

第2期三重県循環器病対策推進計画
～脳卒中、心臓病その他の循環器病の克服をめざして～

(中間案)

令和5年12月
三 重 県

目 次

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| 第1章 計画の趣旨 | 1 |
| 1 策定の趣旨 | 1 |
| 2 計画期間および計画の位置づけ | 1 |
| 第2章 本県の現状 | 2 |
| 1 循環器病を取り巻く状況 | 2 |
| 2 健康寿命・平均寿命 | 6 |
| 第3章 基本方針 | 7 |
| 1 めざす姿 | 7 |
| 2 全体目標 | 8 |
| 3 個別目標 | 10 |
| 4 ロジックモデル | 12 |
| 5 計画の視点 | 16 |
| 6 圏域 | 17 |
| 7 計画の推進主体 | 18 |
| 第4章 各施策における個別課題と取組 | 20 |
| 1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発 | 20 |
| 2 保健、医療および福祉に係るサービスの提供体制の充実 | 26 |
| (1) 救急搬送体制の整備 | 26 |
| (2) 循環器病に係る急性期医療提供体制の構築 | 30 |
| (3) リハビリテーション等の取組の充実 | 42 |
| (4) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援 | 48 |
| (5) 循環器病の緩和ケアの充実 | 49 |
| (6) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援 | 51 |
| (7) 治療と仕事の両立支援・就労支援 | 55 |
| (8) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 | 56 |
| (9) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援 | 57 |
| 3 循環器病対策を推進するための基盤整備 | 58 |
| (1) 循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備 | 58 |
| (2) 循環器病に係る研究成果の活用 | 59 |
| 第5章 計画の進捗管理 | 60 |
| 1 進捗管理 | 60 |

第1章 計画の趣旨

1 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、わが国の主要な死亡原因であるとともに、介護が必要となる主な原因となるなど、国民の生命や健康だけでなく、社会全体にも大きな影響を与える疾患です。

これをふまえ、令和元（2019）年12月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（以下、「基本法」という。）が施行され、令和2（2020）年10月には、国が「循環器病対策推進基本計画」（以下、「国基本計画」という。）を定めました。

本県では、国基本計画をふまえ、基本法に基づく都道府県循環器病対策推進計画として、令和4（2022）年3月に「三重県循環器病対策推進計画」（以下、「第1期計画」という。）を策定し、循環器病に係る取組を実施してきたところです。

令和5（2023）年3月には、国基本計画の終期に伴い「第2期循環器病対策推進基本計画」（以下、「第2期国基本計画」という。）が策定されています。今回、第2期国基本計画をふまえるとともに、第1期計画策定以降の本県における循環器病に関する状況を受け、本県の循環器病対策のさらなる充実に向けて、「第2期三重県循環器病対策推進計画 ～脳卒中、心臓病その他の循環器病の克服をめざして～」を策定します。

※ 基本法において、脳卒中、心臓病その他の循環器病を指して「循環器病」としていることから、本計画における「循環器病」についても同趣旨で用いています。

2 計画期間および計画の位置づけ

（1）計画期間

令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とします。

（2）計画の位置づけ

本計画は、基本法第11条第1項に基づく「都道府県循環器病対策推進計画」と、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項の規定に基づく「医療計画の『脳卒中对策』および『心筋梗塞等の心血管疾患対策』に係る部分」を一体とした計画として策定するものです。

なお、本計画は、「三重県医療計画」、「三重の健康づくり基本計画」、「みえ高齢者元気・かがやきプラン」等の関係規定との調和を図るものとしします。

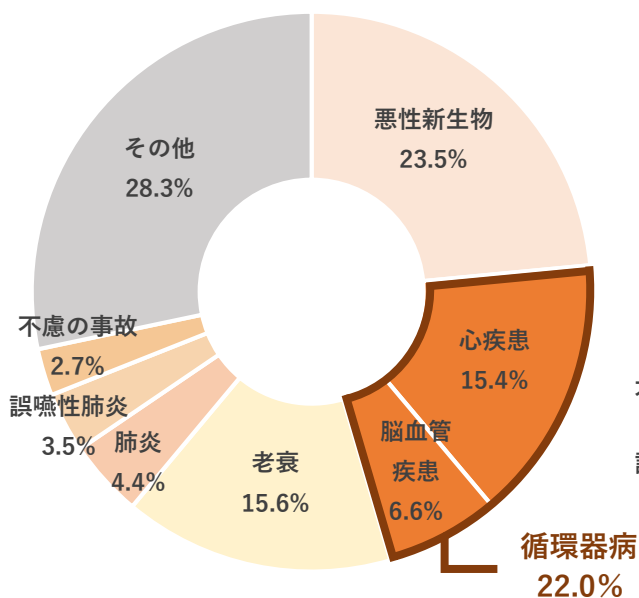
第2章 本県の現状

1 循環器病を取り巻く状況

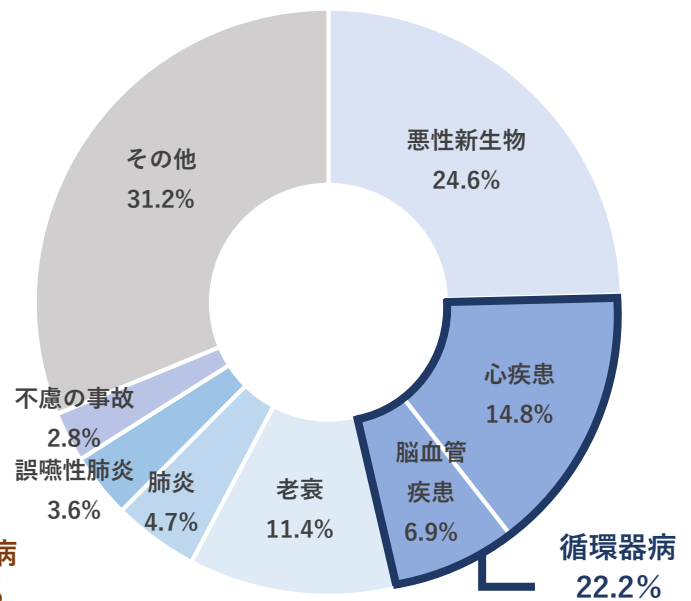
(1) 死亡原因における割合

本県の死亡原因のうち、心疾患は15.4%、脳血管疾患は6.6%、両疾患を合わせた循環器病は22.0%を占めており、悪性新生物（がん）に次ぐ死亡原因となっています。また、全国も同様の傾向です。

○三重県の死亡原因別割合



○全国の死亡原因別割合



出典：令和4（2022）年 人口動態統計

(2) 年齢調整死亡率

本県の「循環器病による年齢調整死亡率[※]」は、概ね減少傾向となっていたものの、男性は令和元（2019）年度から増加傾向、女性は令和4（2022）年度に増加に転じています。男性は全国と同水準、女性は全国より高い死亡率となっていますが、男性と女性を比べると男性の方が高い死亡率となっています。

このうち、本県の「脳血管疾患による年齢調整死亡率」は、男女ともに減少傾向となっています。一方、本県の「心疾患による年齢調整死亡率」は、男性は令和2（2020）年度から増加傾向、女性は令和4（2022）年度に増加に転じています。

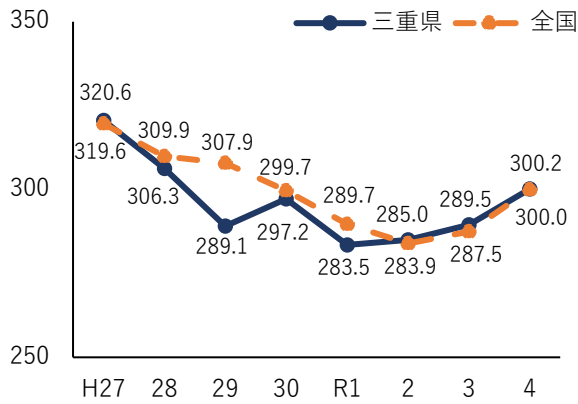
なお、脳血管疾患と心疾患の年齢調整死亡率を比べると、男女ともに心疾患による年齢調整死亡率の方が高くなっています。

※ 年齢調整死亡率：高齢者が多い地域と若年者が多い地域など、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率をいいます。本計画では、平成27年人口モデルを基準人口として算出しています。

○循環器病による年齢調整死亡率（人口10万対）

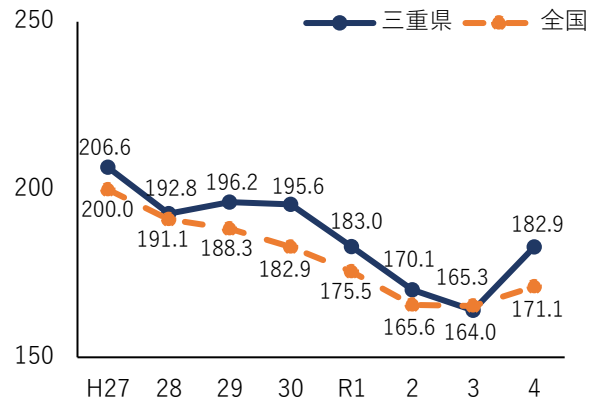
（男性）

（人）



（女性）

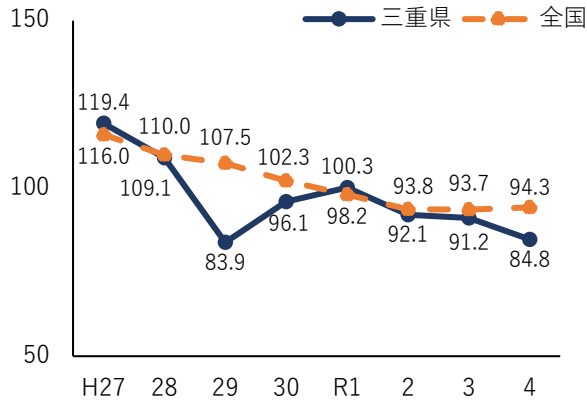
（人）



○脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）

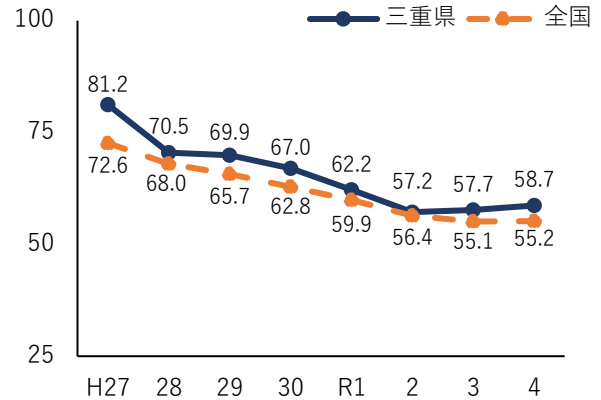
（男性）

（人）



（女性）

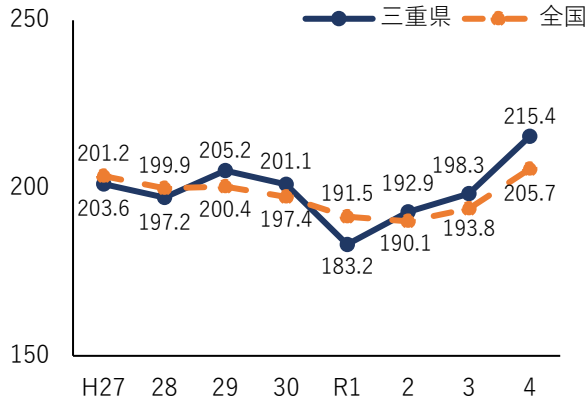
（人）



○心疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）

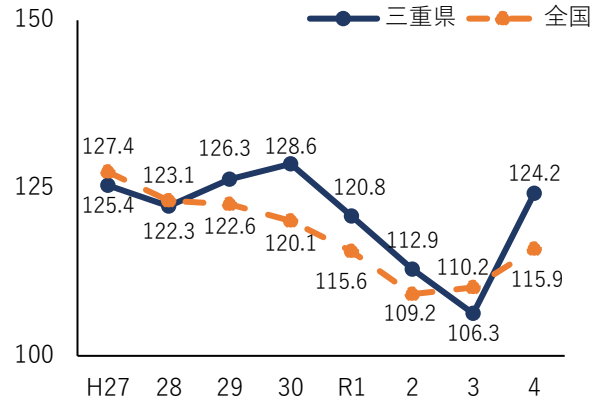
（男性）

（人）



（女性）

（人）



出典：厚生労働省「人口動態調査」、三重県「三重県の人口動態」

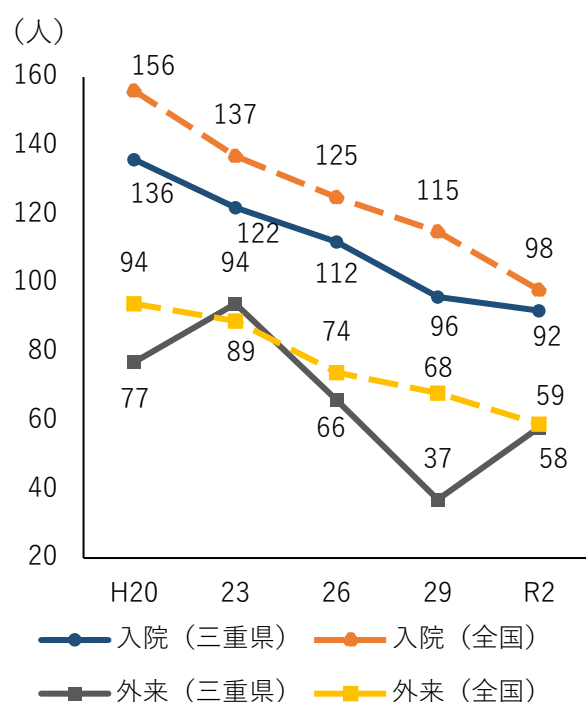
※ 令和4年数値は人口動態調査をもとに三重県で独自集計

(3) 受療率

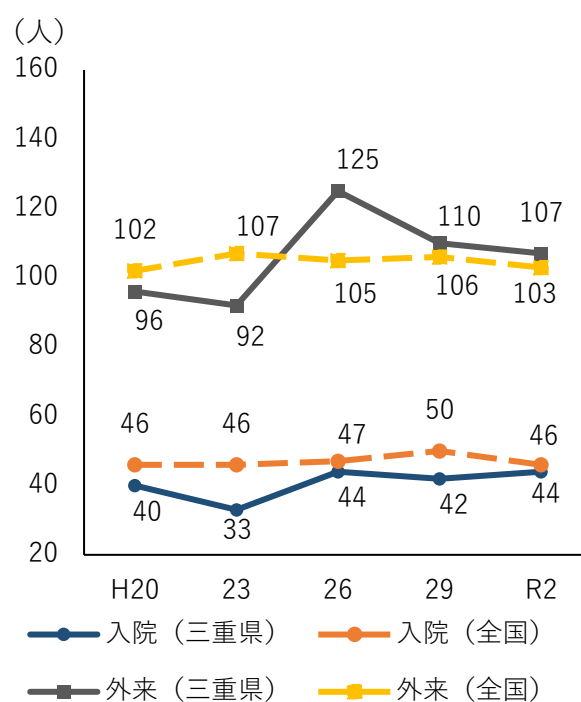
本県における脳血管疾患の受療率[※]は、令和2（2020）年で大きく増加した外来を除き、年々減少方向にあり、令和2（2020）年時点では入院、外来ともに全国平均を下回っています。

また、本県における心疾患の受療率は、入院は横ばいで推移している一方、外来では平成26（2014）年以降は減少傾向となっています。令和2（2020）年時点では入院、外来ともに全国平均と同程度の水準となっています。

○脳血管疾患受療率（人口10万対）



○心疾患受療率（人口10万対）

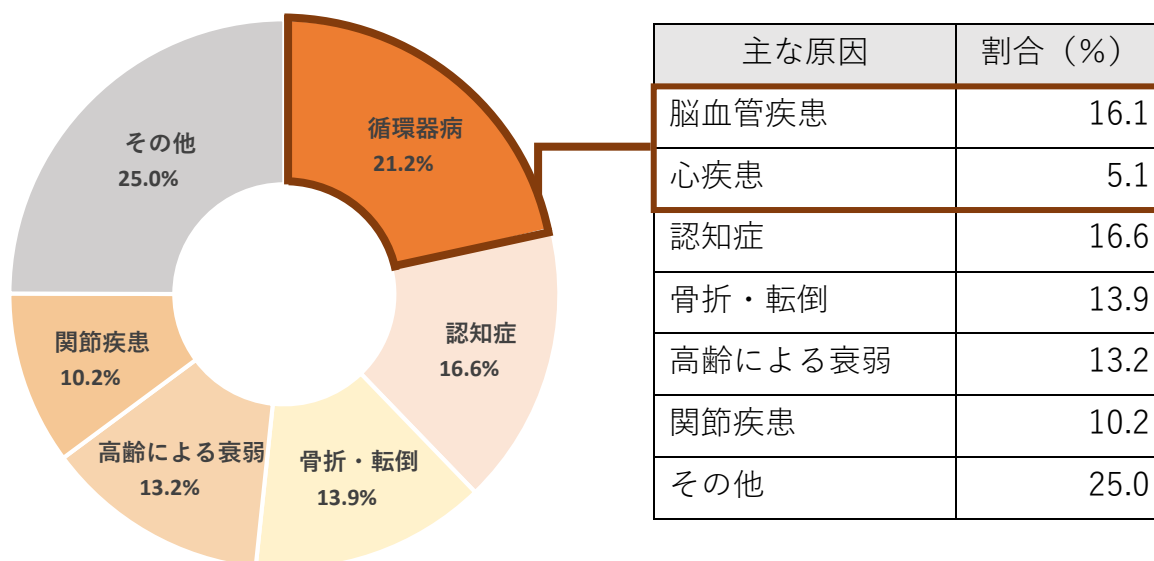


出典：厚生労働省「患者調査」

※ 受療率：推計患者数を人口10万人対であらわした数です。

(4) 介護が必要となった主な原因の割合（全国）

介護が必要となる原因のうち、脳血管疾患は16.1%、心疾患は5.1%、両疾患を合わせた循環器病は21.2%を占めており、最多の割合となっています。



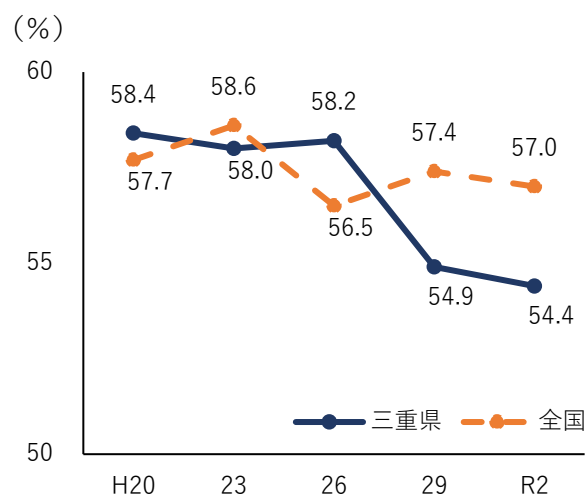
出典：令和4（2022）年 国民生活基礎調査

(5) 循環器病患者における在宅等の生活の場に復帰した割合

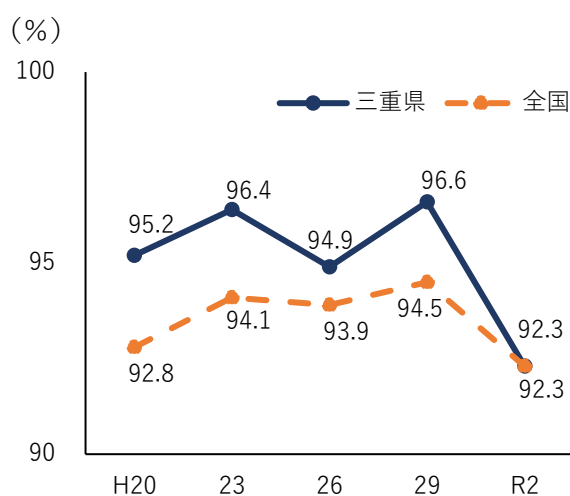
本県の脳血管疾患患者における在宅等の生活の場に復帰した割合は、平成29（2017）年以降減少傾向に転じており、全国よりも低い水準となっています。

一方、本県の虚血性心疾患患者における在宅等の生活の場に復帰した割合は、平成29（2017）年まで全国より高い水準となっていたものの、令和2（2020）年に大きく減少し、全国と同水準となっています。

○脳血管疾患患者



○虚血性心疾患患者



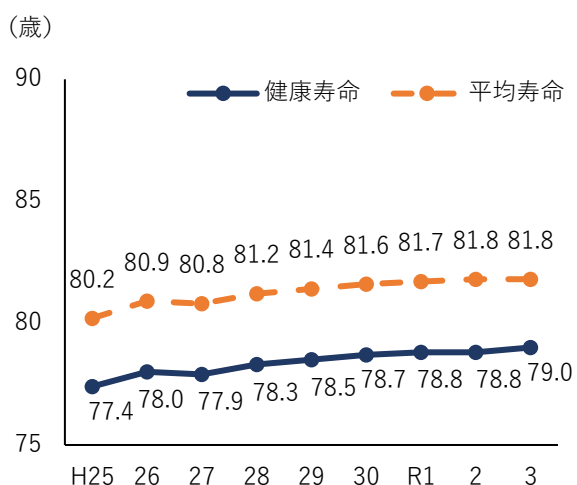
出典：厚生労働省 患者調査

2 健康寿命・平均寿命

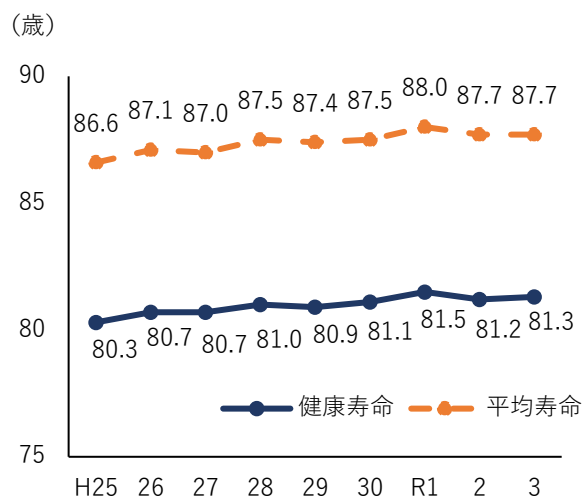
平均寿命、健康寿命*は男性、女性ともに緩やかな延伸傾向となっています。一方、平均寿命と健康寿命の差は一定のまま推移しています。

○健康寿命・平均寿命

(男性)



(女性)



出典：三重県調査

本計画の健康寿命は、三重の健康づくり基本計画「ヘルシーピープルみえ・21」における健康寿命（介護保険法による介護認定を受けることなく自立して心身ともに健康的な日常生活を営むことができる期間）を用いることとします。

厚生労働省では、3年に1回行われる国民生活基礎調査において、日常生活への健康上の問題による日常生活への影響があると回答した割合をもとに算定しています。令和元（2019）年の健康寿命の三重県値は、男性が72.90歳（全国16位）、女性は77.58歳（全国1位）となっています。

* 健康寿命：「日常的に介護を必要とせず、自立して心身ともに健康的な日常生活を営むことができる期間」をいい、本計画では、介護保険法による介護認定者数をもとに算定しています。

第3章 基本方針

1 めざす姿

循環器病は県民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患であるとともに、社会全体に大きな影響を与える疾患です。誰もがより長く元気に活躍できる社会を実現するために、循環器病の発症予防・進行抑制に取り組み、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すること、また、循環器病による死亡率を低減することが重要な課題です。さらには、医療技術や情報技術が進歩し、循環器病患者の療養生活が多様化する中で、循環器病になっても、自分らしく生きることができ、社会を実現する必要があります。

そのため、本県では、循環器病の克服による健康寿命の延伸の実現に向け、次の3つをめざす姿として掲げ、本計画の取組を進めることとします。

- ① 県民が循環器病に関する正しい知識を身につけるとともに、循環器病の予防に取り組むことなどにより、より長く元気に生活を送っています。
- ② 県民が循環器病になっても適切な医療を受けられることなどにより、循環器病により亡くなる方の数が減少しています。
- ③ 県民が循環器病になっても切れ目ないリハビリテーションや福祉などのサービスを受けられることなどにより、自分らしい生活を送っています。

2 全体目標

めざす姿に対応する3つの全体目標を設定します。

- 1 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸
- 2 循環器病の年齢調整死亡率の減少
- 3 循環器病患者における在宅等の生活の場に復帰した割合の増加

○全体目標1 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸

循環器病の予防に取り組むことや、循環器病患者に対する切れ目ないリハビリテーションおよび福祉サービスなどを提供することで、平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸をめざします。

| 目標項目 | | 現状値 (R3) | 目標 |
|------|----|----------|------------------------|
| 健康寿命 | 男性 | 79.0 | 平均寿命の伸びを上回る 健康寿命の延伸 |
| | 女性 | 81.3 | |
| 平均寿命 | 男性 | 81.8 | |
| | 女性 | 87.7 | |

○全体目標2 循環器病の年齢調整死亡率の減少

循環器病は、県内の死亡原因の約2割を占めており、がんに次いで2番目に高い死因となっています。循環器病の予防や、循環器病の発症後の適切な医療をとおして、循環器病による年齢調整死亡率の減少をめざします。

| 目標項目 | | 現状値 (R4) | 目標 |
|-----------------|----|----------|-----------------|
| 循環器病による年齢調整死亡率 | 男性 | 300.2 | 227.0 以下 |
| | 女性 | 182.9 | 124.0 以下 |
| 脳血管疾患による年齢調整死亡率 | 男性 | 84.8 | 61.0 以下 |
| | 女性 | 58.7 | 35.0 以下 |
| 心疾患による年齢調整死亡率 | 男性 | 215.4 | 167.0 以下 |
| | 女性 | 124.2 | 90.0 以下 |

※平成27年モデル人口で算出

○全体目標3 循環器病患者における在宅等の生活の場に復帰した割合の増加

循環器病患者に対する切れ目ないリハビリテーションおよび福祉サービスなどを提供することで、循環器病患者における在宅等の生活の場に復帰した割合の増加をめざします。

| 目標項目 | 現状値 (R2) | 目標 |
|---------------------------------|----------|--------------|
| 脳血管疾患患者における 在宅等の生活の場に復帰した割合 | 54.4% | 58%以上 |
| 虚血性心疾患患者における 在宅等の生活の場に復帰した割合 | 92.3% | 96%以上 |

3 個別目標

全体目標を達成するために必要な項目として、4つの個別目標を設定します。

- 1 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上
- 2 救急搬送における受入困難事例の割合の減少
- 3 循環器病患者に対するリハビリテーション実施件数の増加
- 4 脳卒中・心臓病等総合支援センター等における相談実績数の増加

○個別目標1 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上

循環器病の主なリスク要因である生活習慣病の予防や改善を目的として、特定健康診査受診率^{※1}と特定保健指導実施率^{※2}の向上を掲げます。

| 目標項目 | 現状値 (R3) | 目標 |
|-----------|----------|--------------|
| 特定健康診査受診率 | 59.3% | 70%以上 |
| 特定保健指導実施率 | 23.7% | 45%以上 |

○個別目標2 救急搬送における受入困難事例の割合の減少

循環器病は、発症後早期に適切な治療を実施することで予後の改善につながる可能性があります。救急搬送の所要時間を短縮し、発症後の早期治療を実現するため、循環器病疑い患者の救急搬送における受入困難事例割合の減少を掲げます。

| 目標項目 | | 現状値 (R3) | 目標 |
|---------------------|--------|----------|---------------|
| 現場滞在時間 30 分以上の割合 | 脳卒中疑い | 3.7% | 2.6%以下 |
| | 心筋梗塞疑い | 3.5% | |
| 医療機関への要請回数 4 回以上の割合 | 脳卒中疑い | 1.3% | 0.7%以下 |
| | 心筋梗塞疑い | 1.4% | |

※1 特定健康診査：平成 20（2008）年 4 月から保険者（国民健康保険、被用者保険）に義務付けられた、40～74 歳の被保険者・被扶養者を対象とした健康診査をいいます。

※2 特定保健指導：特定健康診査の結果から、生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して、保健師、管理栄養士などが行う生活習慣を見直すための支援のことをいいます。

○個別目標3 循環器病患者に対するリハビリテーション実施件数の増加

循環器病患者に対し、急性期から回復期、慢性期へと切れ目ないサービスを提供する上で、リハビリテーションは大きな役割を担っています。県内における循環器病に対するリハビリテーション提供体制を強化するため、リハビリテーション実施件数の増加を掲げます。

| 目標項目 | 現状値 (R2) | 目標 |
|------------------------------|----------|--------|
| SCR*における 脳血管疾患等リハビリテーション料 | 69.1 | 100 以上 |
| SCRにおける 心大血管疾患リハビリテーション料 | 76.1 | 100 以上 |

出典：内閣府「SCR」

○個別目標4 脳卒中・心臓病等総合支援センター等における相談実績数の増加

医療技術や情報技術の進歩に伴い、循環器病患者の療養生活が多様化する中、患者や家族が抱く疑問や悩みは多岐にわたります。患者や家族の不安、悩み等に対応できるよう、県内の患者支援の中心的な役割を担う脳卒中・心臓病等総合支援センターにおける相談実績の向上を掲げます。

| 目標項目 | 現状値 (R4) | 目標 |
|-------------------------------|----------|-----------|
| 脳卒中・心臓病等総合支援センター等の 相談支援患者数 | 953 人 | 2,000 人以上 |

※延べ人数で算出。

※患者家族への支援の場合も、患者本人への支援として計上する。

※ SCR：レセプト上に現れる各診療行為の算定回数を、都道府県の年齢構成の違いを調整し指数化したものです。100を医療提供状況の全国平均とし、100を上回ると全国より医療提供が多く、100を下回ると全国より医療提供が少ないことを示しています。
Standardized Claim data Ratio の略。

4 ロジックモデル

(1) ロジックモデルの活用について

ロジックモデルとは、施策の実施から成果の達成までの因果関係を示した論理的な体系図のことで、「何のために何をするのか」、「何をすることで何をもたらすのか」を示すものです。

第2期国基本計画では、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サイクルに基づく改善を図り、施策に反映するよう努めることとされており、その際には、ロジックモデルなどのツールの活用を検討することとされています。

本県では、第1期計画においても、参考資料としてロジックモデルを作成したところですが、本計画においては、ロジックモデルを活用したPDCAサイクルに基づく施策の進捗管理や改善を図るべく、あらためて内容を見直します。

(2) ロジックモデルの見方

本計画におけるロジックモデルは、「最終アウトカム」、「中間アウトカム」、「具体的施策」の3段階で構成しています。また、それぞれの項目に指標を設定し、数値データとして達成状況の把握を行うこととしています。

○最終アウトカム

施策や事業による成果のうち、計画をとおして最終的に達成したい状態のことをあらわします。本計画では、3つのめざす姿を最終アウトカムとして設定しています。なお、最終アウトカムにおける指標は、本計画における全体目標として位置づけています。

○中間アウトカム

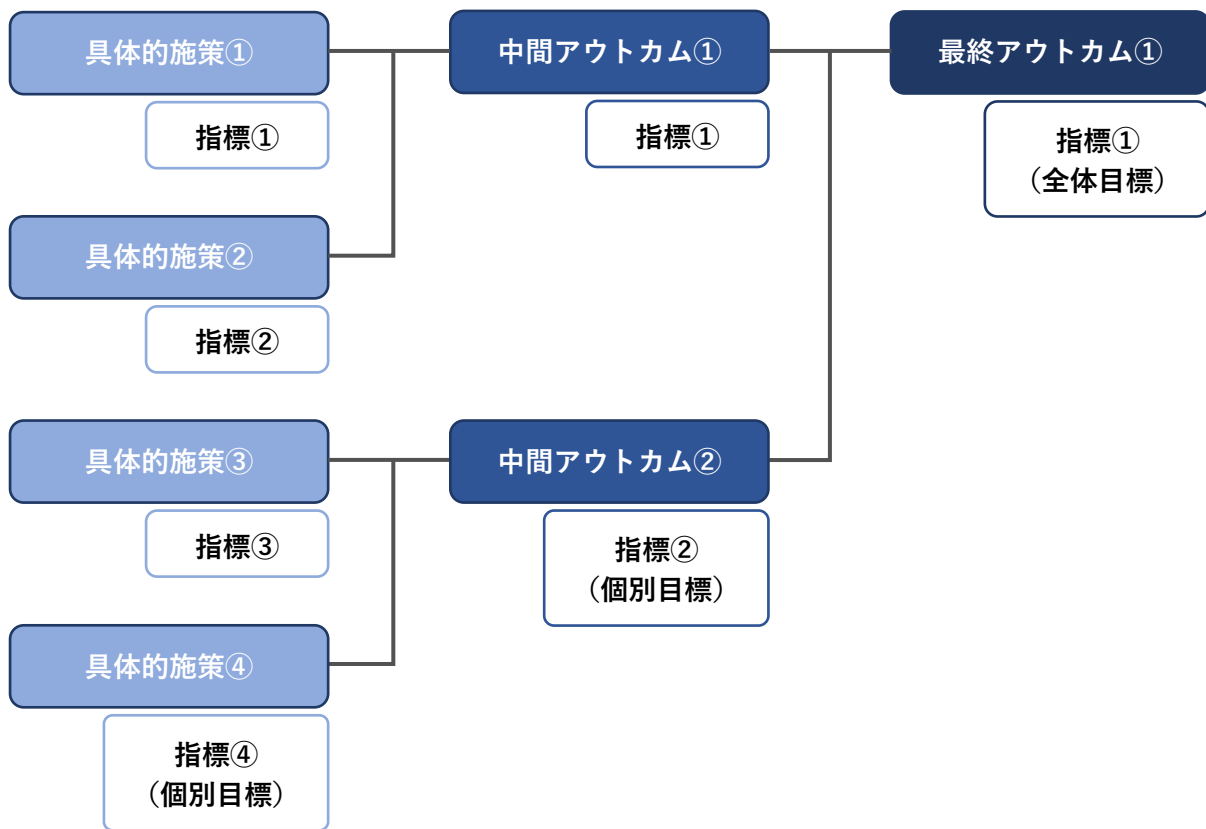
施策や事業による成果のうち、最終アウトカムを実現するために達成すべき状態をあらわします。中間アウトカムにおける一部の指標については、本計画における個別目標として位置づけています。

○具体的施策

中間アウトカムを達成するために行うべき取組として、各分野における施策を設定しています。具体的施策における一部の指標については、本計画における個別目標として位置づけています。

なお、計画の目標として設定しない指標についても、本県における循環器病対策の進捗状況を把握する上で重要な数値データであることから、全体目標や個別目標と同様、基本指標として年次の推移を把握するよう努めます。

(3) ロジックモデルのイメージ図



(4) 脳卒中対策におけるロジックモデル

| 具体的施策 | 中間アウトカム | 最終アウトカム | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|------------------|-------------------------|--|--|---|--|--|------------------------------|--|--|---|------------------------------|---------------------------|--|-------------------------|-------------------------------|--|---------------------|---------------------------|-----------------------------|--|---------------------------|---|---|---------------------------|----------------------------|----------------------------------|--|--|
| 【予防】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="5">1</td> <td>循環器病予防の生活習慣の定着</td> </tr> <tr> <td>20歳以上の喫煙率</td> </tr> <tr> <td>20歳以上の平均食塩摂取率（男）</td> </tr> <tr> <td>20歳以上の平均食塩摂取率（女）</td> </tr> <tr> <td>ハイリスク飲酒者の割合（男）</td> </tr> <tr> <td>ハイリスク飲酒者の割合（女）</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>生活習慣病を早期に見つける</td> </tr> <tr> <td></td> <td>特定健康診査受診率</td> </tr> </table> | 1 | 循環器病予防の生活習慣の定着 | 20歳以上の喫煙率 | 20歳以上の平均食塩摂取率（男） | 20歳以上の平均食塩摂取率（女） | ハイリスク飲酒者の割合（男） | ハイリスク飲酒者の割合（女） | 2 | 生活習慣病を早期に見つける | | 特定健康診査受診率 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>脳卒中の発症が減少している</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患受療率（入院） 脳血管疾患受療率（外来）</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>保健指導を受診できている</td> </tr> <tr> <td></td> <td>特定保健指導実施率</td> </tr> </table> | 1 | 脳卒中の発症が減少している | 脳血管疾患受療率（入院） 脳血管疾患受療率（外来） | 2 | 保健指導を受診できている | | 特定保健指導実施率 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">1</td> <td>県民がより長く元気に生活を送っている</td> </tr> <tr> <td>平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（男）</td> </tr> <tr> <td>平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（女）</td> </tr> </table> | 1 | 県民がより長く元気に生活を送っている | 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（男） | 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（女） | | | | | | | | |
| 1 | | 循環器病予防の生活習慣の定着 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 20歳以上の喫煙率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 20歳以上の平均食塩摂取率（男） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 20歳以上の平均食塩摂取率（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ハイリスク飲酒者の割合（男） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ハイリスク飲酒者の割合（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 生活習慣病を早期に見つける | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定健康診査受診率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 脳卒中の発症が減少している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳血管疾患受療率（入院） 脳血管疾患受療率（外来） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 保健指導を受診できている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定保健指導実施率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 県民がより長く元気に生活を送っている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（男） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【救急】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>適切な救急搬送体制の確保</td> </tr> <tr> <td>救急車の現場滞在時間30分以上の割合（脳卒中疑い） 4回以上医療機関に要請を行った割合（脳卒中疑い）</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>発症初期の適切な処置の認知度向上</td> </tr> <tr> <td>心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数 心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率</td> </tr> </table> | 1 | 適切な救急搬送体制の確保 | 救急車の現場滞在時間30分以上の割合（脳卒中疑い） 4回以上医療機関に要請を行った割合（脳卒中疑い） | 2 | 発症初期の適切な処置の認知度向上 | 心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数 心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率 | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>発症後早期に医療機関へ搬送される</td> </tr> <tr> <td></td> <td>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</td> </tr> </table> | 1 | 発症後早期に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 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">1</td> <td>脳卒中による死亡が減少している</td> </tr> <tr> <td>循環器病による年齢調整死亡率（男）</td> </tr> <tr> <td>循環器病による年齢調整死亡率（女）</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患による年齢調整死亡率（男） 脳血管疾患による年齢調整死亡率（女）</td> </tr> </table> | 1 | 脳卒中による死亡が減少している | 循環器病による年齢調整死亡率（男） | 循環器病による年齢調整死亡率（女） | 脳血管疾患による年齢調整死亡率（男） 脳血管疾患による年齢調整死亡率（女） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 適切な救急搬送体制の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 救急車の現場滞在時間30分以上の割合（脳卒中疑い） 4回以上医療機関に要請を行った割合（脳卒中疑い） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 発症初期の適切な処置の認知度向上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数 心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 発症後早期に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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 脳卒中による死亡が減少している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 循環器病による年齢調整死亡率（男） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 循環器病による年齢調整死亡率（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳血管疾患による年齢調整死亡率（男） 脳血管疾患による年齢調整死亡率（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【急性期】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>手術の担い手の確保</td> </tr> <tr> <td>脳神経内科医師数 脳神経外科医師数</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">2</td> <td>手術提供体制の確保</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数</td> </tr> <tr> <td>うち、t-PAによる血栓溶解療法が24時間実施可能な医療機関数</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数 脳動脈瘤クリッピング術またはコイル塞栓術が実施可能な医療機関数 脳外科手術が実施可能な医療機関数</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>24時間手術実施可能な体制の確保</td> </tr> <tr> <td></td> <td>脳卒中集中治療室（SCU）を有する医療機関数 脳卒中集中治療室（SCU）を有する病床数</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>リハビリテーションが実施可能な施設の確保</td> </tr> <tr> <td></td> <td>脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">5</td> <td>リハビリテーション等専門職の確保</td> </tr> <tr> <td>理学療法士数 作業療法士数 言語聴覚士数</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>急性期と回復期の連携強化</td> </tr> <tr> <td></td> <td>地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数</td> </tr> </table> | 1 | 手術の担い手の確保 | 脳神経内科医師数 脳神経外科医師数 | 2 | 手術提供体制の確保 | 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数 | うち、t-PAによる血栓溶解療法が24時間実施可能な医療機関数 | 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数 脳動脈瘤クリッピング術またはコイル塞栓術が実施可能な医療機関数 脳外科手術が実施可能な医療機関数 | 3 | 24時間手術実施可能な体制の確保 | | 脳卒中集中治療室（SCU）を有する医療機関数 脳卒中集中治療室（SCU）を有する病床数 | 4 | リハビリテーションが実施可能な施設の確保 | | 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数 | 5 | リハビリテーション等専門職の確保 | 理学療法士数 作業療法士数 言語聴覚士数 | 6 | 急性期と回復期の連携強化 | | 地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">1</td> <td>搬送後、適切な治療を受けることができる</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数 くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピングの実施件数 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</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>早期のリハビリを受けることができる</td> </tr> <tr> <td></td> <td>脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 SCRにおける脳血管疾患等リハビリテーション料</td> </tr> </table> | 1 | 搬送後、適切な治療を受けることができる | 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数 くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピングの実施件数 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 | 2 | 早期のリハビリを受けることができる | | 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 SCRにおける脳血管疾患等リハビリテーション料 | |
| 1 | | 手術の担い手の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳神経内科医師数 脳神経外科医師数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 手術提供体制の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | うち、t-PAによる血栓溶解療法が24時間実施可能な医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数 脳動脈瘤クリッピング術またはコイル塞栓術が実施可能な医療機関数 脳外科手術が実施可能な医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 24時間手術実施可能な体制の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳卒中集中治療室（SCU）を有する医療機関数 脳卒中集中治療室（SCU）を有する病床数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | リハビリテーションが実施可能な施設の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | リハビリテーション等専門職の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 理学療法士数 作業療法士数 言語聴覚士数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | 急性期と回復期の連携強化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 搬送後、適切な治療を受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数 くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピングの実施件数 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | 早期のリハビリを受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 SCRにおける脳血管疾患等リハビリテーション料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【回復期】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>急性期と回復期の連携強化</td> </tr> <tr> <td>地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>回復期リハビリ提供体制の確保</td> </tr> <tr> <td>回復期リハビリテーション病床数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3</td> <td>再発予防・合併症予防に向けた体制整備</td> </tr> <tr> <td>脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに専従している看護師数 歯科訪問診療を実施する施設数</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>両立支援を提供できる人材の確保</td> </tr> <tr> <td></td> <td>両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数</td> </tr> </table> | 1 | 急性期と回復期の連携強化 | 地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数 | 2 | 回復期リハビリ提供体制の確保 | 回復期リハビリテーション病床数 | 3 | 再発予防・合併症予防に向けた体制整備 | 脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに専従している看護師数 歯科訪問診療を実施する施設数 | 4 | 両立支援を提供できる人材の確保 | | 両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">1</td> <td>継続したリハビリを受けることができる</td> </tr> <tr> <td>脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 SCRにおける脳血管疾患等リハビリテーション料</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>リハビリをとおして症状を改善することができる</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ADL改善率</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>循環器病に関する相談を受けることができる</td> </tr> <tr> <td></td> <td>脳卒中・心臓病等総合支援センター等の相談支援患者数</td> </tr> </table> | 1 | 継続したリハビリを受けることができる | 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 SCRにおける脳血管疾患等リハビリテーション料 | 2 | リハビリをとおして症状を改善することができる | | ADL改善率 | 3 | 循環器病に関する相談を受けることができる | | 脳卒中・心臓病等総合支援センター等の相談支援患者数 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">1</td> <td>患者が自分らしく生活することができる</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患患者における在宅等の生活の場に復帰した割合</td> </tr> <tr> <td>健康寿命と平均寿命の差（男） 健康寿命と平均寿命の差（女）</td> </tr> </table> | 1 | 患者が自分らしく生活することができる | 脳血管疾患患者における在宅等の生活の場に復帰した割合 | 健康寿命と平均寿命の差（男） 健康寿命と平均寿命の差（女） | | |
| 1 | | 急性期と回復期の連携強化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 回復期リハビリ提供体制の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 回復期リハビリテーション病床数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 再発予防・合併症予防に向けた体制整備 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに専従している看護師数 歯科訪問診療を実施する施設数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 両立支援を提供できる人材の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 継続したリハビリを受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 SCRにおける脳血管疾患等リハビリテーション料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | リハビリをとおして症状を改善することができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ADL改善率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 循環器病に関する相談を受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳卒中・心臓病等総合支援センター等の相談支援患者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 患者が自分らしく生活することができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳血管疾患患者における在宅等の生活の場に復帰した割合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 健康寿命と平均寿命の差（男） 健康寿命と平均寿命の差（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【維持期】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>急性期や回復期、リハビリ施設との連携強化</td> </tr> <tr> <td>入退院支援を行っている医療機関数 介護支援連携指導の実施件数</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2</td> <td>リハビリ実施可能施設の確保</td> </tr> <tr> <td>脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数 訪問リハビリを提供している事業所数 通所リハビリを提供している事業所数</td> </tr> </table> | 1 | 急性期や回復期、リハビリ施設との連携強化 | 入退院支援を行っている医療機関数 介護支援連携指導の実施件数 | 2 | リハビリ実施可能施設の確保 | 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数 訪問リハビリを提供している事業所数 通所リハビリを提供している事業所数 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>継続したリハビリを受けることができる</td> </tr> <tr> <td>脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 SCRにおける脳血管疾患等リハビリテーション料</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>充実した在宅診療を受けることができる</td> </tr> <tr> <td>訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療） 訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護） 通所リハビリを受ける利用者数</td> </tr> </table> | 1 | 継続したリハビリを受けることができる | 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 SCRにおける脳血管疾患等リハビリテーション料 | 2 | 充実した在宅診療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） 訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護） 通所リハビリを受ける利用者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 急性期や回復期、リハビリ施設との連携強化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入退院支援を行っている医療機関数 介護支援連携指導の実施件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | リハビリ実施可能施設の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数 訪問リハビリを提供している事業所数 通所リハビリを提供している事業所数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 継続したリハビリを受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 SCRにおける脳血管疾患等リハビリテーション料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 充実した在宅診療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） 訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護） 通所リハビリを受ける利用者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(5) 心筋梗塞等の心血管疾患対策におけるロジックモデル

| 具体的施策 | 中間アウトカム | 最終アウトカム | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|------------------|-------------------------|--|---|--|---|--|---|---|--|------------------------|------------------------------|--------------------------|--|-----------------------|--|--|---------------------------|---|---|--------------------------|------------------|---|------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|--|---|---------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 【予防】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="5">1</td> <td>循環器病予防の生活習慣の定着</td> </tr> <tr> <td>20歳以上の喫煙率</td> </tr> <tr> <td>20歳以上の平均食塩摂取率（男）</td> </tr> <tr> <td>20歳以上の平均食塩摂取率（女）</td> </tr> <tr> <td>ハイリスク飲酒者の割合（男） ハイリスク飲酒者の割合（女）</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>生活習慣病を早期に発見する</td> </tr> <tr> <td>特定健康診査受診率</td> </tr> </table> | 1 | 循環器病予防の生活習慣の定着 | 20歳以上の喫煙率 | 20歳以上の平均食塩摂取率（男） | 20歳以上の平均食塩摂取率（女） | ハイリスク飲酒者の割合（男） ハイリスク飲酒者の割合（女） | 2 | 生活習慣病を早期に発見する | 特定健康診査受診率 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>心血管疾患の発症が減少している</td> </tr> <tr> <td>心疾患受療率（入院） 心疾患受療率（外来）</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>保健指導を受診できている</td> </tr> <tr> <td>特定保健指導実施率</td> </tr> </table> | 1 | 心血管疾患の発症が減少している | 心疾患受療率（入院） 心疾患受療率（外来） | 2 | 保健指導を受診できている | 特定保健指導実施率 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">1</td> <td>県民がより長く元気に生活を送っている</td> </tr> <tr> <td>平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（男）</td> </tr> <tr> <td>平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（女）</td> </tr> </table> | 1 | 県民がより長く元気に生活を送っている | 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（男） | 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（女） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 循環器病予防の生活習慣の定着 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 20歳以上の喫煙率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 20歳以上の平均食塩摂取率（男） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 20歳以上の平均食塩摂取率（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ハイリスク飲酒者の割合（男） ハイリスク飲酒者の割合（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 生活習慣病を早期に発見する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定健康診査受診率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 心血管疾患の発症が減少している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 心疾患受療率（入院） 心疾患受療率（外来） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 保健指導を受診できている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定保健指導実施率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 県民がより長く元気に生活を送っている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（男） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【救急】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>適切な救急搬送体制の確保</td> </tr> <tr> <td>救急車の現場滞在時間30分以上の割合（心筋梗塞疑い） 4回以上医療機関に要請を行った割合（心筋梗塞疑い）</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>発症初期の適切な処置の認知度向上</td> </tr> <tr> <td>心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数 心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率</td> </tr> </table> | 1 | 適切な救急搬送体制の確保 | 救急車の現場滞在時間30分以上の割合（心筋梗塞疑い） 4回以上医療機関に要請を行った割合（心筋梗塞疑い） | 2 | 発症初期の適切な処置の認知度向上 | 心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数 心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率 | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>発症後早期に医療機関へ搬送される</td> </tr> <tr> <td></td> <td>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</td> </tr> </table> | 1 | 発症後早期に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 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">1</td> <td>心疾患による死亡が減少している</td> </tr> <tr> <td>循環器病による年齢調整死亡率（男）</td> </tr> <tr> <td>循環器病による年齢調整死亡率（女）</td> </tr> <tr> <td>心疾患による年齢調整死亡率（男） 心疾患による年齢調整死亡率（女）</td> </tr> </table> | 1 | 心疾患による死亡が減少している | 循環器病による年齢調整死亡率（男） | 循環器病による年齢調整死亡率（女） | 心疾患による年齢調整死亡率（男） 心疾患による年齢調整死亡率（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 適切な救急搬送体制の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 救急車の現場滞在時間30分以上の割合（心筋梗塞疑い） 4回以上医療機関に要請を行った割合（心筋梗塞疑い） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 発症初期の適切な処置の認知度向上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数 心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 発症後早期に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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 心疾患による死亡が減少している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 循環器病による年齢調整死亡率（男） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 循環器病による年齢調整死亡率（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 心疾患による年齢調整死亡率（男） 心疾患による年齢調整死亡率（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【急性期】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">1</td> <td>手術の担い手の確保</td> </tr> <tr> <td>循環器内科医師数 心臓外科医師数 小児循環器専門医数 成人先天性心疾患専門医数</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">2</td> <td>手術提供体制の確保</td> </tr> <tr> <td>経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数</td> </tr> <tr> <td>経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数</td> </tr> <tr> <td>冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数</td> </tr> <tr> <td>心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数</td> </tr> <tr> <td>大動脈瘤術が可能な医療機関数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3</td> <td>24時間手術実施可能な体制の確保</td> </tr> <tr> <td>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）を有する病床数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">4</td> <td>急性期と回復期の連携強化</td> </tr> <tr> <td>地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数</td> </tr> </table> | 1 | 手術の担い手の確保 | 循環器内科医師数 心臓外科医師数 小児循環器専門医数 成人先天性心疾患専門医数 | 2 | 手術提供体制の確保 | 経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数 | 経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数 | 冠動脈バイパス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 | 大動脈瘤術が可能な医療機関数 | 3 | 24時間手術実施可能な体制の確保 | 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）を有する病床数 | 4 | 急性期と回復期の連携強化 | 地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>搬送後、適切な治療を受けることができる</td> </tr> <tr> <td>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実施件数 うち、心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数</td> </tr> </table> | 1 | 搬送後、適切な治療を受けることができる | 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実施件数 うち、心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 手術の担い手の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 循環器内科医師数 心臓外科医師数 小児循環器専門医数 成人先天性心疾患専門医数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2 | 手術提供体制の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 冠動脈バイパス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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大動脈瘤術が可能な医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 24時間手術実施可能な体制の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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）を有する病床数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 急性期と回復期の連携強化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 搬送後、適切な治療を受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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実施件数 うち、心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【回復期】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>回復期リハビリ提供体制の確保</td> </tr> <tr> <td>回復期リハビリテーション病床数 心大血管リハビリテーション科届出医療機関数</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2</td> <td>リハビリテーション等専門職の確保</td> </tr> <tr> <td>理学療法士数 作業療法士数 言語聴覚士数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3</td> <td>再発予防に向けた体制整備</td> </tr> <tr> <td>慢性心不全の再発を予防するためのケアに専従している看護師数 歯科訪問診療を実施する施設数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">4</td> <td>緩和ケア提供体制の確保</td> </tr> <tr> <td>心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数 心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数 緩和ケア認定看護師数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">5</td> <td>多職種連携の整備</td> </tr> <tr> <td>心不全療養指導士数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">6</td> <td>両立支援を提供できる人材の確保</td> </tr> <tr> <td>両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数</td> </tr> </table> | 1 | 回復期リハビリ提供体制の確保 | 回復期リハビリテーション病床数 心大血管リハビリテーション科届出医療機関数 | 2 | リハビリテーション等専門職の確保 | 理学療法士数 作業療法士数 言語聴覚士数 | 3 | 再発予防に向けた体制整備 | 慢性心不全の再発を予防するためのケアに専従している看護師数 歯科訪問診療を実施する施設数 | 4 | 緩和ケア提供体制の確保 | 心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数 心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数 緩和ケア認定看護師数 | 5 | 多職種連携の整備 | 心不全療養指導士数 | 6 | 両立支援を提供できる人材の確保 | 両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>継続したリハビリを受けることができる</td> </tr> <tr> <td>心血管疾患リハビリテーション実施件数 SCRにおける心大血管疾患リハビリテーション料 治療をとおして症状を改善することができる</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>虚血性心疾患の退院患者平均在院日数</td> </tr> <tr> <td>心血管疾患の退院患者平均在院日数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3</td> <td>心身の緩和ケアを安心して受けることができる</td> </tr> <tr> <td>SCRにおける心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">4</td> <td>循環器病に関する相談を受けることができる</td> </tr> <tr> <td>脳卒中・心臓病等総合支援センター等の相談支援患者数</td> </tr> </table> | 1 | 継続したリハビリを受けることができる | 心血管疾患リハビリテーション実施件数 SCRにおける心大血管疾患リハビリテーション料 治療をとおして症状を改善することができる | 2 | 虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 | 心血管疾患の退院患者平均在院日数 | 3 | 心身の緩和ケアを安心して受けることができる | SCRにおける心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 | 4 | 循環器病に関する相談を受けることができる | 脳卒中・心臓病等総合支援センター等の相談支援患者数 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">1</td> <td>患者が自分らしく生活することができる</td> </tr> <tr> <td>虚血性心疾患患者における在宅等の生活の場に復帰した割合</td> </tr> <tr> <td>健康寿命と平均寿命の差（男） 健康寿命と平均寿命の差（女）</td> </tr> </table> | 1 | 患者が自分らしく生活することができる | 虚血性心疾患患者における在宅等の生活の場に復帰した割合 | 健康寿命と平均寿命の差（男） 健康寿命と平均寿命の差（女） |
| 1 | | 回復期リハビリ提供体制の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 回復期リハビリテーション病床数 心大血管リハビリテーション科届出医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | リハビリテーション等専門職の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 理学療法士数 作業療法士数 言語聴覚士数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | 再発予防に向けた体制整備 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 慢性心不全の再発を予防するためのケアに専従している看護師数 歯科訪問診療を実施する施設数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 緩和ケア提供体制の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数 心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数 緩和ケア認定看護師数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 多職種連携の整備 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 心不全療養指導士数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 両立支援を提供できる人材の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 継続したリハビリを受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 心血管疾患リハビリテーション実施件数 SCRにおける心大血管疾患リハビリテーション料 治療をとおして症状を改善することができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 心血管疾患の退院患者平均在院日数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 心身の緩和ケアを安心して受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SCRにおける心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 循環器病に関する相談を受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 脳卒中・心臓病等総合支援センター等の相談支援患者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 患者が自分らしく生活することができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 虚血性心疾患患者における在宅等の生活の場に復帰した割合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 健康寿命と平均寿命の差（男） 健康寿命と平均寿命の差（女） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【維持期】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>リハビリ実施可能施設の確保</td> </tr> <tr> <td>心大血管リハビリテーション科届出医療機関数</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2</td> <td>在宅医療提供体制の整備</td> </tr> <tr> <td>訪問診療を実施している診療所数</td> </tr> <tr> <td>訪問診療を実施している病院数 訪問看護師数</td> </tr> </table> | 1 | リハビリ実施可能施設の確保 | 心大血管リハビリテーション科届出医療機関数 | 2 | 在宅医療提供体制の整備 | 訪問診療を実施している診療所数 | 訪問診療を実施している病院数 訪問看護師数 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>継続したリハビリを受けることができる</td> </tr> <tr> <td>心血管疾患リハビリテーション実施件数 SCRにおける心大血管疾患リハビリテーション料</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2</td> <td>充実した在宅診療を受けることができる</td> </tr> <tr> <td>訪問診療の実施件数</td> </tr> <tr> <td>訪問看護利用者数（医療） 訪問看護利用者数（看護）</td> </tr> </table> | 1 | 継続したリハビリを受けることができる | 心血管疾患リハビリテーション実施件数 SCRにおける心大血管疾患リハビリテーション料 | 2 | 充実した在宅診療を受けることができる | 訪問診療の実施件数 | 訪問看護利用者数（医療） 訪問看護利用者数（看護） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | リハビリ実施可能施設の確保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 心大血管リハビリテーション科届出医療機関数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 在宅医療提供体制の整備 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問診療を実施している診療所数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問診療を実施している病院数 訪問看護師数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 継続したリハビリを受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 心血管疾患リハビリテーション実施件数 SCRにおける心大血管疾患リハビリテーション料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 充実した在宅診療を受けることができる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問診療の実施件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問看護利用者数（医療） 訪問看護利用者数（看護） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5 計画の視点

循環器病対策は、その内容が予防から医療、福祉等のサービス提供に至るまで、幅広いものであることに鑑み、施策ごとに内容を整理して記載をしているところです。しかしながら、以下の3点については、複数の施策にまたがる、あるいは循環器病対策全体に関連する内容であることから、計画の視点として設定し、各施策に内容を反映することとします。

(1) 医療DXの活用

政府では、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」の取組が進められています。今後、国全体でデジタル技術の発達が一層進むことが予測されることから、本県においても、国の動向を注視しつつ、デジタル化の推進やICTの活用など、「医療DX」と連携した循環器病対策を検討します。

(2) 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策

新型コロナウイルス感染症（COVID19）の拡大時には、循環器病患者の救急搬送や予定手術等に影響が生じるなど、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されました。このことをふまえ、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等においても、必要な循環器病対策を講じることができるよう、有事を見据えた対策を検討します。

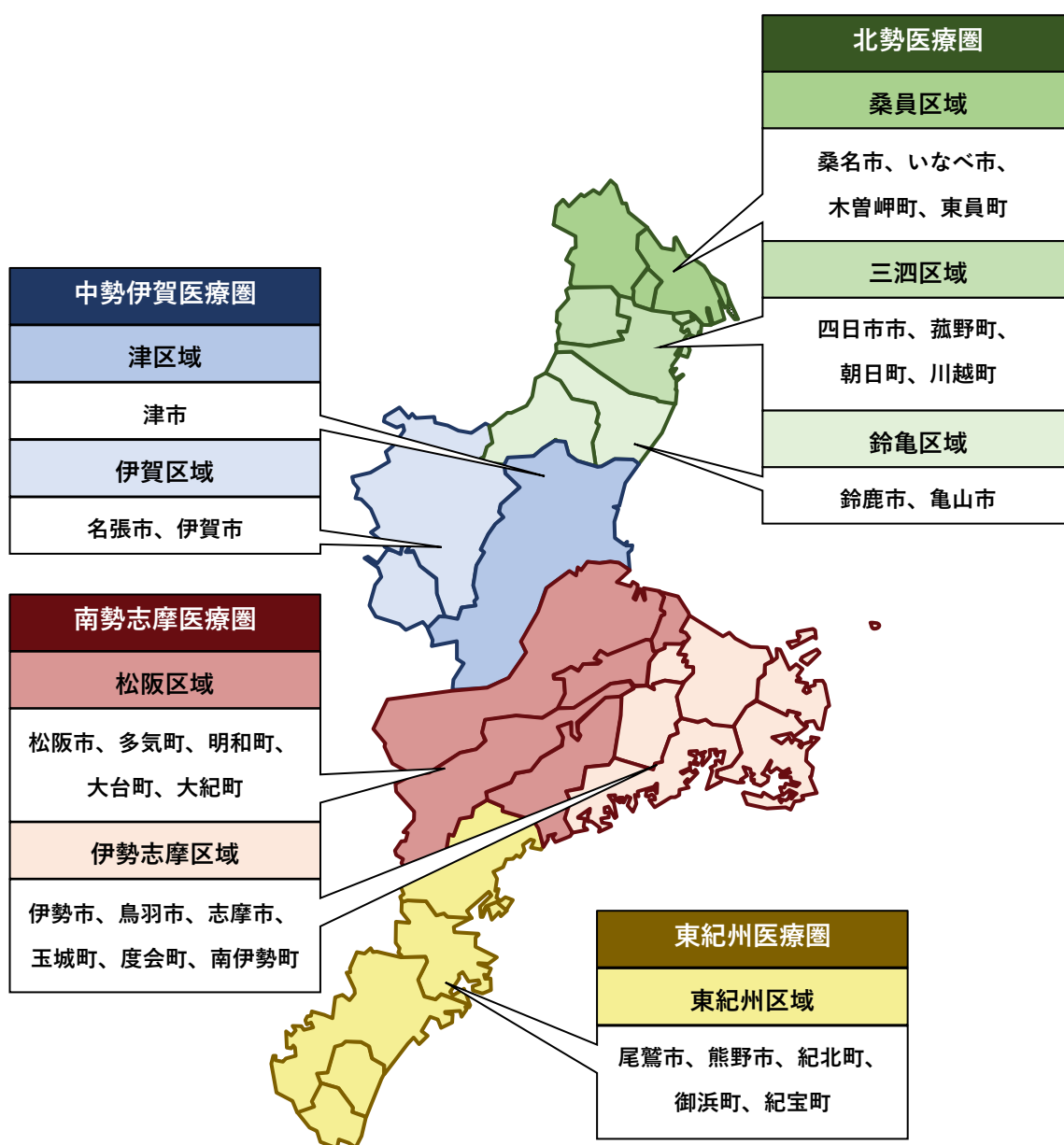
(3) 脳卒中・心臓病等総合支援センターとの連携

本県では、令和4（2022）年度から三重大学医学部附属病院に「脳卒中・心臓病等総合支援センター」が設置され、県内の保健・医療・福祉に係る支援の提供体制の充実に向けた取組が進められています。同センターは、患者支援や情報提供の拠点として、今後も県内の循環器病対策における中心的な役割を担うことが期待されることから、施策の展開にあたっては、引き続き同センターとの連携を検討しながら取組を進めます。

6 圏域

本県では、平成 29 (2017) 年 3 月に「三重県地域医療構想」を策定し、4 つの二次医療圏をベースとして 8 つの構想区域を設定しました。本計画では、8 つの地域医療構想区域を循環器病対策の基本的な圏域として設定しつつ、実際に事業を実施する際には、圏域にこだわらず、必要に応じて市町単位等での取組や、在宅医療等とのシームレスな連携体制の構築等を実施します。

なお、脳血管内手術や心臓血管外科手術、急性大動脈解離の治療など、個々の圏域で対応することが困難である高度な疾患治療については、搬送体制の強化やデジタル技術の活用等をとおして、圏域を越えた広域的な対応が必要です。



7 計画の推進主体

総合的な循環器病対策の推進に向けて、本計画の推進主体の役割を以下のとおり定めます。

○ 県

- ・ 各関係団体等への支援に努め、総合的かつ計画的な循環器病対策を推進していきます。

○ 市町

- ・ 循環器病の正しい知識について、住民に対して普及啓発を行い、生活習慣病の予防および早期発見に努めます。
- ・ 基礎疾患の適切な治療や生活習慣の改善による循環器病の発症予防のため特定健康診査および特定保健指導の積極的な実施に努めます。
- ・ 循環器病患者とその家族が、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう環境整備に努めます。

○ 医療機関・医療関係団体

- ・ 患者に対して良質かつ適切な医療を提供するとともに、医療従事者を育成するほか、県や市町が実施する施策に必要な協力を行うよう努めます。また、患者およびその家族に対し、循環器病に関する情報提供や、精神的なサポートに努めます。

○ 大学

- ・ 医師派遣や医療DXの効果的な活用による、循環器病にかかる医療提供体制の確保に努めます。
- ・ 循環器病対策を担う医療従事者の育成・確保に努めます。
- ・ 循環器病対策に関する研究の促進に努めます。

○ 福祉関係機関

- ・ 心身に障がいのある人、日常生活を営むことに支障がある人に対し、福祉に関連する各種相談に応じ、適切なアドバイスや指導、サービスの提供を行うよう努めます。

○ **事業者、医療保険者**

- ・ 循環器病における予防の重要性を認識し、従業員や被保険者の特定健康診査・特定保健指導等の機会の確保や生活習慣病改善の促進に努めます。
- ・ 事業者は、循環器病患者が働きながらリハビリテーションや治療ができるよう配慮に努めます。

○ **脳卒中・心臓病等総合支援センター**

- ・ 多職種連携のチーム体制を生かした相談支援窓口をとおして、循環器病患者やその家族に対する総合的な支援に努めます。
- ・ 循環器病に関する診療科と連携し、ホームページや市民公開講座等の開催やホームページ等の多様な媒体をとおして、住民に対する循環器病に関する情報提供や普及啓発に努めます。
- ・ 県内の循環器病対策における中心的な役割を担う立場として、地域の医療機関やかかりつけ医と協力し、地域連携の強化に努めます。

第4章 各施策における個別課題と取組

1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

現状・課題

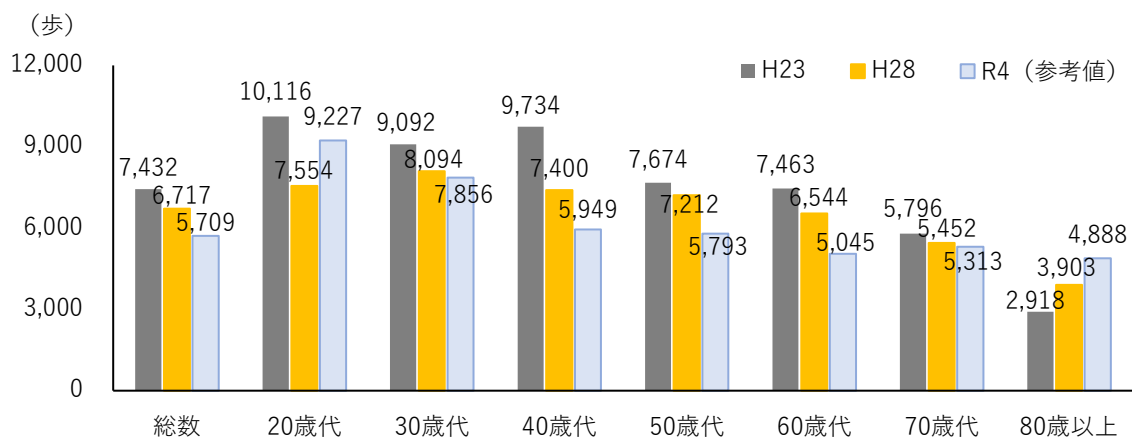
- ・ 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。また、その他の危険因子として、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等が挙げられます。
- ・ 急性心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病のほか、喫煙、肥満、ストレス等があります。
- ・ このように、循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発し、患者自身が気付かないうちに病気が進行することもあります。循環器病の発症予防や適切な治療につなげるだけでなく、再発予防や重症化予防としても、健康づくりや生活習慣の改善、危険因子に対する適切な治療に取り組むことが重要です。とりわけ、定期的な運動習慣などの生活習慣の改善は、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイル[※]、認知症の予防の観点からも重要です。
- ・ 循環器病を予防する上で、循環器病の前兆や症状、早期受診の重要性に関する知識の啓発が重要であり、学校における教育も含めた子どもの頃からの知識の啓発にも取り組む必要があります。
- ・ 特定健康診査や特定保健指導は、生活習慣を見直すきっかけとして重要な役割を担っています。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う受診控えの影響を受けた令和2（2020）年度は、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率ともに減少したものの、令和3（2021）年度は回復しています。
- ・ 本県においては、「三重の健康づくり基本計画（ヘルシーピープルみえ・21）」を策定し、全ての県民を対象とした健康づくりに取り組んでいます。その中でも循環器病においては、県民がバランスのとれた食事を摂取し、適度な運動を楽しみながら、適正な体重を維持すること、また、県民が正しい知識を身につけ、定期的な健康診断の受診により、生活習慣病の早期発見・早期治療が進むことをめざして取り組んでいます。

※ フレイル：加齢に伴い体力、心の働きや社会的つながりが弱くなった状態をいいます。

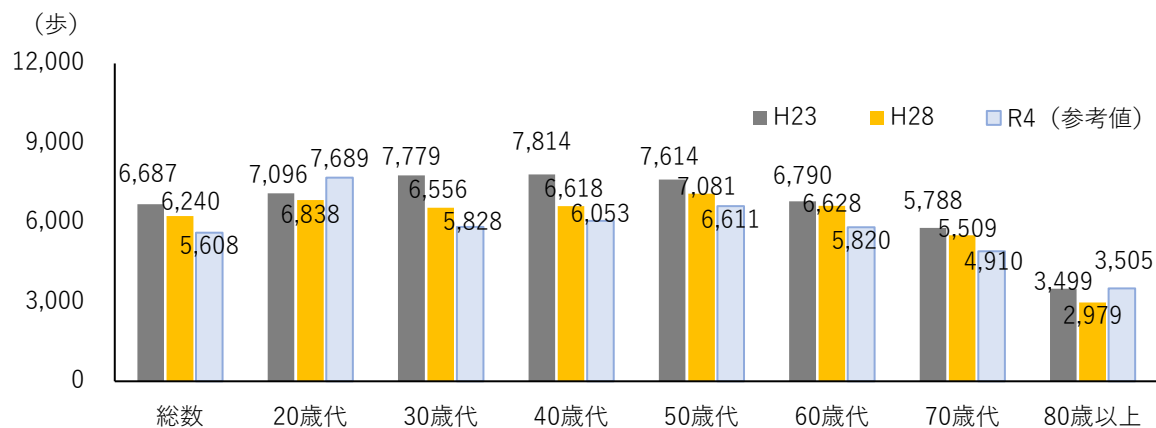
○歩数

日常生活における歩数は減少し、年代別でも男性および女性の20歳代、80歳以上を除き、全ての年代で減少しています。

(男性)



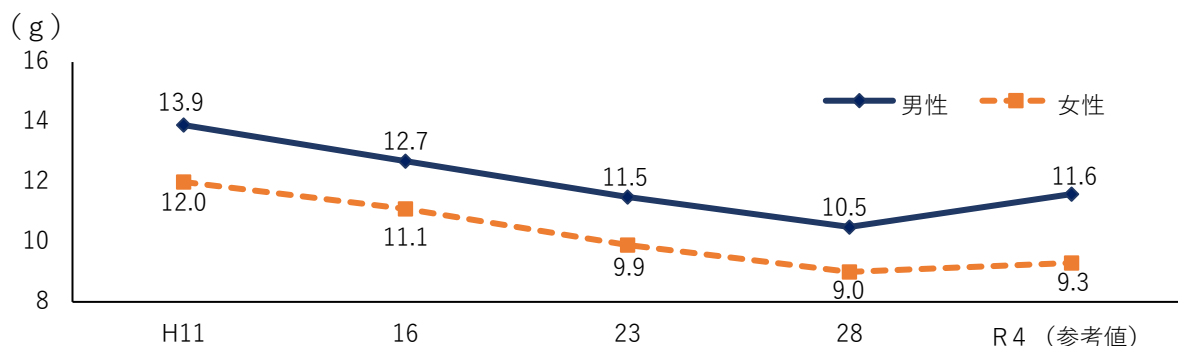
(女性)



出典：三重県「令和4年三重県県民健康・栄養調査結果の概要」

○平均食塩摂取量

本県の成人1人の平均食塩摂取量は、男女ともに平成28(2016)年までは減少傾向となっていたものの、令和4(2022)年では増加に転じています。



出典：三重県「令和4年三重県県民健康・栄養調査結果の概要」

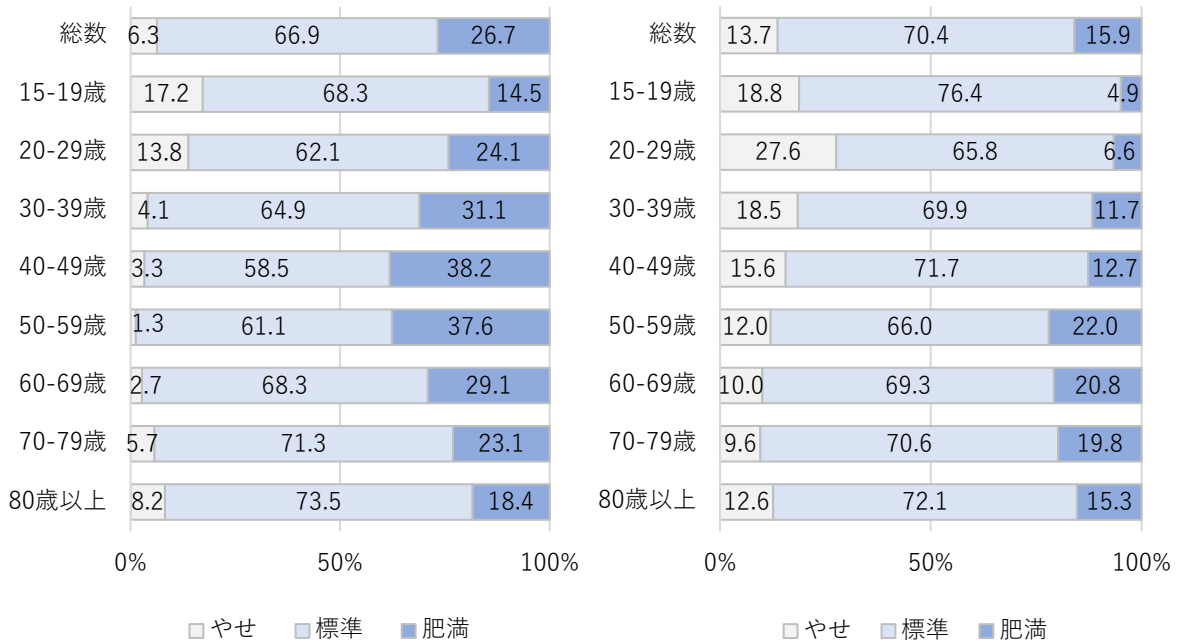
※新型コロナウイルス感染症の影響により、令和4年の「三重県県民健康・栄養調査」が中止となったことから、平成29、30、令和元年の「国民健康・栄養調査」の本県分の平均値を令和4年の参考値として算出している。

○肥満およびやせの状況

本県の男性の40～50歳代は、約4割が肥満となっています。

(男性)

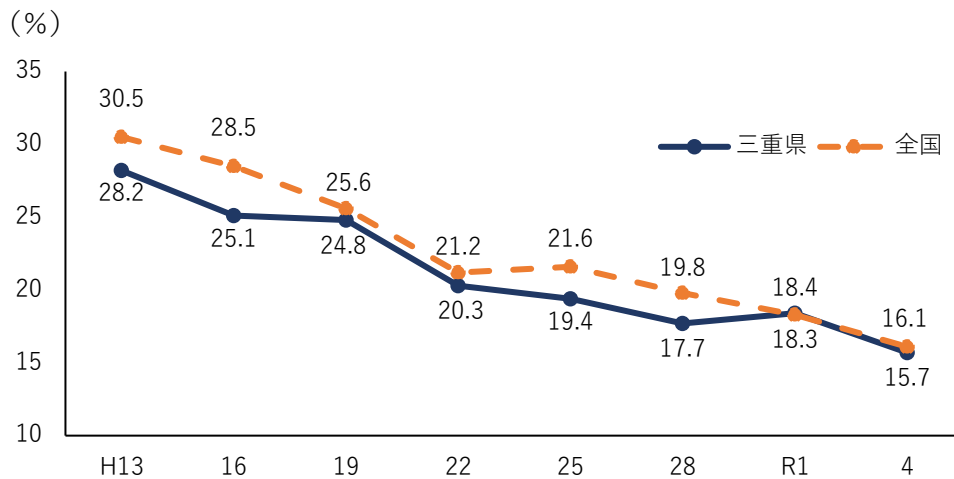
(女性)



出典：三重県「令和4年三重県県民健康・栄養調査結果の概要」

○20歳以上の喫煙率

20歳以上の喫煙率は減少傾向にあり、全国に比べても概ね低い割合で推移しています。



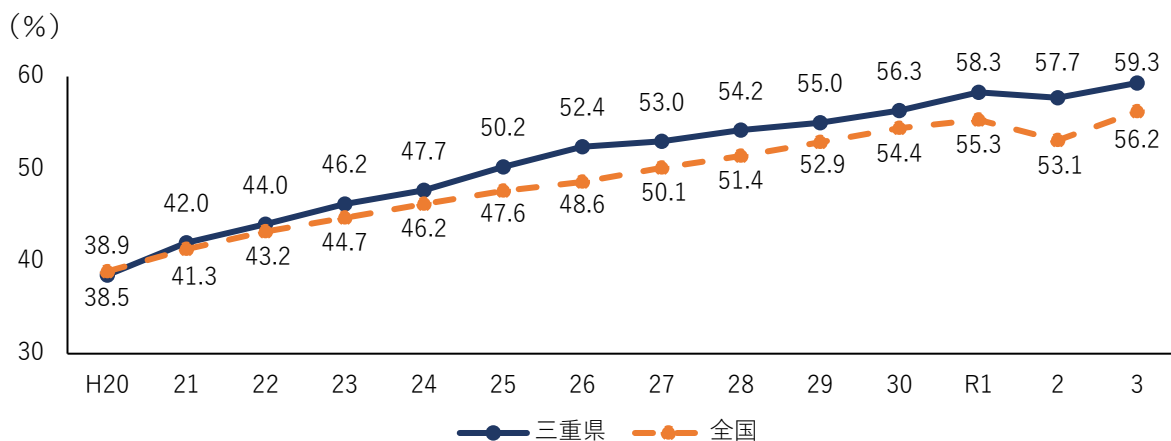
出典：H13～R1 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

R4 厚生労働省「国民生活基礎調査」

○特定健康診査受診率および特定保健指導実施率の推移

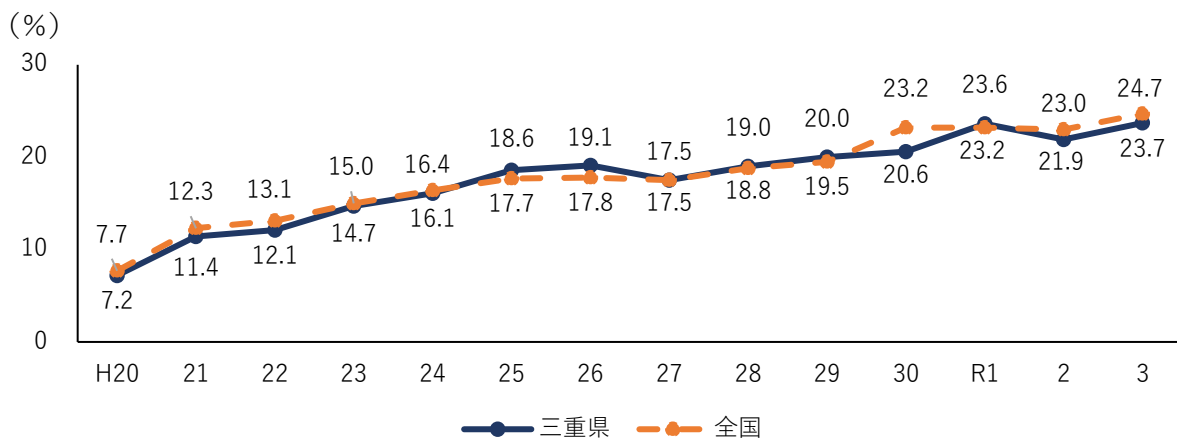
本県の特定健康診査受診率および特定保健指導実施率は、全国同様に増加傾向にあり、特に特定健康診査受診率は全国より高い水準で推移しています。

(特定健康診査受診率)



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」
「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」

(特定保健指導実施率)



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」
「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」

取り組むべき施策

- ・ 生活習慣病予防のため、アルコールの適量摂取、食塩摂取量の減少などの食生活改善、身体活動や運動の重要性、たばこによる健康被害等の知識の普及を図ります。（事業者、保険者、関係機関、市町、県）
- ・ 子どもの頃から自他の健康や命の大切さについて主体的に考えることが大切であることから、学校において健康の保持増進と疾病の予防といった観点や、食育や保健衛生の観点からの健康教育を進めます。（市町、県）
- ・ 一般健康診断や特定健康診査、特定保健指導については、全ての保険者での受診率向上が重要であり、これらの主体が自ら積極的に受診率の向上に取り組むことができるような社会環境づくりに取り組んでいきます。（事業者、保険者、県民、市町、県）
- ・ 医療機関や自治体等が実施する生活習慣や食生活等の改善、循環器病予防などのための健康教室等において、多職種による支援に取り組めます。（医療機関、関係機関、市町、県）
- ・ 高血圧症や脂質異常症、糖尿病などは循環器病の高リスク要因となることから、循環器病の発症や症状の進行を抑制するため、生活習慣の改善や適切な症状の管理の重要性について周知啓発を図ります。（関係機関、市町、県）
- ・ 個人の健康づくりへの取組の動機づけとその継続を支える環境づくりのため、引き続き、三重とこわか健康マイレージ事業[※]を実施します。（事業者、保険者、市町、県）
- ・ 自ら健康づくりに積極的に取り組む方だけでなく、健康に関心の薄い方を含む、幅広い層に対してアプローチを行うことが重要であるため、県民が無理なく自然に健康な行動をとることができるような環境整備として、「自然に健康になれる環境づくり」に取り組めます。（事業者、県民、市町、県）
- ・ 循環器病の発症予防、重症化予防、再発予防、発症初期の適切な対応等について、正しい知識の普及啓発を行うため、広報誌、ホームページ、チラシ等の多様な広報媒体を活用した情報発信を行います。また、令和5（2023）年3月に発行した「みえ循環器病ハンドブック」を活用することで、患者や家族に対する適切な情報発信に取り組めます。（医療機関、関係機関、市町、県）

※ 三重とこわか健康マイレージ事業：県民が市町等の健康づくりの取組メニュー（特定健診、がん検診、ボランティア活動など）に参加し、一定のポイントを獲得することにより、協力店からさまざまな特典を受けることができる、県民の健康づくりの動機づけと継続を社会全体で支援する仕組みのことです。

- ・ なお、情報発信にあたっては「脳卒中・心臓病等総合支援センター」と連携を図り、ホームページや啓発動画を活用するなど、より効果的な周知啓発に努めます。
(医療機関、脳卒中・心臓病等総合支援センター、市町、県)
- ・ 心房細動は脳梗塞や心不全を引き起こし、とりわけ高齢者の生命を脅かす危険性を高める不整脈の一つであることから、心房細動自体の発症を予防するための生活習慣の改善や心房細動の早期発見の重要性、抗凝固療法等の治療の紹介など、心房細動患者における脳梗塞等の予防等の啓発に努めます。(市町、県)

2 保健、医療および福祉に係るサービスの提供体制の充実

(1) 救急搬送体制の整備

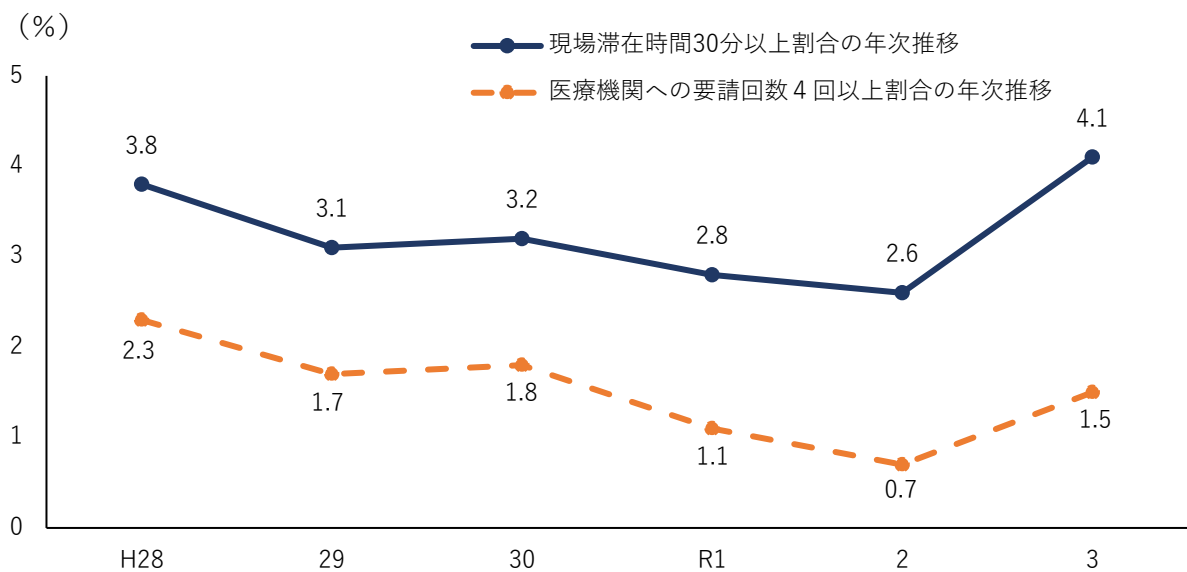
現状・課題

- ・ 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、後遺症も少なくなることから、本人や家族等周囲にいる人は、脳卒中を疑うような症状があれば、速やかに救急要請を行うことが重要です。
- ・ 前胸骨部から左前胸部にかけて激しい胸痛が生じるなどの急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる人は速やかに救急要請を行うことが重要です。
- ・ 急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる人や救急救命士等による心肺蘇生の実施や A E D（自動体外式除細動器）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命措置が迅速に連携して実施されることが重要です。
- ・ 本県の救急搬送者数は、平成 30（2018）年の 93,485 人から令和 2（2020）年には 81,021 人まで減少しましたが、令和 3（2021）年には 83,437 人と再び増加に転じています。また、令和 3 年における急病の救急搬送者数のうち「重症」と「死亡」に分類された数をみると、「脳疾患」（1,447 人）、「心疾患等」（2,155 人）となっています。また、急病のうち死亡が最も多いのは心疾患等（1,050 人）となっています。
- ・ このため、脳卒中や急性心筋梗塞等の循環器病が疑われる傷病者を速やかに医療機関へ搬送し治療を開始することが必要です。救急要請から現場到着、医療機関への搬送所要時間は、平成 28（2016）年と比較すると延長傾向にあり、令和 3（2021）年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は 42.4 分で、全国値の 42.8 分よりも、わずかに短時間で搬送することができています。
- ・ 地域救急医療対策協議会や地域メディカルコントロール協議会において、消防機関、医療機関等における情報共有・連携強化に取り組むとともに、心肺機能停止傷病者に対する救命率の向上を図るため、住民から 119 番通報があった際に、通報者に対して適切な心肺蘇生法を指導できるよう、通信指令員に対する救急教育に取り組んでいます。

- ・ 救急救命士等は、メディカルコントロール体制[※]のもとで、傷病者を観察して脳卒中等の可能性を判断し、適切な救急救命処置等を行った上で、速やかに治療可能な医療機関へ直接搬送することが重要であり、引き続き救急搬送にかかる現場滞在時間や来院してから治療を開始するまでの時間を短縮することが必要です。
- ・ そのためには、医療機関へより迅速かつ適切に搬送可能な体制を構築し、維持していくことが必要です。
- ・ また、脳卒中や急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や周囲にいる家族等による速やかな救急要請が重要です。病院外で急性心筋梗塞発症直後に心肺停止状態となった場合、周囲にいる人や救急救命士等による心肺蘇生やAED[※]（自動体外式除細動器）等による電氣的除細動の実施、さらにその後の搬送先医療機関において救命処置を迅速にかつ連携して実施することが必要です。

○救急搬送における受入困難事例の状況

本県の救急搬送に占める受入困難事例の割合は、近年減少傾向にあったものの、新型コロナウイルス感染症の拡大により、搬送先の決定に時間を要したことから、令和3（2021）年は増加に転じています。



出典：三重県救急搬送データ

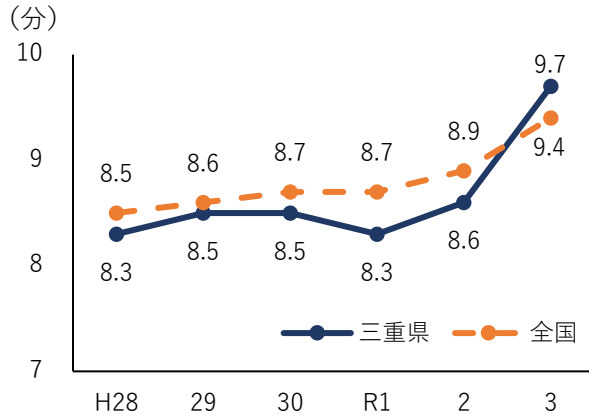
※ メディカルコントロール体制：救急救命士等が行う救急救命処置等の活動を医師の指示のもとで行うとともに、その処置内容等に関して、医師等による事後検証を行うことにより質の向上を図っていく体制のことをいいます。

※ AED：必要に応じて自動的に電気ショック（除細動）を与え、心臓の働きを戻すを試みる医療機器です。Automated External Defibrillator の略。

○救急搬送における所要時間の状況

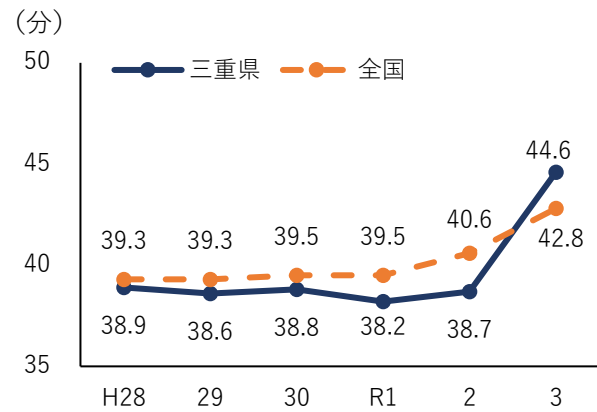
本県の救急搬送における所要時間は、令和2年までは全国平均よりも短くなっていましたが、令和3年では大きく上昇し、全国平均よりも長くなっています。

【救急要請（覚知）から現場到着までに要した平均時間】



出典：消防庁「救急・救助の現況」

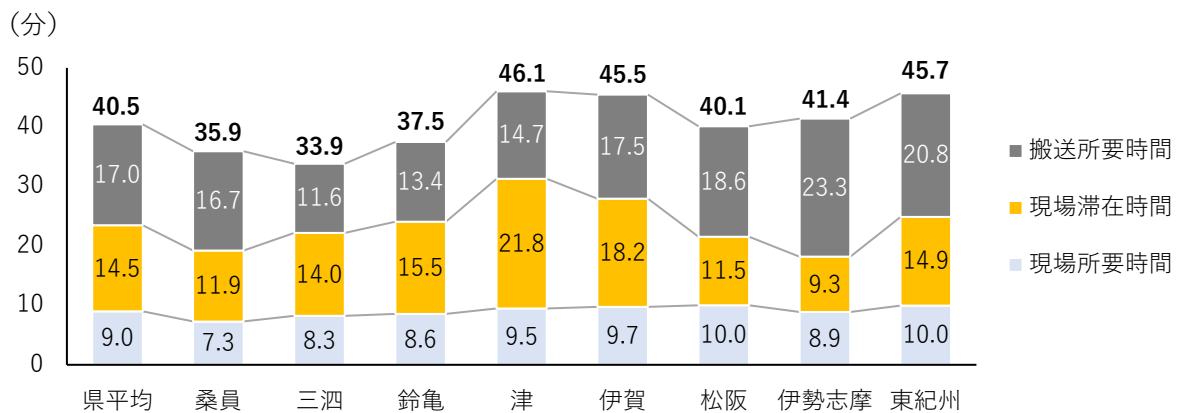
【救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間】



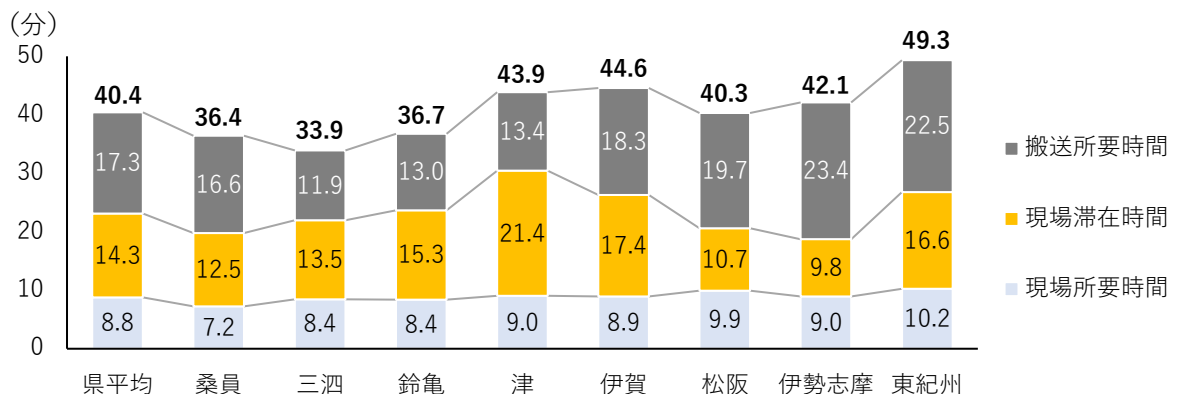
出典：消防庁「救急・救助の現況」

○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(実施基準適用時)

【脳卒中疑い】



【心筋梗塞疑い】



出典：三重県「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）」が適用された傷病者の搬送に関するデータ（令和3年1～12月）

取り組むべき施策

- ・ 救急車から搬送先医療機関に対して、例えば心電図伝送システムを活用し情報を共有するなど、地域全体の医療資源や他自治体におけるICTの活用事例などもふまえたより適切な救急搬送体制の構築を図っていきます。(医療機関、関係機関、消防機関、市町、県)
- ・ 指導救命士の養成講習や救急救命士の特定行為を円滑に行うための講習等を引き続き実施し、救急救命士の資質向上に努めます。(医療機関、関係機関、消防機関、市町、県)
- ・ 搬送を含めた病院前救護の取組は、地域メディカルコントロール協議会の取組に拠ることから、地域メディカルコントロール協議会と連携を図り、円滑な救急搬送体制の整備に向けた取組を進めます。(医療機関、関係機関、消防機関、市町、県)
- ・ 心肺機能停止傷病者等に対する救命率の向上および予後の改善を図るため、住民から119番通報があった際に、通報者に対して適切な応急手当を指導できるよう、引き続き、通信指令員に対する救急教育を実施します。また、県内消防本部と協力し、AEDの使用方法など、住民に向けた応急手当の普及啓発に取り組みます。(医療機関、関係機関、消防機関、市町、県)
- ・ 脳卒中の治療は一刻一秒を争うことから、周囲の人が脳卒中による異変に気づき、迅速に救急要請(119番)ができるようチェックリスト「FAST^{*}」等の周知啓発に取り組みます。(医療機関、関係機関、消防機関、市町、県)

※ FAST：脳卒中を強く疑うべき三つの症状、顔の麻痺 (Face)、腕の麻痺 (Arm)、ことばの障害 (Speech)、発症時刻 (Time) の頭文字を組み合わせたものであり、3つの症状の有無と発症時刻を確認して、一刻も早く救急受診するよう呼びかけるスローガンのことです。

(2) 循環器病に係る急性期医療提供体制の構築

【脳卒中に関する急性期医療提供体制】

◎脳卒中の個々の病態におけるポイント

脳梗塞

- ・ 脳梗塞では、発症後 4.5 時間以内に超急性期血栓溶解療法（t - P A 静注療法）の適応患者に対して t - P A*を処置する必要があります。治療開始までの時間が短いほどその有効性が高く、少しでも早く治療を開始し、遅くとも来院後 1 時間以内に治療を開始することが望ましいとされています。
- ・ 機械的血栓回収療法は、発症後 24 時間以内の脳梗塞に適応となる可能性があります。この治療法についても、治療開始までの時間が短いほど有効性は高いことから、適応患者については、速やかに治療を開始する必要があります。

脳出血

- ・ 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体で、出血部位（皮質・皮質下出血や小脳出血等）によって手術が行われることもあります。

くも膜下出血

- ・ くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療又は開頭を要しない血管内治療が行われることもあります。

現状・課題

- ・ 脳卒中の急性期医療においては、24 時間体制で適切な専門的治療を提供できる体制を確保することが必要となります。
- ・ 本県における神経内科医師数は 116 人、人口 10 万人あたりに換算すると 6.7 人と全国と比較して多い状況となっています。一方、脳神経外科医師数は 105 人、人口 10 万人あたりに換算すると 6.1 人と全国と比較して少ない状況となっています。
- ・ なお、主たる診療科を神経内科とする医師数は 90 人、脳神経外科とする医師数は 98 人で、人口 10 万人あたりの医師数は、神経内科は全国と比較して多く、脳神経外科は全国と比較して少ない状況となっています。いずれについても圏域での偏在が見られます。

※ t - PA：脳の血管が詰まり、重い後遺症や死に至るおそれがある脳梗塞の治療に用いられる、血栓を溶かす薬です。

- ・ 脳梗塞に対して t-P A による脳血栓溶解療法を実施することができる医療機関は県内に 18 施設となっています。このうち、t-P A による脳血栓溶解療法を 24 時間体制で実施できる施設として日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センター（P S C）が 11 施設ありますが、整備されていない圏域もあります。一方で、血管内治療（血栓回収療法）を実施することができる医療機関は県内に 12 施設ありますが、実施可能な医療機関がない圏域もあります。
- ・ 県内には、脳卒中の発症直後から 24 時間体制で集中的に治療を行う脳卒中集中治療室（S C U[※]）を備えた医療機関が 5 施設 35 床あります。
- ・ 令和 3（2021）年度における t-P A による脳血栓溶解療法の実施件数は県内で 202 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 11.3 件と全国と比較してやや少ない状況となっています。また、脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数は県内で 229 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 12.8 件と全国と比較して少ない状況となっています。
- ・ 令和 3（2021）年度におけるくも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数は県内で 86 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 4.8 件と全国と比較して多い状況となっています。また、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は県内で 61 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 3.4 件と全国と比較して少ない状況となっています。
- ・ 感染症発生・まん延時や災害時等の有事の際には、急性期の診療負担が増えることが想定されます。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、再発や増悪を来しやすいといった脳卒中の疾患上の特徴をふ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す。

※ S C U：脳卒中急性期の患者を、専門医療スタッフがチームを組んで計画的に診療を行う治療室です。Stroke Care Unit の略。

○神経内科医師・脳神経外科医師数

(単位：人)

| 二次医療圏 ・構想区域 | 神経内科医師数 | | | | 脳神経外科医師数 | | | |
|----------------|---------|-------------|--------------------|-------------|----------|-------------|--------------------|-------------|
| | 医師数 | | うち主たる診療科 と回答した数 | | 医師数 | | うち主たる診療科 と回答した数 | |
| | 実数 | 10万人 あたり | 実数 | 10万人 あたり | 実数 | 10万人 あたり | 実数 | 10万人 あたり |
| 全国 | 7,908 | 6.2 | 5,758 | 4.5 | 8,011 | 6.3 | 7,349 | 5.8 |
| 三重県 | 116 | 6.7 | 90 | 5.0 | 105 | 6.1 | 98 | 5.4 |
| 北勢医療圏 | 54 | 6.4 | 40 | 4.7 | 44 | 5.2 | 41 | 4.8 |
| 桑員区域 | 7 | 3.2 | 5 | 2.3 | 11 | 5.0 | 11 | 5.0 |
| 三泗区域 | 27 | 7.1 | 17 | 4.5 | 21 | 5.5 | 18 | 4.7 |
| 鈴亀区域 | 20 | 8.0 | 18 | 7.2 | 12 | 4.8 | 12 | 4.8 |
| 中勢伊賀医療圏 | 31 | 6.9 | 25 | 5.6 | 33 | 7.4 | 31 | 6.9 |
| 津区域 | 27 | 9.7 | 22 | 7.9 | 26 | 9.3 | 25 | 9.0 |
| 伊賀区域 | 4 | 2.4 | 3 | 1.8 | 7 | 4.1 | 6 | 3.5 |
| 南勢志摩医療圏 | 31 | 7.3 | 25 | 5.6 | 24 | 5.6 | 24 | 5.4 |
| 松阪区域 | 15 | 6.9 | 13 | 5.9 | 15 | 6.9 | 15 | 6.9 |
| 伊勢志摩区域 | 16 | 7.7 | 12 | 5.2 | 9 | 4.3 | 9 | 3.9 |
| 東紀州医療圏・区域 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 4 | 5.8 | 2 | 2.9 |

出典：厚生労働省「令和2年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和2年1月1日現在）

○脳卒中に係る急性期医療を担う医療機関数

| 構想区域 | 急性期医療を担う医療機関 | t-P Aが実施可能な医療機関 | 脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な医療機関 | SCUを有する医療機関 |
|------|--------------|-----------------|-------------------------|-------------|
| 桑員 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| 三泗 | 4 | 3 | 2 | 0 |
| 鈴亀 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 津 | 5 | 2 | 2 | 0 |
| 伊賀 | 3 | 2 | 2 | 0 |
| 松阪 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| 伊勢志摩 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 東紀州 | 2 | 2 | 0 | 0 |

出典：三重県調査（令和4年10月現在）

○一次脳卒中センター（P S C）

| 構想区域 | 医療機関名 |
|--------|------------------------|
| 桑員区域 | 桑名市総合医療センター |
| 三泗区域 | 市立四日市病院、三重県立総合医療センター |
| 鈴亀区域 | 鈴鹿中央病院、鈴鹿回生病院 |
| 津区域 | 三重大学医学部附属病院、三重中央医療センター |
| 伊賀区域 | 岡波総合病院 |
| 松阪区域 | 松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院 |
| 伊勢志摩区域 | 伊勢赤十字病院 |
| 東紀州区域 | — |

出典：一般社団法人日本脳卒中学会認定（令和5年4月1日現在）

○ t - P Aによる脳血栓溶解療法実施件数

| 二次医療圏 ・構想区域 | 令和元年度 | | 令和2年度 | | 令和3年度 | |
|----------------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり |
| 全国 | 16,649 | 13.1 | 15,283 | 12.0 | 15,109 | 11.9 |
| 三重県 | 225 | 12.4 | 215 | 11.9 | 202 | 11.3 |
| 北勢医療圏 | 68 | 8.0 | 84 | 9.9 | 84 | 9.9 |
| 桑員区域 | 10 | 4.5 | 17 | 7.7 | 25 | 11.5 |
| 三泗区域 | 30 | 7.9 | 46 | 12.1 | 35 | 9.2 |
| 鈴亀区域 | 28 | 11.2 | 21 | 8.4 | 24 | 9.7 |
| 中勢伊賀医療圏 | 63 | 14.1 | 56 | 12.6 | 53 | 12.0 |
| 津区域 | 31 | 11.1 | 31 | 11.2 | 22 | 8.0 |
| 伊賀区域 | 32 | 18.9 | 25 | 14.9 | 31 | 18.7 |
| 南勢志摩医療圏 | 94 | 21.0 | 75 | 16.9 | 65 | 14.8 |
| 松阪区域 | 31 | 14.2 | 29 | 13.3 | 27 | 12.5 |
| 伊勢志摩区域 | 63 | 27.5 | 46 | 20.3 | 38 | 17.0 |
| 東紀州医療圏・区域 | * | * | * | * | * | * |

* 欄は10件未満（0を除く）のため非公表

出典：厚生労働省「NDB*」（令和元年度、令和2年度、令和3年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

（平成31年1月1日現在、令和2年1月1日現在、令和3年1月1日現在）

○脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）実施件数

| 二次医療圏 ・構想区域 | 令和元年度 | | 令和2年度 | | 令和3年度 | |
|----------------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり |
| 全国 | 15,998 | 12.6 | 16,360 | 12.9 | 17,657 | 14.0 |
| 三重県 | 223 | 12.3 | 232 | 12.8 | 229 | 12.8 |
| 北勢医療圏 | 103 | 12.1 | 104 | 12.2 | 95 | 15.9 |
| 桑員区域 | 26 | 11.8 | 17 | 7.7 | 11 | 5.0 |
| 三泗区域 | 37 | 9.8 | 57 | 15.0 | 50 | 13.2 |
| 鈴亀区域 | 40 | 16.0 | 30 | 12.0 | 34 | 13.7 |
| 中勢伊賀医療圏 | 34 | 7.6 | 34 | 7.6 | 44 | 8.4 |
| 津区域 | 34 | 12.2 | 29 | 10.5 | 32 | 11.6 |
| 伊賀区域 | * | * | * | * | 12 | 7.2 |
| 南勢志摩医療圏 | 86 | 19.2 | 94 | 21.2 | 90 | 23.7 |
| 松阪区域 | 34 | 15.5 | 39 | 18.0 | 25 | 11.6 |
| 伊勢志摩区域 | 52 | 22.7 | 55 | 24.3 | 65 | 29.1 |
| 東紀州医療圏・区域 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

* 欄は10件未満（0を除く）のため非公表

出典：厚生労働省「NDB」（令和元年度、令和2年度、令和3年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

（平成31年1月1日現在、令和2年1月1日現在、令和3年1月1日現在）

※ NDB：厚生労働省が全国のレセプト情報等をデータベース化したものです。National Data Baseの略。

○くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術実施件数

| 二次医療圏 ・構想区域 | 令和元年度 | | 令和2年度 | | 令和3年度 | |
|----------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|
| | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり |
| 全国 | 6,722 | 5.2 | 6,018 | 4.7 | 5,431 | 4.3 |
| 三重県 | 81 | 4.4 | 105 | 5.8 | 86 | 4.8 |
| 北勢医療圏 | 31 | 3.7 | 42 | 4.9 | 23 | 2.7 |
| 桑員区域 | * | * | * | * | * | * |
| 三四区域 | 16 | 4.2 | 22 | 5.8 | 13 | 3.4 |
| 鈴亀区域 | 15 | 6.0 | 19 | 7.6 | 10 | 4.0 |
| 中勢伊賀医療圏 | 10 | 2.2 | 18 | 4.0 | 12 | 2.7 |
| 津区域 | 10 | 3.5 | 11 | 3.9 | 12 | 4.3 |
| 伊賀区域 | * | * | * | * | * | * |
| 南勢志摩医療圏 | 40 | 8.9 | 45 | 10.1 | 51 | 11.6 |
| 松阪区域 | 11 | 5.0 | 17 | 7.8 | 15 | 6.9 |
| 伊勢志摩区域 | 29 | 12.6 | 28 | 12.3 | 36 | 16.1 |
| 東紀州医療圏・区域 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

* 欄は10件未満(0を除く)のため非公表

出典：厚生労働省「NDB」(令和元年度、令和2年度、令和3年度)

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

(平成31年1月1日現在、令和2年1月1日現在、令和3年1月1日現在)

○くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術実施件数

| 二次医療圏 ・構想区域 | 令和元年度 | | 令和2年度 | | 令和3年度 | |
|----------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|
| | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり |
| 全国 | 5,664 | 4.2 | 5,983 | 4.7 | 5,765 | 4.5 |
| 三重県 | 104 | 5.7 | 111 | 6.1 | 61 | 3.4 |
| 北勢医療圏 | 66 | 7.8 | 68 | 8.0 | 41 | 4.8 |
| 桑員区域 | 23 | 10.4 | 23 | 10.5 | * | * |
| 三四区域 | 33 | 8.6 | 37 | 9.7 | 29 | 7.6 |
| 鈴亀区域 | 10 | 4.0 | * | * | 12 | 4.8 |
| 中勢伊賀医療圏 | 21 | 4.7 | 21 | 4.7 | 20 | 4.5 |
| 津区域 | 21 | 7.5 | 20 | 7.2 | 20 | 7.2 |
| 伊賀区域 | * | * | * | * | * | * |
| 南勢志摩医療圏 | 17 | 3.8 | 22 | 4.9 | * | * |
| 松阪区域 | 17 | 7.7 | 17 | 7.8 | * | * |
| 伊勢志摩区域 | * | * | * | * | * | * |
| 東紀州医療圏・区域 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

* 欄は10件未満(0を除く)のため非公表

出典：厚生労働省「NDB」(令和元年度、令和2年度、令和3年度)

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

(平成31年1月1日現在、令和2年1月1日現在、令和3年1月1日現在)

【心筋梗塞等の心血管疾患に関する急性期医療提供体制】

◎心血管疾患の個々の病態におけるポイント

急性心筋梗塞

- ・ 急性心筋梗塞の治療においては、発症後速やかに専門的治療が実施できる体制整備が重要であり、急性心筋梗塞の患者が医療機関到着後、30分以内に治療を開始できる体制が必要です。
- ・ 急性心筋梗塞は、ST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞に分かれます。ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査およびそれに続く経皮的冠動脈インターベンション（PCI）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体であり、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性は高くなります。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（CABG）等の外科的治療が第一選択となることもあります。
- ・ 一方、非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じてPCI、CABGを行います。

心不全

- ・ 慢性心不全患者については、症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）や植込型除細動器（ICD）、植込型補助人工心臓（VAD）による治療が行われることもあります。

急性大動脈解離

- ・ 急性大動脈解離の治療では、症状に応じて、厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療の選択がなされます。
- ・ 心臓に近い場所が裂けるA型急性大動脈解離の多くが緊急の外科的治療の対象となります。
- ・ 心臓から少し離れた場所が裂けるB型急性大動脈解離は、A型急性大動脈解離よりも自然予後がよいため、その多くで内科的治療が選択されます。

※ 経皮的冠動脈インターベンション：カテーテルと呼ばれる細長い管を心臓の血管（冠動脈）まで挿入し、狭くなった冠動脈の血管を内側から拡げる治療法です。Percutaneous Coronary Intervention の頭文字をとってPCIということもあります。

現状・課題

- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患対策については、急性心筋梗塞による突然死を防ぐために、早急に適切な治療を開始することができる体制の構築が必要となります。
- ・ 本県における循環器内科医師数は 348 人、人口 10 万人あたりに換算すると 20.2 人と全国と比較して多い状況となっています。一方、心臓血管外科医師数は 46 人、人口 10 万人あたりに換算すると 2.7 人と全国と比較してやや少ない状況です。
- ・ なお、主たる診療科を循環器内科とする医師数は 8.2 人、心臓血管外科とする医師数は 2.1 人で、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国と比較して少ない状況となっています。いずれについても圏域での偏在が見られます。
- ・ 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を実施することができる医療機関は県内に 21 施設あります。また、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術を実施することができる医療機関は 12 施設ありますが、実施可能な医療機関がない構想区域もあります。
- ・ 県内には、急性心筋梗塞等の重篤な患者を集中治療する冠動脈疾患集中治療室（CCU[※]）を設置する病院が 6 施設 35 床あります。
- ・ 令和 3（2021）年度におけ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は県内で 2,862 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 160.3 件と全国と比較して多い状況となっています。また、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の実施件数は県内で 196 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 10.9 件と全国と同程度の水準となっています。
- ・ 令和 3（2021）年度における心筋梗塞に対する来院後 90 分以内冠動脈再開通件数は県内で 544 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 30.4 件と全国と比較して大幅に多い状況となっています。
- ・ 感染症発生・まん延時や災害時等の有事の際には、急性期の診療負担が増えることが想定されます。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、再発や増悪をきしやすいついた心血管疾患の疾患上の特徴をふまえた効率的な役割分担のあり方等について検討することが重要です。

※ CCU：狭心症や心筋梗塞など心臓血管系の重症患者を対象とする、特殊な集中治療室です。Cardiac Care Unit の略。

○循環器内科医師・心臓血管外科医師数

(単位：人)

| 二次医療圏 ・構想区域 | 循環器内科 | | | | 心臓血管外科 | | | |
|----------------|--------|-------------|--------------------|-------------|--------|-------------|--------------------|-------------|
| | 医師数 | | うち主たる診療科 と回答した数 | | 医師数 | | うち主たる診療科 と回答した数 | |
| | 実数 | 10万人 あたり | 実数 | 10万人 あたり | 実数 | 10万人 あたり | 実数 | 10万人 あたり |
| 全国 | 22,978 | 18.1 | 13,026 | 10.2 | 3,732 | 2.9 | 3,222 | 2.5 |
| 三重県 | 348 | 20.2 | 149 | 8.2 | 46 | 2.7 | 38 | 2.1 |
| 北勢医療圏 | 160 | 18.8 | 59 | 7.0 | 11 | 1.3 | 7 | 0.8 |
| 桑員区域 | 36 | 16.4 | 19 | 8.6 | 2 | 0.9 | 1 | 0.5 |
| 三泗区域 | 75 | 19.8 | 31 | 8.2 | 8 | 2.1 | 5 | 1.3 |
| 鈴亀区域 | 49 | 19.6 | 9 | 3.6 | 1 | 0.4 | 1 | 0.4 |
| 中勢伊賀医療圏 | 98 | 21.9 | 48 | 10.7 | 20 | 4.5 | 17 | 3.8 |
| 津区域 | 73 | 26.2 | 35 | 12.6 | 16 | 5.8 | 14 | 5.0 |
| 伊賀区域 | 25 | 14.7 | 13 | 7.7 | 4 | 2.4 | 3 | 1.8 |
| 南勢志摩医療圏 | 85 | 19.9 | 41 | 9.2 | 15 | 3.5 | 14 | 3.1 |
| 松阪区域 | 51 | 23.3 | 24 | 11.0 | 7 | 3.2 | 7 | 3.2 |
| 伊勢志摩区域 | 34 | 16.3 | 17 | 7.4 | 8 | 3.8 | 7 | 3.1 |
| 東紀州医療圏 (区域) | 5 | 7.2 | 1 | 1.4 | 0 | 0 | 0 | 0 |

出典：厚生労働省「令和2年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和2年1月1日現在)

○心筋梗塞等の心血管疾患に係る急性期医療を担う医療機関数

| 構想区域 | 急性期医療を 担う医療機関 | 経皮的冠動脈 インターベンションが 実施可能な医療機関 | 虚血性心疾患に対する 心臓血管外科手術が 実施可能な医療機関 | CCUを設定 している医療機関 |
|------|------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| 桑員 | 3 | 3 | 2 | 0 |
| 三泗 | 4 | 4 | 3 | 1 |
| 鈴亀 | 2 | 2 | 0 | 1 |
| 津 | 4 | 4 | 3 | 1 |
| 伊賀 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| 松阪 | 4 | 4 | 2 | 2 |
| 伊勢志摩 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 東紀州 | 0 | 0 | 0 | 0 |

出典：三重県調査(令和4年10月現在)

○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実施件数 (単位: 件)

| 二次医療圏 ・構想区域 | 令和元年度 | | 令和2年度 | | 令和3年度 | |
|----------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|
| | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり |
| 全国 | 212,964 | 167.5 | 194,409 | 153.4 | 195,313 | 155.0 |
| 三重県 | 2,945 | 162.4 | 2,752 | 152.8 | 2,862 | 160.3 |
| 北勢医療圏 | 1,289 | 151.8 | 1,245 | 147.0 | 1,254 | 148.9 |
| 桑員区域 | 321 | 146.0 | 276 | 126.1 | 291 | 134.0 |
| 三四区域 | 591 | 155.8 | 599 | 157.9 | 576 | 152.4 |
| 鈴亀区域 | 377 | 151.0 | 370 | 148.8 | 387 | 156.7 |
| 中勢伊賀医療圏 | 773 | 172.6 | 711 | 160.3 | 754 | 171.6 |
| 津区域 | 562 | 202.1 | 490 | 177.4 | 563 | 205.4 |
| 伊賀区域 | 211 | 124.4 | 221 | 132.0 | 191 | 115.5 |
| 南勢志摩医療圏 | 863 | 192.7 | 796 | 179.8 | 854 | 195.2 |
| 松阪区域 | 514 | 235.1 | 494 | 228.1 | 521 | 243.0 |
| 伊勢志摩区域 | 349 | 152.3 | 302 | 133.5 | 333 | 149.3 |
| 東紀州医療圏・区域 | 20 | 28.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

出典: 厚生労働省「NDB」(令和元年度、令和2年度、令和3年度)

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

(平成31年1月1日現在、令和2年1月1日現在、令和3年1月1日現在)

○心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数 (単位: 件)

| 二次医療圏 ・構想区域 | 令和元年度 | | 令和2年度 | | 令和3年度 | |
|----------------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり |
| 全国 | 31,896 | 25.1 | 30,978 | 24.4 | 31,132 | 24.7 |
| 三重県 | 480 | 26.5 | 449 | 24.9 | 544 | 30.4 |
| 北勢医療圏 | 216 | 25.4 | 223 | 26.3 | 251 | 29.8 |
| 桑員区域 | 68 | 30.9 | 7 | 32.4 | 65 | 29.9 |
| 三四区域 | 111 | 29.3 | 126 | 33.2 | 137 | 36.2 |
| 鈴亀区域 | 37 | 14.8 | 26 | 10.4 | 49 | 19.8 |
| 中勢伊賀医療圏 | 126 | 28.1 | 107 | 24.1 | 151 | 34.3 |
| 津区域 | 93 | 33.4 | 72 | 26.0 | 110 | 40.1 |
| 伊賀区域 | 33 | 19.5 | 35 | 20.9 | 41 | 24.8 |
| 南勢志摩医療圏 | 138 | 30.8 | 119 | 26.8 | 142 | 32.4 |
| 松阪区域 | 45 | 20.6 | 48 | 22.1 | 54 | 25.1 |
| 伊勢志摩区域 | 93 | 40.6 | 71 | 31.3 | 88 | 39.4 |
| 東紀州医療圏・区域 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

* 欄は10件未満(0を除く)のため非公表

出典: 厚生労働省「NDB」(令和元年度、令和2年度、令和3年度)

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

(平成31年1月1日現在、令和2年1月1日現在、令和3年1月1日現在)

○虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数

(単位：件)

| 二次医療圏 ・構想区域 | 令和元年度 | | 令和2年度 | | 令和3年度 | |
|----------------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり | 実数 | 人口10万人あたり |
| 全 国 | 15,812 | 12.4 | 13,814 | 10.9 | 13,900 | 11.0 |
| 三重県 | 253 | 13.9 | 214 | 11.8 | 196 | 10.9 |
| 北勢医療圏 | 89 | 10.5 | 79 | 9.3 | 90 | 10.6 |
| 桑員区域 | 11 | 5.0 | * | * | * | * |
| 三泗区域 | 78 | 20.5 | 73 | 19.2 | 90 | 23.8 |
| 鈴亀区域 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 中勢伊賀医療圏 | 82 | 18.3 | 59 | 13.3 | 49 | 11.1 |
| 津区域 | 70 | 25.1 | 52 | 18.8 | 49 | 17.8 |
| 伊賀区域 | 12 | 7.0 | * | * | * | * |
| 南勢志摩医療圏 | 82 | 18.3 | 76 | 17.1 | 57 | 13.0 |
| 松阪区域 | 40 | 18.2 | 39 | 18.0 | 25 | 11.6 |
| 伊勢志摩区域 | 42 | 18.3 | 37 | 16.3 | 32 | 14.3 |
| 東紀州医療圏・区域 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

* 欄は10件未満(0を除く)のため非公表

出典：厚生労働省「NDB」（令和元年度、令和2年度、令和3年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

(平成31年1月1日現在、令和2年1月1日現在、令和3年1月1日現在)

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、地域の医療資源を有効に活用できるよう、急性期以降の転院先となる病院（回復期および慢性期の病院等）と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、訪問栄養食事管理等を含めた在宅医療の体制を強化するとともに、医療DXを活用した遠隔医療の体制を整備することで、急性期病院からの円滑な診療の流れの実現に努めます。（医療機関、関係機関、県）
- ・ 各圏域において、発症後早期に疾患に応じた専門的な診療を提供できる体制が確保されるよう、医療機関の連携、機能分化を進めます。また、対象疾患に応じた急性期診療を地域で24時間提供できる体制を確保するため、単一の医療機関で実施することが困難な場合は、区域内および区域外の複数の医療機関が連携するなどの取組を進めます。（医療機関、関係機関、県）
- ・ 各圏域において、専門的な診療が可能な医療機関がない場合、圏域を越えた広域的な連携が必要となります。急性期の専門的医療機関の機能を明確化し、地域における連携を強化するとともに、搬送体制の強化やデジタル技術の活用などをおして、圏域を越えて対応できるよう努めます。（医療機関、関係機関、県）

- ・ 医療資源が不足する地域において、高い質の医療を提供するためには I C T の活用を進めることが有効であることから、C T[※]やM R I[※]画像の遠隔画像診断支援等、I C T の積極的な活用により、医療提供体制の維持を図ります。（医療機関、関係機関、県）
- ・ 各専門医の確保については、三重県医師確保計画に基づき、専攻医[※]の確保や地域間での医師偏在の解消等を図るとともに、令和 6（2024）年度からの医師の働き方改革をふまえながら、地域における医療提供体制の向上に努めます。（医療機関、関係機関、大学、県）

※ C T：X線管球が身体の周りを回転して、360°C方向から収集された情報を集め、その情報をコンピュータ解析し、身体のあらゆる部位の輪切りの画像を作り出す技術です。Computed Tomography の略。

※ M R I：磁気および電磁波ならびに水素原子の動きを利用して、体の断面を撮影する装置、またはそれを用いた検査を指します。Magnetic Resonance Imaging の略。

※ 専攻医：専門医制度において、専門研修プログラムに登録し、専門医の取得に向けて研修中の医師をいいます。

(3) リハビリテーション等の取組の充実

◎脳卒中におけるリハビリテーションのポイント

- ・ 脳卒中のリハビリテーションは病期によって分けられますが、急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫した流れで行われることが勧められています。
- ・ 急性期リハビリテーションは、廃用症候群や合併症の予防、早期自立を目的として、可能であれば発症当日から行うことが望ましいとされています。
- ・ 回復期リハビリテーションは、機能回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能となった時期から集中して実施することが望ましいとされています。
- ・ 維持期・生活期リハビリテーションは、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持・向上を目的として実施することが望ましいとされています。
- ・ また、脳卒中発症後、合併症の中でも、誤嚥性肺炎を予防するために口腔機能の維持、向上が重要であり、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関を含め、多職種間で連携して対策を図ることも必要です。

◎心血管疾患におけるリハビリテーションのポイント

- ・ 心筋梗塞患者に対するリハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰および社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じた運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。
- ・ 大動脈解離患者に対するリハビリテーションは、廃用症候群の予防や、早期退院と社会復帰を目的に、患者の状態に応じて、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施します。
- ・ 慢性心不全患者に対するリハビリテーションは、体力の改善や心不全増悪、再入院の防止を目的に、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて実施します。また、心不全増悪や再入院の防止には、入院中からリハビリテーションを開始し、退院後も継続して取り組むことが重要です。
- ・ 心血管疾患におけるリハビリテーションでは、心機能の回復だけではなく、再発予防、リスク管理等の多要素の改善に焦点が当てられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されています。
- ・ 心不全は、増悪を繰り返しながら徐々に生活機能が低下することが特徴とされており、増悪を和らげるためには食事や運動などの日常生活の管理が重要であることから、多職種連携が特に必要とされています。

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ふまえつつ、日常生活動作の向上等の生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合があります。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築が進められる中で、限られた医療資源を活用して、急性期から慢性期、在宅医療や介護まで切れ目のない医療提供体制を構築するため、医療と介護の連携がますます重要になっています。リハビリテーションにおいても、要介護（支援）者が必要に応じてサービスを利用できるよう、医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへ、切れ目のないサービス提供体制を構築することが求められています。
- ・ 本県におけるリハビリテーション科医師数は 220 人、人口 10 万人あたりに換算すると 12.8 人と全国と比較して多い状況となっています。
- ・ 他方、主たる診療科をリハビリテーション科とする医師数は 28 人、人口 10 万人あたりに換算すると 1.6 人と全国と比較して少ない状況となっており、各圏域での偏在も見られます。
- ・ リハビリテーション専門職について、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士はいずれも人口 10 万人あたりで全国と比較して少ない状況となっています。
- ・ 急性期から回復期、慢性期において切れ目なく適切なリハビリテーションを実施するには、急性期治療を終えた患者の受け皿となる回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床の充実が必要です。
- ・ 本県における回復期リハビリテーションおよび地域包括ケアの病床数については、各圏域で不足している状況にあります。また、圏域別リハビリテーションの実施状況を見ると、脳血管疾患リハビリテーションの件数は、三泗区域や津区域で多く、心疾患リハビリテーションの件数は、三泗区域や津区域、伊賀区域で多くなっていますが、東紀州区域は 0 件となっています。
- ・ 循環器病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、専門家も育成しつつ、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ります。

○リハビリテーション科医師数（単位：人）

| 二次医療圏 ・構想区域 | リハビリテーション科医師数 | | うち主たる診療科と回答した数 | |
|----------------|---------------|---------|----------------|---------|
| | 実数 | 10万人あたり | 実数 | 10万人あたり |
| 全国 | 14,716 | 11.6 | 2,903 | 2.3 |
| 三重県 | 220 | 12.8 | 28 | 1.6 |
| 北勢医療圏 | 97 | 11.4 | 7 | 0.8 |
| 桑員区域 | 23 | 10.5 | - | - |
| 三泗区域 | 42 | 11.1 | 3 | 0.8 |
| 鈴亀区域 | 32 | 12.8 | 4 | 1.6 |
| 中勢伊賀医療圏 | 54 | 12.1 | 15 | 3.4 |
| 津区域 | 44 | 15.8 | 15 | 5.4 |
| 伊賀区域 | 10 | 5.9 | - | - |
| 南勢志摩医療圏 | 57 | 13.3 | 4 | 0.9 |
| 松阪区域 | 25 | 11.4 | 2 | 0.9 |
| 伊勢志摩区域 | 32 | 15.3 | 2 | 1.0 |
| 東紀州医療圏・区域 | 12 | 17.3 | 2 | 2.9 |

出典：厚生労働省「令和2年 医師・歯科医師・薬剤師統計」、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和2年1月1日現在）

○リハビリテーション専門職数（単位：人）

| | | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 |
|-----|-----------|---------|--------|--------|
| 全国 | 病院 | 84,459 | 47,854 | 16,799 |
| | 一般診療所 | 16,469 | 3,162 | 1,105 |
| | 合計 | 100,929 | 51,016 | 17,904 |
| | (10万人あたり) | (79) | (40) | (14) |
| 三重県 | 病院 | 909 | 550 | 180 |
| | 一般診療所 | 189 | 22 | 7 |
| | 合計 | 1,098 | 572 | 187 |
| | (10万人あたり) | (64) | (33) | (11) |

※常勤換算の数。

出典：令和2年医療施設静態調査、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和2年1月1日現在）

○循環器病に係るリハビリテーションを担う医療機関数

| 構想区域 | 脳卒中対策 | | | | | | 心筋梗塞等の 心血管疾患対策 | |
|----------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| | 急性期リハビリテーションを 実施している医療機関 | 回復期患者の外来での受入れが 可能な医療機関 | 回復期患者の入院での受入れが 可能な医療機関 | 回復期リハビリテーションを実施 できる病床を有している医療機関 | 維持期患者の外来での受入れが 可能な医療機関 | 維持期患者の入院での受入れが 可能な医療機関 | 心大血管疾患リハビリテーション 届出施設 | 心臓リハビリテーション指導士 を配置している医療機関 |
| 桑員 | 6 | 5 | 5 | 1 | 8 | 7 | 1 | 1 |
| 三四 | 7 | 8 | 8 | 6 | 8 | 9 | 5 | 3 |
| 鈴亀 | 5 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| 津 | 8 | 7 | 7 | 6 | 9 | 10 | 4 | 3 |
| 伊賀 | 4 | 3 | 4 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| 松阪 | 2 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 2 |
| 伊勢 志摩 | 6 | 6 | 7 | 4 | 7 | 7 | 2 | 2 |
| 東紀州 | 2 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 0 | 0 |

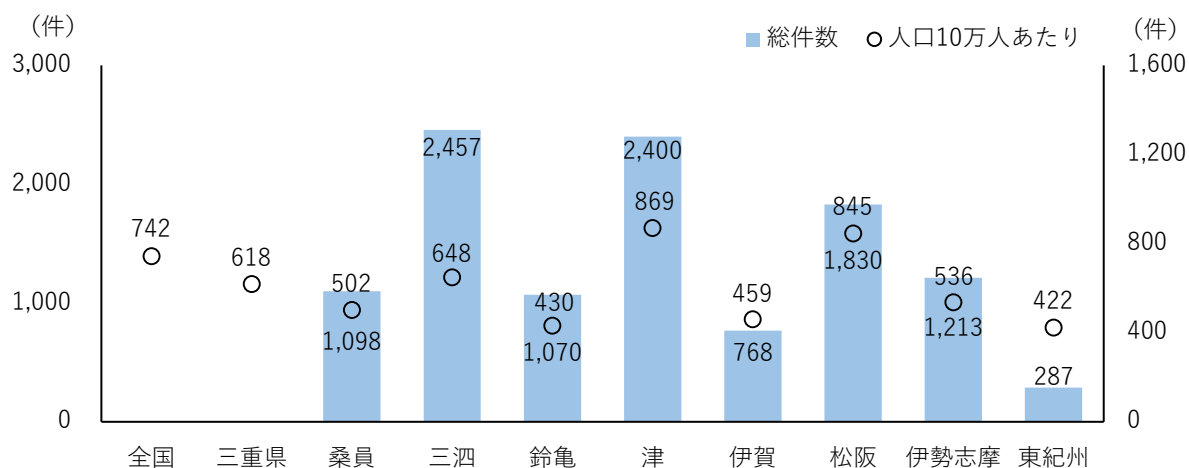
出典：三重県調査（令和4年10月現在）

○三重県の回復期リハビリテーションおよび地域包括ケア病床数

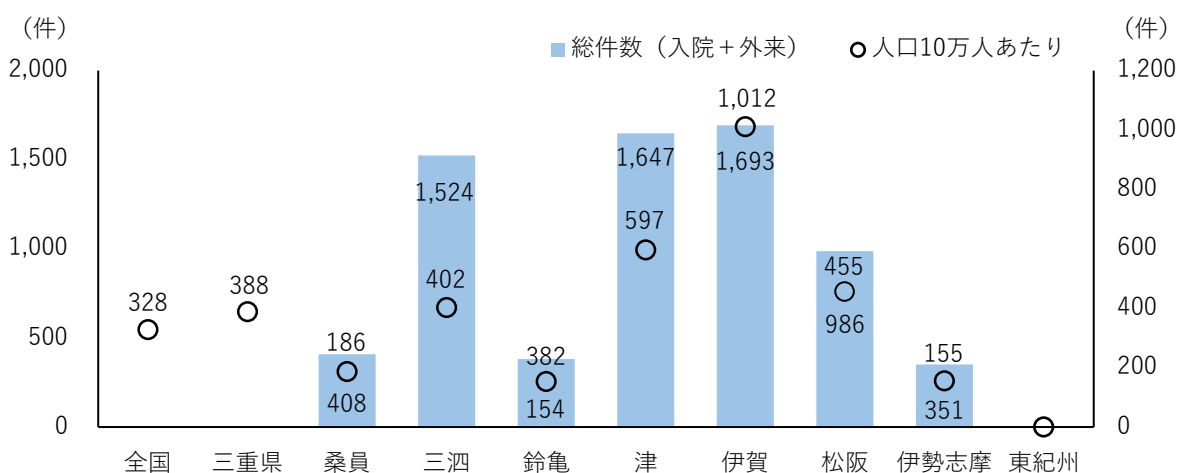
| | 桑員 | 三四 | 鈴亀 | 津 | 伊賀 | 松阪 | 伊勢 志摩 | 東紀州 | 合計 |
|---------------------|------|------|------|-------|------|-------|----------|-------|-------|
| 回復期リハビリ テーション病床数 | 52 | 288 | 73 | 362 | 50 | 225 | 100 | 40 | 1,190 |
| 10万人あたり | 24.0 | 76.2 | 29.6 | 132.1 | 30.3 | 105.0 | 44.9 | 60.1 | 66.7 |
| 地域包括ケア 病棟入院基本料 | 150 | 185 | 56 | 18 | 81 | 39 | 132 | 116 | 777 |
| 地域包括ケア 入院医療管理料 | 0 | 20 | 27 | 80 | 0 | 16 | 58 | 0 | 201 |
| 合計 | 150 | 205 | 83 | 98 | 81 | 55 | 190 | 116 | 978 |
| 10万人あたり | 69.1 | 54.3 | 33.6 | 35.8 | 49.0 | 25.7 | 85.2 | 174.3 | 54.8 |

出典：令和3年度病床機能報告、東海北陸厚生局「施設基準届出受理状況」（令和5年5月1日現在）

○ 脳血管疾患リハビリテーション実施件数(入院+外来、レセプト総件数)



○ 心血管疾患リハビリテーション実施件数(入院+外来、レセプト総件数)



出典：厚生労働省「NDB」(令和3年度)、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和3年1月1日)

取り組むべき施策

- 急性期から回復期および維持期・生活期までの各病期に対応したリハビリテーション機能が切れ目なく展開されるよう、医療機関や介護施設、関係団体による連携強化やリハビリテーション専門職の育成を促進していきます。(医療機関、関係機関、県)
- 脳卒中患者に対して、地域の医療機関等が連携し、患者の状態をふまえた適切な医療およ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*等を活用した取組を推進します。(医療機関、関係機関、県)

* 地域連携クリティカルパス：急性期病院から回復期病院を経て早期の自宅復帰を目的とした診療計画(クリティカルパス)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をいいます。

- ・ 早期からの多職種連携によるリハビリテーションの実施により、廃用症候群や誤嚥性肺炎の予防をはじめ、合併症の予防に努めます。(医療機関、関係機関、県)
- ・ 心血管疾患患者に対して、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できるように心大血管リハビリテーションの提供体制の充実を図ります。(医療機関、関係機関、県)
- ・ 心血管疾患リハビリテーションについて、県内の各圏域において実施することができるよう、心臓リハビリテーション指導士の配置等、実施体制の整備を進めるとともに、心不全療養指導士や心不全認定看護師等による多職種連携を進めます。また、リハビリテーションを充実させるため、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士等の資質の向上に取り組みます。(医療機関、関係機関、県)
- ・ 急性期から回復期、そして慢性期において切れ目なく適切なリハビリテーションを実施するため、地域医療介護総合確保基金を活用して、回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床の整備を進めます。(医療機関、関係機関、県)

(4) 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、さまざまな後遺症を残す可能性があり、その後遺症によって日常生活や社会生活に支障をきたし、医療・福祉の分野を超えた継続的な支援が必要となる場合があります。
- ・ 特に、脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障がいがわかりにくい摂食嚥下障がい、てんかん、失語症、高次脳機能障がい等の後遺症が残る場合があることから、後遺症の影響により就労等が困難な場合であっても、症状や程度に応じて必要な支援を受けられることが重要です。

取り組むべき施策

- ・ 循環器病の後遺症を有する者が、症状や程度に応じて、適切な診断、治療を受けられ、地域において日常生活や社会生活を円滑に営むために、就労支援や経済的支援、社会参画支援を含めた必要な支援を受けられるよう、脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした関係機関の連携を推進します。(医療機関、脳卒中・心臓病等総合支援センター、関係機関、市町、県)
- ・ 脳卒中の後遺症は、誤嚥性肺炎の発症との関係が示されていることなどから、誤嚥性肺炎等の予防のため、医科歯科および介護関係者との連携による口腔ケアの充実を図ります。(医療機関、関係機関、県)
- ・ 三重県高次脳機能障がいおよびその関連障がいに対する支援普及事業として、支援拠点機関に支援コーディネーターを配置し、高次脳機能障がい者やその家族等への相談支援、支援に携わる関係機関の職員に対する普及啓発、研修および支援、関係機関との連携等を引き続き行います。(関係機関、県)

(5) 循環器病の緩和ケアの充実

現状・課題

- ・平成14(2002)年の世界保健機関(WHO)における緩和ケア[※]の定義によると、緩和ケアの対象は、「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」とされており、対象疾患はがんに限定されるものではなく、循環器病においても対象となります。
- ・令和2(2020)年のWHOからの報告では、成人で緩和ケアを必要とする頻度の高い疾患として循環器病が挙げられています。
- ・循環器病は、病気の進行とともに身体的・精神的・社会的側面的等の多面的な観点を有する全人的な苦痛が増悪することをふまえて、疾患の初期段階から継続した緩和ケアが必要です。緩和ケアの実践では、潜在的な問題点を抽出し、全人的な苦痛に対して包括的に介入することが求められます。例えば、臨床経過の特徴として増悪を繰り返すことが挙げられる心不全については、治療と連携した緩和ケアも必要とされており、日本心不全学会が心不全緩和ケアトレーニングコースを公認するなど、その取組が進められています。
- ・緩和ケアの実践では、潜在的な問題点を抽出し、全人的な苦痛に対して包括的に介入することが求められ、多職種チームでアプローチする意義は極めて大きいことから、多職種連携や地域連携のもとで、循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアが必要です。
- ・全国の緩和ケア認定看護師の認定者数は増加傾向にありますが、本県の認定者数はほぼ横ばいとなっています。

○緩和ケア認定看護師認定者数の推移(各年12月末日の登録者数)

(単位:人)

| | H27 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 三重県 | 18 | 19 | 19 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| 全国 | 1,851 | 2,039 | 2,217 | 2,367 | 2,477 | 2,557 | 2,633 | 2,654 |

出典:公益社団法人日本看護協会

※ 緩和ケア:世界保健機関(WHO)によると、「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とおして向上させるアプローチ」とされています。

取り組むべき施策

- ・ 精神的・社会的苦痛への対応について、十分な説明や共感的な態度で接するといったコミュニケーションを基本として、患者との良好な関係構築に努めるとともに、社会的生活上の不安について、地域の身近な場所で相談できる体制の確保に努めます。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ ACP※(アドバンス・ケア・プランニング)の認知度向上を図り、本人の意思決定を尊重した人生の最終段階における医療・ケアを進めることができるよう、県民の意識向上および市町、専門職の資質向上を図るための研修会等に取り組みます。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 緩和ケアは、がんや終末期の疾患だけではなく、脳卒中も含めた循環器病もその対象疾患となることから、循環器病に関わる医療従事者等が循環器病に対する緩和ケアについての正確な理解や共通の認識を持つための取組を進めます。(医療機関、関係機関、県)

※ ACP：自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組のこと。Advance Care Planning の略。

(6) 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、後遺症の残存や治療後の身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や服薬の徹底など、適切な管理およびケアを行うことが必要です。そのため、回復期、慢性期、在宅等における医療、介護および福祉にかかるサービスが切れ目なく提供されるよう、在宅医療・介護連携や地域包括ケアシステム^{*}の構築を推進する必要があります。
- ・ 脳卒中における在宅療養では、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、状況に応じて在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、再発に備えて患者や患者の周囲にいる人が服薬や危険因子の管理、再発が疑われた際などの適切な対応策を学ぶことが大切です。
- ・ 健康サポート薬局^{*}は、住民の身近な存在として、地域包括ケアシステムの中で多職種と連携し、循環器病予防などの健康意識を高めることに貢献しています。
- ・ 本県における地域包括ケア病床数は三河区域が最も多い一方で、松阪区域が最も少ないなど地域によってばらつきがあります。今後、疾病構造の変化や高齢化の進展に伴う医療需要の増加等に対応していくため、病床の機能分化・連携と合わせて在宅医療や地域包括ケアシステムに係る体制整備を進めていくことが重要となります。
- ・ 在宅療養に円滑に移行するためには入院医療機関が行う退院支援が重要であり、入院時から退院後の生活を見据えた退院支援体制の充実を図る必要があります。人口10万人あたりの本県の退院時共同指導の件数は45.9件で、全国平均44.4件を上回っています。
- ・ 在宅医療において積極的役割を担う在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導を実施する薬局、訪問看護ステーションのうち、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションについては、全国平均と比較して少ない状況にあります。

※ 地域包括ケアシステム：団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、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期まで続けることができるよう、地域において構築を推進する包括的な支援・サービス提供体制をいいます。

※ 健康サポート薬局：かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有し、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局のことです。

○退院時共同指導件数

| | 件数 | 人口 10 万人あたり件数 |
|-----|--------|---------------|
| 全 国 | 56,262 | 44.4 |
| 三重県 | 827 | 45.9 |

出典：厚生労働省「NDB」（令和 3 年度）、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和 3 年 1 月 1 日現在）

○在宅療養支援病院・診療所数・在宅療養支援歯科診療所

| | 在宅療養支援病院 | | 在宅療養支援診療所 | | 在宅療養支援歯科診療所 | |
|-----|----------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|
| | 施設数 | 人口 10 万人あたり | 施設数 | 人口 10 万人あたり | 施設数 | 人口 10 万人あたり |
| 全 国 | 696 | 0.5 | 11,294 | 8.9 | 8,523 | 6.7 |
| 三重県 | 10 | 0.6 | 126 | 7.0 | 120 | 6.7 |

出典：厚生労働省「NDB」（令和 3 年度）、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和 3 年 1 月 1 日現在）

○訪問薬剤管理指導を実施している薬局数

| | 施設数 | 人口 10 万人あたり |
|-----|--------|-------------|
| 全 国 | 55,818 | 45.3 |
| 三重県 | 823 | 47.5 |

出典：厚生労働省「NDB」（令和 3 年度）、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（令和 3 年 1 月 1 日現在）

○介護保険を扱う訪問看護ステーション数

| | 施設数 | 人口 10 万人あたり |
|-----|--------|-------------|
| 全 国 | 13,554 | 10.7 |
| 三重県 | 190 | 10.5 |

出典：介護サービス施設・事業所調査(令和 3 年 10 月 1 日)、

総務省「住民基本台帳年齢階級別人口」（令和 3 年 1 月 1 日現在）

○社会福祉士・医療社会事業従事者数 (単位：人)

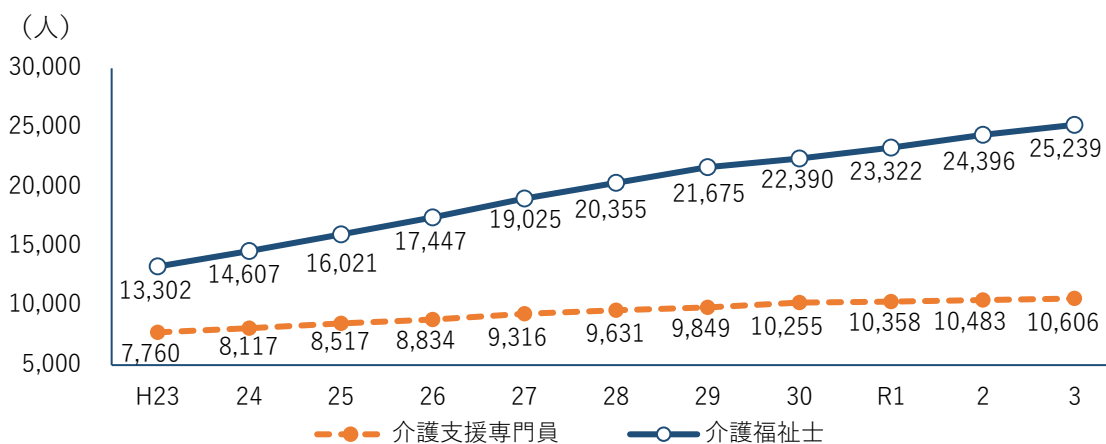
| | | 社会福祉士 | 医療社会事業従事者 |
|-----|-----------------|----------------|--------------|
| 全国 | 病院 | 29,287 | 6,956 |
| | 一般診療所 | 3,212 | 2,204 |
| | 合計 (10万人あたり) | 32,449 (26) | 9,161 (7) |
| 三重県 | 病院 | 220 | 81 |
| | 一般診療所 | 17 | 42 |
| | 合計 (10万人あたり) | 237 (14) | 123 (7) |

※常勤換算の数。

出典：令和2年医療施設静態調査、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和2年1月1日現在)

○ 三重県の介護福祉士・介護支援専門員の登録者数



※ 介護福祉士：各年3月末時点、介護支援専門員：各年4月時点

出典：公益財団法人社会福祉振興・試験センター、三重県調査（転入者および転出者を除く）

取り組むべき施策

- ・ 地域の実情に応じて、循環器病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て自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の充実を図ります。また、社会福祉法の改正により、重層的支援体制整備事業が創設されたことをふまえ、循環器病患者やその家族が抱える複合的課題に対応するため、既存の相談支援等の取組を生かしつつ、属性や世代を問わない包括的な相談支援体制の整備に取り組む市町を支援します。（関係機関、市町、県）
- ・ 退院時における多職種での関わりが再発防止や再入院までの期間延長、認知症予防に資すると考えられることから、入院中における早期での退院支援に努めるとともに、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、相談支援専門員等による相談・生活支援の取組を推進します。（関係機関、市町、県）
- ・ 摂食、嚥下等の口腔機能の回復や誤嚥性肺炎等の予防、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げるため、かかりつけ医とかかりつけ歯科医との連携等による口腔ケアの充実を図ります。（関係機関、市町、県）
- ・ 地域住民の健康の維持・増進を支援する役割を有する健康サポート薬局の周知を図るとともに、健康サポート薬局において地域住民の健康意識を高めることを推進します。また、循環器病患者等の服薬アドヒアランス[※]の向上に資するよう、令和3年8月から導入された地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の認定制度の推進に取り組むこと等により、かかりつけ薬剤師・薬局による、ICT等の活用を通じた服薬情報の一元的・継続的把握および薬学的管理・指導、入退院時の医療機関との連携や在宅対応等に係る取組を推進します。（関係機関、市町、県）
- ・ 脳卒中や心不全に関する認定看護師をはじめとした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を推進します。また、県民が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、訪問看護ステーションの運営の安定化や効率化に資する取組の推進を図るとともに、在宅医療推進のための連携強化に資する取組を推進します。（関係機関、市町、県）
- ・ 再入院を防ぐための循環器病患者自身による自己管理やかかりつけ医を含む多職種の連携に資するよう、スマートフォンを活用して心不全患者が自己の健康管理を行い、早期の医療機関受診につなげる取組を進めるなど、ICTの利活用により患者支援や地域連携におけるデジタル化を進めます。（医療機関、市町、県）

※ 服薬アドヒアランス：患者自身が服薬治療への積極的な参加を行い、理解して薬を服用することをいいます。

(7) 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・入院している全国の患者のうち約17%が20～64歳（令和2（2020）年「患者調査」）であり、65歳未満の患者においては、約7割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告もあります。脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰することが可能な場合も少なくない一方で、職場復帰に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障害者就労支援等との適切な連携が求められています。
- ・ 心血管疾患の全国の患者のうち約19%が20～64歳（令和2（2020）年「患者調査」）であり、治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多く存在していますが、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合があります。
- ・ 治療と仕事の両立は労働者、事業者、産業医等に対し、それぞれ就労の継続、労働生産性の維持・向上、疾病の増悪の防止などに大きな意義があります。平成29（2017）年度に三重県地域両立支援推進チームが設置されるなど、三重労働局、自治体、関係団体等がネットワークを構築して連携を図り、治療と仕事の両立支援を効果的に進めるための取組を推進しています。
- ・ 循環器病に関する各種疾患を抱えながらも、働く意欲や能力のある者が、仕事を理由として治療機会を逃さず、また、治療の必要性から職業生活の継続を妨げられることのないよう、適切な治療を受けながら、就労が続けられることが重要です。

取り組むべき施策

- ・ 脳卒中、虚血性心疾患を含め、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、自らの疾患と付き合いながら就業できるよう、支援に取り組みます。（事業者、医療機関、関係機関、県、市町）
- ・ 循環器病患者の状況に応じて治療と仕事が両立できるよう、引き続き、三重県地域両立支援推進チームの取組など、各関係機関の連携による支援体制の構築を推進していきます。（事業者、関係機関、県、市町）
- ・ 両立支援コーディネーターの養成を促進するとともに、主治医、企業、両立支援コーディネーターによるトライアングル型のサポートを促進します。（事業者、関係機関、市町、県）

(8) 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、新生児の100人に1人が生まれ持つとされる先天性心疾患や、小児不整脈、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患など小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。
- ・ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器疾患については、診断から治療までを完結できる地域が限られている中で、本県においては、近年の治療体制の整備等により、多くの子ども達の命が救われるようになってきています。
- ・ 一方で、原疾患[※]の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま、思春期、さらには成人期を迎える成人先天性疾患を抱える患者が増えてきており、こうした方たちが社会において自立した生活を送るためには、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を受けられるよう、移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が求められています。

取り組むべき施策

- ・ 乳幼児健康診査や学校における健康診断について、小児の循環器病を早期に発見できる重要な機会であるにとらえて、引き続き推進します。また、医療DXの一環として、学校での健康診断における心電図の電子化について引き続き検討を進めます。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 小児期から成人移行期、成人期にかけて必要な医療を切れ目なく受けられるよう、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を促進します。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 妊娠・出産から育児に至るまでの間、切れ目なく母子保健サービスが提供されるよう、母子保健コーディネーターの養成を行うとともに、全ての妊産婦や子どもへ一体的な相談支援を行う機能を有する機関である「こども家庭センター」の設置促進を図り、各市町の実情に応じた切れ目のない母子保健体制の構築に向けた支援を行います。(市町、県)
- ・ 「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」(略称：成育基本法)に基づき、子ども達の健やかな成育を確保するため、成育過程を通じた切れ目のない支援を受けられるよう、医療、保健、教育および福祉に係る関係機関が連携し、取組を推進します。(医療機関、関係機関、市町、県)

※ 原疾患：もともとある病気のことをいいます。

(9) 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、患者や療養生活が多様化する中で、循環器病患者やその家族が抱く、診療および生活における疑問や心理社会的・経済的な悩みなどに対応することが求められています。
- ・ 生活期において相談支援を受けることができる窓口が少ない、わかりにくいという意見もあり、循環器病患者とその家族が、地域において、医療、介護およ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、相談支援を受けることができる体制が求められています。

取り組むべき施策

- ・ 国、国立循環器病研究センター、関係機関等と協力し、循環器病に関する科学的根拠に基づいた正しい情報提供を行います。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 循環器病患者やその家族のニーズに対応した必要な情報にアクセスできるよう、わかりやすい情報提供のあり方について検討します。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 循環器病患者やその家族が抱える診療および生活における疑問や心理社会的・経済的な悩みなどについて、地域において課題解決につながるよう、脳卒中・心臓病等総合支援センターの相談支援窓口を中心に、医療機関、市町、地域包括支援センター、障害者相談支援センター等関係機関の既存の取組をふまえながら相談支援体制の充実を図ります。(医療機関、関係機関、市町、県)

3 循環器病対策を推進するための基盤整備

(1) 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、患者数が膨大な数であることや、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困難であるとされています。
- ・ 他方で、循環器病の罹患状況や診療内容について、データを収集し、データに基づく評価を実施することは、科学的根拠に基づいた政策を立案し循環器病対策を効果的に推進する点からも重要です。
- ・ 循環器病の発症や重症化には多くの因子が関わっていることから、循環器病の予防や治療の効果も個人差が大きく、また、がん等の合併症として、血栓症や心不全を合併する場合もあり、幅広い診療情報の収集などが求められています。

取り組むべき施策

- ・ 脳卒中学会が認定する一次脳卒中センター（P S C）の認定要件として、t-P Aによる脳血栓溶解療法施行例と血栓回収療法施行例のデータ（症例数と3か月後の状態）を提出することとされていることから、県内のP S C認定施設においてデータ収集を進め、脳卒中医療の質の向上を図っていきます。（医療機関、大学）
- ・ 県内の急性心筋梗塞に対する救急医療を行っている各機関が参加している「三重県C C Uネットワーク」では、急性心筋梗塞の急性期診療に関わるデータベースとして「三重A C S（急性冠症候群）レジストリー」を構築し、平成25年（2013）年より、緊急カテーテル治療を担う県内ほぼ全ての医療機関の協力のもとに、急性心筋梗塞診療に関するデータの収集、分析を行っています。また、令和3（2021）年には「三重A A S（急性大動脈疾患）レジストリー」を開始し、疫学データや治療内容、予後等に関する調査が行われています。引き続き死亡率の改善をめざした取組を推進していきます。（医療機関、大学）
- ・ 医療の質の向上や効率化に資するために、N D BデータやD P C*データ等を活用し、データに基づく施策立案や施策評価を推進していきます。（医療機関、大学、市町、県）

※ DPC：平成15年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度のことです。Diagnosis Procedure Combinationの略。

(2) 循環器病に係る研究成果の活用

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」、「医療分野研究開発推進計画」等をふまえ、厚生労働省、文部科学省およ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（AMED）を通じて、基礎的な研究から実用化のための研究開発までの各研究段階においてその推進が図られています。また、さまざまな支援に基づき、国立循環器病研究センターをはじめとした医療・研究機関等での研究も進められています。
- ・ このほか、厚生労働省においては、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ます。

取り組むべき施策

- ・ 国、民間等の研究機関において進められている、循環器病の病態解明、再生医療等の先進的な技術も見据えた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などの研究について、国等の動向を注視しながら、本県の取組としてデータやノウハウの導入など必要な対応等について検討を行います。（医療機関、関係機関、大学、県）

※ QOL：人間らしく満足して生活しているかを評価する概念です。Quality of Life の略。

第5章 計画の進捗管理

1 進捗管理

基本法第11条により、都道府県循環器病対策推進計画は少なくとも6年ごとに検討を加え、必要があるときは変更を努めなければならないとされています。本計画に基づく循環器病対策の進捗管理について、PDCAサイクルに基づく改善を必要に応じて行います。

また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時における各種データに関しては、受診控え等の影響を加味して総合的な検討を行う必要があることに留意しつつ、定期的に本計画の進捗状況の把握および評価を実施するとともに、その状況をふまえ、三重県循環器病対策推進協議会において、循環器病対策の推進のために必要な事項について協議してまいります。

なお、国全体として取り組むべき施策については、必要に応じて国への事業提案・要望を行っていくとともに、その進展状況をふまえながら、本県の循環器病対策にかかる検討を進めます。