

全体目標

- ・ 2040年までに3年以上の健康寿命の延伸
- ・ 循環器病の年齢調整死亡率の引き下げ

計画策定の位置づけ等

- 計画策定の位置づけ
「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器に係る対策に関する基本法」第11条第1項に基づく県計画
- 計画期間
2024(R6)年度から2029(R11)年度までの6年間
- 他の計画との整合性
「ひょうごビジョン2050」のめざす姿を実現する計画として、「兵庫県保健医療計画」「兵庫県健康づくり推進実施計画」「兵庫県老人福祉計画」等の諸計画との調和を図る。

本県の循環器病の現状と課題

【現状】

(健康寿命の状況)

策定時と比較して男性は短縮、女性は延伸

	R1(策定時)	R2	増減(R2-R1)
男性	80.49	80.41	▲0.08
女性	84.76	84.93	0.17

出典：兵庫県調査

(死亡の状況)

○循環器病による死亡割合は死因全体の約2割

がん：25.2%、心疾患：15.0%、老衰：11.0%、脳血管疾患：6.3%

出典：厚生労働省「人口動態統計（令和4年）」

○年齢調整死亡率は女性の心疾患を除き全国平均より低い

		H27(策定時)		R2	
		兵庫県	全国平均	兵庫県	全国平均
脳血管疾患	男性	111.5	116.0	88.7	93.8
	女性	68.8	72.6	51.4	56.4
心疾患	男性	193.9	203.6	188.4	190.1
	女性	128.6	127.4	112.1	109.2

出典：厚生労働省「人口動態特殊報告（平成27年モデル人口）」

【課題（主なもの）】

- 県内における循環器病の発症状況や急性期における専門的治療の実施状況等が明らかになっていない。
- 循環器病に関する相談窓口が少なく、患者やその家族等にとって必要な情報が十分に行き届いていないとの指摘がある。
- 新型コロナウイルス感染症を踏まえ、感染症発生・まん延時等の有事に備え、平時から医療提供体制を確保しておく必要がある。

基本的な考え方

- 前計画をもとに、国の第2期循環器病対策推進基本計画を基本にして、構成や内容等を定める。
- 令和4年3月に前計画を策定したことから、大枠を維持しつつ、状況を踏まえ必要な修正を加える。
- ロジックモデルは、国指標の更新内容や懇話会等での議論等を踏まえた内容とし、引き続き活用する。

個別施策

項目		取組内容（主なもの）
【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】		○ 新 県内における循環器病の発症状況等の実態を把握するための調査の実施 ○国等の既存データの分析及び循環器病対策への活用
1 予防・普及啓発	(1) 循環器病の予防	○インターネットを活用した情報発信や健康づくりのためのICTツールの普及 ○受動喫煙防止条例に基づく子ども、妊産婦等の喫煙・受動喫煙対策の推進
	(2) 循環器病の正しい知識の普及啓発	○循環器病の症状、重症化予防、発症時の対処法等について情報発信 ○子どもの頃からの発達段階に応じた健康教育の充実
2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	(1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進	○企業・団体の従業員・職員の健康づくりの取組などを支援 ○特定健診受診促進や健康づくりポイントの取組支援
	(2) 救急搬送体制の整備	○ICTを活用した循環器病医療連携ネットワークの推進 ○AEDの使用等、救急蘇生法の普及啓発の推進
	(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	○各病期に応じた切れ目のない医療連携体制の整備 ○急性期における専門的治療を実施できる体制整備の推進
	(4) リハビリテーション等の取組	○専門職の人材確保や教育体制の充実及び多職種による連携体制の推進 ○口腔機能や摂食・嚥下機能の維持改善による誤嚥性肺炎の防止
	(5) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援	○てんかん支援拠点病院による患者・家族への治療及び相談支援体制の充実 ○高次脳機能障害の理解促進、地域の支援機関との情報共有等の推進
	(6) 循環器病の緩和ケア	○疾患の初期段階から継続した緩和ケアの推進 ○入院医療機関と在宅緩和ケアを提供できる診療所等との連携の推進
	(7) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	○在宅医療推進協議会を通じた多職種による医療連携・在宅医療の充実 ○ICTを活用した在宅医療・介護の情報共有の推進
	(8) 治療と仕事の両立支援・就労支援	○両立支援コーディネーター等、関係者の連携による両立支援の推進 ○治療と仕事の両立支援のための各種助成金等の活用による支援
	(9) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	○医師会・学校医等と連携した学校健康診断等での循環器病の早期発見 ○移行期医療支援センターを中心とした移行期医療支援の推進
	(10) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	○既存の相談窓口が連携し、迅速かつ効果的に対応できる体制づくりの推進 ○国や関係機関等から情報を収集し、科学的根拠に基づいた情報を県民に提供
	新 (11) 循環器病患者に対する総合的な支援体制の構築	○地域住民への循環器病の情報提供や普及啓発、医療機関への研修会の開催 ○循環器病患者等がワンストップで必要な情報を得ることができる体制の推進
3 循環器病に関する研究の活用及び協力		○関係機関等の情報や研究成果等の活用方法の検討、県民への情報提供、研究機関等へ協力の実施

循環器病の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項

- 1 計画の推進体制 … 関係機関と相互連携を図り、一体となった取組の推進及び関係者等の意見把握・取組への反映
- 新** 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 … 感染症発生時に通常医療も確保できるための医療提供体制の整備
- 3 計画の評価・見直し … ロジックモデル等を用いた定期的な進捗状況の把握及び評価、
循環器病対策推進懇話会における循環器病対策推進に必要な事項についての協議 等

第 2 次兵庫県循環器病対策推進計画

令和 6 年 3 月

兵庫県

兵庫県循環器病対策推進計画 目次

I	計画の策定趣旨等	1
1	計画の策定趣旨	1
2	計画の期間	1
3	他の計画との整合性	2
II	本県の循環器病の現状等	2
1	循環器病の特徴	2
2	本県の状況	3
	(1) 健康寿命と平均寿命の状況	3
	(2) 循環器病に関する県民の状況	4
III	全体目標	5
IV	個別施策	6
	【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】	6
1	循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	6
	(1) 循環器病の予防	6
	(2) 循環器病の正しい知識の普及啓発	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	12
	(1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進	12
	(2) 救急搬送体制の整備	14
	(3) 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る 医療提供体制の構築	17
	(4) リハビリテーション等の取組	21
	(5) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援	22
	(6) 循環器病の緩和ケア	23
	(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
	(11) 循環器病患者に対する総合的な支援体制の構築	26
3	循環器病に関する研究の活用及び協力	27
V	循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要 な事項	28
1	計画の推進体制	28
2	感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策	28
3	計画の評価・見直し	28

I 計画の策定趣旨等

1 計画の策定趣旨

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

令和4年の人口動態統計によると、本県の死因順位別では、1位「悪性新生物(25.2%)」、2位「心疾患(15.0%)」、3位「老衰(11.0%)」、4位「脳血管疾患(6.3%)」であり、「心疾患」及び「脳血管疾患」はいずれも死亡原因の上位を占めています。また、令和4年の国民生活基礎調査（厚生労働省）によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、全国で「脳血管疾患(16.1%)」、「心疾患(5.1%)」であり、両者を合わせると21.2%と最多になっています。

こうした現状を鑑み、誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（以下「基本法」という。）が令和元年12月に施行され、これを踏まえ、令和2年10月に「循環器病対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定されました。

県では、基本計画を踏まえ、令和4年4月に基本法第11条第1項の規定に基づく「兵庫県循環器病対策推進計画（以下「県推進計画」という。）」を策定しました。

基本計画の策定から2年が経過し、循環器病の予防や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等を勘案するとともに、基本法第11条第3項の規定に基づき、県推進計画が医療計画等、関連する諸計画との調和を図る必要があることから、令和5年3月、実行期間を令和5年度から10年度までを目安とする第2期の基本計画が策定されました。

こうした状況変化を踏まえ、計画期間が令和5年度までとなっていた県推進計画を見直し、本県の実情に応じた循環器病対策を総合的・計画的に推進していくこととします。

2 計画の期間

令和6年度から令和11年度までとします。それ以降は、少なくとも6年ごとに検討を加え、必要に応じ見直していきます。

3 他の計画との整合性

県推進計画は、県政の基本指針である「ひょうごビジョン2050」のめざす社会のうち、「Ⅲ 誰も取り残されない社会」の「⑨ 安心して長生きできる社会」等を実現する循環器病対策分野の実行プログラムの一つとして策定するものであり、「兵庫県保健医療計画」、「兵庫県健康づくり推進実施計画」、「兵庫県老人福祉計画」などの諸計画と整合を図りながら推進していきます。

県推進計画と関連する諸計画の位置づけ

		R4年度	R5年度	R6年度～
国	循環器病対策推進基本計画	R2～R4年度	R5～R10年度	
県	兵庫県循環器病対策推進計画	R4～R5年度		R6～R11年度
	関連計画	兵庫県保健医療計画		R6～R11年度
		兵庫県健康づくり推進実施計画		R6～R11年度
		兵庫県老人福祉計画		R6～R8年度

Ⅱ 本県における循環器病の現状等

1 循環器病の特徴

循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあり、悪性新生物（がん）と比べても患者の年齢層は高くなっています。他方で、乳幼児期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症することから、ライフステージにあった対策を考えていくことが求められます。

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病等）の予備群、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行しますが、患者自身が気付かない間に病気が進行することも多くあります。これらの経過のうち、いずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な治療によって予防・進行抑制が可能であるという側面もあります。

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

循環器病は、急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥り、突然死に至ることがあります。たとえ死に至らない場合でも、特に脳卒中においては重度の後遺症を残すことも多くあり、発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性があります。

回復期及び慢性期には、急性期に生じた障害が後遺症として残る可能性があるとともに、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えているなど再

発や増悪を来しやすいといった特徴もあります。また、脳血管疾患と心疾患の両方に罹患することもある等、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化することも特徴の一つといえます。

2 本県の状況

(1) 健康寿命と平均寿命の状況

本県の健康寿命は、男性が80.41年（R1年比▲0.08）、女性が84.93年（R1年比+0.17）となっています。また、2次保健医療圏域別では、男性では最大で2.24年（阪神北81.03、淡路78.79）、女性では最大で1.11年（阪神北84.60、西播磨83.49）の差が生じています。

兵庫県の健康寿命・平均寿命の推移（県基準） (年)

	R1年(策定時)		R2年		差 (R2-R1)	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
健康寿命	80.49	84.76	80.41	84.93	▲ 0.08	0.17
平均寿命	81.97	87.96	81.85	88.09	▲ 0.12	0.13

資料：兵庫県調査

2次保健医療圏域別の健康寿命（令和2年） (年)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
男性	80.58	80.31	81.42	80.20	81.02	79.50	79.96	79.52	80.12	80.13	80.41
女性	85.30	84.99	85.50	84.66	84.72	84.26	84.19	84.67	84.67	84.85	84.93

資料：兵庫県調査

【参考】

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

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

兵庫県及び全国の健康寿命と平均寿命(国基準) (年)

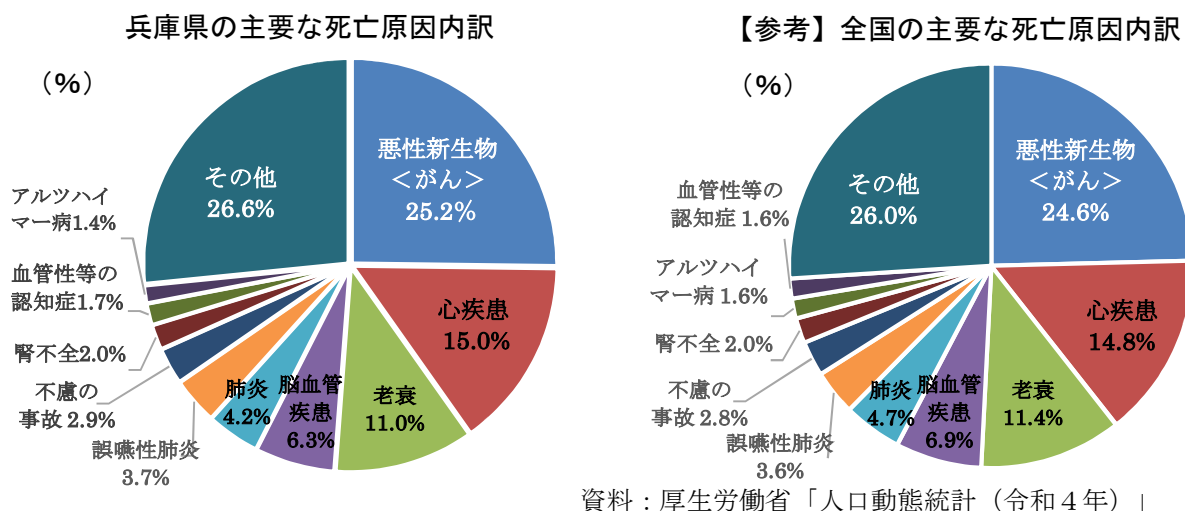
区分	兵庫県		全国	
	男	女	男	女
健康寿命 (R1年) (日常生活に制限のない期間の平均)	72.48	75.50	72.68	75.38
平均寿命 (R2年)	81.72	87.90	81.49	87.60

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

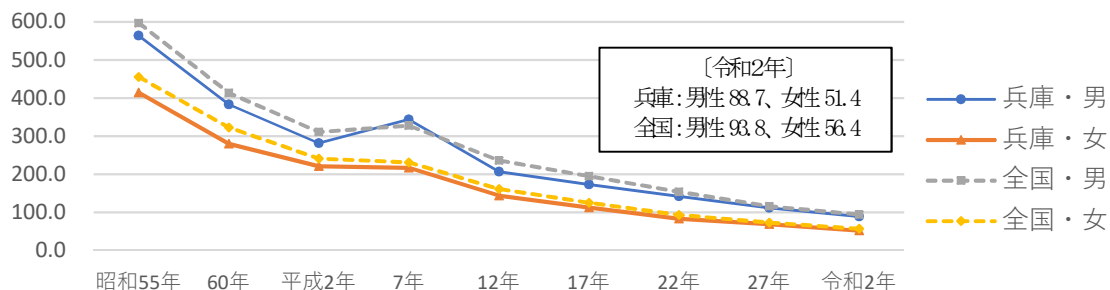
(2) 循環器病に関する県民の状況

本県における令和4年の死亡原因については、心疾患が悪性新生物（がん）に次いで全体の第2位、脳血管疾患が第4位となっており、循環器病の疾患による死亡が全体の21.3%を占めており、全国と同じ傾向にあります。

本県及び全国における脳血管疾患及び心疾患の年齢調整死亡率は、ともに概ね減少傾向にあります。令和2年の本県における脳血管疾患の年齢調整死亡率は男女ともに全国平均を下回っています。令和2年の本県における心疾患の年齢調整死亡率は、男性は全国平均を下回る一方、女性は全国平均を上回っています。

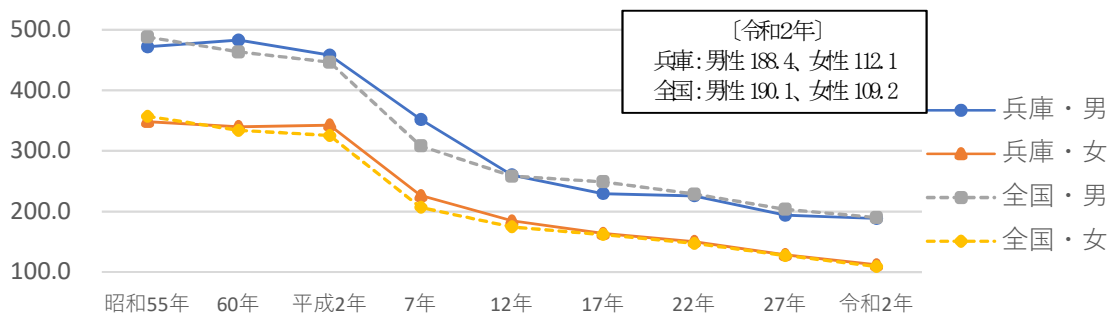


兵庫県及び全国の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）



資料：厚生労働省「人口動態特殊報告」

兵庫県及び全国の心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）



資料：厚生労働省「人口動態特殊報告」

年齢調整死亡率：年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるよう、年齢構成を調整した死亡率。各年の基準人口については、平成27年モデル人口を用いている。

【参考】

医療費の状況

令和3年度版「国民医療費」(厚生労働省)の概要によると、全国の傷病分類別医科診療医療費32兆4,025億円のうち、循環器系の疾患が占める割合は6兆1,116億円で全体の18.9%と最も多く、性別で見ても、男性が20.3%、女性が17.4%でともに最も多くなっています。また、65歳未満では新生物(腫瘍)が1兆6,228億円(13.6%)で最も多いのに対し、65歳以上では循環器系の疾患が4兆8,670億円(23.8%)と最も多くなっています。

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

医科診療医療費構成割合(全国)

	男性	女性
循環器系の疾患	20.3%	17.4%
高血圧性疾患	4.9%	5.6%
心疾患(高血圧性のものを除く)	7.8%	5.4%
虚血性心疾患	3.0%	1.2%
脳血管疾患	5.8%	5.4%

資料: 厚生労働省「国民医療費(令和3年度)」

Ⅲ 全体目標

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

【数値目標】

目標	現状値	目標値
健康寿命の延伸	男性 80.41(R2)	3年以上の延伸 (2040年まで)
	女性 84.93(R2)	
脳血管疾患による 年齢調整死亡率の引き下げ	男性 88.7(R2)	現状値より減少(R7)
	女性 51.4(R2)	
心疾患による 年齢調整死亡率の引き下げ	男性 188.4(R2)	
	女性 112.1(R2)	

IV 個別施策

IIIで定めた全体目標を達成するため、以下に掲げる個別施策を実施します。

【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】

現状と課題

循環器病は、患者数が膨大な数に及ぶことや発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化すること等から、実態を正確かつ詳細に把握することが難しく、また、予防のための対策や様々な治療法の有効性を評価するために十分なデータを収集することも難しいものとなっています。他方で、循環器病の罹患状況や診療内容について、データを収集し、データに基づく評価を実施することは、科学的根拠に基づいた政策を立案し循環器病対策を効果的に推進する点からも重要です。

循環器病の発症や重症化には多くの因子が関わっていることから、循環器病の予防や治療の効果も個人差が大きく、また、がん等の合併症として、血栓症や心不全を合併する場合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ています。

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

施策の方向性

- ・ 県内の循環器病の発症状況の実態を明らかにするための調査を実施し、実態に応じた効果的な循環器病対策に繋げていきます。
- ・ 循環器病にかかる診療実態について、DPCデータやNDBデータ、医療施設実態調査等の既存データを用いた分析を行い、循環器病対策の推進に活用します。

1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

(1) 循環器病の予防

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態、に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病の予備群、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、いずれの段階においても、生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があり、循環器病の発症予防、再発予防及び重症化予防として、生活習慣の改善が重要であると言えます。

① 栄養・食生活

現状と課題

本県の1日あたり食塩摂取量（20歳以上）の中央値は、男性が10.5g、女性が9.4gとなっており、「兵庫県健康づくり推進実施計画（第2次）」で定める目標値8.0g（第3次同計画の目標値は7.0g）を超えています。

また、1日あたりの野菜摂取量（20歳以上）の中央値は、男性が301.0g、女性が304.2gとなっており、目標値350gに達していない状況です。

食塩摂取量・野菜摂取量の状況

(g)

1日あたり摂取量 (県：中央値、国：平均値)		H28年		R1年		R3年	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性
食塩摂取量 (20歳以上)	兵庫県	9.9	8.5	—	—	10.5	9.4
	全国	10.8	9.2	10.9	9.3	—	—
野菜摂取量 (20歳以上)	兵庫県	256.1	233.8	—	—	301.0	304.2
	全国	283.7	270.5	288.3	273.6	—	—

資料：全国：厚生労働省「国民健康・栄養調査」、兵庫県「ひょうご栄養・食生活実態調査」

施策の方向性

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

② 身体活動・運動

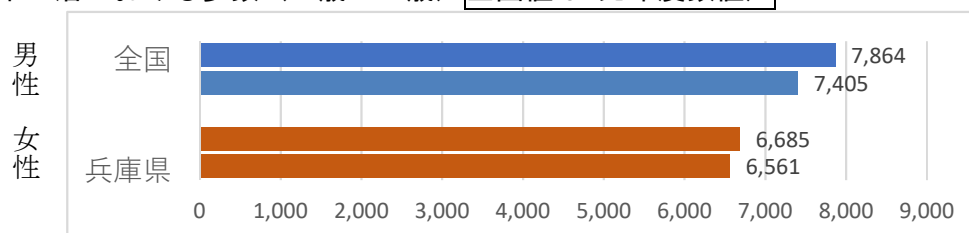
現状と課題

身体活動には生活習慣病に至るリスクの軽減や高齢者のフレイルを予防する効果があり、身体活動不足が世界的に問題視されています。また、長時間座り続けることで血流や筋肉の代謝が低下し、健康に害を及ぼす危険性や、余暇時間において身体活動量を増やしたとしても、日中の座位時間が長い人は、短い人より死亡率が高くなりやすいことも指摘されています。

本県の日常生活における歩数は、男性7,405歩、女性6,561歩と男女とも「兵庫県健康づくり推進実施計画(第2次)」で定める目標値男性9,000歩以上、女性8,500歩以上（第3次同計画の目標値は男性7,500歩、女性7,100歩）には達していません。

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

日常生活における歩数（20歳～64歳）全国値はR元年度数値



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査（令和4年度）」

令和3年度兵庫県健康づくり実態調査結果

〈問い〉 日常生活の中で、体を動かすこと（生活活動）実行していますか。		
1	実行していて、十分に習慣化している	… 36.5%
2	実行しているが、まだ習慣化していない	… 20.0%
3	実行しようとしているが、十分に実行していない	… 24.8%
4	実行していないが、実行しようとしている	… 11.6%
5	実行していないし、実行しようとも考えていない	… 5.5%
6	無回答	… 1.6%

施策の方向性

- 健康づくり推進員の養成、指導人材の派遣、健康スポーツ医など専門職との連携等健康づくりに関する支援を進めます。
- 県民がライフステージやライフスタイルに応じて気軽に健康づくりに取り組めるよう、インターネットを活用した情報発信や保険者によるICTツールを活用した運動への意識・行動変容を促すための健康づくり施策を支援します。
- 関係団体との連携のもと「フレイル予防・改善プログラム」を作成し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施などの活用を促進するとともに、県民に対するフレイルの認知度と予防・改善方法の普及啓発等、高齢者のフレイル対策に取り組みます。

③ 喫煙

現状と課題

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

本県における喫煙率は、令和元年から令和4年にかけて、男性は25.7%から23.1%、女性は6.7%から6.3%に減少しており、全国値と比べそれぞれ低い状況です。

また、受動喫煙対策として、平成25年4月から受動喫煙防止条例を施行して対策を進めており、その後の一部改正が令和2年4月から全面施行され、敷地内禁煙や建物内禁煙などの対策を講じるとともに、喫煙場所を設置する場合は20歳未満の者及び妊婦の立ち入りが禁止されている旨等を表示するなどの対策強化を図っています。

たばこを毎日、または時々吸うと回答した人の割合

区 分		R1年	R4年
兵庫県	男	25.7%	23.1%
	女	6.7%	6.3%
	計	15.6%	14.1%
全 国	男	28.8%	25.4%
	女	8.8%	7.7%
	計	18.3%	16.1%

資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

調査前1ヶ月間に受動喫煙を1回でも経験した人の割合（受動喫煙の有無）

区 分	H28年			R3年		
	男 性	女 性	総 数	男 性	女 性	総 数
職場	38.8%	15.6%	24.8%	33.1%	13.1%	21.6%
飲食店	48.1%	37.8%	42.0%	20.8%	14.9%	17.3%
ゲームセンター、競馬場	10.6%	3.0%	6.0%	6.1%	0.7%	3.0%
行政機関	6.1%	3.2%	4.5%	4.2%	2.9%	3.5%
医療機関	5.1%	4.4%	4.6%	5.4%	3.9%	4.6%
公共交通機関	13.4%	16.7%	15.3%	5.0%	6.7%	6.0%
家庭	11.2%	19.4%	16.0%	5.5%	9.8%	8.0%
路上(歩きたばこ)	—	—	—	36.3%	34.5%	35.3%
その他(上記以外の場所)	—	—	—	14.6%	13.9%	14.3%

資料：兵庫県「健康づくり実態調査」

施策の方向性

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

④ 飲酒

現状と課題

本県における飲酒者のうち、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合」及び「多量に飲酒する人の割合」の割合は、令和3年は平成28年と比較して全体では男女とも横ばいまたは減少しています。ただし、年代別にみると、50代など一部増加している層もあります。地域別では、リスク飲酒者は阪神南(15.3%)、東播磨(13.9%)、阪神北(11.2%)の順に高くなっており、多量飲酒者は阪神南(5.1%)、西播磨(4.3%)、東播磨・中播磨(3.7%)の順に高くなっています。

多量に飲酒する者及び生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者の割合

項目		H28年	R3年
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合の減少	男性	14.5%	13.8%
	女性	10.3%	9.0%
多量に飲酒する人の割合	男性	5.3%	5.3%
	女性	2.6%	1.3%

資料：兵庫県「健康づくり実態調査」

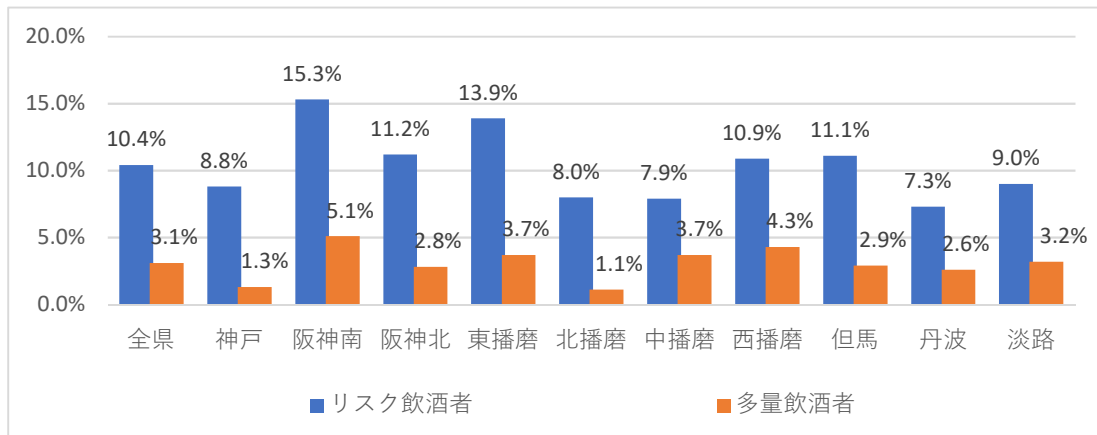
生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者及び多量飲酒者の割合（年代別）

リスク飲酒者		20代	30代	40代	50代	60代	70代	80歳以上
男性	H28	5.5%	12.0%	20.7%	20.5%	18.2%	7.6%	3.8%
	R3	5.9%	16.7%	14.4%	25.8%	17.1%	8.2%	4.6%
女性	H23	15.1%	12.7%	21.4%	11.3%	6.0%	2.4%	3.4%
	R3	2.9%	11.4%	10.5%	12.5%	15.1%	4.6%	2.6%

多量飲酒者		20代	30代	40代	50代	60代	70代	80歳以上
男性	H28	5.1%	7.1%	10.4%	7.0%	4.7%	1.5%	0.0%
	R3	5.9%	12.5%	6.1%	9.4%	3.0%	3.1%	0.0%
女性	H28	5.7%	2.0%	7.9%	2.5%	0.0%	0.9%	0.0%
	R3	0.3%	1.6%	3.2%	1.2%	2.1%	0.6%	0.0%

資料：兵庫県「健康づくり実態調査（令和3年度）」

地域別の生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者及び多量飲酒者の割合



資料：兵庫県「健康づくり実態調査（令和3年度）」

施策の方向性

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

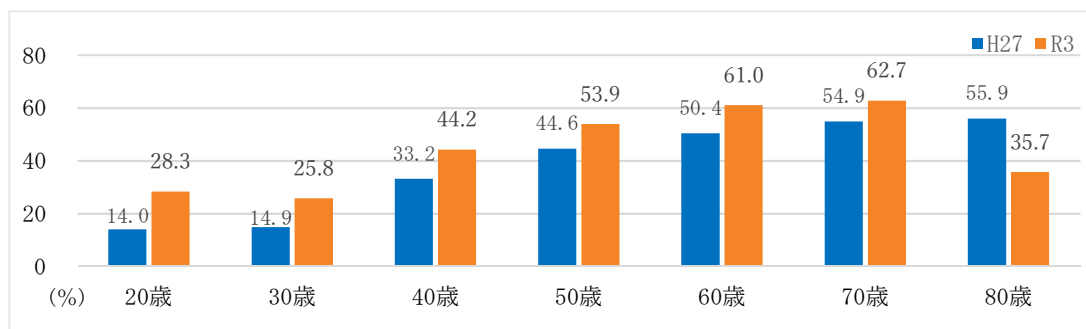
⑤ 歯・口腔

現状と課題

歯を失う大きな原因であるむし歯と歯周病は、日頃のセルフケアや定期的な歯科健診受診により予防が可能です。歯周病等により歯を失う人の割合は、60歳代以降から徐々に増加しています。なかでも歯周病は、糖尿病や脳梗塞、心疾患などの生活習慣病や、認知症、誤嚥性肺炎の発症など全身の健康の保持増進に関わっていることが明らかになっており歯及び口腔の健康づくりの重要性が高まっています。

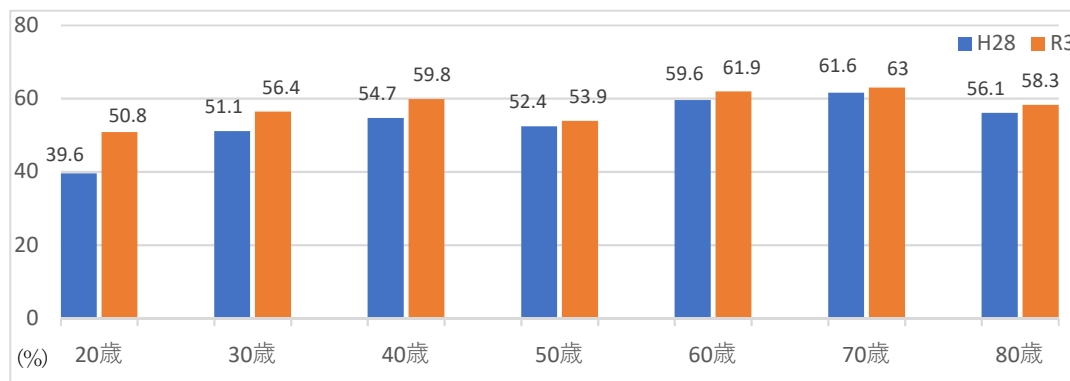
なお、本県において進行した歯周疾患を有する人の割合は平成27年から令和3年にかけて特に若い世代で増加しており、大学等や職場において受診機会を増やす取り組みが必要です。定期的な歯科健診の受診状況は、H28からR3にかけて全世代で増加しています。

進行した歯周疾患を有する人の割合（兵庫県）



資料：兵庫県調査

定期的な歯科健診の受診状況（兵庫県）



資料：兵庫県調査

施策の方向性

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

(2) 循環器病の正しい知識の普及啓発

現状と課題

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

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

県民が適切に循環器病の予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うことができるようにするためには、まずは、これらの循環器病に関する正しい知識の普及啓発が必要です。あわせて、後遺症についても正しく理解する必要があります。また、循環器病は、急激に病態が変化する場合があるものの、適切な治療により予後を改善できる可能性があるため、患者やその家族等が、循環器病の発症を認識したうえで、救急要請等を行うことにより、速やかに適切な治療を提供する医療機関を受診することが重要になります。

施策の方向性

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

2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

現状と課題

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

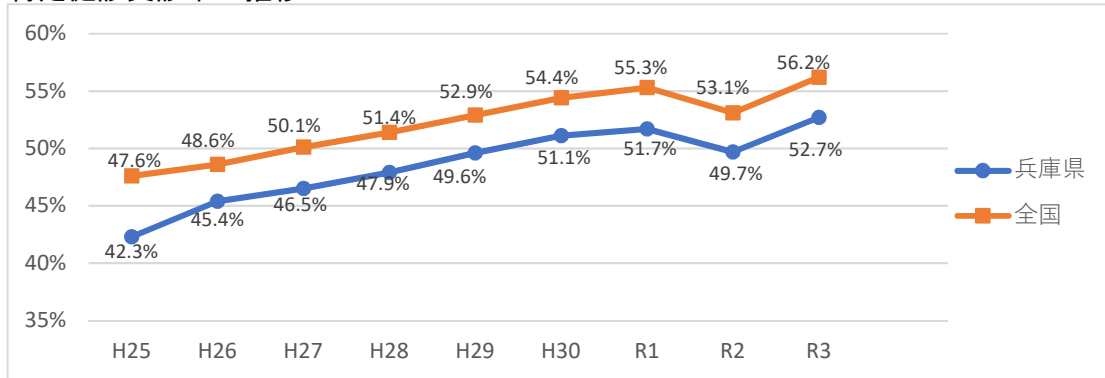
生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導に、40歳以上75歳未満の者が対象となる特定健康診査・特定保健指導等があります。

本県における特定健診の受診率は、年々増加傾向にあるものの、いずれの年も全国平均より低く、「兵庫県健康づくり推進実施計画(第2次)」で定める目標値70%（第3次同計画の目標値は60%）に対し52.7%という状況です。また、特定保健指導実施率についても同様に全国平均より低く、「兵庫県健康づくり推進実施計画(第2次)」で定める目標値45%（第3次同計画の目標値は30%）に対し22.7%という状況です。

循環器病を発症しやすいといわれるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候

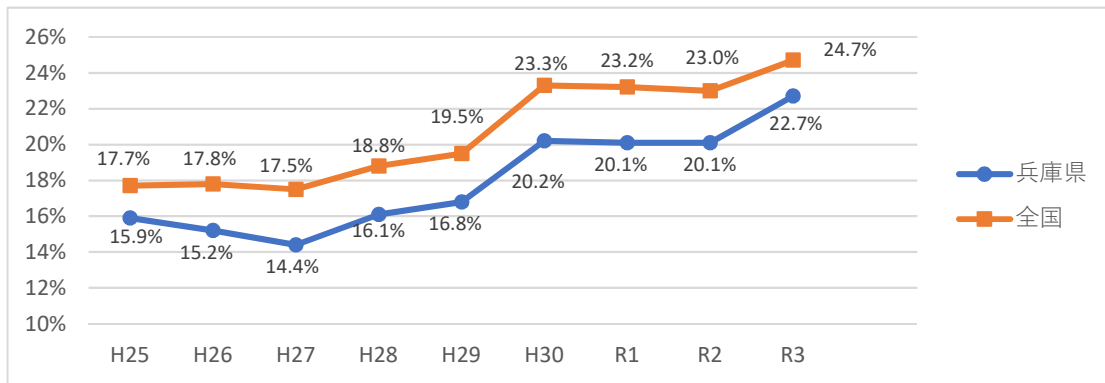
群) の該当者及び予備群の割合は増加傾向にあり、該当者は男性の方が割合が高く、男女とも年齢が高くなるにつれ高まる傾向にあります。

特定健診受診率の推移



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

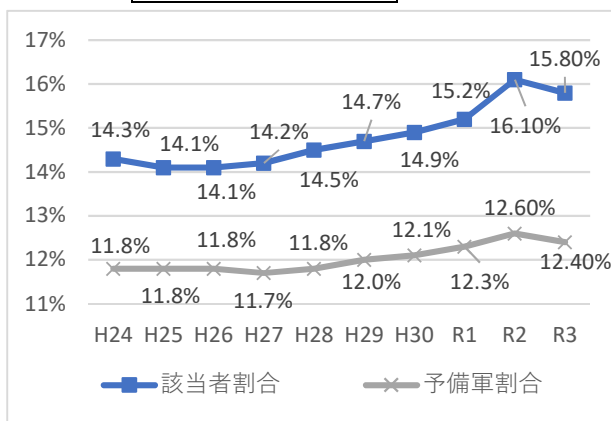
特定保健指導実施率の推移



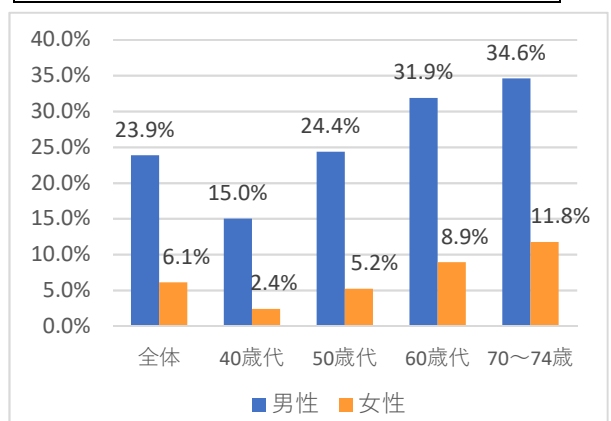
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

メタボリックシンドロームの該当者等の状況（兵庫県）

該当者等割合の推移



該当者割合(男女別・年代別)(令和3年度)



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

圏域別の特定健診受診率・特定保健指導実施率

圏域	特定健診受診率			特定保健指導実施率		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	修了者数	実施率
神戸	199,303	63,507	31.9%	6,719	1,578	23.5%
阪神	216,106	76,112	35.2%	7,778	2,540	32.7%
東播磨	96,422	28,000	29.0%	3,109	801	25.8%
北播磨	37,493	13,597	36.3%	1,610	658	40.9%
播磨姫路	111,750	40,295	36.1%	4,589	1,159	25.3%
但馬	25,642	11,443	44.6%	1,212	571	47.1%
丹波	14,991	5,196	34.7%	626	263	42.0%
淡路	23,859	10,038	42.1%	1,053	439	41.7%
全県	725,566	248,188	34.2%	26,696	8,009	30.0%

※集計対象は国保加入者のみ 資料：兵庫県「特定健診・保健指導法定報告値（令和4年度）」

施策の方向性

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

（２）救急搬送体制の整備

現状と課題

循環器病は急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多い疾患です。循環器病の治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、発症後早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性があることから、急性期には早急に適切な診療を開始する必要があります。

① 救急搬送

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

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

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

令和3年の本県における入電から現場到着までの所要時間は9.0分で、入電から

医師引継ぎまでに要した時間は40.4分といずれも全国平均より短い時間となっていますが、地域により差があります。また、急病にかかる疾病分類別の搬送数は、脳疾患が14,463人、心疾患等が20,007人と両疾患で全体の3割を占めています。

救急搬送に要した時間の推移

	兵庫県			全国		
	R1年	R2年	R3年	R1年	R2年	R3年
入電から現場到着までの所要時間	8.3分	8.6分	9.0分	8.7分	8.9分	9.4分
入電から医師引継ぎまでに要した時間	36.6分	37.9分	40.4分	39.5分	40.6分	42.8分

資料：総務省消防庁「救急・救助の現況（令和4年）」

現場到着所要時間（令和3年）

消防本部名	平均(分)	消防本部名	平均(分)	消防本部名	平均(分)
神戸市	10.3	加古川市	8.9	丹波篠山市	11.6
姫路市	9.7	赤穂市	9.0	丹波市	10.8
尼崎市	9.0	宝塚市	9.4	猪名川町	10.0
明石市	9.2	三木市	8.8	淡路	11.4
西宮市	8.8	高砂市	7.2	美方広域	12.6
芦屋市	7.7	川西市	8.3	南但	11.2
伊丹市	8.7	小野市	7.0	北はりま	9.7
豊岡市	9.0	三田市	8.7	西はりま	9.6

資料：兵庫県「消防防災年報（令和4年）」

収容所要時間（令和3年）

消防本部名	平均(分)	消防本部名	平均(分)	消防本部名	平均(分)
神戸市	42.9	加古川市	39.7	丹波篠山市	49.9
姫路市	48.1	赤穂市	49.2	丹波市	43.0
尼崎市	42.3	宝塚市	47.1	猪名川町	58.4
明石市	42.4	三木市	43.8	淡路	52.4
西宮市	41.0	高砂市	38.4	美方広域	56.0
芦屋市	42.4	川西市	47.5	南但	53.2
伊丹市	44.2	小野市	41.8	北はりま	48.3
豊岡市	33.0	三田市	44.6	西はりま	52.2

資料：兵庫県「消防防災年報（令和4年）」

急病に係る疾病分類別傷病程度別搬送人員（兵庫県）（令和3年）

区分	循環器系		消化器系	呼吸器系	その他	合計
	脳疾患	心疾患等				
死亡	44	1,062	26	63	78	1,273
重症	2,060	2,238	569	1,012	800	6,679
中等症	9,713	9,640	9,265	11,810	13,392	53,820
軽症	2,646	7,067	10,212	7,033	14,969	41,927
その他	0	0	0	0	0	0
計	14,463	20,007	20,072	19,918	29,239	103,699

資料：兵庫県「消防防災年報（令和4年）」

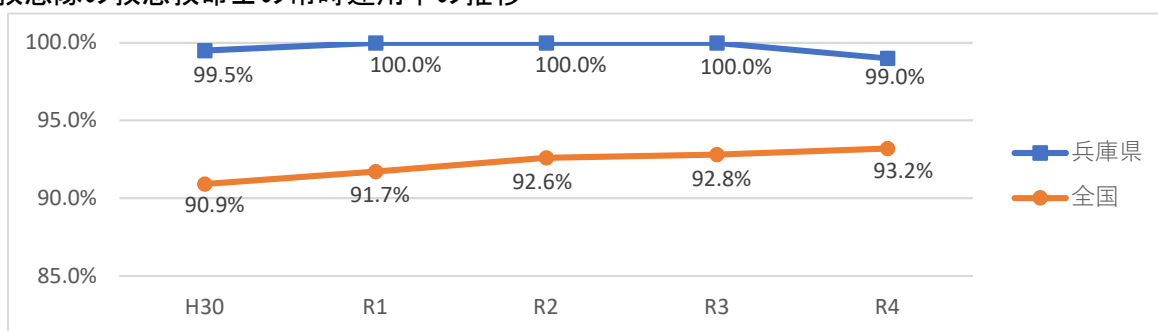
② 病院前救護（プレホスピタル・ケア）

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

県内の24消防本部で、医師の指示の下で救急救命措置を行うことができる1,303名（令和4年4月1日現在）の救急救命士が配置されています。なお、本県の救急救命士の常時運用率は高い割合で推移しており全国平均を上回っています。

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

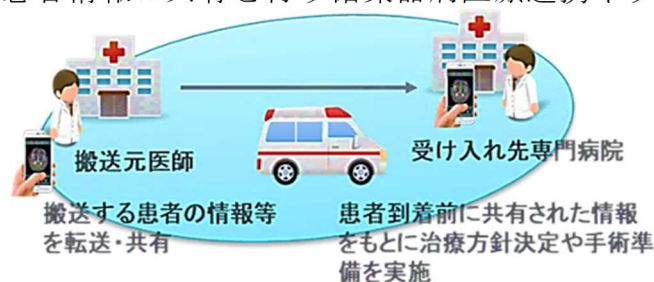
救急隊の救急救命士の常時運用率の推移



資料：総務省消防庁「救急・救助の現況」

施策の方向性

- ・ 広大な面積を有する本県における救急医療等の均てん化を促進するため、ICTを活用した遠隔画像データなどの患者情報の共有を行う循環器病医療連携ネットワークの構築を推進します。



- ・ ドクターヘリについては、関西広域連合による取組等と引き続き連携し、県全域をカバーするとともに、県下の救命救急センター等を中心にドクターカーの導入を促進するなど、救急搬送体制の充実を図ります。
- ・ 救急救命士の新規養成及び資質向上に努めるとともに、消防と救急医療機関の連携強化や救急医療を担う医師等の質の標準化を図るための研修の実施など、メディカルコントロール体制の充実を図ります。
- ・ AEDの使用を含めた応急手当についての講習会を開催する等、救急蘇生法の普及啓発を推進します。

(3) 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築

医療及び介護に係るサービスの需要増大及び多様化に対応し続けるためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制を構築する必要があります。また、医療の高度化や高齢化等が進展するなかで、急性期医療から在宅医療等のさまざまな現場において、患者の状態を見極めて、迅速な看護等を提供する特定行為研修を修了した看護師の活躍は、患者の苦痛の軽減や回復の早期化への貢献のほか、医師の負担軽減にもつながるものと期待されています。

① 脳卒中の医療提供体制

現状と課題

ア 急性期医療について

脳卒中においては、早期に専門的治療及び急性期リハビリテーションを行うことで、予後の改善につながることを示されています。特に脳梗塞においては、発症後4.5時間以内の血栓溶解療法（t-PA静注療法）や、発症後24時間以内の機械的血栓回収療法の有効性が証明されています。

脳卒中の専門的治療が24時間365日可能な施設について、日本脳卒中学会が「一次脳卒中センター(PSC)」として認定、公表しており、本県のPSCは42施設（2023年度）あります。また、本県の脳梗塞における専門的治療の実施件数については、血栓溶解療法（t-PA）が697件、また、血栓回収療法等については664件となっています。また、14病院で急性期脳卒中患者の集中治療室である脳卒中ケアユニット（SCU）を有していますが、地域による偏在があります。

一次脳卒中センター（PSC：Primary Stroke Center） （施設）

神戸	阪神南	阪神北 丹波	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	淡路	全県
15	8	7	3	2	4	1	1	1	42

資料：日本脳卒中学会（認定期間：2023/4/1～2024/3/31）

脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法及び血栓回収療法の実施件数 （件）

		神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨 姫路	但馬	丹波	淡路	全県
血栓溶解療法 (t-PA)	算定回数	216	211	103	29	90	16	0	10	675
	人口10万人対	14.2	12.0	14.4	11.0	11.0	10.1	0.0	7.9	12.4
血栓回収療法	算定回数	175	167	99	44	77	27	0	25	614
	人口10万人対	11.5	9.5	13.8	16.7	9.4	17.1	0.0	19.6	11.2

資料：厚生労働省「NDB データ（令和3年）」

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

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

SCU を有する病院数

(施設)

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

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準(令和4年)」

イ 回復期・維持期・生活期の医療について

脳卒中において回復期は、身体機能の回復や日常生活動作(ADL)の向上のため、維持期・生活期は、回復機能や残存機能を活用した生活機能の維持向上のため、病期ごとに効果的なリハビリテーションが一貫した流れで行われる必要があります。また、脳卒中は再発することも多く、適切な服薬や危険因子の管理のほか、誤嚥性肺炎といった合併症に備えた口腔管理も必要です。

本県における脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(人口10万人対)では全国値を上回っている一方、脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数(人口10万対)は全国の1,798.3人に対し、本県は1,792.4人と下回っています。

脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数

(単位数)

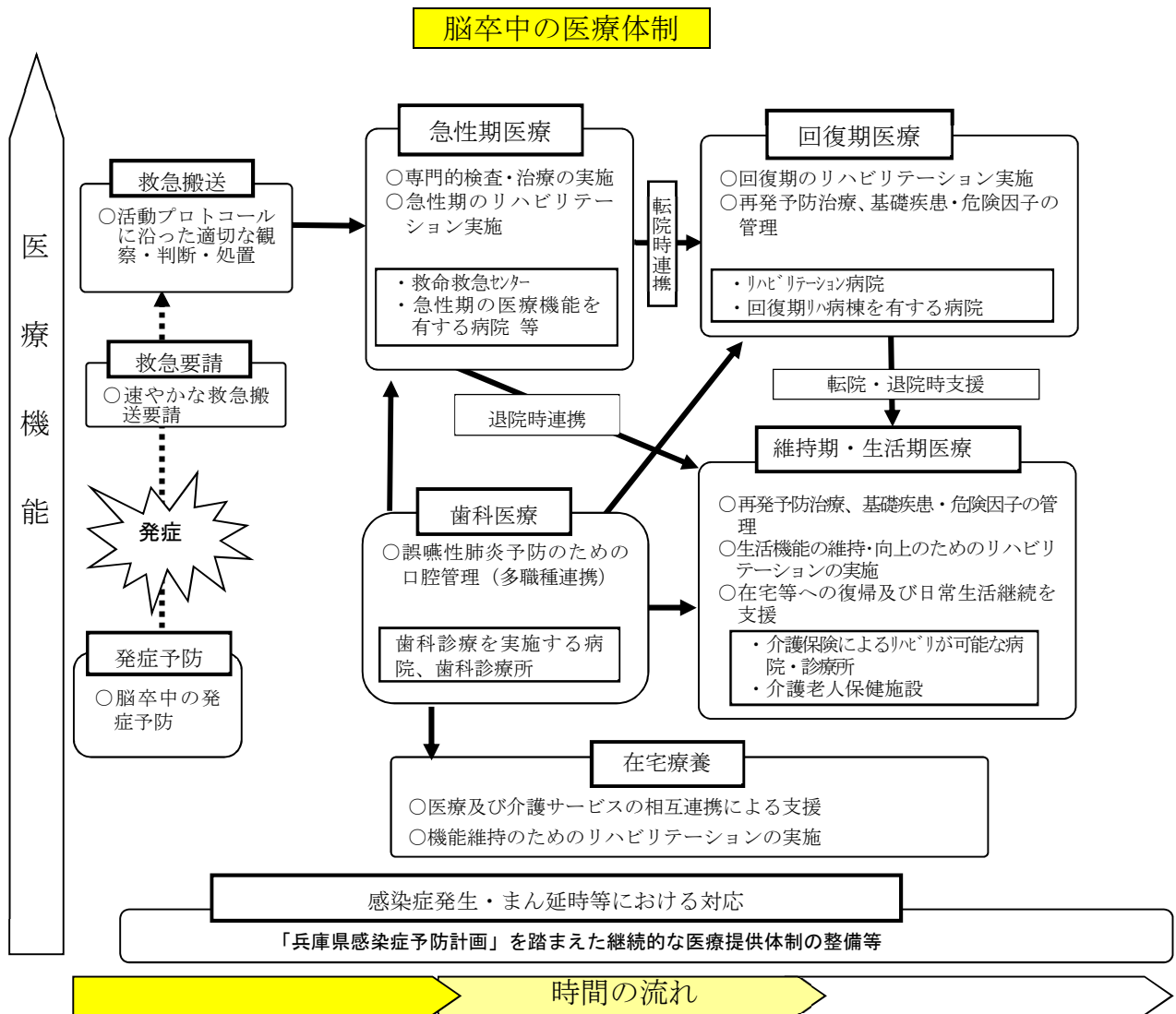
算定回数								算定回数(人口10万人対)	
神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県	全国
2,266,180	2,527,313	1,085,635	633,616	1,177,257	1,730	- (※)	328,197	151,475.8	138,818.9

資料：厚生労働省「NDBデータ(令和2年)」

※件数が10件未満、または二次医療圏内で秘匿処理対象地域がある場合は「-」と表示(以下同様)

施策の方向性

- 急性期、回復期、維持期等の各ステージにおいて、患者が切れ目のない適切な医療・リハビリテーションが受けられるよう、地域連携クリティカルパスを活用するとともに、相互に緊密な連携体制の構築を図ります。
- 発症後4.5時間以内での血栓溶解療法(t-PA療法)を実施できる医療機関の整備を進め、脳梗塞患者に対する急性期治療の均てん化を推進するとともに、血栓回収療法を実施できる体制の整備を推進します。



② 心疾患の医療提供体制

現状と課題

ア 急性期医療について

心血管疾患に必要な医療機能は疾患ごとに大きく異なっており、急性心筋梗塞では血管内治療（経皮的冠動脈形成術：PCI）、大動脈解離では外科的治療、心不全では内科的治療等、それぞれの疾患に応じた急性期の専門的な治療を行うとともに、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心大血管疾患リハビリテーションの実施が求められます。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、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ています。

本県では、10病院で急性期冠動脈疾患患者の集中治療室である冠疾患集中治療室（CCU）を有していますが、地域による偏在があります。また、本県の急性心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数は1,323件であり、来院後90分以内の冠動脈再開達成率は全国の50.7%に対し、本県は48.4%と全国値を下回っています。本県の大動脈疾患患者に対する手術件数は879件であり、急性大動脈解離の院内死

亡率は全国の11.8%に対し、本県は9.7%と下回っています。

急性心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数 (件)

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
算定回数	372	483	134	91	135	49	20	39	1,323
人口10万人対	24.4	27.5	18.7	34.5	16.5	31.0	19.8	30.6	24.2

資料：厚生労働省「NDBデータ(令和3年)」

PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開通達成率(%)

冠動脈再開通達成率	兵庫県	全国
	48.4%	50.7%

資料：厚生労働省「NDBデータ(令和2年)」

大動脈疾患患者に対する手術件数 (件)

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
算定回数	231	230	133	43	172	10	0	60	879
人口10万人対	15.1	13.1	18.6	16.3	21.0	6.3	0.0	47.1	16.1

資料：厚生労働省「NDBデータ(令和3年)」

CCUを有する病院数 (施設)

神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
5	4	1	0	0	0	0	0	10

資料：厚生労働省「医療施設調査(令和2年度)」

イ 回復期・維持期・生活期の医療について

心疾患の回復期・維持期・生活期においては、再発を予防しながら病期に応じたリハビリテーションを実施することによって、生活の場への復帰や在宅療養の継続を支援することが必要です。

本県では、外来のリハビリテーション実施件数は全国値を上回っている一方で、入院のリハビリテーション実施件数では下回っており、虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は8.6日と全国値(12.7日)より短くなっています。

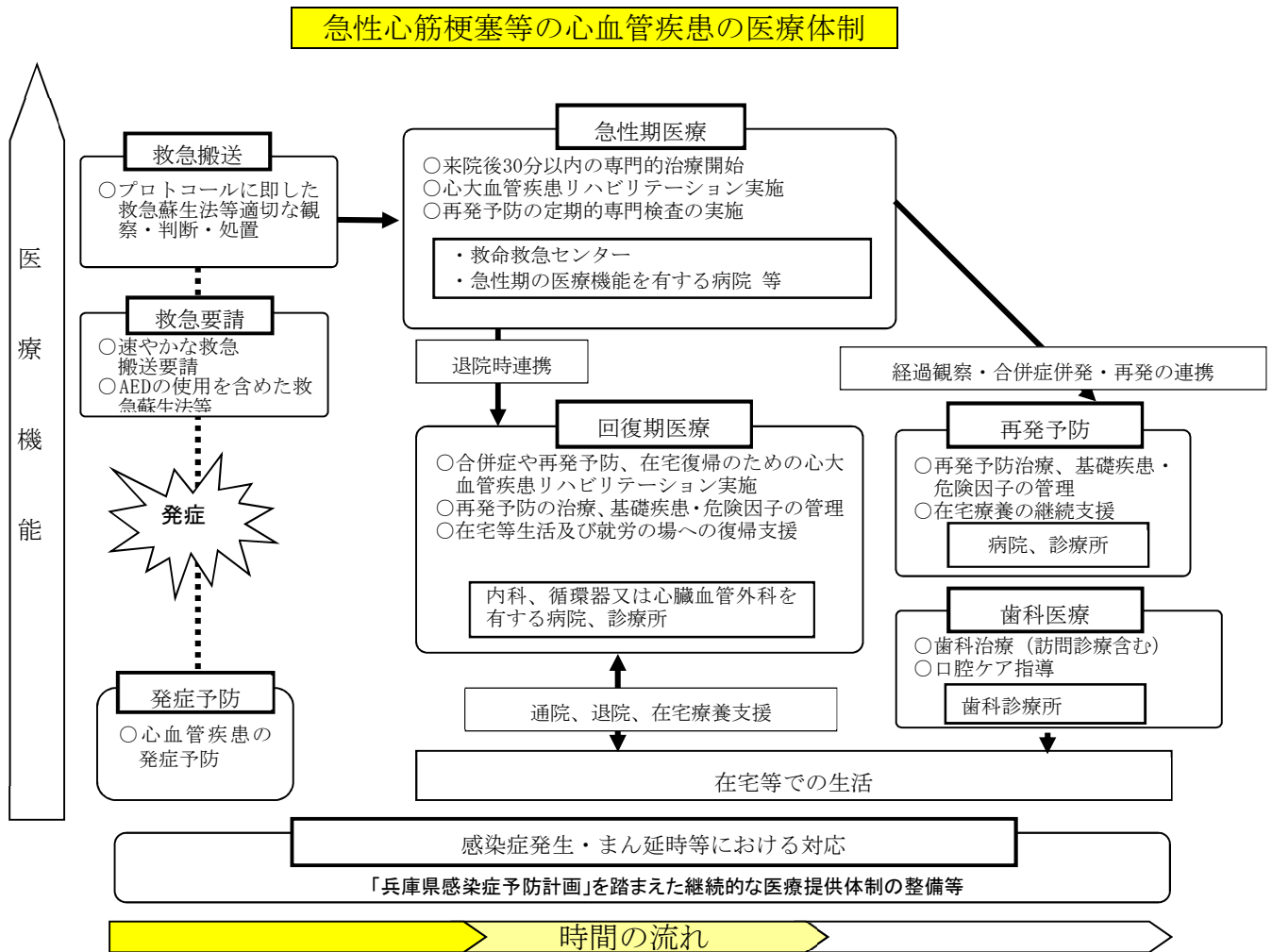
外来・入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (単位数)

	算定回数								算定回数(人口10万人対)	
	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県	全国
外来	33,157	59,189	13,954	-	17,472	-	-	-	2,539.1	1,402.2
入院	83,654	130,455	37,966	-	55,682	-	-	-	6,069.2	6,117.8

資料：厚生労働省「NDBデータ(令和2年)」

施策の方向性

・発症直後の救護、急性期、回復期、維持期、在宅療養に至るまで適切な医療・介護が切れ目なく行われるよう、医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所等の関係機関で知識や情報の共有を進めるなど連携体制の構築を推進します。



(4) リハビリテーション等の取組

現状と課題

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

本県におけるリハビリテーションが実施可能な医療機関（2023年4月時点）は脳卒中が368カ所、心疾患は88カ所あります。また、医療施設及び介護施設に従事する本県の理学療法士は人口10万当たり88.4人（全国値80.0人）、同じく言語聴覚士は17.0人（全国値14.2人）と全国値を上回っていますが、作業療法士は39.0（全国値40.5人）と全国値を下回っています。

また、誤嚥性肺炎等の合併症予防のためには急性期から継続した口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーションの実施が重要となりますが、脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数(人口10万対)は全国の1,798.3人に対し、本県は1,792.4人と下回っています。

施策の方向性

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

(5) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援

現状と課題

循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性があり、後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態になり得ることがありますが、このような場合には必要な福祉サービスを受けることができるようになっています。

また、循環器病の発症後には、うつや不安等が認められる場合もあるため、心理的サポートも求められます。とりわけ脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障害がわかりにくい摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があり、社会的理解や支援も必要となります。

てんかんは、神経内科、脳神経外科、小児科等で治療していることが多く、患者だけではなく、医療機関でも専門的な診療を行う医療機関を把握しておらず、適切な医療に結びついていない課題があることから、本県では、てんかん支援拠点病院を指定して、てんかんに対応可能な医療機関を明確にし、日本てんかん学会やてんかん診療ネットワーク施設等と連携することにより、地域における保健・医療・福祉の連携を強化するとともに支援体制の充実を図っています。また、県立総合リハビリテーションセンターを支援拠点機関に指定し、高次脳機能障害者に対して専門的な相談支援事業等を実施しています。

施策の方向性

- ・神戸大学医学部附属病院をてんかん支援拠点病院に指定して、患者・家族の治療および相談支援、地域における保健・医療・福祉の連携を強化して支援体制の充実を図ります。
- ・県立総合リハビリテーションセンターを支援拠点に、専門的な相談支援、評価やリハビリテーションの普及啓発等を行うとともに、高次脳機能障害の理解促進、地域の支援機関との情報共有等を推進します。

(6) 循環器病の緩和ケア

現状と課題

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

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

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

本県における心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数は、人口10万人当たり0.6施設で全国値(0.7施設)より低い水準にあります。

施策の方向性

- ・多職種連携や地域連携の下、患者の状態に応じた全人的な苦痛・症状の緩和やあらかじめ患者や家族が治療方針について話し合う「アドバンス・ケア・プランニング」に基づく意思決定支援など、初期段階からの循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアを推進します。
- ・患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療を提供するため、地域連携クリティカルパスの活用などにより入院医療機関と在宅緩和ケアを提供できる診療所などとの連携を推進します。

(7) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

現状と課題

循環器病患者は、慢性期に、脳卒中後の後遺症の残存や心血管疾患治療後の身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底等適切な管理及びケアを行うことも必要です。必要に応じて医療、介護及び福祉との連携を行うことも重要です。

本県では、住民が住み慣れた地域で生活しながら、状態に応じた適切に必要な医療・介護等を一体的に受けられる「地域包括ケアシステム」の中核的な役割を果たす地域包括支援センターが県内に212カ所（サブセンター5カ所、ブランチ72カ所を合わせると計289カ所）に設置されています。また、保健・医療・福祉の連携のもと、全県のリハビリテーションの推進の核となる全県リハビリテーション支援センターを県立総合リハビリテーションセンターに設置するとともに、圏域におけるリハビリテーション連携体制の推進を図る圏域リハビリテーション支援センターを設置し、地域リハビリテーションを推進しています。

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

地域包括ケア病床を有する病院に関する各圏域の状況

		神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨 姫路	但馬	丹波	淡路	合計
地域包括ケア病床を 有する病院・圏域数	病院数	47	29	12	10	29	6	4	4	141
	圏域数	9	6	3	4	7	4	2	3	38
(在宅医療圏域数)		(9)	(7)	(3)	(4)	(8)	(4)	(2)	(3)	(40)

資料：近畿厚生局届出受理（令和5年7月）

施策の方向性

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

（8）治療と仕事の両立支援・就労支援

現状と課題

脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者のうち、約17%が20～64歳であり、65歳未満の患者においては、約7割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告があります。脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰（復職）することが可能な場合も少なくありませんが、復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障害者就労支援などとの適切な連携が求められます。

また、虚血性心疾患を含む心疾患の患者のうち、約19%が20～64歳であり、治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多く存在しますが、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合があります。なお、本県の在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は57.1%で、在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は92.8%となっています。

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

在宅等生活の場に復帰した患者の割合

(%)

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨 姫路	但馬	丹波	淡路	全県
脳血管疾患	54.9	51.0	64.5	59.9	68.1	46.2	57.7	50.0	57.1
虚血性心疾患	90.2	93.5	94.0	92.4	95.5	91.2	91.6	98.2	92.8

資料：厚生労働省「患者調査（令和2年度）」

施策の方向性

- ・患者、主治医、事業者等の円滑な連携体制を目的として国が育成・配置する「両立支援コーディネーター」の活用等、関係者の連携による治療と仕事の両立支援を推進します。
- ・脳卒中や虚血性心疾患だけでなく、成人先天性心疾患や心筋症等の循環器病患者が治療と仕事の両立ができるよう、国が実施する治療と仕事の両立支援に対する事業者への費用助成や、県が実施する三大疾病（がん、脳卒中、心血管疾患）の治療で休職する従業員の代替職員を雇用した場合の助成金を活用して離職防止に努めます。

（9）小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対策

現状と課題

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

近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に慢性疾病に罹患した患者全体の死亡率は、大きく減少した一方で、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま、思春期、さらには成人期を迎える患者が増えていることから、身体機能の改善や日常生活動作の維持・向上のための小児期・若年期からのリハビリテーションの実施や、胎児期の段階を含め、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、他領域の診療科との連携、移行期医療を含めた総合的な医療体制の充実が求められます。

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

本県の小児循環器病患者への医療提供体制について、小児循環器専門医修練施設が2施設（2020.4.1時点）、小児循環器専門医数は19人（2023.4.1時点）います。また、成人先天性心疾患専門医総合・連携修練施設は5施設、成人先天性心疾患専門医は7人（2022.4.1時点）います。

施策の方向性

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

(10) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

現状と課題

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

相談支援については、急性期における医療機関受診に関することから、主に慢性期における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで多岐にわたります。

厚生労働省では、病院、診療所及び助産所から報告を受けた医療機関情報を集約し、住民や患者が利用しやすいように検索機能を付加した「医療情報ネット」を公表しており、本県では、県ホームページにおいて掲載しています。また、医療に関する相談等に対応するための窓口「医療安全相談センター」を設置し、必要な情報提供や助言を行っています。

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

施策の方向性

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

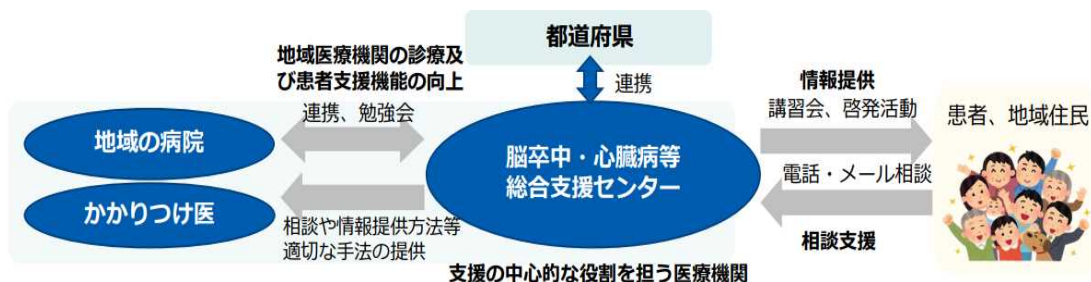
(11) 循環器病患者に対する総合的な支援体制の構築

現状と課題

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には、多職種が連携して、総合的な取組を進めることが必要です。このため、各医療施設で個々の取組は行われていますが、必要な情報が行き渡っているとはいえ、全ての支援について、十分なレベルで提供されているとは言えない状況です。

このため、本県では、専門的な知識を有し、循環器病に関する中心的な役割を担う神戸大学医学部附属病院及び神戸市立医療センター中央市民病院が連携し、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」（以下「総合支援センター」という。）を設置しています。

脳卒中・心臓病等総合支援センターのイメージ



施策の方向性

- ・総合支援センターが中心となり、県や地域の医療機関等と連携を図りながら、地域全体の患者支援体制の充実を図ります。
- ・患者や家族向けの相談支援窓口の設置をはじめ、地域住民を対象とした循環器病に関する情報提供や普及啓発、地域の医療機関等を対象とした研修会の開催などにより、地域の医療機関の診療や患者支援機能の向上を図ります。
- ・ワンストップで専門的な立場からの医療・福祉に関する必要な情報提供とともに、相談支援、治療と仕事の両立支援などにより、より効率的で質の高い支援が受けられる体制を推進します。

3. 循環器病に関する研究の活用及び協力

現状と課題

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

施策の方向性

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

V 循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項

1. 計画の推進体制

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

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

阪神・淡路大震災や東日本大震災、また、今後発生が予測される南海トラフ巨大地震等の地震災害の他、台風やゲリラ豪雨といった自然災害、JR福知山線列車脱線事故のような大規模な事故災害など、多様な災害等の発生時においても、災害拠点病院を中心に関係機関等が連携し、必要な医療が確保できる体制の構築を進めるとともに、避難所における二次的な健康被害の予防のための衛生管理・環境整備の支援を行います。また、昨今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の循環器診療のひっ迫が指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時においても、感染症医療を確保しつつ、それ以外の疾患の患者に対する通常医療も確保できるよう、医療機関の受入状況を共有するなど、平時からの医療提供体制の整備を進めます。

3. 計画の評価・見直し

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

資料編

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

脳卒中ロジックモデル

C 初期アウトカム指標

1. 危険因子の知識を普及させる		兵庫県	全国
C101	1日あたりの野菜の摂取量	303.5g	280.5g
C102	日常生活における歩数 (20歳以上)	男	7405歩
		女	6561歩
C103	日常生活の中で体を動かすことを習慣化している人の割合	36.5%	28.7%
C104	スポーツをする子どもの割合 (学校体育授業を除く、1日1時間以上)	小学生	44.7%
		中学生	70.1%
		高校生	52.1%
		男	64.4%
C105	適正体重を維持している者の割合	女	63.1%
		男	72.4%
C106	受動喫煙の機会を有する者の割合	職場	21.6%
		飲食店	17.3%
		行政機関	3.5%
		医療機関	4.6%
		家庭	8.0%
		—	—
2. 特定健診・特定保健指導を受けることができる。		兵庫県	全国
C201	特定健康診査の実施率	52.7%	56.2%
		特定保健指導実施率	22.7%
3. 再発防止の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている。		兵庫県	全国
C301	訪問看護を受ける患者数	医療	415.8
		介護	9004.4
C302	健康スポーツ医数	7.0	5.7
C303	歯周病専門医が在籍する医療機関数	0.4	0.8

4. 本人および家族等周囲にいる者が発症時に速やかに救急搬送の要請ができる。		兵庫県	全国
C401	脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)発症後30分以内の救急要請の達成率		
5. 突然の症状発出時に急性医療を担う医療機関の受診勧奨指示が		兵庫県	全国
C501	できる		
C501	一次脳卒中センター(PSC)数	42	—
6. 救急隊が、地域のメディカルコントロール協議会が定める活動プロトコルに沿って適切な観察・判断・処置ができる。		兵庫県	全国
C601	救急隊の救急救命士運用率	99.0%	93.2%
C602	脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部		
7. 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っている。		兵庫県	全国
C701	ドクターヘリ・消防防災ヘリによる県内カバー率	100%	—

8. 脳卒中の急性期医療に対応できる体制が整備されている。		兵庫県	全国	
C801	神経内科医師数	3.9	4.6	
C802	脳血管内治療専門医数	2.0	1.5	
C803	脳血栓回収療法実施医数	0.5	0.6	
C804	脳神経外科医師数	6.0	5.8	
C805	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数	0.7	0.6	
C806	一次脳卒中センター(PSC)数(再掲)	42	—	
C807	脳梗塞に対するtPAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	0.8	0.8	
C808	脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な病院数	0.5	0.5	
C809	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数(病院数)	0.3	0.2	
C809	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数(病床数)	2.2	1.3	
C810	脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	0.3	0.2	
C811	リハビリテーション科医師数	2.4	2.3	
C812	ICTを活用した医療機関連携ネットワークシステム導入医療機関数	10	—	
9. 脳嚙性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている。		兵庫県	全国	
C901	口腔機能管理を受ける患者数(急性期)	0.0	0.8	
10. 廃用症候群を予防し、早期に自立できるリハビリテーション体制が整備されている。		兵庫県	全国	
C1001	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	6.7	6.4	
C1002	理学療法士数	88.4	80.0	
		作業療法士数	39.0	40.5
		言語聴覚士数	17.0	14.2
C1003	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数(再掲)	0.7	0.6	
C1004	リハビリテーション科医師数(再掲)	2.4	2.3	
11. 回復期の医療機関との連携体制が構築されている。		兵庫県	全国	
C1101	脳卒中の地域連携パスを運用している医療機関数	9.0	10.0	

12. 専門医療スタッフにより集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関が整備されている。		兵庫県	全国	
C1201	回復期リハビリテーション病床数	83.0	70.2	
C1202	理学療法士数(再掲)	88.4	80.0	
		作業療法士数(再掲)	39.0	40.5
		言語聴覚士数(再掲)	17.0	14.2
13. 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている。		兵庫県	全国	
C1301	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数(再掲)	0.7	0.6	
C1302	リハビリテーション科医師数(再掲)	2.4	2.3	
14. 脳嚙性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている。		兵庫県	全国	
C1401	口腔機能管理を受ける患者数(回復期)	0.0	1.1	
C1402	歯周病専門医が在籍する医療機関数(再掲)	0.4	0.8	
15. 急性期及び維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が構築されている。		兵庫県	全国	
C1501	脳卒中の地域連携パスを運用している医療機関数(再掲)	9.0	10.0	
C1502	医療ソーシャルワーカー数	12.6	12.9	
16. 脳卒中患者の就労支援を推進させる体制が整っている		兵庫県	全国	
C1601	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	12.3	14.0	

17. 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、支援が提供される体制が整備されている。		兵庫県	全国
C1701	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数(再掲)	6.7	6.4
C1702	訪問リハビリを提供している事業所数	4.2	3.9
C1703	通所リハビリを提供している事業所数	6.6	6.3
C1704	老人保健施設設定員数	254.0	288.2
18. 脳嚙性肺炎の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている。		兵庫県	全国
C1801	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	6,568.8	4,392.4
19. 回復期および急性期の医療機関等との連携体制が構築されている。		兵庫県	全国
C1901	入退院支援を行っている医療機関数	4.1	3.7
C1902	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	260.5	283.6

B 中間アウトカム指標

1. 【予防】基礎疾患および危険因子の管理ができている。		兵庫県	全国
B101	喫煙率	男	23.1%
		女	6.3%
B102	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	219.5	216.9
B103	脂質異常患者の年齢調整外来受療率	80.1	66.8
B104	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	3,566.3	3,977.6
B105	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備軍者数	2,800.5	2,987.7
B106	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	95.9	92.0
B106	1日あたりの食塩摂取量	9.8g	10.1g

2. 【救護】患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される。		兵庫県	全国
B201	救急要請(知覚)から医療機関への収容までに要した平均時間(分)	40.4分	42.8分
B202	脳血管疾患により救急搬送された患者数	8.0	—

3. 【急性期】発症後早期に専門的な治療を受けることができる。		兵庫県	全国
B301	脳卒中診断患者数	304.2	287.5
B302	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施案件	算定回数	9.7
		SCR	101.7
B303	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	算定回数	15.4
		SCR	127.3
4. 【急性期】発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる		兵庫県	全国
B401	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数	算定回数	9.3
		SCR	85.6
B402	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療法等)の実施件数	算定回数	8.5
		SCR	79.6
B403	来院からt-PAによる点滴開始までの平均時間(分)	78.9	83.3
		来院から脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療法等)による穿刺までの平均時間(分)	101.4
B404	脳卒中による入院と同日に摂食機能療法を実施された患者数	1,792.4	1,798.3
B405	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数	算定回数	96,946.7
		SCR	107.2
B406	脳卒中30日以内院内死亡率	5.17%	6.57%
B407	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	算定回数	89.9
		SCR	133.60

5. 【回復期】身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けることができる		兵庫県	全国
B501	脳卒中による入院と同日に摂食機能療法を実施された患者数(再掲)	1,792.4	1,798.3
B502	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	算定回数	151,475.8
		SCR	93.8
B503	ADL改善率	102.7%	73.3%
B504	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	算定回数	89.9
B505	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	SCR	133.60

6. 【維持期・生活期】日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる		兵庫県	全国
B601	訪問リハビリを受ける利用者数	医療	176.5
		介護	1,452.0
B602	通所リハビリを受ける利用者数	5,555.0	5,499.9
B603	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(再掲)	算定回数	151,475.8
		SCR	93.8
B604	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	算定回数	89.9
		SCR	133.60

A 分野アウトカム指標

1. 脳卒中の発生が減少している		兵庫県	全国
A101	脳血管疾患受療率	入院	90.0
		外来	67.0
A102	脳卒中診断患者数	304.2	287.5

2. 脳卒中による死亡が減少している		兵庫県	全国
A201	脳血管疾患の年齢調整死亡率	男	88.7
		女	51.4
A202	脳卒中標準化死亡率(全体)	男	95.4
		女	92.7
	脳卒中標準化死亡率(脳出血)	男	92.0
		女	91.9
	脳卒中標準化死亡率(脳梗塞)	男	92.2
		女	91.3

3. 脳血管疾患患者の入院期間が改善している。脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる		兵庫県	全国	
A301	退院患者平均在院日数	53.6	76.8	
A302	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	57.1%	55.2%	
A303	健康寿命と平均寿命の差	国基準	男	9.39
			女	12.36
		県基準	男	1.44
			女	3.16
A304	tPAまたは経皮的脳血栓回収療法を受けた患者のうち90日mRS0-2の件数	7.0	4.5	
A305	脳卒中(発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)患者が退院後6か月に再入院する率			

*は人口10万人対換算

心血管疾患ロジックモデル

C 初期アウトカム指標

1. 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理ができています		兵庫県	全国	
C101	喫煙率	男	23.1%	25.4%
		女	6.3%	7.7%
C102	受動喫煙の機会を有する者の割合	職場	21.6%	—
		飲食店	17.3%	—
		行政機関	3.5%	—
		医療機関	4.6%	—
		家庭	8.0%	—
C103	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	219.5	216.9	
C104	脂質異常患者の年齢調整外来受療率	80.1	66.8	
C105	1日あたりの食塩摂取量	9.8g	10.1g	
C106	日常生活における歩数（20歳以上）	男	7405歩	7864歩
		女	6561歩	6685歩
C107	スポーツをする子どもの割合 （学校体育授業を除く、1日1時間以上）	小学生	44.7%	—
		中学生	70.1%	—
		高校生	52.1%	—
C108	健康スポーツ医数	7.0	5.7	
C109	歯周病専門医が在籍する医療機関数	0.4	0.8	
2. 特定健診・特定保健指導を受けることができます		兵庫県	全国	
C201	特定健康診査の実施率		52.7%	56.2%
		特定保健指導実施率	22.7%	24.7%

3. 本人および家族等周囲にいる者が発症時に速やかに救急搬送の要請ができています		兵庫県	全国
C301	急性期心筋梗塞発症後30分以内の救急要請の達成率		
4. 心肺停止が疑われる者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を実施することができる		兵庫県	全国
C401	心肺停止患者全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	1.2	1.4
5. 救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコルに則し、適切な観察・判断・処置が実施できている		兵庫県	全国
C501	救急隊の救急救命士運用率	99.0%	93.2%

6. 24時間心血管疾患の急性期医療の専門的治療が実施できる体制が整っています		兵庫県	全国
C601	循環器内科医数	11.5	10.3
C602	心臓血管外科医数	2.1	2.6
C603	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	0.5	0.5
C604	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	1.2	1.2
	経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	1.2	1.2
C605	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	0.3	0.3
C606	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	0.5	0.6
C607	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する医療機関数・病床数（病院数）	0.2	0.2
	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する医療機関数・病床数（病床数）	1.0	1.3
C608	ICTを活用した医療機関連携ネットワークシステム導入医療機関数	10	—
7. 心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っています		兵庫県	全国
C701	心大血管リハビリテーション科(I) 届出医療機関数	1.5	1.2
	心大血管リハビリテーション科(II) 届出医療機関数	0.1	0.1
8. 回復期の医療機関やリハビリテーション施設と円滑な連携体制が構築されている		兵庫県	全国
C801	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数	2.9	2.6
C802	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	9.0	10.0

9. 心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている		兵庫県	全国
C901	心大血管リハビリテーション科(I) 届出医療機関数（再掲）	1.5	1.2
	心大血管リハビリテーション科(II) 届出医療機関数（再掲）	0.1	0.1
10. 急性期の医療機関との連携が構築されている		兵庫県	全国
C1001	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数（再掲）	2.9	2.6
C1002	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数（再掲）	9.0	10.0
11. 心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている		兵庫県	全国
C1101	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	0.6	0.7
C1102	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	1.1	0.9
12. 心血管疾患患者の就労支援を推進させる体制が整っている		兵庫県	全国
C1201	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	12.3	14.0

13. 心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている		兵庫県	全国	
C1301	心大血管リハビリテーション科(I) 届出医療機関数（再掲）	1.5	1.2	
	心大血管リハビリテーション科(II) 届出医療機関数（再掲）	0.1	0.1	
14. 回復期および急性期の医療機関等との連携体制が構築されている。		兵庫県	全国	
C1401	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数（再掲）	2.9	2.6	
C1402	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数（再掲）	9.0	10.0	
C1403	入退院支援の実施件数（入退支1）	算定回数	2,386.3	2,515.3
		SCR	94.4	100.0
		算定回数	372.5	272.9
C1404	入退院支援の実施件数（入退支2）	算定回数	135.1	100.0
		SCR	135.1	100.0
C1404	心血管患者における介護連携指導の実施件数	260.5	283.6	
15. 心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている		兵庫県	全国	
C1501	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数（再掲）	0.6	0.7	
C1502	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数（再掲）	1.1	0.9	
16. 慢性心疾患の再発を防止できる体制が整っている		兵庫県	全国	
C1601	慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数	0.6	0.4	
C1602	心不全療養指導士数	4.1	4.1	
C1603	心臓リハビリテーション指導士数	4.5	5.6	
17. 心血管疾患患者の在宅での療養支援体制が整っている		兵庫県	全国	
C1701	訪問診療を実施している診療所数	23.6	16.0	
C1701	訪問診療を実施している病院数	2.2	2.4	
C1702	訪問看護師数	45.3	34.4	
C1703	訪問薬剤指導を実施する薬局数（医療）	46.3	44.0	

B 中間アウトカム指標

1. 【予防】心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防できている		兵庫県	全国	
B101	虚血性心疾患により救急搬送された患者数（千人）	2.5	—	
B102	大動脈疾患による救急搬送された患者数（千人）	1.1	—	
B103	虚血性心疾患受療率	入院	12.0	9.0
		外来	61.0	42.0
	虚血性心疾患受療率全体（SCR）		86.7	100.0
	外来	68.0	100.0	

2. 【救護】心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的診療が可能な医療機関に到着できる		兵庫県	全国	
B201	救急要請（知覚）から医療機関への収容までに要した平均時間	37.9分	40.6分	
B202	心疾患によって救急搬送中に死亡した患者数	962	—	
B203	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率		11.9%	11.1%
		一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後社会復帰率	6.1%	6.9%

3. 【急性期】急性期の心血管疾患の治療の質が確保されている。		兵庫県	全国	
B301	PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、来院後90分以内の冠動脈再開通割合	48.4%	50.7%	
B302	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	算定回数	41.8	29.1
		SCR	142.6	100.0
B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	9.6	11.6	
B304	大動脈疾患患者に対する手術件数	15.7	13.3	
B305	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	算定回数	6,069.2	6,117.8
		SCR	105.4	100.0
B306	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	89.9	66.8	
B307	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	133.6	100.0	
B308	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	8.6	12.7	
B308	心血管患者の退院患者平均在院日数	19.3	24.6	
B308	急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率	0.86	—	
B309	急性心筋梗塞の院内死亡率	7.8%	8.5%	
B309	急性大動脈解離の院内死亡率	9.7%	11.8%	

4. 【回復期】発症早期から、合併症や再発予防、在宅復帰のためのリハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができる		兵庫県	全国	
B401	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（再掲）	算定回数	6,069.2	6,117.8
		SCR	105.4	100.0
		算定回数	2,539.1	1,402.2
B402	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	算定回数	191.1	100.0
		SCR	191.1	100.0
B403	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数	643.7	510.8	
B403	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数	SCR	105.7	100.0
B404	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（再掲）	算定回数	89.9	66.8
B404	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（再掲）	SCR	133.60	100.00
B405	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数（再掲）	算定回数	8.6	12.7
B405	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数（再掲）	SCR	19.3	24.6
B406	心血管患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	算定回数	0.2	0.8

5. 【慢性期・再発予防】日常生活の場で再発予防でき、心血管疾患リハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができ、合併症発症時には適切な対応を受けることができる		兵庫県	全国	
B501	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（再掲）	算定回数	2,539.1	1,402.2
		SCR	191.1	100.0
B502	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（再掲）	算定回数	89.9	66.8
		SCR	133.6	100.0
B503	訪問診療の実施件数	算定回数	16,652.4	15,426.7
B504	訪問看護利用者数	医療	415.8	376.9
		介護	9,004.4	5,663.4
B505	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療）	算定回数	2.1	3.7
B506	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（再掲）	算定回数	643.7	510.8
B506	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（再掲）	SCR	105.7	100.0

A 分野アウトカム指標

1. 心血管疾患による死亡が減少している		兵庫県	全国	
A101	心疾患の年齢調整死亡率	男	188.4	190.1
		女	112.1	109.2
A102	虚血性心疾患の年齢調整死亡率	男	75.6	73.0
		女	30.7	30.2
A103	心不全の年齢調整死亡率	男	74.2	69.0
		女	53.9	48.9
A104	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率	男	14.6	17.3
		女	9.0	10.5
A105	心疾患標準化死亡比（全体）	男	96.0	100
		女	100.8	100
	心疾患標準化死亡比（急性心筋梗塞）	男	116.9	100
		女	121.8	100
心疾患標準化死亡比（心不全）		男	105.9	100
		女	109.6	100

2. 心血管疾患の患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる		兵庫県	全国		
A201	健康寿命	国基準	男	72.48	72.68
			女	75.50	75.38
		県基準	男	80.41	—
			女	84.93	—
A202	急性心不全（慢性心不全の急性増悪含む）患者が退院後6か月に再入院する率				
A203	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	92.8%	—		
A204	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	79.90%	—		
A205	疾患患者の生活の質				

*は人口10万人対換算

ロジックモデル出典一覧（脳卒中）

番号	指標名	出典
A101	脳血管疾患受療率	令和2年患者調査
A102	脳卒中診断患者数	日本脳卒中学会PSCデータ（2023年10月時点）
A201	脳血管疾患の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告（令和2年 都道府県別年齢調整死亡率）
A202	脳卒中標準化死亡率（全体） 脳卒中標準化死亡率（脳出血） 脳卒中標準化死亡率（脳梗塞）	人口動態特殊報告（平成25年～平成29年 人口動態保健所・市区町村別統計）
A301	退院患者平均在院日数	令和2年患者調査
A302	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	令和2年患者調査
A303	健康寿命と平均寿命の差（国基準） 健康寿命と平均寿命の差（県基準）	厚生労働科学研究「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」都道府県別不健康寿命（2019年） 兵庫県調査
A304	tPAまたは経皮的脳血栓回収療法を受けた患者のうち90日mRS0-2の件数	日本脳卒中学会PSCデータ（2023年10月時点）
A305	脳卒中（発症7日以内脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）患者が退院後6か月に再入院する率	
B101	喫煙率	令和4年国民生活基礎調査
B102	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	令和2年患者調査を基に計算
B103	脂質異常患者の年齢調整外来受療率	令和2年患者調査を基に計算
B104	特定健康診査のうちメタボリックシンドローム該当者数 特定健康診査のうちメタボリックシンドローム予備軍者数	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年度患者調査（令和2年10月）
B105	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	患者調査（令和2年10月）
B106	1日あたりの食塩摂取量	全国：令和元年国民健康・栄養調査 兵庫県：令和3年度兵庫県健康づくり実態調査
B201	救急要請（知覚）から医療機関への取寄までに要した平均時間	令和4年版 救急救助の現況
B202	脳血管疾患により救急搬送された患者数	患者調査（令和2年）
B301	脳卒中診断患者数	日本脳卒中学会PSCデータ（2023年10月時点）
B302	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数（算定回数） 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）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）
B303	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数（算定回数） 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）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）
B401	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（算定回数） 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）
B402	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法）の実施件数（算定回数） 脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法）の実施件数（SCR）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）
B403	来院からt-PAによる点滴開始までの平均期間（分） 来院から脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法）による穿刺までの平均期間（分）	日本脳卒中学会PSCデータ（2023年10月時点）
B404	脳卒中による入院と同時に摂食機能療法を実施された患者数	NDB（令和3年）
B405	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（算定回数） 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）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）
B406	脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）30日以内院内死亡率	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分）
B407	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数） 脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）
B501	脳卒中による入院と同日に摂食機能療法を実施された患者数（再掲）	NDB（令和3年）
B502	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（算定回数） 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）
B503	ADL改善率	令和3年度病床機能報告
B504	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（再掲）（算定回数） 脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（再掲）（SCR）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）
B505	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分）
B601	訪問リハビリを受ける利用者数（医療） 訪問リハビリを受ける利用者数（介護）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 令和2年度介護保険事業状況報告（年報）
B602	通所リハビリを受ける利用者数	令和2年度介護保険事業状況報告（年報）
B603	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（再掲）（算定回数） 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（再掲）（SCR）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）
B604	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（再掲）（算定回数） 脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（再掲）（SCR）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2(2020)年度診療分）
C101	1日あたりの野菜の摂取量	全国：令和元年国民健康・栄養調査 兵庫県：令和3年度兵庫県健康づくり実態調査
C102	日常生活における歩数（20歳以上）	令和4年国民健康・栄養調査
C103	日常生活の中で体を動かすことを習慣化している人の割合	全国：令和元年国民健康・栄養調査 兵庫県：令和3年度兵庫県健康づくり実態調査
C104	スポーツをする子どもの割合	兵庫県調べ
C105	適正体重を維持している者の割合	全国：令和元年国民健康・栄養調査 兵庫県：令和3年度兵庫県健康づくり実態調査
C106	受動喫煙の機会を有する者の割合	令和3年度兵庫県健康づくり実態調査
C201	特定健康診査の実施率 特定保健指導実施率	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
C301	訪問看護を受ける患者数（医療） 訪問看護を受ける患者数（介護）	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分） 令和2年度介護保険事業状況報告（年報）
C302	健康スポーツ医数	日本医師会調べ（令和5年）
C303	歯周病専門医が在籍する医療機関数	日本歯周病学会（令和5年5月31日現在）
C401	脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）発症後30分以内の救急要請の達成率	
C501	一次脳卒中センター（PSC）数	日本脳卒中学会（認定期間：2023/4/1～2024/3/31）
C601	救急隊の救急救命士運用率	令和4年版 救急救助の現況
C602	脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部	
C701	ドクターヘリ・消防防災ヘリによる県内カバー率	兵庫県調べ
C801	神経内科医数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C802	脳血管内治療専門医数	日本脳神経血管内治療学会データ（2023年4月1日時点）
C803	脳血栓回収療法実施医数	日本脳神経血管内治療学会データ（2023年4月1日時点）
C804	脳神経外科医数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C805	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数	日本看護協会（2022年12月25日時点）
C806	一次脳卒中センター（PSC）数（再掲）	日本脳卒中学会（認定期間：2023/4/1～2024/3/31）
C807	脳梗塞に対するtPAによる血栓溶解法の実施可能な病院数	超急性期脳卒中加算 届出病院数
C808	脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な病院数	NDB（令和3年）
C809	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数（病院数）	令和2年医療施設静態調査
C810	脳卒中中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	日本脳卒中学会年次報告（令和4年11月時点）
C811	リハビリテーション科医数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C812	ICTを活用した医療機関連携ネットワークシステム導入医療機関数	兵庫県調べ
C901	口腔機能管理を受ける患者数（急性期）	令和3年病床機能報告
C1001	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
C1002	理学療法士数 作業療法士数 言語聴覚士数	令和2年医療施設静態調査
C1003	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数（再掲）	日本看護協会（2022年12月25日時点）
C1004	リハビリテーション科医数（再掲）	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C1101	脳卒中中の地域連携パスを運用している医療機関数	医療機能情報（2022年10月時点）
C1201	回復期リハビリテーション病床数	令和3年度病床機能報告
C1202	理学療法士数（再掲） 作業療法士数（再掲） 言語聴覚士数（再掲）	令和2年医療施設静態調査
C1301	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数（再掲）	日本看護協会（2022年12月25日時点）
C1302	リハビリテーション科医数（再掲）	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C1401	口腔機能管理を受ける患者数（回復期）	令和3年病床機能報告
C1402	歯周病専門医が在籍する医療機関数（再掲）	日本歯周病学会（令和5年5月31日現在）
C1501	脳卒中中の地域連携パスを運用している医療機関数（再掲）	医療機能情報（2022年10月時点）
C1502	医療ソーシャルワーカー数	令和2年医療施設静態調査
C1601	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	独立行政法人労働者健康安全機構「両立支援コーディネーター基礎研修」（令和5年3月31日現在）
C1701	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲）	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
C1702	訪問リハビリを提供している事業所数	介護サービス情報公表システム（2023年5月時点）
C1703	通所リハビリを提供している事業所数	介護サービス情報公表システム（2023年5月時点）
C1704	老人保健施設定員数	介護サービス情報公表システム（2023年5月時点）
C1801	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分）
C1901	入院支援を行っている医療機関数	地方厚生局届出受理（2023年4月時点）
C1902	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」（令和2年度診療分）

ロジックモデル出典一覧 (心血管疾患)

番号	指標名	出典
A101	心疾患の年齢調整死亡率	
A102	虚血性心疾患の年齢調整死亡率	
A103	心不全の年齢調整死亡率	
A104	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告 (令和2年 都道府県別年齢調整死亡率)
A105	心疾患標準化死亡率 (全体) 心疾患標準化死亡率 (急性心筋梗塞) 心疾患標準化死亡率 (心不全)	人口動態特殊報告 (平成25年～平成29年 人口動態保健所・市区町村別統計)
A201	健康寿命 (国基準) 健康寿命 (県基準)	厚生労働科学研究「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」都道府県別不健康寿命 (2019年) 兵庫県調べ (令和2年)
A202	急性心不全 (慢性心不全の急性増悪含む) 患者が退院後6か月に再入院する率	
A203	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	令和2年患者調査
A204	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	令和2年患者調査
A205	疾患患者の生活の質	
B101	虚血性心疾患により救急搬送された患者数 (千人)	令和2年患者調査
B102	大動脈疾患による救急搬送された患者数 (千人)	令和2年患者調査
B103	虚血性心疾患受療率 虚血性心疾患受療率 (SCR)	令和2年患者調査 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
B201	救急要請 (知覚) から医療機関への収容までに要した平均時間	令和4年版 救急救助の現況
B202	心疾患によって救急搬送中に死亡した患者数	令和3年版 兵庫県消防防災年報
B203	一般市民が目撃した心原性心臓機能停止傷病者の1か月後生存率 一般市民が目撃した心原性心臓機能停止傷病者の1か月後社会復帰率	令和4年版 救急救助の現況
B301	PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、 来院後90分以内の冠動脈再開通割合	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)
B302	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの 実施件数 (算定回数) 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)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)
B304	大動脈疾患患者に対する手術件数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)
B305	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (算定回数) 入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (SCR)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
B306	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数 (算定回数) 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)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
B307	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 心血管患者の退院患者平均在院日数	令和2年患者調査
B308	急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率	NDB (令和3年)
B309	急性心筋梗塞の院内死亡率 急性大動脈解離の院内死亡率	日本循環器学会 (JROAD) (2022年)
B401	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (再掲) (算定回数) 入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (再掲) (SCR)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
B402	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (算定回数) 外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (SCR)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
B403	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 (算定回数) 心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 (SCR)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
B404	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数 (再掲) (算定回数) 虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数 (再掲) (SCR)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
B405	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 (再掲) 心血管患者の退院患者平均在院日数 (再掲)	令和2年患者調査
B406	心血管患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)
B501	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (再掲) (算定回数) 外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (再掲) (SCR)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
B502	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数 (再掲) (算定回数) 虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数 (再掲) (SCR)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
B503	訪問診療の実施件数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)
B504	訪問看護利用者数 (医療)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)
B505	訪問看護利用者数 (介護)	令和2年度介護保険事業状況報告 (年報)
B506	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数 (医療)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)
B506	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 (再掲) (算定回数) 心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 (再掲) (SCR)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
C101	喫煙率	令和4年国民生活基礎調査
C102	受動喫煙の機会を有する者の割合	令和3年度兵庫県健康づくり実態調査
C103	高血圧性疾患の年齢調整外来受療率	令和2年患者調査を基に計算
C104	脂質異常患者の年齢調整外来受療率	令和2年患者調査を基に計算
C105	1日あたりの食塩摂取量	全国：令和元年国民健康・栄養調査 兵庫県：令和3年度兵庫県健康づくり実態調査
C106	日常生活における歩数 (20歳以上)	令和4年国民健康・栄養調査
C107	スポーツをする子どもの割合	兵庫県調べ
C108	健康スポーツ医数	日本医師会調べ (令和5年)
C109	産科専門医が在籍する医療機関数	日本産科婦科学会 (令和5年5月31日現在)
C201	特定健康診査の実施率 特定保健指導実施率	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
C301	急性期心筋梗塞発症後30分以内の救急要請の達成率	
C401	心臓停止患者全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	令和4年版 救急救助の現況
C501	救急隊の救急救命士運用率	令和4年版 救急救助の現況
C601	循環器内科医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C602	心臓血管外科医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C603	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	医療機能情報 (2022年10月時点)
C604	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	医療機能情報 (2022年10月時点)
C605	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	NDB (令和3年)
C606	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	医療機能情報 (2022年10月時点)
C607	心臓内科系集中治療室 (CCU) を有する医療機関数・病床数 (病院数) 心臓内科系集中治療室 (CCU) を有する医療機関数・病床数 (病床数)	令和2年医療施設静態調査
C608	ICTを活用した医療機関連携ネットワークシステム導入医療機関数	兵庫県調べ
C701	心大血管リハビリテーション科(I) 届出医療機関数 心大血管リハビリテーション科(II) 届出医療機関数	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)
C801	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で 地域連携室等を整備している医療機関数	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)
C802	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数	医療機能情報 (2022年10月時点)
C901	心大血管リハビリテーション科(I) 届出医療機関数 (再掲) 心大血管リハビリテーション科(II) 届出医療機関数 (再掲)	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)
C1001	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で 地域連携室等を整備している医療機関数 (再掲)	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)
C1002	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数 (再掲)	医療機能情報 (2022年10月時点)
C1101	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)
C1102	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 (2022年10月23日時点)
C1201	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	独立行政法人労働者健康安全機構 「両立支援コーディネーター基礎研修」(令和5年3月31日現在)
C1301	心大血管リハビリテーション科(I) 届出医療機関数 (再掲) 心大血管リハビリテーション科(II) 届出医療機関数 (再掲)	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)
C1401	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で 地域連携室等を整備している医療機関数 (再掲)	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)
C1402	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数 (再掲)	医療機能情報 (2022年10月時点)
C1403	入退院支援の実施件数 (算定回数) 入退院支援の実施件数 (SCR)	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分) 内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR令和2(2020)年度診療分)
C1404	心血管患者における介護連携指導の実施件数	厚生労働省「NDB (National Data Base)」(令和2年度診療分)
C1501	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数 (再掲)	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)
C1502	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数 (再掲)	日本心不全学会 (2022年10月23日時点)
C1601	慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数	日本看護協会 (2022年12月25日時点)
C1602	心不全療養指導士数	日本循環器学会
C1603	心臓リハビリテーション指導士数	日本心臓リハビリテーション学会
C1701	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	令和2年医療施設静態調査
C1702	訪問看護師数	令和2年度衛生行政報告例
C1703	訪問薬剤指導を実施する薬局数 (医療)	地方厚生局届出受理 (2023年4月時点)

厚生発 0225 第 5 号
令和 8 年 2 月 25 日

各都道府県 衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省健康・生活衛生局長
(公 印 省 略)

脳卒中・心臓病等総合支援センターの整備について

我が国の脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）の対策については「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 9 条第 1 項に基づく「循環器病対策推進基本計画」（令和 5 年 3 月 28 日閣議決定。以下「基本計画」という。）により、総合的かつ計画的に推進しているところである。

基本計画において、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」として、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、多職種が連携して、総合的な取組を進めることとしている。

この取組を効果的に推進するため、専門的な知識を有し、地域の情報提供等の中心的な役割を担う医療機関に対し、脳卒中・心臓病等総合支援センター（以下「総合支援センター」という。）を配置し、地域全体の患者支援体制の充実を図るべく、厚生労働省では、令和 4 年度より「脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業」を実施し、各都道府県の循環器病に関する専門的な知識を有する医療機関に対して、総合支援センターの設置に係る支援を行ってきたところである。

今般、当該モデル事業で得られた知見や成果を踏まえ、各都道府県の循環器病対策の中で総合支援センターが適切に運用できるよう、各都道府県や総合支援センターにおける対応事項等について、「脳卒中・心臓病等総合支援センターの整備に関する指針」（以下「指針」という。）を別添のとおり定めたので通知する。

指針に規定する、報告書の「別途定める報告様式」については、令和 8 年度中に通知するので御留意されたい。

なお、総合支援センターの整備に当たっては、モデル事業での知見や成果を踏まえて対応することとし、令和 8 年度より運用する総合支援センターを配置する医療機関については、各都道府県から、令和 8 年 5 月 31 日までに厚生労働省へ報告すること。

ついては、指針の内容について御了知いただくとともに、貴管下の総合支援センターを配置する医療機関へ周知いただくようお願い申し上げます。なお、本通知は、地方自治法第 245 条の 4 第 1 項に基づく技術的な助言であることを申し添える。

脳卒中・心臓病等総合支援センターの整備に関する指針

略語

本指針において以下の略語を用いる。

略語	正式名称
循環器病	脳卒中、心臓病その他の循環器病
総合支援センター	脳卒中・心臓病等総合支援センター
モデル事業	脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業
国立循環器病研究センター	国立研究開発法人国立循環器病研究センター
協議会	循環器病対策推進協議会
都道府県協議会	都道府県循環器病対策推進協議会

I 総合支援センターの選定について

- 1 都道府県は、専門的な循環器病に係る医療提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、循環器病患者のための急性期から回復期及び維持期・生活期に携わる医療現場から介護・福祉の現場までの連携協力体制の整備、相談支援及び情報提供等を行うため、地域の情報提供等の中心的な役割を担う医療機関に総合支援センターを1カ所配置するものとする。ただし、脳卒中分野及び心血管疾患分野における医療機関ごとの特性、循環器病患者や地域の医療機関等との協力体制の整備状況等を考慮し、循環器病対策が一層効率的かつ効果的に実施されるよう図るため、総合支援センターを配置する医療機関ごとの役割を明確にした上で、複数の医療機関に配置することも可能とする。

なお、厚生労働省による各都道府県に対する助言や情報提供に資するよう、都道府県において総合支援センターを配置した医療機関を変更する場合には、厚生労働省へ報告をすること。

- 2 総合支援センターは、循環器病の患者及びその家族の情報提供・相談支援等に対する総合的な取組を自施設で行うのみならず、都道府県及び循環器病に係る地域の中心的な医療機関と連携し、同取組を包括的に支援できることが求められることから、以下の全ての要件を満たす医療機関であること。なお、複数の医療機関に配置する場合は、複数の医療機関において、以下の要件を網羅していれば差し支えない。
 - ① 脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等）及び心血管疾患（急性心筋梗塞、大動脈解離、慢性心不全等）の急性期を含む入院診療を提供していること。

- ② 社会連携に基づく循環器病の患者支援、リハビリテーション等の取組、循環器病に関する適切な情報提供・相談支援、循環器病の緩和ケア、循環器病の後遺症を有する者に対する支援、治療と仕事の両立支援・就労支援及び小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対応ができること。
- ③ 当該都道府県内及び近隣の都道府県内の急性期を含む循環器病の診療を行っている施設と十分に連携できること。
- ④ 自施設の所在地がある都道府県と十分に連携できること。
- ⑤ 医療機関の長やそれに準ずる者が参画するなど、施設全体として、都道府県の総合支援センターとしての対応が可能な体制が確保できること。

3 総合支援センターは、都道府県の循環器病対策推進計画や都道府県協議会等の議論を踏まえ、自治体や関連学会等とも連携しながら、以下の内容に関する取組を行うこと。

- ・ 循環器病患者・家族の相談支援窓口の設置（電話・メール等を含め、自施設通院中の患者のみならず、地域の医療機関からの相談及び他施設通院中であって通院中の医療機関では対応が困難な患者からの相談についても対応すること）
- ・ 地域住民を対象とした循環器病の予防に関する内容等を含めた情報提供及び普及啓発
- ・ 都道府県内の医療機関、かかりつけ医を対象とした研修会、勉強会等の開催
- ・ 相談支援を効率的に行うための資材（パンフレットなど）の活用及び提供
- ・ その他包括的な支援体制を効率的に提供するために必要と考えられるもの

また、以下の取組内容については、総合支援センターにおいて、可能な限り全てを実施するとともに、地域の医療機関においても同様の取組ができるように、地域における中心的な役割を担い、医療機関や関係機関との連携を推進すること。

- ・ 循環器病に関する疾患や治療、リハビリテーション、介護、心理サポート、就学・就労支援、障害（心機能障害、高次脳機能障害等）、福祉サービス等に関する適切な情報提供及び相談支援
- ・ 循環器病患者・家族等に対する、患者の状態や目的に応じた、入院及び外来でのリハビリテーションを含む医療、介護・福祉、就学・就労、障害等に関する相談支援
- ・ 急性期から回復期及び維持期・生活期まで一貫性を持ったリハビリテーション治療等の提供における医療機関間連携の構築
- ・ 療養上の意思決定や問題解決、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）等に関する情報提供等の取組

- ・ 循環器病患者・家族等に対する、苦痛やその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題への適切な緩和ケアの提供、特に重症例に対する療養と緩和ケアに関する情報提供及び支援（精神的なケアを含めた必要な専門領域との連携）
- ・ 治療早期からの社会復帰を目指した治療計画、介護保険・社会福祉制度の利用と、ピア・サポート（注1）、患者会等の紹介と連携の支援
- ・ 就労を視野に入れた、急性期から回復期及び維持期・生活期まで一貫した医療の連携支援及び個々の患者の状態に応じた就労評価の推進
- ・ 循環器病に関する、高齢社会への対応と地域包括ケアシステムと協働した医療介護連携体制の整備
- ・ 医療機関と事業者の連携を支える両立支援コーディネーターを活用した就労支援・両立支援
- ・ 小児期・若年期から成人期までの一貫した循環器病の診療支援
- ・ 先天性又は小児期発症の循環器病を持つ患者・家族に対する専門的な立場からの医療・福祉の情報提供及び就学・就労支援

II 各機関の役割等について

循環器病対策における総合支援センターの活用にあたっては国、国立循環器病研究センター、都道府県及び総合支援センターが連携した取組が実施できるよう、以下の役割を担うことが望ましい。

- 1 国は、協議会及び国立循環器病研究センター、関連学会等と協力し、循環器病対策の現状を踏まえ、以下の内容のとおり、総合支援センターの在り方等について検討するとともに、都道府県及び総合支援センターに対して技術的支援等を行う。
 - (1) 国立循環器病研究センター、都道府県及び総合支援センターにおける役割や評価方法等について示す。
 - (2) 国立循環器病研究センター、関連学会等と連携し、都道府県及び各総合支援センターにおける対応状況について、定期的に評価等を行う。
 - (3) 国立循環器病研究センターと連携し、各都道府県の総合支援センターにおける取組について事例等を収集し、協議会等を通じて、以下の内容を含めた適切な情報発信、技術的な支援等を行う。
 - ① 各都道府県における総合支援センターの体制整備状況の把握
 - ② 各都道府県における総合支援センターを中心とした包括的な患者の相談支援に関する取組及びその実績
 - ③ 各都道府県における総合支援センター等の急性期から回復期及び維持期・生活期に携わる円滑な医療の連携に関する実績や活動状況
 - ④ 各都道府県における総合支援センターと地域の医療機関やかかりつけ医による循環器病患者に係る地域連携体制及び取組実績

- 2 国立循環器病研究センターは、我が国の循環器病対策の中核的機関として、以下の体制を整備することにより、我が国全体の循環器病対策を牽引すること。
- (1) 都道府県や総合支援センター等へ必要に応じて積極的な情報収集に努め、その結果を分析・評価し、改善を要する場合は、必要な方策について、厚生労働省と共に検討すること。
 - (2) 厚生労働省、都道府県、全国総合支援センター等が参加する協議の場を設置し、当該協議の場で集約された意見を踏まえ、総合支援センターの在り方等について厚生労働省と共に検討すること。
 - (3) 都道府県及び総合支援センター等における循環器病患者に関する相談支援及び相談支援に携わる専門的な知識及び技能を有する医療従事者やその他支援者の育成等を行うこと。
 - (4) 厚生労働省と連携して各総合支援センターの課題抽出等の調査・研究等（情報収集や分析・評価）を実施すること。
- 3 都道府県は、管下の医療機関に総合支援センターを配置し、以下の内容を実施の上、都道府県における循環器病対策において、総合支援センターを活用すること。
- (1) 総合支援センターの活動実績等を定期的に把握するとともに、総合支援センターが地域において中心的な役割を担うことができるよう、脳卒中・心臓病等特別対策事業費等を活用し、人材の確保等を図るために必要な予算の確保に努め、総合支援センターの安定的な運営支援を実施すること。
 - (2) 総合支援センターと協力して、循環器病に関わる地域の課題抽出を行い、都道府県協議会等を活用しながら関係者と共有し、改善方策を検討すること。
 - (3) 総合支援センターと連携して、循環器病患者が急性期から回復期及び維持期・生活期等の患者のフェーズに応じた適切な医療が受けられるよう、都道府県協議会等の事務局機能を担うこと。また、都道府県内の急性期から回復期及び維持期・生活期の医療機関間の連携を強化する会議の開催にあたり事務局としての機能を担うこと。
 - (4) 循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び受入れの実施に係る救急医療の提供体制整備のため、各病院における診療実績・医療資源等を把握し、都道府県内の救急医療に対応する病院間のネットワーク構築及び会議の開催にあたり事務局機能を担うこと。
 - (5) 循環器病患者に関わる保健、医療及び福祉に携わる者が循環器病について理解を深めるための研修や、急性期から回復期及び維持期・生活期に携わる医療機関間及び職種別の連携を強化するためのネットワークや会議を活用する等、総合支援センターと共に多職種連携の推進を図る機会を設けること。

- (6) 循環器病の予防等の推進を図るため、総合支援センターと連携しながら、都道府県内の住民向けの普及啓発を行うこと。
- (7) 感染症のまん延や災害等が発生した状況においても必要な循環器病に係る医療提供体制を確保するため、当該都道府県や各二次医療圏におけるBCP（注2）について関係者と議論や取組状況の確認を行うこと。
- (8) 総合支援センターの取組について、センターがとりまとめた別途定める報告様式を用いた報告書をもって、都道府県において把握すること。なお、当該報告書は、毎年10月末日までに都道府県から厚生労働省へ提出すること。
- (9) 総合支援センターを配置する医療機関を変更する際には、取組内容を踏まえ、必要に応じて都道府県協議会において議論を行った上で、都道府県において決定すること。なお、変更した場合には、変更を決定した日付から1ヶ月以内に、変更理由を併せて厚生労働省に報告すること。

4 総合支援センターは、都道府県と協力して、都道府県全体の循環器病対策における中心的な役割を担うとともに、都道府県協議会の運営に主体的に参画すること。また、地域において循環器病に係る医療機関、行政、患者支援団体等の関係団体と連携体制を構築すること。

- (1) 循環器病に係る医療提供体制の整備や相談支援等の観点から、地域の課題抽出を行い、都道府県協議会や地域の医療機関等の既存のネットワーク等を活用して、関係者と共に当該都道府県における対策を強力に推進する役割を担うこと。また、都道府県内の急性期から回復期及び維持期・生活期の医療機関間の連携を強化する会議の開催を行うこと。
- (2) 都道府県と共に、循環器病に係る地域の実情や課題等について共有し、分析・評価した内容を基に、都道府県全体の循環器病に係る急性期から回復期及び維持期・生活期に携わる医療機関等との連携体制を構築するとともに、具体的な患者支援等に係る計画を立案・実行すること。
- (3) 都道府県と協力し、国立循環器病研究センターによる研修等に関する情報や協議会での協議事項が、確実に都道府県内の医療機関において共有・実践される体制を整備すること。
- (4) 都道府県と協力し、都道府県全体の循環器病に係る患者支援等の質の向上のため、次に掲げるアからオの事項について、地域住民が適切な治療や相談支援にスムーズにアクセスできる体制を確保し、必要に応じて技術的支援を行うこと。
 - ア 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
 - イ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援
 - ウ リハビリテーション等の取組
 - エ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援

オ 治療と仕事の両立支援・就労支援

- (5) 地域の住民の相談支援は、総合支援センター単独で対応するものではなく、地域の医療機関と協働して対応すべきものであるため、地域の住民が円滑に相談支援を受けられるよう、医療機関間での情報共有や役割分担を含む連携体制を整備すること。
- (6) 都道府県と協力し、リハビリテーション、相談支援、患者支援団体等について情報を集約し医療機関間で共有するとともに、総合支援センターの取組等について、循環器病患者や地域住民にわかりやすく広報すること。
- (7) 都道府県内の住民向けの予防・普及の取組にあたって、都道府県に対して技術的支援等を行うこと。
- (8) 政策的・公衆衛生学的に必要性の高い調査研究への協力を努める。また、それらの研究に対応する窓口の連絡先を国立循環器病研究センターに登録すること。
- (9) センターの取組について、別途定める報告様式を用いた報告書を取りまとめ、都道府県に報告すること。

用語の解説

1 ピア・サポート

患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること。

2 BCP

大地震等の自然災害、感染症のまん延、テロ等の事件、大事故、サプライチェーン（供給網）の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のこと。事業継続計画。

以上

第2期循環器病対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定） 概要

全体目標

2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少

個別施策

循環器病：脳卒中・心臓病その他の循環器病

【基盤】循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備

循環器病の診療情報を収集・活用する公的な枠組みの構築

1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

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

3. 循環器病の研究推進

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

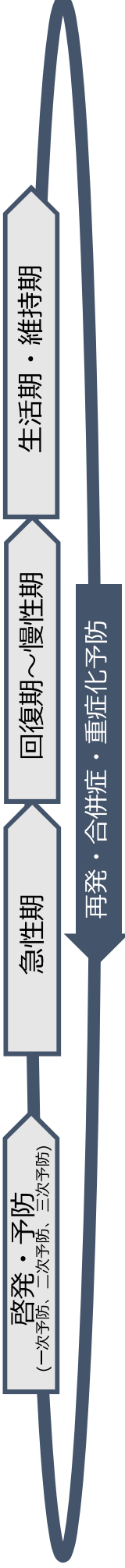
2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

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

循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項

- (1) 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化
- (2) 他の疾患等に係る対策との連携
- (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
- (4) 都道府県による計画の策定
- (5) 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化
- (6) 基本計画の評価・見直し

<循環器病の特徴と対策>



循環器病対策推進基本計画

令和5年3月

目次

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

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

1. はじめに

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）¹は、我が国の主要な死亡原因である。循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳出血、くも膜下出血等）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞等）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症等）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤等）、末梢血管疾患、肺血栓栓塞症、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、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ぬこととされている。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、国民と一体となつ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もあり、就労世代の患者数も一定程度存在することにも留意が必要である。このように幅広い年代に患者が存在することから、ライフステージ⁶にあった対策を考えていくことも求められる。

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

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症する生活習慣病である。生活習慣病の経過は、生活習慣病の予備群から、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行するが、患者自身が気付かない間に病気が進行することも多い。ただし、この経過のいずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な治療によって予防・進行抑制が可能であるという側面もある。

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

循環器病は、急激に発症し、数分や数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥り、突然死に至ることがある。たとえ死に至らなくとも、特に脳卒中においては重度の後遺症を残すことも多い。しかし、発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性がある。

回復期及び慢性期には、急性期に生じた障害が後遺症として残る可能性があるとともに、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えてい

⁵ 令和2（2020）年「患者調査」（厚生労働省）

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

るなど再発や増悪を来しやすいといった特徴がある。また、脳血管疾患と心血管疾患の両方に罹患することもある等、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化することも特徴の一つといえる。

（これまでの取組）

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

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

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

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

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

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

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

(今後の課題)

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

例えば、循環器病の予防や急性期の対応については、前述の循環器病の特徴を踏まえ、救急現場から医療機関へ迅速かつ適切に搬送できる体制の構築が求められている。また、予防から発症後の急性期、回復期及び慢性期それぞれへの対策を進めるだけでなく、発症後においても再発予防及び重症化予防を繰り返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、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、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き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よう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」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、データに基づき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用することについては、入り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期に適切な診療を開始することがあると同時に、回復期及び慢性期にも疾患の再発や増悪を来しやすいことといった特徴がある。こうした特徴を踏まえ、急性期医療の現場における診療情報の活用や診療提供体制の構築、予防（一次予防のみならず、二次予防及び三次予防も含む。¹²⁾等の公衆衛生政策等への診療情報の活用を目的として、国立研究開発法人国立循環器病研究センター（以下「国立循環器病研究センター」という。）をはじめとした医療機関、関係学会等と連携して、まずは脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、急性冠症候群、急性大動脈解離及び急性心不全（慢性心不全の急性増悪を含む。）に係る診療情報を収集・活用する公的な枠組みを構築する。

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

¹²⁾ 一次予防：生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等を予防すること。二次予防：疾病を早期に見出し、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）やフレイルの予防だけでなく、心不全などの治療にもつながる。また、近年発達しているウェアラブルデバイス等のIT機器を活用することで生活習慣を自己管理し、必要に応じ、早期の医療機関の受診等につなげることや、循環器病の主要な危険因子となる高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD¹⁴）等に対する様々な手段による治療等により、循環器病の包括的なリスク管理を行うことも重要である。

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

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

¹⁴ CKD : Chronic Kidney Disease

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

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

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

加えて、循環器病は、急激に病態が変化する場合があります。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ります。そのためには、患者やその家族等が、循環器病の発症を認識し、救急要請等を行うことにより、速やかに適切な治療を提供する医療機関を受診することが重要である。

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かとすると報告があるほか、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、行動変容をもたらず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などの科学的根拠も示されているが、これらの急性期治療を国民があまねく享受できない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・アクティペーター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、メデイ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、地域ごとにより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日受け入れら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、医療者の労働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・かかりつけ薬剤師等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるような取組を進める。取組に当たっては、当事者の意識や理解の評価を行い、それに基づいて推進することが重要であるため、医師会や学会などの関係団体等との連携や、関係者で構成される協議会の場等の活用も検討する。

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

④リハビリテーション等の取組

(現状・課題)

循環器病患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ、日常生活動作の

向上等の生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合もある。

脳卒中患者では、急性期診療を行った後にも様々な神経症状が残ることが多い。

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

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

高齢化に伴い、循環器病に嚥下機能障害や廃用症候群など、複数の合併症を認めることが増加している。複数の合併症を有する患者や、気管切開等の重度障害を有する患者等にも適切なリハビリテーションが提供できるような体制の構築を推進する。

⑤循環器病の後遺症を有する者に対する支援

（現状・課題）

循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性がある。後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となり得るが、このような場合には必要な福祉サービスを受けられ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た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。

定に基づき緩和ケアが提供される必要がある。

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

⑦社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

(現状・課題)

循環器病患者は、慢性期に、脳卒中後の後遺症の残存や心血管疾患治療後の身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合がある。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底等適切な管理及びケアを行うことも必要である。必要に応じて介護保険制度、障害者福祉制度及び医療制度が連携を行うことも重要である。そのため、循環器病患者が、急性期から回復期、慢性期まで切れ目なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が必要である。

(取り組むべき施策)

慢性期においても循環器病の再発予防や重症化予防のためにそれぞれの関係機関が相互に連携しながら、継続して必要な医療、介護及び福祉に係るサービスを提供することが必要であるため、患者の意思や希望を尊重するとともに、患者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、これを深化させ、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現に向けた取組を進める。特に、循環器病患者が、急性期、回復期、慢性期のいずれにおいても、医療サービスと介護及び福祉サービスを切れ目なく受けられることができるよう、医療介護連携体制の整備に取り組む。

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

門員及び相談支援専門員による相談・生活支援等に取り組む。

⑧治療と仕事の両立支援・就労支援

(現状・課題)

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

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

特に治療と仕事の両立支援については、循環器病の医療提供を行う医療機関

において、担当の両立支援コーディネーター²³を配置して、各個人の状況に応じた治療と仕事が両立できるよう取組を進めるなど、かかりつけ医等、会社・産業界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 主治医と会社と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、個々の患者ごとでの治療・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・産業界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旨と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、その病態は十分に明らかにはされおらず、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的し、大規模データの活用や、目覚ましい発展を遂げているゲノム・オミックス解析やAIによる画像診断などデジタル技術等の活用等による革新的な診断法や治療法の開発が求められている。

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

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

国は、循環器病対策を効果的に推進するため、治療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ぬこととされており、その他の法令の規定による計画としては、社会福祉サ-

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った視点が必要となる。

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ぬこととされている。

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年を中途に中間評価を行う。その際、個々の取り組みべき施策が、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に基づき改善を図り、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。

循環器病対策推進懇話会開催要綱

1 目的

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

2 検討事項

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

3 運営

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

4 謝金・旅費

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

5 委任

この要綱に定めるもののほか、懇話会の開催に関し必要な事項は、別に定める。

附則

- (1) この要綱は、令和5年6月1日から施行する。
- (2) この要綱は、令和8年2月9日から施行する。
- (3) この要綱は、令和8年5月31日限り、その効力を失う。

別表（第3条関係）

区 分	氏 名	役 職 等
学識経験者 専門医	大竹 寛雅	神戸大学医学部附属病院 副病院長、循環器内科教授、冠動脈疾患治療部部長、脳卒中・心臓病等総合支援センター長
	太田 剛史	神戸市立医療センター中央市民病院 脳神経外科部長
	岡田 健次	神戸大学医学部附属病院 副病院長、心臓血管外科教授、成人先天性心疾患センター長
	篠山 隆司	神戸大学医学部附属病院 病院長補佐、脳神経外科教授
救急業務に 従事する者	小谷 穰治	神戸大学医学部附属病院 救命救急科教授、救急・集中治療センター長、救命救急センター長
循環器病に 係る保健、 医療又は福 祉の業務に 従事する者	井澤 和大	神戸大学大学院保健学研究科 教授
	細谷 亮	神戸リハビリテーション病院 院長
都道府県が 必要と認め る者	北垣 幸央	一般社団法人兵庫県医師会 理事
	平田 健一	一般社団法人兵庫県病院協会 副会長
	松下 清美	公益社団法人兵庫県看護協会 専務理事
	山本 春佳	兵庫県市町保健師協議会 幹事 (伊丹市健康福祉部 保健医療推進室 母子保健課 主査)
	佐藤 裕美	全国健康保険協会兵庫支部 保健師
	木村 宏美	全国心臓病の子どもを守る会兵庫県支部 事務局長
	今枝 睦宏	脳卒中者友の会「あけぼの会」 会長兼事務局長