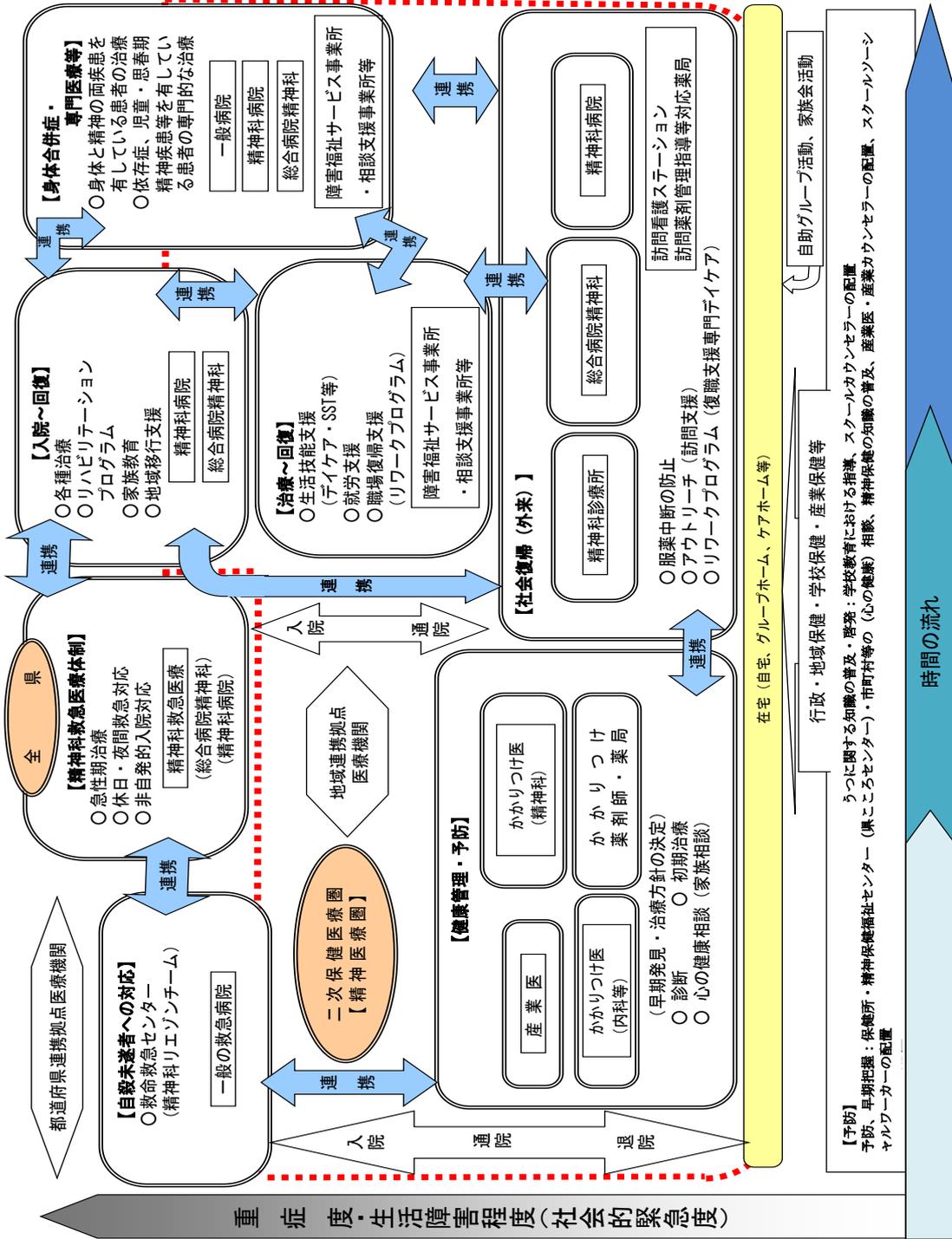
都道府県連携拠点医療機関は、県内の病院間等の連携を推進し、情報収集発信や人材育成を行うとともに、地域連携拠点医療機関の支援を行い県の拠点としての機能を果たします。さらに、地域連携拠点医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行います。

精神保健福祉センター（県こころセンター）は、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携を円滑に実施するため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助を行います。

県は、多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努めます。また、圏域ごとの医療連携状況や圏域間の連携状況の把握に努めます。

循環型地域医療連携システムのイメージ図（多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制）



(ウ) 施策の具体的展開

- 統合失調症、気分（感情）障害、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にした上で、精神医療圏域内の医療連携による支援体制の構築を目指します。
- 精神医療圏は、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担と医療連携を推進するための単位として設定するもので、二次医療圏に一致するように設定します。

〔統合失調症〕

- 難治性統合失調症を有する患者に対しては、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的治療により地域生活へ移行する患者が増えていることから、精神科病院と血液内科等を有する医療機関とのネットワークを構築し、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用の普及を進めます。それにより、長期入院患者の地域移行の進展と平均在院日数の短縮化を図ります。

〔気分（感情）障害〕

- 本人や周囲の者がうつ症状に早い段階で気づくことができるよう、メンタルヘルスに関する知識の普及啓発を行います。また、気軽に相談できる窓口についても併せて周知します。普及啓発は、広く県民に対して、パンフレット等の配布や講演会を開催します。また、学校や職場などに対しても同様に啓発を行い、教育・労働関係機関とも連携して、不適応やいじめなどによる孤立化防止やワークライフバランスの改善などに取り組みます。
- うつ病等からの回復のためには、認知行動療法*やリワーク・プログラム（復職支援専門デイケア）*の実施などにより対応できる医療機関を明確にします。うつ病等による休職者に対しては、円滑な職場復帰等が行われるよう、精神科等のかかりつけ医と産業医*等の産業保健スタッフとの連携の強化に取り組んでいきます。

〔依存症〕

- 依存症については、精神保健福祉センター（県こころセンター）において、薬物依存症に関する治療・回復プログラム、ギャンブル等依存症に関する専門相談を継続して行います。また、依存症者に対する支援を行う人材を養成するために、市町村や相談機関等の職員を対象とした研修を実施します。そのほか、家族向けの講演会等を開催する等依存症対策を推進していきます。
- アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症患者が適切な医療を受けられるようにするため、県内に所在地を有する保険医療機関の中から、依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関を選定し、依存症治療の均てん化並びに関係機関とのネットワーク化を図り、地域における依存症の医療提供体制の整備に努めます。