富山県循環器病対策推進計画(第２期)

令和６年３月

富　　山　　県

目次

第１章　計画策定の趣旨等
　１　計画策定の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
　２　計画の位置づけ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
　３　計画期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

第２章　循環器病を取り巻く富山県の概況
　１　富山県の人口・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
　２　平均寿命と健康寿命・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
　３　三大生活習慣病（がん、脳血管疾患、心疾患）の状況・・・・・・・・・・・・6
　（１）死因割合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
　（２）脳血管疾患の年齢調整死亡率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
　（３）心疾患の年齢調整死亡率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
　（４）入院受療率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
　（５）入院外受療率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
　４　第1期富山県循環器病対策推進計画における取組み・・・・・・・・・・・・・10

第３章　全体目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

第４章　個別施策
　１　循環器病の予防や正しい知識の普及・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
　　発症予防のための健康的な生活習慣づくりや危険因子に関する普及啓発
　２　保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実・・・・・・・・・・・・19
　（１）循環器病を予防する健診の普及・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・19
　（２）救急搬送体制の整備と救急医療体制の確保・・・・・・・・・・・・・・・・26
　（３）急性期から回復期、維持期の医療提供体制の構築・・・・・・・・・・・・・29
　（４）リハビリテーションの体制整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39
　（５）循環器病の後遺症を有する者に対する支援・・・・・・・・・・・・・・・・42
　（６）循環器病と緩和ケア・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44
　（７）治療と仕事の両立支援・就労支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45
　（８）小児期、若年期から配慮が必要な循環器病への対策・・・・・・・・・・・・47
　（９）相談支援及び情報提供・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・49
　３　循環器病の調査・研究推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・51
　（１）診療データの収集・分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・51
　（２）本県の特徴を踏まえた研究推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・51

　別記　数値目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・52

第５章　計画の推進体制

１　関係者等の有機的連携・協力の更なる強化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55
２　他の疾患に係る対策との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55
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・・・・・・・・・・・55
４　計画の評価及び進捗管理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・56
５　計画の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・56

付属資料

富山県第２期循環器病対策推進計画ロジックモデル（脳卒中）・・・・・・・・・ 58
富山県第２期循環器病対策推進計画ロジックモデル（心疾患）・・・・・・・・・ 60
富山県循環器病対策推進協議会委員名簿 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 63
策定の経緯 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 64

第１章　計画策定の趣旨等

１　計画策定の趣旨

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病（※１）」という。）は、本県はもとより全国でも主要な死亡原因となっています。令和４年「国民生活基礎調査」（厚生労働省）によると、介護を要する状態となった原因については、脳血管疾患が 16.1%、心疾患が 5.1%であり、両者を合わせると 21.2%と最多となっています。また、令和元年「国民生活基礎調査」（厚生労働省）の概要によると、傷病分類別医科診療医療費のうち、循環器系の疾患が占める割合は、19.2%と最多となっています。

このように、循環器病の多くは、生活習慣の改善等による予防が可能な疾患にもかかわらず、県民の生命及び健康を脅かしている重大な問題となっています。

また、循環器病は、急性期には発症後早急に適切な治療を開始する必要があり、回復期・維持期にも疾患の再発や増悪を来しやすく、急性期・回復期・維持期までの一貫した診療提供体制の構築が必要です。

これらのことから、国において総合的な循環器病対策を推進するため、「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。）」が平成30年12月に成立し、令和元年12月に施行されました。

法では、都道府県は、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を策定しなければならないとされています。

また、令和２年 10 月には、法に基づき、循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、循環器病対策の基本的方向について定めた「第 1 期循環器病対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が閣議決定されました。

今回、社会情勢等の変化を踏まえ、新興感染症の発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策や、他疾患等に係る対策（「第４期がん対策推進計画」、「生育医療等の施策の総合的な推進に関する基本的な方針」、「腎疾患対策検討会報告書」）と連携を進めることを新たに追加し、令和６年度から令和 11 年度までの６年間の第２期計画を策定しました。

富山県循環器病対策推進計画は、こうした循環器病対策に関する動向や本県の現状を踏まえ、本県の実情に即した循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するために第２期計画を策定するものです。

２　計画の位置づけ

本計画は、法第 11 条に基づき本県が策定する「都道府県循環器病対策推進計画」であり、国の基本計画を基本とし、本県の健康増進計画や医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画、障害者計画、がん対策推進計画等と整合性を図りつつ、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。

【都道府県循環器病対策推進計画】
第 11 条　都道府県は、循環器病対策推進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（以下「都道府県循環器病対策推進計画」という。）を策定しなければならない。

また、本計画は、2015 年の国連サミットにおいて採択された「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」に記載された持続可能な開発目標（SDGｓ：Sustainable Development Goals）のうち、「３　あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」を踏まえた計画となっており、本計画の推進により SDGｓを推進します。

３　計画期間

本計画は、令和６年度を初年度とし、６か年の計画として策定し、終期を令和 11 年度とします。

※１　循環器病

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る。

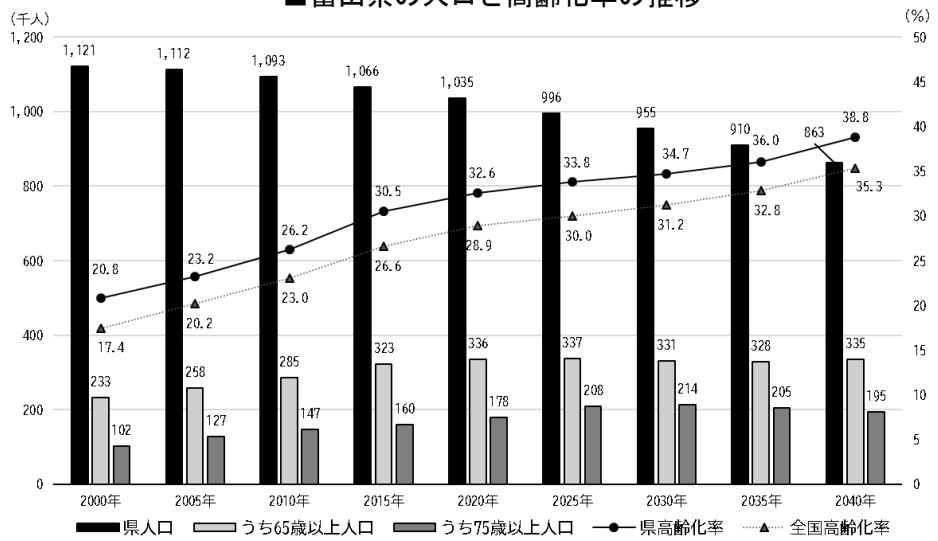
（循環器病対策推進基本計画（令和 2 年 10 月 27 日閣議決定）

第２章　循環器病を取り巻く富山県の概況

１　富山県の人口

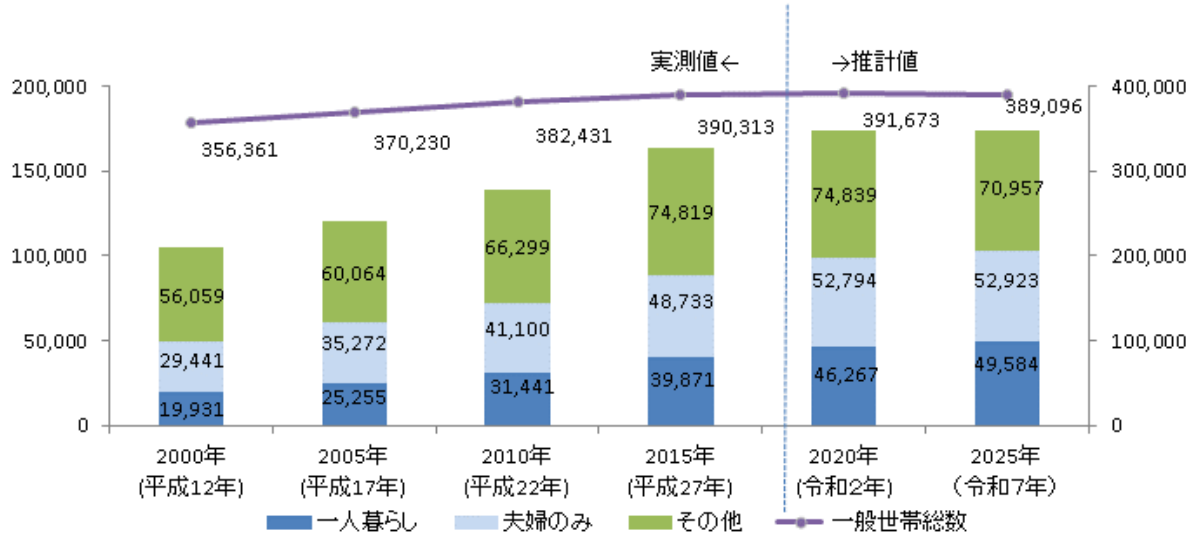
・　本県の高齢化率（65 歳以上の人口割合）は増加傾向にあり、2015（平成 27）年の高齢化率は 30.5%となっています。また、国の推計によると、団塊の世代がすべて 75 歳以上になる 2025（令和 7）年には、本県では３人に１人が高齢者になると見込まれています。また、高齢者の一人暮らしや夫婦のみ世帯も増加しています。

■富山県の人口と高齢化率の推移



出典：2015（平成 27）年までは「国勢調査」、2020（令和 2）年、「県人口移動調査」、「総務省統計局人口推計」（概算値）、2025（令和 7）年国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2018（平成 30）年 3 月推計）、「日本の将来推計人口」（2017（平成 29）年 4 月推計）

■富山県の高齢世帯の状況



出典：実績値は国勢調査、推計値は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（2019（平成 H31）年 4 月推計）

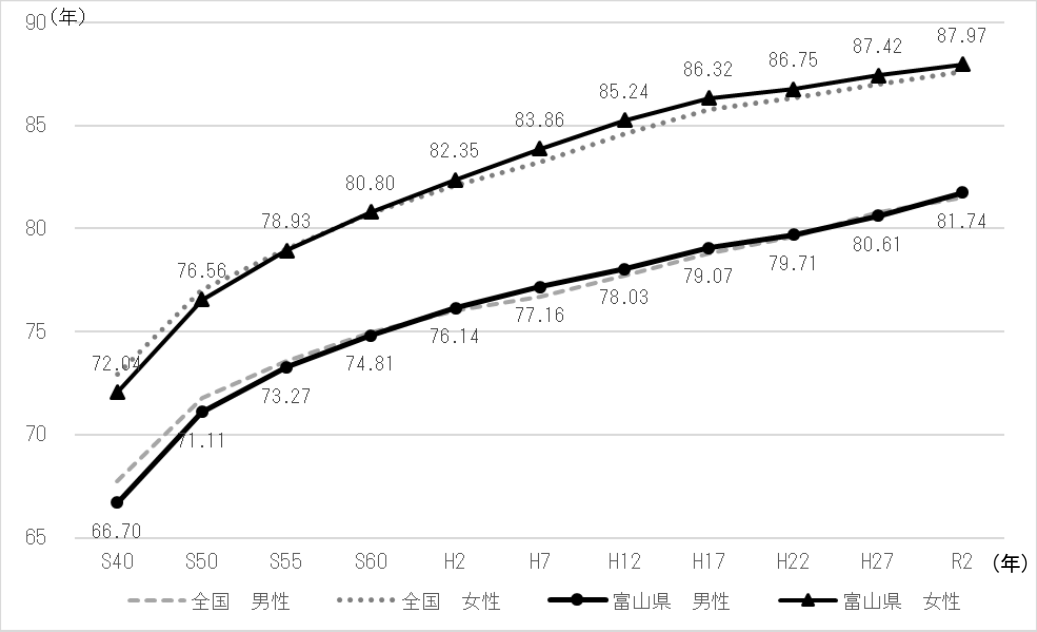
２　平均寿命と健康寿命

・　平均寿命は全国、本県ともに年々延伸しています。2020（令和 2）年には、本県の男性は 81.74 年（全国 81.49 年）、女性は 87.97 年（全国 87.60 年）となり、概ね全国平均よりやや高い値で推移しています。

・　また、「日常生活に制限のない期間」である健康寿命も、平均寿命同様、年々延伸しています。2019（令和元）年には、本県の男性は 72.71 年（全国 72.68 年）、女性は 76.18 年（全国 75.38 年）で、特に女性は全国と比較しても高い値となっています。2010（平成 22）年からの健康寿命の延びでは、男性が＋2.08 年、女性が＋1.82 年となっています。

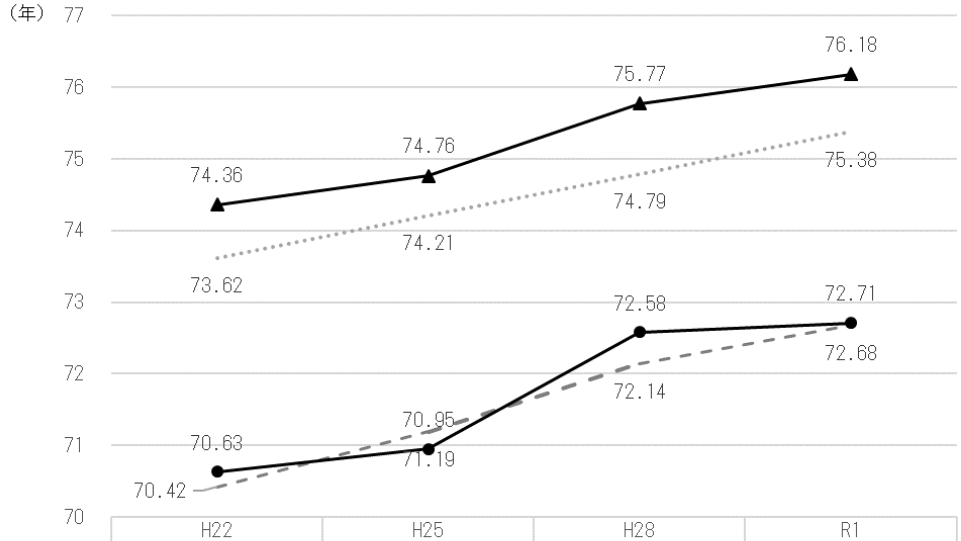
・　平均寿命から健康寿命を引いた値で算定される「日常生活に制限のある期間」は、2010（平成 22）年は男性が 9.10 年、女性が 12.41 年でしたが、2019（令和元）年は、男性が 8.84 年、女性が 11.65 年と短縮し、男女ともに平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加となっています。

■平均寿命の年次推移（全国・富山県）



出典：都道府県別生命表（厚生労働省）

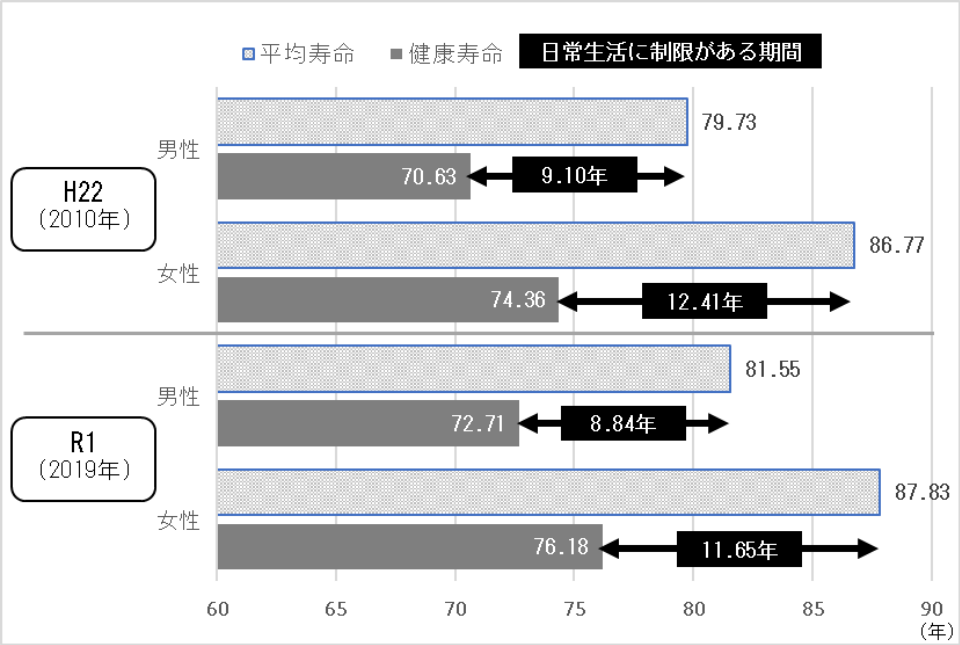
■健康寿命の年次推移



	H22	H25	H28	R1
全国 男性	70.42	71.19	72.14	72.68
全国 女性	73.62	74.21	74.79	75.38
富山県 男性	70.63	70.95	72.58	72.71
富山県 女性	74.36	74.76	75.77	76.18

出典：厚生労働科学研究費補助金の研究班において算定

■富山県の平均寿命と健康寿命の差（日常生活に制限のある期間）



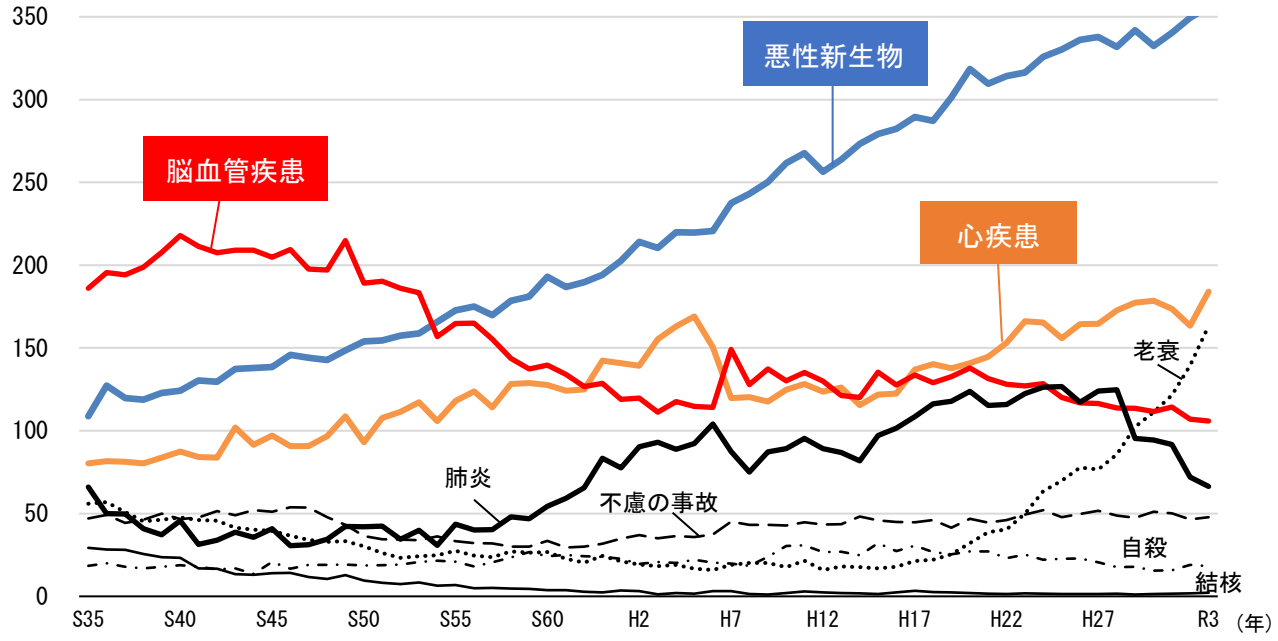
出典：厚生労働科学研究費補助金の研究班において算定

３　三大生活習慣病（がん、脳血管疾患、心疾患）の状況

（１）死因割合

・　本県の主要な死因は、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患となっており、悪性新生物の割合が増加しており、心疾患は微増、脳血管疾患は減少しています。

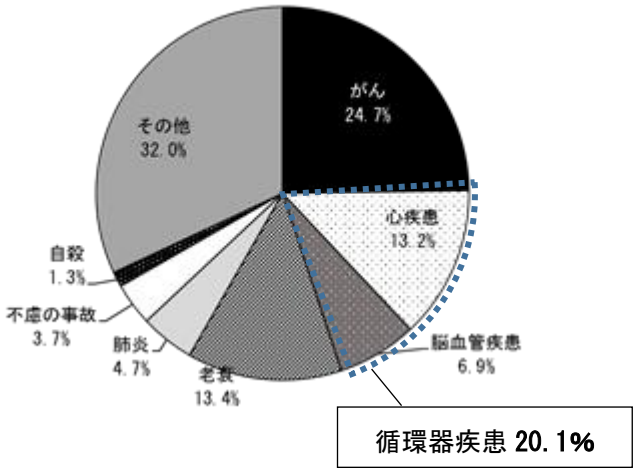
■富山県における主要死因別死亡率の推移（人口 10 万対）



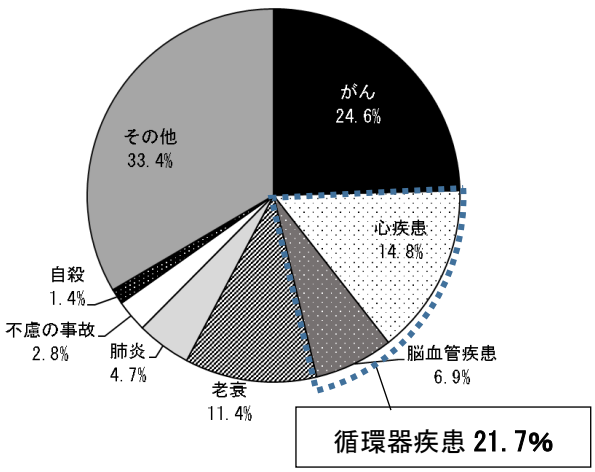
出典：富山県保健統計年報

・　本県の主要な死因別死亡割合は、悪性新生物 24.7%、老衰 13.4%、心疾患 13.2　%、脳血管疾患 6.9%となっており、心疾患と脳血管疾患を合わせた循環器疾患は全体の 20.1%を占めます。

■富山県の死因別死亡割合（%）



■全国の死因別死亡割合（%）

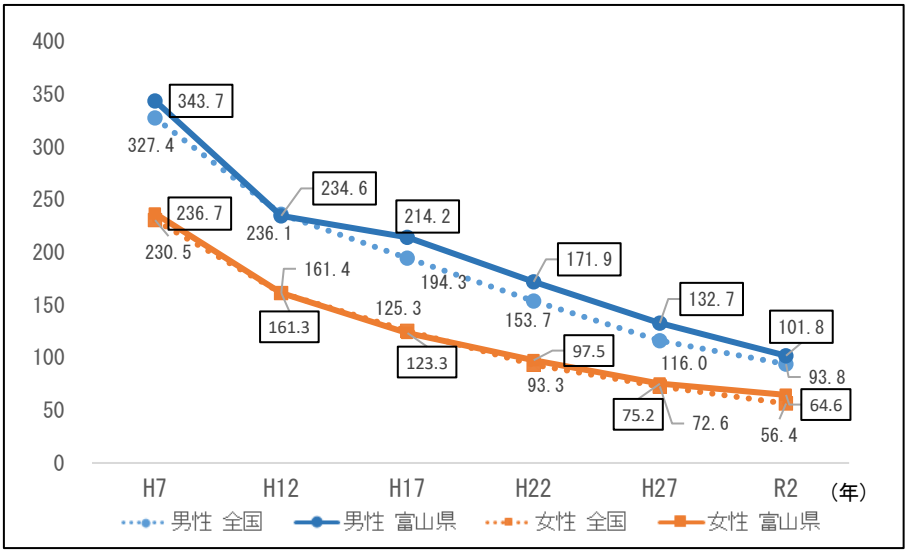


出典：2022（令和４）年人口動態調査（厚生労働省）

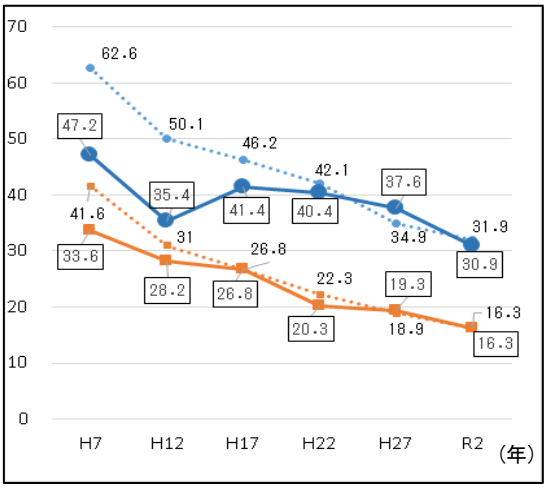
（２） 脳血管疾患の年齢調整死亡率（※２）

- 本県における脳血管疾患の死因別年齢調整死亡率は、全国同様に減少傾向にあります。
- 2020（令和２）年の脳血管疾患の死因別年齢調整死亡率は、男性 101.8（全国 14 位）女性 64.6（全国 11 位）であり、男女とも全国平均値以上となっています。

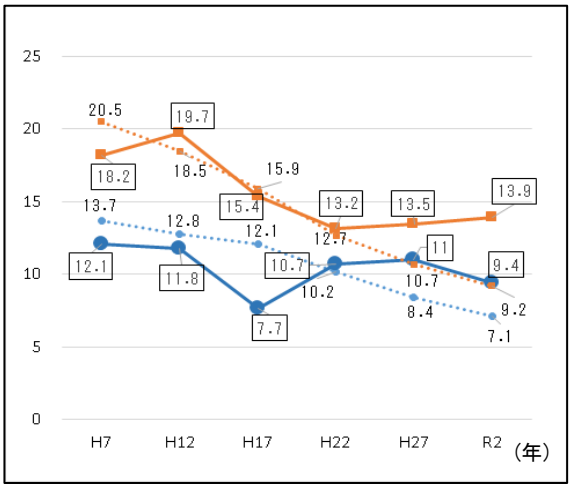
■　脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移（人口 10 万対）



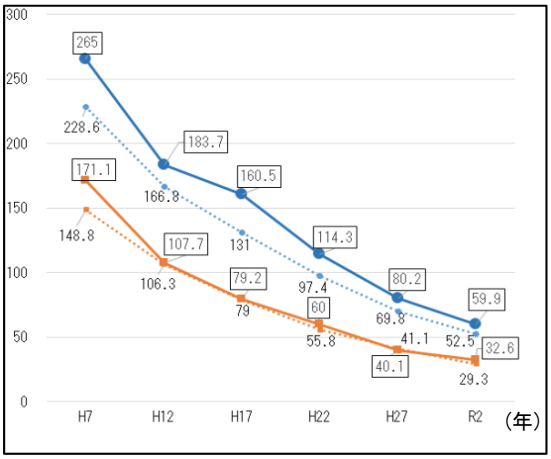
■（再掲）脳内出血（人口 10 万対）



■（再掲）くも膜下出血（人口 10 万対）



■（再掲）脳梗塞（人口 10 万対）



男性 全国　男性 富山県　女性 全国　女性 富山県

出典：人口動態統計特殊報告

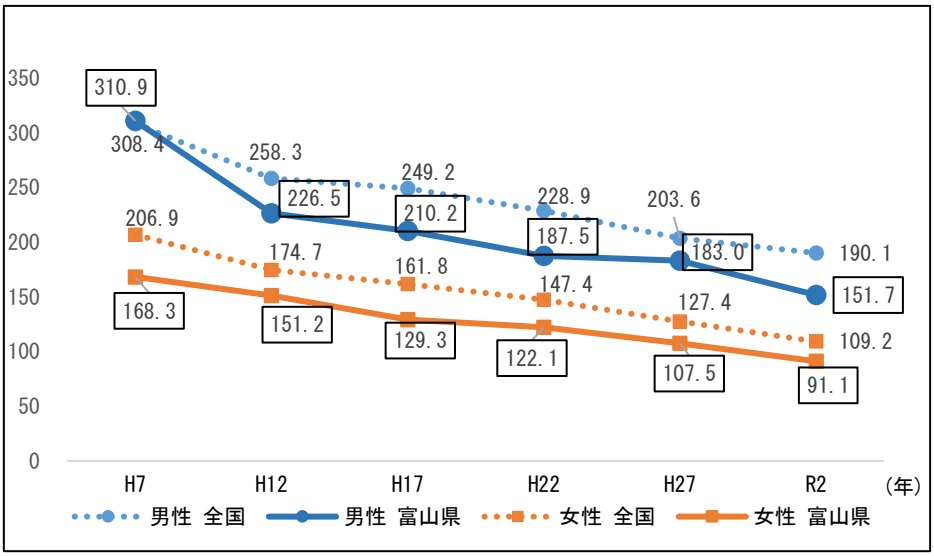
「都道府県別年齢調整死亡率（H27 モデル）」（厚生労働省）

> ※２　年齢調整死亡率
>
> 年齢構成の影響を除くために標準人口を用いて算定した死亡率。年齢構成の異なる地域の死亡率を比較する場合に用いられる。

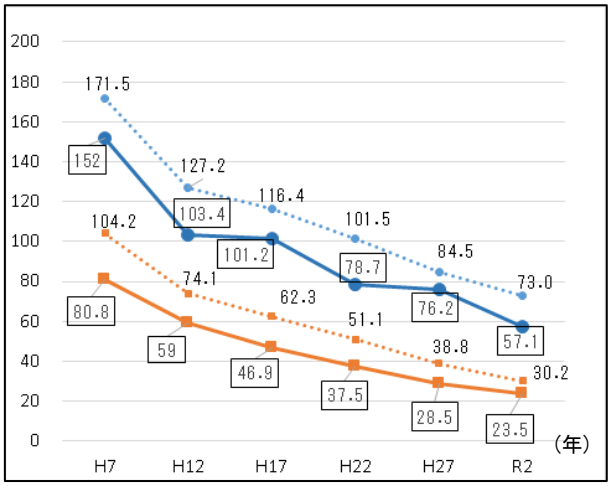
（３）心疾患の年齢調整死亡率

- 本県における心疾患の死因別年齢調整死亡率は、全国同様に減少傾向にあります。
- 2020（令和２）年の心疾患の死因別年齢調整死亡率は、男性 151.7（全国 45 位）、女性 91.1（全国 44 位）であり、男女とも全国平均値を下回っています。

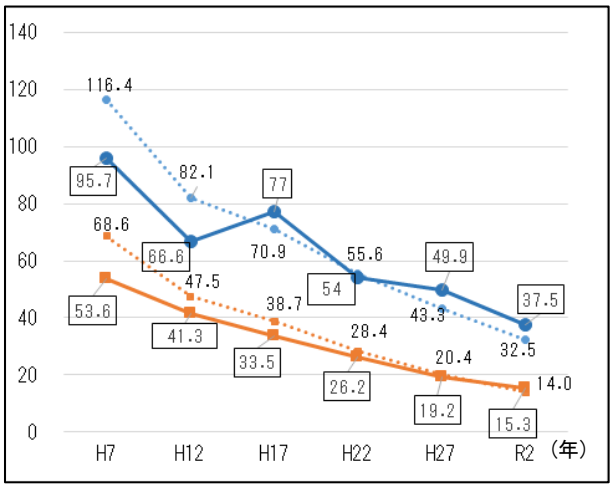
■心疾患の年齢調整死亡率の推移（人口 10 万対）



■（再掲）虚血性心疾患（人口 10 万対）

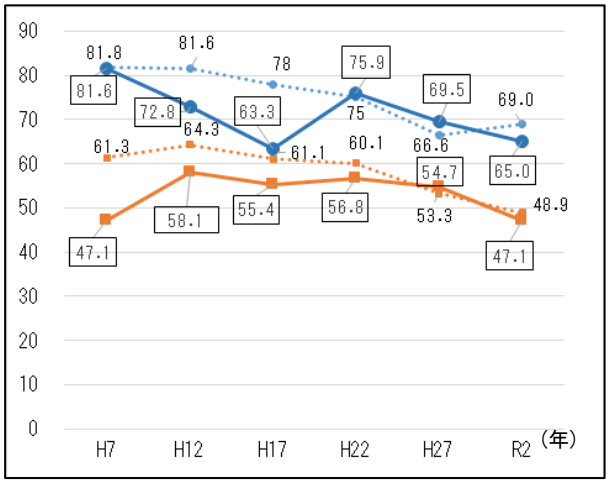


■（再掲）急性心筋梗塞（人口 10 万対）



男性 全国　男性 富山県　女性 全国　女性 富山県

■（再掲）心不全（人口 10 万対）



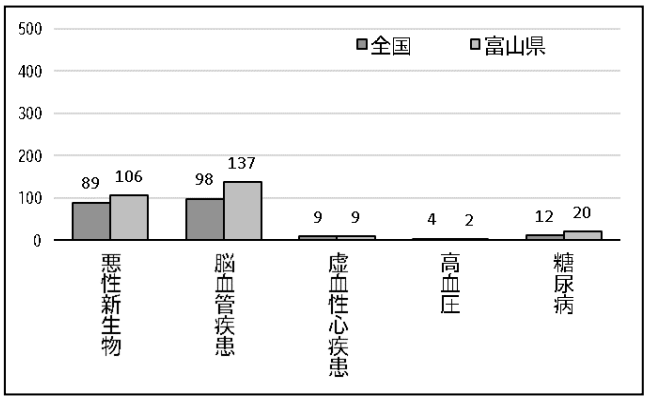
出典：人口動態統計特殊報告

「都道府県別年齢調整死亡率（H27 モデル）」（厚生労働省）

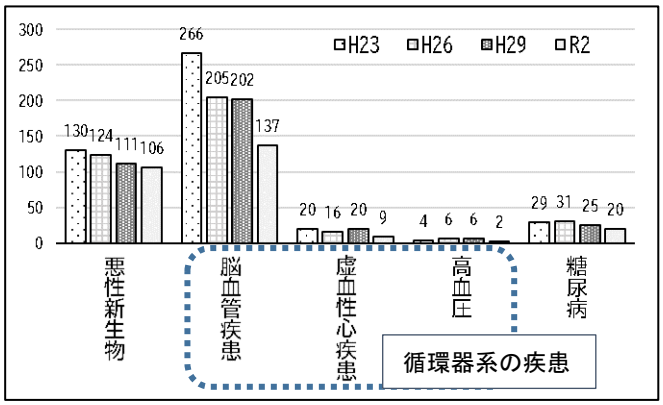
（４）入院受療率

・　本県の疾病分類別入院受療率は循環器系の疾患が精神および行動の障害に次いで高く、中でも「脳血管疾患」が 137（人口 10 万対、2020（令和２）年）と最も多くなっています。なお、脳血管疾患の受療率は年々減少傾向にあります。

■入院受療率（人口 10 万対）（2020（令和２）年）



■富山県の主な疾患別入院受療率（人口 10 万対）

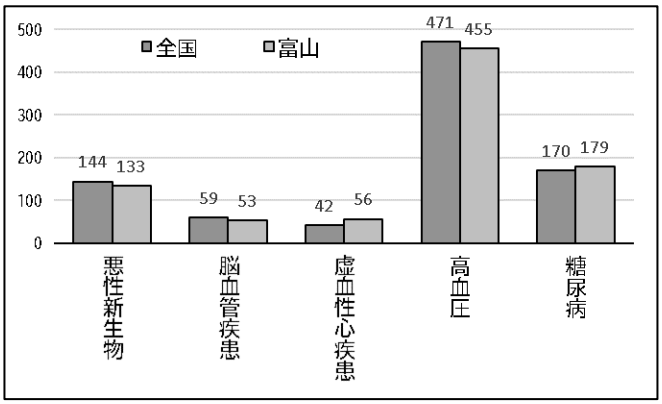


出典：患者調査（厚生労働省）

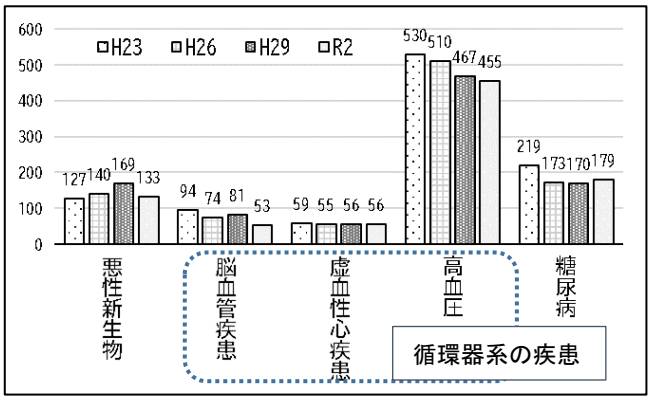
（５）入院外受療率

・　本県の疾病分類別入院外受療率は循環器系の疾患が消化器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患に次いで多く、循環器系の疾患のうち、「高血圧」455（人口 10 万対、2020（令和２）年）と最も多くなっています。なお、高血圧の受療率は年々減少傾向にあります。

■入院外受療率（人口 10 万対）（2020（令和２）年）



■富山県の主な疾患別入院外受療率（人口 10 万対）



出典：患者調査（厚生労働省）

４　第１期富山県循環器病対策推進計画における取組み

富山県循環器病対策推進計画（第１期・令和３年度～令和５年度）では、「健康寿命の延伸」と「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指すことを全体目標とし、「循環器病の予防や正しい知識の普及」「保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実」「循環器病の調査・研究の推進」を３つの柱の施策として、取組みを推進しました。

循環器病予防や正しい知識の普及については、発症予防のための健康的な生活習慣づくりを推進するため、スマートフォンアプリの活用や、野菜摂取促進のため県内のスーパーやコンビニエンスストア等と連携した事業等の展開、循環器病の最新治療と予防に関する正しい知識を普及啓発するための県民公開講座を開催する等、様々な機会を捉え、多様な主体と連携・協働した普及啓発に取り組みました。新型コロナウイルス感染症が流行時であったことから、感染対策の徹底とオンライン開催やSNSを活用した啓発等、感染症状況を踏まえた取組みを実施しました。

保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実については、新型コロナウイルス感染症の拡大下においても、新型コロナウイルス感染症患者への医療の確保をしつつ循環器病患者への医療確保が図れるよう県内医療機関による医療提供を行うとともに、急性期から回復期及び慢性期までの切れ目のない連携体制を推進しました。

かかりつけ医への心不全対応力向上研修の開催や、高次脳機能障害支援普及事業による相談支援の充実、富山県リハビリテーション支援体制事業によるリハビリテーション従事者の質の向上のための研修会や介護予防事業へのリハビリ専門職の派遣や自立支援の取組みを実施しました。

循環器病の調査・研究推進については、富山県脳卒中情報システムを活用し、急性期と回復期の脳卒中患者の患者情報の把握と脳卒中対策に活用する等、本県の特徴を踏まえた調査・研究の推進に取り組んでいます。

今回の新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、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の確保とともに、それ以外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の構築が必要です。

また、今後さらに高齢化が進み循環器病患者の増加が予想されることから、これまで以上に取組みの充実と強化が必要です。

＜全体目標の現状値＞

指標		現状値	出典
健康寿命	男性	72.71年（R1）	厚生労働省科学研究費補助金の研究班において算定
	女性	76.18年（R1）	
脳血管疾患年齢調整死亡率	男性	101.8（R2）	人口動態特殊報告
	女性	64.6（R2）	
心疾患患者の年齢調整死亡率	男性	151.7（R2）	
	女性	91.1（R2）	
虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	男性	57.1（R2）	
	女性	23.5（R2）	

第３章　全体目標

法の基本理念に照らし、次に掲げる３つの柱となる施策に取り組むことにより、「健康寿命の延伸」、「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指すことを全体目標とします。

柱となる３つの施策

１　循環器病の予防や正しい知識の普及

・　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重症化予防に重点を置いた対策を推進します。

・　生活習慣病等に対する県民の意識と行動の変容を促すため、循環器病とその多様な後遺症に関する情報提供を行います。

・　発症後早期の対応やその必要性に関する知識の普及を行います。

２　保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

・　急性期から回復期及び慢性期までの病床の機能分化、連携に取り組み、本県の実情に応じた医療提供体制の構築を進めます。

・　地域包括ケアシステムの構築による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ります。

３　循環器病の調査・研究推進

・　本県における脳卒中や急性心筋梗塞等の発症や診療、連携状況等の情報を収集・分析します。

重点的に取り組む事項

計画の実効性を高めるため、本計画期間（令和６年度から令和 11 年度まで）に重点的に取り組む事項を、以下のとおりとします。

①　地域の課題に応じた循環器病の発症予防対策

②　循環器病の専門治療、リハビリテーション、再発予防に至る治療成績の向上を目指した体制の整備

③　療養の継続や就労、自立を支える相談支援体制の整備

第４章　個別施策

１　循環器病の予防や正しい知識の普及

発症予防のための健康的な生活習慣づくりや危険因子に関する普及啓発

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ものであり、その経過は、生活習慣病予備群、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態の順に進行していきます。

その過程では患者自身が気づかないうちに病気が進行することも多い反面、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ため、県民が適切に循環器病の予防及び重症化予防、疾患リスクの管理を行うことができるよう、まずは循環器病の正しい知識について、関係者が連携して普及することが重要です。

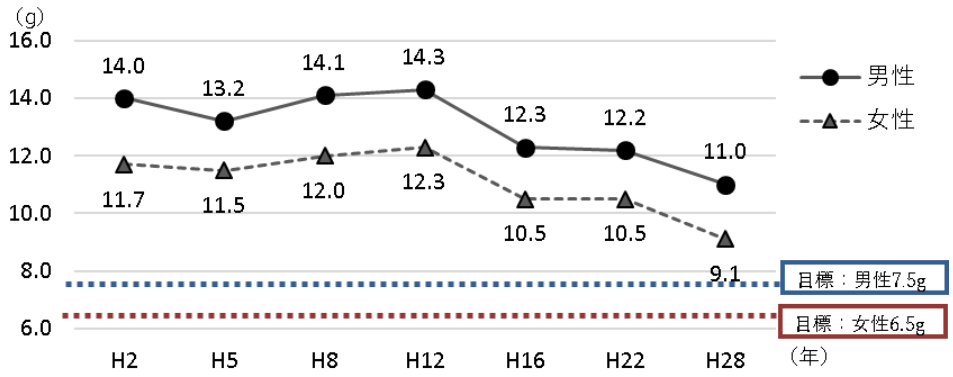
本県では、第３次健康増進計画（令和６年度～令和 17 年度）を策定し、健康寿命の延伸を目指し、県民一人ひとりが健康な生活習慣の重要性に関心と理解を深め、生涯にわたって健康状態を自覚し、自ら健康づくりを進められるよう総合的な健康増進の取組みを行っています。

【現状と課題】

① 栄養・食生活の状況

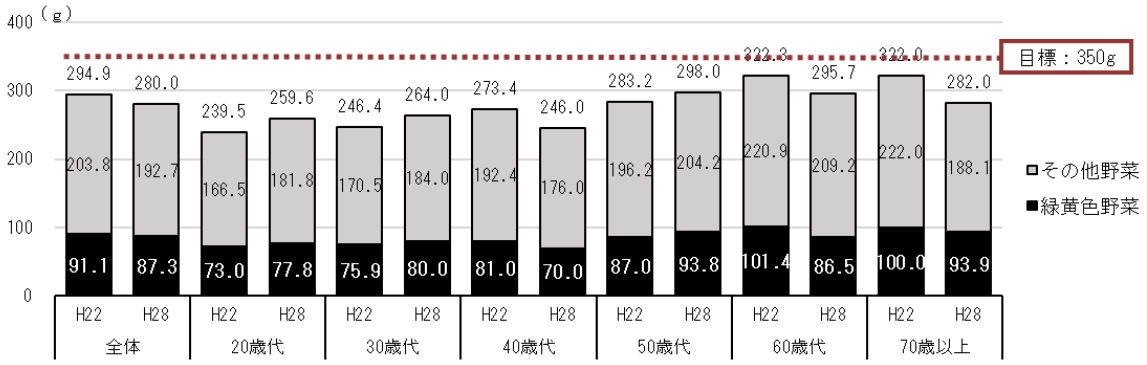
・　県民の１日当たりの食塩摂取量は減少傾向にありますが、目標値を大幅に上回っています。1 日の野菜摂取量も、目標値に達していません。循環器病の発症予防のため、子どものころからの望ましい栄養・食生活に関する普及啓発が必要です。

■食塩摂取量の推移（20 歳以上 1 日当たり）



出典：県民健康栄養調査

■野菜野菜摂取量（20 歳以上１日当たり）



出典：県民健康栄養調査

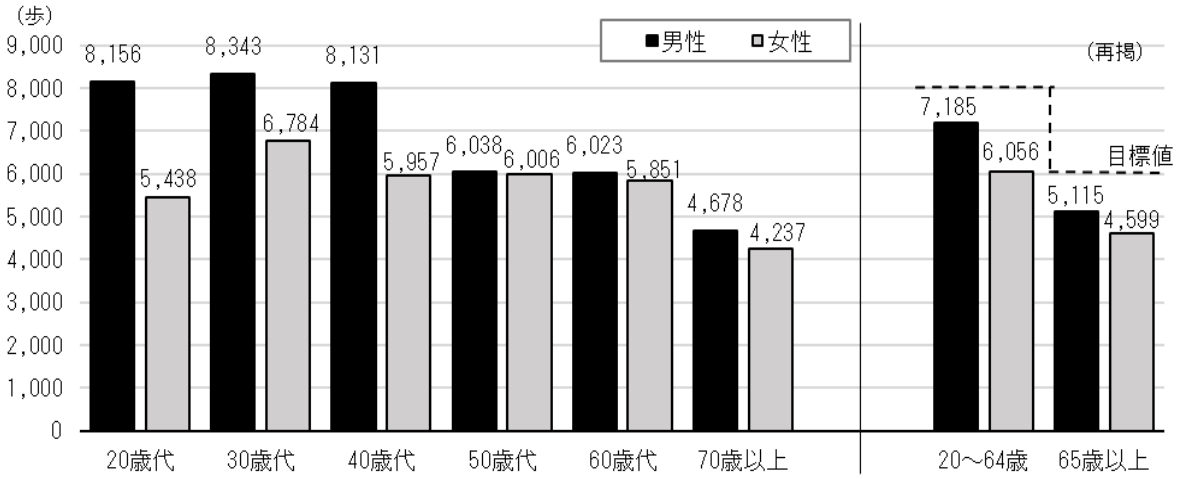
② 身体活動・運動・休養の状況

・　１日の歩数は、年々減少しており、男女ともどの年代でも目標値に達していません。運動習慣については、年々増加傾向にありましたが近年は横ばいとなっています。男性は 30 歳代、70 歳以上で運動習慣者割合が高くなっており、女性は男性よりも全世代で低く、特に 30 歳代や 40 歳代で低くなっています。

・　睡眠が６時間未満の者の割合の推移をみると、男女ともに増加傾向にあります。平日の睡眠が６時間未満の割合（2021（令和３）年）を性別・年代別にみると、男女ともに 40 歳代、50 歳代が多く、男性は 30 歳代も多くなっています。睡眠で十分な休養がとれていない者の割合を都道府県別にみると、富山県が全国で最も多くなっています。

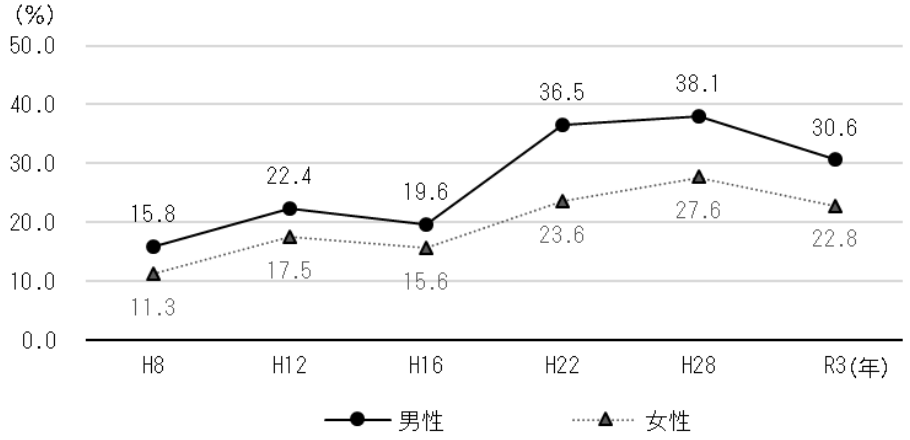
・　現在、これらの健康課題に応じて生活習慣の改善を促す取組みを進めています。

■1 日の歩数（２０歳以上）



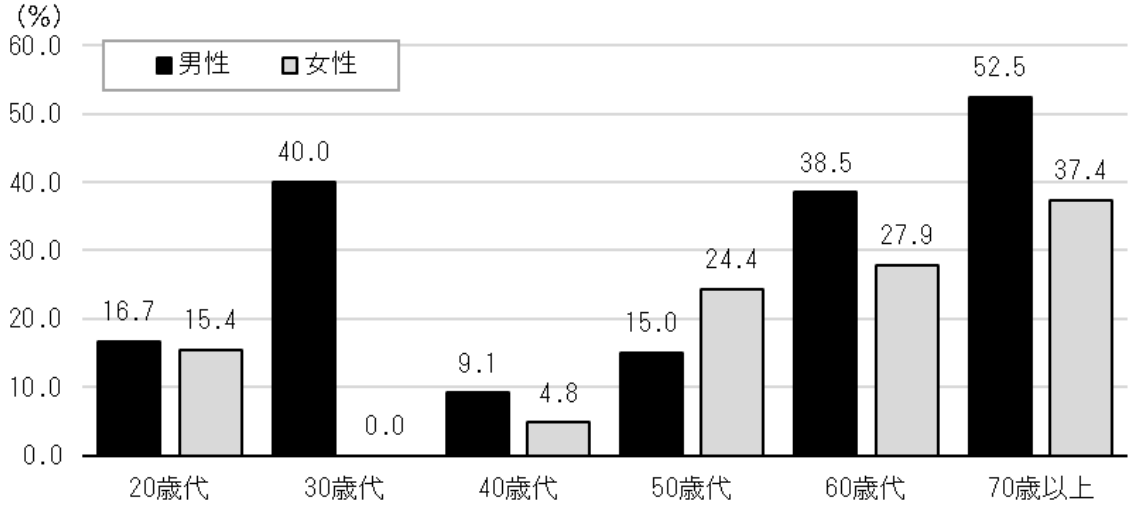
出典：2016（平成 28）年県民健康栄養調査（富山県）

■運動習慣のある者の年次推移（20 歳以上）



出典：県民健康栄養調査（富山県）
（※令和３年は参考値（健康づくり県民意識調査（富山県））

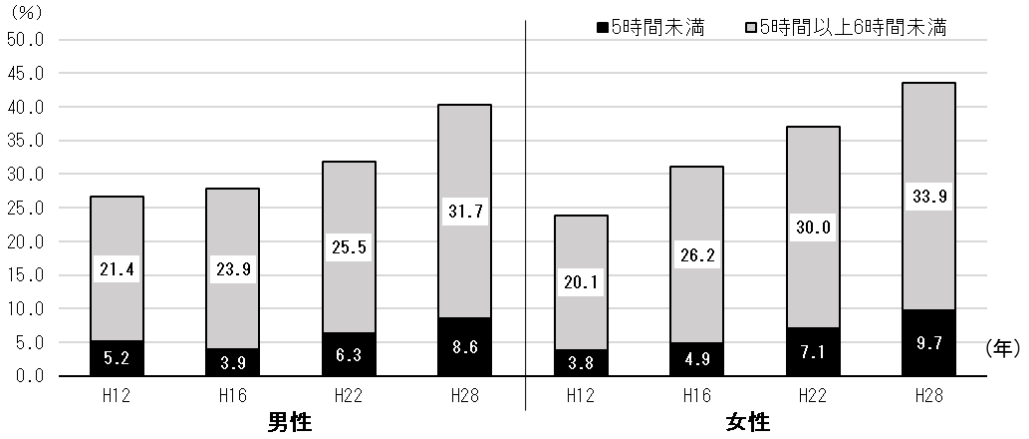
■運動習慣者の割合（２０歳以上、性別・年齢別）



※「運動習慣のある者」とは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者の割合

出典：2016（平成 28）年県民健康栄養調査（富山県）

■睡眠が６時間未満の者の割合の年次推移（２０歳以上、性別）



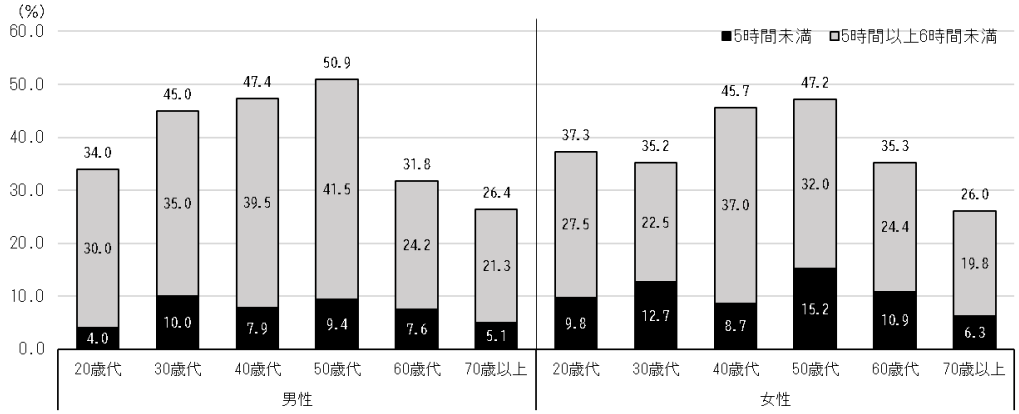
出典：健康づくり県民意識調査（富山県）

≪参考値≫ 睡眠が６時間未満の者の割合
令和３年の調査は、睡眠時間について「平日」と「休日」に分けた設問としており、過去の調査と異なる調査方法のため、参考値として記載。

	平　日		休　日	
	５時間未満	５時間以上６時間未満	５時間未満	５時間以上６時間未満
男　性	7.1%	29.8%	3.5%	18.0%
女　性	10.2%	26.8%	4.4%	17.8%

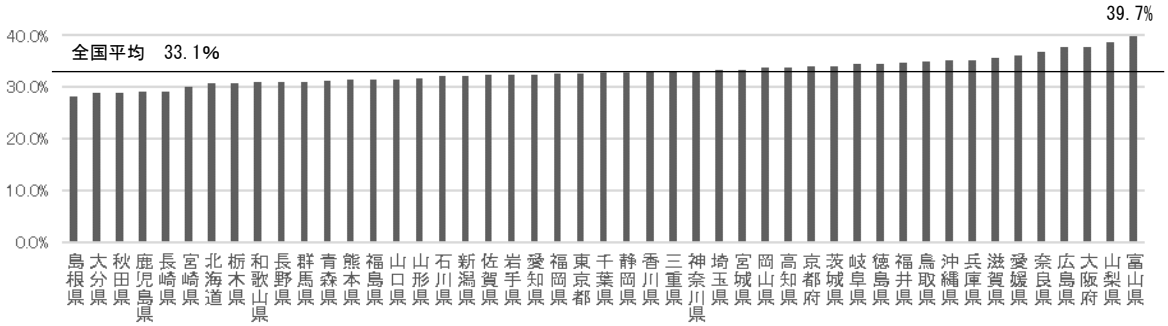
出典：令和３年健康づくり県民意識調査（富山県）

■平日の睡眠が６時間未満の者の割合（２０歳以上、性別）



出典：2021（令和３）年健康づくり県民意識調査（富山県）

■特定健診における睡眠習慣要改善者（睡眠休養不良者）の割合（都道府県別）



出典：第８回 NDB オープンデータ（厚生労働省）

③ 喫煙・飲酒の状況

・　成人の喫煙率は男女ともに減少傾向にありますが、目標値（男性 21%、女性 2%）には達していません。また、外来禁煙治療件数（ニコチン依存管理料を算定する患者数）は全国に比べて少なく、総合的なたばこ対策の推進が必要です。

・　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は、男性 16.1%、女性 2.9%で、男性の 50 歳代が 31.0%と他の年代に比べて高くなっています。

■成人の喫煙率

		H22	H28	R3
男性	富山県	33.4%	26.9%	27.3%
	全　国	32.2%	30.2%	27.1%
女性	富山県	10.5%	4.8%	4.6%
	全　国	8.4%	8.2%	7.6%

出典：富山県「県民健康栄養調査」、全国「国民健康・栄養調査」

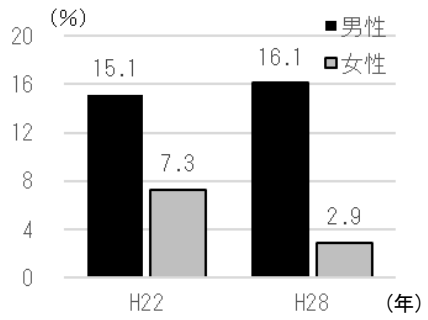
■ニコチン依存管理料を算定する患者数（人口 10 万対）（2021（令和３）年）

	件　数
富山県	94.1
全　国	99.6

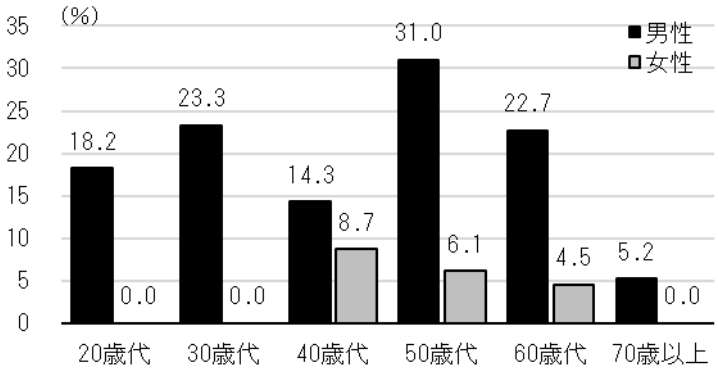
出典：厚生労働省　NDB オープンデータ

■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（2016（平成 28）年）

【推移】



【性別・年齢別】



※「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、１日あたり純アルコール摂取量男性 40g 以上、女性 20g 以上。（日本酒の場合、男性は２合／日以上、女性は１合／日以上が目安）

出典:2016(平成 28)年健康づくり県民意識調査

循環器病の発症予防・重症化予防

・　循環器病の予防には、動脈硬化の進展防止が重要であることから定期的な健康診査の受診により健康状態を確認し、必要な生活習慣の改善を行うことが大切です。

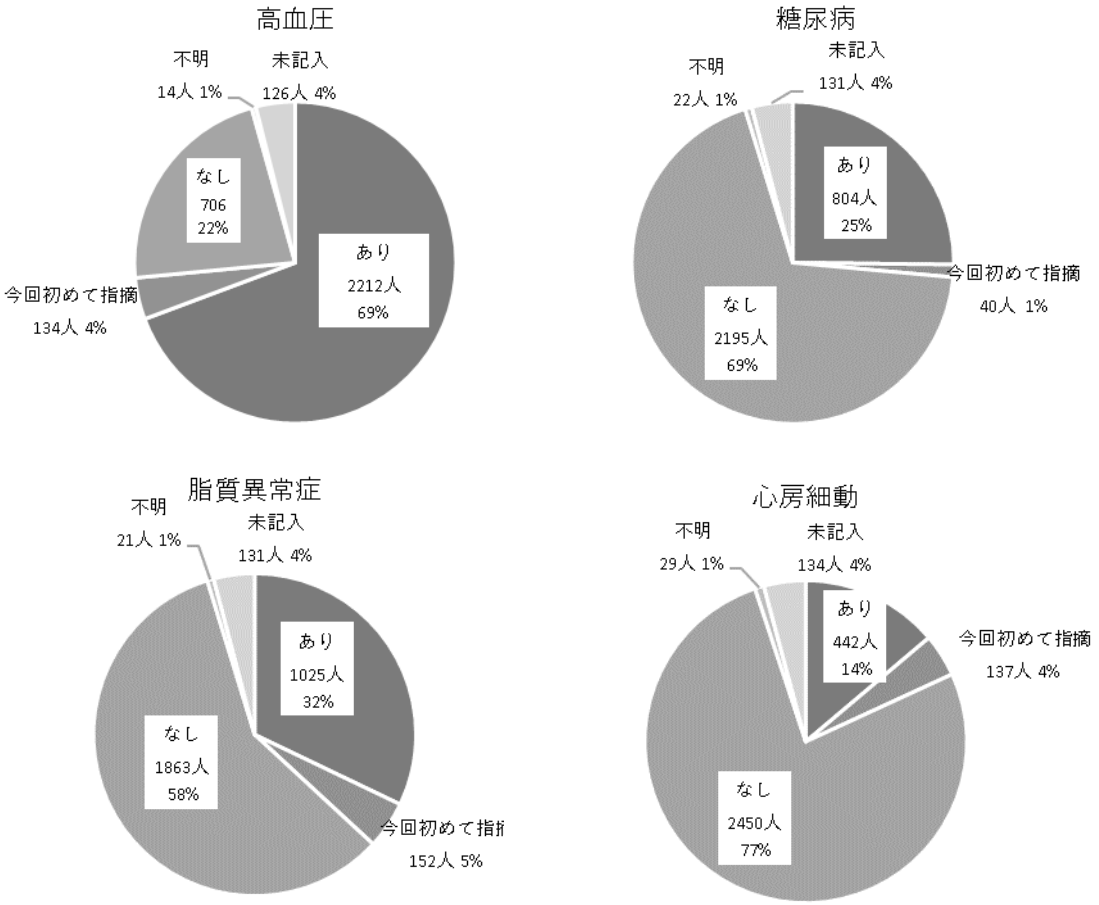
・　脳卒中の発症者が有する基礎疾患で最も多い高血圧症をはじめ、糖尿病、脂質異常症、肥満症、心房細動を医療機関の受診により適切に管理し、発症を予防していく必要があります。

・　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。

・　脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離等は、速やかな医療処置が予後を左右することから、疑われる症状が出現した場合には、速やかに救急搬送の要請がなされるよう、県民への普及啓発が必要です。

・　１日１回以上歯みがきをする者の割合はすべての年代で 90%を超え、歯みがき習慣は定着していますが、糖尿病や循環器疾患と関連性があると言われている歯周病では、歯周病の有病率が年代別で 50.6%～77.3%であることから、効果的なケアを行う必要があります。

図　脳卒中患者における基礎疾患を有する者の状況（n=3192）

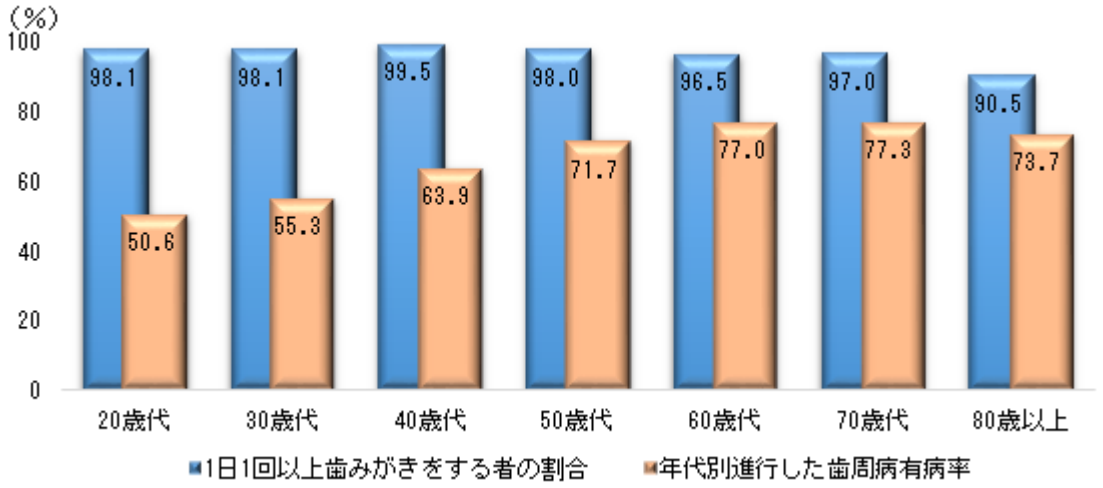


出典：2021（令和 3）年度　富山県脳卒中情報システム

【取り組むべき施策】

- 食生活、運動、喫煙、飲酒等の個々の生活習慣と高血圧、脂質異常、高血糖、歯周病等の危険因子や、脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離等の循環器病との関連についての理解を深めるための普及啓発を推進します。
- 企業や団体等と連携した、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発の推進や禁煙希望者に対する禁煙支援を行います。
- 家庭や職場等における受動喫煙防止の啓発や受動喫煙防止対策を推進します。
- 動脈硬化の進展防止を図るため、定期的な健診受診の促進や、効果的な健康教育の普及、生活習慣の改善を支援する取組みを行います。
- 糖尿病や循環器疾患と関連性を踏まえ、歯周病の予防について普及啓発します。
- 市町村や学校、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体と連携し、子どものころからの望ましい生活習慣が確立できるよう支援します。特に、子どもの生活習慣は親の影響を大きく受けることから、市町村の妊産婦健診や乳幼児健診等を活用した普及啓発に努めます。
- 救急車の適正利用を呼びかけるとともに、脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離等が疑われる症状が出現した場合に、速やかに救急搬送を要請するよう、県民に普及啓発を実施します。

■年代別歯みがき習慣及び歯周病有病状況（2021（令和 3）年）



※「歯周病有病者」とは「CPI（地域歯周疾患指数）が 3 以上」（4 ㎜以上の歯周ポケット）の者

出典：2021（令和 3）年度県民歯科疾患状況調査

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

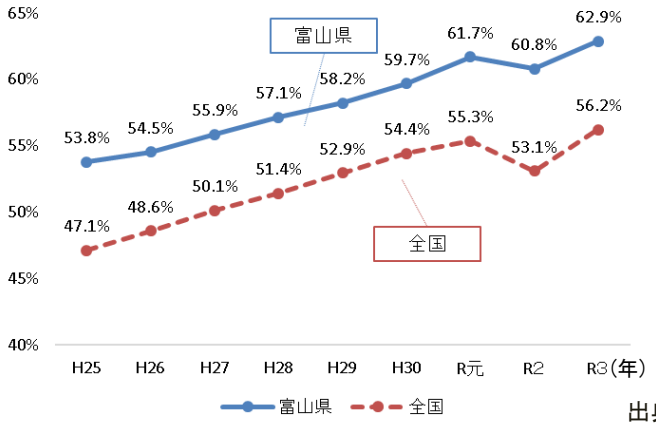
循環器病の予防の観点からも、早期診断と治療介入の考え方が必要です。循環器病の主要な危険因子である高血圧、脂質異常、高血糖等の生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、各医療保険者が実施する特定健康診査の受診や、行動変容をもたらす保健指導が重要です。特定健康診査・保健指導等を受けることにより、自身の健康状態を把握し、適切な生活習慣を身につけ生活習慣病の予防意識の向上につなげることが求められます。

【現状と課題】

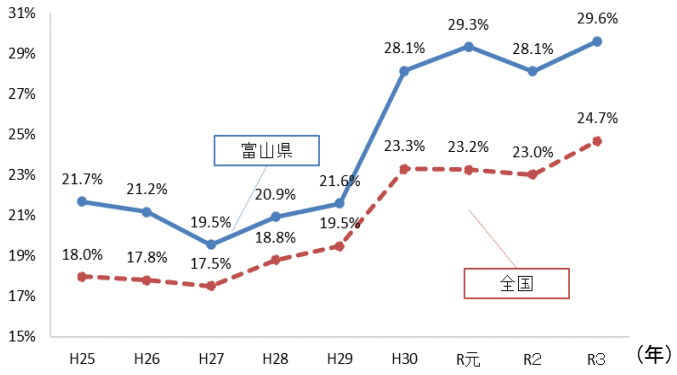
① 特定健康診査・特定保健指導等の状況

- 本県の特定健康診査受診率や特定保健指導実施率は年々高くなっており、全国平均より高くなっています。一方、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は全国平均より高くなっています。
- 特定健康診査の受診率を 70%以上、特定保健指導実施率を 45%以上の目標に向け、さらなる実施率の向上が必要です。
- 生活習慣病は、不健康な生活習慣が発症の要因となっていることから、特定健康診査・特定保健指導により、発症していない段階で生活改善を促し、生活習慣病を予防する必要があります。特に、メタボリックシンドロームが増加しはじめる 40～50 歳代の特定保健指導実施率の向上への取組みや長期未受診者への受診勧奨等が必要です。
- 特定健康診査は、循環器病の予備群となるメタボリックシンドロームの者への早期介入の機会として重要なことから、その受診率の向上を図り、特定保健指導対象者には保健指導によりその改善を図ることが重要です。
- 歯周疾患検診の受診率の向上を図り、歯周疾患の早期発見と早期治療を推進することが必要です。

■特定健康診査受診率の推移

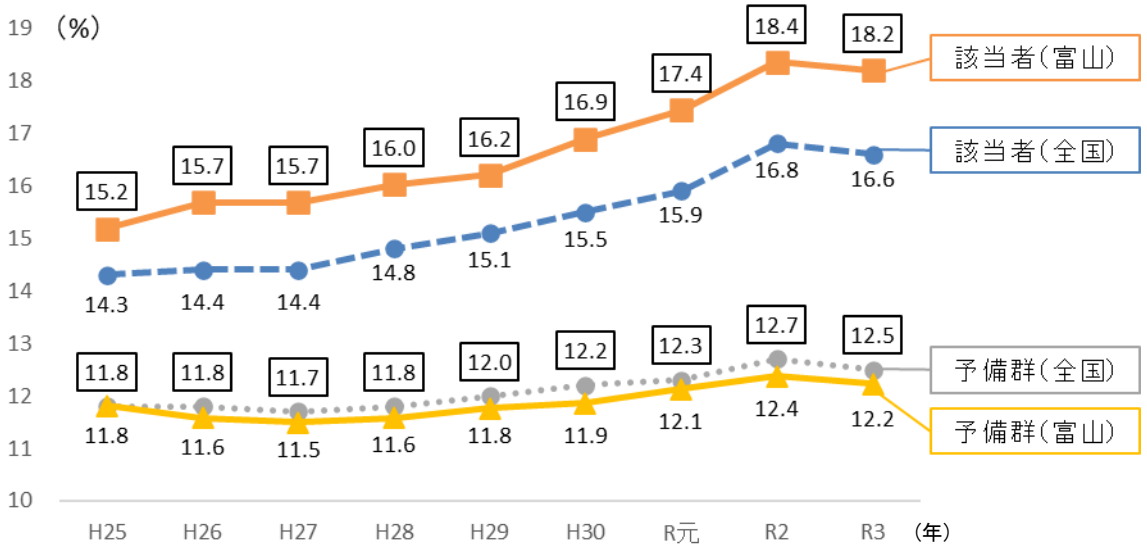


■特定保健指導実施率の推移



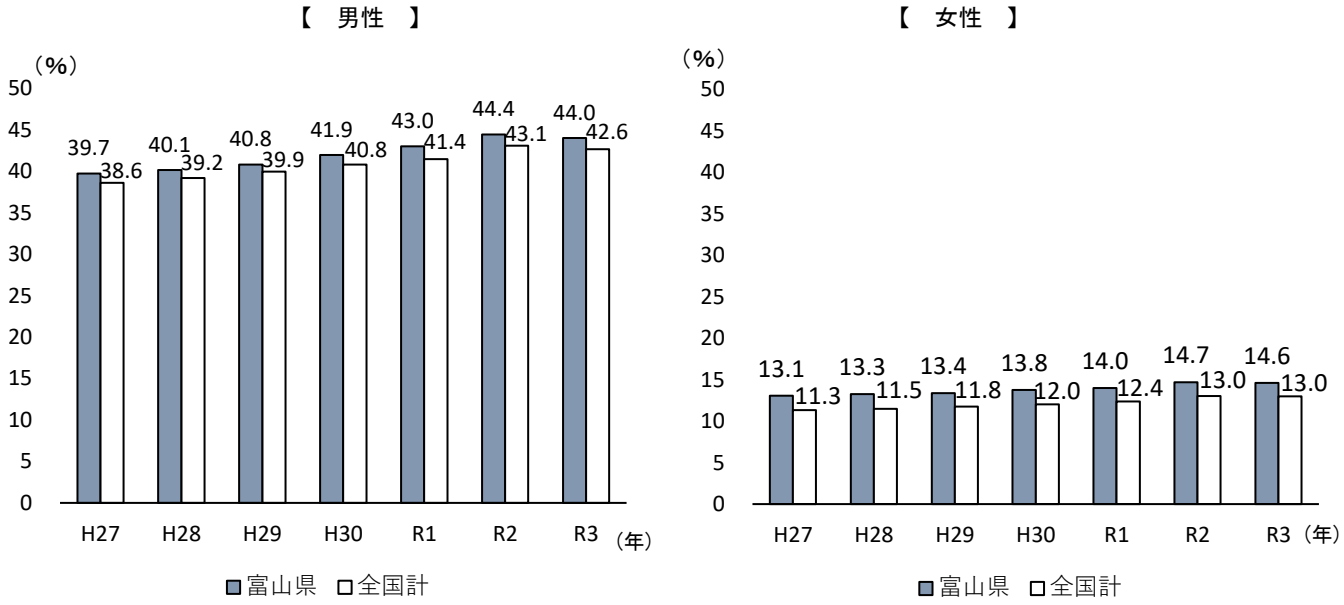
出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）

■メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

■男女別メタボリックシンドローム（該当者・予備群）の割合の推移

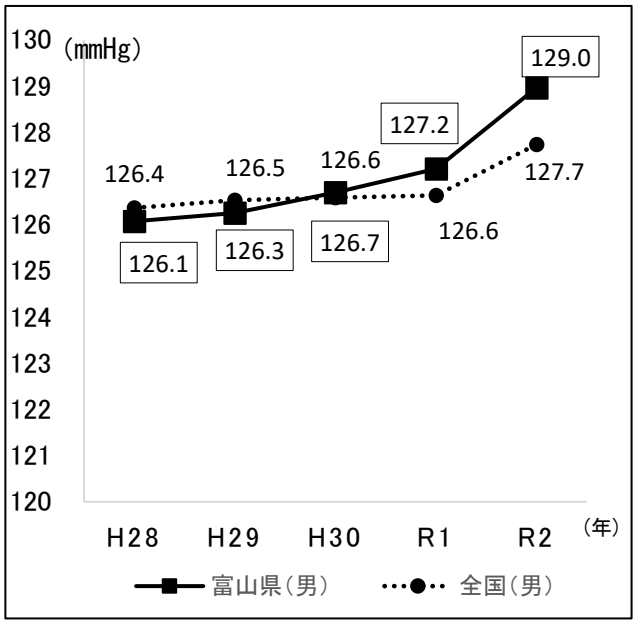


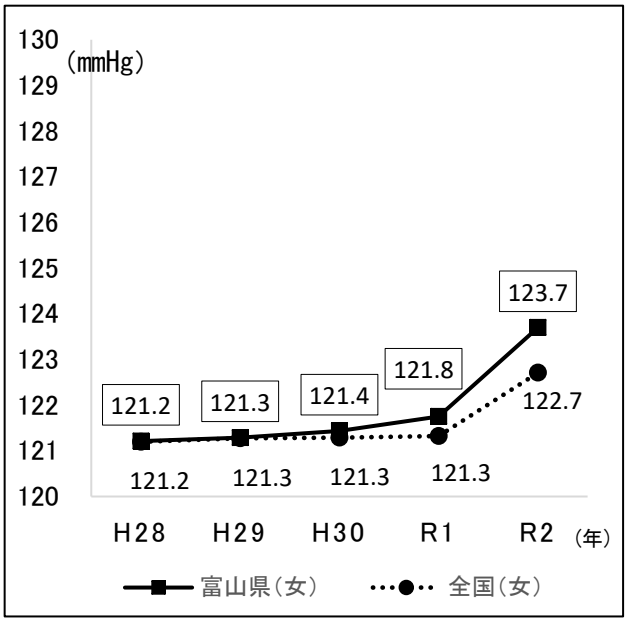
出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

② 高血圧・脂質異常・高血糖の状況

- 40～74 歳の収縮期血圧の平均値は男女ともに全国を上回り上昇、LDL コレステロールの平均値は、男性は上昇しているが全国よりも下回っており、女性は全国より高い傾向で上昇しましたが、2020（令和２）年は全国を下回りました。また、2020（令和 2）年における 40~74 歳未満における LDL コレステロール 160ml/dl 以上の者の割合は、男性は 17.2%、女性は 13.1%でした。高血糖も一定の割合で推移していることから、高血圧、脂質異常、高血糖の者への保健指導を充実する必要があります。
- 特定健診の結果における高血圧、脂質異常、高血糖、肥満等について、標準化該当比で比較すると地域差がみられるため、地域の課題に応じた循環器病の発症予防対策が必要です。
- 特定健康診査の検査データが基準値内にある者についても、健康診査結果の見方など適切な情報提供を行うことにより、各自が健康に対する主体的な取組みができるように支援することが必要です。
- 特定保健指導の対象外となっているものの、検査データが基準値を外れている者においても、その緊急性やリスクを考慮し優先度の高いものについては、適切な受診勧奨や生活改善を目的とした保健指導を実施するなど、徹底した重症化予防が必要です。
- 生活習慣病の重症化を予防するともに、合併症などの発症予防・重症化予防に積極的に取り組む必要があります。特に、新規透析導入患者に占める糖尿病性腎症の割合が４割を超えていることから、糖尿病重症化予防の取組みの推進が必要です。

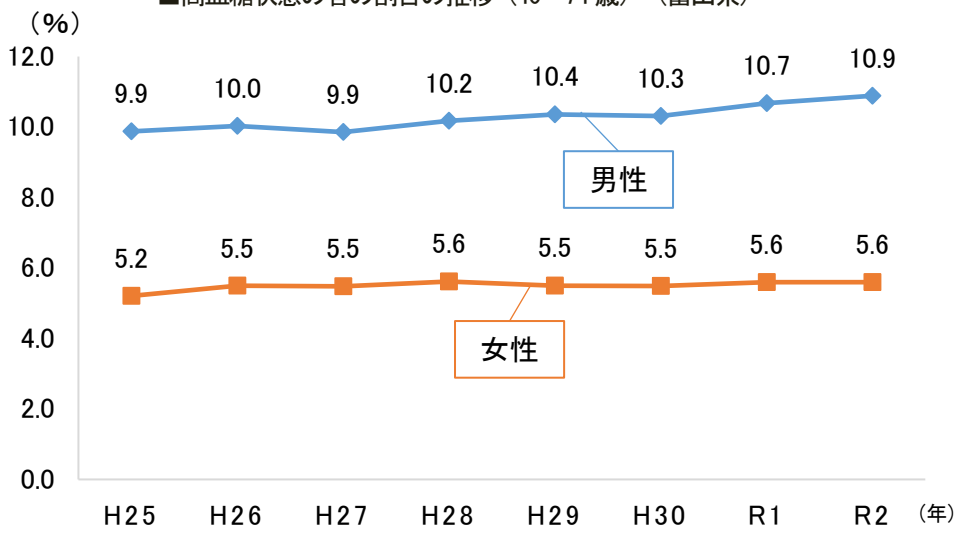
■収縮期血圧値の推移（40～74 歳）





出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

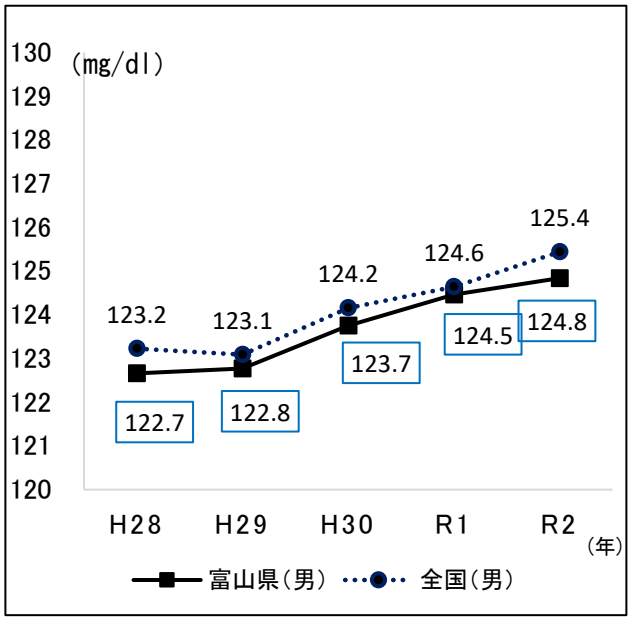
■高血糖状態の者の割合の推移（40～74 歳）（富山県）

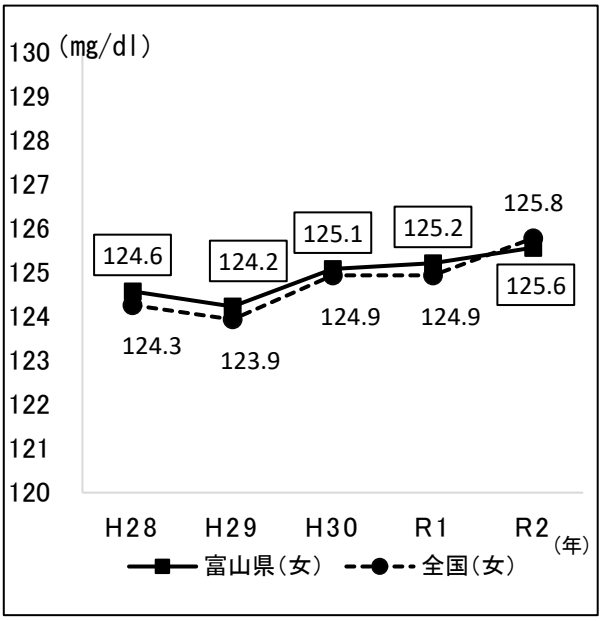


※高血糖とは HbA1c6.5%以上として算出

出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

■　LDL コレステロール値の推移（40～74 歳）





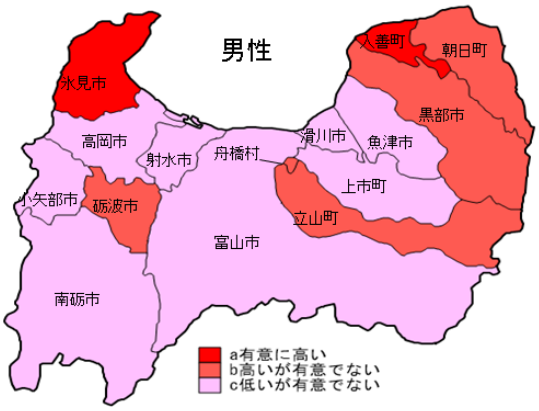
出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

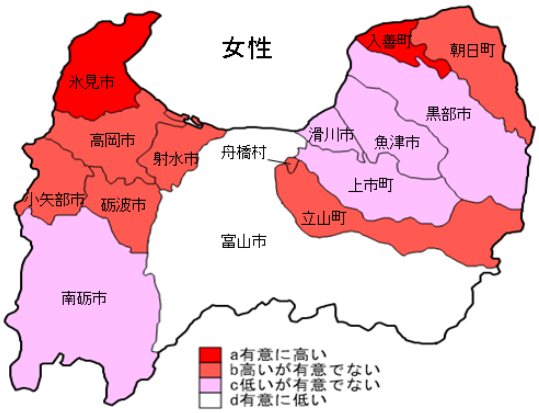
■特定健康診査データによるリスク因子の地域別標準化該当比

（R３市町村国民健康保険・協会けんぽ保険加入者における特定健康診査データを分析）

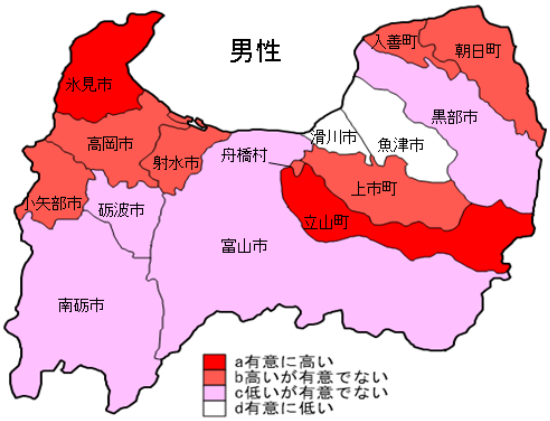
標準化該当比とは、市町村間で異なる性別年齢構成を補正し、県の有所見率を 100 として、各市町村の有所見率を相対値で表しています

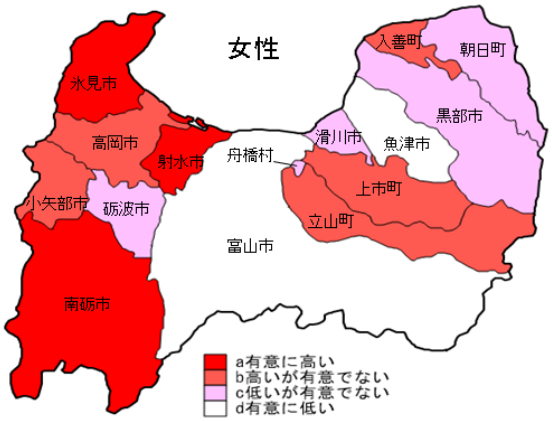
① 肥満（BMI≧25kg/㎡）



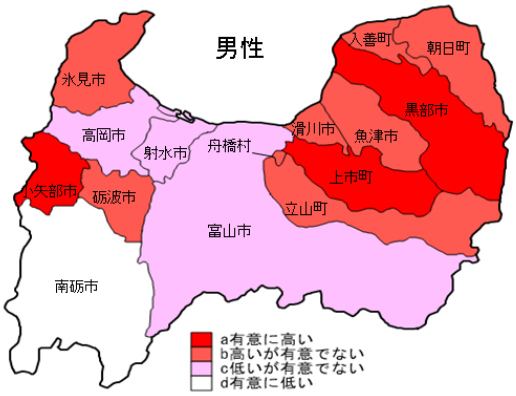


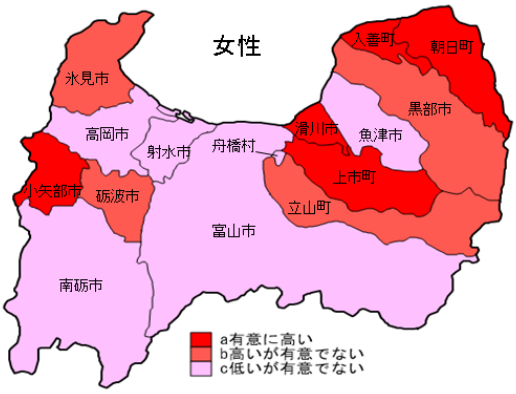
② メタボリックシンドローム該当者



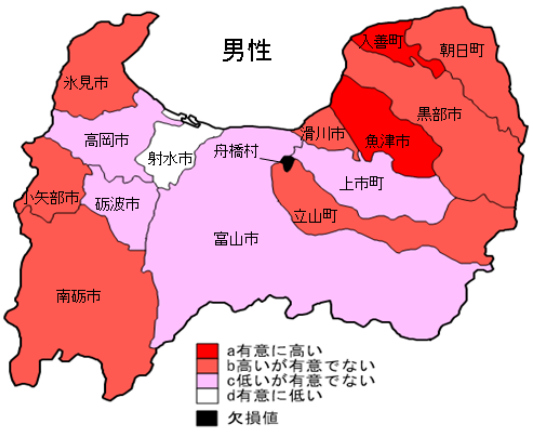


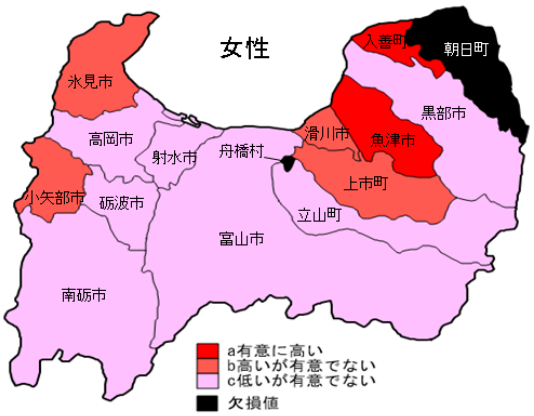
③ 高血圧（≧140/90mmHg または服薬）



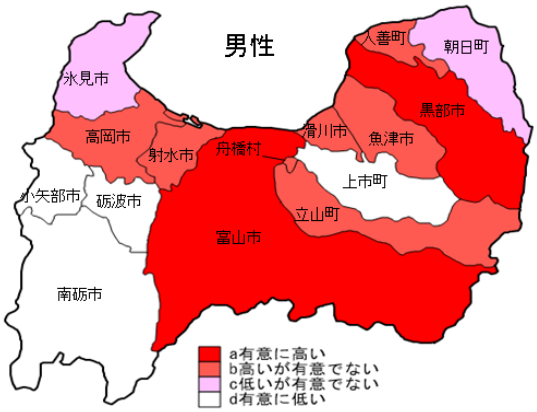


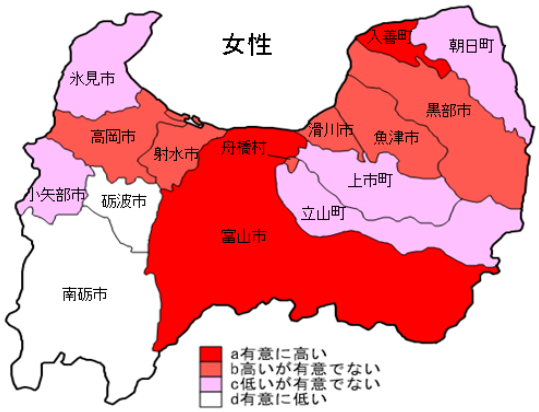
④重症高血圧（≧180/110mmHg）



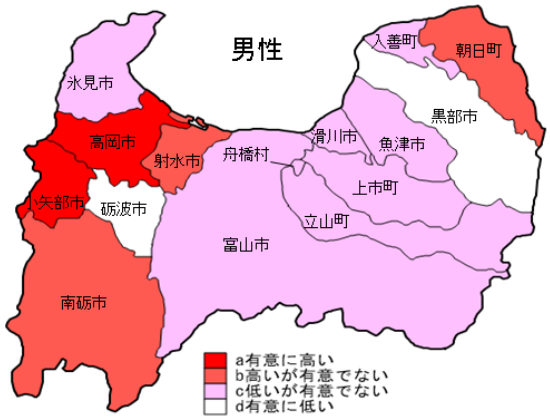


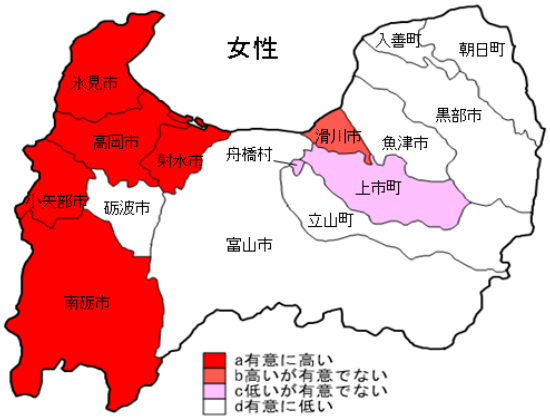
⑤LDL コレステロール≧140mg/dl





⑥高血糖（HbA1c≧6.5%）





出典：全国健康保険協会富山支部、富山県厚生部厚生企画課
「2021（R３）年度特定健康診査データを活用したリスク因子状況の分析結果」

【取り組むべき施策】

・　特定健康診査･特定保健指導､歯周疾患検診等をはじめとする保健事業について、医療保険者、市町村における取組みやデータを把握し、円滑な実施を支援するとともに、運動（身体活動)、栄養（食生活)、休養（睡眠）などに関する望ましい生活習慣の確立の推進や、特定健診・特定保健指導への理解の促進など県民への普及啓発を促進します。

・　医療保険者が取り組む特定健康診査とがん検診の同時実施や休日健診、かかりつけ医からの受診勧奨など、特定健康診査の受診率向上に向けた取組みを支援します。

・　ナッジ理論（※３）等の活用や受診勧奨方法の工夫、受診率向上の好事例の横展開等により、さらなる受診率の向上に努めます。

・　医療保険者や事業主とのコラボヘルス（※４）の推進により、健康診断の受診率向上を図り、健康診断結果によりリスクが高い者に対し、専門職による保健指導や受診勧奨を実施します。

・　国の定める「標準的な健診・保健指導プログラム」において、対象者の行動変容に繋がり成果が出たことを評価するアウトカム評価の導入や ICT 活用の推進等が盛り込まれたことを踏まえ、保険者協議会等と連携し、医療保険者及び特定保健指導実施者を対象に研修会を実施するなど、成果を重視した効果的な特定保健指導を企画・実施・評価できる人材の確保・育成を図ります。

・　医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の取組みは、市町村等における健康増進対策と連携することにより、より効果的な保健指導が実施できることから、地域・職域連携推進協議会等を通じて、地域における効果的なハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせた保健事業の実施に向けた支援を行います。

・　また医療保険者等との連携のもと、未治療者や治療中断者に対する保健指導の充実を進めます。

・　市町村において､高齢者の保健事業や介護予防に関する事業を一体的に実施することにより健康増進及び疾病等の重症化の予防を推進します。

・　効果的に循環器病の発症を予防するため､健診データやレセプトデータ等の分析に基づく地域の課題を可視化し、その健康課題に応じた対策を推進します。

※３　ナッジ理論

「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、よりよい方向に誘導する手法。

※４　コラボヘルス

健康保険組合等の保険者と事業主が積極的に連携し､明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者（従業員・家族）の予防・健康づくりを効果的・効率的に実行すること。

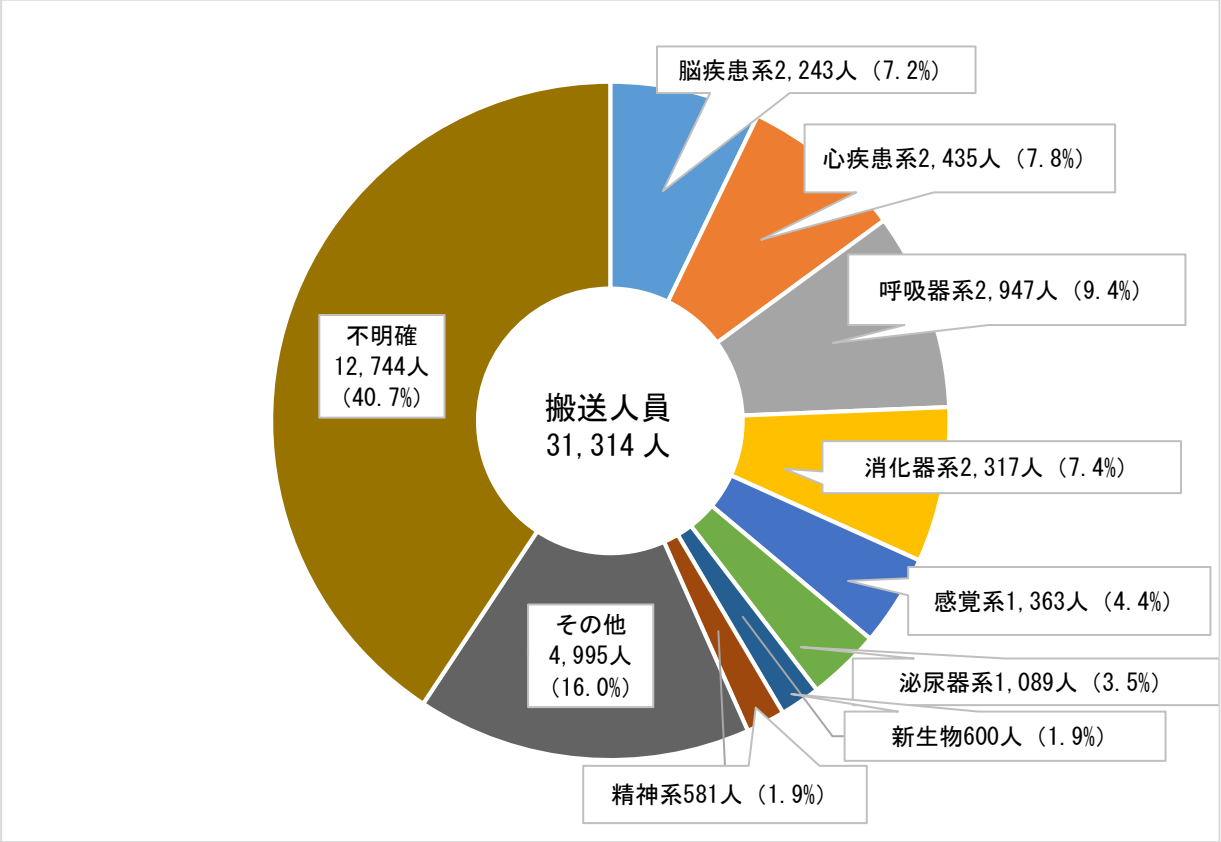
（２）救急搬送体制の整備と救急医療体制の確保

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といわれています。循環器病の治療に関しては、近年技術の進歩が著しく、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。

【現状と課題】

- 富山県救急業務高度化推進協議会（※５）及び各地域メディカルコントロール協議会（※６）において、各医療圏の実情を踏まえた検討・協議を行い、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」（以下「搬送基準」）を策定しています。
- 「搬送基準」では、傷病者の状況に応じた適切な医療の提供を行うために、緊急性、専門性、特殊性の３つの観点から傷病者の状況が分類されており、緊急性のある分類として「脳卒中疑い」と「心筋梗塞疑い（急性冠症候群疑い）」を定めるとともに傷病者の受け入れ先となる医療機関リストを作成しています。
- 一年間に救急車により救急搬送された急病患者のうち、脳疾患と心疾患等を合わせた循環器系は最も多く、搬送に要した平均時間は 34.8 分と全国平均より短くなっていますが、引き続き、関係者の連携による迅速な搬送に努める必要があります。
- 脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離等は、速やかな医療処置が予後を左右することから、疑われる症状が出現した場合には、速やかに救急搬送の要請がなされるよう、県民への普及啓発が必要です。【再掲】
- 救急搬送された傷病者のうち、軽症者の割合は全国平均を下回っていますが、脳卒中疑いや急性心筋梗塞疑い、大動脈解離疑い等、より緊急性の高い搬送要請に一層迅速に対応できるよう、引き続き救急車の適正利用を呼びかけていくことも必要です。
- また、心肺停止後の１か月後の生存率や社会復帰率が上昇するよう、さらに救命講習受講者数を増やし、一般市民による除細動が実施できるようにしていく必要があります。
- 一人暮らし高齢者や高齢者夫婦等の世帯など、急病時の搬送要請を容易にできない人が一層増加すると見込まれることから、その対応が必要です。
- 富山県ドクターヘリの運航は、2015（平成 27）年８月から開始され、2022（令和４年）度の要請件数は 650 件、受諾件数は 605 件です。
- 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ります。
- 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、再発防止や増悪を来たしやすいといった循環器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す。

■急病にかかる疾病分類別搬送人員（2022（令和４）年）



出典：富山県消防防災年報

【参考】救急医療体制に関する指標

指　標	計画策定時		現在	
	富山県	全　国	富山県	全　国
救急要請から医療機関への搬送時間（分）	31.0 (2019 年)	39.5 (2019 年)	34.8 (2022 年)	47.2 (2022 年)
住民の救命講習受講者数（人）（人口 1 万対）	111 (2019 年)	100 (2019 年)	55.8 (2022 年)	64.1 (2022 年)
一般市民による除細動実施件数（件）（人口 10 万対）	1.3 (2019 年)	1.7 (2019 年)	1.6 (2022 年)	1.6 (2022 年)
心肺停止患者の 1 か月後の生存率（%）	19.7 (2019 年)	13.9 (2019 年)	9.4 (2022 年)	10.3 (2022 年)
心肺停止患者の 1 か月後の社会復帰率（%）	13.6 (2019 年)	9.0 (2019 年)	5.7 (2022 年)	6.6 (2022 年)

出典：消防庁「救急・救助の現況」

【取り組むべき施策】

・　傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入れを実施するため、引き続き富山県救急業務高度化推進協議会及び各地域メディカルコントロール協議会において、各医療圏の搬送基準の運用状況について協議を行います。
・　地域メディカルコントロール協議会を通じて、消防、救急医療機関、医師会及び行政機関の連携を一層強化し、メディカルコントロール体制の充実を図ります。
・　救急車の適正利用を呼びかけるとともに、脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離等が疑われる症状が出現した場合に、速やかに救急搬送を要請するよう、県民に普及啓発を実施します。【再掲】
・　発症直後の心肺停止に対応するため、職域や一般県民を対象とした救急蘇生法の講習の受講促進を図ります。
・　富山県ドクターヘリの運航について、関係者による症例検討会を開催するなど、救急搬送・医療のさらなる充実に努めます。
・　平時のみならず、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できるよう連携を推進します。

※５　富山県救急業務高度化推進協議会

救急業務の高度化を推進するため、県医師会、医療機関、消防機関、県等を構成員として、各医療圏の地域メディカルコントロール協議会間の調整等のほか、傷病者の搬送及び受入れの実施基準について協議している。

※６　地域メディカルコントロール協議会

県内４医療圏において、救命業務の高度化に資することを目的として、救急救命士に対する指示体制、救急隊員に対する指導・助言体制等、質の向上に関する事項の協議のほか、県救急業務高度化推進協議会からの依頼により、傷病者の搬送及び受入れの実施基準について検討している。郡市医師会、医療機関、県、市町村、消防機関により構成。

（３）急性期から回復期、維持期の医療提供体制の構築

医療の高度化及び多様化に対応し、患者それぞれの状態に応じた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ります。また、循環器病は、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が必要です。

急性期においては、二次医療圏域内で速やかに患者の特性に応じた専門治療を受療できる救急医療体制の充実が求められています。また、急性期医療を受けた後、退院した患者が自宅や地域で必要な医療が受けられるよう病病連携、病診連携を促進するとともに、必要な場合には、介護を支える関係機関との切れ目のない医療介護の連携をより促進することが必要です。

《脳血管疾患》

【現状と課題】

- 脳外科医師数は、2020（令和２）年で人口 10 万人当たり 6.0（全国 5.8）となっています。日本脳神経外科学会による救急担当脳外科医師数は、2021（令和３）年で人口 10 万当たり 4.35（全国 4.62）となっています。2023（令和５）年度より、特別枠医師が従事する特定診療科の１つとして脳神経外科を追加しており、医師数を増やしていく必要があります。
- 神経内科医師数は 3.1（人口 10 万対、2020 年（令和２）年）となっています。富山大学では神経内科学講座を設置し、神経内科医の養成に取り組んでいます。
- 速やかに治療が開始できるよう、県の搬送基準において医療圏毎に t−PA 静注療法(※７)ができる医療機関やくも膜下出血等に対応できる医療機関を定めています。
- 脳梗塞における t−PA 静注療法による血栓溶解療法の実施件数は 10.1（人口 10 万対、2021（令和３）年）です。2016（平成 28）年は全国よりも実施件数が少なかったですが、その後徐々に件数は増加し全国並みの実施件数となっております。
- 脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数は 11.3（人口 10 万対、2021（令和３）年）で、全国より少なくなっています。
- 血栓溶解療法や脳血管内治療が実施可能な病院の診療データを収集・分析し血栓溶解療法や脳血管内治療をさらに増加させるための方策について検証を行い、実施件数の増加を図っています。
- 退院患者平均在院日数は 93.8 日（2020（令和２）年）で増加しており、全国平均を上回っています。
- 在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 55.7%（2020（令和２）年）で、計画策定時より増加しており、全国平均を上回っています。
- 富山県脳卒中情報システム（※８）により、急性期から回復期の患者情報の収集と分析を実施しています。
- 脳卒中地域連携クリティカルパス等の活用のより急性期から回復期・維持期の適切なリハビリテーションを推進するとともに患者の在宅復帰の促進と機能の維持及び QOL の向上を目指した支援が引き続き必要です。

※７　ｔ－ＰＡ静注療法

ｔ－ＰＡ（組織プラスミノゲン・アクチベータ）を静脈内に投与し、血栓溶解薬として脳梗塞の治療に使用。点滴によって全身に投与することで、血栓で詰まった血管を再開通させる治療法で、発症から 4.5 時間以内の治療が推奨されている。

※８　富山県脳卒中情報システム

県内の脳卒中患者の実態把握のため、県内の急性期病院（20 か所）と回復期病院（８か所）における診療情報等を登録している。

【富山県脳卒中情報システム（令和３年度）急性期分析結果】

・登録患者数は 3192 人（男性 1769 人、女性 1420 人、不明 3 人）で、「70 歳以上」が約７割を占めています。

【病型】

	人	割合
アテローム血栓性脳梗塞	912	28.6%
心原性脳塞栓症	436	13.7%
ラクナ梗塞	359	11.2%
その他の脳梗塞	351	11.0%
（脳梗塞小計）	2058	64.5%
高血圧性脳出血	546	17.1%
脳動脈瘤	256	8.0%
その他	332	10.4%
総計	3192	100.0%

【（脳梗塞）t-PA 投与、脳血管内治療】

	あり		なし	
	人	割合	人	割合
t-PA投与	115	5.6%	1,943	94.4%
脳血管内治療	110	5.3%	1,948	94.7%
t-PA投与及び脳血管内治療の併用	23	1.1%	2,035	98.9%

【富山県脳卒中情報システム回復期分析結果】

・医療機関：県内の回復期リハビリテーション病棟を有する８医療機関

・対 象 者：R 元年～R３年度に上記病棟に入院しリハビリテーションを実施した脳卒中患者 2,140 名

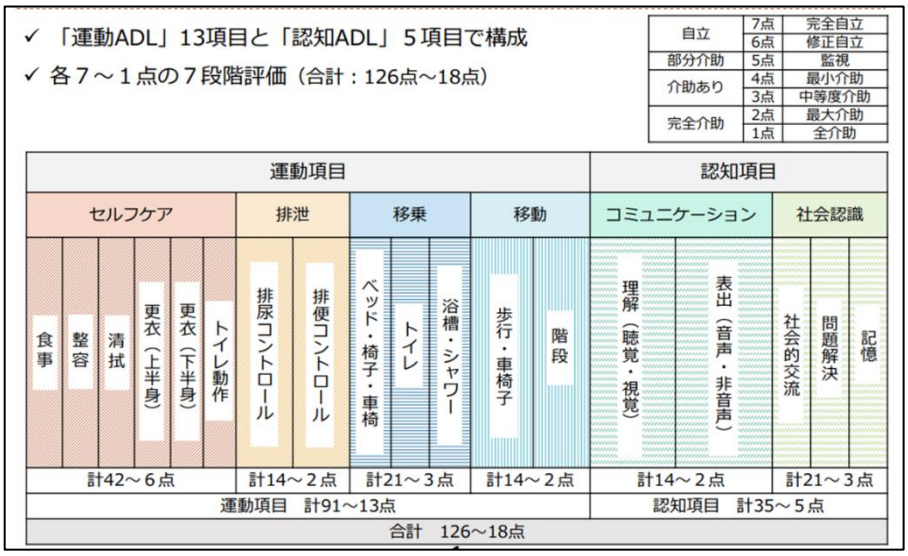
<table>
<tr><td>発症から回復期病棟入院までの日数</td><td>30.1 日（全国 36.0 日）</td></tr>
<tr><td>回復期病棟在院日数（平均）</td><td>72.2 日（全国 81.3 日）</td></tr>
<tr><td>入院時 FIM 別にみた FIM 利得（運動）</td><td>入院時平均点数・改善度が全国同等
<table>
<tr><th>入院時FIM</th><th>入院時
【全国】</th><th>退院時
【全国】</th><th>改善値
【全国】</th></tr>
<tr><td>53点以上</td><td>68.4【66.9】</td><td>84.8【83.6】</td><td>16.4【16.8】</td></tr>
<tr><td>27～52点</td><td>39.3【39.7】</td><td>68.6【68.1】</td><td>29.3【28.4】</td></tr>
<tr><td>26点以下</td><td>17.4【17.0】</td><td>34.4【34.4】</td><td>17.0【17.4】</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>在宅復帰率（自宅、居宅系介護施設）</td><td>80.6%（全国 74.4%）</td></tr>
</table>

※全国値は回復期リハビリテーション病棟協会「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」より抜粋

■FIM（機能的自立度評価法 functional independence measure：FIM))

日常生活動作（ADL）を評価する指標で、点数が高いほど自立度が高い

【FIM による ADL 評価】



■脳梗塞における t-PA 静注療法による血栓溶解療法の実施（人口 10 万対）

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
富山県	7.8	11.8	15.0	16.6	11.3	10.1～10.9
全　国	10.1	11.0～11.4	11.4~11.8	13.1~13.5	12.1~12.5	12.0~12.4

出典:厚生労働省「NDB オープンデータ」

■脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数（人口 10 万対）

	R1	R2	R3
富山県	11.2～13.4	9.0～10.5	11.3～12.0
全　国	12.7～13.0	4.8～5.4	14.0～14.2

出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

【参考】脳卒中に関する主な指標

指　標	計画策定時（2021）		現在		出　典
	富山県	全　国	富山県	全　国	
脳外科医師数（人口 10 万対）	6.1（2018 年）	5.9（2018 年）	6.0（2020 年）	5.8（2020 年）	医師・歯科医師・薬剤師統計
㊐救急担当脳外科医師数（人口 10 万対）	－	－	4.35（2021 年）	4.62（2021 年）	日本脳神経外科学会
神経内科医師数（人口 10 万対）	2.4（2018 年）	4.0（2018 年）	3.1（2020 年）	4.5（2020 年）	医師・歯科医師・薬剤師統計
血栓溶解療法の実施可能医療機関数（人口 10 万対）	0.9（2019 年）	0.6（2019 年）	1.0（2021 年）	0.9（2021 年）	診療報酬施設基準
㊐脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数(人口 10 万対)	－	－	0.8～1.0（2021 年）	0.6～1.6（2021 年）	診療報酬施設基準
脳卒中ケアユニットを有する病院数（施設）（人口 10 万対）	0.1（2019 年）	0.1（2019 年）	0.2（2021 年）	0.2（2021 年）	NDB
リハビリテーションが可能な施設数（施設）（人口 10 万対）	7.0（2019 年）	6.2（2019 年）	7.4（2021 年）	6.4（2021 年）	NDB
脳卒中患者リハビリテーション実施件数（件）（人口 10 万対：レセプト件数）	1,380.2（2019 年）	1,303.3（2019 年）	905.0（2021 年）	742.2（2021 年）	NDB
回復期リハビリテーション病床数（床）（人口 10 万対）	48（2021 年）	71（2021 年）	48（2022 年）	68（2022 年）	病床機能報告
㊐地域連携計画作成等の実施件数（床）（人口 10 万対）	－	－	60.3（2022 年）	30.2～32.2（2022 年）	NDB
退院患者平均在院日数（日）	106.2（2017 年）	78.2（2017 年）	93.8（2020 年）	79.2（2020 年）	患者調査
在宅等生活の場に復帰した患者の割合（%）	54.2（2017 年）	57.4（2017 年）	55.7（2020 年）	55.2（2020 年）	患者調査

【取り組むべき施策】

・　脳卒中の急性期の専門的治療を担う施設(プライマリー・ストローク・センター(PSC)等)において、迅速な治療を実施することにより、治療成績の向上を図ります。
・　血栓溶解療法や脳血管内治療が実施可能な病院の診療データを収集・分析し、血栓溶解療法や脳血管内治療をさらに増加するよう対策を検討します。
・　身体検査及び画像検査等により診療を実施する医療機関と、脳血管内治療等を行う専門的医療機関との連携の強化を図ります。
・　画像検査所見の転送等による遠隔診断や遠隔診療を用いた補助など、デジタル技術を活用した医療機関の連携について検討していくことが必要です。
・　富山県脳卒中情報システムを活用して、回復期診療データを分析し、効果的なリハビリテーションの実施について検討します。
・　再発予防のための治療・危険因子の継続的な管理の重要性について、かかりつけ医や県民への普及啓発を実施します。
・　24 時間 365 日対応可能な在宅医療及び訪問看護の確保を推進します。
・　脳卒中地域連携クリティカルパスの運用支援を実施します。
・　かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ専門職、介護職員等との多職種連携を促進し効果的な日常の療養支援の充実を図ります。
・　富山県脳卒中情報システムにおいて収集している患者情報等や、医療圏における地域リハビリテーション推進協議会により把握した現状と課題について、適切に分析・評価し、さらなる脳卒中対策の充実に努めます。
・　病院から在宅等へ療養の場が変わっても、切れ目なく療養支援ができるよう、入院時から退院後の生活を見据えた入退院支援ルール等を運用し、医療・介護に関わる多職種の連携を推進します。

《急性心筋梗塞》

【現状と課題】

・　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（※９）実施件数は 48.7（人口 10 万対、2021（令和３）年）で全国平均の 50.2 を下回っています。そのうち来院後 90 分以内の冠動脈再開通の割合は 50.4%で、全国の 49.7%を上回っています。

※ここでいう急性心筋梗塞とは、NDB データに基づく経皮的冠動脈形成術と経皮的冠動脈ステント留置術（いずれも急性心筋梗塞及び不安定狭心症に対するもののみ）を指しています。

・　県内の急性心筋梗塞の急性期医療を担う 14 医療機関における ST 上昇型心筋梗塞（※10）に対する経皮的冠動脈インターベンション実施件数は 190 件（2021 年（R３年）度　下半期）です。そのうち来院後 90 分以内の冠動脈再開通件数は、119 件（2021 年（R３年）度　下半期）で、その割合は 64.7%となっています。

・　大動脈疾患患者に対する手術件数は、県が 8.4～9.2（人口 10 万対、2021（令和３）年）で、全国 13.0~13.2（人口 10 万対、2021（令和３）年）を下回っています。

・　循環器内科医師数は、県が 7.7（人口 10 万対、2020 年（令和２）年）で、全国では 10.2（人口 10 万対、2020 年（令和２）年）で全国を下回っています。

・　急性期病院の診療データを収集・分析し、急性期医療を行う医師等により治療件数の増加や予後の改善に向けた対策に関する検討を行っています。

・　虚血性心疾患（待機的 PCI 等含む）の退院患者の平均在院日数は 9.1 日（2020 年（令和２）年）で計画策定時から延長しています。

・　在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、94.7%（2020（令和２）年）で、計画策定時から増加しています。また、大動脈疾患患者の割合は、65.6%（2020（令和２）年）となっています。

【取り組むべき施策】

・　急性心筋梗塞等が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送要請の周知や、患者の来院後速やかに経皮的冠動脈インターベンションなどの専門的な治療を開始できる体制の整備を推進します。

・　急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションについて、来院後 90 分以内の再開通の割合がさらに向上するよう、急性期病院の診療データの分析を含め、改善に向けた対策について検討します。

・　人工心肺装置の適正かつ十分な配置について検討します。

・　急性心筋梗塞に係る地域連携クリティカルパスを普及・改良するため、研修会等を医療圏単位や医療圏合同で開催します。

・　合併症や再発を予防するための治療や、基礎疾患や危険因子の継続的な管理の重要性に関する普及啓発に努めます。

※９　経皮的冠動脈インターベンション（PCI）
　狭心症や心筋梗塞等の虚血性心疾患に対し、冠動脈内腔の狭くなった部分をバルーンカテーテル等により拡げ、冠動脈血流を改善させる治療法。
※10　ST 上昇型心筋梗塞
　心電図で ST 上昇を伴う心筋梗塞をいう。貫壁性心筋梗塞ともいわれ、閉塞した血管を直ちに開通させなければ、不可逆的な心筋壊死に陥るため、臨床現場ではできるだけ短時間の処置が必要である。

■急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（人口 10 万対：算定回数）

	R１	R2	R3
富山県	55.2	49.7	48.7
全　国	50.3	49.0	50.2

出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

■ST 上昇型心筋梗塞における緊急 PCI 実施件数及び平均在院日数
（県内の急性心筋梗塞の急性期医療を行う 14 医療機関データの集計）

	R2		R3	
	上半期	下半期	上半期	下半期
緊急 PCI 実施件数(件)	179	186	172	190
内 90 分以内の再開通件数（割合）	113 (63.1%)	119 (64.0%)	106 (61.6%)	123 (64.7%)
平均在院日数（日）	20.9	17.3	18.2	16.7

出典：富山県医療計画の推進に関する実務者打ち合わせ会議資料

※待機的 PCI 症例は除く。
※脳卒中、糖尿病等の併発症や合併症の入院期間も含む。ただし、療養型病床への転棟など入院区分が異なった場合は除く。

【参考】心血管疾患に関する主な指標

指　標	計画策定時		現在		出　典
	富山県	全　国	富山県	全　国	
循環器内科医師数（人）（人口 10 万対）	7.9 (2018 年)	10.0 (2018 年)	7.7 (2020 年)	10.2 (2020 年)	医師・歯科医師・薬剤師統計
心臓血管外科医師数（人）（人口 10 万対）	3.0 (2018 年)	2.5 (2018 年)	2.7 (2020 年)	2.5 (2020 年)	医師・歯科医師・薬剤師統計
㊐大動脈疾患患者に対する手術件数（件）（人口 10 万対）	－	－	8.4～9.2 (2021)	13.0～13.2 (2021)	NDB
心血管疾患リハビリテーションが可能な施設数（施設）（人口 10 万対）	1.6 (2020 年)	1.1 (2020 年)	1.5 (2021 年)	1.2 (2021 年)	NDB
退院患者平均在院日数（日）※虚血性心疾患（待機的 PCI 等含む）	7.4 (2017 年)	9.2 (2017 年)	9.1 (2020 年)	12.7 (2020 年)	患者調査
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合（%）	94.1 (2017 年)	95.1 (2017 年)	94.7 (2020 年)	93.4 (2020 年)	患者調査
㊐在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合（%）	－	－	65.5 (2020)	63.6～87.0% (2020)	患者調査

《急性大動脈解離、大動脈瘤破裂》

【現状と課題】

・　大動脈解離及び大動脈瘤の患者に行われる外科治療（大動脈人工血管置換術及びステントグラフト内挿術）は、三次救急医療機関で実施している。このため、救急搬送後の救命治療後には、sub-acute・post-acute（※11）や回復期を担う医療機関を在宅・介護施設まで広域的な連携の強化が必要です。

【取り組むべき施策】

・　急性期診療においては、限られた医療資源を有効に活用しつつ、全県的な連携を促進すること等により、疾病に応じた適切な治療を早期に受けられる医療体制の整備を推進します。

※11　sub-acute・post-acute
sub-acute（サブアキュート）とは、状態が悪化した在宅医療の患者を受け入れる機能で、post-acute（ポストアキュート）とは、急性期は過ぎたもののまだ入院治療が必要な患者を受け入れる機能。

《心不全》

【現状と課題】

・　心不全の病態解明が進展し、薬物治療や非薬物治療を組み合わせた心不全治療は大きく進化していますが、予後の改善は十分とは言えないとされています。
・　心不全については、入院治療体制の充実を図るとともに地域内での重症化予防・再入院防止・症状緩和のための管理や支援、急性増悪等に対応するため、医療・介護・福祉における連携体制の構築が必要です。
・　慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら身体機能が悪化することが特徴で、高齢化に伴い全国的に患者の増加が予想されていることから、再発予防及び再入院予防のための支援が重要です。
・　再入院を防ぐためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入について、地域における医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行う必要があります。
・　在宅でのリハビリや再発予防の管理について、かかりつけ医、訪問看護ステーション、薬局等と連携して実施しています。
・　循環器疾患の中でも心不全は、すべての心疾患に共通した終末的な病態であり、高齢化に伴い今後の患者増加が予想されます。

【取り組むべき施策】

・　心不全治療については、最新の診療ガイドライン等に基づき、多職種によるチーム医療を推進します。
・　また、心不全のリスクである高血圧症や糖尿病、慢性腎臓病等を併存する患者の医療にあたっては、各専門の医師との連携を推進します。
・　再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子の管理、緊急時、除細動等急性増悪時への対応等について、病病連携、病診連携の促進に努めます。
・　慢性心不全の再発防止のための患者管理・患者教育及び指導体制や退院後の患者へのリハビリテーション体制を充実するため、多職種連携、多機関連携を推進します。
・　心不全患者の発症・重症化予防や患者への多職種によるチーム医療を推進するため、心臓リハビリテーション指導士、慢性心不全看護認定看護師、心不全療養指導士等の育成を推進します。
・　かかりつけ医等の在宅療養支援者が心不全患者の在宅医療についての理解を深めることで、在宅療養支援体制の充実を図ります。

≪循環器病の医療を担う人材≫

・　循環器病の急性期から回復期、維持期における医療について、質の高い医療が、医師や薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士等幅広い医療専門職によるチームにより提供されるよう、従事者の確保・育成及び資質の向上を推進します。

（４）リハビリテーションの体制整備

病期に応じたリハビリテーションが切れ目なく一貫して行われることが必要です。また、再発予防・再入院予防を重視し、危険因子や運動療法の管理等を含む多職種チームによる多面的・包括的な疾病管理が重要です。

【現状と課題】

- 循環器病患者の予後の改善および生活の質（ＱＯＬ）の向上、健康寿命の延伸を図るため、今後一層の再発予防の管理や病期に応じた適切なリハビリテーションの提供などによる在宅復帰支援が求められています。
- 急性期から速やかにリハビリテーションを開始することが求められています。
- 身体機能の早期改善と生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施する医療機関は、各医療圏に整備されています。
- 回復期リハビリテーション病床数は 48 床（人口 10 万対　2022（令和４）年）で、全国平均以下となっており、回復期リハビリテーション病床の増加が必要です。
- 地域包括ケア病棟などで行われるリハビリテーションについて、現状を把握することが必要です。
- リハビリテーション従事者の確保が必要です。
- 脳卒中リハビリテーション実施件数は 905.0（人口 10 万対　2021（令和３）年）で、全国平均以下となっています。
- 入院心臓リハビリテーションは、レセプト件数が 183.0（人口 10 万対　2021（R３）年度）で全国平均より多く、算定件数は 2,132.8 で全国平均より少なくなっており、１人当たりの心臓リハビリテーションが十分に実施されていない可能性があります。
- 日常生活への復帰に向けて、患者の状態にあったリハビリテーションや再発予防が重要であり、引き続き地域連携クリティカルパスによる医療連携や、介護分野との連携を一層推進することが必要です。
- 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の整備が必要です。
- 介護が必要な状態になっても、安心して自立した生活ができるよう、高齢者やその家族を地域ぐるみで支え合う仕組みを構築することが重要です。

【取り組むべき施策】

- 回復期病床機能をもつ回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床への転換を支援します。
- リハビリテーション従事者の資質向上・確保に努めます。
- 病状・病期に応じた適切なリハビリテーションを推進するため、多職種連携の促進に取り組みます。
- 医療機関及び介護施設や在宅等へ療養の場が変わっても、患者の状態に応じたリハビリテーションが実施できるよう、リハビリテーション提供体制の充実に努めます。
- 脳卒中の後遺症患者等に地域で適切なリハビリテーションが円滑に提供される地域リハビリテーションを推進します。
- 心臓リハビリテーションについては、入院・外来ともに１人当たりのリハビリテーションがさらに充実するよう努めます。また、かかりつけ医との連携により急性期病院における外来心臓リハビリテーションの充実に努めます。
- 各医療圏に設置されている地域リハビリテーション広域支援センターを中心にリハビリテーション従事者を対象とした研修会や連絡会議を開催します。
- 県リハビリテーション支援センターである富山県リハビリテーション病院・子ども支援センターや、地域リハビリテーション広域支援センター等において、リハビリテーション従事者の資質向上、連携強化に努めます。
- 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の複数の合併症を有する患者が増加していることから、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します。
- 住み慣れた地域で、24 時間、365 日安心して暮らせる「地域包括ケアシステム」の実現に向けて、医療・介護・福祉等の関係団体との連携を推進します。
- 地域住民やボランティア団体等も含めた多様な主体による地域包括ケアシステムを深化・推進します。
- 高齢者の自立を促すため、地域や家庭における役割の創出や社会参加の実現などを通して、心身機能や生活機能の向上を図るリハビリテーション活動の推進を支援します。

■2020（令和２）年リハビリテーション従事者の状況（人口 10 万対）

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
富山県	64.6	40.6	11.3
全　国	79.4	40.2	14.0

※病院・一般診療所の従事者数（常勤換算）

出典：2020（令和２）年医療施設静態調査

■心臓リハビリテーション実施件数（人口 10 万対）

			R１	R2	R3
入院	レセプト件数	富山県	185.5	176.5	183.0
		全　国	181.9～182.0	177.6	182.8
	算定件数	富山県	2,206.9	2,063.1	2,132.8
		全　国	2,619.9	2,692.1	2,655.8
外来	レセプト件数	富山県	286.4	241.8～242.5	272.0～272.8
		全　国	167.2～167.3	127.6～127.7	145.2～145.3
	算定件数	富山県	3,097.5	2,275.4	2678.6～2,679.4
		全　国	1,402.3～1,402.4	1,044.7	1,205.6

出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

（５）循環器病の後遺症を有する者に対する支援

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、介護が必要な状態となる場合があります。そのため、後遺症を有していてもその人らしく活き活きと生活できるよう、後遺症への理解や支援に関する普及啓発や支援者の養成など、地域における支援の取組みが必要です。

【現状・課題】

- 全国において脳卒中は、要介護状態（要介護４・５）の原因疾患の第１位となっています。
- 富山県脳卒中情報システムの回復期分析結果によると、回復期リハビリテーション病棟退院時においては、高次脳機能障害ありの者の割合は 62.7%、在宅復帰率は 81.5%、介護保険申請ありの者は 65.5%となっています。また、仕事や生活に制限が生じる軽度以上の機能障害を有している者の割合は約 9 割となっています。
- 循環器病の進行や増悪に伴い抑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ています。
- とりわけ、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について、社会的理解や支援が必要です。

■現在の要介護度別にみた介護が必要となった主要な原因（上位 3 位）

(単位:%)　　2022(令和４)年

現在の要介護度	第１位		第２位		第３位	
総　　数	認知症	16.6	脳血管疾患（脳卒中）	16.1	骨折・転倒	13.9
要支援者	関節疾患	19.3	高齢による衰弱	17.4	骨折・転倒	16.1
要支援１	高齢による衰弱	19.5	関節疾患	18.7	骨折・転倒	12.2
要支援２	関節疾患	19.8	骨折・転倒	19.6	高齢による衰弱	15.5
要介護者	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	19.0	骨折・転倒	13.0
要介護１	認知症	26.4	脳血管疾患（脳卒中）	14.5	骨折・転倒	13.1
要介護２	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	17.5	骨折・転倒	11.0
要介護３	認知症	25.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.6	骨折・転倒	12.8
要介護４	脳血管疾患（脳卒中）	28.0	骨折・転倒	18.7	認知症	14.4
要介護５	脳血管疾患（脳卒中）	26.3	認知症	23.1	骨折・転倒	11.3

注：「現在の要介護度」とは、2022(令和４)年６月の要介護度をいう。

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

【取り組むべき施策】

・　県高次脳機能障害支援センターにおいて、高次脳機能障害に関する理解を深めるための普及啓発に努めるとともに、医療、保健、福祉、教育、労働等関係機関との連携体制を整備し、高次脳機能障害者やその家族等への相談、就労などの総合的な支援を行います。

・　循環器病の後遺症について、県民の理解促進に取り組みます。

・　脳卒中の後遺症を有する患者等に地域で適切なリハビリテーションが円滑に提供されるよう地域リハビリテーションを推進します。【再掲】

（６）循環器病と緩和ケア

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た緩和ケアが必要な疾患です。

【現状・課題】

- 2014（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。
- 循環器疾患の中でも心不全は、すべての心疾患に共通した終末的な病態であり今後の患者増加が予想されることから、緩和ケアの対象として心不全を想定し、対策を考える必要があります。
- しかしながら、循環器疾患における緩和ケアのニーズの認識と正確な概念について、患者や家族、医療従事者等の関係者間で十分に共有されていないとの指摘があります。
- 医療者等に心不全緩和ケアに関する理解を深めていくことが必要であり、あわせて介護関係者や地域住民への理解を深める取組みも進めていく必要があります。
- 慢性心不全患者の管理体制として、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、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・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とされています。

【取り組むべき施策】

- 発病早期から、多職種の連携による、心理的サポートや緩和ケアの推進を図ります。
- 急性期及び回復期医療を担う医療機関と生活期におけるかかりつけ医や地域の支援者とが退院前カンファレス等を通じて情報共有を行い、治療と並行した緩和ケアを行うことで、退院後も住み慣れた地域で生活できる体制づくりを推進します。
- 循環器病（特に心不全）の患者の状態に応じた全人的な苦痛・症状の緩和やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に基づく意思決定支援などの適切な緩和ケアが、初期の治療段階から始められるよう、緩和ケアの理解の促進に努めます。
- 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、医師等の医療従事者や介護関係者、地域住民に対して、循環器病の緩和ケアに関する研修会等を実施し、理解の促進に努めます。
- 心不全患者における苦痛は、多面的・複合的であり、このような苦痛を緩和するためには、身体的・精神心理的・社会的側面の観点から、全人的な苦痛として捉え、患者や家族の社会的・文化的・時代的背景や死生観も含めた価値観等の観点を踏まえた対応（全人的ケア）が必要なことから、その実現のため、多職種連携、地域連携、医療・介護・福祉連携等を推進します。

（７）治療と仕事の両立支援・就労支援

今後は労働者の高齢化や疾病のリスクを抱える高齢労働者の増加等が進むと考えられるため、循環器病の後遺症を有する者に対する復職・就労支援や治療と仕事の両立支援等の対応がより一層求められています。

【現状と課題】

- 全国においては、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あり、障害者就労支援等との適切な連携が必要です。
- 全国において、虚血性心疾患を含む心疾患の患者（約 306 万人）のうち約 19%（約 58 万人）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等によっては、業務内容や職場環境に配慮が必要な場合もあります。
- 本県では 2017（平成 29 年）度に富山県地域両立支援推進チームが設置され、病気の治療と仕事の両立を県一丸となって推進する体制について検討しています。
- 厚生労働省から示された「治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の周知に努めています。
- また、治療と仕事の両立支援に関する相談を、富山産業保健総合支援センター、各がん診療連携拠点病院、富山労働局、ハローワークの各機関で行っています。

【取り組むべき施策】

- 治療と仕事の両立や復職・就労について、循環器病患者の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や労働局、富山産業保健総合支援センター等の関係機関と連携し、それぞれの課題・悩みに応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。
- 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、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みます。
- 各障害保健福祉圏域に設置されている障害者就業・生活支援センターにおいて、職場体験、求職活動、職場定着相談など就労相談や、健康管理、住居、年金などの生活設計に関する助言などの日常生活、社会生活上のきめ細やかな相談体制により、障害者の就労継続と地域における自立した生活を支援します。

・　雇用、福祉、教育の連携による就労支援を強化するため、ハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、サービス事業者及び特別支援学校等による就業支援のネットワークづくりを進めます。

（８）小児期、若年期から配慮が必要な循環器病への対策

循環器病予防のためには、小児期から継続した生活習慣の改善が重要です。また、先天性疾患を含めた小児期の疾患について、成人後も切れ目なく診療できる医療体制が重要です。

【現状と課題】

- 重症先天性心疾患に対応するため、胎児期から新生児期を通して、周産期医療部門と小児循環器(内科・外科)部門が密接に連携した診療体制が必要です。
- 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ます。
- 小学校、中学校、高等学校各第１学年の児童生徒を対象に学校心臓検診を実施しています。心臓検診での心電図検査によって、心疾患を発見し突然死を防ぐだけでなく、心疾患が発見された児童生徒が安全かつ充実した学校生活を過ごせるように、学校では主治医（専門医）と連携し、管理指導区分に従った適切な保健管理と健康指導を行っています。
- 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、大きく低下した一方で、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加しています。
- 先天性心疾患を持つ成人患者の診療について、成人診療科の医師が必要な知識や臨床経験を積む機会が現状では限られていることから、成人診療科の医師と小児循環器科の医師との連携や、移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が必要です。

■小児循環器に関する指標

指　標		富山県	全国	出　典
小児循環器専門医数	実数（人）	12	661	日本小児循環器学会（2023.4.1）
	人口 10 万対	1.2	0.5	
小児循環器専門医修練施設数	実数（箇所）	2	144	日本小児循環器学会（2020.4.1）
	人口 10 万対	0.2	0.1	
成人先天性疾患専門医数	実数（人）	2	191	日本成人先天性疾患学会（2023.4.1）
	人口 10 万対	0.2	0.2	
成人先天性疾患専門医総合・連携修練施設	実数（箇所）	1	101	日本成人先天性疾患学会（2022.4.1）
	人口 10 万対	0.1	0.1	

【取り組むべき施策】

・　重症先天性心疾患小児の救命率向上のため、引き続き周産期から小児医療体制の充実と医療を担う人材の育成を図ります。
・　先天性疾患を含めた小児期の疾患について、成人後も安全かつ継続的に診療できる医療体制について、検討を行います。
・　子どもの健やかな成育を確保するため、成育過程を通じた切れ目ない支援などを基本理念として、医療、保健、教育、福祉等の関係施策を総合的に推進します。
・　学校健診等の機会における循環器病患者の早期発見を引き続き推進します。
・　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生徒の自立支援を推進します。

（９）相談支援及び情報提供

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ます。

【現状・課題】

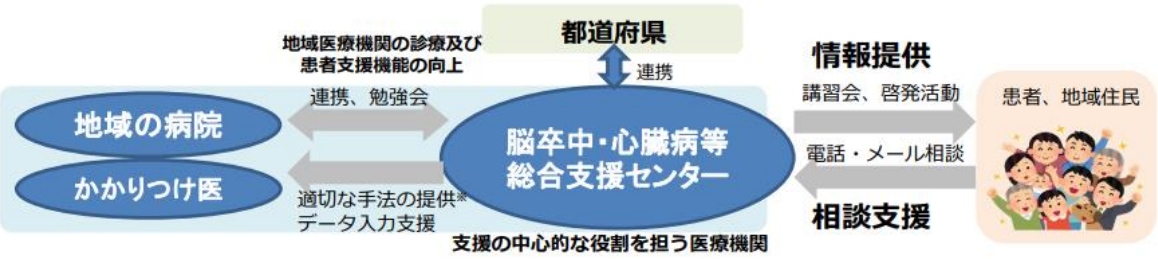
- 急性期には患者や家族がＡＤＬ（日常生活動作）低下の見込みや退院後に必要となる支援サービスがわからないことも多く、相談機関にアクセスすることが困難である場合や、在宅などの維持期（生活期）においては、相談先がわからない等の課題があるため、患者やその家族が、地域において、医療・介護及び福祉サービスに係る相談支援を受けることができる体制について、啓発が必要です。
- また、急性期、回復期、維持期等、治療の場所が変わっても、切れ目ない支援が受けられるよう、相談支援機関の連携の推進や関係者の資質の向上が必要です。

【取り組むべき施策】

- 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に向けられるよう、行政、医療機関や地域包括支援センターなどが連携・協力し、適切かつ継続的な相談支援体制を構築し、啓発を強化します。
- 脳卒中の急性期医療を担う病院において、患者や家族の退院後の療養に関する相談等の多様な悩みに対応できるよう、国や学会等の動向も踏まえ相談支援体制の充実を図ります。
- 県高次脳機能障害支援センターにおいて、高次脳機能障害に関する理解を深めるための普及啓発に努めるとともに、医療、保健、福祉、教育、労働等関係機関との連携体制を整備し、高次脳機能障害者やその家族等への相談、就労などの総合的な支援を行います。【再掲】
- 各障害保健福祉圏域に設置されている障害者就業・生活支援センターにおいて、職場体験、求職活動、職場定着相談など就労相談や、健康管理、住居、年金などの生活設計に関する助言などの日常生活、社会生活上のきめ細やかな相談体制により、障害者の就労継続と地域における自立した生活を支援します。【再掲】
- 地域生活に対する安心感を担保し、自立した生活を希望する者への支援等を進めるため、地域生活支援拠点等の整備を推進していきます。
- 脳卒中・心臓病等総合支援センター（※11）、富山県脳卒中・心臓病等医療ケア従事者連合等と連携し、地域の医療機関への支援や情報提供等を行う等、協力体制の強化と包括的な支援体制を構築することで、地域の患者支援体制の充実を図ります。

※11　脳卒中・心臓病等総合支援センター

地域の情報提供・相談支援等の中心的な役割を担う医療機関にセンターを設置し、循環器病に関する総合的な支援を行うもの。



３　循環器病の調査・研究推進

（１）診療データの収集・分析

国が、国立循環器病研究センター等の医療機関や関連学会と連携して進めている、循環器病に係る診療情報を収集・活用する公的な枠組みの構築状況を踏まえつつ、その活用方法等について検討します。

（２）本県の特徴を踏まえた研究推進

【現状と課題】

（脳卒中）

・　急性期から回復期の患者情報を収集する富山県脳卒中情報システムを整備し、分析を実施しています。【再掲】

（急性心筋梗塞）

・　急性期医療を行う医師等により急性期病院の診療データから治療状況を分析し、予後の改善に向けた対策に関して検討しています。

【取り組むべき施策】

（脳卒中）

・　富山県脳卒中情報システムを活用し、急性期と回復期の脳卒中の患者情報を把握し、脳卒中対策に活用します。【再掲】
・　富山県脳卒中情報システムの活用による地域の脳卒中患者の発症状況の分析を行います。
・　血栓溶解療法が実施可能な病院の診療データを収集・分析し、血栓溶解療法が十分に行われていない原因について引き続き検証を行い、実施件数の増加を図ります。【再掲】
・　富山県脳卒中情報システムにより、回復期診療データを分析し、効果的なリハビリテーションの実施について検討します。【再掲】

（急性心筋梗塞）

・　急性期病院の診療データを収集・分析し、治療件数の増加や予後の改善に向けた対策の検討を引き続き各医療圏で実施します。【再掲】
・　急性期病院における心臓リハビリテーションのデータの収集・分析を引き続き行い、心臓リハビリテーションの実施促進を図ります。【再掲】

数値目標

【循環器病の予防】 脳卒中・心疾患に共通するもの

指標No	指標名	現状		目標（R11年）	出典等	調査年
		富山県	全国			
C101	成人1日あたりの食塩摂取量の平均値（男性）	12.1g（※1）	10.9g	7.5g	国民健康・栄養調査、県民健康栄養調査	R3（県） R元（国）
C101	成人1日あたりの食塩摂取量の平均値（女性）	10.3g（※1）	9.3g	6.5g	国民健康・栄養調査、県民健康栄養調査	R3（県） R元（国）
C102	成人1日あたりの野菜摂取量の平均値	256.5g（※1）	280.5g	350g	県民健康栄養調査	R3（県） R元（国）
C103	1日の歩数の平均値（20～64歳男性）	7,185歩	7,769歩	8,000歩	国民健康・栄養調査、県民健康栄養調査	R元（国）
C103	1日の歩数の平均値（20～64歳女性）	6,056歩	6,770歩	8,000歩	国民健康・栄養調査、県民健康栄養調査	R元（国）
C103	1日の歩数の平均値（65歳以上男性）	5,115歩	5,744歩	6,000歩	国民健康・栄養調査、県民健康栄養調査	R元（国）
C103	1日の歩数の平均値（65歳以上女性）	4,599歩	4,856歩	6,000歩	国民健康・栄養調査、県民健康栄養調査	R元（国）
C104	運動習慣者の割合（男性）	30.6%（※1）	33.4%	40%	国民健康・栄養調査、県民健康栄養調査	R3（県） R元（国）
C104	運動習慣者の割合（女性）	22.3%（※1）	25.1%	35%	国民健康・栄養調査、県民健康栄養調査	R3（県） R元（国）
C105	睡眠で休養をとれている者の増加	78.3%	78.3%	80%	国民健康・栄養調査、県民健康栄養調査	R3（県） H30（国）
C106	喫煙率（男性）	27.3%	27.1%	21%	国民健康・栄養調査、健康づくり県民意識調査	R3（県） R元（国）
C106	喫煙率（女性）	4.6%	7.6%	2%		
C109	1日あたりの純アルコール摂取量が40g以上の者の割合（男性）	16%（※1）	14.9%	13.0%	国民健康・栄養調査、県民健康栄養調査	R3（県） R元（国）
C109	1日あたりの純アルコール摂取量が20g以上の者の割合（女性）	6.3%（※1）	9.1%	減少		
C112	高血圧（収縮期血圧140mmHg以上）者の割合の割合（40～74歳）	19.9%	―	14.2%	厚生労働省「NDB（National Data Base）」	R2
C113	LDLコレステロール160ml/dl以上の者の割合（40～74歳）（男性）	13.3%	―	8.6%	厚生労働省「NDB（National Data Base）」	R2
C113	LDLコレステロール160ml/dl以上の者の割合（40～74歳）（女性）	13.5%	―	9.6%	厚生労働省「NDB（National Data Base）」	R2
C114	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	30.7%	29.5%	19.8%	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」	R2
C202	特定健康診査受診率	62.9%	58.6%	70%	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」	R3
C203	特定保健指導の実施率	29.6%	28.4%	45%	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」	R3

・指標番号は県ロジックモデルに対応した番号です。
（※1）国のR3国民健康栄養調査が中止となり、県独自で調査を実施。策定時と同様の調査方法ではないため参考値とする。

【脳卒中】

指標No	指標名	現状		目標（2023年）	出典等	調査年
		富山県	全国			
C902	回復期リハビリテーション病床数（人口10万対）	48床	68床	60床	病床機能報告	R4
C1301	訪問診療を実施している診療所・病院数（人口10万対）	24.3施設	12.5～12.9施設	増加	厚生労働省「NDB（National Data Base）」	R3
C1302	在宅療養支援診療所数（人口10万対）	6.9施設	11.9施設	増加	診療報酬施設基準	R4
C1303	在宅療養支援病院数（人口10万対）	1.6施設	1.3施設	増加	診療報酬施設基準	R4
C1307	在宅療養支援歯科診療所数（人口10万対）	5.3施設	6.7施設	増加	診療報酬施設基準	R4
C1310	訪問薬剤指導の実績のある薬局数	289施設	―	増加	県薬剤師会調べ	R4
C1311	24時間体制の訪問看護ステーション届出割合	89.7%	―	100%に近い水準	県高齢福祉課調査	R4
C1401	入退院支援加算１算定回数（人口10万対）	3,675.6件	2,821.2件	増加	厚生労働省「NDB（National Data Base）」	R3
B301	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（人口10万対）	10.1～10.9件	12.0～12.4件	全国平均以上	厚生労働省「NDB（National Data Base）」レセプト数	R3
B307	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（人口10万対）	60.3件	32.0～32.2件	増加	厚生労働省「NDB（National Data Base）」レセプト数	R3
B405	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	55.7%	55.2%	全国平均以上を維持しつつ増加	患者調査	R2
B406	退院調整実施率　※ただし、脳卒中患者だけではない。	87.1%	―	94%	県地域リハビリテーション支援センター調査	R4
A101	脳卒中の年齢調整死亡率（男性）	101.8	93.3	全国値以下	人口動態特殊報告（都道府県別年齢調整死亡率）	R2
	脳卒中の年齢調整死亡率（女性）	64.6	56.4			
A201	健康寿命（男性）	72.71年	72.68年	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	厚生労働科学研究「健康寿命. 及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」都道府県別健康寿命	R1
	健康寿命（女性）	76.18年	75.38年			

・指標番号は県ロジックモデルに対応した番号です。

【心疾患】

指標No	指標名	現状		目標（R11年）	出典等	調査年
		富山県	全国			
C1303	入退院支援加算１算定回数（人口10万対）	3,675.6件	2,821.2件	増加	厚生労働省「NDB（National Data Base）」	R3
C1401	訪問診療を実施している診療所・病院数（人口10万対）	24.3施設	12.5～12.9施設	増加	厚生労働省「NDB（National Data Base）」	R3
C1402	在宅療養支援診療所数（人口10万対）	6.9施設	11.9施設	増加	診療報酬施設基準	R4
C1403	在宅療養支援病院数（人口10万対）	1.6施設	1.3施設	増加	診療報酬施設基準	R4
C1404	訪問看護師数（人口10万対）	46.1人	59.9人	67.4人	富山県訪問看護ステーション連絡協議会調べ	R3
C1406	在宅療養支援歯科診療所数（人口10万対）	5.3施設	6.7施設	増加	診療報酬施設基準	R4
C1407	訪問薬剤指導の実績のある薬局数	289施設	―	増加	県薬剤師会調べ	R4
C1408	24時間体制の訪問看護ステーション届出割合	89.7%	―	100%に近い水準	県高齢福祉課調査	R4
B302	PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内冠動脈再開通割合	61.8%	61.3～61.5%	全国値以上	厚生労働省「NDB（National Data Base）」レセプト数	R3
B316	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10万対）	2,132.8件	2,655.8件	増加	厚生労働省「NDB（National Data Base）」	R3
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（レセプト数）（人口10万対）	183.0件	182.8件	増加		R3
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）（人口10万対）	2,678.6～2,679.4 件	1205.6件	増加	厚生労働省「NDB（National Data Base）」	R3
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（レセプト数）（人口10万対）	272.0～272.8件	145.2～145.3件	増加		R3
B501	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	94.7%	93.4%	100%	患者調査	R2
B502	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	65.5%	63.6～87.0%	100%	患者調査	R2
B508	退院調整実施率	81.4%	―	94%	県地域リハビリテーション支援センター調査	R4
A101	心疾患患者の年齢調整死亡率（男性）	151.7	190.1	全国平均以下を維持しつつ低下	人口動態特殊報告（都道府県別年齢調整死亡率）	R2
	心疾患患者の年齢調整死亡率（女性）	91.1	109.2			
A102	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率（男性）	57.1	73.0	全国平均以下を維持しつつ低下	人口動態特殊報告（都道府県別年齢調整死亡率）	R2
	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率（女性）	23.5	30.2			
A103	急性心筋梗塞患者の年齢調整死亡率（男性）	37.5	32.5	全国平均以下を維持しつつ低下	人口動態特殊報告（都道府県別年齢調整死亡率）	R2
	急性心筋梗塞患者の年齢調整死亡率（女性）	15.3	14.0			
A104	心不全患者の年齢調整死亡率（男性）	65.0	69.0	全国平均以下を維持しつつ低下	人口動態特殊報告（都道府県別年齢調整死亡率）	R2
	心不全患者の年齢調整死亡率（女性）	47.1	48.9			
A105	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（男性）	17.4	15.8	全国平均以下を維持しつつ低下	人口動態特殊報告（都道府県別年齢調整死亡率）	R2
	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（女性）	15.7	14.6			
A201	健康寿命（男性）	72.71年	72.68年	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	厚生労働科学研究「健康寿命. 及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」都道府県別健康寿命	R1
	健康寿命（女性）	76.18年	75.38年			

・指標番号は県ロジックモデルに対応した番号です。

第５章　計画の推進体制

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、県及び市町村をはじめ、医療機関、医療保険者及びその他関係者等が、適切な役割分担のもと、相互の連携を図りつつ、一体となって取組みを進めることが重要です。

・　県及び市町村は、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す。

・　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取り組みます。

・　さらに、富山県循環器病対策推進協議会のほか、富山県医療審議会、地域医療構想部会、富山県医療対策協議会、地域医療対策推進協議会、地域医療構想調整会議などの場も活用し、計画の目標達成を図ります。

２　他の疾患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。そのような取組みについては、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

・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「腎疾患対策検討部会報告書（平成 30 年）」における県の関連計画及び関連施策と連携して取り組みます。

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や、令和６年能登半島地震の対応を踏まえ、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の構築に取り組みます。

・　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み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みます。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、訪問診察、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、遠隔医療の体制整備の検討を行うことで、急性期病院からの円滑な診療の流れの実現を目指します。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します。

・　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よう連携を推進します。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します。さらに、地域の実情を踏まえ、必要に応じて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す。

４　計画の評価及び進捗管理

・　本計画については、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、富山県循環器病対策推進協議会において、循環器病対策の推進のために必要な事項について協議しながら、計画を着実に推進します。
・　本計画に基づく施策の推進に当たっては、PDCA サイクルにより、データに基づいて進捗管理を行うこととします。

５　計画の見直し

・　本計画は、医療計画等関係する諸計画との調和を図ることができるよう、計画期間を令和 11(2029)年度までとし、その後必要に応じて見直しを行います。

付 属 資 料

・富山県第２期循環器病対策推進計画ロジックモデル（脳卒中）
・富山県第２期循環器病対策推進計画ロジックモデル（心疾患）
・富山県循環器病対策推進協議会委員名簿
・策定の経緯

富山県循環器病対策推進計画（第２期）ロジックモデル（脳卒中）

C初期アウトカム指標

基礎疾患及び危険因子の管理の促進		富山県	全国	調査年	目標 R11
C101	成人1日あたりの食塩摂取量の平均値（男性）	12.1g（※1）	10.9g	R3（県） R元（国）	7.5g
	成人1日あたりの食塩摂取量の平均値（女性）	10.3g（※1）	9.3g	R3（県） R元（国）	6.5g
C102	成人1日あたりの野菜摂取量の平均値	256.5g（※1）	280.5g	R3（県） R元（国）	350g
C103	1日の歩数の平均値（20～64歳男性）	―	7,864歩	R元（国）	8,000歩
	1日の歩数の平均値（20～64歳女性）	―	6,685歩	R元（国）	8,000歩
	1日の歩数の平均値（65歳以上男性）	―	5396歩	R元（国）	6,000歩
	1日の歩数の平均値（65歳以上女性）	―	4,656歩	R元（国）	6,000歩
C104	運動習慣者の割合（男性）	30.6%（※1）	33.4%	R3（県） R元（国）	40%
	運動習慣者の割合（女性）	22.3%（※1）	25.1%	R3（県） R元（国）	35%
C105	睡眠で休養をとれている者の増加	78.3%	78.3%	R3（県） H30（国）	80%
C106	喫煙率（男性）	27.3%	27.1%	R3（県） R元（国）	21%
	喫煙率（女性）	4.6%	7.6%	R3（県） R元（国）	2%
C107	禁煙外来を行っている医療機関数（人口10万対）	14.9施設	12.7施設	R3	―
C108	ニコチン依存管理料を算定する患者数（人口10万対）	94.1人	99.6人	R3	―
C109	1日あたりの純アルコール摂取量が40g以上の者の割合（男性）	16%（※1）	14.9%	R3（県） R元（国）	13.0%
	1日あたりの純アルコール摂取量が20g以上の者の割合（女性）	6.3%（※1）	9.1%	R3（県） R元（国）	減少
C110	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）	196.7	215.3	R2	―
C111	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）	83.4	67.7	R2	―
C112	高血圧（収縮期血圧140mmHg以上）者の割合の割合（40～74歳）	19.9%	―	R2	14.2%
C113	LDLコレステロール160ml/dl以上の者の割合（40～74歳）（男性）	13.3%	―	R2	8.6%
	LDLコレステロール160ml/dl以上の者の割合（40～74歳）（女性）	13.5%	―	R2	9.6%
C114	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	30.7%	29.5%	R2	19.8%
市町村及び保険者が行う特定健診・特定保健指導の充実		富山県	全国	調査年	目標R11
C201	健診受診率	77.3%	72.4%	R4	―
C202	特定健康診査受診率	62.9%	58.6%	R3	70%
C203	特定保健指導の実施率	29.6%	28.4%	R3	45%

本人及び家族等による発症後速やかな救急搬送要請の促進		富山県	全国	調査年	目標R11
C301	応急手当普及啓発講習の受講者数 （人口一万人あたり）	55.8人	64.1人	R4	―
C302	救急搬送人員のうち軽症者の割合（救急車の適正利用により、より緊急度の高い傷病者（脳卒中or心疾患）の速やかな搬送を図る）	37.4%	47.3%	R4	―
救急救命士の、地域メディカルコントロール協議会が定めた活動プロトコールに沿った適切な観察・判断・処置の促進		富山県	全国	調査年	目標R11
C401	運用救急救命士数（人口10万対）	25.6人	24.1人	R4	―

B中間アウトカム指標

【予防】脳卒中の発症を予防できている		富山県	全国	調査年	目標 R11	
B101	脳血管疾患受療率（入院）	137.0	98.0	R2	―	*
	脳血管疾患受療率（外来）	53.0	59.0	R2	―	*
B102	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	88.7	92.0	R2	―	*

【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		富山県	全国	調査年	目標R11
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	34.8分	47.2分	R4	―
B202	脳血管疾患により救急搬送された患者数（人口10万対）	0.1人	0.2人	R2	―

A分野アウトカム指標

脳卒中による死亡が減少している		富山県	全国	調査年	目標 R11
A101	脳卒中の年齢調整死亡率（男性）（人口10万対）	101.8	93.3	R2	全国値以下
	脳卒中の年齢調整死亡率（女性）（人口10万対）	64.6	56.4	R2	全国値以下
A102	脳卒中標準化死亡比（全体）（男性）	113.8	100	H27	―
	脳卒中標準化死亡比（全体）（女性）	103.1	100	H27	―
	脳卒中標準化死亡比（脳出血）（男性）	99.3	100	H27	―
	脳卒中標準化死亡比（脳出血）（女性）	99.4	100	H27	―
	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（男性）	120.1	100	H27	―
	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（女性）	101.4	100	H27	―

脳卒中の急性期医療に対応できる体制の整備		富山県	全国	調査年	目標R11
C601	神経内科医師数（人口10万対）	3.1人	4.5人	R2	―
C602	脳神経外科医師数（人口10万対）	6.0人	5.8人	R2	―
C603	救急担当脳外科医数（人口10万対）	4.35人	4.62人	R3	－
C604	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数（病院数）（人口10万対）	0.2施設	0.2施設	R2	―
	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数（病床数）（人口10万対）	0.8床	1.2床	R2	―
C605	脳梗塞に対するt－PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数（人口10万対）	1.0施設	0.9施設	R3	―
C606	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数（人口10万対）	0.8～1.0施設	0.6～0.7施設	R3	全国平均以上
C607	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	1施設	231施設	R4	－

廃用症候群を予防し、早期に自立できるリハビリテーション実施体制の整備		富山県	全国	調査年	目標R11	
C701	リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口10万対）	7.4施設	6.4施設	R3	―	
回復期の医療機関等との連携体制の構築		**富山県**	**全国**	**調査年**	**目標R11**	
C801	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（人口10万対）	60.3件	32.0～32.2件	R3		
専門医療スタッフにより集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関の整備		**富山県**	**全国**	**調査年**	**目標R11**	
C901	リハビリテーション科医師数（人口10万対）	2.5人	2.3人	R2	―	*
C902	回復期リハビリテーション病床数（人口10万対）	48床	68床	R4	60床	*
C903	理学療法士数（人口10万対）	64.6人	79.4人	R2	―	
	作業療法士数（人口10万対）	40.6人	40.2人	R2	―	
	言語聴覚士数（人口10万対）	11.3人	14.0人	R2	―	
再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制の整備		**富山県**	**全国**	**調査年**	**目標R11**	
C1001	脳卒中リハビリテーション認定看護師数（人口10万対）	0.8人	0.6人	R4	―	
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の構築		**富山県**	**全国**	**調査年**	**目標R11**	
C1102	医療ソーシャルワーカー数（人口10万対）	14.0人	12.8人	R2	―	

生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの提供（訪問及び通所リハビリを含む）		富山県	全国	調査年	目標R11
C1201	リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲）（人口10万対）	7.4施設	6.4施設	R3	―
C1202	訪問リハビリを提供している事業所数（人口10万対）	6.4施設	4.5施設	R3	―
C1203	通所リハビリを提供している事業所数	8.5施設	―	R4	―
C1203	老人保健施設定員数（人口10万対）	404.4人	293.7人	R4	―
再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制の整備		**富山県**	**全国**	**調査年**	**目標R11**
C1301	訪問診療を実施している診療所・病院数（人口10万対）	24.3施設	12.5～12.9施設	R3	増加
C1302	在宅療養支援診療所数（人口10万対）	6.9施設	11.9施設	R4	増加
C1303	在宅療養支援病院数（人口10万対）	1.6施設	1.3施設	R4	増加
C1304	訪問看護ステーション数（人口10万対）	8.4施設	11.4施設	R4	―
C1305	訪問看護を受ける患者数（人口10万対）	4,182人	5,619人	R3	―
C1306	歯周病専門医が在籍する医療機関数（人口10万対）	0.7施設	0.8施設	R3	
C1307	在宅療養支援歯科診療所数（人口10万対）	5.3施設	6.7施設	R4	増加
C1308	訪問歯科衛生指導を受ける患者数（人口10万対）	340.1人	4,808.2人	R3	―
C1309	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導件数（人口10万対）	24.1件	205.6件	R3	―
C1310	訪問薬剤指導の実績のある薬局数	289施設	－	R4	増加
C1311	24時間体制の訪問看護ステーション届出割合	89.7%	－	R4	100%に近い水準
回復期及び急性期の医療機関等との連携体制の構築		**富山県**	**全国**	**調査年**	**目標R5**
C1401	入退院支援加算1算定回数（人口10万対）	3,675.6件	2,821.2件	R3	増加

【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		富山県	全国	調査年	目標R11	
B301	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数（人口10万対）	10.1～10.9件	12.0～12.4件	R3	全国平均以上	*
B302	脳梗塞に対する脳内管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数（人口10万対）	11.3～12.0件	14.0～14.2件	R3	―	*
B303	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（人口10万対）	3.5～5.1件	4.4～4.9件	R3	―	*
B304	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（人口10万対）	5.1～6.6件	4.6～5.2件	R3	―	*
B305	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）	253.7人	146.7人	R3		*
B306	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10万対）	905.0件	742.2件	R3	―	*
B307	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（人口10万対）	60.3件	32.0～32.2件	R3	増加	*
B308	脳血管疾患の退院患者平均在院日数	93.8日	79.2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		富山県	全国	調査年	目標R11	
B401	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）（再掲）	253.7人	146.7人	R3	－	*
B402	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）（人口10万対）	905.0件	742.2件	R3	―	*
B403	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）（人口10万対）	60.3件	32.0～32.2件	R3	増加	*
B404	在宅等生活の場に復帰した患者の割合（人口10万対）	55.7%	55.2%	R2	全国平均以上を維持しつつ増加	*
B405	退院調整実施率　※ただし、脳卒中患者だけではない。	87.1%	－	R4	94%	

【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		富山県	全国	調査年	目標R11	
B501	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療）（人口10万対）	104.1～107.2人	218.3人	R3	―	*
	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護）（人口10万対）	1,142.9人	1,134.2人	R2	―	*
B502	通所リハビリを受ける利用者数（人口10万対）	6,555.9人	5,450.0人	R3	―	*
B503	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）（人口10万対）	905.0件	742.2件	R3	―	*
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）（人口10万対）	60.3件	32.0～32.2件	R3	増加	*
B505	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数（人口10万対）	8.0人	9.6人	R4	―	*
B506	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数（人口10万対）	0.0件	0.1～0.2件	R3	増加	*
B507	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数（人口10万対）	3.8件	20.9件	R3	―	*

脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている		富山県	全国	調査年	目標R11
A201	健康寿命（男性）	72.71年	72.68年	R2	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加
	健康寿命（女性）	76.18年	75.38年	R2	

「*」は人口10万人対換算

（※1）国のR3国民健康栄養調査が中止となり、県独自で調査を実施。策定時と同様の調査方法ではないため参考値とする。

富山県循環器病対策推進計画（第2期）ロジックモデル（心疾患）

C初期アウトカム指標

基礎疾患及び危険因子の管理の促進		富山県	全国	調査年	目標 R11
C101	成人1日あたりの食塩摂取量の平均値（男性）	12.1g（※1）	10.9g	R3（県）R元（国）	7.5g
	成人1日あたりの食塩摂取量の平均値（女性）	10.3g（※1）	9.3g	R3（県）R元（国）	6.5g
C102	成人1日あたりの野菜摂取量の平均値	256.5g（※1）	280.5g	R3（県）R元（国）	350g
C103	1日の歩数の平均値（20～64歳男性）	―	7,864歩	R元（国）	8,000歩
	1日の歩数の平均値（20～64歳女性）	―	6,685歩	R元（国）	8,000歩
	1日の歩数の平均値（65歳以上男性）	―	5,396歩	R元（国）	6,000歩
	1日の歩数の平均値（65歳以上女性）	―	4,656歩	R元（国）	6,000歩
C104	運動習慣者の割合（男性）	30.6%（※1）	33.4%	R3（県）R元（国）	40%
	運動習慣者の割合（女性）	22.3%（※1）	25.1%	R3（県）R元（国）	35%
C105	睡眠で休養をとれている者の増加	78.3%	78.3%	R3（県）H30（国）	80%
C106	喫煙率（男性）	27.3%	27.1%	R3（県）R元（国）	21%
	喫煙率（女性）	4.6%	7.6%	R3（県）R元（国）	2%
C107	禁煙外来を行っている医療機関数（人口10万対）	14.9施設	12.7施設	R3	―
C108	ニコチン依存管理料を算定する患者数（人口10万対）	94.1件	99.6件	R3	―
C109	1日あたりの純アルコール摂取量が40g以上の者の割合（男性）	16%（※1）	14.9%	R3（県）R元（国）	13.0%
	1日あたりの純アルコール摂取量が20g以上の者の割合（女性）	6.3%（※1）	9.1%	R3（県）R元（国）	減少
C110	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	196.7	215.3	R2	―
C111	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	83.4	67.7	R2	―
C112	高血圧（収縮期血圧140mmHg以上）者の割合の割合（40～74歳）	19.9%	―	R2	14.2%
C113	LDLコレステロール160ml/dl以上の者の割合（40～74歳）（男性）	13.3%	―	R2	8.6%
	LDLコレステロール160ml/dl以上の者の割合（40～74歳）（女性）	13.5%	―	R2	9.6%
C114	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	30.7%	29.5%	R3	19.8%
市町村及び保険者が行う特定健診・特定保健指導の充実		富山県	全国	調査年	目標R5
C201	健診受診率	77.3%	72.4%	R4	―
C202	特定健康診査受診率	62.9%	58.6%	R3	70%
C203	特定保健指導の実施率	29.6%	28.4%	R3	45%

本人及び家族等による発症後速やかな救急搬送要請の促進		富山県	全国	調査年	目標R5
C301	応急手当普及啓発講習の受講者数 （人口一万人あたり）	55.8人	64.1人	R4	―
C302	救急搬送人員のうち軽症者の割合（救急車の適正利用により、より緊急度の高い傷病者（脳卒中or心疾患）の速やかな搬送を図る）	37.5%	44.8%	R4	―
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の実施		富山県	全国	調査年	目標R5
C401	心肺機能停止傷病者（心配停止患者）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（人口10万対）	1.6件	1.6件	R4	―
救急隊員の、地域メディカルコントロール協議会が定めた活動プロトコールに沿った適切な観察・判断・処置の実施促進		富山県	全国	調査年	目標R5
C501	運用救急救命士数 （人口10万対）	25.1人	23.3人	R4	―

B中間アウトカム指標

【予防】心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防できている		富山県	全国	調査年	目標 R11
B101	虚血性心疾患により救急搬送された患者数（人口10万対）	0.01～0.49人	9.4～128.4人	R2	―
B102	大動脈疾患により救急搬送された患者数（人口10万対）	0.01～0.49人	1.7～81.3人	R2	-
B103	虚血性心疾患受療率（入院）	9.0	9.0	R2	―
	虚血性心疾患受療率（外来）	56.0	42.0	R2	―

【救護】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		富山県	全国	調査年	目標R11
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	33.6分	42.8分	R4	―
B202	心肺機能停止疾病者（心肺停止患者）の1か月後の生存率	9.4%	10.3%	R4	―

（※1）国のR3国民健康栄養調査が中止となり、県独自で調査を実施。策定時と同様の調査方法ではないため参考値とする。

A分野アウトカム指標

虚血性心疾患による死亡が減少している		富山県	全国	調査年	目標 R11
A101	心疾患患者の年齢調整死亡率（男性）	151.7	190.1	R2	全国平均以下を維持しつつ低下
	心疾患患者の年齢調整死亡率（女性）	91.1	109.2	R2	全国平均以下を維持しつつ低下
A102	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率（男性）	57.1	73.0	R2	全国平均以下を維持しつつ低下
	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率（女性）	23.5	30.2	R2	全国平均以下を維持しつつ低下
A103	急性心筋梗塞患者の年齢調整死亡率（男性）	37.5	32.5	R2	全国平均以下
	急性心筋梗塞患者の年齢調整死亡率（女性）	15.3	14.0	R2	全国平均以下
A104	心不全患者の年齢調整死亡率（男性）	65.0	69.0	R2	全国平均以下を維持しつつ低下
	心不全患者の年齢調整死亡率（女性）	47.1	48.9	R2	全国平均以下を維持しつつ低下
A105	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（男性）	17.4	15.8	R2	全国平均以下を維持しつつ低下
	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（女性）	15.7	14.6	R2	全国平均以下を維持しつつ低下
A106	心疾患標準死亡比（全体）（男性）	86.2	100.0	H27	―
	心疾患標準死亡比（全体）（女性）	88.2	100.0	H27	―
	心疾患標準死亡比（急性心筋梗塞）（男性）	115.7	100.0	H27	―
	心疾患標準死亡比（急性心筋梗塞）（女性）	104.7	100.0	H27	―
	心疾患標準死亡比（心不全）（男性）	99.1	100.0	H27	―
	心疾患標準死亡比（心不全）（女性）	104.6	100.0	H27	―

心血管疾患の急性期医療に対応できる体制の整備		富山県	全国	調査年	目標R11
C701	循環器内科医師数（人口10万対）	7.7人	10.2人	R2	－
C702	心臓血管外科医師数（人口10万対）	2.7人	2.5人	R2	－
C703	小児循環器専門医数（人口10万対）	1.2人	0.5人	R2	
C704	成人先天性心疾患専門医数（人口10万対）	0.2人	0.2人	R4	
C705	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数・病床数（病院数）（人口10万対）	0.3施設	0.2施設	R2	－
	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数・病床数（病床数）（人口10万対）	1.1床	1.2床	R2	－
C706	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	4～5施設	505～632施設	R3	－
C707	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	4施設	－	R5	－
C708	経皮的冠動脈形成術／経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	18施設	－	R5	－
C709	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	8施設	－	R5	－
C710	IABPが行える届出施設数	16施設	－	R5	－
C711	IMPELLAが行える届出施設数	2施設	－	R5	－
C712	小児循環器専門医修練施設数	2施設	144施設	R5	
C713	成人先天性心疾患専門医総合・連携修練施設数	1施設	101施設	R5	－
心血管疾患リハビリテーション実施体制の整備		富山県	全国	調査年	目標R11
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（人口10万対）	1.5施設	1.2施設	R3	－
C802	心臓リハビリテーション指導士数（人口10万対）	9.4人	4.3人	R4	－
回復期の医療機関やリハビリテーション施設との円滑な連携体制の構築		富山県	全国	調査年	目標R11
C901	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数	10施設	－	R5	－
C902	急性心筋梗塞地域連携クリティカルパスを導入している医療圏数	4圏域	－	R4	－

【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		富山県	全国	調査年	目標R11
B301	来院後90分以内冠動脈再開通達成率（ST上昇型心筋梗塞）	64.7%	－	R3	－
B302	PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内冠動脈再開通割合	61.8%	61.3～61.5%	R3	全国値以上
B303	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（人口10万対）	48.7件	50.2件	R3	－
B304	ST上昇型心筋梗塞における経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	190件	－	R3	－
B305	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（人口10万対）	11.5件	11.0～11.1	R2	－
B306	大動脈疾患患者に対する手術件数	8.4～9.2件	13.0～13.2件	R3	－
B307	大動脈解離手術件数	56件	8,719件	R4	－
B308	大動脈瘤手術件数	34件	9,294件	R4	－
B309	急性大動脈解離緊急手術件数	41件	6,810件	R4	－
B310	虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術（CABG）件数（on-pump）	96件	9,303件	R4	－
B311	虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術（CABG）件数（off-pump）	35件	6,974件	R4	－
B312	急性心筋梗塞患者入院中死亡率	7.3%	8.5%	R4	－
B313	急性大動脈解離入院中死亡率	10.3%	11.80%	R4	－
B314	心不全入院患者数	3,181人	274,459人	R4	－
B315	心不全入院中死亡率	6.8%	8.0%	R4	－
B316	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10万対）	2,132.8件	2,655.8件	R3	増加
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（レセプト数）（人口10万対）	183.0件	182.8件	R3	増加
B317	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（人口10万対）	370.1件	528.4件	R3	－
B318	虚血性心疾患患者における地域連携計画策定等の実施件数（人口10万対）	4.9～5.6件	2.1～2.7件	R4	－
B319	平均在院日数（ST上昇型心筋梗塞）	16.7日	－	R3	－
B320	虚血性心疾患（待機的PCI等含む）の退院患者平均在院日数	8.8日	12.4日	R2	－
B321	心血管疾患の退院患者平均在院日数	35.1日	24.4日	R2	
B322	心肺機能停止疾病者（心肺停止患者）の1か月後の社会復帰率	8.3%	6.9%	R3	－

心血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている		富山県	全国	調査年	目標R11
A201	健康寿命（男性）	72.71歳	72.68歳	R元	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加
	健康寿命（女性）	76.18歳	75.38歳	R元	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

心血管リハビリテーション実施体制の整備		富山県	全国	調査年	目標R11
C1001	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲）（人口1	1.5施設	1.2施設	R3	－
C1002	心臓リハビリテーション指導士数（再掲）（人口10万対）	9.4人	4.3人	R4	－
急性期の医療機関との円滑な連携体制の構築		富山県	全国	調査年	目標R11
C1101	循環器内科及び心臓血管外科を標ぼう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）	10施設	－	R5	－
C1102	急性心筋梗塞地域連携ｸﾘﾃｨｶﾙﾊﾟｽを導入している医療圏数（再掲）	4圏域	－	R3	－

心血管疾患リハビリテーション実施体制の整備		富山県	全国	調査年	目標R11
C1201	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲）（人口10万対）	1.5	1.2	R3	－
C1202	心臓リハビリテーション指導士数（再掲）（人口10万対）	9.4人	4.3人	R4	－
急性期・回復期の医療機関やリハビリテーション施設との円滑な連携体制の構築		富山県	全国	調査年	目標R11
C1301	循環器内科及び心臓血管外科を標ぼう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）	10施設	－	R5	－
C1302	急性心筋梗塞地域連携ｸﾘﾃｨｶﾙﾊﾟｽを導入している医療圏数（再掲）	4圏域	－	R4	－
C1303	入退院支援加算１算定回数（人口10万対）	3,675.6件	2,821.2件	R3	増加
心血管疾患患者の在宅での療養支援体制の整備		富山県	全国	調査年	目標R11
C1401	訪問診療を実施している診療所・病院数（人口10万対）	24.3施設	12.5～12.9施設	R3	増加
C1402	在宅療養支援診療所数（人口10万対）	6.9施設	11.9施設	R4	増加
C1403	在宅療養支援病院数（人口10万対）	1.6施設	1.3施設	R4	増加
C1404	訪問看護師数（人口10万対）	46.1人	59.9人	R3	67.4人
C1405	訪問看護ステーション数（人口10万対）	8.4施設	11.4施設	R4	－
C1406	在宅療養支援歯科診療所数（人口10万対）	5.3施設	6.7施設	R4	増加
C1407	訪問薬剤指導の実績のある薬局数	289施設	－	R4	増加
C1408	24時間体制の訪問看護ステーション届出割合	89.7%	－	R4	100%に近い水準
C1409	心血管疾患における介護連携指導の実施件数（人口10万対）	83.8件	84.4件	R3	－
C1410	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者（人口10万対）	8.0人	9.6人	R4	－
C1411	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数（人口10万対）	1.2人	0.9人	R4	－
C1412	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（人口10万対）	0.9人	0.4人	R4	－
C1413	歯周病専門医が在籍する医療機関数（人口10万対）	0.7施設	0.8施設	R4	－

【回復期】合併症や再発予防、在宅復帰のためのリハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができる		富山県	全国	調査年	目標R11
B401	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）（再掲）（人口10万対）	2,132.8件	2,655.8件	R3	増加
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（レセプト数）（再掲）（人口10万対）	183.0件	182.8件	R3	増加
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）（人口10万対）	2,678.6～2,679.4 件	1205.6件	R3	増加
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（レセプト数）（人口10万対）	272.0～272.8件	145.2～145.3件	R3	増加
B403	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（再掲）（人口10万対）	370.1件	528.4件	R3	－
B404	虚血性心疾患患者における地域連携計画策定等の実施件数（再掲）（人口10万対）	4.9～5.6件	2.1～2.7件	R3	－
B405	平均在院日数（ST上昇型心筋梗塞）（再掲）	16.7日	－	R3	－
B406	虚血性心疾患（待機的PCI等含む）の退院患者平均在院日数（再掲）	8.8日	12.4日	R2	－
B407	心血管疾患の退院患者平均在院日数（再掲）	35.1日	24.4日	R2	－
B408	心血管疾患に対する療養・就労支援の実施件数	0.1～0.9	0.1～0.2件	R3	－

【維持期・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		富山県	全国	調査年	目標R11
B501	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	94.7%	93.4%	R2	100%
B502	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	65.5%	63.6～87.0%	R3	100%
B503	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）（再掲）（人口10万対）	2,678.6～2,679.4件	1205.6件	R3	増加
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（レセプト数）（再掲）（人口10万対）	272.0～272.8件	145.2～145.3件	R3	増加
B504	虚血性心疾患患者における地域連携計画策定等の実施件数（再掲）（人口10万対）	4.9～5.6件	2.1～2.7件	R3	－
B505	訪問診療の実施件数（人口10万対）	12,146.1件	15,270.1～15,271.0件	R3	－
B506	訪問看護利用者数（人口10万対）	558.3人	745.8人	R4	－
B507	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療）（人口10万対）	0.3～2.6件	3.4件	R3	－
	薬剤師の居宅療養管理指導の実施件数（介護）（人口10万対）	－	5,166.4件	R3	－
B508	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（再掲）（人口10万対）	370.1件	528.4件	R2	－
B509	退院調整実施率　※ただし、心疾患患者だけではない。	81.4%	－	R4	94%

富山県循環器病対策推進協議会委員

令和６年３月現在

No	職名	氏名	備考
1	富山脳卒中の会	石黒　明美	
2	富山県栄養士会長	石黒　康子	
3	富山県看護協会長	稲村　睦子	
4	富山県立中央病院長	臼田　和生	
5	富山県市町村保健師連絡協議会長	梅村　夕子	
6	富山県公的病院長協議会長	川端　雅彦	【副会長】
7	富山県消防長会長	河部　勝巳	
8	富山大学学術研究部医学系内科学第二講座教授	絹川　弘一郎	
9	富山大学学術研究部医学系脳神経外科学教授	黒田　敏	
10	富山県作業療法士会長	齋藤　洋平	
11	富山県理学療法士会長	酒井　吉仁	
12	富山県心臓病の子どもを守る会副会長	高瀬　嘉子	
13	富山県厚生センター所長・支所長会長	長瀬　博文	
14	富山県薬剤師会長	西尾　公秀	
15	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター院長	畑崎　喜芳	
16	富山県介護支援専門員協会長	坂東　みゆ紀	
17	富山県済生会富山病院長	堀江　幸男	
18	富山県医師会長	村上　美也子	【会長】
19	富山県歯科医師会長	山﨑　安仁	
20	富山労働局長	吉岡　勝利	
21	富山大学学術研究部医学系外科学講座教授	芳村　直樹	

（50音順、敬称略）

富山県循環器病対策推進計画策定の経緯

Ｒ５.11.15　第１回富山県循環器病対策推進協議会

・第２期富山県循環器病対策推進計画の策定について

・富山県における循環器病の現状と課題

Ｒ６．２.19～３．８　パブリックコメントの実施

富山県循環器病対策推進計画

令和６年３月

富山県厚生部健康対策室健康課
〒930-8501　富山市新総曲輪１番７号
TEL 076-444-3224
FAX 076-444-3496