

第5節 地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）

○ 中間目標【取組の方針】

- 在宅等における生活期に切れ目のない医療・介護が提供されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
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)

1 慢性心疾患について

(1) 施策の現状・課題

心臓は、拡張と収縮を繰り返すことで、体中に血液を循環させる、ポンプのような役割をしています。その心臓が不整脈や虚血性心疾患、弁膜症など何らかの原因で障害を受けてポンプ機能が十分に果たせなくなるものが心疾患です。

心疾患は基本的に治癒することはなく症状の寛解増悪を繰り返して次第に悪化していくことがよくあります。すなわち心疾患は一度起きてしまうとたとえ症状がなくとも完全に治癒することはないため長く付き合っていくことが必要となり、このような状態を慢性心疾患といいます。慢性心疾患の方は症状が悪化しないように、病態が悪化しないように努めることが大切です。

心臓リハビリテーションは慢性心疾患とうまく付き合っていくための重要なツールです。このリハビリにおいては再発予防のため回復した身体機能の維持を目的として生涯にわたってリハビリテーションを継続できるよう、自己管理（セルフコントロール）や定期的な外来受診について指導がなされますので、心臓リハビリテーションを継続する毎日の積み重ねが大切となります。

また心不全の再発予防を防ぎ身体機能を維持していく上では、患者やその家族が自己管理の重要性を理解し適切に実行する必要があります。

自己管理においては、血圧、体重や塩分の管理、患者の病態や病気に応じた栄養管理、服薬管理等、正しい知識に基づいて継続的に生活習慣を改善していくことが重要です。

(2) 施策の具体的展開

- 自己管理に係る啓発の推進

慢性心疾患をもつ患者が生活状況や自分の状態を記録することで、自分の病気に対する理解を深め、現在の状態の把握をする助けとなります。そのほかに、関係者間で患者の体調状況を共有できるよう、リーフレット等によ

る啓発を行います。

2 在宅療養が可能な環境の整備について（医療と介護の連携）

(1) 施策の現状・課題

心血管疾患治療後の身体機能の低下等の状況によっては、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることからその予防のための生活習慣の改善や適切な服薬管理などを行うことが求められています。

入院中の患者が、安心、納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院前から退院後の生活を見据えた入退院支援が重要であり、退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入や多職種による退院前カンファレンス等の病院における組織的な取組が行われています。

令和4年度病床機能報告によれば、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している医療機関数は、報告のあった363か所中191か所でした。

また、退院支援担当者を配置している医療機関数は、平成29年度の141か所から、令和2年度の149か所と増加しているものの、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援を進めるためには、行政や医療・介護関係者の多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有ができる体制の構築が求められています。

在宅医療を必要とする方には、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら、必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。医療の継続性を確保するとともに、入退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための連携について、生活を見据えて支援することも重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、介護など、多職種の協働を推進するとともに、医療・介護従事者の人材育成を行い、在宅医療・介護連携を担う従事者の増加が重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 医療・介護の多職種連携の促進

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、入退院支援の仕組みづくりなど、効果的・効率的な連携の支援に取り組むとともに、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支援するなど、一層の連携体制を構築していきます。

また、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連携推進会議、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療推進連絡協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組めます。

○ 在宅医療・介護連携を担う従事者の増加、質の向上

在宅医療・介護連携を担う人材の確保と定着促進のため、人材育成や相談、普及啓発等の事業を、関係団体と協働して取り組みます。

また、資質向上のための研修の実施や関係団体が行う取組を支援し、従事者の質の向上を図ります。

○ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援

市町村における地域包括ケアシステムの構築をサポートするため、市町村職員への研修を実施し、市町村の課題に対応した支援を行います。

また、介護支援専門員と医療機関等の関係者が心身の状況、生活環境、介護サービスの利用状況などの情報を共有するために、県が参考様式として作成した「千葉県地域生活連携シート」の活用等により、医療と介護の一層の連携強化を図ります。

(3) 施策の評価指標

指標名	現状	目標
在宅患者訪問診療 実施診療所数・病院数	758か所 (令和4年度)	785か所 (令和8年度)
機能強化型 訪問看護ステーション数	34か所 (令和5年度)	42か所 (令和8年度)
在宅医療・介護連携の推進に 取り組む市町村への支援（研 修会参加者数）	122人 (令和4年度)	150人 (令和8年度)
在宅患者訪問診療(居宅)実施 歯科診療所数	433か所 (令和2年度)	505か所 (令和8年度)
居宅療養管理指導実施薬局数 (介護予防居宅療養管理指導 含む)	1,314か所 (令和4年度)	1,426か所 (令和8年度)
在宅療養後方支援病院数	18か所 (令和5年度)	19か所 (令和8年度)
入退院支援を実施している診 療所数・病院数	147か所 (令和4年度)	165か所 (令和8年度)

3 外来心臓リハビリテーションについて

(1) 施策の現状・課題

心血管疾患を発症した患者が退院し在宅で生活をする際には、発症前と同様に心血管疾患リスクの高い生活を続けると再発し症状が悪化する危険が高まるため、「セルフケア（自己管理）」が必要となります。

心不全のセルフケアとは、症状を悪化させずに安定した状態を維持するために生活することであり、以下の三つの段階を踏んで、実施できるようになることが重要です。

- ・ セルフケアのメンテナンス
服薬の順守や運動、適切な食事等の健康的な生活活動を継続すること
- ・ 心不全症状の自覚と理解
心不全の症状やその意味、自分の身体の状態を理解すること
- ・ 心不全症状のマネジメント
心不全の症状を自覚した際に適切に対処できること

これらを実行できるようになるには患者自身の知識や経験が必要であり、心臓リハビリテーションでは患者教育が重要な位置を占めているとともに、患者や家族、介護者に対して入院中から継続的に患者教育・指導を行うことが推奨されています。

○ 治療のドロップアウト（中断）

退院後の心臓リハビリテーションの課題として、患者教育を実施し、様々な知識を習得してもセルフケアを行うことができない患者が一定数いることがあげられています。

心不全の症状は、退院時には一旦回復した様感じてしまい、症状が徐々に進行したとしても自覚が難しい場合があることが、理由として考えられます。

息切れ、浮腫、倦怠感、うつ、不安等の心不全の症状は、加齢などの心不全以外でも生じるものであり、症状の自覚や危機感が少ない患者が治療やセルフコントロールをドロップアウト（中断）してしまうことにより、身体機能の悪化、再入院などのリスクが高まります。

○ 外来心臓リハビリテーション実施施設について

心臓リハビリテーションのドロップアウト（中断）を少なくするためには、患者教育の他に治療のハードルを下げることも重要です。

しかしながら、令和3年度に実施した循環器病対策実態調査によると、外来心臓リハビリテーションを実施している医療機関は少ないのが現状です。

○ フレイルについて

年齢を重ねることで、心や体の動きが弱くなってしまった状態を「フレイル（虚弱）」といいます。筋力が衰えて疲れやすくなる、家に閉じこもりがちになるなど、加齢により生じやすくなる衰え全般を指しています。

高齢者が心不全を発症した際には、心臓の機能を発揮できなくなっているため、同時にフレイルとなってしまう場合が多くあり、セルフケアを適切に実施せずに、フレイルをそのままにしておくと、認知症や寝たきりに陥りやすくなり、身体機能の悪化、再入院などのリスクが高まるという指摘があります。

(2) 施策の具体的展開

- 治療のドロップアウト（中断）の防止に関する支援

心臓リハビリテーションを必要とするセルフケアを適切に実施し、自分の病気に対する理解を深める他、治療のドロップアウト（中断）を防止するため、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てまいります。
- 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備

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。
- フレイルの予防に関する支援

介護予防・日常生活支援総合事業による通いの場や短期集中予防サービスの充実、また自立支援に向けた地域ケア会議の開催などの介護予防施策を行う市町村職員を対象に研修会を実施するなど、市町村がフレイル予防の取組を効果的に実施できるよう支援を行います。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
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 （千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・山武長生夷隅※） ※他6医療圏については、実施している医療機関数が3か所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	20か所 （令和3年度）	（モニタリング指標）

4 就労支援等の患者支援について

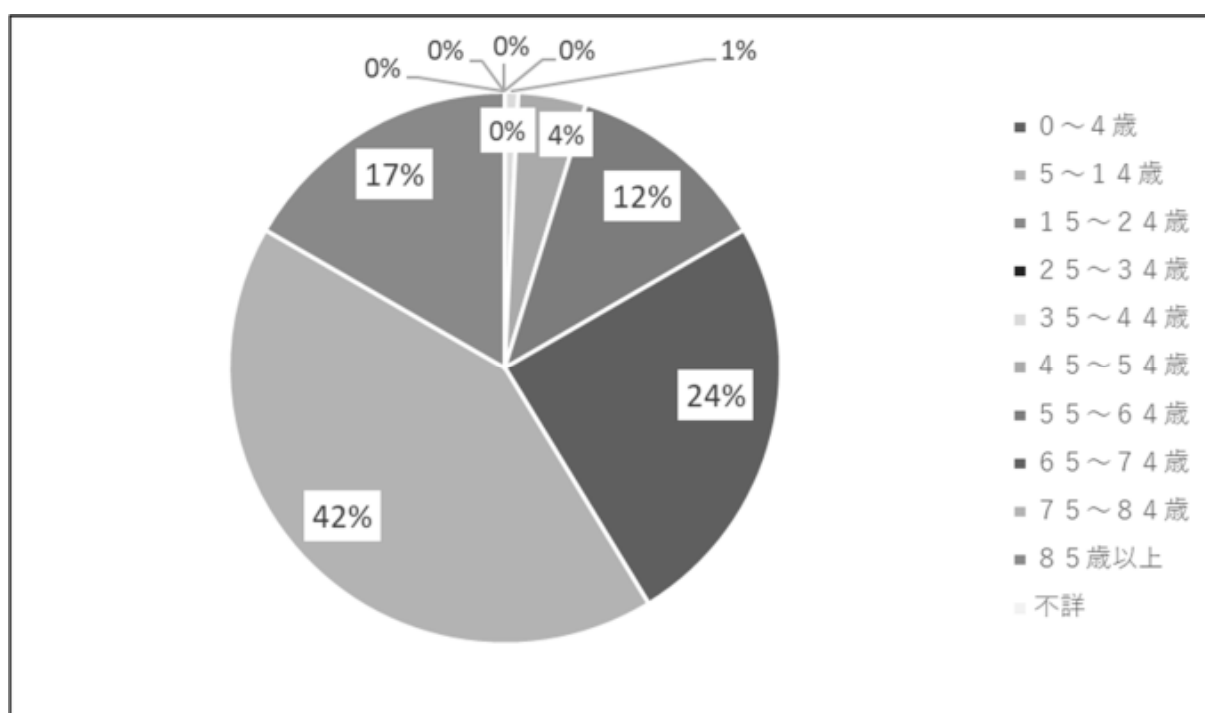
(1) 施策の現状・課題

○ 就労支援について

心血管疾患（高血圧性疾患を除く）の総患者数は、全国で305.5万人、千葉県で12.6万人と推計されており、うち約17%が就労世代（20～64歳）の患者です。

心血管疾患の経過や予後は、治療法や心機能等によって異なりますが、発症直後に速やかに治療を受けて重症化を防いだ場合、障害が残らずに発症前に近い機能まで回復し、通常の生活に復帰できるケースが多く、心血管疾患によって休職した労働者の多くが復職できているという報告もあります。

図表 4-5-4-1 患者年齢構成割合



	0～4歳	5～14歳	15～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75～84歳	85歳以上	不詳
心血管疾患 (合計値)	0	0	0	0	1	5	15	31	53	21	0
心血管疾患 (割合)	0%	0%	0%	0%	1%	4%	12%	25%	42%	17%	0%

資料：患者調査（厚労省）

心血管疾患の経過は、治療法や心機能等によって異なりますが、入院期間を経て通常の生活に復帰できるケースでは、就労に際して事業者側の特別な配慮が必要ないことも多くあります。

一方で、再発を防止し病状を安定させるためには、生涯にわたって通院、服薬、生活習慣の改善など配慮が必要となる場合もあり、重症度によっては運動の制限等について主治医の指示がでることもあるため、職場と情報を共有して対応することが重要です。

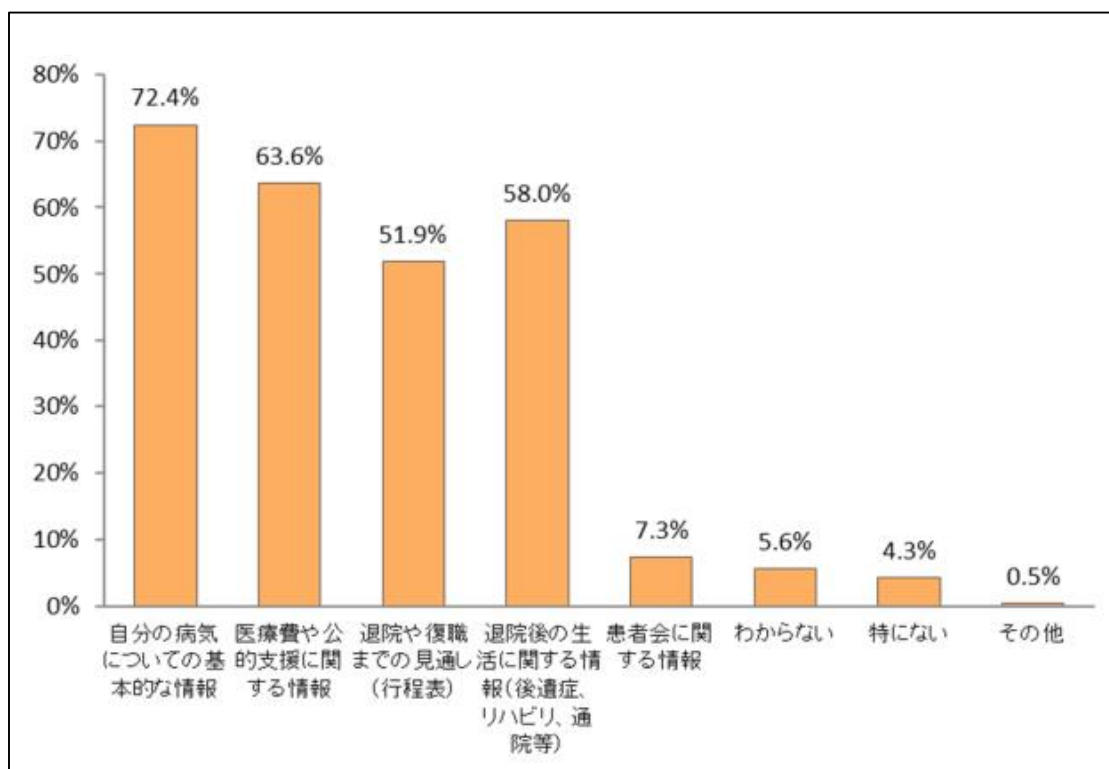
○ 適切な情報提供・相談支援について

医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。

実態調査によると、仮に脳卒中・心血管疾患と診断され、長期（3カ月以上）の入院や手術が必要になった場合に必要な情報は何かという質問に対して、「自分の病気についての基本的な情報」72.4%、「医療費や公的支援に関する情報」63.6%、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」58.0%でした。

医療費や生活への支援としては、高額療養費制度や傷病手当金などがあります。また、令和4年度診療報酬改定により、企業に対する患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を評価する療養・就労両立支援指導料の対象となる疾患に、「心疾患」が追加されています。

図表 4-5-4-2 長期の入院や手術が必要になった場合に欲しい情報の選択割合（再掲）



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 相談、情報提供

医療技術や情報技術が進歩していることから、治療を受けながら働き続けることができる可能性が高まっており、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の両立支援の充実が求められています。

そのため、患者の離職防止に当たっては、「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

（後遺症、リハビリ、通院等）」等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。

また、再就職のための就労支援については、関係機関が、患者やその家族のニーズに応じて、就労支援機関等との情報提供や連携できるよう、取り組みます。

5 小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対応について

(1) 施策の現状・課題

○ 移行期医療支援体制

近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に循環器病に罹患した患者全体の死亡率は大きく減少した一方で、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま成人期を迎える患者が増えています。こうした現状から、小児期に慢性疾患に罹患した患者の年齢と共に変化する病態や変遷する合併症に対応し、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、小児診療科と成人診療科との連携など医療提供体制の整備が必要です。

また、成人期医療への移行に向けては、疾患を理解し、自ら適切な自己管理を行うスキルを身につけ自立（自律）するための支援体制が必要です。

移行医療の推進に当たっては、移行期医療支援体制の充実と医療、保健、福祉、教育に係る行政及び関係機関の連携した取組が求められています。移行期医療支援センターとの連携や活用が重要です。

○ 療養支援体制

先天性心疾患の患者は、小児期より心臓の機能障害により社会での日常生活活動が制限される障害を持っている場合も少なくありません。

医療的な治療以外にも障害のある子どもが乳幼児期から学校卒業までライフステージを通じて一貫した療養支援を受けられるよう、関係機関の連携により、地域における療育支援体制の構築が求められています。また、障害者手帳の有無や診断名等にかかわらず障害の可能性が見込まれる子どものために、相談支援体制の充実及び在宅障害児等やその家族の福祉の向上が求められています。

○ 医療費負担に関する支援体制

小児期から成人期への移行については経済的支援の観点からも、必要な医療費支援制度を小児慢性特定疾病の医療費助成などの小児期の制度による支援から、難病患者への医療費助成制度や重度心身障害（児）者医療費助成制度など、成人期に利用できる制度による支援へどのように移行させるかも重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 移行期医療支援体制の整備

- ・ 小児期から成人期への移行期にある小児期に慢性疾患に罹患した患者に、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、移行期医療支援の拠点として、平成31年4月から千葉県移行期医療支援センターを設置し、移行期医療支援コーディネーターを配置して、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し、移行期医療を推進しています。
- ・ 保健所では、小児慢性特定疾病児童等自立支援員を配置し、小児慢性特定疾病に罹患する子どもやその家族等からの相談に応じ、必要な情報の提

供及び助言等を行うとともに、自立に向けて関係機関との連絡調整などを行い、小児慢性特定疾病に罹患する子どもの自立促進に取り組みます。

- ・ 千葉県移行期医療支援連絡協議会や千葉県慢性疾病児童等地域支援協議会などを活用し、移行期医療支援体制の充実と医療、保健、福祉、教育に係る行政及び関係機関の連携を促進します。
- 療養支援体制の充実
 - ・ 医療的ケア児等の支援に関して、ニーズや地域資源の状況を踏まえ、保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進を図ります。
 - ・ ホームヘルプ、障害児通所支援、訪問看護などを通じて在宅支援機能の強化を図り、子どもの育ちと子育てを支える施策に取り組みます。
 - ・ 放課後等デイサービスについては、発達支援を必要とする障害のある子どものニーズに的確に対応するため、事業所の支援の質の向上を図ります。
 - ・ 重症心身障害児（者）等が入院・入所する老朽化が進んだ千葉リハビリテーションセンターについて、県民からの幅広いニーズに対応できる施設の整備を進めています。
- 医療費負担に関する支援
 - ・ 医療費負担の軽減として、身体障害のある子どもに対する育成医療費の給付を引き続き行います。また、「重度心身障害者（児）医療給付改善事業」については、身体障害者手帳1級、2級いずれかの手帳所持者などを対象に医療費の補助を行います。
 - ・ 「小児慢性特定疾病医療費助成制度」については、慢性疾患にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成を図るため、その治療方法の確立と普及を目的とした研究等に資する医療費の一部の補助等を行います。
- 就労や生活に関する支援
 - ・ 疾患の重症度により、フルタイムでの勤務ができない方も少なくありません。障害者就業・生活支援センターなどの地域の支援機関や医療機関等の関係機関との連携により、就労や生活に関する相談や国の障害年金制度活用の助言などのさまざまな支援を行います。