第2期愛媛県循環器病対策推進計画

令和６年3月

愛媛県

は　じ　め　に

超高齢社会を迎えた我が国において、脳卒中、心臓病などの循環器病は、国民の生命や健康に大きな影響をおよぼしており、健康寿命の更なる延伸を図るには、循環器病の発症につながる高血圧症、糖尿病をはじめとした生活習慣病の予防がますます重要となっています。

このような中、平成３０年に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が成立し、令和２年には、循環器病対策の基本的な方向性を示した国の「循環器病対策推進基本計画」が策定され、予防や医療、福祉サービスを含めた幅広い対策が総合的かつ計画的に推進されています。

また、特に心不全が原因となって死亡する人の割合が全国と比べて高い本県では、国の動向をふまえつつ、地域の現状や特性に応じた対策を更に充実させるため、令和４年に「愛媛県循環器病対策推進計画」を定め、令和２２年までに健康寿命を３年以上延伸させることなどを目標に掲げ、「愛媛県地域保健医療計画」「県民健康づくり計画（えひめ健康づくり 21）」等に基づく施策と連携しながら、循環器病の正しい知識の普及啓発や発症予防に力を注いで参りました。

そしてこのたび、国の「循環器病対策推進基本計画」が改定されたことを勘案し、循環器病の予防や早期発見・早期治療の推進、医療体制の整備等に、より効果的に取り組むため、「第２期愛媛県循環器病対策推進計画」を策定いたしました。

今後とも、県民の皆様をはじめ、市町や関係団体等と連携・協働しながら、一体となって、地域の実情に応じた実効性のある循環器病対策を進めていきたいと考えておりますので、皆様方におかれましては、本計画の趣旨を御理解いただき、一層のお力添えを賜りますようお願い申し上げます。

終わりに、本計画の策定に当たり、貴重な御意見や御助言をいただきました愛媛県循環器病対策推進協議会の委員の皆様をはじめ、関係者の方々に対しまして、厚くお礼申し上げます。

令和６年３月

愛媛県知事　中村　時広

目　　次

Ⅰ　計画策定の基本的事項

1　計画策定の趣旨　・・・

Ⅴ　循環器病対策の現状と課題、取組の方向性

［脳卒中・心血管疾患］
１　循環器病の正しい知識の普及啓発　・・・

Ⅰ　計画策定の基本的事項

１ 計画策定の趣旨

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、我が国の主要な死亡原因であり、令和４（2022）年の人口動態統計によると、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）に次ぐ死亡原因となっており、年間 30 万人以上の国民が亡くなっています。

また、令和４（2022）年の国民生活基礎調査によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が 16.1%、心疾患が 5.1%であり、両者を合わせると、21.2%と最多となっています。

このほか、令和３（2021）年度版の国民医療費の概況（厚生労働省）によると、傷病分類別医科診療医療費で循環器系の疾患が約２割を占めており、循環器病は国民の生命や健康のみならず社会全体に大きな影響を与える疾患と言えます。

本県においても、令和４（2022）年の人口動態統計によると、心疾患及び脳血管疾患を合わせた死亡原因の占める割合は 24%で悪性新生物（がん）の 23%を上回っており、令和３（2021）年度版の国民医療費の概況（厚生労働省）によると、循環器系の疾患が医科診療医療費に占める割合が最多となっています。また、令和４（2022）年の心疾患の粗死亡率は全国２位と高く、令和２（2020）年の人口動態統計特殊報告によると、心疾患のうち特に心不全の年齢調整死亡率は全国よりも高い水準で推移しています。

一方で、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ていることから、生活習慣の改善や生活習慣病（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。このため、予防の観点から、昭和 53（1978）年から国民健康づくり運動を開始し、平成 15（2003）年には健康増進法が施行され、国民健康づくり運動は現在も健康日本 21 として、国や県、市町村などの行政のみならず、民間企業や民間団体と連携し、地域が一体となって健康づくりの取組が進められています。

こうした中、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の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（2018）年 12 月に成立し、令和元（2019）年 12 月に施行されました。また、国は循環器病対策の基本的な方向について明らかにするために「循環器病対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）」を令和２（2020）年 10 月に策定しました。

都道府県は、基本法第 11 条において、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

対策の進展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。

そこで、基本法第 11 条に基づく「愛媛県循環器病対策推進計画（以下「県第１期計画」という。)」を令和４(2022)年３月に策定し、令和４（2022）年度から令和５（2023）年度までを計画期間として、本県の実情に応じた循環器病対策を総合的かつ計画的に推進してきました。

今回、国が社会情勢等の変化を踏まえ、新興感染症の発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策や、他疾患等に係る対策と連携を進めることを新たに追加した第２期基本計画を策定したことを踏まえ、本県では、県第１期計画の基本方針を踏襲するとともに、ロジックモデル及び指標について現状に則した見直しを加え、第２期愛媛県循環器病対策推進計画（以下「県推進計画」という。）を策定します。

２ 計画の位置づけ

県推進計画は、国の基本法及び基本計画に基づく都道府県計画であり、循環器病対策に関連する他の計画と調和を図ります。

また、本計画をもって、第８次愛媛県地域保健医療計画の脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療体制に位置づけます。

3 計画期間

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

4 保健医療圏の設定

循環器病は、医療機関への速やかなアクセスと早期かつ適切な治療が求められることから、医療機関の立地（アクセスの良さ）や救急等の受入体制（病院整備）、交通事情その他これまでの医療提供整備の各種取組み等を考慮し、県推進計画における保健医療圏（以下「圏域」という。）は、二次保健医療圏と同じ６圏域を設定することとします。

6圏域の市町構成

6 圏 域	市町数	市 町 名
宇 摩	1市	四国中央市
新居浜･西条	2市	新居浜市 西条市
今 治	1市1町	今治市 上島町
松 山	3市3町	松山市 伊予市 東温市 久万高原町 松前町 砥部町
八幡浜･大洲	3市2町	八幡浜市 大洲市 西予市 内子町 伊方町
宇和島	1市3町	宇和島市 松野町 鬼北町 愛南町

Ⅱ　愛媛県の状況

1　人口動態

本県の人口は、令和２（2020）年の国勢調査（確報値）では 1,334,841 人で、前回調査の平成 27(2015)年から 50,421 人減少しています。本県の人口は、昭和 60(1985)年の 1,529,983 人をピークに減少を続けています。

圏域別に増減率をみると、全ての圏域において人口は減少していますが、特に八幡浜・大洲圏域と宇和島圏域の減少率が大きくなっています。

令和２（2020）年の人口を３区分の年齢構造でみると、０～14 歳の年少人口が 154,420 人、15～64 歳の生産年齢人口が 737,231 人、65 歳以上の高齢者人口が 443,190 人となっています（不詳補完による）。

県人口に占める割合は、年少人口が 11.6%（全国 11.9%）、生産年齢人口が 55.2%（全国 59.5%）、高齢者人口が 33.2%（全国 28.6%）となっており、全国の状況と比べると、高齢者人口の割合は全国を上回り、年少人口と生産年齢人口の割合は全国を下回っています。

図Ⅱ-1[年齢(3区分)別人口割合の推移]

出典：愛媛県ホームページ「令和２年国勢調査結果（確報）」

図Ⅱ-2[国勢調査年人口と増減率(圏域別)]

	宇摩	新居浜・西条	今治	松山	八幡浜・大洲	宇和島	県計
平成27年	87,413	228,077	165,249	646,055	144,324	114,144	1,385,262
令和2年	82,754	220,729	158,181	637,742	131,669	103,766	1,334,841
前回との対比増減率	-5.33	-3.22	-4.28	-1.29	-8.77	-9.09	-3.64

平成27年　令和2年　前回との対比増減率

出典：愛媛県ホームページ「令和２年国勢調査結果（確報）」より作成

図Ⅱ-3[5 歳階級別人口構成(令和2(2020)年)]

出典：愛媛県ホームページ「令和２年度国勢調査結果（確報）」改変

2 健康寿命の状況

厚生労働省「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」によると、本県の健康寿命は令和元（2019）年は男性 71.50 歳、女性 74.58 歳で、平成 28（2016）年より男性は 0.17 歳延びていますが、女性は横ばいでした。

全国と比較すると、本県の男性はワースト２位、女性はワースト４位となっています。健康寿命が最も長いのは、男性が大分県の 73.72 歳、女性が三重県の 77.58 歳で、本県との差は男性が 2.22 歳、女性が 3.00 歳となっており、差が大きくなっています。

図Ⅱ-4［健康寿命（男性）都道府県別］

図Ⅱ-5［健康寿命（女性）都道府県別］

出典：厚生労働省ホームページ「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（令和元（2019）年）」より作成

３ 死亡の状況

令和４（2022）年の人口動態統計によると、循環器病は本県における死亡原因の約４分の１を占め、第１位となっており、全国に比べて、死亡原因に占める循環器病の割合が高くなっています。

図Ⅱ-6［愛媛県の死亡原因］

図Ⅱ-7［全国の死亡原因］

出典：厚生労働省人口動態統計（令和４（2022）年）

本県の年齢調整死亡率は、令和２年（2020）年の人口動態統計特殊報告によると、脳血管疾患は男女ともに全国とほぼ同水準で推移していますが、心疾患で特に心不全が男女ともに全国よりも高くなっています。

図Ⅱ-8［脳血管疾患　年齢調整死亡率(県)］

出典：人口動態統計特殊報告（令和２（2020）年）

図Ⅱ-9［心疾患　年齢調整死亡率(県)］

出典：人口動態統計特殊報告（令和２（2020）年）

令和４（2022）年の人口動態統計によると、各都道府県における循環器病の粗死亡率は、脳血管疾患は全国平均が 88.1 であるのに対し、本県は 108.2 で全国第 16 位、心疾患は全国平均 239.7 であるのに対し、本県 266.4 で全国第２位となっています。

図Ⅱ-10[脳血管疾患　人口 10 万対の粗死亡率]

出典：厚生労働省人口動態統計（令和４（2022）年）

図Ⅱ-11[心疾患　人口 10 万対の粗死亡率]

出典：厚生労働省人口動態統計（令和４（2022）年）

4 医療費の状況

令和３（2021）年度版の国民医療費の概況によると、循環器病が医科診療医療費に占める割合は、本県及び全国ともに最も多くなっています。

【愛媛県】

令和３（2021）年度の傷病分類別医科診療医療費は 4,756 億円で、そのうち循環器病が 19.0%（903 億円）と最も多くを占めています。

図Ⅱ-12[愛媛県の医科診療医療費の構成割合]

出典：令和３（2021）年度版国民医療費の概況

【全国】

令和３（2021）年度の傷病分類別医科診療医療費は 32 兆 4,025 億円で、そのうち循環器病が 18.9%（６兆 1116 億円）で最も多くを占めています。

図Ⅱ-13[全国の医科診療医療費の構成割合]

出典：令和３（2021）年度版国民医療費の概況

5 受療状況

令和４（2022）年度の愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書によると循環器病の入院・入院外別の受療率分布（二次医療圏別標準化該当比）は次のとおりです。

【脳血管疾患】

《入院》

男女ともに八幡浜・大洲圏域が有意に高く、新居浜・西条及び宇和島圏域が有意に低くなっています。また、男性では、宇摩圏域も有意に低くなっています。

図Ⅱ-14［脳血管疾患受療率標準化該当比（入院）の分布地図（県全体を基準＝100）］

出典：令和４（2022）年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和２（2020）年データ）

《入院外》

男女ともに松山圏域が有意に高く、宇摩、新居浜・西条及び宇和島圏域が有意に低くなっています。また、女性では今治及び八幡浜・大洲圏域も有意に高くなっています。

図Ⅱ-15［脳血管疾患受療率標準化該当比（入院外）の分布地図（県全体を基準＝100）］

出典：令和４（2022）年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和２（2020）年データ）

【虚血性心疾患】

《入院》

男女ともに今治及び八幡浜・大洲圏域が有意に高く、新居浜・西条及び宇和島圏域が有意に低くなっています。また、男性では宇摩圏域も有意に低くなっています。

図Ⅱ-16［虚血性心疾患受療率標準化該当比（入院）の分布地図（県全体を基準＝100）］

出典：令和４（2022）年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和２（2020）年データ）

《入院外》

男性では松山圏域が、女性では宇摩圏域が有意に高くなっています。また、男性では今治、八幡浜・大洲及び宇和島圏域が、女性では新居浜・西条圏域が有意に低くなっています。

図Ⅱ-17［虚血性心疾患受療率標準化該当比（入院外）の分布地図（県全体を基準＝100）］

出典：令和４（2022）年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和２（2020）年データ）

Ⅲ　循環器病の基礎知識

1　脳卒中（脳血管疾患）

脳卒中とは

脳卒中は、脳の血管が詰まったり、破れたりして、その先の細胞に栄養が届かなくなって、細胞が死んでしまう病気です。急に倒れて意識がなくなったり、半身のまひが起きたり、ろれつが回らなくなったりする発作が起きます。

脳卒中は後遺症により生活に支障をきたすことが多く、重度の要介護状態を引き起こす最大の原因となっています。発症後、早く治療を開始すれば後遺症を軽くすることも可能です。脳卒中の疑いがある場合には、可能な限り早く病院を受診しましょう。

脳卒中という言葉は“症状”を伴う脳血管疾患とほぼ同義に用いられてきました。“卒中”には「悪い風にあたって倒れる」という意味があります。英語では脳卒中のことを Stroke といいますが、これも「打撃」とか「一撃」という意味があり、症状に焦点を置いた表現です。

脳卒中にはどんなものがあるの？

脳卒中は原因によって大きく２つのタイプに分けることができます。脳卒中のうち、一般的に脳出血、くも膜下出血と脳塞栓（のうそくせん）は出現が急で症状が重篤であり、ラクナ梗塞は比較的症状が現れるのが緩やかで前者と比べると死亡率は低くなっています。

図Ⅲ-1［脳卒中の分類］

脳卒中のタイプ

血管が詰まるタイプ：脳梗塞

血管が詰まることでその先の脳細胞に血流が行き渡らず、酸素や養分を送ることができなくなって障害が起きます。

血管が破れるタイプ：脳出血・くも膜下出血

血管が破れて出血してしまうことで、脳が破壊、圧迫されて障害が起きます。

出典：厚生労働省「スマート・ライフ・プロジェクト」

2 心血管疾患(心疾患)

<u>心血管疾患とは</u>

心血管疾患には、脈の乱れを起こす病気（不整脈）や先天性の心臓病、心筋や心膜の病気などさまざまなものがあります。その中で生活習慣病が関わっているものが虚血性心疾患です。

虚血性心疾患は、冠状動脈が動脈硬化のために細くなってしまい、心臓を動かしている心筋に酸素や栄養が十分に行き渡らなくなることが原因です。そのため、心筋が一時的に血液不足になって胸に痛みを引き起こしたり（狭心症）、完全に血管が詰まってしまい、胸に激烈な痛みを生じたりといった症状があります（心筋梗塞）。

なお、高齢者や糖尿病患者などでは、狭心症や心筋梗塞を発症しても痛みを感じない場合もあり、原因不明の不整脈や倦怠感などを訴える人もいます。

狭心症

普段は無症状なのに、冠状動脈が細いため、運動やストレスがかかったときなど心筋の酸素消費量が高まったときに必要な血流が得られず、虚血性の痛みが出現するのを狭心症といいます。また動脈硬化ではなく、冠状動脈のけいれんによって起こるタイプもあります。しかし安静にしていると自然に痛みは消失し、普通は 15 分以上続くことはありません。

動脈硬化が原因　　冠状動脈のけいれんが原因

心筋梗塞

突然、冠状動脈が閉塞して激烈な痛みが 30 分以上続くと心筋梗塞が疑われます。これはすぐに緊急搬送しないと即、命に関わる病気であり、突然死の最大の原因と考えられています。

なお、心筋梗塞の発症以前に狭心症の既往歴を有している場合もありますが、いきなり心筋梗塞を発症することもあります。

出典：厚生労働省「スマート・ライフ・プロジェクト」

心不全

心臓は全身に血液を循環させるポンプです。心不全では、心臓が悪いために全身の循環がうまく行かなくなり、その結果として息切れやむくみなどが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です。発症のリスクが高くなる生活習慣（病）として、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙などがあります。

心不全は、あらゆる心血管疾患の最終像です。一度心不全になると、徐々に進行すると言われており、生命に関わります。服薬などの治療によって症状や寿命を改善できますが、継続的な治療が大変重要です。症状が改善したからといって、治ったわけではないことに注意が必要です。

「心不全」監修：山口修

愛媛大学大学院医学系研究科循環器・呼吸器・腎高血圧内科学　教授

Ⅳ　基本方針

1　全体目標

国の基本計画に基づき、愛媛県の実情を踏まえた計画及び施策を展開することにより、令和 22（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。

健康寿命

基準値

愛媛県男性	71.50歳
愛媛県女性	74.58歳

目標：令和22（2040）年

愛媛県男性	74.50歳以上
愛媛県女性	77.58歳以上

出典：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（令和元（2019）年）

年齢調整死亡率

基準値

脳血管疾患（男）	100.2
脳血管疾患（女）	58.3

目標：令和22（2040）年

脳血管疾患（男）	76.2
脳血管疾患（女）	45.5

心血管疾患（男）	234.4
心血管疾患（女）	129.1

心血管疾患（男）	190.1
心血管疾患（女）	109.2

出典：人口動態統計特殊報告（令和２（2020）年）

※年齢調整死亡率の目標設定について

〇脳血管疾患については、基準となる令和２（2020）年人口動態統計特殊報告において、全国で最も低い値（男性：滋賀県、女性：大阪府）を目標に設定。

〇心血管疾患については、基準となる令和２（2020）年人口動態統計特殊報告において、全国平均値を目標に設定。

2 計画体系図

県推進計画における目標及び取組の体系図は、循環器病を脳卒中及び心血管疾患に分けて整理しています。

心血管疾患

基本目標	重点目標	今後の取組
心血管疾患の死亡減少	正しい知識の普及	生活習慣や社会環境の改善
		普及啓発・情報発信
	心血管疾患の発症予防	基礎疾患・危険因子の管理
		特定健診・特定保健指導の充実
		症状出現時の受診勧奨指示
	早期の専門医療機関搬送	速やかな救急搬送要請
		救急蘇生法等の適切な実施
		救急救命士の活動プロトコール
		搬送体制の整備
患者のＱＯＬの向上	急性期の専門的治療・リハビリ・緩和ケア	急性期医療の体制整備
		24時間専門的治療の体制整備
		リハビリの実施体制
		緩和ケアの体制
		回復期医療機関との連携
	回復期の治療・リハビリ・緩和ケア	リハビリの実施体制
		再発予防・合併症対応
		緩和ケアの体制
		保健医療福祉サービスとの連携強化
	慢性期・再発予防の治療・リハビリ・緩和ケア	慢性期医療の体制整備
		再発予防・合併症対応
		急性期・回復期医療機関との連携
		在宅療養支援体制
		専門職の人材育成
		就労サポート体制
		先天性心疾患への支援体制

Ⅴ　循環器病対策の現状と課題、取組の方向性

脳卒中・心血管疾患

１ 循環器病の正しい知識の普及啓発

(1)生活習慣や社会環境の改善

【現状と課題】

○本県の１日の食塩摂取量は 10.1ｇ（令和４（2022）年県調査）となっており、目標値の７ｇ未満（県食育推進計画）には届いていません。

○朝食を欠食する人の割合は、小学生 7.3%（令和４（2022）年国調査）、20～30 歳代 27.3%（令和４（2022）年県調査）、40～74 歳 18.4%（令和４（2022）年県報告）で、１日の野菜摂取量は 275ｇ（令和４（2022）年県調査）となっており、特に若い世代や働き盛りの世代で朝食欠食率が高く野菜摂取量が少ない状況です。このため、学校や団体、企業と連携し、これらの世代の栄養・食生活改善をサポートする愛顔の E－IYO（えいよう）プロジェクトを推進しており、働く世代への食生活改善の講話等啓発活動を行うほか、広く県民へ朝食や野菜摂取を促すため、県内の飲食店やスーパー、コンビニ等の協力のもと愛顔の健康づくり応援店を登録し、店舗でのステッカーやポスター掲示により啓発を行っており、令和５（2023）年５月末現在の応援店の登録数は 647 店舗となっています。

○令和４（2022）年学校保健統計調査（国調査）では、小学５年生の中等度・高度肥満傾向児の割合が男子 7.77%、女子 2.87%でした。子どもの生活習慣病予防健診は、小学４年生及び中学１年生の希望者を対象として学校で実施される場合が多く、その結果をもとに小児科医や養護教諭、学校栄養士等が連携し、健康教育や個別支援等の子どもの肥満改善に取り組んでいます。

○令和２（2020）年４月１日からの改正健康増進法全面施行に伴い、県民への周知活動として、ショッピングセンター等で受動喫煙防止の啓発イベントを開催しました。今後は、屋内禁煙を実施している店舗数等の把握や情報提供が必要です。

○生活習慣病や健康づくりに関する指導者を養成するために、健康づくり指導者養成セミナーを開催し、人材の育成に努めました。

【取組の方向性】

○高血圧症予防の観点から、１日当たりの食塩摂取量を減少させるため、目標値の７ｇ未満を目指し、関係機関が連携して取組を推進します。

○愛顔の E－IYO プロジェクトでは、企業や団体等に働きかけ、若い世代や働く世代を対象とした講話や実習等を実施し、朝食の摂取や適正体重の維持等、生活習慣を改善するための行動変容を促します。

○スーパーやコンビニ等に更に働きかけを行い、愛顔の健康づくり応援店の登録数を増やし、食環境の整備に努めます。

○食生活の改善のために、家庭・学校・地域・行政等が連携して食育を推進します。
○子どもの肥満は、将来の大人の肥満や生活習慣病への影響があるため、子どもの頃からの健康的な発育や生活習慣の基礎づくりとして、食生活の改善及び外遊び等の身体を動かす習慣づくりの推進など、子どもの成長発達に合わせた健康づくりに取り組みます。
○改正健康増進法を踏まえ、飲食店等の屋内禁煙の実施状況を把握し、関係機関と連携・協力して、受動喫煙防止のための環境整備を推進します。また、未成年者や子どもへの影響の大きい父母等の喫煙防止に関する啓発に取組みます。

(2)循環器病の普及啓発･情報発信

【現状と課題】

○循環器病の予防や治療、再発防止等の周知啓発や情報発信については、行政や医療機関、大学、医師会等の関係団体等がそれぞれ県民や専門職を対象としたセミナーや研修会、普及啓発活動等を実施しています。
○各市町等は生活習慣病の予防を目的とした情報発信等の取組を行っており、循環器病対策にも連動しています。
○心血管疾患については令和２（2020）年７月に、県、愛媛大学及びノバルティスファーマ株式会社の３者による産官学連携協定を締結し、心不全予防や治療についての普及啓発活動に積極的に取り組んでいます。
○令和５（2023）年６月に実施した県民意識調査(※)によると、脳卒中について正しく理解している人の割合は 65.6%、脳卒中の発症時に急に出る症状を知っている人の割合は79.0%でした。また、心不全について正しく理解している人の割合は52.9%、心不全の発症のリスクを知っている人の割合は66.0%でした。
○本県の心不全死亡率が他県と比較して高いという認知度は、令和３（2020）年７月に実施した県民意識調査では、17.4%であったが、令和５（2023）年６月の調査では、42.1%と向上している。しかし、「わからない、知らない」と回答した人も約半数いることから、さらなる情報発信の工夫が必要です。

※県民意識調査とは、産官学連携協定により県民の意識や普及啓発活動の評価等を行うインターネット調査のこと。県民約 600 人を対象に毎年夏と冬に実施し、令和２（2020）年国勢調査の年齢構成比にあわせて、集計したものです。

○循環器病の予防や治療、再発防止等の普及啓発や情報発信として、令和５年度に県内の医療系大学の学生をと対象にセミナーを開催しました。セミナー受講後のアンケート結果では、セミナーを大変理解できたと回答した割合は85.2%でした。
○令和５年度から、県の健康課題である高血圧症予防対策として「愛顔のハート、学び体験」事業を実施しています。各保健所が市町及び教育委員会等と連携し、小学校の児童及び保護者を対象に高血圧症に関わる「血圧」「減塩」「禁煙」の３つのアクティビティからなる体験プログラムを実施し、高血圧症とその予防のための生活習慣についての理解を促すとともに、生活習慣病予防行動につなげています。
○ビッグデータ活用県民健康づくり事業では、県民の約８割にあたる国民健康保険と協会けんぽの加入者の医療・健診・介護のデータを分析し、その結果を活用して市町と保健所が協力し生活習慣病予防や健康づくりのための取組を行っています。また、県の健康

課題である高血圧症に着目した県民向けの啓発用チラシを作成し配布しています。

○国のモデル事業を活用して、循環器病の情報提供や相談対応等を目的とした「脳卒中・心臓病等総合支援センター」が、令和５年度に愛媛大学医学部附属病院に設置されました。

表Ⅴ-1［循環器病（脳卒中・心血管疾患）の普及啓発や情報発信に関する取組］

	対象	内容	回数
循環器病	消防職員	症例検討・勉強会	３回
	一般住民	研修会・セミナー	１回
	一般住民	ポスター作成・掲示	１回
	医療従事者	研修会・セミナー	５回
脳卒中	消防職員	症例検討・勉強会	４回
	一般住民	研修会・セミナー	１回
	医療従事者	研修会・セミナー	３回
心血管疾患	消防職員	症例検討・勉強会	２回
	一般住民	研修会・セミナー	３回
	一般住民	ポスター作成・掲示	１回
	一般住民	TVCM・交通広告・新聞広告	１回
	医療従事者	研修会・セミナー	９回

出典：愛媛県健康増進課健康政策Ｇ調査（令和４（2022）年）

【取組の方向性】

○各関係機関・団体と連携し、県民に対する正しい知識等の周知啓発や情報発信を行うとともに、正しい知識を持つ人の割合等の実態把握を行い、市町単位等の県民により身近なコミュニティを活用する等、効果的な取組となるよう努めます。

○脳卒中については、一定時間内に治療を行えば機能の回復や維持が可能であることを広く県民に周知し、適切な時期に医療を受けることができるよう周知啓発します。

○心血管疾患は本県で特に多い心不全について、「息切れやむくみがあれば心不全かもしれないこと」「心不全は不可逆的にだんだん悪くなり生命を縮める病気であること」を広く県民に周知し、適切な医療を受けることができるよう啓発活動を推進します。

○児童・生徒に対しては、循環器病経験者から直接体験談を聞く機会を設ける等、学校と連携して発達に応じた生活習慣病等の正しい知識の普及に努めます。

○学校を拠点として家庭や地域の幅広い年代が共に循環器病について学びあうことができる環境を整備するために、学校教育と連携した取組を推進します。また、医療系の大学及び専門学校等と協働して、学校の専門性を活かした普及啓発活動を推進します。

○健診等のデータ分析結果を活用し、関係機関の協力のもと健康だよりの発行やホームページ等により情報を発信します。

○移行期医療の必要性については、医療等の関係者に対してセミナーや研修会等で周知啓発

を行う等、関係者（機関）が連携・協力して体制の構築に努めます。

○脳卒中・心臓病等総合支援センターにおいても循環器病の普及啓発・情報発信に努めます。

2 循環器病の発症予防

(1)基礎疾患及び危険因子の管理の促進

【現状と課題】

○特定健診受診者（令和４（2022）年県報告）のうち高血圧症及び高血圧症内服治療中の人の割合は、男性 48.9%、女性 35.4%で、年齢調整外来受療率（人口 10 万人対）（令和２（2020）年国調査）は 248.0 で全国（216.9）より高くなっています。また、ビッグデータ分析の結果から、男性の収縮期血圧は全国第 12 位であり、高血圧症には肥満・朝食欠食・飲酒が関連していることが明らかとなりました。このことは、啓発用チラシの作成と配布、ホームページに掲載する等、広く県民に周知するとともに、保健所と市町が連携してデータを活用した保健事業を実施しています。

○県の健康課題である高血圧症に対して、令和４（2022）年愛媛県高血圧重症化予防プログラムを策定し、高血圧症が重症化するリスクの高い医療機関未受診者や治療中断者に対して適切な受診勧奨を行い治療につなげる働きかけを行っています。

○特定健診受診者（令和４（2022）年県報告）のうち脂質異常症及び脂質異常症内服治療中の人の割合は、男性 58.0%、女性 53.1%で、年齢調整外来受療率（人口 10 万人対）（令和２（2020）年国調査）は 66.6 で全国（66.8）と同程度です。

○産官学連携協定の取組として、令和４（2022）年度より協力が得られた市において、虚血性心疾患重症化予防事業を実施し、脂質管理の課題分析を行うとともに、再発高リスク者に対する適切な生活習慣の周知や受診に繋がる働きかけを行いました。

○特定健診受診者（令和４（2022）年県報告）のうち糖尿病及び糖尿病内服・インスリン注射治療中の人の割合は、男性 13.8%、女性 6.5%で、年齢調整外来受診率（人口 10 万人対）（令和２（2020）年国調査）は 101.8 で全国（92.0）より高くなっています。

○県では効果的な疾病・重症化予防のために市町保健師等を対象とした専門的研修を実施しており、特に愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者や治療中断者に対して適切な受診勧奨を行い治療につなげる働きかけを行っています。

○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（人口10万人対）（令和３（2021）年国調査）は 3,862 人、予備群者数（人口 10 万人対）は 2,722 人で、それぞれ全国（該当者数 3,978 人、予備群者数 2,988 人）より少なくなっています。

○令和４（2022）年国民生活基礎調査によると、本県の喫煙率は男性 25.1%、女性 5.8%で、全国（男性 25.4%、女性 7.7%）より低くなっています。

○令和２（2020）年の禁煙外来を行っている医療機関数（人口 10 万人対）は 14.4 施設で、全国（12.8 施設）より多く、ニコチン依存症管理料を算定する患者数（人口 10 万人対）

も 410.9 人で、全国（332.8 人）より多くなっています。

○たばこによる健康被害や禁煙については、世界禁煙デー及び禁煙週間、学校における健康教育などの機会をとらえ、普及啓発を行っています。

○ハイリスク飲酒者（生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人：1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40ｇ以上、女性 20ｇ以上）の割合は、男性 9.7%、女性 5.9%（令和４（2022）年県調査）となっており、えひめ健康づくり 21 の目標値を目指し、特定保健指導等の個別指導や普及啓発活動を行う必要があります。

○特定健診受診者のうち運動習慣（１回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週２日以上、１年以上実施している）のある人の割合は男性 31.5%、女性 25.5%（令和４（2022）年県報告）となっており、運動習慣のある人の割合を増やす取組が必要です。

○令和２（2020）年から令和５（2023）年度にかけて県では ICT を活用した新たな健康づくりの取組として、国民健康保険被保険者を対象にスマホアプリを使った情報発信やウォーキングイベント等を実施し、運動習慣を意識した行動変容を促進しました。

【取組の方向性】

○循環器病の発症予防のために危険因子となる生活習慣（喫煙、ハイリスク飲酒等）を改善するため、県、市町、医療機関及び企業等関係団体が連携して、危険因子の健康への影響等に関する知識の周知啓発活動を推進します。

○愛媛県高血圧重症化予防プログラムを周知啓発するとともに、保険者における事業実施を支援します。

○県、市町、医療保険者及び関係団体が連携して、健康無関心層や若者、働く世代の健診受診率の向上に取り組み、疾病の予防・早期発見に努めます。

○引き続き ICT を活用した健康づくりの取組を推進します。

（2）健康診断・特定健診受診及び特定保健指導の充実

【現状と課題】

○高血圧症、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の生活習慣病については、特定健診等の結果に基づき、各医療保険者で特定保健指導を行っています。

○40 歳から 74 歳の健診受診率（令和４（2022）年国調査）は、男性 67.4%、女性 68.8%となっており、全国（男性 65.1%、女性 63.8%）と同程度となっています。

○特定健診受診率は 51.1%（令和３（2021）年国調査）と全国（56.2%）と比べ低いことから、受診率向上が喫緊の課題となっています。国及び県の目標値の 70%（えひめ健康づくり 21 他）を目指して、医療保険者と連携した受診率の向上のための取組を強化する必要があります。一方、特定保健指導実施率は 27.4%で、全国（24.7%）より高くなっています。

○市町（国民健康保険）では、令和元（2019）年度から web（スマホ）で 24 時間いつでも簡単に特定健診等の予約が可能となる健診予約システムを導入して受診率向上を図っています。

○県では令和３（2021）年から、令和５（2023）年度にかけて国民健康保険被保険者がスマホアプリを登録して特定健診を受診するとインセンティブが付与される新たな受診促進の取組を行いました。

【取組の方向性】

○県、市町、医療保険者等が連携し、あらゆる機会をとらえて特定健診・特定保健指導の実施率の向上に取り組みます。

(3)急性期医療機関を担う医療機関への受診勧奨

【現状と課題】

○脳卒中の一次診療を行い急性期の医療機関へ受診勧奨指示を行う医療機関（人口 10 万人対）（令和４（2022）年届出）は 27.3 施設で、全国（15.0 施設）より多くなっていますが、患者及び家族への医療機関情報の提供等の状況については確認する必要があります。

○心血管疾患の一次診療を行い急性期の医療機関へ受診勧奨指示を行う医療機関（人口 10 万人対）（令和４（2022）年届出）は 46.1 施設で、全国（32.9 施設）より多くなっていますが、患者及び家族への医療機関情報の提供等の状況については確認する必要があります。

【取組の方向性】

○突然の症状出現時に速やかに急性期医療機関を受診することができるよう、かかりつけ医や消防等の関係機関と連携するとともに、患者及び家族への情報提供を行います。また、情報提供等の状況について関係機関と協力して確認を進めます。

循環器病の発症予防

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。

ただし、これらの経過のうち、いずれの段階においても、生活習慣の改善や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。

救護

３ 脳卒中患者の迅速な専門医療機関への搬送

(1)初期症状出現時等に患者及び家族等による救急搬送要請の促進

【現状と課題】

○病院外で脳卒中の初期症状出現時や発症後に、その周囲にいる者が救急搬送の要請等の適切な対応ができるよう、消防機関主催で応急手当講習会が開催されています。令和３（2021）年度の開催回数は 440 回（県調査）となっています。

○令和５年７月から、えひめ救急電話相談（＃7119）を開始し、医師や看護師が電話で症状を確認し、救急車を呼ぶべきか、すぐに病院を受診した方が良いかなどの助言や、医療機関への案内を実施しています。

【取組の方向性】

○引き続き応急手当講習会を開催し、広く県民が応急対応を学ぶ機会を確保するとともに、119 番通報を受けた際に的確なアドバイスができるよう消防機関と連携します。

○えひめ救急電話相談（＃7119）の実施等により、救急要請や受診の適正化を促進します。

(2)救急救命士を含む救急隊員による活動プロトコールに則した適切な観察･判断･処置の実施

【現状と課題】

○救急隊員を中心とした地域におけるプレホスピタル・ケアの一層の充実や救急業務の更なる高度化を図るため、医療・消防・行政等の関係機関で構成される愛媛県メディカルコントロール協議会を設置し、救急救命士に対する医師からの指示体制の確立、救急救命士を含む救急隊員に対する指導・助言、救急活動の医学的観点からの事後検証体制及び救急救命士の再教育体制を構築しています。令和４（2022）年度はメディカルコントロール協議会を 29 回開催しています。

○令和４（2022）年度版の救急救助の現況によると、救急隊のうち救急救命士が常時運用している隊の割合は 92.1％で、全国（93.2％）より低くなっています。

○各地域メディカルコントロール協議会において、救急活動の事後検証を行った数は、令和４（2022）年県調査で、1,038 例となっており、そのうち脳卒中に関する事例は 138 例となっています。

【取組の方向性】

○発症から治療開始までの時間短縮や適切な病院前救護を行うため、救急救命士を含む救急隊員の育成と資質向上に取り組みます。

○病院前救護における脳卒中患者のためのプロトコールや搬送基準の継続的な見直し、症

例検討等、消防機関及び医療機関の連携強化を図ります。

○循環器病に関する救急隊員の観察・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・技術の向上等を図ります。

(3)急性期医療を担う医療機関への迅速な搬送体制の整備

【現状と課題】

○救急搬送システムにより、適切な搬送先を選定するほか、医療機関での受け入れ準備の時間短縮等や医師からの明確な指示に基づく、救急現場による応急措置等を実施目的として、消防機関と医療機関の間で、傷病者に係る情報共有を行っています。

○救急搬送要請から医療機関への収容までに要した平均時間は 39.1 分と全国平均（40.6 分）より短くなっています。

○感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、急性期医療機関へ患者を迅速かつ適切に搬送し、地域の医療資源を有効に活用するための体制を構築する必要があります。

表Ⅴ-2[圏域別 脳血管障がい患者(全体)(区分:入院)]

	医療機関所在地						
患者住所地	宇摩	新居浜・西条	今治	松山	八幡浜・大洲	宇和島	県外
宇摩	83.09%	9.75%		1.99%			5.17%
新居浜・西条	1.03%	92.76%	2.25%	3.53%		0.14%	0.44%
今治		0.55%	91.67%	3.49%			4.28%
松山		0.11%	0.29%	99.30%	0.26%		0.04%
八幡浜・大洲				11.63%	83.70%	4.41%	0.27%
宇和島				4.47%	1.26%	92.39%	1.89%

出典:厚生労働省「受療動向可視化ツール」(令和3(2021)年)

【取組の方向性】

○救急搬送システムの有効活用や病院への搬送前における適切な観察・判断・救急救命措置等、早期治療に向けた救急搬送体制の整備に取り組みます。

○地域の実情に応じた医療機関の相互連携及び搬送体制の構築について検討します。

急性期

4 発症後早期の専門的な治療及びリハビリテーション

(1)脳卒中の急性期医療に対応できる体制の整備

【現状と課題】

○脳神経外科の医師数（人口 10 万人対）（令和２年（2022）年国統計）は 7.3 人で、全国（5.8 人）より多くなっています。また、神経内科の医師数（人口 10 万人対）は 3.1 人で、全国（4.6 人）より少なくなっており、松山圏域に集中しています。

○t-PA による血栓溶解療法や血栓回収術等の専門的治療は、専門医や医療機関の偏在があることから、圏域での実施状況が異なり、圏域外で治療を受ける患者もいます。そこで県では、脳梗塞患者輪番制（t-PA ホットライン）に参加し、24 時間体制で脳卒中の疑い患者を、二次救急病院を介さずに直接受け入れる医療機関に対する補助事業を行っています。また、t-PA による血栓溶解療法を含む急性期脳卒中診療を 24 時間 365 日実施できる等の日本脳卒中学会の認定基準を満たした一次脳卒中センター（ＰＳＣ）は、令和５年１月時点で 12 施設となっています。

【取組の方向性】

○日本脳卒中学会の認定基準等を活用するなどして、専門医や医療機関の状況等、急性期医療に関する実態の把握に努め関係者間で共有するとともに、各圏域で急性期医療に対応できるよう地域の実情に応じた医療機関の相互連携及び搬送体制の構築に努めます。

（2）誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制の整備

【現状と課題】

○急性期には運動麻痺や意識障害が起こると、嚥下機能が低下するため、誤嚥性肺炎等の合併症を起こすリスクが高くなることから、口腔ケア等を実施し、誤嚥性肺炎等の合併症を予防し、治療するための体制整備が求められています。令和４（2022）年の国報告によると病院に勤務している歯科衛生士は 76 人となっています。

【取組の方向性】

○多職種連携による口腔機能管理を実施し、誤嚥性肺炎等の合併症予防及び治療に取り組みます。

○歯科衛生士のほか医療等関係者に対して疾患に関する啓発を行い、口腔ケアの質の向上と実施を促進します。

（3）廃用症候群の予防と、早期に自立できるリハビリテーション実施体制の整備

【現状と課題】

○脳卒中に対するリハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口 10 万人対）（令和３年（2021）年届出）は 9.5 施設で、全国（6.4 施設）より多くなっています八幡浜・大洲圏域では圏域外での実施が他の圏域より多くなっています。

表Ⅴ-3[圏域別 脳卒中に対する急性期リハビリテーション(区分:入院)]

	医療機関所在地						
患者住所地	宇摩	新居浜・西条	今治	松山	八幡浜・大洲	宇和島	県外
宇摩	92.05%	4.69%					2.86%
新居浜・西条	0.56%	91.93%	3.62%	3.90%			
今治			95.79%	2.14%			2.07%
松山				99.84%	0.16%		
八幡浜・大洲				7.78%	86.05%	6.18%	
宇和島				4.32%	1.18%	92.84%	1.66%

出典:厚生労働省「受療動向可視化ツール」(令和3(2021)年)

【取組の方向性】

○早期リハビリテーションを受けることができる体制を整備するために、医療従事者の確保等に努めます。

(4)回復期の医療機関等との連携体制の構築

【現状と課題】

○脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関(人口10万人対)(令和4年(2022)年届出)は13.0施設で、全国(10.0施設)より多くなっていますが、地域偏在があることから、それぞれの地域において急性期リハビリテーションを実施できる体制を整備する必要があります。

表Ⅴ-4[脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数]

圏域	R2年度	R4年度	増減
宇摩	3機関	4機関	＋1機関
新居浜・西条	2機関	2機関	±0機関
今治	9機関	9機関	±0機関
松山	21機関	22機関	＋1機関
八幡浜・大洲	1機関	1機関	±0機関
宇和島	3機関	3機関	±0機関
愛媛県	39機関	41機関	＋2機関

出典:えひめ医療情報ネット

【取組の方向性】

○急性期を脱した患者が、回復期リハビリテーション施設へ円滑に移行できるよう、脳卒中地域クリティカルパスの導入や相談窓口の設置等医療機関の機能分担等による連携体制の構築等に努めます。

(5)自宅退院困難者に対する医療施設や地域の保健医療福祉サービスとの連携強化

【現状と課題】

○地域の保健医療福祉サービスとの連携窓口を設置している医療機関数（人口 10 万人対）（令和４年（2022）年届出）は 14.9 施設で、全国（9.8 施設）より多くなっています。

○神経内科及び脳神経外科を標榜する医療機関で地域連携室を整備している医療機関数は、令和４（2022）年度時点で 54 施設あります。

表Ⅴ-5[神経内科及び脳神経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]

圏域	R2 年度	R4 年度	増減
宇摩	２機関	２機関	±０機関
新居浜・西条	11 機関	11 機関	±０機関
今治	６機関	６機関	±０機関
松山	19 機関	25 機関	＋６機関
八幡浜・大洲	７機関	６機関	△１機関
宇和島	４機関	４機関	±０機関
愛媛県	49 機関	54 機関	＋５機関

出典:えひめ医療情報ネット

【取組の方向性】

○患者及び家族が安心して自宅療養へと移行できるよう、医療機関と地域関係者の連携強化を図ります。

回復期

５ 身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーション

(1)専門医療スタッフによる集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関の整備

【現状と課題】

○脳卒中に対するリハビリテーションが実施可能な病床数(人口 10 万人対)(令和３(2021)年度届出）は 84.3 床で、全国（70.2 床）より多く、理学療法士等の専門スタッフも多い状況ですが、地域偏在があり、特に入院におけるリハビリテーションでは圏域で差があります。

表Ⅴ-6[圏域別 脳卒中に対するリハビリテーション(区分:入院)]

	医療機関所在地						
患者住所地	宇摩	新居浜・西条	今治	松山	八幡浜・大洲	宇和島	県外
宇摩	82.83%	6.10%		1.24%			9.82%
新居浜・西条	0.29%	92.50%	3.21%	3.45%			0.55%
今治			93.65%	4.23%			2.12%
松山			0.14%	99.86%			
八幡浜・大洲				21.94%	68.49%	9.57%	
宇和島				6.23%	0.72%	90.88%	2.17%

出典:厚生労働省「受療動向可視化ツール」令和3(2021)年)

【取組の方向性】

○回復期のリハビリテーションを受けることができる体制を整備するために、医療従事者の確保等に努めます。

(2)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の整備

【現状と課題】

○日本看護協会が認定する脳卒中リハビリテーション看護認定看護師(人口 10 万人対)の人数は変わらず、令和4(2022)年 12 月時点の実人数は6人となっています。

表Ⅴ-7[脳卒中リハビリテーション看護認定看護師数(人口 10 万人対)]

	R2.12	R4.12	増減
全国	0.6 人	0.6 人	±0 人
愛媛県	0.4 人	0.4 人	±0 人

出典:日本看護協会

【取組の方向性】

○脳卒中リハビリテーション看護認定看護師等の多職種が連携し、脳卒中患者の身体機能の早期改善や基礎疾患・危険因子の管理、合併症の予防等に向けた体制の整備に努めます。

(3)誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制の整備

【現状と課題】

○回復期においても口腔ケア等を実施し、誤嚥性肺炎等の合併症を予防し治療するための体制整備が求められています。令和4(2022)年の国報告によると病院に勤務している歯科衛生士は 76 人となっています。

○令和4(2022)年度に歯科衛生士を対象とした回復期・維持期における入院中及び退院後の地域生活を包括的に支援するための人材育成研修会を開催し、歯科衛生士の資質向上と歯口腔保健医療サービスの質の向上を図りました。

【取組の方向性】

○多職種連携による口腔機能管理を実施し、誤嚥性肺炎等の合併症予防及び治療に取り組みます。

○歯科衛生士のほか医療等関係者に対して疾患に関する啓発を行い、口腔ケアの質の向上と実施を促進します。

(4)急性期及び維持期の医療機関等地域の保健医療福祉サービスとの連携体制の構築

【現状と課題】

○脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関(人口10万人対)(令和４年(2022)年届出）は13.0施設で、全国（10.0施設）より多くなっていますが、地域偏在があることから、それぞれの地域において実情に応じた連携体制を整備する必要があります。（表Ⅴ-4）

○医療ソーシャルワーカーの数（人口10万人対）（令和２（2020）年調査）は16.3人で、全国（12.9人）より多くなっていますが、関係機関との連携する仕組みづくりの普及や見直しによる強化が必要です。

【取組の方向性】

○回復期のリハビリテーション施設が急性期施設から円滑に患者を受け入れ、また、維持期リハビリテーション施設へ円滑に移行することができるよう、脳卒中地域クリティカルパスの導入や相談窓口の設置等、医療機関の機能分担等による連携体制の構築等に努めるとともに、円滑に在宅療養に移行できるよう支援体制を整備します。

維持期

6 日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション

(1)生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの提供

【現状と課題】

○リハビリテーションが実施可能な医療機関数（令和５年（2023）年届出）は9.5施設（人口10万人対）で全国（6.4施設）より多くなっています。

○訪問リハビリテーションを提供している事業所数（人口 10 万人対）（令和５年（2023）年届出）は4.4施設で全国（3.9施設）より多く、訪問リハビリを受けている患者数も医療及び介護ともに全国より多くなっています。

○通所リハビリテーションを提供している事業所数（人口 10 万人対）（令和５年（2023）年届出）は9.8施設で全国（6.3施設）より多く、利用者数（人口10万人対）（令和２年（2020）年報告）も8,223.9人と全国（5,499.9人）より多くなっています。

表Ｖ-8[訪問リハビリを受ける患者数・利用者数]

（医療）人口 10 万人対	令和２年度ＮＤＢ	（県）179.3 人	（国）214.2 人
（介護）人口 10 万人対	令和２年度介護保険事業状況報告	（県）813.9 人	（国）1,143.1 人

○在宅療養に向けてリハビリテーションを受けることができる老人保健施設の定員数（人口 10 万人対）（令和５年（2023）年届出）は 396.7 人で、全国（288.2 人）より多くなっています。

○今後は患者のニーズに応じたリハビリテーションが、各地域で受けることができる体制の整備が必要です。

○介護保険制度の要となる介護支援専門員（ケアマネジャー）は令和４（2022）年度末時点の登録者数は 10,714 人（県調査）であり、そのうち有効期間内の介護支援専門員証保持者数は 4，447 人となっています。

○退院患者の平均在院日数（令和２（2020）年国調査）は、74.1 日となっています。

○在宅等の生活の場に復帰した患者の割合（令和２（2020）年国調査）は、57.5%となっています。

表Ｖ-9[退院患者平均在院日数及び在宅等生活の場に復帰した患者の割合]

	圏域	H29 年	R2 年
退院患者平均在院日数（脳血管疾患退院患者）	宇摩	50.0 日	46.2 日
	新居浜・西条	63.3 日	136.0 日
	今治	178.9 日	48.5 日
	松山	68.6 日	66.7 日
	八幡浜・大洲	58.9 日	59.5 日
	宇和島	27.8 日	51.6 日
	愛媛県	72.2 日	74.1 日
在宅等生活の場に復帰した患者の割合（脳血管疾患患者）算定回数	宇摩	63.7%	71.7%
	新居浜・西条	57.1%	52.7%
	今治	47.3%	61.4%
	松山	54.9%	47.8%
	八幡浜・大洲	58.4%	78.8%
	宇和島	40.8%	65.2%
	愛媛県	53.6%	57.5%

出典：患者調査

【取組の方向性】

○患者及び家族が在宅療養において必要な介護予防や居宅でのリハビリテーションを受けることができるよう医療及び介護従事者の確保と質の向上に努めます。

(2)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の整備

【現状と課題】

○訪問看護を受ける患者数（人口 10 万人対）（令和２（2020）年度 NDB）は 542.3 人で、全国（376.9 人）より多くなっています。また、訪問看護事業所数は、増加しています。

○再発予防のためには効果的な服薬治療を継続する必要があることから、県では、平成 28（2016）年 10 月から健康サポート薬局届出制度、令和３（2021）年８月から地域連携薬局等の知事認定制度を導入しており、患者の服薬情報の一元的継続把握とそれに基づく薬学的管理及び指導を行っています。令和５年９月末時点では、健康サポート薬局は 42 施設、令和５年 11 月末時点では、地域連携薬局は 36 施設となっています。

表Ⅴ-10[訪問看護事業所数]

圏域	R２.10.1	R５.８.31	増減
宇摩	８機関	10 機関	＋２機関
新居浜・西条	24 機関	33 機関	＋９機関
今治	10 機関	13 機関	＋３機関
松山	97 機関	118 機関	＋21 機関
八幡浜・大洲	14 機関	16 機関	＋２機関
宇和島	14 機関	15 機関	＋１機関
愛媛県	167 機関	205 機関	＋38 機関

出典:県調査

【取組の方向性】

○健康サポート薬局及び地域連携薬局等が各地域に普及するよう、薬剤師会等関係団体に働きかけを行うとともに、患者及び家族に対しては必要な支援を受けることができるよう周知を行います。

○患者が安心して在宅で日常生活を送ることができるよう、訪問看護事業等による在宅療養支援の強化を図るとともに、多職種・多機関が連携した支援体制の整備に努めます。

(3)回復期及び急性期の医療機関等との連携体制の構築

【現状と課題】

○入退院支援を行っている医療機関数（人口 10 万人対）（令和５年（2023）年届出）は 5.9 施設で、全国（3.7 施設）より多くなっていますが、圏域で差があることから、地域の実情に応じた連携の仕組みを関係者が協力して構築していく必要があります。

表Ⅴ-11[圏域別　入退院支援を行っている医療機関数(入退院支援加算　届出施設数:人口 10 万人対)]

宇摩	新居浜・西条	今治	松山	八幡浜・大洲	宇和島	愛媛県
4.8	5.0	5.1	6.0	6.8	8.7	5.9

出典:地方厚生局届出受理(令和5(2023)年)

【取組の方向性】

○入退院が円滑に行えるよう、脳卒中地域クリティカルパスの導入や相談窓口の設置、多職種が連携して支援を行う仕組みづくりを推進します。

(4)誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制の整備

【現状と課題】

○訪問歯科衛生指導を受ける患者数（人口 10 万人対）（令和２（2020）年度 NDB）は 1,996.6 人で、全国（4,392.4 人）よりかなり少なくなっています。

○令和４（2022）年度に歯科衛生士を対象とした回復期・維持期における入院中及び退院後の地域生活を包括的に支援するための人材育成研修会を開催し、歯科衛生士の資質向上と歯口腔保健医療サービスの質の向上を図りました。

○ＱＯＬの向上や誤嚥性肺炎の予防のために口腔ケアが重要であることについて、医療及び介護関係者のみならず、広く県民に周知する必要があります。

○通院による治療が困難な人に対しては、専門的口腔ケアや訪問歯科診療等に対応している歯科医療機関等を紹介するなど、関係者間での情報共有及び患者等に対する情報提供が必要です。

【取組の方向性】

○障がいのある人の歯科治療が可能な歯科医療機関との連携や訪問歯科診療を行う医療機関の拡充を図り、受診機会の確保に努めます。

○歯科口腔の専門職のほか保健医療福祉サービス従事者を対象とした口腔ケアに関する研修会等を開催することにより、人材の育成を行いサービスの質の向上を図るとともに、適切な歯科口腔保健医療サービスが提供できるように努めます。

7 循環器病に関する相談支援

(1)循環器病の相談支援に携わる専門職の人材育成

【現状と課題】

○医療等の専門職を対象とした循環器病または脳卒中に関する研修会等は、関係機関や団体において開催しています。

表Ⅴ-12[循環器病(脳卒中)の専門職を対象とした研修会等]

	対象	内容	回数
循環器病	消防職員	症例検討・勉強会	３回
脳卒中	消防職員	症例検討・勉強会	４回
脳卒中	医療従事者	研修会・セミナー	３回

出典：愛媛県健康増進課健康政策Ｇ調査（令和４（2022）年）

【取組の方向性】

○循環器病に関わる医療・保健・福祉等の専門職のさらなる資質向上のために、職能団体や医療機関等と協力して必要な研修を受講できる体制の確保に努めます。

○市町における身近な相談から医療機関等での専門的な相談まで、多機関の関係者が関わ

ることから、相談に従事する専門職が連携して支援する意識の醸成と仕組みづくりを推進します。

(2)てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症を有する人への支援体制整備

【現状と課題】

○県内の失語症者は約 5,000 人と推計されており、症状等は個人差が大きく個別性の高い支援が求められています。そこで、県は失語症者の外出支援やコミュニケーション支援等のために失語症者向け意思疎通支援者養成研修を実施しています。

○県では、高次脳機能障害支援普及事業として、普及啓発活動、相談体制の整備、支援拠点病院及び相談支援協力機関病院の指定、支援連絡協議会の設置等の支援を行っています。

【取組の方向性】

○引き続き、失語症者向け意思疎通支援者養成研修の開催により支援者の確保や資質向上を図るとともに、高次脳機能障害支援普及事業の周知啓発を行い、支援を必要とする患者及び家族が支援を受けることができる体制の整備と充実に努めます。

(3)就労支援のサポート体制の構築と相談支援体制の充実

【現状と課題】

○治療と職業生活の両立等支援対象事業（平成 25（2013）年度厚生労働省委託事業）における企業を対象としたアンケート調査によると、脳血管疾患を理由として１か月以上連続して休業している従業員がいる企業の割合は、12%となっています。また、労働安全衛生法に基づく一般健康診断において、脳・心臓疾患の危険因子である血圧や血中脂質等の有所見率は、平成 26（2014）年は 53%で年々高くなっており、疾病や危険因子を抱えている労働者は増える傾向にあります。

○県では、治療と仕事の両立支援コーディネーターを養成しており、令和４（2022）年末時点の修了者数は 301 人となっています。

【取組の方向性】

○引き続き、治療と仕事の両立支援コーディネーター養成研修会を開催し、コーディネーターの確保や資質の向上に努めるとともに、患者及び家族、事業所や医療機関等にも周知し、コーディネーターを活用した相談支援の普及を図ります。

心血管疾患

救護

３ 心血管疾患患者の迅速な専門医療機関への搬送

(1)初期症状出現時等に本人及び家族等による速やかな救急搬送要請の促進

【現状と課題】

○病院外での心血管疾患の初期症状出現時や発症後に、その周囲にいる者が救急搬送の要請等の適切な対応ができるよう、消防機関主催で応急手当講習会が開催されています。令和３（2021）年度の開催回数は 440 回（県調査）となっています。

○令和５年７月から、えひめ救急電話相談（＃7119）を開始し、医師や看護師が電話で症状を確認し、救急車を呼ぶべきか、すぐに病院を受診した方が良いかなどの助言や、医療機関への案内を実施しています。

【取組の方向性】

○引き続き応急手当講習会を開催し、広く県民が応急対応を学ぶ機会を確保するとともに、119 番通報を受けた際に的確なアドバイスができるよう消防機関と連携します。

○えひめ救急電話相談（＃7119）の実施等により、救急要請や受診の適正化を促進します。

(2)心肺停止疑いの者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置の実施

【現状と課題】

○一般市民が目撃した心肺停止に対して、心肺蘇生を実施した傷病者数は、令和３（2021）年県調査で 299 人となっています。

○学校現場での心肺停止に対し、心肺蘇生を実施した傷病者数は、令和３（2021）年県調査で０人となっています。

○県立学校での AED の設置数は、令和４（2022）年で 190 台でした。また、令和４（2022）年に愛媛県循環器病対策推進協議会において、県内の教育保育施設を対象とした AED の設置調査を実施しました。AED を管理している教育保育施設の割合は 92%でした。今後も AED の設置を進めるとともに、心肺停止となったときにその場に居合わせた人が AED を活用できるように訓練を行っておく必要があります。

【取組の方向性】

○AED の使用及び初期症状に対する対応等について、県民が学ぶ機会を増やします。

(3)救急救命士を含む救急隊員が活動プロトコールに則した適切な観察･判断･処置の実施

【現状と課題】

○救急隊員を中心とした地域におけるプレホスピタル・ケアの一層の充実や救急業務の更

なる高度化を図るため、医療・消防・行政等の関係機関で構成される愛媛県メディカルコントロール協議会を設置し、救急救命士に対する医師からの指示体制の確立、救急救命士を含む救急隊員に対する指導・助言、救急活動の医学的観点からの事後検証体制及び救急救命士の再教育体制を構築しています。令和４（2022）年度はメディカルコントロール協議会を 29 回開催しています。

○令和４（2022）年度版の救急救助の現況によると、救急隊のうち救急救命士が常時運用している隊の割合は 92.1％で、全国（93.2％）より低くなっています。

○各地域メディカルコントロール協議会において、救急活動の事後検証を行った数は、令和４（2022）年県調査で 1,038 例となっており、そのうち心血管疾患に関する事例は 135 例となっています。

【取組の方向性】

○発症から治療開始までの時間短縮や適切な病院前救護を行うため、救急救命士を含む救急隊員の育成と資質向上に取り組みます。

○病院前救護における心血管疾患患者のためのプロトコールや搬送基準の継続的な見直し、症例検討等、消防機関及び医療機関の連携強化を図ります。

○循環器病に関する救急隊員の観察・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・技術の向上等を図ります。

（4）急性期医療を担う医療機関への迅速な搬送体制の整備

【現状と課題】

○救急搬送システムにより、適切な搬送先を選定するほか、医療機関での受け入れ準備の時間短縮や医師からの明確な指示に基づく救急現場による応急措置の実施等を目的として、消防機関と医療機関の間で、傷病者に係る情報共有を行っています。

○救急搬送要請から医療機関への収容までに要した平均時間は 36.9 分と全国平均（40.6 分）より短くなっています。

○感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、急性期医療機関へ患者を迅速かつ適切に搬送し、地域の医療資源を有効に活用するための体制を構築する必要があります。

【取組の方向性】

○救急搬送システムの有効活用や病院への搬送前における適切な観察・判断・救急救命措置等、早期治療に向けた救急搬送体制の整備に取り組みます。

○地域の実情に応じた医療機関の相互連携及び搬送体制の構築について検討します。

急性期

４ 発症後早期の専門的な治療・リハビリテーション・緩和ケア

(1)心血管疾患の急性期医療に対応できる体制の整備

【現状と課題】

○循環器内科の医師数（人口 10 万人対）（令和２年（2020）年国統計）は 11.4 人で、全国（10.3 人）よりやや多くなっています。同様に、心臓血管外科の医師数（人口 10 万人対）は 2.9 人で、全国（2.6 人）よりやや多くなっています。しかし、数名の医師で救急輪番を行っている医療機関もあり、急性期治療を担う上で、大きな負担となっています。

○循環器専門医数は 166 人、心臓血管外科専門医数は 23 人となっています。(令和２(2020)年国統計)

○心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数（人口 10 万人対）は 0.4 施設で、全国（0.2 施設）よりやや多くなっており、心臓内科系集中治療室の病床数（人口 10 万人対）（令和２（2020）年国調査）は 1.4 床で、全国（1.3 床）とほぼ同じとなっています。

○心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数は、令和２（2020）年国調査によると、県内で５施設ありますが、病態ごとの専門的な治療を行うことができる医師や医療機関の偏在が顕著であることから、地域の実情に応じて、患者の来院後速やかに初期治療を開始し、30 分以内に専門的な治療を実施できる体制の整備が必要です。

○大動脈緊急症を含めた緊急手術に対しての医療機関の連携ができていない状況にあります。医療提供体制が不十分な時での患者の受け入れができる体制・ネットワークの整備が必要です。

○県では、循環器患者輪番制（ACS ネットワーク）に参加し、24 時間体制で心血管疾患疑いの患者を、二次救急当番病院を介さずに直接受け入れる医療機関への補助事業を実施しています。

【取組の方向性】

○専門医や医療機関の状況等、急性期医療に関する実態の把握に努めるとともに、各圏域で急性期医療に対応できるよう地域の実情に応じた医療機関の相互連携及び搬送体制の構築に努めます。

(2)24 時間専門的治療ができる体制の整備

【現状と課題】

○冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数（人口 10 万人対）（令和４（2022）年国調査）は、0.7 施設で全国（0.5 施設）よりやや多くなっています。また、経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数（人口 10 万人対）は 1.5 施設、経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数（人口 10 万人対）は 1.9 施設、大動脈瘤手術が可能な医療機関数は 0.8 施設で、それぞれ全国より多くなっています。

○心血管疾患は、急性心筋梗塞、急性大動脈解離及び慢性心不全の増悪等の疾患に応じて、

冠動脈バイパス術や経皮的冠動脈形成術等の内科的・外科的な専門的治療をできる限り早期に実施することで、より高い効果が見込まれ、後遺症の軽減につながります。しかし、各圏域で治療の実施状況が異なり、圏域外への流出も見られます。

【取組の方向性】

○圏域ごとに心血管疾患の急性期医療に対応できる体制を整備するため、心臓内科系集中治療室や心臓血管外科手術が実施可能な医療機関等の整備に努めます。

(3)心血管疾患リハビリテーションの実施体制の整備

【現状と課題】

○心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万人対)(令和５年(2023)年届出）は2.0施設で、全国（1.3施設）より多くなっています。

表Ⅴ-13[圏域別　心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万人対)]

宇摩	新居浜・西条	今治	松山	八幡浜・大洲	宇和島	愛媛県
2.4	2.3	1.3	2.1	1.5	1.9	2.0

出典:地方厚生局届出受理(令和5(2023)年)

○令和２（2020）年国調査によると、入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（ＳＣＲ）は105.2と全国（100.0）より高くなっています。

【取組の方向性】

○リハビリテーションを実際に行っている医療機関を対象に、現状調査等を行い、病期(急性期）に応じた多面的、包括的なリハビリテーションが実施できる医療従事者の確保や設備等の整備に努めます。

(4)心身の緩和ケアが受けられる体制の整備

【現状と課題】

○心血管疾患については、疾患の初期段階から緩和ケアを継続して行うことが必要とされていますが、県内の緩和ケアを提供する医療機関数（人口 10 万人対）（令和５（2023）年国届出）は、1.0施設で全国（0.7施設）と比べて多くなっています。

○緩和ケアの実施件数（SCR）については、令和２（2020）年国調査によると、県は77.2で全国（100.0）より低くなっており、緩和ケアが実際には十分に行われていない現状があります。

【取組の方向性】

○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トータルケアを行うこととし、多職種連携や地域連携による緩和ケアを推進する

ための実施体制や人材育成について検討します。

(5)回復期の医療機関等との連携体制の構築

【現状と課題】

○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（人口 10 万人対）（令和５（2023）年届出）は 3.5 施設で、全国（2.6 施設）より多くなっていますが、地域偏在があることから、それぞれの地域において体制を整備する必要があります。

表Ⅴ-14［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］

圏域	R２年度	R４年度	増減
宇摩	５機関	５機関	±０機関
新居浜・西条	13 機関	13 機関	±０機関
今治	11 機関	12 機関	＋１機関
松山	22 機関	26 機関	＋４機関
八幡浜・大洲	５機関	５機関	±０機関
宇和島	６機関	６機関	＋０機関
愛媛県	62 機関	67 機関	＋５機関

出典：えひめ医療情報ネット

○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（人口 10 万人対）（令和５年（2023）年届出）は 13.0 施設で、全国（10.0 施設）より多くなっていますが、地域偏在があることから、それぞれの地域において急性期リハビリテーションを実施できる体制を整備する必要があります。

表Ⅴ-15［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］

圏域	R２年度	R４年度	増減
宇摩	１機関	１機関	±０機関
新居浜・西条	０機関	０機関	±０機関
今治	２機関	１機関	△１機関
松山	10 機関	10 機関	±０機関
八幡浜・大洲	０機関	０機関	±０機関
宇和島	０機関	０機関	±０機関
愛媛県	13 機関	12 機関	△１機関

出典：えひめ医療情報ネット

【取組の方向性】

○急性期を脱した患者が、回復期リハビリテーション施設へ円滑に移行できるよう、急性心筋梗塞地域クリティカルパスの導入や相談窓口の設置等医療機関の機能分担等による連携体制の構築等に努めます。

回復期

5　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

(1)心血管疾患リハビリテーションの実施体制の整備

【現状と課題】

○心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万人対)(令和５年(2023)年届出）は2.0施設で、全国（1.3施設）より多くなっています。(表Ⅴ-13)

○令和２（2020）年国調査によると、入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）は77.2と全国（100.0）より低くなっています。

【取組の方向性】

○リハビリテーションを実際に行っている医療機関を対象に、現状調査等を行い、病期（回復期）に応じた多面的、包括的なリハビリテーションが実施できる医療従事者の確保や医療体制の整備に努めます。

(2)再発や合併症発生時に本人及び家族による速やかな救急搬送要請の促進

【現状と課題】

○病院外での心血管疾患の再発等の症状発症後に、その周囲にいる者が救急搬送の要請等の適切な対応ができるよう、消防機関主催で応急手当講習会が開催されています。令和３（2021）年度の開催回数は440回（県調査）となっています。

【取組の方向性】

○引き続き応急手当講習会を開催し、広く県民が応急対応を学ぶ機会を確保するとともに、119番通報を受けた際に的確なアドバイスができるよう消防機関と連携します。

(3)心身の緩和ケアの実施体制整備

【現状と課題】

○心血管疾患については、疾患の初期段階から緩和ケアを継続して行うことが必要とされていますが、県内の緩和ケアを提供する医療機関数（人口 10 万人対）（令和５（2023）年国届出）は、1.0施設で全国（0.7施設）と比べて多くなっています。

○令和２（2020）年国調査によると、緩和ケアの実施件数（SCR）については、県は77.2で全国（100.0）より低くなっています。

【取組の方向性】

○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トータルケアを行うこととし、多職種連携や地域連携による緩和ケアを推進するための体制構築や人材育成に努めます。

(4)急性期及び慢性期の医療機関等地域の保健医療福祉サービスとの連携体制の構築

【現状と課題】

○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（人口 10 万人対）（令和５（2023）年）届出）は 3.5 施設で、全国（2.6 施設）より多くなっていますが、地域偏在があることから、それぞれの地域において体制を整備する必要があります。**（表Ⅴ-14）**

○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（人口 10 万人対）（令和４年（2022）年届出）は 13.0 施設で、全国（10.0 施設）より多くなっていますが、地域偏在があることから、それぞれの地域の実情に応じた連携体制を構築する必要があります。**（表Ⅴ-15）**

【取組の方向性】

○回復期の患者が慢性期の必要なサービス等の利用が円滑にできるよう、急性心筋梗塞地域クリティカルパスの導入や相談窓口の設置等医療機関の機能分担等による連携体制の構築等に努めます。

慢性期・再発予防

6 日常生活の場での再発予防、リハビリテーション・心身の緩和ケア・合併症の適切な対応

(1)慢性期の医療体制の整備

【現状と課題】

○心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口 10 万人対）（令和５年（2023）年届出）は 2.0 施設で、全国（1.3 施設）よりやや多くなっています。**（表Ⅴ-15）**

○令和２（2020）年国調査によると、外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）は 96.9 と全国（100.0）より低くなっています。

○心血管疾患については、疾患の初期段階から緩和ケアを継続して行うことが必要とされていますが、県内の緩和ケアを提供する医療機関数（人口 10 万人対）（令和５（2023）年国届出）は、1.0 施設で全国（0.7 施設）と比べて多くなっています。

○緩和ケアの実施件数（SCR）については、令和２（2020）年国調査によると、県は 77.2 で全国（100.0）より低くなっています。

○日本看護協会が認定する慢性心不全看護認定看護師は、令和４（2022）年 12 月時点では４名となっています。

○令和３（2021）年度から日本循環器学会が認定する心不全療養指導士の資格が創設され、令和４（2022）年 10 月時点では 40 人となっています。

【取組の方向性】

○リハビリテーションを実際に行っている医療機関を対象に、現状調査等を行い、病期（慢性期・維持期）に応じた多面的、包括的なリハビリテーションが実施できる医療従事者

の確保や設備等の整備に努めます。

○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トータルケアを行うこととし、多職種連携や地域連携による緩和ケアを推進するための体制構築や人材育成に努めます。

(2)再発や合併症発症時に本人及び家族による速やかな救急搬送要請の促進

【現状と課題】

○病院外での心血管疾患の再発等の症状発症後に、その周囲にいる者が救急搬送の要請等の適切な対応ができるよう、消防機関主催で応急手当講習会が開催されています。令和３（2022）年度の県調査によると 440 回となっています。

【取組の方向性】

○引き続き応急手当講習会を開催し、広く県民が応急対応を学ぶ機会を確保するとともに、119 番通報を受けた際に的確なアドバイスができるよう消防機関と連携します。

(3)急性期･回復期の医療機関等との連携体制の整備

【現状と課題】

○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（人口 10 万人対）（令和５（2023）年届出）は 3.5 施設で、全国（2.6 施設）より多くなっていますが、地域偏在があることから、それぞれの地域において体制を整備する必要があります。　（表Ⅴ-14）

○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（人口 10 万人対）（令和５年（2023）年届出）は 13.0 施設で、全国（10.0 施設）より多くなっていますが、地域偏在があることから、それぞれの地域において急性期リハビリテーションを実施できる体制を整備する必要があります。（表Ⅴ-15）

○令和２（2020）年国調査によると、入退院支援の実施件数（SCR）は入退院支援１が 92.6 で全国（100.0）より低くなっており、入退院支援２も 92.8 で全国（100.0）より低くなっています。

【取組の方向性】

○回復期のリハビリテーション施設や急性期施設から地域での療養へ円滑に移行できるよう、急性心筋梗塞地域クリティカルパスの導入や相談窓口の設置等医療機関の機能分担等による連携体制の構築等に努めます。

(4)在宅での療養支援体制の整備

【現状と課題】

○訪問診療を実施している診療所（人口 10 万人対）（令和２（2020）年国調査）は、20.1 施設で全国（16.0 施設）より多くなっています。同じく訪問診療を実施している病院（人

口 10 万人対）（令和２（2020）年国調査）は、4.4 施設で全国（2.4 施設）より多くなっています。また、訪問看護事業所数は、増加しています。（表Ⅴ-10）

○訪問看護師数（人口 10 万人対）（令和２（2020）年国報告）は、37.9 人で全国（34.4 人）より多くなっています。

○訪問薬剤指導を実施する薬局（人口 10 万人対）（令和５（2023）年届出）は、44.7 施設で全国（44.0 施設）よりやや多くなっています。

○再発予防のためには効果的な服薬治療を継続する必要があることから、県では、平成 28（2016）年 10 月から健康サポート薬局届出制度、令和３（2021）年８月から地域連携薬局等の知事認定制度を導入しており、患者の服薬情報の一元的継続把握とそれに基づく薬学的管理及び指導を行っています。令和５年９月末時点では、健康サポート薬局は 42 施設、令和５年 11 月末時点では、地域連携薬局は 36 施設となっています。

○虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数（令和２（2020）年国調査）は、6.5 日となっています。

○在宅等の生活の場に復帰した患者の割合（令和２（2020）年国調査）は、81.7%となっています。

表Ⅴ-19［退院患者平均在院日数及び在宅等生活の場に復帰した患者の割合］

	圏域	H29 年	R2 年
退院患者平均在院日数（虚血性心疾患退院患者）	宇摩	1.0 日	10.2 日
	新居浜・西条	8.0 日	5.1 日
	今治	7.9 日	7.1 日
	松山	5.5 日	7.4 日
	八幡浜・大洲	7.8 日	9.7 日
	宇和島	9.3 日	10.3 日
	愛媛県	6.7 日	7.1 日
在宅等生活の場に復帰した患者の割合（虚血性心疾患）算定回数	宇摩	100%	77.8%
	新居浜・西条	90.7%	89.3%
	今治	90.8%	96.1%
	松山	85.2%	93.8%
	八幡浜・大洲	96.2%	96.1%
	宇和島	84.7%	39.6%
	愛媛県	87.7%	81.7%

出典：患者調査

【取組の方向性】

○健康サポート薬局及び地域連携薬局等が各地域に普及するよう、薬剤師会等関係団体に働きかけを行うとともに、患者及び家族に対しては必要な支援を受けることができるよう周知を行います。

○患者及び家族が安心して在宅で日常生活を送ることができるよう、医療機関・訪問看護事業所・かかりつけ薬局等が連携し、在宅での療養支援の充実を図ります。

7 循環器病に関する相談支援

(1)循環器病の相談支援に携わる専門職の人材育成

【現状と課題】

○医療等の専門職を対象とした循環器病または心血管疾患に関する研修会等は、関係機関や団体において開催しています。

表Ⅴ-20[循環器病(心血管疾患)の専門職を対象とした研修会等]

	対象	内容	回数
循環器病	消防職員	症例検討・勉強会	３回
心血管疾患	医療従事者	研修会・セミナー	９回

出典：愛媛県健康増進課健康政策Ｇ調査（令和４（2022）年）

【取組の方向性】

○循環器病に関わる医療・保健・福祉等の専門職のさらなる資質向上のために、職能団体や医療機関等と協力して必要な研修を受講できる体制の確保に努めます。

○市町における身近な相談から医療機関等での専門的な相談まで、多機関の関係者が関わることから、相談に従事する専門職が連携して支援する意識の醸成と仕組みづくりを推進します。

(2)就労支援のサポート体制の構築と相談支援体制の充実

【現状と課題】

○労働安全衛生法に基づく一般健康診断において、脳・心臓疾患の危険因子である血圧や血中脂質等の有所見率は、平成 26（2014）年は 53%で年々高くなっており、疾病や危険因子を抱えている労働者は増える傾向にあります。

○心血管疾患の患者数は令和２（2020）年患者調査において、全国で約 305 万人ですが、そのうち約 58 万人（19%）が就労世代（20～64 歳）となっています。

○県では、治療と仕事の両立支援コーディネーターを養成しており、令和４（2022）年末時点で修了者数は 301 人となっています。

【取組の方向性】

○引き続き、治療と仕事の両立支援コーディネーター養成研修会を開催し、コーディネーターの確保や資質の向上に努めるとともに、患者及び家族、事業所や医療機関等にも周知し、コーディネーターを活用した相談支援の普及を図ります。

移行期医療

8 先天性心疾患における支援体制

(1)先天性心疾患を有する人への支援体制の充実

【現状と課題】

○先天性心疾患患者は、治療や手術成績が向上したことにより、95%は成人を迎えることができるようになっています。現在、成人となった先天性心疾患を有する人は、全国では約 40～50 万人、県内では 4,000～5,000 人いると推定されています。

○県内では、令和３（2021）年１月に愛媛大学医学部附属病院に移行期・成人先天性心疾患センターが開設され、成人の先天性心疾患患者に対するチーム診療体制がとられています。

○令和４（2022）年に愛媛県循環器病対策推進協議会において、県内の循環器科・心臓血管外科・小児科を標榜する医療機関に従事する医師を対象に、移行期医療に関するアンケート調査を実施しました。成人先天性心疾患患者の診療経験がある割合は 27.7%であり、移行期医療への必要性を感じている割合は 88.4%でした。

○県内で難病の特定医療費受給者証を所持している人のうち、20 歳以上の先天性心疾患に該当する人は、令和４（2022）年３月末時点で、350 人です。

○国民健康保険加入者のレセプトデータの解析により、20 歳以上の先天性心疾患に該当する疾病名で病院受診をしている人は、777 人（平成 30（2018）年度）でした。

○先天性心疾患を有する人に対応できる医療機関については十分に把握できておらず、推計された患者数に比べて実際に医療にかかっている人が少ないのは、県内での移行期医療の体制が十分整備されていないことが考えられます。

【取組の方向性】

○移行期医療について、県内の医療機関の現状を把握するとともに、先天性心疾患を有する人が、小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく受けることができる体制の構築に取り組みます。

○先天性心疾患患者のうち難病医療費助成制度の対象となる患者に対しては、かかりつけ医療機関等から制度について情報提供を行い、患者及び家族の経済的負担軽減に努めます。

○移行期医療の必要性については、医療等の関係者に対してセミナーや研修会等で周知啓発を行う等、関係者（機関）が連携・協力して体制の構築に努めます。

Ⅵ　推進体制と評価

行政、関係機関等が連携し、県民と協働して取り組むことにより、循環器病対策の向上を図ります。

また、愛媛県循環器病対策推進協議会を開催し、県推進計画に定めた目標や取組の進捗状況を把握するとともに、指標の達成状況等について評価・検討を行います。

【役割】

1　県民

喫煙・食生活・運動等の生活習慣が循環器病の発症に及ぼす影響等、循環器病に関する正しい知識を持ち、日常生活において循環器病の予防に積極的に取り組むとともに、循環器病を発症した疑いがある場合は、主体的に治療等を受けることが求められます。

2　行政

県は、推進計画に基づき、国、市町、関係機関・団体等と連携を図りつつ、その地域の特性に応じた循環器病対策を総合的に推進します。

市町は、県や関係機関・団体等と連携し、循環器病の予防等に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力します。

3　医療保険者

県や市町が取り組む循環器病の予防等に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力することが求められます。

4　保健･医療又は福祉の業務従事者

県が取り組む循環器病対策に協力するとともに、循環器病患者等に対し良質かつ適切な保健・医療又は福祉に係るサービスを提供することが求められます。

5　教育機関及び研究機関

循環器病の科学的根拠に基づく正しい知識の普及啓発や循環器病に関する知見の収集や実態の分析等に協力することが求められます。

6　関係団体

医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会等の関係団体は、行政の取組への協力や専門性を活かした情報提供等の取組が求められます。

参考資料

○脳卒中ロジックモデル及び指標出典情報 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50

○脳卒中指標一覧 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 57

○心血管疾患ロジックモデル及び指標出典情報 ・・・・・・・・・・・・・・・ 60

○心血管疾患指標一覧 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 67

○県第１期計画脳卒中及び心血管疾患指標結果一覧・・・・・・・・・・・・・・ 68

○用語解説 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 74

○循環器病対策推進基本計画 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 80

○愛媛県循環器病対策推進協議会設置要綱 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 116

○愛媛県循環器病対策推進協議会委員名簿 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 117

愛媛県

脳卒中ロジックモデル（ver.5）

普及啓発

番号	C初期アウトカム指標	愛媛県	全国
1	生活習慣や社会環境の改善	愛媛県	全国
1	食塩摂取量	10.1g	
2	朝食を欠食する人の割合（小学生）	7.3%	5.6%
3	朝食を欠食する人の割合（若い世代：20～30歳代）	27.3%	
4	朝食を欠食する人の割合（40～74歳）	18.4%	
5	肥満傾向にある子どもの割合（男）	7.8%	7.1%
6	肥満傾向にある子どもの割合（女）	2.9%	4.3%
7	屋内禁煙を行っている飲食店の割合	59.5%	
8	愛顔の健康づくり応援店の数	647	
2	循環器病の普及啓発・情報発信	愛媛県	全国
9	普及啓発の回数（脳卒中）	8	

予防

番号	C初期アウトカム指標	愛媛県	全国	
3	基礎疾患及び危険因子の管理の促進	愛媛県	全国	
10	喫煙率（男）	25.1%	25.4%	
11	喫煙率（女）	5.8%	7.7%	
12	禁煙外来を行っている医療機関数	14.4	12.8	*
13	ニコチン依存管理の実施件数	410.9	332.8	*
14	ハイリスク飲酒者の割合（男）	9.7%		
15	ハイリスク飲酒者の割合（女）	5.9%		
16	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	248.0	216.9	*
17	高血圧症有病者率（男）	48.9%		
18	高血圧症有病者率（女）	35.4%		
19	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	66.6	66.8	*
20	脂質異常症有病者率（男）	58.0%		
21	脂質異常症有病者率（女）	53.1%		
22	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	101.8	92.0	*
23	糖尿病有病者率（男）	13.8%		
24	糖尿病有病者率（女）	6.5%		

番号	B中間アウトカム指標	愛媛県	全国	
1	【普及啓発】脳卒中について正しい知識がある	愛媛県	全国	
75	脳卒中について正しい知識を持つ人の割合	65.6%		
2	【予防】脳卒中の発症を予防できている	愛媛県	全国	
76	脳血管疾患により救急搬送された患者数	3,161		
77	脳血管疾患受療率（入院）	131.0	98.0	*
78	脳血管疾患受療率（外来）	82.0	59.0	*

番号	A分野アウトカム指標

	25	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	3,862	3,978	*
	26	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数	2,722	2,988	*
	27	運動習慣のある人の割合（男）	31.5%		
	28	運動習慣のある人の割合（女）	25.5%		
4	市町および保険者が行う特定健診・特定保健指導の充実		愛媛県	全国	
	29	健診受診率（男）	67.4%	65.1%	
	30	健診受診率（女）	68.8%	63.8%	
	31	特定健診受診率	51.1%	56.2%	
	32	特定保健指導実施率	27.4%	24.7%	
5	突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診推奨指示の促進		愛媛県	全国	
	33	神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数	27.3	15.0	*

救護

6	初期症状出現時・発症後に本人及び家族等による速やかな救急搬送要請の促進		愛媛県	全国	
	34	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	440		
7	救急救命士を含む救急隊員による活動プロトコールに則した適切な観察・判断・処置の実施		愛媛県	全国	
	35	救急隊の救急救命士運用率	92.1%	93.2%	
	36	MC協議会の開催回数	29		
	37	救急活動の事後検証数（脳卒中）	138		
8	急性期医療を担う医療機関への迅速な搬送体制の整備		愛媛県	全国	
	38	脳血管疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	圏域別		

3	【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		愛媛県	全国
	79	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間（分）	39.1	42.8

1	脳卒中による死亡が減少している		愛媛県	全国	
	100	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	100.2	93.8	*
	101	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）	58.3	56.4	*
	102	脳梗塞の年齢調整死亡率（男）	57.9	52.5	*
	103	脳梗塞の年齢調整死亡率（女）	29.7	29.3	*
	104	脳出血の年齢調整死亡率（男）	34.9	31.9	*
	105	脳出血の年齢調整死亡率（女）	18.5	16.3	*
	106	くも膜下出血の年齢調整死亡率（男）	5.7	7.1	*
	107	くも膜下出血の年齢調整死亡率（女）	7.7	9.2	*

急性期

番号	C初期アウトカム指標	愛媛県	全国	
9	脳卒中の急性期医療に対応できる体制の整備	愛媛県	全国	
39	脳神経内科医師数	3.1	4.6	*
40	脳神経外科医師数	7.3	5.8	*
41	脳卒中の専用病室を有する病院数	0.1	0.2	*
42	脳卒中の専用病室を有する病床数	0.2	1.3	*
43	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	1.2	0.8	*
44	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（脳梗塞に対する血栓回収術）が実施可能な病院数）	1.2	0.8	*
45	t-PA輪番制など脳卒中に対応した体制を整備している地区数	1		
10	誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備	愛媛県	全国	
46	口腔機能管理を受ける患者数（急性期）	0.0	0.8	*
47	病院に就業している歯科衛生士数	76	7,460	
11	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実施体制の整備	愛媛県	全国	
48	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	9.5	6.4	*
12	回復期の医療機関等との連携体制の構築	愛媛県	全国	
49	脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数	13.0	10.0	*
13	自宅退院困難者に対する医療施設や地域の保健医療福祉サービスとの連携強化	愛媛県	全国	
50	地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数	14.9	9.8	*

番号	B中間アウトカム指標	愛媛県	全国
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	愛媛県	全国
80	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR）	71.2	100.0
81	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）	60.2	100.0
82	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（SCR）	71.2	100.0
83	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）	56.0	100.0
84	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（急性期）（SCR）	86.3	100.0
85	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	125.5	100.0
86	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）	112.5	100.0
87	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	74.9	100.0
88	退院患者平均在院日数	74.1	76.8

回復期

番号	C初期アウトカム指標	愛媛県	全国	
14	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の整備	愛媛県	全国	
51	回復期リハビリテーション病床数	84.3	70.2	*
52	リハビリテーション科医師数	3.1	2.3	
53	理学療法士数	103.1	80.0	*
54	作業療法士数	59.7	40.5	*
55	言語聴覚士数	16.5	14.2	*
15	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の整備	愛媛県	全国	
56	脳卒中リハビリテーション認定看護師数	6	742	
16	誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備	愛媛県	全国	
57	口腔機能管理を受ける患者数（回復期）	0.0	1.1	*
58	病院に就業している歯科衛生士数	76	7,460	
17	急性期およ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の構築	愛媛県	全国	
59	脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数	13.0	10.0	*
60	医療ソーシャルワーカー数	16.3	12.9	*

番号	B中間アウトカム指標	愛媛県	全国
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	愛媛県	全国
89	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（回復期）（SCR）	113.8	100.0
90	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	125.5	100.0
91	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	74.9	100.0
92	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	圏域別	

番号	A分野アウトカム指標	愛媛県	全国
2	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ている	愛媛県	全国
108	健康寿命（男）	71.50	72.68
109	健康寿命（女）	74.58	75.38
110	ADL改善率	68.2%	73.3%
111	脳卒中患者の再入院率（6か月後）	22.6%（参考値）	※※

維持期

			愛媛県	全国	
18		生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの提供（訪問及び通所リハビリを含む）	愛媛県	全国	
	61	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	9.5	6.4	*
	62	訪問リハビリを提供している事業所数	4.4	3.9	*
	63	通所リハビリを提供している事業所数	9.8	6.3	*
	64	老人保健施設定員数	396.7	288.2	*
19		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の整備	愛媛県	全国	
	65	訪問看護を受ける患者数（医療）	542.3	376.9	*
	66	訪問看護を受ける患者数（介護）	6362.3	5663.4	
	67	地域連携薬局の数	36		
20		回復期及び急性期の医療機関等との連携体制の構築	愛媛県	全国	
	68	入退院支援を行っている医療機関数	5.9	3.7	*
	69	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	398.0	283.6	
21		誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備	愛媛県	全国	
	70	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	1,996.6	4,392.4	*
22		循環器病の相談支援に携わる専門職の人材育成	愛媛県	全国	
	71	専門職団体への研修会開催数（脳卒中）	10		
23		てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症を有する人への支援体制整備	愛媛県	全国	
	72	失語症者向け意思疎通支援者養成研修修了者数	25		
	73	高次脳機能障害に関する相談件数	7,758		
24		就労支援サポート体制の構築と相談支援体制の充実	愛媛県	全国	
	74	県内の両立支援コーディネーター養成研修修了者数	301		

			愛媛県	全国	
6		【維持期】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	愛媛県	全国	
	93	訪問・リハビリを受ける患者数・利用者数（医療）	179.3	198.4	*
	94	訪問・リハビリを受ける患者数・利用者数（介護）	813.9	1,089.7	*
	95	通所リハビリを受ける利用者数	8,223.9	5,820.3	*
	96	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	125.5	100.0	
	97	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	74.9	100.0	
	98	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	4.9	0.8	*
	99	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療）	0.0	3.7	*

*は人口10万人対換算

脳卒中ロジックモデル【指標出典情報】

番号	指標名	定義詳細	出典
1	食塩摂取量	20歳以上の1日当たり食塩摂取量	愛媛県県民健康調査（R4）
2	朝食を欠食する人の割合（小学生）	小学6年生のうち、「朝食を毎日食べていますか」の問いに、「あまり食べていない」「全く食べていない」と回答した人の割合	全国学力・学習状況調査（文部科学省）（R4）
3	朝食を欠食する人の割合（若い世代：20～30歳代）	20～30歳代の朝食欠食率（朝食を毎日食べていない人の割合）	愛媛県県民健康調査（R4）
4	朝食を欠食する人の割合（40～74歳）	特定健診受診者のうち、週3回以上朝食を食べない人の割合 （男女の回答者合計と「はい」と答えた男女の合計を算出し、割合を求める。）	令和4年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和2年データ）
5	肥満傾向にある子どもの割合（男）	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合	学校保健統計調査（文部科学省）（R4）
6	肥満傾向にある子どもの割合（女）		
7	屋内禁煙となっている飲食店の割合	飲食店のうち、屋内禁煙となっている飲食店の割合	愛媛県健康資源・環境整備状況調査（R4年度）
8	愛顔の健康づくり応援店の数		健康政策G調査（R5.5月末）
9	普及啓発の回数（脳卒中）	県・市町・各団体等で行われた普及啓発イベントの回数	健康政策G調査（R4年度）
10	喫煙率（男）	世帯人員（20歳以上）で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
11	喫煙率（女）		
12	禁煙外来を行っている医療機関数	禁煙外来を設置している病院数・一般診療所数の合計	令和2年医療施設静態調査
13	ニコチン依存管理料を算定する患者数	B001-3-2ニコチン依存管理料（初回・2回目～4回目・5回）　算定件数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
14	ハイリスク飲酒者の割合（男）	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	愛媛県県民健康調査（R4）
15	ハイリスク飲酒者の割合（女）		
16	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（10万人対）　基準人口：昭和60年人口モデル	令和2年医療施設静態調査を基に計算
17	高血圧症有病者率（男）	特定健診受診者のうち、収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mg以上もしくは血圧を下げる薬を服薬している人の割合	令和4年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和2年データ）
18	高血圧症有病者率（女）		
19	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（10万人対）　基準人口：昭和60年人口モデル	令和2年医療施設静態調査を基に計算
20	脂質異常症有病者率（男）	特定健診受診者のうち、中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、またはLDLコレステロール140mg/dl以上、もしくはコレステロールを下げる薬を服用している人の割合	令和4年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和2年データ）
21	脂質異常症有病者率（女）		
22	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	傷病大分類「糖尿病」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したもの （医療計画作成支援データブックより）	患者調査（R2）より計算 医療計画作成支援データブック
23	糖尿病有病者率（男）	特定健診受診者のうち、空腹時血糖126mg/dL以上またはHbA1c6.5%以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬を服用している人の割合	令和4年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和2年データ）
24	糖尿病有病者率（女）		
25	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」 令和3年度
26	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数	
27	運動習慣のある人の割合（男）	特定健診受診者のうち、1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している人の割合	令和4年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和2年データ）
28	運動習慣のある人の割合（女）		
29	健診受診率（男）	世帯人員（40歳～74歳）で「健診等の受診あり」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
30	健診受診率（女）		
31	特定健診受診率	特定健診受診率 ※心血管疾患ロジックモデル31と同じ	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3年度
32	特定保健指導実施率	特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）の対象者数に対する修了者数の割合 ※心血管疾患ロジックモデル32と同じ	
33	神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「神経・脳血管領域の一次診療」のある医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
34	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	講習回数	県消防防災安全課調べ（令和3年）
35	救急隊の救急救命士運用率	救急隊のうち救急救命士常時運用隊の割合	令和4年度版 救急救助の現況
36	MC協議会の開催回数	県・地域MC協議会における年間の合計回数	県消防防災安全課調べ（R4年度）
37	救急活動の事後検証数（脳卒中）	MC協議会において救急活動の事後検証を行った数のうち脳卒中症例	健康政策G調べ（R4年度）
38	脳血管疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	脳血管疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数の割合	患者調査（H26年）
39	脳神経内科医師数	主たる診療科を脳神経内科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
40	脳神経外科医師数	主たる診療科を脳神経外科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

脳卒中ロジックモデル【指標出典情報】

番号	指標名	定義詳細	出典
41	脳卒中の専用病室を有する病院数	脳卒中集中治療室（SCU）を有する病院数	令和2年医療施設静態調査
42	脳卒中の専用病室を有する病床数	脳卒中集中治療室（SCU）の病床数（病院）	
43	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	超急性期脳卒中加算　届出病院数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
44	経皮的選択的脳血栓、塞栓溶解術（脳梗塞に対する血栓回収術）が実施可能な病院数	対応することができる疾患・治療内容「経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（終日対応・終日対応以外）」のある医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
45	t-PA輪番制など脳卒中に対応した体制を整備している地区数		県医療対策課調べ（R5年度）
46	口腔機能管理を受ける患者数（急性期）	高度急性期病棟における周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）算定件数（一ヵ月間）	令和3年病床機能報告
47	病院に就業している歯科衛生士数		日本歯科衛生士会（衛生行政報告例）（令和4年）
48	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）　届出施設数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
49	脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数	地域医療連携クリティカルパスの有無	医療機能情報（2022年10月時点）
50	地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する窓口の設置	医療機能情報（2022年10月時点）
51	回復期リハビリテーション病床数	回復期リハビリテーション病棟入院料1～6　届出病床数	令和3年度病床機能報告
52	リハビリテーション科医師数	主たる診療科をリハビリテーション科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
53	理学療法士数	病院・一般診療所の従事者数（常勤換算）	令和2年医療施設静態調査
54	作業療法士数		
55	言語聴覚士数		
56	脳卒中リハビリテーション認定看護師数	脳卒中リハビリテーション認定看護師数	日本看護協会（2022年12月25日時点）
57	口腔機能管理を受ける患者数（回復期）	急性期・回復期病棟における周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）算定件数（一ヵ月間）	令和3年病床機能報告
58	病院に就業している歯科衛生士数		日本歯科衛生士会（衛生行政報告例）（令和4年）
59	脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数	地域医療連携クリティカルパスの有無	医療機能情報（2022年10月時点）
60	医療ソーシャルワーカー数	病院・一般診療所の社会福祉士数（常勤換算）	令和2年医療施設静態調査
61	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）　届出施設数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
62	訪問リハビリを提供している事業所数	訪問リハビリテーションサービス事業所数	介護サービス情報公表システム（2023年5月時点）
63	通所リハビリを提供している事業所数	通所リハビリテーションサービス事業所数	介護サービス情報公表システム（2023年5月時点）
64	老人保健施設定員数	介護老人保健施設サービス　定員数	介護サービス情報公表システム（2023年5月時点）
65	訪問看護を受ける患者数（医療）	C005在宅患者訪問看護・指導料（保健師、助産師、看護師（週3日目まで）・准看護師（週3日目まで）・保健師、助産師、看護師（週4日目以降）・准看護師（週4日目以降）・悪性腫瘍患者への緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門研修を受けた看護師）　算定回数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
66	訪問看護を受ける患者数（介護）	訪問看護サービス　受給者数（年度累計）	令和2年度介護保険事業状況報告（年報）
67	地域連携薬局の数		厚生労働省ホームページ（R5.11月末）
68	入退院支援を行っている医療機関数	入退院支援加算　届出施設数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
69	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	B005-1-2 介護支援等連携指導料 算定回数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
70	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	C001訪問歯科衛生指導料（複雑なもの・簡単なもの）　算定件数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
71	専門職団体への研修会開催数（脳卒中）	医療従事者・地域保健従事者・専門職団体等への研修会開催数	健康政策G調査（R4年度）
72	失語症者向け意思疎通支援者養成研修修了者数	愛媛県言語聴覚士会に委託して実施している「失語症者向け意思疎通支援者養成研修」修了者数	県（障がい福祉課）調べ（R4年度）
73	高次脳機能障害に関する相談件数	県内の支援拠点機関、相談支援協力機関、県6保健所での、面接相談・電話相談・訪問相談・メール（書簡）相談延べ件数の合計	県（精神保健係）調査（R4年度）
74	県内の両立支援コーディネーター養成研修修了者数		愛媛産業保健総合支援センター調査（R4年末現在）
75	脳卒中について正しい知識を持つ人の割合	脳卒中の症状が疑われる人への対応について、選択肢の中から「一刻も早く受診が必要、場合によっては救急車を呼ぶ」が選択できたできた人の割合	産官学連携協定による県民意識調査（R5.6月）
76	脳血管疾患により救急搬送された患者数		県（消防防災安全課）調査（R3年）
77	脳血管疾患受療率（入院）	脳血管疾患受療率（人口10万人対）	令和2年患者調査
78	脳血管疾患受療率（外来）		
79	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間（分）	令和4年版 救急救助の現況
80	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR）	A205 -2超急性期脳卒中加算（入院初日）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
81	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）	K178-4 経皮的脳血栓回収術	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
82	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（SCR）	K177 脳動脈瘤頸部クリッピング（1箇所・2箇所以上）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
83	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）	K178 脳血管内手術（1箇所・2箇所以上・脳血管内ステント）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
84	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（急性期）（SCR）	H004-2摂食機能療法（1日につき）30分未満の場合	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
85	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料（入院+外来）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）

脳卒中ロジックモデル【指標出典情報】

番号	指標名	定義詳細	出典
86	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)	H000-3早期リハビリテーション加算(入院+外来)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分)
87	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)	A246-4地域連携診療計画加算	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分)
88	退院患者平均在院日数	病院の退院患者平均在院日数(施設所在地) 傷病分類「脳血管疾患」	令和2年患者調査
89	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(回復期)(SCR)	H004-1摂食機能療法(1日につき)30分以上の場合(入院+外来)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分)
90	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)	H001脳血管疾患等リハビリテーション料(入院+外来)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分)
91	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)	A246-4地域連携診療計画加算	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分)
92	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合		令和2年患者調査
93	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(医療)	C006在宅患者訪問リハビリテーション料　算定件数	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
94	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(介護)	訪問リハビリテーションサービス　受給者数(年度累計)	令和2年度介護保険事業状況報告(年報)
95	通所リハビリを受ける利用者数	通所リハビリテーションサービス　受給者数(年度累計)	令和2年度介護保険事業状況報告(年報)
96	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)	H001脳血管疾患等リハビリテーション料(入院+外来)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分)
97	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)	A246-4地域連携診療計画加算	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分)
98	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	B001-9 療養・就労両立支援指導料(初回・2回目以降)　算定回数	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
99	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数(医療)	C008在宅患者訪問薬剤管理指導料　算定回数 ※心血管疾患ロジックモデルB506と同じ	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
100	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男)	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告(令和2年　都道府県別年齢調整死亡率)
101	脳血管疾患の年齢調整死亡率(女)		
102	脳梗塞の年齢調整死亡率(男)	脳梗塞患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告(令和2年　都道府県別年齢調整死亡率)
103	脳梗塞の年齢調整死亡率(女)		
104	脳出血の年齢調整死亡率(男)	脳出血疾患患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告(令和2年　都道府県別年齢調整死亡率)
105	脳出血の年齢調整死亡率(女)		
106	くも膜下出血の年齢調整死亡率(男)	くも膜下患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告(令和2年　都道府県別年齢調整死亡率)
107	くも膜下出血の年齢調整死亡率(女)		
108	健康寿命(男)	日常生活に制限のない期間の平均	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)
109	健康寿命(女)		
110	ADL改善率	回復期リハ病床で入院時の日常生活機能評価が10点以上またはFIM得点55点以下で、退院時に3点以上(回復期リハ1の場合は4点以上)またはFIM総得点12点以上改善していた患者数の割合	令和3年度病床機能報告
111	脳卒中患者の再入院率(6か月後)	※スマートヘルスケア推進事業の国保・後期レセプトデータから算出。2018年6月～2022年2月の期間中の20歳以上74歳未満の脳卒中に該当するICD10(160くも膜下出血、161脳内出血、163脳梗塞)の再入院患者/退院患者数	※参考値として抽出。 2018年6月～2022年2月国保KDBデータ

Copyright(c) Regional Health Plan Evaluation Network. All Right Reserved.

脳卒中指標一覧（各指標の出典については、ロジックモデル【指標出典情報】参照）

	現状	目標値（R11）
【全体目標】脳卒中による死亡が減少している		
脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）（人口10万人対）	100.2	76.2
脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）（人口10万人対）	58.3	45.5
脳梗塞の年齢調整死亡率（男）（人口10万人対）	57.9	下げる
脳梗塞の年齢調整死亡率（女）（人口10万人対）	29.7	下げる
脳出血の年齢調整死亡率（男）（人口10万人対）	34.9	下げる
脳出血の年齢調整死亡率（女）（人口10万人対）	18.5	下げる
くも膜下出血の年齢調整死亡率（男）（人口10万人対）	5.7	下げる
くも膜下出血の年齢調整死亡率（女）（人口10万人対）	7.7	下げる
【全体目標】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ている		
健康寿命（男）	71.50歳	延伸
健康寿命（女）	74.58歳	延伸
ADL改善率	68.2%	上げる
脳卒中患者の再入院率（6か月後）	22.6%（参考値）	下げる
【普及啓発】脳卒中について正しい知識がある		
脳卒中について正しい知識を持つ人の割合	65.6%	増やす
生活習慣や社会環境の改善		
食塩摂取量	10.1g	7g未満
朝食を欠食する人の割合（小学生）	7.3%	0%
朝食を欠食する人の割合（若い世代：20～30歳代）	27.3%	15%以下
朝食を欠食する人の割合（40歳～74歳）	18.4%	減らす
肥満傾向にある子どもの割合（男）	7.8%	減らす
肥満傾向にある子どもの割合（女）	2.9%	減らす
屋内禁煙を行っている飲食店の割合	59.5%	増やす
愛顔の健康づくり応援店の数	647店舗	増やす
循環器病の普及啓発・情報発信		
普及啓発の回数（脳卒中）	8回	増やす
【予防】脳卒中の発症を予防できている		
脳血管疾患により救急搬送された患者数	3,161人	
脳血管疾患受療率（入院）（人口10万人対）	131.0	
脳血管疾患受療率（外来）（人口10万人対）	82.0	
基礎疾患及び危険因子の管理の促進		
喫煙率（男）	25.1%	下げる
喫煙率（女）	5.8%	下げる
禁煙外来を行っている医療機関数（人口10万人対）	14.4	増やす
ニコチン依存管理料を算定する患者数（人口10万人対）	410.9	増やす
ハイリスク飲酒者の割合（男）	9.7%	8.0%
ハイリスク飲酒者の割合（女）	5.9%	4.5%
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）	248.0	
高血圧症有病者率（男）	48.9%	下げる
高血圧症有病者率（女）	35.4%	下げる
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）	66.6	
脂質異常症有病者率（男）	58.0%	下げる
脂質異常症有病者率（女）	53.1%	下げる
糖尿病患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）	101.8	
糖尿病有病者率（男）	13.8%	下げる
糖尿病有病者率（女）	6.5%	下げる
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（人口10万人対）	3,862	減らす
特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数（人口10万人対）	2,722	減らす
運動習慣のある人の割合（男）	31.5%	増やす
運動習慣のある人の割合（女）	25.5%	増やす
市町および保険者が行う特定健診・特定保健指導の充実		
健診受診率（男）	67.4%	上げる
健診受診率（女）	68.8%	上げる
特定健診受診率	51.1%	70%
特定保健指導実施率	27.4%	45%
突然の症状出現時に急性期医療を担う医療機関への受診勧奨指示の促進		
神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数（人口10万人対）	27.3	増やす

【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		
救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間(分)	39.1分	短縮
初期症状出現時・発症後に本人及び家族等による速やかな救急搬送要請の促進		
救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	440回	増やす
救急救命士を含む救急隊員による活動プロトコールに則した適切な観察・判断・処置の実施		
救急隊の救急救命士運用率	92.1%	上げる
MC協議会の開催回数	29回	増やす
救急活動の事後検証数(脳卒中)	138例	増やす
急性期医療を担う医療機関への迅速な搬送体制の整備		
脳血管疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	圏域別	
【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		
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数(SCR)	71.2	
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)	60.2	
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(SCR)	71.2	
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)	56.0	
脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(急性期)(SCR)	86.3	
脳卒中に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)	125.5	
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)	112.5	
脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)	74.9	
退院患者平均在院日数	74.1	
脳卒中の急性期医療に対応できる体制の整備		
脳神経内科医師数(人口10万人対)	3.1	増やす
脳神経外科医師数(人口10万人対)	7.3	増やす
脳卒中の専門病室を有する病院数(人口10万人対)	0.1	増やす
脳卒中の専門病室を有する病床数(人口10万人対)	0.2	増やす
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数(人口10万人対)	1.2	増やす
経皮的選択的脳血栓、塞栓溶解術(脳梗塞に対する血栓回収術)が実施可能な病院数(人口10万人対)	1.2	増やす
t-PA輪番制など脳卒中に対応した体制を整備している地区数	1地区	増やす
誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備		
口腔機能管理を受ける患者数(急性期)(人口10万人対)	0.0	増やす
病院に就業している歯科衛生士数	76名	増やす
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実施体制の整備		
リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万人対)	9.5	増やす
回復期の医療機関等との連携体制の構築		
脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数(人口10万人対)	13.0	増やす
自宅退院困難者に対する医療施設や地域の保健医療福祉サービスとの連携強化		
地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数(人口10万人対)	14.9	増やす
【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		
脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(回復期)(SCR)	113.8	
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)	125.5	
脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)	74.9	
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	圏域別	増やす
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の整備		
回復期リハビリテーション病床数(人口10万人対)	84.3	増やす
リハビリテーション科医師数(人口10万対)	3.1	増やす
理学療法士数(人口10万人対)	103.1	増やす
作業療法士数(人口10万人対)	59.7	増やす
言語聴覚士数(人口10万人対)	16.5	増やす
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の整備		
脳卒中リハビリテーション認定看護師数	6名	増やす
誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備		
口腔機能管理を受ける患者数(回復期)(人口10万人対)	0.0	増やす
病院に就業している歯科衛生士数	76名	増やす
急性期およ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の構築		
脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数(人口10万人対)	13.0	増やす
医療ソーシャルワーカー数(人口10万人対)	16.3	増やす

【維持期】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			
	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療）（人口10万人対）	179.3	
	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護）（人口10万人対）	813.9	
	通所リハビリを受ける利用者数（人口10万人対）	8223.9	
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	125.5	
	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	74.9	
	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数（人口10万対）	4.9	
	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療）（人口10万人対）	0.0	
生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの提供（訪問及び通所リハビリを含む）			
	リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口10万人対）	9.5	増やす
	訪問リハビリを提供している事業所数（人口10万人対）	4.4	
	通所リハビリを提供している事業所数（人口10万人対）	9.8	
	老人保健施設定員数（人口10万人対）	396.7	
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の整備			
	訪問看護を受ける患者数（医療）（人口10万人対）	542.3	増やす
	訪問看護を受ける患者数（介護）（人口10万対）	6362.3	増やす
	地域連携薬局の数	36施設	増やす
回復期および急性期の医療機関等との連携体制の構築			
	入退院支援を行っている医療機関数（人口10万人対）	5.9	増やす
	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数（人口10万対）	398.0	増やす
誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備			
	訪問歯科衛生指導を受ける患者数（人口10万人対）	1996.6	増やす
循環器病の相談支援に携わる専門職の人材育成			
	専門職団体への研修会開催数（脳卒中）	10回	増やす
てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症を有する人への支援体制整備			
	失語症者向け意思疎通支援者養成研修修了者数	25名	増やす
	高次脳機能障害に関する相談件数	7,758件	増やす
就労支援サポート体制の構築と相談支援体制の充実			
	県内の両立支援コーディネーター養成研修修了者数	301名	増やす

愛媛県

心血管疾患ロジックモデル(ver.5)

普及啓発

番号	C初期アウトカム指標	愛媛県	全国
1	生活習慣や社会環境の改善	愛媛県	全国
1	食塩摂取量	10.1g	
2	朝食を欠食する人の割合(小学生)	7.3%	5.6%
3	朝食を欠食する人の割合(若い世代:20～30歳代)	27.3%	
4	朝食を欠食する人の割合(40～74歳)	18.4%	
5	肥満傾向にある子どもの割合(男)	7.8%	7.1%
6	肥満傾向にある子どもの割合(女)	2.9%	4.3%
7	屋内禁煙を行っている飲食店の割合	59.5%	
8	愛顔の健康づくり応援店の数	647	
2	循環器病の普及啓発・情報発信	愛媛県	全国
9	普及啓発の回数(心血管疾患)	16	

予防

番号	C初期アウトカム指標	愛媛県	全国	
3	基礎疾患及び危険因子の管理の促進	愛媛県	全国	
10	喫煙率(男)	25.1%	25.4%	
11	喫煙率(女)	5.8%	7.7%	
12	禁煙外来を行っている医療機関数	14.4	12.8	*
13	ニコチン依存管理の実施件数	410.9	332.8	*
14	ハイリスク飲酒者の割合(男)	9.7%		
15	ハイリスク飲酒者の割合(女)	5.9%		
16	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	248.0	216.9	*
17	高血圧症有病者率(男)	48.9%		
18	高血圧症有病者率(女)	35.4%		
19	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	66.6	66.8	*
20	脂質異常症有病者率(男)	58.0%		
21	脂質異常症有病者率(女)	53.1%		
22	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	101.8	92	*
23	糖尿病有病者率(男)	13.8%		
24	糖尿病有病者率(女)	6.5%		

番号	B中間アウトカム指標	愛媛県	全国	
1	【普及啓発】心不全について正しい知識がある	愛媛県	全国	
83	心不全について正しい知識を持つ人の割合	52.9%		
2	【予防】心血管疾患の発症を予防できている	愛媛県	全国	
84	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	0	3.5	
85	虚血性心疾患受療率(入院)	11.0	9.0	*
86	虚血性心疾患受療率(外来)	58.0	42.0	*
87	虚血性心疾患全体(入院)(SCR)	125.8	100.0	
88	虚血性心疾患全体(外来)(SCR)	146.5	100.0	

番号	A分野アウトカム指標

	25	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	3,862	3,978	*
	26	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数	2,722	2,988	*
	27	運動習慣のある人の割合（男）	31.5%		
	28	運動習慣のある人の割合（女）	25.5%		
4		市町および保険者が行う特定健診・特定保健指導の充実	愛媛県	全国	
	29	健診受診率（男）	67.4%	65.1%	
	30	健診受診率（女）	68.8%	63.8%	
	31	特定健診受診率	51.1%	56.2%	
	32	特定保健指導実施率	27.4%	24.7%	
5		突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診推奨指示の促進	愛媛県	全国	
	33	循環器系領域の一次診療を行う医療機関数	46.1	32.9	*

救護

6		初期症状出現時・発症後に本人及び家族等による速やかな救急搬送要請の促進	愛媛県	全国	
	34	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	440		
7		心肺停止疑いの者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置の実施	愛媛県	全国	
	35	一般市民が目撃した心肺停止に対し、心肺蘇生を実施した傷病者数	299		
	36	学校現場での心肺停止に対し、心肺蘇生を実施した傷病者数	1		
	37	教育機関でのAEDの設置数	190		
8		救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコールに則した適切な観察・判断・処置の実施	愛媛県	全国	
	38	救急隊の救急救命士運用率	92.1%	93.2%	
	39	MC協議会の開催回数	29		
	40	救急活動の事後検証数（心血管疾患）	135		
9		急性期医療を担う医療機関への迅速な搬送体制の整備	愛媛県	全国	
	41	虚血性心疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	圏域別		

3		【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	愛媛県	全国	
	89	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間（分）	36.9	40.6	
	90	心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数	443		

1		心血管疾患による死亡が減少している	愛媛県	全国	
	117	心疾患の年齢調整死亡率（男）	234.4	190.1	*
	118	心疾患の年齢調整死亡率（女）	129.1	109.2	*
	119	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男）	53.5	73	*
	120	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女）	18.9	30.2	*
	121	心不全の年齢調整死亡率（男）	85.4	69	*
	122	心不全の年齢調整死亡率（女）	62.9	48.9	*
	123	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（男）	18.8	17.3	*
	124	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（女）	8.6	10.5	*

急性期

番号	C初期アウトカム指標	愛媛県	全国	
10	心血管疾患の急性期医療に対応できる体制の整備	愛媛県	全国	
42	循環器内科医師数	11.4	10.3	*
43	心臓血管外科医師数	2.9	2.6	*
44	循環器専門医数	166	13,920	
45	心臓血管外科専門医数	23	2,265	
46	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数	0.4	0.2	*
47	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病床数	1.4	1.3	*
48	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	5		
11	24時間専門的治療が実施できる体制の整備	愛媛県	全国	
49	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	0.7	0.5	*
50	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	1.5	1.2	*
51	経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	1.9	1.2	*
52	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	0.8	0.6	*
12	心血管疾患リハビリテーションの実施体制の整備	愛媛県	全国	
53	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	2.0	1.3	*
13	心身の緩和ケアが受けられる体制の整備	愛媛県	全国	
54	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	1.0	0.7	*
14	回復期の医療機関等との連携体制の構築	愛媛県	全国	
55	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	3.5	2.6	*
56	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	13.0	10.0	*

番号	B中間アウトカム指標	愛媛県	全国	
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・心身の緩和ケア等を受けることができる	愛媛県	全国	
91	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率(%)	52.1%	50.7%	
92	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)	128.6	100.0	
93	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	11.0	11.6	*
94	急性大動脈解離患者数	59	6,347	
95	急性大動脈解離死亡者数	8	661	
96	大動脈疾患患者に対する手術件数	11.8	13.3	
97	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	105.2	100	*
98	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(SCR)	77.2	100	
99	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)	74.9	100	
100	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	6.5	12.7	
101	心血管疾患の退院患者平均在院日数	31.8	24.6	

番号	A分野アウトカム指標	愛媛県	全国
2	心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ている	愛媛県	全国
125	健康寿命(男)	71.50	72.68
126	健康寿命(女)	74.58	75.38
127	急性心不全患者の再入院率(6か月後)	24.9%(参考値)	※※

回復期

番号	C初期アウトカム指標	愛媛県	全国	
15	心血管疾患リハビリテーションの実施体制の整備	愛媛県	全国	
57	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	2.0	1.3	*
16	再発や重症不整脈など合併症発生時に本人及び家族による速やかな救急搬送要請の促進	愛媛県	全国	
58	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	440		
17	心身の緩和ケアが受けられる体制の整備	愛媛県	全国	
59	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	1.0	0.7	*
60	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	10	1096	

番号	B中間アウトカム指標	愛媛県	全国	
5	【回復期】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・心身の緩和ケアを受けることができる	愛媛県	全国	
102	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	105.2	100	
103	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	96.9	100	
104	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(SCR)	77.2	100	
105	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)	74.9	100	
106	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	6.5	12.7	
107	心血管疾患の退院患者平均在院日数	31.8	24.6	
108	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数	4.9	0.8	*

			愛媛県	全国	
18		急性期および慢性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の構築	愛媛県	全国	
	61	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	3.5	2.6	*
	62	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	13.0	10.0	*

慢性期・再発予防

			愛媛県	全国	
19		慢性期の医療体制の整備	愛媛県	全国	
	63	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	2.0	1.3	*
	64	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	1.0	0.7	*
	65	慢性心不全看護認定看護師数	4	445	
	66	心不全療養指導士数	40	5,200	
20		再発や重症不整脈など合併症発生時に本人及び家族による速やかな救急搬送要請の促進	愛媛県	全国	
	67	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	440		
21		急性期・回復期の医療機関等との連携体制の構築	愛媛県	全国	
	68	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	3.5	2.6	*
	69	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	13.0	10.0	*
	70	入退院支援の実施件数　SCR(入退支1)	92.6	100.0	
	71	入退院支援の実施件数　SCR(入退支2)	92.8	100.0	
	72	連携に関する窓口を設置している医療機関数	67		
22		心血管疾患患者の在宅での療養支援体制の整備	愛媛県	全国	
	73	訪問診療を実施している診療所数	20.1	16.0	*
	74	訪問診療を実施している病院数	4.4	2.4	*
	75	訪問看護師数	37.9	34.4	*
	76	訪問薬剤指導を実施する薬局数(医療)	44.7	44.0	*
	77	地域連携薬局の数	36		
23		循環器病の相談支援に携わる専門職の人材育成	愛媛県	全国	
	78	専門職団体への研修会開催数(心血管疾患)	12		
24		就労支援サポート体制の構築と相談支援体制の充実	愛媛県	全国	
	79	県内の両立支援コーディネーター養成研修修了者数	301		

*は10万人対換算

			愛媛県	全国	
6		【慢性期・再発予防】リハビリテーション・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	愛媛県	全国	
	109	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	圏域別		
	110	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	96.9	100	
	111	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)	74.9	100	
	112	訪問診療の実施件数	19,487.9	15,426.7	*
	113	訪問看護利用者数(医療)	542.3	376.9	*
	114	訪問看護利用者数(介護)	6,362.3	5,663.4	*
	115	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数(医療)	0.0	3.7	*
	116	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(SCR)	77.2	100.0	

移行期医療

			愛媛県	全国	
25		先天性心疾患を有する人への支援体制の充実	愛媛県	全国	
	80	先天性心疾患を有する人に対応できる成人の医療機関の数	調査後		
	81	移行期医療への理解を進めるための普及啓発の回数	0		
	82	成人期の先天性心疾患患者の受診者数	777		※参考値

*は人口10万人対換算

心血管疾患ロジックモデル【指標出典情報】

番号	指標名	定義詳細	出典
1	食塩摂取量	20歳以上の1日当たり食塩摂取量	愛媛県県民健康調査（R4）
2	朝食を欠食する人の割合（小学生）	小学6年生のうち、「朝食を毎日食べていますか」の問いに、「あまり食べていない」「全く食べていない」と回答した人の割合	全国学力・学習状況調査（文部科学省）（R4）
3	朝食を欠食する人の割合（若い世代：20～30歳代）	20～30歳代の朝食欠食率（朝食を毎日食べていない人の割合）	愛媛県県民健康調査（R4）
4	朝食を欠食する人の割合（40～74歳）	特定健診受診者のうち、週3回以上朝食を食べない人の割合 （男女の回答者合計と「はい」と答えた男女の合計を算出し、割合を求める。）	令和4年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和2年データ）
5	肥満傾向にある子どもの割合（男）	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合	学校保健統計調査（文部科学省）（R4）
6	肥満傾向にある子どもの割合（女）		
7	屋内禁煙となっている飲食店の割合	飲食店のうち、屋内禁煙となっている飲食店の割合	愛媛県健康資源・環境整備状況調査（R4年度）
8	愛顔の健康づくり応援店の数		健康政策G調査（R5.5月末）
9	普及啓発の回数（心血管疾患）	県・市町・各団体等で行われた普及啓発イベントの回数	健康政策G調査（R4年度）
10	喫煙率（男）	世帯人員（20歳以上）で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
11	喫煙率（女）		
12	禁煙外来を行っている医療機関数	禁煙外来を設置している病院数・一般診療所数の合計	令和2年医療施設静態調査
13	ニコチン依存管理の実施件数	B001-3-2ニコチン依存管理料（初回・2回目～4回目・5回）　算定件数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
14	ハイリスク飲酒者の割合（男）	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	愛媛県県民健康調査（R4）
15	ハイリスク飲酒者の割合（女）		
16	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（10万人対）　基準人口：昭和60年人口モデル	令和2年医療施設静態調査を基に計算
17	高血圧症有病者率（男）	特定健診受診者のうち、収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mg以上もしくは血圧を下げる薬を服薬している人の割合	令和4年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和2年データ）
18	高血圧症有病者率（女）		
19	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（10万人対）　基準人口：昭和60年人口モデル	令和2年医療施設静態調査を基に計算
20	脂質異常症有病者率（男）	特定健診受診者のうち、中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、またはLDLコレステロール140mg/dl以上、もしくはコレステロールを下げる薬を服用している人の割合	令和4年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和2 年データ）
21	脂質異常症有病者率（女）		
22	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	傷病大分類「糖尿病」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したもの （医療計画作成支援データブックより）	患者調査（R2）より計算 医療計画作成支援データブック
23	糖尿病有病者率（男）	特定健診受診者のうち、空腹時血糖126mg/dL以上またはHbA1c6.5%以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬を服用している人の割合	令和4年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和2年データ）
24	糖尿病有病者率（女）		
25	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」令和3年度
26	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数	
27	運動習慣のある人の割合（男）	特定健診受診者のうち、1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している人の割合	令和4年度愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業データ分析報告書（令和2年データ）
28	運動習慣のある人の割合（女）		
29	健診受診率（男）	世帯人員（40歳～74歳）で「健診等の受診あり」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
30	健診受診率（女）		
31	特定健診受診率	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3年度
32	特定保健指導実施率	特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）の対象者数に対する修了者数の割合	
33	循環器系領域の一次診療を行う医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「循環器系領域の一次診療」のある医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
34	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	講習回数	県消防防災安全課調べ（令和3年）
35	一般市民が目撃した心肺停止に対し、心肺蘇生を実施した傷病者数	一般市民が目撃した心肺停止に対し、心肺蘇生を実施した傷病者数	県消防防災安全課調べ（R3年）
36	学校現場での心肺停止に対し、心肺蘇生を実施した傷病者数	※学校現場の定義：幼稚園保育園等、盲ろう養護学校、小・中・高・大学、各種学校の許可を受けているもの	県消防防災安全課調べ（R3年）
37	県立学校でのAEDの設置数	県立学校（分校含めた66校）のAED設置状況	県保健体育課調べ（R4年度）
38	救急隊の救急救命士運用率	救急隊のうち救急救命士常時運用隊の割合	令和4年版 救急救助の現況
39	MC協議会の開催回数	県・地域MC協議会における年間の合計回数	県消防防災安全課調査(R4年度)
40	救急活動の事後検証数（心血管疾患）	MC協議会において救急活動の事後検証を行った数のうち心血管疾患の症例	健康政策G調べ（R4年度）
41	虚血性心疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	虚血性心疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数の割合	患者調査（H26年）
42	循環器内科医師数	主たる診療科を循環器内科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
43	心臓血管外科医師数	主たる診療科を心臓血管外科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
44	循環器専門医数	専門医のうち医療施設に従事している医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計（R2）e-satより取得
45	心臓血管外科専門医数	専門医のうち医療施設に従事している医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計（R2）e-satより取得
46	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数	令和2年医療施設静態調査
47	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病床数	心臓内科系集中治療室（CCU）の病床数（病院）	

心血管疾患ロジックモデル【指標出典情報】

番号	指標名	定義詳細	出典
48	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数：集計値（NDB）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）特別集計
49	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「冠動脈バイパス術」のある医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
50	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「経皮的冠動脈形成術」のある医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
51	経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「経皮的冠動脈ステント留置術」のある医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
52	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「大動脈瘤手術」のある医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
53	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	心大血管リハビリテーション料Ⅰ～Ⅱの届出医療機関数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
54	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算の届出のある施設	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
55	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	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関のうち、入退院支援加算の届出のある医療機関数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
56	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	地域医療連携クリティカルパス有の医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
57	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	心大血管リハビリテーション料Ⅰ～Ⅱの届出医療機関数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
58	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	講習回数	県消防防災安全課調べ（令和3年）
59	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算の届出のある施設	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
60	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	第1回～第48回までの日本心不全学会心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	日本心不全学会心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数（2022年10月23日時点）
61	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	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関のうち、入退院支援加算の届出のある医療機関数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
62	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	地域医療連携クリティカルパス有の医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
63	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	心大血管リハビリテーション料Ⅰ～Ⅱの届出医療機関数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
64	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算の届出のある施設	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
65	慢性心不全看護認定看護師の数	慢性心不全看護認定看護の資格をもつ看護師の数	日本看護協会HP都道府県別認定看護師登録者数（2022.12現在）
66	心不全療養指導士数	日本循環器病学会認定心不全療養指導士数	日本循環器学会HP都道府県別認定心不全療養指導士登録者数（2022年7月1日時点）
67	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	講習回数	県消防防災安全課調べ（令和3年）
68	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	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関のうち、入退院支援加算の届出のある医療機関数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
69	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	地域医療連携クリティカルパス有の医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
70	入退院支援の実施件数（SCR）入退支1	A246　入退院支援加算1	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
71	入退院支援の実施件数（SCR）入退支2	A246　入退院支援加算2	
72	連携に関する窓口を設置している医療機関数	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	えひめ医療情報ネット（R4年度）
73	訪問診療を実施している診療所数	医療保険等による在宅患者訪問診療施設数	令和2年医療施設静態調査
74	訪問診療を実施している病院数		
75	訪問看護師数	訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師数（常勤換算）	令和2年度衛生行政報告例
76	訪問薬剤指導を実施する薬局数（医療）	在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出のある薬局数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
77	地域連携薬局の数		厚労省ホームページ（R5.11月末）
78	専門職団体への研修会開催数（心血管疾患）	医療従事者・地域保健従事者・専門職団体等への研修会開催数	健康政策G調査（R4年度）
79	県内の両立支援コーディネーター養成研修修了者数		愛媛産業保健総合支援センター調査（R4年末現在）
80	先天性心疾患を有する人に対応できる成人の医療機関の数	※今後集計予定	※今後集計予定
81	移行期医療への理解を進めるための普及啓発の回数	住民・医療従事者・地域保健従事者・専門職団体等への研修会開催数	健康政策G調査（R4年度）
82	成人期の先天性心疾患の受診者数	※ビッグデータ分析により抽出予定（ビッグデータ事業のレセプトデータから算出予定） 20歳以上74歳以下の先天性心疾患に該当するICD10が入院・入院外のいずれかで1回でもカウントのある人の人数。（ICD10を複数有する人も1としてカウント）	※参考値としてビッグデータのうち国保分だけで抽出 平成30年国保KDBデータ（随時更新）
83	心不全について正しい知識を持つ人の割合	心不全について、「心臓のポンプ機能が弱くなりだんだんと弱くなる慢性の病気」「高齢になると発症する可能性が高い病気」「一度症状が出てしまうと完治することはない病気」の選択肢のうち、1つ以上に回答できた人の割合	産官学連携協定による県民意識調査（R5.6月）
84	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	虚血性心疾患　救急の受診（救急車により搬送）　入院（新入院）+入院（繰越入院）＋外来　（千人）	令和2年患者調査
85	虚血性心疾患受療率（入院）	虚血性心疾患受療率（人口10万人対）	令和2年患者調査
86	虚血性心疾患受療率（外来）		
87	虚血性心疾患全体（入院）（SCR）	傷病分類（主病名）　虚血性心疾患の発生量SCR	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
88	虚血性心疾患全体（外来）（SCR）		
89	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間（分）	令和4年版 救急救助の現況
90	心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数	心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数	県（消防防災安全課）調査（R3年）

心血管疾患ロジックモデル【指標出典情報】

番号	指標名	定義詳細	出典
91	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率（%）	分子：来院後90分以内冠動脈再開通件数　算定回数（K5461 経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）＋K5491　経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞））（入院+外来） 分母：心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数　算定回数（K5461 経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）＋K5462 経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）＋K5462経皮的冠動脈形成術（その他）＋K5491 経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）＋K5492 経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）＋K5493 経皮的冠動脈ステント留置術（その他））（入院+外来）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
92	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）	K546経皮的冠動脈形成術（入院）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
93	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	K551冠動脈形成術（血管内膜摘除）＋ K552冠動脈、大動脈バイパス移植術＋ K552-2冠動脈、大動脈バイパス移植術（人口心肺を使用しないもの）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
94	急性大動脈解離患者数	R4年にA型急性大動脈解離で手術した件数（日本胸部外科学会の定義に準ずる）	健康政策G調査（R5年度）
95	急性大動脈解離死亡者数	R4年にA型急性大動脈解離で手術後院内で死亡した件数（日本胸部外科学会の定義に準ずる）	
96	大動脈疾患患者に対する手術件数	K560大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
97	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	H000心大血管疾患リハビリテーション料（1）（入院）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
98	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（SCR）	A226-2緩和ケア診療加算	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
99	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）	A246-4地域連携診療計画加算	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
100	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	退院患者平均在院日数　虚血性心疾患（病院＋一般診療所）	令和2年患者調査
101	心血管疾患の退院患者平均在院日数	退院患者平均在院日数　心血管心疾患（病院＋一般診療所）	令和2年患者調査
102	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	H000心大血管疾患リハビリテーション料（1）（入院）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
103	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	H000心大血管疾患リハビリテーション料（1）（外来）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
104	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（SCR）	A226-2緩和ケア診療加算	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
105	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）	A246-4地域連携診療計画加算	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
106	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	令和2年患者調査
107	心血管疾患の退院患者平均在院日数	退院患者平均在院日数　心血管心疾患（病院＋一般診療所）	令和2年患者調査
108	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数	B001-9療養・就労両立支援指導料（初回・2回目以降）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
109	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	令和2年患者調査
110	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	H000心大血管疾患リハビリテーション料（1）（外来）	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
111	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）	A246-4地域連携診療計画加算	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
112	訪問診療の実施件数	C001在宅患者訪問診療料（1）（1・2）　算定回数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
113	訪問看護利用者数（医療）	C005在宅患者訪問看護・指導料（保健師、助産師、看護師（週3日目まで）・准看護師（週3日目まで）・保健師、助産師、看護師（週4日目以降）・准看護師（週4日目以降）・緩和、褥瘡ケア専門看護師）　算定回数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
114	訪問看護利用者数（介護）	（介護保険）　訪問看護サービス　受給者数（年度累計）	令和2年度介護保険事業状況報告（年報）
115	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療）	C008在宅患者訪問薬剤管理指導料　算定回数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
116	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（SCR）	A226-2緩和ケア診療加算	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR　令和2(2020)年度診療分）
117	心疾患の年齢調整死亡率（男）	心疾患患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告（令和2年　都道府県別年齢調整死亡率）
118	心疾患の年齢調整死亡率（女）		
119	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男）	虚血性心疾患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告（令和2年　都道府県別年齢調整死亡率）
120	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女）		
121	心不全の年齢調整死亡率（男）	心不全患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告（令和2年　都道府県別年齢調整死亡率）
122	心不全の年齢調整死亡率（女）		
123	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（男）	大動脈瘤患者及び大動脈乖離患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告（令和2年　都道府県別年齢調整死亡率）
124	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（女）		
125	健康寿命（男）	日常生活に制限のない期間の平均	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）
126	健康寿命（女）		
127	急性心不全患者の再入院率（6か月後）	※スマートヘルスケア推進事業の国保・後期レセプトデータから算出。2018年6月～2022年2月の期間中の20歳以上74歳未満の急性心不全に該当するICD10（150心不全）の再入院患者/退院患者数。	※参考値として抽出。 2018年6月～2022年2月国保KDBデータ

Copyright(c) Regional Health Plan Evaluation Network. All Right Reserved.

心血管疾患指標一覧（各指標の出典については、ロジックモデル【指標出典情報】参照）

	現状	目標値（R11）
【全体目標】心血管疾患による死亡が減少している		
心疾患の年齢調整死亡率（男）（人口10万人対）	234.4	190.1
心疾患の年齢調整死亡率（女）（人口10万人対）	129.1	109.2
虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男）（人口10万人対）	53.5	下げる
虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女）（人口10万人対）	18.9	下げる
心不全の年齢調整死亡率（男）（人口10万人対）	85.4	下げる
心不全の年齢調整死亡率（女）（人口10万人対）	62.9	下げる
大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（男）（人口10万人対）	18.8	下げる
大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（女）（人口10万人対）	8.6	下げる
【全体目標】心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ている		
健康寿命（男）	71.50歳	延伸
健康寿命（女）	74.58歳	延伸
急性心不全患者の再入院率（6か月後）	24.9%（参考値）	下げる
【普及啓発】心不全について正しい知識がある		
心不全について正しい知識を持つ人の割合	52.9%	増やす
生活習慣や社会環境の改善		
食塩摂取量	10.1g	7g未満
朝食を欠食する人の割合（小学生）	7.3%	0%
朝食を欠食する人の割合（若い世代：20～30歳代）	27.3%	15%以下
朝食を欠食する人の割合（40歳～74歳）	18.4%	減らす
肥満傾向にある子どもの割合（男）	7.8%	減らす
肥満傾向にある子どもの割合（女）	2.9%	減らす
屋内禁煙を行っている飲食店の割合	59.5%	増やす
愛顔の健康づくり応援店の数	647店舗	増やす
循環器病の普及啓発・情報発信		
普及啓発の回数（心血管疾患）	16回	増やす
【予防】心血管疾患の発症を予防できている		
虚血性心疾患により救急搬送された患者数（人口千人対）	0	
虚血性心疾患受療率（入院）（人口10万人対）	11.0	
虚血性心疾患受療率（外来）（人口10万人対）	58.0	
虚血性心疾患全体（入院）（SCR）	125.8	
虚血性心疾患全体（外来）（SCR）	146.5	
基礎疾患及び危険因子の管理の促進		
喫煙率（男）	25.1%	下げる
喫煙率（女）	5.8%	下げる
禁煙外来を行っている医療機関数（人口10万人対）	14.4	増やす
ニコチン依存管理の実施件数（人口10万人対）	410.9	増やす
ハイリスク飲酒者の割合（男）	9.7%	8.0%
ハイリスク飲酒者の割合（女）	5.9%	4.5%
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）	248.0	
高血圧症有病者率（男）	48.9%	下げる
高血圧症有病者率（女）	35.4%	下げる
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）	66.6	
脂質異常症有病者率（男）	58.0%	下げる
脂質異常症有病者率（女）	53.1%	下げる
糖尿病患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）	101.8	
糖尿病有病者率（男）	13.8%	下げる
糖尿病有病者率（女）	6.5%	下げる
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（人口10万人対）	3,862	減らす
特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数（人口10万人対）	2,722	減らす
運動習慣のある人の割合（男）	31.5%	増やす
運動習慣のある人の割合（女）	25.5%	増やす
市町および保険者が行う特定健診・特定保健指導の充実		
健診受診率（男）	67.4%	上げる
健診受診率（女）	68.8%	上げる
特定健診受診率	51.1%	70%
特定保健指導実施率	27.4%	45%
突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診推奨指示の促進		
循環器系領域の一次診療を行う医療機関数（人口10万人対）	46.1	増やす

【救護】患者ができるだけ早期に専門医療機関に搬送される			
	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間（分）	36.9分	短縮
	心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数	443人	減らす
初期症状出現時・発症後に本人及び家族等による速やかな救急搬送要請の促進			
	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	440回	増やす
心肺停止疑いの者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置の実施			
	一般市民が目撃した心肺停止に対し、心肺蘇生を実施した傷病者数	299人	増やす
	学校現場での心肺停止に対し、心肺蘇生を実施した傷病者数	1人	
	県立学校でのAEDの設置数	190台	増やす
救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコールに則した適切な観察・判断・処置の実施			
	救急隊の救急救命士運用率	92.3%	上げる
	MC協議会の開催回数	29回	増やす
	救急活動の事後検証数（心血管疾患）	135例	増やす
急性期医療を担う医療機関への迅速な搬送体制の整備			
	虚血性心疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	圏域別	
【急性期】発症後早期に専門的な治療・リハビリテーション・心身の緩和ケア等を受けることができる			
	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率（%）	52.1%	上げる
	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）	128.6	
	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（人口10万人対）	11.0	
	急性大動脈解離患者数	59人	減らす
	急性大動脈解離死亡者数	8人	減らす
	大動脈疾患患者に対する手術件数（人口10万対）	11.8	
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	105.2	
	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（SCR）	77.2	
	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）	74.9	
	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	6.5日	短縮
	心血管疾患の退院患者平均在院日数	31.8日	短縮
心血管疾患の急性期医療に対応できる体制の整備			
	循環器内科医師数（人口10万人対）	11.4	増やす
	心臓血管外科医師数（人口10万人対）	2.9	増やす
	循環器専門医数	166名	増やす
	心臓血管外科専門医数	23名	増やす
	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数（人口10万人対）	0.4	増やす
	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病床数（人口10万人対）	1.4	増やす
	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	5機関	増やす
24時間専門的治療が実施できる体制の整備			
	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数（人口10万人対）	0.7	増やす
	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数（人口10万人対）	1.5	増やす
	経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数（人口10万人対）	1.9	増やす
	大動脈瘤手術が可能な医療機関数（人口10万人対）	0.8	増やす
心血管疾患リハビリテーションの実施体制の整備			
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口10万人対）	2.0	増やす
心身の緩和ケアが受けられる体制の整備			
	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数（人口10万人対）	1.0	増やす
回復期の医療機関等との連携体制の構築			
	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数（人口10万人対）	3.5	増やす
	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（人口10万人対）	13.0	増やす

【回復期】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・心身の緩和ケアを受けることができる			
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	105.2	
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	96.9	
	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(SCR)	77.2	
	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)	74.9	
	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	6.5日	短縮
	心血管疾患の退院患者平均在院日数	31.8日	短縮
	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数	4.9	増やす
心血管疾患リハビリテーションの実施体制の整備			
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万人対)	2.0	増やす
再発や重症不整脈など合併症発生時に本人及び家族による速やかな救急搬送要請の促進			
	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	440回	増やす
心身の緩和ケアが受けられる体制の整備			
	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数(人口10万人対)	1.0	増やす
	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	10名	増やす
急性期及び慢性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の構築			
	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数(人口10万人対)	3.5	増やす
	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(人口10万人対)	13.0	増やす
【慢性期・再発予防】リハビリテーション・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			
	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	圏域別	増やす
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	96.9	
	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)	74.9	
	訪問診療の実施件数(人口10万人対)	19,487.9	
	訪問看護利用者数(医療)(人口10万人対)	542.3	
	訪問看護利用者数(介護)(人口10万人対)	6362.3	
	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数(医療)(人口10万人対)	0.0	
	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(SCR)	77.2	
慢性期の医療体制の整備			
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万人対)	2.0	増やす
	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数(人口10万人対)	1.0	増やす
	慢性心不全看護認定看護師数	4名	増やす
	心不全療養指導士数	40名	増やす
再発や重症不整脈など合併症発生時に本人及び家族による速やかな救急搬送要請の促進			
	救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	440回	増やす
急性期・回復期の医療機関等との連携体制の構築			
	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数(人口10万人対)	3.5	増やす
	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(人口10万人対)	13.0	増やす
	入退院支援の実施件数　SCR(入退支1)	92.6	増やす
	入退院支援の実施件数　SCR(入退支2)	92.8	増やす
	連携に関する窓口を設置している医療機関数	67施設	増やす
心血管疾患患者の在宅での療養支援体制の整備			
	訪問診療を実施している診療所数(人口10万人対)	20.1	増やす
	訪問診療を実施している病院数(人口10万人対)	4.4	増やす
	訪問看護師数(人口10万人対)	37.9	増やす
	訪問薬剤指導を実施する薬局数(医療)(人口10万人対)	44.7	増やす
	地域連携薬局の数	36施設	増やす
循環器病の相談支援に携わる専門職の人材育成			
	専門職団体への研修会開催数(心血管疾患)	12回	増やす
就労支援サポート体制の構築と相談支援体制の充実			
	県内の両立支援コーディネーター養成研修修了者数	301名	増やす
【移行期医療】先天性心疾患を有する人への支援体制の充実			
	先天性心疾患を有する人に対応できる成人の医療機関の数	調査後	増やす
	移行期医療への理解を進めるための普及啓発の回数	0回	増やす
	成人期の先天性心疾患患者の受診者数	777人(参考値)	増やす

県第1期計画脳卒中指標結果一覧

	計画策定時	目標値(R5)	現状	評価	
【全体目標】脳卒中による死亡が減少している					
脳血管疾患の年齢調整死亡率(男)(人口10万人対)	38.6	26.4	100.2※		
脳血管疾患の年齢調整死亡率(女)(人口10万人対)	20.0	16.6	58.3※		
脳梗塞の年齢調整死亡率(男)(人口10万人対)	18.6	下げる	57.9※		
脳梗塞の年齢調整死亡率(女)(人口10万人対)	9.8	下げる	29.7※		
脳出血の年齢調整死亡率(男)(人口10万人対)	15.7	下げる	34.9※		
脳出血の年齢調整死亡率(女)(人口10万人対)	5.3	下げる	18.5※		
くも膜下出血の年齢調整死亡率(男)(人口10万人対)	3.2	下げる	5.7※		
くも膜下出血の年齢調整死亡率(女)(人口10万人対)	4.1	下げる	7.7※		
【全体目標】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ている					
健康寿命(男)	71.50歳	延伸	71.50歳	⇒	-
健康寿命(女)	74.58歳	延伸	74.58歳	⇒	-
ADL改善率	63.1%	上げる	68.2%	↗	○
脳卒中患者の再入院率(6か月後)	調査後	下げる	22.6%(参考値)		
【普及啓発】脳卒中について正しい知識がある					
脳卒中について正しい知識を持つ人の割合	69.1%	増やす	65.6%	↘	▲
生活習慣や社会環境の改善					
食塩摂取量	9.4g	8g	10.1g	↗	▲
朝食を欠食する人の割合(小学生)	5.3%	0%	7.3%	↗	▲
朝食を欠食する人の割合(若い世代:20～30歳代)	34.3%	15%以下	27.3%	↘	▲
朝食を欠食する人の割合(40歳～74歳)	17.1%	減らす	18.4%	↗	▲
肥満傾向にある子どもの割合(男)	5.0%	減らす	7.8%	↗	▲
肥満傾向にある子どもの割合(女)	2.2%	減らす	2.9%	↗	▲
屋内禁煙を行っている飲食店の割合	調査後	増やす	59.5%		
愛顔の健康づくり応援店の数	307店舗	増やす	647店舗	↗	○
循環器病の普及啓発・情報発信					
普及啓発の回数(脳卒中)	3回	増やす	8回	↗	○
【予防】脳卒中の発症を予防できている					
脳血管疾患により救急搬送された患者数	2,820人		3,161人		
脳血管疾患受療率(入院)(人口10万人対)	152.0		131.0		
脳血管疾患受療率(外来)(人口10万人対)	98.0		82.0		
基礎疾患及び危険因子の管理の促進					
喫煙率(男)	26.5%	下げる	25.1%	↘	○
喫煙率(女)	6.7%	下げる	5.8%	↘	○
禁煙外来を行っている医療機関数(人口10万人対)	14.4	増やす	14.4	⇒	-
ニコチン依存管理料を算定する患者数(人口10万人対)	410.6	増やす	410.9	↗	○
ハイリスク飲酒者の割合(男)	11.0%	9.5%	9.7%	↘	▲
ハイリスク飲酒者の割合(女)	7.4%	6.4%	5.9%	↘	○
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率(人口10万人対)	240.2		248.0		
高血圧症有病者率(男)	47.4%	下げる	48.9%	↗	▲
高血圧症有病者率(女)	34.9%	下げる	35.4%	↗	▲
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率(人口10万人対)	65.4		66.6		
脂質異常症有病者率(男)	56.6%	下げる	58.0%	↗	▲
脂質異常症有病者率(女)	52.6%	下げる	53.1%	↗	▲
糖尿病患者の年齢調整外来受療率(人口10万人対)	96.5		101.8		
糖尿病有病者率(男)	13.2%	下げる	13.8%	↗	▲
糖尿病有病者率(女)	6.1%	下げる	6.5%	↗	▲
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(人口10万人対)	2,833	減らす	3,862	↗	▲
特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数(人口10万人対)	2,214	減らす	2,722	↗	▲
運動習慣のある人の割合(男)	30.7%	増やす	31.5%	↗	▲
運動習慣のある人の割合(女)	27.5%	増やす	25.5%	↘	○
市町および保険者が行う特定健診・特定保健指導の充実					
健診受診率(男)	73.0%	上げる	67.4%	↘	▲
健診受診率(女)	66.5%	上げる	68.8%	↗	○
特定健診受診率	50.4%	70%	51.1%	↗	▲
特定保健指導実施率	26.9%	45%	27.4%	↗	▲
突然の症状出現時に急性期医療を担う医療機関への受診勧奨指示の促進					
神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数(人口10万人対)	26.6	増やす	27.3	↗	○

※計画策定時は昭和60年モデル人口を使用しているが、現状は平成27年モデル人口を使用しており、比較はできない。

【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					
救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間（分）	35.4分	短縮	39.1分	↗	▲
初期症状出現時・発症後に本人及び家族等による速やかな救急搬送要請の促進					
救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	205回	増やす	440回	↗	○
救急救命士を含む救急隊員による活動プロトコールに則した適切な観察・判断・処置の実施					
救急隊の救急救命士運用率	94.5%	上げる	92.1%	↘	▲
MC協議会の開催回数	24回	増やす	29回	↗	○
救急活動の事後検証数（脳卒中）	185例	増やす	138例	↘	▲
急性期医療を担う医療機関への迅速な搬送体制の整備					
脳血管疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	圏域別		圏域別	⇒	-
【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					
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR）	34.2		71.2		
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）	57.3		60.2		
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（SCR）	95.5		71.2		
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）	56.3		56.0		
脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（急性期）（SCR）	64.1		86.3		
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）	113.4		112.5		
脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	118.7		74.9		
脳卒中の急性期医療に対応できる体制の整備					
脳神経内科医師数（人口10万人対）	2.2	増やす	3.1	↗	○
脳神経外科医師数（人口10万人対）	7.5	増やす	7.3	↘	▲
脳卒中の専門病室を有する病院数（人口10万人対）	0.1	増やす	0.1	⇒	-
脳卒中の専門病室を有する病床数（人口10万人対）	0.2	増やす	0.2	⇒	-
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数（人口10万人対）	1.0	増やす	1.2	↗	○
経皮的選択的脳血栓、塞栓溶解術（脳梗塞に対する血栓回収術）が実施可能な病院数（人口10万人対）	1.2	増やす	1.2	⇒	-
t-PA輪番制など脳卒中に対応した体制を整備している地区数	1地区	増やす	1地区	⇒	-
誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備					
口腔機能管理を受ける患者数（急性期）（人口10万人対）	0.0	増やす	0.0	⇒	-
病院に就業している歯科衛生士数	95名	増やす	76名	↘	▲
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実施体制の整備					
リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口10万人対）	9.1	増やす	9.5	↗	○
回復期の医療機関等との連携体制の構築					
脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対）	13.1	増やす	13.0	↘	▲
自宅退院困難者に対する医療施設や地域の保健医療福祉サービスとの連携強化					
地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数（人口10万人対）	14.2	増やす	14.9	↗	○
【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					
脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（回復期）（SCR）	113.7		113.8		
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	124.5		125.5		
脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	118.7		74.9		
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	圏域別	増やす	圏域別	⇒	-
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の整備					
回復期リハビリテーション病床数（人口10万人対）	84.0	増やす	84.3	↗	○
理学療法士数（人口10万人対）	92.5	増やす	103.1	↗	○
作業療法士数（人口10万人対）	52.7	増やす	59.7	↗	○
言語聴覚士数（人口10万人対）	13.9	増やす	16.5	↗	○
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の整備					
脳卒中リハビリテーション認定看護師数	6名	増やす	6名	⇒	-
誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備					
口腔機能管理を受ける患者数（回復期）（人口10万人対）	0.0	増やす	0.0	⇒	-
病院に就業している歯科衛生士数	95名	増やす	76名	↘	▲
急性期およ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の構築					
脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対）	13.1	増やす	13.0	↘	▲
医療ソーシャルワーカー数（人口10万人対）	13.5	増やす	16.3	↗	○

【維持期】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					
訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(医療)(人口10万人対)	177.7		179.3		
訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(介護)(人口10万人対)	766.9		813.9		
通所リハビリを受ける利用者数(人口10万人対)	8339.5		8223.9		
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)	124.5		125.5		
脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)	118.7		74.9		
薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数(医療)(人口10万人対)	0.0		0.0		
生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの提供(訪問及び通所リハビリを含む)					
リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万人対)	9.1	増やす	9.5	↗	○
訪問リハビリを提供している事業所数(人口10万人対)	3.7		4.4		
通所リハビリを提供している事業所数(人口10万人対)	10.2		9.8		
老人保健施設定員数(人口10万人対)	378.8		396.7		
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の整備					
訪問看護を受ける患者数(医療)(人口10万人対)	501.1	増やす	542.3	↗	○
地域連携薬局の数	12施設	増やす	36施設	↗	○
回復期および急性期の医療機関等との連携体制の構築					
入退院支援を行っている医療機関数(人口10万人対)	5.8	増やす	5.9	↗	○
誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備					
訪問歯科衛生指導を受ける患者数(人口10万人対)	1625.4	増やす	1996.6	↗	○
循環器病の相談支援に携わる専門職の人材育成					
専門職団体への研修会開催数(脳卒中)	3回	増やす	10回	↗	○
てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症を有する人への支援体制整備					
失語症者向け意思疎通支援者養成研修修了者数	8名	増やす	25名	↗	○
高次脳機能障害に関する相談件数	8,465件	増やす	7,758件	↘	▲
就労支援サポート体制の構築と相談支援体制の充実					
県内の両立支援コーディネーター養成研修修了者数	164名	増やす	301名	↗	○

評価 ○…達成
－…変わらない
▲…未達成

県第1期計画心血管疾患指標結果一覧

	計画策定時	目標値(R5)	現状	評価	
【全体目標】心血管疾患による死亡が減少している					
心疾患の年齢調整死亡率(男)(人口10万人対)	80.3	65.4	234.4※		
心疾患の年齢調整死亡率(女)(人口10万人対)	42.8	34.2	129.1※		
虚血性心疾患の年齢調整死亡率(男)(人口10万人対)	21.9	下げる	53.5※		
虚血性心疾患の年齢調整死亡率(女)(人口10万人対)	7.3	下げる	18.9※		
心不全の年齢調整死亡率(男)(人口10万人対)	27.6	下げる	85.4※		
心不全の年齢調整死亡率(女)(人口10万人対)	19.8	下げる	62.9※		
【全体目標】心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ている					
健康寿命(男)	71.50歳	延伸	71.50歳	⇒	-
健康寿命(女)	74.58歳	延伸	74.58歳	⇒	-
急性心不全患者の再入院率(6か月後)	調査後	下げる	24.9%(参考値)		
【普及啓発】心不全について正しい知識がある					
心不全について正しい知識を持つ人の割合	53.7%	増やす	52.9%	↘	▲
生活習慣や社会環境の改善					
食塩摂取量	9.4g	8g	10.1g	↗	▲
朝食を欠食する人の割合(小学生)	5.3%	0%	7.3%	↗	▲
朝食を欠食する人の割合(若い世代:20～30歳代)	34.3%	15%以下	27.3%	↘	▲
朝食を欠食する人の割合(40歳～74歳)	17.1%	減らす	18.4%	↗	▲
肥満傾向にある子どもの割合(男)	5.0%	減らす	7.8%	↗	▲
肥満傾向にある子どもの割合(女)	2.2%	減らす	2.9%	↗	▲
屋内禁煙を行っている飲食店の割合	調査後	増やす	59.5%		
愛顔の健康づくり応援店の数	307店舗	増やす	647店舗	↗	○
循環器病の普及啓発・情報発信					
普及啓発の回数(心血管疾患)	12回	増やす	16回	↗	○
【予防】心血管疾患の発症を予防できている					
虚血性心疾患により救急搬送された患者数(人口10万人対)	7.22		0(人口1千人単位)		
虚血性心疾患受療率(入院)(人口10万人対)	12.0		11.0		
虚血性心疾患受療率(外来)(人口10万人対)	54.0		58.0		
虚血性心疾患全体(入院)(SCR)	118.6		125.8		
虚血性心疾患全体(外来)(SCR)	146.1		146.5		
基礎疾患及び危険因子の管理の促進					
喫煙率(男)	26.5%	下げる	25.1%	↘	○
喫煙率(女)	6.7%	下げる	5.8%	↘	○
禁煙外来を行っている医療機関数(人口10万人対)	14.4	増やす	14.4	⇒	-
ニコチン依存管理の実施件数(人口10万人対)	433.3	増やす	410.9	↗	○
ハイリスク飲酒者の割合(男)	11.0%	9.5%	9.7%	↘	▲
ハイリスク飲酒者の割合(女)	7.4%	6.4%	5.9%	↘	○
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率(人口10万人対)	240.2		248.0		
高血圧症有病者率(男)	47.4%	下げる	48.9%	↗	▲
高血圧症有病者率(女)	34.9%	下げる	35.4%	↗	▲
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率(人口10万人対)	65.4		66.6		
脂質異常症有病者率(男)	56.6%	下げる	58.0%	↗	▲
脂質異常症有病者率(女)	52.6%	下げる	53.1%	↗	▲
糖尿病患者の年齢調整外来受療率(人口10万人対)	96.5		101.8		
糖尿病有病者率(男)	13.2%	下げる	13.8%	↗	▲
糖尿病有病者率(女)	6.1%	下げる	6.5%	↗	▲
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(人口10万人対)	2,833	減らす	3,862	↗	▲
特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群者数(人口10万人対)	2,214	減らす	2,722	↗	▲
運動習慣のある人の割合(男)	30.7%	増やす	31.5%	↗	▲
運動習慣のある人の割合(女)	27.5%	増やす	25.5%	↘	○
市町および保険者が行う特定健診・特定保健指導の充実					
健診受診率(男)	73.0%	上げる	67.4%	↘	▲
健診受診率(女)	66.5%	上げる	68.8%	↗	○
特定健診受診率	50.4%	70%	51.1%	↗	▲
特定保健指導実施率	26.9%	45%	27.4%	↗	▲
突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診推奨指示の促進					
循環器系領域の一次診療を行う医療機関数(人口10万人対)	45.6	増やす	46.1	↗	○

※計画策定時は昭和60年モデル人口を使用しているが、現状は平成27年モデル人口を使用しており、比較はできない。

【救護】患者ができるだけ早期に専門医療機関に搬送される					
救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間（分）	35.4分	短縮	36.9分	↗	▲
心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数	27人	減らす	443人	↗	▲
初期症状出現時・発症後に本人及び家族等による速やかな救急搬送要請の促進					
救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	205回	増やす	440回	↗	○
心肺停止疑いの者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置の実施					
一般市民が目撃した心肺停止に対し、心肺蘇生を実施した傷病者数	255人	増やす	299人	↗	○
学校現場での心肺停止に対し、心肺蘇生を実施した傷病者数	0人		1人		
県立学校でのAEDの設置数	178台	増やす	190台	↗	○
救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコールに則した適切な観察・判断・処置の実施					
救急隊の救急救命士運用率	94.5%	上げる	92.3%	↘	○
MC協議会の開催回数	24回	増やす	29回	↗	○
救急活動の事後検証数（心血管疾患）	185例	増やす	135例	↘	▲
急性期医療を担う医療機関への迅速な搬送体制の整備					
虚血性心疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	圏域別		圏域別		
【急性期】発症後早期に専門的な治療・リハビリテーション・心身の緩和ケア等を受けることができる					
来院後90分以内の冠動脈再開通達成率（%）	12.3%	上げる	52.1%	↗	○
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）	120.7		128.6		
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（人口10万人対）	12.4		11.0		
急性大動脈解離患者数	23,630人（全国値）	減らす	59人（県値）		
急性大動脈解離死亡者数	2,893人（全国値）	減らす	8人（県値）		
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	96.3		105.2		
心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（SCR）	90.3		77.2		
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）	93.9		74.9		
虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	6.7日	短縮	6.5日	↘	○
心血管疾患の急性期医療に対応できる体制の整備					
循環器内科医師数（人口10万人対）	10.5	増やす	11.4	↗	○
心臓血管外科医師数（人口10万人対）	2.6	増やす	2.9	↗	○
循環器専門医数	165名	増やす	166名	↗	○
心臓血管外科専門医数	21名	増やす	23名	↗	○
心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数（人口10万人対）	0.4	増やす	0.4	⇒	-
心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病床数（人口10万人対）	1.3	増やす	1.4	↗	○
心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	5機関	増やす	5機関	⇒	-
24時間専門的治療が実施できる体制の整備					
冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数（人口10万人対）	0.7	増やす	0.7	⇒	-
経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数（人口10万人対）	1.7	増やす	1.5	↘	▲
経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数（人口10万人対）	1.9	増やす	1.9	⇒	-
大動脈瘤手術が可能な医療機関数（人口10万人対）	0.8	増やす	0.8	⇒	-
心血管疾患リハビリテーションの実施体制の整備					
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口10万人対）	1.9	増やす	2.0	↗	○
心身の緩和ケアが受けられる体制の整備					
心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数（人口10万人対）	0.9	増やす	1.0	↗	○
回復期の医療機関等との連携体制の構築					
循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数（人口10万人対）	3.6	増やす	3.5	↘	▲
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（人口10万人対）	13.1	増やす	13.0	↘	▲

【回復期】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・心身の緩和ケアを受けることができる					
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	96.3		105.2		
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	89.2		96.9		
心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(SCR)	90.3		77.2		
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)	93.9		74.9		
虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	6.7日	短縮	6.5日	↗	▲
心血管疾患リハビリテーションの実施体制の整備					
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万人対)	1.9	増やす	2.0	↗	○
再発や重症不整脈など合併症発生時に本人及び家族による速やかな救急搬送要請の促進					
救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	205回	増やす	440回	↗	○
心身の緩和ケアが受けられる体制の整備					
心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数(人口10万人対)	0.9	増やす	1.0	↗	○
急性期及び慢性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の構築					
循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数(人口10万人対)	3.6	増やす	3.5	↘	▲
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(人口10万人対)	13.1	増やす	13.0	↘	▲
【慢性期・再発予防】リハビリテーション・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					
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	圏域別	増やす	圏域別	⇒	-
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	89.2		96.9		
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)	93.9		74.9		
訪問診療の実施件数(人口10万人対)	18,174.4		19,487.9		
訪問看護利用者数(医療)(人口10万人対)	504.1		542.3		
訪問看護利用者数(介護)(人口10万人対)	5604.5		6362.3		
薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数(医療)(人口10万人対)	0.0		0.0		
心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(SCR)	90.3		77.2		
慢性期の医療体制の整備					
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(人口10万人対)	1.9	増やす	2.0	↗	○
心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数(人口10万人対)	0.9	増やす	1.0	↗	○
慢性心不全看護認定看護師数	4名	増やす	4名	⇒	-
再発や重症不整脈など合併症発生時に本人及び家族による速やかな救急搬送要請の促進					
救急法等の実技講習会や研修会等の普及啓発活動	205回	増やす	440回	↗	○
急性期・回復期の医療機関等との連携体制の構築					
循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数(人口10万人対)	3.6	増やす	3.5	↘	▲
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(人口10万人対)	13.1	増やす	13.0	↘	▲
入退院支援の実施件数　SCR(入退支1)	97.0	増やす	92.6	↘	▲
入退院支援の実施件数　SCR(入退支2)	75.1	増やす	92.8	↗	○
連携に関する窓口を設置している医療機関数	62施設	増やす	67施設	↗	○
心血管疾患患者の在宅での療養支援体制の整備					
訪問診療を実施している診療所数(人口10万人対)	19.9	増やす	20.1	↗	○
訪問診療を実施している病院数(人口10万人対)	4.0	増やす	4.4	↗	○
訪問看護師数(人口10万人対)	33.9	増やす	37.9	↗	○
訪問薬剤指導を実施する薬局数(医療)(人口10万人対)	40.5	増やす	44.7	↗	○
地域連携薬局の数	12施設	増やす	36施設	↗	○
循環器病の相談支援に携わる専門職の人材育成					
専門職団体への研修会開催数(心血管疾患)	3回	増やす	12回	↗	○
就労支援サポート体制の構築と相談支援体制の充実					
県内の両立支援コーディネーター養成研修修了者数	164名	増やす	301名	↗	○
【移行期医療】先天性心疾患を有する人への支援体制の充実					
先天性心疾患を有する人に対応できる成人の医療機関の数	調査後	増やす	調査後		
移行期医療への理解を進めるための普及啓発の回数	0回	増やす	0回	⇒	-
成人期の先天性心疾患患者の受診者数	777人(参考値)	増やす	777人(参考値)	⇒	-

評価　○…達成
　　ー…変わらない
　　▲…未達成

用語解説

【アルファベット】

ADL（えーでぃーえる）

日常生活動作（activity of daily living の略）。食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本的行動を指す。

AED（えーいーでぃー）

自動体外式除細動器（Automated External Defibrillator の略）。心筋梗塞などにより生命の危険がある不整脈が起こった場合に、自動的に心電図を診断し、必要に応じて電気ショックを行い、正常なリズムに戻すための機器。音声ガイドに従って操作するため、医療従事者でなくても使用できる。

CCU（しーしーゆー）

心臓内科系集中治療室（cardiac care unit の略）。心筋梗塞などを中心に、重症や急性期の心臓病患者を重点的かつ集中的に治療する施設。

QOL（きゅーおーえる）

生活の質のこと（Quality of Life の略）。一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に関する認識。

t－PA（てぃーぴーえー）

組織プラスミノーゲンアクチベーターのこと（tissue Plasminogen Activator の略）。適応のある脳梗塞症例に対し、発症後 4.5 時間以内に静脈内投与することにより、脳梗塞の機能障害を改善させることが期待できる治療として科学的根拠を持った治療法である。一方で、その使用にあたっては、治療の利点が合併症の危険性を上回る必要があり、適応に注意を要する場合がある。

【あ行】

アウトカム指標

施策・事業の実施により発生する効果・成果（アウトカム）を表す指標。

悪性新生物

正常な細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、悪性の性質や経過をたどるもの。いわゆる「がん」がこれに該当して、周囲に浸潤したり、他の組織などに転移することで、臓器の機能不全を引き起こしたり、栄養を必要以上に消耗する。

移行期医療

小児期医療から個々の患者に相応しい成人医療への移り変わりのこと。

一次脳卒中センター（Primary Stroke Center：PSC）

地域の医療機関や救急隊からの要請に対して、24 時間 365 日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬送後可及的速やかに診療（rt-PA 静脈療法を含む）を開始できる施設（日本脳卒中学会認定）。

医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）

保健医療機関において、社会福祉の立場から患者や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る専門職。

愛顔の E-IYO（えいよう）プロジェクト

愛媛県において若い世代・働き盛りを対象に食生活・栄養改善に向けて支援する取組み。

えひめ医療情報ネット（愛媛県広域災害・救急医療情報システム）

救急医療に必要な情報の収集・提供を迅速かつ的確に行うとともに、災害発生時には医療情報の一元管理を行い、迅速な災害医療体制の確立を図ることを目的としたシステム。

愛顔の健康づくり応援店

朝食メニュー又は朝食向け商品や、野菜 70g以上が摂れるメニュー又は商品の提供、朝食や野菜摂取の呼びかけを通して、食を通じた健康づくりの応援に取り組んでいる店舗。

嚥下（えんげ）

食物を飲み込む動作。

【か行】

介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護者又は要支援者からの相談に応じるとともに、心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう、市町・サービス事業者・施設などとの連絡調整を行う者。

都道府県知事が行う介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、介護支援専門員実務研修の課程を修了して、都道府県知事の登録を受けることが必要。

回復期リハビリテーション

症状や経過が定まらない急性期治療を超えて、病態が比較的安定した時期に、日常生活や社会復帰を目的として集中的に行うリハビリテーションで、急性期・回復期・維持期と移行していく経過を指す。

冠動脈

心臓に分布し、酸素や栄養を心臓の筋肉に送る血管。左冠状動脈と右冠状動脈がある。

冠動脈バイパス術

脚、胸、腕又は腹部から健康な血管の一部を採取し、この血管を冠動脈の閉塞部分に繋ぐことで、血液が閉塞動脈を迂回して心臓に流れる新しいバイパスをつくる開胸心臓手術のこと。

緩和ケア

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クオリティ・オブ・ライフ（QOL：生活の質）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。

救急救命士

重度疾病者が病院等に搬送されるまでの間、生命の危険等を回避するために、緊急に必要な気道の確保、心拍の回復等の処置を行うことを業とする者。

急性大動脈解離

大動脈とは、心臓から全身に血液を送る太い動脈のこと。その大動脈の内側に亀裂が入り、その裂け目から血液が大動脈の壁を裂いて壁内に流れ込む病気。

虚血性心疾患

狭心症・心筋梗塞などの冠動脈が関係する心臓病のこと。

禁煙外来

禁煙を目指すための専門外来のこと。カウンセリングや生活指導といった精神面での禁煙サポートや、ニコチンガム・ニコチンパッチを使用したニコチン置換療法などによる禁煙治療が行われる。

クリティカルパス

良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供す

るための手段として開発された診療計画表。

経皮的冠動脈形成術

手足の血管から管（ガイディングカテーテル）を入れ、その管の中にさらにもう一本のバルーンカテーテル（先端に風船のついた管）を入れて閉塞した冠動脈の病変部を拡張する治療法。

経皮冠動脈ステント置換術

ステントという拡張可能な小さいメッシュ状の金属の筒を血管に留置して、血管の開通性を保持し再閉塞を予防する治療法。

血栓回収術

カテーテルを主に脚の付け根から血管の中に挿入して、血管内に詰まっている血栓をカテーテルを用いて吸引したり、血栓除去デバイスを用いて回収除去したりする治療法。

血栓溶解療法

血栓を溶かす薬剤を用いて、脳梗塞や心筋梗塞の原因となっている血管内の血のかたまりを溶かす治療方法。

健康サポート薬局

厚生労働大臣が定める一定基準を満たしている薬局として、かかりつけ薬剤師・薬局の機能に加え、市販薬や健康食品に関することはもちろん、介護や食事・栄養摂取に関することまで気軽に相談できる薬局のこと。

健康寿命

特に制限なく、食事、入浴、排泄などを自己で行い、自立した日常生活を送ることができる期間をいう。国民生活基礎調査に基づき日常生活に制限のない期間から平均を算出したもの。

言語聴覚士（Speech Therapist ： ST）

医師の指示のもと、ことばによるコミュニケーションや嚥下（えんげ）に困難を抱える人に対し、問題の程度、発生のメカニズムを評価しその結果に基づいて訓練、指導等を行う専門職。

口腔ケア

歯磨きなどで口の中をきれいに保つだけでなく、健康保持や口腔機能向上のためのリハビリを含んだ幅広いケアのこと。歯や歯茎、舌、粘膜、入れ歯を含む口の中の清掃、口腔内や口の周りのマッサージ、咀嚼や嚥下のトレーニング、リハビリなどが含まれる。

誤嚥性肺炎

誤嚥（ごえん：食べ物や唾液が気道に入ること）がきっかけになって、主に口の中の細菌が肺に入り込んで起こる肺炎。

高血圧症

血圧とは、血液が動脈を流れる際に血管の内側にかかる圧力のこと。

安静状態での血圧が慢性的に正常値よりも高い状態をいう。診察室で収縮期血圧（最大血圧）が140mmHg 以上、または拡張期血圧（最小血圧）が 90mmHg 以上の場合をいう。

高次脳機能障害

知覚、記憶、学習、思考、判断などの認知過程と、行為の感情（情動）を含めた機能を高次脳機能という。

外傷や脳血管障害等の脳損傷に起因する認知障害全般を指し、具体的な症状には、失語・失行・失認、認知障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害がある。

【さ行】

作業療法士（Occupational Therapist：OT）

医師の指示のもと、障がいのある方に日常生活の動作、生活の中における作業や動作等を用いて訓練・指導・援助を行う専門職。

脂質異常症

中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたし、血液中の値が正常域をはずれた状態。

失語症

言語に関係する機能障害で、発語に関する筋肉や支配神経に異常はなく、知能や意識の低下もなく、聴力にも障がいはないのに、言語による表現や文字の理解ができないものをいう。具体的には、「話す、復唱する、聞いて理解する、読んで理解する、筆記する」などができなくなることによりコミュニケーションにも支障がでるもので、脳卒中の後遺症の一つとして認められることがある。

受動喫煙

喫煙により生じた副流煙と呼出煙とが拡散して混ざった煙を吸わされてしまう、あるいは吸わせてしまうこと。たばこを吸わない人でも、継続的な受動喫煙により健康被害が発生する。

循環器病

脳卒中、心臓病などの循環器に関わる病気を「循環器病」としてあつかう。具体的には、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（狭窄症、心筋梗塞など）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流証など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤など）、末梢血管疾患、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。

心血管疾患（心疾患）

心臓の構造や機能（働き）の異常により生じる病気の総称で、その中に、心不全、冠動脈疾患（虚血性心疾患ともいう）、心臓弁膜症、心筋症、不整脈、先天性心疾患などがある。

生活習慣病

食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。高血圧や糖尿病、脂質異常症などが含まれ、重篤な疾患の原因となる。

先天性心疾患

生まれつき心臓や血管の構造の一部が、正常とは違う病気。およそ 100 人に 1 人（約 1%）、年間 1 万人の赤ちゃんが先天性心疾患をもって生まれる。

粗死亡率

一定期間の死亡数を単純にその期間の人口で割った死亡率のこと。

【た行】

大動脈瘤

大動脈（通常は 20～25 ㎜程度）がこぶのように病的に膨らんだ状態（30～40 ㎜以上）のこと。

地域連携室

患者がスムーズに医療機関へ受診・入院ができるように、また医療機関から退院・転院することができるように、地域の医療・介護サービスを連携させるのが目的の部署のこと。

地域連携クリティカルパス

急性期の医療機関から回復期の医療機関を経て、自宅等（地域）に戻るまでの治療経過に従って、それぞれの医療機関が診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いる診療計画表。診療にあたる複数の医療機関が役割分

担を決め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることを目指すもの。

地域連携薬局

地域連携薬局：入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局。

てんかん

突然意識を失って反応がなくなるなどのてんかん発作を繰り返し起こす病気。てんかん発作は、脳にある神経細胞の異常な電気活動により引き起こされる発作のことで、突発的に運動神経、感覚神経、自律神経、意識、高次脳機能などの神経系が異常に活動することで症状が出る。

糖尿病

インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の三大合併症をしばしば伴う。さらに、動脈硬化の原因となり、脳卒中や虚血性心疾患を引き起こす。

特定健診（特定健康診査）・特定保健指導

特定健診は平成 20（2008）年 4 月から、40 歳～74 歳までの公的医療保険加入者全員を対象にメタボリックシンドロームに着目した健診のこと。

特定保健指導は、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が期待できる方に対して、専門職（保健師、管理栄養士等）が生活習慣の改善に向けたサポートを行うこと。

【な行】

21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）

平成 12 年に厚生労働省により提唱され、すべての国民が健やかで心豊かに生活するため、一次予防の観点を重視しながら、関係団体と連携し、国民が健康づくりに主体的に取り組むことを推進していく運動。令和 3（2021）年時点、健康日本 21（第二次）となっており平成 25（2013）年から令和 5（2023）年の 11 年間の計画となっている。

認定看護師

日本看護協会の認定看護師認定審査に合格し、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することを認められた者で、水準の高い看護実践を通して看護師に対する指導・相談活動を行う者をいう。認定看護分野には、脳卒中リハビリテーション看護、慢性心不全看護などがある。

年齢調整死亡率

年齢構成が著しく異なる人口集団の間での死亡率や、特定の年齢層に偏在する死因別死亡率などについて、年齢構成の違いに影響されない比較をするために年齢構成を調整した死亡率。

脳血管疾患

脳動脈に異常が起きることが原因でおこる病気の総称。脳卒中がもっとも知られている。

脳動脈瘤

脳動脈の血管壁が薄くなったりもろくなることで、そこが膨らんで血液が入り込み瘤状に腫れたもののこと。破れると、くも膜下出血が引き起こされる。

【は行】

廃用症候群

過度に安静にすることや活動性が低下したことによる心身に生じるさまざまな機能低下のこと。生活不活発病とも呼ばれる。

標準化該当比

基準集団での有所所見率を 100 とした時に、有所見率を相対値で表したもの。

プレホスピタルケア

病院前救護。人が病院の外で重篤な病気を発症したりけがを負ったりしたときに、救急隊員等が傷病者についての情報を受け急行し、現場で必要な救護を行い、そのあと患者を適切な医療機関に搬送するといった病院外での救急活動。

プロトコール

治療・治験内容を詳細に示した実施計画書や、系統だった疾患の診断・治療手順を指す。

訪問看護

疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において主治医の指示を受けた看護師等による療養上の世話又は必要な診療の補助を行うこと。

訪問診療

患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うこと。

【ま行】

メタボリックシンドローム

日本では、ウエスト周囲径（おへその高さの腹囲）が男性 85 ㎝・女性 90 ㎝以上でかつ、血圧・血糖・脂質の3つのうち2つ以上が基準を超えると、メタボリックシンドロームと診断される。

メディカルコントロール（MC）

医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急措置等の質の保証をするために、救急救命士に対する指示体制及び救急隊員に対する指導・助言体制の充実、救急活動の医学的観点からの事後検証体制の充実、救急救命士の病院実習等の再教育体制の充実等を整備し運用していくシステムのこと。

メディカルコントロール（MC）協議会

メディカルコントロール（MC）体制構築のための実質的な調整や検証を行う組織。

【ら行】

理学療法士（Physical Therapist : PT）

医師の指示のもと、けがや病気などで身体に障がいのある人等の身体運動機能の回復や維持・向上を図り自立した日常生活が送れるよう、運動の指導や物理療法を行う専門職。

両立支援コーディネーター

治療と仕事の両立に向けて、支援対象者、主治医、会社・産業医などのコミュニケーションが円滑に行われるように支援する者。対象者が治療と仕事を両立できるよう、それぞれの立場に応じた支援の実施及び両立支援に関わる関係者との調整を行う。

老人保健施設

介護を必要とする高齢者の自立を支援し、在宅復帰や在宅療養支援などを行うための施設。

ロジックモデル

事業の実施とアウトカムの関係を論理的に示すもの。

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。今般策定する第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(り)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はなく、発症後においても再発予防及び重症化予防を繰り返し行う対策が必要で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的確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（ＣＫＤ[14]）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、地域の状況にかかわらず、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と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的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に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(えん)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塞栓症等、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、治療法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、ＰＤＣＡ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] 「ＰＤＣＡ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。

愛媛県循環器病対策推進協議会設置要綱

（設置）
第１条　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）第 11 条に規定する都道府県計画（以下「計画」という。）の策定、推進等に関し、必要な事項を調査審議するため、「愛媛県循環器病対策推進協議会」（以下「協議会」という。）を設置する。

（任務）
第２条　協議会は、次に掲げる事項について審議するものとする。
(1)　計画の策定及び変更に関すること。
(2)　計画の進捗及び評価に関すること。
(3)　その他循環器病対策の推進に必要な事項

（組織）
第３条　協議会は、委員 15 人以内で組織する。
２　委員は、循環器病患者及び循環器病患者であった者並びにこれらの者の家族又は遺族を代表する者、救急業務に従事する者、循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者、学識経験のある者その他必要と認める者のうちから知事が委嘱し、又は任命する。

（任期）
第４条　委員の任期は、３年とする。ただし、委員に欠員を生じたときにおける後任委員の任期は、前任者の残任期間とする。
２　委員は、再任することができる。

（会長及び副会長）
第５条　協議会に会長及び副会長各１人を置く。
２　会長は、委員が互選し、副会長は会長が指名する。
３　会長は、会務を統括し、協議会を代表する。
４　副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

（会議）
第６条　協議会の会議は、会長が招集し、議長となる。
２　会長は、会議の開催が困難な場合は、書面による表決を求め、これを会議に代えることができる。

（関係者の出席）
第７条　会長は、必要と認めるときは、協議会に委員以外の関係者を出席させ、その意見を求めることができる。

（庶務）
第８条　協議会の庶務は、保健福祉部健康衛生局健康増進課において処理する。

（雑則）
第９条　この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附　則
この要綱は、令和３年７月 29 日から施行する。

愛媛県循環器病対策推進協議会委員

分　　野	所属団体	氏　名
医療業務従事者	松山赤十字病院脳神経内科部長	池添　浩二
	愛媛大学大学院医学系研究科 心臓血管・呼吸器外科学教授	泉谷　裕則
	愛媛大学大学院医学系研究科 脳神経外科学教授	國枝　武治
	愛媛県看護協会理事	児島　二美子
	愛媛大学大学院医学系研究科 地域小児・周産期学講座教授	檜垣　高史
	愛媛県医師会会長	村上　博
	愛媛大学大学院医学系研究科 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学教授	山口　修
	済生会松山病院副院長	渡辺　浩毅
保健業務従事者	愛媛県保健福祉部医療政策監	河野　英明
	宇和島市保険健康課課長	山本　弥生
福祉業務従事者	愛媛県介護支援専門員協会会長	矢川　ひとみ
学識経験者	大分大学医学部 公衆衛生・疫学講座教授	斉藤　功
救急業務従事者	県立中央病院救命救急センター長 災害医療センター長	馬越　健介
患者又は家族	心疾患経験者	二宮　崇
	脳血管疾患経験者	橋本　一晃

計　15　名　　（分野別・五十音順）

第２期愛媛県循環器病対策推進計画

令和６年３月

愛媛県保健福祉部健康衛生局健康増進課
〒７９０－８５７０　愛媛県松山市一番町４丁目４番地２
TEL：０８９－９１２－２４０１（係直通）
FAX：０８９－９１２－２３９９
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：healthpro@pref.ehime.lg.jp