

# 第 2 編

## 各 論



## 第1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」「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5事業（以下、「5疾病5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

###### ① 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。

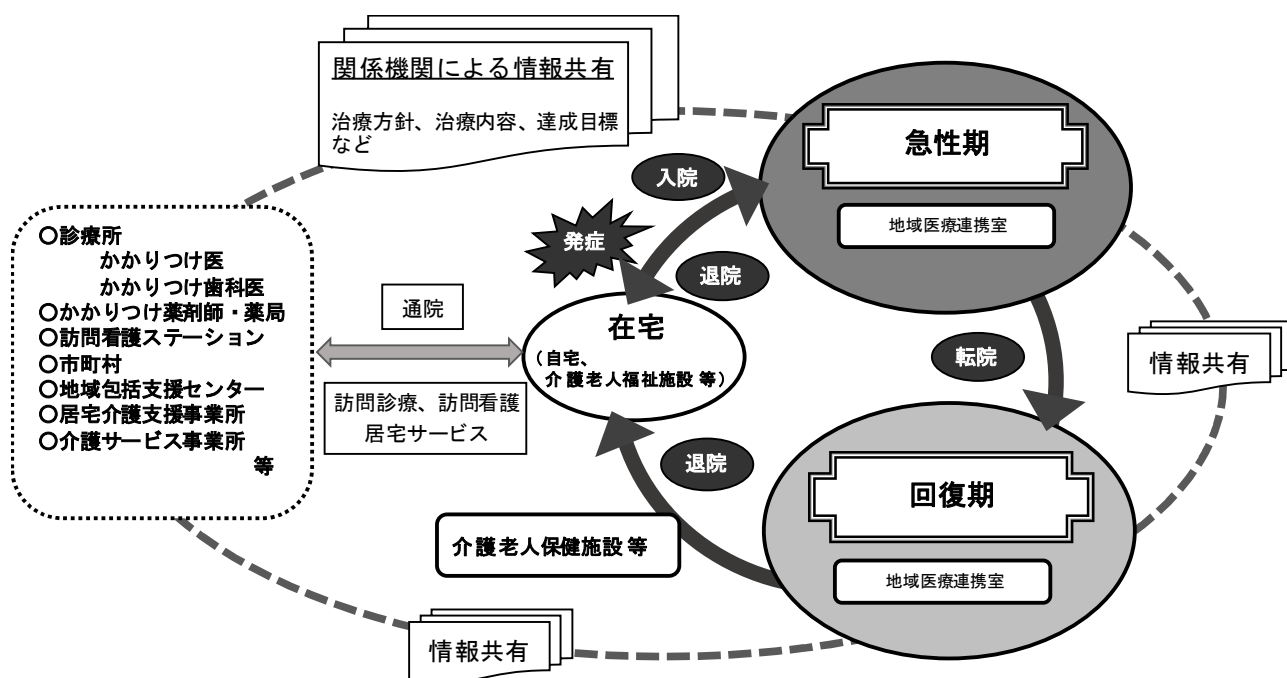
### ② 医療資源の適正な配置

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。

### ③ 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 2-1-1-1-1 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はなく、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せん。

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78.4%（平成29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、地域連携が進んできていると思われま

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、平成29年4月現在、県内16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

前計画の策定に当たっては、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。

前計画の考え方を引継ぎ、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4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、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。

循環型地域医療連携システムのイメージ図は、「第2編第1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。

なお、改定前の計画では、脳卒中\*、急性心筋梗塞\*においては、主に救命救急センター\*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した。しかし、救命救急センターが二次保健医療圏毎に設置されるなど、各地域の医療提供体制が前計画策定時に比べると整いつつあること、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患については、特に迅速な診断と治療が重要な疾病であり、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保する必要があることから、特定の病院を全県対応型病院として位置づける

のではなく、急性期対応医療機関が、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うことを目指し、イメージ図を変更しました。

また、糖尿病の全県（複数圏域）対応型連携拠点病院についても、各地域の医療提供体制が整ってきていることから、原則として二次医療圏内で完結することを目指し、イメージ図を変更しました。

## エ 地域医療連携パスの活用

図表 2-1-1-1-1-1 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出来ます。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、県では、平成20年4月の保健医療計画の一部見直しに併せ、平成21年4月に千葉県共用地域医療連携パス\*（以下「千葉県共用パス」）を作成し、その普及に取り組んできました。

千葉県共用パスの使用状況（全病院に占める割合）は、平成29年6月に実施した千葉県医療機能調査では、脳卒中は26.8%、がんについては一番多く使われている大腸がんで、19.7%です。平成25年度に実施した調査の結果を比較すると、若干の増加がみられます。

また、調査では、千葉県共用パス以外の連携パス等の使用状況も調べたところ、診療報酬の対象となるパスについて、使用の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。

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、活用が進んできています。

千葉県共用パスについては、既に一定程度の普及が図られていると思われます。

今後は地域医療連携パスや、その他の情報共有ツールを活用した地域連携の取組を支援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

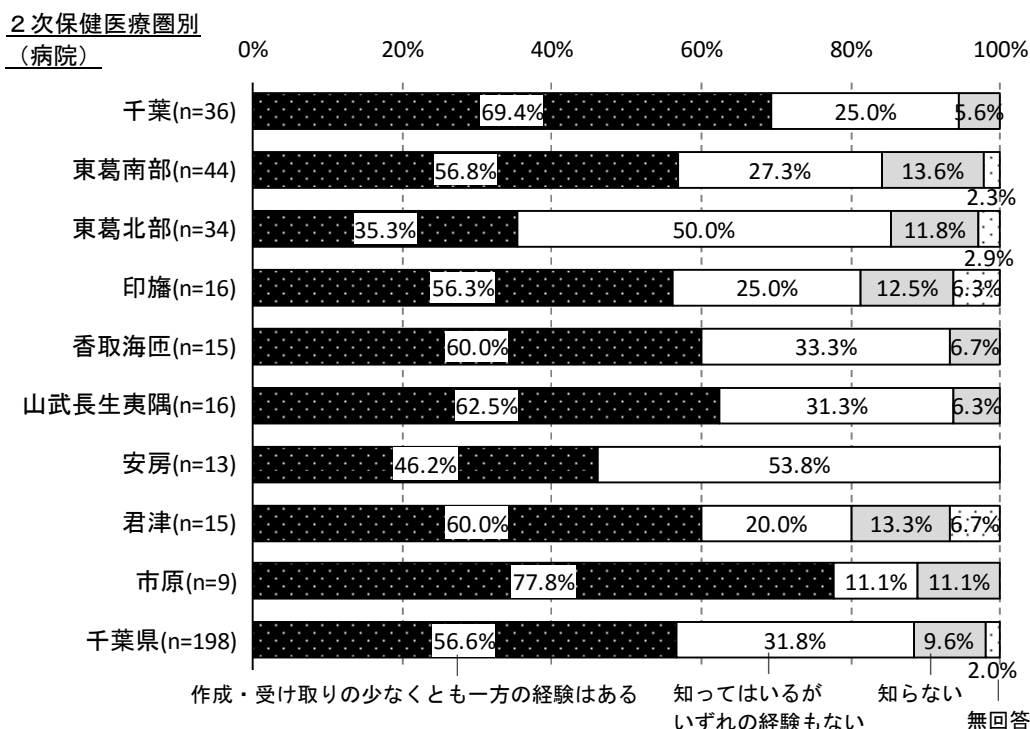
退院後の療養生活や介護までを含め、医療関係者だけでなく多くの介護・福祉関係者がチームとしてかかわるなど、医療と介護・福祉の連携をさらに強化する仕組みが必要です。

県では、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」の普及・活用の促進等により、医療と介護の一層の連携強化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千葉県共用脳卒中パスの中の介護シートとしても利用されており、今後一層の普及を図っていく必要があります。

図表 2-1-1-1-2 平成28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

	病院	診療所
作成した経験・受け取った経験の両方ある	11.6%	1.0%
作成した経験はあるが、受け取った経験はない	2.0%	0.2%
作成した経験はないが、受け取った経験はある	42.9%	3.8%
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	31.8%	33.3%
地域生活連携シートを知らない	9.6%	60.0%
無回答	2.0%	1.8%



資料：平成29年度千葉県医療機能調査（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す。

医療法第6条の3の規定による「医療情報\*提供制度」（ちば医療なび）の運用のほか、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

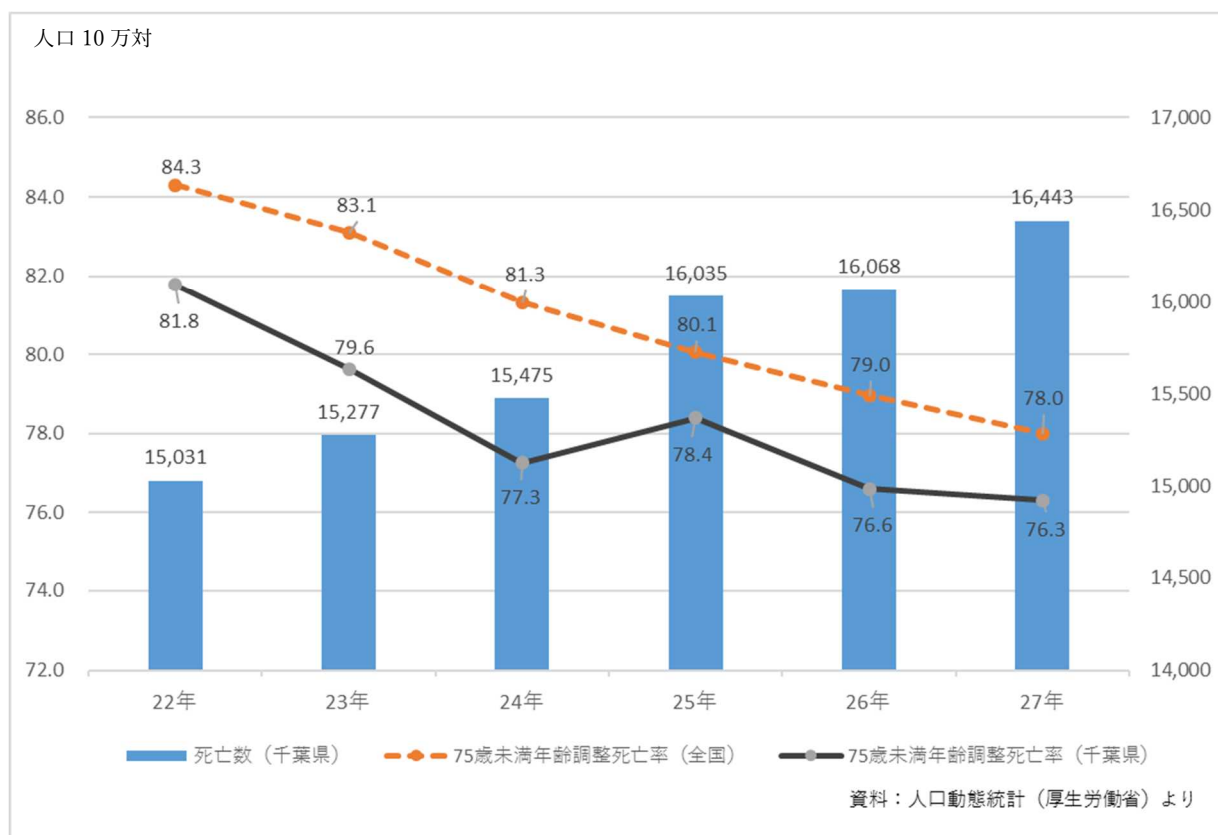
#### （ア）施策の現状・課題

本県では、昭和57年以降、がんが死因の第1位となっています。千葉県のがんによる死亡者数は平成9年に1万人を超え、平成28年には、年間16,791人と高齢化に伴い増加しており、死亡者総数に占める割合は、29.8%となっています。また、生涯のうちに2人に1人が、がん罹患すると推計されており、依然として、がんは、県民の生命と健康にとって重大な問題となっています。

千葉県では、人口10万人対の医療機関数が少ない状況ですが、がん検診受診率は全国平均より高くなっており、がんによる75歳未満年齢調整死亡率\*（人口10万人対）をみると、76.3と全国の78.0より低くなっています。

また75歳未満年齢調整死亡率について、平成22年と平成27年の変化を見ると、男性は102.3から96.3と5.9%の減少、女性は62.1から57.5と7.4%の減少となっています。

図表 2-1-1-2-1-1 がんによる死亡者数と死亡率の推移



#### 〔予防・早期発見〕

がんになる要因として予防可能なものは、喫煙（受動喫煙\*を含む）、過剰飲酒、低

身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、がんに関するウイルスや細菌への感染等があげられます。禁煙や受動喫煙の防止、節度ある飲酒、バランスのよい食事、活発な身体活動、適正な体重管理、肝炎ウイルス検査の受検等に努めることが、がんの予防として重要です。

喫煙は、がん発生の大きな要因です。県の「生活習慣に関するアンケート調査\*」では、本県の成人喫煙率は、平成23年度は男性29.3%、女性8.7%であったものが、平成27年度には男性25.1%、女性8.4%となっています。

喫煙の健康影響についての啓発、未成年者・妊産婦等に対する健康教育、喫煙をやめたい人への支援、受動喫煙防止対策等のたばこ対策を進めていくことが重要です。

がんの早期発見・早期治療を行うためには、県民一人ひとりが積極的に検診を受けることが大切です。本県のがん検診の受診率は、胃がん42.0%、肺がん49.8%、大腸がん44.4%、乳がん49.9%、子宮がん44.2%となっています。(平成28年国民生活基礎調査)

目標とする50%以上のがん検診受診率に近づいてきており、今後は、検診対象者への個別勧奨、未受診者に対する啓発や受診勧奨を一層強化するとともに、検診後の精密検査についても国が目標とする90%以上を目指した受診率向上の取組が必要です。

がん検診については、精度管理\*や事業評価を行い、現状のがん検診が正しく行われているかを検証することが必要であり、千葉県では、全市町村が精度管理・事業評価及び有効性が証明されたがん検診を実施し、集団検診機関においても精度管理に取り組んでいます。今後は、精度管理を一層充実するとともに、個別検診機関において精度管理の取組を導入していくことが課題となっています。

図表 2-1-1-2-1-2 がん検診受診率 (％)

部位	地域	平成22年	平成25年	平成28年
胃がん	全国	32.3	39.6	40.9
	千葉県	33.3	40.9	42.0
大腸がん	全国	26.0	37.9	41.4
	千葉県	27.8	40.0	44.4
肺がん	全国	24.7	42.3	46.2
	千葉県	26.3	45.2	49.8
子宮がん・ 子宮頸がん	全国	37.7	42.1	42.3
	千葉県	39.9	43.7	44.2
乳がん	全国	39.1	43.4	44.9
	千葉県	43.0	48.6	49.9

資料：国民生活基礎調査（厚生労働省）

### 〔医療連携等〕

県民誰もが、自らが選択し、安心して納得した医療を、身近な地域で受けられるように、がん診療連携拠点病院\*等及び千葉県がん診療連携協力病院\*を中心に、がん医療を行う医療機関のネットワークを構築し、質の高い医療をはじめ、医療に関する情報提供やきめ細やかな相談支援を行う体制づくりに取り組むことが重要であり、今後の国の動向を踏まえたがんゲノム医療\*への対応も課題となっています。

がん治療の副作用による免疫力の低下などでおこりやすくなる口内炎等の口腔内の障害は、患者の生活の質を低下させ、治療効果にも影響を及ぼします。そのため、治療を開始する前に適切な口腔ケア\*を受けられ、その後も継続した口腔ケアを受けるための医科歯科連携の取組が必要です。

### 〔緩和ケア〕

がんになっても、自分らしく生きることが出来る地域共生社会を実現していくため、住み慣れた地域社会で生活をしていく上で、必要な支援を受けることが出来る環境整備が重要です。

がん患者は、がんと診断された時から、さまざまな苦痛を抱えており、緩和ケア\*が診断の時から適切に提供されることが必要です。

また、住み慣れた地域で自分らしく生活したいという選択を可能とする地域緩和ケアの体制を整備していく必要があります。

千葉県において、人口動態統計によるがん患者の在宅死亡割合は、平成27年で14.4%と全国の13.3%より高くなっていますが、近年は横ばい傾向であり、緩和ケア提供体制の推進のため、地域ごとの特性や医療資源等を把握するとともに、施設内の多職種連携、施設間のネットワーク、医療・介護従事者に向けた緩和ケア研修の実施等に取り組んでいくことが必要です。

### 〔相談、情報提供、患者の生活支援〕

拠点病院等では、がん相談支援センター\*を設置し、患者の不安や疑問・治療選択の悩み等に対応しています。

また千葉県がんセンター内に設置した「地域統括相談支援センター」では、がんに関する療養情報や、患者会、患者サロンなどの地域情報を収集し、「がんサポートブック」や、がん情報提供サイト「ちばがんナビ\*」を活用した情報提供、ピア・サポーター\*の養成研修、各拠点病院等でのピアサポートサロンの実施を行っています。

がん医療の進歩により、がん患者・経験者が、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まり、がん患者の離職防止や、再就職のための就労支援といった治療と仕事の両立支援の充実が求められています。

就労支援に関する情報の提供、がん相談支援センターの利用促進、雇用者が相談できる窓口の周知等が必要です。

小児・AYA（Adolescent and Young Adult, 思春期・若年成人）世代のがんについては、専門的な医療機関や医師などの情報が少ないことや、晩期合併症\*のため治療後も長期にわたりフォローアップが必要なこと、年代により、就学、就労、妊娠等の状況が異なり、多様なニーズが存在することなどの課題があり、県内医療機関のネットワークの強化、わかりやすい情報の提供、ピアサポート等の相談支援の充実、医療・教育・就労・福祉等に渡る支援が求められています。

### 〔がん登録〕

がん対策を効果的・効率的に推進し、施策を評価するためには、正確ながんの実態把握が不可欠です。

平成28年1月より、がん登録\*等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）に基づく全国がん登録\*が開始され、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報が、病院から都道府県を通じて国立がん研究センターへ提出され、一元的に管理されることになりました。

がんの罹患率や生存率・死亡率等の基礎資料を活用・分析するため、がん登録の確実な運用を進める必要があります。

### （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、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院\*、千葉県がん診療連携協力病院、がん医療や緩和ケア\*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\*、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。

### 〔がん診療拠点病院等を中心とした医療連携〕

検診でがんが疑われた場合は、患者は地域のがん対応医療機関を受診します。また、かかりつけ医を受診してがんの疑いありと診断された場合も、地域のがん対応医療機関を受診することになります。

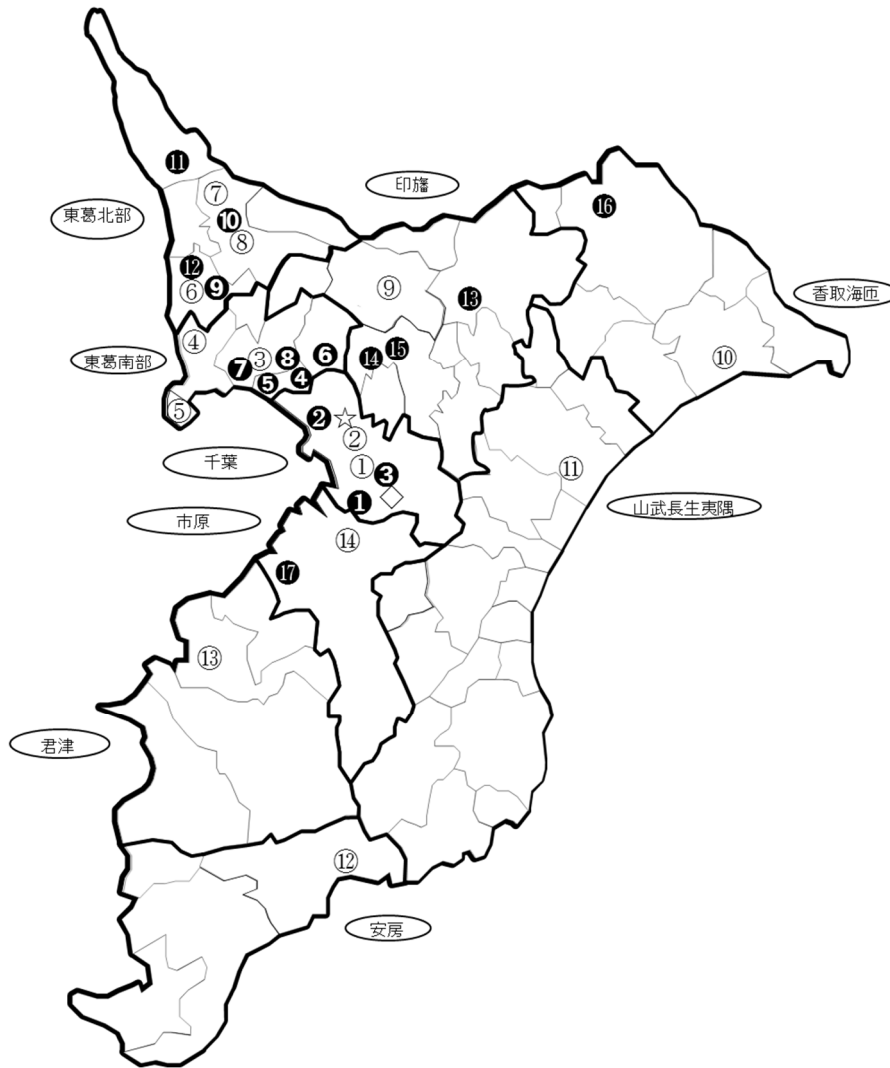
その後の検査の結果、がんと診断された場合には、患者は、そのまま当該医療機関にて治療を受けることとなりますが、より専門的な治療が必要であると判断された場合は、地域がん診療連携拠点病院\*や地域がん診療病院、全県(複数圏域)対応型がん診療連携拠点病院\*、千葉県がん診療連携協力病院\*での治療を受けることとなります。

地域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院は、地域のがん医療の拠点として、自ら専門的な医療を行うとともに、各部位のがん対応医療機関やかかりつけ医等との連携、医療従事者の研修、患者・家族への情報提供、相談支援等の役割を担います。

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

千葉県がんセンターとともに、特定機能病院である千葉大学医学部附属病院、国立研究開発法人として高度先進的ながん医療を提供する国立がん研究センター東病院と放射線医学総合研究所病院を、全県（複数県域）対応型がん診療連携拠点病院と位置付け、地域がん診療連携拠点病院等及び千葉県がん診療連携協力病院とネットワークを構築して、県内のがん医療水準の向上及びがん医療の均てん化\*に取り組みます。

図表 2-1-1-2-1-3 千葉県内のがん診療連携拠点病院等



医療圏	がん診療連携拠点病院等	千葉県がん診療連携協力病院
千葉	◇千葉県がんセンター ①千葉大学医学部附属病院 ②千葉医療センター	①千葉メディカルセンター（胃・大腸） ②千葉市立海浜病院（胃・大腸） ③千葉市立青葉病院（胃・大腸）
東葛南部	③船橋市立医療センター ④東京歯科大学市川総合病院 ⑤順天堂大学医学部附属浦安病院	④千葉県済生会習志野病院（胃・大腸） ⑤谷津保健病院（胃・大腸） ⑥東京女子医科大学附属八千代医療センター（肺・胃・大腸・肝・乳） ⑦船橋中央病院（胃・大腸） ⑧千葉徳州会病院（胃・大腸）
東葛北部	⑥松戸市立総合医療センター ⑦国立がん研究センター東病院 ⑧東京慈恵会医科大学附属柏病院	⑨千葉西総合病院（胃・大腸） ⑩柏厚生総合病院（胃・大腸） ⑪小張総合病院（肺・胃・大腸） ⑫新松戸中央総合病院（胃・大腸）
印旛	⑨日本医科大学千葉北総病院	⑬成田赤十字病院（胃・大腸） ⑭東邦大学医療センター佐倉病院（胃・大腸・子宮） ⑮聖隷佐倉市民病院（胃・大腸・乳）
香取海匝	⑩旭中央病院	⑯千葉県立佐原病院（胃・大腸）
山武長生夷隅	⑪さんむ医療センター	
安房	⑫亀田総合病院	
君津	⑬君津中央病院	
市原	⑭千葉労災病院	⑰帝京大学ちば総合医療センター（胃・大腸・子宮）

県内の高度先進医療機関

千葉	☆放射線医学総合研究所病院
----	---------------

### 〔地域緩和ケア〕

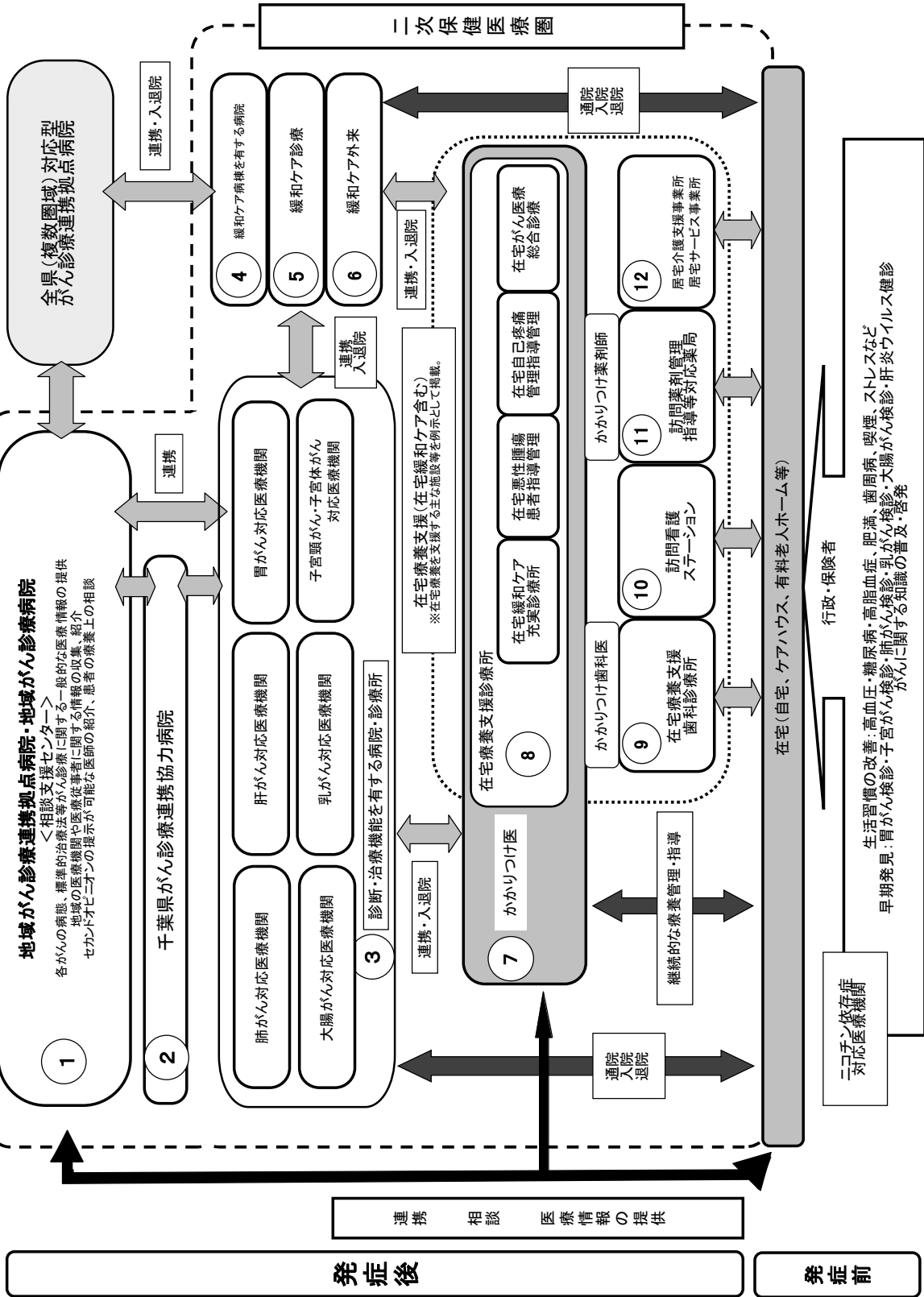
がんに伴うこころと身体の苦痛を和らげる緩和ケアについて、がんと診断された時から最期を迎えるまで、入院でも外来でも在宅でも、患者と家族の希望に応じて受けられる体制を構築します。このため、がん診療連携拠点病院等を中心に、緩和ケア\*を迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチーム\*や緩和ケア外来等で提供される専門的緩和ケアの体制整備と質の向上を図ることを目標とします。

住み慣れた自宅や地域での療養生活を希望する患者・家族のために、在宅緩和ケア\*を受けられる体制を整備します。在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションを中心に、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導等対応薬局、居宅介護支援事業所などが連携しチームで患者と家族を支え、必要に応じて、がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟を有する病院がサポートします。

在宅療養支援診療所については、がんに関する機能として、在宅緩和ケア充実診療所\*、在宅悪性腫瘍患者指導管理\*、在宅自己疼痛管理指導管理\*、在宅がん医療総合診療\*についての対応状況を記載します。また、訪問薬剤管理指導等対応薬局や訪問看護ステーションについても、在宅療養の患者に必要なと思われる機能を記載します。



# がんの循環型地域医療連携システムのイメージ図



### (ウ) 施策の具体的展開

#### [がん予防の普及・啓発]

- 世界禁煙デーや禁煙週間、がん征圧月間等を中心に、喫煙による健康への影響について啓発活動を実施します。また、未成年の喫煙防止、妊婦の喫煙防止について対象に応じた啓発を行います。
- 喫煙をやめたい人のために、禁煙外来（ニコチン依存症管理対象医療機関）のある医療機関の情報を提供するほか、職場の衛生管理者等を対象に禁煙支援者研修会を開催するなど、適切な支援を行います。
- 多数の人が利用する施設が適切な受動喫煙対策を講じるよう働きかけ、特に、官公庁、医療機関については禁煙化を推進します。また、禁煙や分煙に取り組んでいる施設の取組内容が利用者にわかりやすく伝わるように、施設の入口等に禁煙や分煙の表示を掲げるよう促していきます。
- 9月のがん征圧月間、10月の乳がん撲滅月間に合わせ、がんの予防・がん検診の重要性を知っていただけるよう、がん予防展・がん講演会や乳がん早期発見のピンクリボンキャンペーンを実施します。また、市町村や関係団体等と協力して啓発を行い、対象者に応じた効果的ながん予防の普及活動を行います。

#### [がん検診の受診率向上と精度管理]

- 市町村や検診実施機関、企業、患者団体等と協力し、がんの予防を含め、がん検診の必要性、重要性などがんに関する正しい知識の普及啓発を行います。また、市町村研修会等を実施し、効果的な検診等の情報交換や、新しい取組等の情報提供に努めます。
- がん検診に携わる医師、放射線技師等の読影研修や撮影技術研修を実施し、検診の精度を高めます。また、がん検診の受診率、がんの発見率等の集計・分析・検証を行い、市町村や検診実施機関の精度管理を促進します。

#### [がん診療連携拠点病院等を中心とした医療連携等]

- がん診療連携拠点病院等を中心に、標準的な手術療法、放射線療法、化学療法等の提供体制、がんセンターボード\*の実施等について、均てん化の取り組みを進めるとともに、病院内の各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連絡と補完を重視した多職種でのチーム医療体制を整備し、県民誰もが、自らが選択し、安心して納得した医療を身近な地域で受けられる体制づくりを進めます。
- がん医療の連携体制を強化し、がん医療水準の向上を図るため、胃がん、大腸がん、肺がん、肝がん、乳がんの5大がん及び子宮頸がんについて、がん診療連携拠点病院に準ずる診療機能を有する医療機関として、千葉県がん診療連携協力病院を指定します。
- 県のがん医療のネットワークの中心的役割を果たす千葉県がんセンターにおいて、地域がん診療連携拠点病院等に対する研修会の開催やがん診療連携協議会での情報共有を行うとともに、老朽化、狭隘化の課題があるところから、新棟を整備し、

最新のがん治療に質・量ともに適切に対応していきます。

- 地域がん診療連携拠点病院は、放射線療法や化学療法を行う専門的な医師等の育成・確保に努めるとともに、各地域の医療・看護に携わる人材の教育・研修に取り組みます。  
千葉大学、千葉県がんセンター、がん診療連携拠点病院等は、良質な腫瘍外科医、腫瘍内科医等の育成を進めるため、連携しながら、研修医や臨床医の幅広いニーズに応えられるような、より一層質の高い研修を行うように積極的に取り組みます。
- がん診療連携拠点病院等と歯科診療所が連携し、がん治療を開始する前に適切な口腔ケアを受けられる体制を整備するとともに、その後も継続した口腔ケアを受けるための医科歯科連携の取組みを促進します。
- 千葉県共用地域医療連携パス\*は、多くの医療機関が利用するための共通性と、地域における医療連携から見た利便性とを視野に置き、運用における利用病院数や利用件数を踏まえ、さらなる活用に向けて検討を行います。
- がんゲノム医療について、国の動向を注視し、国立がん研究センター東病院、千葉大学医学部附属病院、千葉県がんセンター等を中心に、提供体制づくりに向けた検討をしていきます。

#### 〔緩和ケアの推進〕

- がんと診断された時から患者・家族のさまざまな苦痛を和らげ、質の高い療養生活を送れるようにするため、病院・診療所の全ての医師、看護師、コメディカルが連携して、患者・家族をサポートする体制を強化します。
- がん診療連携拠点病院等を中心に、緩和ケアチームや緩和ケア外来等で提供される専門的緩和ケアの体制整備と質の向上を図ります。
- がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目指します。
- 地域の状況に応じた地域緩和ケア提供体制の整備を推進します。
- 地域緩和ケアに携る医療・介護従事者の人材育成と連携強化に努めます。
- 患者・家族が求める在宅緩和ケアに関する情報提供、相談支援を充実します。

#### 〔相談、情報提供、患者の生活支援等〕

- 県及び千葉県地域統括相談支援センターは、がん患者・家族にとって必要かつ有効な情報をごん情報提供サイト「ちばがんナビ」や「がんサポートブック」等でわかりやすく発信していきます。
- 千葉県がん診療連携協議会を中心に、各がん診療連携拠点病院等の相談員間の連携や、県内病院のがんに係わる相談員向けの研修会を推進します。
- 県は、ピア・サポーターを育成し、がん診療連携拠点病院等や患者サロン等でのピア・サポーターの活動を支援します。
- 労働局等と協働し、就労支援に関する相談支援体制の周知と充実を図ります。  
また、復職・就労支援に関する企業向け情報など就労支援に資する情報の提供に取り組みます。
- 市町村、教育機関、医師会、患者団体等の協力のもと、健康と命の大切さを学ぶ

がん教育を推進します。

**〔小児がん等の対策〕**

- 小児・AYA (Adolescent and Young Adult, 思春期・若年成人) 世代のがんについては、千葉県こども病院や千葉大学医学部附属病院を中心とした連携体制、医療機関実態調査による情報収集、医療・教育・就労・福祉全般に対応できる相談支援体制の整備、小児がんピア・サポート活動の促進に努めるとともに、国の動向を踏まえながら、長期フォローアップ体制について検討します。

**〔がん登録の推進及び活用〕**

- 平成28年より開始した全国がん登録について、確実な運用を進めます。がんの罹患率や生存率・死亡率等の基礎資料の分析・公表を進めます。
- 医療の質の向上を図るため、がん診療連携拠点病院以外のがん診療を担う医療機関に対しても、国の標準登録様式に基づく院内がん登録\*を推進します。また、千葉県がんセンターは、がん診療連携拠点病院の院内がん登録データを集約し、治療方法による成績の評価及び比較検討を行い、結果の公表を目指します。

**〔がん研究の推進〕**

- 千葉県がんセンターは、がんの発生メカニズムや抑制等の研究、創薬、治療法の開発、ゲノム解析によるがん原因遺伝子等の探索、疫学調査に基づく予防等の研究など、基礎的な研究成果の臨床応用研究を推進していきます。
- 国立がん研究センター東病院、千葉大学医学部附属病院、千葉県がんセンターが中心となり、他のがん診療連携拠点病院や産業界と連携しながら臨床試験や治験を受け入れるネットワークの構築を目指します。
- 千葉県がんセンターが国立がん研究センターと取り組んでいる大規模な疫学研究を推進し、その成果によって得られる地域的な特徴などを考慮し、検診や予防対策の効果的な実施の検討に活用していきます。

**(エ) 施策の評価指標**

**〔基盤 (ストラクチャー)〕**

指 標 名	現状	目標
がん患者の看取りをする在宅療養支援診療所及び一般診療所*の箇所数	155か所 (平成28年度)	増加 (平成34年度)
県の施設の禁煙実施率※	99.4% (平成29年度)	100% (平成34年度)
市町村の施設の禁煙実施率※	91.4% (平成29年度)	100% (平成34年度)

指 標 名	現 状	目 標
医療施設の禁煙実施率※	82.5% (平成26年度)	100% (平成34年度)
口腔ケアの地域医療連携を行っているがん診療連携拠点病院	8病院 (平成29年3月)	11病院 (平成35年)

※敷地内禁煙又は建物内禁煙を実施する施設の割合

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現 状	目 標
成人の喫煙率	男性25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	男性20.0% 女性 5.0% (平成34年度)
がん検診受診率 ・胃がん (40～69歳) ・肺がん ( " ) ・大腸がん ( " )  がん検診受診率 ・乳がん (40～69歳) ・子宮頸がん (20～69歳) ※乳がん、子宮頸がんについては、 過去2年の受診の有無	42.0% 49.8% 44.4% (平成28年度)  49.9% 44.2% (平成28年度)	50% (平成31年)
精密検査受診率 (上記5がんの平均)	74.4% (平成26年度)	90% (平成35年度)
がん診療連携拠点病院等及び千葉県がん診療連携協力病院における地域医療連携パス* (がん) の利用件数	1,047件 (平成28年度)	増加 (平成34年度)
がん診療連携拠点病院等及び千葉県がん診療連携協力病院における緩和ケアチームへの年間依頼件数	4,371件 (平成28年度)	増加 (平成34年度)
がん診療連携拠点病院等におけるがん相談支援センターの相談支援件数	64,557件 (平成27年)	増加 (平成34年)

## 〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
住まいの場(自宅、老人ホーム等)での死亡割合(悪性新生物)	14.4% (平成27年)	増加 (平成33年)
がんによる75歳未満年齢調整死亡率* (人口10万対)	男性 94.9 女性 55.7 (平成28年)	男性 83.5 女性 49.0 (平成34年)

## (2) 脳卒中

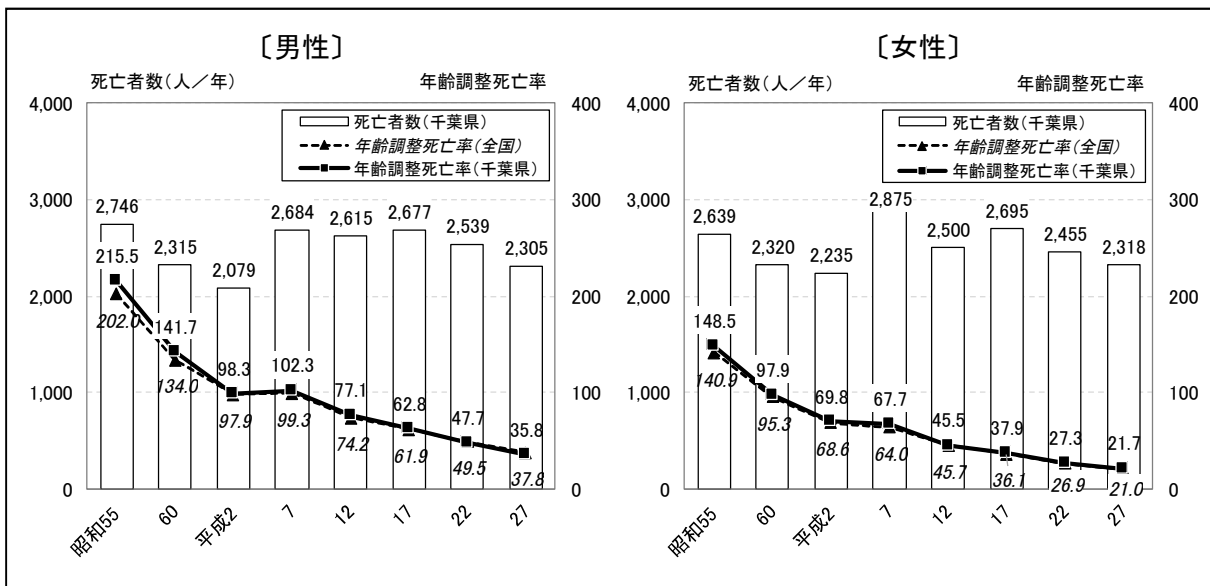
### (ア) 施策の現状・課題

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1.2万人(平成26年度)となっています。平成28年の脳血管疾患による本県の年間死亡者数は、4,584人と死亡者総数の8.1%を占め、死因順位の第4位です。

また、人口10万対の年齢調整死亡率\*(平成27年)は減少傾向にあり、男性は35.8(全国37.8)で高い順に全国第31位、女性は21.7(全国21.0)で第20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16.6%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 2-1-1-2-2-1 脳血管疾患による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計(厚生労働省)、人口動態統計特殊報告(厚生労働省)

### 〔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、栄養素を適量摂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等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、一人ひとり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を考慮する必要があり、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〕

脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が必要であり、多職種によるアプローチが重要です。在宅療養を支える介護サービスとの連携も重要です。脳卒中の



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

### （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、脳卒中急性期対応医療機関、回復期対応医療機関、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。

かかりつけ医は、危険因子となる生活習慣の改善の指導や、疾病の早期発見・治療をするとともに、手や足のしびれ等の症状があり、脳卒中の可能性があると診断した場合や、一過性脳虚血発作（T I A）\*を疑う場合について、速やかに近隣の脳卒中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処を行います。

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うえ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 - P A治療などの専門的な治療を行います。また、必要に応じて血管内治療や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。

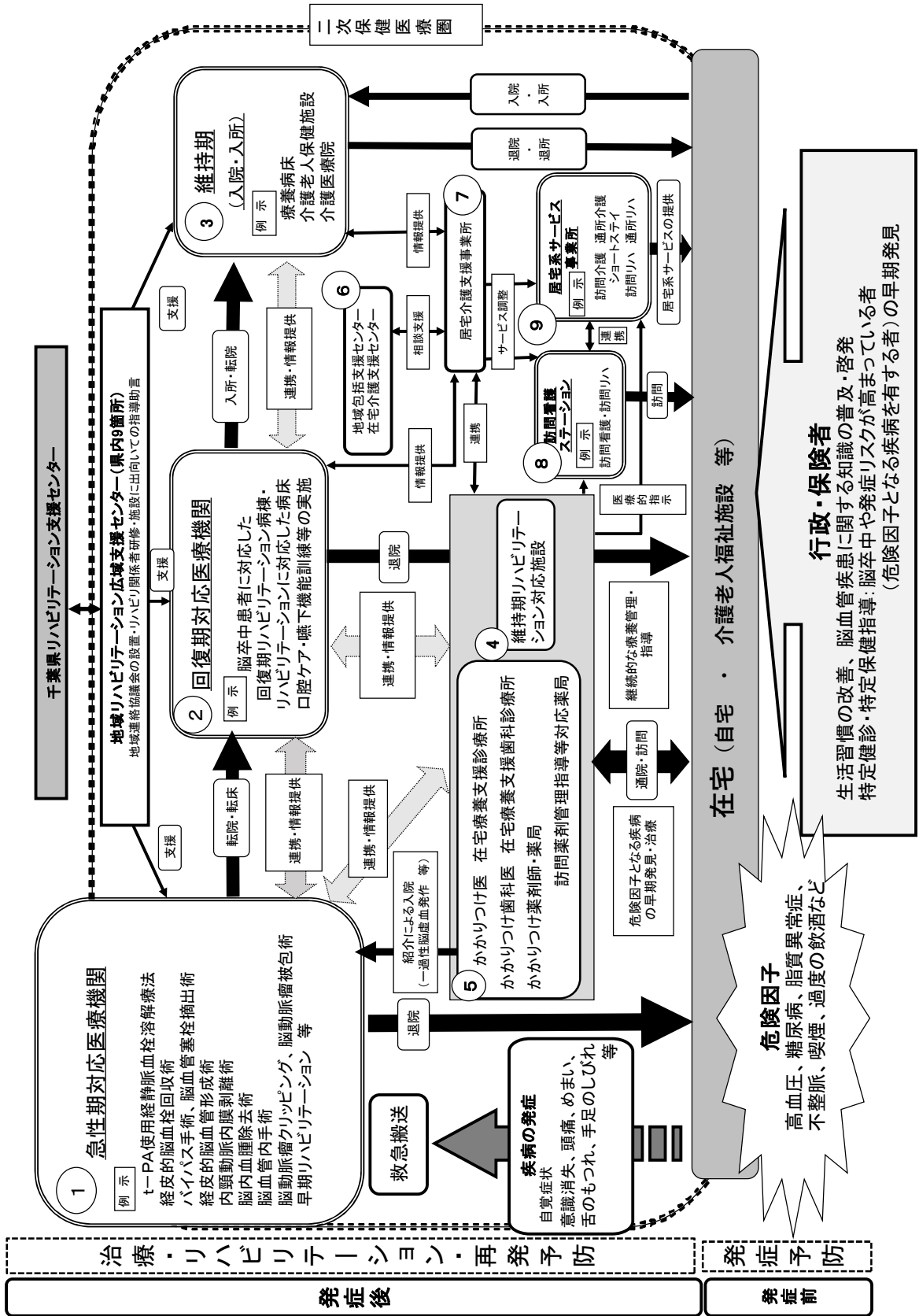
回復期対応医療機関では、早期に在宅に復帰できるよう、専門医療スタッフにより、失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの障害の改善及びADLの向上を目的とした、集中的なリハビリテーション等を実施します。

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。

脳卒中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

#### 〔生活習慣と脳卒中の関係についての周知〕

- 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と脳卒中の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。
- 特定健診等の定期的な健診を受診する必要性について、また、高血圧や糖尿病等の疾病の適切な治療が脳卒中の発症予防につながることに付いて、周知します。
- 危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。
- 未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

#### 〔特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進〕

- 特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。
- 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。
- 特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

#### 〔脳卒中発症時の対応に関する啓発〕

- 本人や家族等、周囲にいる者が、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請する等の対処を行えるよう、発症時の症状に関する知識を普及啓発します。

#### 〔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。

#### 〔地域リハビリテーション支援体制の整備〕

- 地域のリハビリテーション実施機関を対象とした研修や相談対応、支援を行う「地域リハビリテーション広域支援センター\*」を二次保健医療圏ごとに概ね1箇所指定し、地域リハビリテーション\*支援体制の整備を図ります。

#### 〔退院支援〕

- 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ます。

- 多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT\*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。
- 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、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連携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。

### (エ) 施策の評価指標

#### [基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現状	目標
t-P Aの静脈内投与について 24時間対応可能な病院	30箇所 (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
地域包括ケア病棟*の病床*数(人口 10万対)	22.8床 (平成29年8月)	41.4床 (平成35年度)
医療施設従事医師数(神経内科) (人口10万対)	2.9人 (平成28年)	増加 (平成34年)
医療施設従事医師数(脳神経外科) (人口10万対)	4.6人 (平成28年)	増加 (平成34年)
在宅患者訪問診療実施診療所数・病 院数	767箇所 (平成27年)	976箇所 (平成32年)
機能強化型訪問看護ステーション* 数	16箇所 (平成29年6月)	28箇所 (平成32年)
脳卒中の診療を行う病院における 地域医療連携パス*(脳卒中)導入 率	50.8% (平成29年6月)	80% (平成35年度)

#### [過程 (プロセス)]

指 標 名	現状	目標
成人の喫煙率	男性 25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	男性 20.0% 女性 5.0% (平成34年度)
成人の1日当たり食塩摂取 量	男性 10.9g 女性 9.4g (平成27年度)	男性 8g 女性 7g (平成34年度)

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
高血圧の改善 (収縮期血圧の中央値の低下)	男性 129mmHg 女性 127mmHg (平成27年度)	男性 126mmHg 女性 124mmHg (平成34年度)
脂質異常症の減少 (LDL-c 160mg/dl以上の者)	男性 9.9% 女性 15.6% (平成27年度)	男性 6.9% 女性 10.7% (平成34年度)

## 〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数* (脳血管疾患)	79.1日 (平成26年度)	期間短縮 (平成35年度)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合 (脳血管疾患)	50.8% (平成26年度)	56.3% (平成35年度)
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性 35.8 女性 21.7 (平成27年)	男性 40.2 女性 25.0 (平成34年度)

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

### （3）心筋梗塞等の心血管疾患

#### （ア）施策の現状・課題

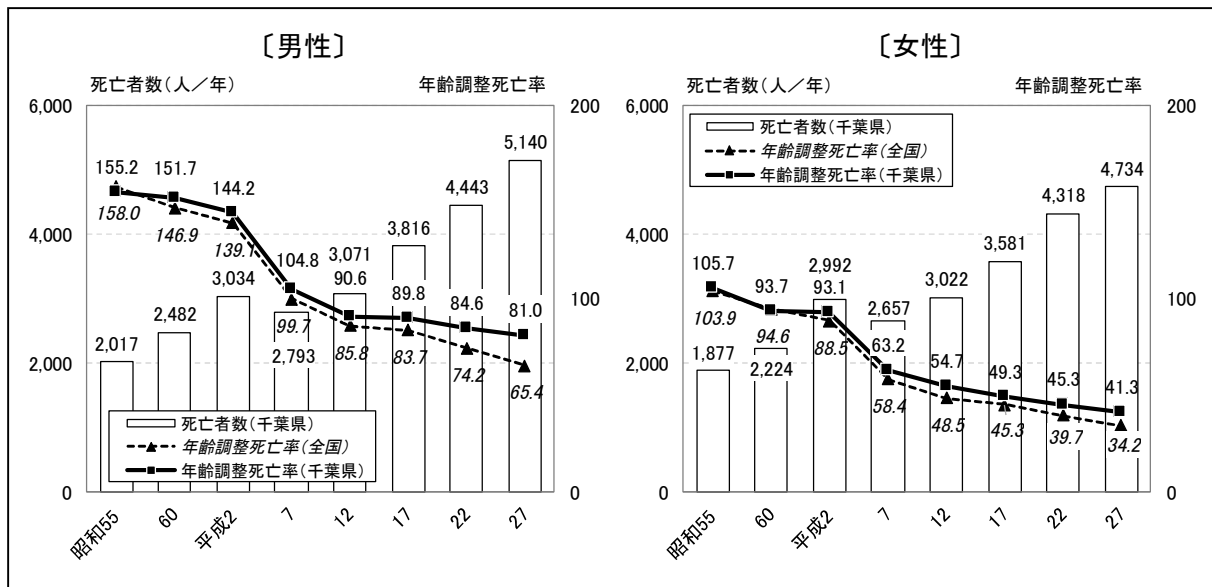
心血管疾患を含む心疾患\*（高血圧性を除く）による本県の年間死亡者数は、9,646人（平成28年）と死亡者総数の17.1%を占めています。

人口10万対の年齢調整死亡率\*（平成27年）は、心疾患死亡数全体の約19%を占める急性心筋梗塞\*においては男性は17.3（全国16.2）で高い順に全国第21位、女性は6.5（全国6.1）で第21位と、男女ともに相対的に高い水準にあります。

心筋梗塞\*等の心血管疾患を発症した場合、まず、急性期\*には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラム\*としての心血管疾患リハビリテーション\*が開始されます。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や疾患によって、治療法や予後が大きく変わります。

また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、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が必要となります。

図表 2-1-1-2-3-1 心疾患（高血圧性を除く）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）

#### 〔急性心筋梗塞〕

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症\*、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム\*、ストレスなどです。発症の予防のためには、適正な体重の維持及び減塩・栄養素を適量摂る食生活と運動習慣の実践など、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。

喫煙や受動喫煙\*により、発症リスクが増大することが確認されています。このため、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、一定の基準に該当する者に対し、心電図の検査を実施するなど、疾患やそのハイリスク\*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、一人ひとりの生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなどにより、発症予防に努める必要があります。

急性心筋梗塞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、速やかに救急要請を行う必要があります。

また、心臓が止まるような不整脈\*が生じた場合には、正常に戻すために心臓に電流を流す「除細動」を早く行うほど救命の効果があります。第一発見者など市民による一次救命処置\*（BLS）が重要です。

これを踏まえ、本県では、千葉県AED\*の使用及び心肺蘇生法の実施の促進に関する条例が施行されたところですが、AEDの使用率が低いことから、心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法に関する更なる普及啓発が必要です。

心筋梗塞患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施することが必要です。

疾病管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいいます。低下機能（心機能）の回復だけではなく、再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられています。

### 〔大動脈解離〕

急性大動脈解離\*は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間ごとに1から2%ずつ上昇するといわれており、迅速な診断と治療が重要です。

大動脈解離患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群\*の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて適切に実施することが必要です。

### 〔慢性心不全〕

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難\*、息切れ、四肢浮腫等、様々な症状をきたします。

心不全の継続的な医療を受けている患者数は、千葉県内で約7千人と推計され、そのうち、約70%が75歳以上の高齢者です。また、本県における心不全による死亡



数（3,381人・平成27年）は心疾患（高血圧性を除く）死亡数全体（9,874人）の約34.2%です。

慢性心不全患者は、心不全増悪による入退院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されています。再入院率改善のためには薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、発症後、生涯にわたって継続して行うことが重要です。

### （イ）循環型地域医療連携システムの構築

心筋梗塞等の心血管疾患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心血管疾患に関する医療を受けることができるよう、かかりつけ医\*、急性期対応医療機関などとの連携により構築します。また、行政や保険者による特定健診・特定保健指導や心疾患に関する知識の普及・啓発などの生活習慣病の予防施策も含まれます。

かかりつけ医は、危険因子となる生活習慣の改善の指導や、疾病の早期発見・治療をするとともに、動悸や胸の痛み等の自覚症状のある患者について、専門的な医療機関で治療を受ける必要があるとされた場合、患者の状況に応じて、身近な対応医療機関へ紹介するとともに、退院後は対応医療機関と連携し、継続的な療養管理や指導を行います。

家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急要請を行うことや、心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施します。

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うえで対応が可能な医療機関に搬送します。

急性期を担う医療機関は、専門的な治療を行います。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\*以降を担う医療機関では、再発予防のため、個々の患者に合わせて、疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを入院または通院により実施します。

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、対応医療機関と地域のかかりつけ診療所\*等がそれぞれの機能に応じた役割分担に基づき連携を強化することにより、効果的な医療体制の整備を進めます。



**（ウ）施策の具体的展開**

**〔生活習慣と心血管疾患の関係についての周知〕**

- 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と急性及び慢性の心血管疾患の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。
- 特定健診等の定期的な健診を受診する必要性について、また、高血圧や糖尿病等の疾病の適切な治療が心血管疾患の発症予防につながることに付いて、周知します。
- 危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。
- 未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

**〔特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進〕**

- 特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。
- 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。
- 特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

**〔急性の心血管疾患発症時の対応に関する啓発〕**

- 本人や家族等、周囲にいる者が、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請する等の対応を行えるよう、発症時の症状に関する知識を普及啓発します。

**〔応急処置に関する知識・技術の普及〕**

- 心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法について一層の普及啓発に努めるとともに、AEDの公共施設への設置を推進し、更にAED設置の必要性を民間事業者に働きかけます。
- また、官民を問わず県内にあるAEDの設置場所をより簡便に把握できるよう、地図情報にAEDの設置場所等（施設名・住所・取付位置・使用可能な日時等）の情報を提供します。

**〔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。

**〔退院支援〕**

- 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ます。
- 多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT\*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。
- 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、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連携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。

(エ) 施策の評価指標

〔基盤 (ストラクチャー)〕

指 標 名	現状	目標
医療施設従事医師数 (循環器内科) (人口10万対)	7.1人 (平成28年)	増加 (平成34年)
医療施設従事医師数 (心臓血管外科) (人口10万対)	1.9人 (平成28年)	増加 (平成34年)
心大血管疾患等リハビリテーション (I) または (II) の届出医療機関数	41施設 (平成29年7月)	増加 (平成35年度)

〔過程 (プロセス)〕

指 標 名	現状	目標
成人の喫煙率	男性 25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	男性 20.0% 女性 5.0% (平成34年度)
適正体重を維持している者の増加 (肥満 BMI*25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% 20歳代女性のやせの者の割合 16.7% (平成27年)	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 19.0% 20歳代女性のやせの者の割合 15.0% (平成34年度)

指 標 名	現状	目標
-------	----	----

運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
高血圧の改善 (収縮期血圧の中央値の低下)	男性 129 mmHg 女性 127 mmHg (平成27年度)	男性 126 mmHg 女性 124 mmHg (平成34年度)
脂質異常症の減少 (LDL-c 160 mg/dl 以上の者)	男性 9.9% 女性 15.6% (平成27年度)	男性 6.9% 女性 10.7% (平成34年度)
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	男性 44.6% 女性 14.8% (平成27年度)	男性 33.2% 女性 13.0% (平成34年度)

## 〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現状	目標
退院患者平均在院日数* (虚血性心疾患)	5.7日 (平成26年度)	期間短縮 (平成35年度)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合 (虚血性心疾患)	95.4% (平成26年度)	増加 (平成35年度)
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性 17.3 女性 6.5 (平成27年)	男性 17.5 女性 7.5 (平成34年度)

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

## （4）糖尿病

### （ア）施策の現状・課題

千葉県における糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は、平成26年には12万2千人となっており、平成23年の11万8千人よりも増加しています。

糖尿病疾患による本県の年間死亡者数は、平成27年には528人で、人口10万対の年齢調整死亡率\*は減少傾向にあり、男性は4.8（全国5.5）で高い順に全国第34位、女性は2.3（全国2.5）で第27位となっています。

糖尿病は脳卒中\*、急性心筋梗塞\*等、他の疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来すことが多くなります。

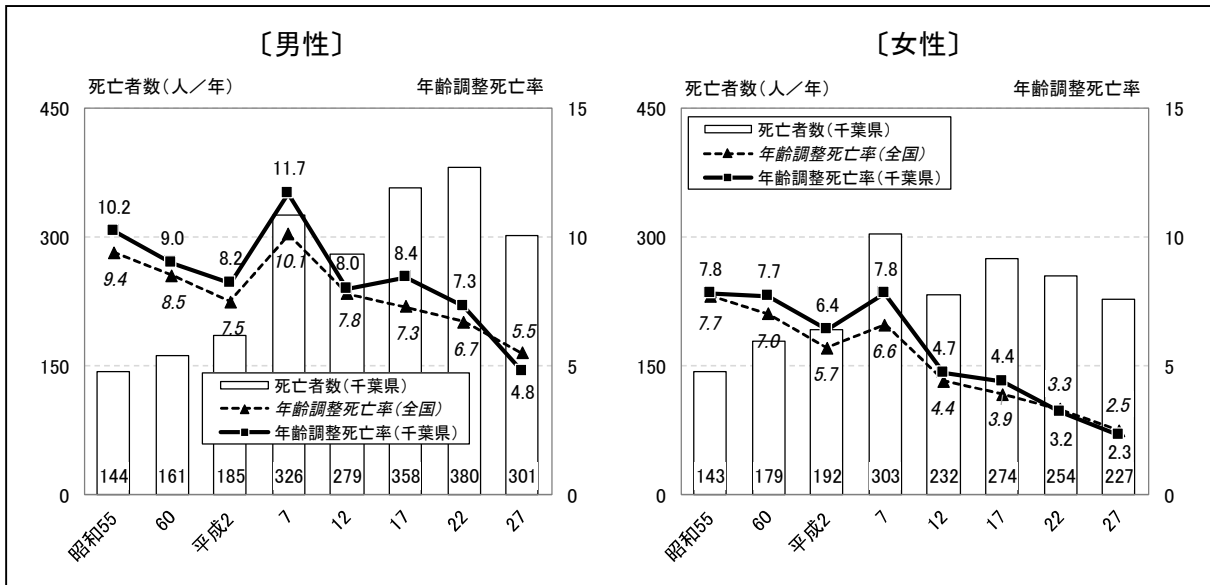
予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科、皮膚科、整形外科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師看護師、助産師、歯科衛生士\*、理学療法士\*等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となります。

さらに、一人の糖尿病患者には生涯を通じての治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して実施されることが重要になります。

また、糖尿病は血糖コントロールが不良のまま経過すると、血管が傷害され（慢性）合併症が惹き起こされてきます。重篤な合併症として失明に至る網膜症、腎不全により人工透析導入にいたる腎症、神経障害・動脈硬化、易感染\*により足の切断に至る壊疽等を引き起こし、本人や家族の生活の質を著しく低下させる恐れがあります。さらに糖尿病患者は、心筋梗塞\*、脳梗塞\*、がん、認知症、歯周病が発症しやすいことにも注意が必要です。

新規で透析を導入する患者は、（一社）日本透析医学会の調査によると、千葉県の新規透析導入患者は平成27年1年間で、1,753人、うち糖尿病性腎症\*を原疾患としている者は839人で約47.9%であり、全国の43.7%よりも糖尿病性腎症による透析導入患者割合が上回っています。

図表 2-1-1-2-4-1 糖尿病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）

### 〔発症予防・健診・保健指導〕

糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症を予防するためには、適切な食生活、適度な身体活動や運動習慣が重要です。また、不規則な生活習慣等が原因で、糖尿病の発症リスクが高まっている者については、生活習慣の改善により発症を予防することが期待できます。血のつながった家族に糖尿病患者がいる場合も発症リスクが高まることに注意が必要です。

糖尿病のリスクを把握することや、糖尿病の早期発見により重症化を予防するために、特定健診\*などの定期的な健診を受診することが必要であるとともに、健診の結果を踏まえ、適切な生活習慣の改善や、必要に応じて専門医療機関を受診することが重要です。その際、我が国の糖尿病患者は非肥満の患者も多いことから、非肥満で特定保健指導\*の該当者とならない場合も、血糖値の異常がある場合は医療機関の受診を要することに留意する必要があります。

医療保険者は、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、血清クレアチニン\*検査や眼底検査\*等の詳細な健診を追加実施するなど、糖尿病やその合併症の早期発見に努める必要があります。また、糖尿病は合併症が進行するまで無症状で経過するため健診結果に応じて医療機関への受診勧奨やそのレベルに応じて、一人ひとりの生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなど、糖尿病の発症予防に努める必要があります。

糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善を促進するため、医療保険者と医療機関、又は医療機関同士の連携促進や、対象者の意識向上につながる効果的な受診勧奨などが課題となっています。

### 〔治療・指導〕

2型糖尿病\*の治療は、初診後、2～3か月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、薬物療法を開始します。

薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、服薬を減量又は中止できることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種が連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を継続することが必要です。

かかりつけ医\*、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で、他の医療従事者と連携して療養指導を行い、患者の自己管理を支援する人材として、日本糖尿病療養指導士（CDE J）や千葉県独自に（一社）千葉県糖尿病対策推進会議が養成する千葉県糖尿病療養指導士（CDE-Chiba）の活用や、増加する高齢糖尿病患者の在宅医療が課題となります。

### 〔重症化と合併症の予防〕

人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病性網膜症\*等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、患者自身が重症化予防の重要性を理解し、治療を継続することが必須です。

初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症等を合併していることもあるため、尿アルブミンの測定を含む尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要があります。

また、糖尿病合併症の重症化を予防するため、糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病医療に関わる医療スタッフが治療方針やケアについての情報を一元的に共有し糖尿病の専門的医療機関とかかりつけ医、かかりつけ歯科医\*、かかりつけ薬剤師・薬局\*や介護スタッフとの連携を基盤とする地域ぐるみの糖尿病地域医療体制の整備を進める必要があります。

また、健診データやレセプトデータを活用し、医療保険者と医療機関が連携して受診勧奨や保健指導を行う体制を構築して糖尿病性腎症による人工透析患者を減少させることが重要です。

平成28年度の調査によると、糖尿病性腎症の重症化予防の取組において、保険者として、一定の抽出基準に基づいて受診勧奨を行っているのは39市町村、保健指導を行っているのは32市町村で、29市町村は双方を実施しています。

網膜症を予防・早期発見するためには内科初診時に眼科に紹介する必要があります。

また、歯周病も糖尿病の合併症のひとつです。高血糖が続くと歯周病菌に対する抵抗力が落ちて細菌が増殖し歯周病は極度に悪化するため、歯科への紹介が重要です。

### （イ）循環型地域医療連携システムの構築

糖尿病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糖尿病医療を受けることができるよう、糖尿病やその合併症の専門的な管理を行う医療機関、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\*、



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、糖尿病医療を提供する各機関に加え、居宅介護支援事業所\*等の連携により構築します。また、行政、保険者による特定健診、特定保健指導、後期高齢者健診後の生活習慣の改善指導や糖尿病に関する知識の普及・啓発といった予防対策も含まれます。

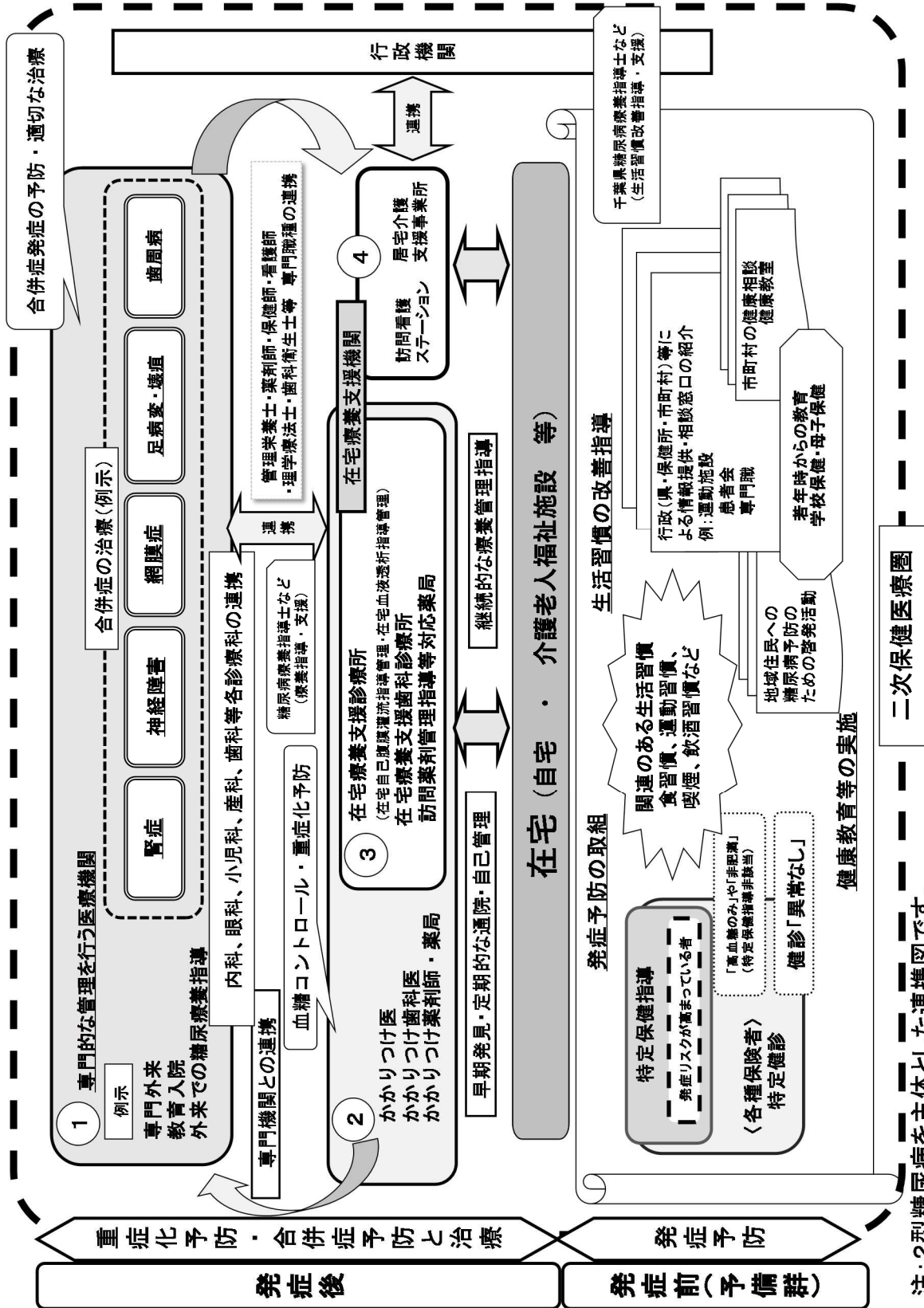
かかりつけ医は、検査により糖尿病が疑われる患者については、病状に応じて、近隣の糖尿病の専門的な管理を行う医療機関を紹介するとともに、治療方針決定後は、専門医やかかりつけ薬剤師・薬局と連携をとりながら、治療を中断させないよう患者の継続的な治療や指導を行います。

糖尿病の専門的な管理を行う医療機関は、千葉県保健医療計画策定に関する調査の回答をもとに位置づけます。当該医療機関については、「糖尿病専門外来」「腎症外来」「糖尿病教育入院」「外来での糖尿病療養指導」の対応状況や、具体的な治療の実施状況について明示します。治療の実施状況については、合併症への対応のため、「腎症」「網膜症」「神経障害」等の治療の実施状況も明示します。

また、地域において在宅療養を支援する在宅療養支援診療所などのリストを掲載し、地域での連携を進めます。在宅療養支援診療所については、糖尿病性腎症にかかる機能として、「在宅自己腹膜灌流指導管理\*」、「在宅血液透析指導管理\*」への対応状況について明示します。自己腹膜灌流とは自分の腹膜で透析を行う治療法のこと、処方箋にもとづき腹膜透析に用いる医療材料の管理などに関わるかかりつけ薬剤師・薬局の役割も重要になります。

糖尿病の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、行政、保険者と医療機関の連携、及びかかりつけ医等、糖尿病の専門的な管理を行う医療機関との機能分担と連携が推進され、①早期からの適切な薬物療法の開始、②血糖コントロールの改善による腎症、網膜症を含めた合併症の発症・重症化予防、人工透析導入患者の減少を図ります。

# 糖尿病の循環型地域医療連携システムのイメージ図



注: 2型糖尿病を主体とした連携図です。

**（ウ）施策の具体的展開****〔生活習慣と糖尿病の関係についての周知〕**

- 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と脳卒中の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。
- 糖尿病は、自覚症状が乏しいことから年1回の健診で健康管理を行う必要性を周知します。
- 危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。
- 喫煙量の多い者は糖尿病の発症リスクが高いことから、未成年者の喫煙防止、受動喫煙\*防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

**〔特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進〕**

- 特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。
- 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。
- 特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

**〔重症化防止に向けた取組の支援〕**

- 重症化予防の先駆的事例に関する情報提供とともに、糖尿病に係る医療連携について充実を図ります。
- 発症のリスクが高まっている者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。
- 「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の周知と保健指導従事者等の資質の向上、医療保険者と医療機関等が連携して受診勧奨や保健指導に取り組む体制整備等を図ります。また、糖尿病重症化予防と治療中断防止のため、千葉県糖尿病対策推進会議と連携し、糖尿病患者への療養指導や支援を行う千葉県糖尿病療養指導士（CDE-Chiba）等の活用を図ります。

(エ) 評価指標

[基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病専門外来を有する病院の数	92箇所 (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
糖尿病の重症化予防に取り組む市町村数(保険者努力支援制度において当該取組に係る評価指標を達成した市町村数)	24市町村 (平成28年度)	全市町村の8割 (平成35年度)

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
日常生活における歩数	男性7,253歩 女性6,821歩 (平成27年度)	男性8,800歩 女性7,700歩 (平成34年度)
適正体重を維持している者の増加(肥満 BMI*25以上・やせ BMI 18.5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% 20歳代女性のやせの者の割合 16.7% (平成27年)	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 19.0% 20歳代女性のやせの者の割合 15.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
糖尿病の診療を行う病院における糖尿病連携手帳又は地域医療連携パス* (糖尿病) の利用率	45.7% (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
治療継続者の割合の増加	86.9% (平成27年度)	95.0% (平成34年度)

## 〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	839人 (平成27年)	738人 (平成34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(国民健康保険加入者で特定健診を受診した者のうちHbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少	40～74歳 男性 1.2% 40～74歳 女性 0.5% (平成27年度)	40～74歳 男性 1.4% 40～74歳 女性 0.6% (平成34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(国民健康保険加入者で特定健診を受診した者のうちHbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少」については、現状値で目標を達成していますが、関連計画の健康ちば21(第2次)の中間評価を実施した際、特定健診受診率、特定保健指導実施率は目標に達していないことから、血糖コントロール不良者の減少が予防対策のみによるものではないと考え、平成34年度まで目標値を維持しているため、保健医療計画においても同様の目標とします。