

第6節 循環器病に関する状況

1 患者数

千葉県での令和2年の脳血管疾患の推計患者数は7.7千人(全国197.5千人)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、千葉県での令和2年の心疾患の推計患者数は7.2千人(全国188千人)で、ここ15年では大きな変化はありません。

図1-6-1-1 患者調査(脳血管疾患)

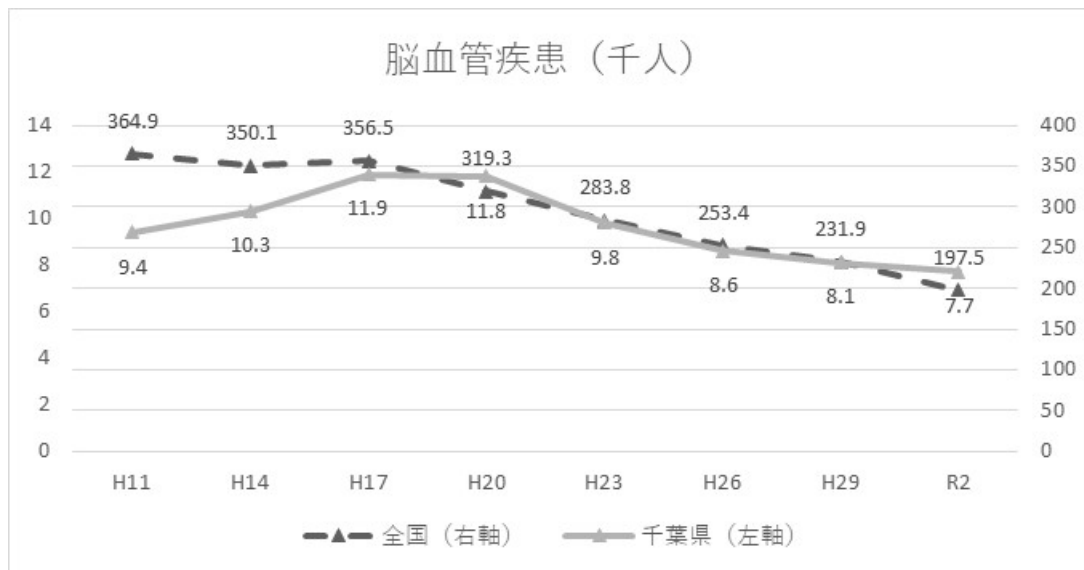
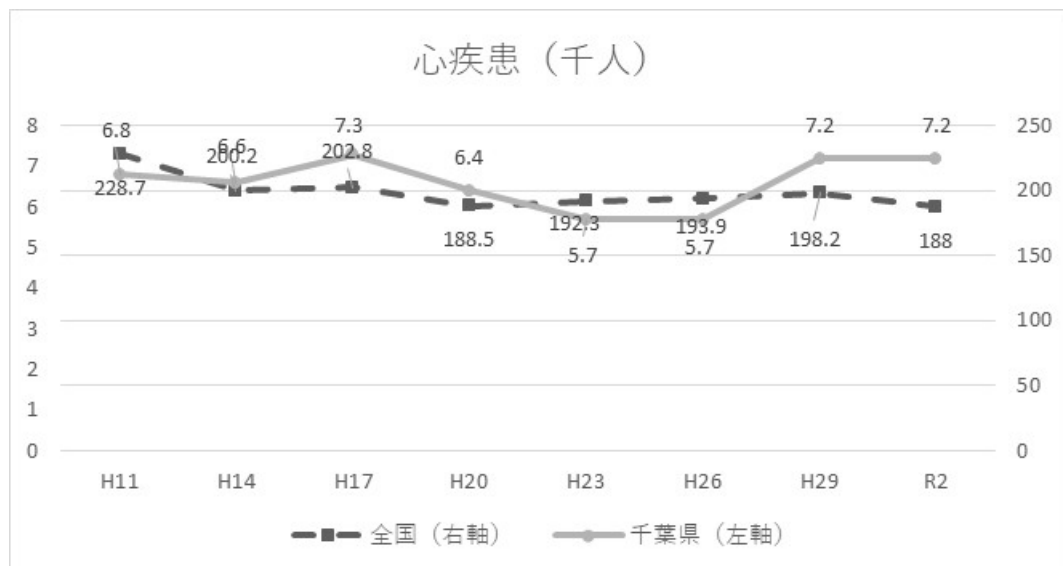


図1-6-1-2 患者調査(心疾患)



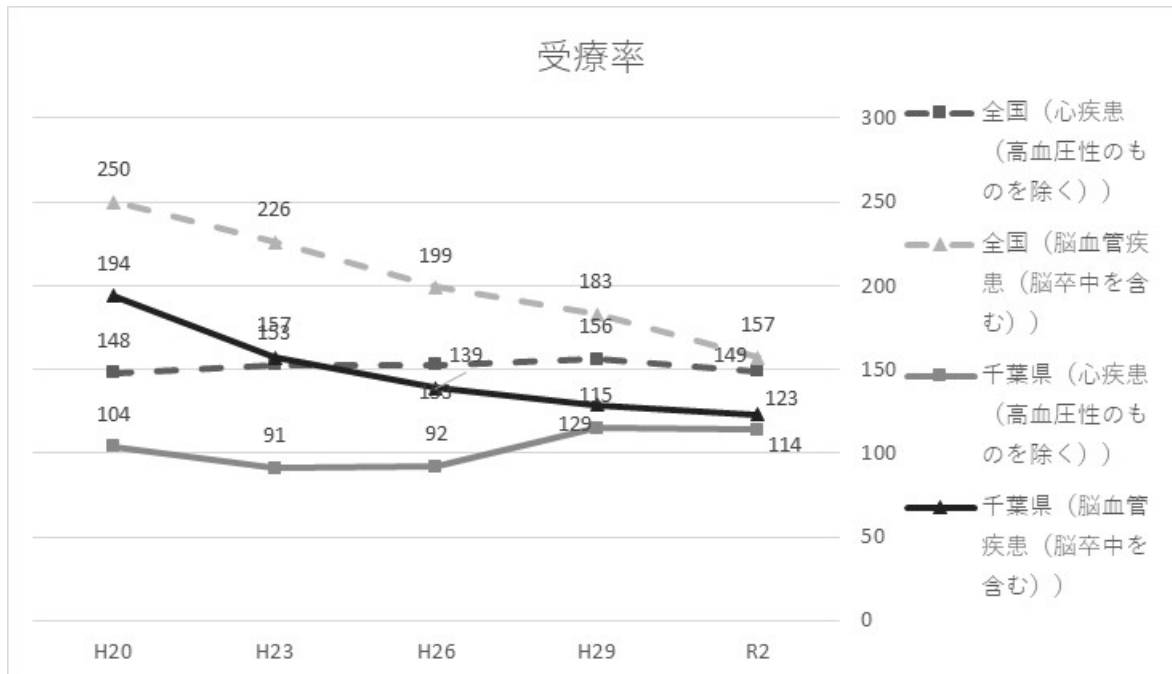
資料：患者調査(厚生労働省)

(※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



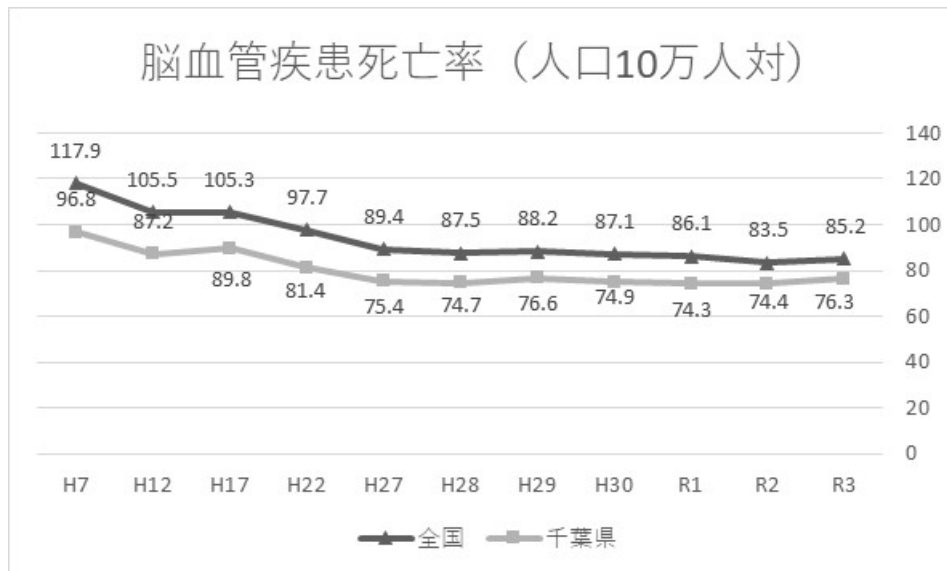
資料：患者調査（厚生労働省）

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）

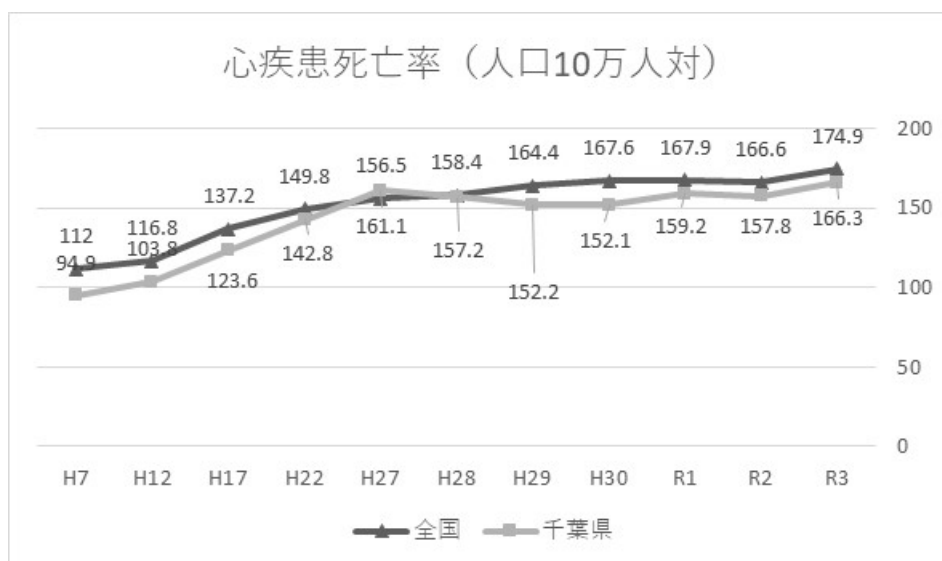


資料：人口動態調査（厚生労働省）

(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）



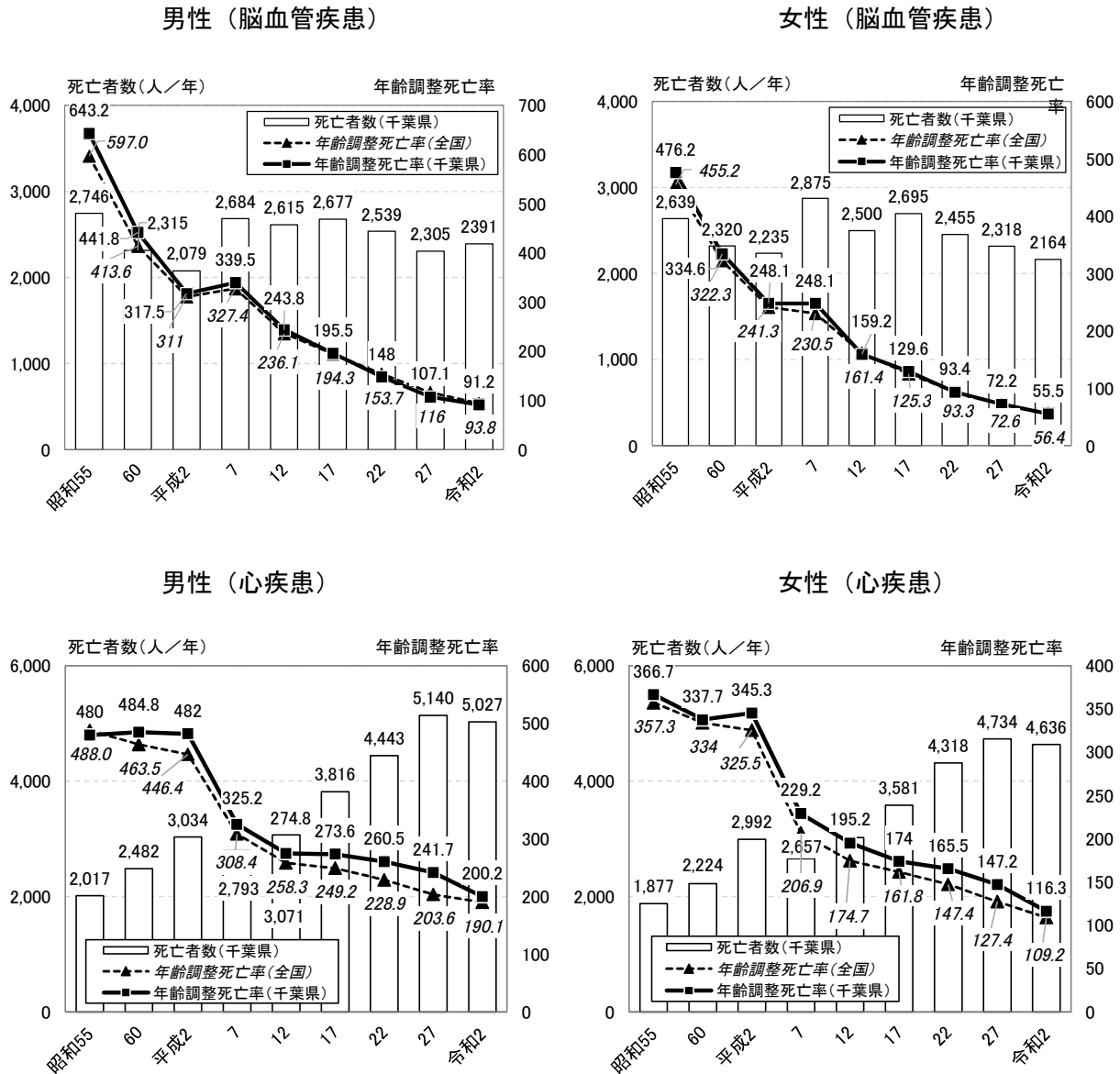
資料：人口動態調査（厚生労働省）

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38%、女性41%であるのに対し、心疾患は男性23%、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：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

(2) 都道府県別の年齢調整死亡率について

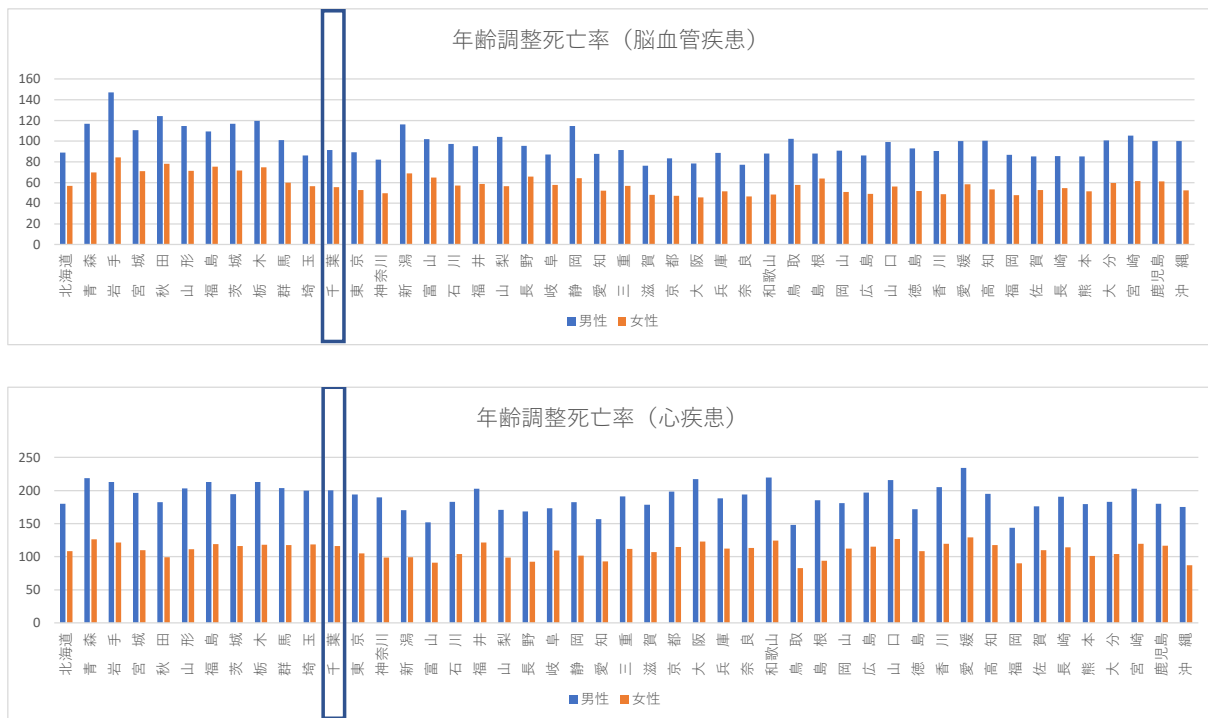
人口動態統計特殊報告（厚生労働省）によると、脳血管疾患の令和2年年齢調整死亡率（人口10万人対）は男性91.2（全国93.8）、女性55.5。

5（全国56.4）となっています。

全国の順位は男性27位、女性28位であり、比較すると概ね平均ではありますが、やや低くなっています。

一方、心疾患の令和2年年齢調整死亡率（人口10万人対）は男性200.2（全国190.1）、女性116.3（全国109.2）となっています。全国の順位は男性14位、女性16位であり、やや高くなっています。

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

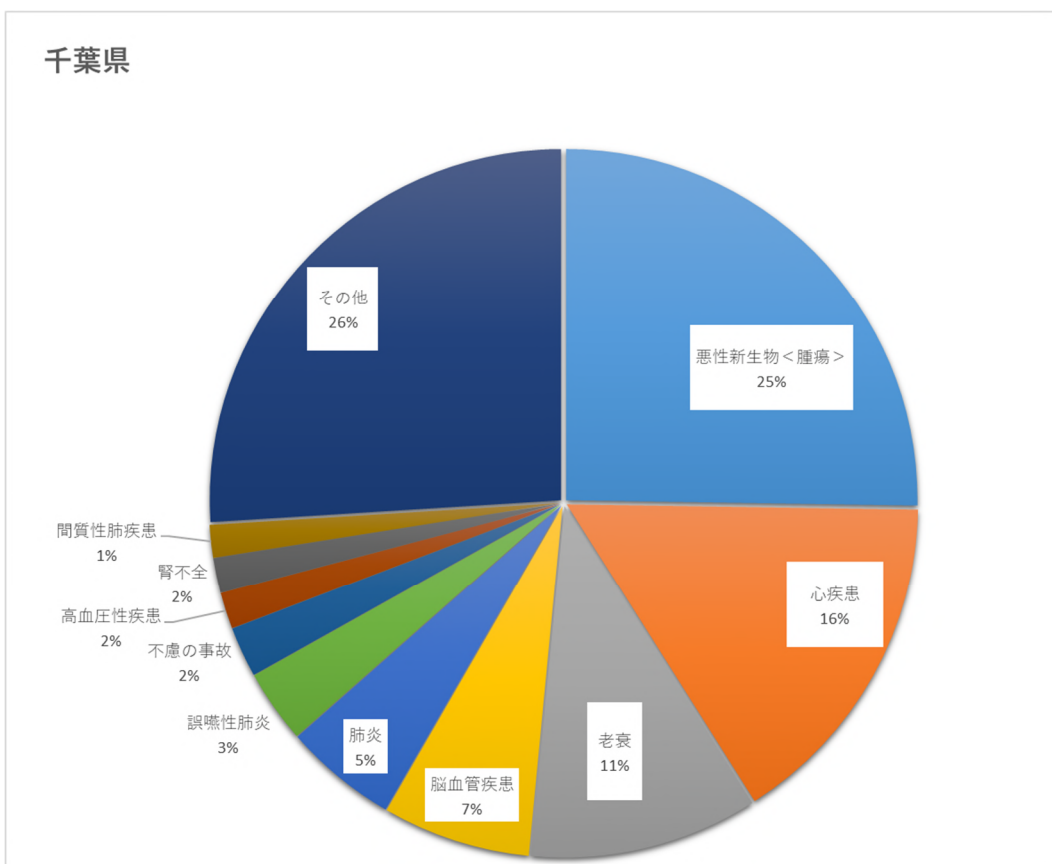
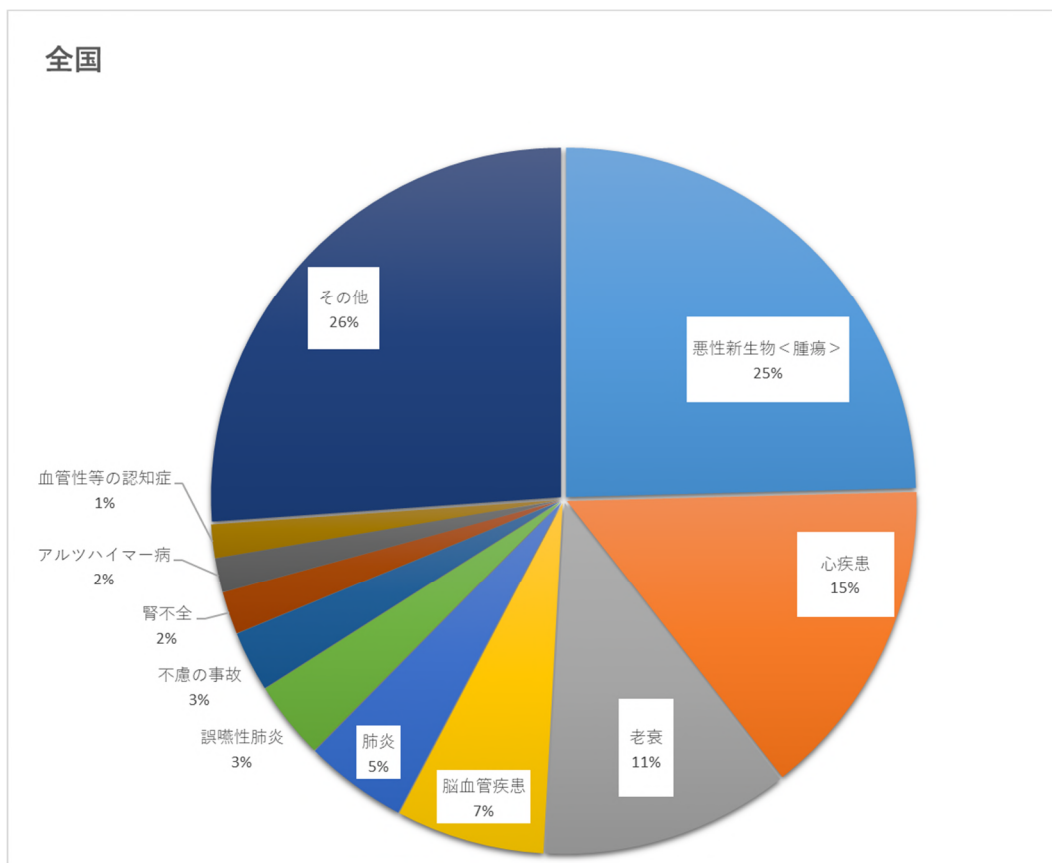
(1) 死因別死亡率

本県の令和4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25.2%）、第2位 心疾患（同15.8%）、第3位 老衰（同10.5%）となっています。

このうち、循環器病が占める割合は22.6%であり、全国の21.7%と大きく変わらない状態となっています。

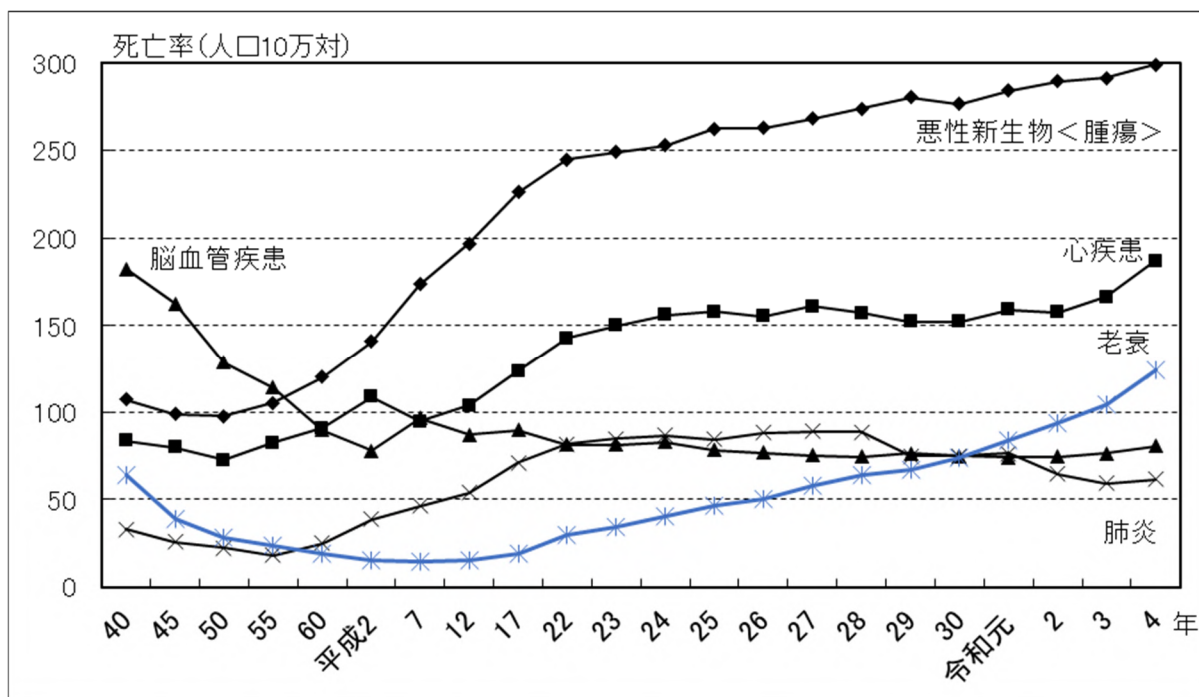
図表 1-6-5-1 死亡総数に占める割合（上位10位）

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 <腫瘍>	385,797	24.6%	悪性新生物 <腫瘍>	18,239	25.2%
2	心疾患	232,964	14.8%	心疾患	11,398	15.8%
3	老衰	179,529	11.4%	老衰	7,602	10.5%
4	脳血管疾患	107,481	6.9%	脳血管疾患	4,921	6.8%
5	肺炎	74,013	4.7%	肺炎	3,749	5.2%
6	誤嚥性肺炎	56,069	3.6%	誤嚥性肺炎	2,426	3.4%
7	不慮の事故	43,420	2.8%	不慮の事故	1,669	2.3%
8	腎不全	30,739	2.0%	高血圧性疾患	1,213	1.7%
9	アルツハイマー病	24,860	1.6%	腎不全	1,170	1.6%
10	血管性等の認知症	24,360	1.6%	間質性肺疾患	1,091	1.5%
死亡 総数		1,569,050			72,258	



資料：令和4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4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16,083、心疾患が5,124で、合計すると認知症の16,580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11.7%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4.1%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	22,064	35,414	14,164	7,968	20,391
脳血管疾患（脳卒中）	16,083	3,287	5,406	3,063	1,881	2,446
心疾患（心臓病）	5,124	1,319	1,605	581	209	1,410
悪性新生物（がん）	2,735	552	847	378	409	549
呼吸器疾患	1,993	292	646	351	165	539
関節疾患	10,186	3,709	3,544	760	309	1,865
認知症	16,580	2,651	7,613	2,591	1,251	2,472
パーキンソン病	3,525	347	1,249	738	438	752
糖尿病	2,888	440	988	360	94	1,005
視覚・聴覚障害	1,078	323	414	56	29	256
骨折・転倒	13,881	3,356	5,102	2,024	1,106	2,293
脊髄損傷	2,220	638	760	402	161	259
高齢による衰弱	13,192	2,808	4,634	1,539	900	3,312
その他	7,134	1,534	1,944	1,044	802	1,811
わからない	1,265	457	268	138	107	295
不詳	2,117	351	394	139	105	1,126

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	213.0	—	—	—	—	—
	全国	255.6	—	—	—	—	—
	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

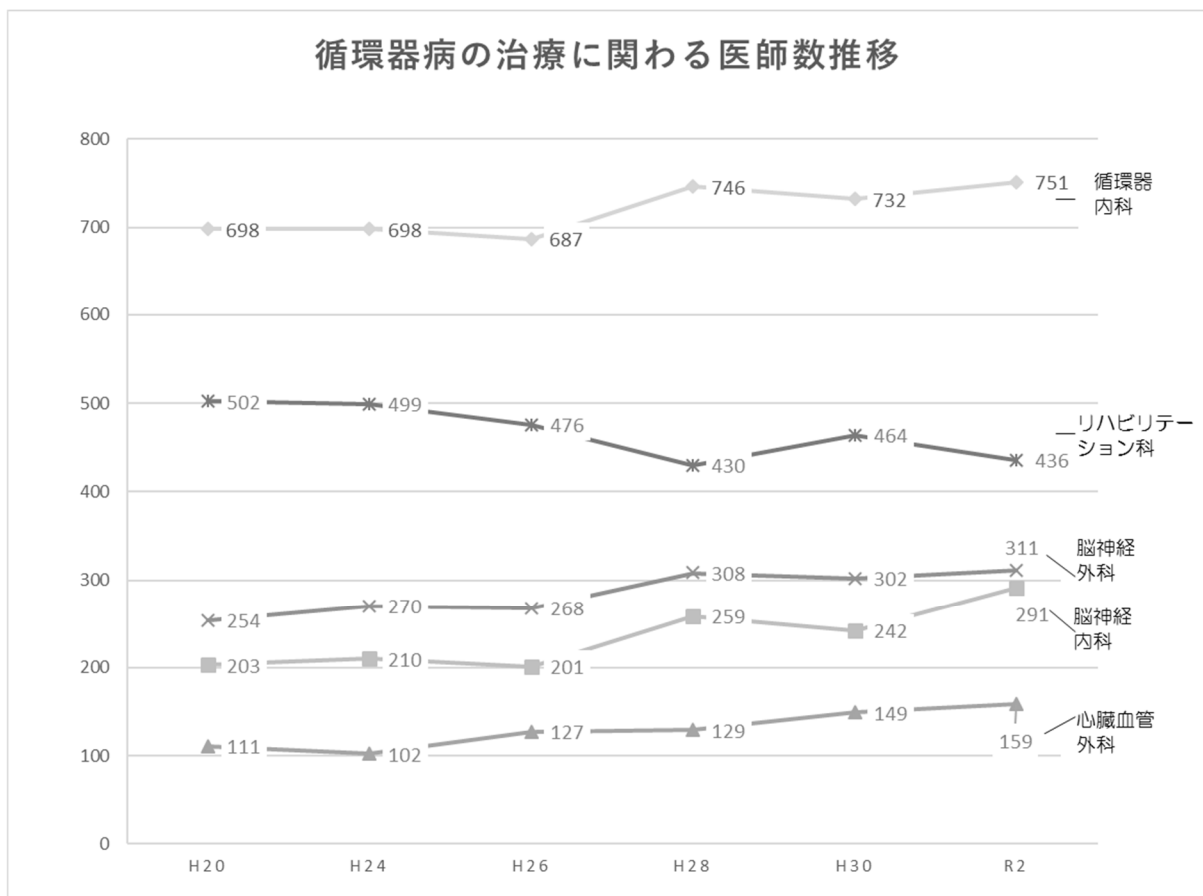
		看護師	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	社会福祉士
従事者数 (人)	千葉県	31,985	3,949	1,793	619	554
	全国	827,451	84,459	47,854	16,799	14643
人口10万人対	千葉県	509.0	62.8	28.5	9.8	8.8
	全国	655.9	67.0	37.9	13.3	11.6

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）

【参考】千葉県における医師の確保の方針と施策
千葉県における医師の確保の方針と施策

(1) 医師（全体）

ア 医師の確保の方針

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、また、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ります。

また、効率的な医療提供体制に配慮しながら、県内医療機関における医師の働き方改革を推進し、令和6年度から適用される医師の時間外労働時間の上限規制に適切に対応しつつ、地域医療を支える医療機関が必要な医療を提供し続けられるよう支援するとともに、性別を問わず子育て世代の医師に対して支援を行うなど、医療機関における就労環境の改善を図ることで医師の県内定着を促進します。

さらに、県民に対し、上手な医療のかかり方への理解を促進することで、受療行動の適正化につなげ、もって医療現場への負担軽減を図ります。

以上を総合的に行うことで、県内の医療需要に対応していきます。

イ 医師の確保に関する施策

(ア) 医師数の増加

〔県内関係者と連携した取組の推進〕

- 県内医療関係者と連携して地域医療支援センターの強化を図り、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業（地域医療支援センター事業等）を実施します。
- 医療法上の地域医療対策協議会でもある千葉県医療審議会医療対策部会や、臨床研修病院等で構成する「医師臨床研修制度等連絡協議会」において、医師の効果的な確保・配置対策を検討します。
- 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、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きます。

〔地域医療に従事する医師の養成・確保〕

- 自治医科大学に学生を送り、地域医療に従事する医師の養成・確保を図ります。
令和5年度在学学生15名、令和6年度入学定員（千葉県分）○名
- 県内に医学部を設置する大学は、地域医療の実情に配慮して、地域医療に関する教育の充実や県内医療機関への医師の就労促進等、地域医療への支援を行うよう努めます。
- 県内外の関係大学と連携して医学部入学定員数を臨時的に増員します。関係大学は、一般の入試とは別枠で地域医療に意欲のある学生を対象とした入学者選抜を行い、入学後も、地域医療に関する教育を行うなど、卒業後、千葉県内の地域医療への従事が促進されるよう取り組みます。また、県は、当該学生やその他の地域医療に意欲のある学生を対象に、県内での一定期間の就業を条件に返還が免除される修学資金の貸付けを行うことで、千葉県で地域医療に従事する医師の増加を図ります。
県内大学医学部における恒久的な入学定員240名
臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む）34名（令和6年度）
- 修学資金受給者に対して、医師の確保を特に図るべき区域等（※）での一定期間の勤務を義務付けること等により、積極的に医師少数区域等における医師数の増加を図ります。また、特に医療提供体制の強化・充実を目指すこととされている周産期や救急医療分野（産科、新生児科、救急科）を目指す修学資金受給者に対しては、関係医療機関と連携し、キャリア形成についての配慮を行う等して、その確保を図ります。派遣対象となる医療機関については、キャリア形成プログラムにおいて特定することとし、具体的な派遣先については、医療法の規定に基づき地域医療対策協議会での協議を経て指定します。派遣対象となる医療機関は、研修環境や就労環境を整えるなど、修学資金受給者にとって魅力的な就業先となるよう努めます。なお、キャリア形成プログラムについては、必要に応じて、特

に医師が不足している診療領域の医師確保に資するよう、随時見直しを検討します。

※医師の確保を特に図るべき区域等

医師少数区域（山武長生夷隅保健医療圏、君津医療圏）並びに地域医療の確保及び修学資金受給者のキャリア形成支援の観点から医師の派遣が必要と認められる保健医療圏（東葛南部、東葛北部、印旛、香取海匝、安房、市原保健医療圏）

- 県内の専門研修基幹施設等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先となる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設等は、修学資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。
- 関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医科大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。
- 医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関へ医師派遣を行う医療機関を対象に支援を行うことで、修学資金受給医師の受入体制の強化を含め当該地域の医師の確保を図ります。
- 医師少数区域で一定期間（6か月以上）勤務し、国から認定された医師（認定医師）が勤務を継続できるよう経済的支援を行います。

〔研修環境の充実等による若手医師の確保〕

- 県内の医療関係団体、大学、臨床研修病院等と協働し、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・運営します。
- 臨床研修制度については、令和2年度から臨床研修病院の指定や定員設定の権限が都道府県へ移譲されています。県は、県内に医学部を設置する大学・臨床研修病院等と連携し、県内における研修の質の担保に取り組むとともに、移譲された権限を活用することで臨床研修医の確保・定着につなげ、医師の確保を図ります。
- 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、協議を行います。
- 千葉大学医学部に寄附講座を設置し、地域で診療する能力につながる多彩な講義や実習を行うとともに、地域医療を担う医療機関で若手医師や医学部生を指導する医師に対し、指導力を向上させるための教育を行います。
- 県内医療機関、関係団体等と連携し、将来的に医療需要の減少が見込まれる地域にあっても、限られた医療人材で幅広い疾患に対応できるよう、総合診療科の専門研修基幹施設による連携を推進するなど、総合診療専門医をはじめとして地域医療に必要な、幅広い疾患を包括的・協調的・継続的に診療できる能力を持った医師の養成・確保に努めます。

（イ）医師の働き方改革の推進

〔就労環境の向上と復職支援〕

- 妊娠中の医師や、性別を問わず、子育て、介護を行う医師に対して仕事と両立できる働きやすい職場づくり等、医療機関における就労環境の改善に係る取組について支援するとともに、医師にわかりやすく周知します。
- 分娩を取り扱う医師や新生児医療担当医等の処遇改善に取り組む医療機関を支援します。
- 医師キャリアアップ・就職支援センターにおいて、いったん離職した医師の職場復帰に向けた再就業のあっせんや復職研修の実施を通し、その復職を支援します。

[タスク・シフト/シェア等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応]

- 市町村、県内医療機関、関係団体と協力し、医療機関の役割分担の明確化や、地域における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ます。
- 県内医療機関は、チーム医療やタスク・シフト/シェアの推進に努めます。県は、医師の労働時間短縮等に関する指針も踏まえ、労働局等の関係機関とも連携しつつ、医療従事作業補助者の確保や、タスク・シフト/シェアの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、県内医療機関の取組を支援します。周産期や救急医療分野等、特に医師確保の厳しい診療科や24時間の応需体制が求められる診療分野、又、地域において拠点的な役割を果たす医療機関等については、特にその取組を推進します。
- 医師の時間外労働の上限規制の水準について、地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する指定を受けた医療機関について、時短計画や健康確保措置の適切な実施のため、必要に応じて勤務環境改善センター等による支援を行います。また、今後、新たに適用を希望する医療機関があった場合は、円滑に指定申請ができるよう、支援します。

(ウ) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

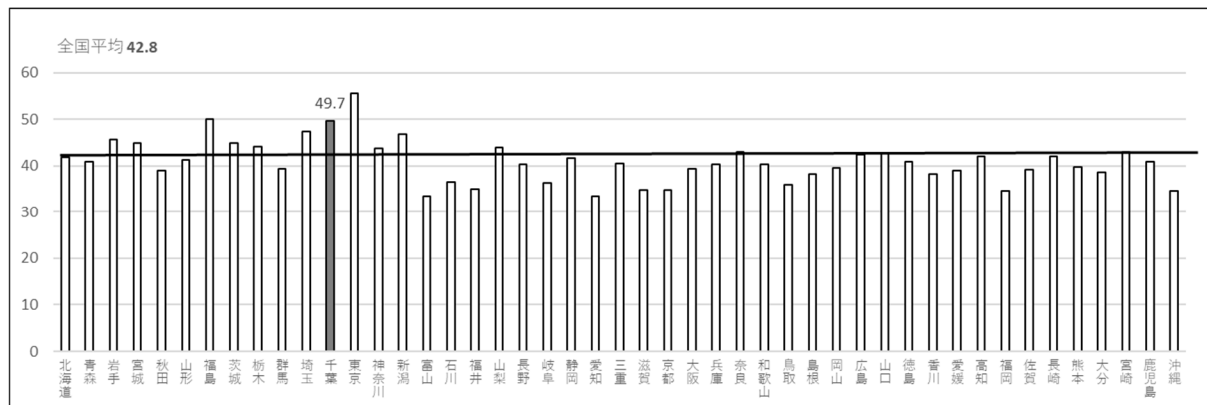
- 市町村及び県内医療関係者と連携し、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医の定着に努めるとともに、適切な受療行動についての理解を促します。県民は、医療を適切に受けるよう努めます。
- 県内医療関係者と連携し、入院医療では、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関へ転院したり、入院する病棟を変えたりする場合があることについて、県民の理解を促します。
- ホームページを活用した医療機関に関する情報の提供については、令和6年度から国による全国統一のシステムが運用されることから、その周知啓発を行い、県民が適切な最新の情報を得られるように努めます。
- ちば救急医療ネット等を通じて、県民に対し、検索機能による医療機関情報や、在宅当番医療機関、夜間等の急病診療所情報等の提供を行います。
- 市町村及び県内医療関係者と連携し、救急医療体制の仕組み及び救急車や救急医療の適正利用について、普及啓発に取り組みます。
- 県民の不安解消による夜間・休日の不要不急の受診の減少及びその結果による救急医療に係る医療従事者の負担軽減を目的として、県民に対し、病状の緊急性や救急医療機関の受診の要否、応急処置の方法等について、電話による医療的観点からの助言を行う救急安心電話相談事業の充実・強化を図ります。
- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中を緩和するため、夜間に小児患者の保護者等からの電話相談に対し、看護師や小児科医が適切な助言を行う小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。
- 県内関係団体と連携し、保護者向け講習会の実施やガイドブックの配布などを通じて、子どもの急病や事故時の対応に関する知識について普及啓発を図ります。

8 救急搬送の状況

(1) 救急搬送平均時間

令和3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49.7分で、全国平均42.8分より6.9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）



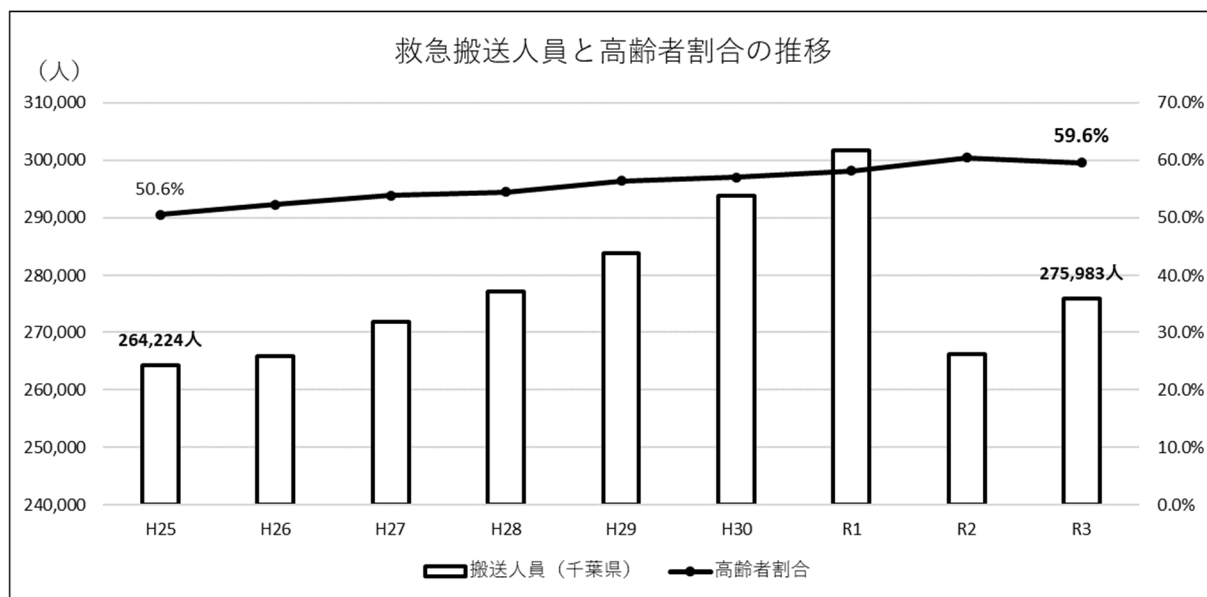
資料：令和4年度版救急救助の現況（消防庁）

(2) 搬送人員と高齢者割合の推移

令和3年中の千葉県における救急搬送人員は、275,983人となっています。

そのうち、高齢者（65歳以上）が全体の59.6%を占めており、年々高齢者割合が増加傾向にあります。

図表 1-6-8-2 救急搬送人員と高齢者割合の推移（千葉県）

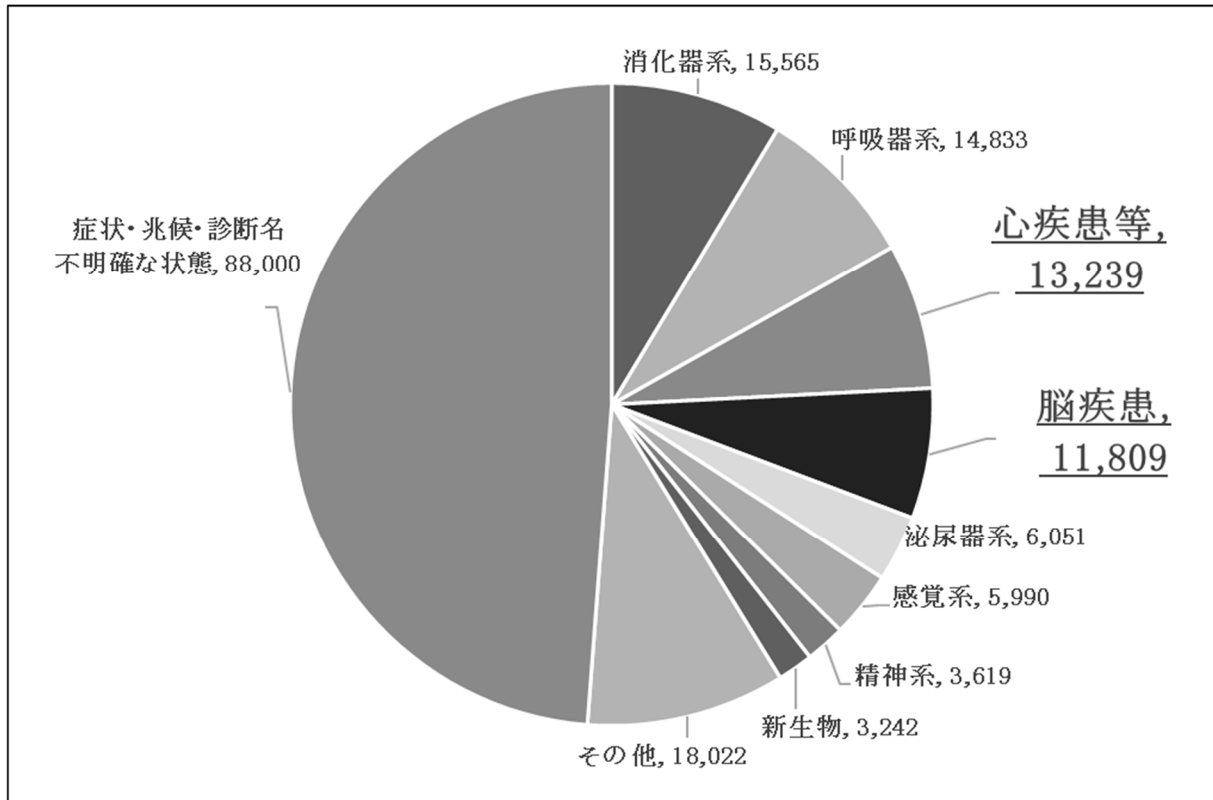


資料：令和4年度版救急救助の現況（消防庁）

(3) 疾病分類別の搬送人員

令和3年中の千葉県における急病の搬送人員は181,167人であり、疾病分類別で見ると心疾患等は13,239人、脳疾患は11,809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）

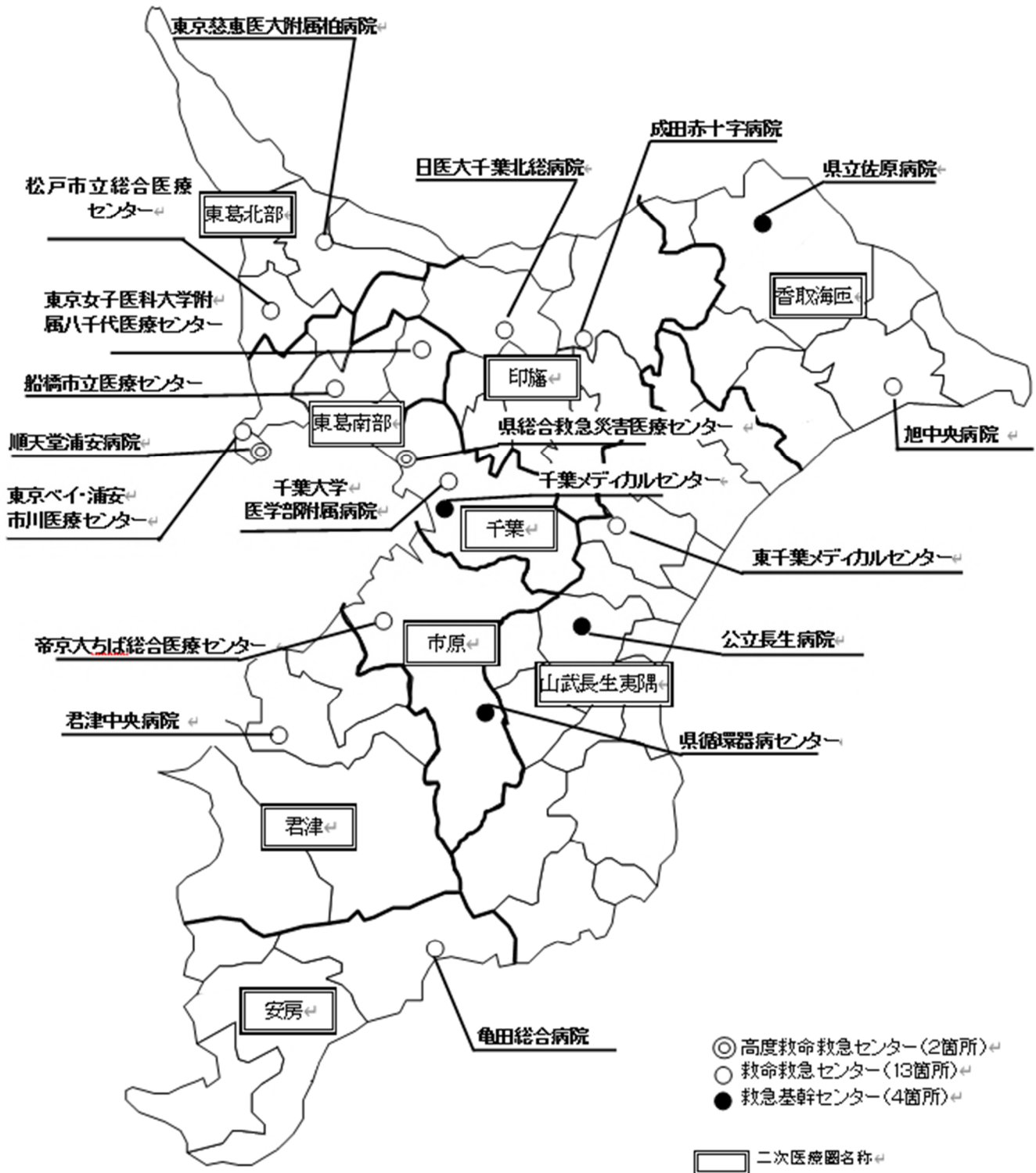


資料：消防庁統計調査系システム

(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（2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、救命救急センター及び救急基幹センター



【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13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

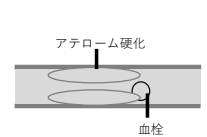
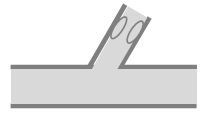
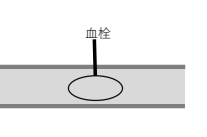


(1) 脳卒中の分類

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

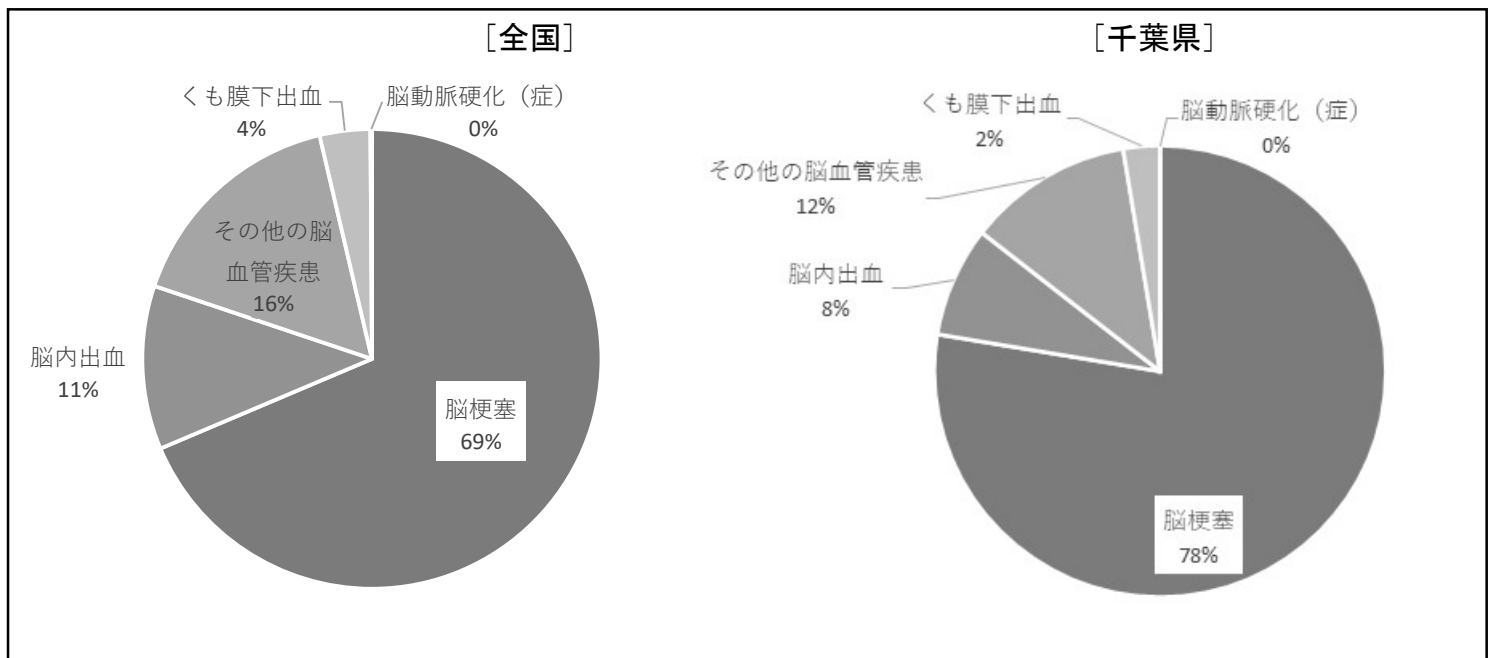
脳卒中				
脳の血管が詰まる（脳梗塞）			脳の血管が破れる	
アテローム血栓性脳梗塞	ラクナ梗塞	心原性塞栓症	脳出血	くも膜下出血
脳の太い血管が詰まる	脳の細い血管が詰まる	心臓等でできた血栓（血の塊）が脳血管まで流れてきて血管が詰まる	脳の細い血管が破れることで出血する	脳動脈瘤（脳の動脈にできた瘤（コブ））が破れて出血する
 <p>アテローム硬化 血栓</p>		 <p>血栓</p>		
資料：脳卒中治療と仕事のお役立ちノート（厚労省）を参考に千葉県にて作成				

(2) 脳卒中の患者数

令和2年患者調査によると、全国の脳血管疾患総患者数174.7万人のうち、脳梗塞の総患者数は119.9万人、脳出血は20.1万人、くも膜下出血は6.2万人、その他の脳血管疾患は28.5万人と推計されており、脳血管疾患患者の約8割は脳卒中の患者が占めています。

千葉県では、脳血管疾患総患者数7.6万人のうち、脳梗塞の総患者数は5.9万人、脳出血は6千人、くも膜下出血は2千人、その他の脳血管疾患は9千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



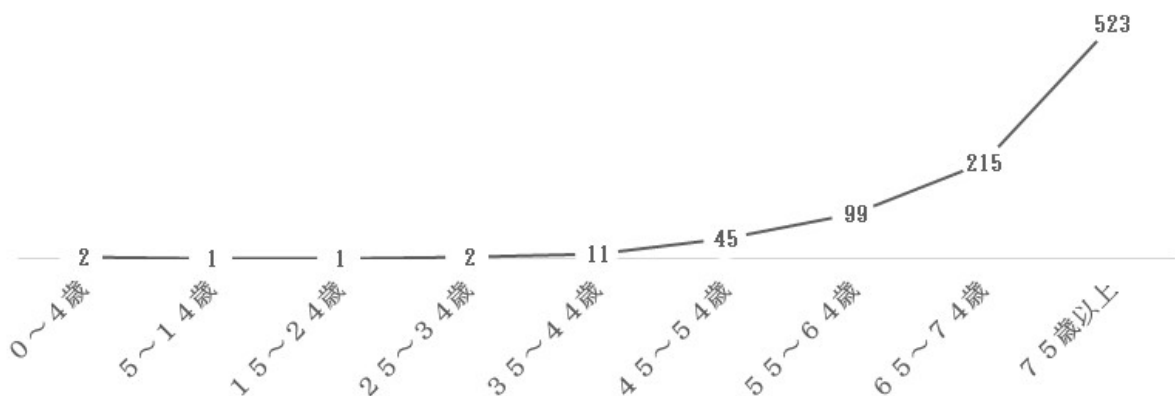
資料：患者調査（厚生労働省）

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468人ですが、千葉県では371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）

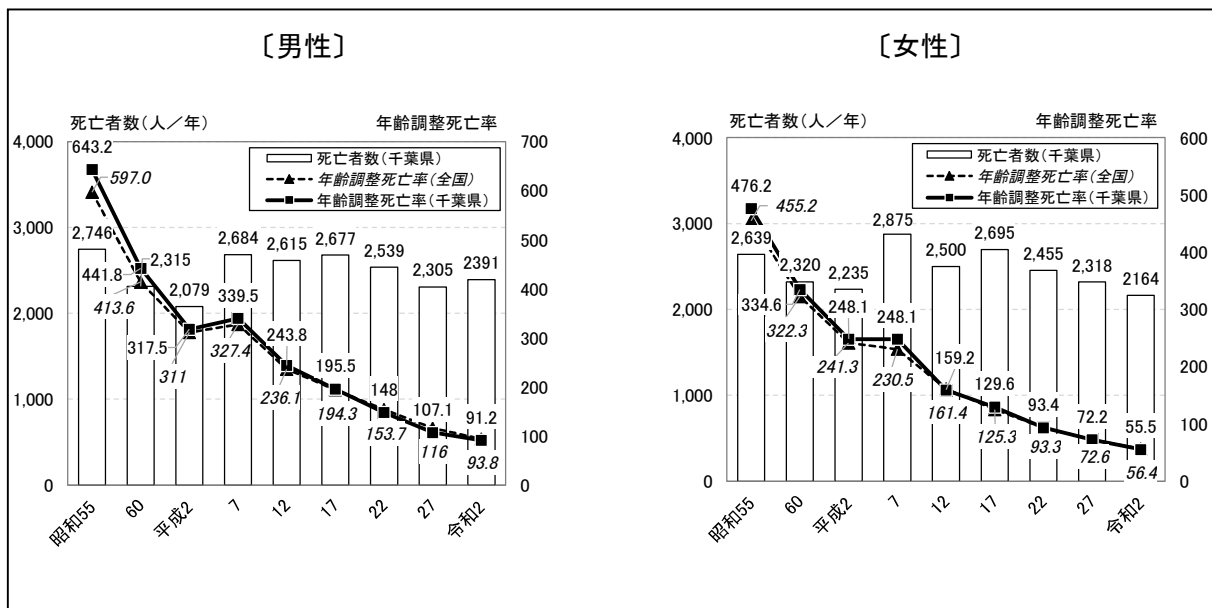
千葉県の脳血管疾患の患者年齢別受療率の変化



資料：患者調査（厚生労働省）

人口動態統計特殊報告（令和2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91.2（全国93.8）で高い順に全国第27位、女性55.5（全国56.4）で第28位となっております。

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。

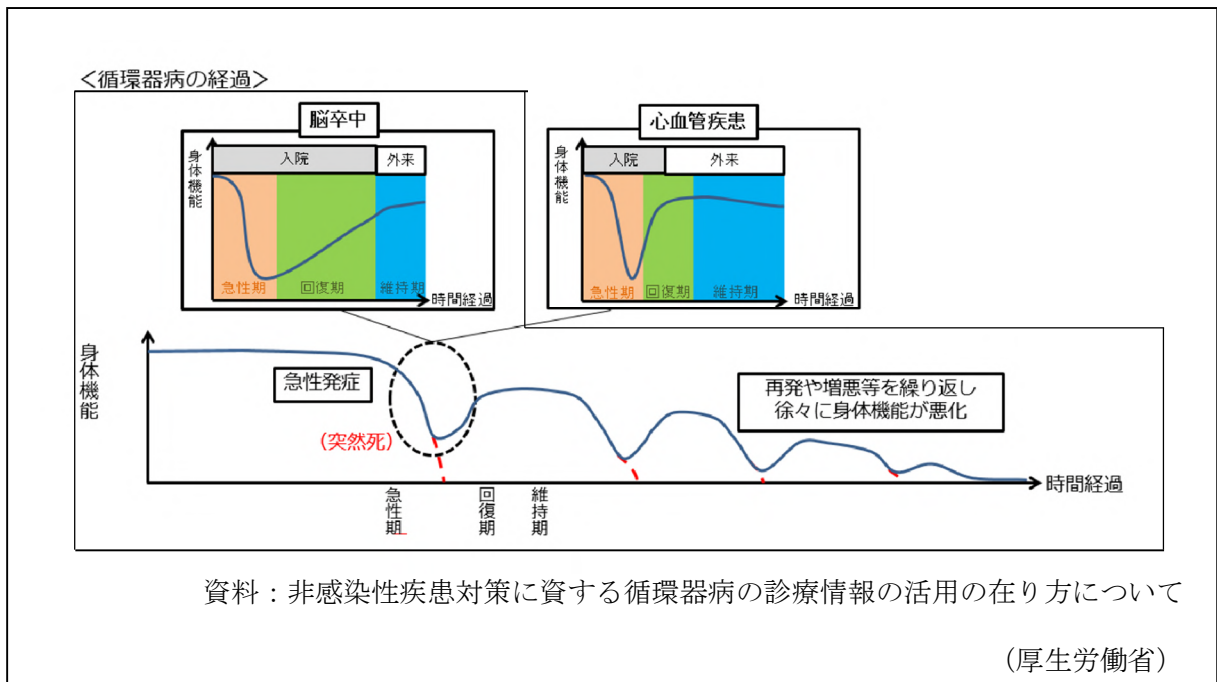
(4) 脳卒中の治療・経過について

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、発症後の数週間は一改善率が高く、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）の方、家族歴のある方、喫煙をする方に多い病気です。

「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^{しょう}」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

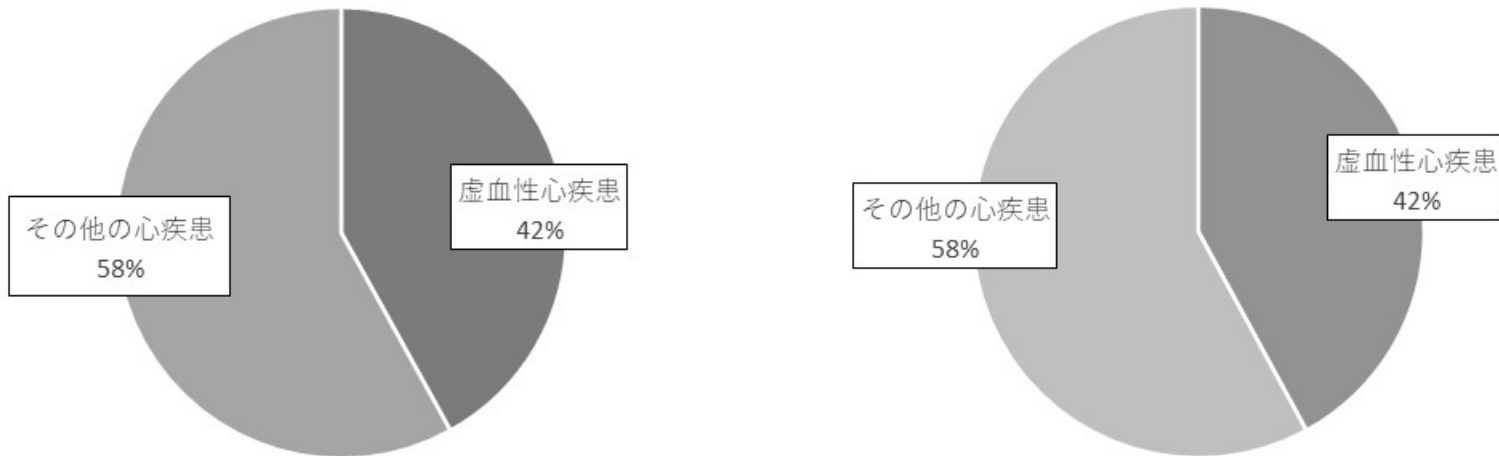
令和2年患者調査によると、全国の心血管疾患の総患者数約305.5万人のうち、「虚血性心疾患」は約128.2万人、「その他の心疾患」は約177.3万人、と推計されております。

千葉県では、心血管疾患の推計患者数約12.6万人のうち、「虚血性心疾患」は約5.3万人、「その他の心疾患」は約7.3万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]

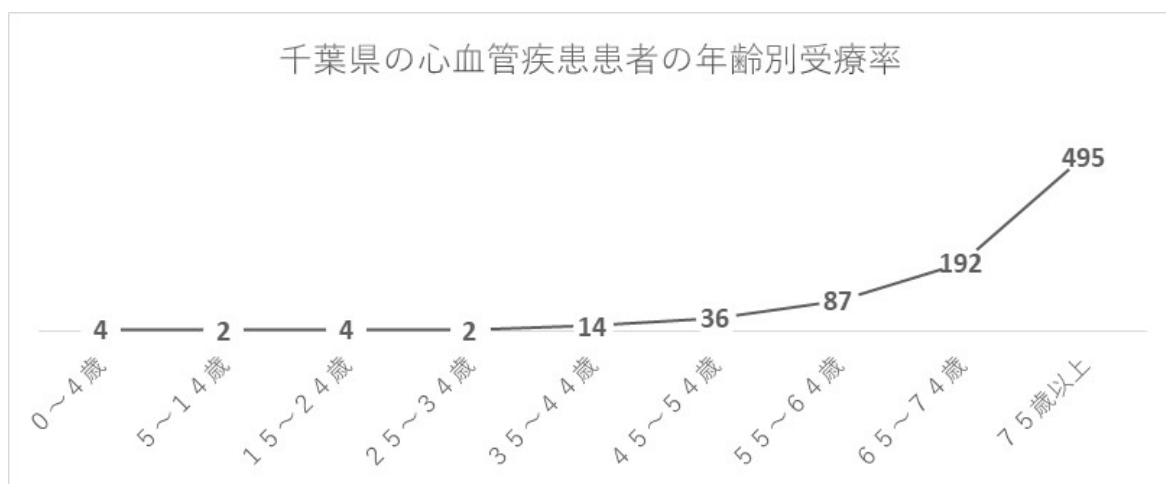


資料：患者調査（厚生労働省）

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426人、県で345人となっています。

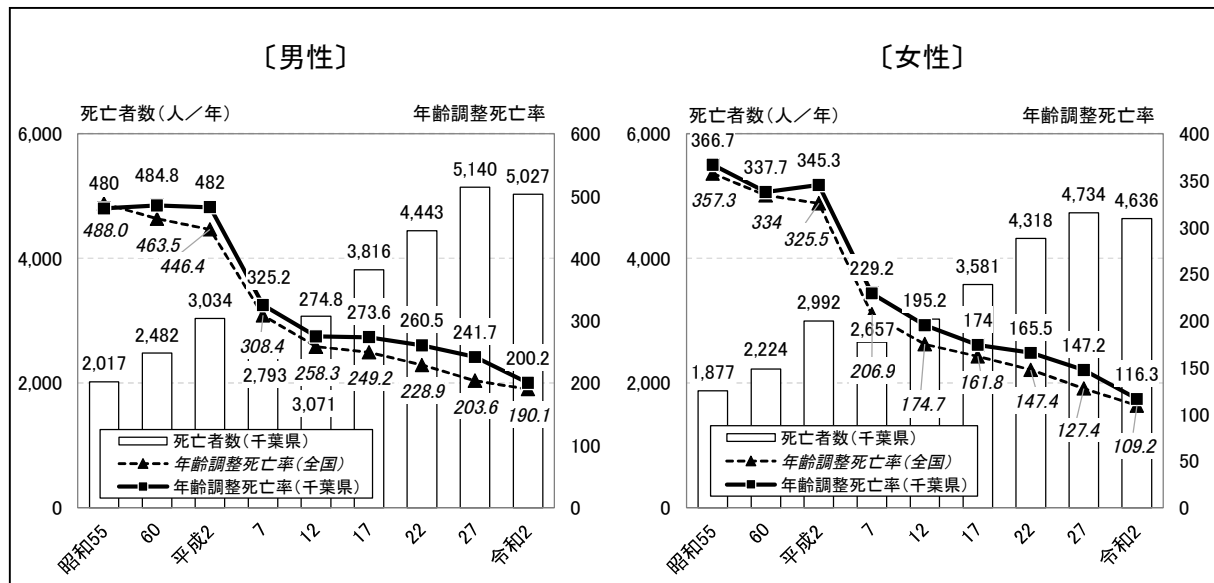
図表 1-7-2-2 心血管疾患（高血圧性を除く）の患者年齢受療率の変化（千葉県）



資料：患者調査（厚生労働省）

人口10万対の年齢調整死亡率（令和2年）は、心疾患（高血圧性を除く）においては、男性200.2（全国190.1）で、女性116.3（全国109.2）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）

