

素案（修正前）

中間案（修正後）

岩手県循環器病対策推進計画（素案）

（令和 4 年度～令和 5 年度）

令和 年 月

岩手県保健福祉部

岩手県循環器病対策推進計画（中間案）

（令和 4 年度～令和 5 年度）

令和 年 月

岩手県保健福祉部

素案（修正前）	中間案（修正後）
目 次	目 次
第 1 章 計画に関する基本的事項	第 2 章 計画に関する基本的事項
1 策定の趣旨 1	1 策定の趣旨 1
2 計画の位置づけ 2	2 計画の位置づけ 2
3 計画の期間 2	3 計画の期間 2
第 2 章 本県の現状	第 2 章 本県の現状
1 循環器病の特徴 3	1 循環器病の特徴 3
2 県民の健康 3	2 県民の健康 3
3 循環器病の状況	3 循環器病の状況
（1）死亡の状況 11	（1）死亡の状況 13
（2）岩手県地域脳卒中登録事業の調査結果 14	（2）岩手県地域脳卒中登録事業の調査結果 16
（3）岩手県地域心疾患登録事業の調査結果 15	（3）岩手県地域心疾患登録事業の調査結果 18
第 3 章 基本方針 17	第 3 章 基本方針 21
第 4 章 全体目標 18	第 4 章 全体目標 22
第 5 章 分野別施策	第 5 章 分野別施策
1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発の推進	1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発の推進
（1）循環器病の 1 次予防 19	（1）循環器病の 1 次予防 23
（2）循環器病の 2 次予防 21	（2）循環器病の 2 次予防 26
2 保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実	2 保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実
（1）救急搬送体制の整備 25	（1）救急搬送体制の整備 30
（2）循環器病医療提供体制の整備 28	（2）循環器病医療提供体制の整備 34
（3）地域社会における循環器病患者の支援 40	（3）地域社会における循環器病患者の支援 45
（4）循環器病患者向けのリハビリテーションの充実 43	（4）循環器病患者向けのリハビリテーションの充実 49
（5）相談支援及び情報提供 48	（5）相談支援及び情報提供 53
（6）循環器病患者向けの緩和ケアの提供 49	（6）循環器病患者向けの緩和ケアの提供 54
（7）循環器病患者の治療と仕事の両立支援、就労支援の促進 50	（7）循環器病患者の治療と仕事の両立支援、就労支援の促進 55
（8）小児・若年者に対する循環器病対策 51	（8）小児・若年者に対する循環器病対策 57
第 6 章 計画の総合的かつ計画的な推進に必要な事項	第 6 章 計画の総合的かつ計画的な推進に必要な事項
1 計画の推進体制 54	1 計画の推進体制 59
2 新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策 54	2 新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策 61
3 計画の評価と見直し 54	3 計画の評価と見直し 61
	脳卒中对策 指標一覧（ロジックモデル） 62
	脳卒中对策 指標の定義・出典一覧 63
	心血管疾患対策 指標一覧（ロジックモデル） 65
	心血管疾患対策 指標の定義・出典一覧 66

素案（修正前）	中間案（修正後）
<div>第 1 章 計画に関する基本的事項</div> <div>1 策定の趣旨</div> <div><p>脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、本県はもとより、全国においても主要な死亡原因であるとともに、介護が必要となる主な原因のひとつとなっています。</p><p>循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血など）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞など）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄さく症、僧帽弁逆流症など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤りゅうなど）、末梢しょう血管疾患、肺血栓塞栓症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等、多くの疾患が含まれます。</p><p>令和元年度の人口動態統計によると、本県の死因別死亡率の順位では、第 1 位は悪性新生物（がん）（25.1％）、第 2 位が心疾患（16.3％）、第 3 位が脳血管疾患（10.9％）となっています。また、令和元（2019）年の国民生活基礎調査によると、全国における介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が16.1％、心疾患が4.5％であり、両項目を合わせると20.6％と最多となっています。</p><p>このように、循環器病は、県民の生命や健康、社会生活に重大な影響を及ぼす疾患となっています。</p><p>国では、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、健康寿命の延伸等を 図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下「基本法」という。）を令和元（2019）年12 月に施行しました。さらに、令和 2（2020）年10月には基本法第 9 条第 1 項の規定に基づき、令和 2（2020）年度から令和 4（2022）年度までの 3 年間を計画期間とする「循環器病対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）を策定し、「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」、「循環器病の研究推進」等の幅広い循環器病対策に総合的に取り組むことにより、健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指すこととしました。</p><p>県は、基本法第 11 条第 1 項の規定に基づき、国の基本計画を基本として、本県の循環器病を取り巻く実情に即した「岩手県循環器病対策推進計画」を策定し、関係機関との連携・協働により、循環器病対策を推進します。</p></div> <div>2 計画の位置づけ</div> <div><p>本計画は、基本法第 11 条第 1 項の規定による法定計画であり、国の基本計画を基本とし、関連する「岩手県保健医療計画」、「いわていきいきプラン」、「健康いわて 21 プラン」、「疾病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」との整合を図り、本県の循環器病対策の基本的な方向性を定めるものです。</p></div> <div>3 計画の期間</div> <div><p>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 年間です。</p></div>	<div>第 1 章 計画に関する基本的事項</div> <div>1 策定の趣旨</div> <div><p>脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、本県はもとより、全国においても主要な死亡原因であるとともに、介護が必要となる主な原因のひとつとなっています。</p><p>循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血など）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞など）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄さく症、僧帽弁逆流症など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤りゅうなど）、末梢しょう血管疾患、肺血栓塞栓症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等、多くの疾患が含まれます。</p><p>令和元（2019）年度の人口動態統計によると、本県の死因別死亡率の順位では、第 1 位は悪性新生物（がん）（25.1％）、第 2 位が心疾患（16.3％）、第 3 位が脳血管疾患（10.9％）となっています。また、令和元（2019）年の国民生活基礎調査によると、全国における介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が16.1％、心疾患が4.5％であり、両項目を合わせると20.6％と最多となっています。</p><p>このように、循環器病は、県民の生命や健康、社会生活に重大な影響を及ぼす疾患となっています。</p><p>国では、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、健康寿命の延伸等を 図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下「基本法」という。）を令和元（2019）年12 月に施行しました。さらに、令和 2（2020）年10月には基本法第 9 条第 1 項の規定に基づき、令和 2（2020）年度から令和 4（2022）年度までの 3 年間を計画期間とする「循環器病対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）を策定し、「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」、「循環器病の研究推進」等の幅広い循環器病対策に総合的に取り組むことにより、健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指すこととしました。</p><p>県は、基本法第 11 条第 1 項の規定に基づき、国の基本計画を基本として、本県の循環器病を取り巻く実情に即した「岩手県循環器病対策推進計画」を策定し、関係機関との連携・協働により、<u>脳卒中、急性心筋梗塞を含む虚血性心疾患、心不全、大動脈解離等の循環器病対策</u>を推進します。</p></div> <div>2 計画の位置づけ</div> <div><p>本計画は、基本法第 11 条第 1 項の規定による法定計画であり、国の基本計画を基本とし、関連する「岩手県保健医療計画」、「いわていきいきプラン」、「健康いわて 21 プラン」、「疾病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」との整合を図り、本県の循環器病対策の基本的な方向性を定めるものです。</p></div> <div>3 計画の期間</div> <div><p>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 年間です。</p></div>

素案（修正前）

中間案（修正後）

第 2 章 本県の現状

第 2 章 本県の現状

1 循環器病の特徴

1 循環器病の特徴

循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあります。他方で、乳幼児期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症するものでもあり、就労世代の患者数も一定程度存在することにも留意が必要です。このように幅広い年代の患者が存在することから、ライフステージにあった対策を考えていくことが求められます。

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

また、循環器病は、急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥り、突然死に至ることがあります。たとえ、死に至らなくとも、特に脳卒中においては重度の後遺症を残すこともあります。発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性があります。

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

2 県民の健康

循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあります。他方で、乳幼児期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症するものでもあり、就労世代の患者数も一定程度存在することにも留意が必要です。このように幅広い年代の患者が存在することから、ライフステージにあった対策を考えていくことが求められます。

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

また、循環器病は、急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥り、突然死に至ることがあります。たとえ、死に至らなくとも、特に脳卒中においては重度の後遺症を残すこともあります。発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性があります。

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

2 県民の健康

（1）人口構造・動態

ア 人口

- 令和 2 年岩手県人口移動報告年報によると、本県の令和 2 (2020) 年 10 月 1 日現在の年齢別人口は、年少人口（15 歳未満）が 132,811 人、生産年齢人口（15 歳から 64 歳）が 665,971 人、高齢者人口（65 歳以上）が 406,276 人となっており、前年と比較し、年少人口及び生産年齢人口が減少しています。
- これまでの人口の推移をみると、年少人口は昭和 30(1955) 年をピークに、生産年齢人口は昭和 60(1985) 年をピークに減少している一方、高齢者人口は増加傾向が続いており、総人口は、昭和 60(1985) 年の約 143 万人をピークに年々減少し、令和 2 (2020) 年には約 121 万人となっています（図表 2-1）。

（1）人口構造・動態

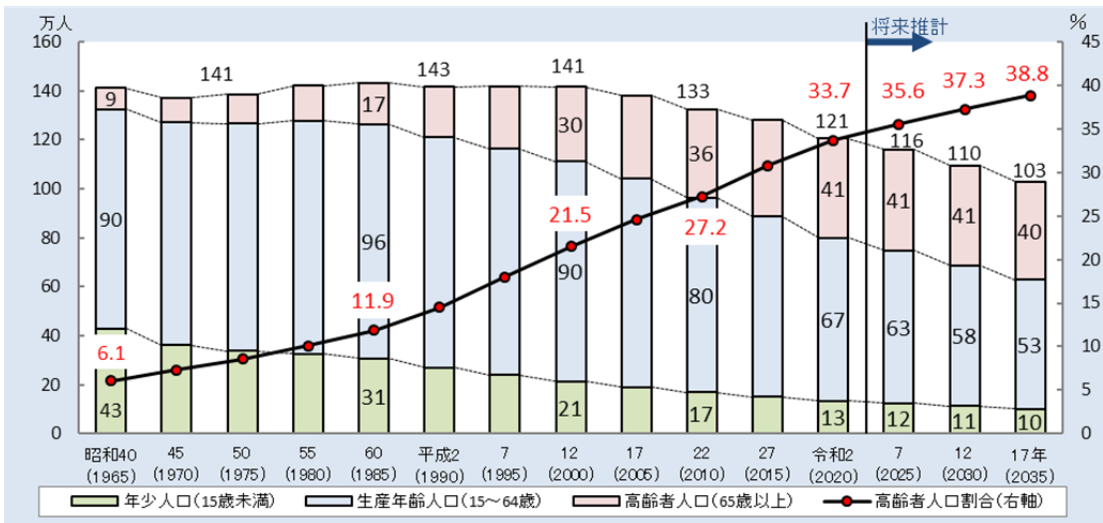
ア 人口

- 令和 2 年岩手県人口移動報告年報によると、本県の令和 2 (2020) 年 10 月 1 日現在の年齢別人口は、年少人口（15 歳未満）が 132,811 人、生産年齢人口（15 歳から 64 歳）が 665,971 人、高齢者人口（65 歳以上）が 406,276 人となっており、前年と比較し、年少人口及び生産年齢人口が減少しています。
- これまでの人口の推移をみると、年少人口は昭和 30(1955) 年をピークに、生産年齢人口は昭和 60(1985) 年をピークに減少している一方、高齢者人口は増加傾向が続いており、総人口は、昭和 60(1985) 年の約 143 万人をピークに年々減少し、令和 2 (2020) 年には約 121 万人となっています（図表 2-1）。

素案（修正前）

- 本県の高齢化率は、昭和 45(1970)年に 7 %を超えて高齢化社会となり、平成 2 (1990)年に 14%を超え高齢社会に、平成 12(2000)年には 21%を超えて超高齢社会が到来し、その後も年々上昇を続けており、令和 2 年(2020)は 33.7%となっています（図表 2-1）。
- 高齢化率を二次保健医療圏別にみると、盛岡が 29.6%で最も低く、二戸が 40.2%と最も高くなっており、その他の圏域は 30%を超えています。
- 将来人口推計では、少子高齢化の進展に伴い年々人口の減少が予測され、令和 17(2035)年には 103 万人となる見込みとなっています（図表 2-1）。
- 年齢区分別にみると、年少人口と生産年齢人口は将来においても減少することが予測されているのに対し、高齢者人口は令和 5 (2023)年に 41.8 万人となるまで増加し続けることが見込まれ、その後も高齢化率はさらに上昇し、令和 17(2035)年には 38.8%まで達するものと推計されています。

（図表 2-1）人口及び年齢構成の推移と将来推計（岩手県）



資料：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来人口推計」（平成 30(2018)年 3 月推計）、岩手県「岩手県人口移動報告年報」

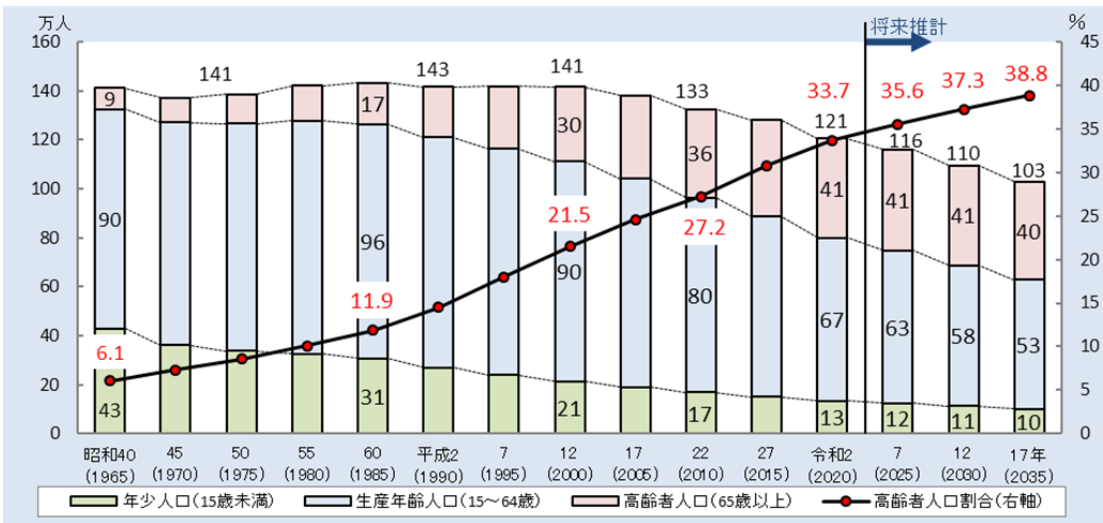
イ 世帯数

- 本県の一般世帯数は、平成 27(2015)年の 48.9 万世帯をピークに、その後は減少に転じ、令和 12 (2030)年には 46.3 万世帯となることが予測されています（図表 2-2）。
- 高齢世帯（世帯主の年齢が 65 歳以上の世帯）は、令和 12(2030)年には単独世帯が 7.0 万世帯、夫婦のみの世帯が 6.3 万世帯となり、一般世帯数の約 29%になるものと推計されています（図表 2-2）。

中間案（修正後）

- 本県の高齢化率¹ は、昭和 45(1970)年に 7 %を超えて高齢化社会となり、平成 2 (1990)年に 14%を超え高齢社会に、平成 12(2000)年には 21%を超えて超高齢社会が到来し、その後も年々上昇を続けており、令和 2 年(2020)は 33.7%となっています（図表 2-1）。
- 高齢化率を二次保健医療圏別にみると、盛岡が 29.6%で最も低く、二戸が 40.2%と最も高くなっており、その他の圏域は 30%を超えています。
- 将来人口推計では、少子高齢化の進展に伴い年々人口の減少が予測され、令和 17(2035)年には 103 万人となる見込みとなっています（図表 2-1）。
- 年齢区分別にみると、年少人口と生産年齢人口は将来においても減少することが予測されているのに対し、高齢者人口は令和 5 (2023)年に 41.8 万人となるまで増加し続けることが見込まれ、その後も高齢化率はさらに上昇し、令和 17(2035)年には 38.8%まで達するものと推計されています。

（図表 2-1）人口及び年齢構成の推移と将来推計（岩手県）



資料：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来人口推計」（平成 30(2018)年 3 月推計）、岩手県「岩手県人口移動報告年報」

イ 世帯数

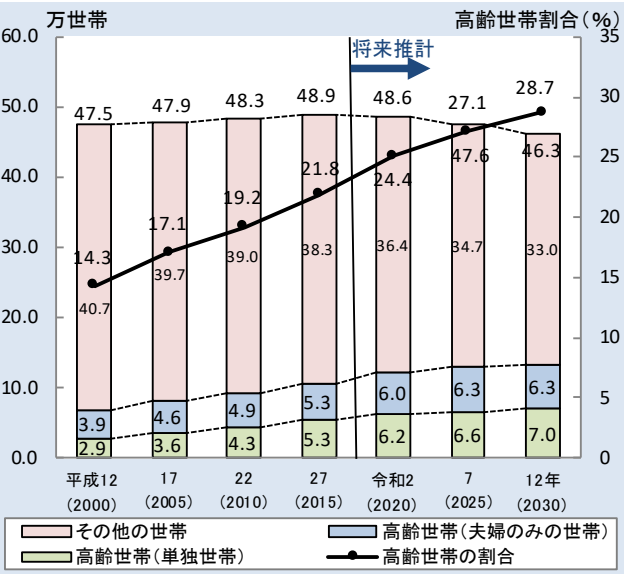
- 本県の一般世帯数は、平成 27(2015)年の 48.9 万世帯をピークに、その後は減少に転じ、令和 12 (2030)年には 46.3 万世帯となることが予測されています（図表 2-2）。
- 高齢世帯（世帯主の年齢が 65 歳以上の世帯）は、令和 12(2030)年には単独世帯が 7.0 万世帯、夫婦のみの世帯が 6.3 万世帯となり、一般世帯数の約 29%になるものと推計されています（図表 2-2）。

¹ 高齢化率：総人口に占める 65 歳以上人口の割合をいいます。

素案（修正前）

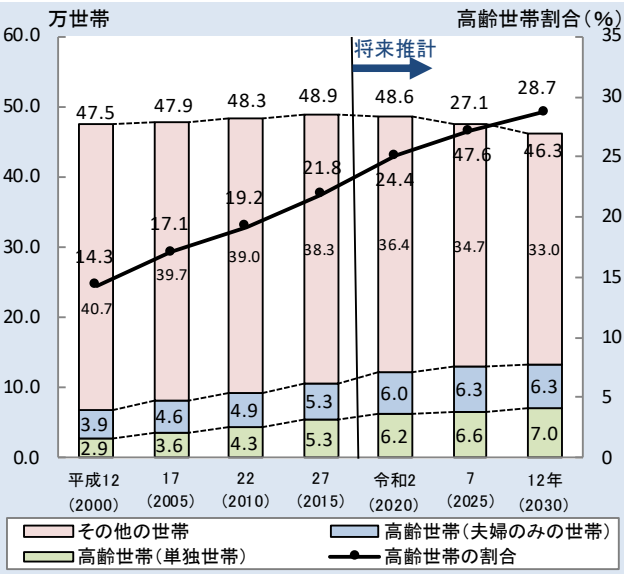
中間案（修正後）

（図表 2-2）世帯数の推移と将来推計（岩手県）



資料：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所
「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（平成 31 年（2019）4 月推計）

（図表 2-2）世帯数の推移と将来推計（岩手県）



資料：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所
「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（平成 31 年（2019）4 月推計）

（2）生活習慣の状況

ア 食習慣・運動習慣

- 生活習慣病予防のためには1日 350g 以上の野菜摂取が推奨されています。1日当たりの野菜平均摂取量は、平成 21(2009)年度までは徐々に増加していましたが、以降は減少に転じており、平成 28(2016)年度県民生活習慣実態調査（以下「県民実態調査」という。）では 300g を下回る状況となっています。（図表 2-3）。
- 血圧と密接に関連する1日当たりの平均食塩摂取量は、1日 8g 未満が推奨されていますが、徐々に減少しているものの、県民実態調査では 10g となっています（図表 2-3）。
- 生活習慣病のリスク低下のためには1日 8,000 歩以上の歩行数が推奨されていますが、20 歳から 64 歳までの1日平均歩数及び運動習慣割合は明らかな改善はみられない状況にあります（図表 2-4）。

（2）生活習慣の状況

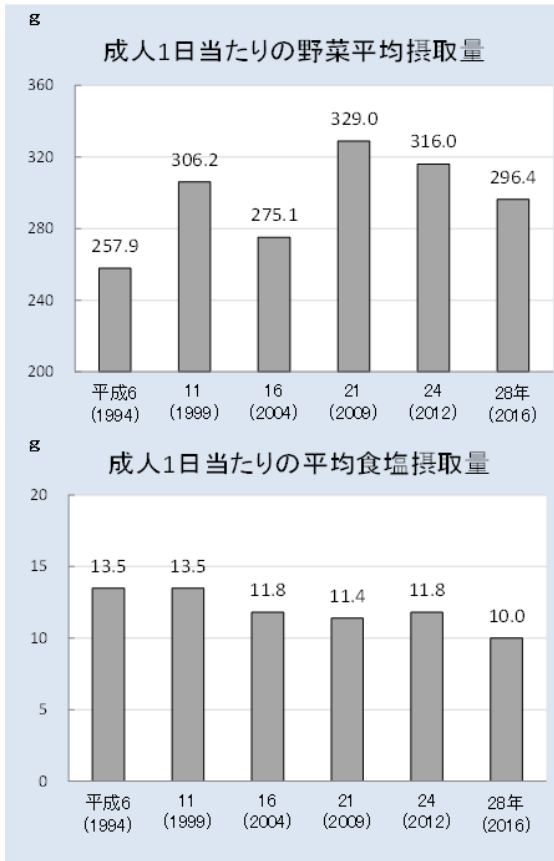
ア 食習慣・運動習慣

- 生活習慣病予防のためには1日 350g 以上の野菜摂取が推奨されています。1日当たりの野菜平均摂取量は、平成 21(2009)年度までは徐々に増加していましたが、以降は減少に転じており、平成 28(2016)年度県民生活習慣実態調査（以下「県民実態調査」という。）では 300g を下回る状況となっています。（図表 2-3）。
- 血圧と密接に関連する1日当たりの平均食塩摂取量は、1日 8g 未満が推奨されていますが、徐々に減少しているものの、県民実態調査では 10g となっています（図表 2-3）。
- 生活習慣病のリスク低下のためには1日 8,000 歩以上の歩行数が推奨されていますが、20 歳から 64 歳までの1日平均歩数及び運動習慣割合は明らかな改善はみられない状況にあります（図表 2-4）。

素案（修正前）

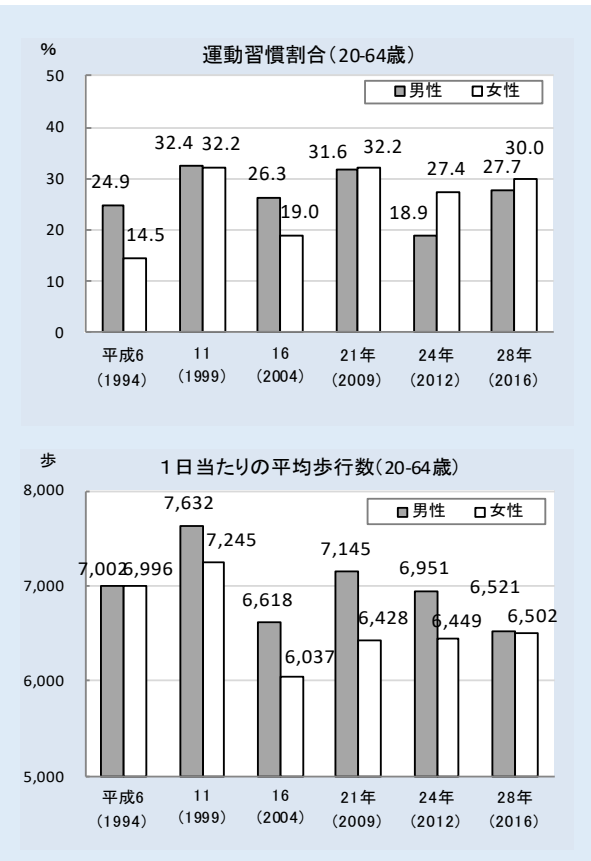
中間案（修正後）

（図表 2-3）食習慣の状況



資料：岩手県「県民生活習慣実態調査」

（図表 2-4）運動習慣の状況

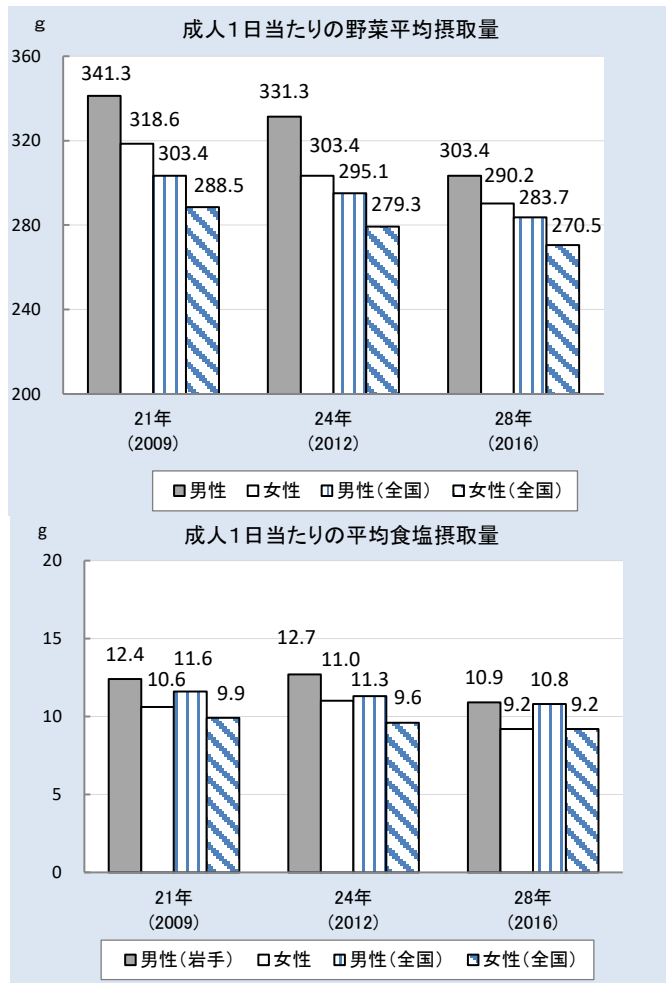


資料：岩手県「県民生活習慣実態調査」

イ 喫煙・飲酒

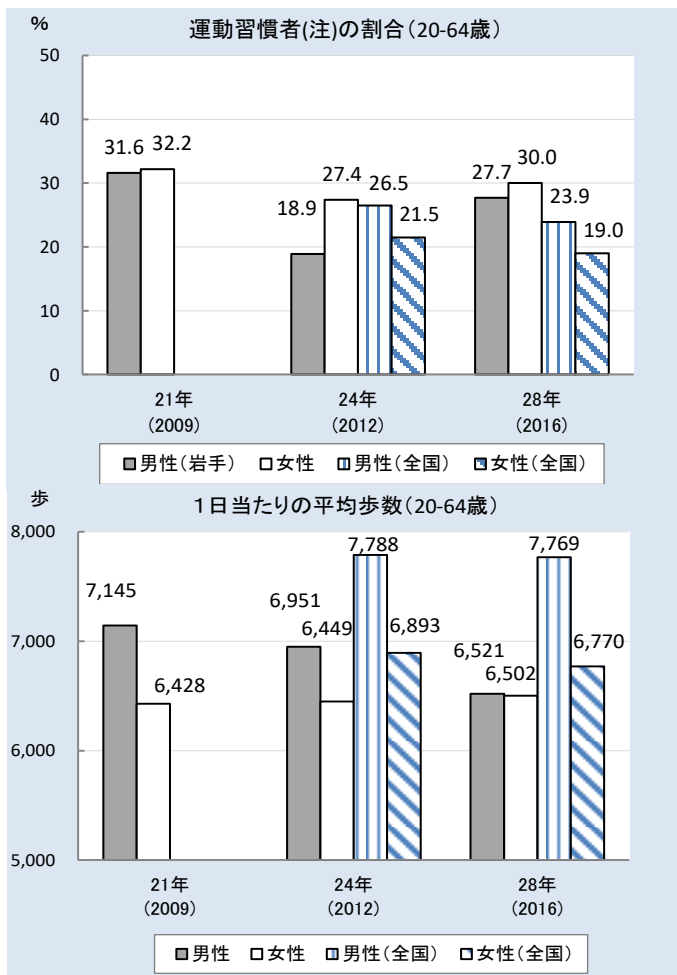
- 喫煙や一定の量以上の飲酒は、がん、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、虚血性心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病を引き起こす原因となっています。
- 本県の喫煙率は、男性は年々低下しており、県民実態調査では 27.0%となっています。一方、女性は、近年、ほぼ横ばいの状態となっていました、県民実態調査では 11.0%に増加しています（図表 2-5）。
- 本県の生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者の割合は、県民実態調査で成人男性が 17.5%、成人女性が 9.6%となっており、健康いわて 21 プラン（第2次）の基準年度（平成 24(2012)年度：男性 16.1%、女性 7.5%）よりも増加しています。
なお、未成年者の飲酒率は、県民実態調査で 0%となっています。

（図表 2-3）食習慣の状況



資料：岩手県「県民生活習慣実態調査」、全国「国民健康・栄養調査」

（図表 2-4）運動習慣の状況



資料：岩手県「県民生活習慣実態調査」、全国「国民健康・栄養調査」

イ 喫煙・飲酒

- 喫煙や一定の量以上の飲酒は、がん、慢性閉塞性肺疾患（COPD²）、虚血性心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病を引き起こす原因となっています。
- 本県の喫煙率は、男性は年々低下しており、県民実態調査では 27.0%となっています。一方、女性は、近年、ほぼ横ばいの状態となっていました、県民実態調査では 11.0%に増加しています（図表 2-5）。
- 本県の生活習慣病のリスクを高める量の飲酒³者の割合は、県民実態調査で成人男性が 17.5%、成人女性が 9.6%となっており、健康いわて 21 プラン（第2次）の基準年度（平成 24(2012)年度：男性 16.1%、女性 7.5%）よりも増加しています。
なお、未成年者の飲酒率は、県民実態調査で 0%となっています。

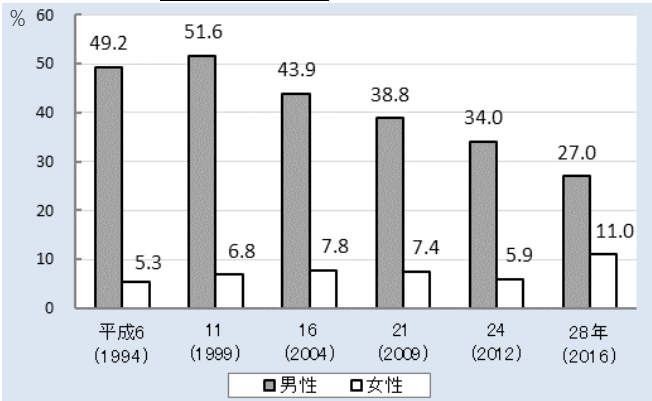
² 慢性閉塞性肺疾患（COPD）：Chronic Obstructive Pulmonary Disease。主として長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として徐々に呼吸障害が進行します。肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれます。

³ 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒：1日あたりの純アルコール摂取量が男性で 40g 以上、女性が 20g 以上。算出方法は、男性が「毎日×2 合以上」＋「週 5～6 日×2 合以上」＋「週 3～4 日×3 合以上」＋「週 1～2 日×5 合以上」＋「月 1～3 日×5 合以上」、女性が「毎日×1 合以上」＋「週 5～6 日×1 合以上」＋「週 3～4 日×1 合以上」＋「週 1～2 日×3 合以上」＋「月 1～3 日×5 合以上」

素案（修正前）

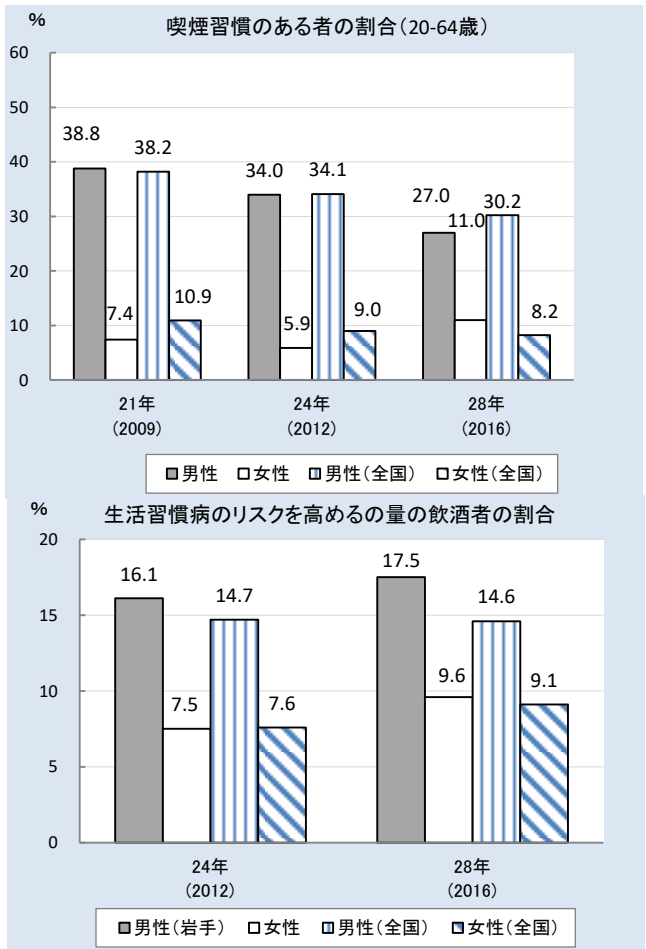
中間案（修正後）

（図表 2-5）成人の喫煙率



資料：岩手県「県民生活習慣実態調査」

（図表 2-5）喫煙・飲酒の状況



資料：岩手県「県民生活習慣実態調査」、全国「国民健康・栄養調査」

（3）生活習慣病等の状況（メタボリックシンドローム等生活習慣病と肥満の状況）

- 環境保健研究センターが運用する「いわて健康データウェアハウス」から抽出した平成 29(2017)年度の本県の特健康診査受診者の 40 歳から 74 歳（以下、「H29(2017)データウェアハウス」という。）のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は、男性 41.7%、女性 14.9%となっており、年齢階級別にみると、男性は 40 歳以降、ほぼ 40%前後で推移していますが、女性は、加齢とともにその割合が高くなっています（図表 2-6）。

（3）生活習慣病等の状況（メタボリックシンドローム等生活習慣病と肥満の状況）

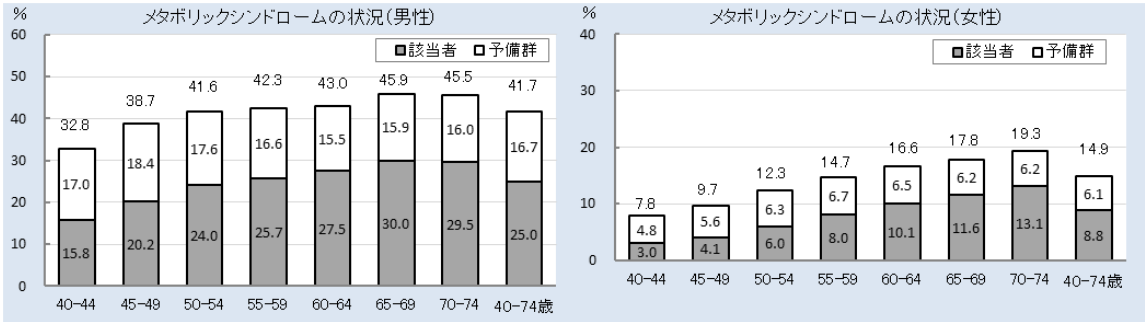
- 環境保健研究センターが運用する「いわて健康データウェアハウス」から抽出した平成 29(2017)年度の本県の特健康診査受診者の 40 歳から 74 歳（以下、「H29(2017)データウェアハウス」という。）のメタボリックシンドローム⁴の該当者及び予備群の割合は、男性 41.7%、女性 14.9%となっており、年齢階級別にみると、男性は 40 歳以降、ほぼ 40%前後で推移していますが、女性は、加齢とともにその割合が高くなっています（図表 2-6）。
- 平成 23 年度から岩手医科大学が行っている東日本大震災大規模コホート研究等によれば、高血圧、糖尿病等の有所見者が徐々に増加していることが明らかになっており、被災地を含め、県全体での生活習慣病予防対策の強化が必要です。

⁴ **メタボリックシンドローム**：2005 年に日本内科学会などの 8 つの医学系の学会が合同して診断基準を策定しました。ウエスト周囲径（おへその高さの腹囲）が男性 85cm、女性 90cm 以上で、かつ血圧・血糖・脂質の 3 つのうち 2 つ以上が基準値（収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上、空腹時血糖 100mg/dl 以上又は HbA1c5.6%以上、中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満）から外れると診断されます。メタボリックシンドロームの状態が長く続くと、心疾患や脳血管疾患等の重篤な疾病発症の危険度が高くなることから、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病対策が重要とされています。

素案（修正前）

中間案（修正後）

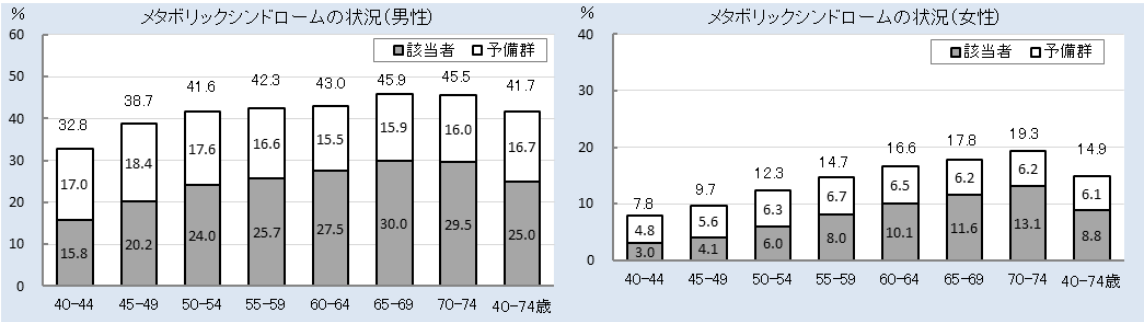
（図表 2-6）メタボリックシンドロームの状況



資料：岩手県「いわて健康データウェアハウス（平成 29(2017)年度）」

- 肥満とメタボリックシンドロームは密接な関連があります。H29(2017)データウェアハウスで肥満に分類された（BMI 25 以上）人の割合は、男性 37.3%、女性 25.8%となっており、男女とも近年ほぼ横ばいとなっています。
- H29(2017)データウェアハウスによるその他の調査結果は、次のとおりです。

（図表 2-6）メタボリックシンドロームの状況



資料：岩手県「いわて健康データウェアハウス⁵(平成 29(2017)年度)」

- 肥満とメタボリックシンドロームは密接な関連があります。H29(2017)データウェアハウスで肥満に分類された（BMI ⁶25 以上）人の割合は、男性 37.3%、女性 25.8%となっており、男女とも近年ほぼ横ばいとなっています。
- H29(2017)データウェアハウスによるその他の調査結果は、次のとおりです。

⁵ いわて健康データウェアハウス：本県における特定健康診査や生活習慣病に係る県民の健康データを集積・分析し、県民の健康課題を明らかにすることを目的としたデータシステムです。

⁶ BMI：Body Mass Index の略で、身長と体重から算出した肥満度を表す指数のことです。日本肥満学会の定めた基準では 18.5 未満が「低体重（やせ）」、18.5 以上 25 未満が「普通体重」、25 以上が「肥満」で、肥満はその度合いによってさらに「肥満 1」から「肥満 4」に分類されます。BMI が 22 になるときの体重が標準体重で、最も病気になりにくい状態であるとされています。

素案（修正前）

中間案（修正後）

（図表 2-7）個別のリスクの状況

区 分	男性	女性
血糖リスクがある者の割合	61.1%	56.6%
脂質リスクがある者の割合	42.0%	31.7%
血圧リスクがある者の割合	60.4%	47.7%

資料：岩手県「いわて健康データウェアハウス（平成 29(2017)年度）」

（図表 2-7）個別のリスクの状況

区 分	男性	女性
血糖リスクがある者 ⁷ の割合	61.1%	56.6%
脂質リスクがある者 ⁸ の割合	42.0%	31.7%
血圧リスクがある者 ⁹ の割合	60.4%	47.7%

資料：岩手県「いわて健康データウェアハウス（平成 29(2017)年度）」

（４）平均寿命・健康寿命・要介護認定者

ア 平均寿命

本県の平成 27（2015）年の平均寿命は男性 79.86 年、女性 86.44 年となっており、昭和 40（1965）年と比較して男女ともに 10 年以上伸びていますが、全国の男性 80.77 年、女性 87.01 年をいずれも下回り、平成 12（2000）年以降において、本県の平均寿命は全国との較差が拡大する傾向にあります（図表 2-8）。

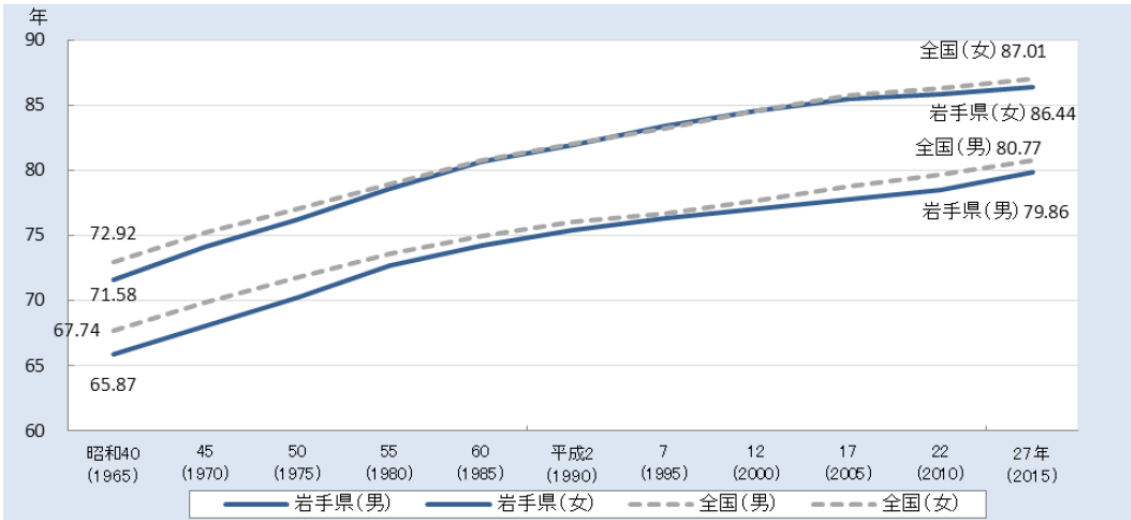
（４）平均寿命・健康寿命・要介護認定者

ア 平均寿命

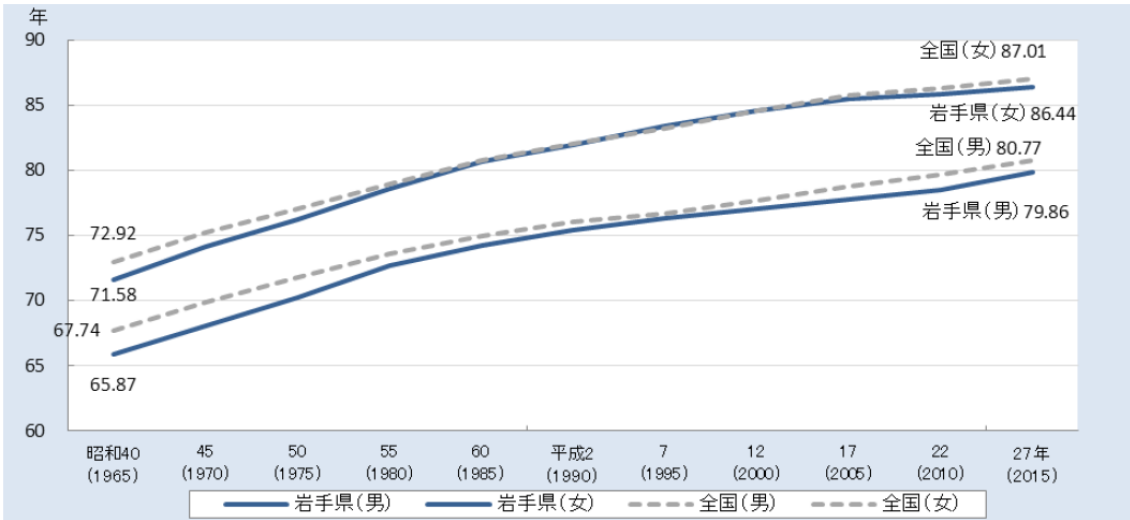
本県の平成 27（2015）年の平均寿命は男性 79.86 年、女性 86.44 年となっており、昭和 40（1965）年と比較して男女ともに 10 年以上伸びていますが、全国の男性 80.77 年、女性 87.01 年をいずれも下回り、平成 12（2000）年以降において、本県の平均寿命は全国との較差が拡大する傾向にあります（図表 2-8）。

※参考（県推計値）：平成 30 年（2018）年の本県の平均寿命 男性 80.28 女性 87.47

（図表 2-8）平均寿命の推移



資料：厚生労働省「都道府県別生命表」



資料：厚生労働省「都道府県別生命表」

イ 健康寿命

本県の平成 28（2016）年の健康寿命（健康上の問題で何らかの制限を受けず日常生活ができる期間）は、男性が 71.85 年（全国 72.14 年）、女性が 74.46 年（全国 74.79 年）といずれも全国を下回っています（図表 2-9）。

イ 健康寿命

本県の平成 28（2016）年の健康寿命（健康上の問題で何らかの制限を受けず日常生活ができる期間）は、男性が 71.85 年（全国 72.14 年）、女性が 74.46 年（全国 74.79 年）といずれも全国を下回っています（図表 2-9）。

⁷ 血糖リスクがある者：空腹時血糖 100 mg/dℓ以上、又は HbA1c5.6%(NGSP 値)以上、又は血糖を下げる薬を服用している者をいいます。

⁸ 脂質リスクがある者：中性脂肪が 150 mg/dℓ以上、又は HDL コレステロール 40 mg/dℓ未満、又はコレステロールを下げる薬を服用している者をいいます。

⁹ 血圧リスクがある者：収縮期血圧 130mmHg 以上、又は拡張期血圧 85mmHg 以上、又は血圧を下げる薬を服用している者をいいます。

素案（修正前）

中間案（修正後）

（図表 2-9）本県の健康寿命と全国（都道府県）の健康寿命（平成 28 年、男女別）

男性			女性		
順位	都道府県	健康寿命(年)	順位	都道府県	健康寿命(年)
1	山梨	73.21	1	愛知	76.32
2	埼玉	73.10	2	三重	76.30
3	愛知	73.06	3	山梨	76.22
4	岐阜	72.89	4	富山	75.77
5	石川	72.67	5	島根	75.74
6	静岡	72.63	6	栃木	75.73
7	山形	72.61	7	岐阜	75.65
8	富山	72.58	8	茨城	75.52
9	茨城	72.50	9	鹿児島	75.51
10	新潟	72.45	10	沖縄	75.46
10	福井	72.45	11	新潟	75.44
12	宮城	72.39	12	大分	75.38
13	千葉	72.37	13	静岡	75.37
13	香川	72.37	14	福井	75.26
15	鹿児島	72.31	15	群馬	75.20
16	神奈川	72.30	16	石川	75.18
16	滋賀	72.30	16	山口	75.18
18	山口	72.18	18	千葉	75.17
	全国	72.14	18	高知	75.17
19	栃木	72.12	20	青森	75.14
20	長野	72.11	21	岡山	75.09
21	兵庫	72.08	22	佐賀	75.07
22	群馬	72.07	23	山形	75.06
23	宮崎	72.05	24	福島	75.05
24	東京	72.00	25	宮崎	74.93
25	北海道	71.98	26	香川	74.83
25	沖縄	71.98		全国	74.79
27	広島	71.97	27	長野	74.72
28	岩手	71.85	28	長崎	74.71
28	京都	71.85	29	埼玉	74.67
30	長崎	71.83	30	福岡	74.66
31	三重	71.79	31	神奈川	74.63
32	島根	71.71	32	愛媛	74.59
33	鳥取	71.69	33	秋田	74.53
34	青森	71.64	34	岩手	74.46
35	佐賀	71.60	34	大阪	74.46
36	福島	71.54	36	宮城	74.43
36	岡山	71.54	37	和歌山	74.42
36	大分	71.54	38	東京	74.24
39	大阪	71.50	39	兵庫	74.23
40	福岡	71.49	40	鳥取	74.14
41	奈良	71.39	41	奈良	74.10
42	高知	71.37	42	滋賀	74.07
43	和歌山	71.36	43	徳島	74.04
44	徳島	71.34	44	京都	73.97
45	愛媛	71.33	45	北海道	73.77
46	秋田	71.21	46	広島	73.62

※熊本地震により熊本県が含まれていない。

資料：厚生労働省「第 11 回健康日本 21（第二次）推進専門委員会資料」

（図表 2-9）本県の健康寿命と全国（都道府県）の健康寿命（平成 28 年、男女別）

男性			女性		
順位	都道府県	健康寿命(年)	順位	都道府県	健康寿命(年)
1	山梨	73.21	1	愛知	76.32
2	埼玉	73.10	2	三重	76.30
3	愛知	73.06	3	山梨	76.22
4	岐阜	72.89	4	富山	75.77
5	石川	72.67	5	島根	75.74
6	静岡	72.63	6	栃木	75.73
7	山形	72.61	7	岐阜	75.65
8	富山	72.58	8	茨城	75.52
9	茨城	72.50	9	鹿児島	75.51
10	新潟	72.45	10	沖縄	75.46
10	福井	72.45	11	新潟	75.44
12	宮城	72.39	12	大分	75.38
13	千葉	72.37	13	静岡	75.37
13	香川	72.37	14	福井	75.26
15	鹿児島	72.31	15	群馬	75.20
16	神奈川	72.30	16	石川	75.18
16	滋賀	72.30	16	山口	75.18
18	山口	72.18	18	千葉	75.17
	全国	72.14	18	高知	75.17
19	栃木	72.12	20	青森	75.14
20	長野	72.11	21	岡山	75.09
21	兵庫	72.08	22	佐賀	75.07
22	群馬	72.07	23	山形	75.06
23	宮崎	72.05	24	福島	75.05
24	東京	72.00	25	宮崎	74.93
25	北海道	71.98	26	香川	74.83
25	沖縄	71.98		全国	74.79
27	広島	71.97	27	長野	74.72
28	岩手	71.85	28	長崎	74.71
28	京都	71.85	29	埼玉	74.67
30	長崎	71.83	30	福岡	74.66
31	三重	71.79	31	神奈川	74.63
32	島根	71.71	32	愛媛	74.59
33	鳥取	71.69	33	秋田	74.53
34	青森	71.64	34	岩手	74.46
35	佐賀	71.60	34	大阪	74.46
36	福島	71.54	36	宮城	74.43
36	岡山	71.54	37	和歌山	74.42
36	大分	71.54	38	東京	74.24
39	大阪	71.50	39	兵庫	74.23
40	福岡	71.49	40	鳥取	74.14
41	奈良	71.39	41	奈良	74.10
42	高知	71.37	42	滋賀	74.07
43	和歌山	71.36	43	徳島	74.04
44	徳島	71.34	44	京都	73.97
45	愛媛	71.33	45	北海道	73.77
46	秋田	71.21	46	広島	73.62

※熊本地震により熊本県が含まれていない。

資料：厚生労働省「第 11 回健康日本 21（第二次）推進専門委員会資料」

素案（修正前）

中間案（修正後）

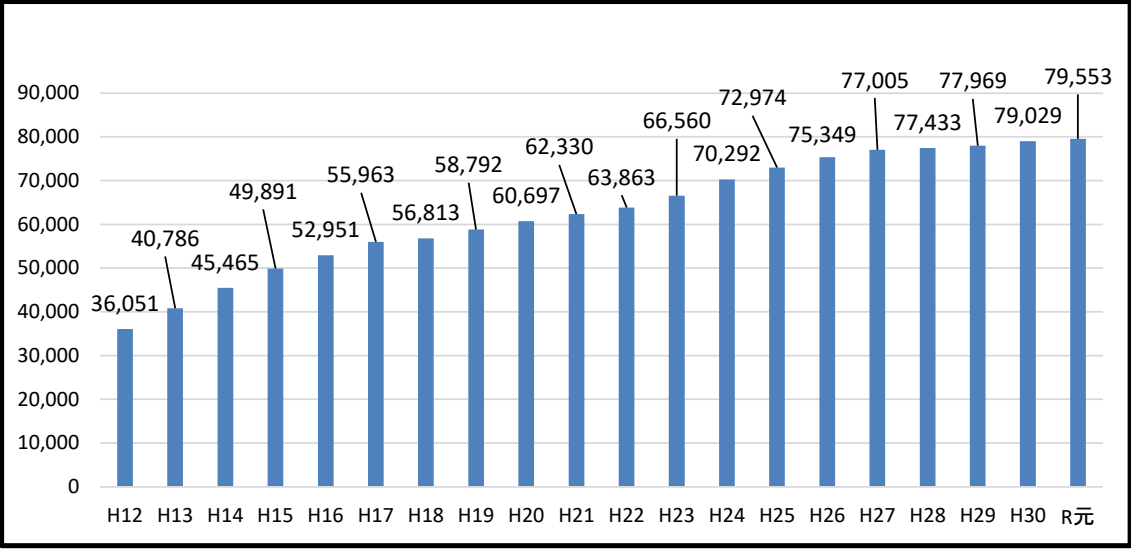
ウ 要介護認定者の状況

○ 本県の要介護（要支援）認定者数（第 1 号被保険者及び第 2 号被保険者）は、令和 2（2020）年 3 月末において79,553人であり、平成13（2001）年 3 月末と比較して43,502人の増（伸び率120.6%）となっています（図表2-10）。

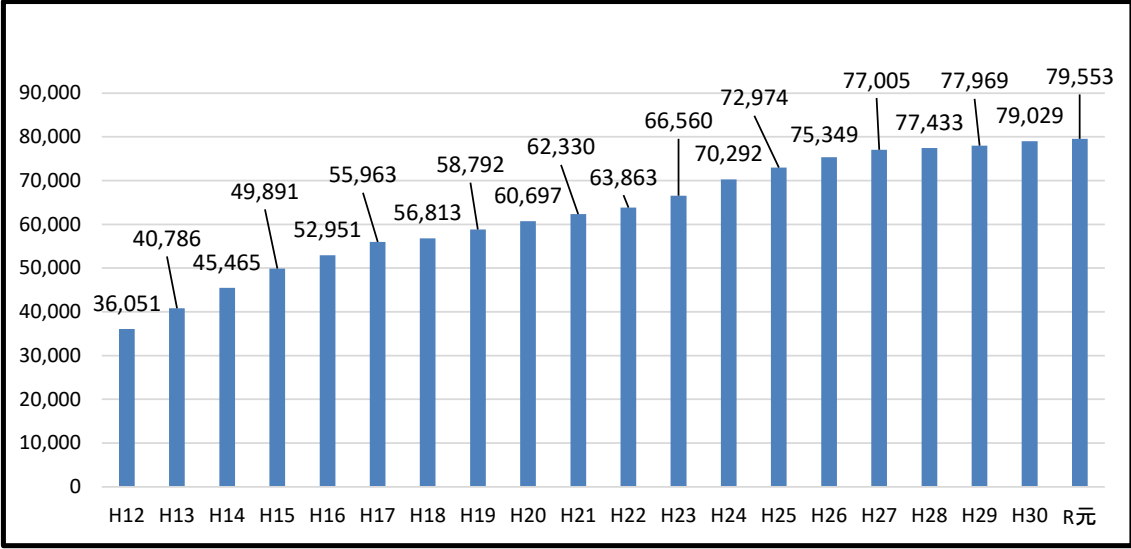
ウ 要介護認定者の状況

○ 本県の要介護（要支援）認定者数（第 1 号被保険者及び第 2 号被保険者）は、令和 2（2020）年 3 月末において79,553人であり、平成13（2001）年 3 月末と比較して43,502人の増（伸び率120.6%）となっています（図表2-10）。

（図表 2-10）本県の要介護認定者数推移（単位：人）



（図表 2-10）本県の要介護認定者数推移（単位：人）



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告 年報（各年度末現在）」

資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告 年報（各年度末現在）」

素案（修正前）

中間案（修正後）

3 循環器病の状況

3 循環器病の状況

（１）死亡の状況

（１）死亡の状況

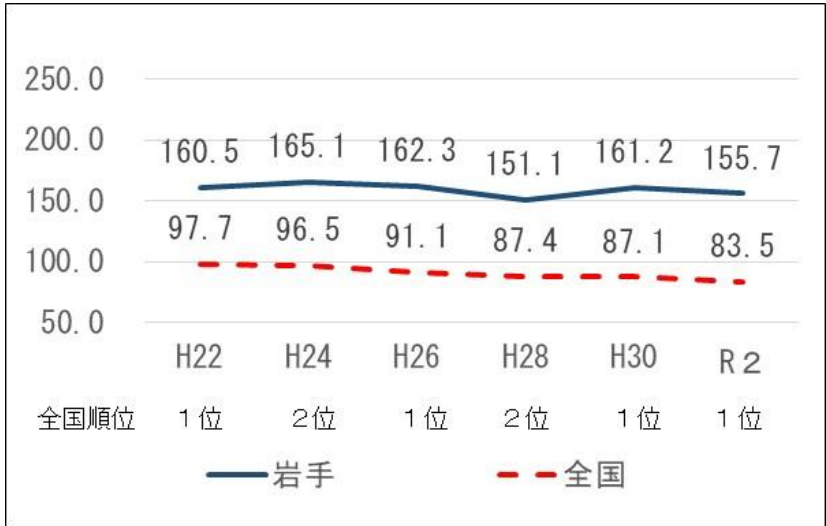
ア 脳血管疾患

ア 脳血管疾患

○ 本県における死亡者の主な死因のうち、脳血管疾患の死亡数は 1,876 人で、悪性新生物、心血管疾患（高血圧症を除く）に次いで、３番目に多く、人口 10 万人当たりの死亡率（粗死亡率）では、全国の 83.5 に対し 155.7 で全国ワースト 1 位となっています。（厚生労働省「令和 2（2020）年人口動態統計（概数）」）（図表 2-12）。

○ 本県における死亡者の主な死因のうち、脳血管疾患の死亡数は 1,876 人で、悪性新生物、心血管疾患（高血圧症を除く）に次いで、３番目に多く、人口 10 万人当たりの死亡率（粗死亡率）では、全国の 83.5 に対し 155.7 で全国ワースト 1 位となっています。（厚生労働省「令和 2（2020）年人口動態統計（概数）」）（図表 2-11）。

（図表 2-11）本県の脳血管疾患死亡率（人口 10 万人対）と全国順位



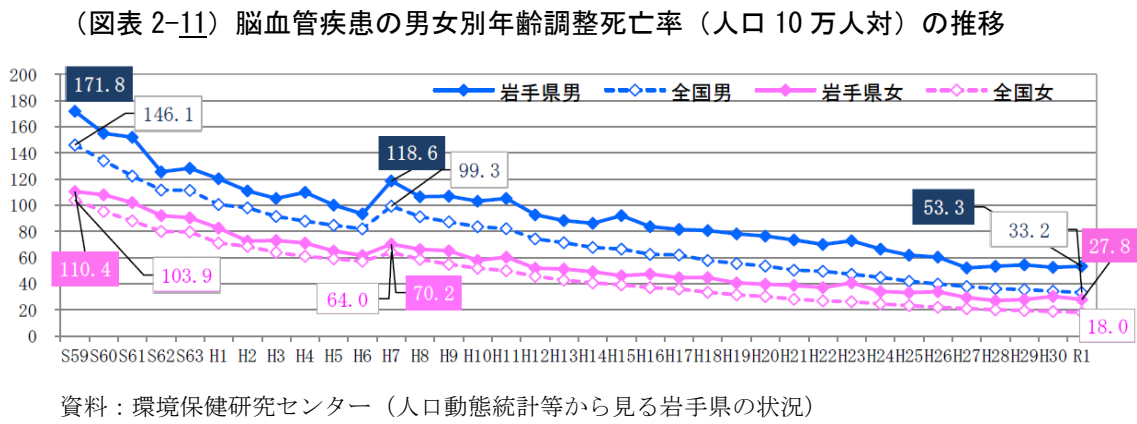
資料：人口動態統計（厚生労働省） 令和 2（2020）年（概数）

○ 令和元(2019)年の脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、男性 53.3、女性 27.8 となっており、全国（男性 33.2、女性 18.0）をいずれも上回っています。また、65 歳未満の若年者層では、男性 19.5、女性 8.1 となっており、全国（男性 10.4、女性 4.6）を大きく上回っています（人口動態統計等のデータをもとに環境保健研究センター算出）（図表 2-11）。

○ 令和元(2019)年の脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、男性 53.3、女性 27.8 となっており、全国（男性 33.2、女性 18.0）をいずれも上回っています。また、65 歳未満の若年者層では、男性 19.5、女性 8.1 となっており、全国（男性 10.4、女性 4.6）を大きく上回っています（人口動態統計等のデータをもとに環境保健研究センター算出）（図表 2-12）。

素案（修正前）

中間案（修正後）

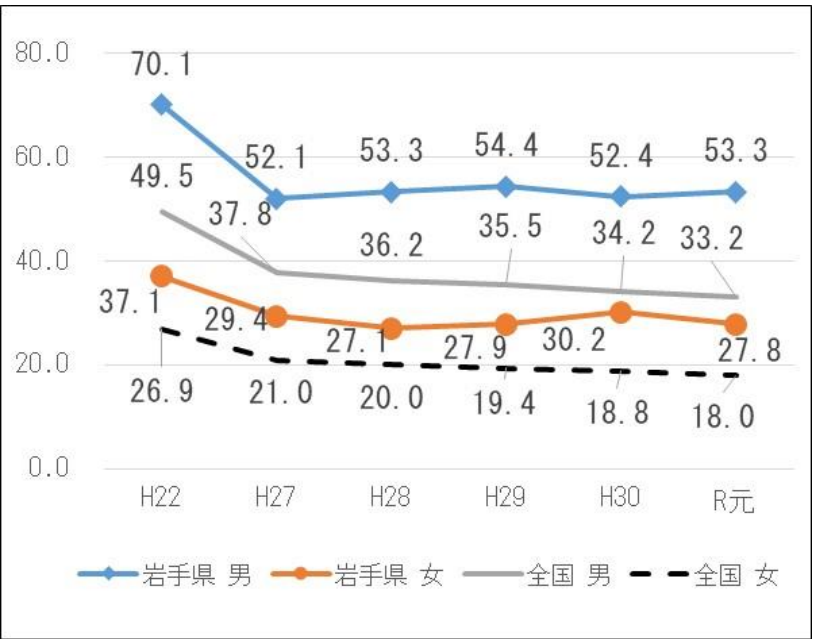


- 国の報告書「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について（平成 29(2017)年 7 月）」によると、脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等）に対しては、時間的な制約があり発症後早急に適切な治療を開始する必要があるほか、社会生活に復帰するまでに、身体機能の回復のためリハビリテーションが必要であり、比較的回復期に長期の入院が必要と言われています。
- また、疾患の再発等が生じやすく、回復期から維持期において再発予防の取組や、再発や増悪を繰り返す患者に対する適切な介入方法の検討が重要であると言われています。
- 令和 2 (2020) 年度学校保健統計調査によると、5 歳から 17 歳の肥満者の割合は、8 歳（小学校 3 年）を除いたすべての学年が全国で 10 番目以内の高い水準となっています。

イ 心血管疾患

- 本県における、令和 2 (2020) 年の死亡者の主な死因のうち、心血管疾患（高血圧症を除く）の死亡数は 2,731 人で、悪性新生物に次いで 2 番目に多く、人口 10 万人当たりの死亡率（粗死亡率）では全国の 166.7 に対し 226.6 で全国ワースト 5 位となっています（厚生労働省「令和 2 (2020) 年人口動態統計（概数）」）（図表 2-12）。

(図表 2-12) 脳血管疾患の男女別年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移



- 国の報告書「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について（平成 29(2017)年 7 月）」によると、脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等）に対しては、時間的な制約があり発症後早急に適切な治療を開始する必要があるほか、社会生活に復帰するまでに、身体機能の回復のためリハビリテーションが必要であり、比較的回復期に長期の入院が必要と言われています。
- また、疾患の再発等が生じやすく、回復期から維持期において再発予防の取組や、再発や増悪を繰り返す患者に対する適切な介入方法の検討が重要であると言われています。
- 令和 2 (2020) 年度学校保健統計調査によると、5 歳から 17 歳の肥満者の割合は、8 歳（小学校 3 年）を除いたすべての学年が全国で 10 番目以内の高い水準となっています。

イ 心血管疾患

- 本県における、令和 2 (2020) 年の死亡者の主な死因のうち、心血管疾患（高血圧症を除く）の死亡数は 2,731 人で、悪性新生物に次いで 2 番目に多く、人口 10 万人当たりの死亡率（粗死亡率）では全国の 166.7 に対し 226.6 で全国ワースト 5 位となっています（厚生労働省「令和 2 (2020) 年人口動態統計（概数）」）（図表 2-13）。

素案（修正前）

中間案（修正後）

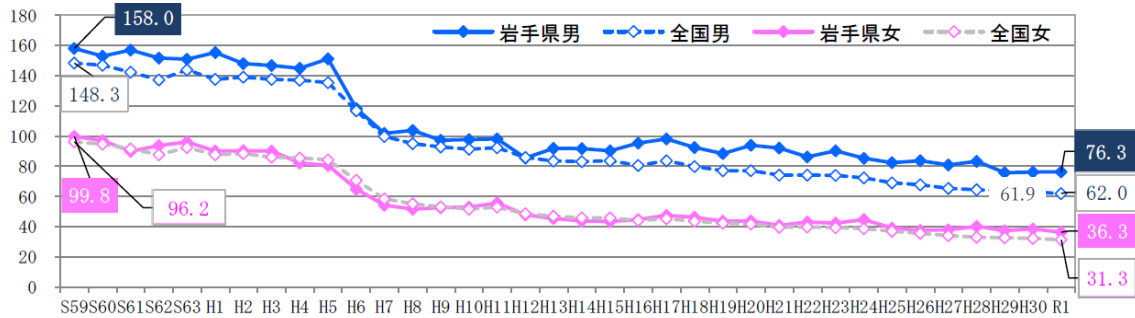
（図表 2-12）本県の死因別死亡率（人口 10 万人対）と全国順位

死 因		平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度	
悪性新生物（がん）		360.3	8 位	366.8	8 位	380.2	4 位
循環器病	心疾患	237.3	5 位	238.1	4 位	226.6	5 位
	脳血管疾患	161.2	1 位	159.1	2 位	155.7	1 位

資料：人口動態統計（厚生労働省） 令和 2（2020）年度（概数）

- 本県の令和元(2019)年の心疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、男性 76.3、女性 36.3 となっており、全国（男性 61.9、女性 31.3）をいずれも上回っています。また、65 歳未満の若年者層についても、男性 26.4、女性 7.2 となっており、全国（男性 19.1、女性 5.2）を上回っています（人口動態統計等のデータをもとに環境保健研究センター算出）（図表 2-13）。

（図表 2-13）心疾患の男女別年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移



資料：環境保健研究センター（人口動態統計等から見る岩手県の状況）

- 国の報告書「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について（平成 29(2017)年 7 月）」によると、心疾患（心不全、急性心筋梗塞、急性大動脈解離等）に対しては、

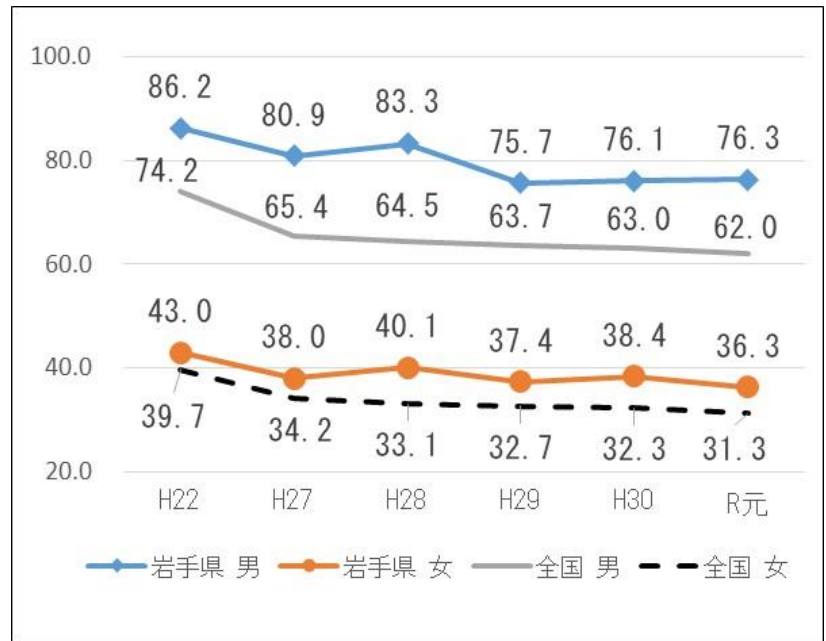
（図表 2-13）本県の心疾患死亡率（人口 10 万人対）と全国順位



資料：人口動態統計（厚生労働省） 令和 2（2020）年（概数）

- 本県の令和元(2019)年の心疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、男性 76.3、女性 36.3 となっており、全国（男性 61.9、女性 31.3）をいずれも上回っています。また、65 歳未満の若年者層についても、男性 26.4、女性 7.2 となっており、全国（男性 19.1、女性 5.2）を上回っています（人口動態統計等のデータをもとに環境保健研究センター算出）（図表 2-14）。

（図表 2-14）心疾患の男女別年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移



資料：環境保健研究センター（人口動態統計等から見る岩手県の状況）

- 国の報告書「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について（平成 29(2017)年 7 月）」によると、心疾患（心不全、急性心筋梗塞、急性大動脈解離等）に対しては、

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>時間的な制約があり発症後早急に適切な治療を開始する必要があるほか、社会生活に向けた回復期の管理は、状態が安定した後は外来において行われることが多いと言われています。</p> <p>また、疾患の再発等が生じやすく、回復期から維持期において再発予防の取組や、再発や増悪を繰り返す患者に対する適切な介入方法の検討が重要であると言われています。</p> <p>（２）岩手県地域脳卒中登録事業の調査結果</p> <p>県は岩手県医師会と連携し、平成 3（1991）年から脳卒中の発症と経過に関する情報を継続的に収集し、登録データを集計・分析するため「岩手県地域脳卒中登録事業」を実施しています。</p> <p>県内の医療機関の協力を得て昭和 55（1980）年度に初めて年間の脳卒中発症調査を行い、その後、平成 3（1991）年から現在まで 30 年にわたり継続しており、発症登録票回収数は、平成 3（1991）年の 1,621 例から平成 29（2017）年の 5,435 例まで増加しています。（※登録票回収数は医療機関からの提出時点でのものであり、発症時点で集計した各年の調査結果の数値とは異なります。）</p> <p>【平成 29（2017）年調査結果】</p> <p>○ 登録者数、発症率</p> <p>平成 29（2017）年の岩手県における脳卒中の登録患者は 4,695 人（平成 28（2016）年：4,653 人）、人口 10 万人対の粗発症率は 374（平成 28（2016）年：367）、人口 10 万人対の年齢調整発症率は 140（平成 28（2016）年：143）となっています。男女で比較すると人口 10 万人対の年齢調整発症率は男性 183（平成 28（2016）年：188）、女性 100（平成 28（2016）年：102）であり、女性に比べ男性の発症率減少が大きくなっています。</p> <p>また、過去数年間の傾向を見てみると、平成 24（2012）年から平成 29（2017）年までの人口 10 万人対の年齢調整発症率は、男性が 194 から 183、女性が 107 から 100 へと推移しており、男女ともに減少しています。</p> <p>なお、登録患者 4,695 人の脳卒中臨床診断別分類による主な内訳は、脳梗塞 3,277 人（69.8%）、脳出血 1,043（22.2%）、くも膜下出血 356 人（7.6%）でした。</p>	<p>時間的な制約があり発症後早急に適切な治療を開始する必要があるほか、社会生活に向けた回復期の管理は、状態が安定した後は外来において行われることが多いと言われています。</p> <p>また、疾患の再発等が生じやすく、回復期から維持期において再発予防の取組や、再発や増悪を繰り返す患者に対する適切な介入方法の検討が重要であると言われています。</p> <p>（２）岩手県地域脳卒中登録事業の調査結果</p> <p>県は岩手県医師会と連携し、平成 3（1991）年から脳卒中の発症と経過に関する情報を継続的に収集し、登録データを集計・分析するため「岩手県地域脳卒中登録事業」を実施しています。</p> <p>県内の医療機関の協力を得て昭和 55（1980）年度に初めて年間の脳卒中発症調査を行い、その後、平成 3（1991）年から現在まで 30 年にわたり継続しており、発症登録票回収数は、平成 3（1991）年の 1,621 例から平成 29（2017）年の 5,435 例まで増加しています。（※登録票回収数は医療機関からの提出時点でのものであり、発症時点で集計した各年の調査結果の数値とは異なります。）</p> <p>【平成 29（2017）年調査結果】</p> <p>○ 登録者数、発症率</p> <p>平成 29（2017）年の岩手県における脳卒中の登録患者は 4,695 人（平成 28（2016）年：4,653 人）、人口 10 万人対の粗発症率は 374（平成 28（2016）年：367）、人口 10 万人対の年齢調整発症率は 140（平成 28（2016）年：143）となっています。男女で比較すると人口 10 万人対の年齢調整発症率は男性 183（平成 28（2016）年：188）、女性 100（平成 28（2016）年：102）であり、女性に比べ男性の発症率減少が大きくなっています。</p> <p>また、過去数年間の傾向を見てみると、平成 24（2012）年から平成 29（2017）年までの人口 10 万人対の年齢調整発症率は、男性が 194 から 183、女性が 107 から 100 へと推移しており、男女ともに減少しています。</p> <p>なお、登録患者 4,695 人の脳卒中臨床診断別分類による主な内訳は、脳梗塞 3,277 人（69.8%）、脳出血 1,043（22.2%）、くも膜下出血 356 人（7.6%）でした。</p>

素案（修正前）

中間案（修正後）

○ 発症年齢

登録患者 4,695 人のうち、40～64 歳は 17.5%、65 歳以上では 81.8%となっています。男性では 40 歳以降に、女性では 65 歳以降に発症の増加が始まり、脳血管梗塞の発症開始年齢には性差が認められます。

登録患者数が多い脳梗塞について年齢階級別における全体に占める割合を見ると、40～64 歳のうち 51.1%、65～79 歳のうち 69.2%、80 歳以上のうち 77.8%と年齢とともに増加しています。

○ 発症時期

発症月別では、季節性は特にみられませんでした。発症時間では脳梗塞は午前 6 時～8 時、脳出血は朝と夕方に 2 つのピークがあります。くも膜下出血は特にピークは見られませんでした。

○ 転帰

退院理由や治療結果等で見ると、全体では死亡が 13.5%（633 人）、高度障害（比較的高度障害を含む）が 37.3%になります。臨床診断別では、脳梗塞では死亡 9.1%で高度障害（比較的高度障害を含む）36.6%、脳出血では死亡 21.7%で高度障害（比較的高度障害を含む）43.8%、くも膜下出血は死亡 30.6%で高度障害（比較的高度障害を含む）25.9%でした。

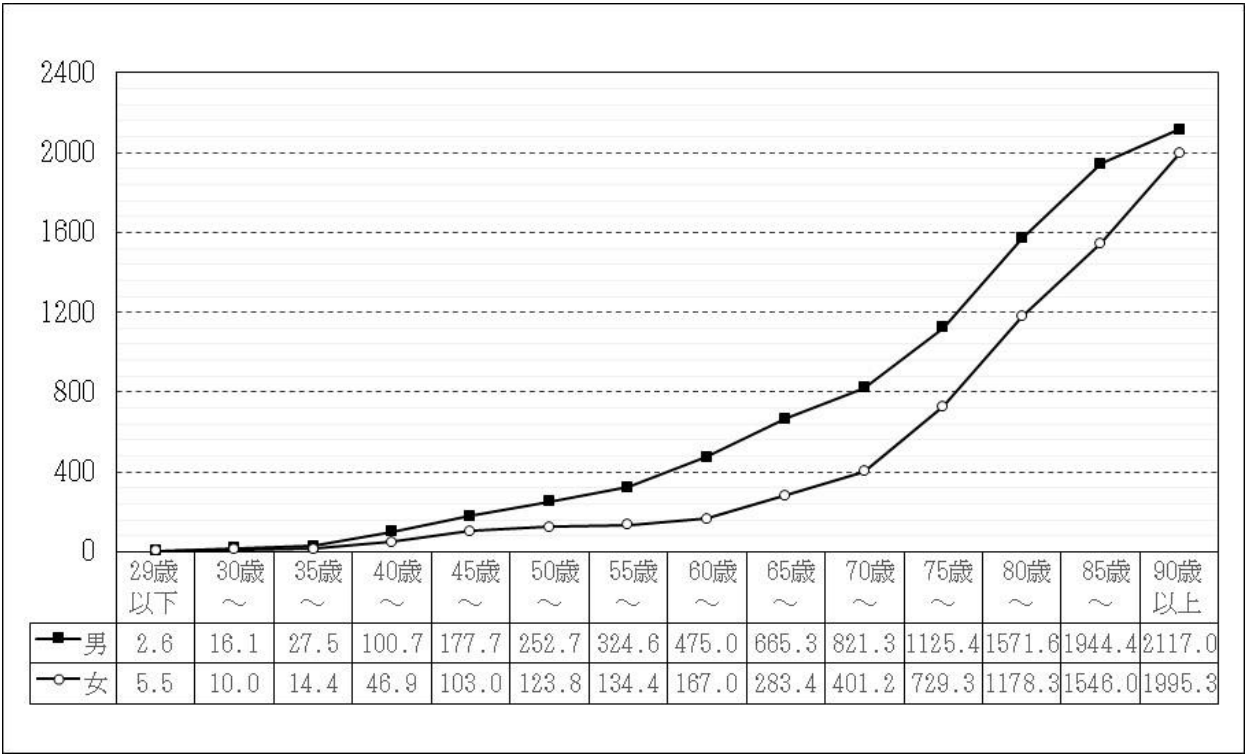
全登録患者のうち手術治療をうけた登録患者は 8.5%で、転帰の内訳は死亡 10.5%、高度障害 18.5%、比較的高度障害 22.9%、中程度障害 9.7%、軽度の障害 12.7%でした。

○ 発症年齢

登録患者 4,695 人のうち、40～64 歳は 17.5%、65 歳以上では 81.8%となっています。男性では 40 歳以降に、女性では 65 歳以降に発症の増加が始まり、脳血管梗塞の発症開始年齢には性差が認められます。

登録患者数が多い脳梗塞について年齢階級別における全体に占める割合を見ると、40～64 歳のうち 51.1%、65～79 歳のうち 69.2%、80 歳以上のうち 77.8%と年齢とともに増加しています。

（図表 2-15）脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）年齢階級別発症率（人口 10 万人対）



資料：2017（平成 29）年 岩手県地域脳卒中登録事業報告書

○ 発症時期

発症月別では、季節性は特にみられませんでした。発症時間では脳梗塞は午前 6 時～8 時、脳出血は朝と夕方に 2 つのピークがあります。くも膜下出血は特にピークは見られませんでした。

○ 転帰¹⁰

退院理由や治療結果等で見ると、全体では死亡が 13.5%（633 人）、高度障害（比較的高度障害を含む）が 37.3%になります。臨床診断別では、脳梗塞では死亡 9.1%で高度障害（比較的高度障害を含む）36.6%、脳出血では死亡 21.7%で高度障害（比較的高度障害を含む）43.8%、くも膜下出血は死亡 30.6%で高度障害（比較的高度障害を含む）25.9%でした。

全登録患者のうち手術治療をうけた登録患者は 8.5%で、転帰の内訳は死亡 10.5%、高度障害 18.5%、比較的高度障害 22.9%、中程度障害 9.7%、軽度の障害 12.7%でした。

¹⁰ 転帰：治療の経過、結果及びその見通しのことで、「治癒」「死亡」「(治療の)中止」の 3 つに大別されます。

素案（修正前）

（３）岩手県地域心疾患登録事業の調査結果

県では岩手県医師会と連携し、平成 28(2016)年から、急性心筋梗塞の発症及び経過に関する情報を収集する「岩手県地域心疾患登録事業」を実施しています。

【平成 29（2017）年調査結果】

○ 登録者数、発症率

平成 29（2017）年の岩手県における心筋梗塞の登録患者は 785 人（平成 28（2016）年：687 人）、人口 10 万人対の粗発症率は 62.6（平成 28（2016）年：54.2）、人口 10 万人対の年齢調整発症率は 31.1（平成 28（2016）年：27.2）で、いずれの指標も前年と比較して増加しました。男女で比較すると人口 10 万人対の年齢調整発症率は男性 53.5（平成 28（2016）年：46.8）、女性 9.9（平成 28（2016）年：8.9）であり、男性の発症率増加が目立ちます。

○ 発症年齢

全体では経年的に増加し、男性では 40 歳以降に、女性では 55 歳以降に発症の増加が始まり、心筋梗塞の発症開始年齢には明らかな性差が認められます。

○ 発症時期

男女とも発症率は 7～9 月の夏季期間は他の時期により少なく、6 月が前後の月（5 月と 7 月）に比べ多いという結果となりました。一日の時間帯では朝方 8 時、夜 8 時に 2 つのピークがあります。

○ 受診形態、外来搬送時の状況

救急車で搬送受診の割合は全体で 69％であり、前年（67％）とほぼ同様の結果でした。心電図伝送システムの活用例は 47 人（6％）で前年の 13 人（2％）より大幅に増加しました。院内発症数は

中間案（修正後）

（３）岩手県地域心疾患登録事業の調査結果

県では岩手県医師会と連携し、平成 28(2016)年から、急性心筋梗塞の発症及び経過に関する情報を収集する「岩手県地域心疾患登録事業」を実施しています。

【平成 29（2017）年調査結果】

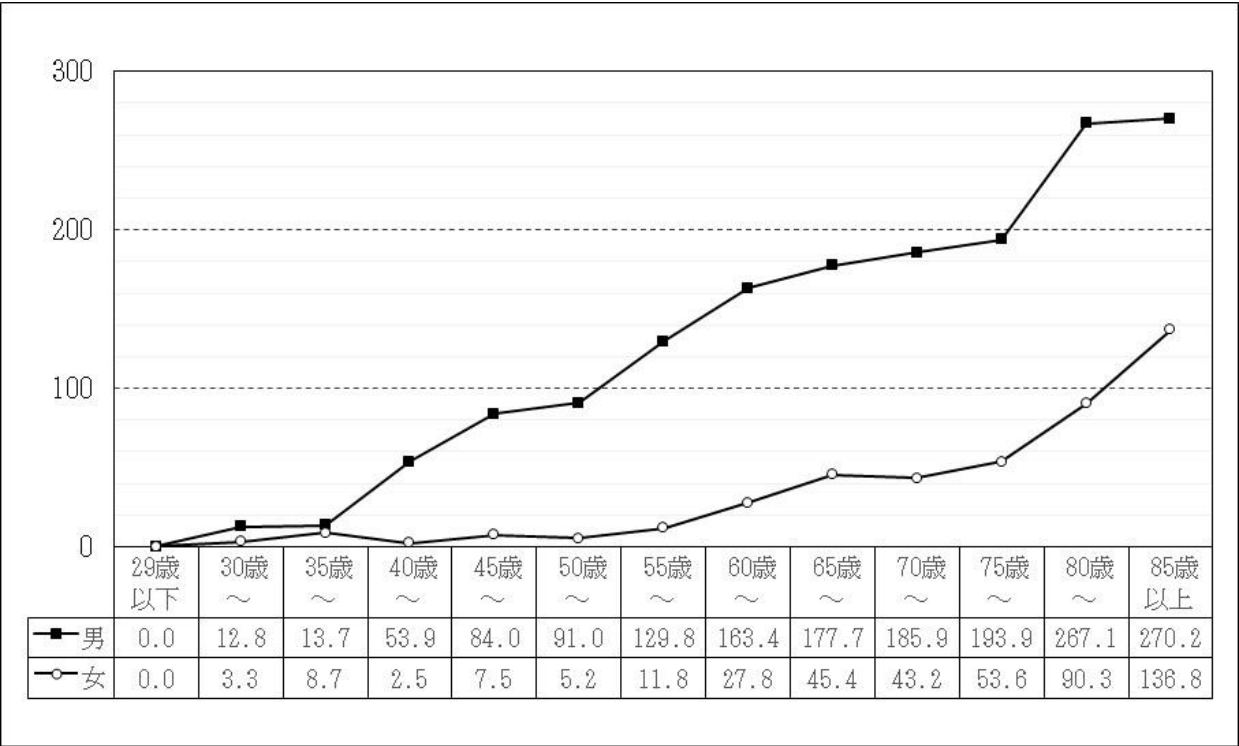
○ 登録者数、発症率

平成 29（2017）年の岩手県における心筋梗塞の登録患者は 785 人（平成 28（2016）年：687 人）、人口 10 万人対の粗発症率は 62.6（平成 28（2016）年：54.2）、人口 10 万人対の年齢調整発症率は 31.1（平成 28（2016）年：27.2）で、いずれの指標も前年と比較して増加しました。男女で比較すると人口 10 万人対の年齢調整発症率は男性 53.5（平成 28（2016）年：46.8）、女性 9.9（平成 28（2016）年：8.9）であり、男性の発症率増加が目立ちます。

○ 発症年齢

全体では経年的に増加し、男性では 40 歳以降に、女性では 55 歳以降に発症の増加が始まり、心筋梗塞の発症開始年齢には明らかな性差が認められます。

（図表 2-16）心疾患（急性心筋梗塞） 年齢階級別発症率（人口 10 万人対）



資料：2017（平成 29）年 岩手県地域心疾患登録事業報告書

○ 発症時期

男女とも発症率は 7～9 月の夏季期間は他の時期により少なく、6 月が前後の月（5 月と 7 月）に比べ多いという結果となりました。一日の時間帯では朝方 8 時、夜 8 時に 2 つのピークがあります。

○ 受診形態、外来搬送時の状況

救急車で搬送受診の割合は全体で 69％であり、前年（67％）とほぼ同様の結果でした。心電図伝送システムの活用例は 47 人（6％）で前年の 13 人（2％）より大幅に増加しました。院内発症数は

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>15 人（２％）で前年 16 人（２％）とほぼ同様の結果とでした。</p> <p>○ 既往歴、危険因子</p> <p>心筋梗塞の既往を持つ患者数は 9％（前年 9％）、P C I の既往を有する患者数は 9％（前年 10％）、狭心症の既往は 13％（前年 14％）でほぼ同様の結果でした。30 日以内に狭心症発作を認めた患者数は 8％でした。脳卒中の既往は 12％（前年 13％）で、うち脳梗塞が 91％と大半を占めました。</p> <p>危険因子を有する割合は、脂質異常症 48％（前年 51％）、糖尿病 35％（前年 34％）、高血圧 69％（前年 68％）、現在喫煙 32％（前年 33％）、家族歴 15％（前年 14％）となり、高血圧の割合が特に高い状況です。</p> <p>○ 検査、治療</p> <p>造影検査の施行例は 86％（前年 89％）、何らかの再灌流治療の施行例は 77％（前年 81％）で、いずれも前年より低い結果となりました。</p> <p>○ 転帰</p> <p>治療結果や退院理由等を見ると、30 日以内の死亡率は全体で 14％（前年 10％）と依然として高い結果となりました。男性の死亡率が 11％であったのに対し女性は 22％と 2 倍となりました。死因の内訳では、心不全死が 69％前年（59％）より増加しており、男性での死亡率の増加が大きく影響していました（今回 70％、前回 53％）。女性においては、ほとんど変化がありませんでした（今回 66％、前回 67％）。</p>	<p>15 人（２％）で前年 16 人（２％）とほぼ同様の結果とでした。</p> <p>○ 既往歴、危険因子</p> <p>心筋梗塞の既往を持つ患者数は 9％（前年 9％）、P C I ¹¹の既往を有する患者数は 9％（前年 10％）、狭心症の既往は 13％（前年 14％）でほぼ同様の結果でした。30 日以内に狭心症発作を認めた患者数は 8％でした。脳卒中の既往は 12％（前年 13％）で、うち脳梗塞が 91％と大半を占めました。</p> <p>危険因子を有する割合は、脂質異常症 48％（前年 51％）、糖尿病 35％（前年 34％）、高血圧 69％（前年 68％）、現在喫煙 32％（前年 33％）、家族歴 15％（前年 14％）となり、高血圧の割合が特に高い状況です。</p> <p>○ 検査、治療</p> <p>造影検査の施行例は 86％（前年 89％）、何らかの再灌流治療の施行例は 77％（前年 81％）で、いずれも前年より低い結果となりました。</p> <p>○ 転帰</p> <p>治療結果や退院理由等を見ると、30 日以内の死亡率は全体で 14％（前年 10％）と依然として高い結果となりました。男性の死亡率が 11％であったのに対し女性は 22％と 2 倍となりました。死因の内訳では、心不全死が 69％前年（59％）より増加しており、男性での死亡率の増加が大きく影響していました（今回 70％、前回 53％）。女性においては、ほとんど変化がありませんでした（今回 66％、前回 67％）。</p>

¹¹ P C I ：percutaneous-coronary-intervention の略で、経皮的冠状動脈インターベンションと呼ばれ、狭窄した心臓の冠動脈を拡張し、血流の増加を図る治療法。

素案（修正前）

中間案（修正後）

第 3 章 基本方針

第 3 章 基本方針

国の基本計画と本県の実情を踏まえて次の施策を展開し、「健康寿命の延伸」、「循環器病の年齢調整死亡率の低減」を目指します。

国の基本計画と本県の実情を踏まえて次の施策を展開し、「健康寿命の延伸」、「循環器病の年齢調整死亡率の低減」を目指します。

1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発の推進

1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発の推進

回復期及び慢性期にも再発や増悪を来しやすいといった循環器病の疾患上の特徴を踏まえ、循環器病の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策を推進します。

回復期及び慢性期にも再発や増悪を来しやすいといった循環器病の疾患上の特徴を踏まえ、循環器病の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策を推進します。

循環器病の予防には、生活習慣等に対する県民の意識と行動の変容が必要であることから、県民に対し、循環器病とその多様な後遺症に関する情報提供を行うとともに、発症後早期の対応やその必要性に関する知識の普及啓発を行うことで、効果的な循環器病対策を進めます。

循環器病の予防には、生活習慣等に対する県民の意識と行動の変容が必要であることから、県民に対し、循環器病とその多様な後遺症に関する情報提供を行うとともに、発症後早期の対応やその必要性に関する知識の普及啓発を行うことで、効果的な循環器病対策を進めます。

2 循環器病患者への保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

2 循環器病患者への保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

急性期には発症後早期に適切な診療を開始する必要があるという循環器病の特徴を踏まえ、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を進めていきます。

急性期には発症後早期に適切な診療を開始する必要があるという循環器病の特徴を踏まえ、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を進めていきます。

循環器病による死亡者の減少を図るとともに、循環器病の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ように、循環器病の予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続した保健医療サービスが提供されるような体制の充実を進めていきます。

循環器病による死亡者の減少を図るとともに、循環器病の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ように、循環器病の予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続した保健医療サービスが提供されるような体制の充実を進めていきます。

素案（修正前）

第 4 章 全体目標

循環器病の予防や正しい知識の普及啓発の推進、保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実を図ることにより、(1)健康寿命の延伸、(2)循環器病の年齢調整死亡率の低減を目指します。

1 健康寿命の延伸

項 目		現状値	目標値(R 5)
健康寿命の延伸	男性	㉔1. 52	
	女性	㉔1. 74	
(参考) 健康寿命	男性	㉔71. 85	—
	女性	㉔74. 46	
(参考) 平均寿命	男性	㉗79. 86	
	女性	㉗86. 44	

【目標設定の考え方】 健康寿命 1 年当たり延伸分が、平均寿命 1 年当たりの延伸分を上回る増加		
【基準値】		
項 目		基準値
健康寿命	男性	㉒69. 43
	女性	㉒73. 25
平均寿命	男性	㉒78. 53
	女性	㉒85. 86

出典：厚生労働省（都道府県別生命表、厚生労働科学研究）

2 循環器病の年齢調整死亡率の低減

項 目		現状値	目標値(R 5)
脳血管疾患の年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	男性	㉗51. 8	
	女性	㉗29. 3	
心疾患の年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	男性	㉗80. 5	
	女性	㉗37. 9	

【目標設定の考え方】 全国との格差の縮小		
-------------------------	--	--

出典：厚生労働省（人口動態統計特殊報告）

中間案（修正後）

第 4 章 全体目標

循環器病の予防や正しい知識の普及啓発の推進、保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実を図ることにより、(1)健康寿命の延伸、(2)循環器病の年齢調整死亡率の低減を目指します。

1 健康寿命の延伸

項 目		現状値	目標値(R 5)
健康寿命の延伸	男性	㉔1. 52 ※	
	女性	㉔1. 74 ※	
(参考) 健康寿命 （年）	男性	㉔71. 85 [72. 14]	—
	女性	㉔74. 46 [74. 79]	
(参考) 平均寿命 （年）	男性	㉗79. 86 [80. 77]	
	女性	㉗86. 44 [87. 01]	

【目標設定の考え方】 健康寿命 1 年当たり延伸分が、平均寿命 1 年当たりの延伸分を上回る増加 ※（健康寿命（㉔－㉒）／6 年）÷（平均寿命（㉗－㉒）／5 年）		
【基準値】		
項 目		基準値
健康寿命 （年）	男性	㉒69. 43
	女性	㉒73. 25
平均寿命 （年）	男性	㉒78. 53
	女性	㉒85. 86

出典：厚生労働省（都道府県別生命表、厚生労働科学研究）

2 循環器病の年齢調整死亡率の低減

項 目		現状値		目標値(R 5)
			全国順位	
脳血管疾患の年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	男性	㉗51. 8 [37. 8]	3 位	
	女性	㉗29. 3 [21. 0]	1 位	
心疾患の年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	男性	㉗80. 5 [65. 4]	2 位	
	女性	㉗37. 9 [34. 2]	10 位	

【目標設定の考え方】 全国との格差の縮小		
-------------------------	--	--

出典：厚生労働省（人口動態統計特殊報告）※ 5 年ごとに地域別比較ができる数値公表

注 ○囲みの数値は年度を、〔 〕は全国値を表しているもの

素案（修正前）	中間案（修正後）
<div>第 5 章 分野別施策</div> <div>1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発</div> <div><div>（1）循環器病の 1 次予防</div><div>ア 脳卒中の予防</div><div>【現 状】</div><div>○ 本県においては、「健康いわて 21 プラン（第 2 次）」において、脳卒中予防を大きな柱の一つとしており、平成 26(2014)年 7 月 28 日には「岩手県脳卒中予防県民会議」を設立し、令和 2 (2020)年度末で 596 の団体、企業等の参画を得て官民一体となった取組を進めています。</div><div>○ 脳卒中の最大の危険因子である高血圧と密接な関連がある減塩については、保健所を拠点として、地域における減塩リーダーの養成、企業や学校等と連携したヘルシーメニューの推進、街頭キャンペーン、外食料理栄養成分表示等を進めています。</div><div>○ 脳卒中の危険因子である喫煙については、保健所を拠点として、世界禁煙デーを捉えた講演会やキャンペーンを行うほか、企業訪問による禁煙希望者への取組支援や受動喫煙防止対策の徹底等を進めています。</div><div>○ 学校においては、学習指導要領を踏まえ、児童生徒の発達段階を考慮して、生活習慣病などの<u>要因と予防、喫煙・飲酒・薬物乱用が心身に与える影響など</u>についての教育を行っています。</div><div>【課 題】</div><div>○ 「岩手県脳卒中予防県民会議」では、より多くの団体、企業等の参画を得ることで、脳卒中予防の機運や取組を県全域に広げていくとともに、会員の自主的な取組を促進する必要があります。</div><div>○ 最大の危険因子である高血圧の予防については、家庭での血圧測定の推奨とともに、地域の特性に応じた減塩や野菜・果物摂取量の増加、日常における歩行数の増加など運動習慣の定着、禁煙の推進・受動喫煙防止対策の徹底、一定の量以上の飲酒の抑制などの一層の推進が重要です。</div><div>○ 学校においては、生活習慣病や薬物乱用などの健康に関する課題を防止するため、児童生徒が健康について正しい知識に基づき、自ら考え判断する力を身に付ける必要があります。</div><div>【取り組むべき施策】</div><div>○ 「岩手県脳卒中予防県民会議」の会員数を拡大し、官民一体となった取組を推進するとともに、会員の自主的な取組を促進します。</div><div>○ 「健康いわて 21 プラン（第 2 次）」に基づき、脳卒中予防のための生活習慣に係る知識の普及や情報を</div></div>	<div>第 5 章 分野別施策</div> <div>1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発</div> <div><div>（1）循環器病の 1 次予防</div><div>ア 脳卒中の予防</div><div>【現 状】</div><div>○ 本県においては、「健康いわて 21 プラン（第 2 次）」において、脳卒中予防を大きな柱の一つとしており、平成 26(2014)年 7 月 28 日には「岩手県脳卒中予防県民会議」を設立し、<u>脳卒中予防講演会等</u>を内容とする県民大会の開催を始め、本会議に参画する関係機関・団体及び企業等による食生活や運動等の生活習慣改善、広報及び啓発活動など、令和 2 (2020)年度末で 596 の団体、企業等の参画を得て官民一体となった取組を進めています。</div><div>○ 脳卒中の最大の危険因子である高血圧と密接な関連がある減塩については、保健所を拠点として、地域における減塩リーダーの養成、企業や学校等と連携したヘルシーメニューの推進、街頭キャンペーン、外食料理栄養成分表示等を進めています。</div><div>○ 脳卒中の危険因子である喫煙については、保健所を拠点として、世界禁煙デーを捉えた講演会やキャンペーンを行うほか、企業訪問による禁煙希望者への取組支援や受動喫煙防止対策の徹底等を進めています。</div><div>○ 学校においては、学習指導要領を踏まえ、児童生徒の発達段階を考慮して、生活習慣病などの<u>予防には、適切な運動、食事、休養及び睡眠の調和のとれた生活の実践や疾病の早期発見が必要であること</u>について教育を行っています。</div><div>【課 題】</div><div>○ 「岩手県脳卒中予防県民会議」では、より多くの団体、企業等の参画を得ることで、脳卒中予防の機運や取組を県全域に広げていくとともに、会員の自主的な取組を促進する必要があります。</div><div>○ 最大の危険因子である高血圧の予防については、家庭での血圧測定の推奨とともに、地域の特性に応じた減塩や野菜・果物摂取量の増加、日常における歩行数の増加など運動習慣の定着、禁煙の推進・受動喫煙防止対策の徹底、一定の量以上の飲酒の抑制などの一層の推進が重要です。</div><div>○ 学校においては、生活習慣病や薬物乱用などの健康に関する課題を防止するため、<u>家庭、地域と効果的に連携し</u>、児童生徒が健康について正しい知識に基づき、自ら考え判断する力を身に付ける必要があります。</div><div>【取り組むべき施策】</div><div>○ 「岩手県脳卒中予防県民会議」の会員数を拡大し、官民一体となった取組を推進するとともに、会員の自主的な取組を促進します。</div><div>○ 「健康いわて 21 プラン（第 2 次）」に基づき、脳卒中予防のための生活習慣に係る知識の普及や情報を</div></div>

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>提供していくとともに、生活習慣改善の行動変容を支援する情報提供や環境整備を進めます。</p> <p>○ 地域における血圧の適正化に向けた取組を進めるため、市町村、医師会及び関係機関と連携した家庭での血圧測定の推奨を図るとともに、減塩等については食に関わる企業、飲食店、ボランティア等との連携による一層の取組を進めます。</p> <p>○ 働き盛り世代の脳血管疾患等の死亡率が高いことから、企業等が行う健康経営の認証制度や表彰の実施などインセンティブとなる取組の強化を進めます。</p> <p>○ 市町村、医療保険者、栄養・健康づくり団体等と連携し、改善策を検討しながら、効果的な啓発活動、減塩や運動等に係る生活習慣改善指導、健康相談などにより、県民自らの健康管理能力の向上を推進します。</p> <p>○ 令和 2（2020）年 4 月の改正健康増進法の全面施行を踏まえ、市町村と連携した受動喫煙防止対策リーフレット等による普及啓発や、各保健所による事業所の施設管理者等に対する説明会等の受動喫煙防止対策の徹底を図るとともに、禁煙希望者の禁煙に向けた支援を継続します。</p> <p>○ 学校においては、家庭・地域関係機関と連携し、運動習慣・望ましい食習慣・基本的な生活習慣の形成を一体的に捉え、学校全体での取組を推進します。</p> <p>また、生涯にわたって、健康な生活を送るために必要な力を育成するため、喫煙・飲酒を含めた薬物乱用等、健康に関する問題を防止するための講習会等、健康の保持増進への理解を深める取組を実施します。</p> <p>イ 心血管疾患の予防</p> <p>【現 状】</p> <p>○ 本県においては、「健康いわて 21 プラン（第 2 次）」において、心血管疾患の危険因子である喫煙、肥満、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の予防に関する取組を進めています。</p> <p>○ 特に、適切なエネルギー摂取と栄養バランスの取れた食事等については、保健所を拠点として、特定給食施設等への適切な栄養管理指導、指導者研修会、企業や学校等への出前講座、外食料理の栄養成分表示等を進めています。</p> <p>○ 喫煙については、保健所を拠点として、世界禁煙デーを捉えた講演会やキャンペーンを行うほか、企業訪問による禁煙希望者への取組支援や受動喫煙防止対策の徹底等を進めています。</p> <p>○ 学校においては、学習指導要領を踏まえ、児童生徒の発達段階を考慮して、生活習慣病などの<u>要因と予防、喫煙、飲酒、薬物乱用が心身に与える影響など</u>についての教育を行っています。</p> <p>【課 題】</p> <p>○ 地域の特性に応じた心血管疾患予防のための食生活の改善、日常における歩行数の増加など運動習慣の定着、禁煙・受動喫煙防止環境の整備、メンタルヘルス等の一層の推進が重要です。</p> <p>○ 学校においては、生活習慣病や薬物乱用などの健康に関する課題を防止するため、児童生徒が健康について正しい知識に基づき、自ら考え判断する力を身に付ける必要があります。</p>	<p>提供していくとともに、生活習慣改善の行動変容を支援する情報提供や環境整備を進めます。</p> <p>○ 地域における血圧の適正化に向けた取組を進めるため、市町村、医師会及び関係機関と連携した家庭での血圧測定の推奨を図るとともに、減塩等については食に関わる企業、飲食店、ボランティア等との連携による一層の取組を進めます。</p> <p>○ 働き盛り世代の脳血管疾患等の死亡率が高いことから、企業等が行う健康経営の認証制度や表彰の実施などインセンティブとなる取組の強化を進めます。</p> <p>○ 市町村、医療保険者、栄養・健康づくり団体等と連携し、改善策を検討しながら、効果的な啓発活動、減塩や運動等に係る生活習慣改善指導、健康相談などにより、県民自らの健康管理能力の向上を推進します。</p> <p>○ 令和 2（2020）年 4 月の改正健康増進法の全面施行を踏まえ、市町村と連携した受動喫煙防止対策リーフレット等による普及啓発や、各保健所による事業所の施設管理者等に対する説明会等の受動喫煙防止対策の徹底を図るとともに、禁煙希望者の禁煙に向けた支援を継続します。</p> <p>○ 学校においては、家庭・地域関係機関と連携し、運動習慣・望ましい食習慣・基本的な生活習慣の形成を一体的に捉え、学校全体での取組を推進します。</p> <p>また、生涯にわたって、健康な生活を送るために必要な力を育成するため、喫煙・飲酒を含めた薬物乱用等、健康に関する問題を防止するための講習会等、健康の保持増進への理解を深める取組を実施します。</p> <p>イ 心血管疾患の予防</p> <p>【現 状】</p> <p>○ 本県においては、「健康いわて 21 プラン（第 2 次）」において、心血管疾患の危険因子である喫煙、肥満、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の予防に関する取組を進めています。</p> <p>○ 特に、適切なエネルギー摂取と栄養バランスの取れた食事等については、保健所を拠点として、特定給食施設等への適切な栄養管理指導、指導者研修会、企業や学校等への出前講座、外食料理の栄養成分表示等を進めています。</p> <p>○ 喫煙については、保健所を拠点として、世界禁煙デーを捉えた講演会やキャンペーンを行うほか、企業訪問による禁煙希望者への取組支援や受動喫煙防止対策の徹底等を進めています。</p> <p>○ 学校においては、学習指導要領を踏まえ、児童生徒の発達段階を考慮して、生活習慣病などの<u>予防には、適切な運動、食事、休養及び睡眠の調和のとれた生活の実践や疾病の早期発見が必要であること</u>について教育を行っています。</p> <p>【課 題】</p> <p>○ 地域の特性に応じた心血管疾患予防のための食生活の改善、日常における歩行数の増加など運動習慣の定着、禁煙・受動喫煙防止環境の整備、メンタルヘルス等の一層の推進が重要です。</p> <p>○ 学校においては、生活習慣病や薬物乱用などの健康に関する課題を防止するため、<u>家庭、地域と効果的に連携し、児童生徒が健康について正しい知識に基づき、自ら考え判断する力を身に付ける必要</u>があります。</p>

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>【取り組むべき施策】</p> <p>○ 「健康いわて 21 プラン（第 2 次）」に基づき、心血管疾患予防のための生活習慣に係る知識の普及を進めるとともに、生活習慣改善を支援する環境整備を進めます。</p> <p>○ 市町村、医療保険者、栄養・健康づくり団体等と連携し、改善策を検討しながら、効果的な啓発活動、減塩や運動等に係る生活習慣改善指導、健康相談などにより、県民自らの健康管理能力の向上を推進します。（再掲）</p> <p>○ 令和 2（2020）年 4 月の改正健康増進法の全面施行を踏まえ、市町村と連携した受動喫煙防止対策リーフレット等による普及啓発や、各保健所による事業所の施設管理者等に対する説明会等の受動喫煙防止対策の徹底を図るとともに、禁煙希望者の禁煙に向けた支援を継続します。（再掲）</p> <p>○ 学校においては、家庭・地域関係機関と連携し、運動習慣・望ましい食習慣・基本的な生活習慣の形成を一体的に捉え、学校全体での取組を推進します。</p> <p>また、生涯にわたって、健康な生活を送るために必要な力を育成するため、喫煙・飲酒を含めた薬物乱用等、健康に関する問題を防止するための講習会等、健康の保持増進への理解を深める取組を実施します。</p> <p>（2）循環器病の 2 次予防</p> <p>ア 脳卒中の予防</p> <p>【現 状】</p> <p>○ 各医療保険者が実施している特定健康診査及び特定保健指導は、脳卒中の危険因子を早期に発見し改善を促すための有効な手段です。本県における特定健康診査の受診率は 57.3％、特定保健指導の実施率は 21.8％となっています。（厚生労働省：令和元（2019）年度都道府県別特定健康診査受診率、特定保健指導実施率）</p> <p>○ 本県の健康診断・健康調査の受診率は 69.3％であり、全国の 66.2％より 3.1 ポイント高くなっています。</p> <p>一方、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率は 243.1 人であり、全国の 262.2 人に比べ低くなっています。</p> <p>○ 学校保健安全法に基づき、毎学年定期的に、児童生徒の健康診断を行っており、身長に対する体重について肥満度を用いて評価しています。</p> <p>○ 本県の高度肥満傾向児出現率は、全国平均と比べて高い状況です（図表 5-1）。</p>	<p>【取り組むべき施策】</p> <p>○ 「健康いわて 21 プラン（第 2 次）」に基づき、心血管疾患予防のための生活習慣に係る知識の普及を進めるとともに、生活習慣改善を支援する環境整備を進めます。</p> <p>○ 市町村、医療保険者、栄養・健康づくり団体等と連携し、改善策を検討しながら、効果的な啓発活動、減塩や運動等に係る生活習慣改善指導、健康相談などにより、県民自らの健康管理能力の向上を推進します。（再掲）</p> <p>○ 令和 2（2020）年 4 月の改正健康増進法の全面施行を踏まえ、市町村と連携した受動喫煙防止対策リーフレット等による普及啓発や、各保健所による事業所の施設管理者等に対する説明会等の受動喫煙防止対策の徹底を図るとともに、禁煙希望者の禁煙に向けた支援を継続します。（再掲）</p> <p>○ 学校においては、家庭・地域関係機関と連携し、運動習慣・望ましい食習慣・基本的な生活習慣の形成を一体的に捉え、学校全体での取組を推進します。</p> <p>また、生涯にわたって、健康な生活を送るために必要な力を育成するため、喫煙・飲酒を含めた薬物乱用等、健康に関する問題を防止するための講習会等、健康の保持増進への理解を深める取組を実施します。</p> <p>（2）循環器病の 2 次予防</p> <p>ア 脳卒中の予防</p> <p>【現 状】</p> <p>○ 各医療保険者が実施している特定健康診査及び特定保健指導¹² は、脳卒中の危険因子を早期に発見し改善を促すための有効な手段です。本県における特定健康診査の受診率は 57.3％、特定保健指導の実施率は 21.8％となっています。（厚生労働省：令和元（2019）年度都道府県別特定健康診査受診率、特定保健指導実施率）</p> <p>○ 本県の健康診断・健康調査の受診率は 69.3％であり、全国の 66.2％より 3.1 ポイント高くなっています。</p> <p>一方、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率は 243.1 人であり、全国の 262.2 人に比べ低くなっています。</p> <p>○ 学校保健安全法に基づき、毎学年定期的に、児童生徒の健康診断を行っており、身長に対する体重について肥満度を用いて評価しています。</p> <p>○ 本県の高度肥満傾向児出現率は、全国平均と比べて高い状況です（図表 5-1）。</p>

¹² 特定健康診査、特定保健指導：医療保険に加入する 40 歳から 74 歳の被保険者及び被扶養者に対し、メタボリックシンドロームを早期に発見するための特定健康診査を行い、健診結果におけるリスクの保有状況に応じた生活習慣改善等のため特定保健指導を実施するものです。

素案（修正前）

（図表 5-1）高度肥満傾向児出現率

区分	小学校						中学校			高等学校		
	6 歳	7 歳	8 歳	9 歳	10 歳	11 歳	12 歳	13 歳	14 歳	15 歳	16 歳	17 歳
岩手	0.63	0.47	0.66	1.18	1.25	1.16	1.59	1.99	2.16	2.09	1.84	2.39
全国	0.37	0.66	0.91	0.98	1.15	1.13	1.30	1.31	1.27	1.37	1.23	1.38

出典：令和 2（2020）年度学校保健統計調査 文部科学省

【課 題】

- 脳卒中予防のためには、喫煙、肥満、高血圧、脂質異常症、糖尿病、不整脈（特に心房細動）等の危険因子の早期発見が重要であり、このためには特定健康診査の受診率の向上が重要です。また、子どもの頃から予防に関する教育と行動変容の支援が必要です。
- さらに、ハイリスク者への適切な栄養、生活習慣改善等の保健指導の実施と必要に応じた受診勧奨及び治療継続の支援が必要です。

【取り組むべき施策】

- 医療保険者が、平成 30(2018)年度にスタートした第 3 期特定健康診査等実施計画に基づき、特定健康診査受診率の向上を図ることにより、ハイリスク者の早期発見を進めます。
- また、各医療保険者が、特定保健指導実施率の向上を図り、効果的な指導を実施することにより、ハイリスク者の生活習慣改善による危険因子の低減を進めます。
- 各医療保険者における血圧高値者への受診勧奨、治療中断者等への働きかけを強化します。
- 基礎疾患の適切な治療の促進と初期症状やその対応についての普及・啓発を図ります。
- 学校においては、健康診断における高度肥満傾向児の保護者に対して専門医による精密検査を受けるよう通知し、成長曲線と肥満度曲線を用いて追跡調査や個別食生活、運動量、生活時間等について調査を行うなど、生活管理や生活指導を適切に行います。

イ 心血管疾患の予防

【現 状】

- 各医療保険者が実施している特定健康診査及び特定保健指導は、心血管疾患の危険因子を早期に発見し改善を促すための有効な手段です。本県における特定健康診査の受診率は 57.3%、特定保健指導実施率は 21.8%となっています。（厚生労働省：令和元(2019)年度都道府県別特定健康診査受診率、特定保健指導実施率）
- 本県における脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口 10 万対）は 73.1 であり、全国（64.6）と比

中間案（修正後）

（図表 5-1）高度肥満傾向児出現率 （単位：％）

区分		小学校						中学校			高等学校		
		6 歳	7 歳	8 歳	9 歳	10 歳	11 歳	12 歳	13 歳	14 歳	15 歳	16 歳	17 歳
岩手	男子	0.89	0.33	0.41	1.83	1.52	1.11	1.84	2.57	3.11	2.85	2.02	2.84
	女子	0.37	0.61	0.92	0.52	0.98	1.21	1.31	1.41	1.19	1.32	1.64	1.92
	計	0.63	0.47	0.66	1.18	1.25	1.16	1.59	1.99	2.16	2.09	1.84	2.39
全国	男子	0.47	0.81	1.15	1.28	1.57	1.48	1.74	1.72	1.69	1.81	1.75	1.93
	女子	0.25	0.50	0.66	0.68	0.70	0.77	0.85	0.88	0.82	0.91	0.71	0.82
	計	0.37	0.66	0.91	0.98	1.15	1.13	1.30	1.31	1.27	1.37	1.23	1.38

出典：令和 2（2020）年度学校保健統計調査 文部科学省

【課 題】

- 脳卒中予防のためには、喫煙、肥満、高血圧、脂質異常症、糖尿病、不整脈（特に心房細動）等の危険因子の早期発見が重要であり、このためには特定健康診査の受診率の向上が重要です。また、子どもの頃から予防に関する教育と行動変容の支援が必要です。
- さらに、ハイリスク者への適切な栄養、生活習慣改善等の保健指導の実施と必要に応じた受診勧奨及び治療継続の支援が必要です。

【取り組むべき施策】

- 医療保険者が、平成 30(2018)年度にスタートした第 3 期特定健康診査等実施計画に基づき、特定健康診査受診率の向上を図ることにより、ハイリスク者の早期発見を進めます。
- また、各医療保険者が、特定保健指導実施率の向上を図り、効果的な指導を実施することにより、ハイリスク者の生活習慣改善による危険因子の低減を進めます。
- 各医療保険者における血圧高値者への受診勧奨、治療中断者等への働きかけを強化します。
- 基礎疾患の適切な治療の促進と初期症状やその対応についての普及・啓発を図ります。
- 学校においては、健康診断における高度肥満傾向児の保護者に対して専門医による精密検査を受けるよう通知し、成長曲線と肥満度曲線を用いて追跡調査や個別食生活、運動量、生活時間等について調査を行うなど、生活管理や生活指導を適切に行います。

イ 心血管疾患の予防

【現 状】

- 各医療保険者が実施している特定健康診査及び特定保健指導は、心血管疾患の危険因子を早期に発見し改善を促すための有効な手段です。本県における特定健康診査の受診率は 57.3%、特定保健指導実施率は 21.8%となっています。（厚生労働省：令和元(2019)年度都道府県別特定健康診査受診率、特定保健指導実施率）
- 本県における脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口 10 万対）は 73.1 であり、全国（64.6）と比

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>べ高くなっています。（平成 29(2017)年患者調査）</p> <p>○ 学校保健安全法に基づき学校保健安全法に基づき、毎学年定期に、児童生徒の健康診断を行っており、「心臓の疾病及び異常の有無」を早期に発見するため、小学校 1 中学校、高等学校各 1 年生を対象に、心電図検査を実施しています。</p> <p>○ 本県の学校における心臓の疾病を有する児童生徒の割合は、小学校 0.42％、中学校 0.41％、高等学校 0.39％です。（令和 2（2020）年度定期健康診断結果集計 保健体育課調査）</p> <p>【課 題】</p> <p>○ 心血管疾患予防のためには、喫煙、肥満、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の危険因子の早期発見が重要であり、このためには特定健康診査の受診率向上が重要です。また、子どもの頃から予防に関する教育と行動変容の支援が必要です。</p> <p>○ さらに、ハイリスク者への適切な栄養、生活習慣改善などの保健指導の実施と必要に応じた受診勧奨及び治療継続の支援が必要です。</p> <p>【取り組むべき施策】</p> <p>○ 各医療保険者が、平成 30(2018)年度にスタートした第 3 期特定健康診査等実施計画に基づき、特定健康診査受診率の向上を図ることにより、ハイリスク者の早期発見を進めます。</p> <p>○ また、各医療保険者が、特定保健指導実施率の向上を図り、効果的な指導を実施することにより、ハイリスク者の生活習慣改善による危険因子の低減を進めます。</p> <p>○ 各医療保険における、脂質異常者等への受診勧奨、治療中断者等への働きかけを強化します。</p> <p>○ 基礎疾患の適切な治療の促進と初期症状やその対応についての普及・啓発を図ります。</p> <p>○ 学校においては、健康診断における有所見者の保護者に対して専門医による精密検査を受けるよう通知し、心疾患児が、安心、安全な学校生活を送ることができるよう、「学校生活管理指導表」に基づく生活管理や生活指導を適切に行います。</p> <p>ウ 糖尿病・高血圧症等の予防及び重症化予防</p> <p>【現 状】</p> <p>○ 糖尿病は、脳卒中や心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するほか、本県の透析療法導入の最大の原因疾患が糖尿病性腎症であることから、健診受診等による疾病の早期発見・早期治療と、適切な医療を受診することによる疾病の重症化を予防する取組が重要です。</p> <p>○ 本県の 40 歳から 74 歳までの者のうち、糖尿病が強く疑われる者の割合は 12.1％（男性 16.7％、女性 7.6％）、糖尿病の可能性が否定できない者の割合は 11.2％（男性 10.9％、女性 11.5％）となっています。（いわて健康データウェアハウス（平成 29 年度特定健康診査集計結果））</p> <p>【課 題】</p> <p>○ 糖尿病重症化のリスクの高い未受診者・治療中断者等に対して受診勧奨、保健指導等を実施するため、市町村・医療保険者は、医師会（医療機関）、歯科医師会、薬剤師会等関係機関と連携することが必要です。</p>	<p>べ高くなっています。（平成 29(2017)年患者調査）</p> <p>○ 学校保健安全法に基づき学校保健安全法に基づき、毎学年定期に、児童生徒の健康診断を行っており、「心臓の疾病及び異常の有無」を早期に発見するため、小学校 1 中学校、高等学校各 1 年生を対象に、心電図検査を実施しています。</p> <p>○ 本県の学校における心臓の疾病を有する児童生徒の割合は、小学校 0.42％、中学校 0.41％、高等学校 0.39％です。（令和 2（2020）年度定期健康診断結果集計 保健体育課調査）</p> <p>【課 題】</p> <p>○ 心血管疾患予防のためには、喫煙、肥満、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の危険因子の早期発見が重要であり、このためには特定健康診査の受診率向上が重要です。また、子どもの頃から予防に関する教育と行動変容の支援が必要です。</p> <p>○ さらに、ハイリスク者への適切な栄養、生活習慣改善などの保健指導の実施と必要に応じた受診勧奨及び治療継続の支援が必要です。</p> <p>【取り組むべき施策】</p> <p>○ 各医療保険者が、平成 30(2018)年度にスタートした第 3 期特定健康診査等実施計画に基づき、特定健康診査受診率の向上を図ることにより、ハイリスク者の早期発見を進めます。</p> <p>○ また、各医療保険者が、特定保健指導実施率の向上を図り、効果的な指導を実施することにより、ハイリスク者の生活習慣改善による危険因子の低減を進めます。</p> <p>○ 各医療保険における、脂質異常者等への受診勧奨、治療中断者等への働きかけを強化します。</p> <p>○ 基礎疾患の適切な治療の促進と初期症状やその対応についての普及・啓発を図ります。</p> <p>○ 学校においては、健康診断における有所見者の保護者に対して専門医による精密検査を受けるよう通知し、心疾患児が、安心、安全な学校生活を送ることができるよう、「学校生活管理指導表」に基づく生活管理や生活指導を適切に行います。</p> <p>ウ 糖尿病・高血圧症等の予防及び重症化予防</p> <p>【現 状】</p> <p>○ 糖尿病は、脳卒中や心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するほか、本県の透析療法導入の最大の原因疾患が糖尿病性腎症であることから、健診受診等による疾病の早期発見・早期治療と、適切な医療を受診することによる疾病の重症化を予防する取組が重要です。</p> <p>○ 本県の 40 歳から 74 歳までの者のうち、糖尿病が強く疑われる者の割合は 12.1％（男性 16.7％、女性 7.6％）、糖尿病の可能性が否定できない者の割合は 11.2％（男性 10.9％、女性 11.5％）となっています。（いわて健康データウェアハウス（平成 29 年度特定健康診査集計結果））</p> <p>【課 題】</p> <p>○ 糖尿病重症化のリスクの高い未受診者・治療中断者等に対して受診勧奨、保健指導等を実施するため、市町村・医療保険者は、医師会（医療機関）、歯科医師会、薬剤師会等関係機関と連携することが必要です。</p>

素案（修正前）

- 糖尿病・高血圧症等の初期には自覚症状が出にくいため、定期的な健康診査とリスクがある者への保健指導が必要であり、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の更なる向上を図り、糖尿病・高血圧症等の予防及び早期発見・早期治療を促すことが必要です。
- 医療機関や健康診査で糖尿病と言われたことがある者のうち、３割以上の者が未治療や治療中断の状況であるため、受診勧奨や保健指導により治療につなげる必要があります。

【取り組むべき施策】

- 岩手県版「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、岩手県医師会、岩手県歯科医師会、岩手県薬剤師会等関係機関及び岩手県糖尿病対策推進会議と連携し、市町村・医療保険者による糖尿病性腎症重症化対策の取組を促進します。

2 保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実

（１）救急搬送体制の整備

【現 状】

（救急搬送区分の状況）

- 県内の平成 27(2015)年の全救急搬送人員のうち「死亡」及び「重症」と分類されたもの（計 8,399 件）をみると、その要因としては「循環器系疾患」のうち「脳疾患」、「心疾患」、また「消化器系疾患」が多くなっています。また、「死亡」に至った患者数が最も多いのは「心疾患」となっています。

中間案（修正後）

- 糖尿病・高血圧症等の初期には自覚症状が出にくいため、定期的な健康診査とリスクがある者への保健指導が必要であり、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の更なる向上を図り、糖尿病・高血圧症等の予防及び早期発見・早期治療を促すことが必要です。
- 医療機関や健康診査で糖尿病と言われたことがある者のうち、３割以上の者が未治療や治療中断の状況であるため、受診勧奨や保健指導により治療につなげる必要があります。

【取り組むべき施策】

- 岩手県版「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、岩手県医師会、岩手県歯科医師会、岩手県薬剤師会等関係機関及び岩手県糖尿病対策推進会議と連携し、市町村・医療保険者による糖尿病性腎症重症化対策の取組を促進します。

2 保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実

（１）救急搬送体制の整備

【現 状】

（救急搬送区分の状況）

- 県内の平成 30(2018)年の急病の搬送患者のうち、循環器系疾患が 25％（脳疾患 12.8％、心疾患 12.2％）と最も多くなっています。また、「死亡」に至った患者数が最も多いのは「心疾患」となっています（図表 5-2）。

（図表 5-2）県内の急病にかかる疾病分類別傷病程度別搬送人員（平成 30 年）

程度	循環器系		消化器系	呼吸器系	精神系	感覚系	泌尿器系	悪性新生物（がん）	その他	症状等不明確の状態	合計
	脳疾患	心疾患等									
死亡	49	636	28	72	0	3	12	33	198	225	1,256
重症（長期入院）	1,303	859	365	584	26	50	107	151	455	123	4,023
中等症（入院診療）	2,033	1,462	1,960	1,744	223	594	563	256	3,054	852	12,741
軽症（外来診療）	769	1,010	1,554	1,092	929	1,524	676	73	4,890	1,956	14,473
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
計	4,154	3,967	3,907	3,492	1,178	2,171	1,358	513	8,597	3,157	32,494
（割合）	(12.8%)	(12.2%)	(12.0%)	(10.7%)	(3.6%)	(6.7%)	(4.2%)	(1.6%)	(26.5%)	(9.7%)	(100%)
	(25.0%)										

資料：令和元年版 救急・救助の現況（総務省消防庁）

- 脳卒中や急性心筋梗塞は、発症から治療開始までの時間が短いほど治療の有効性が高いことから、発症後早急に適切な治療を開始する必要がある、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急隊を要請する等の

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>対応が求められます。</p> <p>（県民への救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の設置）</p> <p>○ 心肺停止患者等の傷病者の救命率向上を図るため、本県では、平成 5 (1993) 年から人工呼吸等の心肺蘇生法、また、平成 17 (2005) 年からはＡＥＤを用いた心肺蘇生法の普及に取り組んでおり、<u>平成 29（2017）年までに延べ約 63 万人</u>がＡＥＤ講習を受講しています。</p> <p>○ 平成 16 (2004) 年から一般市民の使用が可能となったＡＥＤについては、医療機関外への設置が進んでおり、県内の消防施設や介護・福祉施設、教育・保育施設、公共交通機関、宿泊施設等への設置台数は 1, 010 台となっています（平成 29 (2017) 年 10 月現在）。</p> <p>（救急搬送と救急救命士の活動、メディカルコントロール体制の整備）</p> <p>○ 心肺機能停止患者への対応について、救急救命士を含む救急隊員の標準的な活動内容を定めたプロトコール（活動基準）の作成や、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言等を行うメディカルコントロールについては、岩手県救急業務高度化推進協議会及び各地域にメディカルコントロール協議会が設置されており、救急現場から医療機関へ患者が搬送されるまでの間、救急救命士等の活動について、医師が指示、指導・助言及び検証する取組が始まっています。</p> <p>○ 患者の治療開始までの時間の短縮を図り、救命率の向上に資するため、県内の盛岡（うち紫波消防署）、大船渡、陸前高田、釜石、宮古、久慈及び二戸消防管内において「12 誘導心電図伝送システム」を導入し、その運用が進められています。</p> <p>（傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定と実施）</p> <p>○ 平成 21 (2009) 年 5 月の消防法改正により、都道府県に実施基準の策定及び協議、調整等を行う協議会の設置が義務付けられたことから、本県においても平成 23 (2011) 年 9 月に実施基準を策定し、傷病者の症状や重症度に応じた具体的な搬送先医療機関が定められています。</p> <p>（ドクターヘリの運航）</p> <p>○ 本県のドクターヘリは、岩手医科大学附属病院（県高度救命救急センター）を基地病院とし、矢巾町の当該病院の敷地内に基地ヘリポートを整備して発進基地方式による運航を平成 24 (2012) 年 5 月から開始しています。</p> <p>ドクターヘリの平成 29 (2017) 年度の出動回数は 399 回（１日当たり 1. 09 回）となっており、搭乗医師の傷病者への早期接触・早期治療開始による救命救急医療体制の高度化が図られています。</p> <p>【課 題】</p> <p>（県民への救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の設置）</p> <p>○ 県内では、平成 5 (1993) 年から人工呼吸等の心肺蘇生法、また、平成 17 (2005) 年からＡＥＤを用いた心</p>	<p>対応が求められます。</p> <p>（県民への救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の設置）</p> <p>○ 心肺停止患者等の傷病者の救命率向上を図るため、本県では、平成 5 (1993) 年から人工呼吸等の心肺蘇生法、また、平成 17 (2005) 年からはＡＥＤを用いた心肺蘇生法の普及に取り組んでおり、<u>令和 2 年度は約 2 万人</u>がＡＥＤ講習を受講しています。</p> <p>○ 平成 16 (2004) 年から一般市民の使用が可能となったＡＥＤについては、医療機関外への設置が進んでおり、県内の消防施設や介護・福祉施設、教育・保育施設、公共交通機関、宿泊施設等への設置台数は 1, 010 台となっています（平成 29 (2017) 年 10 月現在）。</p> <p>（救急搬送と救急救命士の活動、メディカルコントロール体制の整備）</p> <p>○ 心肺機能停止患者への対応について、救急救命士を含む救急隊員の標準的な活動内容を定めたプロトコール（活動基準）の作成や、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言等を行うメディカルコントロールについては、岩手県救急業務高度化推進協議会及び各地域にメディカルコントロール協議会が設置されており、救急現場から医療機関へ患者が搬送されるまでの間、救急救命士等の活動について、医師が指示、指導・助言及び検証する取組が始まっています。</p> <p>○ 患者の治療開始までの時間の短縮を図り、救命率の向上に資するため、県内の盛岡（うち紫波消防署）、大船渡、陸前高田、釜石、宮古、久慈及び二戸消防管内において「12 誘導心電図伝送システム¹³」を導入し、その運用が進められています。</p> <p>（傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定と実施）</p> <p>○ 平成 21 (2009) 年 5 月の消防法改正により、都道府県に実施基準の策定及び協議、調整等を行う協議会の設置が義務付けられたことから、本県においても平成 23 (2011) 年 9 月に実施基準を策定し、傷病者の症状や重症度に応じた具体的な搬送先医療機関が定められています。</p> <p>（ドクターヘリの運航）</p> <p>○ 本県のドクターヘリは、岩手医科大学附属病院（県高度救命救急センター）を基地病院とし、矢巾町の当該病院の敷地内に基地ヘリポートを整備して発進基地¹⁴方式による運航を平成 24 (2012) 年 5 月から開始しています。</p> <p>ドクターヘリの平成 29 (2017) 年度の出動回数は 399 回（１日当たり 1. 09 回）となっており、搭乗医師の傷病者への早期接触・早期治療開始による救命救急医療体制の高度化が図られています。</p> <p>【課 題】</p> <p>（県民への救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の設置）</p> <p>○ 県内では、平成 5 (1993) 年から人工呼吸等の心肺蘇生法、また、平成 17 (2005) 年からＡＥＤを用いた心</p>

¹³ 12 誘導心電図伝送システム：急性心筋梗塞等の心疾患が疑われる患者を救急車両等によって医療機関へ搬送する際、その途上で 12 誘導心電図を取り、心電図データを搬送先の医療機関へ伝送するシステム。救急車両等の病院到着前に緊急治療の可否を医師が判断出来るようになり、治療開始までの時間の短縮が見込まれ、患者の救命率の向上や予後の改善が期待されているもの。

¹⁴ 発進基地方式：基地病院の敷地内ではなく、郊外にヘリポートや関連施設（いわゆる「発進基地」）を整備し、基地病院の近隣には、ヘリが着陸し救急車に患者の引継ぎを行う地点（場外離着陸場。いわゆる「ランデブーポイント」）を複数確保して運航する方式をいいます。

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>肺蘇生法の普及・啓発活動に取り組んでいますが、地域によって住民の講習会受講状況に差があることから、受講率の低い地域を中心に更なる普及・啓発に取り組む必要があります。</p> <p>○ 県内におけるＡＥＤの設置は着実に進んでいますが、公共施設等多数の住民が集まる施設については、より一層の整備を図るとともに、管理者等に対する講習会の受講促進を図る必要があります。また、県内におけるＡＥＤの具体的な設置状況を把握し、県民への周知を進める必要があります。</p> <p>（救急搬送と救急救命士の活動、メディカルコントロール体制の整備）</p> <p>○ 救急搬送件数が増加傾向にある中で、医師の指示のもと（メディカルコントロール）、救命処置を行いながら患者を医療機関へ搬送する救急救命士が果たす役割はより一層重要性を増すと考えられることから、救急救命士の育成及び特定行為実施のための医療機関での実習受入等に引き続き取り組む必要があります。</p> <p>○ 重症患者の救命救急医療体制を構築するに当たっては、これまで中心となってきた重症外傷等外因性疾患への対応に加え、近年は、脳卒中や心筋梗塞等生活習慣病に起因する急病への対応が重要となっています。</p> <p>○ 救急搬送における「12 誘導心電図伝送システム」の運用は、一部の地域にとどまっており、その普及に当たっては、システム初期費用や運営費の確保、関係機関等の理解の促進などが必要とされています。</p> <p>（傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定と実施）</p> <p>○ 平成 23(2011)年 9 月に策定した実施基準導入後の救急搬送の状況について、岩手県救急業務高度化推進協議会等の場を通じて検証し、必要に応じて基準の見直し等を行う必要があります。</p> <p>（ドクターヘリの運航）</p> <p>○ 救急専門医が傷病者に一刻も早く接触し、治療を開始するとともに、迅速な医療機関への搬送を実現する観点から、県高度救命救急センター（岩手医科大学附属病院）を基地病院として導入したドクターヘリについて、消防機関や医療機関等の関係機関との密接な連携のもとに、安全かつ円滑な運航に取り組んでいく必要があります。</p> <p>○ 傷病者の迅速な搬送を行うため、搬送先医療機関におけるヘリポートの整備や、県内全域におけるドクターヘリと救急隊が合流する離着陸場所（ランデブーポイント）の確保に取り組んでいく必要があります。</p> <p>【取り組むべき施策】</p> <p>（応急手当、病院前救護活動の充実）</p> <p>○ 県民による病院前救護技能の向上を図り、傷病者がより良い状態で医師の治療を受けることができるよう、保健所や消防機関等の関係機関が連携して各圏域で講習会を開催するなど、ＡＥＤの機能や利用方法、家庭における対応等を含めた心肺蘇生法の普及・啓発を推進します。</p> <p>○ 救急救命士による病院前救護体制の向上を図るため、病院における救急救命士の実習受入を支援して、気管挿管等の救命処置や生活習慣病に起因する急病への対応などに対応できる救急救命士養成のための技能習得体制の整備を進めるほか、医療機関や消防機関と連携して、救急救命士に医師が指導・助言するメディカルコントロール体制の充実に取り組みます。</p>	<p>肺蘇生法の普及・啓発活動に取り組んでいますが、地域によって住民の講習会受講状況に差があることから、受講率の低い地域を中心に更なる普及・啓発に取り組む必要があります。</p> <p>○ 県内におけるＡＥＤの設置は着実に進んでいますが、公共施設等多数の住民が集まる施設については、より一層の整備を図るとともに、管理者等に対する講習会の受講促進を図る必要があります。また、県内におけるＡＥＤの具体的な設置状況を把握し、県民への周知を進める必要があります。</p> <p>（救急搬送と救急救命士の活動、メディカルコントロール体制の整備）</p> <p>○ 救急搬送件数が増加傾向にある中で、医師の指示のもと（メディカルコントロール）、救命処置を行いながら患者を医療機関へ搬送する救急救命士が果たす役割はより一層重要性を増すと考えられることから、救急救命士の育成及び特定行為実施のための医療機関での実習受入等に引き続き取り組む必要があります。</p> <p>○ 重症患者の救命救急医療体制を構築するに当たっては、これまで中心となってきた重症外傷等外因性疾患への対応に加え、近年は、脳卒中や心筋梗塞等生活習慣病に起因する急病への対応が重要となっています。</p> <p>○ 救急搬送における「12 誘導心電図伝送システム」の運用は、一部の地域にとどまっており、その普及に当たっては、システム初期費用や運営費の確保、関係機関等の理解の促進などが必要とされています。</p> <p>（傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定と実施）</p> <p>○ 平成 23(2011)年 9 月に策定した実施基準導入後の救急搬送の状況について、岩手県救急業務高度化推進協議会等の場を通じて検証し、必要に応じて基準の見直し等を行う必要があります。</p> <p>（ドクターヘリの運航）</p> <p>○ 救急専門医が傷病者に一刻も早く接触し、治療を開始するとともに、迅速な医療機関への搬送を実現する観点から、県高度救命救急センター（岩手医科大学附属病院）を基地病院として導入したドクターヘリについて、消防機関や医療機関等の関係機関との密接な連携のもとに、安全かつ円滑な運航に取り組んでいく必要があります。</p> <p>○ 傷病者の迅速な搬送を行うため、搬送先医療機関におけるヘリポートの整備や、県内全域におけるドクターヘリと救急隊が合流する離着陸場所（ランデブーポイント）の確保に取り組んでいく必要があります。</p> <p>【取り組むべき施策】</p> <p>（応急手当、病院前救護活動の充実）</p> <p>○ 県民による病院前救護技能の向上を図り、傷病者がより良い状態で医師の治療を受けることができるよう、保健所や消防機関等の関係機関が連携して各圏域で講習会を開催するなど、ＡＥＤの機能や利用方法、家庭における対応等を含めた心肺蘇生法の普及・啓発を推進します。</p> <p>○ 救急救命士による病院前救護体制の向上を図るため、病院における救急救命士の実習受入を支援して、気管挿管等の救命処置や生活習慣病に起因する急病への対応などに対応できる救急救命士養成のための技能習得体制の整備を進めるほか、医療機関や消防機関と連携して、救急救命士に医師が指導・助言するメディカルコントロール体制の充実に取り組みます。</p>

素案（修正前）

- 発症から治療開始までの時間短縮の強化として、救急搬送時における「12 誘導心電図伝送システム」の機器整備に対する補助を実施するほか、「岩手県 12 誘導心電図伝送を考える会」等と連携しながら、県内への当該システムの普及啓発に向けた取組を進めていきます。
- 傷病者の疾病や重症度に応じた適切な救急搬送を実現するため、実施基準策定後の救急搬送の状況について、消防機関や医療機関と連携の上検証し、必要に応じて基準の見直しに取り組みます。

（ドクターヘリの運航）

- ドクターヘリについて、引き続き、消防機関や医療機関等の関係機関が参集し、実際の運航事例の発表や意見交換を行う事例検証会等の取組を通じて運航実績を検証し、運航体制を確立するとともに、消防防災ヘリや県警ヘリとの安全かつ円滑な連携体制の構築に取り組みます。
- 各搬送先医療機関の状況に応じて、ヘリポートの整備等に引き続き取り組むとともに、市町村や消防等の関係機関と協力して、ランデブーポイントの確保を図ります。

（傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の検証と見直し）

- 傷病者の疾病や重症度に応じた適切な救急搬送を実現するため、実施基準策定後の救急搬送の状況について、消防機関や医療機関と連携の上検証し、必要に応じて基準の見直しに取り組みます。

（２）循環器病医療提供体制の整備

ア 脳卒中の医療提供体制

【現 状】

（急性期：脳卒中発症～２、３週間）

- 脳卒中の入院患者（病院）の受療動向によると、おおむね盛岡（99.0%）、釜石（94.1%）、胆江（93.2%）や久慈（91.1%）で入院医療の完結性が確保されている一方で、二戸（40.6%）や気仙（43.2%）などの保健医療圏においては、他圏域への患者の受療が多くなっています。（平成 29(2017)年岩手県患者受療行動調査）
- 本県の平成 30(2018)年の神経内科医師数は 77 名で、人口 10 万対は 6.2 人、脳神経外科医師数は 89 名で、人口 10 万対は 7.2 人となっており、二次保健医療圏ごとの配置をみると、いずれも盛岡や岩手中部保健医療圏などの県内陸部で高い傾向がみられます。（平成 30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師統計）

中間案（修正後）

- 発症から治療開始までの時間短縮の強化として、救急搬送時における「12 誘導心電図伝送システム」の機器整備に対する補助を実施するほか、「岩手県 12 誘導心電図伝送を考える会」等と連携しながら、県内への当該システムの普及啓発に向けた取組を進めていきます。
- 傷病者の疾病や重症度に応じた適切な救急搬送を実現するため、実施基準策定後の救急搬送の状況について、消防機関や医療機関と連携の上検証し、必要に応じて基準の見直しに取り組みます。

（ドクターヘリの運航）

- ドクターヘリについて、引き続き、消防機関や医療機関等の関係機関が参集し、実際の運航事例の発表や意見交換を行う事例検証会等の取組を通じて運航実績を検証し、運航体制を確立するとともに、消防防災ヘリや県警ヘリとの安全かつ円滑な連携体制の構築に取り組みます。
- 各搬送先医療機関の状況に応じて、ヘリポートの整備等に引き続き取り組むとともに、市町村や消防等の関係機関と協力して、ランデブーポイントの確保を図ります。

（傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の検証と見直し）

- 傷病者の疾病や重症度に応じた適切な救急搬送を実現するため、実施基準策定後の救急搬送の状況について、消防機関や医療機関と連携の上検証し、必要に応じて基準の見直しに取り組みます。

（２）循環器病医療提供体制の整備

ア 脳卒中の医療提供体制

【現 状】

（急性期：脳卒中発症～２、３週間）

- 脳卒中の入院患者（病院）の受療動向によると、おおむね盛岡（99.0%）、釜石（94.1%）、胆江（93.2%）や久慈（91.1%）で入院医療の完結性が確保されている一方で、二戸（40.6%）や気仙（43.2%）などの保健医療圏においては、他圏域への患者の受療が多くなっています。（平成 29(2017)年岩手県患者受療行動調査）
- 本県の平成 30(2018)年の神経内科医師数は 77 名で、人口 10 万対は 6.2 人、脳神経外科医師数は 89 名で、人口 10 万対は 7.2 人となっており、二次保健医療圏ごとの配置をみると、いずれも盛岡や岩手中部保健医療圏などの県内陸部で高い傾向がみられます。（平成 30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師統計）

（図表 5-3）診療科別の医師数

区 分	岩手県										全国
	盛岡	岩手中部	胆江	両磐	気仙	釜石	宮古	久慈	二戸		
神 経 内 科	77 (6.2)	47 (10)	12 (5.5)	0 (0)	10 (8.1)	0 (0)	2 (4.3)	2 (2.5)	2 (3.5)	2 (3.8)	5,166 (4.1)
脳 神 経 外 科	89 (7.2)	50 (10.6)	16 (7.3)	4 (3.1)	5 (4)	3 (5)	2 (4.3)	3 (3.7)	3 (5.3)	3 (5.7)	7,528 (6)

上段：平成30（2018）年12月31日現在の医師数 下段：（）内は人口10万人対 （人口：総務省「人口推計（平成30（2018）年10月1日現在）、平成30（2018）年「岩手県人口移動報告年報」

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>○ 救命救急センターを有する医療機関は、盛岡、気仙及び久慈保健医療圏にあります。盛岡保健医療圏では、岩手医科大学附属病院が高度救命救急センターに指定されており、脳卒中の専用病室（脳卒中ケアユニット（ＳＣＵ））が設置されています。</p> <p>○ 県内の急性期医療を担う医療機関は、令和３（2021）年４月現在で 19 施設であり、うち 10 施設が脳卒中診療を 24 時間 365 日実施できる施設として、日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターとなっています(図表 5-2)。</p> <p>○ 脳梗塞に対する遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクチベータの静脈療法（以下「t－P A療法」という）による脳血栓溶解療法の実施可能な病院数は、11 施設となっています。（平成 29(2017)年医療機能調査）</p> <p>（回復期：脳卒中発症 2、3 週間～ 6 か月）</p> <p>○ 本県の平成 29(2017)年における退院患者の平均在院日数は 81.5 日となっており、二次保健医療圏ごとにみると、釜石保健医療圏（142.1 日）で長く、気仙保健医療圏（18.0 日）や両磐保健医療圏（35.2 日）において在院日数が短い傾向がみられます。（平成 29(2017)年患者調査）</p> <p>○ また、急性期から回復期までリハビリテーションを実施している病院数は、県全体で 28 施設となっており、二次保健医療圏ごとにみると盛岡保健医療圏の 13 施設など内陸部に集中しています。（平成 29(2017)年医療機能調査）</p> <p>○ 脳血管疾患の治療後、在宅等生活の場へ復帰する患者は約 5 割程度（48.6％）となっています。（平成 29(2017)年患者調査）</p> <p>（維持期：発症後 6 か月以降）</p> <p>○ 介護保険制度におけるリハビリテーション実施事業所は、盛岡保健医療圏に半数近くが集中し、次いでその他内陸部に多く所在しています。沿岸部及び県北部においては少ない状況となっています。</p> <p>○ 退院患者の脳血管疾患患者の自宅、介護老人保健施設及び老人ホームにおける在宅等死亡割合は 29.7％となっており、全国（23.6％）を上回っています。（厚生労働省「令和元(2019)年人口動態統計」）</p> <p>（歯科医療機関との連携）</p> <p>○ 脳卒中患者の歯科治療に際して、急性期、回復期又は維持期の医療機能を担う医療機関と治療時の連携を行っている歯科医療機関は 17 施設となっています。（平成 29(2017)年医療機能調査）</p>	<p>○ 救命救急センターを有する医療機関は、盛岡、気仙及び久慈保健医療圏にあります。盛岡保健医療圏では、岩手医科大学附属病院が高度救命救急センターに指定されており、脳卒中の専用病室（脳卒中ケアユニット（ＳＣＵ¹⁵））が設置されています。</p> <p>○ 県内の急性期医療を担う医療機関は、令和３（2021）年４月現在で 19 施設であり、うち 10 施設が脳卒中診療を 24 時間 365 日実施できる施設として、日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターとなっています(図表 5-2)。</p> <p>○ 脳梗塞に対する遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクチベータ¹⁶の静脈療法（以下「t－P A療法」という）による脳血栓溶解療法の実施可能な病院数は、11 施設となっています。（平成 29(2017)年医療機能調査）</p> <p>（回復期：脳卒中発症 2、3 週間～ 6 か月）</p> <p>○ 本県の平成 29(2017)年における退院患者の平均在院日数は 81.5 日となっており、二次保健医療圏ごとにみると、釜石保健医療圏（142.1 日）で長く、気仙保健医療圏（18.0 日）や両磐保健医療圏（35.2 日）において在院日数が短い傾向がみられます。（平成 29(2017)年患者調査）</p> <p>○ また、急性期から回復期までリハビリテーションを実施している病院数は、県全体で 28 施設となっており、二次保健医療圏ごとにみると盛岡保健医療圏の 13 施設など内陸部に集中しています。（平成 29(2017)年医療機能調査）</p> <p>○ 脳血管疾患の治療後、在宅等生活の場へ復帰する患者は約 5 割程度（48.6％）となっています。（平成 29(2017)年患者調査）</p> <p>（維持期：発症後 6 か月以降）</p> <p>○ 介護保険制度におけるリハビリテーション実施事業所は、盛岡保健医療圏に半数近くが集中し、次いでその他内陸部に多く所在しています。沿岸部及び県北部においては少ない状況となっています。</p> <p>○ 退院患者の脳血管疾患患者の自宅、介護老人保健施設及び老人ホームにおける在宅等死亡割合は 29.7％となっており、全国（23.6％）を上回っています。（厚生労働省「令和元(2019)年人口動態統計」）</p> <p>（歯科医療機関との連携）</p> <p>○ 脳卒中患者の歯科治療に際して、急性期、回復期又は維持期の医療機能を担う医療機関と治療時の連携を行っている歯科医療機関は 17 施設となっています。（平成 29(2017)年医療機能調査）</p>

¹⁵ 脳卒中ケアユニット（ＳＣＵ）：stroke-care-unit の略。脳卒中専用の治療病室をいいます。
¹⁶ 組織プラスミノゲン・アクチベータ（t－P A）：適応のある脳梗塞症例の救急医療に有効とされる薬剤（血栓溶解剤）のことです。

素案（修正前）					
（図表 5-2）循環器病に対応する県内の救急医療機関等					
医療圏	医療機関名		消防機関搬送先医療機関（注1）		一次脳卒中センター （注2）
			脳卒中	急性心筋梗塞	
盛岡	1	岩手医科大学附属病院 （高度救命救急センター）	○	○	○
	2	県立中央病院	○	○	○
	3	盛岡市立病院	○		
	4	盛岡赤十字病院	○	○	○
岩手 中部	5	県立中部病院	○	○	○
	6	県立遠野病院	○	○	
	7	総合花巻病院	○		
	8	北上済生会病院	○		
胆江	9	県立胆沢病院	○	○	○
	10	県立江刺病院		○	
	11	奥州市総合水沢病院		○	
両磐	12	県立磐井病院	○	○	○
	13	国保藤沢病院	○	○	
	14	昭和病院	○		
気仙	15	県立大船渡病院 （救命救急センター）	○	○	○
釜石	16	県立釜石病院	○	○	
	17	せいてつ記念病院		○	
宮古	18	県立宮古病院	○	○	○
	19	済生会岩泉病院		○	
久慈	20	県立久慈病院 （救命救急センター）	○	○	○
二戸	21	県立二戸病院	○	○	○
	22	県立軽米病院	○		
	23	県立一戸病院	○	○	
計			19 施設	18 施設	10 施設
注1：傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（岩手県）のリスト2（脳卒中对応医療機関）及びリスト3（急性心筋梗塞対応医療機関）（令和3年4月1日現在） 注2：日本脳卒中学会認定医療施設（令和3年4月1日現在）					
【課 題】					
（急性期）					
○ 発症から可能な限り、速やかに診断、治療を行うことが重要であり、神経内科や脳神経外科などの急性期の治療を担う専門的な医師の育成・確保など、これに対応できる医療機関の体制整備が求められています。					

中間案（修正後）					
（図表 5-4）循環器病に対応する県内の救急医療機関等					
医療圏	医療機関名		消防機関搬送先医療機関（注1）		一次脳卒中センター （注2）
			脳卒中	急性心筋梗塞	
盛岡	1	岩手医科大学附属病院 （高度救命救急センター）	○	○	○
	2	県立中央病院	○	○	○
	3	盛岡市立病院	○		
	4	盛岡赤十字病院	○	○	○
岩手 中部	5	県立中部病院	○	○	○
	6	県立遠野病院	○	○	
	7	総合花巻病院	○		
	8	北上済生会病院	○		
胆江	9	県立胆沢病院	○	○	○
	10	県立江刺病院		○	
	11	奥州市総合水沢病院		○	
両磐	12	県立磐井病院	○	○	○
	13	国保藤沢病院	○	○	
	14	昭和病院	○		
気仙	15	県立大船渡病院 （救命救急センター）	○	○	○
釜石	16	県立釜石病院	○	○	
	17	せいてつ記念病院		○	
宮古	18	県立宮古病院	○	○	○
	19	済生会岩泉病院		○	
久慈	20	県立久慈病院 （救命救急センター）	○	○	○
二戸	21	県立二戸病院	○	○	○
	22	県立軽米病院	○		
	23	県立一戸病院	○	○	
計			19 施設	18 施設	10 施設
注1：傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（岩手県）のリスト2（脳卒中对応医療機関）及びリスト3（急性心筋梗塞対応医療機関）（令和3年4月1日現在） 注2：日本脳卒中学会認定医療施設（令和3年4月1日現在）					
【課 題】					
（急性期）					
○ 発症から可能な限り、速やかに診断、治療を行うことが重要であり、神経内科や脳神経外科などの急性期の治療を担う専門的な医師の育成・確保など、これに対応できる医療機関の体制整備が求められています。					

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>また、患者の搬送後、脳梗塞に対する発症早期の t-P A療法による治療（発症後 4.5 時間以内の開始）の実施、更には血管内治療による血栓除去術（発症後 8 時間以内の開始）を実施できる体制整備が求められています。</p> <p>○ 脳卒中の急性期診療に当たっては、単一の医療機関で 24 時間専門的な診療提供体制が確保されることが理想的ですが、本県は医療従事者の不足や地域偏在等の課題があることから、速やかな搬送機能の確保とともに、限られた医療資源の下で医療機関間の役割と分担によるネットワーク体制を構築することにより、脳卒中に対する診療機能の 24 時間体制確保を図っていくことが重要です。</p> <p>○ 脳卒中患者の救命、予後の改善・向上を図るため、急性期の専門的な治療と、この治療と並行して行うリハビリテーションの実施、それを担う体制整備や機能の充実が求められており、更に急性期治療と並行して集中的なリハビリテーションを実施する脳卒中ケアユニット（S C U）の体制整備も求められています。</p> <p>○ 脳卒中の急性期診療においては、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等の多職種の連携が期待されています。</p> <p>○ 急性期から回復期など医療機関の役割と機能分担に応じた診療情報や治療計画の共有などの連携体制を確保する必要があります。</p> <p>（脳卒中の医療（回復期））</p> <p>○ 日常生活動作（A D L）の向上等による社会復帰を促進するためには、急性期リハビリテーションに継続して、回復期における集中的なリハビリテーションが重要ですが、回復期リハビリテーション病床は地域間の偏在があり、その資源も十分ではないことから、回復期リハビリテーション提供体制の整備とともに、医療連携体制の構築を進めることが求められています。</p> <p>○ 合併症の治療が優先される患者、合併症を併発した患者に対して、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の連携や、脳卒中の再発が疑われる患者に対して、急性期医療機関との連携体制の構築が期待されています。</p> <p>脳卒中の回復期においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。</p> <p>○ 患者に対し在宅等生活の場への復帰を支援することが必要であり、再発予防に関し生活一般・食事・服薬指導等の必要な知識の普及啓発、再発の危険因子である高血圧や糖尿病等の管理、適切なリハビリテーションの実施等が大切とされています。</p> <p>（脳卒中の医療（維持期））</p> <p>○ 患者等が地域において安心して療養生活を継続できるよう、医療から介護まで連続したサービス提供が必要であり、病院をはじめ、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等による連携体制の構築が求められています。</p> <p>○ 脳卒中の維持期においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。</p>	<p>また、患者の搬送後、脳梗塞に対する発症早期の t-P A療法による治療（発症後 4.5 時間以内の開始）の実施、更には血管内治療による血栓除去術（発症後 8 時間以内の開始）を実施できる体制整備が求められています。</p> <p>○ 脳卒中の急性期診療に当たっては、単一の医療機関で 24 時間専門的な診療提供体制が確保されることが理想的ですが、本県は医療従事者の不足や地域偏在等の課題があることから、速やかな搬送機能の確保とともに、限られた医療資源の下で医療機関間の役割と分担によるネットワーク体制を構築することにより、脳卒中に対する診療機能の 24 時間体制確保を図っていくことが重要です。</p> <p>○ 脳卒中患者の救命、予後の改善・向上を図るため、急性期の専門的な治療と、この治療と並行して行うリハビリテーションの実施、それを担う体制整備や機能の充実が求められており、更に急性期治療と並行して集中的なリハビリテーションを実施する脳卒中ケアユニット（S C U）の体制整備も求められています。</p> <p>○ 脳卒中の急性期診療においては、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、<u>歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。その一つとして、多職種協働の NST(ニュートリション・サポート・チーム)により、栄養状態の低下を予防し、早期にリハビリテーションを実施できるよう適正な栄養管理(適正な栄養補給方法の選択、摂食、嚥下訓練、食形態の選択など)の実施が求められています。</u></p> <p>○ 急性期から回復期など医療機関の役割と機能分担に応じた診療情報や治療計画の共有などの連携体制を確保する必要があります。</p> <p>（脳卒中の医療（回復期））</p> <p>○ 日常生活動作（A D L）の向上等による社会復帰を促進するためには、急性期リハビリテーションに継続して、回復期における集中的なリハビリテーションが重要ですが、回復期リハビリテーション病床は地域間の偏在があり、その資源も十分ではないことから、回復期リハビリテーション提供体制の整備とともに、医療連携体制の構築を進めることが求められています。</p> <p>○ 合併症の治療が優先される患者、合併症を併発した患者に対して、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の連携や、脳卒中の再発が疑われる患者に対して、急性期医療機関との連携体制の構築が期待されています。</p> <p>脳卒中の回復期においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。</p> <p>○ 患者に対し在宅等生活の場への復帰を支援することが必要であり、再発予防に関し生活一般・食事・服薬指導等の必要な知識の普及啓発、再発の危険因子である高血圧や糖尿病等の管理、適切なリハビリテーションの実施等が大切とされています。</p> <p>（脳卒中の医療（維持期））</p> <p>○ 患者等が地域において安心して療養生活を継続できるよう、医療から介護まで連続したサービス提供が必要であり、病院をはじめ、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等による連携体制の構築が求められています。</p> <p>○ 脳卒中の維持期においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。</p>

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>合併症の治療が優先される患者、合併症を併発した患者に対して、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の連携や、脳卒中の再発が疑われる患者に対して、急性期医療機関との連携体制の構築が期待されています。</p> <p>専門職員による計画的かつきめ細やかな個別機能訓練の実施に向け、多職種による地域ケア会議の効果的な開催と専門職員等の質の向上が求められています。</p> <p>○ 患者に対し、在宅等生活の場への復帰を支援することが必要であり、再発予防に関し、生活一般・食事・服薬指導等の必要な知識の普及啓発、再発の危険因子である高血圧や糖尿病等の管理、適切なリハビリテーションの実施等が大切とされています。</p> <p>（誤嚥性肺炎の予防等に向けた歯科との連携（急性期～維持期））</p> <p>○ 脳卒中発症後、捕食・咀嚼（そしゃく）・食塊形成・嚥下などの口腔機能を回復させるとともに、口腔の細菌除去や誤嚥性肺炎の予防に向けて、急性期、回復期及び維持期を通じ、多職種での連携により専門的な口腔健康管理への取組を実施する必要があります。</p> <p>【取り組むべき施策】</p> <p>（急性期）</p> <p>○ 急性期における 24 時間体制確保に向け、専門的な治療を担う医療機関の機能充実と医療連携体制の整備を促進します。</p> <p>○ 急性期における専門的な治療においては、脳梗塞に有効とされる発症早期の t－P A療法（発症後 4.5 時間以内の開始）に加え、血管内治療（発症後 8 時間以内の開始）や外科的治療等を含めた急性期診療を包括的に行う医療機関のほか、t－P A療法等を実施可能な医療機関の体制整備を促進します。</p> <p>○ 本県の限られた医療資源のもと、緊急的な治療を必要とする患者に対応するため、中核的機能を担っている医療機関相互の連携体制や、圏域を越えた広域連携体制について検討します。</p> <p>○ 特に、県内の t－P A療法の均てん化を図るため、これを担う医療機関間の遠隔診療を用いた診断の補助や Drip and Ship 法、Drip and Stay 法等を活用した医療機関の役割と機能分担に応じた取組も促進します。</p> <p>○ 脳卒中の急性期リハビリテーションは患者の予後の改善に必要とされていることから、十分なリスク管理のもとでの急性期リハビリテーションの普及を促進します。</p> <p>このため、急性期リハビリテーションにおいては、医師、看護師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等を手厚く配置し、急性期治療と並行して集中的なリハビリテーションを実施する脳卒中ケアユニット（SCU）の整備を促進します。</p> <p>○ 看護ケアや理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションに加え、<u>口腔健康管理</u>、<u>栄養管理</u>等多職種によるチーム医療を進めるなど質の充実を図ります。</p> <p>○ 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、地域の中核病院等を中心に患者の診</p>	<p>合併症の治療が優先される患者、合併症を併発した患者に対して、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の連携や、脳卒中の再発が疑われる患者に対して、急性期医療機関との連携体制の構築が期待されています。</p> <p>専門職員による計画的かつきめ細やかな個別機能訓練の実施に向け、多職種による地域ケア会議¹⁷の効果的な開催と専門職員等の質の向上が求められています。</p> <p>○ 患者に対し、在宅等生活の場への復帰を支援することが必要であり、再発予防に関し、生活一般・食事・服薬指導等の必要な知識の普及啓発、再発の危険因子である高血圧や糖尿病等の管理、適切なリハビリテーションの実施等が大切とされています。</p> <p>（誤嚥性肺炎の予防等に向けた歯科との連携（急性期～維持期））</p> <p>○ 脳卒中発症後、捕食・咀嚼（そしゃく）・食塊形成・嚥下などの口腔機能を回復させるとともに、口腔の細菌除去や誤嚥性肺炎の予防に向けて、急性期、回復期及び維持期を通じ、多職種での連携により専門的な口腔健康管理への取組を実施する必要があります。</p> <p>【取り組むべき施策】</p> <p>（急性期）</p> <p>○ 急性期における 24 時間体制確保に向け、専門的な治療を担う医療機関の機能充実と医療連携体制の整備を促進します。</p> <p>○ 急性期における専門的な治療においては、脳梗塞に有効とされる発症早期の t－P A療法（発症後 4.5 時間以内の開始）に加え、血管内治療（発症後 8 時間以内の開始）や外科的治療等を含めた急性期診療を包括的に行う医療機関のほか、t－P A療法等を実施可能な医療機関の体制整備を促進します。</p> <p>○ 本県の限られた医療資源のもと、緊急的な治療を必要とする患者に対応するため、中核的機能を担っている医療機関相互の連携体制や、圏域を越えた広域連携体制について検討します。</p> <p>○ 特に、県内の t－P A療法の均てん化を図るため、これを担う医療機関間の遠隔診療を用いた診断の補助や Drip and Ship 法¹⁸、Drip and Stay 法¹⁹等を活用した医療機関の役割と機能分担に応じた取組も促進します。</p> <p>○ 脳卒中の急性期リハビリテーションは患者の予後の改善に必要とされていることから、十分なリスク管理のもとでの急性期リハビリテーションの普及を促進します。</p> <p>このため、急性期リハビリテーションにおいては、医師、看護師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等を手厚く配置し、急性期治療と並行して集中的なリハビリテーションを実施する脳卒中ケアユニット（SCU）の整備を促進します。</p> <p>○ 看護ケアや理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションに加え、<u>歯科医師</u>、<u>管理栄養士</u>等多職種によるチーム医療を進めるなど質の充実を図ります。</p> <p>○ 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、地域の中核病院等を中心に患者の診</p>

¹⁷ **地域ケア会議**：要介護高齢者に対し、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、行政、地域包括支援センター、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等が参画し、①高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築、②高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、③個別ケースの課題分析等による地域課題の把握などを行い、要介護度の改善等の自立を目指した個別のケア方針を検討することをいいます。

¹⁸ **Drip and Ship 法（ドリップ・アンド・シップ法）**：遠隔医療を用いる等によって、脳卒中を診療する医師の指示下に行われる、t－PA 療法を開始した上での病院間搬送。（出典：厚生労働省公表資料：「急性期の診療提供体制構築に向けた考え方案」等から引用）。

¹⁹ **Drip and Stay 法（ドリップ・アンド・ステイ法）**：診断の補助を受けて、t－PA 療法を実施し、引き続き、同じ施設で診療を行うもの。（出典：厚生労働省公表資料：「急性期の診療提供体制構築に向けた考え方案」等から引用）。

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入・運用、ＩＣＴの活用を進めていきます。</p> <p>（回復期）</p> <p>○ 患者の機能の回復や生活の場への復帰を目指して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等によるリハビリテーションに加え、多職種によるチーム医療の取組を進めるなどリハビリテーションの質の向上を図ります。</p> <p>○ 急性期医療機関と回復期リハビリテーションを行う医療機関との連携の強化など、医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入及び合同カンファレンス等による情報交換や患者情報共有の取組を推進します。</p> <p>○ 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、地域の中核病院等を中心に患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入・運用、ＩＣＴの活用を進めていきます。</p> <p>○ <u>また</u>、脳卒中の再発を防止するため、高血圧などの危険因子の知識、生活習慣の改善などについて普及・啓発を図るとともに、県民への普及啓発にも努めていきます。</p> <p>（維持期）</p> <p>○ 基礎疾患の管理や再発防止のための治療を行う、かかりつけ医、在宅療養支援診療所等と訪問看護ステーション、生活機能の維持、向上のためのリハビリテーションを行う介護老人保健施設等の多職種協働による、地域の在宅医療連携体制の整備を促進します。</p> <p>○ 急性期から回復期医療、リハビリテーション、介護サービスの連携を実施するためには、相互に診療情報や治療計画を共有することも必要であり、地域連携クリティカルパスの導入・運用、ＩＣＴの活用や合同カンファレンス等による情報交換など医療から介護までの連携による取組を推進します。</p> <p>○ 多職種からなるチームケアを通じ、リハビリテーションの提供機能や在宅復帰支援機能を有する介護老人保健施設の計画的な整備を支援します。</p> <p>○ 医療と介護の連携の中核を担う地域包括支援センターの充実、県リハビリテーション支援センター、リハビリテーション職能団体及び各地域リハビリテーション広域支援センター等による専門職員の派遣、研修会の開催等による地域リハビリテーションの体制整備を支援します。</p> <p>○ 脳卒中の再発を防止するため、患者等への高血圧などの危険因子の知識、生活習慣の改善などについて教育を行うとともに、県民への普及啓発にも努めていきます。</p> <p>（誤嚥性肺炎の予防等に向けた歯科との連携（急性期～維持期））</p> <p>○ 脳卒中発症後の口腔機能の回復や誤嚥性肺炎の予防に向けて、急性期、回復期及び維持期を通じて、多職種での連携により口腔健康管理に取り組むことが重要であり、患者の予後の改善等を図るため、医科と歯科医療機関との連携を促進します。</p>	<p>療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入・運用、ＩＣＴの活用を進めていきます。</p> <p>（回復期）</p> <p>○ 患者の機能の回復や生活の場への復帰を目指して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等によるリハビリテーションに加え、多職種によるチーム医療の取組を進めるなどリハビリテーションの質の向上を図ります。</p> <p>○ 急性期医療機関と回復期リハビリテーションを行う医療機関との連携の強化など、医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入及び合同カンファレンス等による情報交換や患者情報共有の取組を推進します。</p> <p>○ 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、地域の中核病院等を中心に患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入・運用、ＩＣＴの活用を進めていきます。</p> <p>○ 脳卒中の再発を防止するため、高血圧などの危険因子の知識、生活習慣の改善などについて普及・啓発を図るとともに、県民への普及啓発にも努めていきます。</p> <p>○ <u>リハビリテーションが継続できるよう、適正な栄養管理(摂食、嚥下訓練、食形態の選択、必要及び補給栄養量など)を支援します。</u></p> <p>（維持期）</p> <p>○ 基礎疾患の管理や再発防止のための治療を行う、かかりつけ医、在宅療養支援診療所等と訪問看護ステーション、生活機能の維持、向上のためのリハビリテーションを行う介護老人保健施設等の多職種協働による、地域の在宅医療連携体制の整備を促進します。</p> <p>○ 急性期から回復期医療、リハビリテーション、介護サービスの連携を実施するためには、相互に診療情報や治療計画を共有することも必要であり、地域連携クリティカルパスの導入・運用、ＩＣＴの活用や合同カンファレンス等による情報交換など医療から介護までの連携による取組を推進します。</p> <p>○ 多職種からなるチームケアを通じ、リハビリテーションの提供機能や在宅復帰支援機能を有する介護老人保健施設の計画的な整備を支援します。<u>また、栄養状態の低下を予防するために、定期的にモニタリング(必要及び補給栄養量)を実施します。</u></p> <p>○ 医療と介護の連携の中核を担う地域包括支援センターの充実、県リハビリテーション支援センター、リハビリテーション職能団体及び各地域リハビリテーション広域支援センター等による専門職員の派遣、研修会の開催等による地域リハビリテーション²⁰の体制整備を支援します。</p> <p>○ 脳卒中の再発を防止するため、患者等への高血圧などの危険因子の知識、生活習慣の改善などについて教育を行うとともに、県民への普及啓発にも努めていきます。</p> <p>（誤嚥性肺炎の予防等に向けた歯科との連携（急性期～維持期））</p> <p>○ 脳卒中発症後の口腔機能の回復や誤嚥性肺炎の予防に向けて、急性期、回復期及び維持期を通じて、多職種での連携により口腔健康管理に取り組むことが重要であり、患者の予後の改善等を図るため、医科と歯科医療機関との連携を促進します。</p>

²⁰ **地域リハビリテーション**：障がいのある人々や高齢者及びその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてをいいます（日本リハビリテーション病院・施設協会）。

素案（修正前）

中間案（修正後）

イ 心血管疾患の医療提供体制

【現 状】

（急性期・亜急性期）

- 心疾患の入院患者（病院）の受療動向によると、おおむね盛岡（98.6%）、胆江（92.6%）や久慈（92.0%）保健医療圏で入院医療の完結性が確保されている一方で、気仙（64.3%）や岩手中部（68.5%）などの二次保健医療圏においては、他圏域で受療する患者が多くなっています。（平成 29(2017)年岩手県患者受療行動調査）
- 本県の平成 30(2018)年の循環器内科医師数は 119 名で、人口 10 万対は 9.6 人となっており、二次保健医療圏ごとにみると、盛岡保健医療圏内（71 名）における医師の配置が高くなっています。（平成 30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師統計）
- また、心臓血管外科医師数は 16 名で、人口 10 万対は 1.3 人となっており、二次保健医療圏ごとにみると、専門医師がいる圏域は、盛岡保健医療圏のみとなっています。

イ 心血管疾患の医療提供体制

【現 状】

（急性期・亜急性期）

- 心疾患の入院患者（病院）の受療動向によると、おおむね盛岡（98.6%）、胆江（92.6%）や久慈（92.0%）保健医療圏で入院医療の完結性が確保されている一方で、気仙（64.3%）や岩手中部（68.5%）などの二次保健医療圏においては、他圏域で受療する患者が多くなっています。（平成 29(2017)年岩手県患者受療行動調査）
- 本県の平成 30(2018)年の循環器内科医師数は 119 名で、人口 10 万対は 9.6 人となっており、二次保健医療圏ごとにみると、盛岡保健医療圏内（71 名）における医師の配置が高くなっています。（平成 30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師統計）
- また、心臓血管外科医師数は 16 名で、人口 10 万対は 1.3 人となっており、二次保健医療圏ごとにみると、専門医師がいる圏域は、盛岡保健医療圏のみとなっています。

（図表 5-5）診療科別の医師数

区 分	岩手県	盛岡	岩手中部	胆江	両磐	気仙	釜石	宮古	久慈	二戸	全国
循 環 器 内 科	119 (9.6)	71 (15.1)	14 (6.4)	10 (7.6)	7 (5.6)	4 (6.6)	1 (2.2)	4 (4.9)	4 (7.1)	4 (7.6)	12,732 (10.1)
心臓血管外科	16 (1.3)	16 (3.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3,214 (2.5)

上段：平成30（2018）年12月31日現在の医師数 下段：（）内は人口10万人対 （人口：総務省「人口推計（平成30（2018）年10月 1 日現在）、平成30（2018）年「岩手県人口移動報告年報」

- 救命救急センターを有する医療機関は、盛岡、気仙及び久慈保健医療圏にあり、うち盛岡保健医療圏の岩手医科大学附属病院が高度救命救急センターに指定されているほか、心筋梗塞の専用病室（C C U）を有する医療機関は盛岡保健医療圏に 1 施設あり、専用の病床が確保されています。
- 急性期の心疾患に対する治療内容は、内科的治療が中心となる心不全、冠動脈インターベンション治療（以下「P C I」という）などが中心となる急性心筋梗塞、外科的治療が必要となる場合が多い大動脈解離（解離性大動脈りゅう）が主な内容となっています。
- 平成 30(2018)年度の急性心筋梗塞に対する P C I の実績件数は、盛岡（660 件）、岩手中部（159 件）や胆江保健医療圏（152 件）等の内陸部で多く、また虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術は、盛岡圏域（164 件）を中心に実施されています。（平成 30(2018)年度 N D B）
- 県内の心大血管疾患リハビリテーション（Ⅰ）の届出医療機関が 6 施設、また、同リハビリテーション（Ⅱ）の届出医療機関が 1 施設となっており、いずれも盛岡保健医療圏内の施設からの届出が中心となっています。（令和 2（2020）年 6 月 30 日現在 診療報酬施設基準）
- また、急性期のみリハビリテーションを実施している病院数は、盛岡保健医療圏の 1 施設をはじめ、急

- 救命救急センターを有する医療機関は、盛岡、気仙及び久慈保健医療圏にあり、うち盛岡保健医療圏の岩手医科大学附属病院が高度救命救急センターに指定されているほか、心筋梗塞の専用病室（C C U²¹）を有する医療機関は盛岡保健医療圏に 1 施設あり、専用の病床が確保されています。
- 急性期の心疾患に対する治療内容は、内科的治療が中心となる心不全、冠動脈インターベンション治療（以下「P C I²²」という）などが中心となる急性心筋梗塞、外科的治療が必要となる場合が多い大動脈解離（解離性大動脈りゅう）が主な内容となっています。
- 岩手県地域心疾患登録事業報告書（平成 29(2017) 年）によると、県内の急性心筋梗塞は 785 件、そのうち P C I を実施したのは 584 件（74.4%）となっています。
- 県内の心大血管疾患リハビリテーション（Ⅰ）の届出医療機関が 6 施設、また、同リハビリテーション（Ⅱ）の届出医療機関が 1 施設となっており、いずれも盛岡保健医療圏内の施設からの届出が中心となっています。（令和 2（2020）年 6 月 30 日現在 診療報酬施設基準）
- また、急性期のみリハビリテーションを実施している病院数は、盛岡保健医療圏の 1 施設をはじめ、急

²¹ C C U：coronary-care-unit の略で冠動脈疾患管理室と呼ばれ、主に心筋梗塞などの冠動脈疾患の急性危機状態の患者を収容し、厳重な監視モニター下で持続的に管理します。

²² P C I：percutaneous-coronary-intervention の略で、経皮的冠動脈インターベンションと呼ばれ、狭窄した心臓の冠動脈を拡張し、血流の増加を図る治療法。

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>性期から回復期まで実施している病院数は2施設となっています。（平成29(2017)年医療機能調査）</p> <p>（回復期）</p> <p>○ 平成29(2017)年における県内の虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は8.6となっており、二次保健医療圏ごとにみると、二戸（2.6日）、岩手中部（3.1日）、久慈（4.0日）や気仙保健医療圏（4.0日）において、在院日数が短い傾向がみられます。（平成29(2017)年患者調査）</p> <p>○ 心血管疾患患者の歯科治療に際して、急性期、回復期又は慢性期・安定期の医療機能を担う医療機関と治療時の連携を行っている歯科医療機関は11施設となっています。（平成29(2017)年医療機能調査）</p> <p>（慢性期・安定期）</p> <p>○ 虚血性心疾患（狭心症及び急性心筋梗塞）の治療後においては、約9割（91.6％）の患者が在宅等生活の場へ復帰しています。（平成29(2017)年患者調査）</p> <p>【課 題】</p> <p>（急性期・亜急性期）</p> <p>○ 循環器内科や心臓血管外科などの専門医が盛岡保健医療圏に集中するなど、地域偏在が顕著であることから、専門的な医療従事者の育成・確保が必要とされています。</p> <p>○ 各二次保健医療圏においては、内科的療法に対応する医療機関が確保されていますが、専門医の不足もあり、圏域によっては地域の中核的な医療機関においても、カテーテルによる経皮的治療を行うことができる十分な体制が確保できていないことから、医療従事者等の育成・確保など、これに対応できる体制整備が求められています。</p> <p>○ 心血管疾患の急性期診療に当たっては、単一の医療機関で24時間専門的な診療提供体制が確保されることが理想的であります。本県は、医療従事者の不足や地域偏在等の課題があることから、速やかな搬送機能の確保とともに、限られた医療資源のもとで医療機関間の役割と分担によるネットワーク体制を構築することにより、心血管疾患に対する診療機能の24時間体制確保を図っていくことが重要です。</p> <p>○ 合併症への対応、心筋梗塞の原因となった血管に狭窄している部位が多い場合における冠動脈バイパス手術、急性大動脈解離における大動脈人工血管置換術などの外科的治療が必要な場合において、これらに対応可能な医療機関は、盛岡保健医療圏のみに所在していることから、更なる体制整備や盛岡保健医療圏との連携を推進する必要があります。</p> <p>○ 心血管疾患患者の救命率の向上、予後の改善は、発症から可能な限り、速やかに診断、治療を行うことが重要であることから、これに対応できる体制整備や医療機関の連携を推進する必要があります。</p> <p>○ 患者の長期に及ぶ予後の改善には、食事や生活習慣の改善指導とともに、栄養ケア・マネジメント（適正な栄養量、脂質、糖質、塩分管理など）による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の実施が重要であり、その普及が求められています。</p> <p>（回復期）</p> <p>○ 患者の長期に及ぶ予後の改善には、生活習慣の改善指導とともに、合併症や再発の予防、在宅復帰、復職等の社会復帰のための心臓リハビリテーションの実施が重要であることから、リハビリテーションの提供体制の構築や継続的な多職種の連携による疾病管理の取組が求められます。</p>	<p>性期から回復期まで実施している病院数は2施設となっています。（平成29(2017)年医療機能調査）</p> <p>（回復期）</p> <p>○ 平成29(2017)年における県内の虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は8.6となっており、二次保健医療圏ごとにみると、二戸（2.6日）、岩手中部（3.1日）、久慈（4.0日）や気仙保健医療圏（4.0日）において、在院日数が短い傾向がみられます。（平成29(2017)年患者調査）</p> <p>○ 心血管疾患患者の歯科治療に際して、急性期、回復期又は慢性期・安定期の医療機能を担う医療機関と治療時の連携を行っている歯科医療機関は11施設となっています。（平成29(2017)年医療機能調査）</p> <p>（慢性期・安定期）</p> <p>○ 虚血性心疾患（狭心症及び急性心筋梗塞）の治療後においては、約9割（91.6％）の患者が在宅等生活の場へ復帰しています。（平成29(2017)年患者調査）</p> <p>【課 題】</p> <p>（急性期・亜急性期）</p> <p>○ 循環器内科や心臓血管外科などの専門医が盛岡保健医療圏に集中するなど、地域偏在が顕著であることから、専門的な医療従事者の育成・確保が必要とされています。</p> <p>○ 各二次保健医療圏においては、内科的療法に対応する医療機関が確保されていますが、専門医の不足もあり、圏域によっては地域の中核的な医療機関においても、カテーテルによる経皮的治療を行うことができる十分な体制が確保できていないことから、医療従事者等の育成・確保など、これに対応できる体制整備が求められています。</p> <p>○ 心血管疾患の急性期診療に当たっては、単一の医療機関で24時間専門的な診療提供体制が確保されることが理想的であります。本県は、医療従事者の不足や地域偏在等の課題があることから、速やかな搬送機能の確保とともに、限られた医療資源のもとで医療機関間の役割と分担によるネットワーク体制を構築することにより、心血管疾患に対する診療機能の24時間体制確保を図っていくことが重要です。</p> <p>○ 合併症への対応、心筋梗塞の原因となった血管に狭窄している部位が多い場合における冠動脈バイパス手術、急性大動脈解離における大動脈人工血管置換術などの外科的治療が必要な場合において、これらに対応可能な医療機関は、盛岡保健医療圏のみに所在していることから、更なる体制整備や盛岡保健医療圏との連携を推進する必要があります。</p> <p>○ 心血管疾患患者の救命率の向上、予後の改善は、発症から可能な限り、速やかに診断、治療を行うことが重要であることから、これに対応できる体制整備や医療機関の連携を推進する必要があります。</p> <p>○ 患者の長期に及ぶ予後の改善には、食事や生活習慣の改善指導とともに、栄養ケア・マネジメント（適正な栄養量、脂質、糖質、塩分管理など）による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の実施が重要であり、その普及が求められています。</p> <p>（回復期）</p> <p>○ 患者の長期に及ぶ予後の改善には、生活習慣の改善指導とともに、合併症や再発の予防、在宅復帰、復職等の社会復帰のための心臓リハビリテーションの実施が重要であることから、リハビリテーションの提供体制の構築や継続的な多職種の連携による疾病管理の取組が求められます。</p>

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>○ 心血管疾患の術後における細菌性心内膜炎等の合併症の予防や、心血管疾患の発症（再発）のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的口腔健康管理や歯周治療に取り組む必要があります。</p> <p>○ 心血管疾患患者の再発予防、再入院予防の観点から、低栄養予防(塩分・水分制限を含む)、運動療法、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因等の危険因子の是正のため、地域の医療連携体制の構築や、多職種の連携による疾病管理の取組が必要とされています。</p> <p>（慢性期・安定期）</p> <p>○ 慢性期においては、再発防止のため定期的な外来診療等により食事や生活習慣の改善指導、基礎疾患や危険因子（脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病等）の継続的な管理を行う体制を確保していく必要があります。</p> <p>○ 慢性心不全患者は、心不全の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あり、今後の患者数の増加が予測されています。</p> <p>○ 心血管疾患患者の再発予防、再入院予防の観点から、運動療法、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因等の危険因子の是正のため、地域の医療・介護の連携体制の構築や、多職種の連携による疾病管理の取組が必要とされています。</p> <p>○ 患者の周囲にいる者に対して、再発時における適切な対応についての教育等の実施が求められています。</p> <p>【取り組むべき施策】</p> <p>（急性期・亜急性期）</p> <p>○ 奨学金による医師の養成等を推進するとともに、国の医師偏在対策の動向を踏まえつつ、医師の診療科偏在、地域偏在の解消に向けた施策について検討していきます。</p> <p>○ 医療機関のなかには、内科的療法のみに対応可能な医療機関もあることから、こうした医療機関とP C Iを行う医療機関との連携体制の構築を促進します。</p> <p>○ 急性期における 24 時間体制確保に向け、専門的な診断・治療においては、内科的治療、P C I 等に加えて、急性大動脈りゅう等の外科的治療等を包括的に実施可能な医療機関及びP C I が実施可能な医療機関の体制整備を促進します。</p> <p>○ 緊急的な治療を必要とする患者に対応するため、中核的機能を担っている医療機関相互の連携体制や、圏域を越えた広域連携体制の構築を促進します。</p> <p>○ 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、急性期、回復期等を通じて患者の危険因子の管理や予後のフォローアップとして、診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入やI C Tの活用を促進します。</p> <p>○ 心血管疾患の急性期リハビリテーションは患者の長期予後の改善に必要とされていることから、十分なリスク管理下のもとでの急性期リハビリテーションの実施を促進します。</p> <p>（回復期）</p> <p>○ 急性期医療機関から自宅に復帰する患者が増加していることを踏まえ、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、保健師、医療ソーシャルワーカーや心臓リハビリテーション指導士など循環器病に関する専門資格取得者等の多職種連携による生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法などの疾病管理の取組も進めながら、心臓リハビリテーションを提供できる外来通院型心臓リハビリテー</p>	<p>○ 心血管疾患の術後における細菌性心内膜炎等の合併症の予防や、心血管疾患の発症（再発）のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的口腔健康管理や歯周治療に取り組む必要があります。</p> <p>○ 心血管疾患患者の再発予防、再入院予防の観点から、低栄養予防(塩分・水分制限を含む)、運動療法、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因等の危険因子の是正のため、地域の医療連携体制の構築や、多職種の連携による疾病管理の取組が必要とされています。</p> <p>（慢性期・安定期）</p> <p>○ 慢性期においては、再発防止のため定期的な外来診療等により食事や生活習慣の改善指導、基礎疾患や危険因子（脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病等）の継続的な管理を行う体制を確保していく必要があります。</p> <p>○ 慢性心不全患者は、心不全の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あり、今後の患者数の増加が予測されています。</p> <p>○ 心血管疾患患者の再発予防、再入院予防の観点から、運動療法、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因等の危険因子の是正のため、地域の医療・介護の連携体制の構築や、多職種の連携による疾病管理の取組が必要とされています。</p> <p>○ 患者の周囲にいる者に対して、再発時における適切な対応についての教育等の実施が求められています。</p> <p>【取り組むべき施策】</p> <p>（急性期・亜急性期）</p> <p>○ 奨学金による医師の養成等を推進するとともに、国の医師偏在対策の動向を踏まえつつ、医師の診療科偏在、地域偏在の解消に向けた施策について検討していきます。</p> <p>○ 医療機関のなかには、内科的療法のみに対応可能な医療機関もあることから、こうした医療機関とP C Iを行う医療機関との連携体制の構築を促進します。</p> <p>○ 急性期における 24 時間体制確保に向け、専門的な診断・治療においては、内科的治療、P C I 等に加えて、急性大動脈りゅう等の外科的治療等を包括的に実施可能な医療機関及びP C I が実施可能な医療機関の体制整備を促進します。</p> <p>○ 緊急的な治療を必要とする患者に対応するため、中核的機能を担っている医療機関相互の連携体制や、圏域を越えた広域連携体制の構築を促進します。</p> <p>○ 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、急性期、回復期等を通じて患者の危険因子の管理や予後のフォローアップとして、診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入やI C Tの活用を促進します。</p> <p>○ 心血管疾患の急性期リハビリテーションは患者の長期予後の改善に必要とされていることから、十分なリスク管理下のもとでの急性期リハビリテーションの実施を促進します。</p> <p>（回復期）</p> <p>○ 急性期医療機関から自宅に復帰する患者が増加していることを踏まえ、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、保健師、医療ソーシャルワーカー、<u>歯科衛生士</u>や心臓リハビリテーション指導士など循環器病に関する専門資格取得者等の多職種連携による生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法などの疾病管理の取組も進めながら、心臓リハビリテーションを提供できる外来通院型心臓</p>

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>ションや運動療法の普及を促進します。</p> <p>○ 口腔機能の改善による全身の健康状態の回復及び合併症の予防や発症（再発）のリスクの低減を図るため、医科と歯科医療機関との連携を促進します。</p> <p>○ 心疾患患者の再発予防、再入院予防を図るため、地域連携クリティカルパスの導入や I C Tを活用した地域のかかりつけ医と心疾患の診療を担う急性期医療機関等との連携体制の構築、多職種の連携による疾病管理の取組を促進します。</p> <p>（慢性期・安定期）</p> <p>○ 急性期、回復期、慢性期を通じてそれぞれの医療機関が、病態に応じ継続して必要な医療、リハビリテーション等を提供し患者の長期予後を改善していくため、診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入や I C Tの活用を促進します。</p> <p>○ 再発防止を図るため、慢性期・安定期の医療機能を担う医療機関における、定期的な外来診療や介護施設と医療機関の連携等により基礎疾患の管理や心疾患の診療を担う急性期医療機関等との連携体制の構築を促進します。</p> <p>○ 医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、保健師、医療ソーシャルワーカーや心不全療養指導士など循環器病に関する専門資格取得者等の多職種連携による疾病管理の取組を促進します。</p> <p>○ 生活一般・食事・服薬指導、運動療法等についての患者や家族、介護施設職員等に対する教育など再発予防、再入院予防に向けた取組を促進します。</p> <p>○ 再発リスクの低減を図るため、脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等の危険因子の知識普及、生活習慣の改善等についての普及・啓発を図ります。</p> <p>（3）地域社会における循環器病患者の支援</p> <p>【現 状】</p> <p>○ 循環器病患者は、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。</p> <p>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や介護保険制度、障害者総合支援法に基づく支援体制と連携することが必要となります。</p> <p>（在宅医療）</p> <p>○ 平成30(2018)年3月末時点で、在宅医療への積極的な役割を担う医療機関として、在宅療養支援病院9施設、在宅療養支援診療所64施設の届出があり、人口10万人当たり在宅療養支援病院が0.7施設、在宅療養支援診療所が5.2施設といずれも全国（病院1.0施設、診療所10.8施設）を下回っています。</p> <p>○ 平成30(2018)年10月1日現在の訪問看護ステーション数は99事業所であり、人口10万人当たり8.0事業所と全国（8.6事業所）とほぼ同等となっています。また、機能強化型の訪問看護ステーションは、令和2(2020)年11月1日現在で盛岡圏域に2事業所、岩手中部圏域に3事業所となっています。</p> <p>○ 在宅医療の連携を担う拠点（以下、「在宅医療連携拠点」という。）は、令和2(2020)年11月現在、13か所設置されており、20市町村を事業区域として活動を行っています。</p>	<p>リハビリテーションや運動療法の普及を促進します。</p> <p>○ 口腔機能の改善による全身の健康状態の回復及び合併症の予防や発症（再発）のリスクの低減を図るため、医科と歯科医療機関との連携を促進します。</p> <p>○ 心疾患患者の再発予防、再入院予防を図るため、地域連携クリティカルパスの導入や I C Tを活用した地域のかかりつけ医と心疾患の診療を担う急性期医療機関等との連携体制の構築、多職種の連携による疾病管理の取組を促進します。</p> <p>（慢性期・安定期）</p> <p>○ 急性期、回復期、慢性期を通じてそれぞれの医療機関が、病態に応じ継続して必要な医療、リハビリテーション等を提供し患者の長期予後を改善していくため、診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入や I C Tの活用を促進します。</p> <p>○ 再発防止を図るため、慢性期・安定期の医療機能を担う医療機関における、定期的な外来診療や介護施設と医療機関の連携等により基礎疾患の管理や心疾患の診療を担う急性期医療機関等との連携体制の構築を促進します。</p> <p>○ 医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、保健師、医療ソーシャルワーカーや心不全療養指導士など循環器病に関する専門資格取得者等の多職種連携による疾病管理の取組を促進します。</p> <p>○ 生活一般・食事・服薬指導、運動療法等についての患者や家族、介護施設職員等に対する教育など再発予防、再入院予防に向けた取組を促進します。</p> <p>○ 再発リスクの低減を図るため、脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等の危険因子の知識普及、<u>食事</u>や生活習慣の改善等についての普及・啓発を図ります。</p> <p>（3）地域社会における循環器病患者の支援</p> <p>【現 状】</p> <p>○ 循環器病患者は、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。</p> <p>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や介護保険制度、障害者総合支援法に基づく支援体制と連携することが必要となります。</p> <p>（在宅医療）</p> <p>○ 平成30(2018)年3月末時点で、在宅医療への積極的な役割を担う医療機関として、在宅療養支援病院9施設、在宅療養支援診療所64施設の届出があり、人口10万人当たり在宅療養支援病院が0.7施設、在宅療養支援診療所が5.2施設といずれも全国（病院1.0施設、診療所10.8施設）を下回っています。</p> <p>○ 平成30(2018)年10月1日現在の訪問看護ステーション数は99事業所であり、人口10万人当たり8.0事業所と全国（8.6事業所）とほぼ同等となっています。また、機能強化型の訪問看護ステーションは、令和2(2020)年11月1日現在で盛岡圏域に2事業所、岩手中部圏域に3事業所となっています。</p> <p>○ 在宅医療の連携を担う拠点（以下、「在宅医療連携拠点」という。）は、令和2(2020)年11月現在、13か所設置されており、20市町村を事業区域として活動を行っています。</p>

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>（地域包括支援センターの状況）</p> <p>○ 地域包括ケアの中核を担う地域包括支援センターには、原則として3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）の職員を置くこととされているものであり、国の配置基準に対する充足率は96.6%、3職種のすべてについて基準を満たしているのは、70センターのうち63センターとなっています。</p> <p>（高齢者の医療）</p> <p>○ 国民生活基礎調査（平成28(2016)年）によると、我が国では、介護が必要になった原因の7割以上が、高齢化に伴い増加することが想定される疾患（脳血管疾患（脳卒中）、関節疾患、認知症、骨折・転倒、高齢による衰弱）によるものとなっています。</p> <p>【課 題】</p> <p>（在宅医療）</p> <p>○ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、<u>（管理）</u>栄養士、介護支援専門員、介護職員など、在宅医療に関わる人材の育成を図るとともに、地域において医療・介護従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが求められています。</p> <p>○ 在宅医療の推進に当たっては、夜間や患者の急変時等、切れ目のない対応・支援を行う体制づくりが重要であることから、訪問診療を提供する病院・診療所、訪問看護を提供する訪問看護ステーションの拡充や機能強化が必要です。</p> <p>○ 一方、広大な県土を抱える本県において、地域により医療、介護資源等の差があることから、地域の実情に応じた在宅医療及び介護、障害福祉サービス等の提供体制を構築する必要があります。</p> <p>（自立支援・重度化防止の取組）</p> <p>○ 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、介護保険制度の持続可能性を確保するため、各市町村において地域課題を分析し、適切な目標設定と進捗管理を行いながら、自立支援・重度化防止を目標にしたケアマネジメントを進める必要があります。</p> <p>（在宅医療・介護の連携推進）</p> <p>○ 介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者に対して、地域の中で一体的に医療・介護サービスを提供できるようにするため、医療・介護に係る多職種連携を進めることが必要です。</p> <p>（地域包括ケアのまちづくり）</p> <p>○ 地域包括ケアシステムを構築するためには、市町村主導のもとで、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用するとともに、新たな資源を開発するなど、地域の将来を見据えた「まちづくり」の一環として位置づけ、取り組むことが重要です。</p> <p>また、地域包括ケアシステムの構築に当たっては、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される体制構築を目指すとともに、地域共生社会の実現に向けて住民に身近な地域において包括的な支援体制づくりに努めることが必要です。</p>	<p>（地域包括支援センターの状況）</p> <p>○ 地域包括ケアの中核を担う地域包括支援センターには、原則として3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）の職員を置くこととされているものであり、国の配置基準に対する充足率は96.6%、3職種のすべてについて基準を満たしているのは、70センターのうち63センターとなっています。</p> <p>（高齢者の医療）</p> <p>○ 国民生活基礎調査（平成28(2016)年）によると、我が国では、介護が必要になった原因の7割以上が、高齢化に伴い増加することが想定される疾患（脳血管疾患（脳卒中）、関節疾患、認知症、骨折・転倒、高齢による衰弱）によるものとなっています。</p> <p>【課 題】</p> <p>（在宅医療）</p> <p>○ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護支援専門員、介護職員など、在宅医療に関わる人材の育成を図るとともに、地域において医療・介護従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが求められています。</p> <p>○ 在宅医療の推進に当たっては、夜間や患者の急変時等、切れ目のない対応・支援を行う体制づくりが重要であることから、訪問診療を提供する病院・診療所、訪問看護を提供する訪問看護ステーションの拡充や機能強化が必要です。</p> <p>○ 一方、広大な県土を抱える本県において、地域により医療、介護資源等の差があることから、地域の実情に応じた在宅医療及び介護、障害福祉サービス等の提供体制を構築する必要があります。</p> <p>（自立支援・重度化防止の取組）</p> <p>○ 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、介護保険制度の持続可能性を確保するため、各市町村において地域課題を分析し、適切な目標設定と進捗管理を行いながら、自立支援・重度化防止を目標にしたケアマネジメントを進める必要があります。</p> <p>（在宅医療・介護の連携推進）</p> <p>○ 介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者に対して、地域の中で一体的に医療・介護サービスを提供できるようにするため、医療・介護に係る多職種連携を進めることが必要です。</p> <p>（地域包括ケアのまちづくり）</p> <p>○ 地域包括ケアシステムを構築するためには、市町村主導のもとで、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用するとともに、新たな資源を開発するなど、地域の将来を見据えた「まちづくり」の一環として位置づけ、取り組むことが重要です。</p> <p>また、地域包括ケアシステムの構築に当たっては、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される体制構築を目指すとともに、地域共生社会の実現に向けて住民に身近な地域において包括的な支援体制づくりに努めることが必要です。</p>

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>【取り組むべき施策】</p> <p>（在宅医療）</p> <p>○ 地域において在宅医療に必要な連携を担う在宅医療連携拠点を中心に、地域包括支援センター等市町村と地域の関係機関（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、基幹相談支援センターや医療機関等）と連携しながら、医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスが適切に紹介されるよう多職種協働による切れ目のない継続的な在宅医療提供体制の構築を図ります。</p> <p>○ 安定した在宅療養体制を整備するため、訪問看護に従事する看護師の人材確保や資質の向上に向けて、岩手県ナースセンターや県訪問看護ステーション協議会と連携した研修等に取り組み、訪問看護ステーションの大規模化、機能強化を図ります。</p> <p>○ かかりつけ医・かかりつけ歯科医等が訪問看護ステーションや、かかりつけ薬局、居宅介護支援事業所等とケアカンファレンスを通じて連携し、患者及び家族を適切に支援する地域医療連携体制の構築を図ります。</p> <p>（市町村による自立支援・重度化防止に向けた取組支援）</p> <p>○ 市町村事業へのリハビリテーション専門職の派遣調整や多職種が参加する自立支援に資する地域ケア個別会議を活用したケアマネジメントを促進するための研修会の開催等を通じて、自立支援・重度化防止に向けた市町村の取組を支援します。</p> <p>（在宅医療・介護の連携推進）</p> <p>○ 在宅療養支援病院等を拠点に医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員等の多職種協働による支援体制を構築する在宅医療連携拠点の広域設置を促進するなど、医療と介護の連携による包括的・継続的なサービスを提供するための基盤整備や安心の医療・介護サービスのネットワークの仕組みづくりを支援します。</p> <p>（市町村による地域包括ケアのまちづくり支援）</p> <p>○ 市町村が主体となった地域包括ケアのまちづくりに取り組む必要性について県民や関係機関等への啓発と参加の促進を図るとともに、市町村に対して先進事例などの情報提供を行うほか、圏域内における医療と介護の連携による入退院調整の仕組みの普及を図るなど市町村域を越えた広域的な調整等の市町村の取組を支援します。</p> <p>○ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域包括支援センターの機能の充実・強化が図られるよう、3職種の配置など必要な体制の整備について市町村に働きかけを行うとともに、先進事例の提供や、岩手県高齢者総合支援センター及び関係機関との連携による専門的・総合的支援を行います。</p> <p>○ 高齢者の自立支援・重度化防止の視点を取り入れたケアマネジメントの実現に向けた取組や多職種連携による関係機関のネットワークの構築が図られるよう、市町村や地域包括支援センターが開催する地域ケア会議に専門職の参画を促すとともに、アドバイザーを派遣し支援します。</p> <p>○ 地域ケア会議において、障がい者施策や地域福祉施策なども視野に入れた地域課題の把握や、地域づくり・地域資源開発に向けた検討が行われるよう専門職を派遣し、県内市町村の多様な地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を支援します。</p>	<p>【取り組むべき施策】</p> <p>（在宅医療）</p> <p>○ 地域において在宅医療に必要な連携を担う在宅医療連携拠点を中心に、地域包括支援センター等市町村と地域の関係機関（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、基幹相談支援センターや医療機関等）と連携しながら、医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスが適切に紹介されるよう多職種協働による切れ目のない継続的な在宅医療提供体制の構築を図ります。</p> <p>○ 安定した在宅療養体制を整備するため、訪問看護に従事する看護師の人材確保や資質の向上に向けて、岩手県ナースセンターや県訪問看護ステーション協議会と連携した研修等に取り組み、訪問看護ステーションの大規模化、機能強化を図ります。</p> <p>○ かかりつけ医・かかりつけ歯科医等が訪問看護ステーションや、かかりつけ薬局、居宅介護支援事業所等とケアカンファレンスを通じて連携し、患者及び家族を適切に支援する地域医療連携体制の構築を図ります。</p> <p>（市町村による自立支援・重度化防止に向けた取組支援）</p> <p>○ 市町村事業へのリハビリテーション専門職の派遣調整や多職種が参加する自立支援に資する地域ケア個別会議を活用したケアマネジメントを促進するための研修会の開催等を通じて、自立支援・重度化防止に向けた市町村の取組を支援します。</p> <p>（在宅医療・介護の連携推進）</p> <p>○ 在宅療養支援病院等を拠点に医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員等の多職種協働による支援体制を構築する在宅医療連携拠点の広域設置を促進するなど、医療と介護の連携による包括的・継続的なサービスを提供するための基盤整備や安心の医療・介護サービスのネットワークの仕組みづくりを支援します。</p> <p>（市町村による地域包括ケアのまちづくり支援）</p> <p>○ 市町村が主体となった地域包括ケアのまちづくりに取り組む必要性について県民や関係機関等への啓発と参加の促進を図るとともに、市町村に対して先進事例などの情報提供を行うほか、圏域内における医療と介護の連携による入退院調整の仕組みの普及を図るなど市町村域を越えた広域的な調整等の市町村の取組を支援します。</p> <p>○ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域包括支援センターの機能の充実・強化が図られるよう、3職種の配置など必要な体制の整備について市町村に働きかけを行うとともに、先進事例の提供や、岩手県高齢者総合支援センター及び関係機関との連携による専門的・総合的支援を行います。</p> <p>○ 高齢者の自立支援・重度化防止の視点を取り入れたケアマネジメントの実現に向けた取組や多職種連携による関係機関のネットワークの構築が図られるよう、市町村や地域包括支援センターが開催する地域ケア会議に専門職の参画を促すとともに、アドバイザーを派遣し支援します。</p> <p>○ 地域ケア会議において、障がい者施策や地域福祉施策なども視野に入れた地域課題の把握や、地域づくり・地域資源開発に向けた検討が行われるよう専門職を派遣し、県内市町村の多様な地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を支援します。</p>

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>○ 地域における安心の医療を支える訪問看護、訪問・通所リハビリテーションなどの医療系サービスや安心の生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護の普及とその他認知症対応型グループホームなど地域密着型サービスの整備促進を図ります。</p> <p>（４）循環器病患者向けのリハビリテーションの充実</p> <p>【現 状】</p> <p>○ 高齢化が進む中で、脳卒中や急性心筋梗塞患者の予後の改善や社会復帰、高齢者の自立支援等を一層進めていくに当たり、心身機能や日常生活活動等の向上を図るリハビリテーションへの需要が高まっています。</p> <p>○ 急性期から回復期までリハビリテーションを実施している病院数は、県全体で 28 施設となっており、二次保健医療圏ごとにみると盛岡保健医療圏の 13 施設など内陸部に集中しています。（平成 29(2017)年医療機能調査）</p> <p>○ 脳卒中等の疾患によりリハビリテーションが必要となった高齢者等に対して、様々な状況に応じたリハビリテーションが適切かつ円滑に提供されるよう、高度なリハビリテーション機能を有するいわてリハビリテーションセンターを岩手県リハビリテーション支援センターとして指定し、県全体のリハビリテーション実施体制に関する調査研究、医療機関・介護保険事業所及び行政機関に対する技術的な支援を行っています。</p> <p>○ 循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性があります。特に脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障害がわかりにくい摂食嚥（えん）下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があります、社会的理解や支援が必要です。</p> <p>【課 題】</p> <p>○ 本県のリハビリテーションの提供体制は、二次保健医療圏によって医療資源が偏在しており、限られた資源を効果的、効率的に活用するしくみと予防、急性期、回復期、生活期（維持期）の各段階におけるリハビリテーション関係機関の連携を進める必要があります。</p> <p>（脳卒中の医療（回復期））</p> <p>○ 日常生活動作（ADL）の向上等による社会復帰を促進するためには、急性期リハビリテーションに継続して回復期における集中的なリハビリテーションが重要ですが、回復期リハビリテーション病床は地域間の偏在があり、その資源も十分ではないことから、回復期リハビリテーション提供体制の整備とともに、医療連携体制の構築を進めることが求められています。</p> <p>○ 合併症の治療が優先される患者、合併症を併発した患者に対して、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の連携や、脳卒中の再発が疑われる患者に対して、急性期医療機関との連携体制の構築が期待されています。</p>	<p>○ 地域における安心の医療を支える訪問看護、訪問・通所リハビリテーションなどの医療系サービスや安心の生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護の普及とその他認知症対応型グループホームなど地域密着型サービスの整備促進を図ります。</p> <p>（４）循環器病患者向けのリハビリテーションの充実</p> <p>【現 状】</p> <p>○ 高齢化が進む中で、脳卒中や急性心筋梗塞患者の予後の改善や社会復帰、高齢者の自立支援等を一層進めていくに当たり、心身機能や日常生活活動等の向上を図るリハビリテーション²³への需要が高まっています。</p> <p>○ 急性期から回復期までリハビリテーションを実施している病院数は、県全体で 28 施設となっており、二次保健医療圏ごとにみると盛岡保健医療圏の 13 施設など内陸部に集中しています。（平成 29(2017)年医療機能調査）</p> <p>○ 脳卒中等の疾患によりリハビリテーションが必要となった高齢者等に対して、様々な状況に応じたリハビリテーションが適切かつ円滑に提供されるよう、高度なリハビリテーション機能を有するいわてリハビリテーションセンターを岩手県リハビリテーション支援センターとして指定し、県全体のリハビリテーション実施体制に関する調査研究、医療機関・介護保険事業所及び行政機関に対する技術的な支援を行っています。</p> <p>○ 循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性があります。特に脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障害がわかりにくい摂食嚥（えん）下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があります、社会的理解や支援が必要です。</p> <p>【課 題】</p> <p>○ 本県のリハビリテーションの提供体制は、二次保健医療圏によって医療資源が偏在しており、限られた資源を効果的、効率的に活用するしくみと予防、急性期、回復期、生活期（維持期）の各段階におけるリハビリテーション関係機関の連携を進める必要があります。</p> <p>（脳卒中の医療（回復期））</p> <p>○ 日常生活動作（ADL）の向上等による社会復帰を促進するためには、急性期リハビリテーションに継続して回復期における集中的なリハビリテーションが重要ですが、回復期リハビリテーション病床は地域間の偏在があり、その資源も十分ではないことから、回復期リハビリテーション提供体制の整備とともに、医療連携体制の構築を進めることが求められています。</p> <p>○ 合併症の治療が優先される患者、合併症を併発した患者に対して、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の連携や、脳卒中の再発が疑われる患者に対して、急性期医療機関との連携体制の構築が期待されています。</p>

²³ リハビリテーション：心身に障がいを持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促す概念（厚生労働省高齢者リハビリテーション研究会）をいいます。

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>脳卒中の回復期においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。</p> <p>○ 患者に対し在宅等生活の場への復帰を支援することが必要であり、再発予防に関し生活一般・食事・服薬指導等の必要な知識の普及啓発、再発の危険因子である高血圧や糖尿病等の管理、適切なリハビリテーションの実施等が大切とされています。</p> <p>（脳卒中の医療（維持期））</p> <p>○ 患者等が地域において安心して療養生活を継続できるよう、医療から介護まで連続したサービス提供が必要であり、病院をはじめ、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等による連携体制の構築が求められています。</p> <p>○ 脳卒中の維持期においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。</p> <p>合併症の治療が優先される患者、合併症を併発した患者に対して、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の連携や、脳卒中の再発が疑われる患者に対して、急性期医療機関との連携体制の構築が期待されています。</p> <p>専門職員による計画的かつきめ細やかな個別機能訓練の実施に向け、多職種による地域ケア会議の効果的な開催と専門職員等の質の向上が求められています。</p> <p>○ 患者に対し、在宅等生活の場への復帰を支援することが必要であり、再発予防に関し、生活一般・食事・服薬指導等の必要な知識の普及啓発、再発の危険因子である高血圧や糖尿病等の管理、適切なリハビリテーションの実施等が大切とされています。</p> <p>○ 介護保険によるリハビリテーション提供施設については、医療機関からの退院後の支援機関としての機能が求められており、その機能の充実に向けた体制整備を図るとともに、それぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションを切れ目なく提供することができるよう、医療機関と介護保険施設・居宅介護サービス事業所の情報共有と連携を促進することが必要です。</p> <p>（心血管疾患の医療（回復期））</p> <p>○ 患者の長期に及ぶ予後の改善には、生活習慣の改善指導とともに、合併症や再発の予防、在宅復帰、復職等の社会復帰のための心臓リハビリテーションの実施が重要であることから、リハビリテーションの提供体制の構築や継続的な多職種の連携による疾病管理の取組が求められます。</p> <p>○ 心血管疾患の術後における細菌性心内膜炎等の合併症の予防や、心血管疾患の発症（再発）のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的口腔健康管理や歯周治療に取り組む必要があります。</p> <p>○ 心血管疾患患者の再発予防、再入院予防の観点から、低栄養予防(塩分・水分制限を含む)、運動療法、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因等の危険因子の是正のため、地域の医療連携体制の構築や、多職種の連携による疾病管理の取組が必要とされています。</p> <p>（心血管疾患の再発予防（慢性期・安定期））</p> <p>○ 慢性期においては、再発防止のため定期的な外来診療等により食事や生活習慣の改善指導、基礎疾患や危険因子（脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病等）の継続的な管理を行う体制を確保していく必要があります。</p>	<p>脳卒中の回復期においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。</p> <p>○ 患者に対し在宅等生活の場への復帰を支援することが必要であり、再発予防に関し生活一般・食事・服薬指導等の必要な知識の普及啓発、再発の危険因子である高血圧や糖尿病等の管理、適切なリハビリテーションの実施等が大切とされています。</p> <p>（脳卒中の医療（維持期））</p> <p>○ 患者等が地域において安心して療養生活を継続できるよう、医療から介護まで連続したサービス提供が必要であり、病院をはじめ、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等による連携体制の構築が求められています。</p> <p>○ 脳卒中の維持期においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士等の多職種の連携が期待されています。</p> <p>合併症の治療が優先される患者、合併症を併発した患者に対して、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の連携や、脳卒中の再発が疑われる患者に対して、急性期医療機関との連携体制の構築が期待されています。</p> <p>専門職員による計画的かつきめ細やかな個別機能訓練の実施に向け、多職種による地域ケア会議の効果的な開催と専門職員等の質の向上が求められています。</p> <p>○ 患者に対し、在宅等生活の場への復帰を支援することが必要であり、再発予防に関し、生活一般・食事・服薬指導等の必要な知識の普及啓発、再発の危険因子である高血圧や糖尿病等の管理、適切なリハビリテーションの実施等が大切とされています。</p> <p>○ 介護保険によるリハビリテーション提供施設については、医療機関からの退院後の支援機関としての機能が求められており、その機能の充実に向けた体制整備を図るとともに、それぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションを切れ目なく提供することができるよう、医療機関と介護保険施設・居宅介護サービス事業所の情報共有と連携を促進することが必要です。</p> <p>（心血管疾患の医療（回復期））</p> <p>○ 患者の長期に及ぶ予後の改善には、生活習慣の改善指導とともに、合併症や再発の予防、在宅復帰、復職等の社会復帰のための心臓リハビリテーションの実施が重要であることから、リハビリテーションの提供体制の構築や継続的な多職種の連携による疾病管理の取組が求められます。</p> <p>○ 心血管疾患の術後における細菌性心内膜炎等の合併症の予防や、心血管疾患の発症（再発）のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的口腔健康管理や歯周治療に取り組む必要があります。</p> <p>○ 心血管疾患患者の再発予防、再入院予防の観点から、低栄養予防(塩分・水分制限を含む)、運動療法、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因等の危険因子の是正のため、地域の医療連携体制の構築や、多職種の連携による疾病管理の取組が必要とされています。</p> <p>（心血管疾患の再発予防（慢性期・安定期））</p> <p>○ 慢性期においては、再発防止のため定期的な外来診療等により食事や生活習慣の改善指導、基礎疾患や危険因子（脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病等）の継続的な管理を行う体制を確保していく必要があります。</p>

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>○ 慢性心不全患者は、心不全の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あり、今後の患者数の増加が予測されています。</p> <p>○ 心血管疾患患者の再発予防、再入院予防の観点から、運動療法、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因等の危険因子の是正のため、地域の医療・介護の連携体制の構築や、多職種の連携による疾病管理の取組が必要とされています。</p> <p>○ 患者の周囲にいる者に対して、再発時における適切な対応についての教育等の実施が求められています。</p> <p>【取り組むべき施策】</p> <p>○ 急性期から回復期及び維持期・生活期までの状態に応じた切れ目のない継続的なリハビリテーションの提供体制の整備を推進します。</p> <p>（脳卒中の医療（回復期））</p> <p>○ 患者の機能の回復や生活の場への復帰を目指して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等によるリハビリテーションに加え、多職種によるチーム医療の取組を進めるなどリハビリテーションの質の向上を図ります。</p> <p>○ 急性期医療機関と回復期リハビリテーションを行う医療機関との連携の強化など、医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入及び合同カンファレンス等による情報交換や患者情報共有の取組を推進します。</p> <p>○ 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、地域の中核病院等を中心に患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入・運用、ＩＣＴの活用を進めていきます。</p> <p>○ また、脳卒中の再発を防止するため、高血圧などの危険因子の知識、生活習慣の改善などについて普及・啓発を図るとともに、県民への普及啓発にも努めていきます。</p> <p>（脳卒中の医療（維持期））</p> <p>○ 基礎疾患の管理や再発防止のための治療を行う、かかりつけ医、在宅療養支援診療所等と訪問看護ステーション、生活機能の維持、向上のためのリハビリテーションを行う介護老人保健施設等の多職種協働による、地域の在宅医療連携体制の整備を促進します。</p> <p>○ 急性期から回復期医療、リハビリテーション、介護サービスの連携を実施するためには、相互に診療情報や治療計画を共有することも必要であり、地域連携クリティカルパスの導入・運用、ＩＣＴの活用や合同カンファレンス等による情報交換など医療から介護までの連携による取組を推進します。</p> <p>○ 多職種からなるチームケアを通じ、リハビリテーションの提供機能や在宅復帰支援機能を有する介護老人保健施設の計画的な整備を支援します。</p> <p>○ 医療と介護の連携の中核を担う地域包括支援センターの充実、県リハビリテーション支援センター、リハビリテーション職能団体及び各地域リハビリテーション広域支援センター等による専門職員の派遣、研修会の開催等による地域リハビリテーションの体制整備を支援します。</p> <p>○ 脳卒中の再発を防止するため、患者等への高血圧などの危険因子の知識、生活習慣の改善などについて教育を行うとともに、県民への普及啓発にも努めていきます。</p>	<p>○ 慢性心不全患者は、心不全の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あり、今後の患者数の増加が予測されています。</p> <p>○ 心血管疾患患者の再発予防、再入院予防の観点から、運動療法、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因等の危険因子の是正のため、地域の医療・介護の連携体制の構築や、多職種の連携による疾病管理の取組が必要とされています。</p> <p>○ 患者の周囲にいる者に対して、再発時における適切な対応についての教育等の実施が求められています。</p> <p>【取り組むべき施策】</p> <p>○ 急性期から回復期及び維持期・生活期までの状態に応じた切れ目のない継続的なリハビリテーションの提供体制の整備を推進します。</p> <p>（脳卒中の医療（回復期））</p> <p>○ 患者の機能の回復や生活の場への復帰を目指して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等によるリハビリテーションに加え、多職種によるチーム医療の取組を進めるなどリハビリテーションの質の向上を図ります。</p> <p>○ 急性期医療機関と回復期リハビリテーションを行う医療機関との連携の強化など、医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入及び合同カンファレンス等による情報交換や患者情報共有の取組を推進します。</p> <p>○ 医療機関の役割と機能分担に応じた医療連携体制の整備を促進し、地域の中核病院等を中心に患者の診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入・運用、ＩＣＴの活用を進めていきます。</p> <p>○ また、脳卒中の再発を防止するため、高血圧などの危険因子の知識、生活習慣の改善などについて普及・啓発を図るとともに、県民への普及啓発にも努めていきます。</p> <p>（脳卒中の医療（維持期））</p> <p>○ 基礎疾患の管理や再発防止のための治療を行う、かかりつけ医、在宅療養支援診療所等と訪問看護ステーション、生活機能の維持、向上のためのリハビリテーションを行う介護老人保健施設等の多職種協働による、地域の在宅医療連携体制の整備を促進します。</p> <p>○ 急性期から回復期医療、リハビリテーション、介護サービスの連携を実施するためには、相互に診療情報や治療計画を共有することも必要であり、地域連携クリティカルパスの導入・運用、ＩＣＴの活用や合同カンファレンス等による情報交換など医療から介護までの連携による取組を推進します。</p> <p>○ 多職種からなるチームケアを通じ、リハビリテーションの提供機能や在宅復帰支援機能を有する介護老人保健施設の計画的な整備を支援します。</p> <p>○ 医療と介護の連携の中核を担う地域包括支援センターの充実、県リハビリテーション支援センター、リハビリテーション職能団体及び各地域リハビリテーション広域支援センター等による専門職員の派遣、研修会の開催等による地域リハビリテーションの体制整備を支援します。</p> <p>○ 脳卒中の再発を防止するため、患者等への高血圧などの危険因子の知識、生活習慣の改善などについて教育を行うとともに、県民への普及啓発にも努めていきます。</p>

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>（心血管疾患の医療（回復期））</p> <p>○ 急性期医療機関から自宅に復帰する患者が増加していることを踏まえ、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、保健師、心臓リハビリテーション指導士等の多職種の連携による生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法などの疾病管理の取組も進めながら、心臓リハビリテーションを提供できる外来通院型心臓リハビリテーションや運動療法の普及を促進します。</p> <p>○ 口腔機能の改善による全身の健康状態の回復及び合併症の予防や発症（再発）のリスクの低減を図るため、医科と歯科医療機関との連携の促進を図ります。</p> <p>○ 心疾患患者の再発予防、再入院予防を図るため、地域連携クリティカルパスの導入やＩＣＴを活用した地域のかかりつけ医と心疾患の診療を担う急性期医療機関等との連携体制の構築、多職種の連携による疾病管理の取組を促進します。</p> <p>（心血管疾患の再発予防（慢性期・安定期））</p> <p>○ 急性期、回復期、慢性期を通じてそれぞれの医療機関が、病態に応じ継続して必要な医療、リハビリテーション等を提供し患者の長期予後を改善していくため、診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入やＩＣＴの活用を促進します。</p> <p>○ 再発防止を図るため、慢性期・安定期の医療機能を担う医療機関における、定期的な外来診療や介護施設と医療機関の連携等により基礎疾患の管理や心疾患の診療を担う急性期医療機関等との連携体制の構築を促進します。</p> <p>○ 医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、保健師、心不全療養指導士等の多職種の連携による疾病管理の取組を促進します。</p> <p>○ 生活一般・食事・服薬指導、運動療法等についての患者や家族、介護施設職員等に対する教育など再発予防、再入院予防に向けた取組を促進します。</p> <p>○ 再発リスクの低減を図るため、脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等の危険因子の知識普及、生活習慣の改善等についての普及・啓発を図ります。</p> <p>（５）相談支援及び情報提供</p> <p>【現状・課題】</p> <p>医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。</p> <p>患者からの相談は、急性期における医療機関受診に関することから、主に慢性期における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで多岐にわたり、急性期には患者が意識障害を呈していることも多く、時間的制約があることから、患者が情報にアクセスすることが困難な可能性もあります。</p> <p>このような中で、患者と家族が、その地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスし、各ステージに応じた課題の解決につなげられるような取組を進めることが必要です。</p> <p>本県の疾病者の搬送及び受入れの実施に関する基準において、脳卒中及び急性心筋梗塞の疑いのある傷病者の搬送先としている医療療機関（以下「循環器病患者搬送先医療機関」という。）では、令和３（2021）年４月１日時点で約８割（１８機関／２３機関）の医療機関が相談窓口に対応できる相談員を配置し、循環器病の患者やその家族からの医療費や福祉制度、退院後の生活等様々な相談に応じて</p>	<p>（心血管疾患の医療（回復期））</p> <p>○ 急性期医療機関から自宅に復帰する患者が増加していることを踏まえ、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、<u>歯科衛生士</u>、保健師、心臓リハビリテーション指導士等の多職種の連携による生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法などの疾病管理の取組も進めながら、心臓リハビリテーションを提供できる外来通院型心臓リハビリテーションや運動療法の普及を促進します。</p> <p>○ 口腔機能の改善による全身の健康状態の回復及び合併症の予防や発症（再発）のリスクの低減を図るため、医科と歯科医療機関との連携の促進を図ります。</p> <p>○ 心疾患患者の再発予防、再入院予防を図るため、地域連携クリティカルパスの導入やＩＣＴを活用した地域のかかりつけ医と心疾患の診療を担う急性期医療機関等との連携体制の構築、多職種の連携による疾病管理の取組を促進します。</p> <p>（心血管疾患の再発予防（慢性期・安定期））</p> <p>○ 急性期、回復期、慢性期を通じてそれぞれの医療機関が、病態に応じ継続して必要な医療、リハビリテーション等を提供し患者の長期予後を改善していくため、診療情報や治療計画を相互に共有する地域連携クリティカルパスの導入やＩＣＴの活用を促進します。</p> <p>○ 再発防止を図るため、慢性期・安定期の医療機能を担う医療機関における、定期的な外来診療や介護施設と医療機関の連携等により基礎疾患の管理や心疾患の診療を担う急性期医療機関等との連携体制の構築を促進します。</p> <p>○ 医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、保健師、心不全療養指導士等の多職種の連携による疾病管理の取組を促進します。</p> <p>○ 生活一般・食事・服薬指導、運動療法等についての患者や家族、介護施設職員等に対する教育など再発予防、再入院予防に向けた取組を促進します。</p> <p>○ 再発リスクの低減を図るため、脂質異常症、喫煙、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等の危険因子の知識普及、生活習慣の改善等についての普及・啓発を図ります。</p> <p>（５）相談支援及び情報提供</p> <p>【現状・課題】</p> <p>医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。</p> <p>患者からの相談は、急性期における医療機関受診に関することから、主に慢性期における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで多岐にわたり、急性期には患者が意識障害を呈していることも多く、時間的制約があることから、患者が情報にアクセスすることが困難な可能性もあります。</p> <p>このような中で、患者と家族が、その地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスし、各ステージに応じた課題の解決につなげられるような取組を進めることが必要です。</p> <p>本県の疾病者の搬送及び受入れの実施に関する基準において、脳卒中及び急性心筋梗塞の疑いのある傷病者の搬送先としている医療療機関（以下「循環器病患者搬送先医療機関」という。）では、令和３（2021）年４月１日時点で約８割（１８機関／２３機関）の医療機関が相談窓口に対応できる相談員を配置し、循環器病の患者やその家族からの医療費や福祉制度、退院後の生活等様々な相談に応じて</p>

素案（修正前）

中間案（修正後）

います。

【取り組むべき施策】

循環器病の患者やその家族が、疾患の特性や個別のニーズに対応した必要な情報を取得して問題解決ができるように、医療機関や関係団体、地域包括支援センター等と連携し、相談体制と提供情報の充実を促進します。

（６）循環器病患者向けの緩和ケアの提供

【現状・課題】

循環器病と悪性新生物（がん）は、共に生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患です。循環器病の中でも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います。

県内の循環器病患者搬送先医療機関では、令和３（2021）年４月１日時点で約４割（10機関／23機関）の医療機関において、多職種による緩和ケアチームを設置し、身体的循環器病患者の身体的苦痛、精神的苦痛、仕事や経済的問題などの社会的苦痛に対応する緩和ケアの体制を整備していますが、緩和ケアチームが介入した人数はがんに比べ少ない状況が続いています。（図表5-3）

（図表 5-3） 院内緩和ケアチーム介入人数の割合

区 分	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
脳卒中	0.0	0.0	0.0
心疾患	0.1	0.1	0.1
悪性新生物（がん）	100	100	100
備考：がん患者の介入人数を 100 とした場合の循環器病患者の割合（県内の循環器病患者搬送先医療機関の平均値）			

資料：県医療政策室調べ

【取り組むべき施策】

循環器病患者の苦痛を身体的・精神心理的・社会側面的等の多面的な観点の有する全人的な苦痛として捉え、治療の初期段階から専門的な緩和ケアを行うため、多職種チームによる緩和ケアや関係機関の連携を促進します。

循環器病の臨床経過の特徴を踏まえた緩和ケアに関する研修会を、関係機関が連携して開催することなどにより、緩和ケアの質の向上と提供体制の充実を促進します。

また、循環器病患者の軽減を図るため、緩和ケアに関する普及・啓発に取り組みます。

います。

【取り組むべき施策】

循環器病の患者やその家族が、疾患の特性や個別のニーズに対応した必要な情報を取得して問題解決ができるように、医療機関や関係団体、地域包括支援センター等と連携し、相談体制と提供情報の充実を促進します。

（６）循環器病患者向けの緩和ケアの提供

【現状・課題】

循環器病と悪性新生物（がん）は、共に生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患です。循環器病の中でも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います。

県内の循環器病患者搬送先医療機関では、令和３（2021）年４月１日時点で約４割（10機関／23機関）の医療機関において、多職種による緩和ケアチームを設置し、身体的循環器病患者の身体的苦痛、精神的苦痛、仕事や経済的問題などの社会的苦痛に対応する緩和ケアの体制を整備していますが、緩和ケアチームが介入した人数はがんに比べ少ない状況が続いています。（図表5-6）

（図表 5-6） 院内緩和ケアチーム介入人数の割合

区 分	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
脳卒中	0.0	0.0	0.0
心疾患	0.1	0.1	0.1
悪性新生物（がん）	100	100	100
備考：がん患者の介入人数を 100 とした場合の循環器病患者の割合（県内の循環器病患者搬送先医療機関の平均値）			

資料：県医療政策室調べ

【取り組むべき施策】

循環器病患者の苦痛を身体的・精神心理的・社会側面的等の多面的な観点の有する全人的な苦痛として捉え、治療の初期段階から専門的な緩和ケアを行うため、多職種チームによる緩和ケアや関係機関の連携を促進します。

循環器病の臨床経過の特徴を踏まえた緩和ケアに関する研修会を、関係機関が連携して開催することなどにより、緩和ケアの質の向上と提供体制の充実を促進します。

また、循環器病患者の軽減を図るため、緩和ケアに関する普及・啓発に取り組みます。

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>（７）循環器病患者の治療と仕事の両立支援、就労支援の促進</p> <p>【現状・課題】</p> <p>一般に、脳卒中というと手足の麻痺、言語障害等の大きな障害が残るというイメージがありますが、岩手県地域脳卒中登録事業報告書（平成29(2017)年度）によると、脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者（4,695人）のうち、18.1％（850人）が20～64 歳であり、このうち退院時に「全く症状なし」、「問題となる症状なし」の状態まで回復する方が約45％となっています。（図表5-4）</p> <p>脳卒中は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（復職）することが可能な場合も少なくありませんが、復職に関して患者の希望がかなえられないケースもあり、治療と仕事の両立支援、就労支援に関する関係機関の適切な連携が必要となっています。</p> <p>また、岩手県地域心疾患登録事業報告書（平成29(2017)年度）によると、心疾患の患者（785人）のうち33.5％（263人）が20～64 歳となっています。（図表5-4）</p> <p>虚血性心疾患を含む心疾患は、治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多く存在しますが、治療法や治療後の心機能によっては継続した配慮が必要となる場合があります。</p> <p>本県では、岩手労働局が職業生活の両立を支援する関係機関のネットワークとして「岩手県地域両立支援推進チーム」を設置し関係機関の取組の促進を図るとともに、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」（厚生労働省）により脳卒中や心疾患など疾病の特徴に応じた職場での対応等について周知しています。岩手産業保健総合支援センターでは、<u>両立支援に関する研修会の開催や両立支援コーディネーターによる個別相談への対応等</u>を行っています。</p> <p>また、県内の循環器病患者搬送先医療機関では、令和3(2021)年4月1日時点で約7割（15機関／23機関）の医療機関において、循環器病に関する治療と仕事の両立支援の相談に応じていますが、相談が少なく、患者やその家族への一層の周知が必要です。</p>	<p>（７）循環器病患者の治療と仕事の両立支援、就労支援の促進</p> <p>【現状・課題】</p> <p>一般に、脳卒中というと手足の麻痺、言語障害等の大きな障害が残るというイメージがありますが、岩手県地域脳卒中登録事業報告書（平成29(2017)年度）によると、脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者（4,695人）のうち、18.1％（850人）が20～64 歳であり、このうち退院時に「全く症状なし」、「問題となる症状なし」の状態まで回復する方が約45％となっています。（図表5-7）</p> <p>脳卒中は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（復職）することが可能な場合も少なくありませんが、復職に関して患者の希望がかなえられないケースもあり、治療と仕事の両立支援、就労支援に関する関係機関の適切な連携が必要となっています。</p> <p>また、岩手県地域心疾患登録事業報告書（平成29(2017)年度）によると、心疾患の患者（785人）のうち33.5％（263人）が20～64 歳となっています。（図表5-7）</p> <p>虚血性心疾患を含む心疾患は、治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多く存在しますが、治療法や治療後の心機能によっては継続した配慮が必要となる場合があります。</p> <p>本県では、岩手労働局が職業生活の両立を支援する関係機関のネットワークとして「岩手県地域両立支援推進チーム」を設置し関係機関の取組の促進を図るとともに、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」（厚生労働省）により脳卒中や心疾患など疾病の特徴に応じた職場での対応等について周知しています。岩手産業保健総合支援センターでは、<u>両立支援を普及促進するための研修会の開催、両立支援促進員による個別相談、個別調整支援、両立支援コーディネーターに対する支援等</u>を行っています。</p> <p>また、県内の循環器病患者搬送先医療機関では、令和3(2021)年4月1日時点で約7割（15機関／23機関）の医療機関において、循環器病に関する治療と仕事の両立支援の相談に応じていますが、相談が少なく、患者やその家族への一層の周知が必要です。</p>

素案（修正前）

中間案（修正後）

（図表 5-4） 脳卒中、心疾患の診断時の年齢（単位：人）

区 分		0-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-64歳	65-69歳	70-79歳	80歳以上	合計	20-64歳		65歳以上	
脳卒中（診断時の年齢）		6	6	23	177	345	299	508	1,130	2,201	4,695	850	18.1%	3,839	81.8%
退院時の状況	全く症状なし	2	1	3	25	41	39	50	74	55	290	109	12.8%	179	4.7%
	問題となる症状なし	1	2	6	59	107	97	158	246	220	896	271	31.9%	624	16.3%
	軽度の障害		2	4	22	56	43	93	159	191	570	127	15.0%	443	11.5%
	中等度の障害	1		1	11	33	37	52	141	275	551	82	9.7%	468	12.2%
	比較的高度の障害			3	19	52	29	73	238	534	948	103	12.1%	845	22.0%
	高度の障害		1	1	16	20	25	42	143	554	802	63	7.4%	739	19.3%
	死亡	2		5	25	35	29	40	128	369	633	94	11.1%	537	14.0%
	記載なし					1			1	3		1	0.0%	4	0.0%
	合計	6	6	23	177	345	299	508	1,130	2,201	4,695	850	100.0%	3,839	100.0%
心疾患（診断時の年齢）				13	62	99	89	119	169	234	785	263	33.5%	522	66.5%

資料：岩手県地域脳卒中登録事業報告書（平成29(2017)年度）、岩手県地域心疾患登録事業報告書（平成29(2017)年度）

【取り組むべき施策】

治療と仕事の両立や就労について、循環器病患者やその家族の実態把握に努めるとともに、循環器病患者が社会に受け入れられ、病状に応じた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、関係機関、事業所等が連携・協働し、支援体制の充実に取り組みます。

また、関係機関等が連携し、治療と仕事の両立支援に関するセミナーを開催するなど、治療と仕事の両立支援に関する循環器病の患者やその家族、事業所等の理解促進に取り組みます。

（８）小児・若年者に対する循環器病対策

【現 状】

（児童生徒等の保健管理等）

- 循環器病の中には、先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。
- 学校保健安全法に基づき「心臓の疾病及び異常の有無」を早期に発見するため、小学１年、中学１年、高校１年を対象に、心電図検査を実施しています。
学校健診等の機会を通じて、小児の循環器病が見つかることもあります。
- 本県では、心臓に起因したと思われる突然死を予防するため、緊急時にＡＥＤが使用できる体制を整備しています。

（移行期医療）

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

（図表 5-7） 脳卒中、心疾患の診断時の年齢（単位：人）

区 分		0-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-64歳	65-69歳	70-79歳	80歳以上	合計	20-64歳		65歳以上	
脳卒中（診断時の年齢）		6	6	23	177	345	299	508	1,130	2,201	4,695	850	18.1%	3,839	81.8%
退院時の状況	全く症状なし	2	1	3	25	41	39	50	74	55	290	109	12.8%	179	4.7%
	問題となる症状なし	1	2	6	59	107	97	158	246	220	896	271	31.9%	624	16.3%
	軽度の障害		2	4	22	56	43	93	159	191	570	127	15.0%	443	11.5%
	中等度の障害	1		1	11	33	37	52	141	275	551	82	9.7%	468	12.2%
	比較的高度の障害			3	19	52	29	73	238	534	948	103	12.1%	845	22.0%
	高度の障害		1	1	16	20	25	42	143	554	802	63	7.4%	739	19.3%
	死亡	2		5	25	35	29	40	128	369	633	94	11.1%	537	14.0%
	記載なし					1			1	3		1	0.0%	4	0.0%
	合計	6	6	23	177	345	299	508	1,130	2,201	4,695	850	100.0%	3,839	100.0%
心疾患（診断時の年齢）				13	62	99	89	119	169	234	785	263	33.5%	522	66.5%

資料：岩手県地域脳卒中登録事業報告書（平成29(2017)年度）、岩手県地域心疾患登録事業報告書（平成29(2017)年度）

【取り組むべき施策】

治療と仕事の両立や就労について、循環器病患者やその家族の実態把握に努めるとともに、循環器病患者が社会に受け入れられ、病状に応じた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、関係機関、事業所等が連携・協働し、支援体制の充実に取り組みます。

また、関係機関等が連携し、治療と仕事の両立支援に関するセミナーを開催するなど、治療と仕事の両立支援に関する循環器病の患者やその家族、事業所等の理解促進に取り組みます。

（８）小児・若年者に対する循環器病対策

【現 状】

（児童生徒等の保健管理等）

- 循環器病の中には、先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。また、肥満をはじめとする成人病リスク因子を有する小児・若年者が潜在しています。
- 学校保健安全法に基づき「心臓の疾病及び異常の有無」を早期に発見するため、小学１年、中学１年、高校１年を対象に、心電図検査を実施しています。
学校健診等の機会を通じて、小児の循環器病が見つかることもあります。
- 本県では、心臓に起因したと思われる突然死を予防するため、緊急時にＡＥＤが使用できる体制を整備しています。

（移行期医療）

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

素案（修正前）

中間案（修正後）

【課 題】

（児童生徒等の保健管理等）

- 循環器病のある児童生徒等が適切な治療を受けられるよう学校、児童生徒、保護者、主治医（専門医）が連携することが大切です。
 - 学校においては、緊急時に適切に対応できる体制を整えることと、教職員等を対象としたA E Dの使用を含む応急手当の定期的な研修と訓練が必要です。
 - 児童生徒等が生涯を通じて、できるだけ健康な生活を送ることができるよう支援体制の構築が必要です。
- （移行期医療）
- 小児から成人まで生涯を通じて切れ目ない医療が受けられるよう、他領域の診療科との連携や、移行期医療を含めた総合的な支援体制の整備が必要です。

【取り組むべき施策】

（児童生徒等の保健管理等）

- 検査委託機関、医師会、学校医等と連携し、学校における児童生徒等の健康診断等により循環器病の早期発見と適切な治療を推進します。
- 学校においては、健康診断における有所見者の保護者に対して専門医による精密検査を受けるよう通知し、心疾患児が、安心、安全に学校生活を送ることができるよう、「学校生活管理指導表」に基づく生活管理や生活指導を適切に行います。
- 児童生徒等及び教職員等を対象としたA E Dの使用を含む応急手当の講習会開催を推進します。

（図表 5-5） 県内の教職員を対象とした自動体外式除細動器（A E D）の使用を含む応急手当の講習実施状況

区分	小学校	中学校	高校	特別支援学校
行っている	182 校 (60. 3%)	67 校 (44. 4%)	48 校 (64. 0%)	35 校 (83. 3%)
行っていない	120 校 (39. 7%)	84 校 (55. 6%)	27 校 (36. 0%)	7 校 (16. 7%)

資料：令和 2 (2020) 年度保健体育行政（学校安全）関係調査結果

- 児童生徒等、家族、医療者、学校関係者で疾患に関する情報を共有し、患者の自立を支援します。

（移行期医療）

- 小児期・若年期の循環器病について、小児期から成人期かけて必要な医療を切れ目なく行うことができる移行期医療の支援体制整備を推進します。

- 特に先天性心疾患の患者の多くが小児の段階から医療的ケアを要していますが、地域において成人への移行体制・支援体制が不足しています。

【課 題】

（児童生徒等の保健管理等）

- 循環器病のある児童生徒等が適切な治療を受けられるよう学校、児童生徒、保護者、主治医（専門医）が連携することが大切です。
 - 学校においては、緊急時に適切に対応できる体制を整えることと、教職員等を対象としたA E Dの使用を含む応急手当の定期的な研修と訓練が必要です。
 - 児童生徒等が生涯を通じて、できるだけ健康な生活を送ることができるよう支援体制の構築が必要です。
- （移行期医療）
- 小児から成人まで生涯を通じて切れ目ない医療が受けられるよう、総合的な支援体制の整備が必要です。

- 医療的ケア児が成人となった後も、適切な保健・医療・福祉サービスを受けながら日常生活及び社会生活を営むことができる体制を構築することが重要です。

【取り組むべき施策】

（児童生徒等の保健管理等）

- 検査委託機関、医師会、学校医等と連携し、学校における児童生徒等の健康診断等により循環器病の早期発見と適切な治療を推進します。
- 学校においては、健康診断における有所見者の保護者に対して小児循環器専門医による精密検査を受けるよう通知し、心疾患児が、安心、安全に学校生活を送ることができるよう、「学校生活管理指導表」に基づく生活管理や生活指導を適切に行います。
- 児童生徒等及び教職員等を対象としたA E Dの使用を含む応急手当の講習会開催を推進します。

（図表 5-8） 県内の教職員を対象とした自動体外式除細動器（A E D）の使用を含む応急手当の講習実施状況

区分	小学校	中学校	高校	特別支援学校
行っている	182 校 (60. 3%)	67 校 (44. 4%)	48 校 (64. 0%)	35 校 (83. 3%)
行っていない	120 校 (39. 7%)	84 校 (55. 6%)	27 校 (36. 0%)	7 校 (16. 7%)

資料：令和 2 (2020) 年度保健体育行政（学校安全）関係調査結果

- 児童生徒等、家族、医療者、学校関係者で疾患に関する情報を共有し、患者の自立を支援します。

（移行期医療）

- 小児期・若年期の循環器病について、小児期から成人期かけて必要な医療を切れ目なく行うことができる移行期医療の支援体制整備を推進します。
- 医療的ケア児については、地域の医療、保健、福祉、教育、労働等の多機関が連携して支援に当たることが重要であり、その調整の中核的役割を果たす支援機関の整備を推進します。

素案（修正前）	中間案（修正後）
第 6 章 計画の総合的かつ計画的な推進に必要な事項	第 6 章 計画の総合的かつ計画的な推進に必要な事項
1 計画の推進体制	1 計画の推進体制
	<p><u>令和元年度の人口動態統計によると、本県の循環器病の死亡率は悪性新生物（がん）に次いで高く、第 2 位が心疾患、第 3 位が脳血管疾患となっています。</u></p> <p><u>また、令和元(2019)年の国民生活基礎調査によると、全国における介護が必要となった主な原因に占める割合は、心疾患と脳血管疾患を合わせた割合が20.6%と最多となっています。</u></p> <p><u>循環器病は、県民の生命や健康、社会生活に重大な影響を及ぼす疾患となっていることから、本県では循環器病に関係する各主体が、循環器病対策として様々な取組を実施しています。</u></p> <p><u>予防に関しては、産・学・官の団体等により組織された「岩手県脳卒中予防県民会議」での脳卒中予防講演会等を内容とする県民大会の開催を始め、本会議に参画する関係機関・団体及び企業等による食生活や運動等の生活習慣改善、広報及び啓発活動などの取組を実施しています。</u></p> <p><u>その他、医師会や薬剤師会、看護協会、栄養士会、予防医学協会等の関係団体による循環器病の予防に関する講演、研修会、相談会等の実施、医療保険者の特定健康検査受診率、特定保健指導実施率向上に向けた広報や普及啓発の取組などを実施しています。</u></p> <p><u>市町村では、健康教室、循環器病発症ハイリスク者への訪問保健指導、予防に関するイベント、広報や普及啓発の取組などを実施しています。</u></p> <p><u>学校では、健康診断における高度肥満傾向児の保護者に対して専門医による精密検査の受診勧奨や生活指導等を行っています。</u></p> <p><u>また、県と医師会が連携し、循環器病対策の基礎資料となる脳卒中及び心疾患の発症、経過に関する情報収集のため、岩手県地域脳卒中登録事業、岩手県地域心疾患登録事業を実施しています。</u></p> <p><u>救急搬送に関しては、消防機関が救命率の向上に資するため、A E Dを用いた心肺蘇生法の普及や 12 誘導心電図伝送システムの導入、メディカルコントロール体制の整備等を進めています。また、医療機関や消防機関等が連携しドクターヘリを運行しています。</u></p> <p><u>循環器病の医療に関しては、急性期、回復期、維持期のそれぞれの医療を担う医療機関が、その専門性を生かしながら、相互に連携し医療を提供しています。</u></p> <p><u>地域社会における循環器病患者の支援に関しては、市町村、地域包括支援センター、在宅療養支援医療機関、訪問看護ステーションなどが連携し、後遺症や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となった循環器病患者が、住み慣れた地域で安心して生活し続けることができるように医療・介護・福祉に関する支援を行っています。</u></p> <p><u>循環器病患者への相談支援、治療と仕事の両立支援に関しては、主に医療機関の相談窓口において、医</u> <u>化する中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に関す</u></p>

素案（修正前）

中間案（修正後）

本計画の推進に当たっては、県民をはじめ、県、市町村、医療機関、大学、関係団体、事業者等による一
体的な取組が必要です。

このため、県は、循環器病対策に係る関係機関等で構成する岩手県循環器病対策推進協議会において本
計画の進捗を把握し、円滑な推進を図るとともに、幅広い主体の参画と連携・協働のもと、成果や課題の
検証を行い、より実効性の高い施策を推進します。

2 新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策

新型コロナウイルス感染症の重症化のリスク因子として、高齢者、基礎疾患（心血管疾患、糖尿病、慢
性呼吸器疾患、慢性腎臓病等）が指摘されており、さらに、新型コロナウイルス感染症の合併症として、
血栓症を合併する可能性が指摘されています。このため、生活習慣病の早期発見・早期治療は、循環器病
の予防のみならず、新型コロナウイルス感染症による重症化の防止にもつながります。

また、新型コロナウイルス感染症の流行による影響で、日常の活動が制限され、運動不足・不規則な食
事等の生活習慣の乱れによる健康状態の悪化や、健診や医療機関の受診控えによる疾患の重症化などが指
摘されていることから、生活習慣の改善や健診の受診、医療機関の早期受診に係る普及啓発等の対策に関
係機関が連携して取り組みます。

3 計画の評価と見直し

本計画は、定期的に進捗状況の把握及び評価を行うとともに、その状況を踏まえ、岩手県循環器病対策
推進協議会において、循環器病対策の推進のために必要な事項について協議しながら、本計画に基づく施
策を着実に推進します。

本計画に基づく施策の推進に当たっては、目標(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のPDCA
サイクルに基づく改善を図り、ロジックモデルにより進捗管理を行います。

る相談に応じています。
また、岩手労働局が「岩手県地域両立支援推進チーム」を設置し関係機関の取組の促進を図っているほ
か、岩手産業保健総合支援センターが、研修会の開催、両立支援促進員による個別相談等を行っていま
す。

小児・若年者に対する循環器病対策に関しては、学校が関係機関と連携し、早期発見のための健康診断
や心電図検査、緊急時にAEDが使用できる体制整備等を行っています。

このように、循環器病に係る各主体が予防などの分野毎に連携・協働を図りながら取組を進めています
が、今後、本計画に基づき、目標とする健康寿命の延伸と循環器病の死亡率の低減を達成するためには、
これまでの分野毎の連携・協働の強化を図るとともに、分野を越えて連携・協働の輪を広げ、県民をはじ
め、国、県、市町村、医療機関、大学、関係団体、事業者等が一体的となって取組を展開することが必要
です。

このため、国、県、市町村をはじめ循環器病対策の関係機関等は、循環器病対策に係る関係機関等で構
成する岩手県循環器病対策推進協議会や各種会議の場のほか、ホームページ等を活用して、本県の循環器
病の状況、各関係機関の取組や成果を共有するとともに、有効な取組の横展開や連携・協働により取組の
拡充や強化を図るなど、幅広い主体の参画と連携・協働のもと、実行性の高い施策を推進します。

2 新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策

新型コロナウイルス感染症の重症化のリスク因子として、高齢者、基礎疾患（心血管疾患、糖尿病、慢
性呼吸器疾患、慢性腎臓病等）が指摘されており、さらに、新型コロナウイルス感染症の合併症として、
血栓症を合併する可能性が指摘されています。このため、生活習慣病の早期発見・早期治療は、循環器病
の予防のみならず、新型コロナウイルス感染症による重症化の防止にもつながります。

また、新型コロナウイルス感染症の流行による影響で、日常の活動が制限され、運動不足・不規則な食
事等の生活習慣の乱れによる健康状態の悪化や、健診や医療機関の受診控えによる疾患の重症化などが指
摘されていることから、生活習慣の改善や健診の受診、医療機関の早期受診に係る普及啓発等の対策に関
係機関が連携して取り組みます。

3 計画の評価と見直し

本計画は、定期的に進捗状況の把握及び評価を行うとともに、その状況を踏まえ、岩手県循環器病対策
推進協議会において、本計画の成果や課題の検証を行い、進捗管理を行うとともに、循環器病対策の推進
のために必要な事項について協議しながら、本計画に基づく施策を着実に推進します。

本計画に基づく施策の推進に当たっては、目標(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のPDCA
サイクルに基づく改善を図ります。

素案（修正前）	中間案（修正後）
<p>基本法第 11 条第 4 項の規定により、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、必要があると認めるときはこれを変更するよう努めなければならないとされていますが、本計画は、令和 6 (2024) 年度からの次期岩手県保健医療計画との調和を図るため、計画期間を令和 5 (2023) 年度までとし、見直しを行います。</p>	<p>基本法第 11 条第 4 項の規定により、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、必要があると認めるときはこれを変更するよう努めなければならないとされていますが、本計画は、令和 6 (2024) 年度からの次期岩手県保健医療計画との調和を図るため、計画期間を令和 5 (2023) 年度までとし、見直しを行います。</p>