

三重県循環器病対策推進計画
(最終案)

三 重 県

目 次

第1章 計画の趣旨	1
1 策定の趣旨	1
2 計画期間	1
第2章 本県の現状	2
1 循環器病を取り巻く状況	2
2 医療圏域および推進主体	6
第3章 基本方針	8
1 全体目標	8
2 個別目標	9
第4章 各施策における個別課題と取組	10
1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	10
2 保健、医療および福祉に係るサービスの提供体制の充実	14
(1) 救急搬送体制の整備	14
(2) 循環器病に係る急性期医療提供体制の構築	17
(3) リハビリテーション等の取組の充実	26
(4) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	31
(5) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	35
(6) 循環器病の緩和ケアの充実	36
(7) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援	38
(8) 治療と仕事の両立支援・就労支援	39
(9) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	40
3 循環器病対策を推進するための基盤整備	41
(1) 循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備	41
(2) 循環器病に係る研究成果の活用	42
第5章 計画の進捗管理	43
1 進捗管理	43
2 ロジックモデル	43

第1章 計画の趣旨

1 策定の趣旨

循環器病は国民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患であるとともに、社会全体に大きな影響を与える疾患であることに鑑み、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。）が平成30（2018）年12月に成立し、令和元（2019）年12月に施行されました。

基本法は、誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸を図り、あわせて医療および介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療および福祉にかかるサービスのあり方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的としています。

基本法では、国が循環器病対策の推進に係る基本的な計画を策定することとされ、令和2（2020）年10月に国は、「循環器病対策推進基本計画」（以下、「国基本計画」という。）を定めました。

基本法第11条第1項に基づき、国基本計画を基本とし、本県における循環器病の予防ならびに循環器病患者等に対する保健、医療およ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ふまえ、三重県循環器病対策推進計画を策定します。

なお、本計画は、「三重県医療計画」、「三重の健康づくり基本計画」、「みえ高齢者元気・かがやきプラン」等の関係規定との調和を図るものとしします。

※ 基本法において、脳卒中、心臓病その他の循環器病を指して、「循環器病」としていることから、本計画における「循環器病」についても、基本的に同趣旨で用いています。

2 計画期間

「第7次三重県医療計画」の計画期間等をふまえ、本計画の期間は令和4（2022）年度から令和5（2023）年度までの2年間とします。

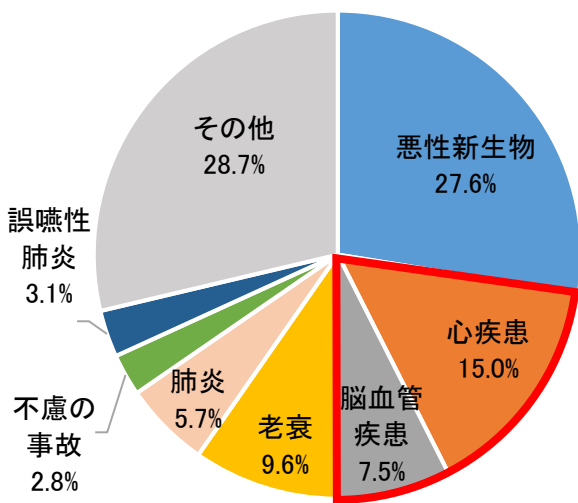
第2章 本県の現状

1 循環器病を取り巻く状況

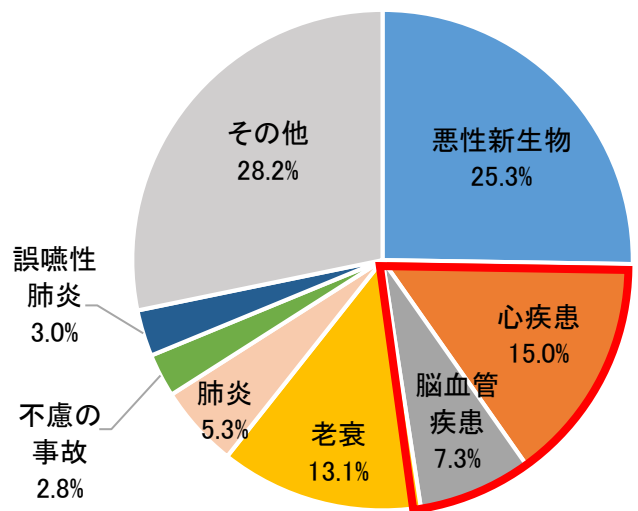
(1) 死亡原因における循環器病の割合

本県の死亡原因における心疾患の割合は第2位、脳血管疾患の割合は第4位、両者を合わせた循環器病の割合は、悪性新生物（がん）に次ぐ主な死亡原因であり、全国と同様の傾向となっています。

○全国の死亡原因別割合



○三重県の死亡原因別割合



出典：令和2（2020）年 人口動態統計

(2) 循環器病の年齢調整死亡率

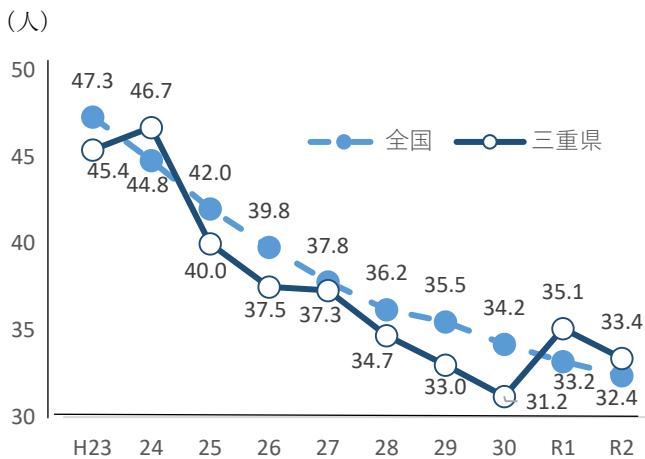
年度による増減はありますが、本県の循環器病の年齢調整死亡率*は総じて減少傾向にあり、全国値とおおむね近似しています。男性と女性を比較した場合、男性の死亡率が高くなっています。

県内各保健所管内別の年齢調整死亡率を比較すると、脳血管疾患の男性では尾鷲保健所管内が、女性では熊野保健所管内が高い傾向にあります。また、心疾患の男性では尾鷲保健所管内、伊勢保健所管内が、女性では四日市保健所管内、尾鷲保健所管内がそれぞれ高い傾向にあります。

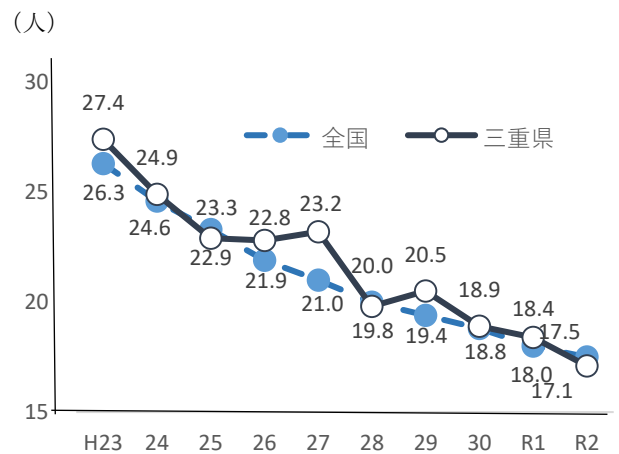
*年齢調整死亡率：高齢者が多い地域と若年者が多い地域など、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率をいいます。

○脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）

（男性）

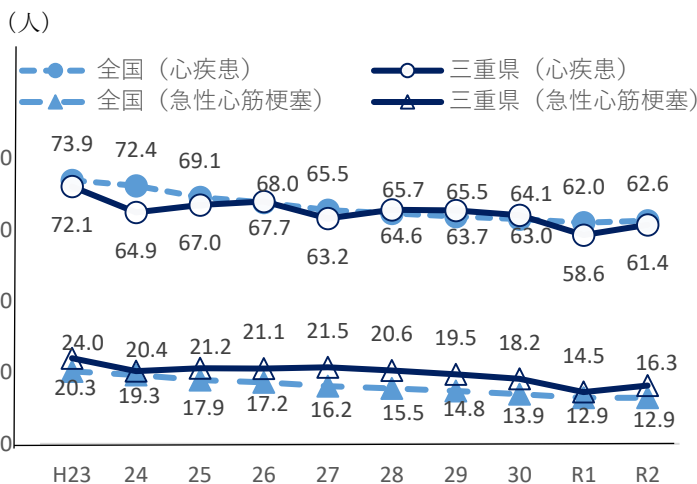


（女性）

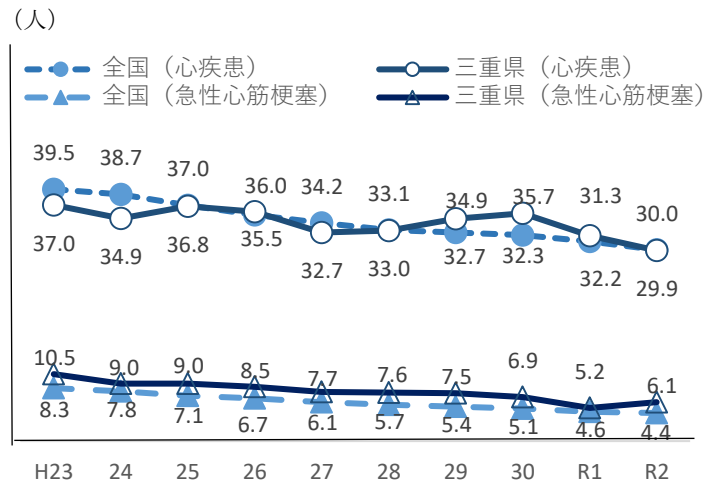


○心疾患及び急性心筋梗塞による年齢調整死亡率（人口10万対）

（男性）



（女性）

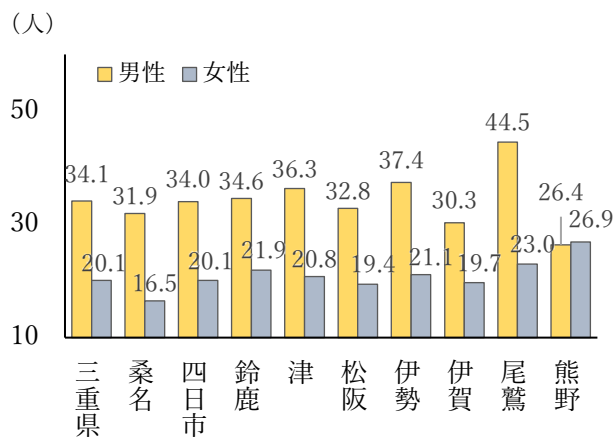


出典：厚生労働省「人口動態調査」、三重県「三重県の人口動態」

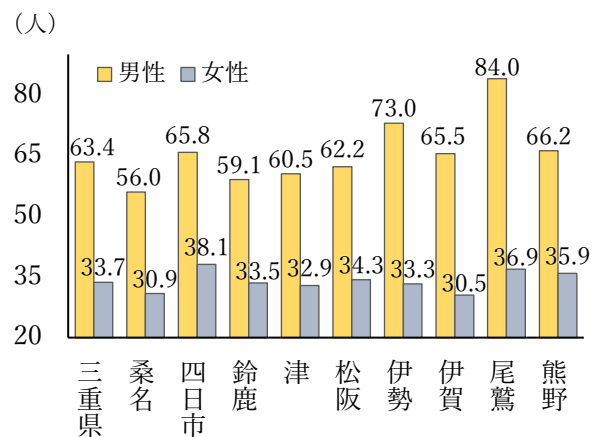
※令和2年分については厚生労働省「人口動態調査」をもとに三重県で独自集計

○各保健所管内別の脳血管疾患および心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）

（脳血管疾患）



（心疾患）

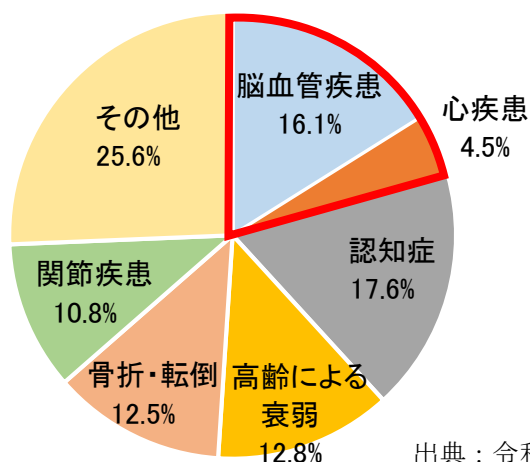


※H27～R1の5ヶ年平均

出典：厚生労働省「人口動態調査」、
三重県「三重県の人口動態」

(3) 介護が必要となった主な原因の割合（全国）

脳血管疾患が16.1%、心疾患が4.5%であり、両者を合わせた循環器病は20.6%と、介護が必要となった原因に占める割合は最多です。



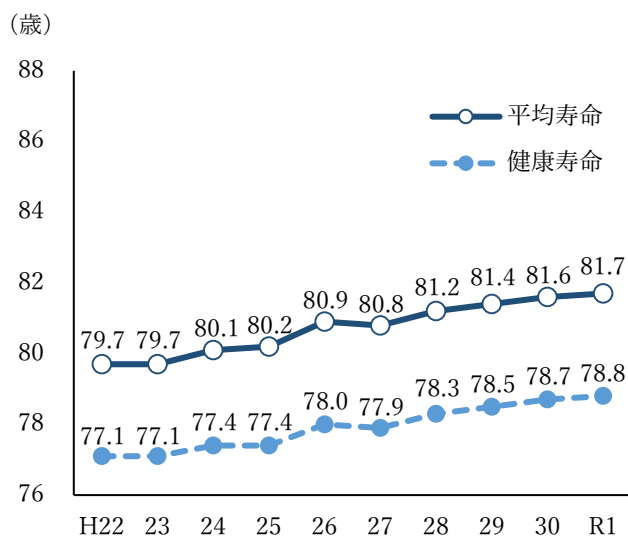
出典：令和元（2019）年国民生活基礎調査

(4) 三重県の健康寿命と平均寿命の推移

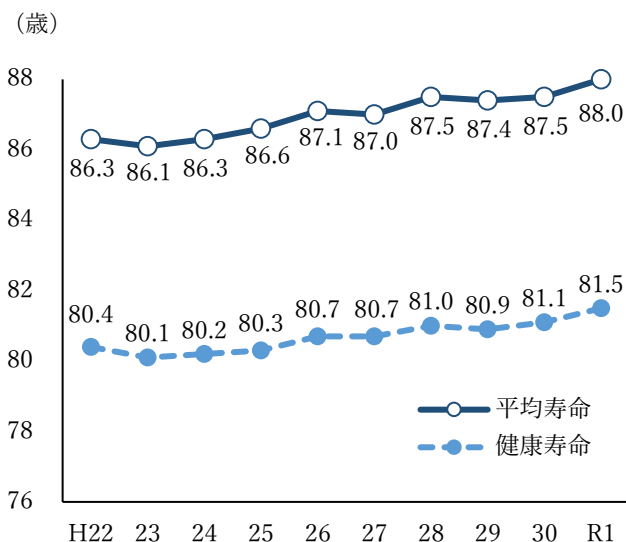
男女ともに近年、平均寿命、健康寿命*ともに延びている一方で、平均寿命と健康寿命の差は横ばいとなっています。

○健康寿命・平均寿命

(男性)



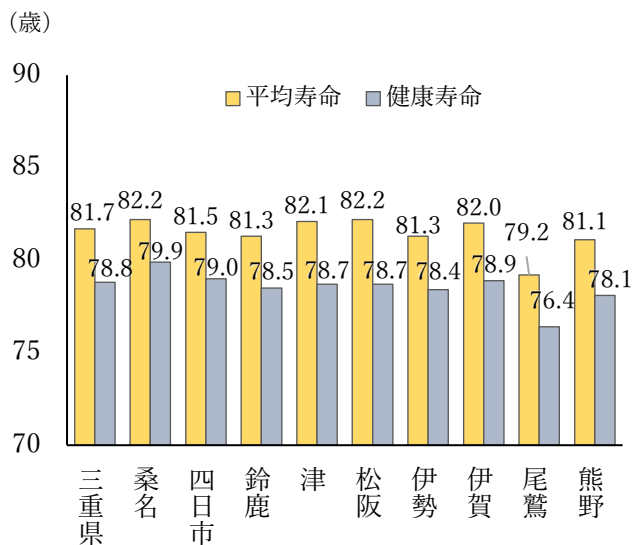
(女性)



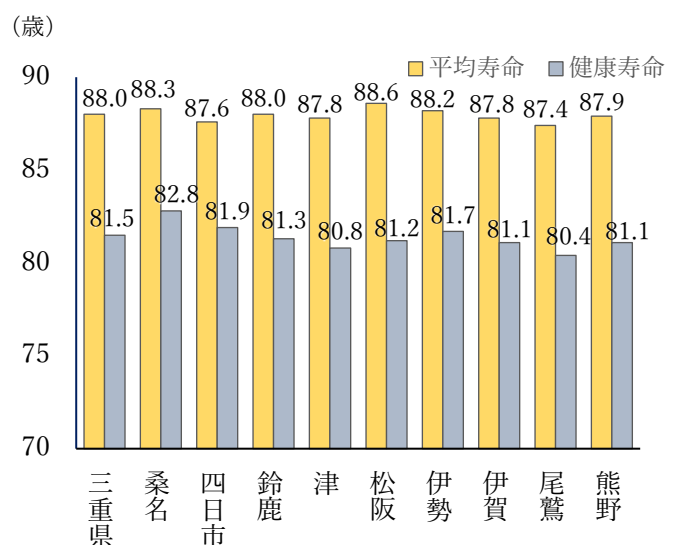
出典：三重県調査

*健康寿命：「日常的に介護を必要とせず、自立して心身ともに健康的な日常生活を営むことができる期間」をいい、本計画では、介護保険法による介護認定者数をもとに算定しています。

○各保健所管内別の健康寿命・平均寿命
(男性)



(女性)

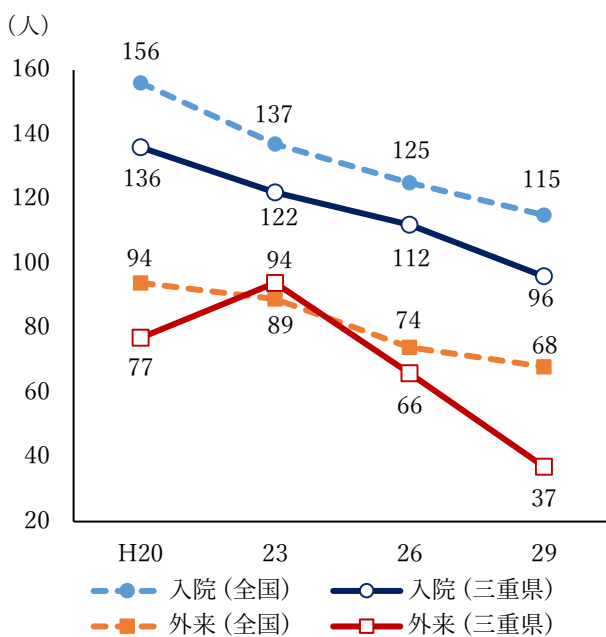


出典：三重県調査（令和元年）

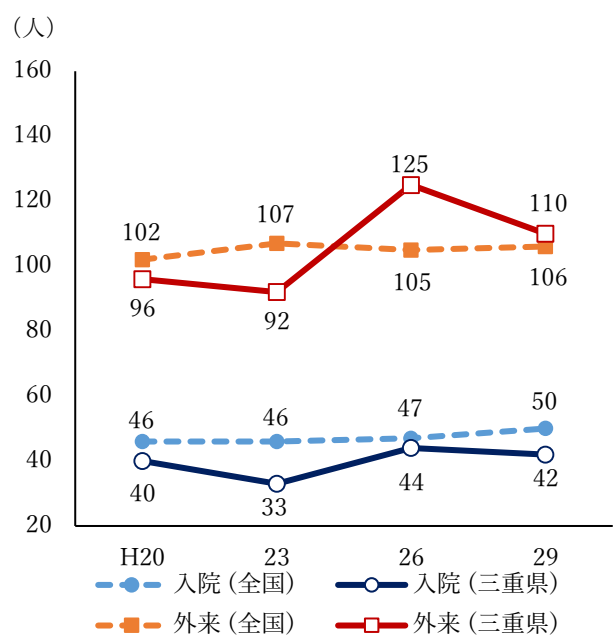
(5) 循環器病の受療率

本県における脳血管疾患の受療率は入院、外来ともに年々減少方向にあり、全国平均を下回っています。一方、本県における心疾患の受療率は入院では横ばいで推移していますが、外来ではやや増加傾向にあり、平成 29（2017）年時点では全国平均を上回っています。

○脳血管疾患受療率*（人口 10 万対）



○心疾患受療率*（人口 10 万対）



出典：厚生労働省「患者調査」

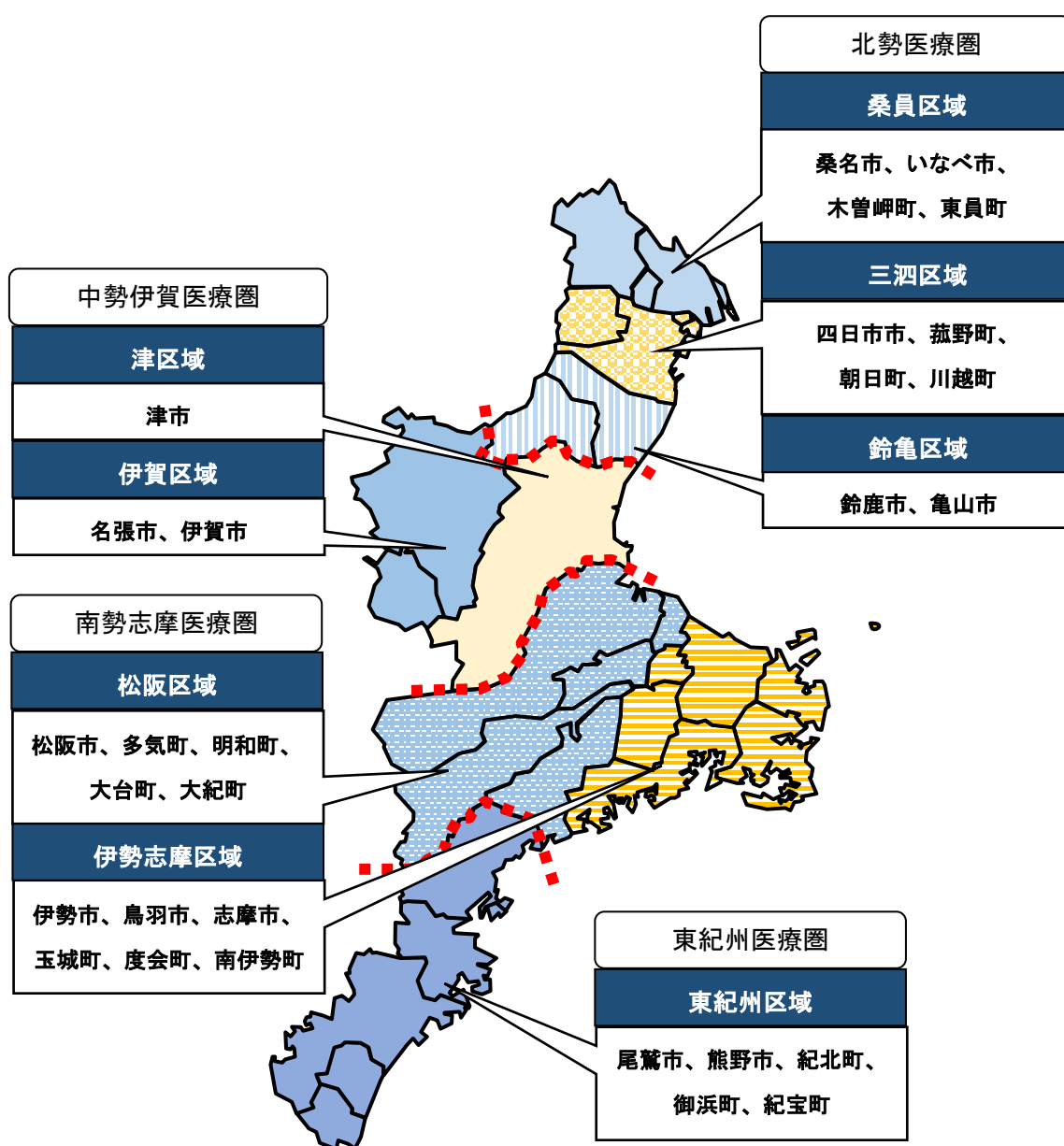
*脳血管疾患受療率、心疾患受療率：推計患者数を人口 10 万人対であらわした数です。

2 医療圏域および推進主体

(1) 医療圏域

本県では、平成 29 (2017) 年 3 月に「三重県地域医療構想」を策定し、4 つの二次医療圏をベースとして 8 つの構想区域を設定しました。第 7 次三重県医療計画の脳卒中对策や心筋梗塞等の心血管疾患対策においては、8 つの地域医療構想区域を医療提供体制圏域としているところです。

ただし、脳血管内手術や心臓血管外科手術、急性大動脈解離の治療など、急性期医療において圏域内での完結が困難な場合は、圏域を越えたより広域的な範囲での連携が必要です。



(2) 計画の推進主体

○県

- ・ 各関係団体等への支援に努め、総合的かつ計画的な循環器病対策を推進していきます。

○市町

- ・ 循環器病の正しい知識について、住民に対して普及啓発を行い、生活習慣病の予防および早期発見に努めます。
- ・ 基礎疾患の適切な治療や生活習慣の改善による循環器病の発症予防のため特定健康診査*¹および特定保健指導*²の積極的な実施に努めます。
- ・ 循環器病患者とその家族が、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう環境整備に努めます。

○医療機関、医療関係団体

- ・ 県や市町が実施する施策に必要な協力を行うとともに、医療従事者を育成するほか、患者に対して良質かつ適切な医療を提供するよう努めます。また、患者およびその家族に対し、循環器病に関する情報提供や、精神的なサポートに努めます。

○大学

- ・ 循環器病対策を担う医療従事者の育成・確保に努めます。
- ・ 循環器病対策に関する研究の推進に努めます。

○福祉関係機関

- ・ 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。

○事業者、医療保険者

- ・ 循環器病における予防の重要性を認識し、従業員や被保険者の特定健康診査・特定保健指導等の機会の確保や生活習慣病改善の促進に努めます。
- ・ 事業者は、循環器病患者が働きながらリハビリや治療ができるよう配慮に努めます。

* 1 特定健康診査：平成 20（2008）年 4 月から保険者（国民健康保険、被用者保険）に義務付けられた、40～74 歳の被保険者・被扶養者を対象とした健康診査をいいます。

* 2 特定保健指導：特定健康診査の結果から、生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して、保健師、管理栄養士などが行う生活習慣を見直すための支援のことをいいます。

第3章 基本方針

1 全体目標

循環器病は県民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患であるとともに、社会全体に大きな影響を与える疾患です。今後、高齢化の進む本県において、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現のために、循環器病の発症予防・進行抑制に取り組み、疾病等の健康上の理由により日常生活に制限のある期間を短縮していくこと、また、循環器病による死亡率を低減していくことが重要な課題です。

そこで、基本法第2条に規定する基本理念のもと、次章（第4章）に掲げる「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療および福祉に係るサービス提供体制の充実」および「循環器病対策を推進するための基盤整備」の施策を展開することにより、以下のとおり本計画の目標を定め、「平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸」および「循環器病に係る年齢調整死亡率の減少」をめざします。

○全体目標1 健康寿命の延伸

目標項目		現状値（R1）	目標
健康寿命	男性	78.8	平均寿命の伸びを上回る 健康寿命の延伸
	女性	81.5	
平均寿命	男性	81.7	
	女性	88.0	

本計画の健康寿命は、三重の健康づくり基本計画「ヘルシーピープルみえ・21」における健康寿命（介護保険法による介護認定を受けることなく自立して心身ともに健康的な日常生活を営むことができる期間）を用いることとします。

なお、厚生労働省では、3年に1回行われる国民生活基礎調査において、日常生活への健康上の問題による日常生活への影響があると回答した割合をもとに算定しており、令和元（2019）年の健康寿命の三重県値は、男性72.90年、女性77.58年です。

○全体目標2 循環器病の年齢調整死亡率の減少

目標項目		現状値（R2）	目標
脳血管疾患による 年齢調整死亡率	男性	33.4	29.0以下
	女性	17.1	16.0以下
急性心筋梗塞による 年齢調整死亡率	男性	16.3	15.5以下
	女性	6.1	5.7以下

本計画の年齢調整死亡率は、第7次三重県医療計画の脳卒中对策および心筋梗塞等の心血管疾患対策とも整合を図るため、医療計画上の目標項目、目標値を用いることとします。

2 個別目標

全体目標に加え、第7次三重県医療計画の脳卒中対策および心筋梗塞等の心血管疾患対策とも整合を図るため、医療計画上の数値目標を個別目標と位置付けます。

目標項目		説明	現状値	目標
特定健康診査受診率・特定保健指導実施率	特定健康診査受診率	特定健康診査受診率および特定保健指導実施率を向上させることを目的とします。	58.3% (R元)	70% 以上
	特定保健指導実施率		23.6% (R元)	45% 以上
受入困難事例の割合	現場滞在時間30分以上	重症以上の事案において、救急車の現場滞在時間が30分以上および4回以上医療機関に要請を行った割合の低減を目標とします。	2.6% (R2)	3.3% 以下
	医療機関への要請回数4回以上		0.7% (R2)	2.0% 以下
脳梗塞によるt-PA ^{*1} による脳血栓溶解療法を24時間実施可能とする圏域		脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法が、全圏域内で24時間実施可能であることを目標とします。	7圏域 (R3)	8圏域
心血管疾患リハビリテーションの実施病院における心臓リハビリテーション指導士 ^{*2} の配置率		全ての心血管疾患リハビリテーション実施病院において、心臓リハビリテーション指導士が配置されることを目標とします。	68.4% (R3)	100%
他の医療機関等と連携のための協議を行う病院数		急性期から回復期、維持期にかけて包括的に連携するための協議(同一法人内のみでの協議を除く。)に参加する病院数を増加させることを目標とします。	延べ80施設 (R3)	延べ69施設

*1 t-PA: 脳の血管が詰まり、重い後遺症や死に至るおそれがある脳梗塞の治療に用いられる血栓を溶かす薬です。

*2 心臓リハビリテーション指導士: 特定非営利活動法人日本心臓リハビリテーション学会認定の資格で、心臓手術等の進歩による早期離床・早期退院に伴い、運動療法・食事療法・禁煙指導など包括的なリハビリテーションを行うことで再発予防をめざす専門職種です。

第4章 各施策における個別課題と取組

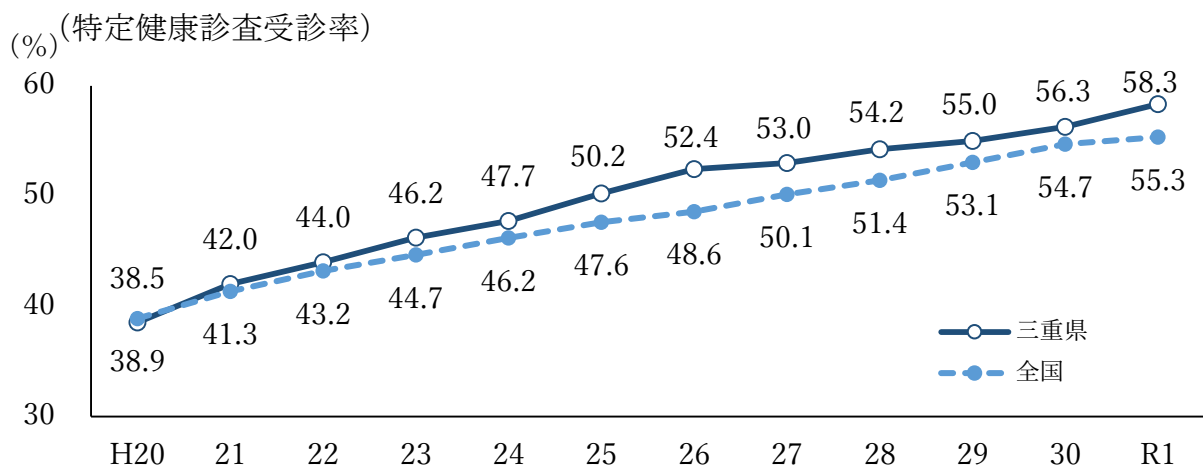
1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

現状・課題

- ・ 循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発し、患者自身が気付かないうちに病気が進行することもあります。循環器病を予防し適切な治療へとつなげるために、生活習慣病予防や健康づくりに取り組むとともに、循環器病の前兆および症状、発症時の対処法ならびに早期受診の重要性および学校における教育も含めた子どもの頃からの知識の啓発が必要です。とりわけ、定期的な運動習慣はロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイル*の予防等の観点からも重要です。
- ・ 本県においては、平成25（2013）年3月に「三重の健康づくり基本計画（ヘルシーピープルみえ・21）」を策定し、「健康寿命の延伸」、「幸福実感を高めるための心身の健康感の向上」に向けて、全ての県民を対象とした健康づくりに取り組んできました。循環器疾患においては、県民がバランスのとれた食事を摂取し、適度な運動を楽しみながら、適正な体重を維持すること、また、県民が正しい知識を身につけ、定期的な健康診断の受診により、生活習慣病の早期発見・早期治療が進むことをめざして取り組んでいます。

○特定健康診査受診率および特定保健指導実施率の推移

本県の特定健康診査受診率および特定保健指導実施率は、全国同様に増加傾向にあります。

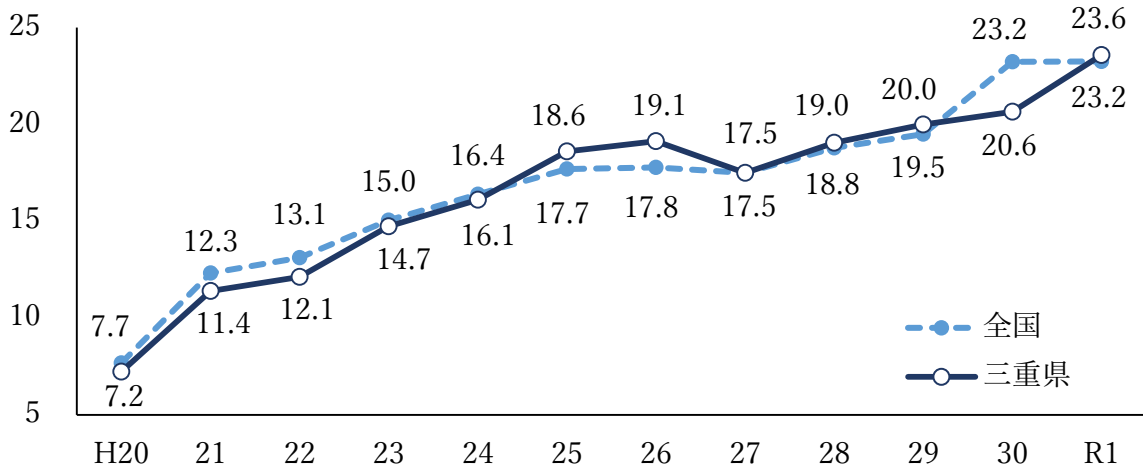


出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について

特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ

*フレイル：加齢に伴い体力、心の働きや社会的つながりが弱くなった状態をいいます。

(特定保健指導実施率)
(%)

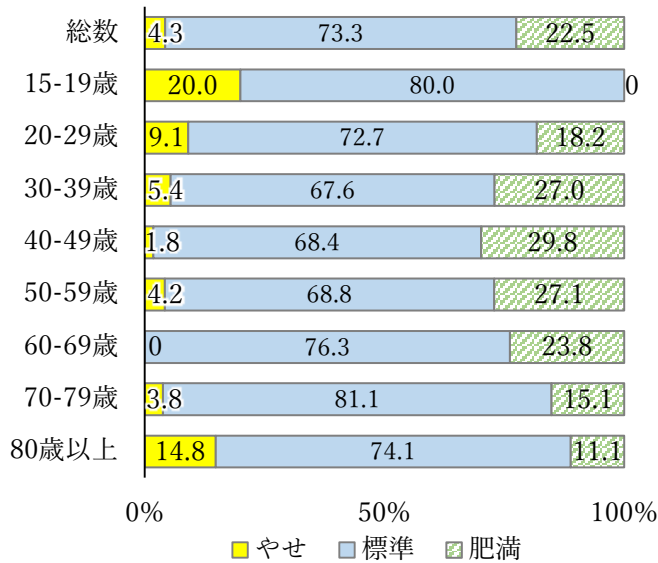


出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について
特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ

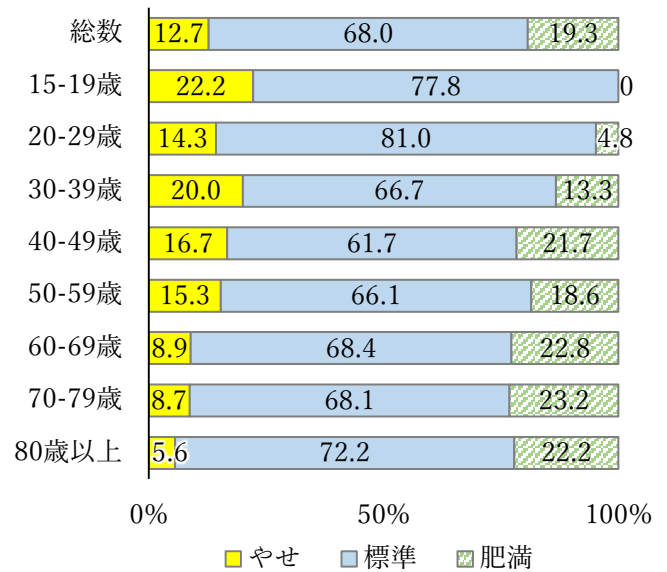
○肥満およびやせの状況

本県の男性の30～60歳代は、4人に1人が肥満となっています。

(男性)



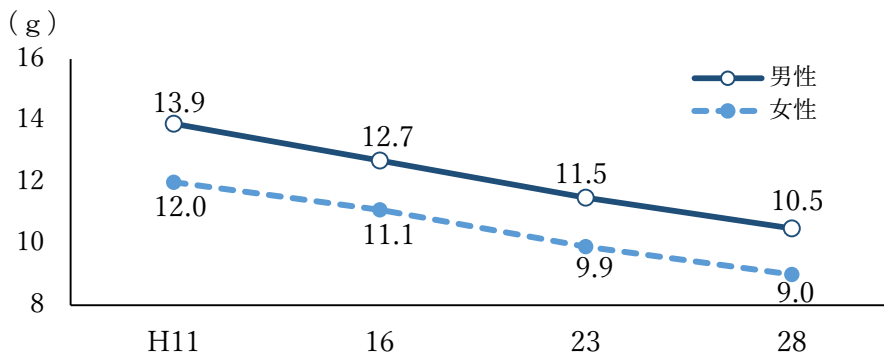
(女性)



出典：三重県 平成28年度県民健康・栄養調査

○平均食塩摂取量

本県の成人1人あたりの平均食塩摂取量は、男女ともに減少傾向にあります。

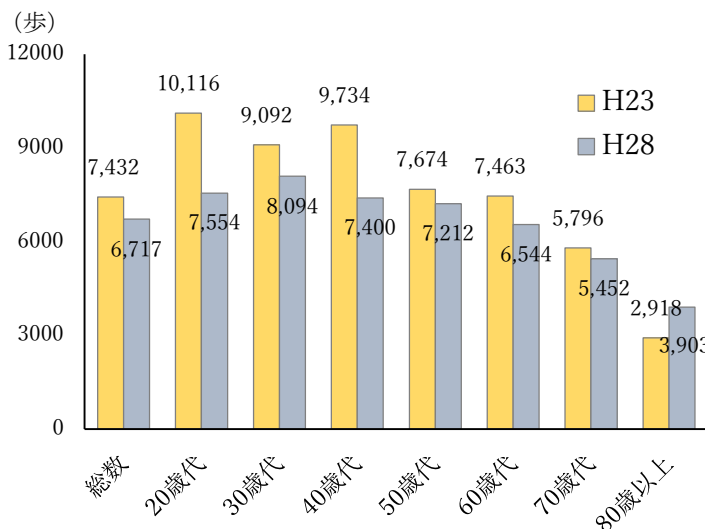


出典：三重県 県民健康・栄養調査

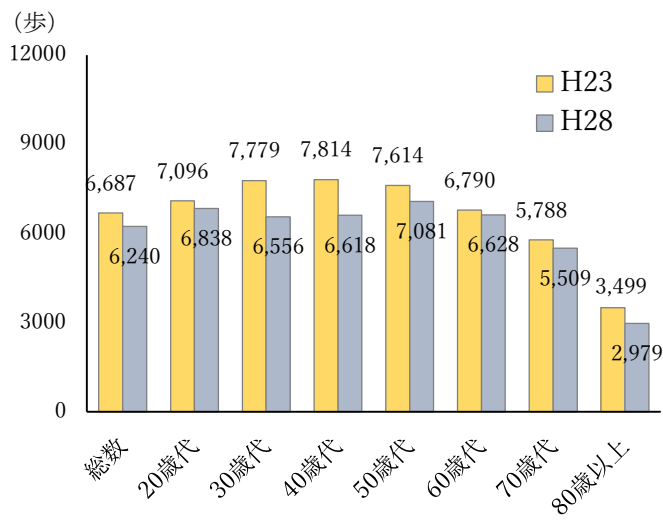
○歩数

日常生活における歩数は減少し、年代別でも男性の80歳以上を除き、全ての年代で減少しています。

(男性)



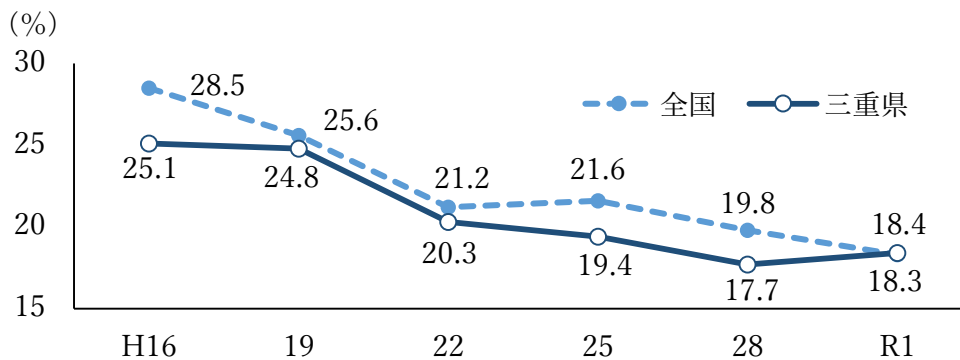
(女性)



出典：三重県 県民健康・栄養調査

○成人喫煙率

成人の喫煙率は減少傾向にあり、全国に比べても概ね低い割合で推移しています。



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」をもとに作成

取り組むべき施策

- ・ 生活習慣病予防のため、アルコールの適量摂取やたばこによる健康被害、食塩摂取量の減少などの食生活改善や血圧管理の重要性に係る知識の普及を図ります。
(事業者、保険者、関係機関、市町、県)
- ・ 子どもの頃から自他の健康や命の大切さについて主体的に考えることが大切であることから、学校において健康の保持増進と疾病の予防といった観点や、食育や保健衛生の観点からの健康教育を進めます。(市町、県)
- ・ 一般健康診断や特定健康診査については、全ての保険者での受診率向上が重要であり、これらの主体が自ら積極的に受診率の向上に取り組むことができるような社会環境づくりに取り組んでいきます。(事業者、保険者、県民、市町、県)
- ・ 医療機関や自治体等が実施する生活習慣や食生活等の改善、循環器病予防などのための健康教室等において、多職種による支援に取り組みます。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 地域や職場等において、県民が主体的に健康づくりに取り組めるような環境を整備し、社会全体で継続的に健康づくりに取り組んでいきます。(事業者、保険者、市町、県)
- ・ 循環器病の発症予防、重症化予防、発症初期の適切な対応等について、正しい知識の普及啓発を行うため、広報誌、ホームページ、チラシ等の多様な広報媒体を活用した情報発信により県民に広く啓発できる方法を検討します。(市町、県)
- ・ 心房細動は脳梗塞や心不全を引き起こし、とりわけ高齢者の生命を脅かす危険性を高める不整脈の一つであることから、心房細動自体の発症を予防するための生活習慣の改善や心房細動の早期発見の重要性、抗凝固療法等の治療の紹介など、心房細動患者における脳梗塞等の予防の啓発に努めます。(市町、県)

2 保健、医療および福祉に係るサービスの提供体制の充実

(1) 救急搬送体制の整備

現状・課題

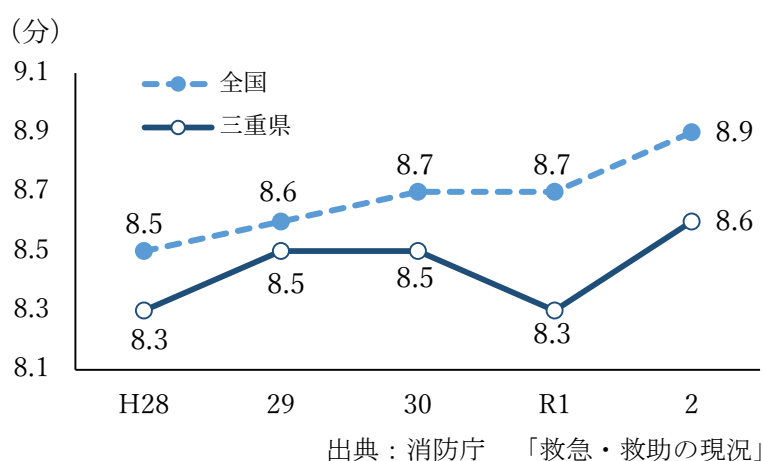
- ・ 本県の救急搬送者数は、平成 28 (2016) 年は 85,491 人、令和元 (2019) 年には 91,890 人と増加しています。急病の救急搬送者数のうち「重症」と「死亡」に分類された数をみると、「脳疾患」(1,452 人)、「心疾患等」(1,689 人) となっています。また、急病のうち死亡が最も多いのは心疾患等 (699 人) となっています。
- ・ このため、脳卒中や急性心筋梗塞等の循環器病患者を速やかに医療機関へ搬送し治療を開始することが必要です。救急要請から現場到着、医療機関への搬送所要時間は、平成 28 (2016) 年と比較すると短縮傾向にあり、令和元 (2019) 年の救急要請 (覚知) から医療機関への収容までに要した平均時間は 38.2 分で、全国値の 39.5 分よりも、短時間で搬送できる体制を維持しています。
- ・ 地域救急医療対策協議会や地域メディカルコントロール協議会において、消防機関、医療機関等における情報共有・連携強化に取り組むとともに、心肺機能停止傷病者に対する救命率の向上を図るため、住民から 119 番通報があった際に、通報者に対して適切な心肺蘇生法を指導できるよう、通信指令員に対する救急教育に取り組んでいます。
- ・ 救急救命士等は、メディカルコントロール体制*のもとで、傷病者を観察して脳卒中等の可能性を判断し、適切な救急救命処置等を行った上で、速やかに治療可能な医療機関へ直接搬送することが重要であり、引き続き救急搬送にかかる現場滞在時間や来院してから治療を開始するまでの時間を短縮することが必要です。
- ・ そのためには、医療機関へより迅速かつ適切に搬送可能な体制を構築し、維持していくことが必要です。

*メディカルコントロール体制：救急救命士等が行う救急救命処置等の活動を医師の指示のもとで行うとともに、その処置内容等に関して、医師等による事後検証を行うことにより質の向上を図っていく体制のことをいいます。

- また、脳卒中や急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、周囲にいる本人や家族等による速やかな救急要請が重要です。病院外で急性心筋梗塞発症直後に心肺停止状態となった場合、周囲にいる人や救急救命士等による心肺蘇生やAED*（自動体外式除細動器）等による電氣的除細動の実施、さらにその後の搬送先医療機関において救命処置を迅速にかつ連携して実施することが必要です。

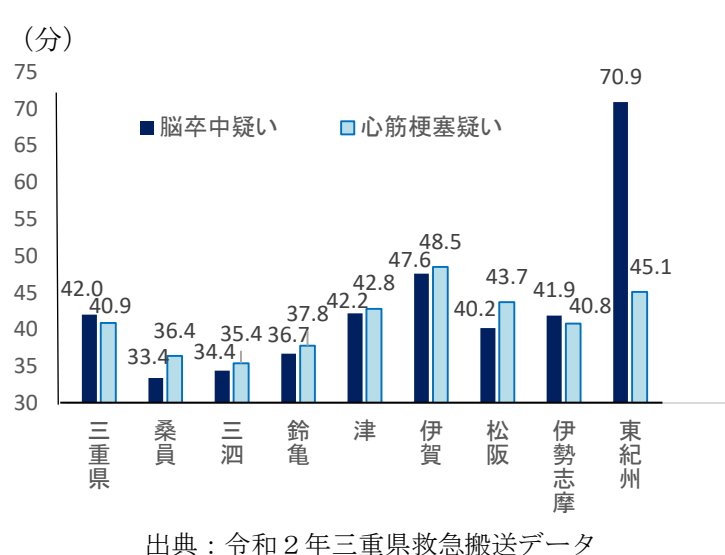
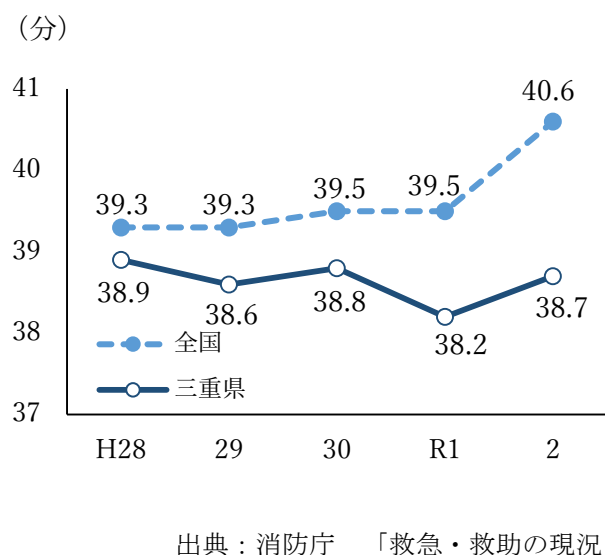
○救急要請（覚知）から現場到着までに要した平均時間

本県の救急要請から現場到着までの所要時間は、全国平均値よりも短くなっています。



○救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間

本県の救急要請から医療機関への搬送に要した時間は、全国平均値よりも短く、ほぼ横ばいに推移しています。

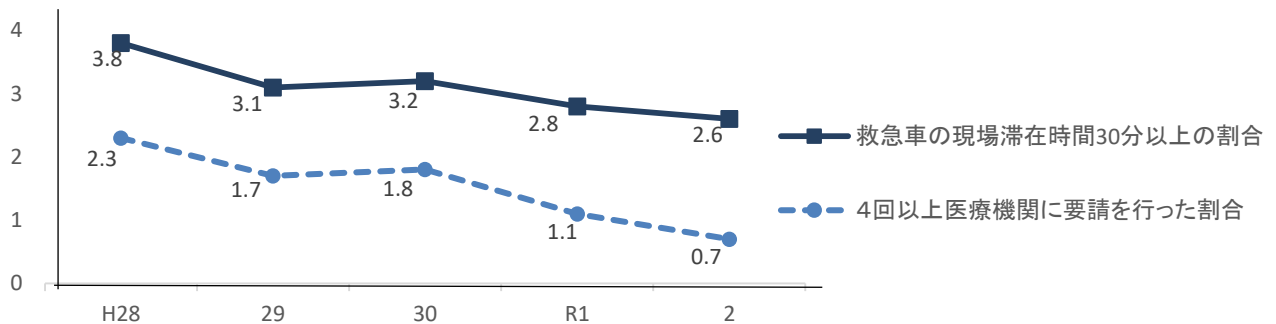


* AED：必要に応じて自動的に電気ショック（除細動）を与え、心臓の働きを戻すことを試みる医療機器です。Automated External Defibrillator の略。

○救急搬送における受入困難事例の状況

本県の救急搬送に占める受入困難事例の割合は、「救急車の現場滞在期間（30分以上）」「4回以上医療機関に要請を行った割合」とともに減少傾向にあります。

(%)



出典：令和2年三重県救急搬送データ

取り組むべき施策

- 救急車から搬送先医療機関に対して、例えば心電図伝送システムを活用し情報を共有するなど、地域全体の医療資源や他自治体におけるICTの活用事例などもふまえたより適切な救急搬送体制の構築を図っていきます。(医療機関、関係機関、消防機関、市町、県)
- 指導救命士の養成講習や救急救命士の特定行為を円滑に行うための講習等を引き続き実施し、救急救命士の資質向上に努めます。(医療機関、関係機関、消防機関、市町、県)
- 搬送を含めた病院前救護の取組は、地域メディカルコントロール協議会の取組に拠ることから、引き続き、地域メディカルコントロール協議会の機能強化に向けた取組を進めます。(医療機関、関係機関、消防機関、市町、県)
- 心肺機能停止傷病者に対する救命率の向上を図るため、住民から119番通報があった際に、通報者に対して適切な心肺蘇生法を指導できるよう、通信指令員に対する救急教育や県内消防本部による住民向けの救急講習に取り組みます。(医療機関、関係機関、消防機関、市町、県)
- 脳卒中の治療は一刻一秒を争うことから、周囲の人が脳卒中による異変に気づき、迅速に救急要請(119番)ができるようチェックリスト「FAST*」等の周知啓発に取り組みます。(医療機関、関係機関、消防機関、市町、県)

*FAST：脳卒中を強く疑うべき三つの症状、顔の麻痺(Face)、腕の麻痺(Arm)、ことばの障害(Speech)、発症時刻(Time)の頭文字を組み合わせたものであり、3つの症状の有無と発症時刻を確認して、一刻も早く救急受診するよう呼びかけるスローガンのことです。

(2) 循環器病に係る急性期医療提供体制の構築

現状・課題

【脳卒中に関する医療提供体制】

- ・ 脳卒中の急性期医療においては、24 時間体制で適切な専門的治療を提供できる体制を確保することが必要となります。
- ・ 本県における神経内科医師数は 116 人、人口 10 万人あたりに換算すると 6.3 人と全国と比較して若干多い状況となっています。一方、脳神経外科医師数は 105 人、人口 10 万人あたりに換算すると 5.7 人と全国と比較して少ない状況となっています。
なお、主たる診療科を神経内科とする医師数は 88 人、脳神経外科とする医師数は 97 人で、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国と比較して少ない状況となっています。いずれについても各構想区域での偏在が見られます。
- ・ 脳梗塞に対して t-P A による脳血栓溶解療法を実施することができる医療機関は県内に 18 施設となっています。このうち、t-P A による脳血栓溶解療法を 24 時間体制で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 14 施設あり、各構想区域に 1 施設以上整備されています。一方で、血管内治療（血栓回収療法）を実施することができる医療機関は県内に 12 施設ありますが、実施可能な医療機関がない構想区域もあります。
- ・ 県内には、脳卒中の発症直後から 24 時間体制で集中的に治療を行う脳卒中集中治療室（S C U*）を備えた医療機関が 4 施設 23 床あります。
- ・ 令和元（2019）年度における t-P A による脳血栓溶解療法の実施件数は県内で 225 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 12.4 件と全国と比較して少ない状況となっています。また、脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数は県内で 223 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 12.3 件と全国と比較して少ない状況となっています。
- ・ 令和元（2019）年度におけるくも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数は県内で 81 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 4.4 件と全国と比較して少ない状況となっています。また、くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数は県内で 104 件あり、人口 10 万人あたりに換算すると 5.7 件と全国と比較して多い状況となっています。

* S C U：脳卒中急性期の患者を、専門医療スタッフがチームを組んで計画的に診療を行う治療室です。Stroke Care Unit の略。

○神経内科医師・脳神経外科医師数

(単位:人)

二次医療圏 ・構想区域	神経内科医師数				脳神経外科医師数			
	医師数		うち主たる診療科 と回答した数		医師数		うち主たる診療科 と回答した数	
	実数	10万人 あたり	実数	10万人 あたり	実数	10万人 あたり	実数	10万人 あたり
全国	7,721	6.0	5,166	4.0	8,192	6.4	7,528	5.9
三重県	116	6.3	88	4.8	105	5.7	97	5.3
北勢医療圏	46	5.4	34	3.9	43	5.0	40	4.7
桑員区域	7	3.1	5	2.2	12	5.4	12	5.4
三四区域	20	5.2	13	3.4	18	4.7	15	3.9
鈴鹿区域	19	7.5	16	6.3	13	5.1	13	5.1
中勢伊賀医療圏	36	7.9	29	6.4	32	7.0	31	6.8
津区域	33	11.7	27	9.6	24	8.5	23	8.2
伊賀区域	3	1.7	2	1.1	8	4.6	8	4.6
南勢志摩医療圏	33	7.2	25	5.5	27	5.9	24	5.3
松阪区域	18	8.1	13	5.8	17	7.7	15	6.8
伊勢志摩区域	15	6.4	12	5.1	10	4.3	9	3.8
東紀州医療圏 (区域)	1	1.4	-	-	3	4.2	2	2.8

出典：厚生労働省「平成30年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成31年1月1日現在)

○脳卒中に係る医療提供体制の状況

構想 区域	急性期医療を担う 医療機関	t-P Aが実施可能な 医療機関	脳梗塞に対する血栓回収 療法が実施可能な医療機関	SCUを有する 医療機関 (病床数)
桑員	桑名市総合医療センター いなべ総合病院 もりえい病院	桑名市総合医療センター いなべ総合病院 もりえい病院	桑名市総合医療センター	桑名市総合医療センター (3床)
三四	市立四日市病院 県立総合医療センター 四日市羽津医療センター 菰野厚生病院	市立四日市病院 県立総合医療センター 菰野厚生病院	市立四日市病院 県立総合医療センター	
鈴鹿	鈴鹿中央総合病院 鈴鹿回生病院	鈴鹿中央総合病院 鈴鹿回生病院	鈴鹿中央総合病院 鈴鹿回生病院	鈴鹿中央総合病院 (6床) 鈴鹿回生病院 (6床)
津	三重大学医学部附属病院 三重中央医療センター 永井病院 遠山病院 武内病院	三重大学医学部附属病院 三重中央医療センター	三重大学医学部附属病院 三重中央医療センター	
伊賀	岡波総合病院 上野総合市民病院 名張市立病院	岡波総合病院 名張市立病院	岡波総合病院 名張市立病院	
松阪	松阪中央総合病院 済生会松阪総合病院 松阪市民病院	松阪中央総合病院 済生会松阪総合病院	松阪中央総合病院 済生会松阪総合病院	済生会松阪総合病院 (8床)
伊勢 志摩	伊勢赤十字病院 市立伊勢総合病院	伊勢赤十字病院 市立伊勢総合病院	伊勢赤十字病院	伊勢赤十字病院 (6床)
東紀州	尾鷲総合病院 紀南病院	尾鷲総合病院 紀南病院		

出典：三重県調査

○一次脳卒中センター（PSC）

構想区域	医療機関名
桑員区域	桑名市総合医療センター
三泗区域	市立四日市病院、県立総合医療センター、菰野厚生病院
鈴亀区域	鈴鹿中央病院、鈴鹿回生病院
津区域	三重大学医学部附属病院、三重中央医療センター
伊賀区域	岡波総合病院
松阪区域	松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院
伊勢志摩区域	伊勢赤十字病院、市立伊勢総合病院
東紀州区域	紀南病院

出典：一般社団法人日本脳卒中学会認定（令和3年3月31日現在）

○t-P Aによる脳血栓溶解療法実施件数

構想区域	平成29年度		平成30年度		令和元年度	
	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全国	13,967	10.9	14,446	11.3	16,649	13.1
三重県	205	11.2	196	10.7	225	12.4
桑員区域	22	10.0	23	10.4	10	4.5
三泗区域	23	6.1	27	7.1	30	7.9
鈴亀区域	16	6.4	21	8.4	28	11.2
津区域	31	11.0	28	10.0	31	11.1
伊賀区域	11	6.4	17	9.9	32	18.9
松阪区域	27	12.2	32	14.5	31	14.2
伊勢志摩区域	75	31.9	48	20.7	63	27.5
東紀州区域	0	0.0	0	0.0	*	*

*欄は10件未満（0を除く）のため非公表

出典：厚生労働省「NDB*」（平成29年度、平成30年度、令和元年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

（平成30年1月1日現在、平成31年1月1日現在、令和2年1月1日現在）

*NDB：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。National Data Base の略。

○脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）実施件数

構想区域	平成29年度		平成30年度		令和元年度	
	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全国	11,332	8.9	13,780	10.8	15,998	12.6
三重県	185	10.1	223	12.2	223	12.3
桑員区域	22	10.0	26	11.8	26	11.8
三泗区域	25	6.6	37	9.7	37	9.8
鈴亀区域	18	7.2	37	14.8	40	16.0
津区域	39	13.9	34	12.2	34	12.2
伊賀区域	0	0.0	0	0.0	*	*
松阪区域	26	11.7	31	14.1	34	15.5
伊勢志摩区域	55	23.4	58	25.0	52	22.7
東紀州区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0

*欄は10件未満（0を除く）のため非公表

出典：厚生労働省「NDB」（平成29年度、平成30年度、令和元年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

（平成30年1月1日現在、平成31年1月1日現在、令和2年1月1日現在）

○くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術実施件数

構想区域	平成29年度		平成30年度		令和元年度	
	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全国	7,757	6.1	7,357	5.8	6,722	5.2
三重県	116	6.3	124	6.8	81	4.4
桑員区域	*	*	*	*	*	*
三泗区域	18	4.7	17	4.5	16	4.2
鈴亀区域	13	5.2	13	5.2	15	6.0
津区域	18	6.4	18	6.4	10	3.5
伊賀区域	12	7.0	14	8.2	*	*
松阪区域	17	7.7	24	10.9	11	5.0
伊勢志摩区域	38	16.1	38	16.4	29	12.6
東紀州区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0

*欄は10件未満（0を除く）のため非公表

出典：厚生労働省「NDB」（平成29年度、平成30年度、令和元年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

（平成30年1月1日現在、平成31年1月1日現在、令和2年1月1日現在）

○くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術実施件数

構想区域	平成 29 年度		平成 30 年度		令和元年度	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	4,752	3.7	5,393	4.2	5,664	4.2
三重県	66	3.6	99	5.4	104	5.7
桑員区域	14	6.3	19	8.6	23	10.4
三泗区域	16	4.2	34	8.9	33	8.6
鈴亀区域	12	4.8	17	6.8	10	4.0
津区域	12	4.3	19	6.8	21	7.5
伊賀区域	0	0.0	0	0.0	*	*
松阪区域	12	5.4	10	4.5	17	7.7
伊勢志摩区域	*	*	*	*	*	*
東紀州区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0

*欄は 10 件未満（0 を除く）のため非公表

出典：厚生労働省「NDB」（平成 29 年度、平成 30 年度、令和元年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

（平成 30 年 1 月 1 日現在、平成 31 年 1 月 1 日現在、令和 2 年 1 月 1 日現在）

【心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制】

- 心筋梗塞等の心血管疾患対策については、急性心筋梗塞による突然死を防ぐために、早急に適切な治療を開始することができる体制の構築が必要となります。
- 本県における循環器内科医師数は 342 人、人口 10 万人あたりに換算すると 18.7 人と全国と比較して若干多い状況となっています。一方、心臓血管外科医師数は 45 人、人口 10 万人あたりに換算すると 2.4 人と全国と比較して少ない状況となっています。
なお、主たる診療科を循環器内科とする医師数は 146 人、心臓血管外科とする医師数は 37 人で、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国と比較して少ない状況となっています。いずれについても各構想区域での偏在が見られます。
- 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション*¹を実施することができる医療機関は県内に 22 施設あります。また、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術を実施することができる医療機関は 12 施設ありますが、実施可能な医療機関がない構想区域もあります。
- 県内には、急性心筋梗塞等の重篤な患者を集中治療する冠状動脈疾患集中治療室（CCU*²）を設置する病院が 6 施設 31 床あります。

* 1 経皮的冠動脈インターベンション：カテーテルと呼ばれる細長い管を心臓の血管（冠動脈）まで挿入し、狭くなった冠動脈の血管を内側から拡げる治療法です。Percutaneous Coronary Intervention の頭文字をとって P C I ということもあります。

* 2 C C U：狭心症や心筋梗塞など心臓血管系の重症患者を対象とする、特殊な集中治療室です。Cardiac Care Unit の略。

- 令和元（2019）年度における急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数は県内で2,945件あり、人口10万人あたりに換算すると162.4件と全国と比較して少ない状況となっています。また、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の実施件数は県内で253件あり、人口10万人あたりに換算すると13.9件と全国と比較して多い状況となっています。
- 令和元（2019）年度における心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数は県内で480件あり、人口10万人あたりに換算すると26.5件と全国と比較して若干多い状況となっています。

○循環器内科医師・心臓血管外科医師数

（単位：人）

二次医療圏 ・構想区域	循環器内科				心臓血管外科			
	医師数		うち主たる診療科 と回答した数		医師数		うち主たる診療科 と回答した数	
	実数	10万人 あたり	実数	10万人 あたり	実数	10万人 あたり	実数	10万人 あたり
全国	22,735	17.8	12,732	9.9	3,676	2.8	3,214	2.5
三重県	342	18.7	146	8.0	45	2.4	37	2.0
北勢医療圏	150	17.6	57	6.7	13	1.5	9	1.0
桑員区域	32	14.5	20	9.0	3	1.3	2	0.9
三泗区域	65	17.1	26	6.8	10	2.6	7	1.8
鈴亀区域	53	21.1	11	4.3	0	0.0	0	0.0
中勢伊賀医療圏	100	22.1	48	10.6	16	3.5	15	3.3
津区域	75	26.8	34	12.1	13	4.6	12	4.2
伊賀区域	25	14.6	14	8.1	3	1.7	3	1.7
南勢志摩医療圏	86	18.9	40	8.8	16	3.5	13	2.8
松阪区域	51	23.1	25	11.3	9	4.0	7	3.1
伊勢志摩区域	35	15.0	15	6.4	7	3.0	6	2.5
東紀州医療圏 (区域)	6	8.4	1	1.4	0	0.0	0	0.0

出典：厚生労働省「平成30年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成31年1月1日現在）

○心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療提供体制の状況

構想区域	急性期医療を担う医療機関	経皮的冠動脈インターベンションが実施可能な医療機関	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施可能な医療機関	CCUを設定している医療機関(病床数)
桑員	桑名市総合医療センター いなべ総合病院 もりえい病院 ヨナハ総合病院	桑名市総合医療センター いなべ総合病院 もりえい病院 ヨナハ総合病院	桑名市総合医療センター いなべ総合病院	
三泗	市立四日市病院 県立総合医療センター 四日市羽津医療センター 菰野厚生病院	市立四日市病院 県立総合医療センター 四日市羽津医療センター 菰野厚生病院	市立四日市病院 県立総合医療センター 四日市羽津医療センター	県立総合医療センター (2床)
鈴亀	鈴鹿中央総合病院 鈴鹿回生病院	鈴鹿中央総合病院 鈴鹿回生病院		鈴鹿中央総合病院 (9床)
津	三重大学医学部附属病院 三重中央医療センター 永井病院 遠山病院	三重大学医学部附属病院 三重中央医療センター 永井病院 遠山病院	三重大学医学部附属病院 三重中央医療センター 永井病院	永井病院 (8床)
伊賀	岡波総合病院 名張市立病院	岡波総合病院 名張市立病院	岡波総合病院	
松阪	松阪中央総合病院 済生会松阪総合病院 松阪市民病院 三重ハートセンター	松阪中央総合病院 済生会松阪総合病院 松阪市民病院 三重ハートセンター	松阪中央総合病院 三重ハートセンター	済生会松阪総合病院 (3床) 三重ハートセンター (5床)
伊勢志摩	伊勢赤十字病院 市立伊勢総合病院	伊勢赤十字病院 市立伊勢総合病院	伊勢赤十字病院	伊勢赤十字病院 (8床)
東紀州				

出典：三重県調査

○急性心筋梗塞等に対する経皮的冠動脈インターベンション実施件数 (単位：件)

構想区域	平成 29 年度		平成 30 年度		令和元年度	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	224,434	175.7	215,540	169.1	212,964	167.5
三重県	3,227	175.9	3,093	169.5	2,945	162.4
桑員区域	343	155.5	295	134.0	321	146.0
三泗区域	675	177.8	661	174.0	591	155.8
鈴亀区域	363	144.6	345	138.0	377	151.0
津区域	536	190.7	597	213.4	562	202.1
伊賀区域	346	201.0	251	146.7	211	124.4
松阪区域	539	242.9	538	244.1	514	235.1
伊勢志摩区域	387	164.4	377	162.3	349	152.3
東紀州区域	38	52.6	29	40.9	20	28.8

出典：厚生労働省「NDB」(平成 29 年度、平成 30 年度、令和元年度)

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

(平成 30 年 1 月 1 日現在、平成 31 年 1 月 1 日現在、令和 2 年 1 月 1 日現在)

○心筋梗塞に対する来院後 90 分以内冠動脈再開通件数 (単位：件)

構想区域	平成 29 年度		平成 30 年度		令和元年度	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	30,707	24.0	31,661	24.8	31,896	25.1
三重県	519	28.3	459	25.2	480	26.5
桑員区域	62	28.1	58	26.4	68	30.9
三泗区域	106	27.9	94	24.7	111	29.3
鈴亀区域	50	19.9	39	15.6	37	14.8
津区域	100	35.6	113	40.4	93	33.4
伊賀区域	51	29.6	17	9.9	33	19.5
松阪区域	43	19.4	32	14.5	45	20.6
伊勢志摩区域	107	45.5	106	45.6	93	40.6
東紀州区域	*	*	*	*	0	0.0

*欄は 10 件未満 (0 を除く) のため非公表

出典：厚生労働省「NDB」(平成 29 年度、平成 30 年度、令和元年度)

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

(平成 30 年 1 月 1 日現在、平成 31 年 1 月 1 日現在、令和 2 年 1 月 1 日現在)

○虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数 (単位：件)

構想区域	平成 29 年度		平成 30 年度		令和元年度	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	16,397	13.3	16,091	12.6	15,812	12.4
三重県	237	12.9	237	13.0	253	13.9
桑員区域	0	0.0	*	*	11	5.0
三泗区域	72	19.0	76	20.0	78	20.5
鈴亀区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0
津区域	70	24.9	67	23.9	70	25.1
伊賀区域	16	9.3	10	5.8	12	7.0
松阪区域	35	15.8	34	15.4	40	18.2
伊勢志摩区域	44	18.7	50	21.5	42	18.3
東紀州区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0

*欄は 10 件未満 (0 を除く) のため非公表

出典：厚生労働省「NDB」(平成 29 年度、平成 30 年度、令和元年度)

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」

(平成 30 年 1 月 1 日現在、平成 31 年 1 月 1 日現在、令和 2 年 1 月 1 日現在)

取り組むべき施策

- ・ 各構想区域において、発症後早期に疾患に応じた専門的な診療を提供できる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。また、対象疾患に応じた急性期診療を地域で 24 時間提供できる体制を確保するため、単一の医療機関で実施することが困難な場合は、区域内の複数の医療機関が連携する等の取組を進めます。(医療機関、関係機関、県)
- ・ 各構想区域において、専門的な診療が可能な医療機関がない場合、区域を超えた広域での連携が必要であることから、急性期の専門的医療機関の機能を明確化し、地域における連携を密にします。(医療機関、関係機関、県)
- ・ 医療資源が不足する地域において I C T の活用を進めることが有効であることから、C T^{*1}やMR I^{*2}画像の遠隔画像診断支援等、I C T の積極的な活用により、医療提供体制の維持を図ります。(医療機関、関係機関、県)
- ・ 各専門医の確保については、三重県医師確保計画に基づき、専攻医^{*3}の確保や地域間での医師偏在の解消等を図るとともに、2024 年度から始まる医師の働き方改革をふまえながら、地域における医療提供体制の向上に努めます。(医療機関、関係機関、大学、県)

* 1 C T : X線管球が身体の周りを回転して、360°方向から収集された情報を集め、その情報をコンピュータ解析し、身体のあらゆる部位の輪切りの画像を作り出す技術です。Computed Tomography の略。

* 2 MR I : 磁気および電磁波ならびに水素原子の動きを利用して、体の断面を撮影する装置、またはそれを用いた検査を指します。

* 3 専攻医 : 専門医制度において、専門研修プログラムに登録し、専門医の取得に向けて研修中の医師をいいます。

(3) リハビリテーション等の取組の充実

現状・課題

- ・ 循環器病患者においては、社会復帰という観点もふまえつつ、日常生活動作の向上等の生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合があります。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築が進められる中で、限られた医療資源を活用して、急性期から慢性期、在宅医療や介護まで切れ目のない医療提供体制を構築するため、医療と介護の連携がますます重要になっており、リハビリテーションにおいても、要介護（支援）者が必要に応じてサービスを利用できるよう、医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへ、切れ目のないサービス提供体制を構築することが求められています。
- ・ 脳卒中のリハビリテーションは、急性期には、廃用症候群*や合併症の予防と早期自立を目的として、可能であれば発症当日から開始します。回復期には、機能回復や日常生活動作の向上を目的として、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門医療スタッフにより実施されます。
- ・ また、脳卒中発症後、合併症の中でも、誤嚥性肺炎を予防するために口腔機能の維持、向上が重要であり、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関を含め、多職種間で連携して対策を図ることも必要です。
- ・ 心血管疾患のリハビリテーションは、心機能の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む疾病管理プログラムとして、医師、認定看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等の多職種チームにより実施されます。
- ・ 本県におけるリハビリテーション科医師数は210人、人口10万人あたりに換算すると11.5人と全国と同水準となっています。
なお、主たる診療科をリハビリテーション科とする医師数は25人、人口10万人あたりに換算すると1.3人と全国と比較して少ない状況となっており、各構想区域での偏在も見られます。
- ・ また、リハビリテーション等の専門職についても、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士いずれも人口10万人あたりで全国と比較して少ない状況となっています。

*廃用症候群：過度に安静にすることや、活動性が低下したことにより身体に生じたさまざまな状態をいいます。

- ・ 急性期から回復期、そして慢性期において切れ目なく適切なリハビリテーションが実施されるには、急性期での治療を終えた患者の受け皿となる回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床の充実が必要です。
- ・ 本県における回復期リハビリテーション病床および地域包括ケア病床の病床数については、各構想区域で概ね不足している状況にあります。また、地域医療構想区域別リハビリテーションの実施状況について、脳血管疾患リハビリテーションの件数は、三泗構想区域や津構想区域で多く、心疾患リハビリテーションの件数は、津構想区域や伊賀構想区域で多くなっていますが、東紀州区域は0件となっています。
- ・ 循環器病患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家も育成しつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築する必要があります。

○リハビリテーション科医師数 (単位：人)

二次医療圏 ・構想区域	リハビリテーション科 医師数		うち主たる診療科と 回答した数	
	実数	10万人 あたり	実数	10万人 あたり
全国	14,728	11.5	2,705	2.1
三重県	210	11.5	25	1.3
北勢医療圏	90	10.5	7	0.8
桑員区域	20	9.0	-	-
三泗区域	40	10.5	3	0.7
鈴亀区域	30	11.9	4	1.5
中勢伊賀医療圏	54	11.9	13	2.8
津区域	42	15.0	13	4.6
伊賀区域	12	7.0	-	-
南勢志摩医療圏	57	12.5	3	0.6
松阪区域	28	12.7	2	0.9
伊勢志摩区域	29	12.4	1	0.4
東紀州医療圏 (区域)	9	12.6	2	2.8

出典：厚生労働省「平成30年 医師・歯科医師・薬剤師統計」、
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成31年1月1日現在)

○リハビリテーション等の専門職数

(単位：人)

		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
全国	病院	78,439.0	45,164.9	15,781.0
	一般診療所	13,255.8	2,687.1	858.2
	合計 (10万人あたり)	91,694.8 (71.8)	47,852.0 (37.5)	16,639.2 (13.0)
三重県	病院	786.7	491.3	161.3
	一般診療所	128.0	23.6	6.7
	合計 (10万人あたり)	914.7 (49.9)	514.9 (28.1)	168.0 (9.2)

※ 常勤換算のため整数でない。

出典：平成29年医療施設静態調査、

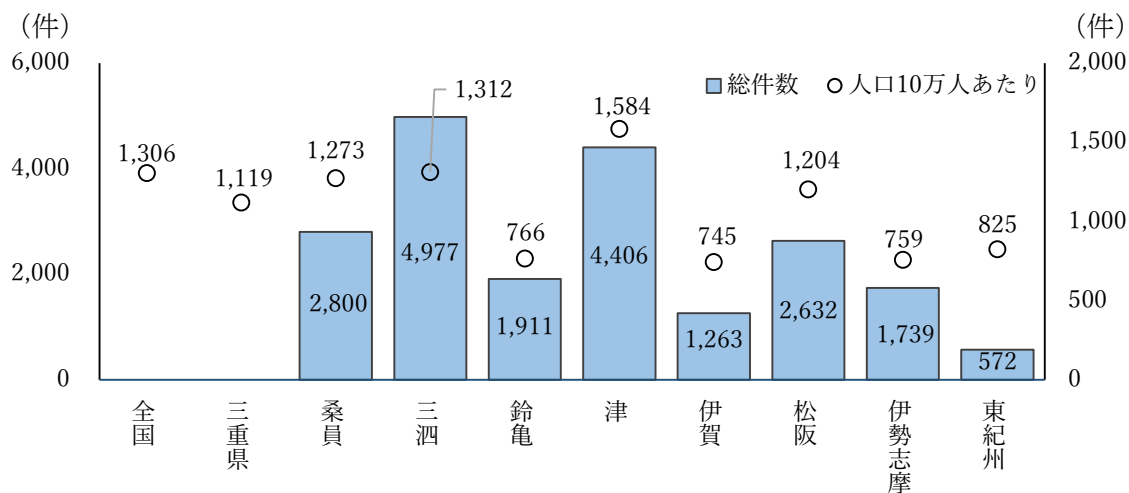
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成30年1月1日現在)

○三重県の回復期リハビリテーションおよび地域包括ケア病床数病床数

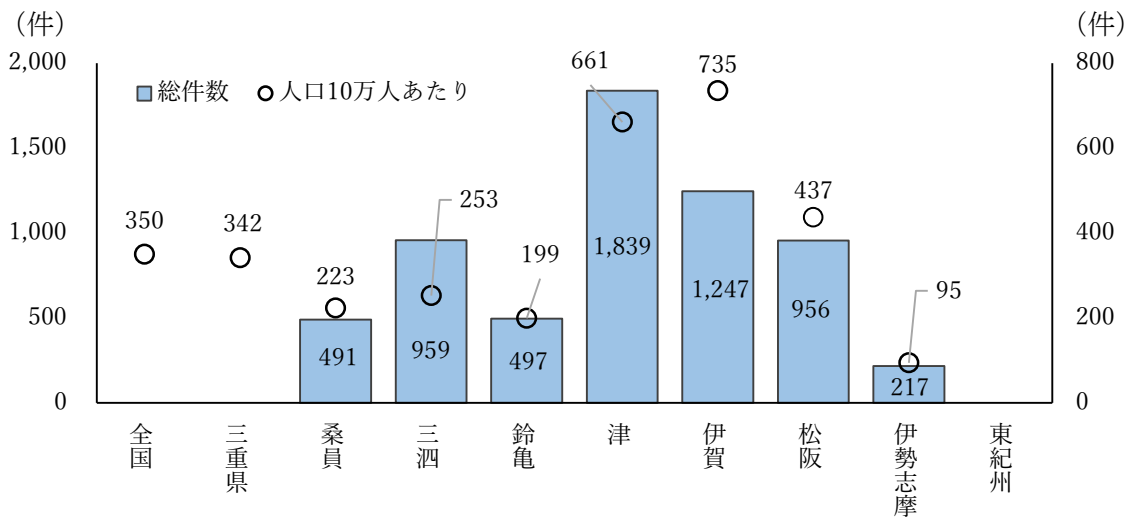
	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	合計
回復期リハビリテーション病床数	52	288	73	412	50	225	87	40	1,227
10万人あたり	23.6	75.9	29.2	148.1	29.5	102.9	38.0	57.7	67.6
地域包括ケア病棟入院基本料	135	185	56	18	81	39	132	116	762
地域包括ケア入院医療管理料	20	20	27	81	0	16	49	0	213
合計	155	205	83	99	81	55	181	116	975
10万人あたり	70.5	54.0	33.3	35.6	47.8	25.2	79.0	167.3	53.8

出典：令和2年度病床機能報告、東海北陸厚生局 施設基準届出受理状況(令和3年6月1日現在)

○ 脳血管疾患リハビリテーション実施件数(入院+外来、レセプト総件数)



○ 心疾患リハビリテーション実施件数(入院+外来、レセプト総件数)



出典：厚生労働省 NDB(令和元年度)、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和2年1月1日)

取り組むべき施策

- 急性期から回復期および維持期・生活期までの各病期に対応したリハビリテーション機能が切れ目なく展開されるよう、医療機関や介護施設、関係団体による連携強化やコメディカルの育成を促進していきます。(医療機関、関係機関、県)
- 脳卒中患者に対して、地域の医療機関等が連携し、患者の状態をふまえた適切な医療および介護サービスを継続して提供できるよう、地域連携クリティカルパス*等を活用した取組を推進します。(医療機関、関係機関、県)
- 早期からの多職種連携によるリハビリテーションの実施により、廃用症候群や誤嚥性肺炎の予防をはじめ、合併症の予防に努めます。(医療機関、関係機関、県)
- 心血管疾患患者に対して、疾病管理プログラムとして、リハビリテーションを急性期の入院中から開始し、回復期から維持期・生活期にかけても継続できるよう心大血管リハビリテーションの提供体制の充実を図ります。(医療機関、関係機関、県)

*地域連携クリティカルパス：急性期病院から回復期病院を経て早期の自宅復帰を目的とした診療計画(クリティカルパス)を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものをいいます。

- 心血管疾患リハビリテーションについて、県内の各構想区域において実施することができるよう、心臓リハビリテーション指導士の配置等、実施体制の整備を進めるとともに、リハビリテーションを充実させるため、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の資質の向上に取り組みます。(医療機関、関係機関、県)
- 急性期から回復期、そして慢性期において切れ目なく適切なリハビリテーションを実施するため、地域医療介護総合確保基金を活用して、回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床の整備を進めます。(医療機関、関係機関、県)

(4) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

現状・課題

- ・ 循環器病患者は、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至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や服薬の徹底など、適切な管理およびケアを行うことが必要です。そのため、回復期、慢性期、在宅等における医療、介護および福祉にかかるサービスが切れ目なく提供されるよう、在宅医療・介護連携や地域包括ケアシステム*の構築を推進する必要があります。
- ・ 本県における地域包括ケア病床数は三泗区域が最も多い一方で、松阪区域が最も少ないなど地域によってばらつきがあります。今後、疾病構造の変化や高齢化の進展に伴う医療需要の増加等に対応していくため、病床の機能分化・連携と合わせて在宅医療や地域包括ケアシステムに係る体制整備を進めていくことが重要となります。
- ・ 在宅療養に円滑に移行するためには入院医療機関が行う退院支援が重要であり、入院時から退院後の生活を見据えた退院支援体制の充実を図る必要があります。人口10万人あたりの本県の退院時共同指導の件数は49.5件で、全国平均53.8件を下回っています。
- ・ 在宅医療において積極的役割を担う在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導を実施する薬局、訪問看護ステーションについて、いずれも全国平均と比較して少ない状況にあります。

○退院時共同指導件数

	件数	人口10万人あたり件数
全 国	68,343	53.8
三重県	897	49.5

出典：厚生労働省 NDB(令和元年度)、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和2年1月1日現在)

*地域包括ケアシステム：団塊の世代が75歳以上となる令和7年(2025年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域において構築を推進する包括的な支援・サービス提供体制をいいます。

○在宅療養支援病院・診療所・歯科診療所数

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在宅療養支援歯科診療所	
	施設数	人口 10 万人あたり件数	施設数	人口 10 万人あたり件数	施設数	人口 10 万人あたり件数
全 国	1,493	1.2	14,401	11.3	11,193	8.8
三重県	16	0.9	179	9.9	145	8.0

出典：診療報酬施設基準(令和2年3月31日)、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和2年1月1日現在)

○訪問薬剤管理指導を実施している薬局数

	施設数	人口 10 万人あたり件数
全 国	9,799	7.7
三重県	108	6.0

出典：厚生労働省 NDB(平成元年度)、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(令和2年1月1日現在)

○介護保険を扱う訪問看護ステーション数

	施設数	人口 10 万人あたり件数
全 国	10,532	8.3
三重県	131	7.2

出典：介護サービス施設・事業所調査(平成30年10月1日)、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成31年1月1日現在)

○社会福祉士・医療社会事業従事者数 (単位：人)

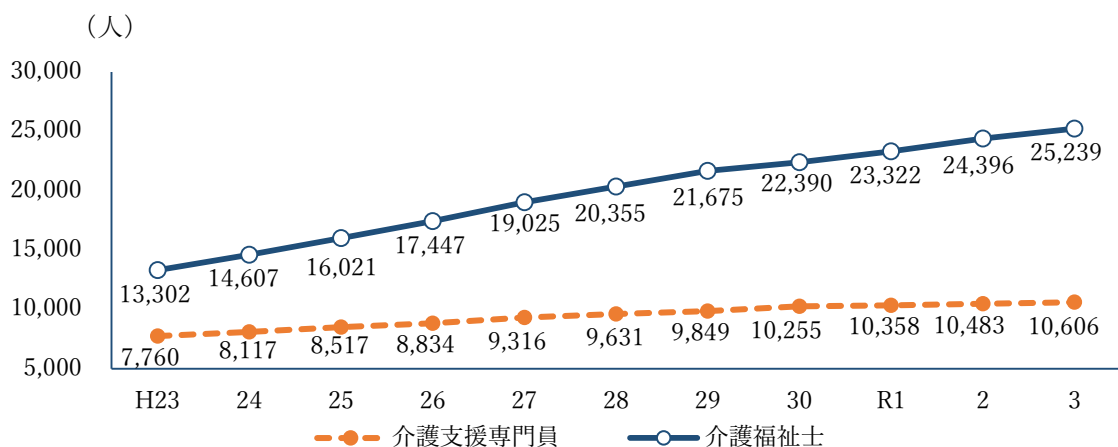
		社会福祉士	医療社会事業従事者
全 国	病院	12,966.6	4,774.5
	一般診療所	1,323.8	1,137.8
	合計 (10万人あたり)	14,290.4 (11.2)	5,912.3 (4.6)
三 重 県	病院	154.2	65
	一般診療所	9.5	13.8
	合計 (10万人あたり)	163.7 (8.9)	78.8 (4.3)

※ 常勤換算のため整数でない。

出典：平成29年医療施設静態調査、

総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成30年1月1日現在)

○ 三重県の介護福祉士・介護支援専門員の登録者数



※ 介護福祉士：各年3月末時点、介護支援専門員：各年4月時点

出典：公益財団法人社会福祉振興・試験センター

三重県調査（転入者および転出者を除く）

取り組むべき施策

- ・ 地域の実情に応じて、循環器病患者等が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の充実を図ります。また、社会福祉法の改正により、重層的支援体制整備事業が創設されたことをふまえ、循環器病患者やその家族が抱える複合的課題に対応するため、既存の相談支援等の取組を生かしつつ、属性や世代を問わない包括的な相談支援体制の整備に取り組む市町を支援します。（関係機関、市町、県）
- ・ 退院時における多職種での関わりが再発防止や再入院までの期間延長に資すると考えられることから、入院中における早期での退院支援に努めるとともに、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、相談支援専門員等による相談・生活支援の取組を推進します。（関係機関、市町、県）
- ・ 摂食、嚥下等の口腔機能の回復や誤嚥性肺炎等の予防、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げるために、かかりつけ歯科医等による医科歯科連携等による口腔ケアの充実を図ります。（関係機関、市町、県）

- ・ 循環器病患者等の服薬アドヒアランス*の向上に資するよう、令和3年8月から導入された地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の認定制度の推進に取り組むこと等により、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬情報の一元的・継続的把握および薬学的管理・指導、入退院時の医療機関との連携や在宅対応等に係る取組を推進します。(関係機関、市町、県)
- ・ 脳卒中や心不全に関する認定看護師をはじめとした看護師等による予防から治療、再発予防、重症化予防までの切れ目のない看護の提供を推進します。また、県民が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、訪問看護ステーションの運営の安定化や効率化に資する取組の推進を図るとともに、在宅医療推進のための連携強化に資する取組を推進します。(関係機関、市町、県)
- ・ 再入院を防ぐための循環器病患者自身による自己管理やかかりつけ医を含む多職種連携に資するよう、スマートフォンを活用して心不全患者の健康管理を行うなど、ICTの利活用により患者支援や地域連携におけるデジタル化を進めます。(医療機関、市町、県)

*服薬アドヒアランス：患者自身が服薬治療への積極的な参加を行い、理解して薬を服用することをいいます。

(5) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

現状・課題

- ・ 医療技術や情報技術が進歩し、患者や療養生活が多様化する中で、循環器病患者やその家族が抱く、診療および生活における疑問や心理社会的・経済的な悩みなどに対応することが求められています。
- ・ 生活期において相談支援を受けることができる窓口が少ない、わかりにくいという意見もあり、循環器病患者とその家族が、地域において、医療、介護およ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、相談支援を受けることができる体制が求められています。

取り組むべき施策

- ・ 国、国立循環器病研究センター、関係機関等と協力し、循環器病に関する科学的根拠に基づいた正しい情報提供を行います。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 循環器病患者やその家族のニーズに対応した必要な情報にアクセスできるよう、わかりやすい情報提供のあり方について検討します。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 循環器病患者やその家族が抱える診療および生活における疑問や心理社会的・経済的な悩みなどについて、地域において課題解決につながるよう、医療機関、市町、地域包括支援センター、障害者相談支援センター等関係機関の既存の取組をふまえながら相談支援体制の充実を図ります。(医療機関、関係機関、市町、県)

(6) 循環器病の緩和ケアの充実

現状・課題

- 平成 14 (2002) 年の世界保健機構 (WHO) における緩和ケア*の定義によると、緩和ケアの対象は、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族」とされており、対象疾患はがんに限定されるものではなく、循環器病においても対象となります。
- 平成 26 (2014) 年のWHOからの報告では、成人において人生の最終段階に緩和ケアを必要とする者の疾患別割合の第 1 位は循環器疾患、第 2 位はがんとなっており、循環器疾患の患者も緩和ケアを必要としていることが報告されています。
- 循環器病は、病気の進行とともに身体的・精神的・社会的側面的等の多面的な観点を有する全人的な苦痛が増悪することをふまえて、疾患の初期段階から継続した緩和ケアが必要です。緩和ケアの実践では、潜在的な問題点を抽出し、全人的な苦痛に対して包括的に介入することが求められます。例えば、臨床経過の特徴として増悪を繰り返すことが挙げられる心不全については、治療と連携した緩和ケアも必要とされており、日本心不全学会が心不全緩和ケアトレーニングコースを公認するなど、その取組が進められています。
- 緩和ケアの実践では、潜在的な問題点を抽出し、全人的な苦痛に対して包括的に介入することが求められ、多職種チームでアプローチする意義は極めて大きいことから、多職種連携や地域連携のもとで、循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアが必要です。
- 全国の緩和ケア認定看護師の認定者数は増加傾向にありますが、本県の認定者数はほぼ横ばいとなっています。

○緩和ケア認定看護師認定者数の推移 (各年 12 月末日の登録者数)

(単位：人)

	H27	H28	H29	H30	R1	R2
三重県	18	19	19	20	20	20
全国	1, 851	2, 039	2, 217	2, 367	2, 477	2, 557

出典：公益社団法人日本看護協会

*緩和ケア：世界保健機関 (WHO) によると、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることをとおして向上させるアプローチ」とされています。

取り組むべき施策

- ・ 精神的・社会的苦痛への対応について、十分な説明や共感的な態度で接するといったコミュニケーションを基本として、患者との良好な関係構築に努めるとともに、社会的生活上の不安について、地域の身近な場所で相談できる体制の確保に努めます。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ ACP* (アドバンス・ケア・プランニング) の認知度向上を図り、本人の意思決定を尊重した人生の最終段階における医療・ケアを進めることができるよう、県民の意識向上および市町、専門職の資質向上を図るための研修会等に取り組みます。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 緩和ケアは、がんや終末期の疾患だけではなく、脳卒中も含めた循環器疾患もその対象疾患となりうることから、緩和ケアや循環器病に関わる医療従事者等が循環器病に対する緩和ケアについての正確な理解や共通の認識を持つための取組を進めます。(医療機関、関係機関、県)

* ACP：自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組のこと。Advance Care Planning の略。

(7) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援

現状・課題

- ・ 循環器病は、急性期に救命されたとしても、さまざまな後遺症を残す可能性があり、その後遺症によって日常生活や社会生活に支障をきたし、医療・福祉の分野を超えた継続的な支援が必要となる場合があります。
- ・ 特に、脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障がいがわかりにくい摂食嚥下障がい、てんかん、失語症、高次脳機能障がい等の後遺症が残る場合があるほか、在宅等生活の場に復帰できる割合も6割弱となることなどから、社会的理解や支援も必要です。

○在宅等生活の場に復帰した循環器病患者の割合

(単位：%)

		H20	H23	H26	H29
脳血管疾患	三重県	58.4	58.0	58.2	54.9
	全国	57.7	58.6	56.5	57.4
虚血性心疾患	三重県	95.2	96.4	94.9	96.6
	全国	92.8	94.1	93.9	94.5

出典：厚生労働省NDB（患者調査）

取り組むべき施策

- ・ 循環器病の後遺症を有する者が、症状や程度に応じて、適切な診断、治療を受けられ、地域において日常生活や社会生活を円滑に営むために、就労支援や経済的支援を含めた必要な支援が受けられるよう関係機関の連携を推進します。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 脳卒中の後遺症を有する者に多い合併症の一つである誤嚥性肺炎の予防においては、口腔ケアが重要であることから、在宅患者、施設入所者等における医科歯科連携を推進します。(医療機関、関係機関、県)
- ・ 三重県高次脳機能障がいおよびその関連障がいに対する支援普及事業として、支援拠点機関に支援コーディネーターを配置し、高次脳機能障がい者やその家族等への相談支援、支援に携わる関係機関の職員に対する普及啓発、研修および支援、関係機関との連携等を引き続き行います。(関係機関、県)

(8) 治療と仕事の両立支援・就労支援

現状・課題

- ・ 脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している全国の患者のうち約16%が20～64歳(平成29(2017)年「患者調査」)であり、65歳未満の患者においては、約7割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告もあります。脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰することが可能な場合も少なくない一方で、職場復帰に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障害者就労支援等との適切な連携が求められています。
- ・ 虚血性心疾患を含む心疾患の全国の患者のうち約16%が20～64歳(平成29(2017)年「患者調査」)であり、治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多く存在していますが、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合があります。
- ・ 治療と仕事の両立は労働者、事業者、産業医等に対し、それぞれ就労の継続、労働生産性の維持・向上、疾病の増悪の防止などに大きな意義があります。平成29(2017)年度に三重県地域両立支援推進チームが設置されるなど、三重労働局、自治体、関係団体等がネットワークを構築して連携を図り、治療と仕事の両立支援を効果的に進めるための取組を推進しています。
- ・ 循環器病に関する各種疾患を抱えながらも、働く意欲や能力のある者が、仕事を理由として治療機会を逃さず、また、治療の必要性から職業生活の継続を妨げられることのないよう、適切な治療を受けながら、就労が続けられることが重要です。

取り組むべき施策

- ・ 脳卒中、虚血性心疾患を含め、幅広い病状を呈する循環器病患者が社会に受け入れられ、自らの疾患と付き合いながら就業できるよう、支援に取り組みます。
(事業者、関係機関、県、市町)
- ・ 循環器病患者の状況に応じた治療と仕事が両立できるよう、引き続き、三重県地域両立支援推進チームの取組など、各関係機関の連携による支援体制の構築を推進していきます。(事業者、関係機関、県、市町)
- ・ 両立支援コーディネーターの養成を促進するとともに、主治医、企業、両立支援コーディネーターによるトライアングル型のサポートを促進します。
(事業者、関係機関、市町、県)

(9) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

現状・課題

- ・ 循環器病の中には、新生児の100人に1人が生まれ持つとされる先天性心疾患や、小児不整脈、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患など小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。
- ・ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器疾患については、診断から治療までを完結できる地域が限られている中で、本県においては、近年の治療体制の整備等により、多くの子ども達の命が救われるようになってきています。
- ・ 一方で、原疾患*の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま、思春期、さらには成人期を迎える成人先天性疾患を抱える患者が増えてきており、こうした方たちが社会において自立した生活を送るためには、胎児期の段階を含め、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療を受けられるよう、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。

取り組むべき施策

- ・ 乳幼児健康診査や学校における健康診断について、小児の循環器病を早期に発見できる重要な機会であるとして、引き続き推進します。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 小児期から成人移行期、成人期にかけて必要な医療を切れ目なく受けられるよう、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を促進します。(医療機関、関係機関、市町、県)
- ・ 妊娠・出産から育児に至るまでの間、切れ目なく母子保健サービスが提供されるよう、母子保健コーディネーターの養成を行うとともに、「子育て世代包括支援センター」の運営機能の充実や各市町の実情に応じた母子保健体制の構築に向けた支援を行います。(市町、県)
- ・ 「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律(略称:成育基本法)」に基づき、子ども達の健やかな成育を確保するため、成育過程を通じた切れ目のない支援を受けられるよう、医療、保健、教育および福祉に係る関係機関が連携し、取組を推進します。(医療機関、関係機関、市町、県)

*原疾患: もともとある病気のことをいいます。

3 循環器病対策を推進するための基盤整備

(1) 循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備

現状・課題

- ・ 循環器病は、患者数が膨大な数に及ぶことや、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化すること等から、実態を正確かつ詳細に把握することが困難であるとされています。
- ・ 他方で、循環器病の罹患状況や診療内容について、データを収集し、データに基づく評価を実施することは、科学的根拠に基づいた政策を立案し循環器病対策を効果的に推進する点からも重要です。
- ・ 循環器病の発症や重症化には多くの因子が関わっていることから、循環器病の予防や治療の効果も個人差が大きく、また、がん等の合併症として、血栓症や心不全を合併する場合もあり、幅広い診療情報の収集などが求められています。

取り組むべき施策

- ・ 脳卒中学会が認定する一次脳卒中センター（P S C）の認定要件として、t-P A による脳血栓溶解療法施行例と血栓回収療法施行例のデータ（症例数と3か月後の状態）を提出することとされていることから、県内のP S C認定施設においてデータ収集を進め、脳卒中医療の質の向上を図っていきます。（医療機関、大学）
- ・ 県内の急性心筋梗塞に対する救急医療を行っている各機関が参加している「三重県CCUネットワーク」では、急性心筋梗塞の急性期診療に関わるデータベースとして「三重ACS（急性冠症候群）レジストリー」を構築し、平成25年（2013）年より、緊急カテーテル治療を担う県内ほぼ全ての医療機関の協力のもとに、急性心筋梗塞診療に関するデータの収集、分析を行っており、引き続き死亡率の改善をめざした取組を推進していきます。（医療機関、大学）
- ・ 三重県内で発症した急性大動脈疾患について、発症状況、救急医療体制、予後等に関する診療実態を把握し、急性大動脈疾患の救急医療体制についての検討を進めます。（医療機関、大学）
- ・ 医療の質の向上や効率化に資するために、NDBデータやDPCデータ等を活用し、データに基づく施策立案や施策評価を推進していきます。（医療機関、大学、市町、県）

(2) 循環器病に係る研究成果の活用

現状・課題

- ・ 循環器病に関する研究については、「健康・医療戦略」、「医療分野研究開発推進計画」等をふまえ、厚生労働省、文部科学省およ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）を通じて、基礎的な研究から実用化のための研究開発までの各研究段階においてその推進が図られています。また、さまざまな支援に基づき、国立循環器病研究センターをはじめとした医療・研究機関等での研究も進められています。
- ・ このほか、厚生労働省においては、予防・早期介入法（医療機器等）の開発、治療法（医薬品、医療機器等）の開発・事業化、診断法や標準的治療の確立等の医療水準の向上、そして医療機器・社会システム等の社会実装に向けた取組等、多様な目的の研究について戦略的かつ総合的に推進が行われるよう取組が行われています。

取り組むべき施策

- ・ 国、民間等の研究機関において進められている、循環器病の病態解明、再生医療等の先進的な技術も見据えた新たな治療法や診断技術の開発、リハビリテーション等の予後改善、QOL*向上に資する方法の開発、個人の発症リスク評価や予防法の開発などの研究について、国等の動向を注視しながら、本県の取組としてデータやノウハウの導入など必要な対応等について検討を行います。（医療機関、関係機関、大学、県）

* QOL：人間らしく満足して生活しているかを評価する概念です。Quality of Life の略。

第5章 計画の進捗管理

1 進捗管理

基本法第11条により、都道府県循環器病対策推進計画は少なくとも6年ごとに検討を加え、必要があるときは変更を努めなければならないとされています。本計画に基づく循環器病対策の進捗管理について、PDCAサイクルに基づく改善を必要に応じて行います。

また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時における各種データに関しては、受診控え等の影響を加味して総合的な検討を行う必要があることに留意しつつ、定期的に本計画の進捗状況の把握および評価を実施するとともに、その状況をふまえ、三重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ていきます。

なお、国全体として取り組むべき施策については、必要に応じて国への事業提案・要望を行っていくとともに、その進展状況をふまえながら、本県の循環器病対策にかかる検討を進めます。

2 ロジックモデル

厚生労働省による「都道府県循環器病対策推進計画の策定にかかる指針」において、本計画の各々の施策と解決すべき課題との連関を示す際に、ロジックモデル*などのツールの活用を検討することとされています。

日本脳卒中学会等が示しているロジックモデルを参考に、三重県版の現状をふまえた指標等について指し示すと、巻末の参考資料のとおりとなります。ロジックモデルについては、医療計画と併せて行う本計画の今後の改定等に合わせ、その活用のあり方について検討を進めます。

*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、何をもちたらすか」を示すものです。

脳血管疾患対策のロジックモデル

C初期アウトカム指標		
1 基礎疾患及び危険因子が管理できている	三重県	全国
喫煙率（男）	30.0%	28.8%
喫煙率（女）	7.5%	8.8%
禁煙外来を行っている医療機関数	12.7	12.3*
ニコチン依存管理科を算定する患者数（算定件数）	361.0	344.0*
高血圧疾患患者の年齢調整外来受療率	252.1	240.3*
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	85.3	64.6*
2 健康診断・健康診査・保健指導を受診できている	三重県	全国
健康診査率（男）	79.3%	77.2%
健康診査率（女）	73.9%	69.7%
特定健康診査率	58.3%	55.3%

*は人口10万人対換算

3 救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコルに則し、適切な観察・判断・処置が実施できている	三重県	全国
救急隊の救急救命士運用率	77.4%	90.9%

4 脳卒中の急性期医療に対応できる体制が整っている	三重県	全国
神経内科医師数	4.8	4.0*
脳神経外科医師数	5.3	5.9*
脳卒中の専用病室を有する病院数	0.2	0.1*
脳卒中の専用病室を有する病床数	1.3	1.0*
5 24時間専門的治療が実施できる体制が整っている	三重県	全国
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	0.6	0.8*
経皮遠隔的脳血管造影治療（脳梗塞に対する血栓回収術）が実施可能な病院数	0.6	0.8*
6 脳機能障害等の合併症の予防および治療が行える体制が整っている	三重県	全国
口腔機能管理を受けられる患者数（急性期）	12.7	0.7*
7 服用薬管理を予防し、早期に自立できるリハビリテーション実施体制が整っている	三重県	全国
リハビリテーションが実施可能な医療機関数	6.1	6.3*
8 回復期の医療機関等との連携体制が構築されている	三重県	全国
脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数	5.7	10.5*
9 自宅退院困難者に対する医療施設や地域の保健医療福祉サービスとの連携が行われている	三重県	全国
地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数	6.9	10.3*

*は人口10万人対換算

B中間アウトカム指標		
1 保健指導を受診できている	三重県	全国
特定保健指導実施率	23.6%	23.2%
2 医療機関が初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関に受診勧奨が指示できる	三重県	全国
神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数	14.8	14.0*

*は人口10万人対換算

3 患者ができるだけ早期に専門医療機関に搬送される	三重県	全国
救急要請（通知）から医療機関への収容までに要した平均時間（分）	38.2	39.5

4 発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けられること	三重県	全国
脳梗塞に対するt-PAIによる血栓溶解療法の実施件数（算定回数）	9.9	9.4*
脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法等）の実施回数（算定回数）	11.3	10.1*
くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施回数（算定回数）	9.6	11.0*
くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施回数（算定回数）	11.7	11.9*
早期リハビリテーションの実施件数（算定回数）	53,157.4	85,757.5*
地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）	69.6	68.7*

*は人口10万人対換算

A最終アウトカム指標		
1 脳卒中の発症を予防できている	三重県	全国
脳血管疾患発症率（入院）	96.0	115.0*
脳血管疾患受療率（外来）	37.0	68.0*
脳血管疾患推計患者数（入院）（千人）	1.7	146.0
脳血管疾患推計患者数（外来）（千人）	0.7	85.9

*は人口10万人対換算

2 脳卒中による死亡が減少している	三重県	全国
脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	33.4	32.4*
脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）	17.1	17.5*

*は人口10万人対換算

回復期	10 専門的医療スタッフにより集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関が整備されている	三重県	全国
	回復期リハビリテーション病床数	676	676 *
	理学療法士数	499	71.8 *
	作業療法士数	281	37.5 *
	言語聴覚士数	9.2	13.0 *
	11 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている	三重県	全国
	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師数	0.6	0.6 *
	12 急性期および維持期の医療機関や施設、地域の保健医療サービスとの連携体制が構築されている	三重県	全国
	脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数	5.7	10.5 *
	医療ソーシャルワーカー数	9.0	11.2 *

*は人口10万人対換算

維持期	13 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの提供（訪問及び通所リハビリを含む）が行われている。	三重県	全国
	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	6.1	6.3 *
	訪問リハビリを提供している事業所数	4.7	3.6 *
	通所リハビリを提供している事業所数	6.4	6.4 *
	介護老人保健施設定員数	5269	454.5 *
	14 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている	三重県	全国
	訪問看護を受ける患者数（医療）	1489	358.1 *
	訪問看護を受ける患者数（介護）	41632	5178.9 *
	15 脳卒中・肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制が整備されている。	三重県	全国
	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	1,910.0	4,954.6 *
	16 回復期および急性期の医療機関等との連携体制が構築されている。	三重県	全国
	入院支援を行っている医療機関数	3.0	3.4 *

*は人口10万人対換算

5 身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けることができる	三重県	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（算定回数）	103,878.0	135,879.5 *
地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）	69.6	68.7 *
ADL改善率	63.7%	64.6%
在宅等生活の場に関連した脳血管疾患患者の割合	64.9%	57.4%

*は人口10万人対換算

6 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	三重県	全国
訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療）	117.7	203.4
訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護）	1,557.6	1,089.3
通所リハビリを受ける利用者数	5,671.1	5,818.3 *
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（算定回数）	103,878.0	135,869.5 *
地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）	69.6	68.7 *

*は人口10万人対換算

3 脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる	三重県	全国
健康寿命（男）	78.8	-
健康寿命（女）	81.5	-

心疾患対策のロジックモデル

C初期アウトカム指標			
1	高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理ができている	三重県	全国
	喫煙率（男）	30.0%	28.8%
	喫煙率（女）	7.5%	8.8%
	禁煙外来を行っている医療機関数	12.7	12.3
	ニコチン依存管理料を算定する患者数（算定件数）	361.0	344.0
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	252.1	240.3
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	85.3	64.6
2	健康診断・健康診査・保健指導を受診できている	三重県	全国
	健康診断（男）	79.3%	77.2%
	健康診断（女）	73.9%	69.7%
	特定健康診査率	58.3%	55.3%

*は人口10万人対換算

3	心肺停止が疑われる者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を実施することができる	三重県	全国
	心肺機能停止罹病者（心肺停止患者）全数導入数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	2.0	1.7
4	救急救護士を含む救急隊員が、活動プロトコールに則し、適切な観察・判断・処置が実施できている	三重県	全国
	救急隊の救急救命士運用率	77.4%	92.6%

*は人口10万人対換算

5	24時間心臓重症等の心臓重症の高性期医療に対応できる体制が整っている	三重県	全国
	循環器内科医師数	8.0	9.9
	心臓血管外科医師数	2.0	2.5
	心臓内科集集中治療室（CCU）を有する病院数	0.3	0.2
	心臓内科集集中治療室（CCU）を有する病床数	1.0	1.3
6	24時間専門的治療が実施できる体制が整っている	三重県	全国
	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	0.5	0.5
	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	1.2	1.1
	経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	1.2	1.1
	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	0.7	0.6
7	心臓血管造影リハビリテーションが実施できる体制が整っている	三重県	全国
	心臓血管造影リハビリテーションが実施可能な医療機関数	1.2	1.2
8	心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている	三重県	全国
	心臓血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	0.3	0.6
9	回復期の医療機関やリハビリテーション施設との円滑な連携体制が構築されている	三重県	全国
	循環器内科及び心臓血管外科を連携する医療機関で地域連携等を整備している医療機関数	2.3	2.4
	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数	5.7	10.5

*は人口10万人対換算

B中間アウトカム指標			
1	保健指導を実施できている	三重県	全国
	特定保健指導実施率	23.6%	23.2%
2	医療機関が初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関に受診勧奨が指示できる	三重県	全国
	循環器系領域の一次診療を行う医療機関数	33.8	31.4

*は人口10万人対換算

3	心臓重症等の心臓重症の疑われる患者が、できるだけ早期に救急に対応した専門的診療が可能な医療機関に到着できる	三重県	全国
	救急要請（通知）から医療機関への取寄までに要した平均時間（分）	38.2	39.5

4	発症後早期に専門的な治療を開始し、心臓重症リハビリテーション、心身の緩和ケア、再発予防の定期的専門的検査を受けることができる	三重県	全国
	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率（%）	15.4%	14.2%
	急性心臓梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（算定回数）	28.4	26.5
	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（算定回数）	13.9	12.9
	心臓血管造影リハビリテーションの実施件数（算定回数）	3,656.4	5,771.2
	緩和ケアの実施件数	59.3	491.1
	地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）	69.6	68.7
	虚血性心疾患の通院患者平均在院日数	5.0	8.6

*は人口10万人対換算

A最終アウトカム指標			
1	心臓重症等の心臓重症の発症を予防できている	三重県	全国
	虚血性心疾患受療率（入院）	11.0	12.0
	虚血性心疾患受療率（外来）	50.0	44.0
	虚血性心疾患重症患者数（入院）（千人）	0.2	15.3
	虚血性心疾患重症患者数（外来）（千人）	0.9	55.3

*は人口10万人対換算

2	心臓重症による死亡が減少している	三重県	全国
	心疾患の年齢調整死亡率（男）	61.4	62.6
	心疾患の年齢調整死亡率（女）	30.0	29.9
	急性心臓梗塞の年齢調整死亡率（男）	16.3	12.9
	急性心臓梗塞の年齢調整死亡率（女）	6.1	4.4

*は人口10万人対換算

回復期	三重県	全国
10 心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている	1.2	1.2
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		
11 急性期の医療機関との連携が構築されている	2.3	2.4
循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数		
急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数	5.7	10.5

*は人口10万人対換算

5 合併症や再発予防、在宅復帰のためのリハビリテーションと心身の緩和ケアを受けられることができる	三重県	全国
心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (算定回数)	3,656.4	5,771.2
緩和ケアの実施件数 (算定回数)	59.3	491.1
地域連携計画作成等の実施件数 (算定回数)	69.6	68.7
虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	5.0	8.6
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	96.6%	94.5%

*は人口10万人対換算

3 心血管疾患患者が日常生活の中で質の高い生活を営むことができる	三重県	全国
健康寿命 (男)	78.8	-
健康寿命 (女)	81.5	-

12 心血管疾患リハビリテーションが実施できる体制が整っている	三重県	全国
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	1.2	1.2
13 急性期・回復期の医療機関やリハビリテーション施設との連携体制が整っている	2.3	2.4
循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数		
急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数	5.7	10.5
14 心身の緩和ケアを受けられる体制が整っている	0.3	0.6
心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設・事業所数		
慢性心不全看護認定看護師数	1.1	2.0
緩和ケア認定看護師数	0.3	0.4
15 心血管疾患患者の在宅での療養支援体制が整っている	18.6	15.9
訪問診療を実施している診療所数・病院数 (診療所数)		
訪問診療を実施している診療所数・病院数 (病院数)	1.6	2.1
訪問看護師数	28.1	33.8
訪問薬剤指導を実施する薬局数 (医療)	44.1	41.6

6 日常生活の中で再発予防でき、心血管疾患リハビリテーションと心身の緩和ケアを受けられることができる	三重県	全国
心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (算定回数)	3,656.4	5,771.2
地域連携計画作成等の実施件数 (算定回数)	69.6	68.7
訪問診療の実施件数	11,886.6	14,386.7
訪問看護を受けられる患者数 (医療)	148.9	358.1
訪問看護利用者数 (介護)	4,163.2	5,178.9
緩和ケアの実施件数 (算定回数)	59.3	491.1

*は人口10万人対換算

維持期

脳血管疾患対策ロジックモデル出典一覧

区分	カテゴリー	指標名	出典	
初期アウトカム	予防	喫煙率（男）	国民生活基礎調査(令和元年)	
		喫煙率（女）	国民生活基礎調査(令和元年)	
		禁煙外来を行っている医療機関数（人口10万人対）	医療施設静態調査(平成29年)	
		ニコチン依存管理料を算定する患者数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	医療施設静態調査(平成29年)を基に計算	
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	医療施設静態調査(平成29年)を基に計算	
		健診受診率（男）	国民生活基礎調査(令和元年)	
		健診受診率（女）	国民生活基礎調査(令和元年)	
	救急	特定健診受診率	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(令和元年度)	
		救急隊の救急救命士運用率	救急救助の現況(令和2年版)	
	急性期	神経内科医数（人口10万人対）	医師・歯科医師・薬剤師統計(平成30年)	
		神経経外科医師数（人口10万人対）	医師・歯科医師・薬剤師統計(平成30年)	
		脳卒中の専用病室を有する病院数（人口10万人対）	医療施設静態調査(平成29年)	
		脳卒中の専用病室を有する病床数（人口10万人対）	医療施設静態調査(平成29年)	
		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）	地方厚生局届出受理(令和2年4月時点)	
		経皮的選択的脳血栓、塞栓溶解術（脳梗塞に対する血栓回収術）が実施可能な病院数（人口10万人対）	医療機能情報(令和元年10月時点)	
		口腔機能管理を受ける患者数（急性期）（人口10万人対）	病床機能報告(令和元年度)	
		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）	地方厚生局届出受理(令和2年4月時点)	
		脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対）	医療機能情報(令和元年10月時点)	
		地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数（人口10万人対）	医療機能情報(令和元年10月時点)	
		回復期	回復期リハビリテーション病床数（人口10万人対）	病床機能報告(令和2年度)
			理学療法士数（人口10万人対）	医療施設静態調査(平成29年)
	作業療法士数（人口10万人対）		医療施設静態調査(平成29年)	
	言語聴覚士数（人口10万人対）		医療施設静態調査(平成29年)	
	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師数（人口10万人対）		日本看護師協会(令和3年12月末時点)	
	脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対）		医療機能情報(令和元年10月時点)	
	医療ソーシャルワーカー数（人口10万人対）		医療施設静態調査(平成29年)	
	維持期		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）	地方厚生局届出受理(令和2年4月時点)
		訪問リハビリを提供している事業所数（人口10万人対）	介護サービス情報公表システム(令和3年6月末時点)	
		通所リハビリを提供している事業所数（人口10万人対）	介護サービス情報公表システム(令和3年6月末時点)	
		介護老人保健施設設定員数（人口10万人対）	介護サービス施設・事業所調査(令和2年度)	
		訪問看護を受ける患者数（医療）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
		訪問看護を受ける患者数（介護）（人口10万人対）	介護保健事業状況報告(令和元年度)	
		訪問歯科衛生指導を受ける患者数（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
		入退院支援を行っている医療機関数（人口10万人対）	地方厚生局届出受理(令和2年4月時点)	
	中間アウトカム	予防	特定保健指導実施率	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(令和元年度)
			神経・脳血管領域の一次診察を行う医療機関数（人口10万人対）	医療機能情報(令和元年10月時点)
		救急	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	救急救助の現況(令和2年版)
			急性期	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（算定回数）（人口10万人対）
		脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法等）の実施件数（算定回数）（人口10万人対）		NDB(National Data Base)(令和元年度)
		くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数（算定回数）（人口10万人対）		NDB(National Data Base)(令和元年度)
		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数（算定回数）（人口10万人対）		NDB(National Data Base)(令和元年度)
		早期リハビリテーションの実施件数（算定回数）（人口10万人対）		NDB(National Data Base)(令和元年度)
		地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）（人口10万人対）		NDB(National Data Base)(令和元年度)
		回復期	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)
			地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)
			ADL改善率	病床機能報告(令和2年度)
維持期		在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	患者調査(H29年)	
		訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
		訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護）（人口10万人対）	介護保険事業状況報告(令和元年度)	
		通所リハビリを受ける利用者数（人口10万人対）	介護保険事業状況報告(令和元年度)	
		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
		地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
		最終アウトカム	予防	脳血管疾患受療率（入院）
脳血管疾患受療率（外来）				患者調査(H29年)
脳血管疾患推計患者数（入院）単位：千人				患者調査(H29年)
脳血管疾患推計患者数（外来）単位：千人				患者調査(H29年)
救急・急性期			脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	人口動態調査（令和2年）をもとに三重県で独自集計
	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）		人口動態調査（令和2年）をもとに三重県で独自集計	
回復期・維持期	健康寿命（男）		三重県算定(Sullivan法)(令和元年)	
	健康寿命（女）		三重県算定(Sullivan法)(令和元年)	

心疾患対策ロジックモデル出典一覧

区分	カテゴリー	指標名	出典
初期アウトカム	予防	喫煙率（男）	国民生活基礎調査(令和元年)
		喫煙率（女）	国民生活基礎調査(令和元年)
		禁煙外来を行っている医療機関数（人口10万人対）	医療施設静態調査(平成29年)
		ニコチン依存管理料を算定する患者数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)
		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	医療施設静態調査(平成29年)を基に計算
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	医療施設静態調査(平成29年)を基に計算
		健診受診率（男）	国民生活基礎調査(令和元年)
		健診受診率（女）	国民生活基礎調査(令和元年)
		特定健診受診率	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(令和元年度)
		救急	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数（人口10万人対）
	救急隊の救急救命士利用率		救急救助の現況(令和2年版)
	急性期	循環器内科医師数（人口10万人対）	医師・歯科医師・薬剤師統計(平成30年)
		心臓血管外科医師数（人口10万人対）	医師・歯科医師・薬剤師統計(平成30年)
		心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数（人口10万人対）	医療施設静態調査(平成29年)
		心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病床数（人口10万人対）	医療施設静態調査(平成29年)
		冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数（人口10万人対）	医療機能情報(令和2年10月時点)
		経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数（人口10万人対）	医療機能情報(令和2年10月時点)
		経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数（人口10万人対）	医療機能情報(令和2年10月時点)
		大動脈瘤手術が可能な医療機関数（人口10万人対）	医療機能情報(令和2年10月時点)
		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）	地方厚生局届出受理(令和3年1月時点)
		心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数（人口10万人対）	地方厚生局届出受理(令和3年1月時点)
		循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数（人口10万人対）	地方厚生局届出受理(令和3年1月時点)
		急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対）	医療機能情報(令和2年10月時点)
		回復期	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）
	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数（人口10万人対）		地方厚生局届出受理(令和3年1月時点)
	維持期	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対）	医療機能情報(令和2年10月時点)
		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）	地方厚生局届出受理(令和3年1月時点)
		循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数（人口10万人対）	地方厚生局届出受理(令和3年1月時点)
		急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数（人口10万人対）	医療機能情報(令和2年10月時点)
		心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設・事業所数（人口10万人対）	地方厚生局届出受理(令和3年1月時点)
		慢性心不全看護認定看護師数（人口10万人対）	日本看護協会(令和3年12月末時点)
		緩和ケア認定看護師数（人口10万人対）	日本看護協会(令和3年12月末時点)
		訪問診療を実施している診療所数（人口10万人対）	医療施設静態調査(平成29年)
		訪問診療を実施している病院数（人口10万人対）	医療施設静態調査(平成29年)
		訪問看護師数（人口10万人対）	衛生行政報告例(平成30年)
訪問薬剤指導を実施する薬局数（医療）（人口10万人対）		地方厚生局届出受理(令和3年1月時点)	
中間アウトカム		予防	特定保健指導実施率
	循環器系領域の一次診療を行う医療機関数（人口10万人対）		医療機能情報(令和2年10月時点)
	救急	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	救急救助の現況(令和2年版)
		来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	NDB(National Data Base)(令和元年度)
	急性期	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)
		虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)
		心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)
		緩和ケアの実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)
		地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)
		虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	患者調査(平成29年)
回復期	心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(平成30年度)	
	地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(平成30年度)	
	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	患者調査(平成29年)	
維持期	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	患者調査(平成29年)	
	心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
	地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
	訪問診療の実施件数（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
	訪問看護を受ける患者数（医療）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
	訪問看護利用者数（介護）（人口10万人対）	介護保健事業状況報告(令和元年度)	
	緩和ケアの実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
	虚血性心疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（算定回数）（人口10万人対）	NDB(National Data Base)(令和元年度)	
最終アウトカム	予防	虚血性心疾患受療率（入院）（人口10万人対）	患者調査(H29年)
		虚血性心疾患受療率（外来）（人口10万人対）	患者調査(H29年)
		虚血性心疾患推計患者数（入院） 単位：千人	患者調査(H29年)
		虚血性心疾患推計患者数（外来） 単位：千人	患者調査(H29年)
	救急・急性期	心疾患の年齢調整死亡率（男）	人口動態調査（令和2年）をもとに三重県で独自集計
		心疾患の年齢調整死亡率（女）	人口動態調査（令和2年）をもとに三重県で独自集計
		急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（男）	人口動態調査（令和2年）をもとに三重県で独自集計
		急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（女）	人口動態調査（令和2年）をもとに三重県で独自集計
	回復期・維持期	健康寿命（男）	三重県算定(Sullivan法)(令和元年)
		健康寿命（女）	三重県算定(Sullivan法)(令和元年)