

# 第2期茨城県循環器病対策推進計画

計画期間 令和6（2024）年度～令和11（2029）年度

令和6年3月

茨 城 県

## 目次

<b>第Ⅰ章 計画の趣旨</b>	
第1節 策定の趣旨	3
第2節 計画の位置づけ	3
第3節 計画期間	3
<b>第Ⅱ章 本県の現状</b>	
第1節 県民の健康	4
第2節 人口推計	7
<b>第Ⅲ章 基本方針</b>	
第1節 全体目標	8
第2節 施策体系	8
第3節 重点取組事項	9
第4節 茨城県循環器病対策推進計画目標指標	10
<b>第Ⅳ章 分野毎の現状・課題、これまでの取組等</b>	
第1節 循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備	12
第2節 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	
(1) 循環器病を予防する生活習慣の取組の推進	13
■コホート研究「健診受診者生命予後追跡調査」	22
(2) 循環器病の救護に関する普及啓発	24
第3節 保健、医療及び介護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	27
(2) 救急搬送体制の整備・救急医療体制の確保	30
(3) 急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・ 介護提供体制の構築	35
■循環器病対策に求められる医療・介護機能と連携	43
(4) 循環器病の緩和ケア	50
(5) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	51
第4節 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者への支援	
(1) 地域における医療・介護連携の促進	52
(2) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	56
(3) 治療と仕事の両立支援・就労支援	58
■筑波大学附属病院茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センター	60

<b>第V章 循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項</b>	
第1節 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化	61
第2節 他の疾患等に係る対策との連携	61
第3節 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策	61
第4節 循環器病対策の進捗状況の把握及び評価等	61
第5節 計画の見直し	61

■ その他

茨城県循環器病対策推進計画ロジックモデル

- <参考資料> 茨城県循環器病対策推進協議会及び専門部会 設置要綱・要領  
茨城県循環器病対策推進協議会及び専門部会 委員名簿  
茨城県循環器病対策推進計画 策定経過

## 第 I 章 計画の趣旨

### 第 1 節 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、本県はもとより、全国でも主要な死亡原因であるとともに、重症化や後遺症により介護が必要となる主な原因のひとつでもあります。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、遺伝性疾患等の疾患が含まれます。

国においては、総合的な循環器病対策を推進し、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、平成 30（2018）年 12 月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下「法」という。）」が、議員立法により成立し、令和元（2019）年 12 月に施行され、令和 2（2020）年 10 月には基本的な施策の方向性を示すものとして「第 1 期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。

本県においては、法第 11 条第 1 項に基づき、国の基本計画を基本とし、本県の循環器病を取り巻く現状を踏まえた「茨城県循環器病対策推進計画」を令和 4（2022）年 3 月に策定して循環器病対策の一層の推進を図ることとしました。

### 第 2 節 計画の位置づけ

本計画は、県政運営の指針である「茨城県総合計画 いばらき未来共創プラン」の部門別計画として位置づけられる「茨城県保健医療計画」の一部であるとともに、法第 11 条第 1 項に規定する都道府県循環器病対策推進計画であり、国の「循環器病対策推進基本計画」を基本としながら、「第 4 次健康いばらき 21 プラン」、「茨城県総合がん対策推進計画－第五次計画－」、「茨城県傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準」など関連する諸計画との調和を図りつつ、本県の循環器病対策の基本的な方向性を定めるものです。

### 第 3 節 計画期間

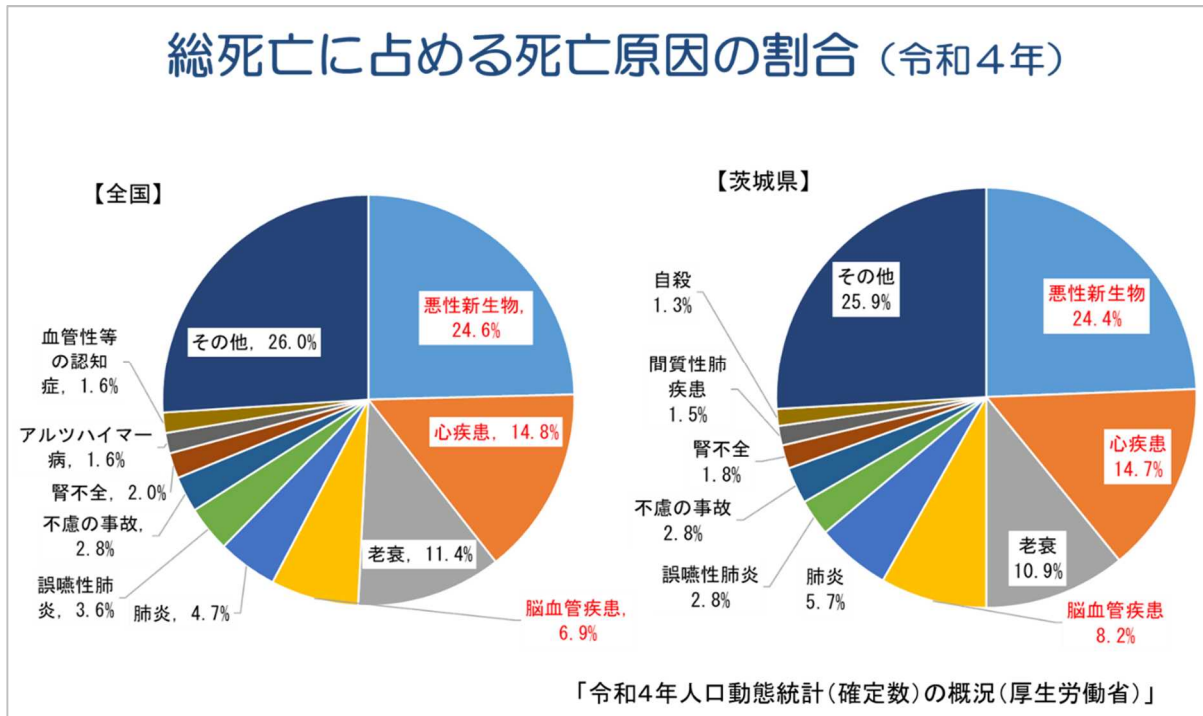
関連する諸計画との調和の観点から、令和 6（2024）年度から令和 11（2029）年度までの 6 年とします。

## 第Ⅱ章 本県の現状

### 第1節 県民の健康

#### ○ 死亡の状況

本県では、脳血管疾患、心疾患による死亡者が、全体の約4分の1を占めています。これは、全国と同程度の割合です。



令和2（2020）年における本県の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性の脳血管疾患は116.9で都道府県全国順位はワースト4位、女性の急性心筋梗塞は23.0でワースト7位と、全国に比べて高い状態となっています。

#### 【年齢調整死亡率（人口10万対）の状況（令和2（2020）年）】

疾患名	男性		女性	
	( ) 内は全国値	全国順位	( ) 内は全国値	全国順位
脳血管疾患	116.9 (93.8)	44位 (ワースト4位)	71.5 (56.4)	43位 (ワースト5位)
心疾患	194.7 (190.1)	28位 (ワースト20位)	116.0 (109.2)	31位 (ワースト17位)
(うち急性心筋梗塞)	54.2 (32.5)	44位 (ワースト4位)	23.0 (14.0)	41位 (ワースト7位)
(うち虚血性心疾患)	83.8 (73.0)	39位 (ワースト9位)	35.0 (30.2)	36位 (ワースト12位)

○ 健康寿命の状況

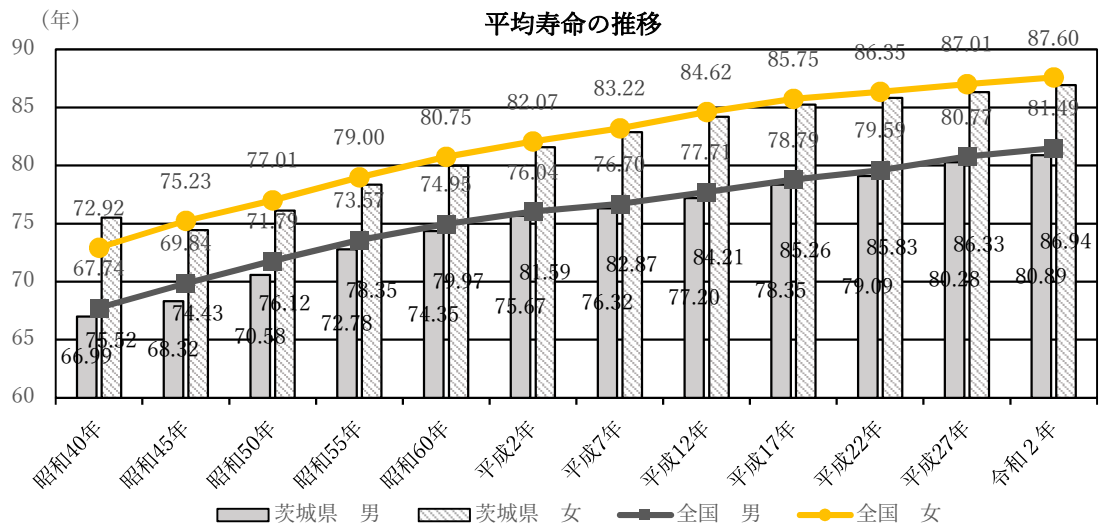
令和元年（2019）年における本県の健康寿命は、男性 72.71 年（全国 19 位）、女性 75.80 年（全国 17 位）となっています（厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」による）。

日常生活に制限のある「不健康な期間」である、平均寿命（令和 2（2020）年）と健康寿命の差は、男性で 8.18 年、女性で 11.14 年となっています。

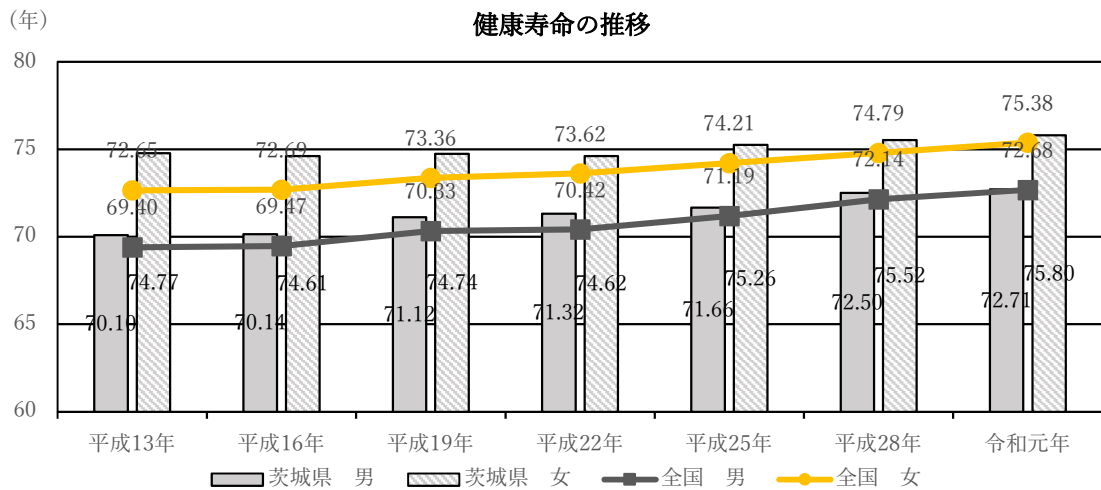
男 性						女 性					
順位	都道府県	健康寿命	順位	都道府県	平均寿命	順位	都道府県	健康寿命	順位	都道府県	平均寿命
1	大分	73.72	1	滋賀	82.73	1	三重	77.58	1	岡山	88.29
2	山梨	73.57	2	長野	82.68	2	山梨	76.74	2	滋賀	88.26
3	埼玉	73.48	3	奈良	82.40	3	宮崎	76.71	3	京都	88.25
4	滋賀	73.46	4	京都	82.24	4	大分	76.60	4	長野	88.23
5	静岡	73.45	5	神奈川	82.04	5	静岡	76.58	5	熊本	88.22
6	群馬	73.41	6	石川	82.00	6	島根	76.42	6	島根	88.21
7	鹿児島	73.40	7	福井	81.98	7	栃木	76.36	7	広島	88.16
8	山口	73.31	8	広島	81.95	8	高知	76.32	8	石川	88.11
9	宮崎	73.30	9	熊本	81.91	9	鹿児島	76.23	9	大分	87.99
10	福井	73.20	10	岐阜	81.90	10	富山	76.18	10	富山	87.97
10	神奈川	73.15	11	岡山	81.90	11	岐阜	76.18	11	奈良	87.95
12	石川	73.08	12	大分	81.88	12	愛知	76.09	12	山梨	87.94
13	岐阜	73.08	13	東京	81.77	13	青森	76.05	13	鳥取	87.91
13	東京	72.94	14	愛知	81.77	14	岡山	76.04	14	兵庫	87.90
15	佐賀	72.94	15	富山	81.74	15	秋田	76.00	15	神奈川	87.89
16	宮城	72.90	16	兵庫	81.72	16	石川	75.90	16	沖縄	87.88
16	三重	72.90	17	山梨	81.71	17	茨城	75.80	17	東京	87.86
18	愛知	72.85	18	宮城	81.70	18	群馬	75.80	18	福井	87.84
19	茨城	72.71	19	三重	81.68	18	福井	75.74	19	高知	87.84
20	富山	72.71	20	島根	81.63	20	埼玉	75.73	20	佐賀	87.78
21	京都	72.71	21	静岡	81.59	21	千葉	75.71	21	福岡	87.70
22	広島	72.71	22	香川	81.56	22	新潟	75.68	22	香川	87.64
23	奈良	72.70	23	千葉	81.45	23	山形	75.67	23	宮崎	87.60
24	山形	72.65	24	埼玉	81.44	24	熊本	75.59	24	三重	87.59
25	栃木	72.62	25	佐賀	81.41	25	沖縄	75.51	25	新潟	87.57
25	秋田	72.61	26	山形	81.39	26	兵庫	75.50	26	鹿児島	87.53
27	千葉	72.61	27	福岡	81.38	27	香川	75.47	27	愛知	87.52
28	新潟	72.61	28	鳥取	81.34	28	佐賀	75.47	28	宮城	87.51
28	島根	72.59	29	新潟	81.29	29	長崎	75.42	29	岐阜	87.51
30	長野	72.55	30	徳島	81.27	30	福島	75.37	30	千葉	87.50
31	兵庫	72.48	31	宮崎	81.15	31	和歌山	75.33	31	静岡	87.48
32	和歌山	72.39	32	群馬	81.13	32	山口	75.33	32	山口	87.43
33	香川	72.34	33	愛媛	81.13	33	福岡	75.19	33	徳島	87.42
34	長崎	72.29	34	山口	81.12	34	宮城	75.10	34	長崎	87.41
35	福島	72.28	35	和歌山	81.03	34	北海道	75.03	35	山形	87.38
36	岡山	72.28	36	長崎	81.01	36	徳島	75.03	36	大阪	87.37
36	熊本	72.24	37	栃木	81.00	37	長野	74.99	37	和歌山	87.36
36	福岡	72.22	38	鹿児島	80.95	38	神奈川	74.97	38	愛媛	87.34
39	徳島	72.13	39	北海道	80.92	39	奈良	74.95	39	埼玉	87.31
40	沖縄	72.11	40	茨城	80.89	40	大阪	74.78	40	群馬	87.18
41	大阪	71.88	41	大阪	80.81	41	鳥取	74.74	41	秋田	87.10
42	青森	71.73	42	高知	80.79	42	岩手	74.69	42	北海道	87.08
43	高知	71.63	43	沖縄	80.73	43	広島	74.59	43	岩手	87.05
44	北海道	71.60	44	岩手	80.64	44	愛媛	74.58	44	茨城	86.94
45	鳥取	71.58	45	福島	80.60	45	東京	74.55	45	栃木	86.89
46	愛媛	71.50	46	秋田	80.48	46	滋賀	74.44	46	福島	86.81
47	岩手	71.39	47	青森	79.27	47	京都	73.68	47	青森	86.33
全国平均 (R元)	72.68	全国平均 (R2)	81.49	全国平均 (R元)	75.38	全国平均 (R2)	87.60				

資料：健康寿命 厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

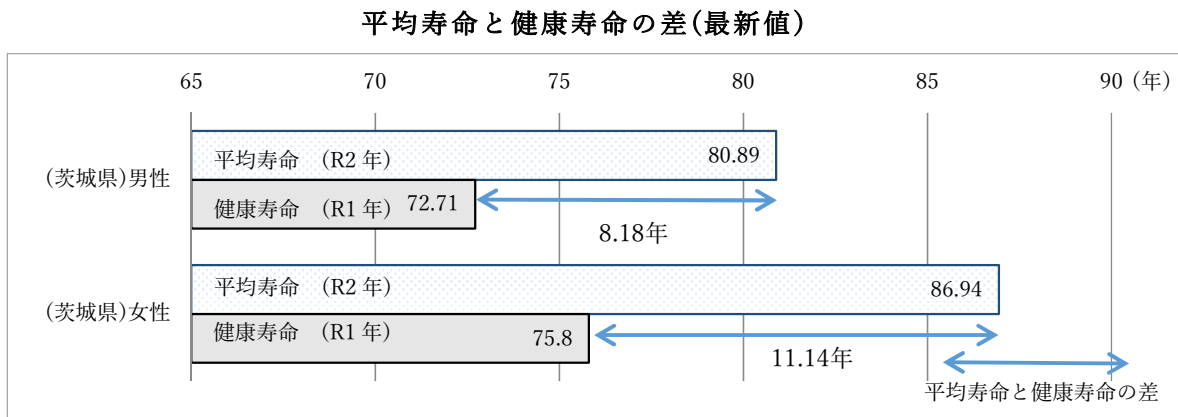
：平均寿命 厚生労働省 「都道府県別生命表」



資料：厚生労働省「都道府県別生命表」



資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

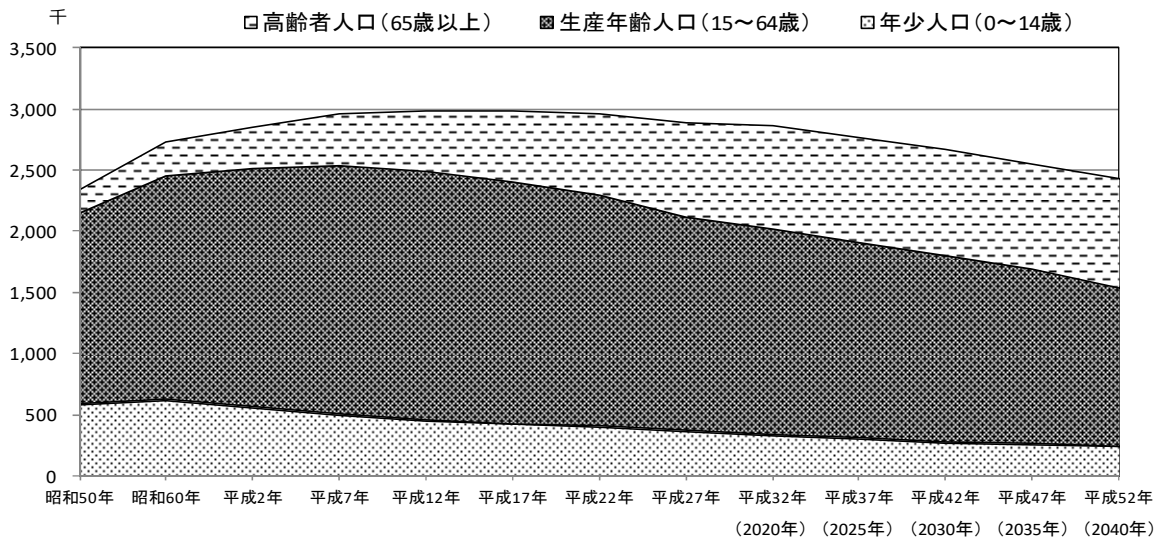


## 第2節 人口推計

### ○ 人口の見通し

本県の人口は、平成12(2000)年の298万人をピークに減少に転じており、令和22(2040)年頃には概ね245万人を下回るものと見込まれています。

年少人口(0～14歳の人口)が年々減少し続ける一方、高齢者人口は年々増加し続けており、令和22(2040)年の高齢者人口は年少人口の3.6倍になるものと予測されています。



資料:平成27年までは「国勢調査」,平成27年以降,国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2017版)」



### 第三章 基本方針

#### 第1節 全体目標

法の理念のもと、国の「循環器病対策推進基本計画」を踏まえ、本県の課題に対応した施策を展開することにより、「健康寿命の延伸」と「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指します。

##### (1) 健康寿命の延伸

健康寿命日本一を達成するため、平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸を図りながら、令和17（2035）年に男性76.21年、女性79.30年とすることを目指します。

##### 【目標値】

	R1（2019） 【現況値】	R11（2029） 【第2次計画 目標値】	R17（2035） 【第4次健康いばらき 21プラン目標値】
男性	72.71年	74.90年	76.21年
女性	75.80年	77.99年	79.30年

##### (2) 循環器病の年齢調整死亡率の減少

脳梗塞等の脳血管疾患や、急性心筋梗塞等の心血管疾患の年齢調整死亡率の減少を目指します。

2期計画では、令和11（2029）年までに、「脳血管疾患」、「急性心筋梗塞」、「虚血性心疾患」の年齢調整死亡率について、令和2（2020）年の値から10%の減少を目指します。

#### 第2節 施策体系

##### 1 循環器病の診療情報の収集・情報提供体制の整備

##### 2 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

(1) 循環器病を予防する生活習慣の取組の推進

(2) 循環器病の救護に関する普及啓発

##### 3 保健、医療及び介護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・救急医療体制の確保

(3) 急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築

(4) 循環器病の緩和ケア

(5) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

##### 4 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者への支援

(1) 地域における医療・介護連携の促進

(2) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

(3) 治療と仕事の両立支援・就労支援

### **第3節 重点取組事項**

全体目標を達成するため、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度の計画期間においては、前節に示した項目のうち、特に以下の施策に重点的に取り組むこととします。

#### **2 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発**

- （1）循環器病を予防する生活習慣の取組の推進
- （2）循環器病の救護に関する普及啓発

#### **3 保健、医療及び介護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・救急医療体制の確保
- （3）急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築

#### **4 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者への支援**

- （1）地域における医療・介護連携の促進

#### 第4節 茨城県循環器病対策推進計画目標指標

本計画に記載されている施策や取り組み等の結果を評価するため、第2期計画（令和6（2024）年度～令和11（2029）年度）の目標指標・目標値を以下のとおり設定します。

＜目標値の考え方＞

目標値については、関連する県の諸計画と整合性を図るため、各計画の令和5年度末の目標値を採用しています。  
目標値が「基準値の〇%減」と設定されている指標項目については、【基準値】を基準として評価します。

【他の計画との関連指標】★＝第8次茨城県保健医療計画の指標 ☆＝第4次健康いばらき21プランの指標

【脳卒中】

指標項目	区分	【基準値】 茨城県	【現況値】		【目標値】 (R11年度末)	出典（現況値の時点）
			茨城県	全国		
C101 成人の喫煙率	☆	男性	25.6%	—	12.0%	(茨城県) 茨城県総合がん対策推進モニタリング調査 (R4)
	女性	6.9%	—	4.0%		
C102 成人の1日あたり食塩平均摂取量	★	男性	10.9g	—	8.0g	(茨城県) 茨城県総合がん対策推進モニタリング調査 (R4)
	☆	女性	8.9	—	7.0g	
C104 収縮期血圧年齢調整平均値（40～74歳）	☆	男性	127.8mmHg	—	122.7mmHg	令和5年茨城県市町村別健康指標（R3年値） 基準人口：平成27年人口モデル
	女性	123.5mmHg	—	116.1mmHg		
C105 脂質異常症者（LDLコレステロール≥160mg/dl、服薬者）の割合（40～74歳）	☆	男性	12.6%	—	減少	令和5年茨城県市町村別健康指標（R3年値） 基準人口：平成27年人口モデル
	女性	14.6%	—			
C106 空腹時血糖値126mg/dl以上、随時血糖126mg/dl以上、HbA1c(NGSP)6.5以上、または糖尿病治療中の方の割合（40～74歳）	☆	男性	14.0%	—	減少	令和5年茨城県市町村別健康指標（R3年値） 基準人口：平成27年人口モデル
	女性	6.7%	—			
C112 高血圧薬を飲んでいない人のうち、血圧が160mmHg/100mmHg以上の人の割合（40～74歳）	☆	男性	6.0%	—	減少	市町村特定健康診査データ（市町村国民健康被保険者）から算出（令和3年値）
	女性	3.4%	—			
C113 脂質異常症の薬を飲んでいない人のうち、LDLが180mg/dl以上の人の割合（40～74歳）	☆	男性	5.2%	—	減少	市町村特定健康診査データ（市町村国民健康被保険者）から算出（令和3年値）
	女性	6.6%	—			
C114 糖尿病の薬を飲んでいない人のうち、HbA1cが8%以上の人の割合（40～74歳）	☆	男性	1.1%	—	減少	市町村特定健康診査データ（市町村国民健康被保険者）から算出（令和3年値）
	女性	0.3%	—			
C202 特定健康診査実施率			54.8%	56.2%	70.0%	特定健診・特定保健指導の実施状況（R3年度）
C203 特定保健指導実施率（40～74歳）			22.7%	24.7%	45.0%	特定健診・特定保健指導の実施状況（R3年度）
B303 脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数			397件	—	増加	一次脳卒中センター（PSC）年次報告（令和4年）
B403 脳血管疾患による退院患者平均在院日数	★		66.2日	76.8日	短縮	患者調査（R4）
A102 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人対）	★	男性	116.9 (R2)	116.9	93.8	基準値の10%減 令和5年度（2023）人口動態特殊報告 基準人口：平成27年人口モデル
	女性	71.5 (R2)	71.5	56.4		
A101 健康寿命	☆	男性	72.71 (R1)	72.71	72.68	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推進対策の効果検証に関する研究」都道府県別健康寿命（R1）
	女性	75.80 (R1)	75.80	75.38	77.99	

※健診データを基とした指標については、健診受診率が向上した場合は、掘り起こし効果により一時的に数値が悪化する可能性があることに留意し、長期的な推移を観察する必要があります。

【心血管疾患】

	指標項目		区分	【基準値】 茨城県	【現況値】		【目標値】 (R11年度末)	出典（現況値の時点）
					茨城県	全国		
C101	成人の喫煙率	☆	男性		25.6%	—	12.0%	(茨城県) 茨城県総合がん対策推進モニタリング調査 (R4) (全国) 国民健康・栄養調査 (H28)
			女性		6.9%	—	4.0%	
C102	成人の1日あたり食塩平均摂取量	☆	男性		10.9g	—	8.0g	(茨城県) 茨城県総合がん対策推進モニタリング調査 (R4) (全国) 国民健康・栄養調査 (H28)
			女性		8.9	—	7.0g	
C104	収縮期血圧年齢調整平均値 (40～74歳)	☆	男性		127.8mmHg	—	122.7mmHg	令和5年茨城県市町村別健康指標 (R3年値) 基準人口：平成27年人口モデル
			女性		123.5mmHg	—	116.1mmHg	
C105	脂質異常症者 (LDLコレステロール $\geq$ 160mg/dl、服薬者) の割合 (40～74歳)	☆	男性		12.6%	—	減少	令和5年茨城県市町村別健康指標 (R3年値) 基準人口：平成27年人口モデル
			女性		14.6%	—		
C106	空腹時血糖値126mg/dl以上、随時血糖126mg/dl以上、HbA1c (NGSP) 6.5以上)、または糖尿病治療中の方の割合 (40～74歳)	☆	男性		14.0%	—	減少	令和5年茨城県市町村別健康指標 (R3年値) 基準人口：平成27年人口モデル
			女性		6.7%	—		
C112	高血圧薬を飲んでいない人のうち、血圧が160mmHg/100mmHg以上の人の割合 (40～74歳)	☆	男性		6.0%	—	減少	市町村特定健康診査データ (市町村国民健康被保険者) から算出 (令和3年値)
			女性		3.4%	—		
C113	脂質異常症の薬を飲んでいない人のうち、LDLが180mg/dl以上の人の割合 (40～74歳)	☆	男性		5.2%	—	減少	市町村特定健康診査データ (市町村国民健康被保険者) から算出 (令和3年値)
			女性		6.6%	—		
C114	糖尿病の薬を飲んでいない人のうち、HbA1cが8%以上の人の割合 (40～74歳)	☆	男性		1.1%	—	減少	市町村特定健康診査データ (市町村国民健康被保険者) から算出 (令和3年値)
			女性		0.3%	—		
C202	特定健康診査実施率			54.8%	56.2%	70.0%	特定健診・特定保健指導の実施状況 (R3年度)	
C203	特定保健指導実施率 (40～74歳)			22.7%	24.7%	45.0%	特定健診・特定保健指導の実施状況 (R3年度)	
C401	24時間PCIが可能な医療機関数	★		19		現状維持	令和4年度心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査 (健康推進課)	
B303	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達成率 (Door-to-balloon time)	★		50.5%		増加	厚生労働省「NDB (National Data Base)」 (令和2年度診療分)	
B305	急性大動脈解離に対する手術件数			124件	—	増加	令和4年度心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査 (健康推進課)	
C801	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	★		35施設	—	増加	心大血管疾患リハビリテーション料 (I、II) の届出施設数 (令和5年4月時点) (関東信越厚生局)	
A102	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率 (人口10万人対)	★	男性	54.2 (R2)	54.2	32.5	基準値の10%減	令和5年度 (2023) 人口動態特殊報告 基準人口：平成27年人口モデル
			女性	23.0 (R2)	23.0	14.0		
A102	虚血性心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万人対)	★	男性	83.8 (R2)	83.8	73.0	基準値の10%減	令和5年度 (2023) 人口動態特殊報告 基準人口：平成27年人口モデル
			女性	35.0 (R2)	35.0	30.2		
A101	健康寿命	☆	男性	72.71 (R1)	72.71	72.68	74.90	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推進対策の効果検証に関する研究」都道府県別健康寿命 (R1)
			女性	75.80 (R1)	75.80	75.38		

※健診データを基とした指標については、健診受診率が向上した場合は、掘り起こし効果により一時的に数値が悪化する可能性があることに留意し、長期的な推移を観察する必要がある。

## 第IV章 分野毎の現状・課題、これまでの取組等

### 第1節 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いとされています。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状況です。

一方で、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なります。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、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ます。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ています。

#### <公的な情報収集の枠組みの必要性>

厚生労働省が行う患者調査や研究者・学会の取組等、既存の調査及び取組から診療情報を活用することについては、入力に係る負担の軽減が可能となること等の強みがありますが、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す。

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もあります。

#### 施策の方向性

##### <公的な情報収集の枠組みの構築>

国では、基本計画のとおり、国立研究開発法人国立循環器病研究センターをはじめとした医療機関や関係学会と連携し、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に係る診療情報を収集・活用する公的な枠組みの構築に取り組んでいます。

本県では、国が関係学会等と連携して構築する公的な診療情報収集・活用の枠組みを踏まえ、本県の脳卒中、心疾患等の循環器病に係る実態を捉えるために必要な情報収集の枠組みの構築を検討していきます。

また、これらの取り組みは、現在国において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」の取組と連携して進めていくこととします。

## 第2節 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

### (1) 循環器病を予防する生活習慣の取組の推進

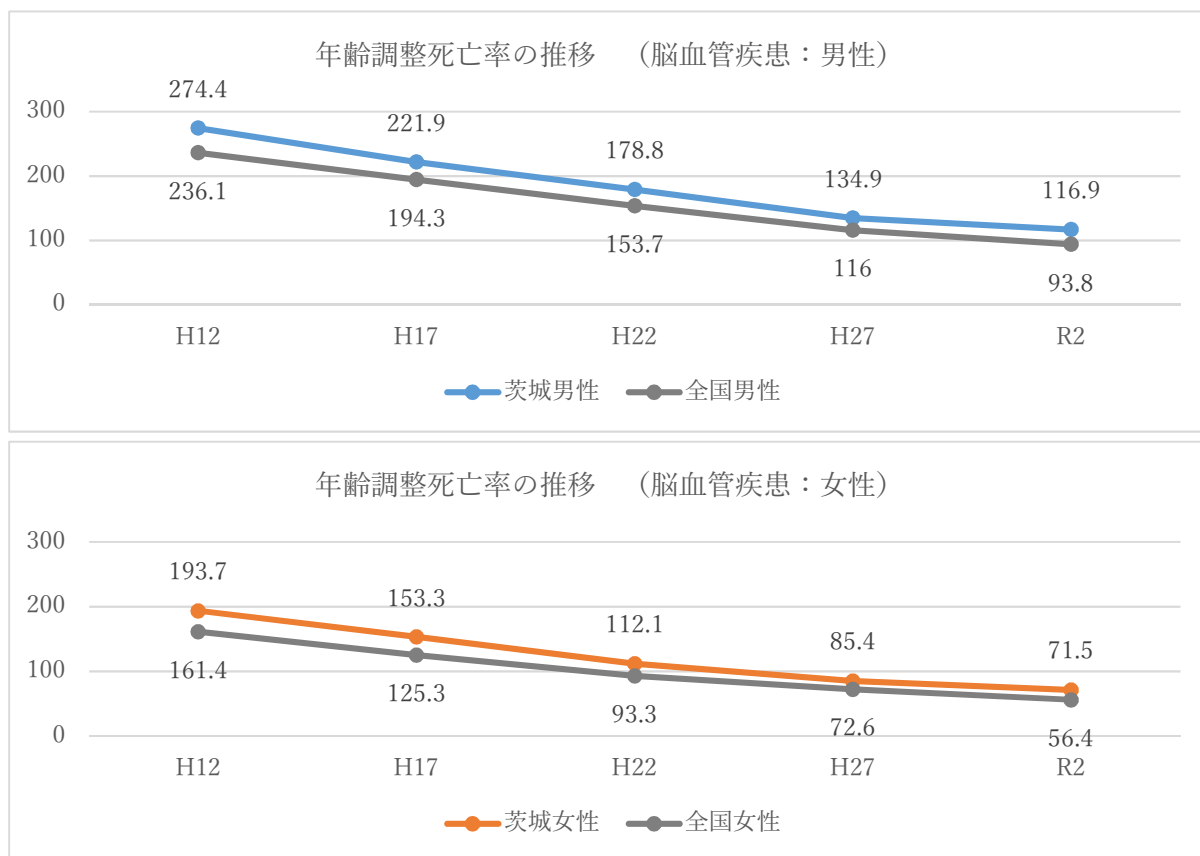
#### 現状と課題

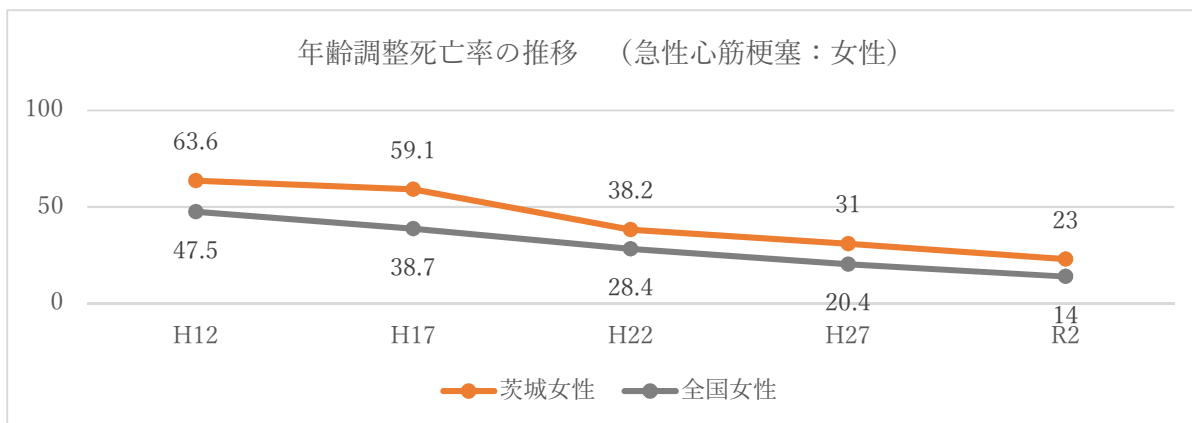
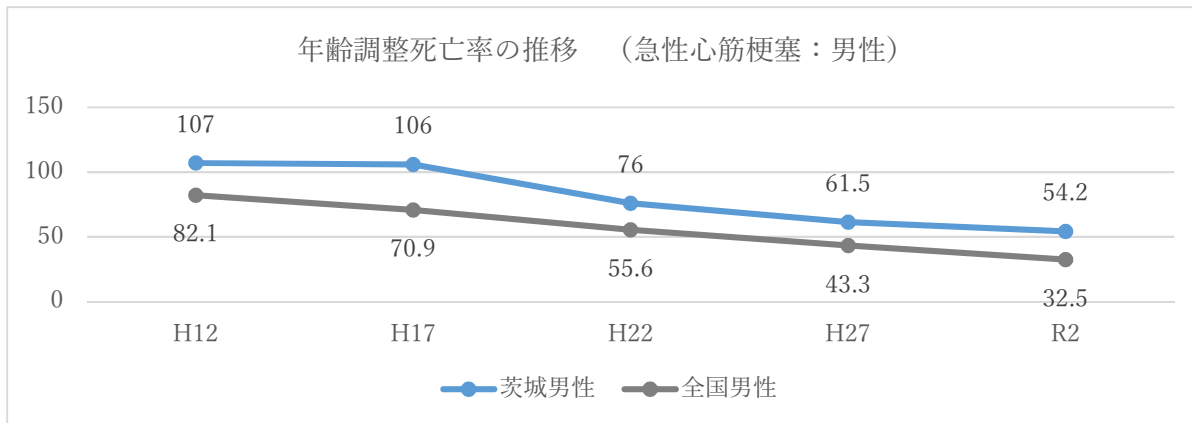
循環器病は、食事や運動をはじめとする生活習慣が大きく関わっています。運動不足や不適切な食生活、喫煙等に端を発して高血圧や脂質異常症、糖尿病、歯周病などの生活習慣病を発症することがあります。その結果、脳卒中や虚血性心疾患などの循環器病を発症すると、日常生活に障害をきたすだけでなく、死に至る可能性もあります。

前述のような循環器病は、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ます。このため、発症予防のみならず、再発予防や重症化予防として、食生活、運動、禁煙などの生活習慣の改善に取り組むことが重要です。

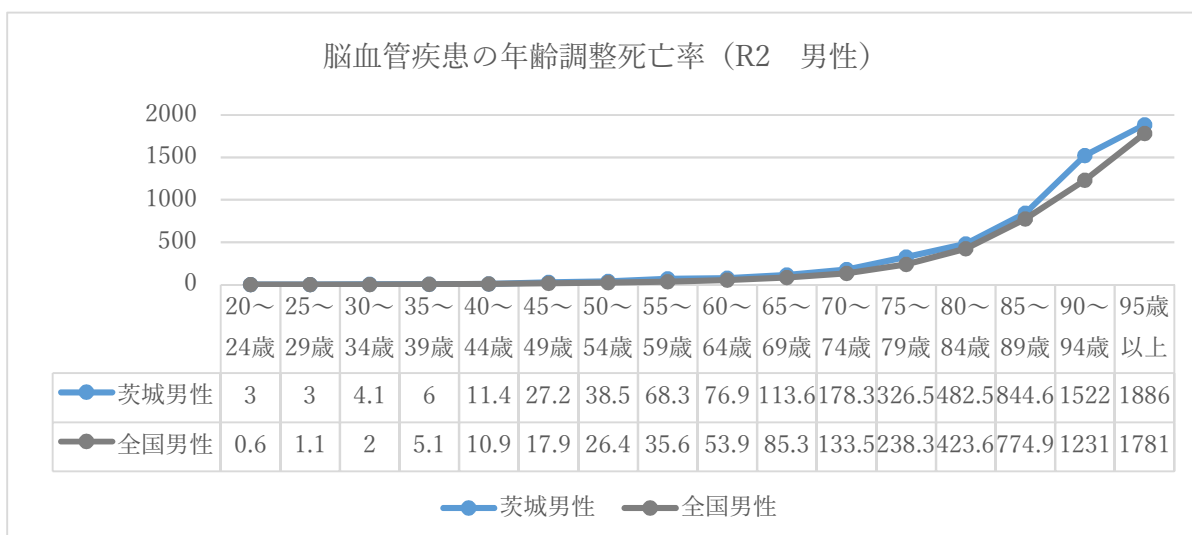
循環器病の年齢階級別死亡率（人口10万対）を見ると、年々減少してはいるものの、依然として全国より高い傾向にあります。また、脳血管疾患、急性心筋梗塞ともに、加齢に伴い死亡率が上昇する傾向がありますが、より若年期からの長期的な生活習慣もこうした循環器病の発症に影響することが指摘されており、社会人になる前からバランスのとれた食生活や運動習慣、適切な歯科保健行動を身につけ維持することが予防に繋がります。

このため、母子保健、学校保健、地域・職域保健が連携した、生涯を通じ、ライフステージに応じた健康管理への支援が必要とされています。

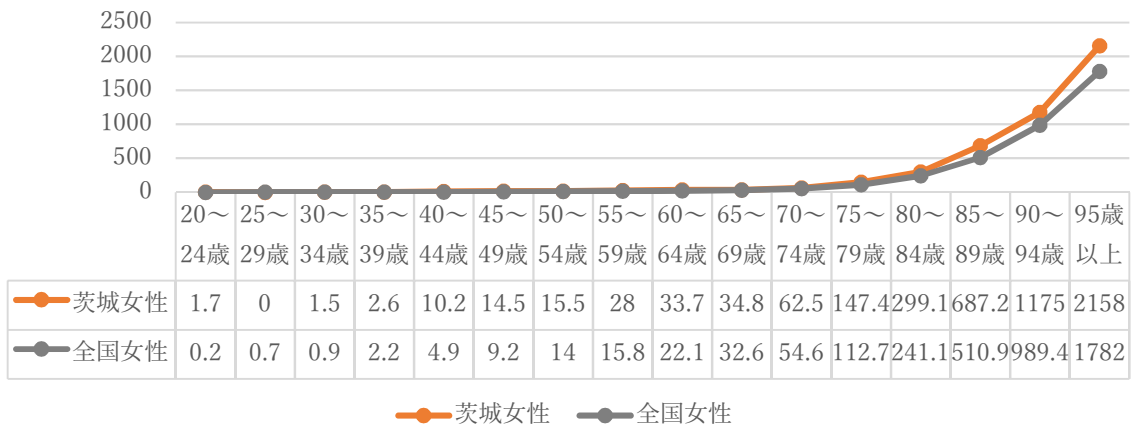




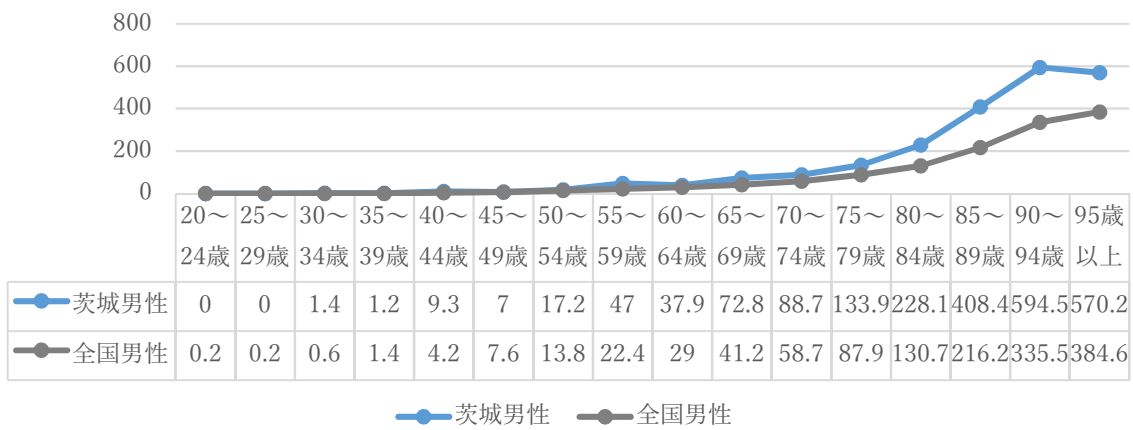
出典：厚生労働省令和5年度「人口動態統計特殊報告」



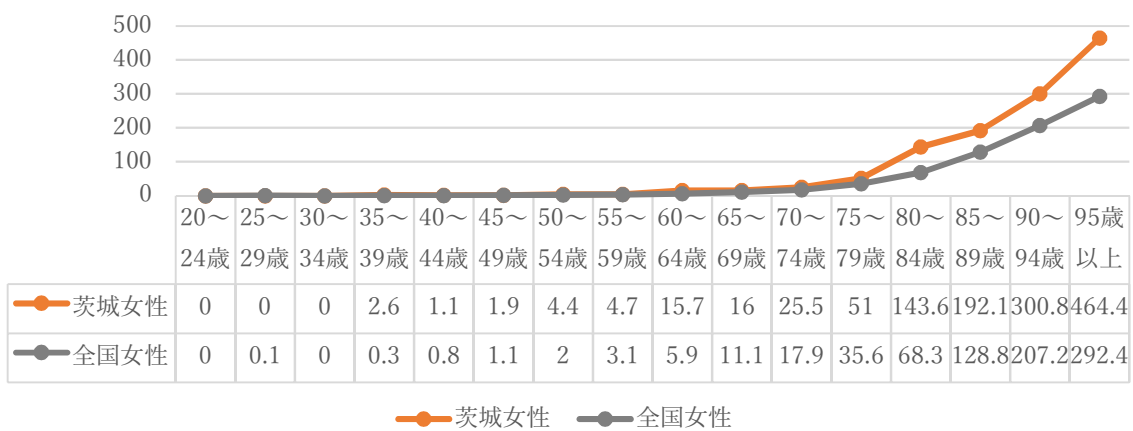
脳血管疾患の年齢調整死亡率（R2 女性）



急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（R2 男性）



急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（R2 女性）

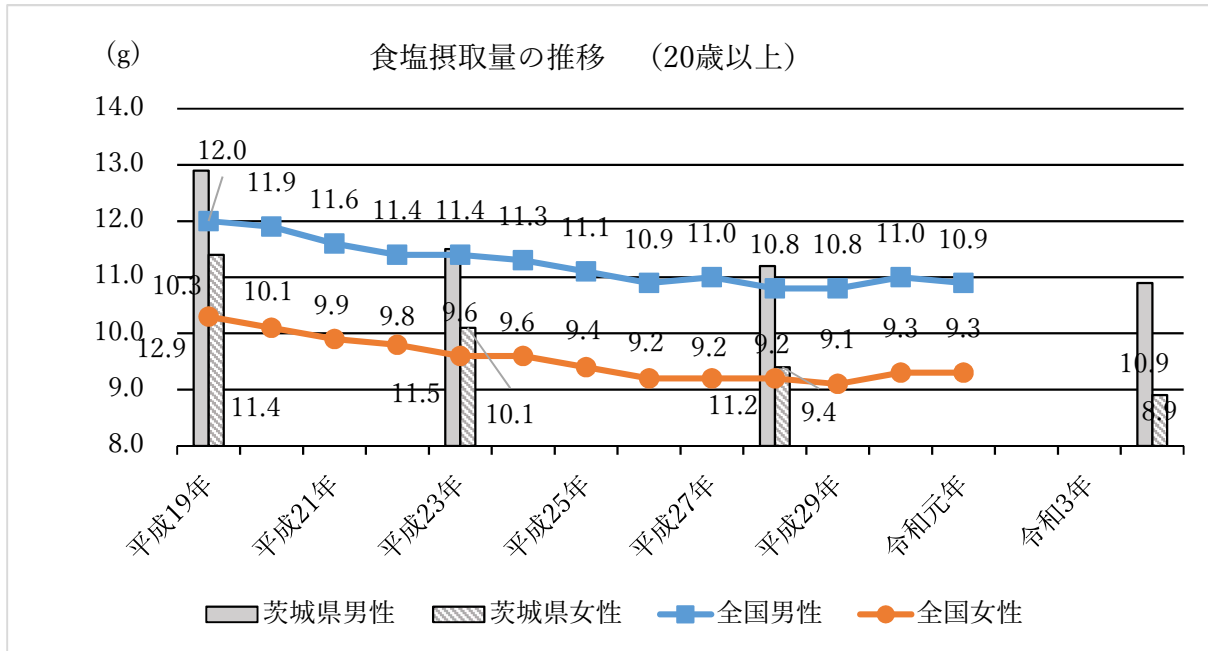


出典：厚生労働省令和5年度「人口動態統計特殊報告」



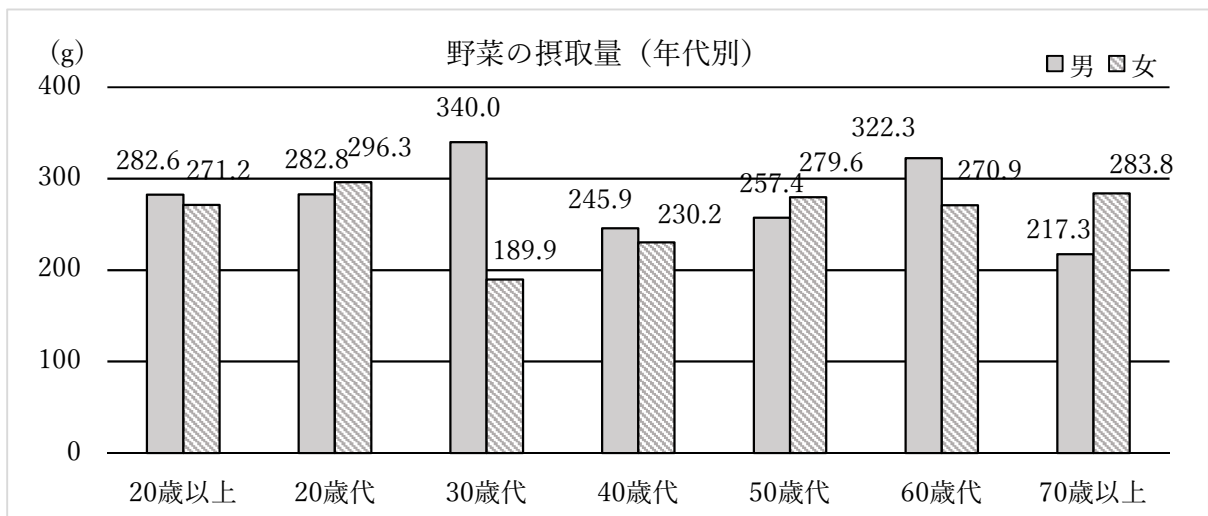
< 県民の生活習慣の状況 >

- ・ 本県において、循環器病の要因の一つである高血圧に影響を及ぼす食塩摂取量は、1日あたり男性 10.9g、女性 8.9g であり、減少傾向ではありますが、依然として高い水準にあります。



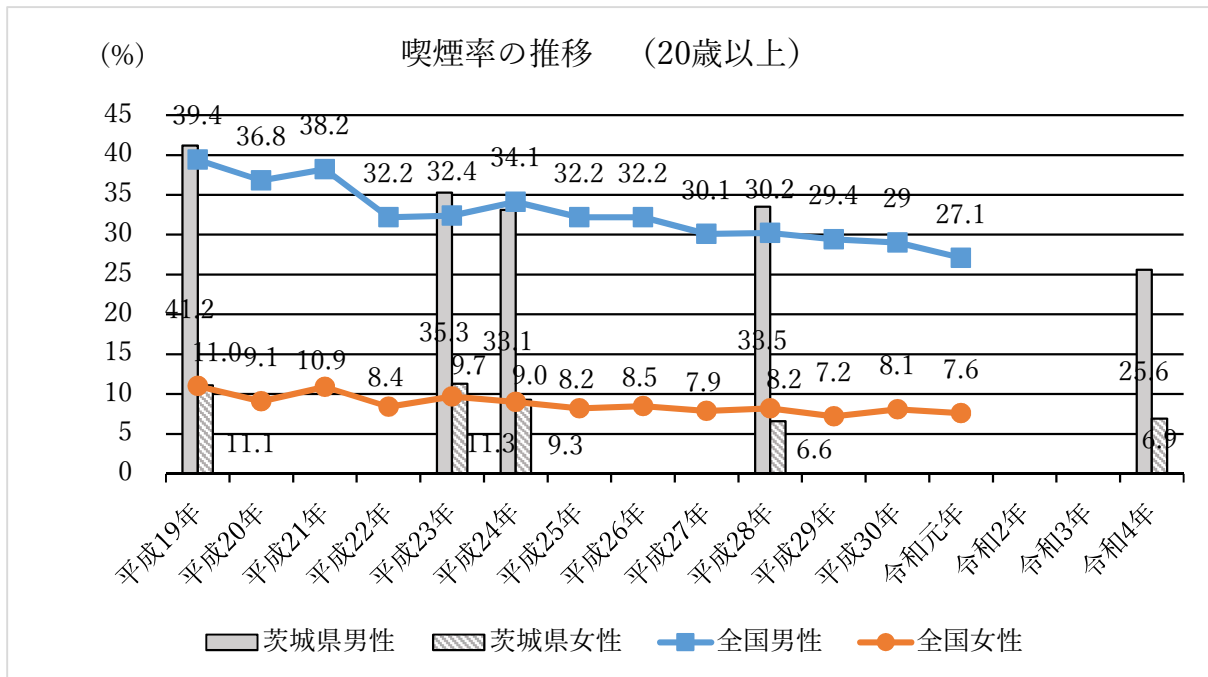
出典：全国値及び平成 28 年茨城県値：厚生労働省平成 28 年「国民健康・栄養調査」  
 平成 19 年度・平成 23 年度、令和 4 年度の茨城県値：「茨城県総合がん対策推進モニタリング調査」

- ・ 「健康日本 21 (第二次)」では、野菜類を 1日 350g 以上摂取することが目標となっていますが、本県では、いずれの年代においても目標の摂取量を下回っています。男性は 70 歳以上、女性は 30 歳代で摂取量が最も少なくなっています。



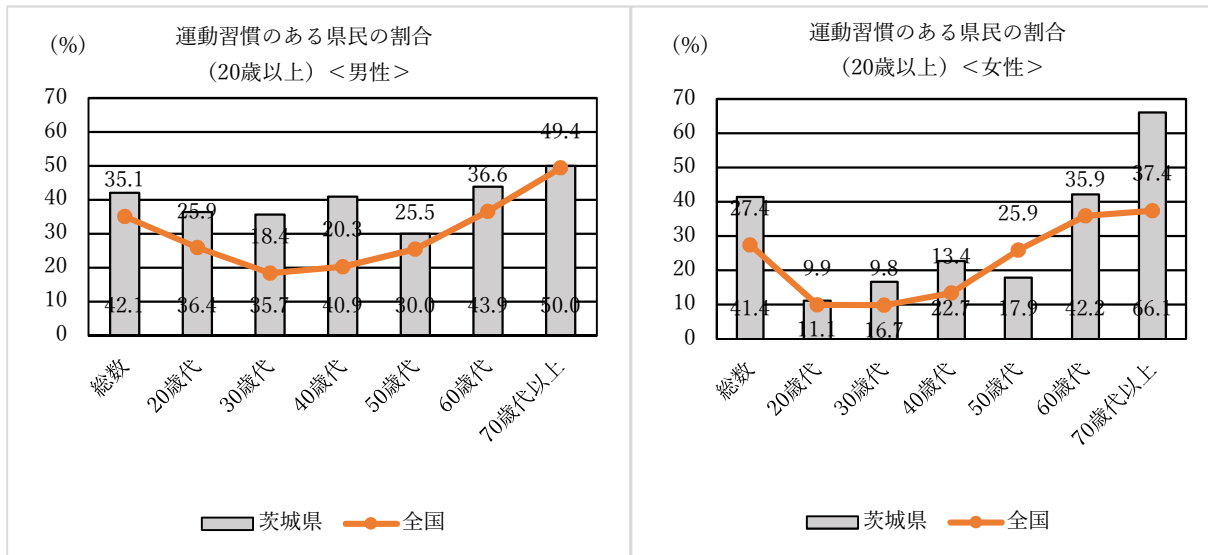
出典：茨城県令和 4 年度「茨城県総合がん対策推進モニタリング調査」

- ・ 循環器病による死亡リスクを高めるとされている喫煙について、本県の成人の喫煙者割合は男性が 25.6%、女性が 6.9%です。



出典：茨城県令和4年度「茨城県総合がん対策推進モニタリング調査」  
厚生労働省平成28年「国民健康・栄養調査」

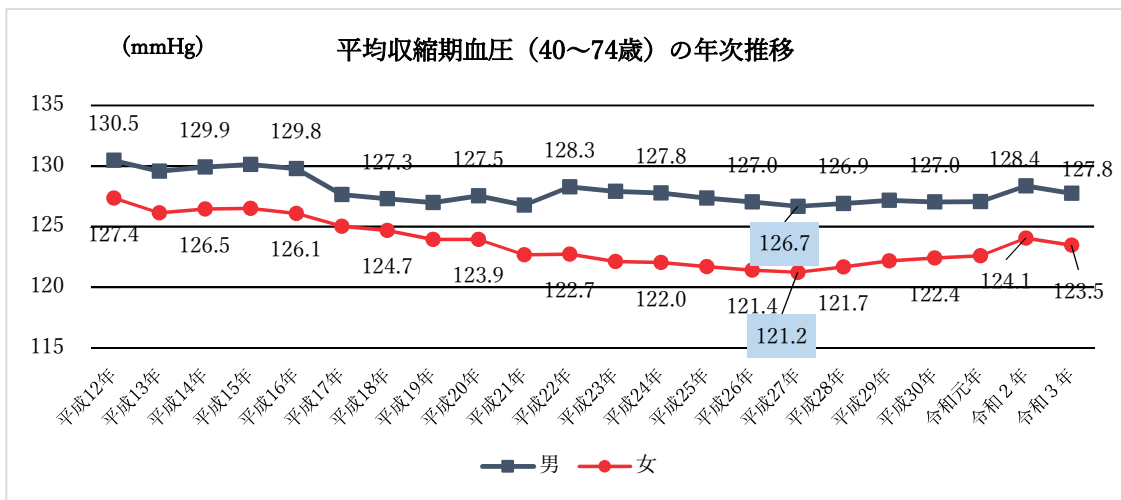
- ・ 日常生活における運動習慣がある者の割合は、全国平均とほぼ同程度です。



出典：茨城県令和4年度「茨城県総合がん対策推進モニタリング調査」  
厚生労働省平成28年「国民健康・栄養調査」

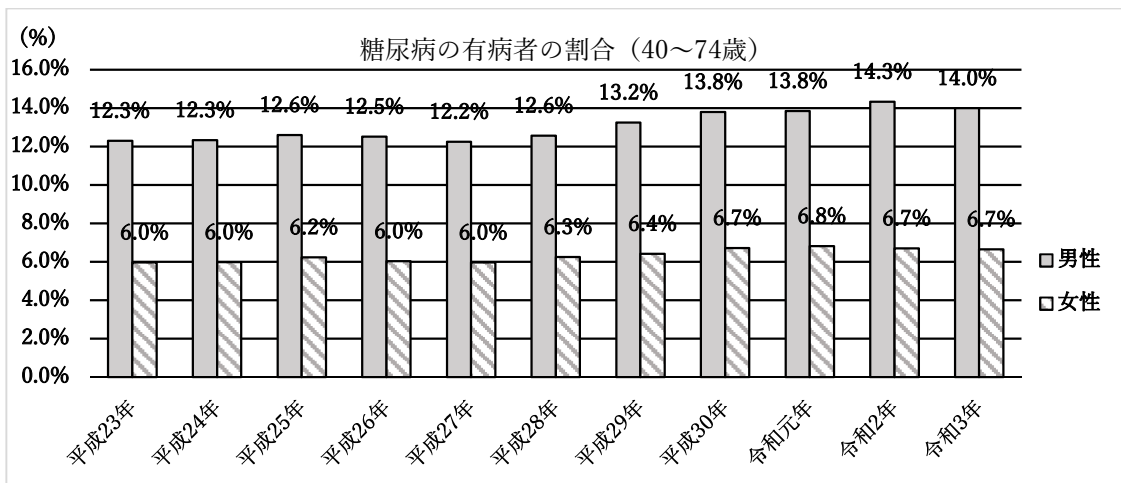
< 県民の健康課題 >

- ・ 茨城県内で実施された基本健康診査及び特定健康診査のデータを用いた『茨城県市町村別健康指標』によると、平成 12（2000）年度以降、40～74 歳の平均収縮期血圧は低下を続けていました。しかし、平成 27（2015）年度より下がり止まっている状況です。高血圧の予防には食塩摂取量を減らすことが重要ですが、茨城県での食塩摂取量の調査によると、目標の達成は依然厳しい状況であり、一層の対策が必要です。



出典：茨城県令和 5 年「茨城県市町村別健康指標」 ※基準人口：平成 27 年人口モデル（以下同）

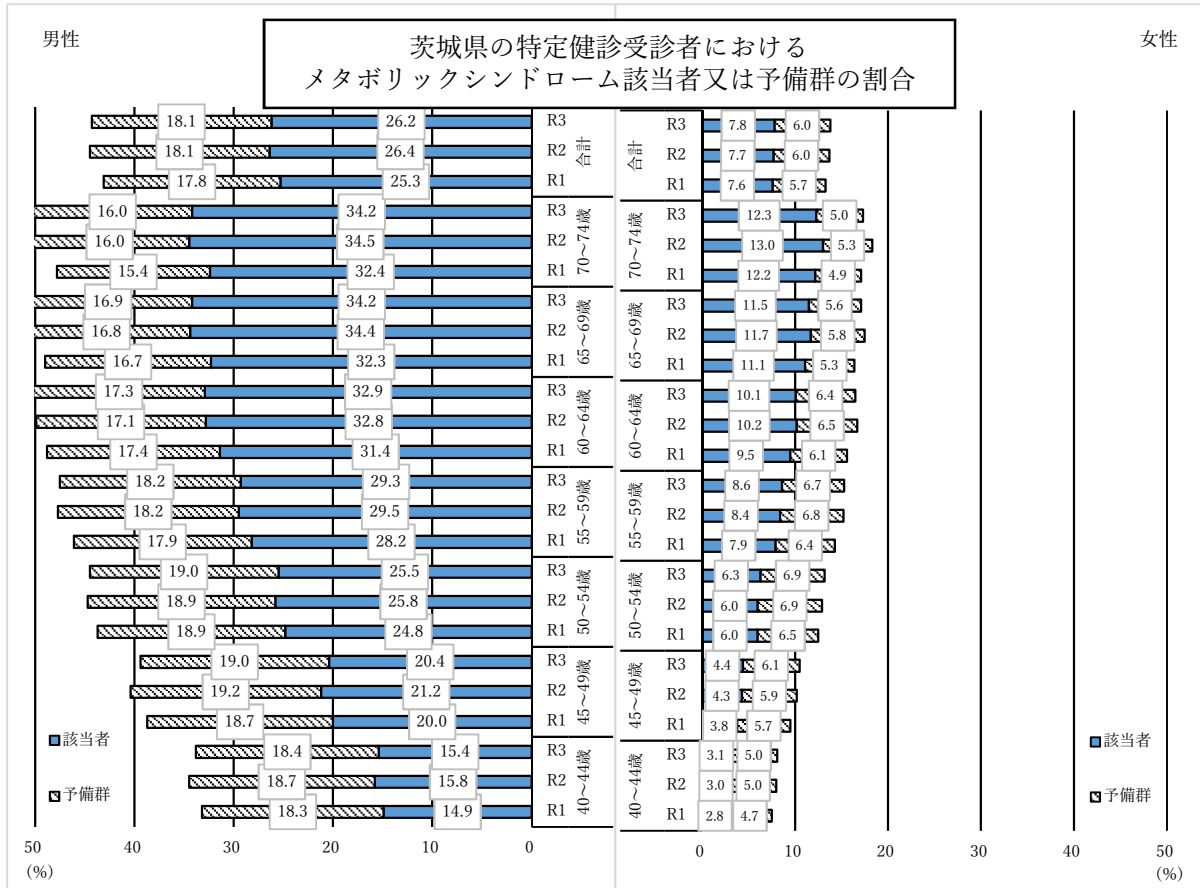
- ・ 『茨城県市町村別健康指標』によると、茨城県内で糖尿病の有病割合は男性が約 14%、女性が約 7%で以前と比べてわずかに増加傾向となっています。高血圧に加え、糖尿病の対策も循環器病の発症予防において、重要な課題です。



出典：茨城県令和 5 年「茨城県市町村別健康指標」

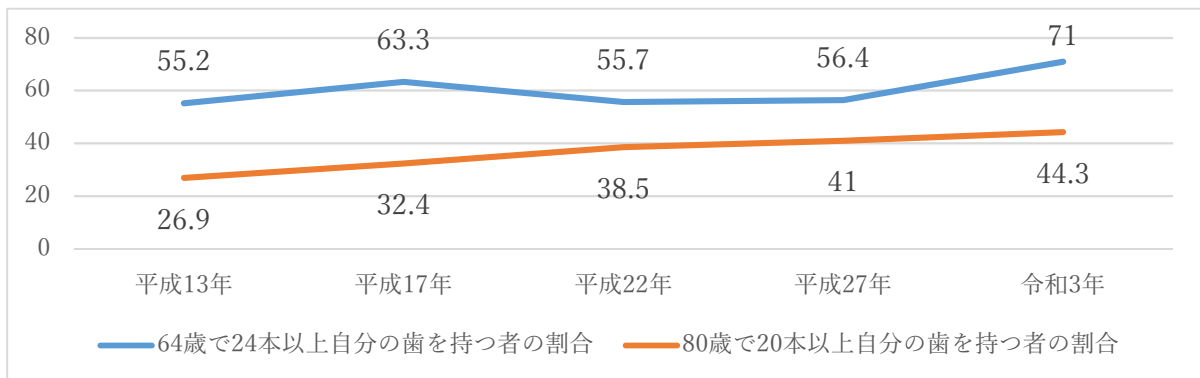
- ・ 循環器病に関わる重要な問題としてメタボリックシンドロームがあります。これは、内臓型肥満（BMI ではなく腹囲で判断）に加え、血圧・血糖・血清脂質のうち2つ以上が基準から逸脱した状態を指します。循環器病の原因となる動脈硬化を起こしやすく、

メタボリックシンドロームの該当者および予備群（内臓型肥満に加え血圧・血糖・血清脂質のうち1つが基準から逸脱）は年々増加傾向にあります。循環器病の発症予防のためにメタボリックシンドロームの予防も重要な課題です。



出典：厚生労働省保険局

- ・ むし歯や歯周病等の歯科疾患の罹患による歯の喪失及び口腔機能の低下は、栄養摂取量の減少に繋がり、低栄養状態を招く恐れがあるため、歯の健康を保つことは重要です。本県における80歳で20本以上の自分の歯を持つ者の割合は44.3%で、全国平均51.6%より低い状況です。



出典：茨城県「県民歯科保健基礎調査」

## 施策の方向性

<本県の循環器病予防の重点項目>

- ①高血圧をはじめとした生活習慣病への対策 ◀重点取組事項
- ②特定健康診査受診及び特定保健指導利用推進の取組 ◀重点取組事項
- ③幅広い世代に向けた効果的な普及啓発の実施 ◀重点取組事項

## 具体的取組（施策）

<本県の循環器病予防の重点項目>

### ①高血圧をはじめとした生活習慣病への対策

- 循環器病の発症を予防するため、高血圧対策を中心に、メタボリックシンドロームや糖尿病などの予防及び改善の取組を推進します。
- 減塩をはじめとした栄養バランスのとれた食生活や適度な運動の習慣づけを、市町村や医療機関、関係団体と連携して県民に普及啓発し支援していきます。

### ②特定健康診査受診及び特定保健指導利用推進の取組

循環器病の危険因子である高血圧や脂質異常症、糖尿病、心房細動などの循環器病の危険因子を早期に発見するための特定健康診査等の健診の実施と、重症化を予防するため、その結果に基づく特定保健指導の活用や医療機関の定期的な受診による血圧や脂質、血糖などの管理の重要性について、県民に対する普及啓発に取り組みます。

また、特定保健指導の対象外であっても、危険因子を放置せず、生活習慣の見直しによる改善や医療機関を受診することが重要であることを啓発していきます。（関連：第IV章第3節（1））。

### ③幅広い世代に向けた効果的な普及啓発の実施

義務教育対象の児童・生徒から社会人、循環器病の発症リスクの高まる中高年まで、幅広い世代の県民のそれぞれのライフスタイルに合わせて、循環器病の特徴や予防・発症時の対応に必要な知識の普及啓発を効果的に実施していきます。

- 毎年9月の「循環器疾患予防月間（健康増進普及月間）」を中心に、SNSやインターネットサイト、各種メディア等を通して「対象に届く」情報発信を展開し、循環器病に関する知識の普及啓発に努めます。
- 若年期からの生活習慣の確立を働きかけるため、小中学校等と連携して義務教育対象の児童・生徒への啓発を推進します。
- 「おいしく減塩推進事業」に基づき、減塩に取り組む飲食店等を「いばらき美味しおスタイル指定店」として指定し、指定店を増やすことにより、外食の際にも減塩料理が選択できる食環境を整備して、県民の食塩摂取量を減らす取組を推進していきます。また、毎月20日を「いばらき美味しおDay」と定めて啓発活動を展開し、日々の生活の中での減塩の取組を推進していきます。

- 運動や食生活、禁煙、健診受診等の行動に対してヘルスケアポイントを付与するプログラムとアプリ「元気アップ！りいばらき」の活用を普及し、県民の健康増進の取組を支援します。
- 「いばらき健康経営推進事業所認定制度」を通して、従業員の健康づくりを経営的な観点から戦略的に取り組む健康経営®※1の考え方を普及し、事業所の健康経営の取組を支援することで、働く世代の健康増進の自覚と実践に繋がる支援が継続される環境を整備します。
- 「地域・職域連携推進協議会」を通して市町村や医療機関、関係団体と連携し、県民に対する循環器病に関する知識の普及啓発、特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上や健康づくりの取組みを推進します。

### 関係者に期待する役割

(市町村、医療保険者)

- 循環器疾患予防月間等の機会を捉えた循環器病に関する知識の普及啓発
- 特定健康診査等健診の受診、保健指導の活用に関する普及啓発
- 健康管理のための生活習慣の見直し、医療機関受診に関する普及啓発

(関係団体等)

- ホームページ等における循環器病に関する情報の発信（医師会）
  - ヘルシースポット薬局における禁煙支援（薬剤師会）
  - 8020・6424 運動の普及・啓発（歯科医師会、歯科衛生士会）
  - 食生活改善のための個別指導（栄養士会）
  - 生活習慣病予防のための食生活改善の啓発（食生活改善推進協議会）
- (筑波大学附属病院 茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センター※2)
- 市民公開講座や、ホームページ・SNS 等を活用した循環器病に関する正しい知識の普及啓発
  - 小中学校等と連携した義務教育対象の児童・生徒への啓発

---

※1 健康経営®： 従業員の健康管理を企業が積極的にサポートすることにより、従業員の活力や生産性の向上による組織の活性化という面から企業の業績向上を目指す経営スタイルを指す(NPO 法人健康経営研究会の登録商標)。

※2 筑波大学附属病院 茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センター：以下、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」という。詳細については、p60「筑波大学附属病院 茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センター」を参照。

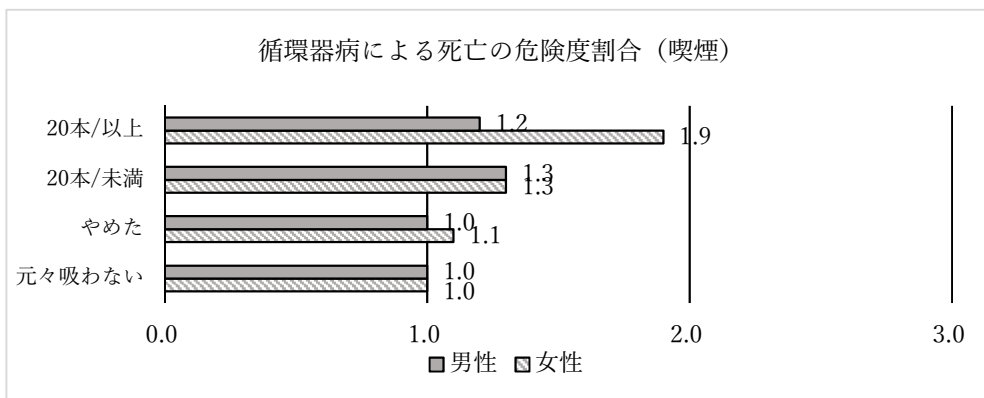
## 【コラム】

茨城県では、コホート研究「健診受診者生命予後追跡調査」を実施しています。この研究では、平成5(1993)年当時に38市町村で基本健康診査を受診した40～79歳の男女約98,000人を対象に、約25年にわたり追跡調査を行いました。結果、約25年間で確認された死亡原因の約20%が循環器病でした。この研究により、喫煙や高血圧などがある人は、これらの危険因子がない人に比べると循環器病でどれだけ死亡しやすくなるのか(相対危険度)や、各危険因子が循環器病の死亡にどれだけ影響しているか(人口寄与割合)などが明らかになりました。

### ●各危険因子の相対危険度

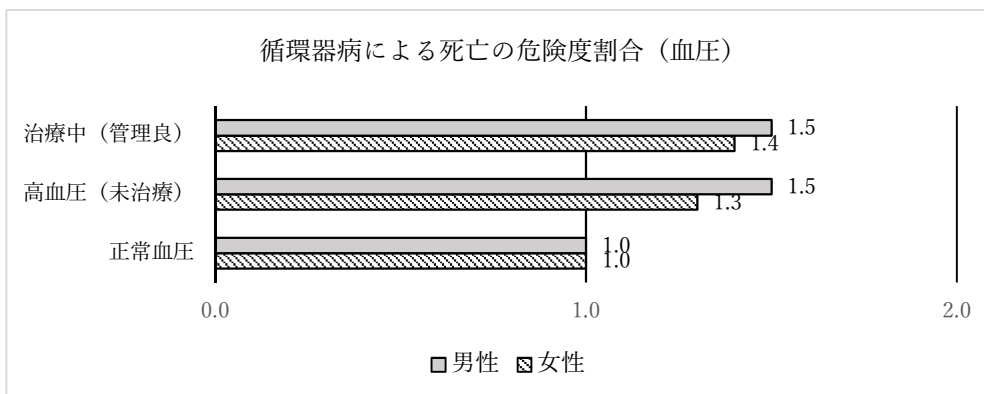
#### 1) 喫煙

循環器病による死亡の危険度は、今まで喫煙をしていない人に比べて、1日20本以上吸っている人は男性では1.2倍、女性では1.9倍であることが明らかになりました。また、1日20本未満でも男性で1.3倍、女性で1.3倍の危険度でした。一方で喫煙をやめた人は、男性で1.0倍、女性で1.1倍の危険度であり、喫煙をしないこと・禁煙することが重要であるといえます。



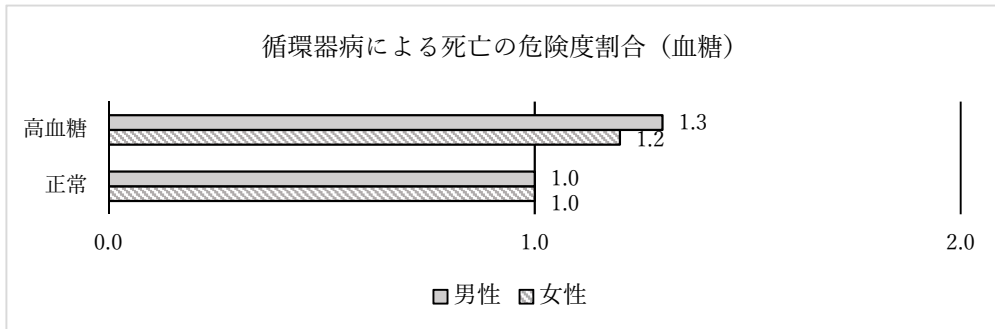
#### 2) 血圧

血圧が正常な人に比べて、高血圧を認め治療を受けていない人は男性で1.5倍、女性で1.3倍の危険度でした。また、治療を受けていて血圧が良くなったとしても、血圧が正常な人に比べて危険度は高く、高血圧にならないことが重要であるといえます。



### 3) 血糖

血糖が正常の人に比べて、高血糖の人は男性で 1.3 倍、女性で 1.2 倍の危険度でした。高血糖も循環器病の死亡に関係していることから、適切な血糖値の管理が重要であるといえます。

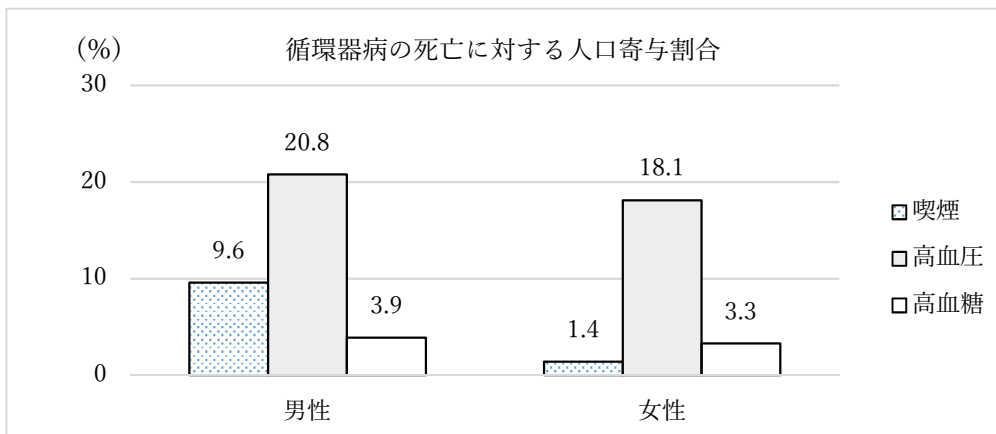


#### ●各危険因子の人口寄与割合

喫煙、高血圧および高血糖が循環器病による死亡に影響したと考えられる割合は男性で約 35% (喫煙 10%、高血圧 21%、高血糖 4%)、女性で約 22% (喫煙 1%、高血圧 18%、高血糖 3%) でした。

本県における令和2(2020)年の循環器病による死亡者数は男性 4,249 人、女性 4,338 人と報告されています。研究結果の人口寄与割合にもとづくと、喫煙、高血圧、高血糖が完全に予防できた場合、このうち男性で約 1,500 人、女性で約 1,000 人の死亡が防ぐことができたと試算されます。

本県の生活習慣病対策において、たばこ対策、高血圧予防および糖尿病予防対策が重要であると考えられます。



出典：茨城県「検診受診者生命予後追跡調査事業報告書」(令和4年12月)



## (2) 循環器病の救護に関する普及啓発

### 現状と課題

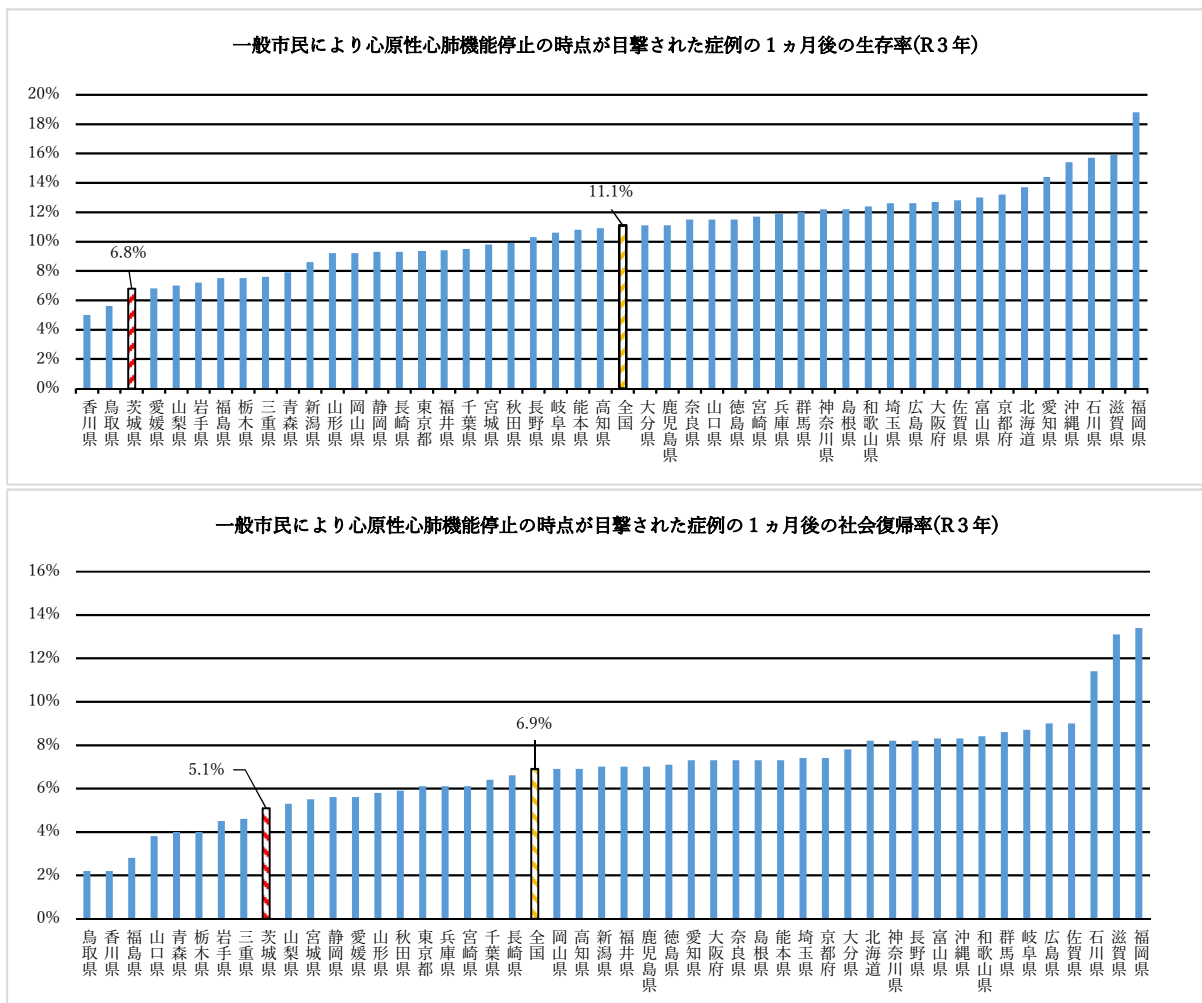
#### <病院前救護>

循環器病は、急激に病態が変化する場合があるものの、適切な治療により予後を改善できる可能性があるため、発症後早急に適切な治療を開始する必要があります。

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や医療機関の受診等適切な対応を行えるよう、県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す。

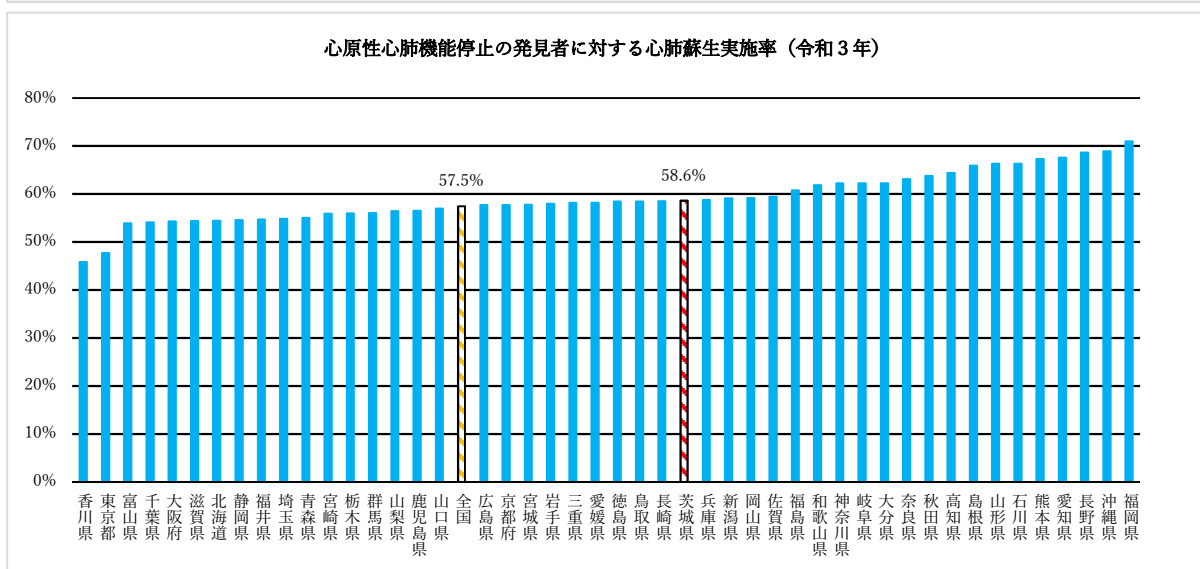
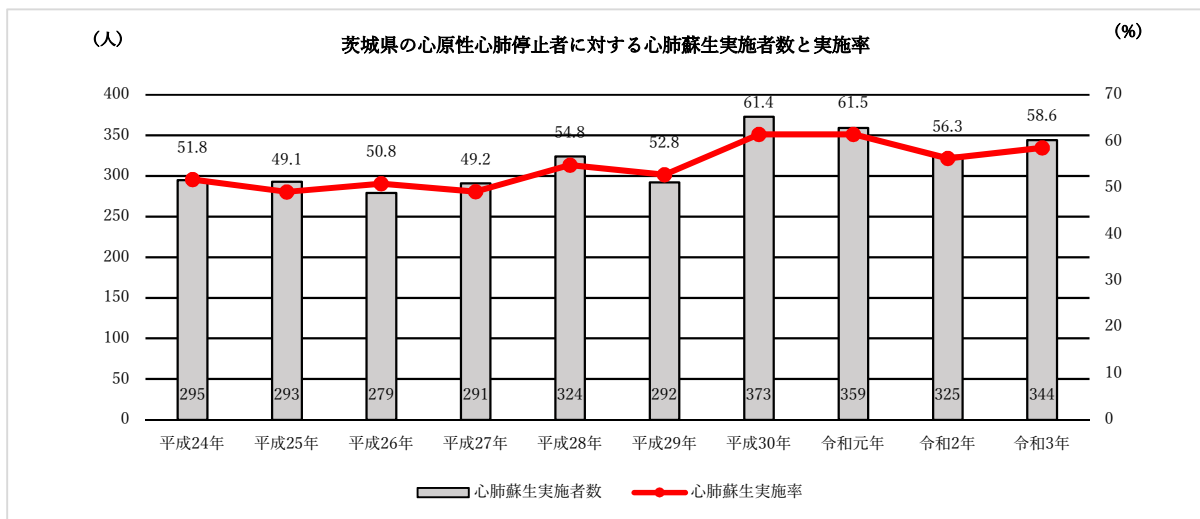
#### <心肺蘇生法等応急処置の普及啓発>

急性心筋梗塞等の心原性の心肺機能停止の傷病者に対しては、早期の心肺蘇生法の実施が生存率及び社会復帰率を高めることがわかっています。本県の一般市民により心原性心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後の生存率は6.8%、社会復帰率は5.1%で(令和3(2021)年度)、全国平均を下回っています。



出典：総務省消防庁「令和4年版救急救助の現況」

- ・ 本県では、AED について「茨城県 AED 等の普及促進に関する条例」（平成 25（2013）年 4 月 1 日施行）に基づき、設置義務の対象となっている県立施設すべてに AED を設置しています。県内の AED 設置施設については、茨城県 AED 普及啓発サイト等を通じて情報提供しています。
- ・ 県内の消防機関では、消防本部が主催する応急手当講習会のほか、学校・事業者等からの要請に応じて指導者の派遣を行い、AED の使用を含めた心肺蘇生法等の適切な応急処置の普及啓発を行っています。令和 3（2021）年には普通救命講習を 623 回実施し、7,603 名が受講しました。
- ・ 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数及び実施率は令和 2（2020）年に一時減少しましたが、令和 3（2021）年は増加に転じており、実施率は全国平均を上回っています。



出典：総務省令和4年版「救急救助の状況」

### 施策の方向性

- 医療関係、講習団体、消防関係、介護福祉関係、医療機器関係者等との連携体制によるさらなる AED の設置促進、適切な維持管理の周知
- 県民に対する AED や心肺蘇生法の普及啓発 ◀重点取組事項
- 循環器病の知識と紐づいた効果的な普及啓発の実施 ◀重点取組事項

### 具体的取組（施策）

<心肺蘇生法等応急処置の普及啓発>

- 県・県医師会・講習団体・消防関係・介護福祉団体・販売事業者等で構成する「AED 普及推進連絡協議会」を通じて、救命講習の受講促進、ターゲットを絞った AED の設置促進、適切な維持管理の周知などを関係者が連携して対応していきます。
- 患者本人や周囲の者が、必要に応じて速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施できるよう、県民への心肺蘇生法等の普及啓発と救命措置ができるバイスタンダーの養成を、各消防本部等の関係機関と連携して推進します。
- 循環器病予防・病院前救護についての情報発信を、リーフレット、広報誌、SNS などにより、効果的に展開していきます。

### 関係者に期待する役割

（関係団体等）

- 県民向けの救急救命講習の実施、指導者の養成（各消防本部・局）
- 一般県民に向けた AED 及び心肺蘇生法の普及啓発（各消防本部・局）

### 第3節 保健、医療及び介護に係るサービスの提供体制の充実

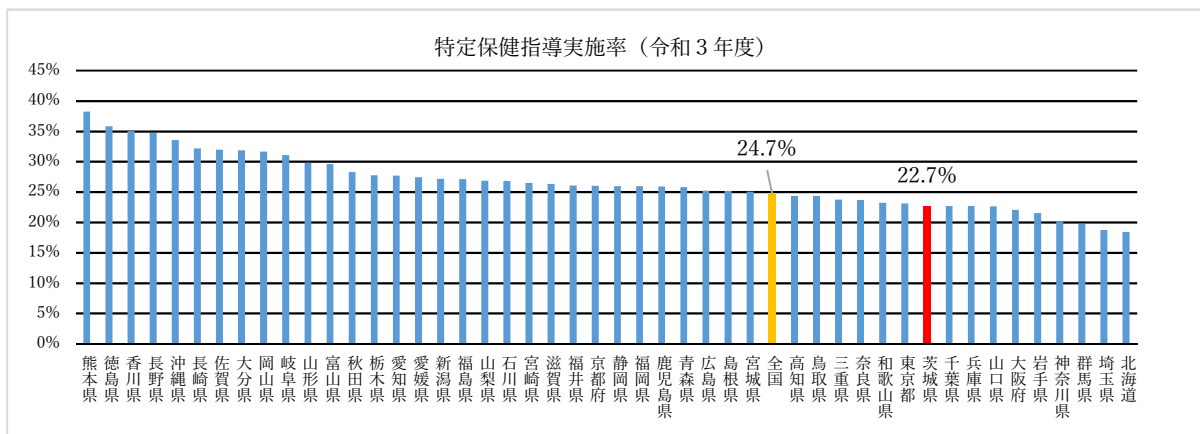
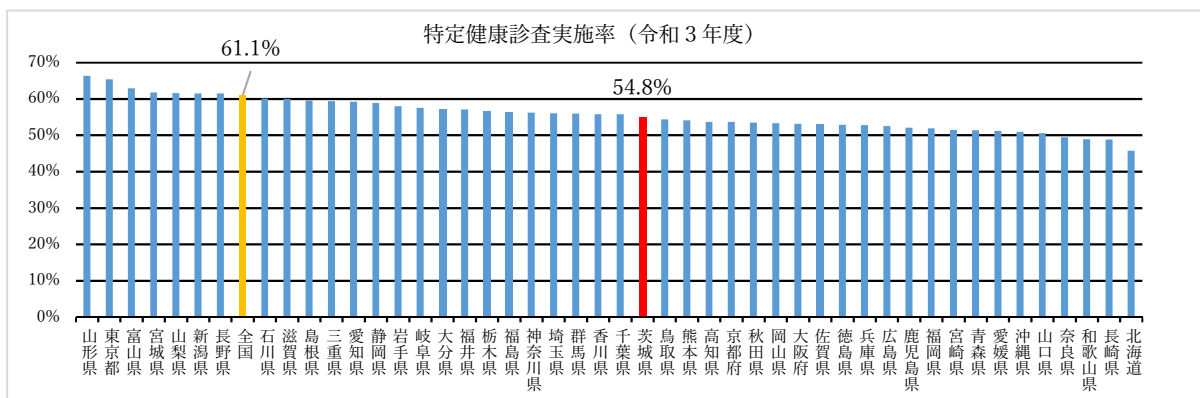
#### (1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

##### 現状と課題

循環器病の予防の観点からは、健診などによって高血圧、脂質異常症、糖尿病、心房細動、慢性腎臓病（CKD）などの循環器病の危険因子を早期に発見し、医療機関で適切な治療を受けることが大切です。特に、40歳以上75歳未満の世代では、特定健康診査を受診し、結果に基づいて該当した場合、メタボリックシンドロームに着目した特定保健指導を受けることが推奨され、また必要に応じて医療機関への受診勧奨も実施しています。

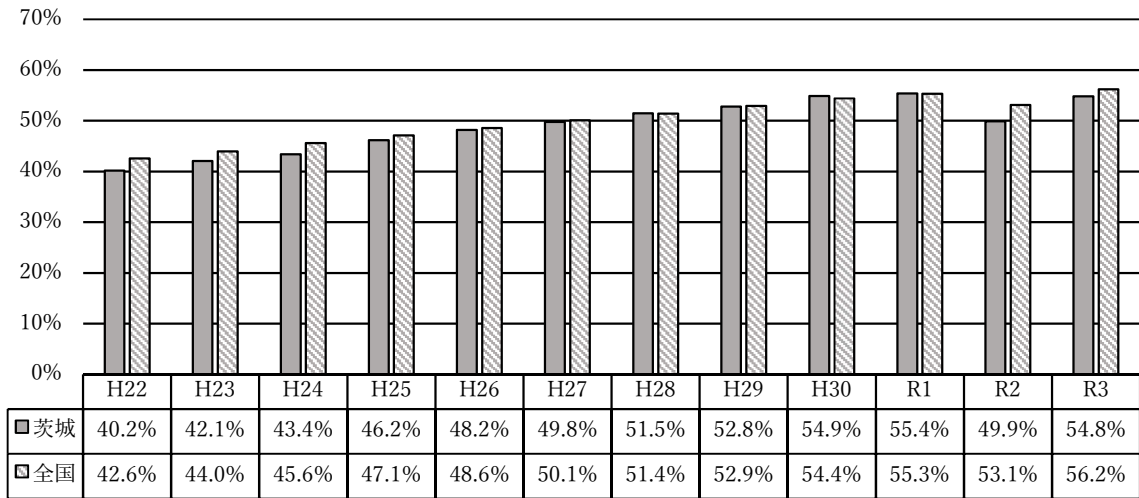
県内の特定健康診査の実施率は54.8%（全国平均56.2%、目標値70%以上）、特定保健指導の実施率は22.7%（全国平均24.7%、目標値45%以上）であり、目標値を下回っているため、実施率向上のための取り組みが必要です。特に、協会けんぽの被扶養者や市町村国民健康保険で特定健康診査の実施率が低くなっているため、受診勧奨の工夫が求められます。特定保健指導においては、確実にメタボリックシンドローム等の改善に繋がるような、対象者への生活習慣改善サポートの質の向上も重要です。

健診結果（血圧、血糖、脂質等）で要治療・要精密検査と判定されながら医療機関を受診していない者や、治療中断者に対して受診勧奨を行い、生活習慣病の重症化を防ぐことも重要です。（関連：第IV章第2節（1））

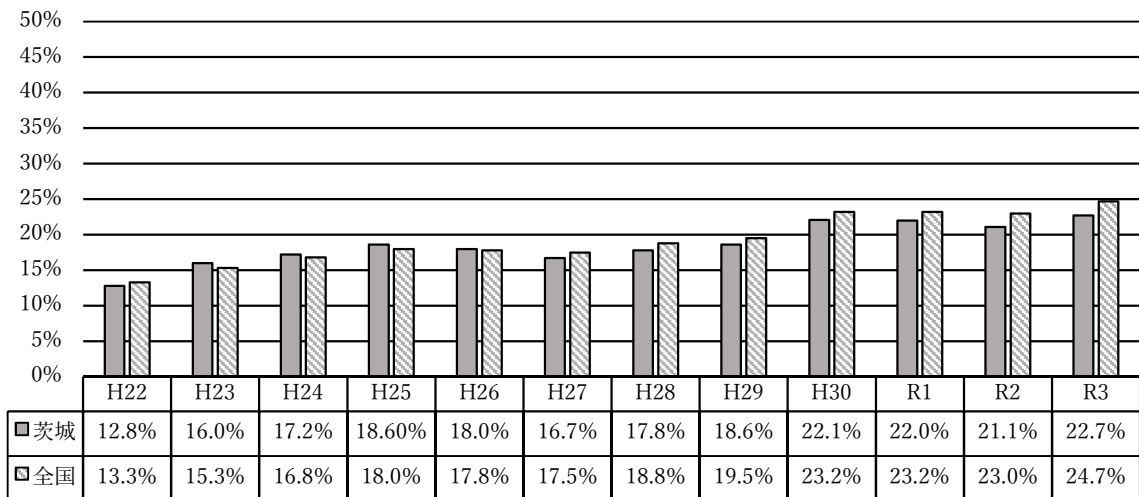


出典：厚生労働省保険局

特定健康診査実施率年次推移



特定保健指導実施率年次推移



出典：厚生労働省保険局

### 施策の方向性

- 生活習慣病の予防や早期治療に繋げる特定健康診査・特定保健指導の実施率向上の取組 ◀重点取組事項
- 健診結果に基づく要医療・要精密検査者及び治療中断者への医療機関の受診勧奨の推進

### 具体的取組（施策）

- 保険者と連携し、ヘルスケアポイント事業等のインセンティブを活用しながら、特

定健康診査についての啓発、未受診者に対する個別の受診勧奨を推進します。

- かかりつけ医やかかりつけ薬局と市町村が連携した特定健康診査の受診勧奨の推進や、医療機関に通院中で健診未受診の者の診療情報提供事業により、市町村の保健事業の取組強化の支援を行います。
- 特定健康診査等の健診により発見された危険因子を放置せず、生活習慣の改善や、必要な治療に繋げるため、対象者の状況に合わせた特定保健指導の実施率向上の取組と、その他の保健指導の活用、医療機関の受診勧奨の取組を推進します。(関連：第IV章第2節(1))
- 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向け、各医療保険者及び健診等の委託機関を対象とした研修会を開催します。
- 地域・職域連携推進協議会において、地域保健と職域保健が連携した取組を具体的に推進できるよう進めていきます。
- 「いばらき健康経営推進事業所認定制度」により健康経営に取り組む事業所を増やし、従業員が健診や保健指導、医療機関を受診しやすい環境づくりを推進します。

#### **関係者に期待する役割**

(市町村・医療保険者)

- 地域保健・職域保健の医療保険者同士、医療機関などとの連携・協力
- 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上等のための普及啓発、受診勧奨
- 健診結果に基づく要医療・要精密検査者及び治療中断者への医療機関受診の勧奨(関係団体等)
- 特定健康診査・特定保健指導に関する普及啓発と受診機会の確保(保健・医療関係団体、事業所等)
- 労働安全衛生法に基づく健診の実施の徹底と、就労者への継続的な健康管理支援(事業所など)

## (2) 救急搬送体制の整備・救急医療体制の確保

### 現状と課題

#### <病院前救護>

脳卒中や、急性心筋梗塞等の循環器病は、患者が発症後に速やかに専門の医療機関を受診することが重要です。

更に、急性心筋梗塞等で心肺停止状態となった場合、救急現場に居合わせた人（バイスタンダー）や救急救命士等による心肺蘇生の実施や AED の使用の有無が、救命率や予後に影響するとされます。

患者やその家族等が、循環器病の発症を認識し救急要請や医療機関の受診、応急処置等の適切な対応を行えるよう、循環器病そのものの知識に加え、AED 設置施設の公表や講習会の開催など心肺停止者への適切な応急処置に関する知識や技術の普及啓発が求められます（関連：第IV章第2節（2））。

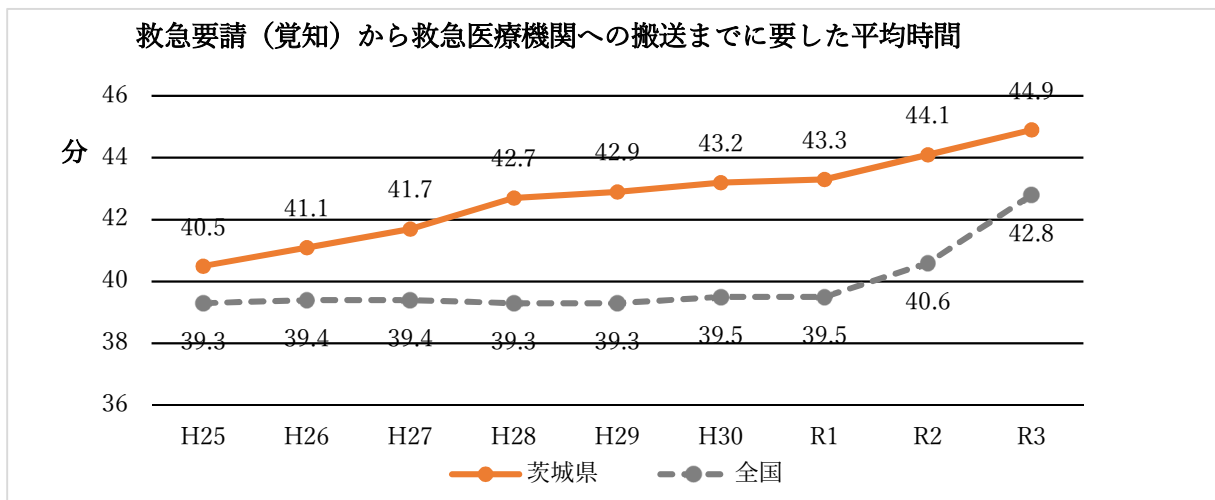
また、救急救命士を含む救急隊員については、初任科教育や専科教育により、すでに人体知識や傷病別応急処置等の基本的な知識を習得していますが、更なる資質向上のため、PSLS（脳卒中病院前救護）・ISLS（脳卒中病院後初期診療）等、病院前救護に関する研修機会の確保に取り組んでいます。

#### <救急搬送体制>

発症後の速やかな診断と治療開始には、急性期を担う医療機関への速やかな搬送と患者の迅速な受け入れ体制が必要であり、医療機関と搬送機関が連携した病院前救護体制の一層の充実が求められています。

#### ①救急搬送にかかる時間

令和3（2021）年において、本県内において救急要請から救急医療機関への搬送までに要した時間（平均所要時間）は44.9分（全国平均42.8分）と長く、年々遅延している状況にあります。



出典：総務省消防庁「令和4年度救急救助の現況」

## ②広域搬送体制

大規模な外科手術を要する大動脈解離等の患者発生には、医療機関が少ないため、広域的に対応しています。また症例によっては、救急患者の救命率向上や後遺障害の軽減を図るため、県外の医療機関への搬送を視野にいれる必要があります。

遠方への搬送については、茨城県ドクターヘリの運航や防災ヘリによるドクターヘリの補完的運航を行うとともに、千葉県ヘリの共同利用や栃木・群馬両県及び福島県との広域連携を推進しています。

## ③応需体制

本県では、「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」（平成 23（2011）年度～）や、「茨城県救急医療情報システム」（昭和 53（1971）年度～）を運用した迅速な連絡体制の整備に取り組んでいますが、各医療機関の受入れ可否（応需情報）や傷病者の情報について、より円滑なやり取りが求められています。

### <疾病ごとの救急搬送体制>

#### 【脳卒中の救急搬送体制】

脳卒中が疑われる傷病者の救急搬送に関しては、以下の県内共通ルールを運用し、高度な治療を必要とする患者を速やかに適切な医療機関に搬送する体制を構築しています。

#### <参考>茨城県における脳卒中疑い例の搬送ルール

1. 脳卒中疑い例は原則として直近の PSC に直接搬送する。
2. 脳卒中疑い例に該当し、かつ「共同偏視、失語、又は無視」（LVO 疑い例）に該当した傷病者は、以下①から③をすべて満たす場合、血栓回収療法可能施設へ直接搬送する。
  - ①自宅生活者（年齢、術前の生活自立度は問わない）
  - ②24 時間以内の発症
  - ③60 分以内に血栓回収が可能な施設がある

#### 【心血管疾患の救急搬送体制】

県内の消防本部では、救急車への 12 誘導心電図伝送システムの配備が進んでいます。

12 誘導心電図伝送システムの普及により、病院到着までに患者の心電図診断及び病院の受入準備を可能にし、患者の病院到着から治療完了までの時間の短縮が期待されます。

### <救急医療提供体制>

本県においては、初期、第二次、第三次救急医療機関と救急医療情報システムによる救急医療体制を総合的、体系的に整備してきたところです。

#### ①初期救急医療体制

- ・ 初期救急医療は、比較的軽症な救急患者に対応するため、11 か所の休日夜間急患センターや地域の開業医が当番制で診療を行う在宅当番医制病院等により、市町村単位



で実施しています。

- ・ 参加医の高齢化や開業医の確保が難しく、平日・休日の夜間を含め恒常的に診察できる体制が十分にとれていないことなどから、多くの軽症患者が第二次医療機関を直接受診する機会が増え、第二次救急医療以上の救急医療機関に負担がかかっています。

## ②第二次救急医療体制

- ・ 第二次救急医療は、入院治療を必要とする救急患者に対応するための医療であり、県内を 11 の地域に分けて地域内の病院が輪番制方式により実施する病院群輪番制と、水戸地域の救急医療二次病院による二次救急医療体制を基本に実施しています。
- ・ 救急患者の受入れ人数が増える一方、施設数は減少傾向にあり、医療機関の負担が増えています。
- ・ 医師不足等によって地域内の救急患者を十分に受け入れることができない地域があり、特に、救急医療を担う医療機関が少なく、最寄りの救命救急センターから離れた地域では、救急患者に対する診療体制が脆弱です。

## ③第三次救急医療体制

- ・ 第三次救急医療は、第二次救急医療では対応困難な重篤な救急患者に対応するため、高度救命センター 1 施設、救命救急センター 6 施設において、24 時間 365 日体制で受け入れ、高度な医療を提供しています。
- ・ 救命救急センターが地域に偏在しているため、最寄りの救急センターから離れた地域では重篤な救急患者に対する診療体制が不足しています。

### < 疾病ごとの救急医療提供体制 >

#### 【脳卒中の急性期医療提供体制】

脳血栓溶解 (t-PA) 療法 による血栓溶解を含む脳卒中診療を 24 時間 365 日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 (PSC)」は、25 施設となっており、うち 6 施設が常時血栓回収治療を実施できる「一次脳卒中センター (PSC) コア」に認定されています (令和 5 (2023) 年 4 月 1 日現在) (関連：第 IV 章第 3 節 (3))。

#### 【心血管疾患の急性期医療提供体制】

24 時間、急性心筋梗塞患者への経皮的冠動脈形成術 (PCI : Percutaneous Coronary Intervention) に対応している医療機関は、20 機関です。

また、急性大動脈解離 (スタンフォード A) に対する心臓血管外科治療に対応している医療機関は 9 機関であり、そのうち 24 時間対応している医療機関は 7 機関です。(関連：第 IV 章第 3 節 (3))

## 施策の方向性

### <病院前救護>

- 救急救命士の計画的な育成
- 医療関係、講習団体（NPO 法人含む）、消防関係、介護福祉関係、医療機器関係者等との連携体制によるさらなる AED の設置促進、適切な維持管理の周知
- 県民に対する AED の利用方法をはじめとした心肺蘇生法の普及啓発

### <救急搬送体制>

- 搬送機関と医療機関の連携体制の改善と強化 ◀重点取組事項

### <救急医療提供体制>

- 医師の過重労働に十分配慮しつつ、適切な急性期医療を継続して提供できる体制の構築 ◀重点取組事項

## 具体的取組（施策）

### <病院前救護>

- 全ての救急隊で常時救急救命士の運用が継続できるよう、救急救命士の計画的な養成を行っていきます。
- 循環器病の発症時に AED を使用できる環境を整備するため、県内公共施設への AED 設置を更に進めるとともに、民間事業者に対し AED 設置登録を呼びかけ、民間施設の設置登録を促進します。
- 循環器病の発症時に、周囲の者が必要に応じて救急蘇生法を実施できるよう、県民に対し AED の使用をはじめとする心肺蘇生法の普及啓発に取り組みます。（関連：IV 3（1））

### <救急搬送体制>

- 脳卒中や心血管疾患の疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に速やかに搬送できるよう、「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」の見直しや運用改善を行い、搬送機関と医療機関の連携体制の強化をはかります。
- 救急医療情報システムの次期更新（令和 6（2024）年度予定）に向けて、医療機関と救急隊の、より円滑な情報共有に向けて、検討を進めていきます。

### <救急医療提供体制>

- 患者の重症度・緊急度に応じ、県民誰もが安心して適切な救急医療を受けることができるよう、県、市町村、県医師会、市郡医師会及び医療機関などの関係者が協力しながら、各種施策に取り組みます。
- 急性期を脱した患者の転床や転院を促進し病床を確保するため、医療機関における

退院支援や退院調整体制を推進します。

- 脳卒中等の急性期治療の分野で、専門的な治療を提供する医療機関と地域の医療機関との間でMRIやCT等の医療画像を共有する「遠隔画像診断治療補助システム」について、さらなる導入促進及び診療分野の拡大により、医療機関相互の連携強化に努めます。
- 心血管疾患領域における遠隔画像診断治療補助システムの活用等による医療機関相互の連携を進めるための方針について、関係者会議を通して検討していきます。
- 脳卒中及び大動脈緊急症については、治療可能な医療機関が偏在しており、数も限られます。確実な受け入れ態勢を将来にわたって維持するため、救急輪番制も含めた医療提供体制について検討を進めます。

### **関係者に期待する役割**

(関係団体等)

- 県民向けの救急救命講習の実施、指導者の養成（各消防本部・局）
- 一般県民に向けたAED及び心肺蘇生法の普及啓発（各消防本部・局）
- 脳卒中・急性心筋梗塞等の循環器病治療に関する地域の医療機関間での連携強化（医療機関）
- 適切な救急医療を提供するために必要な各団体の各種施策における協力体制の強化（市町村、医師会、医療機関等）

### (3) 急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築

#### 現状と課題

脳卒中や、急性心筋梗塞等の循環器病は、ともに発症後、早急に適切な治療を開始する必要があるため、急性期の医療提供体制の構築に当たっては時間的な制約を考慮する必要があります。

また、いずれの疾患も再発や増悪を繰り返す可能性があり、回復期や維持期・生活期における再発予防の取組が重要です。再発・増悪時にあつては、急性期の専門医療機関から介護保険適用サービスを提供する事業所までが連携しつつ、切れ目なく適切な医療・介護サービスを提供していくことが求められます。

本県では、脳卒中や心筋梗塞等の循環器病の医療機能について、それぞれ「専門的医療を包括的に行う施設」、「専門的医療を行う施設」、「回復期リハビリテーションを提供する施設」の基準を定め、基準に合致する医療機関の把握を進めています。(43 ページ『**■**循環器病対策に求められる医療・介護機能と連携』を参照)

また、本県は現在、県内医療機関に勤務する人口あたりの医師数が全国でも下位であるうえ、脳卒中領域、循環器領域の専門医療機関は地域に偏在し、限られています。さらに令和6（2024）年度以降には、医師に対する時間外労働の上限規制が適用されることも踏まえ、前述のような循環器病に関わる医療提供体制の構築に向けて、医療資源の有効活用に繋がる医療機関の機能分化や連携体制を検討していく必要があります。

#### (1) 脳卒中の医療提供体制

県内の脳卒中の専門医療機関は、地域に偏在し、限られていることから、医療機能の実態を把握し、医療機関の連携体制を構築する必要があります。また、医療提供に係る人材の確保も求められます。

#### ア 急性期

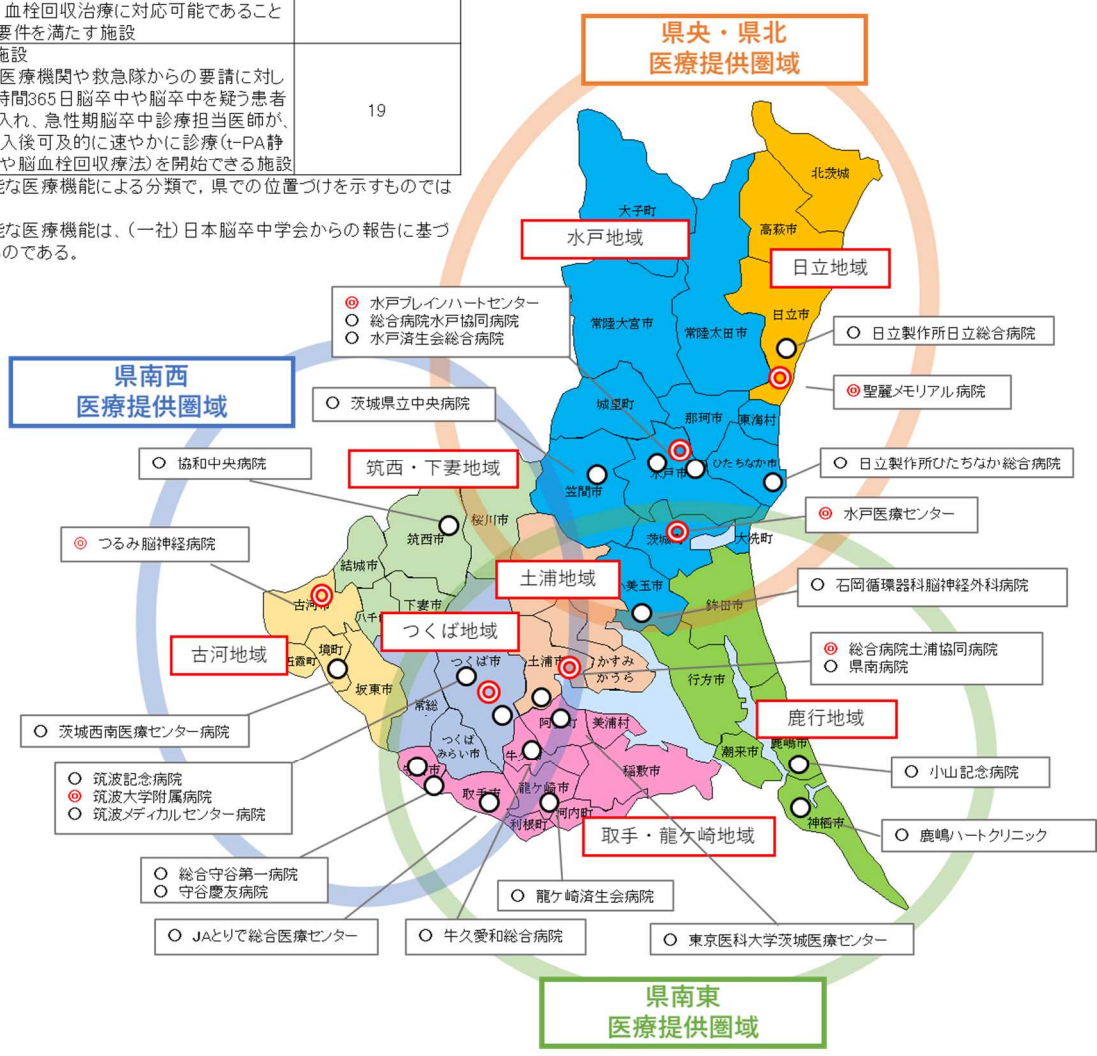
- ・ 県内で、脳血栓溶解（t-PA）療法による血栓溶解を含む脳卒中診療を24時間365日実施できる施設として日本脳卒中学会が認定する「一次脳卒中センター(PSC)」は、25施設です。

うち、6施設が常時血栓回収治療を実施できる「一次脳卒中センター(PSC)コア」に認定されています（令和5（2023）年4月1日現在）。

急性期の専門的医療*が提供可能な医療機関	医療機関数 (計25医療機関)
◎…PSCコア施設 ※ PSCに認定されており、脳血管内治療専門医と脳血栓回収療法実施医が合計して常勤3名以上であること、自施設において24時間365日、血栓回収治療に対応可能であることなどの要件を満たす施設	6
○…PSC施設 ※ 地域の医療機関や救急隊からの要請に対して、24時間365日脳卒中や脳卒中を疑う患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的に速やかに診療(rt-PA静注療法や脳血栓回収療法)を開始できる施設	19

令和6(2024)年1月1日現在の情報をもとに作成しています。(日本脳卒中学会)  
※PSC認定期間:2023/4/1~2024/3/31)

提供可能な医療機能による分類で、県での位置づけを示すものではない。  
提供可能な医療機能は、(一社)日本脳卒中学会からの報告に基づいているものである。



※ 上記の図はあくまでも、一次脳卒中センター(PSC)に認定された医療機関を記載しているものであり、上記の施設以外にも脳卒中における急性期医療の提供が可能な医療機関はあります。

- ※ **一次脳卒中センター(PSC: Primary Stroke Center)**  
(一社)日本脳卒中学会が認定する「地域の医療機関や救急隊からの要請に対して、24時間365日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的に速やかに診療(rt-PA静注療法を含む)を開始できる施設」
- ※ **一次脳卒中センター(PSC)コア施設**  
一次脳卒中センターのうち、24時間血栓回収治療に対応可能であるなどの要件を満たして認定された施設

※上記の圏域図に重ねて記載のある3つの圏域は、「第8次茨城県保健医療計画」総論第4章第2節において設定する「医療提供圏域」を図示したものである。

## イ 回復期・維持期・生活期

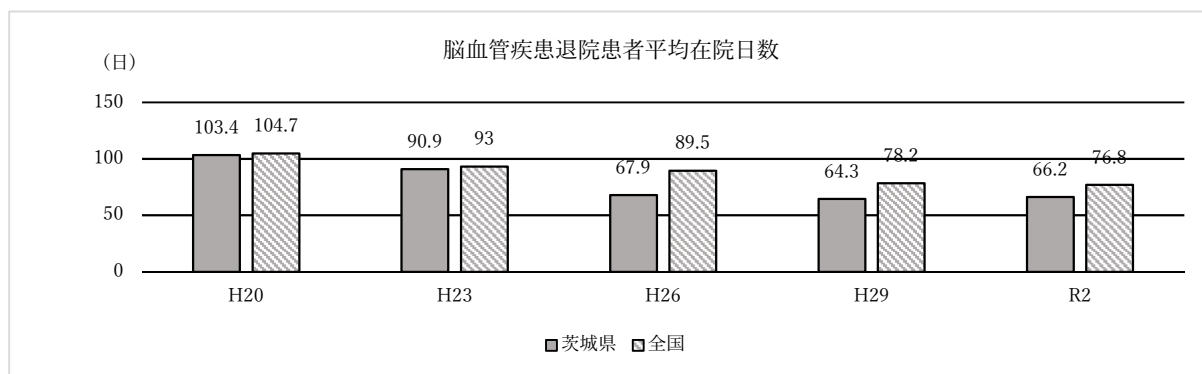
病床機能報告によると、茨城県の人口10万人あたりの回復期リハビリテーション病床数は、全国で最も低い水準にあり、循環器病の回復期リハビリテーションの提供体制についても十分ではない可能性があることから、疾患によって必要とされるリハビリテーション提供のあり方を検討し、患者の日常生活への復帰や再発・重症化予防のための十分なリハビリテーションが提供される環境を整備する必要があります。

脳卒中は、社会生活に復帰するまでに、身体機能の回復を目的としたリハビリテーションが必要であり、回復期に長期の入院が必要となるケースが多い傾向があります。

脳卒中の発症後、生活復帰と社会参加に向け、脳卒中地域連携クリティカルパス※も活用しつつ急性期から生活期まで円滑にリハビリテーションが提供されることが重要です。

本県では、茨城県立医療大学附属病院を中心として、県内の医療機関等を広域支援センターや地域リハ・ステーション等に指定し、より身近な地域で適切なリハビリテーションサービスを受けることができるよう、リハビリテーションのネットワークづくりを推進しています。

- ・ 県内で、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）の届出を行っている施設は141施設です（令和5（2023）年4月現在）。
- ・ 脳血管疾患に係る退院患者平均在院日数はこれまで短縮傾向にあったものの、直近の数値では延長しています。これには新型コロナウイルス感染症の蔓延による影響も考えられるため、今後の経過を注視する必要があります。



出典：厚生労働省「患者調査」

※ 地域連携クリティカルパス：急性期医療機関から回復期医療機関、維持期・生活期の介護保険事業所まで、患者に関与する地域の医療機関や施設で診療計画を共有し連携することで、それぞれの医療機関の機能を補い合い医療・介護サービスを提供する仕組み。

(2) 心血管疾患の医療提供体制

県内の心血管疾患の専門医療機関は、地域に偏在し、限られていることから、医療機能の実態を把握し、医療機関の連携体制を構築する必要があります。また、医療提供に係る人材の確保も求められます。

ア 急性期

心血管疾患に関する急性期医療については、病態により必要な対応が異なるため、急性心筋梗塞、急性大動脈解離等の大動脈緊急症、心不全の3つに分けて記載します。

【急性心筋梗塞】

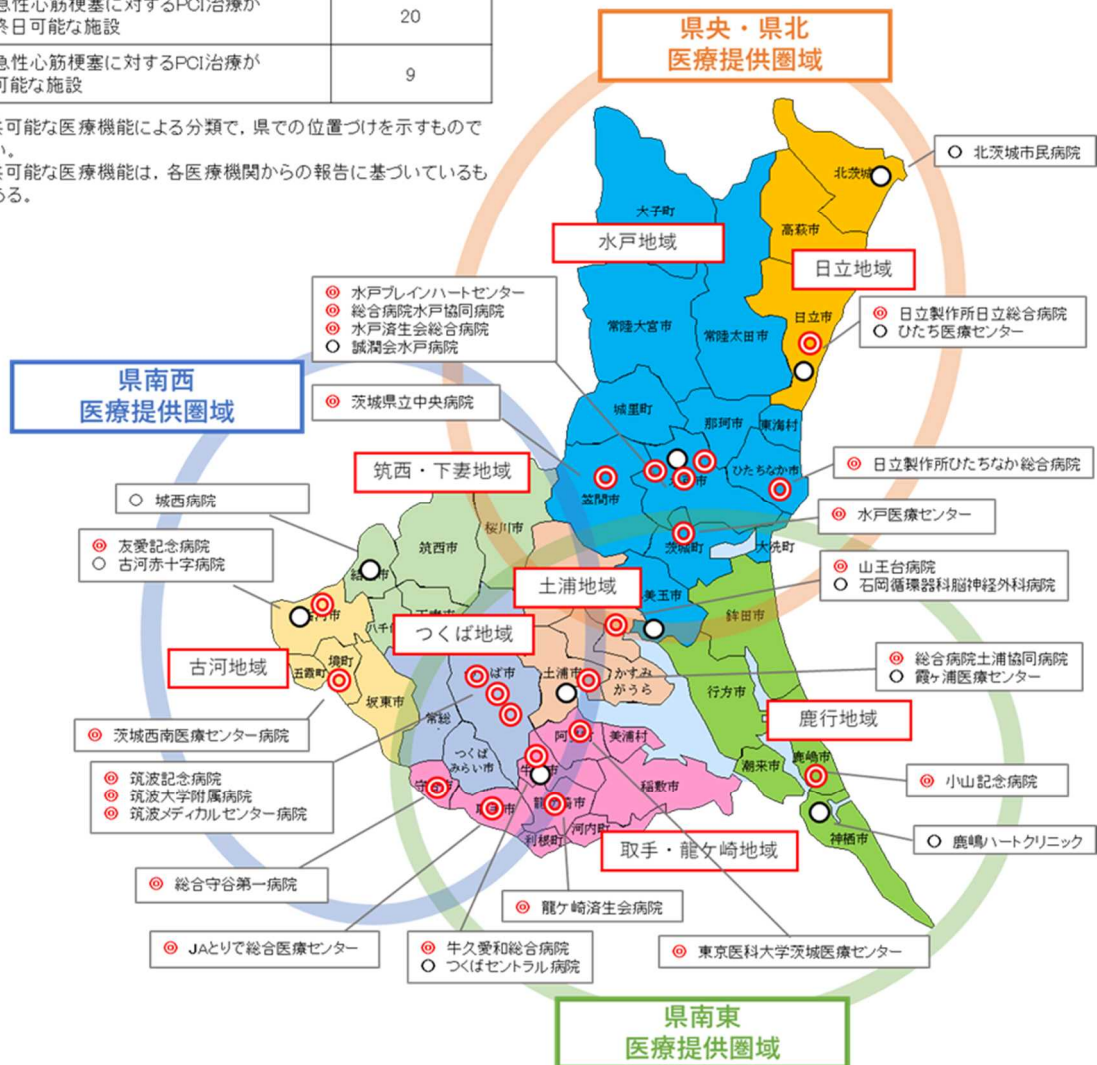
- ・ 県内で、急性心筋梗塞の急性期医療を提供している医療機関は29機関です。
- ・ 24時間、経皮的冠動脈形成術（PCI）に対応している医療機関は、20機関です。

（関連：第IV章第3節（2））

急性期の専門的医療が提供可能な医療機関	医療機関数 (計29医療機関)
◎…急性心筋梗塞に対するPCI治療が終日可能な施設	20
○…急性心筋梗塞に対するPCI治療が可能な施設	9

提供可能な医療機能による分類で、県での位置づけを示すものではない。  
提供可能な医療機能は、各医療機関からの報告に基づいているものである。

令和6（2024）年1月1日現在の情報をもとに作成しています。（令和6年茨城県県保健医療部健康推進課調査）



※上記の圏域図に重ねて記載のある3つの圏域は、「第8次茨城県保健医療計画」総論第4章第2節において設定する「医療提供圏域」を図示したものである。

【急性大動脈解離等の大動脈緊急症】

- 急性大動脈解離（スタンフォードA）に対する心臓血管外科治療に対応している医療機関は9機関であり、そのうち24時間対応している医療機関は7機関です。（関連：第IV章第3節（2））

急性期の専門的医療が提供可能な医療機関	医療機関数
◎…急性大動脈解離(スタンフォードA)に対する心臓血管外科手術が可能な医療機関	9

提供可能な医療機能による分類で、県での位置づけを示すものではない。

提供可能な医療機能は、各医療機関からの報告に基づいているものである。



令和6（2024）年1月1日現在の情報をもとに作成しています。（令和6年茨城県保健医療部健康推進課調査）



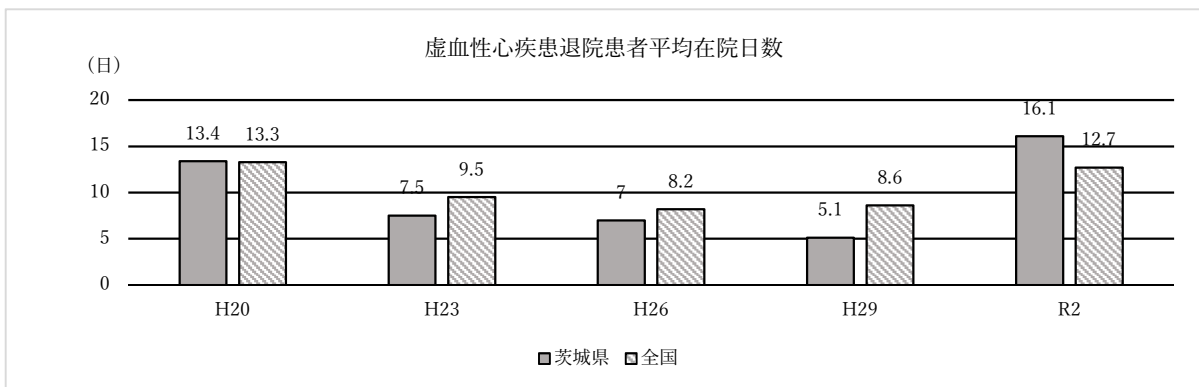
### 【心不全】

- ・ 心不全については、かかりつけ医をはじめ、多くの医療機関で対応しています。
- ・ 心不全については、急性増悪による再入院を繰り返す特徴があることから、地域包括ケアシステムにおいて、かかりつけ医や地域の医療機関、介護保険施設などの多職種による医療・介護連携の中で診る必要があります。

#### イ 回復期・維持期・生活期

心血管疾患患者は、心不全等の再発などで資料機関への入退院を繰り返すことが多いことから、心臓リハビリテーションは、疾患管理プログラムとして、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す。

- ・ 県内で、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ）の届出を行っている施設は35施設です（令和5（2023）年4月現在）。
- ・ 心血管疾患に係る退院患者平均在院日数はこれまで短縮傾向にあったものの、直近の数値では延長しています。これには新型コロナウイルス感染症の影響も考えられるため、今後の経過を注視する必要があります。



出典：厚生労働省「患者調査」

- ・ 心不全は、血圧の上昇や体重の増加を経て悪化することがあります。そのため、生活期においても血圧や体重の管理が必要であり、患者自身、患者家族へは医療者が十分な指導・説明を行うとともに継続したサポートが重要となります。また、循環器病専門医と地域のかかりつけ医が連携し、よりよい治療が受けられる体制づくりが必要であることから、心不全地域連携クリティカルパスも活用しつつ急性期から生活期まで円滑にリハビリテーションが提供されることが重要です。（関連：第IV章第4節（1））
- ・ 高齢者は、通院が困難となることも多く、十分なリハビリテーションを受けられないケースがあると考えられます。在宅リハビリテーションの提供のほか、患者の身体機能によっては地域包括支援センターの介護予防教室や通いの場の活用なども視野に入れた、在宅での心臓リハビリテーションの充実が求められます。

### (3) 循環器病に関わる人材育成

- ・ 県内で従事する医師の確保と定着の促進及び医師の地域偏在の解消を図る必要があります。
- ・ 医師の術後管理等のタスクシフトの観点から、専門の認定看護師や特定行為を行う看護師の養成や活用も検討していく必要があります。
- ・ 循環器病の治療は、急性期医療から回復期、維持期・生活期に至るまで多職種が連携して行われるため、医師をはじめ看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、公認心理士、臨床心理士、精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、地域包括支援センター職員、診療情報管理士、ケアマネージャー、心臓リハビリテーション指導士、心不全療養指導士、両立支援コーディネーターなど、幅広い関係者と循環器病の知識を共有していく必要があります。

#### 施策の方向性

##### <循環器病の医療提供体制>

- 医療提供体制の地域格差を解消し、切れ目なく継続的な治療を提供するための医療機関の連携体制の構築推進 ◀重点取組事項
- 急性期から回復期、維持期・生活期を通したリハビリテーションの提供体制の充実

##### <循環器病に関わる人材確保・育成>

- 医師をはじめとする循環器病に関わる医療従事者の確保及び育成の支援

#### 具体的取組（施策）

##### <循環器病の医療提供体制>

- 循環器病に対する地域の専門医療提供体制のあるべき姿や広域連携推進に向けた方向性について検討し、地域医療構想調整会議の活用等により、地域における医療機能の分化・連携を促進していきます。
- 第8次茨城県保健医療計画において、水戸地域医療構想区域の6病院の再編統合及び高度急性期医療を担う特定機能病院を目指せるようなフラッグシップホスピタルの設置等について具体的な検討を進める方針が示されたことを踏まえ、循環器病対策関連分野の医療機関の役割分担についても歩調を合わせて検討を進めます。
- 切れ目なく継続的な治療提供のための「専門的医療を包括的に行う施設」、「専門的医療を行う施設」、「回復期の医療を提供する施設」、「かかりつけ医」の連携体制を推進していきます。
- 脳卒中及び大動脈緊急症については、治療可能な医療機関が偏在しており、数も限られます。確実な受け入れ態勢を将来にわたって維持するため、救急輪番制も含めた医療提供体制について検討を進めます。
- 医療提供体制の地域格差を是正するために、ICTを活用した遠隔医療などにより、地

域の実情に即した連携の仕組みづくりを推進します。

- 急性期から回復期、維持期・生活期を通じたリハビリテーションの提供体制づくりを推進していきます。
- 「地域リハビリテーション推進拠点」を中心とした連携体制を活かし、主に在宅療養者を対象として、適切なリハビリサービスの利用に繋げる相談支援に取り組むことで、県民へのリハビリ普及促進や在宅リハの充実を図っていきます。
- 心不全については、県内共通の心不全地域連携クリティカルパスなどのツールを活用した医療機関連携の構築に取り組むとともに、地域包括ケアシステムにおいて、かかりつけ医や地域の医療機関、介護保険施設などの多職種による医療・介護連携の構築を進めます。

<循環器病に関わる人材確保・育成>

- 地域の中核的な医療機関の機能を維持するため、県、大学、医療機関が一体となった医師の派遣や県外大学との新たな関係構築などにより、医師確保に取り組めます。
- 修学資金の貸与を受けた修学生及び修学生医師が増加することから、義務明け後の県内勤務を見据えた長期間のキャリア形成を支援するため、魅力的かつ地域の実情に合ったキャリア形成プログラムを策定いたします。
- 茨城県地域医療支援センターのキャリアコーディネーターや教育インストラクター等との個別面談や各種相談による修学生等の若手医師のキャリア形成支援や本県勤務の魅力など総合的な情報発信により、医師の養成・定着を図ります。
- 勤務医の労働時間短縮などの勤務環境改善に取り組む医療機関の支援や、子育て中の医師のサポート体制の整備などにより、魅力ある環境づくりを推進します。
- 看護師の特定行為研修への受講支援や制度周知のための説明会を実施することにより、特定看護師の確保に取り組めます。

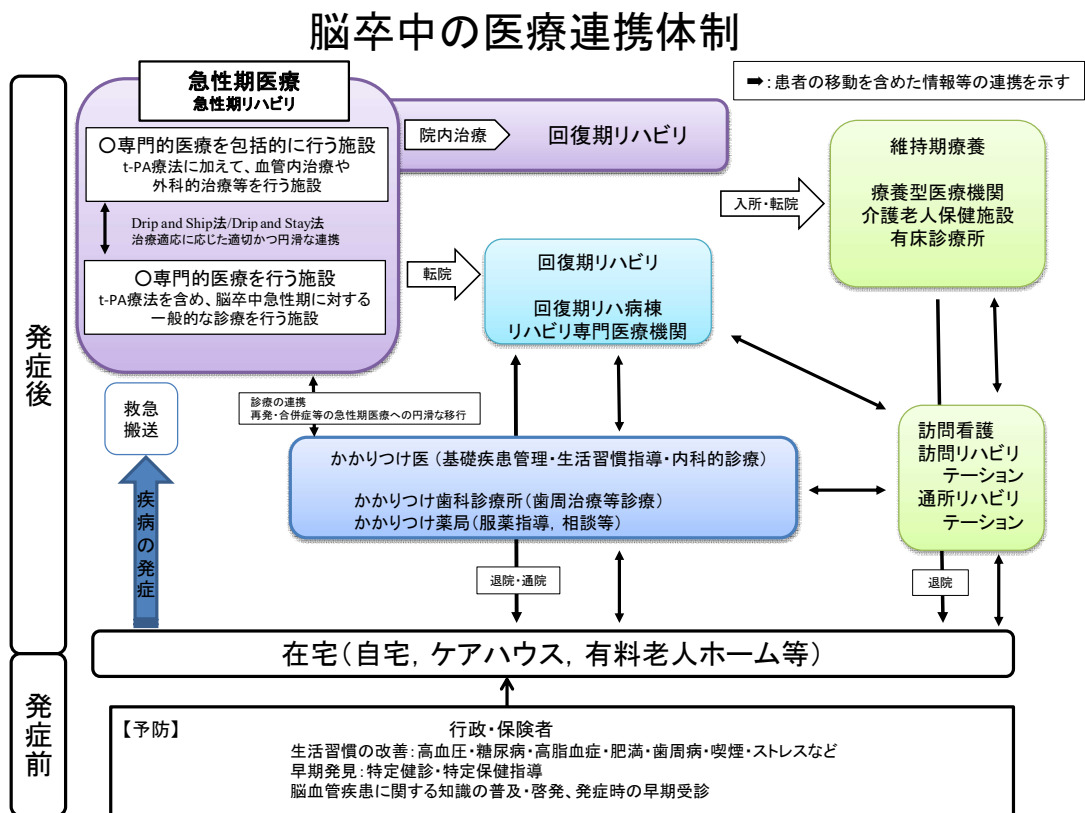
### **関係者に期待する役割**

(市町村)

- 地域包括支援センターにおける循環器病の一次予防から再発予防の取組  
(各団体等)
- 地域医療構想調整会議等を通じた地域での救急医療に係る機能分化・連携に係る協議  
(医師会、医療機関)
- 循環器病に関する医療従事者の育成・活用 (各団体等)  
(脳卒中・心臓病等総合支援センター)
- 県医師会等と連携し、県内の医療従事者等を対象とした研修会等の開催

## ■循環器病対策に求められる医療・介護機能と連携

### (1)脳卒中に関する医療機能と連携体制



#### ア 発症予防の機能【予防】

目標	脳卒中の発症を予防する
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患及び危険因子(リスク)の管理が可能であること</li> <li>○症状出現に備え、急性期を担う医療機関への受診等の対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を実施すること</li> <li>○急性期・回復期・療養病床を有する医療機関等と連携していること</li> </ul>
担当する医療機関	かかりつけ医療機関

#### イ 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目標	脳卒中の疑われる患者が、発症後できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関を受診できる
関係者に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>(本人及び家族等周囲にいる者)</li> <li>○発症後速やかに救急要請を行うこと (救急救命士含む救急隊員)</li> <li>○地域メディカルコントロール協議会の定めた活動基準に沿って、脳卒中患者に</li> </ul>

	<p>対する適切な観察・判断・処置を行うこと</p> <p>○脳卒中が疑われる患者に対する病院前救護のスクリーニングに基づき、搬送先選定が可能な救護体制を構築すること</p>
--	---

ウ 発症後速やかに専門的診療を実施する救急医療の機能【急性期】

	専門的医療を包括的に行う施設	専門的医療を行う施設
目標	<p>1 t-PA 療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始する</p> <p>2 脳梗塞患者については機械的血栓回収療法の実施についても検討し、治療の適応となる患者に対して、速やかに治療を開始する</p> <p>3 廃用症候群や誤嚥性肺炎等の合併症予防、早期にセルフケアが自立できるようリハビリテーションを実施する</p>	<p>1 t-PA 療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始する</p> <p>2 脳梗塞患者に対して機械的血栓回収療法を実施できない施設においては、画像伝送等の遠隔医療を利用して治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を行う</p> <p>3 廃用症候群や誤嚥性肺炎等の合併症予防、早期にセルフケアが自立できるようリハビリテーションを実施する</p>
医療機関に求められる事項	<p>○血液検査や画像検査等の必要な検査及び専門的診療が 24 時間実施可能であること(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む)</p> <p>○t-PA 静注療法の適応がある脳梗塞患者に対し、来院後に少しでも早く治療を開始すること(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)</p> <p>○症状の重症度と画像所見に基づき、脳梗塞患者に対する機械的血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始すること</p> <p>○t-PA 静注療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、画像伝送等の遠隔医療など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること</p> <p>○呼吸、循環、栄養等の全身管理及び合併症(特に誤嚥性肺炎)の予防に対する診療について、多職種が連携し、対応が可能であること</p> <p>○病状に応じた適切なリハビリテーションが多職種で連携し、実施可能であること</p> <p>○回復期(又は維持期・生活期)の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること</p>	
担当する医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救命救急センターを有する病院</li> <li>・ 脳卒中の専用病室を有する病院</li> <li>・ 急性期の血管内治療が実施可能な病院</li> <li>・ 脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所</li> </ul>	

エ 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する医療機能【回復期】

目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 在宅等への復帰を目指し、身体機能を早期改善するための集中的なリハビリテーションを実施する</li> <li>2 回復期の医療機関における医療提供体制を強化する</li> <li>3 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施する</li> <li>4 誤嚥性肺炎などの合併症の予防を図る</li> </ol>
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○再発予防の治療、基礎疾患・危険因子(リスク)の管理、抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること</li> <li>○失語、歩行障害などの機能障害の改善及び日常生活動作の向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法などのリハビリテーションが、専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること</li> <li>○急性期の医療機関及び維持期・生活期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること</li> <li>○再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること</li> </ul>
担当する医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ リハビリテーションを専門とする病院又は診療所</li> <li>・ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院</li> </ul>

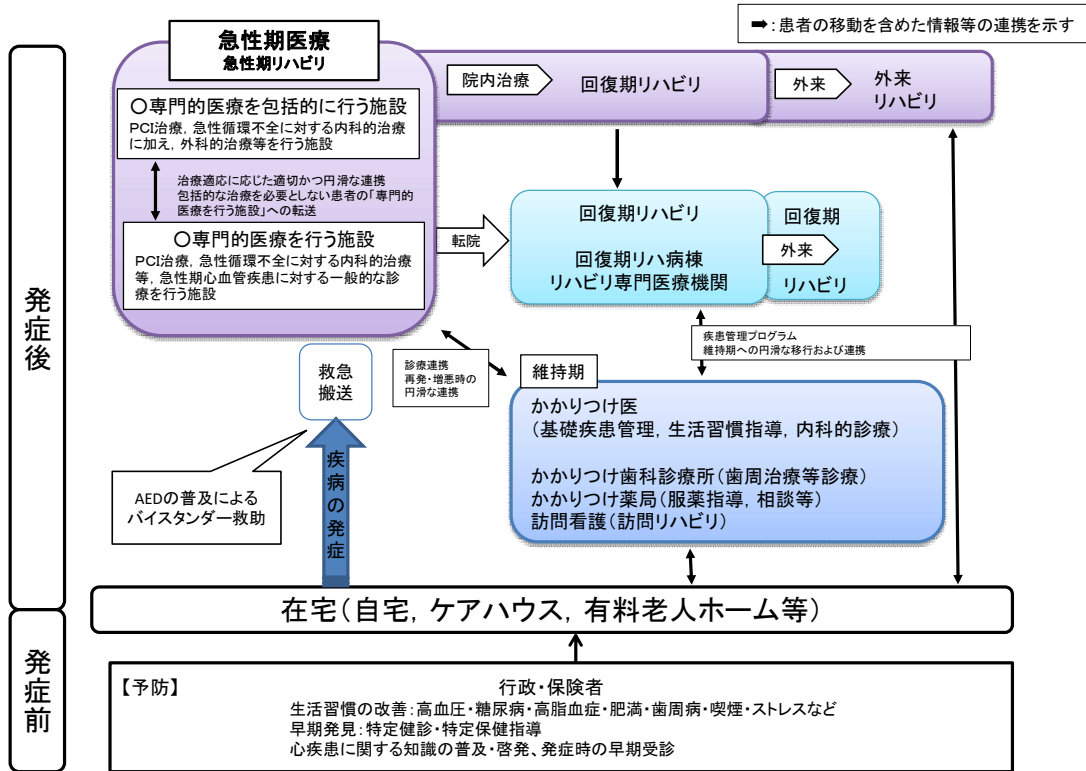
オ 日常生活への復帰及び生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、再発防止を含む診療を実施する医療機能【維持期・生活期】

目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び就労支援並びに日常生活の継続を支援する</li> <li>2 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施する</li> </ol>
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○再発予防の治療、基礎疾患・危険因子(リスク)の管理、抑うつ状態への対応が可能であること</li> <li>○生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション(訪問及び通所リハビリテーションを含む)が実施可能であること</li> <li>○担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと(就労支援を行う関係機関と連携して実施する場合を含む)</li> <li>○回復期又は急性期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること</li> <li>○介護支援専門員と連携するなど、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅サービスを調整すること</li> <li>○合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること</li> </ul>

	○かかりつけ医を中心として、多職種が連携し、通院困難な患者への医療や希望する患者への在宅での看取りを提供すること
担当する 医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人保健施設</li> <li>・介護保険によるリハビリテーションを行う医療機関</li> <li>・診療所(内科、リハビリテーション科)等の医療機関等</li> </ul>

(2)急性心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療機能と連携連携体制

心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制



ア 発症予防の機能【予防】

目標	心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防する
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患及び危険因子(リスク)の管理が可能であること</li> <li>○症状出現に備え、急性期医療を担う医療機関への受診等の対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を実施すること</li> <li>○健康手帳等を利用して、医療情報と健診等の保健情報についての必要な情報共有を図ること</li> <li>○急性期・回復期の機能を担う医療機関等と連携していること</li> </ul>
担当する医療機関	かかりつけ医療機関

イ 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目標	心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、発症後できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できる
関係者に求められる事項	<p>(本人及び家族等周囲にいる者)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○発症後速やかに救急要請を行うこと</li> <li>○心肺停止が疑われる者に対して、AED の使用を含めた心肺蘇生法など適切な</li> </ul>



	<p>処置を実施すること (救急救命士含む救急隊員)</p> <p>○地域メディカルコントロール協議会の定めた活動基準に則し、適切な観察・判断・救命処置を行うこと</p> <p>○急性期を担う医療機関へ速やかに搬送すること</p>
--	---

ウ 発症後速やかな専門的診療を実施する救急医療の機能【急性期】

	専門的医療を包括的に行う施設	専門的医療を行う施設
目標	<p>1 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療(PCI等に加え外科的治療)を開始する</p> <p>2 合併症や再発の予防、在宅復帰のための多職種連携に基づく心血管疾患リハビリテーションを実施する</p> <p>3 再発予防のための専門的な検査を定期的実施する</p>	<p>1 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療(PCI等)を開始する</p> <p>2 合併症や再発の予防、在宅復帰のための多職種連携に基づく心血管疾患リハビリテーションを実施する</p> <p>3 再発予防のための専門的な検査を定期的実施する</p>
医療機関に求められる事項	<p>○血液検査や画像検査等の必要な検査及び専門的診療が24時間実施可能であること</p> <p>○ST上昇型心筋梗塞の場合、適用があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること</p> <p>○慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること</p> <p>○呼吸、疼痛等の全身管理及び合併症に対する治療が可能であること</p> <p>○冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は可能な医療機関と連携していること</p> <p>○合併症や再発予防のためのリハビリテーションが実施可能であること</p> <p>○抑うつ状態の対応が可能又は可能な医療機関と連携していること</p> <p>○回復期(又は在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、また、その一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること</p>	
担当する医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救命救急センターを有する病院</li> <li>・ 心臓内科系集中治療室(CCU)等を有する病院</li> <li>・ 心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所</li> </ul>	

エ 身体機能を回復させる心臓リハビリテーションを実施する機能【回復期】

目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を行う</li> <li>2 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを入院又は通院により実施する</li> <li>3 在宅等生活及び就労の場への復帰を支援する</li> <li>4 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教える</li> </ol>
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○再発予防の治療や基礎疾患・危険因子(リスク)の管理、抑うつ状態などの対応が可能であること</li> <li>○急性増悪時に除細動などの対応が可能であること</li> <li>○合併症併発時や再発時の治療が可能な医療機関と連携していること</li> <li>○運動療法、食事療法などの心臓リハビリテーションが実施可能であること</li> <li>○再発時の適切な対応について、患者及び家族への教育を行うこと</li> <li>○急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること</li> <li>○担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、心血管疾患患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと(就労支援を行う関係機関と連携して実施する場合を含む)</li> </ul>
担当する医療機関	内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所

オ 再発予防の機能【再発予防】

目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を行う</li> <li>2 在宅療養を継続できるように支援する</li> </ol>
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子(リスク)の管理、抑うつ状態への対応が可能であること</li> <li>○急性増悪時に除細動などの対応が可能であること</li> <li>○合併症併発時や再発時の治療が可能な医療機関と連携していること</li> <li>○急性期の医療機関と診療情報を共有するなど連携していること</li> <li>○急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること</li> <li>○合併症や再発の予防のための管理について、心血管疾患リハビリテーション実施医療機関、訪問看護ステーション、薬局等と連携し実施できること</li> </ul>
担当する医療機関等	かかりつけ医療機関

#### (4) 循環器病の緩和ケア

##### 現状と課題

平成 26 (2014) 年の世界保健機関 (WHO) からの報告によると、循環器病は成人において緩和ケアを必要とする疾病別割合の第 1 位です。

特に心不全については、再発・増悪を繰り返す中で全人的な苦痛が増悪するとされ、初期段階から治療と連携した緩和ケアが必要とされています。

慢性心不全患者の管理体制については、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、専門的医療を行う施設が急性増悪時の入院治療を担い、年齢、併存症の有無、心不全の重症度等の状況によっては治療と連携した緩和ケアを提供できる体制が理想であり、そのためには医療機関を越えた医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、保健師等の多職種連携による疾病管理等で連携・支援する体制が必要です。

##### 施策の方向性

- 医療従事者の緩和ケアに関する基本的知識習得の推進

##### 具体的取組 (施策)

- 緩和ケアを専門とする医療従事者への緩和ケアに関する基本的知識習得のため、日本心不全学会が提供する「緩和ケアトレーニングコース (HEPT)」の受講等の研修を推進するとともに、心不全治療との連携体制構築を推進します。
- 高齢の心疾患患者の病態が安定している間に、患者・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」の普及について、関係団体とともに検討していきます。

##### 関係者に期待する役割

(関係団体)

- 医療従事者の緩和ケアに関する基本的知識習得のための支援 (医師等の医療関係者) (脳卒中・心臓病等総合支援センター)
- 心臓病の緩和ケアに関する普及啓発

## (5) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

### 現状と課題

循環器病の中には、先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患があり、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ます。

小児期から成人期への移行期にある患者の切れ目ない移行には、小児期と成人期の診療科・医療機関間の十分な連携と、患者が医療を自己決定できるよう、患者及びその家族への成人移行支援が必要です。

### 施策の方向性

- 小児期から成人期まで切れ目のない医療提供体制づくりの推進
- 疾患を抱えた児やその家族への支援

### 具体的取組（施策）

- 引き続き乳幼児健診や学校健診等の実施による疾患の早期発見とその後の支援を推進します。
- 小児慢性特定疾病児童等自立支援事業に基づく患者・家族教室等により、疾患を抱えた児やその家族、関係者の支援に努めます。
- 小児期から成人期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、脳卒中・心臓病等総合支援センターと連携し、小児期と成人期の診療科・医療機関間の連携や成人移行支援の在り方について検討を行っていきます。

### 関係者に期待する役割

(脳卒中・心臓病等総合支援センター)

- 先天性心疾患に関する診療連携の推進

## 第4節 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者への支援

### (1) 地域における医療・介護連携の促進

#### 現状と課題

循環器病患者は、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、生活支援や介護が必要な状態に至る場合があります。このため、地域包括ケアシステムの中で、循環器病患者の日常生活圏域での在宅医療や、介護保険制度、障害者総合支援法に基づくサービスを、多職種にわたる関係者が連携して提供する体制を整備する必要があります。また、再発や増悪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、服薬等の徹底等適切な管理及びケアを継続して行うことも必要です。

本県においては、医療資源の偏在により、地域によっては生活する保健医療圏外の専門医療機関に通院を続けるケースも多いとみられます。地域格差による患者や患者家族の負担を軽減し、医療やケアの質の向上を図るうえでは、地域連携クリティカルパス等のツールを活用しつつ、時には保健医療圏を越えた関係者間で治療やケアに関する情報共有を行う仕組みを構築することが重要です。

#### 【脳卒中】

脳卒中の後遺症として身体活動・言語・摂食嚥下に障害が生じた場合であっても、住み慣れた地域で必要なリハビリテーションを継続して受けられ、生活の質（QOL）を低下させることなく暮らしていける体制づくりが必要です。

#### 【心血管疾患】

急性心筋梗塞等の心血管疾患は、退院後も地域で基礎疾患や危険因子の継続的な管理や、患者自身や患者の周囲にいる者が再発や重症化の時に適切に対応できるよう指導を受けられる環境が重要であり、かかりつけ医やかかりつけ薬局による支援の充実が望まれます。また、循環器病専門医と地域のかかりつけ医が連携し、よりよい治療が受けられる体制づくりの検討が求められます。（関連：第IV章第3節（3））

#### <連携のための地域の土台づくり>

- ・ 本県では、県内の全市町村に地域包括支援センターを設置しており、各センターで保健・医療・福祉の関係者や地域住民・ボランティア等による在宅ケアチームが支援を必要とする住民の支援に当たっています。

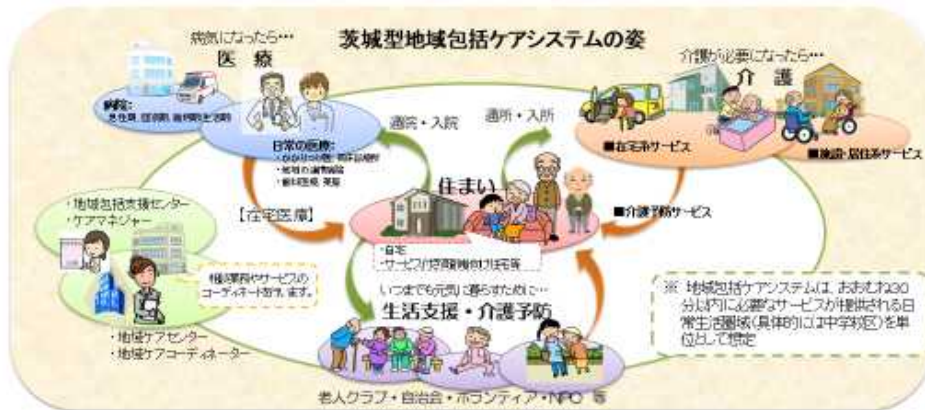
また、県では平成6（1994）年度から「茨城型地域包括ケアシステム」の構築に取り組んでおり、インフォーマルな支援が必要な場合や、ひとり親、引きこもり等で必ずしも法制度で対応できないケースについて、本県独自の「地域ケアシステム」のノウハウであるコーディネート機能を活用するなどして、隙間のない支援を行い、誰もが安心して暮らせる地域社会の実現を目指しています。

県では、地域包括支援センターや介護予防事業に関わる市町村の担当者向けに介護予

防等に関する研修や会議を開催しています。関わる医療従事者との連携を円滑にし、循環器病の既往をもつ利用者により適切な支援を行うため、機会を捉えて循環器病の一次予防から再発・重症化予防に関する知識を関係者間に普及することも重要です。

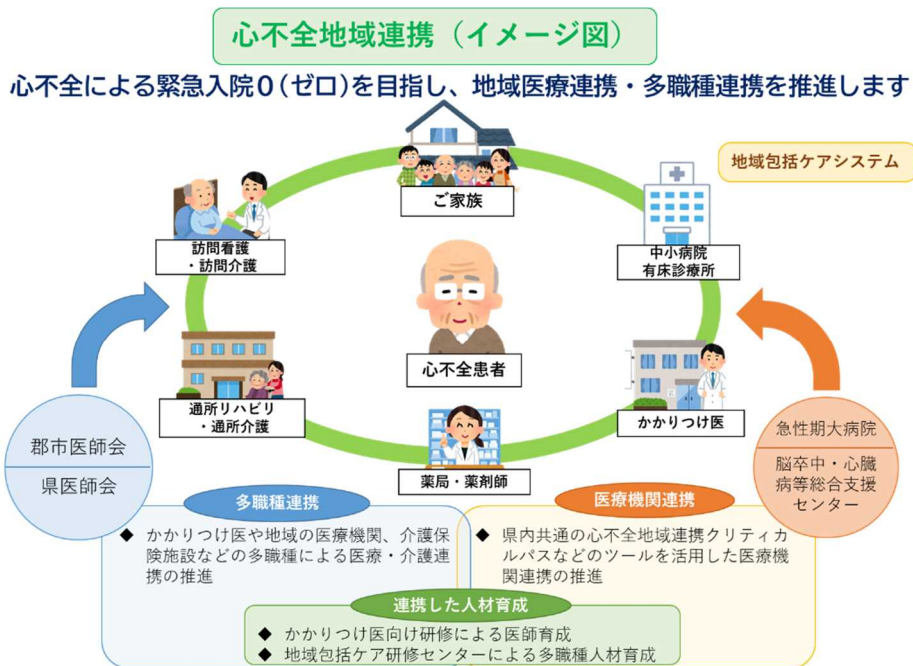
**茨城県地域包括ケアシステムの構築について**

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても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確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 茨城県においては、障害者や子ども等、さらにその家族も対象とし支援。
- 茨城県地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



<心不全に関する地域連携>

- ・ 心不全については、「茨城県心不全地域連携会議」を設置し、県内共通の心不全地域連携クリティカルパスなどのツールを活用した医療機関連携の構築に取り組むとともに、地域包括ケアシステムにおいて、かかりつけ医や地域の医療機関、介護保険施設などの多職種による医療・介護連携の構築を進めます。



## 施策の方向性

- 切れ目なく継続的な治療・ケアを提供するための医療機関や介護保険事業所の機能分担と連携体制強化の推進
- 地域ごとの生活期リハビリテーションの取組の推進

◀重点取組事項

## 具体的取組（施策）

- 地域の開業医など、日頃から患者の体質や病歴、健康状態を把握し、健康相談も行う「かかりつけ医」の県民への普及定着を図ります。
- 地域で暮らす患者のニーズに合わせた支援を行うため、高度で専門的な医療を提供する医療機関、急性期医療機関、リハビリテーション医療機関、介護保険施設、かかりつけ医、かかりつけ薬局等による患者支援のための連携体制の構築を推進します。
- 「地域リハビリテーション強化対策事業」(R3～)により、リハビリテーションの提供体制の実態を把握しつつ、生活期のリハビリテーションの取組支援の推進を図ります。
- 引き続き、地域連携クリティカルパスの運用を含む循環器病患者への医療・介護サービス提供に係る連携の状況の把握に努め、各地域で必要な体制が構築され、適切に運用されるよう支援を行っていきます。
- 医療ソーシャルワーカーや介護支援専門員等連携の要となる立場の者に対し、循環器病患者のケアに関する情報を、関係団体と協力しつつ提供していきます。

### 【脳卒中】

- 限りある医療資源を効果的に提供するために、「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」、「回復期の医療を提供する施設」、「かかりつけ医」などが連携し、切れ目なく継続的に治療が行われる体制づくりを推進します。
- 急性期から回復期、維持期・生活期を通じたリハビリテーションや合併症（誤嚥性肺炎など）を予防するため、医科と歯科の連携や、多職種の連携体制づくりを推進します。

### 【心血管疾患】

- 急性期から回復期、維持期・生活期を通じた、治療当日から行う運動療法や食事療法などの心血管疾患リハビリテーションを、「心血管疾患の疾患管理プログラム」として多職種が連携して提供できる体制づくりを推進します。

## 関係者に期待する役割

(市町村)

- 地域包括支援センターにおける多職種連携の場の提供
- 患者及び患者家族に対する循環器病の再発予防・重症化予防のための知識の普及啓発（各団体等）
- 各地域の実情に合わせた患者支援のための医療・介護・行政の連携体制の構築の推進

- あらゆる職種における循環器病に関する知識の普及
- 要介護者の希望する暮らしの実現のために必要な医療・介護連携のコーディネート  
(介護支援専門員協会)
- 退院患者の社会復帰における循環器病の特徴を踏まえた適切な支援 (医療ソーシャルワーカー協会)  
(脳卒中・心臓病等総合支援センター)
- 循環器病に関する医療機関連携の推進
- 医療・介護・行政など、多職種による連携体制への参画



## (2) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

### 現状と課題

循環器病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ます。

必要とされる情報は、急性期における医療機関受診に関することから、回復期に転院が必要な場合の転院先医療機関の情報、維持期・生活期において受けられる医療、介護及び福祉サービスに関することまで多岐にわたりますが、適切な情報にスムーズにアクセスできる環境が必要です。

公益社団法人日本脳卒中協会が令和元（2019）年6月に実施した「脳卒中患者・家族アンケート」の結果によると、入院中の院内の相談窓口の利用しやすさに対する満足度については、否定的な回答（まったくそう思わない、あまりそう思わない）が急性期病院で45%、回復期リハ病院で33%、療養型病院39%あり、相談窓口の存在に気がつかなかったという意見もありました。また、退院後の生活支援や介護サービスの情報を十分に得られたかという問いに対しては、31%が否定的な回答（全くそう思わない、あまりそう思わない）でした。

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、患者や患者家族が自発的に必要な情報にアクセスすることや、相談支援を受けることが困難な可能性もあります。また、維持期・生活期においては、自宅等での生活の支援制度や介護サービスに関して相談する窓口がどこかわからないという意見もあり、患者やその家族が、医療機関や地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る情報提供を相談窓口にとどり着けるような支援も求められています。

### 施策の方向性

- 既存の患者支援体制の活用を推進しつつ、循環器病患者と患者家族のニーズの把握と適切なサポート体制の整備の推進

### 具体的取組（施策）

- 維持期・生活期の介護支援を中心に、各市町村に設置されている地域包括支援センターでの住民の支援事業に継続して取り組みます。
- 脳卒中・心疾患の循環器病患者のニーズを把握に努め、適切な情報やサービスにアクセスできるための環境整備を推進していきます。
- 各医療機関の患者相談室や、一次脳卒中センター（PSC）コア施設等の脳卒中相談窓口において、循環器病患者に対する相談支援に取り組みます。
- 脳卒中・心臓病等総合支援センターにおいて、ホームページ等を活用した循環器病に関する情報の提供や、循環器病患者・家族に対する相談支援体制の充実に向けた取組を行うとともに、県医師会等と連携して多職種に対する研修等を行うことにより地域の医療機関を支援することで、本県内における包括的な患者支援体制の構築を推進しま

す。

### **関係者に期待する役割**

(市町村)

- 地域包括支援センターにおける支援の継続、循環器病に関する知識の共有
- 「生活支援体制整備事業」に基づく高齢者の生活支援の取組

(各団体等)

- 患者・患者家族のニーズを把握し適切な情報や支援につなぐ取組（医療機関、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員）
  - 各医療機関の患者相談室や、一次脳卒中センター（PSC）コア施設等の脳卒中相談窓口における循環器病患者に対する相談支援（医療機関）
- (脳卒中・心臓病等総合支援センター)
- ホームページ等を活用した循環器病に係る医療等に関する情報の提供
  - 循環器病患者・家族に対する相談支援体制の充実に向けた取組
  - 各団体等と連携し、多職種に対する研修等による地域の医療機関の支援

### (3) 治療と仕事の両立支援・就労支援

#### 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、生活の質（QOL）の低下や要介護状態につながる疾患です。

特に、脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の外見からは分かりにくい後遺症が残る場合があります、退院後の福祉サービスの提供に加えて社会的理解や支援が求められます。

#### <治療と仕事の両立支援・就労支援>

事業所においては、就業者の高齢化に伴い、循環器病をはじめ疾病を抱えた就業者の治療と仕事の両立への対応が求められるケースの増加も予想され、そのような場面では、患者・事業所・医療機関等の関係者間での情報共有をはじめとした連携が重要です。

#### 【脳卒中】

脳卒中については、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一方、患者の希望がかなえられない事例もあるため、障害者就労支援等との適切な連携が求められます。

#### 【心血管疾患】

虚血性心疾患等については、治療後に通常の生活に戻り、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た配慮が必要な場合もあります。

さらに、先天性心疾患では、生涯に渡り配慮を要するものの就労可能なケースが多く存在していますが、就労および就労の継続には、周囲の理解や支援が必要な場合もあります。

#### 施策の方向性

- 循環器病の後遺症等に関する知識の県民に対する普及啓発
- 関係機関との連携による患者を取り巻く関係者間の情報共有の促進

#### 具体的取組（施策）

- 循環器病の後遺症等に関する知識等について普及し、県民理解の促進に取り組みます。
- 茨城県高次脳機能障害者支援センターにおいて、高次脳機能障害に対する理解の促進や、治療と仕事の両立支援・就労支援に取り組みます。
- 医療機関や労働局、茨城産業保健総合支援センター等の関係機関等と連携し、患者・事業所・医療機関等の関係者間における情報共有を促進するとともに、事業所の理解促進に取り組みます。
- 「いばらき健康経営推進事業所認定事業」を通して、事業所に対して治療と仕事の両立支援に関する情報提供に取り組みます。

- 脳卒中・心臓病等総合支援センターにおいて、循環器病患者を対象とした就労支援に関する情報の収集・提供を行います。

### **関係者に期待する役割**

(市町村)

- 地域・職域連携推進会議や二次医療圏毎の関係者間での課題・情報の共有  
(各団体等)
- 循環器病患者に対する治療と仕事の両立支援・就労支援（医療機関、関係職能団体、ハローワーク、茨城産業保健総合支援センター、茨城県高次脳機能障害支援センター等）
- 厚生労働省「事業場における治療と仕事（職業生活）の両立支援のためのガイドライン」に基づく相談事業による患者及び事業所への支援、啓発セミナーの実施（茨城産業保健総合支援センター）
- 正しい知識に基づき、個々の状況に合わせた循環器病患者への支援（事業所）
- 患者・事業所に対する医学的視点からの情報提供、助言等の支援（医療機関）  
(脳卒中・心臓病等総合支援センター)
- 循環器病患者に対する就労支援に関する情報の収集・提供

## ■筑波大学附属病院 茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センター

令和4(2022)年7月、脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業(厚生労働省補助事業)により、筑波大学附属病院に茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センターが設置されました。

令和5(2023)年度以降も引き続き、県と筑波大学附属病院が協力して脳卒中・心臓病等総合支援センターを運営していくこととしています。

### ※ 脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業

各都道府県において脳卒中・心臓病等の循環器病に対する中心的な役割を担う医療機関に脳卒中・心臓病等総合支援センターを配置し、都道府県と連携しつつ、地域の医療機関と勉強会や支援方法などの情報提供を行うなどにより協力体制を強化し、包括的な支援体制を構築することにより、地域全体の患者支援体制の充実を図ることを目的として、令和4(2022)年度から実施。

### ●脳卒中・心臓病等総合支援センターの取り組み

本県では、脳卒中・心臓病等総合支援センターを、本県における脳卒中・心臓病等に関する医療機関連携、多職種連携の拠点と位置付け、急性期から回復期、生活期まで一貫した脳卒中・心臓病医療の提供体制構築のための事業を推進するため、以下の事業を実施することとしています。

- ・ 循環器病患者・家族の相談支援に関すること
- ・ 循環器病に関する情報提供、普及啓発に関すること
- ・ 循環器病に関する医療連携・多職種連携の推進に関すること

### ●第2期茨城県循環器病対策推進計画において脳卒中・心臓病等総合支援センターに期待する役割(再掲)

- 市民公開講座や、ホームページ・SNS等を活用した循環器病に関する正しい知識の普及啓発
- 小中学校等と連携した義務教育対象の児童・生徒への啓発
- 医師会等と連携し、県内の医療従事者を対象とした研修会等の開催
- 心臓病の緩和ケアに関する普及啓発
- 先天性心疾患に関する診療連携の推進
- 循環器病に関する医療機関連携の推進
- 医療・介護・行政など、多職種による連携体制への参画
- ホームページ等を活用した循環器病に係る医療等に関する情報の提供
- 循環器病患者・家族に対する相談支援体制の充実に向けた取組
- 各団体と連携し、多職種に対する研修等による地域の医療機関の支援
- 循環器病患者に対する就労支援に関する情報の収集・提供

## 第V章 循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

### 第1節 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、国、県、市町村をはじめ、県民、医療機関、大学、関係団体、事業者等の関係者は、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。
- 循環器病対策の推進にあたって、県、市町村は、関係者等の意見を把握し、取り組みに反映させていくよう努めます。

### 第2節 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ります。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「茨城県総合がん対策推進計画―第五次計画―」、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（2023）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「第4次健康いばらき21プラン」等の関連する諸計画との調和を図り、連携して取り組むこととします。

### 第3節 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確保しつつ、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ります。

循環器病に関する医療を提供する医療施設では、感染症の特性やフェーズに応じて、自院をかかりつけとする患者が感染症に感染した場合でも自院での診療が求められることも想定し、日頃から院内の設備や受入れ体制を整えておくとともに、平時から感染症指定医療機関との連携体制を構築しておくことが求められます。

### 第4節 循環器病対策の進捗状況の把握及び評価等

- この計画の運用にあたっては、ロジックモデル※を用いて進捗状況の把握及び評価を定期的に行い、その状況を踏まえて茨城県循環器病対策推進協議会において必要な事項について協議しながら、循環器病対策を着実に推進していきます。
- 各施策の推進にあたっては、計画の実行性を高めるため、Plan（計画）－Do（実行）－Check（評価）－Action（改善）のPDCAサイクルに基づく進捗管理を行うこととします。

### 第5節 計画の見直し

都道府県循環器病対策推進計画については、法第11条第4項に基づき、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ることとされています。

この計画については、第8次茨城県保健医療計画との調和を図るため、計画期間を令和11(2029)年度までとします。

---

※ ロジックモデル： 長期成果目標（分野アウトカム）を設定した上で、それを達成するために必要となる初期アウトカムと中間アウトカムを設定し、目標達成に至るまでの論理的な関係を体系的に図式化した、論理構造図。

茨城県循環器病対策推進計画ロジックモデル【脳卒中】

関連項目（施策）		初期アウトカム指標				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-2 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	(1) 循環器病を予防する生活習慣の取組の推進	C101	成人の喫煙率	男性 25.6% 女性 6.9%	30.2% 8.2%	R4 R4
		C102	成人の1日あたり食塩平均摂取量	男性 10.9 女性 8.9	10.8g 9.2g	R4 R4
		C103	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	男性 11.1% 女性 11.7%	14.6% 9.1%	R4 R4
		C104	収縮期血圧年齢調整平均値（40～74歳）	男性 126.5mmHg 女性 121.4mmHg	— —	R3 R3
		C105	脂質異常症者（LDLコレステロール≧160mg/dl、服薬者）の割合（40～74歳）	男性 25.9% 女性 26.2%	— —	R3 R3
		C106	空腹時血糖値126mg/dl以上、随時血糖126mg/dl以上、HbA1c(NGSP)6.5以上）、または糖尿病治療中の方の割合（40～74歳）	男性 12.0% 女性 6.0%	— —	R3 R3
		C107	減塩等食生活の改善に取り組む飲食店（いばらき美味しおスタイル指定店など）	364店舗	—	R5.5
		C108	80歳で20本以上の自分の歯を持つ者の割合	44.3%	51.6%	R3年度
		C109	64歳で24本以上の自分の歯を持つ者の割合	71.0%	—	R3年度
		C110	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）※平成27年平滑化人口モデル	461.8人	447.1人	R2
		C111	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）※平成27年平滑化人口モデル	113.7人	118.4人	R2
		C112	高血圧薬を飲んでいない人のうち、血圧が160mmHg/100mmHg以上の人の割合	男性 6.0% 女性 3.4%	— —	R3
		C113	脂質異常症の薬を飲んでいない人のうち、LDLが180mg/dl以上の人の割合	男性 5.2% 女性 6.6%	— —	R3
		C114	糖尿病の薬を飲んでいない人のうち、HbA1cが8%以上の人の割合	男性 1.1% 女性 0.3%	— —	R3
		C115	1回30分以上の運動を週2日以上、1年以上継続している人の割合	20～64歳 男性 42.1% 65歳～ 男性 41.1% 20～64歳 女性 19.0% 65歳～ 女性 38.0%	23.9% 46.5% 19.0% 38.0%	R4 R4 R4 R4
		C116	健康経営に取り組む事業所数（健康経営優良法人）	204事業所	—	R5.3

		区分	茨城県	全国	年	
IV-3 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	C201	健診受診率	男性 76.0% 女性 70.0%	76.7% 69.7%	R4年度 R4年度
		C202	特定健康診査実施率	54.8%	56.2%	R3年度
		C203	特定保健指導実施率（40～74歳）	22.7%	24.7%	R3年度
		C204	特定保健指導対象者の割合（40～74歳）	男性 25.4% 女性 10.8%	24.3% 9.1%	R3年度 R3年度

		区分	茨城県	全国	年	
IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	(2) 救急搬送体制の整備・救急医療体制の確保	C301	24時間t-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数	25施設	—	R4年度
		C302	脳梗塞に対する脳血管内治療が実施可能な医療機関数	19施設	—	R4年度

		区分	茨城県	全国	年	
IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	(2) 救急搬送体制の整備・救急医療体制の確保	C301	24時間t-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数 [再掲]	25施設	—	R4年度
		C302	脳梗塞に対する脳血管内治療が実施可能な医療機関数 [再掲]	19施設	—	R4年度
		C401	脳卒中専門医師数 ※脳卒中学会認定専門医 (PSC施設)	51人	—	R4年度
		C402	脳血管疾患等リハビリテーション科 (I) (II) (III) 届出施設数	141施設	—	R5.4
C403	脳卒中早期リハビリテーションが実施可能な医療機関数	急性期のみ 25施設	—	R4年度		

		区分	茨城県	全国	年	
IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	(3) 急性期から維持期（生活期）まで切れ目のない医療提供体制の構築	C501	回復期リハビリテーション病床数（人口10万人対）	38.2床	71.18床	R3
		C502	理学療法士数（人口10万人対）	61.9人	80.0人	R2
		C503	作業療法士数（人口10万人対）	30.0人	40.4人	R2
		C504	言語聴覚士数（人口10万人対）	11.2人	14.2人	R2
		C505	脳卒中リハビリテーション認定看護師数（人口10万人対）	0.5人	0.6人	R4.12

		区分	茨城県	全国	年	
IV-4 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	(1) 地域における医療・介護の促進	O601	地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対）	全ての疾患 3.0施設	10.0施設	R4.10
		O602	医療ソーシャルワーカー数（人口10万人対）	10.4人	12.9人	R2

		区分	茨城県	全国	年	
IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	(3) 急性期から維持期（生活期）まで切れ目のない医療提供体制の構築	O402	脳血管疾患リハビリテーション科 (I) (II) (III) 届出施設数 [再掲]	141施設	—	R5.4
		C701	訪問看護ステーション数	212施設	—	R3

		区分	茨城県	全国	年	
IV-4 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者への支援	(3) 治療と仕事の両立支援・就労支援	C801	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数（人口10万人対）	7.6	14.0	R5.3

中間アウトカム指標				区分	茨城県	全国	年
【予防】脳卒中の発症を予防できている	B101	脳血管疾患受療率（人口10万人対）	入院 88.0人 外来 42.0人	88.0人 59.0人	R2 R2		
	B102	脳血管疾患（疑い）により救急搬送された患者数（人口10万人対）	17.4人	17.4人	R2		

		区分	茨城県	全国	年
【救護】患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される	B201	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	全体 44.9分	42.8分	R4

		区分	茨城県	全国	年
【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	B301	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	333件	—	R3年度
	B302	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数（算定回数、人口10万人対）	12.1件	10.8件	R2年度
	B303	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	397件	—	R3年度
	B304	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数（算定回数、人口10万人対）	11.5件	10.5件	R2年度
	B305	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（単位数、人口10万人対）	全ての疾患・急性期 84,643.8件	91,812.0件	R2年度

		区分	茨城県	全国	年
【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	B401	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、人口10万人対）	回復期 100,480.3件	138,730.4件	R2年度
	B402	脳卒中患者に対する地域連携計画策定等の実施件数（算定回数、人口10万人対）	全ての疾患 42.4件	66.8件	R2年度
	B403	脳血管疾患による退院患者平均在院日数	66.2日	76.8日	R2

		区分	茨城県	全国	年
【維持期】日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる	B401	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、人口10万人対） [再掲]	回復期 100,480.3件	138,730.4件	R2年度
	B501	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数（人口10万人対）	—（※）	0.8	R2年度

※元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満

アウトカム（成果：健康状態の指標）					
		区分	茨城県	全国	年
脳卒中による死亡が減少している	A101	健康寿命	男性 72.71年 女性 75.80年	72.68年 75.38年	R1 R1
	A102	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人対）	男性 116.9 女性 71.5	93.8 56.4	R2 R2
	A103	脳卒中標準化死亡比（全体）	男性 121.0 女性 120.4	100.0 100.0	H28-R2 H28-R2

		区分	茨城県	全国	年
脳血管疾患患者が在宅等の生活に復帰できている	A201	在宅等生活の場に復帰した脳卒中患者の割合	59.1%	57.4%	H29

※11～12ページに掲載の目標指標以外は、モニタリングのために取得しています。



茨城県循環器病対策推進計画ロジックモデル【心血管疾患】

関連項目（施策）		初期アウトカム指標				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-2 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	(1) 循環器病を予防する生活習慣の取組の推進	C101 成人の喫煙率	男性	25.6%	30.2%	R4
			女性	6.9%	8.2%	R4
		C102 成人の1日あたり食塩平均摂取量	男性	10.9	10.8g	R4
			女性	8.9	9.2g	R4
		C103 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	男性	11.1%	14.6%	R4
			女性	11.7%	9.1%	R3
		C104 収縮期血圧年齢調整平均値（40～74歳）	男性	127.8mmHg	—	R3
			女性	123.5mmHg	—	R3
		C105 脂質異常症者（LDLコレステロール≧160mg/dl、服薬者）の割合（40～74歳）	男性	25.9%	—	R3
			女性	26.2%	—	R3
		C106 空腹時血糖値126mg/dl以上、随時血糖126mg/dl以上、HbA1c(NGSP)6.5以上、または糖尿病治療中の方の割合（40～74歳）	男性	12.0%	—	R3
			女性	6.0%	—	R3
		C107 減塩等食生活の改善に取り組む飲食店（いばらき美味しおスタイル指定店など）		364店舗	—	R5.5
			C108 80歳で24本以上の自分の歯を持つ者の割合		44.3%	51.6%
		C109 64歳で24本以上の自分の歯を持つ者の割合			71.0%	—
			C110 高血圧性疾患等の年齢調整外受療率（人口10万人対）※平成27年平準化人口モデル		461.8人	447.1人
C111 脂質異常症者の年齢調整外受療率（人口10万人対）※平成27年平準化人口モデル		113.7人		118.4人	R2	
	C112 高血圧薬を飲んでいない人のうち、血圧が160mmHg/100mmHg以上の人の割合	男性	6.0%	—	R3	
女性		3.4%	—	R3		
C113 脂質異常症の薬を飲んでいない人のうち、LDLが180mg/dl以上の人の割合	男性	5.2%	—	R3		
	女性	6.6%	—	R3		
C114 糖尿病の薬を飲んでいない人のうち、HbA1cが8%以上の人の割合	男性	1.1%	—	R3		
	女性	0.3%	—	R3		
C115 1回30分以上の運動を週2日以上、1年以上継続している人の割合	20～64歳 男性	42.1%	23.9%	R4		
	65歳～ 男性	—	46.5%	R4		
	20～64歳 女性	41.1%	19.0%	R4		
	65歳～ 女性	—	38.0%	R4		
C116 健康経営に取り組む事業所数（健康経営優良法人）		204事業所	—	R5.3		

IV-3 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				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-3 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	C201 健診受診率	男性	76.0%	76.7%	R4年度
		女性	70.0%	69.7%	R4年度	
		C202 特定健康診査実施率		54.9%	56.2%	R3年度
		C203 特定保健指導実施率（40～74歳）		22.7%	24.7%	R3年度
C204 特定保健指導対象者の割合（40～74歳）		25.4%	24.3%	R3年度		
		女性	10.8%	9.1%	R3年度	

IV-2 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発		(2) 循環器病の発症時の対応等に関する普及啓発				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-2 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	(2) 循環器病の発症時の対応等に関する普及啓発	C301 住民の救急蘇生法講習の受講人数（人口10万人対）		265.9人	333.7人	R3

IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実		(2) 救急搬送体制の整備・救急医療体制の確保				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	(2) 救急搬送体制の整備・救急医療体制の確保	C401 24時間PCIが可能な医療機関数		19施設	—	R3年度
		C402 大動脈解離に対する心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数		9施設	—	R3年度

IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実		(3) 急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制の構築				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	(3) 急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制の構築	C401 24時間PCIが可能な医療機関数 [再掲]		19施設	—	R3年度
		C402 大動脈解離に対する心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数 [再掲]		9施設	—	R3年度
		C501 循環器内科医師数（人口10万人対）		8.6人	10.1人	R2
		C502 心臓血管外科医師数（人口10万人対）		2.0人	2.5人	R2
		C503 特定集中治療室（ICU）を有する病院数（人口10万人対）		0.5施設	0.5施設	R2
		C504 特定集中治療室（ICU）を有する病床数（人口10万人対）		4.5施設	5.0施設	R2
		C505 循環器系領域の一次診療を行う医療機関数（人口10万人対）		28.0施設	32.9施設	R4.10
		C506 心血管疾患の急性期リハビリテーションが実施可能な医療機関数	急性期のみ	10施設	—	R3年度
			急性期及び回復期	13施設	—	R3年度
		C601 慢性心不全患者に緩和ケアを提供する医療施設数		16施設	—	R3年度
C602 心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数（人口10万人対）		0.5	0.9	R4.10		

IV-4 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援		(1) 地域における医療・介護の促進				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-4 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	(1) 地域における医療・介護の促進	C701 地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対）	全ての疾患	3.0施設	10.0施設	R4.10

IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実		(3) 急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制の構築				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	(3) 急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制の構築	C801 心血管疾患の回復期リハビリテーションが実施可能な医療機関数	急性期及び回復期	14施設	—	R3年度
			回復期のみ	3施設	—	R3年度
		C601 慢性心不全患者に緩和ケアを提供する医療施設数 [再掲]		16施設	—	R3年度

IV-4 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援		(1) 地域における医療・介護の促進				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-4 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	(1) 地域における医療・介護の促進	C701 地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対） [再掲]	全ての疾患	3.0施設	10.0施設	R4.10
		C901 医療ソーシャルワーカー数（人口10万人対）		10.4人	12.9人	R2

IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実		(3) 急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制の構築				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	(3) 急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制の構築	C1001 心大血管疾患リハビリテーション科（Ⅰ）（Ⅱ）届出医療機関数（人口10万人対）		1.2施設	1.3施設	R5.4
		C1002 訪問看護ステーション数		212施設	—	R3
		C601 慢性心不全患者に緩和ケアを提供する医療施設数 [再掲]		16施設	—	R3年度

IV-4 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者への支援		(3) 治療と仕事の両立支援・就労支援				
		区分	茨城県	全国	年	
IV-4 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者への支援	(3) 治療と仕事の両立支援・就労支援	C1101 両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数（人口10万人対）		7.6	14.0	R5.3

中間アウトカム指標					
		区分	茨城県	全国	年
【予防】心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防できている	B101 虚血性心疾患受療率（人口10万人対）	入院	9.0人	9.0人	R2
		外来	36.0人	42.0人	R2
	B102 虚血性心疾患（疑い）により救急搬送された患者数（人口10万人対）		3.5人	2.7人	R2

【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					
		区分	茨城県	全国	年
【救護】心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的診療が可能な医療機関に到着できる	B201 救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	全体	44.9分	42.8分	R4
			34件	1,719件	R3
	B203 一般市民が目撃した心原性心臓機能停止患者の1ヵ月後の生存率		6.8%	11.1%	R3
		B204 一般市民が目撃した心原性心臓機能停止患者の1ヵ月後の社会復帰率		5.1%	6.9%

【急性期】発症後早期に専門的な治療を開始し、心血管疾患リハビリテーション、心身の緩和ケア、再発予防の定期的専門的検査を受けることができる						
		区分	茨城県	全国	年	
【急性期】発症後早期に専門的な治療を開始し、心血管疾患リハビリテーション、心身の緩和ケア、再発予防の定期的専門的検査を受けることができる	(3) 急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制の構築	B301 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、人口10万人対）		18.1件	29.1件	R2年度
		B302 急性心筋梗塞に対するPCIの実施件数		1,009件	—	R3年度
		B303 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達成率（Door-to-balloon time）		50.5%	50.7%	R2年度
		B304 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（人口10万人対）		7.3件	11.6件	R2年度
		B305 急性大動脈解離に対する心臓血管外科手術件数		124件	—	R3年度
		B306 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、人口10万人対）		5,530.3件	6,117.8件	R2年度
		B307 虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数、人口10万人対）	全ての疾患	42.4件	66.8件	R2年度
		B308 心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（算定回数、人口10万人対）	全ての疾患	363.1件	510.8件	R2年度
		B309 虚血性心疾患の退院患者平均在院日数		16.1日	12.7日	R2

【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						
		区分	茨城県	全国	年	
【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	(3) 急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制の構築	B306 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、人口10万人対） [再掲]		5,530.3件	6,117.8件	R2年度
		B401 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、人口10万人対） [再掲]	回復期	993.3件	1,402.2件	R2年度
		B307 虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数、人口10万人対） [再掲]	全ての疾患	42.4件	66.8件	R2年度
		B308 心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（算定回数、人口10万人対） [再掲]	全ての疾患	363.1件	510.8件	R2年度
		B309 虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 [再掲]		16.1日	12.7日	R2年度

【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						
		区分	茨城県	全国	年	
【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	(3) 急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制の構築	B401 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、人口10万人対） [再掲]	回復期	993.3件	1,402.2件	R2年度
		B307 虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数、人口10万人対） [再掲]	全ての疾患	42.4件	66.8件	R2年度
		B308 心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（算定回数、人口10万人対） [再掲]	全ての疾患	363.1件	510.8件	R2年度
		B501 心血管疾患患者に対する療養・就労両立支援の件数（人口10万人対）		—（※）	0.8	R2年度

※元の集計結果が10未満および算定医療機関が3未満

アウトカム（成果：健康状態の指標）						
		区分	茨城県	全国	年	
心血管疾患による死亡が減少している	心血管疾患による死亡が減少している	A101 健康寿命	男性	72.71年	72.68年	R1
		女性	75.80年	75.38年	R1	
		A102 虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万人対）	男性	83.8	73.0	R2
		女性	35.0	30.2	R2	
		A103 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万人対）	男性	54.2	32.5	R2
		女性	23.0	14.0	R2	
		A104 心不全の年齢調整死亡率（人口10万人対）	男性	64.8	69.0	R2
女性	53.1	48.9	R2			
A105 心疾患（高血圧性を除く）標準化死亡比	男性	103.4	100.0	H28-R2		
女性	107.3	100.0	H28-R2			
A106 急性心筋梗塞標準化死亡比	女性	157.0	100.0	H28-R2		
男性	159.3	100.0	H28-R2			
A107 心不全標準化死亡比	男性	101.5	100.0	H28-R2		
女性	108.6	100.0	H28-R2			

心血管疾患患者が在宅等の生活に復帰できている。						
		区分	茨城県	全国	年	
心血管疾患患者が在宅等の生活に復帰できている。	在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	A201		95.10%	—	H29年度
		A202 在宅等の生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合		—	—	—

※11～12ページに掲載の目標指標以外は、モニタリングのために取得しています。

茨城県循環器病対策推進計画ロジックモデル【脳卒中】の典拠一覧

番号	指標名	定義詳細	出典
A101	健康寿命	日常生活に制限のない期間の平均	厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康推進対策の効果検証に関する研究」都道府県別健康寿命（令和元年）*
A102	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人対）		令和5年度（2023）人口動態特殊報告* 基準人口：平成27年人口モデル
A103	脳卒中標準化死亡率（全体）		県市町村別健康指標（平成28年-令和2年）
A201	在宅等生活の場に復帰した脳卒中患者の割合	脳血管疾患の推計退院患者数に占める退院後の行き先「家庭」の割合	患者調査（平成29年）
B101	脳血管疾患受療率（人口10万人対）		患者調査（令和2年）*
B102	脳血管疾患（疑い）により救急搬送された患者数（人口10万人対）		地域医療計画策定・評価総合支援サイト「医療計画分野別ロジックモデル・指標データ集（脳卒中）Ver1.1.3」独自調査*
B201	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間		救急救助の現況（令和4年）
B301	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	PSC施設における実施件数	日本脳卒中学会PSC年次報告（令和4年）
B302	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数（算定回数、人口10万人対）	A205-2超急性期脳卒中加算（入院初日）	厚生労働省「NDB(National Data Base）」（令和2年度診療分）*
B303	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	PSC施設における実施件数	日本脳卒中学会PSC年次報告（令和4年）
B304	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数（算定回数、人口10万人対）	K178-4経皮的脳血栓回収術	厚生労働省「NDB(National Data Base）」（令和2年度診療分）*
B305	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（単位数、人口10万人対）	H000-3早期リハビリテーション加算（入院+外来） ※注：掲載データは脳卒中患者に限定していない。	厚生労働省「NDB(National Data Base）」（令和2年度診療分）*
B401	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、人口10万人対）	H001脳血管疾患等リハビリテーション料（入院+外来）	厚生労働省「NDB(National Data Base）」（令和2年度診療分）*
B402	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（算定回数、人口10万人対）	A246-4地域連携診療計画加算 ※注：掲載データは脳卒中患者に限定していない。	厚生労働省「NDB(National Data Base）」（令和2年度診療分）*
B403	脳血管疾患による退院患者平均在院日数	病院の退院患者平均在院日数（施設所在地） 傷病分類「脳血管疾患」	患者調査（令和2年）*
B501	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数（人口10万人対）	B001-9療養・就労両立支援指導料（初回・2回目以降） 算定回数	厚生労働省「NDB(National Data Base）」（令和2年度診療分）*
C101	成人の喫煙率		（茨城県）茨城県総合がん対策推進モニタリング調査（R4） （全国）国民健康・栄養調査（H28）
C102	成人の1日あたり食塩平均摂取量		（茨城県）茨城県総合がん対策推進モニタリング調査（R4） （全国）国民健康・栄養調査（H28）
C103	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者（20歳以上）の割合	（茨城県）茨城県総合がん対策推進モニタリング調査（R4） （全国）国民健康・栄養調査（H28）
C104	収縮期血圧年齢調整平均値（40～74歳）	市町村特定健診データ（市町村国民健康保険者）に基づき年齢調整 基準人口：平成27年人口モデル	令和5年茨城県市町村別健康指標（令和3年値）
C105	脂質異常症者（LDLコレステロール≧160mg/dl、服薬者）の割合（40～74歳）	市町村特定健診データ（市町村国民健康保険者）	令和5年茨城県市町村別健康指標（令和3年値）
C106	空腹時血糖値126mg/dl以上、随時血糖126mg/dl以上、HbA1c(NGSP)6.5以上、または糖尿病治療中の者の割合（40～74歳）	市町村特定健診データ（市町村国民健康保険者） 「空腹時血糖値126mg/dl以上、随時血糖126mg/dl以上」の基準は、「標準的な健診・保健指導プログラム」における受診勧奨判定値（厚生労働省）に基づく	令和5年茨城県市町村別健康指標（令和3年値）
C107	減塩等食生活の改善に取り組む飲食店（いばらき美味しおスタイル指定店など）	「いばらき美味しおスタイル指定店」「いばらき美味しおスタイルパートナー店」認定店舗数（時点累計）	健康推進課（令和5年5月）
C108	80歳で20本以上の自分の歯を持つ者の割合		県民歯科保健基礎調査（令和3年）
C109	64歳で24本以上の自分の歯を持つ者の割合		県民歯科保健基礎調査（令和3年）
C110	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：平成27年平滑化人口モデル	患者調査（令和2年）を基に計算*
C111	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：平成27年平滑化人口モデル	患者調査（令和2年）を基に計算*
C112	高血圧薬を飲んでいない人のうち、血圧が160mmHg/100mmHg以上の人の割合	非服薬の高値者数/非服薬者数	市町村特定健診データ（市町村国民健康保険者）から算出（令和3年値）
C113	脂質異常症の薬を飲んでいない人のうち、LDLが180mg/dl以上の人の割合	非服薬の高値者数/非服薬者数	市町村特定健診データ（市町村国民健康保険者）から算出（令和3年値）
C114	糖尿病の薬を飲んでいない人のうち、HbA1cが8%以上の人の割合	非服薬の高値者数/非服薬者数	市町村特定健診データ（市町村国民健康保険者）から算出（令和3年値）
C115	1回30分以上の運動を週2日以上、1年以上継続している人の割合	身体状況調査の問診（9）で1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続していると回答した者（20歳以上）の割合。	（茨城県）茨城県総合がん対策推進モニタリング調査（R4） （全国）国民健康・栄養調査（H28）
C116	健康経営に取り組む事業所数（健康経営優良法人）	「健康経営優良法人」認定事業所数（時点累計）	日本健康会議（令和4年）
C201	健診受診率	世帯人員（40歳～74歳）で「健診等の受診あり」と回答した人の割合	国民生活基礎調査（令和4年）
C202	特定健康診査実施率	特定健康診査受診者数/特定健康診査対象者数（推計）×100	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）*
C203	特定保健指導実施率（40～74歳）	特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）修了者数/特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）対象者数×100	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）*
C204	特定保健指導対象者の割合（40～74歳）	全保険者の特定健康診査実施者のうちメタボリックシンドローム該当者及びその予備群の者（薬剤服薬者を除く）の割合	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	24時間t-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数	PSC施設数	日本脳卒中学会PSC年次報告（令和4年）
C302	脳梗塞に対する脳血管内治療が実施可能な医療機関数	機械的血栓回収療法（tPA事前投与も含む） 施行実績ありの医療機関数	日本脳卒中学会PSC年次報告（令和4年）
C401	脳卒中専門医師数 ※脳卒中学会認定専門医（PSC施設）	日本脳卒中学会 専門医（合計）	日本脳卒中学会PSC年次報告（令和4年）
C402	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）届出施設数		地方厚生局届出受理（令和5年4月時点）*
C403	脳卒中早期リハビリテーションが実施可能な医療機関数	リハビリテーション早期評価と開始：あり	日本脳卒中学会PSC年次報告（令和4年）
C501	回復期リハビリテーション病床数（人口10万人対）	回復期リハビリテーション病棟入院料1～6 届出病床数	病床機能報告（令和3年）*
C502	理学療法士数（人口10万人対）	病院・一般診療所の従事者数（常勤換算）	医療施設静態調査（令和2年）*
C503	作業療法士数（人口10万人対）	病院・一般診療所の従事者数（常勤換算）	医療施設静態調査（令和2年）*
C504	言語聴覚士数（人口10万人対）	病院・一般診療所の従事者数（常勤換算）	医療施設静態調査（令和2年）*
C505	脳卒中リハビリテーション認定看護師数（人口10万人対）		日本看護協会（令和4年12月25日時点）*

C601	地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数 (人口10万人対)	地域医療連携クリティカルパスの有る医療機関数 ※注：掲載データは脳卒中患者に限定していない。	医療機能情報（令和4年10月時点）*
C602	医療ソーシャルワーカー数（人口10万人対）	病院・一般診療所の社会福祉士数（常勤換算）	医療施設静態調査（令和2年）*
C701	訪問看護ステーション数		介護サービス施設・事業所調査（令和3年）
C801	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数（人口10万人対）		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）

※健診データを基とした指標については、健診受診率が向上した場合は、振り起こし効果により一時的に数値が悪化する可能性があることに留意し、長期的な推移を観察する必要がある。

\*は地域医療計画策定・評価総合支援サイト  
「医療計画分野別ロジックモデル・指標データ  
集（脳卒中）Ver1.1.3」より

茨城県循環器病対策推進計画ロジックモデル【心血管疾患】の典拠一覧

番号	指標名	定義詳細	出典
A101	健康寿命	日常生活に制限のない期間の平均	厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康推進対策の効果検証に関する研究」都道府県別健康寿命（令和元年）*
A102	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万人対）		令和5年度（2023）人口動態特殊報告* 基準人口：平成27年人口モデル
A103	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万人対）		令和5年度（2023）人口動態特殊報告* 基準人口：平成27年人口モデル
A104	心不全の年齢調整死亡率（人口10万人対）		令和5年度（2023）人口動態特殊報告* 基準人口：平成27年人口モデル
A105	心疾患（高血圧性を除く）標準化死亡比		県市町村別健康指標（平成28年-令和2年）
A106	急性心筋梗塞標準化死亡比		県市町村別健康指標（平成28年-令和2年）
A107	心不全標準化死亡比		県市町村別健康指標（平成28年-令和2年）
A201	在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	虚血性心疾患の推計退院患者数に占める退院後の行き先「家庭」の割合	患者調査（令和2年）の個票解析*
A202	在宅等の生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	大動脈疾患の推計退院患者数に占める退院後の行き先「家庭」の割合	患者調査（令和2年）の個票解析*
B101	虚血性心疾患受療率（人口10万人対）		患者調査（令和2年）*
B102	虚血性心疾患により救急搬送された患者数（人口10万人対）	虚血性心疾患 来院時の状況（救急車により搬送） 入院（新入院）+入院（繰越入院）+外来（千人）	患者調査（令和2年）の個票解析*
B201	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間		救急救助の現況（令和4年）*
B202	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数		救急救助の現況（令和4年）*
B203	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1ヵ月後の生存率		救急救助の現況（令和4年）
B204	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1ヵ月後の社会復帰率		救急救助の現況（令和4年）
B301	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、人口10万人対）	K546経皮的冠動脈形成術（入院）	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PCIの実施件数	医療機関アンケート調査：ST上昇型急性心筋梗塞（STEMI）に対する経皮的冠動脈形成術（PCI）を実施した患者数（同一人が複数回入院等した場合は複数人として計上）	心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査（健康推進課）（令和4年度）
B303	PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、未院後90分以内の冠動脈再開通成功率（Door-to-balloon time）	分子：未院後90分以内冠動脈再開通件数 算定回数（K5461経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）+ K5491経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞））（入院+外来） 分母：PCI施行件数 算定回数（K5461経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）+ K5462経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）+ K5491経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）+ K5492経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症））（入院+外来）	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)*
B304	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（人口10万人対）	K551冠動脈形成術（血管内臓摘除）+ K552冠動脈、大動脈バイパス移植術 + K552-2冠動脈、大動脈バイパス移植術（人口心肺を使用しないもの）	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)*
B305	急性大動脈解離に対する心臓血管外科手術件数	医療機関アンケート調査：急性大動脈解離（スタンフォードA）に対する心臓血管外科治療を実施した患者数（同一人が複数回入院等した場合は複数人として計上）	心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査（健康推進課）（令和4年度）
B306	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（単位数、人口10万人対）	H000心大血管疾患リハビリテーション料（1）（入院）	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)*
B307	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数、人口10万人対）	A246-4地域連携診療計画加算	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)*
B308	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（算定回数、人口10万人対）	A226-2緩和ケア診療加算	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)*
B309	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	退院患者平均在院日数（患者所在地） 虚血性心疾患（病院+一般診療所）	患者調査（令和2年）*
B401	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、人口10万人対）	H000心大血管疾患リハビリテーション料（1）（外来）	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)*
B501	心血管疾患患者に対する療養・就労両立支援の件数	B001-9療養・就労両立支援指導料（初回・2回目以降）	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)*
C101	成人の喫煙率		（茨城県）茨城県総合がん対策推進モニタリング調査（R4） （全国）国民健康・栄養調査（H28）
C102	成人の1日あたり食塩平均摂取量		（茨城県）茨城県総合がん対策推進モニタリング調査（R4） （全国）国民健康・栄養調査（H28）
C103	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者（20歳以上）の割合	（茨城県）茨城県総合がん対策推進モニタリング調査（R4） （全国）国民健康・栄養調査（H28）
C104	収縮期血圧年齢調整平均値（40～74歳）	市町村特定健診データ（市町村国民健康被保険者）に基づき年齢調整 基準人口：平成27年人口モデル	令和5年茨城県市町村別健康指標（令和3年値）
C105	脂質異常症患者（LDLコレステロール≧160mg/dl、服薬者）の割合（40～74歳）	市町村特定健康診査データ（市町村国民健康被保険者）	令和5年茨城県市町村別健康指標（令和3年値）
C106	糖尿病有病者の割合（40～74歳、治療中の者を含む）	市町村特定健康診査データ（市町村国民健康被保険者）	令和5年茨城県市町村別健康指標（令和3年値）
C107	減塩等食生活の改善に取り組む飲食店（いばらき美味しおスタイル指定店など）	「いばらき美味しおスタイル指定店」「いばらき美味しおスタイルパートナー店」認定店舗数（時点累計）	健康推進課（令和5年5月）
C108	80歳で20本以上の自分の歯を持つ者の割合		県民歯科保健基礎調査（令和3年）
C109	64歳で24本以上の自分の歯を持つ者の割合		県民歯科保健基礎調査（令和3年）
C110	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：平成27年平滑化人口モデル	患者調査（令和2年）を基に計算*
C111	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：平成27年平滑化人口モデル	患者調査（令和2年）を基に計算*
C112	高血圧薬を飲んでいない人のうち、血圧が160mmHg/100mmHg以上の人の割合	非服薬の高値者数/非服薬者数	市町村特定健康診査データ（市町村国民健康被保険者）から算出（令和3年値）
C113	脂質異常症の薬を飲んでいない人のうち、LDLが180mg/dl以上の人の割合	非服薬の高値者数/非服薬者数	市町村特定健康診査データ（市町村国民健康被保険者）から算出（令和3年値）
C114	糖尿病の薬を飲んでいない人のうち、HbA1cが8%以上の人の割合	非服薬の高値者数/非服薬者数	市町村特定健康診査データ（市町村国民健康被保険者）から算出（令和3年値）
C115	1回30分以上の運動を週2日以上、1年以上継続している人の割合	身体状況調査の問診（9）で1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続していると回答した者（20歳以上）の割合。	国民健康・栄養調査（令和4年）
C116	健康経営に取り組む事業所数（健康経営優良法人）	「健康経営優良法人」認定事業所数（時点累計）	日本健康会議（令和4年）
C201	健診受診率	世帯人員（40歳～74歳）で「健診等の受診あり」と回答した人の割合	国民生活基礎調査（令和4年）
C202	特定健康診査実施率	特定健康診査受診者数/特定健康診査対象者数（推計）×100	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）*

C203	特定保健指導実施率（40～74歳）	特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）修了者数/特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）対象者数×100	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）*
C204	特定保健指導対象者の割合（40～74歳）	全保険者の特定健康診査実施者のうちメタボリックシンドローム該当者及びその予備群の者（薬剤服薬者を除く）の割合	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	住民の救急蘇生法講習の受講人数（人口10万人対）		救急救助の現況（令和4年）
C401	24時間PCIが可能な医療機関数	医療機関アンケート調査：急性心筋梗塞（STEMI）に対するPCIの実施状況について、「365日24時間可能である（オンコール可）」と回答した医療機関数	心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査（健康推進課）（令和4年度）
C402	大動脈解離に対する心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	医療機関アンケート調査：急性大動脈解離（スタンフォードA）に対する心臓血管外科治療の実施状況について、「365日24時間可能である（オンコール可）」と回答した医療機関数	心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査（健康推進課）（令和4年度）
C403	24時間体制で、急性心筋梗塞に対する冠動脈再開通成率が80%以上の医療機関数	医療機関アンケート調査：急性心筋梗塞（STEMI）に対するPCIの実施状況について、「365日24時間可能である（オンコール可）」と回答した医療機関のうち、来院後90分以内の冠動脈再開通成率が80%以上の医療機関数	心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査（健康推進課）（令和4年度）
C501	循環器内科医師数（人口10万人対）	主たる診療科を循環器内科とする医療施設従事医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計（令和2年）*
C502	心臓血管外科医師数（人口10万人対）	主たる診療科を心臓血管外科とする医療施設従事医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計（令和2年）*
C503	特定集中治療室（ICU）を有する病院数（人口10万人対）	集中治療室（ICU）を有する病院数	医療施設静態調査（令和2年）*
C504	特定集中治療室（ICU）を有する病床数（人口10万人対）	集中治療室（ICU）の病床数（病院）	医療施設静態調査（令和2年）*
C505	循環器系領域の一次診療を行う医療機関数（人口10万人対）	対応することができる疾患・治療内容「循環器系領域の一次診療」のある医療機関数	医療機能情報（令和4年10月時点）*
C506	心血管疾患の急性期リハビリテーションが実施可能な医療機関数	医療機関アンケート調査：心臓リハビリテーションについて、【急性期のみ】「急性期の入院心臓リハビリテーションのみ対応可能である」【急性期及び回復期】「急性期に加え回復期の通院心臓リハビリテーションに対応可能である」と回答した医療機関数	心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査（健康推進課）（令和4年度）
C601	慢性心不全患者に緩和ケアを提供する医療施設数	医療機関アンケート調査：心不全に対する緩和ケアについて、「院内の心不全支援チームを編成し、対応している」「院外を含めた心不全支援チームを編成し、対応している」「かかりつけ医と連携している」と回答した医療機関数	心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査（健康推進課）（令和4年度）
C602	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数（人口10万人対）		日本心不全学会（令和4年10月23日時点）
C701	地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対）	地域医療連携クリティカルパスの有る医療機関数 ※注：掲載データは心疾患患者に限定していない。	医療機能情報（令和4年10月時点）*
C801	心血管疾患の回復期リハビリテーションが実施可能な医療機関数	医療機関アンケート調査：心臓リハビリテーションについて、【急性期及び回復期】「急性期に加え回復期の通院心臓リハビリテーションに対応可能である」【回復期のみ】「回復期の心臓血管疾患リハビリテーションに対応可能である」と回答した医療機関数	心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査（健康推進課）（令和4年度）
C901	医療ソーシャルワーカー数（人口10万人対）	病院・一般診療所の社会福祉士数（常勤換算）	医療施設静態調査（令和2年）*
C1001	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）届出医療機関数（人口10万人対）		地方厚生局届出受理（令和5年4月時点）*
C1002	訪問看護ステーション数		介護サービス施設・事業所調査（令和3年）
C1101	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数（人口10万人対）		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）

※健診データを基とした指標については、健診受診率が向上した場合は、掘り起こし効果により一時的に数値が悪化する可能性があることに留意し、長期的な推移を観察する必要がある。

\*は地域医療計画策定・評価総合支援サイト「医療計画分野別ロジックモデル・指標データ集（心血管疾患）Ver1.0.1」より

## 茨城県循環器病対策推進協議会設置要綱

### (設置)

第1条 健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法第21条に基づき、茨城県循環器病対策推進計画（以下「計画」という。）の策定、推進等に必要な事項を調査及び審議するため、「茨城県循環器病対策推進協議会」（以下「協議会」という。）を設置する。

### (所掌事項)

第2条 協議会は、次の事項について検討を行う。

- (1) 計画の策定及び変更に関すること。
- (2) 計画の進捗及び評価に関すること。
- (3) その他循環器病対策の推進に関すること。

### (組織)

第3条 協議会の委員は、次の各号に掲げる者のうちから、知事が委嘱する。

- (1) 脳卒中及び心疾患の医療に関する関係者及び学識経験者
- (2) その他脳卒中及び心疾患対策に係る関係者

### (任期)

第4条 委員の任期は、3年とする。ただし、補欠により就任した委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

### (会長等)

第5条 協議会に会長1人、副会長1人をおく。

- 2 会長及び副会長は、委員の互選によって定める。
- 3 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

### (会議)

第6条 協議会は、必要に応じて会長が召集する。

- 2 会長は、会議の議長を務める。
- 3 会長が必要があると認めるときは、協議会に委員以外の者の出席を求め、又は他の方法で意見を聴くことができる。
- 4 協議会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは会長の決するところによる。
- 5 委員（会長及び副会長を除く。）は、やむを得ない事由があるときは、当該委員が適当と認める者を代理委員に選任し、協議会に出席させることができる。この場合において、前2項中「委員」とあるのは「委員（代理委員を含む。）」と読み替えるものとする。

### (部会)

第7条 協議会に、より専門的な事項を調査審議するため、部会を設置する。

- 2 部会は、「脳卒中对策検討部会」及び「心疾患対策検討部会」とし、必要に応じて協議会の議決により、これら以外の部会を置くことができる。
- 3 部会の運営等に関し必要な事項は、各部会の要領で定める。

4 協議会は、部会の決議をもって協議会の決議とすることができる。

(事務局)

第8条 協議会の庶務は、茨城県保健医療部健康推進課において処理する。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、協議会に関し必要な事項は会長が協議会に諮って定める。

付 則

この要綱は、令和3年1月22日から施行する。

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

## 茨城県脳卒中对策検討部会設置要領

### (目的)

第1条 茨城県循環器病対策推進協議会設置要綱第7条に基づき、脳卒中に関する専門的な事項を調査審議することを目的として、茨城県脳卒中对策検討部会（以下「脳卒中对策検討部会」という。）を設置する。

### (組織)

第2条 検討部会は、次の各号に掲げる者のうちから知事が委嘱する。

- (1) 脳卒中の医療に関する関係者及び学識経験者
- (2) その他脳卒中对策に係る関係者

### (任期)

第3条 委員の任期は3年とする。

- 2 委員に欠員が生じた場合、後任委員の任期はその残任期間とする。

### (部会長等)

第4条 脳卒中对策検討部会に部会長1人を置き、互選により選任する。

- 2 部会長は、会務を総理し、脳卒中对策検討部会を代表する。
- 3 部会長に事故があるとき又は部会長が欠けたときは、部会長があらかじめ指定する委員がその職務を代理する。

### (会議)

第5条 脳卒中对策検討部会は、部会長が招集する。

- 2 部会長は、会議の議長を務める。
- 3 部会長は、必要と認めるときは、委員以外の者に会議の出席を求め、意見を求めることができる。

### (庶務)

第6条 脳卒中对策検討部会の庶務は、茨城県保健医療部健康推進課で処理する。

### (その他)

第7条 この要領に定めるもののほか、脳卒中对策検討部会の運営等に関し必要な事項は、部会長が脳卒中对策検討部会に諮って定める。

### 付 則

この要領は、令和3年1月22日から施行する。

この要領は、令和3年4月1日から施行する。



この要領は、令和4年4月1日から施行する。

## 茨城県心疾患対策検討部会設置要領

### (目的)

第1条 茨城県循環器病対策推進協議会設置要綱第7条に基づき、心疾患に関する専門的な事項を調査審議することを目的として、茨城県心疾患対策検討部会（以下「心疾患対策検討部会」という。）を設置する。

### (組織)

第2条 検討部会は、次の各号に掲げる者のうちから知事が委嘱する。

- (1) 心疾患の医療に関する関係者及び学識経験者
- (2) その他心疾患対策に係る関係者

### (任期)

第3条 委員の任期は3年とする。

- 2 委員に欠員が生じた場合、後任委員の任期はその残任期間とする。

### (部会長等)

第4条 心疾患対策検討部会に部会長1人を置き、互選により選任する。

- 2 部会長は、会務を総理し、心疾患対策検討部会を代表する。
- 3 部会長に事故があるとき又は部会長が欠けたときは、部会長があらかじめ指定する委員がその職務を代理する。

### (会議)

第5条 心疾患対策検討部会は、部会長が招集する。

- 2 部会長は、会議の議長を務める。
- 3 部会長は、必要と認めるときは、委員以外の者に会議の出席を求め、意見を求めることができる。

### (庶務)

第6条 心疾患対策検討部会の庶務は、茨城県保健医療部健康推進課で処理する。

### (その他)

第7条 この要領に定めるもののほか、心疾患対策検討部会の運営等に関し必要な事項は、部会長が心疾患対策検討部会に諮って定める。

### 付 則

この要領は、令和3年1月22日から施行する。

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

■茨城県循環器病対策推進協議会及び専門部会 委員名簿 (令和6年3月末現在)

【茨城県循環器病対策推進協議会 委員名簿】

団体名	職名	氏名	備考
茨城県病院局	病院事業管理者	軸屋 智昭	会長
茨城県立中央病院	循環器センター長	武安 法之	
筑波大学	医学医療系教授 茨城県脳卒中・心臓病等 総合支援センター副部長	松丸 祐司	副会長
茨城県立医療大学	学長	松村 明	
小山記念病院	副院長補佐 兼 脳神経外科部長	河合 拓也	
筑波大学	医学医療系教授	羽田 康司	
筑波大学	医学医療系教授	山岸 良匡	
筑波大学	医学医療系教授 茨城県脳卒中・心臓病等 総合支援センター部長	平松 祐司	
一般社団法人茨城県医師会	会長	鈴木 邦彦	
公益社団法人茨城県薬剤師会	副会長	西野 郁郎	
公益社団法人茨城県看護協会	常任理事	檜谷 厚子	
公益社団法人茨城県歯科医師会	会長	榊 正幸	
公益社団法人茨城県栄養士会	会長	石川 祐一	
公益社団法人茨城県理学療法士会	会長	浅川 育世	
一般社団法人茨城県ソーシャルワーカー協会	副会長	飯島 望	
一般社団法人茨城県介護支援専門員協会	理事	大沼 久史	
茨城県消防長会	会長	大内 康弘	
日立市保健福祉部健康づくり推進課	課長補佐	仲田 恵都子	
茨城県土浦保健所	所長	入江 ふじこ	

【茨城県脳卒中对策検討部会 委員名簿】

団体名	職名	氏名	備考
(株)日立製作所日立総合病院 筑波大学附属病院日立社会連携教育研究センター	教授	小松 洋治	
国立病院機構水戸医療センター	脳神経外科医長	加藤 徳之	
小山記念病院	副院長補佐 兼 脳神経外科部長	河合 拓也	
茨城県立医療大学付属病院	教授 兼 医科学センター長	河野 豊	
筑波大学	医学医療系教授 茨城県脳卒中・心臓病等 総合支援センター副部長	松丸 祐司	部会長
筑波大学	医学医療系講師	早川 幹人	
筑波大学	医学医療系教授	山岸 良匡	
一般社団法人茨城県医師会	副会長	鈴木 祥司	
筑波メディカルセンター病院	看護部長	田中 久美	
公益社団法人茨城県理学療法士会	常任理事	川崎 仁史	
那珂市消防本部警防課	課長	寺門 弘文	
神栖市保健福祉部健康増進課	主査	高橋 純子	
茨城県土浦保健所	所長	入江 ふじこ	

【茨城県心疾患対策検討部会 委員名簿】

団 体 名	職 名	氏 名	備考
茨城県病院局	病院事業管理者	軸屋 智昭	部会長
茨城県立中央病院	循環器センター長	武安 法之	
総合病院土浦協同病院	副院長 兼 循環器内科部長	角田 恒和	
茨城西南医療センター病院	副院長 兼 内科部長	前田 裕史	
水戸協同病院	病院長	渡辺 重行	
水戸済生会総合病院	診療部長 兼 循環器内科主任部長	千葉 義郎	
筑波大学	医学医療系准教授 茨城県脳卒中・心臓病等 総合支援センター副部長	石津 智子	
筑波大学	医学医療系教授 茨城県脳卒中・心臓病等 総合支援センター部長	平松 祐司	
筑波大学	医学医療系教授	山岸 良匡	
一般社団法人茨城県医師会	副会長	鈴木 祥司	
那珂市消防本部警防課	課長	寺門 弘文	
日立市保健福祉部健康づくり推進課	課長補佐	仲田 恵都子	
茨城県土浦保健所	所長	入江 ふじこ	

■第2期茨城県循環器病対策推進計画 策定経過

年 月 日	経 過 等
令和5年6月19日	第1回茨城県循環器病対策推進協議会 *計画の骨子及び策定スケジュール等の検討
令和5年7月10日	第1回茨城県脳卒中对策検討部会 *脳卒中に係る部分の骨子等の検討
令和5年7月18日	第1回茨城県心疾患対策検討部会 *心疾患に係る部分の骨子等の検討
令和5年10月17日	第2回茨城県脳卒中对策検討部会 *脳卒中に係る部分の素案及び指標等の検討
令和5年10月24日	第2回茨城県心疾患対策検討部会 *心疾患に係る部分の素案及び指標等の検討
令和5年11月21日	第3回茨城県脳卒中对策検討部会・心疾患対策検討部会（合同） *計画の素案及び指標案等の検討
令和5年12月7日	第2回茨城県循環器病対策推進協議会 *計画案のとりまとめ
令和5年12月26日	第2回茨城県医療審議会への報告
令和6年2月5日 ～令和6年2月26日	パブリックコメントの実施
令和6年3月25日	第3回茨城県医療審議会への報告
令和6年3月28日	庁議により決定