

第2期奈良県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画策定に寄せて

奈良県では、健康寿命を男女とも日本一にすることを目指しています。健康寿命を延ばすためには、健康づくりの推進と併せて、必要な医療を適切に受けられる医療体制の整備が重要です。

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」といいます。）は、国と同様に、本県においても死因別の割合として悪性新生物（がん）に次いで多く、死亡順位の第2位となっています。

また、循環器病は、介護が必要となった主な原因に占める割合も多く、社会全体に大きな影響を与える疾患であるとともに、県民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患でもあります。

近年、循環器病による本県の年齢調整死亡率は、市町村や保健所等の行政の連携した活動、医療機関による活発な地域医療活動、患者会による熱心な活動、地域健康づくりに取り組む県民運動等、地域保健活動の積み重ねにより、減少を続けています。これもひとえにご尽力いただいた関係者の皆様のおかげと感謝しています。

本県では、令和4年度の「奈良県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画」の策定に引き続き、健康寿命の延伸と循環器病の死亡率の低減を目標とした、第2期計画を策定しました。

第2期計画には、高齢化に伴い、今後増加すると見込まれる心疾患患者に対するリハビリテーションや、循環器病患者を中心とした包括的な支援体制の構築を目的とした、奈良県立医科大学での「奈良県脳卒中・心臓病等総合支援センター」設置等の取組を盛り込んでいます。

今後は、この計画に基づき、さらに健康寿命を延ばし、循環器病の死亡率の減少を目標に、循環器病を予防し、健康の維持・増進と医療の充実を推進してまいります。

結びに、この計画の策定に貴重なご意見やご支援をいただきました関係者の皆様をはじめ、県民の皆様にご心からお礼を申し上げます。

令和6年3月

奈良県知事 山下 真

目次

第1章 計画の策定趣旨等	1
1. はじめに	1
2. 県推進計画期間	2
3. 他の計画との整合性	2
4. 計画の推進体制	2
第2章 循環器病の特徴と基本的な方向性及び重点課題	4
1. 循環器病の特徴	4
2. 基本的な方向性	4
3. 重点課題	4
第3章 奈良県における循環器病の現状	5
第4章 全体目標	6
1. 健康寿命の延伸	6
2. 循環器病による年齢調整死亡率の低減	7
第5章 個別施策	9
1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	9
(1) 栄養・食生活の分野	10
(2) 身体活動・運動の分野	12
(3) 喫煙の分野	13
(4) 飲酒の分野	15
(5) 歯・口腔の健康の分野	16
(6) 循環器病に対する県民の認知度等の実態把握	18
(7) その他、循環器病を予防する取組や検診の普及	20
2. 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築	27
(1) 救急搬送体制の整備	27
(2) 循環器病に係る医療提供体制の構築	32
3. 循環器病患者の支援	51
(1) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	51
(2) 重症化・再発・再入院予防の体制	63
(3) リハビリテーション等の取組	66
(4) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援	72
(5) 小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対策	74
4. 循環器病に関する研究の推進	77
(1) 循環器病対策を推進するための情報の活用	77

(2) レセプト・健診情報を活用した医療費分析……………	78
第6章 脳血管疾患・心血管疾患におけるロジックモデル……………	80
1. 脳血管疾患ロジックモデル……………	80
2. 心血管疾患ロジックモデル……………	81
第7章 参考資料……………	82
1. ロジックモデル出典一覧……………	82
2. 奈良県循環器病対策推進会議 委員一覧……………	90

第1章 計画の策定趣旨等

1. はじめに

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、わが国の主要な死亡原因となっており、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、くも膜下出血等）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞等）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症等）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤等）、末梢血管疾患、肺血栓塞栓症、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（2022）年の人口動態統計によると、奈良県の死因順位別では、1位 悪性新生物（24.6%）、2位 心疾患（16.7%）、3位 老衰（11.9%）、4位 脳血管疾患（5.7%）、5位 肺炎（5.0%）であり、心疾患、脳血管疾患はいずれも死亡原因の上位を占めています。さらに、令和4（2022）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に占める割合は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が5.1%であり、両者を合わせると21.2%と最多です。このように、循環器病は、県民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患であるとともに、社会全体に大きな影響を与える疾患となっています。

このような現状に鑑み、国では誰もがより長く元気に活動できるよう、健康寿命の延伸等を図り、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（2018）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（2019）年12月に施行されました。

これを踏まえ、国は、循環器病対策推進基本計画（以下「国基本計画」という。）を令和2（2020）年10月に策定し、奈良県では令和4（2022）年12月に、健康寿命の延伸と循環器病の死亡率の低減を目標とした「奈良県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画（以下「県推進計画」という。）」を策定しました。このたび、令和5（2023）年3月に新たに策定された国の第2期基本計画や、関連計画である「なら健康長寿基本計画」や「奈良県保健医療計画」等の改定に合わせて内容を見直し、関連計画との調和が図られた第2期計画を策定します。本計画は、計画の進捗状況や指標の達成状況を体系的に管理するため、ロジックモデルを採用しています。

今後、本県の循環器病対策を推進するため、策定した第2期計画に基づき、国、県、医療従事者等の関係者が連携しながら循環器病の予防、早期発見・早期治療、再発の予防等を推進していきます。

2. 県推進計画期間

国基本計画の実行期間や他の計画との整合を図り、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とします。

県推進計画においては、「第5章 個別施策」を実行期間に係る計画として評価し、長期的視点で整理した「第2章 循環器病の特徴と基本的な方向性及び重点課題」及び「第4章 全体目標」を含む県推進計画全体については、実行期間に関わらず、基本法第11条第3項の規定に基づき少なくとも6年ごとに検討を加え、必要があれば、県推進計画の変更を行うものとします。

3. 他の計画との整合性

県推進計画の策定及び推進に当たっては、国基本計画に基づくほか、「なら健康長寿基本計画」（一部健康増進法）、「奈良県保健医療計画」（医療法）、「奈良県 高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画・認知症施策推進計画」（老人福祉法・介護保険法・共生社会の実現を推進するための認知症基本法）等の関連計画との調和と連携が図られたものとしています（図1）。

図1 関連計画について

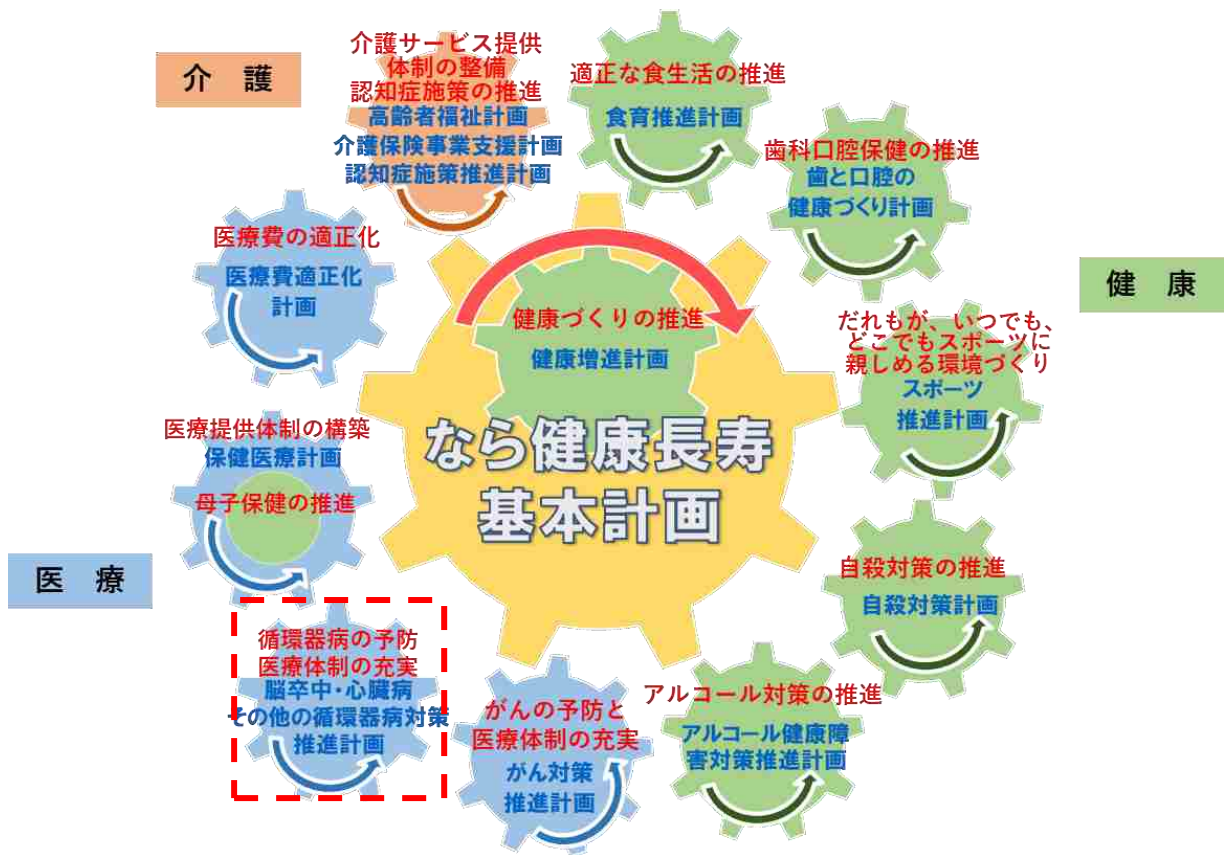
	～R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
奈良県循環器病対策推進計画	R4～R5			中間見直し			
奈良県保健医療計画	H30～R5						
奈良県がん対策推進計画	H30～R5						
なら健康長寿基本計画 (令和17年度まで)	H25～R5 (延長)						中間見直し
奈良県 高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画・認知症施策推進計画	R3～R5						

↑
前計画の期間満了

4. 計画の推進体制

奈良県関係部署や県内市町村、関係団体と連携し、地域の循環器病対策の向上を図ります。また、県の保健・医療・福祉・介護等の分野横断的な基本計画である「なら健康長寿基本計画」に掲げる「健康寿命日本一」の達成に向けて、この基本計画の歯車としての一翼を担うとともに、関連する「奈良県保健医療計画」、「奈良県 高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画・認知症施策推進計画」等とも連携・連動して基本計画の推進を図ります（図2）。

図2 「なら健康長寿基本計画」を中心として歯車を回すように推進



「奈良県保健医療計画」では、脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患について定めているほか、地域医療構想の実現に向けた救急医療や高度医療に責任を持って対応する「断らない病院」と、地域包括ケアシステムを支える「面倒見のいい病院」への機能分化について、それぞれ担うべき役割の方向性に沿った医療機能の発揮と連携の強化の推進について定めています。引き続き、保健医療ニーズの質・量の変化に対応した持続可能で効率的な医療提供体制を維持していきます（図3）。

図3 これからの、奈良の医療



第2章 循環器病の特徴と基本的な方向性及び重点課題

1. 循環器病の特徴

循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあり、悪性新生物（がん）と比べても循環器病の患者の年齢層は高いが、他方で、小児期、若年期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症するものであり、就労世代の患者数も一定程度存在することにも留意が必要です。このように幅広い年代の患者が存在することから、ライフステージにあった対策を考えていくことも求められます。

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、動脈硬化症、高尿酸血症、慢性腎臓病等）の予備群、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態^{※1}へと進行するが、患者自身が気付かない間に病気が進行することも多くなっています。ただし、これらの経過のうち、いずれの段階においても、生活習慣の改善や治療によって予防・進行抑制が可能である側面もあります。また、循環器病は、急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥り、突然死に至ることがあります。たとえ、死に至らなくとも、特に脳卒中においては重度の後遺症を残すことも多いです。しかし、発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性があります。

さらに、回復期及び慢性期には、急性期に生じた障害が後遺症として残る可能性があるとともに、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といった特徴があります。また、脳血管疾患と心疾患の両方に罹患することもあるなど、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化することも特徴の一つといえます。

2. 基本的な方向性

- (1) 循環器病に関する正しい知識の普及
- (2) 循環器病の危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の発症予防、重症化予防の推進
- (3) 循環器病患者等への保健、医療及び福祉サービスの提供体制の充実
- (4) 循環器病対策を推進するための情報の活用

3. 重点課題

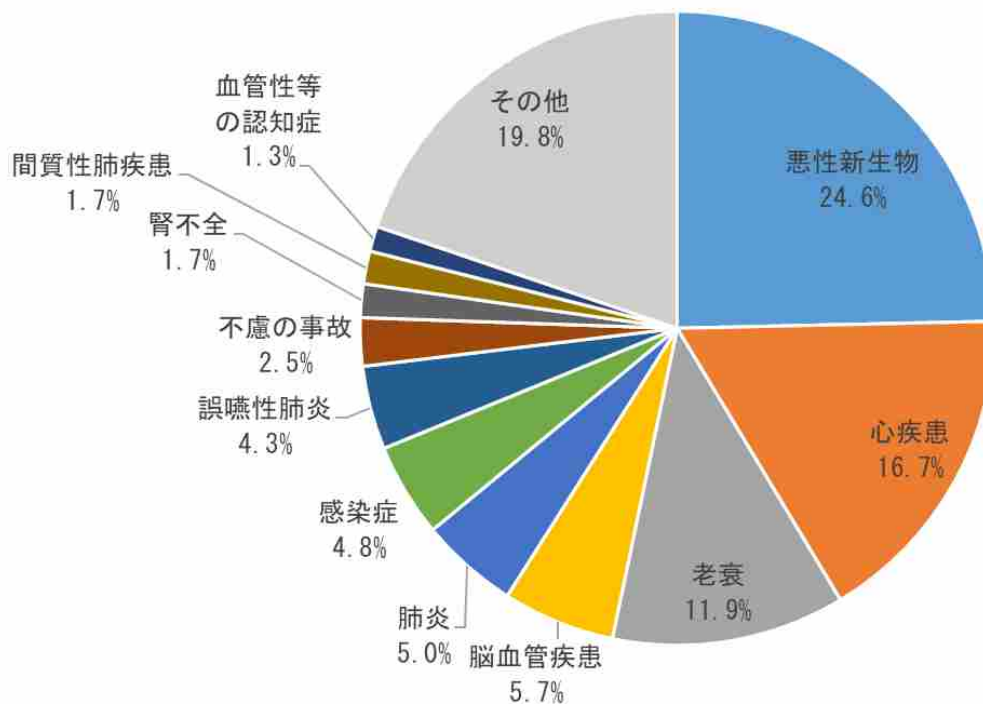
- (1) 循環器病に関する正しい知識に基づく自己管理行動の定着
- (2) 高血圧症、脂質異常症、糖尿病に起因する将来にわたる循環器病の発症予防
- (3) 循環器病に関する予防から治療、回復支援等に至る切れ目のない提供体制の整備

^{※1} 要介護状態とは、身体上または精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、ある程度長期に渡り継続して常時介護を要すると認められる状態をいい、程度に応じ要介護度が1から5までに区分されます。

第3章 奈良県における循環器病の現状

心疾患と脳血管疾患を合わせた死亡率はがんに次ぐ死亡原因となっており、がん、心疾患、脳血管疾患の三大生活習慣病による死亡者が全体の47%と約半数を占めています（図4）。

図4 奈良県の死因別死亡割合



出典：厚生労働省「令和4（2022）年人口動態統計」

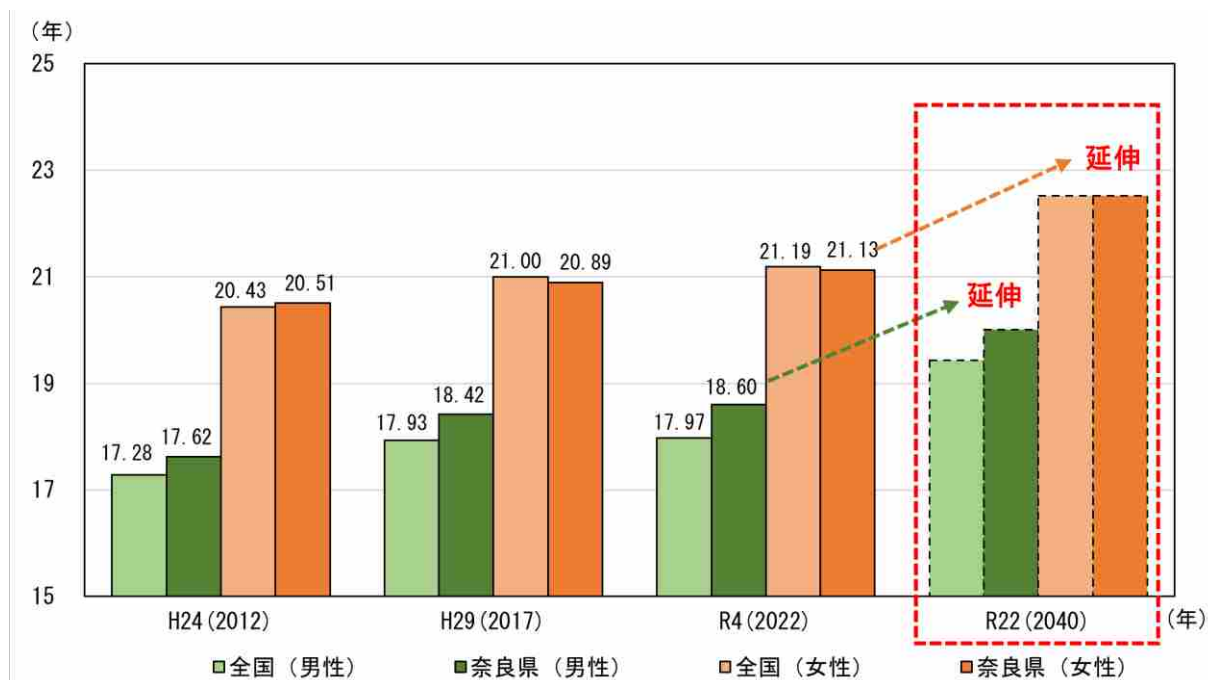
第4章 全体目標

循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、保健・医療及び福祉に係るサービスの提供の充実を図ることにより、高齢者人口がピークを迎える令和22（2040）年を目標に「1. 健康寿命^{※2}の延伸」、「2. 循環器病による年齢調整死亡率^{※3}の低減」を目指します。

1. 健康寿命の延伸

健康寿命について、男性は全国で3位、女性が23位（令和4（2022）年）となっています（図5）。

図5 健康寿命（65歳平均自立期間）の推移



出典：奈良県健康推進課調べ

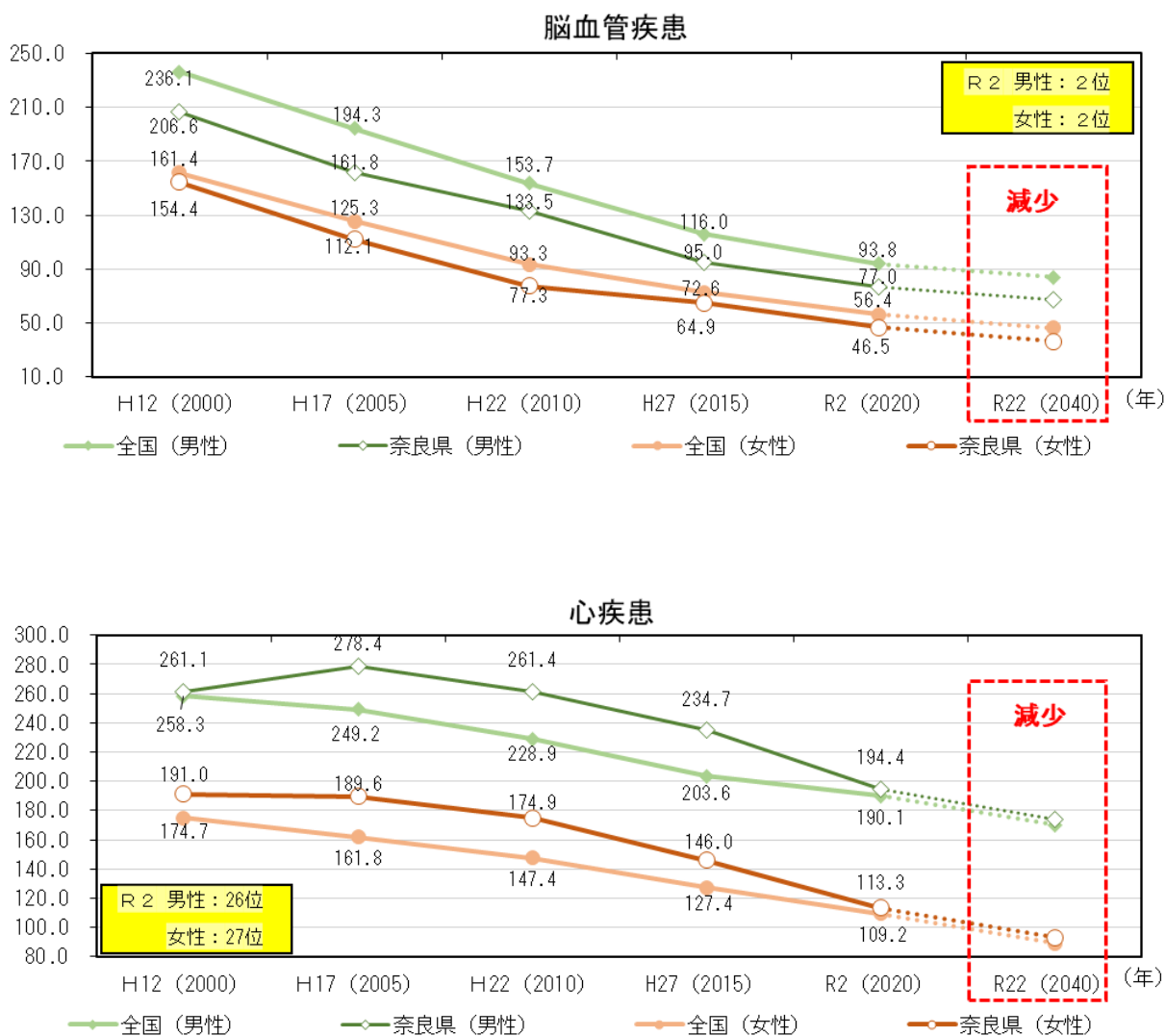
※2 県では、健康寿命（日常的に介護を必要とせず、健康で自立した生活ができる期間）を、令和17年度までに男女とも日本一にすることを目指しています。この目標を達成するため、令和6年3月に「なら健康長寿基本計画（第2期）」を策定し、健康づくりの施策に取り組んでいます。健康寿命の算出には65歳時の平均余命から平均要介護期間を差し引いた「65歳時平均自立期間」を採用しています。

※3 年齢調整死亡率とは、人口規模や年齢構成が異なる地域の死亡数をより正確に比較できるように、基準人口で補正し、それぞれの地域の死亡率がどのような特徴を持っているのか比較分析する際に広く使われている指標です。

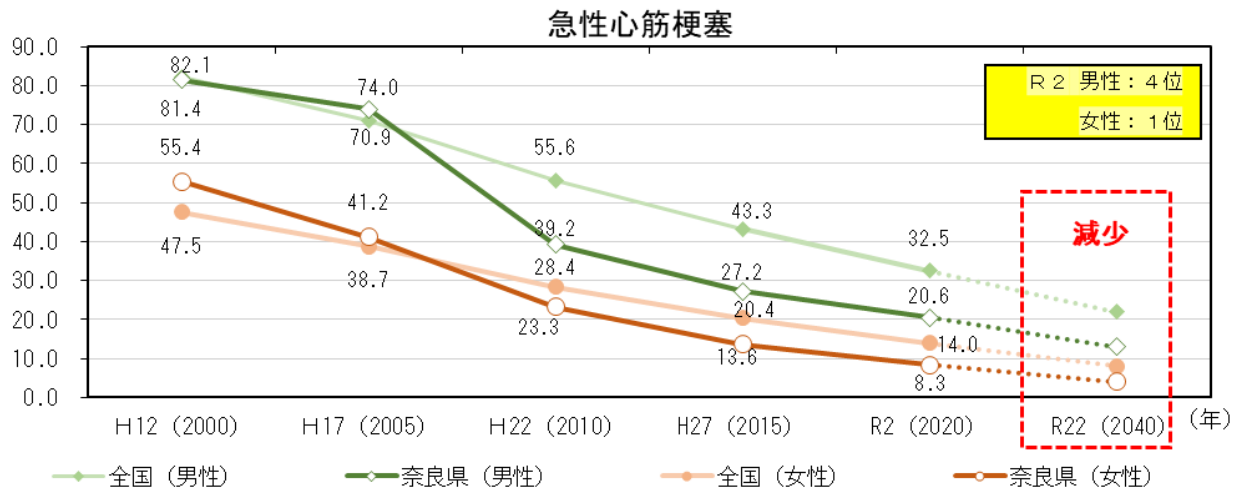
2. 循環器病による年齢調整死亡率の低減

- ・ 脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男性、女性ともに全国平均を下回っており、全国順位は男性、女性ともに2位となっています（図6）。
- ・ 心疾患の年齢調整死亡率^{※4}は、男性、女性ともに全国平均をわずかに上回っていますが、近年大きく減少しています。なお、心疾患における急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は全国平均を大幅に下回っており、男性は全国4位、女性は全国1位です（図6）。

図6 脳血管疾患、心疾患及び急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の推移
(人口10万人あたり)



※4 心疾患に含まれる不整脈及び伝導障害の年齢調整死亡率が、男性、女性とも全国平均を上回っています。なお、この「不整脈及び伝導障害」に分類されている原死因には、不整脈及び伝導障害と確定されていない「心停止」が一定数含まれています。また、令和3年度より奈良県立医科大学では、急性突然死に対して内容の再確認をするとともに、死因が不明確の場合に「急性心臓死」といった死亡診断書の記載にならないよう指導する取組を進めています。心疾患による死亡者数が適正となるよう、関係機関と連携しながら取組を検討します。



出典：厚生労働省「令和2（2020）年人口動態統計特殊報告」※5

※5 年齢調整死亡率の基準人口については、高齢化を反映した平成27(2015)モデル人口に改訂した数値を使用しています。

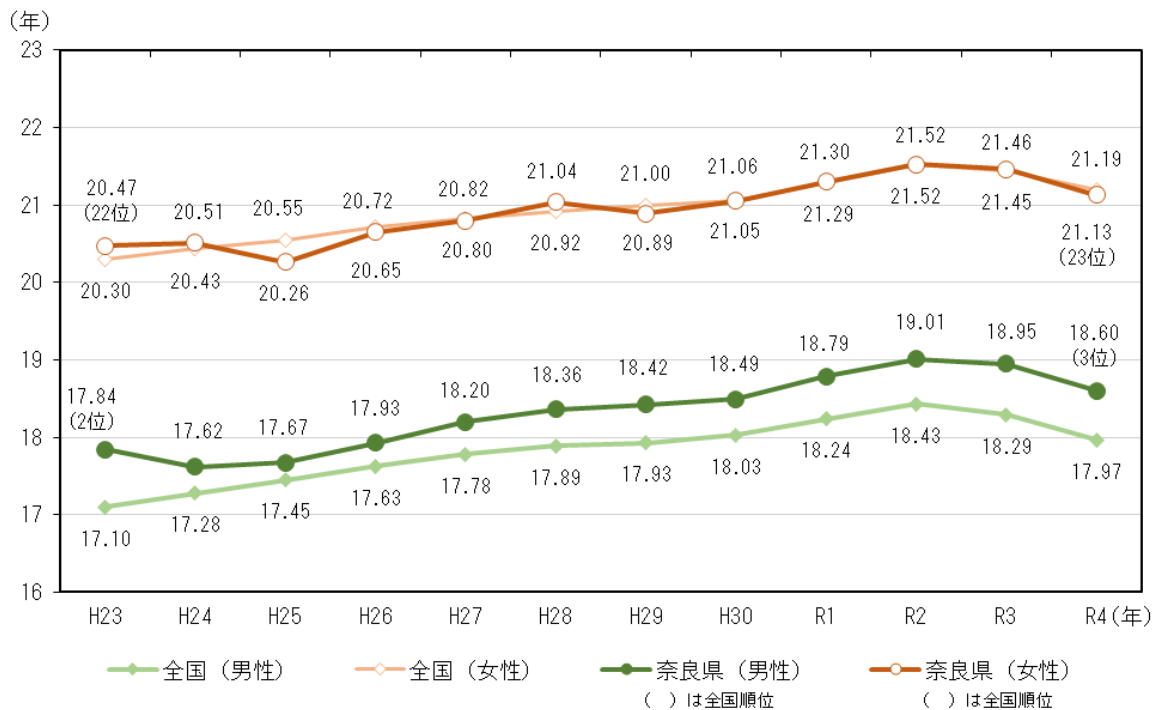
第5章 個別施策

第4章で定めた全体目標を達成するため、次に掲げる個別施策を実施します。

1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

県民一人ひとりが循環器病の予防・重症化予防や疾病リスクの管理を行うことができるように、まずは循環器病に関する正しい知識の普及啓発を行うことが重要です。奈良県では、「なら健康長寿基本計画」に基づき男女とも健康寿命日本一の目標達成に向け、「健康づくりと予防の推進」に取り組むとともに、推進体制の充実を図ることとしています（図7）。また、循環器病は、急激に病態が変化する場合があるものの、適切な治療により予後が改善できる可能性があるため、発症後早急に適切な治療を開始する必要があります。そのためには、患者やその家族等が、循環器病の発症を認識し、救急要請等を行うことにより、速やかに適切な治療を提供する医療機関を受診することが重要です。このためにも県民に対して、循環器病の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性に関する知識の啓発が重要です。

図7 健康寿命（65歳平均自立期間）の推移



出典：奈良県健康推進課調べ

(1) 栄養・食生活の分野

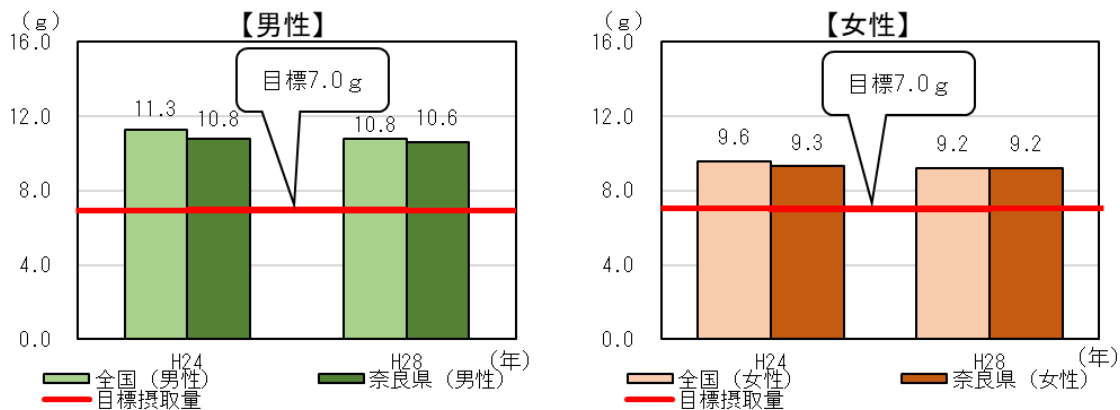
現状と課題

県民の食塩摂取量は、平成28（2016）年の国民健康・栄養調査によると男性が10.6g/日、女性が9.2g/日で、平成24（2012）年の同調査時から男女ともほぼ横ばいであり、目標とする7.0g未満/日を上回っています（図8）（「日本人の食事摂取基準2020年版」においては、食塩摂取量の目標量は、男性7.5g未満/日、女性6.5g未満/日）。

全国値との比較では、女性は同値ですが、男性は全国値よりも少ない摂取量となっています。

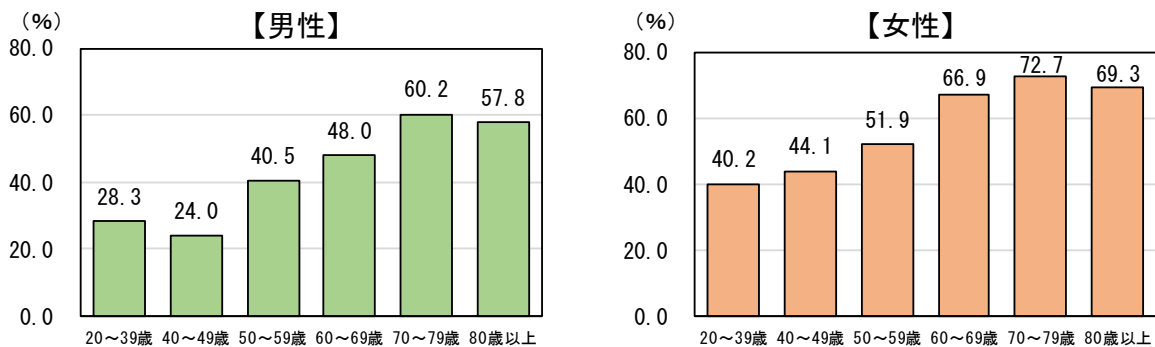
また、令和3（2021）年度県民健康・食生活実態調査によれば、塩分を取り過ぎないように気をつけていると回答した人の割合は、男女ともに若い世代で少ない傾向があります（図9）。減塩が血圧を低下させ、循環器病の発症リスクを軽減させることが示されていることから、1日の食塩摂取量を7.0g未満となるよう適切な情報提供等を継続して実施する必要があります。

図8 男女別食塩摂取量



出典：厚生労働省「平成28（2016）年国民健康・栄養調査」

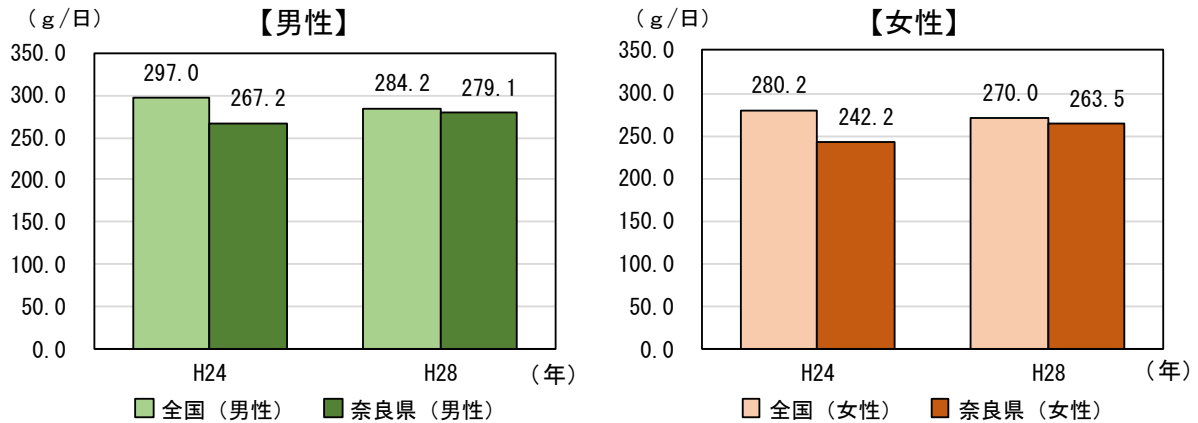
図9 食生活で塩分を取り過ぎないように気をつけている人の割合



出典：奈良県「令和3（2021）年度県民健康・食生活実態調査」

県民の野菜摂取量は、平成28（2016）年の国民健康・栄養調査によると男性が279.1g/日、女性が263.5g/日で、平成24（2012）年の同調査時から男女とも微増していますが、目標とする350gを下回っています。全国値との比較では、男女とも摂取量は少なくなっています（図10）。

図10 男女別野菜摂取量



出典：厚生労働省「平成28（2016）年国民健康・栄養調査」

取り組むべき施策

県民一人ひとりが生涯を通じて望ましい食習慣を実践するため、栄養バランスに配慮した食事、野菜の摂取量増加や減塩等、健康的な食生活の知識や技術の習得につながるように市町村や関係機関、団体等と連携して効果的な普及啓発を行うとともに、食品関連事業者と連携協働し、誰もが自然に健康になれる食環境づくりを進めます。

- ・ 「やさしおベジ増し宣言」の定着に向けた普及啓発
- ・ 食品関連事業者と連携して減塩や野菜摂取量の増加に取り組む「やさしおベジ増しプロジェクト」の推進
- ・ 奈良県「高血圧の人のための減塩教室実施マニュアル」等の活用促進
- ・ 事業所における健康づくりの取組支援研修会の実施支援



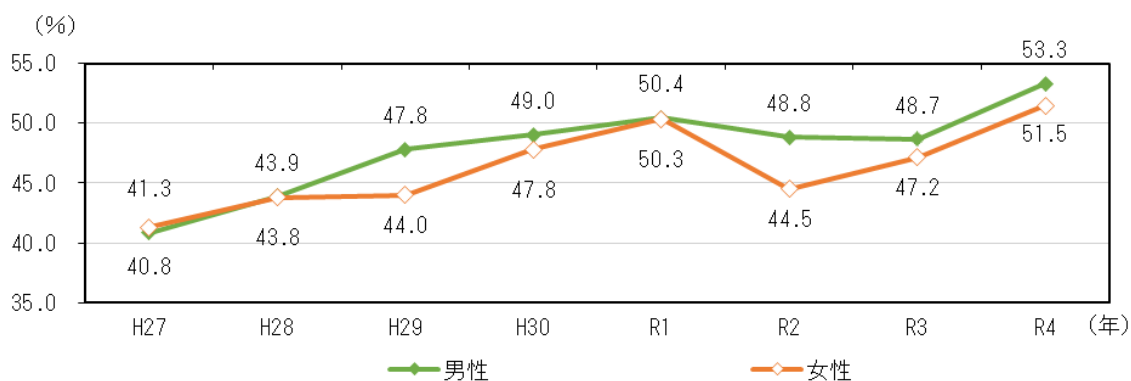
奈良県減塩キャラクター
げんえもん

(2) 身体活動・運動の分野

現状と課題

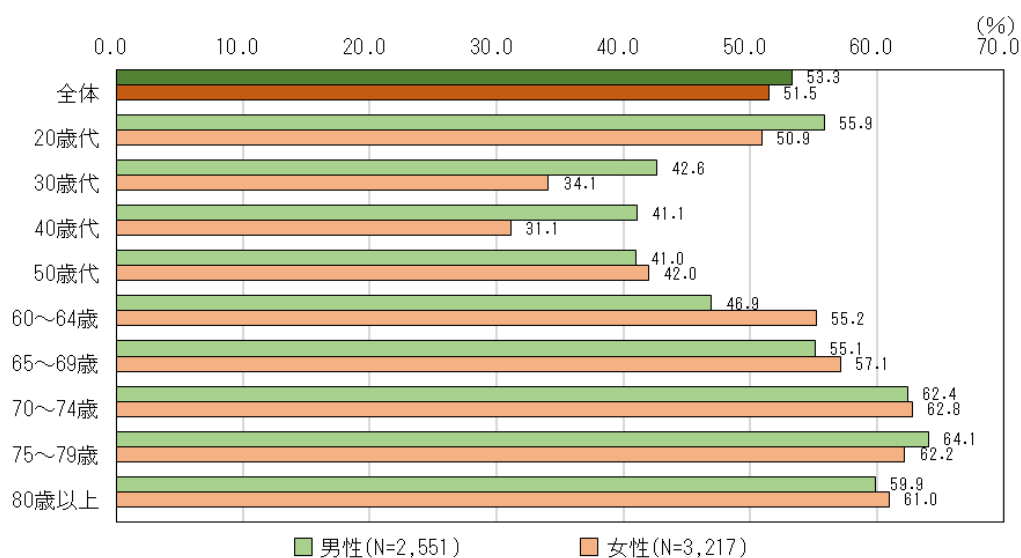
身体活動・運動量の多い人は少ない人と比較し、循環器疾患やがん等の発症リスクが低いことが知られています。運動習慣のある県民の割合は、男女とも平成27（2015）年度から徐々に増加して現在では50%を超えています。年代別にみると、30歳代から50歳代の働き盛り世代で低く、若い世代からの運動習慣づくりの支援が必要です。また、日常生活の中で手軽に運動・身体活動に取り組めるように環境づくりや情報提供等が必要です（図11、12）。

図11 運動習慣者（1日30分以上の運動を週2日以上）の年次推移



出典：奈良県「令和4（2022）年度なら健康長寿基礎調査報告書」

図12 運動習慣のある者^{※6}の割合



出典：奈良県「令和4（2022）年度なら健康長寿基礎調査報告書」

※6 運動習慣のある者とは、1日30分以上の運動・スポーツを週2日以上している人。

取り組むべき施策

身体活動量の増加や運動の習慣化を図るため、普及啓発や運動の実践支援等ライフステージ・ライフスタイルに応じた取組を推進します。また、身近なところで気軽に運動ができる機会の提供や環境の充実を図ります。

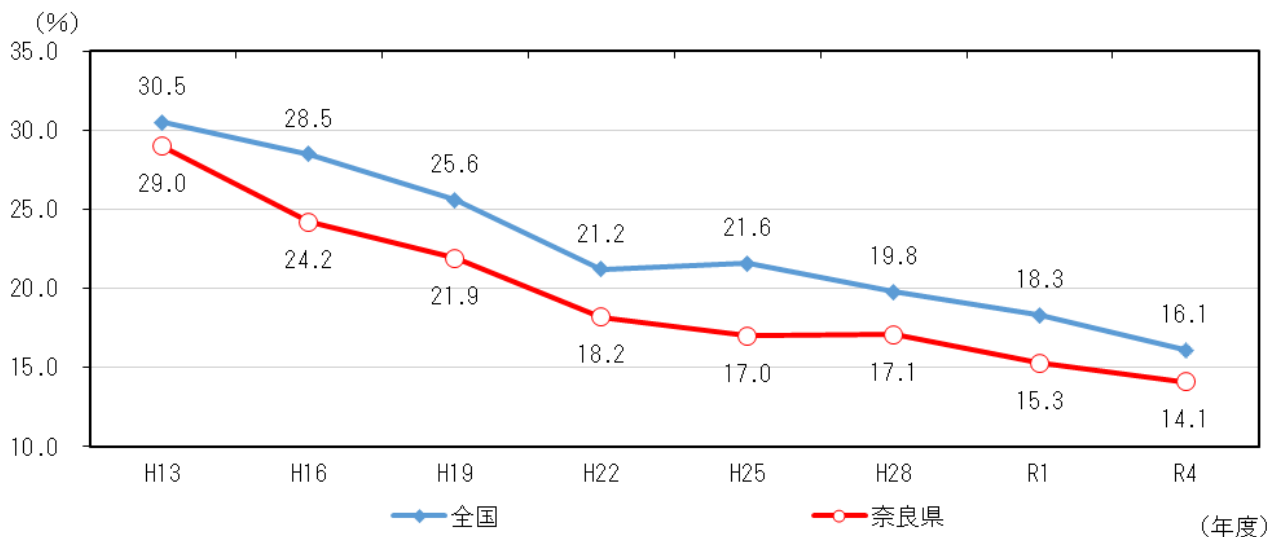
- ・ 身体活動・運動の大切さ、手軽にできる運動やイベント等の情報について、インターネット等を活用して提供
- ・ 子ども、働き盛り世代、女性、高齢期等、ライフステージ・ライフスタイルに応じた身体活動・運動の推進
- ・ 運動がしやすい環境づくりの推進

(3) 喫煙の分野

現状と課題

奈良県の喫煙率は令和4（2022）年度が14.1%であり減少傾向となっており（図13）。全国と比較しても喫煙率が低い状態を維持しており、ニコチン依存症管理料算定医療機関は212箇所（令和5（2023）年6月）、禁煙支援協力薬局^{※7}は119箇所あります。

図13 喫煙率の推移（20歳以上）



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

^{※7} 禁煙支援協力薬局とは、地域住民への喫煙防止や禁煙の推進等を目的に、喫煙について気軽に相談でき、適切なアドバイスを受けられる窓口として、一般社団法人奈良県薬剤師会の協力のもと、奈良県（R5.3月時点 74件）や奈良市（R5.7月時点 45件）に登録している薬局です。

取り組むべき施策

喫煙と受動喫煙による健康影響についての正しい知識の普及啓発を推進します。住民に身近な市町村が主体となった普及啓発や禁煙支援の充実が図れるよう支援します。また、望まない受動喫煙を防止するために、引き続き県民及び事業者・飲食業者等への普及啓発に取り組みます。

- ・ 禁煙希望者が禁煙に関する正しい知識を得られ、禁煙できるように禁煙支援体制の充実
- ・ 市町村・医療機関・事業所等での禁煙支援リーフレットの活用を拡大し、県内の喫煙者に広く禁煙に関する情報を提供
- ・ 企業や団体等と連携し、「世界禁煙デー」に合わせた大型商業施設での普及啓発
- ・ 県民だより・なら健康だより、インターネット（県ホームページ・SNS等）を活用した情報発信
- ・ 学校・教育委員会と連携した喫煙防止教育の充実
- ・ 受動喫煙防止対策相談窓口を設置し、義務違反時の対応を実施



禁煙支援リーフレット(奈良県疾病対策課)

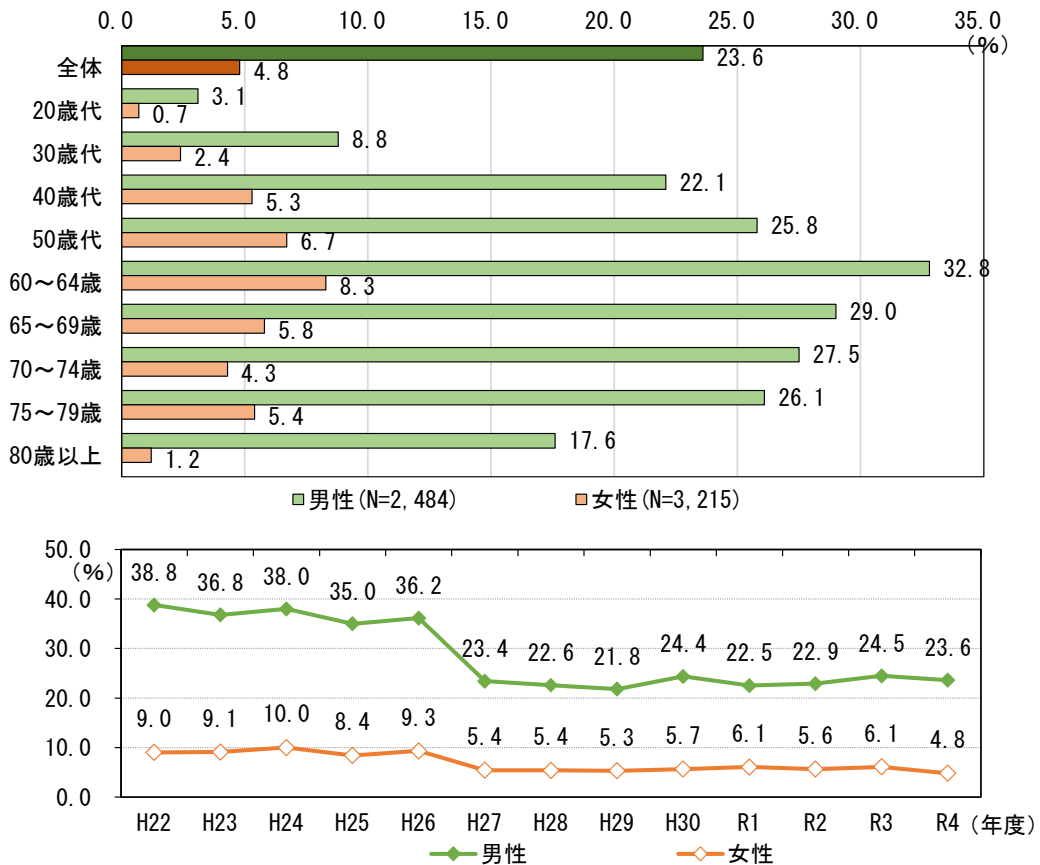
(4) 飲酒の分野

現状と課題

奈良県における飲酒者のうち、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者^{※8}の割合は、男女ともに増加しており、特に男性でその割合が高くなっています。

また、飲酒習慣（毎日飲酒している人）の割合を年代別に見ると、男女ともに50代、60代、70代での飲酒割合が高くなっています。奈良県における多量に飲酒する者の割合^{※9}は、男女ともに増加していましたが、令和4（2022）年度は前年より減少しています（図14）。

図14 毎日飲酒している人の割合



出典：奈良県「令和4（2022）年度なら健康長寿基礎調査」

※8 「生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人」に該当する者とは、アルコールを「週1日以上飲む」人のうち、下記①～④のいずれかに該当する者。【男性】純アルコール換算で摂取量が280g以上/週の者①週1～2日飲酒で1回あたり「5合以上」②週3日飲酒で1回あたり「4合以上」③週4日飲酒で1回あたり「3合以上」④週5～7日飲酒で1回あたり「2合以上」【女性】純アルコール換算で摂取量が140g以上/週の者①週1日飲酒で1回あたり「5合以上」②週2日飲酒で1回あたり「3合以上」③週3日飲酒で1回あたり「2合以上」④週4～7日飲酒で1回あたり「1合以上」

※9 奈良県における多量に飲酒する者の割合とは、平成26（2014）年度までは「ほとんど毎日飲んでいる人」、平成27（2015）年度以降は「週に7日飲んでいる人」の割合。

取り組むべき施策

生活習慣病のリスクを高める飲酒の防止に向け、わかりやすい普及啓発を推進します。さらに、身近なところで気軽に自身の飲酒量をチェックできるよう、体制整備を行います。

- ・ 県民公開講座等、講演会の開催
- ・ 特定健康診査質問票の「飲酒に関する設問」を効果的に活用するための研修会の開催
- ・ アルコール専門医療機関や自助グループとの連携強化

(5) 歯・口腔の健康の分野

現状と課題

自分の歯が20本以上あると何でも食べることができるとされています。80歳で20本以上、60歳で24本以上の歯がある人の割合は増加しています(図15)。

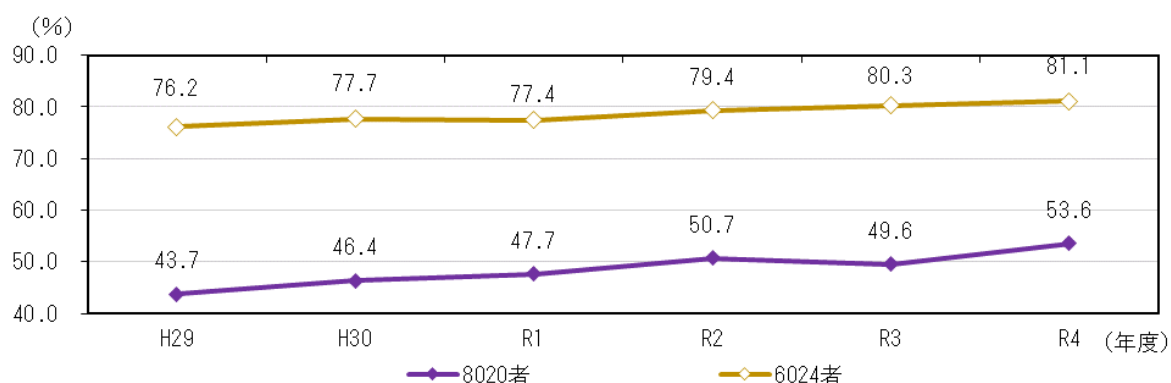
歯周病は糖尿病・循環器疾患等の全身疾患との関連性が指摘されており、健康づくりの点からも歯周病予防の推進は重要ですが、40歳、60歳で進行した歯周炎を有する人の割合は直近6年で横ばい傾向です(図16)。

歯科医師による定期的なチェックは、歯・口腔の健康維持のために必要で、チェックを受けている人の割合は徐々に増加していますが、女性に比べて男性の割合が低く、対策が必要です(図17)。

特に人工弁の手術をした方や先天性心疾患の方は、抜歯や歯石除去等の出血を伴う処置の際に、血液に入った口内の細菌により感染性心内膜炎にかかるリスクが高いため、口腔衛生を保つことは大切です。

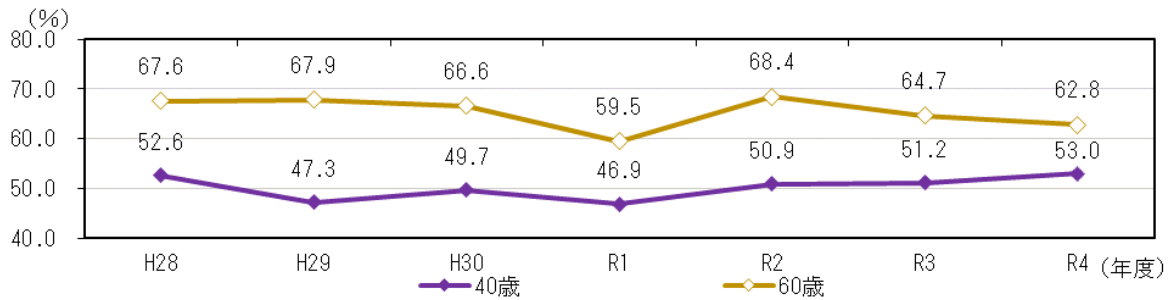
また、脳卒中を発症すると、口腔機能が低下して誤嚥のリスクが高くなるため、予防に向けた啓発と口腔ケアができる人材の育成も重要となります。

図15 80歳で20本以上(8020)、60歳で24本以上(6024)の歯がある人の割合の推移



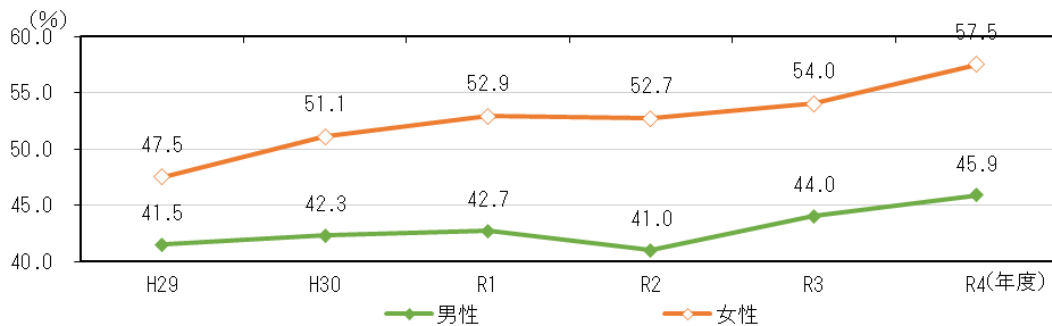
出典：奈良県「なら健康長寿基礎調査」

図 16 40歳、60歳で進行した歯周炎を有する人の割合の年次推移



出典：奈良県「歯周疾患検診実績報告」

図 17 歯科医師による定期的なチェックを受けている人の割合の推移



出典：奈良県「なら健康長寿基礎調査」

取り組むべき施策

- 「なら歯と口腔の健康づくり計画」に基づき以下の施策に取り組めます。
- ・ 歯科医師による定期的なチェック（1年に1回）を受けることの推進
 - ・ 歯周病対策の推進
 - ・ よく噛んで食べられる口腔機能の維持に関する普及啓発
 - ・ 歯科口腔保健推進に係る市町村支援の実施
 - ・ 歯科口腔保健推進に係る人材の育成
 - ・ 医科歯科連携の推進
 - ・ 誤嚥性肺炎^{※10}の予防体操（誤嚥にナラン！体操）の推進（図 18）

※10 誤嚥性肺炎は、高齢や脳卒中等の病気のために、飲み込みの機能や咳をする機能が弱くなり、食物、液体が気管に入りやすくなったり、入っても咳ができず、うまく取り除けなかったりするために起こる肺炎です。

図 18 誤嚥性肺炎の予防体操（誤嚥にナラン！体操）DVD



（6）循環器病に対する県民の認知度等の実態把握

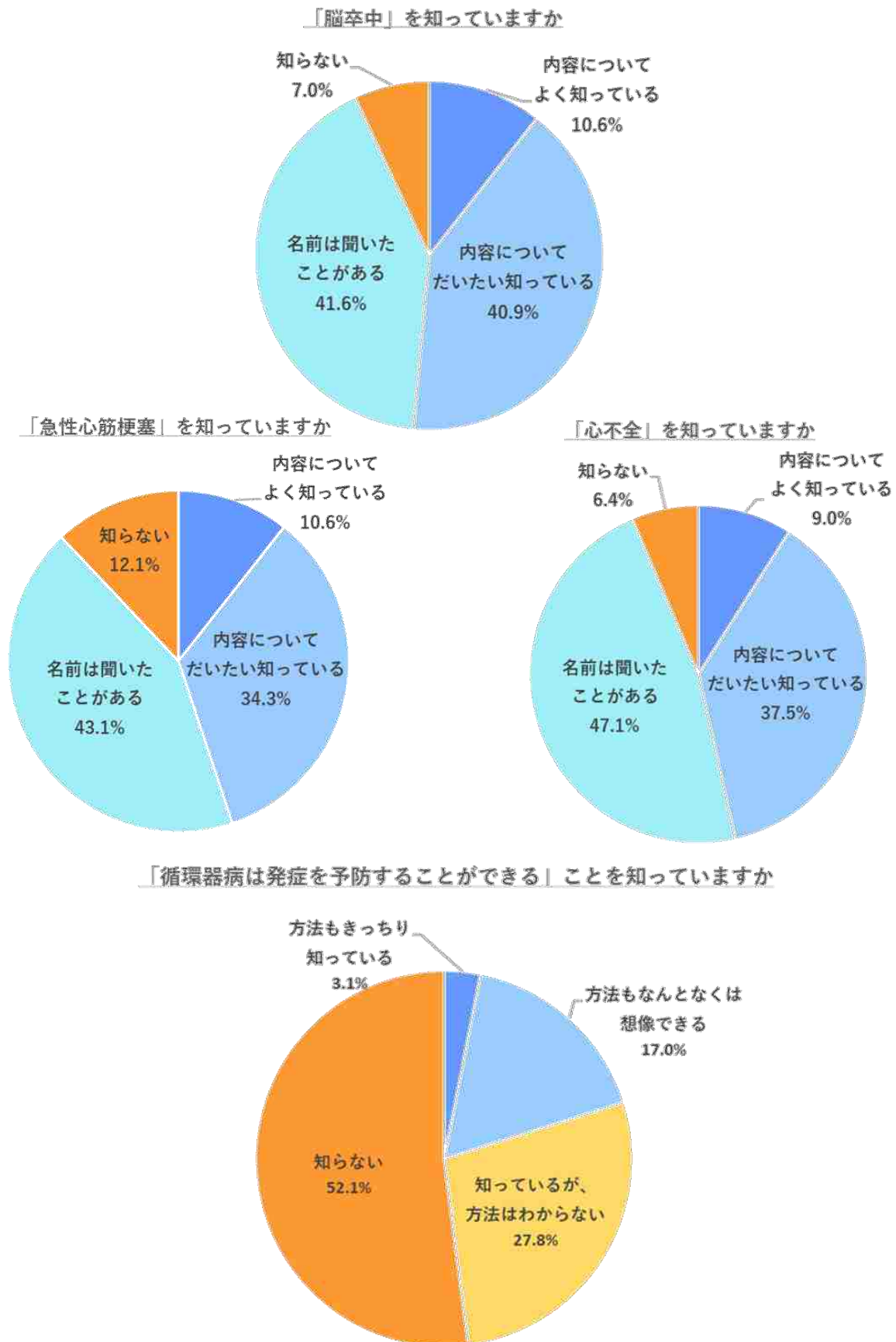
循環器病に関する正しい知識の啓発及び県民のニーズに合致した支援を行うには、循環器病に対する県民の認知度等の実態を把握する必要があります。

令和5（2023）年度脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業^{※11}に奈良県立医科大学が採択され、「循環器病にならない、循環器病になっても安心して暮らせる奈良県」を目指して、【患者・家族のための総合相談窓口】として事業を実施していきます。県民が必要とする相談支援を提供するため、県民が循環器病についてどの程度理解しているかアンケート調査を実施しました。アンケートは、様々なニーズを把握し、より有効な相談支援を行うために、未病、循環器病の有病の方等、複数のカテゴリーの4,000名の方を対象としています。

アンケート調査の結果、脳卒中の内容をよく知っている、だいたい知っているという人は合わせて約52%、急性心筋梗塞と心不全についても、内容をよく知っている、だいたい知っているという人は半数近い人数となっています。しかし、循環器病は発症を予防できることについては、知らない人、知っているが方法が分からない人が合わせて約80%という結果になりました。循環器病やその発症予防について、更に普及啓発を行っていく必要があります（図19）。

^{※11} 多職種が連携し、循環器病患者を中心とした包括的な支援体制を構築するため、地域の中心的な役割を担う医療機関に脳卒中・心臓病等総合支援センターを配置。都道府県と連携しつつ、地域全体の患者支援体制の充実を図ることを目的としています。

図19 認知度アンケート調査の結果



（7）その他、循環器病を予防する取組や検診の普及

現状と課題

循環器病の多くは、不適切な生活習慣の継続、肥満等の健康状態に端を発して発症・重症化するものであり、その経過は、生活習慣病予備群、生活習慣病発症、再発・重症化、合併症発症、生活機能の低下、要介護状態の順に経過していきます。そのため、保健、医療及び福祉等の連携のもとに、循環器病の予防、早期発見、早期治療、再発予防の取組を進めることが重要です。循環器病の主要な危険因子である高血圧症、糖尿病等の生活習慣病の受診者数が多くなっており（図 20）、生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、40 歳以上 75 歳未満の者が対象の各医療保険者（国民健康保険（以下「国保」という。）・被用者保険）が実施する特定健康診査（以下「特定健診」という。）の受診や行動変容をもたらす保健指導が必要です。特定健診・保健指導等を受けることにより、自身の健康状態を把握し、適切な生活習慣を身につけ生活習慣病の予防意識の向上につなげることが求められます。また、高齢期においては、高齢者の心身の多様な課題に対応したきめ細かな支援が重要になるため、市町村では保健事業とともに介護予防事業も一体的に実施していくことが必要となっています。

奈良県の特定健診実施率は 49.4%（令和 3（2021）年度）であり、年々上昇していますが、全国平均（56.2%）と比べて低くなっています。令和 3（2021）年度の特定保健指導実施率は 23.6%であり前年度より増加しています（図 21）。

本県では、平成 25（2013）年度より県内市町村の実施する特定健診の対象者全員に心電図検査を実施しています。心電図検査は不整脈や狭心症等の早期発見が期待されます。心電図を対象者全員に実施することで、より適切な保健指導が可能となり、特定健診実施率向上と保健指導の充実が期待されます。

また、起床後と就寝前に 2 回血圧の測定を行い、日々の血圧を管理することは、循環器病の予防にも効果的と言われています。

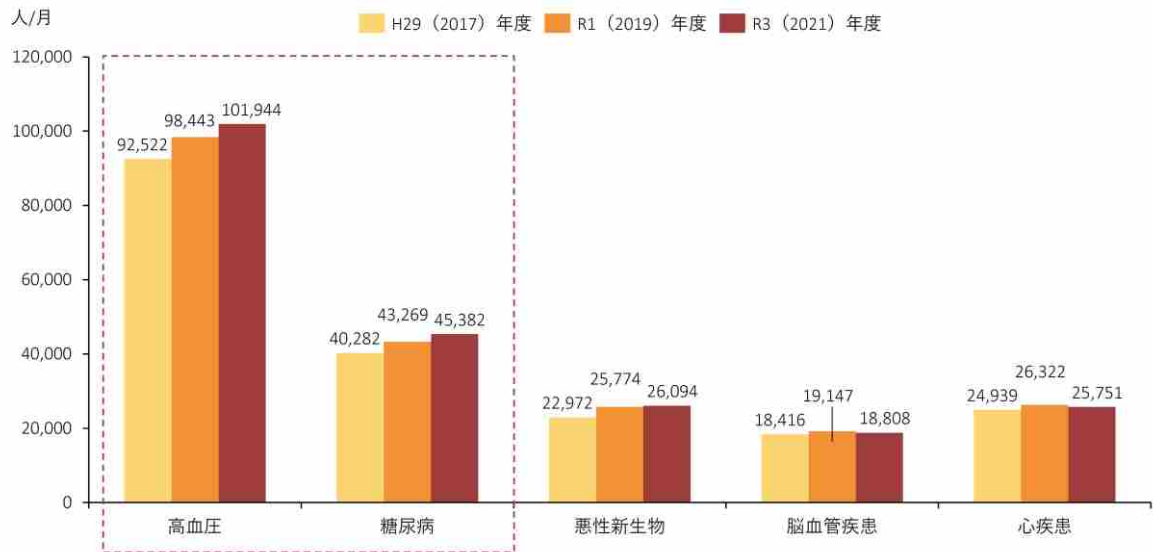
放置すると様々な合併症を引き起こす糖尿病は、軽度な高血糖の場合は、症状にほとんど気付くことがありません。糖尿病が進行すると糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等の糖尿病特有の合併症に併せて、動脈硬化、脳梗塞や心筋梗塞等が起こりやすくなります。

糖尿病等で血管が細くなったり、詰まったりして、足に十分な血液が流れなくなり、動脈硬化が起こることで発症する、末梢動脈疾患（PAD）は、脳梗塞、心筋梗塞と比べて認知度は低くなっています。下肢動脈はもともと動脈硬化になりにくい部分であり、そこが動脈硬化になっているということは、すでに全身の動脈硬化が進み、脳梗塞や心筋梗塞のハイリスク例であることを啓発することが重要です。

糖尿病の早期発見は動脈硬化の発見に役立ち、心筋梗塞予防、脳梗塞予防、末梢動脈疾患（PAD）予防のためにも重要です。

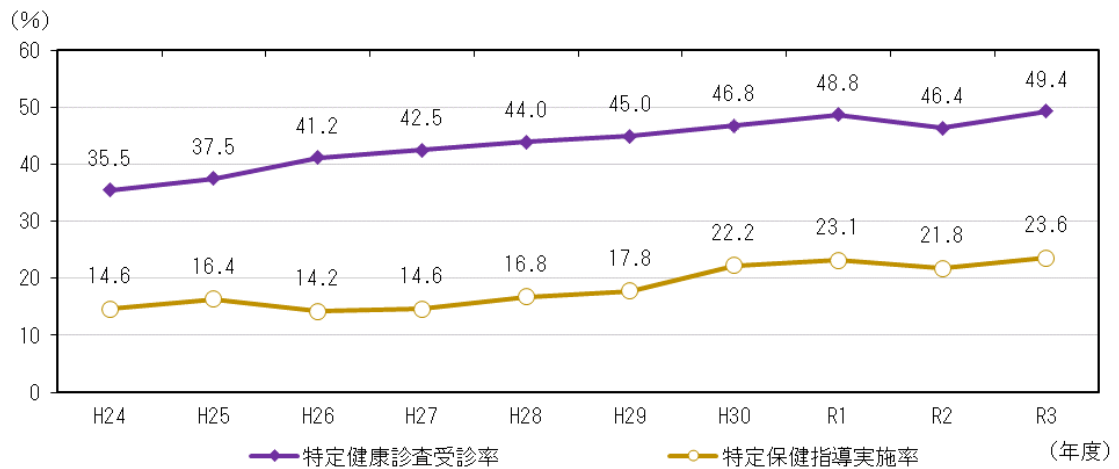
奈良県における市町村特定健診受診者のうち、50 代の糖尿病の有病者及び予備群は男性が増加しています（図 22）。また、糖尿病が重症化すると人工透析となる可能性があります。奈良県内の人工透析患者数は減少していますが、糖尿病が原因の透析導入患者の割合は増加しています（表 1）。

図 20 奈良県後期高齢者の主な生活習慣病にかかる受診者数



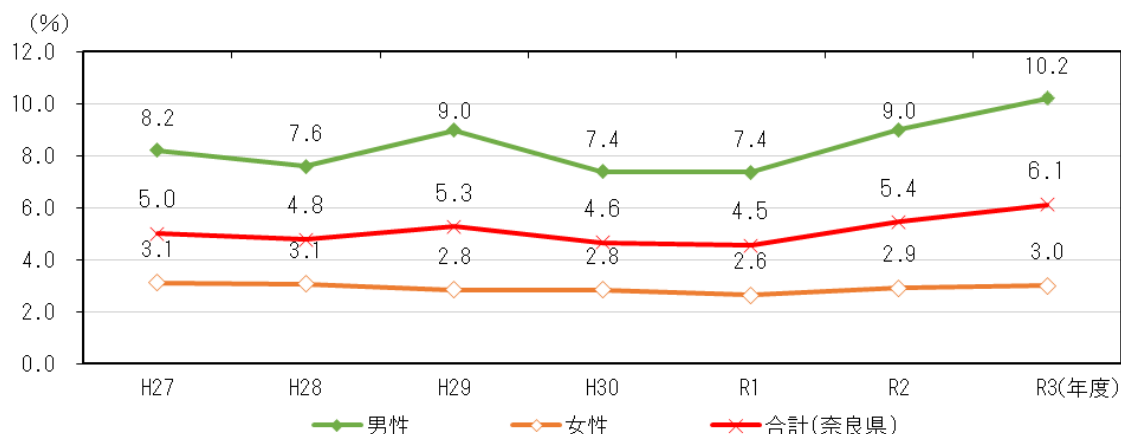
出典：「奈良県の医療費の状況」データ

図 21 奈良県特定健診・特定保健指導実施率



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」

図 22 奈良県における市町村特定健診受診者のうち 50 代の糖尿病の有病者及び予備群(HbA1c (NGSP)6.5%以上)の割合の推移



出典：奈良県国保連合会提供データ

表 1 奈良県における新規人工透析患者数の推移

	単位	平成 28年	平成 29年	平成 30年	令和 元年	令和 2年	令和 3年	令和 4年
新規透析患者数	人	508	516	505	501	469	501	437
内) 糖尿病が原因	人	205	229	215	211	195	206	196
新規透析導入の原因が糖尿病の割合	%	40.4	44.4	42.6	42.1	41.6	41.1	44.9

出典：奈良県医師会透析部会調べ

① 特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けた支援

県民にとって「魅力ある健診」となることを目指し、特定健診の対象となる 40 歳からの受診勧奨と以後の継続受診勧奨の取組を保険者等と連携し実施します。

また、特定保健指導担当者の人材育成、資質向上を目的とした研修会を実施し、生活習慣の改善に結びつく効果的な特定保健指導が実施できるよう、支援します。

- ・ 医療機関を通じた特定健診の受診勧奨や啓発となる取組の促進
- ・ 国保事務支援センターを中心とした市町村の特定健診の実施率向上等への支援
- ・ 特定保健指導担当者スキルアップの支援

② 循環器病危険因子である糖尿病の発症予防・重症化予防の推進

県民が健康で元気に過ごせる期間（健康寿命）を延ばすためにも、糖尿病の予防・早期発見・重症化予防（合併症予防）の対策が重要です。特に、糖尿病の療養においては、患者が糖尿病の状態に応じた生活習慣の自己管理や治療を継続できるために、糖尿病専門医、腎臓専門医、かかりつけ医、歯科医、薬剤師、栄養士、保健師、看護師等の関連する職種の連携による医療提供体制の構築が重要となります。

2型糖尿病に関連がある生活習慣は、食生活、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症予防には、適切な食習慣と適度な身体活動や運動習慣が重要とされています。県では、食生活の改善や運動習慣の定着を目指して、気軽に楽しみながら取り組める健康づくりを推進します。

また、国保においては、「奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を円滑に導入し、運用しています。奈良県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に設置する国保事務支援センターにおいて、市町村国保が同プログラムに基づく国保被保険者の糖尿病治療の勧奨や地域の実情に応じた保健指導を実施できるよう支援するとともに、医療関係者に対するプログラムの研修等を実施します。

糖尿病の重症化予防を目的とし、適切なタイミングで専門医の医療を受けられるよう、作成した「かかりつけ医から専門医への紹介基準^{※12}」を活用し、「奈良県糖尿病診療ネットワーク」を運用することで、専門医とかかりつけ医の連携強化に取り組んでいます（図 23）。

^{※12} かかりつけ医から専門医への紹介基準とは、検査を実施し、腎障害の度合い等の判断基準・専門医へ紹介基準を示しています。

<参考>

【糖尿病とは】

糖尿病は、血糖値を下げるホルモンであるインスリンの作用不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群です。糖尿病は、自覚症状がほとんどないことが多く、知らぬ間に臓器の合併症を起こす場合があります。

糖尿病は、インスリンを産生するβ細胞の破壊・消失からインスリンが絶対的に不足する「1型糖尿病」と、過食、運動不足、肥満やストレス等の環境因子に遺伝因子や加齢の要素が加わり、インスリンが作用しにくくなることで発症する「2型糖尿病」に大別されます。

「奈良県糖尿病診療ネットワーク」のイメージ

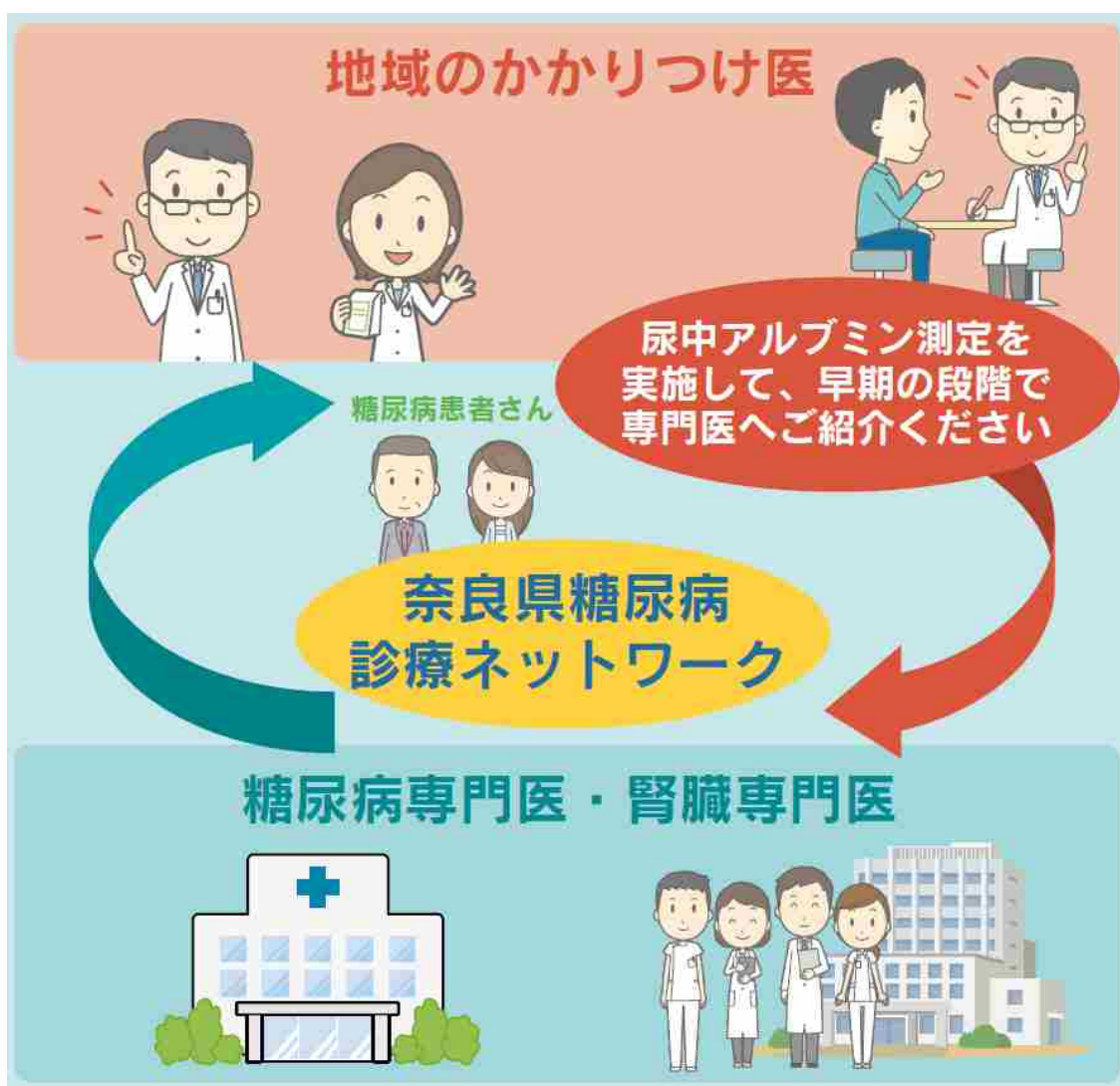
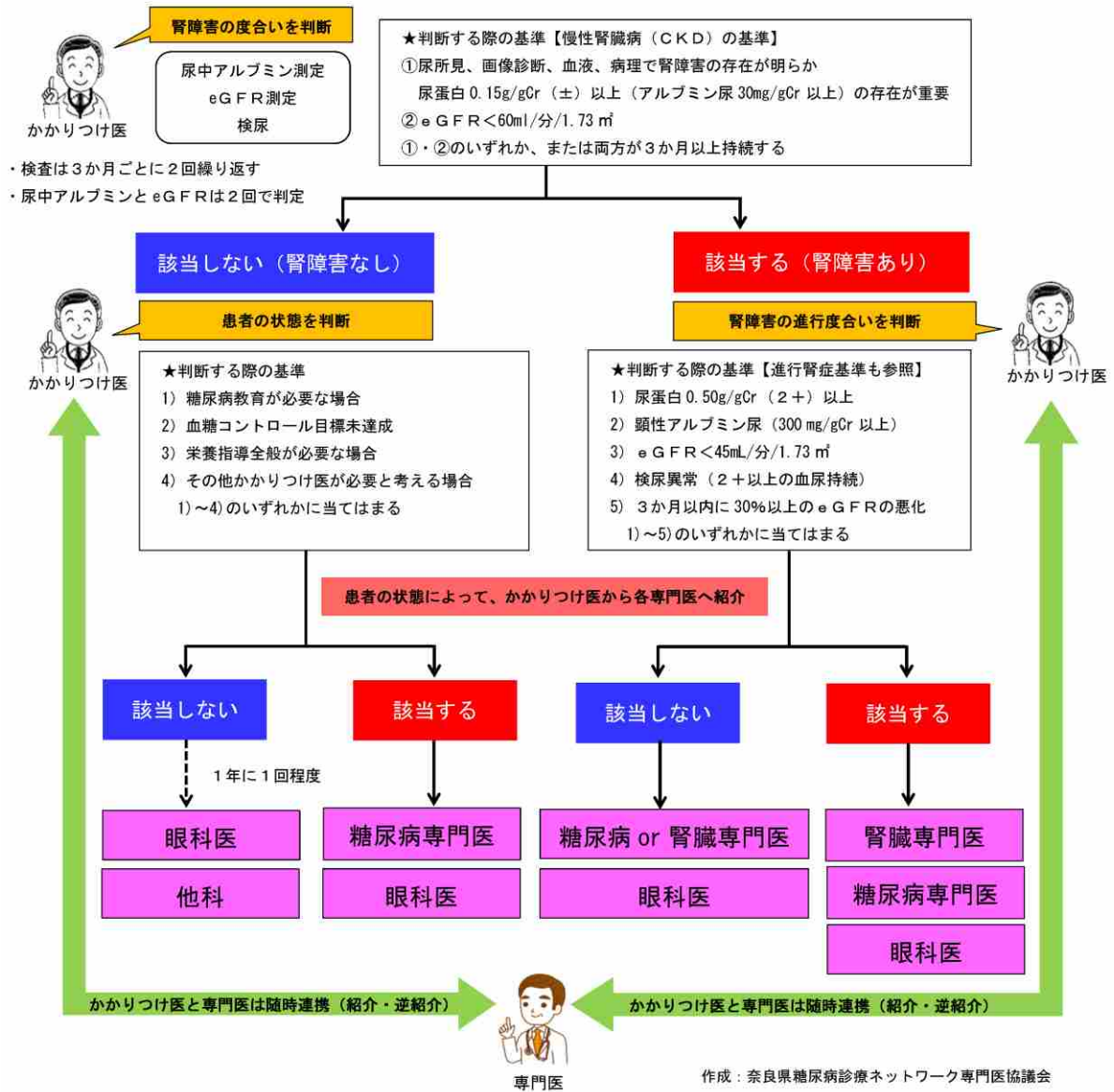


図 23 かかりつけ医から専門医への紹介基準



③ 小児期、若年期からの生活習慣病や循環器病の正しい知識の普及

現在、中学校と高等学校では、心臓病・脳卒中を含む生活習慣病や、予防や健康診断の重要性等についての指導を実施しており、今後も引き続き行います。また、日本心不全学会では教育現場で活用する教材として、「心血管病教育推進のための教材～教職員・指導者の方々を対象として」を作成しており、県でも教育委員会等関係団体に情報共有しています。より効果的な普及啓発について、学校や関係団体等と連携を取りながら取組を検討していきます。

④ 循環器病(脳卒中及び心血管疾患)の予防啓発の取組及び人材の育成

循環器病ではない健康な県民に対しても、生活習慣病や脳卒中・心臓病その他の循環器病の予防と正しい知識の普及啓発を行うことができるよう、啓発のための取組や人材の育成について検討します。

日本脳卒中協会では、脳卒中に関する正しい知識の普及啓発のため、市民公開講座を全国で実施しています。また、脳卒中を含む循環器病の予防啓発を担う人材不足を鑑み、日本循環器協会では、令和5(2023)年度現在「循環器病アドバイザー」等の認定制度を作り人材の育成に取り組んでいます。

県も県民への普及啓発のため、関係団体と連携を取りながら取組を検討していきます。

2. 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築

(1) 救急搬送体制の整備

現状と課題

循環器病は急激に発症し、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病気です。循環器病の治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、発症後早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性があることから、急性期には早急に適切な診療を開始する必要があります。

また、虚血性心疾患だけでなく、不整脈や心筋症等も、心原性ショックの原因となりうることから、迅速な対応が必要です。特に出血性ショックの急性大動脈解離や大動脈瘤破裂については、迅速な対応と合わせて緊急手術が常時可能な施設は限られているため、地域における現状を踏まえた、より広域の連携体制を構築する必要があります。

令和4（2022）年版救急・救助の現況によると、令和4（2022）年4月1日現在、救急自動車数は82台となっています。また、総務省消防庁によると、奈良県の現場到着所要時間は平均9.6分、全国9.4分となっています（表2）。奈良県の病院収容所要時間は平均43.0分、全国42.8分となっています（表3）。

急病に係る疾病分類別の搬送数は、脳疾患が2,780人、心疾患等が3,504人と両疾患で全体の14.6%を占めています（表4）。

表2 現場到着所要時間別出動件数の状況
(令和3（2021）年の入電から現場到着までの所要時間別出動件数)

	単位	3分未満	3分以上 5分未満	5分以上 10分未満	10分以上 20分未満	20分以上	合計	平均 (分)
奈良県	件	371	1,435	42,246	27,809	2,166	74,027	9.6
	%	0.5	1.9	57.1	37.6	2.9	100.0	
全国	件	39,916	216,803	3,529,332	2,249,759	157,771	6,193,581	9.4
	%	0.6	3.5	57.0	36.3	2.5	100.0	

※端数処理(四捨五入)のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合があります。

出典：消防庁「令和4（2022）年版救急・救助の現況」

表3 病院収容所要時間別搬送人員の状況（令和3（2021）年）

	単位	10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分以上	合計	平均 (分)
奈良県	人	3	927	11,403	46,164	8,150	427	67,074	43.0
	%	0.0	1.4	17.0	68.8	12.2	0.6	100.0	
全国	人	428	91,328	1,073,314	3,609,204	677,442	40,028	5,491,744	42.8
	%	0.0	1.7	19.5	65.7	12.3	0.7	100.0	

※端数処理(四捨五入)のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合があります。

出典：消防庁「令和4（2022）年版救急・救助の現況」

表4 奈良県の急病に係る疾病分類別傷病程度別搬送人員

病分類別 傷病程度	循環器系		消化器系	呼吸器系	その他	合計
	脳疾患	心疾患等				
死亡	4	420	2	4	278	708
重症	483	715	89	293	1,018	2,598
中等症	1,909	1,523	1,608	2,584	13,014	20,638
軽症	384	846	907	848	16,098	19,083
その他	0	0	0	0	7	7
計	2,780	3,504	2,606	3,729	30,415	43,034

出典：奈良県消防救急課調べ 令和3（2021）年

傷病程度は、初診時における判断。入院加療の必要程度を基準に区分しています。

死亡：搬送先病院の医師が初診時において死亡を確認したもの。

重症：傷病程度が3週間以上の入院加療を必要とするもの。

中等症：傷病程度が重症または軽症以外のもの。

軽症：傷病程度が入院加療を必要としないもの。

その他：医師の診断がないもの及び傷病程度が判明しないもの、並びにその他の場所に搬送したもの。

奈良県ドクターヘリ^{※13}については、平成29（2017）年3月から運行を開始し、県全域でドクターヘリによる重篤患者の搬送が可能となっています。

奈良県救急搬送及び医療連携協議会は、消防・医療関係者の委員で構成され、全県の体制について協議する場が設けられており、「傷病者の搬送・受け入れの実施に関する基準（以下「救急搬送ルール^{※14}」という。）について同協議会で

※13 ドクターヘリは、救急医療用に医療機器を装備し、救急医療の専門医師と看護師が搭乗する専門ヘリコプター。救急の専門医師等が速やかに治療を開始することで、救命率の向上や後遺症の軽減を図ります。

※14 救急搬送ルールは、救急隊が①傷病者を観察し、適切な医療機関を選定する基準、②傷病者の症状を医療機関に伝達する基準、③症状に応じた医療機関を選定するための病院リスト、④受け入れ医療機関を速やかに決めるための基準を定めたもの。

検討し、平成 23（2011）年 1 月から救急搬送ルール of 運用を開始しています。

平成 24（2012）年 3 月からは、救急搬送ルールを電子端末に搭載し、より迅速に病院を選定する奈良県救急医療管制システム（e-MATCH）^{※15}がスタートしており、救急搬送ルールの改正により奈良県救急医療管制システム（e-MATCH）を改修し、令和 5（2023）年 7 月より運用を開始しています。救急搬送により、できるだけ早く適切な治療を行うことでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症の危険性が低くなることから、速やかな治療開始が重要です。急性心筋梗塞や脳卒中を疑うような症状が現れた場合は、本人や家族等の周囲の人が速やかに救急要請をする必要があります。

救急搬送ルール策定の目的は、消防機関と病院が連携を強化し、心肺停止、ショック症例、脳卒中、急性心筋梗塞、急性大動脈症候群、重症外傷等、特に重症・重篤な救急患者の状況に応じた適切な病院選定・搬送を早期に行うことにあります。

脳卒中や急性心筋梗塞の医療は、救命救急センター以外の医療機関においても行われており、救急搬送ルールに基づき、症状・緊急度に応じて対応可能な医療機関に搬送することとしています。

発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、その周囲にいる者等による自動体外式除細動器（AED）^{※16}の使用を含めた救急蘇生法等の実施が、救命率の向上に効果的です。

奈良県における普通救命講習は毎年実施され、令和 3（2021）年では 220 回実施され、1,347 名の受講者となっています（表 5）。令和 2（2020）年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響により中止・延期となった講習があり、実施回数及び受講人数が大きく減少しています。

表 5 奈良県における普通救命講習の受講人数及び実施回数の推移

	単位	平成 27年	平成 28年	平成 29年	平成 30年	令和 元年	令和 2年	令和 3年
参加延べ人数	人	12,449	10,735	9,905	9,189	7,553	1,676	1,347
実施回数	回	702	619	602	593	483	142	220

出典：消防庁「令和 4（2022）年版救急救助の現況」

※15 奈良県救急医療管制システム（e-MATCH）は、救急搬送ルールを電子端末（iPad）に搭載し、救急車と各消防本部に配備。救急隊は端末に患者情報を入力し、症状、緊急度、重症度に応じ対応可能な医療機関を選定し、受入を要請する。県内の医療機関にも端末を配備しています。

※16 自動体外式除細動器（AED）とは、心肺停止した傷病者の心電図を自動解析し、除細動（電気ショック）が必要な場合に、音声等の指示に従い操作を行い、除細動を与えることができる医療機器。AEDとは、Automated External Defibrillatorの略。

心肺停止状態傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数は、奈良県で25件（全国1,719件）です（表6）。

表6 心肺停止状態傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数

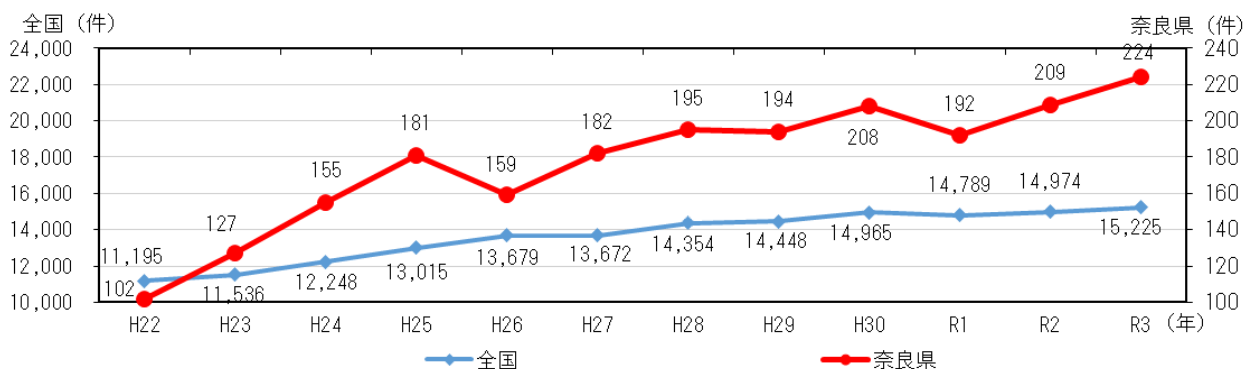
（単位：件）

	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
奈良県	15	19	28	13	13	13	11	22	22	16	16	25
全国	1,298	1,433	1,802	1,489	1,664	1,815	1,968	2,102	2,018	2,168	1,792	1,719

出典：消防庁「令和4（2022）年版救急・救助の現況」

一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数は224件（全国15,225件）となっています（図24）。

図24 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数の推移



出典：消防庁「令和4（2022）年版救急・救助の現況」

AEDの使用を含む応急手当の知識・技術について、引き続き県民に普及していくとともに119番通報を受けた際に的確なアドバイスができる体制の整備が必要です。そのため、県民に対してAEDの使用法の普及や設置場所の周知を図ることが必要となります。

取り組むべき施策

循環器病患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築を維持するために、引き続きメディカルコントロール体制の充実を強化するとともに、救急搬送ルールを適宜見直します。

- ・奈良県立医科大学附属病院が実施主体となり、南奈良総合医療センターに常駐する奈良県ドクターヘリの効率的な運行を行い、救命率の向上と後遺症の軽減

- を図ります。また、大阪府ドクターヘリの共同利用の継続や、和歌山県、三重県とのドクターヘリ相互応援体制の強化により救急医療体制の充実を図ります。
- ・奈良県救急搬送及び医療連携協議会では、「救急搬送ルール」を適切に運用するとともに、運用状況を協議会において検証し、必要に応じて見直しを行うことや、奈良県救急医療管制システム（e-MATCH）の活用を進めることで、症状、緊急度に応じた医療機関の選定・確保による搬送時間の短縮を図ります。
 - ・適切な病院前救護活動が可能な体制の構築として、メディカルコントロール協議会^{※17}で循環器病の専門医等に意見を聴くなどして、適切な救急活動が実施されているかを検討し、救急搬送ルールに適応できるように救急救命士の研修を適宜行います。また、県民に対して、AEDの使用を含めた応急手当について講習会を実施し、救急蘇生法の普及啓発を行います。
 - ・感染症発生、まん延時や災害時等の有事においても、循環器病に対する医療を継続的に提供する体制の構築に努めます。

※17 メディカルコントロール協議会とは、病院前救護の一層の充実と救急業務の高度化推進のため、医学的観点から救急隊員が行う応急処置等の質を保証する協議会。

(2) 循環器病に係る医療提供体制の構築

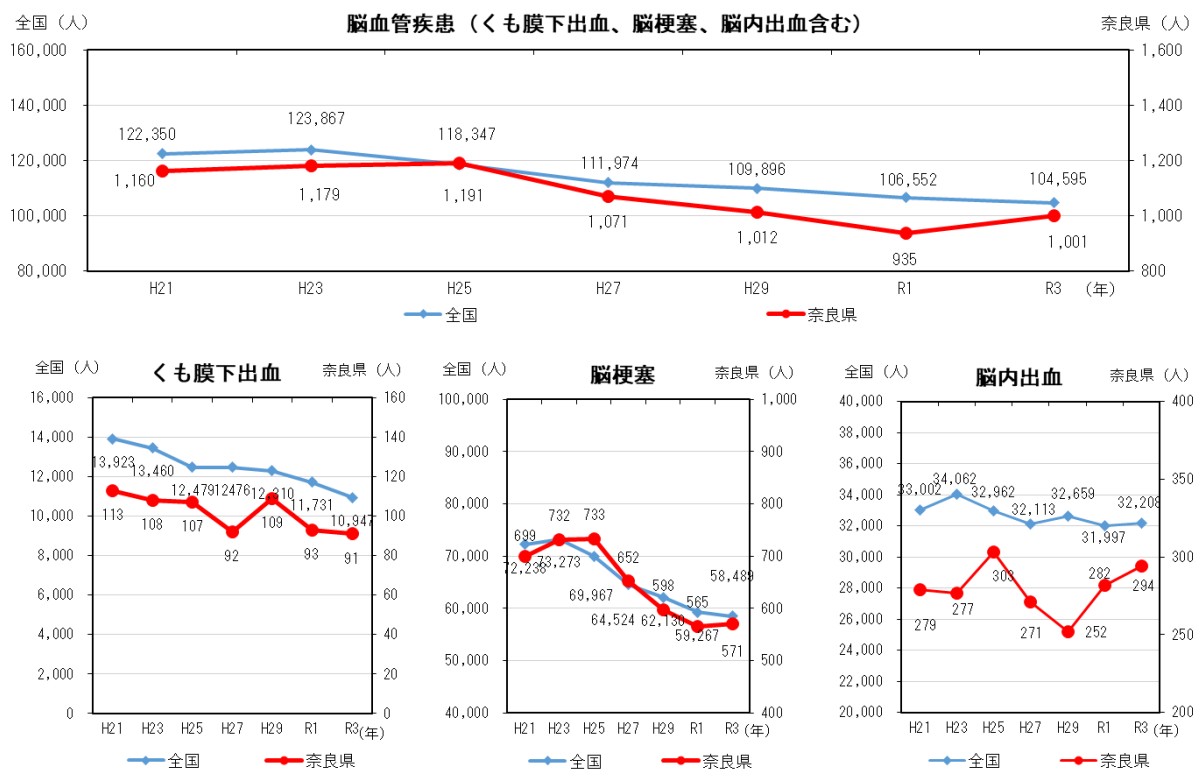
① 脳血管疾患における医療体制

現状と課題

脳卒中は、できるだけ早く適切な治療を行うことでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症の危険性が低くなることから、速やかな治療開始が重要です。脳卒中を疑うような症状が現れた場合は、本人や家族等の周囲の人が速やかに救急要請をする必要があります。

奈良県内の脳血管疾患による死亡者数は年々減少していますが（図 25）、死亡原因としての脳血管疾患は、悪性新生物（がん）及び心疾患に次ぐ主要なものとなっています。

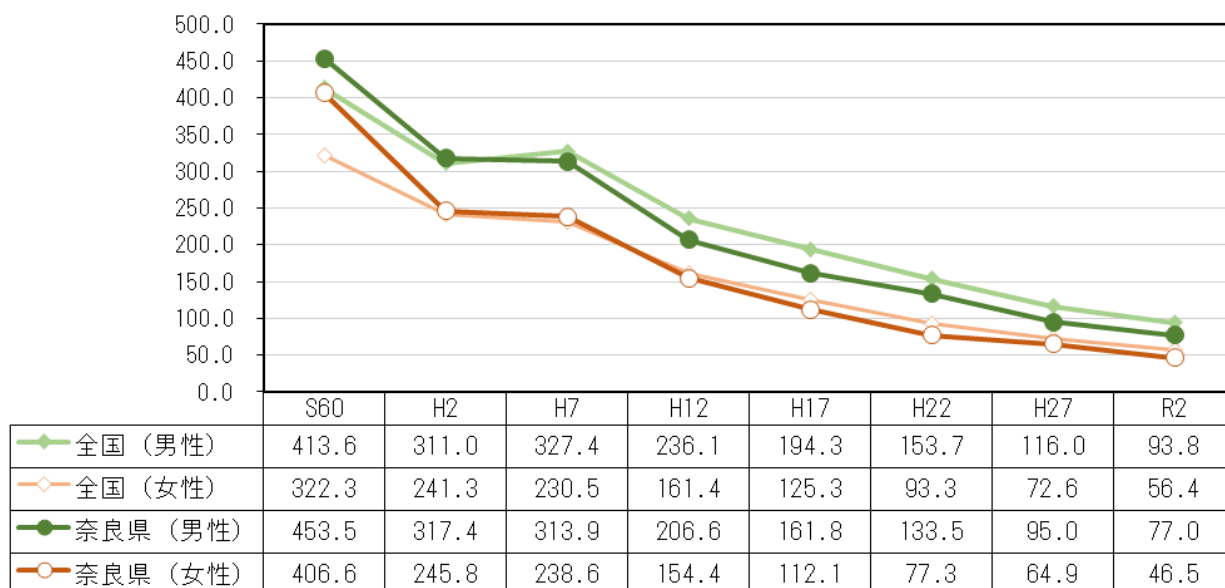
図 25 脳血管疾患による死亡者数の推移



出典：厚生労働省「人口動態統計」

令和 2（2020）年人口動態統計では、脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）は、男女ともに一貫して減少しており、全国値より低い状況となっています。全国順位は男性、女性ともに2位となっています（図26）。

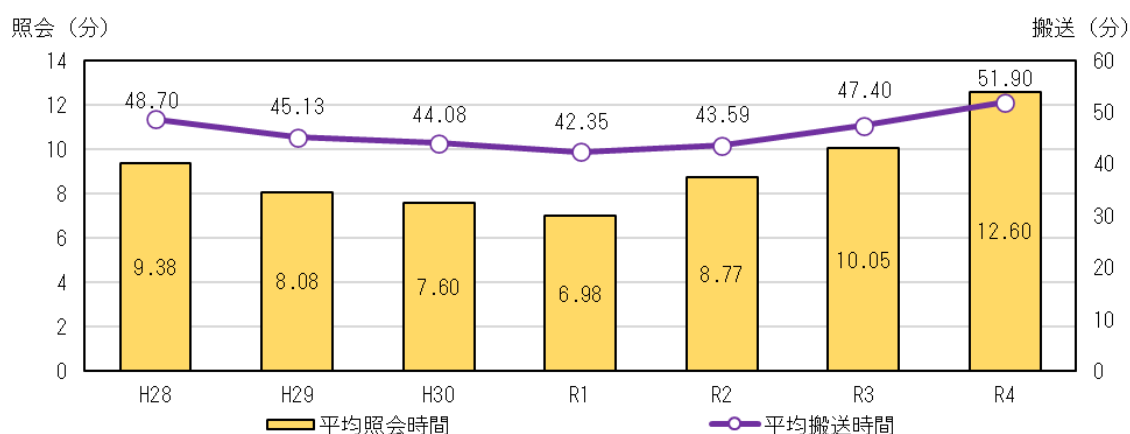
図26 脳血管疾患による男女別年齢調整死亡率の推移（人口10万人あたり）



出典：厚生労働省「令和2（2020）年人口動態統計特殊報告」

意識障害に係る平均搬送時間・照会時間は、令和元（2019）年まで短縮傾向にありましたが、それ以降新型コロナウイルス感染症の影響により増加していると予想されます（図27）。

図27 意識障害に係る搬送時間^{※18}・照会時間^{※19}



出典：e-MATCH搬送データ（疑い疾患：意識障害）

急性期の診断・治療は24時間365日受け入れる体制での実施が求められていますが、各医療圏での対応が困難な場合には、急性期機能の集約化、医療圏間の

※18 搬送時間とは、入電から医師引継ぎまでに要した時間。

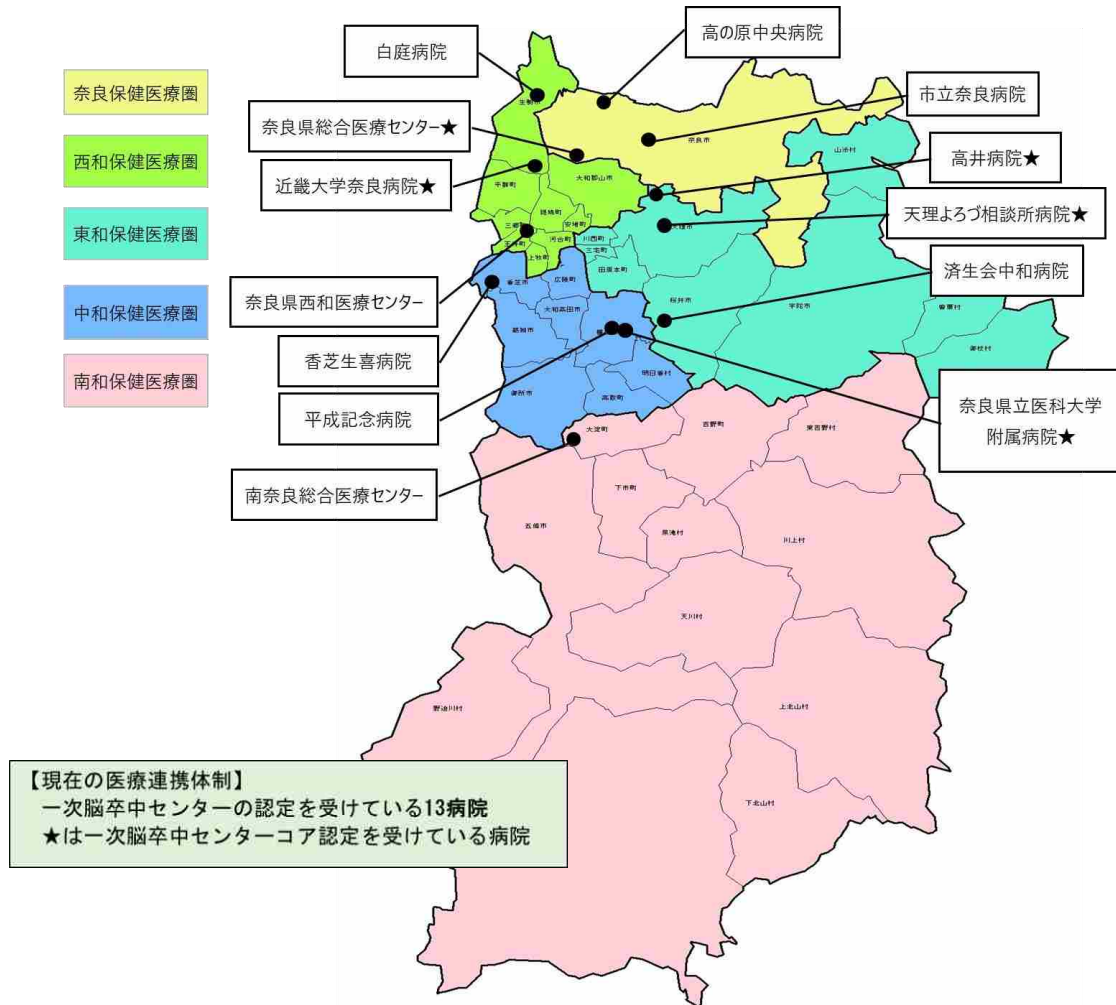
※19 照会時間とは、救急隊による1病院目への搬送依頼(架電)から搬送先医療機関決定までに要した時間。

連携や輪番制の導入等を検討し、24 時間 365 日受け入れる体制の確保を図る必要があります。

奈良県内の医療提供体制において、日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センター（PSC）は13病院が認定を受けており、24時間365日、脳卒中患者を受け入れ、可及的速やかに診療（t-PA^{※20}静注療法を含む。）を開始できる体制を担っています（図28）。また、自施設において24時間365日血栓回収治療に対応可能であるなどの要件を満たしている一次脳卒中センター（PSC）コアは、5病院が認定を受けています。

令和4（2022）年6月、奈良県総合医療センターにおいて脳卒中集中治療室（SCU：ストロークケアユニット）が開設され、県内では奈良県立医科大学附属病院、天理よろづ相談所病院に続き、3病院となりました。SCUは脳卒中を発症して間もない患者へ、24時間体制で発症早期から効率的な初期治療を行うことができる専用の病床であり、県内での整備が進められています。

図28 脳卒中の急性期医療を担う医療機関



※20 t-PAとは、アルテプラーゼ（遺伝子組み換え）注射剤の略語で、注射や点滴で血管内に注入し、血液の固まり（血栓）を溶かす薬剤。血管が詰まった原因の血栓を溶かしてすぐに血液の流れを再開できるため、迅速に投与できれば後遺症なく回復する可能性が高くなり、脳梗塞、心臓発作、肺血栓の治療に用いられています。

脳卒中では、問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査（CT、MRI、MRA^{*21}、超音波検査等）を行うことで正確な診断が可能になります。これにより、治療法の選択や治療後の状態についてある程度の予測を行った上で速やかな治療開始を行います。また、脳卒中の急性期には全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療を行います。

脳卒中の治療については、内科的な疾患を担当する脳神経内科医と外科的な治療を担当する脳神経外科医が協力して診療を行います。

奈良県内の脳神経内科専門医数は 82 名です。人口 10 万人あたり 6.3 と、全国値 5.2 に比べやや多い状況です（表 7）。第 1 期計画では「平成 30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師調査」より奈良県内で従事する主たる診療科を「脳神経内科」と届け出をした医師の数を確認しており、奈良県では 69 名、全国では 5,166 名でした。

表 7 脳神経内科専門医数

	人数（人）	人口10万人あたり
奈良県	82	6.3
全国	6,452	5.2

出典：日本神経学会 HP より（令和 5（2023）年 9 月 7 日時点）

奈良県内の脳神経外科専門医数は 97 名です。人口 10 万人あたり 7.4 と、全国値 6.3 に比べて多い状況です（表 8）。第 1 期計画では奈良県内で従事する主たる診療科を「脳神経外科」と届け出をした医師の数を確認しており、奈良県では 84 名、全国では 7,528 名でした。（平成 30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師調査より）

表 8 脳神経外科専門医数

	人数（人）	人口10万人あたり
奈良県	97	7.4
全国	7,857	6.3

出典：日本脳神経外科学会 HP より（令和 5（2023）年 9 月時点）

^{*21} MRI を利用して血管を撮影する方法。動脈瘤や血管の狭窄・閉塞、先天性血管奇形等の診断に利用されます。

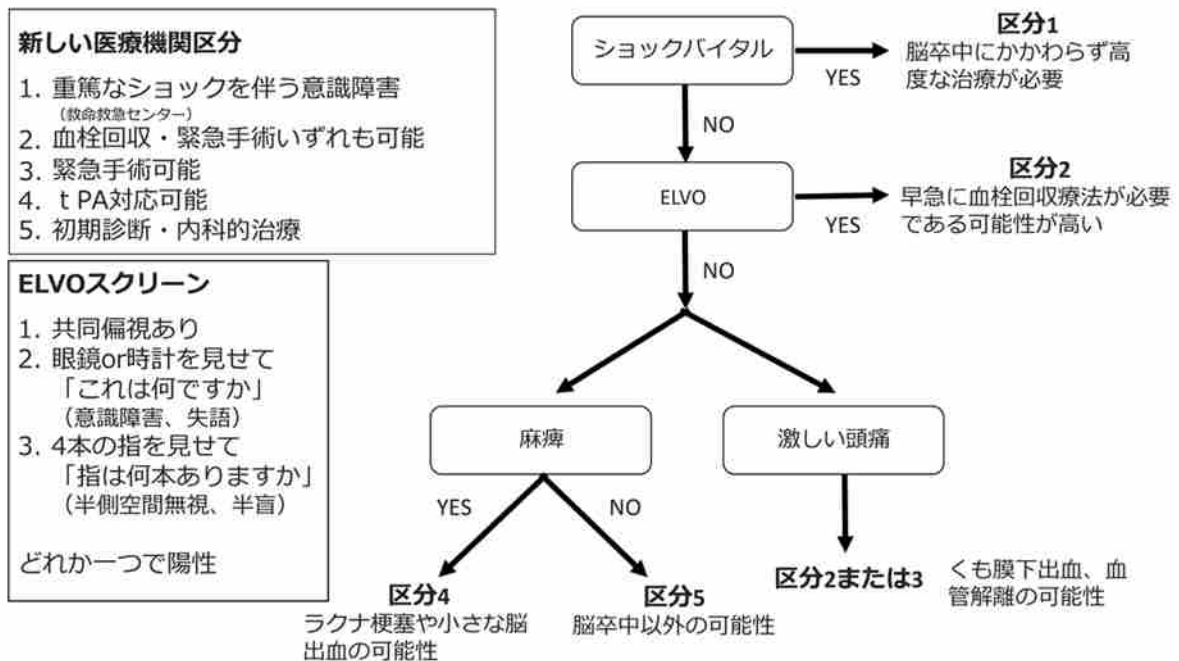
脳梗塞では、再開通率^{※22}が高く、予後改善が認められる脳血管内治療(血栓回収療法)を行うことが増えてきています。奈良県の救急搬送ルール(意識障害・脳卒中)でも新たにELVO(エルボ)スクリーン^{※23}を導入するとともに、血栓回収療法に重点をおいた内容に改訂しています(図29)。

なお、一次脳卒中センター(PSC)においては、脳血管内治療に伴う血栓回収療法が可能か、緊急転送に関する手順書により治療可能な医療機関との連携体制が整備されているかが条件となっています。

奈良県で脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な病院数は8箇所あります(表9)。

図29 奈良県救急搬送ルール(意識障害・脳卒中)

【R5 意識障害搬送ルール】



出典：令和5(2023)年奈良県救急搬送及び医療連携協議会 意識障害・脳卒中部会より

※22 脳血管を塞いでいた血栓が取り除かれ、血流が再開した成功率を示すもの。

※23 血管内治療が有効な治療法である主幹動脈閉塞を有する急性期脳梗塞患者を検出するために、救急隊員が簡単かつ素早く、効果的に用いることができる病院前スケール。

表9 経皮的選択的脳血栓、塞栓溶解術（脳梗塞に対する血栓回収術）が実施可能な病院数

		施設数（箇所）	人口10万人あたり
医療圏	奈良	2	0.6
	東和	2	1.0
	西和	3	0.9
	中和	1	0.3
	南和	0	0.0
奈良県		8	0.6

出典：奈良県地域医療連携課調べ（令和5（2023）年時点）

脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数は、令和3（2021）年度において223件と平成29（2017）年度の80件より大幅に増加しています。人口10万人あたりも17.0と全国値11.6より多くなっています（表10）。

表10 脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数

	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	223	17.0
全国	14,553	11.6

出典：厚生労働省「第8回NDBオープンデータ（令和3（2021）年度のレセプト情報）」

奈良県では、適用患者に対して発症後4.5時間以内に開始するt-P Aによる脳血栓溶解療法を行っています。

脳梗塞に対するt-P Aによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院（超急性期脳卒中加算の届出施設数）は、13箇所です。人口10万人あたりで見ると1.0となっており、全国値0.9に比べほぼ同じ状況です。二次医療圏別に見ると、地域差があることが見受けられます（表11）。

表 11 脳梗塞に対する t-P Aによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院

		施設数（箇所）	人口10万人あたり
医療圏	奈良	2	0.6
	東和	3	1.5
	西和	5	1.5
	中和	2	0.5
	南和	1	1.6
奈良県		13	1.0
全国		1,082	0.9

出典：地方厚生局届出受理（令和5（2023）年6月1日時点）

脳梗塞に対する t-P Aによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数は、令和3（2021）年度において、227件でした。人口10万人あたり17.3と全国値10.9より多くなっており、適切に脳梗塞に対する治療が行われていることを示しています（表12）。

表12 脳梗塞に対する t-P Aによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数

	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	227	17.3
全国	13,688	10.9

出典：厚生労働省「第8回NDBオープンデータ（令和3（2021）年度のレセプト情報）」

脳出血に対しては、血圧管理のほか、出血部位や血腫の状況等により、必要に応じて外科的手術を行います。

くも膜下出血に対しては、動脈瘤の再破裂予防が重要であり、そのための外科的治療（開頭クリッピング術や血管内コイル塞栓術）を行います。

くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数は、令和3（2021）年度は197件でした。人口10万人あたり15.0と全国値9.1より多くなっており、適切にくも膜下出血に対する治療が行われていることを示しています（表13）。

表 13 くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数

	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	197	15.0
全国	11,417	9.1

出典：厚生労働省「第8回NDBオープンデータ(令和3(2021)年度のレセプト情報)」

急性期を脱した患者であっても、重い後遺症等の理由により、回復期を担う病院への転院や退院が困難な場合があり、結果的に、急性期の医療を担う医療機関における救急患者の受入に支障をきたしている場合があります。

回復期においては身体機能だけではなく、在宅復帰を見据えた、摂食嚥下^{※24}や排泄等の生活機能向上を重視したりハビリテーションの実施や質の向上が求められています。

脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数は令和元(2019)年よりも大幅に減少しており、人口10万人あたり61.6と全国値73.6より低い状況です(表14)。

表14 脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数

	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	810	61.6
全国	92,336	73.6

出典：厚生労働省「第8回NDBオープンデータ(令和3(2021)年度のレセプト情報)」

^{※24} 摂食嚥下とは、水分や食べ物を口の中に取り込んで、咽頭から食道・胃へと送り込む、飲み込みの機能。

奈良県内の病院における脳血管疾患の退院患者の平均在院日数は70.8日（令和2（2020）年）で、平成20（2008）年より入院期間が短縮していますが、平成29（2017）年以降、増減する年もあります（表15）。

表15 医療機関における脳血管疾患の退院患者の平均在院日数

（単位：日）

	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
奈良県	103.9	85.6	89.8	50.6	70.8
全国	109.2	93.0	89.5	78.2	77.4

出典：厚生労働省「令和2（2020）年患者調査」※25

入退院支援加算の届出をしている医療機関数は、医療圏によって違いがあります。介護等が必要になることが多い脳卒中患者に対しては、円滑な在宅生活への移行に向けて、多職種カンファレンスの実施や医療機関、老人介護施設等との連携体制の整備、退院後の生活も見据えた入退院支援体制が必要です。

取り組むべき施策

急性期医療機関の脳卒中患者に対応する脳卒中専門医、脳血管内治療専門医等の専門スタッフの充実等を図り、脳血管内治療、t-P A治療の実施体制が確保されるよう、医療機関の連携、機能分化を進めます。

急性期から回復期、維持期（在宅療養支援を含む。）までの医療については、患者の状態に応じてそれぞれの時期に必要な医療機能も異なることから、1つの医療機関ですべてを行うことはできません。地域における医療機関がそれぞれの持つ医療機能に応じ、連携して患者に切れ目なく医療を提供する体制の整備を推進します。

- ・ 脳卒中の急性期医療（救急）の確保と医療機関相互の機能分担及び連携を推進するため、以下のような医療機能を有する脳卒中治療の中核的な病院を県内に複数箇所（北和、中南和等の複数圏域）整備するとともに、これらの中核的な病院と地域の医療機関とのネットワークづくりを推進します。

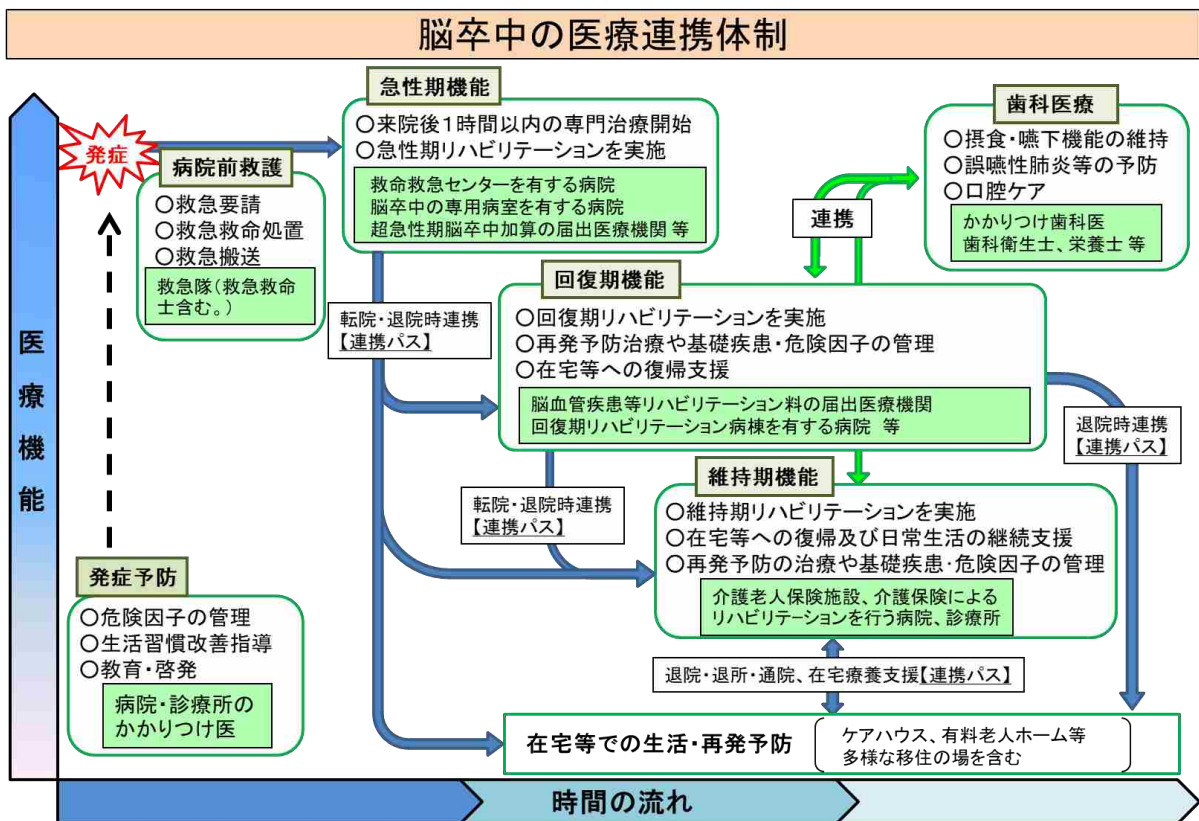
（脳卒中治療の中核的な病院に必要な医療機能の例）

- 24時間体制で血液検査や画像検査等の必要な検査が可能
- 患者の病院到着後1時間以内に外科的治療を含む専門的治療が開始可能
- 脳梗塞の場合は、血管内治療による血栓回収術を施行可能、もしくは適用患者に対してt-P Aによる脳血栓溶解療法を発症後4.5時間以内に開始可能

※25 令和2（2020）年患者調査は、新型コロナウイルス感染症の影響により数字が正確でない可能性があるため、参考数値となります。本ページ以降の図表で使用している令和2年患者調査の数値についても同様です。

- 発症後2日以内に、急性期リハビリテーションが開始可能
- ・脳卒中治療は医療連携による一貫した医療提供体制が必要であることから、急性期と回復期・維持期医療機関間の連携強化が重要です。医療機関間における医療情報の共有のため、「奈良県脳卒中地域連携パス」を運用しています。運用の状況や結果について、定期的に関係者で検討し、県全体での脳卒中治療の向上に努めます。
- ・各専門医の確保については、奈良県医師確保計画に基づき、地域間で医師偏在の解消等を図り、地域の医療提供体制を確保していきます。
- ・多職種による患者支援を行うため、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師や脳卒中療養相談士、脳卒中認定理学療法士等の人材支援・育成を、関連団体と連携しながら進めます。日本脳卒中学会が認定している一次脳卒中センターコア施設に設けられる「脳卒中相談窓口」では、新しい資格である「脳卒中療養相談士」が中心となって医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、リハビリスタッフや管理栄養士等、多職種で対処しています。

図30 脳卒中の医療連携体制のイメージ図



出典：「奈良県保健医療計画（平成30（2018）年3月）」一部改変

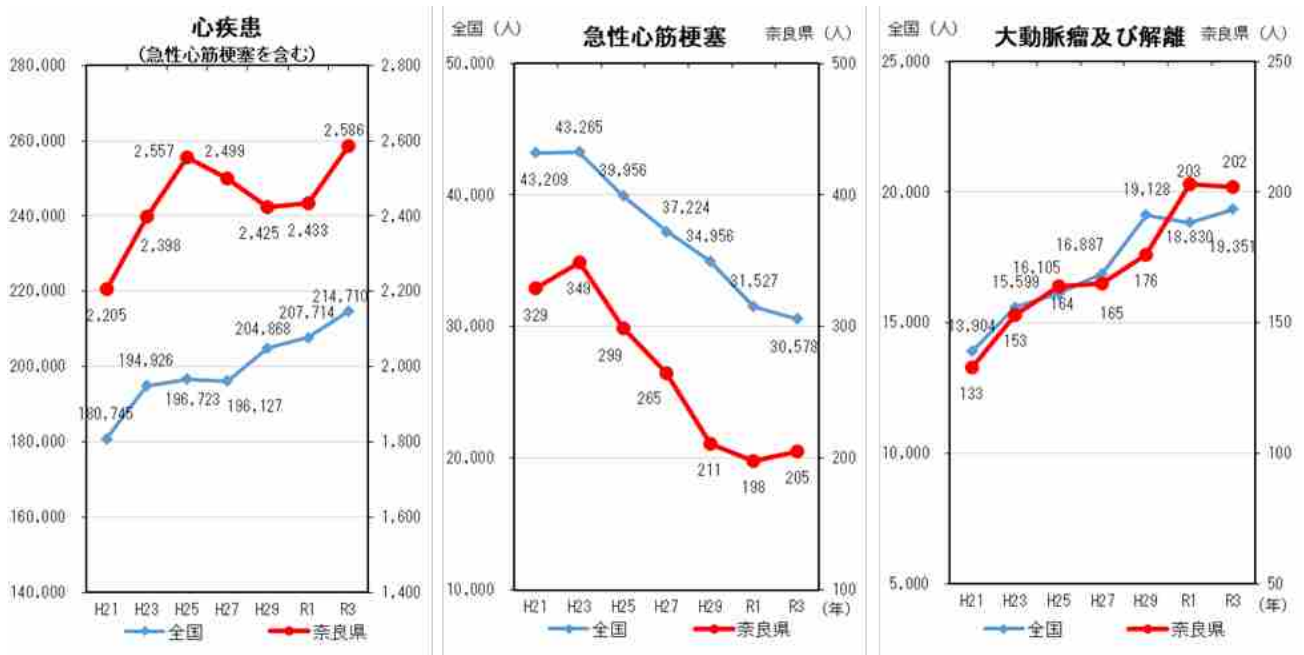
② 心血管疾患における医療体制

現状と課題

心血管疾患の急性期は、心筋梗塞や狭心症、大動脈解離等、死に至る可能性が高く、突然死の原因の多くを占めます。急性心血管疾患による死亡を減少させ、予後を向上させるためには、発症後早期に治療を開始する必要があります。また、近年、高齢化に伴い増加している急性心不全・慢性心不全の急性増悪患者が急変して急性期の医療機関に搬送されることも多くなっています。

心疾患（高血圧性を除く）による奈良県内の死亡者数は、令和3（2021）年度2,586人であり、近年2,400～2,600人前後で推移しています（図31）。

図31 心疾患による死亡者数の推移



出典：厚生労働省「人口動態統計」

心疾患（高血圧性を除く。）の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）は、男性、女性ともに全国平均をわずかに上回っていますが、近年大きく減少しています。（図32）。また、大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率は男性、女性ともに全国平均を下回っています。（図33）

図 32 心疾患（高血圧性を除く）による男女別年齢調整死亡率
（人口 10 万人あたり）

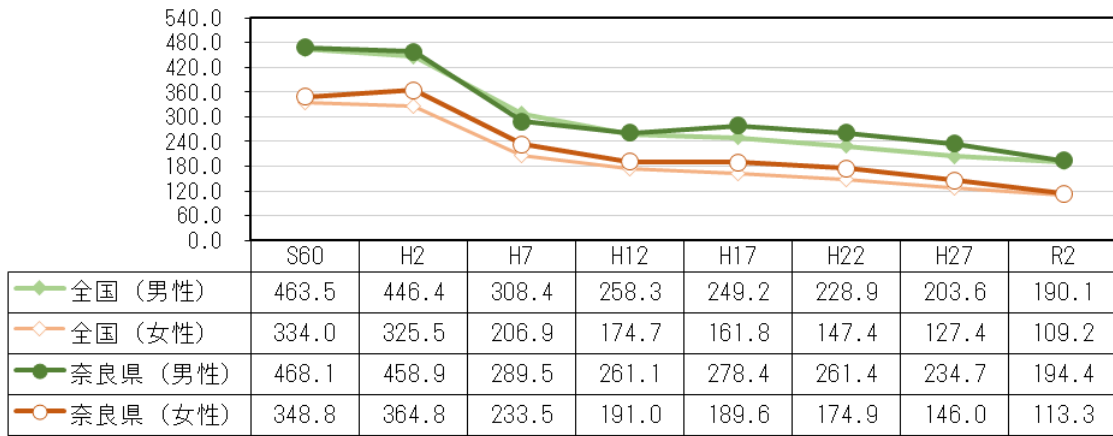
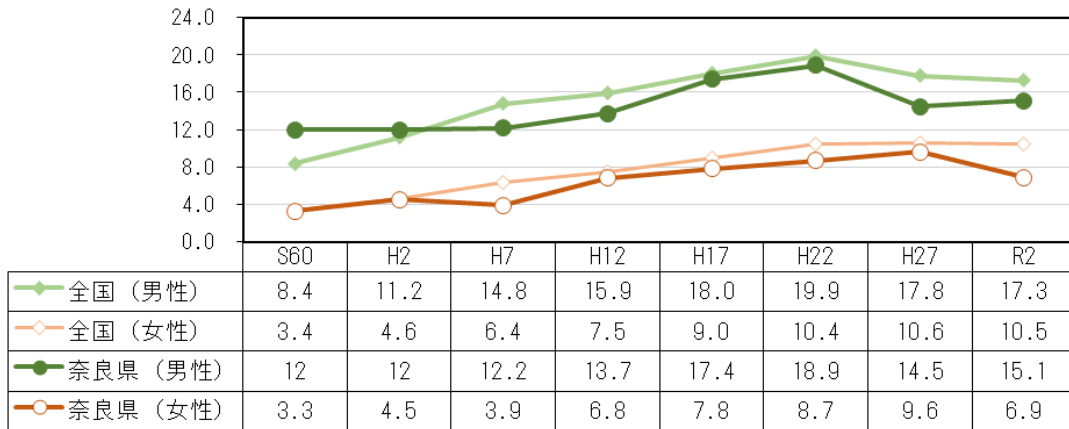


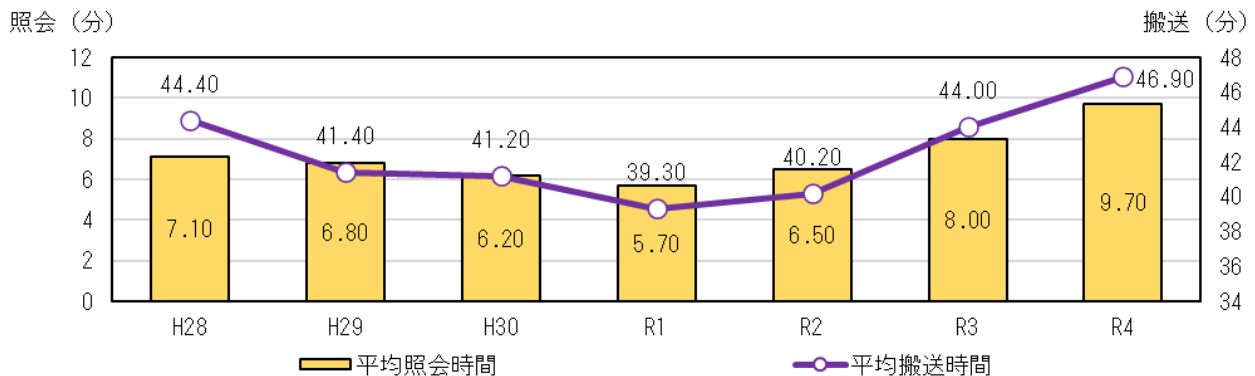
図33 大動脈瘤及び解離による男女別年齢調整死亡率（人口10万人あたり）



出典：厚生労働省「令和 2（2020）年人口動態統計特殊報告」

胸痛に係る平均搬送時間・照会時間は、令和元（2019）年まで短縮傾向にありましたが、それ以降新型コロナウイルス感染症の影響により増加していると予想されます（図 34）。

図 34 胸痛に係る平均搬送時間・照会時間



出典：e-MATCH搬送データ（疑い疾患：胸痛）

奈良県内の循環器内科専門医数は203名です。人口10万人あたり15.5と、全国値13.5に比べ多くなっています（表16）。第1期計画では「平成30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師調査」より奈良県内で従事する主たる診療科を「循環器内科」と届け出をした医師の数を確認しており、奈良県では124名、全国では12,732名でした。

表16 循環器内科専門医数

	人数（人）	人口10万人あたり
奈良県	203	15.5
全国	16,865	13.5

出典：日本循環器学会 HP より（令和5（2023）年7月時点）

奈良県内の心臓血管外科専門医数は25名です。人口10万人あたり1.9と、全国値とほぼ同じです（表17）。第1期計画では奈良県内で従事する主たる診療科を「心臓血管外科」と届け出をした医師の数を確認しており、奈良県では37名、全国では3,214名でした。（平成30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師調査より）

表17 心臓血管外科専門医数

	人数（人）	人口10万人あたり
奈良県	25	1.9
全国	2,557	2.0

出典：心臓血管外科専門医認定機構 HP より（令和5（2023）年4月時点）

病院における虚血性心疾患（急性心筋梗塞・狭心症）に係る退院患者平均在院日数は近年、全国的に減少傾向にありましたが、令和2（2022）年の全国平均は増加しています。奈良県は全国とは逆に令和2年は減少し、7.0日となり、全国平均の12.7日に比べ入院期間が短くなっています（表18）。

表18 虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数（施設（病院）住所地別）

（単位：日）

	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
奈良県	16.9	21.2	8.8	10.5	7.0
全国	21.0	12.8	8.2	8.6	12.7

出典：厚生労働省「令和2（2020）年患者調査」※P.40の注釈のとおり

虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数は10万人あたり11.8と全国値と比べやや多い状況です（表19）。心臓血管外科手術における質の確保の観点からは、医療機関ごとの実施件数が関連するとされています。

表19 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数

		件数（件）	人口10万人あたり
医療圏	奈良	67	19.0
	東和	28	14.3
	西和	18	5.3
	中和	42	11.5
	南和	0	0.0
奈良県		155	11.8
全国		13,915	11.1

出典：厚生労働省「令和3（2021）年度ナショナルデータベース」

急性心筋梗塞に対するPCI^{※26}の実施件数は、令和3（2021）年度において、775件でした。人口10万人あたり58.9と全国値50.7と比べて多くなっています（表20）。二次医療圏別にみると、東和医療圏での実施件数が他の医療圏と比べて多い状況となっています。

表20 急性心筋梗塞に対するPCIの実施件数

	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	775	58.9
全国	63,614	50.7

出典：厚生労働省「第8回NDBオープンデータ（令和3（2021）年度のレセプト情報）」

急性心筋梗塞の救命のためには、できるだけ早期の診断、治療が必要であり、死亡率の低下には発症から60分以内にPCIを実施できる急性期医療機関に搬送する必要があるとされています。（一般社団法人日本蘇生協議会（ガイドライン作成委員会）「JRC蘇生ガイドライン」）そして、90分以内に再開通に成功することが望ましいとされています。

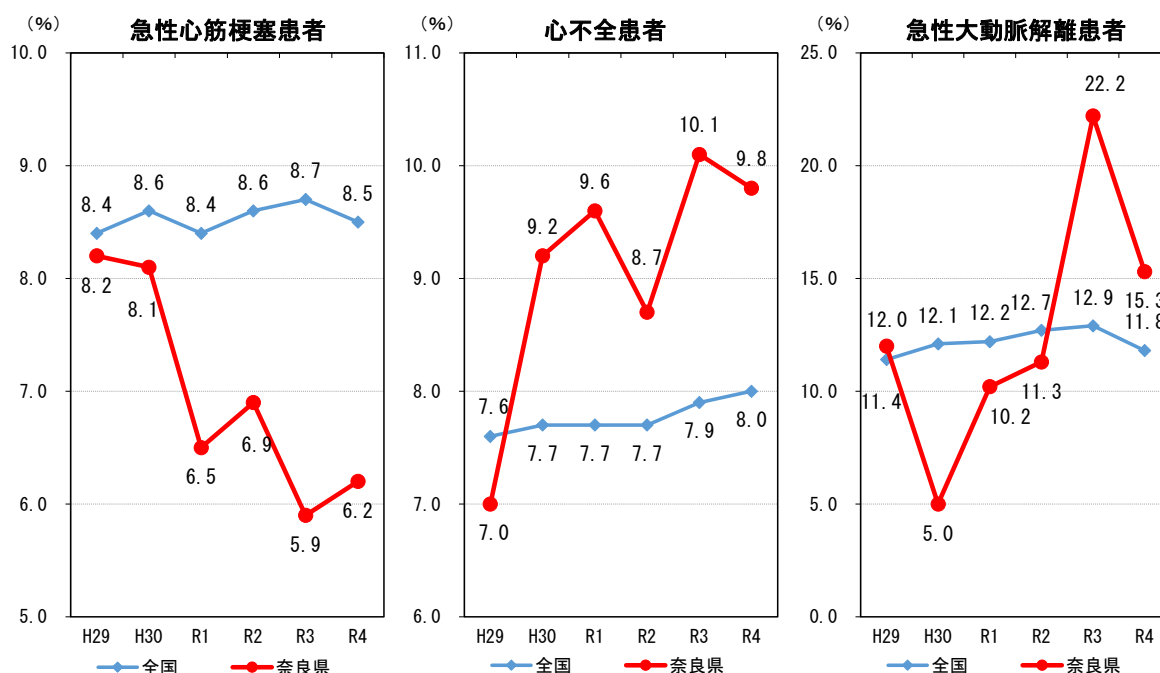
急性期医療機関では、緊急の心臓カテーテル検査・PCIから、その後の早期のリハビリテーション・再発予防まで一貫した治療が求められており、このため、

※26 PCIとは、経皮的冠動脈インターベンション（経皮的冠動脈形成術）の略語で、虚血性心疾患に対して足の付け根や腕、手首等の血管からカテーテル（医療用の細く柔らかい管）を挿入し、冠動脈の狭くなった部分を広げて、血流を改善させる治療法。

PCIが可能な最寄りの医療機関に搬送することが必要であり、奈良盆地地域は全域この治療が実施可能な地域となっていますが、東南部の山間地域については医療機関までの距離が長いため、治療開始までの時間短縮が課題となります。

令和4（2022）年の病院における急性心筋梗塞患者の入院中死亡率は6.2%と全国平均の8.5%より低い傾向であり、心不全患者の入院中死亡率は9.8%と全国平均の8.0%より高い傾向があります。また、急性大動脈解離の入院中死亡率は15.3%と全国平均11.8%より高くなっています（図36）。

図36 急性心筋梗塞患者・心不全患者・急性大動脈解離患者の入院中死亡率



出典：日本循環器学会「循環器疾患診療実態調査」

取り組むべき施策

心臓カテーテル治療等の可能な奈良県内の体制を維持していくためには、循環器専門医の人材育成や人材確保と適切な医師配置、医療機関の連携や診療機能の役割分担等を、県全体と各圏域において検討する必要があります。急性期の医療機関において、心不全の急変患者への対応が十分できるよう、受入体制の整備を進めます。働き方改革の本格的実施を踏まえて、急性期医療に必要な人員の確保やタスクシフト等による業務効率化が重要と考えられます。

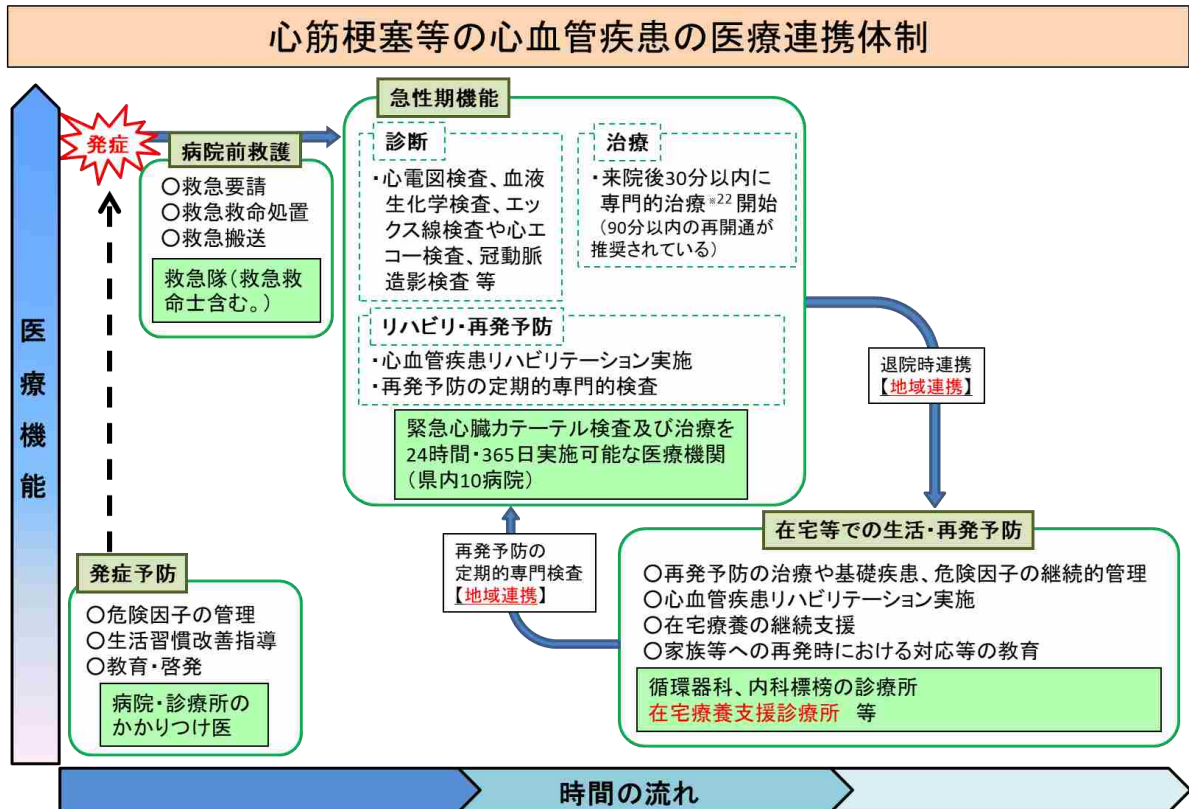
大動脈解離等の緊急の外科的治療が必要な疾患については、常時対応できる医療機関が限られているため、外科手術の質の確保の観点から集約化の検討を含め、より広域での連携体制の構築を進めていきます。末梢動脈疾患（PAD）による下肢血流低下は、歩行困難から運動量の低下に至ります。運動量の低下は、フレイル、骨折等から健康寿命の短縮にも繋がります。早期に末梢動脈疾患（PAD）を診断し、生活習慣病の改善指導、必要な薬物治療を行うことを目指して体制整備を進めていきます。

また、再発防止のための患者管理・患者教育及び指導體制を充実させ、患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる環境を整備していきます。

- ・ 救急搬送時間の短縮のため、胸痛搬送ルールの特活用を推進します。
- ・ 急性期医療機関のない南和医療圏と他の医療圏又は県域を越えた連携を推進します。また、発症から 60 分以内に P C I が実施可能な医療機関に搬送できない地域については、搬送時間の短縮のため、ドクターヘリの活用を推進します。
- ・ 緊急の外科的手術が必要な大動脈緊急症患者を、手術が可能な医療機関に救急搬送できるようにするため、大動脈緊急症トリアージ^{※27}導入を検討し、より良い搬送システムの構築に取り組みます。
- ・ 心臓血管外科手術の質の確保の観点から、緊急の外科的治療が必要な疾患については、患者が適切な医療機関で受療できるようアクセス状況も考慮しつつ、急性期機能の機能分化連携を推進し、実施医療機関ごとの件数確保を図ります。
- ・ 急性期医療機関の搬送体制及び連携体制、人材配置状況や勤務状況、急性期医療の質の実態把握に努めます。働き方改革実施に伴い予想される急性期診療に携わる医師の人員不足への対応について検討します。
- ・ 在宅療養支援体制を強化するため、急性期医療機関や介護保険サービス事業所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等、治療の内容や患者の状態に応じた医療機関が役割分担し、地域での病病連携、病診連携を進めます。薬局とも連携しつつ、在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を推進します。
- ・ 今後、増加が見込まれる高齢者の慢性心不全患者に対して、循環器病専門医との連携を強化し、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、多職種による疾病管理等ができる体制づくりを進めます。また、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できる、心不全療養指導士等の多職種による支援を担う人材育成を関連学会と連携して推進します（表 21）。
- ・ 各専門医の確保については、奈良県医師確保計画に基づき、地域間での医師偏在の解消等を図り、地域の医療提供体制を確保していきます。

^{※27} 大動脈緊急症トリアージとは、救急隊が体系的に観察した項目に応じて、大動脈緊急症を疑う患者を専門的に緊急治療に対応できる医療機関へ搬送する優先度を定めることです

図 37 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制のイメージ図



出典：「奈良県保健医療計画（平成30（2018）年3月）」一部改変

表21 メディカルスタッフ 資格一覧

学会名	資格名	その資格が担う役割	その資格を説明する、ホームページ
日本心エコー学会	一般社団法人日本心エコー学会認定専門技師	心血管超音波法の技能が優れ、信頼性の高い所見を提供し適切な臨床判断を行う。医師と協力し経食道法や負荷心エコー図等の専門的超音波検査を行う。若手技師の育成・教育や新技術・新手法の研究と実践・指導を行う。	http://www.jse.gr.jp/contents/shiken/shiken.html
日本循環器学会	心不全療養指導士	医師以外の医療専門職が各自の専門性を活かしながら、心不全増悪予防に向けて、患者本人及び家族など介護者に正確な知識と技術を身に付けていただき、セルフケアと療養を継続していけるよう支援する役割を担う。	https://www.j-circ.or.jp/chfej/
日本心血管インターベンション治療学会	心血管インターベンション技師 (ITE)	心血管インターベンション治療に携わり、広い専門知識と技術をそなえ、かつ積極的に業務に従事し、心血管インターベンション治療の恒久的な発展に寄与すること。	https://www.cvit.jp/expert/ite/about/
日本心臓病学会	循環器病予防療養指導士	循環器病の主たる原因である高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の改善・予防およびその他の危険因子の管理に関して、対象者・患者に適した療養指導を行うことで、循環器病の予防や病態改善につなげる。	https://www.jpnsj.jp/sidousi/index.html
日本心臓リハビリテーション学会	心臓リハビリテーション指導士	医師が直接監視していない状態での心臓リハビリテーションの対応ができること。循環器疾患の医療および運動心臓病学を理解し、安全かつ効果的に患者に継続性のある運動および生活指導や患者教育ができる。	https://www.jacr.jp/jacrreha/system/
日本不整脈心電学会	JHRS認定心電図専門士	心疾患の診療をスムーズかつより高度に行うため、心電図記録装置の取り扱いや心電図判読、心電図を用いた臨床検査の実施等に秀でた医師、臨床検査技師、看護師、臨床工学技士を認定する制度。	https://new.jhrs.or.jp/recognition/nintei/
日本不整脈心電学会	CDR・IBHRE認定制度	植込み型心臓ペースメーカや植込み型除細動器 (ICD) をはじめとする植込み型心臓デバイス植込み術を安全かつ適正に行うため、医師に専門的な医療機器情報や医療技術情報を的確に提供する資格者を認定する制度。	https://new.jhrs.or.jp/recognition/cdr-recognition/
日本不整脈心電学会	植込み型心臓不整脈デバイス認定士制度	植込み型心臓不整脈電気デバイス (CIEDs) 治療を安全かつ適正に行いCIEDs患者のQOL向上のため、CIEDsに関わる医療従事者の知識の標準化と共有、レベルの向上を目指して医療従事者を認定する制度。	https://new.jhrs.or.jp/recognition/device_ninteishi/
外科連合	血管診療技師 (CVT)	血管診療技師の業務は、脈管領域の無侵襲診断及びその介助、医師による侵襲的診断・治療の介助とされ、脈管疾患領域の診療に関わる臨床検査技師・看護師・臨床工学技士・診療放射線技師・理学療法士などに対し認定するものである。	https://plaza.umin.ac.jp/cvt/examination.html
外科連合	体外循環技術認定士	体外循環技術認定士の業務は、医師の指示のもと人工心肺などの体外循環装置を操作する技術を有する医療従事者のことで、臨床工学技士に対して認定するものである。	https://www.jsao.org/gijutsu-ninteishi/
外科連合	人工心臓管理技術認定士	「医師の指示のもとで行う(補助)人工心臓症例の管理に関する技能・知識を有する専門的な医療従事者」で臨床工学技士、看護師などに対して認定する。	https://www.jsao.org/gijutsu-ninteishi/

3. 循環器病患者の支援

(1) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

現状と課題

循環器病患者は、脳卒中発症後の後遺症の残存や心血管疾患治療後の身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に陥る場合があります。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、服薬の徹底等の適切な管理及びケアを行うことが必要です。必要に応じて、介護保険制度、障害者総合支援法に基づく支援体制と連携を図ることも重要です。

奈良県では、市町村、地域包括支援センターや地区医師会等の関係団体、保健所が連携し地域の在宅療養における調整、支援等を行っています。令和4（2022）年4月末時点では、奈良圏域に2病院、東和圏域に1病院、西和圏域に2病院、南和圏域に1病院、計6病院を地域医療支援病院^{※28}に指定し、かかりつけ医等の支援を行う体制を整えています。また、令和5（2023）年度からは、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題を解消する制度として、紹介受診重点医療機関^{※29}が始まっており、本県では令和5（2023）年8月1日時点で12病院が紹介受診重点医療機関となっています。地域の医療を継続していくため、医療機関の連携体制の充実及び医療機能の役割分担に基づいた整備等が必要であり、さらに、各圏域に設置された地域医療構想調整会議を活用し、公立病院、公的病院をはじめとした医療機関により、病床の機能分化、診療機能の役割分担等を進めるとともに、在宅での医療と介護が一体的かつ切れ目なく提供されるようサービスの充実を図る必要があります。

令和4（2022）年度より、薬局において、医療機関からの求めに応じて、入院予定の患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、必要に応じて持参した服用薬の整理を行うとともに、医療機関に対して当該患者の服薬状況等について文書により提供した場合、評価されることとなり、今後活用の増加が期待されます。

在宅医療^{※30}において積極的役割を担っている在宅療養支援病院^{※31}は20箇所、

※28 地域医療支援病院は、患者の身近な地域で医療を提供することが望ましいという観点から、第一線の地域医療を担う、かかりつけ医・かかりつけ歯科医等を支援するため、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、地域医療の確保を図る病院。医療法に基づき県知事が個別に承認する。

※29 紹介受診重点医療機関は、「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて受診することを基本とした医療機関であり、医療資源を重点的に活用する外来（医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来、高額等の医療機器・設備を必要とする外来や、特定の領域に特化した機能を有する外来）を地域で基幹的に担う医療機関として地域の協議の場において同意を得た医療機関をいう。

※30 在宅医療とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療。

※31 在宅療養支援病院は、24時間往診が可能な体制が確保され、国の定める基準（200床未満、または当該病院を中心とした半径4km以内に在宅療養支援診療所が存在しない等）を満たす病院で、患者を直接担当する医師または看護師が、患者及びその家族と24時間連絡が取れる体制や患者の求めに応じて24時間往診の可能な体制を維持し、在宅での看取りもする病院。

在宅療養支援診療所^{※32}は 179 箇所の届出があります（表 22、23）。また、在宅療養後方支援病院^{※33}は 4 箇所の届出となっています。

訪問診療^{※34}を利用する患者数をレセプト件数ベースで見ると、平成 25（2013）年度の 65,616 人から平成 28（2016）年度では 77,998 人へと年々増加しており、訪問診療料の算定件数で見ても同様に増加傾向を示しています。また、往診^{※35}については毎年約 3 万件程度と一定数の提供がなされています。

表 22 医療圏別在宅療養支援病院数の推移

（単位：箇所）

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
医療圏	奈良	5	5	6	8
	東和	3	5	5	5
	西和	2	2	2	2
	中和	1	1	2	2
	南和	3	3	3	3
奈良県		14	16	18	20

出典：地方厚生局届出受理

表 23 在宅療養支援診療所数の推移

（単位：箇所）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
診療所数	161	164	166	172	179

出典：地方厚生局届出受理

急性期後の患者や在宅患者の入院の受け入れ及び在宅復帰支援を行う地域包括ケア病床は、奈良県で 32 病院、1,094 病床あり、中和医療圏の病院が多くなっています（表 24）。

※32 在宅療養支援診療所は、24時間往診が可能な体制が確保され、国の定める基準を満たす診療所で、患者を直接担当する医師または看護師が、患者及びその家族と24時間連絡が取れる体制や患者の求めに応じて24時間往診の可能な体制を維持し、在宅での看取りもする診療所。

※33 在宅療養後方支援病院は、在宅医療を提供する医療機関と連携し、連携医療機関の求めに応じて24時間入院希望患者（あらかじめ当該病院に届け出ている患者）の診療が可能な体制及び緊急入院ができる病床を常に確保するなどの国の定める基準（200床以上等）を満たした病院。

※34 訪問診療とは、通院が困難な者に対して、その同意を得て、計画的な医学の管理の下に定期的に医師が訪問して診療を行うこと。

※35 往診とは、看家（介護老人保健施設等を含む。）の求めに応じて患者に赴いて診療すること。

表 24 地域包括ケア病床に関する各圏域の状況

		病院数	病床数
医療圏	奈良	7	193
	東和	6	288
	西和	7	264
	中和	10	320
	南和	2	29
奈良県		32	1,094

出典：厚生労働省「令和3（2021）年度病床機能報告（令和3（2021）年7月1日時点）」

退院調整支援担当者を配置する診療所は減少傾向、病院は増加傾向にあり、奈良県としては、微増傾向です（表 25）。

表 25 退院調整支援担当者を配置する診療所・病院数の推移

（単位：箇所）

	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
診療所	2	4	2	1
病院	34	34	40	42
合計	36	38	42	43

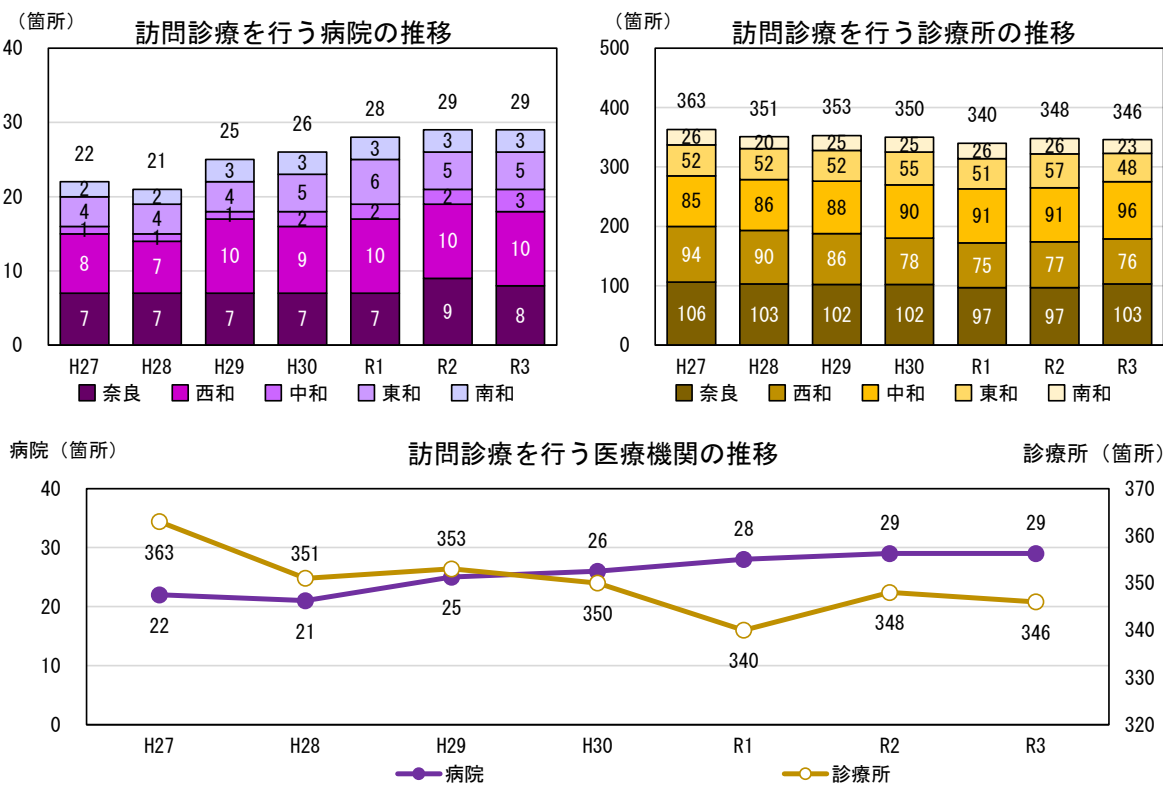
出典：厚生労働省「医療施設調査（各年10月1日時点）」

奈良県における訪問診療を実施する病院数は令和3（2021）年は29箇所と近年横ばい傾向であり、10万人あたり2.2箇所となっています。また、診療所数は346箇所と前年度より減少しており、10万人あたり26.3箇所となっています（図38）。なお、訪問診療の算定件数は増加傾向にあります（図39）。

このことから、在宅医療を提供する施設数はあまり増加していない中でも、個々の施設における患者の対応数は増えてきていることが推測されます。

しかしながら、今後更に進む患者の増加等を踏まえると、地域によっては在宅医療の需要の増加に対応しきれない可能性があるため、訪問診療等に取り組むことができる施設の増加や取組方自体の検討が必要です。

図 38 訪問診療を実施する病院数・診療所の推移



出典：奈良県地域医療連携課調べ「市町村国民健康保険及び後期高齢者制度レセプトデータ」

図 39 奈良県内の在宅医療提供状況について



出典：奈良県地域医療連携課調べ「市町村国民健康保険及び後期高齢者制度レセプトデータ」

在宅歯科医療について、医科や介護等の他分野との連携を図るための窓口である「在宅歯科医療連携室」を運用することにより、在宅歯科医療を受ける者や、その家族等のニーズに応え、地域における在宅歯科医療の推進及び他分野との連携体制の構築を図っています。

訪問薬剤指導（在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局）を実施する薬局数は540施設で、人口10万人あたり41.3施設です（表26）。訪問薬剤管理指導とは、薬局が在宅療養者に対し、在宅診療を行っている医療者とともにチームを組み、在宅での薬に関する管理を行うことをいいます。薬局には、調剤を中心として、医薬品、医療・衛生材料等の提供の拠点として実際に患者のもとに出向いて薬を届けるだけでなく、薬に関する情報の提供や、薬をきちんと飲むための指導をする役割を担うことが求められます。

表 26 訪問薬剤管理指導を実施する薬局数

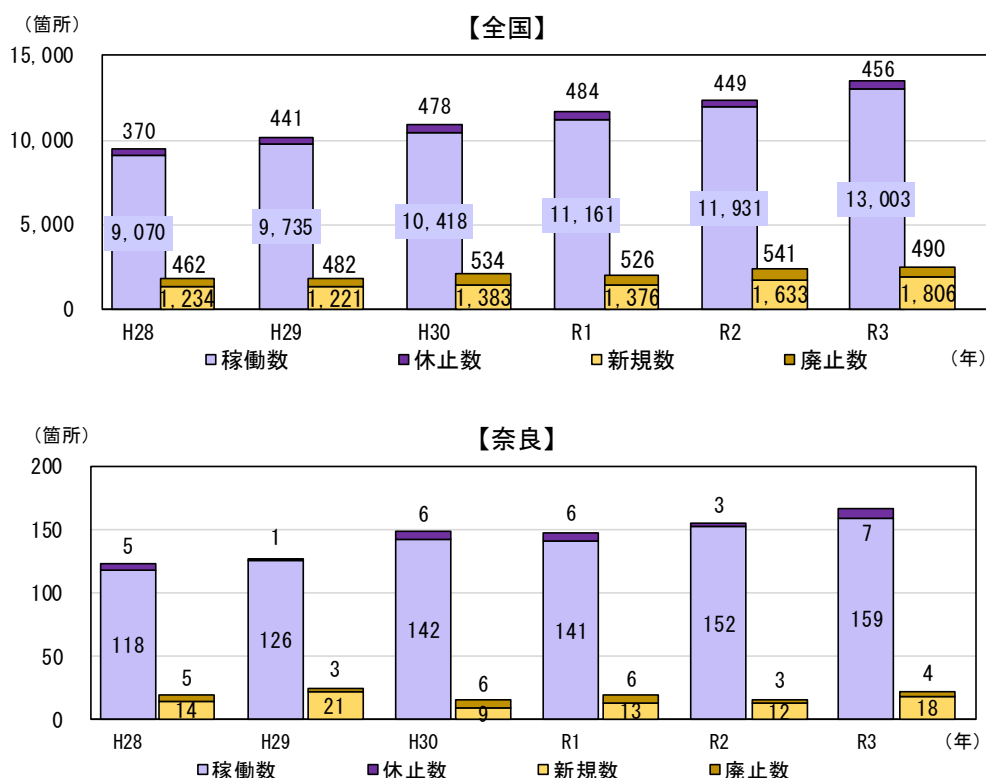
		施設数	人口10万人あたり
医療圏	奈良	153	43.5
	東和	78	40.2
	西和	146	43.6
	中和	140	38.5
	南和	23	37.3
奈良県		540	41.3
全国		53,841	43.1

出典：地方厚生局届出受理（令和5（2023）年4月1日時点）

奈良県における訪問看護ステーション数は159箇所（令和3（2021）年4月）となっており、増加傾向となっております（図40）。訪問看護ステーションに従事する看護職員数は、10万人あたり46.0人と、全国値52.3人と比べて少なくなっています（図41）。

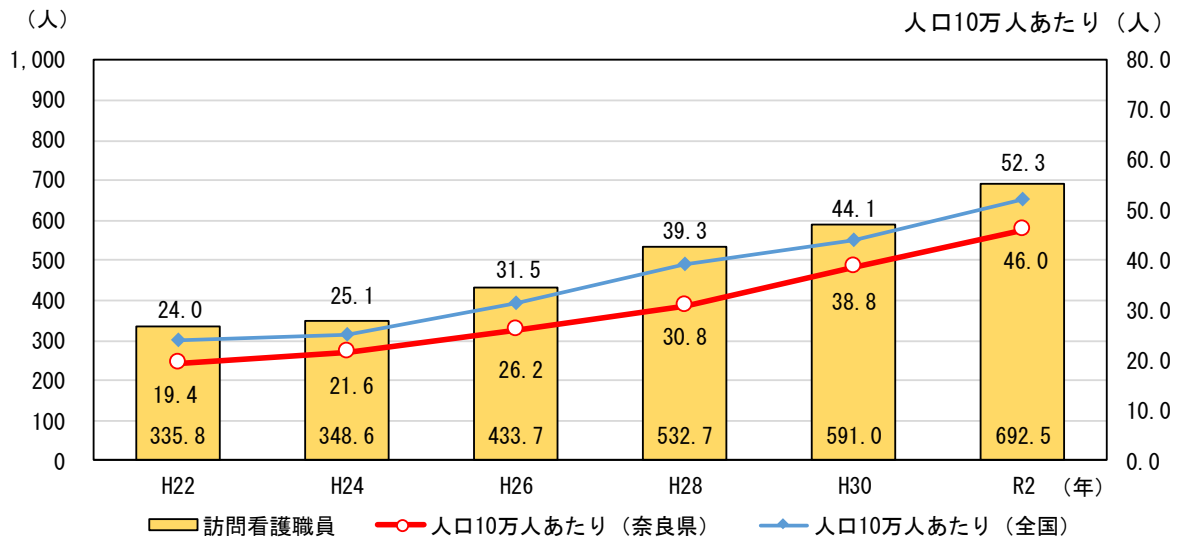
今後、在宅療養のニーズが多様化するなかで、訪問看護や介護の役割は、地域包括ケアシステムを支えていくためにますます大きくなると考えられます。在宅療養を支援する看護師、介護士等の養成と確保を継続的に行うことが必要です。

図 40 人生の最終段階における医療に対応する訪問看護ステーション数の推移



出典：一般社団法人全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーション数調査」

図 41 訪問看護ステーションに従事する看護職員数の推移
(保健師・助産師・看護師・准看護師の常勤換算数)



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

脳卒中地域連携パスを運用している病院は 42 箇所（令和 4（2022）年 4 月）となっており、10 万人あたり 3.2 箇所、全国値 10.1 箇所と比べて少なくなっています。地域連携室等を整備している循環器（内）科標榜病院は、36 箇所（令和 3（2021）年 1 月）となっており、10 万人あたり 2.8 箇所、全国値 2.3 箇所と同等となっています（表 27）。

表 27 地域連携を行っている病院数

（単位：箇所）

	脳卒中地域連携パス運用		循環器(内)科標榜病院のうち、地域連携室等整備	
	病院数	人口10万人あたり	病院数	人口10万人あたり
奈良県	42	3.2	36	2.8
全国	12,651	10.1	2,930	2.3

出典：奈良県地域医療連携課調べ（令和 4（2022）年 4 月）
地方厚生局届出受理（令和 5（2023）年 6 月）
医療機能情報（令和 4（2022）年 10 月時点）

※脳卒中地域連携パス運用病院数について、全国数値は脳卒中のクリティカルパスに限定されていない

循環器病は、高齢者に多くみられる疾病ですが、患者の急変時の延命治療の方針等、もしもの時の心構えのない患者・家族が多く、急変時に効果的ではない高額な延命治療を実施せざるをえないことが少なくありません。病態が安定しているときに、患者やその家族が今後の方針について話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の概念を普及する必要があります（表 28）。

表 28 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に取り組む病院
（「適切な意思決定支援に関する指針」を定めている病院）

		脳神経（内・外）科 標榜病院	循環器（内）科 標榜病院
医療圏	奈良	8	9
	東和	4	4
	西和	8	7
	中和	6	6
	南和	1	1
奈良県		27	27

出典：奈良県地域医療連携課「令和 4（2022）年地域医療構想における具体的対応方針」

取り組むべき施策

慢性期においても循環器病の再発予防や重症化予防のためにそれぞれの関係機関が相互に連携しながら、継続して必要な医療、介護及び福祉に係るサービスを提供することが必要であるため、患者の意思や希望を尊重するとともに、患者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進します。

また、多職種が連携し、循環器病の患者を含めた包括的な支援体制を構築します。

- 多職種が連携して患者の支援を行うためには、患者を始め医療・介護関係者で患者の状況を十分に共有することが重要です。ICTの活用も含め、地域の実情に応じた円滑な共有の方法を検討していきます。
- 奈良県では各病院が目指す方向性として「断らない病院」と「面倒見のいい病院」という2つの目標を示し、各病院が機能分化と機能強化を進める後押しをしています（図 42）。特に地域包括ケアシステムを支える役割である「面倒見のいい病院」に関してはA～Gの7領域を「面倒見のいい病院」に求められる機能とし、各病院が様々な取組を進めています。超高齢・人口減少社会を迎えており、医療・介護ニーズは大きく変化しています。県民の皆様が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる医療提供体制の構築を進めていきます。

図 42 「面倒見のいい病院」について

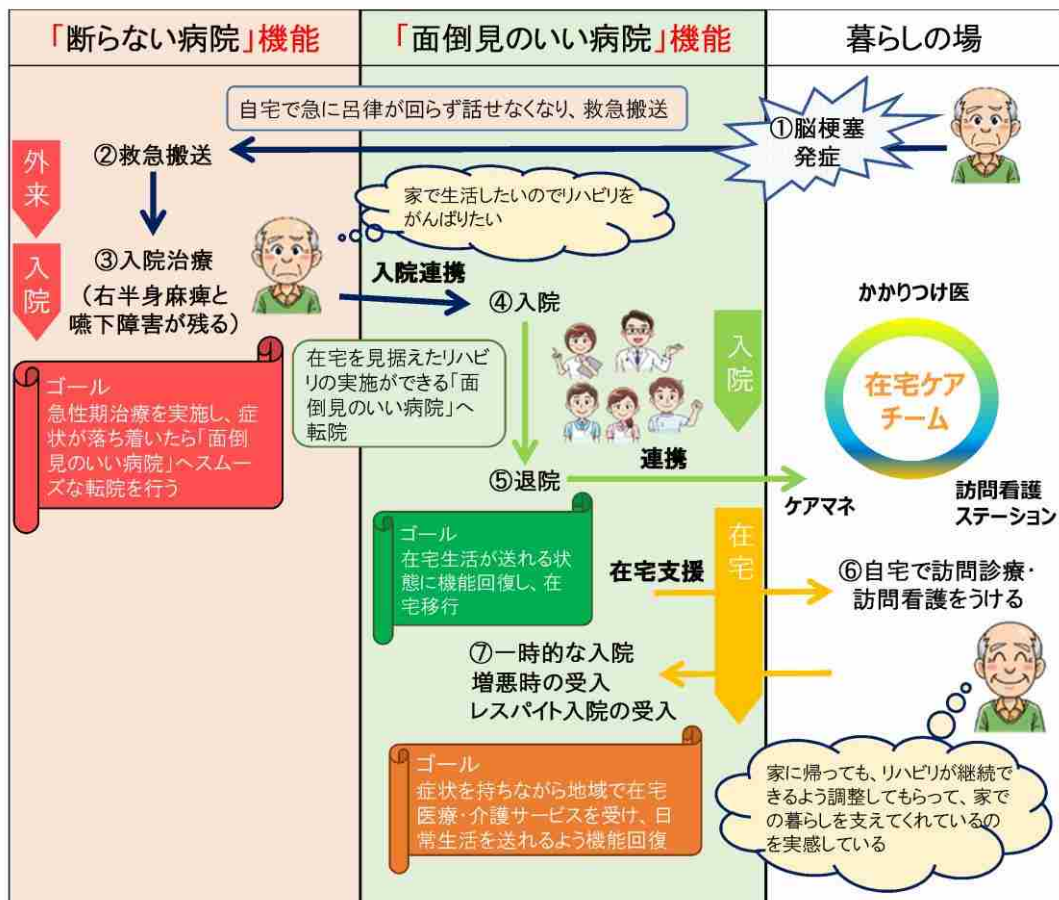


<参考>

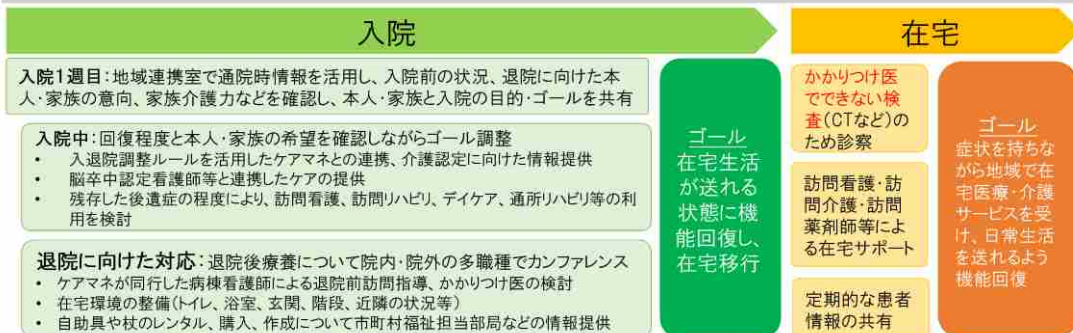
【脳梗塞の場合の「面倒見のいい病院」に期待される役割（イメージ）】

個々の患者の症状の程度等に基づき、機能的な改善の到達点（ゴール）や、ゴールに到達する時期を予測した上で、早期にリハビリテーション等を行い、在宅生活を送れるよう機能回復を図ることが期待されます。

医療度が高い（人工透析や人工呼吸器の装着等）ため、回復期リハビリテーション病棟での受入れが困難な場合も見受けられますが、病院の受入体制を整える（研修等による医療スタッフの知識・技術の向上、設備整備）ことや、地域医療機関等との連携により、リハビリテーションと治療を同時に提供できる体制を構築することが望まれます。

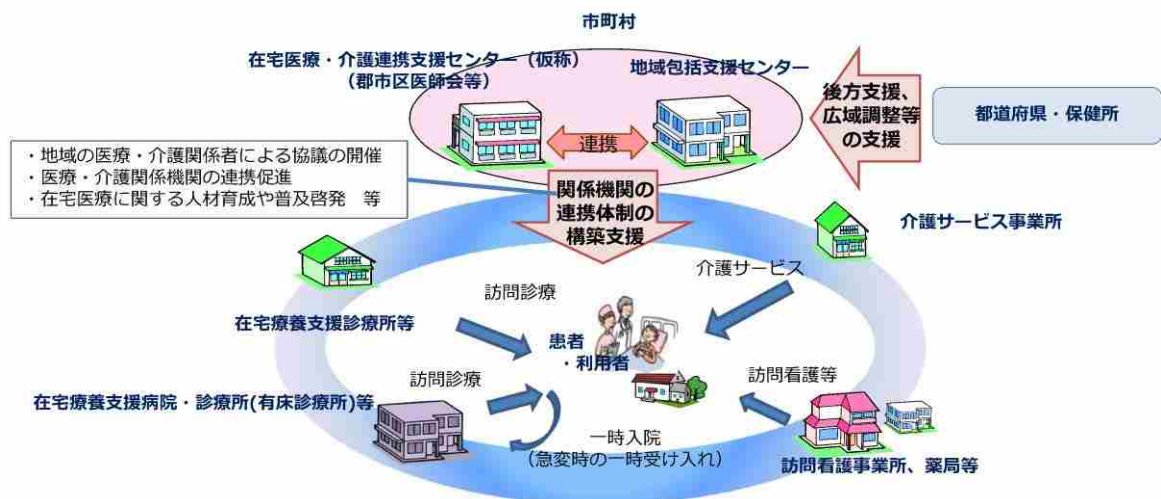


「面倒見のいい病院」に期待される取組



- ・ 医療と介護が連携を図ることにより、病院から地域へシームレスな在宅移行ができ、介護が必要な方が安心して病院への入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的として、病院とケアマネジャーの入退院における引継手順をルール化した「入退院調整ルール」が各地域で策定され、令和3（2021）年4月から県内全域において退院調整ルールの運用が行われています。さらに、令和5（2023）年度からは、ルールにより構築された顔の見える多職種連携の関係を活かし、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの場面ごとの医療と介護の連携が進むよう、各市町村における協議の場の設置及び効果的な運営支援を実施しています。
- ・ 地域特性に応じた在宅医療提供体制を構築していくためには、地域内の現状を把握している市町村、地域包括支援センター、地区医師会等の関係機関と連携していく必要があります。また、複数市町村に跨がるような課題に対しては、単独市町村だけで解決に向けた関係者間の調整等を行うことが困難であることから、圏域内の保健所を中心として広域的な視点からの調整支援や日常生活圏域での取組に対する支援を行います（図43）。

図43 地域の関係機関の連携体制の構築

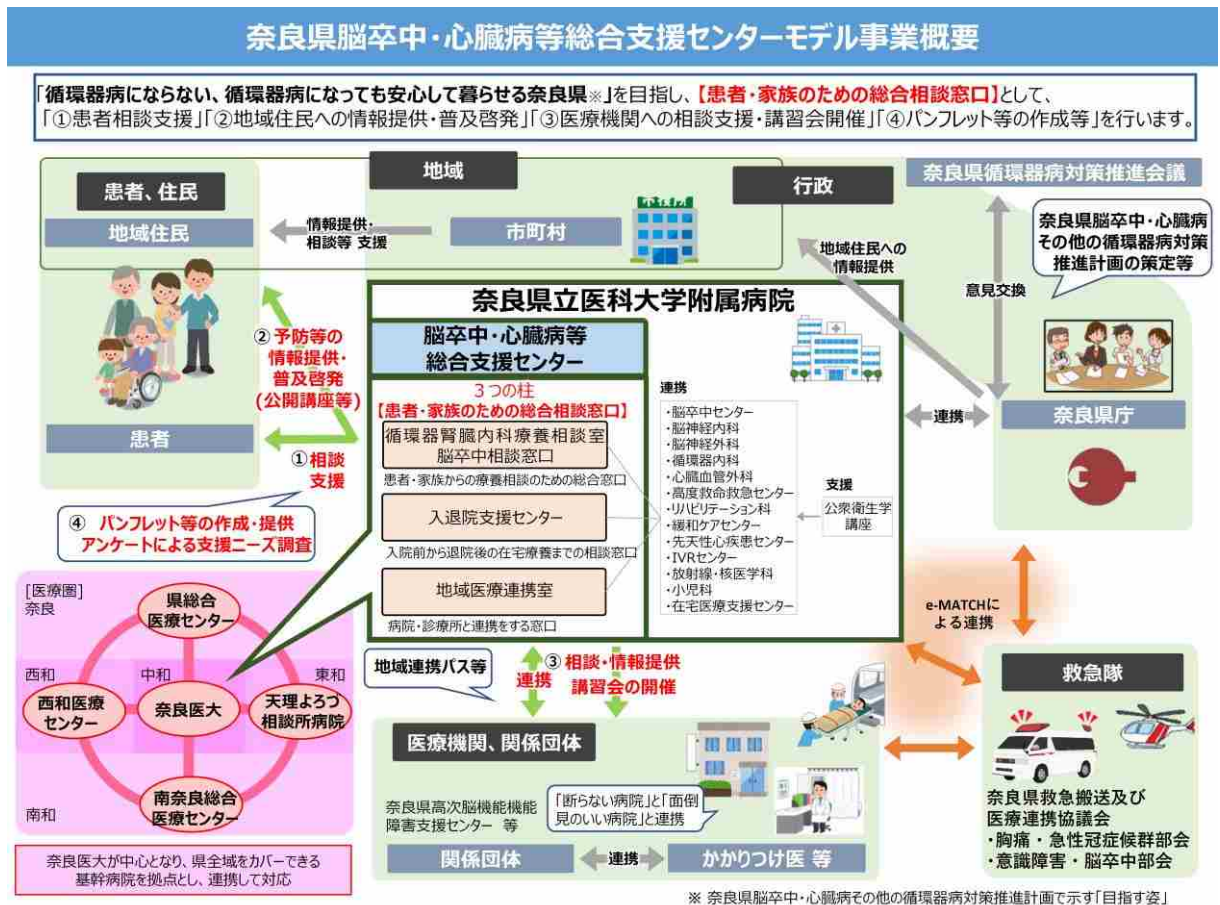


- ・ 在宅歯科医療における医科や介護等の他分野との連携を図るための窓口として在宅歯科医療連携室を奈良県歯科医師会に設置しており、引き続き在宅療養者や家族等のニーズに応え、地域における在宅歯科医療の推進及び他分野との連携体制の構築に努めます。
- ・ 地域包括ケアシステムの一員である薬剤師の在宅に関する取組として、医療材料・衛生材料の提供や要指導医薬品等を含め、地域において必要な医薬品の供給拠点になるだけでなく、医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在として、患者が医薬品を使用する際の疑問や不安をいつでも相談できるよう、夜間・休日を含めて、調剤や電話相談等の必要な体制を確保することを目指します。
- ・ 在宅医療の推進のためには、自宅での療養生活を支える訪問看護師の役割が非常に重要となっており、その確保・育成が課題となります。そのため、

潜在的な看護師の活用や新卒者等の訪問看護分野への参入促進を積極的に進めるとともに、特定行為（医師の判断を待たずに手順書により行う一定の診療の補助）を行うことができる看護師の養成、認定看護師の資格取得に対する支援等を通じて、チーム医療のキーパーソンとして、高度な判断力を持つ専門性の高い看護師の確保を目指していきます。

- 令和5（2023）年度、循環器病患者に対し包括的な支援体制を構築する取組である、「脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業」に奈良県立医科大学が採択されています。「循環器病にならない、循環器病になっても安心して暮らせる奈良県」を目指し、【患者・家族のための総合相談窓口】として、患者相談支援や、地域住民への情報提供・普及啓発等を行います（図44）。

図44 奈良県脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業について



出典：令和5（2023）年度脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業推薦資料より抜粋

(2) 重症化・再発・再入院予防の体制

現状と課題

① 脳血管疾患における在宅生活管理体制

脳卒中は、脳の血管が急に破れたり、詰まったりして脳の血液の循環に障害をきたし、様々な症状を起こす病気です。脳卒中は、血管が破れる脳出血と血管が詰まる脳梗塞とに大別されます。脳出血は、脳の組織自体に出血が起こる実質内出血と、脳動脈瘤が破裂することが主な原因となって、脳の表面であるくも膜下腔に出血が起こるくも膜下出血に分けられます。

脳卒中発症に大きく関わる危険因子として、高血圧、脂質代謝異常、糖代謝異常、非弁膜症性心房細動等が重要ですが、遺伝的要因もあります。体質も含め高血圧、脂質代謝異常や糖代謝異常になりやすいといった遺伝的要因に、暴飲暴食や過食等の生活習慣の悪化、ストレス等が加わってきて危険因子が形成されていきます。

脳梗塞は、一度起こすと再発しやすく、発症後1年で10%、5年で35%、10年で50%の人が再発するといわれています。再発予防のためには、医療における適切な管理や、患者本人による生活管理が適切に行えるための支援が必要です。原因となった危険因子の治療や生活習慣の改善、服薬管理や定期的な検査等が重要です。

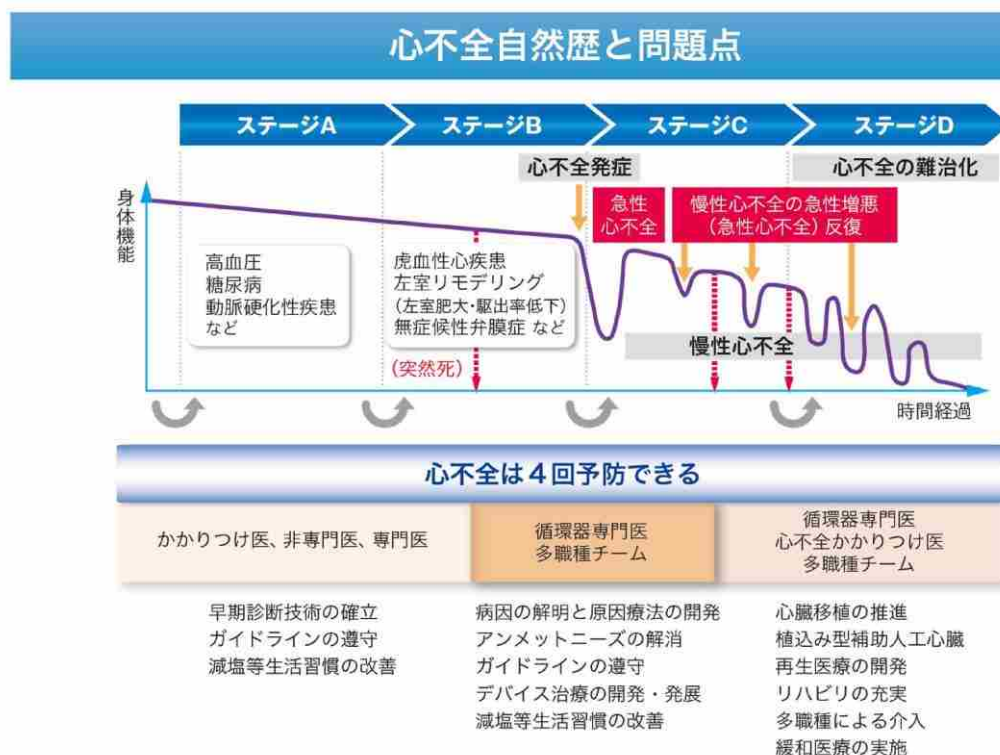
② 心血管疾患における在宅生活管理体制

日本心臓財団によると、新規発症心不全患者は令和2（2020）年で約35万人とされ、平成12（2000）年より10万人以上も増加しています。今後、高齢化が進むにつれ、全国的に今後の患者数増加が予想されています。心不全は、なんらかの心臓機能障害により、息切れやむくみが起こり、さまざまな心臓病によって徐々に悪くなっていく病気です（図45）。

心不全発症に大きく関わる危険因子として、虚血性心疾患、高血圧、心臓弁膜症、心筋症等があります。慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴です。慢性心不全患者の再入院を防ぐためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行う必要があります。そのため、専門医と連携しながら地域全体で心不全患者を包括的に支援する体制づくりが求められており、多職種による患者教育、病状モニタリング、治療薬の調整、看護師による継続的なフォローアップ等、生命予後や生活の質（QOL）を維持するための取組が必要です。

また、心不全は一旦発症すると図45に示すように急性増悪と軽快をくり返ししながら進行し、不幸な転帰をとる病態であるので、心不全の進行や再入院を防ぐことが重要です。そのためには適切な治療と運動や食事等の生活習慣の改善が重要であることを県民に普及啓発していくことが重要です。

図 45 心不全自然歴と問題点



出典：日本循環器学会「脳卒中と循環器病克服第二次5カ年計画」

取り組むべき施策

重症化・再入院予防のため、患者とその家族が地域の多職種連携のもとで支援を受けながら療養生活が行える体制の構築を進めます。脳卒中、心臓病の再発予防のために、支援を受けながら、生活習慣を改善するとともに、地域のかかりつけ医を含めた幅広い医療機関と連携し、危険因子の適切な管理を継続しながら、自己管理ができるような取組支援を行います。

適切な運動処方等を含む包括的なプログラムの実行を通じて、専門病院スタッフ、かかりつけ医、歯科医師、理学療法士^{※36}・作業療法士^{※37}・言語聴覚士^{※38}、訪問看護師、薬局薬剤師、栄養士、介護支援専門員、相談員等が連携し、地域全

※36 理学療法士は、マッサージ、運動、入浴、電気治療等の理学的治療技術を施す医療技術者であり、PT (Physical Therapist) とも呼ばれます。

※37 作業療法士は、身体または精神に障害のある者に対し、様々な作業活動を用いて治療や機能訓練、援助を行い、積極的な生活を送る能力を獲得させる医療技術者であり、OT (Occupational Therapist) と呼ばれます。

※38 言語聴覚士は、ことばによるコミュニケーションに問題がある方に、自分らしい生活を構築できるよう支援する医療技術者であり、ST (Speech-Language-Hearing Therapist) と呼ばれます。また、摂食・嚥下の問題にも専門的に対応します。

体で患者の療養生活の支援を推進します。

定期的な歯科検診や歯周病管理等、かかりつけ歯科での口腔管理を推進します。訪問看護師による全人的ケアや在宅医療を担う薬剤師を中心に服薬アドヒアランス（患者が治療方針の決定に賛同し積極的に治療を受ける）獲得に向けた支援を推進します。再発や重症化予防、生活の質（QOL）の維持のために在宅における栄養食事指導を推進します。在宅における栄養食事指導について栄養士の活用を推進します。

心不全の進行や再入院を防ぐために、多職種並びに地域の幅広い医療機関や関係機関が連携して心不全患者を包括的に支援する体制の整備を進めます。また心不全の適切な治療や生活習慣の改善の必要性について、患者及び幅広い医療従事者への啓発を進めます。

(3) リハビリテーション等の取組

現状と課題

循環器病患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ日常生活動作の向上等の生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合があります。

脳卒中リハビリテーションは、今まで 24 時間以内に開始していましたが、早すぎる介入によるリスクもあることから、24 時間から 48 時間以内の介入が推奨されています。

心臓リハビリテーションは離床や社会復帰等のリハビリテーション形態によって分類されており、発症から離床までの「急性期」、離床後の「回復期」、社会復帰以後、永続的に行われる「維持期」に分類されます（図 46）。

図 46 心臓リハビリテーションの時期的区分

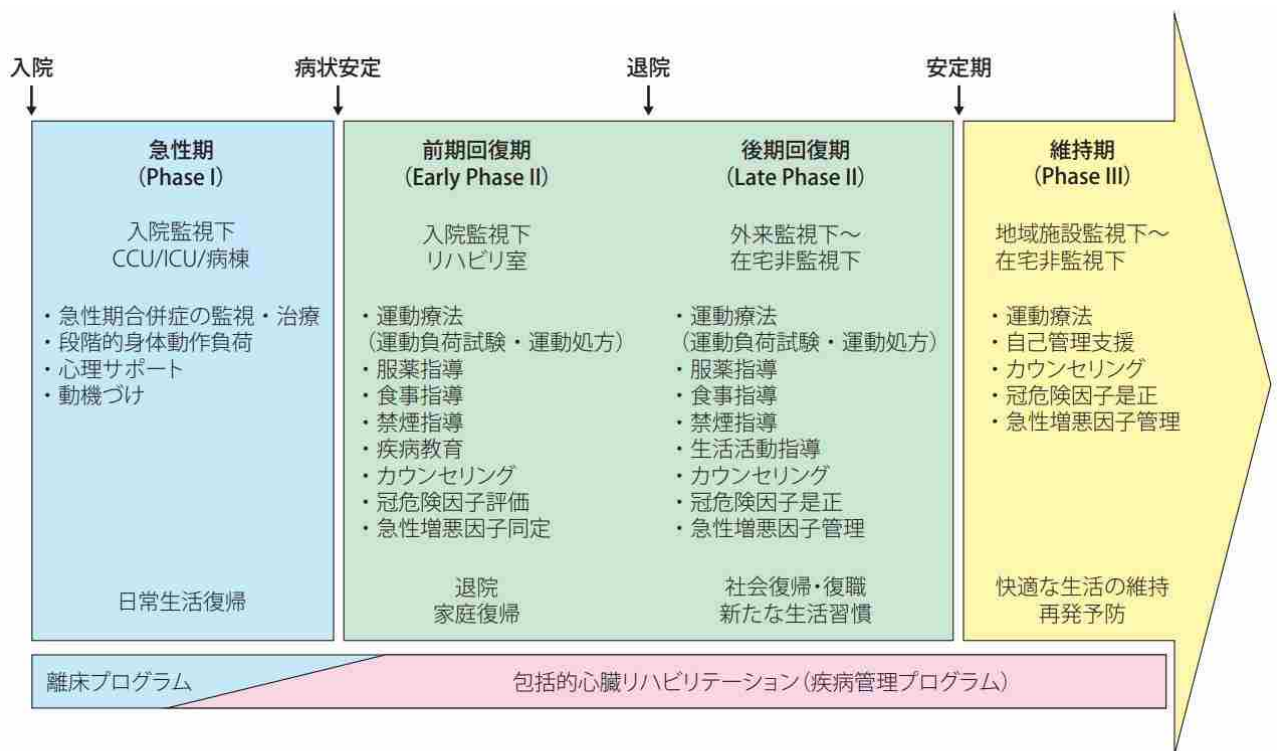


図 2 心臓リハビリテーションの時期的区分

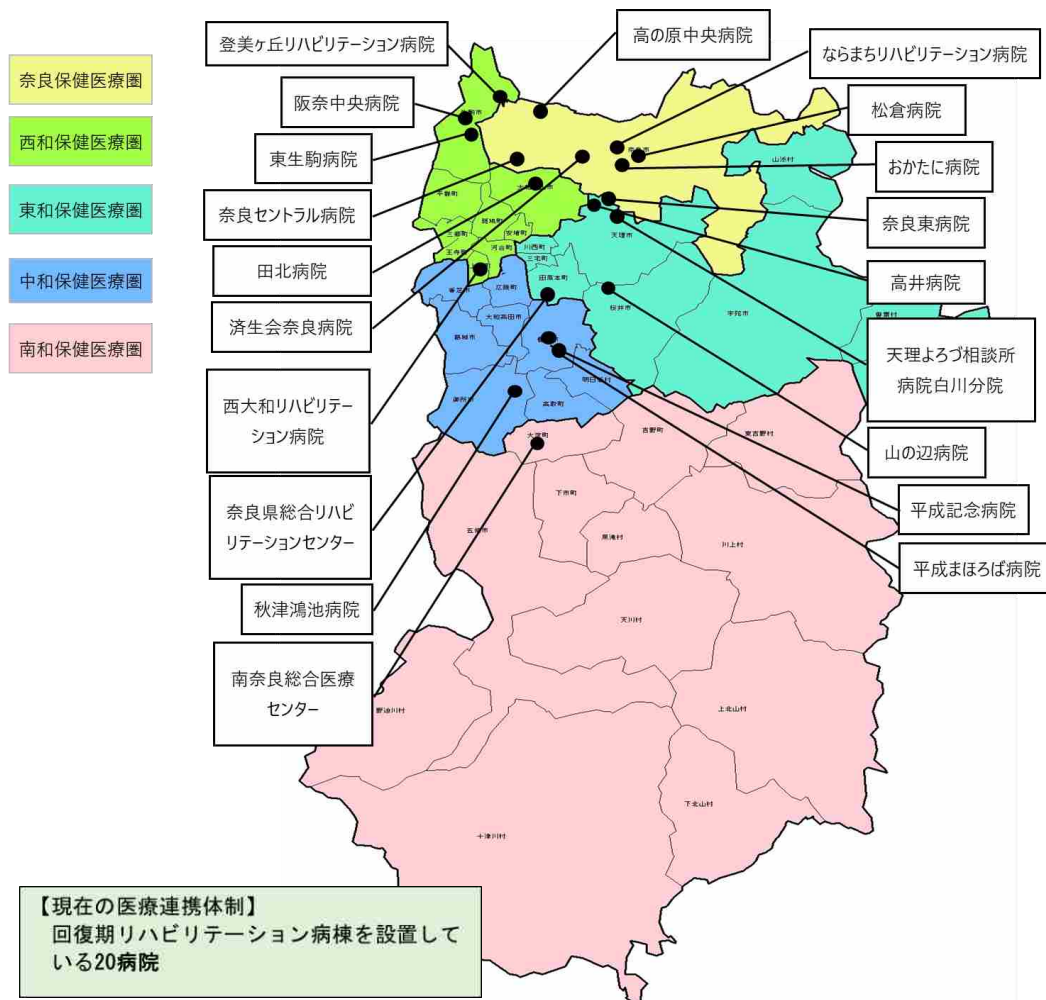
(Izawa H, et al. 2019¹⁶⁾より改変)

出典：2021 年改訂版 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より抜粋

運動療法だけでなく、再発予防のための生活指導や冠危険因子の是正を体系的に行い、包括的なプログラムとして実施することが重要です。

奈良県内の回復期リハビリテーション病棟を有する病院数は、20 箇所あり、650 床の病床を有します（図 47）。

図 47 奈良県内の回復期リハビリテーション病棟届出医療機関



脳卒中発症後のリハビリテーションについては、急性期、回復期、維持期に分けられ、急性期は発症直後からベッドサイドで開始され、廃用症候群の予防と早期からの運動によるセルフケアの早期自立を目標とします。回復期は集中的、包括的なリハビリテーションによりセルフケア、移動、コミュニケーション等、能力を最大限に回復させ早期の社会復帰を目指します。維持期では、回復期リハビリテーションにより獲得した能力をできるだけ長期に維持するために行われています。早期リハビリテーションにより早期の退院や社会復帰の可能性が高くなるので、脳卒中の患者を受入れる医療機関は、早期リハビリテーションを提供できる体制を整えておくことが求められます。

県では脳卒中地域連携パスを用いて、急性期病院から回復期病院や維持期病院を経て早期に自宅に帰れるよう、また診療にあたる各医療機関が役割分担を含めた診療内容をあらかじめ提示することで、安心して医療を受けられるよう取り組んでいます。

奈良県の早期リハビリテーション（入院）の実施件数は、人口 10 万人あたり 115,451.6 となっており、全国より多くなっています（表 29）。

表29 早期リハビリテーション実施件数

	入院		外来	
	件数（件）	人口10万人あたり	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	1,518,592	115,451.6	-	-
全国	117,699,703	93,783.1	7,382	5.9

出典：厚生労働省「令和3（2021）年度ナショナルデータベース（第8回）」

脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）の届出施設数）は、令和5（2023）年6月1日時点で76箇所あり、人口10万人あたり5.8となっており、全国の6.5より低くなっています。また、二次医療圏によって違いがあります（表30）。

表30 脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数

		件数（件）	人口10万人あたり
医療圏	奈良	23	6.5
	東和	14	7.2
	西和	19	5.7
	中和	16	4.4
	南和	4	6.5
奈良県		76	5.8
全国		8,066	6.5

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準 地方厚生局届出受理（令和5（2023）年6月1日時点）」

心筋梗塞や慢性心不全等の再発の予防、早期の在宅復帰のためには、早期の心臓血管疾患リハビリテーション^{※39}の実施が有効です。特に、今後は心不全患者が増加すると考えられています。今まで心不全患者に対するリハビリはある程度治療を終えてから開始していましたが、高齢者の方は安静期間が長いと体力が低下してしまい、自宅復帰が難しくなるため、治療と並行してリハビリテーションを行うことが重要です。奈良県における心臓血管疾患リハビリテーションを実施して

※39 心臓血管疾患リハビリテーションとは、「心疾患患者の最適な身体的、心理的、社会的状態を回復及び維持し、基礎にある動脈硬化の進行を抑制し、さらに罹病率と死亡率を低下させることをめざす多面的介入」と定義されています。心臓リハビリテーションの3つの目標は、（1）身体的・精神的デコンディショニングの是正（運動耐容能増加）、（2）冠危険因子是正と二次予防（長期予後改善）、（3）良質な社会生活援助とQOL向上（快適な生活）であり、これらを達成するために多職種チームが医学的評価に基づき、①運動療法、②患者教育、③カウンセリングを実施することを目指します。

いる医療機関は、令和5（2023）年6月1日時点で16箇所あり、令和3（2021）年1月時点の13箇所と比べ増加しており、人口10万人あたりは1.2となっています（表31）。

表31 心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数

		件数（件）	人口10万人あたり
医療圏	奈良	4	1.1
	東和	2	1.0
	西和	5	1.5
	中和	4	1.1
	南和	1	1.6
奈良県		16	1.2
全国		1,639	1.3

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準 地方厚生局届出受理（令和5（2023）年6月1日時点）」

奈良県における脳血管疾患等リハビリテーションの実施件数は、10万人あたりでは入院が147,631.4人、外来が11,673.1人となっており、入院外来ともに全国値と比べ件数が多い状況です（表32）。

表32 脳血管疾患等リハビリテーションの実施件数（算定回数）

	入院		外来	
	件数（件）	人口10万人あたり	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	1,941,869	147,631.4	153,542	11,673.1
全国	161,193,550	128,439.0	11,285,517	8,992.3

出典：「令和3（2021）年度ナショナルオープンデータ（第8回）」

奈良県における心血管疾患等リハビリテーションの実施件数は、10万人あたりでは入院が5,311.2人、外来が3,256.8人となっており、全国値と比べ入院による件数が少ない状況です（表33）。

表33 心血管疾患等リハビリテーションの実施件数（算定回数）

	入院		外来	
	件数（件）	人口10万人あたり	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	69,861	5,311.2	42,838	3,256.8
全国	7,907,804	6,300.9	2,125,015	1,693.2

出典：「令和3（2021）年度ナショナルオープンデータ（第8回）」

奈良県では脳血管疾患、心血管疾患ともに、特に外来リハビリテーションの実施件数が全国よりも多くなっていますが、リハビリテーション実施可能な医療機関数は全国と同等もしくは少ない状況です。介護でのリハビリテーションが少ない可能性も考えられます。

取り組むべき施策

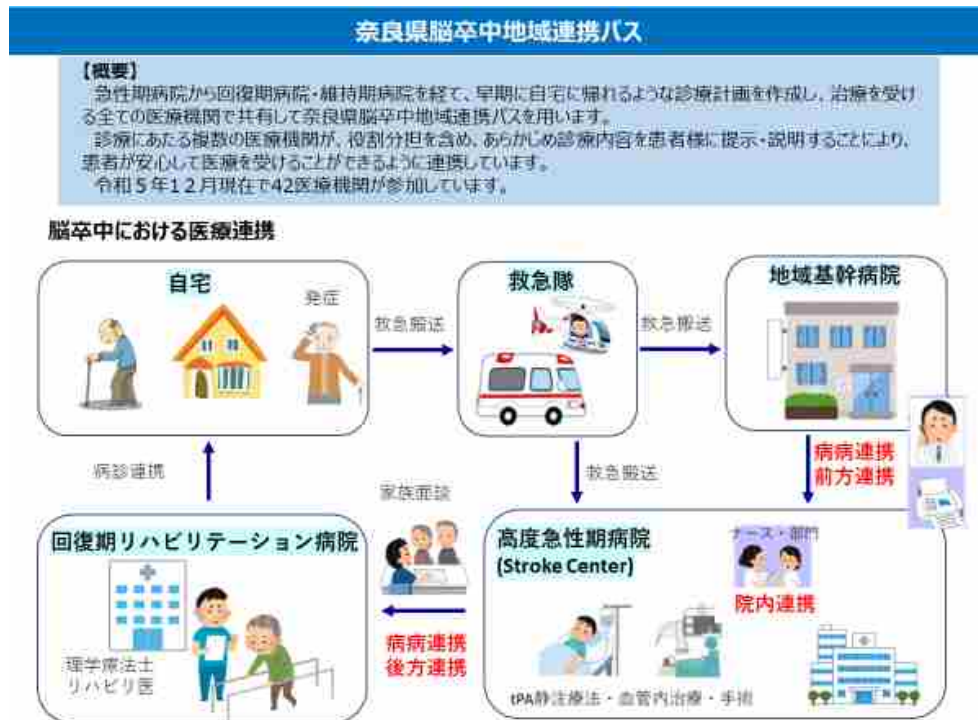
発症後早期に専門的な治療及びリハビリテーションを受けることができる体制を整備し、社会復帰という観点も踏まえつつ日常生活動作の向上等、生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションを行います。

在宅で療養する場合は、再発予防や危険因子の管理のほかに、身体機能を維持するためのリハビリテーションや、抑うつ状態への対応、福祉・介護サービスとの連携等による患者の療養支援を行います。

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関、脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関、在宅療養支援診療所等において、どのような機能を担っているのかを明らかにし、関係機関に対して情報を提供するとともに、病病連携・病診連携を促進します。
- ・ 円滑な在宅生活への移行ができるよう、生活機能を重視したリハビリテーションの推進や、多職種連携体制の整備、医療機関等における入退院支援体制の充実を図ります。
- ・ 合併症や再発予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施時期や患者の状態に合わせて継続的に実施できる体制を推進します。
- ・ 運動耐容能^{※40}等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包括的あるいは多要素リハビリテーションができる体制を進めます。
- ・ 退院後も持続可能な、外来での心血管疾患リハビリテーション体制の充実を図ります。
- ・ 奈良県脳卒中地域連携パスを中心とした脳卒中医療連携を引き続き推進し、切れ目のない安心できる医療を提供できる体制づくりをめざします（図48）。

※40 運動耐容能とは、どの程度運動に耐えられるかの能力。

図 48 奈良県脳卒中地域連携パスについて



- 患者の転院支援のために、県で回復期リハビリテーションについて説明する冊子「地域を守る医療連携～回復期リハビリテーション病棟とは～」を作成し、関係病院の地域連携担当者に配布しています。引き続き取組を行うとともに、より良い支援となるよう関係団体と連携していきます（図 49）。

図 49 回復期リハビリテーションについての説明冊子



出典：令和5（2023）年3月作成「地域を守る医療連携～回復期リハビリテーション病棟とは～」より抜粋

（４）循環器病の後遺症を有する者に対する支援

現状と課題

循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性があります。後遺症により日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となり得ますが、このような場合には必要な福祉サービスを受けることができます。とりわけ、脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障害がわ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ます、社会的理解や支援も必要です。

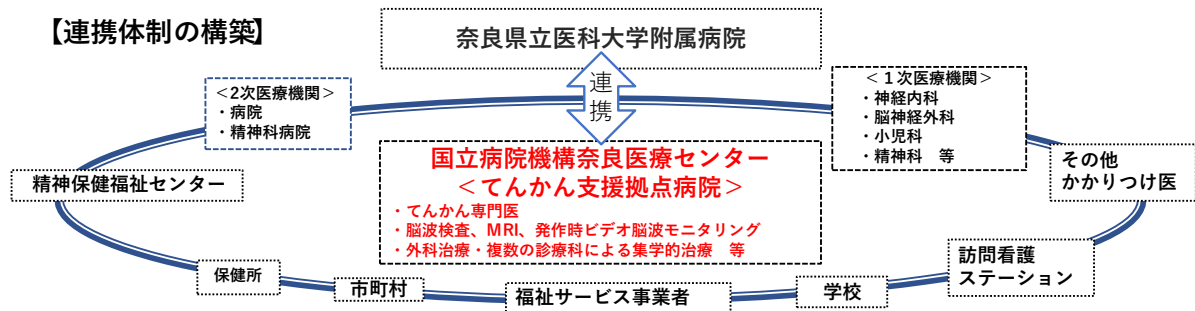
奈良県では、「高次脳機能障害支援センター」において、高次脳機能障害に関する相談窓口を設置し、脳血管障害等の後遺症として記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害等を伴う高次脳機能障害者に対する相談支援を行っています（図50）。また、地域における高次脳機能障害の正しい理解を促進するため、高次脳機能障害支援普及事業として、高次脳機能障害研修会を開催しています。

図50 奈良県高次脳機能障害支援センターについて



てんかん支援拠点病院として、令和3（2021）年4月1日、国立病院機構奈良医療センターを指定し、奈良県立医科大学附属病院との連携により、県のてんかん地域診療連携体制の整備を進めています。てんかん支援拠点病院では、てんかん診療支援コーディネーターの配置や、てんかん治療医療連携協議会の設置等、てんかん患者とその家族に対する支援を行っています（図51）。

図 51 奈良県のでんかん地域診療連携体制



取り組むべき施策

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、治療を受けられ、社会生活を円滑に送ることができるよう、また、就労支援や経済的支援を含め、必要な支援体制及び福祉サービスの提供を引き続き推進するために、奈良県高次脳機能障がい者支援拠点機関や奈良県てんかん支援拠点病院、家族会等に循環器病の後遺症を有する者が適切に繋がるような普及啓発を行っていきます。

在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、脳血管疾患・虚血性心疾患ともに奈良県は全国より高くなっています（表 34、35）。

表 34 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合

(単位：割合)

	平成29年	令和2年
奈良県	62.5	60.2
全国	57.1	55.2

出典：厚生労働省「患者調査」※P. 40の注釈のとおり

表 35 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合

(単位：割合)

	平成29年	令和2年
奈良県	96.7	95.1
全国	94.2	93.3

出典：厚生労働省「患者調査」※P. 40の注釈のとおり

（５）小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対策

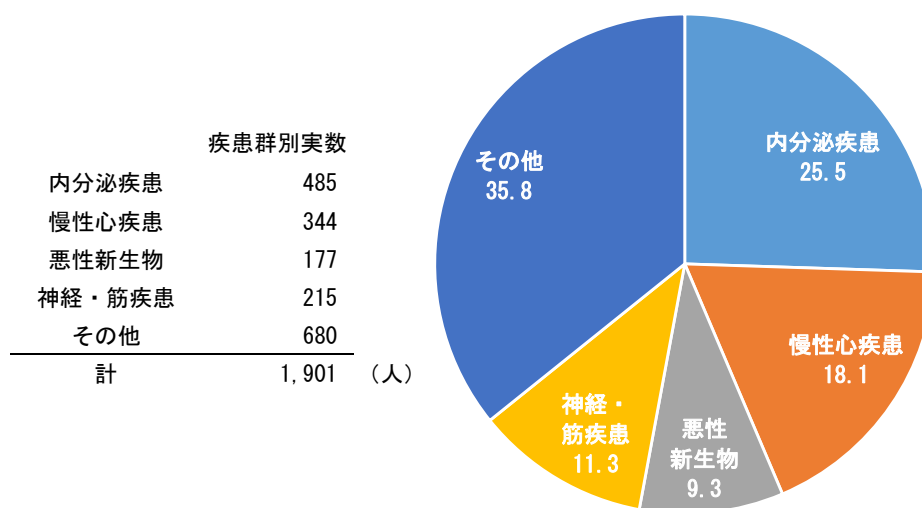
現状と課題

循環器病の中には、先天性心疾患や小児脳卒中等の小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に慢性疾病に罹患した患者全体の死亡率は、大きく減少し、多くの子ども達の命が救われています。その一方で、小児患者の治療に当たっては保護者の役割、負担が大きいことや、原疾患の治療や合併症を抱えたまま、成人期を迎える患者が増加している現状があり、患者の自立等に関する課題があります。胎児期の段階を含め、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、他領域の診療科との連携や、移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が求められています。

奈良県では、三次救急医療を担う病院（奈良県立医科大学附属病院、奈良県総合医療センター、近畿大学奈良病院）や天理よろづ相談所病院を中心に、心疾患、呼吸器疾患、血液疾患等の高度小児医療を提供しています。幼小児期の手術直後は良好な状態であっても、成長とともに様々な問題が生じてくる場合があります。成人期に達した先天性心疾患の診断・治療は未だ発展段階であり、一層の発展が望まれています。さらに稀少な疾患や特殊な治療を要する疾患については、県外の小児高度医療を担う機関と連携し、適切な医療の提供に努めています。

本県では、小児慢性特定疾病^{※41}の疾患群別実数（令和3（2021）年度助成状況）において、慢性心疾患は全疾患群の18.1%を占め、第2位となっています（図52）。

図52 奈良県における小児慢性特定疾病の疾患群別実数



出典：厚生労働省「令和3（2021）年度衛生行政報告例」

※41 小児慢性特定疾病とは、18歳未満の慢性疾患のうち厚生労働省が特に定めたもの。治療に相当期間要するため、保護者の経済的な負担が大きいとして、医療費が公費負担されます。

奈良県における心臓の疾病・異常（心膜炎、狭心症、心臓肥大等）の割合は、幼稚園が0.4%、小学校が0.8%、中学校が0.6%、高等学校が0.6%であり、全国と比較すると、幼稚園が0.1ポイント高く、小学校が同値、中学校が0.4ポイント、高等学校が0.3ポイント少ない状況です（表36）。

表36 学校（園）における児童・生徒等の心臓の疾病・異常の割合

（単位：％）

		平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
幼稚園	奈良県	0.1	0.3	0.8	0.1	0.4
	全国	0.4	0.3	0.4	0.4	0.3
小学校	奈良県	0.4	0.5	0.5	0.6	0.8
	全国	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8
中学校	奈良県	0.5	0.7	0.8	0.5	0.6
	全国	0.8	1.0	0.9	1.0	1.0
高等学校	奈良県	0.6	0.6	0.6	0.3	0.6
	全国	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9

出典：文部科学省「学校保険統計調査」

奈良県における小児慢性特定疾病医療受給者証所持者は、1,901人であり、そのうち慢性心疾患の患者は、344人です（表37）。

表37 奈良県の小児慢性特定疾病医療受給者証所持者数の推移

（単位：人）

		平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
総数	奈良県	1,996	2,029	1,968	2,046	1,901
	全国	113,751	113,709	116,013	123,693	115,012
慢性心疾患	奈良県	428	400	373	378	344
	全国	20,262	20,034	20,286	21,484	19,890

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

取り組むべき施策

医療的ケアが必要な小児に対して成育過程を通じた切れ目ない支援を推進するため、健康相談等の子どもの健康を守るための家族支援や、小児慢性特定疾患を含めた小児の高度・専門医療等の充実した小児医療提供体制の構築を目指します。

- ・ 奈良県立医科大学附属病院に整備した小児センターを中心に高度医療や専門的な小児医療を提供するとともに、特殊な治療については県内医療機関と県外の小児高度医療機関との広域診療ネットワークにより連携を強化します。

- 平成 25（2013）年から先天性心疾患センターが奈良県立医科大学附属病院に開設されており、小児期の手術、成長とともに生じる様々な問題への診療対応、成人期に達した先天性心疾患の診断・治療等を行っています。また、成人期の再手術や経過観察まで長期に渡り、統合的に計画・管理を進めています。先天性心疾患をはじめとする小児期発症の心疾患のある患者が、生涯にわたって安心して受診できる体制を充実させていきます。
- 県保健所（郡山、中和、吉野）において小児慢性特定疾病児童等に係る地域で実施する支援会議への参画や地域課題の共有、地域資源開発の支援、個別相談、ピアカウンセリング、情報収集・連絡調整等を行います。
- 重症心身障害児者、医療的ケア児等とその家族が、身近な地域において心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、令和 3（2021）年 1 月 5 日より奈良県障害者総合支援センター内に「奈良県重症心身障害児者支援センター」を開設しています。専門の相談員を配置し、広域的・専門的な相談支援や各関係機関との連携・調整等（NICUからの在宅移行支援等）を行います。
- 医療的ケア児等が地域で安心して暮らしていただけるよう、医療的ケア児等に対する支援が適切に行える人材を育成することを目的に、「奈良県医療的ケア児等支援者養成研修^{※42}」及び「奈良県医療的ケア児等コーディネーター養成研修^{※43}」を引き続き行います。

※42 障害福祉サービス事業所、こども園、学校、医療機関等において、医療的ケア児等を支援している方及び今後支援を予定している方が対象

※47 相談支援専門員、保健師、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー等、今後地域において医療的ケア児等の支援を調整するコーディネーターの役割を担っていただける方が対象

4. 循環器病に関する研究の推進

(1) 循環器病対策を推進するための情報の活用

現状と課題

循環器病は、発症から数十年間の経過の中で症状が多様に変化することから、実態や対策の効果を正確かつ詳細に把握することが難しいとされています。一方、循環器病の罹患状況や治療内容についてデータを収集・分析することは、科学的根拠に基づいた循環器病対策を効果的に推進する観点からも重要です。

<研究推進の現状>

循環器病の研究推進に資する全国又は全県を網羅するデータベース等はありませんが、循環器病の研究推進に係る調査や取組については、厚生労働省や関係学会における各種調査・研究で実施されています。

<公的枠組みの構築>

国では、電子カルテの標準化等の議論が進められており、その中で、令和6(2024)年度以降の機能拡充の際に、循環器病の6疾病(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・急性冠症候群・大動脈解離・心不全)のデータを組み込んでいく予定で進められています。今後、効果的な循環器病対策を推進するため、県としても協力していくことが求められます。

取り組むべき施策

国において予定されている公的な枠組みの構築に協力していくとともに、厚生労働省や関係学会における各種調査・研究を把握し、実態把握に努めます。

県では医療・介護の市町村国保と後期高齢者医療制度によるレセプトデータの活用・分析を行い、病病連携や病診連携の連携状況、患者の受療動向や死因等を把握し、また関係者との共有等を図ることで、エビデンスベースでの展開を目指します。

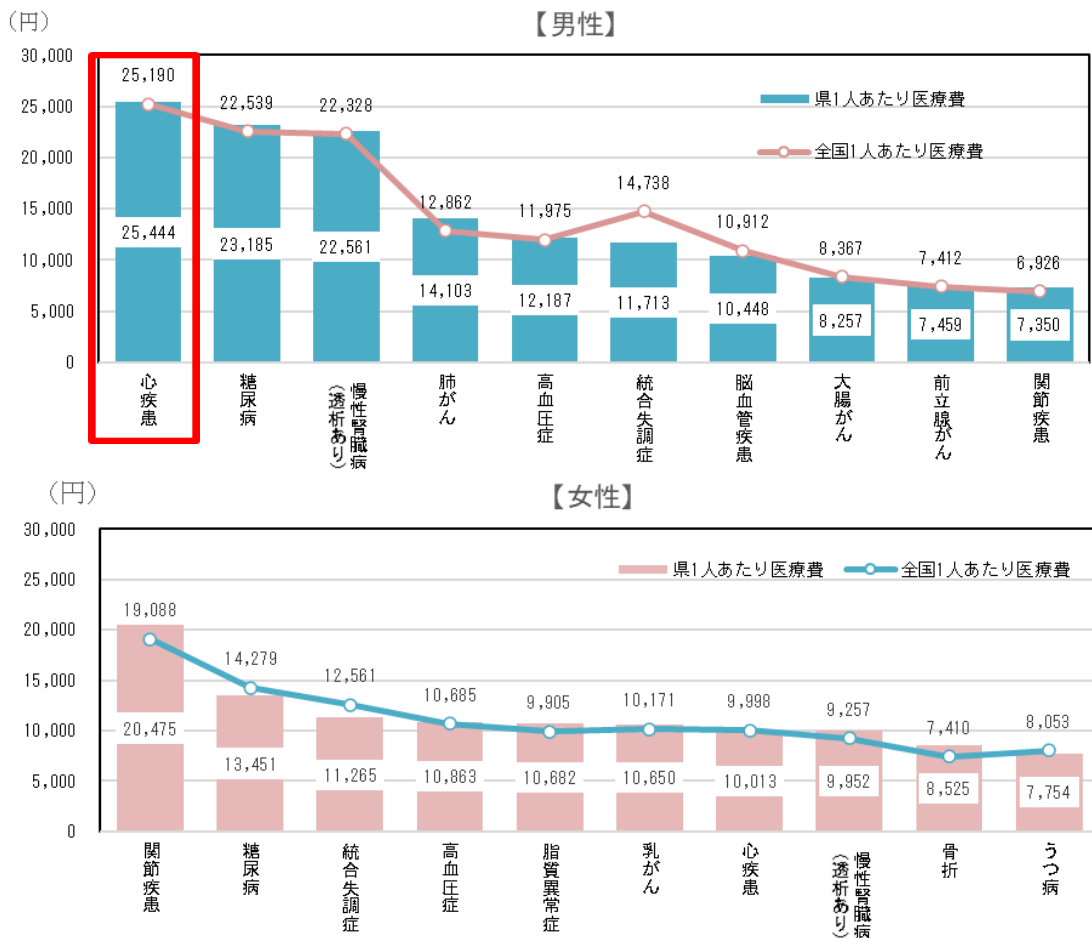
(2) レセプト・健診情報を活用した医療費分析

現状と課題

第3期医療費適正化計画の目標達成に向けて、医療費分析を実施した上で糖尿病重症化予防、特定健診・特定保健指導の実施率向上、後発医薬品の使用促進等の医療費適正化の取組を進めてきましたが、高齢化や医療の高度化の影響等により県民医療費は増加しています。

令和3（2021）年度の男女別国保被保険者1人あたりの医療費平均について、男性では心疾患の1人あたり医療費が最も高くなっています（図53）。

図53 男女別の国保被保険者1人あたり医療費



出典：令和3（2021）年度国保データベース（KDB）

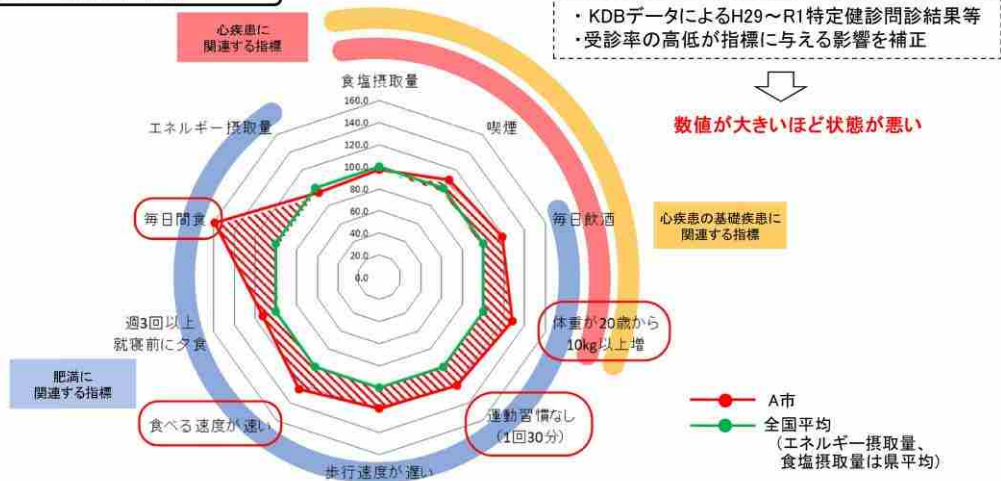
また、医療費分析から健康リスクファクターを発見する取組として、医療費の高い疾患について食・生活習慣、基礎疾患に着目した分析例の紹介を行っています。

<参考>

【疾患別リスクファクターの分析例】

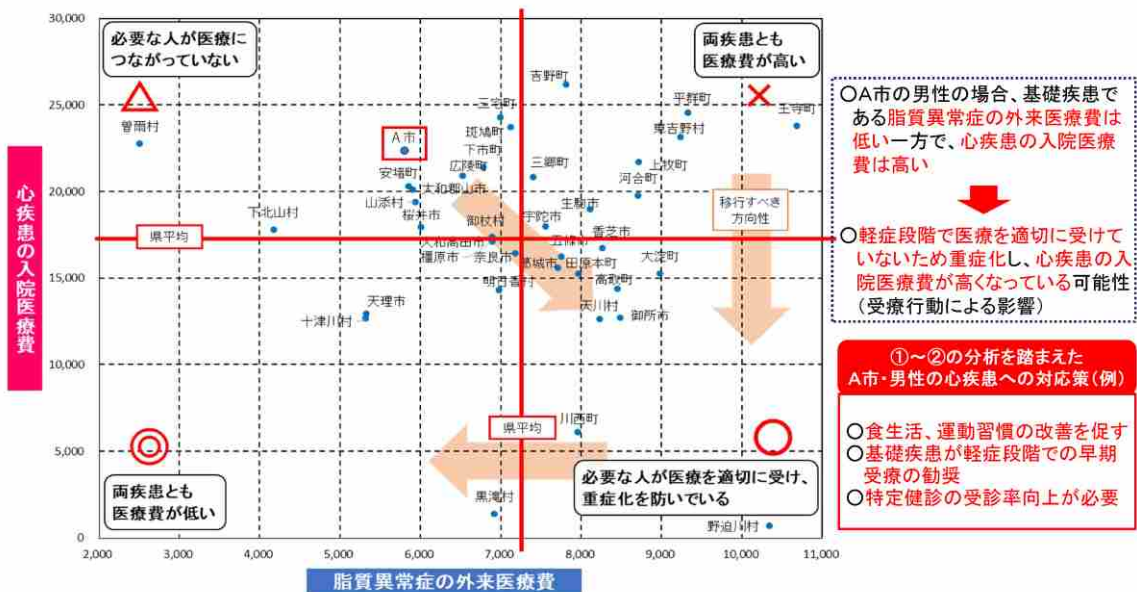
① 心疾患に関連するリスクファクター(食・生活習慣)の状況

A市・男性の食・生活習慣の状況



A市の男性では、心疾患のリスクファクターのうち、「体重が20歳から10kg以上増」「運動習慣なし」「食べる速度が速い」「毎日間食」等の指標が全国平均を上回っている。

② 医療費分析から心疾患と脂質異常症(心疾患の基礎疾患の一つ)との関係を発見する



取り組むべき施策

奈良県内全 39 市町村の地域差・疾病別分析を行い、分析結果と分析手法を各市町村に提供して情報共有し、効果的な医療費適正化の取組を支援していきます。
また、本県の医療費増加(減少)の特徴を、医療費、各種統計データによる全国・他都道府県を比較し、見える化を行います。

第6章 脳血管疾患・心血管疾患におけるロジックモデル

1. 脳血管疾患ロジックモデル

C) 初期アウトカム指標					
① 基礎疾患及び危険因子の知識の普及ができています					
	第1期計画		第2期計画		
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
C101	塩分摂取量（一日平均摂取量）（男）	10.6	10.7	10.6	10.7
	塩分摂取量（一日平均摂取量）（女）	9.2	9.1	9.2	7.0
C102	野菜摂取量（男）	-	-	279.1	350
	野菜摂取量（女）	-	-	263.5	350
C103	運動習慣者の割合(20～64歳)（男）	-	-	44.2	増加
	運動習慣者の割合(20～64歳)（女）	-	-	41.3	増加
	運動習慣者の割合(65歳以上)（男）	-	-	60.5	増加
	運動習慣者の割合(65歳以上)（女）	-	-	60.9	増加
C104	喫煙率（男）	24.4%	28.8%	22.6%	減少
	喫煙率（女）	6.9%	8.8%	6.6%	減少
C105	ニコチン依存症管理料を算定している医療機関 ※人口10万人対換算	12.3	12.9	16.2	増加
C106	禁煙支援協力薬局数 ※人口10万人対換算	7.9	-	9.1	増加
C107	ニコチン依存症管理料を算定する患者数 ※人口10万人対換算	355.3	369.1	152.4	増加
C108	ハイリスク飲酒者の割合（男）	10.5%	15.0%	11.5%	9.7%
	ハイリスク飲酒者の割合（女）	6.8%	8.7%	5.5%	4.6%
C109	歯科医師による定期的なチェックを受けている人の割合（男）	-	-	45.9%	増加
	歯科医師による定期的なチェックを受けている人の割合（女）	-	-	57.5%	増加
② 健康診断・特定健康診査・特定保健指導を受診できている					
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
C201	健診受診率（男）	73.2%	77.2%	71.9%	増加
	健診受診率（女）	67.5%	69.7%	63.0%	増加
C202	特定健診実施率	48.8%	55.3%	49.4%	70.0%
C203	特定保健指導実施率	23.1%	23.2%	23.6%	45.0%
③ 救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコルに即し、適切な観察・判断・処置が実行できている					
	第1期計画	第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
C301	救急隊の救急救命士運用率	100.0%	99.5%	100.0%	現状維持
C302	傷病者の観察及び搬送先選定シートの意識障害・脳卒中に分類されて搬送された件数	2,660	-	2,400	-
④ 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っている					
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
C401	脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	41.6%	-	44.8%	-
⑤ 脳疾患の急性期医療に対応できる体制が整っている					
	第1期計画	第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
C501	脳神経内科専門医数 ※人口10万人対換算	6.3	5.2	6.3	増加
C502	脳神経外科専門医数 ※人口10万人対換算	7.3	6.2	7.3	増加
C503	脳卒中中等領域の診療を行う病院数 ※人口10万人対換算	3.0	-	3.2	増加
C504	脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法の実施可能な病院数 ※人口10万人対換算	0.9	0.8	1.0	増加
C505	経皮的選択的脳血栓、血栓溶解術（脳梗塞に対する血栓回収術）が実施可能な病院数 ※人口10万人対換算	0.6	-	0.6	増加
⑥ 専門医療スタッフにより集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関が整備されている					
	第1期計画	第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
C601	回復期リハビリテーション病床数 ※人口10万人対換算	90.7	66.0	100.4	増加
C602	地域包括ケア病棟を有する病院数	32	-	32	増加
C603	退院調整支援担当者配置する診療所数・病院数	-	-	43	増加
C604	理学療法士数 ※人口10万人対換算	68.7	61.7	80.7	増加
C605	作業療法士数 ※人口10万人対換算	32.2	35.5	34.6	増加
C606	言語聴覚士数 ※人口10万人対換算	14.0	12.4	16.6	増加
C607	診療放射線技師数 ※人口10万人対換算	38.2	35.2	41.4	増加
C608	臨床工学技士数 ※人口10万人対換算	18.9	16.7	21.1	増加
C609	クリティカルケア認定看護師数 ※人口10万人対換算	0.5	0.6	0.8	増加
C610	脳卒中リハビリテーション認定看護師数 ※人口10万人対換算	0.6	0.6	0.7	増加
C611	摂食嚥下療法を実施している医療機関数	46	-	47	増加
⑦ 医療機関間での連携が構築されている					
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
C701	脳卒中地域連携バスを運用している医療機関数 ※人口10万人対換算	3.1	9.4	3.2	増加
⑧ 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、支援が提供される体制が整備されている					
	第1期計画	第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
C801	訪問診療を実施している診療所数 ※人口10万人対換算	25.5	-	26.3	増加
C801	訪問診療を実施している病院数 ※人口10万人対換算	1.3	-	2.2	増加
C802	訪問看護ステーションに従事する看護職員数（常勤換算数） ※人口10万人対換算	46.0	52.3	46.0	増加
⑨ 心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている					
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
C901	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に取り組む脳神経（内・外）科を標榜している病院数（「適切な意思決定支援に関する指針」を定めている病院）	27	-	27	増加

B) 中間アウトカム指標					
1. 脳血管疾患の危険因子の管理や発症を予防できている					
	第1期計画		第2期計画		
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
B101	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	220.2	240.3	167.6	-
B102	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	64.9	64.6	63.1	-
B103	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	67.0	95.2	73.5	-
2. 脳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診療が可能な医療機関に到着できる					
	第1期計画	第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
B201	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	40.7	40.6	43.0	減少
B202	脳血管疾患により救急搬送された患者数（医療機関での診断数） ※0.1千人単位	3.6	-	2.1	-
B203	意識障害疑い(脳卒中含む)に係る平均搬送時間（救急隊による判断数）	47.4	-	51.9	減少
B204	意識障害疑い(脳卒中含む)に係る平均照会時間（救急隊による判断数）	10.1	-	12.6	減少
B205	脳卒中疑いに対する1回目での救急応需率（初診時の医師の判断数）	77.8%	-	70.8%	増加
3. 発症後早期に専門的な治療を受けることができる					
	第1期計画	第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
B301	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数（算定回数） ※人口10万人対換算	17.4	12.1	15.0	増加
B302	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数（算定回数） ※人口10万人対換算	7.3	10.3	14.4	増加
B303	脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法の実施件数（算定回数） ※人口10万人対換算	15.4	8.1	17.3	増加
B304	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療養等）の実施件数（算定回数） ※人口10万人対換算	5.9	7.0	17.0	増加
4. 合併症や再発予防、在宅復帰のためのリハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができる					
	第1期計画	第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
B401	入退院支援の実施件数 算定回数（入退支1） ※人口10万人対換算	1,574.0	1,789.4	2,466.0	増加
B401	入退院支援の実施件数 算定回数（入退支2） ※人口10万人対換算	271.1	338.2	201.7	増加
B402	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（回復期）（S C R）	74.1	100.0	79.2	増加
B403	入院脳血管疾患等リハビリテーションの実施件数（算定回数） ※人口10万人対換算	131,810	123,593	147,631	増加
5. 日常生活の場で再発予防でき、心身の緩和ケアを受けることができ、合併症発症時には適切な対応を受ける					
	第1期計画	第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
B501	外来脳血管疾患等リハビリテーションの実施件数（算定回数） ※人口10万人対換算	14,052.9	10,500.3	11,673.1	増加
B502	歯科医師連携加算（栄養サポートチーム加算）レセプト数（病院）	357	-	399	増加
B503	訪問診療の実施件数 ※人口10万人対換算	13,875.5	13,775.9	17,817.7	増加
B504	訪問看護利用者数（医療） ※人口10万人対換算	542.0	392.1	465.7	増加
B505	訪問看護利用者数（介護） ※人口10万人対換算	5,284.7	4,788.6	6,501.1	増加

A) 最終アウトカム指標					
1. 脳血管疾患の発生が減少している					
	第1期計画		第2期計画		
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
A101	脳血管疾患受療率（入院）	114.0	115.0	93.0	-
	脳血管疾患受療率（外来）	59.0	68.0	78.0	-
2. 脳血管疾患による死亡が減少している					
	第1期計画	第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
A201	脳血管疾患(くも膜下出血・脳梗塞含む)の年齢調整死亡率(男)	95.0	116.0	77.0	減少
	脳血管疾患(くも膜下出血・脳梗塞含む)の年齢調整死亡率(女)	64.9	72.6	46.5	減少
A202	くも膜下出血の年齢調整死亡率(男)	5.6	8.4	6.3	減少
	くも膜下出血の年齢調整死亡率(女)	7.2	10.7	5.3	減少
A203	脳梗塞の年齢調整死亡率(男)	59.8	69.8	45.0	減少
	脳梗塞の年齢調整死亡率(女)	39.0	41.1	25.2	減少
A204	脳内出血の年齢調整死亡率(男)	26.6	34.9	23.9	減少
	脳内出血の年齢調整死亡率(女)	14.5	18.9	13.1	減少
A205	脳血管疾患標準化死亡率(男)	81.4	100.0	81.4	減少
	脳血管疾患標準化死亡率(女)	89.6	100.0	89.6	減少
3. 脳血管疾患患者の入院期間が改善し、在宅等の日常生活の場で質の高い生活を送ることができる					
	第1期計画	第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国
A301	脳血管疾患退院患者平均在院日数	50.6	78.2	70.8	減少
A302	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	62.5%	57.4%	60.2%	66.2%
A303	健康寿命（男）	19.01年	18.43年	18.60年	17.97年
A303	健康寿命（女）	21.52年	21.52年	21.19年	21.13年

*：全疾患(脳血管疾患に限らない)

2. 心血管疾患ロジックモデル

C) 初期アウトカム指標						
①基礎疾患及び危険因子の知識の普及が定まっている						
	第1期計画		第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国	
C101	塩分摂取量（一日平均摂取量）（男）	10.6	10.7	10.6	10.7	
	塩分摂取量（一日平均摂取量）（女）	9.2	9.1	9.2	9.1	
C102	野菜摂取量（男）	-	-	279.1	284.2	
	野菜摂取量（女）	-	-	263.5	270.0	
C103	運動習慣者の割合(20～64歳)（男）	-	-	44.2	増加	
	運動習慣者の割合(20～64歳)（女）	-	-	41.3	増加	
	運動習慣者の割合(65歳以上)（男）	-	-	60.5	増加	
	運動習慣者の割合(65歳以上)（女）	-	-	60.9	増加	
	喫煙率（男）	24.4%	28.8%	22.6%	減少	25.4%
C104	喫煙率（女）	6.9%	8.8%	6.6%	減少	7.7%
C105	ニコチン依存症管理料を算定している医療機関 ※人口10万人対換算	12.3	12.9	16.2	増加	13.5
C106	禁煙支援協力薬局数 ※人口10万人対換算	7.9	-	9.1	増加	-
C107	ニコチン依存症管理料を算定する患者数 ※人口10万人対換算	355.3	369.1	152.4	増加	134.2
C108	ハイスルアルコール者の割合（男）	10.5%	15.0%	11.5%	9.7%	14.9%
	ハイスルアルコール者の割合（女）	6.8%	8.7%	5.5%	4.6%	9.1%
C109	歯科医師による定期的なチェックを受けている人の割合（男）	-	-	45.9%	増加	-
	歯科医師による定期的なチェックを受けている人の割合（女）	-	-	57.5%	増加	-
②健康診断・特定健康診査・特定保健指導を受診できている						
C201	健診受診率（男）	73.2%	77.2%	71.9%	増加	73.1%
	健診受診率（女）	67.5%	69.7%	63.0%	増加	65.7%
C202	特定健診実施率	48.8%	55.3%	49.4%	70.0%	56.2%
C203	特定保健指導実施率	23.1%	23.2%	23.6%	45.0%	24.7%
③心臓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の適切な処置を実施することができる						
C301	心臓機能停止傷病者（心臓停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数 ※人口10万人対換算	1.2	1.4	1.9	増加	1.4
	心臓機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率	16.0%	11.9%	15.5%	増加	11.8%
C302	心臓機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率	16.0%	11.9%	15.5%	増加	11.8%
④救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコルに即し、適切な観察・判断・処置を実施できる						
C401	救急隊の救急救命士利用率	100.0%	-	100.0%	現状維持	99.5%
C402	傷病者の観察及び搬送先選定シートの急性冠症候群（ACS）に分類されて搬送された件数	1,330	-	1,293	-	-
⑤救急医療を担う医療機関へ速やかに搬送できている						
C501	虚血性心疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	28.8	-	47.1	-	-
⑥心血管疾患の急性期医療に対応できる体制が整っている						
C601	循環器内科専門医数 ※人口10万人対換算	15.2	13.1	15.5	増加	13.5
	心臓血管外科専門医数 ※人口10万人対換算	1.8	2.0	1.9	増加	2.0
C602	特定集中治療室管理料（ICU・CCU等）を備えている病院数	0.4	-	0.4	増加	-
C603	特定集中治療室管理料（ICU・CCU等）を備えている病院の病床数 ※人口10万人対換算	4.9	-	4.9	増加	-
C604	24時間心血管疾患の急性期医療が実施可能な医療機関数 ※人口10万人対換算	0.7	-	0.8	-	-
C605	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数 ※人口10万人対換算	0.5	-	0.5	-	-
C606	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数 ※人口10万人対換算	0.5	0.5	0.5	-	0.5
C607	経皮的冠動脈形成術・経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数 ※人口10万人対換算	1.3	1.1	1.4	-	1.2
C608	大動脈瘤手術が可能な医療機関数 ※人口10万人対換算	0.5	0.6	0.5	-	0.6
⑦専門医療スタッフにより集中的なリハビリテーションが実施できる体制が整っている						
C701	回復期リハビリテーション病床数 ※人口10万人対換算	90.7	66.0	100.4	増加	70.4
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数 ※人口10万人対換算	1.0	1.2	1.2	増加	1.3
C702	回復期リハビリテーションが実施可能な医療機関数 ※人口10万人対換算	1.0	1.2	1.2	増加	1.3
C703	退院調整支援担当者を配置する診療所数・病院数	-	-	43	増加	-
C704	理学療法士数 ※人口10万人対換算	68.7	61.7	80.7	増加	67
C705	作業療法士数 ※人口10万人対換算	32.2	35.5	34.6	増加	37.9
C706	言語聴覚士数 ※人口10万人対換算	14.0	12.4	16.6	増加	13.3
C707	診療放射線技師数 ※人口10万人対換算	38.2	35.2	41.4	増加	35.8
C708	臨床工学技士数 ※人口10万人対換算	18.9	16.7	21.1	増加	18
C709	クリティカルケア認定看護師数 ※人口10万人対換算	0.5	0.6	0.8	増加	0.4
C710	慢性心不全看護認定看護師数 ※人口10万人対換算	0.2	0.4	0.3	増加	0.4
C711	心不全療養指導士数 ※人口10万人対換算	-	-	2.8	増加	4.2
⑧医療機関間での連携が構築されている						
C801	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数 ※人口10万人対換算	2.3	2.4	2.8	増加	2.3
⑨生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、支援が提供される体制が整備されている						
C901	訪問診療を実施している診療所数 ※人口10万人対換算	25.5	-	26.3	増加	-
C902	訪問診療を実施している病院数 ※人口10万人対換算	1.3	-	2.2	増加	-
C903	訪問看護ステーションに従事する看護職員数（常勤換算数）※人口10万人対換算	46.0	52.3	46.0	増加	52.3
⑩心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている						
C1001	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に取り組む循環器（内）科を標榜している病院数（「適切な意思決定支援に関する指針」を定めている病院）	26	-	27	増加	-

B) 中間アウトカム指標						
1. 心血管疾患の危険因子の管理や発症を予防できている						
	第1期計画		第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国	
B101	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	220.2	240.3	167.6	-	215.3
B102	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	64.9	64.6	63.1	-	67.7
B103	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	67.0	95.2	73.5	-	92.0
2. 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診療が可能な医療機関に到着できる						
	第1期計画		第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国	
B201	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	40.7	40.6	43.0	減少	42.8
B202	心臓機能停止の1か月後の生存率（一般市民が目撃した心原性心臓機能停止傷病者10か年分の集計）	10.8%	12.7%	11.1%	増加	12.7%
B203	心臓機能停止の1か月後の社会復帰率（一般市民が目撃した心原性心臓機能停止傷病者10か年分の集計）	6.7%	8.2%	6.9%	増加	8.2%
B204	胸痛疑いに係る平均搬送時間（救急隊による判断数）	44.0	-	46.9	減少	-
B205	胸痛疑いに係る平均照会時間（救急隊による判断数）	8.0	-	9.7	減少	-
B206	心疾患疑いに対する1回目での救急応需率（初診時の医師の判断数）	82.5%	-	72.2%	増加	-
3. 発症後早期に専門的な治療を受けることができる						
	第1期計画		第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国	
B301	来院後90分以内冠動脈再開通達成率（%）	14.6%	13.9%	14.0%	増加	15.2%
B302	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施率	-	-	88.4%	増加	88.7%
B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数 ※人口10万人対換算	14.5	13.0	11.8	増加	11.1
B304	心疾患（高血圧性ものを除く）の退院患者平均在院日数	22.0	19.3	15.5	減少	24.6
B305	急性心筋梗塞患者の入院中死亡率	5.9%	8.7%	6.2%	減少	8.5%
B306	心不全患者の入院中死亡率	10.1%	7.9%	9.8%	減少	8.0%
B307	急性大動脈解離患者の入院中死亡率	22.2%	12.9%	15.3%	減少	11.8%
4. 合併症や再発予防、在宅復帰のためのリハビリテーションと心身の緩和ケアを受けられる体制が整っている						
	第1期計画		第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国	
B401	入退院支援の実施件数 算定回数（入退支1） ※人口10万人対換算	1,574.0	1,789.4	2,466.0	増加	2,876.3
B401	入退院支援の実施件数 算定回数（入退支2） ※人口10万人対換算	271.1	338.2	201.7	増加	275.0
B402	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数） ※人口10万人対換算	11.7	67.8	14.7	増加	66.1
B403	入院心血管疾患等リハビリテーションの実施件数（算定回数） ※人口10万人対換算	4,391.0	5,507.1	5,311.2	増加	6,300.9
5. 日常生活の場で再発予防でき、心身の緩和ケアを受けられ、合併症発症時には適切な対応を受けられる体制が整っている						
	第1期計画		第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国	
B501	外来心血管疾患等リハビリテーションの実施件数（算定回数） ※人口10万人対換算	2,645.9	1,723.4	3,256.8	増加	1,693.2
B502	訪問診療の実施件数 ※人口10万人対換算	13,875.5	13,775.9	17,817.7	増加	16,929.5
B503	訪問看護利用者数（医療） ※人口10万人対換算	542.0	392.1	465.7	増加	369.8
B504	訪問看護利用者数（介護） ※人口10万人対換算	5,284.7	4,788.6	6,501.1	増加	5,889.5

A) 最終アウトカム指標						
1. 心血管疾患の発生が減少している						
	第1期計画		第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国	
A101	心疾患（高血圧性ものを除く）受療率（入院）	50.0%	50.0%	42.0	-	46.0
A101	心疾患（高血圧性ものを除く）受療率（外来）	105.0%	106.0%	119.0	-	103.0
2. 心血管疾患による死亡が減少している						
	第1期計画		第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国	
A201	心疾患（急性心筋梗塞含む）の年齢調整死亡率（男）	234.7	203.6	194.4	減少	190.1
A201	心疾患（急性心筋梗塞含む）の年齢調整死亡率（女）	146.0	127.4	113.3	減少	109.2
A202	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（男）	27.2	43.3	20.6	減少	32.5
A202	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（女）	13.6	20.4	8.3	減少	14.0
A203	大動脈瘤及び解離による男女別年齢調整死亡率（男）	14.5	17.8	15.1	減少	17.3
A203	大動脈瘤及び解離による男女別年齢調整死亡率（女）	9.6	10.6	6.9	減少	10.5
A204	心不全の年齢調整死亡率（男）	67.9	66.6	59.9	減少	69.0
A204	心不全の年齢調整死亡率（女）	55.6	53.3	46.3	減少	48.9
A205	心血管（高血圧性ものを除く）標準化死亡比（男）	107.8	100.0	107.8	減少	100.0
	心血管（高血圧性ものを除く）標準化死亡比（女）	116.7	100.0	116.7	減少	100.0
3. 心血管疾患患者の入院期間が改善し、在宅等の日常生活の場で質の高い生活を送ることができる						
	第1期計画		第2期計画			
	奈良県	全国	奈良県	目標	全国	
A301	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	10.5	8.6	7.0	減少	12.7
A302	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	96.7%	94.2%	95.1%	増加	93.3%
A303	健康寿命（男）	19.01年	18.43年	18.60年	延伸	17.97年
A303	健康寿命（女）	21.52年	21.52年	21.19年	延伸	21.13年
A304	心血管疾患患者が退院後30日以内に再入院する率	-	7.5%	-	-	7.7%

*：全疾患(心血管疾患に限らない)

第7章 参考資料

1. ロジックモデル出典一覧

■脳血管疾患

番号	指標名	出典			
A101	脳血管疾患受療率（入院）	患者調査	平成 29 年 令和 2 年		
A101	脳血管疾患受療率（外来）				
A201	脳血管疾患(くも膜下出血・脳梗塞含む)の年齢調整死亡率（男）	人口動態特殊報告	平成 27 年 令和 2 年		
A201	脳血管疾患(くも膜下出血・脳梗塞含む)の年齢調整死亡率（女）				
A202	くも膜下出血の年齢調整死亡率（男）				
A202	くも膜下出血の年齢調整死亡率（女）				
A203	脳梗塞の年齢調整死亡率（男）				
A203	脳梗塞の年齢調整死亡率（女）				
A204	脳内出血の年齢調整死亡率（男）				
A204	脳内出血の年齢調整死亡率（女）				
A205	脳血管疾患標準化死亡比（男）			人口動態特殊報告	平成 25～29 年
A205	脳血管疾患標準化死亡比（女）				
A301	脳血管疾患退院患者平均在院日数	患者調査	平成 29 年 令和 2 年		
A302	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合				
A303	健康寿命（男）	奈良県健康推進課 調べ	令和 2 年 令和 4 年		
A303	健康寿命（女）				
B101	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	患者調査	平成 29 年 令和 2 年		
B102	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率				
B103	糖尿病患者の年齢調整外来受療率				
B201	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	救命救助の現況	令和 3 年(令和 2 年データ) 令和 4 年版(令 和 3 年データ)		
B202	脳血管疾患により救急搬送された患者数（医療機関での診断数）	患者調査	平成 29 年 令和 2 年		
B203	意識障害疑い(脳卒中含む)に係る平均搬送時間（救急隊による判断数）	e-MATCHデ ータ	令和 3 年 令和 4 年		
B204	意識障害疑い(脳卒中含む)に係る平均照会時間（救急隊による判断数）				
B205	脳卒中疑いに対する 1 回目での救急応需率（初診時の医師の判断数）				
B301	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数（算定回数）	ナショナルデータ ベース	平成 29 年度 令和 3 年度		

番号	指標名	出典	
B302	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数 (算定回数)	ナショナルデータ ベース	平成 29 年度 令和 3 年度
B303	脳梗塞に対する t-P A による血栓溶解法の実施件数 (算 定回数)	ナショナルデータ ベース	平成 29 年度 令和 3 年度
B304	脳梗塞に対する脳血管内治療 (経皮的脳血栓回収療養等) の実施件数 (算定回数)		
B401	入退院支援の実施件数 算定回数 (入退支 1)	ナショナルデータ ベース	平成 30 年度 令和 3 年度
B401	入退院支援の実施件数 算定回数 (入退支 2)		
B402	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数 (回復期) (S C R)	医療提供状況の地 域差	平成 30 年度 令和 3 年度
B403	入院脳血管疾患等リハビリテーションの実施件数 (算定 回数)	ナショナルデータ ベース	平成 30 年度 令和 3 年度
B501	外来脳血管疾患等リハビリテーションの実施件数 (算定 回数)		
B502	歯科医師連携加算 (栄養サポートチーム加算) レセプト数 (病院)	市町村国民健康保 険及び後期高齢者 制度レセプトデー タ	令和 2 年 令和 3 年
B503	訪問診療の実施件数	ナショナルデータ ベース	平成 29 年度 令和 3 年度
B504	訪問看護利用者数 (医療)		
B505	訪問看護利用者数 (介護)	介護保険事業報告	平成 30 年 令和 2 年
C101	塩分摂取量 (一日平均摂取量) (男)	国民健康・栄養調 査	平成 28 年
C101	塩分摂取量 (一日平均摂取量) (女)		
C102	野菜摂取量 (男)		
C102	野菜摂取量 (女)		
C103	運動習慣者の割合 (20~64 歳) (男)	なら健康長寿基礎 調査	令和 4 年
C103	運動習慣者の割合 (20~64 歳) (女)		
C103	運動習慣者の割合 (65 歳以上) (男)		
C103	運動習慣者の割合 (65 歳以上) (女)		
C104	喫煙率 (男)	国民生活基礎調査	令和元年 令和 4 年
C104	喫煙率 (女)		
C105	ニコチン依存症管理料算定医療機関数	地方厚生局届出受 理	令和 5 年 6 月
C106	禁煙支援協力薬局数	奈良県・奈良市登 録	令和 5 年 3 月 令和 5 年 7 月
C107	ニコチン依存症管理料を算定する患者数	ナショナルデータ ベース	平成 29 年度 令和 3 年度
C108	ハイリスク飲酒者の割合 (男)	なら健康長寿基礎 調査、国民健康・ 栄養調査 国民健康栄養調査	令和 3 年、令和 4 年 令和元年
C108	ハイリスク飲酒者の割合 (女)		

番号	指標名	出典	
C109	歯科医師による定期的なチェックを受けている人の割合 (男)	なら健康長寿基礎 調査	令和4年
C109	歯科医師による定期的なチェックを受けている人の割合 (女)		
C201	健診受診率(男)	国民生活基礎調査	令和元年 令和4年
C201	健診受診率(女)		
C202	特定健診受診率	レセプト情報・特 定健診等情報デー タ 厚生労働省「特定 健康診査・特定保 健指導の実施状況 に関するデータ」	令和元年 令和3年
C203	特定保健指導実施率		
C301	救急隊の救急救命士運用率	救命救助の現況	令和3年版(令 和2年データ) 令和4年版(令 和3年データ)
C302	傷病者の観察及び搬送先選定シートの意識障害・脳卒中に 分類されて搬送された件数	e-MATCHデ ータ	令和3年 令和4年
C401	脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	患者調査	平成29年 令和2年
C501	脳神経内科専門医数	日本神経学会	令和4年9月 令和5年9月
C502	脳神経外科専門医数	日本脳神経外科学 会	
C503	脳卒中等領域の診療を行う病院数	奈良県医療連携課 「地域医療構想に おける具体的対応 方針」	令和3年度 令和4年度
C504	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な 病院数	地方厚生局届出受 理	令和2年4月 令和5年6月
C505	経皮的選択的脳血栓、塞栓溶解術(脳梗塞に対する血栓回 収術)が実施可能な病院数	奈良県地域医療連 携課調べ	令和4年 令和5年
C601	回復期リハビリテーション病床数	病床機能報告	平成30年度 令和3年度
C602	地域包括ケア病棟を有する病院数	病床機能報告	令和2年度 令和3年度
C603	退院調整支援担当者を配置する診療所数・病院数	医療施設静態調査	平成29年 令和2年
C604	理学療法士数		
C605	作業療法士数		
C606	言語聴覚士数		
C607	診療放射線技師数		
C608	臨床工学技士数		

番号	指標名	出典	
C609	クリティカルケア認定看護師数	日本看護協会	令和3年12月
C610	脳卒中リハビリテーション認定看護師数		令和4年12月
C611	摂食嚥下療法を実施している医療機関数	ナショナルデータベース	令和2年度 令和3年度
C701	脳卒中地域連携パスを運用している医療機関数	奈良県医療連携課 調べ 医療機能情報	令和元年 令和4年 令和5年
C801	訪問診療を実施している診療所数	市町村国民健康保険及び後期高齢者 制度レセプトデータ	令和2年
C801	訪問診療を実施している病院数		令和3年
C802	訪問看護ステーションに従事する看護職員数（常勤換算数）	衛生行政報告例	平成30年度 令和2年度
C901	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に取り組む脳神経（内・外）科を標榜している病院数（「適切な意思決定支援に関する指針」を定めている病院）	奈良県医療連携課 「地域医療構想における具体的対応方針」	令和3年度 令和4年度

■心血管疾患

番号	指標名	出典	
A101	心疾患（高血圧性のものを除く）受療率（入院）	患者調査	平成29年
A101	心疾患（高血圧性のものを除く）受療率（外来）		令和2年
A201	心疾患（急性心筋梗塞含む）の年齢調整死亡率（男）	人口動態特殊報告	平成27年 令和2年
A201	心疾患（急性心筋梗塞含む）の年齢調整死亡率（女）		
A202	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（男）		
A202	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（女）		
A203	大動脈瘤及び解離による男女別年齢調整死亡率（男）		
A203	大動脈瘤及び解離による男女別年齢調整死亡率（女）		
A204	心不全の年齢調整死亡率（男）		
A204	心不全の年齢調整死亡率（女）		
A205	心血管（高血圧性のものを除く）標準化死亡比（男）	人口動態特殊報告	平成25～29年
A205	心血管（高血圧性のものを除く）標準化死亡比（女）		
A301	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	患者調査	平成29年 令和2年
A302	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合		
A303	健康寿命（男）	奈良県健康推進課 調べ	令和2年 令和4年
A303	健康寿命（女）		

番号	指標名	出典	
A304	心血管疾患患者が退院後 30 日以内に再入院する率	患者調査	平成 29 年 令和 2 年
B101	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		
B102	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		
B103	糖尿病患者の年齢調整外来受療率		
B201	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	救命救助の現況	令和 3 年(令和 2 年データ) 令和 4 年版(令 和 3 年データ)
B202	心肺機能停止の 1 か月後の生存率（一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者 10 か年分の集計）		
B203	心肺機能停止の 1 か月後の社会復帰率（一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者 10 か年分の集計）		
B204	胸痛疑いに係る平均搬送時間（救急隊による判断数）	e-MATCH データ	令和 3 年 令和 4 年
B205	胸痛疑いに係る平均照会時間（救急隊による判断数）		
B206	心疾患疑いに対する 1 回目での救急応需率（初診時の医師の判断数）	奈良県消防救急課調べ	令和 2 年 令和 4 年
B301	来院後 90 分以内の冠動脈再開通達成率（%）	ナショナルデータベース	平成 30 年度 令和 3 年度
B302	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施率		
B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数		
B304	心疾患（高血圧性のものを除く）の退院患者平均在院日数	患者調査	平成 29 年度 令和 2 年
B305	急性心筋梗塞患者の入院中死亡率	循環器疾患診療実態調査（日本循環器学会）	令和 2 年 令和 4 年
B306	心不全患者の入院中死亡率		
B307	急性大動脈解離患者の入院中死亡率		
B401	入退院支援の実施件数 算定回数（入退支 1）	ナショナルデータベース	平成 30 年度 令和 3 年度
B401	入退院支援の実施件数 算定回数（入退支 2）		
B402	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）		
B403	入院心血管疾患等リハビリテーションの実施件数（算定回数） ※人口 10 万人対換算		
B501	外来心血管疾患等リハビリテーションの実施件数（算定回数） ※人口 10 万人対換算		
B502	訪問診療の実施件数 ※人口 10 万人対換算		
B503	訪問看護利用者数（医療） ※人口 10 万人対換算		
B504	訪問看護利用者数（介護） ※人口 10 万人対換算	介護保険事業報告	平成 30 年 令和 2 年
C101	塩分摂取量（一日平均摂取量）（男）	国民健康・栄養調査	平成 28 年
C101	塩分摂取量（一日平均摂取量）（女）		
C102	野菜摂取量（男）		
C102	野菜摂取量（女）		

番号	指標名	出典	
C103	運動習慣者の割合（20～64歳）（男）	なら健康長寿基礎調査	令和4年
C103	運動習慣者の割合（20～64歳）（女）		
C103	運動習慣者の割合（65歳以上）（男）		
C103	運動習慣者の割合（65歳以上）（女）		
C104	喫煙率（男）	国民生活基礎調査	令和元年 令和4年
C104	喫煙率（女）		
C105	ニコチン依存症管理料算定医療機関数	地方厚生局届出受理	令和5年6月
C106	禁煙支援協力薬局数	奈良県・奈良市登録	令和5年3月 令和5年7月
C107	ニコチン依存症管理料を算定する患者数	ナショナルデータベース	平成29年度 令和3年度
C108	ハイリスク飲酒者の割合（男）	なら健康長寿基礎調査 国民健康栄養調査	令和3年、令和4年 令和元年
C108	ハイリスク飲酒者の割合（女）		
C109	歯科医師による定期的なチェックを受けている人の割合（男）	なら健康長寿基礎調査	令和4年
C109	歯科医師による定期的なチェックを受けている人の割合（女）		
C201	健診受診率（男）	国民生活基礎調査	令和元年 令和4年
C201	健診受診率（女）		
C202	特定健診受診率	レセプト情報・特定健診等情報データベース 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」	令和元年 令和3年
C203	特定保健指導実施率		
C301	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	救命救助の現況	令和3年版（令和2年データ） 令和4年版（令和3年データ）
C302	心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率		
C401	救急隊の救急救命士運用率		
C402	傷病者の観察及び搬送先選定シートの急性冠症候群（ACS）に分類されて搬送された件数	e-MATCHデータ	令和3年 令和4年
C501	虚血性心疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	患者調査	平成29年 令和2年
C601	循環器内科医師数※人口10万人対換算	日本循環器学会	令和4年11月 令和5年7月
C602	心臓血管外科医師数※人口10万人対換算	心臓血管外科専門医認定機構	令和4年4月 令和5年4月

番号	指標名	出典	
C603	特定集中治療室管理料（ICU・CCU等）を届けている病院数	病床機能報告	令和3年度
C603	特定集中治療室管理料（ICU・CCU等）を届けている病院の病床数		
C604	24時間心血管疾患の急性期医療が実施可能な医療機関数	奈良県の傷病者の搬送・受入れの実施に関する基準 「救急搬送候補病院リスト」	令和5年
C605	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	奈良県医療連携課 「地域医療構想における具体的対応方針」	令和3年度 令和4年度
C606	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	奈良県医療連携課 「地域医療構想における具体的対応方針」 医療機能情報	令和3年度 令和4年度 令和2年10月、令和4年10月
C607	経皮的冠動脈形成術・経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	医療機能情報	令和4年10月
C608	大動脈瘤手術が可能な医療機関数		
C701	回復期リハビリテーション病床数※人口10万人対換算	病床機能報告	令和3年度
C702	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	地方厚生局届出受理	令和3年1月 令和5年6月
C703	退院調整支援担当者を配置する診療所数・病院数	医療施設静態調査	平成29年 令和2年
C704	理学療法士数※人口10万人対換算		
C705	作業療法士数※人口10万人対換算		
C706	言語聴覚士数※人口10万人対換算		
C707	診療放射線技師数※人口10万人対換算		
C708	臨床工学技士数※人口10万人対換算		
C709	クリティカルケア認定看護師数	日本看護協会	令和3年12月 令和4年12月
C710	慢性心不全看護認定看護師数		
C711	心不全療養指導士	日本循環器学会	令和5年4月
C801	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数	地方厚生局届出受理	令和3年1月 令和5年6月
C901	訪問診療を実施している診療所数	市町村国民健康保険及び後期高齢者制度レセプトデータ	令和2年 令和3年
C901	訪問診療を実施している病院数		

番号	指標名	出典	
C902	訪問看護ステーションに従事する看護職員数（常勤換算数）	衛生行政報告例	平成30年度 令和2年度
C1001	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に取り組む循環器（内）科を標榜している病院数（「適切な意思決定支援に関する指針」を定めている病院）	奈良県医療連携課 「地域医療構想における具体的対応方針」	令和3年度 令和4年度

2. 奈良県循環器病対策推進会議 委員一覧

所属団体・役職		委員名
奈良県立病院機構	理事長	上田 裕一
奈良県西和医療センター	総長	斎藤 能彦
奈良県立医科大学	名誉教授	中瀬 裕之
奈良県立医科大学	教授	今村 知明
奈良県立医科大学	教授	杉江 和馬
奈良県立医科大学	教授	彦惣 俊吾
奈良県立医科大学	教授	中川 一郎
奈良県病院協会	監事	土肥 直文
奈良県医師会	副会長	友岡 俊夫
奈良県薬剤師会	副会長	後岡 伸爾
奈良県看護協会	常任理事	森田 冴子
奈良県理学療法士協会	循環器病対策委員会 委員長	後藤 総介
奈良県消防長会	救急部会長	山中 英人
全国心臓病の子どもを守る会	支部長	春本 加代子

- 「奈良県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画」は奈良県ホームページに掲載しています。

URL : <https://www.pref.nara.jp/61690.htm>

奈良県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画

令和6年3月

発行者：奈良県

連絡先：奈良県福祉医療部医療政策局地域医療連携課

〒630-8501 奈良市登大路町30番地

TEL：0742-27-8676

FAX：0742-22-2725