

第 1 節 計画の基本的考え方

1 計画の趣旨

本県では、1989（平成元）年に「富山県地域医療計画」を本県の医療施策の指針として策定し、以来、1994（平成 6）年、1999（平成 11）年、2005（平成 17）年、2008（平成 20）年、2013（平成 25）年の改定を経て、着実に県内の医療提供体制の整備に努めてきました。

その結果、救急医療、災害医療、周産期医療、小児医療などの地域医療サービスの充実が図られるとともに、各地域の公的病院の整備等が進み、県民が身近なところで、より質の高い医療を受けられる体制が概ね確保されるようになっていきます。

しかしながら、急速な少子高齢化に伴う疾病構造の多様化や医療技術の進歩、県民の医療に対する意識の変化など医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められています。また、国においては、急速に進む少子高齢化を踏まえて、将来においても医療・介護をはじめとする各種の社会保障制度が持続可能なものとなることを目指し、社会保障と税の一体改革が進められ、2014（平成 26）年 6 月には地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（以下「医療介護総合確保推進法」という。）が成立しました。

これに伴い、医療法が改正され、医療計画の一部として、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示す「地域医療構想」を 2017（平成 29）年 3 月に策定しました。

こうした情勢の変化に適切に対応しつつ、本県の医療施策の進むべき道筋を明確にするため、また、地域医療構想を踏まえて、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目のない医療が受けられる効率的で質の高い医療提供体制を地域ごとに構築するため、本県の医療施策の新たな中期ビジョンとしてこの計画を策定するものです。

2 計画の性質

この計画は、次の性格を有しています。

- ① 富山県総合計画「元気とやま創造計画」の基本政策「安心とやま」を医療の面から推進するための計画
- ② 本県における医療施策の基本的な方向を明らかにする総合的な計画
- ③ 医療法に基づき策定する法定計画
- ④ 市町村、医療関係者及び関係団体の施策や活動の指針
- ⑤ 県民の医療への主体的な参加を促すための指針

3 計画の期間

2018（平成 30）年度から 2023 年度までの 6 年間とし、医療を取り巻く環境の変化に対応し、必要に応じて見直しを行います。なお、在宅医療については、3 年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要に応じて見直しを行います。

(2)脳卒中の医療体制

第1 脳卒中の医療の概要

1. 脳卒中という病気

- 脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。
- 脳梗塞は脳血管が閉塞するものであり、脳出血は脳の細い血管が破綻するものであり、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。
- 脳卒中発症直後の医療（急性期の医療）は、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血によって異なりますが、急性期を脱した後の医療は共通するものが多いことから、本計画においては一括して記載します。

2. 脳卒中治療の内容

予 防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要です。そのほか、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 一過性脳虚血発作直後は脳梗塞発症リスクが高く、これが疑われる場合は、脳梗塞予防のための適切な治療を速やかに開始します。
- 脳卒中が疑われる症状（129 ページ参照）が出現したときの救急受診の必要性を住民に周知するように、啓発を行う必要があります。

発症直後の救護、搬送等

- 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、脳卒中が疑われる症状が出現した場合、本人や家族など周囲の者は、速やかに救急搬送を要請するなどの対処が重要です。

診 断

- 問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査を行うことで正確な診断が可能になります。最近ではCTの画像解像度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞超急性期の診断が可能となり、血栓溶解療法の適応や予後がある程度予測できるようになっています。

急性期の治療

- 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、まず発症後 4.5 時間以内の血栓溶解療法の適応患者に対する適切な処置が取られる必要があります。
- 血栓溶解療法の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要です。
- 発症後 8 時間以内の脳梗塞患者に対しては、施設によっては血管内治療による血栓除去術を行うことを考慮します。
- 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位（皮

質・皮質下出血や小脳出血等）によって手術が行われることもあります。

- くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を行います。

リハビリテーション

- 急性期に行うリハビリテーションは、生活不活発病（廃用症候群）や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始されます。
- 回復期に行うリハビリテーションは、機能回復やADL（日常生活動作）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施されます。
- 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、歩行能力等の生活機能の維持、生活の質の向上を目的として実施されます。

急性期以後の医療・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、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、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を実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲の者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の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など、再発に備えることが重要です。

第2 必要となる医療機能

1. 発症予防の機能【予防】

目 標

- 脳卒中の発症を予防すること

医療機関に求められる事項

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
- 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、啓発を実施すること
- 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診を勧奨すること

2. 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目 標

- 脳卒中が疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること。

関係者に求められる事項

（本人及び家族等周囲にいる者）

- 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

（救急救命士等）

- 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール（活動基準）に沿い、適切な観察・判断・処置を行うこと
- 急性期医療を担う医療機関へ発症後迅速に搬送すること

3. 救急医療の機能【急性期】

目 標

- 患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な治療を開始すること
- 発症後4.5時間を超えても血管内治療など高度に専門的な治療の実施について検討すること
- 生活不活発病（廃用症候群）や合併症の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること

医療機関に求められる事項

- 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能であること
- 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。）
- 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（若しくは発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独でt-PA療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づく実施を含む。）
- 適応のある脳卒中症例に対し、外科手術及び脳血管内手術が来院後速やかに実施可能又

は実施可能な医療機関との連携体制がとれていること

- 呼吸・循環・栄養等の全身管理及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
- 個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること
- 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなど回復期又は維持期の医療機関等と連携していること
- 回復期又は維持期に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
- 脳卒中の疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい

医療機関の例

- 選択的脳血栓・塞栓溶解術、抗血栓療法（t-PA）、頭蓋内血腫除去術、脳動脈瘤根治術（被包術、クリッピング）、脳血管内手術のいずれかに対応可能であり、脳卒中情報システムに参加している病院・診療所

4. 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】

目 標

- 機能回復やADL（日常生活動作）の向上のための集中的なリハビリテーションを実施すること
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

医療機関に求められる事項

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
- 失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善とADL（日常生活動作）の向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなど急性期や維持期の医療機関等と連携していること
- 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること

医療機関の例

- 入院が可能であり、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が勤務し、回復期リハビリ

テーション病棟を有するか、又は脳血管疾患等リハビリテーションを実施する病院・診療所

5. リハビリテーションを実施する機能【維持期（生活期）】

目 標

- 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

医療機関等に求められる事項

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること
- 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションが実施可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- 介護支援専門員が自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること
- 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画(地域連携クリティカルパス等)を共有するなど回復期又は急性期の医療機関等と連携していること
- 合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること

医療機関等の例

- 入院が可能であり、理学療法士又は作業療法士が勤務し、脳血管疾患等リハビリテーションを実施する病院・診療所
- 介護老人保健施設

第3 脳卒中の現状

1. 死亡数等

- 本県の2016（平成28）年の脳卒中を原因とした死亡数は1,194人（全国：109,233人）、死亡数全体の9.3%（全国：8.4%）を占め、死亡順位の第4位（全国：第4位）となっています¹。
- 脳卒中の死亡数を医療圏別にみると、新川医療圏では151人（死亡数全体の9.0%）、富山医療圏では540人（死亡数全体の9.7%）、高岡医療圏では346人（死亡数全体の9.0%）、砺波医療圏では157人（死亡数全体の9.1%）となっています¹。
- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率²（人口10万対）は、2010（平成22）年には、男性は54.9（全国：49.5）、女性は27.7（全国：26.9）でしたが、2015（平成27）年には、男性は43.6（全国：37.8）、女性は22.5（全国：21.0）と年々低下していますが、全国より高くなっています³。
- 2014（平成26）年10月現在、脳卒中によって継続的に医療を受けている本県の患者数は約12千人（全国：約1,179千人）と推計されています⁴。

2. 予防

- 2013（平成25）年6月現在、過去1年以内の健康診断・健康診査の受診率は71.2%（全国：66.2%）と全国より高くなっています³。
- 2014（平成26）年度の特定健康診査の受診率は54.5%（全国：48.6%）と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は21.2%（全国：17.8%）と全国より高くなっています⁵。
- 脳卒中の危険因子の一つである高血圧について、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は224.1（全国：262.2）と全国より低くなっています³。
- 脳卒中の危険因子の一つである脂質異常症について、脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は53.5（全国：67.5）と全国より低くなっています³。
- 2016（平成28）年の喫煙率は男性で26.9%（全国：30.2%）、女性で4.8%（全国：8.2%）と全国より低くなっています⁶。
- 2014（平成26）年10月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は137施設、人口10万人当たりで12.5施設（全国：11.8施設）と全国より多くなっており、受動喫煙防止や禁煙支援の体制が整備されてきています³。
- 2015（平成27）年度の禁煙外来での治療件数（ニコチン依存症の診療報酬の算定件数）は4,141件、人口10万人当たりで381.4件（全国：406.7件）と全国より少なくなっており³、禁煙を希望する者に対するさらなる支援が必要です。

¹ 厚生労働省「人口動態統計」（2016<平成28>年）

² 年齢構成の影響を除くため標準人口を用いて算定した死亡率。年齢構成の異なる地域の死亡率を比較する場合などに用いられる。

³ 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標

⁴ 厚生労働省「患者調査」（2014<平成26>年）

⁵ 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標

⁶ 県：健康づくり県民意識調査（2016年）国：国民健康・栄養調査（2016年）

3. 救護

- 本県において 2015 (平成 27) 年の 1 年間に救急車によって搬送された急病患者の 9.1%、2,126 人 (全国 : 約 8.1%、302,081 人) が脳疾患です^{7,8}。
- 2014 (平成 26) 年の救急要請 (覚知) から救急医療機関までの搬送時間は 30.2 分 (全国 : 39.4 分) と、全国最短クラスとなっています³。

4. 急性期

- 済生会富山病院では、脳卒中患者に対して専門の医師等により組織的、計画的に治療を行う脳卒中ケアユニット (SCU) が整備されています。
- 脳卒中を含む重篤な救急患者を 24 時間体制で受け入れる救命救急センターが、県立中央病院と厚生連高岡病院に整備されています。
- 脳外科医師数は 2014 (平成 26) 年 12 月現在で 63 人、人口 10 万人当たりでは 5.8 人 (全国 : 5.6 人) と全国より多くなっています。神経内科医師数は 28 人、人口 10 万人当たりでは 2.6 人 (全国 : 3.6 人) と全国より少なくなっており³、富山大学では神経内科学講座を設置し、神経内科医の養成に取り組んでいます。
- 2016 (平成 28) 年 1 月現在、脳卒中が疑われる患者に対する血栓溶解療法等の専門的診療が 24 時間実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されており、人口 10 万人当たりでは 0.9 施設 (全国 : 0.6 施設) と全国より多くなっていますが、2015 (平成 27) 年度の血栓溶解療法実施件数は 81 件、人口 10 万人当たり 7.5 件 (全国 : 9.7-10.1 件) と全国より少なくなっています³。

5. 回復期

- 身体機能の早期改善と生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施する医療機関は、各医療圏に整備されています。
- 2016 (平成 28) 年 1 月現在、脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関数は 69 機関、人口 10 万人当たり 6.4 機関 (全国 : 5.9 機関) と全国より多くなっています³。
- 2015 (平成 27) 年度の脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数は 15,262 件、人口 10 万人当たり 1,405.7 件 (全国 : 1,321.7 件) と全国より多くなっています³。
- 2016 (平成 28) 年 4 月現在、公的病院のリハビリテーション科の必要医師数は 14 人で、2 人不足しています⁹。
- 2016 (平成 28) 年 3 月現在、回復期リハビリテーション病床数は 467 床、人口 10 万人当たり 43 床 (全国 : 60 床) で全国より少なくなっています¹⁰。
- 在宅療養中の脳卒中患者等の機能の維持及び生活の質 (QOL) の向上を目的とした地域リハビリテーションを推進するため、リハビリテーション支援センター等を指定し、訪問等による技術支援を行うほか、リハビリテーション従事者への研修や情報提供を行っています。

⁷ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

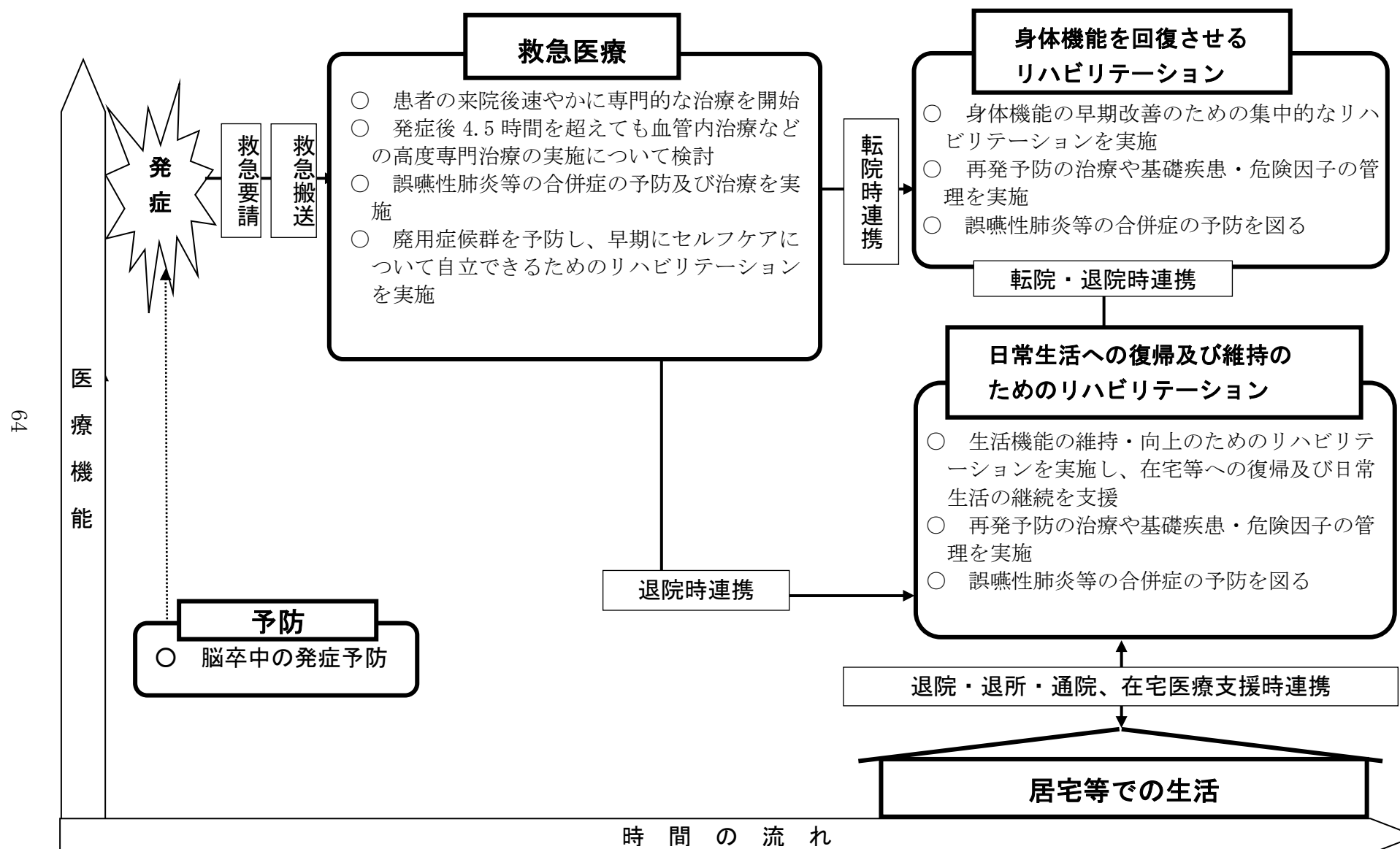
⁸ 消防庁「救急・救助の現況」

⁹ 医務課調べ

¹⁰ 回復期リハビリテーション病棟協会調べ

6. 連携

- 2014（平成 26）年の脳血管疾患の退院患者平均在院日数は、91.2 日（全国：89.5 日）と全国より長くなっています³。
- 脳卒中の地域連携クリティカルパスが導入されており、2015（平成 27）年度の地域連携クリティカルパスに基づく診療計画書作成等の実施件数は 596 件、人口 10 万人当たり 54.9 件（全国：39.2 件）と全国より多くなっています³。
- 2014（平成 26）年の脳血管疾患の患者の在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、58.9%（全国：52.7%）と全国より高くなっています³。



第5 脳卒中の医療提供体制における主な課題と施策

脳卒中の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

〔予防〕

〔課題①〕

- 脳卒中発症予防のため、望ましい生活習慣に関する普及啓発が必要です。
- 健康診断を受け、高血圧の受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、脳卒中の発症を防ぐ対策が必要です。
- 喫煙率の低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要です。

＜施策＞

- 講演会等の開催を通じ、県民に対して脳卒中についての理解を深めるとともに、食生活や運動、飲酒、睡眠等に関する望ましい生活習慣や、高血圧、脂質異常症、心房細動、糖尿病などの危険因子に関する普及啓発を実施します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診率向上や、受診勧奨者の治療受診率向上を図ります。
- 高血圧、脂質異常症、心房細動、糖尿病などの危険因子の早期発見・早期治療及びかかりつけ医療機関による適切な管理を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、禁煙の普及啓発及び保健指導を実施します。
- 喫煙が健康に及ぼす影響についての正しい知識を普及するため、世界禁煙デーに併せたキャンペーンやマスメディア、ホームページ等を通じた普及啓発を行います。
- 未成年者の喫煙を防止するため、学校と連携して健康教育の充実を図ります。
- 家庭内（居室や自家用車の車内等）での受動喫煙防止や妊産婦の喫煙防止に取り組みます。
- 受動喫煙のない職場を目指して、事業主などに対する普及啓発を強化します。
- 喫煙をやめたい人に対し、医療機関が実施する禁煙外来や健診機関が実施する禁煙教室等の情報提供を行うなど、禁煙サポート体制を充実します。

〔急性期〕

〔課題②〕

- 血栓溶解療法が十分行われていない原因を引き続き検証し、血栓溶解療法の実施件数を増加させる必要があります。
- 脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請がなされるよう、県民への普及啓発が必要です。
- 一人暮らしや老々介護など、搬送要請を容易にできない人が今後ますます増加すると見込まれることから、その対応が必要です。

＜施策＞

- 血栓溶解療法が実施可能な病院の診療データを収集・分析し、血栓溶解療法が十分行われていない原因について引き続き検証を行い、実施件数の増加を図ります。
- カテーテルによる血管内治療による機械的血栓除去術などの導入を促進します。

- 脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請を行うよう様々な機会を利用した普及啓発に取り組みます。
- 高齢者の急病時の通報に対応するための緊急通報システムの活用等について、介護事業者等への周知を徹底します。
- メディカルコントロール協議会における検討を通じて、消防、救急医療機関、医師会、介護施設及び行政機関の連携を一層強化し、メディカルコントロール体制の充実を図ります。

〔回復期〕

〔課題③〕

- 回復期リハビリテーション病床が全国より少なく、増加させる必要があります。
- リハビリテーション従事者の確保が必要です。

＜施策＞

- 一般病床、療養病床から回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床への転換を支援します。
- リハビリテーション従事者の確保養成に努めます。
- 県リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション広域支援センター等において、リハビリテーション従事者の資質向上、連携強化に努めます。
- 富山県脳卒中情報システムを活用して回復期診療データを収集分析し、効果的なリハビリテーション等の実施に向けて検討します。
- 県民に対してリハビリテーションに関する普及啓発を行います。

〔連携〕

〔課題④〕

- 日常生活への復帰に向けて、急性期、回復期、維持期（生活期）への円滑な移行や再発予防が重要であり、引き続き地域連携クリティカルパスによる医療連携や、介護分野との連携を一層推進する必要があります。

＜施策＞

- 脳卒中に係る地域連携クリティカルパスの作成・普及を促進します。
- 療養型の病院、介護医療院、介護施設や在宅でのリハビリテーションの充実を図ります。
- 住み慣れた地域で、24 時間・365 日安心して暮らせる「地域包括ケアシステム」の実現に向けて、医療・介護・福祉等の関係団体との連携を推進します。
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防のための多職種が連携した対策の重要性について、医療機関等への普及啓発を実施します。
- 再発予防のための治療、危険因子の継続的な管理の重要性について、かかりつけ医や県民への普及啓発を実施します。
- 県リハビリテーション支援センターである富山県リハビリテーション病院・こども支援センターを中心とした適切で切れ目のないリハビリテーション提供体制を整備します。
- 富山県脳卒中情報システムの活用により、県内の脳卒中患者の発症状況、回復期等の診療状況や連携状況の情報を把握し、急性期と回復期等の連携を図るなど、脳卒中对策に活

用していきます。

- 退院時カンファレンスが円滑に行われるよう、医療・介護に関わる多職種が顔の見える関係づくりを進める研修会を実施します。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
脳卒中の年齢調整死亡率	男 43.6 女 22.5	男 37.8 女 21.0	男 37.0 女 21.0	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）」（2015年）
喫煙率	男 26.9% 女 4.8%	男 30.2% 女 8.2%	男 21.0% 女 2.0%	県：健康づくり県民意識調査（2016年） 国：国民健康・栄養調査（2016年）
ニコチン依存症管理料算定件数	381.4件 （人口10万対）	406.7件 （人口10万対）	全国平均	NDB（2015年度）
特定健康診査受診率	54.5%	48.6%	70%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2014年）
特定保健指導実施率	21.2%	17.8%	45%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2014年）
脳梗塞患者に対する t-PA による血栓溶解療法実施件数	7.5件 （人口10万対）	9.7～10.1件 （人口10万対）	全国平均以上	NDB（2015年度）
回復期リハビリテーション病床数	43床 （人口10万対）	60床 （人口10万対）	60床 （人口10万対）	診療報酬施設基準（2016年3月） 回復期リハビリテーション病棟協会調
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成件数	54.9件 （人口10万対）	39.2件 （人口10万対）	増加	NDB（2015年度）
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	58.9%	52.7%	全国平均を維持しつつ増加	患者調査（2014年）
NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース）				

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

第1 心筋梗塞等の心血管疾患の医療の概要

1. 急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図波形の所見によりST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞に大別されます。
- 急性心筋梗塞発症直後の医療は、ST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞で異なるところもありますが、治療には共通するところも多いことから、本計画においては一括して記載します。

予 防

- 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等であり、発症予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

発症直後の救護、搬送等

- 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、急性心筋梗塞が疑われる症状(129 ページ参照)が出現した場合、本人や家族など周囲の者は、速やかに専門の医療施設を受診できるように救急搬送を要請するなどの対処が重要です。
- 急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲の者や救急救命士等による救急蘇生の実施とAED(自動体外式除細動器)の使用により、救命率の改善が見込まれます。

診 断

- 問診や診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査、冠動脈造影検査、心筋逸脱酵素の血液検査等を行うことで正確な診断が可能になります。

急性期の治療

- 循環管理、呼吸管理、疼痛管理等の全身管理とともに、個々の病態に応じた治療が行われます。また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われます。
- 血栓溶解療法を行う場合には、心筋の壊死範囲を縮小し、予後を改善し死亡率を下げるために、病院到着から冠動脈治療実施までの時間(Door to Balloon Time)を短縮することが重要であるといわれています。

疾病管理プログラム¹としての心血管疾患リハビリテーション

- 心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰と社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等が実施されます。
- トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多

¹ 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

面的・包括的なリハビリテーションが多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施されます。

- 喪失した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当てられ、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実施されます。

急性期以後の医療

- 急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療、それらの合併症や再発の予防のため、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病など）の管理、患者教育、運動療法等の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退院後も含めて継続的に行われます。
- 患者の周囲の者に対する再発時の適切な対応に関する教育等が重要です。

2 大動脈解離

- 大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状等、様々な症状が現れる疾患です。
- 慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどです。そのため、本計画では主に急性大動脈解離について記載します。

診断

- 問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になります。

治療

- 厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、解離の部位、合併症の有無等に基づき、選択されます。

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

- 術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションが実施されます。

急性期以後の医療

- 発症から2週間以上経過した、慢性期の大動脈解離の予後は良好であり、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われます。

3 慢性心不全

- 慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態です。労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状があります。
- 慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等があります。
- 慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化するこ

とが特徴です。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

診断

- 問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断を行うことで正確な診断が可能になります。

治療

- 慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。
- 心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。

増悪予防

- 心不全の増悪要因には、感染症や不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分制限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・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）によるチームで行うことが重要です。

疾患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

- 自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションが実施されます。

第2 必要となる医療機能

1. 発症予防の機能【予防】

目 標

- 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

医療機関に求められる事項

- 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること
- 初期症状出現時における対応について、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、啓発を実施すること
- 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診を勧奨すること

2. 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目 標

- 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に急性期医療を担う医療機関に搬送されること

関係者に求められる事項

(家族等周囲の者)

- 発症後速やかに救急要請を行うこと
- 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など適切な処置を実施すること
(救急救命士等)
- 地域メディカルコントロール協議会が定めたプロトコール（活動基準）に則し、適切な観察・判断・処置を実施すること
- 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

3. 救急医療の機能【急性期】

目 標

- 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30 分以内に専門的な治療を開始すること
- 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施すること
- 再発予防のため、定期的専門的検査を実施すること

医療機関に求められる事項

- 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置など必要な検査や処置が24時間対応可能であること
- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること
- ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があれば経皮的冠動脈形成術（PCI）を行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること
- 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること
- 循環管理、呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が

可能であること

- 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術（CABG）や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
- 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
- 運動耐容能等に基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする心臓リハビリテーションが可能であること
- 抑うつ状態等の対応が可能であること
- 診療情報や治療計画を共有するなど回復期の医療機関等と連携していること、またその一環として、再発予防のための定期的専門的検査を実施すること

医療機関の例

- 心臓カテーテル法による諸検査、冠動脈バイパス術（CABG）、経皮的冠動脈形成術（PCI）又は経皮的冠動脈血栓吸引術に対応可能な病院

4. 疾患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を実施する機能【回復期】

目 標

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること
- 在宅など生活の場への復帰を支援すること
- 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育すること

医療機関に求められる事項

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
- 心電図検査、電氣的除細動など急性増悪時の対応が可能であること
- 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- 運動耐容能を評価した上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
- 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等の発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
- 診療情報や治療計画を共有するなど急性期の医療機関等と連携していること

医療機関の例

- 心大血管リハビリテーションを実施する病院

5. 再発予防の機能【再発予防】

目 標

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 在宅療養を継続できるよう支援すること

医療機関等に求められる事項

- 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
- 緊急時の除細動など急性増悪時への対応が可能であること
- 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- 再発予防のための定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有するなど急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と連携していること
- 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施できること

第3 急性心筋梗塞等の心血管疾患の現状

1. 死亡数等

- 2016（平成 28）年の本県の心疾患を原因とした死亡数は 1,812 人（全国：197,807 人）で、死亡数全体の 14.1%（全国：15.1%）を占め、死亡順位の第 2 位（全国：第 2 位）となっています。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は 415 人（全国：35,885 人）で、心疾患死亡数全体の 22.9%（全国：18.1%）となっています²。
- 新川医療圏の心疾患を原因とした死亡数は 244 人（死亡数全体の 14.5%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は 54 人（心疾患死亡数全体の 22.1%）です。同様に、富山医療圏では心疾患を原因とした死亡数は 757 人（死亡数全体の 13.6%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は 186 人（心疾患死亡数全体の 24.6%）、高岡医療圏では心疾患を原因とした死亡数は 553 人（死亡数全体の 14.3%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は 125 人（心疾患死亡数全体の 22.6%）、砺波医療圏では心疾患を原因とした死亡数は 258 人（死亡数全体の 14.9%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は 50 人（心疾患死亡数全体の 19.4%）となっています²。
- 2015（平成 27）年の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、男性で 19.5（全国：16.2）と全国より高く、女性で 5.4（全国：6.1）と全国より低くなっています³。
- 2015（平成 27）年の虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、男性で 27.5（全国：31.3）、女性で 8.1（全国：11.8）と全国より低くなっています⁴。
- 2014（平成 26）年 10 月現在、虚血性心疾患によって継続的に医療を受けている本県の患者数は約 8 千人（全国：約 779 千人）と推計されています⁵。

2. 予防

- 2013（平成 25）年 6 月現在、過去 1 年以内の健康診断・健康診査の受診率は 71.2%（全国：66.2%）と全国より高くなっています³。
- 2014（平成 26）年度の特定健康診査の受診率は 54.5%（全国：48.6%）と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は 21.2%（全国：17.8%）と全国より高くなっています³。
- 心疾患の危険因子の一つである高血圧について、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口 10 万対）は 224.1（全国：262.2）と全国より低くなっています³。
- 心疾患の危険因子の一つである脂質異常症について、脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口 10 万対）は 53.5（全国：67.5）と全国より低くなっています³。
- 2016（平成 28）年の喫煙率は男性で 26.9%（全国：30.2%）、女性で 4.8%（全国：8.2%）と全国より低くなっています⁶。
- 2014（平成 26）年 10 月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は 137 施設、人口 10 万人当たりで 12.5 施設（全国：11.8 施設）と全国より多くなっており、受動喫煙防止や禁煙

² 厚生労働省「人口動態統計」（2016<平成 28>年）

³ 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

⁴ 厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（2015<平成 27>年）

⁵ 厚生労働省「患者調査」（2014<平成 26>年）

⁶ 県：健康づくり県民意識調査（2016 年）国：国民健康・栄養調査（2016 年）

支援の体制が整備されてきています³。

- 2015（平成27）年度の禁煙外来での治療件数（ニコチン依存症の診療報酬の算定件数）は4,141件、人口10万人当たりで381.4件（全国：406.7件）と全国より少なくなっており³、禁煙を希望する者に対するさらなる支援が必要です。

3. 救護

- 本県において2015（平成27）年の1年間に救急車によって搬送された急病患者的8.4%、1,973人（全国：約8.6%、302,081人）が心疾患です^{7, 8}。
- 2014（平成26）年の救急要請（覚知）から救急医療機関までの搬送時間は30.2分（全国：39.4分）と、全国最短クラスとなっています³。
- AEDの使用を含めた救急蘇生法等を広く普及するため、消防機関、厚生センター・保健所等で講習会を実施しています。2014（平成26）年の消防機関による住民の救急蘇生法講習の受講率は、人口1万人当たりで153人（全国：114人）であり、県民の意識は高い状況にあります⁹。
- 一般市民による除細動の実施件数は、2014（平成26）年には5件、人口10万人当たりで0.5件（全国：1.3件）となっています³。
- 心肺停止患者（心原性的心肺停止で、一般県民によって心肺停止の時期が確認された症例）の1か月後の生存率は2014（平成26）年では11.6%（全国：12.2%）、1か月後の社会復帰率は6.8%（全国：7.8%）とどちらも全国より低くなっています³。

4. 急性期

- 急性心筋梗塞等が疑われる患者に対する専門的診療が24時間実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されています。
- 急性心筋梗塞等を含む重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターが、県立中央病院と厚生連高岡病院に整備されています。
- 各医療圏において、急性期病院の診療データを分析し、治療件数の増加や予後の改善に向けた対策を検討する体制が整備されています。
- 主たる診療科を「循環器内科」とする医師数は2014（平成26）年12月現在で86人、人口10万人当たりでは7.9人（全国：9.4人）と全国より少なくなっています。主たる診療科を「心臓血管外科」とする医師数は30人、人口10万人当たりでは2.7人（全国：2.4人）と全国より多くなっています³。
- 急性心筋梗塞に関する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数は1,484件、人口10万人あたり136.7件（全国：171.5件）と全国より少なくなっています³。
- 心筋梗塞に対する冠動脈再開件数は354件、人口10万人あたり32.6件（全国：34.6件）、うち心筋梗塞に対する来院後90分以内の冠動脈再開通件数は人口10万人あたり18.8件（全国：22.4件）と全国より少なくなっています³。

⁷ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

⁸ 消防庁「救急・救助の現況」

⁹ 救急医療の体制構築に係る現状把握のための指標

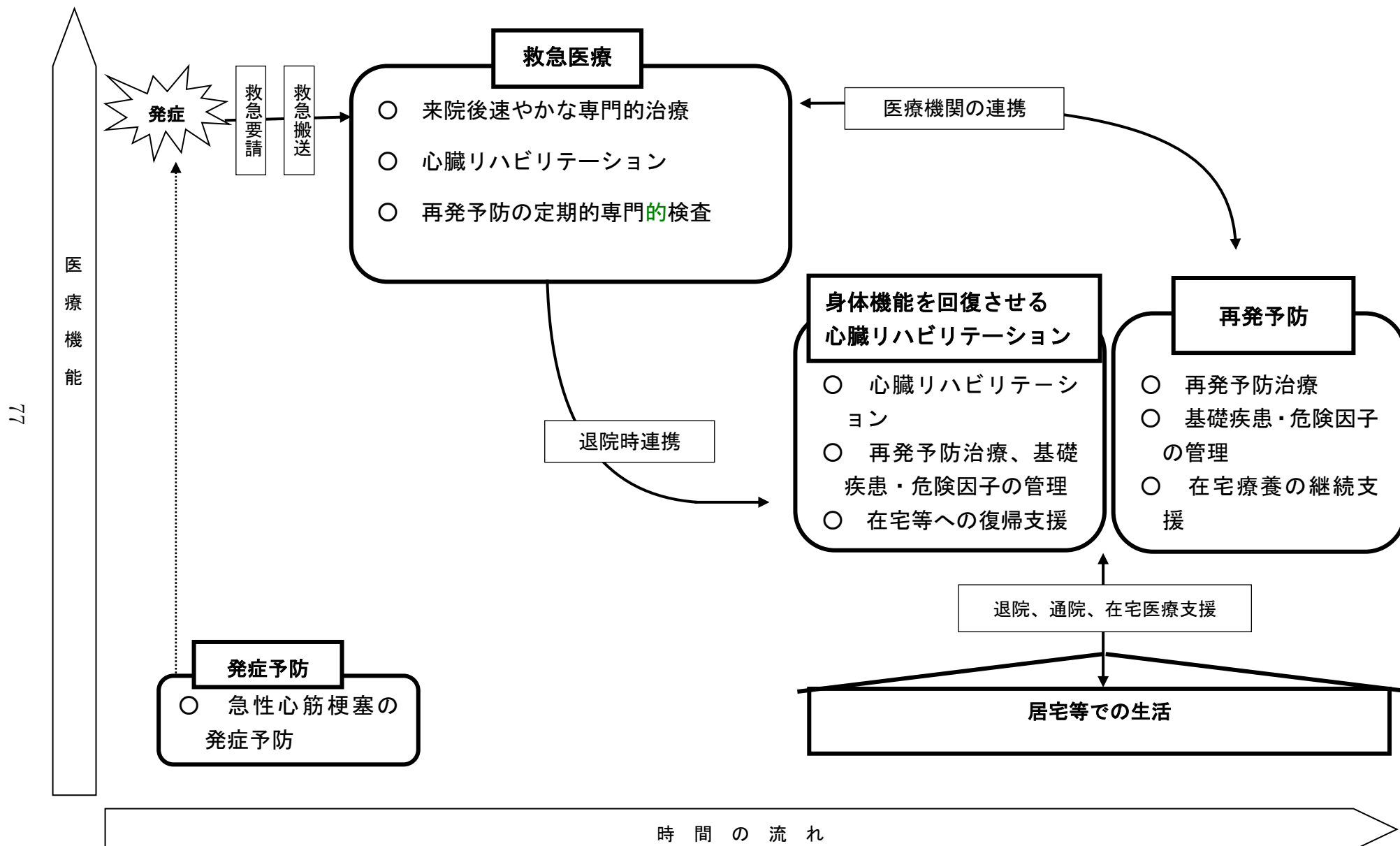
5. 回復期

- 2016（平成 28）年 3 月現在、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は 19 施設、人口 10 万人当たり 1.8 施設（全国：0.9 施設）と全国より多くなっています³。
- 2015（平成 27）年度の心血管疾患リハビリテーション実施件数（心大血管リハビリテーション料の算定件数）は 3,293 件、人口 10 万人当たり 303.3 件（全国：259.2 件）と全国より多くなっています³。

6. 連携

- 2014（平成 26）年の虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は、9.1 日（全国：8.2 日）と全国より長くなっています³。
- 2017（平成 29）年 12 月現在、急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスは 4 医療圏で導入されていますが、利用件数が少ないことから、かかりつけ医での治療や運動指導などを含めた連携を促進するための改良が必要です。
- 2014（平成 26）年の虚血性心疾患の患者の在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、92.7%（全国：93.9%）と全国より低くなっています³。

第4 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制



第5 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制における主な課題と施策

急性心筋梗塞・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

〔予 防〕

〔課題①〕

- 心血管疾患の発症予防のため望ましい生活習慣や危険因子に関する普及啓発が必要です。
- 高血圧、脂質異常症等の受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、心血管疾患の発症を防ぐための対策が必要です。
- 喫煙率の低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要です。

＜施策＞

- 講演会等の開催を通じ、県民に対して心血管疾患についての理解を深めるとともに、食生活や運動、飲酒、睡眠等に関する望ましい生活習慣や、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの危険因子に関する普及啓発を実施します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診率向上や、受診勧奨者の治療受診率向上を図ります。
- 高血圧、脂質異常症、糖尿病などの危険因子の早期発見・早期治療及びかかりつけ医療機関による適切な管理を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、禁煙の普及啓発及び保健指導を実施します。
- 喫煙が健康に及ぼす影響についての正しい知識を普及するため、世界禁煙デーに併せたキャンペーンやマスメディア、ホームページ等を通じた普及啓発を行います。
- 未成年者の喫煙を防止するため、学校と連携して健康教育の充実を図ります。
- 家庭内（居室や自家用車内等）での受動喫煙防止や妊産婦の喫煙防止に取り組みます。
- 受動喫煙のない職場を目指して、事業主などに対する普及啓発を強化します。
- 喫煙をやめたい人に対し、医療機関が実施する禁煙外来や健診機関が実施する禁煙教室等の情報提供を行うなど、禁煙サポート体制を充実します。

〔病院前救護〕

〔課題②〕

- 心血管疾患が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送の要請や、心肺停止患者に対する除細動の実施について、県民への普及啓発が重要です。
- 一人暮らしや老々介護など、搬送要請を容易にできない人が今後ますます増加すると見込まれることから、その対応が必要です。

＜施策＞

- 発症直後の心肺停止に対応するため、職域や一般県民を対象とした救急蘇生法の講習（AEDの使用を含めた救急蘇生法）を実施します。
- 心血管疾患が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請を行うよう様々な機会を活用した普及啓発に取り組みます。
- 高齢者の急病時の通報に対応するための緊急通報システムの活用等について、介護事業者等への周知を徹底します。

- メディカルコントロール協議会における検討を通じて、消防、救急医療機関、医師会、介護施設及び行政機関のさらなる連携の強化を図り、メディカルコントロール体制の充実を図ります。

[急性期]

〔課題③〕

- 発症後の速やかな受診と治療の開始が、生存率や社会復帰率の向上につながることから、専門的治療の推進と診療データの収集・分析が引続き必要です。

<施策>

- 急性心筋梗塞等が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送要請の周知や、患者の来院後速やかに経皮的冠動脈形成術（P C I）など専門的な治療を開始することができる体制整備を推進します。
- 急性期病院の診療データを収集・分析し、治療件数の増加や予後の改善に向けた対策の検討を各医療圏で実施します。

[回復期]

〔課題④〕

- 合併症や再発予防のための心血管疾患リハビリテーションを実施していくことが重要です。
- リハビリテーション従事者の確保が必要です。

<施策>

- 急性期病院における心血管疾患リハビリテーションの実施データの収集・分析を引き続き行い、心血管疾患リハビリテーションの実施促進を図ります。
- リハビリテーション従事者の確保養成に努めます。
- リハビリテーション従事者の資質向上のため、関係団体と協力して研修会等を開催します。

[連 携]

〔課題⑤〕

- 急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要です。

<施策>

- 急性心筋梗塞に係る地域連携クリティカルパスを普及・改良するため、研修会等を医療圏単位や医療圏合同で開催します。
- 合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の継続的な管理の重要性に関する普及啓発に努めます。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
年齢調整死亡率 (急性心筋梗塞)	男 19.5 女 5.4	男 16.2 女 6.1	全国平均以下	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）」（2015年）
年齢調整死亡率 (虚血性心疾患)	男 27.5 女 8.1	男 31.3 女 11.8	全国平均以下を維持しつつ低下	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）」（2015年）
喫煙率	男 26.9% 女 4.8%	男 30.2% 女 8.2%	男 21.0% 女 2.0%	県：健康づくり県民意識調査（2016年） 国：国民健康・栄養調査（2016年）
ニコチン依存症管理料算 定件数	381.4件 (人口10万対)	406.7件 (人口10万対)	全国平均	NDB（2015年度）
特定健康診査受診率	54.5%	48.6%	70%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2014年）
特定保健指導実施率	21.2%	17.8%	45%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2014年）
心肺停止患者の1か月後の社会復帰率	6.8%	7.8%	全国平均	消防庁「救急・救助の現況」（2014年）
データに基づく治療に関する評価・改善の取組みを行う医療圏	4 医療圏	—	4 医療圏	県医務課調べ（2017年）
心臓リハビリテーションの実施件数	303.3件 (人口10万対)	259.2件 (人口10万対)	増加	NDB（2015年度）
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	92.7%	93.9%	100%	患者調査（2014年）
NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース）				