

2 循環型地域医療連携システム（各論）

(1) がん

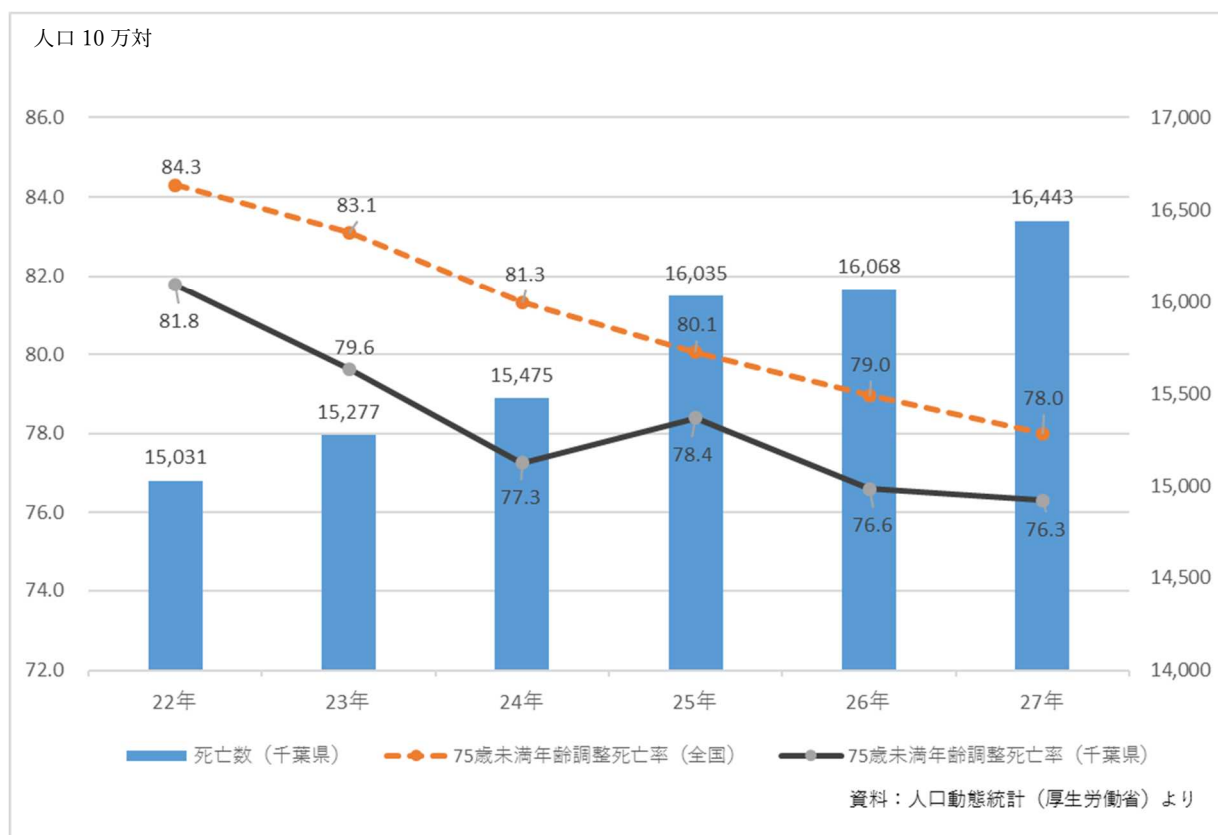
(ア) 施策の現状・課題

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、生涯のうちに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 するウイ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
 21 れ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
 22 価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
 23 り組んでいます。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
 24 て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	42.1	42.3
	千葉県	39.9	43.7	44.2
乳がん	全国	39.1	43.4	44.9
	千葉県	43.0	48.6	49.9

38
 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
4 を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
5 提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
6 国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

13 **〔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

27 **〔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
29 の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、働きながらが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
3 療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
4 の状況が異なり、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
5 ットワークの強化、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
6 療・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
13 報が、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
14 れ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、地域がん診療連
20 携拠点病院、地域がん診療病院*、千葉県がん診療連携協力病院、がん医療や緩和ケ
21 ア*に対応する医療機関、かかりつけ医*、在宅療養支援診療所*、かかりつけ歯科医
22 *、在宅療養支援歯科診療所*、かかりつけ薬剤師・薬局*、訪問薬剤管理指導対応薬
23 局*、訪問看護ステーション*などのほか、がん患者の在宅ケアを支援する居宅介護支
24 援事業所等の連携により、がんの循環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、地域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
35 診療連携拠点病院*、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。

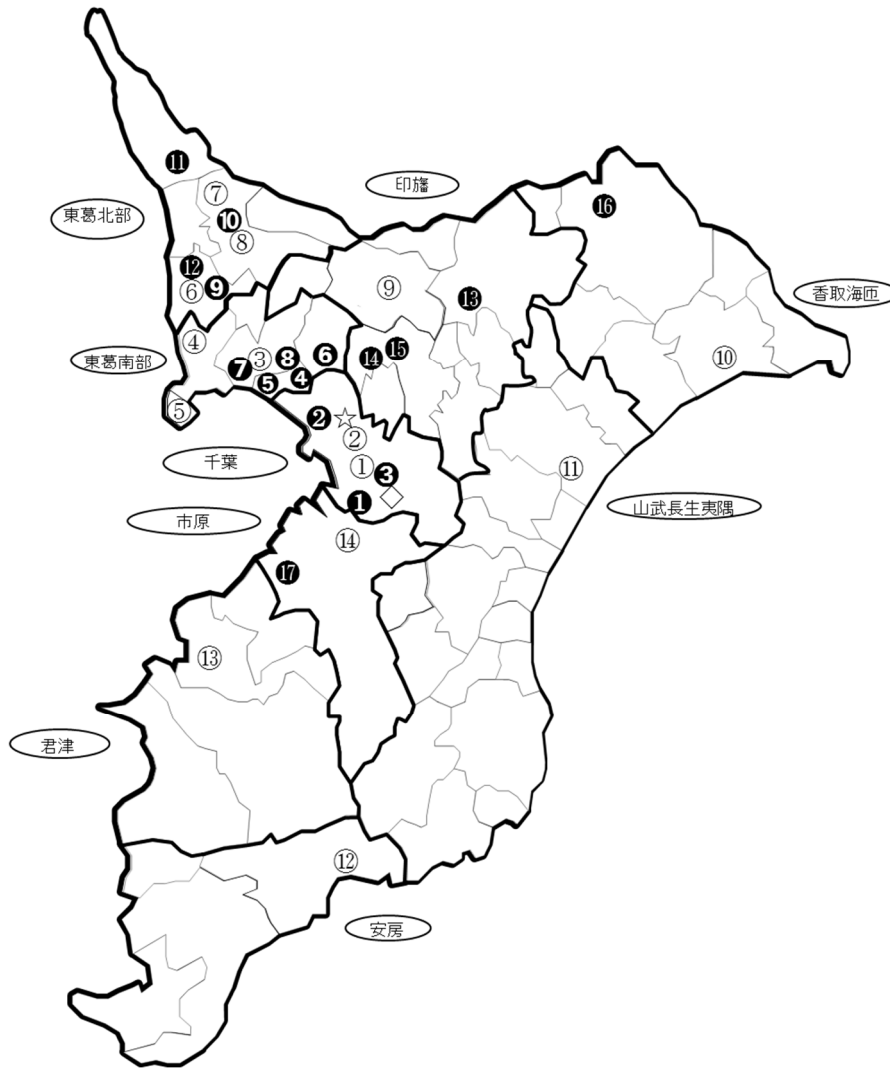
1 また、かかりつけ医やがん対応医療機関との連携により、退院後の患者が地域で安
2 心して治療を継続できる体制を築きます。

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等及び千葉県がん診療連携協力病院とネットワー
8 クを構築して、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 ①千葉大学医学部附属病院 ②千葉医療センター	①千葉メディカルセンター (胃・大腸) ②千葉市立海浜病院 (胃・大腸) ③千葉市立青葉病院 (胃・大腸)
東葛南部	③船橋市立医療センター ④東京歯科大学市川総合病院 ⑤順天堂大学医学部附属浦安病院	④千葉県済生会習志野病院 (胃・大腸) ⑤谷津保健病院 (胃・大腸) ⑥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) ⑦船橋中央病院 (胃・大腸) ⑧千葉徳州会病院 (胃・大腸)
東葛北部	⑥松戸市立総合医療センター ⑦国立がん研究センター東病院 ⑧東京慈恵会医科大学附属柏病院	⑨千葉西総合病院 (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	⑨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	⑩旭中央病院	⑯千葉県立佐原病院 (胃・大腸)
山武長生夷隅	⑪さんむ医療センター	
安房	⑫亀田総合病院	
君津	⑬君津中央病院	
市原	⑭千葉労災病院	⑰帝京大学ちば総合医療センター (胃・大腸・子宮)

25 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〕**

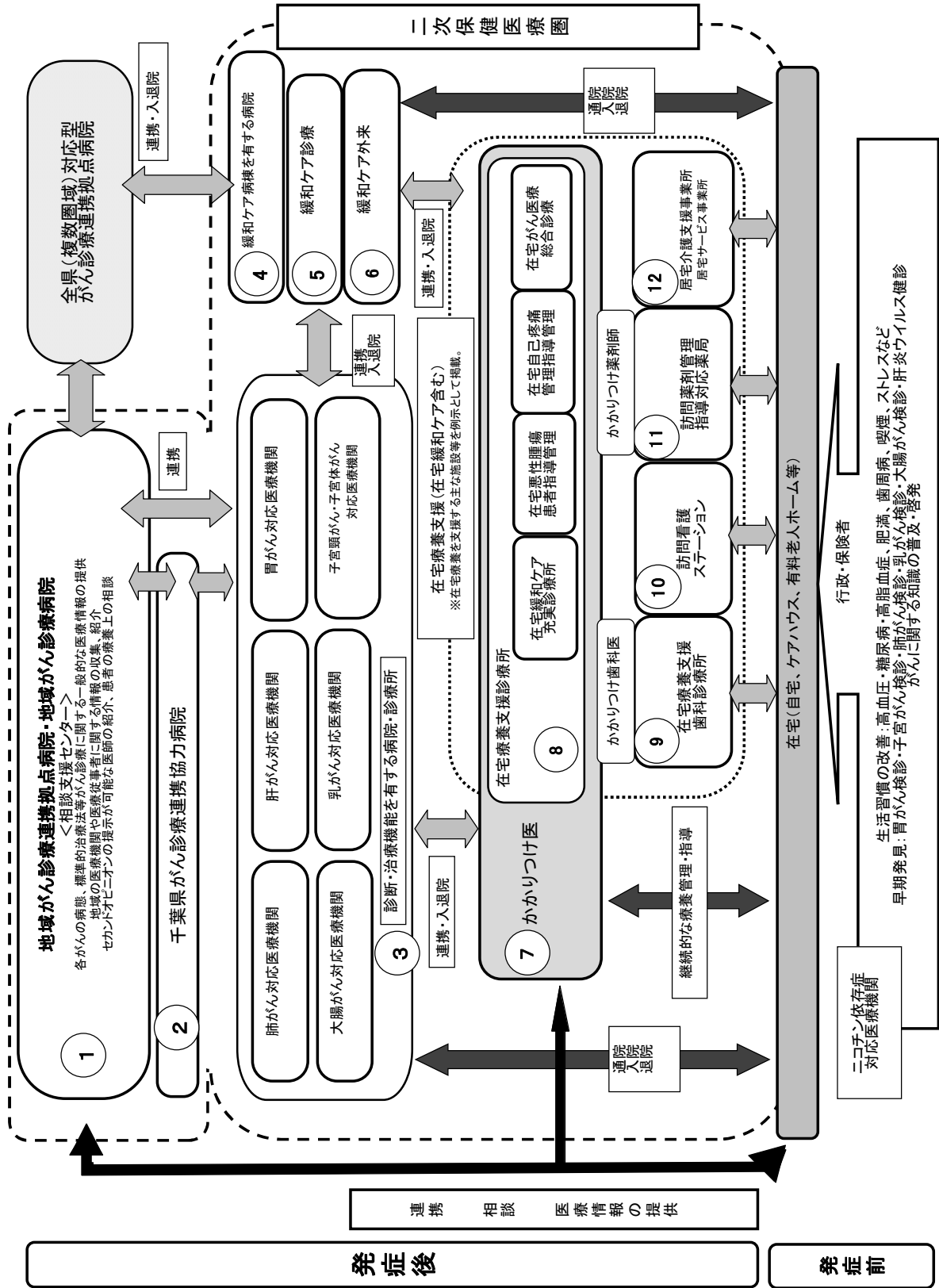
2 がんに伴うこころと身体の苦痛を和らげる緩和ケアについて、がんと診断された時
3 から最期を迎えるまで、入院でも外来でも在宅でも、患者と家族の希望に応じて受け
4 られる体制を構築します。このため、がん診療連携拠点病院等を中心に、緩和ケア*
5 を迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチーム*や緩和ケア外来
6 等で提供される専門的緩和ケアの体制整備と質の向上を図ることを目標とします。

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
9 ア*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
10 を中心に、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導対応薬局、居宅介護支援事業所
11 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や緩和
12 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、在宅緩和ケア充実診療
14 所、在宅悪性腫瘍患者指導管理*、在宅自己疼痛管理指導管理*、在宅がん医療総合診
15 療*についての対応状況を記載します。また、訪問薬剤管理指導対応薬局や訪問看護
16 ステーションについても、在宅療養の患者に必要な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、がんセンターボード*の実施等について、均てん化の取り組みを進める
30 とともに、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
31 た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
32 し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、がん診療連携拠点病院等は、良質な腫瘍外科医、
6 腫瘍内科医等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
7 に応えられるような、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、
12 地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
13 利用件数を踏まえ、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等を中心に、緩和ケアチームや緩和ケア外来等で提供され
23 る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・介護従事者の人材育成と連携強化に努めます。

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等や患者サロン等での
36 ピア・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
6 による情報収集、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
15 葉県がんセンターは、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
16 方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)	現在策定中の『千葉県がん対策推進計画』と整合をとって、今後設定する予定。
県の施設の禁煙実施率※	99.4% (平成29年度)	100% (平成32年度)
市町村の施設の禁煙実施率※	91.4% (平成29年度)	100% (平成32年度)

指 標 名	現 状	目 標
医療施設の禁煙実施率※	82.5% (平成26年度)	100% (平成32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)	現在策定中の『千葉県がん対策推進計画』と整合をとって、今後設定する予定。

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)	男性20.0% 女性 5.0% (平成33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)	50% (平成34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、子宮頸がんについては、 過去2年の受診の有無	49.9% 44.2% (平成28年度)	
精密検査受診率(上記5がんの平均)	74.4% (平成26年度)	90% (平成32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	1,047件 (平成28年度)	現在策定中の『千葉県がん対策推進計画』と整合をとって、今後設定する予定。
「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」 における緩和ケアチームへの年間 依頼件数	4,371件 (平成28年度)	現在策定中の『千葉県がん対策推進計画』と整合をとって、今後設定する予定。
「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)	増加 (平成34年)

4

1

〔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)	現在策定中の『千葉県がん対策推進計画』と整合をとって、今後設定する予定。
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)	男性 84.7 女性 50.6 (平成33年)

2

1 (2) 脳卒中

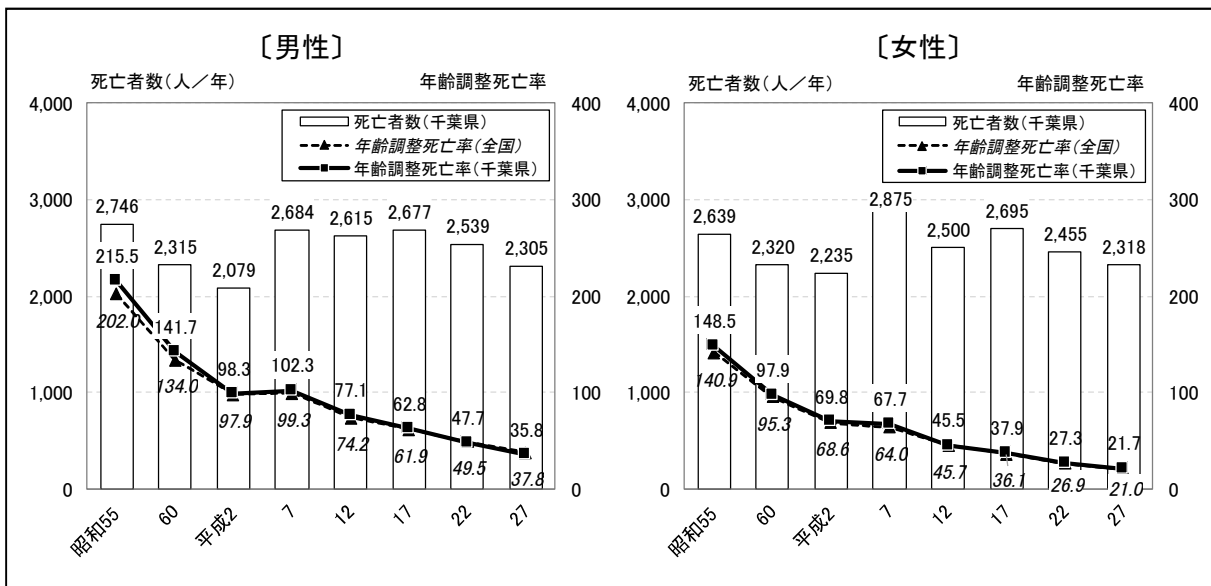
2 (ア) 施策の現状・課題

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
 4 万人(平成26年度)となっています。平成28年の脳血管疾患による本県の年間死
 5 亡者数は、4,584人と死亡者総数の8.1%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*(平成27年)は減少傾向にあり、男性は
 7 35.8(全国 37.8)で高い順に全国第31位、女性は21.7(全国21.
 8 0)で第20位となっています。

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、
 10 片麻痺、嚥下障害*、言語障害、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)*などの後
 11 遺症が残ることがあり、介護が必要となった主な原因の16.6%は脳血管疾患であ
 12 り、割合の高い順では主な原因の第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
 15 臓病*、睡眠時無呼吸症候群*、喫煙、過度の飲酒なども危険因子です。発症予防のため
 16 には、適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
 17 の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。

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
 21 に、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
 22 そのハイリスク者*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。

4 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処が必
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
17 効性の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、
18 単一の医療施設で、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
19 場合は、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
20 られます。

21 22 **〔リハビリテーション〕**

23 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。

24 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
25 廃用症候群*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
26 リテーションを実施します。

27 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
28 地域に戻ることを目的とします。維持期(生活期)においては残存した機能を活用し、
29 歩行や生活機能の維持・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
30 します。

31 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
32 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、
33 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。

34 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
35 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。

36 37 **〔急性期以後の医療・在宅療養〕**

38 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
39 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
40 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

1 発症から在宅等における維持期（生活期）まで切れ目のない医療・介護を提供するた
2 め、連携のための情報共有ツールの活用が求められます。

3

4 (イ) 循環型地域医療連携システムの構築

5 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
6 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、回復期対応医療機関、療
7 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
8 歯科診療所*、かかりつけ薬剤師・薬局*、訪問薬剤管理指導対応薬局*、訪問看護ス
9 テーション*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
10 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
11 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
12 及・啓発も含まれます。

13

14 かかりつけ医は、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
15 をするとともに、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
16 場合や、一過性脳虚血発作（T I A）*を疑う場合について、速やかに近隣の脳卒中
17 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
18 は、患者は当該医療機関にて入院治療を受けることとなります。

19 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
20 要請する等の対処を行います。

21 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
22 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
23 関に搬送します。

24 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等、適切
25 な医療機関にて入院治療を受けることとなります。

26 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
27 になりますが、急性期治療終了後の病状により、患者は在宅復帰に向けた治療やリハビ
28 リテーションを目的に回復期対応医療機関に転院することもあります。

29

30 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
31 て、t - P A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
32 外科的治療等が実施できる病院に転院させます。なお、24時間専門的な診療を提供
33 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
34 期対応医療機関と互いに補完しあいます。

35

36 回復期対応医療機関では、早期に在宅に復帰できるよう、専門医療スタッフにより、
37 失語、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
38 的とした、集中的なリハビリテーション等を実施します。

39 維持期においては、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、

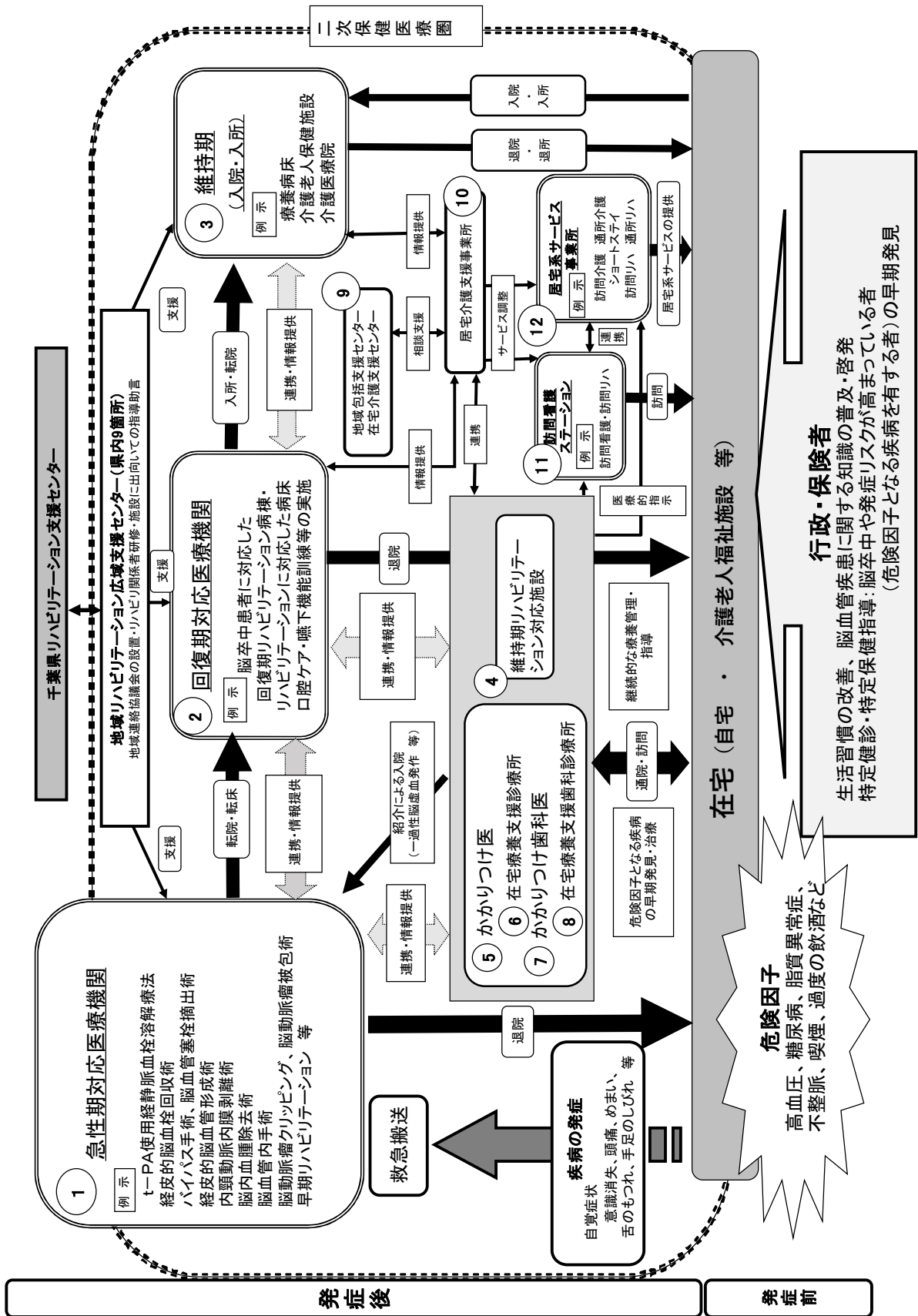
1 かかりつけ歯科医、在宅療養支援歯科診療所、かかりつけ薬剤師・薬局、訪問薬剤管
2 理指導対応薬局、訪問看護ステーション、など、脳卒中医療を提供する各関係機関に
3 加え、維持期リハビリテーションを提供する施設や、在宅ケアを支援する関係機関に
4 より、地域での連携を進めます。

5

6 急性期対応医療機関と回復期対応医療機関、維持期に対応する関係機関、地域のか
7 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いて連携を強化すること
8 による効果的な脳卒中治療体制の整備を進めます。

9

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
2

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、保健指導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ス
16 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、保健指導従事者のスキルアップをはじめ保
20 健指導の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 する等の対処を行えるよう、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。

目標値のアンダーライン部分は暫定値であり、今後確定される市町村の介護保険事業計画の介護サービス量の見込みを踏まえ変更する可能性があります。

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-P Aの静脈内投与について24時間対応可能な病院	30箇所 (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
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)	41.4床 (平成35年度)
医療施設従事医師数(神経内科) (人口10万対)	2.9人 (平成28年度)	増加 (平成34年)
医療施設従事医師数(脳神経外科) (人口10万対)	4.6人 (平成28年度)	増加 (平成34年)
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	767箇所 (平成27年)	<u>976</u> 箇所 (平成32年)
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)	28箇所 (平成32年)
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	50.8% (平成29年6月)	80% (平成35年度)

9 [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)	男性 20.0% 女性 5.0% (平成34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)	男性 8g 女性 7g (平成34年度)

1

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)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
高血圧の改善 (収縮期血圧の中央値の低下)	男性 129mmHg 女性 127mmHg (平成27年度)	男性 126mmHg 女性 124mmHg (平成34年度)
脂質異常症の減少 (LDL-c 160mg/dl以上の者)	男性 9.9% 女性 15.6% (平成27年度)	男性 6.9% 女性 10.7% (平成34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 (脳血管疾患)	79.1日 (平成26年度)	期間短縮 (平成35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)	56.3% (平成35年度)
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性 35.8 女性 21.7 (平成27年)	男性 40.2 女性 25.0 (平成34年度)

4

※「脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少」については、現状で目標を達成していますが、関連計画の健康ちば21 (第2次) の中間評価を実施した際、各危険因子 (高血圧・脂質異常症・喫煙・糖尿病) の目標が達成されていないことから、年齢調整死亡率の減少が予防対策のみによるものではないと考え、平成34年度まで目標値を維持しているため、保健医療計画においても同様の目標とします。

9

10