

# 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	- 32 -
第7節 各疾患の現状	- 36 -
1 脳卒中とは	- 36 -

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（りゅう）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

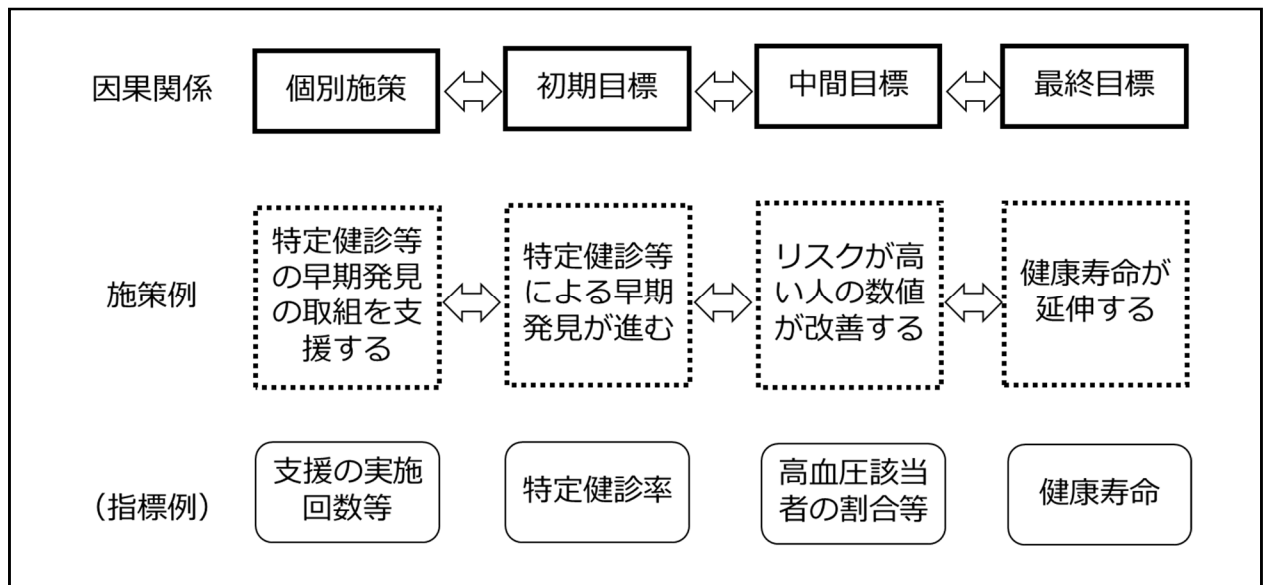
#### (2) 循環器病の年齢調整死亡率の減少

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

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			
<b>第2章 循環器病の予防・正しい知識の普及啓発</b>			
<b>栄養・食生活</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 食塩摂取量の減少</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 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）</li> <li>◎ 高血圧該当者の割合の減少</li> <li>◎ 脂質異常症の該当者の割合の減少</li> <li>◎ 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</li> <li>◎ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 脳血管疾患受療率の減少</li> <li>☆ 心疾患受療率（高血圧性のものを除く）の減少</li> </ul>	
<b>身体活動・運動</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 運動習慣者の割合の増加</li> <li>◎ ロコモティブシンドロームの認知度の増加</li> </ul>			
<b>飲酒</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 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</li> </ul>			
<b>特定健診の受診</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 特定健康診査の受診率の増加</li> </ul>			
<b>特定保健指導の実施</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 特定保健指導の実施率の増加</li> </ul>			
<b>喫煙</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 受動喫煙の機会を有する者の割合</li> <li>◎ 禁煙外来を行っている医療機関数の増加</li> </ul>			
<b>歯と口腔の健康</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 進行した歯周炎を有する者の割合の減少</li> <li>◎ 歯科健診を受診した者の割合の増加（20歳以上）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 成人の喫煙率の減少（男性）（女性）</li> </ul>		
<b>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）</b>			
<b>急性期（搬送）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 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</li> <li>◎ 救命講習等受講者数の増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 「FAST（脳卒中の初期症状）」の認知割合の増加</li> <li>☆ 心血管疾患の症状の認知割合の増加</li> <li>◎ 搬送先の現場活動時間の短縮</li> <li>◎ 病院搬送時間の短縮</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 救急活動時間の短縮</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 健康寿命の延伸</li> <li>◇ 脳血管疾患による年齢調整死亡率の減少</li> <li>☆ 心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率の減少</li> </ul>
<b>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）</b>			
<b>急性期（治療）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ SU（脳卒中専門多職種チーム）がある医療機関数の増加</li> <li>◇ 脳血管内治療を実施している医療機関数の増加</li> <li>◇ 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</li> <li>☆ 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</li> <li>☆ 大動脈瘤及び大動脈解離に対する手術を実施した医療機関数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 脳血管内治療（経皮的血栓回収術等）の実施件数の増加</li> <li>◇ t-PAによる血栓溶解療法の実施件数の増加</li> <li>☆ 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</li> <li>☆ 大動脈瘤及び大動脈解離に対する手術件数</li> </ul>		
<b>回復期</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 脳血管疾患等リハビリテーション科届出施設数の増加</li> <li>◇ 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</li> <li>◇ 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</li> <li>☆ 心大血管リハビリテーション科届出施設数の増加</li> <li>☆ 回復期リハビリテーション病棟において心大血管疾患リハビリテーションを提供した医療機関数の増加</li> <li>☆ 入院心血管疾患リハビリテーションの実施医療機関数の増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 重症患者回復率の増加</li> <li>◇ 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</li> <li>☆ 入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数の増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 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</li> <li>☆ 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</li> </ul>	
<b>地域生活期（維持期）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数の増加</li> <li>◎ 機能強化型訪問看護ステーション数の増加</li> <li>◎ 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</li> <li>◎ 在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数の増加</li> <li>◎ 在宅患者訪問薬剤管理指導科届出薬局数の増加</li> <li>◎ 在宅療養後方支援病院数の増加</li> <li>◎ 入退院支援を実施している診療所数・病院数の増加</li> <li>☆ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 入退院支援（退院調整）を受けた患者数の増加</li> <li>◇ 就労支援の実施率の増加</li> <li>☆ 外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数の増加</li> </ul>		



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】
<p>○【予防】県民の生活習慣が改善される。</p> <p>・施策の具体的展開</p> <p>指標</p> <p>○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</p> <p>成人1日当たりの食塩摂取量 (20歳以上) (男性) (女性)</p> <p>○働き盛り・子育て世代の身体活動量の増加 ーなど2施策</p> <p>運動習慣者の割合 (40-64歳) (男性) (女性)</p> <p>ロコモティブシンドロームの認知度</p> <p>○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</p> <p>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)</p> <p>○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</p> <p>受動喫煙の機会を有する者の割合</p> <p>禁煙外来を行っている医療機関数</p> <p>○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</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>○【予防】循環器病の高リスク者を早期に捕捉している。</p> <p>・施策の具体的展開</p> <p>指標</p> <p>○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</p> <p>特定健康診査(国民健康保険分)の受診率</p> <p>特定保健指導(国民健康保険分)の実施率</p> <p>特定健康診査(全体分)の受診率</p> <p>特定保健指導(全体分)の実施率</p>	<p>○【予防】県民の健康状態が改善される。</p> <p>・取組の方向性</p> <p>指標</p> <p>○県民全体の健康状態を改善する。</p> <p>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)</p> <p>成人の喫煙率(男性) (女性)</p> <p>80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する者の割合</p> <p>○【予防】循環器病の高リスク者の健康状態が改善される。</p> <p>・取組の方向性</p> <p>指標</p> <p>○特定健診・特定保健指導により捕捉された発症リスクが高い県民の健康状態を改善する。</p> <p>高血圧該当者の割合 (男性) (女性)</p> <p>脂質異常症の該当者の割合 (男性) (女性)</p> <p>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)</p> <p>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)</p>	<p>○循環器病を予防して発症する人が減少される。</p> <p>・千葉県の目指す姿</p> <p>指標</p> <p>○健康寿命を延伸する。</p> <p>健康寿命 (男性)</p> <p>健康寿命 (女性)</p> <p>○循環器病の受療率を減少する(※)</p> <p>受療率(人口10万人対) (脳血管疾患(脳卒中を含む))</p> <p>受療率(人口10万人対) (心疾患(高血圧性のものを除く))</p> <p>※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。</p>

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【千葉県の目指す姿】
<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> <p>指標</p> <p>○効率的な専門医療体制の構築 一など3施策</p> <p>SU(脳卒中専門多職種チーム)がある医療機関数</p> <p>脳血管内治療を実施している医療機関数</p> <p>t-PAによる血栓溶解療法を実施している医療機関数</p>	<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> <p>指標</p> <p>○専門的な治療を提供する医療体制が構築される。</p> <p>脳血管内治療(経皮的血栓回収術等)の実施件数</p> <p>t-PAによる血栓溶解療法の実施件数</p>	<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> <p>指標</p> <p>○脳卒中による年齢調整死亡率を減少する。</p> <p>脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性)</p> <p>脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性)</p> <p>○健康寿命を延伸する。</p> <p>健康寿命(男性)</p> <p>健康寿命(女性)</p> <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> <p>指標</p> <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> <p>在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合</p>
<p>○【回復期】急性期の治療後に質の高い治療を受けられる体制が構築されている。</p> <p>・施策の具体的展開</p> <p>指標</p> <p>○脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備 一など2施策</p> <p>脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)~(Ⅱ)届出施設数</p> <p>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</p> <p>脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数</p>	<p>○【回復期】急性期の治療後に質の高い治療受けられている。</p> <p>・取組の方向性</p> <p>指標</p> <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する。</p> <p>重症患者回復率</p> <p>回復期リハビリテーション病棟における実績指数</p>	
<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> <p>指標</p> <p>○医療・介護の多職種連携の促進 一など6施策</p> <p>在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数</p> <p>機能強化型訪問看護ステーション数</p> <p>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</p> <p>在宅患者訪問診療(居宅)実施歯科診療所数</p> <p>在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数</p> <p>在宅療養後方支援病院数</p> <p>入退院支援を実施している診療所数・病院数</p>	<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> <p>指標</p> <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> <p>入退院支援(退院調整)を受けた患者数</p> <p>就労支援の実施率</p>	

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【千葉県を目指す姿】
<p>○【急性期・治療】県内全医療圏で搬送後に速やかに治療可能な体制が構築されている。</p> <p>・ 施策の具体的展開</p> <p>指標</p> <p>○効率的な専門医療体制の構築 ー など3施策</p> <p>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</p> <p>大動脈瘤及び大動脈解離に対する手術を実施した医療機関数</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>・ 取組の方向性</p> <p>指標</p> <p>○専門的な治療を提供する医療体制が構築される。</p> <p>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</p> <p>大動脈瘤及び大動脈解離に対する手術件数</p>	<p>○心血管疾患による死亡が減少している。</p> <p>・ 千葉県の目指す姿</p> <p>指標</p> <p>○心血管疾患による年齢調整死亡率を減少する。</p> <p>心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（男性）</p> <p>心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（女性）</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）を受けられる体制が構築されている。</p> <p>・ 施策の具体的展開</p> <p>指標</p> <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> <p>心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅱ)届出施設数</p> <p>回復期リハビリテーション病棟において心大血管疾患リハビリテーションを提供した医療機関数</p> <p>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>	<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）が提供されている。</p> <p>・ 取組の方向性</p> <p>指標</p> <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> <p>入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数</p>	<p>○健康寿命を延伸する。</p> <p>健康寿命（男性）</p> <p>健康寿命（女性）</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・介護が提供される基盤が出来ている。</p> <p>・ 施策の具体的展開</p> <p>指標</p> <p>○医療・介護の多職種連携の促進。 ー など11施策</p> <p>在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数</p> <p>機能強化型訪問看護ステーション数</p> <p>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</p> <p>在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数</p> <p>在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数</p> <p>在宅療養後方支援病院数</p> <p>入退院支援を実施している診療所数・病院数</p> <p>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>	<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>・ 取組の方向性</p> <p>指標</p> <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> <p>入退院支援（退院調整）を受けた患者数</p> <p>外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数</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>・ 千葉県の目指す姿</p> <p>指標</p> <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> <p>在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合</p>

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】									
※脳卒中関係											
<p>○【急性期・搬送】県民啓発</p> <p>・施策の具体的展開</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">指標</td> </tr> </table> <p>○県民啓発の実施</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>救命講習等受講者数</td> </tr> </table>	指標	救命講習等受講者数	<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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">指標</td> </tr> </table> <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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>「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）</td> </tr> </table> <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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">指標</td> </tr> </table> <p>○重症患者の搬送先が明確化されている。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>脳卒中患者に係る搬送先の平均照会時間（現場到着～現場出発）</td> </tr> <tr> <td>脳卒中患者に係る病院搬送時間（現場出発～医療機関到着）</td> </tr> </table>	指標	「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）	指標	脳卒中患者に係る搬送先の平均照会時間（現場到着～現場出発）	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>○【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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">指標</td> </tr> </table> <p>○発症～搬送に当たり速やかに救急搬送することができる。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>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）</td> </tr> </table>	指標	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）
指標											
救命講習等受講者数											
指標											
「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）											
指標											
脳卒中患者に係る搬送先の平均照会時間（現場到着～現場出発）											
脳卒中患者に係る病院搬送時間（現場出発～医療機関到着）											
指標											
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）											
※心血管疾患関係											
<p>○【急性期・搬送】県民啓発</p> <p>・施策の具体的展開</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">指標</td> </tr> </table> <p>○県民啓発の実施</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>救命講習等受講者数</td> </tr> </table>	指標	救命講習等受講者数	<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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">指標</td> </tr> </table> <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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>心血管疾患の初期症状の認知割合</td> </tr> </table> <p>○【急性期・搬送】現場活動時間の短縮</p> <p>・取組の方向性</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">指標</td> </tr> </table> <p>○重症患者の搬送先が明確化されている。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>心血管疾患に係る搬送先の平均照会時間（現場到着～現場出発）</td> </tr> <tr> <td>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）</td> </tr> </table>	指標	心血管疾患の初期症状の認知割合	指標	心血管疾患に係る搬送先の平均照会時間（現場到着～現場出発）	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>○【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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">指標</td> </tr> </table> <p>○発症～搬送に当たり速やかに救急搬送することができる。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>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）</td> </tr> </table>	指標	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）
指標											
救命講習等受講者数											
指標											
心血管疾患の初期症状の認知割合											
指標											
心血管疾患に係る搬送先の平均照会時間（現場到着～現場出発）											
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）											
指標											
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）											

## 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といった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

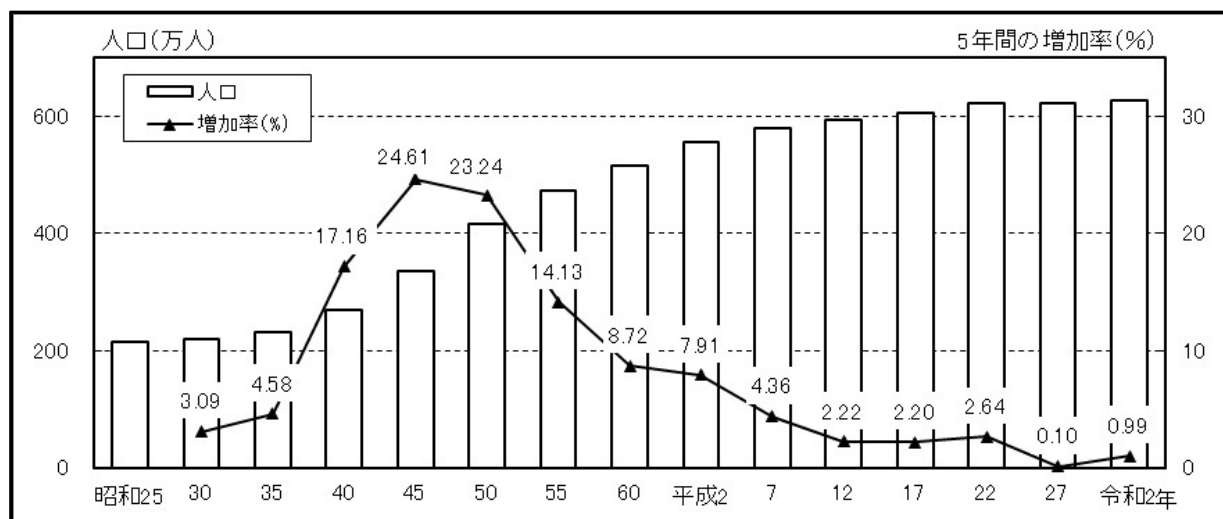
令和2年の国勢調査によると、本県の人口は6,284,480人となり、全国第6位の人口規模の大きさとなっています。

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

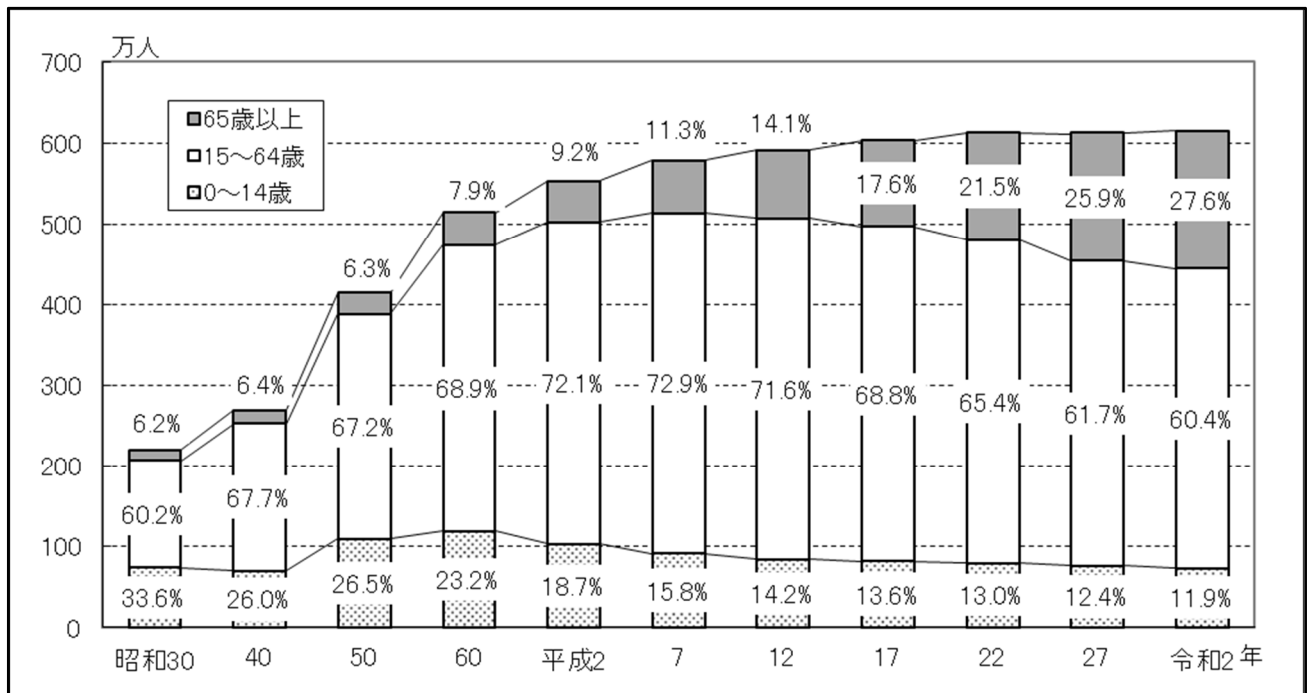
令和2年の国勢調査をもとに本県の人口を年齢により3つに区分してみると、年少人口(0~14歳)は734千人、生産年齢人口(15~64歳)は3,715千人、老年人口(65歳以上)は1,700千人で、総人口(年齢不詳分を除く。)に占める割合は、それぞれ11.9%、60.4%、27.6%となっています。

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）

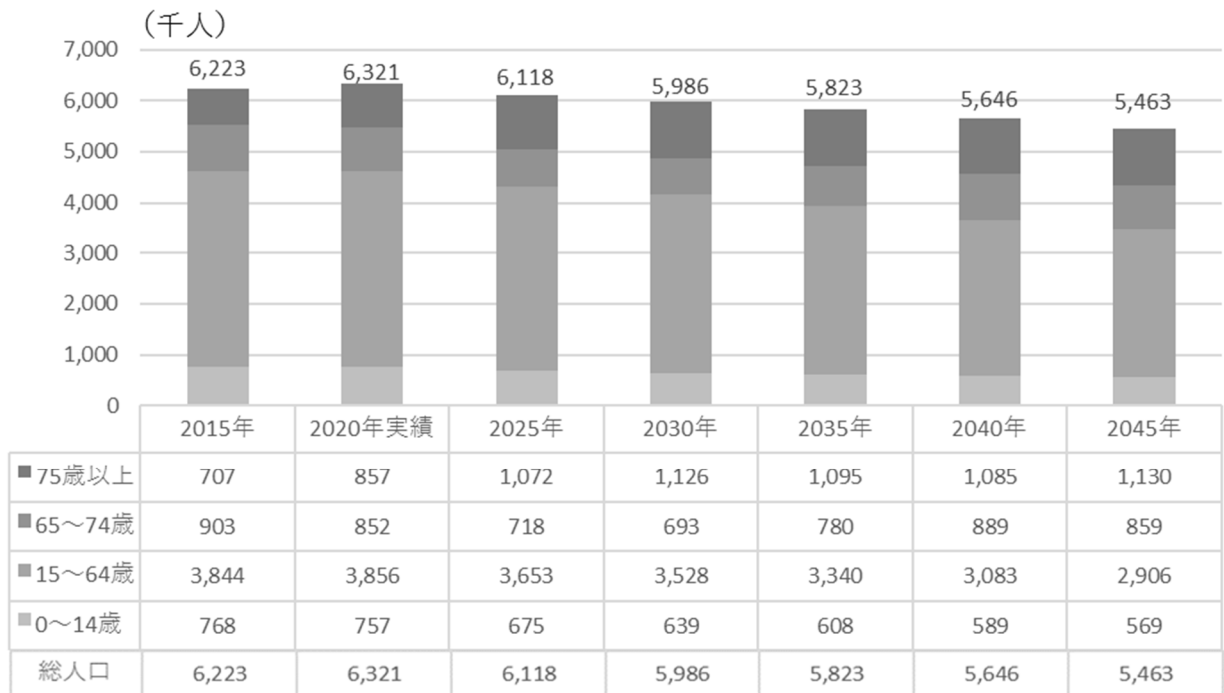
### (3) 高齢化

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。

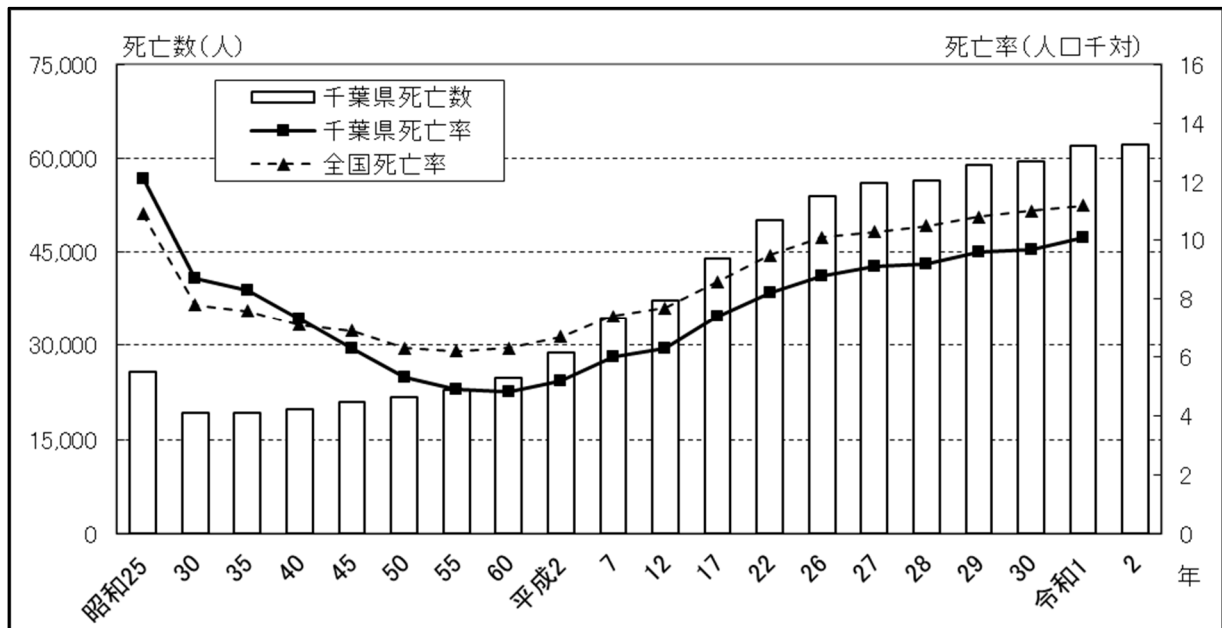


## 2 死亡数と死亡率の推移（全体）

### (1) 死亡数・死亡率（全体）

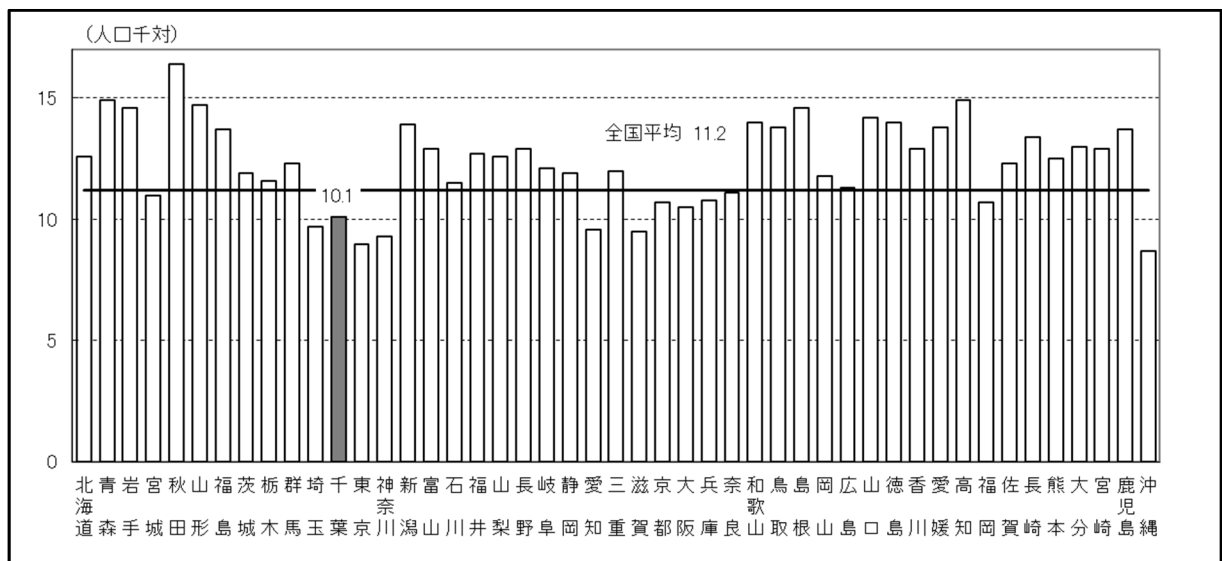
循環器病によるものだけではなく、すべての死因を含めた本県の死亡数は長期的には増加傾向で推移しています。令和2年の死亡数は62,118人で令和元年（62,004人）より114人増加しています。令和元年の死亡率（人口千対）では、10.1で全国平均の11.2に対し1.1ポイント低く、高い順では全国第41位と比較的低い順位になっています。

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



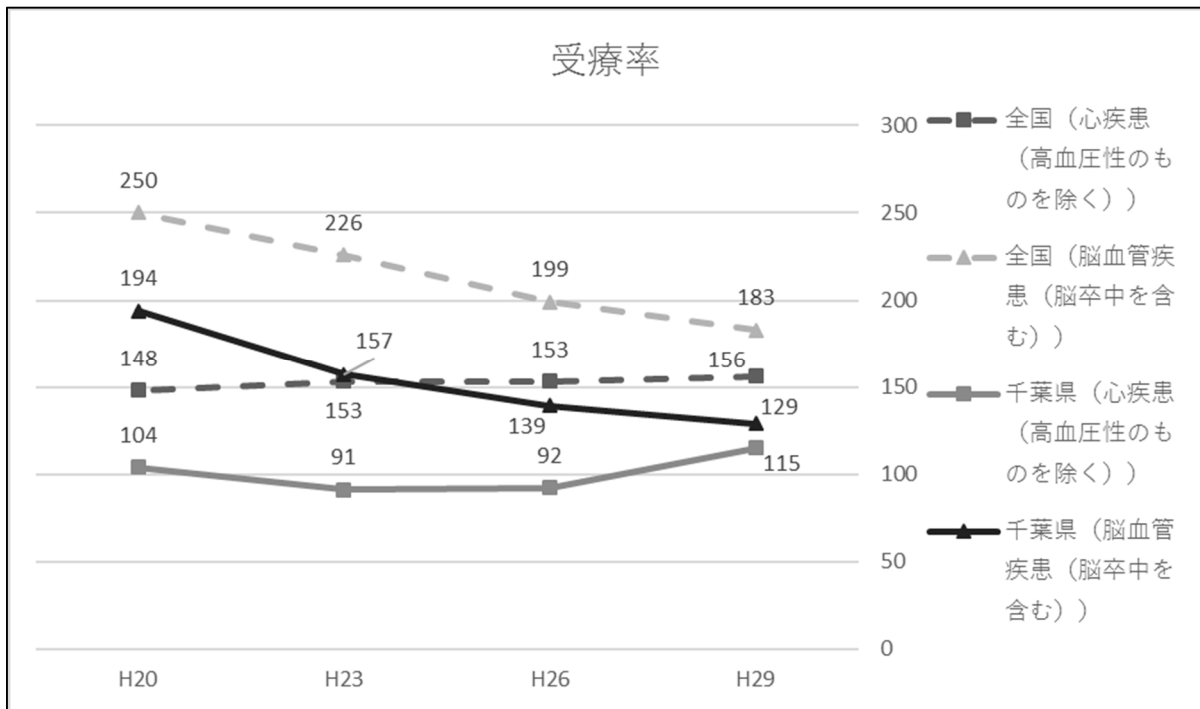
資料：令和元年人口動態調査（厚生労働省）

### 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。

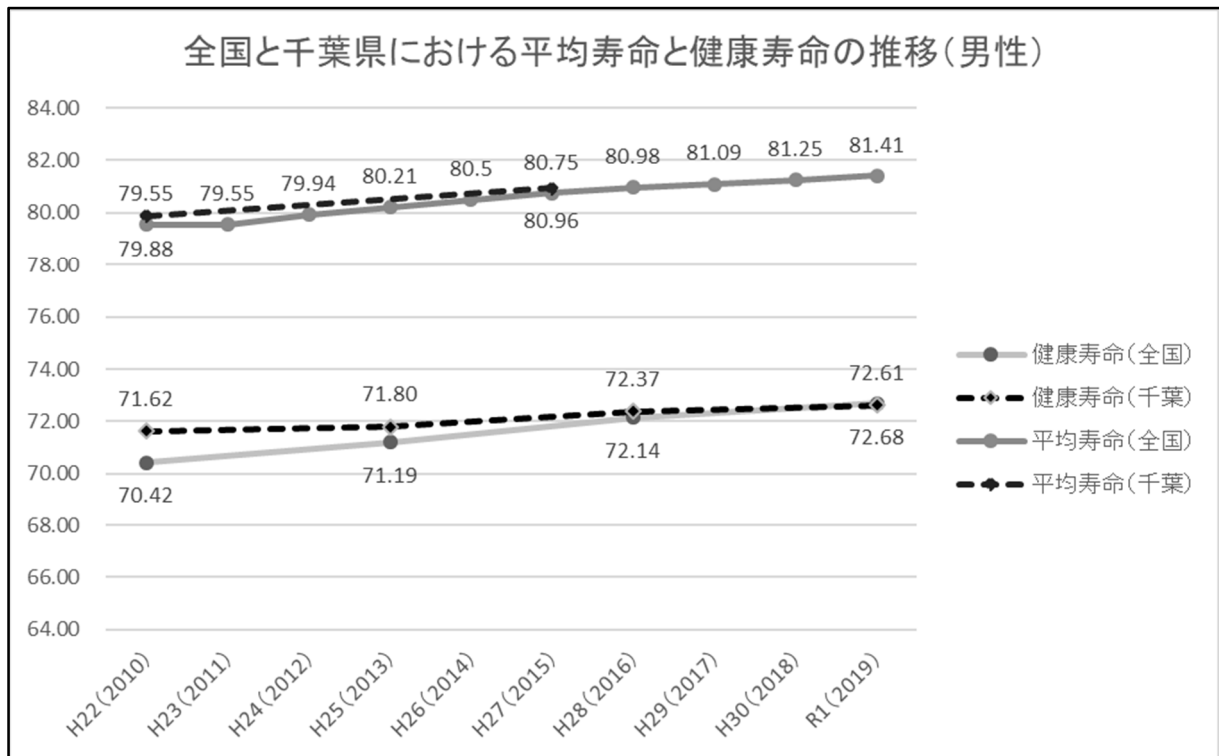
全国平均は男性80.77年、女性87.01年であり、千葉県の全国順位は男性が16位、女性が30位と健康寿命と同様に概ね中位となっています。

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。

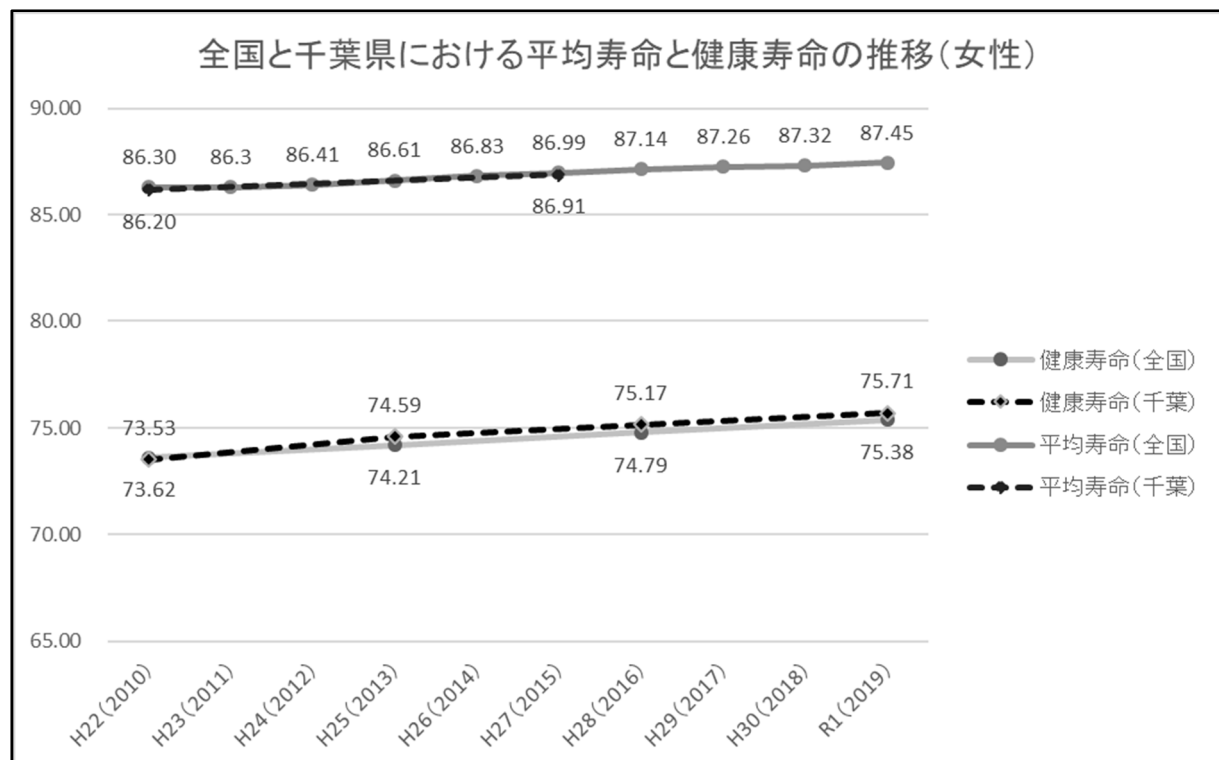
都道府県別データは直近データが平成27年度となりますが、本県での平均寿命と健康寿命の差は男性が8.59年、女性が11.74年です。

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

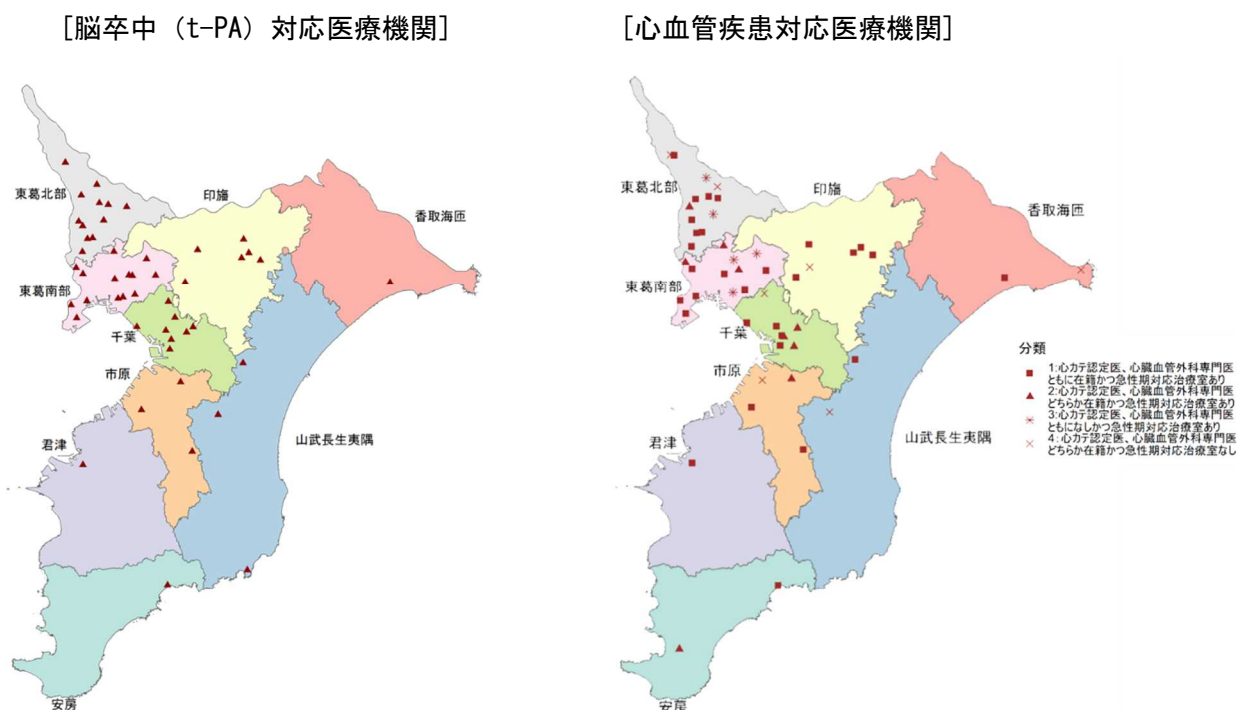
二次保健医療圏とは、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づく区域で特殊な医療を除く病院の病床の整備を図るべき地域的単位として設定するもので、医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供していくための圏域です。

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）

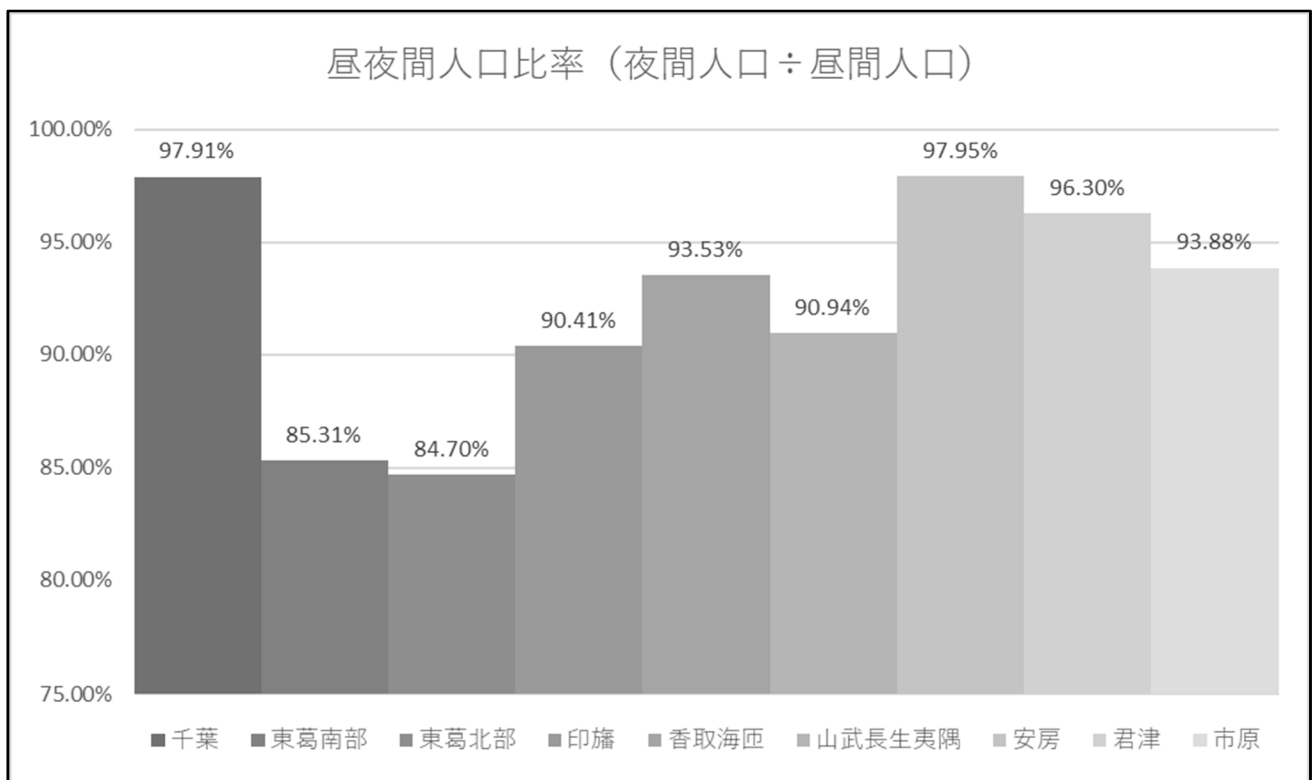
#### 4 昼夜間人口比率

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）

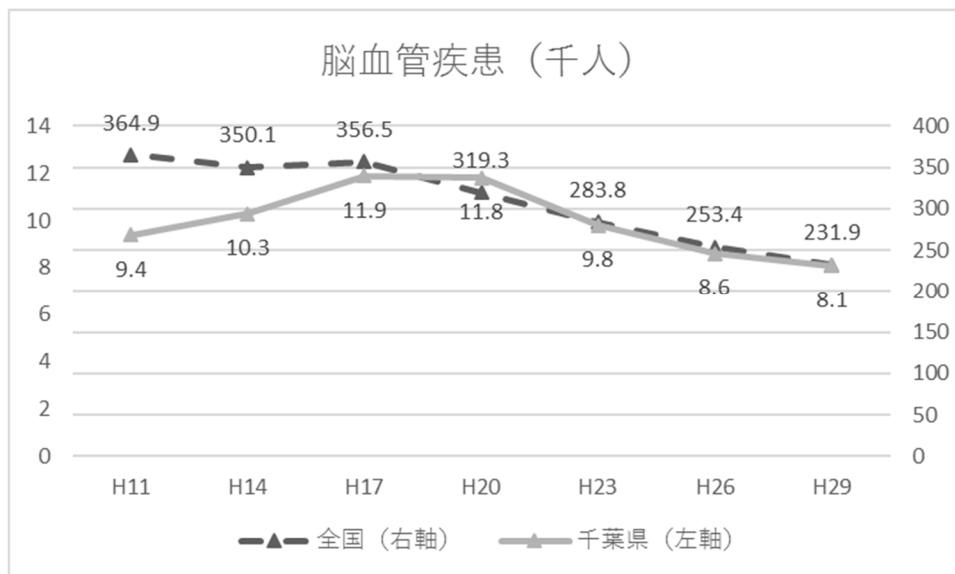
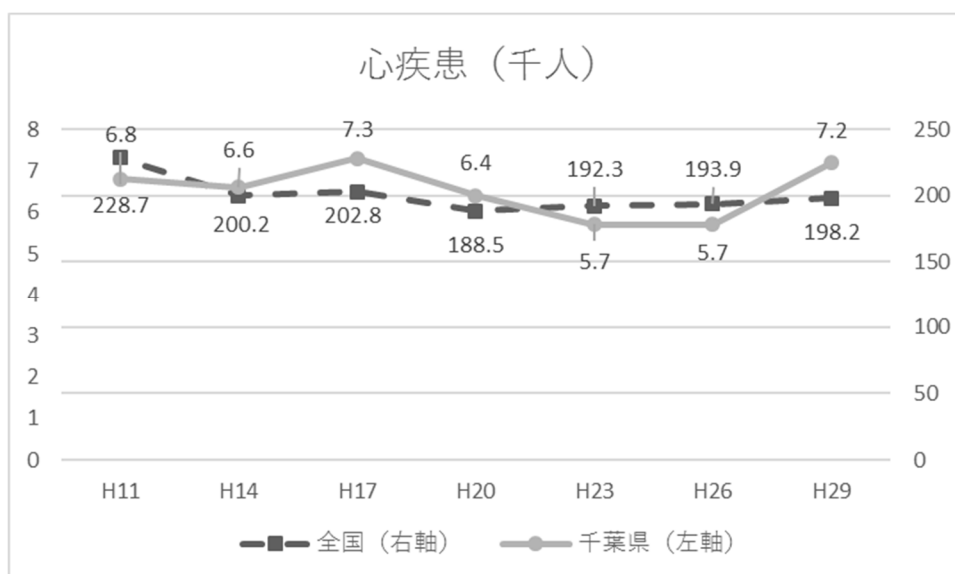


図1-6-1-2 患者調査（心疾患）



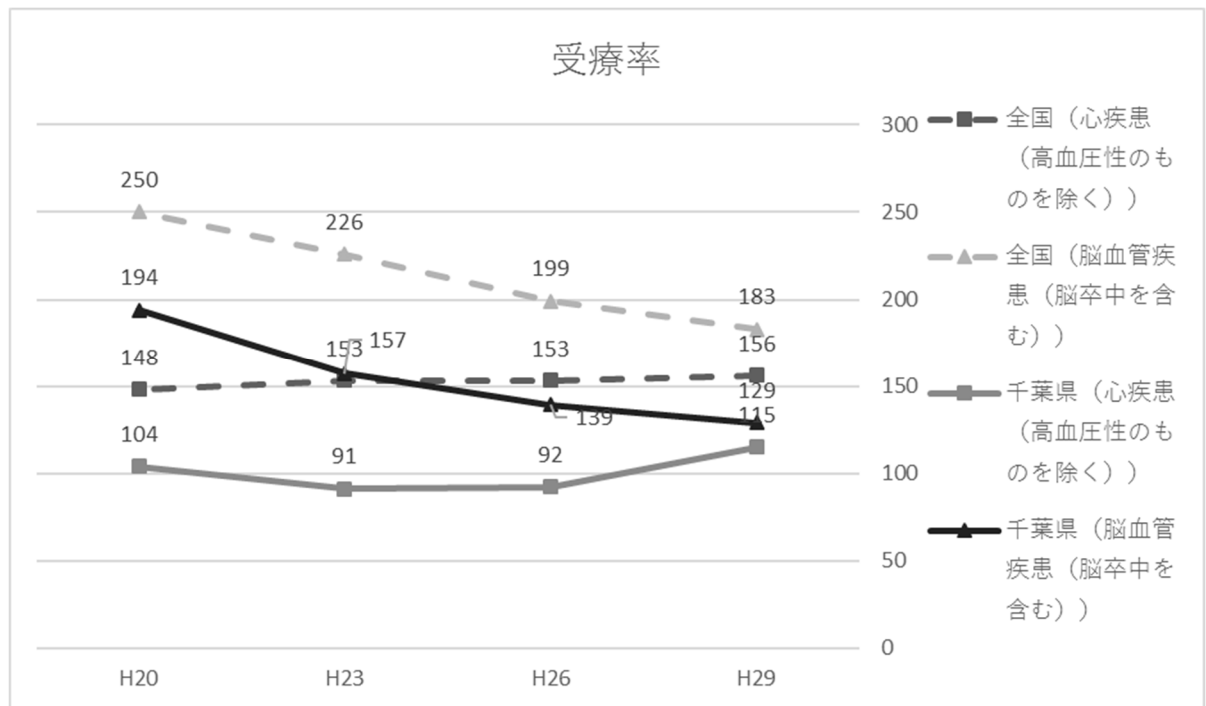
資料：患者調査（厚生労働省）

（※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。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）

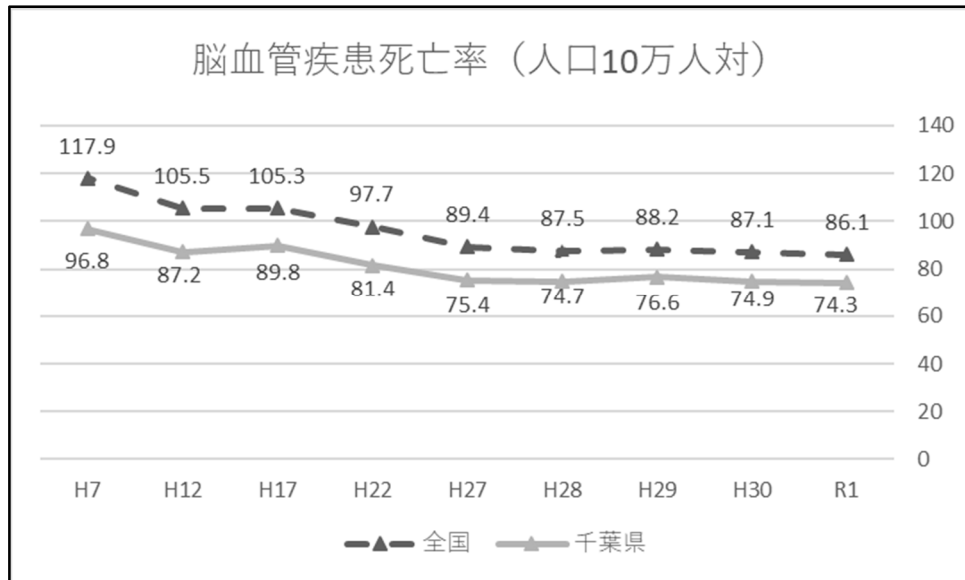


### 3 死亡率の推移

#### (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）

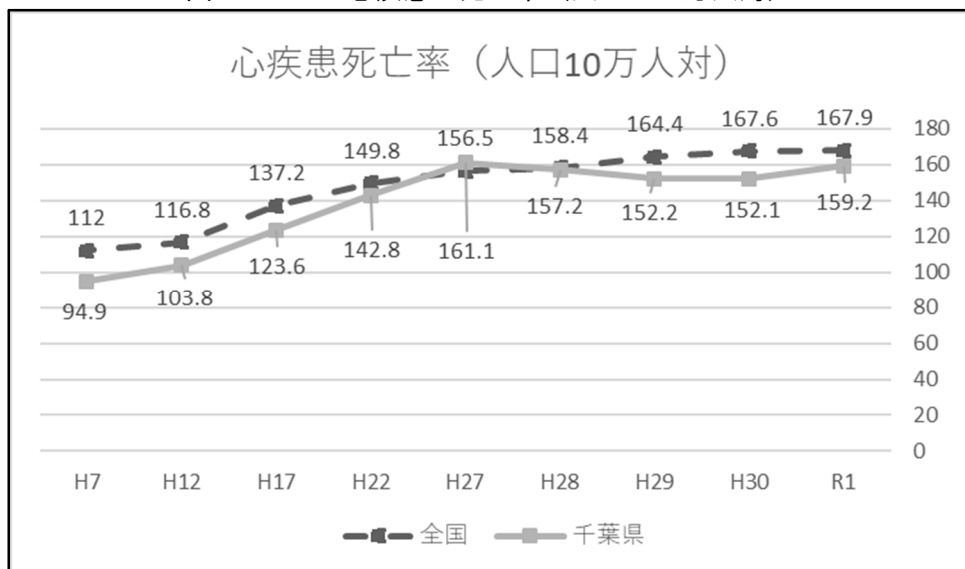


資料：人口動態調査（厚生労働省）

#### (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）



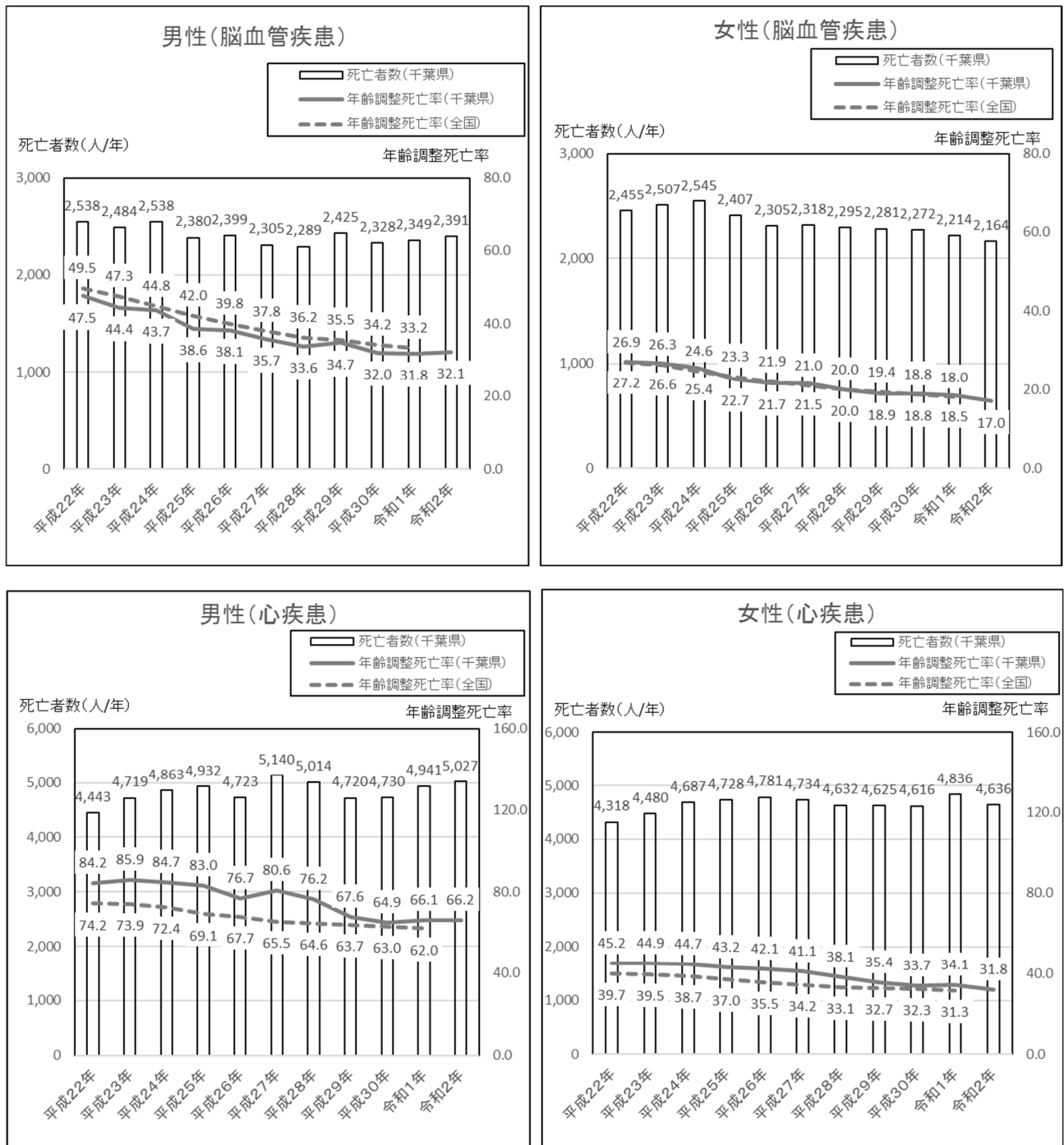
資料：人口動態調査（厚生労働省）

## 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。

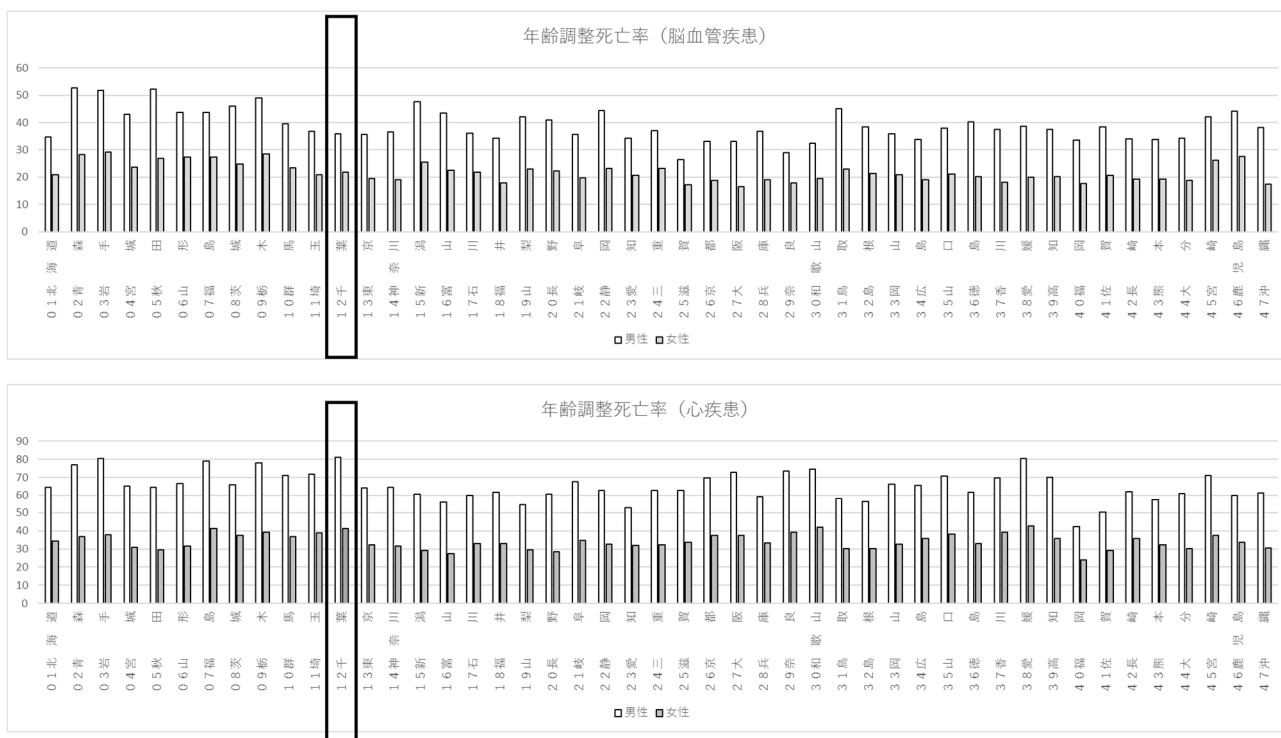
全国の順位は男性31位、女性20位であり、比較すると概ね平均ではありますが、男性はやや低く、女性はやや高くなっています。

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

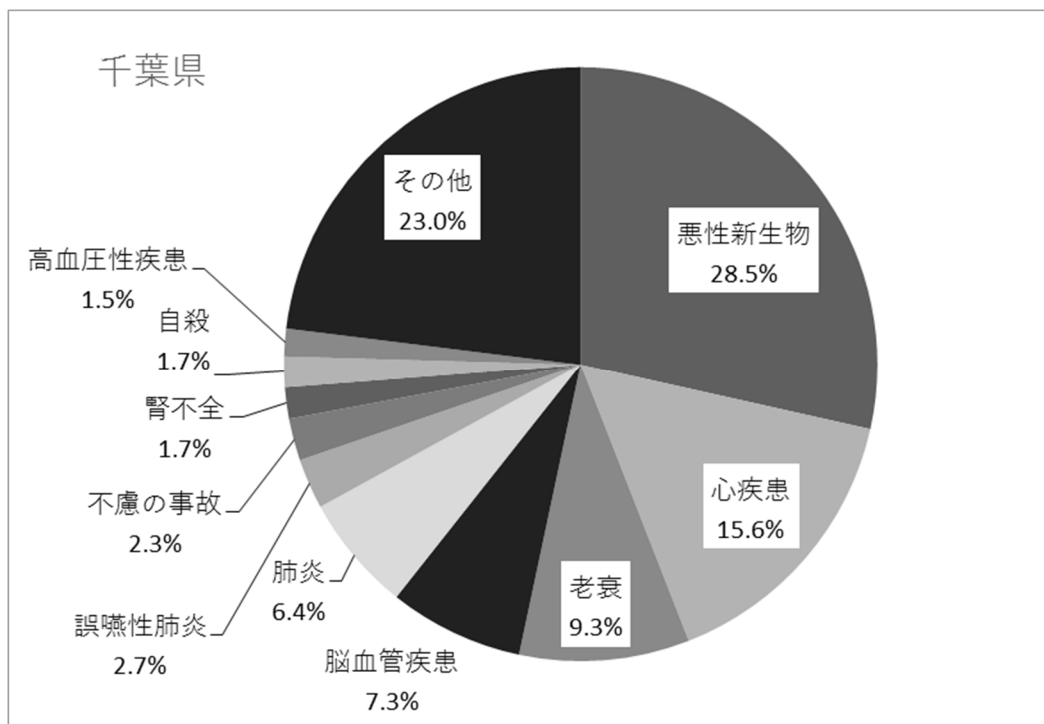
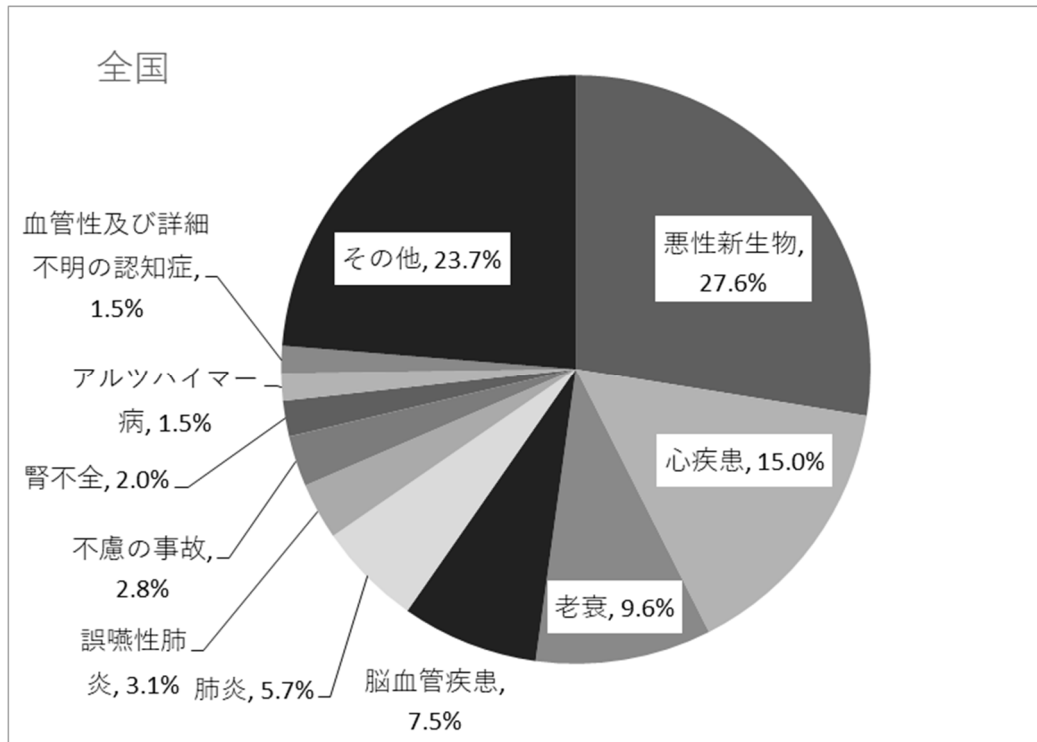
### (1) 死因別死亡率

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。

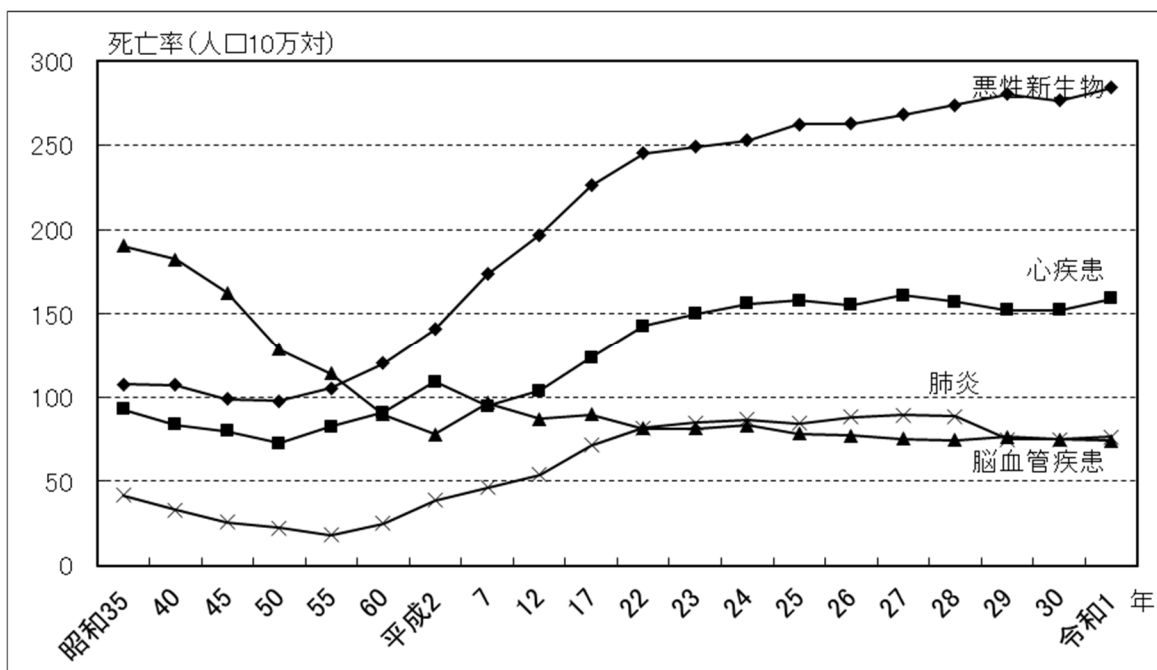
図表 1-6-5-1 死亡総数に占める割合（上位10位）

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 <sup>えん</sup> 性肺炎	42,746	3.1%	誤嚥 <sup>えん</sup> 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「脳神経内科」、「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	脳神経内科	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

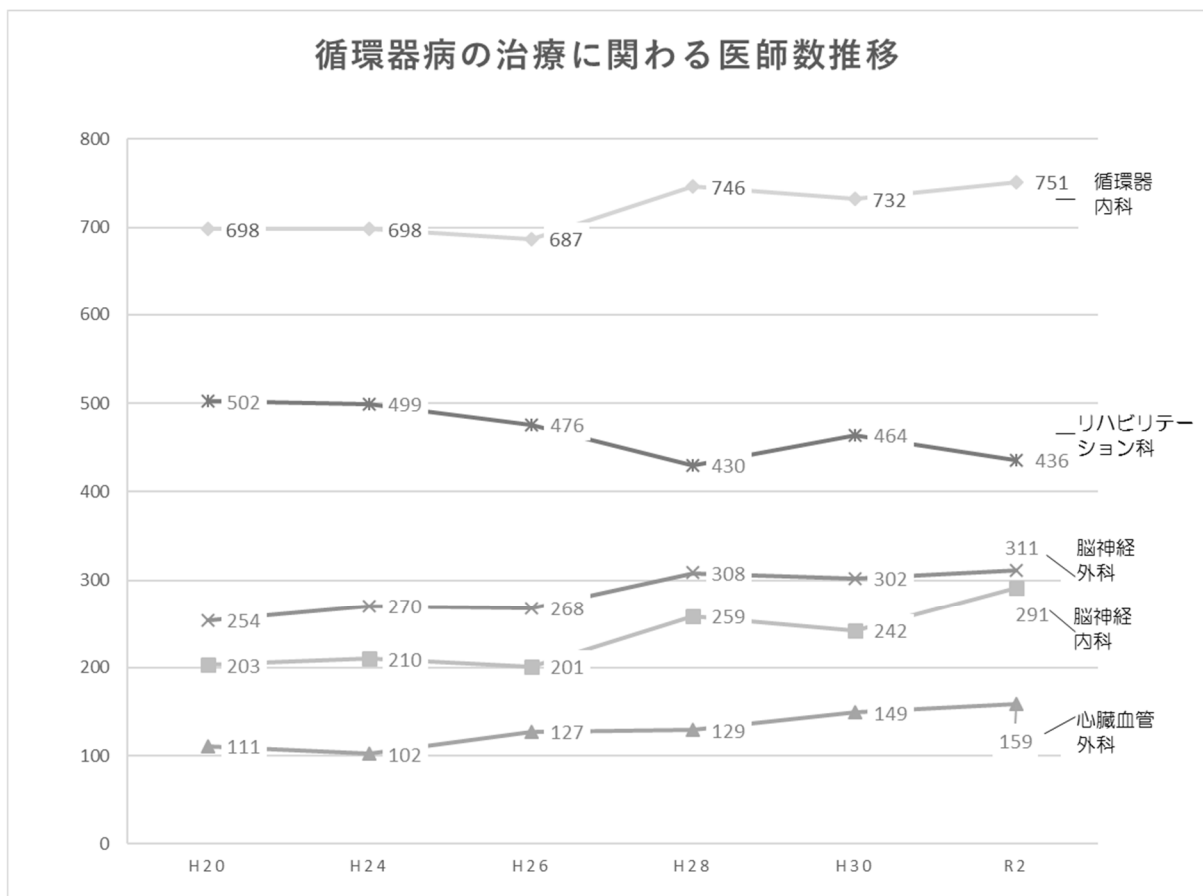
		看護師	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	社会福祉士
従事者数 (人)	千葉県	31,985	3,949	1,793	619	554
	全国	827,451	84,459	47,854	16,799	14643
人口10万人対	千葉県	509.0	62.8	28.5	9.8	8.8
	全国	655.9	67.0	37.9	13.3	11.6

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）

**【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。

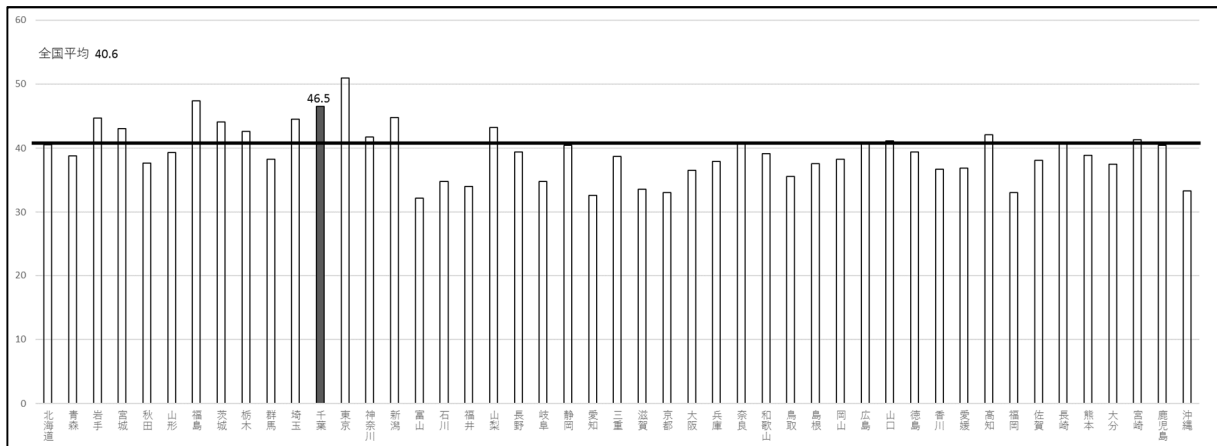
循環器病に関係する医師が不足する場合にも医療提供体制を効率化し、地域で必要な医療提供体制の確保を行っていくことが必要となります。

## 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）



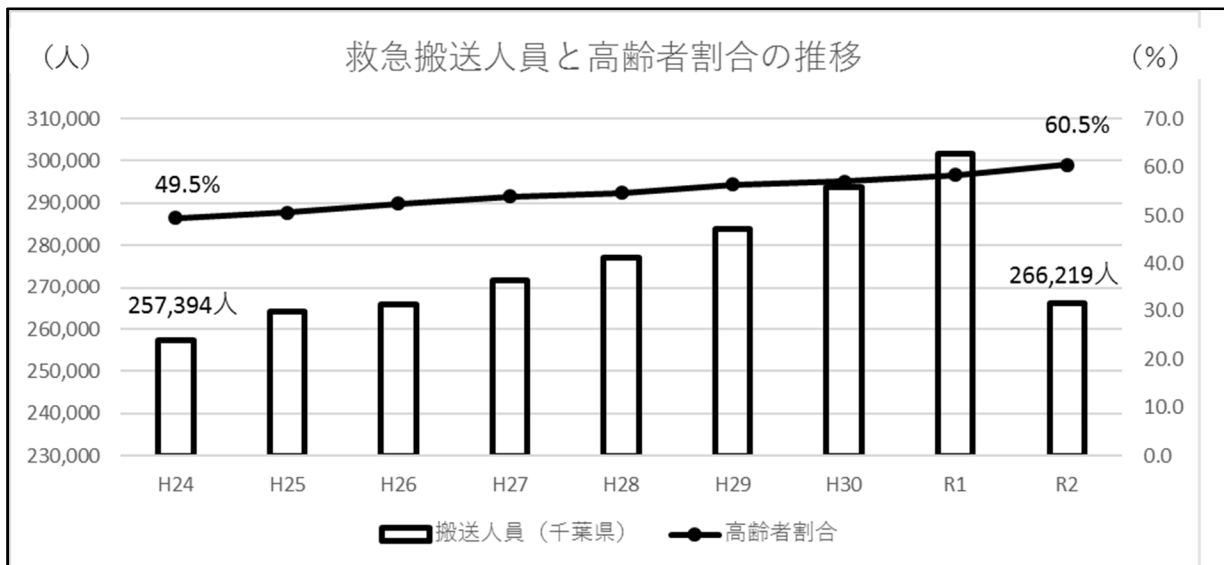
資料：令和3年度版救急救助の現況（消防庁）

### (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）

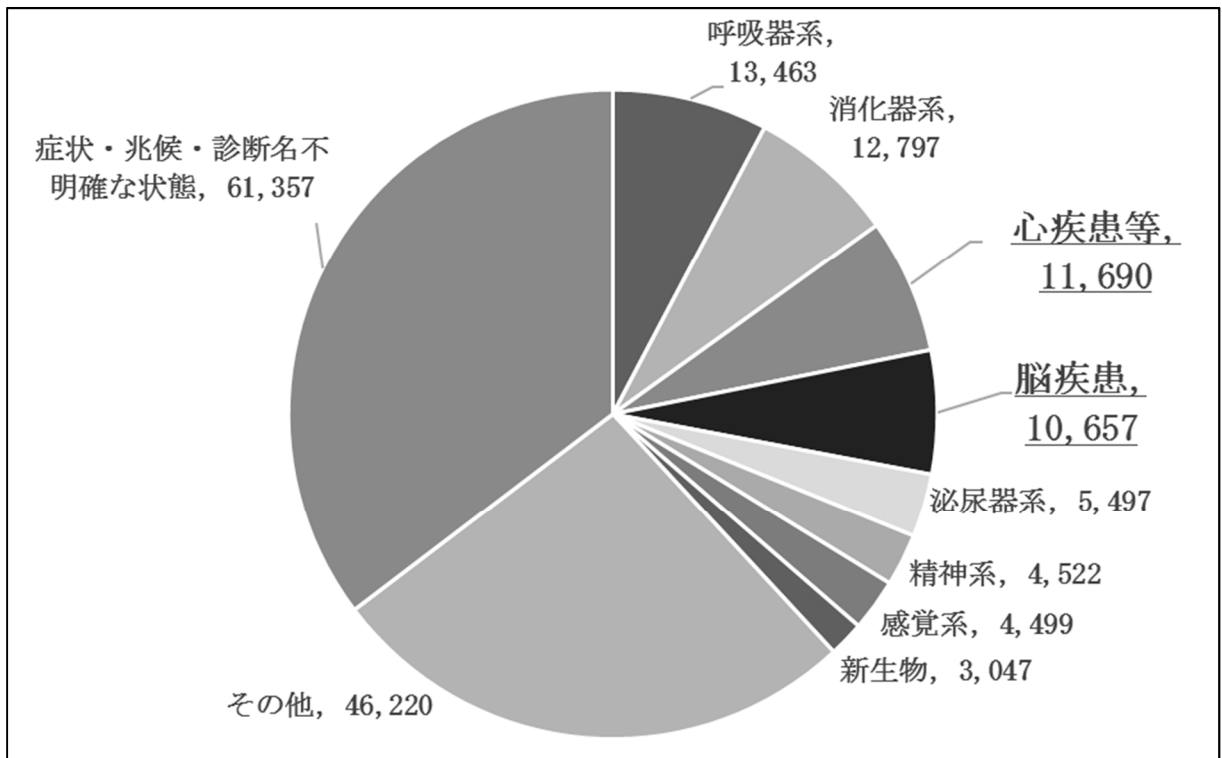


資料：令和3年度版救急救助の現況（消防庁）

### (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、疾病分類別で見ると心疾患等は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）

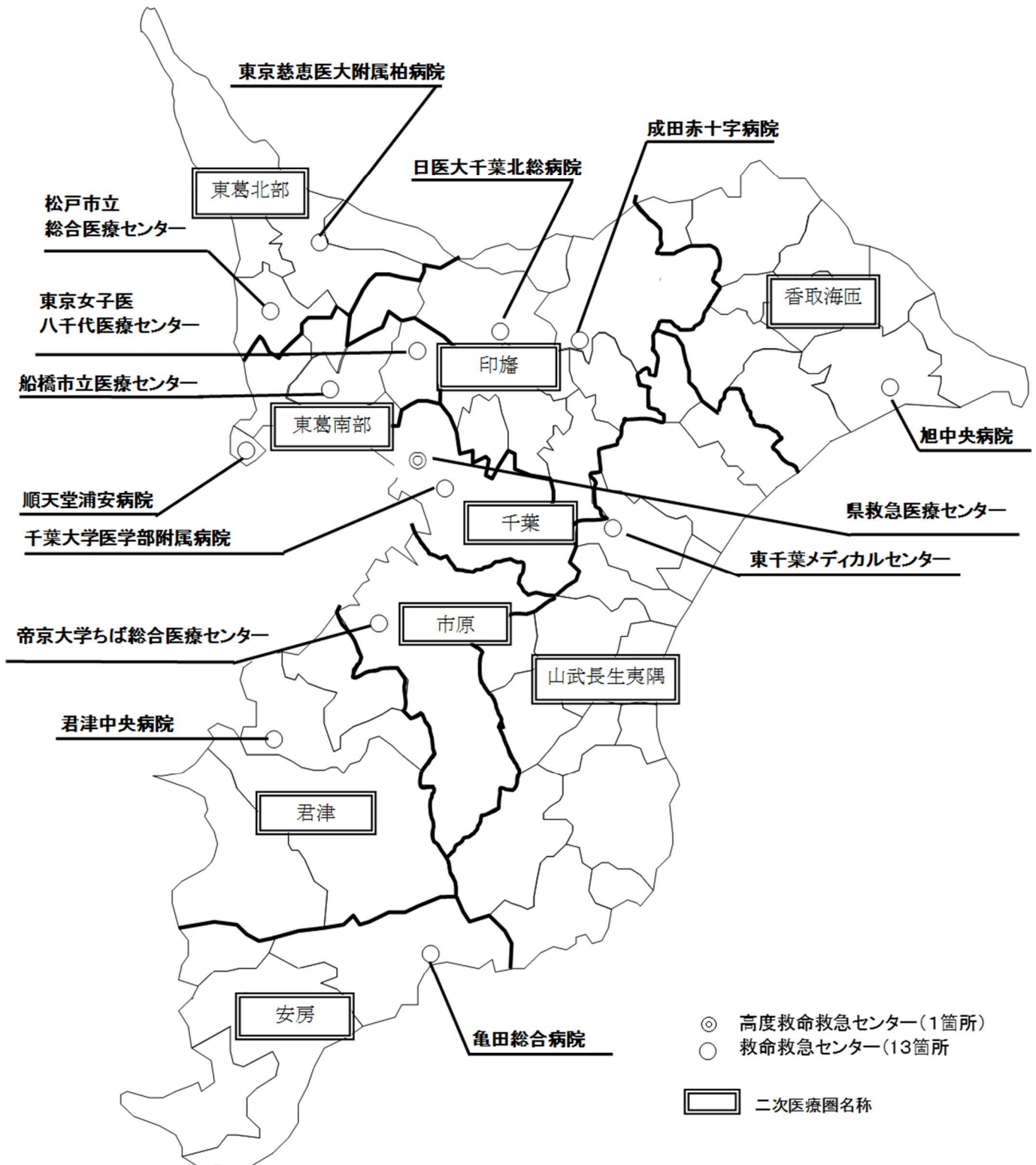


資料：消防庁統計調査系システム

(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箇所を整備されています。

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箇所を整備されています。

【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

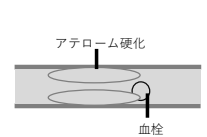
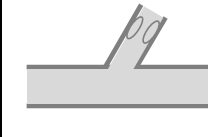
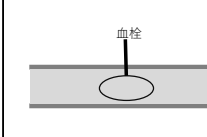


#### (1) 脳卒中の分類

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

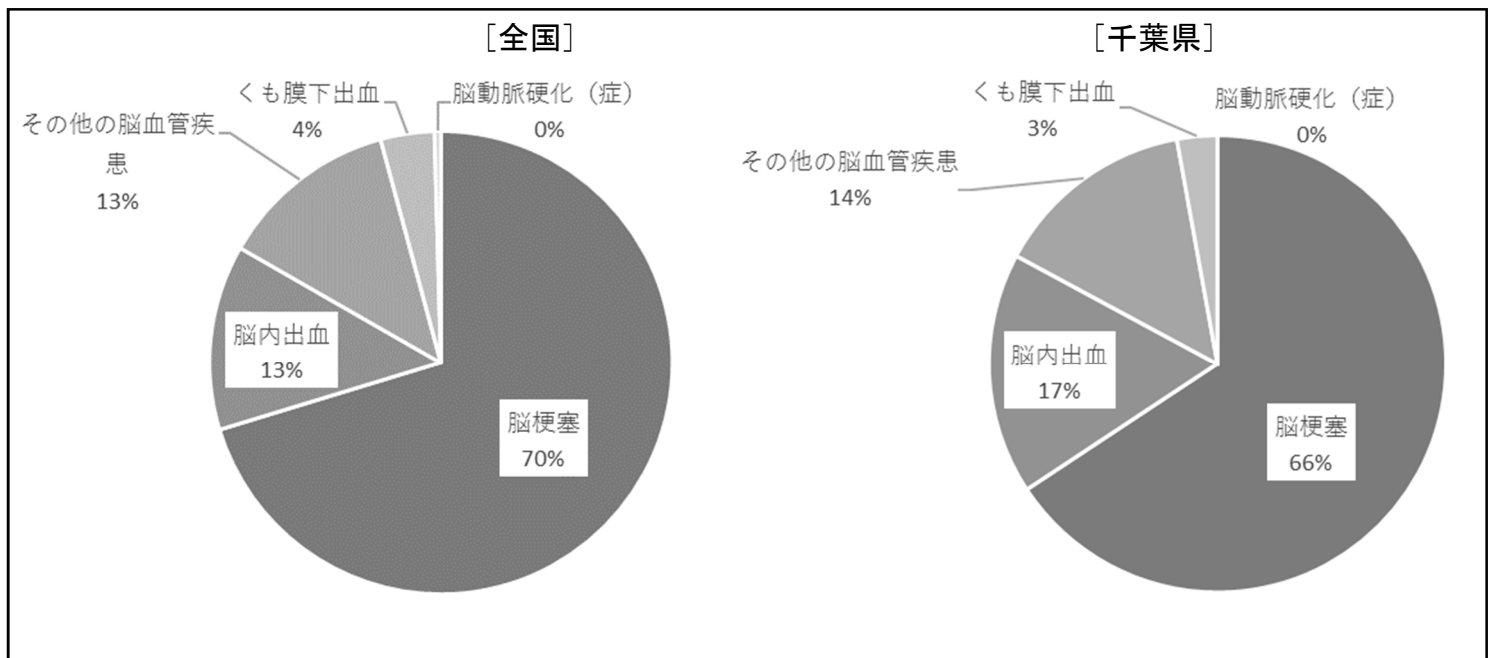
脳卒中				
脳の血管が詰まる（脳梗塞）			脳の血管が破れる	
アテローム血栓性脳梗塞	ラクナ梗塞	心原性塞栓症	脳出血	くも膜下出血
脳の太い血管が詰まる	脳の細い血管が詰まる	心臓等でできた血栓（血の塊）が脳血管まで流れてきて血管が詰まる	脳の細い血管が破れることで出血する	脳動脈瘤（脳の動脈にできた瘤（コブ））が破れて出血する
 <p>アテローム硬化 血栓</p>		 <p>血栓</p>		
資料：脳卒中治療と仕事のお役立ちノート（厚労省）を参考に千葉県にて作成				

#### (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

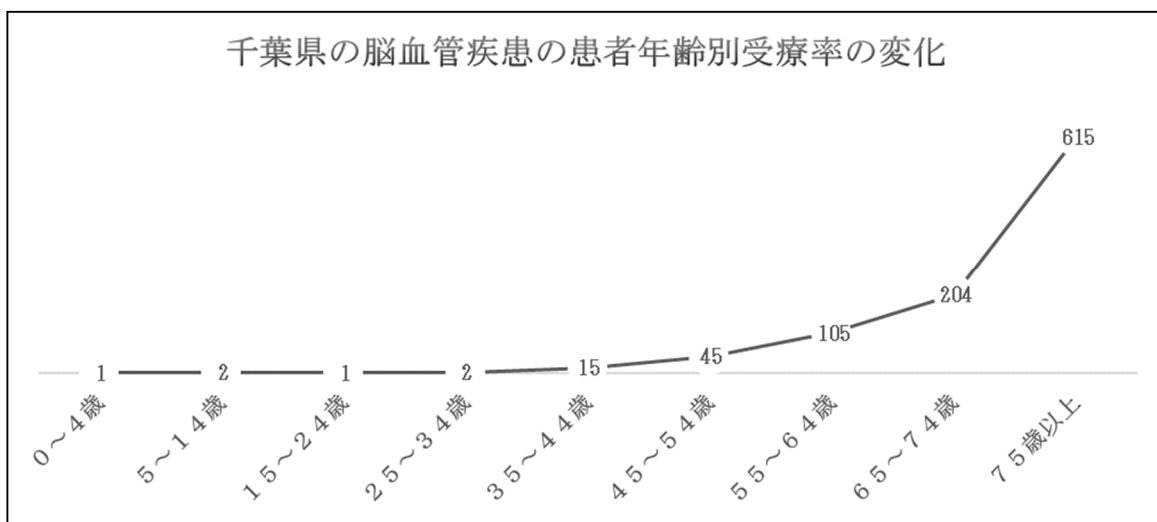


資料：患者調査（厚生労働省）

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）

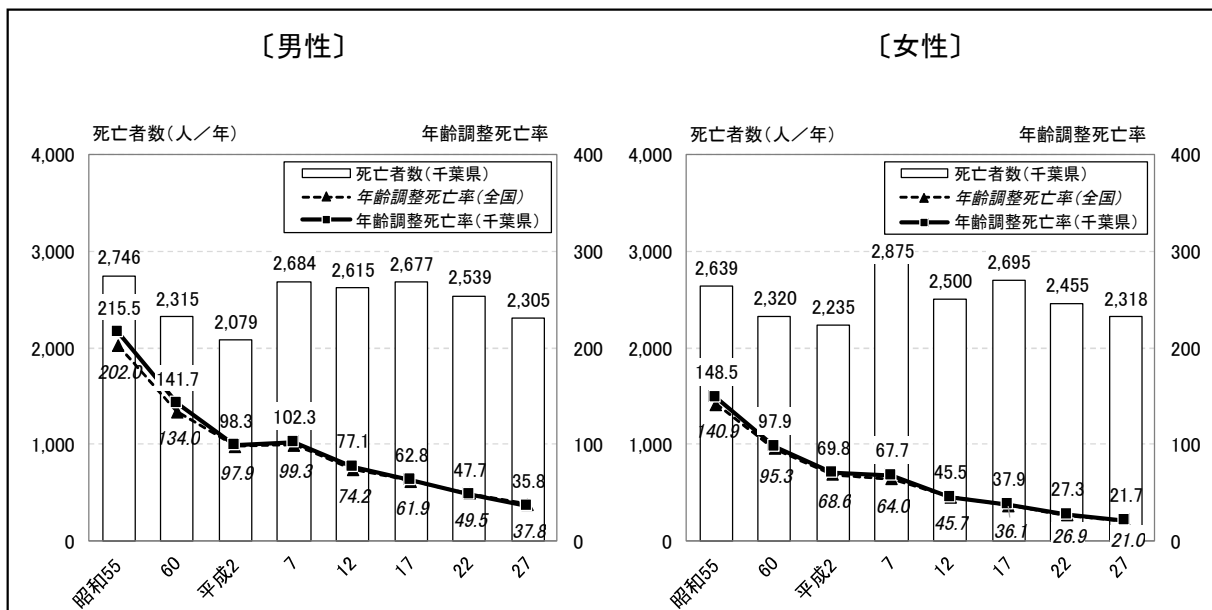


資料：患者調査（厚生労働省）

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。

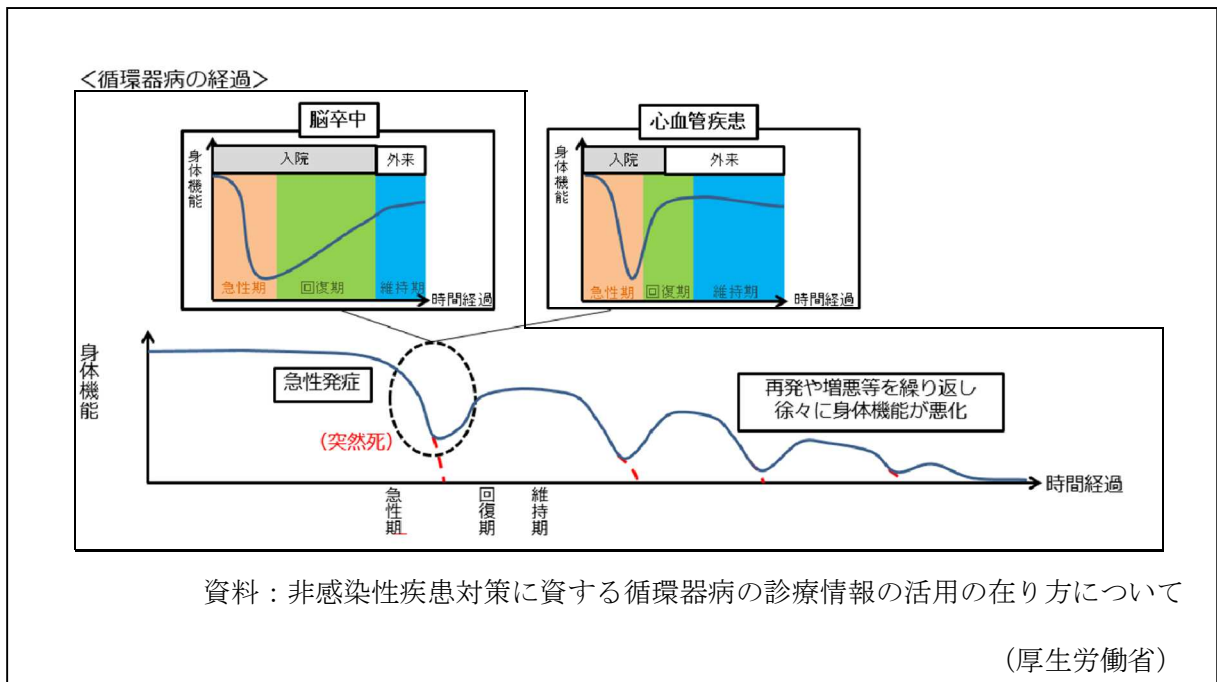
### (4) 脳卒中の治療・経過について

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



## 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「末梢動脈閉塞疾患<sup>しょう</sup>」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

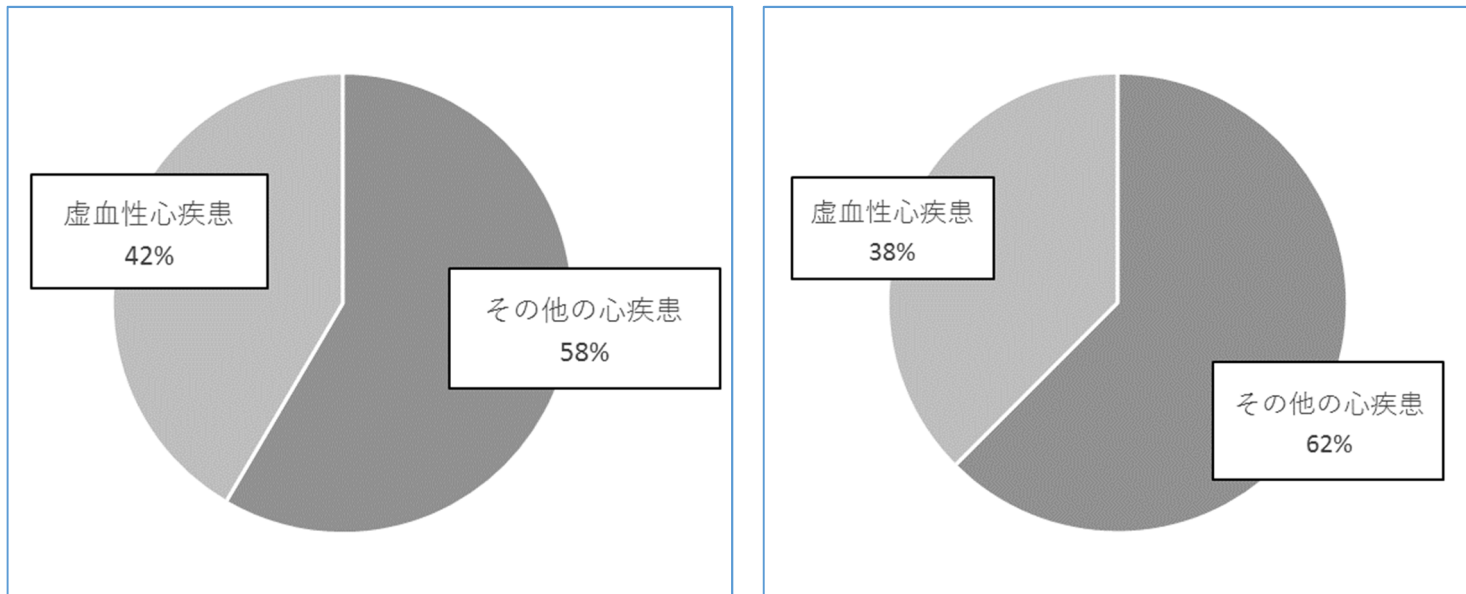
令和元年の患者調査によると、全国の心血管疾患の総患者数約173万3千人のうち、「虚血性心疾患」は約72万人、「その他の心疾患」は約101万3千人、と推計されております。

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]

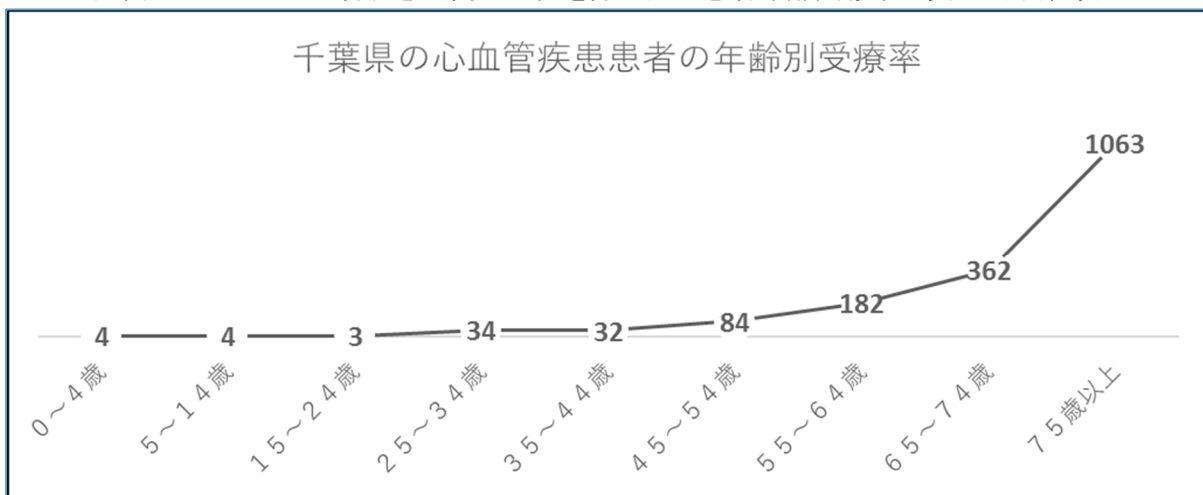


資料：患者調査（厚生労働省）

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。

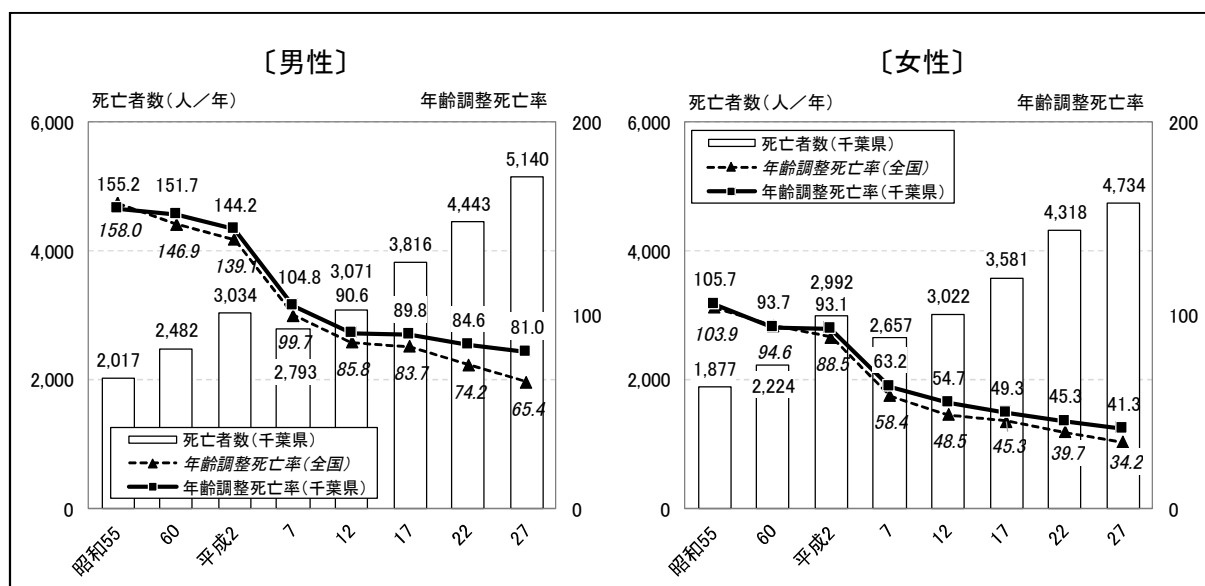
図表 1-7-2-2 心血管疾患（高血圧性を除く）の患者年齢受療率の変化（千葉県）



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）

