

石川県循環器病対策推進計画（案）

令和4年 月

石川県

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	1
[参考] 循環器病の特徴	2
第2章 循環器病に関する本県の状況	
1 健康寿命の状況	3
2 死亡の状況	4
3 介護を要する状態となった主要原因の状況	7
4 罹患の状況	7
第3章 計画の基本的な考え方	
1 全体目標	10
2 基本方針	12
第4章 循環器病対策の個別施策	
1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	13
(1) 循環器病の危険因子に関する普及啓発	13
(2) 循環器病の発症予防・重症化予防に関する普及啓発	15
2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	17
(1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進	17
(2) 救急搬送体制の整備	21
(3) 切れ目のない医療提供体制の構築	22
脳卒中に関する医療提供体制	22
心血管疾患に関する医療提供体制	29
(4) 在宅療養に向けた体制整備	37
(5) 緩和ケアの提供体制の充実	38
3 患者等を支えるための環境づくり	39
(1) 適切な情報提供、社会連携に基づく相談支援	39
(2) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援	40
(3) 治療と仕事の両立支援、就労支援	40
(4) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	41

第5章 循環器病対策推進のための必要事項

1 循環器病対策推進計画の推進体制と役割	42
2 新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策	43
3 循環器病の研究の促進	44
4 循環器病対策の進捗状況の把握及び評価等	44

<参考資料>

1 ロジックモデル	45
2 参考指標	47
3 石川県循環器病対策推進協議会委員名簿	52
4 石川県循環器病対策推進協議会設置要綱	53

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」という。）は、主要な死亡原因であるとともに、介護が必要となる主な原因となっており、本県においても同様な状況となっています。

循環器病は、生活習慣の改善等により予防可能な疾患ではありますが、県民の生命や健康に重大な影響を及ぼし、また、社会全体に大きな影響を与える疾患でもあります。

こうした現状にかんがみ、国においては、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、「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「基本法」という。）が令和元年12月1日に施行されました。

国は、令和2年10月27日、基本法第9条第1項に基づき、令和2年度から令和4年度までの約3年間の計画期間として、「循環器病対策推進基本計画」を策定し、「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」、「循環器病の研究推進」等の幅広い循環器病対策に総合的に取り組むことにより、健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指すこととしています。

県は、このような状況を踏まえ、基本法第11条第1項に基づき、国の「循環器病対策推進基本計画」を基本として、本県の循環器病に係る実情を踏まえ、地域の実情に応じた「石川県循環器病対策推進計画」を策定し、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することとします。

2 計画の位置づけ

この計画は、基本法第11条第1項に基づく都道府県計画です。

国の「循環器病対策推進基本計画」を基本とし、「第7次石川県医療計画」、「いしかわ健康フロンティア戦略 2018（健康増進計画）」等の関連施策との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。

基本法第11条第1項

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を策定しなければならない。

3 計画期間

令和4年度（2022年度）から令和5年度（2023年度）までとします。

【参考】循環器病の特徴

- 循環器病はいずれの世代でも発症するため、ライフステージにあった対策が求められます。

循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあり、悪性新生物（がん）と比べても循環器病の患者の年齢層は高いですが、他方で、いずれの世代でも発症するものでもあり、ライフステージにあった対策を考えていくことが求められます。
- 循環器病は、生活習慣の改善や適切な治療で発症予防や重症化予防が可能です。

循環器病の多くは、危険因子である運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病等）の発症後、病状の重症化や合併症の発症により、生活機能の低下・要介護状態へと進行していきます。

患者自身が気付かない間に病気が進行することも多い循環器病ですが、生活習慣の改善や適切な治療によって予防や進行を抑制することが可能な側面もあります。
- 循環器病は、急激に発症し、生命にかかわる重大な事態に陥る病気で、また、発症後、早急に適切な治療が行われることで、後遺症などの予後が改善される可能性があります。

循環器病は、急激に発症し、数分から数時間で生命に関わる重大な事態に陥り、突然死に至ることがあります。たとえ死に至らなくとも、特に脳卒中においては重度の後遺症を残すことも多くあります。しかし、発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性があります。
- 循環器病は、後遺症が残る可能性があり、また、再発や増悪を複数回生じる危険性が常にあります。

回復期及び慢性期には、急性期に生じた障害が後遺症として残る可能性があり、また、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えるなど、再発や増悪を来しやすいといった特徴があります。
- 脳血管疾患と心疾患の両方に罹患することもある等、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化することも特徴の一つとなります。

【循環器病とは】

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。

<出典> 循環器病対策推進基本計画[令和2年10月]（厚生労働省）

第2章 循環器病に関する本県の状況

1 健康寿命の状況

本県の健康寿命は、男女とも全国よりも高く、延伸しています。

図 健康寿命の推移

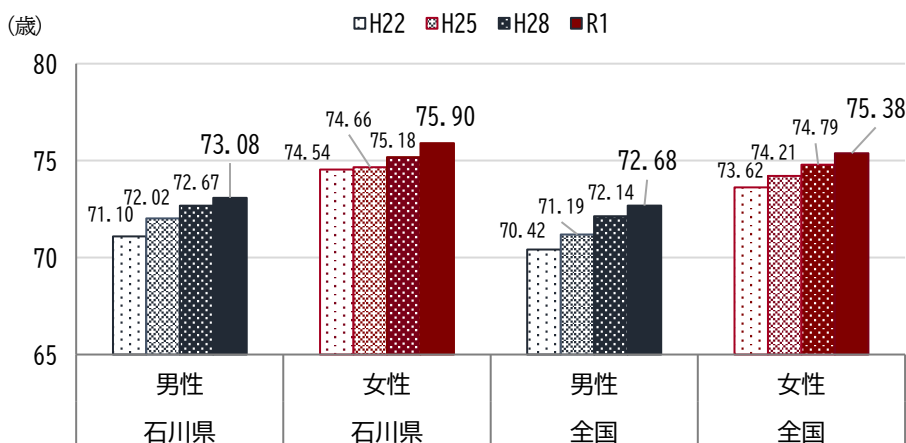
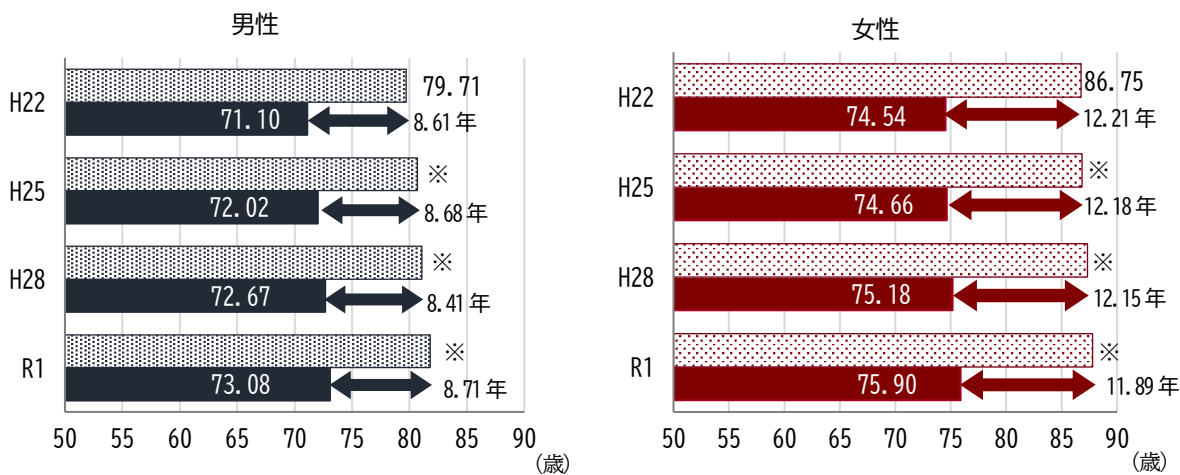


図 石川県の平均寿命*と健康寿命の推移



<出典> 健康寿命：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」

健康上の問題で日常生活が制限のない期間

国民生活基礎調査(アンケート調査)において、「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対して「ない」と回答した者で算出されたもの。

平均寿命：H22は「都道府県別生命表」

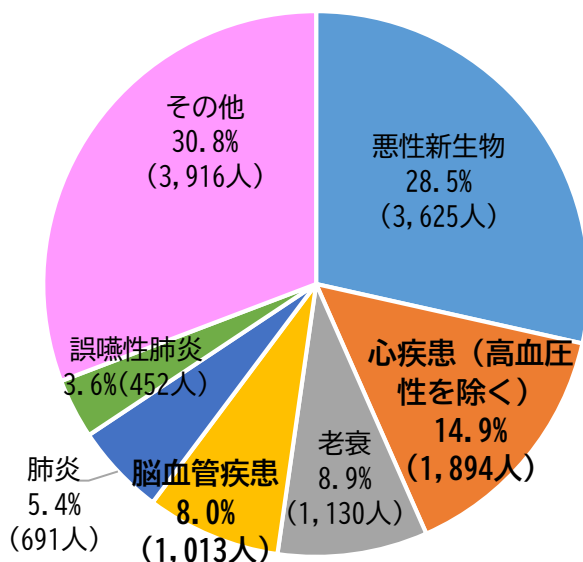
※H25、H28、R1は厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」より、「健康上の問題で日常生活が制限のない期間」と「健康上の問題で日常生活の制限がある期間」を足し合わせたものであり、国が公表する平均寿命とは異なる。

2 死亡の状況

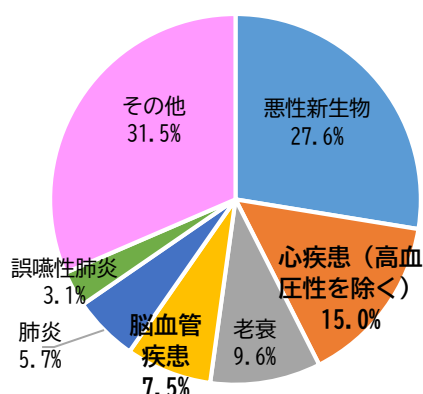
(1) 死亡原因

循環器病(心疾患・脳血管疾患)は、県の死因の第2位が心疾患、第4位が脳血管疾患となっており、死因の約2割を占めています。

図 石川県の死因別死亡割合 (令和2年)



[参考] 全国の死因別死亡割合 (令和2年)



<出典> 令和2年人口動態統計 (厚生労働省)

【参考】石川県の死因順位の推移 (人口10万対死亡率)

	平成25年			平成28年			令和元年		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
1位	悪性新生物	3,416	297.0	悪性新生物	3,517	308.5	悪性新生物	3,525	313.9
2位	心疾患※	1,934	168.2	心疾患※	1,891	165.9	心疾患※	1,995	177.6
3位	脳血管疾患	1,296	112.7	脳血管疾患	1,139	99.9	老衰	1,056	94.0
4位	肺炎	1,251	108.8	肺炎	1,112	97.5	脳血管疾患	1,046	93.1
5位	老衰	742	64.5	老衰	890	78.1	肺炎	837	74.5

※心疾患：高血圧性を除く

<出典> 人口動態統計 (厚生労働省)

(注) 平成25年、28年の「肺炎」には「誤嚥性肺炎」を含み、令和元年には含まない。
(「誤嚥性肺炎」は平成29年より死因順位に用いる分類項目に追加されている。)

(2) 年齢調整死亡率（人口10万対）

心疾患及び脳血管疾患及びの年齢調整死亡率は、全国と同程度であり、女性よりも男性が高く、男女とも減少傾向にあります。

図 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

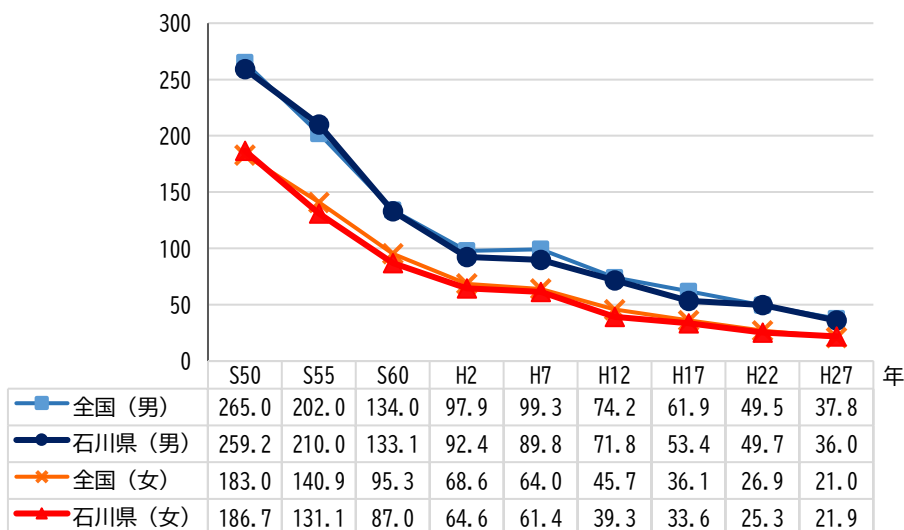


図 [再掲] 脳梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）

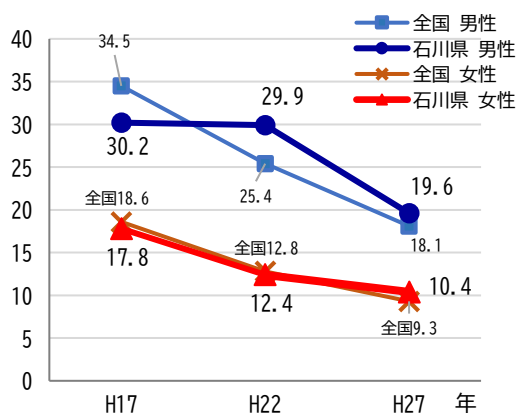


図 [再掲] 脳内出血の年齢調整死亡率（人口10万対）

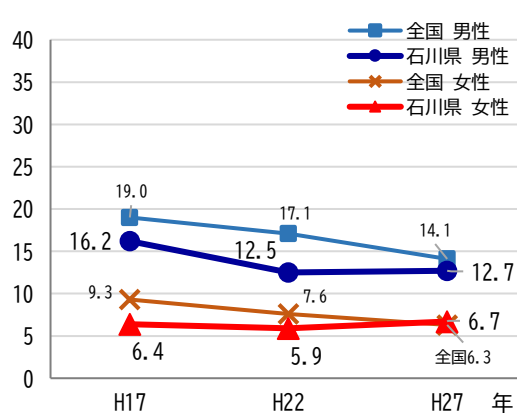
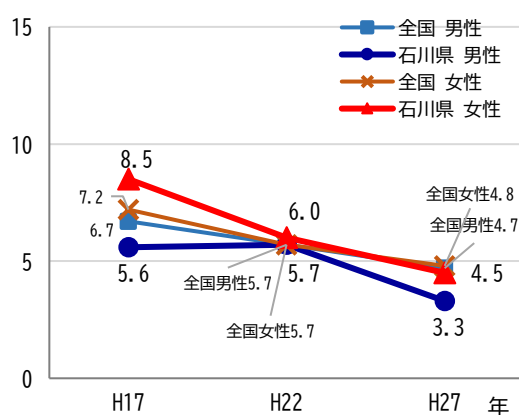


図 [再掲] くも膜下出血の年齢調整死亡率（人口10万対）



<出典> 人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

図 心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

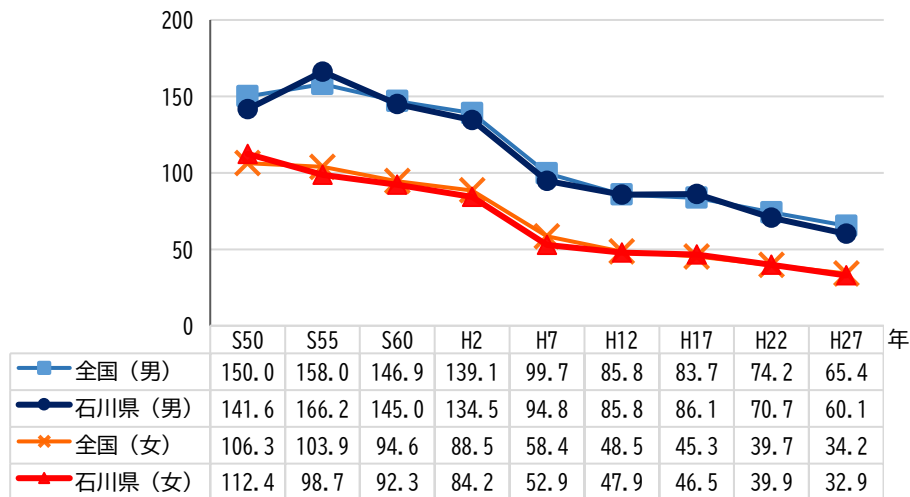


図 [再掲] 虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）

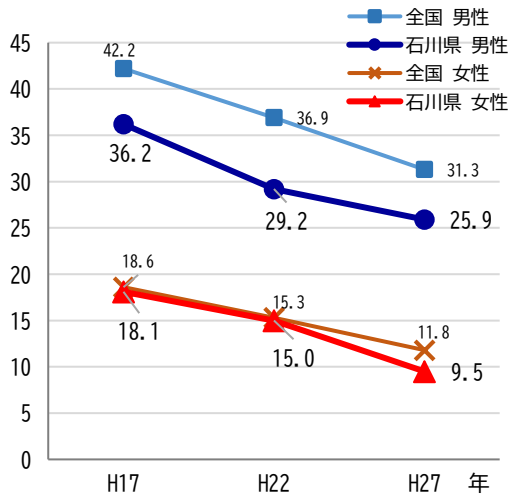


図 [再掲] 心不全の年齢調整死亡率（人口10万対）

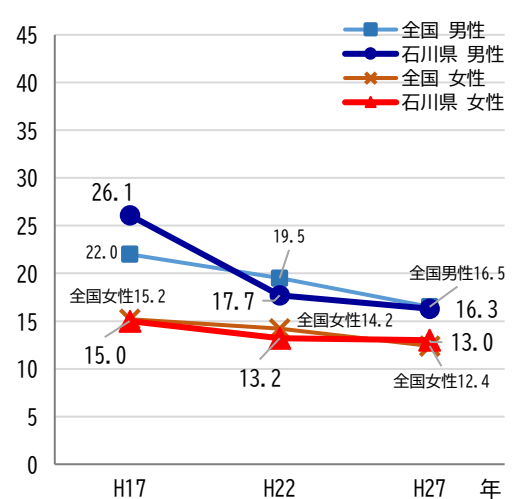


図 [再掲] 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）

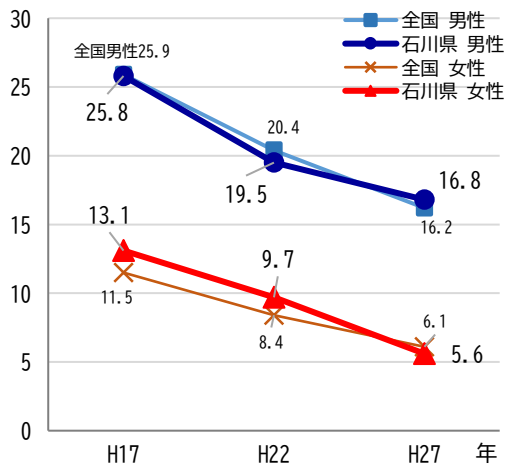
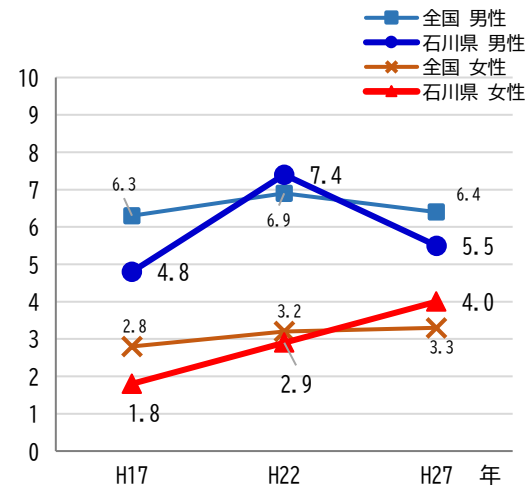


図 [再掲] 大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（人口10万対）

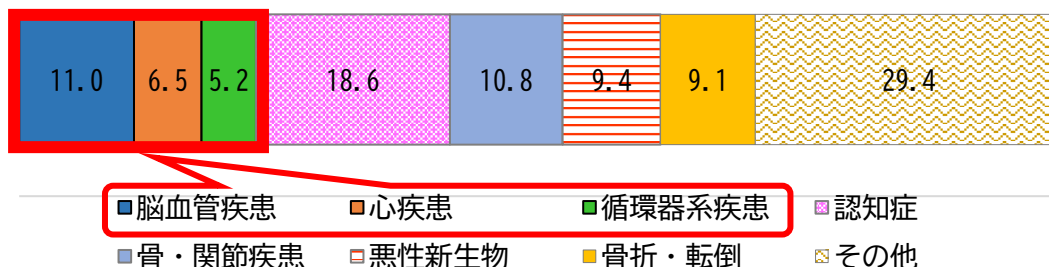


<出典> 人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

3 介護を要する状態となった主要原因の状況

介護を要する状態となった主要原因は、循環器病によるものが約2割を占めています。

図 介護を要する状態となった主要原因（石川県）



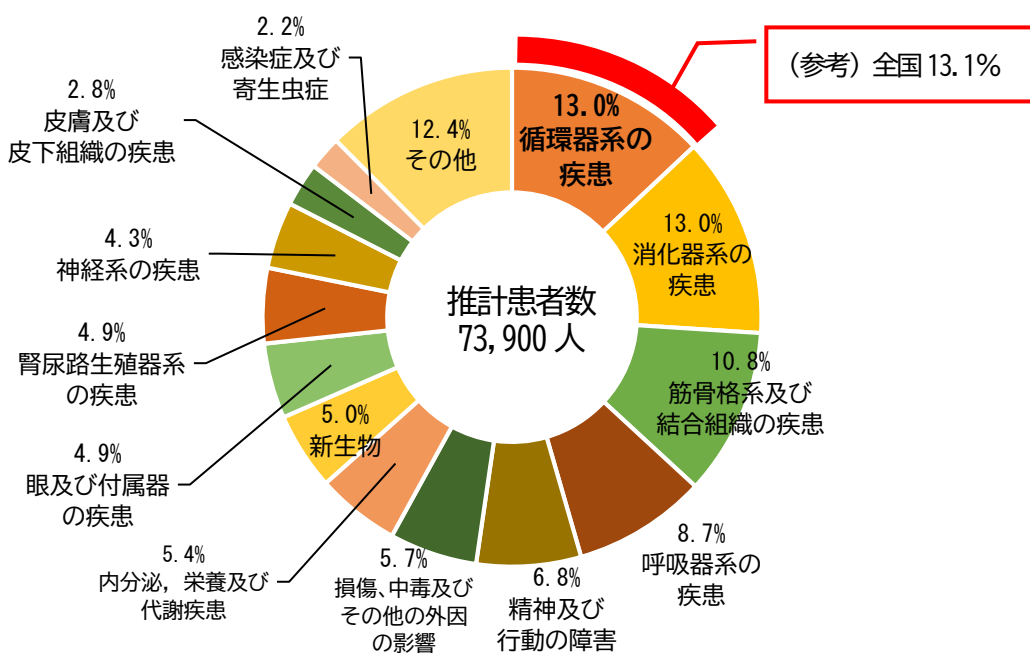
<出典> 石川県長寿社会課調査（平成29年度）

4 罹患の状況

(1) 推計患者数のうち、循環器系の疾患が占める割合

平成29年の患者調査によると、推計患者数のうち、本県で循環器系の疾患が占める割合は、13%となっており、消化器系の疾患とともに最も多くなっています。

図 推計患者数のうち循環器系の疾患が占める割合（平成29年、石川県）



<出典> 平成29年患者調査（厚生労働省）

(2) 循環器系の疾患の入院受療率

循環器系の疾患が最も高く、なかでも「脳血管疾患」が最も多い状況です。

図 入院受療率（人口10万対）平成29年

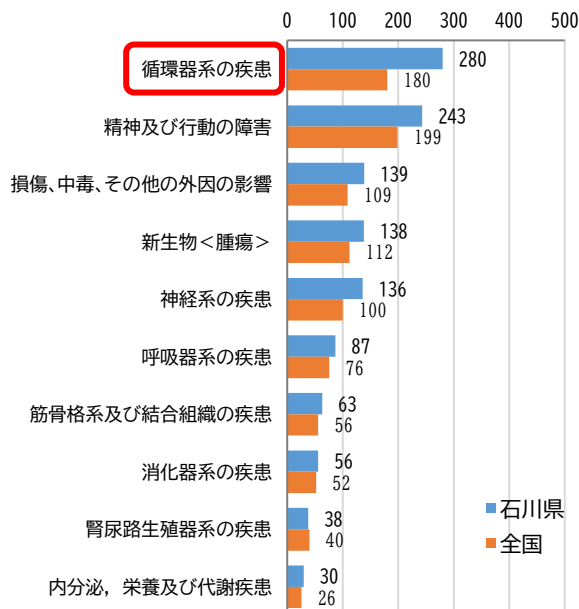
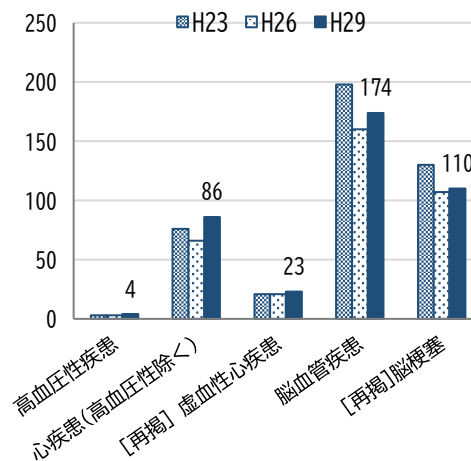


図 [再掲] 石川県の循環器系の疾患
疾患別の入院受療率
(人口10万対)



<出典> 患者調査(厚生労働省)

(3) 循環器系の疾患の外来受療率

循環器系の疾患は3番目に多く、なかでも「高血圧性疾患」が最も多い状況です。

図 外来受療率（人口10万対）平成29年

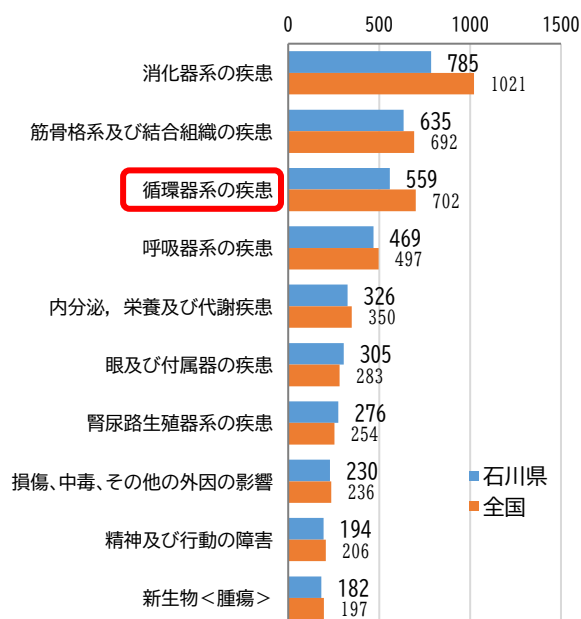
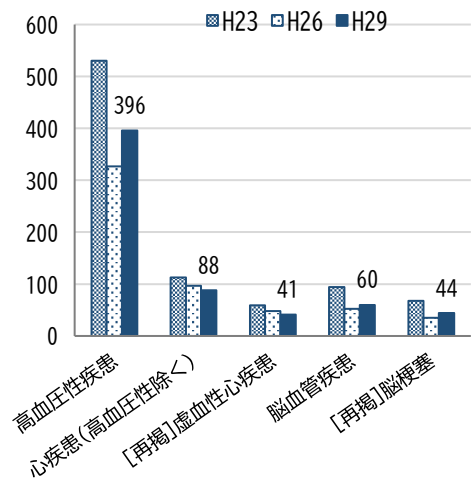


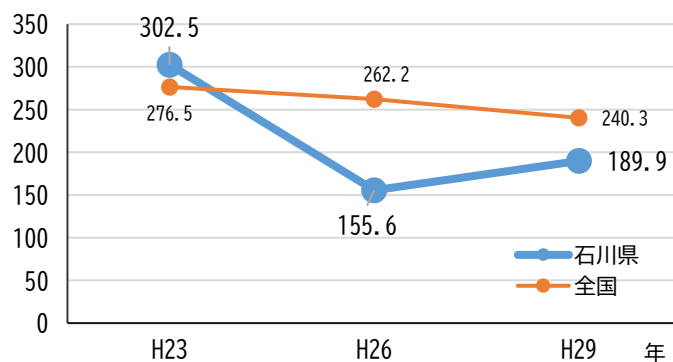
図 [再掲] 石川県の循環器系の疾患
疾患別の外来受療率
(人口10万対)



<出典> 患者調査(厚生労働省)

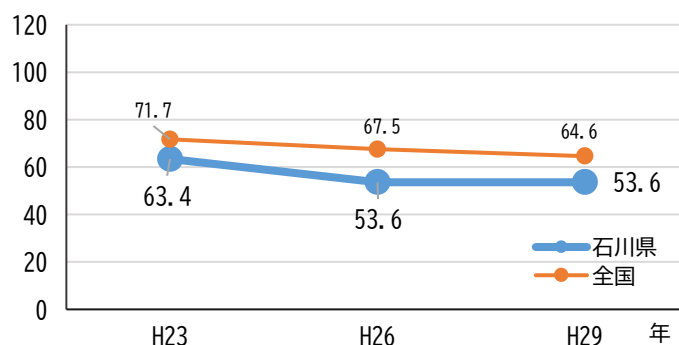
(4) 循環器病の危険因子となる高血圧性疾患、脂質異常症、糖尿病の年齢調整外来受療率
 高血圧性疾患、脂質異常症、糖尿病の本県の年齢調整外来受療率は、全国よりも低く推移しています。3疾病のうち本県で受療率が最も高いのは高血圧性疾患となっています。

図 高血圧性疾患 年齢調整外来受療率 (人口10万対)



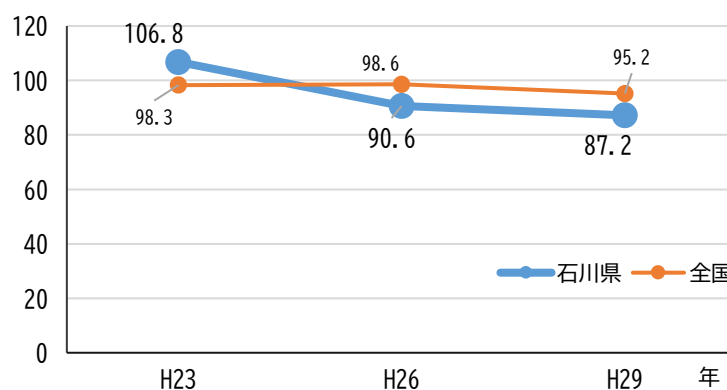
<出典> 患者調査 (厚生労働省)

図 脂質異常症 年齢調整外来受療率 (人口10万対)



<出典> 患者調査 (厚生労働省)

図 糖尿病 年齢調整外来受療率 (人口10万対)



<出典> 患者調査 (厚生労働省)

第3章 計画の基本的な考え方

1 全体目標

循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実により、「循環器病の発症の減少（発症予防）」、「循環器病の年齢調整死亡率の減少」及び「健康寿命の延伸」を目指します。

(1) 循環器病の発症の減少（発症予防）

循環器病の予防や正しい知識の普及啓発を行い、循環器病の発症の減少を目指します。当面は、下記の指標を参考とします。

[参考指標] 脳血管疾患、心疾患の受療率

		現状値 (H29)
脳血管疾患受療率 (人口10万対)	入院	174
	外来	60
心疾患受療率 (人口10万対)	入院	86
	外来	88

<出典> 患者調査（厚生労働省）

[参考指標] 脳血管疾患、心血管疾患の患者数

	現状値 (R2)
急性期治療を行った脳血管疾患患者数 ^{※1}	3,046
うち救急車により来院した患者数 ^{※2}	1,460
心血管疾患の入院患者数 ^{※3}	10,753
うち救急車により来院した患者数	1,971

<出典> 石川県医療計画における医療機能実施状況調査

※1：初発の脳梗塞、脳出血、くも膜下出血を対象（入院患者及び外来患者数）

※2：消防本部の救急車またはドクターヘリにより救急搬送した患者数

※3：複数回入院した場合は複数人として計上

[参考] 一次脳卒中センターにおける急性期脳血管疾患新規患者数[※]

	R1	現状値 (R2)
脳卒中	2,296	2,135
脳梗塞	1,581	1,457
脳出血	539	515

<出典> 石川県内の一次脳卒中センター調べ（各年1～12月）

※一次脳卒中センター12医療機関中、9医療機関の患者数

(2) 循環器病の年齢調整死亡率の減少

循環器病の予防や医療提供体制の充実による成果を表す指標として、「年齢調整死亡率の減少」を目標として定め、次のとおり設定します。

表 脳血管疾患、心疾患による年齢調整死亡率

		現状値 (H27)	目標値 (R5)
脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	36.0	低下
	女性	21.9	低下
心疾患年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	60.1	低下
	女性	32.9	低下
〔再掲〕虚血性心疾患年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	25.9	低下
	女性	9.5	低下

<出典> 人口動態統計特殊報告(厚生労働省)

(3) 健康寿命の延伸

循環器病の予防や治療の促進、リハビリテーションの充実等により、生涯にわたり元気で自立した生活を営むことができるよう、平均寿命と健康寿命の差に着目し、平均寿命の延び以上の健康寿命の延伸を目指します。

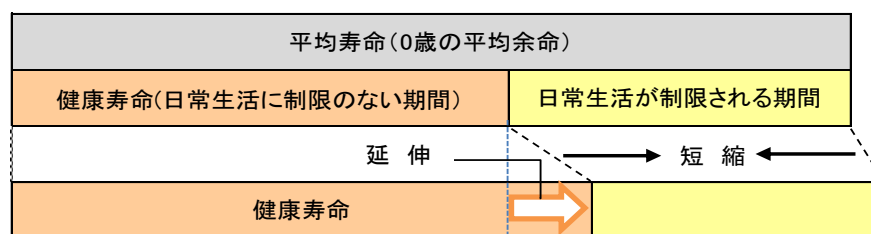
表 健康寿命の延伸

	現状値			目標値 (R5)
	平均寿命※(R1)	健康寿命(R1)	差	
男性	81.79	73.08	8.71	平均寿命の増加を上回る健康寿命の増加
女性	87.79	75.90	11.89	

<出典> 厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限のない期間
 国民生活基礎調査（アンケート調査）において、「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対して「ない」と回答した者で算出されたもの。
 ※平均寿命：「健康上の問題で日常生活に制限のない期間」と「健康上の問題で日常生活に制限のある期間」を足し合わせたもので、国が公表する平均寿命とは異なる。

【平均寿命と健康寿命の関係】



【参考】在宅等生活の場に復帰した患者の割合

	現状値 (H29)
脳血管疾患	56.9

<出典> 患者調査(厚生労働省)

2 基本方針

この計画の具体的な個別施策の柱は、次の3つとなります。

(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

- 循環器病の危険因子に関する普及啓発
- 循環器病の発症予防・重症化予防に関する普及啓発

(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

- 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進
- 救急搬送体制の整備
- 切れ目のない医療提供体制の構築
- 在宅療養に向けた体制整備
- 緩和ケアの提供体制の充実

(3) 患者等を支えるための環境づくり

- 適切な情報提供、社会連携に基づく相談支援
- 循環器病の後遺症を有する者に対する支援
- 仕事と治療の両立支援、就労支援
- 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

第4章 循環器病対策の個別施策

1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

【現状と課題】

- 循環器病の多くは、不適切な食生活、運動不足、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、その経過は、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行しますが、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。
このため、循環器病の発症予防のみならず、再発予防や重症化予防としても生活習慣の改善が重要です。
- 石川県では、健康増進計画である「いしかわ健康フロンティア戦略」により、県民一人一人の健康づくりの実践、生活習慣病の発症予防と重症化予防等に取り組んでいるところですが、県民が適切に循環器病の予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うことができるようにするためには、まずは、循環器病に関する正しい知識の普及啓発が必要です。

(1) 循環器病の危険因子に関する普及啓発

① 食塩摂取量

1日当たりの食塩摂取量は増加しており、また全国よりも多くなっています。塩分の過剰摂取は循環器病の危険因子となる高血圧の要因となるため、減塩の重要性について普及啓発を行っていく必要があります。

表 食塩摂取量

	H23	H28 (直近値)	<参考> 全国 H28	[参考] いしかわ健康フロンティア 戦略2018 目標値 (R5)
成人1日当たり	10.9g	11.1g	9.9g	8g未滿

<出典> 石川県：県民健康・栄養調査、 全国：平成28年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

② 野菜摂取量

1日当たりの野菜摂取量は増加していますが、「いしかわ健康フロンティア戦略」で目標としている350gに達していません。肥満、脂質異常症、糖尿病、高血圧等の生活習慣病の予防・改善に期待できる野菜の摂取不足を改善するため、野菜摂取を含めた望ましい食生活について普及啓発を行っていく必要があります。

表 野菜摂取量

	H23	H28 (直近値)	<参考> 全国 H28	[参考] いしかわ健康フロンティア 戦略2018 目標値 (R5)
成人1日当たり	295.0g	316.4g	276.5g	350g以上

<出典> 石川県：県民健康・栄養調査、 全国：平成28年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

③ 運動の状況

運動習慣の割合は、全国と比べると20～64歳男性を除き、低くなっています。運動は循環器病の危険因子となる生活習慣病を予防・改善し、健康の維持には必要なものであることを普及啓発していく必要があります。

表 運動習慣者の割合

	H28 (直近値)	<参考> 全国 H28	[参考] いしかわ健康フロンティア 戦略2018 目標値 (R5)	
20～64歳 男性	28.5%	23.9%	20～64歳 男性	36%
20～64歳 女性	18.1%	19.0%	20～64歳 女性	33%
65歳以上 男性	40.3%	46.5%	65歳以上 男性	58%
65歳以上 女性	35.2%	38.0%	65歳以上 女性	48%

<出典> 石川県：県民健康・栄養調査、 全国：平成28年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

④ 喫煙・多量飲酒の状況

- ・成人の喫煙率は、女性よりも男性が高いものの、成人男性の喫煙率は低下しており、全国と比べても低くなっていますが、喫煙や受動喫煙は循環器病の危険因子であるため、禁煙及び受動喫煙防止に向けた普及啓発を行っていく必要があります。
- ・多量飲酒者（生活習慣病のリスクを高める飲酒をする者）の割合は、全国と比べ男女とも低い状況ですが、生活習慣病や循環器病を予防するため、適正飲酒について普及啓発を行っていく必要があります。

表 喫煙率

	H23	H28 (直近値)	<参考> 全国 H28	[参考] いしかわ健康フロンティア 戦略2018 目標値 (R5)	
成人男性	31.9%	28.8%	30.2	成人男性	25%以下
成人女性	6.9%	7.4%	8.2	成人女性	6%以下

<出典> 石川県：県民健康・栄養調査、 全国：平成28年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

表 多量飲酒者（生活習慣病のリスクを高める飲酒をする者）の割合

※1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合

	H28 (直近値)	<参考> 全国 H28	[参考] いしかわ健康フロンティア 戦略2018 目標値 (R5)	
成人男性	13.7%	14.6%	成人男性	13%
成人女性	7.1%	9.1%	成人女性	6.4%

<出典> 石川県：県民健康・栄養調査、 全国：平成28年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

⑤ 歯と口腔の状況

進行した歯周炎を持つ人の割合は40～60歳代で半数以上を占めています。

歯周病は、生活習慣病の発症や進行に関連するため、歯と口腔の健康維持について普及啓発を行っていく必要があります。

表 進行した歯周炎(4mm以上の歯周ポケット)を有する者の割合

	H28	[参考] 第2次いしかわ歯と口腔の健康づくり推進計画 目標値(R5)	
40歳代	58.3%	40歳代	52%
50歳代	63.3%	50歳代	57%
60歳代	65.6%	60歳代	59%

<出典> 事業所及び市町歯周病検診結果（石川県）

(2) 循環器病の発症予防・重症化予防に関する普及啓発

- 循環器病の最大の危険因子である高血圧の予防や適切な管理について啓発していく必要があります。また、心房細動は、脳卒中や心不全の発症及び増悪に影響を与えるので、放置することのないよう早期受診の必要性について普及啓発を行っていく必要があります。
- 歯周病と糖尿病等の生活習慣病の発症や進行には、相互に関連があるため、歯周病予防は全身の健康を維持するうえでも重要です。本県では、進行した歯周炎を有する者の割合は40～60歳代で半数以上を占めており、適切なセルフケアに加え、定期的にかかりつけ歯科医を受診し、プロフェッショナルケアを受けることの重要性について普及啓発を行っていく必要があります。
- 高齢者については、咀嚼能力の低下、消化・吸収率の低下、運動量の低下等に伴い、食事摂取量が減少し、加齢とともに低栄養の状態の者が増加する傾向にあります。低栄養状態は脳卒中発症急性期の転帰不良因子でもあることから、低栄養状態予防のため、バランスの良い食事を摂る重要性や身体活動の重要性について、普及啓発を行っていく必要があります。

【今後の施策の方向性】

《段階に応じた普及啓発の方向性》

○ 1次予防

<生活習慣の管理と危険因子の発現予防>

- ・循環器病の危険因子の発現予防のため、減塩、禁煙、節酒、身体活動量の増加を含む栄養・食生活、歯・口腔の健康など適切な生活習慣が循環器病の危険因子の発現を予防することを普及啓発します。
- ・本県では、「いしかわ健康フロンティア戦略」の目標値と比べて、塩分摂取量が多く、野菜摂取量が少ないことから、減塩や野菜摂取の必要性や工夫等について普及啓発します。
- ・高齢者に対しては、加齢とともに増加する低栄養状態の予防・改善のため、正しい食生活の実践や口腔機能の維持・向上について普及啓発します。

<循環器病の発症予防と危険因子の管理>

- ・循環器病の発症予防のための主要な危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病、肥満症、慢性腎臓病（CKD）、心房細動、歯周病の適切な管理（適切な治療、治療の継続）や適切な生活習慣の改善が重要であることを普及啓発します。

○ **2次予防 ～循環器病の早期発見と早期治療～**

- ・自身が気付かないうちに病気が進行することのないよう、早期発見、早期治療のための特定健康診査や特定保健指導、歯科検診等の受診勧奨に努めます。
- ・循環器病発症時の前触れ症状の理解や発症時の医療機関への早期受診の重要性及び医療機能の情報提供を行います。

○ **3次予防 ～循環器病発症後の再発防止と合併症等の重症化予防～**

- ・重症化予防、再発予防のための危険因子の管理（治療の継続、生活習慣の改善等）が重要であることを普及啓発します。
- ・発症後、再発予防や重症化予防のための危険因子の適切な管理の必要性等や再発時の前触れ症状の理解や医療機関への早期受診の重要性について情報提供を行います。

《普及啓発の方法》

- ホームページ、SNSの活用などにより、循環器病に関する正しい知識を普及啓発します。
- 生活習慣に課題の多い働く世代に対し、保険者や事業所等と連携し、生活習慣の改善に係る普及啓発を推進します。
- 減塩や野菜摂取の必要性や工夫等について啓発するとともに、企業や市町、特定給食施設等と連携した取組を進めます。また、塩分控えめや野菜たっぷり等、健康に配慮した食事を提供する店（ほっと石川健康づくり応援の店）の普及を推進します。
- 子どもの頃から適切な生活習慣や循環器病に関する知識を普及啓発するにあたり、学校や関係課等と連携し、取組を推進します。
- 高齢者に対する循環器病予防のための適切な生活習慣、危険因子の管理の重要性や低栄養状態の予防等の普及啓発については、市町や関係団体等と連携し、取組を推進します。
- 心血管疾患について、家族など周囲にいる者が、発症後速やかに救急要請を行うことや、AEDの使用を含めた救急蘇生等適切な処置が実施できるよう、消防機関等と協力し、県民に対して初期症状の早期発見や発症早期における対応の重要性についての普及啓発を推進します。

2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

【現状と課題】

- 循環器病の多くは、不健康な生活習慣の継続等に端を発して発症し、自身が気付かないうちに病気が進行することも多いですが、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、予防の観点から、循環器病の早期診断及び治療介入が重要であり、また、主要な危険因子である生活習慣病の予防や早期発見のための健康診査等の受診、行動変容をもたらす保健指導が重要となります。
- 循環器病の危険因子を早期に発見するため、特定健康診査等の受診と特定保健指導等により生活習慣の改善を促すことが重要です。

《特定健康診査・特定保健指導の状況》

特定健康診査受診率は年々高くなってきており令和元年度は60.4%と全国（55.3%）より高く推移しています。

特定保健指導実施率は、令和元年度に26.7%と低下しましたが、全国（23.2%）より高く推移しています。

図 特定健康診査受診率の推移

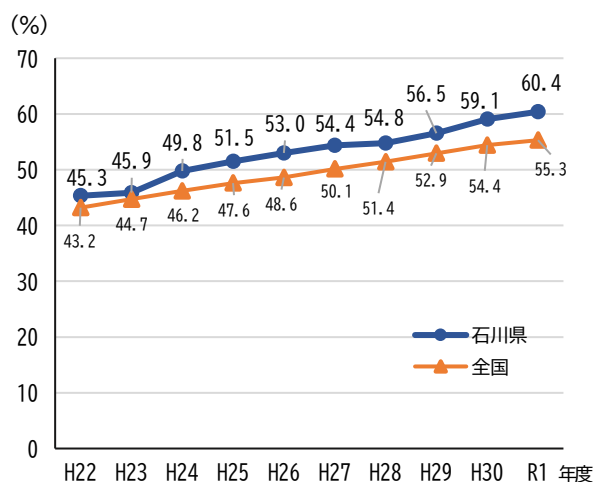
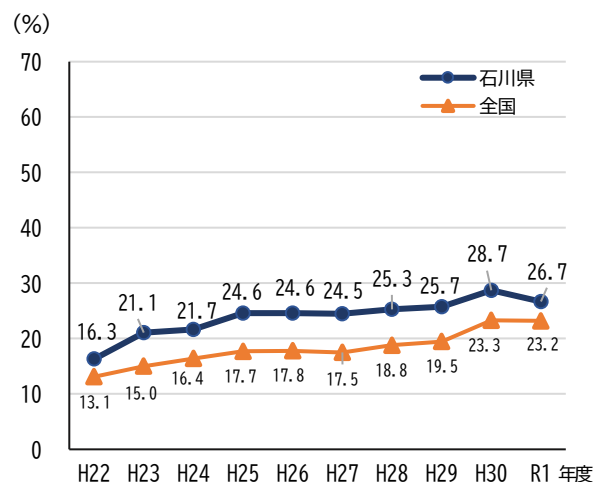


図 特定保健指導実施率の推移



<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）

《危険因子の状況》

① メタボリックシンドロームの状況

メタボリックシンドローム該当者の割合は、年々増加傾向にあり、全国より高く推移しています。

メタボリックシンドローム予備群者の割合は、横ばいに推移しており、全国より低く推移しています。

図 メタボリックシンドローム該当者の割合の推移

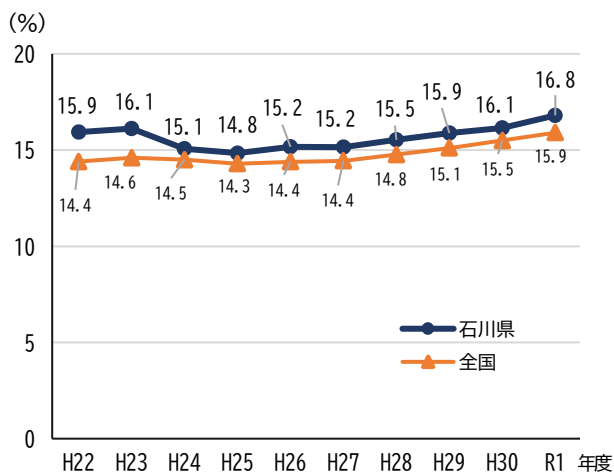
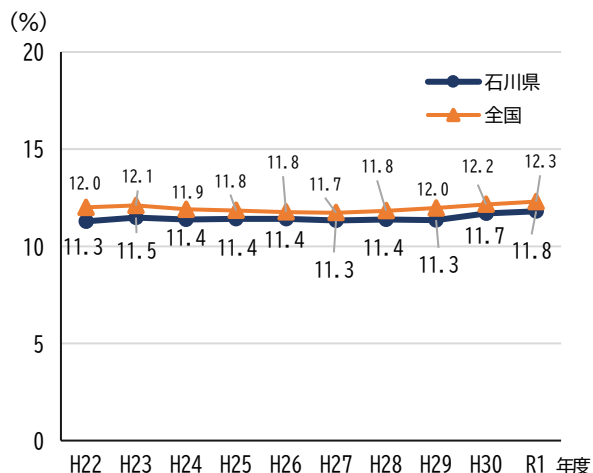


図 メタボリックシンドローム予備群者の割合の推移

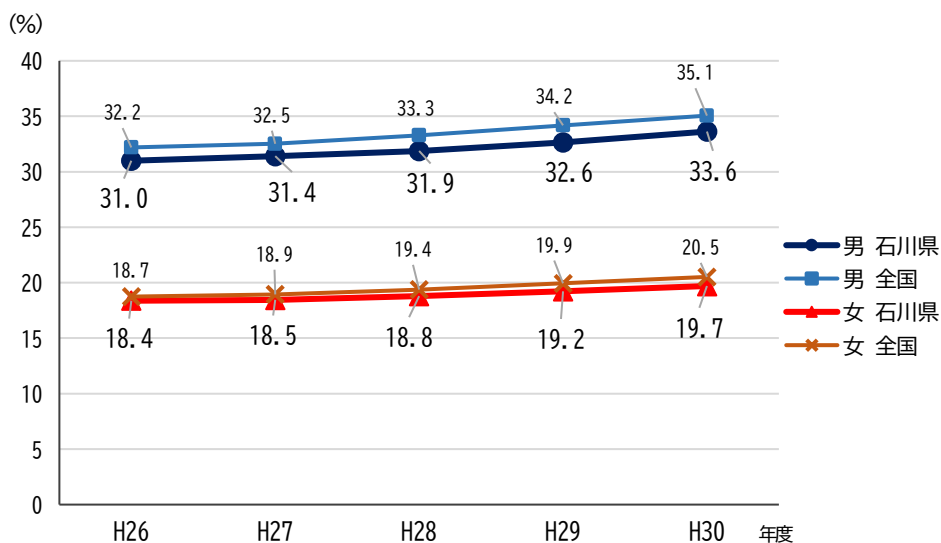


<出典> 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）

② 肥満（BMI）

BMI 25.0以上の者の割合は、男女とも全国より低い状況で推移していますが、年々上昇傾向にあります。

図 BMI 25.0以上の者の割合の推移



<出典> NDB オープンデータ（厚生労働省）

③ 血圧の状況

収縮期血圧 140mmHg 以上の者の割合、拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合は、男性は全国より高い状況で、女性は全国とほぼ同等で、横ばいに推移しています。

図 収縮期血圧 140mmHg 以上の者の割合の推移

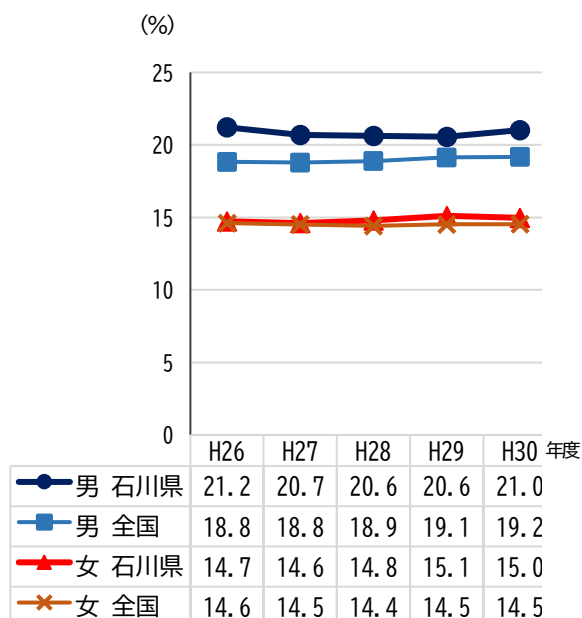
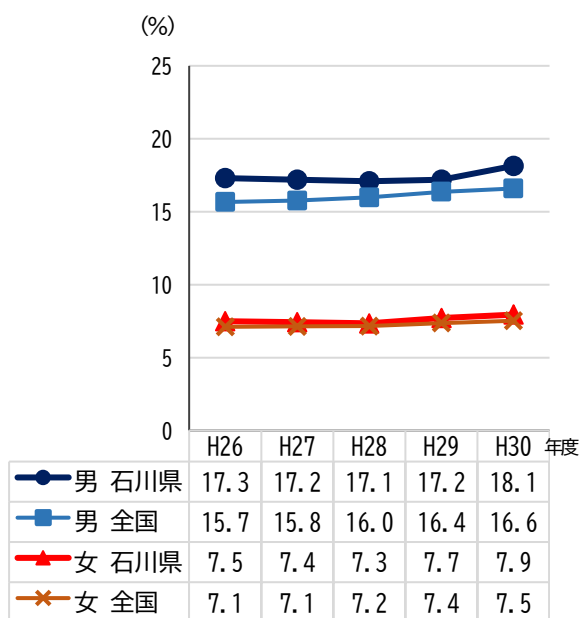


図 拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合

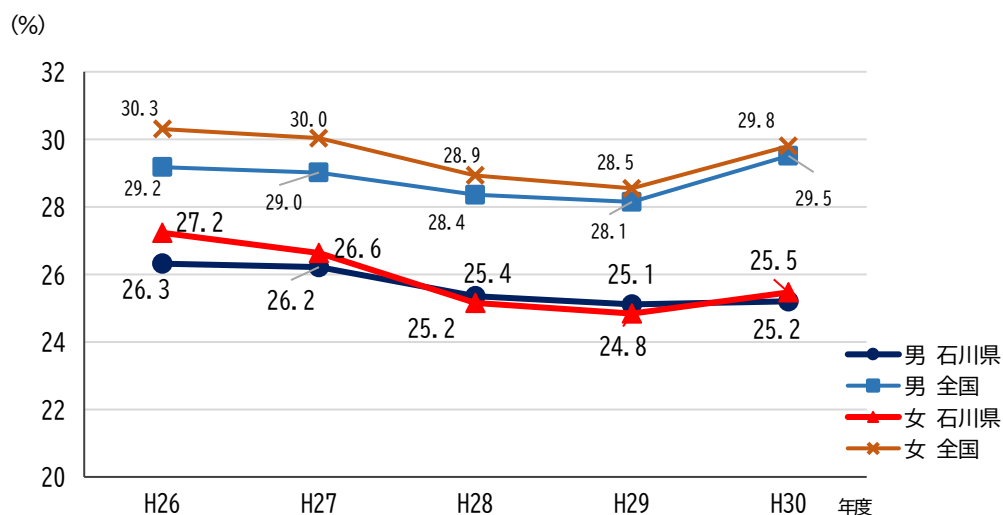


<出典> NDB オープンデータ (厚生労働省)

④ LDLの状況

LDL 140mg/dl 以上の者の割合は、男女とも全国より低い状況で推移しています。

図 LDL 140mg/dl 以上の者の割合の推移



<出典> NDB オープンデータ (厚生労働省)

⑤ HbA1cの状況

HbA1c6.5%以上の者の割合は、男性が高く、男女とも全国より高い状況で横這いに推移しています。HbA1c8.0%以上の者の割合では、男性が高く、男女とも全国とほぼ同等に横這いに推移しています。

図 HbA1c6.5%以上の者の割合の推移

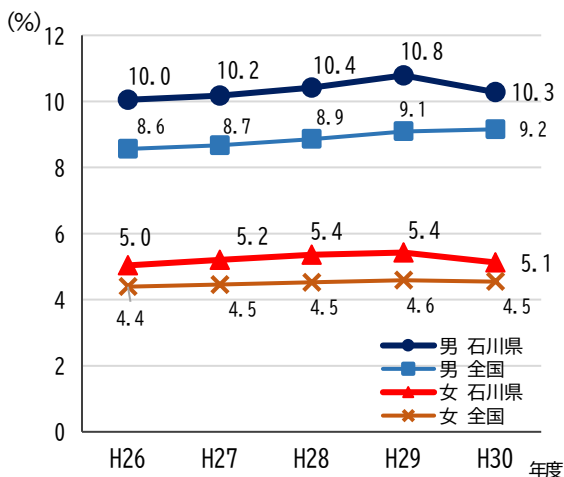
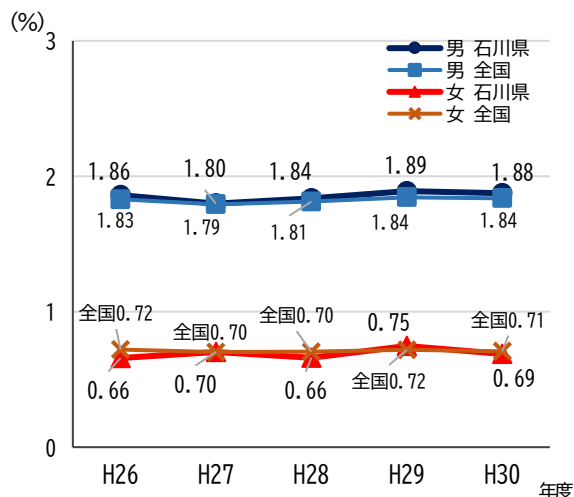


図 [再掲] HbA1c8.0%以上の者の割合



<出典> NDB オープンデータ (厚生労働省)

【今後の施策の方向性】

- 循環器病をはじめとする生活習慣病の予防及び早期発見に資する特定健康診査や特定保健指導について、保険者協議会や事業所等と連携し、健診受診率及び保健指導実施率の向上に努めます。
- 心房細動は脳卒中や心不全の発症に影響があるため、心房細動と分かった健診受診者に、医療機関の受診を勧奨するとともに、心房細動の早期発見の重要性や心房細動患者における循環器病発症予防の普及啓発を推進します。
- 高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満症、慢性腎臓病の基礎疾患が疑われる健診受診者に対する受診勧奨の他、基礎疾患を有する健診受診者で未治療や治療中断している者に対する医療機関への受診勧奨を推進します。
- 循環器病の発症予防のためには、危険因子の管理が重要であることを普及啓発するとともに、危険因子のコントロール不良者など、必要に応じて、かかりつけ医や専門医等と連携した保健指導体制を推進します。
- 糖尿病について、糖尿病未治療者・治療中断者を治療に結びつけるとともに、糖尿病の重症化を予防するため、医療保険者や医師会等と連携し、「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の活用を推進するとともに、地域の実情に応じた取組を支援します。
- 特定健康診査や特定保健指導の効果的な実施を図るため、保険者協議会等と連携し、従事者に対する研修会の開催など、その支援を行います。

(2) 救急搬送体制の整備

【現状と課題】

- 循環器病は急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多い疾患です。循環器病の治療に関しては、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、早急に適切な診療を開始する必要があります。このため、本人や周囲の者が速やかな救急要請及び救急蘇生の実施ができるよう発症時の対処法に関する教育・啓発の充実が必要です。
- 平成 22 年 4 月からは、脳卒中や急性心筋梗塞などを対象とした「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を作成・運用し、救急隊による傷病者の搬送及び医療機関による傷病者の受入の迅速かつ適切な実施を図っています。
- 消防機関と救急医療機関の緊密な連携を図るため、石川県メディカルコントロール協議会が設置されており、救急活動プロトコルの策定や、気管挿管及び薬剤投与を実施できる救急救命士の認定、救急救命士が行った救急活動の事後検証の実施などを行っています。

表 県内の急病のうち「脳疾患」及び「心疾患」にかかる搬送人員及び平均搬送時間

		H28	H29	H30	R1	R2
脳疾患	搬送人員（件）	2,370	2,448	2,219	2,268	2,068
	平均搬送時間（分）	34.0	33.5	35.1	34.6	35.7
心疾患等	搬送人員（件）	2,627	3,022	2,983	2,933	2,654
	平均搬送時間（分）	33.1	31.7	32.9	33.1	33.4

<出典> 県内各消防本部に対する収容時間別搬送人員調（地域医療推進室調）

【今後の施策の方向性】

- 脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請及び救急蘇生の実施ができるよう、県民に対し AED の使用を含めた発症時の対処法について普及啓発を図ります。
- 県メディカルコントロール協議会等を通して、消防機関と医療機関の連携強化を図り、地域の実情に応じた救急搬送体制の充実を図ります。
- 救急活動プロトコルや傷病者の搬送と受入れの実施に関する基準の整備・運用により、発症後迅速に、診断および治療が可能な救急医療機関へ搬送できるような体制を推進します。

(3) 切れ目のない医療提供体制の構築

《脳卒中に関する医療提供体制》

【現状と課題】

- 脳血管疾患の受療率や年齢調整死亡率は近年低下傾向にあります。また、令和元年国民生活基礎調査によれば、要介護状態となる原因疾患のうち、脳血管疾患が占める割合は、第2位を占めており、介護度が重度なほどその割合が高くなっています。
- 本県では、脳血管疾患の受療率は、平成29年に入院では174（全国値115）と高い状況ですが、外来では60（全国値68）と低くなっており、平均在院日数は78.6日（全国値78.2日）と長い状況です^{注1)}。
- 本県で、令和2年には年間1,013人が脳血管疾患で亡くなり、死亡全体の8.0%を占め、死因の第4位となっています。平成27年の年齢調整死亡率では、男36.0（全国30位）・女21.9（全国19位）で低下傾向にあります^{注2)}。

表 脳血管疾患による受療率(人口10万対)

	受療率 (特定日に疾病治療のため入院・通院した推計患者数の人口10万人との比率)								
	総計			入院			外来		
	H23	H26	H29	H23	H26	H29	H23	H26	H29
石川県	276	212	234	198	160	174	78	52	60
全国	226	199	183	137	125	115	89	74	68

表 脳血管疾患による平均在院日数

	脳血管疾患の 退院患者平均在院日数 (日)		
	H23	H26	H29
	石川県	139.0	130.1
全国	93.0	89.5	78.2

注1) 資料：患者調査(厚生労働省)

表 脳血管疾患による死亡数(人)

	計			男			女		
	H22	H27	R2	H22	H27	R2	H22	H27	R2
石川県	1,245	1,132	1,013	614	498	472	631	634	541
全国	123,461	111,974	102,978	60,186	53,576	50,390	63,275	58,397	52,588
南加賀	270	197	199	125	79	94	145	118	105
石川中央	603	607	540	315	282	258	288	325	282
能登中部	203	195	169	99	79	73	104	116	96
能登北部	169	133	105	75	58	47	94	75	58

表 脳血管疾患による年齢調整死亡率

	男		女	
	H22	H27	H22	H27
石川県	49.7	36.0	25.3	21.9
全国	49.5	37.8	26.9	21.0
南加賀	50.3	29.9	27.8	17.5
石川中央	48.4	36.9	22.4	22.1
能登中部	50.4	36.6	22.5	27.4
能登北部	53.2	40.9	46.9	25.2

注2) 資料：人口動態統計(厚生労働省)

① 急性期医療

脳卒中の急性期医療においては、救命救急医療に加えて、機能障害を改善し、あるいは最小限にとどめるために、専門医の確保や診療機器の整備などを含めた医療提供体制の充実が求められます。

脳卒中の治療としては、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室（脳卒中ケアユニット）等での入院管理や、発症 4.5 時間以内の脳梗塞に対する t-PA(組織プラスミノゲンアクチベーター)による血栓溶解療法等の有効性が確認されています^{注4)}。また、発症後 6 時間以内の脳梗塞患者の一部が対象となる経動脈的血栓溶解療法や、原則として発症後 8 時間以内の脳梗塞患者の一部が対象となる機械的血栓除去術など、その他の超急性期の再開通治療の適応についても考慮することが必要です。

本県では、救急患者の円滑な受入、転院搬送を行うため、能登地域の 8 病院及び加賀地域の 12 病院の間でスマートフォンを用いた脳卒中の遠隔画像伝送システムが運用されており、県内全域において二次医療圏を越えた連携体制が構築されています。

注3) 『脳卒中治療ガイドライン 2015』、『rt-PA(アルテプラゼ)静注療法適正治療指針第二版』（日本脳卒中学会）

表 t-PA による血栓溶解療法の実施状況

	H28	H29	H30	R1	R2
実施可能な医療機関数	17	15	15	16	18
実施件数	100	—	120	141	152

※機械的血栓除去術が可能な医療機関数：12 機関（H30 年度）

※頸動脈的な選択的局所血栓溶解療法が可能な医療機関数：11 機関（H30 年度）（地域医療推進室調べ）

表 脳卒中遠隔画像伝送システムの利用件数

	H28	H29	H30	R1	R2
能登	131	58※	132	183	210
加賀	354	219	241	238	270

※能登の H29 については、使用停止期間があったため実績が減少している（地域医療推進室調べ）

② 回復期、維持期医療

脳卒中の回復期・維持期医療においては、残存した障害に対して適切かつ継続的なりハビリテーションサービスを提供し、再発を最小限にとどめて地域において自立した生活を送ることができるよう支援するための体制の充実が必要です。

令和 3 年 12 月現在、回復期の身体機能を回復させるリハビリテーションが可能として、後掲の脳卒中に関する医療機関リストに掲載された医療機関^{注4)}のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関は 14 施設（病床数 669 床）、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料届出医療機関は 28 施設（病床数 1,257 床）です。また、県内の脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関は 69 施設^{注5)}となっており、脳卒中患者に対するリハビリテーションや嚥下訓練の実施件数は、人口あたりの比較で全国平均を上回っています。

注4) 地域医療推進室調べ 注5) R2 年 3 月現在、診療報酬施設基準

③ 地域連携クリティカルパスの活用

急性期から回復期、維持期にいたるまで、地域連携クリティカルパスの活用により質の高い医療を効率的に、切れ目なく提供することが必要であり、現在県内を2地域（加賀地域、能登地域）に分け、地域連携クリティカルパスを作成・運用しています。また、脳卒中の地域連携協議会では、在宅療養に携わる多職種が参加する在宅医療連携グループとのコラボ研修会を開催しています。

表 医療機関リストに掲載された医療機関のうち地域連携クリティカルパスを導入している数

医療機関 リスト区分	加賀地域	能登地域
急性期	17	8
回復期	25	7

(H30年2月現在、地域医療推進室調べ)

表 地域連携クリティカルパスの活用状況

	H28	H29	H30	R1	R2
加賀地域	489	521	551	569	543
能登地域	677	671	627	611	663

(地域医療推進室調べ)

<脳卒中とは>

○脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別される。

脳梗塞：①アテローム硬化（動脈硬化）により血管の内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム血栓性脳梗塞、②脳の細かい血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、③心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性脳塞栓、の3種類

脳出血：脳の細かい血管が破綻するもの

くも膜下出血：脳動脈瘤が破綻し出血するもの

<脳卒中の急性期治療>

○脳梗塞の治療：

発症後4.5時間以内の超急性期では、t-PA（組織プラスミノゲンアクチベーター）の静脈内投与による脳血栓溶解療法が有効。発症から6時間以内に治療開始が可能な場合、経動脈的な選択的局所血栓溶解療法は、来院時の症候が中等症以下で、CT上梗塞巣を認めないか軽微な梗塞にとどまる症例に対して推奨される。発症から8時間以内の治療開始が可能な場合、施設によっては血管内治療による血栓除去術を行うことを考慮する。

また、超急性期の再開通治療の適応外患者も、できるだけ早期に脳梗塞の原因に応じた抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法を行う。

○脳出血の治療：

血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是非が主体であり、出血部位（皮質・皮質下出血や小脳出血等）により手術の適応あり。

○くも膜下出血の治療：

動脈瘤の再破裂の予防が重要で、開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を行う。

【疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（脳卒中の医療体制構築に係る指針）より】

（平成29年3月31日医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

【日本脳卒中学会『脳卒中治療ガイドライン2015』より】

<脳卒中の回復期リハビリテーション>

○脳卒中が安定して急性期治療がほぼ終了した時期に、残った症状の回復を目指し、日常生活動作や歩行の自立を目標として、障害に応じて医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などがチームを組んで集中的、専門的に実施するリハビリテーション。

脳卒中の医療体制

病期	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当・ 病院前救護	救急医療	身体機能を 回復させるリハ ビリテーション	日常生活へ の復帰及び 維持のため のリハビリ テーション	《在宅療養》 生活の場での 療養支援
目標	●脳卒中の 発症予防	●発症後迅速な急 性期病院到着 ●超急性期血栓 溶解療法の適用 時間を超える場 合でも効果的治 療が可能な急性 期病院への到着	●来院後1時間以内(発症後 4.5 時間以内)の専門的 治療開始(4.5 時間を超 える場合でも血管内治療 など高度専門治療の実施 について検討) ●誤嚥性肺炎等の合併症の 予防及び治療 ●急性期を行うリハビリテ ーション実施	●回復期に行うリ ハビリテーショ ン実施 ●再発予防治療、 基礎疾患・危険 因子の管理 ●誤嚥性肺炎等の 合併症の予防	●維持期に行 うリハビリテ ーション実施 ●在宅等への 復帰及び生 活の継続支 援 ●誤嚥性肺炎 等の合併症 の予防	●在宅療養支援 ●希望する患者 に対する看取 り
求められる要件	①基礎疾 患・危険 因子の管 理 ②突然の症 状出現時 の対応に ついて、 本人等に 教育・啓 発 ③突然の症 状出現時 における 急性期病 院への受 診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ①速やかな救急 搬送要請 【救急救命士】 ②適切な観察・ 判断・処置 ③急性期病院に 迅速に搬送	【専門的な救急医療】 ①CT・MRI検査を原則と して 24 時間実施 ②専門的診療を原則として 24 時間実施 ③来院後速やかに外科的 治療が実施可能または実 施可能な医療機関との連 携 ④呼吸管理等の全身管理 や合併症治療の実施 ⑤誤嚥性肺炎予防のため の多職種連携 ⑥廃用症候群 [※] や合併症の 予防、セルフケアの早期 自立のためのリハビリテ ーション実施 ※来院後早期にt-PA な どの脳血栓溶解療法を 実施できることが望まし い 【初期・軽度の救急医療】 ※初期診断、必要な治療 を実施し、必要に応じ専 門的な救急医療機関に 転送	①再発予防治療、 基礎疾患・危険 因子の管理 ②抑うつ状態や認 知症など脳卒中 後の合併症への 対応 ③機能障害の改善 及びADL [*] 向上 のリハビリテ ーションを集中的 に実施 ④誤嚥性肺炎予防 のための多職種 連携	①再発予防治 療、基礎疾 患・危険因子 の管理 ②抑うつ状態 への対応 ③生活機能の 維持・向上の リハビリテ ーション実施 ④誤嚥性肺炎 予防のため の多職種連 携 ⑤在宅復帰の ための居宅 介護サービ スを調整	①再発予防治 療、基礎疾患・ 危険因子の管 理 ②抑うつ状態へ の対応 ③生活機能の維 持・向上のリハ ビリテーション 実施 ④訪問看護ステ ーション、調剤 薬局と連携し た在宅医療 ⑤希望する患者 に対する居宅 での看取り ⑥居宅介護サー ビスとの連携 ⑦口腔ケアの実 施
連携			○医療施設間における診療情報・治療計画の共有			
医療提供施設等の種別	○診療所等		【専門的な救急医療】 ○脳卒中の専門的な医療 機関 脳卒中に関する 医療機関リスト(次頁) 【初期・軽度の救急医療】 ○救急告示病院等	○回復期リハビリ テーション病棟 入院料、地域包 括ケア病棟入院 料または入院医 療管理料、脳血 管疾患等リハビ リテーション料 のいずれかの届 出病院 脳卒中に関する 医療機関リスト (次頁)	○介護老人保 健施設 ○生活機能の 維持向上の ためのリハ ビリテーショ ンを行う病院 又は診療所	○診療所(医科・ 歯科)等

※ 廃用症候群：体を動かさないことによって起こる、体の不調や障害。寝たきり生活が続いて起こる褥瘡や、筋力低下、関節が固まったり、骨粗しょう症が生じることもある。精神活動性が低下するなど、心理面にも影響する。
 ※ ADL：「Activities of Daily Living」の略で、食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起きなど、日常生活を送るために必要な基本動作（日常生活動作）。高齢者の身体活動能力や障害の程度を図る指標。

脳卒中に関する医療機関リスト

このリストは、脳卒中の急性期及び回復期の医療機能を担う医療機関に求められる要件を基本的に充足し、かつ、医療計画にその名称を掲載することを希望した医療機関を掲載するものである。
 なお、当該リストは、今後、各医療機関の医療体制の変更や診療実績等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

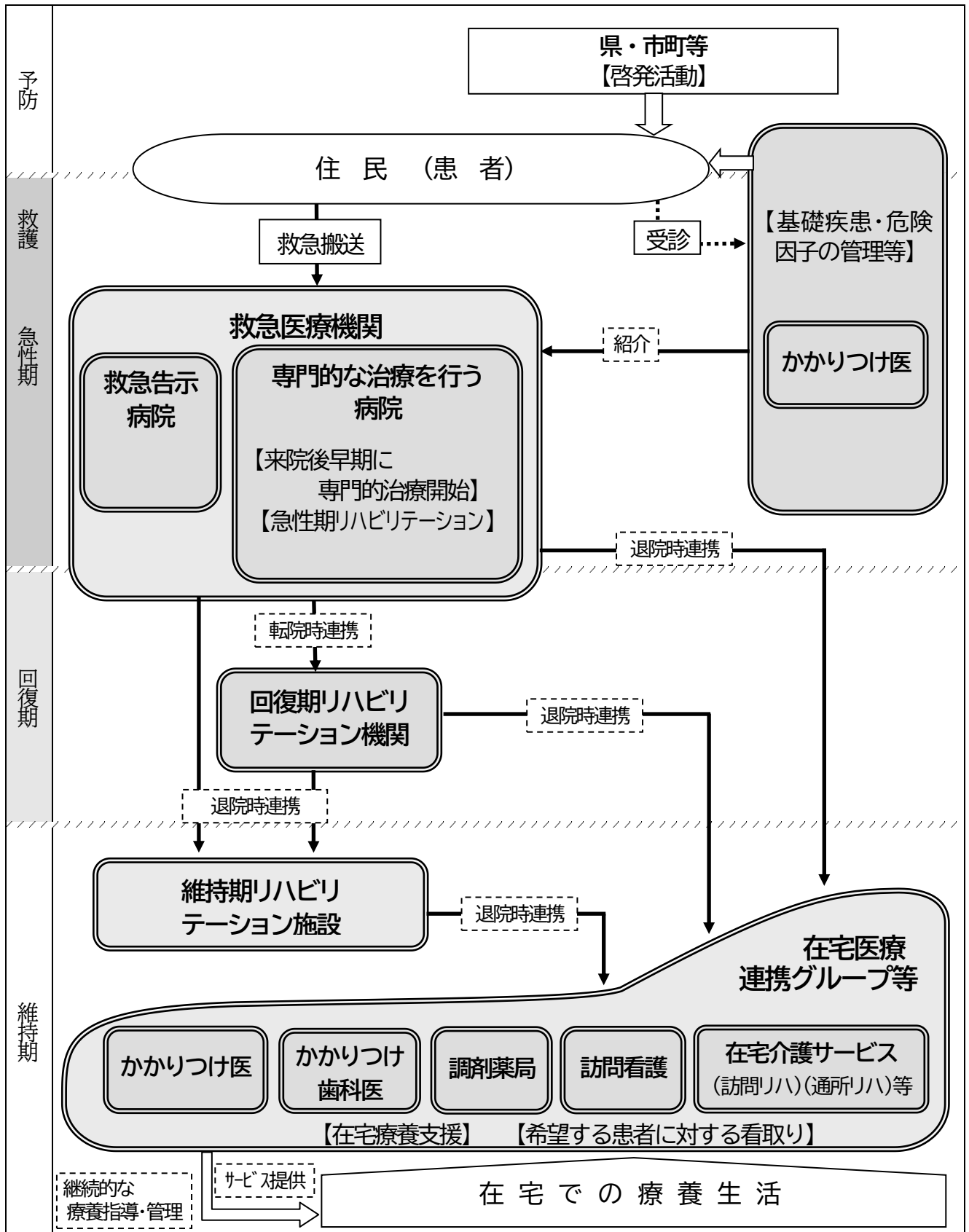
【令和3年12月末現在】

医療圏	病院名	急性期の救急医療を行う病院						回復期における医療機能としての身体機能を回復させるリハビリテーションを行う病院		
		脳卒中の専門的診療 (外科的治療・内科的治療)が可能		脳卒中の専門的診療 のうち内科的治療のみ可能		(参考) t-PAによる脳血栓 溶解療法の実施体制の整備 状況	(参考) 機械的血栓除去術等の血管 内治療の実施体制の整備状況	回復期 リハビリ テーション 病棟の有無	(参考) 地域包括 ケア病 棟・病床 の有無	
		(1) 24時間可 能(オン コール対 応含む)	(2) 通常の診 療時間帯 のみ可能	(3) 24時間可 能(オン コール対 応含む)	(4) 通常の診 療時間帯 のみ可能	状況	状況			
南加賀	加賀市医療センター	○				○	○(注)	○	○	
	小松市民病院	○				○	○	○	○	
	芳珠記念病院				○	○	○(注)	○	○	
	森田病院							○	○	
	やわたメディカルセンター				○			○	○	
石川中央	浅ノ川総合病院	○				○	○	○	○	
	石川県済生会金沢病院							○	○	
	石川県立中央病院	○				○	○	○	○	
	伊藤病院							○	○	
	金沢医科大学病院	○				○	○	○	○	
	金沢医療センター	○				○	○	○	○	
	金沢古府記念病院		○					○	○	
	金沢市立病院	○				○	○	○	○	
	金沢赤十字病院			○		○	○	○	○	
	金沢大学附属病院	○				○	○	○	○	
	金沢西病院				○			○	○	
	金沢脳神経外科病院	○				○	○	○	○	
	公立河北中央病院				○			○	○	
	公立つるぎ病院							○	○	
	公立松任石川中央病院			○		○		○	○	
	城北病院				○			○	○	
	新村病院							○	○	
	すずみが丘病院							○	○	
	整形外科米澤病院							○	○	
	千木病院							○	○	
地域医療機能推進機構金沢病院	○				○	○	○	○		
北陸病院			○				○	○		
南ヶ丘病院							○	○		
みらい病院							○	○		
能登中部	恵寿総合病院	○				○	○(注)	○	○	
	公立能登総合病院	○				○	○	○	○	
	公立羽咋病院		○			○		○	○	
	町立富来病院				○			○	○	
能登北部	公立穴水総合病院				○			○	○	
	公立宇出津総合病院			○				○	○	
	市立輪島病院				○			○	○	
珠州市総合病院	○				○	○(注)	○	○		
計	13	2	4	8	17	14	33	14	28	

(注) 外部の病院との連携によって機械的血栓除去術等の血管内治療が可能な病院

[医療圏毎に五十音順で記載]

脳卒中の医療連携体制



【取り組むべき施策】

① 急性期における医療体制

- 診断体制の整備
 - ・発症後早期に適切な診断が可能な体制を整備します。
 - ・遠隔画像診断の有効活用など、医療機関の機能分化とその連携体制の構築を図ります。
- 治療体制の整備
 - ・脳卒中遠隔画像伝送システムを活用するなど、二次医療圏を超えた医療機関の連携を図り、県内全域において、超急性期の再開通治療の適応も考慮した脳卒中の専門的治療ができる体制を推進します。
 - ・血栓溶解療法や血管内治療など低侵襲な治療の普及を図るとともに、手術等の急性期医療が可能な医療機関間の連携体制の構築を図ります。

② 回復期・維持期における医療体制

- 急性期から回復期・維持期に至るリハビリテーション実施体制の充実および再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理の充実を図ります。また、誤嚥性肺炎などの合併症予防のために、摂食嚥下機能の維持・改善のためのリハビリテーションや口腔ケアの実施について、多職種による介入を強化します。さらに、菌性感染症や口腔粘膜炎の治療、義歯の調整など専門的口腔管理が必要な場合には、歯科医療機関との医科歯科連携を推進します。
- 地域連携クリティカルパスの活用や医療・介護従事者を対象とした研修の開催などにより、専門的治療を行う医療機関、各段階のリハビリテーションを行う施設、かかりつけ医などが連携体制を構築しながら切れ目のない医療を提供するとともに、在宅医療を行う機関等との連携体制を推進します。

③ 在宅医療・介護サービスとの連携

- かかりつけ医による再発予防を含めた療養管理・指導のもと、地域包括支援センターなど関連する機関との連携を図りながら、必要な在宅サービスが提供される体制を推進します。
- 脳卒中の急性期医療機関及び回復期医療機関は、各地域の在宅医療を支える人材が集まり整備された「在宅医療連携グループ」と連携し、研修会等を通じて相互の理解と知識の向上を図るとともに、患者の退院前から在宅医療を担う機関との調整を行うなど、在宅での療養生活を支援します。

④ 人材の養成

- 脳卒中の診断や、専門的治療を担う急性期から回復期・維持期に至るリハビリテーションなど、病期に応じて必要な人材の養成を図ります。

⑤ 地域住民への啓発の推進

- 脳卒中の危険因子、前触れ症状や発症時の早期受診の重要性及び医療機関等の医療機能について情報提供を推進します。

《心血管疾患に関する医療提供体制》

【現状と課題】

- 心血管疾患には、急性心筋梗塞などの虚血性心疾患、大動脈解離、心不全などがあり、本県の死亡原因の第2位を占めています。
- 本県では、心疾患の受療率は、平成29年に入院で86（全国値50）、外来で88（全国値106）と比較的高い状況であり、平均在院日数は21.8日（全国値19.3）と長い状況です^{注1)}。
- 本県の心疾患による令和2年の死亡数は1,894人であり、そのうち急性心筋梗塞による死亡数は321人（心疾患の約17%、全死亡数の約3%）となっています。
心疾患の年齢調整死亡率は男60.1（全国37位）、女32.9（全国27位）で低下傾向にあります^{注2)}。

表 心疾患・虚血性心疾患による受療率(人口10万対)

	受療率（上段：心疾患（高血圧性のものを除く）、下段：虚血性心疾患） （特定日に疾病治療のため入院・通院した推計患者数の人口10万人との比率）								
	総計			入院			外来		
	H23	H26	H29	H23	H26	H29	H23	H26	H29
石川県	202	163	174	76	66	86	126	97	88
	85	69	64	21	21	23	64	48	41
全 国	153	153	156	46	47	50	107	105	106
	62	59	56	13	12	12	49	47	44

表 心疾患・虚血性心疾患による平均在院日数

	退院患者平均在院日数（日） （上段：心疾患（高血圧性のものを除く）、下段：虚血性心疾患）		
	H23	H26	H29
	石川県	27.2	16.3
11.1		8.5	5.8
全 国	21.9	20.3	19.3
	9.5	8.2	8.6

注1) 資料：「患者調査」（厚生労働省）

表 心疾患・急性心筋梗塞による死亡数

	死亡数(人) （上段：心疾患、下段：急性心筋梗塞）								
	計			男			女		
	H22	H27	R2	H22	H27	R2	H22	H27	R2
石川県	1,818	1,885	1,894	805	801	856	1,013	1,084	1,038
	412	360	321	213	199	195	199	161	126
全 国	189,360	196,113	205,596	88,803	92,142	99,304	100,557	103,971	106,292
	42,629	37,222	30,538	23,497	21,137	17,922	19,132	16,085	12,616
南加賀	382	348	394	166	160	185	216	188	209
	69	63	66	32	42	41	37	21	25
石川中央	885	978	1,005	388	429	462	497	549	543
	210	185	183	114	99	110	96	86	73
能登中部	284	319	294	133	117	132	151	202	162
	46	54	43	27	24	29	19	30	14
能登北部	267	240	201	118	95	77	149	145	124
	87	58	29	40	34	15	47	24	14

注2) 資料：「人口動態統計」（厚生労働省）

表 心疾患・急性心筋梗塞による年齢調整死亡率

	年齢調整死亡率 (上段：心疾患、下段：急性心筋梗塞)			
	男		女	
	H22	H27	H22	H27
石川県	70.7	60.1	39.9	32.9
	19.5	16.8	9.7	5.6
全 国	74.2	65.4	39.7	34.2
	20.4	16.2	8.4	6.1
南加賀	74.1	61.3	42.0	30.9
	14.8	-	9.7	-
石川中央	62.4	58.1	37.0	32.6
	19.0	-	8.6	-
能登中部	81.5	62.1	41.4	34.4
	16.3	-	7.4	-
能登北部	104.1	69.1	49.0	41.7
	41.5	-	18.8	-

注2) 資料：「人口動態統計」(厚生労働省)

① 急性期医療

心血管疾患に対する急性期治療は、内科的治療、冠動脈インターベンション治療に代表されるカテーテル治療、外科的治療に大別され、代表的な例としては、内科的な治療が中心となる心不全、カテーテル治療が中心となる急性心筋梗塞、外科的治療が必要となる場合が多い急性大動脈解離が挙げられます。

急性期の死亡率を減少させるため、専門医療機関は、専門医の確保や診療機器の整備など、医療提供体制の充実に努めるとともに、診断と治療とを一体的に実施できる冠動脈造影検査を発症後速やかに実施する体制を整えるなど、迅速に治療を行うことができる体制を確保することが求められます。

また、心血管疾患の専門医療機関には、内科的治療のみ実施できる医療機関、冠動脈インターベンション治療ができる医療機関、外科的治療を含め包括的に治療ができる医療機関があることから、外科的治療ができない専門医療機関は、急性大動脈解離などの患者を円滑に転院搬送するために、外科的治療ができる専門医療機関と連携体制を構築しておくなど、専門医療機関の機能分化・連携を強化する必要があります。

② 回復期・維持期医療

本県では、令和2年3月現在、心大血管疾患リハビリテーション料届出医療機関は14施設となっています^{注3)}。

注3) 診療報酬施設基準

心血管疾患患者の回復期から維持期の管理については、社会生活への復帰とともに、再発予防・再入院予防のため、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、保健師等の多職種が連携し、「心血管疾患リハビリテーション」(生活 一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法、危険因子の管理など)を提供し、

自立した地域生活を支援する体制の充実が必要です。

このため、心血管疾患リハビリテーションを担う人材の養成や、心大血管疾患リハビリテーションを行う専門医療機関の体制の強化が求められています。

③ 地域連携クリティカルパスの活用

急性期から回復期、再発予防に至るまで、地域連携クリティカルパスの活用により質の高い医療を効率的に切れ目なく提供することができる医療連携体制の整備が必要です。

このため、平成19年度以降、南加賀医療圏及び石川中央医療圏において、急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスの作成・運用に取り組んでいました。令和2年度からは、急性心筋梗塞を含むあらゆる心血管疾患の終末像である心不全について、県下統一の心不全地域連携パスの運用を開始しており、今後更なる普及に取り組んでいきます。

今後増加が予想される慢性心不全患者は、増悪により再入院を繰り返すことが考えられますが、心不全増悪時の急性期治療は内科的治療が中心であり、内科的治療を行うことができる専門医療機関とかかりつけ医等が連携し、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、入院中から退院後まで継続して行う体制を構築する必要があります。

●急性心筋梗塞

<急性心筋梗塞とは>

○急性心筋梗塞は、心臓を構成する心筋に血液を供給する心臓の周りを走る冠状動脈（冠動脈）の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患である。心電図上の所見によりST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞に大別される。

<急性心筋梗塞の急性期治療>

○ST上昇型心筋梗塞の治療：

血栓溶解療法や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈インターベンション（PCI）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体であり、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高い。合併症等によっては冠動脈バイパス術（CABG）等の外科的治療が第一選択となることもある。

○非ST上昇型心筋梗塞の治療：

薬物療法に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じてPCI、CABGを行う。

●大動脈解離

<大動脈解離とは>

○大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔（真腔・偽腔）になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離を引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたす。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれる。

<大動脈解離の治療>

○厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、予後を左右する最も重要な判断となる。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択される。

・Stanford A型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、緊急の外科的治療の適応となることが多い。しかしながら、全身状態等によっては外科的治療非適応となることもある。

・Stanford B型急性大動脈解離は、A型急性大動脈解離よりも自然予後が良いため、内科的治療が選択されることが多い。しかしながら、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となる。また近年、合併症を有するB型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもある。

●慢性心不全

<慢性心不全とは>

○慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたす。

<慢性心不全の治療>

○患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われる。また、重症度や合併症等によっては、両室ペースングによる心臓再同期療法（CRT）や植込み型除細動器（ICD）による治療が行われることもある。

心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要である。急性増悪の状態では、循環管理、呼吸管理等の全身管理も必要となる。

【疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針）より】
（平成29年3月31日医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

心血管疾患の医療体制

病期	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させる心血管疾患リハビリテーション	再発予防
目標	●心血管疾患の発症予防	●疾患に応じた専門的医療機関への早期到着	●来院後 30 分以内の専門的治療開始 ●急性期における心血管疾患リハビリテーションの実施 ●再発予防の定期的専門的検査の実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●心血管疾患リハビリテーションの実施 ●在宅復帰支援 ●再発予防に必要な知識の教育	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●在宅療養支援
求められる要件	①基礎疾患・危険因子の管理 ②初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ③初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ①速やかな救急搬送要請 ②心肺蘇生法等適切な処置 【救急救命士】 ③適切な観察・判断・処置 ④急性期病院への速やかな搬送	【専門的な救急医療】 ①心臓カテーテル検査等を原則として 24 時間実施 ②専門的診療を原則として 24 時間対応 ③来院後早期の冠動脈造影検査および適応があれば PCI の実施 ④患者受入窓口の明確化及び院内連絡体制の整備 ⑤呼吸管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症の治療 ⑥電気的除細動※、器械的補助循環装置、緊急ペーシング※の対応 ⑦運動耐容能に基づいた運動療法による合併症予防や多面的・包括的なリハビリテーションの実施 ⑧心理的カウンセリング等による抑うつ状態への対応 ⑨外科的治療が可能であることが望ましい 【初期・軽度の救急医療】 ※初期診断・必要な治療を実施し、必要に応じ専門的な救急医療機関に転送	①再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ②心理的カウンセリング等による抑うつ状態への対応 ③電気的除細動等急性増悪時の対応 ④運動療法、食事療法等のリハビリテーションの実施 ⑤再発時等における対応について、患者及び家族への教育	①再発予防治療、基礎疾患・危険因子、生活習慣の管理 ②心理的カウンセリング等による抑うつ状態への対応 ③電気的除細動等急性増悪時の対応 ④訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等と連携した在宅医療 ⑤家族に対する療養支援、心のケア
連携			○合併症併発時や再発時の緊急の内科的・外科的治療に対応するための連携		
			○医療施設間における診療情報・治療計画の共有(定期的専門的検査の実施)		
医療提供施設等の種別	○病院・診療所		【専門的な救急医療】 ○心血管疾患の専門的な医療機関 心血管疾患に関する医療機関リスト(次頁) 【初期・軽度の救急医療】 ○救急告示病院等	○心大血管疾患リハビリテーション料届出病院 心血管疾患に関する医療機関リスト(次頁)	○病院・診療所

※ 電気的除細動：電気ショックで、心房細動や心室細動を起こしている心臓を正常な状態に戻すこと。

※ 緊急ペーシング：徐脈性不整脈による心拍出量の低下に対し、電気刺激によって心拍数を増やし脳血流を含む臓器血流を維持する。

心血管疾患に関する医療機関リスト

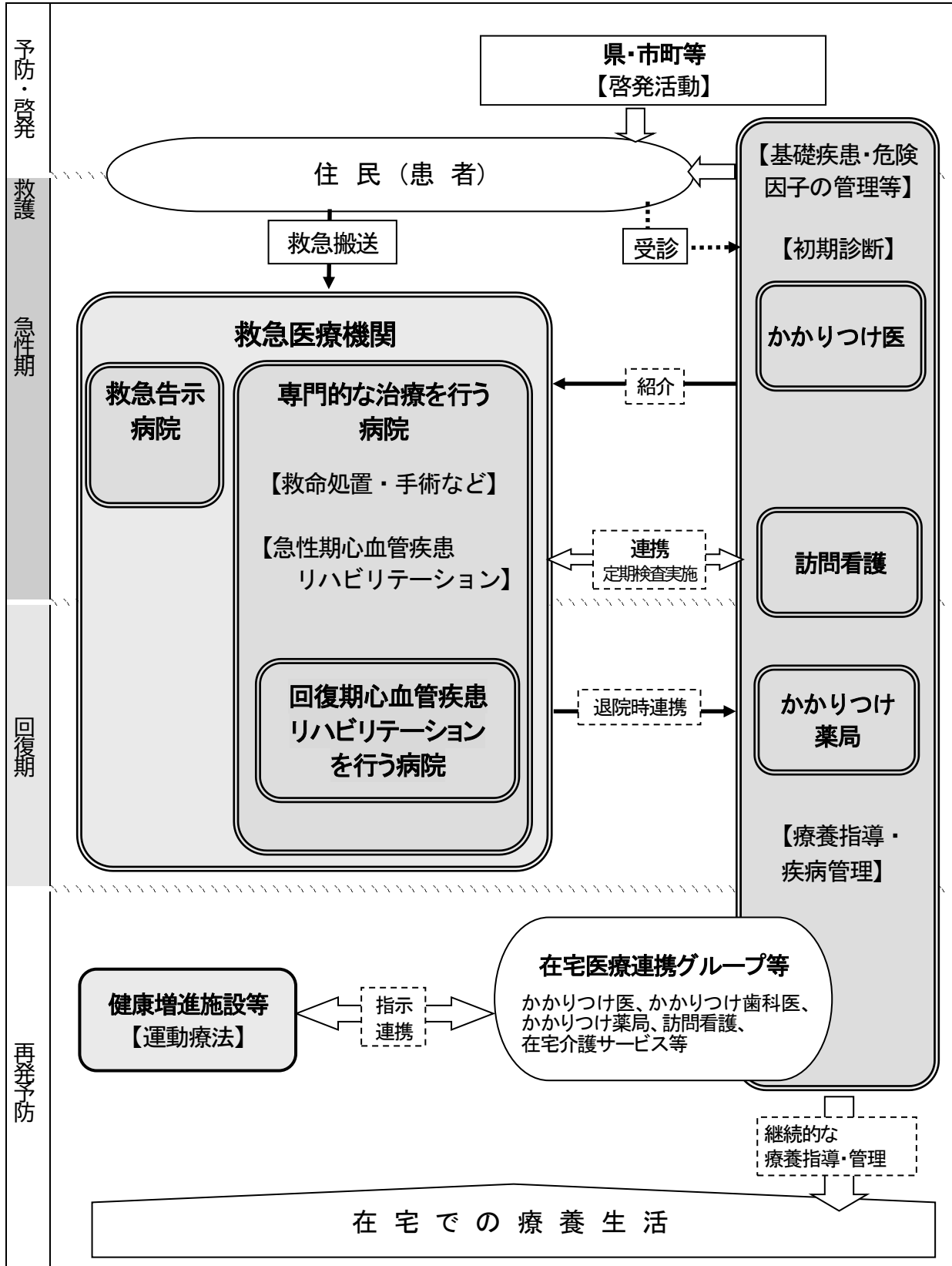
このリストは、心血管疾患の急性期及び回復期の医療機能を担う医療機関に求められる要件を基本的に充足し、かつ、医療計画にその名称を掲載することを希望した医療機関を掲載するものである。
 なお、当該リストは、今後、各医療機関の医療体制の変更や診療実績等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

【令和3年12月末現在】

医療圏	病院名	急性期の救急医療を行う病院						回復期における医療機能としての身体機能を回復させる心血管リハビリテーションを行う病院
		急性心筋梗塞の心臓カテーテル検査等の専門的診療		慢性心不全の専門的診療		(参考) 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術等の外科的治療の実施体制の整備状況	(参考) 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の実施体制の整備状況	
		(1) 24時間可能 (オンコール対応含む)	(2) 通常の診療時間帯のみ可能	(1) 24時間可能 (オンコール対応含む)	(2) 通常の診療時間帯のみ可能			
南加賀	加賀市医療センター		○	○				
	小松市民病院	○		○				○
	芳珠記念病院		○	○				
	やわたメディカルセンター	○		○				○
石川中央	石川県済生会金沢病院	○		○				
	石川県立中央病院	○		○		○	○	
	金沢医科大学病院	○		○		○	○	○
	金沢医療センター	○		○		○	○	○
	心臓血管センター金沢循環器病院	○		○		○	○	○
	金沢市立病院	○		○				○
	金沢赤十字病院	○		○				○
	金沢大学附属病院	○		○		○	○	○
	公立つるぎ病院				○			○
	公立松任石川中央病院	○		○				○
城北病院		○	○				○	
北陸病院			○					
能登中部	恵寿総合病院	○		○		○		○
	公立能登総合病院	○		○				○
	公立羽咋病院	○		○				○
能登北部	公立穴水総合病院			○				
	公立宇出津総合病院			○				
	市立輪島病院			○				
	珠州市総合病院			○				
	計	14	3	22	1	6	5	14

医療圏毎に五十音順で記載

心血管疾患の医療連携体制



【今後の施策の方向性】

① 急性期における医療連携体制

○ 診断体制の整備

発症後早期に適切な診断が可能な体制を整備します。

○ 治療体制の整備

・ 専門医療機関の機能分化・連携を進めるために、内科的治療のみ実施できる医療機関、冠動脈インターベンション治療ができる医療機関、外科的治療を含め包括的に治療ができる医療機関など医療機能ごとにリスト化します。

・ 外科的治療等の急性期医療が可能な専門医療機関において、心血管疾患と診断された患者の受入れに係る窓口の明確化や、院内における連絡体制を整備し、二次医療圏を超えた連携体制の円滑化を図るなど、県内全域において、心血管疾患の専門的治療ができる体制を推進します。

・ 外科的治療を含め、包括的治療ができる専門医療機関を中心に、心血管疾患に係る低侵襲性治療の導入促進を図ります。

○ 急性期の心血管疾患リハビリテーション実施体制の充実を図ります。

② 回復期からの継続的な医療体制

○ 回復期病床へ転換する医療機関に対する支援を行うなど、回復期の心血管疾患リハビリテーションの実施体制の充実を図ります。

○ 医療機関と健康増進施設などが連携し、再発予防のための生活習慣の改善・維持を図ります。また、誤嚥性肺炎などの合併症予防や、循環器病に悪影響を与える歯周病の予防のために、摂食嚥下機能の維持・改善のためのリハビリテーションや口腔ケアの実施について、多職種による介入を強化します。さらに、菌性感染症や口腔粘膜炎の治療、義歯の調整など専門的口腔管理が必要な場合には、歯科医療機関との医科歯科連携を推進します。

○ 心不全地域連携パスの普及に努め、専門医療機関からかかりつけ医まで、切れ目のない医療提供体制を推進します。

○ 今後増加が予想される慢性心不全患者は、増悪により再入院を繰り返すことが考えられることから、内科的治療を行うことができる専門医療機関（各段階のリハビリテーションを含む）とかかりつけ医が連携体制を構築しながら切れ目のない医療を提供するとともに、地域の在宅医療を支える人材が集まり整備された「在宅医療連携グループ」と連携し、研修会等を通じて相互の理解と知識の向上を図りながら協力して在宅での療養生活を支援し、在宅医療を推進する体制を整備します。

③ 人材の養成

心血管疾患の診断や、専門的治療を担う急性期から回復期・維持期に至るリハビリテーションなど、病期に応じて必要な人材の養成を図ります。

④ 地域住民への啓発の推進

- 冠動脈硬化の危険因子、発症時の症状や早期受診の重要性及び医療機関等の医療機能について情報提供を推進します。
- 心肺停止が疑われる者に対するAEDを含めた心肺蘇生法等適切な処置が実施できるように普及啓発を推進します。

(4) 在宅療養に向けた体制整備

【現状と課題】

- 循環器病患者は、脳卒中発症後の後遺症や心疾患治療後の身体機能の低下により、生活の支援や介護が必要な状態に陥る場合があります。
- また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や服薬の徹底など、適切な管理及びケアを行うことが必要です。
- 地域包括ケアシステムの核となる在宅医療と介護の連携については、医師会と連携し、医療・介護の関係団体による「在宅医療推進協議会」を設置しています。
- 地域毎に在宅医療推進の中核となる在宅医療連携グループを県内に17グループ設置し、医師や看護師、歯科医師、歯科衛生士、リハビリ職種、栄養士、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、地域包括支援センターなどの医療・介護関係者による事例検討会を通じたチームづくりに取り組んできました。
- ITを活用して患者の診療情報を共有する「いしかわ診療情報共有ネットワーク」による医療・介護関係者の情報共有の推進に取り組んでいます。

【今後の施策の方向性】

- 地域連携クリティカルパスの活用などにより、専門的治療を行う医療機関、各段階のリハビリテーションを行う施設、かかりつけ医などが連携体制を構築しながら切れ目のない医療を提供するとともに、在宅医療を行う機関等との連携体制を推進します。
- 医師会等関係団体と連携し、地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制の構築を図るとともに、医療に係る専門的・技術的な対応や広域的な連携が必要な取組等、在宅医療・介護連携の推進に向けた必要な支援を行います。
- 市町や郡市医師会、在宅医療連携グループなどの関係団体の活動内容を報告する成果発表会を開催し、関係団体の活動内容を情報共有するとともに、好事例を他地域へ広げるように努めます。

- 患者急変時の受入れなど在宅医療の後方支援や在宅復帰に向けた回復期の入院医療等を担う地域包括ケア病床の整備を促進します。
- 退院後ケアの円滑な提供に向けて、医療・介護の入退院時の連携強化を図り、在宅療養患者の急変時の円滑な入院を含め、入院医療から在宅療養への円滑な移行を促進します。
- 在宅医療に携わる多職種によるチームの連携を円滑に行うため、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の利活用を拡大します。
- 各職能団体で心不全療養指導士の取得促進を推進し、心不全患者の在宅療養の支援体制の整備を促進します。

(5) 緩和ケアの提供体制の充実

【現状と課題】

- 平成26年の世界保健機構（WHO）の報告によると、成人における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。
- 循環器疾患と悪性新生物は、共に生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から、継続して緩和ケアを必要とする疾患です。
- 臨床経過の特徴として、増悪を繰り返すことがあげられる心不全については、治療と並行した緩和ケアも必要とされています。
- 循環器病は、身体的・精神心理的・社会側面的等の多面的な観点を有する全人的な苦痛を伴う疾患であるため、症状・苦痛の緩和や、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による緩和ケアを、疾患の初期段階から治療と並行して提供することが求められます。

【今後の施策の方向性】

- 多職種連携や地域連携の下で、循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進します。
- 専門的な緩和ケアの質を向上させ、患者と家族のQOLの向上を図るため、関係団体等と連携して、認定看護師や心不全療養指導士等の専門的知識を有する医療従事者の育成促進を図り、緩和ケアの提供体制の充実を目指します。
- 緩和ケアを担う人材育成や多職種連携のための研修等を支援し、医療従事者の資質向上等に係る取組を推進します。

- 患者・家族が治療方針等について話し合う「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の普及を促進することで、適切な時期に緩和ケアを提供するとともに、患者や家族の意向を尊重した終末期ケアの提供を目指します。

<認定看護師とは>

認定看護師は、高度化し専門分化が進む医療の現場において、水準の高い看護を実践できると認められた看護師です。救急看護や慢性心不全看護、緩和ケア等の21の認定看護分野ごとに日本看護協会が認定しています。患者・家族によりよい看護を提供できるよう、認定看護分野ごとの専門性を発揮しながら認定看護師の3つの役割「実践・指導・相談」を果たして、看護の質の向上に努めています。

【公益社団法人日本看護協会 HP より】

<心不全療養指導士とは>

心不全療養指導士は、様々な医療専門職が質の高い療養指導を通し、病院から在宅、地域医療まで幅広く心不全患者をサポートすることを目指して取得する日本循環器学会認定の資格です。各々の専門職が持つ専門知識と技術を活用しながら、心不全患者に対して最適な療養指導を行うことが主な役割です。

【日本循環器学会 HP より】

3 患者等を支えるための環境づくり

(1) 適切な情報提供、社会連携に基づく相談支援

【現状と課題】

- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、循環器病患者とその家族が抱える診療及び生活に関する疑問や心理社会的・経済的な悩みごとなどに対応し、必要な情報にアクセスできることが求められています。
- 患者と家族が、地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう取組を進めることが求められています。

【今後の施策の方向性】

- 循環器病患者やその家族が、個別のニーズに応じた必要な情報（治療を受けられる医療機関、循環器病の症状・治療、生活習慣病に関する知識等）に確実にアクセスし活用しながら問題解決できるよう、医療機関や市町、地域包括支援センター、関係機関等が連携・協力した相談支援体制を推進します。
- 医療機関情報、循環器病予防に関する情報、行政の介護サービスや福祉サービス、就労支援、経済的な支援等の必要な情報について、ホームページの活用等により、わかりやすい形での情報提供に努めます。

(2) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援

【現状と課題】

- 循環器病は、急性期に救命されたとしても、後遺症が残ったり、心肺機能や運動機能が低下したりする可能性があり、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、外見からは障害がわかりにくい摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があり、社会的理解や支援が必要です。

【今後の施策の方向性】

- 高次脳機能障害相談・支援センターにおいて、相談対応や支援を行うとともに、高次脳機能障害の正しい理解の普及啓発、医療、福祉サービス従事者等関係者の資質の向上に努めます。
- 循環器病の後遺症に関する知識等について、県民の理解の促進に取り組めます。
- 身近な地域で必要なりハビリテーションを受けられるよう支援体制を整備します。

(3) 治療と仕事の両立支援、就労支援

【現状と課題】

- 循環器病による死亡率は年々減少傾向にある一方で、その後遺症(手足の麻痺、失語症・高次脳機能障害、心肺機能・運動機能の低下等)は、患者の日常生活や復職・就労の大きな障害となっています。
- 脳卒中の後遺症には、手足の麻痺などの目に見えるもののほか、高次脳機能障害による記憶力や注意力の低下、失語症など、一見してわかりにくかったり、回復に長い時間を要するため、両立支援、就労支援にあたっては、周囲の理解や配慮が必要です。
- 心血管疾患は、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。

【今後の施策の方向性】

- 労働局、産業保健総合支援センター、医療機関等からなる「石川県地域両立支援推進チーム」を通じた連携により、循環器病患者が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、事業所・医療機関等の関係者間における情報共有を図りながら、治療と仕事の両立支援を推進します。
- 事業所における両立支援への理解と推進を図るため、普及啓発を図るとともに、「両立支援コーディネーター」の養成と活用を推進します。

(4) 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、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。学校健診等の機会を通じて、小児の循環器病が見つかることもあります。
- 近年の小児期医療の進歩により、多くの命が救われてきた一方で、原疾患の治療や合併症への対応を抱えたまま成人期を迎える患者が増加しており、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、他領域の診療科との連携や、移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が求められています。
- また、小児患者の治療に当たっては保護者の役割が大きいことから、保護者に対する相談支援等も重要です。

【今後の施策の方向性】

- 学校健診等により、小児の循環器病患者の早期発見を引き続き推進します。
- 循環器病患者が、急性期から回復期、維持期を通じて、適切な治療やリハビリテーションの実施など、病気に応じた切れ目のない医療を提供する体制の構築を推進します。
- 小児期・若年期の循環器病について、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、療養生活に係る情報提供・相談支援等の在り方について検討を行います。
- 循環器病を含む子どもの急病に対する保護者の不安等に対応するため、小児救急電話相談（#8000）の設置や「こどもの救急ガイドブック」の作成を引き続き実施します。

第5章 循環器病対策推進のための必要事項

1 循環器病対策推進計画の推進体制と役割

(1) 循環器病対策推進計画の推進体制

県関係部署や県内市町、関係団体と連携し、循環器病対策を推進します。

また、「石川県循環器病対策推進協議会」において、本計画で策定した目標や施策の進捗状況を把握し、円滑な推進を図るとともに、状況の変化や目標の達成状況等を踏まえ、必要に応じて見直しを行い、有効な取組の実施等について検討を行います。

(2) 役割

循環器病対策を推進していくためには、行政、医療機関、関係団体、保険者、県民等がそれぞれの立場における役割を果たし、また、連携しながら一体となった取組が必要です。

[行政の役割]

<県>

- ・循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するとともに、計画の進捗管理を行います。
- ・循環器病に関する正しい知識の普及や情報収集と分析、県民への広報を行います。

<市町>

- ・特定健康診査・特定保健指導等の受診率向上等に向けた取組を推進します。
- ・循環器病に関する正しい知識等について住民に普及啓発します。

[医療機関の役割]

<専門医>

- ・専門的な医療を提供するとともに、かかりつけ医及び地域の保健・医療・介護関係者とも連携し、切れ目のない医療の提供に努めます。
- ・患者及びその家族に対し、早期受診や再発予防等の必要な情報提供を行い、安心して療養生活を送れるよう地域連携部門とも連携しながら支援します。

<かかりつけ医>

- ・基礎疾患の管理や前触れ症状出現時における対応等、患者及び家族等の周囲にいる者に対する教育、啓発に努めます。
- ・専門医や地域の保健、医療、介護関係者とも連携し、切れ目のない医療の提供に努めます。

[関係団体の役割]

<県・郡市医師会や歯科医師会、リハビリテーション専門職等の関係団体>

- ・県や市町の施策への協力や、関係団体・医療従事者の資質向上に努めます。

<保険者>

- ・循環器病の発症や再発予防のため、生活習慣の改善や高血圧、糖尿病等の危険因子の管理による重症化予防の取組を推進し、特定健康診査・特定保健指導等の機会の確保や受診率向上に努めます。

<労働関係機関>

- ・関係機関と連携した両立支援や就労支援について、研修等を通じた周知に努めます。

[県民の役割]

- ・循環器病に関する正しい知識と情報を持ち、自らが健康づくりの主体となって、日常生活の中で積極的に健康づくりを実践するよう努めます。
- ・健康診査の受診など県、市町、事業所等の健康づくり活動に積極的に参加します。
- ・循環器病発症時の前触れ症状を理解し、体に異変に気付いた際の医療機関への早期受診に努めます。

2 新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策

- 新型コロナウイルス感染症の重症化のリスク因子として、高齢者、基礎疾患（心血管疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患、慢性腎臓病等）が指摘されており、さらに新型コロナウイルス感染症の合併症として、血栓症を合併する可能性が指摘されています。
- このため、生活習慣病の早期発見・早期治療は循環器病の予防に資するのみならず、新型コロナウイルス感染症の重症化の防止にもつながります。
- しかし、新型コロナウイルス感染症の流行による影響で、日常の活動が制限され、運動不足や不規則な食事等の生活習慣の乱れによる健康状態の悪化や、フレイルの進行、健診や医療機関の受診控えも指摘されています。
- それらを踏まえた、生活習慣の改善や健診の受診、医療機関の早期受診に係る普及啓発等の対策に取り組む必要があります。

3 循環器病の研究の促進

- 循環器病に関連する研究については、厚生労働省、文部科学省及び経済産業省が連携し、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）（以下「国」という。）を通じて、病態の解明や予防・早期介入法、治療法の開発等の研究のほか、生活習慣病の治療の均てん化を目指した研究など、研究は多岐にわたって進められています。県内の大学においても国の支援を受け、基礎的な研究から実用化のための研究開発までの研究が進められています。

国が行う循環器病の病態解明、新たな診断技術や治療法の開発、リハビリテーション等の予後改善、QOL向上等に関する研究等、動向を注視しながら、本県における必要な対応の検討を行います。

- 本県において、循環器病の危険因子となっている生活習慣病等に係る健康診査等のデータを収集し、分析を行うとともに、本計画の指標として活用します。
- 循環器病に関して、県内の脳卒中地域連携推進協議会、石川県心臓病地域連携推進協議会等と連携し、本県の新規患者数等の実態把握に向けた検討を進めます。

4 循環器病対策の推進状況の把握及び評価等

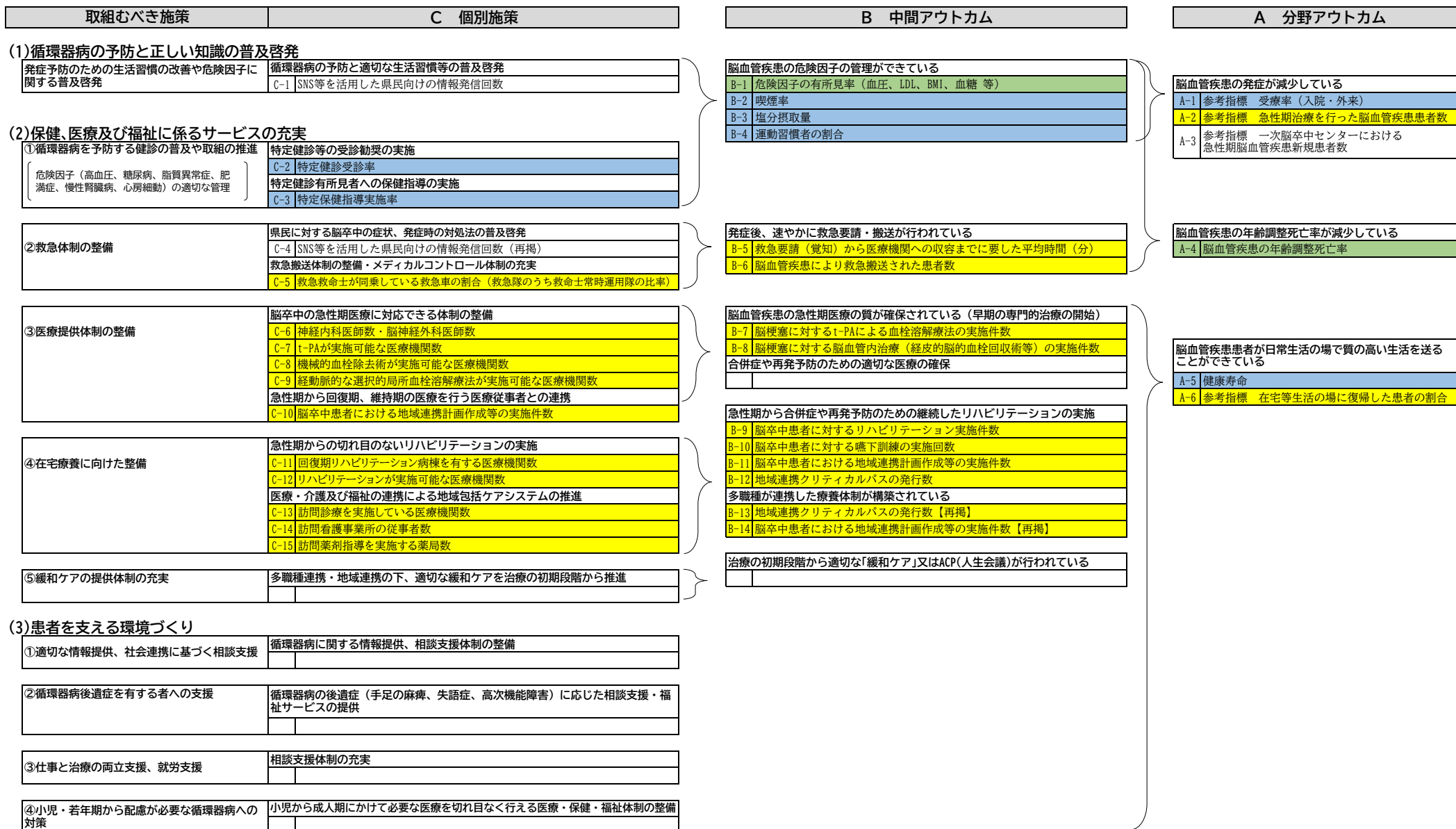
- 計画について、定期的な進捗状況の把握及び評価を行うとともに、その状況を踏まえ、石川県循環器病対策推進協議会において、循環器病対策の推進のために必要な事項について協議しながら、計画を推進します。
- この計画に基づく施策の推進に当たっては、目標（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のPDCAサイクルに基づく改善を図り、計画の推進を図ります。

参 考 资 料

脳血管疾患 ロジックモデル（主な施策・指標）

○「いしかわ健康フロンティア戦略2018」及び「石川県医療計画」における主な施策、現状把握に関する指標及び数値目標としている主な指標について、ロジックモデルに落とし込んだ。
 ○今回、策定する「石川県循環器対策推進計画（暫定版）」の主な指標については、既存計画との調和を保つため、既存計画の指標を活用することとした。

■：いしかわ健康フロンティア戦略2018の指標
 ■：石川県医療計画の指標
 ■：上記計画共通の指標



心疾患 ロジックモデル（主な施策・指標）

○「いしかわ健康フロンティア戦略2018」及び「石川県医療計画」において、現状把握に関する指標及び数値目標としている主な指標について、ロジックモデルに落とし込んだもの。
○今回、策定する「石川県循環器対策推進計画（暫定版）」の指標については、既存計画との調和を保つため、既存計画の指標を活用することとした。

■ : いしかわ健康フロンティア戦略2018の指標
■ : 石川県医療計画の指標
■ : 上記計画共通の指標



《 全体目標に関する指標 》

(1) 循環器病の発症の減少

(参考指標)

指標名		現状値			本計画での 目標値 (R5)	(参考)健康 フロンティア 戦略・医療計 画目標(R5)	出典
		時点	石川県	全国			
受療率 (人口10万対)	脳血管疾患	入院	H29	174	115	178以下	患者調査
		外来	H29	60	68	70以下	
	心疾患	入院	H29	86	50	—	
		外来	H29	88	106	—	
	[再掲] 虚血性心疾患	入院	H29	23	12	18以下	
		外来	H29	41	44	57以下	
急性期治療を行った脳血管疾患患者数※1		R2	3,046	—	—	石川県医療計画における 医療機能実施状況調査※	
うち救急車により来院した患者数※2		R2	1,460	—			
心血管疾患の入院患者数※3		R2	10,753	—			
うち救急車により来院した患者数		R2	1,971	—			

(2) 循環器病の年齢調整死亡率の減少

指標名		現状値			本計画での 目標値 (R5)	(参考)健康 フロンティア 戦略・医療計 画目標(R5)	出典
		時点	石川県	全国			
年齢調整死亡率	脳血管疾患	男性	H27	36.0	37.8	低下	人口動態統計特殊報告
		女性	H27	21.9	21.0		
	心疾患	男性	H27	60.1	65.4		
		女性	H27	32.9	34.2		
	[再掲] 虚血性心疾患	男性	H27	25.9	31.3		
		女性	H27	9.5	11.8		

(3) 循環器病の延伸

指標名		現状値			本計画での 目標値 (R5)	(参考)健康 フロンティア 戦略・医療計 画目標(R5)	出典
		時点	石川県	全国			
健康寿命の延伸	男性	R1	73.08歳	72.68歳	平均寿命の 増加を上回る 健康寿命の 増加	同左	厚生労働科学研究「健康寿命及び 地域格差の分析と健康増進対策の 効果検証に関する研究」
	女性	R1	75.90歳	75.38歳			

(参考数値)

在宅等生活の場に復帰した 患者の割合	脳血管 疾患	H29	56.9	57.4	—	増加	患者調査
	虚血性 心疾患	H29	96.1	94.5	—	—	

<出典> 石川県医療計画における医療機能実施状況調査

※1：初発の脳梗塞、脳出血、くも膜下出血を対象（入院患者及び外来患者数）

※2：消防本部の救急車またはドクターヘリにより救急搬送した患者数

※3：複数回入院した場合は複数人として計上

《 現状把握のための指標 》

●脳血管疾患・心疾患の共通項目（1/2）

病期	ロジックモデル	指標名		時点	石川県	全国	(参考)健康 フロンティア 戦略・医療計 画目標(R5)	出典
予 防	B-1	高血圧症有病者（収縮期140mmHg以上）の割合 （40～74歳）	男性	H30	21.0%	19.2%	19%以下	NDB（※）
			女性	H30	15.0%	14.5%	13%以下	
	B-1	脂質異常者（LDL140mg/dl以上）の割合 （40～74歳）	男性	H30	25.2%	29.5%	24%以下	
			女性	H30	25.5%	29.8%	24%以下	
	B-1	肥満者（BMI25.0以上）の割合 （20～69歳）	男性	H28	27.0%	—	24%以下	県民健康・栄養調査
			女性	H28	18.6%	—	12%以下	
	B-1	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合 （40～74歳）	男性	H30	42.6%	41.4%	30%以下	特定健診・特定保健指導結果 に関するデータ
			女性	H30	13.3%	12.4%	11%以下	
	B-1	糖尿病有病者（HbA1c6.5以上）の割合 （40～74歳）	男性	H30	10.3%	9.2%	9%以下	NDB（※）
			女性	H30	5.1%	4.5%	4.5%以下	
	B-1	血糖コントロール不良者（HbA1c8.0%以上）の割合 （40～74歳）	男性	H30	1.9%	1.8%	—	
			女性	H30	0.7%	0.7%	—	
	B-1	進行した歯周炎を有する者の割合	40歳代	H28	58.3%	44.7%	52%以下	県：事業所及び市町歯周病検診結果 全国：歯科疾患実態調査
			50歳代	H28	63.3%	50.7%	57%以下	
B-1	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 （人口10万人対）		H29	189.9	—	240.3	患者調査	
B-1	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率 （人口10万人対）		H29	53.6	—	64.6		

(※) NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース（通称：ナショナルデータベース（NDB））による分析結果
「レセプト数で10件未満」あるいは「医療施設数3箇所未満」の場合は数値非公開

●脳血管疾患・心疾患の共通項目（2/2）

病期	ロジックモデル	指標名		時点	石川県	全国	(参考)健康フロンティア戦略・医療計画目標(R5)	出典	
予防	B-2	成人の喫煙率（成人）	男性	H28	28.8%	30.2%	25%以下	県：県民健康・栄養調査 全国：国民健康・栄養調査 ※多量飲酒者・・・ 1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者	
			女性	H28	7.4%	8.2%	6%以下		
	B-2	多量飲酒者の割合（成人）	男性	H28	13.7%	14.6%	13.0%		
			女性	H28	7.1%	9.1%	6.4%		
	B-3	食塩摂取量（成人1日当たり）		H28	11.1g	9.9%	8g未満		
	B-3	野菜類の摂取量（成人1日当たり）		H28	316.4g	276.5g	350g以上		
	B-4	運動習慣者の割合（20～64歳）	男性	H28	28.5%	23.9%	36%		
			女性	H28	18.1%	19.0%	33%		
	B-4	運動習慣者の割合（65歳以上）	男性	H28	40.3%	46.5%	58%		
			女性	H28	35.2%	38.0%	48%		
	C-2	特定健康診査受診率		R1	60.4%	55.3%	70%以上		特定健診・特定保健指導結果に関するデータ
	C-2	過去1年間に歯科検診を受診した者の割合		H28	47.9%	52.9%	52%以上		県：県民健康・栄養調査 全国：国民健康・栄養調査
C-3	特定保健指導実施率		R1	26.7%	23.2%	45%以上	特定健診・特定保健指導結果に関するデータ		
救急	脳C-5 心C-6	救急救命士が同乗している救急車の割合（救急隊のうち救命士常時運用隊の比率）		R2	100.0%	92.6%	－	救急・救助の現状	
維持期・回復期	脳C-13 心C-11	訪問診療を実施している医療機関数		R1	(※)	(※)	－	NDB (※)	
	脳C-14 心C-12	訪問看護事業所の従業者数（人口10万人対）		H30	71.6	63.1	－	介護サービス施設事業所調査	
	脳C-15 心C-13	訪問薬剤指導を実施する薬局数（人口10万人対）		R1	(※)	(※)	－	NDB (※)	

(※) NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース（通称：ナショナルデータベース（NDB））による分析結果
「レセプト数で10件未満」あるいは「医療施設数3箇所未満」の場合は数値非公開

●脳血管疾患の項目

病期	ロジックモデル	指標名	時点	石川県	全国	(参考)健康 フロンティア 戦略・医療計画 目標(R5)	出典						
救急	B-5	救急要請(覚知)から医療機関への 収容までに要した平均時間(分)	R1	33.4	39.5		救急・救助の現況						
救急	B-5	脳疾患にかかる平均搬送時間(分)	R2	35.7	—	短縮	県内各消防本部に対する収容時間 別搬送人員調(地域医療推進室調)						
予防・ 救急	B-6	脳血管疾患により救急搬送された患者数 (人口10万人対)	H29	3.1 0.3	— 0.2		患者調査 単位:0.1千人						
急性期	B-7	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10万人対)	R1	(※) (※)	— (※)	増加	NDB(※) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>南加賀</td><td>34</td></tr><tr><td>石川中央</td><td>67</td></tr><tr><td>能登中部</td><td>46</td></tr></table>	南加賀	34	石川中央	67	能登中部	46
南加賀	34												
石川中央	67												
能登中部	46												
急性期	B-7	t-PAによる脳血栓溶解療法の実施件数	R2	152	—	増加	地域医療推進室調べ						
急性期	B-8	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10万人対)	R1	(※) (※)	— (※)		NDB(※) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>石川中央</td><td>89</td></tr><tr><td>能登中部</td><td>25</td></tr></table>	石川中央	89	能登中部	25		
石川中央	89												
能登中部	25												
急性期・ 回復期・ 維持期	B-9	脳卒中患者に対するリハビリテーションの 実施件数(人口10万人対)	R1	18,600 1,635.6	— 1,316.5		NDB(※)						
急性期・ 回復期	B-10	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の 実施件数(人口10万人対)	R1	3,661 321.9	— (※)		NDB(※)						
急性期・ 回復期・ 維持期	B-11 B-14 C-10	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10万人対)	R1	(※) (※)	— (※)		NDB(※) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>南加賀</td><td>75</td></tr><tr><td>石川中央</td><td>286</td></tr></table>	南加賀	75	石川中央	286		
南加賀	75												
石川中央	286												
地域医療 連携	B-12 B-13	脳卒中の地域連携クリティカルパス発行数	R2	1,206	—	増加	能登脳卒中地域連携協議会及び 加賀脳卒中地域連携協議会調べ						
急性期	C-6	神経内科医師数・脳神経外科医師数 (人口10万人対)	H30	129 11.3	— 11.3		医師・歯科医師・薬剤師調査						
急性期	C-7	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法 の実施可能な病院数(人口10万人対)	R2.3.31	8 0.7	— 0.6		診療報酬施設基準						
救護	C-7	t-PAによる脳血栓溶解療法が実施可能な 医療機関数	R3	16	—	増加	脳卒中に関する医療機関リスト						
救護	C-8	経動脈的な選択的局所血栓溶解療法が 実施可能な医療機関数	H30	11	—	増加	地域医療推進室調べ						
救護	C-9	機械的血栓除去術の実施可能な医療機関数	H30	12	—	増加	地域医療推進室調べ						
回復期	C-11	回復期リハビリテーション病棟又は地域 包括ケア病棟・病床を有する医療機関数	R3	40	—	増加	東海北陸厚生局HP						
急性期・ 回復期・ 維持期	C-12	リハビリテーションが実施可能な 医療機関数(人口10万人対)	R2.3.31	69 6.1	— 6.3		診療報酬施設基準						

(※) NDB: レセプト情報・特定健診等情報データベース(通称:ナショナルデータベース(NDB))による分析結果
「レセプト数で10件未満」あるいは「医療施設数3箇所未満」の場合は数値非公開

●心疾患の項目

病期	ロジックモデル	指標名	時点	石川県	全国	(参考)健康 フロンティア 戦略・医療計画 目標(R5)	出典						
救護	B-5	救急要請(覚知)から医療機関への収容 までに要した平均時間(分)	R1	33.4	39.5		救急・救助の現況						
救護	B-5	心疾患にかかる平均搬送時間(分)	R2	33.4	—	短縮	県内各消防本部に対する収容時間 別搬送人員調(地域医療推進室調)						
予防 救護	B-6	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)	H29	0.6 0.1	— 0.0		患者調査 単位:0.1千人						
急性期	B-7	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	R1	73.4	63.7		NDB(※)						
急性期	B-8	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10万人対)	R1	2,243 197.2	— (※)	維持	NDB(※)						
急性期・ 回復期	B-9	入院心大血管疾患リハビリテーションの 実施件数 (人口10万人対)	R1	3,486 306.5	— (※)	増加	NDB(※)						
回復期・ 慢性期・ 再発予防	B-10	外来心大血管疾患リハビリテーションの 実施件数 (人口10万人対)	R1	1,402 93.1	— (※)	増加	NDB(※)						
救護	C-4	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者) 全搬送人員のうち、一般市民により 除細動が実施された件数	R1	26	46.1		救急・救助の現況						
急性期	C-7	循環器内科医師数・心臓血管外科医師数 (人口10万人対)	H30	156 13.6	— 12.6		医師・歯科医師・薬剤師調査						
急性期	C-8	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する 病院数 (人口10万人対)	H29	6 0.5	— 0.2		医療施設調査						
急性期	C-9	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数 (人口10万人対)	R1	(※) (※)	— (※)		NDB(※) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>南加賀</td><td>0</td></tr><tr><td>石川中央</td><td>5</td></tr><tr><td>能登北部</td><td>0</td></tr></table>	南加賀	0	石川中央	5	能登北部	0
南加賀	0												
石川中央	5												
能登北部	0												
急性期・回 復期・慢性 期・再発予 防	C-10	心血管疾患リハビリテーションが実施可能 な医療機関数 (人口10万人対)	R2.3.31	14 1.2	— 1.1		診療報酬施設基準						

(※) NDB: レセプト情報・特定健診等情報データベース(通称: ナショナルデータベース(NDB))による分析結果
「レセプト数で10件未満」あるいは「医療施設数3箇所未満」の場合は数値非公開

石川県循環器病対策推進協議会 委員名簿（50音順）

所属	氏名
石川県立中央病院 血管病センター・脳神経外科	内山 尚之
金沢大学医薬保健研究域 医学教育研究センター(小児科)	太田 邦雄
石川県保険者協議会	大畠 秀信
石川県栄養士会	大谷 千晴
金沢大学医薬保健研究域医学系 脳老化・神経病態学(脳神経内科学)	小野 賢二郎
石川県消防長会	喜田 徹
金沢医科大学 心血管カテーテル治療科	北山 道彦
金沢市福祉健康局健康政策課	小鍛治 雅人
石川県看護協会	小藤 幹恵
石川県薬剤師会	崔 吉道
金沢医科大学 衛生学	櫻井 勝
石川県医療ソーシャルワーカー協会	島野 麻里子
石川県介護支援専門員協会	新蔵 久史
石川県病院協会(金沢市立病院)	高田 重男
金沢大学医薬保健研究域医学系 循環器内科学	高村 雅之
金沢大学医薬保健研究域医学系 心臓血管外科学	竹村 博文
金沢大学医薬保健研究域医学系 脳神経外科	中田 光俊
石川県医師会	長尾 信
石川県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連絡会	東川 哲朗
石川県歯科医師会	宮田 英利
石川労働局労働基準部健康安全課	宮野 廣之

石川県循環器病対策推進協議会 設置要綱

(目的)

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(以下、「基本法」という。)(平成30年法律第105号)第11条に規定する都道府県計画である「石川県循環器病対策推進計画」(以下「計画」という。)の策定及び石川県における循環器病対策の推進に当たり、必要な事項を検討するため、基本法第21条に基づき、石川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。

(協議事項)

第2条 協議会は、県の循環器病対策に関して、次に掲げる事項について協議する。

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

(組織)

第3条 協議会の委員は、循環器病患者及び循環器病患者であった者並びにこれらの者の家族又は遺族を代表する者、救急業務に従事する者、循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者、学識経験のある者並びにその他必要と認める者のうちから、健康福祉部長が委嘱又は任命し構成する。

(任期)

第4条 委員の任期は2年とし、再任を妨げない。

2 委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長)

第5条 協議会に会長を置く。

- 2 会長は健康福祉部長が指名する。
- 3 会長は、会務を総理し協議会を代表する。
- 4 会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、あらかじめ会長が指名する委員がその職務を代理する。

(会議等)

第6条 協議会は、必要のつど、会長が招集する。

2 会長は、必要があると認められるときは委員以外の者に会議への出席を求め、意見を聞くことができる。

(事務局)

第7条 協議会の事務局は、石川県健康福祉部健康推進課に置く。

(細則)

第8条 この設置要綱に定めるもののほか、協議会の運営について必要な事項は、別に定める。

附則

この要綱は、令和3年12月1日から施行する。