

# 第 2 編

## 各 論

# 1 第1章 質の高い保健医療提供体制の構築

## 2 第1節 循環型地域医療連携システムの構築

### 3 1 循環型地域医療連携システムの構築について（総論）

#### 4 （1）循環型地域医療連携システムの基本的な考え方

##### 5 ア 循環型地域医療連携システムとは

6 国の定める医療計画作成指針では、医療計画の記載事項として、「がん」「脳卒中」  
7 「心筋梗塞等の心血管疾患」「糖尿病」「精神疾患」の5疾病、及び「救急医療」「災害  
8 時における医療」「へき地の医療」「周産期医療」「小児医療（小児救急医療を含む）」  
9 の5事業（以下、「5疾病5事業」という。）に係る医療連携体制について、患者や住  
10 民にわかりやすいように記載することとされています。（なお、「へき地の医療」につ  
11 いては、その確保が必要な場合に限ることとされていることから、千葉県においては  
12 記載する必要はありません。）

13 また、課題や数値目標、目標を達成するために必要な施策、各医療機能を担う医療  
14 機関等の名称などを記載するとともに、医療機関の連携に留意して記載することとさ  
15 れています。

16

17 これらを踏まえ、県では平成20年度に、患者を中心として、急性期\*から回復期ま  
18 での治療を担う地域の医療機関の役割分担と連携、更には健康づくり・介護サービス  
19 等と連動する体制として、「循環型地域医療連携システム」を構築しました。

20 本計画においても、循環型地域医療連携システムを一層推進し、医療提供体制の強  
21 化・充実を目指すとともに、効率的で質の高い医療提供体制の構築を図ります。

22 併せて、地域医療の機能分化と連携を進めることで、地域医療構想の達成に向けて  
23 取り組んでいきます。

24

##### 25 イ 循環型地域医療連携システムの効果

###### 26 効果的・効率的な医療の提供

27 医療機関がそれぞれの役割分担に基づいて機能を発揮しながら地域全体でネット  
28 ワークを構成することで、患者それぞれの状態や病期に応じた適切な医療を提供する  
29 ことができるとともに、大病院等への患者の集中や病院の疲弊を防止することにもつ  
30 ながります。このため、地域の限りある医療資源を効果的に活用しながら、患者に  
31 にとって最も効果的な医療を提供する体制を地域で構築することができます。

32 循環型地域医療連携システムが機能することによって、急性期の治療を終え、回復  
33 期、地域生活期\*に至った際には、専門医療機関やかかりつけ医での定期的な診察時の

1 情報が、相互に共有されることが期待されます。こうした情報は、急性増悪や合併症  
2 の早期発見、効果的な治療につながり、より治療効果が高まると考えられます。

3 患者にとっては、循環型地域医療連携システムにより適切な医療機関の選択を可能  
4 とするとともに、生活の質を確保したまま地域生活期への移行を実現することができます。  
5 ます。

6

7 医療資源の適正な配置

8 循環型地域医療連携システムにより複数の医療機関が協力して、効果的な医療提供  
9 体制を整備することにより、結果として患者にとって症状に応じた適切な医療機関が  
10 選択しやすくなるとともに、医療機関にとっても役割分担が明確になり、地域全体で  
11 より効率的な医療の展開が可能となります。

12

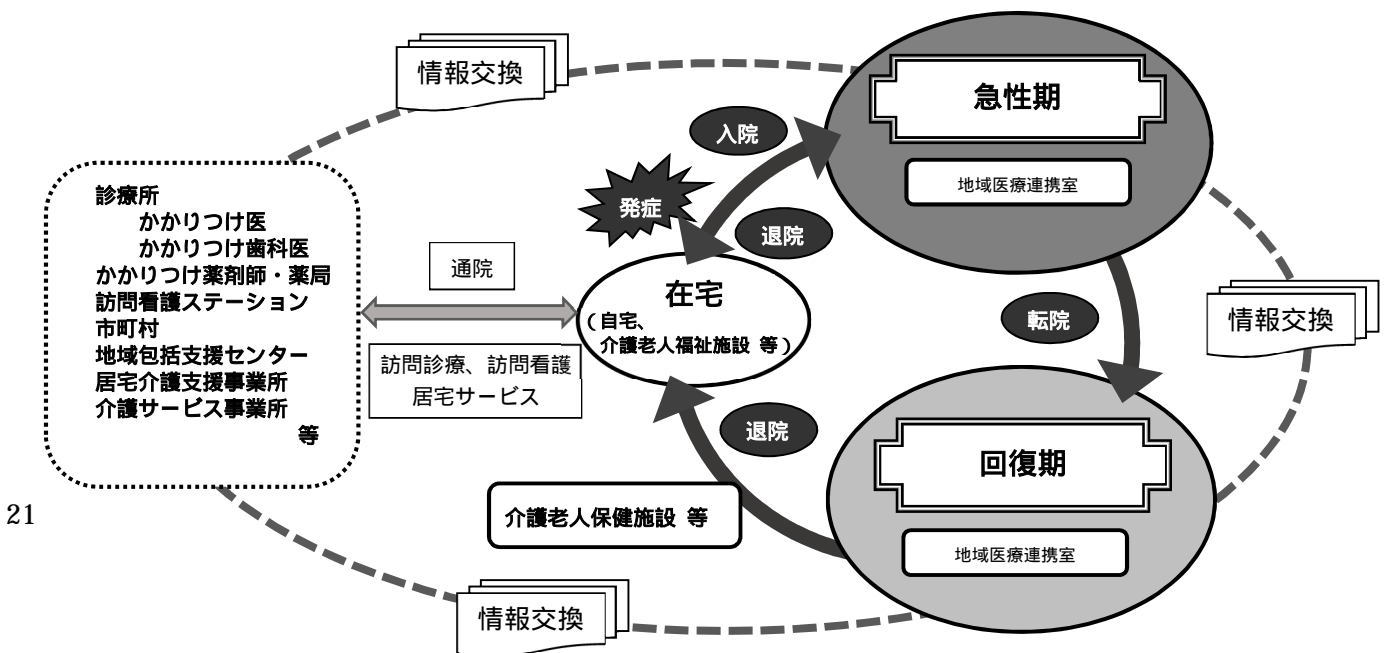
13 医療費の適正化

14 循環型地域医療連携システムにより、医療機関相互にネットワークを構築し、患者  
15 に関する情報を共有しながら効果的かつ効率的な医療を提供する体制を整備すること  
16 で、地域における医療資源の重複配置が防止できるとともに、医療資源の浪費が避  
17 けられます。

18

19 図表 2-1-1-1-1-1 循環型地域医療連携システムイメージ図

20



21

## 1 (2) 循環型地域医療連携システムの推進に向けた取組

2 循環型地域医療連携システムを充実・強化するためには、急性期の治療を終了した  
3 患者の回復期を担当する医療機関への円滑な紹介や、病院から自宅や施設などに移行  
4 した後、必要な在宅医療や介護サービスが切れ目なく受けられるよう、役割分担の明  
5 確化だけではなく、医療機関と医療機関、又は医療機関と介護サービス事業者との連  
6 携を進める必要があります。

7

### 8 ア 現状及び課題

9 地域の限りある医療資源を無駄なく効率的に活用し、効果的な医療提供体制を構築  
10 するためには、各二次保健医療圏内の診療所や病院等の医療機関の具体的な役割分担  
11 を明確化することにより、患者を中心に於いて、急性期、回復期等の段階に応じた医  
12 療連携システムを構築し、患者の疾病の段階に応じて最も適切な医療資源を利用する  
13 ことができる流れを構築することが大変重要です。

14 県民が身近な地域においてかかりつけ医を持ち、それぞれの医療機関の役割に応じ  
15 て、必要な医療を受け、健康に暮らしていくことが望ましいですが、現状では地域の  
16 かかりつけ医で対応可能な患者が、高度医療を提供する病院を受診する例も見られま  
17 す。

18 また、医療機関は患者の状態に応じて、必要な機能を持った医療機関への転院や、  
19 本人の希望も踏まえた自宅等における在宅医療の提供、介護サービスの利用の検討な  
20 ども必要になります。

21 切れ目のない医療・介護サービスを県民に提供するためには、医療と介護の連携の  
22 推進や、医療機関等の役割分担を明確化するとともに、県民に対して医療機関の役割  
23 に応じて受診することの意義を、わかりやすく啓発することが重要です。

24

25 県内医療機関が自らの情報を表示している「ちば医療ナビ」によると、「地域の保  
26 健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口(地域医療連  
27 携室等)を設置している病院」の割合は78.4%(平成29年9月現在)となっ  
28 ています。

29 平成21年千葉県医療実態調査では、地域医療連携室等の設置状況は、全県でおよ  
30 そ半数であり、地域連携が進んできていると思われま。

31 今後も、地域のかかりつけ医を中心として、病院と診療所が連携しながら、切れ目  
32 のない医療提供を推進する必要があります。

33

### 34 イ 連携システム構築の考え方

35 前計画の策定に当たっては、超高齢社会に向けた連携体制の強化を主眼として、  
36 急性期と回復期など「病院同士の役割分担」、退院後の地域生活を担当するかかり  
37 つけ医との「病診連携の充実」、入院(病院)、外来(病院・診療所)に続く第3  
38 の医療として在宅医療を充実する「退院後の地域の受け皿の充実」、制度間の縦割

1 りの排除をし「医療と介護・福祉分野との連携」を中心に進めたところでは、

2 平成28年3月に策定した地域医療構想では、更に進展していく高齢化を踏まえ、  
3 医療・介護ニーズの増大を見据え、それに対応できる地域の医療提供体制の構築を目  
4 指しています。

5 前計画の考え方を引継ぎ、医療機能の分化（役割分担）と連携の推進、また、介護  
6 との連携の推進に取り組んでいきます。

7

## 8 ウ 連携イメージ図と医療機関一覧

9 連携体制を構築するためには、圏域ごとに急性期病院・回復期病院の一覧表を表示  
10 するだけでは役割分担につながりません。そこで、千葉県では、医療圏ごとに、5疾  
11 病と4事業において、必要とされる医療機能を整理・分類し、役割分担を明確にする  
12 とともに、連携の流れを具体的に示した連携イメージ図と、連携イメージ図に対応し  
13 た医療機関一覧を明示しています。なお、医療機関一覧の作成にあたっては、各医療  
14 機関からの申出内容を一覧に反映する、いわゆる手挙げ方式を採用しています。

15 「循環型地域医療連携システム」は原則として二次保健医療圏内で完結することを  
16 目指すものですが、各疾病等の高度な医療等について、全県下1箇所または数箇所程  
17 度の配置で対応可能な医療機能を担う病院を、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院  
18 として位置付けています。

19 全県（複数圏域）対応型連携拠点病院については、「総合周産期母子医療センター  
20 \*」等、各種の指定基準等により全県的な対応を行う医療機関として既に指定されてい  
21 る病院に加え、特定機能病院\*、県立病院、国立病院（国立病院機構\*、独立行政  
22 法人を含む）脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患については救命救急センター\*に、  
23 救急医療についてはドクターヘリ\*配置医療機関に、それぞれに対応可能な医療機能  
24 について確認し、その医療機関名を掲載しました。

25 精神病床は二次保健医療圏ごとではなく全県域で基準病床数を定めて整備してい  
26 るため、「精神疾患（認知症を除く）」の循環型地域医療連携システムに対応した医療  
27 機能を持つ医療機関のうち、入院機能を持つ医療機関については、全県域の医療機関  
28 名を掲載しました。

29

## 30 エ 地域医療連携パスの活用

31 図表2-1-1-1-1-1 循環型地域医療連携システムイメージ図で示したとおり、急性  
32 期から回復期を経て在宅（かかりつけ医）までを連結し、医療現場で連携を実行する  
33 ためには、関係者間の情報共有が重要です。そのツールのひとつとして、また、治療  
34 方針、治療内容、達成目標などを明示する治療計画として、連携する複数の医療機関  
35 が患者とともに情報共有しようとするものが「地域医療連携パス」です。パスを活用  
36 した連携が深まることで、相互に顔の見える信頼関係の構築が進みます。

37 患者にとっては、かかりつけ医からも急性期病院の専門医と同じ医療を受けられる  
38 とともに、かかりつけ医に紹介された後も必要に応じて中核病院に受診でき、二つの  
39 医療チームの対応が受けられるというメリットがあります。

1 かかりつけ医（地域の診療所）にとっては、病院からの逆紹介患者の増加につなが  
2 るとともに、病院との強力な連携関係が連携パスによって明示されることで、患者か  
3 らの信頼度が向上することが期待されます。

4 なお、県では、平成20年4月の保健医療計画の一部見直しに併せ、平成21年4  
5 月に千葉県共用地域医療連携パス（以下「千葉県共用パス」）を作成し、その普及に  
6 取り組んできました。

7 千葉県共用パスの使用状況（全病院に占める割合）は、平成29年6月に実施した  
8 千葉県医療機能調査では、脳卒中は26.8%、がんについては一番多く使われてい  
9 る大腸がんで、19.7%です。平成25年度に実施した調査の結果を比較すると、  
10 若干の増加がみられます。

11 また、調査では、千葉県共用パス以外の連携パス等の使用状況も調べたところ、診  
12 療報酬の対象となるパスについて、使用の割合が高くなっています。疾病によりパス  
13 の使用状況が異なることは、疾病の特性による連携のあり方や頻度などが影響してい  
14 ると考えられます。

15 一方、連携パス以外の情報共有のツールとしては、患者自身が管理する「糖尿病連  
16 携手帳」や、医療と介護の情報共有ツールである「地域生活連携シート」などがあり、  
17 疾病の特性や地域の実情に応じて、活用が進んでいます。

18 千葉県共用パスについては、既に一定程度の普及が図られていると思われます。

19 今後は地域医療連携パスや、その他の情報共有ツールを活用した地域連携の取組を  
20 支援していくことが重要です。

## 21 **オ 「地域生活連携シート」の活用**

23 退院後の療養生活や介護までを含め、医療関係者だけでなく多くの介護・福祉関係  
24 者がチームとしてかかわるなど、医療と介護・福祉の連携をさらに強化する仕組みが  
25 必要です。

26 本県では、医療と介護・地域生活期の連携を図る「地域生活連携シート」を作成し、  
27 平成22年4月から全県的普及に向け取り組んでおり、平成28年度に、より使いや  
28 すいシートなるよう、様式を改定したところです。

29 このシートは、医療機関から地域生活に移行する際に、地域生活を支える介護職員  
30 との情報共有をはかる目的で千葉県共用脳卒中パスの中の介護シートとしても利用  
31 されており、今後一層の普及を図っていく必要があります。

1  
2

図表 2-1-1-1-1-3 平成 28 年度の千葉県地域生活連携シートの作成・受け取りの経験

	病院	診療所
作成した経験・受け取った経験の両方ある	11.6%	1.0%
作成した経験はあるが、受け取った経験はない	2.0%	0.2%
作成した経験はないが、受け取った経験はある	42.9%	3.8%
地域生活連携シートについて知っているが、作成した経験・受け取った経験のいずれもない	31.8%	33.3%
地域生活連携シートを知らない	9.6%	60.0%
無回答	2.0%	1.8%

3

資料：平成 29 年度千葉県医療機能調査（千葉県）

4

5

## 6 カ 県民の理解の促進

7 医療連携体制の構築は、県民や患者が必要とする医療を提供するための方策です  
8 が、これは医療機関が提供し、患者が受けるという一方通行の関係ではありませ  
9 ん。

10 患者や県民が医療連携を築く当事者として、適切な判断ができるよう、医療を取り  
11 巻く社会環境に関する理解の促進が不可欠です。

12 医療法第 6 条の 3 の規定による「医療情報<sup>※</sup>提供制度」（ちば医療なび）の運用のほ  
13 か、県民の適切な受療行動につながる情報提供を行います。

14

## 15 キ 今後の取組の方向性

16 本県では、人口当たりの病床数及び医師数が全国平均を下回るなど、医療資源が十  
17 分とはいえません。現状の限られた医療資源を最大限有効に活用しながら連携システ  
18 ムの実現を図り、患者や県民への医療体制を確保していく必要があります。

19 今後も、地域医療構想調整会議等を通じた医療連携の促進や、わかりやすい広報に  
20 よる県民理解の促進、地域の実情に応じた入退院支援の仕組みづくりへの取組を進め  
21 ます。

22 例えば、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  
23 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  
24 携の促進や、利便性の向上のため、ICT の活用等について地域の実情に応じた支援  
25 を検討します。

26

## 2 循環型地域医療連携システム（各論）

### (1) がん

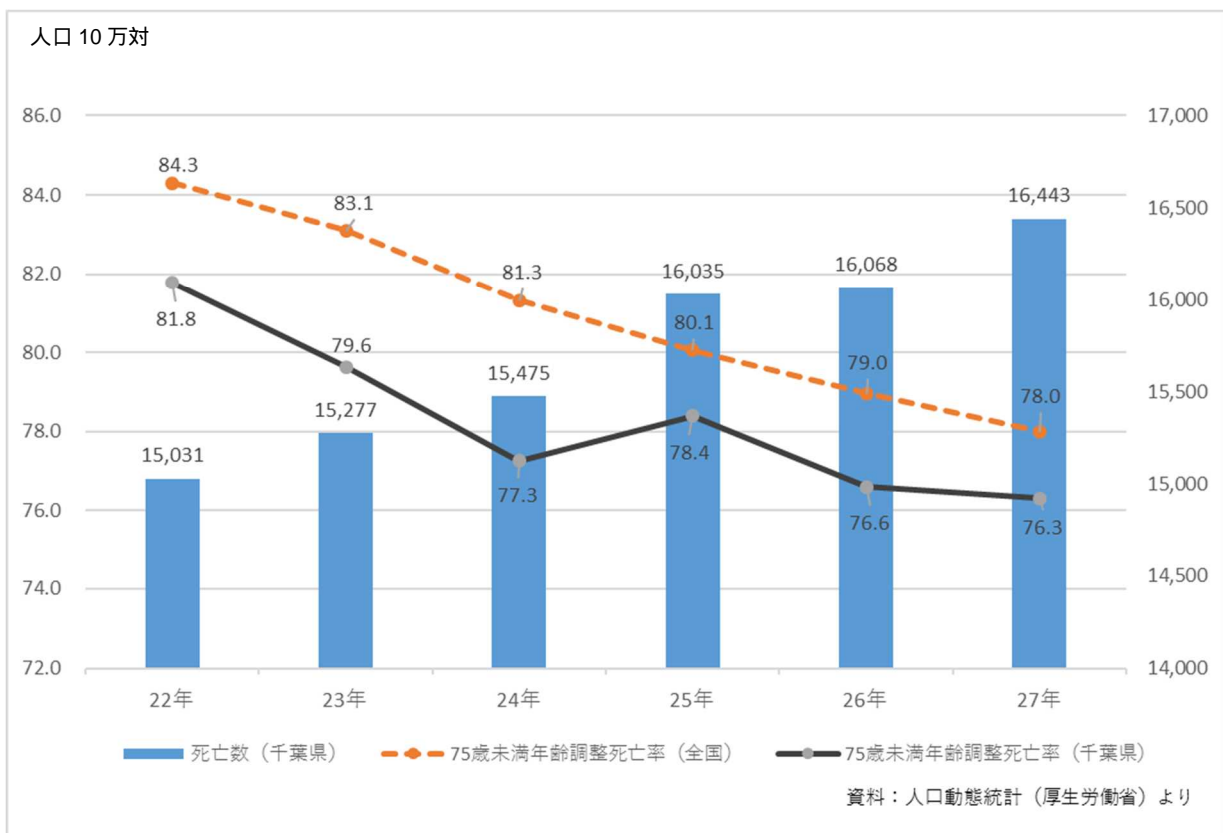
#### (ア) 施策の現状・課題

本県では、昭和57年以降、がんが死因の第1位となっています。千葉県のがんによる死亡者数は平成9年に1万人を超え、平成28年には、年間16,791人と高齢化に伴い増加しており、死亡者総数に占める割合は、29.8%となっています。また、生涯のうち2人に1人が、がん罹患すると推計されており、依然として、がんは、県民の生命と健康にとって重大な問題となっています。

千葉県では、人口10万人対の医療機関数が少ない状況ですが、がん検診受診率は全国平均より高くなっており、がんによる75歳未満年齢調整死亡率（人口10万人対）をみると、76.3と全国の78.0より低くなっていきます。

また75歳未満年齢調整死亡率について、平成22年と平成27年の変化を見ると、男性は102.3から96.3と5.9%の減少、女性は62.1から57.5と7.4%の減少となっています。

図表 2-1-1-2-1-1 がんによる死亡者数と死亡率の推移



#### 〔予防・早期発見〕

がんになる要因として予防可能なものは、喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身



1 体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、がんに関  
 2 するウィルスや細菌への感染等があげられます。禁煙や受動喫煙の防止、節度ある飲  
 3 酒、バランスのよい食事、活発な身体活動、適正な体重管理、肝炎ウイルス検査の受  
 4 検等に努めることが、がんの予防として重要です。

5  
 6 喫煙は、がん発生の大きな要因です。県の「生活習慣に関するアンケート調査」で  
 7 は、本県の成人喫煙率は、平成23年度は男性29.3%、女性8.7%であったも  
 8 のが、平成27年度には男性25.1%、女性8.4%となっています。

9 喫煙の健康影響についての啓発、未成年者・妊産婦等に対する健康教育、喫煙をや  
 10 めたい人への支援、受動喫煙防止対策等のたばこ対策を進めていくことが重要です。

11  
 12 がんの早期発見・早期治療を行うためには、県民一人ひとりが積極的に検診を受け  
 13 ることが大切です。本県のがん検診の受診率は、胃がん42.0%、肺がん49.8%、  
 14 大腸がん44.4%、乳がん49.9%、子宮がん44.2%となっています。(平成  
 15 28年国民生活基礎調査)

16 目標とする50%以上のがん検診受診率に近づいてきており、今後は、検診対象者  
 17 への個別勧奨、未受診者に対する啓発や受診勧奨を一層強化するとともに、検診後の  
 18 精密検査についても国が目標とする90%以上を目指した受診率向上の取組が必要  
 19 です。

20 がん検診については、精度管理や事業評価を行い、現状のがん検診が正しく行われ  
 21 ているかを検証することが必要であり、千葉県では、全市町村が精度管理・事業評価  
 22 及び有効性が証明されたがん検診を実施し、集団検診機関においても精度管理に取り  
 23 組んでいます。今後は、精度管理を一層充実するとともに、個別検診機関において  
 24 精度管理の取組を導入していくことが課題となっています。

25  
 26 図表 2-1-1-2-1-2 がん検診受診率 ( % )

部位	地域	平成22年	平成25年	平成28年
胃がん	全国	32.3	39.6	40.9
	千葉県	33.3	40.9	42.0
大腸がん	全国	26.0	37.9	41.4
	千葉県	27.8	40.0	44.4
肺がん	全国	24.7	42.3	46.2
	千葉県	26.3	45.2	49.8
子宮がん・ 子宮頸がん	全国	37.7	42.3	42.3
	千葉県	39.9	44.2	44.2
乳がん	全国	39.1	43.4	44.9
	千葉県	43.0	48.6	49.9

39  
 40 資料：国民生活基礎調査（厚生労働省）

### 1 〔医療連携等〕

2 県民誰もが、自らが選択し、安心して納得した医療を、身近な地域で受けられるよ  
3 うに、がん診療連携拠点病院及び千葉県がん診療連携協力病院を中心に、がん医療を  
4 行う医療機関のネットワークを構築し、質の高い医療をはじめ、医療に関する情報提  
5 供やきめ細やかな相談支援を行う体制づくりに取り組むことが重要であり、今後の国  
6 の動向を踏まえたがんゲノム医療への対応も課題となっています。

7  
8 がん治療の副作用による免疫力の低下などでおこりやすくなる口内炎等の口腔内  
9 の障害は、患者の生活の質を低下させ、治療効果にも影響を及ぼします。そのため、  
10 治療を開始する前に適切な口腔ケアを受けられ、その後も継続した口腔ケアを受ける  
11 ための医科歯科連携の取組が必要です。

### 12 〔緩和ケア〕

14 がんになっても、自分らしく生きることができる地域共生社会を実現していくため、  
15 住み慣れた地域社会で生活をしていく上で、必要な支援を受けられることができる環境整  
16 備が重要です。

17 がん患者は、がんと診断された時から、さまざまな苦痛を抱えており、緩和ケアが  
18 診断の時から適切に提供されることが必要です。

19 また、住み慣れた地域で自分らしく生活したいという選択を可能とする地域緩和ケ  
20 アの体制を整備していく必要があります。

21 千葉県において、人口動態統計によるがん患者の在宅死亡割合は、平成27年で  
22 14.4%と全国の13.3%より高くなっていますが、近年は横ばい傾向であり、  
23 緩和ケア提供体制の推進のため、地域ごとの特性や医療資源等を把握するとともに、  
24 施設内の多職種連携、施設間のネットワーク、医療・介護従事者に向けた緩和ケア研  
25 修の実施等に取り組んでいくことが必要です。

### 26 〔相談、情報提供、患者の生活支援〕

28 拠点病院等では、がん相談支援センターを設置し、患者の不安や疑問・治療選択の  
29 悩み等に対応しています。

30 また千葉県がんセンター内に設置した「地域統括相談支援センター」では、がん  
31 に関する療養情報や、患者会、患者サロンなどの地域情報を収集し、「がんサポートブッ  
32 ク」や、がん情報提供サイト「ちばがんナビ」を活用した情報提供、ピア・サポータ  
33 ーの養成研修、各拠点病院等でのピアサポートサロンの実施を行っています。

34  
35 がん医療の進歩により、がん患者・経験者が、働きながらかん治療を受けられる可  
36 能性が高まり、がん患者の離職防止や、再就職のための就労支援といった治療と仕事  
37 の両立支援の充実が求められています。

38 就労支援に関する情報の提供、がん相談支援センターの利用促進、雇用者が相談で  
39 きる窓口の周知等が必要です。

40

1 小児・AYA(Adolescent and Young Adult,思春期・若年成人)世代のがんにつ  
2 いては、専門的な医療機関や医師などの情報が少ないことや、晩期合併症のため治療  
3 後も長期にわたりフォローアップが必要なこと、年代により、就学、就労、妊娠等の  
4 状況が異なり、多様なニーズが存在することなどの課題があり、県内医療機関のネッ  
5 トワークの強化、わかりやすい情報の提供、ピアサポート等の相談支援の充実、医療・  
6 教育・就労・福祉等に渡る支援が求められています。

#### 7 8 **〔がん登録〕**

9 がん対策を効果的・効率的に推進し、施策を評価するためには、正確ながんの実態  
10 把握が不可欠です。

11 平成28年1月より、がん登録等の推進に関する法律(平成25年法律第111号)  
12 に基づく全国がん登録が開始され、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報  
13 が、病院から都道府県を通じて国立がん研究センターへ提出され、一元的に管理され  
14 ることになりました。

15 がんの罹患率や生存率・死亡率等の基礎資料を活用・分析するため、がん登録の確  
16 実な運用を進める必要があります。

#### 17 18 **(イ)循環型地域医療連携システムの構築**

19 県は、県民が身近な地域で質の高いがん医療を受けられるように、がん診療連携拠  
20 点病院、がん診療病院、千葉県がん診療連携協力病院、がん医療や緩和ケアに対応す  
21 る医療機関、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  
22 歯科診療所、訪問看護ステーション、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局などのほ  
23 か、がん患者の在宅ケアを支援する居宅介護支援事業所等の連携により、がんの循環  
24 型地域医療連携システムを構築し、推進します。

25 また、がん診療だけでなく、行政や保険者等によるがん検診やたばこ対策などのが  
26 ん予防施策も含まれます。

#### 27 28 **〔がん診療拠点病院等を中心とした医療連携〕**

29 検診でがんが疑われた場合は、患者は地域のがん対応医療機関を受診します。また、  
30 かかりつけ医を受診してがんの疑いありと診断された場合も、地域のがん対応医療機  
31 関を受診することになります。

32 その後の検査の結果、がんと診断された場合には、患者は、そのまま当該医療機関  
33 にて治療を受けることとなりますが、より専門的な治療が必要であると判断された場  
34 合は、がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院、全県(複数圏域)対応型がん診療  
35 連携拠点病院、千葉県がん診療連携協力病院\*での治療を受けることとなります。

36  
37 地域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院は、地域のがん医療の拠点として、  
38 自ら専門的な医療を行うとともに、各部位のがん対応医療機関やかかりつけ医等との  
39 連携、医療従事者の研修、患者・家族への情報提供、相談支援等の役割を担います。

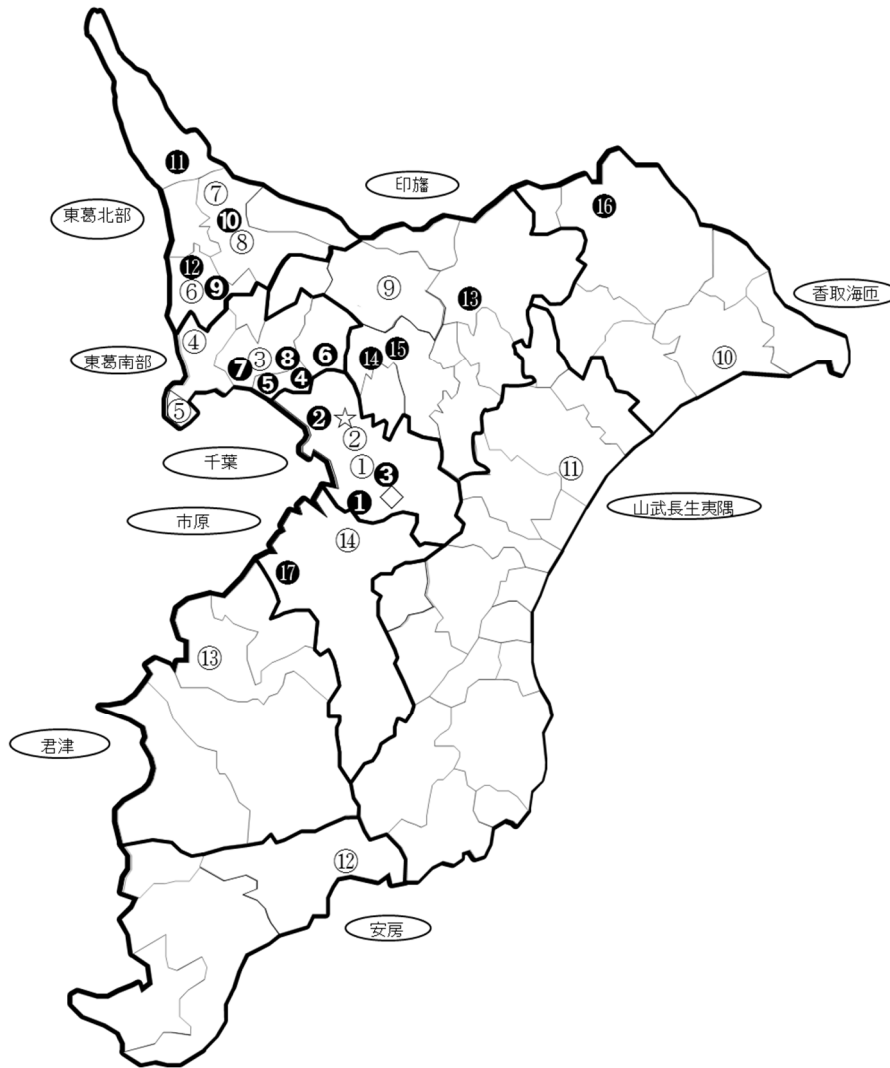
1       また、かかりつけ医やがん対応医療機関との連携により、退院後の患者が地域で安  
2       心して治療を継続できる体制を築きます。

3

4       千葉県がんセンターとともに、特定機能病院である千葉大学医学部附属病院、国立  
5       研究開発法人として高度先進的ながん医療を提供する国立がん研究センター東病院  
6       と放射線医学総合研究所病院を、全県（複数県域）対応型がん診療連携拠点病院と位  
7       置付け、地域がん診療連携拠点病院及び千葉県がん診療連携協力病院とネットワーク  
8       を構築して、県内のがん医療水準の向上及びがん医療の均てん化に取り組みます。

9

図表 2-1-1-2-1-3 千葉県内のがん診療連携拠点病院等



医療圏	がん診療連携拠点病院等	千葉県がん診療連携協力病院
千葉	千葉県がんセンター 千葉大学医学部附属病院 千葉医療センター	千葉メディカルセンター（胃・大腸） 千葉市立海浜病院（胃・大腸） 千葉市立青葉病院（胃・大腸）
東葛南部	船橋市立医療センター 東京歯科大学市川総合病院 順天堂大学医学部附属浦安病院	千葉県済生会習志野病院（胃・大腸） 谷津保健病院（胃・大腸） 東京女子医科大学附属八千代医療センター （肺・胃・大腸・肝・乳） 船橋中央病院（胃・大腸） 千葉徳州会病院（胃・大腸）
東葛北部	松戸市立病院 国立がん研究センター東病院 東京慈恵会医科大学附属柏病院	千葉西総合病院（胃・大腸） ⑩ 柏厚生総合病院（胃・大腸） ⑪ 小張総合病院（肺・胃・大腸） ⑫ 新松戸中央総合病院（胃・大腸）
印旛	日本医科大学千葉北総病院	⑬ 成田赤十字病院（胃・大腸） ⑭ 東邦大学医療センター佐倉病院（胃・大腸・子宮） ⑮ 聖隷佐倉市民病院（胃・大腸・乳）
香取海匝	旭中央病院	⑯ 千葉県立佐原病院（胃・大腸）
山武長生夷隅	さんむ医療センター	
安房	亀田総合病院	
君津	君津中央病院	
市原	千葉労災病院	⑰ 帝京大学ちば総合医療センター（胃・大腸・子宮）

県内の高度先進医療機関	
千葉	放射線医学総合研究所病院

## 1 【地域緩和ケア】

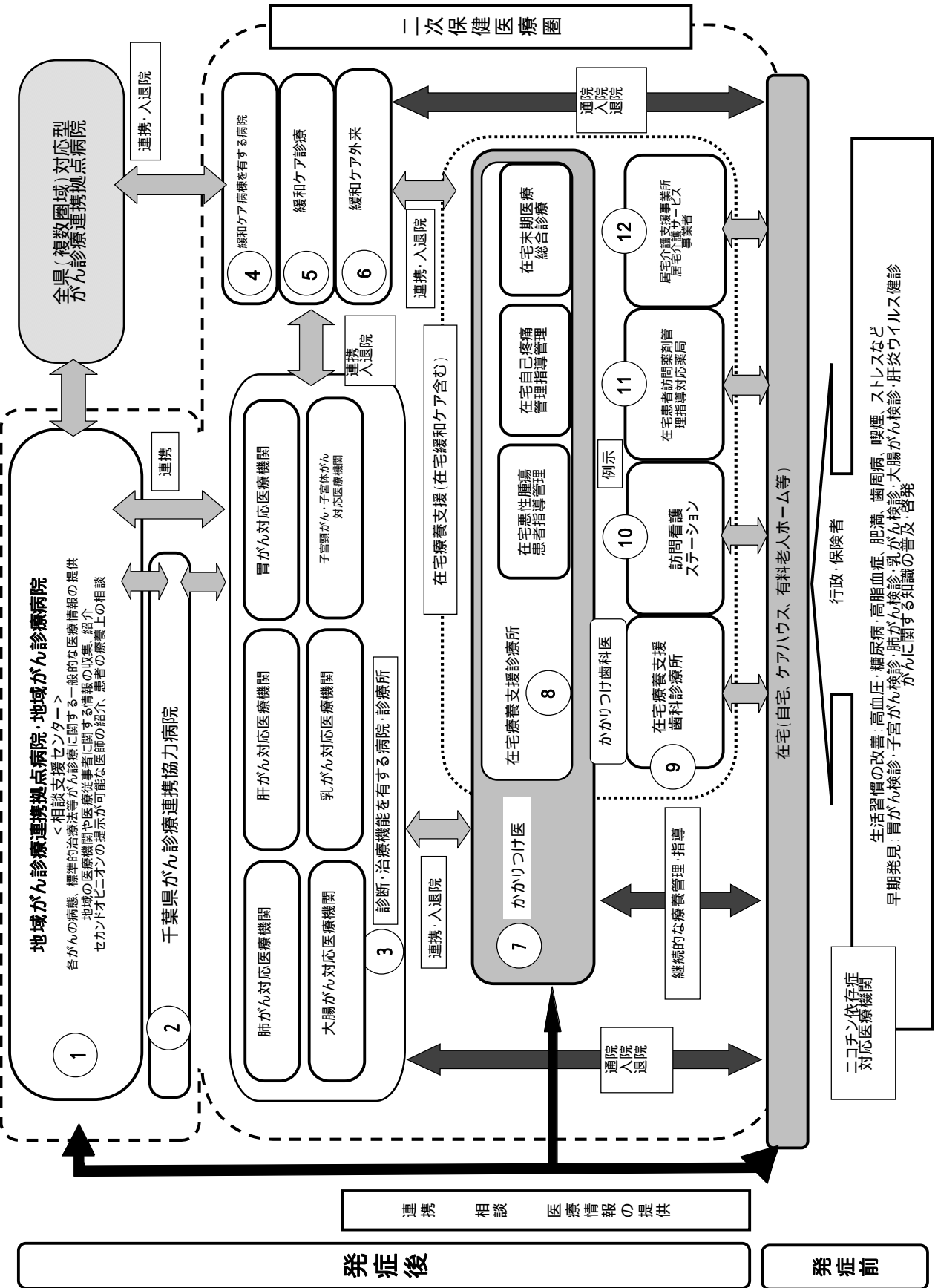
2 がんに伴うこころと身体の苦痛を和らげる緩和ケアについて、がんと診断された時  
3 から最期を迎えるまで、入院でも外来でも在宅でも、患者と家族の希望に応じて受け  
4 られる体制を構築します。このため、がん診療連携拠点病院を中心に、緩和ケアを迅  
5 速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来等で提  
6 供される専門的緩和ケアの体制整備と質の向上を図ることを目標とします。

7

8 住み慣れた自宅や地域での療養生活を希望する患者・家族のために、在宅緩和ケア  
9 を受けられる体制を整備します。在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションを中心  
10 に、在宅療養支援歯科診療所、在宅患者訪問薬剤管理指導対応薬局、居宅介護支援事  
11 業所などが連携しチームで患者と家族を支え、必要に応じて、がん診療連携拠点病院  
12 や緩和ケア病棟を有する病院がサポートします。

13 在宅療養支援診療所については、がんに関する機能として、在宅悪性腫瘍患者指導  
14 管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅末期医療総合診療についての対応状況を記載  
15 します。また、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局や訪問看護ステーションについ  
16 ても、在宅療養の患者に必要と思われる機能を記載します。

# がんの循環型地域医療連携システムのイメージ図



## 1 (ウ) 施策の具体的展開

2 **〔がん予防の普及・啓発〕**

3 世界禁煙デーや禁煙週間、がん征圧月間等を中心に、喫煙による健康への影響に  
4 ついて啓発活動を実施します。また、未成年の喫煙防止、妊婦の喫煙防止について  
5 対象に応じた啓発を行います。

6 喫煙をやめたい人のために、禁煙外来(ニコチン依存症管理対象医療機関)のあ  
7 る医療機関の情報を提供するほか、職場の衛生管理者等を対象に禁煙支援者研修会  
8 を開催するなど、適切な支援を行います。

9 多数の人が利用する施設が適切な受動喫煙対策を講じるよう働きかけ、特に、官  
10 公庁、医療機関については禁煙化を推進します。また、禁煙や分煙に取り組んでい  
11 る施設の取組内容が利用者にわかりやすく伝わるように、施設の入口等に禁煙や分  
12 煙の表示を掲げるよう促していきます。

13 9月のがん征圧月間、10月の乳がん撲滅月間に合わせ、がんの予防・がん検診  
14 の重要性を知っていただけるよう、がん予防展・がん講演会や乳がん早期発見のピ  
15 ンクリボンキャンペーンを実施します。また、市町村や関係団体等と協力して啓発  
16 を行い、対象者に応じた効果的ながん予防の普及活動を行います。

17

18 **〔がん検診の受診率向上と精度管理〕**

19 市町村や検診実施機関、企業、患者団体等と協力し、がんの予防を含め、がん検  
20 診の必要性、重要性などがんに関する正しい知識の普及啓発を行います。また、市  
21 町村研修会等を実施し、効果的な検診等の情報交換や、新しい取組等の情報提供に  
22 努めます。

23 がん検診に携わる医師、放射線技師等の読影研修や撮影技術研修を実施し、検診  
24 の精度を高めます。また、がん検診の受診率、がんの発見率等の集計・分析・検証  
25 を行い、市町村や検診実施機関の精度管理を促進します。

26

27 **〔がん診療連携拠点病院等を中心とした医療連携等〕**

28 がん診療連携拠点病院等を中心に、標準的な手術療法、放射線療法、化学療法等  
29 の提供体制、カンサーボードの実施等について、均てん化の取り組みを進めると  
30 ともに、病院内の各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連絡と補完を重視した  
31 多職種でのチーム医療体制を整備し、県民誰もが、自らが選択し、安心して納得し  
32 た医療を身近な地域で受けられる体制づくりを進めます。

33 がん医療の連携体制を強化し、がん医療水準の向上を図るため、胃がん、大腸が  
34 ん、肺がん、肝がん、乳がんの5大がん及び子宮頸がんについて、がん診療連携拠  
35 点病院に準ずる診療機能を有する医療機関として、千葉県がん診療連携協力病院を  
36 指定します。

37 県のがん医療のネットワークの中心的役割を果たす千葉県がんセンターにおい  
38 て、地域がん診療連携拠点病院等に対する研修会の開催やがん診療連携協議会での  
39 情報共有を行うとともに、老朽化、狭隘化の課題があるところから、新棟を整備し、



1 最新のがん治療に質・量ともに適切に対応していきます。

2 地域がん診療連携拠点病院は、放射線療法や化学療法を行う専門的な医師等の育  
3 成・確保に努めるとともに、各地域の医療・看護に携わる人材の教育・研修に取り  
4 組みます。

5 千葉大学、千葉県がんセンター、拠点病院は、良質な腫瘍外科医、腫瘍内科医等  
6 の育成を進めるため、連携しながら、研修医や臨床医の幅広いニーズに応えられる  
7 ような、より一層質の高い研修を行うように積極的に取り組みます。

8 がん診療連携拠点病院等と歯科診療所が連携し、がん治療を開始する前に適切な  
9 口腔ケアを受けられる体制を整備するとともに、その後も継続した口腔ケアを受け  
10 するための医科歯科連携の取組みを促進します。

11 千葉県共用地域医療連携パスは、多くの医療機関が利用するための共通性と、地  
12 域における医療連携から見た利便性とを視野に置き、運用における利用病院数や利  
13 用件数を踏まえ、さらなる活用に向けて検討を行います。

14 がんゲノム医療について、国の動向を注視し、国立がん研究センター東病院、千  
15 葉大学医学部附属病院、千葉県がんセンター等を中心に、提供体制づくりに向けた  
16 検討をしていきます。

#### 17 18 **〔緩和ケアの推進〕**

19 がんと診断された時から患者・家族のさまざまな苦痛を和らげ、質の高い療養生  
20 活を送れるようにするため、病院・診療所の全ての医師、看護師、コメディカルが  
21 連携して、患者・家族をサポートする体制を強化します。

22 がん診療連携拠点病院を中心に、緩和ケアチームや緩和ケア外来等で提供される  
23 専門的緩和ケアの体制整備と質の向上を図ります。

24 がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目指します。

25 地域の状況に応じた地域緩和ケア提供体制の整備を推進します。

26 地域緩和ケアに携る医療・介護従事者の連携強化と人材育成に努めます。

27 患者・家族が求める在宅緩和ケアに関する情報提供、相談支援を充実します。

#### 28 29 **〔相談、情報提供、患者の生活支援等〕**

30 県及び千葉県地域統括相談支援センターは、がん患者・家族にとって必要かつ有  
31 効な情報をごん情報提供サイト「ちばがんナビ」や「がんサポートブック」等でわ  
32 かりやすく発信していきます。

33 千葉県がん診療連携協議会を中心に、各がん診療連携拠点病院等の相談員間の連  
34 携や、県内病院のがんに係わる相談員向けの研修会を推進します。

35 県は、ピア・サポーターを育成し、がん診療連携拠点病院や患者サロン等でのピ  
36 ア・サポーターの活動を支援します。

37 労働局等と協働し、就労支援に関する相談支援体制の周知と充実を図ります。  
38 また、復職・就労支援に関する企業向け情報など就労支援に資する情報の提供に取  
39 り組みます。

40 市町村、教育機関、医師会、患者団体等の協力のもと、健康と命の大切さを学ぶ

1 がん教育を推進します。

2  
3 **〔小児がん等の対策〕**

4 小児・AYA (Adolescent and Young Adult, 思春期・若年成人) 世代のがんに  
5 ついては、小児がん診療拠点病院と県内医療機関の連携体制、医療機関実態調査に  
6 よる情報収集、医療・教育・就労・福祉全般に対応できる相談支援体制の整備、  
7 小児がんピア・サポート活動の促進に努めるとともに、国の動向を踏まえながら、  
8 長期フォローアップ体制について検討します。

9  
10 **〔がん登録の推進及び活用〕**

11 平成28年より開始した全国がん登録について、確実な運用を進めます。がんの  
12 罹患率や生存率・死亡率等の基礎資料の分析・公表を進めます。

13 医療の質の向上を図るため、がん診療連携拠点病院以外のがん診療を担う医療機  
14 関に対しても、国の標準登録様式に基づく院内がん登録を推進します。また、千葉  
15 県がんセンターは、がん診療連携拠点病院の院内がん登録データを集約し、治療方  
16 法による成績の評価及び比較検討を行い、結果の公表を目指します。

17  
18 **〔がん研究の推進〕**

19 千葉県がんセンターは、がんの発生メカニズムや抑制等の研究、創薬、治療法の  
20 開発、ゲノム解析によるがん原因遺伝子等の探索、疫学調査に基づく予防等の研究  
21 など、基礎的な研究成果の臨床応用研究を推進していきます。

22 国立がん研究センター東病院、千葉大学医学部附属病院、千葉県がんセンターが  
23 中心となり、他のがん診療連携拠点病院や産業界と連携しながら臨床試験や治験を  
24 受け入れるネットワークの構築を目指します。

25 千葉県がんセンターが国立がん研究センターと取り組んでいる大規模な疫学研  
26 究を推進し、その成果によって得られる地域的な特徴などを考慮し、検診や予防対  
27 策の効果的な実施の検討に活用していきます。

28  
29 **(エ) 施策の評価指標**

30 **〔基盤(ストラクチャー)〕**

指 標 名	現状	目標
がん患者の看取りをする在宅療養支援診療所及び一般診療所の箇所数	155か所 (平成28年度)	
県の施設の禁煙実施率	99.4% (平成29年度)	
市町村の施設の禁煙実施率	91.4% (平成29年度)	

指 標 名	現 状	目 標
医療施設の禁煙実施率	79.2% (平成26年度)	
口腔ケアの地域医療連携を行っているがん診療連携拠点病院	8病院 (平成29年3月)	

1 敷地内禁煙又は建物内禁煙を実施する施設の割合

2

3

〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現 状	目 標
成人の喫煙率	男性 25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	
がん検診受診率 ・胃がん(40~69歳) ・肺がん( " ) ・大腸がん( " )	42.0% 49.8% 44.4% (平成28年度)	
がん検診受診率 ・乳がん(40~69歳) ・子宮頸がん(20~69歳) 乳がん、子宮がんについては、過去2年の受診の有無	49.9% 44.2% (平成28年度)	
精密検査結果等の把握割合 (胃がん)	79.4% (平成27年度)	
「がん診療連携拠点病院」及び「千葉県がん診療連携協力病院」における地域医療連携パス(がん)の利用件数	2,797件 (平成22年4月~平成29年3月の累計件数)	
「がん診療連携拠点病院」及び「千葉県がん診療連携協力病院」における化学療法を行っている延べ患者数	20,594人 (平成28年4月~7月の延べ患者数)	
「がん診療連携拠点病院」及び「千葉県がん診療連携協力病院」における放射線治療を行っている延べ患者数	8,555人 (平成27年の年間延べ患者数)	

4

指 標 名	現 状	目 標
「がん診療連携拠点病院」等におけるがん相談支援センターの相談支援件数	64,557件 (平成27年)	

1

2

## 〔成果(アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
住まいの場(自宅、老人ホーム等)での死亡割合(悪性新生物)	14.4% (平成27年)	
がんによる75歳未満年齢調整死亡率*(人口10万対)	男性 96.3 女性 57.5 (平成27年)	

3

1 (2) 脳卒中

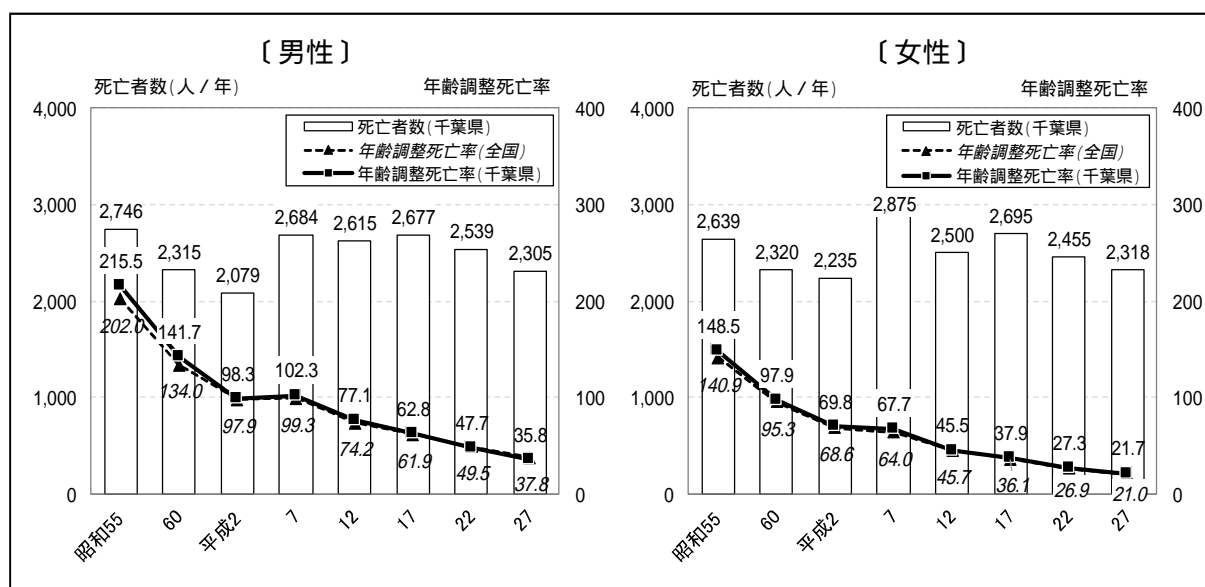
2 (ア) 施策の現状・課題

3 脳卒中を含む脳血管疾患により救急搬送された患者数は、本県においては1.2万  
4 人(平成26年度)となっています。平成27年の脳血管疾患による本県の年間死亡  
5 者数は、4,623人と死亡者総数の8.2%を占め、死因順位の第4位です。

6 また、人口10万対の年齢調整死亡率は減少傾向にあり、男性は35.8(全国  
7 37.8)で高い順に全国第31位、女性は21.7(全国21.0)で第20位と  
8 なっています。

9 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の脳卒中は、死亡を免れても後遺症として、片麻  
10 痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害などの後遺症が残ることがあり、介護が必  
11 要となった主な原因の16.6%は脳血管疾患であり、割合の高い順では主な原因の  
12 第2位となっています。

図表 2-1-1-2-2-1 脳血管疾患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)

13 【予防】

14 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、糖尿病、脂質異常症、不整脈、慢性腎臓  
15 病、睡眠時無呼吸、喫煙、過度の飲酒なども危険因子です。発症予防のためには、適  
16 正な体重の維持及び減塩、栄養素を適量摂る食生活と運動習慣の実践などの生活習慣  
17 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。

18 喫煙は脳卒中発症の大きなリスクであることが確認されており、受動喫煙の防止や  
19 禁煙の支援等に関する情報提供等のたばこ対策が求められます。

20 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、  
21 医師の判断に基づき、眼底検査等の詳細な健診を追加実施するなど、脳卒中やそのハ  
22 イリスク者の早期発見に努める必要があります。

1 健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人ひとりの生活習慣の改善に  
2 主眼を置いた保健指導を実施したりするなどにより、血圧のコントロールを図り脳卒  
3 中の発症予防に努める必要があります。

#### 5 **〔発症直後の対応、診断と急性期の医療〕**

6 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は、速やかに  
7 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。できるだけ早く治療をは  
8 じ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、診断や  
9 治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対応が必  
10 要です。

11 そのため、県民に脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性を周知させるように啓  
12 発を進める必要があります。

13 脳卒中の正確な診断により、個々の病態に応じた治療を行う必要があることから、  
14 早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することが重要です。

15 急性期の診療提供体制の構築に当たっては、組織プラスミノゲン・アクチベータ  
16 (t-PA)の静脈内投与、血栓回収療法など、治療開始までの時間が短いほど有効性の  
17 高い治療があることを踏まえ、特に時間的制約の観点を考慮する必要があり、単一の  
18 医療施設で、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが困難な場合は、  
19 地域における複数の医療施設が連携し、24時間体制を確保することが求められます。

#### 21 **〔リハビリテーション〕**

22 脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられます。

23 急性期においては、全身管理のもとに、早期離床を図るとともに誤嚥性肺炎等の廃  
24 用症候群の予防や治療を行い、歩行やセルフケアの早期自立を目的としてリハビリテ  
25 ーションを実施します。

26 回復期においては、機能回復や日常生活動作(ADL)等の向上を目指し、自宅や  
27 地域に戻ることを目的とします。維持期においては残存した機能を活用し、歩行や生  
28 活機能の維持・向上により地域での生き生きとした生活の実現を目的に実施します。

29 後遺症として身体活動・高次脳機能・言語・摂食嚥下等に障害を残した場合であっ  
30 ても、必要なリハビリテーションを継続して受けられ、生活の質を落とすことなく、  
31 住み慣れた地域で生活できるような体制づくりが必要です。

32 また、今後は、専門教育等を受けた医師やスタッフによるリハビリテーションの実  
33 施など、より質の高いリハビリテーションに向けて取り組む必要があります。

#### 35 **〔急性期以後の医療・在宅療養〕**

36 脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の  
37 危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が必要であり、多職種によるア  
38 プローチが重要です。在宅療養を支える介護サービスとの連携も重要です。脳卒中の  
39 発症から在宅等における生活期(維持期)まで切れ目のない医療・介護を提供するた  
40 め、連携のための情報共有ツールの活用が求められます。

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39

(イ) 循環型地域医療連携システムの構築

脳卒中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脳卒中医療を受けることができるよう、脳卒中急性期対応医療機関、回復期リハビリテーション対応医療機関、療養施設、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、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局など、脳卒中医療を提供する各機関に加え、在宅ケアを支援する地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の連携により構築します。行政、保険者による特定健診・特定保健指導における予防対策や受診勧奨、脳卒中に関する知識の普及・啓発も含まれます。

かかりつけ医は、手や足のしびれ等の症状があり、脳卒中の可能性があると診断した場合や、一過性脳虚血発作(TIA)を疑う場合について、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関を紹介します。その後の検査の結果、脳卒中と診断された場合には、患者は当該医療機関にて入院治療を受けることになります。

また、本人や家族等、周囲にいる者は、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請する等の対処を行います。

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うえで対応が可能な医療機関に搬送します。

その後の検査の結果、脳卒中と診断された場合には、患者は当該医療機関にて入院治療を受けることになります。

軽症の場合には退院後自宅に戻り、引き続きかかりつけ医にて治療を受けることとなりますが、急性期治療終了後の病状により、患者は回復期リハビリテーションを目的に対応医療機関に転院することもあります。

脳卒中急性期対応医療機関は、かかりつけ医からの紹介や救急隊による搬送患者に対して、t-PA治療などの専門的な治療を行います。また、必要に応じて血管内治療や外科的治療等が実施できる病院に転院させます。

回復期リハビリテーション対応医療機関では、早期に在宅に復帰できるよう、専門医療スタッフにより、失語症・高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの障害の改善及びADLの向上を目的とした、集中的なりハビリテーション等を実施します。

地域における療養施設、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、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局など、脳卒中医療を提供する各関係機関に加え、在宅ケアを支援する関係機関により、地域での連携を進めます。

特に在宅療養支援診療所は、患者訪問リハビリテーションや、通所リハビリテーション(介護保険による)を行います。なお、在宅療養支援診療所以外でも訪問リハビリテーションに対応している医療機関があります。

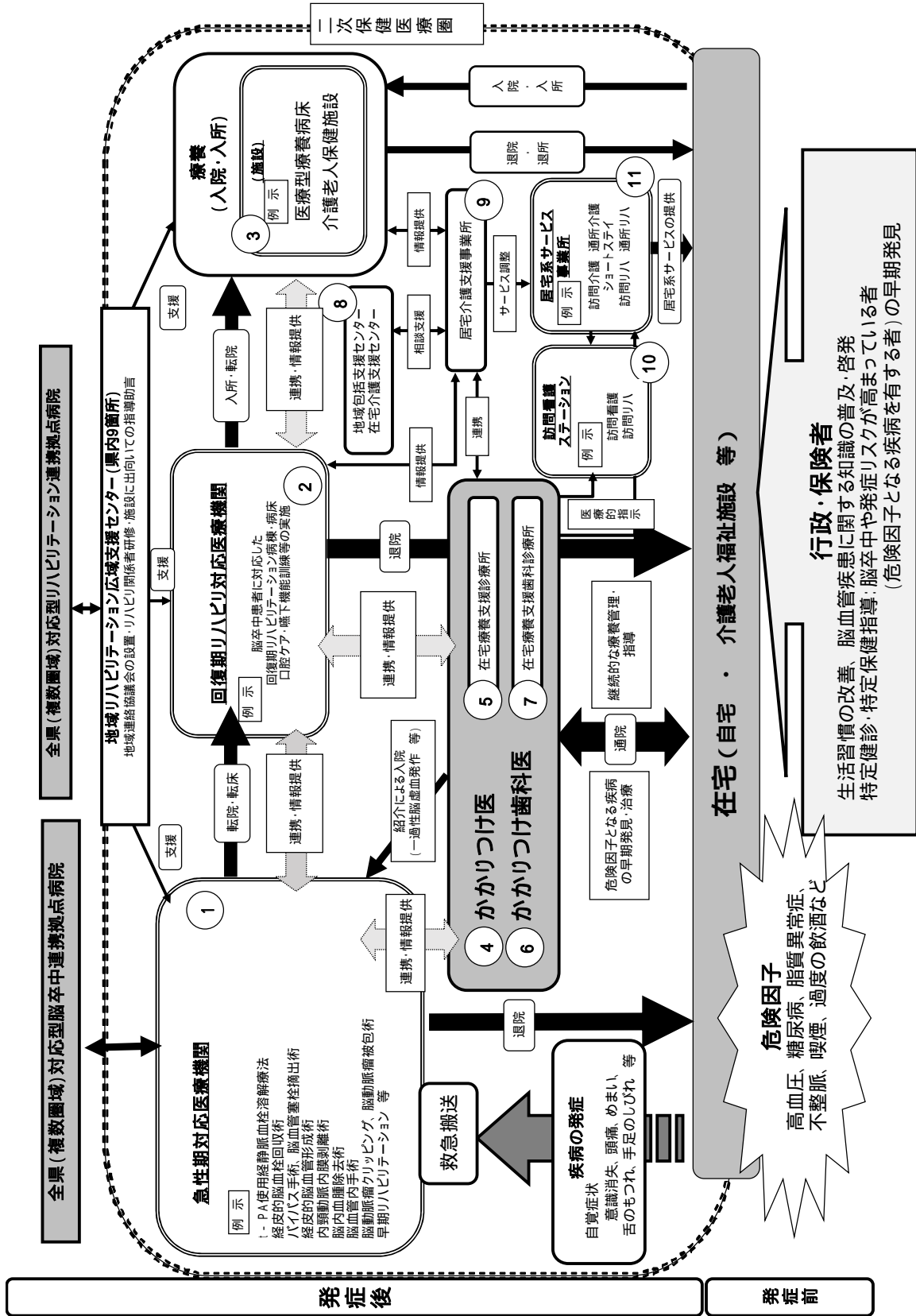
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

また、高度の脳卒中治療とリハビリテーションに対応可能な医療機関を全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として、関係医療機関と連携して、県内の脳卒中の医療水準の向上等に取り組んでいきます。なお、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院は、特定機能病院、県立病院、国立病院（国立病院機構、独立行政法人を含む）、救命救急センターへ対応可能な医療機能について確認したうえ、位置付けを行っています。

脳卒中急性期対応医療機関と回復期リハビリテーション対応医療機関、地域のかかりつけ診療所等が、それぞれの機能に応じた役割分担に基づいて連携を強化することによる効果的な脳卒中治療体制の整備を進めます。



# 脳卒中中の循環型地域医療連携システムのイメージ図



## 1 (ウ) 施策の具体的展開

2 **〔生活習慣と脳卒中の関係についての周知〕**

3 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脳卒中の  
4 危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。

5 特定健診等の定期的な健診を受診する必要性について、また、高血圧や糖尿病等  
6 の疾病の適切な治療が脳卒中の発症予防につながることに、周知します。

7 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、  
8 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  
9 実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。

10 未成年者の喫煙防止、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  
11 こ対策を推進します。

12

13 **〔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〕**

14 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  
15 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  
16 スの提供・健康管理体制の整備を推進します。

17 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  
18 的な実践例を情報発信します。

19 特定保健指導の実施率を高めるため、指導者のスキルアップをはじめ保健指導の  
20 向上を図るための人材育成を実施します。

21

22 **〔脳卒中発症時の対応に関する啓発〕**

23 本人や家族等、周囲にいる者が、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請  
24 する等の対応を行えるよう、発症時の症状に関する知識を普及啓発します。

25

26 **〔救急医療体制の整備〕**

27 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  
28 送及び受け入れの実施に関する基準の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病  
29 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。

30

31 **〔地域リハビリテーション支援体制の整備〕**

32 地域のリハビリテーション実施機関を対象とした研修や相談対応、支援を行う  
33 「地域リハビリテーション広域支援センター」を二次保健医療圏ごとに概ね1箇所  
34 指定し、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。

35

36 **〔退院支援〕**

37 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  
38 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を  
39 促進します。

1 多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT等の活用の  
 2 検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。  
 3 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、介護支援専門員などの医療・  
 4 介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療連携協議会などを活用し、  
 5 医療・介護の連携促進に取り組みます。

6

7 (エ) 施策の評価指標

8

〔基盤(ストラクチャー)〕

指 標 名	現状	目標
t-PA を用いた経静脈的血栓溶解療法について24時間対応可能な病院	30箇所 (平成29年6月)	
医療施設従事医師数(神経内科) (人口10万対)	2.8人 (平成26年度)	
医療施設従事医師数(脳神経外科)) (人口10万対)	4.3人 (平成26年度)	
回復期リハビリテーション病棟の 病床数(人口10万対)	60床 (平成29年8月)	
地域包括ケア病棟の病床数(人口 10万対)	22.8床 (平成29年8月)	
在宅療養支援診療所数	353箇所 (平成29年1月)	
機能強化型訪問看護ステーション 数	16箇所 (平成29年6月)	
脳卒中の診療を行う病院における 地域医療連携パス(脳卒中)導入率	52.2% (平成29年6月)	
地域連携診療計画加算を届け出て いる医療機関の数	18箇所 (平成29年8月)	
退院支援加算を届け出ている医療 機関の数	142箇所 (平成29年8月)	

9

10

〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現状	目標
成人の喫煙率	男性 25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	
成人の1日当たり食塩摂取 量	男性 10.9g 女性 9.4g (平成27年度)	

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 51.6% 保健指導 15.5% (平成26年度)	

1

2

## 〔成果(アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数(脳血管疾患)	79.1日 (平成26年度)	
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合(脳血管疾患)	50.8% (平成26年度)	

3

1 (3) 心筋梗塞等の心血管疾患

2 (ア) 施策の現状・課題

3 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、  
4 9,874人（平成27年）と死亡者総数の17.6%を占めています。

5 人口10万対の年齢調整死亡率は、心疾患死亡数全体の約19%を占める急性心筋  
6 梗塞においては男性は17.3（全国16.2）で高い順に全国第21位、女性は  
7 6.5（全国6.1）で第21位と、男女ともに相対的に高い水準にあります。

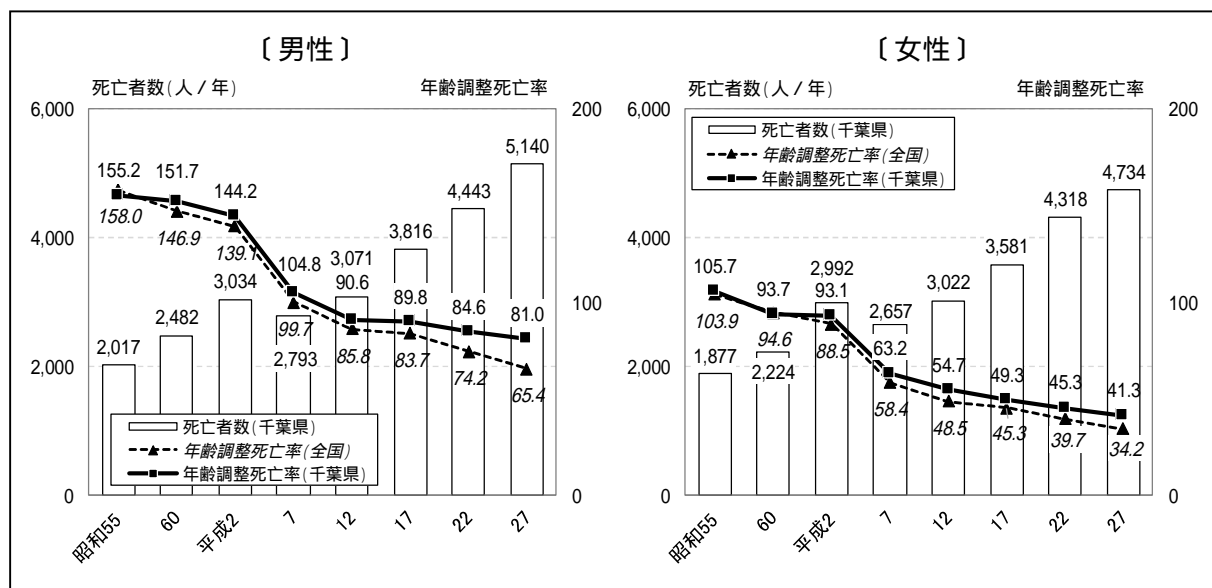
8  
9 心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず、急性期には内科的・外科的治療が  
10 行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患の  
11 危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーショ  
12 ンが開始されます。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や  
13 疾患によって、治療法や予後が大きく変わります。

14 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  
15 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  
16 期の医療が必要となります。

17

18 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

19



32 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）

33

34 【急性心筋梗塞】

35 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  
36 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・  
37 栄養素を適量摂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、  
38 高血圧や糖尿病などの適切な治療も必要です。

1 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、  
2 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。

3 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、  
4 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、  
5 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。

6 健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人ひとりの生活習慣の改善に  
7 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。

8  
9 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  
10 やかに救急要請を行う必要があります。

11 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  
12 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  
13 一時救命処置（BLS）が重要です。

14 これを踏まえ、本県では、AEDの使用及び心肺蘇生法の実施の促進に関する条例  
15 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  
16 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。

17 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  
18 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  
19 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。

20 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・  
21 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  
22 す中～長期プログラムをいいます。喪失機能（心機能）の回復だけではなく、再発予  
23 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。

### 24 25 【大動脈解離】

26 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  
27 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。

28 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  
29 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  
30 に、多職種による多面的・包括的なりハビリテーションを、患者の状態に応じて適切  
31 に実施することが必要です。

### 32 33 【慢性心不全】

34 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  
35 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  
36 す。

37 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7千人と推計され、そ  
38 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  
39 数（3,381人・平成27年）は心疾患（高血圧性を除く）死亡数全体  
40 （9,874人）の約34.2%です。

1 慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化する  
2 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。再入院率改善のためには  
3 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  
4 機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要で  
5 す。

6  
7 (イ) 循環型地域医療連携システムの構築

8 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  
9 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、急性期対  
10 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  
11 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  
12 ます。

13  
14 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  
15 機関で治療を受ける必要があるとされた場合、患者の状況に応じて、身近な対応医療  
16 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  
17 を行います。

18 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  
19 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。

20 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  
21 に即して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行ったうえで対応が可能な医療機関  
22 に搬送します。

23 急性期を担う医療機関は、専門的な治療を行います。

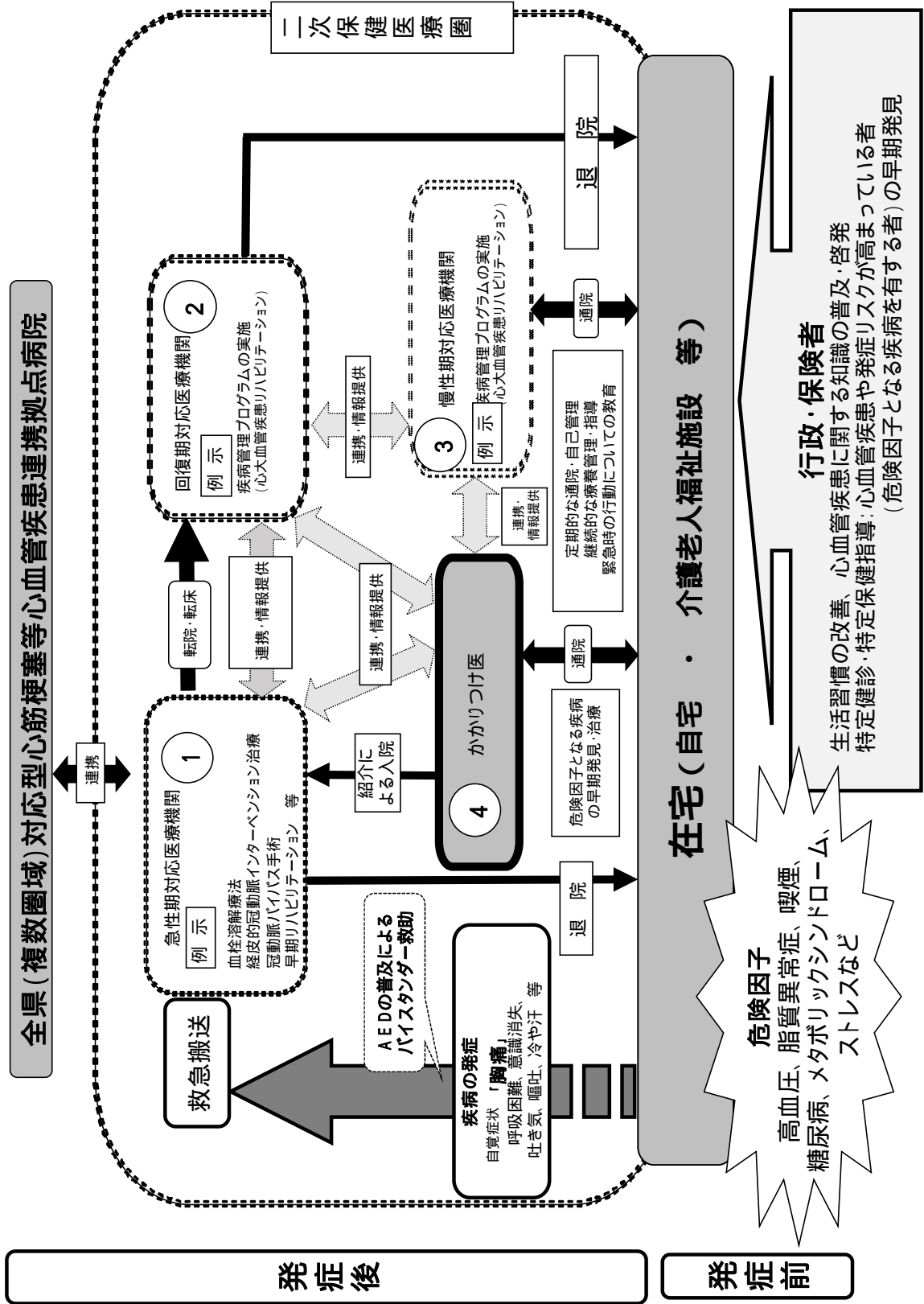
24 回復期以降を担う医療機関では、再発予防のため、個々の患者に合わせて、疾病管  
25 理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを入院または通院により実施  
26 します。

27 高度の心血管疾患の治療等に対応可能な医療機関を、全県(複数圏域)対応型連携  
28 拠点病院として、心血管疾患対応医療機関と連携し、県内の心血管疾患医療水準の向  
29 上等に取り組んでいきます。なお、全県(複数圏域)対応型連携拠点病院は、特定  
30 機能病院、県立病院、国立病院(国立病院機構、独立行政法人を含む)、救命救  
31 急センターへ対応可能な医療機能について確認したうえで、位置付けを行っています。

32 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  
33 で、対応医療機関と地域のかかりつけ診療所等がそれぞれの機能に応じた役割分担に  
34 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。

35

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





1 (ウ) 施策の具体的展開

2 **〔生活習慣と心血管疾患の関係についての周知〕**

3 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急性及び  
4 慢性の心血管疾患の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信してい  
5 きます。

6 特定健診等の定期的な健診を受診する必要性について、また、高血圧や糖尿病等  
7 の疾病の適切な治療が心血管疾患の発症予防につながることに、周知します。

8 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、  
9 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  
10 実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。

11 未成年者の喫煙防止、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  
12 こ対策を推進します。

13

14 **〔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〕**

15 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  
16 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  
17 スの提供・健康管理体制の整備を推進します。

18 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  
19 的な実践例を情報発信します。

20 特定保健指導の実施率を高めるため、指導者のスキルアップをはじめ保健指導の  
21 向上を図るための人材育成を実施します。

22

23 **〔急性の心血管疾患発症時の対応に関する啓発〕**

24 本人や家族等、周囲にいる者が、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請  
25 する等の対応を行えるよう、発症時の症状に関する知識を普及啓発します。

26

27 **〔応急処置に関する知識・技術の普及〕**

28 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  
29 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  
30 設置の必要性を民間事業者に働きかけます。

31 また、官民を問わず県内にあるAEDの設置場所をより簡便に把握できるよう、  
32 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  
33 情報を提供します。

34

35 **〔救急医療体制の整備〕**

36 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  
37 送及び受け入れの実施に関する基準の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病  
38 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。

39

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14

## 〔退院支援〕

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を促進します。

多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。

県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、介護支援専門員などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療連携協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

## (エ) 施策の評価指標

## 〔基盤(ストラクチャー)〕

指 標 名	現状	目標
医療施設従事医師数(循環器内科) (人口10万対)	6.6人 (平成26年度)	
医療施設従事医師数(心臓血管外科) (人口10万対)	1.94人 (平成26年度)	
心大血管疾患等リハビリテーション ( )または( )の届出医療機関数	41施設 (平成29年7月)	
地域連携診療計画加算を届け出ている医療機関の数	18箇所 (平成29年8月)	
退院支援加算を届け出ている医療機関の数	142箇所 (平成29年8月)	

15

1

〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現 状	目 標
成人の喫煙率	男性 25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	
適正体重を維持している者の増加(肥満BMI25以上・やせBMI18.5未満の減少)	20～60歳代男性の肥満者割合 28.7% 40～60歳代女性の肥満者割合 23.4% 20歳代女性のやせの者の割合 16.7% (平成27年)	
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 51.6% 保健指導 15.5% (平成26年度)	

2

3

〔成果(アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数*(虚血性心疾患)	5.7日 (平成26年度)	
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合(虚血性心疾患)	95.4% (平成26年度)	

4

## 1 (4) 糖尿病

## 2 (ア) 施策の現状・課題

3 千葉県における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、平成  
4 26年には12万2千人となっており、平成23年の11万8千人よりも増加してい  
5 ます。

6 糖尿病疾患による本県の年間死亡者数は、平成27年には528人で、人口10万  
7 対の年齢調整死亡率は減少傾向にあり、男性は4.8(全国5.5)で高い順に全国  
8 第34位、女性は2.3(全国2.5)で第27位となっています。

9

10 糖尿病は脳卒中、急性心筋梗塞等、他の疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患  
11 者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来たすことが多くなります。

12 予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、内科、眼科、小児  
13 科、産科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師  
14 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  
15 ビスが必要となります。

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

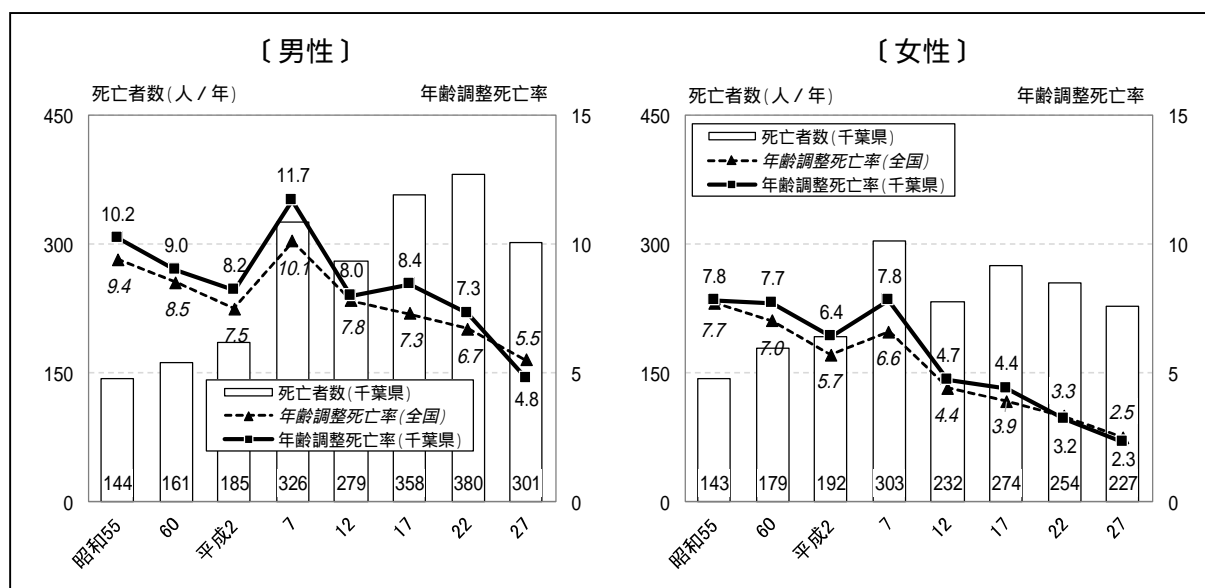
18

19 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)  
20 合併症が惹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  
21 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  
22 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  
23 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  
24 注意が必要です。

25 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、千葉県の新  
26 規透析導入患者は平成27年1年間で、1,753人、うち糖尿病性腎症を原疾患と  
27 している者は839人で約47.9%であり、全国の43.7%よりも糖尿病性腎症  
28 による透析導入患者割合が上回っています。

29

1 図表 2-1-1-2-4-1 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）

17 **〔発症予防・健診・保健指導〕**

18 糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であ  
 19 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。  
 20 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  
 21 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  
 22 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。

23 糖尿病のリスクを把握することや、糖尿病の早期発見により重症化を予防するた  
 24 めに、特定健診など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  
 25 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  
 26 要です。その際、高血糖のみを有する場合や、非肥満で特定保健指導の該当者となら  
 27 ない場合も、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。

28 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、  
 29 尿アルビミン検査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  
 30 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  
 31 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  
 32 ひとり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  
 33 に努める必要があります。

34 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  
 35 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  
 36 な受診勧奨、増加する高齢糖尿病患者の在宅医療などが課題となっています。

38 **〔治療・指導〕**

39 2型糖尿病の治療は、初診後、2～3か月の食事療法、運動療法を行った上で、目

1 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。

2 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  
3 きることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種が連  
4 携して、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。

5 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  
6 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  
7 士(CDEJ)や千葉県独自に一般社団法人千葉県糖尿病対策推進会議が養成する千  
8 葉県糖尿病療養指導士(CDE-Chiba)の活用が課題となります。

### 9 10 【重症化と合併症の予防】

11 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網膜症等の糖尿病  
12 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  
13 療を継続することが必須です。

14 初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病網膜症等  
15 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  
16 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  
17 を図る必要があります。

18 また、糖尿病合併症の重症化を予防するため、糖尿病医療に関わる医療スタッフが  
19 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  
20 つけ医、かかりつけ医とかかりつけ薬局や介護スタッフとの連携を基盤とする地域ぐ  
21 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。

22 また、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  
23 糖尿病性腎症による人工透析患者を減少させることが重要です。

24 平成28年度の調査によると、糖尿病性腎症の重症化予防の取組において、保険者  
25 として、一定の抽出基準に基づいて受診勧奨を行っているのは39市町村、保健指導  
26 を行っているのは32市町村で、29市町村は双方を実施しています。

27 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。

28 また、歯周病も糖尿病の合併症のひとつです。高血糖が続くと歯周病菌に対する抵  
29 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。

### 30 31 (イ) 循環型地域医療連携システムの構築

32 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  
33 を受けることができるよう、糖尿病の専門的な管理を行う医療機関、合併症の治療機  
34 能を有する病院、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、在宅療養支援診療所、訪問看護  
35 ステーション、かかりつけ薬局など、糖尿病医療を提供する各機関に加え、居宅介護  
36 支援事業所等の連携により構築します。また、行政、保険者による特定健診、特定保  
37 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  
38 といった予防対策も含まれます。

39 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

1 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、  
2 専門医と連携をとりながら、患者の継続的な治療や指導を行います。

3 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  
4 回答をもとに位置づけます。当該医療機関については、「糖尿病専門外来」「腎症外来」  
5 「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  
6 況について明示します。

7 合併症への対応のため、自院以外の医療機関との連携を実施している医療機関につ  
8 いても、「腎症」「神経障害」「網膜症」等の合併症ごとにリストを掲載します。また、  
9 地域におけるかかりつけ医、かかりつけ歯科医、在宅療養支援診療所のリストを掲載  
10 し、地域での連携を進めます。

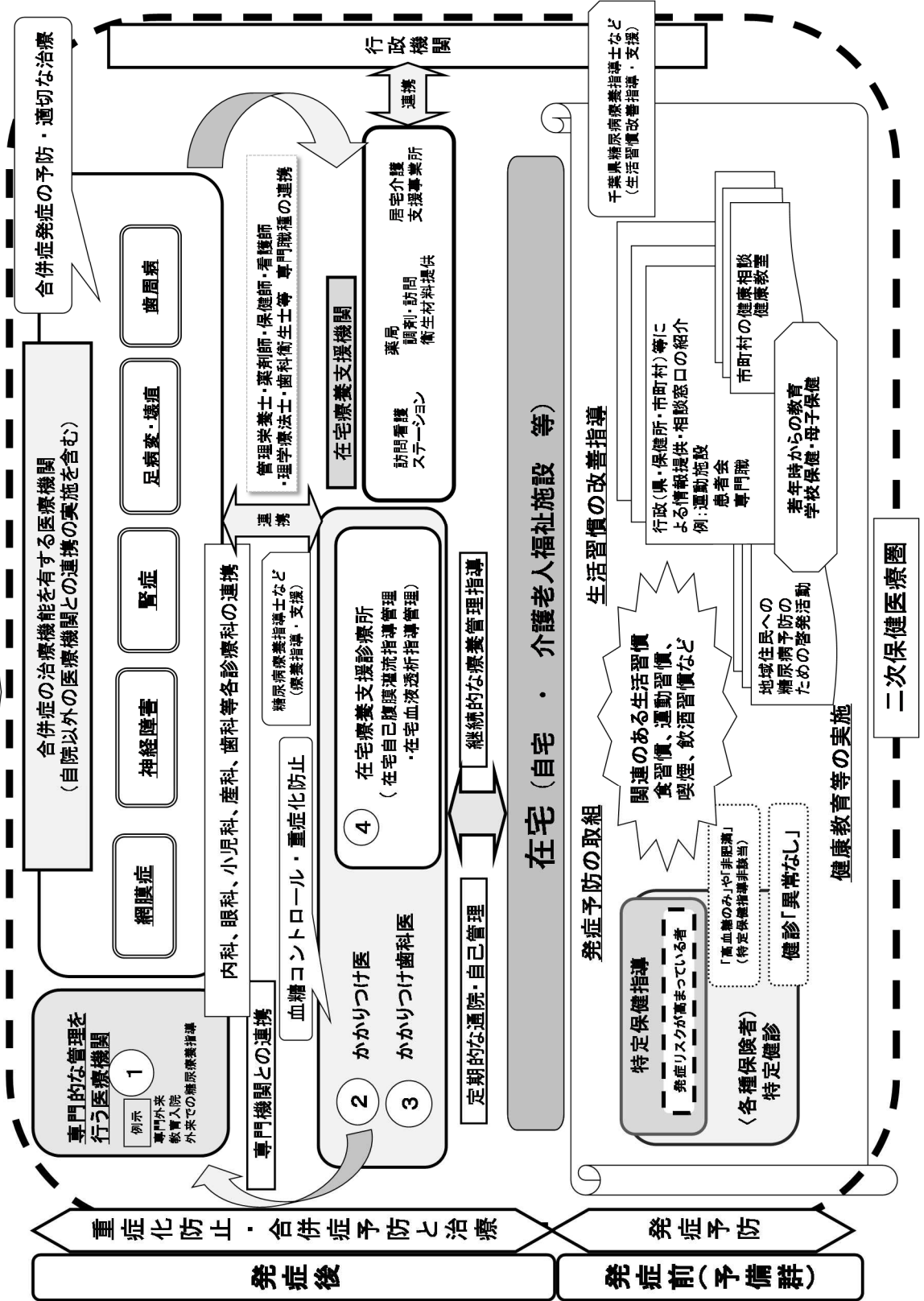
11 なお、在宅療養支援診療所については、糖尿病性腎症にかかる機能として、「在宅自  
12 己腹膜灌流指導管理」「在宅血液透析指導管理」への対応状況について明示します。

13 高度の糖尿病の治療等に対応可能な医療機関を、全県(複数圏域)対応型連携拠点  
14 病院として、専門的な管理を行う医療機関と連携し、県内の糖尿病の医療水準の向上  
15 等に取り組んでいきます。なお、全県(複数圏域)対応型連携拠点病院は、特定機  
16 能病院、県立病院、国立病院(国立病院機構、独立行政法人を含む)へ対応可能  
17 な医療機能について確認し、位置付けを行っています。

18 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、保険者と  
19 医療機関の連携、及びかかりつけ医と糖尿病の専門的な管理を行う医療機関との機能  
20 分担と連携が推進され、早期からの適切な薬物療法の開始、血糖コントロールの  
21 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  
22 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

全県(複数圏域)対応型糖尿病連携拠点病院





1 (ウ) 施策の具体的展開

2 **〔生活習慣と糖尿病の関係についての周知〕**

3 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脳卒中の  
4 危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。

5 糖尿病は、自覚症状が乏しいことから年1回の健診で健康管理を行う必要性を周  
6 知します。

7 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、  
8 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  
9 実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。

10 未成年者の喫煙防止、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  
11 こ対策を推進します。

12

13 **〔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〕**

14 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  
15 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  
16 スの提供・健康管理体制の整備を推進します。

17 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  
18 的な実践例を情報発信します。

19 特定保健指導の実施率を高めるため、指導者のスキルアップをはじめ保健指導の  
20 向上を図るための人材育成を実施します。

21

22 **〔重症化防止に向けた取組の支援〕**

23 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  
24 いて充実を図ります。

25 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  
26 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  
27 に対する研修を実施します。

28 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するた  
29 め、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定するとともに、関係者に対する知識  
30 の普及啓発のための研修会を実施します。また、糖尿病発症予防と治療中断防止の  
31 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  
32 千葉県糖尿病療養指導士等の活用を図ります。

33

34

## 1 (エ) 評価指標

2

## 〔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数	73 箇所 (平成 29 年 6 月)	
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 51.6% 保健指導 15.5% (平成 26 年度)	

3

4

## 〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64 歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65 歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成 27 年度)	
日常生活における歩数	男性 7,253 歩 女性 6,821 歩 (平成 27 年度)	
適正体重を維持している者の増加 (肥満 BMI 25 以上・やせ BMI 18.5 未満の減少)	20～60 歳代男性の肥満者割合 28.7% 40～60 歳代女性の肥満者割合 23.4% 20 歳代女性のやせの者の割合 16.7% (平成 27 年)	
糖尿病の診療を行う病院における地域医療連携パス(糖尿病)又は糖尿病連携手帳の使用率	45.7% (平成 29 年 6 月)	

5

6

## 〔成果(アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	839 人 (平成 27 年)	

7

1 (5) 精神疾患

2 ア 精神疾患(認知症を除く)

3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

4 (ア) 施策の現状・課題

5 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  
6 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、入院と通院の患者を合わ  
7 せた精神障害者数は、平成27年度では88,357人で、平成22年度の  
8 72,406人に比べて15,951人増加しています。

9 精神保健福祉に関する相談は、健康福祉センター(保健所)や精神保健福祉センタ  
10 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  
11 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  
12 えず、その充実が求められています。

13 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  
14 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  
15 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、  
16 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、回復に時間を要すた  
17 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。

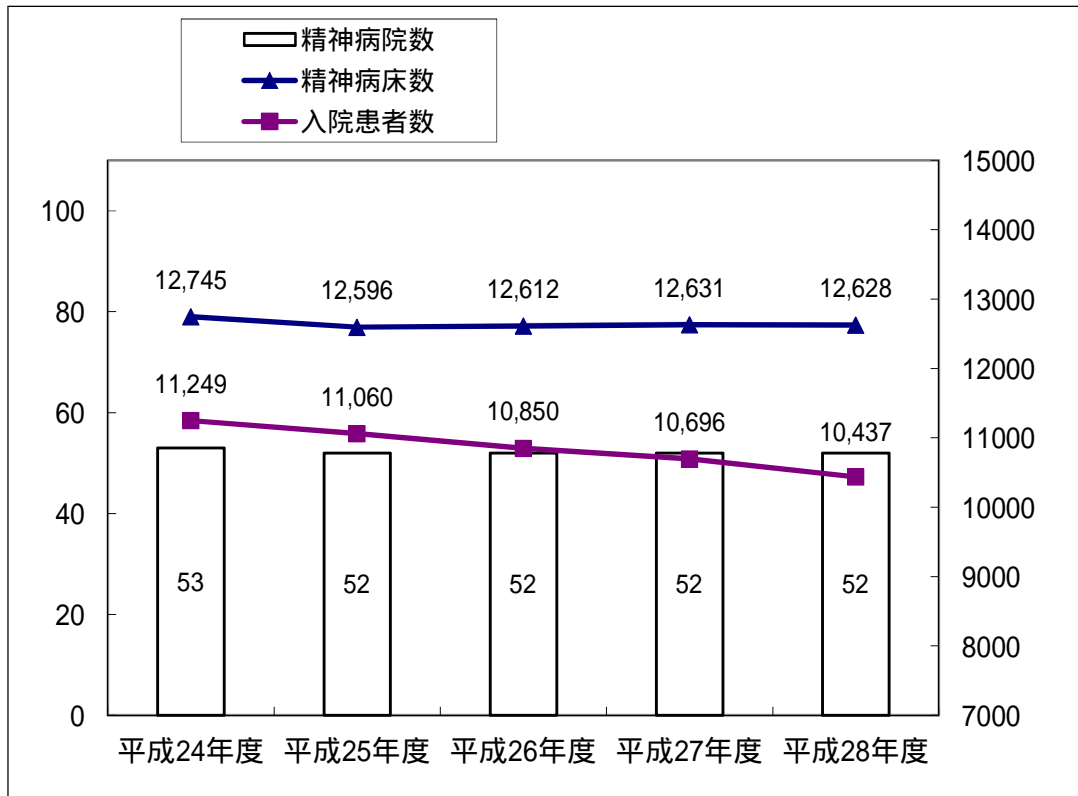
18 入院については、発症後間もない患者の多くは短期間で退院していますが、長期入  
19 院患者にあっては、高齢化や様々な要因から地域移行に困難を伴う場合が多く、県内  
20 精神科病院全体の平均在院日数(認知症含む)は、平成22年度344日、平成27  
21 年度325日で、なかなか短縮しない状況にあります。

22 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  
23 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  
24 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  
25 継続していくための支援を行っています。

26 精神障害者が、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  
27 う、自治体を中心とした地域の関係機関の一体的な取り組みに加え、地域住民の協力  
28 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  
29 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。

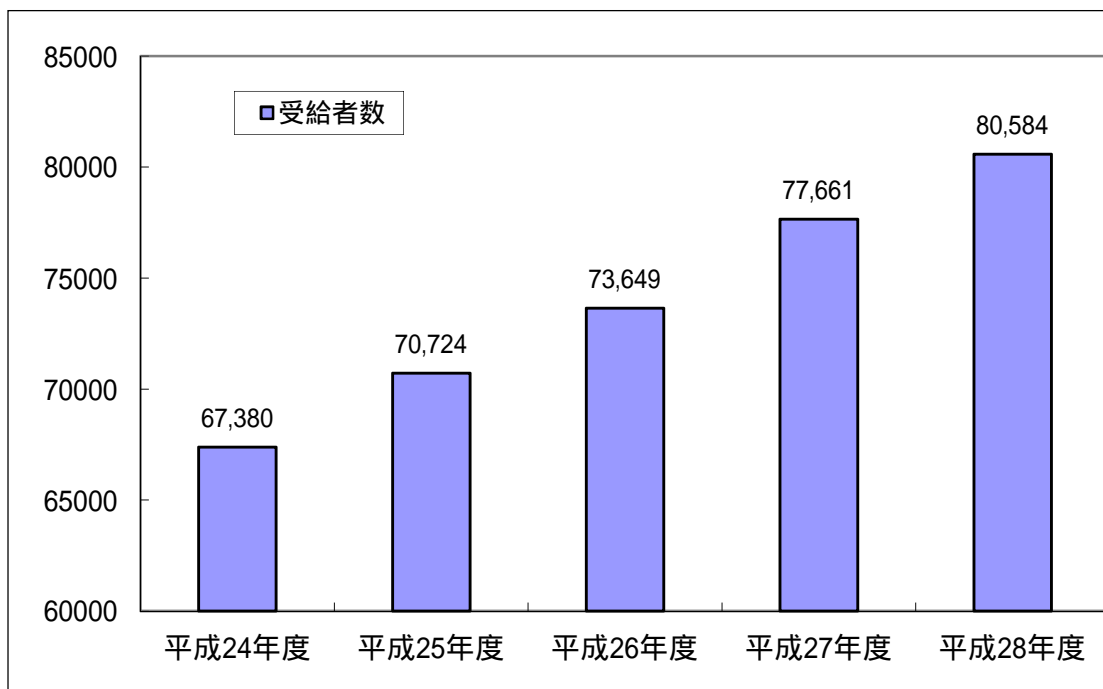
30

図表 2-1-1-2-5-1-1 精神科病院入院患者数及び病床数等の推移



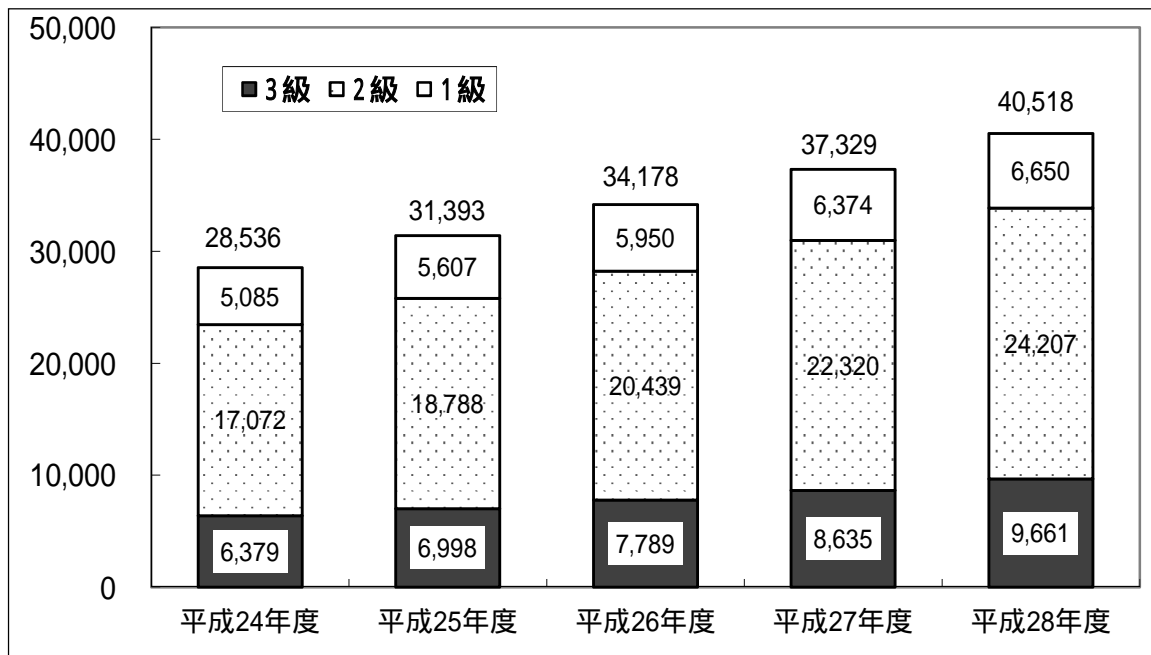
資料：厚生労働省精神・障害保健課調査(6月30日調査) 各年度6月末現在

図表 2-1-1-2-5-1-2 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 2-1-1-2-5-1-3 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

精神障害者が、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。

精神障害者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、健康福祉センター(保健所)、精神保健福祉センター、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、健康福祉センター(保健所)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。

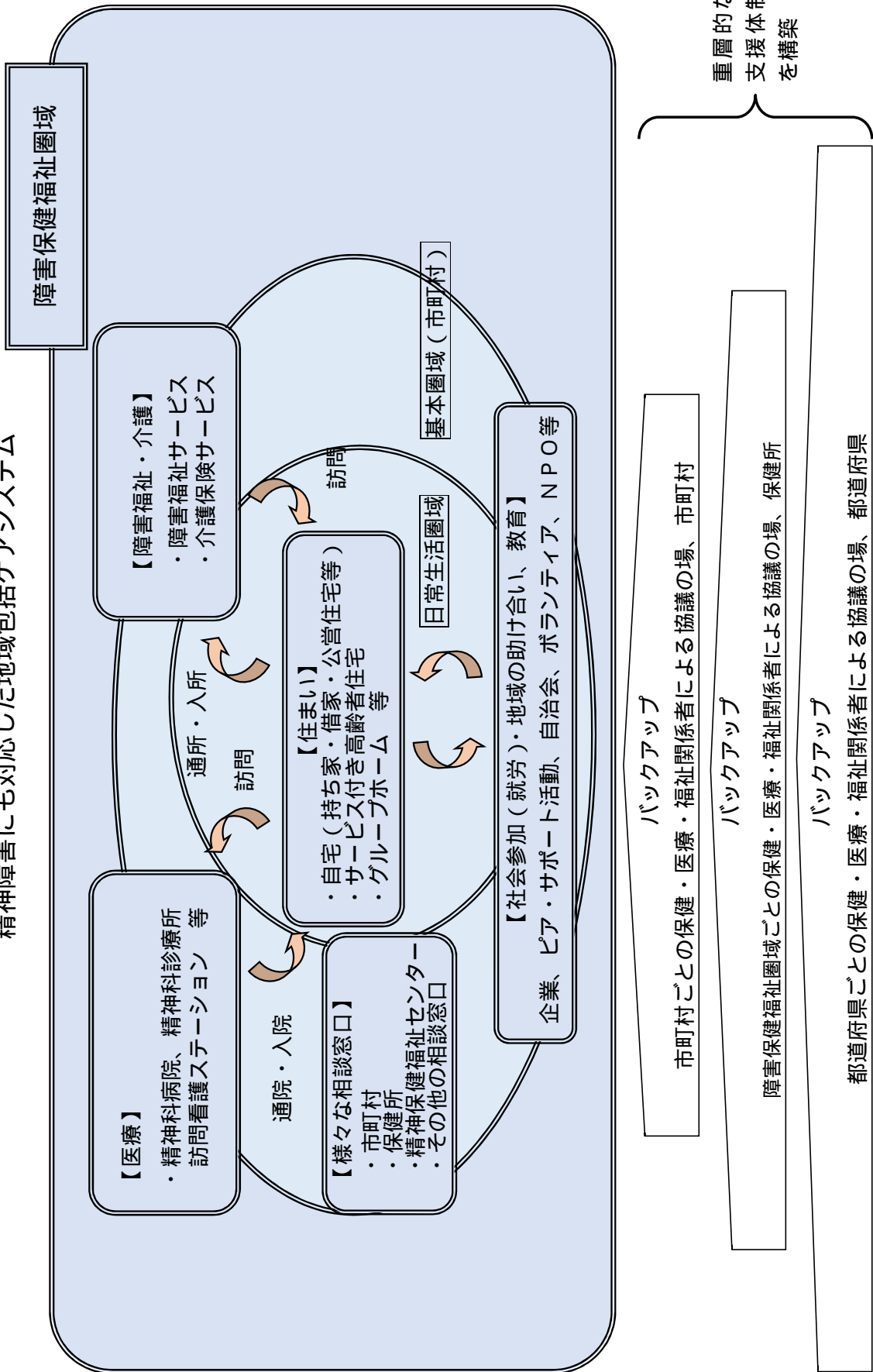
障害福祉サービス等の生活支援については、市町村が窓口になっています。障害支援区分と本人のニーズに沿って、相談支援事業所やケアマネージャー等と必要なサービスの種類や量などの支援計画を立てていきます。

1 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  
2 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  
3 どもがあります。グループホームなどへの入所など居住系のサービスもあります。

4 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  
5 力を得るなど、そのような人たちを増やし、精神障害者が地域で安心して、その人ら  
6 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。

7 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  
8 したものが、後述する の「多様な精神疾患にも対応できる医療連携体制」になりま  
9 す。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム



1 (ウ) 施策の具体的展開

2 **〔相談支援窓口の周知と機能の充実〕**

3 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  
 4 ター、健康福祉センター(保健所)では、メンタルヘルスの保持・増進について、  
 5 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  
 6 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  
 7 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  
 8 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  
 9 ウトリーチを行い、技術指導・支援を推進します。

10

11 **〔発症から精神科受診までの時間の短縮化〕**

12 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  
 13 薬局の薬剤師が、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  
 14 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  
 15 期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、健康福祉センター(保健所)等  
 16 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。

17

18 **〔早期退院への支援〕**

19 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  
 20 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  
 21 神障害者地域移行協議会を開催し、医療機関及び地域の支援機関等が相互の取り組  
 22 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  
 23 携体制の構築を図ります。

24 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  
 25 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  
 26 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  
 27 関に対して、精神障害者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  
 28 います。

29 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  
 30 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  
 31 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  
 32 向けて取り組みます。

33 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、  
 34 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、  
 35 支援機関の連携体制を整備します。

36

37 **〔地域生活の継続のための支援〕**

38 地域移行に必要な居住の場を確保するために、障害者向けの公共賃貸住宅の供給  
 39 の推進や、障害者に対する優先入居、単身入居を可能とする取り組みを進めます。  
 40 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、



1 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  
2 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  
3 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  
4 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  
5 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。

6 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  
7 支援に関する協議や事例検討、情報交換等を行いながら、精神障害者が地域で安定  
8 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  
9 域包括ケアシステムの構築を目指します。

10

1 多様な精神疾患にも対応できる医療連携体制の構築

2 (ア) 施策の現状・課題

3 精神障害者の社会参加及び自立を促進し、精神障害者が社会貢献できるよう、精神  
4 障害者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  
5 ることが必要です。

6 これを踏まえ、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための  
7 精神医療への改革の実現に向けて、統合失調症、うつ病・躁うつ病、依存症などの多  
8 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。

9  
10 **〔統合失調症〕**

11 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  
12 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い訂正不能な妄  
13 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  
14 病気を自覚しにくいことも特徴の一つです。

15 平成26年6月30日時点で、統合失調症の入院患者は、7,038人であり、精  
16 神科の全入院患者の約65%を占めています。「精神及び行動の障害」で入院してい  
17 る人の平均在院日数は270日ですが、そのうちの「統合失調症圏」では489日と  
18 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  
19 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  
20 す。

21  
22 **〔気分(感情)障害〕**

23 うつは、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  
24 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  
25 ど眠らずに動き回ったりしゃべり続けるなどの躁状態とうつ状態を繰り返す病気  
26 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  
27 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。

28 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  
29 などが必要です。

30  
31 **〔依存症〕**

32 依存症は、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症など、様々な依存症  
33 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  
34 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。

35 依存症の相談や治療を専門的に行っている医療機関は少ないため、依存症に関する  
36 相談・支援に対応できる機関を明確にするとともに、周知していくことが必要です。

37  
38 **〔高次脳機能障害〕**

39 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、

1 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  
2 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  
3 れにくい障害です。

4 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、3か所の支援拠点機関  
5 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  
6 の充実などを行っていますが、高次脳機能障害の診断・治療を行える医療機関は少な  
7 いため、高次脳機能障害者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  
8 ことが必要です。

9

#### 10 【摂食障害】

11 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  
12 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  
13 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  
14 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  
15 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  
16 のが現状です。

17 摂食障害に関する相談や治療できる医療機関を明確にするとともに、ネットワーク  
18 を構築し、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。

19

#### 20 【児童・思春期精神疾患】

21 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、  
22 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  
23 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  
24 す。

25

#### 26 【発達障害】

27 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  
28 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  
29 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  
30 現れます。

31 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  
32 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  
33 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。

34 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  
35 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  
36 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  
37 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。

38

#### 39 【てんかん】

40 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。

1 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。  
2 す。

3 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、  
4 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。

5 てんかんに関する相談や治療できる医療機関を明確にするとともに、ネットワーク  
6 を構築し、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。

7

#### 8 **〔精神科救急〕**

9 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、  
10 「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  
11 もに、輪番体制で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  
12 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  
13 の受診調整を行っています。

14

#### 15 **〔身体合併症〕**

16 身体と精神の両疾患を有して入院が必要な場合、身体疾患を診る科と精神科の  
17 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  
18 ん。精神疾患と身体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  
19 していることから、「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」を整備し、協力病院を登  
20 録しています。

21

#### 22 **〔自殺対策〕**

23 全国の自殺者数は、平成10年から3万人を超えて推移してきましたが、平成24年  
24 に3万人を下回り、平成28年には2万1,897人となりました。本県でも  
25 1,300人前後を推移していたものが平成28年には1,038人と減少したもの  
26 の、依然として高い水準にあります。

27 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  
28 り組む必要があります。

29

#### 30 **〔災害精神医療〕**

31 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  
32 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  
33 れ、本県では、DPAT研修を27年度から開催しています。

34 今後、当県が被災する場合や派遣が長期に渡ることを想定し、DPATを増やすと  
35 ともに、他の医療救護チームと共に活動できるよう、スキルアップしていく必要があ  
36 ります。

1 (イ) 循環型地域医療連携システムの構築

2 精神疾患の循環型地域医療連携システム<sup>\*</sup>(多様な精神疾患にも対応できる医療連携  
3 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、  
4 かかりつけ医<sup>\*</sup>、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  
5 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  
6 村や健康福祉センター(保健所)、精神保健福祉センター、学校保健、産業保健など  
7 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  
8 も含まれます。

9 内科等のかかりつけ医は、日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握し、診療  
10 の他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  
11 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  
12 じて適切な治療を行います。

13 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  
14 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  
15 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  
16 位置付けています。

17 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  
18 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  
19 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。

20 社会復帰に向けては、訪問看護ステーション<sup>\*</sup>や、精神科医、看護師、作業療法士、  
21 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)<sup>\*</sup>の提供に  
22 より、地域生活や社会生活を支えます。

23 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  
24 携により、精神障害者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。

25 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  
26 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  
27 精神疾患患者についての治療を行います。

28 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<sup>\*</sup>によ  
29 り、自殺未遂者の診療を行うことを促進します。

30 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  
31 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  
32 携を図ります。

33 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  
34 時の対応体制や連絡体制を確保します。

35 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  
36 材育成に取組み、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  
37 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。

38 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  
39 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

1 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  
2 疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

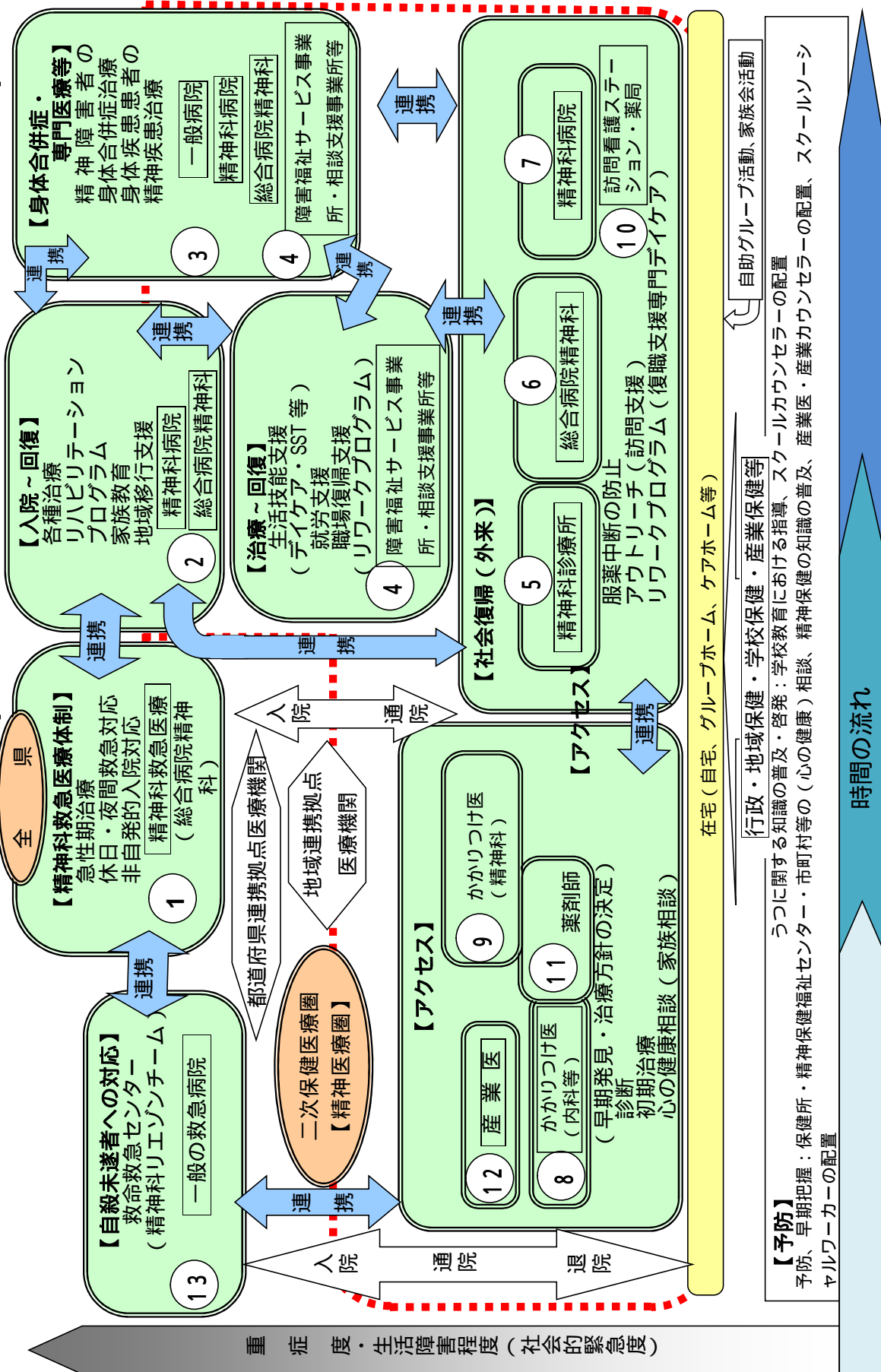
3 保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、医療連携の円滑な実  
4 施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行います。

5 精神保健福祉センターは、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  
6 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  
7 導や技術援助を行います。

8 県は、多様な精神疾患等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  
9 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  
10 医療連携状況や圏域間の連携状況の把握に努めます。

11

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



1 (ウ) 施策の具体的展開

2 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  
3 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、精神医療圏内の  
4 医療連携による支援体制の構築を目指します。

5 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  
6 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。

7  
8 **〔統合失調症〕**

9 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(クロ  
10 ザピン<sup>®</sup>など)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  
11 ら、精神科病院と血液内科・麻酔化等を有する医療機関とのネットワークを構築し、  
12 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  
13 の地域移行の進展と平均在院日数の短縮化を図ります。

14  
15 **〔気分(感情)障害〕**

16 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  
17 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  
18 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  
19 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  
20 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 balan  
21 スの改善などに取り組みます。

22 うつ病等からの回復のためには、認知行動療法<sup>※</sup>やリワーク・プログラム(復職支  
23 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  
24 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  
25 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。

26  
27 **〔依存症〕**

28 依存症については、精神保健福祉センターにおいて、薬物依存症に関する治療・  
29 回復プログラム、ギャンブル依存症に関する専門相談を継続して行います。また、  
30 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  
31 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  
32 対策を推進していきます。

33  
34 **〔高次脳機能障害〕**

35 高次脳機能障害及びその関連障害に対しては、3カ所の支援拠点機関を中心に、  
36 高次脳機能障害に対する普及啓発を行い、早期に専門的な相談支援・訓練につな  
37 がるよう努めるとともに、地域におけるネットワークの拡大・強化に取り組んで行き  
38 ます。

39



1 **〔摂食障害〕**

2 摂食障害については、摂食障害治療支援センターを設置し、専門的な相談支援、  
3 適切な治療、他の医療機関の医師等への指導助言・研修を行い、身近な地域の医療  
4 機関で摂食障害治療を受けられる体制づくりを目指します。また、教育機関と連携  
5 し、摂食障害の予防や早期発見・早期受診につながるよう努めます。

6  
7 **〔児童・思春期精神疾患、発達障害、てんかん〕**

8 児童・思春期精神疾患、発達障害、てんかんといった専門的な治療を行える医療  
9 機関が少ない疾患については、専門的に治療を行っている機関を中心とした広域的  
10 な医療ネットワークをつくり、専門的機関から助言・指導等を得ることによって、  
11 身近な地域の医療機関で治療を受けられる体制づくりを目指します。

12  
13 **〔精神科救急〕**

14 精神科救急医療については、病院の協力を得て、精神科救急基幹病院\*や精神科  
15 救急輪番病院\*の拡大などにより緊急時に対応できる空床を増やすよう努め、夜間  
16 休日に身近な地域で必要な医療を受けられるよう努めます。

17  
18 **〔身体合併症〕**

19 身体合併症を有する精神疾患救急患者については、「身体疾患合併症対応協力病  
20 院運営要領」に基づき、引き続き協力病院の増加に努めるとともに、身体疾患に対  
21 応できる病院との連携を進めます。

22 千葉県精神科医療センターと千葉県救急医療センターを統合して(仮称)千葉県  
23 総合救急災害医療センターを整備し、身体・精神科合併救急患者への対応を強化し  
24 ます。

25  
26 **〔自殺対策〕**

27 自殺対策については、自殺対策強化月間などにおいて県民の自殺に関する理解を  
28 促進するとともに、相談支援機能を強化し、相談窓口の一層の周知を図ります。ま  
29 た、自殺の危険性の高い人やうつ状態にある人の早期発見、早期対応を図るため、  
30 自殺の危険やうつ症状を示すサインに気付き、適切に対応することができる「ゲー  
31 トキーパー」の役割を担う人材の養成を行います。

32 自殺未遂者について、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  
33 科リエゾンチームによる診療や精神科医療機関との連携体制を整備します。

34 自死遺族に対しては、各種支援情報の提供を推進するとともに、自死遺族の心理  
35 的影響を和らげるための活動を行う団体を支援するなど、遺族支援に取り組みます。

36 自殺対策は、保健・医療・福祉・教育・労働・警察・民間団体等の様々な分野の  
37 機関や団体による総合的な推進が必要であることから、連携して自殺対策に取り組  
38 みます。

39  
40 **〔災害精神医療〕**

1 災害時の精神医療については、DPATの複数チームの派遣または中長期の活動  
 2 が可能となる体制を整備するため、DPAT 養成研修を継続的に開催し、チーム数を増  
 3 やします。また、構成員の資質向上のためフォローアップ研修や、災害時に迅速かつ  
 4 適切な支援活動が行えるよう、消防や他の医療チームとの合同訓練に参加します。

5 新たに整備する(仮称)千葉県総合救急災害医療センターでは、DMAT、DP  
 6 ATを同一病院内で運用できる機能を生かして身体・精神両面にわたる包括的な災  
 7 害医療を提供します。

8 精神科病院に対しては、災害時に備えた体制等を検討・整備するよう指導してい  
 9 きます。

10  
 11 上記の施策に取り組むとともに、医療圏ごとに各疾患等に対応している医療機関  
 12 の明確化や、各医療圏及び県全体での協議の場を通じて、多様な精神疾患に対応で  
 13 きる医療連携体制の構築を図ります。

14  
 15 (エ) 施策の評価指標

16 [基盤(ストラクチャー)]

指標名	現状	目標
精神科救急基幹病院数	7圏域(12病院) (平成29年7月)	
精神科救急身体合併症に対応できる施設数	5圏域(5病院) (平成29年7月)	
救命救急センターで「精神科」を有する施設数	13か所 (平成28年度)	
治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数	7病院 (平成26年度)	
精神疾患の訪問看護を実施している医療機関数(認知症を除く)	調査中	
グループホーム等の定員(グループホーム、生活ホーム、ふれあいホームの定員)	調査中	

17 精神科救急入院料算定認可医療施設数として、精神科医療センターを含む

18  
 19 [過程(プロセス)]

指標名	現状	目標
精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人数	15人 (平成29年7月)	

指 標 名	現 状	目 標
地域移行・定着協力病院数	11病院 (平成29年7月)	
遠隔地退院支援者数の実数	1人 (平成28年)	
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	0.24% (平成26年度)	
精神疾患の訪問看護利用者数 (認知症を除く)	調査中	

1  
2

〔成果(アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数(精神病床)	325.1日 (平成27年)	
在院期間5年以上、かつ65歳以上退院者数	1月あたりの退院者数 20人 (平成28年度)	
精神病床における急性期(3カ月未満)入院需要(患者数)	1,783人 (平成26年度末)	
精神病床における回復期(3カ月以上1年未満)入院需要(患者数)	1,423人 (平成26年度末)	
精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	6,329人 (平成26年度末)	
精神病床における慢性期入院患者(65歳以上患者数)	3,282人 (平成26年度末)	
精神病床における慢性期入院患者数(65歳未満患者数)	3,046人 (平成26年度末)	
精神病床における入院需要(患者数)	9,535人 (平成26年度末)	
地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)	-	
地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者数)	-	
地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者数)	-	

3

指 標 名	現状	目標
精神病床における入院後3か月時点の退院率	69% (平成26年度)	
精神病床における入院後6か月時点の退院率	85% (平成26年度)	
精神病床における入院後1年時点の退院率	90% (平成26年度)	
自殺死亡率 (人口10万当たり)	16.7人 (平成28年)	

1

2

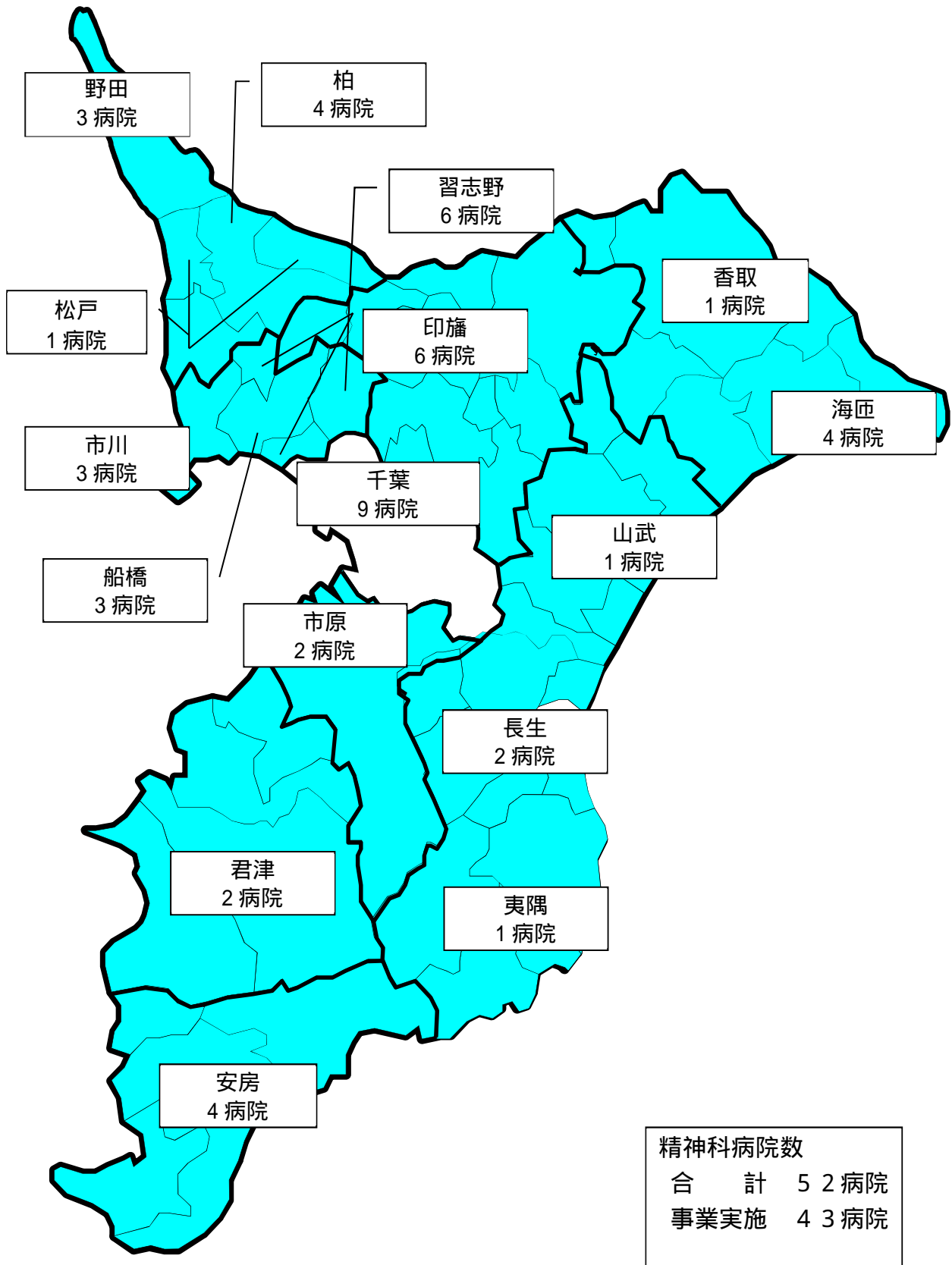
図表 2-1-1-2-5-1-4 千葉県内の精神科救急医療圏域及び救急医療施設

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40



1  
2

図表 2-1-1-2-5-1-5 精神障害者地域移行支援事業実施状況



平成 29 年 4 月現在

1     **イ 認知症**

2     **(ア) 施策の現状・課題**

3     認知症の出現率は、加齢に伴って高まることから、平均寿命の延伸に伴い増加し、  
4     認知症高齢者数は増加すると見込まれています。また、85歳以上では半数以上に認  
5     知症の症状が見られるとの研究報告もあり、誰もが介護者等として認知症にかかわる  
6     可能性があるなど、身近な病気であると言えます。

7     そのため、認知症対策は、単に認知症の人やその家族への支援だけではなく、長寿  
8     社会に対する県民自身の意識向上や、認知症予防に向けた日々の取組等、超高齢社会  
9     における総合的な対策が必要となります。

10    また、認知症の初期の段階から終末期に至るまで、疾患の進行とともに大きく変化  
11    する症状やケアのニーズに応じて、医療と介護が連携した適切な相談支援とケアマネ  
12    ジメントが連続的に行なわれることが重要です。

13

14    **〔発症予防・早期発見〕**

15    正常と認知症の中間に当たる状態であるMCI（Mild Cognitive Impairment：軽  
16    度認知障害）は、認知機能（記憶、決定、理由づけ、実行など）のうち1つの機能に  
17    問題が生じてはいますが、日常生活には支障がない状態です。

18    MCIに気づき、対策を行うことで認知機能の改善や認知症の発症を抑制できる可  
19    能性があります。

20    現状では、認知症の発症を完全に防ぐことは困難ですが、原因疾患によっては生活  
21    習慣病の治療、食生活の見直し、定期的な運動や趣味活動による脳の活性化を図るこ  
22    となどで、発症や進行を遅らせることが期待されており、県民一人ひとりの生活習慣  
23    の改善や健康づくり等の取組をいかに持続させるかが重要となっています。

24    認知症は、早期に発見し、生活環境の調整や介護の工夫等、適切な対応をすること  
25    によって、徘徊、暴力、昼夜逆転等の症状（行動・心理症状（BPSD））を抑え、  
26    認知症になってもその人らしく生きることができると言われています。

27    認知症の人にみられる初期症状は、注意深く観察しないと加齢による症状と見分け  
28    が付きにくいものであるとともに、本人やその家族が受診を躊躇したり、世間体を気  
29    にして隠したりすることにより、発見と対応が遅れることがあります。

30    本人やその家族が認知症を疑ったとき、まずどこに相談すればよいか、どこの医療  
31    機関を受診すればよいかという情報を、誰でも容易に得られるようにすることが求め  
32    られています。

33

34    **〔若年性認知症〕**

35    若年性認知症は、働き盛りでの発症により就労や生活費等の経済的、精神的負担が  
36    大きい一方で社会的理解が乏しく支援体制も十分に整っていない現状にあることか  
37    ら、若年性認知症に対する社会的理解を深め、若年性認知症の人やその家族に対する  
38    支援体制を整える必要があります。

39    さらに、患者や配偶者の親等の介護と重なり、複数介護になる等の特徴があること

1 から、様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく必要があります。

2

### 3 【入退院時からの地域生活への支援】

4 身体合併症を伴う認知症の人が医療機関に入院する際、入院生活に慣れるまでに時  
5 間がかかることや、患者が入院の必要性を理解できないことなどにより、入院治療が  
6 困難になる場合があることから、対応できる人材の育成支援が必要となります。

7 極めて重篤な行動・心理症状（BPSD）により、一時的に精神科での対応が必要  
8 となる場合がありますが、精神科で対応すべきBPSDは、3か月程度で軽快するこ  
9 とが多いといわれることから、入院にあたっては入院目的を明確にするとともに、入  
10 院時から在宅復帰を念頭において退院後の受け入れ先の確保や家族との調整等を行  
11 うことが重要です。

12 また、認知症の進行に伴い、治療とともに介護が中心となることを考えると、地域  
13 の中核的な病院の支援体制のもとで、医療機関や介護施設、訪問看護ステーション、  
14 居宅介護サービス事業所等、多様な地域資源が連携し、役割分担をしながら、地域で  
15 の生活を支える仕組みが求められています。

16

### 17 【認知症の進行と看取り支援】

18 認知症の症状が進むと、身体状況や自分の思い等を周囲にうまく伝えられなくなる  
19 ことがあります。そのため、認知症が進行する前に、早期に身体や口腔機能等を確認  
20 し、必要に応じた治療や補助器具・義歯等の作成、終末期の過ごし方を家族や身近な  
21 人と話し合っておくこと等が重要になります。

22 認知症対策は、認知症の人やその家族の視点に立ち、各関係機関が連携して取り組  
23 んでいくことが必要です。

24 終末期における看取り支援では、尊厳を保ちながら自分らしく最期まで生きられる  
25 よう、認知症の人やその家族の意思を尊重する必要があります。判断能力の回復が見  
26 込めない状況になっても患者の価値観を尊重し、希望する人生の最終段階における医  
27 療や介護等を受けることができるように、自らの意思を表明できない状況になる前に、  
28 延命を目的とした医療処置の希望について、かかりつけ医や家族など身近な人と十分  
29 に話し合っておくことが必要です。

30

### 31 （イ）循環型地域医療連携システムの構築

32 認知症の循環型地域医療連携システムは、県民が、認知症になっても住み慣れた地  
33 域で安心して生活し続けられるよう、在宅生活を維持するための医療機関、鑑別診断  
34 や専門医療相談ができる医療機関、行動・心理症状（BPSD）が悪化した場合や身  
35 体疾患のある認知症患者の入院対応ができる医療機関等の各機関に加え、地域包括支  
36 援センターや介護サービス事業所等の総合的な連携により構築します。また、行政等  
37 による認知症に関する正しい知識の普及・啓発といった日常生活支援対策も含まれま  
38 す。



1 かかりつけ医は、認知症の可能性について判断するとともに、認知症疾患医療セン  
2 ター等の専門医療機関による鑑別診断とその治療計画等に基づき、地域包括支援セン  
3 ターや介護支援専門員等と連携して日常の診療を行います。また、B P S Dや身体疾  
4 患により、認知症の人が入院した場合、在宅復帰に向けた退院支援に協力し、退院後  
5 は、専門医や地域の介護サービス事業所等と連携をとりながら引き続き療養支援を行  
6 います。

7 認知症サポート医は、かかりつけ医に対して認知症治療に関する助言を行うるととも  
8 に、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となります。

9 認知症疾患医療センターは、かかりつけ医等から紹介・相談を受けて、認知症の鑑  
10 別診断や専門医療相談を行うとともに、B P S Dや身体合併症に対する急性期治療を  
11 実施するほか、地域の保健・医療・介護関係者との連携を図り、認知症の保健医療水  
12 準の向上を図ります。

13 訪問診療を行う医療機関は、通院が困難な人や、病気の認識がなく医療機関への受  
14 診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活をふまえた診療を行います。

15 市町村が設置する認知症初期集中支援チームは、複数の専門職が認知症と疑われる  
16 人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行います。

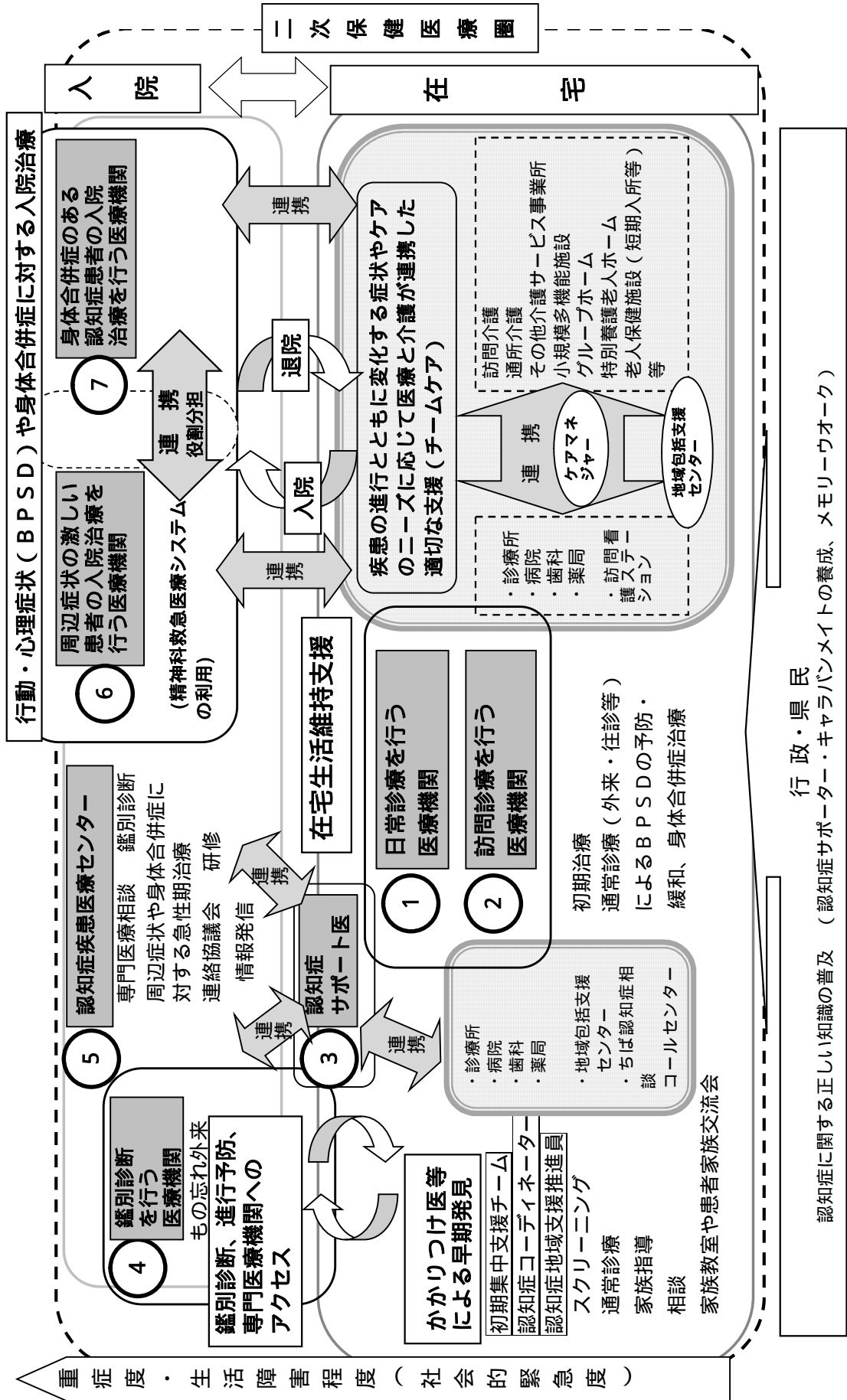
17 認知症のB P S Dや、認知症の人の身体疾患が悪化した場合、一時的に入院治療を  
18 行う入院医療機関は、かかりつけ医等の地域の医療機関や認知症疾患医療センター、  
19 訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携を図り、で  
20 きる限り短い期間での退院を目指します。

21 地域における認知症支援体制の構築を推進するため、「千葉県認知症コーディネー  
22 ター」を養成します。千葉県認知症コーディネーターは、国により市町村に必置とさ  
23 れている認知症地域支援推進員として活動することができます。

24 認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応  
25 じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして  
26 作成した「千葉県オレンジ連携シート」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者との  
27 連携を図ります。

# 認知症の循環型地域医療連携システムのイメージ図

1  
2



1 (ウ) 施策の具体的展開

2 a. 認知症に対する正しい理解の普及・啓発とやさしいまちづくりの推進

3 **〔本人、家族、地域住民の理解促進〕**

4 認知症に対する誤解や偏見により、認知症の人とその家族が苦しんでいることも  
5 少なくありません。認知症に対する正しい理解を持つ認知症サポーター\*の養成や  
6 活用、サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイト\*の養成、さらには  
7 認知症メモリーウオーク\*等を通じて、地域住民、学校、企業等への認知症の正し  
8 い理解の普及啓発を進めます。

9 行政や保険者による健康診断等の自覚症状・セルフチェック項目に、初期症状の  
10 把握等、早期発見のための項目を盛り込むことを検討するとともに、早期受診につな  
11 がるよう、受診可能な医療機関等の情報収集・整理及び情報提供の促進を図ります。

12 認知症の人を介護する家族に対し、地域包括支援センターと連携した家族交流会  
13 や若年・本人のつどいを開催し、認知症の知識、精神面での支援等を図ります。

14

15 b. 認知症予防の推進

16 **〔介護予防、自立支援及び重度化防止の推進〕**

17 加齢に伴う筋肉量の低下(サルコペニア)・活動性や意欲の低下・歩行速度の低  
18 下・体重減少などフレイル(虚弱)の兆候を評価し、病気の有無、生活環境、栄養  
19 状態などを総合的に判断し、適切なサポートを行う取組を推進します。

20 先進的な取組を集積し、情報提供や研修会を行い、市町村が行う介護予防、自立  
21 支援及び重度化防止の取組を支援します。

22

23 **〔介護予防の推進に資する人材の養成〕**

24 生活習慣病予防対策として重要な特定健診・特定保健指導に従事する人材を育成  
25 するため研修会を開催します。

26 第3次食育推進計画に基づき、高齢者の生活習慣病や低栄養予防、健康づくりの  
27 ための食育を推進するため、高齢期の食育に携わる専門職及び地域ボランティアの  
28 人材育成を行います。

29

30 **〔健康づくりと認知症予防の普及啓発〕**

31 要介護・要支援にならないよう、早期からの予防につながるロコモティブシンド  
32 ローム(運動器症候群)等の予防や、口腔ケアの大切さと口腔の状態と健康との関  
33 係に関する知識等について、ホームページ等を活用した普及啓発を行います。

34 運動だけではなく認知課題(頭の体操)を加え、認知機能維持向上に役立つ運動  
35 「コグニサイズ」の普及啓発を図ります。

36

## c . 早期診断と適切な医療・介護連携体制の整備、多職種協働の推進

## 〔かかりつけ医、認知症サポート医の診療体制の整備〕

かかりつけ医は、日常の診療の中で、認知症の初期の症状に気づくことも多く、行動・心理症状（BPSD）に対しても生活全般を総合的に評価して対応できるため、認知症の初期診療の要となりえます。そのため、かかりつけ医に対して認知症診断の知識・技術等を習得するための研修会を開催し、早期の段階において適切な対応が図られるよう支援します。

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言・支援を行うとともに、専門医療機関や市町村等との連携の推進役となる認知症サポート医を、県医師会と連携しながら養成し、認知症の早期発見・早期治療等の医療体制の充実を図ります。

## 〔多職種のネットワークや継続的で一貫した相談支援体制の構築〕

認知症の人の支援においては、地域包括支援センターに、専門医や認知症サポート医の情報や、支援ニーズに応じた介護サービス等の情報が集約され、誰でも容易に情報を得ることができるようすることが重要であることから、認知症の人の支援も含めた包括的な支援体制を構築するため、地域包括支援センターの機能強化等を図ります。

専門医療相談や、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症・行動・心理症状（BPSD）への急性期対応、かかりつけ医への研修、地域包括支援センターや介護サービス事業所等と連携した生活支援等を行う認知症疾患医療センターについて、二次保健医療圏に1か所以上の配置を図り、相談・支援体制の充実を図ります。

認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者との連携を図ります。

地域における認知症支援体制の構築を推進するために、「千葉県認知症コーディネーター」を養成します。そして、「千葉県認知症コーディネーター」と「認知症地域支援推進員」が医療・福祉・介護・行政等の関係者と協力しながら、関係者のネットワーク構築や調整、地域資源情報の提供などを行うことができるよう資質の向上を図ります。

複数の専門家が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域ごとに作成される認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れである「認知症ケアパス」等が有効に機能するよう市町村を支援します。

認知症の人とその家族の支援には、様々な専門職による連続的かつ包括的な支援が必要であることから、各専門職の研修体系の構築及び研修の実施を進めます。

1 **〔中核症状・行動・心理症状（BPSD）への対応〕**

2 中核症状については、適切な薬物療法により、記憶力低下の進行を遅らせること  
3 がアルツハイマー型認知症の場合には可能といわれており、早期発見・早期診断が  
4 重要です。このため、できるだけ早期に、適切な診療を受けられるよう、本人・家  
5 族をはじめ関係者に対する普及・啓発を進めます。

6 また、認知症の初期段階におけるリハビリテーションが有効とされていることか  
7 ら、本人の生活情報を重視した多職種協働によるリハビリテーションの普及等の施  
8 策を検討します。

9 BPSDについては、地域のかかりつけ医等による外来診療や往診による投薬管  
10 理を含めた適切な医療を提供することにより、その軽減を図ることができるといわ  
11 れています。このため、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発や研修の充  
12 実を図ります。

13 また、認知症のBPSDは、環境調整を行ったり、ケアの対応を変えたりするこ  
14 とで症状が大きく改善されると指摘されています。

15 認知症の人の介護において、本人を中心にとらえた課題分析とケアが実践され成  
16 果を挙げているため、今後は、認知症の人に関わる多職種のスタッフがこれらの手  
17 法を活用するとともに、認知症のBPSDを重症化させない予防的な取組に係る施  
18 策を推進します。

19 中核症状の進行抑制やの出現予防、緩和を図るため、適切な医療やケアの提供及  
20 び環境調整が行われるよう、医療体制の充実を図るとともに、医療や介護サービ  
21 等の効果的な組み合わせによる支援体制づくりを進めます。

22

23 **〔激しい行動・心理症状（BPSD）を伴う認知症患者への対応〕**

24 激しいBPSDにより、在宅での生活が困難となり、精神科救急医療機関等での  
25 緊急的な入院治療や、介護施設でのショートステイの利用等が必要となる場合があ  
26 ります。

27 激しいBPSDは、3ヶ月程度で軽快することが多いといわれているため、医療  
28 機関と介護施設の連携体制の構築を支援するとともに、退院時の一時的な受け入れ  
29 先としての施設機能の検討や、施設職員の認知症対応能力の向上を図り、早期在宅  
30 復帰を促進します。

31

32 d．認知症支援に携わる人材の養成

33 **〔認知症への対応〕**

34 認知症患者の入院治療に際しては、院内において医師や看護師をはじめとする  
35 多職種のスタッフが連携してチーム支援を行うことが有効です。このため、人材の  
36 養成や、院内において活動しやすい環境づくりを促進します。

37 認知症高齢者やその家族を適切に支えるため、早期の段階における診断、治療と  
38 適切な対応が図られるよう、認知症サポート医の養成及びかかりつけ医、病院勤務  
39 の医療従事者、歯科医師・薬剤師向け認知症対応力向上研修を行います。

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38

**〔身体合併症（行動・心理症状（BPSD）を伴う場合を含む）への対応〕**

精神科リエゾンチーム\*による診療協力など、身体合併症の治療を行う医療機関と、BPSDの治療を行う医療機関が連携を図り、役割分担しながら治療にあたることのできる体制の構築を促進します。

e．本人と家族への支援

**〔認知症の人やその家族の視点の重視〕**

認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など、患者やその家族の視点を重視した取組を進めていきます。

**〔認知症の人の介護者への支援〕**

認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの観点に立って、特に在宅においては認知症の人のもっとも身近な家族など、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や、介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進します。

地域の実情に応じて、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組について市町村へ普及を促進します。

「ちば認知症相談コールセンター（電話番号：043-238-7731）」を設置し、電話相談に加え面接相談を実施します。

**〔終末期における看取りの支援〕**

終末期における看取りの支援では、認知症の人の痛みや苦痛の感じ方、経管栄養等の医療行為の意味、どこまで医療行為を行うか、その医療行為がその後の経過にどのような影響を及ぼすか等について十分に家族に情報提供したうえで、本人や家族の意思を尊重したものでなければならぬため、医療機関と看護・介護従事者等による連携体制の構築を支援します。

f．若年性認知症施策の推進

**〔若年性認知症の人とその家族への支援〕**

当事者ととともに医療、介護、福祉、雇用の関係者が連携するネットワークの充実を図ります。

また、市町村と連携し、症状の進行に応じて若年性認知症の人と家族が利用できる制度や地域資源の情報の整理を進めます。

若年性認知症コーディネーターを配置し、若年性認知症に関する相談体制を整えます。

若年性認知症に関する実態調査を実施します。

1 (エ) 評価指標

2 【基盤(ストラクチャー)】

指 標 名	現状(平成28年度)	目標
認知症サポーター数	343,806人(累計) (H29.6.30現在)	
認知症サポート医の養成人数 千葉県を除く	321人	
かかりつけ医認知症対応力向上 研修修了者数 千葉県を除く	880人	
病院勤務の医療従事者向け認知 症対応力向上研修修了者数 千葉県を除く	1,158人	
歯科医師認知症対応力向上研修 修了者数 千葉県を除く	75人	
薬剤師認知症対応力向上研修修 了者数 千葉県を除く	103人	
認知症疾患医療センターの指定 箇所数 千葉県を除く	10箇所 2次保健医療圏域に1か所以上設置 (東葛北部、南部は2か所) (H29.7.1現在)	
認知症介護実践研修受講者数	3,967人(累計)	

3

4 【過程(プロセス)】

指 標 名	現状(平成28年度)	目標
認知症疾患医療センターの 専門医療相談件数	6,916件	
「千葉県オレンジ連携シート」の 使用枚数	660枚	

5

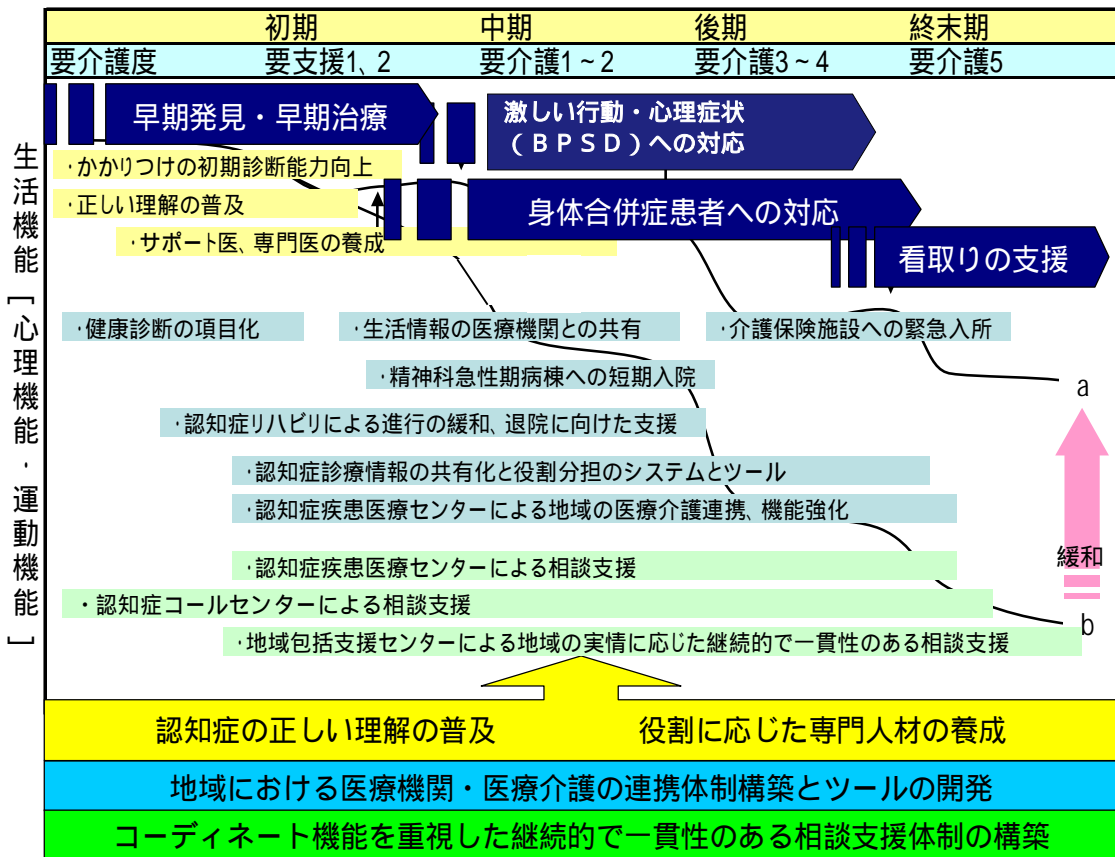
6 【結果(アウトカム)】

指 標 名	現状	目標
認知症の精神病床での入院患者 数	2,851人 (平成26年度)	

指 標 名	現 状	目 標
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）利用者実績（地域密着型サービスの利用状況）	6,300人/月 （平成28年）	
特別養護老人ホーム利用者実績（施設サービス利用状況）	22,985人/月 （平成28年）	

1  
2  
3  
4

図表 2-1-1-2-5-2-2 ステージごとの施策検討の方向性



a: 早期診断により、適切な治療、適切なケアが行われた場合の生活機能の経過

b: 適切な医療やケアが行われない場合の生活機能の経過



1  
2  
3

図表 2-1-1-2-5-2-3 認知症疾患医療センター

H29.10.1 現在

