

評 価		個数
◎	直近値が現状値（計画策定時）と比較して改善	54
▲	直近値が現状値（計画策定時）と比較して変動がない（横ばい）	5
×	直近値が現状値（計画策定時）と比較して悪化	28
—	直近値の把握が困難、最新の直近値がない	19

【脳卒中ロジックモデル】

				現状値 (R3年度策定時)			直近値			評価
				兵庫県	全国	年度	兵庫県	全国	年度	
A 分野アウトカム指標										
1. 脳卒中の発生が減少している										
A101	脳血管疾患受療率	入院	106.0	115.0	H29	90.0	98.0	R2	◎	
		外来	75.0	68.0		67.0	59.0		◎	
A102	脳卒中(発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)診断患者数		—	—	—	—	—	—	—	
2. 脳卒中による死亡が減少している										
A201	脳血管疾患の年齢調整死亡率	男	36.9	37.8	H27	—	—	—	—	
		女	19.1	21.0		—	—		—	
A202	脳卒中標準化死亡比（全体）	男	95.4	100	H25 ～ H29	—	—	—	—	
		女	92.7	100		—	—		—	
	脳卒中標準化死亡比（脳出血）	男	92.0	100		—	—		—	
		女	91.9	100		—	—		—	
脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）	男	92.2	100	—	—	—				
	女	91.3	100	—	—	—				
3. 脳血管疾患患者の入院期間が改善している。脳血管疾患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている										
A301	退院患者平均在院日数		66.6	78.2	H29	53.6	76.8	R2	◎	
A302	在宅等生活の場に復帰した患者の割合		62.9%	—	H29	57.1%	—	H29	×	
A303	健康寿命と平均寿命の差	国基準	男	9.39	8.73	R1	—	—	—	—
			女	12.36	12.06		—	—	—	—
		県基準	男	1.48	—	R1	1.44	—	R2	×
			女	3.20	—		3.16	—		×
A304	tPAまたは経皮的脳血栓回収療法を受けた患者のうち90日mRS0-2の件数		—	—	—	—	—	—	—	
A305	脳卒中(発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)患者が退院後6か月に再入院する率		—	—	—	—	—	—	—	

		現状値 (R3年度策定時)			直近値			評価	
		兵庫県	全国	年度	兵庫県	全国	年度		
B 中間アウトカム指標									
1. 【予防】基礎疾患および危険因子の管理ができています									
B101	喫煙率	男	25.7%	28.8%	R1	23.1%	25.4%	R4	◎
		女	6.7%	8.8%		6.3%	7.7%		◎
B102	ハイリスク飲酒者の割合	男	14.5%	14.6%	H28	13.8%	14.9%	県：R3 国：R1	◎
		女	10.3%	9.1%		9.0%	9.1%		◎
B103	健診受診率	男	77.2%	77.2%	R1	75.2%	76.7%	R4	×
		女	66.0%	69.7%		66.8%	69.7%		◎
B104	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		236.0	240.3	H29	219.5	216.9	R2	◎
B105	脂質異常患者の年齢調整外来受療率		70.8	64.6	H29	80.1	66.8	R2	×
B106	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数		2835	3073	H27	3566	3978	R3	×
	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備軍者数		2334	2496	H27	2801	2988	R3	×
B107	糖尿病患者の年齢調整外来受療率		97.9	95.2	H29	95.9	92.0	R2	◎
B108	1日あたりの食塩摂取量		9.6	9.9	H28	9.8	10.1	県：R3 国：R1	×
2. 【救護】患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される									
B201	救急要請（知覚）から医療機関への収容までに要した平均時間		36.6	39.5	R1	37.9	40.6	R4	×
B202	脳血管疾患により救急搬送された患者数		9.7	—	H29	8.0	—	H29	◎
3. 【急性期】発症後早期に専門的な治療を受けることができる									
B301	脳卒中（発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）診療患者数		—	—	—	—	—	—	—
B302	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施案件	算定回数	12.8	12.1	H29	9.7	9.4	R2	×
		SCR	103.9	100.0		101.7	100.0		×
B303	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	12.9	10.3	H29	15.4	11.9	R2	◎
		SCR	124.0	100.0		127.3	100.0		◎
4. 【急性期】発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる									
B401	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数	算定回数	7.4	8.1	H29	9.3	10.8	R2	◎
		SCR	91.6	100.0		85.6	100.0		×
B402	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法）の実施件数	算定回数	6.9	7.0	H29	8.5	10.5	R2	◎
		SCR	97.2	100.0		79.6	100.0		×
B403	来院後90分以内のt-PAによる血栓溶解法達成率（%）		—	—	—	—	—	—	—
B403	来院後90分以内の脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法）達成率（%）		—	—	—	—	—	—	—
B404	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（急性期）	SCR	226.8	100.0	H30	124.6	100	R2	×
B405	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数	算定回数	82398.7	80267.0	H29	96946.7	91870.6	R2	◎
		SCR	105.9	100.0		107.2	100.0		◎
B406	脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）院内死亡率		—	—	—	—	—	—	—
5. 【回復期】身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けることができる									
B501	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（回復期）	SCR	134.4	100.0	H30	134.8	100.0	R2	◎
B502	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	算定回数	138554.2	132880.3	H29	151475.8	138818.9	R2	◎
		SCR	91.7	100.0		93.8	100.0		◎
B503	ADL改善率		66.5%	63.6%	H30	102.7%	73.3%	R3	◎
6. 【維持期・生活期】日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる									
B601	訪問リハビリを受ける利用者数	医療	181.9	198.4	H30	176.5	214.2	R2	×
		介護	1183.3	1031.6		1452.0	1143.1		◎
B602	通所リハビリを受ける利用者数		5474.2	5617.0	H30	5555.0	5499.9	R2	◎
B603	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（再掲）	算定回数	138554.2	132880.3	H29	151475.8	138818.9	R2	◎
		SCR	91.7	100.0		93.8	100		◎

		現状値 (R3年度策定時)			直近値			評価		
		兵庫県	全国	年度	兵庫県	全国	年度			
C 初期アウトカム指標										
予防	1. 危険因子の知識を普及させる									
	C101	1日あたりの野菜の摂取量	275.4	276.5	H28	303.5	280.5	県：R3 国：R1	◎	
	C102	日常生活における歩数（20歳以上）	男	7782	7779	H28	7405	7864	県：R4 国：R1	×
			女	6813	6776		6561	6685		×
	C103	日常生活の中で体を動かすことを習慣化している人の割合	37.1%	30.6%	H28	36.5%	28.7%	県：R3 国：R1	×	
	C104	スポーツをする子どもの割合 (学校体育授業を除く、1日1時間以上)	小学生	48.6%	—	R1	44.7%	—	R4	×
			中学生	76.3%	—		70.1%	—		×
			高校生	51.6%	—		52.1%	—		◎
	C105	適正体重を維持している者の割合	男	67.6%	64.3%	H28	64.4%	63.1%	県：R3 国：R1	×
			女	71.7%	67.9%		72.4%	66.2%		◎
	C106	禁煙指導を行う医療機関の割合	15.8%	—	H29	18.2%	—	R3	◎	
	C107	受動喫煙の機会を有する者の割合	職場	24.8%	—	H28	21.6%	—	R3	◎
			飲食店	42.0%	—		17.3%	—		◎
			行政機関	4.5%	—		3.5%	—		◎
医療機関			4.6%	—	4.6%		—	▲		
家庭			16.0%	—	8.0%		—	◎		
2. 特定健診・特定保健指導を受けることができています										
C201	特定健診受診率	51.7%	55.3%	R1	52.7%	56.2%	R3	◎		
	特定保健指導実施率	20.1%	23.2%		22.7%	24.7%	R3	◎		
3. 再発防止の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている										
C301	訪問看護を受ける患者数	医療	472.9	392.1	H29	415.8	376.9	R2	×	
		介護	7534.8	4788.6		9004.4	5663.4		◎	
C302	健康スポーツ医数	7.7	6.0	R3	7.0	5.7	R4	×		
救急搬送	4. 本人および家族等周囲にいる者が発症時に速やかに救急搬送の要請ができています									
	C401	脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)発症後30分以内の救急要請の達成率	—	—	—	—	—	—	—	
	5. 突然の症状発出時に急性医療を担う医療機関の受診勧奨指示ができています									
	C501	脳卒中中の急性期医療の機能を有する医療機関	47	—	H29	—	—	—	—	
	6. 救急隊が、地域のメディカルコントロール協議会が定める活動プロトコルに沿って適切な観察・判断・処置ができています									
	C601	救急隊の救急救命士運用率	100.0%	92.6%	R2	99.0%	93.2%	R4	×	
	7. 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									
	C701	ドクターヘリによる脳卒中患者の搬送件数	—	—	—	—	—	—	—	
	C702	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	21.8%	—	H29	—	—	—	—	
	急性期	8. 脳卒中中の急性期医療に対応できる体制が整備されている								
C801		神経内科医師数	3.3	4.1	H30	3.9	4.6	R2	◎	
C802		脳血管内治療専門医数	—	—	—	—	—	—	—	
C803		脳血栓回収療法実施医数	—	—	—	—	—	—	—	
C804		脳神経外科医師数	5.9	5.9	H30	6.0	5.8	R2	◎	
C805		脳卒中リハビリテーション認定看護師数	0.6	0.6	R2	0.6	0.6	R4	▲	
C806		脳卒中中の急性期医療の機能を有する医療機関（再掲）	47	—	H29	—	—	—	—	
C807		脳梗塞に対するtPAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	0.9	0.8	R2	0.8	0.8	R5	×	
C808		脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な病院数	0.8	0.8	R1	0.8	0.8	R2	▲	
9. 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている										
C901		口腔機能管理を受ける患者数（急性期）	0.6	0.6	H30	0.0	0.8	R3	×	
10. 廃用症候群を予防し、早期に自立できるリハビリテーション体制が整備されている										
C1001		リハビリテーションが実施可能な医療機関数	6.5	6.3	R2	6.7	6.4	R4	◎	
C1002		理学療法士数	75.9	72.1	H29	88.4	80.0	R2	◎	
	作業療法士数	35.2	37.7	39.0		40.5	◎			
	言語聴覚士数	15.4	13.1	17.0		14.2	◎			
C1003	脳卒中リハビリテーション認定看護師数（再掲）	0.6	0.6	R2	0.6	0.6	R4	▲		
11. 回復期の医療機関との連携体制が構築されている										
C1101	脳卒中中の地域連携パスを運用している医療機関数	8.4	9.4	R2	9.0	10.0	R4	◎		

		現状値 (R3年度策定時)			直近値			評価	
		兵庫県	全国	年度	兵庫県	全国	年度		
回復期	12. 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								
	C1201	回復期リハビリテーション病床数	70.6	66.0	H30	83.0	70.2	R3	◎
	C1202	理学療法士数（再掲）	75.9	72.1	H29	88.4	80.0	R2	◎
		作業療法士数（再掲）	35.2	37.7		39.0	40.5		◎
		言語聴覚士数（再掲）	15.4	13.1		17.0	14.2		◎
	13. 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている								
	C1301	脳卒中リハビリテーション認定看護師数（再掲）	0.6	0.6	R2	0.6	0.6	R4	▲
	14. 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている								
	C1401	口腔機能管理を受ける患者数（回復期）	0.2	0.6	H30	0.0	1.1	R3	×
	15. 急性期及び維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が構築されている								
C1501	脳卒中の地域連携パスを運用している医療機関数（再掲）	8.4	9.4	R1	9.0	10.0	R4	◎	
C1502	医療ソーシャルワーカー数	11.6	11.2	H29	12.6	12.9	R2	◎	
維持期・生活期	16. 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								
	C1601	リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲）	6.5	6.3	R2	6.7	6.4	R4	◎
	C1602	訪問リハビリを提供している事業所数	4.0	3.4	R2	4.2	3.9	R5	◎
	C1603	通所リハビリを提供している事業所数	6.2	6.1	R2	6.6	6.3	R5	◎
	C1604	老人保健施設定員数	265.9	289.2	R2	254.0	288.2	R5	×
	17. 誤嚥性肺炎の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている								
	C1701	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	6338.2	4599.8	H29	6568.8	4392.4	R2	◎
	18. 回復期および急性期の医療機関等との連携体制が構築されている								
	C1801	入退院支援を行っている医療機関数	3.7	3.4	R2	4.1	3.7	R5	◎

兵庫県循環器病対策推進計画（第1次） ロジックモデルの進捗状況

評 価		個数
◎	直近値が現状値（計画策定時）と比較して改善	46
▲	直近値が現状値（計画策定時）と比較して変動がない（横ばい）	9
×	直近値が現状値（計画策定時）と比較して悪化	35
—	直近値の把握が困難、最新の直近値がない	16

【心血管疾患ロジックモデル】

				現状値 (R3年度策定時)			直近値			評価
				兵庫県	全国	年度	兵庫県	全国	年度	
A 分野アウトカム指標										
1. 心血管疾患による死亡が減少している										
A101	心疾患の年齢調整死亡率	男	59.4	65.4	H27	—	—	—	—	
		女	33.2	34.2		—	—	—	—	
A102	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率	男	6.0	6.4		—	—	—	—	
		女	3.3	3.3		—	—	—	—	
A103	心疾患標準化死亡率（全体）	男	96.0	100.0	H25 ～ H29	—	—	—	—	
		女	100.8	100.0		—	—	—	—	
	心疾患標準化死亡率（急性心筋梗塞）	男	116.9	100.0		—	—	—	—	
		女	121.8	100.0		—	—	—	—	
	心疾患標準化死亡率（心不全）	男	105.9	100.0		—	—	—	—	
		女	109.6	100.0		—	—	—	—	
2. 心血管疾患の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										
A201	健康寿命	国基準	男	72.48	72.68	R1	—	—	—	—
			女	75.50	75.38		—	—	—	—
		県基準	男	80.49	—		80.41	—	—	×
			女	84.76	—		84.93	—	R2	◎
A202	急性心不全（慢性心不全の急性増悪含む）患者が退院後6か月に再入院する率		—	—	—	—	—	—		
A203	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合		93.6%	—	H29	92.8%	—	H29	×	
A204	疾患患者の生活の質		—	—	—	—	—	—		

		現状値 (R3年度策定時)			直近値			評価	
		兵庫県	全国	年度	兵庫県	全国	年度		
B 中間アウトカム指標									
1. 【予防】 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防できている									
B101	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	3.61	2.99	H29	2.50	—	R2	×	
B102	虚血性心疾患受療率	入院	12.0	12.0	H29	12.0	9.0	R2	▲
		外来	51.0	44.0		61.0	42.0	R2	×
	虚血性心疾患受療率全体 (SCR)	入院	87.0	100.0	H29	86.7	100.0	R2	◎
		外来	67.3	100.0		68.0	100.0	R2	×
2. 【救護】 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									
B201	救急要請 (知覚) から医療機関への取容までに要した平均時間	36.6	39.5	R1	37.9	40.6	R4	×	
B202	心疾患によって救急搬送中に死亡した患者数	903.0	—	R2	962.0	—	R3	×	
B203	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率	15.6%	13.9%	R1	11.9%	11.1%	R4	×	
	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後社会復帰率	9.3%	9.0%		6.1%	6.9%		×	
3. 【急性期】 急性期の心血管疾患の治療の質が確保されている									
B301	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率 (%)	13.3%	13.9%	H30	48.4%	50.7%	R2	◎	
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件数	算定回数	30.1	23.9	H30	41.8	29.1	R2	◎
		SCR	125.6	100.0		142.6	100.0		◎
B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	11.3	13.0	H30	9.6	11.6	R2	×	
B304	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	算定回数	5836.7	5507.1	H30	6069.2	6117.8	R2	◎
		SCR	107.6	100.0		105.4	100.0		×
B305	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	91.2	67.8	H30	89.9	66.8	R2	×
		SCR	133.8	100.0		133.6	100.0		×
B306	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	5.7	8.6	H29	8.6	12.7	R2	×	
B307	急性心筋梗塞に対するPCI実施率	—	—	—	0.86	—	R3	—	
B308	急性心筋梗塞の院内死亡率	—	—	—	7.8%	8.5%	R4	—	
	急性大動脈解離の院内死亡率	—	—	—	9.7%	11.8%	R4	—	
4. 【回復期】 発症早期から、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									
B401	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (再掲)	算定回数	5836.7	5507.1	H30	6069.2	6117.8	R2	◎
		SCR	107.6	100.0		105.4	100.0		×
B402	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	算定回数	2649.7	1723.4	H30	2539.1	1402.2	R2	×
		SCR	173.2	100.0		191.1	100.0		◎
B403	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数	算定回数	439.1	466.7	H30	643.7	510.8	R2	◎
		SCR	77.9	100.0		105.7	100.0		◎
B404	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 (再掲)	算定回数	91.2	67.8	H30	89.9	66.8	R2	×
		SCR	133.8	100.0		133.6	100.0		×
B405	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 (再掲)	5.7	8.6	H29	8.6	12.7	R2	×	
5. 【慢性期・再発予防】 日常生活の場で再発予防でき、心血管疾患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、合併症発症時には適切な対応を受けることができる									
B501	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (再掲)	算定回数	2649.7	1723.4	H30	2539.1	1402.2	R2	×
		SCR	173.2	100.0		191.1	100.0		◎
B502	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 (再掲)	算定回数	91.2	67.8	H30	89.9	66.8	R2	×
		SCR	133.8	100.0		133.6	100.0		×
B503	訪問診療の実施件数	14729.7	13775.9	H30	16652.4	15426.7	R2	◎	
B504	訪問看護利用者数	医療	447.9	375.2	H30	415.8	376.9	R2	×
		介護	7534.8	4788.6		9004.4	5663.4		◎
B505	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数	医療	1.8	3.9	H30	2.1	3.7	R2	◎
		介護	—	3,757.1		—	5.4		—
B506	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 (再掲)	算定回数	439.1	466.7	H30	643.7	510.8	R2	◎
		SCR	77.9	100.0		105.7	100.0		◎

		現状値 (R3年度策定時)			直近値			評価		
		兵庫県	全国	年度	兵庫県	全国	年度			
C 初期アウトカム指標										
予防	1. 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理ができています									
	C101	禁煙指導を行う医療機関の割合	15.8%	—	H29	18.2%	—	R3	◎	
	C102	喫煙率	男	25.7%	28.8%	R1	23.1%	25.4%	R4	◎
			女	6.7%	8.8%		6.3%	7.7%		◎
	C103	受動喫煙の機会を有する者の割合	職場	24.8%	—	H28	21.6%	—	R3	◎
			飲食店	42.0%	—		17.3%	—		◎
			行政機関	4.5%	—		3.5%	—		◎
			医療機関	4.6%	—		4.6%	—		▲
			家庭	16.0%	—		8.0%	—		◎
	C104	ハイリスク飲酒者の割合	男	14.5%	14.6%	H28	13.8%	14.9%	県：R3 国：R1	◎
			女	10.3%	9.1%		9.0%	9.1%		◎
	C105	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	236.0	240.3	H29	219.5	216.9	R2	◎	
	C106	脂質異常患者の年齢調整外来受療率	70.8	64.6	H29	80.1	66.8	R2	×	
	C107	1日あたりの食塩摂取量	9.6	9.9	H28	9.8	10.1	県：R3 国：R1	×	
C108	日常生活における歩数（20歳以上）	男	7,782	7,779	H28	7405	7864	県：R4 国：R1	×	
		女	6,813	6,776		6561	6685		×	
C109	スポーツをする子どもの割合 （学校体育授業を除く、1日1時間以上）	小学生	48.6%	—	R1	44.7%	—	R4	×	
		中学生	76.3%	—		70.1%	—		×	
		高校生	51.6%	—		52.1%	—		◎	
C110	健康スポーツ医数	7.7	6.0	R3	7.0	5.7	R4	×		
2. 特定健診・特定保健指導を受けることができています										
C201	健診受診率	男	77.2%	77.2%	R1	75.2%	76.7%	R4	×	
		女	66.0%	69.7%		66.8%	69.7%		◎	
C202	特定健診受診率	51.7%	55.3%	R1	52.7%	56.2%	R3	◎		
	特定保健指導実施率	20.1%	23.2%		22.7%	24.7%	R3	◎		
3. 本人および家族等周囲にいる者が発症時に速やかに救急搬送の要請ができています										
C301	急性期心筋梗塞発症後30分以内の救急要請の達成率	—	—	—	—	—	—	—		
4. 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の適切な処置を実施することができる										
C401	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	1.5	1.7	H30	1.2	1.4	R4	×		
5. 救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコールに則し、適切な観察・判断・処置が実施できている										
C501	救急隊の救急救命士運用率	100.0%	92.6%	R2	99.0%	93.2%	R4	×		
6. 急性医療を担う医療機関へ速やかに搬送できる										
C601	虚性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	13.9%	—	H29	—	—	—	—		
7. 24時間心臓疾患の急性期医療の専門的治療が実施できる体制が整っている										
C701	循環器内科医師数	11.2	10.0	H30	11.5	10.3	R2	◎		
C702	心臓血管外科医師数	2.1	2.5	H30	2.1	2.6	R2	▲		
C703	心疾患の急性期医療の機能を有する医療機関	39	—	H29	—	—	—	—		
C704	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	0.5	0.5	R2	0.5	0.5	R4	▲		
C705	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	1.2	1.1	R2	1.2	1.2	R4	▲		
	経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	1.2	1.1	R2	1.2	1.2	R4	▲		
C706	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	0.5	0.6	R2	0.5	0.6	R4	▲		
8. 心臓疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている										
C801	心臓疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	1.4	1.2	R3	1.6	1.3	R5	◎		
9. 回復期の医療機関やリハビリテーション施設と円滑な連携体制が構築されている										
C901	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	2.8	2.4	R3	2.9	2.6	R5	◎		
C902	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数	8.4	9.4	R2	9.0	10.0	R4	◎		
救急搬送	3. 本人および家族等周囲にいる者が発症時に速やかに救急搬送の要請ができています									
	C301	急性期心筋梗塞発症後30分以内の救急要請の達成率	—	—	—	—	—	—	—	
	4. 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の適切な処置を実施することができる									
	C401	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	1.5	1.7	H30	1.2	1.4	R4	×	
	5. 救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコールに則し、適切な観察・判断・処置が実施できている									
	C501	救急隊の救急救命士運用率	100.0%	92.6%	R2	99.0%	93.2%	R4	×	
	6. 急性医療を担う医療機関へ速やかに搬送できる									
	C601	虚性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	13.9%	—	H29	—	—	—	—	
	7. 24時間心臓疾患の急性期医療の専門的治療が実施できる体制が整っている									
	C701	循環器内科医師数	11.2	10.0	H30	11.5	10.3	R2	◎	
C702	心臓血管外科医師数	2.1	2.5	H30	2.1	2.6	R2	▲		
C703	心疾患の急性期医療の機能を有する医療機関	39	—	H29	—	—	—	—		
C704	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	0.5	0.5	R2	0.5	0.5	R4	▲		
C705	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	1.2	1.1	R2	1.2	1.2	R4	▲		
	経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	1.2	1.1	R2	1.2	1.2	R4	▲		
C706	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	0.5	0.6	R2	0.5	0.6	R4	▲		
8. 心臓疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている										
C801	心臓疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	1.4	1.2	R3	1.6	1.3	R5	◎		
9. 回復期の医療機関やリハビリテーション施設と円滑な連携体制が構築されている										
C901	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	2.8	2.4	R3	2.9	2.6	R5	◎		
C902	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数	8.4	9.4	R2	9.0	10.0	R4	◎		

		現状値 (R3年度策定時)			直近値			評価		
		兵庫県	全国	年度	兵庫県	全国	年度			
回復期	10. 心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている									
	C1001	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（再掲）	1.4	1.2	R3	1.6	1.3	R5	◎	
	11. 急性期の医療機関との連携が構築されている									
	C1101	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（再掲）	2.8	2.4	R3	2.9	2.6	R5	◎	
	C1102	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数（再掲）	8.4	9.4	R2	9.0	10.0	R4	◎	
回復期	12. 心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている									
	C1201	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	0.6	0.6	R3	0.6	0.7	R5	▲	
	13. 心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている									
	C1301	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（再掲）	1.4	1.2	R3	1.6	1.3	R5	◎	
	14. 回復期および急性期の医療機関等との連携体制が構築されている									
維持期・生活期	C1401	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（再掲）	2.8	2.4	R3	2.9	2.6	R5	◎	
	C1402	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数（再掲）	8.4	9.4	R2	9.0	10.0	R4	◎	
	C1403	入退院支援の実施件数（入退支1）	算定回数	1989.8	1789.4	H30	2386.3	2515.3	R2	◎
			SCR	110.6	100		94.4	100		×
		入退院支援の実施件数（入退支2）	算定回数	317.6	338.2	H30	372.5	272.9	R2	◎
			SCR	93.3	100		135.1	100		◎
	15. 心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている									
	C1501	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数（再掲）	0.6	0.6	R3	0.6	0.7	R5	▲	
	16. 心血管疾患患者の在宅での療養支援体制が整っている									
	C1601	訪問診療を実施している診療所数		23.3	15.9	H29	23.6	16.0	R2	◎
			2.0	2.1	H29		2.2	2.4		R2
訪問診療を実施している病院数			46.5	33.8	H30	45.3	34.4	R2	×	
			43.8	41.6		R3	46.3		44.0	R5
C1602	訪問看護師数									
C1603	訪問薬剤指導を実施する薬局数（医療）									

全体目標

2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少

個別施策

循環器病：脳卒中・心臓病その他の循環器病

【基盤】循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備

循環器病の診療情報を収集・活用する公的な枠組みの構築

1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

- 循環器病の発症予防及び重症化予防
- 子どもの頃からの国民への循環器病に関する正しい知識（循環器病の予防、発症早期の適切な対応、重症化予防、後遺症等）の普及啓発の推進
- 循環器病に対する国民の認知度等の実態把握

3. 循環器病の研究推進

- 循環器病の病態解明、新たな診断技術や治療法の開発、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発の推進
- 科学的根拠に基づいた政策を立案し、循環器病対策を効果的に進めるための研究の推進

2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

- ① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進
- ② 救急搬送体制の整備
- ③ 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
- ④ リハビリテーション等の取組
- ⑤ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援
- ⑥ 循環器病の緩和ケア
- ⑦ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援
- ⑧ 治療と仕事の両立支援・就労支援
- ⑨ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策
- ⑩ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| (1) 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化 | (4) 都道府県による計画の策定 |
| (2) 他の疾患等に係る対策との連携 | (5) 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化 |
| (3) 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策 | (6) 基本計画の評価・見直し |

<循環器病の特徴と対策>



循環器病対策推進基本計画

令和5年3月

目次

1. はじめに	1
2. 循環器病の特徴並びに循環器病対策に係るこれまでの取組及び課題	4
3. 全体目標	8
(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	8
(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	8
(3) 循環器病の研究推進	9
4. 個別施策	10
【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】	10
(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	12
(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	14
①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進	14
②救急搬送体制の整備	16
③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	17
④リハビリテーション等の取組	19
⑤循環器病の後遺症を有する者に対する支援	21
⑥循環器病の緩和ケア	22
⑦社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	23
⑧治療と仕事の両立支援・就労支援	24
⑨小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	25
⑩循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	26
(3) 循環器病の研究推進	27
5. 循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項	30
(1) 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化	30
(2) 他の疾患等に係る対策との連携	30

(3) 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策	30
(4) 都道府県による計画の策定	31
(5) 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化	32
(6) 基本計画の評価・見直し	32

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。）¹は、我が国の主要な死亡原因である。循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳出血、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る。

令和3（2021）年の人口動態統計（厚生労働省）によると、心疾患は死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、悪性新生物（がん）に次ぐ死亡原因²となっており、年間31万人以上の国民が亡くなっている。

令和3（2021）年版「救急・救助の現況」（総務省消防庁）によると、令和2（2020）年中の救急自動車による救急出動件数のうち、最も多い事故種別は急病（全体の64.9%）である。急病の疾病分類では、脳血管疾患及び心疾患等を含む循環器系が多く、全体の16.3%を占め、特に高齢者ではその割合が高い。さらに、急病の傷病程度別の搬送人数について、その疾病分類を分析すると、死亡及び重症（長期入院）において、脳血管疾患や心疾患等が占める割合が高い。また、循環器系の疾患は加齢とともに患者数が増加する傾向にある³ことに鑑みれば、高齢者人口がピークを迎える2040年頃の我が国を展望すると、より一層の対策が必要である。

さらに、令和元（2019）年「国民生活基礎調査」（厚生労働省）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4.5%であり、両者を合わせると20.6%と最多である。

また、令和元（2019）年度版「国民医療費」（厚生労働省）の概況によると、令和元（2019）年度の傷病分類別医科診療医療費31兆9,583億円のうち、循環

¹ 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（平成30年法律第105号）では、脳卒中、心臓病その他の循環器病を「循環器病」としているところ、同法に基づき策定する本基本計画についても同様とする。

² 第1位は悪性新生物（がん）、第2位は心疾患、第3位は老衰、第4位は脳血管疾患、第5位は肺炎。

³ 令和2（2020）年「患者調査」（厚生労働省）全国編報告書第36表より、心疾患では年齢階級75～79歳まで、脳血管疾患では年齢階級70～74歳まで患者数の増加傾向がみられる。

器系の疾患が占める割合は、6兆1,369億円（19.2%）と最多である。

このように、循環器病は国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、社会全体にも大きな影響を与える疾患である。

こうした現状に鑑み、誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命⁴の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、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（平成30年法律第105号。以下「法」という。）が平成30（2018）年12月に成立し、令和元（2019）年12月に施行された。これを踏まえ、第1期循環器病対策推進基本計画を令和2（2020）年10月に策定した。さらに、都道府県においても、都道府県循環器病対策推進計画の策定が進められた。

循環器病対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）は、法第9条第1項の規定に基づき策定されるものであり、国の循環器病対策の基本的な方向について明らかにするものである。

同条第7項において、政府は、循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案し、並びに循環器病対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならないこととされている。他方で、基本計画を基本として作成される都道府県循環器病対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）は、法第11条第3項の規定に基づき、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画（以下「医療計画」という。）、健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画（以下「都道府県健康増進計画」という。）及び介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）等の関係する諸計画との調和が保たれたものとする必要がある。

⁴ 健康寿命とは、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間である。本文中の数値は、「日常生活に制限のない期間の平均」を用いている。

これらを踏まえ、第1期基本計画の実行期間については、令和2（2020）年度から令和4（2022）年度までの3年を目安とした。今後策定する第2期の基本計画（以下「本基本計画」という。）の実行期間は、関係する諸計画との調和の観点から、令和5（2023）年度から令和10（2028）年度までの6年を目安とする。

今後は、本基本計画に基づき、国・地方公共団体・医療保険者が連携して、保健、医療又は福祉の業務に従事する者の意見を踏まえつつ、国民と一体となって取組を進める必要がある。

2. 循環器病の特徴並びに循環器病対策に係るこれまでの取組及び課題

(循環器病の特徴)

循環器病は、1で述べたとおり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⁵が、他方で、乳幼児期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症するものでもあり、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ある。このように幅広い年代に患者が存在することから、ライフステージ⁶にあった対策を考えていくことも求められる。

循環器病対策を総合的かつ計画的に進めるに当たっては、循環器病の特徴を踏まえた取組を進めることが重要であり、まずは、この特徴を関係者等が適切に理解することが肝要である。

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症する生活習慣病である。生活習慣病の経過は、生活習慣病の予備群から、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い。ただし、この経過のいずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な治療によって予防・進行抑制が可能であるという側面もある。

また、循環器病には、生活習慣にかかわらず、先天性疾患、遺伝性疾患、感染性疾患、加齢などを原因とする疾患等、様々な病態が存在する。

循環器病は、急激に発症し、数分や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る。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。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る。

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

⁵ 令和2（2020）年「患者調査」（厚生労働省）

⁶ 健康増進法に基づき策定された国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成24年厚生労働省告示第430号）では、「ライフステージ」は「乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう」としている。

るなど再発や増悪を来しやすいといった特徴がある。また、脳血管疾患と心血管疾患の両方に罹患することもある等、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る。

（これまでの取組）

このように、循環器病は、患者ごとの特徴に応じて多様な対策を講ずる必要性が高い疾患だが、これまでも我が国は、循環器病に係る予防から医療及び福祉に係るサービスまで幅広い対策を進めてきた。

これまで、循環器病の予防については、「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次）」（以下「健康日本 21（第二次）」という。）を推進するものとして策定された国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 24 年厚生労働省告示第 430 号。以下「健康増進法に基づく基本方針」という。）等に基づき、生活習慣病予防などライフステージに応じた健康づくりを、地域や職場と連携して推進するとともに、循環器病の予防や循環器病に関する知識の普及啓発を行ってきたところである。また、第 1 期基本計画に基づき、循環器病の予防、症状や診断・治療等について、国民に対して知識の普及を図るほか、循環器病に関する最新の科学的知見に基づいた情報を医療従事者等に提供している。

保健、医療及び福祉に係るサービスについては、救急患者を 24 時間 365 日受け入れる体制の確保や救急搬送の円滑な受入れの推進等、救急医療体制の整備を総合的に進めてきた。また、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に提供される体制（地域包括ケアシステム）の構築を進めるとともに、これを深化させ、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現に向けた取組を進めている。さらに、第 1 期基本計画下においては、循環器病患者が地域で安心して暮らせるよう就労支援に取り組み、仕事と治療の両立支援のための手引きを作成した。また、医師に対する緩和ケア研修を開催し、緩和ケアの推進等に取り組んできた。

循環器病の研究については、内閣府、文部科学省、厚生労働省及び経済産業省が連携して、循環器病の病態解明や個人の発症リスク評価、新たな予防法、診断技術、治療法の開発等の研究に取り組んでいる。

このような取組を進める中で、健康寿命は、着実に延伸しており、令和元（2019）年においては、男性 72.68 年、女性 75.38 年となっている。これは平成 22（2010）年と比較して、男性で 2.26 年、女性で 1.76 年増加しており、同期間の平均寿命の増加分を上回る健康寿命の延伸を達成している⁷。

また、循環器病の年齢調整死亡率（人口 10 万人対）は、年々減少傾向にある（令和 3（2021）年においては、脳血管疾患の年齢調整死亡率は男性 93.7/女性 55.1、心疾患の年齢調整死亡率は男性 193.8/女性 110.2）。脳血管疾患の年齢調整死亡率は、1970 年代前半まで高かったものの、現在は改善されつつある。心疾患についても、年齢調整死亡率は、1970 年代以降、次第に低くなってきている⁸。

このように、我が国では、循環器病対策に資する取組を着実に推進してきたことが国民の健康寿命の延伸や年齢調整死亡率の減少に貢献してきたと考えられる。

（今後の課題）

今後のより一層の対策強化を目指すに当たって取り組むべき内容について、様々な指摘がなされている。

例えば、循環器病の予防や急性期の対応については、前述の循環器病の特徴を踏まえ、救急現場から医療機関へ迅速かつ適切に搬送できる体制の構築が求められている。また、予防から発症後の急性期、回復期及び慢性期それぞれへの対策を進めるだけでなく、発症後においても再発予防及び重症化予防を繰り返す必要があることが指摘されている。

併せて、国民一人ひとりが、循環器病の発症を促進する危険因子をよく理解し、生活習慣の改善と基礎疾患の重症化予防に努めることが重要であり、これを支援するために、国、地方公共団体等が医療従事者等と連携して啓発活動を進める必要性についても指摘がある。

⁷ 令和元（2019）年度～令和 3（2021）年度「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」総括・分担研究報告書（厚生労働行政推進調査事業費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

⁸ 令和 3（2021）年人口動態統計（厚生労働省）。令和 2（2020）年より、年齢調整死亡率の基準人口を昭和 60 年モデル人口から平成 27 年モデル人口に変更している。

今後、高齢化の進む我が国において、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現のためには、健康寿命を延伸し平均寿命との差、すなわち疾病等の健康上の理由により日常生活に制限のある期間を短縮していくことが重要な課題の一つとされている。この差は平成 22（2010）年から令和元（2019）年までの間に男性で約 0.4 年、女性で約 0.6 年短縮されたものの、依然として 10 年程度あり⁹、更なる短縮に向けた取組が望まれる。この差を短縮するには、循環器病対策においても、発症予防を一層推進する必要がある。また、これと同時に、罹患しても日常生活にできるだけ制限を受けずに生活していく、すなわち、疾病と共生するための幅広い社会連携に基づく取組も併せて進めることが望まれている。

循環器病の治療については、症状を和らげる対症療法が発達してきたのに対して、疾病の原因に基づいた治療は発展途上である。循環器病研究においては、今後、対症療法にとどまらず、疾病の原因に基づく治療法やより低侵襲で有効な診断法・治療法を開発し、活用していくことが求められる。

また、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を都道府県ごとに確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要がある。

そして、これらの循環器病対策を推進する基盤として、循環器病の実態を把握し、それを可視化することの重要性も指摘されている。生活習慣病予備群を含めた患者数は多いと考えられ、また、それぞれの治療法や病状は多様であるため、その把握は容易ではないが、循環器病の現状を可視化し、循環器病対策の評価及び検証並びに新たな課題の抽出につなげる必要性について指摘がある。

こうした課題を踏まえ、本基本計画では、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、国の循環器病対策の基本的な方向性について明らかにする。

⁹ 令和元（2019）年の健康寿命と平均寿命の差は男性 8.73 年、女性 12.06 年。なお、令和元（2019）年の健康寿命は、男性 72.68 年、女性 75.38 年である。

3. 全体目標

法の基本理念に照らし、次に掲げる「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体制の充実」及び「循環器病の研究推進」の3つの目標を達成することにより、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸¹⁰及び循環器病の年齢調整死亡率¹¹の減少」を目指す。

(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

回復期及び慢性期にも再発や増悪を来しやすいといった循環器病の疾患上の特徴に鑑み、循環器病の発症予防及び合併症の発症や症状の進展等の再発予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進する。循環器病の予防には、生活習慣等に対する国民の意識と行動の変容が必要であることから、国民に対し、循環器病とその多様な後遺症に関する十分かつ確かな情報提供を行うとともに、発症後早期の対応やその必要性に関する知識の普及啓発も行うことで、効果的な循環器病対策を進める。

(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

急性期には発症後早急に適切な診療を開始する必要があるという循環器病の特徴に鑑み、地域医療構想の実現に向け、高度急性期及び急性期から回復期及び慢性期までの病床の機能の分化及び連携等に取り組み、都道府県が地域の実情に応じた医療提供体制の構築を進める。循環器病の患者については、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。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することで、効果的かつ持続可能な保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実を図る。また、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても医療の確保を適切に図ることができるような医療

¹⁰ 令和元（2019）年5月に厚生労働省の2040年を展望した社会保障・働き方改革本部において取りまとめられた「健康寿命延伸プラン」において、「2040年までに健康寿命を男女共に3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを目指す」こととされている。なお、平成28（2016）年の健康寿命は、男性72.14年、女性74.79年である。

¹¹ 年齢調整死亡率について、脳血管疾患は、男性93.7、女性55.1（令和3（2021）年）、心疾患は、男性193.8、女性110.2（令和3（2021）年）であり、これを基準とする。

提供体制の整備を進める。

(3) 循環器病の研究推進

患者が安心して治療に向きあえるよう、患者のニーズを踏まえつつ、産学連携や医工連携も図りながら、循環器病の病態解明、新たな治療法や診断技術の開発、リハビリテーション等の予後改善、QOL向上等に資する方法の開発、個人の発症リスク評価や予防法の開発等に関する研究を推進する。また、科学的根拠に基づいた政策を立案し循環器病対策を効果的に進めるための研究を推進する。

4. 個別施策

3で定めた全体目標を達成するため、以下の(1)から(3)までに掲げる個別施策を実施する。

これらを実施するに当たり、循環器病対策全体の基盤の整備として、診療情報の収集・提供体制を整備し、循環器病の実態解明を目指す。

【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】

(現状・課題)

循環器病は、患者数が膨大な数に及ぶことや、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等から、実態を正確かつ詳細に把握することが難しい。また、予防のための対策や様々な治療法の有効性を評価するために十分なデータを収集することも難しい。

他方で、循環器病の罹患状況や診療内容について、データを収集し、データに基づく評価を実施することは、科学的根拠に基づいた政策を立案し循環器病対策を効果的に推進する点からも重要である。

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は個人差が大きい。また、がん等の合併症として、血栓症や心不全を発症する場合や回復期以降に生活機能の低下や要介護状態へ進行する場合もあり、それらの実態把握のため幅広い診療情報の収集などが求められる。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ビッグデータを活用した研究も求められる。

現在、循環器病の診療実態を把握している調査及び取組については、厚生労働省が行う患者調査や研究者・学会の取組等が挙げられる。

既存の調査及び取組から診療情報を利活用することについては、入力に係る負担の軽減が可能となること等の強みがあるが、参加医療機関や収集される情報が当該調査及び取組の目的に応じたものになり、急性期医療の現場での活用や診療提供体制の構築等の公衆衛生政策等への活用には課題もあるため、公的な情報収集の枠組みの構築が必要である。

また、このような枠組みの構築に当たっては、IT技術を活用し、医療機関における診療情報の入力に係る負担を軽減する必要性も指摘されている。

(取り組むべき施策)

循環器病は、我が国における主要な死亡原因であり、介護が必要となる主な原因の一つであることや、医科診療医療費に占める割合が高く社会的な影響が大きい疾患群であること、さらに急性期には発症後早急に適切な診療を開始する必要があると同時に、回復期及び慢性期にも疾患の再発や増悪を来しやすいことといった特徴がある。こうした特徴を踏まえ、急性期医療の現場における診療情報の活用や診療提供体制の構築、予防（一次予防のみならず、二次予防及び三次予防も含む。¹²⁾等の公衆衛生政策等への診療情報の活用を目的として、国立研究開発法人国立循環器病研究センター（以下「国立循環器病研究センター」という。）をはじめとした医療機関、関係学会等と連携して、まずは脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、急性冠症候群、急性大動脈解離及び急性心不全（慢性心不全の急性増悪を含む。）に係る診療情報を収集・活用する公的な枠組みを構築する。

また、収集された診療情報の二次利用等に関する運用方法や費用負担を含む提供の在り方についても検討を進め、将来的には他の循環器病に広げることも含め検討する。なお、これらの取組は、現在政府で進められている医療分野でのデジタルトランスフォーメーションを通じたサービスの効率化や質の向上により国民の保健医療の向上を図る「医療DX」¹³⁾の取組と連携して進めていくこととする。

¹²⁾ 一次予防：生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等を予防すること。二次予防：疾病を早期に発見し、早期に治療すること。三次予防：疾病が発症した後、必要な治療を受け、機能の維持・回復を図るとともに再発・合併症を予防すること。

¹³⁾ 医療DX：保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えること。（令和4（2022）年9月の第1回「医療DX 令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料より抜粋。）

(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

(現状・課題)

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症する。その経過は、生活習慣病の予備群から、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・要介護状態へと進行するが、患者自身が気付かないうちに病気が進行することも多い。

ただし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性がある。このため、循環器病の発症予防のみならず、再発予防や重症化予防としても生活習慣の改善が重要であるといえる。

特に、運動を行うことはロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイルの予防となるだけでなく、心不全などの治療にもつながる。また、近年発達しているウェアラブルデバイス等のIT機器を活用することで生活習慣を自己管理し、必要に応じ、早期の医療機関の受診等につなげることや、循環器病の主要な危険因子となる高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD¹⁴）等に対する様々な手段による治療等により、循環器病の包括的なリスク管理を行うことも重要である。

また、令和4（2022）年3月に厚生労働省が立ち上げた「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」（以下「健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ」¹⁵という。）においては、特に重要な栄養課題として「食塩の過剰摂取」が掲げられており、健康に関心の薄い層を含め誰もが自然に健康になれる食環境づくりの推進に向け、産学官等の連携・協働による取組が進められている。

このほか、適切な治療を受けられなければ、その予後に悪影響を及ぼす可能性の高い循環器病もある。例えば、心房細動は、脳卒中や心不全の発症及び増悪にも影響を与える。下肢末梢動脈疾患は、治療が遅れると下肢の切断に至る場合も

¹⁴ CKD : Chronic Kidney Disease

¹⁵ 健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ：食塩の過剰摂取、若年女性のやせ、経済格差に伴う栄養格差等の栄養課題や環境課題を重大な社会課題として捉え、産学官等の連携・協働により、誰もが自然に健康になれる食環境づくりを展開するもの。

あり、予後の悪化につながる。大動脈弁狭窄症や僧帽弁閉鎖不全症などの弁膜症は、早期の症状には気が付かないことも多い一方で、治療が遅れると予後が悪くなる傾向がある。大動脈瘤は、破裂すると突然死に至ることもあり、破裂する前に治療する必要があるが、症状を認めにくいこともある。その他、心筋症、遺伝性疾患等を含め、循環器病に対して、適切な診断、治療及び重症化予防を行うことが必要である。

国民が適切に循環器病の予防・再発予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うことができるようにするためには、まずは、循環器病に関する正しい知識の普及啓発が必要である。あわせて、循環器病の後遺症についても国民が正しく理解する必要がある。

加えて、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を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る。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ある。

このためにも、国民に対する、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ある。

（取り組むべき施策）

健康日本 21（第二次）を推進するものとして策定された健康増進法に基づく基本方針や、令和元（2019）年5月に厚生労働省の2040年を展望した社会保障・働き方改革本部において取りまとめられた「健康寿命延伸プラン」¹⁶等に基づき、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できるよう、生活習慣（栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康等）及び社会環境の改善並びに治療を通じて循環器病の主要な危険因子となる高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD）等の発症予防や重症化予防を推進するとともに、その一環として食育の実施や、学校における教育も含めた子

¹⁶「健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進」や、「地域・保険者間の格差の解消」に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など新たな手法も活用し、①次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成、②疾病予防・重症化予防、③介護予防・フレイル対策、認知症予防の3分野を中心に取組を推進する旨を定めたもの。

どもの頃からの循環器病に関する知識の普及啓発を推進する。また、スマート・ライフ・プロジェクト¹⁷の取組を進め、企業・団体・自治体と協力・連携しながら健康に関する知識の普及啓発を図るとともに、健康増進・生活習慣病予防に向け国民の健康づくりの意識を高めるための取組を推進する。さらに、食塩の過剰摂取への対策として、「健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ」の活動を通じ、健康に関心の薄い層を含め誰もが自然に減塩できる食品の開発や広報活動等を推進する。

正しい知識の普及啓発を行う際には、循環器病に対する国民の認知度等の実態を把握した上で、SNS（Social Networking Service）等を活用した情報発信やマスメディアとの連携、関係団体による啓発の取組等、多様な手段を用いて、循環器病の予防、再発予防・重症化予防、発症早期の適切な対応、後遺症等に関する知識等について、科学的知見に基づき、分かりやすく効果的に伝わるような取組を進める。

循環器病の危険因子として喫煙が挙げられるほか、受動喫煙¹⁸も危険因子として挙げられる。禁煙及び受動喫煙の防止に関する取組については、健康増進法及び健康増進法に基づく基本方針に基づき、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る施策を着実に進める。

（２）保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

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、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士、管理栄養士、公認心理師、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、相談支援専門員等の多職種が連携して、循環器病の予防、早期発見、再発予防、重症化予防、相談・生活支援等の総合的な取組を進める。

①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

¹⁷ 「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動をいう。

¹⁸ 平成 27 (2015) 年度「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

（現状・課題）

循環器病の多くは、不健康な生活習慣の継続等に端を発して発症するものであり、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・要介護状態の順に進行していく。そのため、予防の観点からも、循環器病の早期の診断・治療介入の考え方が必要である。心電図検査等が心房細動などの早期診断につながるとする報告があるほか、循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、健康診査等の受診や、行動変容をもたらす保健指導が重要である。

生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導には、40歳以上75歳未満の者が対象となる特定健康診査・特定保健指導等がある。特定健康診査・特定保健指導については、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第18条第1項の規定に基づき定められている特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（平成20年厚生労働省告示第150号）において、令和5（2023）年度に特定健康診査の実施率を70%以上に、特定保健指導の実施率を45%以上にすることが目標とされているが、令和2（2020）年度においては特定健康診査の実施率が53.4%、特定保健指導の実施率が23.0%と目標値には到達しておらず、更なる実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要がある。

（取り組むべき施策）

循環器病をはじめとする生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導である特定健康診査・特定保健指導等の実施率向上に向けた取組を進める。ナッジ理論¹⁹等を活用して特定健康診査・特定保健指導の実施率向上を目指す先進・優良事例の横展開等により、実施率の向上につながる効果的な方策等を検討する。

また、国民健康保険の保険者努力支援制度等について、疾病予防・再発予防・重症化予防の推進に係る先進・優良事例について把握を行うとともに、評価指標の見直しを検討し、予防・健康づくりを推進する。

¹⁹ 「ナッジ」とは「ひじで軽く突く」という意味。行動経済学上、対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する手法。

②救急搬送体制の整備

(現状・課題)

循環器病は急激に発症し、数分や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。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る。その際には、地域状況にかかわらず、情報技術の活用などにより医療の質を高めることが求められる。

例えば、脳梗塞に対する t-PA 療法²⁰や機械的血栓回収療法を迅速に行うことで、機能予後の改善につながるなどの科学的根拠も示されているが、これらの急性期治療を国民があまねく享受できる状況には至っていない。

また、虚血性心疾患だけでなく、不整脈や心筋症なども、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ある。特に急性大動脈解離や大動脈瘤破裂については、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つつ、より広域の連携体制を構築する必要がある。

消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による受入れの実施に係る体制の整備については、全ての都道府県において、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の分類基準に「脳卒中」・「心臓病」（あるいはこれらを疑う症状）を定め、傷病者の受入先となる医療機関リストを作成している。

消防機関における循環器病に関する教育研修の機会の確保としては、全消防職員が人体知識や傷病別応急処置等を初任教育時に習得していることに加え、救急隊員は専科教育を受けている。さらに、メディカルコントロール体制の充実強化により、救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保に取り組んでいる。

今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏

²⁰ 遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクティベータの静注療法で発症後 4.5 時間以内に実施可能。

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

(取り組むべき施策)

平時のみならず感染症発生・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進めるため、各都道府県において地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直しが継続的に行われるよう促す必要がある。さらに、循環器病に関する救急隊の観察・処置等については、メディカルコントロール体制の充実強化によって、引き続き科学的知見に基づいた知識・技術の向上等を図る。

③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

(現状・課題)

医療及び介護に係るサービスの需要の増大及び多様化に対応し続けるためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要がある。その際には、脳卒中・心血管疾患それぞれの疾患特性に合わせて対応していくことも重要である。

このため、現在我が国では、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号)に基づき、病床の機能の分化及び連携を進めるとともに、地域医療として一体的に地域包括ケアシステムを構成する医療及び介護に係るサービスの充実を図ることとしている。具体的には、都道府県において、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により報告された情報等を活用し、病床の機能ごとの将来の必要量等、将来のニーズに合わせ病床の機能の分化及び連携を進めるため地域医療構想を策定し、医療計画に盛り込むことにより、地域ごとにバランスのとれた医療提供体制を構築することとしている。特に有事においては、急性期の医療機関の診療負担が増えることを踏まえ、急性期病院と回復期・慢性期病院との連携を円滑にするために、再発や増悪を来しやすいといった循環器病の疾患上の特徴を踏まえた効率的な役割分担の在り方等について検討することが重要である。循環器病の急性期診療においては、対応疾患に応じて、地域における複数の医療機関が

連携して 24 時間 365 日受け入れる体制での対応を行うことが求められ、その施設間ネットワークを構築するに当たっては、急性期の専門的医療を行う施設が担うべき医療機能を地域のネットワークを構築している医療機関において分担する必要がある。また、高齢化に伴い増大する医療需要や医療現場の働き方改革に対応しつつ、情報技術を用い患者がより受診しやすく、多職種が連携しやすい環境を整え、将来にわたって質の担保された循環器病の診療体制を構築することが求められる。

また、循環器病に対する治療として、外科治療や血管内治療等の先端かつ高度な医療が必要となり、医療資源や、熟練した医療技術が必要となる場合がある。

循環器病に係る医療従事者の育成については、医学生が卒業時まで身に付けておくべき能力を学修目標として提示した教育内容のガイドラインである医学教育モデル・コア・カリキュラムにおいて、脳血管障害や心不全、虚血性心疾患、不整脈、弁膜症等の病態、診断、治療等を説明できることなどが学修目標として定められている。

また、循環器病に係る各専門医や特定行為研修を修了した看護師、専門・認定看護師等を含めた医療従事者については、国及び学会等の関係団体において育成されている。

他方で、かかりつけ医等においても循環器病患者を診察する可能性があることから、これらの医療従事者も循環器病に関する共通認識を持つ必要がある。

（取り組むべき施策）

循環器病に係る医療提供体制について、地域医療構想の実現に向けた取組である高度急性期及び急性期から回復期及び慢性期までの病床の機能の分化及び連携に取り組む。急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導などを含めた在宅医療の体制を強化するとともに、遠隔医療の体制を更に整備することで、急性期病院からの円滑な診療の流れを実現する。そのため、各病院の空床状況や収容能力、人的資源等の情報を、一元的に把握し、地域における医療資源を有効活用できる体制構築を目指す。

これらにより、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事におい

ても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進する。なお、その際には、有事の対応を行う病院と通常診療を行う病院の役割分担が円滑に進むよう、空床状況等に関する効率的な情報共有を含む医療機関間の連携を強化する。さらに、地域の実情を踏まえ、必要に応じて行政や他の地域との協力体制の構築や、再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要である。

医療提供体制の整備に当たっては、都道府県は、地域の実情に応じ、国及び学会等の関係団体で育成される各専門医や特定行為研修を修了した看護師、専門・認定看護師等を含めた医療従事者の確保や地域の医療従事者間での循環器病に係る知見の共有のための取組等を進める。また、国及び地方公共団体は、医療機関及び学術団体等と協同して、データに基づき、人材育成や適正配置を含めた取組を進める。

循環器病に対する医療の質の向上、それぞれの疾患の特性に応じた医療の均てん化及び集約化並びに効率的かつ持続可能な循環器病の医療の実現を目指し、循環器病の急性期診療を提供する体制の実態を把握し、その有効性及び安全性の評価を含めた検証を進める。また、遠隔医療や情報の連携を進め、医療者の労務環境の改善や業務の効率化等へつなげられるよう、デジタル技術の積極的な活用を推進する。

また、かかりつけ医等の日常の診療における循環器病診療に関するツールの活用等、かかりつけ医・かかりつけ薬局等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるような取組を進める。取組に当たっては、当事者の意識や理解の評価を行い、それに基づいて推進することが重要であるため、医師会や学会などの関係団体等との連携や、関係者で構成される協議会の場等の活用も検討する。

なお、循環器病に係る医療提供体制を構築するに当たり、国立循環器病研究センター等は、全国で共通の水準の医療を提供することができるよう、地域の実情を踏まえ、適宜関係機関と知見を共有する等の取組を行う。

④リハビリテーション等の取組

(現状・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もある。

脳卒中患者では、急性期診療を行った後にも様々な神経症状が残ることが多い。

一般的には、急性期に速やかにリハビリテーションを開始し、円滑に回復期及び維持期のリハビリテーションに移行することが求められ、医療と介護の間で切れ目のない継続的なリハビリテーションの提供体制をより一層構築していく必要がある。リハビリテーションと同時に合併症の治療が必要な場合や合併症の治療が優先される場合もあり、個々の患者に応じた適切な対応が求められる。また、患者がその目的や必要性を十分に理解した上での再発予防、重症化予防、生活再建や就労等を目的とした多職種によるアプローチが重要である。

心血管疾患患者の管理においては、特に、心不全等で入退院を繰り返す患者が増加しており、再発予防及び再入院予防の観点が重要である。運動療法、冠危険因子是正、患者教育、カウンセリング等を含む多職種による疾病管理プログラムとして心血管疾患におけるリハビリテーションを実施することが関連学会より提唱されている。

患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家を育成しつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築する必要がある。また、在宅で過ごす患者にも適切なリハビリテーションが提供されるような体制を整備することが必要である。

（取り組むべき施策）

急性期から回復期及び維持期・生活期まで、循環器病患者の状態に応じ、医療現場から介護の現場までの一貫したリハビリテーションの提供等の取組を進める。

特に脳卒中患者においては、地域の関係機関等が連携し、患者の状態を踏まえた適切な医療及び介護サービスを継続して提供できるよう、地域連携クリティ

カルパス²¹も活用しつつ、急性期の病態安定後、機能回復や日常生活動作の向上を目的とした集中的な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は速やかにリハビリテーションを開始し、回復期に切れ目なく移行できる連携体制を構築する。また、合併症の発症等により集中的なリハビリテーションの実施が困難な患者に対しては、どのようなリハビリテーションを含めた医療を提供するか検討する必要がある。維持期・生活期にかけて、患者の状態に応じた、生活機能の維持及び向上を目的とした医療、介護及び福祉に係るサービスを提供するとともに、リハビリテーションを十分に実施できる体制を維持する。

特に心血管疾患患者においては、疾病管理プログラムとして、リハビリテーションを急性期の入院中から開始し、回復期から維持期・生活期にかけても継続することが重要である。状態が安定した回復期以降には、リハビリテーションを外来や在宅で実施することも見据えつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて多職種が連携する体制について、その有効性も含めて検討する必要がある。

高齢化に伴い、循環器病に嚥下機能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いる。複数の合併症を有する患者や、気管切開等の重度障害を有する患者等にも適切なリハビリテーションが提供できるような体制の構築を推進する。

⑤循環器病の後遺症を有する者に対する支援

(現状・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る。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るが、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ることとなっている。ただし、その福祉サービスの提供や後遺症に対する支援については、患者が十分に享受できていないとの課題が指摘されている。また、循環器病の発症後には、うつや不安等が認められる場合もあるため、心理的サポートも求められる。

²¹ 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。

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、社会的理解や支援も必要である。

（取り組むべき施策）

てんかん、失語症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、治療を受けられ、社会生活を円滑に営むために、就労支援や経済的支援を含め、必要な支援体制の整備を行う。循環器病の後遺症を有する者に対する必要な福祉サービスの提供を引き続き推進するとともに、失語症者に対する意思疎通支援、高次脳機能障害者のニーズに応じた支援体制の強化、てんかん患者が地域において適切な支援を受けられるよう、てんかん拠点医療機関間のネットワーク強化等に取り組む。

循環器病の後遺症等に関する知識等について、分かりやすく効果的に伝わるよう必要な取組を進める。

⑥循環器病の緩和ケア

（現状・課題）

令和2（2020）年の世界保健機関（WHO）からの報告に、成人で緩和ケア²²を必要とする頻度の高い疾患として循環器病があげられている。循環器病は、生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患である。加えて、例えば、臨床経過の特徴として増悪を繰り返すことが挙げられる心不全については、治療と連携した緩和ケアも必要とされている。

（取り組むべき施策）

患者の苦痛を身体的・精神心理的・社会側面的等の多面的な観点を有する全人的な苦痛として捉えた上で、全人的なケアを行うべく、多職種連携や地域連携の下で、循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進する。また、その際には、アドバンス・ケア・プランニングによる個人の意思決

²² 世界保健機関（WHO）によると、緩和ケアとは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」とされている。

定に基づく緩和ケアが提供される必要がある。

専門的な緩和ケアの質を向上させ、患者と家族のQOLの向上を図るため、関係学会等と連携して、医師等に対する循環器病の緩和ケアに関する研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制を充実させる。

⑦社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

(現状・課題)

循環器病患者は、慢性期に、脳卒中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至る場合がある。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、服薬の徹底等適切な管理及びケアを行うことも必要である。必要に応じて介護保険制度、障害者福祉制度及び医療制度が連携を行うことも重要である。そのため、循環器病患者が、急性期から回復期、慢性期まで切れ目なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が必要である。

(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するとともに、これを深化させ、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現に向けた取組を進める。特に、循環器病患者が、急性期、回復期、慢性期のいずれにおいても、医療サービスと介護及び福祉サービスを切れ目なく受けられることができるよう、医療介護連携体制の整備に取り組む。

また、かかりつけ医機能の充実や病診連携の推進、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充実、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上に資する服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導、看護師等による予防から治療、再発予防、重症化予防までの切れ目のない看護の提供、理学療法士の理学療法、作業療法士の作業療法、言語聴覚士の言語聴覚療法、管理栄養士や栄養士による栄養管理、社会福祉士、介護支援専

門員及び相談支援専門員による相談・生活支援等に取り組む。

⑧治療と仕事の両立支援・就労支援

(現状・課題)

脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者(約174万人)のうち、約17%(約30万人)が20~64歳である⁵。

一般に、脳卒中というと手足の麻痺、言語障害等の大きな障害が残るというイメージがあるが、65歳未満の患者においては、約7割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告もある。脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰(復職)することが可能な場合も少なくないが、復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障害者就労支援などとの適切な連携が求められる。

また、心血管疾患の患者(約306万人)のうち約19%(約58万人)が20~64歳である⁵。治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多く存在するが、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合がある。

「働き方改革実行計画」(平成29年3月働き方改革実現会議決定)では、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えることや病を患った方々が生きがいを感じながら働ける社会を目指すこととされているが、社会の受け入れ体制において、就労支援サービスの活用には課題も残る。

(取り組むべき施策)

脳卒中や虚血性心疾患だけでなく、成人先天性心疾患や心筋症等、幅広い病状を呈する循環器病患者が社会に受け入れられ、自身の病状に応じて治療の継続を含めて自らの疾患と付き合いながら就業できるよう、循環器病患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援、障害特性に応じた職業訓練や事業主への各種助成金を活用した就労支援等に取り組む。

特に治療と仕事の両立支援については、循環器病の医療提供を行う医療機関

において、担当の両立支援コーディネーター²³を配置して、各個人の状況に応じた治療と仕事が両立できるよう取組を進めるなど、かかりつけ医等、会社・産業医及び両立支援コーディネーターによる、患者への「トライアングル型サポート体制²⁴」の構築を推進し、相談支援体制を充実させる。

⑨小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

（現状・課題）

循環器病の中には、100人に1人の割合で出生する先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症等といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患がある。学校健診等の機会を通じて、小児の循環器病が見つかることもある。

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、多くの子どもたちの命が救われるようになった。

その一方で、小児患者の治療に当たっては保護者の役割が大きいこと、また、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま、思春期、さらには成人期を迎える患者が増えていることなどの現状があり、そのような患者の自立等に関する課題もある。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る。

（取り組むべき施策）

学校健診等の機会における小児の循環器病患者の早期発見を引き続き推進するとともに、循環器病の患者に対して、小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行うことができる移行医療支援の体制整備、療養生活に係る相談支援及び疾病にかかっている児童の自立支援を推進する。

²³ 主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けたプランの作成支援などを担う。

²⁴ 主治医、会社・産業医と患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制のこと。「働き方改革実行計画」において、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整え、病を患った方々が、生きがいを感じながら働ける社会を目指すため、トライアングル型サポート体制を構築することとされた。

⑩循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

（現状・課題）

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

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、主に慢性期における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで多岐にわたる。急性期には患者が意識障害を呈していることも多く、時間的制約があることから、患者が情報にアクセスすることが困難な可能性もある。また、生活期に相談できる窓口が少ないという意見もある。そのような中で、患者と家族が、その地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう取組を進めることが求められる。

現在、医療機関等においても、相談支援が実施されているが、十分に普及しているとは言えない現状がある。

（取り組むべき施策）

循環器病に関する科学的根拠に基づいた正しい情報を提供するために、国と国立循環器病研究センター、関係団体等が、協力して循環器病に関する様々な情報を収集し、科学的根拠に基づく情報を国民に提供する。

発信された情報のうち、患者やその家族が、疾患の特性に応じ、個別のニーズに対応した必要な情報に急性期から確実にアクセスし活用しながら問題解決できるよう、前述の循環器病の相談支援に関する現状を踏まえつつ、循環器病における適切な相談支援の内容や体制、必要な情報²⁵について、地方公共団体は、医療機関や地域における高齢者等の生活を支える地域包括支援センターなど既存の取組との連携・協力も見据えながら、個別支援も含めて検討する必要がある。

²⁵ 治療を受けられる医療機関、循環器病の症状・治療・費用、生活習慣病に関する知識、患者団体等の活動、労災認定基準等。

(3) 循環器病の研究推進

(現状・課題)

循環器病に関する研究については、「健康・医療戦略」(令和2年3月閣議決定、令和3年4月一部変更)、「医療分野研究開発推進計画」(令和2年3月健康・医療戦略推進本部決定、令和3年4月一部変更)等を踏まえ、内閣府、文部科学省、厚生労働省及び経済産業省が連携し、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(Japan Agency for Medical Research and Development。以下「AMED」という。)を通じて、基礎的な研究から実用化のための研究開発までの各研究段階においてその推進が図られている。また、様々な支援に基づき、国立循環器病研究センターをはじめとした医療・研究機関等での研究も進められている。

基礎段階においては、病態の解明やバイオマーカー探索等の研究を推進するとともに、ゲノム情報その他のオミックス情報の解析やiPS細胞などの幹細胞をはじめとする先端的な生命科学における成果も活用しつつ、様々な予防・早期介入法、診断法・治療法等に資するエビデンスを創出する研究開発を推進している。バイオバンク等の形で、詳細な診療情報に裏打ちされた生体試料などの収集なども一部で行われているところ、より一層の充実を図る。

応用段階においては、予防・早期介入法(医療機器等)の開発、治療法(医薬品、医療機器等)の開発・事業化、診断法や標準的治療の確立等の医療水準の向上、そして医療機器・社会システム等の社会実装に向けた取組等、多様な目的の研究について戦略的かつ総合的に推進が行われるよう、取組が行われている。

このほか、厚生労働省においては、科学的根拠に基づいた行政政策を行うため、栄養・身体活動等の生活習慣の改善や社会環境の整備等による健康寿命の延伸に資する施策の根拠となるエビデンスの創出や生活習慣病の治療の均てん化を目指した研究等を推進している。

これまでも、循環器病に対する様々な治療薬や医療機器が開発されてきたが、循環器病の発症や重症化には多くの因子が関わっており、その病態は十分には明らかにはされておらず、治療の多くは対症療法にとどまっている。

今後、対症療法にとどまらず、原因に基づく治療法や、より低侵襲で有効な診断法・治療法を開発し、治療等に係る幅広い選択肢を国民に提供していくために

は、コホート研究等によるリスク因子の同定、遺伝子や分子細胞レベルでの研究や臓器の相互作用（臓器連関）をはじめとする病態解明から、病態分子機序を標的とした新規治療法や診断技術の開発に向けた臨床研究を国内の研究者が一丸となって切れ目なく進めることが重要である。

歯科疾患が感染性心内膜炎等の発症に影響を及ぼすことや、生活習慣病及び循環器病と関連があることが示されている。心臓と腎臓の機能低下は互いに影響を及ぼすことなど、循環器病の発症や進行においては、他の臓器が関連することも示唆されている。また、循環器病の克服を目指し、大規模データの活用や、目覚ましい発展を遂げているゲノム・オミックス解析やAIによる画像診断などデジタル技術等の活用等による革新的な診断法や治療法の開発が求められている。

さらに、災害時や長時間の旅行時等に発症することが知られている肺血栓栓塞症等、生活習慣に端を発する循環器病の他にも、幅広く循環器病の対策を進めるための研究を推進する必要がある。

（取り組むべき施策）

基礎的な研究から実用化に向けた研究までを一体的に推進するためAMEDにおいて、病態を解明するための研究を含め、有望な基礎研究の成果の厳選及び診断法・治療法等の開発に向けた研究と速やかな企業導出の実施に向けた取組を推進する。

安全性を確保した上で、患者の苦痛軽減といったニーズを踏まえつつ、循環器病の病態解明、新たな診断技術や治療法の開発、リハビリテーション等による予後改善、QOL向上等に資する方法の開発、循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の状況に加え、遺伝的素因等を含めた多様な観点から個人の発症リスク評価や個人に最適な予防法・治療法の開発等に関する研究を、既存の取組と連携しつつ、体系的かつ戦略的に推進する。

医療分野以外の研究者や企業も含め適切に研究開発を行うことができるよう、医工連携といった異分野融合も図りながら、研究開発を推進する。アカデミアによる医療への出口を見据えたシーズ研究を行うとともに、こうしたシーズも活かしつつ産学連携による実用化研究・臨床研究を行うほか、臨床上の課題を基礎研究にフィードバックする橋渡し研究を行う。

国は、革新的な診断法・治療法等を創出するための研究開発を推進するとともに、画期的な医薬品、医療機器、体外診断用医薬品及び再生医療等製品について先駆的医薬品等指定制度等の仕組みを活用することによって、早期の承認を推進する。

国は、循環器病対策を効果的に推進するため、治療等の費用対効果も踏まえつつ、循環器病の診療の質の向上や健康寿命の延伸に資する施策の根拠となるエビデンスの創出や循環器病の治療の均てん化を目指した研究等、根拠に基づく政策立案のための研究を推進する。また、歯科疾患等の循環器病以外の疾患が循環器病の発症や進行に影響を与えうることや、循環器病の中には下肢末梢動脈疾患や肺血栓塞栓症といった多様な病態が含まれることを踏まえ、幅広く循環器病の対策を進めるための研究を推進する。

5. 循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項

(1) 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

循環器病対策を実効的なものとして、総合的に展開するためには、国及び地方公共団体をはじめ、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を進めることが重要である。

この際、国及び地方公共団体は、患者・家族を含む関係者等の意見の把握に努め、循環器病対策に反映させることが重要である。

国及び地方公共団体は、循環器病に関する知識の普及啓発等により、循環器病患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現を目指して、国民と共に取り組んでいくことが重要である。

(2) 他の疾患等に係る対策との連携

循環器病は合併症・併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策と重なる部分がある。そのような取組については、例えば、腫瘍循環器やがんに関連した脳卒中の観点では「第4期がん対策推進基本計画」（令和5年3月閣議決定）、小児期・若年期から配慮が必要な循環器病の観点では「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」（令和5年3月閣議決定）、循環器病の発症予防や重症化予防の観点では「腎疾患対策検討会報告書（平成30年）」における関連施策と連携して取り組むこととする。

(3) 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策

今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を都道府県ごとに確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要がある。

循環器病に係る医療提供体制について、地域医療構想の実現に向けた取組である高度急性期及び急性期から回復期及び慢性期までの病床の機能の分化及び連携に取り組む。急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導などを含めた在宅医療の体制を強化するとともに、遠隔医療の体制を更に整備することで、急性期病院からの円滑な診療の流れを実現する。そのため、各病院の空床状況や収容能力、人的資源等の情報を、一元的に把握し、地域における医療資源を有効活用できる体制構築を目指す。

これらにより、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進する。なお、その際には、有事の対応を行う病院と通常診療を行う病院の役割分担が円滑に進むよう、空床状況等に関する効率的な情報共有を含む医療機関間の連携を強化する。さらに、地域の実情を踏まえ、必要に応じて行政や他の地域との協力体制の構築や、再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要である。

（４）都道府県による計画の策定

法第 11 条第 1 項において、都道府県は、基本計画を基本とするとともに、当該都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況、循環器病に関する研究の進展等を踏まえ、当該都道府県における循環器病対策の推進に関する計画（都道府県計画）を策定しなければならないこととされており、都道府県計画の策定等の際には、都道府県の協議会等に患者等が参画するなど、都道府県は関係者等の意見の聴取に努める。なお、法第 21 条第 1 項において、都道府県は、都道府県循環器病対策推進計画を策定及び変更するに当たり、都道府県循環器病対策推進協議会を置くよう努めなければならないこととされている。

法第 11 条第 3 項において、都道府県計画は、医療計画、都道府県健康増進計画、都道府県介護保険事業支援計画、消防法（昭和 23 年法律第 186 号）第 35 条の 5 第 1 項に規定する実施基準その他の法令の規定による計画等であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならないこととされており、その他の法令の規定による計画としては、社会福祉サー

ビスや障害福祉サービスとの連携の観点から、都道府県地域福祉支援計画や都道府県障害福祉計画等があげられる。

国は、都道府県における都道府県計画の作成に当たり、都道府県に対して、都道府県計画の作成手法などについて、必要な助言をし、都道府県はこれを踏まえて作成するよう努める。国は、都道府県の循環器病対策の状況を把握し、積極的に好事例の情報提供を行うなど、都道府県との情報共有に努める。

(5) 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、循環器病対策を推進する体制を適切に評価すること、各取組の着実な実施に向けて必要な財政措置を行うこと等が重要である。

一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することによって、循環器病対策の成果を上げるという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各施策の重複排除及び関係省庁間の連携強化を図るとともに、官民の役割及び費用負担の分担を図る。

(6) 基本計画の評価・見直し

法第9条第7項において、政府は、循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案し、並びに循環器病対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならないこととされている。

なお、法第11条第4項において、都道府県は、当該都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案し、並びに当該都道府県における循環器病対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、都道府県計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう努めなければならないこととされているところ、都道府県計画においても、他の計画と調和を取りつつ、基本計画に合わせて適宜評価及び見直しの検討を行うことが望まれる。

国は、計画期間全体にわたり、本基本計画の進捗状況を把握し管理するため、3年を目途に中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が、個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から、可能な限り科学的・総合的な評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとする。併せて、本基本計画の実施に当たっては、各施策の具体的な目標の設定に向けた検討を行う。また、協議会は、循環器病対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言を行うとともに、必要に応じて、検討会等を設置し議論を行うことについて検討する。

都道府県は、都道府県計画に基づく循環器病対策の進捗管理について、P D C Aサイクル²⁶に基づく改善を図り、施策に反映するよう努める。なお、その際には、ロジックモデル等のツールの活用も検討する。

²⁶ 「P D C Aサイクル」とは、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法の1つ。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善することをいう。

I 計画策定の趣旨等

- 計画策定の趣旨
令和元年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に係る対策に関する基本法」が施行され、同法に基づき令和2年10月に「循環器病対策推進基本計画」が策定されたことに伴い、本県でも「兵庫県循環器病対策推進計画」を策定し、本県の実情に応じた循環器病対策を総合的・計画的に推進していく。
- 計画期間
令和4（2022）年度～令和5（2023）年度
- 他の計画との整合性
「ひょうごビジョン2050」のめざす姿を実現する計画として、「兵庫県保健医療計画」「兵庫県健康づくり推進実施計画」「兵庫県老人福祉計画」等の諸計画との調和を図るものとする。

II 本県における循環器病の現状等

- 健康寿命の状況

	男性	女性
R1	80.49	84.76
H27	79.62	83.96
伸び(R1-H27)	0.87	0.80

[男女とも伸びている]
- 循環器病に関する県民の状況
 - (1) 県民の死因別死亡割合
がん:28.4%、心疾患:15.4%、老衰:9.2%、脳血管疾患:7.1%
[全国と同じ傾向]
 - (2) 年齢調整死亡率（人口10万対）
脳血管:男性 36.9(全国:37.8) 女性 19.1(全国:21.0)
心疾患:男性 59.4(全国:65.4) 女性 33.2(全国:34.2)
[男女とも全国平均より低い傾向]

III 全体目標

「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」

健康寿命：日常生活動作が自立している期間の平均
年齢調整死亡率：年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるよう、年齢構成を調整した死亡率

IV 個別施策

項目		現状・課題	施策の方向性
循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備		○循環器病の実態を正確かつ詳細に把握することは困難 ○データを収集・評価し、循環器対策を推進することが重要	○県内の循環器病対策を効果的に行うための調査実施等の検討 ○国等の既存データの分析及び循環器病対策への活用
1 の普及啓発 の正しい知識	(1) 循環器病の予防	栄養食生活 ○食塩摂取量は男女とも全国平均より少ないが目標値には未達 ○野菜摂取量は男女とも平均摂取量は増加傾向だが目標値には未達	○生活習慣病の発症・重症化予防など食育推進計画に基づいた食育活動の推進 ○主食・主菜・副菜のそろったバランスのよい日本型食生活の推進 等
		身体活動運動 ○歩数は男女ともに全国平均を上回るが目標値には未達 ○日常生活のなかで体を動かすことを実施していない割合が4割	○運動機器の整備や指導者の養成など運動に組みやすい環境づくりの推進 ○インターネットを活用した情報発信や健康づくりチェックツールの普及 等
		喫煙 ○喫煙率は男女ともに減少傾向 ○受動喫煙防止条例による受動喫煙対策の実施	○子ども、妊産婦等の喫煙・受動喫煙対策の推進 ○禁煙の必要性の啓発、禁煙治療等の情報提供による支援の実施 等
		飲酒 ○リスク飲酒者及び多量飲酒者の割合は増加傾向 ○男性は中高年層、女性は若～中年層を中心に高い割合	○兵庫県アルコール健康障害対策推進計画に基づいた総合的な対策の推進 ○学校教育における発達段階に応じた飲酒による健康被害の指導の充実
	歯・口腔 ○歯周病等により歯を失う人の割合は、60歳代以降から徐々に増加 ○生活習慣病や誤嚥性肺炎の発症予防など歯及び口腔の健康づくりが重要	○県民が生涯にわたり歯と口腔の健康づくりに取り組むための体制づくりの推進 ○歯・口腔の健康に関する正確な知識・情報の普及啓発	
(2) 循環器病の正しい知識の普及啓発	○危険因子等の循環器病に関する正しい知識の普及啓発が必要 ○発症時に速やかに救急要請等を行い医療機関の受診を行うことが重要	○発症時の対処法等について、SNS等を活用した情報発信 ○子どもが発達段階に応じて知識の習得し、健康的なライフスタイルを身につけるための健康教育の充実	
2 の提供体制の充実 に係る	(1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進	○循環器病の予防の観点からも早期の診断、治療介入の考え方が必要 ○特定健診受診率は年々増加傾向にあるものの全国平均より低い ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の割合は増加傾向	○市町、職域、医療保険者と連携・協働した健診受診に向けた普及啓発の強化 ○県繰入金等を活用した特定健診受診促進や健康づくりポイントの取組支援 ○がん検診との同日実施等による被用者保険被扶養者の受診促進
	(2) 救急搬送体制の整備	○地域の実情に即した救急医療体制の整備が必要 ○ドクターヘリ及びドクターカーの運用による救急搬送を実施 ○救命率向上のために病院前救護の実施が重要	○ICTを活用した循環器病医療連携ネットワークの構築の推進 ○救急医療に関する研修の実施等によるメディカルコントロール体制の充実 ○AEDの使用等、救急蘇生法の普及啓発の推進 等
	(3) 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	脳卒中 ○急性期における専門的な治療実施体制に地域偏在 ○生活機能の維持・向上のため効果的なリハビリテーションが必要 心疾患 ○急性期における専門的な治療実施体制に地域偏在 ○入院・外来リハビリテーション実施件数、退院患者平均在院日数とも全国値を上回る	○各病期に応じた切れ目のない適切な医療・リハビリテーションを実施するため、地域連携クリティカルパスの活用等による連携体制の構築 ○専門的な治療を実施できる体制整備の推進 ○発症直後から在宅療養まで関係機関による知識・情報共有による連携体制の構築 ○県民が正しい初動行動が取れるための普及啓発

項目		現状・課題	施策の方向性
2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	(4) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	○必要に応じた医療、介護及び福祉との連携が重要 ○県内各所において地域包括ケアシステムの中核的な役割を果たす地域包括支援センターを設置、運営	○在宅医療推進協議会を通じた多職種による医療連携・在宅医療の充実 ○在宅医療を担う人材の量的確保及び資質向上のための多職種研修の実施 ○ICTを活用した在宅医療・介護の情報共有の推進
	(5) リハビリテーション等の取組み	○社会復帰の観点も踏まえつつ、生活の質の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が必要 ○県内全ての圏域において脳卒中・心疾患の回復期リハビリテーションを担う医療機関を配置	○各病期の状態に応じたリハビリテーションの提供を推進 ○リハビリテーション専門職の人材確保・教育体制の充実及び医療職・介護職等を含めた多職種による連携体制の構築の推進 ○口腔機能や摂食・嚥下機能の維持改善による誤嚥性肺炎の防止
	(6) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	○患者とその家族が抱く疑問や悩み等に対応することが必要 ○兵庫県医療機関情報システムや医療安全相談センターによる情報提供・助言を実施	○既存の相談窓口が連携し、迅速かつ効果的に対応できる体制づくりの推進 ○国や関係機関等から情報を収集し、科学的根拠に基づいた情報を県民に提供
	(7) 循環器病の緩和ケア	○成人において緩和ケアを必要とする疾患別割合の第1位が循環器疾患。疾患の初期段階から継続した緩和ケアが必要 ○心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数は、全国と同水準	○多職種連携や地域連携の下、初期段階からの循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアの推進 ○切れ目ない在宅医療を提供するため、入院医療機関と在宅緩和ケアを提供できる診療所等との連携の推進
	(8) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援	○循環器病の後遺症に対する社会的理解や支援が必要 ○高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援事業等やてんかんを抱える患者への関係機関と連携した支援を実施	○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が受けられる環境整備の推進 ○高次脳機能障害の理解促進、地域の支援機関との情報共有等の推進
	(9) 治療と仕事の両立支援・就労支援	○復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障害者就労支援などとの適切な連携が必要 ○仕事と治療の両立のために各関係機関による取組みを実施	○「両立支援コーディネーター」の活用等、関係者の連携による治療と仕事の両立支援の推進 ○治療と仕事を両立支援のための各種助成金等の活用
	(10) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	○胎児期の段階を含め、小児から成人まで切れ目のない医療が受けられる体制の充実が必要 ○発育段階に応じ、患者のみならず妊婦を含む保護者に対するケアも重要	○医師会・学校医等と連携した学校健康診断等での循環器病の早期発見 ○児童生徒が安心して学校生活を送れる支援の実施 ○移行医療支援センターの設置による移行期医療支援の推進
3 循環器病に関する研究の活用及び協力	○国の研究機関等において、病態解明や治療薬等の各種研究を推進	○関係機関等からの情報や研究成果等の活用方法の検討及び県民への情報提供、研究機関等へ協力の実施	

V 循環器病の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項

- 1 計画の推進体制 …… 関係機関と相互連携を図り、一体となった取組みの推進及び関係者等の意見把握・取組みへの反映
- 2 災害時における循環器病対策 …… 災害及び新型コロナウイルス感染症等に対する医療提供体制の確保等
- 3 計画の評価・見直し …… ロジックモデル等を用いた定期的な進捗状況の把握及び評価、循環器病対策推進懇話会における循環器病対策推進に必要な事項についての協議 等

資料編

- ・脳卒中ロジックモデル及び出典一覧
- ・心血管疾患ロジックモデル及び出典一覧

兵庫県循環器病対策推進計画

令和4年4月
兵庫県

兵庫県循環器病対策推進計画 目次

I	計画の策定趣旨等	1
1	計画の策定趣旨	1
2	計画の期間	1
3	他の計画との整合性	1
II	本県の循環器病の現状等	2
1	循環器病の特徴	2
2	本県の状況	3
	(1) 健康寿命と平均寿命の状況	3
	(2) 循環器病に関する県民の状況	4
III	全体目標	5
IV	個別施策	6
	【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】	6
1	循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	6
	(1) 循環器病の予防	6
	(2) 循環器病の正しい知識の普及啓発	11
2	保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	12
	(1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進	12
	(2) 救急搬送体制の整備	14
	(3) 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	17
	(4) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	23
	(5) リハビリテーション等の取組み	24
	(6) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	25
	(7) 循環器病の緩和ケア	25
	(8) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援	26
	(9) 治療と仕事の両立支援・就労支援	26
	(10) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	27
3	循環器病に関する研究の活用及び協力	28
V	循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要 な事項	28
1	計画の推進体制	28
2	災害時における循環器病対策	28
3	計画の評価・見直し	29

I 計画の策定趣旨等

1 計画の策定趣旨

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、本県はもとより、全国における主要な死亡及び介護を要する状態となる原因となっています。循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血など）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞など）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤など）、末梢血管疾患、肺血栓塞栓症、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ています。

令和2年の人口動態統計によると、本県の死因順位別では、1位「悪性新生物(28.4%)」、2位「心疾患(15.4%)」、3位「老衰(9.2%)」、4位「脳血管疾患(7.1%)」であり、「心疾患」及び「脳血管疾患」はいずれも死亡原因の上位を占めています。また、令和元年の国民生活基礎調査（厚生労働省）によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、全国で「脳血管疾患(16.1%)」、「心疾患(4.5%)」であり、両者を合わせると20.6%と最多になっています。

こうした現状を鑑み、誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、「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。）」が平成30年12月に成立し、令和元年12月に施行されました。また、令和2年10月に策定された国の循環器病対策の基本的な方向性について明らかにする「循環器病対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）」において、都道府県は基本計画を基本に都道府県における循環器病対策の推進に関する計画を策定しなければならないとされています。

これらの状況を踏まえ、基本法第11条に基づき「兵庫県循環器病対策推進計画（以下「県推進計画」という。）」を策定し、本県の実情に応じた循環器病対策を総合的・計画的に推進していきます。

2 計画の期間

令和4年度から令和5年度までとします。それ以降は、少なくとも6年ごとに検討を加え、必要に応じ見直していきます。

3 他の計画との整合性

県推進計画は、国基本計画に基づくほか、県政の基本指針である「ひょうごビジョン2050」のめざす姿を実現する計画の一つとして策定するものであり、「兵庫県保健医療計画」、「兵庫県健康づくり推進実施計画」、「兵庫県老人福祉計画」な

どの諸計画と整合を図りながら推進していきます。

県推進計画と関連する諸計画の位置づけ

		R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
国	循環器病対策推進基本計画	R2～R4年度			R5年度～
県	兵庫県循環器病対策推進計画	R4～R5年度			
関連計画	兵庫県保健医療計画	H30～R5年度			
	兵庫県健康づくり推進実施計画	H30～R4年度			R5～R9年度
	兵庫県老人福祉計画	H30～R2年度	R3～R5年度		

Ⅱ 本県における循環器病の現状等

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）と比べても患者の年齢層は高くなっています。他方で、乳幼児期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症することから、ライフステージにあった対策を考えていくことが求められます。

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、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・要介護状態へと進行しますが、患者自身が気付かない間に病気が進行することも多くあります。これらの経過のうち、いずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な治療によって予防・進行抑制が可能であるという側面もあります。

また、循環器病には、生活習慣にかかわらず、先天性疾患、遺伝性疾患、感染性疾患、加齢などを原因とする疾患等、様々な病態が存在します。

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。たとえ死に至らない場合でも、特に脳卒中においては重度の後遺症を残すことも多くあり、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。

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を来しやすいといった特徴もあります。また、脳血管疾患と心疾患の両方に罹患することもある等、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 本県の状況

(1) 健康寿命と平均寿命の状況

本県の健康寿命及び平均寿命は、平成27年から令和元年にかけ、男女ともに延びており、令和元年の本県の健康寿命については、男性が80.49年、女性が84.76年となっています。また、2次保健医療圏域別では、男性では最大で2.24年（阪神北81.03、淡路78.79）、女性では最大で1.11年（阪神北84.60、西播磨83.49）の差が生じています。

兵庫県の健康寿命・平均寿命の推移（県基準）

	H27年		R1年		差（R1－H27）	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
健康寿命	79.62	83.96	80.49	84.76	0.87	0.80
平均寿命	81.06	87.15	81.97	87.96	0.91	0.81

資料：兵庫県調査

県内の2次保健医療圏域別の健康寿命（平成27年）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
男性	79.62	79.63	81.03	79.43	79.85	78.84	78.85	78.96	79.22	78.79	79.62
女性	83.93	83.93	84.60	83.74	84.13	83.55	83.49	84.51	84.20	83.87	83.96

資料：兵庫県「健康づくり推進実施計画（第2次）」

【参考】

本県では「健康寿命」を、日常生活動作が自立している状態を「健康」としており、介護保険情報の要介護1以下の割合から独自に算出しています。（算出方法は厚生労働省算定プログラムに準拠。）また、平均寿命についても、同プログラムにより「健康寿命」とあわせて独自に算出しています。

なお、国が公表している「日常生活に制限のない期間の平均」による健康寿命、及び5年毎に公表している「都道府県別生命表」による平均寿命については下表のとおりです。

兵庫県及び全国の健康寿命と平均寿命（国基準）

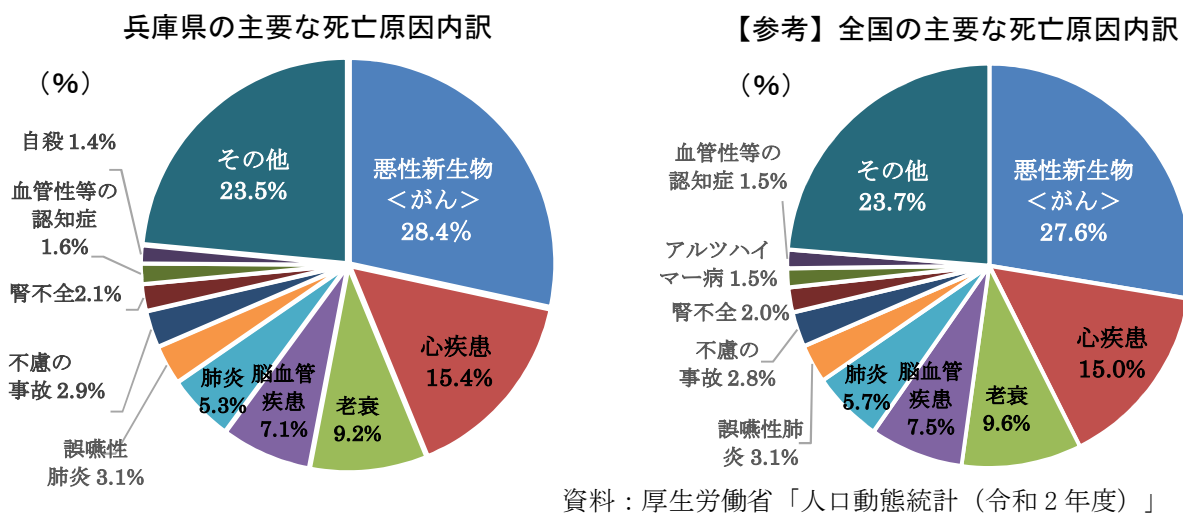
区分	兵庫県		全国	
	男	女	男	女
健康寿命（R1年） （日常生活に制限のない期間の平均）	72.48	75.50	72.68	75.38
平均寿命（H27年）	80.92	87.07	80.77	87.01

資料：健康寿命：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」、平均寿命：厚生労働省「都道府県生命表」

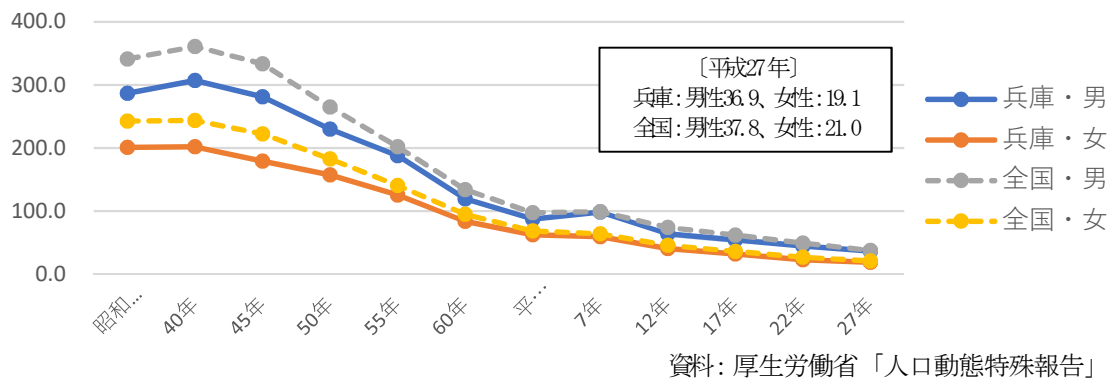
(2) 循環器病に関する県民の状況

本県における令和元年の死亡原因については、心疾患が悪性新生物（がん）に次いで全体の第2位、脳血管疾患が第4位となっており、循環器病の疾患による死亡が全体の22.5%を占めており、全国と同じ傾向にあります。

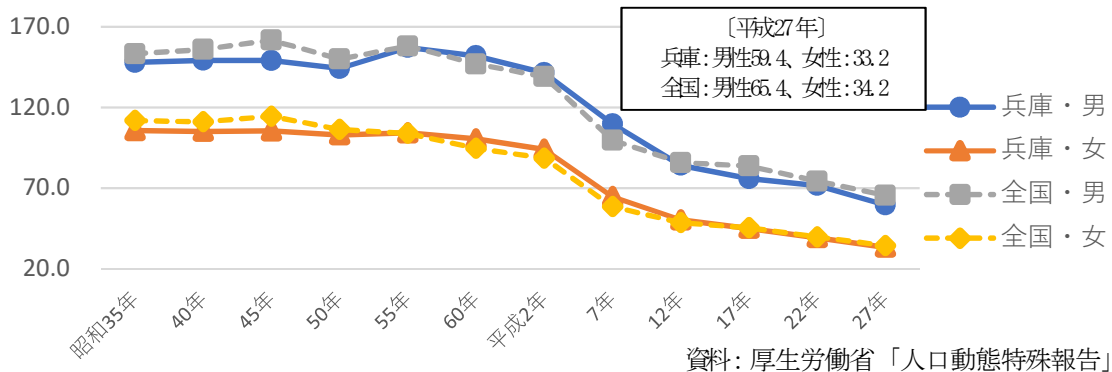
また、脳血管疾患の年齢調整死亡率は、全国と同様に減少傾向にあり、男女ともに全国平均より低い傾向にあります。心疾患の年齢調整死亡率は、全国と同様に平成2年以降は減少傾向にあり、平成12年以降は男性は全国平均を下回り、女性は全国平均と同水準で推移しています。



兵庫県及び全国の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）



兵庫県及び全国の心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）



年齢調整死亡率：年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるよう、年齢構成を調整した死亡率

【参考】

医療費の状況

令和元年度版「国民医療費」(厚生労働省)の概要によると、全国の傷病分類別医科診療医療費31兆9,583億円のうち、循環器系の疾患が占める割合は6兆1,369億円で全体の19.2%と最も多く、性別で見ても、男性が20.7%、女性が17.8%でともに最も多くなっています。また、65歳未満では新生物(腫瘍)が1兆6,098億円(13.7%)で最も多いのに対し、65歳以上では循環器系の疾患が4兆8,828億円(24.1%)と最も多くなっています。

分類別に見ると、男性では心疾患、女性では高血圧性疾患の割合が最も高くなっています。

医科診療医療費構成割合(全国)

	男性	女性
循環器系の疾患	20.7%	17.8%
高血圧性疾患	5.1%	5.8%
心疾患(高血圧性のものを除く)	7.8%	5.3%
虚血性心疾患	3.1%	1.3%
脳血管疾患	5.9%	5.5%

資料: 厚生労働省「国民医療費(令和元年度)」

Ⅲ 全体目標

国の基本計画を踏まえ、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指します。

【参考】

兵庫県保健医療計画 数値目標

目標	現状値	目標値(達成年度)
脳血管疾患による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 36.9(H27)	現状値より減少(R2)
	女性 19.1(H27)	現状値より減少(R2)
急性心筋梗塞による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 18.5(H27)	現状値より減少(R2)
	女性 7.6(H27)	現状値より減少(R2)

IV 個別施策

IIIで定めた全体目標を達成するため、以下に掲げる個別施策を実施します。

【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】

現状と課題

循環器病は、患者数が膨大な数に及ぶことや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等から、実態を正確かつ詳細に把握することが難しく、また、予防のための対策や様々な治療法の有効性を評価するために十分なデータを収集することも難しいものとなっています。他方で、循環器病の罹患状況や診療内容について、データを収集し、データに基づく評価を実施することは、科学的根拠に基づいた政策を立案し循環器病対策を効果的に推進する点からも重要です。

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く、また、がん等の合併症として、血栓症や心不全を合併する場合もあり、幅広い診療情報の収集などが求められています。

本県では、県内の全病院を対象に、医療提供機能及び体制の状況等を把握するため「医療施設実態調査」を実施しており、同調査により、脳卒中・急性心筋梗塞についての詳細な情報を収集しています。

施策の方向性

- ・ 国が医療機関、関係学会等と連携し、診療情報の収集・活用を目的に構築する公的な枠組みを活用するとともに、大学や医療機関等と連携し、県内の循環器病対策を効果的に行うための調査の実施等を検討します。
- ・ 循環器病にかかる診療実態について、DPCデータ、NDBデータ、医療施設実態調査等の既存データを用いた分析を行い、循環器病対策の推進に活用します。

1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

(1) 循環器病の予防

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、生活習慣病の予備軍、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・要介護状態へと進行しますが、いずれの段階においても、生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があり、循環器病の発症予防、再発予防及び重症化予防として、生活習慣の改善が重要であると言えます。

① 栄養・食生活

現状と課題

本県の1日あたり食塩摂取量（20歳以上）は、男性が10.3g、女性が9.0gとなっており、男女とも全国平均より少なく減少傾向にありますが、「兵庫県健康づくり推進実施計画（第2次）」で定める目標値8.0gを超えています。

また、1日あたりの野菜摂取量（20歳以上）は、男性が286.0g、女性が266.3gとなっており、男女とも平均摂取量は増加傾向にあるものの、目標値350gに達していない状況です。

食塩摂取量・野菜摂取量の状況 (g)

1日あたり摂取平均値		H15年		H20年		H28年	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性
食塩摂取量 (20歳以上)	兵庫県	11.6	10.4	10.8	9.3	10.3	9.0
	全国	12.7	10.9	11.9	10.1	10.8	9.2
野菜摂取量 (20歳以上)	兵庫県	261.2	264.1	237.9	252.1	286.0	266.3
	全国	300.0	287.7	303.5	288.2	284.0	270.0

資料：全国「国民健康・栄養調査」、兵庫県「ひょうご食生活実態調査」

施策の方向性

- ・子どもとその親、若い世代の食に関する知識等の向上を図るとともに、生活習慣病の発症・重症化予防につながる食生活の実践や、健康に役立つ食事が選択できる食環境づくりなど、「食育推進計画（第4次）」を踏まえた食育活動に取り組めます。
- ・「ひょうご“食の健康”運動」の展開による主食・主菜・副菜のそろったバランスのよい日本型食生活を推進します。
- ・運動習慣、歯及び口腔等の食と関連の深い分野の取り組みや、関連部局や団体の取り組みとの連携を強化します。

② 身体活動・運動

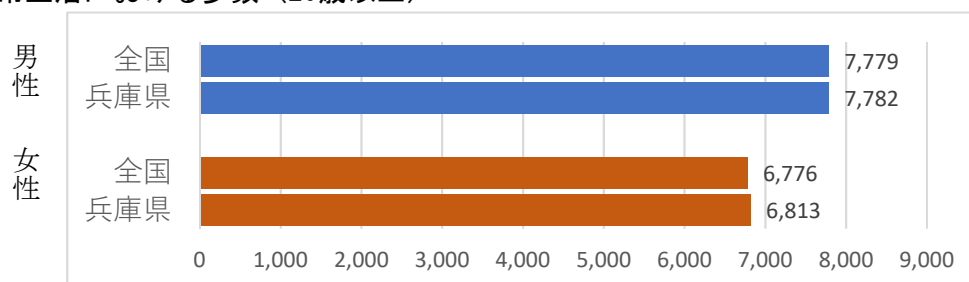
現状と課題

身体活動には生活習慣病に至るリスクの軽減や高齢者のフレイルを予防する効果があり、身体活動不足が世界的に問題視されています。また、長時間座り続けることで血流や筋肉の代謝が低下し、健康に害を及ぼす危険性が指摘されています。

本県の日常生活における歩数は、男性が7,782歩、女性が6,813歩と男女ともに全国平均を上回っていますが、「兵庫県健康づくり推進実施計画（第2次）」で定める目標値男性9,000歩以上、女性8,500歩以上には達していません。

また、日常生活のなかで体を動かすこと（生活活動）について、「実行していない」、「十分に実行していない」と回答した人の割合が約4割となっており、循環器病の危険因子となる肥満やメタボリックシンドロームを防止するためにも、身体活動・運動の定着を図る取り組みを推進する必要があります。

日常生活における歩数（20歳以上）



資料：「国民健康・栄養調査（平成28年度）」

平成28年度兵庫県健康づくり実態調査結果

〈問い〉 日常生活の中で、体を動かすこと（生活活動）実行していますか。		
1	実行していて、十分に習慣化している	… 37.1%
2	実行しているが、まだ習慣化していない	… 20.4%
3	実行しようと努力しているが、十分に実行していない	… 25.4%
4	実行していないが、実行しようと考えている	… 10.1%
5	実行していないし、実行しようとも考えていない	… 5.0%
6	無回答	… 2.0%

施策の方向性

- ・運動に取り組みやすい環境づくりのため、健康づくりや運動の機器整備の支援などの環境整備、健康づくりリーダーの養成、指導人材の派遣、健康スポーツ医など専門職との連携などを進めます。
- ・県民がライフステージやライフスタイルに応じて気軽に健康づくりに取り組めるよう、インターネットを活用した情報発信やスマートフォンなど携帯端末にも対応した健康づくりチェックツールの普及等を図ります。
- ・関係団体との連携のもと「フレイル予防・改善プログラム」を作成し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施などの活用を促進するとともに、県民に対するフレイルの認知度と予防・改善方法の普及啓発等、高齢者のフレイル対策に取り組みます。

③ 喫煙

現状と課題

がん、脳血管疾患、心臓病等の生活習慣病等の発症の要因にたばこが深く関わっており、人の健康に悪影響を及ぼすことが科学的に明らかとなっています。

本県における喫煙率は、平成25年から令和元年にかけて、男性は31.2%から25.7%、女性は8.7%から6.7%に減少しており、全国値と比べそれぞれ低い状況です。

また、受動喫煙対策として、平成25年4月から受動喫煙防止条例を施行して対策を進めており、平成30年度には改正健康増進法も踏まえて同条例を改正し、敷地内禁煙や建物内禁煙などの対策を講じるとともに、喫煙場所を設置する場合は20歳未満の者及び妊婦の立ち入りが禁止されている旨等を表示するなどの対策強化を図っています。

喫煙している人の割合（20歳以上）

区 分		H25年	R1年
兵庫県	男	31.2%	25.7%
	女	8.7%	6.7%
	計	19.2%	15.6%
全 国	男	33.7%	28.8%
	女	10.7%	8.8%
	計	21.6%	18.3%

資料：「国民生活基礎調査」

調査前1ヶ月間に受動喫煙を1回でも経験した人の割合（受動喫煙の有無）

区 分	H23年			H28年		
	男 性	女 性	総 数	男 性	女 性	総 数
職場	46.6%	19.3%	30.9%	38.8%	15.6%	24.8%
飲食店	51.3%	38.4%	43.9%	48.1%	37.8%	42.0%
ゲームセンター、競馬場	13.9%	3.2%	7.8%	10.6%	3.0%	6.0%
行政機関	11.0%	10.7%	10.8%	6.1%	3.2%	4.5%
医療機関				5.1%	4.4%	4.6%
公共交通機関	17.6%	23.0%	20.6%	13.4%	16.7%	15.3%
家庭	15.3%	24.0%	20.2%	11.2%	19.4%	16.0%

資料：兵庫県「健康づくり実態調査（平成28年度）」

施策の方向性

- ・子ども、妊産婦等の喫煙・受動喫煙対策のため、健康被害等に関する知識の普及啓発を図るとともに、私的空間も含めた受動喫煙のない快適な生活環境づくりを推進します。
- ・喫煙者に対して禁煙の必要性、禁煙治療の情報提供を行うなど、喫煙をやめたい人への禁煙支援の取組みを充実させるとともに、子どもがたばこの悪影響を具体的に認識し、自ら健康のために行動できる力を育む取組みを強化します。
- ・「受動喫煙防止条例」に基づき、不特定又は多数の人が出入りする施設の喫煙環境表示を推進するとともに、施設管理者に対して条例の規制や受動喫煙による健康被害について周知し、受動喫煙対策を講じる施設や県民からの相談に対応します。

④ 飲酒

現状と課題

本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人の割合」及び「多量に飲酒する人の割合」の割合は、平成28年は平成23年と比較して男女とも増加しており、年代別にみると、男性は中高年層、女性は若～中年層を中心に割合が高い傾向にあります。地域別では、リスク飲酒者は阪神南（16.2%）、阪神北（12.9%）、神戸（12.3%）の順に高くなっており、多量飲酒者は東播磨（5.1%）阪神南（4.8%）、神戸（4.1%）の順に高くなっています。

多量に飲酒する者及び生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者の割合

項目		H23年	H28年
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合の減少	男性	12.4%	14.5%
	女性	6.0%	10.3%
多量に飲酒する人の割合	男性	2.3%	5.3%
	女性	0.3%	2.6%

資料：兵庫県「健康づくり実態調査（平成28年度）」

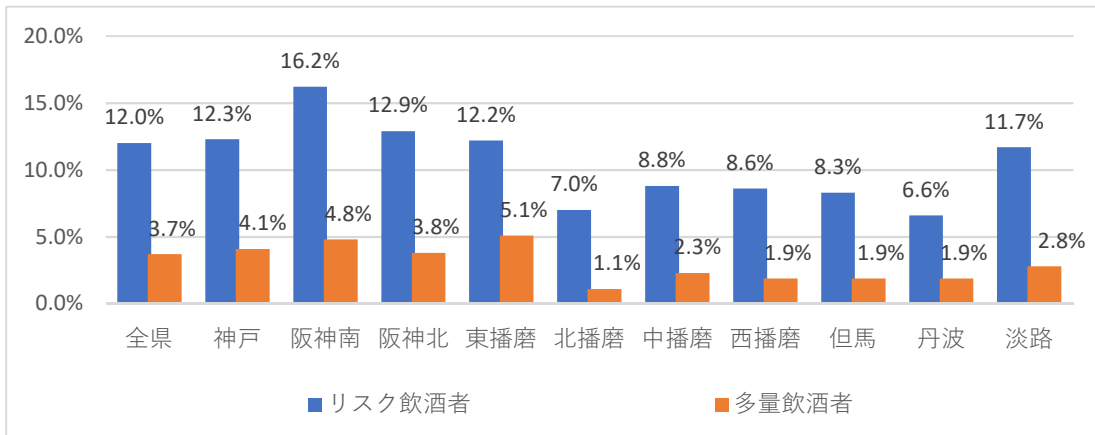
生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者及び多量飲酒者の割合（年代別）

リスク飲酒者		20代	30代	40代	50代	60代	70代	80歳以上
男性	H23	3.4%	10.0%	17.6%	16.1%	17.0%	8.6%	4.9%
	H28	5.5%	12.0%	20.7%	20.5%	18.2%	7.6%	3.8%
女性	H23	2.9%	8.1%	10.1%	9.8%	3.8%	2.1%	0.0%
	H28	15.1%	12.7%	21.4%	11.3%	6.0%	2.4%	3.4%

多量飲酒者		20代	30代	40代	50代	60代	70代	80歳以上
男性	H23	0.7%	4.8%	1.2%	2.8%	2.8%	0.9%	3.3%
	H28	5.1%	7.1%	10.4%	7.0%	4.7%	1.5%	0.0%
女性	H23	0.5%	0.0%	0.2%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%
	H28	5.7%	2.0%	7.9%	2.5%	0.0%	0.9%	0.0%

資料：兵庫県「健康づくり実態調査（平成28年度）」

地域別の生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者及び多量飲酒者の割合



資料：兵庫県「健康づくり実態調査（平成28年度）」

施策の方向性

- ・「兵庫県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、飲酒についての正しい知識の啓発や、早期介入と治療の促進などのアルコール健康障害対策を総合的に推進します。
- ・未成年からの飲酒による健康被害に関する正しい知識を理解させるため、学校教育において発達段階に応じた指導の充実を図ります。

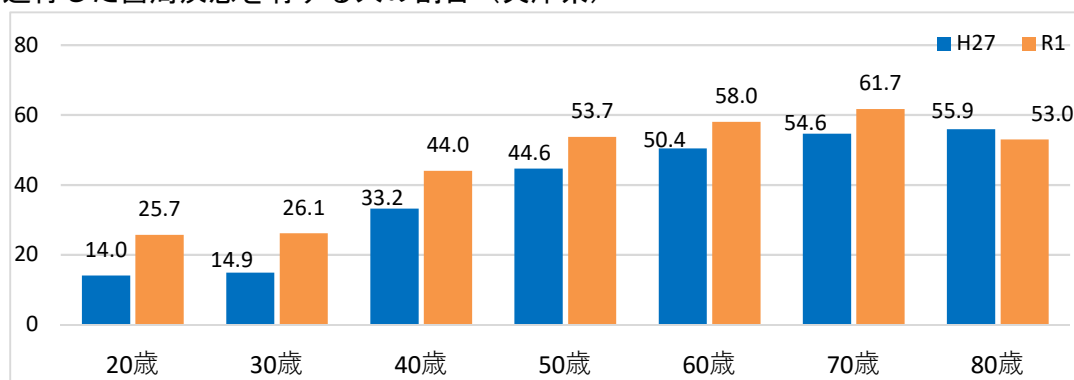
⑤ 歯・口腔

現状と課題

歯を失う大きな原因であるむし歯と歯周病は、日頃のセルフケアや定期的な歯科健診受診により予防が可能です。なかでも歯周病は、糖尿病や脳梗塞、心疾患などの生活習慣病や、誤嚥性肺炎の発症など全身の健康の保持増進に関わっていることが明らかになっているため、歯及び口腔の健康づくりの重要性が高まっています。

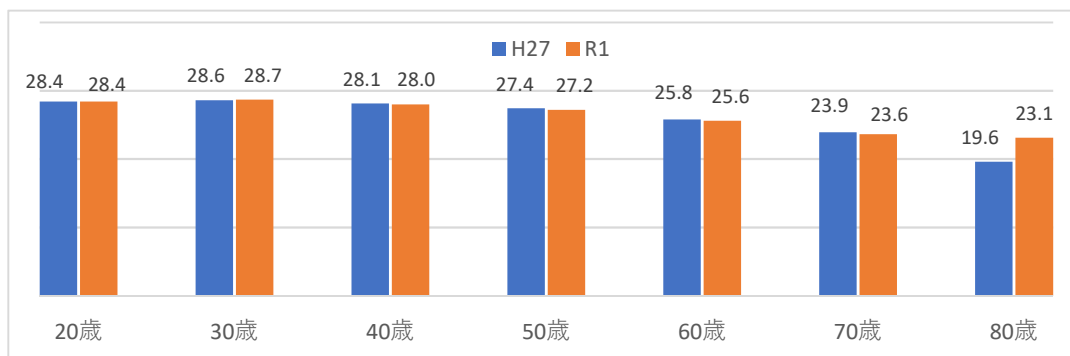
なお、本県において定期的に歯科検診を受診している人の状況は、どの年代も低い水準にあり、60～70歳代以降はさらに低下しています。

進行した歯周疾患を有する人の割合（兵庫県）



資料：兵庫県調査

定期的な歯科健診の受診状況（兵庫県）



資料：兵庫県調査

施策の方向性

- 一人ひとりが歯と口腔の健康づくりの必要性を理解し、定期的な歯科の健診受診など健康的な歯科保健行動が実践できる機会を増やすとともに、全ての県民が生涯にわたり歯と口腔の健康づくりに取り組むための体制づくりに努めます。
- 8020運動をさらに推進し、歯と口腔の健康に関する最新の正確な知識・情報を県全体に広く啓発します。
- 学校における健康教育等の機会を通じて、子どもとその保護者に、適切な食生活習慣の定着やむし歯予防の推進を図るとともに、歯科健診後の歯科受診促進や治療体制の強化など教育機関と歯科医療関係者の連携した取組みを支援します。

（2）循環器病の正しい知識の普及啓発

現状と課題

循環器病のリスクの中で高血圧が占める割合が高く、普段から自身の血圧を把握することは重要です。また、夏季では熱中症、冬季では入浴時などの急激な温度差によって引き起こされるヒートショック等の危険因子があります。

また、適切な治療を受けられなければ予後に悪影響を及ぼす可能性の高い循環器病もあり、例えば、心房細動やその他弁膜症等は、脳卒中や心不全の発症及び増悪にも影響を与え、下肢末梢動脈疾患は、治療が遅れると下肢の切断に至る場合もあり、予後の悪化につながります。

県民が適切に循環器病の予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うことができるようにするためには、まずは、これらの循環器病に関する正しい知識の普及啓発が必要です。あわせて、後遺症についても県民が正しく理解する必要があります。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を改善できる可能性があるため、患者やその家族等が、循環器病の発症を認識したうえで、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になります。

施策の方向性

- ・循環器病に関する正しい知識の普及啓発を行うため、循環器病の症状、重症化予防、発症時の対処法等について、従来の広報に加え、SNS等を活用した情報発信に取り組めます。
- ・子どもが発達段階に応じて知識を習得し、健康的なライフスタイルを身につけるための健康教育（保健学習、保健指導）の充実を図ります。

2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

現状と課題

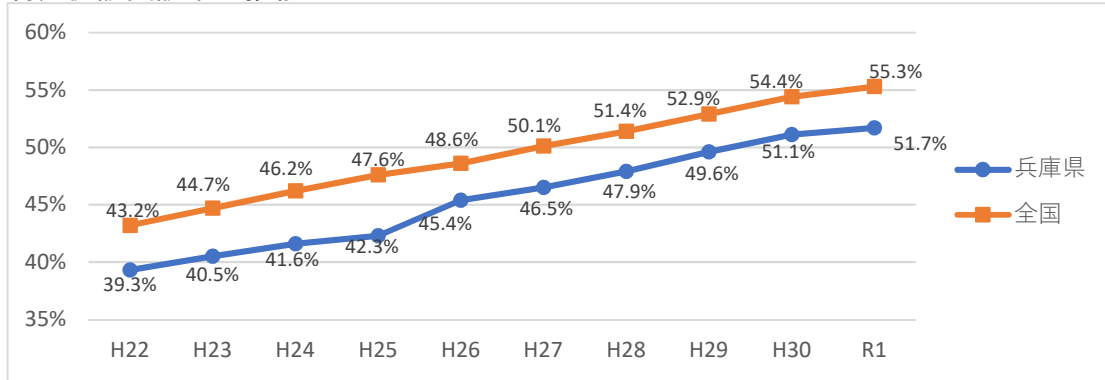
循環器病の多くは、不健康な生活習慣の継続等に端を発して発症するものであり、その経過は、生活習慣病予備群、生活習慣病発症、重症化・合併症発症、生活機能の低下・要介護状態の順に進行していきます。そのため、予防の観点からも、循環器病の早期の診断・治療介入の考え方が必要です。

生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導に、40歳以上75歳未満の者が対象となる特定健康診査・特定保健指導等があります。

本県における特定健診の受診率は、年々増加傾向にあるものの、いずれの年も全国平均より低く、「兵庫県健康づくり推進実施計画」で定める目標値70%に対し51.7%という状況です。また、特定保健指導実施率についても同様に全国平均より低く、目標値45%に対し20.1%という状況です。

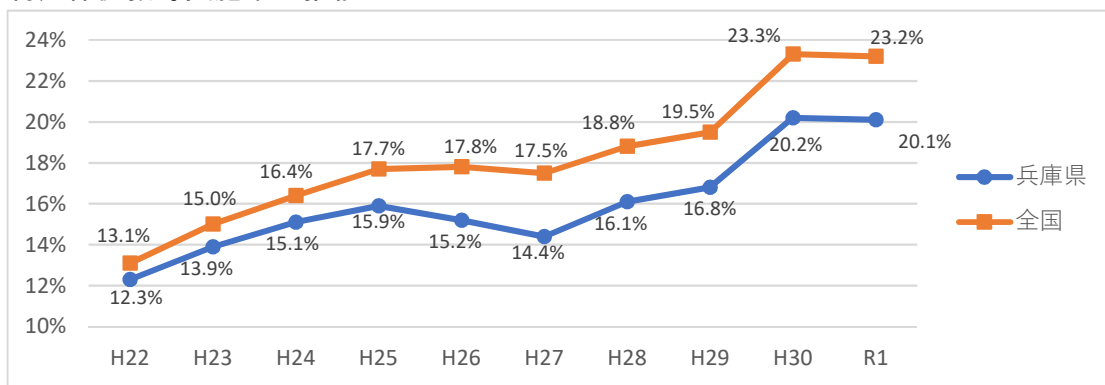
循環器病を発症しやすいといわれるメタボリックシンドローム（内蔵脂肪症候群）の該当者及び予備軍の割合は増加傾向にあり、該当者は男性の方が割合が高く、男女とも年齢が高くなるにつれ高まる傾向にあります。

特定健診受診率の推移



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

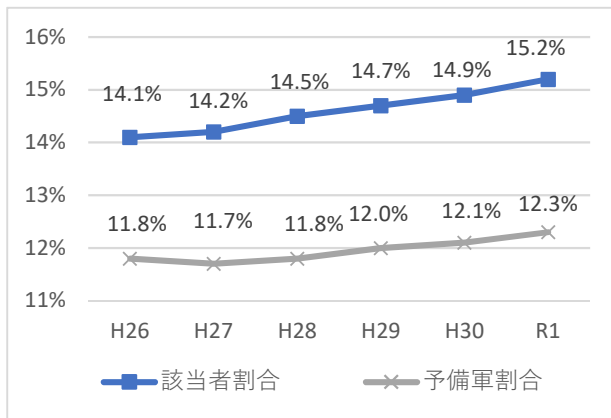
特定保健指導実施率の推移



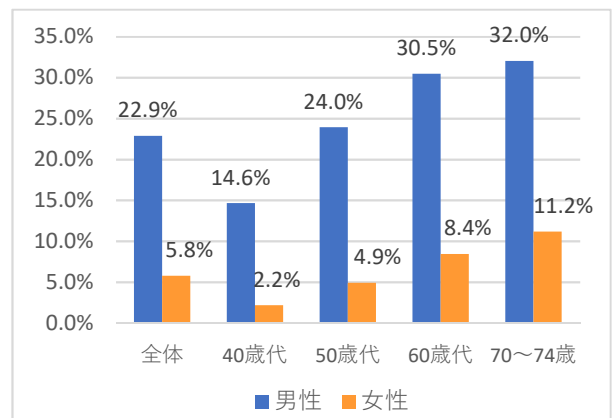
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

メタボリックシンドロームの該当者等の状況（兵庫県）

該当者等割合の推移



該当者割合(男女別・年代別)(令和元年度)



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

圏域別の特定健診受診率・特定保健指導実施率

圏域	特定健診受診率			特定保健指導実施率		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	修了者数	実施率
神戸	216,940	61,905	28.5%	6,923	1,051	15.2%
阪神南	136,417	42,778	31.4%	4,491	1,556	34.6%
阪神北	100,344	33,165	33.1%	3,501	791	22.6%
東播磨	105,402	27,767	26.3%	3,196	705	22.1%
北播磨	41,578	12,766	30.7%	1,609	606	37.7%
中播磨	81,763	27,817	34.0%	3,420	423	12.4%
西播磨	41,695	14,027	33.6%	1,556	801	51.5%
但馬	27,927	10,976	39.3%	1,259	610	48.5%
丹波	16,552	4,987	30.1%	605	303	50.1%
淡路	26,469	9,450	35.7%	1,112	573	51.5%
全県	856,092	264,970	31.0%	31,570	7,549	23.9%

※集計対象は国保加入者のみ 資料：兵庫県「特定健診・保健指導法定報告値（令和2年度）」

施策の方向性

- ・市町や職域、医療保険者と連携・協働し、特定健診受診の必要性の理解促進など受診促進に向けた普及啓発を強化するとともに、市町の保健事業の取組み促進や企業・団体による従業員・職員の健康づくりの取組みなどを支援します。
- ・国民健康保険事業特別会計への県繰入金等を活用した特定健診の受診促進や住民自らの健康づくりにインセンティブを付与する取組み（ポイント制度等）への支援を行います。
- ・特定健診受診向上のため、がん検診との同日実施や居住市町への委託実施などによる被用者保険被扶養者の受診促進を進めます。

（２）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疾患です。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。

① 救急搬送

本県は、日本のほぼ中央に位置し、全国第12位の広大な面積を持ち、北は日本海に面し、南は瀬戸内海から淡路島を介して太平洋へと続いています。大都市から農山村、離島までさまざまな地域で構成される本県は、「日本の縮図」と言われています。

そのため、地域毎に医療資源、医療機関へのアクセス状況等が異なることから、地域の医療資源を効果的に活用し、地域の実情に即した救急搬送体制の整備を行う必要があります。

救急搬送に関しては、早期に治療を開始し、患者を医療機関に搬送することを目的とするドクターカーを県内救命救急センターで運用しているほか、ドクターヘリについては、消防防災ヘリも活用し出動回数は年間2,000件を超えています。

本県における入電から現場到着までの所要時間は8.3分で、入電から医師引継ぎまでに要した時間は36.6分といずれも全国平均より短い時間となっていますが、地域により差があります。また、急病にかかる疾病分類別の搬送数は、脳疾患が13,077人、心疾患等が19,326人と両疾患で全体の18.8%を占めています。

救急搬送に要した時間の推移

	兵庫県		全国	
	H30年	R1年	H30年	R1年
入電から現場到着までの所要時間	8.3分	8.3分	8.7分	8.7分
入電から医師引継ぎまでに要した時間	36.6分	36.6分	39.5分	39.5分

資料：総務省消防庁「救急・救助の現況（令和2年度）」

現場到着所要時間（令和元年）

消防本部名	平均(分)	消防本部名	平均(分)	消防本部名	平均(分)
神戸市	8.9	加古川市	8.1	丹波篠山市	10.9
姫路市	8.5	赤穂市	8.2	丹波市	10.2
尼崎市	7.9	宝塚市	7.5	猪名川町	8.1
明石市	7.7	三木市	8.3	淡路	10.6
西宮市	7.4	高砂市	6.6	美方広域	11.3
芦屋市	6.2	川西市	7.4	南但	10.7
伊丹市	7.2	小野市	6.7	北はりま	8.6
豊岡市	8.9	三田市	8.4	西はりま	8.6

資料：兵庫県「消防防災年報（令和2年度）」

収容所要時間（令和元年）

消防本部名	平均(分)	消防本部名	平均(分)	消防本部名	平均(分)
神戸市	35.6	加古川市	31.8	丹波篠山市	46.4
姫路市	38.9	赤穂市	36.3	丹波市	42.7
尼崎市	33.5	宝塚市	36.9	猪名川町	45.6
明石市	36.4	三木市	39.2	淡路	42.3
西宮市	33.8	高砂市	31.7	美方広域	52.3
芦屋市	33.4	川西市	39.5	南但	48.1
伊丹市	33.7	小野市	37.4	北はりま	42.7
豊岡市	33.0	三田市	40.2	西はりま	45.8

資料：兵庫県「消防防災年報（令和2年度）」

急病に係る疾病分類別傷病程度別搬送人員（兵庫県）（令和元年）

区分	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	42	903	28	52	1,167	2,192
重症	2,142	2,064	565	823	3,275	8,869
中等症	8,795	8,599	8,554	11,197	34,659	71,804
軽症	2,098	7,760	10,834	9,534	59,538	89,764
その他	0	0	0	0	1	1
計	13,077	19,326	19,981	21,606	98,640	172,630

資料：兵庫県「消防防災年報（令和2年度）」

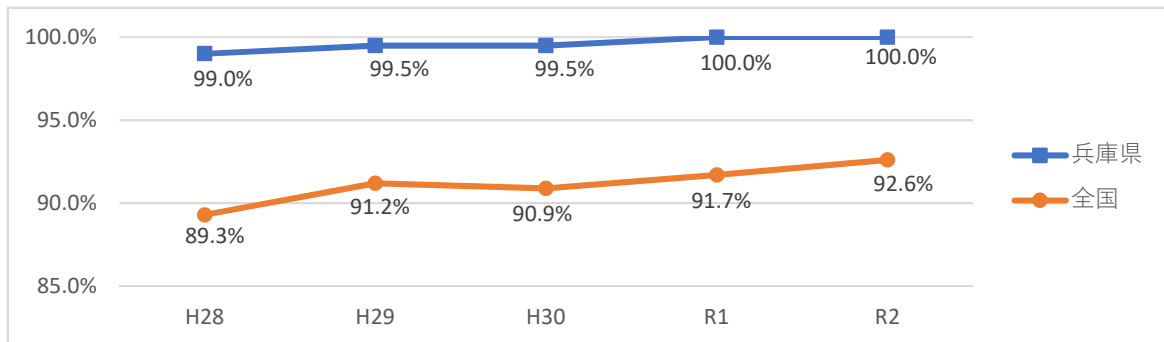
② 病院前救護（プレホスピタル・ケア）

救命率の向上を図るためには、心肺蘇生やAED（自動体外式除細動器）の使用、救急救命士による救命措置などが重要となります。

県内の24消防本部で、医師の指示の下で救急救命措置を行うことができる1,302名（令和2年4月1日現在）の救急救命士が配置されています。なお、本県の救急救命士の常時運用率は高い割合で推移しており全国平均を上回っています。

また、県内5地域に地域メディカルコントロール協議会を設置し、①救急救命士らへの医師の指示、指導・助言体制の構築、②救急活動の事後検証体制の構築、③救急救命士の再教育体制の充実を柱とするメディカルコントロール体制を整備するとともに、救急活動プロトコルを策定し、このプロトコルに基づき救急救命士が救急活動を実施しています。

救急隊の救急救命士の常時運用率の推移



資料：総務省消防庁「救急・救助の現況」

施策の方向性

- ・ 広大な面積を有する本県における救急医療等の均てん化を促進するため、ICTを活用した遠隔画像データなどの患者情報の共有を行う循環器病医療連携ネットワークの構築を推進します。
- ・ ドクターヘリについては、関西広域連合による取組み等と引き続き連携し、県全域をカバーするとともに、県下の救命救急センター等を中心にドクターカーの導入を促進するなど、救急搬送体制の充実を図ります。

- ・救急救命士の新規養成及び資質向上に努めるとともに、消防と救急医療機関の連携強化や救急医療を担う医師等の質の標準化を図るための研修の実施など、メディカルコントロール体制の充実を図ります。
- ・AEDの使用を含めた応急手当についての講習会を開催する等、救急蘇生法の普及啓発を推進します。

(3) 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

医療及び介護に係るサービスの需要増大及び多様化に対応し続けるためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制を構築する必要があります。

① 脳卒中の医療提供体制

現状と課題

ア. 急性期医療について

本県では、県内を7ブロックに分け、救命救急センター等を12病院に設置しているほか、脳卒中圏域として9ブロックに設定し、47病院で脳卒中の急性期医療を担っています。また、14病院で急性期脳卒中患者の集中治療室である脳卒中ケアユニット（SCU）を有していますが、地域による偏在があります。

脳梗塞においては、血栓溶解療法（t-PA）や血栓回収療法を早期に行うことで、予後の改善につながることを示されています。また、くも膜下出血においては、脳動脈瘤クリッピング術や脳動脈瘤コイル塞栓術による再出血防止が極めて重要になります。脳梗塞における血栓溶解療法（t-PA）が実施可能な医療機関数は県内73カ所、血栓回収療法が実施可能な医療機関数は県内47カ所あります。実施件数については、血栓溶解療法（t-PA）が697件、また、血栓回収療法等については、664件となっています。

【参考】

本県では、従来、神戸、阪神南、阪神北、東播磨、北播磨、中播磨、西播磨、但馬、丹波、淡路の10地域を2次保健医療圏域として設定していましたが、平成30年度からは、中播磨・西播磨を「播磨姫路圏域」として、阪神北・阪神南を「阪神圏域」として統合し、8圏域体制としています。なお、脳卒中圏域及び心血管疾患圏域では、阪神北地域と丹波地域を1圏域として設定しています。

脳卒中の急性期医療の機能を有する医療機関

神戸	阪神南	阪神北 丹波	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	淡路	全県
11	9	7	5	2	8	2	1	2	47

資料：兵庫県医療施設実態調査（平成29年3月）及びその後の病院からの報告により作成

脳卒中の急性期医療を担う医療機関の選定条件

- i) 検査（X線検査、CT検査、MRI（拡散強調画像）、血管連続撮影）が24時間実施可能
- ii) 適応がある症例では超急性期に血栓回収療法等が24時間当直体制で実施可能
- iii) 血栓溶解療法（t-PA）が24時間実施可能
- iv) 外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始（24時間対応）
- v) 急性期リハビリテーションの実施

血栓溶解療法（t-PA）及び血栓回収療法等の実施可能病院数

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
血栓溶解療法（t-PA）	18	20	10	5	15	2	1	2	73
血栓回収療法	13	14	5	3	9	1	0	2	47

資料：医療機能情報（令和3年）

脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法及び血栓回収療法等の実施件数

		神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
血栓溶解療法（t-PA）	算定回数	206	233	112	48	68	17	0	13	697
	人口10万人対	13.4	13.3	15.6	17.6	8.1	10.0	0	9.6	12.6
血栓回収療法等	算定回数	160	195	123	62	81	32	0	11	664
	人口10万人対	10.4	11.1	17.2	22.2	9.6	18.8	0	8.1	12.0

資料：厚生労働省「NDBデータ（平成30年）」

血栓溶解療法（t-PA）：血管閉塞の原因となった血栓を溶解する薬剤である組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）を投薬し、閉塞血管を再開通させる治療法のこと。

血栓回収療法：特殊なカテーテルと吸引装置を使用して血栓を除去して血流の再開を得る血管内手術のこと

SCUを有する病院数

神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
4	5	2	1	2	0	0	0	14

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準（令和2年）」

イ. 回復期・維持期医療について

回復期においては、身体機能の早期改善と残存機能の維持・向上のため、維持期においては、生活機能の維持・向上のため、効果的なリハビリテーションが必要とされています。

本県における脳卒中の回復期医療を担う医療機関は98カ所あり、全ての脳卒中圏域にあります。また、脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数は4,618,152件であり、算定回数(人口10万人)では対全国値を上回っており、日常生活動作(ADL)改善率においても全国値を上回っています。

脳卒中の回復期医療の機能を有する医療機関

神戸	阪神南	阪神北 丹波	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	淡路	全県
23	10	12	10	11	15	8	1	8	98

兵資料：兵庫県医療施設実態調査(平成29年3月)及びその後の病院からの報告により作成

脳卒中の回復期医療を担う医療機関の選定条件

脳卒中患者に対する回復期リハビリテーションを実施するとともに、次のいずれかに該当する病院

- i) 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)を届け出ている病院
- ii) 訓練室があり、スタッフに常勤の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が各1名以上いる病院
- iii) 回復期リハビリテーション病棟を設置している病院

脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数

○県内2次医療圏別

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨 姫路	但馬	丹波	淡路	全県
算定 回数	1,215,560	1,441,558	635,362	315,224	704,586	109,704	56,858	139,300	4,618,152

資料：厚生労働省「NDBデータ(平成30年)」

○兵庫県と全国の比較

算定回数 (人口10万人対)	兵庫県	全国
	82,398.7	80,267.0

資料：厚生労働省「NDBデータ(平成29年)」

ADL改善率

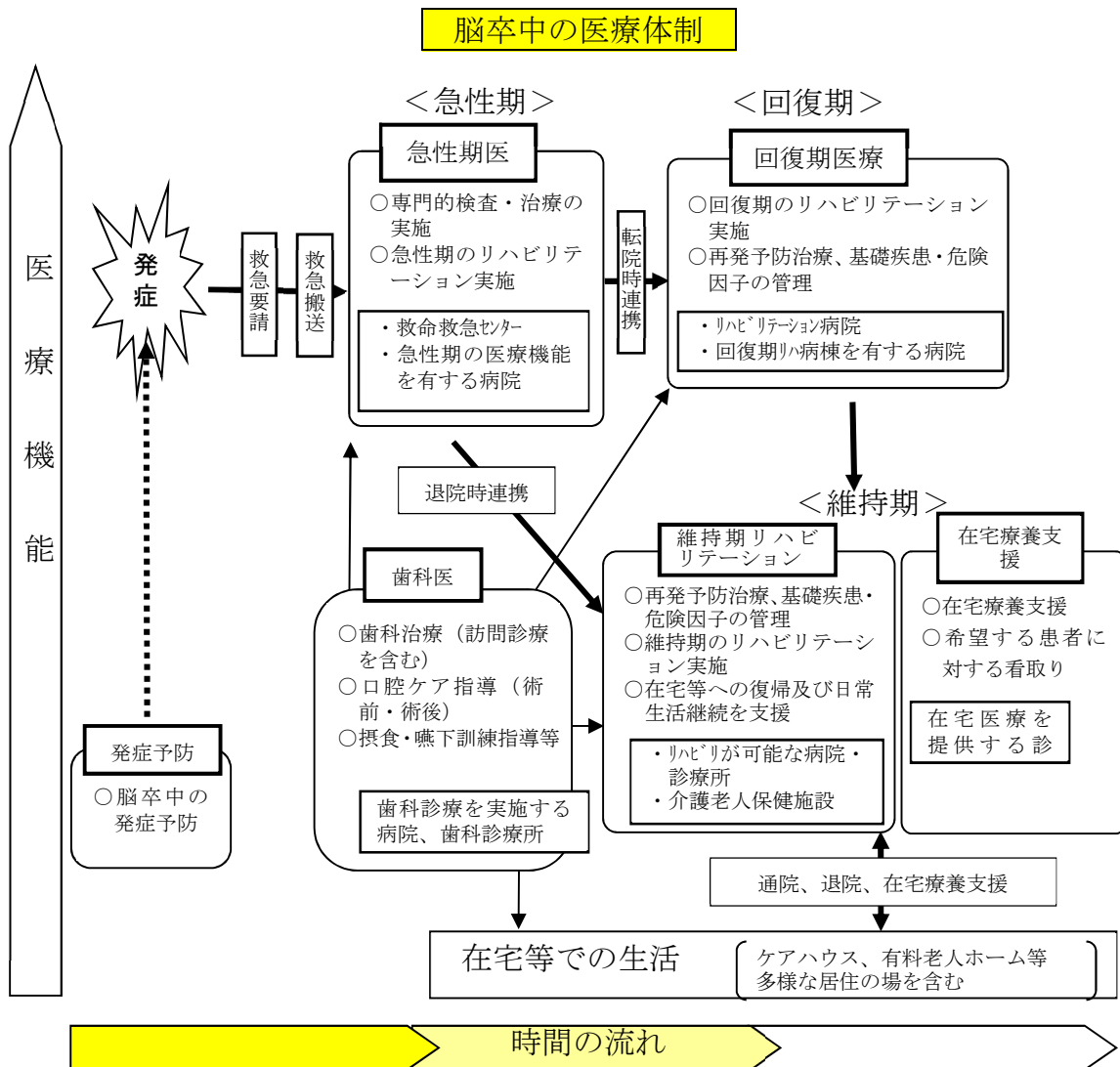
神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨 姫路	但馬	丹波	淡路	全県	全国
67.2	70.3	62.4	74.4	53.7	45.6	70.1	72.3	66.5	63.6

資料：厚生労働省「病床機能報告(平成30年度)」

施策の方向性

- ・急性期、回復期、維持期等の各ステージにおいて、患者が切れ目のない適切な医療・リハビリテーションが受けられるよう、地域連携クリティカルパスを活用するとともに、兵庫県脳卒中ネットワーク連絡会等を通して相互に緊密な連携体制の構築を図ります。

- ・発症後4.5 時間以内での血栓溶解療法（t-PA 療法）を実施できる医療機関の整備を進め、脳梗塞患者に対する急性期治療の均てん化を推進するとともに、血栓回収療法を実施できる体制の整備を推進します。



② 心疾患の医療提供体制

現状と課題

ア. 急性期医療について

心血管疾患に必要な医療機能は疾患ごとに大きく異なっており、急性心筋梗塞では血管内治療（経皮的冠動脈形成術：PCI）、大動脈解離では外科的治療、心不全では内科的治療がそれぞれ中心となります。

本県では、県内を心血管疾患圏域として9ブロックに設定し、39病院で心血管疾患の急性期医療を担っています。また、12病院で急性期冠動脈疾患患者の集中治療室である冠疾患集中治療室（CCU）を有していますが、地域による偏在があります。

急性心筋梗塞における冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数は、県内28カ所、経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数は県内68カ所あり、来院後90分以内の冠動脈再開達成率は13.3%と全国値を下回っています。

心疾患の急性期医療の機能を有する医療機関

神戸	阪神南	阪神北 丹波	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	淡路	全県
14	8	5	3	3	3	1	1	1	39

兵資料：兵庫県医療施設実態調査（平成29年3月）及びその後の病院からの報告により作成

心血管疾患の急性期医療を担う医療機関の選定条件

- i) 専門的検査（心臓カテーテル検査・CT検査等）及び専門的診療（大動脈バルーンポンピング・緊急ペーシング等）の24時間対応
- ii) 経皮的冠動脈形成術（経皮的冠動脈ステント留置術を含む）を年間200症例以上実施
- iii) 救急入院患者の受入実績がある
- iv) 心臓血管外科に常勤医を配置
- v) 冠動脈バイパス術を実施

冠動脈バイパス術及び経皮的冠動脈形成術の治療実施可能病院数

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨 姫路	但馬	丹波	淡路	全県
冠動脈 バイパス術	9	9	2	1	5	1	0	1	28
経皮的冠動脈 形成術	23	22	8	4	7	2	1	1	68

資料：「医療機能情報(令和3年)」

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（PCI）の実施件数

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨 姫路	但馬	丹波	淡路	全県
算定回数	3,193	3,990	1,008	434	947	139	54	234	9,999
人口 10万人対	207.7	227.0	140.7	159.3	112.8	81.7	50.9	173.1	180.7

資料：厚生労働省「NDBデータ(令和元年)」

CCUを有する病院数

神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨 姫路	但馬	丹波	淡路	全県
6	4	2	0	0	0	0	0	12

資料：厚生労働省「医療施設調査（平成29年度）」

イ. 回復期・維持期医療について

本県では、心血管疾患の回復期医療の機能を有する医療機関は、48カ所あり、全ての心血管疾患圏域にあります。また、入院及び外来のリハビリテーション実施件数も対全国値を上回っており、虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は5.7日と全国値(8.6日)より短くなっています。維持期においては、基礎疾患・危険因子の管理等により再発を予防し、在宅療養を継続できるよう支援が必要です。

心血管疾患の回復期医療の機能を有する医療機関

神戸	阪神南	阪神北 丹波	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	淡路	全県
15	7	8	5	2	6	3	1	1	48

資料：兵庫県医療施設実態調査（平成 29 年 3 月）及びその後の病院からの報告により作成

心血管疾患の回復期医療を担う医療機関の選定条件

次のいずれにも該当する病院

- i) 心臓リハビリテーションを実施
- ii) リハビリテーションのスタッフを配置

外来・入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数

算定回数

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨 姫路	但馬	丹波	淡路	全県
外来 心血管疾患	33,219	39,446	12,666	4,909	10,885	614	654	4,662	107,055
入院 心血管疾患	32,732	56,996	14,193	4,772	24,591	2,365	1,631	1,974	139,254

資料：厚生労働省「NDB データ(平成 30 年)」

算定回数（人口10万人対）

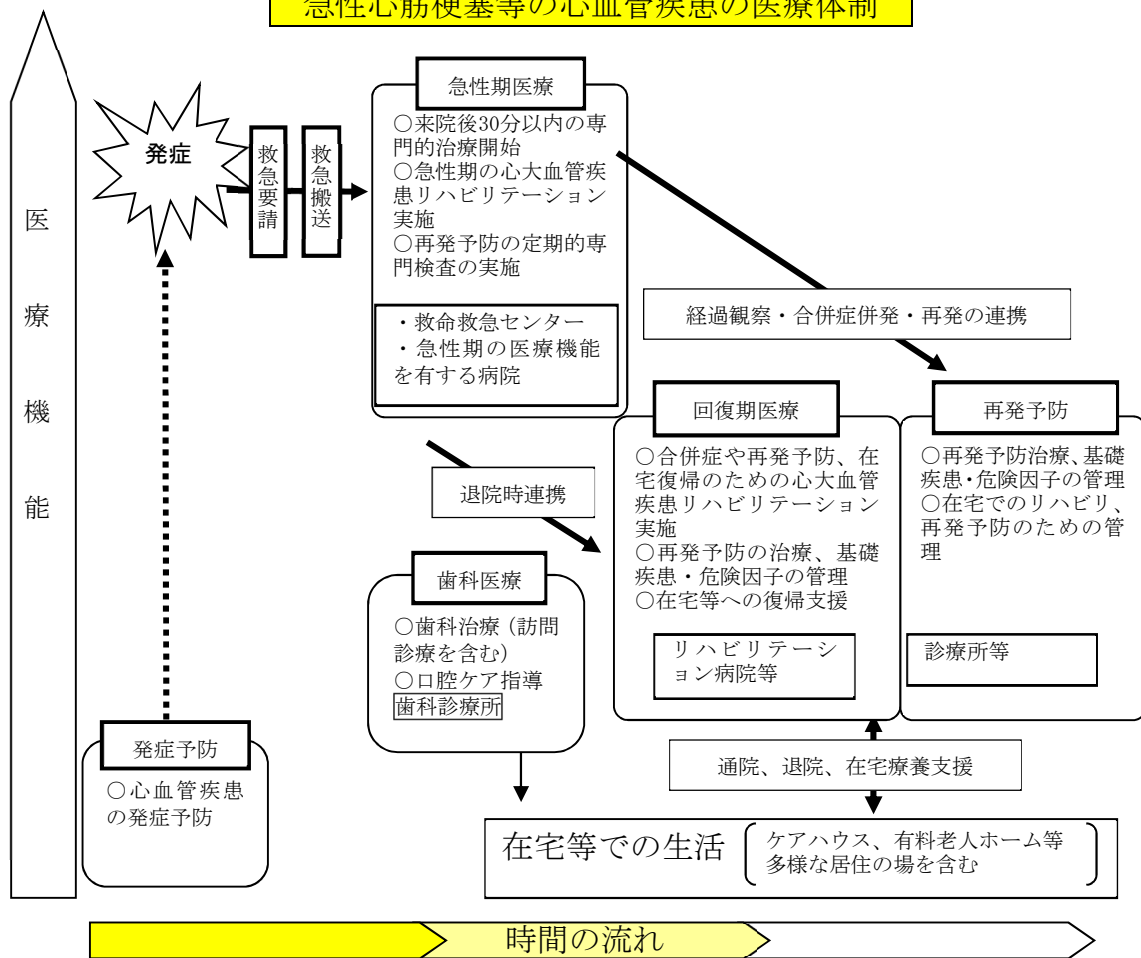
	兵庫県	全国
外来心血管疾患	2,649.7	1,723.4
入院心血管疾患	5,836.7	5,507.1

資料：厚生労働省「NDB データ(平成 30 年)」

施策の方向性

- ・発症直後の救護、急性期、回復期、維持期、在宅療養に至るまで適切な医療・介護が切れ目なく行われるよう、医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所等の関係機関で知識や情報の共有を進めるなど連携体制の構築を推進します。
- ・県民が心血管疾患の発症に気付き、速やかに救急要請などの正しい初動行動が取れるよう、普及啓発に取り組めます。

急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制



(4) 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、慢性期に、脳卒中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至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底等適切な管理及びケアを行うことも必要です。必要に応じて医療、介護及び福祉との連携を行うことも重要です。

本県では、住民が住み慣れた地域で生活しながら、状態に応じた適切に必要な医療・介護等を一体的に受けられる「地域包括ケアシステム」の中核的な役割を果たす地域包括支援センターが県内に211カ所（サブセンター5カ所、ブランチ72カ所を合わせると計288カ所）に設置されています。また、保健・医療・福祉の連携のもと、全県のリハビリテーションの推進の核となる全県リハビリテーション支援センターを県立総合リハビリテーションセンターに設置するとともに、圏域におけるリハビリテーション連携体制の推進を図る圏域リハビリテーション支援センターを設置し、地域リハビリテーションを推進しています。

在宅復帰を支援するための病床である地域包括ケア病床を有する病院については、40郡市区医師会単位で設定している在宅医療圏域のうち、38圏域で配置されています。

地域包括ケア病床を有する病院に関する各圏域の状況

		神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨 姫路	但馬	丹波	淡路	合計
地域包括ケア病床を 有する病院・圏域数	病院数	45	33	11	9	28	7	4	5	142
	圏域数	9	6	3	4	7	4	2	3	38
(在宅医療圏域数)		(9)	(7)	(3)	(4)	(8)	(4)	(2)	(3)	(40)

資料：近畿厚生局届出受理（令和3年10月）

施策の方向性

- ・在宅医療を支える体制として、医師、歯科医師、看護職員、薬剤師、介護支援専門員等による連携体制を構築するため、在宅医療推進協議会を設置し、地域における医療連携・在宅医療の充実を図ります。
- ・在宅医療を担う人材の量的確保及び質の向上を目的に、多職種研修を実施します。
- ・リアルタイムでの在宅療養中の患者情報の共有や入退院調整などICTを活用した在宅医療・介護の情報共有を推進します。

(5) 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。

本県における脳卒中の回復期リハビリテーションを担う医療機関は、98カ所、心疾患の回復期を担う医療機関は、48カ所でともに県内全ての圏域にあります。また、医療施設及び介護施設に従事する本県の理学療法士は人口10万当たり75.9人（全国値72.1人）、同じく言語聴覚士は15.4人（全国値13.1人）と全国値を上回っていますが、作業療法士は35.2人（全国値37.7人）と全国値を下回っています。

また、誤嚥性肺炎等の合併症予防のためには急性期から継続した口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーションの実施が重要となりますが、回復期における口腔機能管理を受ける患者数（人口10万対）は全国の0.6に対し本県は0.2と下回っているため、さらなる医科歯科連携の推進が必要です。

施策の方向性

- ・急性期から回復期、維持期にかけて状態に応じたリハビリテーションを提供するための取組みを推進します。
- ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリテーション専門職の人材確保及び教育体制の充実を図るとともに、他の医療職、介護支援専門員などの介護職等を含めた多職種による連携体制の構築を推進します。
- ・発症の早期から多職種間で連携したきめ細かな歯科治療や口腔ケア指導等を行うことで口腔機能や摂食・嚥下機能の維持改善を図り、誤嚥性肺炎の防止等に努めます。

(6) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

現状と課題

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、主に慢性期における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで多岐にわたります。

本県では、病院、診療所及び助産所から報告を受けた医療機関情報を集約し、住民や患者が利用しやすいように検索機能を付加した「兵庫県医療機関情報システム」を県ホームページにおいて公表するとともに、医療に関する相談等に対応するための窓口「医療安全相談センター」を設置し、必要な情報提供や助言を行っています。

生活期に相談できる窓口が少ないという意見もあることから、患者と家族が、その地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう支援体制を整える必要があります。

施策の方向性

- ・兵庫県医師会が在宅医療・介護の相談対応を行うために設置している「兵庫県在宅医療・介護支援センター」や地域包括支援センターなどの相談窓口と連携し、県民からの相談に迅速かつ効果的に対応できる体制づくりを推進します。
- ・国や国立循環器病研究センター、関係機関等からの循環器病に関する様々な情報を収集し、科学的根拠に基づいた情報を県民に提供していきます。

(7) 循環器病の緩和ケア

現状と課題

平成26年の世界保健機関（WHO）からの報告によると、成人において緩和ケアを必要とする疾患別割合の第1位は循環器疾患、第2位は悪性新生物(がん)となっています。

循環器疾患は生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続した緩和ケアが必要になります。

例えば、臨床経過の特徴として増悪を繰り返すことが挙げられる心不全については、治療と連携した緩和ケアが必要とされています。

本県における心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数は、人口10万当たり0.6施設で全国値(0.6施設)と同じ水準にあります。

施策の方向性

- ・多職種連携や地域連携の下、患者の状態に応じた全人的な苦痛・症状の緩和やあらかじめ患者や家族が治療方針について話し合う「アドバンス・ケア・プランニング」に基づく意思決定支援など、初期段階からの循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアを推進します。

- ・患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療を提供するため、地域連携クリティカルパスの活用などにより入院医療機関と在宅緩和ケアを提供できる診療所などとの連携を推進します。

(8) 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、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になり得ることがありますが、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ることになっています。

また、循環器病の発症後には、うつや不安等が認められる場合もあるため、心理的サポートも求められます。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となります。

本県では、高次脳機能障害者に対して、県立総合リハビリテーションセンターを支援拠点機関に指定し、専門的な相談支援事業等を実施しているとともに、てんかん支援拠点病院の指定に向けて取組み、てんかんに対応可能な医療機関を明確にし、日本てんかん学会やてんかん診療ネットワーク施設等と連携することにより、地域における保健・医療・福祉の連携を強化するとともに支援体制の充実を図っています。

施策の方向性

- ・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が受けられる環境の整備を推進します。
- ・県立総合リハビリテーションセンターを支援拠点に、専門的な相談支援、評価やリハビリテーションの普及啓発等を行うとともに、高次脳機能障害の理解促進、地域の支援機関との情報共有等を推進します。

(9) 治療と仕事の両立支援・就労支援

現状と課題

脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者のうち、約16%が20～64歳であり、65歳未満の患者においては、約7割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告もあります。脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰（復職）することが可能な場合も少なくありませんが、復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障害者就労支援などとの適切な連携が求められます。

また、虚血性心疾患を含む心疾患の患者のうち、約16%が20～64歳であり、治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多く存在しますが、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合があります。

ます。なお、本県の在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は62.9%で、在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は93.6%となっています。

病気になった場合でも、治療と仕事を両立できる環境の整備を進めていくことが重要であることから、兵庫労働局において兵庫県地域両立支援推チームを設立し、県内関係機関が連携して治療と仕事の両立支援に取り組んでいます。また、兵庫産業保健総合支援センターやハローワーク等においても、治療と仕事の両立支援に関する相談等を実施しています。

在宅等生活の場に復帰した患者の割合

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
脳血管疾患	66.7	65.7	39.8	79.2	54.6	48.5	63.5	58.6	59.4	60.2	62.9
虚血性心疾患	93.7	92.9	94.2	94.3	93.0	97.3	87.4	92.7	94.4	90.0	93.6

資料：厚生労働省「患者調査（平成29年度）」

施策の方向性

- ・患者、主治医、事業者等の円滑な連携体制を目的として国が育成・配置する「両立支援コーディネーター」の活用等、関係者の連携による治療と仕事の両立支援を推進します。
- ・脳卒中や虚血性心疾患だけでなく、成人先天性心疾患や心筋症等の循環器病患者が治療と仕事の両立ができるよう、国が実施の治療と仕事の両立支援制度に対する費用助成や、県が実施の三大疾病（がん、脳卒中、心血管疾患）の治療で休職する場合の代替職員雇用の経費補助等の各種助成金等を活用した離職防止に努めます。

（10）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、100人に1人の割合で出生する先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症等といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患があり、学校健診等の機会を通じて、小児の循環器病が見つかることもあります。

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、大きく減少した一方で、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま、思春期、さらには成人期を迎える患者が増えていることから、身体機能の改善や日常生活動作の向上のための小児期・若年期からのリハビリテーションの実施や、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、移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が求められます。

また、発育段階に応じて、患者のみならず妊婦を含めた保護者の役割が大きいことから、それらに対するケアも重要です。

施策の方向性

- ・医師会・学校医等と連携し、学校健康診断等での循環器病の早期発見に引き続き取り組めます。
- ・心疾患のある児童生徒が、「学校生活管理指導表」に基づき可能な限り教育活動に参加できるための配慮を行うなど、安心して学校生活を送ることができるような支援を行うとともに、日常生活や学校生活を送る上で患者本人や保護者の不安の解消を図るための支援に努めます。
- ・小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行うことができる移行医療支援センターを設置し、移行期医療支援を推進します。

3. 循環器病に関する研究の活用及び協力

現状と課題

循環器病については、病態解明、新たな治療法や診断技術の開発、リハビリテーション等の予後改善、QOL向上等に資する方法の開発、個人の発症リスクの評価や予防法の開発等、研究は多岐にわたっています。こうした研究は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）を通じて、基礎的な研究から実用化のための研究開発までの各研究段階においてその推進が図られています。また、様々な支援に基づき、国立循環器病研究センターをはじめとした医療・研究機関等での研究も進められています。

施策の方向性

国立循環器病研究センターなどの研究機関や日本循環器学会、日本脳卒中学会などの関係学会からの情報や研究成果等について、その活用方法を検討するとともに、必要に応じ県民に情報提供します。また、求めに応じ研究機関等への情報提供などに協力します。

V 循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項

1. 計画の推進体制

国、県、市町、医療機関、その他の関係団体等は、本県の循環器病対策を実効的なものとして、総合的に展開するために、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組みを推進します。また、循環器病対策の推進に当たっては、関係者等の意見を把握し、取組みに反映させていくよう努めます。

2. 災害時における循環器病対策

阪神・淡路大震災や東日本大震災、また、今後発生が予測される南海トラフ巨大地震等の地震災害の他、台風やゲリラ豪雨といった自然災害、JR福知山線列車脱線事故のような大規模な事故災害など、多様な災害等の発生時においても、災害拠点

病院を中心に関係機関等が連携し、必要な医療が確保できる体制の構築を進めるとともに、避難所における二次的な健康被害の予防のための衛生管理・環境整備の支援を行います。また、新型コロナウイルス感染症などの感染症に対する医療と循環器病等のその他の疾患に対する医療を両立して確保することを目指し、適切な医療提供体制の整備を進めます。

3. 計画の評価・見直し

県推進計画については、ロジックモデル等を用いて定期的に進捗状況の把握及び評価を行うとともに、その状況を踏まえ、兵庫県循環器病対策推進懇話会において、循環器病対策の推進のために必要な事項について協議しながら、計画を着実に推進します。

資料編

- ・脳卒中ロジックモデル
- ・心血管疾患ロジックモデル
- ・脳卒中ロジックモデル出典一覧
- ・心血管疾患ロジックモデル出典一覧

脳卒中ロジックモデル

C 初期アウトカム指標					
予防	1. 危険因子の知識を普及させる		兵庫県	全国	
	C101	1日あたりの野菜の摂取量	275.4	276.5	
	C102	日常生活における歩数 (20歳以上)	男	7,782	7,779
			女	6,813	6,776
	C103	日常生活の中で体を動かすことを習慣化している人の割合	37.1%	30.6%	
	C104	スポーツをする子どもの割合 (学校体育授業を除く、1日1時間以上)	小学生	48.6%	-
			中学生	76.3%	-
			高校生	51.6%	-
	C105	適正体重を維持している者の割合	男	67.6%	64.3%
			女	71.7%	67.9%
	C106	禁煙指導を行う医療機関の割合	15.8%	-	
	C107	受動喫煙の機会を有する者の割合	職場	24.8%	-
			飲食店	42.0%	-
			行政機関	4.5%	-
			医療機関	4.6%	-
			家庭	16.0%	-
	2. 特定健診・特定保健指導を受けることができる。		兵庫県	全国	
C201	特定健診受診率	特定健診受診率	51.7%	55.3%	
		特定保健指導実施率	20.1%	23.2%	
3. 再発防止の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている。		兵庫県	全国		
C301	訪問看護を受ける患者数	医療	472.9	392.1	
		介護	7534.8	4788.6	
C302	健康スポーツ医数	7.7	6.0		
救急搬送	4. 本人および家族等周囲にいる者が発症時に速やかに救急搬送の要請ができています。		兵庫県	全国	
	C401	脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)発症後30分以内の救急要請の達成率			
	5. 突然の症状発出時に急性医療を担う医療機関の受診勧奨指示ができています。		兵庫県	全国	
	C501	脳卒中中の急性期医療の機能を有する医療機関	47	-	
	6. 救急隊が、地域のメディカルコントロール協議会が定める活動プロトコルに沿って適切な観察・判断・処置ができています。		兵庫県	全国	
	C601	救急隊の救急救命士運用率	100.0%	92.6%	
	7. 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。		兵庫県	全国	
C701	ドクターヘリによる脳卒中患者の搬送件数				
C702	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	21.8%	-		
急性期	8. 脳卒中中の急性期医療に対応できる体制が整備されている。		兵庫県	全国	
	C801	神経内科医師数	3.3	4.1	
	C802	脳血管内治療専門医数			
	C803	脳血栓回収療法実施医数			
	C804	脳神経外科医師数	5.9	5.9	
	C805	脳卒中リハビリテーション認定看護師数	0.6	0.6	
	C806	脳卒中中の急性期医療の機能を有する医療機関(再掲)	47	-	
	C807	脳梗塞に対するtPAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	0.9	0.8	
	C808	脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な病院数	0.8	0.8	
	9. 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている。		兵庫県	全国	
	C901	口腔機能管理を受ける患者数(急性期)	0.6	0.6	
	10. 廃用症候群を予防し、早期に自立できるリハビリテーション体制が整備されている。		兵庫県	全国	
	C1001	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	理学療法士数	6.5	6.3
			作業療法士数	75.9	72.1
言語聴覚士数			35.2	37.7	
C1002	言語聴覚士数(再掲)	15.4	13.1		
C1003	脳卒中リハビリテーション認定看護師数(再掲)	0.6	0.6		
11. 回復期の医療機関との連携体制が構築されている。		兵庫県	全国		
C1101	脳卒中中の地域連携バスを運用している医療機関数	8.4	9.4		
回復期	12. 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。		兵庫県	全国	
	C1201	回復期リハビリテーション病床数	理学療法士数(再掲)	70.6	66.0
			作業療法士数(再掲)	75.9	72.1
	C1202	言語聴覚士数(再掲)	言語聴覚士数(再掲)	35.2	37.7
			言語聴覚士数(再掲)	15.4	13.1
	13. 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている。		兵庫県	全国	
	C1301	脳卒中リハビリテーション認定看護師数(再掲)	0.6	0.6	
	14. 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている。		兵庫県	全国	
	C1401	口腔機能管理を受ける患者数(回復期)	0.2	0.6	
	15. 急性期及び維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が構築されている。		兵庫県	全国	
C1501	脳卒中中の地域連携バスを運用している医療機関数(再掲)	8.4	9.4		
C1502	医療ソーシャルワーカー数	11.6	11.2		
維持期・生活期	16. 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。		兵庫県	全国	
	C1601	リハビリテーションが実施可能な医療機関数(再掲)	訪問リハビリを提供している事業所数	6.5	6.3
			通所リハビリを提供している事業所数	4.0	3.4
			通所リハビリを提供している事業所数	6.2	6.1
			老人保健施設定員数	265.9	289.2
	17. 誤嚥性肺炎の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている。		兵庫県	全国	
	C1701	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	6,338.2	4,599.8	
	18. 回復期および急性期の医療機関等との連携体制が構築されている。		兵庫県	全国	
	C1801	入院支援を行っている医療機関数	3.7	3.4	

B 中間アウトカム指標				
1. 【予防】基礎疾患および危険因子の管理ができています。		兵庫県	全国	
B101	喫煙率	男	25.7%	28.8%
		女	6.7%	8.8%
B102	ハイリスク飲酒者の割合	男	14.5%	14.6%
		女	10.3%	9.1%
B103	健診受診率	77.2%	77.2%	
B104	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	66.0%	69.7%	
B105	脂質異常患者の年齢調整外来受療率	236.0	240.3	
B106	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備軍者数	2,835	3,073
		特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備軍者数	2,334	2,496
B107	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	97.9	95.2	
B108	1日あたりの食塩摂取量	9.6	9.9	
2. 【救護】患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される。		兵庫県	全国	
B201	救急要請(知覚)から医療機関への収容までに要した平均時間	36.6	39.5	
B202	脳血管疾患により救急搬送された患者数	9.7	-	
3. 【急性期】発症後早期に専門的な治療を受けることができる。		兵庫県	全国	
B301 脳卒中(発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)診療患者数				
B302	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	12.8	12.1
		SCR	103.9	100.0
B303	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	12.9	10.3
		SCR	124.0	100.0
4. 【急性期】発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる		兵庫県	全国	
B401	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数	算定回数	7.4	8.1
		SCR	91.6	100.0
B402	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療法等)の実施件数	算定回数	6.9	7.0
		SCR	97.2	100.0
B403	来院後90分以内のt-PAによる血栓溶解法達成率(%)			
B404	来院後90分以内の脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療法等)達成率(%)			
B405	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(急性期)	算定回数	226.8	100.0
		SCR	82,398.7	80,267.0
B406	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数	105.9	100.0	
B406	脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)院内死亡率			
5. 【回復期】身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けることができる		兵庫県	全国	
B501	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(回復期)	SCR	134.4	100.0
B502	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	算定回数	138,554.2	132,880.3
		SCR	91.7	100.0
B503	ADL改善率	66.5%	63.6%	
6. 【維持期・生活期】日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる		兵庫県	全国	
B601	訪問リハビリを受ける利用者数	医療	181.9	198.4
		介護	1,183.3	1,031.6
B602	通所リハビリを受ける利用者数	5,474.2	5,617.0	
B603	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(再掲)	算定回数	138,554.2	132,880.3
		SCR	91.7	100.0

A 分野アウトカム指標					
1. 脳卒中中の発生が減少している		兵庫県	全国		
A101	脳血管疾患受療率	入院	106.0	115.0	
		外来	75.0	68.0	
A102	脳卒中(発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)診断患者数				
2. 脳卒中による死亡が減少している		兵庫県	全国		
A201	脳血管疾患の年齢調整死亡率	男	36.9	37.8	
		女	19.1	21.0	
A202	脳卒中標準化死亡率(全体)	男	95.4	100	
		女	92.7	100	
	脳卒中標準化死亡率(脳出血)	男	92.0	100	
		女	91.9	100	
脳卒中標準化死亡率(脳梗塞)	男	92.2	100		
	女	91.3	100		
3. 脳血管疾患患者の入院期間が改善している。脳血管疾患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		兵庫県	全国		
A301	退院患者平均在院日数	66.6	78.2		
A302	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	62.9%	-		
A303	健康寿命と平均寿命の差	国基準	男	9.39	8.73
		県基準	男	12.36	12.06
			男	1.48	-
			女	3.20	-
A304	tPAまたは経皮的脳血栓回収療法を受けた患者のうち90日mRS0-2の件数				
A305	脳卒中(発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)患者が退院後6か月に再入院する率				

*は人口10万人対換算

心血管疾患ロジックモデル

C 初期アウトカム指標

1. 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理ができています		兵庫県	全国
C101	禁煙指導を行う医療機関の割合	15.8%	-
C102	喫煙率	男	25.7%
		女	6.7%
C103	受動喫煙の機会を有する者の割合	職場	24.8%
		飲食店	42.0%
		行政機関	4.5%
		医療機関	4.6%
		家庭	16.0%
C104	ハイリスク飲酒者の割合	男	14.5%
		女	10.3%
C105	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	236.0	240.3
C106	脂質異常患者の年齢調整外来受療率	70.8	64.6
C107	1日あたりの食塩摂取量	9.6	9.9
C108	日常生活における歩数(20歳以上)	男	7,782
		女	6,813
C109	スポーツをする子どもの割合 (学校体育授業を除く、1日1時間以上)	小学生	48.6%
		中学生	76.3%
		高校生	51.6%
C110	健康スポーツ医数	7.7	6.0
2. 特定健診・特定保健指導を受けることができます		兵庫県	全国
C201	健診受診率	男	77.2%
		女	66.0%
C202	特定健診受診率	51.7%	55.3%
	特定保健指導実施率	20.1%	23.2%

予防

3. 本人および家族等周囲にいる者が発症時に速やかに救急搬送の要請ができています		兵庫県	全国
C301	急性期心筋梗塞発症後30分以内の救急要請の達成率		
4. 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の適切な処置を実施することができます		兵庫県	全国
C401	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	1.5	1.7
5. 救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコールに則し、適切な観察・判断・処置が実施できている		兵庫県	全国
C501	救急隊の救急救命士運用率	100.0%	92.6%
6. 急性医療を担う医療機関へ速やかに搬送できる		兵庫県	全国
C601	虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	13.9%	-

7. 24時間心血管疾患の急性期医療の専門的治療が実施できる体制が整っている		兵庫県	全国
C701	循環器内科医師数	11.2	10.0
C702	心臓血管外科医師数	2.1	2.5
C703	心疾患の急性期医療の機能を有する医療機関	39	-
C704	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	0.5	0.5
C705	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	1.2	1.1
C706	経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	1.2	1.1
C706	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	0.5	0.6
8. 心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている		兵庫県	全国
C801	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	1.4	1.2
9. 回復期の医療機関やリハビリテーション施設と円滑な連携体制が構築されている		兵庫県	全国
C901	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	2.8	2.4
C902	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数	8.4	9.4

10. 心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている		兵庫県	全国
C1001	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(再掲)	1.4	1.2
11. 急性期の医療機関との連携が構築されている		兵庫県	全国
C1101	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(再掲)	2.8	2.4
C1102	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数(再掲)	8.4	9.4
12. 心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている		兵庫県	全国
C1201	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	0.6	0.6

13. 心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている		兵庫県	全国
C1301	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(再掲)	1.4	1.2
14. 回復期および急性期の医療機関等との連携体制が構築されている。		兵庫県	全国
C1401	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(再掲)	2.8	2.4
C1402	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数(再掲)	8.4	9.4
C1403	入退院支援の実施件数(入退支1)	算定回数	1,989.8
		SCR	110.6
		100	
C1403	入退院支援の実施件数(入退支2)	算定回数	317.6
		SCR	93.3
C1403	100	338.2	100
15. 心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている		兵庫県	全国
C1501	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数(再掲)	0.6	0.6
16. 心血管疾患患者の在宅での療養支援体制が整っている		兵庫県	全国
C1601	訪問診療を実施している診療所数	23.3	15.9
C1601	訪問診療を実施している病院数	2.0	2.1
C1602	訪問看護師数	46.5	33.8
C1603	訪問薬剤指導を実施する薬局数(医療)	43.8	41.6

維持期・生活期

B 中間アウトカム指標

1. 【予防】心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防できている		兵庫県	全国
B101	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	3.61	2.99
B102	虚血性心疾患受療率	入院	12.0
		外来	51.0
	虚血性心疾患受療率全体(SCR)	入院	87.0
		外来	67.3

2. 【救護】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		兵庫県	全国
B201	救急要請(知覚)から医療機関への収容までに要した平均時間	36.6	39.5
B202	心疾患によって救急搬送中に死亡した患者数	903	
B203	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率	15.6%	13.9%
		一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後社会復帰率	9.3%

3. 【急性期】急性期の心血管疾患の治療の質が確保されている。		兵庫県	全国
B301	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率(%)	13.3%	13.9%
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件数	算定回数	30.1
		SCR	125.6
B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	11.3	13.0
B304	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	算定回数	5,836.7
		SCR	107.6
B305	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	91.2
		SCR	133.8
B306	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	5.7	8.6
B307	急性心筋梗塞に対するPCI実施率		
B308	急性心筋梗塞の院内死亡率、急性大動脈解離の院内死亡率		

4. 【回復期】発症早期から、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		兵庫県	全国
B401	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(再掲)	算定回数	5,836.7
		SCR	107.6
B402	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	算定回数	2,649.7
		SCR	173.2
B403	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数	439.1	466.7
B404	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(再掲)	算定回数	91.2
		SCR	133.80
B405	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数(再掲)	5.7	8.6

5. 【慢性期・再発予防】日常生活の中で再発予防でき、心血管疾患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、合併症発症時には適切な対応を受けることができる		兵庫県	全国
B501	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(再掲)	算定回数	2,649.7
		SCR	173.2
B502	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(再掲)	算定回数	91.2
		SCR	133.8
B503	訪問診療の実施件数	14,729.7	13,775.9
B504	訪問看護利用者数	医療	447.9
		介護	7,534.8
B505	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数	医療	1.8
		介護	-
B506	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(再掲)	算定回数	439.1
		SCR	77.9

A 分野アウトカム指標

1. 心血管疾患による死亡が減少している		兵庫県	全国
A101	心疾患の年齢調整死亡率	男	59.4
		女	33.2
A102	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率	男	6.0
		女	3.3
A103	心疾患標準化死亡率(全体)	男	96.0
		女	100.8
	心疾患標準化死亡率(急性心筋梗塞)	男	116.9
		女	121.8
心疾患標準化死亡率(心不全)	男	105.9	
	女	109.6	

2. 心血管疾患の患者が日常生活の中で質の高い生活を送ることができる		兵庫県	全国	
A201	健康寿命	国基準	男	72.48
			女	75.50
		県基準	男	80.49
			女	84.76
A202	急性心不全(慢性心不全の急性増悪含む)患者が退院後6か月に再入院する率			
A203	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	93.6%	-	
A204	疾患患者の生活の質			

ロジックモデル出典一覧（脳卒中）

番号	指標名	出典
A101	脳血管疾患受療率	平成29年患者調査
A102	脳卒中（発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）診断患者数	
A201	脳血管疾患の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告（平成27年 都道府県別年齢調整死亡率）
A202	脳卒中標準化死亡比（全体）	人口動態特殊報告（平成25年～平成29年 人口動態保健所・市区町村別統計）
	脳卒中標準化死亡比（脳出血）	
	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）	
A301	退院患者平均在院日数	平成29年患者調査
A302	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	平成29年患者調査
A303	健康寿命と平均寿命の差（国基準）	厚生労働省「完全生命表」「都道府県別生命表」 厚生労働科学研究「健康寿命、及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」都道府県別健康寿命（2019年）
	健康寿命と平均寿命の差（県基準）	兵庫県調査
A304	tPAまたは経皮的脳血栓回収療法を受けた患者のうち90日mRS0-2の件数	
A305	脳卒中（発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）患者が退院後6か月に再入院する率	
B101	喫煙率	令和元年国民生活基礎調査
B102	ハイリスク飲酒者の割合	全国：平成28年国民健康・栄養調査 兵庫県：平成28年度兵庫県健康づくり実態調査
B103	健診受診率	令和元年国民生活基礎調査
B104	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	平成29年医療施設静態調査を基に計算
B105	脂質異常患者の年齢調整外来受療率	平成29年医療施設静態調査を基に計算
B106	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」 平成27年度
	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備軍者数	
B107	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	平成29年患者調査
B108	1日あたりの食塩摂取量	全国：平成28年国民健康・栄養調査 兵庫県：平成28年度兵庫県健康づくり実態調査
B201	救急要請（知覚）から医療機関への収容までに要した平均時間	令和2年版 救急救助の現況
B202	脳血管疾患により救急搬送された患者数	平成29年患者調査
B301	脳卒中（発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）診療患者数	
B302	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）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成29年度診療分)
	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）	
B303	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）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR平成29(2017)年度診療分） 厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成29年度診療分)
	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（SCR）	
B401	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（算定回数）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR平成29(2017)年度診療分） 厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成29年度診療分)
	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR）	
B402	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法等）の実施件数（算定回数）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR平成29(2017)年度診療分） 厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成29年度診療分)
	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法等）の実施件数（SCR）	
B403	来院後90分以内でのt-PAによる血栓溶解法達成率（%）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR平成29(2017)年度診療分）
B404	来院後90分以内での脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法等）達成率（%）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR平成30(2018)年度診療分）
B405	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（急性期）（SCR）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR平成30(2018)年度診療分） 厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成29年度診療分)
B406	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（算定回数）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR平成29(2017)年度診療分）
	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（SCR）	
B501	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（回復期）（SCR）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR平成30(2018)年度診療分）
B502	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（算定回数）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR平成29(2017)年度診療分）
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	
B503	ADL改善率	平成30年度病床機能報告
B601	訪問リハビリを受ける利用者数（医療）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成29年度診療分)
B602	訪問リハビリを受ける利用者数（介護）	平成30年度介護保険事業状況報告（年報）
B603	通所リハビリを受ける利用者数	平成30年度介護保険事業状況報告（年報）
C101	訪問看護を受ける患者数（医療）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成29年度診療分）
	訪問看護を受ける患者数（介護）	
C102	日常生活における歩数（20歳以上）	全国：平成28年国民健康・栄養調査 兵庫県：平成28年度兵庫県健康づくり実態調査
C103	日常生活の中で体を動かすことを習慣化している人の割合	平成28年国民健康・栄養調査
C104	スポーツをする子どもの割合	全国：平成28年国民健康・栄養調査 兵庫県：平成28年度兵庫県健康づくり実態調査
C105	適正体重を維持している者の割合	兵庫県スポーツ推進計画
C106	禁煙指導を行う医療機関の割合	全国：平成28年国民健康・栄養調査 兵庫県：平成28年度兵庫県健康づくり実態調査
C107	受動喫煙の機会を有する者の割合	ニコチン依存症管理科届出済医療機関（平成29年）
C201	特定健診受診率	平成28年度兵庫県健康づくり実態調査 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」 令和元年度
	特定保健指導実施率	
C301	訪問看護を受ける患者数（医療）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成29年度診療分）
	訪問看護を受ける患者数（介護）	
C302	健康スポーツ医数	平成30年度介護保険事業状況報告（年報） 日本医師会調べ（令和3年）
C401	脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）発症後30分以内の救急要請の達成率	
C501	脳卒中の急性期医療の機能を有する医療機関	兵庫県医療施設実態調査（平成29年3月）及びその後の病院からの報告
C601	救急隊の救急救命士運用率	令和2年版 救急救助の現況
C701	ドクターヘリによる脳卒中患者の搬送件数	
C702	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	平成29年患者調査
C801	神経内科医師数	平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計
C802	脳血管内治療専門医数	
C803	脳血栓回収療法実施医数	
C804	脳神経外科医師数	平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計
C805	脳卒中リハビリテーション認定看護師数	日本看護協会（2020年8月16日時点）
C806	脳卒中の急性期医療の機能を有する医療機関（再掲）	兵庫県医療施設実態調査（平成29年3月）及びその後の病院からの報告
C807	脳梗塞に対するtPAによる血栓溶解法の実施可能な病院数	地方厚生局届出受理（2020年4月時点）
C808	脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な病院数	医療機能情報（2019年10月時点）
C901	口腔機能管理を受ける患者数（急性期）	平成30年病床機能報告
C1001	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（2020年4月時点）
C1002	理学療法士数	平成29年医療施設静態調査
	作業療法士数	
	言語聴覚士数	
C1003	脳卒中リハビリテーション認定看護師数（再掲）	日本看護協会（2020年8月16日時点）
C1101	脳卒中の地域連携バスを運用している医療機関数	医療機能情報（2019年10月時点）
C1201	回復期リハビリテーション病床数	平成30年度病床機能報告
C1202	理学療法士数（再掲）	平成29年医療施設静態調査
	作業療法士数（再掲）	
	言語聴覚士数（再掲）	
C1301	脳卒中リハビリテーション認定看護師数（再掲）	日本看護協会（2020年8月16日時点）
C1401	口腔機能管理を受ける患者数（回復期）	平成30年度病床機能報告
C1501	脳卒中の地域連携バスを運用している医療機関数（再掲）	医療機能情報（2019年10月時点）
C1502	医療ソーシャルワーカー数	平成29年医療施設静態調査
C1601	リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲）	地方厚生局届出受理（2020年4月時点）
C1602	訪問リハビリを提供している事業所数	介護サービス情報公表システム（2020年7月時点）
C1603	通所リハビリを提供している事業所数	介護サービス情報公表システム（2020年7月時点）
C1604	老人保健施設定員数	介護サービス情報公表システム（2020年7月時点）
C1701	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成29年度診療分)
C1801	入退院支援を行っている医療機関数	地方厚生局届出受理（2020年4月時点）

ロジックモデル出典一覧 (心血管疾患)

番号	指標名	出典
A101	心疾患の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告 (平成27年 都道府県別年齢調整死亡率)
A102	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告 (平成25年～平成29年 人口動態保健所・市区町村別統計)
A103	心疾患標準化死亡率 (全体)	人口動態特殊報告 (平成25年～平成29年 人口動態保健所・市区町村別統計)
	心疾患標準化死亡率 (急性心筋梗塞)	
	心疾患標準化死亡率 (心不全)	
A201	健康寿命 (国基準)	厚生労働科学研究「健康寿命、及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」都道府県別健康寿命 (2019年)
	健康寿命 (県基準)	兵庫県調査
A202	急性心不全 (慢性心不全の急性増悪含む) 患者が退院後6か月に再入院する率	
A203	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	平成29年患者調査
A204	疾患患者の生活の質	
B101	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	平成29年患者調査
B102	虚血性心疾患受療率	平成29年患者調査
	虚血性心疾患受療率 (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和元(2019)年度診療分)
B201	救急要請 (知覚) から医療機関への収容までに要した平均時間	令和2年版 救急救助の現況
B202	心疾患によって救急搬送中に死亡した患者数	令和2年版 兵庫県消防防災年報
B203	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率	令和2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1か月後社会復帰率	
B301	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率 (%)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
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件数 (算定回数)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	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件数 (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
B304	入院心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数 (算定回数)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	入院心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数 (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
B305	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)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	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 (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
B306	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	平成29年患者調査
B307	急性心筋梗塞に対するPCI実施率	
B308	急性心筋梗塞の院内死亡率、急性大動脈解離の院内死亡率	
B401	入院心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数 (再掲) (算定回数)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	入院心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数 (再掲) (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
B402	外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数 (算定回数)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数 (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
B403	心臓血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 (算定回数)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	心臓血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
B404	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 (再掲) (算定回数)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	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 (再掲) (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
B405	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 (再掲)	平成29年患者調査
B501	外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数 (再掲) (算定回数)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数 (再掲) (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
B502	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 (再掲) (算定回数)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	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 (再掲) (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
B503	訪問診療の実施件数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
B504	訪問看護利用者数 (医療)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
	訪問看護利用者数 (介護)	平成30年度介護保険事業状況報告 (年報)
B505	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数 (医療)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数 (介護)	平成30年度介護保険事業状況報告 (年報)
B506	心臓血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 (再掲) (算定回数)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	心臓血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 (再掲) (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
C101	禁煙指導を行う医療機関の割合	ニコチン依存症管理科届出済医療機関 (平成29年)
C102	喫煙率	令和元年国民生活基礎調査
C103	受動喫煙の機会を有する者の割合	平成28年度兵庫県健康づくり実態調査
C104	ハイリスク飲酒者の割合	全国：平成28年度国民健康・栄養調査 兵庫県：平成28年度兵庫県健康づくり実態調査
C105	高血圧性疾患の年齢調整外来受療率	平成29年医療施設静態調査を基に計算
C106	脂質異常患者の年齢調整外来受療率	平成29年医療施設静態調査を基に計算
C107	1日あたりの食塩摂取量	全国：平成28年度国民健康・栄養調査 兵庫県：平成28年度兵庫県健康づくり実態調査
C108	日常生活における歩数 (20歳以上)	平成28年度国民健康・栄養調査
C109	スポーツをする子どもの割合	兵庫県スポーツ推進計画
C110	健康スポーツ医数	日本医師会調べ (令和3年)
C201	健診受診率	令和元年国民生活基礎調査
C202	特定健診受診率	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和元年度
C202	特定保健指導実施率	令和元年度
C301	急性期心筋梗塞発症後30分以内の救急要請の達成率	
C401	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	平成30年版 救急救助の現況
C501	救急隊の救急救命士運用率	令和2年版 救急救助の現況
C601	虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	平成29年患者調査
C701	循環器内科医師数	平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計
C702	心臓血管外科医師数	平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計
C703	心疾患の急性期医療の機能を有する医療機関	兵庫県医療施設実態調査 (平成29年3月) 及びその後の病院からの報告
C704	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	医療機能情報 (2020年10月時点)
C705	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	医療機能情報 (2020年10月時点)
C706	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 (2020年10月時点)
C706	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	医療機能情報 (2020年10月時点)
C801	心臓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 (2021年1月時点)
C901	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 (2021年1月時点)
C902	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数	医療機能情報 (2020年10月時点)
C1001	心臓血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数 (再掲)	地方厚生局届出受理 (2021年1月時点)
C1101	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 (再掲)	地方厚生局届出受理 (2021年1月時点)
C1102	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数 (再掲)	医療機能情報 (2020年10月時点)
C1201	心臓血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	地方厚生局届出受理 (2021年1月時点)
C1301	心臓血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数 (再掲)	地方厚生局届出受理 (2021年1月時点)
C1401	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 (再掲)	地方厚生局届出受理 (2021年1月時点)
C1402	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数 (再掲)	医療機能情報 (2020年10月時点)
C1403	入退院支援の実施件数 (算定回数)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(平成30年度診療分)
	入退院支援の実施件数 (SCR)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 平成30(2018)年度診療分)
C1501	心臓血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数 (再掲)	地方厚生局届出受理 (2021年1月時点)
C1601	訪問診療を実施している診療所数	平成29年医療施設静態調査
C1602	訪問診療を実施している病院数	
C1602	訪問看護師数	平成30年度衛生行政報告例
C1603	訪問薬剤指導を実施する薬局数 (医療)	地方厚生局届出受理 (2021年1月時点)

循環器病対策推進懇話会開催要綱

1 目的

「兵庫県循環器病対策推進計画」（以下「計画」という。）により、本県の循環器病対策を総合的・計画的に推進していくことに関し、有識者や関係団体等から専門的な見地に立った意見等を聴取するため、「循環器病対策推進懇話会」（以下「懇話会」という。）を開催する。

2 検討事項

- (1) 計画の変更、進捗・評価に関すること。
- (2) 前号に掲げるもののほか、循環器病対策の推進に関し必要な事項。

3 運営

- (1) 懇話会は、別表に掲げる者をもって構成する。
- (2) 懇話会の開催に係る構成員の招集は、保健医療部感染症等対策室疾病対策課長が行う。
- (3) 構成員は、事故その他のやむを得ない理由により懇話会に出席できないときは、あらかじめ保健医療部感染症等対策室疾病対策課長の承認を得て、代理人を出席させることができる。
- (4) 懇話会の議事を進行するため、構成員の互選により、座長を選任する。座長は、構成員の承認を得て、構成員の中から座長代理を指名することができる。
- (5) 座長代理は、座長に事故があるときはその職務を代理する。
- (6) 保健医療部感染症等対策室疾病対策課長は、必要と認めたときは、構成員以外の者に懇話会への出席を求め、意見を聴くことができる。
- (7) 懇話会は、公開とする。ただし、懇話会の運営に著しい支障があると認められる場合には、非公開とすることができる。議事録、議事要旨及び懇話会資料は、原則として公開とする。

4 謝金・旅費

- (1) 構成員及び構成員の代理人が懇話会に出席したときは、謝金及び旅費を支給する。
- (2) 謝金の支給については、別に定める。
- (3) 旅費の額は、職員等の旅費に関する条例（昭和35年兵庫県条例第44号）の規定により算出した額に相当する額とする。

5 委任

この要綱に定めるもののほか、懇話会の開催に関し必要な事項は、別に定める。

附則

- (1) この要綱は、令和5年6月1日から施行する。
- (2) この要綱は、令和8年5月31日限り、その効力を失う。

別表（第3条関係）

区 分	氏 名	役 職 等
学識経験者 専門医	平田 健一	神戸大学大学院医学研究科 内科学講座 循環器内科学分野教授 (日本循環器学会 代表理事)
	坂井 信幸	神戸市立医療センター中央市民病院 参事・脳血管治療研究部 部長 (日本脳卒中学会 名誉会員)
	岡田 健次	神戸大学大学院医学研究科 外科学講座 心臓血管外科学分野教授 (日本心臓血管外科学会 理事)
	山下 晴央	神戸赤十字病院 院長 (日本脳神経外科学会 専門医)
救急業務に 従事する者	中山 伸一	兵庫県災害医療センター名誉院長・顧問 (日本災害医学会 理事)
循環器病に 係る保健、 医療又は福 祉の業務に 従事する者	井澤 和大	神戸大学大学院保健学研究科 准教授
	公文 敦	医療法人社団康人会 適寿リハビリテーション病院 理事長
都道府県が 必要と認め る者	山根 光量	一般社団法人兵庫県医師会 常任理事
	大西 祥男	一般社団法人兵庫県病院協会 理事 (地方独立行政法人加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 理事長・院長)
	西口 久代	公益社団法人兵庫県看護協会 専務理事
	岡田 美貴	兵庫県市町保健師協議会 副会長 (香美町 健康課 主幹)
	佐藤 裕美	全国健康保険協会兵庫支部 保健師
	木村 宏美	全国心臓病の子どもを守る会兵庫県支部 事務局長
	今枝 睦宏	脳卒中者友の会「あけぼの会」 会長兼事務局長

都道府県第2期循環器病対策推進計画策定に向けての 関連4学会からのご提案

日本循環器学会 小児・成人先天性心疾患部会

- ◆ 代表理事
平田 健一
- ◆ 委員長
山岸 敬幸
- ◆ 委 員
三谷 義英 赤木 禎治 武田 充人 犬塚 亮 石戸美妃子 元木 博彦
大内 秀雄 齋木 佳克 芳村 直樹 前田 潤 狩野 実希 坂本 一郎
石津 智子

日本心臓病学会 成人先天性心疾患問題検討委員会

- ◆ 代表理事
竹石 恭知
- ◆ 委員長
三谷 義英
- ◆ 委 員
赤木 禎治 仁田 学 福田 旭伸 藤井 隆成 宮崎 文 山村健一郎

日本小児循環器学会 未来予想図委員会

- ◆ 理事長・委員長
山岸 敬幸
- ◆ 委 員
坂本喜三郎 岩本 眞理 城戸佐知子 小野 博 土井庄三郎

日本成人先天性心疾患学会 移行医療・専門医制度普及委員会

- ◆ 理事長
赤木 禎治
- ◆ 委員長
三谷 義英
- ◆ 委 員
坂田 泰史 辻田 賢一 八尾 厚史 落合 亮太 城戸佐知子 檜垣 高史
元木 博彦 脇 研自

一般社団法人日本循環器学会 基本法・5カ年計画検討委員会
心血管病対策推進委員会
委員長 各位

日頃、小児循環器診療、成人先天性心疾患診療にご理解とご協力を頂き有難うございます。ご承知の様に、国では令和5年3月に第2期循環器病対策推進基本計画が策定され、循環器病対策の基本的な方向が新たに定められたところです。これを踏まえ、都道府県で令和6年度からの第2期循環器病対策推進計画（仮称）の策定に向けて、ご準備を始められたことと存じます。そこで、都道府県での循環器病に係る評価指標（ロジックモデルに準拠）の策定におきまして、初期アウトカム、個別施策は、地域の事情、課題解決を踏まえて、都道府県で作成されることと存じます。第2期基本計画において第1期に引き続き個別施策として、生涯医療の観点から、小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策が取り上げられております。そこで、小児循環器診療、成人先天性心疾患診療に関わる関連4学会が連携して、国の第2期基本計画の内容を踏まえて、学会の専門医修練施設の診療事情と指標を基に、以下の初期アウトカム、個別施策案を作成しました（添付）。心血管病対策推進委員会におかれましては、関連4学会の提案をご参照頂き、第2期計画、さらには連携した第8期医療計画を通じて、県の循環器診療のさらなる発展にお役立て頂ければ幸甚に存じます。

小児循環器領域の提案：初期アウトカム，個別施策

初期アウトカム

- 1 小児循環器専門医修練施設数（全国の中央値 1.2 施設/人口 100 万対/県）
- 2 小児循環器専門医数（全国の中央値 4.6 名/人口 100 万対/県）
出典 日本小児循環器学会ホームページ
修練施設，専門医 <https://jspccs.jp/specialist/list/>

個別施策

- 1 胎児期・新生児期の心疾患診断率の向上
- 2 学校での生活習慣病予防に向けての検診と食育の促進
- 3 学校心臓検診データのデジタル化，データベース作成と循環器病対策への利活用
- 4 義務教育からの心肺蘇生教育の充実
- 5 小児循環器慢性患者の自立支援の促進

成人先天性心疾患領域の提案：初期アウトカム，個別施策

初期アウトカム

- 1 成人先天性心疾患専門医総合・連携修練施設数（全国の中央値 0.9 施設/人口 100 万対/県）
- 2 成人先天性心疾患専門医数（全国の中央値 1.1 名/人口 100 万対/県）
出典 日本成人先天性心疾患学会ホームページ
修練施設 <https://www.jsachd.org/specialist/list-facility/>
専門医 <https://www.jsachd.org/specialist/list-specialist/>

個別施策

- 1 成人先天性心疾患専門医の総合・連携修練施設数 1 以上/人口 100 万対/県（但し 1 以上/県），専門医数 1 以上/人口 100 万対/県（但し 1 以上/県）で，循環器内科専門医 1 以上/県による医療提供体制の構築
- 2 改正難病法と連携して，移行医療支援センターの設置と循環器医師，先天性心疾患に関わる家族会の会員の参加
- 3 成人先天性心疾患患者の就労支援
- 4 小児期，若年期から配慮が必要な循環器病患者への患者教育への医療，福祉，行政・福祉，教育関係機関の連携
- 5 小児診療科と成人診療科の連携推進

都道府県第2期循環器病対策推進計画策定に向けての 関連4学会からのご提案

- 日本循環器学会 小児・成人先天性心疾患部会 <https://www.j-circ.or.jp/achd/>
- 日本心臓病学会 成人先天性心疾患問題検討委員会 <http://www.jcc.gr.jp/index.html>
- 日本小児循環器学会 未来予想図委員会 <https://jspccs.jp/news/info-member/n230720/>
- 日本成人先天性心疾患学会 移行医療・専門医制度普及委員会 <https://www.jsachd.org/news/important/n230707/>

日本循環器学会 小児・成人先天性心疾患部会

◆代表理事 平田 健一

◆委員長 山岸 敬幸

◆委員

三谷 義英 赤木 禎治 武田 充人 犬塚 亮 石戸 美妃子 元木 博彦 大内 秀雄 齋木 佳克 芳村 直樹
前田 潤 狩野 実希 坂本 一郎 石津 智子

日本心臓病学会 成人先天性心疾患問題検討委員会

◆代表理事 竹石 恭知

◆委員長 三谷 義英

◆委員

赤木 禎治 仁田 学 福田 旭伸 藤井 隆成 宮崎 文 山村健一郎

日本小児循環器学会 未来予想図委員会

◆理事長・委員長 山岸 敬幸

◆委員 坂本 喜三郎 岩本 眞理 城戸佐知子 小野 博 土井庄三郎

日本成人先天性心疾患学会 移行医療・専門医制度普及委員会

◆理事長 赤木 禎治

◆委員長 三谷 義英

◆委員

坂田 泰史 辻田 賢一 八尾 厚史 落合 亮太 城戸佐知子 檜垣 高史 元木 博彦 脇 研自

小児循環器領域の提案：初期アウトカム，個別施策

初期アウトカム（成果）

- 1 小児循環器専門医修練施設数（全国の中央値 1.2 施設/人口 100 万対/県）
- 2 小児循環器専門医数（全国の中央値 4.6 名/人口 100 万対/県）

出典 日本小児循環器学会ホームページ

修練施設，専門医 <https://jspccs.jp/specialist/list/>

個別施策

- 1 胎児期・新生児期の心疾患診断率の向上
- 2 学校での生活習慣病予防に向けての検診と食育の促進
- 3 学校心臓検診データのデジタル化，データベース作成と循環器病対策への利活用
- 4 義務教育からの心肺蘇生教育の充実
- 5 小児循環器慢性患者の自立支援の促進

成人先天性心疾患領域の提案：初期アウトカム，個別施策

初期アウトカム（成果）

- 1 成人先天性心疾患専門医総合・連携修練施設数（全国の中央値 0.9 施設/人口 100 万対/県）
- 2 成人先天性心疾患専門医数（全国の中央値 1.1 名/人口 100 万対/県）

出典 日本成人先天性心疾患学会ホームページ

修練施設 <https://www.jsachd.org/specialist/list-facility/>

専門医 <https://www.jsachd.org/specialist/list-specialist/>

個別施策

- 1 成人先天性心疾患専門医の総合・連携修練施設数 1 以上/人口 100 万対/県（但し 1 以上/県），専門医数 1 以上/人口 100 万対/県（但し 1 以上/県） で，循環器内科専門医 1 以上/県による医療提供体制の構築
- 2 改正難病法と連携して，移行医療支援センターの設置と循環器医師，先天性心疾患に関わる家族会の会員の参加
- 3 成人先天性心疾患患者の就労支援
- 4 小児期，若年期から配慮が必要な循環器病患者への患者教育への医療，福祉，行政・福祉，教育関係機関の連携
- 5 小児診療科と成人診療科の連携推進