

第IV章

主要な疾病ごとの切れ目ない 保健医療連携体制の構築

- ▶ 1 がん
- ▶ 2 脳血管疾患・心疾患
- ▶ 3 糖尿病
- ▶ 4 精神疾患

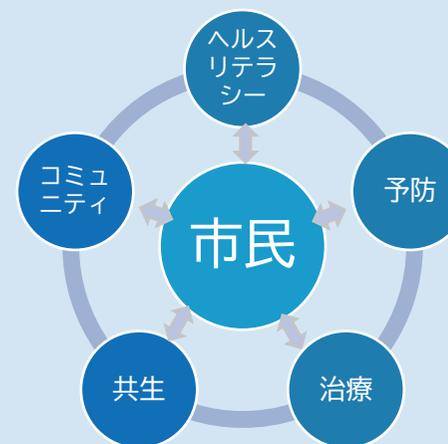
IV-1 がん

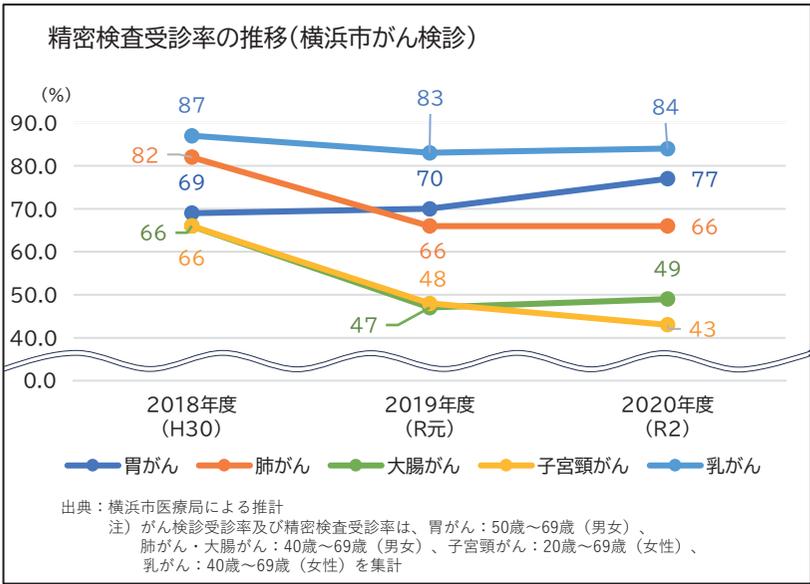
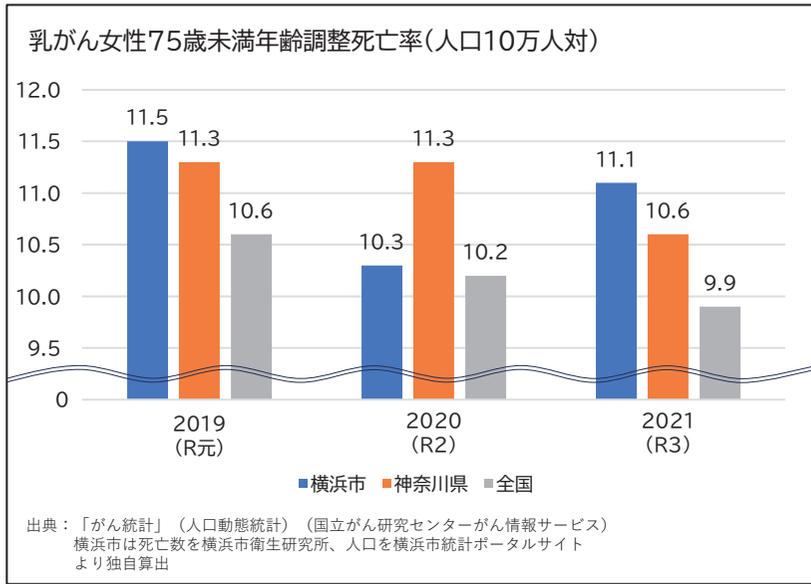
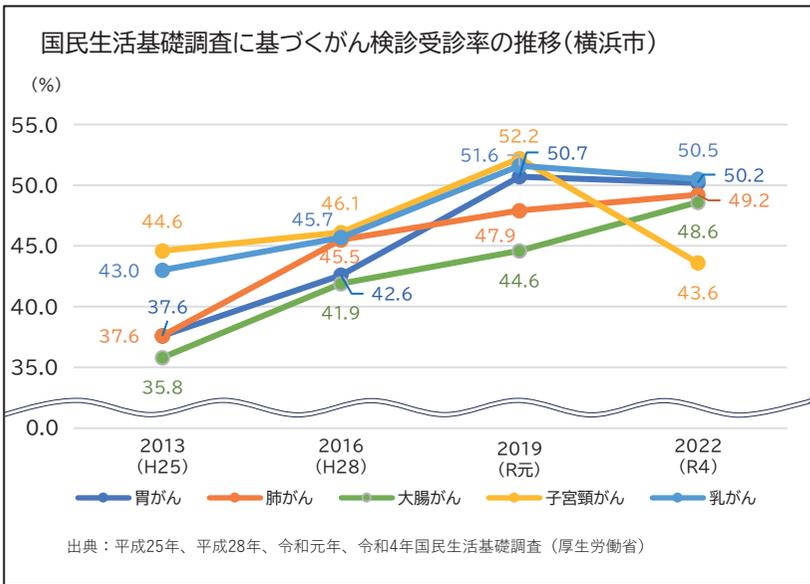
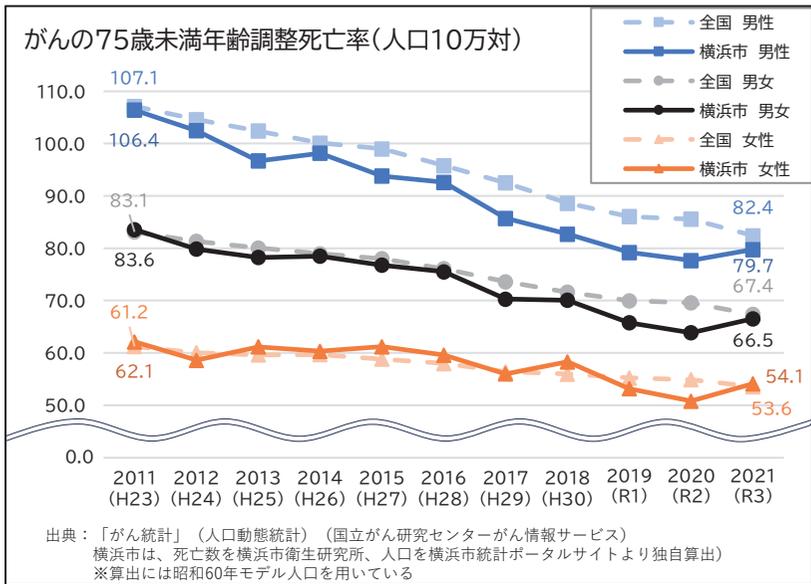
現状と課題

- がんによる死亡率の減少のためには、予防・早期発見・医療の各段階で、市民の適切な行動につながるような情報提供と、がんになる前からの市民のがんへの理解を進めることが大切です。
- がん検診の受診率は、国の目標が50%から60%に引き上げられました。令和4年国民生活基礎調査の結果では、本市の受診率は胃がん、乳がんは50%台でしたが、60%には達しておらず、より効果的な受診勧奨の検討が必要です。また、精密検査受診率は、中期計画の目標を90%としていますが、目標に達しておらず、効果的な未受診対策や医療機関からの結果報告の把握体制を充実させる必要があります。
- 全国と比べて年齢調整死亡率の高い乳がんや、がん検診受診率の低い子宮頸がんについて、早期発見の行動につながるよう、検診の受診・予防・治療に関するがん教育、情報提供を強化する必要があります。
- 本市が実施するがん検診では、胃、肺、大腸がん検診の受診は、70代前半の方が多く状況です。（年齢5歳階級）
- 国が指定する「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」、県が指定する「神奈川県がん診療連携指定病院」として市内13病院が指定され、質の高いがん医療や相談支援を提供しています。また、本市では独自に乳がん連携病院や小児がん連携病院を指定し、医療の質の向上や支援の充実に取り組んでいます。
- がんと診断された時から緩和ケアが提供されるよう、がん診療連携拠点病院等において専門的な緩和ケアを提供しています。また、本市では病院と連携して緩和ケア医の育成に取り組んでいます。地域全体で、がんにおける緩和ケアを提供できる連携体制が求められています。
- 患者の療養生活が多様化する中で、患者や家族のQOL（生活の質）の向上のためには、相談支援へのアクセスのしやすさや、治療に伴う苦痛の軽減などが求められます。
- 食事を通して栄養を摂取することや、治療の合併症予防及びその病状軽減は重要であり、がん患者に対する口腔の管理に、歯科医師や歯科衛生士等の口腔ケアチーム、また、適切な栄養管理に、医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士等の栄養サポートチームと連携しつつ対応することが求められています。本市では、横浜市歯科医師会・横浜市立大学との3者による周術期口腔機能管理の推進に向けた包括連携に関する協定を締結して、体制整備を推進するとともに市民啓発等を実施しています。

新たながん対策よこはまモデルイメージ図

がんになっても安心して生活できる地域社会の実現には、全ての市民が正しい知識を身につけ、予防行動や適切な医療へつながり、支えあう施策を展開する必要があります。





IV-1 がん

目指す姿

 全ての市民ががんに関する正しい知識を持つことにより、予防行動やがん検診受診、適切な医療につなげることで、がんによる死亡率の減少を目指します。

 がんのり患に備えることにより、自身や身近な人ががんと診断された際に、適切な医療を受け、支えあい、安心して生活できる地域社会の実現を目指します。

指標	現状	2029
がんの75歳未満年齢調整死亡率 ^{※1} (人口10万人対)の減少 (①)	124 (2021)	100 (2028)
がん患者のQOLの向上 (現在自分らしい日常生活を送れていると 感じるがん患者の割合) (②)	全国 70.5% (2018)	増加

※1 高齢化が進んだことなどによる年齢構成の違いの影響をなくし、75歳以上の死亡を除くことで壮年期死亡の減少を評価できるように計算した死亡率。算出には平成27年モデル人口を用いている。

施策の方向性

【取組①】

 市民のがんへの理解が深まり、生活習慣の改善及びがん検診受診などの予防行動や、適切な医療機関の受診につながるよう、普及啓発に取り組みます。

	指標	現状	2026	2029
①	20歳以上の喫煙率	13.1% (2022)	12.6% (2025)	12.2% (2028)
	がん検診受診率 (胃、肺、大腸、子宮頸、乳がん)	胃 50.2%、肺 49.2%、 大腸 48.6%、 子宮頸 43.6%、乳 50.5% (2022)	60% (2025)	60% (2028)
	がん検診の精密検査受診率 (胃、肺、大腸、子宮頸、乳がん)	胃77%、肺66%、大腸49%、 子宮頸43%、乳84% (2020)	90% (2024)	90% (2027)

【取組②】

 がん診療連携拠点病院等のがん診療の機能・連携強化等を図り、適切な治療の推進やがん患者の苦痛軽減に取り組みます。

 がん患者やその家族等に対する相談支援・情報へのアクセスを容易にするとともに、治療と生活・仕事の両立支援を推進し、がん患者が自分らしく生活を送れるよう、支援を行います。

	指標	現状	2026	2029
②	身体的な苦痛を抱える がん患者の割合	全国 34.7% (2018)	減少	減少
	精神心理的な苦痛を抱える がん患者の割合	全国 24.0% (2018)	減少	減少
	がん患者が復職し、 1年以上継続して就労する割合	65.1% (2022)	68%	70%

◎主な施策

施策	指標	現状	2026	2029	取組
(1) がん予防に向けた取組					
① 市民への情報提供の充実	新たな情報提供の環境整備	検討	運用	運用	②
② 禁煙・受動喫煙防止の推進	禁煙・受動喫煙防止の推進に係る実施事業数	150事業 (2022)	150事業	150事業	①
③ がん検診再勧奨の実施	再勧奨実施対象者数	4.2万人	15万人	30万人	①
④ 精密検査受診状況の把握	受診状況の集計と結果報告の督促回数	年1回	年2回	年3回	①
⑤ 乳がんに関する理解の促進	「横浜市乳がん情報提供サイト」閲覧数	35,671件※1	前年度より増	前年度より増	①
(2) がん医療の取組					
⑥ がん診療連携拠点病院等との連携の推進	がん診療連携拠点病院等との会議開催数	5回 (2022)	5回	5回	②
⑦ 緩和ケアの推進	緩和医療専門医育成数(累計)	1人 (2022)	2人	3人	②

※1「横浜市乳がん情報提供サイト」を令和4年12月7日開設。現状値は開設日から246日分の実績。

施策	指標	現状	2026	2029	取組	
(3) がんとの共生						
⑧ 相談支援及び情報提供の充実	新たな情報提供の環境整備【再掲】	検討	運用	運用	②	
	がん相談支援センター認知度	34.8%	増加	50%	②	
⑨ アピアランスケア※2	アピアランス支援に取り組む病院数(市内におけるアピアランス啓発資料配付病院数)	13施設 (2022)	15施設	17施設	②	
⑩ 仕事と治療の両立支援の推進	治療と仕事の両立支援に取り組んでいると回答する事業所の割合	47.3% (2022)	50%	60%	②	
⑪ 小児・AYA世代※3がんの理解促進・患者支援	連携病院へのチャイルドライフスペシャリストなどの配置	2人 (2022)	3人	3人	②	
(4) がんになっても安心な社会づくりの基盤構築						
⑫	学習指導要領に基づく「がん教育」の実施	学習指導要領に基づく「がん教育」の実施率	100%	100%	100%	①
⑬	調査結果や統計を活用した政策検討(EBPM)	現状把握に向けた調査の実施	1回 (2022)	1回	1回	①

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

※3 Adolescent and Young Adultの略。15歳から39歳の思春期・若年成人の世代を指す

指標以外の主な取組

- ・ 課題に応じたがんの早期発見に向けた取組の検討
- ・ 受診しやすい環境の整備
- ・ 乳がんや子宮頸がんといった女性特有のがんの早期発見に向け、区における健康づくり関連講座や研修のほか、SNSの活用、各種「けんしん」やイベント等のあらゆる機会を捉えて、がん検診受診の勧奨や正しいがんの知識の普及啓発に取り組みます。
- ・ 市内のがん診療連携拠点病院・乳がん連携病院・小児がん連携病院等との連携を通じて市内のがん医療の質の向上に引き続き取り組みます。
- ・ 治療の合併症予防及びその病状軽減のため、拠点病院等と地域の歯科医師等の医科歯科連携によるがん患者の口腔管理の推進に向けて、普及啓発に取り組みます。
- ・ 治療と仕事の両立支援について、患者への相談支援に加えて、市内事業所を対象としたセミナー開催や情報発信など、市内企業への働きかけを強化します。
- ・ 長期的な支援や配慮が必要である小児・AYA世代のがん患者について、将来のライフステージを見据えた支援を検討します。

IV-2 脳血管疾患・心疾患

現状と課題

<脳血管疾患・心疾患>

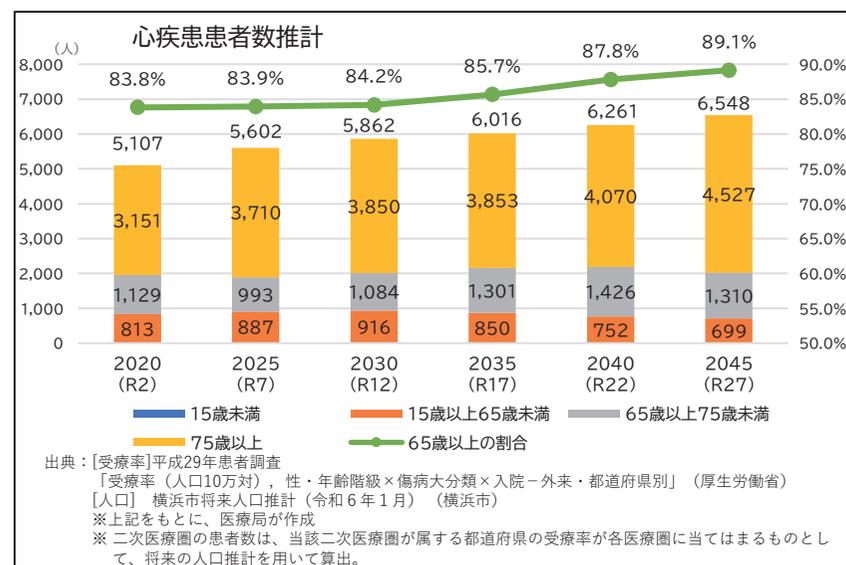
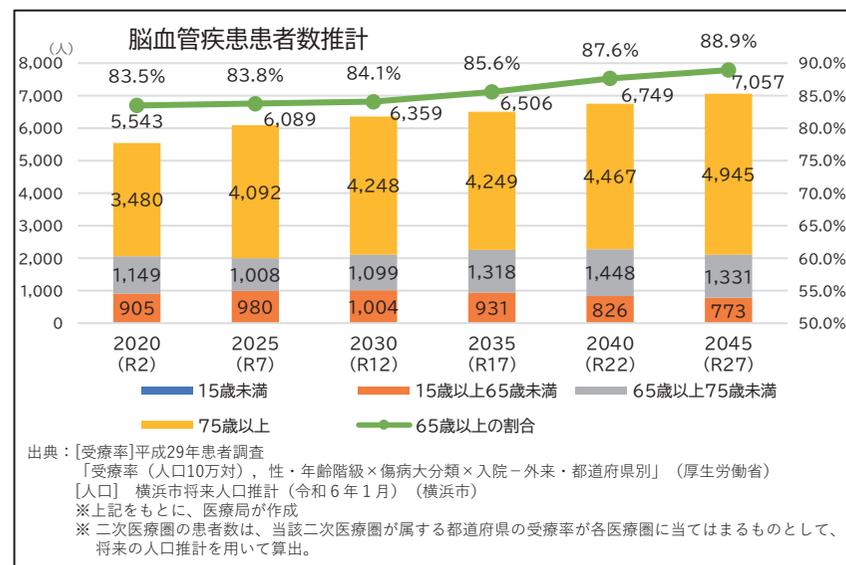
- 「神奈川県循環器病対策推進計画」の動向を注視しながら、対策を推進する必要があります。
- 高齢化が進むことにより、脳卒中や心筋梗塞といった脳血管疾患と心疾患の患者数の増加が予想されています。
- 日常生活の場において発症や再発を予防するために、生活習慣についての理解を広める取組が求められており、病院とかかりつけ医とのシームレスな連携も必要です。
- 「医師の働き方改革」開始後も持続可能な救急医療体制の構築が必要です。（「横浜市脳血管疾患救急医療体制」および「横浜市急性心疾患救急医療体制」の参加基準と、病院の受入能力に応じた機能分担の検討）
- 手術前後（周術期）の口腔ケアによって誤嚥性肺炎の予防や入院日数の短縮など治療成績が向上するとされており、本市・横浜市歯科医師会・横浜市立大学の三者による周術期口腔機能管理の推進に向けた包括連携に関する協定を締結し、連携して周術期口腔ケアの推進に取り組んでいます。
- 回復期・維持期の患者に関してはQOL（生活の質）の向上のために、社会復帰に向けたリハビリテーションや、診療科を超えた多職種連携が必要です。
- 摂食嚥下障害のある患者に対しては、誤嚥性肺炎を予防するため摂食嚥下リハビリテーションが重要です。

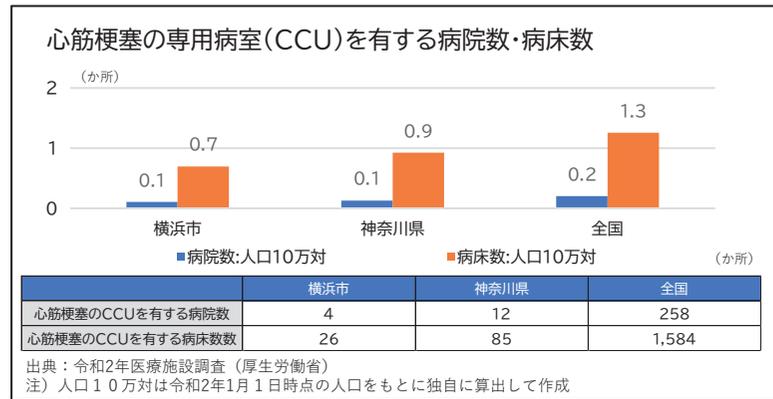
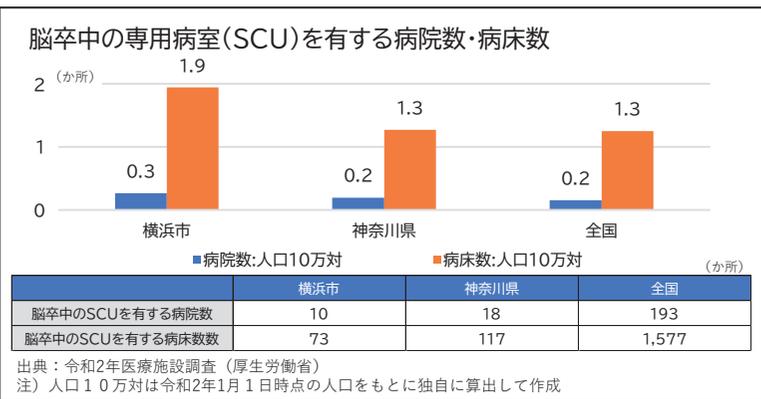
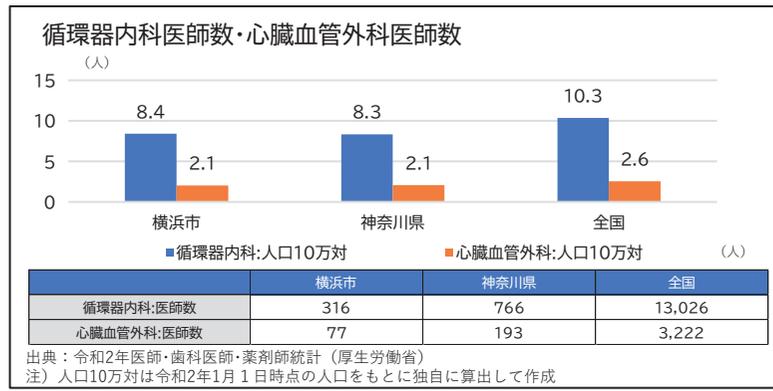
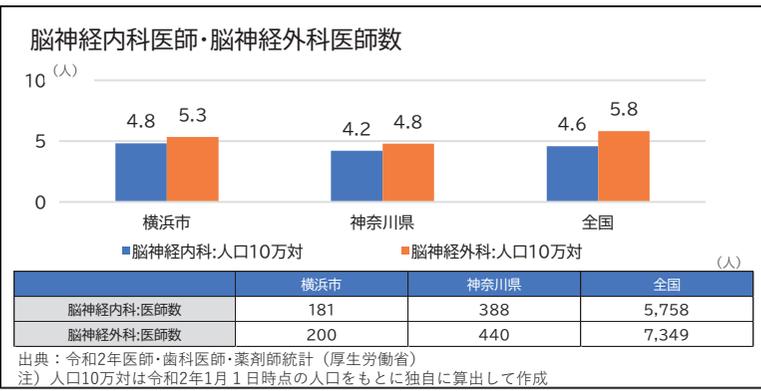
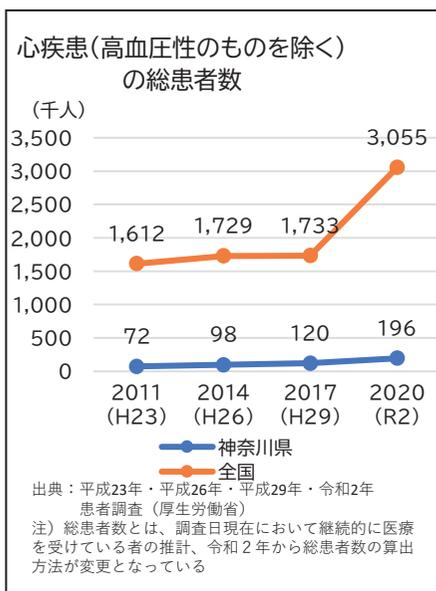
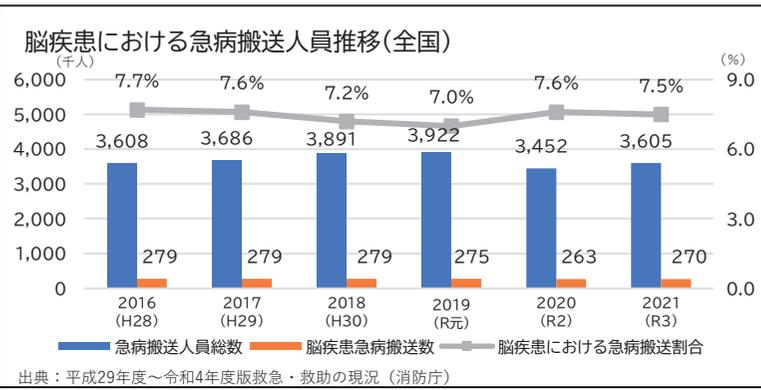
<脳血管疾患>

- 脳血管疾患は再発率が高く、また再発時は重い後遺症リスクが特徴であることから、一度発症した患者への二次予防の取組が必要です。

<心疾患>

- 心疾患の再発予防に効果のあると言われている入院・外来心臓リハビリテーション実施件数が、全国平均より下回っています。
市内の心大血管リハビリテーション料算定施設は27施設ありますが、更なる体制整備が必要です。





IV-2 脳血管疾患・心疾患

目指す姿



脳血管疾患・心疾患の発症時における速やかな救命処置・搬送体制の確保、治療水準を維持するとともに、治療後の日常生活の場においても質の高い生活を送ることができる社会を目指します。

指標	現状	2029
脳血管疾患の年齢調整死亡率※1 (人口10万人対)	62.3 (2021)	減少 (2027)
心疾患の年齢調整死亡率※1 (人口10万人対)	144.8 (2021)	減少 (2027)

※1 年齢調整死亡率は、死亡数（横浜市人口動態統計資料）、推計人口（横浜市統計情報ポータル）、平成27年モデル人口を用いて算出

コラム

心臓リハビリテーション

心臓リハビリテーションとは再発や再入院を防止することをめざしておこなう運動療法と学習活動・生活指導・相談（カウンセリング）などを含む総合的活動プログラムのことです。※特定非営利法人日本心臓リハビリテーション学会HPより

心臓リハビリテーション啓発コミック動画

心臓リハビリテーションを知ってもらうために、様々なアニメで活躍する声優さんを起用したコミック動画を制作しました。横浜市YouTubeチャンネルで公開しています。



2026年2月末までの限定公開

施策の方向性

<脳血管疾患・心疾患>



脳血管疾患、心疾患の発症予防・再発予防のため、生活習慣改善等の取組を行います。



「医師の働き方改革」実施後も適切な観察・判断等に基づいた医療機関搬送を維持するため、持続可能な救急医療体制を構築します。

<脳血管疾患>



一度発症した患者の在宅復帰までのサポートや再発予防の理解を深めるための取組を推進します。

<心疾患>



再発や再入院防止・長期予後改善のためのリハビリテーションを必要な方が受けられるよう、回復期リハビリテーション病院や介護事業者を含む多診療科・多職種による地域連携を進め、支援体制を整備します。

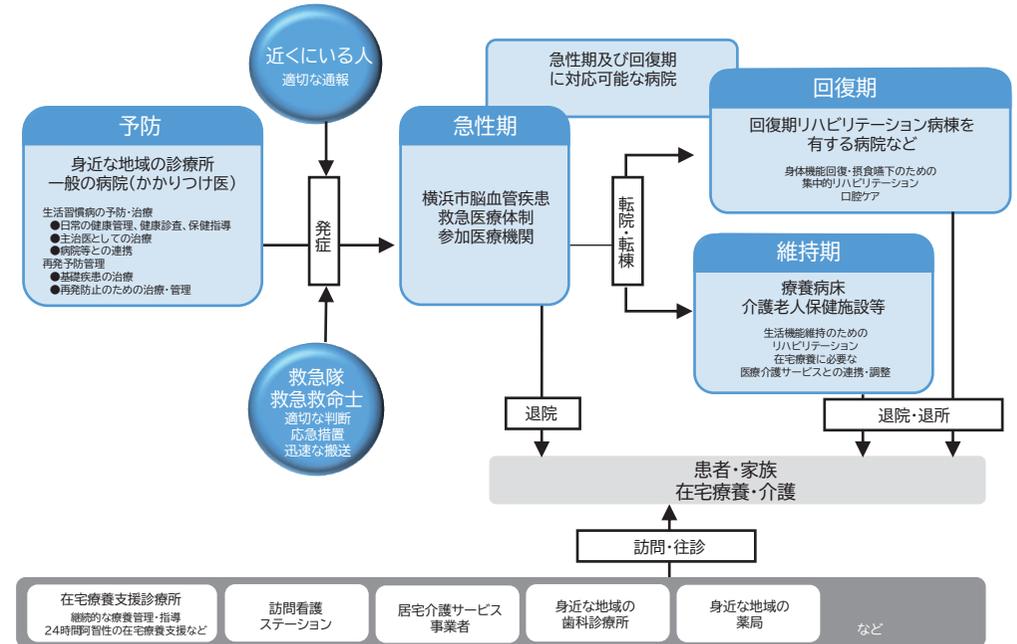
指標	現状	2026	2029
20歳以上の喫煙率 【再掲】	13.1% (2022)	12.6% (2025)	12.2% (2028)
特定健診で収縮期血圧140mmHg以上の者の割合	14.9% (2020)	維持 (2022)	維持 (2025)
特定健診でLDLコレステロール140mg/dL以上の者の割合	32.9% (2020)	維持 (2022)	維持 (2025)
特定健診でBMI 25kg/m ² 以上の者の割合	29.1% (2020)	維持 (2022)	維持 (2025)
脳卒中疑いの救急搬送患者のうち市体制参加医療機関への搬送割合	約87% (直近3年の 平均値)	維持	維持
入院心血管疾患リハビリテーション実施件数	124,684件 (2021)	増加	増加
外来心血管疾患リハビリテーション実施件数	43,049件 (2021)	増加	増加
保険診療終了後の心血管疾患再発予防を目的とした生活習慣獲得を支援する施設数※2	93施設	128施設	163施設

※2 地域における心臓リハビリテーション連携運動施設、介護サービス事業所等

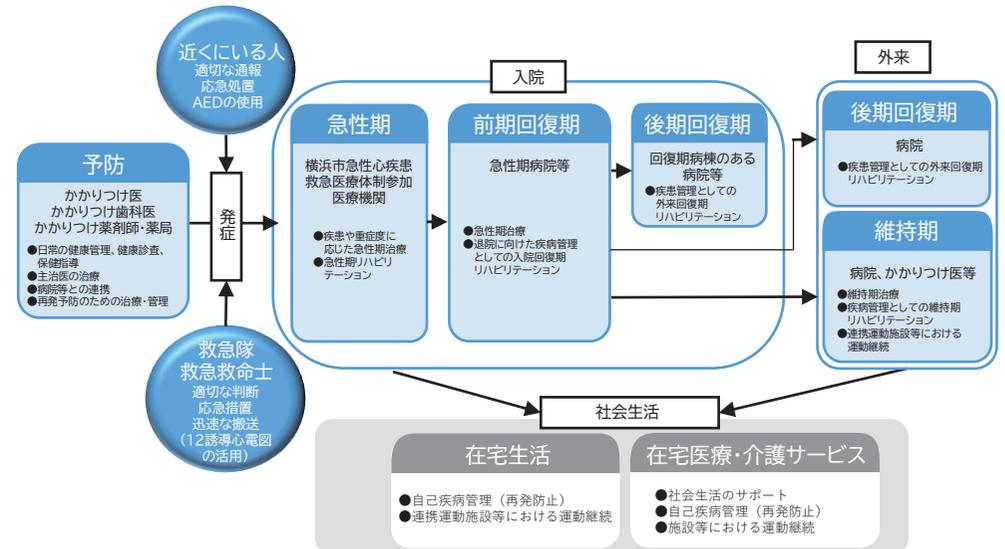
◎主な施策

施策		指標	現状	2026	2029
(1) 発症予防					
①	生活習慣の改善を通じた予防	生活習慣病に関する生活習慣改善相談及び訪問指導件数	2,157件(2022)	2,800件	2,800件
(2) 急性期の適切な医療体制の構築					
②	救急搬送、緊急治療が可能となる救急医療体制（参加基準等）の検討	救急医療機関連絡会の開催回数	1回/年以上	1回/年以上	1回/年以上
③	救急搬送基準の必要に応じた見直しと適正な運用	最新の救急搬送基準に準じた医療機関搬送	実施	実施	実施
④	治癒実績等の必要な情報公表	情報更新回数	1回/年	1回/年	1回/年
(3) 合併症や再発の予防、在宅復帰支援					
⑤	在宅復帰、社会参加に向けた脳血管疾患ケアサポートガイド（医療・介護連携ケアパス）の活用	市内医療機関等へのパンフレットの配布	実施	実施	実施
⑥	心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制の整備	心大血管疾患リハビリテーション料ⅠⅡ算定施設数	27施設	28施設	30施設
⑦	維持期における心臓リハビリテーションの多職種協働による支援体制の構築	心臓リハビリテーション連携施設認定を目的とした研修の実施	検討	運用	運用

脳血管疾患医療連携体制



心疾患医療提供体制

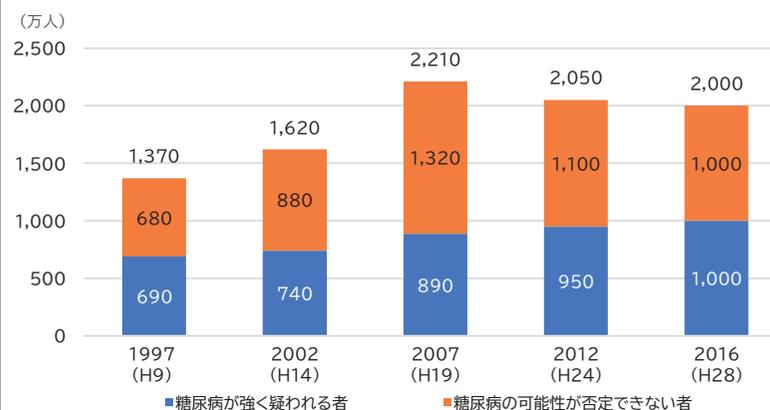


IV-3 糖尿病

現状と課題

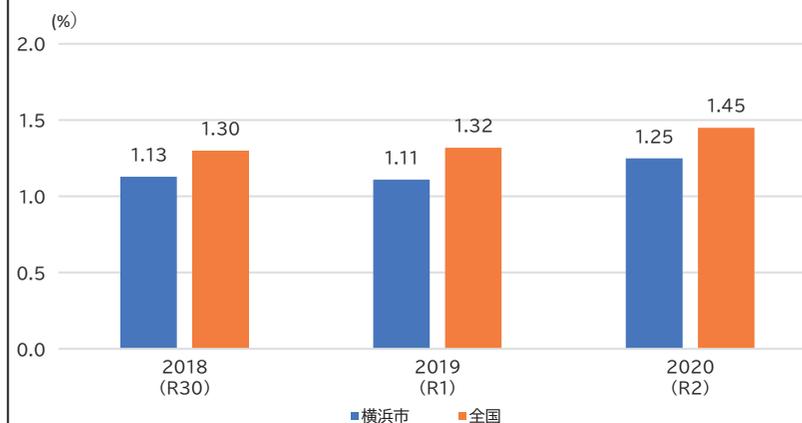
- 「糖尿病が強く疑われる者」は、全国で約1,000万人であり、過去4か年（2012～2016年）で50万人増加し、今後も増加することが予測されており、糖尿病で継続的に医療を受けている人は、2017年度時点で約330万人です。
- 糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるだけでなく、がん・転倒・認知症等のリスクも高めます。また、歯周病と糖尿病は相互に悪影響を及ぼします。
- 糖尿病の重症化予防及び合併症の早期発見には、内科や糖尿病内科のかかりつけ医を持ち、眼科での網膜症の検査、歯科での歯周病のチェックを定期的に受け、適切な治療につながる事が重要であり、そのための医療の連携が必要です。本市では横浜市医師会と横浜市歯科医師会が「糖尿病・歯周病予防のための横浜市医科歯科連携協定」を締結し、連携して治療にあたる取組が進められています。
- 糖尿病性腎症による全国の新規透析導入患者数は2021年で15,271人であり、糖尿病は現在、新規透析導入の主要な原因疾患です。糖尿病の早期発見・早期治療と重症化予防は、慢性腎臓病（CKD）への進行を抑制するための取組として重要です。また、糖尿病網膜症は、成人の中途失明の要因でもあります。
- 糖尿病、糖尿病性腎症の重症化を予防し、人工透析導入者を減少させるため、横浜市国民健康保険の特定健康診査等の結果を用いて、主治医とも連携を図りながら保健指導（服薬管理、食事療法、運動療法等）を行っています。また、がん検診ガイド（国保加入者のがん検診の受診啓発として個別送付等に活用）に慢性腎臓病（CKD）に関する記載をして啓発しています。
- 壮年期から高齢期まで、糖尿病の早期発見、適切な受療継続、良好な生活習慣の継続には、医療と保健指導、療養指導、日常生活支援及び介護との連携が重要となっています。
- 糖尿病は、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要です。

「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数の年次推移（20歳以上、男女計、全国値）



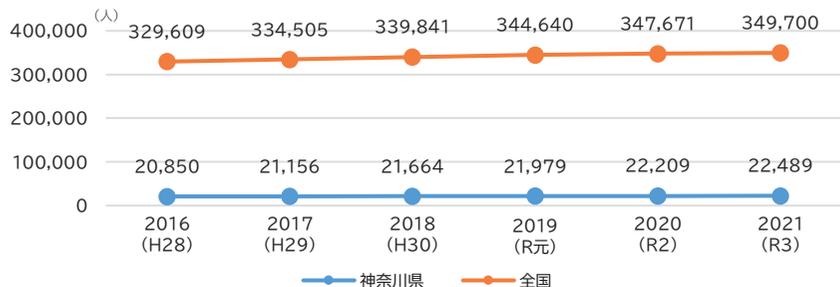
出典：「健康日本21（第三次）推進のための説明資料（令和5年5月）」（厚生労働省）より算出

HbA1c8.0%以上の割合



出典：NDBオープンデータ

慢性人工透析患者数の推移



出典：2021年末わが国の慢性透析療法の現況（（一社）日本透析医学会）

全国原疾患別新規人工透析導入患者数

原疾患	2016 (H28)	2017 (H29)	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)
糖尿病性腎症	16,103	16,492	16,122	16,019	15,690	15,271
慢性糸球体腎炎	6,186	6,327	5,963	5,755	5,764	5,394
腎硬化症	5,285	5,689	5,951	6,330	6,737	6,905
その他疾患	9,678	10,278	10,111	10,453	10,358	10,382
原疾患不明	4,761	5,129	5,136	5,356	53,03	5,076
合計	37,252	38,786	38,147	38,557	38,549	37,952

出典：2016～2021年末 わが国の慢性透析療法の現況（（一社）日本透析医学会）

コラム

糖尿病と慢性腎臓病（CKD）

糖尿病は、良好な生活習慣の継続、早期発見、適切な受療継続により、合併症のひとつである糖尿病性腎症への進行を抑制することが重要です。糖尿病性腎症は慢性腎臓病（CKD）の主要な原因疾患であり、進行して腎臓の働きが悪くなると腎不全に至り、人工透析や腎移植が必要になります。人工透析には週3回程度の通院が必要で、高額な医療費負担も発生します（患者一人当たり1年間の慢性透析医療費は約480万円に上るとされています）。

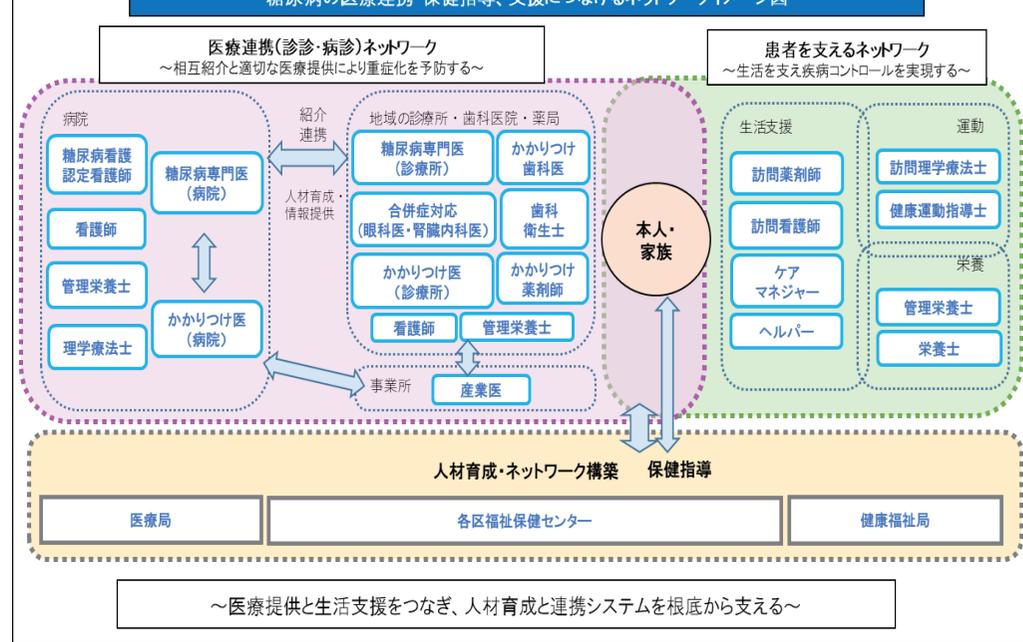
コラム

疾患別医療・介護連携事業

糖尿病の早期発見、適切な受療継続、良好な生活習慣の継続には、医療と保健指導、療養指導、日常生活支援及び介護との連携が必要です。

本市では、疾患別医療・介護連携事業の取組のひとつとして、区ごとに糖尿病の保健・医療・介護のネットワークの構築を進めています。

糖尿病の医療連携・保健指導、支援につなげるネットワークイメージ図



IV-3 糖尿病

目指す姿

- 生活習慣の改善や、患者の治療継続、生活支援に取り組み、これらに関わる地域の保健・医療・介護の連携強化を図ることにより、糖尿病の発症予防、重症化予防を目指します。
- 内科や糖尿病内科のかかりつけ医と眼科、腎臓内科、歯科、薬局等の医療連携と、生活を支える地域の多職種の連携を進め、糖尿病の合併症の早期発見や治療中断を防ぎます。

指標	現状	2029
特定健診でHbA1c ^{*1} 8.0 %以上の者の割合	1.25% (2020)	減少 (2025)
糖尿病性腎症 ^{*2} による新規人工透析導入患者数	2023年度神奈川県人工腎臓等保有状況調査により算出 参考値：県 883人 (2021) (日本透析学会統計資料)	減少 (2028)

※1 HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）とは：赤血球の中に含まれるヘモグロビンにブドウ糖が結合したもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を知ることができる指標です。血糖値と異なり、飲食によって変動しないという利点があります。

糖尿病の本当の怖さは、全身の血管と体の機能にダメージを与えることです。自覚症状がないからと放置していると、手足の神経障害、視力低下、腎機能低下など、糖尿病の合併症が重症化するリスクが高まります。

日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン2019」より

HbA1c	糖尿病治療における目標値
6.0%未満	血糖値の正常化を目指す際の目標
7.0%未満	合併症予防のための目標
8.0%未満	治療強化が困難な際の目標



※2 糖尿病性腎症とは：糖尿病で高血糖の状態が続くと、全身の血管を傷つけ血管が詰まったり、破れたりします。腎臓のろ過装置である糸球体の血管が傷つき、腎機能が低下した状態が糖尿病性腎症です。糖尿病性腎症は、人工透析導入の原因となる疾患の第1位です。

施策の方向性

- 糖尿病の発症予防及び重症化予防のため、保健指導に取り組みます。
- 患者に対するケアレベルを向上させるため、医療職、介護職等の支援者の人材育成を行うほか、多職種からなる支援者による相談支援の充実を図ります。

指標	現状	2026	2029
投薬治療を受けていた糖尿病患者が治療を継続している割合	94.6% (2020)	同水準を維持	同水準を維持
HbA1cの名称とその意味を知っている人の割合	22.4%	—	26.6% (2028)
在宅医療連携拠点に寄せられた糖尿病に関する相談件数	91件 (2022)	110件	120件
尿中アルブミン（定量）検査 ^{*3} の実施件数(レセプト件数)	73,658件 (2020)	増加	増加
投薬治療を受けている糖尿病患者が歯科に通院している人の割合	47.5% (2020)	増加	増加

※3 尿中アルブミンは、尿蛋白の主成分で、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症では尿中アルブミン排泄量が増加するため、腎機能の検査として行われます。

◎主な施策

施策	指標	現状	2026	2029
(1) 糖尿病の発症予防及び重症化予防				
① 糖尿病の発症予防及び重症化予防のための保健指導に取り組む	糖尿病の発症予防及び重症化予防に向けた生活習慣改善のための個別指導	173人 (2022)	180人	180人
	説明会や講座等による糖尿病の予防に関する普及啓発	延べ 15,347人 (2022)	全区で 実施	全区で 実施
	国保特定健診でHbA1cが6.4～6.9%だった人への受診勧奨や個別指導等を案内するダイレクトメール	4,232通	全区で 実施	全区で 実施
② 横浜市国民健康保険被保険者の糖尿病重症化予防のための保健指導等に取り組む	国保特定健診でHbA1cが7.0%以上等を対象とした糖尿病性腎症重症化予防事業参加者数	46人 (2021)	50人 (2025)	50人 (2028)
	糖尿病治療中の歯科未受診者への受診勧奨後の歯科受診率	13%	15%	15%
(2) 医療・介護連携の推進				
③ 高齢者等の糖尿病の重症化予防に関して支援者向けの啓発に取り組む	職域別研修(回数)	2回 (2022)	2回	2回
	職域別研修(参加者数)	160人 (2022)	160人	160人
④ 高齢者等に関わる支援者間の相互理解・課題共有と解決策の検討に取り組む	疾患別医療・介護連携事業(糖尿病)に取り組む区の数	2区 ※モデル 実施 (2022)	8区	18区

コラム 妊娠糖尿病リーフレットをリニューアルしました

「妊娠糖尿病」とは、妊娠中に初めて発見・発症された糖尿病に至っていない糖代謝異常です。妊娠中は血糖が高くなりますが、出産後は速やかに血糖が正常化します。

「妊娠糖尿病」と診断された方は、正常な状態で出産を迎えた方と比べて約7.43倍糖尿病を発症する危険度が高まると海外では報告されています。

糖尿病は治癒することなく、将来にわたって上手にお付き合いしていくことが必要になります。

血糖値が高い状態の期間が長くなると、網膜症や腎症、神経障害などの、様々な合併症を起こしてしまいます。

将来、糖尿病にならないためにできる工夫のポイントなど、更に見やすいリーフレットになりました。



運動や食事での工夫などわかりやすく紹介（リーフレット中面）

IV-4 精神疾患

現状と課題

<精神疾患の全体認識>

- コロナ禍等による社会環境や人間関係の変化により、抑うつや不安が広がるなど、精神科医療を必要とする人が増えています。一方で、受診に抵抗を感じる人や、精神疾患を否認する人も多いため、医療につながりにくく、入院が必要な期間も長くなりがちです。地域で支える仕組みが少ないとの指摘もあります。

<精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築>

- 区域の協議の場を全区に設置し、取組を進めています。医療機関と福祉関係者等との連携が十分とは言えず、連携に向けた取組が求められています。

<精神科救急>

- 県、川崎市、相模原市との4県市協調による精神科救急システムが運用されており、対象患者数は増加しています。患者像の多様化に合わせて、専門的治療につなげることや退院後の地域移行に向けた視点が重要視されています。

<措置入院者の退院後支援>

- 措置入院となった人は、複雑多岐にわたる問題を抱えていることも多く、退院後もその人らしい生活を送るためには、地域での支援が必要です。

<自殺>

- 本市の自殺者数は、2019年以降増加しており、特に女性の自殺者の増加が目立っています。自殺を考えている人のサインに早く気づき、見守り、つなぐ人が増えるよう、広報・教育活動等に取り組んでいく必要があります。

<依存症>

- 依存症は本人に自覚が少ないことが多く、治療や支援につながりにくいことが課題であり、治療や支援が必要な人やその周囲の人たちが、依存症に関する正しい知識を得て、相談や支援を受けやすくする環境を整備する必要があります。

精神障害者保健福祉手帳 等級別推移

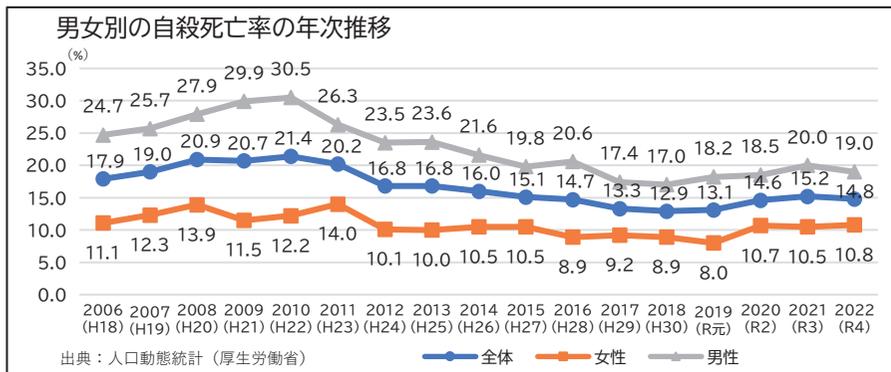
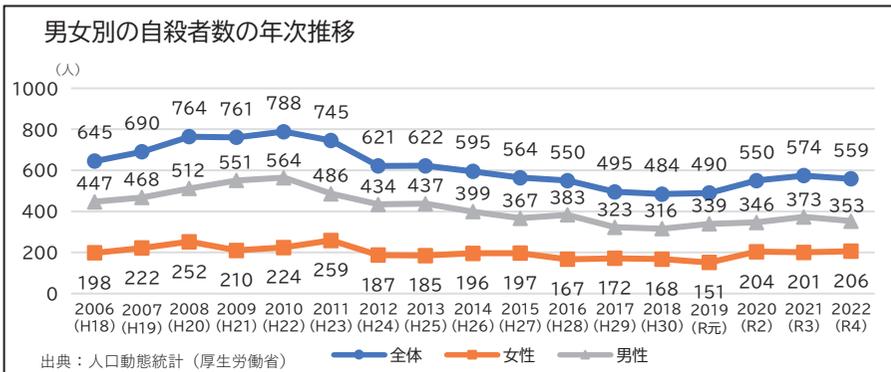
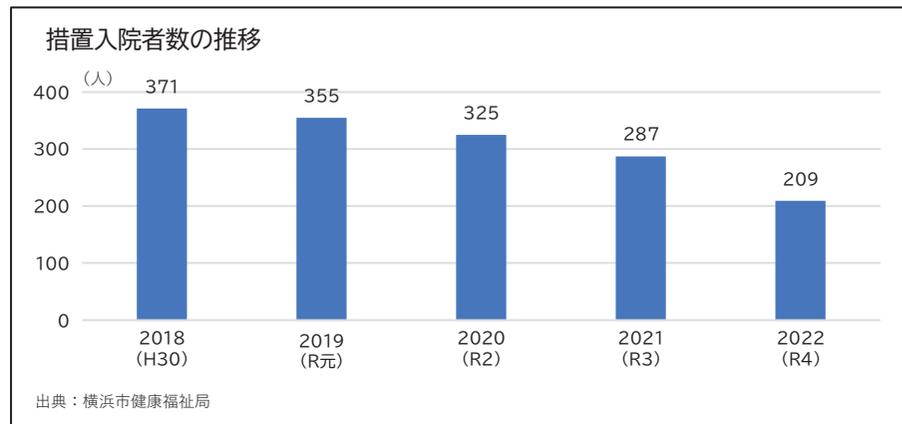
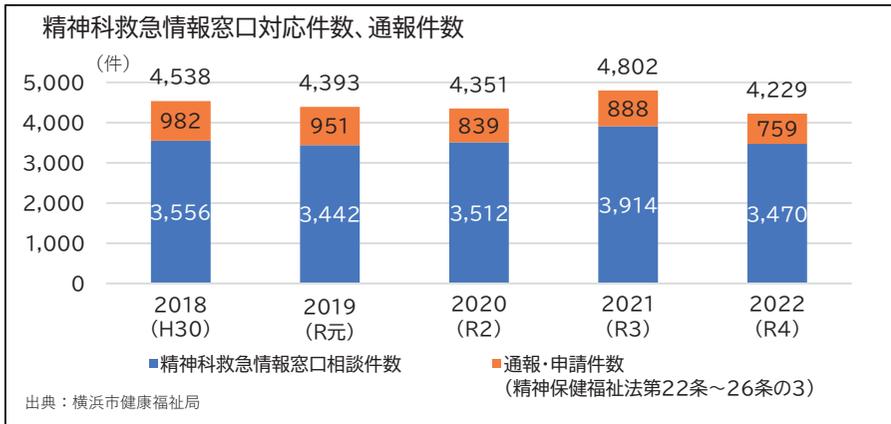


出典：横浜市統計ポータルサイト「社会福祉」等 各年3月（横浜市）

自立支援医療支給認定件数



出典：平成28年度～令和3年度福祉行政報告例（厚生労働省）



コラム 横浜市自殺対策計画

「第2期自殺対策計画」は、新型コロナウイルス感染症等により顕在化した新たな社会的な課題を踏まえ、「こども・若者の自殺対策の強化」「女性に対する支援の強化」「自殺未遂者への支援の強化」を重点施策に位置付けるとともに、更なる自殺対策の推進を図ることを目的に策定しています。

（計画期間：2024年度から2028年度まで）

本計画では、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」に向け、「自殺する人を減らす」という2点の視点から、最終目標の指標に、「自殺死亡率の減少」、「自殺したと思ったことがある人の減少」と「自殺未遂の経験がある人の減少」の3つの指標を設定しました。

また、自殺の背景には、様々な要因があることを踏まえ、各相談窓口の周知のほか、人材育成策を体系的に設計し、自殺を考えている人のサインに気づき、見守り、つなぐ役割を担うゲートキーパーの養成を、様々な分野に拡大することなどを推進します。

IV-4 精神疾患

目指す姿

- 市民が疾患に対する正しい知識を持つとともに、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送ることができる社会の実現を目指します。
- 適切な医療につなげることで入院の長期化を少なくするとともに、退院後も地域で安心して生活できるような支援体制の構築を目指します。

指標	現状	2029
精神病床退院患者における地域平均生活日数	327.3日 (2020)	331.5日 (2027)

コラム

横浜市依存症対策地域支援計画

アルコール・薬物・ギャンブル等依存症をはじめとした依存症全般を対象とし、依存症に関する支援の方向性を幅広い支援者の皆様と共有することで、包括的な支援の提供を目指すため、「横浜市依存症対策地域支援計画」を令和3年10月に策定しました。

本計画は、「依存症の本人や家族等が自分らしく健康的に暮らすための支援に向け、関係者がそれぞれの強みを生かしながら、連携して施策を推進すること」を基本方針として、一次支援（予防・普及啓発）、二次支援（早期発見・早期支援）、三次支援（回復支援）という3つのフェーズごとに、各依存症の予防及び回復支援に着目した重点施策を設定しています。この基本方針の実現に向けて、本市関係部署と専門的な医療機関、民間支援団体等が連携し、関係者が一体となって依存症対策の取組を進めています。



施策の方向性

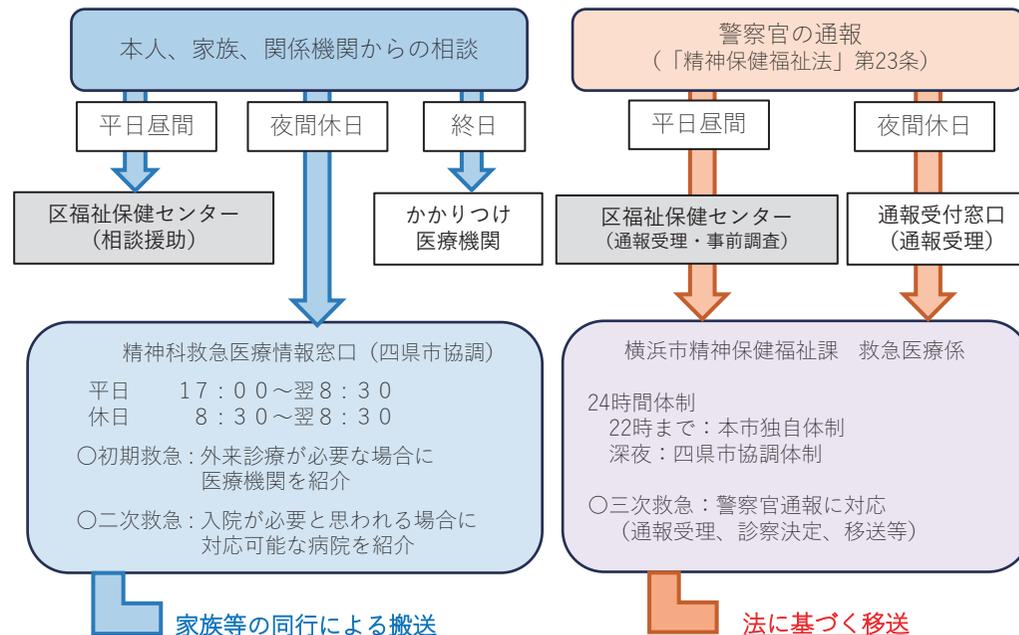
- こころの健康を維持する人の増加に向けて、メンタルヘルスに関する普及啓発や専門職の人材育成に取り組めます。
- 医療機関や福祉・保健関係者の連携強化を推進し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築します。
- 精神科救急体制を充実させ、良質かつ適切な医療を提供します。

指標	現状	2026	2029
悩みやストレスについて、誰にも相談できない人の割合	5.5% (2022)	-	5.5%以下 (2027)
精神科や心療内科を受診することに抵抗を感じる人の割合	33.6% (2022)	-	33.6%以下 (2027)
精神科訪問看護指示料を算定した患者数	5,966人 (2021)	-	7,000人
精神科病院に入院する患者のうち、1年以上の長期入院患者の割合	54.8% (2022)	53.1% (2025)	減少
通報受理から措置診察開始までの時間（搬送時間の短縮）	6時間5分 (2022)	6時間	5時間55分
精神科救急における横浜市民専用病床の活用状況	①44.5% ②25日 (2022)	①47% ②23日	①50% ②20日
①活用の頻度：当該病床稼働率 ②地域移行に向けた後方病院への移行期間：当該病床の在院日数			

◎主な施策

施策	指標	現状	2026	2029	
(1) こころの健康を維持する人の増加					
①	メンタルヘルス普及啓発、専門職のスキルアップ	支援者向け人材育成研修受講者数 うつ病対応力向上研修の終了者 依存症支援者向け研修の受講者数	946人/年(2021) 延べ1,192人(2022) 689人/年(2021)	延べ4,125人 延べ1,512人 延べ1,250人	延べ6,600人 延べ1,752人 延べ2,000人
	(2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築				
	②	医療機関と福祉・保健関係者の協議の推進	区における協議の場に参加する医療機関数	51施設(2022)	拡大
③	精神障害者の地域移行・地域定着支援の推進	退院サポート事業利用者数	189人(2022)	210人	240人
④	措置入院患者に対する退院後の支援	対象者に対する実施割合	60%(2022)	65%	70%
(3) 精神科救急体制の充実					
⑤	救急医療体制の構築	3次救急における市内病院への入院割合 (措置診察を実施したもののうち、市内医療機関につないだ者の割合)	87.1%(2022)	90%	95%
		ソフト救急経路における市内病院への紹介割合 (横浜市民の紹介案件のうち市内医療機関を紹介した者の割合)	78.6%(2022)	80%	85%

横浜市の精神科救急医療体制(四縣市協調体制) 2023年度



家族等の同行による搬送

法に基づく移送

初期・二次・三次救急の受入体制

区分	曜日	昼間 8:30 ~ 17:00	夜間 17:00 ~ 22:00	深夜 22:00 ~ 翌8:30
初期急患	平	診察所等の通常診療	輪番病院 (1床/日)	なし
	休	初期救急医療施設 (土曜日は13:00~17:00)		
二次急患	平	病院の通常診療	輪番病院 (1床/日) + 基幹病院	輪番病院 (1床/日) + 基幹病院 (当番制)
	休	輪番病院 (全県4床/日) ※土日は4床のうち1床は14:00~20:00 + 基幹病院		
三次急患 (措置診察)	平	輪番病院 (全県8床/日) 平日受入体制強化事業 横浜市内病院週3日 15:30~19:00		

【後方移送】基幹病院の空床確保



