

千葉県循環器病対策推進計画 目次

第1章 総論（基本方針・現状・課題）	- 1 -
第1節 計画策定に当たって	- 1 -
1 計画策定の趣旨	- 1 -
2 計画の期間	- 1 -
第2節 基本方針及び全体目標	- 2 -
1 基本方針	- 2 -
2 全体目標	- 2 -
3 ロジックモデル	- 3 -
第3節 循環器対策の総合的かつ計画的な推進について	- 10 -
1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化	- 10 -
2 計画の推進体制と評価方法	- 10 -
3 新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策	- 10 -
第4節 千葉県の基礎データ	- 11 -
1 人口構造	- 11 -
2 死亡数と死亡率の推移（全体）	- 14 -
3 受療率（全体）	- 15 -
4 健康寿命	- 15 -
第5節 千葉県の地域特性	- 17 -
1 二次保健医療圏とは	- 17 -
2 二次保健医療圏ごとの医療機関の配置	- 17 -
3 二次医療圏ごとの高齢化	- 17 -
4 昼夜間人口比率	- 19 -
第6節 循環器病に関する状況	- 20 -
1 患者数	- 20 -
2 受療率	- 21 -
3 死亡率の推移	- 22 -
4 年齢調整死亡率	- 23 -
5 主要死因における循環器病の割合	- 25 -
6 介護が必要になった主な原因と循環器病	- 28 -
7 循環器病の治療に関わる医療従事者の状況	- 29 -
8 救急搬送の状況	- 31 -
第7節 各疾患の現状	- 35 -
1 脳卒中とは	- 35 -

2	心血管疾患とは.....	- 40 -
第2章	循環器病の予防・正しい知識の普及啓発	- 44 -
第1節	生活習慣と循環器病の関係についての周知	- 45 -
1	栄養・食生活について	- 45 -
2	身体活動・運動について	- 48 -
3	飲酒について	- 51 -
4	喫煙について	- 54 -
5	歯と口腔（こうくう）の健康の分野について.....	- 57 -
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	- 60 -
1	特定健診の受診、特定保健指導の実施	- 60 -
第3章	保健医療及び福祉に係るサービスの提供（脳卒中）	- 63 -
第1節	脳卒中の基本的な事項に関する周知	- 64 -
1	脳梗塞	- 64 -
2	脳出血	- 67 -
3	くも膜下出血	- 69 -
第2節	急性期（搬送）	- 71 -
1	救急搬送に関すること	- 71 -
2	県民啓発に関すること	- 77 -
第3節	急性期（治療）	- 79 -
1	急性期治療に関すること	- 79 -
第4節	回復期.....	- 84 -
1	脳卒中リハビリテーションについて.....	- 84 -
第5節	地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）	- 88 -
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）	- 88 -
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	- 91 -
3	就労支援等の患者支援について	- 93 -
第4章	保健医療及び福祉に係るサービスの提供（心血管疾患）	- 96 -
第1節	心血管疾患の基本的な事項に関する周知.....	- 97 -
1	心不全	- 97 -
2	心臓弁膜症.....	- 100 -
3	虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）	- 101 -
4	大動脈緊急症（急性大動脈解離、大動脈瘤破裂）	- 103 -
5	末梢（まっしょう）動脈疾患	- 105 -
6	先天性心疾患	- 106 -

第2節 急性期（搬送）	- 108 -
1 救急搬送に関すること	- 108 -
2 県民啓発に関すること	- 114 -
第3節 急性期（治療）	- 117 -
1 急性期治療に関すること	- 117 -
第4節 リハビリテーション	- 121 -
1 心臓リハビリテーションについて	- 121 -
2 入院時心臓リハビリテーションの実施状況について	- 124 -
第5節 地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）	- 127 -
1 慢性心疾患について	- 127 -
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）	- 128 -
3 外来心臓リハビリテーションについて	- 130 -
4 就労支援等の患者支援について	- 132 -
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	- 134 -

第1章 総論（基本方針・現状・課題）

第1節 計画策定に当たって

1 計画策定の趣旨

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、令和2年の人口動態統計によると、心疾患は千葉県の死亡原因の第2位（15.6%）、脳血管疾患は第4位（7.3%）であり、両者を合わせると、悪性新生物（がん）に次ぐ死亡原因となっており、年間1.4万人以上の県民が亡くなっています。

また、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が第2位（16.0%）、心疾患が第7位（4.5%）であり、両者を合わせると20.6%と最多となっており、循環器病は県民の生命や健康的な生活に重大な影響を及ぼす疾患となっています。

こうした現状に鑑み、誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、平成30年12月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下「基本法」という。）」が成立し、令和元年12月に施行されました。

基本法においては、国は、循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、循環器病対策の推進に関する基本的な計画（以下「国基本計画」という。）を策定することとされており、都道府県は、国基本計画を基本とするとともに、当該都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況、循環器病に関する研究の進展等を踏まえ、当該都道府県における循環器病対策の推進に関する計画を策定しなければならないとされています。

これらの状況を受け、県民一人ひとりが地域において安心して生活できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保や、医療・介護サービスの連携、総合的な健康づくりの実現を目指して、千葉県循環器病対策推進計画（以下「県推進計画」という。）を策定し、取組を推進してまいります。

2 計画の期間

令和4年度から令和5年度までの2年間を計画の期間とします。

なお、令和5年度以降は国基本計画や千葉県保健医療計画をはじめとした各種計画との整合を図るため、基本法第11条第3項の規定に基づき少なくとも6年ごとに検討を加え、必要があれば、県推進計画の改定を行うものとします。

第2節 基本方針及び全体目標

1 基本方針

千葉県では、高齢者人口の急増が見込まれており、疾病構造は大きく変化し、医療需要の増加が見込まれていることから、発症予防の推進と共に、超高齢社会に対応した保健医療提供体制を充実させていく必要があります。

そのため、「千葉県保健医療計画」では、以下のとおりの基本理念を掲げ、4つの柱に沿った施策を展開しています。

○ 千葉県保健医療計画の基本理念

県民一人ひとりが、健やかに地域で暮らし、心豊かに長寿を全うできる
総合的な保健医療福祉システムづくり

* 基本的施策の4つの柱

- (1) 質の高い保健医療提供体制の構築
- (2) 総合的な健康づくりの推進
- (3) 保健・医療・福祉の連携確保
- (4) 安全と生活を守る環境づくり

県推進計画においては、千葉県保健医療計画の施策と一体的に循環器病対策を推進することとし、基本理念の実現に向けて循環器分野における県推進計画の全体目標及び各項目別の現状や課題、施策を取りまとめました。

2 全体目標

国基本計画においては、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指すとされています。

* 健康寿命（国）：基準年 2016年（平成28年）

男性72.14年、女性74.79年

年齢調整死亡率（国）：基準年 2018年（平成30年）

脳血管疾患 男性34.2、女性18.8

心疾患 男性63.0、女性32.3

このことを踏まえ、県推進計画の全体目標は、以下のとおりとします。

(1) 健康寿命の延伸

「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸」とします。

* 基準年 2016年（平成28年）

男性 72.37年、女性 75.17年

(2) 循環器病の年齢調整死亡率の減少

2023年度（令和5年度）までの目標を「減少」とします。

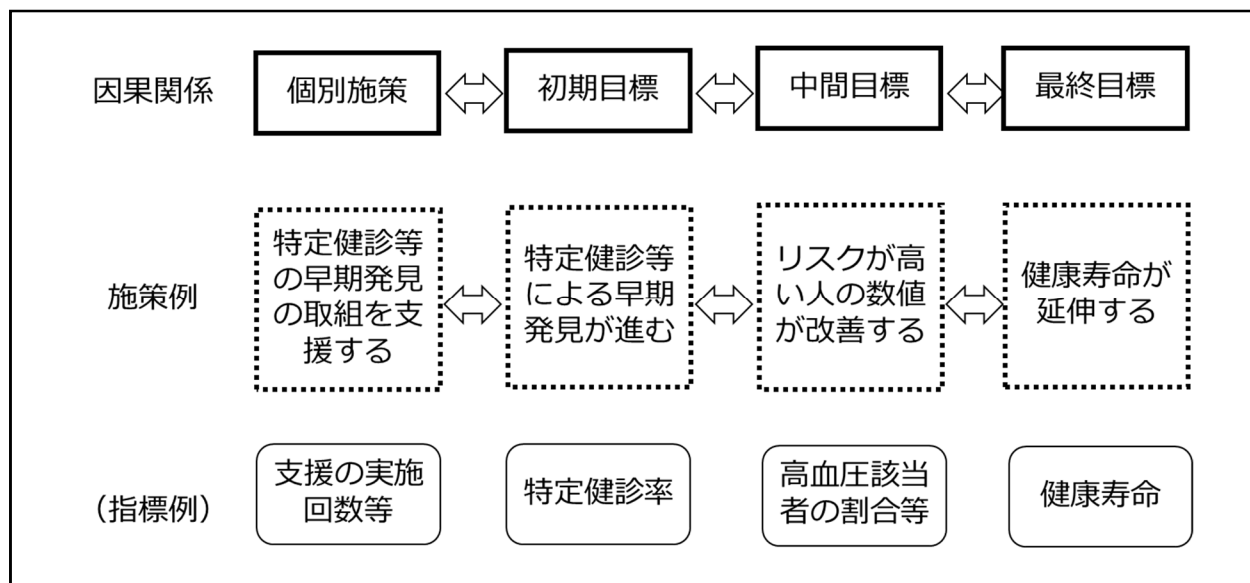
* 基準年 2015年（平成27年）

脳卒中 男性35.8、女性21.7

心血管疾患 男性81.0、女性41.3

3 ロジックモデル

ロジックモデルとは、目的と施策の因果関係を示したものです。



図表 1-2-3-1 ロジックモデル

施策の効果を確保するために、最終目標の達成のための中間目標や初期目標を考えます。次に、それを計測できる指標を考えます。そしてロジックモデルの活用により、指標の数値の推移と施策の成果への効果の関係を確認しながら、必要に応じて施策の見直しを行います。

図表1-2-3-2 ロジックモデル（目標と施策一覧表（概要版））

初期目標【施策の具体的展開】		中間目標【取組の方向性】	最終目標【千葉県の目指す姿】
※○脳卒中・心血管疾患共通 ◇脳卒中 ☆心血管疾患			
第2章 循環器病の予防・正しい知識の普及啓発			
栄養・食生活	<ul style="list-style-type: none"> ○ 適正な食生活についての普及啓発 ○ 適正な食生活を実践しやすい環境整備の推進 ○ 県民の栄養・食生活の改善に取り組む人材の育成 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 県民全体の健康状態が改善される。 	
身体活動・運動	<ul style="list-style-type: none"> ○ 働き盛り・子育て世代の身体活動量の増加 ○ 口コミティブシンドローム予防のための普及啓発 		
飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 特に配慮を要する者（未成年・妊産婦）に対する教育・啓発 		
喫煙	<ul style="list-style-type: none"> ○ 喫煙（受動喫煙を含む）に関する知識の普及啓発 ○ 喫煙をやめたい人への支援 ○ 未成年者の喫煙防止 ○ 妊産婦の喫煙防止 ○ 受動喫煙防止対策の推進 		
歯と口腔の健康	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯・口腔の健康づくりに関する知識の普及啓発 ○ 歯科口腔保健を支える環境の整備 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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各健診データが改善される。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康寿命が延伸される。 ○ 循環器病の受療率が減少される。
特定健診の受診 特定保健指導の実施	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診等の早期発見のための取組への支援 ○ 未治療者や治療中断者等に対する保健指導の促進 		
第3章・第4章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供 （救急搬送に関する取組について）			
急性期（搬送）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急医療体制の整備 ○ 現場活動時間の短縮 ○ 病院搬送時間の短縮 ○ 県民啓発の実施 ☆ 学校での救命講習の促進 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重症患者の搬送先が明確化されている。 ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 発症～搬送に当たり速やかに救急搬送することができる。
第3章・第4章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供 （脳卒中・心血管疾患）			
急性期（治療）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 効率的な専門医療体制の構築 ○ 専門的な治療を提供する医療体制の構築 ○ 医療従事者の確保・定着 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門的な治療を提供する医療体制が構築されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 循環器病による年齢調整死亡率が減少される。 ○ 健康寿命が延伸される。
回復期	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備 ◇ 病院間連携の推進 ☆ 心臓リハビリテーションの重要性に関する啓発 ☆ 心臓リハビリテーションの重要性に関する啓発 ☆ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備 ☆ 専門職の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 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している。 ☆ 入院患者に対して質の高いリハビリテーションが提供されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 循環器病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。
地域生活期（維持期）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療・介護の多職種連携の促進 ○ 在宅医療・介護連携を担う従事者の増加、質の向上 ○ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援 ◇ 総合リハビリテーション機能の確保について ◇ 高次脳機能障害支援体制の整備 ○ 相談、情報提供体制の充実 ☆ 自己管理に係る啓発の推進 ☆ 治療のドロップアウト（中断）の防止に関する支援 ☆ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備 ☆ （先天性心疾患患者への）移行期医療支援体制の整備 ☆ （先天性心疾患患者への）療養支援体制の充実 ☆ （先天性心疾患患者への）医療費負担に関する支援 ☆ （先天性心疾患患者への）就労や生活に関する支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	

第1章 第2節 基本方針及び全体目標

図表 1-2-3-3 ロジックモデル（指標一覧表（概要版））

初期目標		中間目標	最終目標
※◎脳卒中・心血管疾患共通 ◇脳卒中 ☆心血管疾患			
第2章 循環器病の予防・正しい知識の普及啓発			
栄養・食生活	◎ 食塩摂取量の減少	◎ 適正体重を維持している者の割合の増加（肥満者の割合の減少）	◇ 脳血管疾患受療率の減少 ☆ 心疾患受療率（高血圧性のものを除く）の減少
身体活動・運動	◎ 運動習慣者の割合の増加 ◎ ロコモティブシンドロームの認知度の増加	◎ 高血圧該当者の割合の減少 ◎ 脂質異常症の該当者の割合の減少	
飲酒	◎ 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の減少	◎ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の減少	
特定健診の受診	◎ 特定健康診査の受診率の増加	◎ 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の減少	
特定保健指導の実施	◎ 特定保健指導の実施率の増加		
喫煙	◎ 受動喫煙の機会を有する者の割合 ◎ 禁煙外来を行っている医療機関数の増加	◎ 成人の喫煙率の減少（男性）（女性）	
歯と口腔の健康	◎ 進行した歯周炎を有する者の割合の減少 ◎ 歯科健診を受診した者の割合の増加（20歳以上）	◎ 80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
第3章・第4章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供（救急搬送に関する取組について）			
急性期（搬送）	◎ 脳血管疾患及び心血管疾患患者における搬送困難事例の割合の減少 ◎ 救命講習等受講者数の増加	◇ 「FAST（脳卒中の初期症状）」の認知割合の増加 ☆ 心血管疾患の症状の認知割合の増加 ◎ 搬送先の現場活動時間の短縮 ◎ 病院搬送時間の短縮	◎ 健康寿命の延伸 ◇ 脳血管疾患による年齢調整死亡率の減少 ☆ 心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率の減少
第3章・第4章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供（脳卒中・心血管疾患）			
急性期（治療）	◇ SU（脳卒中専門多職種チーム）がある医療機関数の増加 ◇ 脳血管内治療を実施している医療機関数の増加 ◇ t-PAによる血栓溶解療法を実施している医療機関数の増加 ☆ 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術等を実施した医療機関数 ☆ 心臓血管外科手術が可能な医療機関数	◇ 脳血管内治療（経皮的血栓回収術等）の実施件数の増加 ◇ t-PAによる血栓溶解療法の実施件数の増加 ☆ 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術等の算定件数 ☆ 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	◇ 在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合の増加 ☆ 在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合の増加
回復期	◇ 脳血管疾患等リハビリテーション科届出施設数の増加 ◇ 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の増加 ◇ 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数の増加 ☆ 心大血管リハビリテーション科届出施設数の増加	◇ 重症患者回復率の増加 ◇ 回復期リハビリテーション病棟における実績指数の増加 ☆ 入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数の増加	
地域生活期（維持期）	◎ 在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数の増加 ◎ 機能強化型訪問看護ステーション数の増加 ◎ 在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数の増加 ◎ 在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数の増加 ◎ 在宅患者訪問薬剤管理指導科届出薬局数の増加 ◎ 在宅療養後方支援病院数の増加 ◎ 入退院支援を実施している診療所数・病院数の増加 ☆ 外来心血管疾患リハビリテーションの医療機関数の増加	◎ 入退院支援（退院調整）を受けた患者数の増加 ◇ 就労支援の実施率の増加 ☆ 外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数の増加	

図表 1-2-3-4 ロジックモデル
(第2章循環器病の予防・正しい知識の普及啓発)

初期目標【取組の結果】	中間目標【取組の方向性】	最終目標【千葉県の目指す姿】
○【予防】県民の生活習慣が改善される。		
・施策の具体的展開		
指標		
○県民の栄養・食生活の改善に取り組む人材の育成 ーなど3施策		
成人1日当たりの食塩摂取量 (20歳以上) (男性) (女性)		
○働き盛り・子育て世代の身体活動量の増加 ーなど2施策		
運動習慣者の割合 (40-64歳) (男性) (女性)		
ロコモティブシンドロームの認知度		
○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 ーなど2施策		
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) (女性)		
○喫煙(受動喫煙を含む)に関する知識の普及啓発 ーなど4施策		
受動喫煙の機会を有する者の割合		
禁煙外来を行っている医療機関数		
○歯・口腔の健康づくりに関する知識の普及啓発 ーなど2施策		
40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少		
過去1年間に歯科健診を受診した者の割合の増加 (20歳以上)		
○【予防】循環器病の高リスク者を早期に捕捉している。		
・施策の具体的展開		
指標		
○特定健診等の早期発見のための取組への支援 ーなど2施策		
特定健康診査(国民健康保険分)の受診率		
特定保健指導(国民健康保険分)の実施率		
特定健康診査(全体分)の受診率		
特定保健指導(全体分)の実施率		
	○【予防】県民の健康状態が改善される。	○循環器病を予防して発症する人が減少される。
	・取組の方向性	・千葉県の目指す姿
	指標	指標
	○県民全体の健康状態が改善する。	○健康寿命が延伸される。
	適正体重を維持している者の割合(肥満BMI25以上・やせBMI18.5未満の減少) (20歳～60歳代男性) (40歳～60歳代女性)	健康寿命(男性)
	成人の喫煙率(男性)(女性)	健康寿命(女性)
	80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する者の割合	
	○【予防】循環器病の高リスク者の健康状態が改善される。	○循環器病の受療率が減少される(※)
	・取組の方向性	受療率(人口10万人対) (脳血管疾患(脳卒中を含む))
	指標	受療率(人口10万人対) (心疾患(高血圧性のものを除く))
	○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各健診データが改善する。	※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、最終目標に記載。
	高血圧該当者の割合(男性)(女性)	
	脂質異常症の該当者の割合(男性)(女性)	
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(男性)(女性)	
	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の減少 (40～74歳)(男性)(女性)	

図表 1-2-3-5 ロジックモデル
(第3章保健医療及び福祉に係るサービスの提供(脳卒中))

初期目標【取組の結果】	中間目標【取組の方向性】	最終目標【千葉県を目指す姿】												
<p>○【急性期・治療】県内全医療圏で速やかに治療が可能な体制が構築されている。</p> <p>・施策の具体的展開</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○効率的な専門医療体制の構築 ーなど3施策</p> <table><tr><td>SU（脳卒中専門多職種チーム）がある医療機関数</td></tr><tr><td>脳血管内治療を実施している医療機関数</td></tr><tr><td>t-PAによる血栓溶解療法を実施している医療機関数</td></tr></table>	指標	SU（脳卒中専門多職種チーム）がある医療機関数	脳血管内治療を実施している医療機関数	t-PAによる血栓溶解療法を実施している医療機関数	<p>○【急性期・治療】搬送後に速やかに専門的な治療を行っている。</p> <p>・取組の方向性</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○専門的な治療を提供する医療体制が構築される。</p> <table><tr><td>脳血管内治療（経皮的血栓回収術等）の実施件数</td></tr><tr><td>t-PAによる血栓溶解療法の実施件数</td></tr></table>	指標	脳血管内治療（経皮的血栓回収術等）の実施件数	t-PAによる血栓溶解療法の実施件数	<p>○脳卒中による死亡が減少される。</p> <p>・千葉県の目指す姿</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○脳卒中による年齢調整死亡率が減少される。</p> <table><tr><td>脳血管疾患による年齢調整死亡率（男性）</td></tr><tr><td>脳血管疾患による年齢調整死亡率（女性）</td></tr></table> <p>○健康寿命が延伸される。</p> <table><tr><td>健康寿命（男性）</td></tr><tr><td>健康寿命（女性）</td></tr></table>	指標	脳血管疾患による年齢調整死亡率（男性）	脳血管疾患による年齢調整死亡率（女性）	健康寿命（男性）	健康寿命（女性）
指標														
SU（脳卒中専門多職種チーム）がある医療機関数														
脳血管内治療を実施している医療機関数														
t-PAによる血栓溶解療法を実施している医療機関数														
指標														
脳血管内治療（経皮的血栓回収術等）の実施件数														
t-PAによる血栓溶解療法の実施件数														
指標														
脳血管疾患による年齢調整死亡率（男性）														
脳血管疾患による年齢調整死亡率（女性）														
健康寿命（男性）														
健康寿命（女性）														
<p>○【回復期】急性期の治療後に質の高い治療を受ける体制が構築されている。</p> <p>・施策の具体的展開</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備 ーなど2施策</p> <table><tr><td>脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅰ）～（Ⅱ）届出施設数</td></tr><tr><td>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</td></tr><tr><td>脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数</td></tr></table>	指標	脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅰ）～（Ⅱ）届出施設数	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	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	<p>○【回復期】急性期の治療後に質の高い治療がられている。</p> <p>・取組の方向性</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○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している。</p> <table><tr><td>重症患者回復率</td></tr><tr><td>回復期リハビリテーション病棟における実績指数</td></tr></table>	指標	重症患者回復率	回復期リハビリテーション病棟における実績指数	<p>○脳卒中を発症後も健やかに地域で暮らせる。</p> <p>・千葉県の目指す姿</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○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。</p> <table><tr><td>在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合</td></tr></table>	指標	在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合			
指標														
脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅰ）～（Ⅱ）届出施設数														
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														
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数														
指標														
重症患者回復率														
回復期リハビリテーション病棟における実績指数														
指標														
在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合														
<p>○【地域生活期（維持期）再発予防・生活の質の向上等】生活期に切れ目のない医療・介護が提供される基盤が整備されている。</p> <p>・施策の具体的展開</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○医療・介護の多職種連携の促進 ーなど6施策</p> <table><tr><td>在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数</td></tr><tr><td>機能強化型訪問看護ステーション数</td></tr><tr><td>在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数</td></tr><tr><td>在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数</td></tr><tr><td>在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数</td></tr><tr><td>在宅療養後方支援病院数</td></tr><tr><td>入退院支援を実施している診療所数・病院数</td></tr></table>	指標	在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	機能強化型訪問看護ステーション数	在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数	在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数	在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数	在宅療養後方支援病院数	入退院支援を実施している診療所数・病院数	<p>○【地域生活期（維持期）再発予防、生活の質の向上等】生活期に切れ目のない医療・介護が提供されている。</p> <p>・取組の方向性</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○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。</p> <table><tr><td>入退院支援（退院調整）を受けた患者数</td></tr><tr><td>就労支援の実施率</td></tr></table>	指標	入退院支援（退院調整）を受けた患者数	就労支援の実施率		
指標														
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数														
機能強化型訪問看護ステーション数														
在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数														
在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数														
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数														
在宅療養後方支援病院数														
入退院支援を実施している診療所数・病院数														
指標														
入退院支援（退院調整）を受けた患者数														
就労支援の実施率														

図表 1-2-3-6 ロジックモデル
(第4章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供(心血管疾患))

初期目標【取組の結果】	中間目標【取組の方向性】	最終目標【千葉県の目指す姿】														
<p>○【急性期・治療】県内全医療圏で搬送後に速やかに治療が可能な体制が構築されている。</p>	<p>○【急性期・治療】県内全医療圏で搬送後に速やかに治療を行っている。</p>															
<p>・施策の具体的展開</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table>	指標	<p>・取組の方向性</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table>	指標	<p>○心血管疾患による死亡が減少している。</p>												
指標																
指標																
<p>○効率的な専門医療体制の構築　ーなど3施策</p> <table><tr><td>急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術等を実施した医療機関数</td></tr><tr><td>心臓血管外科手術が可能な医療機関数</td></tr></table>	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術等を実施した医療機関数	心臓血管外科手術が可能な医療機関数	<p>○専門的な治療を提供する医療体制が構築される。</p> <table><tr><td>急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術等の算定件数</td></tr><tr><td>虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数</td></tr></table>	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術等の算定件数	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	<p>・千葉県の目指す姿</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○心血管疾患による年齢調整死亡率が減少される。</p> <table><tr><td>心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（男性）</td></tr><tr><td>心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（女性）</td></tr></table> <p>○健康寿命が延伸される。</p> <table><tr><td>健康寿命（男性）</td></tr><tr><td>健康寿命（女性）</td></tr></table>	指標	心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（男性）	心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（女性）	健康寿命（男性）	健康寿命（女性）					
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術等を実施した医療機関数																
心臓血管外科手術が可能な医療機関数																
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術等の算定件数																
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数																
指標																
心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（男性）																
心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（女性）																
健康寿命（男性）																
健康寿命（女性）																
<p>○【回復期】急性期の治療後に患者の状況により患者が望む適切な治療（リハビリテーション）を受ける体制が構築されている。</p>	<p>○【回復期】急性期の治療後に患者の状況により患者が望む適切な治療（リハビリテーション）を受けてられている。</p>															
<p>・施策の具体的展開</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○循環器病患者へのリハビリテーションが適切に実施されている　ーなど3施策</p> <table><tr><td>心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅱ)届出施設数</td></tr><tr><td>回復期リハビリテーション病棟における心大血管リハビリテーションの取得状況</td></tr><tr><td>入院心血管疾患リハビリテーションの実施医療機関数</td></tr></table>	指標	心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅱ)届出施設数	回復期リハビリテーション病棟における心大血管リハビリテーションの取得状況	入院心血管疾患リハビリテーションの実施医療機関数	<p>・取組の方向性</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○入院患者に対して質の高いリハビリテーションが提供されている。</p> <table><tr><td>入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数</td></tr></table>	指標	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数									
指標																
心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅱ)届出施設数																
回復期リハビリテーション病棟における心大血管リハビリテーションの取得状況																
入院心血管疾患リハビリテーションの実施医療機関数																
指標																
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数																
<p>○【地域生活期（維持期）再発予防、生活の質の向上】生活期に切れ目のない医療・介護が提供される基盤が出来ている。</p>	<p>○【地域生活期（維持期）再発予防、生活の質の向上】生活期に切れ目のない医療・介護が提供されている。</p>	<p>○心血管疾患を発症後も健やかに地域で暮らせる。</p>														
<p>・施策の具体的展開</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○医療・介護の多職種連携の促進。ーなど11 施策</p> <table><tr><td>在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数</td></tr><tr><td>機能強化型訪問看護ステーション数</td></tr><tr><td>在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数</td></tr><tr><td>在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数</td></tr><tr><td>在宅患者訪問薬剤管理指導科届出薬局数</td></tr><tr><td>在宅療養後方支援病院数</td></tr><tr><td>入退院支援を実施している診療所数・病院数</td></tr><tr><td>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</td></tr></table>	指標	在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	機能強化型訪問看護ステーション数	在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数	在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数	在宅患者訪問薬剤管理指導科届出薬局数	在宅療養後方支援病院数	入退院支援を実施している診療所数・病院数	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	<p>・取組の方向性</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○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。</p> <table><tr><td>入退院支援（退院調整）を受けた患者数</td></tr><tr><td>外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数</td></tr></table>	指標	入退院支援（退院調整）を受けた患者数	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	<p>・千葉県の目指す姿</p> <table><tr><td>指標</td></tr></table> <p>○心血管疾患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。</p> <table><tr><td>在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合</td></tr></table>	指標	在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合
指標																
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数																
機能強化型訪問看護ステーション数																
在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数																
在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数																
在宅患者訪問薬剤管理指導科届出薬局数																
在宅療養後方支援病院数																
入退院支援を実施している診療所数・病院数																
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																
指標																
入退院支援（退院調整）を受けた患者数																
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数																
指標																
在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合																

図表 1-2-3-7 ロジックモデル（救急搬送）

初期目標【取組の結果】	中間目標【取組の方向性】	最終目標【千葉県の目指す姿】
<p>※脳卒中関係</p> <p>○【急性期・搬送】県民啓発</p> <p>・取組の方向性</p> <p>指標</p> <p>○県民啓発について。</p> <p>救命講習等受講者数</p> <p>○【急性期・搬送】現場活動時間の短縮</p> <p>・施策の具体的展開</p> <p>指標</p> <p>○救急医療体制の整備 一など3施策</p> <p>脳血管疾患患者における搬送困難事例の割合</p>	<p>○【急性期・搬送】搬送要請に係る知識啓発</p> <p>・取組の方向性</p> <p>指標</p> <p>○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。</p> <p>「FAST」（脳卒中初期症状）の認知割合（発症から救急要請までの時間の短縮）</p> <p>○【急性期・搬送】現場活動時間の短縮・病院搬送時間の短縮</p> <p>・取組の方向性</p> <p>指標</p> <p>○重症患者の搬送先が明確化されている。</p> <p>脳卒中患者に係る搬送先の平均到着時間（現場到着～現場出発）</p> <p>脳卒中患者に係る病院搬送時間（現場出発～医療機関到着）</p>	<p>○【急性期・搬送】全救急搬送時間の短縮</p> <p>・千葉県の目指す姿</p> <p>指標</p> <p>○発症～搬送にあたり速やかに救急搬送することができる。</p> <p>脳卒中患者に係る救急活動時間（救急隊覚知～医療機関到着）</p>
<p>※心血管疾患関係</p> <p>○【急性期・搬送】県民啓発</p> <p>・取組の方向性</p> <p>指標</p> <p>○県民啓発について。</p> <p>救命講習等受講者数</p> <p>○【急性期・搬送】現場活動時間の短縮</p> <p>・施策の具体的展開</p> <p>指標</p> <p>○救急医療体制の整備 一など3施策</p> <p>心血管疾患患者における搬送困難事例の割合</p>	<p>○【急性期・搬送】搬送要請に係る知識啓発</p> <p>・取組の方向性</p> <p>指標</p> <p>○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。</p> <p>心血管疾患の初期症状の認知割合</p> <p>○【急性期・搬送】現場活動時間の短縮</p> <p>・取組の方向性</p> <p>指標</p> <p>○重症患者の搬送先が明確化されている。</p> <p>心血管疾患に係る搬送先の平均到着時間（現場到着～現場出発）</p> <p>心血管疾患患者に係る搬送先の病院搬送時間（現場出発～医療機関到着）</p>	<p>○【急性期・搬送】全救急搬送時間の短縮</p> <p>・千葉県の目指す姿</p> <p>指標</p> <p>○発症～搬送にあたり速やかに救急搬送することができる。</p> <p>心血管疾患に係る救急活動時間（救急隊覚知～医療機関到着）</p>

第3節 循環器対策の総合的かつ計画的な推進について

1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

県計画に係る循環器病対策を実効的なものとして、総合的に展開するため、県、市町村、医療機関をはじめ、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を推進します。

循環器病に関する知識の普及啓発等により、循環器病患者及びその家族が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現を目指して取り組むことが重要です。

2 計画の推進体制と評価方法

本計画を効果的かつ着実に推進するため、「千葉県循環器病対策推進協議会」において、毎年度、循環器病対策の推進のために必要な事項について協議していきます。

また、今後は各々の施策と解決すべき課題との連関を示すため、施策が目標達成に至るまでを体系的に図式化したロジックモデルを活用し、毎年度、計画の進捗状況や設定した指標の達成状況について評価を行い、課題を更に抽出し、施策の改善に活用していきます。

なお、千葉県循環器病対策推進協議会における議論の状況や、計画の進捗状況については、ホームページ等を通して広く県民に周知を図ります。

県推進計画全体の達成状況については6年ごとに調査、分析、評価及び公表し、循環器病対策推進協議会等の意見を踏まえて、必要に応じて計画を変更します。

3 新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策

新型コロナウイルス感染症の重症化のリスク因子として、高齢者、基礎疾患（心血管疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患、慢性腎臓病等）が指摘されており、さらに、新型コロナウイルス感染症の合併症として、血栓症を合併する可能性が指摘されています。このため、生活習慣病の早期発見・早期治療は循環器病の予防に資するのみならず、新型コロナウイルス感染症による重症化の防止にもつながります。また、新型コロナウイルス感染症による受診控えが指摘されている中、感染が拡大する局面も見据えて、新型コロナウイルス感染症患者に対する医療を確実に確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるよう医療提供体制の構築が重要です。

このため、新型コロナウイルス感染症に対する医療と、循環器病等のその他の疾患に対する医療を両立して確保することを目指し、適切な医療提供体制の整備を進めます。

第4節 千葉県の基礎データ

1 人口構造

(1) 総人口

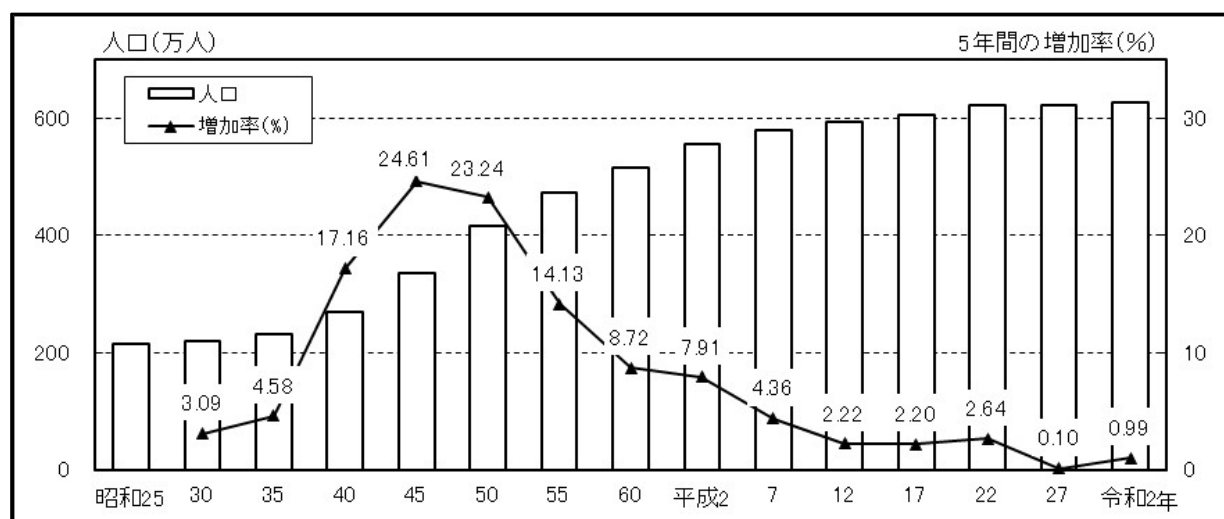
令和2年の国勢調査によると、本県の人口は6,284,480人となり、全国第6位の人口規模の大きさとなっています。

前回調査時（平成27年）よりも全国の人口は0.75%減少しているところ、本県の人口は0.99%増加しており、これは全国第5位の増加率の高さとなっています。

人口集中地区には4,823,612人（構成比76.8%）があり、全国平均（70.0%）に比べると、人口集中地区における人口の占める割合が高くなっています。

人口密度は、1平方キロメートル当たり1,218.5人で全国の人口密度338.2人を大きく上回り、高い順では全国第6位となっています。

図表 1-4-1-1 人口及び人口増加率の推移



資料：「国勢調査（総務省）」を基に作成

(2) 年齢階級別人口

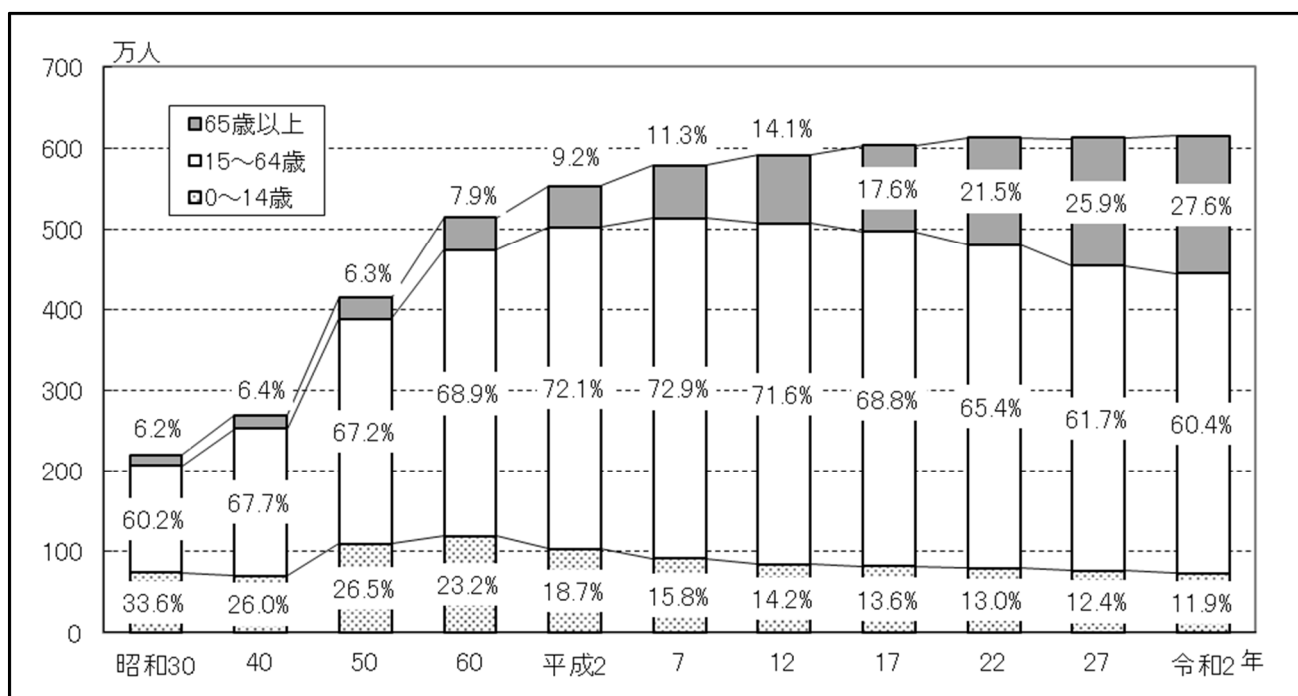
令和2年の国勢調査をもとに本県の人口を年齢により3つに区分してみると、年少人口（0～14歳）は734千人、生産年齢人口（15～64歳）は3,715千人、老年人口（65歳以上）は1,700千人で、総人口（年齢不詳分を除く。）に占める割合は、それぞれ11.9%、60.4%、27.6%となっています。

全国の年齢3区分割合（12.1%、59.2%、28.7%）と比べると、生産年齢人口の割合が若干上回り、年少人口及び老年人口の割合が若干下回っています。

年齢3区分別の人口の割合の推移をみると、年少人口の割合は昭和50年以降一貫して減少しています。また、生産年齢人口の割合は昭和50年以降上昇していましたが、平成7年をピークに減少に転じました。

これに対し、老年人口は昭和50年以降一貫して上昇を続けており、平成17年からは年少人口の割合を上回りました。

図表 1-4-1-2 年齢3区分別人口の割合の推移



※ 年齢3区分別人口については、年齢不詳を除き、構成比は人口総数に対する割合

資料：国勢調査（総務省）

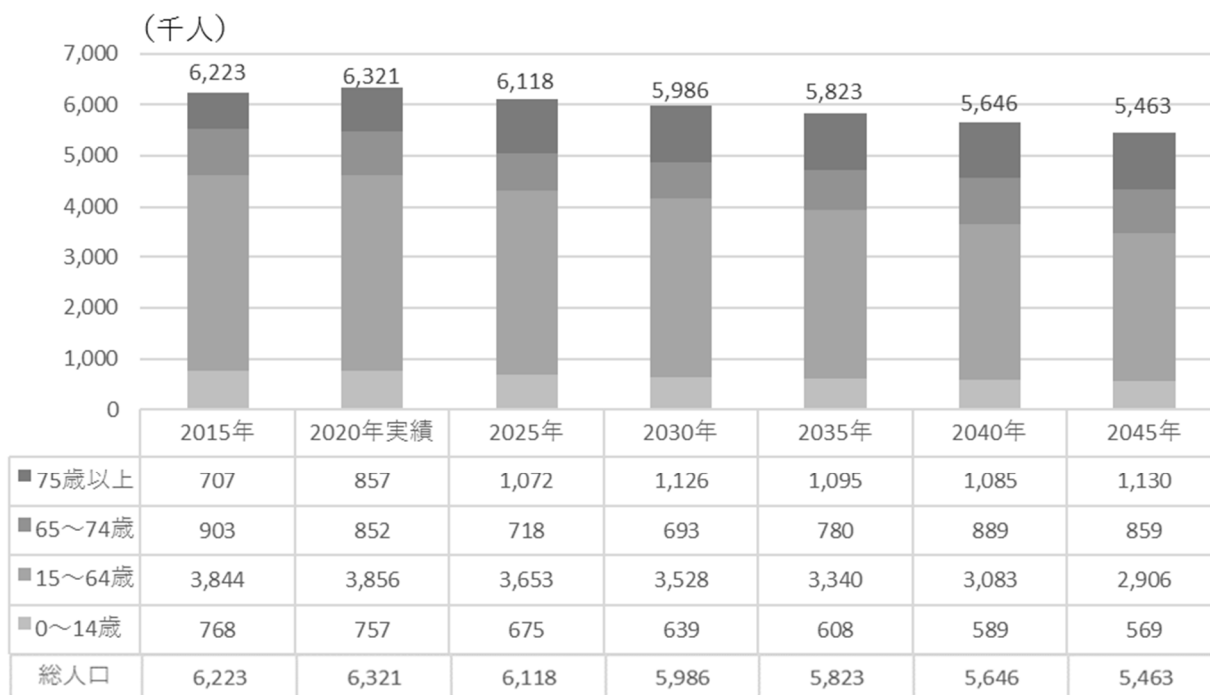
(3) 高齢化

令和2年の本県の総人口は632万1千人で、平成27年時点より約9万8千人増加していますが、65歳以上の高齢者人口は過去最高の170万8千人で、平成27年時点より約12万4千人増加しました。

このように、令和2年の本県の高齢化率は27.0%となり、年々全国平均との差は縮まってきています。

また、本県の人口は減少に向かうことが予測されており、現在の約632万人から100万人弱が減り令和27年に約546万人となる一方、65歳以上の人口は現在の約170.8万人から約28万人増加し198.9万人になると見込まれています。

図 1-4-1-3 千葉県の高齢化の状況の推移



資料：平成27年(2015年)以前は総務省統計局「国勢調査結果」による実績値。

令和2年(2020年)は千葉県年齢別・町丁字別人口(令和2年度)による実績値。

令和7年(2025年)～令和27年(2045年)は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年3月推計)」による推計値。

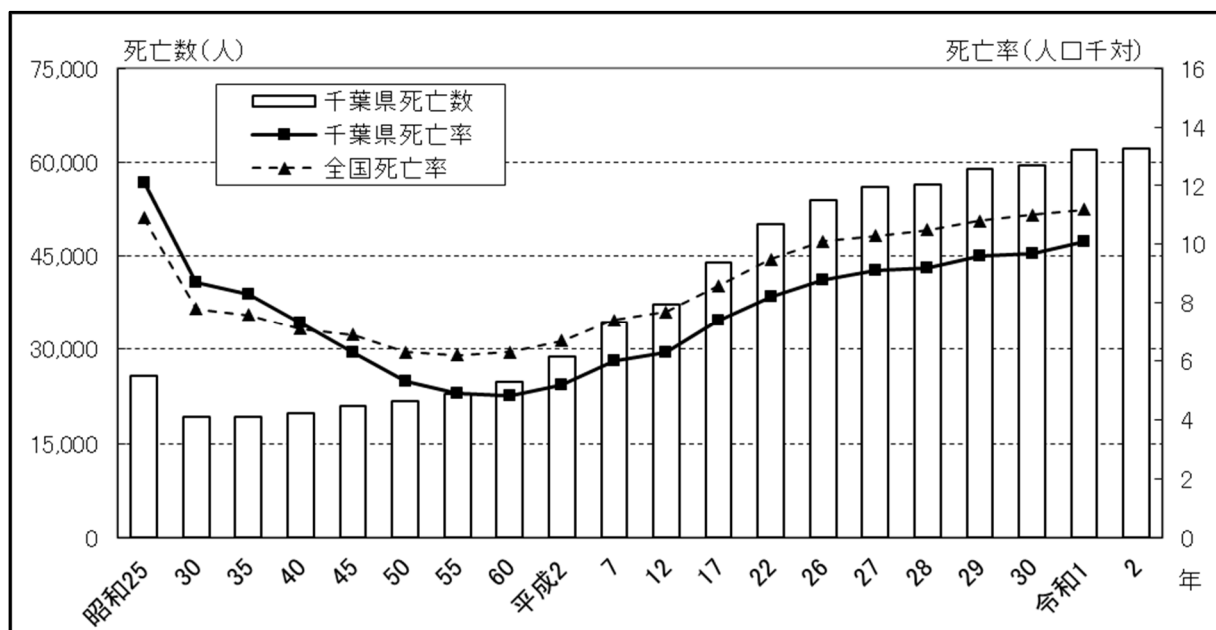
高齢化率は、年齢不詳を除く総人口に占める割合。四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

2 死亡数と死亡率の推移（全体）

(1) 死亡数・死亡率（全体）

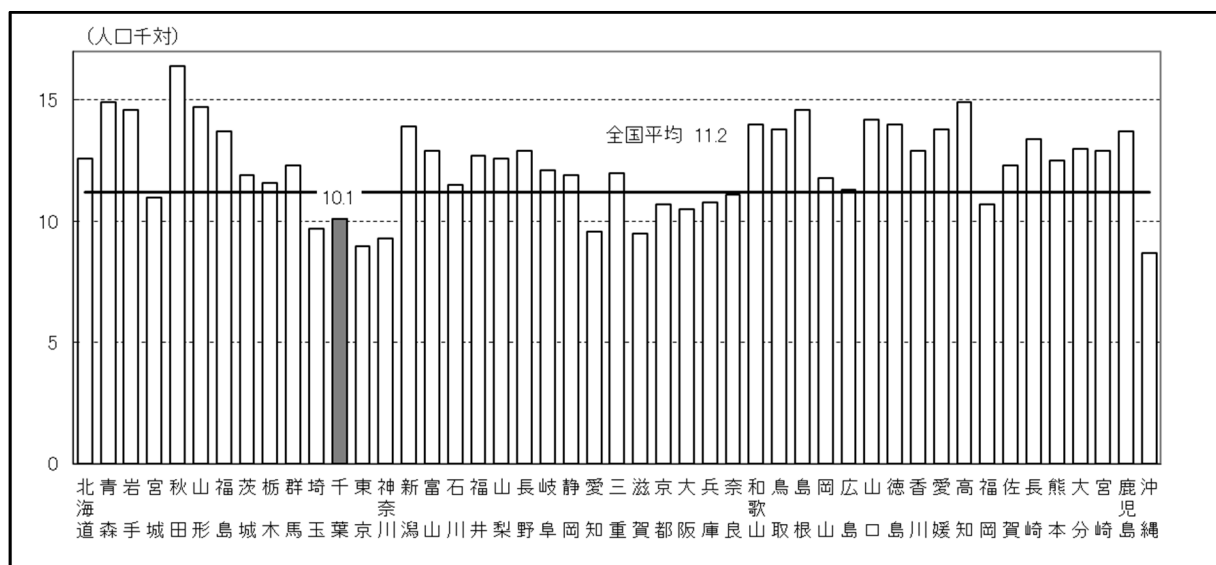
循環器病によるものだけではなく、すべての死因を含めた本県の死亡数は長期的には増加傾向で推移しています。令和2年の死亡数は62,118人で令和元年（62,004人）より114人増加しています。令和元年の死亡率（人口千対）では、10.1で全国平均の11.2に対し1.1ポイント低く、高い順では全国第41位と比較的低い順位になっています。

図表 1-4-2-1 死亡数と死亡率の推移



資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 1-4-2-2 都道府県別死亡率



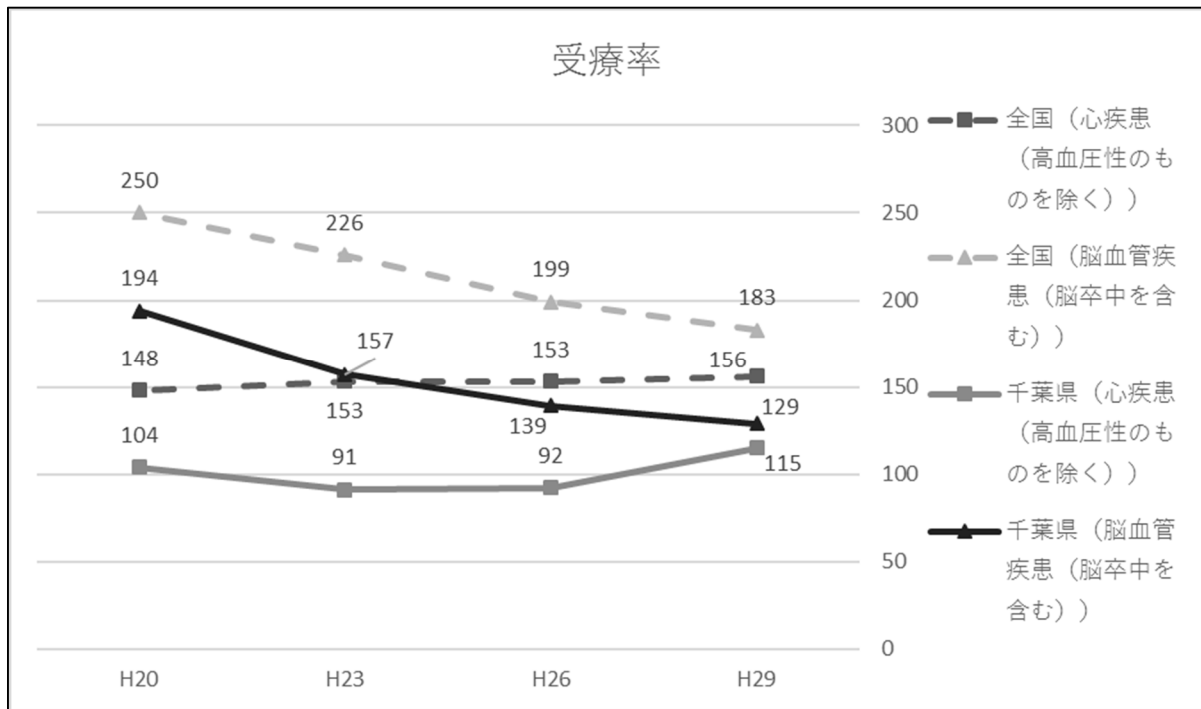
資料：令和元年人口動態調査（厚生労働省）

3 受療率（全体）

(1) 受療率（全症例）

人口規模を調整した上での患者の状況がわかる受療率*（人口10万人対）をみると、全体的には全国・千葉県ともに増減はあるもののほぼ横ばいとなっています。（データの出典は、一部の医療機関を対象とした調査によるものであるため、データの取り扱いには注意が必要です。）

図表 1-4-3-1 受療率（全体）



資料：患者調査（厚生労働省）

4 健康寿命

健康寿命とは、一生のうち、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことです。

平均寿命と健康寿命の差の期間は日常生活に制限のある期間と言えます。

平成28年の千葉県の健康寿命は男性72.37年、女性75.17年となっています。全国は男性72.14年、女性74.79年であり、千葉県の全国順位は概ね中位であり、男性が13位、女性が18位となっています。

一方で、平成27年度の千葉県の平均寿命は男性80.96年、女性は86.91年となっています。

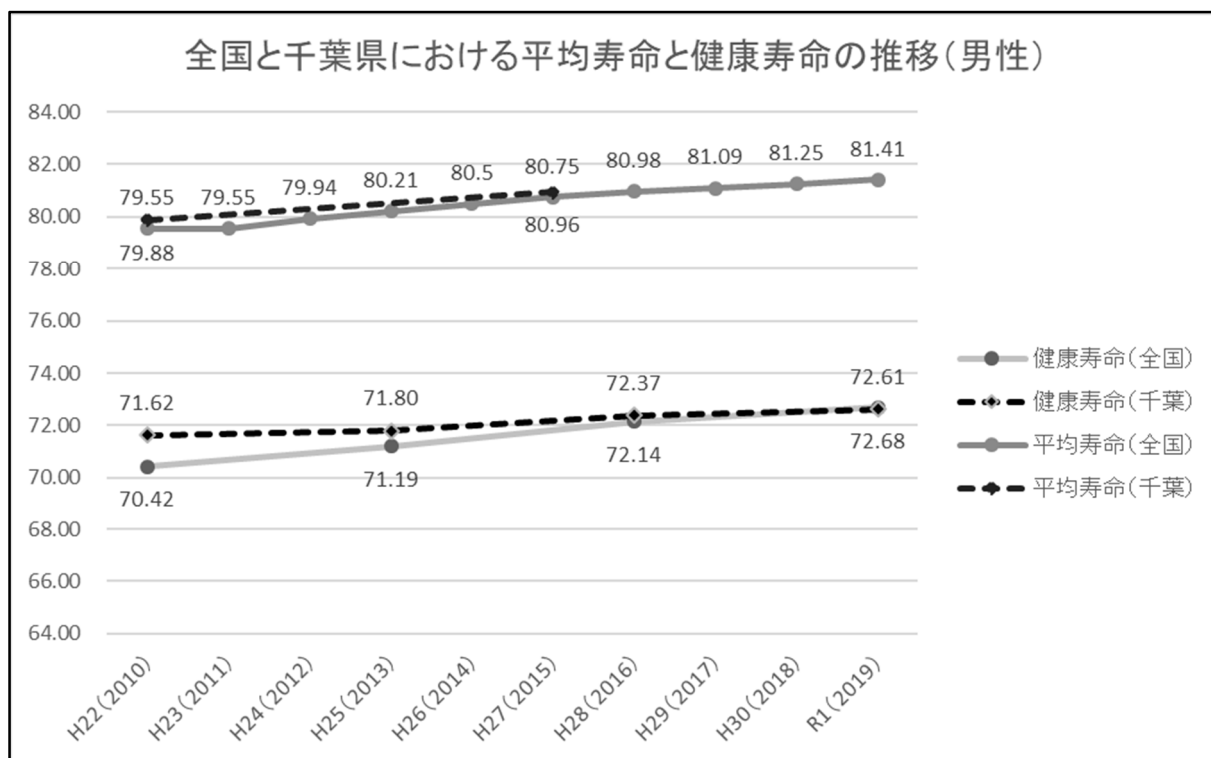
全国平均は男性80.77年、女性87.01年であり、千葉県の全国順位は男性が16位、女性が30位と健康寿命と同様に概ね中位となっています。

全国のデータでは、令和元年度のデータにより平均寿命と健康寿命の差を算定することができ、男性は8.73年、女性は12.07年です。

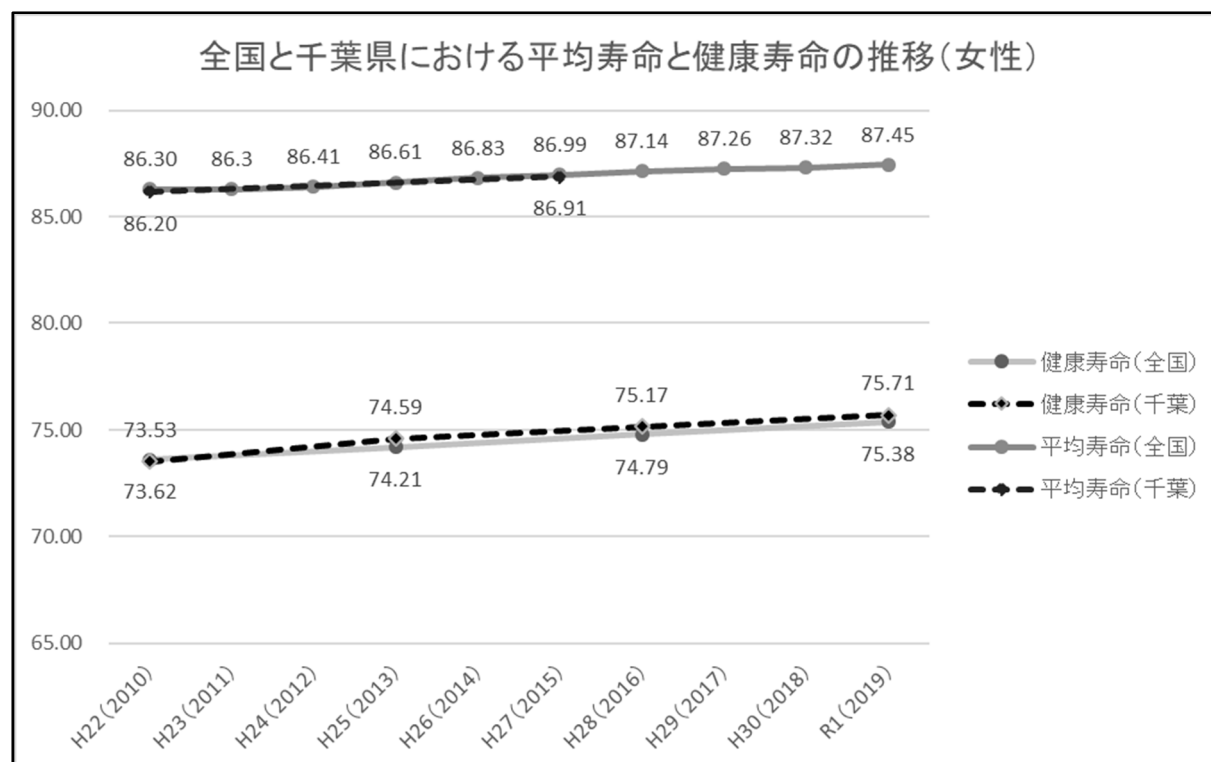
都道府県別データは直近データが平成27年度となりますが、本県での平均寿命と健康寿命の差は男性が8.59年、女性が11.74年です。

平均寿命の延伸が見られる中、健康寿命を延ばしていくことが重要です。

図表 1-4-4-1 全国と千葉県における平均寿命と健康寿命の推移（男性）



図表 1-4-4-2 全国と千葉県における平均寿命と健康寿命の推移（女性）



資料：平均寿命：令和元年千葉県衛生統計年報

健康寿命：厚生労働省「第16回健康日本21（第二次）推進専門委員会」

第5節 千葉県の地域特性

1 二次保健医療圏とは

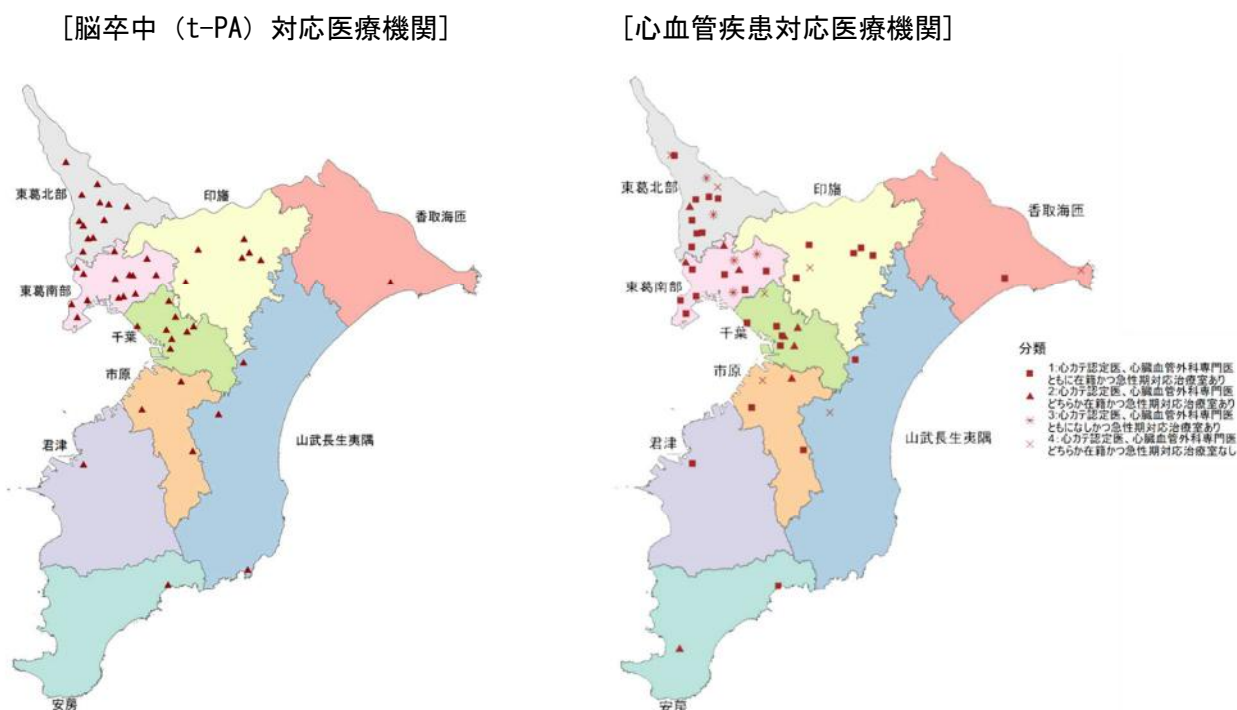
二次保健医療圏とは、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づく区域で特殊な医療を除く病院の病床の整備を図るべき地域的単位として設定するもので、医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供していくための圏域です。

設定に当たっては地理的条件及び交通事情等の社会的条件を考慮し、9つの二次保健医療圏を設定しているところです。

2 二次保健医療圏ごとの医療機関の配置

脳卒中及び心血管疾患の救急受入が可能な医療機関の分布は以下のとおりであり、県内の分布には差があります。

表 1-5-2-1 脳卒中及び心血管疾患の救急受入対応医療機関の分布



資料：循環器病対策実態調査

3 二次医療圏ごとの高齢化

千葉県の高齢化の状況は地域ごとに異なっています。既に高齢化が進んでいる地域では高齢化率の推移予測は緩やかに上昇していますが、高齢者数は減少していきます。

一方で、現時点ではあまり高齢化が進んでいない東京に近い地域では高齢化率も高齢者数も増加が見込まれます。

表 1-5-3-1 総人口の推移（圏域別）

圏域	2020 年 令和 2 年	2025 年 令和 7 年	2045 年 令和 27 年	増加数 2020→2045	増加率 2020→2045
千葉	982,165	978,782	905,240	▲ 76,925	▲ 7.8%
東葛南部	1,762,249	1,763,185	1,676,622	▲ 85,627	▲ 4.9%
東葛北部	1,370,858	1,367,046	1,269,745	▲ 101,113	▲ 7.4%
印旛	708,046	698,898	615,002	▲ 93,044	▲ 13.1%
香取海匝	260,119	239,265	159,718	▲ 100,401	▲ 38.6%
山武長生夷隅	411,016	385,723	277,215	▲ 133,801	▲ 32.6%
安房	120,525	112,324	80,410	▲ 40,115	▲ 33.3%
君津	323,302	317,063	276,491	▲ 46,811	▲ 14.5%
市原	266,371	255,884	202,920	▲ 63,451	▲ 23.8%

表 1-5-3-2 65歳以上の高齢者人口の推移（圏域別）

圏域	2020 年 令和 2 年	2025 年 令和 7 年	2045 年 令和 27 年	増加数 2020→2045	増加率 2020→2045
千葉	265,464	272,842	331,570	66,106	24.9%
東葛南部	432,334	442,948	553,821	121,487	28.1%
東葛北部	382,226	391,247	452,903	70,677	18.5%
印旛	203,475	212,490	229,163	25,688	12.6%
香取海匝	92,701	91,376	73,523	▲ 19,178	▲ 20.7%
山武長生夷隅	149,401	151,325	134,335	▲ 15,066	▲ 10.1%
安房	51,276	49,341	39,298	▲ 11,978	▲ 23.4%
君津	98,096	99,233	98,484	388	0.4%
市原	78,923	79,946	75,702	▲ 3,221	▲ 4.1%

資料：国勢調査（総務省）

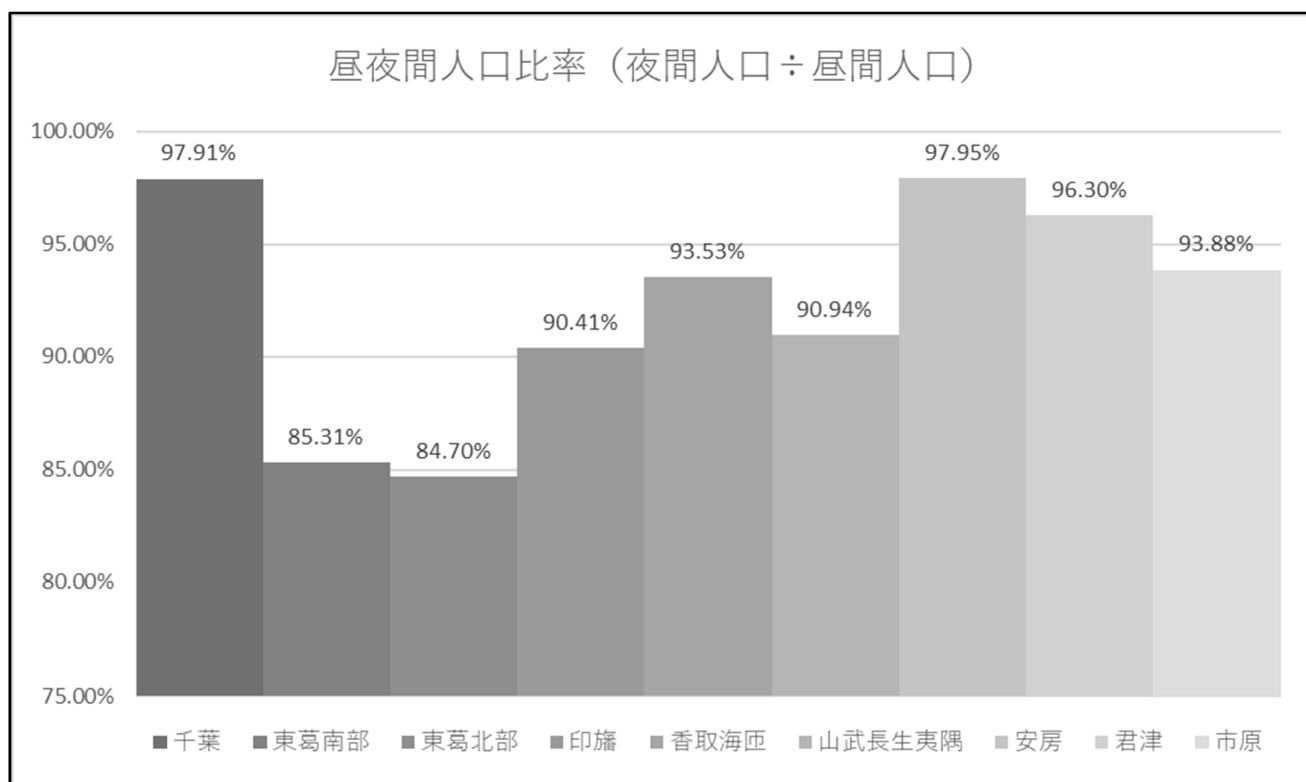
4 昼夜間人口比率

千葉県の昼間人口と夜間人口の差は、地域ごとに異なる特徴があります。

二次保健医療圏毎では、東葛南部・東葛北部では20万人ほどの昼夜の差があります。多くの人が東京都内をはじめとした他の二次保健医療圏に通勤・通学などで移動するため、昼間の人口は少なくなっています。

一方、千葉保健医療圏では、他の地域への流出があるものの、県内の他市町村からの流入もあるため、東葛南部・東葛北部と比べ、昼間人口と夜間人口の差があまり大きくありません。

表 1-5-4-1 昼夜間人口比率



資料：平成27年国勢調査 従業地・通学地集計 従業地・通学地による人口・就業状態等集計

（総務省統計局）

第6節 循環器病に関する状況

1 患者数

千葉県での平成29年の脳血管疾患の推計患者数は8.1千人（全国231.9千人）で、最近10年程度は全国・千葉県とも減少の傾向にあります。

一方、千葉県での平成29年の心疾患の推計患者数は7.2千人（全国198.2千人）で、ここ15年では大きな変化はなく、直近の平成29年は前回調査の平成26年と比べ増加しています。

図1-6-1-1 患者調査（脳血管疾患）

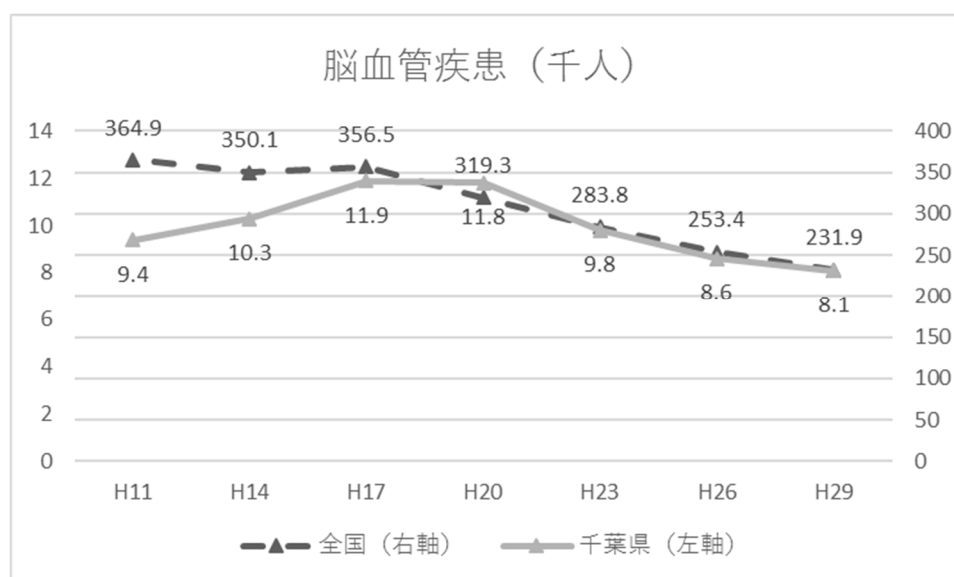
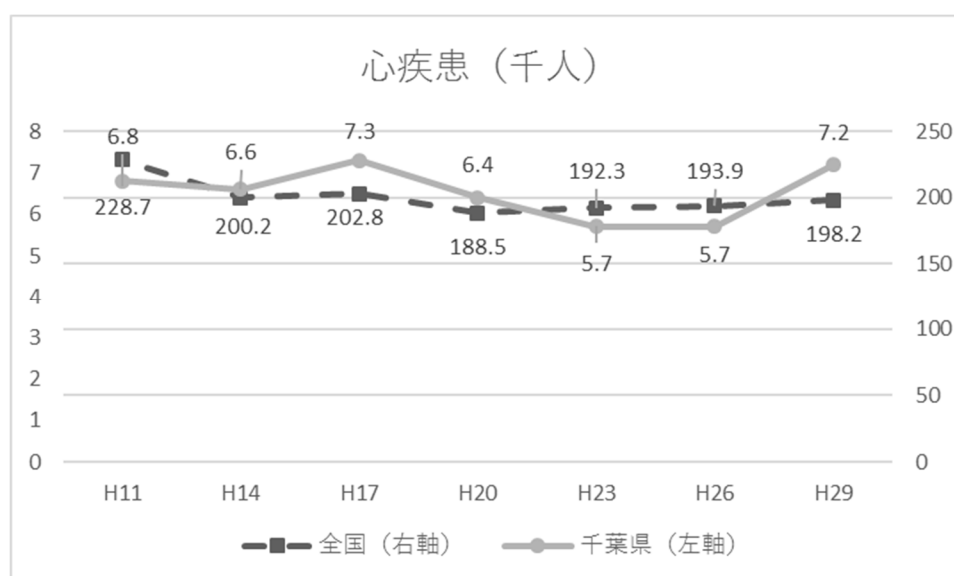


図1-6-1-2 患者調査（心疾患）



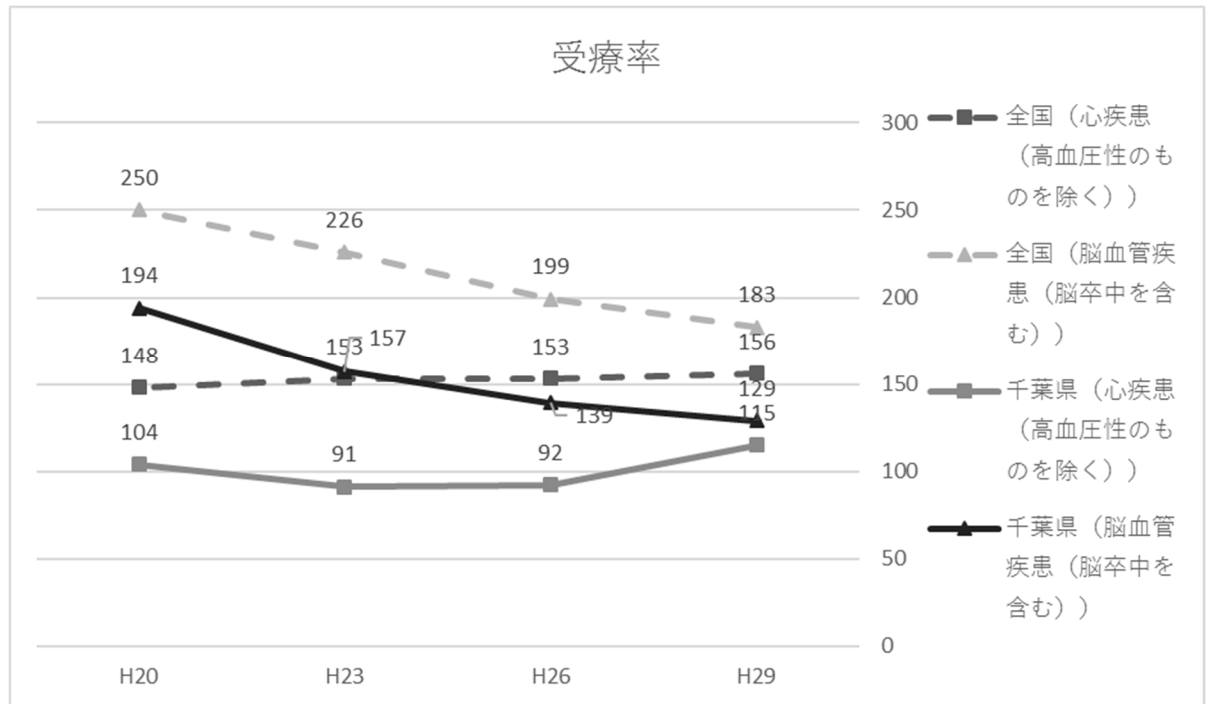
資料：患者調査（厚生労働省）

（※患者数は厚生労働省が患者調査において推計した推計値を記載）

2 受療率

脳血管疾患の受療率は全国・千葉県ともに減少傾向にありますが、心疾患は上昇傾向にあります。

図表 1-6-2-1 脳血管疾患・心疾患の受療率



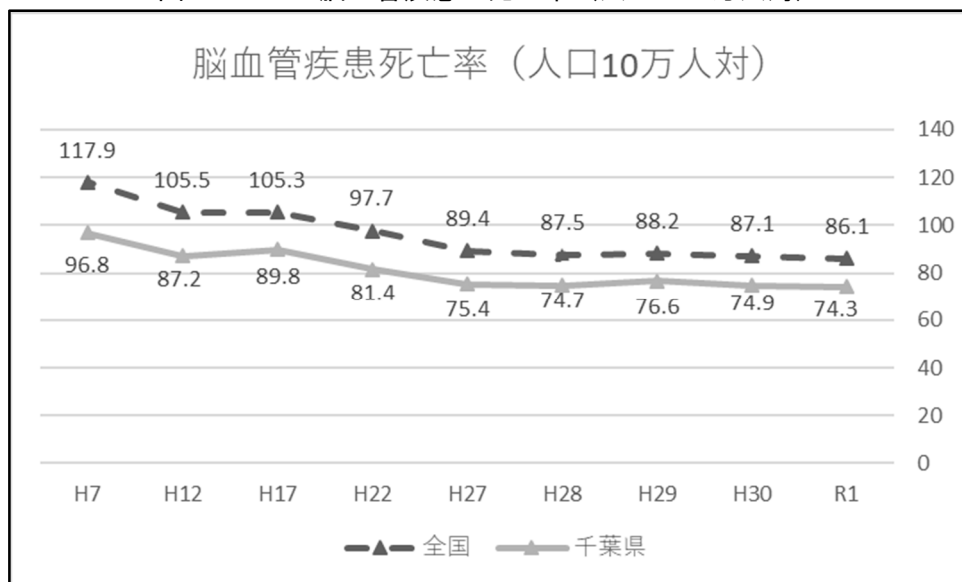
資料：患者調査（厚生労働省）

3 死亡率の推移

(1) 脳卒中の死亡率

脳血管疾患の死亡率（人口10万人対）は全国平均よりも千葉県の方が低い傾向にあり、全体としても減少の傾向にあります。

図 1-6-3-1 脳血管疾患の死亡率（人口10万人対）

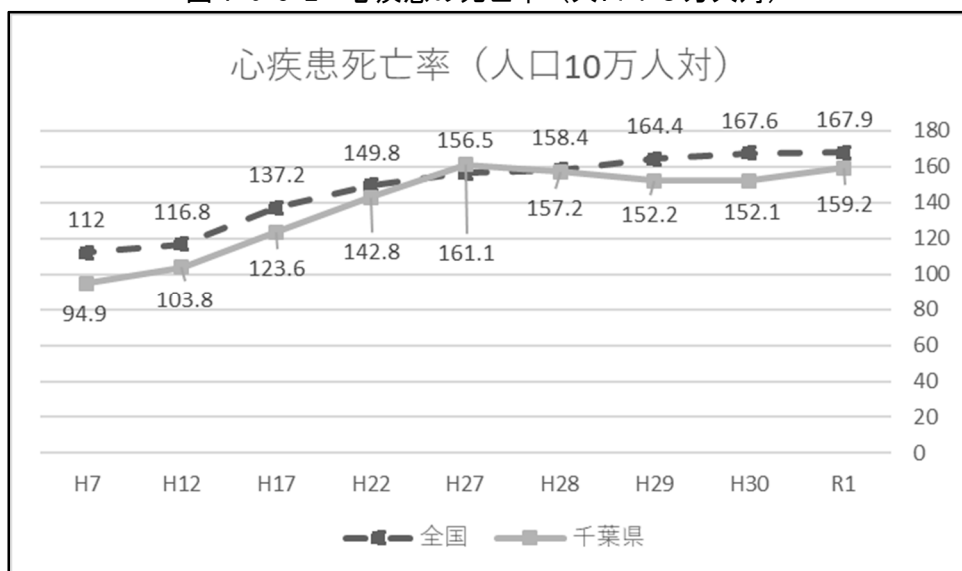


資料：人口動態調査（厚生労働省）

(2) 心疾患の死亡率

一方、心疾患の死亡率（人口10万人対）は脳卒中とは異なり、増加傾向にあります。

図 1-6-3-2 心疾患の死亡率（人口10万人対）



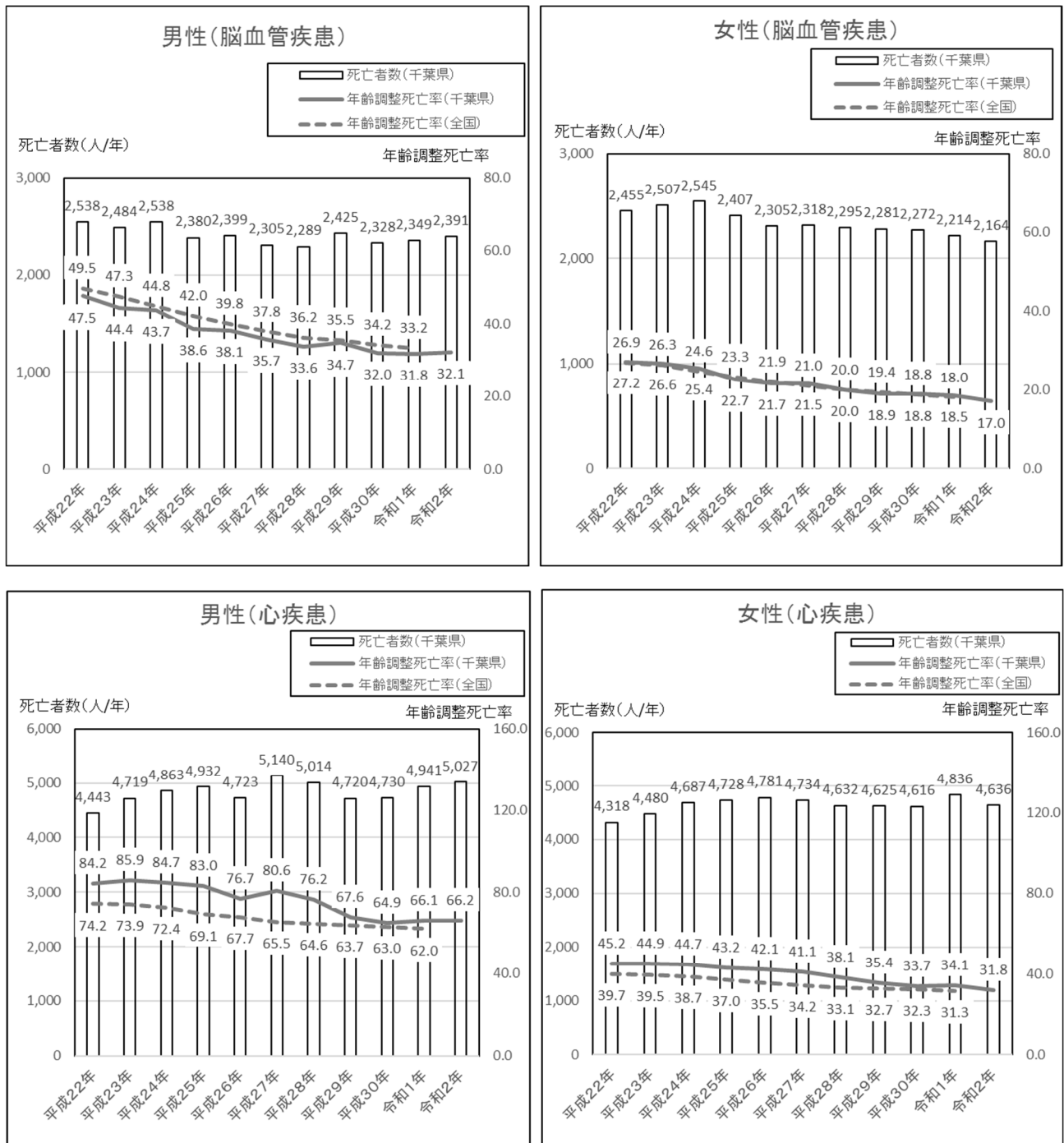
資料：人口動態調査（厚生労働省）

4 年齢調整死亡率

(1) 千葉県における年齢調整死亡率の推移

千葉県における脳血管疾患及び心疾患の年齢調整死亡率は以下のとおりです。脳血管疾患及び心疾患ともに減少傾向にあります。直近10年間の年齢調整死亡率の減少率については、脳血管疾患が男性32%、女性38%であるのに対し、心疾患は男性21%、女性30%であり脳血管疾患の減少率の方が高くなっています。

図1-6-4-1 千葉県における年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態調査結果より千葉県作成

(2) 都道府県別の年齢調整死亡率について

人口動態統計特殊報告（厚生労働省）によると、脳血管疾患の平成27年年齢調整死亡率（人口10万人対）は男性35.8（全国37.8）、女性21.7（全国21.0）となっています。

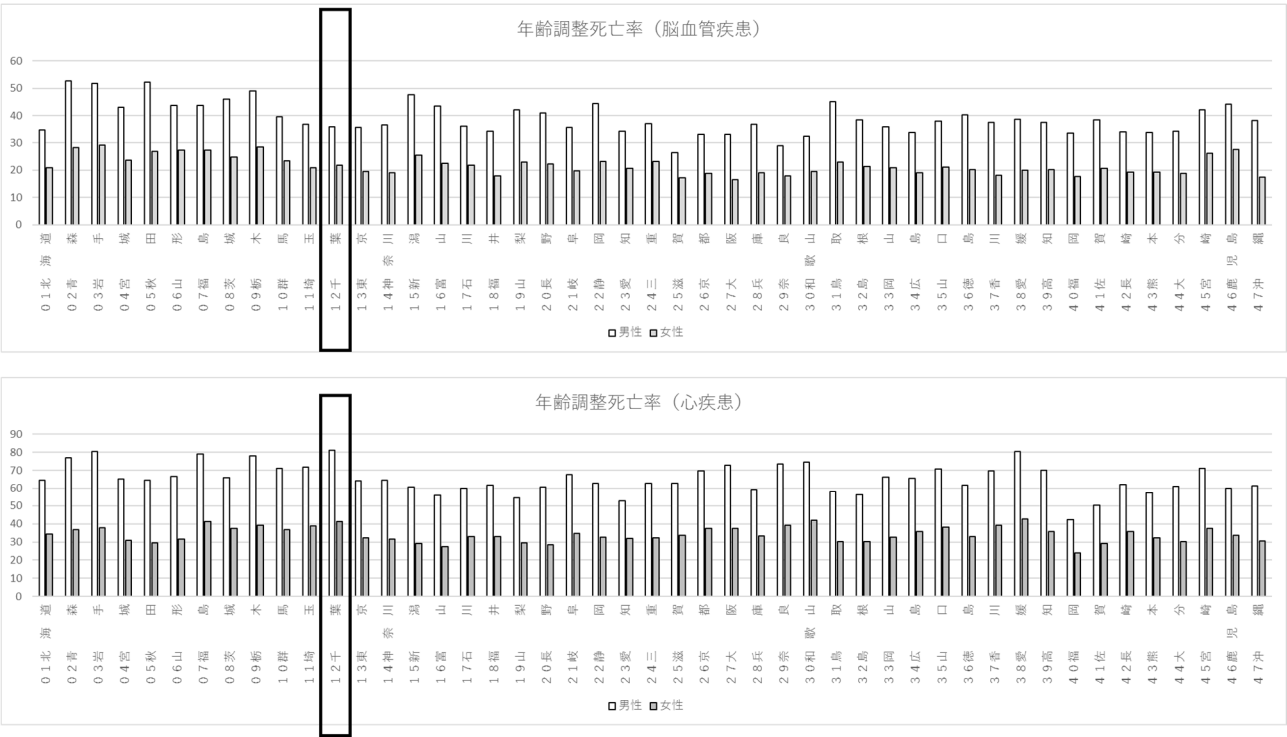
全国の順位は男性31位、女性20位であり、比較すると概ね平均ではありますが、男性はやや低く、女性はやや高くなっています。

一方、心疾患の平成27年年齢調整死亡率（人口10万人対）は男性81.0（全国65.4）、女性41.3（全国34.2）となっています。

全国の順位は男性1位、女性3位であり、全国の中でも高い順位につけています。

※人口動態調査結果を元に県で算出した「(1)千葉県における年齢調整死亡率の年次推移」の数値と、人口動態統計特殊報告を基にした「(2)都道府県別の年齢調整死亡率」の数値は計算基礎となる人口データの端数処理の違い等から一致しないことがあります。

図1-6-4-2 都道府県別の年齢調整死亡率



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

5 主要死因における循環器病の割合

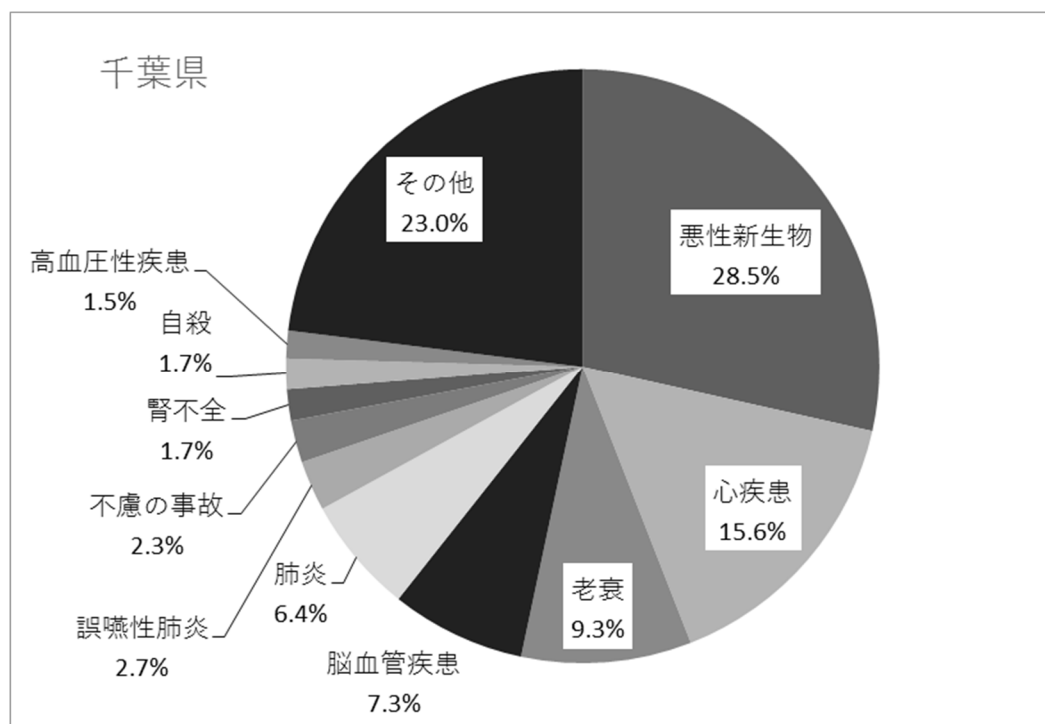
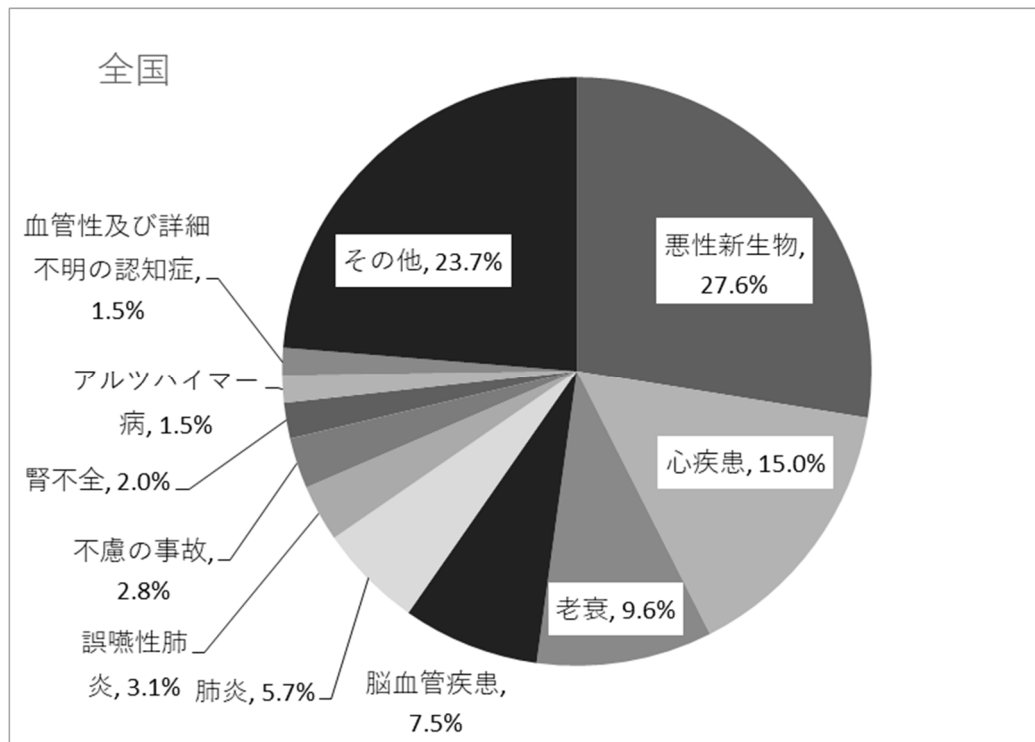
(1) 死因別死亡率

本県の令和2年の死因別死亡数をみると、上位10位までの死因は全国とほぼ同じ順位であり、第1位 悪性新生物（がん）（死亡総数に占める割合28.5%）、第2位 心疾患（同15.6%）、第3位 老衰（同9.3%）となっています。

このうち、循環器病が占める割合は22.9%であり、全国の22.5%と大きく変わらない状態となっています。

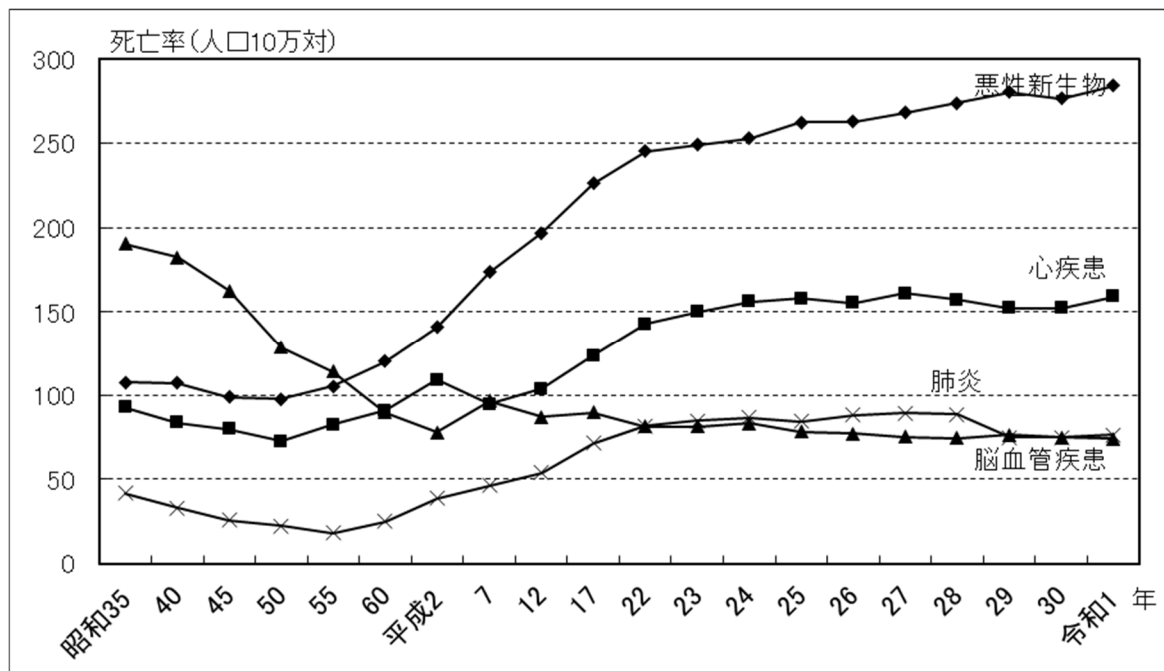
図表 1-6-5-1 死亡総数に占める割合（上位10位）

順位	全国			千葉県		
	死因	死亡数 (人)	構成割合 (%)	死因	死亡数 (人)	構成割合 (%)
1	悪性新生物（がん）	378,385	27.6%	悪性新生物（がん）	17,709	28.5%
2	心疾患	205,596	15.0%	心疾患	9,663	15.6%
3	老衰	132,440	9.6%	老衰	5,758	9.3%
4	脳血管疾患	102,978	7.5%	脳血管疾患	4,555	7.3%
5	肺炎	78,450	5.7%	肺炎	3,953	6.4%
6	誤嚥 ^{えん} 性肺炎	42,746	3.1%	誤嚥 ^{えん} 性肺炎	1,695	2.7%
7	不慮の事故	38,133	2.8%	不慮の事故	1,425	2.3%
8	腎不全	26,948	2.0%	腎不全	1,065	1.7%
9	アルツハイマー病	20,852	1.5%	自殺	1,050	1.7%
10	血管性及び詳細不明 の認知症	20,815	1.5%	高血圧性疾患	935	1.5%
死亡総数		1,372,755			62118	



資料：令和2年人口動態調査（厚生労働省）

図表 1-6-5-2 主な死因別死亡率の推移（千葉県）



資料：人口動態調査（厚生労働省）

6 介護が必要になった主な原因と循環器病

(1) 介護が必要になった主な原因

令和元年の国民生活基礎調査によると、介護が必要となった主な原因別（10万人対）では、脳血管疾患（脳卒中）が16,095、心疾患が4,542で、合計すると認知症の17,578よりも多くなっています。

日常生活の自立の状況をみると、「1日中ベッドの上で過ごし、排せつ、食事、着替えにおいて介助を要する」の項目のうち、全体の約4分の1は脳卒中を原因として介護が必要となった方が占めています。また、脳卒中が主な原因となっている方のうち、約13.3%が「1日中ベッドの上で過ごし、排せつ、食事、着替えにおいて介助を要する」となっており、他疾患より介護度が高くなりやすいことが伺えます。

一方、心疾患が主な原因となっている方のうち、「1日中ベッドの上で過ごし、排せつ、食事、着替えにおいて介助を要する」方は約8.9%となっており、脳卒中と比較すると介護度が低い傾向があります。

図 1-6-6-1 介護が必要となった主な原因（介護を要する者数10万対）

介護が必要となった主な原因	総数	何らかの障害等 を有するが、日常生活は ほぼ自立しており独力で 外出できる	屋内での生活はおおむね自立 しているが、介助なし には外出できない	屋内での生活は何らかの 介助を要し、日中もベ ッド上での生活が主体 であるが座位を保つ	1日中ベ ッド上 で過 ごし、 排せ つ、食 事、着 替えに おいて 介助を 要する	不詳
総数	100,000	23,499	37,124	15,275	8,433	15,669
脳血管疾患（脳卒中）	16,095	3,413	5,724	2,883	2,150	1,924
心疾患（心臓病）	4,542	1,093	1,699	594	408	748
悪性新生物（がん）	2,613	888	844	329	237	316
呼吸器疾患	2,654	393	857	258	587	559
関節疾患	10,786	3,918	3,435	979	319	2,134
認知症	17,578	2,500	7,959	3,376	1,413	2,330
パーキンソン病	2,345	460	1,089	332	190	275
糖尿病	2,521	785	930	302	181	322
視覚・聴覚障害	1,352	311	656	167	-	218
骨折・転倒	12,530	2,826	4,400	2,313	870	2,121
脊髄損傷	1,532	347	508	324	228	124
高齢による衰弱	12,822	3,345	4,860	1,513	861	2,244
その他	9,146	2,399	3,222	1,493	889	1,143
わからない	1,073	344	277	96	30	326
不詳	2,413	479	665	314	70	884

資料：国民生活基礎調査（厚生労働省）

7 循環器病の治療に関わる医療従事者の状況

(1) 医師数

本県の医療施設従事医師数は、令和2年末現在、全国で9番目に多い12,935人となっています。

しかしながら、令和元年度に厚生労働省が医師の偏在の状況を客観的に示す指標として算出した、人口10万人当たりの医師数をベースに、地域の医療ニーズや医師の性、年齢別構成等を加味して「医師偏在指標」では、千葉県の値は、多い順に全国第38位と低位であり、相対的に医師の少ない「医師少数県」とされています。なお、人口10万人対の医師数では43位です。

また、脳卒中に係る急性期診療を中心的に担う「神経内科」、「脳神経外科」、「麻酔科」及び心血管疾患に係る急性期診療を中心的に担う「循環器内科」、「心臓血管外科」の診療科の医師数は下表のとおりです。

図表 1-6-7-1 循環器病に係る急性期診療科別の医療施設従事医師数

		総数	循環器内科	心臓血管外科	神経内科	脳神経外科	麻酔科
医師数 (人)	千葉県	12,935	451	144	221	284	379
	全国	323,700	13,026	3,222	5,758	7,349	10,277
人口 10万人対	千葉県	205.8	7.2	2.3	3.5	4.5	6.0
	全国	256.6	10.3	2.6	4.6	5.8	8.1
	順位	43	35	24	31	35	38
医師 偏在 指標	千葉県	197.1	—	—	—	—	—
	全国	239.8	—	—	—	—	—
	順位	38	—	—	—	—	—

資料：〔医療施設従事医師数〕令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

「診療科名(主たる)別にみた医療施設に従事する医師数」(厚生労働省)

〔人口10万人対〕「令和2年国勢調査に関する不詳補完結果(参考表)」(総務省統計局)

〔医師偏在指標〕厚生労働省提供資料

(2) 医師以外の医療従事者の数

循環器病の治療に携わるのは医師だけではなく、看護師のほか、リハビリテーション専門職(P T、O T、S T)など複数の職が治療に関わることになります。

その医師以外の医療従事者についても、人口10万人対で見ると全国よりも少ない水準にあります。

図表 1-6-7-2 医師以外の医療従事者数

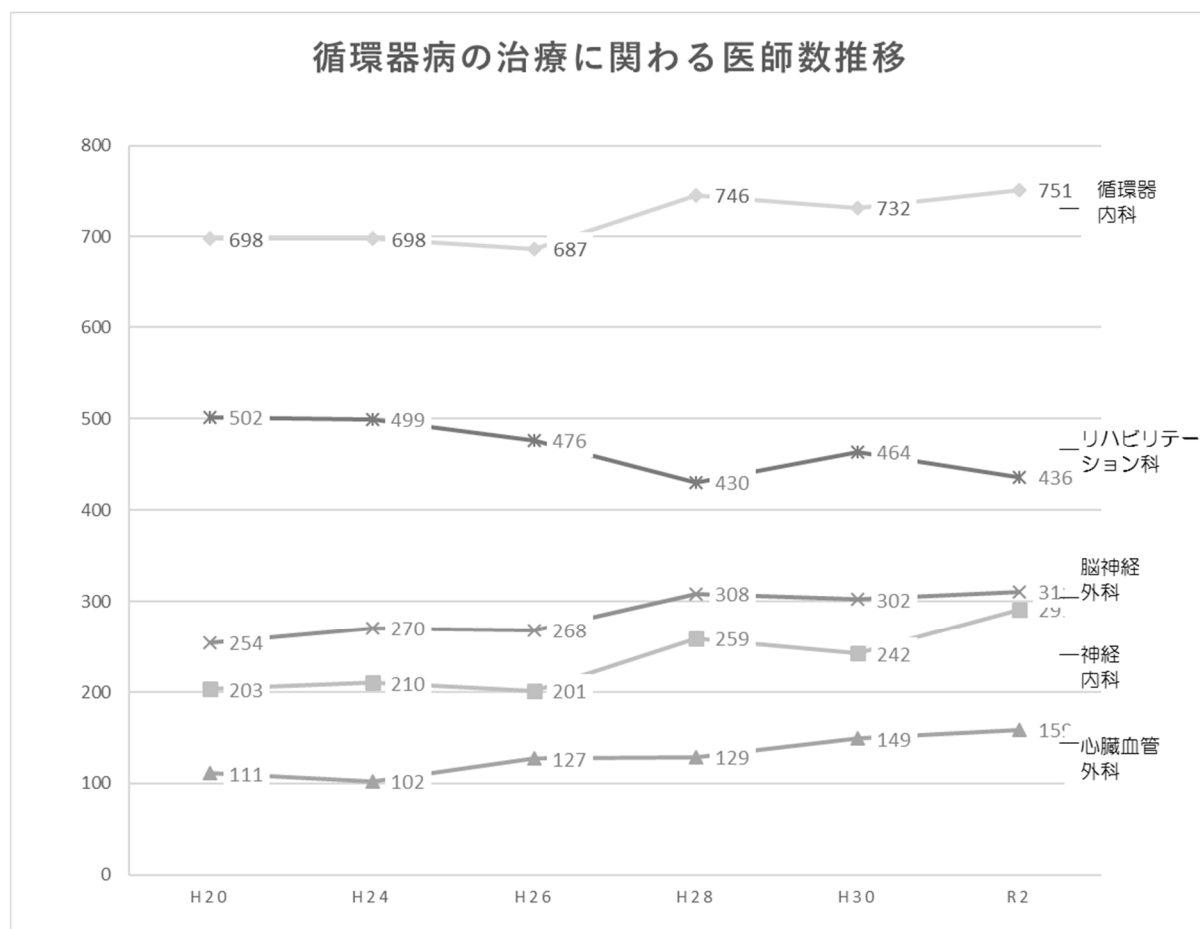
		看護師	理学療法士（PT）	作業療法士（OT）	言語聴覚士（ST）	社会福祉士
従事者数（人）	千葉県	31,985	3,949	1,793	619	554
	全国	827,451	84,459	47,854	16,799	14,643
人口10万人対	千葉県	509.0	62.8	28.5	9.8	8.8
	全国	655.9	67.0	37.9	13.3	11.6

資料：医療施設調査（厚生労働省）

(3) 医師数の推移

循環器病の治療に関わる医師数は、ここ10年では増加傾向にあります。

図 1-6-7-3 循環器病の治療に関わる医師数推移



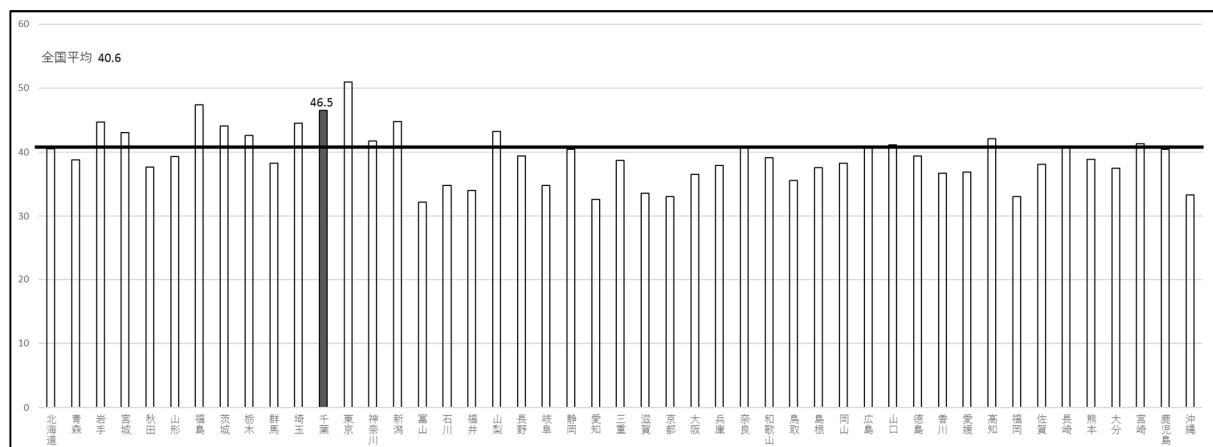
出典：医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（千葉県）

8 救急搬送の状況

(1) 救急搬送平均時間

令和2年中の千葉県における全ての救急搬送の救急搬送時間（救急要請から病院収容まで）の平均は46.5分で、全国平均40.6分より5.9分長くなり、平均搬送時間順では全国第45位となっています。

図表 1-6-8-1 救急搬送平均時間（全国）



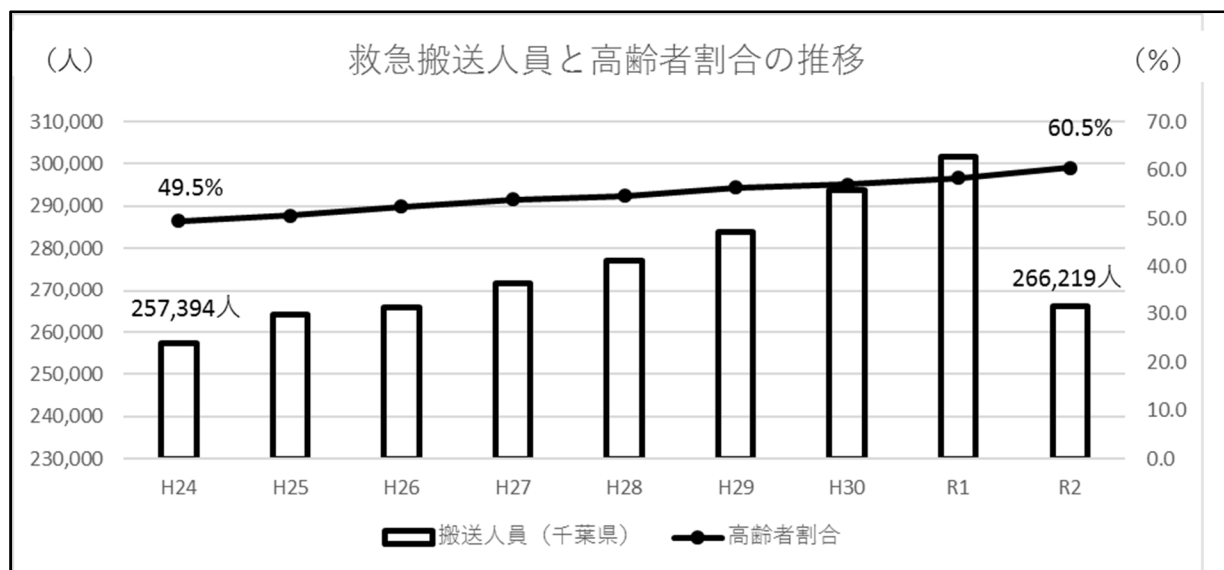
資料：令和3年度版救急救助の現況（消防庁）

(2) 搬送人員と高齢者割合の推移

令和2年中の千葉県における救急搬送人員は、266,219人となっています。

そのうち、高齢者（65歳以上）が全体の60.5%を占めており、年々高齢者割合が増加しています。

図表 1-6-8-2 救急搬送人員と高齢者割合の推移（千葉県）

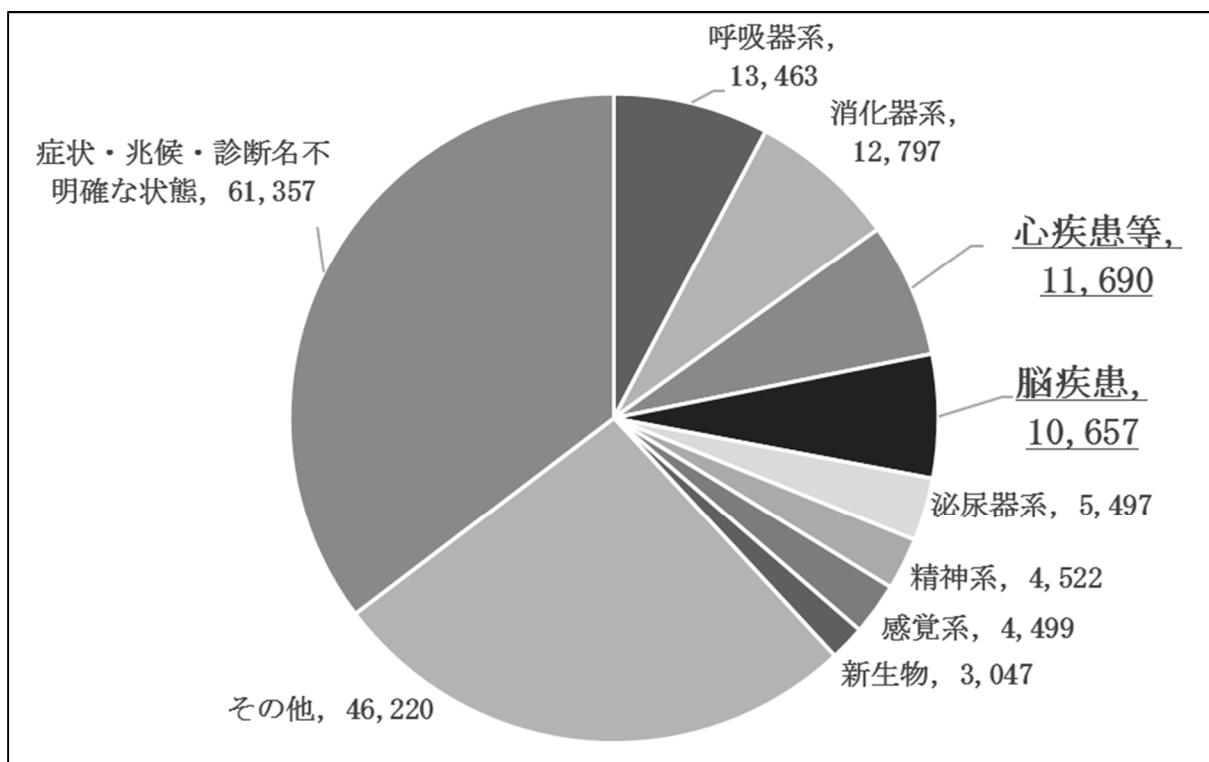


資料：令和3年度版救急救助の現況（消防庁）

(3) 疾病分類別の搬送人員

令和2年中の千葉県における急病の搬送人員は173,749人であり、疾病分類別でみると心疾患等は11,690人、脳疾患は10,657人となっています。

図表 1-6-8-3 急病にかかる疾病分類別搬送人員（千葉県）

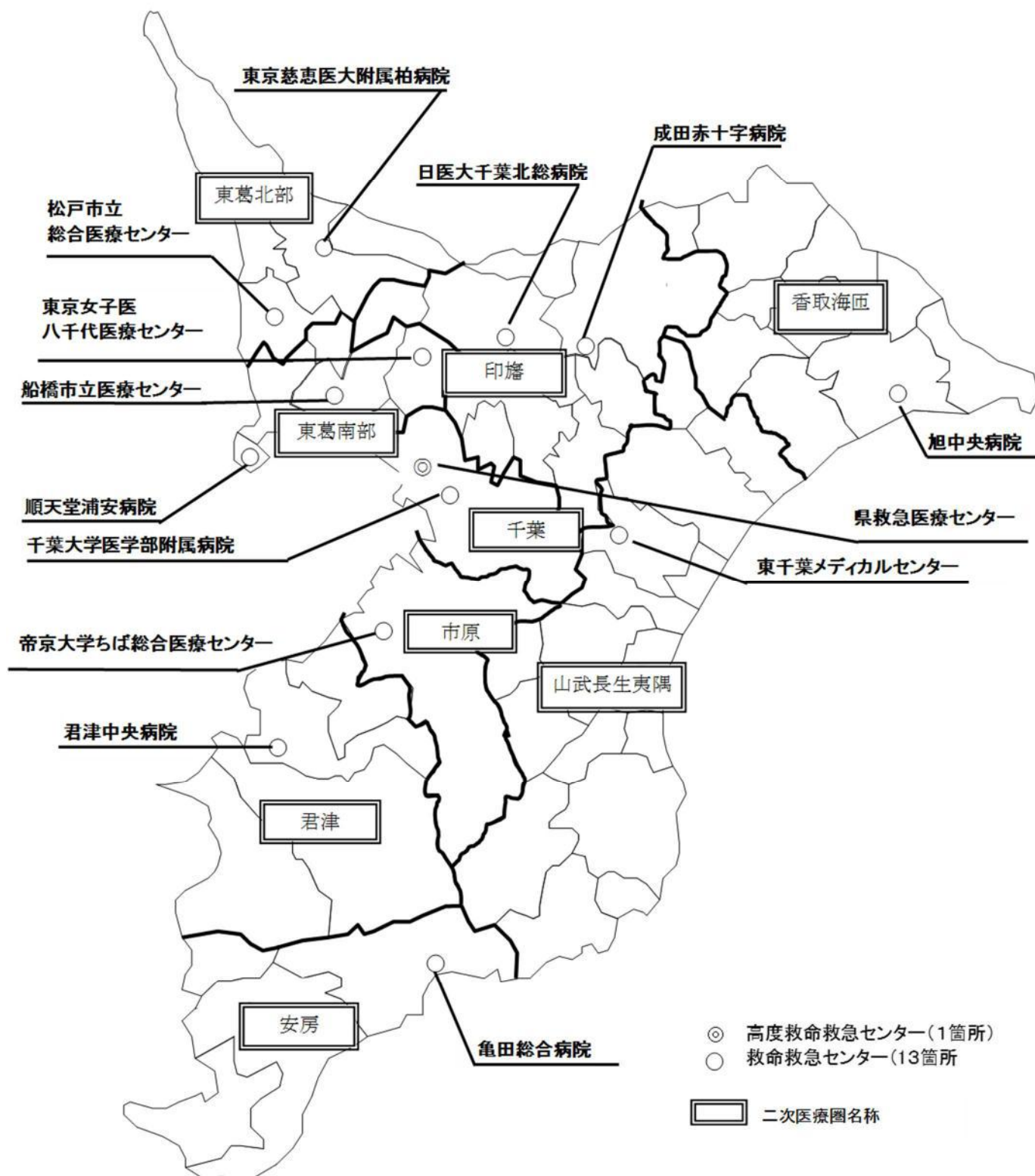


資料：消防庁統計調査系システム

(4) 三次救急医療体制について

大動脈解離やくも膜下出血を始めとした重篤救急患者に対して迅速な救命医療を提供する三次救急医療体制として、24時間応需体制の高度救命救急センター（1箇所）及び救命救急センター（13箇所）を図表1-6-8-4のとおり整備しています。

図表 1-6-8-4 千葉県内の高度救命救急センター及び救命救急センター



【ドクターヘリ及びドクターカー】

医師等が現場に急行し、速やかな救命医療の開始と高度な医療機関への迅速な収容により、重篤患者の救命率向上及び後遺症の軽減を図ることを目的に、ドクターヘリを日本医科大学千葉北総病院（平成13年10月から）と、国保直営総合病院君津中央病院（平成21年1月から）に配備しています。

また、救急患者の救命率向上を目的に、救急現場及び搬送途上で応急処置を行うドクターカーが、救命救急センターのうち10箇所に整備されています。

さらに、医師をいち早く現場に到着させ、速やかに治療を開始することを目的としたラピッドカーが、3箇所に整備されています。

【メディカルコントロール体制】

救急現場から医療機関までの搬送体制の強化や救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質の向上など、病院前救護体制を充実するため、千葉県では平成14年11月から千葉県救急業務高度化推進協議会を設置し、全県的なメディカルコントロール体制について協議・調整を行っています。

なお、本県については、県内10地域に地域メディカルコントロール協議会が設置されています。

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、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」（以下「実施基準」という。）を平成23年度から運用しています。掲載内容については、関係機関への詳細な調査を踏まえ、適切な搬送先医療機関の選定に要する時間を短縮するため、実施基準の継続的な見直しに取り組んでいます。

救急救命士は、心肺停止状態などの重篤な傷病者に対し、医師の具体的な指示のもと、静脈路確保、気管挿管、薬剤投与などの救急救命処置を行うことができ、救命率の向上に大きな役割を果たすことから、救急救命士の技術・質の向上を図るため、研修への参加の促進や、病院実習を受け入れる医療機関の体制整備を図ります。

また、メディカルコントロールに従事する医師の資質向上を図るための研修への参加を促進します。

第7節 各疾患の現状

1 脳卒中とは

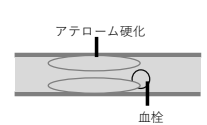
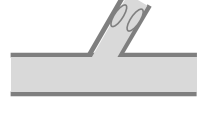
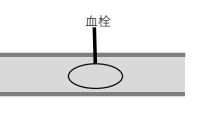


(1) 脳卒中の分類

脳卒中とは、脳の血管が詰まったり、破れたりすることによって脳の機能に障害が起きる病気の総称であり、大別すると「脳梗塞」、「脳出血」、「くも膜下出血」があります。

「脳梗塞」とは脳の血管が詰まることでおきる症状で、動脈硬化（アテローム硬化）により脳の太い血管が詰まる「アテローム血栓性脳梗塞」、主に高血圧を原因として脳の細い血管が詰まる「ラクナ梗塞」、心臓等でできた血栓（血の塊）が脳血管まで流れてきて血管が詰まる「心原性塞栓症」の3種類に大別できます。

「脳出血」とは脳の細い血管が破れることで出血するものであり、「くも膜下出血」とは、脳主幹動脈にできた脳動脈瘤（のうどうみゃくりゅう・脳の動脈にできたコブ）が破れて出血するものです。

図表 1-7-1-1 脳卒中の分類

脳卒中				
脳の血管が詰まる（脳梗塞）			脳の血管が破れる	
アテローム血栓性脳梗塞	ラクナ梗塞	心原性塞栓症	脳出血	くも膜下出血
脳の太い血管が詰まる	脳の細い血管が詰まる	心臓等でできた血栓（血の塊）が脳血管まで流れてきて血管が詰まる	脳の細い血管が破れることで出血する	脳動脈瘤（脳の動脈にできた瘤（コブ））が破れて出血する
				

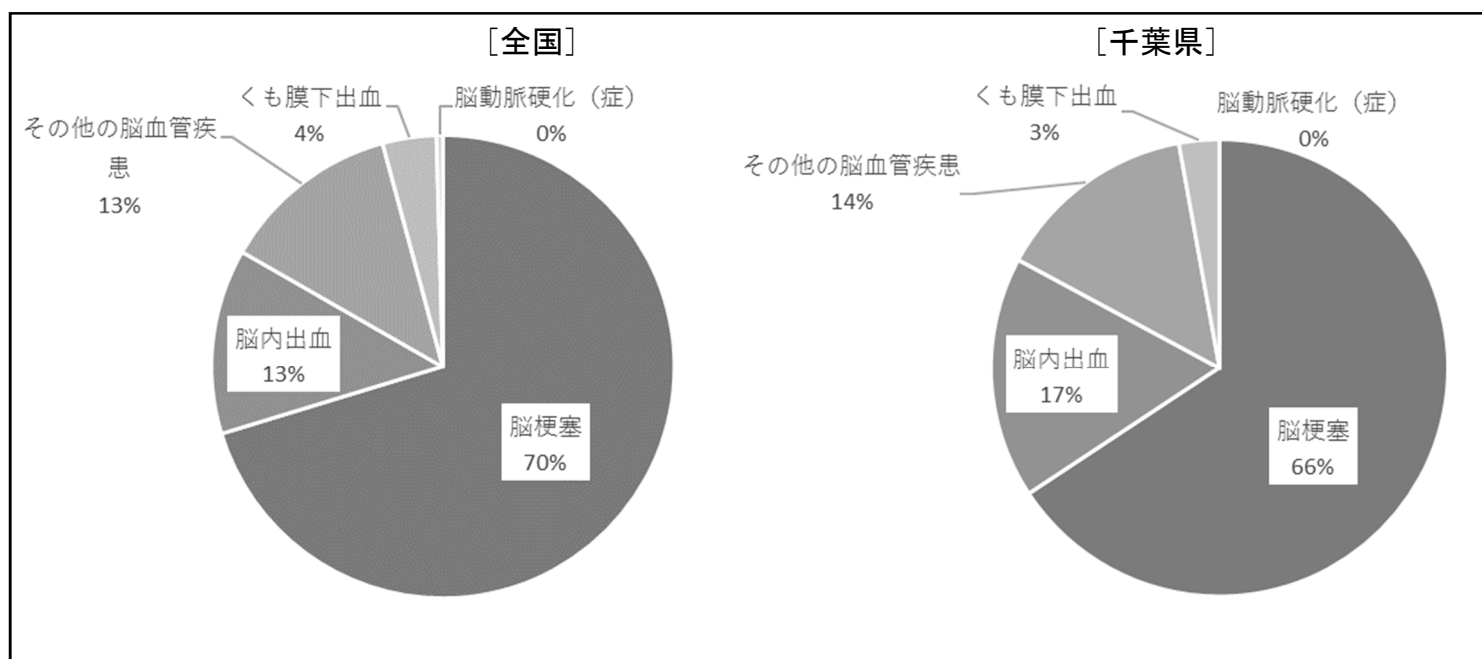
資料：脳卒中治療と仕事のお役立ちノート（厚労省）を参考に千葉県にて作成

(2) 脳卒中の患者数

令和元年の厚生労働省の患者調査によると、全国の脳血管疾患総患者数111.5万人のうち、脳梗塞の総患者数は78万6千人、脳出血は14万5千人、くも膜下出血は4万2千人、その他の脳血管疾患は14万5千人と推計されており、脳卒中患者の約7割は脳梗塞の患者が占めています。

千葉県では、脳血管疾患総患者数3万5千人のうち、脳梗塞の総患者数は2万3千人、脳出血は6千人、くも膜下出血は1千人、その他の脳血管疾患は5千人と推計されています。

図表 1-7-1-2 脳卒中の患者数割合

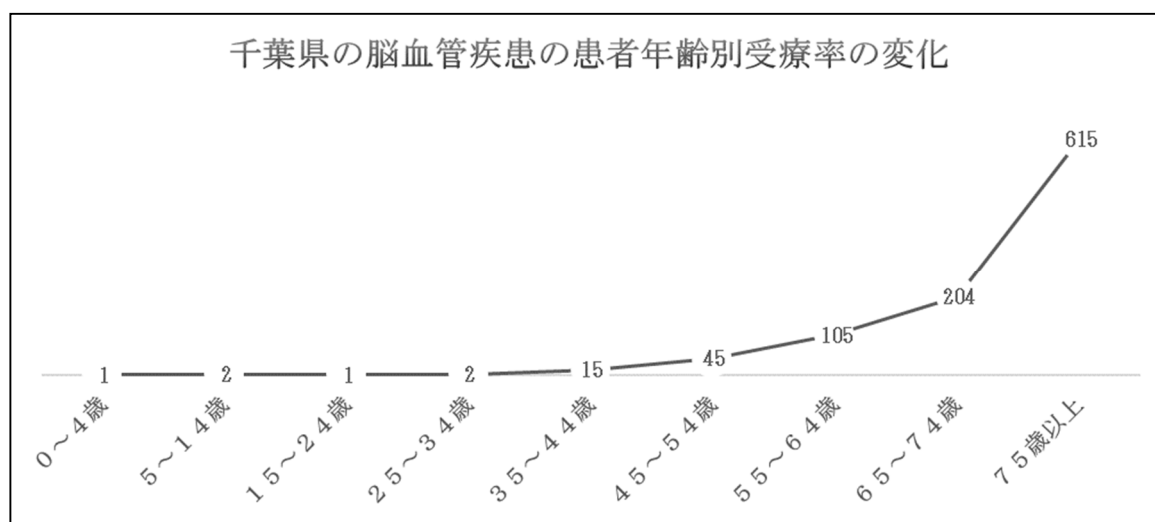


資料：患者調査（厚生労働省）

千葉県における脳卒中の年齢別の10万人当たり患者受療率は図表1-7-1-3のとおり、年齢を重ねるごとに受療率が上昇し、高齢化に伴い増加する疾患です。

65歳以上の脳卒中の10万人当たりの受療率は全国では562人ですが、千葉県では396人となっております。

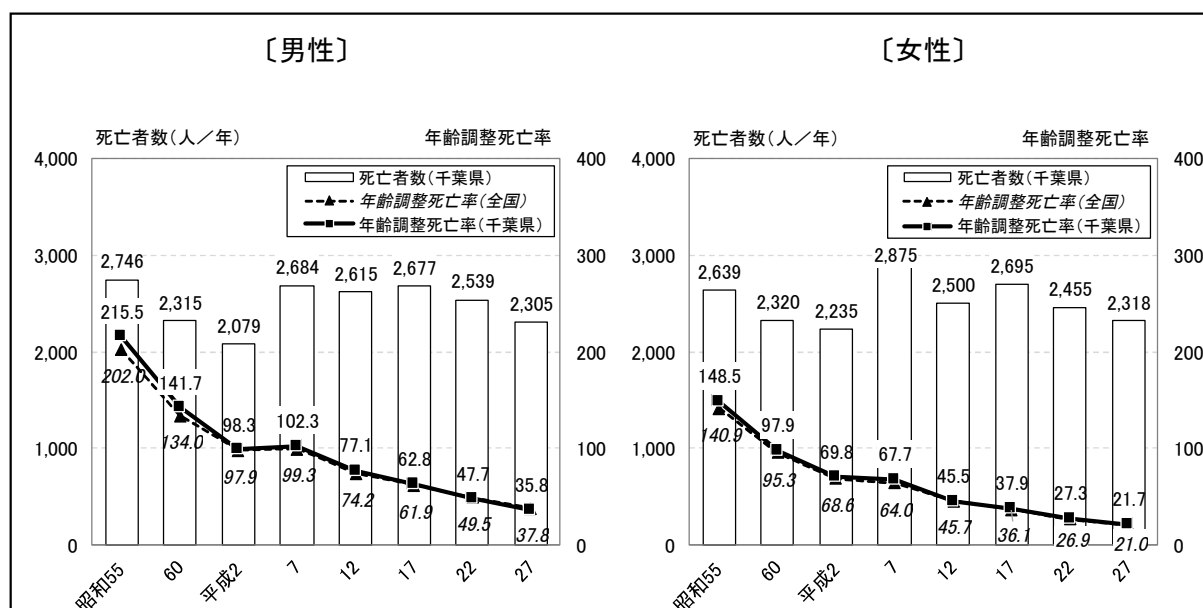
図表 1-7-1-3 脳血管疾患の患者年齢受療率の変化（千葉県）



資料：患者調査（厚生労働省）

人口動態統計特殊報告（平成27年）によると千葉県の脳卒中の人口10万人対の年齢調整死亡率は、男性35.8（全国37.8）で高い順に全国第31位、女性21.7（全国21.0）で第20位となっています。

図表 1-7-1-4 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）

(3) 脳卒中の症状

脳卒中の主な症状として、脳の組織が突然損傷されることで、頭痛、意識障害、運動感覚障害、言語障害、視力障害、視野障害等の様々な神経症状が生じることがあります。

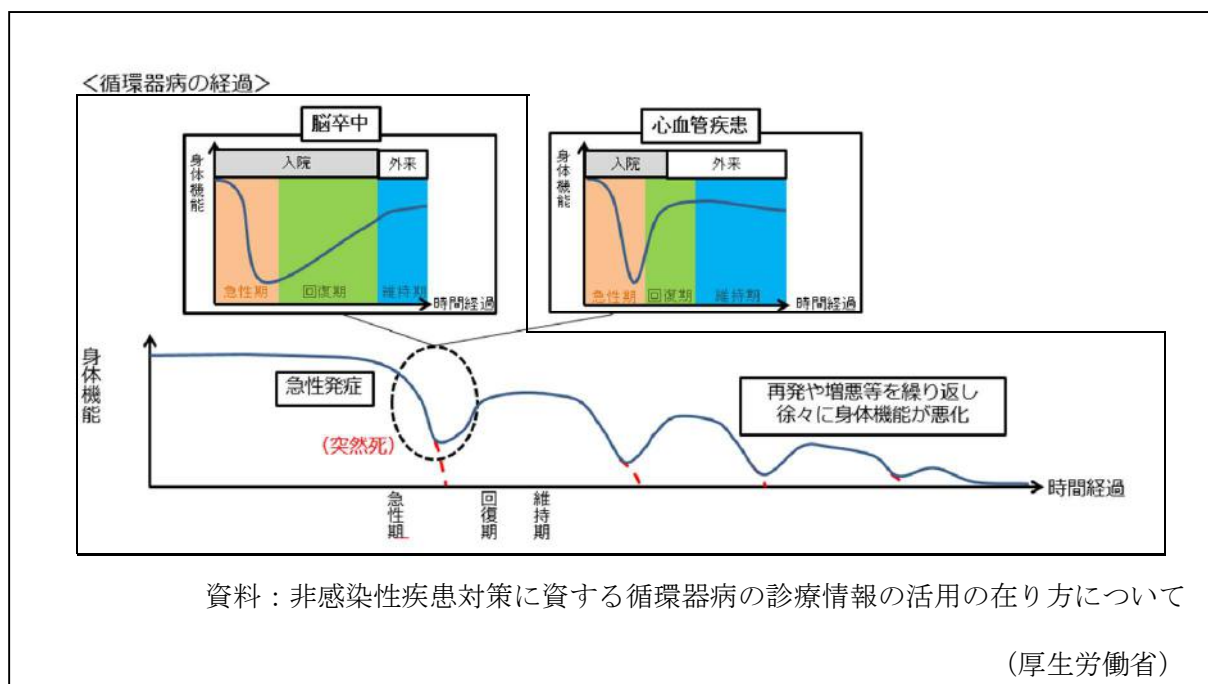
(4) 脳卒中の治療・経過について

脳卒中を発症してすぐに行う治療としては、詰まった血栓を溶かす等の「薬物療法」の他、カテーテルを入れて血栓を取り除く血栓回収療法や動脈瘤にコイルを挿入して出血を防ぐコイル塞栓術等の「脳血管内治療」、脳内で出血してしまっている場合に頭蓋骨を開けて血腫（脳内に血液が溜まってコブの様に腫れたもの）を除去する開頭血腫除去手術等の「外科手術」があります。

脳卒中発症後に速やかに適切な治療を行った場合には、発症後の数週間は改善率が高く、その後なだらかな回復を経て、発症後6ヵ月までに横ばいとなります。重度の麻痺ほど回復に時間を要し、日常生活動作は手足の麻痺よりもやや遅れて回復します。言葉の障害や高次脳機能障害は場合によっては更に長期間にわたり、緩やかに回復する傾向があり、結果的に残存する手足の麻痺や言葉の障害などの機能低下を「後遺障害」と呼びます。

脳卒中発症後の回復の「程度」は、治療開始に要した時間の他、発症時の重症度や年齢によって異なります。就労世代などの若い脳卒中患者は、退院時に約7割が「ほぼ介助を必要としない」状況まで回復しています。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。

図表 1-7-1-5 循環器病の臨床経過



【医師数の増加に向けた取組の現状】

県は、医学部臨時定員増の活用や県内大学医学部との連携等により地域医療に従事する医師の養成・確保を推進しています。また、県内医師多数区域等における魅力的な研修環境を生かして県内外から研修医等を確保し、県内医師少数区域等への医師派遣を促進する等して、県内での医師数の増加を図っています。

なお、医師確保対策については、国の制度によるところが大きいことから、県は、あらゆる機会をとらえて効果的な対策を講じるよう国に働きかけを行っています。

【研修環境の充実等による若手医師の確保】

県や県内の医療関係団体、大学、臨床研修病院等は協働し、県内で臨床研修・専門研修を受ける医師の確保や、修了後の県内就業を促進するための取組、県内医療従事者への医療技術研修の提供や情報発信等を推進しています。

県は、その協働の場として、地域医療介護総合確保基金を活用して「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を設置・運営しています。

専門医制度の運用により、必要な診療分野の医師が県内で養成・確保されるよう、また、県内の医師の地域偏在及び診療科偏在が助長されるなど、地域医療に支障が生ずることのないよう、県は、県内の医療関係団体や大学、基幹施設、市町村等と、地域医療対策協議会において必要な情報共有や専門研修プログラムについての確認、協議を行っています。

【医師の働き方改革】

医師が家庭生活と医業とを両立できるよう、ワークライフバランスに配慮した就労環境づくりの必要性が高まっていることから、医師に対する時間外労働の上限規制が令和6年度から適用されます。

診療に従事する勤務医に対する一般的な上限規制（A水準）のほか、地域医療確保のための暫定特例水準（B水準・連携B水準）や集中的に技能を向上するための水準（C－1，C－2水準）が設定される見込みです。各医療機関は、医師に対する時間外労働時間の上限規制の適用が開始される令和6年度までに、医師の労働時間管理の適正化や労働時間短縮に向けた取組など、一定の環境整備を進める必要があります。

全国的に、救急医療をはじめとする医療提供体制に影響が生じることを危惧する声が聞かれており、県や市町村、県内医療機関、関係団体は協力し、医療機関の役割分担の明確化や、地域において効率的な医療提供体制の整備が促進されるよう協議を行い、取組を進めることで、病院勤務医や規模の大きな病院に集中しがちな負担を軽減するよう努めているところです。

循環器病に関係する医師が不足する場合にも医療提供体制を効率化し、地域で必要な医療提供体制の確保を行っていくことが必要となります。

2 心血管疾患とは

(1) 心血管疾患の分類

心血管疾患は、心臓や血管等循環器の病気で、心不全（急性心不全、慢性心不全）、急性心筋梗塞等の虚血性心疾患（急性心筋梗塞、狭心症等）、血管病等があげられます。

心血管疾患は悪性新生物（がん）と同様に、死に至る危険性の高い疾患です。また、症状が無いか軽度のまま病状が進行し、症状が現れたときはすでに重症となっていることもあります。心血管疾患から心臓発作、脳卒中、足の切断および死亡に至る場合があります。生活習慣病（糖尿病、高血圧、高脂血症、肥満）、家族歴、喫煙の方に多い病気です。

「心不全」とは、『なんらかの心臓機能障害、すなわち、心臓に器質的および/あるいは機能的異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻した結果、呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し、それに伴い運動耐容能が低下する臨床症候群』と定義されており、様々な病気を原因として、血液を全身に送り出すという心臓のポンプ機能が低下し、息切れやむくみ、呼吸困難、疲れやすさなどが現れる心臓が悪い状態を指します。

急性心不全は、急に息切れや呼吸困難が発症して、緊急入院を要することが多い病態です。慢性心不全は、心臓の病気により心臓の機能低下が慢性的に存在し、日ごろから疲労感や階段を上るなどの日常生活での活動で息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です。

心不全を引き起こす心臓に関係する病気としては、高血圧、血液の逆流を防止する心臓の中の弁に障害がおきる「心臓弁膜症」や、血管病の中でも心臓に栄養を送る冠動脈が狭くなる「狭心症」と突然詰まる「急性心筋梗塞」があり、総称して「虚血性心疾患」と呼ばれています。

「血管病」とは体内を循環している血管が詰まったり破れたりすることで起きる病気とされており、心不全とも密接に関わりがあります。動脈硬化（血管が固くなって弾力性が失われた状態）を基盤に様々な病気を発症しますが、急性期の致死率が高い病気やQOL（生活の質）を損なうとして、心臓に栄養を送る血管が突然詰まる「急性心筋梗塞」、大動脈（全身に血液を送り出す本幹となる最大の動脈）にコブができたり大動脈の血管壁が裂けてしまう「大動脈緊急症」、足の動脈が狭くなったり詰まったりして血液の流れが悪くなり、足に様々な症状が現れる「末梢^{しょう}動脈閉塞疾患」などがあります。

その他に生まれつき心臓又は大血管の構造に異常がある病気である「先天性心疾患」があります。

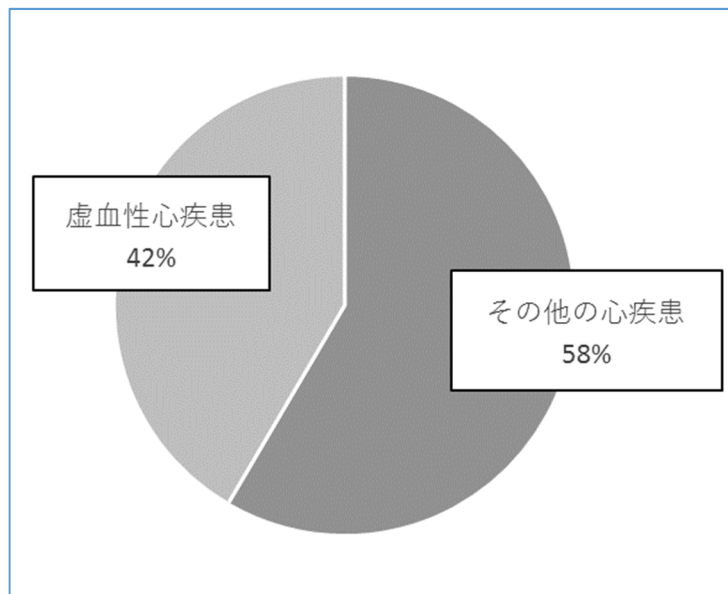
(2) 心血管疾患の患者数

令和元年の患者調査によると、全国の心血管疾患の総患者数約173万3千人のうち、「虚血性心疾患」は約72万人、「その他の心疾患」は約101万3千人、と推計されております。

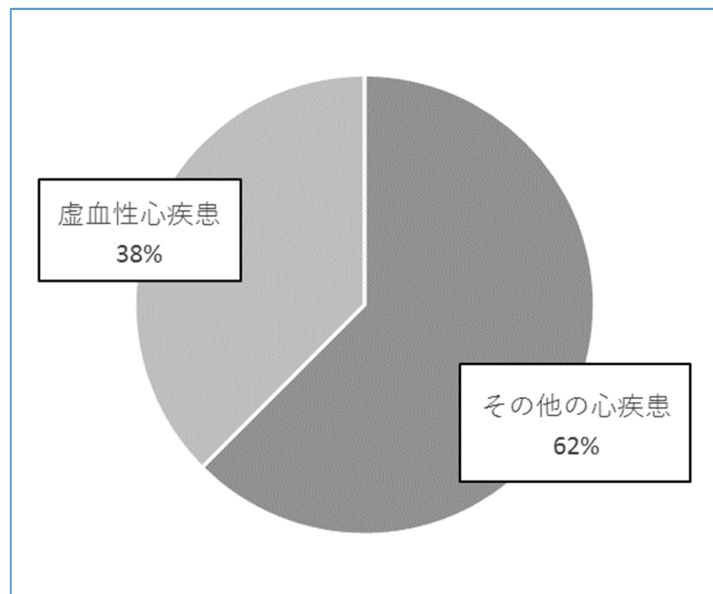
千葉県では、心血管疾患の推計患者数約6万4千人のうち、「虚血性心疾患」は約2万4千人、「その他の心疾患」は約4万人と推計されております。

図表 1-7-2-1 心血管疾患（高血圧性を除く）の患者数割合

[全国]



[千葉県]

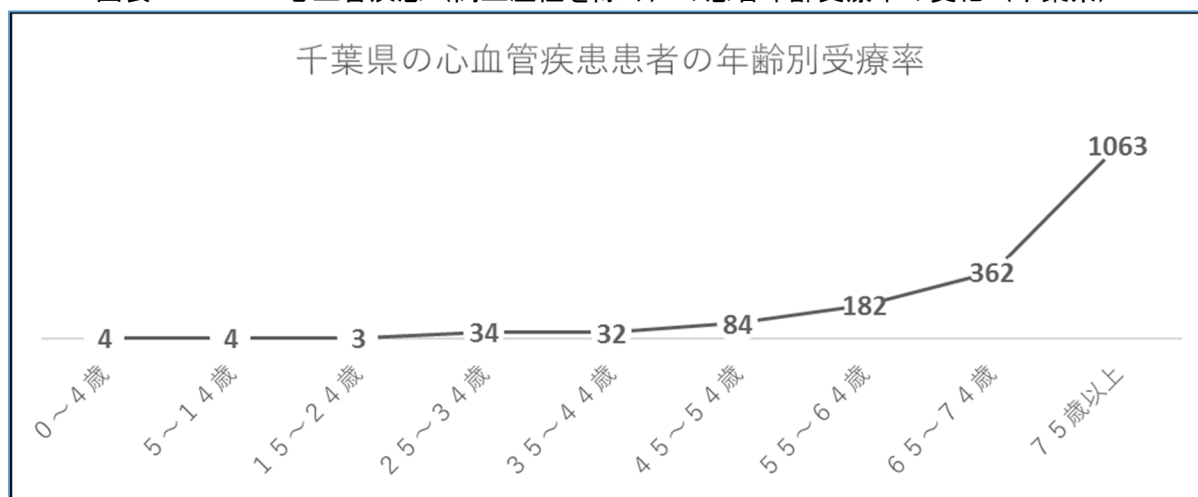


資料：患者調査（厚生労働省）

心血管疾患患者（高血圧性を除く）の年齢別の10万人当たり患者受療率は図表1-7-2-2のとおり、年齢を重ねるごとに受療率が上昇し、高齢化に伴い増加する疾患です。

65歳以上の心血管疾患（高血圧性を除く）の10万人当たりの受療率は全国で2,398人、県で1,945人となっています。

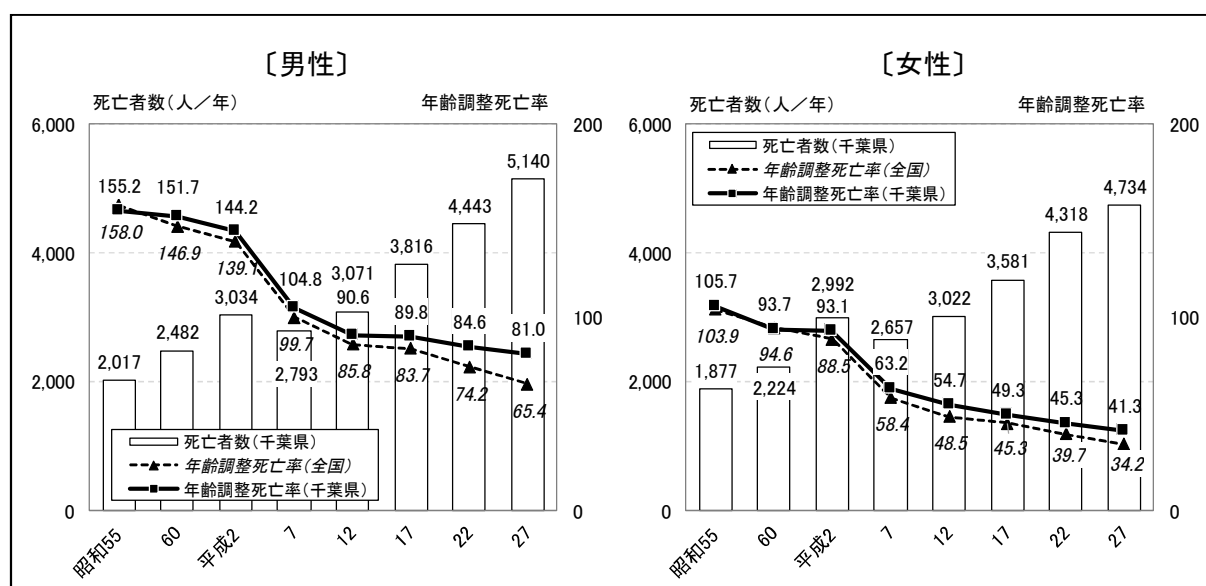
図表 1-7-2-2 心血管疾患（高血圧性を除く）の患者年齢受療率の変化（千葉県）



資料：患者調査（厚生労働省）

人口10万対の年齢調整死亡率（平成27年）は、心疾患（高血圧性を除く）においては、男性81.0（全国65.4）で、女性41.3（全国34.2）と、男女ともに相対的に高い水準にあります。

図表 1-7-2-3 心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）

(3) 心血管疾患の症状

心血管疾患は慢性的に息切れ、胸の痛み、体力低下などが症状として現れる場合や、突然胸に激痛が起こり生命の危険がある場合など、様々な症状が現れることがあります。

(4) 心血管疾患の予防・治療・経過について

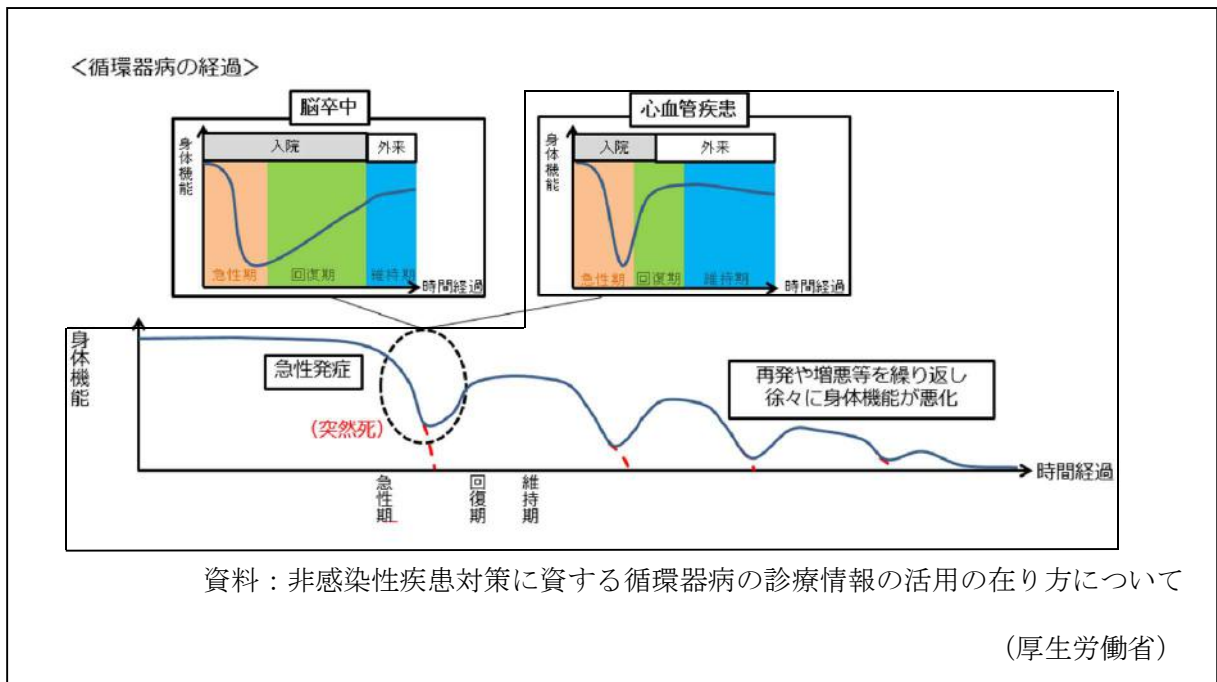
心血管疾患の予防には、生活習慣病（糖尿病、高血圧、高脂血症、肥満）の管理や禁煙が非常に重要です。また、心血管疾患は悪性新生物（がん）と同様に早期に発見することが重要です。

心血管疾患の治療は病気の種類や、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって治療法やその後の経過が大きく変わります。

一般的には心血管疾患を発症後、速やかに内科的・外科的治療が行われて回復に向かった場合は、治療と同時に再発予防や在宅復帰を目指した心臓リハビリテーションが開始されます。

また、在宅復帰をしても、長期的には心機能の低下や再発を繰り返して徐々に身体機能が悪化していくことから、元々の基礎疾患の管理や、喫煙・飲酒・肥満などの危険因子の管理の他、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療管理が必要となります。

図表 1-7-2-4 循環器病の臨床経過（再掲）



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】

- 健康寿命が延伸される。
- 循環器病の受療率が減少される（※）

最終目標（指標）	現状（直近値）	目標
健康寿命	男性 72.37 女性 75.17 (平成28年)	男性 75.37 女性 78.17 (令和22年)
受療率（人口10万人対） （脳血管疾患（脳卒中を含む））	129 (平成29年)	減少 (令和5年)
受療率（人口10万人対） （心疾患（高血圧性のものを除く））	115 (平成29年)	減少 (令和5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高血圧、糖尿病、脂質異常症、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。「健康ちば21（第2次）」の中間評価において、働く世代の生活習慣に課題が見られたことから、特に当該世代の生活習慣改善に取り組むことが重要です。

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が改善される。

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・やせ BMI18.5 未満の減少)	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 28.0% 40～60歳代女性の肥満者割合 19% (令和5年度)
成人の喫煙率（男性）	21.9% (令和3年度)	20.0% (令和5年度)
成人の喫煙率（女性）	6.9% (令和3年度)	5.0% (令和5年度)
80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する者の割合	44% (令和3年度)	50% (令和5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歳代女性のやせ（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、適正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

○ 適正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正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正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。

○ 適正な食生活を実践しやすい環境整備の推進

飲食店・コンビニエンスストアなどによる、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、県民が適正な食生活を実施しやすい環境整備に取り組めます。

○ 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、品質管理・栄養などに関する情報提供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	目標値
1日当たりの食塩摂取量 (20歳以上)(男性)	10.9 g (平成27年度)	8 g (令和5年度)
1日当たりの食塩摂取量 (20歳以上)(女性)	9.4 g (平成27年度)	7 g (令和5年度)

2 身体活動・運動について

(1) 施策の現状と課題

近年では運動をすることで、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いる一方で、交通手段の発達、仕事や家事の自動化により、生活の中で身体を動かすことが少なくなっています。

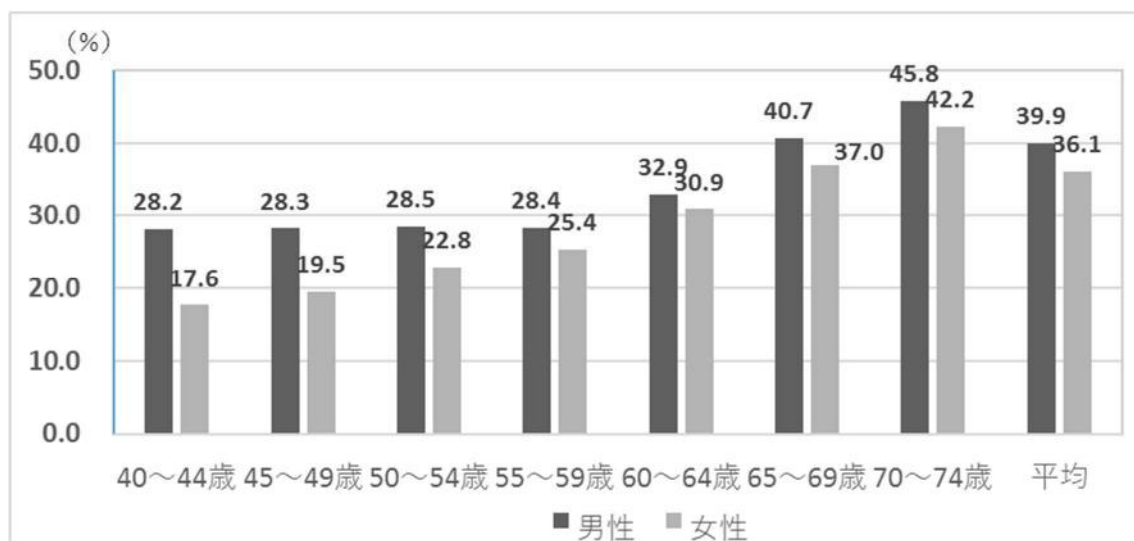
本県における令和元年度「特定健診・特定保健指導のデータ集計結果」では、1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上1年以上継続して行っている者の割合は、全体の値で37.7%、男女別の値では男性全体の値が39.9%、女性全体の値が36.1%で、女性の方が低い傾向にあります。

また、年代別でみると、40歳代で最も少なく、とりわけ40～44歳の女性は17.6%と、調査対象である40歳以上の全世代の中で最も低い傾向にあります。一方で、70歳以上では男女ともに40%以上の実施率となっており、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。

健康・体力づくりの観点における運動については、体力の維持や向上を目的として計画的・意図的に行われるものだけでなく、日常生活における労働、家事、通勤、通学、趣味などの生活活動も含みます。

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。

図表 2-1-2-1 年代別・性別1日30分以上の運動実施率



資料：令和元年度特定健診・特定保健指導のデータ集計結果（速報）（千葉県）

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必要があります。

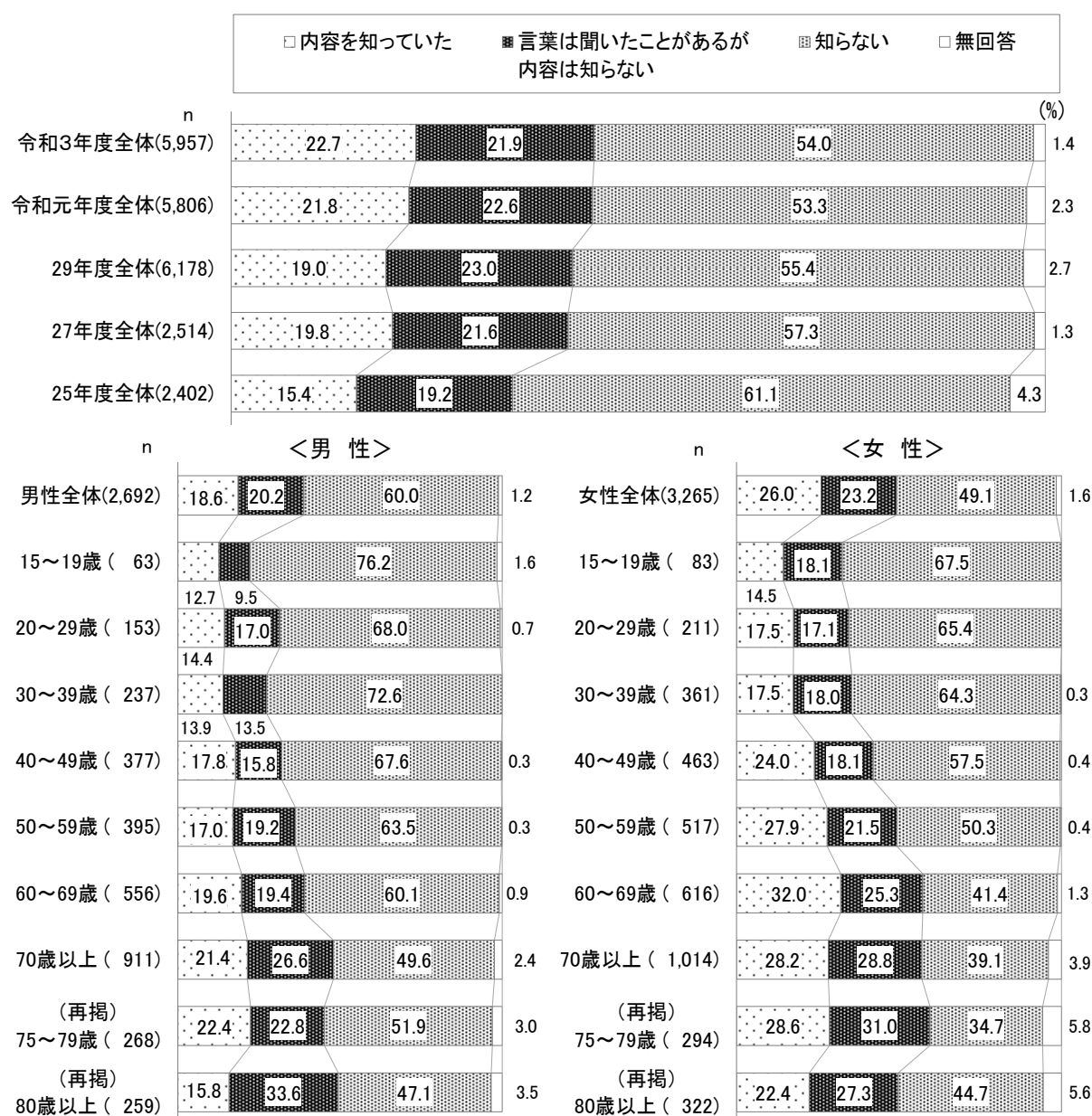
ロコモティブシンドロームの認知度は、令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」では「内容を知っていた」、「言葉は聞いたことがあるが内容は知らない」を合わせた認知度では全体の値で44.6%、男女別の値では男性全

体の値が38.8%、女性全体の値が49.2%であり、男女間で結果に開きがありました。

年代別でみると、男性は50歳代まで男性全体の値を下回っています。また、30歳代で27.4%と、他の年代を大きく下回りました。女性では40歳代まで女性全体の値を下回っています。

そのため、男性では働く世代、女性では若い世代におけるロコモティブシンドロームの認知度を向上させる必要があります。

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

○ 働き盛り・子育て世代の身体活動量の増加

ホームページ及び複数の媒体を通じ、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、気軽にできる体操や日常生活の中で活動量を増やす工夫として、市町村独自の体操やウォーキングマップを紹介するなど、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ことを目指します。

○ 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	目標値
運動習慣者の割合 (40～64歳)(男性)	29.7% (令和元年度)	増加※(令和5年度)
運動習慣者の割合 (40～64歳)(女性)	25.7% (令和元年度)	27.0% (令和5年度)
ロコモティブシンドロームの認知度	44.6% (令和3年度)	80.0% (令和5年度)

※現状値が「健康ちば21(第2次)」に定める目標値(28.0%(令和5年))を上回っていることから、定性的目標を設定。なお、新たな定量的目標については、令和5年度に策定予定の「健康ちば21(第3次)」を踏まえて設定を予定。

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」（※1）の割合は、男性13.5%、女性9.4%でした。

また、「飲酒する」（※2）と回答した者のうち、「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21.5%、女性29.3%（図表2-1-3-2）であり、男女ともに計画の目標（令和4年度に男性18.6%以下、女性20.7%以下）に達していません。

（※1）「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

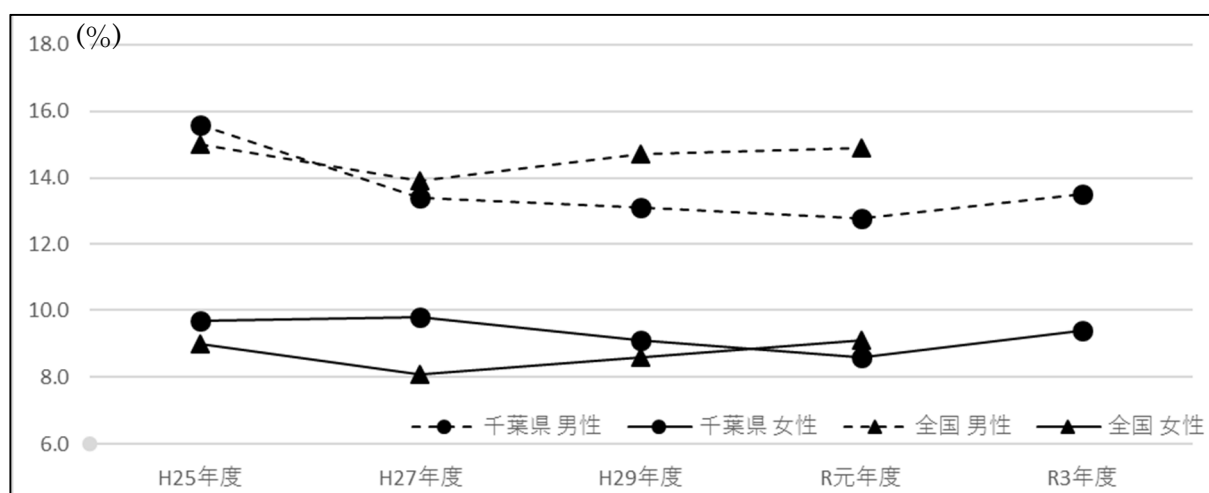
男性：「週5日以上×2合以上」＋「週3～4日×3合以上」＋「週1～2日×5合以上」＋「月1～3日×5合以上」

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」

（※2）「飲酒する」…飲酒の頻度が、「毎日」、「週5～6日」、「週3～4日」、「週1～2日」、「月に1～3日」のいずれかに該当する者

図表 2-1-3-1

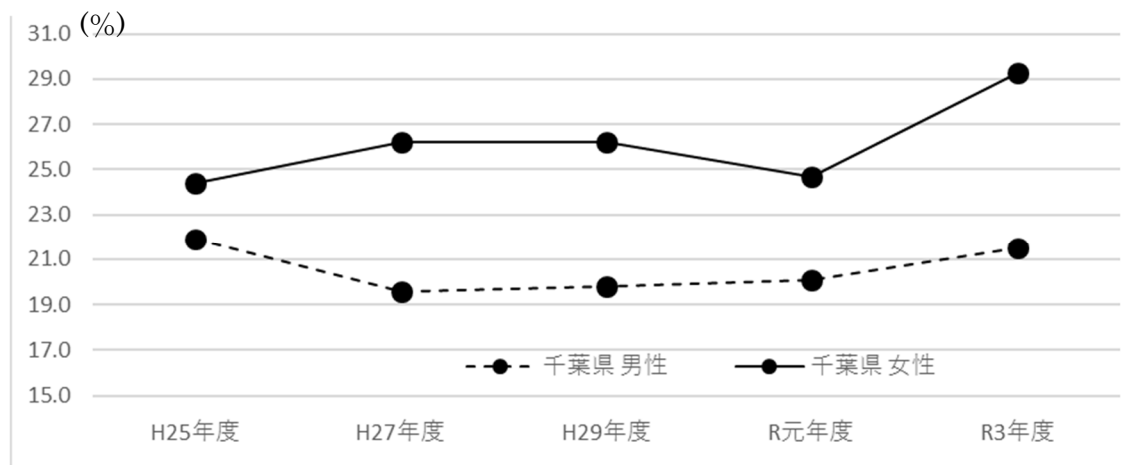
回答者全体（無回答者を除く）のうち、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合



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）

図表 2-1-3-2

飲酒する者のうち、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



出典：生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

適度な飲酒は、より良いコミュニケーションや心身のリラックスを促進する一方、過剰な飲酒は循環器疾患の危険性を高めるほか、アルコール依存症などの健康被害を起こす可能性を高めます。本県では飲酒する者のうち「生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合」については、女性に高い傾向がみられます。

また、本県における未成年者の飲酒割合は、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、未成年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・スペクトラム障害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飲酒をしないことが求められます。

「未成年者の飲酒」、「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

飲酒の健康影響や「節度ある適度の量の飲酒」など、正確で有益な情報を積極的に発信します。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。

○ 特に配慮を要する者（未成年・妊産婦）に対する教育・啓発

未成年者や妊産婦の飲酒の低減や根絶には、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を配付し、未成年者の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	目標値
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）	21.5% （令和3年度）	18.6% （令和5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）	29.3% （令和3年度）	20.7% （令和5年度）

4 喫煙について

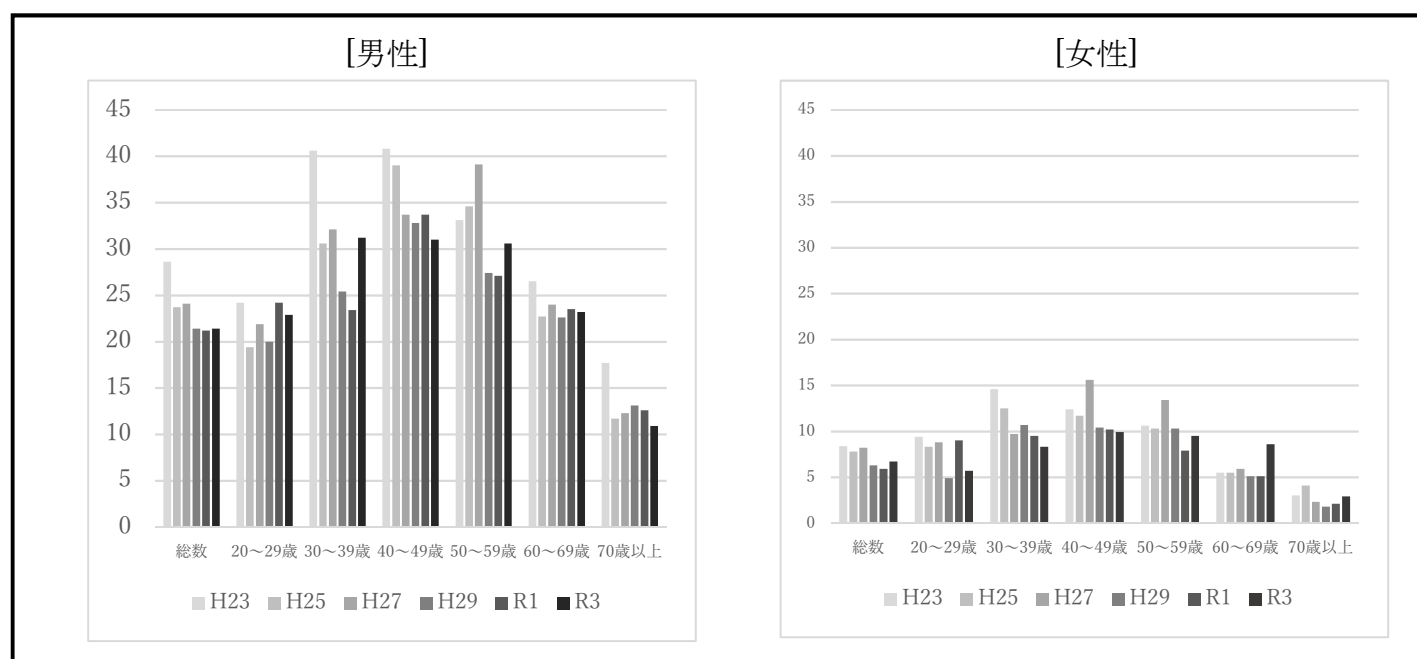
(1) 施策の現状と課題

本県の成人喫煙率は、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%となっています。男女ともに減少傾向がみられるものの、計画の目標（令和4年度に男性20%以下、女性5%以下）を達成していません。

なお、年代別に見ると、令和3年度は男女ともに40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年の成人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）

県では、5月31日の世界禁煙デー及び同日から始まる禁煙週間、9月のがん征圧月間などを中心に、さまざまな機会をとらえて禁煙の啓発活動を実施していますが、喫煙率の調査結果から見てまだ十分な成果を上げているとは言えません。今後は、禁煙の啓発活動をさらに推進するとともに、禁煙を希望する人たちに対する支援を充実させ、喫煙率を低下させる必要があります。

また、未成年期からの喫煙は、健康への影響が大きく成人期を通した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。今後も未成年期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。

たばこを吸わない人でも他人のたばこの煙を吸わされること（受動喫煙）により、循環器病の危険性が高まるなど、健康への悪影響を受けることが明らかになっています。平成30年7月には、望まない受動喫煙の防止を目的に改正健康増進法が成立し、学校や病院などは令和元年7月1日から原則敷地内禁煙（屋内全面禁煙）が、飲食店や職場などには令和2年4月1日から原則屋内禁煙が義務づけられました。令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」によれば、受動喫煙の機会を有する者の割合は、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%となっており、望まない受動喫煙のない社会の実現に向けて、今後も受動喫煙防止対策を推進していく必要があります。

(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、世界禁煙デー及び禁煙週間、がん征圧月間などにおいてキャンペーンを実施するほか、成人式において新成人に喫煙防止を呼びかけるリーフレットを配付するなど、さまざまな機会をとらえて啓発活動を実施します。

加熱式たばこの健康影響などについても、科学的知見などを踏まえ、普及啓発を図ります。

○ 喫煙をやめたい人への支援

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を対象に禁煙支援者研修会を開催するほか、健康保険による禁煙治療が行える医療機関の情報を、県ホームページで紹介していきます。

○ 未成年者の喫煙防止

未成年者にたばこの健康影響を知ってもらい、喫煙のきっかけを作らないよう、教育委員会などと協力して児童生徒向けにリーフレットを配付し、喫煙防止を図ります。

○ 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。

○ 受動喫煙防止対策の推進

健康増進法の全面施行により、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、屋外などでも受動喫煙を生じさせることがないよう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	目標値
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5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	目標値
禁煙外来の届出を行っている医療機関数	580 (令和3年度)	増加 (令和5年度)

5 歯と口腔（こうくう）の健康の分野について

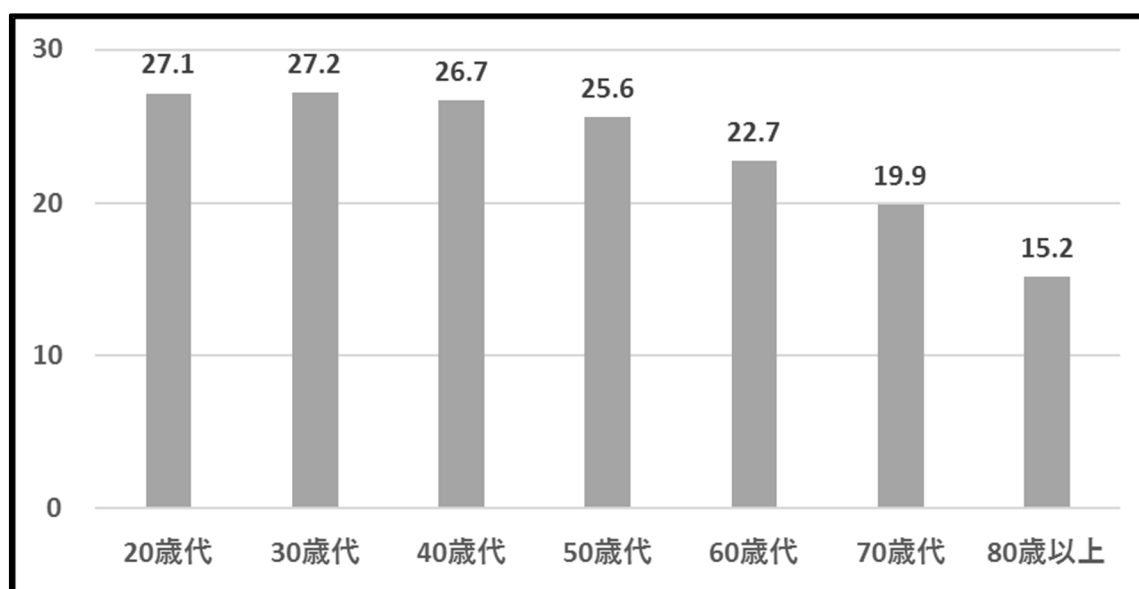
(1) 施策の現状と課題

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3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51.2%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。

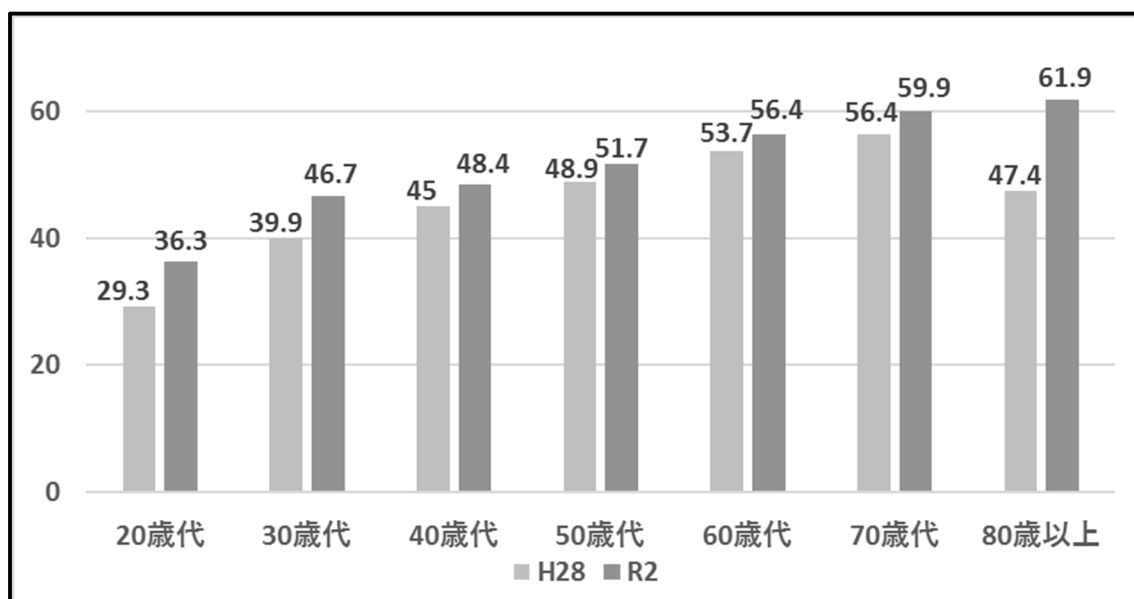
最近1年間に歯の健康診査を受診した20歳以上の人は、令和3年度で57%であり、増加傾向にあります。歯・口腔の健康状態を維持するためには、かかりつけ歯科医をもち、定期的に歯科健診や保健指導を受けることが重要です。

図表 2-1-5-1 年代別 一人平均現在歯数



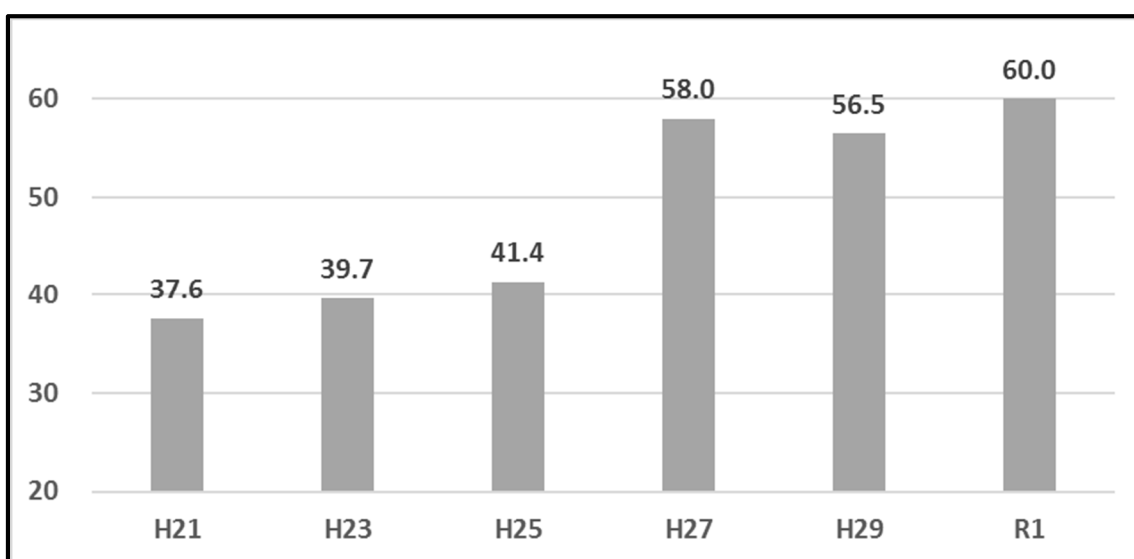
資料：令和元年度生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

図表 2-1-5-2 進行した歯周炎を有する人の割合



資料：千葉縣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歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	48% (令和3年度)	20% (令和5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)	65% (令和5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各健診データが改善する。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
高血圧 （収縮期血圧の中央値の低下）	男性 129mmHg 女性 127mmHg （平成27年度）	男性 126mmHg 女性 124mmHg （令和5年度）
脂質異常症の割合 （LDL-C160mg/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% （令和5年度）
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	男性 48.5% 女性 16.6% （令和元年度）	男性 33.2% 女性 13.0% （令和5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	40～74歳男性 1.2% 40～74歳女性 0.5% （平成27年度）	40～74歳男性 減少 40～74歳女性 減少 （令和5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

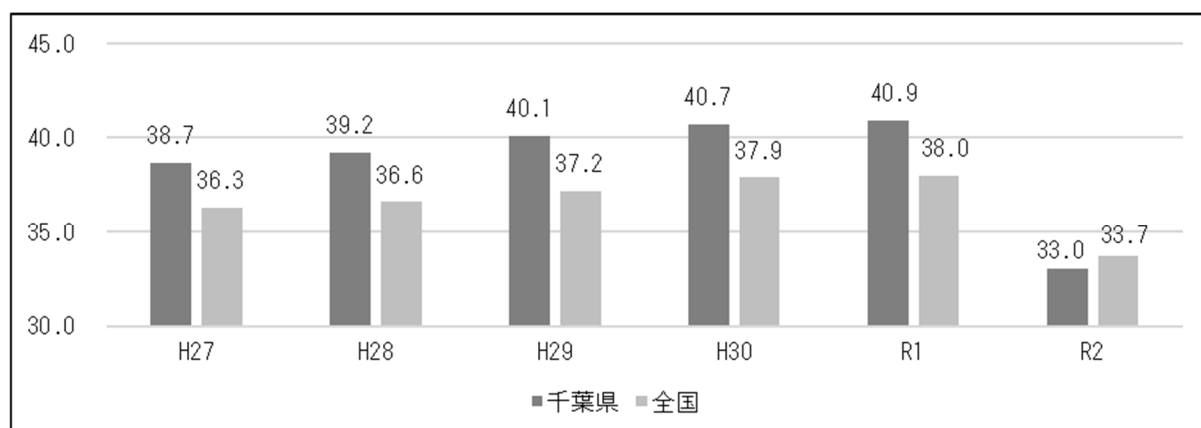
循環器病は脂質異常症、高血圧、糖尿病等といった生活習慣が大きな理由となり、発症リスクが高まることから、メタボリックシンドロームに着目した健診（特定健診）を実施し、生活習慣病発生のリスクに応じた保健指導（特定保健指導）を行うことが循環器病の予防や早期発見にとって重要となります。

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。

しかし、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。

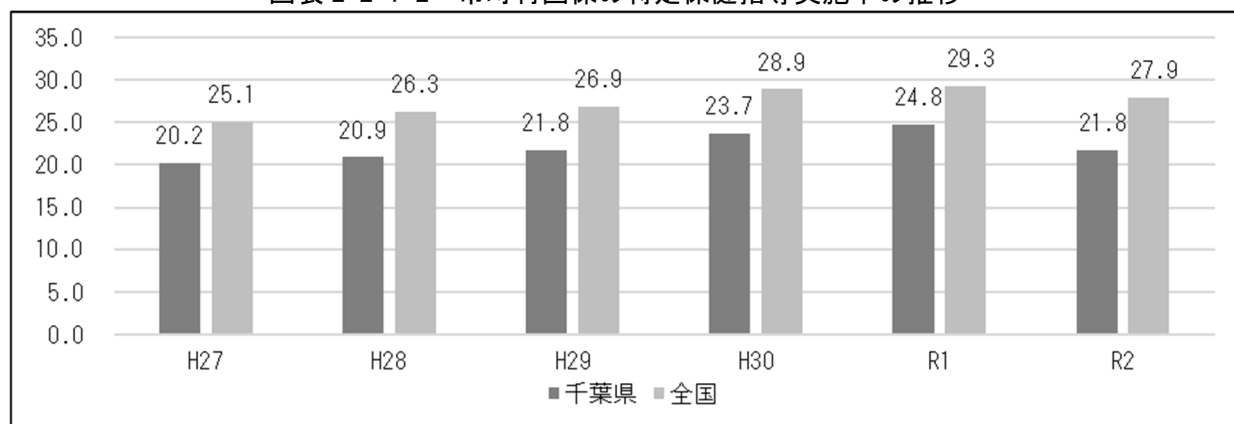
図表 2-2-1-1 市町村国保の特定健診受診率の推移



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。

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

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とともに、特定健診会場では新型コロナウイルス感染症対策が講じられ、安心して受診できること、受診の先延ばしにより生活習慣病の早期発見の機会が失われる懸念があることを周知し、受診控えの解消を図ります。

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。

○ 未治療者や治療中断者等に対する保健指導の促進

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 33% 保健指導 21.8% （令和2年度）	健診 60% 保健指導 60% （令和5年度）
特定健診・特定保健指導の実施率 （全体）	健診 56.9% 保健指導 20.4% （令和元年度）	健診 70% 保健指導 45% （令和5年度）