

第2期千葉県循環器病対策推進計画

(令和6年度～令和11年度)

令和6年4月

千葉県

第2期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	- 34 -
第7節 各疾患の現状	- 38 -
1 脳卒中とは	- 38 -

2	心血管疾患とは	- 42 -
第2章	循環器病の予防・正しい知識の普及啓発	- 46 -
第1節	生活習慣と循環器病の関係についての周知	- 47 -
1	栄養・食生活について	- 47 -
2	身体活動・運動について	- 50 -
3	飲酒について	- 54 -
4	喫煙について	- 56 -
5	歯と口腔（こうくう）の健康の分野について	- 59 -
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	- 62 -
1	特定健診の受診、特定保健指導の実施	- 62 -
第3章	保健医療及び福祉に係るサービスの提供（脳卒中）	- 65 -
第1節	脳卒中の基本的な事項に関する周知	- 66 -
1	脳梗塞	- 66 -
2	脳出血	- 69 -
3	くも膜下出血	- 71 -
第2節	急性期（搬送）	- 73 -
1	救急搬送に関すること	- 73 -
2	県民啓発に関すること	- 79 -
第3節	急性期（治療）	- 81 -
1	急性期治療に関すること	- 81 -
第4節	回復期	- 86 -
1	脳卒中リハビリテーションについて	- 86 -
第5節	地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）	- 90 -
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）	- 90 -
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	- 93 -
3	就労支援等の患者支援について	- 95 -
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）	- 98 -
第1節	心血管疾患の基本的な事項に関する周知	- 99 -
1	心不全	- 99 -
2	不整脈	- 102 -
3	心臓弁膜症	- 105 -
4	虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）	- 106 -
5	大動脈緊急症（急性大動脈解離、大動脈瘤（りゅう）破裂）	- 108 -
6	末梢（まっしょう）動脈疾患	- 110 -
7	先天性心疾患	- 111 -

第2節	急性期（搬送）	- 113 -
1	救急搬送に関する事	- 113 -
2	県民啓発に関する事	- 119 -
第3節	急性期（治療）	- 122 -
1	急性期治療に関する事	- 122 -
第4節	リハビリテーション	- 127 -
1	心臓リハビリテーションについて	- 127 -
2	入院時心臓リハビリテーションの実施状況について	- 130 -
第5節	地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）	- 133 -
1	慢性心疾患について	- 133 -
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）	- 135 -
3	外来心臓リハビリテーションについて	- 137 -
4	就労支援等の患者支援について	- 139 -
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	- 142 -
第5章	感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた医療提供体制	- 144 -

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、千葉県における主要な死亡原因となっています。循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血など）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞など）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤など）、末梢血管疾患、肺血栓栓塞症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等、多くの疾患が含まれます。

令和4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（15.8%）、脳血管疾患は第4位（6.8%）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1.6万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（16.1%）、心疾患が第7位（5.1%）であり、両者を合わせると21.2%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6年度から令和11年度までの6年間を計画の期間とします。

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年ごとに検討を行い、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 2021年(令和3年)

脳血管疾患 男性 93.7、女性 55.1

心疾患 男性 193.8、女性 110.2

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

2029年度(令和11年度)までの目標を「減少」とします。

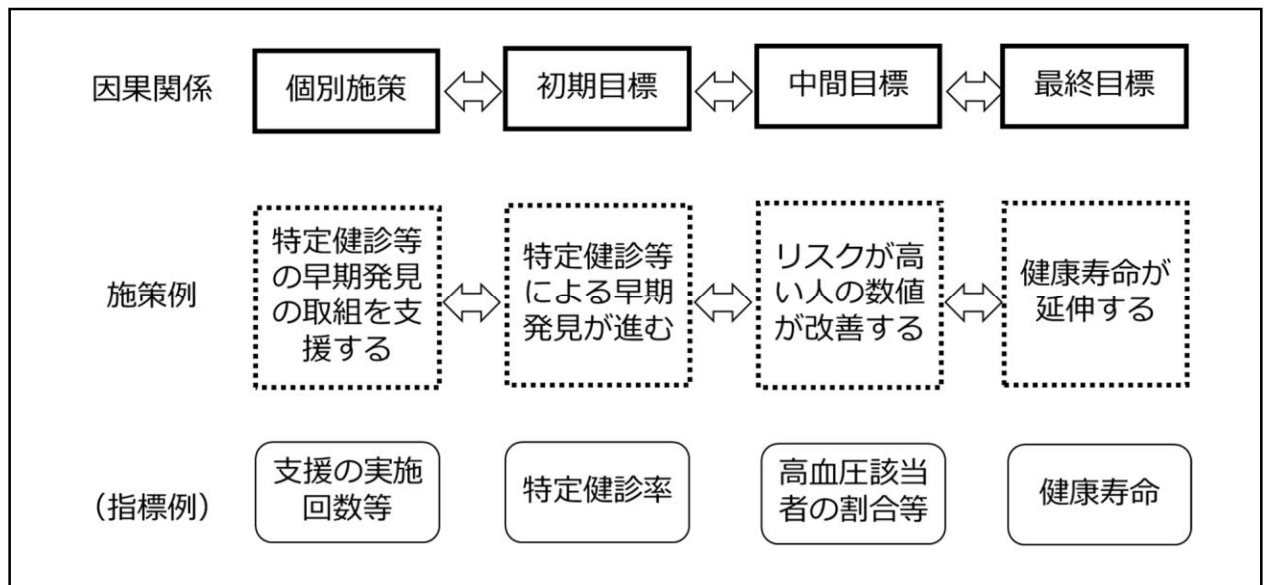
* 基準年 2020年(令和2年)

脳卒中 男性 91.2、女性 55.5

心血管疾患 男性 200.2、女性 116.3

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））



図表 1-2-3-3 ロジックモデル（指標一覧表（概要版））



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)



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))



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が可能な体制が構築されている。</p> <p>・施策の具体的展開</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">指標</td></tr> </table> <p>○効率的な専門医療体制の構築 ーなど3施策</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>心筋梗塞に対する冠動脈再開通を実施した医療機関数</td></tr> <tr><td>うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通を実施した医療機関数</td></tr> <tr><td>大動脈疾患患者に対する手術を実施した医療機関数</td></tr> </table>	指標	心筋梗塞に対する冠動脈再開通を実施した医療機関数	うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通を実施した医療機関数	大動脈疾患患者に対する手術を実施した医療機関数	<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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">指標</td></tr> </table> <p>○専門的な治療を提供する医療体制が構築される。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数</td></tr> <tr><td>うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数</td></tr> <tr><td>大動脈疾患患者に対する手術件数</td></tr> </table>	指標	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数	うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数	大動脈疾患患者に対する手術件数	<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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">指標</td></tr> </table>	指標					
指標																
心筋梗塞に対する冠動脈再開通を実施した医療機関数																
うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通を実施した医療機関数																
大動脈疾患患者に対する手術を実施した医療機関数																
指標																
心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数																
うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数																
大動脈疾患患者に対する手術件数																
指標																
<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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">指標</td></tr> </table> <p>○循環器病患者へのリハビリテーションが適切に実施されている ーなど3施策</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅱ)届出施設数</td></tr> <tr><td>回復期リハビリテーション病棟にお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</td></tr> <tr><td>入院心血管疾患リハビリテーションの実施医療機関数</td></tr> </table>	指標	心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅱ)届出施設数	回復期リハビリテーション病棟にお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	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>○【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）を受けられている。</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>○入院患者に対して質の高いリハビリテーションが提供されている。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数</td></tr> </table>	指標	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	<p>○心血管疾患による年齢調整死亡率を減少する。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（男性）</td></tr> <tr><td>心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（女性）</td></tr> </table> <p>○健康寿命を延伸する。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>健康寿命（男性）</td></tr> <tr><td>健康寿命（女性）</td></tr> </table>	心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（男性）	心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（女性）	健康寿命（男性）	健康寿命（女性）				
指標																
心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅱ)届出施設数																
回復期リハビリテーション病棟にお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																
入院心血管疾患リハビリテーションの実施医療機関数																
指標																
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数																
心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（男性）																
心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（女性）																
健康寿命（男性）																
健康寿命（女性）																
<p>○【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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">指標</td></tr> </table> <p>○医療・介護の多職種連携の促進。ーなど11施策</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数</td></tr> <tr><td>機能強化型訪問看護ステーション数</td></tr> <tr><td>在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数</td></tr> <tr><td>在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数</td></tr> <tr><td>居宅療養管理指導実施薬局数（介護予防居宅療養管理指導含む）</td></tr> <tr><td>在宅療養後方支援病院数</td></tr> <tr><td>入退院支援を実施している診療所数・病院数</td></tr> <tr><td>外来心血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関数</td></tr> </table>	指標	在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	機能強化型訪問看護ステーション数	在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数	在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数	居宅療養管理指導実施薬局数（介護予防居宅療養管理指導含む）	在宅療養後方支援病院数	入退院支援を実施している診療所数・病院数	外来心血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関数	<p>○【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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">指標</td></tr> </table> <p>○在宅等における生活期に切れ目のない医療・介護が提供されている。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>入退院支援実施件数</td></tr> <tr><td>外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数</td></tr> </table>	指標	入退院支援実施件数	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	<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> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">指標</td></tr> </table> <p>○心血管疾患を発症後も患者が住み慣れた場所で希望する生活を送ることができる。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合</td></tr> </table>	指標	在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合
指標																
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数																
機能強化型訪問看護ステーション数																
在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数																
在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数																
居宅療養管理指導実施薬局数（介護予防居宅療養管理指導含む）																
在宅療養後方支援病院数																
入退院支援を実施している診療所数・病院数																
外来心血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関数																
指標																
入退院支援実施件数																
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数																
指標																
在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合																
		<p>(補助指標)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>平均寿命と健康寿命の一年あたりの伸び (平均寿命H22~R2) (健康寿命H22~R3)</td></tr> <tr><td>心疾患（高血圧性のものを除く）の患者数</td></tr> </table>	平均寿命と健康寿命の一年あたりの伸び (平均寿命H22~R2) (健康寿命H22~R3)	心疾患（高血圧性のものを除く）の患者数												
平均寿命と健康寿命の一年あたりの伸び (平均寿命H22~R2) (健康寿命H22~R3)																
心疾患（高血圧性のものを除く）の患者数																

図表 1-2-3-7 ロジックモデル（救急搬送）



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

（※）「生活習慣病」

食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称です。

（出典）厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット「生活習慣病とは？」より

第4節 千葉県の基礎データ

1 人口構造

(1) 総人口

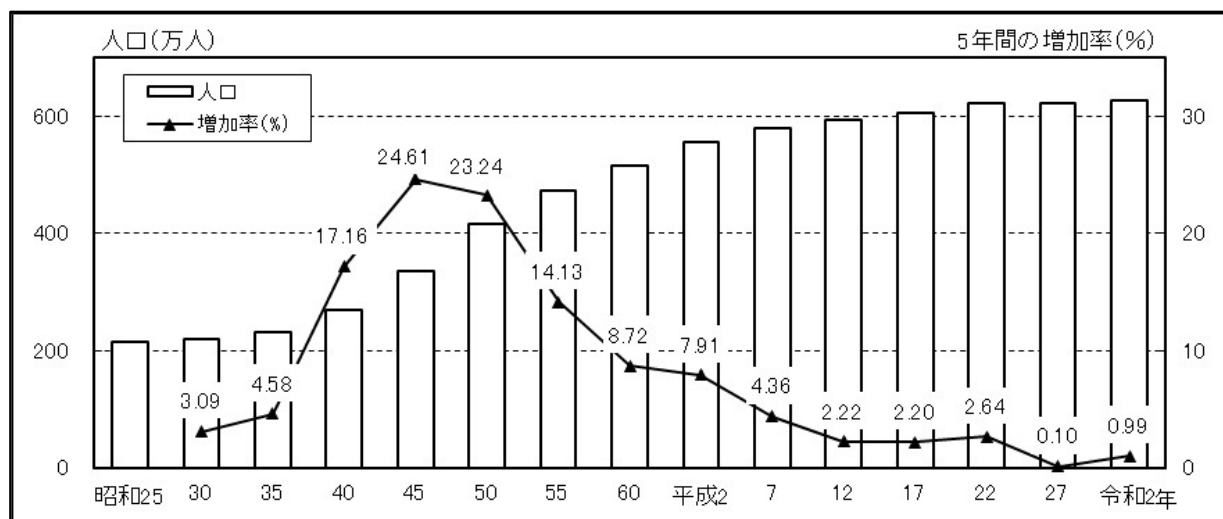
令和2年の国勢調査によると、本県の人口は6,284,480人となり、全国第6位の人口規模の大きさとなっています。

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

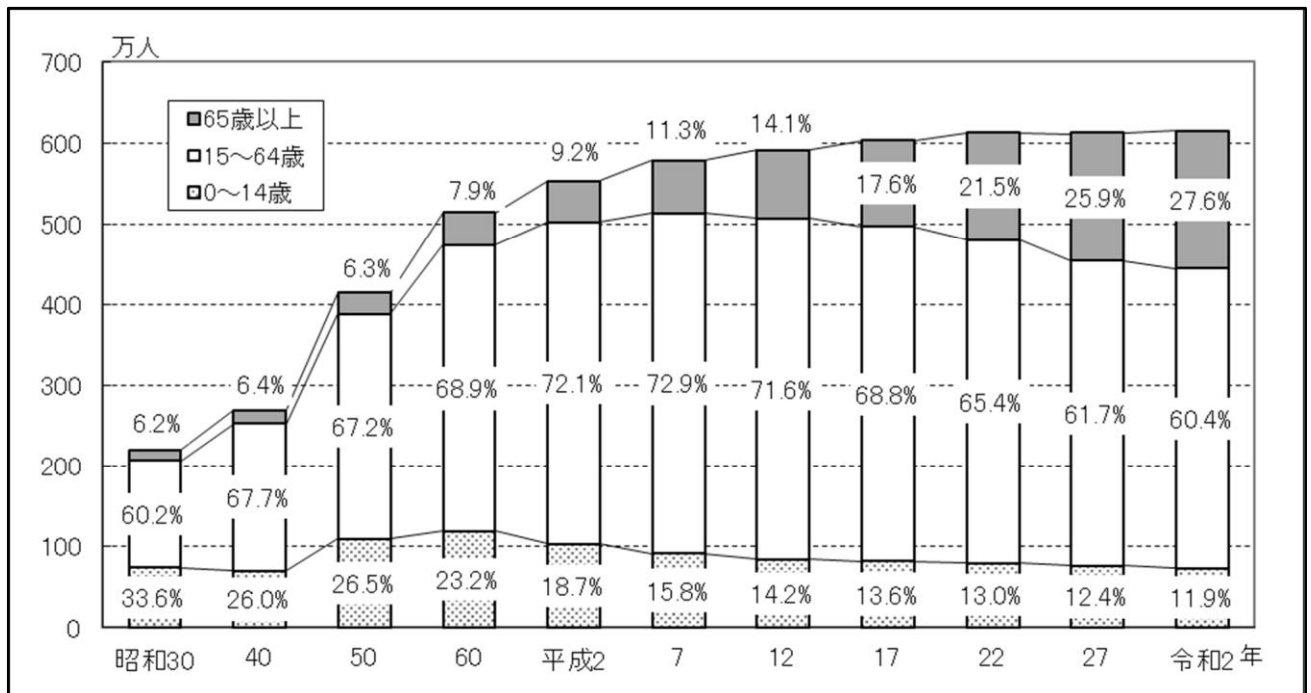
令和2年の国勢調査をもとに本県の人口を年齢により3つに区分してみると、年少人口(0~14歳)は734千人、生産年齢人口(15~64歳)は3,715千人、老年人口(65歳以上)は1,700千人で、総人口(年齢不詳分を除く。)に占める割合は、それぞれ11.9%、60.4%、27.6%となっています。

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）

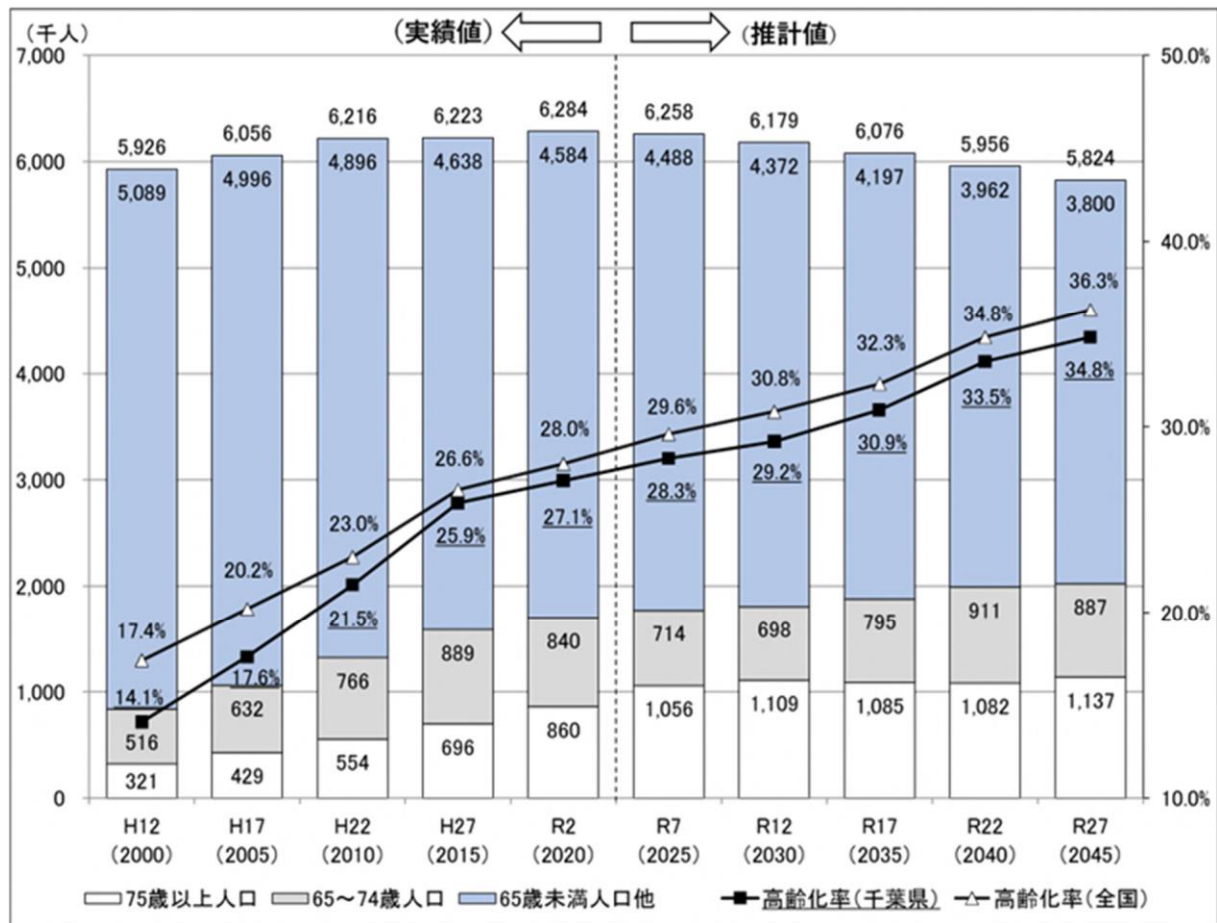
(3) 高齢化

令和2年の本県の総人口は約628万4千人で、平成27年時点より約6万1千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170万人で、平成27年時点より約11万6千人増加しました。

このように、令和2年の本県の高齢化率は27.1%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、令和2年時点の約628万4千人から約63万8千人が減り令和22年に約564万6千人となる一方、65歳以上の人口は令和2年時点の約170万人から約27万3千人増加し197万3千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



※令和2年(2020年)以前は総務省統計局「国勢調査結果」による実績値。なお、不詳補完後の令和2年(2020年)高齢化率は27.6%。

※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(令和5(2023)年推計)」による推計値。四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

図 1-4-1-4 人口及び高齢化率の推移と将来推計(千葉県)

(単位: 千人)

	総人口	高齢者人口			高齢化率
		65歳以上	65~74歳	75歳以上	
平成17年(2005年)	6,056	1,060	632(10.5%)	429(7.1%)	17.6%
平成22年(2010年)	6,216	1,320	766(12.5%)	554(9.0%)	21.5%
平成27年(2015年)	6,223	1,584	889(14.5%)	696(11.4%)	25.9%
令和2年(2020年)	6,284	1,700	840(13.4%)	860(13.7%)	27.1%
令和7年(2025年)	6,258	1,770	714(11.4%)	1,056(16.9%)	28.3%
令和12年(2030年)	6,179	1,807	698(11.3%)	1,109(17.9%)	29.2%
令和17年(2035年)	6,076	1,880	795(13.1%)	1,085(17.9%)	30.9%
令和22年(2040年)	5,956	1,994	911(15.3%)	1,082(18.2%)	33.5%
令和27年(2045年)	5,824	2,024	887(15.2%)	1,137(19.5%)	34.8%

※出典等は上記(図1-4-1-3)と同じ。

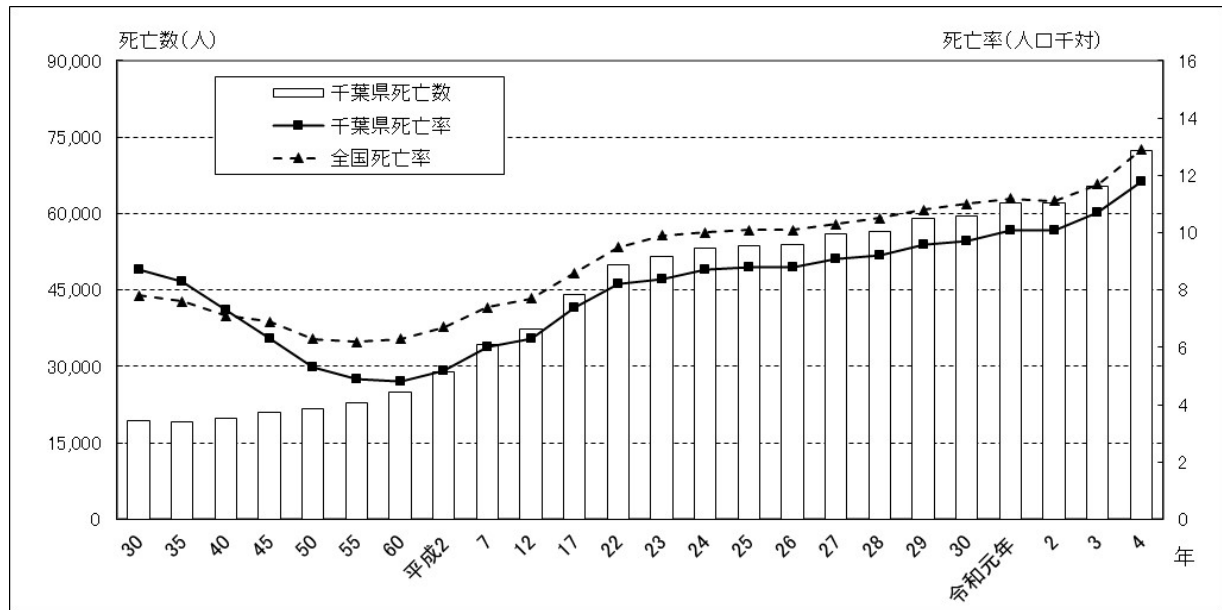
※65~74歳、75歳以上の()内は、総人口に占める割合。

2 死亡数と死亡率の推移（全体）

(1) 死亡数・死亡率（全体）

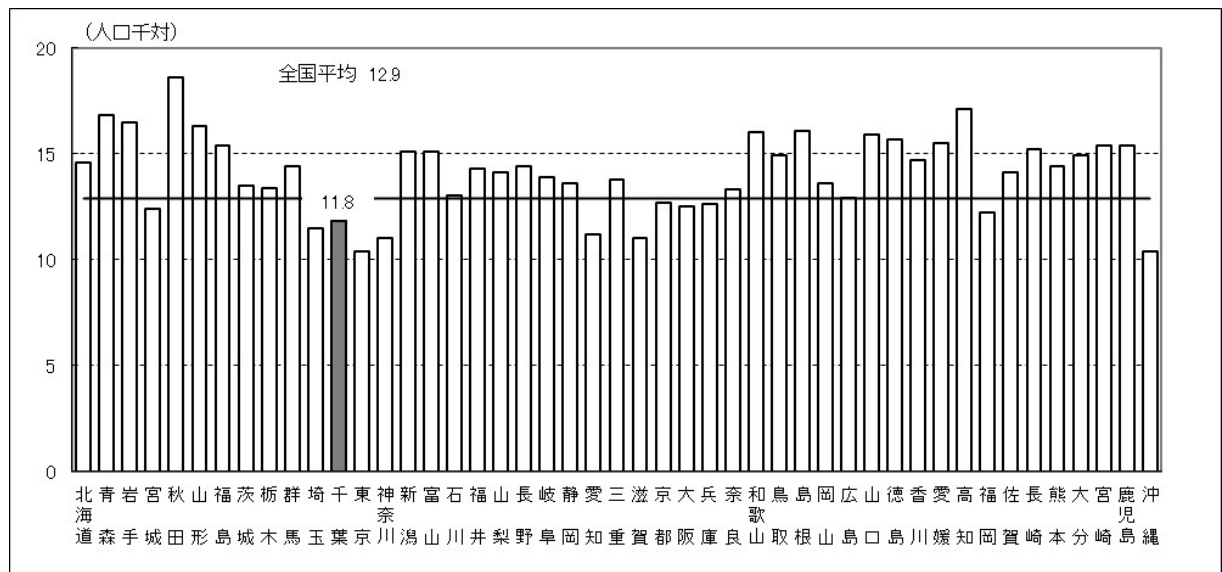
循環器病によるものだけではなく、すべての死因を含めた本県の死亡数は長期的には増加傾向で推移しています。令和4年の死亡数は72,258人で令和3年（65,244人）より7,014人増加しています。令和4年の死亡率（人口千対）では、11.8で全国平均の12.9に対し1.1ポイント低く、全国第41位と比較的低い順位になっています。

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



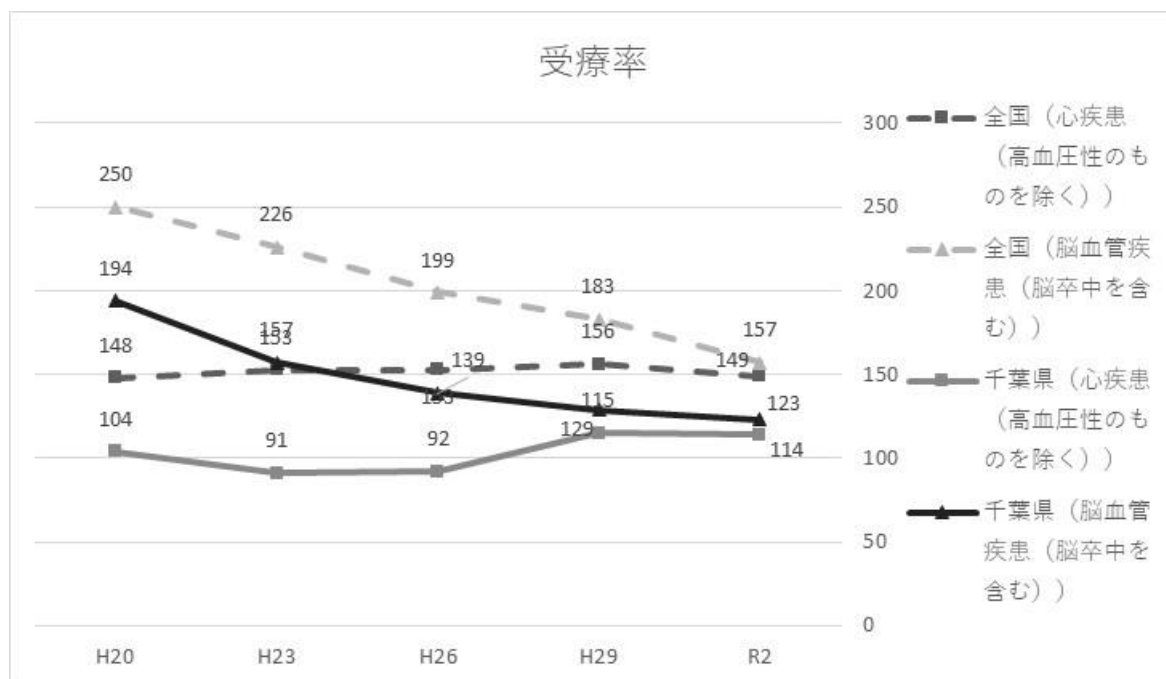
資料：令和4年人口動態調査（厚生労働省）

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。

令和元年の千葉県の健康寿命は男性72.61年、女性75.71年となっています。全国は男性72.68年、女性75.38年であり、千葉県の全国順位は概ね中位であり、男性が27位、女性が21位となっています。

一方で、令和2年度の千葉県の平均寿命は男性81.45年、女性は87.50年となっています。

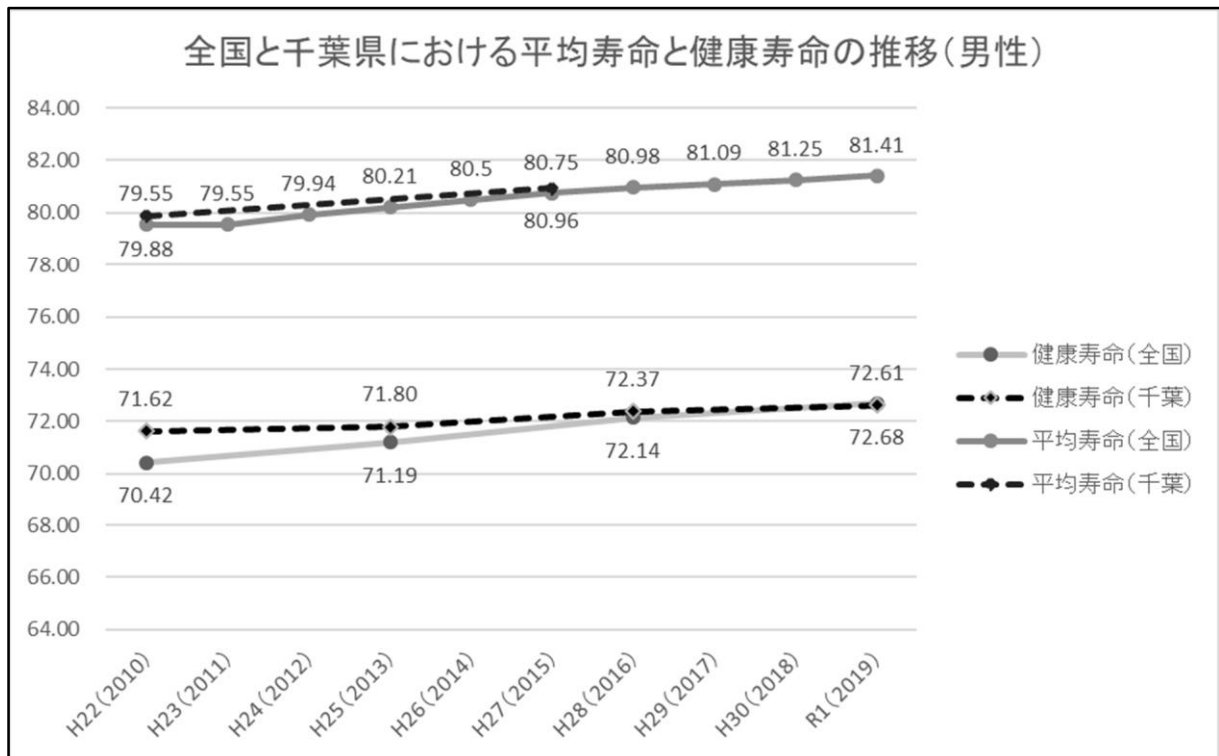
全国平均は男性81.49年、女性87.60年であり、千葉県の全国順位は男性が23位、女性が30位と健康寿命と同様に概ね中位となっています。

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。

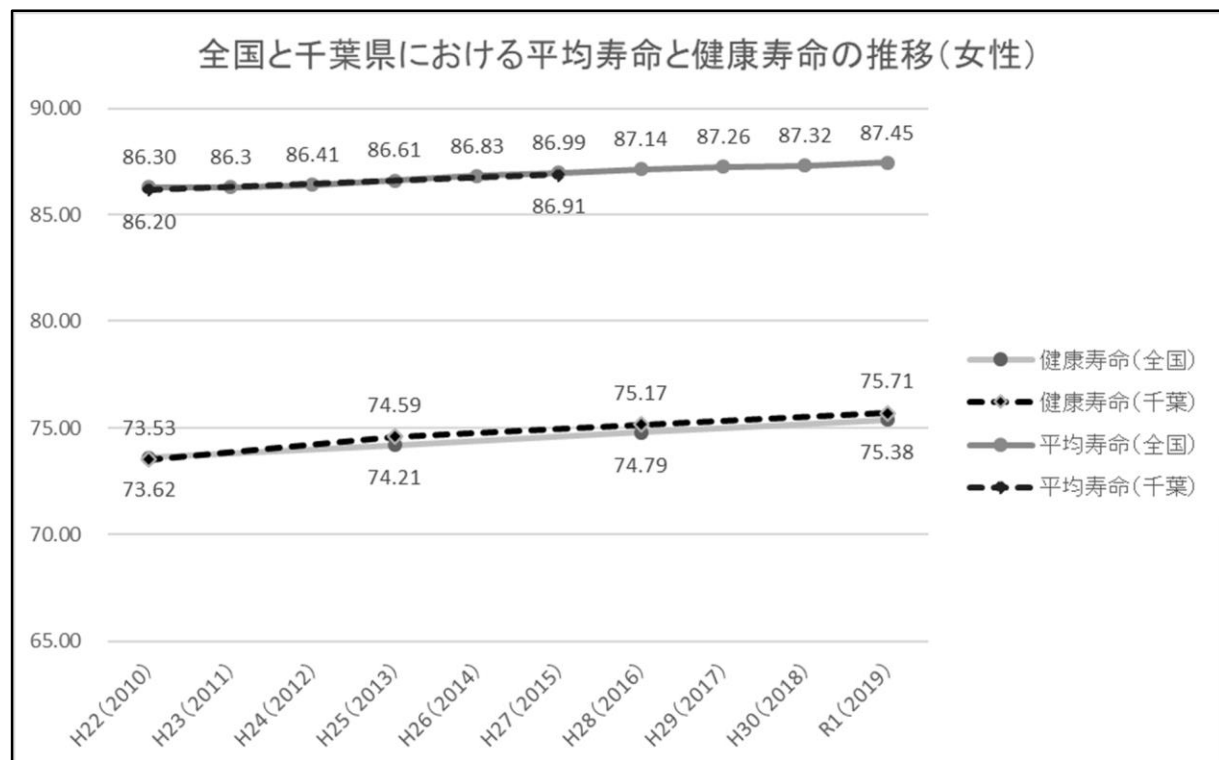
都道府県別データは直近データが平成27年度となりますが、本県での平均寿命と健康寿命の差は男性が8.59年、女性が11.74年です。

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

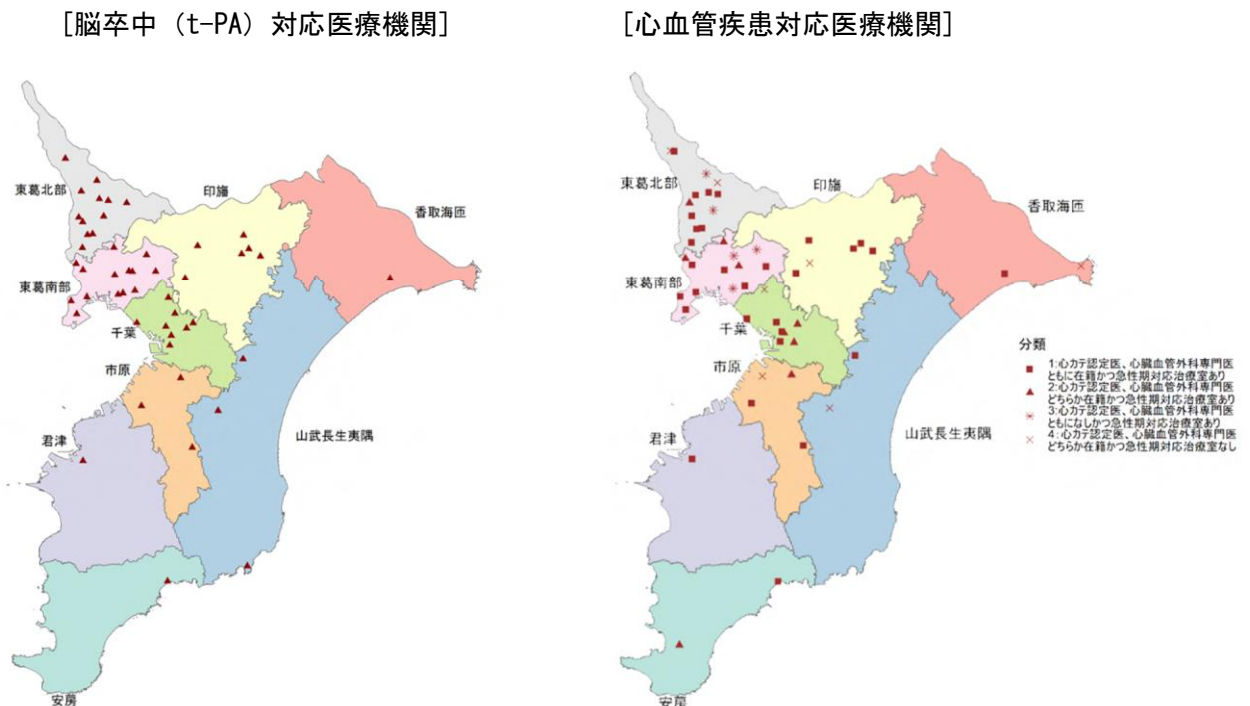
二次保健医療圏とは、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づく区域で特殊な医療を除く病院の病床の整備を図るべき地域的単位として設定するもので、医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供していくための圏域です。

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）

（単位：人）

圏域	令和2年 (2020年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)	令和27年 (2045年)	増減数 (2020→ 2040)	増減率 (2020→ 2040)
千葉	974,951	959,376	929,803	913,633	▲45,148	▲4.6%
東葛南部	1,796,572	1,819,466	1,806,921	1,792,347	10,349	0.6%
東葛北部	1,407,697	1,433,623	1,422,591	1,410,459	14,894	1.1%
印旛	718,337	708,044	675,484	656,459	▲42,853	▲6.0%
香取海匝	262,351	225,038	188,693	170,955	▲73,658	▲28.1%
山武長生夷隅	410,235	365,888	318,974	295,322	▲91,261	▲22.2%
安房	120,093	103,054	88,482	81,665	▲31,611	▲26.3%
君津	324,720	313,538	295,558	285,429	▲29,162	▲9.0%
市原	269,524	250,863	229,289	218,144	▲40,235	▲14.9%
県全体	6,284,480	6,178,890	5,955,795	5,824,413	▲328,685	▲5.2%

※令和2年（2020年）は総務省統計局「国勢調査結果（各年10月1日現在）」による。令和12年（2030年）以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」をもとに作成

表 1-5-3-2 65歳以上の高齢者人口の推移（圏域別）

（単位：人）

圏域	令和2年 (2020年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)	令和27年 (2045年)	増加数 (2020→ 2040)	増加率 (2020→ 2040)
千葉	249,963	274,579	315,500	322,523	65,537	26.2%
東葛南部	408,564	445,398	528,949	551,118	120,385	29.5%
東葛北部	370,784	395,786	447,673	462,942	76,889	20.7%
印旛	203,814	220,532	236,750	238,462	32,936	16.2%
香取海匝	93,431	91,796	85,781	80,567	▲7,650	▲8.2%
山武長生夷隅	147,498	149,557	146,708	140,525	▲790	▲0.5%
安房	50,365	46,781	43,058	40,685	▲7,307	▲14.5%
君津	96,911	100,199	104,359	104,004	7,448	7.7%
市原	78,661	82,338	84,873	83,294	6,212	7.9%
県全体	1,699,991	1,806,966	1,993,651	2,024,120	293,660	17.3%

※令和2年（2020年）は総務省統計局「国勢調査結果（各年10月1日現在）」による。令和12年（2030年）以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」をもとに作成

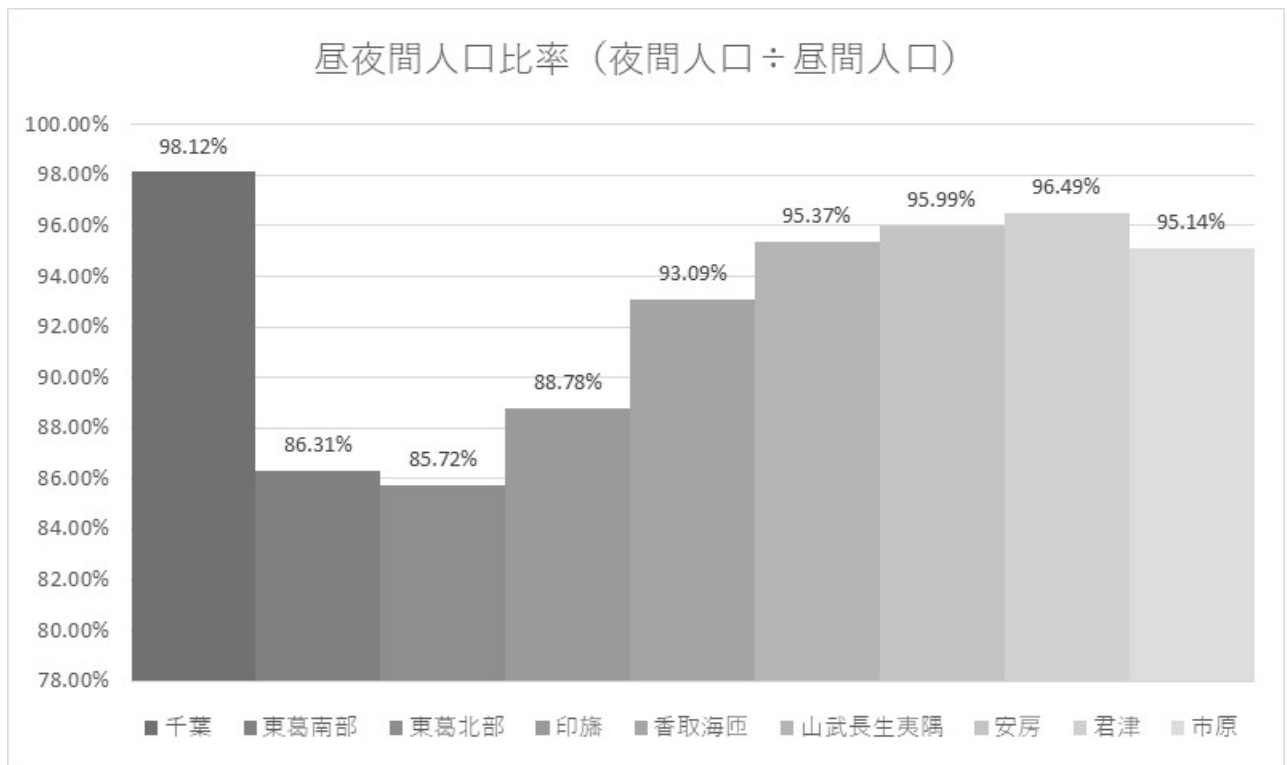
4 昼夜間人口比率

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：令和2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)

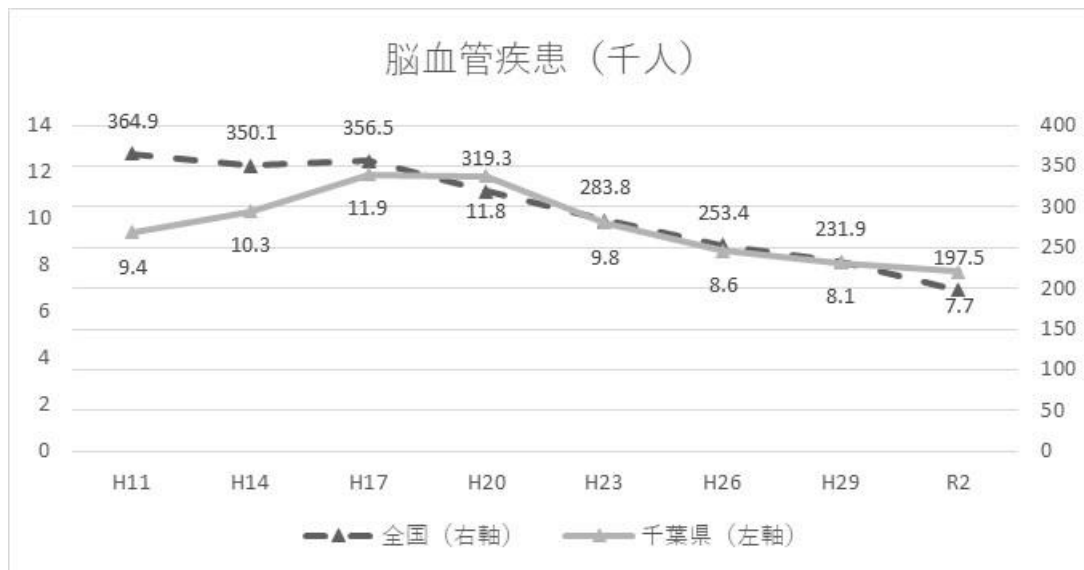
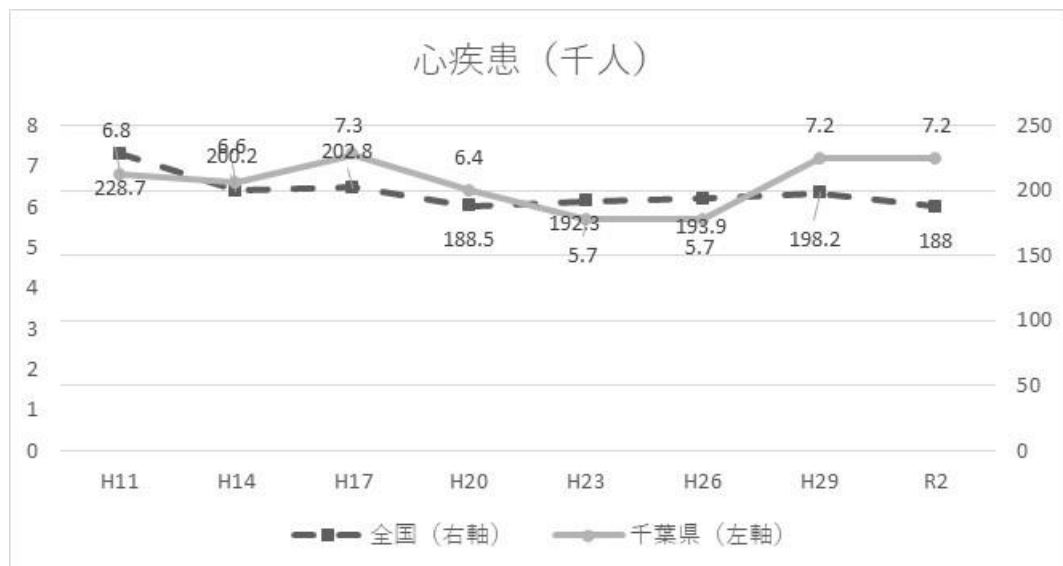


図1-6-1-2 患者調査(心疾患)



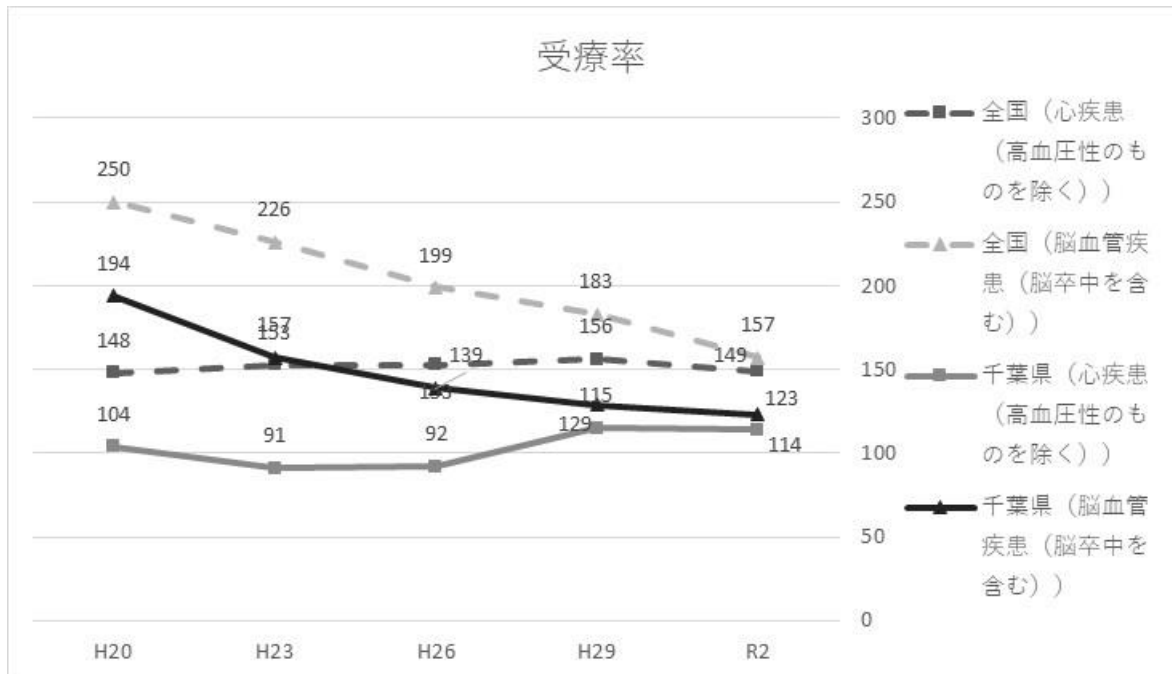
資料：患者調査(厚生労働省)

(※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。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



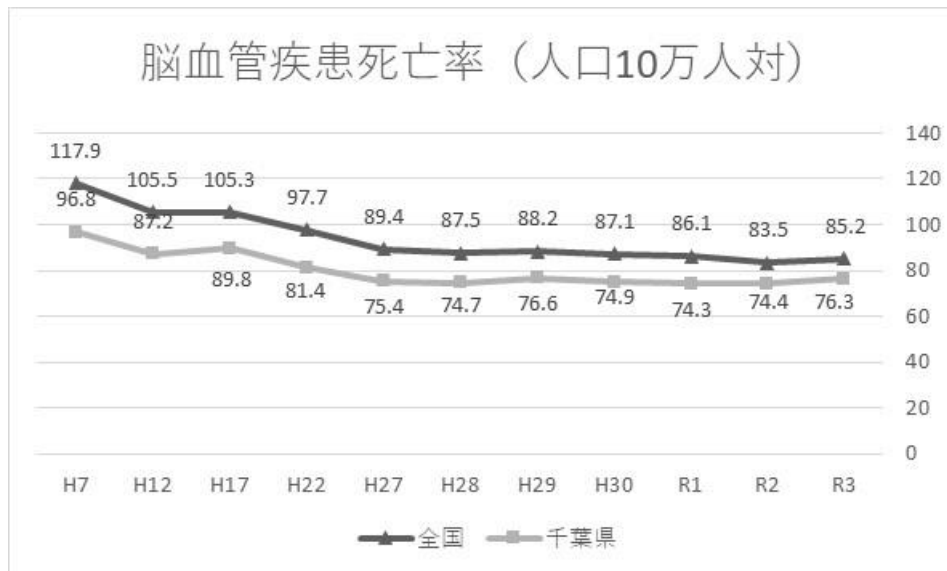
資料：患者調査（厚生労働省）

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）

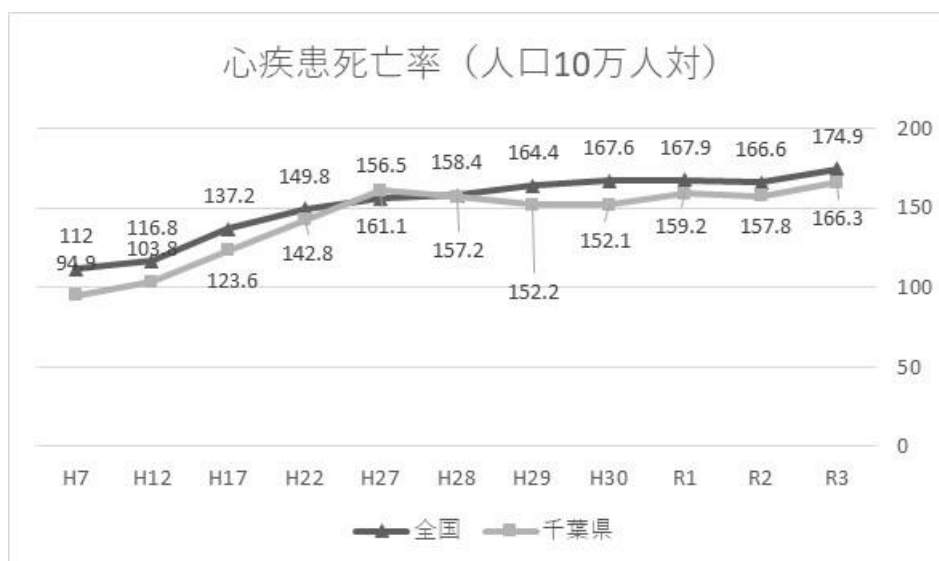


資料：人口動態調査（厚生労働省）

(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）



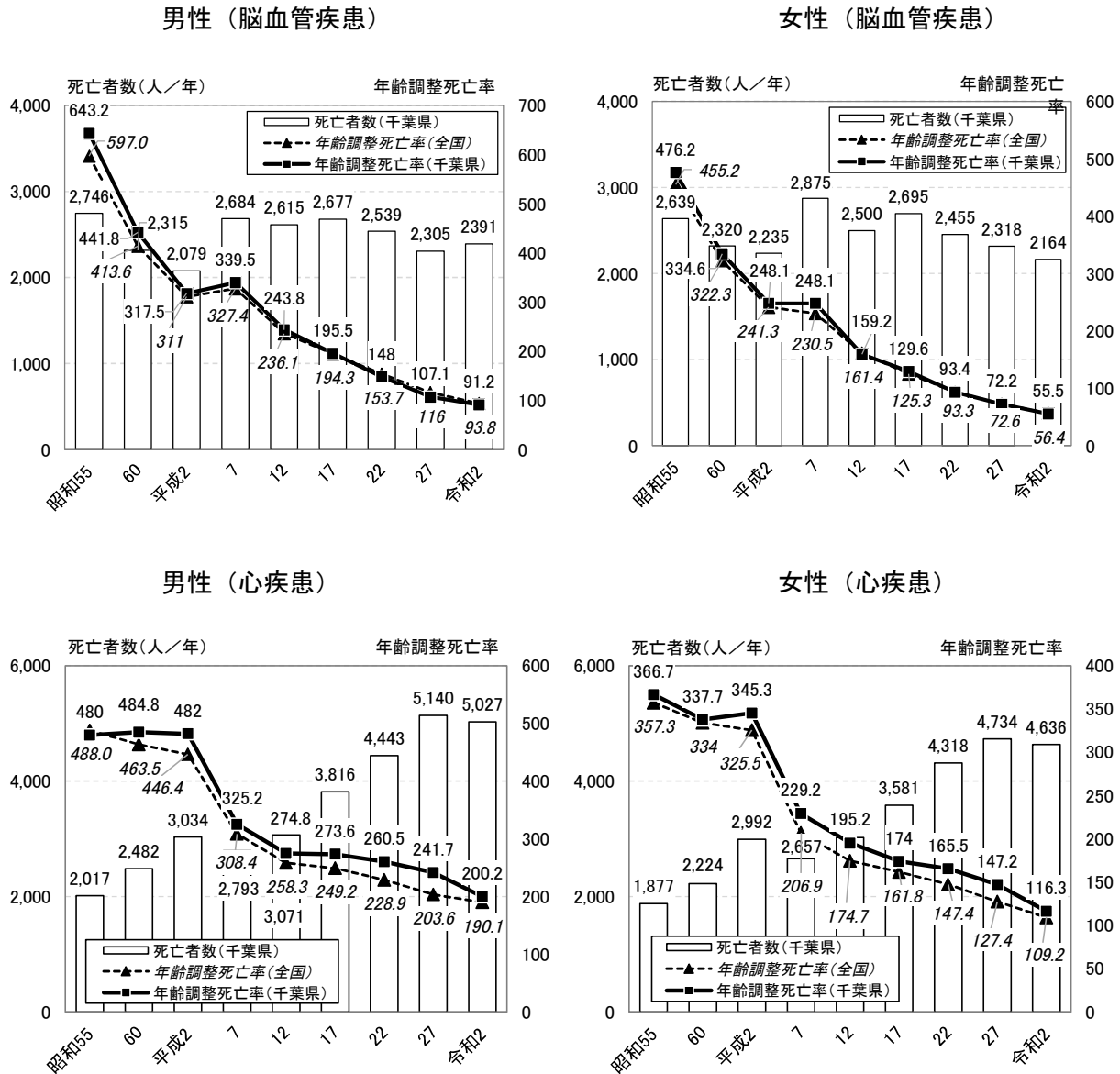
資料：人口動態調査（厚生労働省）

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

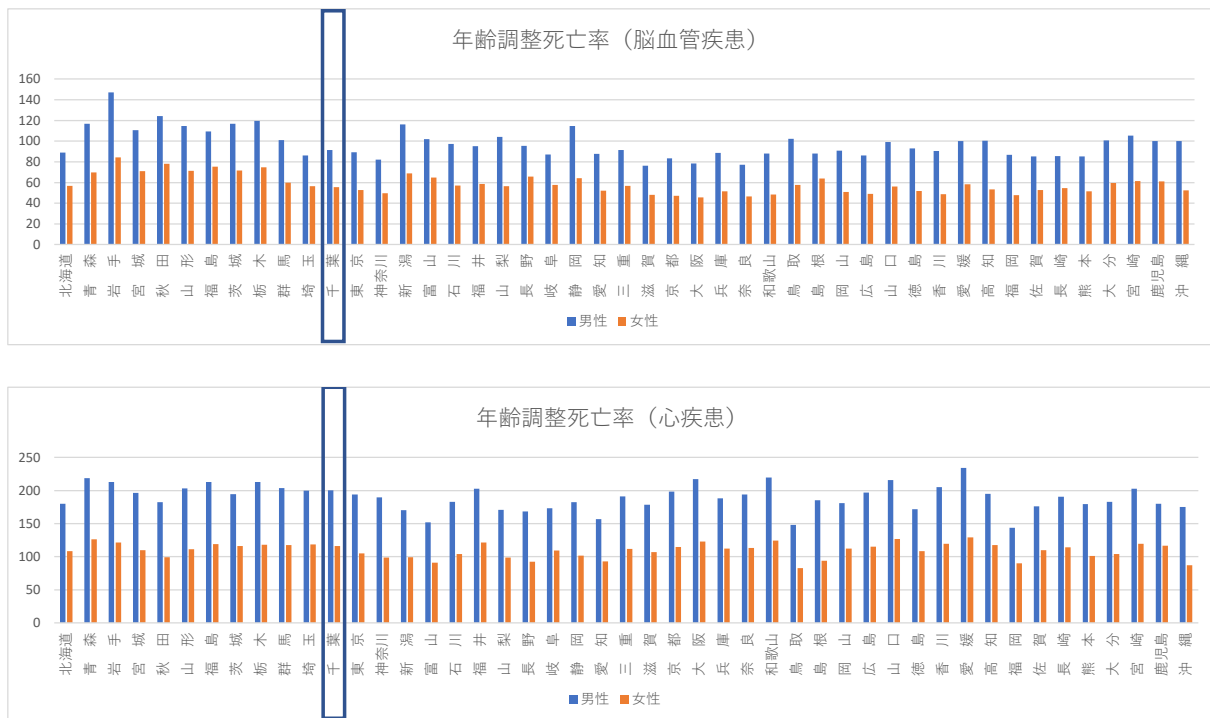
人口動態統計特殊報告（厚生労働省）によると、脳血管疾患の令和2年年齢調整死亡率（人口10万人対）は男性91.2（全国93.8）、女性55.5。

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

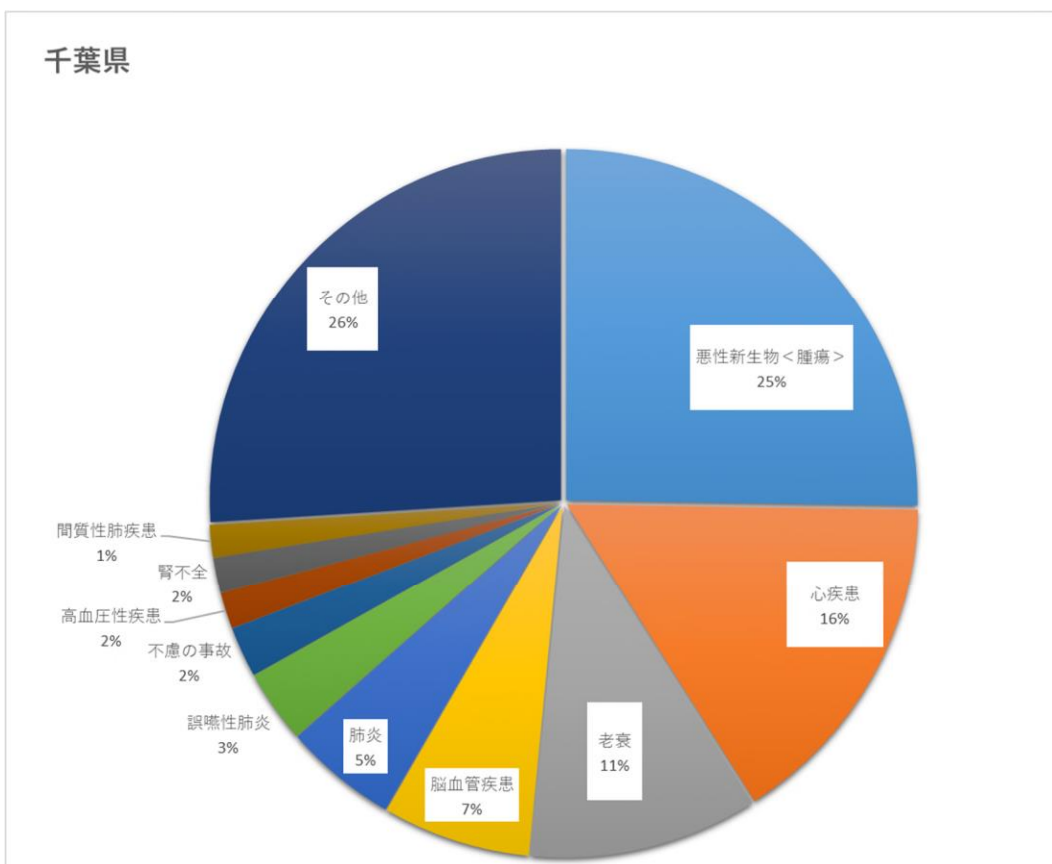
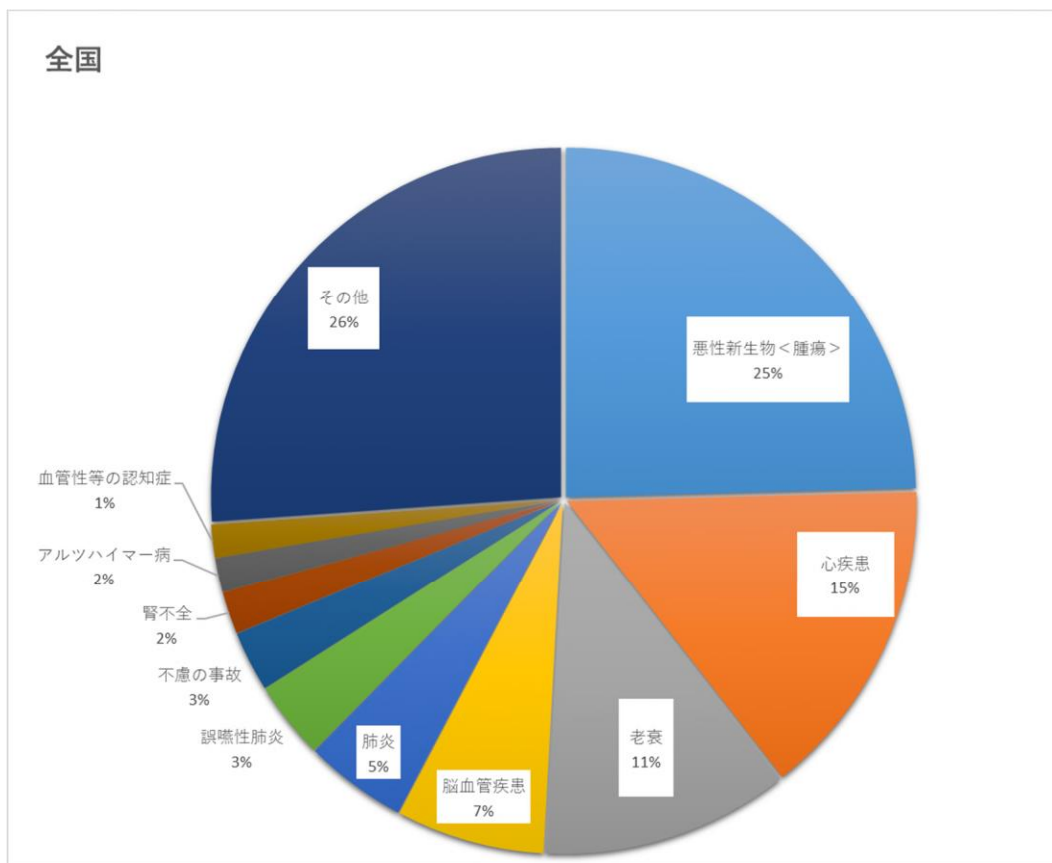
(1) 死因別死亡率

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。

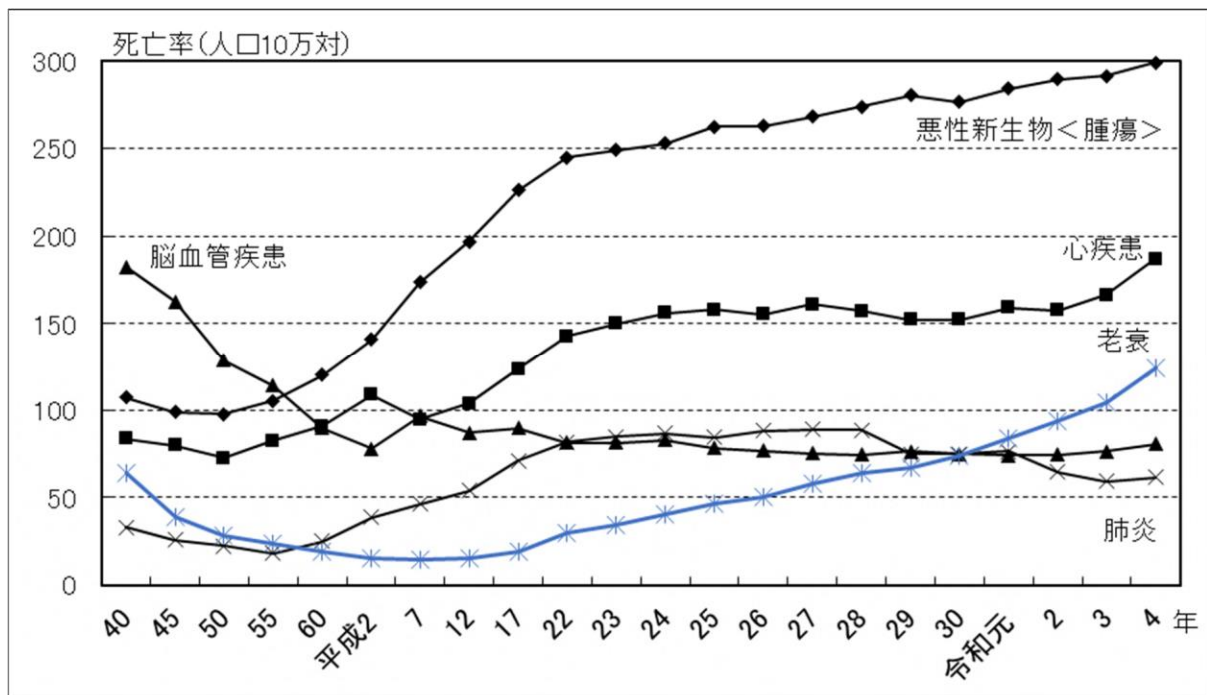
図表 1-6-5-1 死亡総数に占める割合（上位10位）

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	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

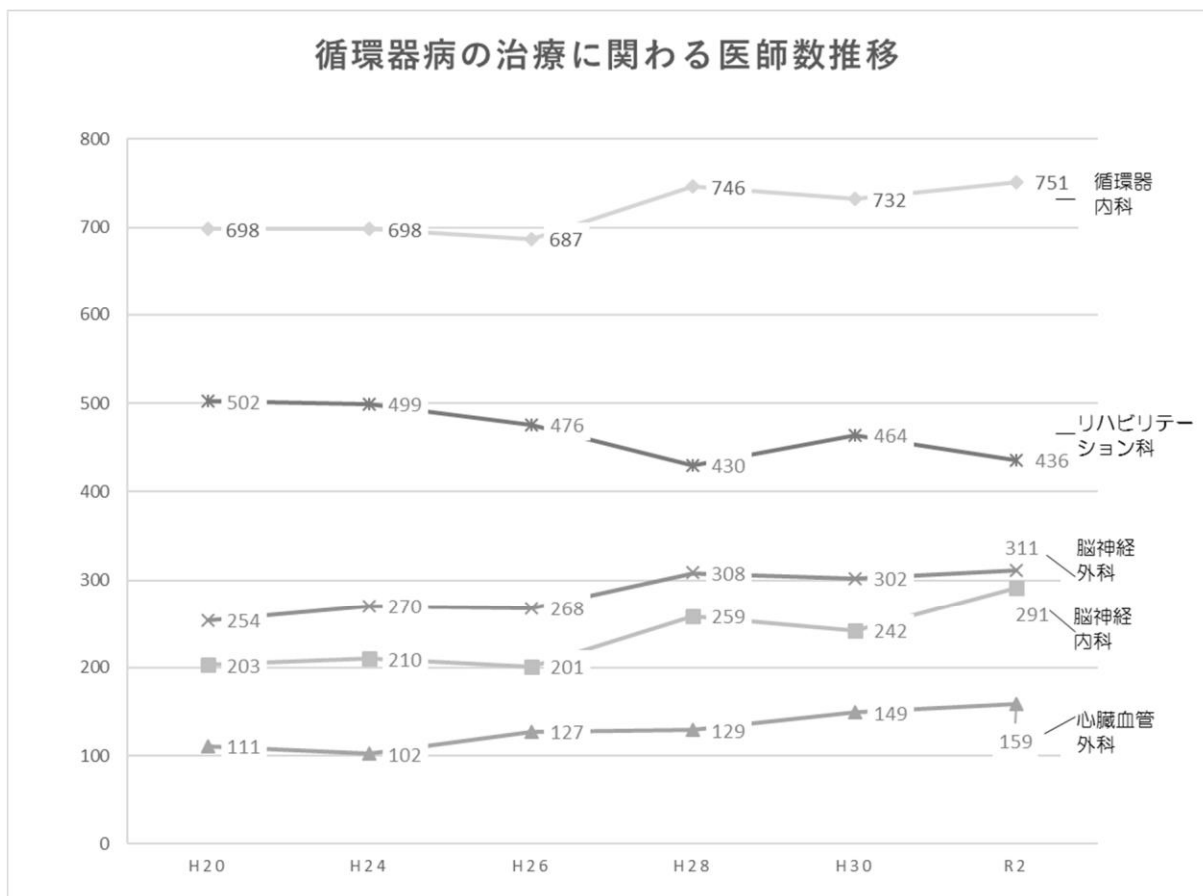
		看護師	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	社会福祉士
従事者数 (人)	千葉県	31,985	3,949	1,793	619	554
	全国	827,451	84,459	47,854	16,799	14643
人口10万人対	千葉県	509.0	62.8	28.5	9.8	8.8
	全国	655.9	67.0	37.9	13.3	11.6

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）3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

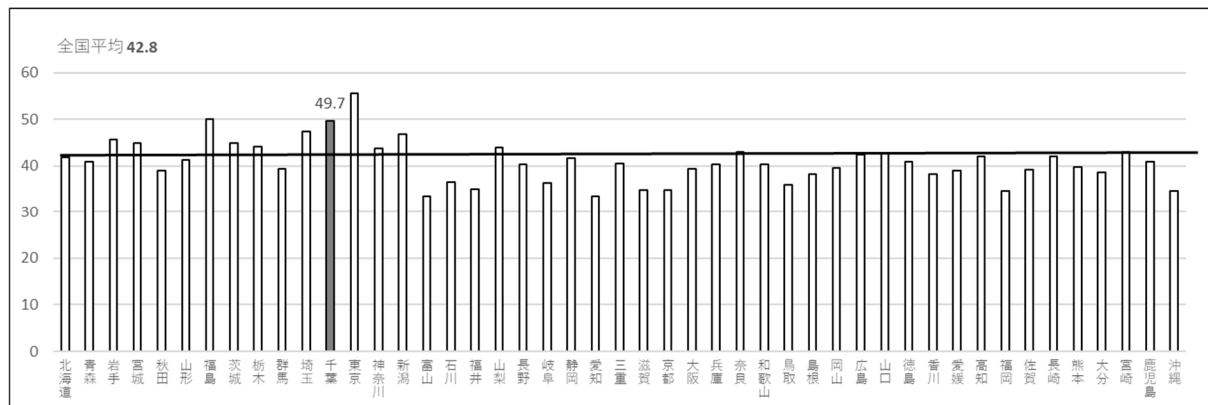
- 市町村及び県内医療関係者と連携し、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医の定着に努めるとともに、適切な受療行動についての理解を促します。県民は、医療を適切に受けるよう努めます。
- 県内医療関係者と連携し、入院医療では、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関へ転院したり、入院する病棟を変えたりする場合があることについて、県民の理解を促します。
- ホームページを活用した医療機関に関する情報の提供については、令和6年度から国による全国統一のシステムが運用されることから、その周知啓発を行い、県民が適切な最新の情報を得られるように努めます。
- ちば救急医療ネット等を通じて、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）



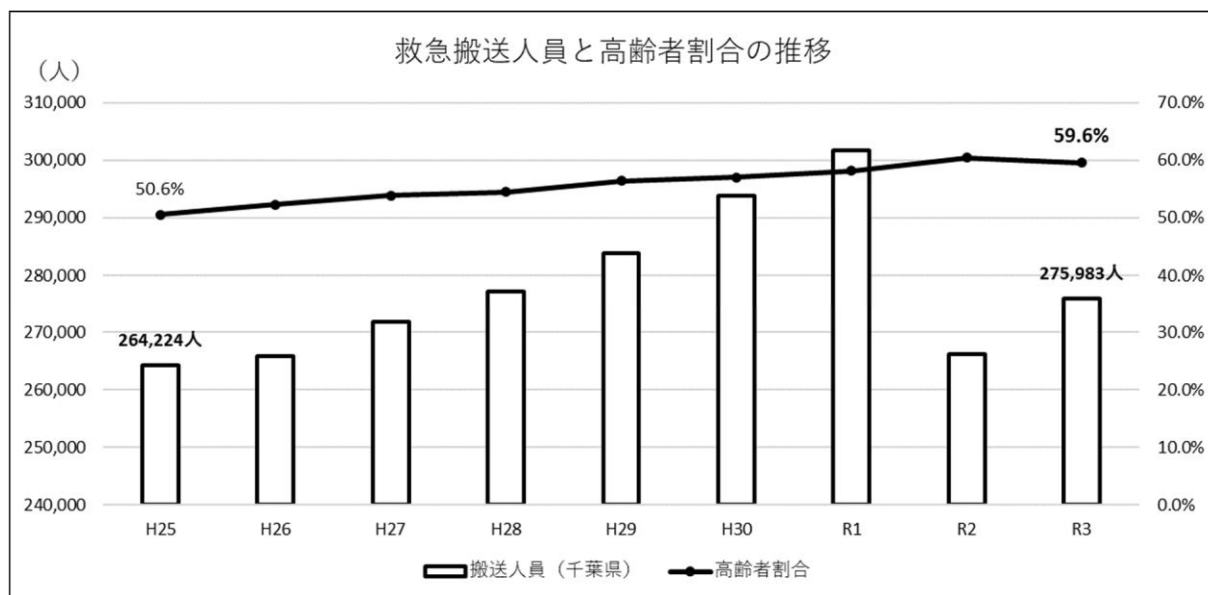
資料：令和4年度版救急救助の現況（消防庁）

(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）

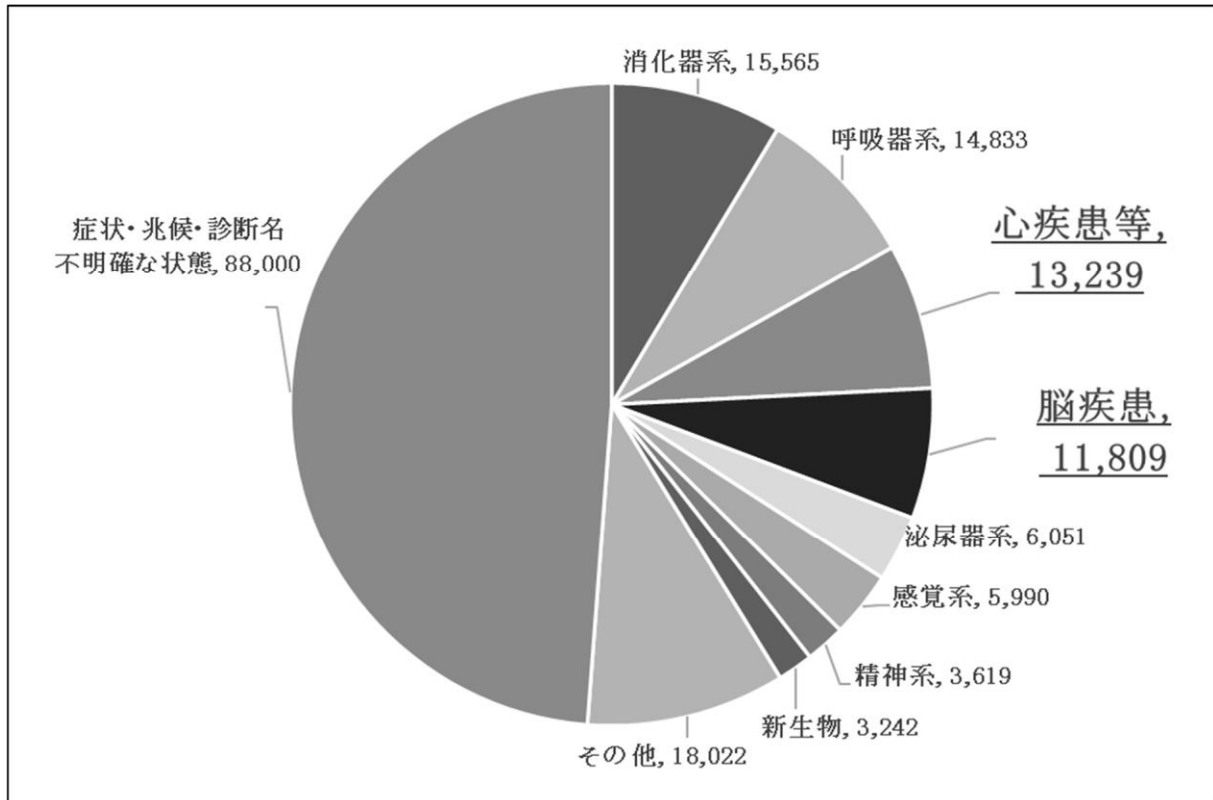


資料：令和4年度版救急救助の現況（消防庁）

(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）

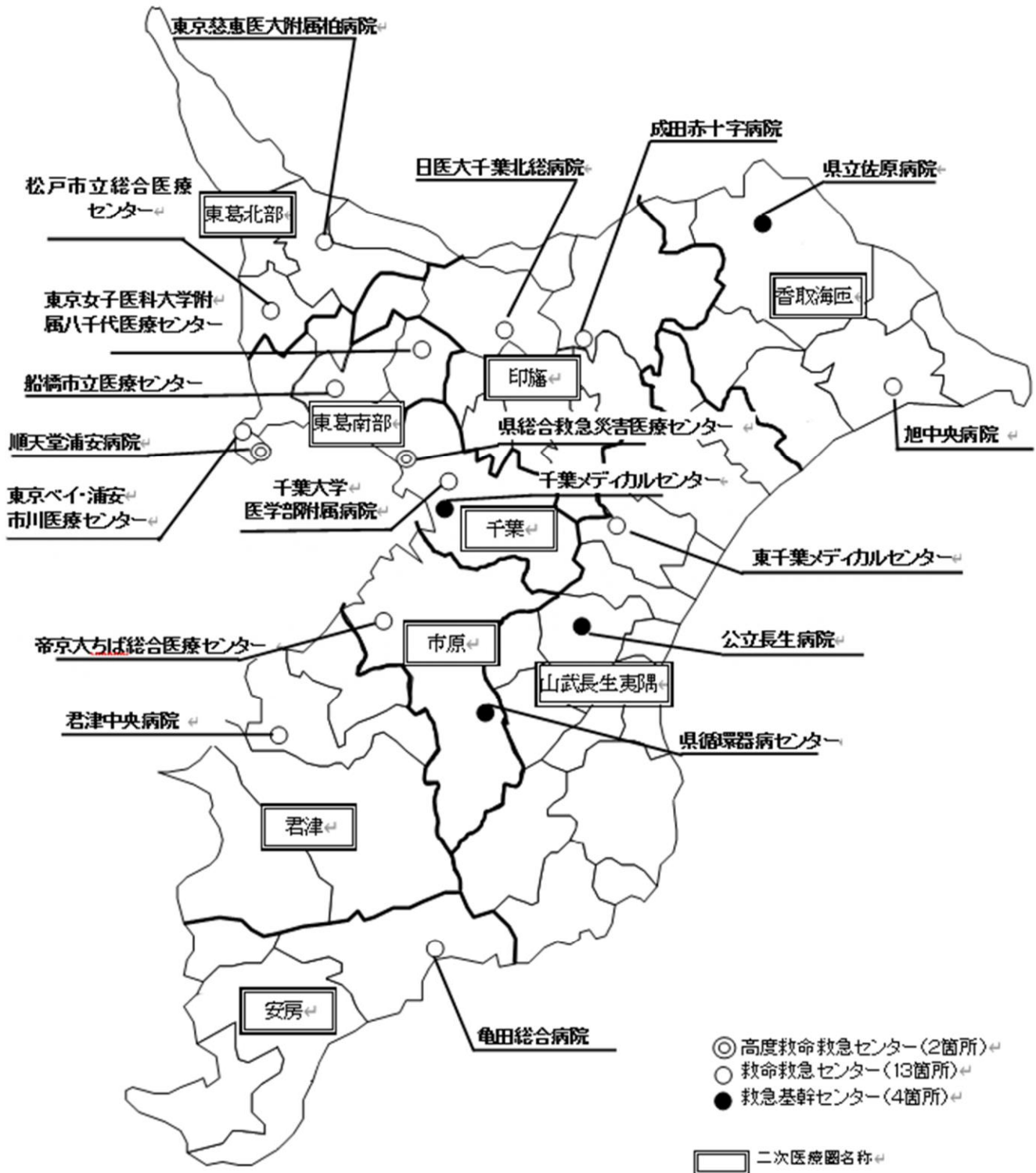


資料：消防庁統計調査系システム

(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か所）及び救命救急センター（13か所）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か所に整備されています。

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

【メディカルコントロール体制】

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

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

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

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

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

第7節 各疾患の現状

1 脳卒中とは

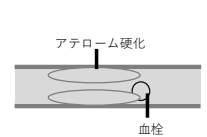
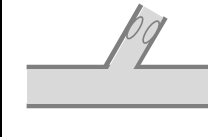
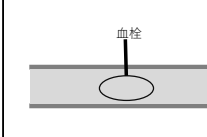


(1) 脳卒中の分類

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

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

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

図表 1-7-1-1 脳卒中の分類

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

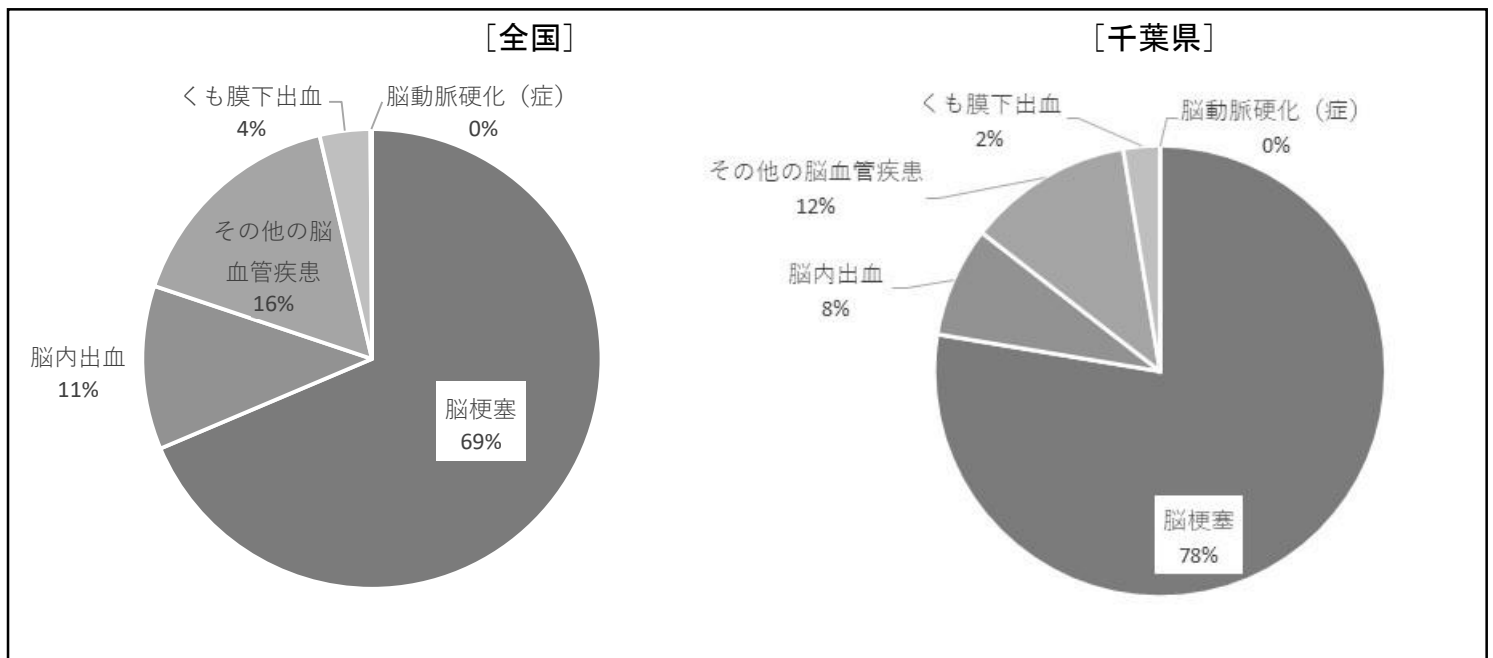
資料：脳卒中治療と仕事のお役立ちノート（厚労省）を参考に千葉県にて作成

(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 脳血管疾患の患者数割合



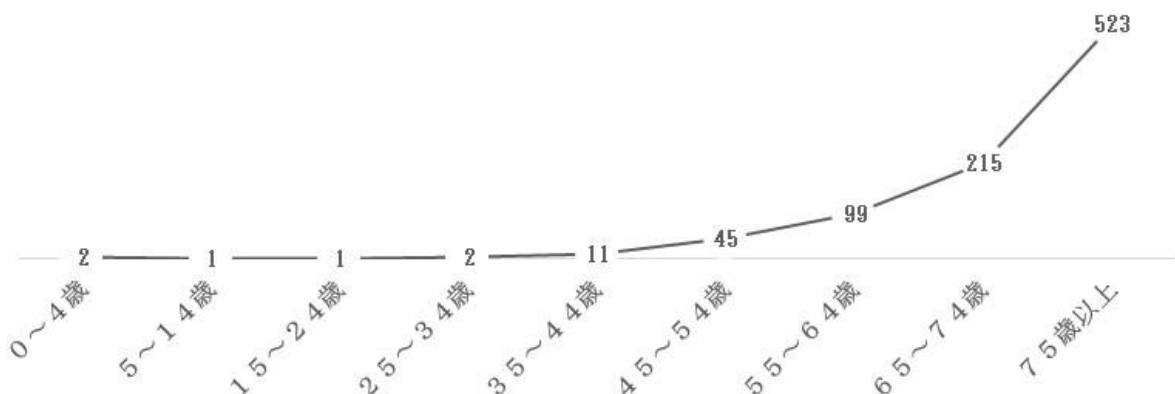
資料：患者調査（厚生労働省）

千葉県における脳血管疾患の年齢別の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歳以上の脳血管疾患の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）

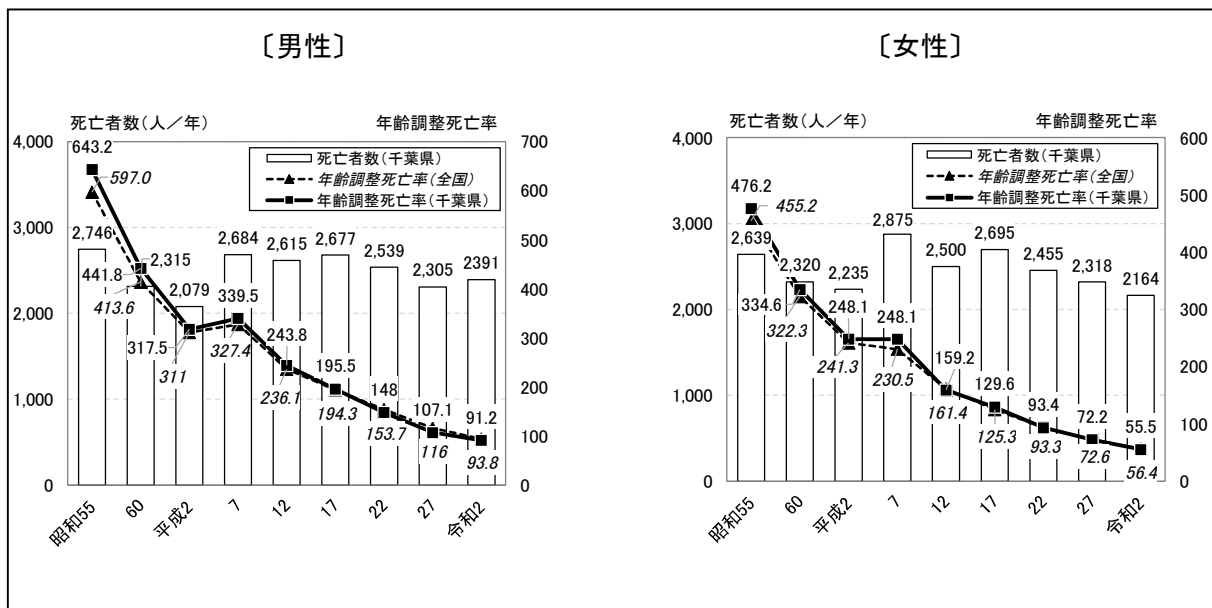
千葉県の脳血管疾患の患者年齢別受療率の変化



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血管疾患の人口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。

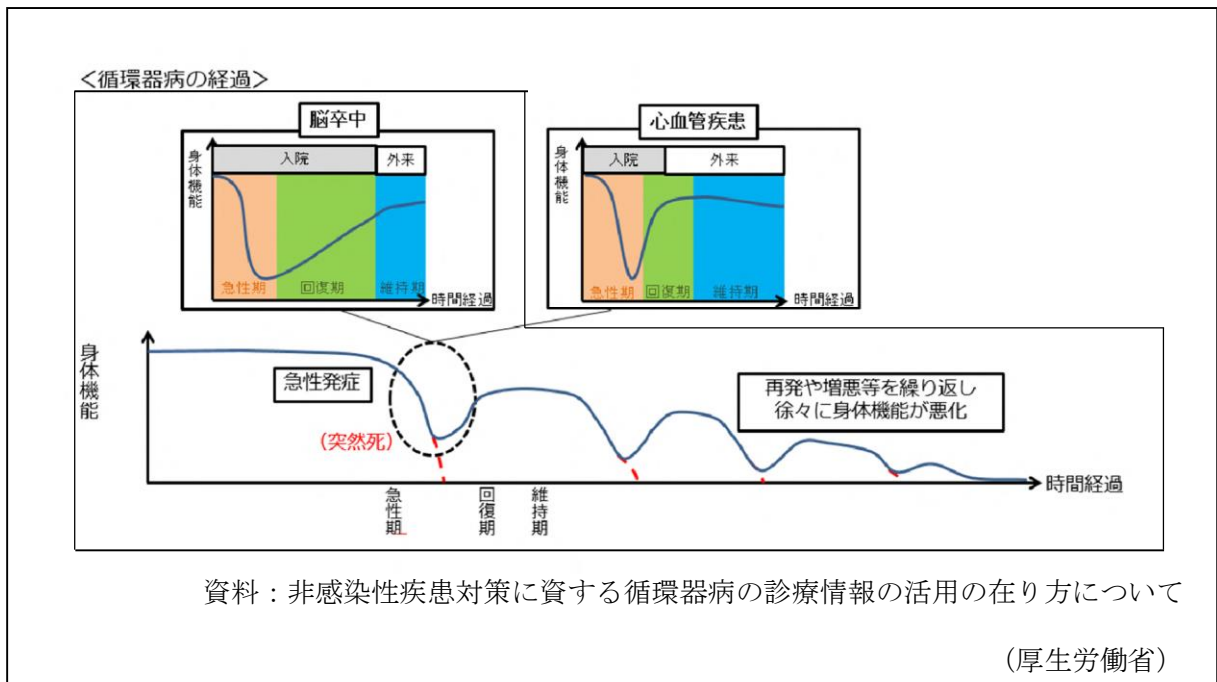
(4) 脳卒中の治療・経過について

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

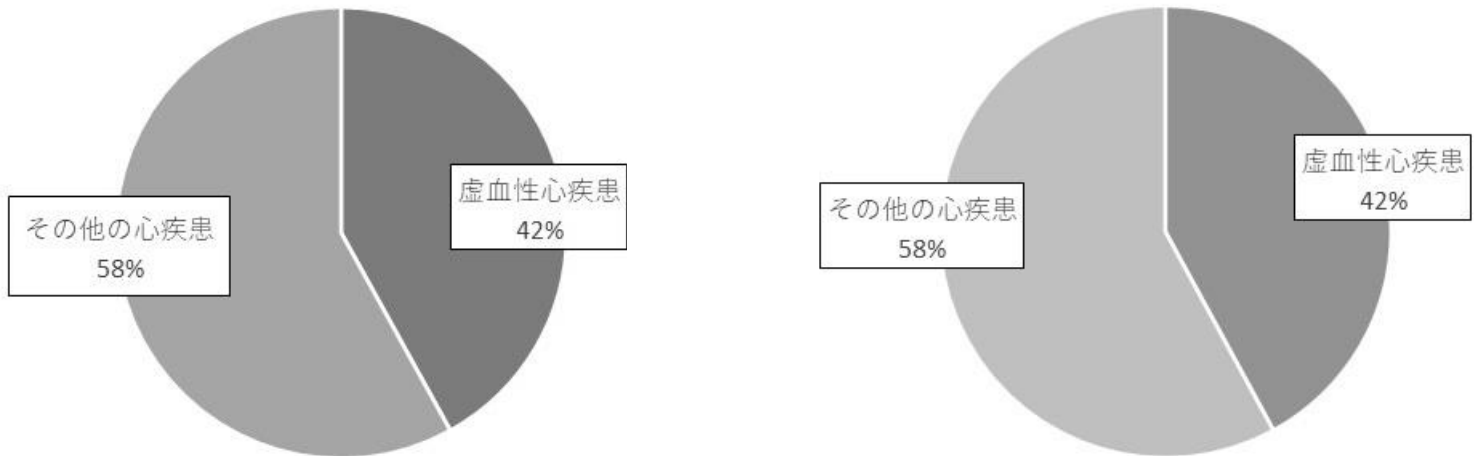
令和2年患者調査によると、全国の心疾患の総患者数約305.5万人のうち、「虚血性心疾患」は約128.2万人、「その他の心疾患」は約177.3万人、と推計されております。

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]

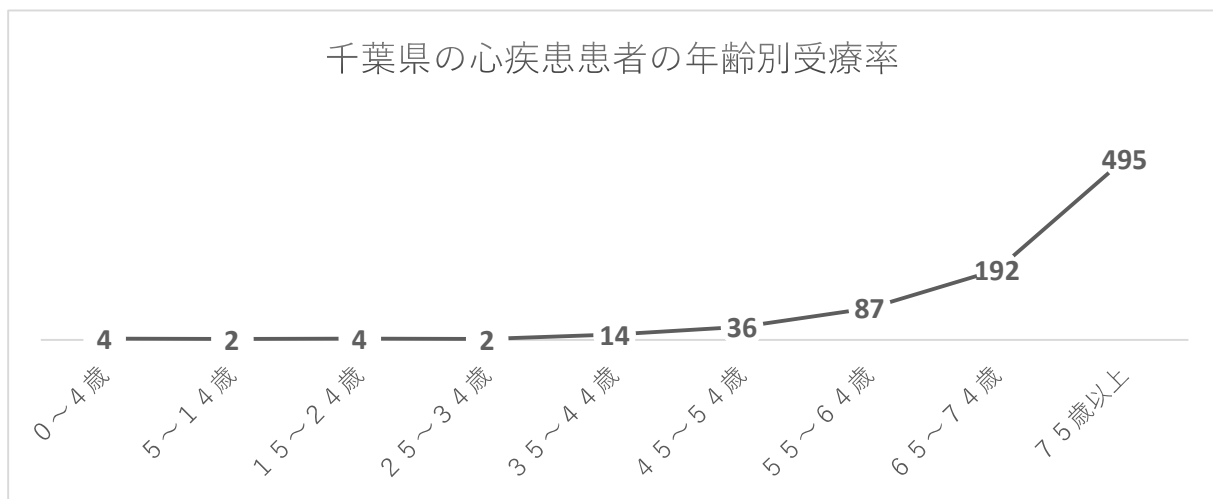


資料：患者調査（厚生労働省）

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歳以上の心疾患の10万人当たりの受療率は全国で426、県で345となっています。

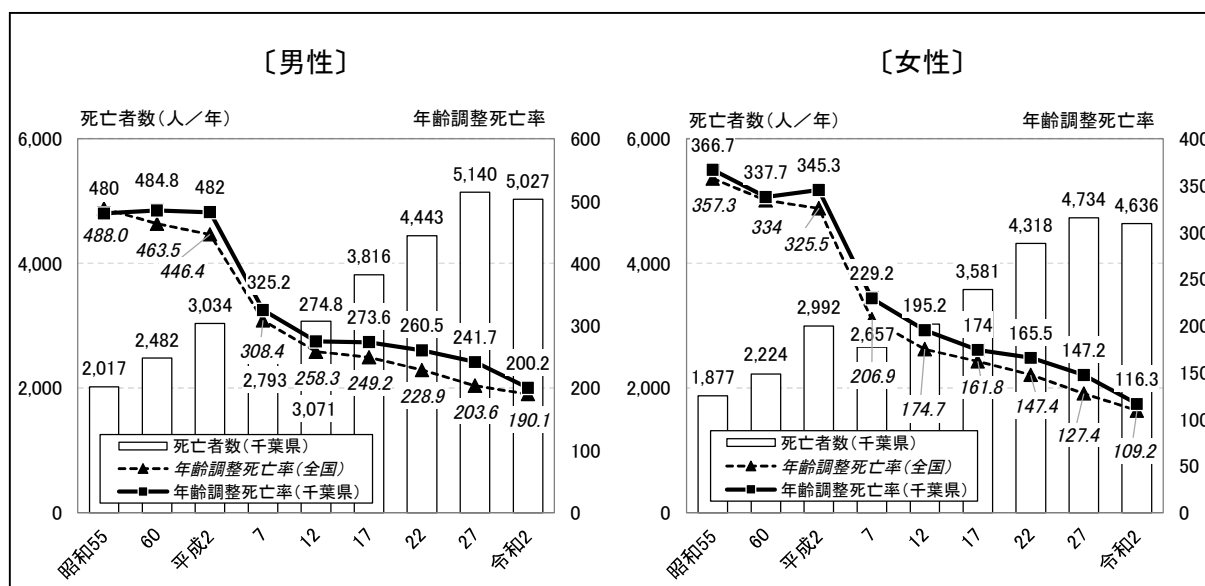
図表 1-7-2-2 心疾患患者の年齢別受療率の変化（千葉県）



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

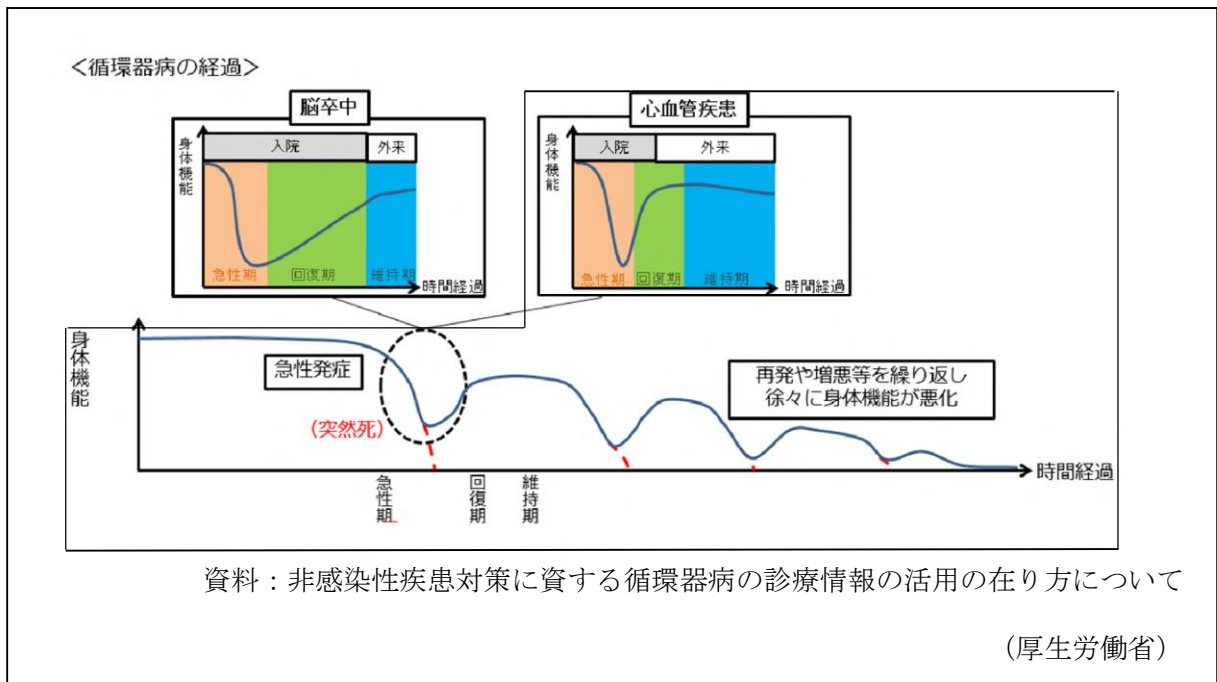
心血管疾患の予防には、生活習慣病（糖尿病、高血圧、高脂血症、肥満）の管理や禁煙が非常に重要です。また、心血管疾患は悪性新生物（がん）と同様に早期に発見することが重要です。

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）



第2章 循環器病の予防・正しい知識の普及啓発

最終目標【千葉県を目指す姿】

- 健康寿命を延伸する。
- 循環器病の受療率を減少する（※）

最終目標（指標）	現状（直近値）	目標
健康寿命	男性72.61年 女性75.71年 (令和元年)	男性74年 女性76.8年 (令和11年)
受療率（人口10万人対） （脳血管疾患（脳卒中を含む））	123 (令和2年)	減少 (令和11年)
受療率（人口10万人対） （心疾患（高血圧性のものを除く））	114 (令和2年)	減少 (令和11年)

（※） 受療率については、予防活動による効果の他、年齢構成の変化や医療機関へのアクセス性等、様々な要因に影響をうけることから、予防活動の効果のみを計測することは困難ですが、予防活動の目的として、循環器病の発症が抑制されることが千葉県の目指す姿であることから記載しています。

第1節 生活習慣と循環器病の関係についての周知

循環器病の危険因子は性、年齢を除くと、高血圧、糖尿病、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、喫煙、肥満、運動不足、過度の飲酒などです。また、生活習慣病の1つである歯周病も循環器病と密接な関係があります。

発症予防のためには、適正な体重の維持、減塩、栄養素を適量摂る食生活、運動習慣の実践、適度な量の飲酒、禁煙、適切な歯科保健行動の習慣化などの生活習慣の改善が重要です。

また、高血圧、糖尿病、脂質異常症、歯周病などの適切な治療も必要です。

○ 中間目標【取組の方針】

- 県民全体の健康状態を改善する。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
適正体重を維持している者の割合 (肥満 BMI25 以上の減少)	20～60歳代男性の肥満者割合 28.7% 40～60歳代女性の肥満者割合 23.4% (平成27年度)	減少 (令和11年度)
20歳以上の者の喫煙率（男性）	21.9% (令和3年度)	12.0% (令和11年度)
20歳以上の者の喫煙率（女性）	6.9% (令和3年度)	5.0% (令和11年度)
80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する者の割合	51.6% (令和3年度)	73% (令和11年度)

1 栄養・食生活について

(1) 施策の現状・課題

本県の1日当たりの食塩摂取量は、平成27年「県民健康・栄養調査」によれば、男性10.9グラム、女性9.4グラムとなっています。平成22年の調査では、男性11.8グラム、女性10.3グラムとなっており、男女ともに減少傾向がみられます。

しかし、女性は全国値より高い傾向が見られます。また、男女とも厚生労働

省が「日本人の食事摂取基準2020」で定める目標値（男性7.5グラム未満、女性6.5グラム未満）との乖離が大きい状況です。

図表 2-1-1-1 男女別1日当たりの食塩摂取量（20歳以上）

	千葉県		全国値
	H22年	H27年	H27年
男性	11.8g	10.9g	11.0g
女性	10.3g	9.4g	9.2g

資料：【千葉県】平成22年・平成27年「県民健康・栄養調査」

【全国値】平成27年「国民健康・栄養調査」

適正体重を維持している者の増加については、平成27年「県民健康・栄養調査」によれば、肥満者（BMI25以上）の割合は、男性（20～60歳代）28.7%、女性（40～60歳代）23.4%となっています。

平成22年の調査では、男性（20～60歳代）33.2%、女性（40～60歳代）22.1%となっており、男性は減少した一方、女性は増加しています。

20歳代女性の痩せ（BMI18.5未満）の割合は、平成27年の調査では、16.7%となっており、平成22年の調査の19.0%から減少しています。

循環器病の危険性が高まる生活習慣病を予防するためにも、地域ボランティア団体や民間企業などと連携し、適切な食生活に係る普及啓発を図ることに加え、それを実践しやすい環境整備に取り組むことが重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 適切な食生活についての普及啓発

「グー・パー食生活ガイドブック」などを活用し、ライフステージに応じた適切な食生活を分かりやすく伝えます。

また、食に関する体験教室や食育関連のイベントなどを通じ、県民が生涯を通じてライフステージに応じた適切な食生活が送れるよう、市町村、栄養士会、地域ボランティア団体、民間企業などと協力し、対象者に応じた効果的な普及啓発に取り組みます。

○ 適切な食生活を実践しやすい環境整備の推進

飲食店・スーパーマーケットなどによる、野菜の摂取や減塩に配慮した食事の提供や商品の販売、栄養成分表示など、県民が適切な食生活を実施しやすい環境整備に取り組めます。

学校保健安全法に基づき行われる学校における児童生徒への健康診断や健康観察等を通じて、児童生徒の健康状態を把握し、必要に応じて個別の健康相談を行います。また、栄養教諭等を中心に、給食の時間や家庭科等において食に関する指導を実施しているところであり、引き続き望ましい食習慣を養うため、食に関する指導の充実を図ります。

○ 県民の栄養・食生活の改善に取り組む人材の育成

保健所や市町村保健センターなどの管理栄養士・栄養士などを対象に研修を行い、資質の向上を図ります。

また、給食に従事する者に対し、給食施設における栄養管理の向上を図るため、栄養や衛生管理などに関する研修や指導などを行います。

併せて、飲食店などで調理業務に従事する調理師などを対象に講習を行います。

(3) 施策の評価指標

指標	現状値	目標
20歳以上の者の1日当たりの食塩摂取量（男性）	10.9g (平成27年度)	7.5g (令和11年度)
20歳以上の者の1日当たりの食塩摂取量（女性）	9.4g (平成27年度)	6.5g (令和11年度)

2 身体活動・運動について

(1) 施策の現状・課題

身体活動・運動により循環器病やその危険因子となる高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の発生リスクが低減することが分かっており、身体活動・運動の意義と重要性が広く国民に認知され実践されることは、我が国の健康寿命の延伸に有用であると考えられます。

本県における令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」では、1日30分以上の運動を週2回以上、1年以上行っている者の割合は、男性が44.9%、女性が37.3%で、女性の方が低い傾向にあります。

また、年代別でみると、男女とも30～50歳代が最も割合が低く、特に30歳代の女性は22.4%と、調査対象である15歳以上の全世代の中で最も低くなっています。一方で、70歳以上が男女ともに全世代の中で最も高くなっており、年齢が上がるごとに運動習慣のある人の割合が高くなる傾向にあります。

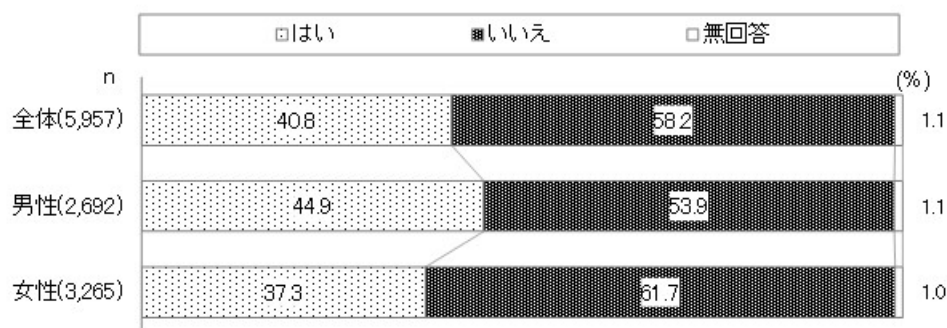
このことから、生活習慣病を防ぐために働く世代を中心に日常生活の中で身体活動を増やすことを進めていくことが重要です。

また、生活の質を維持し、健康である期間を長くするためには、運動器の機能低下により起こるロコモティブシンドロームについても広く周知し、運動習慣を持ってもらうことで、その発症を予防し、将来の要介護リスクを低下させる必要があります。

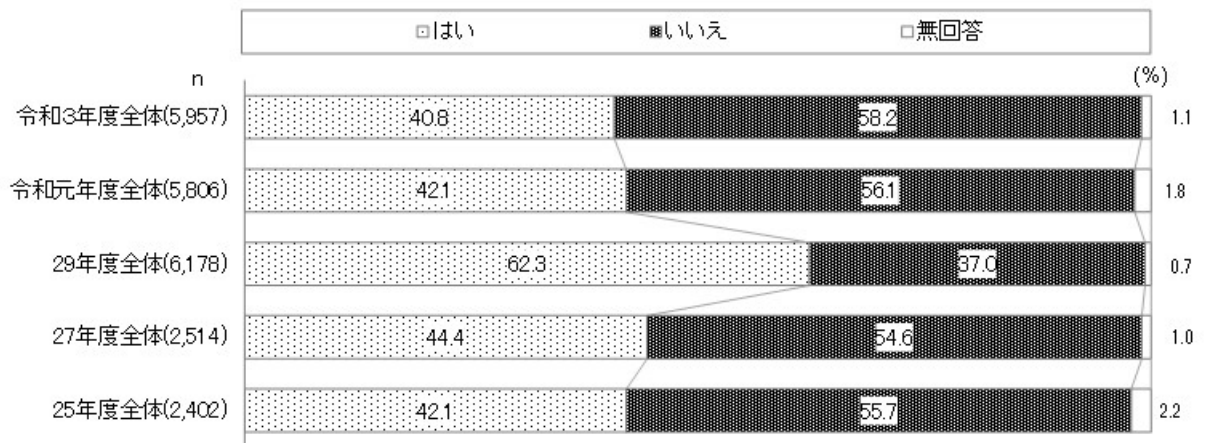
ロコモティブシンドロームの認知度は、令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」では「内容を知っていた」、「言葉は聞いたことがあるが内容は知らない」を合わせた認知度では全体の値で44.6%であり、過去の調査と比較すると増加傾向にありますが、認知している割合は半数に達していません。

生活機能の中でも移動機能は健康寿命の延伸の観点から特に重要項目と考えられていることから、ロコモティブシンドロームの認知度を向上させることなどにより、足腰に痛みのある高齢者の人数を減少することが重要です。

図表 2-1-2-1 1日30分以上の運動の実施状況（全体／性別）

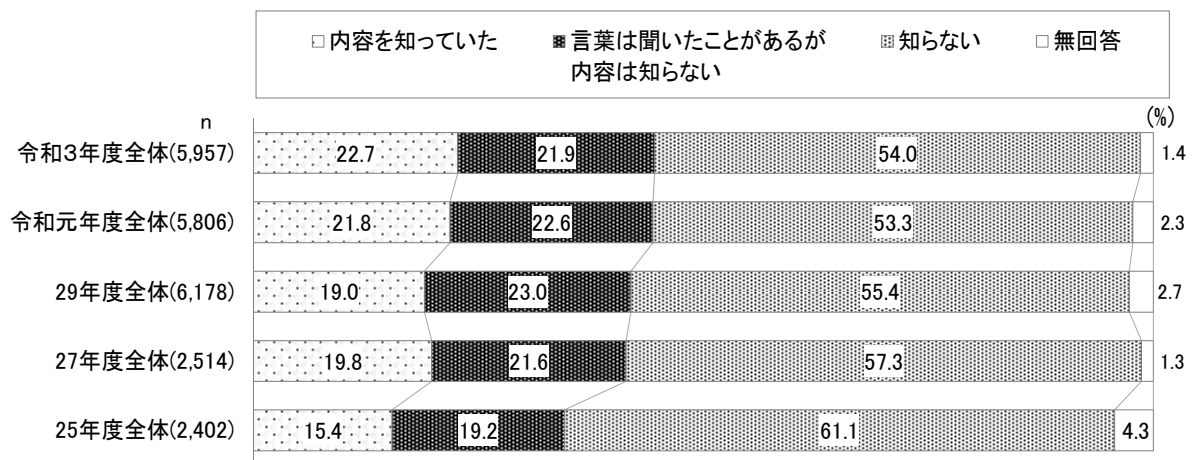


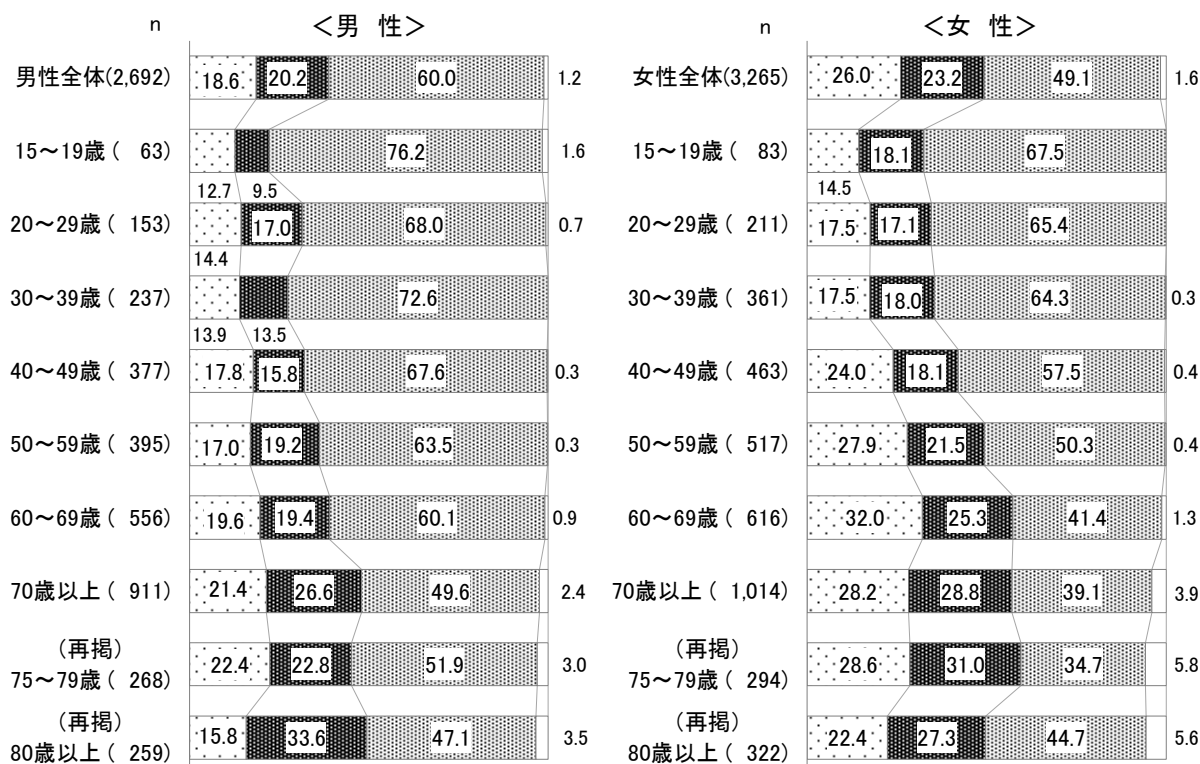
1日30分以上の運動の実施状況（過去の調査との比較）



資料：令和3年度生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

図表 2-1-2-2 ロコモティブシンドロームの認知度





資料：令和元年度生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

- 身体活動・運動の効果に関する普及啓発
 身体活動や運動による健康への影響や効果について、県民に情報発信します。また、次世代を含む運動習慣の定着や、働く世代を中心としたライフスタイルに合わせて気軽に運動できる体操や日常生活の中で身体活動を増やす工夫について、具体的な方法を紹介します。
- 個人の取組を促すための多様な主体との連携
 市町村、NPO法人、地域のスポーツ団体などの多様な主体との連携により、各地域のウォーキングロードやオリジナル体操について、ホームページ等により紹介するなど、地域に親しみながら運動をより身近なものとして習慣化するための情報を提供します。
- 運動指導の充実と指導者の育成
 特定保健指導従事者に対する運動指導の具体的な方法に関する研修会や、健康運動指導士やスポーツ指導者を対象とした研修会の開催により、県民一人ひとりの生活に応じた身体活動・運動量の増加を支援する人材を増やします。
- ロコモティブシンドローム予防のための普及啓発

ロコモティブシンドロームの認知度向上と発症予防を通じ、将来における要介護リスクの低下及び運動器の機能の維持・向上を図るため、ホームページを通じた情報発信の他、市町村へリーフレットの配布を行います。

(3) 施策の評価指標

指標	現状値	目標
運動習慣者の割合 (20～64歳)(男性)	29.7% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
運動習慣者の割合 (20～64歳)(女性)	25.7% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
運動習慣者の割合 (65歳以上)(男性)	43.9% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
運動習慣者の割合 (65歳以上)(女性)	40.1% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
ロコモティブシンドロームの減少 (足腰に痛みのある高齢者の人数 (人口千人当たり)(65歳以上))	222人 (令和元年度)	減少 (令和11年度)

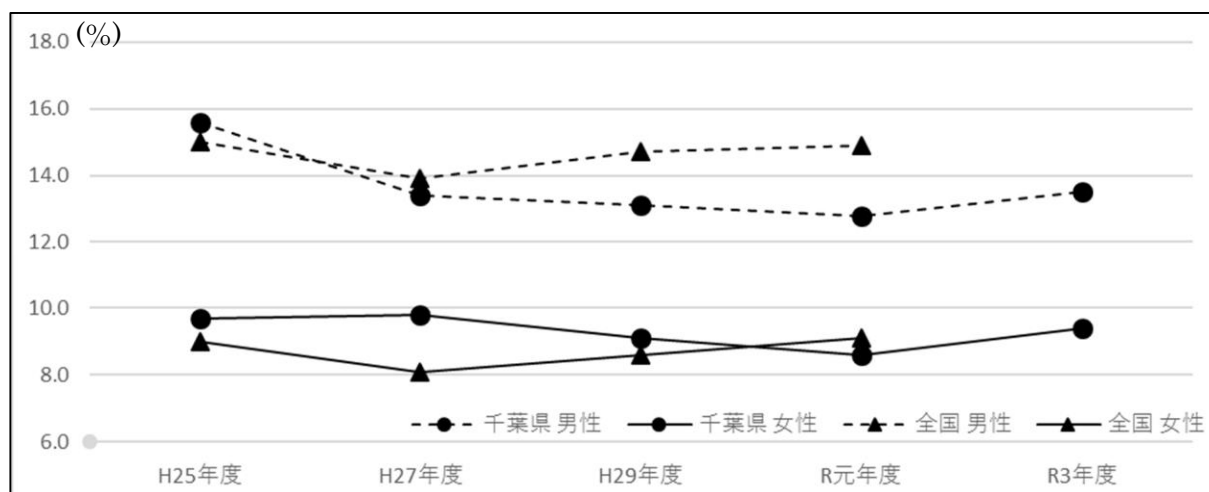
3 飲酒について

(1) 施策の現状・課題

令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」において、回答者全体（無回答者を除く。）のうち、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合は、男性13.5%、女性9.4%でした。

図表 2-1-3-1

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



資料：(全国) 国民生活基礎調査（厚生労働省）※平成25年
国民健康・栄養調査（厚生労働省）生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連します。

本県における20歳未満の者の飲酒割合は、令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」によると男性3.2%、女性1.2%であり、0%になっていない状況です。学校と協力し、20歳未満の者の飲酒防止教育を推進していく必要があります。

さらに、本県における妊娠中の者の飲酒割合は、令和3年度は0.7%と0%になっていません。妊娠中の飲酒は、胎児性アルコール症候群や発育障害を引き起こすことから、妊娠中あるいは妊娠を予定している女性はアルコールを断つ必要があります。

「20歳未満の者の飲酒」、「妊娠中の者の飲酒」について、引き続き0%を目指していく必要があります。

(2) 施策の具体的展開

- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に対する教育・啓発
飲酒に伴う健康影響は年齢、性別、体質等に応じて異なることを踏まえ、

分かりやすく有益な情報を発信します。特に健康影響を受けやすい女性への普及啓発を推進します。

また、県ホームページに「飲酒と健康」について掲載し広く周知を図ります。

○ アルコール関連問題の早期発見と早期治療

「千葉県アルコール健康障害対策推進計画」に記載された施策と整合性を図り、アルコール関連問題に関する治療及び相談窓口の周知、相談支援等総合的な対策を実施することにより、適切な相談や治療、回復につながる取組を推進していきます。

○ 特に配慮を要する者（20歳未満の者・妊産婦）に対する教育・啓発

20歳未満の者や妊産婦の飲酒をなくすためには、教育活動が重要です。学校と協力し、家庭を巻き込んだ啓発を行うため、生徒向けに飲酒リスクを記載したリーフレット等を配付し、飲酒防止を図ります。

また、市町村と協働して、母子健康手帳交付時や両親学級などにおいて、妊娠中の飲酒による胎児への影響などについて記載したリーフレットを配付し、妊産婦の飲酒防止を図ります。

(3) 施策の評価指標

指標	現状値	目標
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）（※）	13.5% （令和3年度）	減少 （令和11年度）
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（女性）（※）	9.4% （令和3年度）	減少 （令和11年度）

（※）「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」

1日当たりの純アルコール摂取量が男性40グラム以上、女性20グラム以上

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

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

4 喫煙について

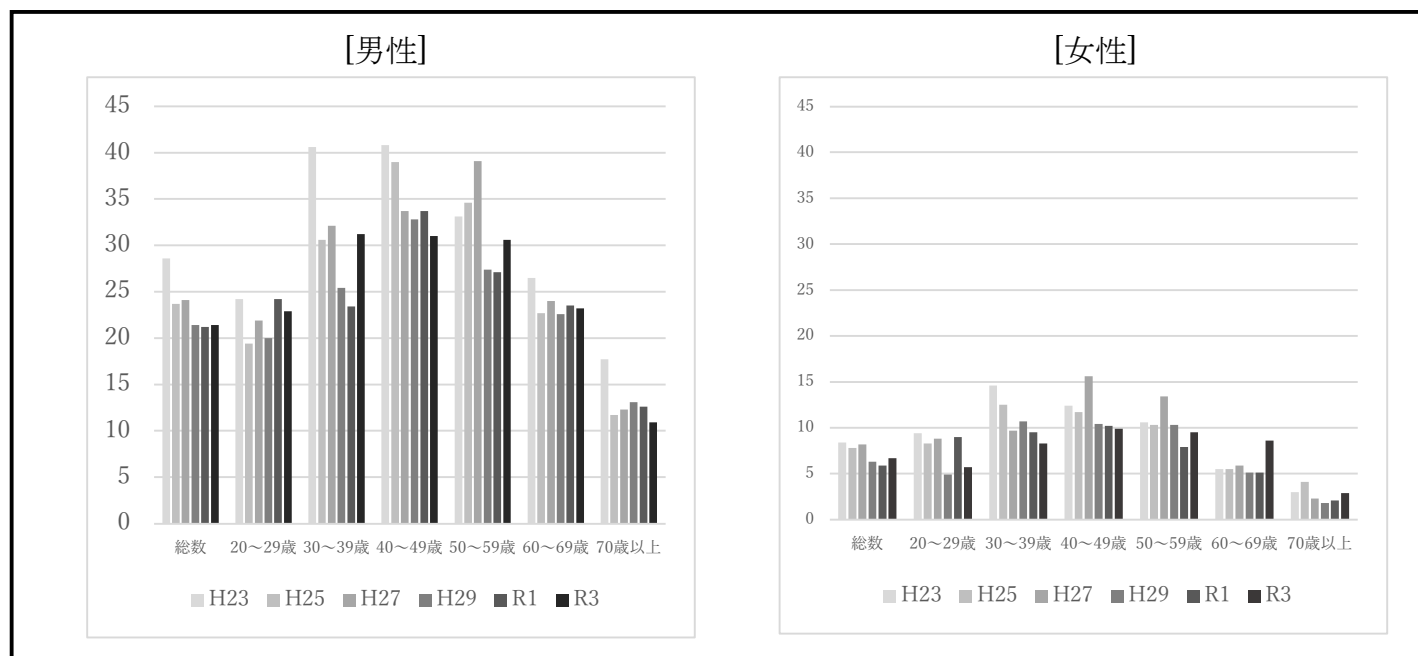
(1) 施策の現状・課題

本県の20歳以上の者の喫煙率は、本県の「生活習慣に関するアンケート調査」によれば、平成23年度に男性29.3%、女性8.7%であったものが、令和3年度は男性21.9%、女性6.9%となっており、男女ともに減少傾向がみられます。

なお、年代別に見ると、令和3年度は男性では30～50歳代、女性では30～60歳代の喫煙率が他の年代に比べて高くなっています。

次に、平成27年の20歳以上の喫煙率について本県と全国平均を比較すると、本県は男性28.5%、女性4.8%（県民健康・栄養調査結果）、全国平均は男性30.1%、女性7.9%（国民健康・栄養調査結果）であり、男女ともに全国平均より低くなっています。

図表 2-1-4-1 性・年代別喫煙率の推移



資料：生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

たばこ消費量は近年減少傾向にありますが、過去のたばこ消費量による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡率は年々増加しています。

また、20歳未満からの喫煙は、健康への影響が大きく喫煙の継続につながりやすいことから、これをなくすことが重要です。令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」によれば、15歳から19歳の喫煙率は男性1.6%、女性1.2%と、0%になっていません。今後も20歳未満からの喫煙防止教育を推進していく必要があります。

さらに、本県における妊娠中の者の喫煙割合は、令和3年度は1.5%と0%になっていません。妊産婦の喫煙については、胎児への悪影響もあることから、これをなくすことも重要です。

喫煙は、がん、循環器病、COPD、糖尿病に共通した主要なリスク要因であることから、受動喫煙防止対策が必要となります。

(2) 施策の具体的展開

○ 喫煙（受動喫煙を含む）に関する知識の普及啓発

喫煙の健康への影響に関する正しい知識を普及するため、学校、市町村、医療保険者、医療機関、民間企業・団体等の実施する様々な事業を活用し、多面的に啓発を行います。さらに、世界禁煙デー及び禁煙週間、がん征圧月間などのキャンペーンや成人式など、様々な機会をとらえて啓発活動を実施します。

○ 喫煙者の禁煙を支援

禁煙支援を行う地域保健従事者の育成と資質の向上を図ります。また、禁煙治療に関する情報をタイムリーに得られるよう、リーフレット作成やホームページへの掲載をします。さらに、喫煙者が禁煙に取り組む際の後押しができるように、職場の衛生管理者や禁煙をサポートしたい人向けの研修会を開催します。

○ 20歳未満の者の喫煙防止

保育園・幼稚園・学校等と協力し、これらの機関が実施する喫煙防止教育を支援するための教材提供、効果的な教育内容の情報提供を行います。また、生活習慣病予防や、がん予防に関する催し等、様々な機会を通じて、20歳未満の者やその家族への喫煙防止の啓発を実施します。

○ 妊産婦の喫煙防止

市町村と協働して、母子健康手帳交付時や両親学級などにおいて、妊娠中の喫煙による合併症のリスクや胎児への影響などについて記載したリーフレットを配付し、妊産婦の喫煙防止を図ります。

リーフレットは妊婦のみでなく、喫煙する家族からの受動喫煙を防止できるように、家族全員に呼び掛ける内容とします。

○ 受動喫煙防止対策の推進

健康増進法に基づき、多数の者が利用する施設は、適切な受動喫煙防止対策の措置を講じる必要があることから、県民や事業者に対して法規制内容や対策について、引き続きホームページやリーフレット、啓発物資など、各種媒体を活用し、広く周知を図ります。

また、対策が不十分な施設に対し、助言、指導などにより早期に是正することを促します。

さらに、屋外や家庭などでも受動喫煙を生じさせることがないよう周囲の状況に配慮することについても、普及啓発を図ります。

(3) 施策の評価指標

1) 受動喫煙の機会を有する者の割合

指標	現状値	目標
行政機関	2.1% (令和3年度)	望まない受動喫煙のない社会の実現 (令和11年度)
医療機関	3.7% (令和3年度)	
職場	19.5% (令和3年度)	
家庭	5.0% (令和3年度)	
飲食店	16.0% (令和3年度)	

2) 禁煙外来の届出を行っている医療機関数

指標	現状値	目標
禁煙外来の届出を行っている医療機関数	580 (令和4年度)	(モニタリング指標)

5 歯と口腔（こうくう）の健康の分野について

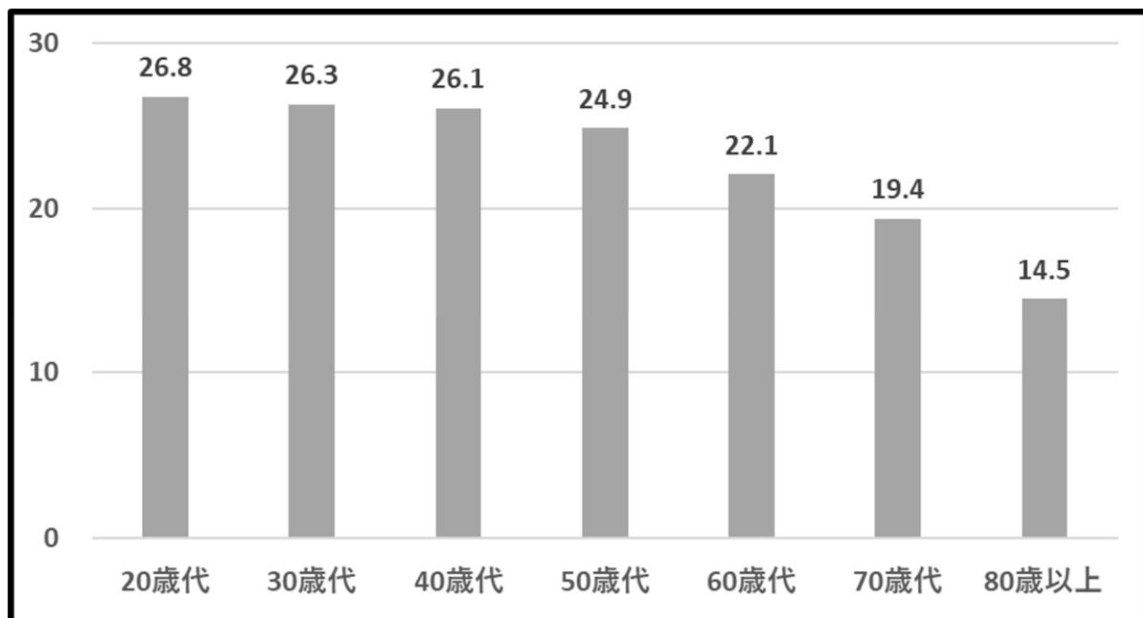
(1) 施策の現状・課題

本県における一人平均現在歯数は、60歳代から急激に減少する傾向がみられます。また、歯を喪失する原因である歯周病は、口腔の2大疾患の一つであり、年齢が高くなるにつれ増加しています。

令和4年度「千葉縣市町村歯科健康診査（検診）」によると、進行した歯周炎を有する人の割合は50歳代で半数の52.7%となり、平成28年度と比べ、年齢が上がるとともに歯周病を有する人の割合は増加します。

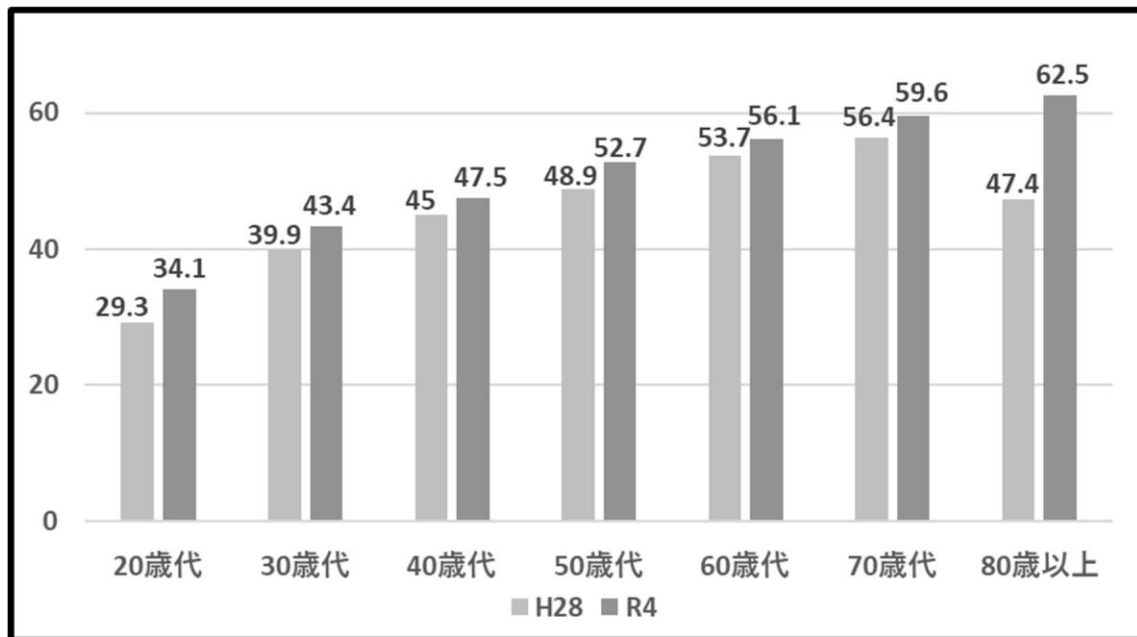
最近1年間に歯の健康診査を受診した20歳以上の人は、令和3年度で57%であり、増加傾向にあります。歯・口腔の健康状態を維持するためには、かかりつけ歯科医をもち、定期的に歯科健診や保健指導を受けることが重要です。

図表 2-1-5-1 年代別 一人平均現在歯数



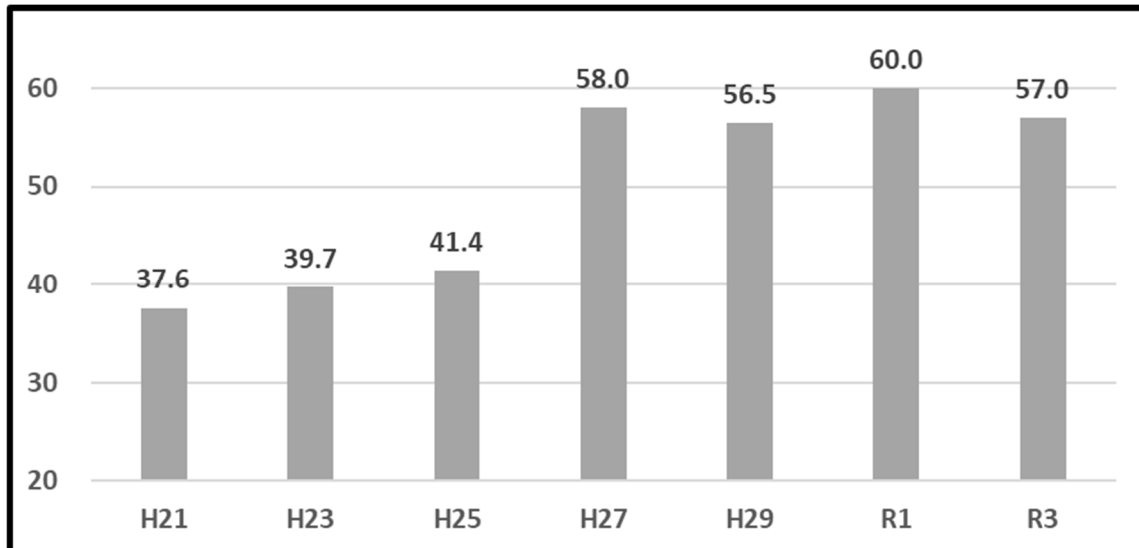
資料：令和3年度生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

図表 2-1-5-2 進行した歯周炎を有する人の割合



資料：千葉県市町村歯科健康診査（検診）実績報告書

図表 2-1-5-3 最近1年間の歯の健康診査の受診状況



資料：生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）

歯周病などの歯科疾患は、歯磨きなど口腔清掃習慣の影響を強く受けますが、食生活や喫煙など全身の生活習慣病と関連の深い生活習慣の影響も受けており、生活習慣病と多くのリスク因子を共有しています。

歯周病を予防し、健康な口腔状態を保つことは、全身の健康維持だけでなく

健康寿命の延伸にもつながるため、食生活の改善や禁煙だけでなく、口腔を清潔に保つことも重要です。

近年の研究では、歯周病と糖尿病や循環器疾患などとの関連や、喫煙が口腔がんや歯周病のリスク因子であることが証明されており、ライフステージに応じた歯周病予防対策のさらなる推進が必要です。

また、加齢や歯の喪失により摂食嚥下機能が低下すると、誤嚥が起こりやすくなります。体の抵抗力が低下している場合は、誤嚥性肺炎を引き起こすことがあります。そのため、フレイルの兆候の一つであるオーラルフレイルに気が付き、口腔機能低下を防ぐことが重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 歯・口腔の健康づくりに関する知識の普及啓発

生活習慣病の予防や全身と口腔の関係などについて、県民の歯・口腔保健意識の向上を図るため、市町村、関係団体、企業などと連携して、地域や職場において正しい歯・口腔保健の知識、歯周病と糖尿病などの関連性やオーラルフレイル予防などに関する知識の普及啓発を図ります。

また、住み慣れた家庭や地域で生活を続けていくために、かかりつけ歯科医をもち、定期的に歯科健診や保健指導を受けられるよう啓発していきます。

○ 歯科口腔保健を支える環境の整備

各ライフステージに沿って、歯科疾患の予防、早期発見、治療などプライマリ・ケアを継続的に実施することにより、地域住民の健康管理を行うかかりつけ歯科医の充実を図ります。

また、脳卒中、心疾患、悪性新生物（がん）、糖尿病などの患者が途切れない歯・口腔保健医療サービスを受けられる体制を構築するため、これらの疾患の治療に当たる医科と歯科の連携を図ります。

入院患者が適切に口腔ケアを受けることで、口腔内環境の改善及びQOL（生活の質）の向上が図れるよう、看護師などに対して口腔ケアに関する研修を行うとともに、病院とかかりつけ歯科医などが連携する仕組みを構築します。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
40歳以上における進行した歯周炎を有する者の割合	53.6% (令和4年度)	40% (令和11年度)
過去1年間に歯科健診を受診した者の割合（20歳以上）	57% (令和3年度)	79% (令和11年度)

第2節 特定健診・特定保健指導による循環器病予防対策の推進

○ 中間目標【取組の方針】

- 特定健診・特定保健指導により捕捉された発症リスクが高い県民の健康状態を改善する。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
高血圧 （収縮期血圧の平均値の低下）（内服加療中の者を含む）（40歳以上）	男性 127.6 mmHg 女性 123.1 mmHg （令和2年度）	ベースライン値から低下 （令和11年度）
脂質異常症の割合 （LDL-C160mg/dl以上の者）（内服加療中の者を含む）（40歳以上）	男性 14.6% 女性 14.5% （令和2年度）	ベースライン値から低下 （令和11年度）
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数	男性 632,670人 女性 192,552人 （令和3年度）	減少 （令和11年度）
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合	男性 2.1% 女性 0.8% （令和2年度）	減少 （令和11年度）

1 特定健診の受診、特定保健指導の実施

(1) 施策の現状と課題

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

そのため、特定健診、特定保健指導の実施率の更なる向上を目指し、地域、保険者、健診機関、医療機関等の連携等、早期発見や重症化予防への取組の促進を図る必要があります。

直近5年の市町村国民健康保険（以下「市町村国保」という。）の特定健診受診率の推移は、図表2-2-1-1のとおりです。市町村による積極的な受診勧奨により、年々上昇傾向にありました。また、令和元年度までは、全国の市町村国保との比較においても、全国平均を上回る受診率を維持していました。

令和2年度においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による特定健診の受診控えや健診機会の縮小により、受診率が大幅に減少しましたが、令和3年度は増加しました。

(※) 「メタボリックシンドローム」

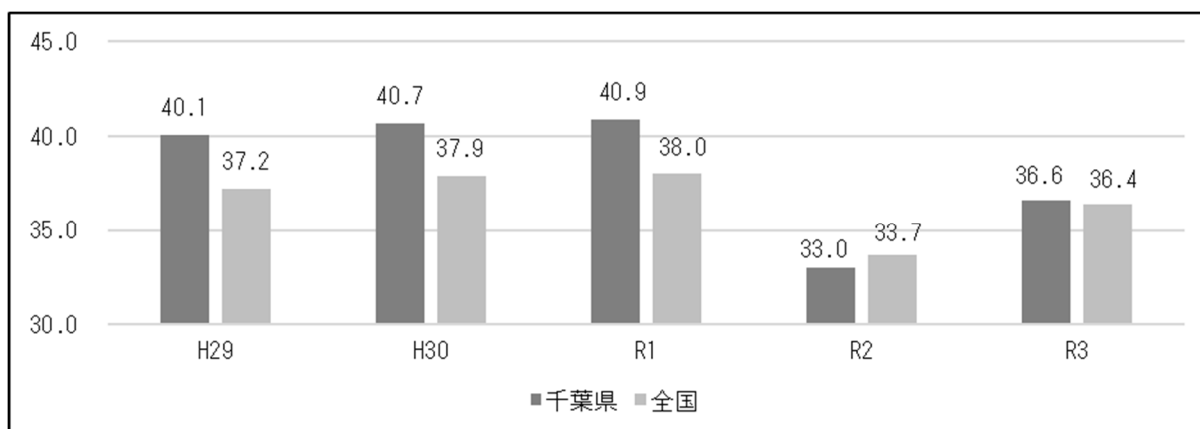
内臓脂肪症候群とも呼ばれ、内臓脂肪型肥満に加えて高血糖、高血圧、脂質異常のうち二つ以上が重なる状態をいう。(出典)健康ちば21(第2次)用語説明より

(※) 特定健診には、全ての対象者が受診しなければならない項目(基本的な健診の項目)があり、腹囲や血圧測定、血液検査などが該当します。

また、貧血検査・心電図検査・眼底検査・腎機能検査の4項目(詳細な健診の項目)についても、国が定める要件に該当し、かつ医師が必要と判断した方が追加的に受診することとされています。

国の循環器病対策推進基本計画では、心電図検査等が心房細動などの早期発見につながるとする報告があるとしています。

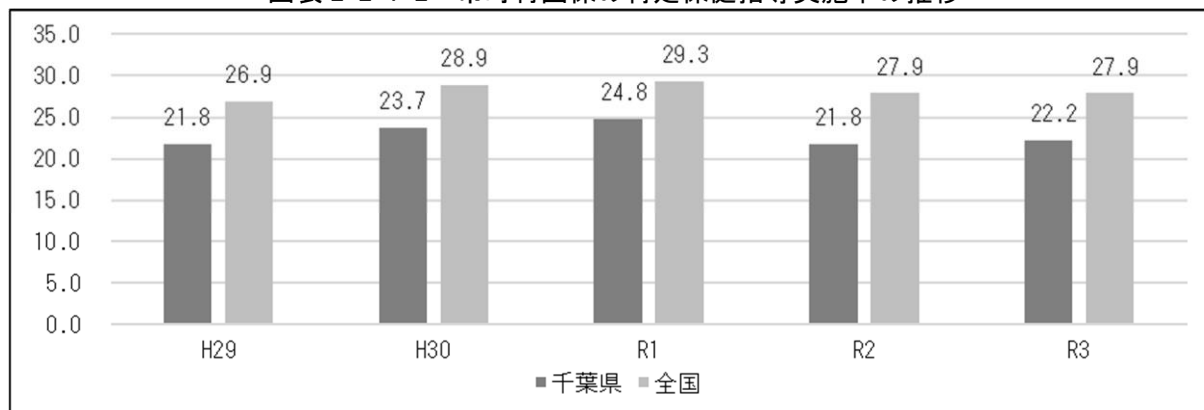
図表 2-2-1-1 市町村国保の特定健診受診率の推移



資料：市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書(国民健康保険中央会)

また、直近5年の市町村国保の特定保健指導実施率の推移は、図表2-2-1-2のとおりです。実施率は年々上昇傾向にあります。ただし、全国平均との比較では、おおむね5ポイント低い状況です。令和2年度においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響で、実施率が減少しましたが、令和3年度は増加しました。

図表 2-2-1-2 市町村国保の特定保健指導実施率の推移



資料：市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書(国民健康保険中央会)

各市町村では、郵送や電話等により、対象者への受診勧奨を積極的に実施しているところですが、国民健康保険の共同保険者である県においても、受診率・実施率向上を支援していく必要があります。加えて、新型コロナウイルス感染症による受診控えによって、生活習慣病の早期発見の機会が失われる懸念もあり、その解消を図る必要があります。

また、市町村国保においては、(公社)国民健康保険中央会が開発し、千葉県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)が運用する「国保データベースシステム(KDB)」を利用し、被保険者の特定健診受診結果や医療機関受診歴を確認することができます。

各市町村では、KDBを活用し、対象者を抽出して受診勧奨を行っており、これを支援するため、国保連合会が研修会の開催等を通じて、KDBの操作・活用方法を周知しています。

(2) 施策の具体的展開

○ 特定健診等の早期発見のための取組への支援

県民だより、ラジオ放送、リーフレット等の各種媒体を活用し、特定健診の受診や特定保健指導の利用の促進を図ります。

また、各保険者による特定健診や特定保健指導の実施率向上の取組について、好事例の横展開などにより保険者の取組を支援します。

特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、生活習慣病の予防及び早期発見、対象者の行動変容につなげるため、従事者の人材育成を図ります。人材育成に向けた研修では、特定健診で行われている「詳細な健診」項目である心電図検査等の実施基準に沿った対応について引き続き周知します。

○ 生活習慣病の未治療者や治療中断者等に対する保健指導等の促進

未治療者・治療中断者へのアプローチを円滑に行うには、KDBの活用が重要です。国保連合会と連携し、各市町村への研修や保険者指導等を通じて、KDBの活用を普及し、未治療者や治療中断者等に対する保健指導や医療機関への受診勧奨の促進を図ります。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状(直近値)	目標
特定健診・特定保健指導の実施率	健診 55.8%	健診 70%
	保健指導 22.7% (令和3年度)	保健指導 45% (令和11年度)

第3章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供（脳卒中）

最終目標【千葉県を目指す姿】

- 脳卒中による年齢調整死亡率を減少する。
- 健康寿命を延伸する。
- 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。
- 発症～搬送に当たり速やかに救急搬送することができる。

最終目標	現状（直近値）	目標
脳血管疾患による年齢調整死亡率	男性 91.2 女性 55.5 (令和2年)	減少 (令和11年)
健康寿命	男性72.61年 女性75.71年 (令和元年)	男性74年 女性76.8年 (令和11年)
在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	53.2% (令和2年)	増加 (令和11年)
脳血管疾患に係る救急活動時間 (救急隊覚知～病院収容)	47.5分 (令和3年)	短縮 (令和11年)

第1節 脳卒中の基本的な事項に関する周知

1 脳梗塞

(1) 脳梗塞の特徴

様々な原因で脳の血管が詰まってしまい脳内の血液が十分に巡らなくなる（脳虚血）ことで脳の神経細胞に障害が起きて脳組織が死んでしまうことを脳梗塞といいます。脳の血管が詰まるメカニズムの違いにより、以下の3つの種類に分けられます。

○ アテローム血栓性脳梗塞

脳内や頸部（首）の太い動脈に動脈硬化が起こり、血管の中にできたプラーク（血管の内にできるコブ）が破裂したり、血栓（血の塊）ができたりして血流が阻害された状態をアテローム硬化といい、アテローム硬化を原因とした脳梗塞を「アテローム血栓性脳梗塞」といいます。アテローム硬化を生じた太い動脈に出来た血栓が血流に流されて下流の血管を詰めてしまうこともあります。

○ ラクナ梗塞

脳の深部にある細い血管や根元の血管が詰まり、比較的小さな脳梗塞が起こっている状態を「ラクナ梗塞」といいます。高血圧等が主な原因となり、症状は他の2種類に比べて軽いことが多い症状です。

○ 心原性塞栓症

心臓内でできた血栓が脳内血管まで流れてきて詰まることで起こる疾病を「心原性塞栓症」といいます。特に不整脈や心臓弁膜症等の心血管疾患を患っている方に多く発症することが多い疾患です。

脳梗塞の患者数は脳卒中患者の約7割と、脳卒中の中でも患者数の多い疾患ですが、急性期治療の進歩により適切な治療を迅速に行うことで症状や予後の改善が期待できます。

(2) 脳梗塞の危険因子

脳梗塞の危険因子としては、加齢、肥満、飲酒、喫煙、運動不足といった生活習慣があげられるほか、高血圧、心房細動、糖尿病、脂質異常等、他の様々な病気も発症リスクが高まる要因です。特に、心房細動は加齢と共に多くみられるようになるため、高齢化が進むと共に脳梗塞の原因として増加してきています。

(3) 脳梗塞の症状

脳梗塞の症状は脳の血管が詰まった場所によって異なりますが、典型的な症状としては、片麻痺（左右どちらかの麻痺）で、顔面（顔がゆがむ）、上下肢（腕が片方動かない、足が片方動かない）にみられるほか、言語障害（言葉が出ない、ろれつが回らない）等がみられます。

脳梗塞の症状が一時的にでも見られた場合や、脳卒中の可能性があると診断された場合は、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関において、詳しい検

査や治療を受ける必要があります。

(4) 脳梗塞の治療

近年、脳梗塞の急性期治療は着実に進歩を遂げており、血管の詰まりの原因である血栓を薬剤で溶解する「t-P A（組織プラスミノゲン・アクティベータ）」の静脈内投与や、血管内の血栓を取り除く血管内治療を適切に実施できた場合、救命率の向上や予後の改善が期待できます。

しかし、各治療の実施については、治療開始までの時間制限があるため、発症後、1分でも速く病院に搬送することが重要です。

(5) 一過性脳虚血発作（T I A）

脳梗塞の中には一時的に脳梗塞の症状が起きるものの、数秒から1時間以内に収まる「T I A（一過性脳虚血発作）」と呼ばれる症状が起こる場合もあります。このような場合、症状が一時的に無くなっても短時間のうちに再発する可能性が高いと言われていることから、脳梗塞と同等の対応が必要です。仮に症状が一時的であった場合においても速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関において、詳しい検査や治療を受けることが重要です。

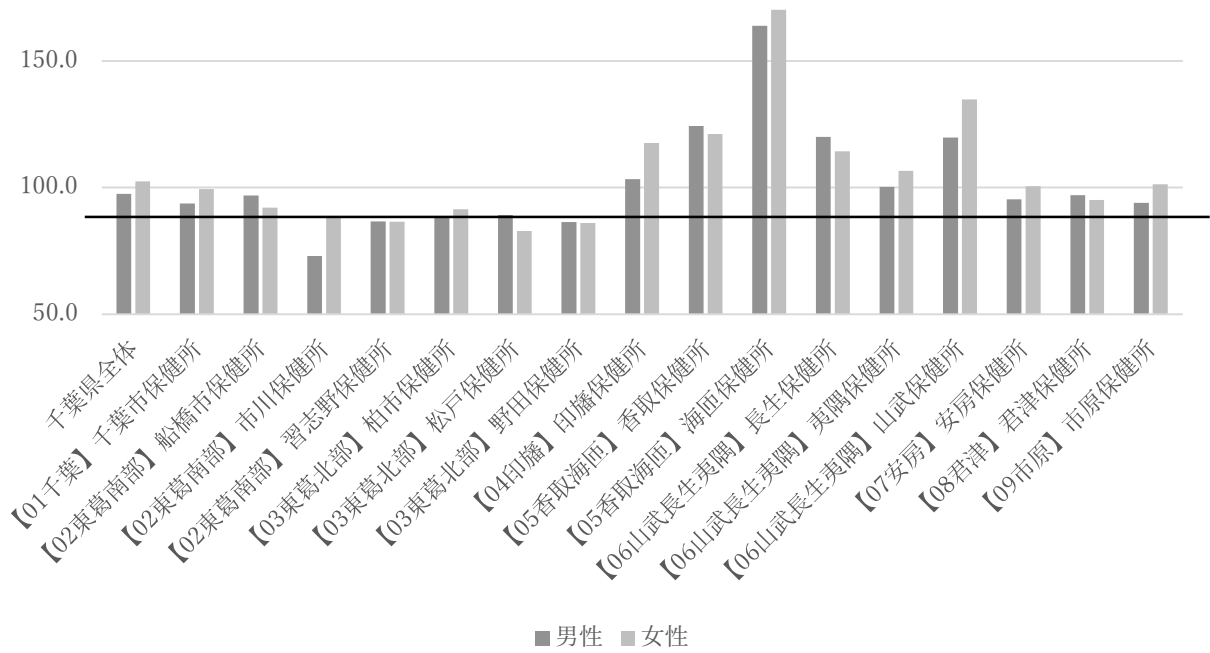
(6) 脳梗塞の患者数

令和2年患者調査によると、脳梗塞の総患者数は全国で119.9万人、県で5.9万人と推計されています。65歳以上の10万人当たりの脳梗塞の受療率は全国では319人ですが、千葉県では258人であり、全国で最も低い数字となっています。

一方で、人口動態統計特殊報告（平成25年～平成29年）によると、千葉県の脳梗塞の標準化死亡比（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性97.5、女性102.4であり、全国平均に近い値となっています。

また、地域別では市川保健所管内、松戸保健所管内、野田保健所管内が低く、海匝保健所管内、山武保健所管内、香取保健所管内が高い値になっています。

図 3-1-1-1 脳梗塞標準化死亡比 (SMR)



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

2 脳出血

(1) 脳出血の特徴

脳の細い血管に、動脈壁の変性（類線維素性変性）が生じ、そのため血管壊死又は微小動脈瘤^{りゅう}をきたして血管が破綻し、脳実質に血腫（出血でできた血の塊）ができることを脳出血（以前は脳内出血）とといいます。

突然発症することが多く、数分から数時間かけて症状は完成し、出血を起こしている場所や出血量によって症状や後遺症が異なります。通常、強い頭痛と嘔吐を伴い、昏睡等の意識障害や半身麻痺^ひ等の運動障害が起こることも多く、血腫量に伴い症状が重くなる傾向があります。

(2) 脳出血の危険因子

脳出血の最も重要な危険因子は高血圧であり、半数以上が高血圧を原因とした高血圧性脳出血といわれています。脳出血の予防には、高血圧症には降圧療法が強く推奨され、大量飲酒者への節酒及び喫煙者への禁煙も推奨されます。抗血栓薬を内服中の場合は、適切な内服指導を受けることが重要です。

(3) 脳出血の症状

出血を起こしている場所や出血量によって様々な症状があらわれます。出血量が少ない場合は軽い頭痛や吐き気などの症状があらわれ、出血量や血腫が増え、出血箇所が脳を圧迫し、脳の働きが阻害されることで、昏睡等の意識障害や半身麻痺^ひ等の運動障害が起こります。迅速な治療が必要なため、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関にて治療を受ける必要があります。

(4) 脳出血の治療

血圧を下げて出血をコントロールする等の薬物治療の他、重症の場合には血腫を取り除く等の外科手術も行われます。脳出血は脳の組織を破壊してしまう疾病であることから、手足の麻痺^ひや意識障害などの後遺症が残ってしまう可能性があり、発症から1分でも速く適切な医療機関に搬送することが治療効果の向上や予後の回復のために重要となります。

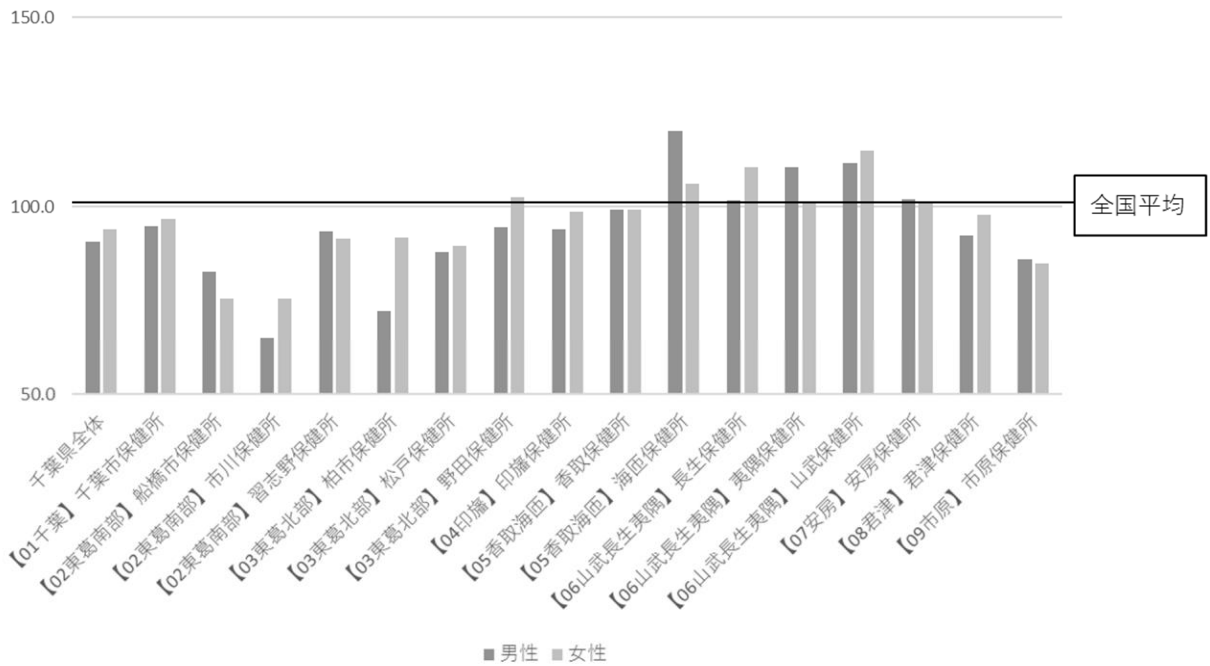
(5) 脳出血の患者数

脳出血の患者数は脳卒中患者の約1割であり、脳梗塞よりも少なくなっています。令和2年患者調査によると、脳出血の総患者数は、全国で20.1万人、県で6千人と推計されています。

人口動態統計特殊報告（平成25年～平成29年）によると、千葉県は脳出血の標準化死亡比（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性90.7、女性93.8と全国平均より低い値となっています。

また、地域別には市川保健所管内、船橋市保健所管内、柏市保健所管内が低く、山武保健所管内、海匝保健所管内、長生保健所管内、夷隅保健所管内が高い値となっています。

図表 3-1-2-1 脳出血標準化死亡比 (SMR)



出典：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

3 くも膜下出血

(1) くも膜下出血の特徴

脳は髄膜という膜で保護されていますが、髄膜は脳の表面から軟膜、くも膜、硬膜という三層に分かれ、くも膜と軟膜の間にはくも膜下腔という空間があります。くも膜下腔は脳脊髄液という液体で満たされ、脳血管もそこを通ります。くも膜下腔に出血した状態をくも膜下出血といい、生命の危険が非常に高い疾患になります。くも膜下出血の主な原因は、くも膜下腔を流れる脳動脈に出来た動脈の壁の瘤（コブ）（動脈瘤）が破裂することですが、動脈の壁が裂けることによる脳動脈解離などもあります。

(2) くも膜下出血の危険因子

くも膜下出血の原因となる脳動脈瘤ができる危険因子としては、高血圧、動脈硬化、加齢の他、飲酒、喫煙、運動不足といった生活習慣が挙げられます。

また、親、祖父母、兄弟等の血縁関係のある家族にくも膜下出血の病歴がある場合も相対的に発症リスクが高いとされており、家族に病歴がある場合には、生活習慣の改善がより重要になります。

(3) くも膜下出血の症状

くも膜下出血の典型的な症状は、突然生じる激しい頭痛、嘔吐、意識障害等です。突然意識が無くなり短期間で亡くなってしまう危険性があります。出血は一旦止まりますが再出血する危険性が高く、再出血すると予後は格段に悪くなります。

(4) くも膜下出血の治療

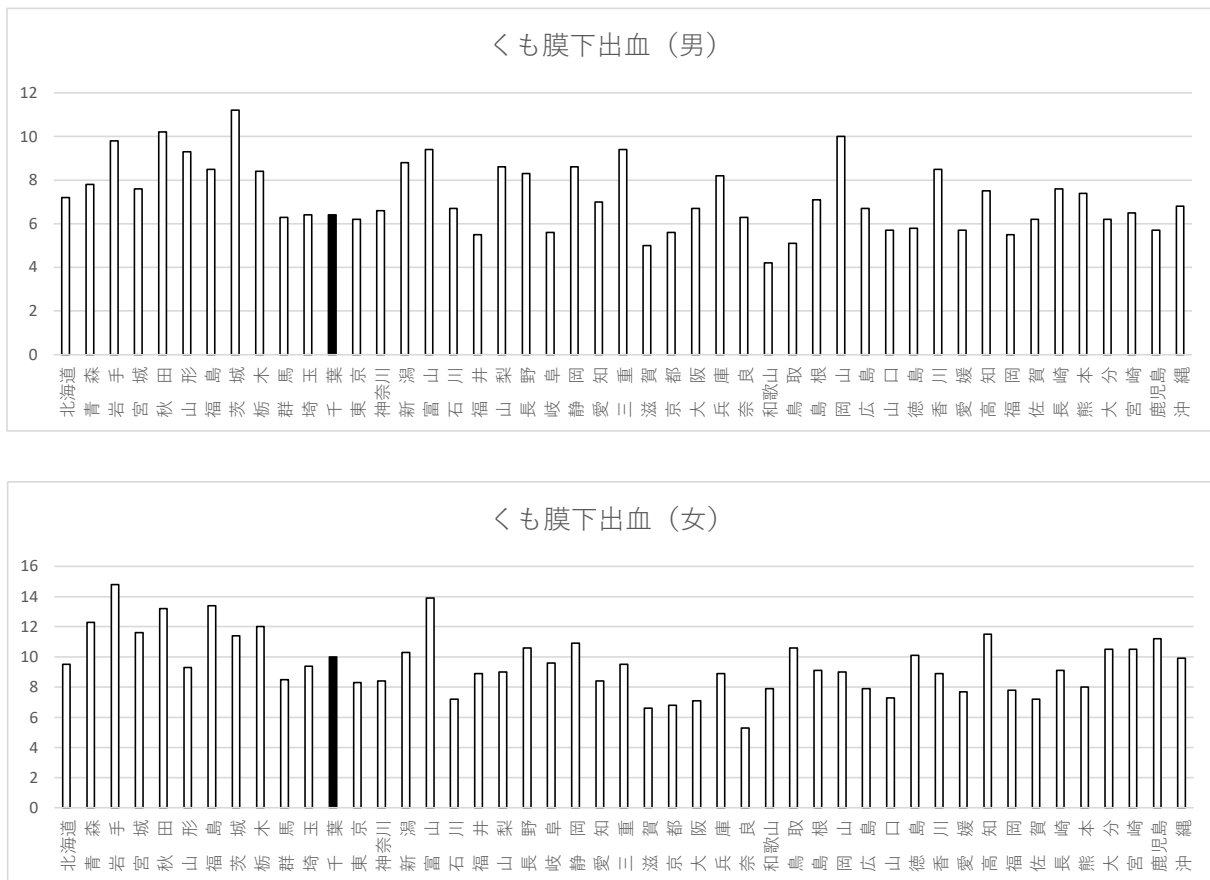
くも膜下出血の治療の主体は再出血を防ぐことにあります。脳動脈瘤破裂による場合、頭蓋骨を開けて動脈瘤の根元を挟み動脈瘤に血液が流れ込むのを阻止するネッククリッピング等の「外科手術」のほか、カテーテルと呼ばれる細い管を太ももの血管等から挿入し、動脈瘤にコイルを挿入することで、瘤の内側からコイルを詰めて出血を防ぐコイル塞栓術等の「脳血管内治療」等が行われます。

専門的な脳神経外科医・脳血管内治療医による治療が必要であり、速やかに搬送され治療を開始できる医療提供体制を構築する必要があります。

(5) くも膜下出血の患者数

くも膜下出血の患者数は脳卒中の約4%と脳梗塞、脳出血と比べて少なくなっています。令和2年患者調査によると、くも膜下出血の総患者数は、全国で6.2万人、千葉県で2千人と推計されています。人口動態統計特殊報告（令和2年）によると千葉県のくも膜下出血の人口10万人対の年齢調整死亡率は男性6.4（全国7.1）で死亡率が低い順に全国第31位、女性は10（全国9.2）で第18位となっています。

図3-1-3-1 くも膜下出血の年齢調整死亡率（都道府県別）



出典：患者調査（厚生労働省）

第2節 急性期（搬送）

○ 中間目標【取組の方針】

- 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。
- 重症患者の搬送先が明確化されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
「FAST」（脳卒中初期症状）の認知割合	43.2% （令和5年）	増加 （令和11年）
脳血管疾患に係る現場活動時間（現場到着～現場出発）	23.2分 （令和3年）	短縮 （令和11年）
脳血管疾患に係る平均搬送時間（現場出発～医療機関到着）	15.1分 （令和3年）	短縮 （令和11年）

1 救急搬送に関すること

(1) 施策の現状・課題

脳卒中は急激に発症し、発症後、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多いため、脳卒中を発症した傷病者に対しては1分でも早く治療を開始することが救命率を改善し良好な予後を得るために重要とされています。

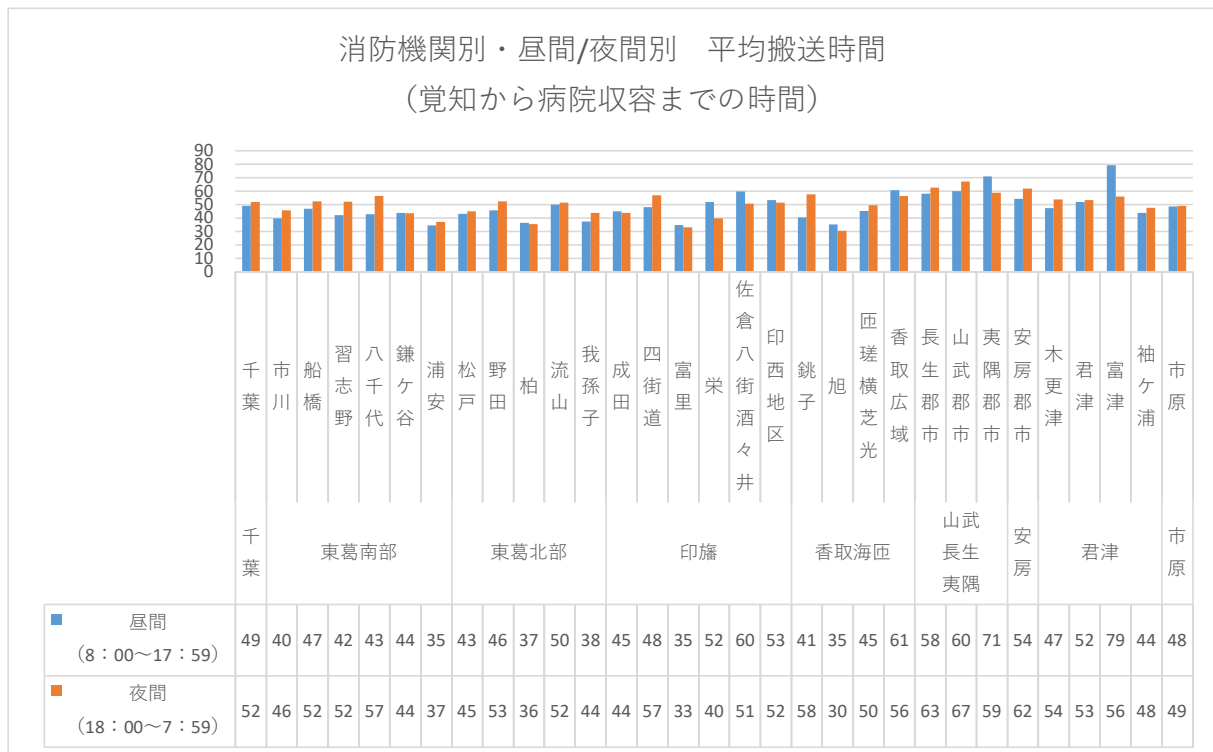
特に、近年、脳卒中治療の技術的な進歩が著しく、脳卒中の中でも約70%を占める脳梗塞の治療に関しては、t-PA（組織プラスミノゲン・アクティベータ）の静脈内投与や血管内治療を行い、詰まっていた脳血管を再開通することで、症状が改善し後遺症が軽くなる効果が認められています。これらの治療法は、発症4.5時間以内や24時間以内などの制約がありますが、治療開始までの時間が短ければ短いほど有効性が高くなることが判明しており迅速な救急搬送がますます重要になっています。

[脳卒中傷病者の救急搬送状況]

県が実施した「救急搬送実態調査（令和3年度）」によれば、千葉県内の脳卒中傷病者を搬送する際の救急搬送時間（覚知から病院収容まで、転送事案を除く）の平均は48.2分であり、エリアにより大きな差がみられ、平均で最大21.0分の開きがありました。

特に、山武長生夷隅地域、安房地域、君津地域の救急搬送時間が他地域よりも長くなっています。

図表 3-2-1-1 脳卒中傷病者の救急搬送状況

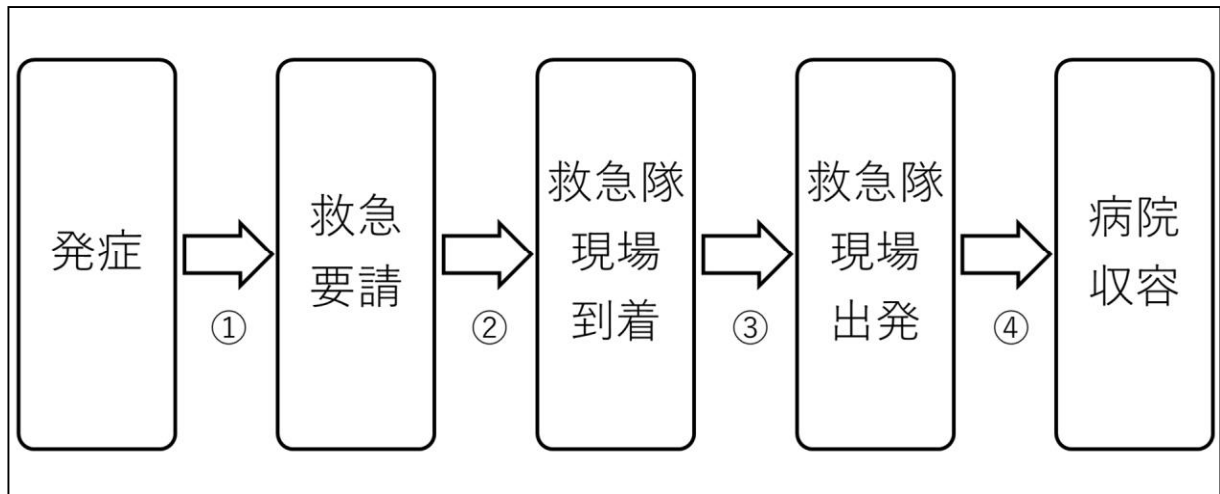


上段：消防機関
 中段：消防機関の所在地（二次医療圏）
 下段：平均搬送時間（分）

資料：令和3年度救急搬送実態調査（千葉県）

発症してから病院に収容されるまでには以下の段階を踏むことになります。
 施策の検討に当たっては、それぞれの段階ごとに現在の状況を把握し、改善の余地があるか検討する必要があります。

図表 3-2-1-2 搬送の分類



- ① 救急要請時間（発症から救急要請まで）の短縮
脳卒中を発症した場合は傷病者及び発見者が速やかに脳卒中の可能性があると認識し、救急要請することが重要です。
- ② 現場到着所要時間（救急要請から現場到着まで）について
救急要請から現場到着までの時間は主に最寄りの消防署から現場までの距離に比例すると想定されます。千葉県における現場到着所要時間は平均10.0分（全国平均9.4分）であり、都道府県平均や、県内の各地域の平均をみても大きな差はない状況にあります。

③ 現場活動時間（現場到着から現場出発まで）の短縮

現場において、救急隊は主に傷病者の観察や応急処置及び搬送先医療機関の選定を行っています。

千葉県における脳卒中に係る現場活動時間（転送事案を除く）は平均23.2分です。地域別の状況としては、香取海匠地域（16.5分）、安房地域（18.4分）、東葛北部地域（20.4分）が短く、印旛地域（24.6分）、君津地域（27.3分）、山武長生夷隅地域（27.9分）が長い傾向にありました。

図表 3-2-1-3 脳卒中傷病者に係る現場活動の地域状況



上段：消防機関
 中段：消防機関の所在地（二次医療圏）
 下段：平均搬送時間（分）

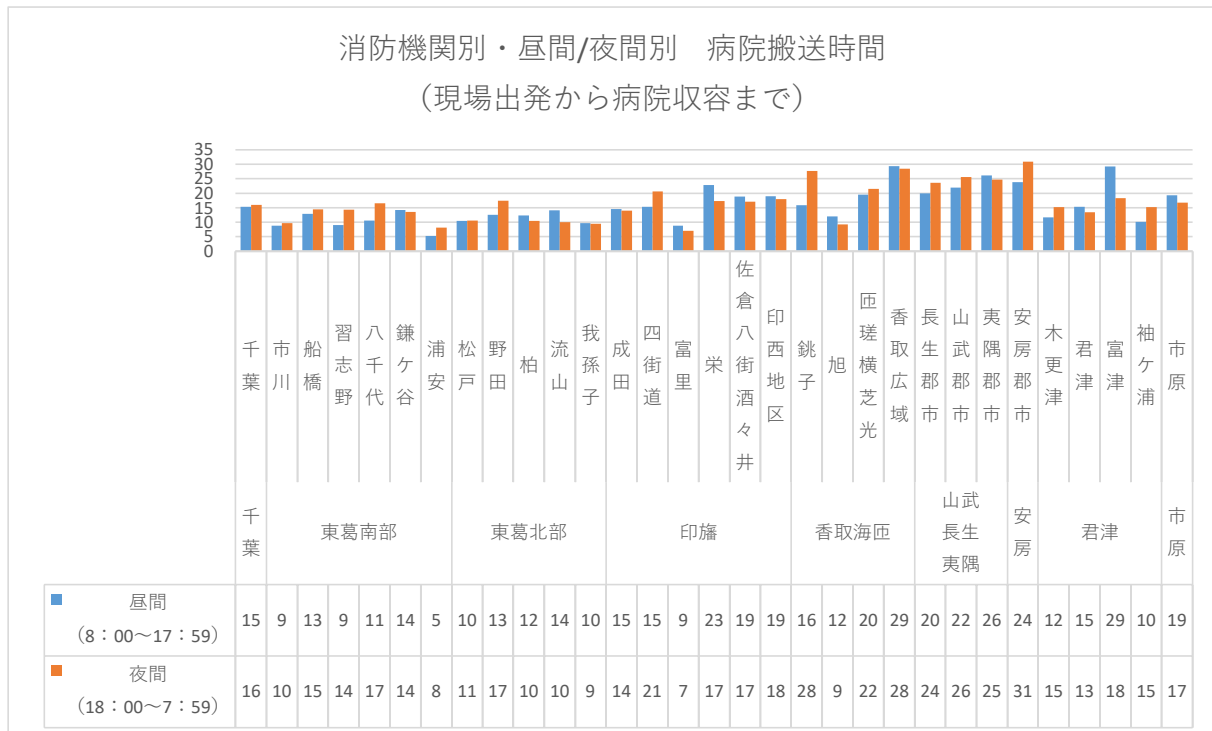
資料：令和3年度救急搬送実態調査（千葉県）

④ 病院搬送時間（現場出発から病院収容まで）の短縮

現場出発から病院収容までの時間は、主に現場から搬送先病院までの距離に比例すると想定されます。

千葉県における脳卒中に係る病院搬送時間（転送事案を除く）は平均15.1分でした。地域別に確認すると東葛北部地域（11.1分）、東葛南部地域（11.7分）が短く、山武長生夷隅地域（22.9分）、安房地域（25.9分）が長い傾向にありました。

図表 3-2-1-4 脳卒中傷病者に係る病院搬送時間の地域状況



上段：消防機関
 中段：消防機関の所在地（二次医療圏）
 下段：平均搬送時間（分）

資料：令和3年度救急搬送実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 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け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。

○ 現場活動時間の短縮

現場活動時間の短縮のため、脳卒中傷病者における緊急度・重症度・症状・必要な処置などについて、各地域メディカルコントロール協議会の実践等を踏まえ、千葉県救急業務高度化推進協議会で集約・共有します。このことなどにより、適切な医療機関の選定にかかる時間を短縮する取組を進めます。

また、医療機関における対応可能状況を救急隊と医療機関でリアルタイムに共有し、搬送先の選定及び収容依頼に要する時間を短縮する取組を進めます。

○ 病院搬送時間の短縮

現場から搬送先の医療機関までの距離や搬送時間を把握するためのシステムの構築を検討する等、現場到着時に対応可能な医療機関のうち最も近い距離に搬送することが可能となるような取組を検討します。加えて、脳卒中に対応可能な医療機関が増加することも搬送時間の短縮のために重要と考えられます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
脳血管疾患における搬送困難事例の割合	18.3% (令和3年)	減少 (令和11年)

2 県民啓発に関すること

(1) 施策の現状・課題

脳卒中の発症の初期には、以下の7つの症状が現れやすいとされています。

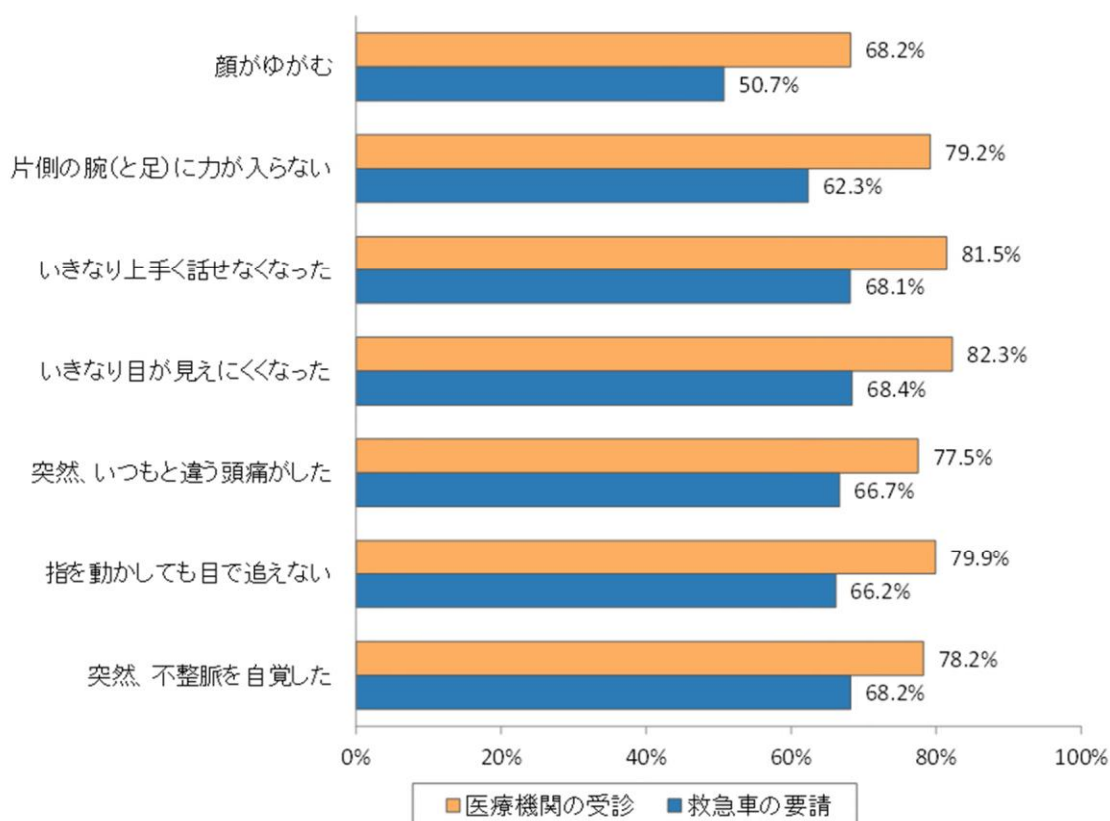
- ① 顔面麻痺（顔がゆがむ）
- ② 上肢麻痺（腕が片方動かない）
- ③ 失語（言葉がでない）
- ④ 構音障害（ろれつが回らない）
- ⑤ 共同偏視（両方の眼球が一方向を向いている）
- ⑥ 半側空間無視（片側（通常左）に注意が向かない）
- ⑦ 脈不正

県が実施した「循環器病対策実態調査（令和3年度）」によると、上記の各症状について、「あなた（又はあなたの家族）に仮に症状が出た場合に医療機関を受診しようと思う割合」は68.2%から82.3%でした。

また、「救急車を呼ぼうとする割合」は50.7%から68.4%でした。

図表 3-2-2-1

脳卒中が疑われる症状が出た場合に「医療機関を受診しようと思う」と回答した者の割合
及び「救急車を呼ぼうと思う」と回答した者の割合



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

脳卒中を発症した患者を1分でも早く適切な医療機関で治療を開始するため、患者及び発見者が脳卒中の初期症状を認識できるよう、多くの人に理解されやすい啓発を行います。また、循環器病の予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うことができるように、循環器病に関する知識の啓発に努めます。

○ 啓発の例 「FAST」

脳卒中の初期症状のうち、一般県民でも判断しやすい症状である

「Face（①顔面麻痺^ひ）」、

「Arm（②上肢麻痺^ひ）」

「Speech（③失語、④構音障害）」と、

「症状を認識したら速やかに救急要請を行って欲しい」という意味を込めて

「Time」

の頭文字を取って「FAST」と呼ばれる標語が知られています。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
循環器病啓発に係る県HPへのアクセス数の増加	—	増加 (令和11年)

第3節 急性期（治療）

○ 中間目標【取組の方針】

- 専門的な治療を提供する医療体制が構築されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	757件 (令和3年度)	(モニタリング指標)
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	702件 (令和3年度)	(モニタリング指標)

1 急性期治療に関すること

(1) 施策の現状・課題

- 急性期治療について

脳卒中は脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等、疾患によって治療方法や対応可能な医療機関は違いますが、共通していることは前触れなく発症し、急速に進行する病気であることです。生命に関わる重大な事態に陥る等、重度の後遺症を残す例も多くありますが、発症してから治療を開始するまでの時間を短くするほど治療の効果が大きくなり、予後を改善する可能性が高まります。

脳卒中を発症している患者への急性期における治療は主に以下の3種類があります。

- ・ 薬物療法：主に脳梗塞時に血栓（血管の詰まり）を取り除くために「薬物療法」として「t-PA（組織プラスミノゲン・アクティベータ）」の静脈内投与等が行われます。発症から4.5時間以内に投与する必要があり、脳卒中専門の脳神経内科医や脳神経外科医によって実施されます。その他、血栓の形成を押さえたり、脳の浮腫（むくみ）を軽減したり、脳血流を改善させる薬物の投与なども行われます。
 - ・ 血管内治療：脚の付け根の血管等からカテーテル（細管）を血管内に挿入し、脳梗塞急性期には血栓を取り除く「血栓回収療法」が行われます。くも膜下出血の際には、脳動脈瘤^{りゅう}の内側からコイルを詰めて出血を防ぐ「コイル塞栓術」等の治療が行われます。脳梗塞の場合は発症から最長24時間以内ならば効果が見込まれるため、脳細胞が壊死しないうちに1分でも早く「血栓回収療法」を実施することは極めて重要で脳血管内治療の資格を持った医師によって実施されます。
- ・ 外科治療：くも膜下出血では、開頭術により脳動脈瘤^{りゅう}の根本（ネック）にクリップを掛け止血する「クリッピング術」が施行されます。重症の脳出血では、開頭又は内視鏡による血腫除去術が施行される場合があり、頭蓋内圧の軽減を目的とした減圧開頭術が行われることもあります。

なお、厚生労働省では、循環器病の治療の均てん化等を進めるため、デジ

タル技術を利用した有効な診療体制の確立について調査・研究をしているところであり、この状況を注視していく必要があります。

○ 治療実績

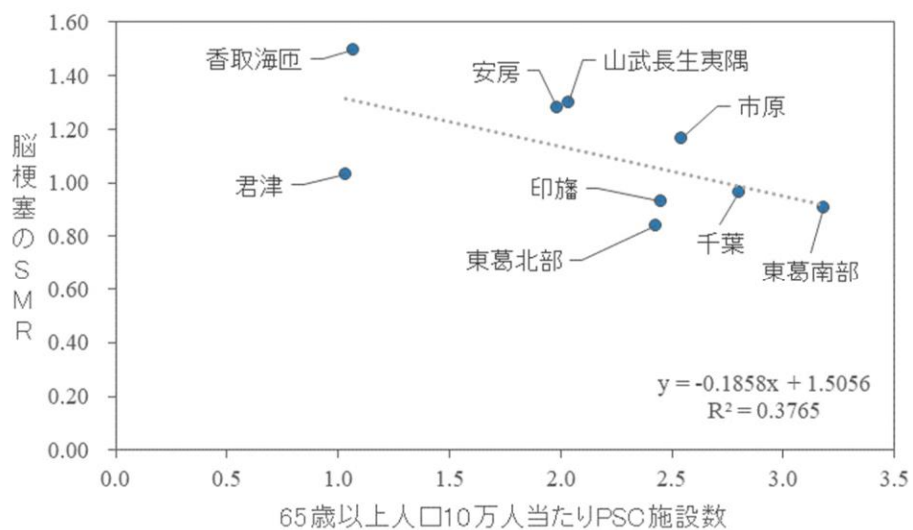
図表 3-3-1-1 二次医療圏別 65歳以上10万人当たりのt-PA対応医療機関数およびt-PAの標準化レセプト出現比（SCR）

二次医療圏	t-PA対応医療機関の施設数				t-PAのSCR
	全体		うちPSC		
	施設数	65歳以上人口 10万人当たり	施設数	65歳以上人口 10万人当たり	
千葉	7	2.8	7	2.8	91.6
東葛南部	14	3.4	13	3.2	90.5
東葛北部	12	3.2	9	2.4	102.1
印旛	7	3.4	5	2.5	66.0
香取海匝	1	1.1	1	1.1	61.7
山武長生夷隅	3	2.0	3	2.0	53.9
安房	1	2.0	1	2.0	—
君津	1	1.0	1	1.0	—
市原	3	3.8	2	2.5	67.3
県全体	49	2.9	42	2.5	83.7

資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

○ 24時間対応可能施設数の地域状況

図表 3-3-1-2 65歳以上人口10万人当たりPSC施設数と脳梗塞のSMRの関係



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

（PCR：一次脳卒中センター、SMR：標準化死亡比）

【参考】脳卒中患者へのリハビリテーションとは

脳卒中を発症した場合には、脳の組織が突然損傷されることで、手足の麻痺^ひや言葉の障害等、身体機能が大幅に低下するため、命を救う救命治療の後には発症前に近い状態に近づけるためのリハビリテーションが重要になります。

脳卒中患者へ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（発症～数週間（症状安定まで））においては、脳卒中を発症した患者は急性期治療を担う専門病院に搬送され「命を救う」ことを第一目的とした治療がまず行われます。その後、廃用症候群などの安静にしていることによる合併症を防ぎ効果的に心身機能を回復していくために、症状が悪化しないか全身管理のもとで、早期（入院後72時間以内）からリハビリテーションを行うことが重要とされています。

命の危機を脱するための治療が終わり、症状が安定した後の回復期（数週間（症状安定）～数カ月）においては、自宅や社会に戻ってからの生活を少しでも元に近い状態に近づけるため、心身機能の回復を目的としたリハビリテーションが行われます。

維持期（地域での生活時期）においては、回復期までに獲得した心身機能を基盤として、歩行や生活機能の向上・維持により地域でのより自分らしい暮らしの実現を目的にリハビリテーションが行われます。

○ 急性期リハビリテーションについて

脳卒中患者は発症からリハビリテーション開始までの期間が長くなるほど廃用性筋萎縮（安静にすることでの心身への弊害）が著しいため、急性期においては早期からリハビリテーションを開始することが重要とされています。

バイタルサインが安定している場合は医学的な全身管理のもとで、早期座位・立位、早期歩行訓練、摂食・嚥下^{えん}訓練（食べ物を食べる訓練）、言語訓練、セルフケア訓練（服の着脱等の日常生活を行う訓練）などを行います。

○ 医師の確保に関すること

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」の診療科の医師数の合計は884人となっています。（詳細は29ページの表を参照）

実態調査によると、脳卒中治療を提供している病院の内、急性期の医師の確保が課題と答えた病院が54.6%、回復期リハビリテーション病棟の医師の確保が課題と答えた病院が28.6%となっており、医師の確保が県内の病院における大きな課題となっています。（課題を最大5つまで選択）

○ ストロークユニット（SU）

ストロークユニット（SU）とは医師だけでなく、看護師・リハビリテーション専門職（PT、OT、ST）・MSW・栄養士・薬剤師などの脳卒中専門の多職種で脳卒中の急性期からリハビリテーションを含めた治療を一貫して行うチームのことです。ストロークユニットで治療することで死亡

率の低下や在院機関の短縮、長期的なADL（日常生活動作）の改善を図ることができる」とされており、実態調査によると県内の脳卒中对応急性期病院の約40%の病院がSUを組織しています。

また、脳卒中に関係する病院のうち、約30%の病院が「脳卒中治療に従事する専門職種（医師・看護師を除く）の確保」を課題にあげており、専門職を確保し、ストロークユニットの組織率を上げることが重要となります。

○ 各専門職員について

脳卒中治療においては各専門職がそれぞれの専門の立場から治療に参加しています。

- ・ 看護師：脳卒中リハビリテーション看護認定看護師や摂食・嚥下^{えん}障害看護認定看護師等をはじめとした看護師が脳卒中診療に活躍しており、変化する患者の病状を把握しながら効果的に治療を実施するためには看護師の役割が重要となります。
- ・ 理学療法士（PT）：理学療法士は寝返る、起きる、立つ、座る、歩くといった基本的な身体能力の改善を目的として、理学療法を行っています。
- ・ 作業療法士（OT）：作業療法士は日常生活に関わる様々な日常生活動作や家事などの生活関連活動等の回復を支援し、その人らしい生活の質の向上を目的として作業療法を行っています。
- ・ 言語聴覚士（ST）：言語聴覚士は言語障害、聴覚障害、発声障害、認知障害等のコミュニケーションに問題がある方への言語聴覚療法や摂食・嚥下^{えん}等の問題についても訓練を行っています。
- ・ 医療ソーシャルワーカー（MSW）：医療ソーシャルワーカーとは保健医療機関において、社会福祉の立場から患者やその家族の方々の抱える様々な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行っています。

(2) 施策の具体的展開

○ 効率的な専門医療体制の構築

医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化を推進し、限られた医療資源であっても、効率的で質の高い脳卒中に係る急性期医療提供体制の確保に努めます。

○ 専門的な治療を提供する医療体制の構築

例えば、くも膜下出血の治療に当たっては専門的な脳神経外科医による治療が必要になるなど、県内医療機関全体で役割分担の明確化や相互連携体制の整備が促進されるよう協議を行っていきます。

○ 医療従事者の確保・定着

医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。

医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
SU（脳卒中専門多職種チーム）がある医療機関数	22機関 （令和3年）	（モニタリング指標）
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛医療圏） ※他の医療圏については、実施している医療機関数が3か所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	31機関 （令和3年度）	（モニタリング指標）
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・山武長生夷隅・市原医療圏） ※他の医療圏については、実施している医療機関数が3か所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	44機関 （令和3年度）	（モニタリング指標）

第4節 回復期

○ 中間目標【取組の方針】

- 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。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
重症患者回復率	67.5% (令和4年)	増加 (令和11年)
回復期リハビリテーション病棟 における実績指数	48.0 (令和4年7月)	増加 (令和11年)

1 脳卒中リハビリテーションについて

(1) 施策の現状・課題

脳卒中を発症し、移動、セルフケア（日常生活を自分で行うこと）、嚥下（食べ物を飲み込み胃に送ること）、コミュニケーション、認知機能などの複数領域で症状が現れている場合には、効果的な機能回復が期待できる時期に専門的かつ集中的にリハビリテーションを行うことが重要です。適切なリハビリテーションにより、失った身体機能をより効果的に獲得することができます。

日本では、入院により専門的なリハビリテーションを行うための病棟として「回復期リハビリテーション病棟」が位置付けられており、各分野の担当医師のほか、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、心理士など、さまざまな専門技術・知識を持った医療スタッフがチームを組んで、患者やその家族と一緒にADL向上や家庭復帰に取り組んでいます。また、リハビリテーションに関する専門的な修練を行ったリハビリテーション科専門医、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、認定理学療法士、認定作業療法士、認定言語聴覚士など、より高度で質の高いリハビリテーションを提供する認定資格もあります。

- 回復期リハビリテーション病棟数について
回復期リハビリテーション病棟数は以下のとおりです。

図表 3-4-1-1 二次医療圏別 回りハ病床を有する施設数及び病床数、回復期機能病床数

二次医療圏	回りハ病床を有する施設		(参考) 65歳以上人口10万人 当たり回復期病床数
	65歳以上人口10万人 当たり施設数	65歳以上人口10万人 当たり回りハ病床数	
千葉	5.2	318.4	402.1
東葛南部	4.4	383.0	447.4
東葛北部	4.0	235.7	343.6
印旛	4.9	259.6	319.4
香取海匝	2.1	189.4	208.7
山武長生夷隅	3.4	179.7	311.9
安房	4.0	196.6	299.8
君津	2.1	132.1	183.7
市原	3.8	315.3	472.9
県全体	4.1	275.4	359.6
全国	4.4	242.6	502.8

資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

千葉県の病床数は全国平均とほぼ同じです。実態調査によると「まだ受け入れる余裕がある」と回答した病院が61.1%であることから、現状では、回復期リハビリテーション病棟の病床数が直ちに不足している状態にはないと思われまます。

ただし、今後の高齢化の進展により、回復期リハビリテーション病棟の需要が増加することも考えられるため、患者数の動向を把握し、関係者間で需給データを共有する必要があります。

- 質の向上について

回復期リハビリテーション病棟は平成12年4月に制度化され、病床数が順調に増加してきたことから、近年ではより質を高くすることが求められています。

平成28年度の診療報酬改定において、質の高いリハビリテーションを評価するために、患者がどれだけ身体機能を回復したかを図る指標としてリハビリテーション実績指数（FIMの平均上昇数）が導入されました。

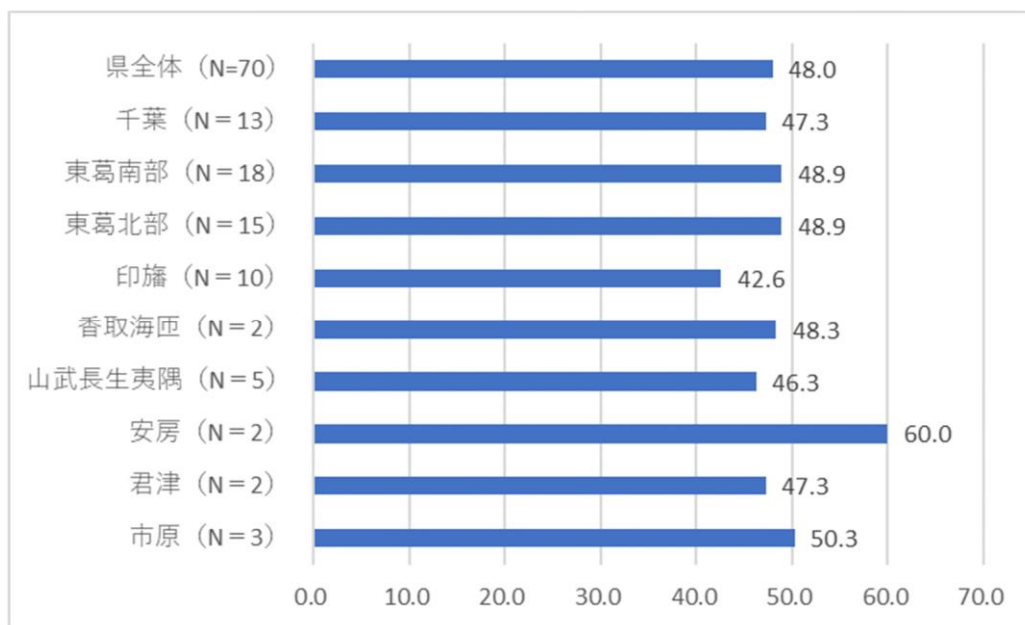
令和2年度には、診療報酬の算定要件が更に厳格化され、届け出ている医療機関を調べることで、効果が高いリハビリテーションを実施している医療機関を把握できるようになっています。

また、施設基準ごとに理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士及び管理栄養士の人員基準を設けることとなっており、チーム医療として多職種を配置し効果的な治療を行っている病院を後押しする制度となつて

います。

リハビリテーション実績指数の導入により、身体機能が低下している急性期治療直後を経過したのちは、速やかに回復期リハビリテーション病棟への転院が促される効果が期待でき、早期の専門的なリハビリテーションの開始や、急性期病院としての運営の効率化が進むと想定されます。

図表 3-4-1-2 リハビリテーション実績指数の地域状況



資料：関東信越厚生局届出

(2) 施策の具体的展開

○ 脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備

リハビリテーションを必要としている患者に対して、効果的な機能回復が期待できる時期に専門的かつ集中的にリハビリテーションを行うことができるよう、リハビリテーション体制の整備に努めます。

県立施設である千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、脳卒中患者に対しては包括的な総合リハビリテーション(※)に取り組めます。特に、脳血管障害による高次脳機能障害など、一般病院では対応しきれない障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供に取り組めます。

また、千葉県千葉リハビリテーションセンターが、県立の総合リハビリテーションセンターとしての機能・役割を果たし、増加する県民ニーズに応えるため、施設を再整備し、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能の充実を図っていきます。

※主に、重症化・重複障害化の脳血管障害のある人に対するロボットリハビリテーション機器を用いた機能訓練やCI療法（Constraint-Induced Movement Therapy）などの先進的なリハビリテーション治療、痙縮を合併した患者に対す

るボツリヌス療法などの積極的治療の提供に取り組みます。

○ 病院間連携の推進

脳卒中リハビリテーションにおいて、限られた医療資源を効率的に活用するためには、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟における連携が重要です。千葉県では平成21年から千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの運用を進めており、多くの病院間の情報共有に用いられています。回復期リハビリテーション病棟における専門的なリハビリテーションが必要な患者について、急性期治療の直後から病院間で情報を共有し転院の準備を進めることで、早期の専門的なリハビリテーションの開始や、急性期病院の効率化に努めます。また、治療の質が向上しているか、病院間で連携して確認する取組として、患者さんの回復評価指標としてよく使われる90日後のmRS（モディファイド・ランキン・スケール）を地域連携パスを用いて急性期病院で収集できる仕組み作りに取り組みます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）～（Ⅱ）届出施設数	189機関 （令和5年4月）	（モニタリング指標）
脳卒中患者にリハビリテーションを提供している医療機関数	191機関 （令和3年度）	（モニタリング指標）
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	45,760件 （令和3年度）	（モニタリング指標）

第5節 地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）

○ 中間目標【取組の方針】

- 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。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
入退院支援実施件数	148,726件 (令和4年度)	185,273件 (令和8年度)
脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数 -	10件未満 (令和3年度)	(モニタリング指標)

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）

(1) 施策の現状・課題

脳卒中後の後遺症の残存等により、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることからその予防のための生活習慣の改善や適切な服薬管理などを行うことが求められています。

入院中の患者が、安心、納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院前から退院後の生活を見据えた入退院支援が重要であり、退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入や多職種による退院前カンファレンス等の病院における組織的な取組が行われています。

令和4年度病床機能報告によれば、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している医療機関数は、報告のあった363か所中191か所でした。

また、退院支援担当者を配置している医療機関数は、平成29年度の141か所から、令和2年度の149か所と増加しているものの、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援をより進めるため、行政や医療・介護関係者の多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有できる体制の構築が求められています。

在宅医療を必要とする方には、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら、必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。医療の継続性を確保するとともに、入退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための連携について、生活を見据えて支援することも重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、介護など、多職種の協働を推進するとともに、医療・介護従事者の人材育成を行い、在宅医療・介護連携を担う従事者の増加が重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 医療・介護の多職種連携の促進

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、入退院支援の仕組みづくりなど、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。

また、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連携推進会議、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推進連絡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。

○ 在宅医療・介護連携を担う従事者の増加、質の向上

在宅医療・介護連携を担う人材の確保と定着促進のため、人材育成や相談、普及啓発等の事業を、関係団体と協働して取り組みます。

また、資質向上のための研修の実施や関係団体が行う取組を支援し、従事者の質の向上を図ります。

○ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援

市町村における地域包括ケアシステムの構築をサポートするため、市町村職員への研修を実施し、市町村の課題に対応した支援を行います。

また、介護支援専門員と医療機関等の関係者が心身の状況、生活環境、介護サービスの利用状況などの情報を共有するために、県が参考様式として作成した「千葉県地域生活連携シート」の活用等により、医療と介護の一層の連携強化を図ります。

(3) 施策の評価指標

指標名	現状	目標
在宅患者訪問診療 実施診療所数・病院数	758か所 (令和4年度)	785か所 (令和8年度)
機能強化型 訪問看護ステーション数	34か所 (令和5年度)	42か所 (令和8年度)
在宅医療・介護連携の推進に 取り組む市町村への支援（研 修会参加者数）	122人 (令和4年度)	150人 (令和8年度)
在宅患者訪問診療(居宅)実施 歯科診療所数	433か所 (令和2年度)	505か所 (令和8年度)
居宅療養管理指導実施薬局数 (介護予防居宅療養管理指導 含む)	1,314か所 (令和4年度)	1,426か所 (令和8年度)

在宅療養後方支援病院数	18か所 (令和5年度)	19か所 (令和8年度)
入退院支援を実施している診療所数・病院数	147か所 (令和4年度)	165か所 (令和8年度)

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

(1) 施策の現状・課題

○ 総合リハビリテーション機能の確保について

個々の医療機関等では対応ができない、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種の先進的なリハビリテーション治療、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーション機能（相談、診察、治療、訓練、家屋改造指導、家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用などのソーシャルワーク、地域医療との連携などを含む。）の確保が必要です。

○ 高次脳機能障害支援体制の整備

高次脳機能障害とは、脳卒中の後遺症の他、感染症や薬物・アルコールによる中毒などの病気や事故等の様々な原因で脳が損傷されたことにより、言語、思考、記憶、行為、学習等、高次の知的な機能に障害が起きた状態のことです。

高次脳機能障害は、身体的な後遺症がない場合、外見から障害が分かりにくく、障害の内容や程度も様々です。また、身体障害や精神障害に分かれて判定されていることもあるため、高次脳機能障害のある人の人数や暮らしの実態の把握は難しい状況です。

高次脳機能障害のある人への支援は、より専門性が必要となるため、県では、4か所において高次脳機能障害支援普及事業による支援拠点を設置し、高次脳機能障害やその関連障害がある人の相談・支援を行っており、令和4年度の相談件数は6,097件でした。

支援拠点機関において、社会生活や就労などに向けた効果的な支援等を検討するとともに、全県下における支援体制の拡大・強化が必要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 総合リハビリテーション機能の確保について

千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、脳卒中患者に対しては包括的な総合リハビリテーション（※）に取り組みます。特に、脳血管障害による高次脳機能障害など、一般病院では対応しきれない障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供に取り組みます。

また、千葉県千葉リハビリテーションセンターが、県立の総合リハビリテーションセンターとしての機能・役割を果たし、増加するニーズに応えるため、施設を再整備し、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能の充実を図っていきます。

※主に、重症化・重複障害化の脳血管障害のある人に対するロボットリハビリテーション機器を用いた機能訓練やCI療法（Constraint-Induced Movement Therapy）などの先進的なリハビリテーション治療、痙縮を合併した患者に対するボツリヌス療法などの積極的治療の提供に取り組みます。

○ 高次脳機能障害支援体制の整備

県内4か所に高次脳機能障害支援普及事業による支援拠点を設置し、支援コーディネーターを配置し、機能回復・社会復帰に向けた訓練、就労支援、情報発信、研修等による支援普及を行っていきます。また、千葉県千葉リハビリテーションセンターに高次脳機能障害支援センターを設置し、より専門的な支援の普及啓発と地域支援に資する仕組み作りを実施していきます。

さらに、高次脳機能障害の当事者への専門的相談支援及び医療と福祉の一体的な支援を普及・定着させるため、高次脳機能障害の診断及びその特性に応じた支援サービスの提供を行う協力医療機関（医療機関、リハビリ機関等）及び専門支援機関（就労支援機関、教育機関等）を確保・明確化し、地域の関係機関が相互に連携・調整を図り、当事者やその家族等の支援に資する情報提供を行う地域支援ネットワークを構築することを目指します。ネットワークにおいては、精神科領域との連携強化を図るべく、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと連携し、高次脳機能障害の支援体制の充実に努めます。

3 就労支援等の患者支援について

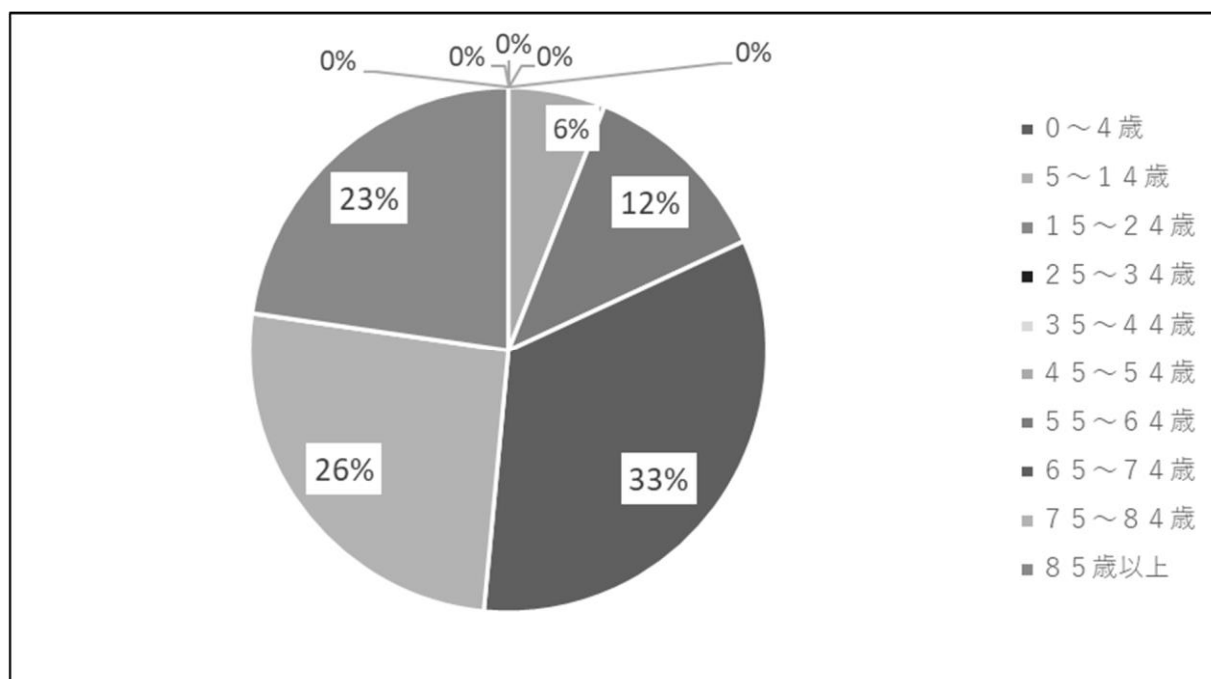
(1) 施策の現状・課題

○ 就労支援について

脳卒中の総患者数は全国で146.2万人、千葉県の患者数は6.7万人と推計されており、うち約18%が就労世代（20～64歳）の患者です。

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。しかし、片麻痺などの障害や高次脳機能障害などがある場合には、病院を退院して家庭生活が支障なく送れる状態から、復職に必要な十分な機能まで回復するには時間が必要になることが多く、通勤や就労内容について職場と調整が必要になります。現在の医療制度では、これらの調整は外来通院を継続しながら調整を進めていくこととなります。

図表 3-5-3-1 脳卒中患者の年齢構成比率（千葉県）



	0～4歳	5～14歳	15～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75～84歳	85歳以上	不詳
脳卒中（合計値）	0	0	0	0	0	4	8	22	17	15	0
脳卒中（割合）	0%	0%	0%	0%	0%	6.1%	12.1%	33.3%	25.8%	22.7%	0.0%

資料：患者調査（厚労省）

脳卒中のリハビリテーションにおいては、医療としてのリハビリテーション以外にも、復職希望のある患者については、急性期から回復期、退院後の生活期において復職までを想定した継続的な支援が重要になります。

そのため、復職を目指した情報を関係機関で共有し、雇用主側との連携を図るという継続的で一貫性のある復職支援が求められています。

しかし、実態調査によると回復期リハビリテーション病棟を有している病院の内、退院後の外来診療の中で復職支援・就労支援を行っていると回答した病院は52.8%と多くない状況です。

急性期病棟から外来リハビリテーションまで様々な多職種が関わる脳卒中診療体制の中では、復職希望のある患者に急性期から関わり、復職を目指した支援や情報を関係機関間で共有する他、循環器病患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援、身体機能に応じた職業訓練が重要です。

○ 適切な情報提供・相談支援について

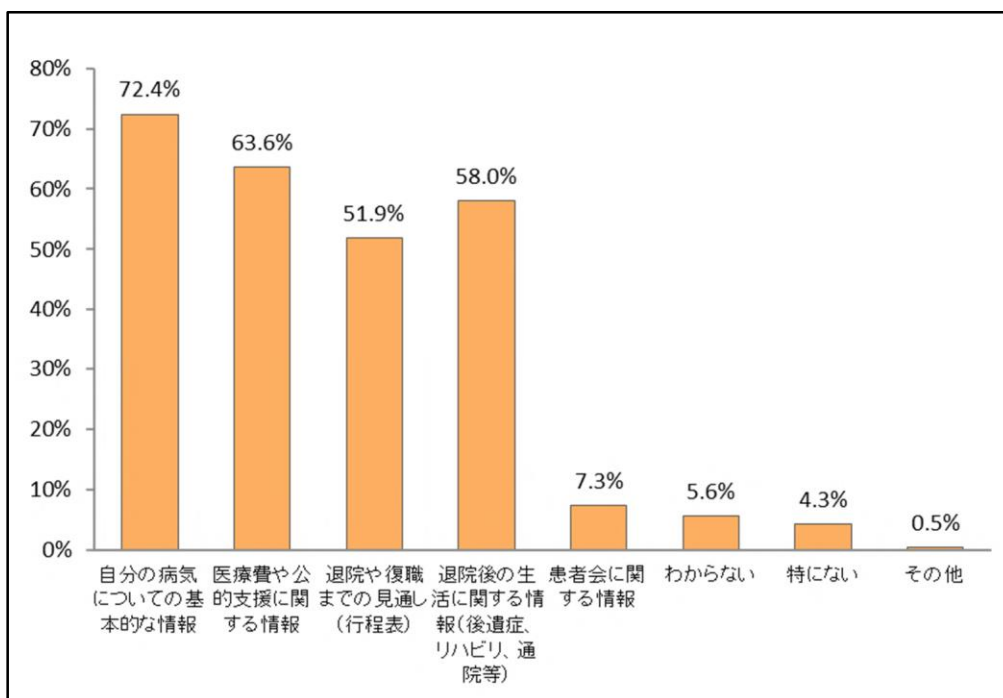
医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。

実態調査によると、仮に脳卒中と診断され、長期（3カ月以上）の入院や手術が必要になった場合に必要な情報は何かという質問に対して、「自分の病気についての基本的な情報」72.4%、「医療費や公的支援に関する情報」63.6%、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」58.0%でした。

多くの場合、入院中には医療ソーシャルワーカーや病棟看護師などが相談窓口となり多職種による相談支援が受けられる体制が出来ていますが、急性期病院あるいは回復期病院退院後は、かかりつけ医の元への外来通院が中心となるため、専門的な相談支援が受けにくい状態になると考えられます。

医療費や生活への支援としては、高額療養費制度や傷病手当金などがあります。また、診療報酬では、企業に対する患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を評価する療養・就労両立支援指導料において、「脳血管疾患」が対象となる疾患になっています。

図表 3-5-3-2 長期の入院や手術が必要になった場合に欲しい情報の選択割合



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 相談、情報提供体制の充実

医療技術や情報技術が進歩していることから、治療を受けながら働き続けることができる可能性が高まっており、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。

そのため、患者の離職防止に当たっては「自分の病気についての基本的な情報」や「医療費や公的支援に関する情報」、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」等の各患者やその家族が必要としている情報の提供等に努めてまいります。

また、医療機関等が、患者の勤務先、市町村などの自治体や就労支援の事業所などと適切に連携できるよう支援する他、退院後の患者やその家族が相談できる窓口の明示化の推進に努めて参ります。

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）

最終目標【千葉県を目指す姿】

- 心血管疾患による年齢調整死亡率を減少する。
- 健康寿命を延伸する。
- 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。
- 発症～搬送に当たり速やかに救急搬送することができる。

最終目標	現状（直近値）	目標
心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率	男性 200.2 女性 116.3 (令和2年)	減少 (令和11年)
健康寿命	男性72.61年 女性75.71年 (令和元年)	男性74年 女性76.8年 (令和11年)
在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	95.2% (令和2年)	増加 (令和11年)
心血管疾患に係る救急活動時間 (救急隊覚知～病院収容)	46.6分 (令和3年)	短縮 (令和11年)

第1節 心血管疾患の基本的な事項に関する周知

1 心不全

(1) 心不全の特徴

心不全とは、心不全学会においては「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」と定義されています。

特定の病気の名称ではなく、ポンプのように血液を全身に送り出して体内に酸素や栄養を運んでいる心臓の機能が、様々な原因で発揮できなくなっている状態であり、全身に様々な影響を及ぼします。

(2) 心不全の原因疾患

心不全を引き起こす病気として、

- ・ 高血圧（血圧が高くなる）
- ・ 心筋症（心臓の筋肉自体の病気）
- ・ 心筋梗塞（心臓を養っていく血管の病気）
- ・ 心臓弁膜症（心臓の中の血液の流れを正常に保つ弁が狭くなったり、閉まらなくなったりする病気）
- ・ 不整脈（脈が乱れる病気）

等があります。その他、糖尿病等、様々な疾患により心不全が引き起こされる可能性があります。

(3) 心不全の症状

運動時の呼吸困難、息切れ、四肢浮腫（むくみ）、疲労感、冷感（手足の冷え）等といった症状があります。

(4) 心不全の治療

利尿薬、血管拡張薬などの心不全自体を改善する治療とともに、心不全の原因となった病気の治療を行います。

(5) 心不全の患者数

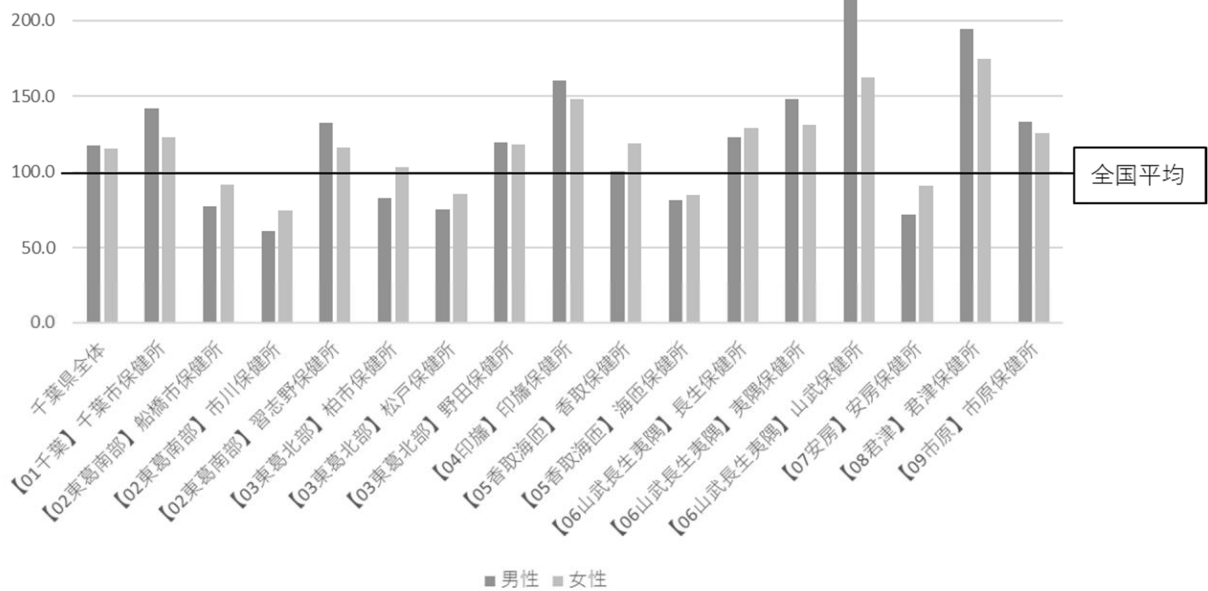
令和2年患者調査によると、心不全を主傷病（主として治療又は検査をした傷病）とした推計患者数は全国で5万8千人、千葉県で2千人と推計されています。

人口動態統計特殊報告（平成25年～平成29年）によると千葉県の心不全の標準化死亡比（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性117.8、女性115.6と全国平均より高い値となっています。

また、地域別には市川保健所管内、松戸保健所管内、安房保健所管内が低く、山武保健所管内、君津保健所管内、印旛保健所管内の標準化死亡比が高い値に

なっています。

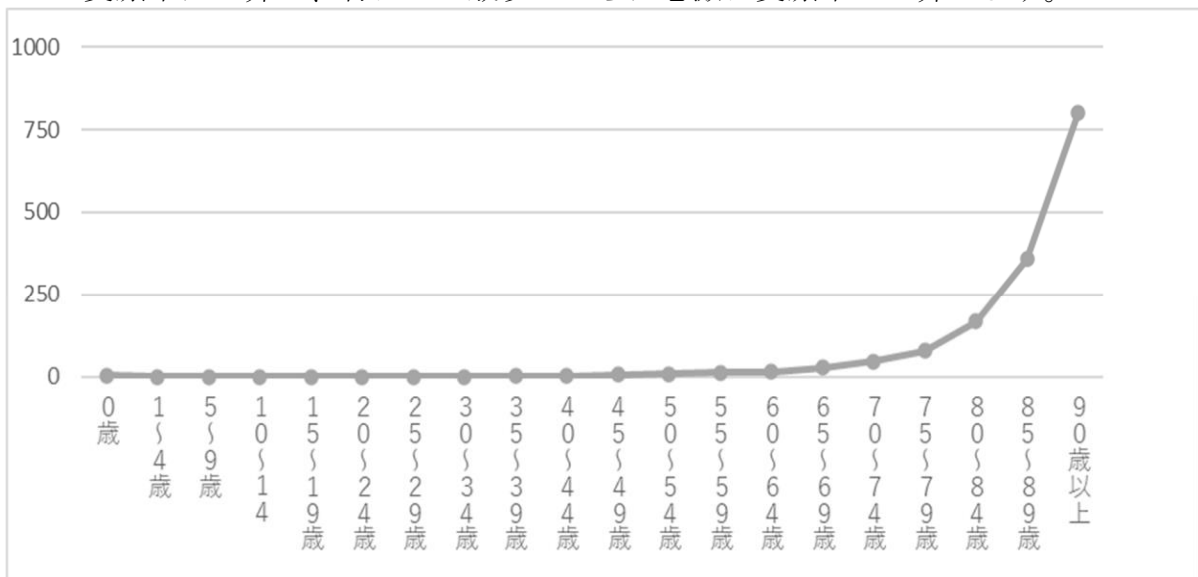
図表 4-1-1-1 心不全標準化死亡比（保健所地域別）



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

【高齢化による患者数の増加】

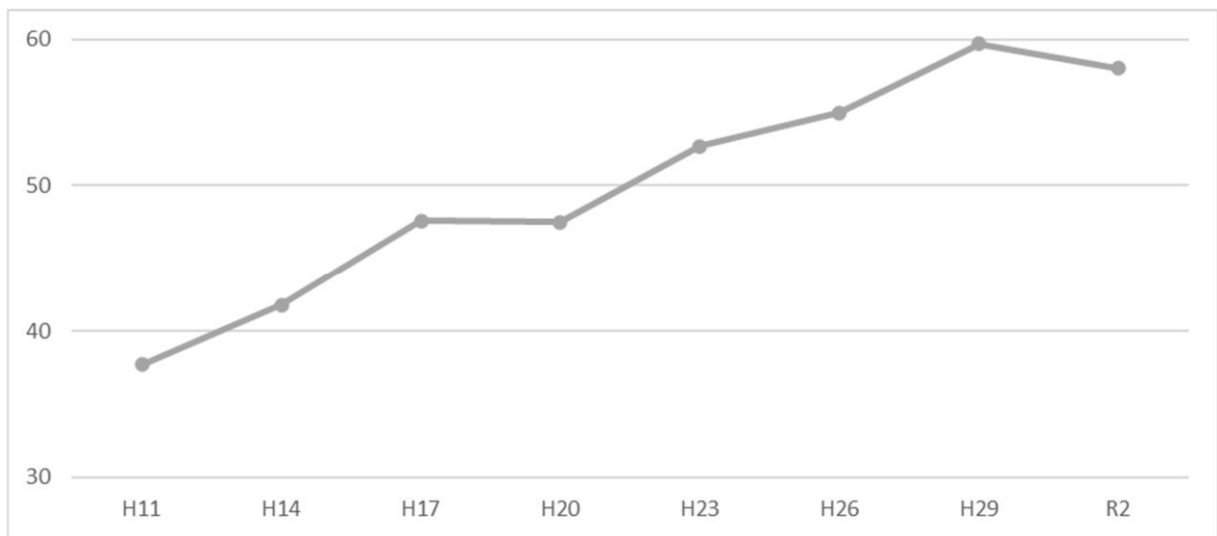
心不全患者の年齢構成別受療率は図表4-1-1-2のとおりであり、年齢とともに受療率は上昇し、特に75歳以上からは急激に受療率が上昇します。



図表 4-1-1-2 年齢構成別心不全受療率

資料：患者調査（厚生労働省）

図表 4-1-1-3 心不全推計患者数（全国）（千人）



資料：患者調査（厚生労働省）

また、高齢化の影響もあり日本全体の推計心不全患者数も年々増加しています。

心不全は様々な病気を原因として発症しますが、年齢と共に急激に受療率が増加します。高齢化率の更なる上昇、高齢者人口の増加が見込まれることから、今後、ますます患者が増加すると想定されています。

2 不整脈

(1) 不整脈の特徴

不整脈とは、心臓の拍動のリズムが不規則であったり、極端に頻度が高かったり少なかったりする状態を言います。心臓は刺激伝導系とよばれる電気の流れによって拍動が制御され、正常時には血液を一定のリズムで送り出しています。不整脈はその電気の流れや発生の異常によってもたらされます。心臓の拍動頻度が極端に少ない場合(心拍数がおおよそ50回/分以下)を徐脈、その逆に速くなる状態(おおよそ100回/分以上)を頻脈と呼びます。極端な徐脈や頻拍では、心臓が十分に血液を送り出すことができず、身体の働きを障害することがあります。

(2) 不整脈の危険因子

不整脈の危険因子はいくつかあります。不整脈は60歳以上になると増えてくることから、「加齢」は原因の一つです。また、不整脈の発生に大きく影響するのが心臓の病気です。例えば、①冠動脈が狭くなったり詰まったりすることで起こる心筋梗塞、②心臓の筋肉に異常があって心機能が低下する心筋症、③心臓のポンプ機能が低下する心不全、④心臓の中の弁に障害が起きて血液を送り出す機能に異常が生じる心臓弁膜症、などを患ったことがある人は特に注意が必要となります。

心臓の病気以外で特に危険因子として知られているものは、「高血圧」です。血圧が高くなると心臓の負担が増え、心臓が大きくなる心肥大になって不整脈が起こりやすくなります。また、COPD(慢性閉塞性肺疾患)など重い肺の病気や甲状腺の病気なども不整脈の一因となります。

そのほか、服用している薬が不整脈を引き起こす場合もあります。降圧薬や抗うつ薬の一部には、自律神経や心臓の電気の発生に影響する成分を含んでいるものがあるためです。また、頻脈の治療薬である抗不整脈薬が効きすぎて、結果的に必要以上に脈を遅くしてしまい徐脈を引き起こす場合もあります。

近年、生活習慣も不整脈の原因となることが明らかとなっており、注目されています。ストレスや睡眠不足、過労、喫煙、アルコールやコーヒーの摂り過ぎなどは、交感神経を刺激して電気の発生に異常を及ぼし、脈が乱れることがあります。また、肥満の人も不整脈が多いことで知られています。生活習慣病の管理は、不整脈の予防にとっても重要です。

(3) 不整脈の症状

期外収縮のように一拍だけ早いタイミングで心臓が収縮する不整脈では、脈がとぶ、一瞬だけドキッとす、胸が一瞬つまる感じがする、などの症状となります。これは気付かない方も多い問題のない不整脈のことがほとんどです。

一方、一定の間頻脈が続く心房細動、発作性上室性頻拍、心室頻拍などの不整脈では、ドキドキする、胸が苦しいなどの症状の頻度が高くなります。

また、極端な徐脈によって、数秒以上心臓の拍出が途絶えると、脳への血流が低下することによって、気を失う、目の前が暗くなる、めまいといった症状が発生します。極端な頻脈でも心臓の空打ちによって同様の症状が発生することがあります。

不整脈が長期間持続すると心臓の働きが悪くなる場合があります。その場合

には息切れやむくみといったいわゆる心不全の症状が発生します。

その他、胸の痛み、胸の圧迫感はさまざまな頻脈や期外収縮で発生することがあります。また、心室細動のような致死的不整脈では意識消失、ひいては心肺停止・突然死が最初の症状となります。

(4) 不整脈の治療

不整脈には、生命に危険を及ぼす重篤なものから身体に全く悪影響のないもの、動悸などの症状のため日常生活に差し支えるものから全く症状がないものまで様々です。これら様々な不整脈の治療法は、重症度や症状の程度によって決められます。

心臓自体に異常のない方に発生する上室期外収縮や心室期外収縮は、症状がなければ治療は必要ないことが多いです。ストレスや睡眠不足、過労、喫煙、アルコールやコーヒーなどが誘因になっている場合には、日常生活の改善のみで消失することもあります。命にかかわることのない比較的良性的な不整脈（発作性上室頻拍・心房細動・心房粗動・心房頻拍など）に対しては、発作を抑制するための薬物療法および非薬物療法としてカテーテルで不整脈源を焼灼する治療（経皮的カテーテル心筋焼灼術）があります。

薬物療法において、不整脈を抑制する薬を抗不整脈薬と呼び、抗不整脈薬は持続する不整脈を止めたり、不整脈の発生頻度を減らしたり、また不整脈時の心拍数を調整する目的で使われますが、心臓の収縮を弱くしたり、意図しない悪い不整脈を誘発したりすることもあるため、心臓の機能や状態、不整脈の種類や重症度、症状に応じて使い分けられます。

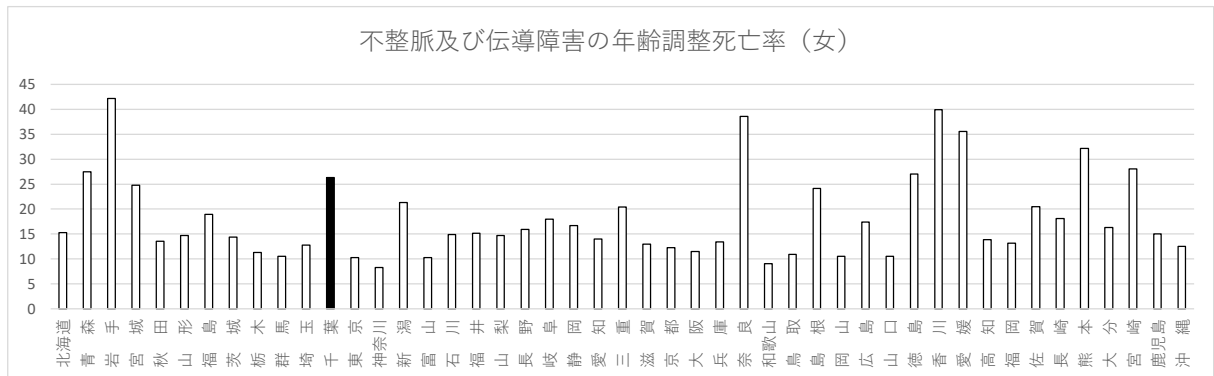
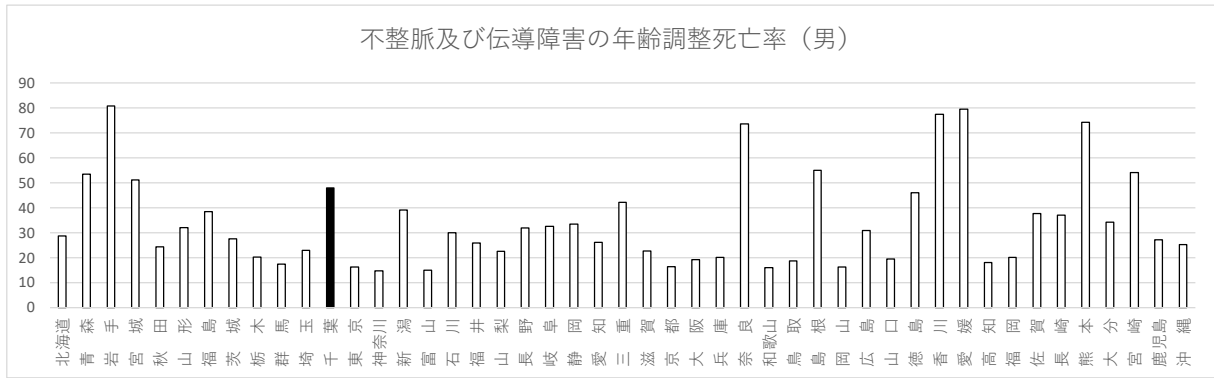
非薬物療法としての経皮的カテーテル心筋焼灼術（カテーテルアブレーション）は、不整脈の発生源や不整脈の回路をカテーテルで離断する方法です。心房細動、心房粗動、発作性上室性頻拍、心室頻拍、心室期外収縮など、多くの不整脈を治療することが可能です。また、心臓植え込み型電気デバイスを用いた治療もあります。心室頻拍や心室細動のような危険な不整脈が発生した患者の多くは再度発生した場合に命を落とすことがあるため、不整脈発生時に自動的に電気ショックを与え正常リズムを取り戻す装置である植え込み型除細動器による治療が必要となります。また、これまでそのような危険な不整脈がなくても、今後発生する可能性が高い方に対しても植え込み型除細動器の治療が行われることがあります。脈拍数が極端に遅くめまい・気を失うことがある場合や、今後その可能性が高い方にはペースメーカー治療が行われます。これら非薬物療法が必要かどうかは患者の症状や不整脈の種類や心臓の状態によって判断されます。

(5) 不整脈の患者数

令和2年患者調査によると、不整脈及び伝導障害の推計患者数は全国で4万8千人、県で2千人と推計されています。

全国的な死亡状況との比較では令和2年の人口動態統計特殊報告によると、千葉県の不整脈及び伝導障害の人口10万人対の年齢調整死亡率は男性47.9（全国29.5）で死亡率が低い順に全国第38位、女性26.3（全国16.1）で第39位となっています。

図表 4-1-2-1 不整脈及び伝導障害の年齢調整死亡率（男・女）



3 心臓弁膜症

(1) 心臓弁膜症の特徴

心臓は、拡張と収縮を繰り返すことで、体中に血液を循環させる、ポンプのような役割をしています。全身に酸素を届けたあとの血液（静脈血）は右心房から右心室へ戻り、肺動脈から肺に送られます。肺で酸素を受け取った血液（動脈血）は左心房から左心室へ送られ、大動脈を通過して全身をめぐる、酸素を届けます。

血液の流れを一方向に維持し、逆流を防止するために右心室と左心室の入り口と出口にはそれぞれ“弁”があります。右心室の入り口（右心房と右心室の間）の弁が「三尖弁」、右心室の出口（肺動脈との間）の弁が「肺動脈弁」です。また、左心室の入り口（左心房と左心室の間）にあるのが「僧帽弁」、左心室の出口（左心室と全身をめぐる大動脈の間）にあるのが「大動脈弁」です。

心臓弁は、血液が常に一方向に流れるように維持し、逆流を防止します。しかし、何らかの理由により、弁の機能に異常が起きてしまい、弁の開きが悪くなって血液の流れが悪くなる狭窄症や、正常に閉じなくなることで逆流を起こしてしまう閉鎖不全症などにより心臓のポンプ機能に様々な支障をきたす病気を心臓弁膜症といいます。

(2) 心臓弁膜症の危険因子

心臓弁膜症の原因として、加齢に伴う硬化・弁の変性のほか、先天的な異常やリウマチ熱、感染症等の別の疾患が原因となることもあります。近年、高齢化の進行とともに弁膜症が増えてきています。

(3) 心臓弁膜症の症状

心臓弁膜症は、軽度であれば患者本人が自覚できる症状はあらわれにくく、無症状のまま進行し、呼吸困難やむくみなどの心不全の状態となってから発見されることが多いため、様々な合併症や死亡リスクがあります。

(4) 心臓弁膜症の検査・診断

心臓弁膜症は、特徴的な心雑音を有するため、聴診でスクリーニングでき、ほとんどの場合は、侵襲を伴わない心エコー図検査（心臓の超音波検査）で診断をすることができます。

(5) 心臓弁膜症の治療

重度弁膜症の根本的治療には手術が必要です。心臓を止めて機能に異常がでている弁を修復する弁形成術や人工弁に取り換える弁置換術等の心臓を開く開心術のほか、開胸することなく心臓も止めずに、血管から心臓までカテーテルという管を挿入し治療するカテーテル治療があります。カテーテル治療は、患者さんの体への負担が少なく、入院期間が短いことが特長です。

最適な治療方法は患者さんの状態や病気の種類によって異なり、治療方法は、患者さんの年齢や全身状態、弁の形態などから総合的に判断されます。

4 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）

(1) 虚血性心疾患の特徴

心臓には、ポンプのように血液を全身に送り出して体内に酸素や栄養を運ぶ機能がありますが、心臓を十全に動かすためには心臓自体にもたくさんの血液が必要であり、心臓の各所へ血液を運ぶための血管を冠状動脈といいます。

この冠状動脈が動脈硬化や血栓などで狭くなり、血流の流れが悪くなることで心臓に必要な血液が行き渡っていない状態を虚血性心疾患といいます。虚血性心疾患には以下の2種類があります。

○ 狭心症

冠状動脈の動脈硬化による狭窄があることで、運動などで心臓の酸素・栄養の需要が増したときなどに、心臓に必要なだけの血液が供給されないことや、冠状動脈の攣縮（異常収縮）により一時的に血流が途絶することで発作が起こるもの狭心症といいます。

○ 心筋梗塞

動脈硬化のプラークの破裂に引き続く血栓形成により、冠状動脈が完全に詰まってしまい（閉塞）、閉塞した部位よりも先の心筋に血液が流れなくなり、心筋の壊死（死んでしまうこと）が起こり、その部位の心臓の動きが悪くなり、ポンプとしての力が落ちてしまうことを心筋梗塞といいます。

(2) 虚血性心疾患の危険因子

虚血性心疾患の多くは冠状動脈の動脈硬化を原因として発症します。動脈硬化は加齢、高血圧、喫煙、コレステロール、肥満、運動不足等がリスクファクターとされます。リスクファクターを減らす生活習慣が予防に重要となります。

(3) 虚血性心疾患の症状

虚血性心疾患の代表的な症状は、圧迫感、締め付け感などの胸痛です。

狭心症の初期症状は、労作時（階段をあげる、力仕事をする等）の胸痛（労作性狭心症）です。労作性狭心症発症3週以内、狭心症発作が増悪、安静にしても起こる狭心症は、不安定狭心症とされ、急性心筋梗塞になるリスクが高く、速やかに心血管疾患対応医療機関にて治療を受ける必要があります。

急性心筋梗塞では、激しい胸の痛みが30分以上続きます。胸痛の性状は狭心症と類似しますが、胸痛の程度が強く、長時間続き、呼吸困難、失神、嘔吐、冷汗などをともなう場合があります。

(4) 虚血性心疾患の治療

狭心症の治療には、薬物療法、経皮的冠動脈インターベンション（冠状動脈にカテーテルという細い管を挿入し治療する方法）、冠動脈バイパス術があります。急性心筋梗塞では、閉塞した冠動脈より先の心筋が壊死するために、出来るだけ早く冠状動脈の血流を再開させ、影響を最小限に留めることが重要です。このために出来るだけ早く経皮的冠動脈インターベンションを受けることが重要になります。

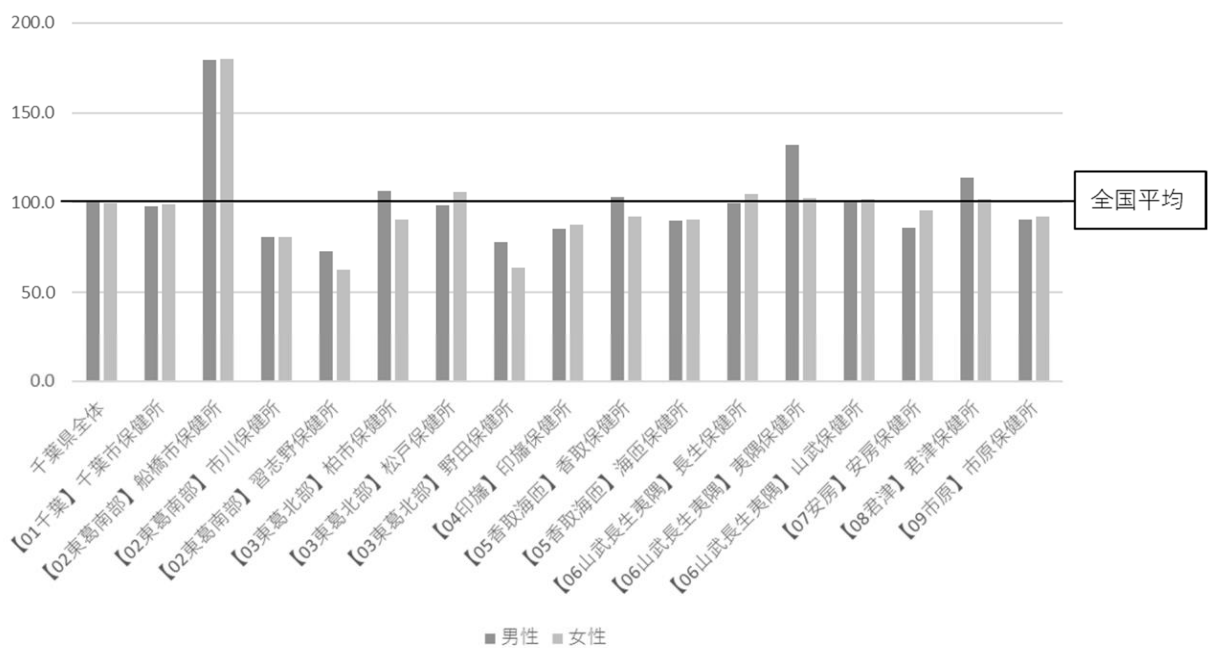
(5) 虚血性心疾患の患者数

令和2年患者調査によると、虚血性心疾患の推計患者数は、全国で6万5千人、県で3千人と推計されています。

人口動態統計特殊報告（平成25年～平成29年）によると千葉県虚血性心疾患の標準化死亡比（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性101.5、女性99.7であり、全国平均と近い値となっています。

急性心筋梗塞においては地域別には市川保健所管内、習志野保健所管内、野田保健所管内の標準化死亡比が低く、船橋保健所管内で高い値になっています。

図表 4-1-4-1 急性心筋梗塞標準化死亡比（SMR）



資料：患者調査（厚生労働省）

5 大動脈緊急症（急性大動脈解離、大動脈瘤（りゅう）破裂）

(1) 大動脈緊急症の特徴

大動脈は心臓から全身に血液を送り出す動脈の本幹で人体の中で最も太い血管であり、何らかの原因で大動脈に異常が生じて血管が裂けたり（解離）、破裂することを大動脈緊急症といいます。大動脈緊急症は急性期の死亡率が非常に高い病気であり、例えば急性大動脈解離は心臓に近い部位（上行大動脈）に起こった場合には48時間以内に、約半数の人が命を落とすと言われており、前触れもなく突然発症することから血管病の中でも特に注意が必要な病気の一つです。

大動脈緊急症は主に以下の2種類があります。

○ 急性大動脈解離

大動脈は一番内側で血液に接する「内膜」、平滑筋からできた「中膜」、一番外側の「外膜」の三層からなり、何らかの原因で内膜に裂け目ができ、内膜と中膜の中に血液が入り込んで大動脈の血管の壁が裂ける（解離する）ことを大動脈解離といいます。大動脈解離はほとんどの場合、何の前触れもなく、突然、胸や背中の激痛とともに起こり、急速に危険な状態に陥るため、速やかに心臓血管外科急性期対応医療機関にて治療を受ける必要があります。

○ 大動脈瘤^{りゅう}破裂

大動脈が局所的に嚢状に膨らんだものや、直径が正常な太さの1.5倍以上に膨らんだものを大動脈瘤^{りゅう}といいます。大動脈瘤^{りゅう}は破裂しない限り自覚症状が無いまま大きくなる場合が多く、突然に破裂して急速に危険な状態に陥るため、速やかに心臓血管外科急性期対応医療機関にて治療を受ける必要があります。

(2) 大動脈緊急症の危険因子

大動脈緊急症の原因ともなる大動脈瘤^{りゅう}は動脈硬化を原因として発症することが多いため、動脈硬化を防ぐ取組が重要となります。動脈硬化は加齢や高血圧、喫煙、糖尿病、脂質異常症、肥満、運動不足等の危険因子が重なることで発症リスクが高まることから生活習慣の改善が重要になります。大動脈解離には高血圧や身体的、精神的ストレスが関与するとされています。また、家族内発症する遺伝性大動脈疾患では比較的若年で発症する可能性があります。

(3) 大動脈緊急症の症状

大動脈解離の代表的な症状としては前触れもなく突然、胸や背中に激痛が起こり、解離の進展につれて痛みが胸から腹、さらに脚へと移っていくのが特徴です。また、裂けた箇所や病状の進展によって様々な併発症状を引き起こし血流障害によって脳、心臓、腎臓などの重要臓器に壊死を起こし死に至ることもあります。

大動脈瘤^{りゅう}破裂では、胸痛、背部痛とともに、低血圧、ショックとなります。

(4) 大動脈緊急症の治療

大動脈緊急症は大動脈瘤^{りゅう}や解離の生じた場所や併発症により危険度や治療方法が変わります。

大動脈瘤^{りゅう}破裂や大動脈解離が心臓や脳に近い部位（上行～弓部大動脈）に生じた場合は大動脈を人工血管と入れ替える人工血管置換術という外科手術を行うことが一般的です。

開胸して、病変部位を修復するので身体への負担が高い手術となります。

大動脈解離や大動脈瘤^{りゅう}破裂が心臓や脳から離れた部位に生じた場合は血管にカテーテルを挿入するステンドグラフト治療という治療法が可能な場合もあり、これは比較的、身体への負担が少ない方法です。

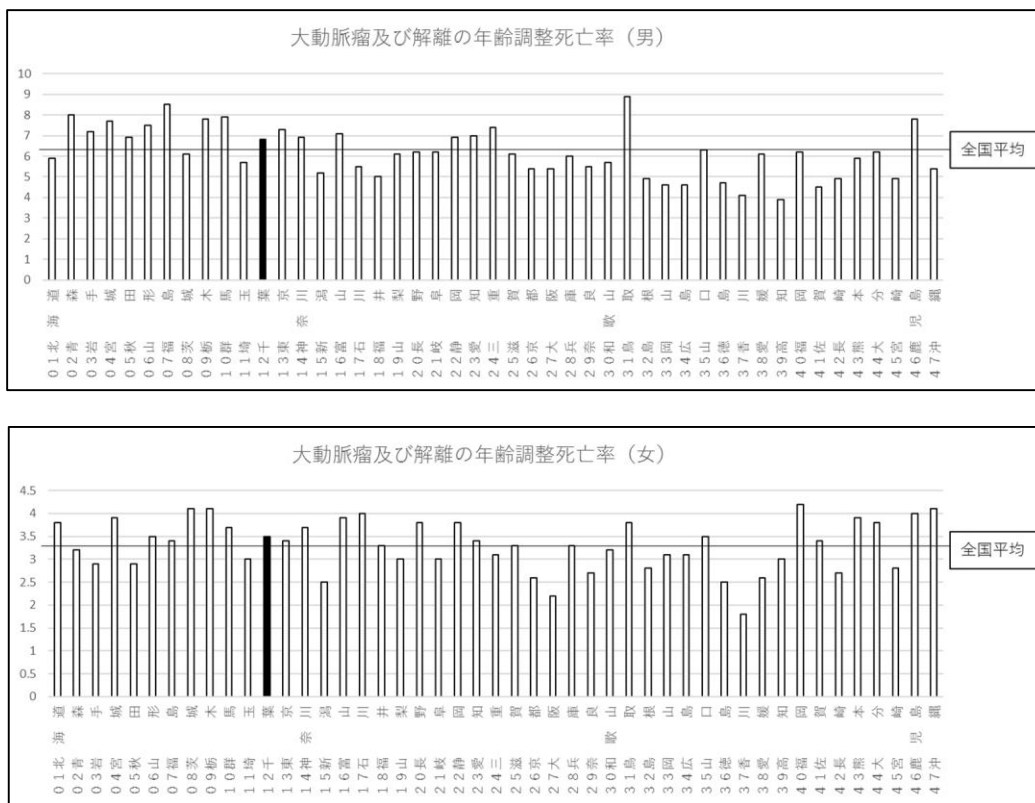
(5) 大動脈緊急症の患者数

令和2年患者調査によると、大動脈瘤及び解離の推計患者数は全国で9千人、県で4百人と推計されています。

令和4年の国の人口動態統計によると全国の大動脈緊急症による死亡は年間19,987人（総死亡の1.3%）であり、10年間で約26%の増加となっています。

全国的な死亡状況との比較では令和2年の人口動態統計特殊報告によると、千葉県の大動脈瘤^{りゅう}及び解離の人口10万人対の年齢調整死亡率は男性18.4（全国17.3）で死亡率が低い順に全国第33位、女性9.2（全国10.5）で第13位となっています。

図表 4-1-5-1 大動脈瘤^{りゅう}及び解離の年齢調整死亡率（男・女）



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

6 末梢（まっしょう）動脈疾患

(1) 末梢動脈疾患の特徴

下肢などの血管の内腔が細くなったり、詰まったりして、血液の流れが悪くなり、様々な症状を引き起こす病気を末梢動脈疾患といいます。末梢動脈疾患には下肢の血管の動脈硬化が進むことで症状が現れる「下肢閉塞性動脈硬化症」や、末梢動脈に炎症が起こり狭窄・閉塞が発生することによって症状が現れる「バージャー病」等の血管炎があります。

(2) 末梢動脈疾患の危険因子

「閉塞性動脈硬化症」は主に下肢の動脈硬化が原因となり、50歳以上の男性に多く発症します。動脈硬化は加齢、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、運動不足、喫煙等の生活習慣・生活習慣病が重なることで発症リスクが高まります。

「バージャー病」の発症には、喫煙が強く関与しており、50歳以下の喫煙歴のある男性に多く発症し、予防や症状の改善には禁煙が重要になります。

(3) 末梢動脈疾患の症状

初期の症状としては、間歇性跛行（一定距離を歩行した際に足に痛みやしびれ、疲労感が生じ、休息すれば症状が消失する）が現れます。末梢動脈疾患の症状が進行すると、痛みなく歩行ができる距離が短くなるほか、安静時にも痛みが持続し、足趾（足の指）の傷が治りにくくなったり、壊死に至ることもあります。

(4) 末梢動脈疾患の治療

末梢動脈疾患の治療には、症状がある場合には必要に応じて、薬物療法や狭窄部位を広げる「カテーテル治療」、詰まった部位を迂回して血液を流す「バイパス手術」等が実施されます。

閉塞性動脈硬化症を発症した患者の多くは動脈硬化をきたす危険因子が重複しており、全身的な動脈硬化を伴っている危険性が高まります。そのため、単純に足の痛み等の機能障害の治療を行うだけではなく、心臓や血管疾患の予兆としてとらえ、動脈硬化を起こす要因となる喫煙、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの治療を行っていくことが重要です。また、禁煙、運動、体重管理を心がけることも重要になります。

7 先天性心疾患

(1) 先天性心疾患の特徴

生まれつき心臓やその周りの血管に異常がある病気を総称して先天性心疾患といいます。先天性心疾患の多くは環境要因など、様々な要因が影響しあって起こるため、原因は不明の場合が多く、産まれてくる子供のおよそ100人に1人は心臓に何らかの異常があるといわれています。

小児期の心臓血管外科治療が行われる様になる以前は、先天性心疾患をもつ小児が成人になれる割合は50%以下と少ない状況でしたが、小児期の治療技術の向上により、乳児期を過ぎた先天性心疾患児の90%以上は成人を迎えることができるようになってきました。

また、先天性心疾患の手術の多くは、修復手術であるため病気を完全に治すことはできず、原因となっている病気により様々な術後の後遺症を伴うことが多くなっています。

また、成人後も病気の進行や加齢の影響を受け、内科治療や再手術を必要とする場合も少なくありません。そのため、成人後も定期的な経過観察等が必要であり、生涯にわたって逸脱することなく治療を継続するためには、特に小児から成人へ移行する過程での「移行期医療」が重要となります。

(2) 先天性心疾患の症状及び治療

先天性心疾患とは様々な病気を総称しています。原因となっている病気により症状は多様であり、「心臓機能の悪化」、「不整脈」、「心不全」、「突然死」、「冠動脈異常」等の合併症を起こすリスクも高いため、生涯を通じて定期的な診察や治療が必要となります。

また、先天性心疾患の治療は、治療の必要がないものから難治性のものまで幅広く、原因によって大きく異なりますが、それぞれの疾患や重症度にあわせて薬物療法、血管内治療、外科手術など様々な方法を行います。

(3) 移行期医療について

先天性心疾患患者で、成人している患者を「成人先天性心疾患患者」といいます。

移行期医療には、小児患者から成人患者としての自立（自律）と成人期医療体制への転科が含まれます。

自立（自律）とは、疾患を理解し、自ら適切な健康管理を行うスキルを身につけることで、適切な医療や制度を活用していく必要があります。そのための移行期支援として、年齢に応じた疾患の理解、医療的管理の重要性、活用できる医療費支援制度、就労支援など様々な面からの支援が必要になります。

成人期診療体制への転科とは、小児診療科から成人診療科に切り替わることで、医療体制の整備と患者本人の理解が必要になります。医療体制については、小児診療科が継続して診療する場合、成人診療科に転科する場合と、両方で併診する場合など、地域や施設によって違いがあります。このふたつの課題を克服することで、適切な移行期医療支援が可能となります。

厚生労働省により都道府県における移行期医療支援体制の構築に係るガイドラインが作成され、千葉県では千葉大学に移行期医療支援センターを設置し

ています。支援センターの活用や連携により、千葉県内での移行期支援を充実させることが必要となります。

(4) 先天性心疾患の患者数

全国の1967年時点での先天性心疾患患者は小児約16万人、成人約5万3千人でしたが、1997年には小児患者数30万4千人、成人患者数31万8千人とほぼ同数となりました。2007年には、成人患者数は約40万9千人となり、現在は50万人を超えると推計されています。

図表 4-1-7-1 日本の成人先天性心疾患患者数

日本の人口	1億2,760万人 (2012年)
生産児	103万人 (2012年)
先天性心疾患の生産児に占める頻度	1%
先天性心疾患生産児	1万300人/年
約95%が成人となる	9,780人/年
成人先天性心疾患患者数	約45万人
中等度以上の疾患重症度の割合	32%
成人先天性心疾患患者増加率	4~5%/年

資料：成人先天性心疾患診療ガイドライン（2017年改訂版）を基に千葉県にて作成

第2節 急性期（搬送）

○ 中間目標【取組の方針】

- 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。
- 重症患者の搬送先が明確化されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
心血管疾患の初期症状の認知割合 （救急要請が必要な各症状について全ての項目で「救急車を呼ぼうと思う」と回答した者の割合）	32.3% （令和5年）	増加 （令和11年）
心血管疾患に係る現場活動時間 （現場到着～現場出発）	22.1分 （令和3年）	短縮 （令和11年）
心血管疾患に係る平均搬送時間 （現場出発～医療機関到着）	15.0分 （令和3年）	短縮 （令和11年）

1 救急搬送に関すること

(1) 施策の現状・課題

心血管疾患の中でも虚血性心疾患、大動脈緊急症、急性心不全等は急激に発症し、発症後、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多いため、1分でも早く治療を開始することが救命率を改善し、良好な予後を得るために重要とされています。

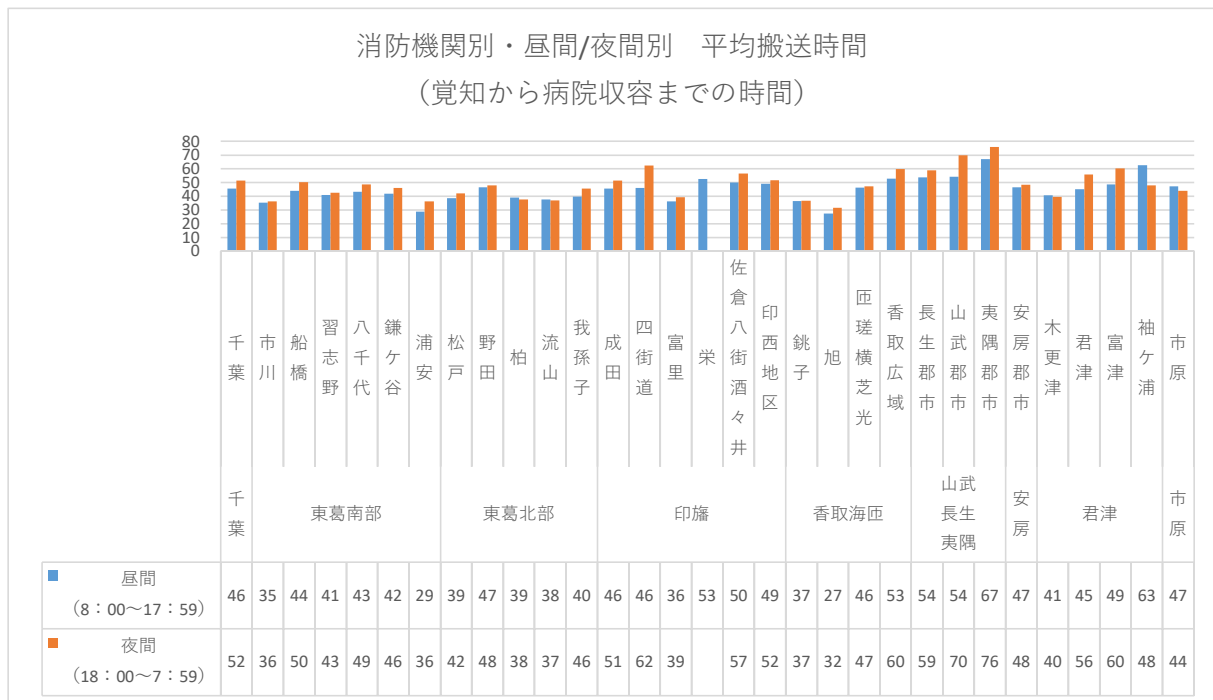
特に、虚血性心疾患や大動脈緊急症については、発症してしまうと時間が経つほどに心臓の壊死が広がったりする等、治療開始までに症状が悪化してしまう他、急性心筋梗塞がおきた場合において心臓のダメージを少なくすることができる再灌流^{かん}までの時間は12時間と言われており、一刻も早い救急搬送がますます重要になっています。

[心血管疾患傷病者の救急搬送状況]

県が実施した「救急搬送実態調査（令和3年度）」によれば、千葉県内の心血管疾患傷病者を搬送する際の搬送時間（覚知から病院収容まで、転送事案を除く）の平均は46.7分であり、エリアにより大きな差がみられ、平均で最大22.2分の開きがありました。

特に、山武長生夷隅地域、印旛地域、千葉地域の搬送時間は他地域よりも長くなっています。

図表 4-2-1-1 心血管疾患傷病者の救急搬送状況



上段：消防機関

中段：消防機関の所在地（二次医療圏）

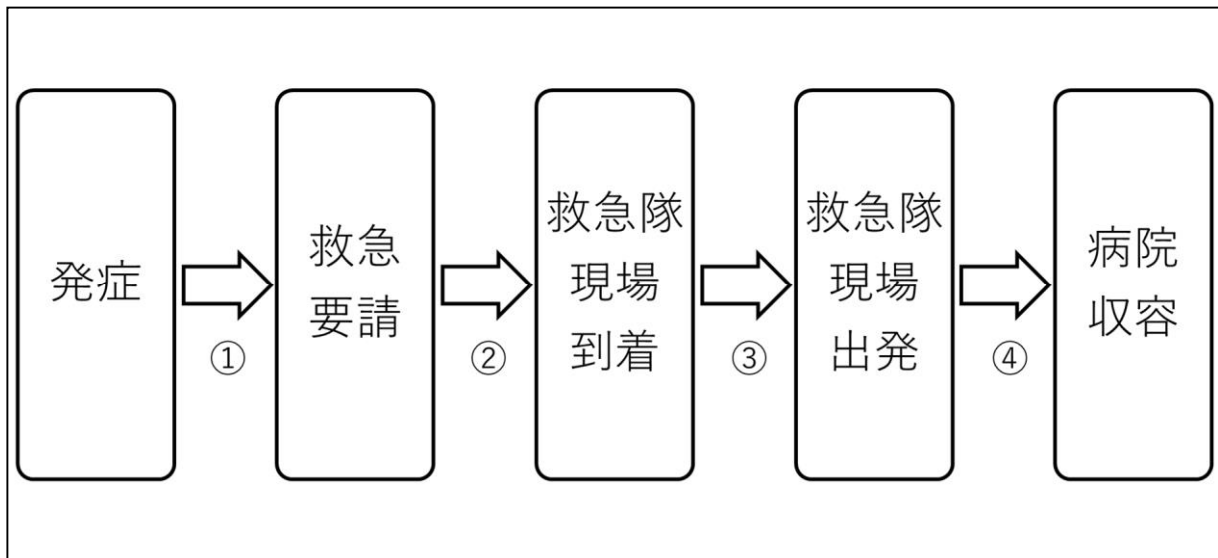
下段：平均搬送時間（分）

※栄町の夜間については、調査対象期間中に該当する事例がありませんでした。

資料：令和3年度救急搬送実態調査（千葉県）

発症してから病院に収容されるまでには以下の段階を踏むことになります。
 施策の検討に当たっては、それぞれの段階ごとに現在の状況を把握し、改善の余地があるか検討する必要があります。

図表 4-2-1-2 搬送の分類



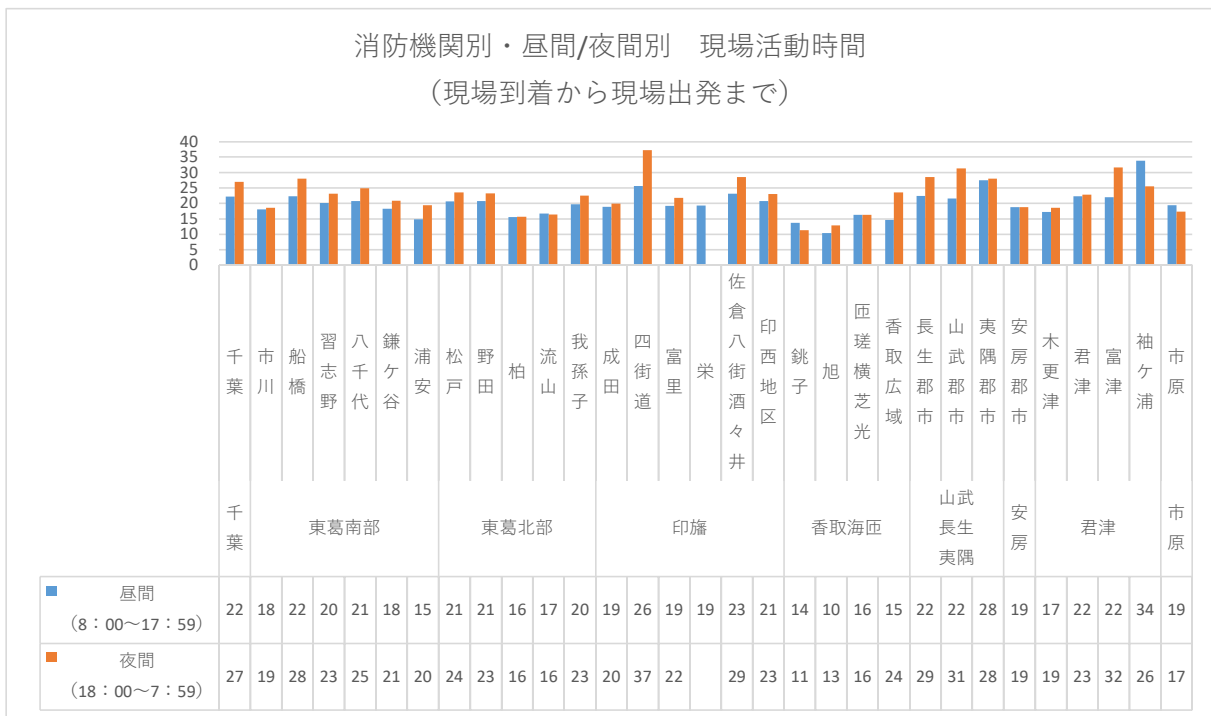
- ① 救急要請時間（発症から救急要請まで）
心血管疾患を発症した場合は傷病者及び発見者が速やかに心血管疾患の可能性があると認識し、救急要請することが重要です。
- ② 現場到着所要時間（救急要請から現場到着まで）
救急要請から現場到着までの時間は主に最寄りの消防署から現場までの距離に比例すると想定されます。千葉県における現場到着所要時間は平均10.0分（全国平均9.4分）であり、都道府県平均や、県内の各地域の平均をみても大きな差はない状況にあります。

③ 現場活動時間（現場到着から現場出発まで）

現場において、救急隊は主に傷病者の観察や応急処置及び搬送先医療機関の選定を行います。

千葉県における心血管疾患に係る現場活動時間（転送事案を除く）は平均22.1分です。地域別に確認すると安房地域（13.1分）、香取海匝地域（16.1分）、市原地域（18.5分）が短く、印旛地域（24.3分）、千葉地域（25.0分）、山武長生夷隅地域（26.5分）が長い傾向にありました。

図表 4-2-1-3 心血管疾患傷病者に係る現場活動の地域状況



上段：消防機関

中段：消防機関の所在地（二次医療圏）

下段：平均搬送時間（分）

※栄町の夜間については、調査対象期間中に該当する事例がありませんでした。

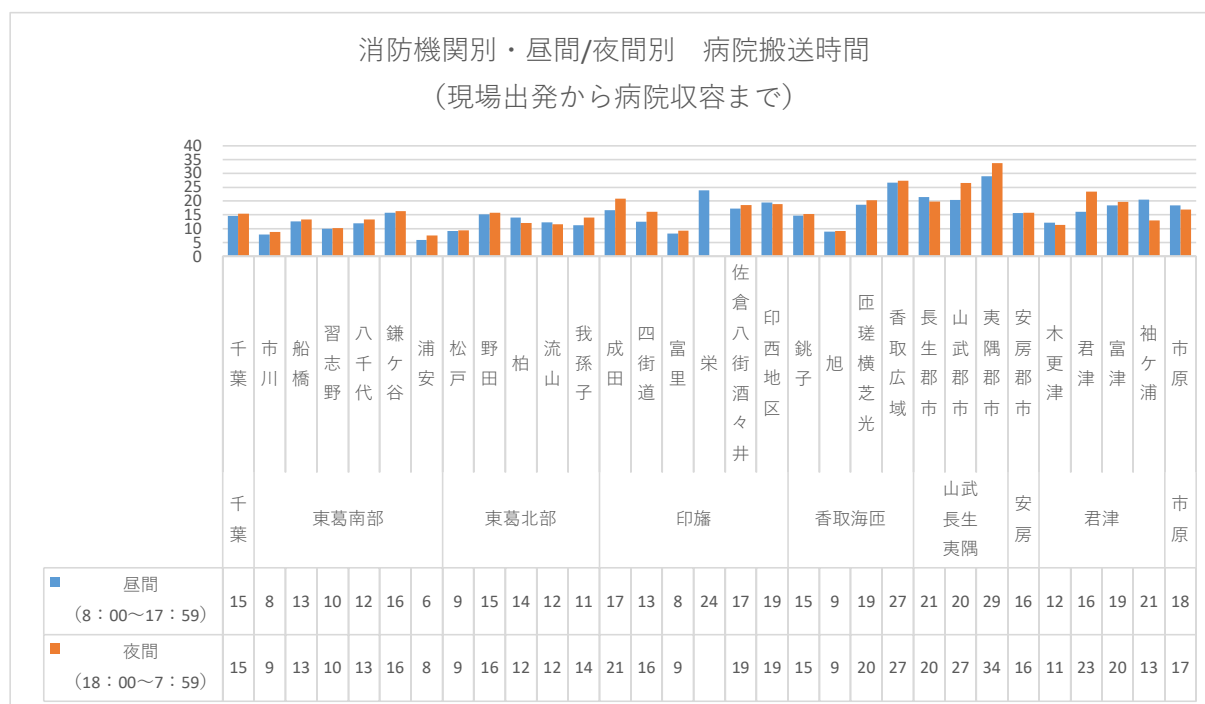
資料：令和3年度救急搬送実態調査（千葉県）

④ 病院搬送時間（現場出発から病院収容まで）

現場出発から病院収容までの時間は、主に現場から搬送先病院までの距離に比例すると想定されます。

千葉県における心血管疾患に係る病院搬送時間（転送事案を除く）は平均15.0分です。地域別に確認すると東葛北部地域（11.7分）、東葛南部地域（11.7分）、千葉地域（15.1分）が短く、市原地域（17.7分）、香取海匝地域（19.0分）、山武長生夷隅地域（24.5分）が長い傾向にありました。

図表 4-2-1-4 心血管疾患傷病者に係る病院搬送時間の地域状況



上段：消防機関
 中段：消防機関の所在地（二次医療圏）
 下段：平均搬送時間（分）

※栄町の夜間については、調査対象期間中に該当する事例がありませんでした。

資料：令和3年度救急搬送実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 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け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。

○ 現場活動時間の短縮

現場活動時間の短縮のためには、心血管疾患傷病者における緊急度・重症

度・症状・必要な処置などについて、各地域メディカルコントロール協議会の実践等を踏まえ、千葉県救急業務高度化推進協議会で集約・共有します。このことなどにより、適切な医療機関の選定にかかる時間を短縮する取組を進めます。

また、医療機関における対応可能状況を救急隊と医療機関でリアルタイムに共有し、搬送先の選定及び収容依頼に要する時間を短縮する取組を進めます。

○ 病院搬送時間の短縮

現場から搬送先の医療機関までの距離や搬送時間を把握するためのシステムを構築し、現場到着時に対応可能な医療機関のうち最も近い距離に搬送することが可能となるよう取組を進めていきます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
心血管疾患における搬送困難事例の割合	14.6% （令和3年）	減少 （令和11年）

2 県民啓発に関すること

(1) 施策の現状・課題

以下の症状が現れた場合には、心血管疾患を患っている可能性があることから、症状が現れた場合には、近隣の専門医療機関を受診することが大切です。

- ① 体重が急激に増加（食べ過ぎてもいないのに数日で2kg以上の増加）
- ② 息苦しさ
- ③ 足のむくみ
- ④ 横になると苦しい。
- ⑤ 冷や汗がでて苦しい。
- ⑥ 心臓の脈が乱れていて気を失いそうになる。
- ⑦ 胸の痛み

また、心血管疾患のうち急を要する心臓病が発生した場合には、以下の症状が現れやすいとされており、速やかな救急要請が重要になります。

- ① 起坐呼吸（横になると呼吸が苦しく座っている方が呼吸が楽になる。）
- ② 胸痛・背部痛（胸や背中に強い痛みがある。）
- ③ ショック徴候（意識障害、冷汗、四肢冷感、末梢性チアノーゼ）
- ④ 失神

県が実施した「循環器病対策実態調査（令和3年度）」によると、上記の各症状について、「あなた（又はあなたの家族）に仮に症状が出た場合に医療機関を受診しようと思う割合」は約25%から約75%でした。

また、「救急車を呼ぼうとする割合」は約51%から約76%でした。

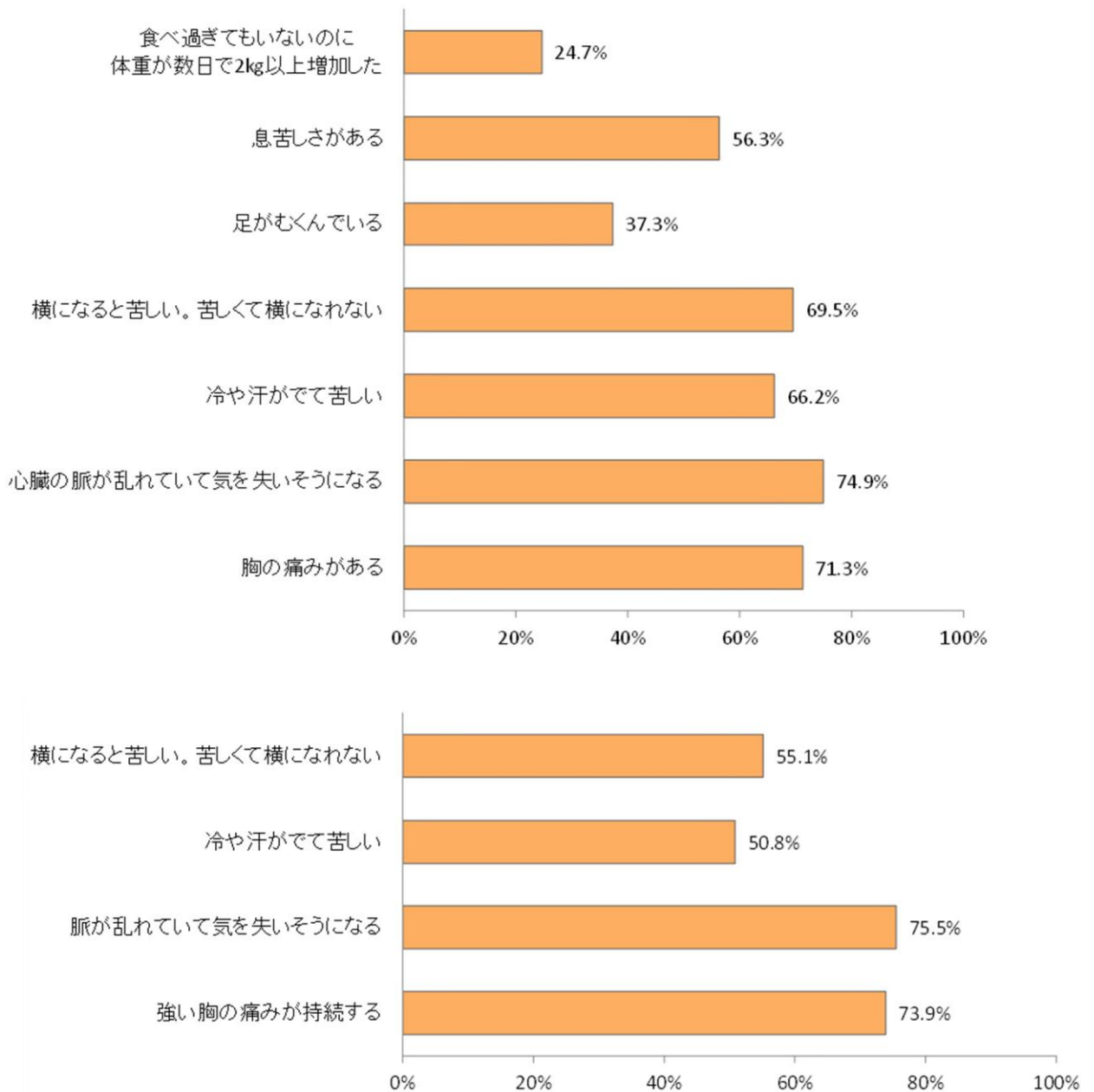
特に、「食べ過ぎてもいないのに体重が数日で2kg以上増加した」や「足がむくんでいる」については、異常の確認の難しさもあり、認知度が低くなっていると思われれます。

【AED】

急性心筋梗塞などの心臓の異常により、心臓が止まるような不整脈が生じた場合には、第一発見者など、市民による一次救命処置（BLS）が重要です。それとともに、不整脈を正常に戻すために心臓に電流を流す「除細動」を早く行うことが救命に肝要であり、これを行うのがAEDです。

これを踏まえ、本県では、千葉県AED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の使用率はいまだ低い状況にあります。

図表 4-2-2-1 心疾患が疑われる症状が出た場合に「医療機関を受診しようと思う」と回答した者の割合及び「救急車を呼ぼうと思う」と回答した者の割合



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 県民啓発について

心血管疾患の初期症状のうち、一般県民でも判断しやすい項目について普及啓発をすすめます。また、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を行います。

○ 学校での救命講習について

県立中学校及び県立高等学校において率先してAED使用等の知識及び技能の習得機会の確保に取り組むとともに、市町村立学校、私立学校等においてもその促進を働きかけます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
救命講習等受講者数	7.9万人 （令和3年）	13万人 （令和8年）

第3節 急性期（治療）

○ 中間目標【取組の方針】

- 専門的な治療を提供する医療体制が構築されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数	3,024件 (令和3年度)	(モニタリング指標)
うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数	1,671件 (令和3年度)	(モニタリング指標)
大動脈疾患患者に対する手術件数 (千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・香取海匝・安房・君津・市原医療圏) ※他の医療圏については、実施している算定件数が10未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	904件 (令和3年度)	(モニタリング指標)

1 急性期治療に関すること

(1) 施策の現状・課題

- 急性期治療について

心血管疾患のなかでも急激に発症し生命に係る重大な事態に陥るため、早急な治療が必要な病気として、大動脈緊急症、急性心筋梗塞、急性心不全等があります。疾患によって治療方法や対応可能な医療機関は違いますが、発症してから治療を開始するまでの時間を短くするほど治療の効果が大きくなり、予後を改善する可能性が高まります。

急性期における心血管疾患を発症している患者への治療は主に以下の3種類があります。

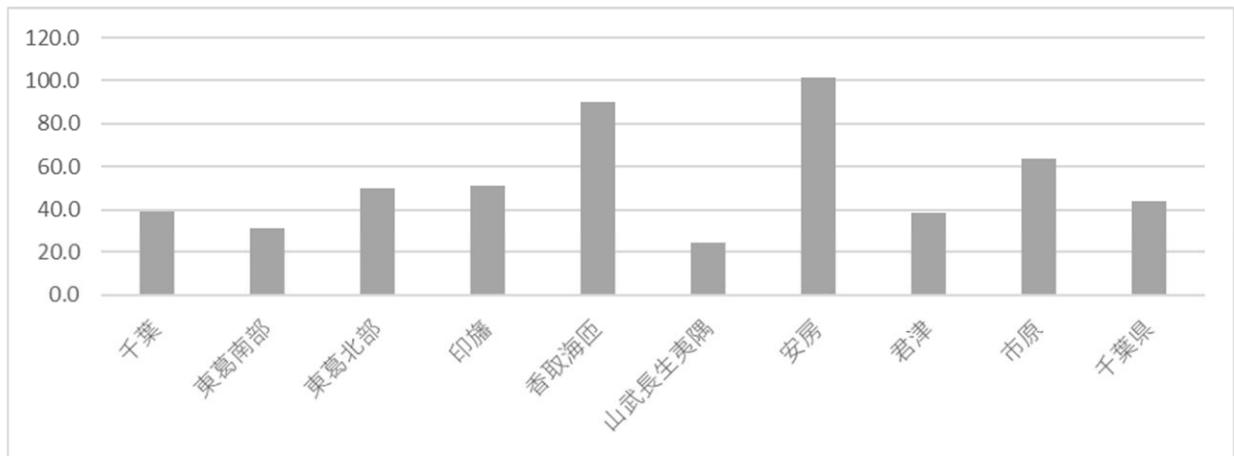
- ・ 内科的治療：急性心不全時に、利尿薬、血管拡張薬等の薬物投与の他、急性心筋梗塞時に血栓（血管の詰まり）を取り除くための薬物投与（通常、下記のカテーテル治療が優先されます）が実施されます。
- ・ 血管内治療：急性心筋梗塞時に、手首や足の付け根や太ももの血管等からカテーテル（細い管）を血管内に挿入し、詰まっている心臓の血管の血流を再開するPCI（経皮的冠動脈インターベンション）治療等の他、大動脈緊急症時に血管内部から動脈瘤^{りゅう}の破裂を予防するステントグラフト内挿術等が行われます。

- 外科治療：急性心筋梗塞の合併症である心破裂、心室中隔穿孔^{せん}、急性僧帽弁閉鎖不全症などが出現した場合、また大動脈緊急症（急性大動脈解離や大動脈破裂等）の場合に、開胸や開腹を行い、直接病変に対する外科治療を行います。心臓外科手術で緊急手術が必要な場合には、命の危険が大きい場合が多く、高侵襲（体に負担が大きい）な場合もあります。

なお、厚生労働省では、循環器病の治療の均てん化等を進めるため、デジタル技術を利用した有効な診療体制の確立について調査・研究をしているところであり、この状況を注視していく必要があります。

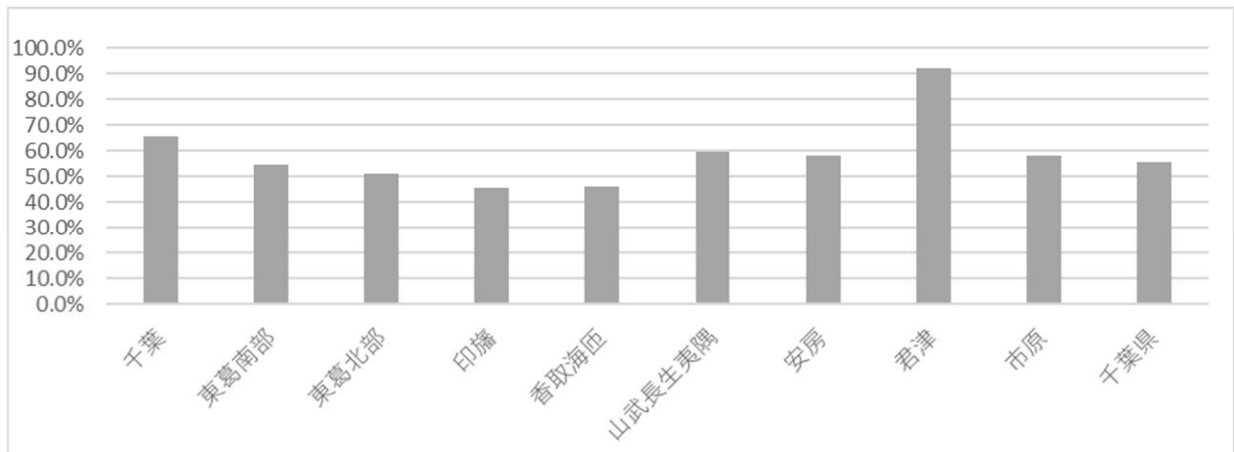
○ 治療実績

図表 4-3-1-1 二次医療圏別心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数（10万人対レセプト件数）



図表：医療計画作成支援データブック（厚生労働省）

図表 4-3-1-2 急性心筋梗塞患者の来院後90分以内の冠動脈再開率



図表：医療計画作成支援データブック（厚生労働省）

○ 医師の確保に関すること

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595人となっています。（詳細は「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」の表を参照）

実態調査によると、心血管疾患治療を提供している病院の内、急性期病棟の医師の確保が課題と答えた病院が61.8%、回復期病棟の医師の確保が課題と答えた病院が19.2%、その他の医師の確保が課題と答えた病院が14.7%となっており、とりわけ、急性期病棟の医師の確保が大きな課題となっています。

(2) 施策の具体的展開

- 効率的な専門医療体制の構築
県は、医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化を推進し、限られた医療資源であっても、効率的で質の高い心血管疾患に係る急性期医療提供体制の確保に努めます。
- 専門的な治療を提供する医療体制の構築
特に、大動脈緊急症の治療を始めとした心臓血管外科手術に当たっては専門的な心臓血管外科医による治療が必要になるため、県内医療機関全体で役割分担の明確化や相互連携体制の整備が促進されるよう協議を行っていきます。
- 医療従事者の確保・定着
医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
<p>心筋梗塞に対する冠動脈再開通を実施した医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・香取海匝・市原医療圏）</p> <p>※他の医療圏については、実施している医療機関数が3か所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表</p>	<p>39機関 （令和3年度）</p>	<p>（モニタリング指標）</p>
<p>うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通を実施した医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・香取海匝・市原医療圏）</p> <p>※他の医療圏については、実施している医療機関数が3か所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表</p>	<p>38機関 （令和3年度）</p>	<p>（モニタリング指標）</p>
<p>大動脈疾患患者に対する手術を実施した医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛医療圏）</p> <p>※他の医療圏については、実施している医療機関数が3か所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表</p>	<p>28機関 （令和3年度）</p>	<p>（モニタリング指標）</p>

第4節 リハビリテーション

○ 中間目標【取組の方針】

- 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。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	129,995件 (令和3年度)	(モニタリング指標)

1 心臓リハビリテーションについて

(1) 施策の現状・課題

- 心臓リハビリテーションとは

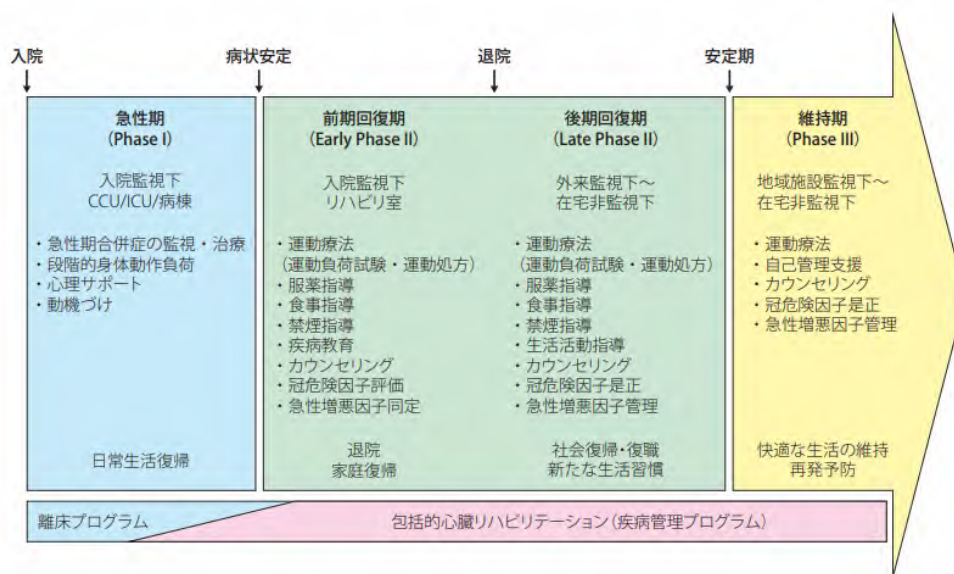
心臓リハビリテーションとは、『心血管疾患患者の身体的・心理的・社会的・職業的状态を改善し、基礎にある動脈硬化や心不全の病態の進行を抑制あるいは軽減し、再発・再入院・死亡を減少させ、快適で活動的な生活を実現することをめざして、個々の患者の「医学的評価・運動処方に基づく運動療法・冠危険因子是正・患者教育およびカウンセリング・最適薬物治療」を多職種チームが協調して実践する長期にわたる多面的・包括的プログラム』と定義されています。

心不全を始めとした各心血管疾患を発症した際には、発症後に心臓の機能が低下するほか、入院治療等で安静な生活を続けたことによって運動能力や体の調節の働きも低下していきます。更に心不全そのものが筋肉や心肺持久力の低下を引き起こすとされています。そのため、これらの改善のために食事や入浴、排泄等の身の回りの生活が安全に行えるようになるように入院中から運動療法などが行われます。

また、心不全は退院後も適切な管理を継続しなければ再発することが多く、日本全体の再入院率が退院後6ヵ月以内で27%、退院後1年以内では35%とも言われているため、生涯を通じて肥満、飲酒、喫煙等の危険因子を増やす生活習慣を是正し、自己の健康管理を続けていくことが重要となります。運動療法だけでなく、栄養、食事指導、生活指導、禁煙指導等の長期間に渡って様々な専門職が病期ごとに心疾患の管理のための患者支援を実施します。心臓リハビリテーションの主要要素としては、「再発防止・長期予後改善」、「生活の質（QOL）の向上」、「抑うつ改善」、「フレイル（虚弱）予防」、「運動耐容能（どれくらいの運動に耐えられるかの限界能力）の増加」などがあり、急性期の病院のみでは完結できないため、多職種の医療チームにより患者を支援する必要があります。

特に、心不全で何回も再入院を繰り返している方は息苦しさなどから活動量が低下する等の影響から、フレイルの状態になる危険性が高まりますが、心疾患をもった患者がフレイルになった場合は医学的な管理の中での専門的な心臓リハビリテーションが必要になります。

図表 4-4-1-1 疾病管理プログラムとしての心血管リハビリテーションの例



資料：日本循環器学会心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2021年改訂版）より引用

○ 各時期のリハビリテーションの内容

心臓リハビリテーションは、行われているリハ内容や時期によって「急性期」、「前後回復期」、「後期回復期」、「維持期」の4つの時期に分類されています。

入院中、急性期（入院早期）には日常生活への復帰を目的とした取組、前期回復期（入院後期から退院）には在宅復帰を目的とした取組が行われます。

退院後も後期回復期（退院～退院後1～3ヵ月頃まで）には外来受診にて新しい生活への順応や社会生活への復帰を目的とした取組、維持期（地域において生活する時期）には再発予防、快適な生活を送るための取組を実施します。

○ 急性期（入院早期）

急性期における心臓リハビリテーションは入院中の早期から実施され、疾患の治療の他に、ベッド上で生活していた人が徐々にベッドから離れて生活機能や範囲を拡大していく「離床プログラム」の他、患者本人が自ら病態を理解することで、その後の危険因子の管理を進めやすくし、今後の心臓リハビリテーションへの意欲を持たせる患者教育を実施します。

○ 前期回復期（入院後期から退院）

前期回復期における心臓リハビリテーションとして、退院や家庭復帰を目的として、運動器具を使用した有酸素運動やレジスタンストレーニング（低～中等度の負荷での筋力トレーニング）などの運動療法を実施する他に、生活全般、服薬、食事、禁煙、自身での疾病の管理、緊急時の対応などの退院指導を、家族を交えて実施します。

○ 後期回復期（退院～退院後1～3ヵ月頃まで）

後期回復期における心臓リハビリテーションとして、退院後の生活に身体を慣れさせることや危険因子の多い生活を改善し新しい生活習慣を獲得することを目的として、外来通院でのリハビリや在宅での運動療法を実施します。

また、再発予防のため、自己管理の重要性を患者や家族に説明し、治療目標と心臓リハビリテーションプログラムの内容についての共有や、身体活動量を把握し過剰活動や低活動であった場合に適切な活動量に是正するよう指導します。

○ 維持期（地域において生活する時期）

後期回復期における心臓リハビリテーションとして、主に再発予防を主眼において回復期までに得られた身体機能を維持するために、生涯にわたってリハビリテーションを継続できるように、地域での運動や生活習慣改善等の予防プログラムを生活の一部に取り込んで継続的に実施されるよう指導します。

(2) 施策の具体的展開

○ 心臓リハビリテーションの重要性に関する啓発

心臓リハビリテーションが必要な患者が生活状況や自分の状態を記録し、自分の病気に対する理解を深める他、心臓リハビリテーションの重要性について啓発活動を進めてまいります。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
心大血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）又は（Ⅱ）の届出医療機関数	52機関 （令和5年4月）	（モニタリング指標）
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	2機関 （令和4年）	（モニタリング指標）

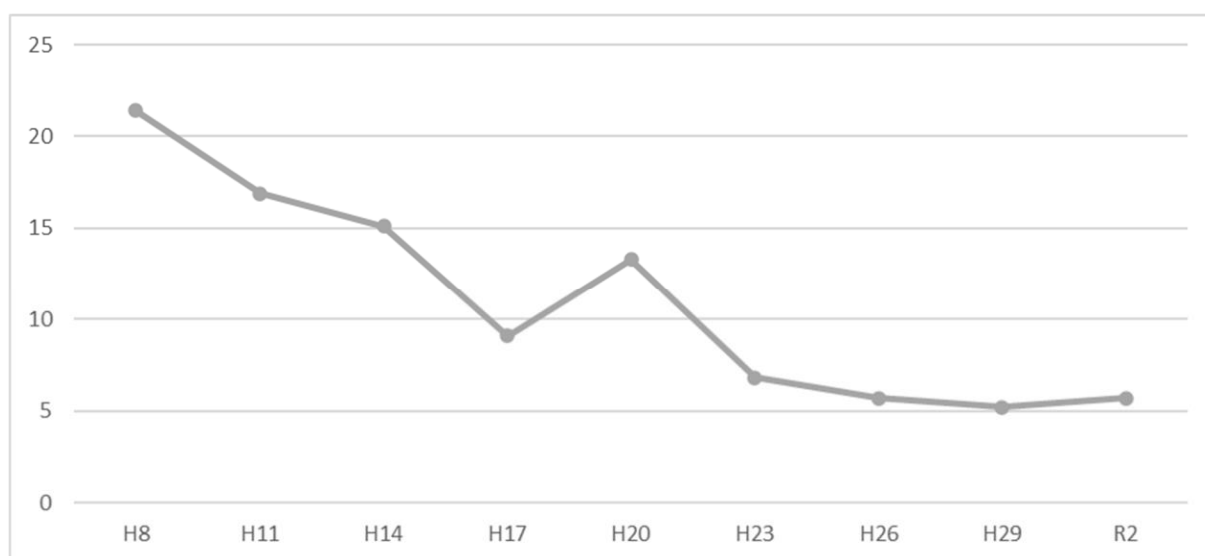
2 入院時心臓リハビリテーションの実施状況について

(1) 施策の現状・課題

心血管疾患の治療は心臓手術の進歩やCCU（心血管疾患を対象とした集中治療室）の普及、再灌流療法等により、発症した際の身体機能の回復が早くなり、千葉県^{かん}の虚血性心疾患の平均在院日数は平成8年の21.4日から平成29年の5.2日と減少の傾向にあります。

心血管疾患の身体機能の回復に必要な期間は脳卒中に比べ短い傾向にあるため、脳卒中の様に身体機能の回復を目的としたリハビリを専門とした病院（病棟）に転院はせず、必要な場合は最初入院した急性期病院（病棟）にて心臓リハビリテーションを受けて退院することが多い傾向にあります。

図表 4-4-2-1 虚血性心疾患患者の平均入院日数の推移



資料：患者調査（厚労省）

○ 入院中の心臓リハビリテーションの実施状況

関東信越厚生局への届出によると千葉県内において循環器内科を標榜している病院のうち心大血管リハビリテーション料の届出をしている医療機関は50機関（37.6%）ありました。

また、令和3年度の循環器病実態調査によると、千葉県内の心血管疾患関係診療科を標榜している病院において、心臓リハビリテーションを実施している病院は48.5%であり、その内、急性期治療を担っている病院において心臓リハビリテーションを実施している病院は80.6%、その他の病院において心臓リハビリテーションを実施している病院は12.9%です。

専門医の在籍状況と心臓リハビリテーションの実施状況の関連性を見ると、心臓カテーテル専門医が在籍している病院のうち、心臓リハビリテーションを実施している割合は80.0%と高くなっています。

急性心筋梗塞などの急性期治療を実施している病院においては、身体機能を回復させる必要があることから、心臓リハビリテーションの実施率が高いと思われます。

より質の高い心臓リハビリテーションの充実のためには、専門的な知識

を持った心臓リハビリテーション認定医やその他心臓リハビリテーションに関わる専門職（看護師や理学療法士等）が重要な役割を担いますが、心臓リハビリテーションを実施している病院のうち、心臓リハビリテーション認定医の在籍している割合は12.1%と低く、心臓リハビリテーション認定医数の増加が課題となります。

図表 4-4-2-2 二次医療圏別の循環器内科標榜医療機関数と心臓リハビリテーション届出数

	施設調査（心疾患）の調査対象となった施設数	心大血管リハビリテーション料届出あり（施設数）			心大血管リハビリテーション料届出割合	65歳以上人口10万人当たりの心リハ施設数
		合計	急性期一般	地域包括ケア病棟		
千葉	22	10	9	3	45.5%	4.0
東葛南部	36	11	11	3	30.6%	2.7
東葛北部	27	12	12	4	44.4%	3.2
印旛	18	6	4	1	33.3%	2.9
香取海匝	8	3	2	1	37.5%	3.2
山武長生夷隅	6	2	2	0	33.3%	1.4
安房	5	2	2	0	40.0%	4.0
君津	4	1	1	0	25.0%	1.0
市原	7	3	3	1	42.9%	3.8
県全体	133	50	46	13	37.6%	2.9

資料：関東信越厚生局届出
令和3年度循環器病対策実態調査

○ 心臓リハビリテーションの課題

急性期治療を担っているものの心臓リハビリテーションを実施していない病院に対して、実施しない理由を確認したところ、「施設基準に求められる緊急対応の確保が困難なため（57.1%）」、「対応できる人材がないため（専門職の不足）（42.9%）」「スタッフが少なく、実施している余裕がないため（人員不足）（42.9%）」といった理由が上位に上がりました。

その他の病院において心臓リハビリテーションを実施していない病院に対して実施しない理由を確認したところ、「対応できる人材がないため（専門職の不足）（81.5%）」という理由が他の質問と比べ多く、より需要の多い急性期治療を担っている病院に専門職が集まっているため、その他の病院では実施されていない現状があります。

(2) 施策の具体的展開

○ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備

患者の状態に応じて、様々な関係者がそれぞれの立場から心臓リハビリテーションを提供することができるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。

○ 専門職の確保

入院時心臓リハビリテーションの実施率の向上のためには心臓リハビリテーション認定医や心臓リハビリテーション指導士をはじめとした専門職員の確保が重要なため、医療施設従事者等の需要と供給の把握に努めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
<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（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・市原医療圏）</p> <p>※他の医療圏については、実施している医療機関数が3か所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表</p>	<p>37機関 （令和3年度）</p>	<p>（モニタリング指標）</p>

第5節 地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）

○ 中間目標【取組の方針】

- 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。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
入退院支援実施件数	148,726件 (令和4年度)	185,273件 (令和8年度)
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	11,289件 (令和3年度)	(モニタリング指標)

1 慢性心疾患について

(1) 施策の現状・課題

心臓は、拡張と収縮を繰り返すことで、体中に血液を循環させる、ポンプのような役割をしています。その心臓が不整脈や虚血性心疾患、弁膜症など何らかの原因で障害を受けてポンプ機能が十分に果たせなくなるものが心疾患です。

心疾患は基本的に治癒することはなく症状の寛解増悪を繰り返して次第に悪化していくことがよくあります。すなわち心疾患は一度起きてしまうとたとえ症状がなくとも完全に治癒することはないため長く付き合っていくことが必要となり、このような状態を慢性心疾患といいます。慢性心疾患の方は症状が悪化しないように、病態が悪化しないように努めることが大切です。

心臓リハビリテーションは慢性心疾患とうまく付き合っていくための重要なツールです。このリハビリにおいては再発予防のため回復した身体機能の維持を目的として生涯にわたってリハビリテーションを継続できるよう、自己管理（セルフコントロール）や定期的な外来受診について指導がなされますので、心臓リハビリテーションを継続する毎日の積み重ねが大切となります。

また心不全の再発予防を防ぎ身体機能を維持していく上では、患者やその家族が自己管理の重要性を理解し適切に実行する必要があります。

自己管理においては、血圧、体重や塩分の管理、患者の病態や病気に応じた栄養管理、服薬管理等、正しい知識に基づいて継続的に生活習慣を改善していくことが重要です。

(2) 施策の具体的展開

- 自己管理に係る啓発の推進

慢性心疾患をもつ患者が生活状況や自分の状態を記録することで、自分の病気に対する理解を深め、現在の状態の把握をする助けとなります。そのほかに、関係者間で患者の体調状況を共有できるよう、リーフレット等によ

る啓発を行います。

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）

(1) 施策の現状・課題

心血管疾患治療後の身体機能の低下等の状況によっては、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることからその予防のための生活習慣の改善や適切な服薬管理などを行うことが求められています。

入院中の患者が、安心、納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院前から退院後の生活を見据えた入退院支援が重要であり、退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入や多職種による退院前カンファレンス等の病院における組織的な取組が行われています。

令和4年度病床機能報告によれば、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している医療機関数は、報告のあった363か所中191か所でした。

また、退院支援担当者を配置している医療機関数は、平成29年度の141か所から、令和2年度の149か所と増加しているものの、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援を進めるためには、行政や医療・介護関係者の多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有ができる体制の構築が求められています。

在宅医療を必要とする方には、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら、必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。医療の継続性を確保するとともに、入退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための連携について、生活を見据えて支援することも重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、介護など、多職種の協働を推進するとともに、医療・介護従事者の人材育成を行い、在宅医療・介護連携を担う従事者の増加が重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 医療・介護の多職種連携の促進

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、入退院支援の仕組みづくりなど、効果的・効率的な連携の支援に取り組むとともに、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するなど、一層の連携体制を構築していきます。

また、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連携推進会議、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推進連絡協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組めます。

○ 在宅医療・介護連携を担う従事者の増加、質の向上

在宅医療・介護連携を担う人材の確保と定着促進のため、人材育成や相談、普及啓発等の事業を、関係団体と協働して取り組みます。

また、資質向上のための研修の実施や関係団体が行う取組を支援し、従事者の質の向上を図ります。

○ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援

市町村における地域包括ケアシステムの構築をサポートするため、市町村職員への研修を実施し、市町村の課題に対応した支援を行います。

また、介護支援専門員と医療機関等の関係者が心身の状況、生活環境、介護サービスの利用状況などの情報を共有するために、県が参考様式として作成した「千葉県地域生活連携シート」の活用等により、医療と介護の一層の連携強化を図ります。

(3) 施策の評価指標

指標名	現状	目標
在宅患者訪問診療 実施診療所数・病院数	758か所 (令和4年度)	785か所 (令和8年度)
機能強化型 訪問看護ステーション数	34か所 (令和5年度)	42か所 (令和8年度)
在宅医療・介護連携の推進に 取り組む市町村への支援（研 修会参加者数）	122人 (令和4年度)	150人 (令和8年度)
在宅患者訪問診療(居宅)実施 歯科診療所数	433か所 (令和2年度)	505か所 (令和8年度)
居宅療養管理指導実施薬局数 (介護予防居宅療養管理指導 含む)	1,314か所 (令和4年度)	1,426か所 (令和8年度)
在宅療養後方支援病院数	18か所 (令和5年度)	19か所 (令和8年度)
入退院支援を実施している診 療所数・病院数	147か所 (令和4年度)	165か所 (令和8年度)

3 外来心臓リハビリテーションについて

(1) 施策の現状・課題

心血管疾患を発症した患者が退院し在宅で生活をする際には、発症前と同様に心血管疾患リスクの高い生活を続けると再発し症状が悪化する危険が高まるため、「セルフケア（自己管理）」が必要となります。

心不全のセルフケアとは、症状を悪化させずに安定した状態を維持するために生活することであり、以下の三つの段階を踏んで、実施できるようになることが重要です。

- ・ セルフケアのメンテナンス
服薬の順守や運動、適切な食事等の健康的な生活活動を継続すること
- ・ 心不全症状の自覚と理解
心不全の症状やその意味、自分の身体の状態を理解すること
- ・ 心不全症状のマネジメント
心不全の症状を自覚した際に適切に対処できること

これらを実行できるようになるには患者自身の知識や経験が必要であり、心臓リハビリテーションでは患者教育が重要な位置を占めているとともに、患者や家族、介護者に対して入院中から継続的に患者教育・指導を行うことが推奨されています。

○ 治療のドロップアウト（中断）

退院後の心臓リハビリテーションの課題として、患者教育を実施し、様々な知識を習得してもセルフケアを行うことができない患者が一定数いることがあげられています。

心不全の症状は、退院時には一旦回復した様感じてしまい、症状が徐々に進行したとしても自覚が難しい場合があることが、理由として考えられます。

息切れ、浮腫、倦怠感、うつ、不安等の心不全の症状は、加齢などの心不全以外でも生じるものであり、症状の自覚や危機感が少ない患者が治療やセルフコントロールをドロップアウト（中断）してしまうことにより、身体機能の悪化、再入院などのリスクが高まります。

○ 外来心臓リハビリテーション実施施設について

心臓リハビリテーションのドロップアウト（中断）を少なくするためには、患者教育の他に治療のハードルを下げることも重要です。

しかしながら、令和3年度に実施した循環器病対策実態調査によると、外来心臓リハビリテーションを実施している医療機関は少ないのが現状です。

○ フレイルについて

年齢を重ねることで、心や体の動きが弱くなってしまった状態を「フレイル（虚弱）」といいます。筋力が衰えて疲れやすくなる、家に閉じこもりがちになるなど、加齢により生じやすくなる衰え全般を指しています。

高齢者が心不全を発症した際には、心臓の機能を発揮できなくなっているため、同時にフレイルとなってしまう場合が多くあり、セルフケアを適切に実施せずに、フレイルをそのままにしておくと、認知症や寝たきりに陥りやすくなり、身体機能の悪化、再入院などのリスクが高まるという指摘があります。

(2) 施策の具体的展開

- 治療のドロップアウト（中断）の防止に関する支援

心臓リハビリテーションを必要とするセルフケアを適切に実施し、自分の病気に対する理解を深める他、治療のドロップアウト（中断）を防止するため、心臓リハビリテーションの重要性について啓発活動を進めてまいります。
- 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備

患者の状態に応じて、様々な関係者がそれぞれの立場から心臓リハビリテーションを提供することができるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。
- フレイルの予防に関する支援

介護予防・日常生活支援総合事業による通いの場や短期集中予防サービスの充実、また自立支援に向けた地域ケア会議の開催などの介護予防施策を行う市町村職員を対象に研修会を実施するなど、市町村がフレイル予防の取組を効果的に実施できるよう支援を行います。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
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 （千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・山武長生夷隅※） ※他6医療圏については、実施している医療機関数が3か所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	20か所 （令和3年度）	（モニタリング指標）

4 就労支援等の患者支援について

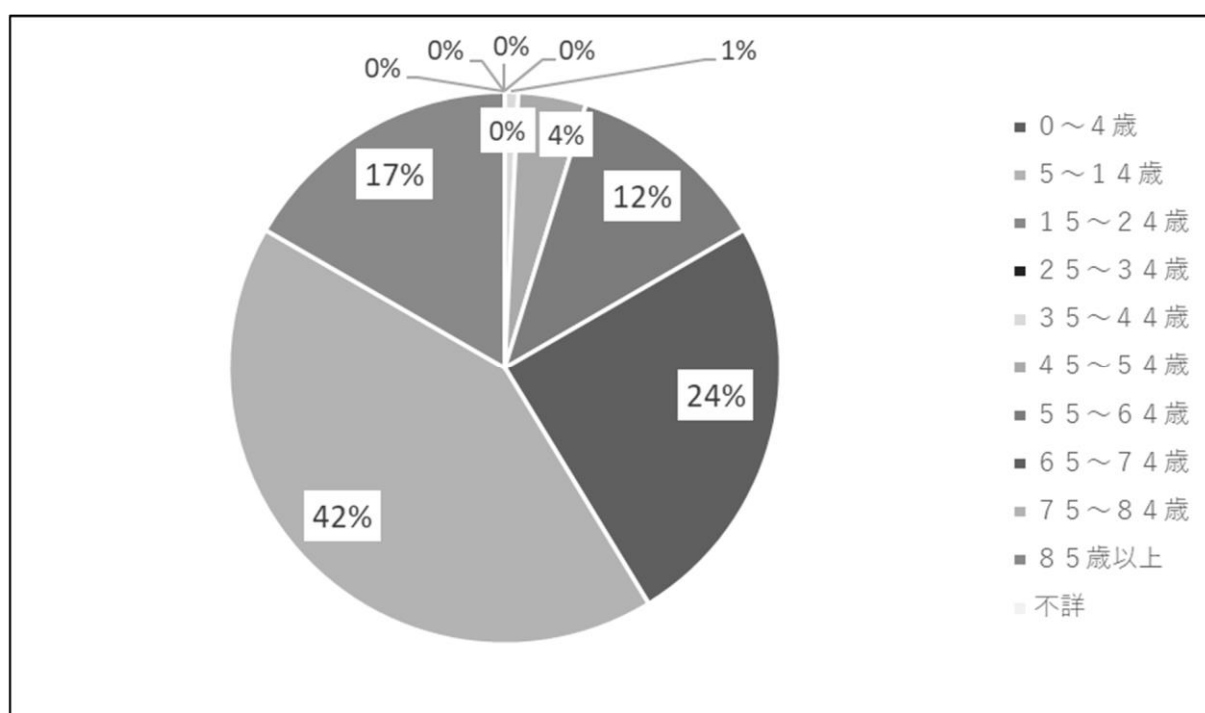
(1) 施策の現状・課題

○ 就労支援について

心血管疾患（高血圧性疾患を除く）の総患者数は、全国で305.5万人、千葉県で12.6万人と推計されており、うち約17%が就労世代（20～64歳）の患者です。

心血管疾患の経過や予後は、治療法や心機能等によって異なりますが、発症直後に速やかに治療を受けて重症化を防いだ場合、障害が残らずに発症前に近い機能まで回復し、通常の生活に復帰できるケースが多く、心血管疾患によって休職した労働者の多くが復職できているという報告もあります。

図表 4-5-4-1 患者年齢構成割合



	0～4歳	5～14歳	15～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75～84歳	85歳以上	不詳
心血管疾患 (合計値)	0	0	0	0	1	5	15	31	53	21	0
心血管疾患 (割合)	0%	0%	0%	0%	1%	4%	12%	25%	42%	17%	0%

資料：患者調査（厚労省）

心血管疾患の経過は、治療法や心機能等によって異なりますが、入院期間を経て通常の生活に復帰できるケースでは、就労に際して事業者側の特別な配慮が必要ないことも多くあります。

一方で、再発を防止し病状を安定させるためには、生涯にわたって通院、服薬、生活習慣の改善など配慮が必要となる場合もあり、重症度によっては運動の制限等について主治医の指示がでることもあるため、職場と情報を共有して対応することが重要です。

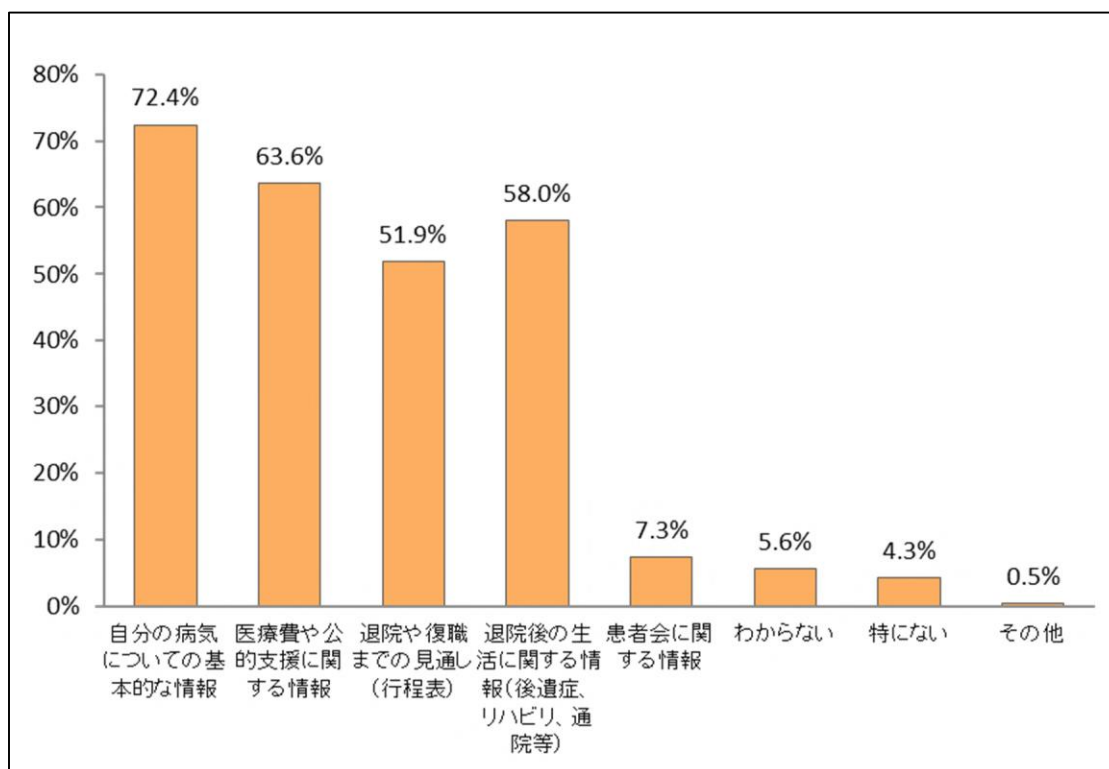
○ 適切な情報提供・相談支援について

医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。

実態調査によると、仮に脳卒中・心血管疾患と診断され、長期（3カ月以上）の入院や手術が必要になった場合に必要な情報は何かという質問に対して、「自分の病気についての基本的な情報」72.4%、「医療費や公的支援に関する情報」63.6%、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」58.0%でした。

医療費や生活への支援としては、高額療養費制度や傷病手当金などがあります。また、令和4年度診療報酬改定により、企業に対する患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を評価する療養・就労両立支援指導料の対象となる疾患に、「心疾患」が追加されています。

図表 4-5-4-2 長期の入院や手術が必要になった場合に欲しい情報の選択割合（再掲）



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 相談、情報提供

医療技術や情報技術が進歩していることから、治療を受けながら働き続けることができる可能性が高まっており、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。

そのため、患者の離職防止に当たっては、「自分の病気についての基本的な情報」、「医療費や公的支援に関する情報」、「退院後の生活に関する情報

（後遺症、リハビリ、通院等）」等の各患者やその家族が必要としている情報の提供等に努めます。

また、再就職のための就労支援については、関係機関が、患者やその家族のニーズに応じて、就労支援機関等との情報提供や連携できるよう、取り組みます。

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

(1) 施策の現状・課題

○ 移行期医療支援体制

近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に循環器病に罹患した患者全体の死亡率は大きく減少した一方で、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま成人期を迎える患者が増えています。こうした現状から、小児期に慢性疾患に罹患した患者の年齢と共に変化する病態や変遷する合併症に対応し、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、小児診療科と成人診療科との連携など医療提供体制の整備が必要です。

また、成人期医療への移行に向けては、疾患を理解し、自ら適切な自己管理を行うスキルを身につけ自立（自律）するための支援体制が必要です。

移行医療の推進に当たっては、移行期医療支援体制の充実と医療、保健、福祉、教育に係る行政及び関係機関の連携した取組が求められています。移行期医療支援センターとの連携や活用が重要です。

○ 療養支援体制

先天性心疾患の患者は、小児期より心臓の機能障害により社会での日常生活活動が制限される障害を持っている場合も少なくありません。

医療的な治療以外にも障害のある子どもが乳幼児期から学校卒業までライフステージを通じて一貫した療養支援を受けられるよう、関係機関の連携により、地域における療育支援体制の構築が求められています。また、障害者手帳の有無や診断名等にかかわらず障害の可能性が見込まれる子どものために、相談支援体制の充実及び在宅障害児等やその家族の福祉の向上が求められています。

○ 医療費負担に関する支援体制

小児期から成人期への移行については経済的支援の観点からも、必要な医療費支援制度を小児慢性特定疾病の医療費助成などの小児期の制度による支援から、難病患者への医療費助成制度や重度心身障害（児）者医療費助成制度など、成人期に利用できる制度による支援へどのように移行させるかも重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 移行期医療支援体制の整備

- ・ 小児期から成人期への移行期にある小児期に慢性疾患に罹患した患者に、切れ目なく年齢や状態に応じた適切な医療を提供するため、移行期医療支援の拠点として、平成31年4月から千葉県移行期医療支援センターを設置し、移行期医療支援コーディネーターを配置して、小児診療科と成人診療科間の連携支援や移行期医療の必要性の理解を深める研修等を実施し、移行期医療を推進しています。
- ・ 保健所では、小児慢性特定疾病児童等自立支援員を配置し、小児慢性特定疾病に罹患する子どもやその家族等からの相談に応じ、必要な情報の提

供及び助言等を行うとともに、自立に向けて関係機関との連絡調整などを行い、小児慢性特定疾病に罹患する子どもの自立促進に取り組みます。

- ・ 千葉県移行期医療支援連絡協議会や千葉県慢性疾病児童等地域支援協議会などを活用し、移行期医療支援体制の充実と医療、保健、福祉、教育に係る行政及び関係機関の連携を促進します。
- 療養支援体制の充実
 - ・ 医療的ケア児等の支援に関して、ニーズや地域資源の状況を踏まえ、保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進を図ります。
 - ・ ホームヘルプ、障害児通所支援、訪問看護などを通じて在宅支援機能の強化を図り、子どもの育ちと子育てを支える施策に取り組みます。
 - ・ 放課後等デイサービスについては、発達支援を必要とする障害のある子どものニーズに的確に対応するため、事業所の支援の質の向上を図ります。
 - ・ 重症心身障害児（者）等が入院・入所する老朽化が進んだ千葉リハビリテーションセンターについて、県民からの幅広いニーズに対応できる施設の整備を進めています。
- 医療費負担に関する支援
 - ・ 医療費負担の軽減として、身体障害のある子どもに対する育成医療費の給付を引き続き行います。また、「重度心身障害者（児）医療給付改善事業」については、身体障害者手帳1級、2級いずれかの手帳所持者などを対象に医療費の補助を行います。
 - ・ 「小児慢性特定疾病医療費助成制度」については、慢性疾患にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成を図るため、その治療方法の確立と普及を目的とした研究等に資する医療費の一部の補助等を行います。
- 就労や生活に関する支援
 - ・ 疾患の重症度により、フルタイムでの勤務ができない方も少なくありません。障害者就業・生活支援センターなどの地域の支援機関や医療機関等の関係機関との連携により、就労や生活に関する相談や国の障害年金制度活用の助言などのさまざまな支援を行います。

第5章 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた医療提供体制

最終目標【千葉県を目指す姿】

- 感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を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も確保することができる。

※本章については、最終的な成果を毎年度数値で示すことが困難であり、国基本計画等においてもアウトカム指標が設定されていないことから、最終目標は設定していません。

(1) 施策の現状・課題

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが生じたことが、国基本計画等において指摘されています。

このことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

(2) 施策の具体的展開

- 新興感染症発生・まん延時を見据えた対策
 - ・ 新興感染症発生・まん延時においても、感染症以外の患者も含めて切れ目のない医療体制を整備する必要があることから、医療措置協定の締結などにより新興感染症に対する医療体制を構築しつつ、新興感染症以外の医療の確保も目指します。
 - ・ 感染症発生・まん延時においても、地域において必要な医療を確保できるよう、医療機関の役割分担及び連携の促進などにより体制の整備に努めます。
 - ・ 医療機関と平時に法に基づき医療措置協定を締結するに当たっては、診療等の際に用いる个人防护具の備蓄を求めておくことにより、个人防护具の備蓄の実施が医療措置協定に適切に位置づけられるように努めます。
- 災害時等を見据えた対策
 - ・ 災害時において、被災地域における医療機関や救護所等の状況や医療ニーズ等の情報を収集・把握するとともに、DMATや主に急性期以降の医療救護活動を行う医療救護班、災害支援ナース等の派遣要請及び配置調整、関係機関への支援要請等を行います。
 - ・ 災害発生により、ライフラインの途絶が長期間となった場合にも、診療機能が維持できるよう、県の災害対策本部と連携しながら水（飲用水、診療用水、生活用水等）・燃料を確保します。

- ・ 厚生労働省の実施するBCP策定研修事業等を活用し、医療機関のBCPの策定を促進します。
- ・ 被災地内の医療機関の被災状況、患者転送の要請、医療スタッフの要請等に関する情報及び被災地内外の医療機関の支援体制等について、「広域災害救急医療情報システム（EMIS）」を活用し、情報の収集・提供を図るとともに、関係機関における運用体制の充実を図っていきます。

(3) 施策の評価指標

指標名	現状	目標
各協定締結医療機関（入院）における確保可能病床数（流行初期）	—	640床 (令和11年度)
各協定締結医療機関（入院）における確保可能病床数（流行初期以降）	—	1,400床 (令和11年度)
後方支援の協定を締結する医療機関数（流行初期以降）	—	130機関 (令和11年度)
災害派遣医療チーム (DMAT) ・ チームの数 ・ 構成員の数	51チーム 303名 (令和5年度)	60チーム 360名 (令和11年度)
(CLDMAT) ・ チームの数 ・ 構成員の数	17チーム 151名 (令和5年度)	27チーム 200名 (令和11年度)
広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率	100% (令和4年度)	現状維持 (令和11年度)