

全体目標

2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少

個別施策

循環器病：脳卒中・心臓病その他の循環器病

【基盤】循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備

循環器病の診療情報を収集・活用する公的な枠組みの構築

1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

- 循環器病の発症予防及び重症化予防
- 子どもの頃から国民への循環器病に関する正しい知識（循環器病の予防、発症早期の適切な対応、重症化予防、後遺症等）の普及啓発の推進
- 循環器病に対する国民の認知度等の実態把握

3. 循環器病の研究推進

- 循環器病の病態解明、新たな診断技術や治療法の開発、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発の推進
- 科学的根拠に基づいた政策を立案し、循環器病対策を効果的に進めるための研究の推進

2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

- ① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進
- ② 救急搬送体制の整備
- ③ 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築
- ④ リハビリテーション等の取組
- ⑤ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援
- ⑥ 循環器病の緩和ケア
- ⑦ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援
- ⑧ 治療と仕事の両立支援・就労支援
- ⑨ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策
- ⑩ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項

- (1) 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化
- (2) 他の疾患等に係る対策との連携
- (3) 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策
- (4) 都道府県による計画の策定
- (5) 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化
- (6) 基本計画の評価・見直し

＜循環器病の特徴と対策＞

啓発・予防
(一次予防、二次予防、三次予防)

急性期

回復期～慢性期

生活期・維持期

再発・合併症・重症化予防

循環器病対策推進基本計画

令和5年3月

目次

1. はじめに	1
2. 循環器病の特徴並びに循環器病対策に係るこれまでの取組及び課題	4
3. 全体目標	8
(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	8
(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	8
(3) 循環器病の研究推進	9
4. 個別施策	10
【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】	10
(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	12
(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	14
①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進	14
②救急搬送体制の整備	16
③救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築	17
④リハビリテーション等の取組	19
⑤循環器病の後遺症を有する者に対する支援	21
⑥循環器病の緩和ケア	22
⑦社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	23
⑧治療と仕事の両立支援・就労支援	24
⑨小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	25
⑩循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	26
(3) 循環器病の研究推進	27
5. 循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項	30
(1) 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化	30
(2) 他の疾患等に係る対策との連携	30

(3) 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策	30
(4) 都道府県による計画の策定	31
(5) 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化	32
(6) 基本計画の評価・見直し	32

1. はじめに

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）¹は、我が国の主要な死亡原因である。循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳出血、くも膜下出血等）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞等）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症等）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤等）、末梢血管疾患、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る。

令和3（2021）年の人口動態統計（厚生労働省）によると、心疾患は死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、悪性新生物（がん）に次ぐ死亡原因²となっており、年間31万人以上の国民が亡くなっている。

令和3（2021）年版「救急・救助の現況」（総務省消防庁）によると、令和2（2020）年中の救急自動車による救急出動件数のうち、最も多い事故種別は急病（全体の64.9%）である。急病の疾病分類では、脳血管疾患及び心疾患等を含む循環器系が多く、全体の16.3%を占め、特に高齢者ではその割合が高い。さらに、急病の傷病程度別の搬送人数について、その疾病分類を分析すると、死亡及び重症（長期入院）において、脳血管疾患や心疾患等が占める割合が高い。また、循環器系の疾患は加齢とともに患者数が増加する傾向にある³ことに鑑みれば、高齢者人口がピークを迎える2040年頃の我が国を展望すると、より一層の対策が必要である。

さらに、令和元（2019）年「国民生活基礎調査」（厚生労働省）によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が4.5%であり、両者を合わせると20.6%と最多である。

また、令和元（2019）年度版「国民医療費」（厚生労働省）の概況によると、令和元（2019）年度の傷病分類別医科診療医療費31兆9,583億円のうち、循環

¹ 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（平成30年法律第105号）では、脳卒中、心臓病その他の循環器病を「循環器病」としているところ、同法に基づき策定する本基本計画についても同様とする。

² 第1位は悪性新生物（がん）、第2位は心疾患、第3位は老衰、第4位は脳血管疾患、第5位は肺炎。

³ 令和2（2020）年「患者調査」（厚生労働省）全国編報告書第36表より、心疾患では年齢階級75～79歳まで、脳血管疾患では年齢階級70～74歳まで患者数の増加傾向がみられる。

器系の疾患が占める割合は、6兆1,369億円（19.2%）と最多である。

このように、循環器病は国民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患であるとともに、社会全体にも大きな影響を与える疾患である。

こうした現状に鑑み、誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命⁴の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、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（平成30年法律第105号。以下「法」という。）が平成30（2018）年12月に成立し、令和元（2019）年12月に施行された。これを踏まえ、第1期循環器病対策推進基本計画を令和2（2020）年10月に策定した。さらに、都道府県においても、都道府県循環器病対策推進計画の策定が進められた。

循環器病対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）は、法第9条第1項の規定に基づき策定されるものであり、国の循環器病対策の基本的な方向について明らかにするものである。

同条第7項において、政府は、循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案し、並びに循環器病対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならないこととされている。他方で、基本計画を基本として作成される都道府県循環器病対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）は、法第11条第3項の規定に基づき、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画（以下「医療計画」という。）、健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画（以下「都道府県健康増進計画」という。）及び介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）等の関係する諸計画との調和が保たれたものとする必要がある。

⁴ 健康寿命とは、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間である。本文中の数値は、「日常生活に制限のない期間の平均」を用いている。

これらを踏まえ、第1期基本計画の実行期間については、令和2（2020）年度から令和4（2022）年度までの3年を目安とした。今後策定する第2期の基本計画（以下「本基本計画」という。）の実行期間は、関係する諸計画との調和の観点から、令和5（2023）年度から令和10（2028）年度までの6年を目安とする。

今後は、本基本計画に基づき、国・地方公共団体・医療保険者が連携して、保健、医療又は福祉の業務に従事する者の意見を踏まえつつ、国民と一体となって取組を進める必要がある。

2. 循環器病の特徴並びに循環器病対策に係るこれまでの取組及び課題

(循環器病の特徴)

循環器病は、1で述べたとおり加齢とともに患者数が増加する傾向にあり、悪性新生物（がん）と比べても循環器病の患者の年齢層は高い⁵が、他方で、乳幼児期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症するものでもあり、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ある。このように幅広い年代に患者が存在することから、ライフステージ⁶にあった対策を考えていくことも求められる。

循環器病対策を総合的かつ計画的に進めるに当たっては、循環器病の特徴を踏まえた取組を進めることが重要であり、まずは、この特徴を関係者等が適切に理解することが肝要である。

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症する生活習慣病である。生活習慣病の経過は、生活習慣病の予備群から、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するが、患者自身が気付かない間に病気が進行することも多い。ただし、この経過のいずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な治療によって予防・進行抑制が可能であるという側面もある。

また、循環器病には、生活習慣にかかわらず、先天性疾患、遺伝性疾患、感染性疾患、加齢などを原因とする疾患等、様々な病態が存在する。

循環器病は、急激に発症し、数分や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る。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多い。しかし、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る。

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

⁵ 令和2（2020）年「患者調査」（厚生労働省）

⁶ 健康増進法に基づき策定された国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成24年厚生労働省告示第430号）では、「ライフステージ」は「乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう」としている。

るなど再発や増悪を来しやすいといった特徴がある。また、脳血管疾患と心血管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る。

（これまでの取組）

このように、循環器病は、患者ごとの特徴に応じて多様な対策を講ずる必要性が高い疾患だが、これまでも我が国は、循環器病に係る予防から医療及び福祉に係るサービスまで幅広い対策を進めてきた。

これまで、循環器病の予防については、「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次）」（以下「健康日本 21（第二次）」という。）を推進するものとして策定された国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 24 年厚生労働省告示第 430 号。以下「健康増進法に基づく基本方針」という。）等に基づき、生活習慣病予防などライフステージに応じた健康づくりを、地域や職場と連携して推進するとともに、循環器病の予防や循環器病に関する知識の普及啓発を行ってきたところである。また、第 1 期基本計画に基づき、循環器病の予防、症状や診断・治療等について、国民に対して知識の普及を図るほか、循環器病に関する最新の科学的知見に基づいた情報を医療従事者等に提供している。

保健、医療及び福祉に係るサービスについては、救急患者を 24 時間 365 日受け入れる体制の確保や救急搬送の円滑な受入れの推進等、救急医療体制の整備を総合的に進めてきた。また、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に提供される体制（地域包括ケアシステム）の構築を進めるとともに、これを深化させ、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現に向けた取組を進めている。さらに、第 1 期基本計画下においては、循環器病患者が地域で安心して暮らせるよう就労支援に取り組み、仕事と治療の両立支援のための手引きを作成した。また、医師に対する緩和ケア研修を開催し、緩和ケアの推進等に取り組んできた。

循環器病の研究については、内閣府、文部科学省、厚生労働省及び経済産業省が連携して、循環器病の病態解明や個人の発症リスク評価、新たな予防法、診断技術、治療法の開発等の研究に取り組んでいる。

このような取組を進める中で、健康寿命は、着実に延伸しており、令和元（2019）年においては、男性 72.68 年、女性 75.38 年となっている。これは平成 22（2010）年と比較して、男性で 2.26 年、女性で 1.76 年増加しており、同期間の平均寿命の増加分を上回る健康寿命の延伸を達成している⁷。

また、循環器病の年齢調整死亡率（人口 10 万人対）は、年々減少傾向にある（令和 3（2021）年においては、脳血管疾患の年齢調整死亡率は男性 93.7/女性 55.1、心疾患の年齢調整死亡率は男性 193.8/女性 110.2）。脳血管疾患の年齢調整死亡率は、1970 年代前半まで高かったものの、現在は改善されつつある。心疾患についても、年齢調整死亡率は、1970 年代以降、次第に低くなってきている⁸。

このように、我が国では、循環器病対策に資する取組を着実に推進してきたことが国民の健康寿命の延伸や年齢調整死亡率の減少に貢献してきたと考えられる。

（今後の課題）

今後のより一層の対策強化を目指すに当たって取り組むべき内容について、様々な指摘がなされている。

例えば、循環器病の予防や急性期の対応については、前述の循環器病の特徴を踏まえ、救急現場から医療機関へ迅速かつ適切に搬送できる体制の構築が求められている。また、予防から発症後の急性期、回復期及び慢性期それぞれへの対策を進めるだけでなく、発症後においても再発予防及び重症化予防を繰り返す行う対策が必要であることが指摘されている。

併せて、国民一人ひとりが、循環器病の発症を促進する危険因子をよく理解し、生活習慣の改善と基礎疾患の重症化予防に努めることが重要であり、これを支援するために、国、地方公共団体等が医療従事者等と連携して啓発活動を進める必要性についても指摘がある。

⁷ 令和元（2019）年度～令和 3（2021）年度「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」総括・分担研究報告書（厚生労働行政推進調査事業費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

⁸ 令和 3（2021）年人口動態統計（厚生労働省）。令和 2（2020）年より、年齢調整死亡率の基準人口を昭和 60 年モデル人口から平成 27 年モデル人口に変更している。

今後、高齢化の進む我が国において、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現のためには、健康寿命を延伸し平均寿命との差、すなわち疾病等の健康上の理由により日常生活に制限のある期間を短縮していくことが重要な課題の一つとされている。この差は平成 22（2010）年から令和元（2019）年までの間に男性で約 0.4 年、女性で約 0.6 年短縮されたものの、依然として 10 年程度あり⁹、更なる短縮に向けた取組が望まれる。この差を短縮するには、循環器病対策においても、発症予防を一層推進する必要がある。また、これと同時に、罹患しても日常生活にできるだけ制限を受けずに生活していく、すなわち、疾病と共生するための幅広い社会連携に基づく取組も併せて進めることが望まれている。

循環器病の治療については、症状を和らげる対症療法が発達してきたのに対して、疾病の原因に基づいた治療は発展途上である。循環器病研究においては、今後、対症療法にとどまらず、疾病の原因に基づく治療法やより低侵襲で有効な診断法・治療法を開発し、活用していくことが求められる。

また、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を都道府県ごとに確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要がある。

そして、これらの循環器病対策を推進する基盤として、循環器病の実態を把握し、それを可視化することの重要性も指摘されている。生活習慣病予備群を含めた患者数は多いと考えられ、また、それぞれの治療法や病状は多様であるため、その把握は容易ではないが、循環器病の現状を可視化し、循環器病対策の評価及び検証並びに新たな課題の抽出につなげる必要性について指摘がある。

こうした課題を踏まえ、本基本計画では、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、国の循環器病対策の基本的な方向性について明らかにする。

⁹ 令和元（2019）年の健康寿命と平均寿命の差は男性 8.73 年、女性 12.06 年。なお、令和元（2019）年の健康寿命は、男性 72.68 年、女性 75.38 年である。

3. 全体目標

法の基本理念に照らし、次に掲げる「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」及び「循環器病の研究推進」の3つの目標を達成することにより、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸¹⁰及び循環器病の年齢調整死亡率¹¹の減少」を目指す。

(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

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に鑑み、循環器病の発症予防及び合併症の発症や症状の進展等の再発予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進する。循環器病の予防には、生活習慣等に対する国民の意識と行動の変容が必要であることから、国民に対し、循環器病とその多様な後遺症に関する十分かつ確かな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も行うことで、効果的な循環器病対策を進める。

(2) 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急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に鑑み、地域医療構想の実現に向け、高度急性期及び急性期から回復期及び慢性期までの病床の機能の分化及び連携等に取り組み、都道府県が地域の実情に応じた医療提供体制の構築を進める。循環器病の患者については、それぞれの関係機関が相互に連携しながら、継続して必要な医療、介護及び福祉に係るサービスを提供することが必要である。患者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進することで、効果的かつ持続可能な保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実を図る。また、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても医療の確保を適切に図ることができるような医療

¹⁰ 令和元（2019）年5月に厚生労働省の2040年を展望した社会保障・働き方改革本部において取りまとめられた「健康寿命延伸プラン」において、「2040年までに健康寿命を男女共に3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを目指す」こととされている。なお、平成28（2016）年の健康寿命は、男性72.14年、女性74.79年である。

¹¹ 年齢調整死亡率について、脳血管疾患は、男性93.7、女性55.1（令和3（2021）年）、心疾患は、男性193.8、女性110.2（令和3（2021）年）であり、これを基準とする。

提供体制の整備を進める。

(3) 循環器病の研究推進

患者が安心して治療に向きあえるよう、患者のニーズを踏まえつつ、産学連携や医工連携も図りながら、循環器病の病態解明、新たな治療法や診断技術の開発、リハビリテーション等の予後改善、QOL向上等に資する方法の開発、個人の発症リスク評価や予防法の開発等に関する研究を推進する。また、科学的根拠に基づいた政策を立案し循環器病対策を効果的に進めるための研究を推進する。

4. 個別施策

3で定めた全体目標を達成するため、以下の(1)から(3)までに掲げる個別施策を実施する。

これらを実施するに当たり、循環器病対策全体の基盤の整備として、診療情報の収集・提供体制を整備し、循環器病の実態解明を目指す。

【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】

(現状・課題)

循環器病は、患者数が膨大な数に及ぶことや、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化すること等から、実態を正確かつ詳細に把握することが難しい。また、予防のための対策や様々な治療法の有効性を評価するために十分なデータを収集することも難しい。

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

循環器病の発症や重症化には多くの因子が関わっていることから、循環器病の予防や治療の効果は個人差が大きい。また、がん等の合併症として、血栓症や心不全を発症する場合や回復期以降に生活機能の低下や要介護状態へ進行する場合もあり、それらの実態把握のため幅広い診療情報の収集などが求められる。個々の患者にとって最適な予防や治療を行うため、既存のデータを含め、診療情報をはじめとしたビッグデータを活用した研究も求められる。

現在、循環器病の診療実態を把握している調査及び取組については、厚生労働省が行う患者調査や研究者・学会の取組等が挙げられる。

既存の調査及び取組から診療情報を利用することについては、入力に係る負担の軽減が可能となること等の強みがあるが、参加医療機関や収集される情報が当該調査及び取組の目的に応じたものになり、急性期医療の現場での活用や診療提供体制の構築等の公衆衛生政策等への活用には課題もあるため、公的な情報収集の枠組みの構築が必要である。

また、このような枠組みの構築に当たっては、IT技術を活用し、医療機関における診療情報の入力に係る負担を軽減する必要性も指摘されている。

(取り組むべき施策)

循環器病は、我が国における主要な死亡原因であり、介護が必要となる主な原因の一つであることや、医科診療医療費に占める割合が高く社会的な影響が大きい疾患群であること、さらに急性期には発症後早急に適切な診療を開始する必要があると同時に、回復期及び慢性期にも疾患の再発や増悪を来しやすいことといった特徴がある。こうした特徴を踏まえ、急性期医療の現場における診療情報の活用や診療提供体制の構築、予防（一次予防のみならず、二次予防及び三次予防も含む。¹²⁾等の公衆衛生政策等への診療情報の活用を目的として、国立研究開発法人国立循環器病研究センター（以下「国立循環器病研究センター」という。）をはじめとした医療機関、関係学会等と連携して、まずは脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、急性冠症候群、急性大動脈解離及び急性心不全（慢性心不全の急性増悪を含む。）に係る診療情報を収集・活用する公的な枠組みを構築する。

また、収集された診療情報の二次利用等に関する運用方法や費用負担を含む提供の在り方についても検討を進め、将来的には他の循環器病に広げることも含め検討する。なお、これらの取組は、現在政府で進められている医療分野でのデジタルトランスフォーメーションを通じたサービスの効率化や質の向上により国民の保健医療の向上を図る「医療DX」¹³⁾の取組と連携して進めていくこととする。

¹²⁾ 一次予防：生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等を予防すること。二次予防：疾病を早期に発見し、早期に治療すること。三次予防：疾病が発症した後、必要な治療を受け、機能の維持・回復を図るとともに再発・合併症を予防すること。

¹³⁾ 医療DX：保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えること。（令和4（2022）年9月の第1回「医療DX 令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料より抜粋。）

(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

(現状・課題)

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症する。その経過は、生活習慣病の予備群から、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するが、患者自身が気付かないうちに病気が進行することも多い。

ただし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性がある。このため、循環器病の発症予防のみならず、再発予防や重症化予防としても生活習慣の改善が重要であるといえる。

特に、運動を行うことはロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイルの予防となるだけでなく、心不全などの治療にもつながる。また、近年発達しているウェアラブルデバイス等のIT機器を活用することで生活習慣を自己管理し、必要に応じ、早期の医療機関の受診等につなげることや、循環器病の主要な危険因子となる高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD¹⁴）等に対する様々な手段による治療等により、循環器病の包括的なリスク管理を行うことも重要である。

また、令和4（2022）年3月に厚生労働省が立ち上げた「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」（以下「健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ」¹⁵という。）においては、特に重要な栄養課題として「食塩の過剰摂取」が掲げられており、健康に関心の薄い層を含め誰もが自然に健康になれる食環境づくりの推進に向け、産学官等の連携・協働による取組が進められている。

このほか、適切な治療を受けられなければ、その予後に悪影響を及ぼす可能性の高い循環器病もある。例えば、心房細動は、脳卒中や心不全の発症及び増悪にも影響を与える。下肢末梢動脈疾患は、治療が遅れると下肢の切断に至る場合も

¹⁴ CKD : Chronic Kidney Disease

¹⁵ 健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ：食塩の過剰摂取、若年女性のやせ、経済格差に伴う栄養格差等の栄養課題や環境課題を重大な社会課題として捉え、産学官等の連携・協働により、誰もが自然に健康になれる食環境づくりを展開するもの。

あり、予後の悪化につながる。大動脈弁狭窄症や僧帽弁閉鎖不全症などの弁膜症は、早期の症状には気が付かないことも多い一方で、治療が遅れると予後が悪くなる傾向がある。大動脈瘤は、破裂すると突然死に至ることもあり、破裂する前に治療する必要があるが、症状を認めにくいこともある。その他、心筋症、遺伝性疾患等を含め、循環器病に対して、適切な診断、治療及び重症化予防を行うことが必要である。

国民が適切に循環器病の予防・再発予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うことができるようにするためには、まずは、循環器病に関する正しい知識の普及啓発が必要である。あわせて、循環器病の後遺症についても国民が正しく理解する必要がある。

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

このためにも、国民に対する、循環器病の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性に関する知識の啓発が重要である。

（取り組むべき施策）

健康日本 21（第二次）を推進するものとして策定された健康増進法に基づく基本方針や、令和元（2019）年5月に厚生労働省の2040年を展望した社会保障・働き方改革本部において取りまとめられた「健康寿命延伸プラン」¹⁶等に基づき、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できるよう、生活習慣（栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康等）及び社会環境の改善並びに治療を通じて循環器病の主要な危険因子となる高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD）等の発症予防や重症化予防を推進するとともに、その一環として食育の実施や、学校における教育も含めた子

¹⁶「健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進」や、「地域・保険者間の格差の解消」に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など新たな手法も活用し、①次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成、②疾病予防・重症化予防、③介護予防・フレイル対策、認知症予防の3分野を中心に取組を推進する旨を定めたもの。

どもの頃からの循環器病に関する知識の普及啓発を推進する。また、スマート・ライフ・プロジェクト¹⁷の取組を進め、企業・団体・自治体と協力・連携しながら健康に関する知識の普及啓発を図るとともに、健康増進・生活習慣病予防に向け国民の健康づくりの意識を高めるための取組を推進する。さらに、食塩の過剰摂取への対策として、「健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ」の活動を通じ、健康に関心の薄い層を含め誰もが自然に減塩できる食品の開発や広報活動等を推進する。

正しい知識の普及啓発を行う際には、循環器病に対する国民の認知度等の実態を把握した上で、SNS（Social Networking Service）等を活用した情報発信やマスメディアとの連携、関係団体による啓発の取組等、多様な手段を用いて、循環器病の予防、再発予防・重症化予防、発症早期の適切な対応、後遺症等に関する知識等について、科学的知見に基づき、分かりやすく効果的に伝わるような取組を進める。

循環器病の危険因子として喫煙が挙げられるほか、受動喫煙¹⁸も危険因子として挙げられる。禁煙及び受動喫煙の防止に関する取組については、健康増進法及び健康増進法に基づく基本方針に基づき、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る施策を着実に進める。

（２）保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

循環器病患者を中心とした包括的な支援体制を構築するため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士、管理栄養士、公認心理師、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、相談支援専門員等の多職種が連携して、循環器病の予防、早期発見、再発予防、重症化予防、相談・生活支援等の総合的な取組を進める。

①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

¹⁷ 「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動をいう。

¹⁸ 平成 27（2015）年度「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

（現状・課題）

循環器病の多くは、不健康な生活習慣の継続等に端を発して発症するものであり、その経過は、生活習慣病予備群、生活習慣病発症、再発・重症化・合併症発症、生活機能の低下・要介護状態の順に進行していく。そのため、予防の観点からも、循環器病の早期の診断・治療介入の考え方が必要である。心電図検査等が心房細動などの早期診断につながるとする報告があるほか、循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、健康診査等の受診や、行動変容をもたらす保健指導が重要である。

生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導には、40歳以上75歳未満の者が対象となる特定健康診査・特定保健指導等がある。特定健康診査・特定保健指導については、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第18条第1項の規定に基づき定められている特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（平成20年厚生労働省告示第150号）において、令和5（2023）年度に特定健康診査の実施率を70%以上に、特定保健指導の実施率を45%以上にすることが目標とされているが、令和2（2020）年度においては特定健康診査の実施率が53.4%、特定保健指導の実施率が23.0%と目標値には到達しておらず、更なる実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要がある。

（取り組むべき施策）

循環器病をはじめとする生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導である特定健康診査・特定保健指導等の実施率向上に向けた取組を進める。ナッジ理論¹⁹等を活用して特定健康診査・特定保健指導の実施率向上を目指す先進・優良事例の横展開等により、実施率の向上につながる効果的な方策等を検討する。

また、国民健康保険の保険者努力支援制度等について、疾病予防・再発予防・重症化予防の推進に係る先進・優良事例について把握を行うとともに、評価指標の見直しを検討し、予防・健康づくりを推進する。

¹⁹ 「ナッジ」とは「ひじで軽く突く」という意味。行動経済学上、対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する手法。

②救急搬送体制の整備

(現状・課題)

循環器病は急激に発症し、数分や数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多い。循環器病の治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、発症後早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性があることから、急性期には早急に適切な診療を開始する必要がある。その際には、地域の状況にかかわらず、情報技術の活用などにより医療の質を高めることが求められる。

例えば、脳梗塞に対する t-PA 療法²⁰や機械的血栓回収療法を迅速に行うことで、機能予後の改善につながるなどの科学的根拠も示されているが、これらの急性期治療を国民があまねく享受できる状況には至っていない。

また、虚血性心疾患だけでなく、不整脈や心筋症なども、心原性ショックの原因となりうることから、迅速な対応が必要である。特に急性大動脈解離や大動脈瘤破裂については、緊急手術が常時可能な施設は限られているため、地域における現状を踏まえつつ、より広域の連携体制を構築する必要がある。

消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による受入れの実施に係る体制の整備については、全ての都道府県において、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の分類基準に「脳卒中」・「心臓病」（あるいはこれらを疑う症状）を定め、傷病者の受入先となる医療機関リストを作成している。

消防機関における循環器病に関する教育研修の機会の確保としては、全消防職員が人体知識や傷病別応急処置等を初任教育時に習得していることに加え、救急隊員は専科教育を受けている。さらに、メディカルコントロール体制の充実強化により、救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保に取り組んでいる。

今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏

²⁰ 遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクティベータの静注療法で発症後 4.5 時間以内に実施可能。

まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を都道府県ごとに確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要がある。

(取り組むべき施策)

平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、循環器病患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築を進めるため、各都道府県において地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直しが継続的に行われるよう促す必要がある。さらに、循環器病に関する救急隊の観察・処置等については、メディカルコントロール体制の充実強化によって、引き続き科学的知見に基づいた知識・技術の向上等を図る。

③救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築

(現状・課題)

医療及び介護に係るサービスの需要の増大及び多様化に対応し続けるためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要がある。その際には、脳卒中・心血管疾患それぞれの疾患特性に合わせて対応していくことも重要である。

このため、現在我が国では、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号)に基づき、病床の機能の分化及び連携を進めるとともに、地域医療として一体的に地域包括ケアシステムを構成する医療及び介護に係るサービスの充実を図ることとしている。具体的には、都道府県において、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により報告された情報等を活用し、病床の機能ごとの将来の必要量等、将来のニーズに合わせ病床の機能の分化及び連携を進めるため地域医療構想を策定し、医療計画に盛り込むことにより、地域ごとにバランスのとれた医療提供体制を構築することとしている。特に有事においては、急性期の医療機関の診療負担が増えることを踏まえ、急性期病院と回復期・慢性期病院との連携を円滑にするために、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た効率的な役割分担の在り方等について検討することが重要である。循環器病の急性期診療においては、対応疾患に応じて、地域における複数の医療機関が

連携して 24 時間 365 日受け入れる体制での対応を行うことが求められ、その施設間ネットワークを構築するに当たっては、急性期の専門的医療を行う施設が担うべき医療機能を地域のネットワークを構築している医療機関において分担する必要がある。また、高齢化に伴い増大する医療需要や医療現場の働き方改革に対応しつつ、情報技術を用い患者がより受診しやすく、多職種が連携しやすい環境を整え、将来にわたって質の担保された循環器病の診療体制を構築することが求められる。

また、循環器病に対する治療として、外科治療や血管内治療等の先端かつ高度な医療が必要となり、医療資源や、熟練した医療技術が必要となる場合がある。

循環器病に係る医療従事者の育成については、医学生が卒業時まで身に付けておくべき能力を学修目標として提示した教育内容のガイドラインである医学教育モデル・コア・カリキュラムにおいて、脳血管障害や心不全、虚血性心疾患、不整脈、弁膜症等の病態、診断、治療等を説明できることなどが学修目標として定められている。

また、循環器病に係る各専門医や特定行為研修を修了した看護師、専門・認定看護師等を含めた医療従事者については、国及び学会等の関係団体において育成されている。

他方で、かかりつけ医等においても循環器病患者を診察する可能性があることから、これらの医療従事者も循環器病に関する共通認識を持つ必要がある。

（取り組むべき施策）

循環器病に係る医療提供体制について、地域医療構想の実現に向けた取組である高度急性期及び急性期から回復期及び慢性期までの病床の機能の分化及び連携に取り組む。急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導などを含めた在宅医療の体制を強化するとともに、遠隔医療の体制を更に整備することで、急性期病院からの円滑な診療の流れを実現する。そのため、各病院の空床状況や収容能力、人的資源等の情報を、一元的に把握し、地域における医療資源を有効活用できる体制構築を目指す。

これらにより、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事におい

ても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進する。なお、その際には、有事の対応を行う病院と通常診療を行う病院の役割分担が円滑に進むよう、空床状況等に関する効率的な情報共有を含む医療機関間の連携を強化する。さらに、地域の実情を踏まえ、必要に応じて行政や他の地域との協力体制の構築や、再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要である。

医療提供体制の整備に当たっては、都道府県は、地域の実情に応じ、国及び学会等の関係団体で育成される各専門医や特定行為研修を修了した看護師、専門・認定看護師等を含めた医療従事者の確保や地域の医療従事者間での循環器病に係る知見の共有のための取組等を進める。また、国及び地方公共団体は、医療機関及び学術団体等と協同して、データに基づき、人材育成や適正配置を含めた取組を進める。

循環器病に対する医療の質の向上、それぞれの疾患の特性に応じた医療の均てん化及び集約化並びに効率的かつ持続可能な循環器病の医療の実現を目指し、循環器病の急性期診療を提供する体制の実態を把握し、その有効性及び安全性の評価を含めた検証を進める。また、遠隔医療や情報の連携を進め、医療者の労務環境の改善や業務の効率化等へつなげられるよう、デジタル技術の積極的な活用を推進する。

また、かかりつけ医等の日常の診療における循環器病診療に関するツールの活用等、かかりつけ医・かかりつけ薬局等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるような取組を進める。取組に当たっては、当事者の意識や理解の評価を行い、それに基づいて推進することが重要であるため、医師会や学会などの関係団体等との連携や、関係者で構成される協議会の場等の活用も検討する。

なお、循環器病に係る医療提供体制を構築するに当たり、国立循環器病研究センター等は、全国で共通の水準の医療を提供することができるよう、地域の実情を踏まえ、適宜関係機関と知見を共有する等の取組を行う。

④リハビリテーション等の取組

(現状・課題)

循環器病患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ、日常生活動作の

向上等の生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合もある。

脳卒中患者では、急性期診療を行った後にも様々な神経症状が残ることが多い。

一般的には、急性期に速やかにリハビリテーションを開始し、円滑に回復期及び維持期のリハビリテーションに移行することが求められ、医療と介護の間で切れ目のない継続的なリハビリテーションの提供体制をより一層構築していく必要がある。リハビリテーションと同時に合併症の治療が必要な場合や合併症の治療が優先される場合もあり、個々の患者に応じた適切な対応が求められる。また、患者がその目的や必要性を十分に理解した上での再発予防、重症化予防、生活再建や就労等を目的とした多職種によるアプローチが重要である。

心血管疾患患者の管理においては、特に、心不全等で入退院を繰り返す患者が増加しており、再発予防及び再入院予防の観点が重要である。運動療法、冠危険因子是正、患者教育、カウンセリング等を含む多職種による疾病管理プログラムとして心血管疾患におけるリハビリテーションを実施することが関連学会より提唱されている。

患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家を育成しつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築する必要がある。また、在宅で過ごす患者にも適切なリハビリテーションが提供されるような体制を整備することが必要である。

（取り組むべき施策）

急性期から回復期及び維持期・生活期まで、循環器病患者の状態に応じ、医療現場から介護の現場までの一貫したリハビリテーションの提供等の取組を進める。

特に脳卒中患者においては、地域の関係機関等が連携し、患者の状態を踏まえた適切な医療及び介護サービスを継続して提供できるよう、地域連携クリティ

カルパス²¹も活用しつつ、急性期の病態安定後、機能回復や日常生活動作の向上を目的とした集中的なリハビリテーションの実施が有効であると判断される患者には速やかにリハビリテーションを開始し、回復期に切れ目なく移行できる連携体制を構築する。また、合併症の発症等により集中的なリハビリテーションの実施が困難な患者に対しては、どのようなリハビリテーションを含めた医療を提供するか検討する必要がある。維持期・生活期にかけて、患者の状態に応じた、生活機能の維持及び向上を目的とした医療、介護及び福祉に係るサービスを提供するとともに、リハビリテーションを十分に実施できる体制を維持する。

特に心血管疾患患者においては、疾病管理プログラムとして、リハビリテーションを急性期の入院中から開始し、回復期から維持期・生活期にかけても継続することが重要である。状態が安定した回復期以降には、リハビリテーションを外来や在宅で実施することも見据えつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて多職種が連携する体制について、その有効性も含めて検討する必要がある。

高齢化に伴い、循環器病に嚥下機能障害や廃用症候群など、複数の合併症を認めることが増加している。複数の合併症を有する患者や、気管切開等の重度障害を有する患者等にも適切なリハビリテーションが提供できるような体制の構築を推進する。

⑤循環器病の後遺症を有する者に対する支援

(現状・課題)

循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性がある。後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となり得るが、このような場合には必要な福祉サービスを受けることができることとなっている。ただし、その福祉サービスの提供や後遺症に対する支援については、患者が十分に享受できていないとの課題が指摘されている。また、循環器病の発症後には、うつや不安等が認められる場合もあるため、心理的サポートも求められる。

²¹ 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。

とりわけ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、社会的理解や支援も必要である。

（取り組むべき施策）

てんかん、失語症等の循環器病の後遺症を有する者が、症状や程度に応じて、適切な診断、治療を受けられ、社会生活を円滑に営むために、就労支援や経済的支援を含め、必要な支援体制の整備を行う。循環器病の後遺症を有する者に対する必要な福祉サービスの提供を引き続き推進するとともに、失語症者に対する意思疎通支援、高次脳機能障害者のニーズに応じた支援体制の強化、てんかん患者が地域において適切な支援を受けられるよう、てんかん拠点医療機関間のネットワーク強化等に取り組む。

循環器病の後遺症等に関する知識等について、分かりやすく効果的に伝わるよう必要な取組を進める。

⑥循環器病の緩和ケア

（現状・課題）

令和2（2020）年の世界保健機関（WHO）からの報告に、成人で緩和ケア²²を必要とする頻度の高い疾患として循環器病があげられている。循環器病は、生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患である。加えて、例えば、臨床経過の特徴として増悪を繰り返すことが挙げられる心不全については、治療と連携した緩和ケアも必要とされている。

（取り組むべき施策）

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を有する全人的な苦痛として捉えた上で、全人的なケアを行うべく、多職種連携や地域連携の下で、循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進する。また、その際には、アドバンス・ケア・プランニングによる個人の意思決

²² 世界保健機関（WHO）によると、緩和ケアとは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」とされている。

定に基づく緩和ケアが提供される必要がある。

専門的な緩和ケアの質を向上させ、患者と家族のQOLの向上を図るため、関係学会等と連携して、医師等に対する循環器病の緩和ケアに関する研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制を充実させる。

⑦社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

(現状・課題)

循環器病患者は、慢性期に、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る。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底等適切な管理及びケアを行うことも必要である。必要に応じて介護保険制度、障害者福祉制度及び医療制度が連携を行うことも重要である。そのため、循環器病患者が、急性期から回復期、慢性期まで切れ目なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が必要である。

(取り組むべき施策)

慢性期においても循環器病の再発予防や重症化予防のためにそれぞれの関係機関が相互に連携しながら、継続して必要な医療、介護及び福祉に係るサービスを提供することが必要であるため、患者の意思や希望を尊重するとともに、患者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、これを深化させ、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現に向けた取組を進める。特に、循環器病患者が、急性期、回復期、慢性期のいずれにおいても、医療サービスと介護及び福祉サービスを切れ目なく受けられることができるよう、医療介護連携体制の整備に取り組む。

また、かかりつけ医機能の充実や病診連携の推進、かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上に資する服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導、看護師等による予防から治療、再発予防、重症化予防までの切れ目のない看護の提供、理学療法士の理学療法、作業療法士の作業療法、言語聴覚士の言語聴覚療法、管理栄養士や栄養士による栄養管理、社会福祉士、介護支援専

門員及び相談支援専門員による相談・生活支援等に取り組む。

⑧治療と仕事の両立支援・就労支援

(現状・課題)

脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者(約174万人)のうち、約17%(約30万人)が20~64歳である⁵。

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るが、65歳未満の患者においては、約7割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告もある。脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰(復職)することが可能な場合も少なくないが、復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障害者就労支援などとの適切な連携が求められる。

また、心血管疾患の患者(約306万人)のうち約19%(約58万人)が20~64歳である⁵。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するが、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合がある。

「働き方改革実行計画」(平成29年3月働き方改革実現会議決定)では、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えることや病を患った方々が生きがいを感じながら働ける社会を目指すこととされているが、社会の受け入れ体制において、就労支援サービスの活用には課題も残る。

(取り組むべき施策)

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

特に治療と仕事の両立支援については、循環器病の医療提供を行う医療機関

において、担当の両立支援コーディネーター²³を配置して、各個人の状況に応じた治療と仕事が両立できるよう取組を進めるなど、かかりつけ医等、会社・産業医及び両立支援コーディネーターによる、患者への「トライアングル型サポート体制²⁴」の構築を推進し、相談支援体制を充実させる。

⑨小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

（現状・課題）

循環器病の中には、100人に1人の割合で出生する先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症等といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患がある。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る。

近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に慢性疾病に罹患した患者全体の死亡率は、大きく減少し、多くの子どもたちの命が救われるようになった。

その一方で、小児患者の治療に当たっては保護者の役割が大きいこと、また、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま、思春期、さらには成人期を迎える患者が増えていることなどの現状があり、そのような患者の自立等に関する課題もある。胎児期の段階を含め、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、他領域の診療科との連携や、移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が求められている。

（取り組むべき施策）

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

²³ 主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けたプランの作成支援などを担う。

²⁴ 主治医、会社・産業医と患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制のこと。「働き方改革実行計画」において、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整え、病を患った方々が、生きがいを感じながら働ける社会を目指すため、トライアングル型サポート体制を構築することとされた。

⑩循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

(現状・課題)

医療技術や情報技術が進歩し、患者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る。

相談支援については、急性期における医療機関受診に関することから、主に慢性期における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで多岐にわたる。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る。また、生活期に相談できる窓口が少ないという意見もある。そのような中で、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でき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう取組を進めることが求められる。

現在、医療機関等においても、相談支援が実施されているが、十分に普及しているとは言えない現状がある。

(取り組むべき施策)

循環器病に関する科学的根拠に基づいた正しい情報を提供するために、国と国立循環器病研究センター、関係団体等が、協力して循環器病に関する様々な情報を収集し、科学的根拠に基づく情報を国民に提供する。

発信された情報のうち、患者やその家族が、疾患の特性に応じ、個別のニーズに対応した必要な情報に急性期から確実にアクセスし活用しながら問題解決できるよう、前述の循環器病の相談支援に関する現状を踏まえつつ、循環器病における適切な相談支援の内容や体制、必要な情報²⁵について、地方公共団体は、医療機関や地域における高齢者等の生活を支える地域包括支援センターなど既存の取組との連携・協力も見据えながら、個別支援も含めて検討する必要がある。

²⁵ 治療を受けられる医療機関、循環器病の症状・治療・費用、生活習慣病に関する知識、患者団体等の活動、労災認定基準等。

(3) 循環器病の研究推進

(現状・課題)

循環器病に関する研究については、「健康・医療戦略」(令和2年3月閣議決定、令和3年4月一部変更)、「医療分野研究開発推進計画」(令和2年3月健康・医療戦略推進本部決定、令和3年4月一部変更)等を踏まえ、内閣府、文部科学省、厚生労働省及び経済産業省が連携し、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(Japan Agency for Medical Research and Development。以下「AMED」という。)を通じて、基礎的な研究から実用化のための研究開発までの各研究段階においてその推進が図られている。また、様々な支援に基づき、国立循環器病研究センターをはじめとした医療・研究機関等での研究も進められている。

基礎段階においては、病態の解明やバイオマーカー探索等の研究を推進するとともに、ゲノム情報その他のオミックス情報の解析やiPS細胞などの幹細胞をはじめとする先端的な生命科学における成果も活用しつつ、様々な予防・早期介入法、診断法・治療法等に資するエビデンスを創出する研究開発を推進している。バイオバンク等の形で、詳細な診療情報に裏打ちされた生体試料などの収集なども一部で行われているところ、より一層の充実を図る。

応用段階においては、予防・早期介入法(医療機器等)の開発、治療法(医薬品、医療機器等)の開発・事業化、診断法や標準的治療の確立等の医療水準の向上、そして医療機器・社会システム等の社会実装に向けた取組等、多様な目的の研究について戦略的かつ総合的に推進が行われるよう、取組が行われている。

このほか、厚生労働省においては、科学的根拠に基づいた行政政策を行うため、栄養・身体活動等の生活習慣の改善や社会環境の整備等による健康寿命の延伸に資する施策の根拠となるエビデンスの創出や生活習慣病の治療の均てん化を目指した研究等を推進している。

これまでも、循環器病に対する様々な治療薬や医療機器が開発されてきたが、循環器病の発症や重症化には多くの因子が関わっており、その病態は十分には明らかにはされておらず、治療の多くは対症療法にとどまっている。

今後、対症療法にとどまらず、原因に基づく治療法や、より低侵襲で有効な診断法・治療法を開発し、治療等に係る幅広い選択肢を国民に提供していくために

は、コホート研究等によるリスク因子の同定、遺伝子や分子細胞レベルでの研究や臓器の相互作用（臓器連関）をはじめとする病態解明から、病態分子機序を標的とした新規治療法や診断技術の開発に向けた臨床研究を国内の研究者が一丸となって切れ目なく進めることが重要である。

歯科疾患が感染性心内膜炎等の発症に影響を及ぼすことや、生活習慣病及び循環器病と関連があることが示されている。心臓と腎臓の機能低下は互いに影響を及ぼすことなど、循環器病の発症や進行においては、他の臓器が関連することも示唆されている。また、循環器病の克服を目指し、大規模データの活用や、目覚ましい発展を遂げているゲノム・オミックス解析やAIによる画像診断などデジタル技術等の活用等による革新的な診断法や治療法が開発が求められている。

さらに、災害時や長時間の旅行時等に発症することが知られている肺血栓栓塞症等、生活習慣に端を発する循環器病の他にも、幅広く循環器病の対策を進めるための研究を推進する必要がある。

（取り組むべき施策）

基礎的な研究から実用化に向けた研究までを一体的に推進するためAMEDにおいて、病態を解明するための研究を含め、有望な基礎研究の成果の厳選及び診断法・治療法等の開発に向けた研究と速やかな企業導出の実施に向けた取組を推進する。

安全性を確保した上で、患者の苦痛軽減といったニーズを踏まえつつ、循環器病の病態解明、新たな診断技術や治療法の開発、リハビリテーション等による予後改善、QOL向上等に資する方法の開発、循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の状況に加え、遺伝的素因等を含めた多様な観点から個人の発症リスク評価や個人に最適な予防法・治療法の開発等に関する研究を、既存の取組と連携しつつ、体系的かつ戦略的に推進する。

医療分野以外の研究者や企業も含め適切に研究開発を行うことができるよう、医工連携といった異分野融合も図りながら、研究開発を推進する。アカデミアによる医療への出口を見据えたシーズ研究を行うとともに、こうしたシーズも活かしつつ産学連携による実用化研究・臨床研究を行うほか、臨床上の課題を基礎研究にフィードバックする橋渡し研究を行う。

国は、革新的な診断法・治療法等を創出するための研究開発を推進するとともに、画期的な医薬品、医療機器、体外診断用医薬品及び再生医療等製品について先駆的医薬品等指定制度等の仕組みを活用することによって、早期の承認を推進する。

国は、循環器病対策を効果的に推進するため、治療等の費用対効果も踏まえつつ、循環器病の診療の質の向上や健康寿命の延伸に資する施策の根拠となるエビデンスの創出や循環器病の治療の均てん化を目指した研究等、根拠に基づく政策立案のための研究を推進する。また、歯科疾患等の循環器病以外の疾患が循環器病の発症や進行に影響を与えうることや、循環器病の中には下肢末梢動脈疾患や肺血栓塞栓症といった多様な病態が含まれることを踏まえ、幅広く循環器病の対策を進めるための研究を推進する。

5. 循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項

(1) 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

循環器病対策を実効的なものとして、総合的に展開するためには、国及び地方公共団体をはじめ、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を進めることが重要である。

この際、国及び地方公共団体は、患者・家族を含む関係者等の意見の把握に努め、循環器病対策に反映させることが重要である。

国及び地方公共団体は、循環器病に関する知識の普及啓発等により、循環器病患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現を目指して、国民と共に取り組んでいくことが重要である。

(2) 他の疾患等に係る対策との連携

循環器病は合併症・併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策と重なる部分がある。そのような取組については、例えば、腫瘍循環器やがんに関連した脳卒中の観点では「第4期がん対策推進基本計画」（令和5年3月閣議決定）、小児期・若年期から配慮が必要な循環器病の観点では「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」（令和5年3月閣議決定）、循環器病の発症予防や重症化予防の観点では「腎疾患対策検討会報告書（平成30年）」における関連施策と連携して取り組むこととする。

(3) 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策

今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を都道府県ごとに確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要がある。

循環器病に係る医療提供体制について、地域医療構想の実現に向けた取組である高度急性期及び急性期から回復期及び慢性期までの病床の機能の分化及び連携に取り組む。急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導などを含めた在宅医療の体制を強化するとともに、遠隔医療の体制を更に整備することで、急性期病院からの円滑な診療の流れを実現する。そのため、各病院の空床状況や収容能力、人的資源等の情報を、一元的に把握し、地域における医療資源を有効活用できる体制構築を目指す。

これらにより、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進する。なお、その際には、有事の対応を行う病院と通常診療を行う病院の役割分担が円滑に進むよう、空床状況等に関する効率的な情報共有を含む医療機関間の連携を強化する。さらに、地域の実情を踏まえ、必要に応じて行政や他の地域との協力体制の構築や、再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要である。

（４）都道府県による計画の策定

法第 11 条第 1 項において、都道府県は、基本計画を基本とするとともに、当該都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況、循環器病に関する研究の進展等を踏まえ、当該都道府県における循環器病対策の推進に関する計画（都道府県計画）を策定しなければならないこととされており、都道府県計画の策定等の際には、都道府県の協議会等に患者等が参画するなど、都道府県は関係者等の意見の聴取に努める。なお、法第 21 条第 1 項において、都道府県は、都道府県循環器病対策推進計画を策定及び変更するに当たり、都道府県循環器病対策推進協議会を置くよう努めなければならないこととされている。

法第 11 条第 3 項において、都道府県計画は、医療計画、都道府県健康増進計画、都道府県介護保険事業支援計画、消防法（昭和 23 年法律第 186 号）第 35 条の 5 第 1 項に規定する実施基準その他の法令の規定による計画等であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならないこととされており、その他の法令の規定による計画としては、社会福祉サー

ビスや障害福祉サービスとの連携の観点から、都道府県地域福祉支援計画や都道府県障害福祉計画等があげられる。

国は、都道府県における都道府県計画の作成に当たり、都道府県に対して、都道府県計画の作成手法などについて、必要な助言をし、都道府県はこれを踏まえて作成するよう努める。国は、都道府県の循環器病対策の状況を把握し、積極的に好事例の情報提供を行うなど、都道府県との情報共有に努める。

(5) 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、循環器病対策を推進する体制を適切に評価すること、各取組の着実な実施に向けて必要な財政措置を行うこと等が重要である。

一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することによって、循環器病対策の成果を上げるという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各施策の重複排除及び関係省庁間の連携強化を図るとともに、官民の役割及び費用負担の分担を図る。

(6) 基本計画の評価・見直し

法第9条第7項において、政府は、循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案し、並びに循環器病対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならないこととされている。

なお、法第11条第4項において、都道府県は、当該都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案し、並びに当該都道府県における循環器病対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、都道府県計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう努めなければならないこととされているところ、都道府県計画においても、他の計画と調和を取りつつ、基本計画に合わせて適宜評価及び見直しの検討を行うことが望まれる。

国は、計画期間全体にわたり、本基本計画の進捗状況を把握し管理するため、3年を目途に中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が、個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から、可能な限り科学的・総合的な評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとする。併せて、本基本計画の実施に当たっては、各施策の具体的な目標の設定に向けた検討を行う。また、協議会は、循環器病対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言を行うとともに、必要に応じて、検討会等を設置し議論を行うことについて検討する。

都道府県は、都道府県計画に基づく循環器病対策の進捗管理について、P D C Aサイクル²⁶に基づく改善を図り、施策に反映するよう努める。なお、その際には、ロジックモデル等のツールの活用も検討する。

²⁶ 「P D C Aサイクル」とは、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法の1つ。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善することをいう。

令和5年度第1回循環器病対策推進懇話会 会議録

1 会議の日時及び場所

- (1) 日 時 令和5年7月28日(金) 10時00分から 11時30分まで
(2) 場 所 兵庫県民会館 鶴

- 2 出席委員の氏名 平田 健一 坂井 信幸 岡田 健次
(敬称略) 井澤 和大 公文 敦 大西 祥男
西口 久代 岡田 美貴 木村 宏美
今枝 睦宏 計10名

3 協議

兵庫県循環器病対策推進計画の改定等について

4 議事の要旨

○ 開 会

○ 挨拶 〈保健医療部次長兼感染症等対策室長〉

事務局：本日ご出席いただいております構成員の皆様方につきましては、お配りしております出席者名簿にかえさせていただきます、紹介は省略させていただきます。本日は構成員14名のうち10名のご出席をいただきます。続きまして、配布資料の確認をさせていただきます。

〈資料確認〉

事務局：続きまして、要綱第3条4項に基づき、本懇話会の座長の選任に移らせていただきます。どなたか座長のご推薦はございませんでしょうか。

構成員：循環器病対策推進協議会でも会長をしていただいております平田構成員に引き続きお願いしてはいかがでしょうか。

事務局：ありがとうございます。ただいまご推薦いただきましたが、ご異議はございますか。

(異議なし)

事務局：ありがとうございます。皆様のご承認をいただきましたので、平田構成員、座長をお願いできますでしょうか。

座 長：承知しました。なお、坂井構成員に座長代理をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(異議なし)

座 長：ありがとうございます。それでは座長として進行させていただきます。まずは事務局から資料の説明をお願いします。

事務局： **〈配布資料の説明〉**

座長：ありがとうございました。何かご意見があればお願いします。循環器学会も今回の計画改正に向けた対応を行ってきているところですが、脳卒中学会では何か動きはありますか。

構成員：脳卒中学会では2019年より一次脳卒中センター(PSC)の認定及び公表を行っており、施設からの報告の収集を継続しています。なお、PSC認定施設のうち脳卒中医療を行っているにも関わらず、途中で認定から外れてしまう施設があり悩みの種となっています。県で開催しているワーキンググループは、今後も継続して開催されるのでしょうか。

事務局：継続して開催します。

構成員：本日ロジックモデルについて議論する際は、せっかくワーキンググループで議論したことをこの懇話会で変えてしまうというよりは、あくまで意見として各構成員からご提案いただき、ワーキンググループに再検討していただくことを前提にした方が他の構成員も発言しやすいと思いますがいかがでしょうか。

事務局：その前提でお願いできればと思います。

座長：前回の計画策定時に脳卒中学会が提示したロジックモデルは今後更新されるのでしょうか。

構成員：前回脳卒中学会が提示したロジックモデルは、現在のところデータの入手ができない項目も含まれていました。項目自体に重要な意味があり現状は空欄でも引き続き継続して掲載すべきという意見と、データの収集が不可能であれば削除すべきという意見が学会内で分かれており、まだ結論が出ていません。

座長：循環器学会も同じような状況です。循環器学会としては新たなロジックモデルの公表は行いませんが、学会がアドバイザーになり、医療経済研究機構が作成した「脳卒中分野ロジックモデル・評価指標データ集」等を参考にさせていただければと思います。本日の資料について構成員の皆様からご質問等がありますか。

構成員：資料5別紙②の「ロジックモデルの未把握項目」について、脳卒中・心血管疾患ともに「患者が退院後6か月に再入院する率」はデータがないため削除となっており残念に思います。実際に退院後に数ヶ月で再入院となる方が多く、再発防止も含めた急性期から維持期までの切れ目のない医療の提供という観点からも重要な指標と考えています。

座長：ご意見のとおり、再発予防はロジックモデルにおいても重要な定義ですので、未把握のまま残すことも含め、事務局で検討いただければと思います。回復期・維持期にかけての意見はありますか。

構成員：私もロジックモデルの未把握項目の削除については真っ先に目が行きました。現在、心臓リハビリテーション学会や日本循環器学会も含めた他の学会において、厚労科研等で回復期・維持期のデータを蓄積していく方向性にあり、JROADの活用等により再入院等の指標は今後とれるようになるのではないかと思います。特に心血管疾患分野の「A204 疾患患者の生活の質」は落とせない項目であると考えています。現在データがないにしても残しておいた方がいいと思います。なお、「日常生活活動」に関するデータであれば JROAD にあります。

また、先ほど意見があったように医療と介護は切り離せない状況になっています。急性期におけるリハビリは高い確率で実施されますが、一度退院してしまうと、例えば心不全の場合は7%しかリハビリが行われていない状況となっています。こういったところは今後データとして蓄積していかなければならないと思います。

なお、私が関わっている介護施設では、高齢の重症慢性心不全の方に対しコロナ禍でもリハビリを継続した結果、身体機能が落ちなかったということが分かりました。逆に、全国的にはコロナ禍で施設が閉鎖しリハビリが中断された結果、身体活動が落ちたというデータが提示されています。そういったところも今後データとして蓄積していく必要があると思います。

構成員：ロジックモデルについては「社会医療診療行為別調査」のデータを加味してはいかがでしょうか。そこでは早期リハ加算のデータがとれるため、例えば脳卒中ロジックモデルの「発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる」等の指標把握に役立つのではないかと思います。また、厚生局の施設基準のデータについても、例えば回復期であれば社会福祉士・歯科衛生士・栄養士等の配置基準が分かるため、ロジックモデルに活用できるデータがあるように感じました。

もう1点、ここ数年はリハビリの実施体制に変化がみられています。近年、リハビリの実施単位数についての適正評価が厳格になっています。このため、地域や年齢、疾患によってリハビリ実施単位数は従前より減少傾向にあり、リハビリの提供体制と実際の実施状況は異なることがあります。

座長：地域によって算定できる単位が違うということでしょうか。

構成員：診療報酬上、回復期リハビリテーション病棟入院中は1日9単位まで提供できるのですが、地域や年齢、疾患により様々な運用がされている状態です。

- 座長：ありがとうございます。県の計画に記載することは難しいかもしれませんが、実情を把握していただき、可能ならロジックモデルや本文等に反映できる部分についてご検討いただければと思います。
- 構成員：地域によって算定できる単位と実際の実施状況は異なるということですが、実際にリハビリを行った実績の単位数はわかるのでしょうか。
- 構成員：「社会医療診療行為別調査」でリハビリの総単位数は把握できます。また、厚生局の施設基準により平均の実績単位数を報告することになっています。
- 座長：そのデータは県で収集することは可能なのでしょうか。
- 構成員：公表されているか、または請求して入手できるデータかどうかまでは分かりません。
- 構成員：ロジックモデルに指標を追加するために県が独自調査を行うのは負担が大きすぎると思います。各構成員の専門領域において、確実にデータが存在するという前提のうえ、どこに照会すればそのデータがとれるのかを県にお示しいただいた方がよいかと思います。最終的な目的はその指標があることによって年齢調整死亡率等の指標に影響しているということが分かるということですので、今日はその意見出しということではいかがかと思えます。
- 構成員：「社会医療診療行為別調査」は恐らく入手可能だと思います。
- 座長：資料ではデータがないため削除という未把握指標もありますが、そこは色々な意見出しをお願いします。県でデータが把握できない場合は厚労省に出して貰うようお願いすることも可能だと思います。なお、今回参考資料5として、「関連4学会から移行期医療についての指標の提案」を配布しています。小児循環器専門医修練施設がない都道府県もあり、兵庫県に全てあてはまるか分からないのですが参考にさせていただければと思います。移行期に関しては、資料5骨子案に記載のとおり、小児期・若年期への対策が非常に重要かと思いますが、何かご意見はありますか。
- 構成員：こども病院で手術をした子どもが、病院の心臓リハビリが充実していなかったために別の病院に通院しているという話を先生方から聞いています。心臓リハビリは体力を回復するだけでなく維持のために必要なため、そういったことを計画に入れていただきたいと思います。また、移行期に関しては対応できる病院と医師が少ないため、地域によって格差が無いような体制づくりが必要ではないかと思えます。就労に関してはなかなか就職できない若年患者がおり、就労サポーターの方もいるのですが、心臓病等に関する理解不足もあり機能していない面も

あります。そういったことについても検討をお願いできればと思います。

座長：ありがとうございます。仕事に就きたい患者の方が支援窓口等で相談してもなかなか働けなかったり、産業医に理解してもらえなかったりと様々な問題があると聞いています。就労支援について、脳卒中学会はいかがでしょう。

構成員：脳卒中を発症した約半数の方が何らかの障害を持っています。脳卒中学会としては、各地域単位でサポートしている方の情報を収集するとともに、2022年度から一次脳卒中センターコア施設に脳卒中相談窓口を設置しています。今回、兵庫県において脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業が採択されたこともあり、既設置の脳卒中相談窓口に対し年間の取組実績について照会をかけているところです。なお、脳卒中相談窓口が直接就労支援を行っているわけではなく、どこで就労支援を行っているか、積極的なリハビリを受けられることができるか等の情報を相談窓口全体で共有し、各地域の困っている方へお伝えできるような体制にしていきたいと思っています。また、情報収集は1度きりではなく今後も継続して行っていく必要があります。初年度は国の補助が出ますが、来年度以降は県にも支援していただきたいと考えています。

座長：お話のとおり、総合支援センターモデル事業ではどこがどのような取組を行っているかという情報を収集しています。一方で、兵庫県全体でどのような現状になっており、それが改善しているのか変化がないのか、評価指標がとれるのかどうか、分からないことがたくさんあるのが現状です。そういった状況について構成員からご意見やアドバイスがあればお願いします。

構成員：例えば障害のある子が公立学校で学びたいと希望した場合は、県下一律でなく地域の教育委員会で対応していただいております。労働においても、障害や疾病を持ちながら働く方に対し各方面が努力して取組まれていると思います。そういった個別の事例はたくさんとは思いますが、情報をどう収集するかということが課題と思います。

座長：重要なお指摘だと思います。教育委員会は各学校の状況について、労働関係の部署は両立支援や就労支援の状況についてのデータを持っていると思うのですが、事務局の方で情報を集めることはできますか。

事務局：教育委員会の状況が分からないため明確にお答えできないのですが、恐らく難しいのではないかと思います。確認させていただきます。

座長：情報を持っているとすれば県の教育委員会なのか、市町の教育委員会な

のかどちらでしょうか。

事務局：県の教育委員会の下に各地域の教育事務所があるので、そこがデータを持っているかもしれませんが、市町の教育委員会かもしれません。

座長：「学校における教育も含めた子どもの頃からの循環器病に関する知識の普及啓発の推進」について国の基本計画にも記載されていますが、実際に子どもや学生に尋ねると、がんのことは知っていても循環器については殆ど分からないのが実情です。

事務局：がんについては、国のがん対策基本計画の中でがん教育の重要性について記載されたことをうけ、小学校から高校まで発達段階に応じたがんの学習をするよう学習指導要領が改正されましたが、循環器についてはそこまで至っていないと思います。

座長：文部科学省において学習指導要領を変えることはかなり大変なことだと聞いていますが、現場でどれくらいの理解度があるかということは重要な点だと思います。他にご意見はありますか。

構成員：就労支援のことで言えば、各地域において脳卒中や循環器病だけでなく障害者支援という枠組みで、自立支援協議会という役割もあります。

構成員：その協議会は行政の組織なのでしょうか。

構成員：はい。市町村単位で設置されています。

座長：そこと県との連携があり、循環器や脳卒中患者の就労支援等に関する情報を収集することは可能なのでしょうか。

構成員：循環器病患者の方が自立支援協議会とどのように絡んでいるのかということについては、分からないところです。

構成員：西宮市でいえば社会福祉協議会の中に自立支援協議会があり、その中に就労サポーターはいるのですが、心臓病等の場合はその方に知識がなく就労に繋がらない実態があります。どちらかというとなり身体障害者や精神障害者を中心とした組織だと思います。

構成員：循環器病や脳卒中患者に特化した専門的な組織を立ち上げることは難しいと思います。自立支援協議会にお願いできることがあるとしたら、そこに循環器病や脳卒中患者が来た場合、どこが専門的な助言を行っているかの情報を伝えていただけるよう、アライアンスを結ぶことが最も効率的かつ持続可能性があると思います。個別の疾病に対し個別の支援をすることは不可能ですから、循環器であれ、がんであれ、支援を行う専門家同士がつながるような社会のシステムを作ればよいのではないのでしょうか。井澤構成員、これは夢みたいな話でしょうか。

構成員：おっしゃるとおり、様々な疾患はありますが人である限り共通することは多いと思います。もう1点、お子さんが循環器疾患を持っている場合

に、何が支障となっているかが明確ではないのだと思います。例えば体力がリスクということであれば、心臓疾患があっても他の子と変わらないくらい体力のある子もいます。医師がそこを把握できていれば、問題なく公立学校等で学ぶことができるはずです。そういった指標がないために何が障壁となっているのか分からなくなっていることが一番の問題なのだと思います。例えば、心臓病リハビリテーション学会でも、小児に関する先天性心疾患のデータの公表は殆ど無く高齢者ばかりが注目されており、それではだめだと思っています。JROADには若い方のデータが蓄積されており、実態を出していくことが重要だと思います。色々ところで得意分野があると思いますが各々がバラバラに動いている状態だと思うので、それらをマッチングすることが重要だと思います。

話が遡るのですが、資料5別紙②の「ロジックモデルの未把握項目」について、「患者が退院後6か月に再入院する率」を残しておかないとどれくらいコストがかかっているかが見えてこないと思います。計画の中で、1回入院するごとにどれくらい費用がかかるかというデータは出てこないのでしょうか。例えばJROADのデータだと中央値で約80万円かかっています。そういったリアルな金額を公表していかないと、予防にもつながっていかないのではないのでしょうか。

事務局：医療費全体のうち、循環器系の疾患が占める割合は現計画にも記載していますが、1人当たりのコストについては把握しておりません。JROAD等で把握できるのであればその方法をお教えいただけるとありがたいと思います。

座長：再入院率についてはJROADでも難しいのが現状です。調査に悉皆性があるわけではなく、同じ患者でも途中で転院したりすると追跡できないため把握できていません。これは国の協力がないと県や学会レベルでは難しいと思います。

構成員：脳卒中も同じ状況です。国ができていないことを県で完全に把握することは酷だと思います。なお、悉皆調査ではなく、一次脳卒中センター(PSC)のデータを県のデータとみなすことは可能ですが、PSCデータが県内のどれだけのカバーできているか、1年でよいので調査し把握する必要はあると思います。国のDBが完成するのが何年後なのかわかりませんが、それができれば的確な指標がとれて問題点も見つかるかもしれません。それでも今、現実に病気で苦しんでおられる方やそのご家族がいらっしゃるため、次期計画の6年間にできることについて、各構成員からご提案いただくのがよいと思います。

座長：重要な指標ではあるため、データがとれないから削除では勿体なく空欄のまま残してはと思います。他に意見はございますか。

構成員：今、我々の病院で一番問題となっているのは来年から始まる医師の働き方改革への対応です。病院内に循環器の医者は多いのですが、それでもA水準である年960時間以下でなくB水準になりますが、今後10年でA水準にしなくてはなりません。一方で、地域では、今後10年で循環器疾患が1.5倍になり中でも心不全は突出して増えると言われていています。このような状況の中、地域で心不全のネットワークを構築し、例えば専門医がいなくても再入院患者を地域密着型の病院でケアしていただくというような体制づくりについて協議しています。県計画においても「IV個別施策」で医療提供体制構築に関する項目があり、既に取り組んでおられることもあるのだと思いますが、地域ネットワークの構築を進めていかないと急性期病院がもたなくなってくると思います。また、現在、急性期医療のサポートを行う看護師の養成等を目的とした特定行為研修制度もありますが、手を挙げてくれる看護師が少ない状況です。そういった方が病院や在宅等、地域にたくさんいるということが必要だと思うので、計画の個別施策で人数の目標値等、何か記載があればよいのではないかと思います。

座長：人数だけでなくそういった方がどのように活躍しているか等も含め、計画への反映を検討いただければと思います。

構成員：特定行為研修については、国で多数の看護師養成を行うよう高い目標を掲げていますが、全然届いていない状況です。修了者が多くの場所で働ける機会があり、病院から在宅にいたるまでチームで医療をつないでいけるようになることが重要だと思います。

座長：ありがとうございます。何かロジックモデルに追加できる指標があれば次回までにご提案いただければと思います。他に意見はありますか。

構成員：先ほど心不全についてのお話がありましたが、急性大動脈解離等においても突然発症し1分1秒を争う疾患ですので、ご意見があったようにネットワークの構築による働き方改革への必要だと思います。また、急性大動脈解離の院内死亡率については、恐らく日本心臓血管外科手術データベース機構(JCVSD)でかなり正確に出しているのではないかと思います。資料5別紙③について、「在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合」が追加となっており、非常に重要な項目のため数値が把握可能であれば私も知りたいのですが、どのようにデータを把握するのでしょうか。

事務局：ご指摘いただいた「在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合」

を含む国指標の見直しに伴う追加項目については、6年に1度、保健医療計画改定時期に国から行政向けにデータブックが提供されますので、そこにデータが掲載されている指標になります。

座長：また、どういった算出方法なのか教えていただければと思います。他に何かございますか。

構成員：先にお話しのあったがんの学習指導要領改正の件は初めて知ったのですが、福祉教育というところでは点字を学んだり車椅子を体験したりという学校が多いのではないかと思います。脳卒中がどんな病気か答えられる生徒は恐らく殆どいないのではないのでしょうか。前回の計画策定時にもお話ししましたが、退院後にリハビリを行う施設が本当に少なく身体活動の現状維持が難しい状態となっています。

座長：貴重なご意見ありがとうございます。時間も迫ってきたのでこのあたりで終わりたいと思います。追加で何かあれば電話やメール等で事務局にご連絡いただき私も情報共有させていただければと思います。今後の予定について事務局から何かあればお願いします。

事務局：本日はありがとうございます、いただいた意見については、本文を作成する上で反映していきたいと思います。ロジックモデルの未把握項目についてはご意見いただいたように数字が拾えなくても残すことに意味がある指標があると思うので、計画本文の方に反映させることも含め今後検討していきたいと思います。次回の懇話会は秋頃を予定していますが、今回皆様への資料送付が1週間前となったため次回はもう少し早く送付したいと考えています。

座長：本日のように対面で様々な情報交換をさせていただき、今までに無かった気づきを得ることは非常に有意義だと思います。今後ともよろしくお願いします。それでは事務局に進行をお返しします。

事務局：本日は、長時間、誠にありがとうございます。これを持ちまして、令和5年度第1回循環器病対策推進懇話会を閉会いたします。

循環器病対策推進懇話会開催要綱

1 目的

「兵庫県循環器病対策推進計画」（以下「計画」という。）により、本県の循環器病対策を総合的・計画的に推進していくことに関し、有識者や関係団体等から専門的な見地に立った意見等を聴取するため、「循環器病対策推進懇話会」（以下「懇話会」という。）を開催する。

2 検討事項

- (1) 計画の変更、進捗・評価に関すること。
- (2) 前号に掲げるもののほか、循環器病対策の推進に関し必要な事項。

3 運営

- (1) 懇話会は、別表に掲げる者をもって構成する。
- (2) 懇話会の開催に係る構成員の招集は、保健医療部感染症等対策室疾病対策課長が行う。
- (3) 構成員は、事故その他のやむを得ない理由により懇話会に出席できないときは、あらかじめ保健医療部感染症等対策室疾病対策課長の承認を得て、代理人を出席させることができる。
- (4) 懇話会の議事を進行するため、構成員の互選により、座長を選任する。座長は、構成員の承認を得て、構成員の中から座長代理を指名することができる。
- (5) 座長代理は、座長に事故があるときはその職務を代理する。
- (6) 保健医療部感染症等対策室疾病対策課長は、必要と認めたときは、構成員以外の者に懇話会への出席を求め、意見を聴くことができる。
- (7) 懇話会は、公開とする。ただし、懇話会の運営に著しい支障があると認められる場合には、非公開とすることができる。議事録、議事要旨及び懇話会資料は、原則として公開とする。

4 謝金・旅費

- (1) 構成員及び構成員の代理人が懇話会に出席したときは、謝金及び旅費を支給する。
- (2) 謝金の支給については、別に定める。
- (3) 旅費の額は、職員等の旅費に関する条例（昭和35年兵庫県条例第44号）の規定により算出した額に相当する額とする。

5 委任

この要綱に定めるもののほか、懇話会の開催に関し必要な事項は、別に定める。

附則

- (1) この要綱は、令和5年6月1日から施行する。
- (2) この要綱は、令和8年5月31日限り、その効力を失う。

別表（第3条関係）

区 分	氏 名	役 職 等
学識経験者 専門医	平田 健一	神戸大学大学院医学研究科 内科学講座 循環器内科学分野教授 (日本循環器学会 代表理事)
	坂井 信幸	神戸市立医療センター中央市民病院 参事・脳血管治療研究部 部長 (日本脳卒中学会 名誉会員)
	岡田 健次	神戸大学大学院医学研究科 外科学講座 心臓血管外科学分野教授 (日本心臓血管外科学会 理事)
	山下 晴央	神戸赤十字病院 院長 (日本脳神経外科学会 専門医)
救急業務に 従事する者	中山 伸一	兵庫県災害医療センター名誉院長・顧問 (日本災害医学会 理事)
循環器病に 係る保健、 医療又は福 祉の業務に 従事する者	井澤 和大	神戸大学大学院保健学研究科 准教授
	公文 敦	医療法人社団康人会 適寿リハビリテーション病院 理事長
都道府県が 必要と認め る者	鈴木 光太郎	一般社団法人兵庫県医師会 理事
	大西 祥男	一般社団法人兵庫県病院協会 理事 (地方独立行政法人加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 理事長・院長)
	西口 久代	公益社団法人兵庫県看護協会 専務理事
	岡田 美貴	兵庫県市町保健師協議会 副会長 (香美町 健康課 主幹)
	佐藤 裕美	全国健康保険協会兵庫支部 保健師
	木村 宏美	全国心臓病の子どもを守る会兵庫支部 事務局長
	今枝 睦宏	脳卒中者友の会「あけぼの会」 会長兼事務局長