

## 第2章 循環器病の予防・正しい知識の普及啓発

### 最終目標【千葉県を目指す姿】

- 健康寿命を延伸する。
- 循環器病の受療率を減少する（※）

最終目標（指標）	現状（直近値）	目標
健康寿命	男性 72.61 女性 75.71 (令和元年)	男性 74 女性 76.8 (令和11年)
受療率（人口10万人対） （脳血管疾患（脳卒中を含む））	123 (令和2年)	減少 (令和11年)
受療率（人口10万人対） （心疾患（高血圧性のものを除く））	114 (令和2年)	減少 (令和11年)

（※） 受療率については、予防活動による効果の他、年齢構成の変化や医療機関へのアクセス性等、様々な要因に影響をうけることから、予防活動の効果のみを計測することは困難ですが、予防活動の目的として、循環器病の発症が抑制されることが千葉県の目指す姿であることから記載しています。

## 第1節 生活習慣と循環器病の関係についての周知

循環器病の危険因子は性、年齢を除くと、高血圧、糖尿病、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、喫煙、肥満、運動不足、過度の飲酒などです。また、生活習慣病の1つである歯周病も循環器病と密接な関係があります。

発症予防のためには、適正な体重の維持、減塩、栄養素を適量摂る食生活、運動習慣の実践、適度な量の飲酒、禁煙、適切な歯科保健行動の習慣化などの生活習慣の改善が重要です。

また、高血圧、糖尿病、脂質異常症、歯周病などの適切な治療も必要です。

### ○ 中間目標【取組の方針】

- 県民全体の健康状態を改善する。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
適正体重を維持している者の割合 (肥満 BMI25 以上の減少)	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% (平成27年度)	20～60歳代男性の肥満者割合 減少 40～60歳代女性の肥満者割合 減少 (令和11年度)
20歳以上の者の喫煙率（男性）	21.9% (令和3年度)	12.0% (令和11年度)
20歳以上の者の喫煙率（女性）	6.9% (令和3年度)	5.0% (令和11年度)
80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する者の割合	51.6% (令和3年度)	73% (令和11年度)

## 1 栄養・食生活について

### (1) 施策の現状・課題

本県の1日当たりの食塩摂取量は、平成27年「県民健康・栄養調査」によれば、男性10.9グラム、女性9.4グラムとなっています。平成22年の調査では、男性11.8グラム、女性10.3グラムとなっており、男女ともに減少傾向がみられます。

しかし、女性は全国値より高い傾向が見られます。また、男女とも厚生労働

省が「日本人の食事摂取基準2020」で定める目標値（男性7.5グラム未満、女性6.5グラム未満）との乖離が大きい状況です。

図表 2-1-1-1 男女別1日当たりの食塩摂取量（20歳以上）

	千葉県		全国値
	H22年	H27年	H27年
男性	11.8g	10.9g	11.0g
女性	10.3g	9.4g	9.2g

資料：【千葉県】平成22年・平成27年「県民健康・栄養調査」

【全国値】平成27年「国民健康・栄養調査」

適正体重を維持している者の増加については、平成27年「県民健康・栄養調査」によれば、肥満者（BMI25以上）の割合は、男性（20～60歳代）28.7%、女性（40～60歳代）23.4%となっています。

平成22年の調査では、男性（20～60歳代）33.2%、女性（40～60歳代）22.1%となっており、男性は減少した一方、女性は増加しています。

20歳代女性の痩せ（BMI18.5未満）の割合は、平成27年の調査では、16.7%となっており、平成22年の調査の19.0%から減少しています。

循環器病の危険性が高まる生活習慣病を予防するためにも、地域ボランティア団体や民間企業などと連携し、適切な食生活に係る普及啓発を図ることに加え、それを実践しやすい環境整備に取り組むことが重要です。

## (2) 施策の具体的展開

### ○ 適切な食生活についての普及啓発

「グー・パー食生活ガイドブック」などを活用し、ライフステージに応じた適切な食生活を分かりやすく伝えます。

また、食に関する体験教室や食育関連のイベントなどを通じ、県民が生涯を通じてライフステージに応じた適切な食生活が送れるよう、市町村、栄養士会、地域ボランティア団体、民間企業などと協力し、対象者に応じた効果的な普及啓発に取り組みます。

### ○ 適切な食生活を実践しやすい環境整備の推進

飲食店・スーパーマーケットなどによる、野菜の摂取や減塩に配慮した食事の提供や商品の販売、栄養成分表示など、県民が適切な食生活を実施しやすい環境整備に取り組みます。

学校保健安全法に基づき行われる学校における児童生徒への健康診断や健康観察等を通じて、児童生徒の健康状態を把握し、必要に応じて個別の健康相談を行います。また、栄養教諭等を中心に、給食の時間や家庭科等において食に関する指導を実施しているところであり、引き続き望ましい食習慣を養うため、食に関する指導の充実を図ります。

○ 県民の栄養・食生活の改善に取り組む人材の育成

保健所や市町村保健センターなどの管理栄養士・栄養士などを対象に研修を行い、資質の向上を図ります。

また、給食に従事する者に対し、給食施設における栄養管理の向上を図るため、栄養や衛生管理などに関する研修や指導などを行います。

併せて、飲食店などで調理業務に従事する調理師などを対象に講習を行います。

(3) 施策の評価指標

指標	現状値	目標
20歳以上の者の1日当たりの食塩摂取量（男性）	10.9g （平成27年度）	7.5g （令和11年度）
20歳以上の者の1日当たりの食塩摂取量（女性）	9.4g （平成27年度）	6.5g （令和11年度）

## 2 身体活動・運動について

### (1) 施策の現状と課題

身体活動・運動により循環器病やその危険因子となる高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の発生リスクが低減することが分かっており、身体活動・運動の意義と重要性が広く国民に認知され実践されることは、我が国の健康寿命の延伸に有用であると考えられます。

本県における令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」では、1日30分以上の運動を週2回以上、1年以上行っている者の割合は、男性が44.9%、女性が37.3%で、女性の方が低い傾向にあります。

また、年代別でみると、男女とも30～50歳代が最も割合が低く、特に30歳代の女性は22.4%と、調査対象である15歳以上の全世代の中で最も低くなっています。一方で、70歳以上が男女ともに全世代の中で最も高くなっており、年齢が上がるごとに運動習慣のある人の割合が高くなる傾向にあります。

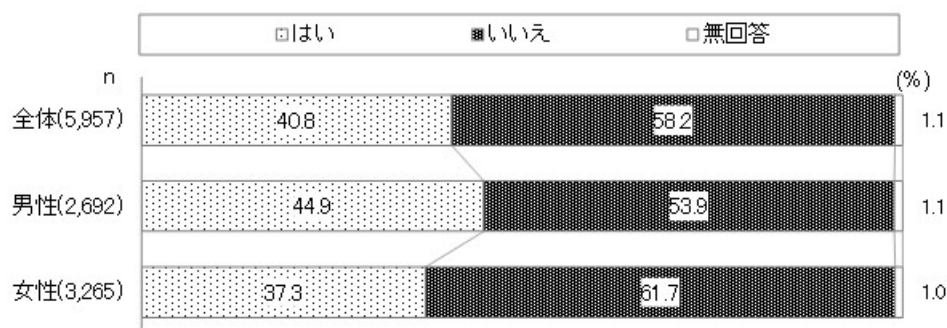
このことから、生活習慣病を防ぐために働く世代を中心に日常生活の中で身体活動を増やすことを進めていくことが重要です。

また、生活の質を維持し、健康である期間を長くするためには、運動器の機能低下により起こるロコモティブシンドロームについても広く周知し、運動習慣を持ってもらうことで、その発症を予防し、将来の要介護リスクを低下させることが必要です。

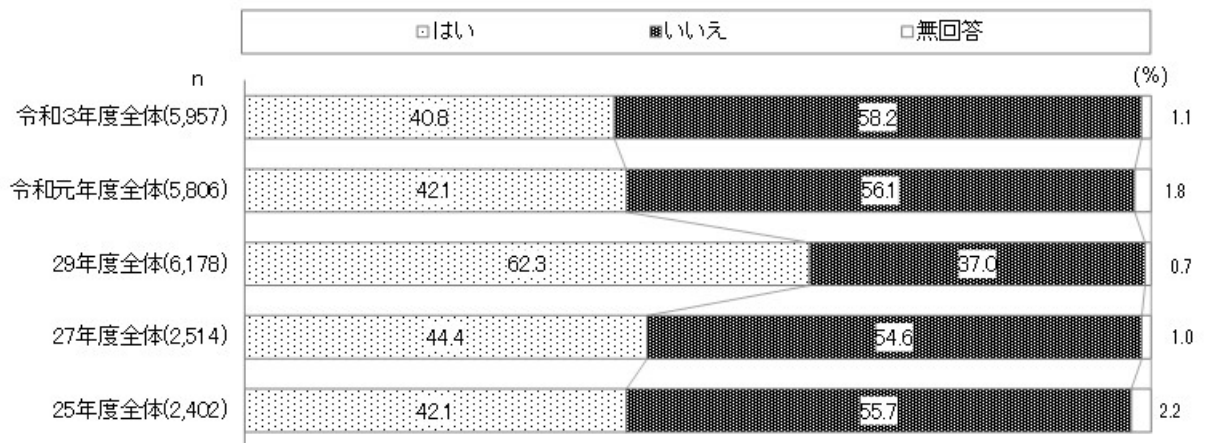
ロコモティブシンドロームの認知度は、令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」では「内容を知っていた」、「言葉は聞いたことがあるが内容は知らない」を合わせた認知度では全体の値で44.6%であり、過去の調査と比較すると増加傾向にありますが、認知している割合は半数に達していません。

生活機能の中でも移動機能は健康寿命の延伸の観点から特に重要項目と考えられていることから、ロコモティブシンドロームの認知度を向上させることなどにより、足腰に痛みのある高齢者の人数を減少することが重要です。

図表 2-1-2-1 1日30分以上の運動の実施状況（全体／性別）

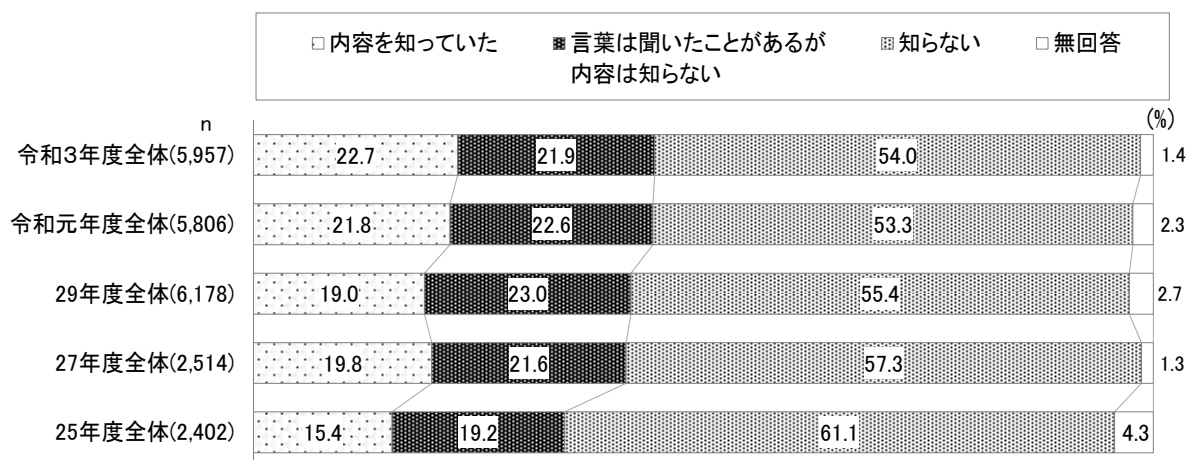


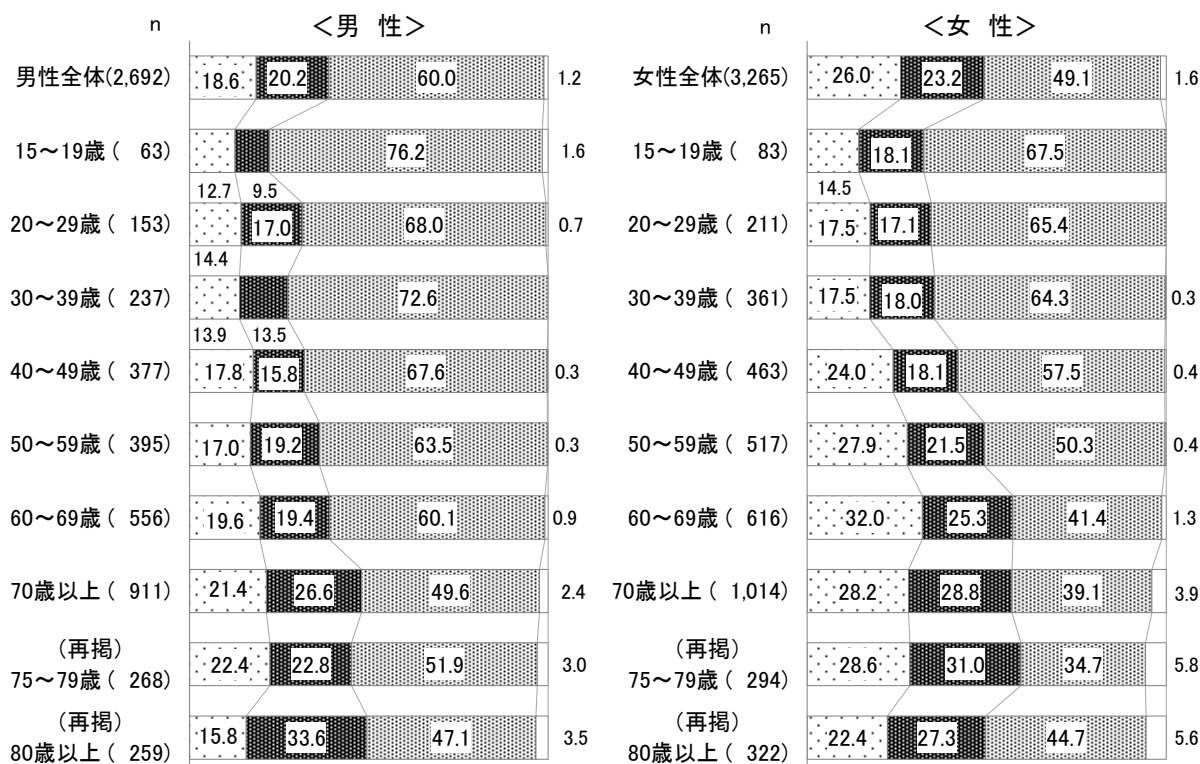
1日30分以上の運動の実施状況（過去の調査との比較）



資料：令和3年度生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

図表 2-1-2-2 ロコモティブシンドロームの認知度





資料：令和元年度生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

## (2) 施策の具体的展開

- 身体活動・運動の効果に関する普及啓発  
 身体活動や運動による健康への影響や効果について、県民に情報発信します。また、次世代を含む運動習慣の定着や、働く世代を中心としたライフスタイルに合わせて気軽に運動できる体操や日常生活の中で身体活動を増やす工夫について、具体的な方法を紹介します。
- 個人の取組を促すための多様な主体との連携  
 市町村、NPO法人、地域のスポーツ団体などの多様な主体との連携により、各地域のウォーキングロードやオリジナル体操について、ホームページ等により紹介するなど、地域に親しみながら運動をより身近なものとして習慣化するための情報を提供します。
- 運動指導の充実と指導者の育成  
 特定保健指導従事者に対する運動指導の具体的な方法に関する研修会や、健康運動指導士やスポーツ指導者を対象とした研修会の開催により、県民一人ひとりの生活に応じた身体活動・運動量の増加を支援する人材を増やします。
- ロコモティブシンドローム予防のための普及啓発

ロコモティブシンドロームの認知度向上と発症予防を通じ、将来における要介護リスクの低下及び運動器の機能の維持・向上を図るため、ホームページを通じた情報発信の他、市町村へリーフレットの配布を行います。

(3) 施策の評価指標

指標	現状値	目標
運動習慣者の割合 (20～64歳)(男性)	29.7% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
運動習慣者の割合 (20～64歳)(女性)	25.7% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
運動習慣者の割合 (65歳以上)(男性)	43.9% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
運動習慣者の割合 (65歳以上)(女性)	40.1% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
ロコモティブシンドロームの減少 (足腰に痛みのある高齢者の人数 (人口千人当たり)(65歳以上))	222人 (令和元年度)	減少 (令和11年度)



### 3 飲酒について

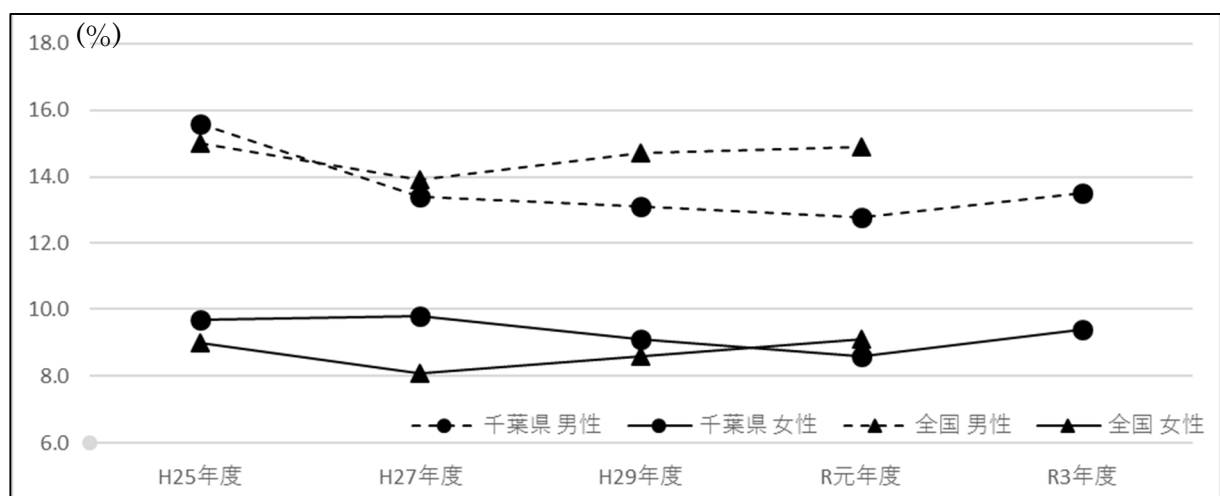
#### (1) 施策の現状と課題

令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」において、回答者全体（無回答者を除く。）のうち、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」(※)の割合は、男性13.5%、女性9.4%でした。

(※)「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」  
 1日当たりの純アルコール摂取量が男性40グラム以上、女性20グラム以上  
 男性：「週5日以上×2合以上」+「週3～4日×3合以上」+「週1～2日×5合以上」+「月1～3日×5合以上」  
 女性：「週3日以上×1合以上」+「週1～2日×3合以上」+「月1～3日×5合以上」

図表 2-1-3-1

回答者全体（無回答者を除く）のうち、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合



資料：(全国)国民生活基礎調査(厚生労働省) ※平成25年国民健康・栄養調査(厚生労働省)生活習慣に関するアンケート調査(千葉県)

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連します。

本県における20歳未満の者の飲酒割合は、令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」によると男性3.2%、女性1.2%であり、0%になっていない状況です。学校と協力し、20歳未満の者の飲酒防止教育を推進していく必要があります。

さらに、本県における妊娠中の者の飲酒割合は、令和3年度は0.7%と0%になっていません。妊娠中の飲酒は、胎児性アルコール症候群や発育障害を引き起こすことから、妊娠中あるいは妊娠を予定している女性はアルコールを断つ必要があります。

「20歳未満の者の飲酒」、「妊娠中の者の飲酒」について、引き続き0%を目指していく必要があります。

(2) 施策の具体的展開

- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に対する教育・啓発  
 飲酒に伴う健康影響は年齢、性別、体質等に応じて異なることを踏まえ、分かりやすく有益な情報を発信します。特に健康影響を受けやすい女性への普及啓発を推進します。  
 また、県ホームページに「飲酒と健康」について掲載し広く周知を図ります。
- アルコール関連問題の早期発見と早期治療  
 「千葉県アルコール健康障害対策推進計画」に記載された施策と整合性を図り、アルコール関連問題に関する治療及び相談窓口の周知、相談支援等総合的な対策を実施することにより、適切な相談や治療、回復につながる取組を推進していきます。
- 特に配慮を要する者（20歳未満の者・妊産婦）に対する教育・啓発  
 20歳未満の者や妊産婦の飲酒をなくすためには、教育活動が重要です。学校と協力し、家庭を巻き込んだ啓発を行うため、生徒向けに飲酒リスクを記載したリーフレット等を配付し、飲酒防止を図ります。  
 また、市町村と協働して、母子健康手帳交付時や両親学級などにおいて、妊娠中の飲酒による胎児への影響などについて記載したリーフレットを配付し、妊産婦の飲酒防止を図ります。

(3) 施策の評価指標

指標	現状値	目標
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（男性）	13.5% （令和3年度）	減少 （令和11年度）
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（女性）	9.4% （令和3年度）	減少 （令和11年度）

## 4 喫煙について

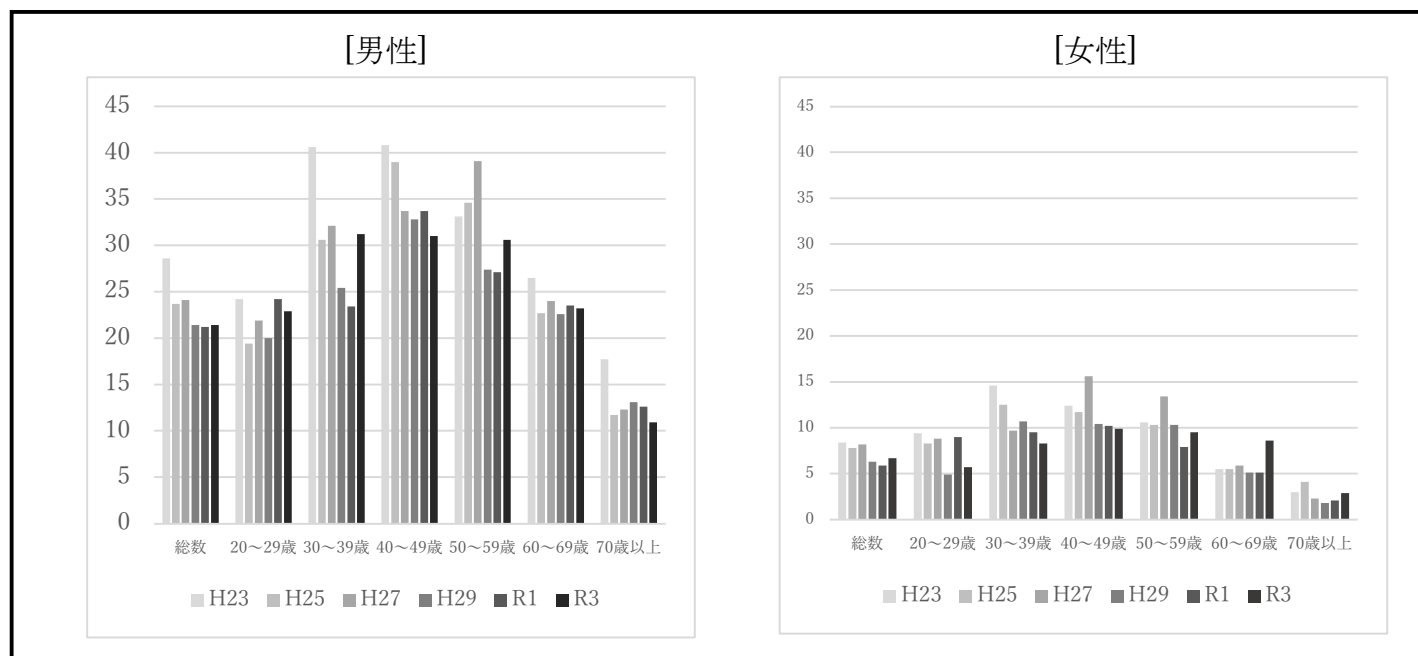
### (1) 施策の現状と課題

本県の20歳以上の者の喫煙率は、本県の「生活習慣に関するアンケート調査」によれば、平成23年度に男性29.3%、女性8.7%であったものが、令和3年度は男性21.9%、女性6.9%となっており、男女ともに減少傾向がみられます。

なお、年代別に見ると、令和3年度は男性では30～50歳代、女性では30～60歳代の喫煙率が他の年代に比べて高くなっています。

次に、平成27年の20歳以上の喫煙率について本県と全国平均を比較すると、本県は男性28.5%、女性4.8%（県民健康・栄養調査結果）、全国平均は男性30.1%、女性7.9%（国民健康・栄養調査結果）であり、男女ともに全国平均より低くなっています。

図表 2-1-4-1 性・年代別喫煙率の推移



資料：生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

たばこ消費量は近年減少傾向にありますが、過去のたばこ消費量による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡率は年々増加しています。

また、20歳未満からの喫煙は、健康への影響が大きく喫煙の継続につながりやすいことから、これをなくすことが重要です。令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」によれば、15歳から19歳の喫煙率は男性1.6%、女性1.2%と、0%になっていません。今後も20歳未満からの喫煙防止教育を推進していく必要があります。

さらに、本県における妊娠中の者の喫煙割合は、令和3年度は1.5%と0%になっていません。妊産婦の喫煙については、胎児への悪影響もあることから、これをなくすことも重要です。

喫煙は、がん、循環器病、COPD、糖尿病に共通した主要なリスク要因であることから、受動喫煙防止対策が必要となります。

## (2) 施策の具体的展開

### ○ 喫煙（受動喫煙を含む）に関する知識の普及啓発

喫煙の健康への影響に関する正しい知識を普及するため、学校、市町村、医療保険者、医療機関、民間企業・団体等の実施する様々な事業を活用し、多面的に啓発を行います。さらに、世界禁煙デー及び禁煙週間、がん征圧月間などのキャンペーンや成人式など、様々な機会をとらえて啓発活動を実施します。

### ○ 喫煙者の禁煙を支援

禁煙支援を行う地域保健従事者の育成と資質の向上を図ります。また、禁煙治療に関する情報をタイムリーに得られるよう、リーフレット作成やホームページへの掲載をします。さらに、喫煙者が禁煙に取り組む際の後押しができるように、職場の衛生管理者や禁煙をサポートしたい人向けの研修会を開催します。

### ○ 20歳未満の者の喫煙防止

保育園・幼稚園・学校等と協力し、これらの機関が実施する喫煙防止教育を支援するための教材提供、効果的な教育内容の情報提供を行います。また、生活習慣病予防や、がん予防に関する催し等、様々な機会を通じて、20歳未満の者やその家族への喫煙防止の啓発を実施します。

### ○ 妊産婦の喫煙防止

市町村と協働して、母子健康手帳交付時や両親学級などにおいて、妊娠中の喫煙による合併症のリスクや胎児への影響などについて記載したリーフレットを配付し、妊産婦の喫煙防止を図ります。

リーフレットは妊婦のみでなく、喫煙する家族からの受動喫煙を防止できるように、家族全員に呼び掛ける内容とします。

### ○ 受動喫煙防止対策の推進

健康増進法に基づき、多数の者が利用する施設は、適切な受動喫煙防止対策の措置を講じる必要があることから、県民や事業者に対して法規制内容や対策について、引き続きホームページやリーフレット、啓発物資など、各種媒体を活用し、広く周知を図ります。

また、対策が不十分な施設に対し、助言、指導などにより早期に是正することを促します。

さらに、屋外や家庭などでも受動喫煙を生じさせることがないように周囲の状況に配慮することについても、普及啓発を図ります。

(3) 施策の評価指標

1) 受動喫煙の機会を有する者の割合

指標	現状値	目標
行政機関	2.1% (令和3年度)	望まない受動喫煙のない社会の実現 (令和11年度)
医療機関	3.7% (令和3年度)	
職場	19.5% (令和3年度)	
家庭	5.0% (令和3年度)	
飲食店	16.0% (令和3年度)	

2) 禁煙外来の届出を行っている医療機関数

指標	現状値	目標
禁煙外来の届出を行っている医療機関数	580 (令和4年度)	(モニタリング指標)

## 5 歯と口腔（こうくう）の健康の分野について

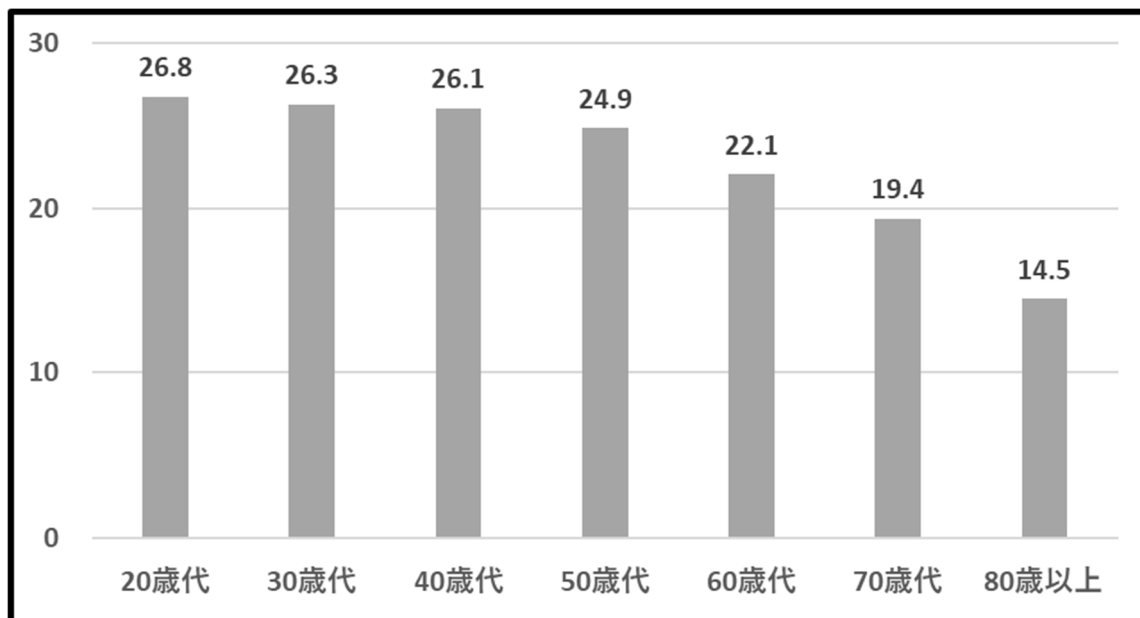
### (1) 施策の現状と課題

本県における一人平均現在歯数は、60歳代から急激に減少する傾向がみられます。また、歯を喪失する原因である歯周病は、口腔の2大疾患の一つであり、年齢が高くなるにつれ増加しています。

令和4年度「千葉縣市町村歯科健康診査（検診）」によると、進行した歯周炎を有する人の割合は50歳代で半数の52.7%となり、平成28年度と比べ、年齢が上がるとともに歯周病を有する人の割合は増加します。

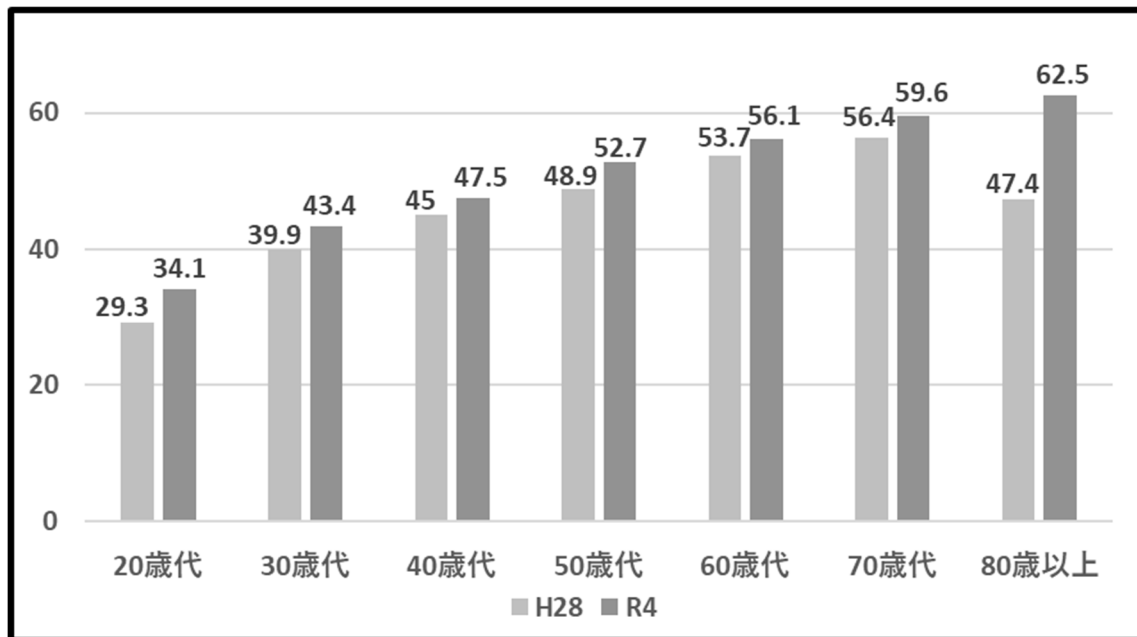
最近1年間に歯の健康診査を受診した20歳以上の人は、令和3年度で57%であり、増加傾向にあります。歯・口腔の健康状態を維持するためには、かかりつけ歯科医をもち、定期的に歯科健診や保健指導を受けることが重要です。

図表 2-1-5-1 年代別 一人平均現在歯数



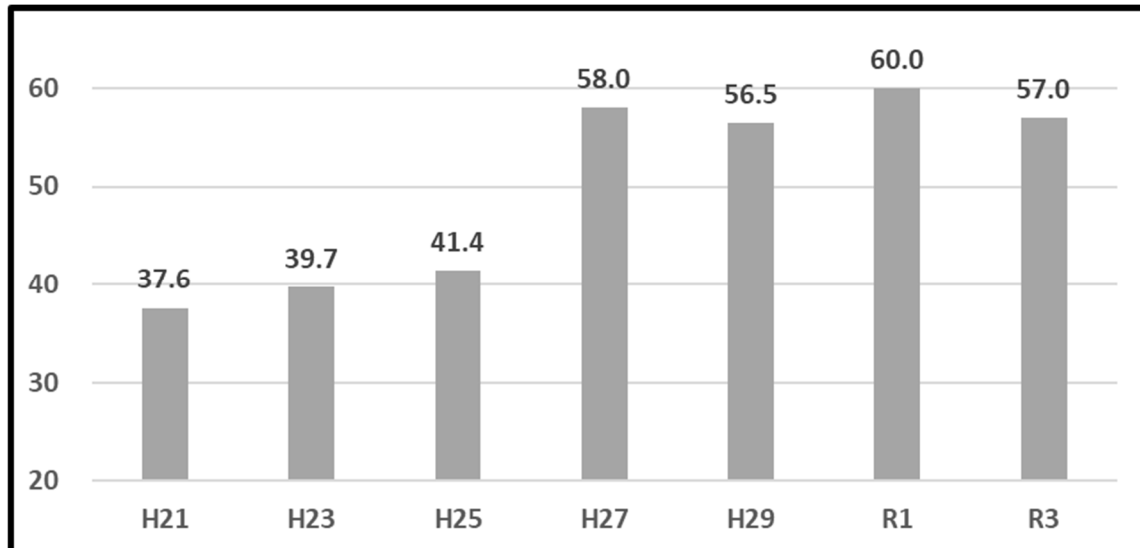
資料：令和3年度生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

図表 2-1-5-2 進行した歯周炎を有する人の割合



資料：千葉県市町村歯科健康診査（検診）実績報告書

図表 2-1-5-3 最近1年間の歯の健康診査の受診状況



資料：生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

歯周病などの歯科疾患は、歯磨きなど口腔<sup>くわう</sup>清掃習慣の影響を強く受けますが、食生活や喫煙など全身の生活習慣病と関連の深い生活習慣の影響も受けており、生活習慣病と多くのリスク因子を共有しています。

歯周病を予防し、健康な口腔<sup>くわう</sup>状態を保つことは、全身の健康維持だけでなく

健康寿命の延伸にもつながるため、食生活の改善や禁煙だけでなく、口腔を清潔に保つことも重要です。

近年の研究では、歯周病と糖尿病や循環器疾患などとの関連や、喫煙が口腔がんや歯周病のリスク因子であることが証明されており、ライフステージに応じた歯周病予防対策のさらなる推進が必要です。

また、加齢や歯の喪失により摂食嚥下機能が低下すると、誤嚥が起こりやすくなります。体の抵抗力が低下している場合は、誤嚥性肺炎を引き起こすことがあります。そのため、フレイルの兆候の一つであるオーラルフレイルに気が付き、口腔機能低下を防ぐことが重要です。

## (2) 施策の具体的展開

### ○ 歯・口腔の健康づくりに関する知識の普及啓発

生活習慣病の予防や全身と口腔の関係などについて、県民の歯・口腔保健意識の向上を図るため、市町村、関係団体、企業などと連携して、地域や職場において正しい歯・口腔保健の知識、歯周病と糖尿病などの関連性やオーラルフレイル予防などに関する知識の普及啓発を図ります。

また、住み慣れた家庭や地域で生活を続けていくために、かかりつけ歯科医をもち、定期的に歯科健診や保健指導を受けられるよう啓発していきます。

### ○ 歯科口腔保健を支える環境の整備

各ライフステージに沿って、歯科疾患の予防、早期発見、治療などプライマリ・ケアを継続的に実施することにより、地域住民の健康管理を行うかかりつけ歯科医の充実を図ります。

また、脳卒中、心疾患、悪性新生物（がん）、糖尿病などの患者が途切れない歯・口腔保健医療サービスを受けられる体制を構築するため、これらの疾患の治療に当たる医科と歯科の連携を図ります。

入院患者が適切に口腔ケアを受けることで、口腔内環境の改善及びQOL（生活の質）の向上が図れるよう、看護師などに対して口腔ケアに関する研修を行うとともに、病院とかかりつけ歯科医などが連携する仕組みを構築します。

## (3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
40歳以上における進行した歯周炎を有する者の割合	53.6% (令和4年度)	40% (令和11年度)
過去1年間に歯科健診を受診した者の割合（20歳以上）	57% (令和3年度)	79% (令和11年度)



## 第2節 特定健診・特定保健指導による循環器病予防対策の推進

### ○ 中間目標【取組の方針】

- 特定健診・特定保健指導により捕捉された発症リスクが高い県民の健康状態を改善する。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
高血圧 （収縮期血圧の平均値の低下）（内服加療中の者を含む）（40歳以上）	男性 127.6 mmHg 女性 123.1 mmHg （令和2年度）	ベースライン値から低下 （令和11年度）
脂質異常症の割合 （LDL-C160mg/dl以上の者）（内服加療中の者を含む）（40歳以上）	男性 14.6% 女性 14.5% （令和2年度）	ベースライン値から低下 （令和11年度）
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数	男性 632,670人 女性 192,552人 （令和3年度）	男性 減少 女性 減少 （令和11年度）
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合	男性 2.1% 女性 0.8% （令和2年度）	減少 （令和11年度）

### 1 特定健診の受診、特定保健指導の実施

#### (1) 施策の現状と課題

循環器病は脂質異常症、高血圧、糖尿病等といった生活習慣が大きな理由となり、発症リスクが高まることから、メタボリックシンドローム（※）に着目した健診（特定健診）を実施し、生活習慣病発生のリスクに応じた保健指導（特定保健指導）を行うことが循環器病の予防や早期発見にとって重要となります。

そのため、特定健診、特定保健指導の実施率の更なる向上を目指し、地域、保険者、健診機関、医療機関等の連携等、早期発見や重症化予防への取組の促進を図る必要があります。

直近5年の市町村国民健康保険（以下「市町村国保」という。）の特定健診受診率の推移は、図表2-2-1-1のとおりです。市町村による積極的な受診勧奨により、年々上昇傾向にありました。また、令和元年度までは、全国の市町村国保との比較においても、全国平均を上回る受診率を維持していました。

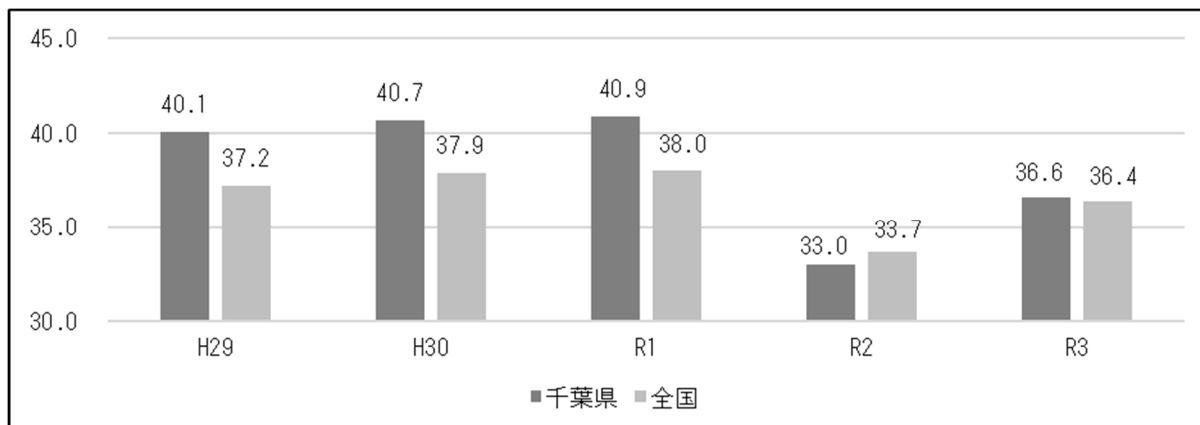
令和2年度においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による

特定健診の受診控えや健診機会の縮小により、受診率が大幅に減少しましたが、令和3年度は増加しました。

(※) 「メタボリックシンドローム」

内臓脂肪症候群とも呼ばれ、内臓脂肪型肥満に加えて高血糖、高血圧、脂質異常のうち二つ以上が重なる状態をいう。(出典)健康ちば21(第2次)用語説明より

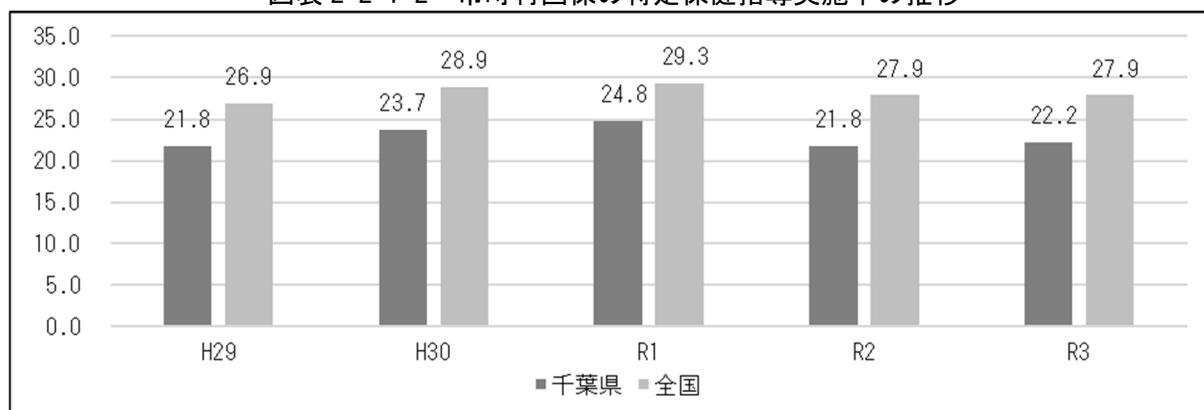
図表 2-2-1-1 市町村国保の特定健診受診率の推移



資料：市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書（国民健康保険中央会）

また、直近5年の市町村国保の特定保健指導実施率の推移は、図表2-2-1-2のとおりです。実施率は年々上昇傾向にあります。ただし、全国平均との比較では、おおむね5ポイント低い状況です。令和2年度においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響で、実施率が減少しましたが、令和3年度は増加しました。

図表 2-2-1-2 市町村国保の特定保健指導実施率の推移



資料：市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書（国民健康保険中央会）

各市町村では、郵送や電話等により、対象者への受診勧奨を積極的に実施しているところですが、国民健康保険の共同保険者である県においても、受診率・実施率向上を支援していく必要があります。加えて、新型コロナウイルス感染症による受診控えによって、生活習慣病の早期発見の機会が失われる懸念もあり、その解消を図る必要があります。

また、市町村国保においては、(公社)国民健康保険中央会が開発し、千葉県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)が運用する「国保データベースシステム(KDB)」を利用し、被保険者の特定健診受診結果や医療機関受診歴を確認することができます。

各市町村では、KDBを活用し、対象者を抽出して受診勧奨を行っており、これを支援するため、国保連合会が研修会の開催等を通じて、KDBの操作・活用方法を周知しています。

## (2) 施策の具体的展開

### ○ 特定健診等の早期発見のための取組への支援

県民だより、ラジオ放送、リーフレット等の各種媒体を活用し、特定健診の受診や特定保健指導の利用の促進を図ります。

また、各保険者による特定健診や特定保健指導の実施率向上の取組について、好事例の横展開などにより保険者の取組を支援します。

特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、生活習慣病の予防及び早期発見、対象者の行動変容につなげるため、従事者の人材育成を図ります。

### ○ 生活習慣病の未治療者や治療中断者等に対する保健指導等の促進

未治療者・治療中断者へのアプローチを円滑に行うには、KDBの活用が重要です。国保連合会と連携し、各市町村への研修や保険者指導等を通じて、KDBの活用を普及し、未治療者や治療中断者等に対する保健指導や医療機関への受診勧奨の促進を図ります。

## (3) 施策の評価指標

目標項目	現状(直近値)	目標
特定健診・特定保健指導の実施率 (国民健康保険分)	健診 36.6% 保健指導 22.2% (令和3年度)	健診 60% 保健指導 60% (令和11年度)
特定健診・特定保健指導の実施率 (全体)	健診 55.8% 保健指導 22.7% (令和3年度)	増加 (令和11年度)

## 第3章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供（脳卒中）

### 最終目標【千葉県を目指す姿】

- 脳血管疾患による年齢調整死亡率を減少する。
- 健康寿命を延伸する。
- 脳卒中を発症後も患者が住み慣れた場所で希望する生活を送ることができる。
- 発症～搬送に当たり速やかに救急搬送することができる。

最終目標	現状（直近値）	目標
脳血管疾患による年齢調整死亡率	男性 91.2 女性 55.5 (令和2年)	男性 減少 女性 減少 (令和11年)
健康寿命	男性 72.61 女性 75.71 (令和元年)	男性 74 女性 76.8 (令和11年)
在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	53.2% (令和2年)	増加 (令和11年)
脳血管疾患に係る救急活動時間 (救急隊覚知～病院収容)	47.5分 (令和3年)	短縮 (令和11年)

## 第1節 脳卒中の基本的な事項に関する周知

### 1 脳梗塞

#### (1) 脳梗塞の特徴

様々な原因で脳の血管が詰まってしまい脳内の血液が十分に巡らなくなる（脳虚血）ことで脳の神経細胞に障害が起きて脳組織が死んでしまうことを脳梗塞といいます。脳の血管が詰まるメカニズムの違いにより、以下の3つの種類に分けられます。

##### ○ アテローム血栓性脳梗塞

脳内や頸部（首）の太い動脈に動脈硬化が起こり、血管の中にできたプラーク（血管の内にできるコブ）が破裂したり、血栓（血の塊）ができたりして血流が阻害された状態をアテローム硬化といい、アテローム硬化を原因とした脳梗塞を「アテローム血栓性脳梗塞」といいます。アテローム硬化を生じた太い動脈に出来た血栓が血流に流されて下流の血管を詰めてしまうこともあります。

##### ○ ラクナ梗塞

脳の深部にある細い血管や根元の血管が詰まり、比較的小さな脳梗塞が起こっている状態を「ラクナ梗塞」といいます。高血圧等が主な原因となり、症状は他の2種類に比べて軽いことが多い症状です。

##### ○ 心原性塞栓症

心臓内でできた血栓が脳内血管まで流れてきて詰まることで起こる疾病を「心原性塞栓症」といいます。特に不整脈や心臓弁膜症等の心血管疾患を患っている方に多く発症することが多い疾患です。

脳梗塞の患者数は脳卒中患者の約7割と、脳卒中の中でも患者数の多い疾患ですが、急性期治療の進歩により適切な治療を迅速に行うことで症状や予後の改善が期待できます。

#### (2) 脳梗塞の危険因子

脳梗塞の危険因子としては、加齢、肥満、飲酒、喫煙、運動不足といった生活習慣があげられるほか、高血圧、心房細動、糖尿病、脂質異常等、他の様々な病気も発症リスクが高まる要因です。特に、心房細動は加齢と共に多くみられるようになるため、高齢化が進むと共に脳梗塞の原因として増加してきています。

#### (3) 脳梗塞の症状

脳梗塞の症状は脳の血管が詰まった場所によって異なりますが、典型的な症状としては、片麻痺（左右どちらかの麻痺）で、顔面（顔がゆがむ）、上下肢（腕が片方動かない、足が片方動かない）にみられるほか、言語障害（言葉が出ない、ろれつが回らない）等がみられます。

脳梗塞の症状が一時的にでも見られた場合や、脳卒中の可能性があると診断された場合は、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関において、詳しい検

査や治療を受ける必要があります。

#### (4) 脳梗塞の治療

近年、脳梗塞の急性期治療は着実に進歩を遂げており、血管の詰まりの原因である血栓を薬剤で溶解する「t-P A（組織プラスミノゲン・アクティベータ）」の静脈内投与や、血管内の血栓を取り除く血管内治療を適切に実施できた場合、救命率の向上や予後の改善が期待できます。

しかし、各治療の実施については、治療開始までの時間制限があるため、発症後、1分でも速く病院に搬送することが重要です。

#### (5) 一過性脳虚血発作（T I A）

脳梗塞の中には一時的に脳梗塞の症状が起きるものの、数秒から1時間以内に収まる「T I A（一過性脳虚血発作）」と呼ばれる症状が起こる場合もあります。このような場合、症状が一時的に無くなっても短時間のうちに再発する可能性が高いと言われていることから、脳梗塞と同等の対応が必要です。仮に症状が一時的であった場合においても速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関において、詳しい検査や治療を受けることが重要です。

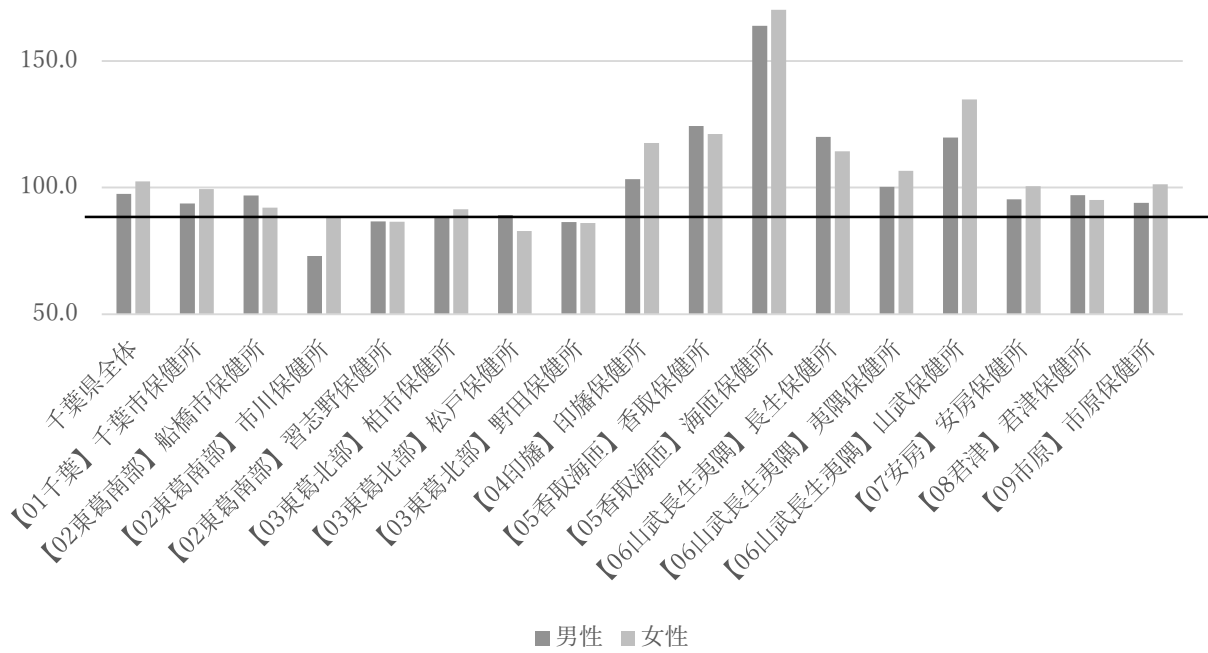
#### (6) 脳梗塞の患者数

令和2年患者調査によると、脳梗塞の総患者数は全国で119.9万人、県で5.9万人と推計されています。65歳以上の10万人当たりの脳梗塞の受療率は全国では319人ですが、千葉県では258人であり、全国で最も低い数字となっています。

一方で、人口動態統計特殊報告（平成25年～平成29年）によると、千葉県の脳梗塞の標準化死亡比（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性97.5、女性102.4であり、全国平均に近い値となっています。

また、地域別では市川保健所管内、松戸保健所管内、野田保健所管内が低く、海匝保健所管内、山武保健所管内、香取保健所管内が高い値になっています。

図 3-1-1-1 脳梗塞標準化死亡比 (SMR)



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

## 2 脳出血

### (1) 脳出血の特徴

脳の細い血管に、動脈壁の変性（類線維素性変性）が生じ、そのため血管壊死又は微小動脈瘤<sup>りゅう</sup>をきたして血管が破綻し、脳実質に血腫（出血でできた血の塊）ができることを脳出血（以前は脳内出血）とといいます。

突然発症することが多く、数分から数時間かけて症状は完成し、出血を起こしている場所や出血量によって症状や後遺症が異なります。通常、強い頭痛と嘔吐を伴い、昏睡等の意識障害や半身麻痺<sup>ひ</sup>等の運動障害が起こることも多く、血腫量に伴い症状が重くなる傾向があります。

### (2) 脳出血の危険因子

脳出血の最も重要な危険因子は高血圧であり、半数以上が高血圧を原因とした高血圧性脳出血といわれています。脳出血の予防には、高血圧症には降圧療法が強く推奨され、大量飲酒者への節酒及び喫煙者への禁煙も推奨されます。抗血栓薬を内服中の場合は、適切な内服指導を受けることが重要です。

### (3) 脳出血の症状

出血を起こしている場所や出血量によって様々な症状があらわれます。出血量が少ない場合は軽い頭痛や吐き気などの症状があらわれ、出血量や血腫が増え、出血箇所が脳を圧迫し、脳の働きが阻害されることで、昏睡等の意識障害や半身麻痺<sup>ひ</sup>等の運動障害が起こります。迅速な治療が必要なため、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関にて治療を受ける必要があります。

### (4) 脳出血の治療

血圧を下げて出血をコントロールする等の薬物治療の他、重症の場合には血腫を取り除く等の外科手術も行われます。脳出血は脳の組織を破壊してしまう疾病であることから、手足の麻痺<sup>ひ</sup>や意識障害などの後遺症が残ってしまう可能性があり、発症から1分でも速く適切な医療機関に搬送することが治療効果の向上や予後の回復のために重要となります。

### (5) 脳出血の患者数

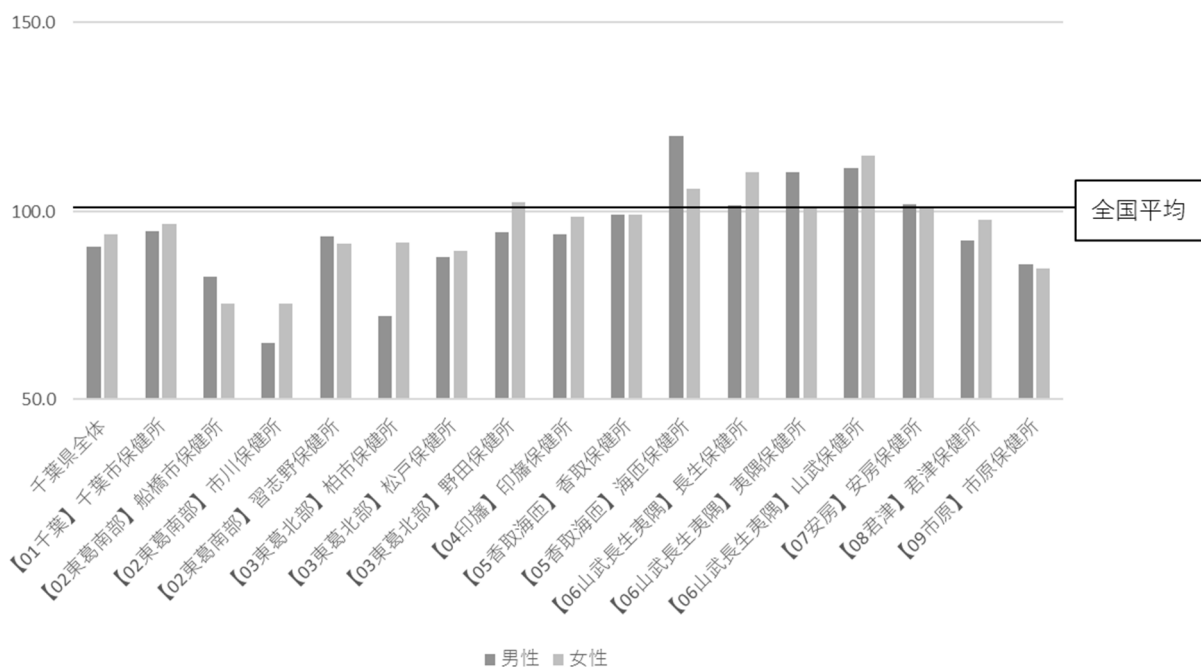
脳出血の患者数は脳卒中患者の約1割であり、脳梗塞よりも少なくなっています。令和2年患者調査によると、脳出血の総患者数は、全国で20.1万人、県で6千人と推計されています。

人口動態統計特殊報告（平成25年～平成29年）によると、千葉県の脳出血の標準化死亡比（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性90.7、女性93.8と全国平均より低い値となっています。

また、地域別には市川保健所管内、船橋市保健所管内、柏市保健所管内が低く、山武保健所管内、海匝保健所管内、長生保健所管内、夷隅保健所管内が高い値となっています。



図表 3-1-2-1 脳出血標準化死亡比 (SMR)



出典：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

### 3 くも膜下出血

#### (1) くも膜下出血の特徴

脳は髄膜という膜で保護されていますが、髄膜は脳の表面から軟膜、くも膜、硬膜という三層に分かれ、くも膜と軟膜の間にはくも膜下腔という空間があります。くも膜下腔は脳脊髄液という液体で満たされ、脳血管もそこを通ります。くも膜下腔に出血した状態をくも膜下出血といい、生命の危険が非常に高い疾患になります。くも膜下出血の主な原因は、くも膜下腔を流れる脳動脈に出来た動脈の壁の瘤（コブ）（動脈瘤）が破裂することですが、動脈の壁が裂けることによる脳動脈解離などもあります。

#### (2) くも膜下出血の危険因子

くも膜下出血の原因となる脳動脈瘤ができる危険因子としては、高血圧、動脈硬化、加齢の他、飲酒、喫煙、運動不足といった生活習慣が挙げられます。

また、親、祖父母、兄弟等の血縁関係のある家族にくも膜下出血の病歴がある場合も相対的に発症リスクが高いとされており、家族に病歴がある場合には、生活習慣の改善がより重要になります。

#### (3) くも膜下出血の症状

くも膜下出血の典型的な症状は、突然生じる激しい頭痛、嘔吐、意識障害等です。突然意識が無くなり短期間で亡くなってしまう危険性があります。出血は一旦止まりますが再出血する危険性が高く、再出血すると予後は格段に悪くなります。

#### (4) くも膜下出血の治療

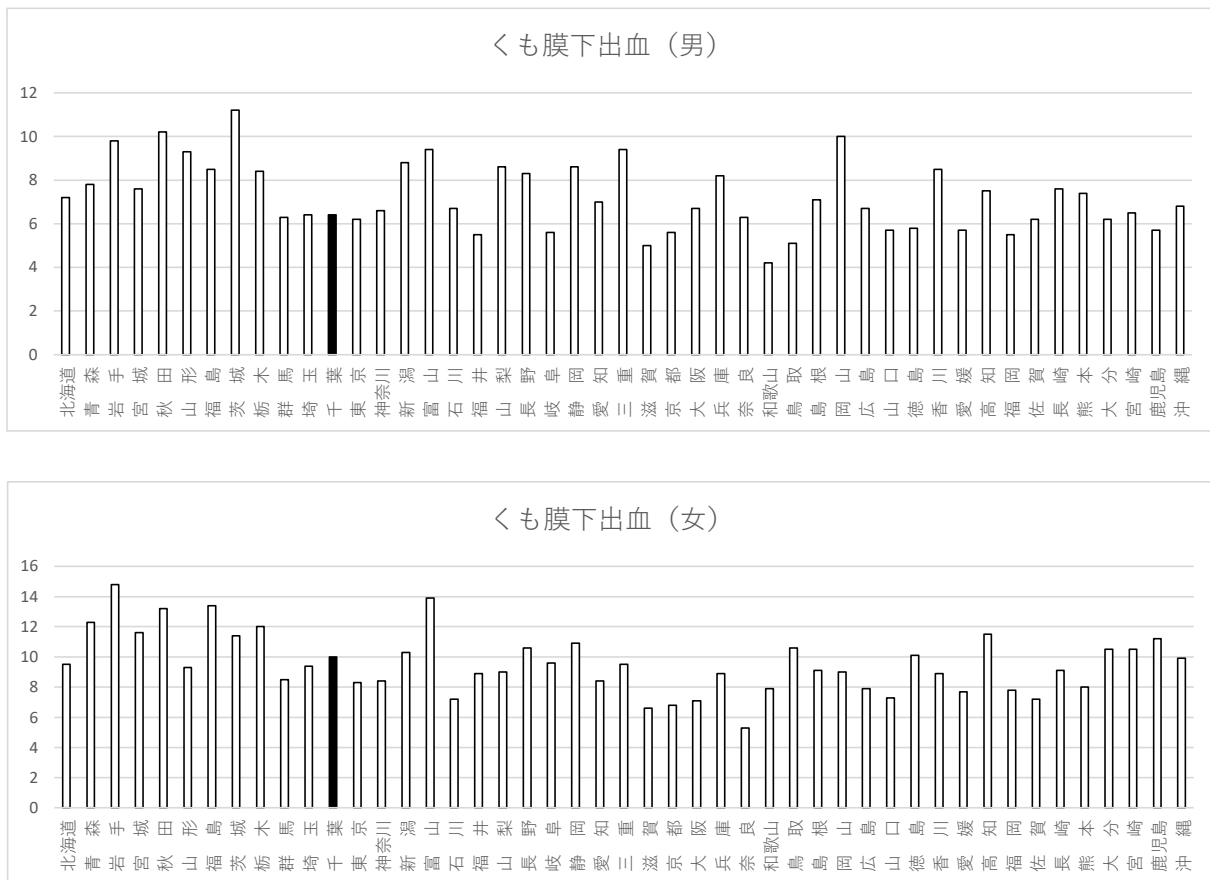
くも膜下出血の治療の主体は再出血を防ぐことにあります。脳動脈瘤破裂による場合、頭蓋骨を開けて動脈瘤の根元を挟み動脈瘤に血液が流れ込むのを阻止するネッククリッピング等の「外科手術」のほか、カテーテルと呼ばれる細い管を太ももの血管等から挿入し、動脈瘤にコイルを挿入することで、瘤の内側からコイルを詰めて出血を防ぐコイル塞栓術等の「脳血管内治療」等が行われます。

専門的な脳神経外科医・脳血管内治療医による治療が必要であり、速やかに搬送され治療を開始できる医療提供体制を構築する必要があります。

#### (5) くも膜下出血の患者数

くも膜下出血の患者数は脳卒中の約4%と脳梗塞、脳出血と比べて少なくなっています。令和2年患者調査によると、くも膜下出血の総患者数は、全国で6.2万人、千葉県で2千人と推計されています。人口動態統計特殊報告（令和2年）によると千葉県のくも膜下出血の人口10万人対の年齢調整死亡率は男性6.4（全国7.1）で死亡率が低い順に全国第31位、女性は10（全国9.2）で第18位となっています。

図3-1-3-1 くも膜下出血の年齢調整死亡率（都道府県別）



出典：患者調査（厚生労働省）

## 第2節 急性期（搬送）

### ○ 中間目標【取組の方針】

- 循環器疾患を発症したら（家族・友人も含め）速やかに救急搬送を要請することができる。
- 重症患者の搬送先が明確化されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
「FAST」（脳卒中初期症状）の認知割合	43.2% （令和5年）	増加 （令和11年）
脳血管疾患に係る現場活動時間（現場到着～現場出発）	21.9分 （令和3年）	短縮 （令和11年）
脳血管疾患に係る平均搬送時間（現場出発～医療機関到着）	15.8分 （令和3年）	短縮 （令和11年）

## 1 救急搬送に関すること

### (1) 施策の現状・課題

脳卒中は急激に発症し、発症後、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多いため、脳卒中を発症した傷病者に対しては1分でも早く治療を開始することが救命率を改善し良好な予後を得るために重要とされています。

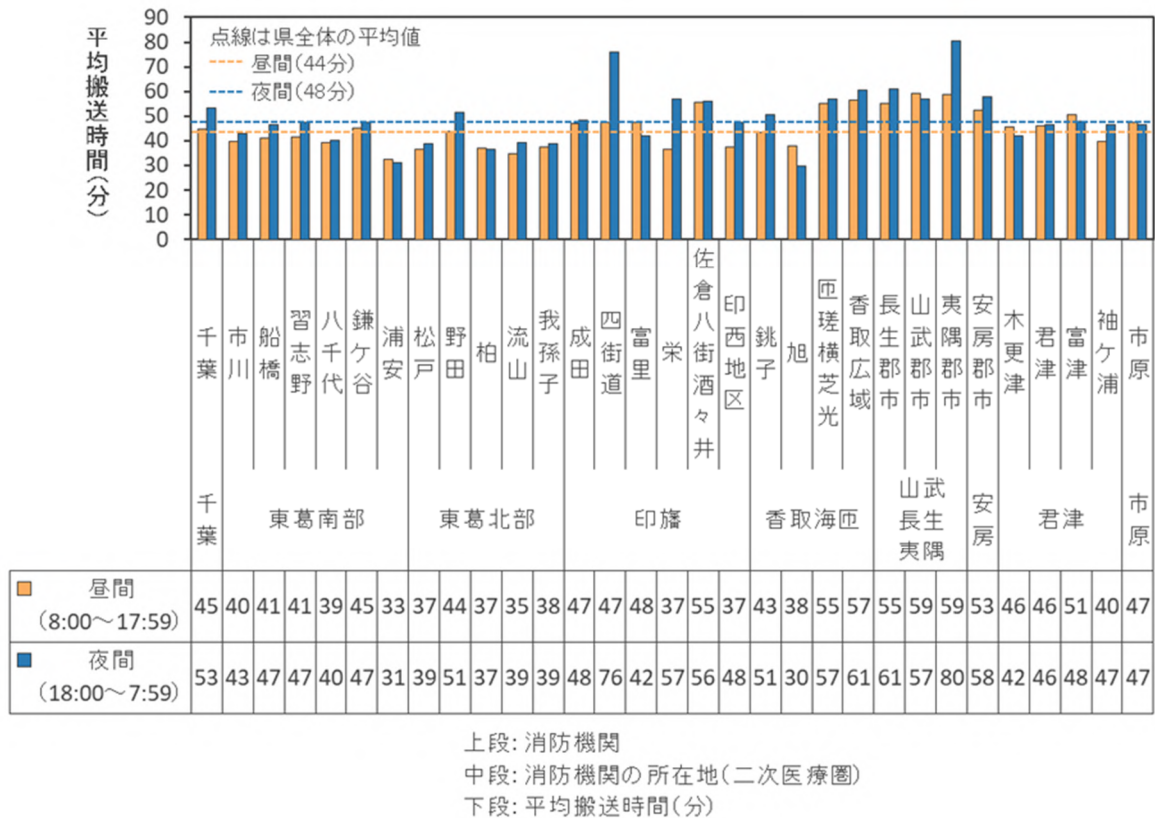
特に、近年、脳卒中治療の技術的な進歩が著しく、脳卒中の中でも約70%を占める脳梗塞の治療に関しては、t-PA（組織プラスミノゲン・アクティベータ）の静脈内投与や血管内治療を行い、詰まっていた脳血管を再開通することで、症状が改善し後遺症が軽くなる効果が認められています。これらの治療法は、発症4.5時間以内や24時間以内などの制約がありますが、治療開始までの時間が短ければ短いほど有効性が高くなることが判明しており迅速な救急搬送がますます重要になっています。

#### [脳卒中傷病者の救急搬送状況]

県が実施した「救急搬送実態調査（令和3年度）」によれば、千葉県内の脳卒中傷病者を搬送する際の救急搬送時間（救急要請から病院収容まで）の平均は47.5分であり、エリアにより大きな差がみられ、平均で最大19.7分の開きがありました。

特に、山武長生夷隅地域、安房地域、市原地域の救急搬送時間が他地域よりも長く、それぞれの地域において病院搬送時間（現場出発から病院収容まで）が平均よりも長いといった特徴がみられました。

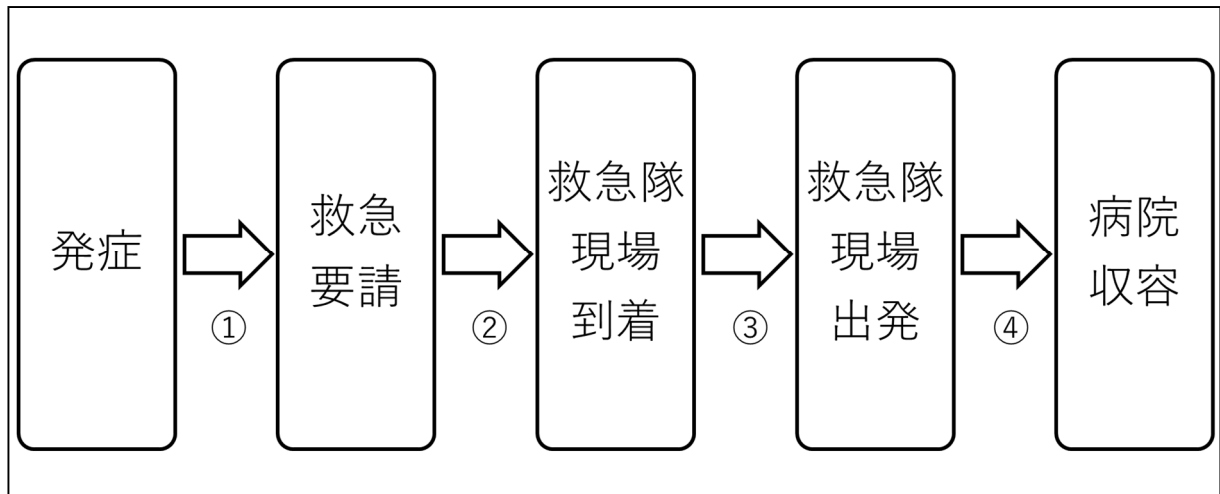
図表 3-2-1-1 脳卒中傷病者の救急搬送状況



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

発症してから病院に収容されるまでには以下の段階を踏むことになります。  
 施策の検討に当たっては、それぞれの段階ごとに現在の状況を把握し、改善の余地があるか検討する必要があります。

図表 3-2-1-2 搬送の分類



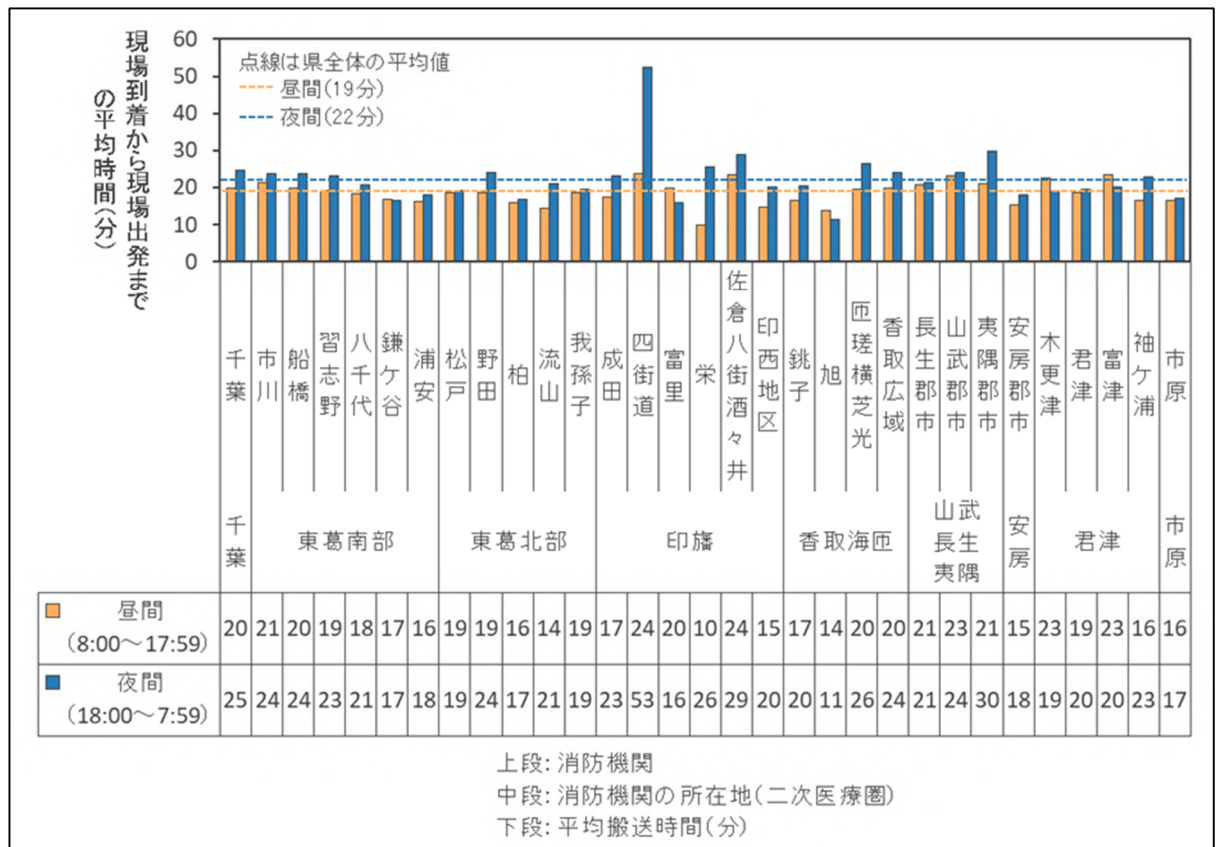
- ① 救急要請時間（発症から救急要請まで）の短縮  
脳卒中を発症した場合は傷病者及び発見者が速やかに脳卒中の可能性があると認識し、救急要請することが重要です。
- ② 現場到着所要時間（救急要請から現場到着まで）について  
救急要請から現場到着までの時間は主に最寄りの消防署から現場までの距離に比例すると想定されます。千葉県における現場到着所要時間は平均10.0分（全国平均9.4分）であり、都道府県平均や、県内の各地域の平均をみても大きな差はない状況にあります。

③ 現場活動時間（現場到着から現場出発まで）の短縮

現場において、救急隊は主に傷病者の観察や応急処置及び搬送先医療機関の選定を行っています。

千葉県における脳卒中に係る現場活動時間は平均21.9分です。地域別の状況としては、香取海匝地域（16.3分）、安房地域（17.7分）、東葛北部地域（20.0分）が短く、千葉地域（22.9分）、印旛地域（23.7分）、山武長生夷隅地域（26.7分）が長い傾向にありました。

図表 3-2-1-3 脳卒中傷病者に係る現場活動の地域状況（平均搬送時間）



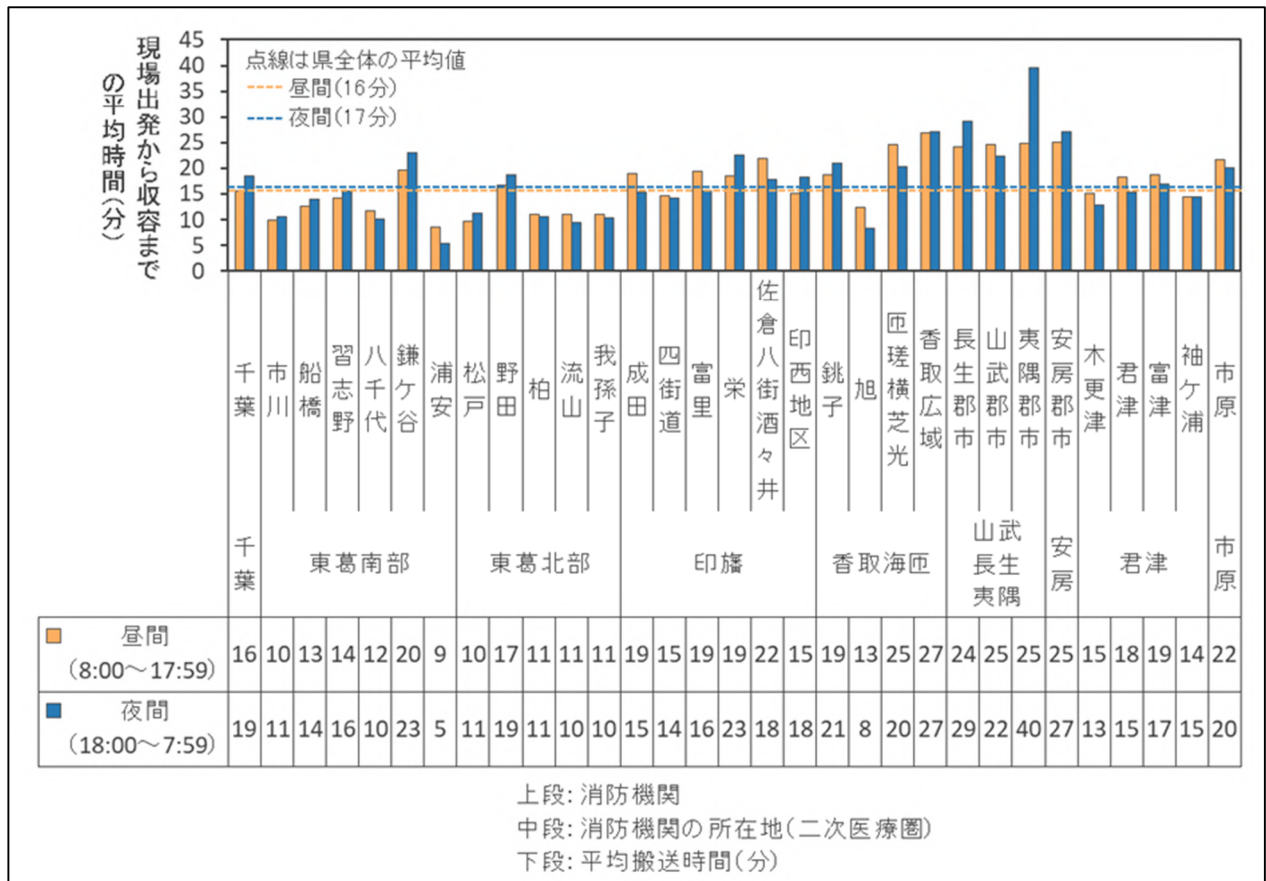
資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

④ 病院搬送時間（現場出発から病院収容まで）の短縮

現場出発から病院収容までの時間は、主に現場から搬送先病院までの距離に比例すると想定されます。

千葉県における脳卒中に係る病院搬送時間は平均15.8分でした。地域別に確認すると東葛北部地域（11.6分）、東葛南部地域（12.3分）が短く、市原地域（24.7分）、安房地域（30.2分）が長い傾向にありました。

図表 3-2-1-4 病院搬送時間の地域状況



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

○ 救急医療体制の整備

早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬送及び受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。

○ 現場活動時間の短縮

現場活動時間の短縮のため、脳卒中傷病者における緊急度・重症度・症状・必要な処置などについて、各地区メディカルコントロール協議会の実践等を踏まえ、千葉県救急業務高度化推進協議会で集約・共有します。このことなどにより、適切な医療機関の選定にかかる時間を短縮する取組を進めます。

また、医療機関における対応可能状況を救急隊と医療機関でリアルタイムに共有し、搬送先の選定及び収容依頼に要する時間を短縮する取組を進めます。

○ 病院搬送時間の短縮

現場から搬送先の医療機関までの距離や搬送時間を把握するためのシステムの構築を検討する等、現場到着時に対応可能な医療機関のうち最も近い距離に搬送することが可能となるような取組を検討します。加えて、脳卒中に対応可能な医療機関が増加することも搬送時間の短縮のために重要と考えられます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
脳血管疾患における搬送困難事例の割合	18.1% (令和3年)	減少 (令和11年)

## 2 県民啓発に関すること

### (1) 施策の現状・課題

脳卒中の発症の初期には、以下の7つの症状が現れやすいとされています。

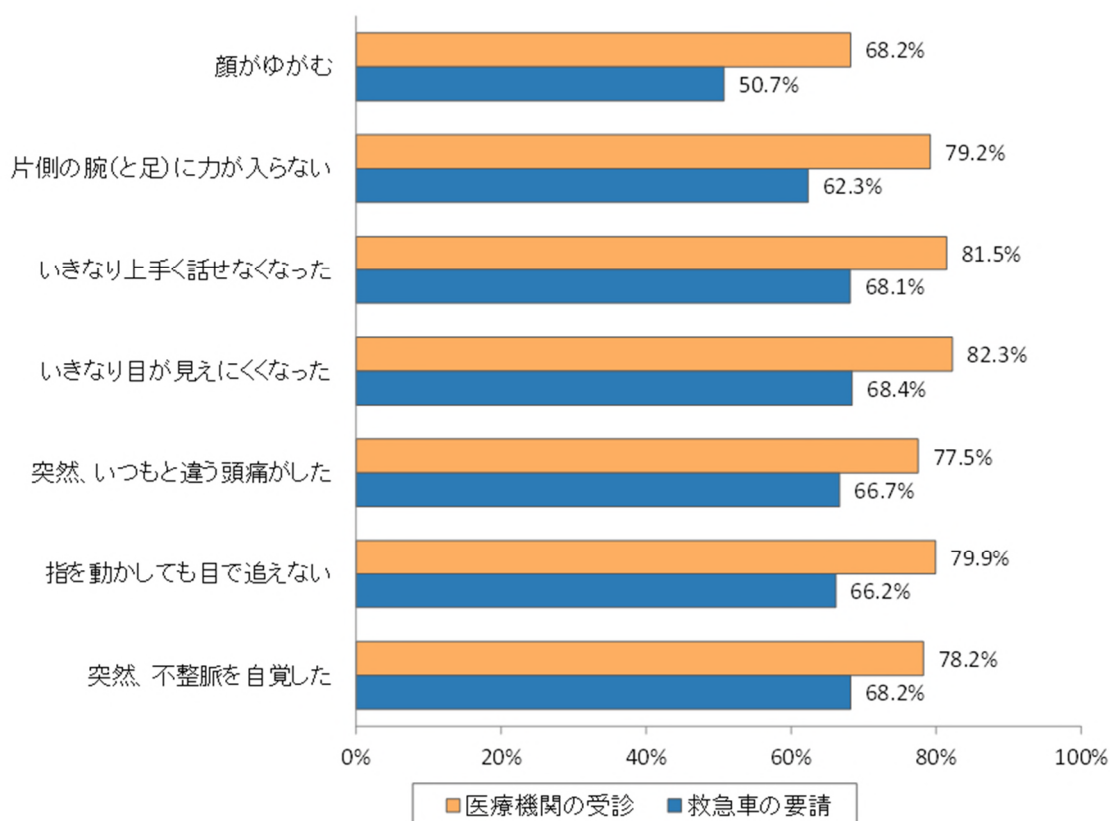
- ① 顔面麻痺（顔がゆがむ）
- ② 上肢麻痺（腕が片方動かない）
- ③ 失語（言葉がでない）
- ④ 構音障害（ろれつが回らない）
- ⑤ 共同偏視（両方の眼球が一方向を向いている）
- ⑥ 半側空間無視（片側（通常左）に注意が向かない）
- ⑦ 脈不正

県が実施した「循環器病対策実態調査（令和3年度）」によると、上記の各症状について、「あなた（又はあなたの家族）に仮に症状が出た場合に医療機関を受診しようと思う割合」は68.2%から82.3%でした。

また、「救急車を呼ぼうとする割合」は50.7%から68.4%でした。

図表 3-2-2-1

脳卒中が疑われる症状が出た場合に「医療機関を受診しようと思う」と回答した者の割合  
及び「救急車を呼ぼうと思う」と回答した者の割合



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

脳卒中を発症した患者を1分でも早く適切な医療機関で治療を開始するため、患者及び発見者が脳卒中の初期症状を認識できるよう、多くの人に理解されやすい啓発を行います。また、循環器病の予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うことができるように、循環器病に関する知識の啓発に努めます。

○ 啓発の例 「FAST」

脳卒中の初期症状のうち、一般県民でも判断しやすい症状である

「Face（①顔面麻痺<sup>ひ</sup>）」、

「Arm（②上肢麻痺<sup>ひ</sup>）」

「Speech（③失語、④構音障害）」と、

「症状を認識したら速やかに救急要請を行って欲しい」という意味を込めて

「Time」

の頭文字を取って「FAST」と呼ばれる標語が知られています。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
循環器病啓発に係る県HPへのアクセス数の増加	—	増加 (令和11年)

### 第3節 急性期（治療）

#### ○ 中間目標【取組の方針】

- 専門的な治療を提供する医療体制が構築されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	757件 (令和3年度)	(モニタリング指標)
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	702件 (令和3年度)	(モニタリング指標)

#### 1 急性期治療に関すること

##### (1) 施策の現状・課題

- 急性期治療について

脳卒中は脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等、疾患によって治療方法や対応可能な医療機関は違いますが、共通していることは前触れなく発症し、急速に進行する病気であることです。生命に関わる重大な事態に陥る等、重度の後遺症を残す例も多くありますが、発症してから治療を開始するまでの時間を短くするほど治療の効果が大きくなり、予後を改善する可能性が高まります。

脳卒中を発症している患者への急性期における治療は主に以下の3種類があります。

- ・ 薬物療法：主に脳梗塞時に血栓（血管の詰まり）を取り除くために「薬物療法」として「t-PA（組織プラスミノゲン・アクティベータ）」の静脈内投与等が行われます。発症から4.5時間以内に投与する必要があり、脳卒中専門の脳神経内科医や脳神経外科医によって実施されます。その他、血栓の形成を押さえたり、脳の浮腫（むくみ）を軽減したり、脳血流を改善させる薬物の投与なども行われます。
  - ・ 血管内治療：脚の付け根の血管等からカテーテル（細管）を血管内に挿入し、脳梗塞急性期には血栓を取り除く「血栓回収療法」が行われます。くも膜下出血の際には、脳動脈瘤<sup>りゅう</sup>の内側からコイルを詰めて出血を防ぐ「コイル塞栓術」等の治療が行われます。脳梗塞の場合は発症から最長24時間以内ならば効果が見込まれるため、脳細胞が壊死しないうちに1分でも早く「血栓回収療法」を実施することは極めて重要で脳血管内治療の資格を持った医師によって実施されます。
- ・ 外科治療：くも膜下出血では、開頭術により脳動脈瘤<sup>りゅう</sup>の根本（ネック）にクリップを掛け止血する「クリッピング術」が施行されます。重症の脳出血では、開頭又は内視鏡による血腫除去術が施行される場合があり、頭蓋内圧の軽減を目的とした減圧開頭術が行われることもあります。

なお、厚生労働省では、循環器病の治療の均てん化等を進めるため、デジ

タル技術を利用した有効な診療体制の確立について調査・研究をしているところであり、この状況を注視していく必要があります。

○ 治療実績

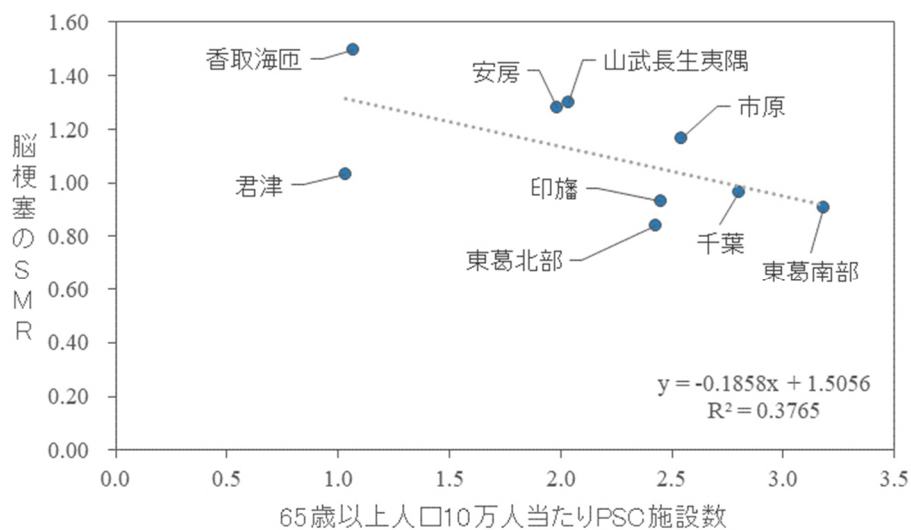
図表 3-3-1-1 二次医療圏別 65歳以上10万人当たりのt-PA対応医療機関数およびt-PAの標準化レセプト出現比（SCR）

二次医療圏	t-PA対応医療機関の施設数				t-PAのSCR
	全体		うちPSC		
	施設数	65歳以上人口 10万人当たり	施設数	65歳以上人口 10万人当たり	
千葉	7	2.8	7	2.8	91.6
東葛南部	14	3.4	13	3.2	90.5
東葛北部	12	3.2	9	2.4	102.1
印旛	7	3.4	5	2.5	66.0
香取海匝	1	1.1	1	1.1	61.7
山武長生夷隅	3	2.0	3	2.0	53.9
安房	1	2.0	1	2.0	—
君津	1	1.0	1	1.0	—
市原	3	3.8	2	2.5	67.3
県全体	49	2.9	42	2.5	83.7

資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

○ 24時間対応可能施設数の地域状況

図表 3-3-1-2 65歳以上人口10万人当たりPSC施設数と脳梗塞のSMRの関係



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

（PCR：一次脳卒中センター、SMR：標準化死亡比）

**【参考】脳卒中患者へのリハビリテーションとは**

脳卒中を発症した場合には、脳の組織が突然損傷されることで、手足の麻痺<sup>ひ</sup>や言葉の障害等、身体機能が大幅に低下するため、命を救う救命治療の後には発症前に近い状態に近づけるためのリハビリテーションが重要になります。

脳卒中患者へのリハビリテーションは、病期によって分けられます。

急性期（発症～数週間（症状安定まで））においては、脳卒中を発症した患者は急性期治療を担う専門病院に搬送され「命を救う」ことを第一目的とした治療がまず行われます。その後、廃用症候群などの安静にしていることによる合併症を防ぎ効果的に心身機能を回復していくために、症状が悪化しないか全身管理のもとで、早期（入院後72時間以内）からリハビリテーションを行うことが重要とされています。

命の危機を脱するための治療が終わり、症状が安定した後の回復期（数週間（症状安定）～数カ月）においては、自宅や社会に戻ってからの生活を少しでも元に近い状態に近づけるため、心身機能の回復を目的としたリハビリテーションが行われます。

維持期（地域での生活時期）においては、回復期までに獲得した心身機能を基盤として、歩行や生活機能の向上・維持により地域でのより自分らしい暮らしの実現を目的にリハビリテーションが行われます。

○ 急性期リハビリテーションについて

脳卒中患者は発症からリハビリテーション開始までの期間が長くなるほど廃用性筋萎縮（安静にすることで心身への弊害）が著しいため、急性期においては早期からリハビリテーションを開始することが重要とされています。

バイタルサインが安定している場合は医学的な全身管理のもとで、早期座位・立位、早期歩行訓練、摂食・嚥下<sup>えん</sup>訓練（食べ物を食べる訓練）、言語訓練、セルフケア訓練（服の着脱等の日常生活を行う訓練）などを行います。

○ 医師の確保に関すること

脳卒中に係る急性期診療を中心的に担う「脳神経内科」「脳神経外科」「麻酔科」の診療科の医師数の合計は884人となっています。（詳細は29ページの表を参照）

実態調査によると、脳卒中治療を提供している病院の内、急性期の医師の確保が課題と答えた病院が54.6%、回復期リハビリテーション病棟の医師の確保が課題と答えた病院が28.6%となっており、医師の確保が県内の病院における大きな課題となっています。（課題を最大5つまで選択）

○ ストロークユニット（SU）

ストロークユニット（SU）とは医師だけでなく、看護師・リハビリテーション専門職（PT、OT、ST）・MSW・栄養士・薬剤師などの脳卒中専門の多職種で脳卒中の急性期からリハビリテーションを含めた治療を一貫して行うチームのことです。ストロークユニットで治療することで死亡

率の低下や在院機関の短縮、長期的なADL（日常生活動作）の改善を図ることができる」とされており、実態調査によると県内の脳卒中对応急性期病院の約40%の病院がSUを組織しています。

また、脳卒中に関係する病院のうち、約30%の病院が「脳卒中治療に従事する専門職種（医師・看護師を除く）の確保」を課題にあげており、専門職を確保し、ストロークユニットの組織率を上げることが重要となります。

○ 各専門職員について

脳卒中治療においては各専門職がそれぞれの専門の立場から治療に参加しています。

- ・ 看護師：脳卒中リハビリテーション看護認定看護師や摂食・嚥下<sup>えん</sup>障害看護認定看護師等をはじめとした看護師が脳卒中診療に活躍しており、変化する患者の病状を把握しながら効果的に治療を実施するためには看護師の役割が重要となります。
- ・ 理学療法士（PT）：理学療法士は寝返る、起きる、立つ、座る、歩くといった基本的な身体能力の改善を目的として、理学療法を行っています。
- ・ 作業療法士（OT）：作業療法士は日常生活に関わる様々な日常生活動作や家事などの生活関連活動等の回復を支援し、その人らしい生活の質の向上を目的として作業療法を行っています。
- ・ 言語聴覚士（ST）：言語聴覚士は言語障害、聴覚障害、発声障害、認知障害等のコミュニケーションに問題がある方への言語聴覚療法や摂食・嚥下<sup>えん</sup>等の問題についても訓練を行っています。
- ・ 医療ソーシャルワーカー（MSW）：医療ソーシャルワーカーとは保健医療機関において、社会福祉の立場から患者やその家族の方々の抱える様々な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行っています。

(2) 施策の具体的展開

○ 効率的な専門医療体制の構築

医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化を推進し、限られた医療資源であっても、効率的で質の高い脳卒中に係る急性期医療提供体制の確保に努めます。

○ 専門的な治療を提供する医療体制の構築

例えば、くも膜下出血の治療に当たっては専門的な脳神経外科医による治療が必要になるなど、県内医療機関全体で役割分担の明確化や相互連携体制の整備が促進されるよう協議を行っていきます。

○ 医療従事者の確保・定着

医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。

医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
SU（脳卒中専門多職種チーム）がある医療機関数	22機関 （令和3年）	（モニタリング指標）
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛医療圏） ※他の医療圏については、実施している医療機関数が3ヵ所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	31機関 （令和3年度）	（モニタリング指標）
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・山武長生夷隅・市原医療圏） ※他の医療圏については、実施している医療機関数が3ヵ所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	44機関 （令和3年度）	（モニタリング指標）



## 第4節 回復期

### ○ 中間目標【取組の方針】

- リハビリテーションの実施により脳卒中患者の機能が回復する。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
重症患者回復率	67.5% (令和4年)	増加 (令和11年)
回復期リハビリテーション病棟 における実績指数	48.0 (令和4年7月)	増加 (令和11年)

## 1 脳卒中リハビリテーションについて

### (1) 施策の現状・課題

脳卒中を発症し、移動、セルフケア（日常生活を自分で行うこと）、嚥下（食べ物を飲み込み胃に送ること）、コミュニケーション、認知機能などの複数領域で症状が現れている場合には、効果的な機能回復が期待できる時期に専門的かつ集中的にリハビリテーションを行うことが重要です。適切なリハビリテーションにより、失った身体機能をより効果的に獲得することができます。

日本では、入院により専門的なリハビリテーションを行うための病棟として「回復期リハビリテーション病棟」が位置付けられており、各分野の担当医師のほか、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、心理士など、さまざまな専門技術・知識を持った医療スタッフがチームを組んで、患者やその家族と一緒にADL向上や家庭復帰に取り組んでいます。また、リハビリテーションに関する専門的な修練を行ったリハビリテーション科専門医、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、認定理学療法士、認定作業療法士、認定言語聴覚士など、より高度で質の高いリハビリテーションを提供する認定資格もあります。

- 回復期リハビリテーション病棟数について  
回復期リハビリテーション病棟数は以下のとおりです。

図表 3-4-1-1 二次医療圏別 回りハ病床を有する施設数及び病床数、回復期機能病床数

二次医療圏	回りハ病床を有する施設		(参考) 65歳以上人口10万人 当たり回復期病床数
	65歳以上人口10万人 当たり施設数	65歳以上人口10万人 当たり回りハ病床数	
千葉	5.2	318.4	402.1
東葛南部	4.4	383.0	447.4
東葛北部	4.0	235.7	343.6
印旛	4.9	259.6	319.4
香取海匠	2.1	189.4	208.7
山武長生夷隅	3.4	179.7	311.9
安房	4.0	196.6	299.8
君津	2.1	132.1	183.7
市原	3.8	315.3	472.9
県全体	4.1	275.4	359.6
全国	4.4	242.6	502.8

資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

千葉県の病床数は全国平均とほぼ同じです。実態調査によると「まだ受け入れる余裕がある」と回答した病院が61.1%であることから、現状では、回復期リハビリテーション病棟の病床数が直ちに不足している状態にはないと思われまます。

ただし、今後の高齢化の進展により、回復期リハビリテーション病棟の需要が増加することも考えられるため、患者数の動向を把握し、関係者間で需給データを共有する必要があります。

- 質の向上について

回復期リハビリテーション病棟は平成12年4月に制度化され、病床数が順調に増加してきたことから、近年ではより質を高くすることが求められています。

平成28年度の診療報酬改定において、質の高いリハビリテーションを評価するために、患者がどれだけ身体機能を回復したかを図る指標としてリハビリテーション実績指数（FIMの平均上昇数）が導入されました。

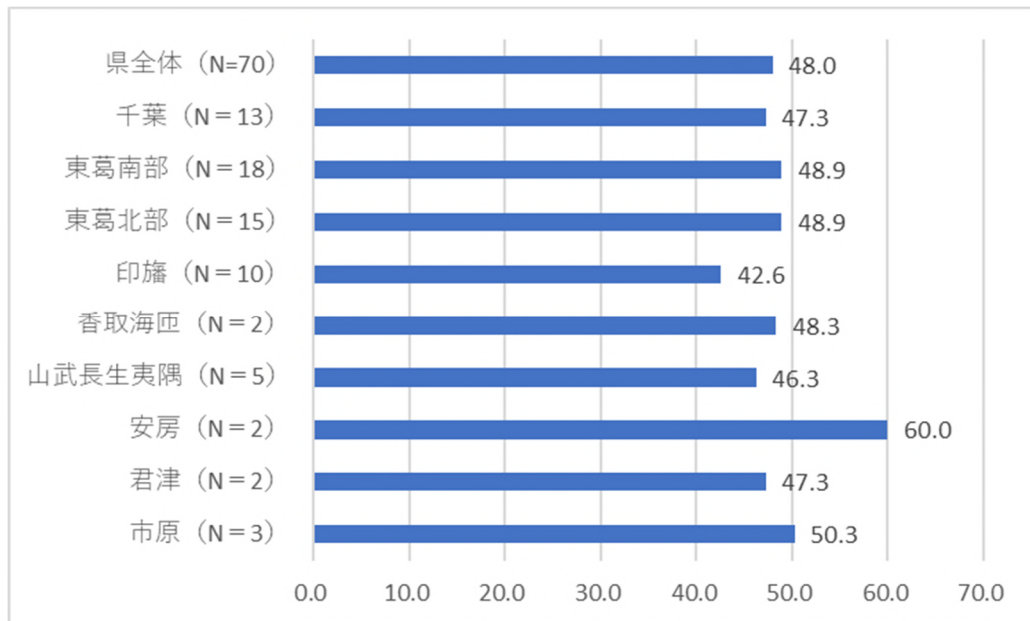
令和2年度には、診療報酬の算定要件が更に厳格化され、届け出ている医療機関を調べることで、効果が高いリハビリテーションを実施している医療機関を把握できるようになっています。

また、施設基準ごとに理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士及び管理栄養士の人員基準を設けることとなっており、チーム医療として多職種を配置し効果的な治療を行っている病院を後押しする制度となつて

います。

リハビリテーション実績指数の導入により、身体機能が低下している急性期治療直後を経過したのちは、速やかに回復期リハビリテーション病棟への転院が促される効果が期待でき、早期の専門的なリハビリテーションの開始や、急性期病院としての運営の効率化が進むと想定されます。

図表 3-4-1-2 リハビリテーション実績指数の地域状況



資料：関東信越厚生局届出

## (2) 施策の具体的展開

### ○ 脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備

リハビリテーションを必要としている患者に対して、効果的な機能回復が期待できる時期に専門的かつ集中的にリハビリテーションを行うことができるよう、リハビリテーション体制の整備に努めます。

県立施設である千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、脳卒中患者に対しては包括的な総合リハビリテーション(※)に取り組めます。特に、脳血管障害による高次脳機能障害など、一般病院では対応しきれない障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供に取り組めます。

また、千葉県千葉リハビリテーションセンターが、県立の総合リハビリテーションセンターとしての機能・役割を果たし、増加する県民ニーズに応えるため、施設を再整備し、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能の充実を図っていきます。

※主に、重症化・重複障害化の脳血管障害のある人に対するロボットリハビリテーション機器を用いた機能訓練やCI療法（Constraint-Induced Movement Therapy）などの先進的なリハビリテーション治療、痙縮を合併した患者に対す

るボツリヌス療法などの積極的治療の提供に取り組めます。

○ 病院間連携の推進

脳卒中リハビリテーションにおいて、限られた医療資源を効率的に活用するためには、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟における連携が重要です。千葉県では平成21年から千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの運用を進めており、多くの病院間の情報共有に用いられています。回復期リハビリテーション病棟における専門的なリハビリテーションが必要な患者について、急性期治療の直後から病院間で情報を共有し転院の準備を進めることで、早期の専門的なリハビリテーションの開始や、急性期病院の効率化に努めます。また、治療の質が向上しているか、病院間で連携して確認する取組として、患者さんの回復評価指標としてよく使われる90日後のmRS（モディファイド・ランキン・スケール）を地域連携パスを用いて急性期病院で収集できる仕組み作りに取り組めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）～（Ⅱ）届出施設数	189機関 （令和5年4月）	（モニタリング指標）
脳卒中患者にリハビリテーションを提供している医療機関数	191機関 （令和3年度）	（モニタリング指標）
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	45,760件 （令和3年度）	（モニタリング指標）

## 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)
脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数 -	10件未満 (令和3年度)	(モニタリング指標)

### 1 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

脳卒中後の後遺症の残存等により、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年の142か所から、令和2年の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より進めるため、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みます。

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みます。

○ 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箇所 (令和4年度)	785箇所 (令和8年度)
機能強化型 訪問看護ステーション数	34箇所 (令和5年度)	42箇所 (令和8年度)
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)	160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箇所 (令和2年度)	505箇所 (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箇所 (令和4年度)	1,426箇所 (令和8年度)

在宅療養後方支援病院数	18箇所 (令和5年度)	19箇所 (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箇所 (令和4年度)	165箇所 (令和8年度)

## 2 リハビリテーション等の取組・後遺症を有する者に対する支援について

### (1) 施策の現状・課題

#### ○ 総合リハビリテーション機能の確保について

個々の医療機関等では対応ができない、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種の先進的なリハビリテーション治療、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーション機能（相談、診察、治療、訓練、家屋改造指導、家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用などのソーシャルワーク、地域医療との連携などを含む。）の確保が必要です。

#### ○ 高次脳機能障害支援体制の整備

高次脳機能障害とは、脳卒中の後遺症の他、感染症や薬物・アルコールによる中毒などの病気や事故等の様々な原因で脳が損傷されたことにより、言語、思考、記憶、行為、学習等、高次の知的な機能に障害が起きた状態のことです。

高次脳機能障害は、身体的な後遺症がない場合、外見から障害が分かりにくく、障害の内容や程度も様々です。また、身体障害や精神障害に分かれて判定されていることもあるため、高次脳機能障害のある人の人数や暮らしの実態の把握は難しい状況です。

高次脳機能障害のある人への支援は、より専門性が必要となるため、県では、4箇所において高次脳機能障害支援普及事業による支援拠点を設置し、高次脳機能障害やその関連障害がある人の相談・支援を行っており、令和4年度の相談件数は6,097件でした。

支援拠点機関において、社会生活や就労などに向けた効果的な支援等を検討するとともに、全県下における支援体制の拡大・強化が必要です。

### (2) 施策の具体的展開

#### ○ 総合リハビリテーション機能の確保について

千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、脳卒中患者に対しては包括的な総合リハビリテーション（※）に取り組みます。特に、脳血管障害による高次脳機能障害など、一般病院では対応しきれない障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供に取り組みます。

また、千葉県千葉リハビリテーションセンターが、県立の総合リハビリテーションセンターとしての機能・役割を果たし、増加するニーズに応えるため、施設を再整備し、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能の充実を図っていきます。

※主に、重症化・重複障害化の脳血管障害のある人に対するロボットリハビリテーション機器を用いた機能訓練やCI療法（Constraint-Induced Movement Therapy）などの先進的なリハビリテーション治療、痙縮を合併した患者に対するボツリヌス療法などの積極的治療の提供に取り組みます。



○ 高次脳機能障害支援体制の整備

県内4箇所を高次脳機能障害支援普及事業による支援拠点を設置し、支援コーディネーターを配置し、機能回復・社会復帰に向けた訓練、就労支援、情報発信、研修等による支援普及を行っていきます。また、千葉県千葉リハビリテーションセンターに高次脳機能障害支援センターを設置し、より専門的な支援の普及啓発と地域支援に資する仕組み作りを実施していきます。

さらに、高次脳機能障害の当事者への専門的相談支援及び医療と福祉の一体的な支援を普及・定着させるため、高次脳機能障害の診断及びその特性に応じた支援サービスの提供を行う協力医療機関（医療機関、リハビリ機関等）及び専門支援機関（就労支援機関、教育機関等）を確保・明確化し、地域の関係機関が相互に連携・調整を図り、当事者やその家族等の支援に資する情報提供を行う地域支援ネットワークを構築することを目指します。ネットワークにおいては、精神科領域との連携強化を図るべく、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと連携し、高次脳機能障害の支援体制の充実を図ります。

### 3 就労支援等の患者支援について

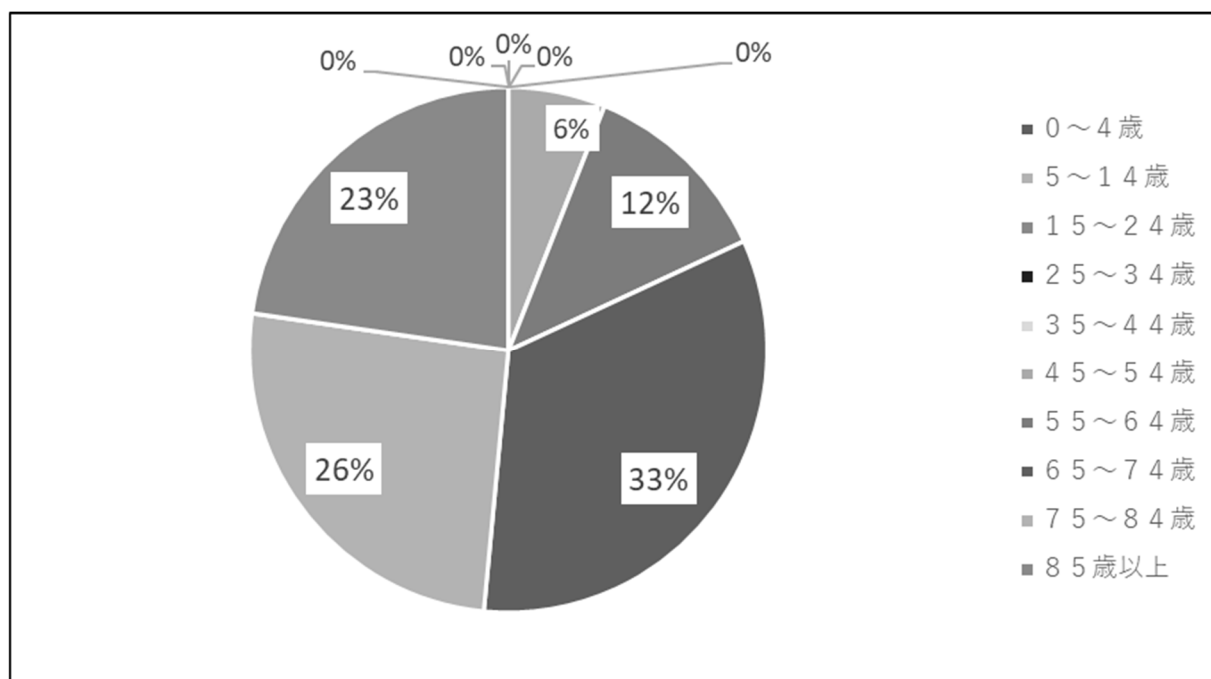
#### (1) 施策の現状・課題

##### ○ 就労支援について

脳卒中の総患者数は全国で146.2万人、千葉県の患者数は6.7万人と推計されており、うち約18%が就労世代（20～64歳）の患者です。

脳卒中の発症直後速やかに治療を受けて重症化を防いだ場合、リハビリテーションを含む適切な治療により身体機能が回復し、復職など元の生活に戻ることが可能となる場合も少なくありません。しかし、片麻痺などの障害や高次脳機能障害などがある場合には、病院を退院して家庭生活が支障なく送れる状態から、復職に必要な十分な機能まで回復するには時間が必要になることが多く、通勤や就労内容について職場と調整が必要になります。現在の医療制度では、これらの調整は外来通院を継続しながら調整を進めていくこととなります。

図表 3-5-3-1 脳卒中患者の年齢構成比率（千葉県）



	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
脳卒中（合計値）	0	0	0	0	0	4	8	22	17	15	0
脳卒中（割合）	0%	0%	0%	0%	0%	6.1%	12.1%	33.3%	25.8%	22.7%	0.0%

資料：患者調査（厚労省）

脳卒中のリハビリテーションにおいては、医療としてのリハビリテーション以外にも、復職希望のある患者については、急性期から回復期、退院後の生活期において復職までを想定した継続的な支援が重要になります。

そのため、復職を目指した情報を関係機関で共有し、雇用主側との連携を図るという継続的で一貫性のある復職支援が求められています。

しかし、実態調査によると回復期リハビリテーション病棟を有している病院の内、退院後の外来診療の中で復職支援・就労支援を行っていると回答した病院は52.8%と多くない状況です。

急性期病棟から外来リハビリテーションまで様々な多職種が関わる脳卒中診療体制の中では、復職希望のある患者に急性期から関わり、復職を目指した支援や情報を関係機関間で共有する他、循環器病患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援、身体機能に応じた職業訓練が重要です。

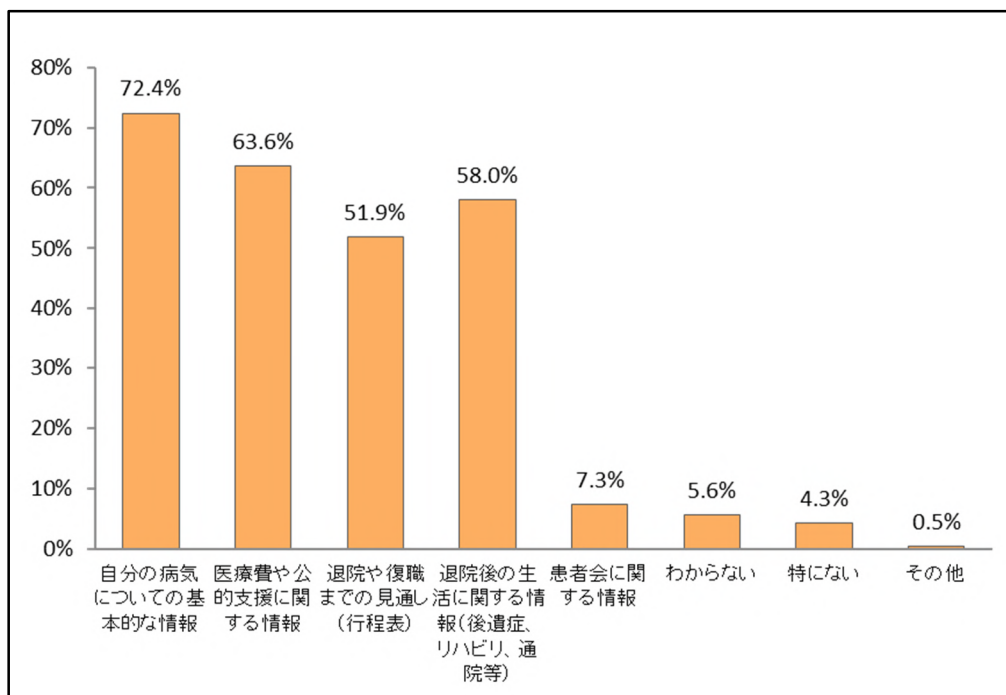
○ 適切な情報提供・相談支援について

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や、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。

多くの場合、入院中には医療ソーシャルワーカーや病棟看護師などが相談窓口となり多職種による相談支援が受けられる体制が出来ていますが、急性期病院あるいは回復期病院退院後は、かかりつけ医の元への外来通院が中心となるため、専門的な相談支援が受けにくい状態になると考えられます。

図表 3-5-3-2 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



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、情報提供体制の充実

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」や「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てまいります。

また、医療機関等が、患者の勤務先、市町村などの自治体や就労支援の事業所などと適切に連携できるよう支援する他、退院後の患者やその家族が相談できる窓口の明示化の推進に努めて参ります。