

新潟県循環器病対策推進計画（素案）

I 計画の趣旨

1 はじめに

- 本県における令和 4 年度の死亡率（人口 10 万対）を死因別で見ると、心疾患が第 2 位、脳血管疾患が第 4 位であり、悪性新生物（がん）に次ぐ死亡原因となっています。また、令和 4 年度 国民生活基礎調査によると、全国で介護が必要となった主な原因は、脳血管疾患（脳卒中）と心疾患（心臓病）を合わせると約 2 割を占めています。
- 循環器疾患は、高齢化に伴い 2030 年頃まで増加することが予想され、急性期や回復期、慢性期に必要な治療を受けることが出来る体制をつくることが重要です。一方で、本県において、県土の広さや医師の偏在を考えると、本県の状況に応じた急性期の集学的治療体制の確立と、その後の回復期治療体制の確立が急務となっています。
- このように、脳卒中、心臓病その他の循環器病*（以下「循環器病」という。）は、わが国の主要な死亡原因である現状に鑑み、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（以下「基本法」という。）が令和元年 12 月に施行されました。
- 本県では「健康立県」の実現に向けて、健康寿命*の延伸を目指しており、同様に健康寿命の延伸を目指している国の「循環器病対策推進基本計画」に基づく「新潟県循環器病対策推進計画」を令和 4 年 3 月に策定しています。

2 計画の位置づけ

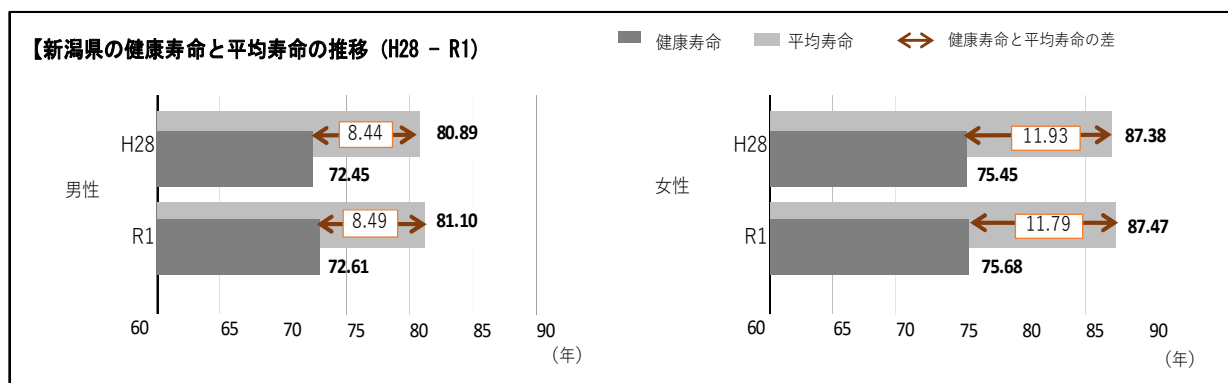
- 基本法第 11 条第 1 項に基づく、都道府県循環器病対策推進計画です。
- 国の「循環器病対策推進基本計画」のほか、本県で策定した「新潟県総合計画」「新潟県地域保健医療計画」「健康にいがた 21」等の関連計画との整合性を図りながら、本県の循環器病対策に取り組みます。

II 本県の現状

1 健康寿命、生活習慣病

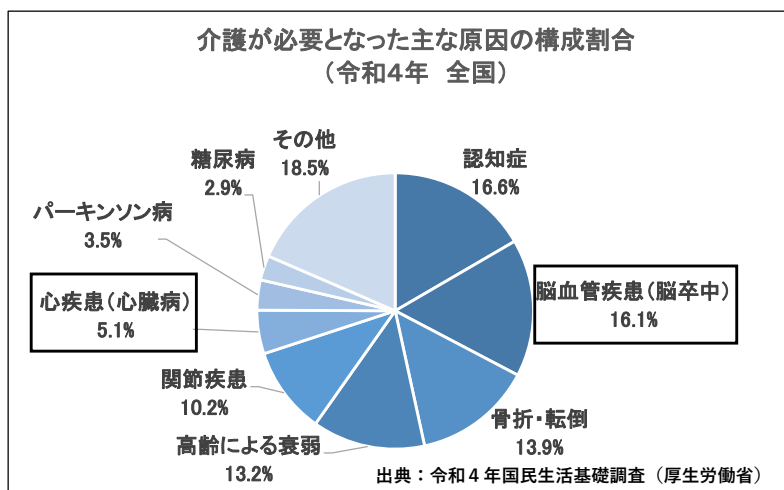
・本県は、平均寿命・健康寿命ともに伸びており、平均寿命と健康寿命の差は小さくなってはいるものの、その差は依然として約10年と大きくなっています。

		平均寿命			健康寿命			平均寿命と健康寿命との差		
		H28年	R1年	(増減)	H28年	R1年	(増減)	H28年	R1年	(増減)
男性	全国	80.98年	81.41年	(+0.43)	72.14年	72.68年	(+0.54)	8.84	8.73	(-0.11)
	新潟県	80.89年	81.10年	(+0.21)	72.45年 (10位)	72.61年 (26位)	(+0.16)	8.44	8.49	(+0.05)
女性	全国	87.14年	87.45年	(+0.31)	74.79年	75.38年	(+0.59)	12.35	12.07	(-0.28)
	新潟県	87.38年	87.47年	(+0.09)	75.45年 (11位)	75.68年 (22位)	(+0.23)	11.93	11.79	(-0.14)



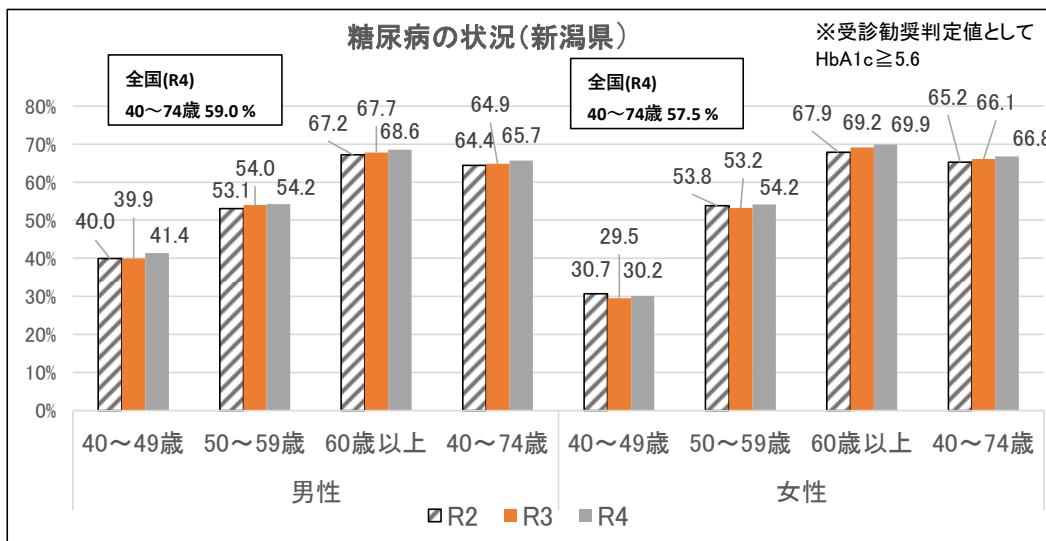
出典：平均寿命：「新潟県簡易生命表」（新潟県福祉保健課）
健康寿命：「健康日本21（第二次）推進専門委員会資料」（厚生労働省）

・全国の介護が必要となった原因をみると、脳血管疾患が16.1%、心疾患が5.1%であり、両者を合わせた循環器疾患は21.2%となり、生活の質や健康寿命に大きく影響しています。

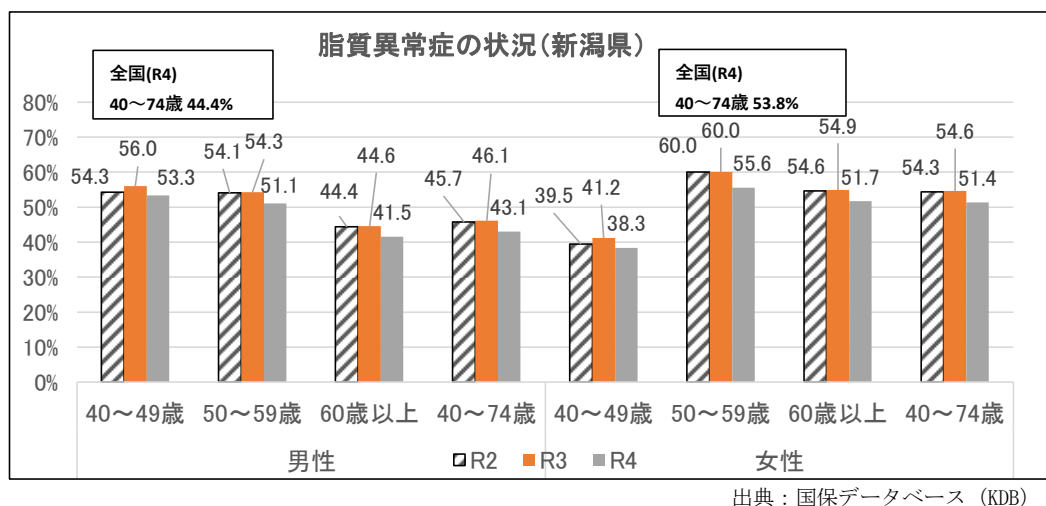


- 令和4年の国保データベース（KDB）によると、県内における糖尿病の状況は、HbA1c \geq 5.6%※の男性（40～74歳）は65.7%、女性（40～74歳）は66.8%となっており、男性、女性ともにやや増加しています。

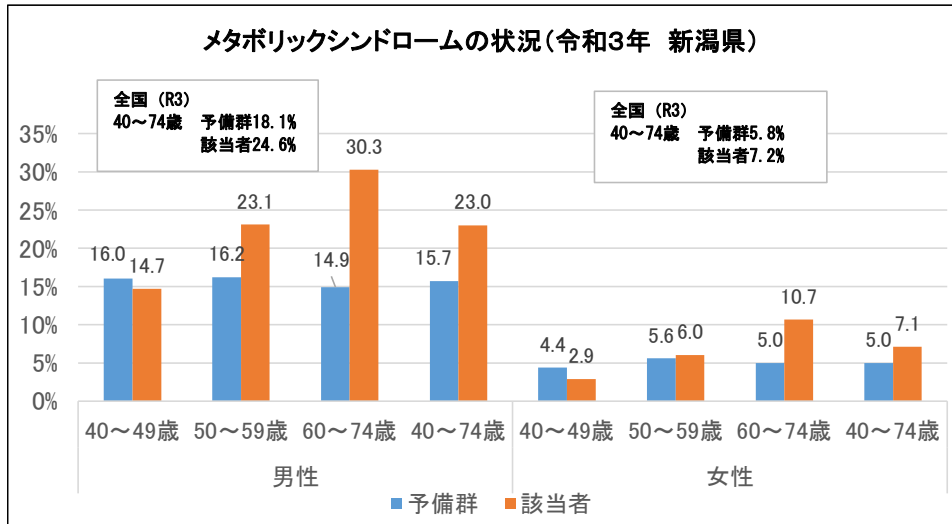
（※）ここでは、特定保健指導の対象者 HbA1c \geq 5.6% を用いている



- 令和4年の国保データベース（KDB）によると、県内における脂質異常症の状況は、LDL \geq 120mg/dlの男性(40～74歳)は43.1%、女性(40～74歳)は51.4%となっています。

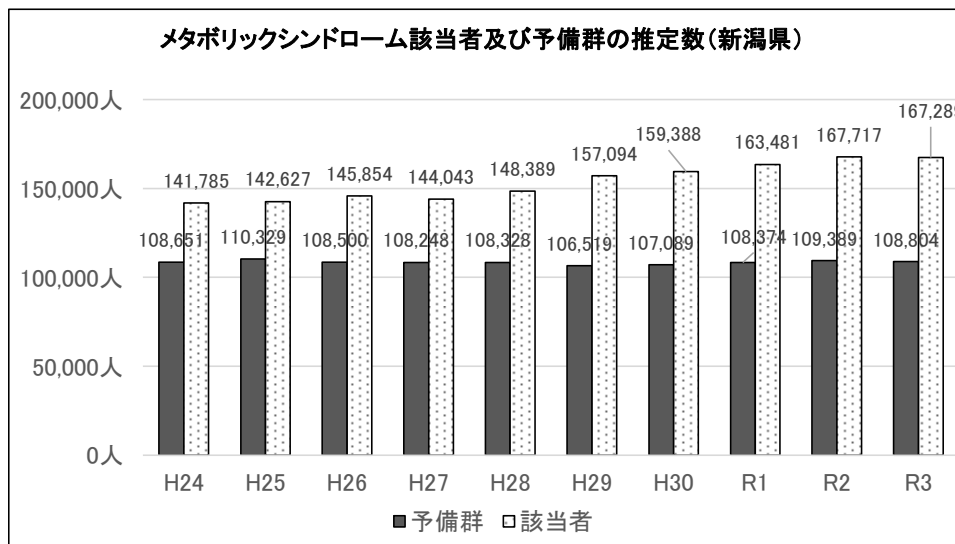


- 県内のメタボリックシンドロームの該当者は男性（40～74歳）23.0%、女性（40～74歳）は7.1%、予備群は男性（40～74歳）15.7%、女性（40～74歳）5.0%となっています。



出典：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）」を基に集計

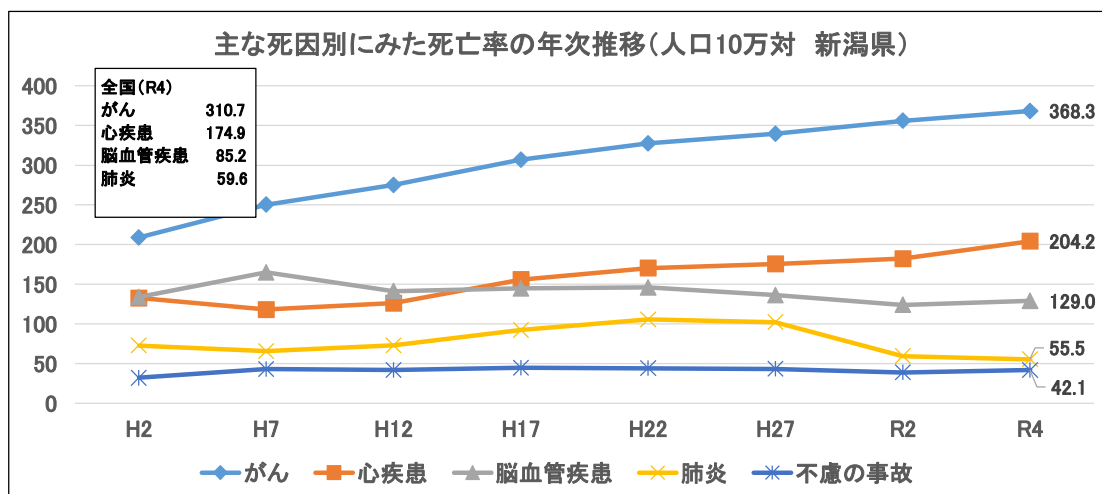
- メタボリックシンドロームの県内推定数は、該当者が約16万7千人と近年、増加傾向にあり、予備群は約10万9千人となっています。



出典：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）」を基に集計

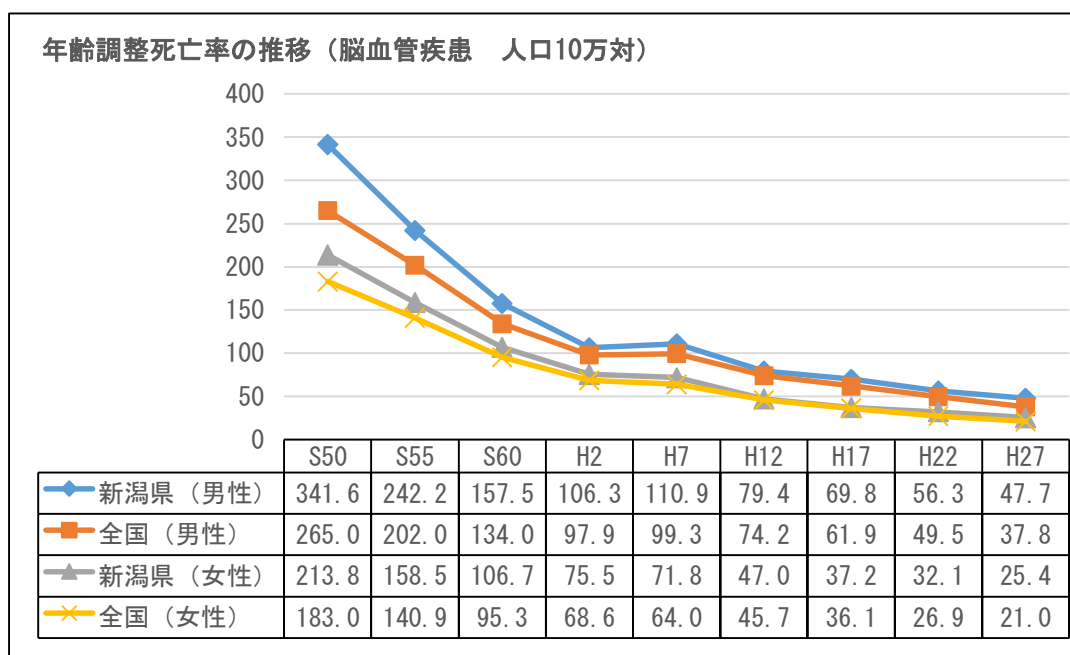
2 罹患・死亡の状況

- 主な死因の死亡率をみると、心疾患は増加傾向、脳血管疾患は下げ止まりにあります。



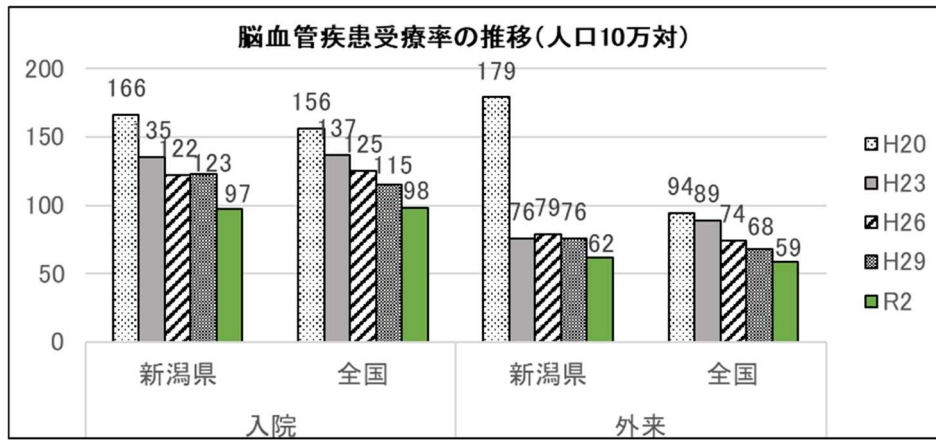
出典：人口動態統計（厚生労働省）

- 脳血管疾患の年齢調整死亡率[※]は減少傾向にありますが、男女ともに全国より高い状況にあります。



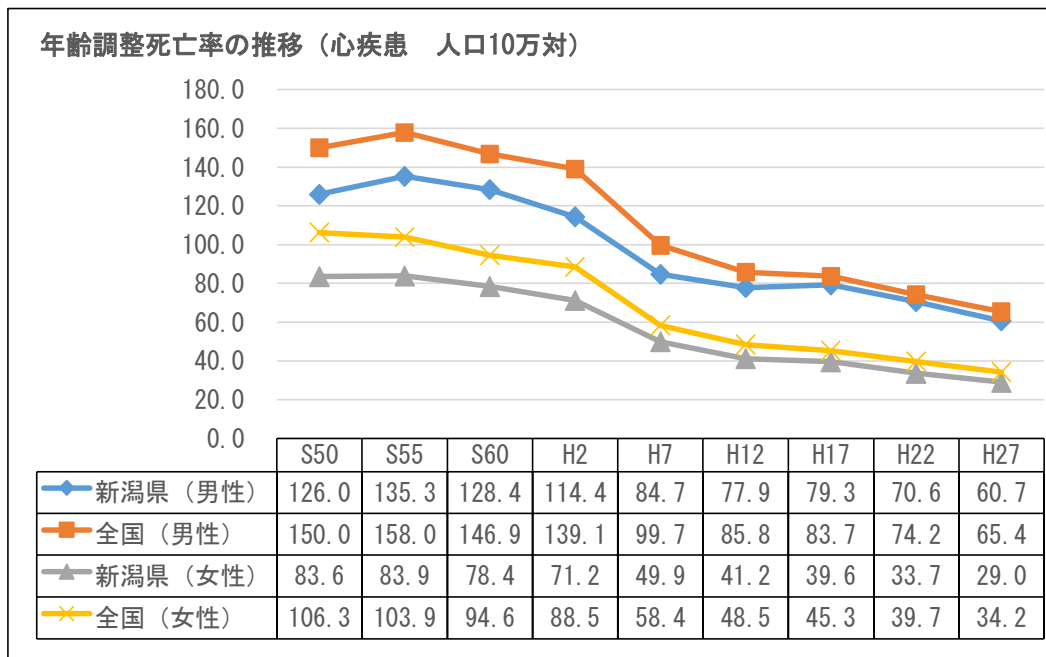
出典：都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）

• 脳血管疾患の受療率[※] は減少傾向です。



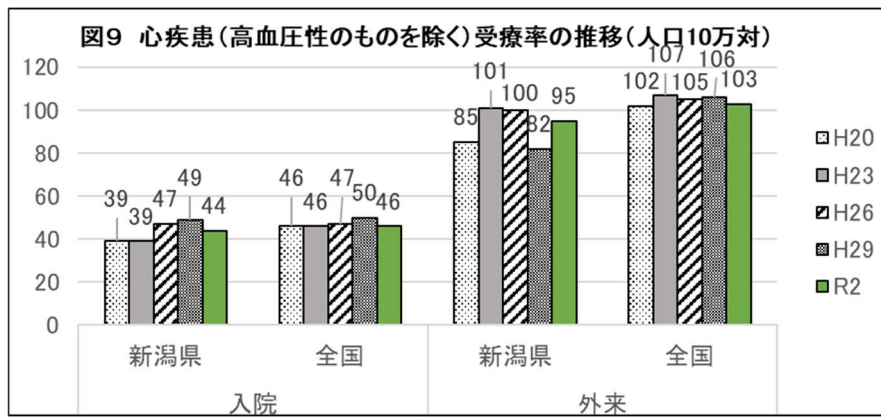
出典：患者調査（厚生労働省）

• 心疾患の死亡率を年齢調整死亡率で見ると減少傾向にあり、男女ともに全国より低い状況にあります。



出典：都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）

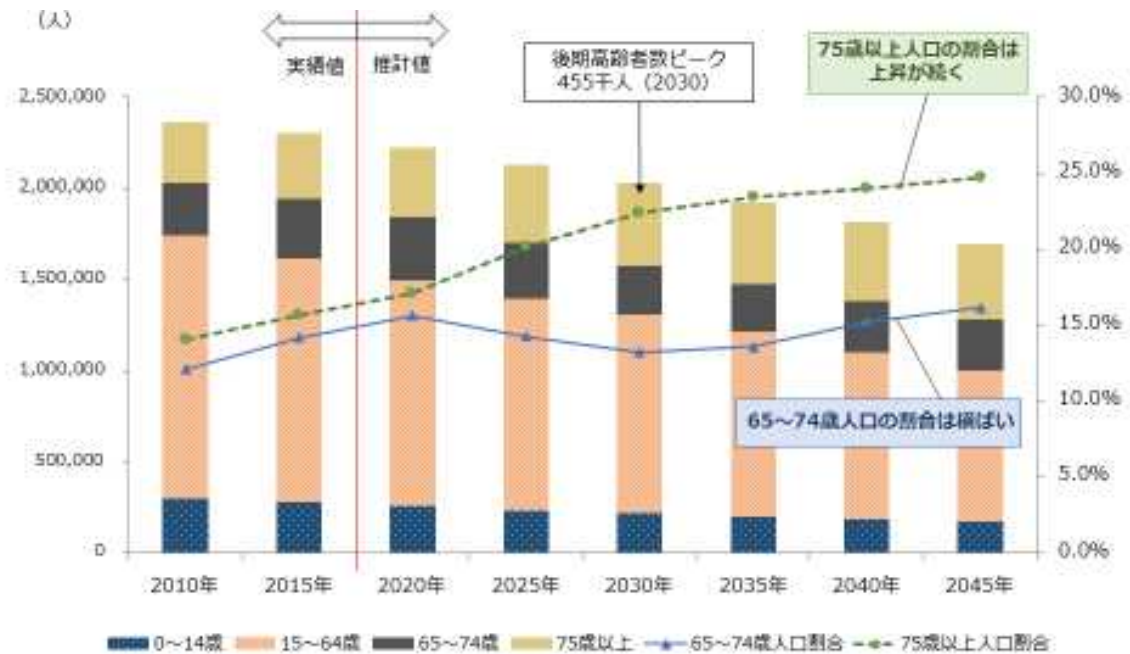
- 心疾患の受療率は概ね横ばいです。



出典：患者調査（厚生労働省）

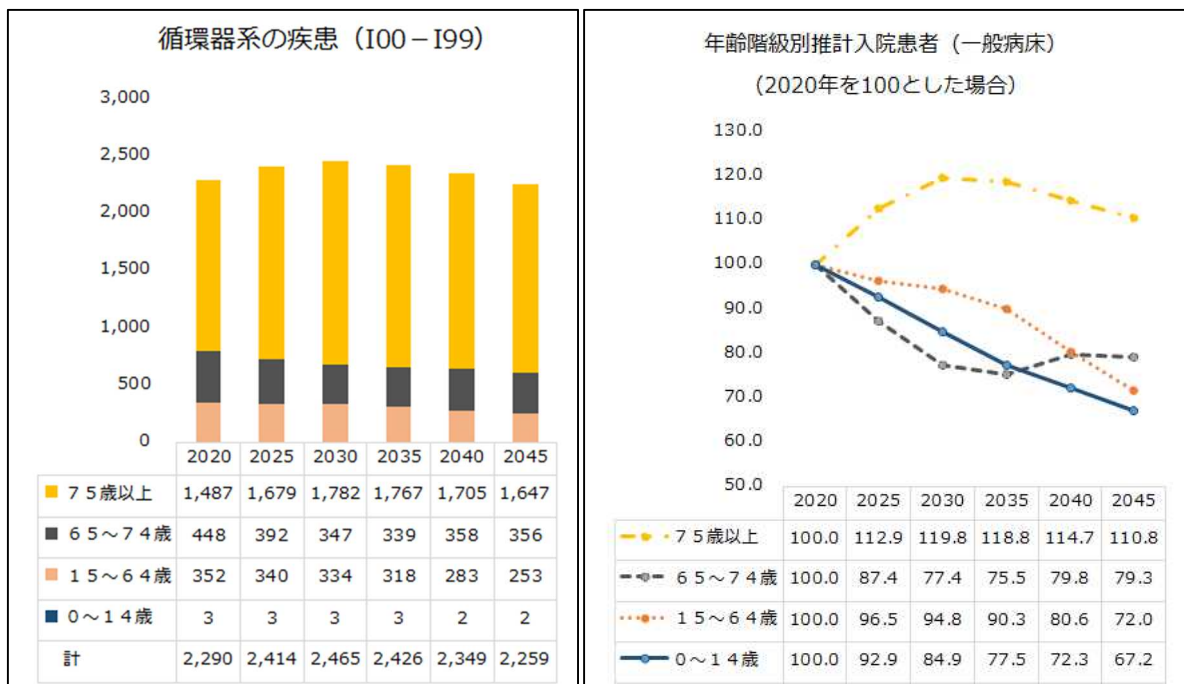
3 医療需要と医師数

・既に年少人口（0～14歳）、生産年齢人口（15～64歳）が減少し、前期高齢者人口（65～74歳）もピークを迎える中、後期高齢者人口（75歳以上）の割合は増加を続けます。



出典：新潟県統計課「人口時系列データ」
 社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

・新潟県における循環器系の疾患の一般病床の推計入院患者数は2030年頃にピークとなり、その後は減少します。



出典：患者調査（H29）（厚生労働省）

- 県内の医療施設従事医師数を人口 10 万人対で比較すると、脳神経内科医を除き全国を下回ります。

	脳神経 内科医	脳神経 外科医	計		循環器 内科医	心臓血管 外科医	計
新潟県	152 (6.9)	118 (5.4)	270	新潟県	141 (6.4)	44 (2.0)	185
全国	5,758 (4.6)	7,349 (5.8)	13,107	全国	13,026 (10.3)	3,222 (2.6)	16,248

出典：令和 2 年医師・歯科医師・薬剤師統計 ※カッコ内は 10 万人当たり医師数

Ⅲ 全体目標

本計画に基づく施策を総合的に取り組み、課題を解決することにより、以下の全体目標の達成を目指します。

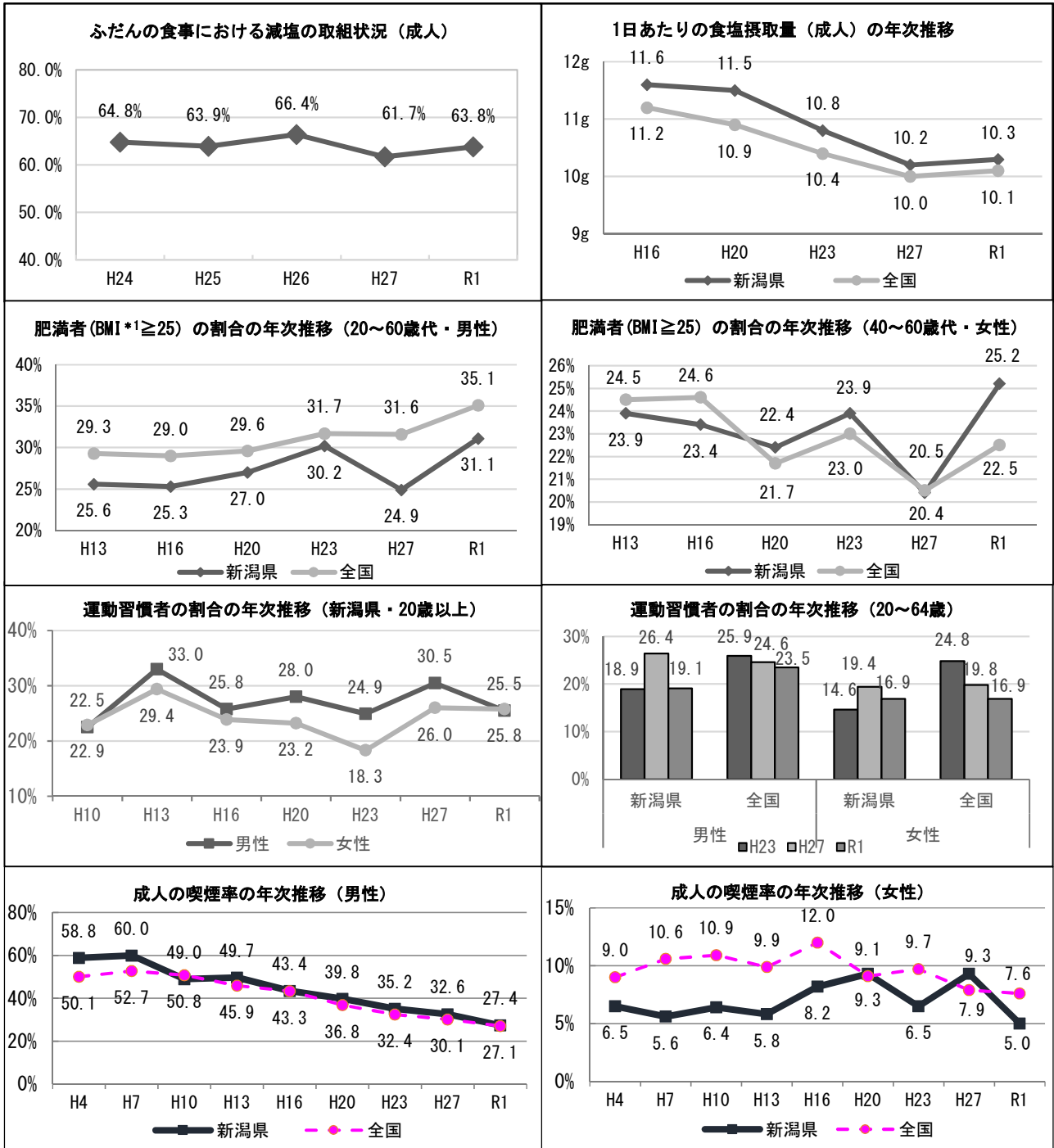
- 健康寿命の延伸(健康寿命の伸びが平均寿命の伸びを上回る)
- 脳卒中及び心疾患による死亡者数が減少する
- 患者及びその家族が希望に沿った生活を送ることができる

IV 個別施策

1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

<現状・課題>

- 循環器病は、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣の問題から発症し、合併症の併発、重症化、生活機能の低下、要介護状態へと進行します。このため、生活習慣を改善することで、発症を抑えることが重要です。
- 県、市町村、学校、企業などで減塩の取組を行ってきておりますが、減塩に取り組んでいる成人は約 60%となっており、目標値の 80%には届いていません。
- 20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性の肥満者の割合は平成 27 年より増加しています。
- 運動習慣者（「週 2 回以上」「1 回 30 分以上」「1 年以上継続」の運動をしている人）の割合は、男女(20 歳以上)とも 25%程度となっており、全国と比較して低くなっています。
- 男性の喫煙率は減少傾向にあるものの依然として 3 割近くあります。女性の喫煙率は変動が見られますが横ばい傾向にあります。
- メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者・予備群の推定数は横ばいから増加傾向で推移しています。
- 特定健診における血糖検査において、**保健指導判定値の者**（HbA1c \geq 5.6%）の割合が 6 割以上と、全国より高くなっています。
- 脂質異常症の有所見者（LDL \geq 120mg/dl）の割合は、男女ともに横ばいの傾向が見られます。
- 慢性腎臓病（CKD）は透析療法を要する末期腎不全だけでなく心不全や心筋梗塞等につながりやすく、県民が CKD に関する正しい知識を持ち予防を促進することが重要です。
- 心房細動等の心血管病リスクを持つ者は脳梗塞につながりやすく、県民、かかりつけ医が心房細動等に関する正しい知識を持ち脳梗塞の予防的治療を促進することが重要です。



出典：県民健康・栄養実態調査、国民健康・栄養調査、食に関する意識調査

＜県が取り組むべき施策の方向性＞

- 「健康にいがた 21」「新潟県食育推進計画」に基づき、若年層からの生活習慣病予防に関する正しい知識の啓発や、食生活改善、運動習慣の定着、禁煙など生活習慣改善の継続的な実施に向けた取組を推進します。
- 生活習慣病予防の普及啓発について、様々な場面を捉えて取組を推進します。
 - ・生活習慣と危険因子の関連、危険因子と脳卒中・心血管疾患等との関連についての普及啓発

- ・健康づくり関係団体や地域、行政等が協働で推進する健康づくり県民運動を通じた、発症予防や重症化予防についての普及啓発
- 循環器疾患の発症予防は、食生活、身体活動、喫煙、飲酒等の生活習慣の改善によるところが大きいいため、分野ごとの取組に際し、脳血管疾患や心疾患等、疾病の発症予防に取り組みます。
- 県民の行動変容や健康づくりに対する理解促進のため、生体リズムや生活習慣全般の見直しと関連づけて適切な指導を行えるような人材の養成と確保、また、活躍の場の提供に取り組みます。
- 市町村が実施する健康増進法による健康教育、健康相談及び介護保険法による地域支援事業等により、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームなど生活習慣病の予防をはじめとする健康づくり及び介護予防、自立支援・重度化防止を促進します。
- 糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変、歯周病といった合併症を併発することから、県のCKD・糖尿病対策推進協議会等との連携を図りながら、糖尿病有病者の増加抑制、早期発見・早期受診、治療中断者の減少のほか、糖尿病性腎症重症化予防に係る体制整備に取り組みます。
 - ・ 糖尿病有病者の増加抑制の取組推進
 - ・ 糖尿病有病者の早期発見・早期受診及び治療中断者減少の取組推進
 - ・ 「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を活用した市町村団体等保険者における糖尿病性腎症重症化予防（糖尿病関連腎臓病を含む）の取組推進
 - ・ 「新潟県地域糖尿病・CKD 協力医」の養成や専門医等と行政の医療連携体制の構築
- 慢性腎臓病（CKD）は心血管疾患の強い危険因子であり、人工透析療法が必要となる場合もあることから、県のCKD・糖尿病対策推進協議会等との連携を図りながら、慢性腎臓病（CKD）有病者の増加抑制、早期発見・早期治療、治療中断者の減少のほか、進展予防に係る体制整備に取り組みます。
 - ・ 慢性腎臓病（CKD）有病者の増加抑制の取組推進
 - ・ 慢性腎臓病（CKD）有病者の早期発見・早期治療及び治療中断者減少の取組推進
 - ・ 「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を活用した市町村団体等保険者における糖尿病性腎症重症化予防（糖尿病関連腎臓病を含む）の取組推進
 - ・ 「新潟県地域糖尿病・CKD 協力医」の養成や専門医等と行政の医療連携体制の構築
- 生活習慣病や心房細動は脳梗塞の強い危険因子であることから、心房細動有病者等の早期発見・早期治療、治療中断者の減少に係る体制整備に取り組みます。
 - ・ 心房細動有病者等の早期発見・早期治療及び治療中断者減少の取組推進

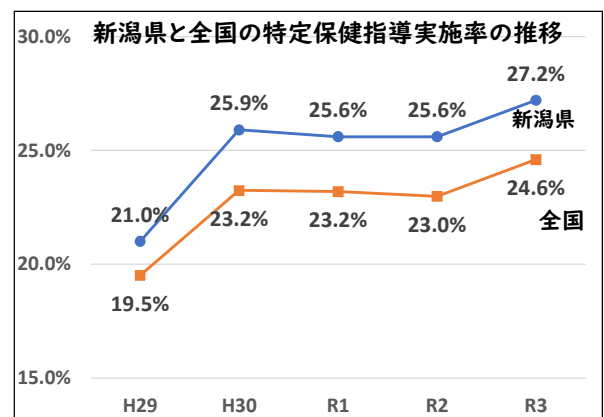
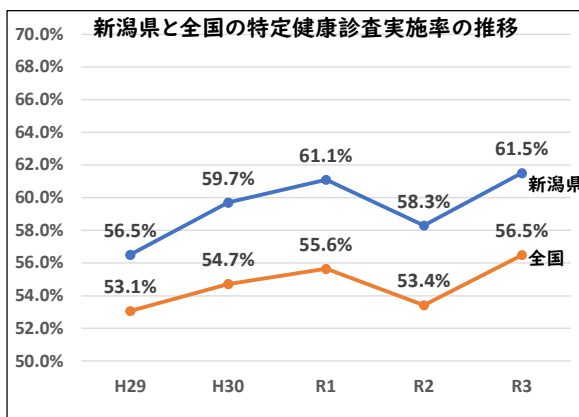
- ・地域において診療を担う、かかりつけ医や循環器内科専門医等の連携による診療体制の充実

2 保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実

(1) 循環器病を予防する健（検）診の普及や取組の推進

<現状・課題>

- 特定健診・特定保健指導の実施率（令和3年）は、特定健診が61.5%（全国第6位）、特定保健指導は27.2%（全国第17位）となっています。
- 新型コロナウイルス感染症の影響による、感染防止のための検査体制の見直しや受診控え等により、令和2年度に健（検）診受診率が低下しましたが、翌年度には回復し、感染拡大前と比べて高くなっています。



〔特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）〕

<県が取り組むべき施策の方向性>

- 早期発見、早期治療により、脳卒中・心血管疾患の重症化予防を図るため、保険者と連携・協働し、特定健診受診率の向上に取り組めます。
 - ・ 特定健診を受診しやすい環境づくりや受診勧奨等の取組を推進
- 保険者と連携・協働し、生活習慣の改善を啓発するとともに、発症予防・重症化予防の観点から特定健診・特定保健指導に関する普及啓発を行います。
 - ・ 特定健診・特定保健指導の意義について、県民や事業主等に対する普及啓発
 - ・ 要医療・要精密検査対象者が確実に受診するよう県民や事業主等に対する普及啓発
- 健康診査の受診、健診受診後の保健指導及び精密検査や医療機関受診が必要な方への呼びかけを促進するとともに、高血圧、脂質異常症、糖尿病、不整脈などの危険因子の管理を行うことで発症予防を図ります。
- 「にいがたヘルスケア情報基盤」や健診機関等のデータを活用し、不整脈、CKD等による臓器障害を防ぐため医療機関において適切な治療に結びついているかなどの取組について検討を進めます。

(2) 救急搬送体制の整備

<現状・課題>

- 循環器病は急激に発症し、短時間で重篤となるおそれがありますが、発症後、早期に適切な治療を行うことで、救命及び予後の改善につながります。
- 本県は、地域性や医療資源など様々な要因により、救急要請から医療機関収容までの時間が全国平均と比べて時間を要しているため、その時間短縮に向けた検討が必要です。
- 本県では、ドクターヘリが2機運航されており、広域的な短時間搬送に寄与しています。ドクターヘリの更なる活用や適正な運営も重要となります。
- 救急救命士を含む救急隊員の循環器病への対応について、地域格差をなくすため、各地域において十分な循環器疾患の検証等を行うなど、メディカルコントロール※体制を充実させる必要があります。
- 救急隊が傷病者の受入を医療機関に照会する際に、1回で受入先が決定せず、複数の医療機関に照会するケースも少なくないため、病院収容時間が長くなっています。救急医療体制の構築をはじめ、傷病者の受入体制を充実させ、医療機関へ早期に収容できる体制を整える必要があります。

病院収容所要平均時間（入電から医師引継ぎまでに要した平均時間）（令和3年）

順位	都道府県	平均(分)	重症者照会 4回以上割合	順位	都道府県	平均(分)	重症者照会 4回以上割合
1	富山県	34.3	0.1%	41	高知県	47.0	1.7%
2	愛知県	35.3	0.6%	42	茨城県	47.2	4.7%
3	滋賀県	35.3	0.2%	43	宮城県	47.7	5.1%
4	福岡県	35.5	3.0%	44	埼玉県	48.1	7.2%
5	京都府	35.9	2.4%	45	新潟県	49.3	5.0%
6	福井県	36.1	0.6%	46	千葉県	50.3	6.1%
7	鳥取県	36.1	0.9%	47	福島県	52.8	6.8%
				全国平均		42.8	4.3%

出典：令和4年版 救急救助の現況

令和3年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果（消防庁）

重症者照会4回以上割合・・・初診時の傷病程度が重症（長期入院）以上の傷病者を搬送した事案のうち、医療機関への照会回数が4回以上となった割合

県内消防本部が脳卒中疑い、心筋梗塞疑い搬送の際に行った照会回数（令和3年）

分類基準の項目		照会回数ごとの搬送人員											合計	4回以上	5回以上	6回以上	平均回数
		1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回以上					
脳卒中疑い	くも膜下出血疑い・t-PA適応ありの疑い	1,571	190	86	35	15	2	4	3	0	1	1	1,908	61	26	11	1.31回
		82.3%	10.0%	4.5%	1.8%	0.8%	0.1%	0.2%	0.16%	0.00%	0.05%	0.05%	100.0%	3.2%	1.4%	0.6%	
脳卒中疑い	t-PA適応なしの疑い	1,229	165	55	33	2	3	1	1	0	1	1	1,491	42	9	7	1.28回
		82.4%	11.1%	3.7%	2.2%	0.1%	0.20%	0.1%	0.1%	0.00%	0.07%	0.07%	100.0%	2.8%	0.6%	0.5%	
心筋梗塞疑い		674	135	71	51	8	6	6	1	1	0	3	956	76	25	17	1.56回
		70.5%	14.1%	7.4%	5.3%	0.8%	0.6%	0.6%	0.10%	0.1%	0.0%	0.3%	100.0%	7.9%	2.6%	1.8%	

出典：第14回新潟県救急搬送・受入協議会資料

＜県が取り組むべき施策の方向性＞

- 救急隊員が、循環器病の疑いがある傷病者を、適切な医療機関に搬送できる体制づくりを促進します。
- ドクターヘリの適正運用を含めて、新潟県メディカルコントロール協議会と循環器病専門医（循環器、脳卒中、脳外科、脳神経内科専門医）が連携し、救急医療における連携の充実や事後検証を促進します。また、検証結果に基づく搬送プロトコルの改訂等を行うことで、質の高い救急業務を提供します。
- それを可能にするため、新潟県メディカルコントロール協議会と連携し、県内全ての救急隊に対し、効果的な教育の機会を確保します。

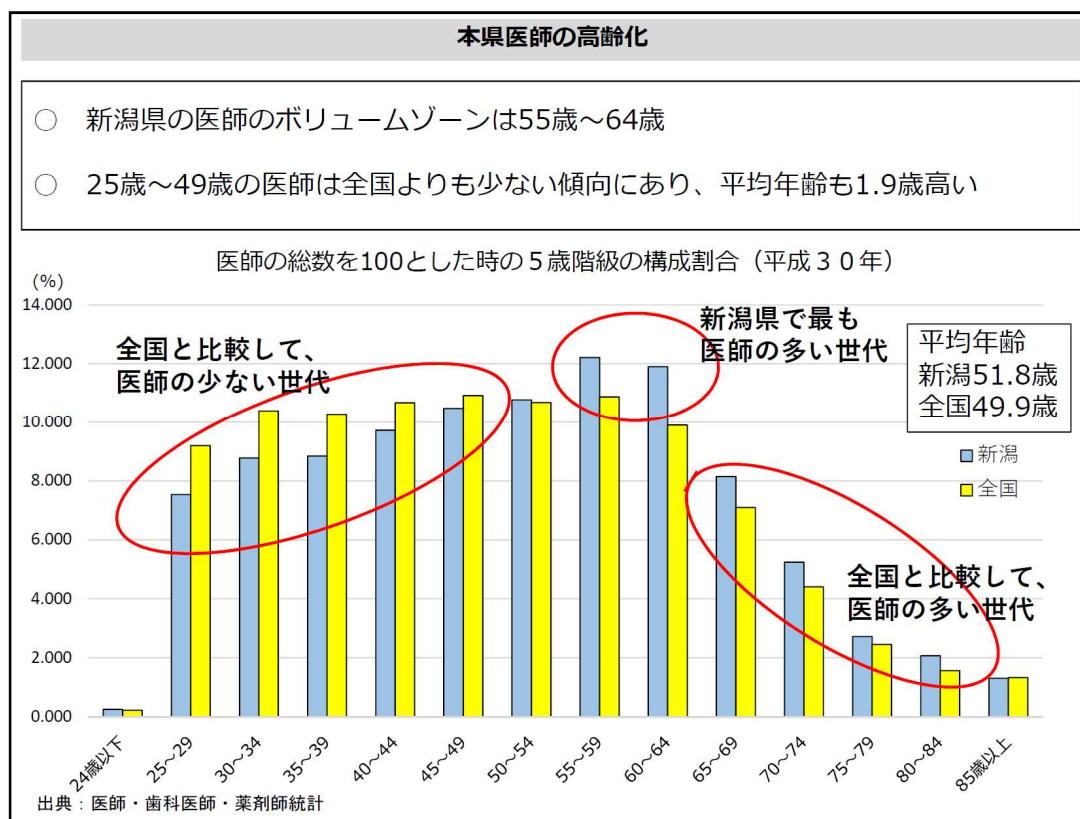
（3）救急対応を始めとした循環器病に係る救急医療提供体制の充実

【全体】

＜現状・課題＞

- 循環器病は 65 歳以上高齢者人口の増加に伴い、今後も増加していくと予測されています。本県では 2030 年頃に循環器病患者がピークになると予想されており、循環器病の医療需要に対応できる医療体制の構築が重要となります。
- 本県は、国が示した医師偏在指標の全国順位が 45 位で医師少数県に位置づけられています。医師の高齢化も深刻な問題であり、医師の平均年齢は全国平均よりも高く、県内の医師は 60 歳前後の層が最も多くなっています。救急医療を高齢の医師が支えている病院もあり、持続可能な医療を提供していくためには、若手医師の確保・育成が重要となります。

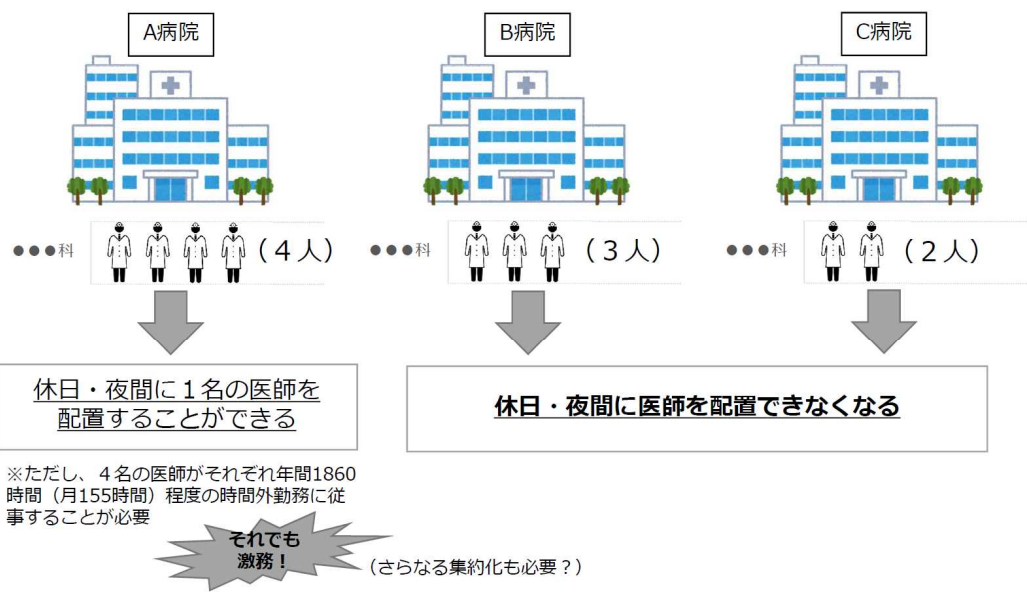
- また、医師の長時間労働を抜本的に解消するため、2024年度以降、医師の働き方改革として、時間外労働の上限が設けられます。時間外労働の上限を特例で年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療・救急体制を確保できなくなるおそれがあります。
- 循環器病患者にとって重要なことは、救急隊等による医療機関への搬送時間だけでなく、最終的に専門治療が可能な医療機関での本格的治療開始までの時間を短縮することがより重要となります。
- それを可能にする、24時間365日、循環器病患者を受入可能な循環器病治療拠点の整備や医療機関間での情報共有については現時点では十分ではありません。
- また、急性期での治療が完了した患者が周辺医療機関に転院することで、地域全体の医療資源を効率的に活用することができますが、転院先がなかなか見つからないなど、円滑な転院が行われていない現状もあります。
- 急性期を脱した循環器病患者に対し、十分なリハビリテーションを提供するために、周辺医療機関と連携した診療体制の構築が重要となります。



出典：新潟県医療審議会資料 [令和3年4月16日開催]

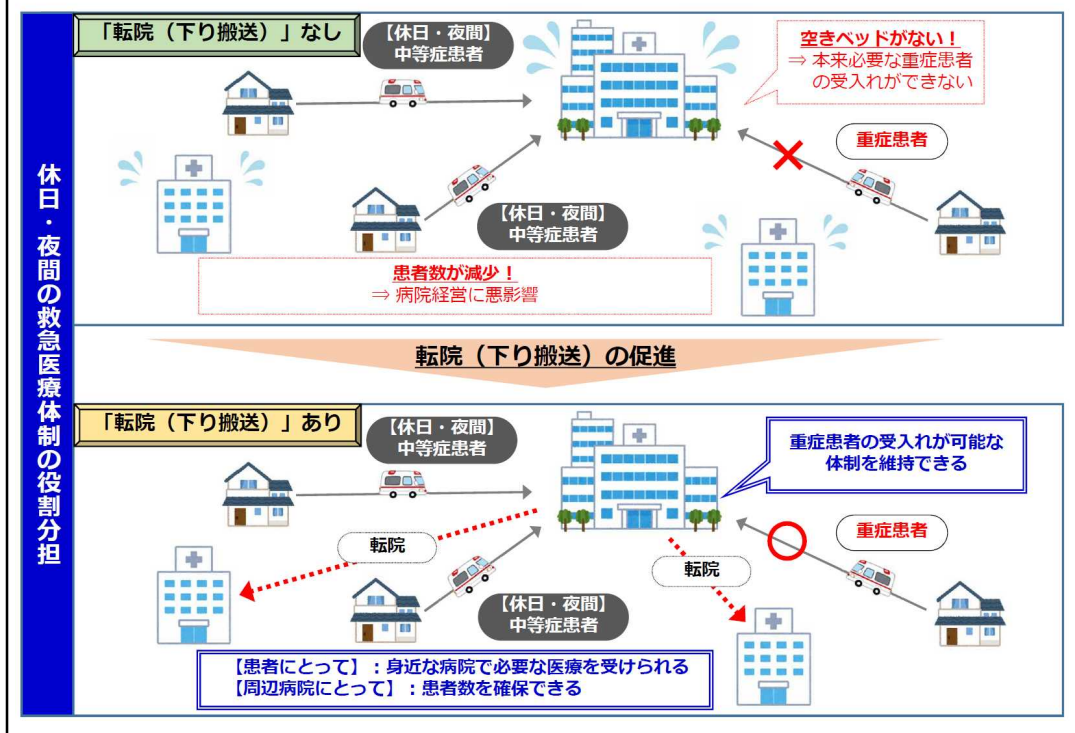
地域医療構想の必要性 ～医師の働き方改革への対応～

- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



出典：新潟県医療審議会資料 [令和3年4月16日開催]

転院（下り搬送）の必要性



出典：新潟県医療審議会資料 [令和3年4月16日開催]

<県が取り組むべき施策の方向性>

- 将来の医療需要の変化や医師の働き方改革を見据え、県全体を俯瞰して、高度・専門的な急性期循環器病治療を 24 時間体制で行える循環器病治療拠点の整備を検討します。
- また、各圏域に必要な医療を持続的に提供していくため、**新潟県地域医療構想(グランドデザイン)**を踏まえ、以下のような役割分担による体制づくりを検討します。
 - ・ 休日・夜間を含めた救急患者の受入れ
 - ・ 日中の二次救急患者の受入れを含むサブアキュート機能や他病院等と連携した退院支援機能を中心に担う
- 県内の中核病院等へ医師や症例等を集約することで、都市部の大病院と比較しても遜色のない、指導体制等が整った、若手医師にとって魅力的な病院を残していきます。
- 医療機関間での情報共有システム等の整備について検討します。
- 急性期医療機関からの、速やかな回復期病院への転送連携体制の強化を促進します。
- 円滑な転院も含め、身近な地域において医療、福祉、介護サービス等の関係機関の連携ができるよう、地域連携クリティカルパス^{*}の有効性の理解を深めるとともに、地域医師会の協力を得ながら運用を促進します。

【脳卒中】

<現状・課題>

- 日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センター(PSC: Primary Stroke Center: 24 時間 365 日体制で可及的速やかに診療可能(t-PA 静注療法^{*}を含む))が、県内全ての医療圏域に 1 ヶ所以上あります。一方、高度・専門的に血管内治療を 24 時間 365 日対応できる拠点について、県全体を俯瞰して配置していく必要があります。

圏域	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越	佐渡	合計
一次脳卒中センター数	2	5	2	4	1	2	1	17

出典：一般社団法人日本脳卒中学会

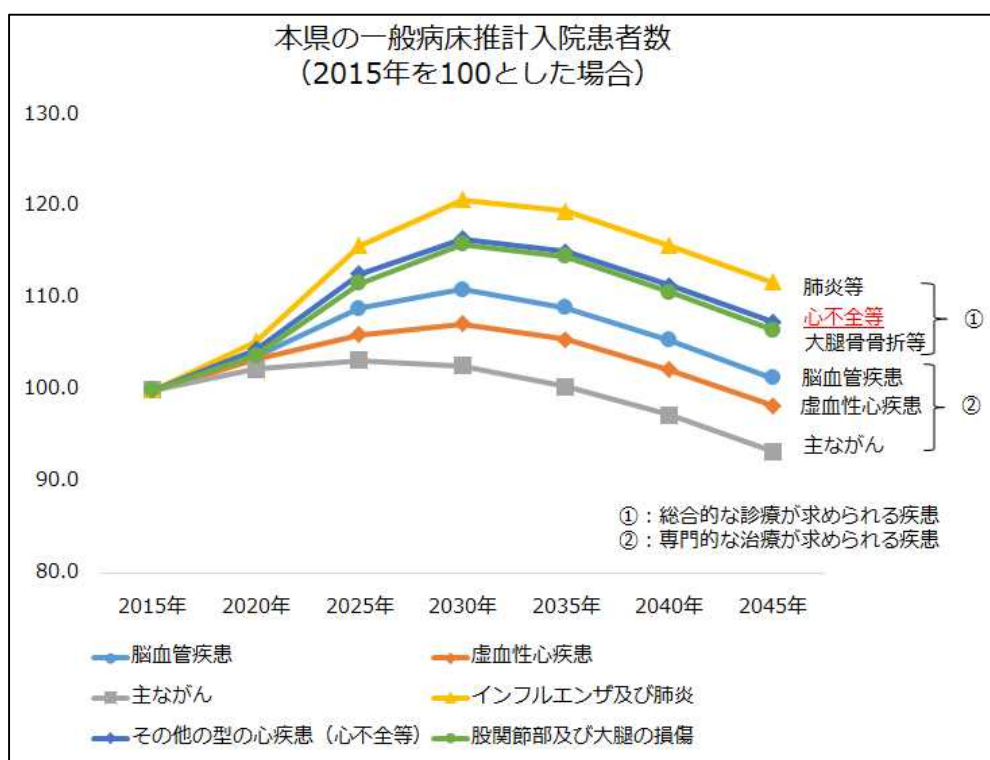
<県が取り組むべき施策の方向性>

- 24時間365日、血管内治療が行える医療機関の適切な配置について検討します。
(想定される医療機関の体制例)
最低7名の常勤の脳神経内科医あるいは脳神経外科医を配置し、そのうち少なくとも3名は脳血管内治療医、脳血管内治療専門医あるいは脳血栓回収実施医となる体制。24時間体制での画像検査も併せて実施。
- 脳卒中の患者を適切に、血管内治療が行える医療機関に搬送するため、脳卒中メディカルコントロール体制を充実します。

【心血管疾患】

<現状・課題>

- 急性冠症候群(心筋梗塞等)の治療として経皮的冠動脈インターベンション^{*}(PCI)を24時間365日体制で実施できる医療機関は全ての圏域になく、救急の際は圏域を越えた搬送もしています。
- 大動脈解離等、内科的な治療が困難な場合の外科的処置が必要な症例については、すでに医療資源の集約が一定程度完了しており、県内6医療機関で常時受入が行われています。救急の際は急性冠症候群と同様に圏域を越えた搬送もしています。
- 高齢者人口が増加していくにつれ、肺炎や心不全等の高齢者に多い疾患も増えていくと予測されます。特に心不全は増悪により入退院を繰り返す傾向にあることから、医療機関の果たす役割は今後ますます大きくなっていくと考えられます。



出典：平成29年患者調査

<県が取り組むべき施策の方向性>

- 心血管疾患の内科的、外科的治療を 24 時間 365 日行える医療機関に、必要に応じていつでも搬送できる医療機関間の連携体制の強化を促進します。
- 圏域内において経皮的冠動脈インターベンションを、原則、常時、実施できる体制整備を促進します。
- 将来的に患者の増加が予測される心不全に対応するため、心不全患者の救急搬送のあり方や医療機関間の連携等について検討します。

(4) リハビリテーション等の取組及び社会連携に基づく循環器病対策

<現状・課題>

- 本県では、従来、整形外科的な視点からのリハビリテーションが中心であり、循環器系リハビリテーションを専門とする医療機関は多くなく、また、圏域によって提供量に差があります。

圏域	脳血管疾患等リハビリテーション料(算定回数)	心大血管疾患リハビリテーション料(算定回数)
下越	102,624	729
新潟	131,546	4,472
県央	67,051	259
中越	109,168	2,715
魚沼	54,437	567
上越	66,556	1,240
佐渡	21,584	43

出典：令和 4 年度病床機能報告

- 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。
- 医療の場だけでなく介護の場においても切れ目のない継続的なリハビリテーションの提供体制をより一層構築していく必要があります。循環器病患者は、慢性期に、例えば脳卒中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、服薬の徹底等適切な管理及びケアを行うことも必要です。

- 循環器病患者が状態に応じて継続的に、リハビリテーション等の支援を受けられるために、専門家を育成しつつ、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。

＜県が取り組むべき施策の方向性＞

- **新潟県地域医療構想のグランドデザインを踏まえ、医療機関の機能分化と連携強化をすることで、地域全体のリハビリテーション体制強化を促進します。**
- 高度化・多様化するリハビリテーションのニーズに対応するため、関係団体による研修の充実を促進します。
- 再発予防や基礎疾患・危険因子の管理、適切なリハビリテーション等を実施するため、患者やその家族への教育及び啓発のほか、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士、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、介護支援専門員、相談支援専門員等の多職種による連携体制を構築します。
- 地域の実情に応じた切れ目のない継続的なリハビリテーション提供体制の構築のため、市町村が行う在宅医療・介護連携の取組を支援します。

(5) 循環器病疾患を抱える県民への支援

＜現状・課題＞

【適切な情報の獲得】

- 循環器病は発症後、様々な後遺症を残す可能性があります。その場合、これまでどおりの生活を送ることが難しくなり、日常生活や社会生活に大きな支障が生じます。
- 県民が循環器病に関して適切な情報を得ながら、必要な時に医療・介護等の必要なサービスを継続して受けられることが重要となります。

【治療と仕事の両立支援】

- 様々な後遺症があつたとしても、働く意欲のある労働者が、病気を理由として退職しないよう、適切な治療を受けながら働き続けられるために、事業者側にも、日頃から病気に関する理解の促進等が求められます。

【小児期からの切れ目のない支援】

- 治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に慢性疾病に罹患した患者全体の死亡率は大きく減少しました。一方で、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま、思春期、さらには成人期を迎える患者が増えており、

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必要です。

【緩和ケア】

- 循環器病は全人的な苦痛（身体的・精神心理的・社会的苦痛等）を伴うため、苦痛を緩和し、生活の質の維持向上を目的とした緩和ケアが必要な疾患です。患者の状態に応じた苦痛・症状の緩和やアドバンス・ケア・プランニング[※]に基づく意思決定支援などのケアを行うべく、多職種連携や地域連携の下で、緩和ケアの正確な概念の共有や理解等を推進することが適切な緩和ケアを提供するために重要です。

＜県が取り組むべき施策の方向性＞

【適切な情報の獲得】

- 患者やその家族が個別のニーズに対応した必要な情報にアクセスできるよう、医療機関のほか、地域における高齢者等の生活を支える地域包括支援センター[※]をはじめとした市町村の取組との連携・協力も見据えながら、適切な相談支援体制づくりに努めます。

【治療と仕事の両立支援】

- 脳卒中や心筋梗塞だけでなく、成人先天性心疾患等、幅広い病状を呈する循環器病患者が社会に受け入れられ、自身の病状に応じて治療の継続を含めて自らの疾患と付き合いながら就業できるよう、循環器病患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援相談、障害特性に応じた職業訓練や事業主への助成金を活用した就労支援等に取り組めます。

【小児期からの切れ目のない支援】

- 学校健診等の機会における小児の循環器病患者の早期発見を引き続き推進するとともに、循環器病の患者に対して、成育過程を通じて必要な医療を切れ目なく行うことができる移行医療支援の体制整備、療養生活に係る相談支援及び疾病にかかっている児童の自立支援を推進します。

【緩和ケア】

- 専門的な緩和ケアの質を向上させ、患者と家族のQOL[※]の向上を図るため、関係学会等と連携して、医師等に対する循環器病の緩和ケアに関する研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制及び人材の充実に努めます。

（6）循環器病の研究推進、循環器病対策全般の基盤整備

＜現状・課題＞

- 循環器病患者の救急搬送、医療機関の受入が迅速かつ適切に行われるよう、関係者同士の情報共有や体制の構築を進めていく必要があります。

- 循環器病患者が適切なケアを受けることが出来るよう、予防、健(検)診、救急、医療、リハビリテーションといった様々な場面において連携する必要があります。
- 循環器病は、脳卒中や心疾患をはじめ、多様な疾病が含まれていることから、疾病別等での現状・課題分析を行った上で、それらの解決に向けた取組を進めていく必要があります。

＜県が取り組むべき施策の方向性＞

- 予防・健(検)診から医療、リハビリテーションと切れ目のない循環器病対策を進めるため、関係者が現状や課題を共有し、連携した取組の構築が出来るよう取り組みます。
- より効果のある循環器病対策を講じることが出来るよう、具体的な疾病別での統計データを把握するとともに、新潟県循環器病対策推進協議会等において評価、意見をいただき、対策につなげます。

V 評価指標について

1 評価指標

評価指標項目	現状値 (R3)	最新値 (R5)	目標値	出典
脳血管疾患の年齢調整死亡率(10万人あたり)	(H27) 男性 47.7 女性 25.4	(R2)	減少させる	人口動態統計 特殊報告
心疾患の年齢調整死亡率(10万人あたり)	(H27) 男性 60.7 女性 29.0	(R2)	減少させる	人口動態統計 特殊報告
健康寿命	(H28) 男性：72.45年 女性：75.45年	(R1) 男性：72.61年 女性：75.68年	健康寿命の伸びが平均寿命の伸びを上回る	健康日本 21 推進専門委員会 資料
在宅等生活の場に復帰した割合	(H29) 脳血管疾患56.4% 虚血性心疾患93.3%	(R2) 脳血管疾患54.4% 虚血性心疾患93.5%	増加させる	患者調査
ADL(日常生活動作)改善率	(H30) 62.8%	(R4) 57.3%	増加させる	病床機能報告
介護が必要な高齢者の割合	(R2) 18.8%	(R4) 19.0%	19.1%を超えない	介護保険事業 状況報告

※上記以外の関連指標(喫煙率、食塩摂取量等)は、健康にいがた 21 において管理・評価等を行う。

2 死亡率に関する留意点

死亡統計の基礎データとなる原死因は、医師が作成する死亡診断書を基に、WHOが定めたルールにより決定されています。このルールによれば、「直接死因」がそのまま統計上の原死因として扱われることもあれば、その直接死因となった傷病を「引き起こした可能性がある傷病」が原死因となることもあります。

例えば、脳内出血を発症した人が治療の甲斐なくその日のうちに死亡した場合、脳内出血を引き起こした可能性のある他の傷病がなければ、原死因は「脳内出血」となります。

一方、脳内出血を発症し、治療で救命したものの、ADL^{*}(日常生活動作)が低下し、10年後に老衰で死亡した場合、「老衰」を引き起こした傷病がADLを低下させる要因となった「脳内出血」として診断されれば、その原死因も「脳内出血」となります。

よって、突然の発症により死亡した人も、治療が成功し、その後長らく病気と付き合い死亡した人も、統計上は同じ死因として取り扱われる場合があるため、救急医療の質を上げることにより、ただちに死亡率の低下に繋がるわけではないことに留意する必要があります。

VI 推進体制と評価

1 推進体制

- 新潟県循環器病対策推進協議会を中心として、庁内関係部局との連携、調整を図りながら、本県の循環器病対策の施策を検討し推進していきます。
- 本県が設置する、循環器病対策に関連する有識者会議等からの意見等も踏まえながら推進していきます。
- 医療機関、関係団体や市町村等と連携・協働しながら、本計画に基づく取組を推進していきます。

2 計画の進行管理と評価

- 推進計画については、ロジックモデル^{*}（別紙）を用いて毎年度、目標（指標、取組）の進捗状況について、毎年度、新潟県循環器病対策推進協議会において検証を行い、施策に反映します。
- 計画の最終年度には、目標の達成度を検証・評価し、次期計画に反映します。検証・評価に当たっては、関連する調査等を活用し、課題の把握や抽出を的確に行い、施策に反映します。

ロジックモデル・脳卒中

別紙

C 初期アウトカム	指標	新潟	全国	目標
①県民の健康意識が向上している。	禁煙外来を行っている医療機関数★	10.6	12.8	増加
	喫煙率（男）	27.9%	25.4%	減少
	喫煙率（女）	7.4%	7.7%	減少
	健診受診率（男）	80.1%	76.7%	増加
	健診受診率（女）	75.4%	69.7%	増加
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率★	227.8	215.3	減少
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率★	75.5	67.7	減少
	糖尿病患者の年齢調整外来受療率★	80.4	92.0	減少
	特定健診受診者のうち「 <i>My</i> リックドーム該当者割合	15.7%	16.6%	減少
	特定保健指導実施率	61.5%	56.5%	増加
特定保健指導実施率	27.2%	24.6%	増加	
②循環器病対策について県民が理解をしている。	教育機関（小学校等）における循環器病の初期症状と適切な予防等についての普及実施件数	-	-	増加
③急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っている。	救急隊の救急救命士常時運用率	94.7%	93.2%	増加
	ドクターヘリ応需率	81.1	-	維持
	ドクターヘリランデブーポイント数	956	-	増加
④地域に脳卒中の急性期医療に対応できる体制が整備されている。	脳神経内科医師数★	6.9	4.6	
	脳神経外科医師数★	5.4	5.8	
	一次脳卒中センターがある圏域数	7	-	維持
⑤リハビリテーション実施体制が整備されている。	回復期リハビリテーション病床数★	56.2	68.2	増加
	地域包括ケア病床数★	100.1	73.9	増加
	脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数★	2.6	2.5	増加
	理学療法士数★	50.0	79.4	
	作業療法士数★	35.2	40.2	
	言語聴覚士数★	14.6	14.1	
⑥医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が整備されている。	脳血管疾患地域連携クリティカルパス導入医療機関数	138	-	増加
	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する窓口のある医療機関数	182	-	増加
	医療ソーシャルワーカー数★	5.3	2.7357	
⑦生活機能の維持・向上のための体制が整備されている。	訪問リハビリを提供している事業所数★	2.1	3.9	
	通所リハビリを提供している事業所数★	5.4	6.3	
	訪問看護を提供している事業所数★	7.8	11.9	
⑧脳血管疾患患者やその家族の生活をサポートできる環境が整備されている。	治療と仕事の両立に関する相談窓口を設置している病院数	31	-	増加

B 中間アウトカム	指標	新潟	全国	目標
①脳卒中の発症者が減少している。	脳血管疾患受療率（入院）★	97.0	98.0	減少
	脳血管疾患受療率（外来）★	62.0	59.0	減少
②患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される。	脳卒中疑いの1回目での救急応需率（くも膜下・t-PA適応）	82.3%	-	増加
	脳卒中疑いの1回目での救急応需率（t-PA適応なし）	82.4%	-	増加
	覚知から医療機関への収容までに要した平均時間（くも膜下出血疑い・t-PA適応ありの疑い）（分）	47	-	減少
	覚知から医療機関への収容までに要した平均時間（t-PA適応なしの疑い）（分）	48	-	減少
	ドクヘリでの脳血管障害患者の搬送件数	121	-	維持
③【急性期】発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる。	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）★	11.4	10.7	増加
	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR）	91.9	100	増加
	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）★	7.9	10.5	増加
	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）	65.1	100	増加
	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）★	6.2	9.3	増加
	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（SCR）	62.2	100	増加
	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）★	11.1	11.8	増加
	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（SCR）	89.3	100	増加
④【回復期・維持期・生活期】治療・リハビリテーションを受けることができる。	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（急性期）（算定回数）★	45.2	67.6	増加
	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（急性期）（SCR）	89.8	100.0	増加
	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）★	107,896	137,736	維持
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	109.2	100	維持
⑤脳血管疾患患者の治療と仕事の両立ができていく。	脳血管疾患患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）			増加
	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療）★	110.9	212.5	
	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護）★	882	1134	
	通所リハビリを受ける利用者数★	4,938	5,457	
	訪問看護を受ける患者数（医療）★	300	374	
	訪問看護を受ける患者数（介護）★	4,522	5,619	
	民間企業の障害者雇用率	2.23	2.25	増加

A 最終アウトカム	指標	新潟	全国	目標
①脳卒中による死亡者数が減少するとともに健康寿命が延伸している。	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）★			減少
	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）★			減少
	健康寿命（男）	72.61	72.68	延伸
	健康寿命（女）	75.68	75.38	延伸

A 最終アウトカム	指標	新潟	全国	目標
②脳血管疾患患者及びその家族が希望に沿った生活を送ることができる。	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	54.4%	55.2%	増加
	ADL改善率	57.3%	-	増加
	介護が必要な高齢者の割合	19.0%	18.5%	維持

目標について・・・事業主体が市町村である等、目標の設定が困難なものは空白
受療率について・・・例えば、健診受診を増加させることによって、受診勧奨が進み、受療率が一時的に増加するといったことが考えられる。予防施策等を推進し、長期的に減少を目指す。

★・・・人口10万人当たり
SCR・・・全国的・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。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る。

ロジックモデル・心疾患

C 初期アウトカム	指標	新潟	全国	目標
①県民の健康意識が向上している。	禁煙外来を行っている医療機関数★	10.6	12.8	増加
	喫煙率（男）	27.9%	25.4%	減少
	喫煙率（女）	7.4%	7.7%	減少
	健診受診率（男）	80.1%	76.7%	増加
	健診受診率（女）	75.4%	69.7%	増加
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率★	227.8	215.3	減少
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率★	75.5	67.7	減少
	糖尿病患者の年齢調整外来受療率★	80.4	92.0	減少
	特定健診受診者のうち対称リウマチドーム該当割合	15.7%	16.6%	減少
	特定健康診査受診率	61.5%	56.5%	増加
特定保健指導実施率	27.2%	24.6%	増加	
②循環器病対策について県民が理解をしている。	教育機関（小学校等）における循環器病の初期症状と適切な予防等についての普及実施件数	-	-	増加
	救急隊の救急救命士常時運用率	94.7%	93.2%	増加
③急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っている。	ドクターヘリ応需率	81.1	-	維持
	ドクターヘリランデブーポイント数	956	-	増加
	循環器内科医師数★	6.4	10.3	
④虚血性心疾患の急性期医療に対応できる体制が整備されている。	心臓血管外科医師数★	2.0	2.6	
	24時間体制で経皮的冠動脈インターベンションが実施可能な病院がある圏域数	6	-	維持
⑤リハビリテーション実施体制が整備されている。	回復期リハビリテーション病床数★	56.2	68.2	増加
	地域包括ケア病床数★	100.1	73.9	増加
	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★	0.92	1.11	増加
	理学療法士数★	50.0	79.4	
	作業療法士数★	35.2	40.2	
⑥医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が整備されている。	心血管疾患地域連携クリティカルパス導入医療機関数	34	-	増加
	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する窓口のある医療機関数	182	-	増加
	医療ソーシャルワーカー数★	5.3	2.7357	
⑦生活機能の維持・向上のための体制が整備されている。	訪問リハビリを提供している事業所数★	2.1	3.9	
	通所リハビリを提供している事業所数★	5.4	6.3	
	訪問看護を提供している事業所数★	7.8	11.9	
⑧心血管疾患患者やその家族の生活をサポートできる環境が整備されている。	治療と仕事の両立に関する相談窓口を設置している病院数	31	-	増加

B 中間アウトカム	指標	新潟	全国	目標
①心筋梗塞等の心血管疾患の発症者が減少している。	虚血性心疾患受療率（入院）★	9.0	9.0	減少
	虚血性心疾患受療率（外来）★	29.0	42.0	減少
②患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される。	心筋梗塞疑いの1回目での救急応需率	70.5%	-	増加
	発知から医療機関への収容までに要した平均時間（心筋梗塞疑い）（分）	52	-	減少
	ドクターヘリでの心大血管心疾患患者の搬送件数	117	-	維持
③【急性期】発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる。	未院後90分以内の冠動脈再開通達成率	19.2%	15.2%	維持
	経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（算定回数）★	17.5	28.9	増加
	経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（SCR）	54.7	100	増加
	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数★	6.8	11.5	増加
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）★	2,345	6,110	増加
④【回復期・維持期・生活期】治療・リハビリテーションを受けることができる。	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	78.8	100	増加
	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	24.2	12.7	減少
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）★	1,385	1,445	維持
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	102.8	100	維持
	虚血性心疾患患者における地域連携科連携等の実施件数（算定回数）			増加
⑤心血管疾患患者の治療と仕事の両立ができています。	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療）★	110.9	212.5	
	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護）★	882	1134	
	通所リハビリを受ける利用者数★	4,938	5,457	
	訪問看護を受ける患者数（医療）★	300	374	
⑥心血管疾患患者の治療と仕事の両立ができています。	訪問看護を受ける患者数（介護）★	4,522	5,619	
	治療と仕事の両立支援相談件数			増加
民間企業の障害者雇用率	2.23	2.25	増加	

A 最終アウトカム	指標	新潟	全国	目標
①心疾患による死亡者数が減少するとともに健康寿命が延伸している	心疾患の年齢調整死亡率（男）★			減少
	心疾患の年齢調整死亡率（女）★			減少
	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（男）★			減少
	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（女）★			減少
	健康寿命（男）	72.61	72.68	延伸
	健康寿命（女）	75.68	75.38	延伸
②心血管疾患患者及びその家族が希望に沿った生活を送ることができる。	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	93.5%	93.4%	増加
	ADL改善率	57.3%	-	増加
	介護が必要な高齢者の割合	19.0%	18.5%	維持

目標について…事業主体が市町村である等、目標の設定が困難なものは空白
 受療率について…例えば、健診受診を増加させることによって、受診勧奨が進み、受療率が一時的に増加するといったことが考えられる。予防施策等を推進し、長期的に減少を目指す。
 ★…人口10万人当たり
 SCR…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。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る。

脳卒中ロジックモデルの出典（最終アウトカム～中間アウトカム）

	指標名	定義詳細	出典
A ①	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告 令和2年
A ①	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）		
A ①	健康寿命（男）	日常生活に制限のない期間の平均	「健康日本21（第二次）推進専門委員会資料」（厚生労働省）
A ①	健康寿命（女）		
A ②	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	病院退院票(7)「脳血管疾患」X病院退院票(14)退院後の行き先「家庭」で個票解析 ・一般診療所退院票(7)「脳血管疾患」X一般診療所退院票(14)退院後の行き先「家庭」で個票解析	患者調査 令和2年
A ②	ADL改善率	入院時の日常生活機能評価が10点以上又は機能的自立度評価法(FIM)得点が55点以下であった患者のうち、入院時に比較して退院時(転院時を含む)の日常生活機能評価が3点以上(回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の場合には4点以上)又はFIM総得点で12点以上(回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の場合には16点以上)改善していた患者数の割合	令和4年度病床機能報告
A ②	介護が必要な高齢者の割合	分子；第1号被保険者数 分母；65歳以上人口	介護事業状況報告（月報）令和4（2022）年度末
B ①	脳血管疾患受療率（入院）	脳血管疾患受療率（人口10万人対）	患者調査 令和2年
B ①	脳血管疾患受療率（外来）		
B ②	脳卒中疑いの1回目での救急応需率（くも膜下出血・t-PA適応あり）	実施基準に該当した脳卒中疑いで、くも膜下出血疑い、または発症後4.5時間以内（t-PA治療が適応できる）の患者の受入照会数が1回の割合	新潟県救急搬送・受入協議会 令和3年データ
B ②	脳卒中疑いの1回目での救急応需率（t-PA適応なし）	実施基準に該当した脳卒中疑いで、発症後4.5時間を超える（t-PA治療が適応できない）の患者の受入照会数が1回の割合	
B ②	覚知から医療機関への収容までに要した平均時間（くも膜下出血疑い・t-PA適応ありの疑い）（分）	覚知から医療機関への収容までに要した平均時間（くも膜下出血疑い・t-PA適応ありの疑い）（分）	日本航空医療学会 令和3（2021）年度
B ②	覚知から医療機関への収容までに要した平均時間（t-PA適応なしの疑い）（分）	覚知から医療機関への収容までに要した平均時間（t-PA適応なしの疑い）（分）	
B ②	ドクターヘリでの脳卒中患者の搬送件数	ドクターヘリで搬送した件数（脳梗塞、くも膜下出血、脳出血）	日本航空医療学会 令和3（2021）年度
B ③	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）	A205 -2超急性期脳卒中加算（入院初日）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ③	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（SCR）		内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2年度診療分）
B ③	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療養等）の実施件数（算定回数）	K178-4 経皮的脳血栓回収術	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ③	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療養等）の実施件数（SCR）		内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2年度診療分）
B ③	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）	K177 脳動脈瘤頭部クリッピング（1箇所・2箇所以上）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ③	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（SCR）		内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2年度診療分）
B ③	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）	K178 脳血管内手術（1箇所・2箇所以上・脳血管内ステント）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ③	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（SCR）		内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2年度診療分）
B ③	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（急性期）（算定回数）	H004 摂食機能療法（1日につき）（30分未満・入院）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ③	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（急性期）（SCR）		内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2年度診療分）
B ④	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）	H001脳血管疾患等リハビリテーション料（入院+外来）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ④	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）		内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2年度診療分）
B ④	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療）	C006在宅患者訪問リハビリテーション料 算定件数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（平成29年度診療分）
B ④	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護）	訪問リハビリテーションサービス 受給者数（年度累計）	令和2年度介護保険事業状況報告（年報）
B ④	通所リハビリを受ける利用者数	通所リハビリテーションサービス 受給者数（年度累計）	令和2年度介護保険事業状況報告（年報）
B ④	訪問看護を受ける患者数（医療）	C005在宅患者訪問看護・指導料（保健師、助産師、看護師（週3日目まで）・准看護師（週3日目まで）・保健師、助産師、看護師（週4日目以降）・准看護師（週4日目以降）・緩和、褥瘡ケア専門看護師） 算定件数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ④	訪問看護を受ける患者数（介護）	訪問看護サービス 受給者数（年度累計）	令和2年度介護保険事業状況報告（年報）
B ⑤	治療と仕事の両立支援相談件数	新潟産業保健総合支援センターにおける治療と仕事の両立支援の新規相談者数	（独）労働者健康安全機構 新潟産業保健総合支援センター調べ 令和4年度
B ⑤	民間企業の障害者雇用率	民間企業の障害者雇用率	障害者雇用状況の集計結果 令和4年

脳卒中ロジックモデルの出典（初期アウトカム）

	指標名	定義詳細	出典
C	① 禁煙外来を行っている医療機関数	禁煙外来を設置している病院数・一般診療所数の合計	令和2年医療施設静態調査
C	① 喫煙率（男）	世帯人員（20歳以上）で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
C	① 喫煙率（女）	世帯人員（20歳以上）で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
C	① 健診受診率（男）	世帯人員（40歳～74歳）で「健診等の受診あり」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
C	① 健診受診率（女）	世帯人員（40歳～74歳）で「健診等の受診あり」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
C	① 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：昭和60年人口モデル	令和2年患者調査を基に計算
C	① 脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：昭和60年人口モデル	令和2年患者調査を基に計算
C	① 糖尿病患者の年齢調整外来受療	糖尿病患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：昭和60年人口モデル	令和2年患者調査を基に計算
C	① 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割合	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割合	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度
C	① 特定健康診査受診率	医療保険者から国に報告された特定健康診査・特定保健指導の実施結果	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度
C	① 特定保健指導実施率	医療保険者から国に報告された特定健康診査・特定保健指導の実施結果	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度
C	② 教育機関（小学校等）における循環器病の初期症状と適切な対応等についての普及実施件数	教育機関（小学校等）において循環器病の初期症状と適切な対応等についての普及啓発を行った件数	県独自調査
C	③ 救急隊の救急救命士運用率	救急隊を24時間365日全ての救急事案で救急救命士が搭乗する体制としている割合	令和4年版 救急救助の現況
C	③ ドクターヘリ応需率	消防本部等からの出動要請にドクターヘリが応需した率	県独自調査 令和4年度
C	③ ドクターヘリ ランデブーポイント数	ドクターヘリ運航会社が登録したランデブーポイントの総数	県独自調査 令和5年4月1日時点
C	④ 神経内科医師数	主たる診療科を神経内科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C	④ 脳神経外科医師数	主たる診療科を脳神経外科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C	④ 一次脳卒中センターがある圏域数	一般社団法人日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターのある圏域数	一般社団法人日本脳卒中学会
C	⑤ 回復期リハビリテーション病床数	回復期リハビリテーション病棟入院料1～6 届出病床数	令和4年度病床機能報告
C	⑤ 地域包括ケア病床数	地域包括ケア病棟入院料1～4 地域包括ケア入院医療管理料1～4	令和4年度病床機能報告
C	⑤ 脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	脳血管疾患等リハビリテーション料（I）届出施設数	地方厚生局届出受理（令和5年8月時点）
C	⑤ 理学療法士数		
C	⑤ 作業療法士数	病院・一般診療所の従事者数（常勤換算）	令和2年医療施設静態調査
C	⑤ 言語聴覚士数		
C	⑥ 脳血管疾患地域連携クリティカルパス導入医療機関数	（脳血管に関する）地域医療連携クリティカルパスの有無	医療機能情報（令和5年10月時点）
C	⑥ 地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する窓口のある医療機関数	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する窓口のある医療機関数	医療機能情報（令和5年10月時点）
C	⑥ 医療ソーシャルワーカー数	病院従事者数のうち医療社会事業従事者数（常勤換算）	令和2年医療施設静態調査
C	⑦ 訪問リハビリを提供している事業所数	訪問リハビリテーションサービス事業所数	介護サービス情報公表システム（令和5年6月末時点）
C	⑦ 通所リハビリを提供している事業所数	通所リハビリテーションサービス事業所数	介護サービス情報公表システム（令和5年6月末時点）
C	⑦ 訪問看護を提供している事業所数	訪問看護サービス事業所数	介護サービス情報公表システム（令和5年6月末時点）
C	⑧ 治療と仕事の両立に関する相談窓口を設置している病院数	治療と仕事の両立に関して、事業場関係者や患者（労働者）やその家族からの相談窓口を設置している病院数	新潟産業保健総合支援センター

心疾患ロジックモデルの出典（最終アウトカム～中間アウトカム）

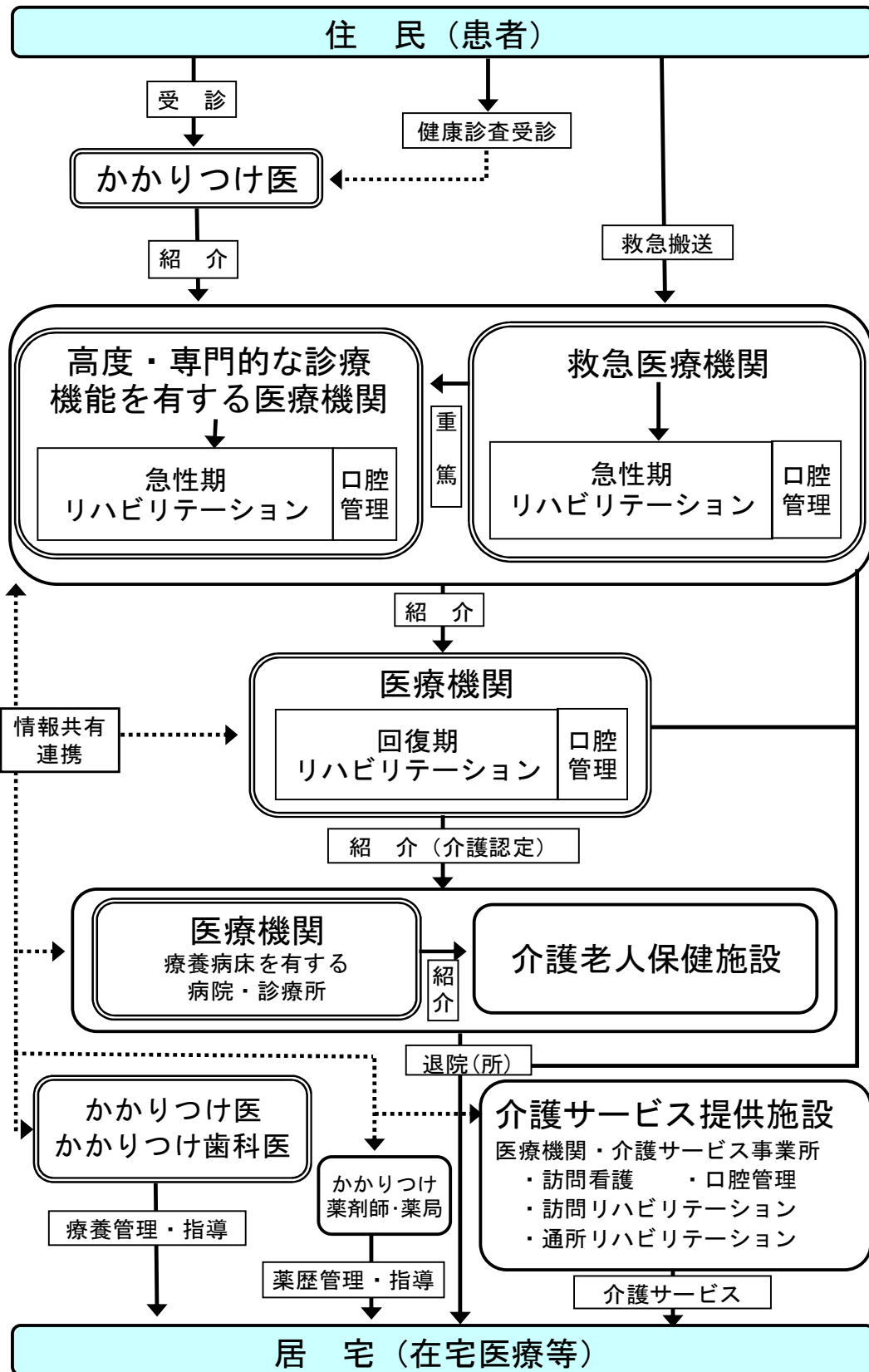
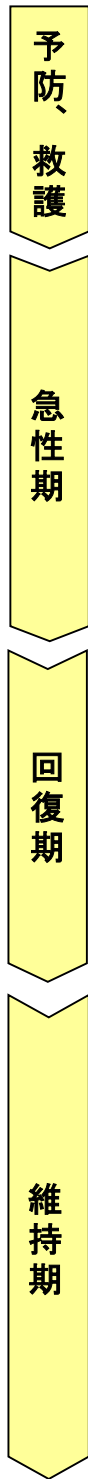
	指標名	定義詳細	出典
A ①	心疾患の年齢調整死亡率（男）	心疾患患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告 令和2年
A ①	心疾患の年齢調整死亡率（女）		
A ①	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（男）		
A ①	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（女）		
A ①	健康寿命（男）		
A ①	健康寿命（女）	日常生活に制限のない期間の平均	「健康日本21（第二次）推進専門委員会資料」（厚生労働省）
A ②	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	・病院退院票(7)主病名「虚血性心疾患」X病院退院票(14)退院後の行き先「家庭1～4」で個票解析 ・一般診療所退院票(7)主病名「虚血性心疾患」X一般診療所退院票(14)退院後の行き先「家庭1～4」で個票解析	患者調査 令和2年
A ②	ADL改善率	入院時の日常生活機能評価が10点以上又は機能的自立度評価法（FIM）得点で55点以下であった患者のうち、入院時に比較して退院時（転院時を含む）の日常生活機能評価が3点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の場合には4点以上）又はFIM総得点で12点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の場合には16点以上）改善していた患者数の割合	令和4年度病床機能報告
A ②	介護が必要な高齢者の割合	分子：第1号被保険者数 分母：65歳以上人口	介護事業状況報告（月報）令和4（2022）年度末
B ①	虚血性心疾患受療率（入院）	虚血性心疾患受療率（人口10万人対）	患者調査 令和2年
B ①	虚血性心疾患受療率（外来）		
B ②	心筋梗塞疑いの1回目での救急応需率	実施基準に該当した心筋梗塞疑い患者の受入照会数が1回の割合	新潟県救急搬送・受入協議会 令和3年データ
B ②	覚知から医療機関への収容までに要した平均時間（心筋梗塞疑い）（分）	覚知から医療機関への収容までに要した平均時間（心筋梗塞疑い）（分）	
B ②	ドクターヘリでの心大血管心疾患患者の搬送件数	ドクターヘリで搬送した件数（大動脈瘤・解離、急性冠症候群）	日本航空医療学会 令和3（2021）年度
B ③	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率（%）	分子：来院後90分以内冠動脈再開通件数 算定回数（K5461 経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）+K5491 経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞））（入院+外来） 分母：心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数 算定回数（K5461 経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）+K5462 経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）+K5462経皮的冠動脈形成術（その他）+K5491 経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）+K5492 経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）+K5493 経皮的冠動脈ステント留置術（その他））（入院+外来）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ③	経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（算定回数）	K546経皮的冠動脈形成術（入院）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ③	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（SCR）		内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2年度診療分）
B ③	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	K551冠動脈形成術（血管内膜摘除）+ K552冠動脈、大動脈バイパス移植術+ K552-2冠動脈、大動脈バイパス移植術（人口心肺を使用しないもの）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ③	入院心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）	H000心大血管疾患リハビリテーション料（1）（入院）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ③	入院心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）		内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2年度診療分）
B ③	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）	A246-4地域連携診療計画加算	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ③	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	注：心臓血管疾患患者に限定していない。	内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2年度診療分）
B ③	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	退院患者平均在院日数 虚血性心疾患（病院+一般診療所）	患者調査 令和2年
B ④	外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）	H000心大血管疾患リハビリテーション料（1）（外来）	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ④	外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）		内閣府「医療提供状況の地域差」（NDB-SCR 令和2年度診療分）
B ④	通所リハビリを受ける利用者数	通所リハビリテーションサービス 受給者数（年度累計）	令和2年度介護保険事業状況報告（年報）
B ④	訪問看護利用者数（医療）	C005在宅患者訪問看護・指導料（保健師、助産師、看護師（週3日目まで）・准看護師（週3日目まで）・保健師、助産師、看護師（週4日目以降）・准看護師（週4日目以降）・緩和、褥瘡ケア専門看護師） 算定回数	厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2年度診療分）
B ④	訪問看護利用者数（介護）	（介護保険） 訪問看護サービス 受給者数（年度累計）	令和2年度介護保険事業状況報告（年報）
B ⑤	治療と仕事の両立支援相談件数	新潟産業保健総合支援センターにおける治療と仕事の両立支援の新規相談者数	（独）労働者健康安全機構 新潟産業保健総合支援センター調べ 令和4年度
B ⑤	民間企業の障害者雇用率	民間企業の障害者雇用率	障害者雇用状況の集計結果 令和4年

心疾患ロジックモデルの出典（初期アウトカム）

	指標名	定義詳細	出典
C	① 禁煙外来を行っている医療機関数	禁煙外来を設置している病院数・一般診療所数の合計	令和2年医療施設静態調査
C	① 喫煙率（男）	世帯人員（20歳以上）で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
C	① 喫煙率（女）	世帯人員（20歳以上）で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
C	① 健診受診率（男）	世帯人員（40歳～74歳）で「健診等の受診あり」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
C	① 健診受診率（女）	世帯人員（40歳～74歳）で「健診等の受診あり」と回答した人の割合	令和4年国民生活基礎調査
C	① 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：昭和60年人口モデル	令和2年患者調査を基に計算
C	① 脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：昭和60年人口モデル	令和2年患者調査を基に計算
C	① 糖尿病患者の年齢調整外来受療率	糖尿病患者の年齢調整外来受療率（10万人対） 基準人口：昭和60年人口モデル	令和2年患者調査を基に計算
C	① 特定健診受診率	特定健診受診率	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度
C	① 特定保健指導実施率	特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）の対象者数に対する修了者数の割合	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」令和3年度
C	② 教育機関（小学校等）における循環器病の初期症状と適切な予防等についての普及実施件数	教育機関（小学校等）において循環器病の初期症状と適切な対応等についての普及啓発を行った件数	県独自調査
C	③ 救急隊の救急救命士運用率	救急隊を24時間365日全ての救急事案で救急救命士が搭乗する体制としている割合	令和4年版 救急救助の現況
C	③ ドクターヘリ応需率	消防本部等からの出動要請にドクターヘリが応需した率	県独自調査 令和4年度
C	③ ドクターヘリランデブーポイント数	ドクターヘリ運航会社が登録したランデブーポイントの総数	県独自調査 令和5年4月1日時点
C	④ 循環器内科医師数	主たる診療科を循環器内科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C	④ 心臓血管外科医師数	主たる診療科を心臓血管外科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
C	④ 24時間体制で経皮的冠動脈インターベンションが実施可能な圏域数	24時間体制で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がある圏域数	県独自調査
C	⑤ 回復期リハビリテーション病床数	回復期リハビリテーション病棟入院料1～6 届出病床数	令和4年度病床機能報告
C	⑤ 地域包括ケア病床数	地域包括ケア病棟入院料1～4 地域包括ケア入院医療管理料1～4	令和4年度病床機能報告
C	⑤ 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	心大血管リハビリテーションIの届出医療機関数	地方厚生局届出受理（令和5年8月時点）
C	⑤ 理学療法士数	病院・一般診療所の従事者数（常勤換算）	令和2年医療施設静態調査
C	⑤ 作業療法士数	病院・一般診療所の従事者数（常勤換算）	令和2年医療施設静態調査
C	⑥ 心血管疾患地域連携クリティカルパス導入医療機関数	（心血管に関する）地域医療連携クリティカルパス有の医療機関数	医療機能情報（令和5年10月時点）
C	⑥ 地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する窓口のある医療機関数	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する窓口のある医療機関数	医療機能情報（令和5年10月時点）
C	⑥ 医療ソーシャルワーカー数	病院従事者数のうち医療社会事業従事者数（常勤換算）	令和2年医療施設静態調査
C	⑦ 訪問リハビリを提供している事業所数	訪問リハビリテーションサービス事業所数	介護サービス情報公表システム（令和5年6月末時点）
C	⑦ 通所リハビリを提供している事業所数	通所リハビリテーションサービス事業所数	介護サービス情報公表システム（令和5年6月末時点）
C	⑦ 訪問看護を提供している事業所数	訪問看護サービス事業所数	介護サービス情報公表システム（令和5年6月末時点）
C	⑧ 治療と仕事の両立に関する相談窓口を設置している病院数	治療と仕事の両立に関して、事業場関係者や患者（労働者）やその家族からの相談窓口を設置している病院数	新潟産業保健総合支援センター

脳卒中の医療連携体制

＜病期の区分＞



「脳卒中」の医療連携体制において必要となる医療機能

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
予防	発症予防の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること。 2 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること。 3 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること。 	診療所、保険者等
救護	応急手当・病院前救護の機能（救急救命士等が実施するもの）	<ol style="list-style-type: none"> 1 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づき、傷病者の状況に応じた迅速かつ適切な搬送・受入れを行うこと。 2 メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコル（活動基準）などに則し、適切な観察・判断・処置を行うこと。 	消防機関等
急性期	高度・専門的な救急医療の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 急性期における呼吸管理、循環管理等を的確に実施できる専用集中治療室を保有していること。 2 画像検査（CT検査、MRI検査、血管造影）等の必要な検査が24時間実施可能であること。 3 急性期における専門的治療（t-P A、血管内治療、外科治療等）が常時実施可能であること。（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。） 4 適応のある脳卒中症例に対し、外科治療や脳血管内手術が速やかに実施可能な医療機関との連携がとれていること。 	救命救急センターを有する病院等
	一般的な救急医療の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 血液検査や画像検査（X線検査、CT検査）等の必要な検査が実施可能であること。 2 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が実施可能であり、適切な治療法（転院を含む。）を判断できること。 3 呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理や口腔管理及び合併症に対する診療が可能であること。 4 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。 	一般的な急性期対応が可能な病院等
回復期	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	<ol style="list-style-type: none"> 1 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子・口腔の管理及び抑うつ状態への対応が可能であること。 2 失語、高次脳機能障害*（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADL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。 3 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。 	リハビリテーションを専門とする病院等
維持期	日常生活への復帰・維持及び生活の場で療養できるよう支援する機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子・口腔の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること。 2 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること。 3 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。 4 回復期（あるいは急性期）の医療機関や、診療所等の維持期における他の医療機関等と、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して連携していること。 5 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること。 6 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等自宅以外の居宅においても在宅医療を実施し、希望する患者にはこれらの居宅で看取りまでを行うこと。 7 介護支援専門員と連携し、居宅介護サービスを調整すること。 8 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。 	介護保険によるリハビリテーションを行う病院、診療所等

※ 二次保健医療圏ごとの具体的な医療機関名については、毎年度見直しを行い、県のホームページ等で公表。
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1230062477639.html>

心血管疾患の医療連携体制

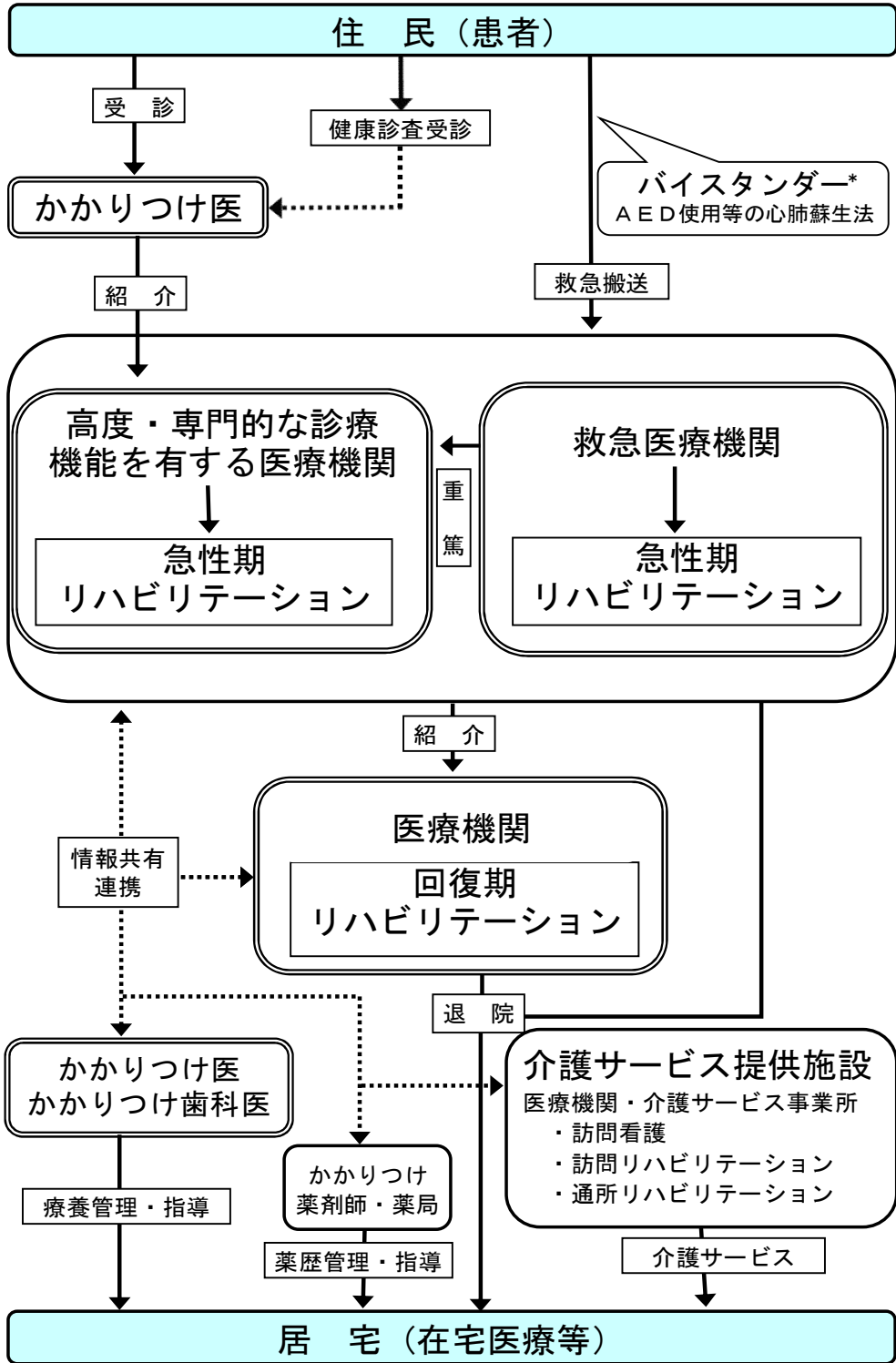
〈病期の区分〉

予防、
救護

急性期

回復期

再発予防



「心血管疾患」の医療連携体制において必要となる医療機能

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
予防	発症予防の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 高血圧、糖尿病（境界型を含む。）、脂質異常症等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること。 2 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること。 3 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること。 	診療所、保険者 等
救護	応急手当・病院前救護の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づき、傷病者の状況に応じた迅速かつ適切な搬送・受入れを行うこと。 2 メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコール（活動基準）などに則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること。 	消防機関 等
急性期	高度・専門的な救急医療の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 心臓内科系集中治療室（CCU）を保有していること。 2 循環器内科専門医が常時診療に従事し、心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、24時間対応可能であること。また、心血管カテーテル治療専門医が常時診療に従事していること、又はその確保と育成に努めていること。 3 急性心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があれば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又はその体制構築に努めていること。 4 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能、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。 	救命救急センターを有する病院 等
	救急医療の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 心臓超音波検査、CT検査、心臓カテーテル検査、大動脈内バルーンパンピング等必要な検査及び処置が対応可能であること。 2 循環器内科専門医が常時診療に従事し、心血管疾患が疑われる患者に対して、専門的な診療が実施可能であること。また、高度治療の必要がある場合は、直ちに第三次救急医療施設と連携する体制がとれていること。 3 電氣的除細動、緊急ペーシング、ペースメーカー不全への対応が可能であること。 4 回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と、診療情報や治療計画を共有する等して連携していること。また、その一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること。 	一般的な急性期対応が可能な病院 等
回復期	身体機能を回復させる心血管疾患リハビリテーションを実施する機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること。 2 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。 3 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること。 4 運動耐容能（運動に耐える能力）を評価の上で、運動療法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。 	心血管疾患リハビリテーションを実施する病院 等
再発予防	再発予防の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること。 2 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。 3 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防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等して連携していること。 4 在宅でのリハビリテーション、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。 	診療所 等

※ 二次保健医療圏ごとの具体的な医療機関名については、毎年度見直しを行い、県のホームページ等で公表。
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1230062477639.html>