

青森県

脳卒中・心血管病 対策推進計画

第2期青森県循環器病
対策推進計画



令和6年3月

青森県

はじめに

「脳卒中」という言葉は、「脳に卒然（＝突然）、中（あた）る」ことに由来するとされています。本県では、「あたる」「あたった」という表現がよく使われますが、脳卒中・心血管病をはじめとする循環器病は、県民の生命や健康、生活に重大な影響を及ぼす疾患であり、県民の死亡原因として悪性新生物（がん）に次ぐものとなっています。

県では、これまで「青森県脳卒中・心血管病対策推進計画（青森県循環器病対策推進計画）」などに基づき、循環器病対策に取り組んできたところであり、本県の循環器病の年齢調整死亡率は年々減少傾向にあります。全国と比較すると高い状況が続いています。また、循環器病は加齢とともに患者数が増加する傾向にあることから、今後の超高齢化時代を見据えた循環器病対策の更なる強化が求められています。

こうした状況の中、国では、令和5年3月に「第2期循環器病対策推進基本計画」を策定したところであり、県においても、循環器病の発症を予防し、発症した場合でも、速やかに疾患に応じた専門医療につながるとともに、患者が必要とする包括的な支援を受けることができ、住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現を目指し、今般、「青森県脳卒中・心血管病対策推進計画（第2期青森県循環器病対策推進計画）」を策定しました。

本計画は、循環器病対策の推進に関する基本計画であると同時に、県民をはじめ、医療機関、保健・医療・福祉関係団体、市町村等の幅広い関係者が、それぞれの役割に応じて主体的に循環器病対策に取り組むための基本方針となるものです。県では、本計画に基づき、関係者と相互に連携しながら、一丸となって循環器病対策を推進していきますので、皆様の御理解と御協力を心からお願い申し上げます。

結びに、本計画が、県民一人ひとりの健康寿命の延伸に寄与することを切に願いますとともに、第2期計画の策定にあたり、御尽力を賜りました青森県循環器病対策推進協議会の委員の皆様をはじめ、貴重な御意見をいただいた関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

令和6年3月

青森県知事 宮下 宗一郎

目 次

第1章 計画の概要

- 1 計画策定の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 2 計画の位置づけ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 3 計画期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 4 計画の進行管理及び評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第2章 循環器病の特徴と青森県の現状

- 1 循環器病の特徴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 2 青森県の現状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

第3章 青森県のめざす方向

- 1 基本理念・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- 2 全体目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12

第4章 循環器病に係る現状・課題と施策の方向性

- 1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発
 - (1) 循環器病の発症要因となる生活習慣の改善及び社会環境の整備・・・・・・・・ 13
 - (2) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
- 2 保健・医療・福祉に係るサービス提供体制の充実
 - (1) 循環器病に係る医療提供体制の構築
 - ① 救急搬送・救急医療体制の整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
 - ② 専門的診療をはじめとする医療提供体制・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
 - ア 脳卒中・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
 - イ 心血管疾患・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
 - ③ リハビリテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 31
 - ④ 患者の状態に応じた緩和ケア・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
 - ⑤ 在宅療養が可能な環境の整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
 - ⑥ 小児期からの成育過程を通じた対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37
 - (2) 循環器病患者等を支える環境づくり
 - ① 多職種連携による医療・介護連携の促進・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
 - ② 循環器病の後遺症を有する者への支援、治療と仕事の両立支援・就労支援・・ 41
 - ③ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援・・・・・・・・・・・・・・・・ 43
- 3 循環器病対策推進に係る基盤整備
 - (1) 関係者間の有機的連携、協力の更なる強化・・・・・・・・・・・・・・・・ 44
 - (2) 循環器病の診療情報の収集・活用・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 46
 - (3) 他の疾患等に係る対策との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 47
 - (4) 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策・・・・・・・・ 47

ロジックモデル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 49

指標一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51

第1章 計画の概要

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、本県はもとより、全国でも主要な死亡原因であるとともに、介護が必要となる主な原因のひとつとなっており、生命や健康に重大な影響を及ぼし、社会全体に大きな影響を与える疾患といえます。

令和4年の人口動態統計によると、心疾患は本県の死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると本県では年間4,441人が亡くなっています。また、令和4年の国民生活基礎調査によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患（16.1%）と心疾患（5.1%）を合わせると21.2%と最多となっています。今後、一層の高齢化の進展に伴い、循環器病患者や循環器病の発症に伴う要介護者の増加が見込まれます。

このような状況の中、誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図るとともに、医療・介護に係る負担軽減に資するため、幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、平成30年12月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下「基本法」という。）」が成立し、令和元年12月に施行されました。この基本法に基づき、国は循環器病対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）を策定し、本県においても、令和4年3月に「青森県脳卒中・心血管病対策推進計画」（青森県循環器病対策推進計画）を策定し、計画を推進しているところです。さらに、令和5年度は、医療計画や健康増進計画等の関係する諸計画との調和を保つため、現下の状況を踏まえて必要な修正を加えた第2期計画を策定し、取組を進めることとしました。

2 計画の位置づけ

本計画を、基本法第11条第1項に規定する都道府県循環器病対策推進計画として位置付けます。また、「青森県保健医療計画」、「青森県健康増進計画」、「あおり高齢者すこやか自立プラン」及び「青森県救急患者搬送及び受入れに関する実施基準」等の関連計画等と整合性をもった本県の循環器病対策の推進に関する基本計画です。

循環器病対策は、県による取組だけではなく、関係者等の幅広い主体の協働や情報共有のもとで推進していくことが必要です。このため、本計画は、関係者等がそれぞれの役割に応じて主体的に循環器病対策に取り組むための基本方針としての性格も併せ持つものとします。

※循環器病：

- ・脳卒中（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）
- ・心血管病（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）、心筋症、先天性心疾患、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤など）、末梢血管疾患など）
- ・その他の疾患（肺血栓塞栓症、肺高血圧症、遺伝性疾患など） が含まれます。

3 計画期間

本計画の計画期間は、関係する諸計画等との調和を保つため、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年とします。

4 計画の進行管理及び評価

毎年度、各施策の推進状況や目標項目の達成状況等を把握・評価するとともに、ロジックモデルを指標として活用し、青森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。

※ロジックモデル：原因と結果の因果関係の論理構造図のことで、「何のために、何をするか」、「何をすることで、何をもたらすか」を示すものです。本県では、「脳卒中」と「心血管疾患」の2つのロジックモデルを指標として活用します。

1 循環器病の特徴

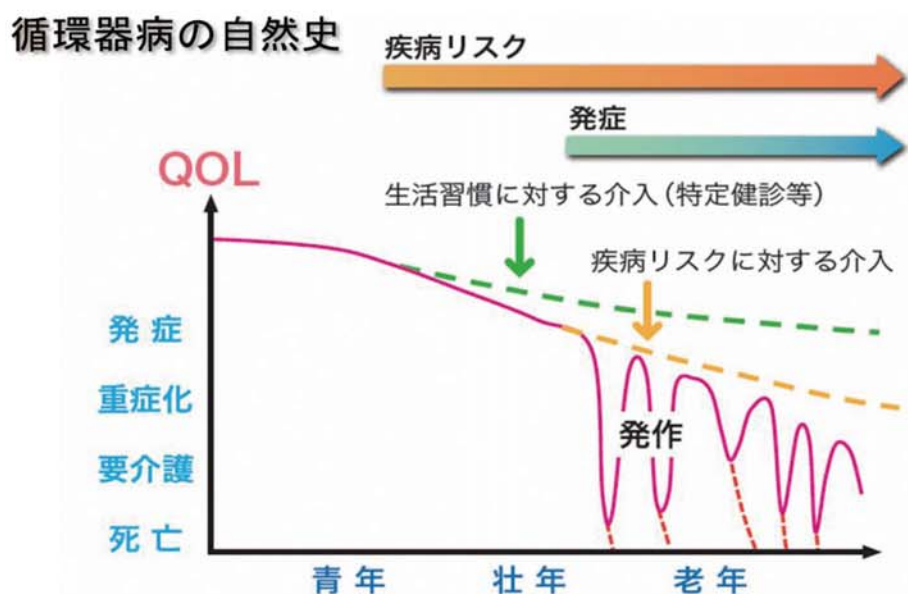
循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあり、悪性新生物（がん）と比べても患者の年齢層は高いですが、他方で、乳幼児期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症するものであり、就労世代を含む幅広い年代の患者が存在することから、ライフステージにあった対策を考えていくことが求められます。

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

また、循環器病は、急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥り、突然死に至ることがあります。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、発症後早期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。

さらに、回復期及び維持期・生活期には、急性期に生じた障がいや後遺症として残る可能性とともに、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えているなど、再発や増悪を来しやすいといった特徴があります。また、脳卒中と心血管疾患の両方に罹患することもある等、図表1で示すように、循環器病の自然史として、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化することも特徴の一つといえます。

図表1 循環器病の自然史



第1回特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会（平成28年1月8日）
永井良三構成員提出資料より一部改変

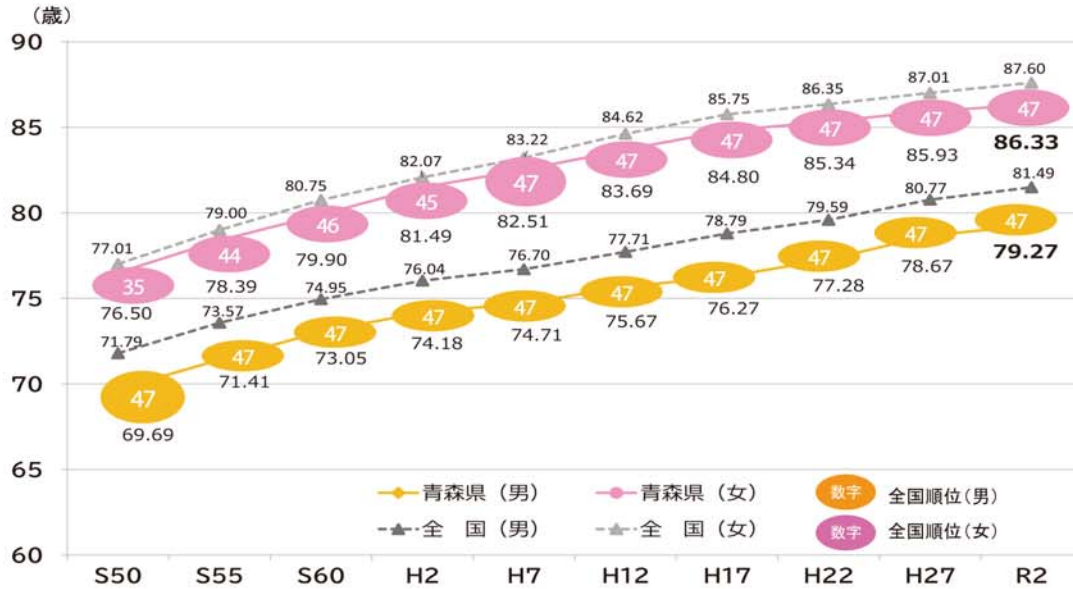
2021年3月 脳卒中と循環器病克服第二次5ヶ年計画7ページより 日本脳卒中学会 日本循環器学会

2 青森県の現状

<平均寿命と健康寿命>

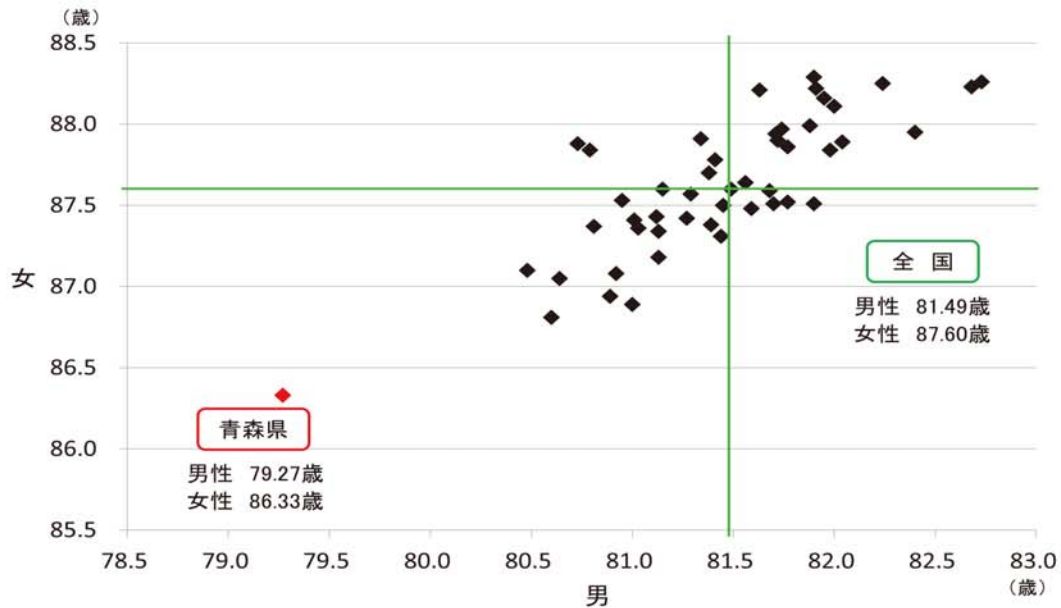
本県の平均寿命は年々延びているものの、男女とも全国最下位であり、全国との格差が依然としてあることが課題となっています。

図表2 平均寿命の推移



出典:都道府県別生命表の概況

図表3 都道府県別平均寿命の分布

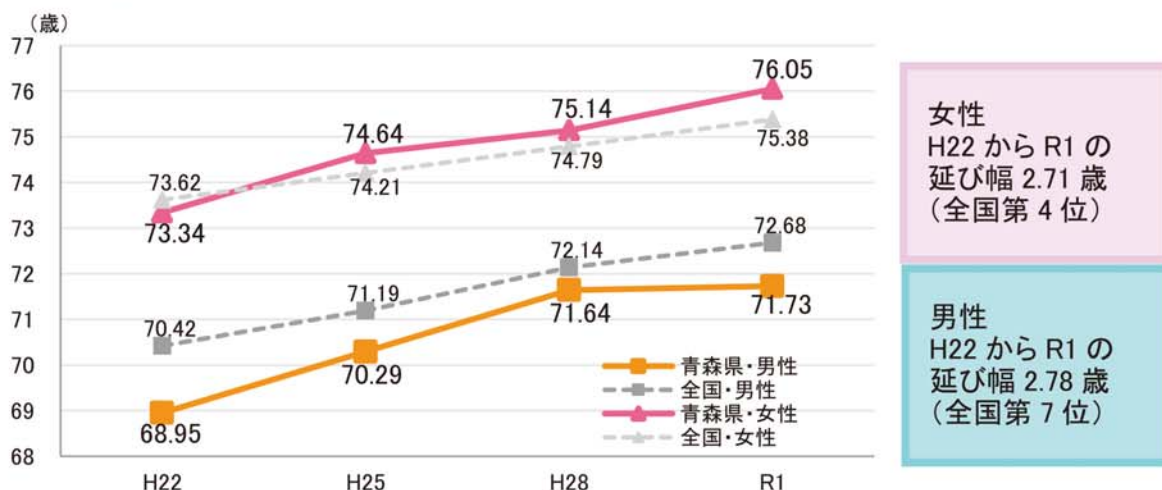


出典:2020年(令和2年)都道府県別生命表

一方、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義される健康寿命も年々延びており、女性は全国値を上回っています。

健康寿命と平均寿命の差である不健康期間は短縮傾向にあり、また全国値より短くなっています。

図表4 健康寿命の推移



出典: 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」

図表5 健康寿命

	青森県			全国		
	平均寿命 (R2)	健康寿命 (R1)	差	平均寿命 (R2)	健康寿命 (R1)	差
男性	79.27	71.73	7.54	81.49	72.68	8.81
女性	86.33	76.05	10.28	87.60	75.38	12.22

出典: 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」

<患者数>

脳卒中の治療を受けている本県の推計患者数は約19,000人で、人口10万対で見ると全国を上回っています。心疾患の治療を受けている本県の推計患者数は約35,000人です。

図表6 推計患者数 (人口10万対)

	脳卒中の推計患者数 (単位: 人)		心疾患の推計患者数 (単位: 人)	
	青森県	全国	青森県	全国
脳梗塞	1,050 (13,000)	950 (1,199,000)	969 (12,000)	1,007 (1,270,000)
脳内出血	162 (2,000)	159 (201,000)	485 (6,000)	436 (550,000)
くも膜下出血	162 (2,000)	49 (62,000)	1,292 (16,000)	763 (962,000)
脳動脈硬化(症)	0 (0*)	2 (2,000)	81 (1,000)	59 (74,000)
その他の脳血管疾患	162 (2,000)	224 (283,000)	2,827 (35,000)	2,264 (2,856,000)
合計	1,535 (19,000)	1,385 (1,747,000)		

表の下段()は推計患者数。
※千人単位の推計のため、999人以下は0と表示される。

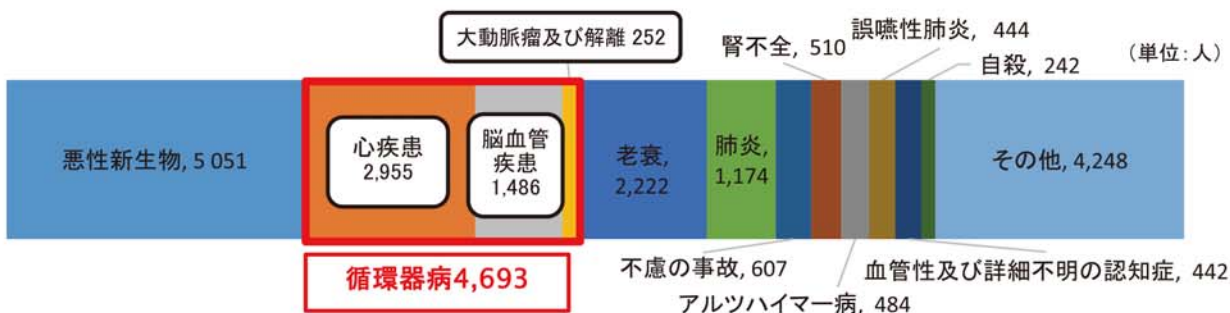
出典: 令和2年度患者調査

<死亡原因における循環器病の割合>

令和4年の人口動態統計（確定数）では、本県は心疾患を原因として2,955人、脳血管疾患を原因として1,486人、大動脈瘤及び解離を原因として252人が死亡しています。心疾患は本県の死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位、大動脈瘤及び解離は第11位であり、これらを合わせた循環器病は本県の死亡原因の約2割強を占めています。

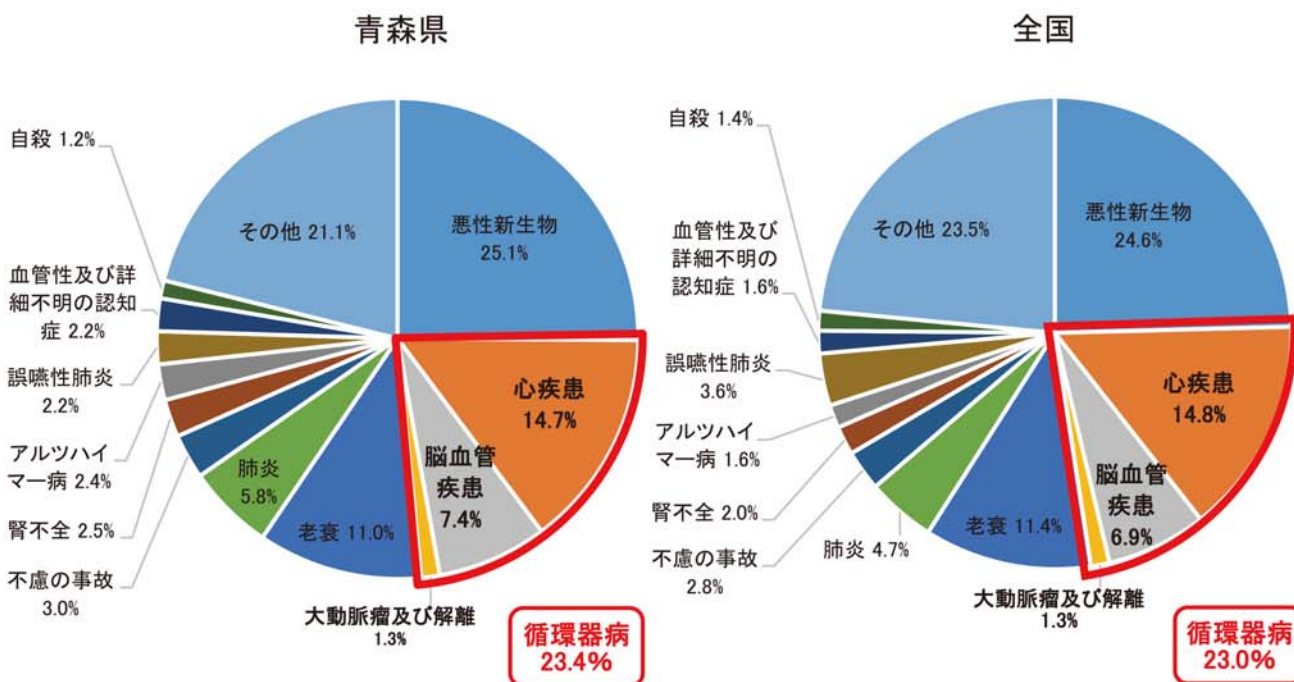
図表7 本県の死因別死亡数（令和4年）

死亡数計20,117人



出典：令和4年人口動態統計

図表8 死亡原因における循環器病の割合

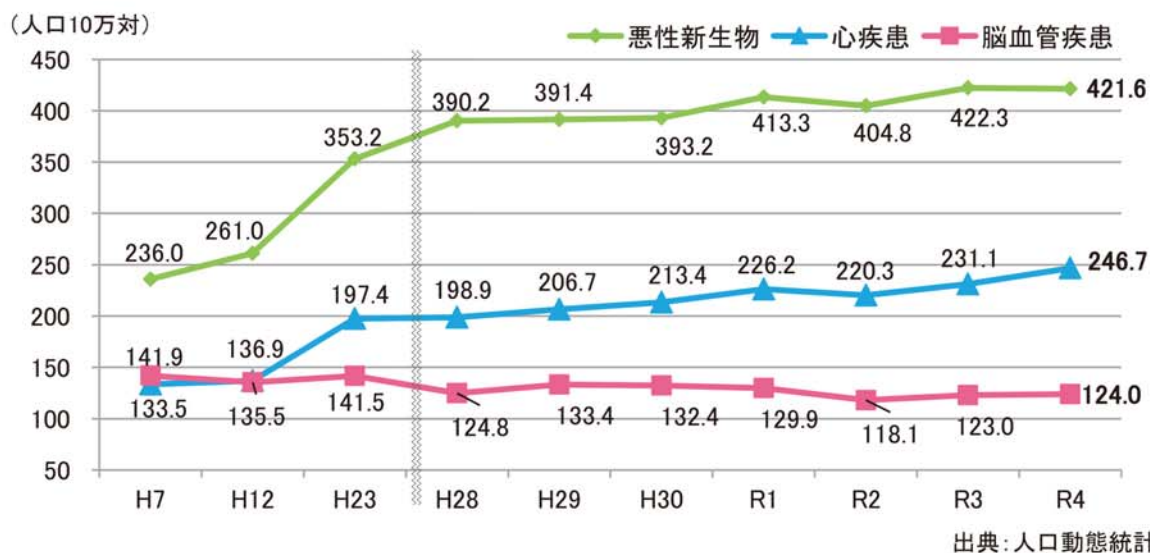


出典：令和4年人口動態統計

＜三大死因の死亡率の推移＞

疾病別の死因順位は、近年第1位は悪性新生物、第2位は心疾患、第3位が脳血管疾患となっており、いずれも全国より高い割合で推移しています。心疾患死亡は増加傾向、脳血管疾患死亡は横ばい傾向です。

図表9 三大死因の死亡率の推移

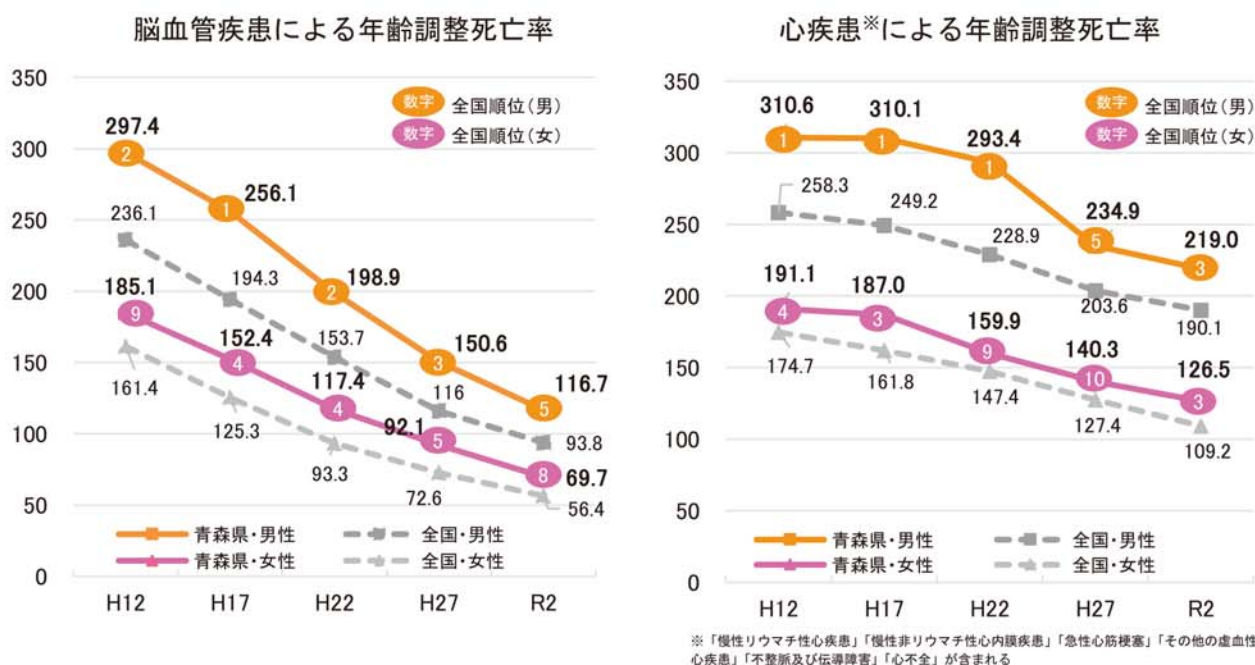


＜脳血管疾患、心疾患による年齢調整死亡率の推移＞

脳血管疾患、心疾患の年齢調整死亡率は減少していますが、全国と比較すると高い状態が続いています。脳血管疾患の年齢調整死亡率（令和2年）は、男性は全国ワースト5位、女性はワースト8位となっています。

心疾患の年齢調整死亡率（令和2年）は、男女ともにワースト3位となっています。

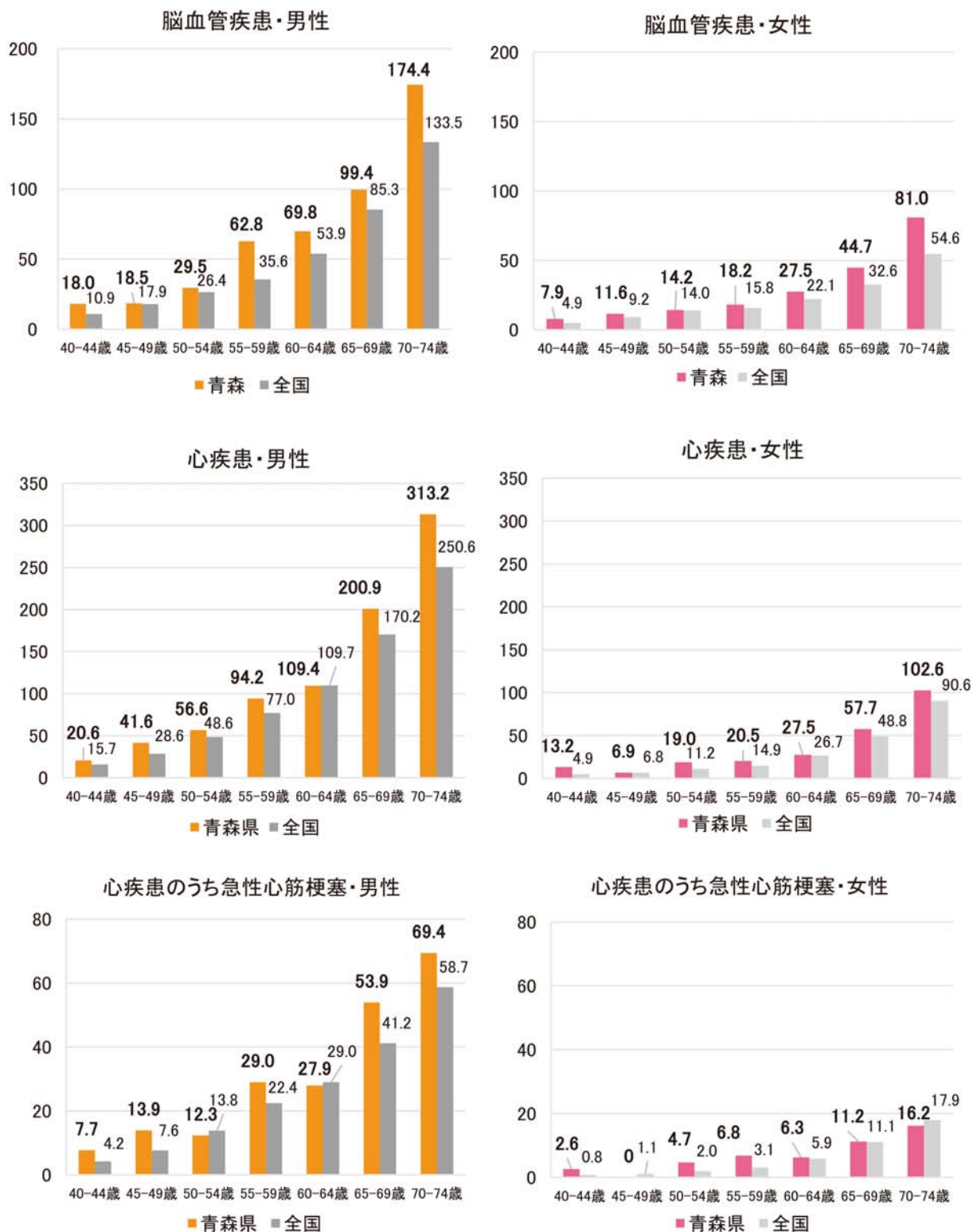
図表10 年齢調整死亡率（人口10万対）



<年齢階級別死亡率>

年齢階級別死亡率を見ると、脳血管疾患、心疾患ともに、全国と比較して高い年代が多く、各世代における死亡率の改善が大きな課題となっています。

図表 11 年齢階級別死亡率（人口 10 万対）



出典：人口動態統計特殊報告（令和2年都道府県別年齢調整死亡率）

＜脳血管疾患、心疾患の圏域別死亡者数の推移＞

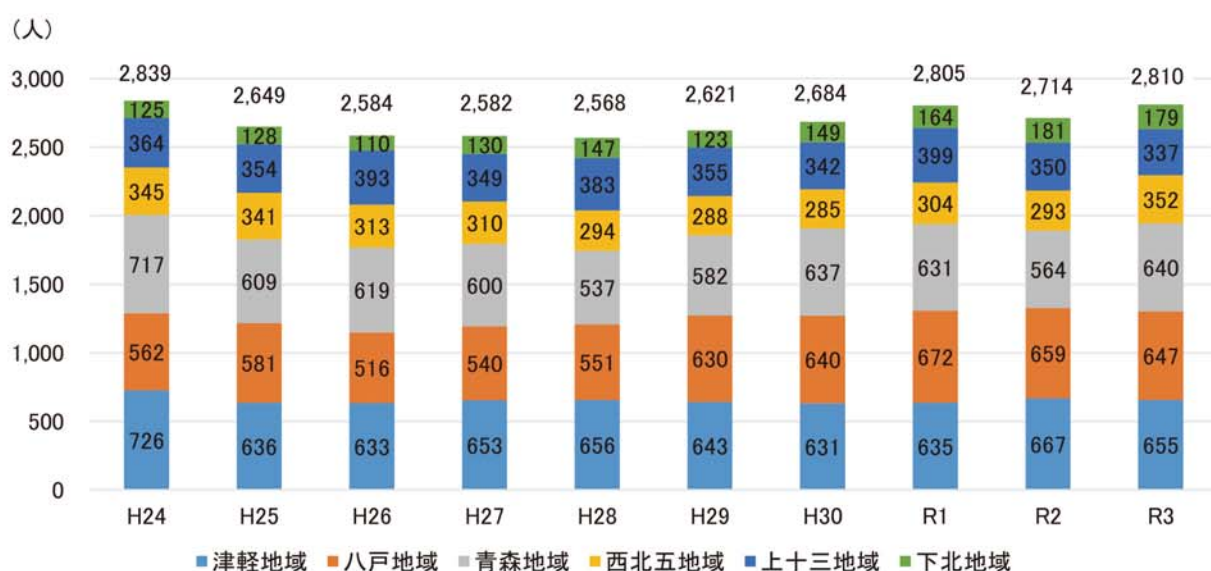
脳血管疾患の死亡者数は、平成24年をピークに減少傾向にあります。一方、心疾患の死亡者数は、平成28年から増加傾向にあります。

図表12 脳血管疾患の圏域別死亡者数



出典：青森県保健統計年報

図表13 心疾患の圏域別死亡者数

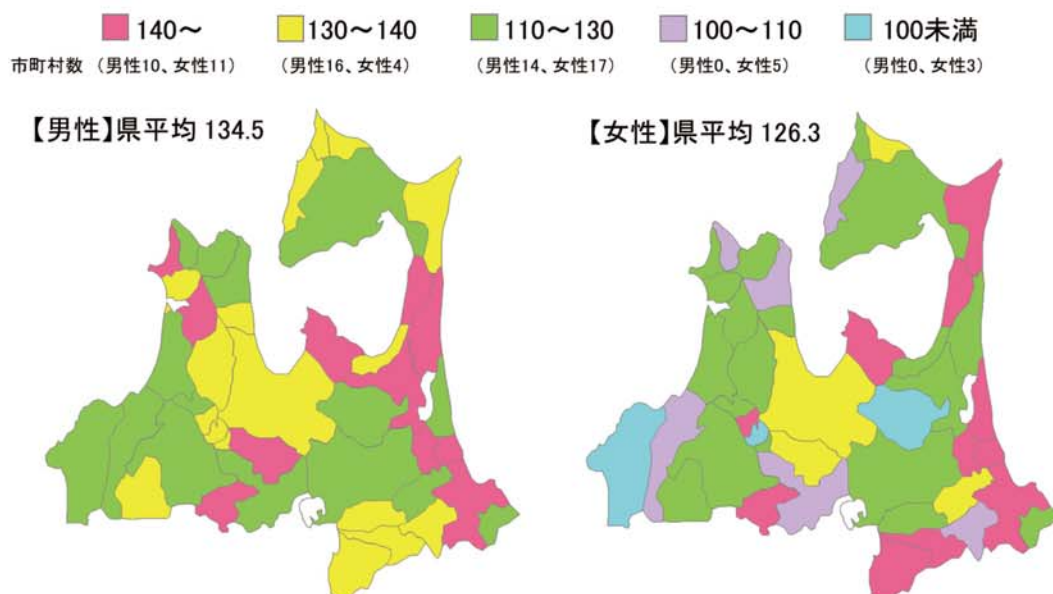


出典：青森県保健統計年報

<性別市町村別の標準化死亡比（H25-H29集計）>

県内市町村別で標準化死亡比※を比較すると、脳血管疾患の標準化死亡比が140以上と非常に高い市町村は男女あわせて15市町村となっています。

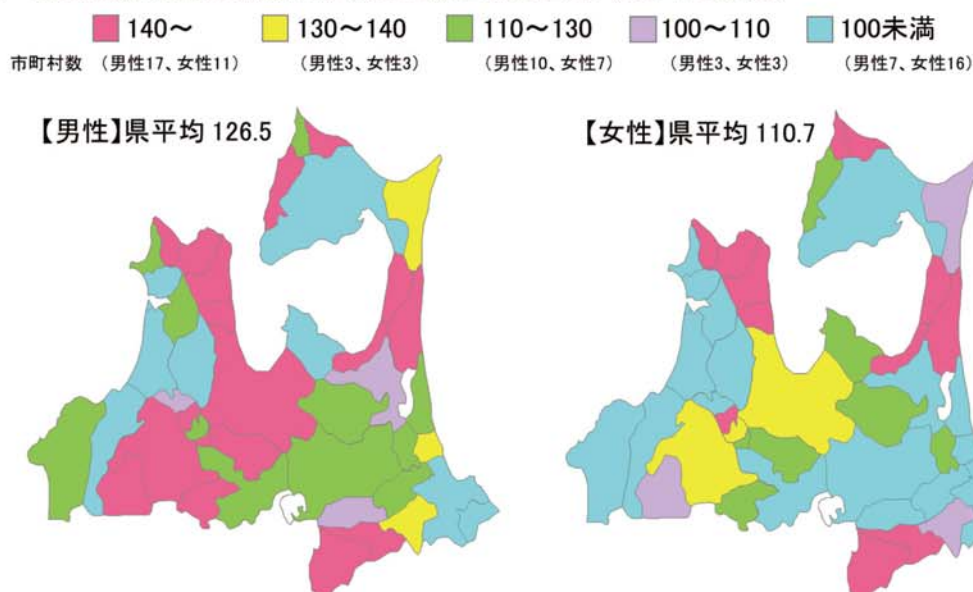
図表14 脳血管疾患の性別市町村別の標準化死亡比（H25-H29集計）



出典：人口動態統計特殊報告「平成 25 年～平成 29 年 人口動態保健所・市区町村別統計の概況」

また、心疾患のうち、急性心筋梗塞の標準化死亡比が140以上と非常に高い市町村は、男女あわせて18市町村となっています。

図表15 急性心筋梗塞の性別市町村別の標準化死亡比（H25-H29集計）



出典：人口動態統計特殊報告「平成 25 年～平成 29 年 人口動態保健所・市区町村別統計の概況」

※標準化死亡比：年齢構成が異なる地域間において、死亡状況を比較することが可能になる指標です。

通常全国を100とし、100以上の場合は死亡率が高いと言えます。

第3章 青森県のめざす方向

1 基本理念

循環器病の発症を予防し、発症した場合でも、速やかに疾患に応じた専門医療につながるとともに、患者が必要とする包括的な支援を受けることができ、住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現を目指します。

2 全体目標

「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指します。

なお、第三次青森県健康増進計画及び第8次青森県保健医療計画では、循環器病に係る年齢調整死亡率の目標を定めており、本計画ではこの数値を計画期間の目標として設定します。

(2040年までの目標)

目標項目		現状値	目標値
		2019年 (R1年)	2040年 (R22年)
健康寿命	男性	71.73	74.73以上
	女性	76.05	79.05以上

※健康寿命の目標値は現状値+3年で算出

(計画期間における目標)

目標項目		現状値	目標値
		2020年 (R2年)	2029年 (R11年)
脳血管疾患の年齢調整死亡率※ (人口10万対)	男性	116.7	93.8
	女性	69.7	56.4
心血管疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	211.3	165.5
	女性	228.2	167.7
虚血性心疾患の年齢調整死亡率※ (人口10万対)	男性	57.0	減少 (参考: 全国値 73.0)
	女性	20.8	減少 (参考: 全国値 30.2)
心不全の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	90.1	69.0
	女性	63.4	48.9
大動脈疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	20.2	17.3
	女性	12.8	10.5

※第三次青森県健康増進計画目標値

1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

(1) 循環器病の発症要因となる生活習慣の改善及び社会環境の整備

【現状と課題】

循環器病の多くは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あるといえます。県民一人ひとりが循環器病の発症予防・重症化予防や疾病リスクの管理を行うことができるように、まずは循環器病に関する正しい知識の普及啓発を行うことが重要です。

本県では「第三次青森県健康増進計画」に基づき、①県民のヘルスリテラシーの向上、②ライフステージに応じた生活習慣等の改善、③生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底、④県民の健康を支え、守るための社会環境の整備、を基本的な方向として取組を推進し、早世の減少と健康寿命の延伸を目指しています。

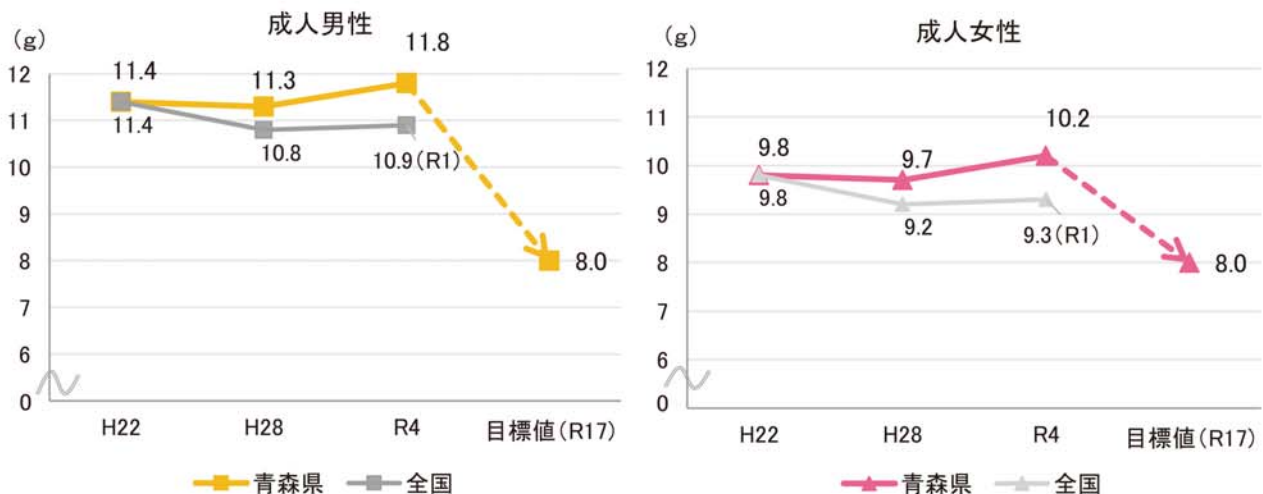
循環器病は、急激に病態が変化する場合があるものの、適切な治療により予後が改善できる可能性があるため、発症後早期に適切な治療を開始する必要があります。そのためには、患者やその家族、周囲にいる者等が、循環器病の発症を認識し、救急要請等を行うことにより、速やかに適切な治療を提供する医療機関を受診することが重要です。

県民に対して、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を進めることが重要です。

<県民の生活習慣>

- ・ 県民の生活習慣の現状を見ると、血圧と密接に関連する成人の1日あたりの食塩摂取量は男性11.8g、女性10.2gと全国（男性10.9g、女性9.3g（R1））より多く、また、目標値の8.0gを上回っています。

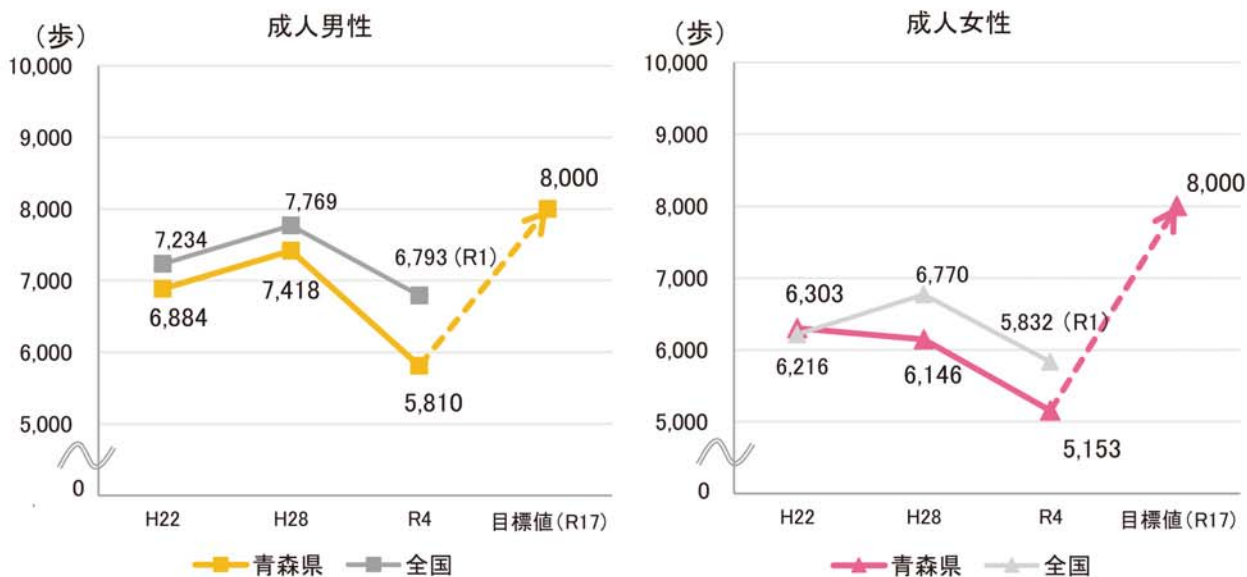
図表16 平均食塩摂取量



出典：青森県～青森県県民健康・栄養調査、全国～国民健康・栄養調査

- ・ 成人の1日あたりの平均歩行数は、男性が5,810歩、女性が5,153歩で、いずれも全国（男性6,793歩、女性5,832歩（R1））に比べ少なく、また、目標値の8,000歩を下回っています。

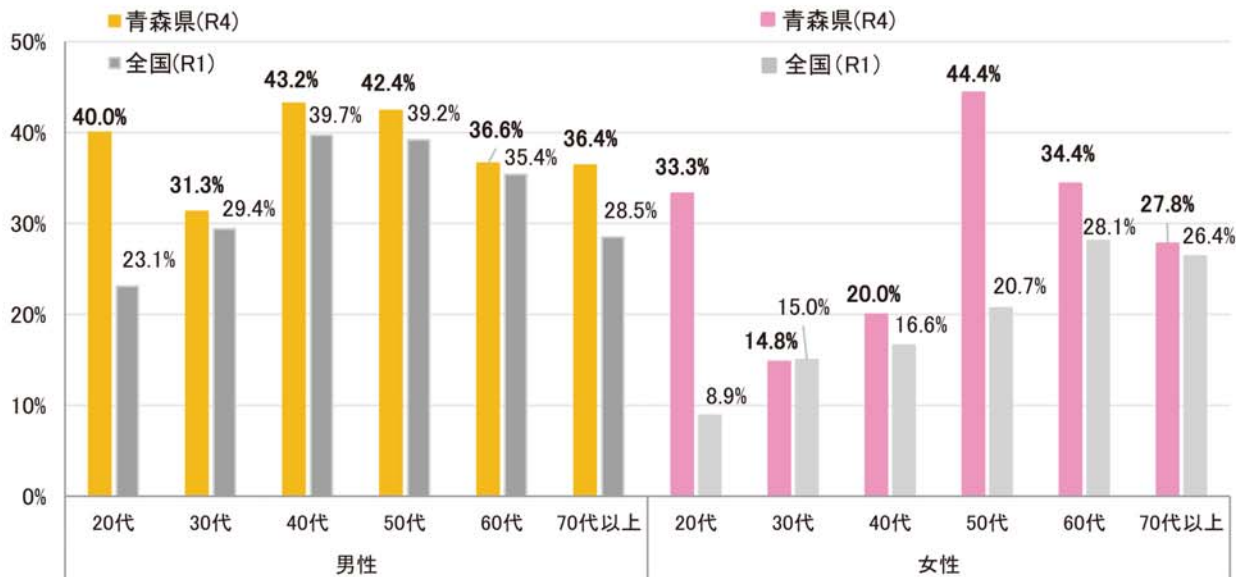
図表17 1日あたりの平均歩行数



出典：青森県～青森県県民健康・栄養調査、全国～国民健康・栄養調査
 ※平成22年：20歳以上の平均値、令和4年：20～64歳の平均値

- ・ 成人の肥満者（BMI 25kg/m²以上の者）の割合は、男性は全年代で、女性は30代を除く各年代で、全国と比較すると高くなっています。

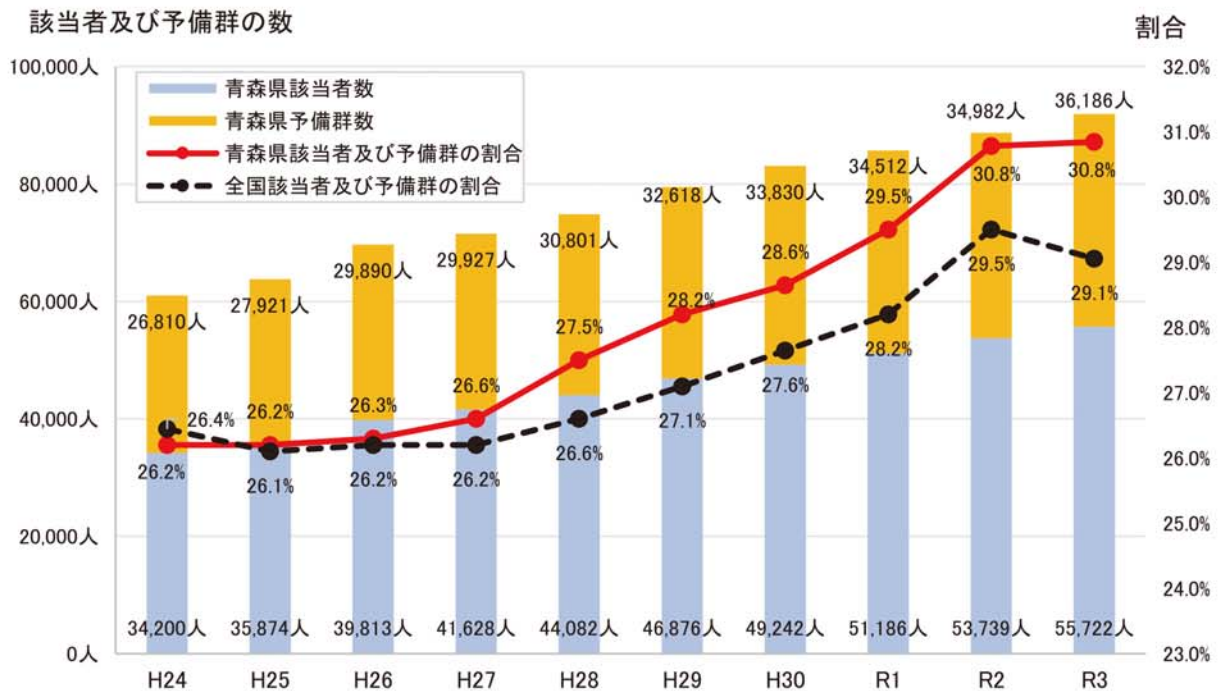
図表18 BMI 25kg/m²以上の者の割合



出典：令和4年青森県県民健康・栄養調査、国民健康・栄養調査

- ・ 脳卒中や心血管疾患、糖尿病の危険因子となる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より高くなっています。

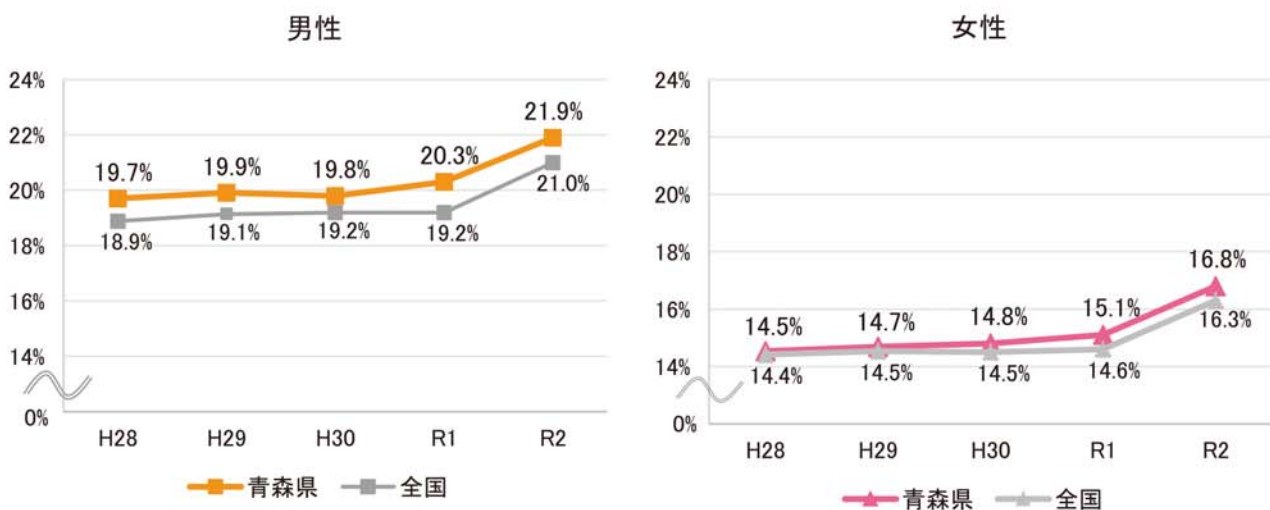
図表19 メタボリックシンドローム該当者及び予備群



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」

- ・ 収縮期血圧140mmHg以上の高血圧者の割合は、男女ともに全国より高い状況です。

図表20 収縮期血圧140mmHg以上の者の割合

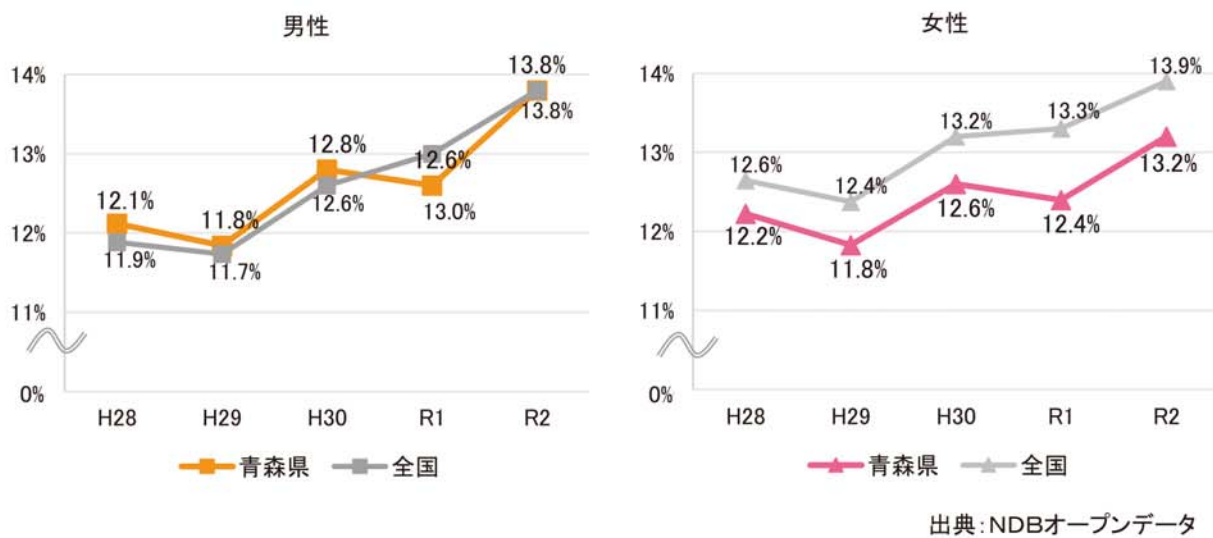


出典：NDB※オープンデータ

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

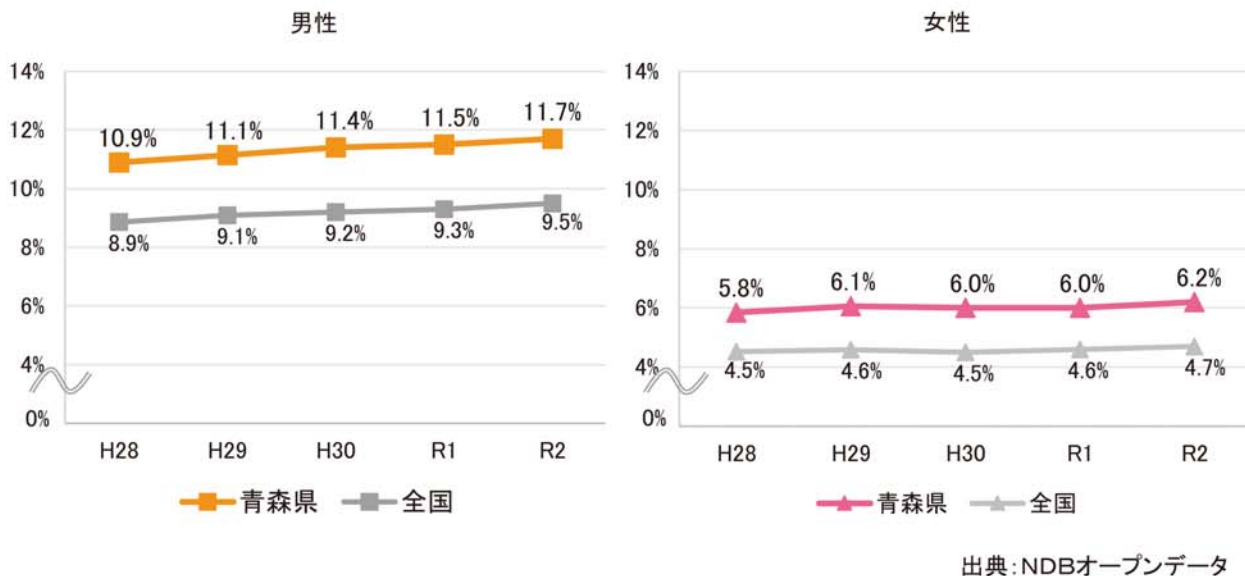
- LDLコレステロールが160mg/dl以上の脂質異常者の割合は、男性は全国と同値、女性は全国より低い状況です。

図表21 LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合



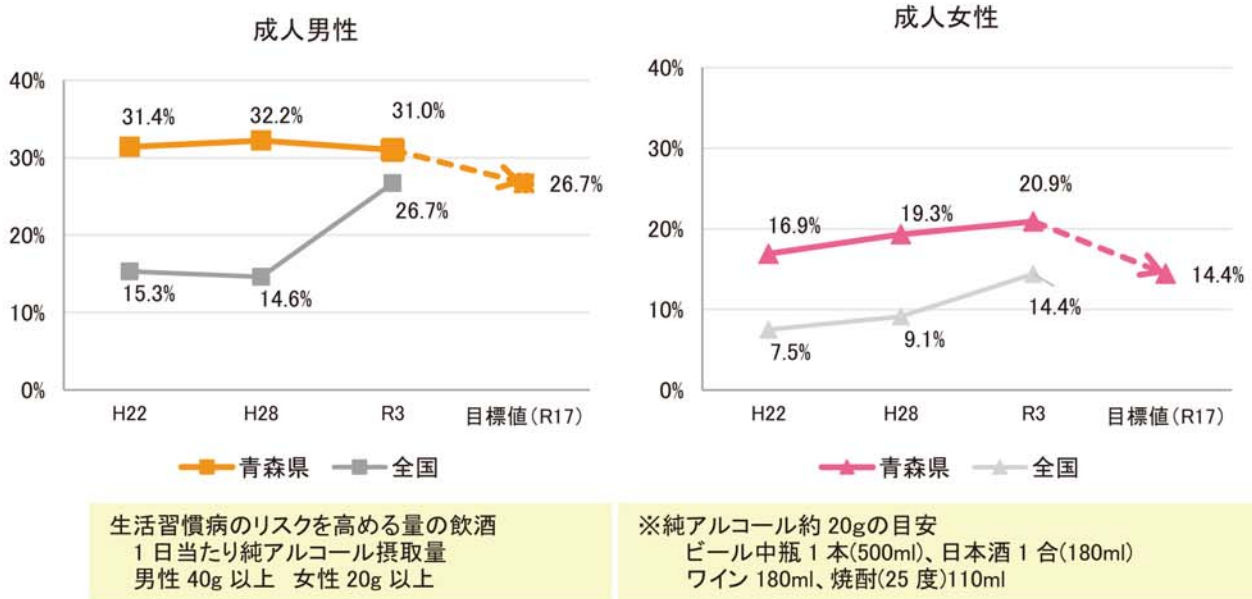
- HbA1cが6.5%以上の血糖異常者の割合は、男女ともに全国を大きく上回っています。

図表22 HbA1cが6.5%以上の者の割合



- 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、男女とも全国を上回っています。

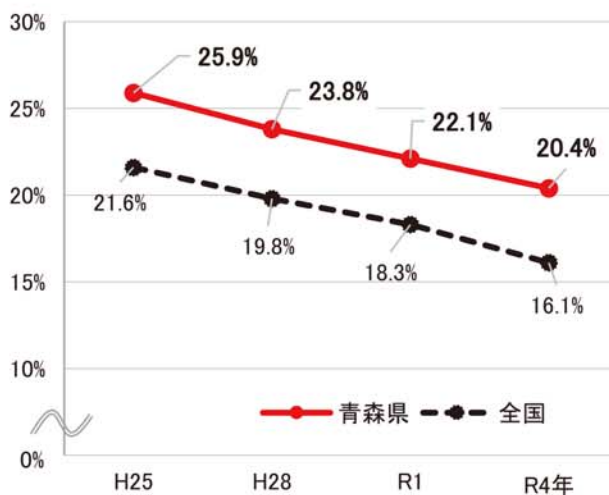
図表23 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合



出典：(青森県)市町村国民健康保険特定健康診査データ(40～74歳)
(全国)国民健康・栄養調査

- 喫煙率は全国を上回っています。また、都道府県別喫煙率の状況を見ると、男性は全国でワースト2位、女性はワースト3位となっています。

図表24 喫煙率の推移



出典：国民生活基礎調査

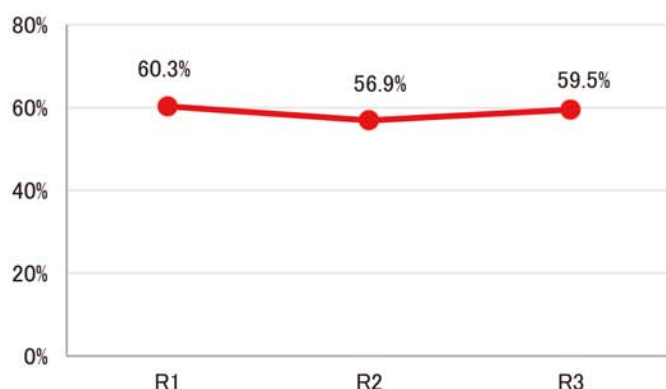
図表25 都道府県別喫煙率の状況

	男性	女性
1位	福島県(33.2%)	北海道(13.2%)
2位	青森県(31.7%)	福島県(10.5%)
3位	岩手県(30.2%)	青森県(9.9%)
4位	秋田県(30.0%)	茨城県(9.0%)
5位	栃木県(29.6%)	栃木(8.8%) 沖縄県(8.8%)
全国	(25.4%)	(7.7%)

出典：令和4年国民生活基礎調査

- ・ 脳卒中や心血管疾患は、歯の喪失の主な原因である歯周疾患との関連が指摘されています。青森県民の40歳における進行した歯周炎を有する者の割合は約6割であり、歯科と連携したケアを行うことが大切です。

図表26 40歳における進行した歯周炎を有する者の割合



出典「青森県各市町村における歯と口の健康づくりに関する取組状況調査」

【施策の方向性】

◎ 生活習慣の改善

- 県民に対し、食生活や運動、肥満、喫煙、飲酒、歯・口腔の健康などに係る望ましい生活習慣の確立等について、効果的な普及啓発に取り組みます。
- 子どもの頃から適切な生活習慣や循環器病に関する正しい知識を身につけられるよう、学校等と連携して啓発を行います。
- 生活習慣に課題の多い世代に対し、医療保険者や事業所等との連携等により、生活習慣の改善に係る取組を実施します。
- 喫煙が健康に及ぼす影響に関する普及啓発や禁煙治療に係る情報提供に取り組むことにより、喫煙率の減少を図るとともに、改正健康増進法に基づく受動喫煙防止対策や青森県受動喫煙防止条例（令和5年3月24日施行）に係る取組を推進します。

◎ 循環器病の発症予防

- 県民が、循環器病の危険因子である高血圧症や糖尿病、脂質異常症、心房細動などの基礎疾患や一過性脳虚血発作の予防や管理を行い、循環器病の発症を予防できるよう、循環器病に関する正しい知識の普及啓発を行います。
- 高血圧が続くと循環器病発症の引き金になることから、特定健康診査や定期的な医療機関の受診により血圧測定を行い自分の血圧をよく知ること、塩分や脂肪分を控え、野菜摂取量を増やした食生活を実践すること、血圧異常値の場合の受診や服薬等、正しい血圧管理に関する普及啓発を行います。

◎ すみやかに適切な医療機関にアクセスするための正しい知識の普及

- パンフレット・ポスターやホームページ、SNS等を活用した情報発信やマスメディアとの連携、関係団体による啓発の取組等、多様な手段を用いて、循環器病の予防、循環器病の前兆及び症状、発症早期の適切な対応（救急要請、救命処置、早期受診）、重症化予防、後遺症等に関する知識等について、分かりやすく効果的な普及啓発の取組を強化します。

◎ 社会環境の整備

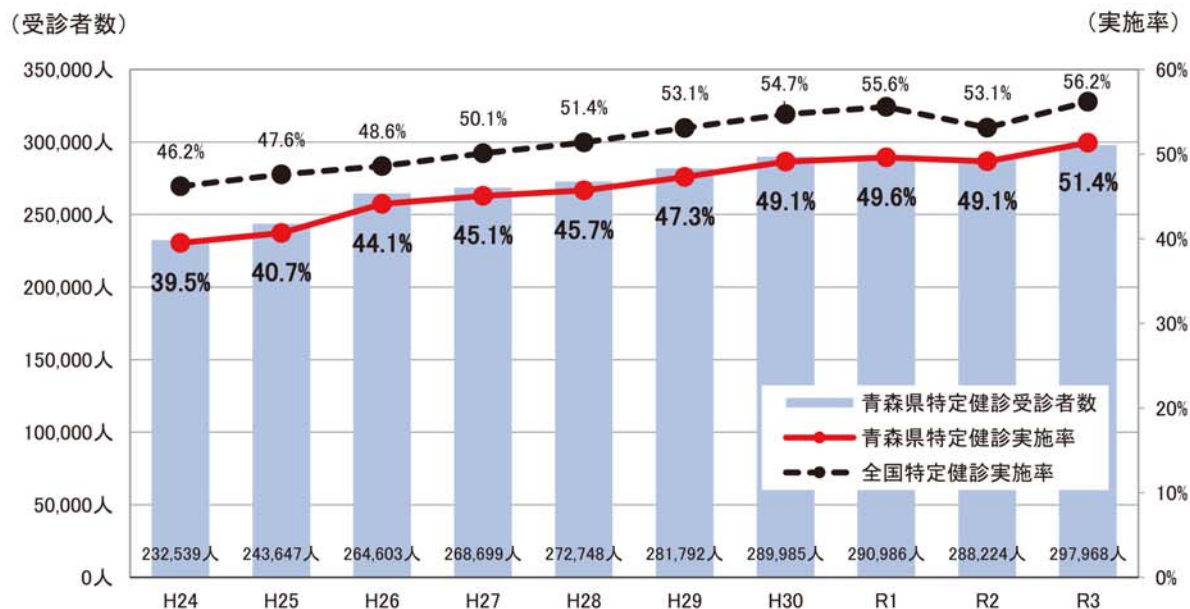
- 市町村及び県、関係団体をはじめ、地域や職域等において、健康教育や健康相談を通じて循環器病予防に関する正しい知識を啓発することにより、社会全体の循環器病予防の気運の高揚を図ります。
- 脳卒中の発症後は、手足の麻痺だけでなく、外見からは障がいがわかりにくい摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があることから、社会的理解や支援が得られるよう周知を図ります。

(2) 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】

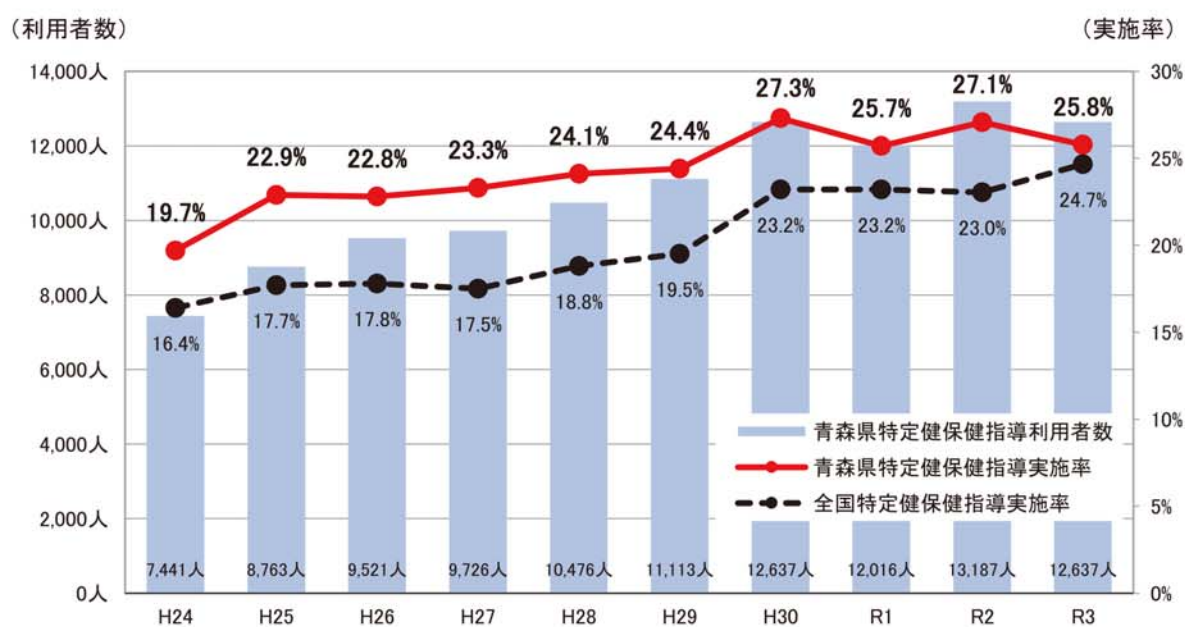
生活習慣病の予防及び早期発見に資する特定健康診査・特定保健指導の実施率は増加傾向にあるものの、令和3年度の特定健康診査の実施率は、第三次青森県健康増進計画の目標値である70%以上に対して51.4%、特定保健指導実施率は目標値の45%以上に対して25.8%となっており、実施率向上に向けた取組が必要です。

図表27 特定健康診査の実施状況



出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ

図表28 特定保健指導の実施状況



出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ

【施策の方向性】

◎ 早期発見に向けた特定健康診査・特定保健指導実施率の向上

- 循環器病の危険因子である高血圧症や糖尿病、脂質異常症、心房細動等を早期発見するための特定健康診査の受診の必要性に関する啓発を行います。
- 先進的な取組事例を踏まえ、地域保健や職域保健等との連携等、より効果的な受診勧奨を促進します。
- 特定健康診査や特定保健指導等の効果的な実施を図るため、市町村・医療保険者等と連携して、従事者の資質向上等に係る取組を推進します。
- 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上を図るため、事業者や医療保険者において、対象者が参加しやすい時間帯や場所を設定するなど、特定健康診査・特定保健指導を受けやすい環境づくりを促進します。
- 医療保険者や医師会、かかりつけ医との連携により、特定健康診査未受診者への受診勧奨を行い、特定健康診査の受診率向上を図ります。

◎ 重症化予防・再発予防の取組の推進

- 高血圧症や糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患の重症化を予防するため、市町村・医療保険者等と連携して、未治療者や治療中断者に対する受診勧奨を促進します。
- 市町村において、「KDBシステム（国保データベース）」等を活用し、後期高齢者も含めてハイリスクアプローチを促進することで、地域特性や課題を踏まえた効果的な重症化予防の取組を推進します。
- 特定健康診査の結果、受診勧奨値の者に対して、受診勧奨、適切な受診・治療継続の必要性について指導します。

◎ かかりつけ医による生活習慣病の適切な治療・管理

- 循環器病に関連する各種治療ガイドライン等に基づき、適切な疾病管理を行います。
- 臨床イナーシャ※により不十分な疾病管理が継続され、治療効果が認められない場合があります。患者や一般住民への疾患啓発を継続するとともに、専門医とかかりつけ医との連携をさらに深め、医療従事者等への各診療ガイドラインの浸透と遵守の徹底を推進します。
- 高血圧症や糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病で通院中の患者に対し、かかりつけ医から、循環器病の前兆及び症状、発症時の対処法等に関する指導を行います。
- 高血圧症で通院中の患者に対し、医療機関において降圧目標に向けた積極的な治療・管理を行います。

※臨床イナーシャ：高血圧、糖尿病、脂質異常症など自覚症状のない疾患において、治療が十分になされない大きな原因は「臨床イナーシャ」とされています。イナーシャは「惰性」と訳され、「高血圧であるにもかかわらず治療を開始しない、または、ガイドラインで示されている降圧目標値よりも高いにもかかわらず、治療を強化せずそのまま様子をみる」治療イナーシャと、「難治性・治療抵抗性高血圧の原因を精査しない」診断イナーシャが含まれます。臨床イナーシャには医療提供側、患者側、医療制度の問題など多岐にわたる因子が関与しています。（高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会発行）より）

2 保健・医療・福祉に係るサービス提供体制の充実

(1) 循環器病に係る医療提供体制の構築

県民が安心して質の高い医療を受けられるよう、医療ニーズに対応した医療提供体制の充実を図るため、救急医療体制をはじめ、急性期から維持期・生活期までの切れ目のない、地域の実情に応じた医療提供体制を構築する必要があります。

① 救急搬送・救急医療体制の整備

【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くあります。循環器病の治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、発症後早期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、急性期には早急に治療を開始する必要があります。

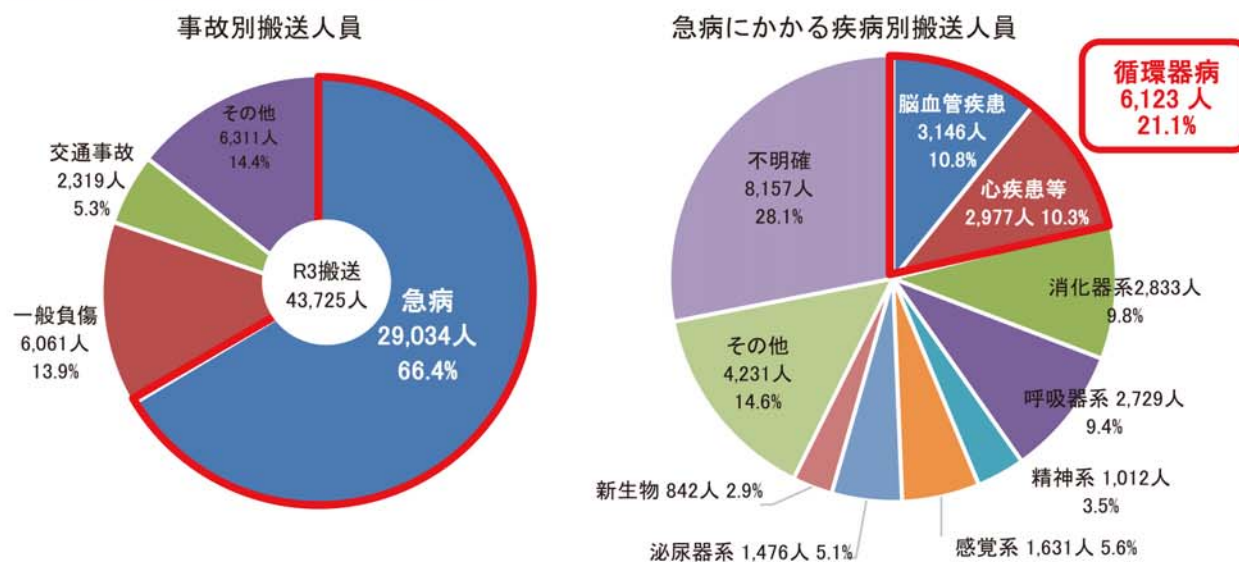
脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療機関を受診できるよう行動することが重要です。できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、速やかに救急要請する等の対応を行います。

急性心筋梗塞は、発症してから専門的治療が開始されるまでの時間が短いほど、社会復帰できる可能性が高まります。そのため、急性心筋梗塞を疑うような症状について日頃から理解を深め、症状が出現した場合には直ちに救急要請することが重要です。自力で病院に行こうとすると、その間に急に悪化して致命的となる場合もあります。

急性大動脈解離や大動脈瘤破裂については、緊急手術が常時可能な施設は限られているため、広域の連携体制を構築する必要があります。また、心室頻拍などの致死的不整脈や心筋炎なども、死に至る可能性があり、迅速な対応が必要です。

令和3年に救急搬送された患者のうち66.4%（29,034人）が急病患者で、そのうち10.8%（3,146人）が脳血管疾患、10.3%（2,977人）が心血管疾患等によるものでした。

図表29 救急搬送の状況（令和3年）



出典：消防の現況

消防機関と医療機関との連携体制を強化し、患者の救急搬送及び受入れを適切かつ円滑に行うため、平成23年4月から「青森県救急患者搬送及び受入れに関する実施基準」に基づく搬送及び受入れが行われています。

救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制※の下で定められた、病院前における患者の救護のためのプロトコル（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で、対応が可能な医療機関に搬送することが重要です。

脳卒中については、病院到着前に脳卒中の重症度を点数化した病院前脳卒中スケールを活用するため、「青森県救急患者搬送及び受入れに関する実施基準」の中に、観察基準としてシンシナティ病院前脳卒中スケールを掲載しています。

また、急性心筋梗塞により発症直後に病院外で心肺機能停止状態となった場合、周囲にいる者（バイスタンダー）や救急救命士等による心肺蘇生の実施及び自動体外式除細動器（AED）の使用による救命率の向上が期待されます。

図表30 心肺機能停止傷病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割合

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
青森県	0.8%	1.1%	0.8%	1.2%	0.7%	0.7%
全国	1.6%	1.7%	1.7%	1.4%	1.3%	1.3%

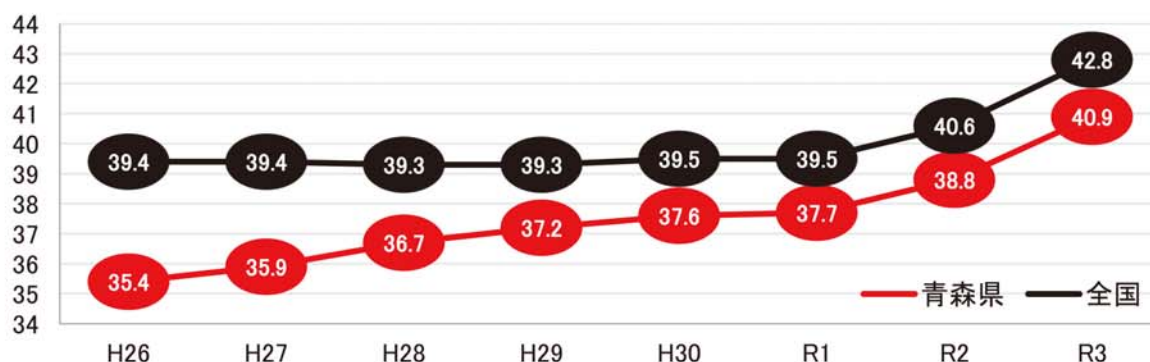
出典:救急・救助の現況

傷病者の救命率及び社会復帰率の向上のためには、救急要請から救急医療機関への搬送までを迅速かつ適切に行うことが求められます。

救急要請から医療機関に収容するまでに要した平均時間は増加傾向にありますが、全国平均を下回っています。

図表31 救急要請（覚知）から医療機関に収容するまでに要した平均時間

(分)



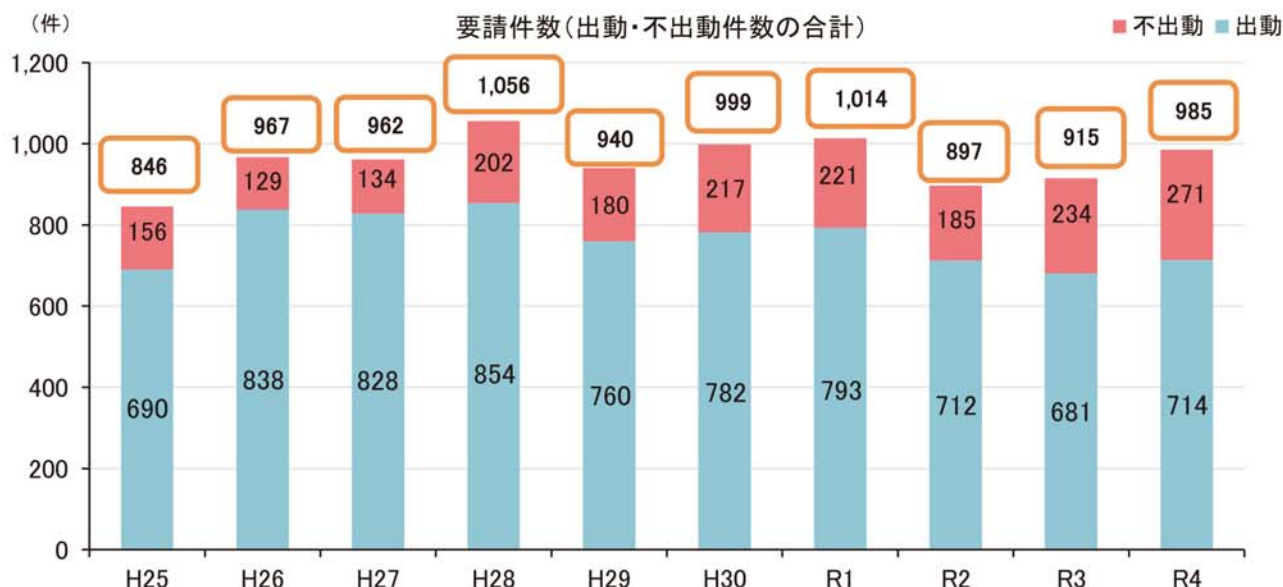
出典:救急・救助の現況

※メディカルコントロール体制：救急現場から医療機関へ搬送するまでの間、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等について、医師が指示、指導・助言及び検証することなどにより、その質を保証する仕組みです。

本県には、重症度の高い傷病者を受け入れる医療機関まで救急車で1時間以上要する地域が多く存在するため、青森県立中央病院及び八戸市立市民病院による2機体制でドクターヘリを運航しており、年間を通じて消防機関から約1,000件の出動要請があります。

また、平成25年4月からドクターヘリの北東北3県による広域連携を開始し、隣接する岩手県、秋田県のドクターヘリ、消防機関と医療機関との相互連携を進めています。

図表32 ドクターヘリ運航実績



出典：青森県ドクターヘリ運航実績(令和4年度末現在)

県内の救急医療体制については、3市に休日・夜間診療所が設置され、8市で在宅当番医制が実施され、県民に身近な救急医療体制が確保されています。

二次救急医療体制（入院を要する救急医療）については、病院群輪番制参加病院※及び救急告示医療機関が対応しています。

また、三次救急医療体制（救命救急医療）として、重篤救急患者の医療を担う救命救急センターは、弘前大学医学部附属病院（高度救命救急センター）、青森県立中央病院及び八戸市立市民病院の3か所に設置されており、24時間体制で高度・専門的な医療を提供しています。

今後は、さらなる医療連携の強化・効率化のため、ICT（情報通信技術）などを活用した連携体制の構築についても検討していくことが考えられます。

※病院群輪番制参加病院：市町村の要請を受け、地域内の病院が医師・看護師等の医療従事者及び救急専用病床を確保し、休日・夜間の診療体制を整え、病院群として共同連携し、輪番方式により傷病者を受け入れる体制のことをいいます。

【施策の方向性】

◎ 適切な病院前救護活動が可能な体制の構築

- 消防機関での県民に対する救急蘇生法講習会を継続して実施するほか、AEDマップの周知・活用を促進します。
- 医療機関や消防機関と連携して、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等について、医師が指示、指導・助言するメディカルコントロール体制の充実に努めます。
- 傷病者の症状・病態や重症度に応じた救急搬送及び受入れをより適切かつ円滑に行うため、必要に応じて「青森県救急患者搬送及び受入れに関する実施基準」の見直しを継続的に行います。
- ドクターヘリが、年間を通じて消防機関からの出動要請に応じていくため、安全な運航と救急専門医や看護師を確保し、基地病院等における必要な体制づくりを進めます。

◎ 症状出現時の速やかな救急要請、救命処置と搬送可能な体制づくり

- 循環器病の前兆・症状、発症時の対処法（速やかな救急要請、救命処置）並びに早期受診の重要性に関する知識の普及啓発を強化します。

◎ 重症度、緊急度に応じた医療が可能な体制の構築

- 医師会の協力の下、休日・夜間診療所、在宅当番医制の円滑な運営を確保します。
- 県民が救急医療体制を理解し、適切な受診行動をとることができるよう普及啓発を図ります。
- あおもり医療情報ネットワークにより、休日・夜間に受診可能な医療機関を紹介します。
- 重篤な患者の医療については、各医療機関と（高度）救命救急センターとの連携、ドクターヘリや防災ヘリとの連携による、効果的、効率的な救命救急医療の提供を進めます。

② 専門的診療をはじめとする医療提供体制

ア 脳卒中

【現状と課題】

脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。

脳梗塞では、発症後4.5時間以内のt-P A静注療法（血栓溶解療法）※や、症例により24時間以内の脳血管内治療（血栓回収療法）が有効です。脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血に対しても脳血管内治療が行われ、その重要性が増しています。

青森県が実施した「医療機能調査（令和5年2月調査）」によると、脳卒中患者の状態ごとに区分した場合の病院の受入状況は、回答のあった85病院のうち、脳卒中患者について「急性期」の対応を行う施設が27施設、「回復期」の対応を行う施設が32施設、「維持期」の対応を行う施設が29施設あります。

引き続き、急性期対応可能な医療機関が、各圏域で1施設以上設置される体制を維持していくことが望まれます。

図表33 脳卒中患者の状態ごとに区分した場合の病院の受入状況（受入病院数）（※複数回答）

区分	津軽	八戸	青森	西北五	上十三	下北	合計
急性期	9	6	6	1	4	1	27
回復期	6	8	8	3	5	2	32
維持期	6	9	5	4	3	2	29

出典：青森県医療機能調査（令和5年2月調査）

※ t-P A静注療法（血栓溶解療法）：t-P Aという脳梗塞治療薬は、閉塞した血栓を溶解させることが可能で、発症後4.5時間以内に適応患者に投与する必要があります。

この治療は、治療開始までの時間が短いほどその有効性が高まります。合併症（脳出血、出血性梗塞）が出現することもあります。

本県には、t-P A 静注療法を含む脳卒中診療を24時間365日実施できる施設として日本脳卒中学会が認定する「一次脳卒中センター(P S C)」が11施設あります。

図表34 一次脳卒中センター (P S C)

二次医療圏	医療機関
津軽	弘前脳卒中・リハビリテーションセンター、弘前総合医療センター、弘前大学医学部附属病院
八戸	八戸市立市民病院、八戸赤十字病院脳卒中センター
青森	青森県立中央病院、青森市民病院、青森新都市病院
西北五	つがる総合病院
上十三	十和田市立中央病院
下北	むつ総合病院

出典：日本脳卒中学会ホームページ

青森県が実施した「医療機能調査（令和5年2月調査）」によると令和4年1月1日～12月31日の期間に手術等を実施した病院の状況は次のとおりです。

治療実績のある病院は全圏域にわたっていますが、治療方法によっては治療実績のない圏域があります。t-P Aを用いた経静脈的血栓溶解療法は全圏域で対応されていました。

合併症の発症予防のためには早期治療が必要であることから、t-P Aを用いた経静脈的血栓溶解療法が全圏域で実施可能な体制を維持していくとともに、患者が血栓回収療法等の適切な脳血管内治療を受けられる体制づくりを進めていくことが求められます。

図表35 脳卒中にかかる治療の実施状況（実施病院数）（※複数回答）

区分		津軽	八戸	青森	西北五	上十三	下北	合計
くも膜下出血	1 脳血管内手術	3	2	3	1	0	0	9
	2 脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング等	3	2	3	0	1	1	10
脳出血	3 脳内血腫除去術	3	2	3	0	1	1	10
脳梗塞	4 t-PAを用いた経静脈的血栓溶解療法	5	2	4	1	2	1	15
	5 血栓回収療法	4	2	3	1	0	0	10
	6 開頭手術	3	2	3	1	0	0	15

出典：青森県医療機能調査(令和5年2月調査)

令和3年度に脳卒中の急性期医療を担う医療機関が実施したt-PA静注療法の実施件数(SCR)は78.4であり、全国を下回っています。一方で、脳血管内治療の件数は117.4であり、全国を上回っています。

図表 36 脳梗塞のt-PA静注療法及び脳血管内治療の件数

	青森県(R3)	全国
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数(SCR※)	78.4	100
脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療法)の実施件数(SCR)	117.4	100

出典:内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 令和3(2021)年度診療分)

【施策の方向性】

◎ 病期に応じた専門的な診療が可能な体制づくり

- 急性期の脳卒中患者に対応するため、t-PA静注療法、脳血管内治療の実施体制が確保されるよう、医療機関の連携、機能分化を進めます。
- 血栓回収療法実施施設のない圏域においても患者が適切な脳血管内治療を受けられるよう、圏域をまたぐ診療・搬送体制を確保します。
- 必要とされる医療従事者等が継続的に確保され資質向上が図られるよう、「医師確保計画」等に基づいた取組を進めていきます。

◎ 再発を予防するための体制づくり

- 県民が在宅での病気の管理を適切に行い、再発予防のため定期的に専門的な検査を受けることができる体制づくりを進めます。
- 再発予防・重症化予防に向け、急性期病院との連携により、かかりつけ医が脳卒中のリスク管理を行います。

※SCR (Standardized Claim data Ratio) : 全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待されるレセプト件数と実際のレセプト件数とを比較したもので、年齢構成の異なる地域間の比較に用いられ、SCRが100以上の場合は全国平均より当該項目の件数が多いとされます。

イ 心血管疾患

【現状と課題】

心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラム※としての心血管疾患リハビリテーションが開始されます。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や疾患によって治療法や予後が大きく変わります。

心血管疾患の医療提供体制を構築するに当たっては、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、多方面から継続した、疾患に応じた医療を提供することが必要です。

青森県が実施した「医療機能調査（令和5年2月調査）」によると、調査対象病院85施設のうち、「急性心筋梗塞患者を受け入れる」と回答したのは14施設です。また、令和4年1月1日～12月31日の期間の県内の病院における急性心筋梗塞等の治療の実施状況は次のとおりです。

図表37 急性心筋梗塞にかかる治療の実施状況（実施病院数）

区分	津軽	八戸	青森	西北五	上十三	下北	合計
医療機関数	3	2	4	2	2	1	14

出典：青森県医療機能調査（令和5年2月調査）

図表38 急性心筋梗塞にかかる治療の実施状況（実施病院数）（※複数回答）

区分	津軽	八戸	青森	西北五	上十三	下北	合計
冠動脈バイパス手術 （うち診療時間外、いつでも可能）	1 (1)	1 (1)	2 (1)	0	0	0	4 (3)
冠動脈閉塞に対する経皮的治療 （カテーテルによる治療） （うち診療時間外、いつでも可能）	3 (1)	2 (2)	3 (3)	1 (1)	2 (1)	1 (1)	12 (9)

出典：青森県医療機能調査（令和5年2月調査）

急性心筋梗塞に対する急性期治療を実施できる医療機関の数は、地域によって偏りがあり、24時間365日対応可能である医療機関はさらに限られていることから、地域の医療資源の実情を踏まえ、二次保健医療圏の内外における急性期医療の連携体制が求められています。

大動脈瘤及び大動脈解離の患者に対して行われる主な治療（大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）及びステントグラフト内挿術）の多くは三次救急医療機関で実施しているため、急性期から回復期まで二次保健医療圏を越えた連携の強化が必要です。

※疾病管理プログラム：多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して、再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムのことをいいます。

令和2年度に心血管疾患の急性期医療を担う医療機関が実施した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（PCI）※の実施件数（人口10万対）は27.9、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数は14.0、大動脈疾患患者に対する手術件数は6.5で、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術以外は全国を下回っています。

図表39 心血管疾患に関する医療機関別手術件数

	青森県(R2)	全国(R2)
急性心筋梗塞に対するPCI実施件数(人口10万対)	27.9	29.1
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)	14.0	11.6
大動脈疾患患者に対する手術件数(人口10万対)	6.5	13.3

出典：NDBオープンデータ

【施策の方向性】

- ◎ 疾患に応じた速やかな専門的診療が可能な体制づくり
 - 心血管疾患医療提供体制に係る機能分化・連携を促進します。
 - 二次保健医療圏域で速やかに専門的治療を行うことができる体制を構築するとともに、圏域で対応できない医療について、二次保健医療圏を越えた連携体制の強化に努めます。
 - 各圏域において、急性心筋梗塞発症患者の来院から90分以内にバルーンカテーテルによる責任病変の再開通に努めます。
 - 必要とされる医療従事者等が継続的に確保され資質向上が図られるよう、「医師確保計画」等に基づいた取組を進めていきます。

- ◎ 再発を予防するための体制づくり
 - 県民が在宅での病状管理を適切に行い、再発予防のため定期的に専門的な検査を受けることができる体制づくりを進めます。
 - 再発予防・重症化予防に向け、急性期病院との連携により、かかりつけ医が心血管疾患のリスク管理を行います。

※経皮的冠動脈インターベンション（PCI）：脚の付け根や腕、手首などの血管から、カテーテルという医療用の細い管を差し込み、冠動脈の閉塞・狭窄部を治療する方法です。

③ リハビリテーション

【現状と課題】

循環器病患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ、日常生活動作（ADL）の向上等の生活の質の維持・向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションの実施が必要です。

＜脳卒中のリハビリテーション＞

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられますが、急性期から維持期・生活期まで一貫した流れで行われることが勧められます。

急性期に行うリハビリテーションは、誤嚥性肺炎等の予防のための口腔管理や摂食・嚥下訓練、廃用症候群の予防・セルフケアの早期自立を目的として、発症当日からベッドサイドで開始します。

回復期に行うリハビリテーションは、嚥下障害や歩行障害などの機能回復、日常生活動作の向上や誤嚥性肺炎などの合併症の予防を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施します。

維持期・生活期に行うリハビリテーションは、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力や口腔・言語機能等の生活機能の維持・向上や誤嚥性肺炎などの合併症の予防を目的として実施します。

診療報酬施設基準（地方厚生局届出受理（令和5年4月時点））によると、県内の脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関は91施設で、人口10万対で見ると全国を上回っています。一方、リハビリテーションの実施件数は、SCRで見ると全国を下回っています。

図表40 脳血管疾患リハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数

二次医療圏	全国	県	津軽	八戸	青森	西北五	上十三	下北
医療機関数	8,079	91	24	27	21	6	8	5
(人口10万対)	(6.4)	(7.4)	(8.7)	(8.7)	(7.1)	(5.0)	(4.8)	(7.3)

出典：地方厚生局届出受理（令和5年4月時点）

図表41 脳血管疾患に関するリハビリテーションの実施状況等

	青森県(R3)	全国
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)	89.5	100
嚥下訓練の実施件数(SCR)	58.2	100

出典：内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 令和3(2021)年度診療分)

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関は10施設、病床数は764床で、人口10万対で見ると全国を下回っています。

図表42 回復期リハビリテーション病床数

	全国	青森県	津軽	八戸	青森	西北五	上北	下北
病床数	88,593	764	271	164	329	0	0	0
(人口10万対)	(70.2)	(61.7)	(98.4)	(52.9)	(111.3)	(0)	(0)	(0)

出典:令和3年度病床機能報告

介護保険の訪問リハビリテーションを提供している事業所は2.0（人口10万対）で、全国（3.9）を下回っています。通所リハビリテーションを提供している事業所は人口10万対で6.5（全国6.3）、老人保健施設の定員数は410.7（全国288.2）で、全国を上回っています。

図表43 介護保険のリハビリテーション実施施設数

	青森県(R5)	全国(R5)
訪問リハビリテーションを提供している事業所数(人口10万対)	2.0	3.9
通所リハビリテーションを提供している事業所数(人口10万対)	6.5	6.3
老人保健施設定員数(人口10万対)	410.7	288.2

出典:介護サービス情報公表システム(令和5年5月時点)

<心血管疾患のリハビリテーション>

心血管疾患患者については、心不全等で入退院を繰り返す患者が増加しており、再発予防及び再入院予防の観点が必要であり、疾病管理プログラムとして心血管疾患リハビリテーションを実施することが求められます。

高齢化の進展により、心不全等の患者の増加が見込まれる中、急性期の治療の後、地域でリハビリテーションが実施できる体制整備が求められています。回復期及び維持期・生活期のリハビリテーションは、担当する専門職が、急性期の治療内容を理解した上で実施する必要があります。

診療報酬施設基準（地方厚生局届出受理（令和5年4月時点））によると、県内の心大血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関は12施設で、人口10万対で見ると全国を下回っています。

また、リハビリテーションの実施件数（SCR）を見ると、入院・外来ともに全国平均を大きく下回っています。

図表44 心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数

二次医療圏	全国	県	津軽	八戸	青森	西北五	上十三	下北
医療機関数	1,620	12	2	3	6	1	-	-
(人口 10 万対)	(1.3)	(1.0)	(0.7)	(1.0)	(2.0)	(0.8)	-	-

出典：地方厚生局届出受理(令和5年4月時点)

図表45 心血管疾患に関するリハビリテーションの実施状況等

	青森県(R3)	全国
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	45.8	100
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	29.7	100

出典：内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 令和3(2021)年度診療分)

【施策の方向性】

- ◎ 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制づくり
- 急性期から回復期及び維持期・生活期までの状態に応じたリハビリテーションの提供等の取組を進めます。
- 地域の医療機関が連携し、患者の状態を踏まえた適切な医療・介護サービスを継続して提供できるよう、急性期の病態安定後、機能回復や日常生活動作の向上を目的とした集中的なリハビリテーションの実施が有効であると判断される患者には速やかにリハビリテーションを開始し、回復期に切れ目なく移行できる連携体制を構築します。
- 維持期・生活期にかけて、患者の状態に応じた、生活機能の維持・向上を目的とした医療、福祉・介護に係るサービスを提供するとともに、リハビリテーションを十分に実施できる体制を維持します。
- 回復期及び維持期・生活期を担当するリハビリテーション専門職に対し、心血管疾患リハビリテーションの知識の再確認とスキルの向上に係る取組を推進します。
- 入退院を繰り返す心不全患者等の特性を踏まえ、再発・再入院・重症化予防の観点から、疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが可能な体制の構築及び適切なリハビリテーションの実施に向けた取組を検討します。

④ 患者の状態に応じた緩和ケア

【現状と課題】

緩和ケアとは、身体的・精神心理的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うことを通じて、患者とその家族のQOLの向上を目標とするものであるため、その対象は、患者のみならず、その家族や遺族も含まれています。

令和2年の世界保健機関（WHO）からの報告に、成人で緩和ケアを必要とする頻度の高い疾患として循環器病があげられています。循環器病は、生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患です。

循環器病の中でも、心不全はすべての心血管疾患に共通した終末的な病態であり、高齢化の進展により今後の患者増加が予想されるものであることから、緩和ケアの対象となる主な循環器病としてまず心不全を想定し、今後の取組を考える必要があります。

【施策の方向性】

◎ 患者の状態に応じた緩和ケアの推進

- 患者の苦痛を全人的な苦痛として捉えたうえで、全人的なケアを行うべく、多職種連携や地域連携の下で、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。
- 治療と並行した緩和ケアに多職種で対応するため、退院前カンファレンス等により、急性期及び回復期医療を担う医療機関とかかりつけ医機能を担う医療機関等が情報共有を進め、住み慣れた地域で生活できる環境づくりを展開します。

⑤ 在宅療養が可能な環境の整備

【現状と課題】

高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活するようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められています。

在宅医療は、高齢になっても病気になっても障がいがあっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、福祉・介護サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素です。

また、今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されています。

医療機関においては、患者それぞれの状態や社会資源に応じ、シームレスな療養生活が可能となるよう、入院医療から在宅医療へ引き継ぐ、地域の実情に応じた適切な退院支援を実施する必要があります。

図表46 退院調整支援担当者を配置している医療機関数

	青森県	全国
医療機関数	44	4547

出典：令和2年度医療施設調査

<脳卒中の在宅療養>

急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、無症候性病変、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われます。

在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションが実施され、在宅生活に必要な介護サービス等が提供されます。脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、適切な服薬や危険因子の管理継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について教育する等、再発に備えることが重要です。

在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合を見ると、全国よりも低い状況です。最も多い津軽地域と最も少ない上十三地域では28.6ポイントの差があります。在宅等での生活が実施可能となるリハビリテーションや医療の提供が求められます。

図表47 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合

二次医療圏	全国	県	津軽	八戸	青森	西北五	上十三	下北
割合	55.2%	45.0%	58.3%	39.9%	48.8%	37.2%	29.7%	45.0%

出典：令和2年患者調査

＜心血管疾患の在宅療養＞

心血管疾患患者は、再発・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す。したがって、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となります。

心不全の増悪要因には、虚血性心疾患等の心不全原因疾患の再発・悪化、感染症や不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分管理の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な要因が含まれています。

心不全増悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種（医師・薬剤師・看護師・理学療法士・管理栄養士等）によるチームで行うことが重要です。

また、患者や患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育も重要です。

図表48 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合

二次医療圏	全国	県	津軽	八戸	青森	西北五	上十三	下北
割合	—	89.4%	83.5%	93.5%	86.7%	92.3%	100.0%	100.0%

出典：令和2年患者調査

脳卒中患者や心血管疾患患者が在宅で療養できるよう、再発予防の観点からも、かかりつけ医や病院、介護事業者等の連携体制を構築する必要があります。

また、病病連携、病診連携を進めていく上で、今後は、電子化された患者の医療情報の共有化等の取組を推進していくことが考えられます。

【施策の方向性】

◎ 在宅療養が可能な体制づくり

- 急性期医療機関から早期に在宅に復帰し、在宅療養が可能な体制の構築に努めます。
- 在宅医療に係る医療従事者の確保対策等を実施します。

◎ 入退院支援：円滑な在宅療養移行に向けての入退院支援が可能な体制の構築

- 入院医療機関における退院調整支援担当者の配置を促進します。
- 退院後、患者に起こり得る病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で在宅医療に係る関係機関との十分な情報共有を図るよう努めます。
- 入退院調整が必要な全ての患者への調整が確実にされるよう、入退院調整ルールの適用を促進します。

◎ 日常の療養支援：日常の療養支援が可能な体制の構築

- 在宅医療を担う医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、薬局、介護事業者等の連携による医療・介護提供体制を強化します。
- 在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション及び薬局の拡充を図ります。

◎ 急変時の対応：急変時の対応が可能な体制の構築

- 在宅療養者の急変時に対応して往診や入院医療機関による一時受入を行うなど、地域の実情に応じた医療機関の連携による24時間対応が可能な体制づくりを進めます。
- 医療機関と連携して24時間対応可能な訪問看護ステーションの充実を図ります。

⑥ 小児期からの成育過程を通じた対策

【現状と課題】

循環器病の中には、先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患があり、乳幼児健診・学校健診等の機会を通じて見つかることもあります。

近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、患者全体の死亡率は大きく減少した一方で、原疾患の治療や合併症への対応を抱えたまま成人期に移行する患者が増加しています。

成人期医療への移行が相応しい時期になっても、医療体制が整っていないため、あるいは本人の準備が整わないために、成人期医療への移行が円滑に行われない場合もあることから、小児期から成人期までの生涯を通じて切れ目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。

なお、県内では、弘前大学医学部附属病院に「成人先天性心疾患外来」が開設され、専門的診療が行われています。

図表49 心臓の疾病・異常を有する児童生徒の割合 (％)

	小学校			中学校			高等学校		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女
青森県	0.3%	0.3%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.5%	0.5%	0.5%
全国	0.8%	0.8%	0.8%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%

出典：令和4年度「児童生徒の健康・体力」青森県教育庁スポーツ健康課
令和4年度学校保健統計調査(小数点以下第2位を四捨五入)

【施策の方向性】

◎ 小児期からの循環器病対策の推進

- 子どもの頃から適切な生活習慣や循環器病に関する正しい知識を身につけられるよう、学校等と連携して啓発を行います。
- 乳幼児健診・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。
- 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進めていきます。

(2) 循環器病患者等を支える環境づくり

① 多職種連携による医療・介護連携の促進

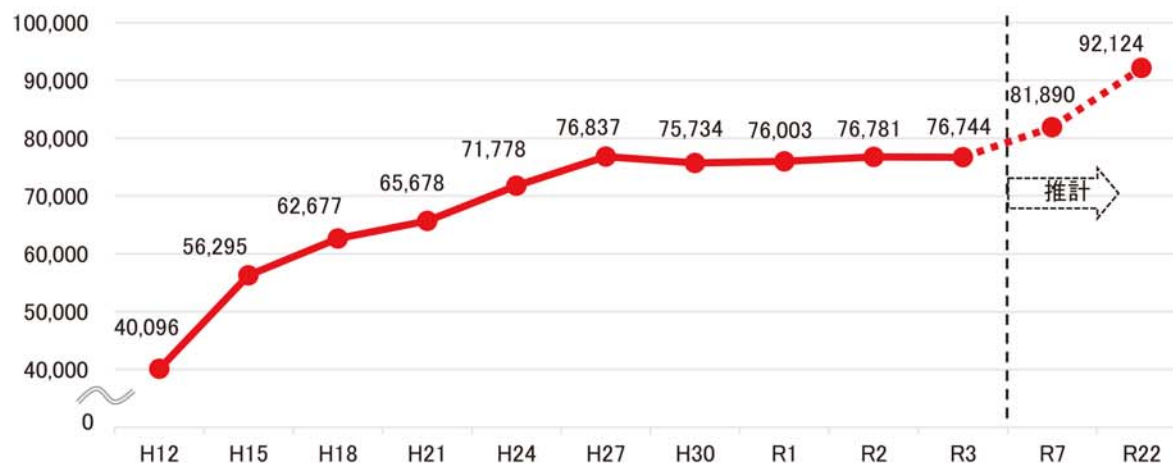
【現状と課題】

循環器病患者は、脳卒中発症後の後遺症の残存や心血管疾患治療後の身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に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。

慢性心不全は、特に高齢の患者に多い疾病であり、今後も高齢化に伴って患者数の増加が見込まれることから、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、急性増悪への対応など、医療・介護における連携体制の構築が必要です。

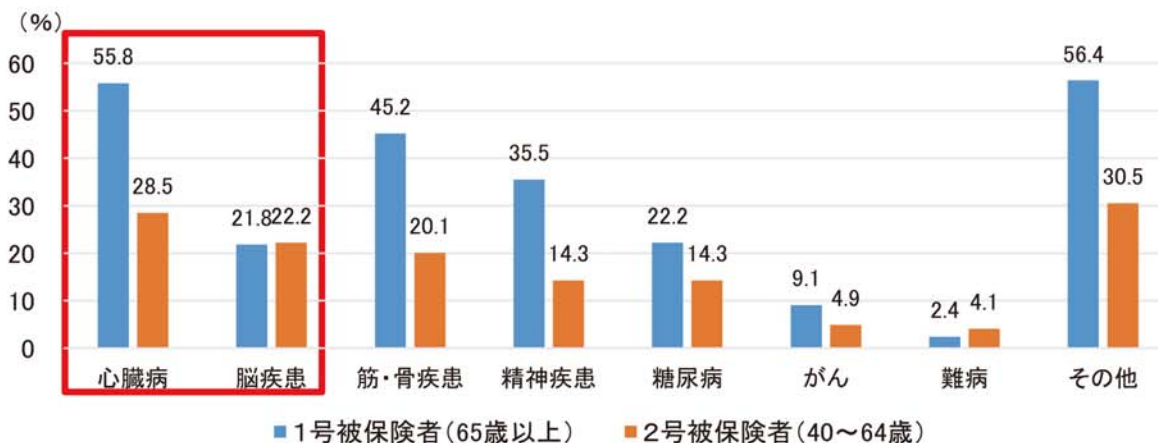
平成12年4月の介護保険制度の施行以降、要介護認定者数等は増加傾向にあり、今後も増加が見込まれます。また、本県の要介護（支援）者の有病状況を見ると、心臓病が最も多くなっています。

図表50 本県の要介護認定者数等の推移



出典：介護保険事業状況報告、地域包括ケア「見える化」システムの推計

図表51 本県の要介護（支援）者の有病状況



出典：KDBシステム（令和4年度累計）

心血管疾患は、高齢者に多くみられる疾病ですが、患者の急変時の延命治療の方針など、もしもの時の心構えのない患者・家族が多く、急変時に効果的ではない高額な延命治療を実施せざるをえないことが少なくありません。高齢の心血管疾患患者の病態が安定しているときに、患者やその家族が今後の方針について話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP）※の概念を普及する必要があります。

循環器病患者が、住み慣れた地域で、自分らしい生活が続けることができるよう、医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供する取組を推進する必要があります。

介護サービスは充実してきており、介護が必要な高齢者を抱える家族の負担は軽減された面もありますが、今なお、介護サービスを利用していない場合だけでなく利用している場合でも、多くの家族は何らかの負担や孤立感を感じています。このため、介護に取り組む家族等の身体的、精神的、経済的な負担を軽減する必要があります。

市町村が設置している地域包括支援センターは、高齢者等の課題に対応する地域の拠点として、地域包括ケアシステムの中核を担い、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を支援する活動を行っています。

高齢者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域包括支援センター及び市町村が開催している地域ケア会議※については、自立支援に資する効果的なケアマネジメントが行えるよう、多職種連携による「自立支援型地域ケア会議」※を充実させる必要があります。

※ACP：厚生労働省の定義では、「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセス」としています。

※地域ケア会議：地域包括支援センター及び市町村主体の会議であり、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールです。具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援等を行うとともに、地域づくり・政策形成等につなげるための場です。

※自立支援型地域ケア会議：高齢者のQOLの向上のために地域ケア個別会議を活用し、多職種からの専門的な助言を得つつ、アセスメントを実施し、高齢者の自立した日常生活の阻害要因を明らかにし、介護予防に資するケアマネジメントの実施と必要なサービスの提供を行うことを目的としています。

【施策の方向性】

◎ 在宅医療・介護連携の促進

- 医療・介護従事者への研修会等の実施により、在宅医療を担う専門的な人材の育成や多職種連携を推進します。特に、生活を支える介護従事者に対し、再発予防を含めた医療知識を啓発します。
- 市町村や地域包括支援センターを中心に、介護する上での家族の困りごとを地域で支える仕組みづくりを推進します。
- 医療従事者や介護職、リハビリ専門職等の多職種が連携し、自立に向けて重点的な支援を行う自立支援型地域ケア会議の取組を推進します。
- 在宅医療と介護を一体的に提供できるよう、医療・介護を必要とする高齢者に対する相談窓口の設置・普及を図るなど、在宅医療・介護連携推進事業の着実な推進を図ります。
- 在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション及び薬局の拡充を図るとともに、地域包括支援センターや介護事業者等の連携体制を強化します。
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防に係る口腔ケア、管理栄養士による適切な栄養指導等について、重要性の啓発と、医療・介護従事者等の資質向上に係る取組を行います。また、嚥下機能の評価及び口腔管理を実施する歯科医療機関と介護施設等との連携促進に取り組みます。
- 尊厳が尊重されるよう、ACPを普及・促進する取組を推進します。

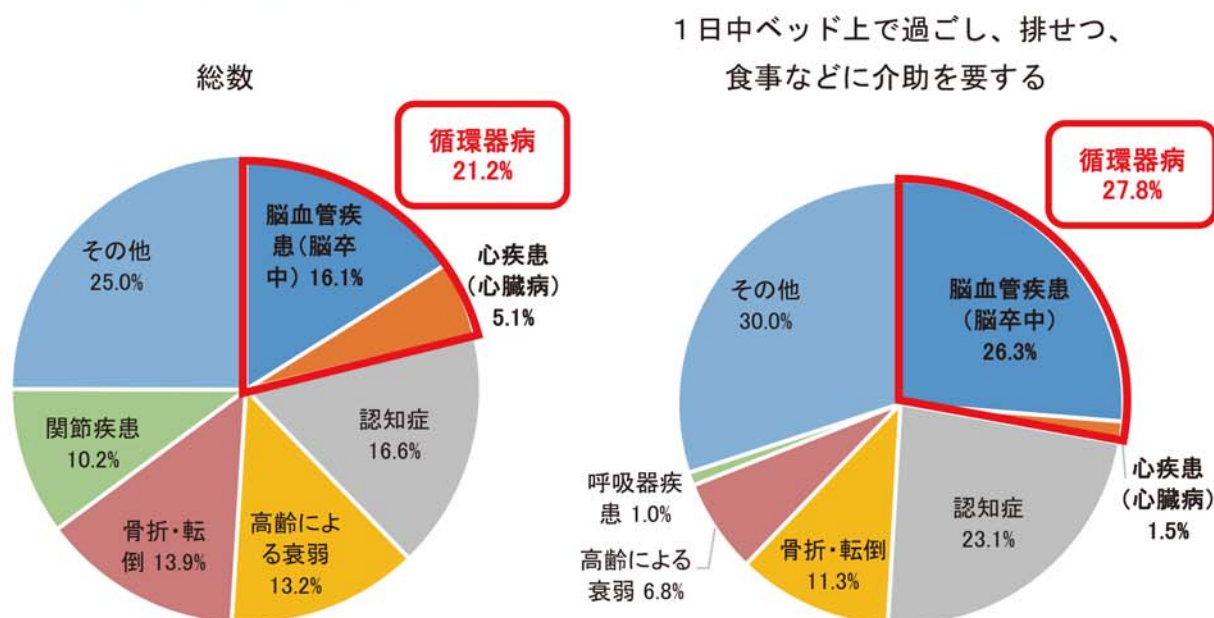
② 循環器病の後遺症を有する者への支援、治療と仕事の両立支援・就労支援

【現状と課題】

循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性があります。令和4年「国民生活基礎調査」（厚生労働省）によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が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、1日中ベッドの上で過ごし、排せつや食事などに介助を要するなど、特に介護度が高い人については、その原因は脳血管疾患が26.3%で第1位であり、心疾患の1.5%を合わせると27.8%を占めています。

図表52 介護が必要となった主な原因



出典：令和4年国民生活基礎調査

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った場合には、必要な福祉・介護サービスを受けることができます。

脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障がいがわかりにくい摂食嚥下障害、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ます。社会的理解や支援が必要です。高次脳機能障害や失語症は、回復に長い期間を要するため、復職・就労に係る支援にあたっては、長期的なサポートが必要になります。

※高次脳機能障害：頭部外傷や脳血管障害の後遺症などによって脳損傷を受け、①記憶障害、②注意障害、③遂行機能障害、④社会的行動障害などの認知障害が生じることにより、日常生活や社会生活への適応が困難となる障がいです。外見上障がい分かりにくいいため、周囲の理解が得られにくく、本人や家族が悩みを抱え込むことが少なくありません。医療や福祉の谷間に落ちることがあります。

脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者のうち、約16%が20～64歳であり、65歳未満の患者においては、約7割がほぼ介護を必要としない状態まで回復するという報告もあります。発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰することが可能な場合もあります。

虚血性心疾患を含む心血管疾患の患者のうち、約16%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社会復帰ができるケースも多く存在します。しかし、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要となる場合があります。

高齢化の進展等により、今後は労働者の高齢化、疾病のリスクを抱える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。

【施策の方向性】

◎ より良い支援のための体制づくり

- 脳卒中の発症後は、手足の麻痺だけでなく、外見からは障がいがわかりにくい後遺症（摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等）が残る場合があることから、社会的理解や支援が得られるよう周知を図ります。
- 労働局、県、関係団体等による青森県地域両立支援推進チームにおいて、両立支援の取組の連携を図り、より良い支援に結びつく体制整備の検討を進めます。
- 青森産業保健総合支援センターの両立支援促進員による、患者の状況に応じた事業主・労働者向けの治療と仕事の両立支援を推進します。
- 治療と仕事の両立支援助成金を活用した安心して働くことができる職場環境の整備を進めます。
- 職場復帰に向けて国や県、教育訓練機関等が連携した職業訓練を実施します。
- 障がい者の就労や生活の支援のための拠点施設となる「障害者就業・生活支援センター」と連携し、障がい者の就労に向けた支援を行います。
- 高次脳機能障害支援拠点機関（弘前脳卒中・リハビリテーションセンター、メディカルコート八戸西病院）に支援コーディネーターを配置し、社会復帰支援のための相談支援や関係機関との調整、普及啓発を実施します。
- 失語症者と他者との意思疎通が円滑に行われるようにするため、「失語症者向け意思疎通支援者」を養成します。
- 循環器病の後遺症を有する者が社会生活を円滑に営むために必要な福祉サービス等の情報提供を推進します。

③ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

【現状と課題】

医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、診療及び生活における疑問や、身体的・経済的・社会的な悩み等が生じるため、患者やその家族が必要な情報にアクセスできる環境の整備が求められています。

相談支援については、急性期における医療機関受診に関することから、主に慢性期における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで多岐にわたります。急性期には患者が意識障害を呈していることも多く、時間的制約があることから、患者が情報にアクセスすることが困難な可能性もあります。また、生活期に相談できる窓口が少ないという意見もあります。そのような中で、患者と家族が、その地域において、医療、福祉・介護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必要です。

【施策の方向性】

◎ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援の推進

- 患者やその家族が、循環器病の保健・医療・福祉等に関する必要な情報にアクセスできる環境の整備を推進するため、国や国立循環器病研究センター、市町村、日本脳卒中協会や日本循環器協会、日本高血圧協会、その他の関係機関等と連携して、情報の収集及び提供の促進に取り組みます。
- あおもり医療情報ネットワーク・介護サービス情報公表システム等により、脳卒中・心血管疾患の診療に係る医療機関情報や介護サービスに係る情報の提供を推進します。
- 青森県・弘前大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター（以下「脳卒中・心臓病等総合支援センター」という。）が拠点となり、県内の関係機関等と連携をとりながら、相談支援体制の構築に努めます。



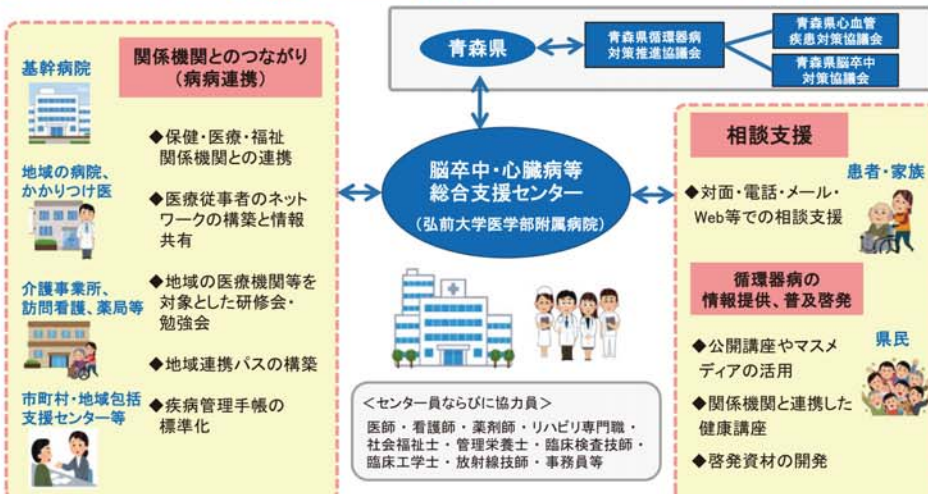
青森県・弘前大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター



「循環器病の年齢調整死亡率の減少」と「健康寿命の延伸」に向けて、県や関係機関と連携し、県内全体における包括的な患者支援体制を構築する。

<活動のポイント>

- ①循環器病の患者・家族の相談支援 ②循環器病の疾患啓発 ③医療従事者の横のつながりの強化（病病連携の推進）



3 循環器病対策推進に係る基盤整備

(1) 関係者間の有機的連携、協力の更なる強化

- 循環器病対策を実行的なものとして総合的に展開するため、県、市町村をはじめ、関係者等は、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を推進します。
- 循環器病対策の推進に当たって、県及び市町村は、患者・家族を含む関係者等の意見を把握し、取組に反映させていくよう努めます。

① 県の役割

- ・ 循環器病対策に係る関係者等との協働や情報共有のもとに、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進します。
- ・ 本計画に基づく取組の着実な実施に向け、必要な財政措置を講ずるとともに、効率的で効果的な事業運営を図っていきます。
- ・ 循環器病に関する正しい知識の普及啓発や情報収集と分析、県民への情報提供を推進します。
- ・ 特に生活習慣病の発見に大きな役割を果たす特定健康診査や、特定保健指導等の実施率向上に向け、市町村、医療保険者の取組に対する助言・指導の役割を担います。

② 市町村の役割

- ・ 循環器病患者とその家族が、住み慣れた地域で安心し、尊厳を持って暮らせるよう取組を進めます。
- ・ 循環器病に関する正しい知識の普及啓発による住民の生活習慣の改善や、特定健康診査・特定保健指導等の積極的かつ効果的な実施に取り組みます。
- ・ 在宅における医療・介護・福祉の連携による、患者の暮らしを支える環境整備に努めます。

③ 医療保険者の役割

- ・ 循環器病の1次予防、2次予防の重要性を認識し、特定健康診査・特定保健指導等の機会の確保と効果的な実施、生活習慣改善の促進に努めます。
- ・ 国及び地方公共団体が講ずる循環器病の予防等に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力するよう努めます。

④ 県民の役割

- ・ 循環器病患者を含めた県民は、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動その他の生活習慣、肥満その他の健康状態並びに高血圧症、脂質異常症、糖尿病、心房細動その他の疾病が循環器病の発症に及ぼす影響等、循環器病に関する正しい知識を持ち、日常生活において循環器病の予防に積極的に取り組むよう努めます。
- ・ 自己又はその家族等が循環器病を発症した疑いがある場合においては、できる限り迅速かつ適切に対応するよう努めます。

⑤ 大学等学術研究機関、医療技術者養成機関の役割

- ・ 大学等学術研究機関は、本県の循環器病に関する研究・分析に取り組みます。
- ・ 本県における唯一の医師養成機関である弘前大学をはじめとする医療技術者養成機関は、循環器病に関する専門技術者の養成と、現に循環器病の医療に従事している医療技術者の専門性の向上に努めます。

⑥ 医療機関の役割

- ・ 医療機関は、県や市町村が実施する施策に必要な協力をするとともに、患者に対して、良質かつ適切な医療を提供します。また、患者やその家族に対し、循環器病に関する情報提供や、精神的なサポートなど、生活の質の維持・向上に努めます。

⑦ 医療関係団体の役割

- ・ 医師会や病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会その他の循環器病の医療に関わりの深い医療従事者で組織する団体は、県及び市町村が実施する施策に必要な協力をするとともに、医師ならびにメディカルスタッフ等の医療従事者の育成のほか、質の高い医療の提供に努めます。

⑧ 福祉関係団体の役割

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

⑨ 事業者の役割

- ・ 従業員の生活習慣病予防に資する生活習慣の改善に積極的に関与するとともに、特定健康診査・特定保健指導等の機会の確保や生活習慣改善の促進に努めます。
- ・ 循環器病患者が働きながらリハビリテーションや治療ができるよう配慮に努めます。

⑩ 患者団体の役割

- ・ 患者団体は、患者同士の交流を通じて、病気を克服したり、病気を抱えて生活していく上での様々な情報の交換により、病気と向き合う力を育てる場づくりに努めます。

⑪ 脳卒中・心臓病等総合支援センター

- ・ 県民や患者・家族向けの相談支援、脳卒中・心臓病等の循環器病に関する普及啓発を行うとともに、地域の医療機関との連携や勉強会等を実施し、包括的な支援体制を構築します。

(2) 循環器病の診療情報の収集・活用

【現状と課題】

循環器病は、患者数が膨大であることや、発症から数十年間の経過中に病状が多様に変化すること等から、実態を正確かつ詳細に把握することが難しいとされています。また、予防のための対策や様々な治療法の有効性を評価するために十分なデータを収集することも難しい状況です。

他方で、循環器病の罹患状況や診療内容について、データを収集し、データに基づく評価を実施することは、科学的根拠に基づいた施策を立案し、循環器病対策を効果的に推進する点からも重要です。

循環器病の発症や重症化には多くの因子が関わっていることから、循環器病の予防や治療の効果も個人差が大きくなっています。また、がん等の合併症として、血栓症や心不全を発症する場合もあり、幅広い診療情報の収集などが求められます。

国では、循環器病対策全体の基盤整備として、循環器病の診療情報を収集し、急性期医療現場で当該患者の循環器病の既往歴等を把握するために活用したり、正確な患者数や罹患率を踏まえた診療提供体制の構築や予防等公衆衛生に活用したりするための循環器病データベースの構築を進めることとしています。

県では、脳卒中対策協議会及び心血管疾患対策協議会において、治療や救急搬送にかかる独自の調査を実施して現状値を把握し、施策検討の基礎資料としています。

【施策の方向性】

◎ 循環器病の診療情報の収集・活用の推進

- 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。
- 本県の脳卒中、心血管疾患等の循環器病に係る診療等情報を収集し、対策の検討に活用します。
- 県内施設で共同して行われている登録研究や治療ネットワーク※の活動で得られる情報を活用します。

※県内施設で共同して行われている登録研究や治療ネットワークとして、「青森急性冠症候群レジストリー (Aomori ACS Registry)」、「青森県急性期脳梗塞血管内治療ネットワーク (A-NET)」などがあります。

(3) 他の疾患等に係る対策との連携

【現状と課題】

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、例えば、腫瘍循環器やがんに関連した脳卒中の観点では「青森県がん対策推進計画」など、他の疾患等における関連施策と連携して取り組む必要があります。

【施策の方向性】

- ◎ 関連施策との連携
- 他の疾患等における関連施策と連携して取り組みを進めます。

(4) 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策

【現状と課題】

今般の新型コロナウイルス感染症等の感染症発生時・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を構築していく必要があります。

また、災害時における循環器病増悪の要因として、内服薬の中断があり、疾病管理を継続するためには、降圧薬やその他の心血管病治療薬の内服を継続していく必要があります。

【施策の方向性】

- ◎ 新興感染症の発生・まん延時、災害時における体制
- 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、脳卒中、心血管疾患等の循環器病患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制整備を推進します。
- 災害時には内服薬やお薬手帳を携帯して避難することについて、医療機関や薬局等の関係機関において啓発の取組をします。
- 身を守るための避難からある程度落ち着いた状況になった時点で、医療機関や避難所を巡回する医師等の医療チームに相談できる体制整備を推進します。

脳卒中ロジックモデル

(第2期脳卒中・心血管病対策推進計画及び第8次青森県保健医療計画（脳卒中対策）に係るロジックモデル)

アウトプット（施策）（A）

初期アウトカム（B）

分野アウトカム（C）

番号	項目	現状値	目標値
1	脳卒中の予防や正しい知識、危険因子の改善に関する普及啓発		
1	県民に対する講演会やSNS、メディア等を活用した普及啓発の実施数(喫煙・飲酒・食塩摂取)	—	各4回以上
2	高血圧症有病者のうち、服薬していない者の割合	23.7% (R3)	減少
3	脂質異常症有病者のうち、服薬していない者の割合	63.6% (R3)	減少
4	糖尿病有病者のうち、服薬していない者の割合	33.0% (R3)	減少
5	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	30.8% (R3)	20.0% ※
6	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合(男)	31.0% (R3)	26.7% ※
7	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(女)	20.9% (R3)	14.4% ※
2	特定健診の受診勧奨、特定保健指導の実施		
8	特定健診の実施率	51.4% (R3)	70%以上 ※
9	特定保健指導の実施率	25.8% (R3)	45%以上 ※

番号	目標項目	現状値	目標値
1	脳卒中患者の減少		
14	脳血管疾患受療率(入院)(人口10万対)	106.0 (R2)	98.0 (全国値)
15	脳血管疾患受療率(外来)(人口10万対)	63.0 (R2)	59.0 (全国値)

番号	項目	現状値	目標値
3	脳卒中の症状、発症時の対応法の普及啓発		
10	県民に対する講演会やSNS、メディア等を活用した普及啓発の実施数	—	12回以上
4	脳卒中の急性期医療に対応できる体制整備		
11	脳梗塞に対するt-PAIによる血栓溶解療法の実施可能な病院数(人口10万対)	0.9 (R5.4)	全国値以上を維持
12	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)	0.7 (R2)	0.8 (全国値)

番号	目標項目	現状値	目標値
2	発症後早期に専門的な治療を受けることができる体制		
16	脳梗塞に対するt-PAIによる血栓溶解療法の実施件数(SCR)	78.4 (R3)	100.0 (全国値)
17	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療法等)の実施件数(SCR)	117.4 (R3)	全国値以上を維持

番号	項目	現状値	目標値
5	生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション支援が提供される体制整備		
13	脳卒中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 (R5.4)	全国値以上を維持

番号	目標項目	現状値	目標値
3	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体制		
18	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)	89.5 (R3)	100.0 (全国値)

番号	目標項目	現状値	目標値
1	脳卒中による死亡者の減少		
19	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男)	116.7 (R2)	93.8 ※
20	脳血管疾患の年齢調整死亡率(女)	69.7 (R2)	56.4 ※

番号	目標項目	現状値	目標値
2	日常生活における脳卒中患者の質の高い生活		
21	健康寿命(男)	71.73 (R1)	74.73以上
22	健康寿命(女)	76.05 (R1)	79.05以上
23	在宅等生活の場へ復帰した脳血管疾患患者の割合	45.0% (R2)	55.2% (全国値)

●受療率(人口10万対)＝推計患者数÷推計人口×100,000、患者調査(3年に1回)と国勢調査(5年に1回)の実施年が重なる場合には国勢調査人口を使用。百分率ではないため、100を超える場合もある。
 ●SCR(Standardized Clinim data Ratio)：レセプト数を性・年齢調整したスコア(実測値/期待値)であり、100が全国平均の医療提供状況を示し、100を上回ると性・年齢調整後の人口規模に対して当該医療提供が多い、100を下回ると少ないことを意味する。

※第三次青森県健康増進計画目標値

心血管病ロジックモデル

(第2期青森県循環器病対策推進計画及び第8次青森県保健医療計画(心筋梗塞等の心血管疾患対策)に係るロジックモデル)

アウトプット(施策)(A)

番号	項目	現状値	目標値
1	心筋梗塞等の心血管疾患の予防や正しい知識、危険因子の改善に関する普及啓発		
1	県民に対する講演会やSNS、メディア等を活用した普及啓発の実施数(登壇・動画・直場採取)	-	各4回以上
2	高血圧症有病者のうち、服薬していない者の割合	23.7% (R3)	減少
3	脂質異常症有病者のうち、服薬していない者の割合	63.6% (R3)	減少
4	糖尿病有病者のうち、服薬していない者の割合	33.0% (R3)	減少
5	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	30.8% (R3)	20.0% ※
2	特定健診の受診勧奨、特定保健指導の実施		
6	特定健診実施率	51.4% (R3)	70%以上 ※
7	特定保健指導実施率	25.8% (R3)	45%以上 ※

初期アウトカム(B)

番号	目標項目	現状値	目標値
1	心筋梗塞等の心血管疾患患者の減少		
13	虚血性心疾患全体入院(SCR)	83.0 (R3)	100以下 (全国値)
14	虚血性心疾患全体(外来)(SCR)	88.6 (R3)	100以下 (全国値)

分野アウトカム(C)

番号	目標項目	現状値	目標値
1	心血管疾患による死亡者の減少		
20	心血管疾患の年齢調整死亡率(男)※1	211.3 (R2)	165.5 (全国値)
21	心血管疾患の年齢調整死亡率(女)※1	228.2 (R2)	167.7 (全国値)
22	虚血性心疾患の年齢調整死亡率(男)※2	57.0 (R2)	減少※ 73.0(全国)
23	虚血性心疾患の年齢調整死亡率(女)※2	20.8 (R2)	減少※ 30.2(全国)
24	心不全の年齢調整死亡率(男)	90.1 (R2)	69.0 (全国値)
25	心不全の年齢調整死亡率(女)	63.4 (R2)	48.9 (全国値)
26	大動脈疾患の年齢調整死亡率(男)※3	20.2 (R2)	17.3 (全国値)
27	大動脈疾患の年齢調整死亡率(女)※3	12.8 (R2)	10.5 (全国値)

番号	目標項目	現状値	目標値
2	心筋梗塞等の心血管疾患の発症から来院までの時間(中央値)	166分	短縮
15	急性心筋梗塞(ST上昇型心筋梗塞)患者の発症から来院までの時間(中央値)	166分	短縮
16	PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の運動再開率(%)	60.1% (R2)	全国値以上を維持 参考:50.7% (全国)
17	大動脈疾患患者に対する手術件数(人口10万対)	6.5 (R2)	13.3(全国)

番号	目標項目	現状値	目標値
2	心血管疾患患者の日常生活における質の高い生活		
28	健康寿命(男)	71.73 (R1)	74.73以上
29	健康寿命(女)	76.05 (R1)	79.05以上
30	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	89.4% (R2)	増加
31	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	3.8% (R2)	増加

番号	項目	現状値	目標値
3	急性心筋梗塞等の症状、発症時の対応法の普及啓発の実施数	-	12回以上
8	県民に対する講演会やSNS、メディア等を活用した普及啓発の実施数	-	12回以上
9	心肺機能停止傷病者全搬送人数のうち、一般市民により除動が実施された割合	0.7% (R3)	1.3% (全国)
4	24時間心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療の専門的治療が実施できる体制の整備		
10	急性心筋梗塞にかかる治療の実施状況(実施病院数)	津軽3 八戸2 青森4 西五2 上三2 北三2 (SCR除却中) (R3)	二次医療圏毎に1施設以上を維持

番号	項目	現状値	目標値
5	心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制の整備		
11	心大血管リハビリテーション科(Ⅰ)届出医療機関数(人口10万対)	0.9 (R5.4)	1.2 (全国)
12	心大血管リハビリテーション科(Ⅱ)届出医療機関数(人口10万対)	0.1 (R5.4)	0.1 (全国)

●SCR(Standardized Claim data Ratio):「セプト」数を性別・年齢調整したスコア(実測値/期待値)であり、100が全国平均の医療提供状況を示し、100を上回ると性別・年齢調整後の人口規模に対して当該医療提供が多い、100を下回ると少ないことを意味する。

※第三次青森県健康増進計画目標値

※1 心血管疾患の年齢調整死亡率=心疾患(高血圧性を除く)患者の年齢調整死亡率... 心疾患には「慢性リウマチ性心疾患」、「慢性非リウマチ性心疾患」、「急性心筋梗塞」、「その他の虚血性心疾患」、「不整脈及び伝導障害」、「心不全」が含まれる。

※2 虚血性心疾患の年齢調整死亡率=虚血性心疾患には、「急性心筋梗塞」、「その他の虚血性心疾患」が含まれる。

※3 大動脈疾患の年齢調整死亡率=大動脈瘤及び大動脈解離患者の年齢調整死亡率

脳卒中指標一覧

番号	項目	現状値	目標値	出典
A	1 県民に対する講演会やSNS、メディア等を活用した普及啓発の実施数（喫煙・飲酒・食塩摂取）	—	各4回以上	がん・生活習慣病対策課調べ
	2 高血圧症有病者のうち、服薬していない者の割合	23.7% (R3)	減少	青森県市町村国保特定健康診査データ（毎年）から算出
	3 脂質異常症有病者のうち、服薬していない者の割合	63.6% (R3)	減少	青森県市町村国保特定健康診査データ（毎年）から算出
	4 糖尿病有病者のうち、服薬していない者の割合	33.0% (R3)	減少	青森県市町村国保特定健康診査データ（毎年）から算出
	5 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	30.8% (R3)	20.0% ※	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（毎年）
	6 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（男）	31.0% (R3)	26.7% ※	青森県国民健康保険特定健康診査データ（毎年） 国民健康・栄養調査
	7 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（女）	20.9% (R3)	14.4% ※	青森県国民健康保険特定健康診査データ（毎年） 国民健康・栄養調査
	8 特定健診の実施率	51.4% (R3)	70%以上 ※	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（毎年）
	9 特定保健指導の実施率	25.8% (R3)	45%以上 ※	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（毎年）
	10 県民に対する講演会やSNS、メディア等を活用した普及啓発の実施数	—	12回以上	がん・生活習慣病対策課調べ
	11 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10万対）	0.9 (R5.4)	全国値以上を維持	東北厚生局届出受理（毎年） ※「超急性期脳卒中加算」を抽出
	12 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）	0.7 (R2)	0.8 (全国値)	厚労省「NDB」 ※「K178-4 経皮的脳血栓回収術」を抽出 (RhPlanet独自調査)
	13 脳卒中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 (R5.4)	全国値以上を維持	東北厚生局診療報酬施設基準（毎年） ※受理届出名称「脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ～Ⅲ）」を抽出
B	14 脳血管疾患受療率（入院）（人口10万対）	106.0 (R2)	98.0 (全国値)	患者調査（3年毎）
	15 脳血管疾患受療率（外来）（人口10万対）	63.0 (R2)	59.0 (全国値)	患者調査（3年毎）
	16 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数（SCR）	78.4 (R3)	100.0 (全国値)	内閣府「医療提供状況の地域差」（毎年） ※診療行為枝番の代表名称「超急性期脳卒中加算」より抽出
	17 脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法）の実施件数（SCR）	117.4 (R3)	全国値以上を維持	内閣府「医療提供状況の地域差」（毎年） ※「K178-4 経皮的脳血栓回収術」より抽出
	18 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	89.5 (R3)	100.0 (全国値)	内閣府「医療提供状況の地域差」（毎年） ※診療行為区分の「脳血管疾患等リハビリテーション料等」の内外区分「3（入院+外来）」より抽出
C	19 脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	116.7 (R2)	93.8 ※	人口動態統計特殊報告（5年毎）
	20 脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）	69.7 (R2)	56.4 ※	人口動態統計特殊報告（5年毎）
	21 健康寿命（男）	71.73 (R1)	74.73以上	厚生労働科学研究「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」都道府県別不健康寿命（3年毎）※日常生活に制限のない期間の平均
	22 健康寿命（女）	76.05 (R1)	79.05以上	厚生労働科学研究「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」都道府県別不健康寿命（3年毎）※日常生活に制限のない期間の平均
	23 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	45.0% (R2)	55.2% (全国値)	患者調査（3年毎） ※脳血管疾患の推計退院患者数に占める退院後の行き先「家庭」の割合

※第三次青森県健康増進計画目標値

心血管病指標一覧

番号	項目	現状値	目標値	出典
A	1 県民に対する講演会やSNS、メディア等を活用した普及啓発の実施数(喫煙・飲酒・食塩摂取)	-	各4回以上	がん・生活習慣病対策課調べ
	2 高血圧症有病者のうち、服薬していない者の割合	23.7% (R3)	減少	市町村国民健康保険特定健康診査データ(毎年)
	3 脂質異常症有病者のうち、服薬していない者の割合	63.6% (R3)	減少	市町村国民健康保険特定健康診査データ(毎年)
	4 糖尿病有病者のうち、服薬していない者の割合	33.0% (R3)	減少	市町村国民健康保険特定健康診査データ(毎年)
	5 特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	30.8% (R3)	20.0% ※	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」(毎年)
	6 特定健診実施率	51.4% (R3)	70%以上 ※	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」(毎年)
	7 特定保健指導実施率	25.8% (R3)	45%以上 ※	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」(毎年)
	8 県民に対する講演会やSNS、メディア等を活用した普及啓発の実施数	-	12回以上	がん・生活習慣病対策課調べ
	9 心肺機能停止傷病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割合	0.7% (R3)	1.3% (全国)	救急・救助の現況(毎年)
	10 急性心筋梗塞にかかる治療の実施状況(実施病院数)	・津軽3 ・八戸2 ・青森4 ・西北五2 ・上十三2 ・下北1 (85病院中) (R5)	二次保健医療圏毎に1施設以上を維持	青森県医療機能調査(令和5年2月調査)(5年毎)
	11 心大血管リハビリテーション料(I)届出医療機関数(人口10万対)	0.9 (R5.4)	1.2 (全国)	地方厚生局届出受理(令和5年4月) *人口10万対
	12 心大血管リハビリテーション料(II)届出医療機関数(人口10万対)	0.1 (R5.4)	0.1 (全国)	地方厚生局届出受理(令和5年4月) *人口10万対
B	13 虚血性心疾患全体入院(SCR)	83.0 (R3)	100以下 (全国平均)	内閣府「医療提供状況の地域差」(毎年) ※都道府県SCR—全病名—「虚血性心疾患」—入外区分「1」
	14 虚血性心疾患全体(外来)(SCR)	88.6 (R3)	100以下 (全国平均)	内閣府「医療提供状況の地域差」(毎年) ※都道府県SCR—全病名—「虚血性心疾患」—入外区分「2」(毎年)
	15 急性心筋梗塞(ST上昇型心筋梗塞)患者の発症から来院までの時間(中央値)	166分	短縮	がん・生活習慣病対策課調べ(毎年)
	16 PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開通達成率(%)	60.1% (R2)	全国値以上を維持 参考:50.7%(全国)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」
	17 大動脈疾患患者に対する手術件数(人口10万対)	6.5 (R2)	13.3(全国)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」
	18 入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	45.8 (R3)	100.0 (全国)	内閣府「医療提供状況の地域差」(毎年) ※都道府県SCR—診療行為項番—心大血管疾患リハビリテーション料—入外区分「1」
	19 外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	29.7 (R3)	100.0 (全国)	内閣府「医療提供状況の地域差」(毎年) ※都道府県SCR—診療行為項番—心大血管疾患リハビリテーション料—入外区分「2」
C	20 心血管疾患の年齢調整死亡率(男)	211.3 (R2)	165.5 (全国)	人口動態統計特殊報告(5年毎)
	21 心血管疾患の年齢調整死亡率(女)	228.2 (R2)	167.7 (全国)	人口動態統計特殊報告(5年毎)
	22 虚血性心疾患の年齢調整死亡率(男)	57.0 (R2)	減少※ 参考:73.0(全国)	人口動態統計特殊報告(5年毎)
	23 虚血性心疾患の年齢調整死亡率(女)	20.8 (R2)	減少※ 参考:30.2(全国)	人口動態統計特殊報告(5年毎)
	24 心不全の年齢調整死亡率(男)	90.1 (R2)	69.0 (全国)	人口動態統計特殊報告(5年毎)
	25 心不全の年齢調整死亡率(女)	63.4 (R2)	48.9 (全国)	人口動態統計特殊報告(5年毎)
	26 大動脈疾患の年齢調整死亡率(男)	20.2 (R2)	17.3 (全国)	人口動態統計特殊報告(5年毎)
	27 大動脈疾患の年齢調整死亡率(女)	12.8 (R2)	10.5 (全国)	人口動態統計特殊報告(5年毎)
	28 健康寿命(男)	71.73 (R1)	74.73以上	厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」都道府県別不健康寿命(3年毎) ※日常生活に制限のない期間の平均
	29 健康寿命(女)	76.05 (R1)	79.05以上	厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」都道府県別不健康寿命(3年毎) ※日常生活に制限のない期間の平均
	30 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	89.4% (R2)	増加	厚生労働省患者調査(3年毎)
	31 在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	3.8% (R2)	増加	厚生労働省患者調査(3年毎)

※第三次青森県健康増進計画目標値

AOMORI

発行：青森県 がん・生活習慣病対策課
〒030-8570 青森市長島一丁目1-1
電話 017-734-9283 FAX 017-734-8045