

## 第2章 脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患

### 【第2期山口県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画】

脳卒中と、心不全や心筋梗塞などの心血管疾患からなる「循環器病」は、主に動脈硬化が原因となって起こる病気です。

循環器病対策は、発症リスクを高める生活習慣病の改善や、健診による動脈硬化の進行等の早期発見、発症時の早急かつ適切な専門治療の提供などが重要です。

また、急性期治療が奏功した後に、適切な再発予防等に取り組まなければ、悪化と軽快を繰り返し、介護が必要な状態となるなど、生活の質を低下させるため、各地域において、多くの関係者が連携し、患者やその家族を支える仕組みを展開するとともに、急性期から回復期・慢性期までの一貫した医療提供体制の構築に取り組めます。

#### 第1節 基本的事項

- 本県の循環器病対策については、これまで「山口県保健医療計画」と、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、この章において「法」という。)に基づく「山口県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画」の2つの計画を策定し、必要な体制の確保・充実に向けた取組を進めてきました。
- 今後より一層、総合的かつ計画的に対策を推進するとともに、他疾患に係る対策等とも連携して取り組むため、両計画を「山口県保健医療計画」に統合し、本章を法第11条第1項に基づく「第2期山口県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画」として位置付けます。
- 法の基本理念の下、本県の実情を踏まえ、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発をはじめ、脳卒中の急性期から回復期、維持期までの医療連携体制の充実や、心血管疾患リハビリテーションの推進等に重点的に取り組むことにより、平成28年(2016年)を起点として、令和22年(2040年)までに3年以上の健康寿命(注1)の延伸と循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指します。

(注1) 健康寿命：日常生活に制限のない期間の平均。平成28年(2016年)男性72.14年、女性74.79年。(254頁の表1参照)

#### 第2節 現状と課題

##### 1 循環器病に係る現状

- 脳卒中や心血管疾患などの循環器病は、運動不足、不適切な食生活、喫煙習慣や肥満などを原因とする生活習慣病(高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病等)が悪化することにより発症します。
- 生活習慣病は自覚症状がほとんどないため、患者自身が気付かない間に病気が進行

することが多く、発症すると、重症化、合併症の発症、生活機能の低下、要介護状態へと進行する危険性が高い病気です。

- ただし、病気が進行していく経過の中で、いずれの段階においても、生活習慣(栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、歯・口腔の健康等)の改善や適切な治療を行うことによって、予防・進行抑制が可能であるという側面もあります。
- 脳卒中は、後遺症が残りやすく、要介護の主要な原因となっています。また、心血管疾患は、急激に発症し、数分から数時間の単位で重大な事態に陥り突然死に至ることがあり、回復期や慢性期には、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えているなど再発や増悪しやすい疾患です。
- 初期症状への迅速な対応や、早期の適切な治療と切れ目のないリハビリテーションが行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性があることから、このような循環器病の特徴を県民や関係者が適切に理解するための普及啓発が必要です。

### (1) 死亡率等

- 令和2年(2020年)における本県の年齢調整死亡率は、脳血管疾患は男性が全国平均より高く、心疾患は男女とも全国平均より高くなっています。

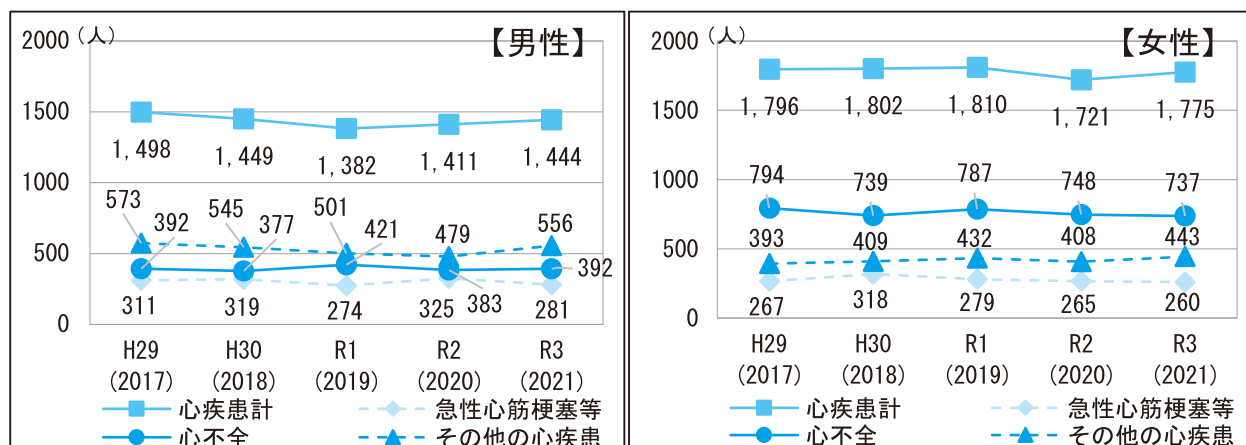
本県の心疾患における死因(死因分類)別の死亡数は、いずれも横ばいとなっており、女性は心不全の割合が高くなっています。

表1 脳卒中、心筋梗塞等の心疾患における年齢調整死亡率(人口10万対)

区分	年	男		女	
		山口県	全国	山口県	全国
脳血管疾患	H27(2015)	118.4	116.0	72.5	72.6
	R2(2020)	99.0	93.8	56.2	56.4
心疾患	H27(2015)	218.9	203.6	137.9	127.4
	R2(2020)	215.7	190.1	126.7	109.2

資料:「人口動態統計特殊報告」(都道府県別年齢調整死亡率)厚生労働省

図1 心疾患における死因(死因分類)別死亡数の推移



## 2 生活習慣と特定健康診査等の状況

### (1) 生活習慣の状況

- 循環器病の発症リスクを低減するには生活習慣の改善等が欠かせないため、市町等と連携し、県民自らが主体的に健康づくりを行うよう、普及啓発することが重要です。
- 本県では、県民一人ひとりが意欲を持って健康づくりに取り組めるよう、健康づくりの「見える化」・「日常化」や健診・検診を一層推進するとともに、市町や保険者、関係団体、企業との連携を強化し、県民誰もがそれぞれの年代等に応じた健康づくりに積極的に取り組める環境づくりを進めています。
- 今後の循環器病対策について、特に、予防の観点を含め、学校医等と連携した普及啓発を強化していくことが必要です。

食塩の摂取	食塩摂取量は、男女とも減少傾向にありますが、国の目標値には届いていません。(表2)
野菜の摂取	令和4年(2022年)の野菜摂取量は、平成27年(2015年)より大きく減少しており、国の目標値から遠のく状況となっています。(表2)
運動	令和4年(2022年)の日常生活における1日の平均歩数は、平成27年(2015年)より減少しており、いずれの年代も男女ともに国が示す目標歩数より少ない状況となっています。(表3)
肥満	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合、LDLコレステロール160mg/d以上の人々の割合は、男女ともに徐々に増加傾向となっています。(図2、図3)
喫煙	喫煙率は男女とも減少傾向にあり現時点全国平均を下回っています。男性の割合は女性に比べ高い状況が続いています。(図4)
高血圧	収縮期血圧140mmHg以上の人々の割合は、男女とも横ばいの状況が続いていましたが、令和2年(2020年)に増加に転じました。(図5)
歯科検診	過去1年間に歯科検診を受診した人の割合は、令和4年(2022年)で48.5%と増加傾向にありますが、全国平均の55.1%より低い状況です。(図6)

表2 食塩と野菜の摂取の状況

区 分		H27年度 (2015)	R4年度 (2022)	全国 R1年度(2019)	国の目標値
食 塩	男 性	10.7 g/日	9.5 g/日	10.9 g/日	7.5 g/日
	女 性	9.1 g/日	8.1 g/日	9.3 g/日	6.5 g/日
野 菜	全ての野菜	291.7 g/日	234.3 g/日	280.5 g/日	350 g/日
	緑黄色野菜	20歳以上 93.6 g/日	20歳以上 75.7 g/日	85.1 g/日	120 g/日

資料：県民健康栄養調査、国民健康栄養調査、日本人の食事摂取基準(2020年版)、健康日本21(第2次)

表3 日常生活での歩数の状況

区分		H27年度 (2015)	R4年度 (2022)	全国 R1年度(2019)	国の目標値
20歳～64歳	男性	7,895歩	7,448歩	7,864歩	8,000歩
	女性	6,901歩	6,800歩	6,685歩	8,000歩
65歳以上	男性	5,960歩	4,961歩	5,396歩	6,000歩
	女性	5,016歩	5,471歩	4,656歩	6,000歩

資料：県民健康栄養調査、国民健康栄養調査、健康日本21(第2次)

図2 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合

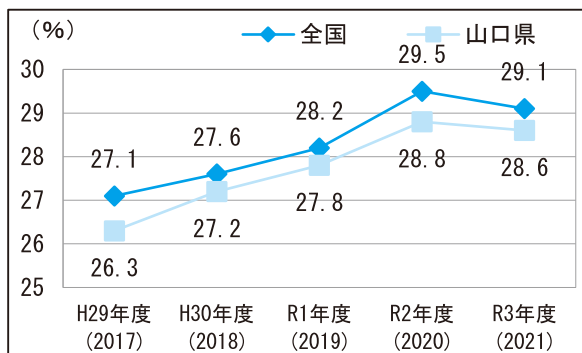
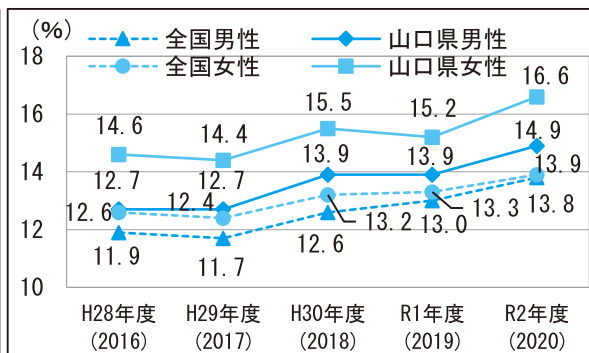


図3 LDLコレステロール160mg/d以上の人割合



資料：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」厚生労働省

資料：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」厚生労働省

図4 喫煙率の推移

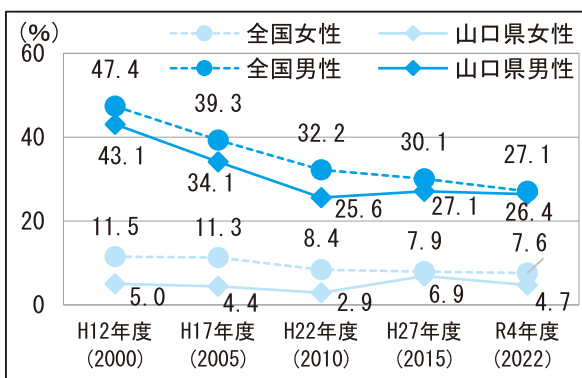
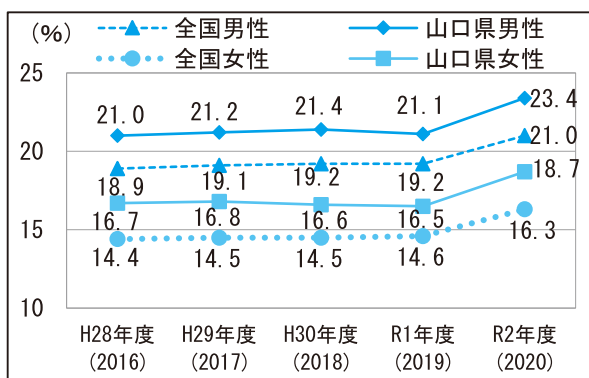


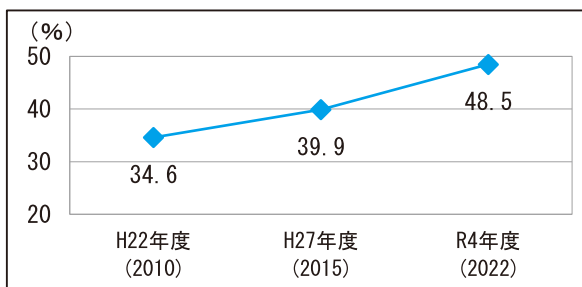
図5 収縮期血圧140mmHg以上の人割合



資料：県民健康栄養調査、国民健康・栄養調査 ※R4年(2022年)の全国はR1(2019年)の値

資料：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」厚生労働省

図6 過去1年間に歯科検診を受診した人の割合



資料：県民歯科疾患実態調査 ※令和4年度(2022年度)全国平均55.1%(歯科疾患実態調査)

## (2) 特定健康診査等の状況

### ① 特定健康診査の状況

- 生活習慣病を早期発見・早期治療し、重症化を予防するためには、県民が定期的に特定健康診査を受診することが重要です。
- 本県の特定健康診査実施率は近年上昇していますが、令和3年度(2021年度)は、全国平均の56.5%に対し50.6%、全国順位は高い方から43位となっており、国の定める目標値(70%)との乖離は大きい状況であるため、更なる実施率の向上に向けた取組を一層推進する必要があります。(図7)

### ② 特定保健指導の状況

- 循環器病の危険因子である高血圧症等を早期に発見し、発症を予防するためには、各種健康診査後の要経過観察者や要精密者への事後指導の充実を図ることが必要です。
- 特定保健指導は、メタボリックシンドローム等の要因となっている生活習慣を改善するために行う保健指導で、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣を改善すれば生活習慣病の予防効果が期待できると特定健康診査の結果から判断された者に専門スタッフ(保健師、管理栄養士など)が面談し、個人のライフスタイルに合った具体的で取り組みやすい目標の設定など、生活習慣を見直し行動するようサポートします。
- 本県の特定保健指導実施率は横ばいで推移し、令和3年度(2021年度)は、全国平均の24.6%に対し22.6%、全国順位は高い方から41位となっており、国の定める目標値(45%)との乖離は大きい状況であるため、更なる実施率の向上に向けた取組を一層推進する必要があります。(図8)

図7 特定健康診査実施率の推移

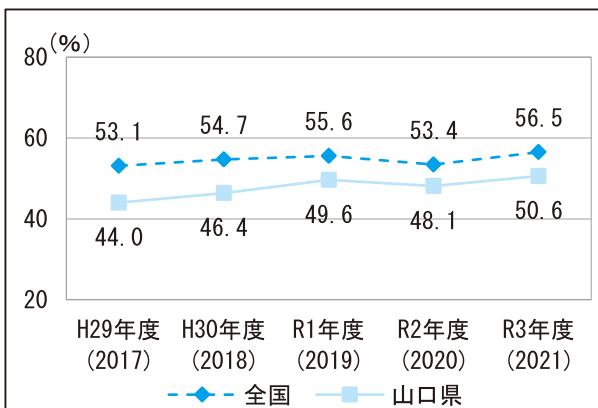
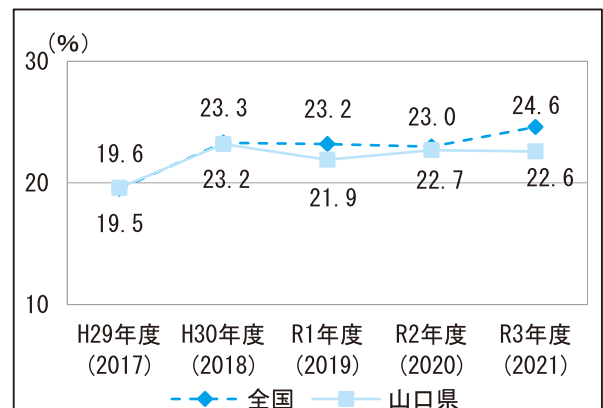


図8 特定保健指導実施率の推移



資料：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」厚生労働省

## 3 救急搬送の状況

- 循環器病の治療は、できるだけ早く始めることでより高い効果が見込まれ、後遺症も少なくなることから、脳卒中や急性心筋梗塞等の重篤な心血管疾患の発症を疑う症

状が出現した場合には、本人や家族等周囲にいる者により、速やかに救急搬送を要請することが重要であるため、その初期症状について、県民へ周知することが必要です。

- 脳卒中の発症後は、早急に適切な治療を開始できる専門医療機関へ搬送することが望ましいため、必要に応じて診断補助として病院前診断ツール(注2)や遠隔診療なども活用し、脳卒中の急性期診療を24時間体制で提供できる地域の施設間ネットワークを構築することが重要です。

(注2) 病院前診断ツール：症状などから脳卒中である確率や病型を判断するスケール。JUST-7、シンシナティ病院前脳卒中スケール、倉敷プレホスピタル脳卒中スケールなどがある。

- 急性心筋梗塞等により、心肺停止状態となった場合、救命率を向上させるためには、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生やAED(自動体外式除細動器)(注3)の使用が重要です。

(注3) AED(Automated External Defibrillator)：心肺停止患者の心臓に電気ショックを与え、心臓の動きを正常に戻すための医療器具。

- 適切な応急手当を行い、医療機関へ迅速に搬送することが、救命率や社会復帰率を向上させることになり、特に心肺停止後4分以内はAEDによる除細動が有効であるため、AEDの使用等の応急処置法について県民への周知を図ることが必要です。

## 4 循環器病の医療の状況

### (1) 脳卒中の医療の状況

#### ① 急性期医療の状況

- 脳卒中の急性期においては、循環・呼吸管理等の全身管理とともに、患者の来院後直ちに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じて、専門的な治療が開始されることが求められます。

- 脳卒中の治療は、その種類や症状、障害などに応じて、薬物療法、手術や血管内治療、リハビリテーションが組み合わされます。

- 脳梗塞では、t-PAという薬剤を発症後4.5時間以内に静脈内投与する超急性期血栓溶解療法のほか、カテーテルによる血栓除去や血栓溶解の血管内治療等が行われます。

また、脳出血では、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常の是正等が行われ、くも膜下出血では、動脈瘤の再破裂防止のための開頭手術や血管内治療等が行われます。

- 令和4年(2022年)において、本県のt-PAによる脳血栓溶解療法を実施できる病院は23箇所、人口10万人当たりの年間実施数は18.6件です。また、血栓回収療法を実施できる病院は8箇所、人口10万人当たりの年間実施数は17.5件となっています。(表4～表7)

- 脳卒中に対して専門的な診断・治療を行うことができる脳神経外科医の人数は、全県で98人(人口10万人当たり7.3人(令和2年(2020年)))となっており、全国よりも高い水準にありますが、年代別では、脳卒中の救急や急性期治療に携わる20歳

代から40歳代の若手医師の割合は全国と比べ非常に少なく、地域偏在も認められています。

- 脳神経内科医数は全県で54人(10万人当たり4.0人(令和2年(2020年))となっており、全国よりも低い水準であり、地域偏在があります。(表8)
- 本県における脳血管疾患の退院患者平均在院日数は106.1日(令和2年(2020年))であり、全国平均の77.4日より、約30日長くなっています。(表9)
- 寝たきりの原因の約2割が脳卒中と言われており、発症後のリハビリテーションは在宅・社会への復帰に大きく影響することから、特に身体機能の回復を目的として、急性期からのリハビリテーションが重要です。本県において、脳血管疾患等リハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数は128箇所(令和5年(2023年))となっています。(表10)

## ② 回復期、維持期の医療の状況

- 回復期リハビリテーションの実施が有効であると判断される患者については、急性期の病態安定後、速やかにリハビリテーションを中心とした回復期の医療に移行できるよう連携体制を構築することが必要です。本県において、回復期リハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数は21箇所(令和5年(2023年))となっています。(表11)
- 脳卒中患者は、急性期以降の経過や予後が個人により大きく異なるため、患者の状態に応じた医療を提供できるよう、地域の現状に即した診療提供体制を構築し、適切な疾病管理を行うことが必要です。
- また、てんかん、失語症等の脳卒中の後遺症を有する患者が、適切な診断及び治療を受けることや、社会参加の機会が確保されることも重要です。
- 脳卒中の再発等を予防するためには、回復期以降から維持期まで切れ目なく、また、退院後の生活場所となる自宅や介護施設においても、多職種が連携し、生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の疾病管理、適切なリハビリテーション等を継続して提供することが重要です。
- かかりつけ医は、高血圧症等、脳卒中の危険因子に対する治療や生活改善指導等の発症予防に加え、発症後においては退院後の維持期における疾病管理等の重要な役割を担っています。患者の状態が悪化した時などにも、迅速に対応できるよう、かかりつけ医と地域の基幹病院との医療連携の強化が重要です。
- 病院歯科医及びかかりつけ歯科医は、誤嚥性肺炎などの合併症を予防するため、口腔内の衛生や機能の維持・向上を行う口腔健康管理において、重要な役割を担っています。
- かかりつけ薬剤師は、嚥下困難者や病状により医薬品の服用が困難な患者に対する服薬支援、適切な服薬管理等において、重要な役割を担っています。

表4 急性期脳卒中中の状況調査

(単位：件)

区分	内容	R2(2020)	R3(2021)	R4(2022)
脳梗塞	総数(発症7日以内)	3,486	3,503	3,369
	その中で再発例(2回目以上)	420	346	362
	急性期に他院へ転送した件数	118	101	140
	t-PA療法実施件数	251	225	242
	機械的血栓回収療法件数	175	174	215
	脳梗塞に対する減圧開頭件数	22	18	12
	脳梗塞の30日以内死亡数	127	142	147
脳出血	総数(発症7日以内)	1,025	981	1,036
	その中で再発例(2回目以上)	39	43	48
	急性期に他院へ転送した件数	60	38	50
	開頭脳内血腫除去術件数	68	69	54
	内視鏡下脳内血腫除去術件数	52	50	48
	脳出血の30日以内死亡数	127	142	126
くも膜下出血	総数(発症7日以内)	308	330	315
	その中で再発例(2回目以上)	6	3	8
	急性期に他院へ転送した件数	37	39	30
	開頭クリッピング術件数	163	91	65
	コイル塞栓術件数	87	128	136
	くも膜下出血の30日以内死亡数	49	56	56

区分		R2(2020)	R3(2021)	R4(2022)
脳卒中	総数(10万対)	4,817(349)	4,822(349)	4,720(342)
t-PA療法	実施件数(実施率)	225(7.2%)	251(6.4%)	242(7.2%)
血栓回収療法	実施件数(10万対)	175(12.6)	174(12.6)	215(17.5)

資料：山口県循環器病対策推進協議会「脳卒中」部会調査

表5 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法が実施可能な病院数

(単位：箇所)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県	全国
1	1	4	4	5	4	2	2	23 (10万対1.8)	1,075 (10万対0.9)

資料：令和4年(2022年)山口県循環器病対策推進協議会「脳卒中」部会調査全国は令和4年(2022年)7月1日現在

表6 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法実施件数

(単位：件)

区分	岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県
実施件数	21	4	39	33	73	49	8	15	242
10万対	15.9	7.0	15.4	10.8	30.3	19.7	25.7	32.8	18.6

資料：令和4年(2022年)山口県循環器病対策推進協議会「脳卒中」部会調査



表7 脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な医療機関数

(単位：箇所)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県
1	1	1	1	2	2	0	0	8 (10万対0.6)

資料：令和4年(2022年)山口県循環器病対策推進協議会「脳卒中」部会調査

表8 脳神経外科・脳神経内科医師数

(単位：人)

区分	岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県	全国
脳神経外科医	10	5	17	21	27	16	0	2	98 (10万対7.3)	7,349 (10万対5.8)
脳神経内科医	0	7	5	11	22	9	0	0	54 (10万対4.0)	5,758 (10万対4.6)

資料：「令和2年(2020年)医師・歯科医師・薬剤師統計」厚生労働省

※複数圏域の施設に従事している医師については、「主たる従事先」がある1圏域のみの医師数に反映されているため、圏域によっては実情を表していない場合がある。

表9 脳血管疾患の退院患者平均在院日数

区分	R2(2020)
山口県	106.1日
全国	77.4日

資料：「患者調査」厚生労働省

表10 脳血管疾患等リハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数

(単位：箇所)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県
8	9	20	27	28	27	3	6	128

資料：厚生労働省中国四国厚生局（届出受理医療機関名簿 令和5年(2023年)9月1日現在）

表11 回復期リハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数

(単位：箇所)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県
2	0	5	3	5	6	0	0	21

資料：厚生労働省中国四国厚生局（届出受理医療機関名簿 令和5年(2023年)9月1日現在）

## (2) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療の状況

### ① 急性期医療の状況

- 心血管疾患は、発症後早急に適切な治療を開始する必要があるため、専門性が高い二次救急医療機関による急性期の診療提供体制の構築が重要です。
- 医療機関においては、患者の到着後、速やかに循環・呼吸管理等の初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始することが求められます。
- 急性期に必要とされる治療内容が疾患により異なる上、突然死の危険性もあるため、疾患に応じて専門的な急性期診療を24時間体制で提供できる連携ネットワークを検討することが必要です。
- 急性心筋梗塞においては、循環・呼吸管理等の全身管理とともに、血栓溶解療法や経皮的冠動脈形成術(PCI)による阻害された心筋への血流を再疎通させる治療が実施され、発症から時間が短いほど有効性が高いとされています。

また、合併症によっては冠動脈バイパス術等の外科的治療が行われることもあります。

- 本県において、冠動脈の造影検査・治療が実施できる病院は19箇所(令和2年(2020年))あり、心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(年間)は、人口10万人当たり43.5件(令和3年(2021年))です。90分以内に再開通することが予後を改善させる一つの目安とされていますが、本県における90分以内の冠動脈再開通割合は56.3%(令和3年(2021年))となっています。

また、急性大動脈解離及び胸部大動脈瘤破裂の手術件数に対する死亡件数の割合は全国と比較して低く、手術成績は良好です。(表12～表17)

- 心血管疾患全般に対して、専門的な診断・治療を行うことができる循環器内科医の人数は、全県で168人(人口10万人当たり12.5人)と、全国よりも高い水準となっています。また、心臓血管外科医師の人数は、全県で32人(人口10万人当たり2.4人)と、全国より低い水準となっています。(令和2年(2020年)) (表18)

## ② 回復期医療の状況(心血管疾患リハビリテーション等の状況)

- 心筋梗塞や狭心症、心不全、心臓手術などにより、心臓機能や運動能力、身体全体の調節機能が低下した患者が、体力を回復し、自信を取り戻し、快適な家庭生活や社会生活に復帰するとともに、基礎にある動脈硬化や心不全の病態の進行を抑制・軽減し、再発や再入院を防止することを目指して実践される、総合的な疾病管理プログラムとして、「心血管疾患リハビリテーション(以下「心臓リハビリ」という。)」があります。

- 心臓リハビリは、多職種が連携し、個々の患者の状態を踏まえ、医学的評価・運動処方に基づく運動療法に加え、危険因子の是正・患者教育及びカウンセリング・最適薬物治療等、多面的・包括的な、「個別の疾患管理プログラム」として長期にわたって実践されることが必要です。

- 心臓リハビリの施設基準を取得している医療機関数は30箇所(令和5年(2023年))で、圏域により差があることから、人材育成等により充実を図る必要があります。(表19、表20)

- 本県の心疾患による年齢調整死亡率は全国平均より高く、また、心臓リハビリの実施件数は全国31位であり、心疾患の退院患者平均在院日数は全国平均より10日以上長いことから、再発予防や在宅復帰のための心臓リハビリを入院又は通院で受けられる提供体制を整備する必要があります。(表21)

- 心血管疾患は、治療により一時的に症状が改善しても、再び悪化し、徐々に心機能が低下していく慢性心不全となり、悪循環に陥ることも少なくないため、患者が急性期・回復期の治療を経て退院し、居住地へ戻っても、長期に切れ目なく、医療と介護が連携して多面的・包括的に提供されるよう、各地域で多職種の連携を推進することが重要です。

- 高齢化に伴い心不全が増加している現状を踏まえ、様々な医療専門職が質の高い療養指導を通し、病院から在宅、地域医療まで幅広く心不全患者をサポートする「心不全療養指導士」の役割が期待されています。(表22)
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、適切なリハビリテーション等、患者やその家族等に知ってほしい心臓リハビリの知識や必要性等について、まだ十分に周知されていないことから、県民への普及啓発に取り組む必要があります。

表12 冠動脈造影検査・治療が実施可能な病院数 (単位：箇所)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県	全国
1	2	3	4	3	4	1	1	19 (10万対1.4)	1,595 (10万対1.3)

資料：「令和2年(2020年)医療施設調査」厚生労働省  
病院票(30)検査等の実施状況で、「血管連続撮影」が有の施設数

表13 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数 (単位：件)

区分	岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県
実施件数	64	36	69	134	102	132	0	47	584
10万対	47.4	48.4	28.4	43.5	41.4	51.8	0	98.6	43.5

資料：「令和3年(2021年)NDBデータ(ICD10病名：I21経皮的冠動脈形成術等のレセプト件数)」厚生労働省

表14 PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通割合

区分	R3(2021)
心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数	646件
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	364件
90分以内の冠動脈再開通割合	56.3%

資料：「NDBデータ」厚生労働省

表15 虚血性心疾患・大動脈疾患に対する心臓血管外科手術件数 (単位：件)

区分	岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県
虚血性心疾患	21	0	11	15	23	37	0	0	107
大動脈疾患	41	-	-	12	25	18	0	0	-

資料：「令和3年(2021年)NDBデータ」厚生労働省

表16 大動脈緊急症(急性大動脈解離+胸部大動脈瘤破裂)に対して治療が可能な病院数・手術件数・手術死亡件数 (単位：箇所、件)

区分	岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県	全国
病院数	1	0	1	2	1	2	0	0	7	-
手術件数	9	0	5	4	20	22	0	0	60	7,609
手術死亡件数	0	0	0	1	0	1	0	0	2 (3.3%)	881 (11.5%)

資料：令和4年(2022年)山口県循環器談話会アンケート ※全国は平成29年(2017年)の数値

表17 腹部大動脈瘤破裂の手術件数 (単位：件)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県	全国
2	1	0	3	9	3	0	0	18	1,824

資料：令和4年(2022年)山口県循環器談話会アンケート ※全国は平成29年(2017年)の数値

表18 循環器内科・心臓血管外科医師数 (単位：人)

区分	岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県	全国
循環器内科医	15	6	23	30	48	34	6	6	168 (10万対12.5)	13,026 (10万対10.3)
心臓血管外科医	4	0	2	5	12	9	0	0	32 (10万対2.4)	3,222 (10万対2.6)

資料：「令和2年(2020年)医師・歯科医師・薬剤師統計」厚生労働省

※複数圏域の施設に従事している医師については、「主たる従事先」がある1圏域のみの医師数に反映されているため、圏域によっては実情を表していない場合がある。

表19 心臓リハビリの施設基準を取得している医療機関数 (単位：箇所)

岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県
3	1	4	6	6	6	2	2	30

資料：厚生労働省中国四国厚生局(届出受理医療機関名簿 令和5年(2023年)9月1日現在)

表20 入院・外来心血管リハビリテーションの実施件数 (単位：件)

区分	岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩	山口県
入院	3,556	1,238	3,346	10,571	8,991	6,008	858	0	34,568
外来	1,221	1,199	3,144	92	6,083	1,000	0	0	12,739

資料：「令和3年(2021年)NDBデータ」厚生労働省

表21 心疾患の退院患者平均在院日数

区分	R2(2020)
山口県	40.3日
全国	24.6日

資料：「患者調査」厚生労働省

表22 心不全療養指導士の資格取得者数

区分	R4(2022)
山口県	42人(10万対3.2)
全国	5,199人(10万対4.3)

資料：日本循環器学会ホームページ

## 5 循環器病の診療情報の収集の状況

- 循環器病の発症や重症化には多くの因子が関わっていることから、循環器病の予防や治療の効果も個人差が大きいため、幅広い診療情報の収集などが求められています。また、個々の患者にとって最適な予防や治療を行うため、既存のデータを含め、診療情報をはじめとしたデータを活用した研究も求められています。

## 6 在宅療養の状況

- 脳卒中は、発作後1年で10%、5年で50%と高率で再発すると言われており、急性期を脱した後、在宅療養の段階では、再発予防のための治療や、基礎疾患や危険因子の継続的な管理、機能維持のリハビリテーション等が重要です。また、在宅療養においては、医療と介護の連携も重要となります。
- 心筋梗塞等の心血管疾患が急性期を脱した後、在宅療養の段階では、心不全、不整脈及びその他の合併症の治療、心臓リハビリ、基礎疾患や危険因子の継続的な管理、患者や家族に対する再発時の対応方法の教育等が必要です。

## 7 循環器医療を支える人材の状況

- 循環器病に関する知識や技能を有し、専門医と協力して循環器医療を支えることができる看護師(認定看護師)、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、歯科衛生士等の様々な専門的人材を育成することが重要です。

表23 認定看護師数

(単位：人)

循環器病に対応する分野				その他 (17分野)
救急看護	集中ケア	脳卒中リハビリテーション看護	慢性心不全看護	
11	15	7	5	260

資料：日本看護協会ホームページ（令和4年(2022年)12月末現在）

## 8 循環器病患者等を支えるための環境の状況

### (1) 相談支援の状況

- 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必要とされています。
- 相談支援については、急性期における医療機関受診に関することから、慢性期の在宅生活における医療、介護及び福祉に係るサービス等に関することまで多岐にわたり、医療機関や地域包括支援センター等において、医療ソーシャルワーカーや保健師などが対応しています。

### (2) 後遺症の状況

- 脳卒中は、要介護状態の原因疾患の多くを占め、仕事や活動に制限を生じる軽度以上の機能障害を有して退院した者の割合は、近年増加傾向にあります。
- 脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、一見して分かりにくい摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があり、社会的理解や支援が必要です。
- 高齢化に伴い、循環器病に摂食嚥下障害や廃用症候群など、複数の合併症を認めることが増加しており、合併症に対応したリハビリテーション等を推進することが必要です。

### (3) 両立支援と就労支援の状況

- 近年では、循環器病等の病気になっても、治療技術の進歩等により治療をしながら働き続ける者が増えていますが、病気を理由に仕事を辞めざるを得ない者や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど治療と仕事の両立が困難な状況に直面している者も多い状況にあります。
- 脳卒中の後遺症には、手足の麻痺など目に見えるもののほか、高次脳機能障害による記憶力や注意力の低下、失語症など、一見して分かりにくいものもあり、両立支援に当たっては、周囲の理解や配慮が必要です。
- 心血管疾患は、治療法や心機能等によって経過や予後は異なりますが、通常の生活に復帰できるケースも多く、心血管疾患によって休職した者のほとんどは復職しています。
- 継続して治療を行う必要がある傷病を負った者に、治療と仕事の両立を支援するためには、企業が一定の就業上の措置や治療に対する配慮を行うことが必要です。
- 患者や事業者向けの「治療と仕事の両立支援」に関する相談窓口が設置されています。

## 9 感染症拡大や災害等の有事の状況

- 感染症発生・まん延時や災害時等は、日常の活動が制限され、運動不足や不規則な食事等により、循環器病の発症リスクを高める生活習慣病の悪化、医療機関の受診控え等が懸念されます。  
このため、こうした有事においても、適度な運動や血圧管理、治療の継続が重要であることなどを県民が適切に理解することが必要です。

### 第3節 目指すべき方向と関係者の連携体制

#### 1 目指すべき方向（取組事項）

脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患の医療の充実に向け、次のような体制の確保に取り組みます。

##### (1) 循環器病予防の取組強化

<取組事項>

- ① 正しい疾患の理解と適切な生活習慣の普及啓発強化
- ② 発症予防のための生活習慣の改善
- ③ 特定健康診査等早期発見の充実

##### (2) 救急搬送体制の整備

<取組事項>

- ① 発症時の対処方法の普及啓発
- ② 救急医療体制の確保

### (3) 脳卒中の医療提供体制の整備

<取組事項>

- ① 急性期から回復期・維持期までの医療提供体制の整備
- ② 医療機関や在宅療養に係る多職種連携の推進

### (4) 心血管疾患の医療提供体制の整備

<取組事項>

- ① 急性期から回復期・慢性期までの医療提供体制の整備
- ② 医療機関や在宅療養に係る多職種連携の推進

### (5) 循環器病の診療情報の収集

<取組事項>

- ① 循環器病に関連する診療情報の収集と活用

### (6) 在宅療養が可能な環境の整備

<取組事項>

- ① 在宅療養を支援する医療介護連携体制の確保

### (7) 人材育成

<取組事項>

- ① 専門職種の資質向上と圏域ごとの連携の推進

### (8) 循環器病患者等を支えるための環境づくり

<取組事項>

- ① 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
- ② 後遺症を有する者に対する支援
- ③ 治療と仕事の両立支援・就労支援

### (9) 感染症拡大や災害等の有事における体制の整備

<取組事項>

- ① 県民への的確な情報提供と対応方法等の普及啓発の推進

## 2 医療連携体制

二次保健医療圏を単位として各医療機関が連携し、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制を構築します。また、専門的な診断や治療の機能等、医療機関の状況に応じ、二次保健医療圏を越えた連携・協力体制を確保します。

※必要な医療機能の詳細について、脳卒中は94頁から97頁に、心筋梗塞等の心血管疾患は99頁から100頁に、整理・記載しています。

### 3 循環器病対策の推進方法

施策の推進に当たっては、県民の理解と協力の下に、県、市町、関係団体、医療保険者及びその他関係機関等が相互に協力・連携して総合的に取り組むとともに、循環器病対策に携わる医療機関や関係団体等で構成する「山口県循環器病対策推進協議会」等と緊密に連携し、全县レベルで計画の進捗状況の把握や評価、循環器病対策の推進に向けた協議・検討を行います。

## 第4節 施策

### 1 循環器病予防の取組強化

#### (1) 正しい疾患の理解と適切な生活習慣の普及啓発強化

- 県民一人ひとりが循環器病の危険因子をよく理解し、発症予防のみならず、再発・重症化予防としても生活習慣の改善や健診受診が重要であるという意識の下に、県民自らによる主体的な健康づくりに向けて行動の変容ができるよう、県民への的確な情報提供を図ります。  
また、学校医、歯科医師、学校薬剤師、保健師、栄養士、養護教諭等と連携した予防教育などの普及啓発に取り組みます。
- 脳卒中、心血管疾患発症の前兆、原因となる不整脈や初期症状、発症時の対処方法並びに早期受診の重要性に関する知識の啓発を行います。
- 脳卒中、心血管疾患予防のため、県民やかかりつけ医をはじめとした医療従事者に対し、血圧管理の重要性などの普及啓発に取り組みます。
- 歯科疾患は生活習慣病及び循環器病と関連があることや、感染性心内膜炎等の発症に影響を及ぼすことが示されていることから、関係団体や市町等と連携し、歯・口腔の健康づくりや歯科疾患対策の重要性とその方法について普及啓発します。
- 循環器病の特徴などの正しい知識の普及啓発に当たっては、県ウェブサイトである「健康やまぐちサポートステーション」や「やまぐち健幸アプリ」、SNS等の様々な媒体を活用するとともに、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体や市町との連携により、多様な手段を用いて啓発します。
- 「健康サポート薬局」や「山口県健康エキスパート薬剤師」を活用した、薬学的な健康サポートを推進し、県民の健康維持・増進を支援していきます。

#### (2) 発症予防のための生活習慣の改善

##### 【栄養(減塩・野菜摂取)】

- 食塩の高摂取による高血圧症の発症や重症化を予防するために、県全体で減塩に取り組み、意識しなくても減塩に慣れる社会を目指し、機運醸成のための普及啓発、減塩メニュー等の普及、減塩習慣の定着促進に取り組みます。
- 減塩や野菜摂取促進コーナーの設置、減塩商品の製造・販売、減塩メニューの提



供等の健康づくりに主体的に取り組む店舗や施設、事業所などを「やまぐち健康応援団」として登録し、県ウェブサイトへの掲載により県民に周知し利用を促すとともに、登録数の増加に取り組みます。

- 山口県食生活改善推進協議会では、生活習慣病の発症・重症化予防を目指し、県民を対象とした研修会を開催し、減塩習慣及び適切な野菜摂取の定着を図っていきます。
- 栄養摂取には、「噛む」、「飲み込む」といった口腔機能が十分に発達し維持されることが重要であることから、各世代に応じた口腔機能の維持・向上の普及に努めます。

### 【運動】

- ウォーキングの実践などで健康ポイントを貯め、県内店舗等で利用可能な特典が得られる「やまぐち健康マイレージ事業」により、県民の健康行動を促進するとともに、市町と連携して協力店舗等の増加に取り組みます。
- 「やまぐち健幸アプリ」を利用する県民を増やし、個人の歩数等のデータを蓄積することで健康行動を「見える化」・「日常化」し、運動習慣の定着化につなげるとともに、健康に無関心な者が多いとされる働き盛り世代の従業員に対して、職場ぐるみで健康づくりの取組が推進されるよう企業登録を促進します。

### 【喫煙】

- 「山口県受動喫煙防止の取組の推進に関する条例」や「山口県たばこ対策ガイドライン〔第3次〕」に基づき、受動喫煙防止、未成年や妊産婦等への喫煙防止、禁煙支援を市町や関係団体と連携して推進します。
- 県医師会が作成した学校現場や一般県民向けに使用できる「たばこと健康」に着目した禁煙教育用資料の活用等、県医師会や市町等と連携して、普及啓発に取り組みます。
- 歯周病の悪化に喫煙が関与するため、歯科からの「禁煙支援」に向けた普及啓発に取り組みます。
- 特に未成年への喫煙防止対策として、小・中・高等学校で喫煙防止リーフレットの活用を図るとともに、県薬剤師会と連携して小中学校への訪問による喫煙防止教育を進めます。
- 「健康サポート薬局」や「山口県健康エキスパート薬剤師」を通じた禁煙指導や、一般用医薬品を用いた禁煙支援を推進します。
- 働き盛り世代に対して、やまぐち健康経営企業等を通じた効果的な禁煙支援、受動喫煙対策の推進等に向けた普及啓発に取り組みます。

### (3) 特定健康診査等早期発見の充実

#### 【特定健康診査の受診勧奨】

- 特定健康診査の意義や受診する必要性について理解を促進するため、県、市町、保険者、医療関係団体が連携した取組を進めます。
- 「やまぐち健康マイレージ事業」や「やまぐち健幸アプリ」を活用して、特定健康診査の受診勧奨を促すプッシュ通知や、市町が開催する健康づくり関係イベントへのポイント付与、該当市町在住者向けのプッシュ通知等によりイベント参加の動機付けを行うとともに、利用する市町の増加を図ります。
- 従業員の健康づくりを促すため、「やまぐち健康経営企業認定制度」の評価項目を通じて、特定健康診査や特定保健指導の実施を促進します。
- 特定健康診査対象者のうち被扶養者の受診率が低調であることから、被扶養者への特定健康診査受診率向上に取り組めます。
- 「健康サポート薬局」や「山口県健康エキスパート薬剤師」を通じ、特定健康診査の受診を促進します。

#### 【特定健康診査の受診後の支援】

- 健康診査の結果、血圧、脂質、血糖等の値が受診勧奨判定値を超えている者で医療機関の未受診状態が継続している者について、重症化を予防するため、保険者と連携して受診勧奨を促進します。
- 国民健康保険の保険者努力支援制度等の活用や、受診勧奨モデル事業等の実施により、市町の疾病予防・重症化予防の推進に係る取組を支援します。

#### 【特定保健指導の充実強化】

- 健診結果から、発症リスクの高い者に向けて、必要な動機付け支援や積極的支援の特定保健指導を確実に実施するとともに、効果的な保健指導につながるよう医療保険者の取組内容の好事例を情報提供し、情報共有を図ります。

#### 【特定健康診査・特定保健指導実施率向上のための基盤づくり】

- 保健師・管理栄養士等を対象とした研修会を開催し、特定健康診査や特定保健指導に従事する者の資質向上を図ります。
- 働き盛り世代の特定健康診査や受診後の特定保健指導の充実強化を推進するため、積極的に健康経営に取り組む企業の登録・認定及び取組を支援します。
- 実施率向上及びデータ分析に基づく保健事業の推進を図るため、保険者協議会等と連携し、市町や医療保険者の取組を推進します。
- 県及び健康福祉センター管内の地域・職域連携推進協議会において、市町と職域との連携を推進します。各圏域での特定健康診査・特定保健指導の実施率向上等の

地域課題解決に向けた取組を共有します。

## 2 救急搬送体制の整備

### (1) 発症時の対処方法の普及啓発

- 脳卒中の初期症状、心血管疾患発症の前兆やその症状、発症時の対処方法並びに早期受診の重要性に関する知識の啓発を行います。
- 急性心筋梗塞等の重篤な救急患者の救命率を向上させるため、AEDの使用方法や心臓マッサージなどの初期救急の応急処置法の県民への周知に努めます。

### (2) 救急医療体制の確保

- 消防機関、医療機関と連携し、救急救命士や救急医療関係者の資質向上に係る取組を進めます。
- 消防機関、医療機関、メディカルコントロール協議会等との連携を図り、適切な病院前救護・病院前診断・適切で迅速な搬送体制の確保や救急医療体制の整備に係る取組を推進します。

## 3 脳卒中の医療提供体制の整備

### (1) 急性期から回復期・維持期までの医療提供体制の整備

- かかりつけ医と地域内の基幹病院との連携強化を進めるとともに、必要に応じ二次保健医療圏を越えた専門医療機関との連携体制の確保を推進します。
- 治療早期、在宅への退院を目指す回復期、在宅における維持期まで、地域連携クリティカルパス等の活用も図りながら、各段階でのリハビリテーションを切れ目なく適切に提供できる医療体制の整備を推進します。
- 将来にわたる持続的な地域医療提供体制の確保に向け、引き続き、脳神経外科医を含む医師の養成・確保に取り組みます。

### (2) 医療機関や在宅療養に関係する多職種連携の推進

- 患者の診療や看護、リハビリテーション等の従事者のほか、在宅療養中の相談・生活支援等の関係者、介護従事者等に対して、関係団体や市町と連携しながら、リハビリテーションの継続や疾病管理の重要性に関する研修会の開催等により、資質向上を図り、脳卒中のリハビリテーションを提供する多職種の連携を推進します。
- 患者へのケアの一層の充実を図るため、特定行為研修修了者や認定看護師等、関係団体による認定資格の取得者が増加するよう取り組みます。

## 4 心血管疾患の医療提供体制の整備

### (1) 急性期から回復期・慢性期までの医療提供体制の整備

- 重篤な心血管疾患等の循環器病対策を一層充実させるため、各圏域における受療状況等を勘案し、高度で専門的な治療及び「疾患管理プログラム」としての心臓リ

ハビリ等、急性期から回復期・慢性期まで一貫した医療提供体制の整備を推進します。

- 患者の診療に従事している医師、歯科医師、薬剤師、看護師(救急看護認定看護師、慢性心不全認定看護師を含む)、歯科衛生士、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等のほか、救急搬送に従事する救急救命士や、在宅療養中の相談・生活支援等に従事する保健師、管理栄養士、社会福祉士、介護支援専門員、相談支援専門員等に対しても、関係団体や市町と連携しながら、心臓リハビリについて周知します。

## **(2) 医療機関や在宅療養に関係する多職種連携の推進**

- 入院や在宅でのリハビリテーション、再発予防のための継続した管理を目的とした入院医療機関とかかりつけ医、訪問看護ステーション、地域連携薬局、かかりつけ薬局、地域包括支援センター等との連携など、心臓リハビリを提供する施設や多職種間の連携を推進します。
- 患者へのケアの一層の充実を図るため、特定行為研修修了者や認定看護師、心不全療養指導士等、関係団体による認定資格の取得者が増加するよう取り組みます。

## **5 循環器病の診療情報の収集**

### **(1) 循環器病に関連する診療情報の収集と活用**

- 国立研究開発法人国立循環器病研究センターをはじめとした医療機関や、日本循環器学会等の関係学会が連携して推進する診療情報の収集・活用を行う公的な枠組みの構築について、国の動向を注視しながら、本県における必要な対応の検討を行います。
- 救急病院を対象とした脳卒中や心血管疾患の発生状況、治療件数、転帰などの調査等により、県内の状況把握に努めます。

## **6 在宅療養が可能な環境の整備**

### **(1) 在宅療養を支援する医療介護連携体制の確保**

- 循環器病の再発を防止するため、退院後も基礎疾患を含む治療や危険因子の管理、適切なリハビリテーションを継続する必要性やその知識について、入院中から患者や家族等に情報提供を行います。
- 在宅療養者の健康管理や服薬管理が適切に行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及に努めるとともに、多職種連携による在宅医療提供体制の構築を進めます。
- 在宅介護サービスを必要とする患者の自立生活又は在宅療養を支援するため、情報通信技術(ICT)等を活用し、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、介護支援専門員、訪問看護師等の情報共有を促進します。

## 7 人材育成

### (1) 専門職種の資質向上と圏域ごとの連携の推進

- 最新の医学的知見に基づく保健医療の知識やリハビリテーション等の専門的な技能等の習得を図るため、保健指導従事者や医療従事者、救急隊員向けに、市町や関係団体と連携して、資質向上や圏域ごとの連携の推進に取り組みます。

## 8 循環器病患者等を支えるための環境づくり

### (1) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

- 患者から相談を受ける保健・医療・福祉の従事者に対し、循環器病に関する正しい知識を習得するための研修会等を実施し、資質の向上を図ります。
- 治療や生活のことなど多種多様な患者・家族の不安や悩みに対して、医療機関、市町、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、その他の関係機関が連携し、ライフステージに応じた情報提供や相談支援を推進していきます。
- 循環器病に関わる多職種の医療従事者が連携し、診療情報や治療計画の共有等を図るとともに、患者に対する切れ目のない支援を推進していきます。

### (2) 後遺症を有する者に対する支援

- 循環器病の後遺症等に関する知識について、市町や関係団体と連携し、県民への普及啓発に取り組みます。
- 摂食嚥下障害をはじめとする口腔機能低下症、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の循環器病の後遺症を有する者が、症状や程度に応じて、適切な診断及び治療、必要な福祉サービス等を受けられる環境の整備を推進します。
- 高次脳機能障害の支援拠点機関であり、高次脳機能外来を開設している県立こころの医療センターを中心として、市町や関係機関による支援ネットワークを構築し、身近な地域における診断・リハビリテーションや相談支援の充実を図るとともに、広く県民に対する普及啓発活動を進め、高次脳機能障害についての理解促進を図ります。
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防に係る口腔ケア等について、市町や関係団体と連携して、かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の推進に取り組みます。

### (3) 治療と仕事の両立支援・就労支援

- 患者や家族、関係者等に向けて、休暇や勤務体制など、就労継続のための諸制度についての情報提供を行うとともに、治療と仕事の両立支援に関する相談窓口の利用を促進します。
- 事業主に向けて、反復・継続して治療が必要な者の治療と仕事の両立や、傷病等による中途障害者の職場復帰を支援した場合等の助成金制度を情報提供し、患者等

の就労継続を促進します。

- 循環器病に関する正しい知識や治療と仕事の両立支援に関することについて、「やまぐち健康経営企業認定制度」を通じた普及啓発に取り組みます。
- 国や県、山口産業保健総合支援センター等で構成される「山口県地域両立支援推進チーム」により、両立支援に係るそれぞれの取組を効果的に連携させ、地域の実情に応じた治療と仕事の両立支援の取組の推進を図ります。

## 9 感染症拡大や災害等の有事における体制の整備

### (1) 県民への的確な情報提供と対応方法等の普及啓発の推進

- 感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、生活習慣の改善や健診の受診、医療機関の早期受診の必要性について、県民への的確な情報提供と普及啓発に積極的に取り組みます。

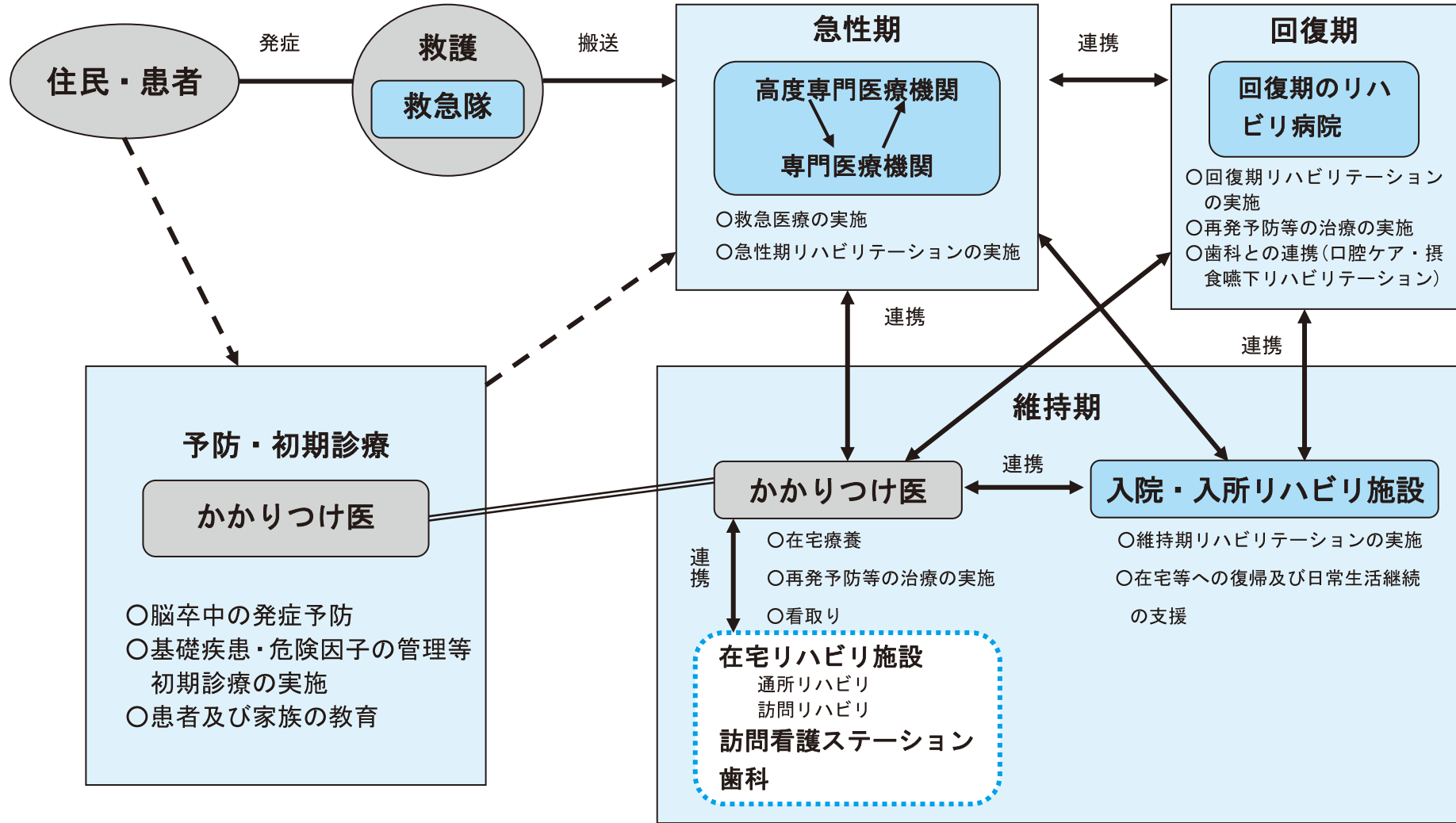
## 第5節 数値目標

脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患に係る数値目標を以下のとおり設定します。

指 標	現 状	目標数値
脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口10万対)	男 99.0 女 56.2 〔 全国平均 〕 男 93.8 女 56.4 (R2年)	全国平均以下 (R7年)
虚血性心疾患年齢調整死亡率 (人口10万対)	男 48.2 女 20.2 〔 全国平均 〕 男 73.0 女 30.2 (R2年)	全国平均以下 (R7年)
心不全の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男 61.5 女 49.6 〔 全国平均 〕 男 69.0 女 48.9 (R2年)	全国平均以下 (R7年)
心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男 215.7 女 126.7 〔 全国平均 〕 男 190.1 女 109.2 (R2年)	全国平均以下 (R7年)
特定健康診査の実施率	50.6% (R3年度)	70% (R9年度)
特定保健指導の実施率	22.6% (R3年度)	45% (R9年度)
収縮期血圧140mmHg以上の人の割合	男 23.4% 女 18.7% (R2年度)	男 19% 女 15% (R8年度)

指 標	現 状	目標数値
LDLコレステロール160mg/dl以上の人の割合	男 14.9% 女 16.6% (R2年度)	男 11.2% 女 12.5% (R8年度)
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	28.6% (R3年度)	18.9% (R9年度)
1日当たりの食塩摂取量の平均値	男 9.5g 女 8.1g (R4年度)	男 7.5g 女 6.5g (R10年度)
喫煙率	男 26.4% 女 4.7% (R4年度)	男 16.4% 女 1.6% (R10年度)
日常生活における歩数 (1日の平均歩数)	20歳～64歳 男7,448歩 女6,800歩 65歳以上 男4,961歩 女5,471歩 (R4年度)	20～64歳 男8,000歩 女8,000歩 65歳以上 男6,000歩 女6,000歩 (R10年度)
過去1年間に歯科検診を受診した人の割合	48.5% (R4年度)	95% (R10年度)
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法が実施可能な病院数	23箇所 (R4年)	23箇所以上 (R10年)
脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な病院数	8箇所 (R4年)	8箇所以上 (R10年)
回復期リハビリテーションが実施可能な医療機関数	21箇所 (R4年)	21箇所以上 (R11年)
脳血管疾患の退院患者平均在院日数	106.1日 (R2年)	減らす (R8年)
心大血管リハビリテーションが実施可能な医療機関数	30箇所 (R5年)	30箇所以上 (R11年)
PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通割合	56.3% (R3年)	増やす (R9年)
心疾患の退院患者平均在院日数	40.3日 (R2年)	減らす (R8年)
心不全療養指導士の資格取得者数	42人 (R4年)	増やす (R10年)

# 脳卒中の医療連携体制





## 脳卒中の医療機能

予防	
機能	○ 発症予防の機能
目標	○ 生活習慣の改善等により脳卒中の発症を予防 ○ 特定健康診査・特定保健指導や健診後の受診勧奨を実施
求められる事項	《行政・保険者》 ○ 塩分摂取量を含めた適切な食生活、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善等により発症のリスクを低減させる取組を若年層から実施 ○ 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策を推進 ○ 保険者は特定健康診査・特定保健指導を実施 ○ 健診受診後に高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙等の危険因子を持つ者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築  《医療機関》 ○ 健診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した対象者に対し、発症予防のための指導を実施 ○ 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙等の危険因子の管理が可能

初期診療	
機能	○ 初期診療の機能
目標	○ 基礎疾患・危険因子の管理等初期診療を実施
求められる事項	次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施 ○ 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心房細動、無症候性病変(無症候性ラクナ梗塞、未破裂脳動脈瘤等)、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能 ○ 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を実施 ○ 突然の症状出現時に急性期医療を担う医療機関への受診について指示

救護	
機能	○ 病院前救護の機能
目標	○ 脳卒中の疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること  ※以下は実施することが望ましい 超急性期血栓溶解療法の適応時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓回収療法や経動脈的血栓溶解術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送
求められる事項	《本人及び家族等周囲にいる者》 ○ 発症後速やかに救急搬送の要請を実施 《救急救命士を含む救急隊員》 ○ 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール(活動基準)に沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を実施 ○ 脳卒中が疑われる患者に対する病院前救護のスクリーニングに基づき、搬送先選定が可能な救護体制を構築 ○ 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送

急性期	
機能	○ 救急医療の機能(重症度に応じた救急医療を行う機能)
目標	高度専門医療 ○ t-PA静注療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始 ○ 脳梗塞患者については機械的血栓回収療法の実施についても検討し、治療の適応となる患者に対して、速やかに治療を開始

		<p>※以下は実施することが望ましい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと</li> <li>○ 廃用症候群の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施</li> <li>○ 重症脳卒中の治療を実施</li> </ul>
	専門医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者の来院後(発症後24時間以内)に専門的な治療を開始</li> <li>○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと</li> <li>○ 廃用症候群の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施</li> <li>○ 高度専門病院と連携し脳卒中の治療を実施</li> <li>○ 専門的な治療を実施できない医療機関においては、画像伝送等の遠隔医療を利用して治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討</li> </ul>
求められる事項	高度専門医療	<p>次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施</p> <p>特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保する必要がある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 血液検査や画像検査(エックス線検査、CT検査、MRI検査、超音波検査)等の必要な検査が24時間実施可能</li> <li>○ 脳卒中が疑われる患者に対して専門的診療が24時間実施可能(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む)</li> <li>○ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能(遠隔診療を用いた補助を含む)</li> <li>○ t-PA静注療法の適応がある脳梗塞患者に対し、来院後に少しでも早く治療を開始(遅くとも来院後1時間以内に治療を開始することが望ましい。)</li> <li>○ 症状の重症度と画像所見に基づき、脳梗塞患者に対する機械的血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始</li> <li>○ t-PA静注療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療(Telestroke)」など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討</li> <li>○ 呼吸、循環、栄養等の全身管理及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能</li> <li>○ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図る</li> <li>○ リスク管理の下に早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能</li> <li>○ 個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討</li> <li>○ 回復期(又は維持期)の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携</li> <li>○ 回復期(又は維持期)に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、調整</li> </ul> <p>※以下は実施することが望ましい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供</li> </ul>
	専門医療	<p>次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施</p> <p>特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保する必要がある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 血液検査や画像検査(エックス線検査、CT検査、MRI検査、超音波検査)等の必要な検査が実施可能</li> <li>○ 脳卒中が疑われる患者に対して専門的診療が実施可能(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む)</li> <li>○ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が実施可能(遠隔診療を用いた補助を含む)</li> <li>○ 手術適応のない脳出血、t-PAの静脈内投与による血栓溶解療法の適応のない脳梗塞(発症後4.5時間以降)に対し、入院治療が実施可能</li> <li>○ 適応のある脳卒中症例に対し、外科手術や脳血管内手術を高度専門病院と連携して対処</li> <li>○ 呼吸、循環、栄養等の全身管理及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能</li> </ul>

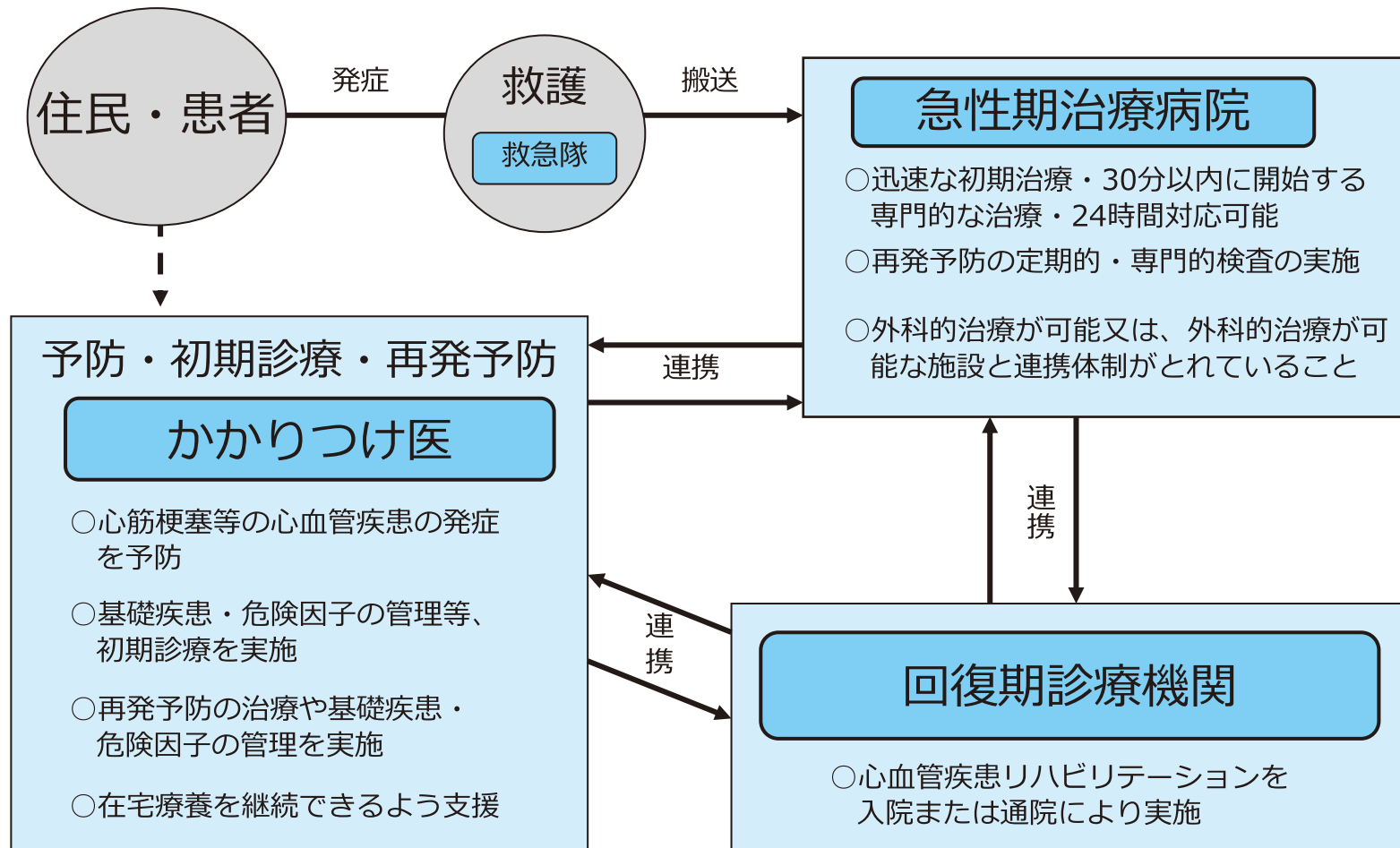
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図る</li> <li>○ リスク管理の下に早期に適切なリハビリテーションが実施可能</li> <li>○ 個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討</li> <li>○ 回復期(又は維持期)の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携</li> <li>○ 回復期(又は維持期)に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、調整</li> </ul> <p>※以下は実施することが望ましい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供</li> </ul>
--	--

<b>回復期</b>	
機能	○ 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施</li> <li>○ 回復期の医療機関における医療提供体制を強化</li> <li>○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施</li> <li>○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防</li> </ul>
求められる事項	<p>次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防の治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な症状への対応が可能</li> <li>○ 重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者であっても、急性期病院からの受入れが可能となるよう、回復期の医療提供体制を強化</li> <li>○ 失語、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)、嚥下障害、咀嚼障害、歩行障害等の機能障害の改善及びADL向上を目的とした理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能</li> <li>○ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図る</li> <li>○ 急性期の医療機関及び維持期・生活期の医療機関等とリハビリテーションを含む診療情報や治療計画を共有するなどして連携</li> <li>○ 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価</li> </ul>

<b>維持期・生活期</b>	
機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーションを実施する機能</li> <li>○ 生活の場で療養できるよう支援する機能</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び就労支援並びに日常生活の継続を支援</li> <li>○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施</li> <li>○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防</li> </ul>
求められる事項	<p>次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能</li> <li>○ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション(訪問及び通所リハビリテーションを含む)が実施可能</li> <li>○ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図る</li> <li>○ 介護支援専門員が自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整</li> <li>○ 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指す</li> <li>○ 回復期(又は急性期)の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携</li> <li>○ 合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携</li> </ul>

	<p>次の事項を含め、関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能</li> <li>○ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション(訪問及び通所リハビリテーションを含む)が実施可能</li> <li>○ 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施</li> <li>○ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図る</li> <li>○ 回復期(又は急性期)の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携</li> <li>○ 診療所等の維持期における他の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携</li> <li>○ 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等自宅以外の居宅においても在宅医療を実施し、希望する患者にはこれらの居宅で看取りまで実施</li> <li>○ 介護支援専門員と連携して居宅介護サービスを調整</li> <li>○ 合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携</li> </ul>
--	--

# 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制



## 心筋梗塞等の心血管疾患の医療機能

予防	
機能	○ 発症予防の機能
目標	○ 生活習慣の改善等により心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防 ○ 特定健康診査・特定保健指導や健診後の受診勧奨を実施
求められる事項	《行政・保険者》 ○ 塩分摂取量を含めた適切な食生活、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善等により発症のリスクを低減させる取組を若年層から実施 ○ 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策を推進 ○ 保険者は特定健康診査・特定保健指導を実施 ○ 健診受診後に高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙等の危険因子を持つ者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築  《医療機関》 ○ 健診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した対象者に対し、発症予防のための指導を実施 ○ 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙等の危険因子の管理が可能

初期診療	
機能	○ 初期診療の機能
目標	○ 基礎疾患・危険因子の管理等初期診療を実施 ○ 心筋梗塞等の心血管疾患の進行を予防
求められる事項	次の事項を含め、関係するガイドラインに準じた診療を実施 ○ 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙等の危険因子の管理が可能 ○ 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施 ○ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診について指示

救護	
機能	○ 応急手当・病院前救護の機能
目標	○ 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること
求められる事項	《家族等周囲にいる者》 ○ 発症後、速やかに救急搬送の要請を実施 ○ 心肺停止が疑われる者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施 《救急救命士を含む救急隊員》 ○ 地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール(活動基準)等に即し薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施 ○ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送

急性期	
機能	○ 救急医療の機能
目標	○ 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始 ○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリの実施 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施
求められる事項	次の事項を含め、関係するガイドラインに準じた診療を実施 ○ 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24時間対応可能 ○ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者に対して専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能 ○ ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能 ○ 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理やポンプ失調等の合併症治療が可能</li> <li>○ 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること</li> <li>○ 電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングの対応が可能</li> <li>○ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なりハビリテーションを実施可能</li> <li>○ 抑うつ状態等の対応が可能(連携も可)</li> <li>○ 回復期(又は在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携、また、その一環として再発予防の定期的専門的検査を実施</li> </ul>
関係機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救命救急センターを有する病院</li> <li>○ 心臓内科系集中治療室(CCU)等を有する病院</li> <li>○ 心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所</li> </ul>

回復期	
機能	○ 疾病管理プログラムとしての心臓リハビリを実施する機能
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施</li> <li>○ 合併症や再発予防、在宅復帰のための心臓リハビリを入院又は通院により実施</li> <li>○ 在宅等生活及び就労の場への復帰を支援</li> <li>○ 患者に対し、再発予防等に関し必要な知識を教えること</li> </ul>
求められる事項	<p>次の事項を含め、関係するガイドラインに準じた診療を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等への対応等が可能(連携も可)</li> <li>○ 心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能</li> <li>○ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携</li> <li>○ 運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心臓リハビリが実施可能</li> <li>○ 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等の発生時における対応について、患者及び家族への教育の実施</li> <li>○ 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携</li> <li>○ 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、心血管疾患患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指す</li> </ul>
関係機関等	○ 内科、循環器内科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所

再発予防	
機能	○ 再発予防の機能
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施</li> <li>○ 在宅療養を継続できるよう支援</li> </ul>
求められる事項	<p>次の事項を含め、関係するガイドラインに準じた診療を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能(連携も可)</li> <li>○ 急性増悪時への対応が可能(緊急時の除細動等)</li> <li>○ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携</li> <li>○ 急性期の医療機関等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有するなどして連携</li> <li>○ 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護事業所・かかりつけ薬剤師・薬局・介護保険サービス事業所等が連携し実施が可能</li> </ul>
関係機関等	○ 病院又は診療所