

## 第5章 質の高い保健医療提供体制の構築

### 第1節 循環型地域医療連携システムの構築

#### 1 循環型地域医療連携システムの構築について（総論）

##### （1）循環型地域医療連携システムの基本的な考え方

###### ア 循環型地域医療連携システムとは

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\*」「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」「災害時における医療」「新興感染症発生・まん延時における医療」「へき地の医療」「周産期医療\*」「小児医療（小児救急医療を含む）」の6事業（以下、「5疾病6事業」という。）に係る医療連携体制について、患者や住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、千葉県においては記載する必要はありません。）

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れています。

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。

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。

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取り組んでいきます。

###### イ 循環型地域医療連携システムの効果

###### （ア）効果的・効率的な医療の提供

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ながります。このため、地域の限りある医療資源を効率的に活用しながら、患者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。

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。

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。

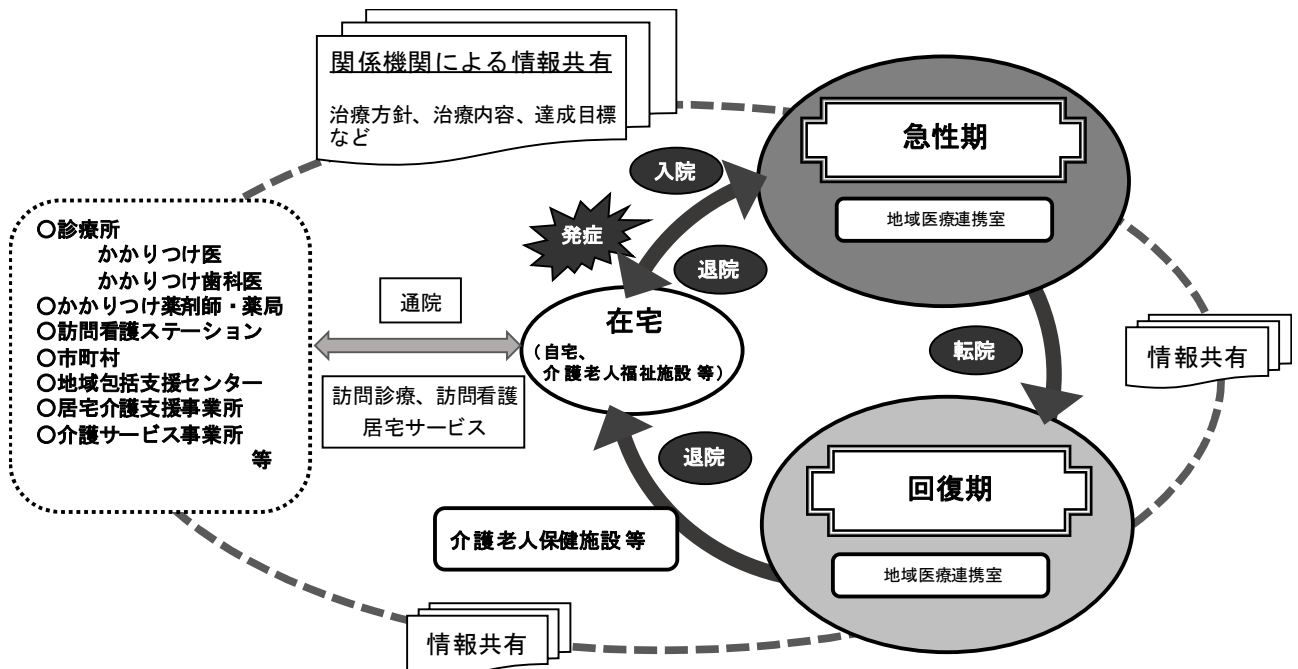
(イ) 医療資源の適正な配置

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、地域全体でより効率的な医療の展開が可能となります。

(ウ) 医療費の適正化

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けられます。

図表 5-1-1-1-1 循環型地域医療連携システムイメージ図



## (2) 循環型地域医療連携システムの推進に向けた取組

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、役割分担の明確化だけでなく、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携を進める必要があります。

### ア 現状及び課題

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を明確化することにより、患者を中心において、急性期回復期等の段階に応じた医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ことができる流れを構築することが大変重要です。

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す。

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、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ども必要になります。

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。

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（地域医療連携室等）を設置している病院」の割合は82.6%（令和5年9月現在）となっています。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、全県でおよそ半数であり、地域連携が進んでいると思われれます。また、かかりつけ医等を支援し、地域医療の充実を図ることを目的とした「地域医療支援病院」は平成21年10月は5箇所でしたが、令和5年4月現在、県内23箇所に整備されています。

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

### イ 連携システム構築の考え方

これまで、連携システムの構築に当たっては、超高齢社会に向けた連携体制の強化を主眼として、①急性期と回復期など「病院同士の役割分担」、②退院後の地域生活を担当するかかりつけ医との「病診連携の充実」、③入院（病

院)、外来(病院・診療所)に続く第3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」、④制度間の縦割りの排除をし「医療と介護・福祉分野との連携」を中心に進めてきたところです。

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、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指しています。

これまでの考え方を引継ぎ、医療機能の分化(役割分担)と連携の推進、また、介護との連携の推進に取り組んでいきます。

## ウ 連携イメージ図と医療機関一覧

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疾病と5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、「新興感染症発生・まん延時における医療」を除き※、各医療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。

〔※ 「新興感染症発生・まん延時における医療」については、感染症法に基づく医療機関との協定締結の内容を参考に医療機関一覧を作成しています。〕

循環型地域医療連携システムのイメージ図は、「第5章第1節2 循環型地域医療連携システム(各論)」の各疾病・事業のページに掲載しており、医療機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

[https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryou\\_h30list.html](https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryou_h30list.html)

また、「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目指すものですが、がん、救急医療、小児医療、周産期医療については、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度の配置で対応可能な医療機能を担う病院として、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る病院等を、全県(複数圏域)対応型連携拠点病院として位置付けています。

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、全県域の医療機関名を掲載しました。

## エ 地域医療連携パスの活用

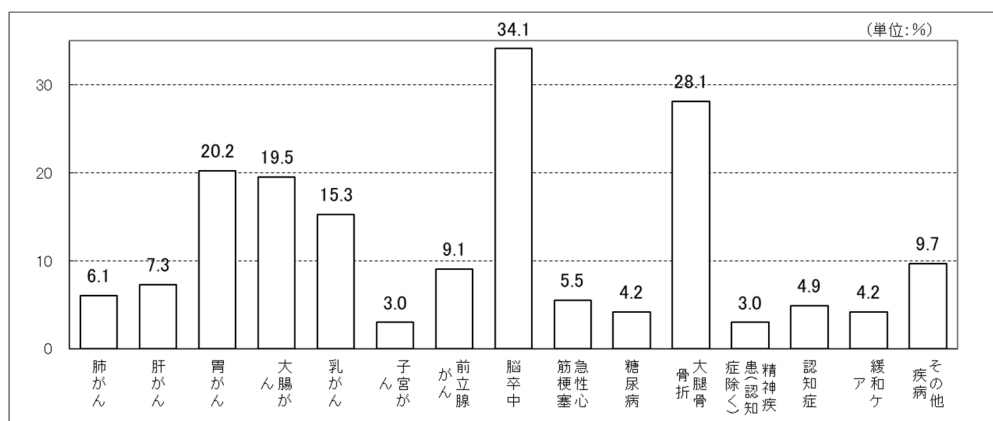
図表 5-1-1-1-1 循環型地域医療連携システムイメージ図で示したとおり、急性期から回復期を経て在宅（かかりつけ医）までを連結し、医療現場で連携を実行するためには、関係者間の情報共有が重要です。そのツールのひとつとして、また、治療方針、治療内容、達成目標などを明示する治療計画として、連携する複数の医療機関が患者とともに情報共有しようとするものが「地域医療連携パス\*」です。パスを活用した連携が深まることで、相互に顔の見える信頼関係の構築が進みます。

患者にとっては、地域医療連携パスにより共有された情報を持ったかかりつけ医から、より適切な診療を受けられるとともに、必要に応じて、紹介元の病院にもスムーズに受診できるという安心感を得ることができます。このような地域医療連携パスは、いわば地域におけるチーム医療を推進するためのツールとも言えるものです。

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、患者からの信頼度が向上することが期待されます。

なお、本県の地域医療連携パスの使用状況（病院）について、令和5年9月に実施した「千葉県保健医療計画改定に関する調査」では、脳卒中、大腿骨骨折等の診療報酬の対象となるパスの使用割合が高くなっています。疾病によりパス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ると考えられます。

図表 5-1-1-1-2 地域医療連携パスの使用状況（県内病院）



資料：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査

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「糖尿病連携手帳」や、医療と介護の情報共有ツールである「千葉県地域生活連携シート\*」などがあり、疾病の特性や地域の実情に応じて、活用が進んでいます。今後は、さらに、ICTを活用した情報共有ツールなどによる地域連携の取組を推進していくことが重要です。

## オ 「千葉県地域生活連携シート」の活用

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必要です。

県では、市町村が地域の実情に応じて推進する在宅医療・介護連携において、医療と介護サービスをスムーズに提供するため、介護支援専門員\*や医療機関等の関係者が介護サービスの利用者の身体・生活状況やかかりつけ医などの情報を共有するための「千葉県地域生活連携シート」の活用促進を図っているところです。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との情報共有を図る目的で利用されており、引き続き活用促進を図っていく必要があります。

図表 5-1-1-1-3 令和4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

作成・受け取りの経験（病院）	令和4年度	参考 平成28年度
作成した経験・受け取った経験の両方ある	18.9%	11.6%
作成した経験はあるが、受け取った経験はない	0.0%	2.0%
作成した経験はないが、受け取った経験はある	45.7%	42.9%
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	21.4%	31.8%
地域生活連携シートを知らない	13.4%	9.6%
無回答	0.6%	2.0%

資料：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査（千葉県）

## カ 県民の理解の促進

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ん。

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を促したり、入院する病棟を変えたりすることがあるほか、自宅等における在宅医療や介護サービスの利用について、患者や家族と一緒に検討することもあります。

また、かかりつけ医は、各医療資源の紹介・振り分け機能を持っています。循環型地域医療連携システムイメージ図では、急性期から回復期を経て在宅（かかりつけ医）までを連結していますが、退院後に、入院の原因となった疾病の再発等ではなく、肺炎や骨折など別の疾病を発症した場合は、入院していた急性期病院だけに限らず、かかりつけ医に適切な医療機関を紹介してもらう必要も出てきます。

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

療を取り巻く社会環境に関する理解の促進が不可欠であるため、県民の適切な受療行動につながる情報提供を行います。

#### キ 今後の取組の方向性

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。

今後も、地域保健医療連携・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ます。

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を検討します。

## 2 循環型地域医療連携システム（各論）

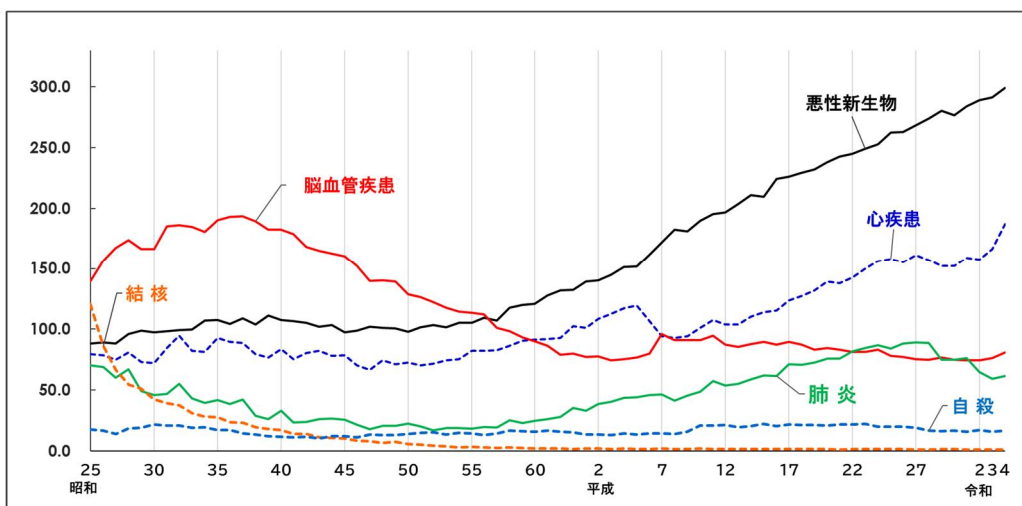
### （1）がん

#### ア 施策の現状・課題

千葉県は昭和57年から悪性新生物（がん）が第1位であり、千葉県のがんによる死亡者数は、平成9年に年間1万人を超え、高齢化の進展とともに増加し、令和4年には18,239人となりました。県内の年間死亡者総数（72,258人）に占める割合は、25.2%となっています。

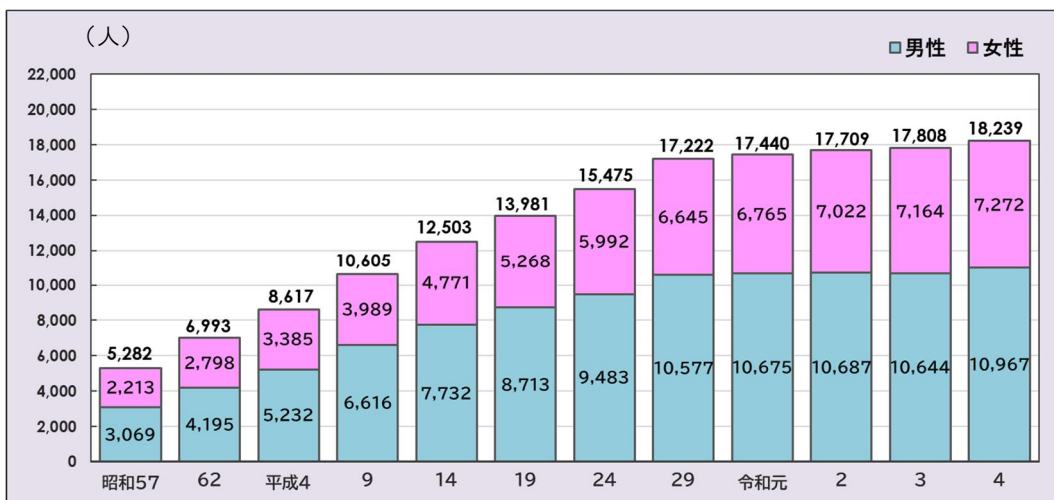
令和4年に千葉県で悪性新生物（がん）により亡くなった方の部位別死亡数（上位3部位）は、男性では、1位は肺がん（2,535人）、2位は大腸がん（1,396人）、3位は胃がん（1,382人）であり、女性では1位は肺がん（1,036人）、2位は大腸がん（1,084人）、3位は膵臓がん（870人）となっています。

図表 5-1-2-1-1 千葉県の主な死因の死亡率（人口10万対）の年次推移



出典：令和4年人口動態統計（厚生労働省）

図表 5-1-2-1-2 千葉県のがんによる死亡者数の年次推移

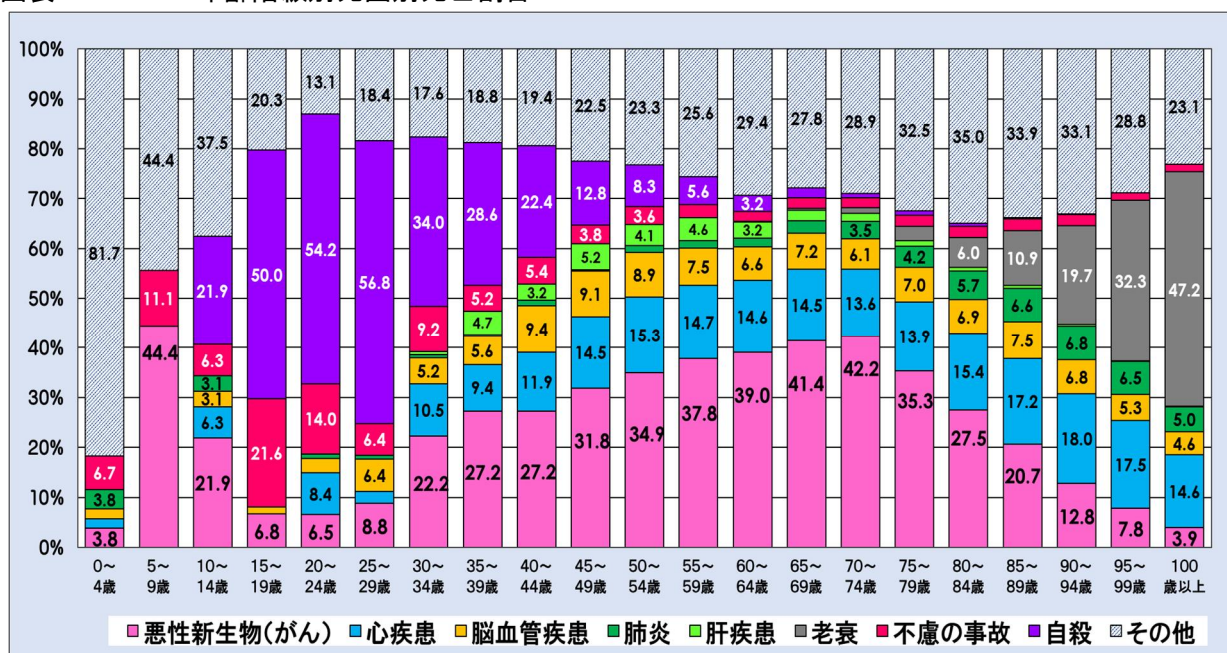


資料：令和4年人口動態統計（厚生労働省）



また、令和4年の死因別の死亡割合を年齢階級別に見ると、10歳から39歳までの若い世代では自殺が多く、40歳から悪性新生物（がん）と心疾患の死亡割合が増加していることがわかります。40歳から89歳までの年齢において、死因の第1位は悪性新生物（がん）となっており、50歳から死亡割合は急激に増え始め、60歳から74歳では約4割となっています。80歳以降は、老衰による死亡割合が急激に増加する一方、悪性新生物（がん）による死亡割合は減少していきます。

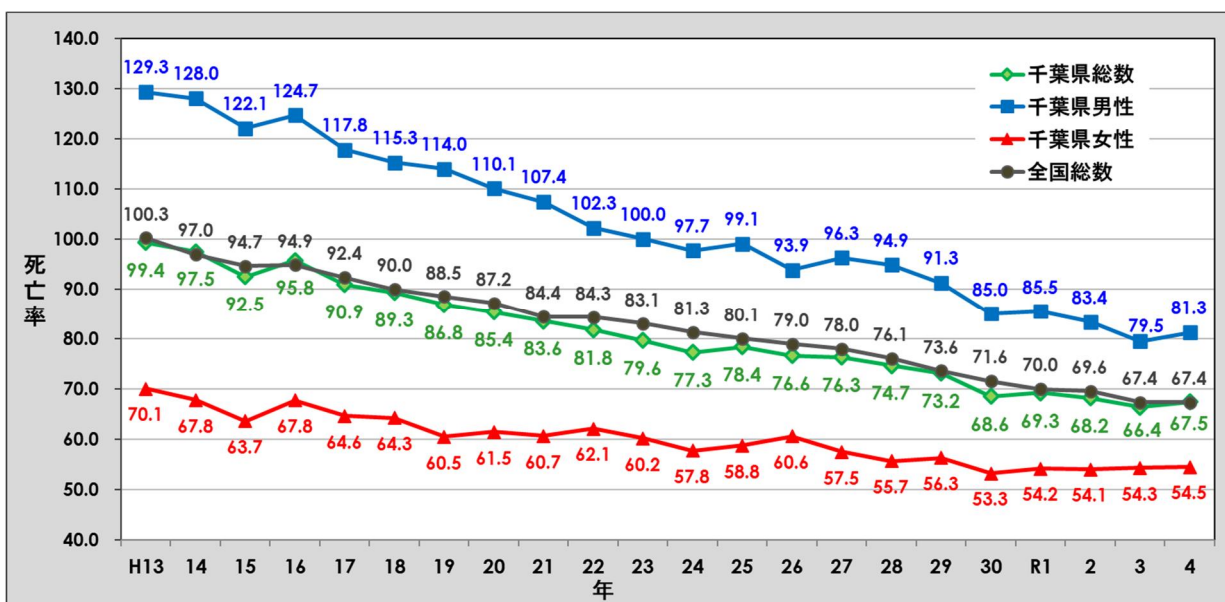
図表5-1-2-1-3 年齢階級別死因別死亡割合



資料：令和4年人口動態統計（厚生労働省）

令和4年の千葉県の75歳未満年齢調整死亡率\*は、男性81.3、女性54.5、総数67.5であり、総数は全国の67.4と同程度となっています。県の目標である男性83.5については達成したものの、女性49.0、総数65.7については未達成であり、さらなる減少が必要な状況です。

図表 5-1-2-1-4 千葉県の75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

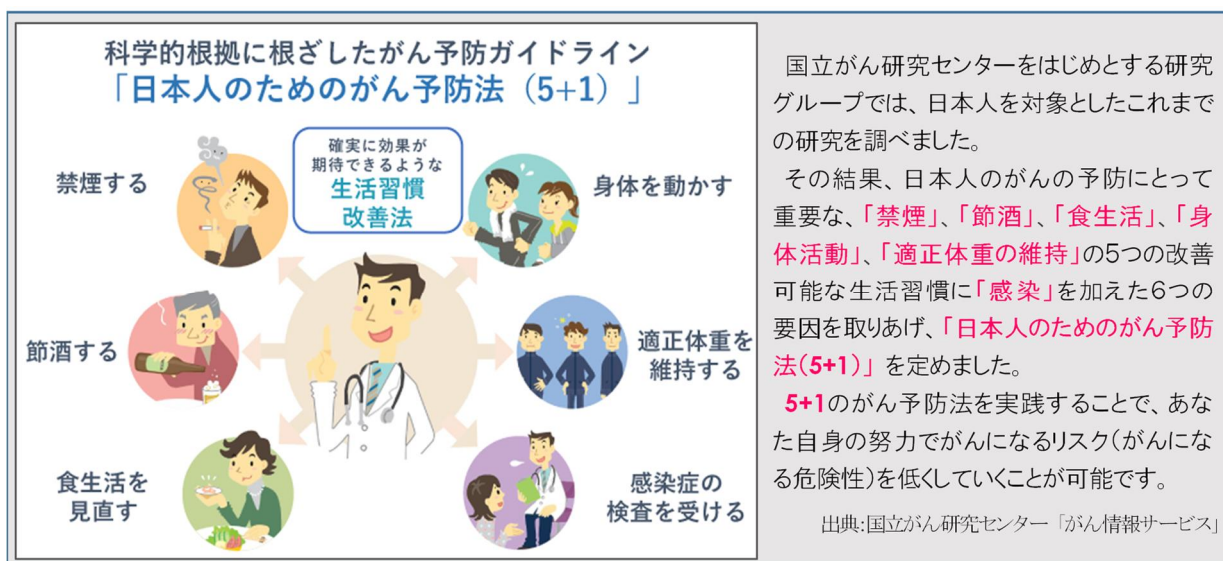


資料:都道府県別死亡データ(国立がん研究センター がん対策情報センター)

〔がん予防の普及・啓発〕

がんの予防にあたっては、科学的根拠に基づくがん予防法によることが重要です。

図 5-1-2-1-5 がんの予防法「日本人のためのがん予防法（5+1）」



これまでの研究から、がんの原因は喫煙（受動喫煙\*を含む）、過剰な飲酒、運動不足、肥満・やせ、野菜・果物摂取不足、食塩等の過剰摂取などの生活習慣を改善することにより、ある程度、がんは予防できることがわかっています。

喫煙が肺がんをはじめとするさまざまながんの原因となることや、「受動喫煙\*」が肺がんの原因となることが、これまでの研究で明らかとなっています。

しかし、県が令和3年度に実施した「生活習慣に関するアンケート調査\*」では、本県の成人喫煙率は、男性21.9%、女性6.9%であり、男女ともに、県の目標（男性20%以下、女性5%以下）を達成していません。

県は、引き続き、「喫煙率の低下」はもとより「受動喫煙\*にさらされる状況

の改善」についても、対策を着実に実行していく必要があります。

栄養・食生活は、多くの生活習慣病の予防・重症化予防のほか、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点からも重要です。しかし、令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査\*」では、男女ともに約半数が「野菜を（あまり・ほとんど）を摂取していないと思う」と回答しており、野菜の摂取量が不足している層に向けた対策が必要です。

また、飲酒は口腔、咽頭、喉頭、食道、大腸、肝臓、乳房のがんのリスクを上げると報告されています。しかし、同調査では、生活習慣病のリスクを高める量（1日当たりの純アルコール摂取量 男性40g以上、女性20g以上）を飲酒している者の割合は、男性21.5%、女性29.3%であり、平成27年度と同調査（男性16.2%、女性26.2%）から悪化していることがわかりました。飲酒量によりがんのリスクが高まることについて、科学的根拠も示しながら、より一層の周知啓発を図る必要があります。

さらに、仕事や運動などで身体活動量が高い人ほど、がん全体の発生リスクが低くなるということが報告されていますが、同調査では、男性の30～59歳の約28%、女性の30～49歳の約25%が日頃から体を動かすことをしていないと回答し、割合が最も高くなりました。男女ともに、働く世代への取組が重要です。

また、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も大きく発がんに寄与する因子となっています。

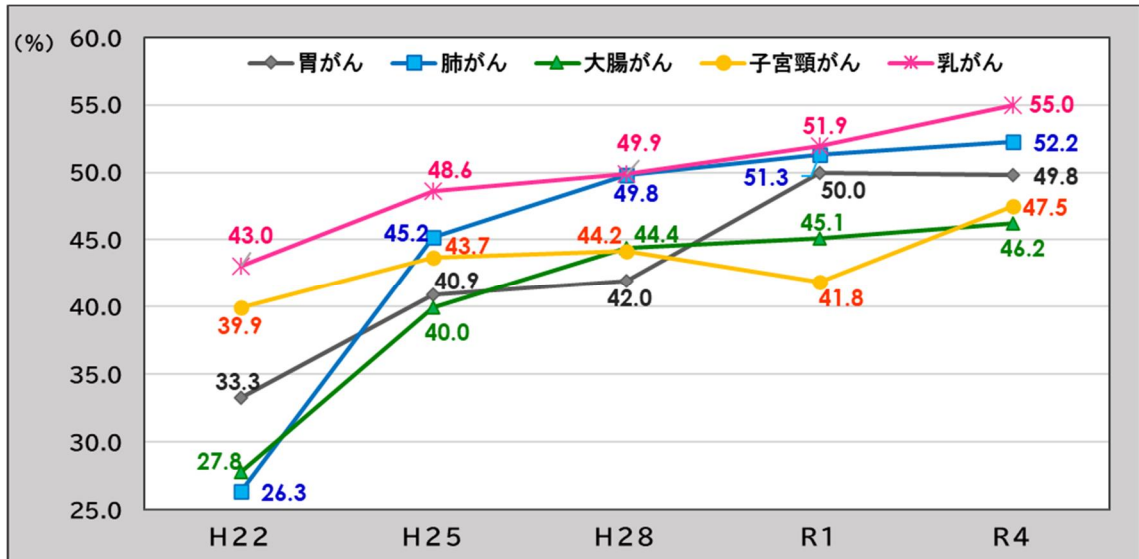
発がんに大きく寄与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、肝がんに関連する肝炎ウイルス、成人T細胞白血病に関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（以下「HTLV-1」という。）等があり、これらの感染症への対策を継続していく必要があります。

#### 〔がん検診の受診率向上と精度管理\*〕

県が目標とする「がん検診受診率50%以上」を達成するために、これまで、県、市町村、関係機関連携のもと、県民向けのがん予防展、がん講演会の開催をはじめとする普及啓発活動や、受診者の利便性の向上、がん検診受診対象者に直接がん検診の受診をお知らせする個別勧奨・未受診者への再勧奨、検診の無料クーポン配布による受診の動機付けなど、様々な取組を行ってきました。

しかし、令和4年の本県のがん検診受診率は、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんのいずれも全国平均を上回っているものの、胃がん、大腸がん、子宮頸がんの3つのがん検診について、県が目標とする50%以上を下回っています。

図表 5-1-2-1-6 千葉県のがん検診受診率の推移



出典：国民生活基礎調査(千葉県分)40～69歳(過去1年、胃がんはH22,25,28は40～69歳・過去1年間の受診率、R1,R4は50～69歳・過去2年間の受診率、乳がんは過去2年、子宮頸がんは20～69歳・過去2年)

また、精密検査については、未受診者への郵送や電話などによる再勧奨の取組が市町村で実施されていますが、本県の令和2年度の精密検査受診率（精密検査受診者数/要精密検査者数）は、大腸がんを除き、全国平均上回っているものの、乳がんを除き県が目標とする「受診率90%以上」を達成していません。

図表 5-1-2-1-7 千葉県精密検査受診率の推移

部 位	平成25年		平成28年		平成29年		平成30年		令和元年		令和2年	
	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県
胃がん(X線)	81.4	82.9	81.7	85.3	82.0	84.9	82.4	86.9	81.4	84.5	81.7	85.2
肺がん	78.6	72.8	76.8	82.4	82.9	81.1	83.3	81.0	83.4	82.9	82.7	83.3
大腸がん	66.0	54.0	68.5	66.0	68.6	65.8	69.3	67.4	68.9	67.4	68.6	67.3
乳がん	86.0	87.1	87.9	92.2	88.9	91.9	89.3	92.1	89.6	90.4	90.1	91.7
子宮頸がん	70.4	67.3	75.4	75.2	75.2	73.7	75.4	77.2	74.8	77.5	76.6	77.9

資料：地域保健・健康増進事業報告

県民ががん検診について正しい認識を持ち、積極的な受診行動につながる環境を創るため、科学的かつ効果的な受診勧奨や普及啓発、すべての県民ががん検診を受診しやすい検診体制の整備について、市町村や関係団体と連携し、一層強化していく必要があります。

また、がん検診によってがん死亡を減らすためには、死亡率減少効果が科学的に証明されているがん検診を、徹底した精度管理\*の下で正しく実施することが重要です。県では、集団検診機関及び個別検診機関において、国のチェックリスト\*に基づく精度管理調査を実施し、がん検診の質の向上を図っているところですが、各検診機関が継続的に調査を実施し、調査結果をもとに改善を図ることにより、がん検診の精度を高めていく必要があると考えています。

〔がん医療の充実〕

千葉県では、高度で専門的ながん医療を提供する体制を構築するため、がん診療連携拠点病院\*、地域がん診療病院\*、国立がん研究センター東病院及び千葉県

がんセンター（以下「拠点病院等」という。）を中心として、がん医療の質の向上や均てん化\*に向けた取組が進められてきました。

がん診療連携拠点病院\*では、我が国に多いがん（大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん及び肝・胆・膵のがん）を中心に、手術、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療\*や、がん患者へのリハビリテーション及び緩和ケア\*を提供する体制を有し、各学会の診療ガイドラインに示された標準治療\*等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供するとともに、地域の患者・家族に対する相談支援、セカンド・オピニオン\*などを行っています。

地域がん診療病院\*は、がん診療連携拠点病院\*のない二次医療圏に整備され、隣接する地域のがん診療連携拠点病院\*と連携し、専門的ながん医療を提供する役割を担っています。

また、県では、拠点病院等を補完し、地域における診療連携体制の一層の強化を図ることを目的として、特定の部位において、がん診療連携拠点病院\*に準じる病院を「千葉県がん診療連携協力病院\*（以下、「協力病院」という。）として指定しています。

さらに、都道府県がん診療連携拠点病院\*である千葉県がんセンターを事務局として、拠点病院等、協力病院、医療関係団体、患者団体、県等で構成される「千葉県がん診療連携協議会」を設置し、各がん診療機能について専門部会（教育研修専門部会、院内がん登録専門部会、緩和医療専門部会、相談支援専門部会、地域連携・臓器別腫瘍専門部会、小児がん専門部会、がんゲノム医療専門部会）を設け、千葉県全体のがん医療等の質の向上、県内のどこに住んでいても質の高いがん医療を提供できる体制整備を進めてきたところです。

一方、がんの診断・治療技術の進歩、がん患者の療養生活の多様化等により、地域のがん医療に求められる役割は、今後、一層増していくと考えられ、国の対策と連動を図りながら、がんの状態に応じた適切ながん医療や支援等を受けることができるよう、様々な課題に取り組む必要があります。

### 〔がんと診断された時からの緩和ケア\*の推進〕

拠点病院等では、がんの診断時から適切な緩和ケア\*が提供されるよう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチーム\*の組織や外来において専門的な緩和ケア\*を提供できる体制の整備が進められてきました。

千葉県がん診療連携協議会の緩和医療専門部会では、千葉県がんセンターが中心となり、緩和ケアチーム研修会や緩和ケア提供体制に関する調査の実施等、県内の緩和ケアチーム\*の質の向上に取り組んでいます。また、県の施策としても、地域で緩和ケア\*に携わる医師、看護師、薬剤師等の医療職、介護職等を対象とした研修会を開催し、緩和ケア\*を提供する人材の育成を図っているところです。

緩和ケア\*は、全人的なケアが必要な領域であるため、多職種が互いの役割や専門性を理解し、共有することが可能な体制を整備し、連携を促進していくことが必要になります。院内の緩和ケア\*の診療機能を十分発揮できるようにす

るため、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持つ「緩和ケアセンター」の機能をより一層強化することが求められています。「緩和ケアセンター」のない拠点病院等においても、同様の機能を担える体制づくりに努めていく必要があります。

#### 〔希少がん\*・難治性がん〕

希少がん\*は、他のがんに比べて、それぞれの疾患の診断や治療、研究に携わる人材等に乏しく、診療の体制も十分に整えられていない状況にあります。また、早期発見が困難であり、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等の性質を持ち、5年相対生存率が改善されていない膵がんやスキルス胃がんのような、いわゆる難治性がんは、有効な診断・治療法が開発されていないことが課題となっています。

#### 〔小児がんおよびAYA世代のがん対策〕

小児期にがん罹患したがん経験者について、晩期合併症\*などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目ない相談支援体制を構築することが求められています。

AYA世代に発症するがんについては、その診療体制が定まっておらず、小児と成人領域の狭間で患者が適切な治療を受けられない恐れがあります。

また、年代によって、就学、就労、妊娠等の状況が異なり、患者視点での教育・就労・生殖機能の温存等に関する情報・相談体制等が十分ではないことから、個々のAYA世代のがん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制、診療体制の整備等が求められています。

人生の最終段階における療養場所として、自宅や地域で過ごすことを希望しているAYA世代のがん患者は、利用できる公的支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な負担が大きいことが指摘されています。

#### 〔高齢者のがん対策〕

高齢のがん患者については、認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性が有ることや、認知症の進行により日常生活における支援が必要となることなどが指摘されており、身体的な状況や社会的背景などに合わせた様々な配慮をしていく必要があります。

また、高齢のがん患者については、認知症の発症や介護の必要性など、家族の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要であり、本人の意見を尊重しつつ、これらに取り組む必要があります。

#### 〔口腔ケア\*に関する医科歯科連携〕

がん治療においては、手術や、放射線療法、化学療法等の副作用による免疫力

の低下などにより、口腔内の衛生状態の悪化や口内炎等により口腔内の働きが障害を受けやすくなるため、治療前から継続的で適切な口腔ケア\*を行うことが重要です。

そのため、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口腔ケア\*を受けられるための体制を整備するとともに、その後も継続した口腔ケア\*を受けられるための医科歯科連携の取組が推進されることが必要です。

### 〔相談、情報提供、患者の生活支援〕

拠点病院等に設置された「がん相談支援センター\*」では、がん専門相談員（専門的な研修を修了した看護師やソーシャルワーカーなど）が、がん患者やその家族等の不安や疑問・治療選択の悩み等の様々な相談に対応しています。

しかし、年々、相談件数が増加しているとともに、相談内容も、様々な要素を含む複合的なものとなってきており、がん相談支援センター\*で相談に携わる人材の増員並びに適切な配置や相談員の資質向上が必要です。また、がん相談支援センター\*の存在の認知度向上、及び知っていても利用に結びついていないがん患者やその家族等に同センターの支援機能を正しく知ってもらう取組が必要です。

県では、県内のがん情報をとりまとめたサイト「千葉県がん情報 ちばがんナビ\*」（以下、「ちばがんナビ」という。）を開設し、患者やその家族、医療・介護従事者等が、必要かつ正しい情報にアクセスできる環境整備と掲載情報の充実に取り組んできましたが、令和5年に県が実施した「医療に関する県民意識調査」では、約9割がちばがんナビ\*を「知らない」と回答しており、認知度向上と利用促進に向けた取組を一層強化していく必要があります。

がん医療の進歩により、働きながらがん治療を継続するがん患者・経験者が増えてきたことから、がんになっても生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要です。

そのため、働く世代のがん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められており、誰もががんと診断されても仕事を辞めることなく、復職・就労継続をしやすい職場環境づくりにも注力する必要があります。

がんの治療と社会生活を両立する上で、がん治療（薬物療法や放射線治療）による外見の変化（頭髪の脱毛や、皮膚や爪の変化、手術による傷など）に対する患者の苦痛を和らげるための医療現場におけるサポートの重要性が認識されています。

外見変化が予想される治療をする患者全てが、治療のプロセスにそった適切な時期に適切な情報を得られ、また、困った時に相談支援にアクセスできること、アピアランスケア\*の視点と知識を持つケア提供者の育成が必要です。

また、ウィッグや胸部補整具等の購入・レンタルにあたっては、その費用が患者や家族の経済的負担になるだけでなく、アピアランスケア\*への心理的なハードルを上げることにもつながり、患者のQOL\*向上のためにも経済的支援等の対応が必要です。

### 〔地域緩和ケアの推進〕

がんと診断された時から最期を迎えるまで、患者と家族の希望に応じて、入院時、外来、在宅のいずれにおいても、適切な緩和ケア\*を提供できる体制を構築するため、拠点病院等を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制の整備や、専門的緩和ケアの体制整備と質の向上を推進してきました。

また、地域の実情に応じた在宅緩和ケア\*の提供体制の充実にあたっては、在宅緩和ケア\*を担う医療・介護関係者等の育成を行う必要があることから、県では、国の指針に基づく緩和ケア研修に加え、地域の開業医や訪問看護師、介護従事者等を主な対象とした研修会を、地域緩和ケア支援事業の中で実施してきました。

令和7年（2025年）には約3人に1人が65歳以上の高齢者になると見込まれており、家族形態の変化や価値観の多様化を踏まえ、終末期の看取りまで視野にいれた体制づくりが求められています。

### 〔がん研究〕

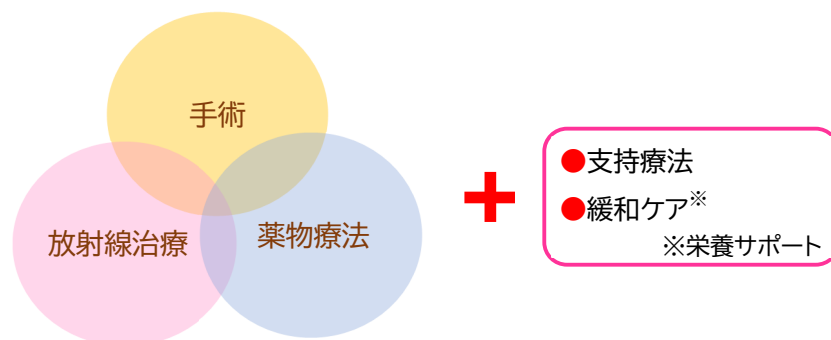
現代のがん医療は、日進月歩するがん研究と密接に結びついており、その研究の成果はがん医療の効果を左右する非常に重要なものとなっています。そのためにも産官学が一体となった総合的・計画的な研究を推進する必要があります。

千葉県がんセンターのがん研究所では、発がん、がん治療開発、がんゲノム解析、がん予防等の研究を中心に、関係機関連携により基礎研究・橋渡し研究、臨床研究、がん予防のための疫学研究などのがん研究を進めています。

### 〔人材育成の強化〕

集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる薬剤師、看護師等の人材を養成していく必要があります。

図表 5-1-2-1-8 集学的治療とは



資料: 国立がん研究センター「がん情報サービス」



### 〔がん教育の推進〕

こどもの頃から健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切です。こうしたがん教育を推進するため、医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、児童や生徒に生活習慣や遺伝子等のがん発生に関する基本的な情報を含めたがんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要です。

### 〔がん登録\*〕

全国がん登録\*の確実な運用を進めるとともに、登録制度の精度向上の継続的な取組が必要です。また、全国がん登録で得られた情報を分析し、自治体レベルにおける施策の検討などに十分活用していく必要があります。

院内がん登録\*の実施にあたっては、登録業務に精通した人材の確保が課題となります。国立がん研究センターではこの専門人材の養成のための研修が行われていますが、千葉県がん診療連携協議会においても、院内がん登録実務者研修を開催し、拠点病院等や協力病院における登録の推進を図っています。

## イ 循環型地域医療連携システム\*の構築

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、がん診療連携拠点病院\*、がん診療病院\*、協力病院、がん医療や緩和ケア\*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\*、在宅療養支援歯科診療所\*、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、がんの循環型地域医療連携システム\*を構築し、推進します。

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ん予防施策も含まれます。

### 〔拠点病院等を中心とした医療連携〕

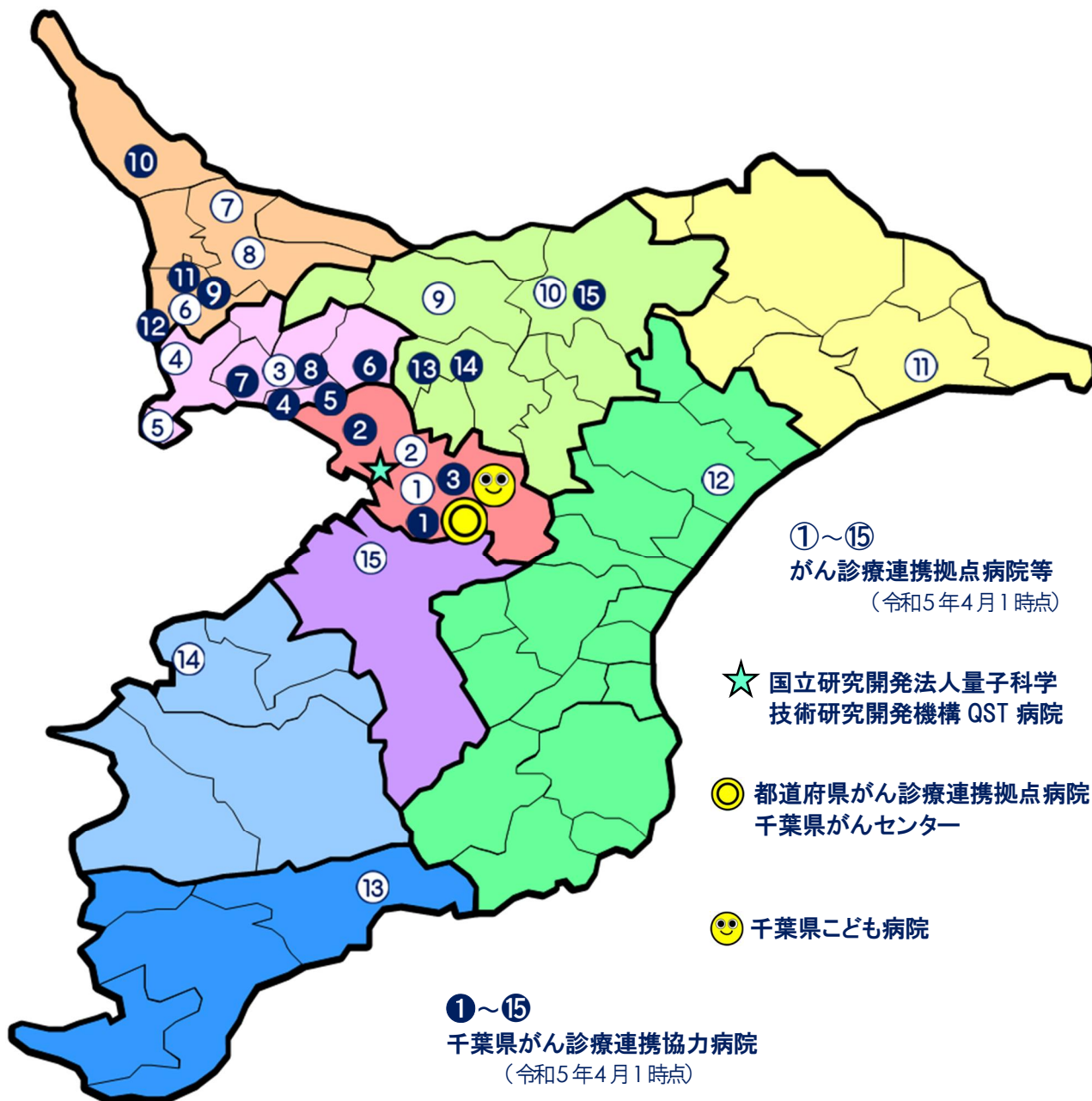
がん患者が生活の質を維持向上させ、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会の実現のためには、拠点病院等と地域の医療機関が相談支援、緩和ケア\*、セカンド・オピニオン\*等に連携して取り組み、患者や家族等への積極的な支援の実践が必要です。

拠点病院等においては、地域のがん医療の拠点として、自ら高度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\*等との連携し、退院後の患者が地域で安心して治療を継続できるよう、在宅療養支援診療所\*・病院、緩和ケア病棟等と協働するためのカンファレンスを開催するなど、切れ目のないシームレスながん医療を提供するための体制整備を進めて来ました。

令和4年8月、拠点病院等の整備指針改定により、「地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について

検討する場を年1回以上設けること」また、「緩和ケアチーム\*が地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること」とされ、拠点病院等を中心とした地域医療連携体制のさらなる強化が求められています。

図表 5-1-2-1-9 千葉県内のがん診療連携拠点病院等



がん医療水準の向上と地域における医療連携の一層の強化を図ることを目的として、特定の部位において、がん診療連携拠点病院に準じる病院を県が「千葉県がん診療連携協力病院」として指定しています。

😊 小児がん連携病院 (令和5年9月1時点)

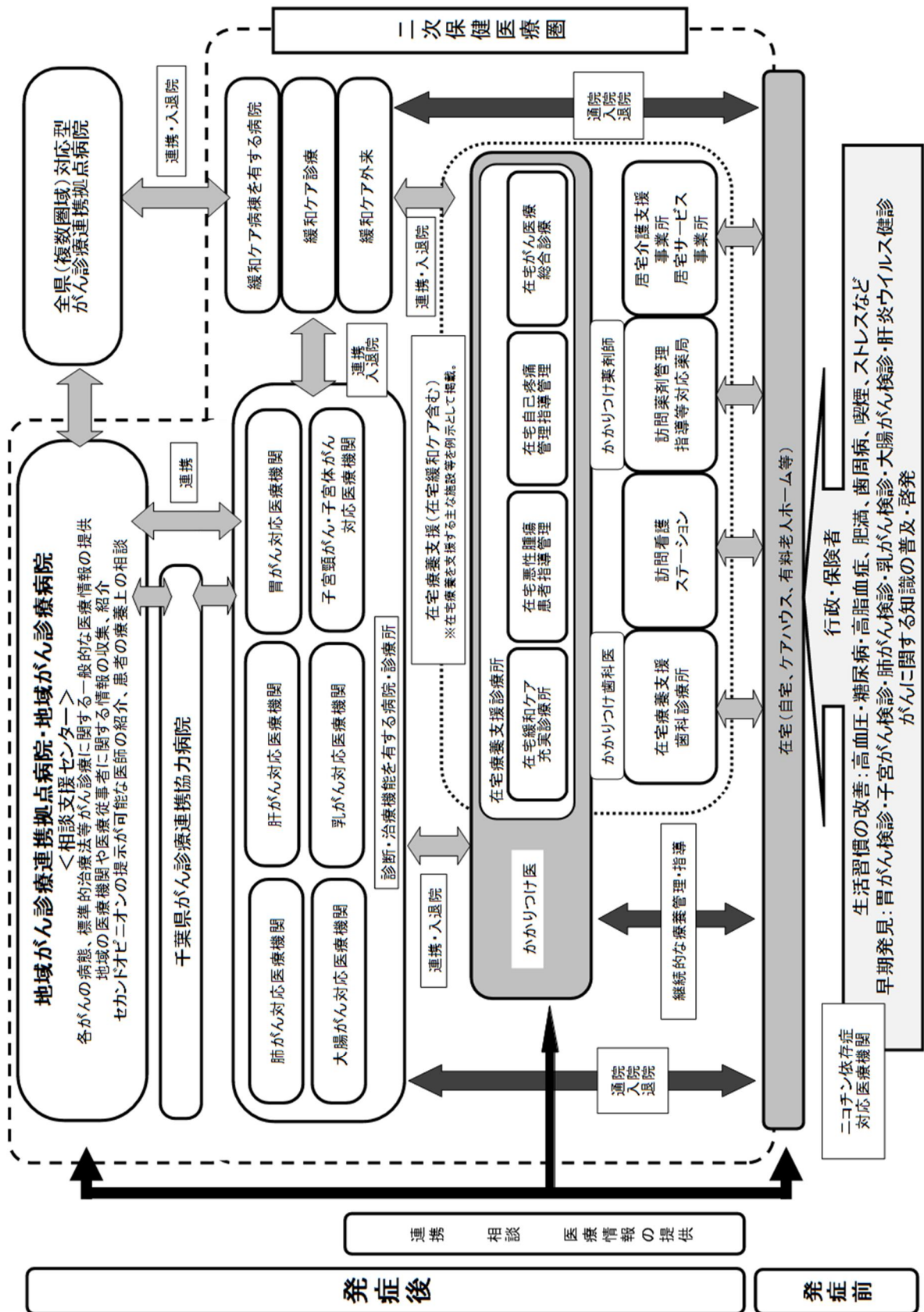
- 小児がん拠点病院※と連携して小児がんの医療および支援を提供する病院で、小児がん拠点病院が指定します。「地域の小児がん診療を行う連携病院」、「特定のがん種等についての診療を行う連携病院」、「小児がん患者等の長期の診療体制の強化のための連携病院」の3つのタイプがあります。
- 千葉県では、「地域の小児がん診療を行う連携病院」として、次の4病院が指定されています。  
千葉大学医学部附属病院、成田赤十字病院、日本医科大学千葉北総病院、千葉県こども病院
- 「特定のがん種等についての診療を行う連携病院」として、次の2病院が指定されています。  
千葉県がんセンター(骨・軟部腫瘍、脳脊髄腫瘍)、QST 病院(重粒子線治療)

※小児がん拠点病院 地域において小児がん医療および支援を提供する中心施設として、厚生労働大臣が指定した病院です。地域ブロック単位で全国に15施設指定されています。(令和5年4月1日現在)

医療圏	がん診療連携拠点病院等 (😊 は、小児がん連携病院としても指定)	千葉県がん診療連携協力病院
全 県	🟡千葉県がんセンター 😊	
千 葉	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 (胃がん・大腸がん) ② 千葉市立海浜病院 (胃がん・大腸がん) ③ 千葉市立青葉病院 (胃がん・大腸がん)
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 (胃がん・大腸がん) ⑤ 谷津保健病院 (胃がん・大腸がん・乳がん) ⑥ 東京女子医科大学附属八千代医療センター (肺がん・胃がん・大腸がん・肝がん・乳がん) ⑦ 船橋中央病院 (胃がん・大腸がん) ⑧ 千葉徳洲会病院 (胃がん・肝がん・大腸がん・子宮がん)
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 (胃がん・大腸がん・肝がん) ⑩ 小張総合病院 (胃がん・大腸がん) ⑪ 新松戸中央総合病院 (胃がん・大腸がん・肝がん) ⑫ 新東京病院 (胃がん・大腸がん)
印 旛	⑨ 日本医科大学千葉北総病院 😊 ⑩ 成田赤十字病院 😊	⑬ 東邦大学医療センター佐倉病院 (胃がん・大腸がん・子宮がん) ⑭ 聖隷佐倉市民病院 (胃がん・大腸がん) ⑮ 国際医療福祉大学成田病院 (肝がん・乳がん)
香取海匠	⑪ 国保旭中央病院	
山武長生夷隅	⑫ さんむ医療センター	
安 房	⑬ 亀田総合病院	
君 津	⑭ 君津中央病院	
市 原	⑮ 千葉労災病院	

★	全 県	国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST 病院 (😊 としても指定) 重粒子線を用いたがん治療に特化し、前立腺がんや頭頸部がんなどの治療や研究に取り組む病院。長年にわたり重粒子線治療の研究開発に取り組んできた豊富な経験や治療技術も駆使し、副作用の少ない治療を提供しています。小児がん連携病院(特定のがん種等についての診療を行う連携病院)としても指定されています。
😊	全 県	千葉県こども病院 😊 千葉県における小児医療の中心的役割を果たす県内唯一の独立型の小児専門医療施設です。小児がん連携病院(地域の小児がん診療を行う連携病院)の指定を受けています。

# がんの循環型地域医療連携システムのイメージ図



## ウ 施策の具体的展開

### 〔がん予防の普及・啓発〕

- 県は、喫煙及び受動喫煙\*による健康被害について、正しい知識を普及するため、関係機関連携のもと、科学的知見等に基づく啓発活動や、保育所・幼稚園・学校等と協力した喫煙防止教育を推進します。また、施設等における適切な受動喫煙\*防止対策のため、健康増進法の規制内容や対策について周知を図るとともに、対策が不十分な施設への助言・指導などにより早期是正を促します。
- 市町村や飲食店・コンビニエンスストア等の事業者と連携し、野菜の摂取や減塩等、県民が適正な食生活を実施しやすい環境整備に取り組みます。
- 飲酒の健康影響や「節度ある適度の量の飲酒」などの情報を積極的に発信します。
- 運動・身体活動の健康への影響・効果について積極的に県民に発信します。働く世代を中心に日常生活の中で身体活動を増やす工夫について紹介し、市町村や職場等における日常生活で身体を動かす機会を増やせる環境づくりを推進します。
- 県は、HPVワクチンに関する正しい知識の普及啓発に努め、市町村や検診実施機関等の協力のもと、子宮頸がん検診の受診を推進するとともに、肝炎に関する啓発支援事業や、全県民が1回は肝炎ウイルス検査を受検し、陽性者を治療まで繋げる体制等を整備する検査促進事業、肝炎患者へ適切な医療を提供できる体制を整備する医療推進事業に取り組みます。また、市町村は、妊婦健康診査におけるHTLV-1抗体検診を継続実施し、県は、ホームページ等により、HTLV-1母子感染対策の普及啓発に取り組みます。

### 〔がん検診の受診率向上と精度管理\*〕

- 県は、市町村、検診実施機関、企業、患者団体等と協力して、がんの予防を含め、がん検診の必要性や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。
- 市町村は、がん検診と特定健診\*との同時実施や、がん検診の休日実施など、受診者の利便性の向上に努め、ナッジ理論等を活用するなど効果的で効率的ながん検診の受診勧奨を推進します。
- 全国健康保険協会が実施する特定健診\*と市町村の実施するがん検診の同時実施を行う市町村数を増加し、受診利便性向上を図るため、県が仲介役を担うことにより、両者の連携体制の構築に努めます。
- 集団・個別両検診機関において、引き続き「事業評価のためのチェックリスト\*」を活用した精度管理調査を行い、がん検診の実施体制を把握するとともに、各検診機関が調査の結果をもとに改善を図ることにより、がん検診の精度の向上に努めます。

### 〔拠点病院等を中心とした医療連携〕

- がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じて均てん化\*を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進します。
- 拠点病院等を中心に、患者に対するがんの告知や、インフォームド・コンセント\*の取得、セカンド・オピニオン\*の提示などが適切に実施されるような体制整備、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制整備を引き続き推進します。
- 拠点病院等は、がん患者の入院時や、在宅療養時など、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるように、手術療法、放射線療法、薬物療法に関わる多職種の種類医療チームを設置するなどの体制の強化を図ります。
- 拠点病院等は、地域の医療機関やかかりつけ医\*、在宅療養支援診療所\*、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、行政等と連携し、高齢がん患者や家族等の療養生活を支えるための体制整備とともに、地域の課題について検討します。
- 地域医療連携パス（以下「パス」という。）については、あり方についての国の見直しを踏まえて、治療上、パスの活用が有効と思われるがん種及び口腔ケア\*について、医療連携の推進と利便性・効率性向上、医療の質向上の視点から、運用を進めていきます。
- 千葉県がん診療連携協議会にがんゲノム医療専門部会を新たに設置し、がん患者ががんゲノム医療\*を受けられる体制の構築と、患者・家族の理解を促し、精神面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制の整備を目指します。

### 〔がんと診断された時からの緩和ケア\*の推進〕

- 拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従事者間の連携を診断時から確保するとともに、医療者と患者・家族のコミュニケーションの充実に努め、患者・家族が、身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する相談や支援を受けられるよう体制を強化します。
- 拠点病院等は、がん診療に緩和ケア\*を組み入れた体制の整備・充実に努め、緩和ケア外来の開設日の増加など、量的な拡充を行い、緩和ケア\*が早期に提供できる機会の拡大を図るとともに、緩和ケアチーム\*の施設間格差を縮小し、質の向上を目指します。

### 〔希少がん\*、難治性がん〕

- 拠点病院等は、希少がん\*・難治性がんの患者の診断・治療に関しては、積極的に千葉県がん診療連携協議会における役割分担の整理を活用し、対応可能な施設への紹介やコンサルテーションにより対応します。
- 拠点病院等は、難治性がんに関する情報を集約化し、難治性がんの治療成績の向上等に資する研究開発の促進や診療の質の向上を図るとともに、患者に対し、適切な情報提供を行います。

### 〔小児がんおよびAYA世代のがん対策〕

- 千葉県がん診療連携協議会の小児がん専門部会を中心に、引き続き、県内の小児がん連携病院\*・拠点病院等のネットワーク化及び長期フォローアップを受けられる体制づくりを進めていきます。
- 県は、千葉県がん・生殖医療相談支援センター\*、拠点病院等と密に連携しながら、「千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業\*」を実施し、がん患者への適切・円滑な妊孕性温存療法等の実施と経済的負担の軽減を図ります。
- 小児がん経験者や家族を対象としたピア・サポートサロンやピア・サポート活動への参加者を対象とした研修会、小児・AYA世代のがんに関する講演会等の開催により、継続的に小児がんにおけるピア・サポート活動を推進していきます。
- 県では、「千葉県若年がん患者在宅療養支援事業」の実施により、若年末期がん患者の在宅療養に要する介護サービス等にかかる経済的負担の軽減を図ります。

### 〔高齢者のがん対策〕

- 拠点病院等は、高齢者のがんに関して、併存症の治療との両立が図れるよう、関係する診療科と連携する体制を確保します。また、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応を図ります。
- 高齢のがん患者や障害を持つがん患者について、患者や家族の意思決定支援の体制を整え、地域の医療機関との連携等を図り総合的に支援します。
- 高齢者のがん患者それぞれの状況（複数の慢性疾患を有している、介護事業所等に入居しているなど）に応じて、適切ながん医療を受けられるよう、地域の医療機関及び介護事業所、訪問看護事業所と治療・緩和ケア・看取り等において連携体制の整備を進めます。

### 〔口腔ケア\*に関する医科歯科連携〕

- 拠点病院等は、がん治療を開始する前に適切な口腔ケア\*を受けられる体制の整備とともに、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなどについて、院内又は地域の歯科医師と連携し、がん患者が継続した口腔ケア\*を受けるための医科歯科連携の取組を引き続き促進します。

### 〔相談、情報提供、患者の生活支援〕

- 拠点病院等は、がん相談支援センター\*において、がん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院を挙げて全人的な相談支援を行います。また、外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者・家族が必ず一度はがん相談支援センター\*を訪問することができるよう、主治医等の医療従事者が、診断早期に患者・家族へ同センターの支援機能について説明を行います。



- 県は、千葉県ピア・サポーター\*の養成数の増加や更なる質の向上、活躍の場の拡大に取り組み、県及び拠点病院等は、患者サロンや患者団体によるイベント等について、周知広報を行い、患者・家族がピア・サポートを受けられる機会の増大に努めます。
- がん診療連携協議会の相談支援専門部会を中心に、相談支援の病院間連携・協力体制づくりを推進し、効果的な周知・広報及び利用促進の手法等を検討します。
- 県及び千葉県地域統括相談支援センター\*は、「ちばがんナビ\*」及び「がんサポートブック」について、関係団体と連携し、情報の更なる充実と認知度向上に努めます。
- 拠点病院等のがん相談支援センター\*では、ハローワーク、社会保険労務士、千葉産業保健総合支援センターなどの外部の専門職と連携し、患者の能力や適性、希望、病状、治療状況等を考慮した就職支援に取り組むとともに、がんを抱える従業員の働き方に関する事業者・企業の人事労務担当者からの相談や、事業者・企業と担当医との間の調整についても引き続き取り組みます。
- 県は、「千葉県がん患者アピアランスケア支援事業」を実施し、がん治療やその副作用による外見の変化を補うアピアランスケア用品の購入費用等について、患者の経済的負担の軽減を図ります。

#### [地域緩和ケアの推進]

- がん患者が望んだ場所で過ごすことができるよう、拠点病院等を中心に、地域の医療機関や在宅療養支援診療所\*、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関と連携した在宅を含めた地域における緩和ケア\*提供体制の整備を推進します。

#### [がん研究]

- 千葉県がんセンターは、県内機関と連携し、がん、特に難治性がんの発生メカニズムや転移の抑制等の研究、基礎研究の成果を治療法や医薬品に実用化する研究、ゲノム解析等による早期診断法の開発、さらに免疫療法や放射線療法も含めた集学的治療\*の研究開発を行います。
- 千葉県がんセンターは、国際水準に準拠した質の高い臨床研究を促進します。臨床研究中核病院である千葉大学医学部附属病院や国立がん研究センター東病院、その他の県内の拠点病院等との連携を充実させ、県民がいち早く新規開発治療にアクセスできるような臨床試験・治験体制の整備を図ります。
- 千葉県がんセンターは、全国がん登録情報の分析やその他の研究成果により得られる地域的な特徴などを考慮しつつ、低侵襲診断技術（血液・尿・唾液などの体液や画像での診断）開発研究を推進し、がん発症リスクが高い県民を把握した検診方法や効果的な予防対策の研究を行います。

### 〔人材育成の強化〕

- 千葉県がんセンターは、がん専門修練医制度を活用してがん医療に専門的に携わる医師を育成するとともに、拠点病院等におけるチーム医療を支援するため、専門職種ごとの研修を充実させ、多職種協働が可能な人材の育成を行います。
- 拠点病院等は、放射線療法や薬物療法を行う専門的な医師や薬剤師、看護師、診療放射線技師等の育成・確保に努めるとともに、地域の医療、看護に携わる人材の教育、研修に取り組みます。

### 〔がん教育の推進〕

- 県及び拠点病院等の医療機関は、市町村、教育機関、医師会、患者団体等の協力のもと、引き続き、子どもを含む県民に対し、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報を含めたがんに関する正しい知識や、がん患者への理解を通じて健康と命の大切さに対する認識を深めるためのがん教育を推進します。

### 〔がん登録\*〕

- 県は、情報の正確性・安全管理を徹底し、全国がん登録\*を推進するとともに、全国がん登録\*の意義や仕組みについて県民や医療機関等に広く周知を図ります。
- 千葉県がん診療連携協議会は、拠点病院等以外のがん診療を担う医療機関における、国の標準登録様式に基づいた院内がん登録\*の適切な実施を推進し、千葉県がんセンターは、院内がん登録実務者への研修等により、県内の院内がん登録実施施設を支援し、院内がん登録\*の精度向上を図ります。

## エ 施策の評価指標

※この評価指標は「第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）」の趣旨に則り、千葉県がん対策審議会及びその各専門部会で検討を行い策定した「第4期千葉県がん対策推進計画」の内容を要約したものです。

なお、現時点で国の計画に目標値の設定がない指標については、県計画においても目標値を設定していませんが、今後、国において見直しが行われ、目標が設定された場合は、千葉県がん対策審議会及びその各専門部会において検討していく予定です。

（※の数値目標及び目標設定年（度）は「健康ちば21（第3次）」と同様としています。）

### 〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
街頭キャンペーンの実施回数や参加者数（喫煙（受動喫煙を含む）に関する知識の普及啓発）	開催回数：1回 （令和4年度）	第4期がん対策推進基本計画に設定なし

指 標 名	現 状	目 標
啓発物資の作成数や配布数(喫煙(受動喫煙を含む)に関する知識の普及啓発)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学ぼう！たばこの健康影響について 62,000 部配布</li> <li>・COPDチラシ 30,000 部配布</li> <li>・この中にいくつあるかわかる？タバコが原因の病気(ポケットティッシュ) 58,000 個配布</li> <li>・知っておきたいたばこと健康について 23,000 部配布</li> <li>・守るのはあなたですタバコとお酒が妊娠へ与える影響 45,000 部配布</li> <li>・なくそう！望まない受動喫煙(ウェットティッシュ) 78,000 個配布</li> <li>・STOP!!受動喫煙(カイロ) 50,000 個 配布</li> </ul>	〃
研修の実施回数や参加者数(喫煙者の禁煙を支援)	開催回数 1 回 受講者数 103 名 (令和 4 年度)	〃
禁煙治療に関するリーフレットの作成枚数や配布枚数	禁煙啓発用ポケットティッシュ 5,000 個 配布	〃
禁煙指導者研修会開催回数や参加者数	開催回数 1 回 受講者数 103 名 (令和 4 年度)	〃
禁煙治療に関する情報のホームページ等への掲載状況	千葉県ホームページ に掲載	〃
啓発物資の作成数や配布数(ライフステージに応じた適正な食生活を送るための普及啓発)	集計中	〃

指 標 名	現 状	目 標
啓発イベント実施状況(実施回数や参加者数)(がん検診の必要性や重要性などがんに関する正しい知識の普及啓発)	実施回数：2回(①がん予防展・がん講演会②ピンクリボンキャンペーン) 参加者数：①がん予防展：約1000名、がん講演会：266名②1220名(啓発グッズ配布枚数) (令和4年度)	〃
市町村等がん検診担当者研修会の開催状況(開催回数、参加者数、実施テーマ)	開催回数：1回 参加者数：約80名 (Zoom入室数) 実施テーマ：がん検診事業の基礎、令和4年度個別検診機関における精度管理調査の概要、市町村チェックリストの各チェックリスト項目のとりえ方について (令和4年度)	〃
受診勧奨実施市町村数	集計中	〃
集団検診機関及び個別検診機関におけるがん検診精度管理調査において評価がAまたはBの機関数	集団検診機関 胃がん(X線)：8機関 (8機関中) 大腸がん：13機関 (14機関中) 肺がん：15機関(15機関中) 乳がん：6機関(6機関中) 子宮頸がん：2機関 (2機関中)	〃
市町村におけるがん検診精度管理調査における実施率	・集団検診 胃がん(エックス線)：88.9%	〃

指 標 名	現 状	目 標
	大腸がん：86.5% 肺がん：88.3% 乳がん：86.8% 子宮頸がん：88.6% ・個別検診 胃がん（エックス線）：82.9% 胃がん（内視鏡）：85.7% 大腸がん：84.5% 肺がん：82.0% 乳がん：80.0% 子宮頸がん：78.5% （令和3年度）	
医師等を対象とした従事者研修会の実施状況（実施回数、参加者数）	開催回数：1回 受講者数：143名 （令和4年度）	〃
指針に基づくがん検診を実施している市町村数	集計中	〃
指針に基づかないがん検診の中止市町村数	集計中	〃
千葉県がん診療連携協議会開催数	26回 （令和4年度）	〃
緩和ケア研修会受講者数（医師・歯科医師、その他の職種）	拠点病院医師・歯科医師 4340名 拠点病院以外の医師・歯科医師 1418名 その他の職種 1874名 （令和5年3月までの累計）	〃
拠点病院等及び千葉県がん診療連携協力病院の緩和ケアチーム新規診療症例数	5,804件 （令和3年）	〃
千葉県がん診療連携協議会緩和医療専門部会開催数	2回 （令和4年度）	〃

指 標 名	現 状	目 標
千葉県がん診療連携協議会口腔ケア専門部会開催数	2 回 (令和 4 年度)	〃
啓発物資の作成数や配布数(口腔ケアの重要性についての普及啓発)	口腔ケアハンドブック 20 部配布 口腔がんを予防しましょう 600 部配布 (令和 4 年度)	〃
研修の受講者人数(がん相談支援センターの機能の充実)	28 人 (令和 4 年 9 月 1 日 時点)	〃
新規の相談件数(がん相談支援センターの認知度向上及び利用促進)	22,049 件 (令和 3 年)	〃
ピア・サポーターズサロンちばの開催回数 ピア・サポーターの人数	開催回数 24 回 人数 117 人 (令和 4 年度)	〃
「千葉県がん情報 ちばがんナビ」の啓発回数、更新回数	啓発回数 0 回 更新回数 1 回 (令和 4 年度)	〃
「ちばがんナビ」の更新回数	1 回 (令和 4 年度)	〃
拠点病院等 1 施設あたりの地域連携推進のための多施設合同会議の開催数	40 回 (令和 3 年)	〃
在宅緩和ケアに関する研修会(千葉県がんセンター委託事業)	2 回 (令和 4 年度)	〃
緩和ケアに関する社会資源調査	診療所 136 施設 病院 15 施設 訪問看護事業所 248 施設 (令和 4 年度)	〃
全国がん登録システムへの入力件数	69,820 件 (令和 4 年度)	〃
申請件数(全国がん登録の情報の活用)	4 件 (令和 4 年)	〃
事業報告書の作成(全国がん登録の情報の活用)	作成した (令和元年)	〃

指 標 名	現 状	目 標
院内がん登録実務者研修会の参加人数	196 人 (令和 4 年度)	〃
院内がん登録集計数	21 施設 (令和 2 年)	〃

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
男性の喫煙率 女性の喫煙率	男性 21.9% 女性 6.9% (令和 3 年度)	男性 12.0% 女性 5.0% (令和 14 年度) ※
15～19歳の喫煙率	男性 1.6% 女性 1.2% (令和 3 年度)	0% (令和 14 年度) ※
妊娠中の喫煙率	1.5% (令和 3 年度)	0% (令和 14 年度) ※
受動喫煙の機会を有する人の割合	行政機関： 2.1% 医療機関： 3.7% 職 場： 19.5% 家 庭： 5.0% 飲 食 店： 16.0% (令和 3 年度)	望まない受動喫煙のない社会の実現 (令和 14 年度) ※
男性平均食塩摂取量 女性平均食塩摂取量	男性 10.9% 女性 9.4% (平成 27 年度)	男性 7.5g 女性 6.5g (令和 14 年度) ※
野菜摂取量の平均値（1日あたり）	308g (平成 27 年度)	350g (令和 14 年度) ※
果物摂取量の平均値（1日あたり）	—	200g (令和 14 年度) ※
男性 40g 以上の割合 女性 20g 以上の割合 (1日あたりの純アルコール摂取量)	男性 13.5% 女性 9.4% (令和 3 年度)	男性 10.0% 女性 6.4% (令和 14 年度) ※
胃がん（50～69 歳）（がん検診の受診率）	49.8% (令和 4 年)	60% (令和 10 年度)
肺がん（40～69 歳）（がん検診の受診率）	52.2% (令和 4 年)	60% (令和 10 年度)

指 標 名	現 状	目 標
大腸がん（40～69 歳）（がん検診の受診率）	46.2% （令和 4 年）	60% （令和 10 年度）
乳がん（40～69 歳、過去 2 年） （がん検診の受診率）	55.0% （令和 4 年）	60% （令和 10 年度）
子宮頸がん（20～69 歳、過去 2 年） （がん検診の受診率）	47.5% （令和 4 年）	60% （令和 10 年度）
胃がん（精密検査受診率）	85.2% （令和 2 年度）	90% （令和 10 年度）
肺がん（精密検査受診率）	83.3% （令和 2 年度）	90% （令和 10 年度）
大腸がん（精密検査受診率）	67.3% （令和 2 年度）	90% （令和 10 年度）
乳がん（精密検査受診率）	91.7% （令和 2 年度）	90% （令和 10 年度）
子宮頸がん（精密検査受診率）	77.9% （令和 2 年度）	90% （令和 10 年度）
PDCA サイクル実施件数	16 件 （令和 4 年度）	増加 （令和 11 年度）
がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を修了した医師数	拠点病院等 4,341 名 拠点病院等以外 1,409 名 （令和 5 年 3 月までの累計）	増加 （令和 11 年度）
がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を修了した医療従事者	1,867 名 （令和 5 年 3 月までの累計）	増加 （令和 11 年度）
緩和ケアチームへの年間依頼数	5,873 件 （令和 3 年度）	増加 （令和 11 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等の施設数	10 病院 （令和 4 年度）	増加 （令和 11 年度）
がん相談支援センターの認知度	病院利用 60% 患者会員 83% （令和 5 年度）	増加 （令和 11 年度）
がん相談支援センターの相談件数	22,049 件 （R3. 1. 1～ R3. 12. 31）	増加 （令和 11 年度）



指 標 名	現 状	目 標
がん相談支援センター利用者の満足度	病院利用 91% 患者会員 96% (令和 5 年度)	増加 (令和 11 年度)
サロン開催病院数 (ピア・サポーターの活動の場の拡大)	対面開催 16 箇所 (平成 30 年度) リモート開催 24 回 (令和 4 年度)	拡大 (令和 11 年度)
「千葉県がん情報ちばがんナビ」の認知度	一般県民 10.1% がん患者 (病院利用) 7% がん患者 (患者会員) 53% (令和 5 年度)	50% (令和 11 年度)
住まいの場での死亡割合	28.5% (令和 3 年) 16.9% (令和元年)	維持 (令和 11 年度)
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数	136 か所 (令和 4 年度)	増加 (令和 11 年度)
国の標準様式に基づく院内がん登録の実施医療機関数	41	増加 (令和 11 年度)

[成果 (アウトカム)]

指 標 名	現 状	目 標
がんによる 75 歳未満年齢調整死亡率* (人口 10 万対)	男性 79.5 女性 54.3 (令和 3 年)	減少 (令和 11 年度)

## (2) 脳卒中

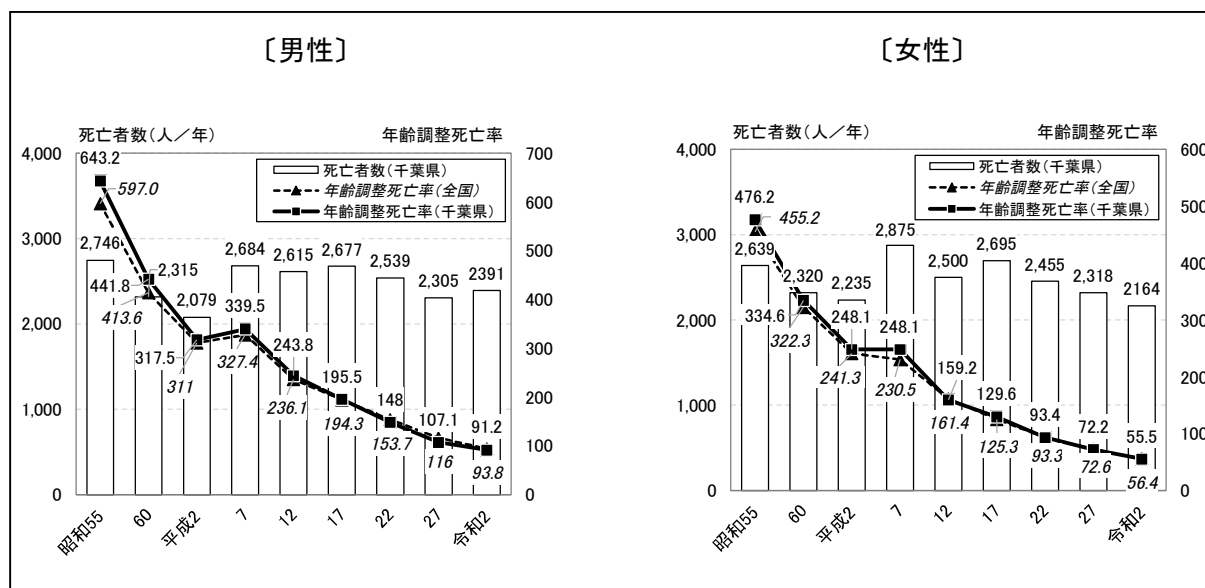
### ア 施策の現状・課題

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9千人(平成29年)となっています。令和4年の脳血管疾患による本県の年間死亡者数は、4,921人と死亡者総数の6.8%を占め、死因順位の第4位です。

また、人口10万対の年齢調整死亡率(令和2年)は減少傾向にあり、男性は91.2(全国93.8)で高い順に全国第27位、女性は55.5(全国56.4)で第28位となっています。

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16.1%は脳血管疾患であり、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 5-1-2-2-1 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)

### 〔予防〕

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。発症予防のためには、適正な体重の維持及び減塩、栄養素を適量とする食生活と運動習慣の実践など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。

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。

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、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、脳卒中やそのハイリスク者の早期発見に努める必要があります。

健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人一人の生活習慣の改善に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中の発症予防に努める必要があります。

### 〔発症直後の対応、診断と急性期の医療〕

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じめることに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要です。

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発を進める必要があります。

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、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。

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（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高い治療があることを踏まえ、特に時間的制約の観点から考慮する必要があります。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られます。

### 〔リハビリテーション〕

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。

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用性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ーションを実施します。

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、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します。

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、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。

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。

### 〔急性期以後の医療・在宅療養〕

脳卒中は再発することも多く、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、危険因子の管理等、再発に備えることが重要です。また、機能を維持・向上するための適切なリハビリテーション等の実施や在宅療養を支える介護サービスとの連携も重要です。

そのため、多職種連携の強化や情報共有ツールを活用した地域連携の実施等による脳卒中の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・介護の提供が求められます。

## 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、回復期や維持期に対応する医療機関・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、かかりつけ薬剤師・薬局、訪問薬剤管理指導等対応薬局、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。

かかりつけ医等は、患者の状態に応じて外来診療時や患者が居住している場への訪問時等に、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・治療をします。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応を行います。

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上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等、適切な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、患者は在宅復帰に向けた治療やリハビ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。

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。なお、24時間専門的な診療を提供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期対応医療機関と互いに補完しあいます。

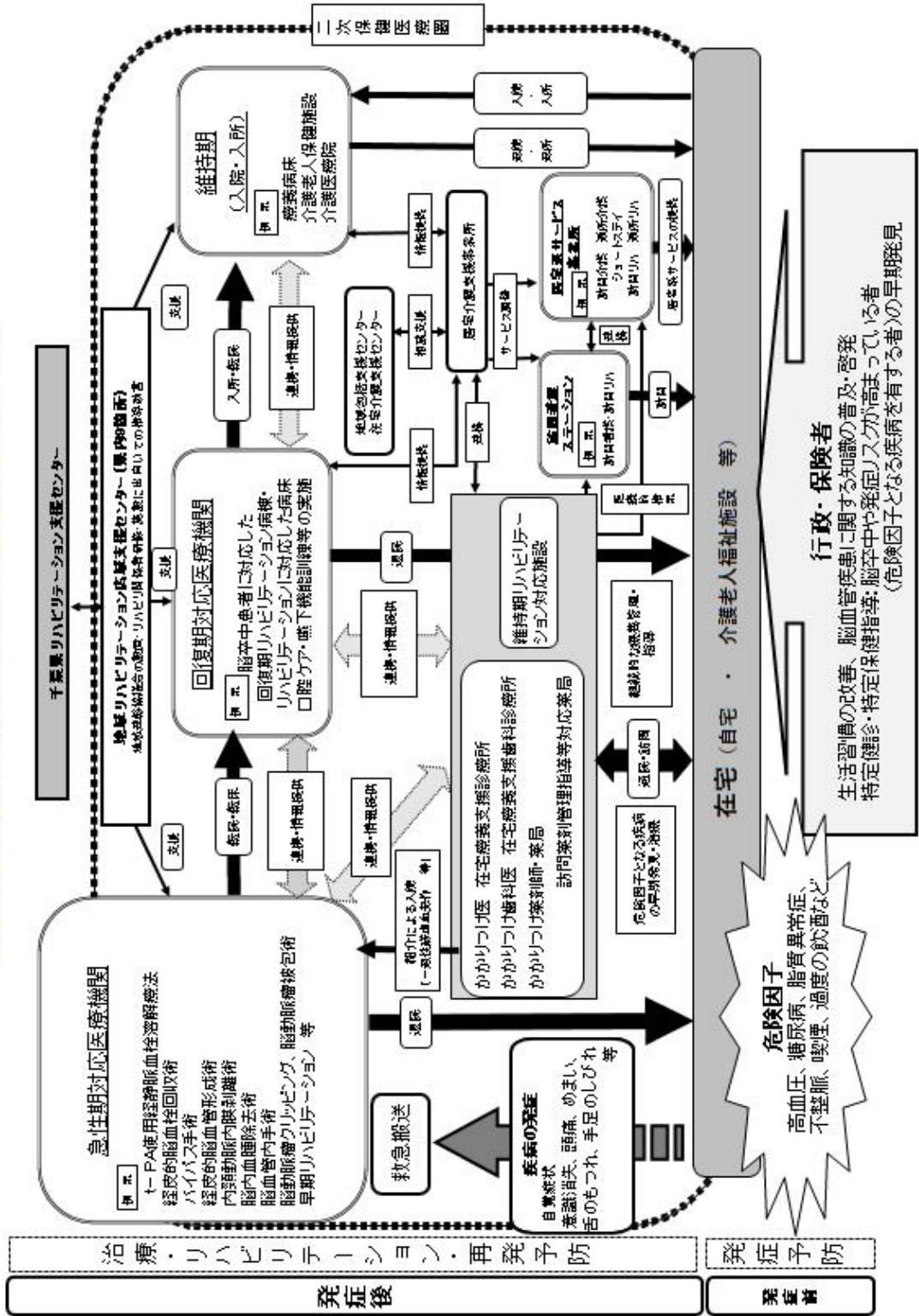
回復期対応医療機関では、早期に在宅に復帰できるよう、専門医療スタッフにより、失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの障害の改善及びADLの向上を目的とした、集中的なリハビリテーション等を実施します。

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、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、訪問薬剤管理指導等対応薬局、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より、地域での連携を進めます。

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による効果的な脳卒中治療体制の整備を進めます。

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。

### 脳卒中の循環型地域医療連携システムのイメージ図



## ウ 施策の具体的展開

### (7) 脳卒中の予防・正しい知識の普及啓発

#### 〔生活習慣と脳卒中の関係についての周知〕

- 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等に取り組みます。
- 県民が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ことができるよう、運動による健康への影響や効果について県民に発信するとともに、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の紹介などに取り組みます。
- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に関する正しい知識を普及するため、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。
- 喫煙による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、様々な機会を捉えて啓発活動を実施します。
- 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、歯周病と糖尿病や循環器疾患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。

#### 〔特定健診・特定保健指導による予防対策の推進〕

- 特定健診の受診や特定保健指導の利用を促すため、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するほか、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、支援します。
- 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、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の促進を図ります。

### (4) 保健医療及び福祉に係るサービスの提供

#### 〔急性期（搬送）〕

- 脳卒中を発症した患者を1分でも早く医療機関で治療するため、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。
- 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入れの実施に関する基準の継続的な見直しを行うな

ど、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

#### 〔急性期（治療）〕

- 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などを推進し、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。

#### 〔回復期〕

- 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を図ります。

#### 〔維持期（生活期）〕

- 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の促進や従事者の増加、質の向上などに取り組みます。
- 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包括的な総合リハビリテーションの提供に取り組みます。主に、機能障害に対してはロボットリハビリテーション機器を用いた機能訓練、CI療法（Constraint-Induced Movement Therapy）\*など先進的な治療、痙縮\*を合併した患者に対してはボツリヌス療法\*などの積極的治療の提供に取り組みます。また、脳卒中による高次脳機能障害など、一般病院では対応が難し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。
- 治療と仕事の両立支援の充実を図るため、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。



## エ 施策の評価指標

### 〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状	目標
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数	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	44機関 (令和3年度)	(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※)
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)
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	34.6% (平成5年8月)	増加 (令和11年度)

### 〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現状	目標
20歳以上の者の1日当たりの食塩摂取量	男性 10.9g 女性 9.4g (平成27年度)	男性 7.5g 女性 6.5g (令和11年度)
運動習慣者の割合	20～64歳 男性 29.7% 女性 25.7% 65歳以上 男性 43.9% 女性 40.1% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
20歳以上の者の喫煙率	男性 21.9% 女性 6.9% (令和3年度)	男性 12.0% 女性 5.0% (令和11年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 55.8% 保健指導 22.7% (令和3年度)	健康診査 70% 保健指導 45% (令和11年度)
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)
高血圧の改善 (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 127.6mmHg 女性 123.1mmHg (令和2年度)	ベースライン値から低下 (令和11年度)

指 標 名	現状	目標
脂質異常症の減少 (LDL-c 160 mg/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減少 (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減少	男性632,670人 女性192,522人 (令和3年度)	減少 (令和11年度)
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※)
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)
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)
受療率(人口10万人対) (脳血管疾患)	123 (令和2年)	減少 (令和11年)

[成果(アウトカム)]

指 標 名	現状	目標
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)
健康寿命の延伸	男性 72.61年 女性 75.71年 (令和元年)	男性 74年 女性 76.8年 (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)
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	男性 91.2 女性 55.5 (令和2年)	減少 (令和11年)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合(脳血管疾患)	53.2% (令和2年)	増加 (令和11年)

※モニタリング指標：ロジックモデルに位置づけ、目標を設定しない指標

脳血管疾患の患者数の推移などを把握し、千葉県循環器病対策推進協議会等の意見を踏まえながら、評価を行う。