

福島県循環器病対策推進計画 (案)

心臓病、脳卒中、
実現可能な
ふくしま

令和3年 月
福島県

福島県循環器病対策推進計画（案） 目次

1	第1章 計画の趣旨	
2	1 計画策定の背景	1
3	2 計画策定の趣旨	1
4	3 計画の位置づけ	2
5	4 計画期間	2
6	5 計画の推進体制等	2
7	第2章 基本方針、全体目標	
8	1 基本方針	5
9	2 全体目標	5
10	第3章 本県の現状	
11	1 県民の健康	8
12	2 二次医療圏	18
13	第4章 分野ごとの課題と主要な施策	
14	1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	
15	（1）栄養と食生活	19
16	（2）身体活動・運動	23
17	（3）喫煙	24
18	（4）飲酒	25
19	（5）歯・口腔の健康	25
20	2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	
21	（1）循環器病を予防する健診の普及や取組の推進	27
22	（2）救急搬送体制の整備（迅速な救急搬送及び治療の実施）	30
23	（3）循環器病に係る医療提供体制の構築	31
24	（4）社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	37
25	（5）リハビリテーション等の取組	38
26	（6）循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	40
27	（7）循環器病の緩和ケア	41
28	（8）循環器病の後遺症を有する者に対する支援	42
29	（9）治療と仕事の両立支援・就労支援	43
30	（10）小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	44
31	3 循環器病の研究等の推進	
32	（1）循環器疾患の実態把握に関する取組	45
33	（2）死亡診断書を正しく記載するための取組等	46
34		
35	<資料編>	
36	1 脳卒中ロジックモデル、心疾患ロジックモデル	48
37	2 計画策定の経過	50
38	3 福島県循環器病対策推進協議会委員名簿	51

第1章 計画の趣旨

1 計画策定の背景

- 脳卒中、心臓病その他の循環器病は、我が国の主要な死亡原因となっており、令和元年度人口動態統計（確定数）の概況によると、本県の死因の第2位は心疾患、第4位は脳血管疾患であり、総死亡に占める心疾患と脳血管疾患の死亡割合は24.9%を占めており、悪性新生物（がん）に並ぶ高い死亡原因となっていますが、国民の循環器病に対する認識は悪性新生物（がん）のように浸透していないのが現状です。
- また、疾病別医療費では、心疾患と脳血管疾患の占める割合が最多を占めており、介護が必要となる原因についても、心疾患と脳血管疾患が最多を占めています。回復後も再発が起こりやすいのが循環器病の特徴であり、合併症や重症化予防の対策が重要です。
- 国においては、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、「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。）を令和元年12月に施行しました。また、令和2年10月に基本的な施策の方向性である循環器病対策推進基本計画（以下「国基本計画」という。）が策定され、都道府県は国基本計画をもとに都道府県の実情に応じた循環器病対策推進計画を策定しなければならないとされています。

【循環器病】

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（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤など）、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ます。

2 計画策定の趣旨

- 本計画は、基本法及び国基本計画に基づき、本県の「健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指すために策定するものです。
- 循環器病は幅広い年代が罹患する疾患であるものの、多くは加齢や望ましくない生活習慣が重なることで発症し、生命に関わる

1 重大な事態に陥る場合や後遺症を残すこともあります。また、回復
2 後においても再発や悪化をきたすこともあり、循環器病に対する
3 予防から、急性期、回復期、慢性期、看取りに至るまで、切れ目の
4 ない保健・医療・福祉・介護サービスの提供体制が必要です。この
5 ため、多職種や関係機関が連携を図り、地域における包括的な支援、
6 一体的な治療ケアを継続的に提供できる地域包括ケアシステムを
7 念頭におき本計画を策定することにより、循環器病対策の一層の
8 推進を図ることとします。

10 地域包括ケアシステム

11 重度な要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生
12 の最後まで続けることができるように、医療・介護・介護予防等のサービスが一体的に提
13 供される体制のこと。
14

16 3 計画の位置づけ

- 17 ○ 本計画は、県の諸計画（第二次健康ふくしま21計画、第七次福
18 島県医療計画、うつくしま高齢者いきいきプラン2021等）と調
19 和・連携を図りながら推進していきます。

21 4 計画期間

- 22 ○ 国の循環器病対策基本計画の実行期間や県の諸計画との整合性
23 を図るため、令和3年10月（予定）から令和5年度までの約2年
24 半を計画期間とします。

26 5 計画の推進体制等

27 (1) 計画の推進体制

28 本計画を実行性のあるものとし、本県の循環器病対策を総合的かつ
29 計画的に展開していくため、国との連携を図りつつ、県民、循環器
30 病患者・家族及び患者団体、医療保険者、医療機関・医療従事者、医
31 師会等の関係機関、大学・学術研究機関、市町村及び県が各々の立場
32 の役割を果たすとともに、相互の連携を強化することにより、全県的
33 な循環器病対策を展開していきます。

35 (2) 計画推進に係る関係者の役割

36 本県が一体となった循環器病対策を推進していくために、それぞ
37 れに求められている役割は以下のとおりです。
38

ア 県民

喫煙、飲酒、食事、運動、その他の生活習慣が健康に及ぼす影響や、循環器病の予防に関する正しい知識の習得と生活習慣の改善に努め、積極的に特定健診や特定保健指導等を受診すること。

また、救急時に適切な対応を取れるよう知識の習得に努めること。

イ 循環器病患者・家族及び患者団体等

医療従事者との情報の共有により相互信頼関係の構築を図るとともに、行政機関等が実施する循環器病の予防や医療提供体制の整備に関して助言等を行うこと。

ウ 医療保険者（事業者、市町村、健康保険組合等）

従業員等の生活習慣の改善及び特定健診の受診等、循環器病を予防するための積極的な支援・協力を行うこと。

エ 医療機関・医療従事者

循環器病患者の置かれている状況を深く認識し、自ら又は関係機関と連携して良質かつ適切な医療を提供するとともに、循環器病に関する知識・技術を習得し、循環器病患者及びその家族の不安や疑問の解消に向けた適切な対応を行うこと。

オ 医師会等の関係機関（保健・医療・福祉の関係機関）

循環器病に関する知識や予防のための啓発に努めるとともに、関係機関と連携を図りながら適切な支援を行うこと。

カ 大学・学術研究機関

循環器病に携わる医療・介護従事者の育成や緩和ケアを体系化した教育・研修、循環器病に関する調査研究等を実施し、医療技術等の向上を図ること。

キ 市町村

県、関係機関等と連携しながら、住民の健康づくりのための取組や特定健診及び特定保健指導等、生活習慣病対策の実施により、循環器病を予防するため積極的な支援・協力を行うこと。

ク 県

本県の循環器病対策の総合的かつ計画的な推進に努め、関係機関等の連携を強化するための調整を行うとともに、循環器病の予防のための普及・啓発や、保健・医療・福祉サービスの提供体制の充実に向けた取組みを行うこと。

1 (3) 計画の進行管理及び評価・見直し

- 2 ○ 循環器病患者及び患者団体、救急業務の従事者、循環器病に携
3 わる保健・医療・福祉関係者、学識経験者等から構成される福島
4 県循環器病対策推進協議会において、計画の進行管理及び評価
5 等を行います。
- 6 ○ 具体的には、ロジックモデル^{*1}（巻末の資料編を参照）を用
7 いて体系的な施策を策定し、毎年、計画の進捗状況や設定した指
8 標の達成状況について評価を行います。
- 9 評価の結果、改善が必要な施策や指標については計画期間が
10 終了する前であっても修正、見直しを行うことによりPDCA
11 サイクル^{*2}を回していきます。
- 12 ○ また、本計画と密接に連携する県の諸計画等の変更に伴い、本
13 計画の修正が必要となった場合には、福島県循環器病対策推進
14 協議会において協議を行います。
- 15 ○ なお、福島県循環器病対策推進協議会の協議結果や、計画の進
16 捗状況については、福島県地域医療課ホームページ等を通して
17 広く県民に周知を図ります。

19 ※1 ロジックモデル

20 政策分野の目標である長期成果（分野アウトカム）を設定した上で、それ
21 を達成するために必要となる初期アウトカムと中間アウトカムを設定し、目
22 標達成に至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの

23 本県では、「脳卒中」と「心疾患」の2つのロジックモデルに基づき計画の
24 進行管理を行っていきます。

26 ※2 PDCAサイクル

27 P l a n（計画）→D o（実行）→C h e c k（評価）→A c t（改善）の4
28 段階を繰り返すことにより、計画を継続的に改善していく手法です。

第2章 基本方針、全体目標

1 基本方針

国の循環器病対策推進基本計画に基づき、本県においても次に掲げる取組を展開することにより、「健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指します。

(1) 循環器病の予防啓発や正しい知識の普及啓発

第二次健康ふくしま21計画に基づき、食生活の改善、身体活動・運動の定着化、禁煙対策等に取り組み、循環器病の発症予防を推進します。

(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

特定健診等により循環器病の危険因子の早期発見をし、早期治療を推進します。

また、第七次福島県医療計画等に基づき、高度急性期及び急性期から回復期及び慢性期までの医療提供体制の構築を推進するとともに、保健、医療及び福祉の連携による循環器病の後遺症を有する者に対する支援、就労支援等を推進します。

(3) 循環器病の研究等の推進

高齢化の進行に伴い循環器病の患者も増加することが予想されることから、発症予防等の研究を進め、健康寿命の延伸を推進します。

2 全体目標

(1) 健康寿命の延伸

健康寿命（日常生活に制限のない期間）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り、厚生労働省において算定しています。

本県の健康寿命は、平成28年（2016）が男性71.54年（全国値72.14年）、女性75.05年（全国値74.79年）となっており、計画策定時の平成25（2013）年から男性は1.57年、女性は0.96年の延伸が図られています。（図2及び図3）

しかし、健康寿命は全国的に延伸傾向にあり、本県の男性の健康寿命は全国で36位、女性は24位となっており、今後とも、生涯を通じた健康づくりを着実に進め、この健康寿命の延伸を図ることが重要となります。

本計画では、第二次健康ふくしま21計画との整合性を図るため令和5年までに男性71.74年、女性75.32年まで延伸させることを目標とします。

また、2040年までに健康寿命3年以上延伸させることを目標に見据えて取組を進めていきます。

図1 健康寿命の推移（男性）

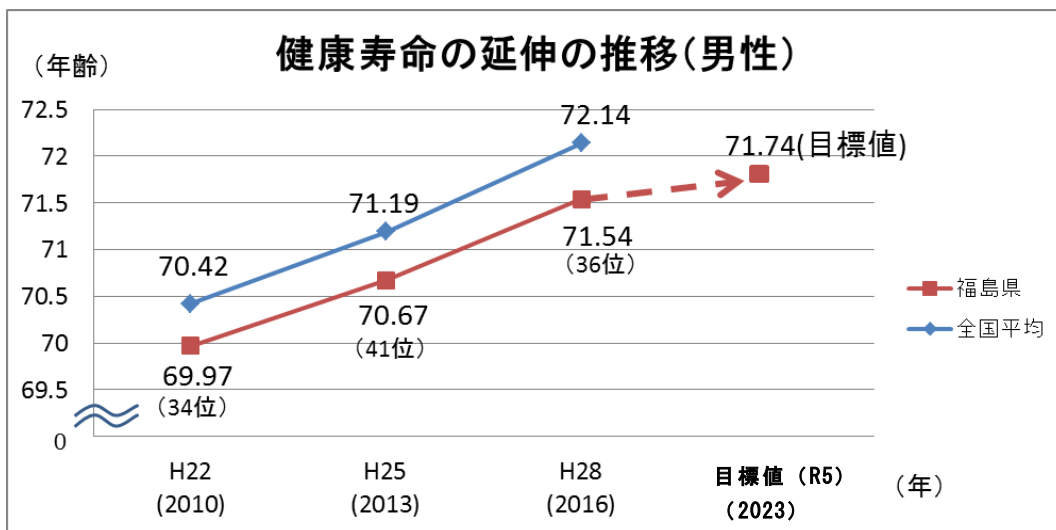


図2 健康寿命の推移（女性）

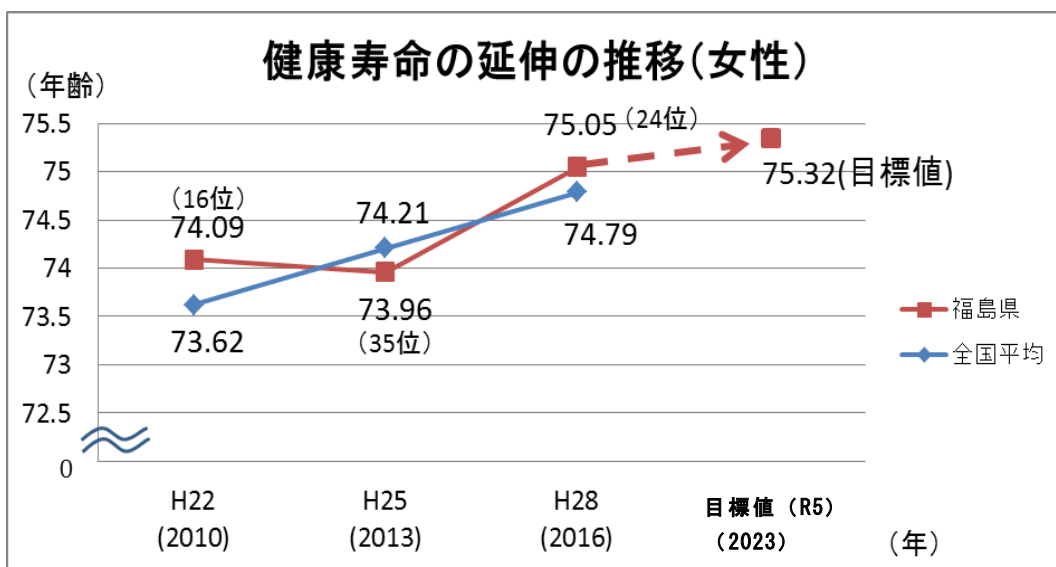


図1～2 数値：健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究（厚生労働科学研究）

1 (2) 循環器病の年齢調整死亡率の減少

2 本県の脳血管疾患及び心疾患の年齢調整死亡率は全国よりも高
 3 いことから、本計画に基づき対策を進め、脳血管疾患と心疾患の年
 4 齢調整死亡率を減少させることを目標とします。

5
6 表1 本県の循環器病の年齢調整死亡率

項目		H27 現状値 (全国値)	R5 目標値
脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	43.7 (37.8)	41.6
	女性	27.4 (21.0)	24.7
心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	79.2 (65.4)	76.1
	女性	41.1 (34.2)	39.6

7 ※ 年齢調整死亡率（年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように
 8 年齢構成を調整した死亡率）は厚生労働省の「人口動態統計特殊報告」により
 9 公表される。

10

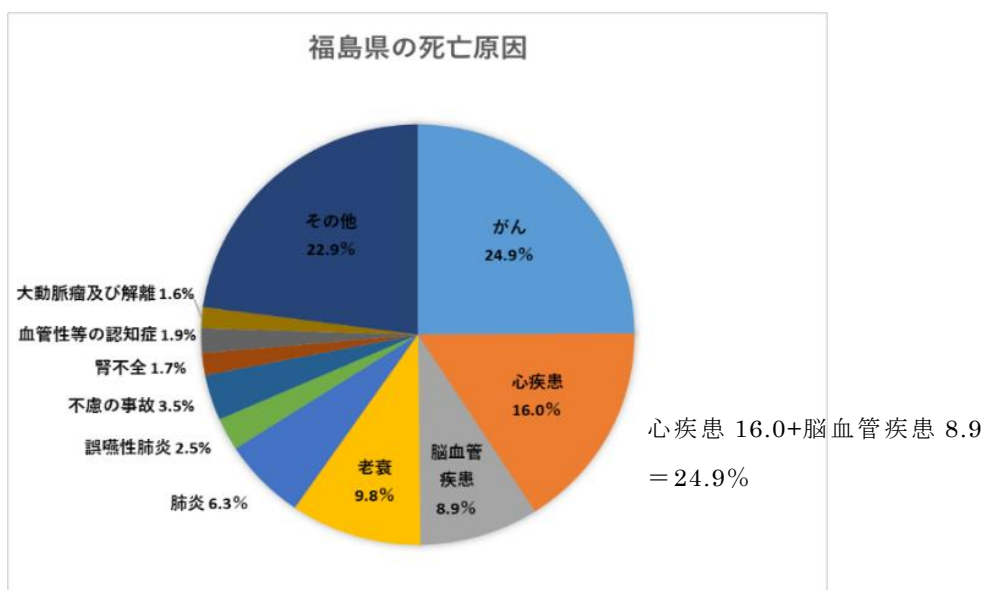
第3章 本県の現状

1 県民の健康

【現状と課題】

人口動態統計による 2019（令和元）年の循環器病（脳血管疾患及び心疾患）による死亡は、福島県では総死亡の 24.9%と全体の約 4 分の 1 を占めており、全国と同じ傾向にあります。

図3 死因別・都道府県別 人口動態統計（2019）



高齢化の状況等を補正した年齢調整死亡率では、男女ともに年々減少傾向にはあるものの、2015（平成 27）年の脳血管疾患年齢調整死亡率は、男性が 43.7（全国 37.8）、女性が 27.4（全国 21.0）となっており、虚血性心疾患年齢調整死亡率は、男性が 43.2（全国 31.3）、女性が 18.5（全国 11.8）で、いずれも全国より高い数値となっています。

図4 都道府県別 脳血管疾患 年齢調整死亡率（平成 27 年・男性、人口 10 万人対）

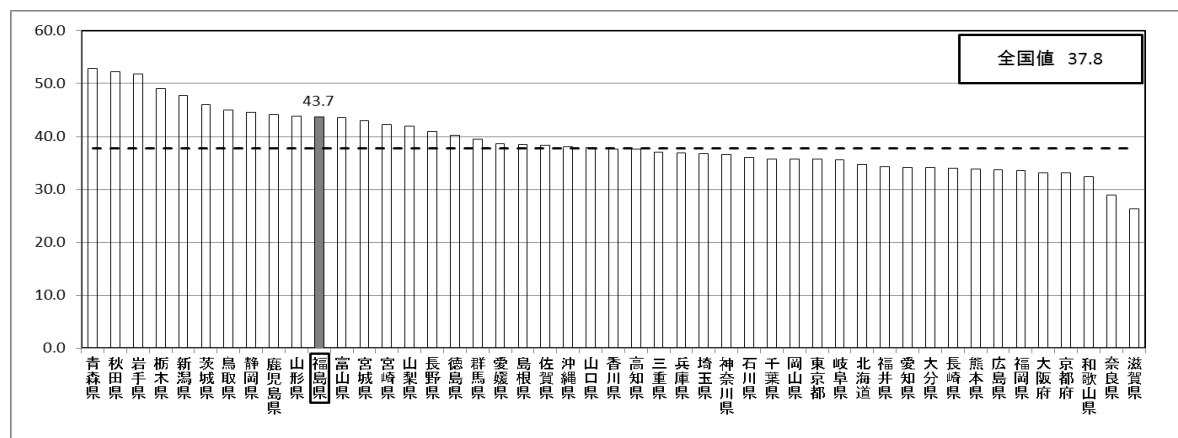


図5 都道府県別 脳血管疾患 年齢調整死亡率（平成27年・女性、人口10万人対）

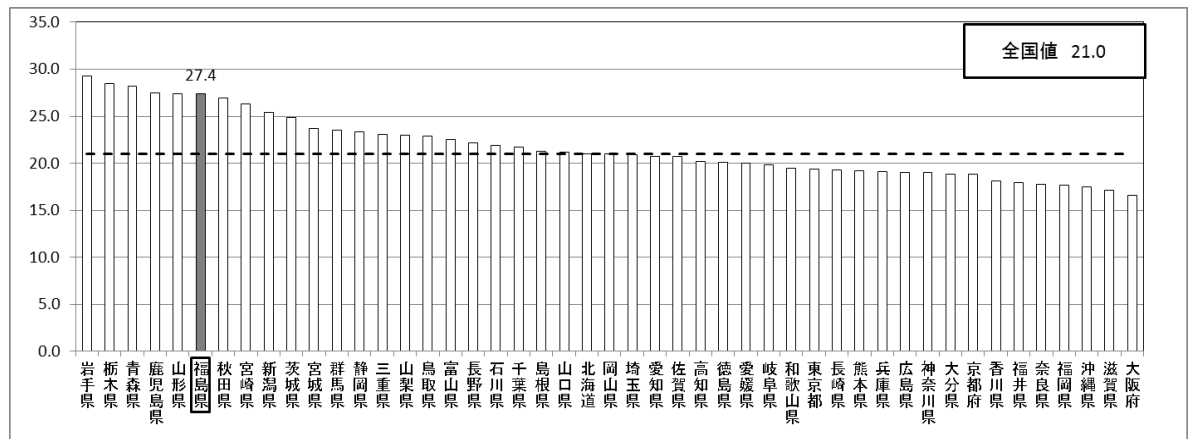


図6 脳血管疾患 年齢調整死亡率の推移（男女別、人口10万人対）

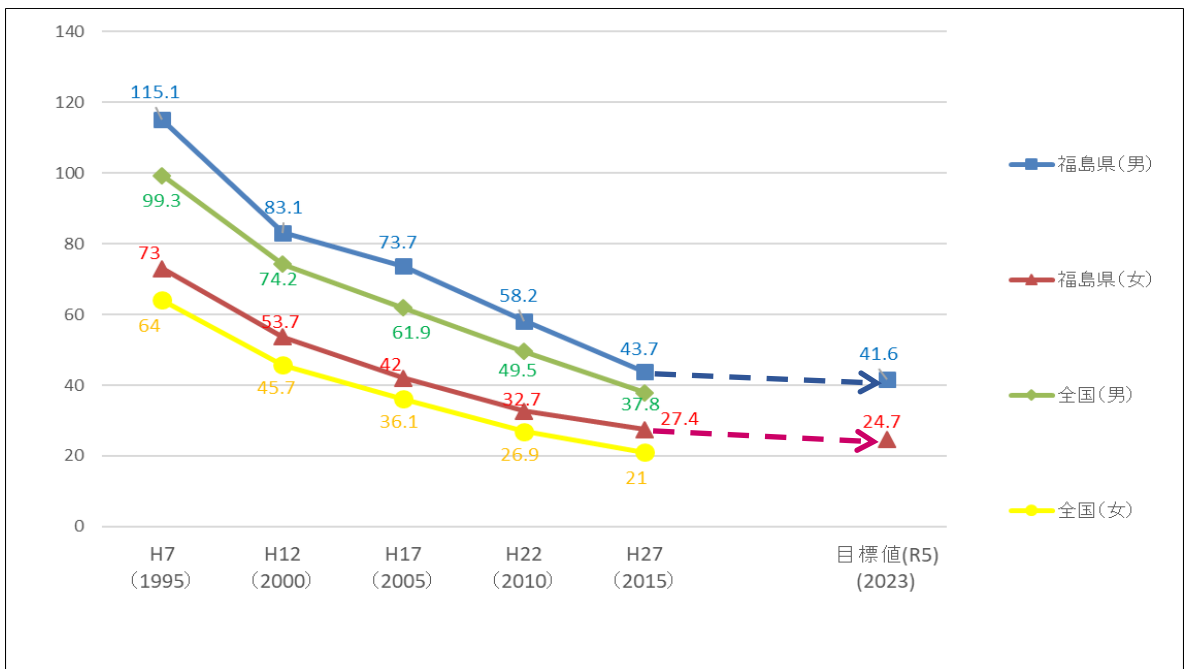


図7 都道府県別 虚血性心疾患 年齢調整死亡率（平成27年・男性、人口10万人対）

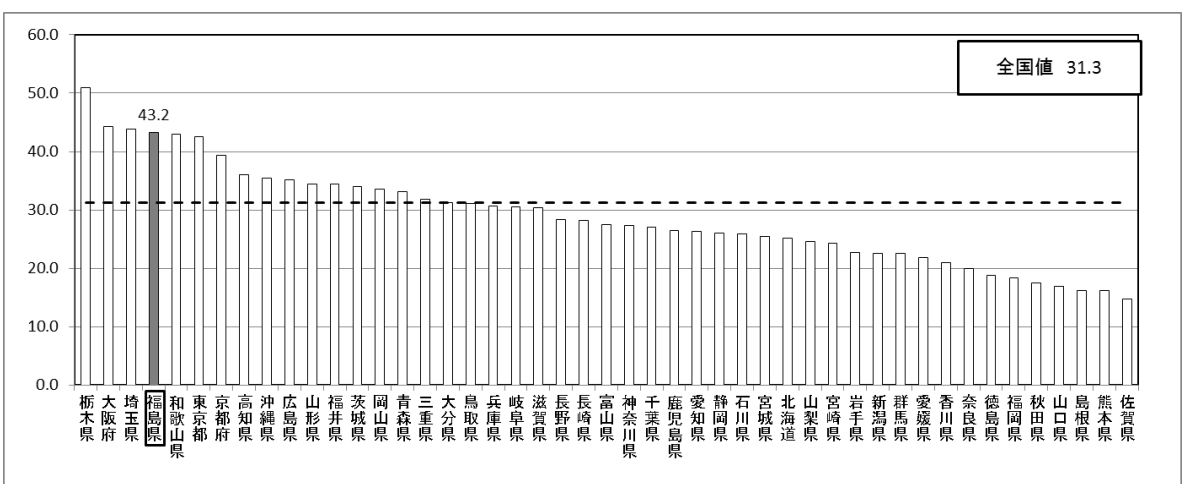


図8 都道府県別 虚血性心疾患 年齢調整死亡率（平成27年・女性、人口10万人対）

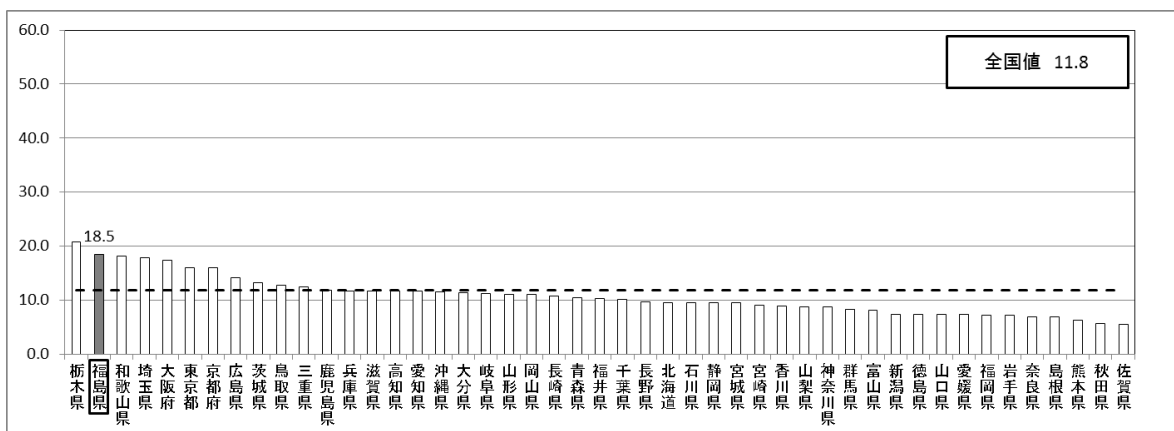


図9 虚血性心疾患 年齢調整死亡率の推移（男女別、人口10万人対）

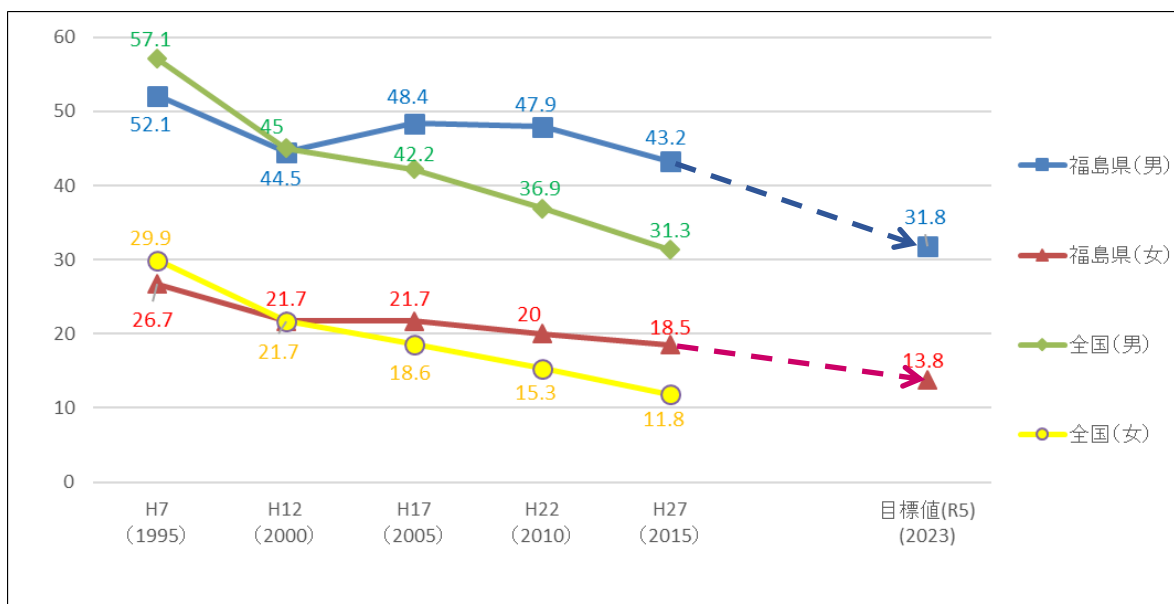


図4～9 資料：人口動態統計（厚生労働省）

福島県循環器疾患発症登録事業 2019（令和元）年分析報告書による本県の脳卒中発症の特徴は、脳卒中と判定された 5,171 件のうち死亡は 597 件、罹患率は 247.6、致命率は 11.5%となっています。男性は 75～79 歳、女性は 85～89 歳に発症数が多く、罹患率・致命率はともに年齢が高いほど上昇しています。罹患数は、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血の順に多く、致命率は、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞の順に高くなっています。

また、急性心筋梗塞発症の特徴は、急性心筋梗塞と判定された 939 件のうち死亡は 188 件、罹患率は 49.4、致命率は 20.0%でした。男

性は 65～69 歳、女性は 85～89 歳に発症数が多く、罹患数、罹患率はともに女性より男性がおよそ 3 倍多くなっています。なお、急性心筋梗塞の発症者には高血圧、喫煙習慣、脂質異常の保有割合が高い傾向となっています。

表 1-1 2019（令和元）年福島県循環器疾患発症登録事業急性心筋梗塞分析報告書

表 1-1 性・年齢階級別罹患数及び罹患率(10 万人年あたり)						
年齢階級	全体		男性		女性	
	罹患数	罹患率	罹患数	罹患率	罹患数	罹患率
0～4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5～9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10～14	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15～19	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20～24	1	1.1	1	2.2	0	0.0
25～29	0	0.0	0	0.0	0	0.0
30～34	2	2.0	2	3.9	0	0.0
35～39	7	6.5	7	12.4	0	0.0
40～44	22	17.8	21	32.7	1	1.7
45～49	36	28.8	31	48.3	5	8.2
50～54	51	43.5	44	74.2	7	12.1
55～59	67	52.8	62	96.7	5	8.0
60～64	89	64.0	83	118.8	6	8.7
65～69	121	76.4	101	127.6	20	25.3
70～74	123	102.9	100	171.5	23	37.6
75～79	140	137.0	93	203.5	47	83.1
80～84	113	130.2	73	214.9	40	75.8
85～89	99	153.6	50	234.3	49	113.6
90～94	50	155.8	21	253.4	29	121.8
95～99	16	193.1	4	266.5	12	176.8
100～	2	176.2	1	617.3	1	102.8
総計	939	49.4	694	74.5	245	25.3

8
9
10
11
12
13
14
15
16

1
2
3

表 2-2 2019（令和元）年福島県循環器疾患発症登録事業脳卒中分析報告書

表 2-2 病型別 年齢階級別罹患数及び罹患率								
年齢階級	脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血		病型不明	
	罹患数	罹患率	罹患数	罹患率	罹患数	罹患率	罹患数	罹患率
0～9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10～14	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15～19	0	0.0	1	1.1	1	1.1	0	0.0
20～24	2	2.3	2	2.3	0	0.0	0	0.0
25～29	5	5.8	1	1.2	1	1.2	0	0.0
30～34	7	7.1	5	5.1	1	1.0	1	1.0
35～39	13	12.0	7	6.5	2	1.9	0	0.0
40～44	22	17.8	19	15.4	25	20.3	0	0.0
45～49	53	42.5	32	25.6	22	17.6	0	0.0
50～54	74	63.1	51	43.5	15	12.8	1	0.9
55～59	119	93.8	66	52.0	20	15.8	0	0.0
60～64	182	131.0	110	79.1	24	17.3	1	0.7
65～69	344	217.3	98	61.9	33	20.9	2	1.3
70～74	403	337.2	119	99.6	39	32.6	1	0.8
75～79	524	512.6	122	119.4	37	36.2	2	2.0
80～84	598	689.2	155	178.6	34	39.2	1	1.2
85～89	606	940.2	119	184.6	33	51.2	3	4.7
90～94	330	1028.2	67	208.8	12	37.4	1	3.1
95～99	111	1339.5	16	193.1	3	36.2	1	12.1
100～	6	528.6	1	88.1	0	0.0	0	0.0
総計 (割合)	3399 (72.2%)	179.7	991 (21.1%)	52.2	302 (6.4%)	15.9	14 (0.3%)	0.7

※年齢階級別罹患数は年齢不詳を除く

4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

福島県においては、脳血管疾患及び虚血性心疾患の年齢調整死亡率が男女ともに高い状況にあることから、循環器病の危険因子である肥満や、高血圧、脂質異常、メタボリックシンドローム、喫煙、糖尿病への対策が重要となります。

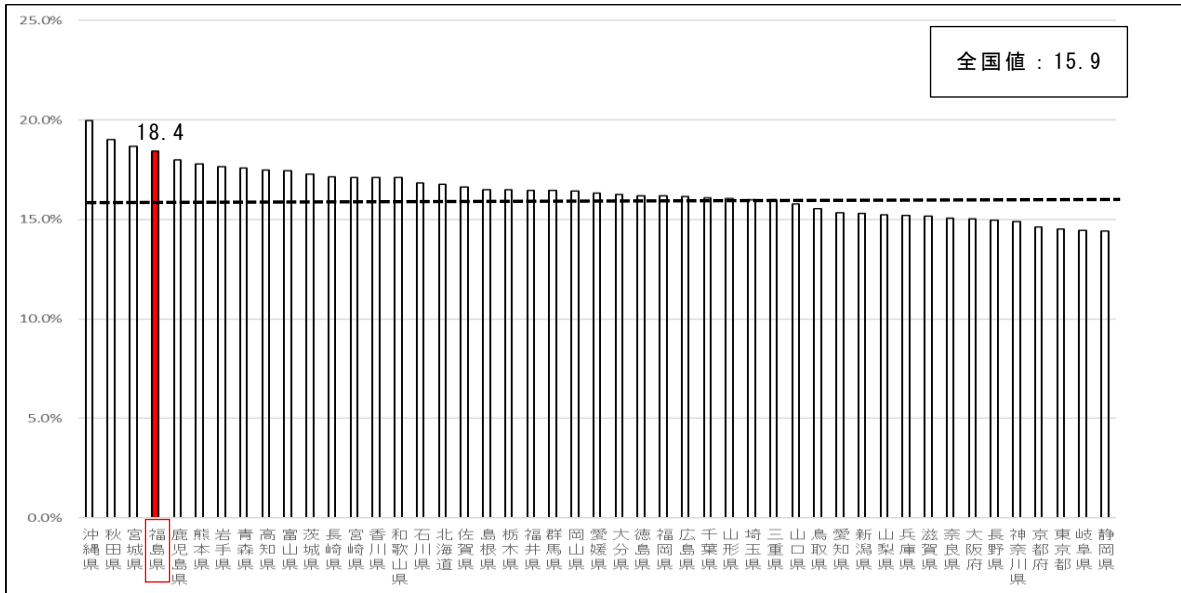
特に、図 10～17 に示す通り、福島県は全国に比してメタボリックシンドローム該当者及び予備群、高血圧者、脂質異常症、喫煙率の割合及び糖尿病年齢調整死亡率が高く、これらは循環器病の発生リスクを高めることから、改善に向けた効果的な取組を推進していく必要があります。

1

2 福島県は、全国と比較しメタボリックシンドローム該当者数及び予備
 3 群者数の割合が高い状況となっています。

4

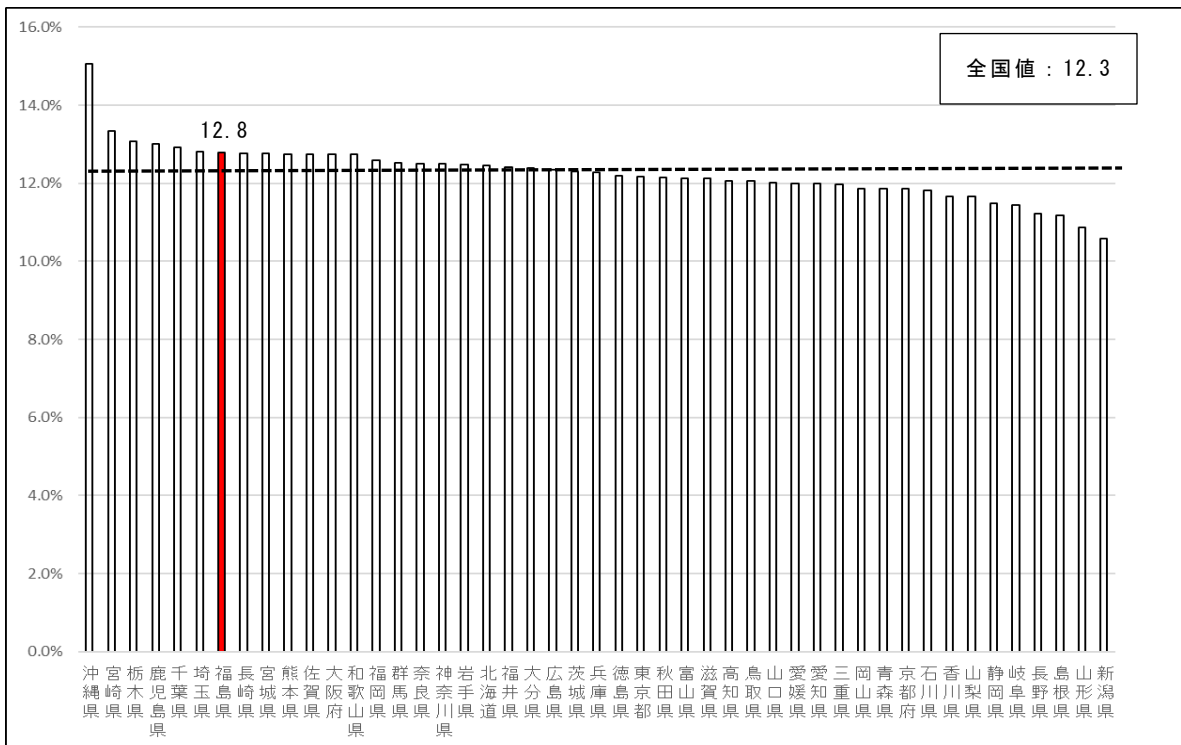
5 図10 都道府県別メタボリックシンドローム該当者数の割合（令和元年度、%）



6

7

8 図11 都道府県別メタボリックシンドローム予備群者数の割合（令和元年度、%）



9

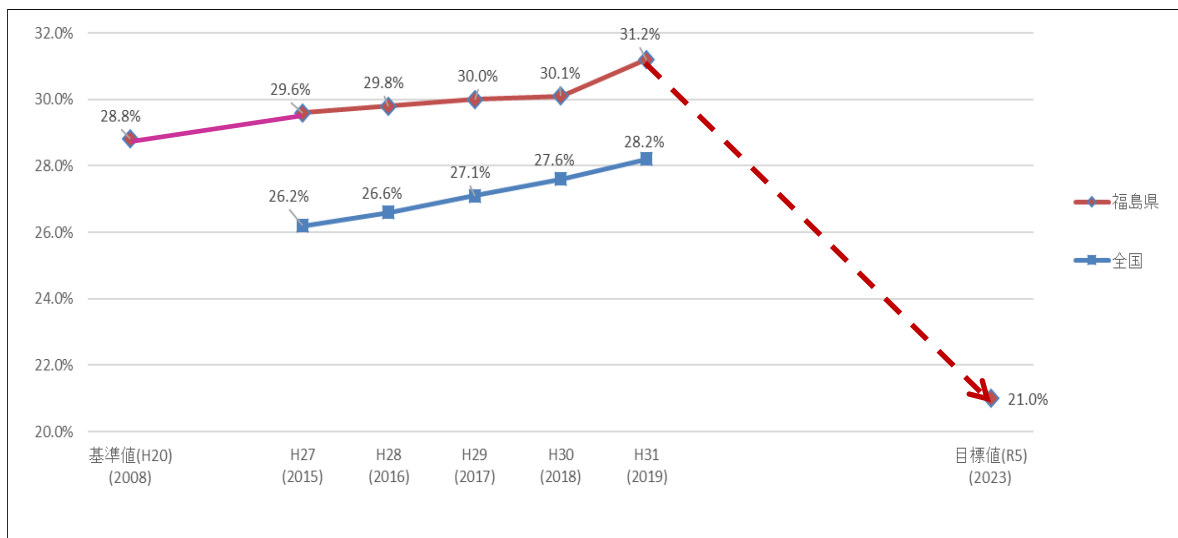
10

11

図10、11 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

1

2 図12 メタボリックシンドローム該当者数及び予備群者数の割合(%)の推移



3

4

5 図12 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

6

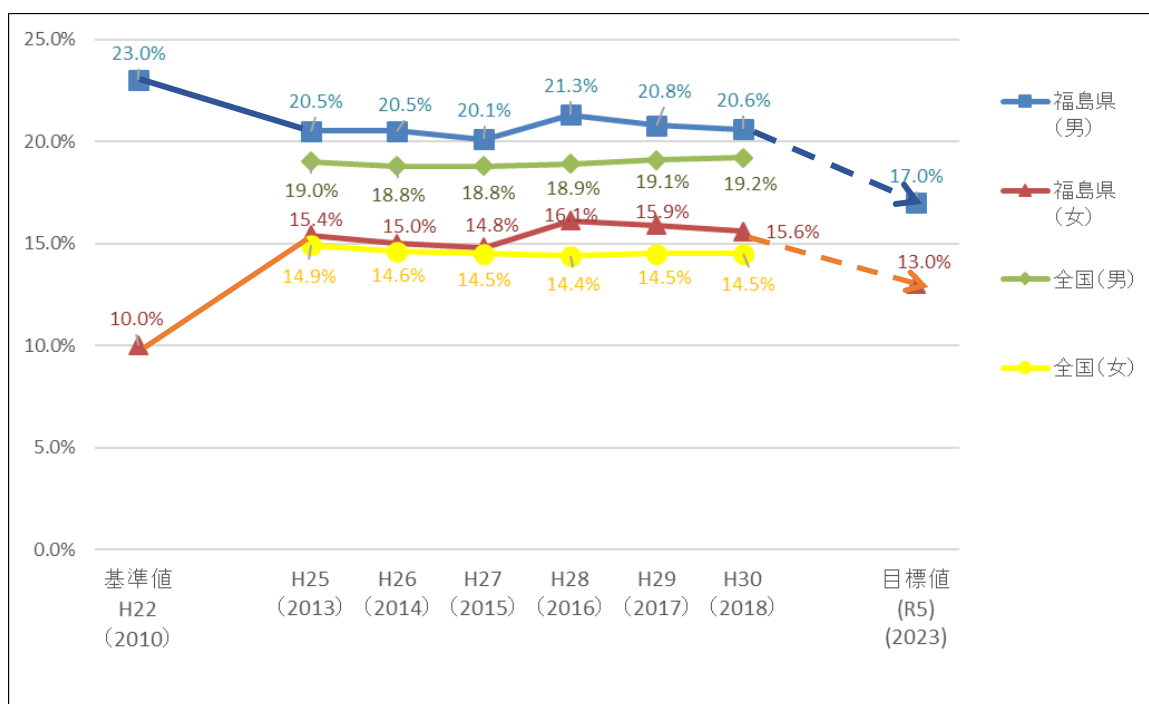
7

8

9 福島県は、全国と比較し男女とも血圧について収縮期血圧 140mmHg 以
 10 上の者の割合及び拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合が高い状況となっ
 11 ています。

12

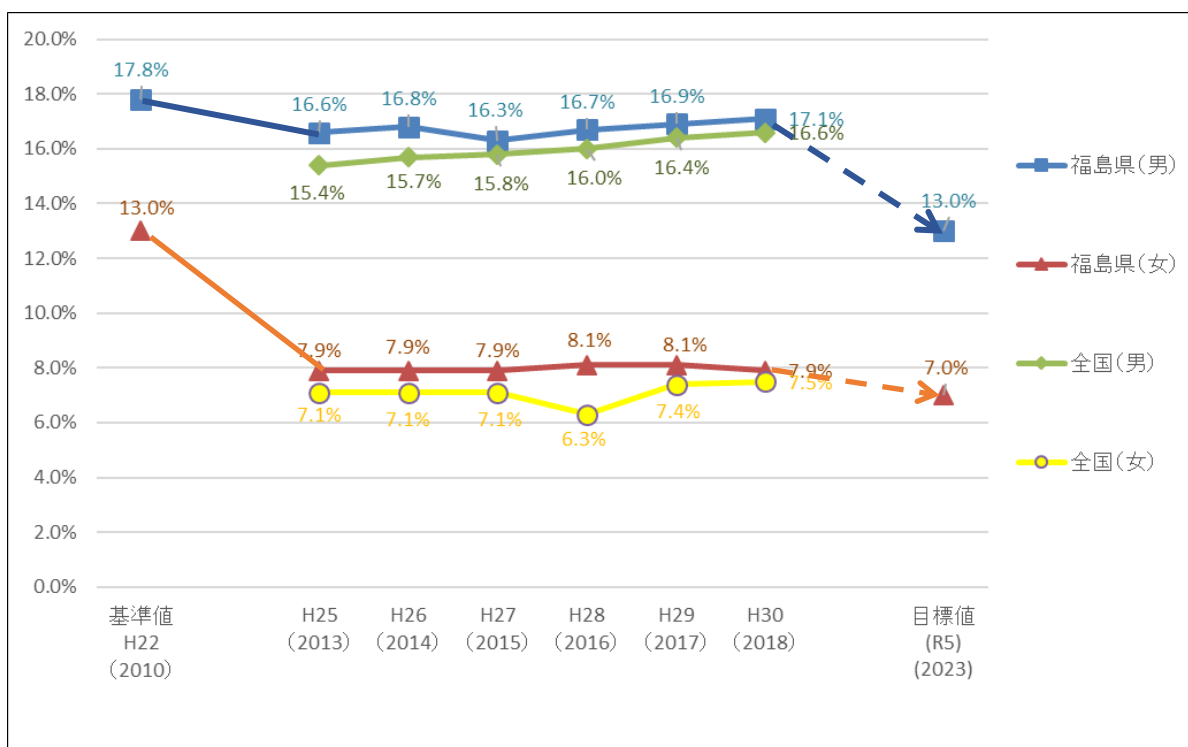
13 図13 収縮期血圧 140mmHg 以上の者の割合の推移 (%)



14

15

1 図 14 拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合の推移 (%)



2

3

図 13, 14 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

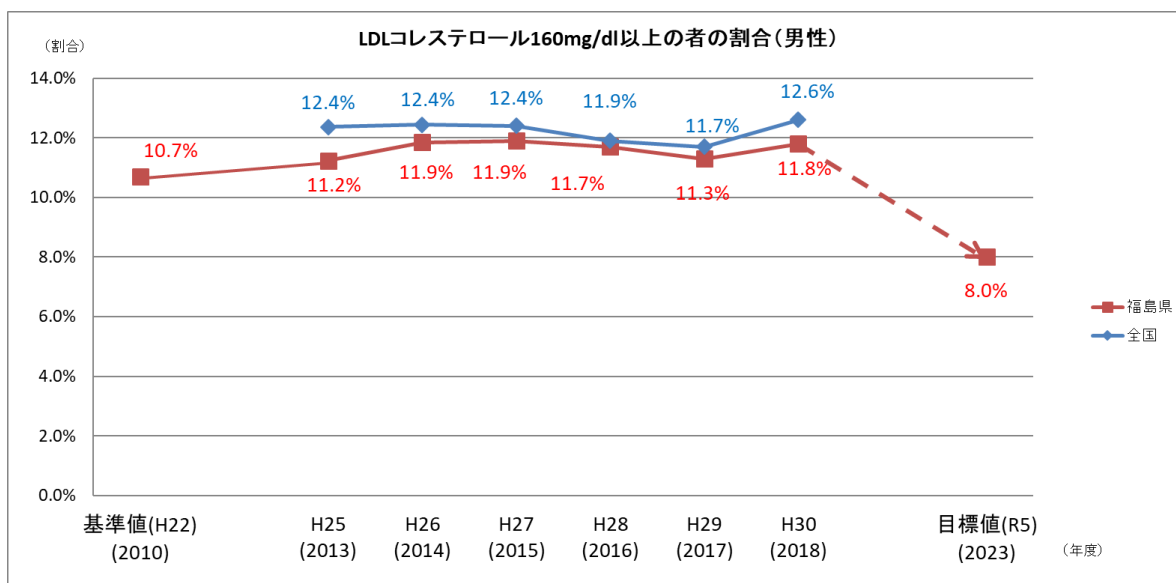
4

5 福島県は、男性の LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合が全
6 国と比較高い状況となっています。

7

8

図 15 脂質異常症の割合推移



9

10

11

12

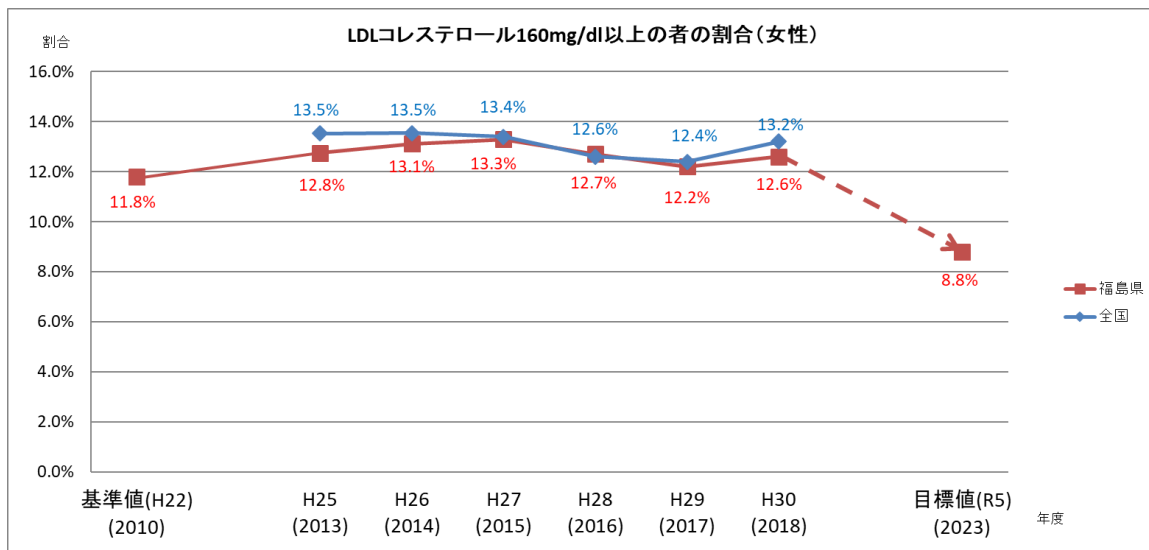


図 15 数値：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

福島県の喫煙率は、改善傾向にあるものの全国を上回っています。

図 16 喫煙率（男女計）（%）の推移

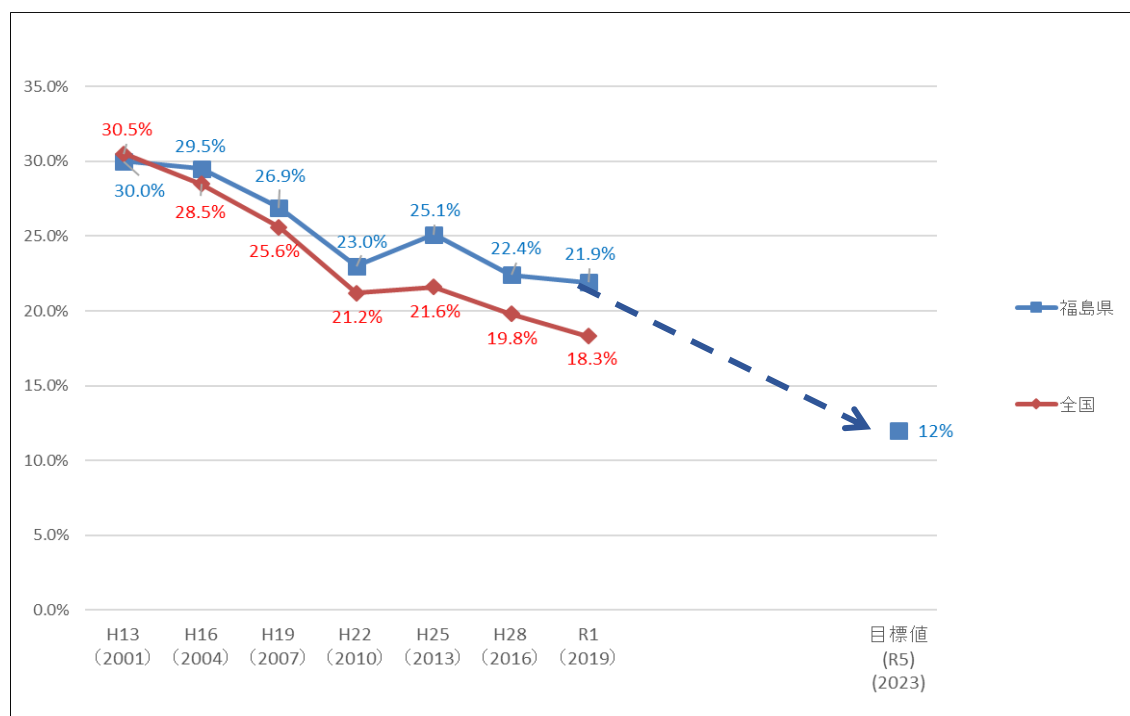


図 16 数値 国民生活基礎調査（厚生労働省）

1 福島県は、全国と比較し糖尿病治療服用者の割合が高い状況となっ
 2 ています。

4 図 17 糖尿病治療薬服用者の割合（平成 28 年度、%）

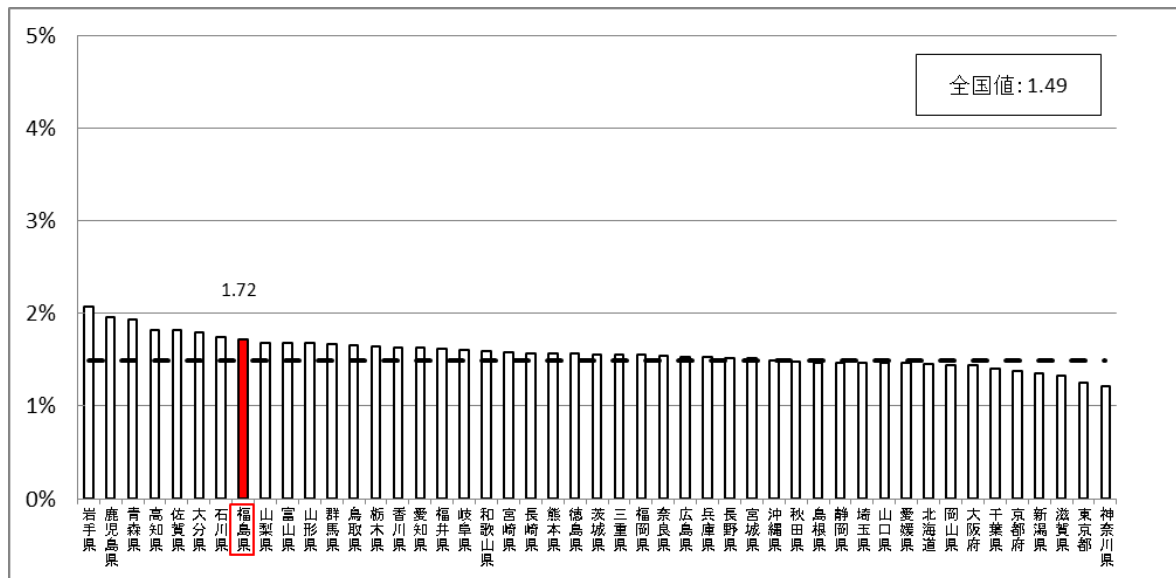


図 17 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

2 医療圏

- 医療法の規定により、医療資源の適切な配置と医療提供体制の体系化を図るための地域的単位として医療圏を定めています。
- 全国第3位の広大な県土を有する本県には、入院医療及び専門外来医療を提供する区域として6つの「二次医療圏」があります。
- また、二次医療圏では対応できない、より専門的、広域的な医療サービスを提供する圏域として「三次医療圏（全県域）」があります。

救急搬送時において、二次医療圏をまたぐ搬送が必要な場合もあることから、広域連携ネットワークの構築が重要です。

図 18 二次医療圏



	構成市町村
県北	福島市、二本松市、伊達市、本宮市、桑折町、国見町、川俣町、大玉村
県中	郡山市、須賀川市、田村市、鏡石町、天栄村、石川町、玉川村、平田村、浅川町、古殿町、三春町、小野町
県南	白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村
会津・南会津	会津若松市、喜多方市、下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
相双	相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村
いわき	いわき市

第4章 分野ごとの課題と主要な施策

第2章（2）で定めた全体目標を達成するため、肥満や、高血圧、脂質異常、メタボリックシンドローム、喫煙、糖尿病といった循環器病の危険因子の低減のための取組を行うとともに、保健・医療・福祉サービス提供体制の充実を図るため、次の個別施策を推進します。

1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

（1）栄養と食生活

【現状と課題】

食事によって摂取するさまざまな栄養素は、身体の機能や組織を健康に保つ役割を果たし、生命の源となります。しかし、食事の内容に偏りがあつたり、望ましくない食習慣を続けることは、高血圧症、高脂血症、糖尿病、痛風といった生活習慣病の原因となります。

循環器疾患の中でも、動脈硬化によって引き起こされる脳梗塞や心筋梗塞、狭心症などの病気は、これらの危険因子が重なり合うことで発症する場合があります。危険因子を減らすことは、病気の要因を減らすことにつながります。特に糖尿病は、神経障害や網膜症、腎症などの合併症を併発するとともに、脳血管疾患や心疾患、歯周病、足病変等の発症リスクを増大させ、寿命や生活の質などに大きな影響を及ぼします。

福島県の成人一日当たりの塩分摂取量は男性 11.9 g、女性 9.9 g となっており、厚生労働省が「日本人の食事摂取基準 2020」で定める目標値（男性 7.5 g 未満、女性 6.5 g 未満）と大きく乖離しています。

また、福島県の成人一人当たりの野菜摂取量は、男女ともに全国に比して高い状況にあるものの、1日の摂取目標量とされる 350g を女性は下回っています。

福島県においては、循環器病の危険因子である肥満や、高血圧、脂質異常、メタボリックシンドロームが悪化傾向にあることから、適正体重の維持、過食や脂肪等の過剰摂取を控えるなどの適切な食事等、生活習慣改善による発症予防を推進していく必要があります。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27

図 19 都道府県別 食塩摂取量 年齢調整 (平成 28 年平均値・男性 (20 歳以上)、g)

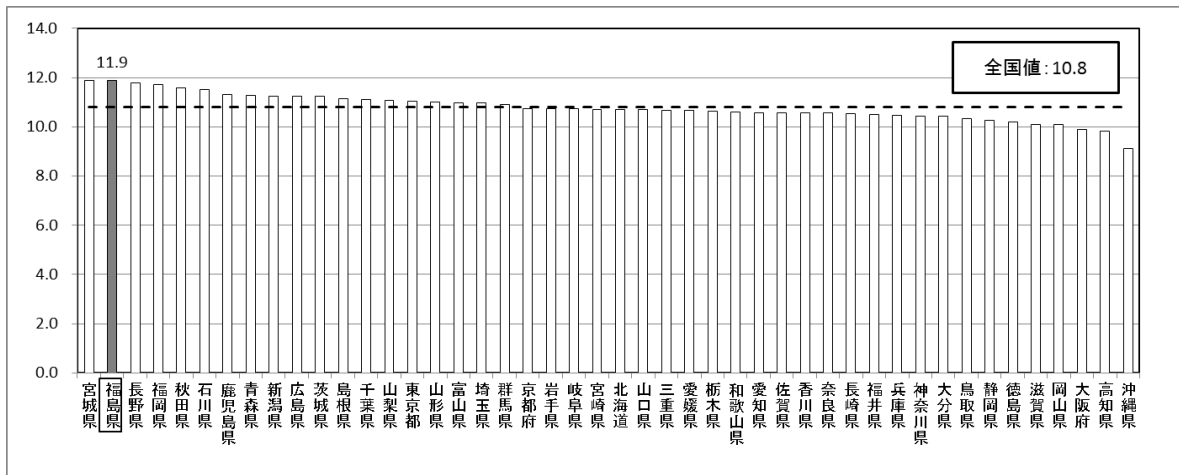


図 20 都道府県別 食塩摂取量 年齢調整 (平成 18~22 年平均値・女性 (20 歳以上)、g)

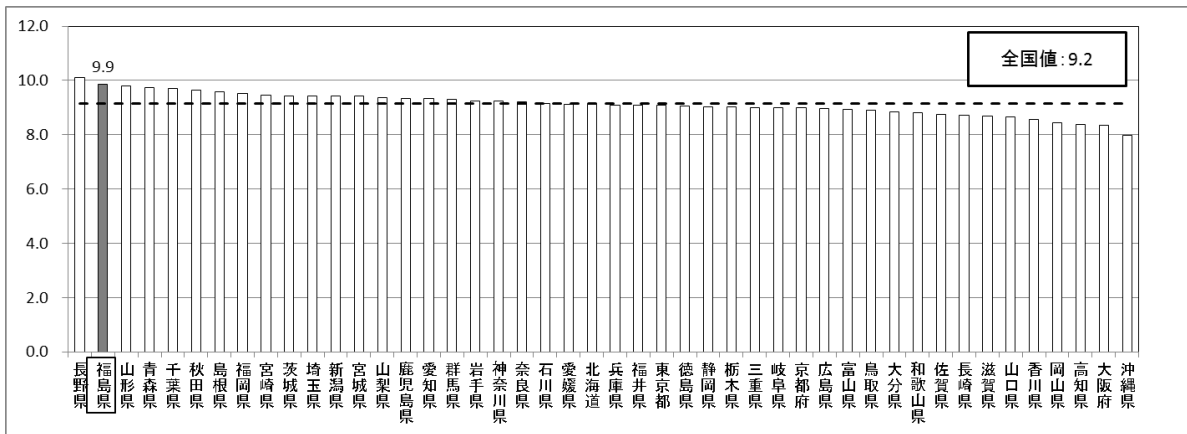
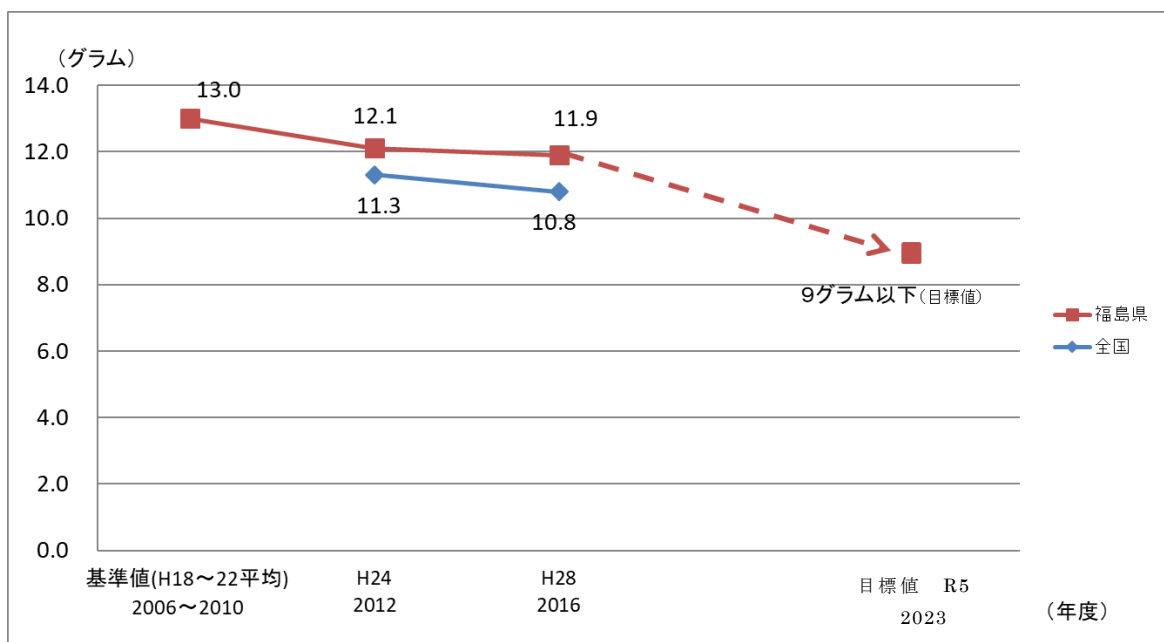
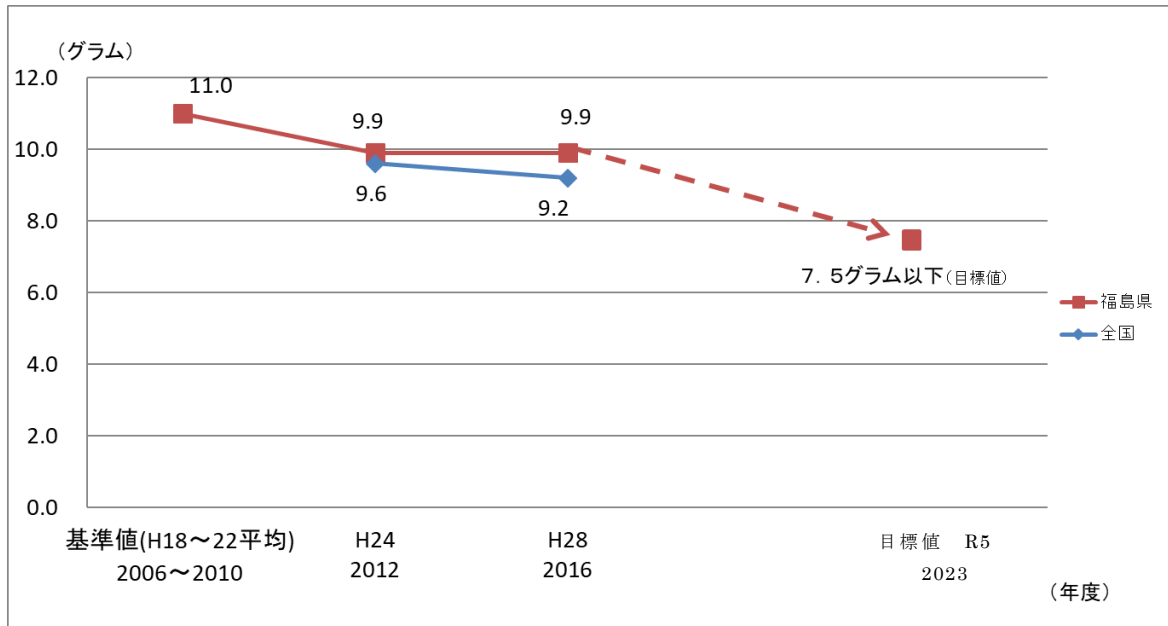


図 19, 20 資料: 国民健康・栄養調査 (厚生労働省)

図 21 成人 1 日あたりの食塩摂取量の平均値 (男性、20 歳以上、g)

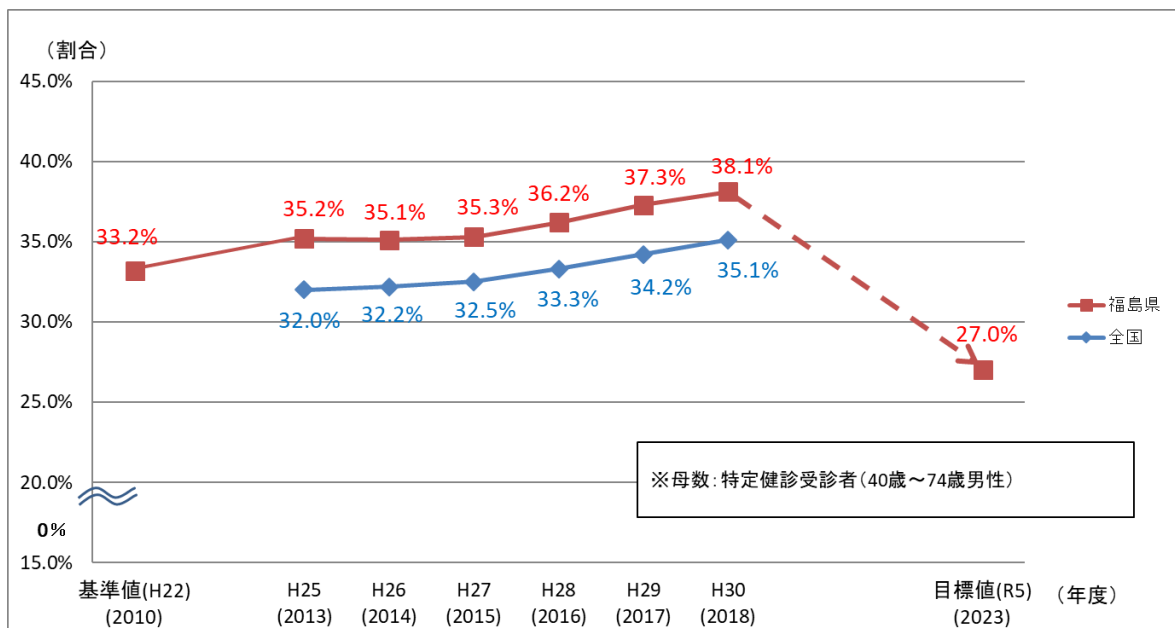


1 図 22 成人 1 日あたりの食塩摂取量の平均値（女性、20 歳以上、g）

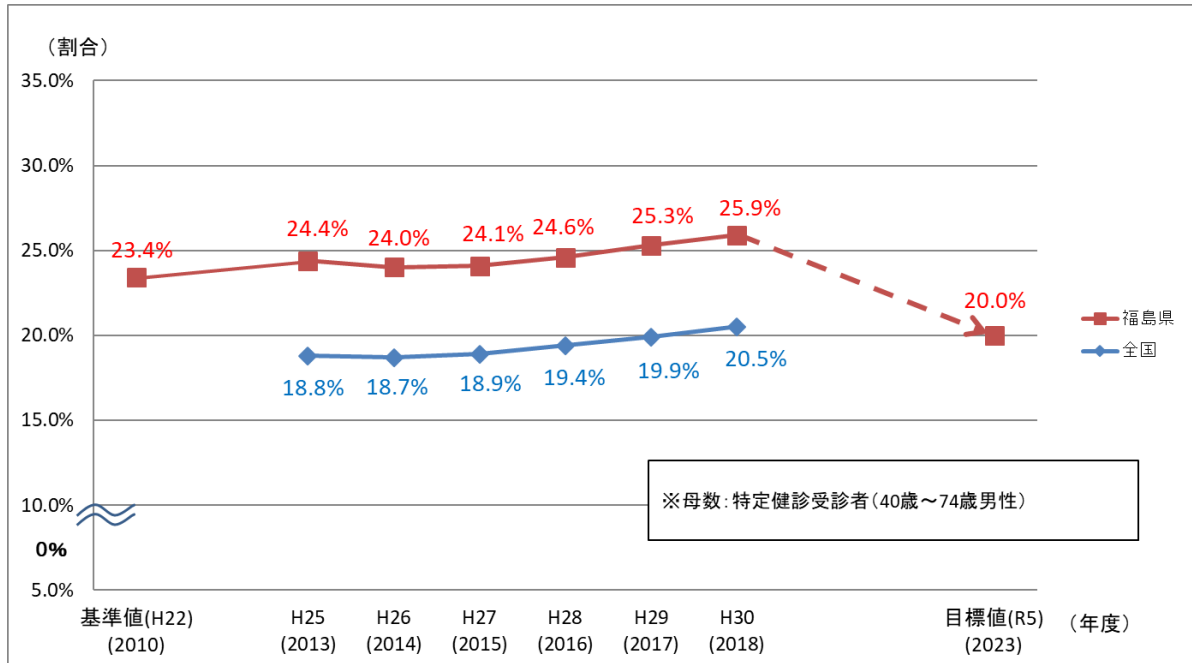


2 図 21、22 資料：国民健康・栄養調査（厚生労働省）

3 図 23 BMI 値 25 以上の者の割合（男性）



1 図 24 BMI 値 25 以上の者の割合 (女性)



2 3 図 23, 24 資料: レセプト情報・特定健康診査等データベース(厚生労働省)

4 **【施策の方向性】**

- 5 ○ 家庭、学校、地域、企業及び行政機関等が連携して、健康的な生活習慣の
6 定着に向けた取組を図るとともに、乳幼児期から高齢期までライフステー
7 ジに応じた望ましい食生活の実現に向けて、積極的に食育を推進します。
- 8 ○ 糖尿病や高血圧症、脂質異常症等いわゆる生活習慣病の予防には、適正体
9 重の維持や減塩、脂肪等の取りすぎに注意するなど、食事についての正し
10 い知識を習得する機会や情報提供する場の確保に努めます。また、野菜を
11 先に食べるベジファーストの普及啓発に努めるなど、食生活に関する正し
12 く分かりやすい情報提供を行います。
- 13 ○ 職域保健との連携強化や健康経営の取組の浸透により、職場の給
14 食施設における健康に配慮した食事を提供する施設の増加を図る
15 など、食環境の整備の推進に取り組みます。
- 16 ○ 民間企業等と連携し、社員食堂や弁当、総菜等を段階的に減塩し、
17 美味しさを損なわず、かつ、味の変化に気づくことなく減塩ができ
18 る「無意識の減塩」の取組を推進することにより食環境の整備に取
19 り組みます。
- 20 ○ 生活習慣病の予防・改善に向けた取組を効果的に進めるため、民
21 間企業のノウハウを活用した市町村の先駆的な健康づくりを支援
22 していきます。
- 23 ○ 循環器病の危険因子である糖尿病発症予防・重症化予防のため、食生活の
24 改善や運動しやすい環境整備、保健医療専門職の人材育成などに取り組み
25 ます。

(2) 身体活動・運動

【現状と課題】

身体活動・運動の量が多い者においては、不活発な者と比較して循環器疾患やがんなどの発症リスクが低いことが実証されています。10分程度の歩行を1日に数回行う程度でも、長期間継続すれば、健康上の効果が期待できます。

また、高齢者においても、歩行など日常生活における身体活動が、寝たきりを減少させる効果のあることが示されています。特に、高齢者のフレイル※について早めに気づき、適切な取組（栄養・身体活動・社会参加）を行うことで、より健康な状態に戻すことが可能となります。

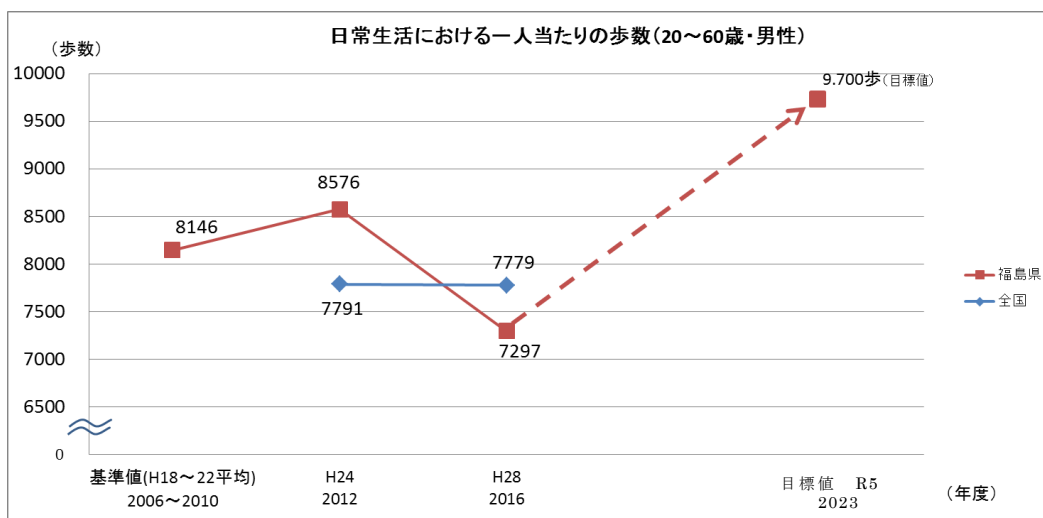
外出に積極的な態度を持つ者（60歳以上）の割合について2009年度と2018年度を比較すると、男性は72.6%から68.1%へ、女性は68.9%から65.8%へ減少しています。また、日常生活における1日当たりの歩数（20～64歳）の数値も悪化傾向となっており、日常生活の中で身体活動や運動しやすい環境づくりの推進を強化する必要があります。

循環器病の危険因子となる肥満やメタボリックシンドロームを防止するためにも、身体活動・運動の定着化を図る取組を実施する必要があります。

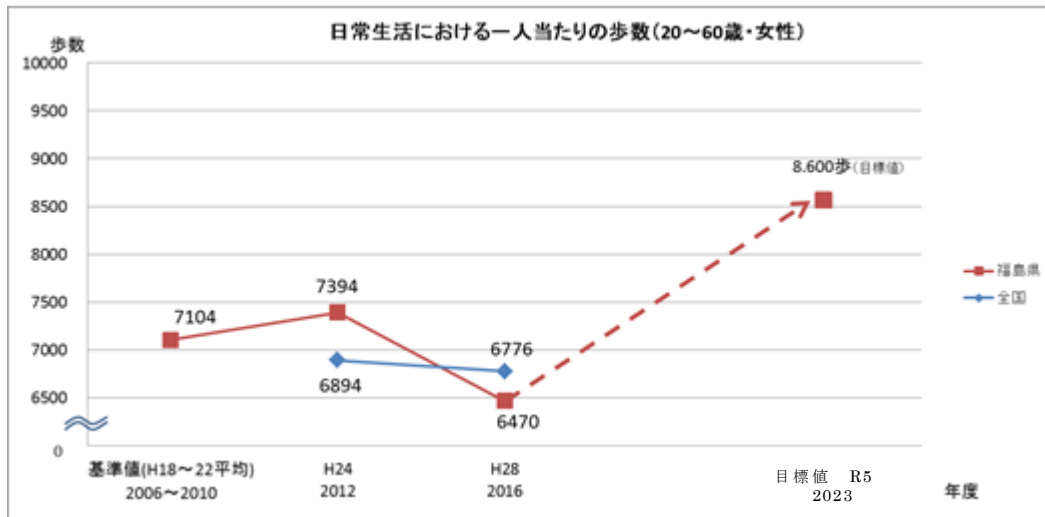
フレイル

加齢とともに体や心のはたらき、社会的つながりが弱くなった状態のことを指します。何も対策をしないと要介護となる可能性が高いですが、予防や改善が期待できる段階でもあります。早期に適切な取組を行うことが大切です。

図 25 日常生活における1日当たりの歩数の増加（20～64歳）（男性）



1 図 26 日常生活における1日当たりの歩数の増加（20～64歳）（女性）



2
3 図 25、26 資料：国民健康・栄養調査（厚生労働省）

4
5 **【施策の方向性】**

- 6 ○ 県、市町村及び関係団体等が連携強化を図るとともに、ふくしま健民アプリのさらなる普及等により、運動習慣の効果的な普及啓発、健康づくりへの動機付けの拡大を図ります。
- 7
8
- 9 ○ 生活習慣の改善に重要である日常生活の中での身体活動や運動に関する正しくわかりやすい情報を、ホームページ等を活用して提供することにより、運動しやすい環境づくりを積極的に推進します。
- 10
11
- 12 ○ 高齢者のフレイルについて、早めに気づき適切な取組（栄養・身体活動・社会参加）を行うことで、より健康な状態に戻すことが可能なことから、県民の理解と対策について広報媒体等を活用した周知啓発を行います。
- 13
14
- 15 ○ 関係機関等と連携を図りながら、高齢者が気軽に取り組み、楽しむことができる運動習慣を定着させるとともに、社会参加の機会を増やし、高齢者の健康づくり、生きがいづくり、地域コミュニティづくりの促進を支援します。
- 16
17
18

19
20 **（3）喫煙**

21 **【現状と課題】**

22 喫煙は、がんや脳血管疾患、心疾患、糖尿病や脂質異常症、歯周疾患を悪化させ、受動喫煙によっても、虚血性心疾患、肺がんなどの健康被害が生じるとされています。

23
24

25 一方、禁煙することによる健康改善効果が明らかにされており、喫煙関連疾患のリスクは禁煙後の年数とともに確実に低下するとされています。

26

27 国民生活基礎調査における福島県の2019（平成31）年度喫煙率は、男女計21.9%と、2013（平成25）年度の喫煙率25.1%比較すると改善傾向にあります。

28

1 すが、全国の2019（平成31）年度喫煙率の18.3%と比較して乖離があること
2 から、引き続き喫煙率の減少に資する取組を推進していく必要があります。

3 **【施策の方向性】**

- 4 ○ 県、市町村、関係団体等が連携しながら、喫煙の害に関する情報提供（妊
5 産婦の喫煙に関する影響等を含む）・普及啓発・健康教育の実施等を積極的
6 に行うなど、成人の喫煙率の減少に資する取組を実施します。
- 7 ○ 学校教育における喫煙防止教育を実施するなど、未成年者の喫煙防止に
8 資する事業に取り組みます。
- 9 ○ 県民へ受動喫煙防止条例の周知及び受動喫煙防止に関する意識の啓発を
10 図るためのキャンペーンを実施します。
- 11 ○ たばこを吸わない人が、自分の意思とは無関係に、たばこの煙にさらされ
12 てしまうこと（受動喫煙）を防ぐことを目的とした「空気のきれいな施設」・
13 「空気のきれいな車両」を認証し、公表することによりたばこを吸わない
14 人が安心して過ごせる場所の増加に取り組みます。

15 16 **（4）飲酒**

17 **【現状と課題】**

18 過度の飲酒習慣は健康に悪影響を及ぼし、肝機能障害や糖尿病、心臓病など
19 の身体的健康問題のほか、脳神経系に作用して、さまざまな精神症状・障がい
20 をもたらします。

21 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している男性の割合が悪化傾向
22 （13.6%から18.3%）にあることから、生活習慣の改善を図るとともに、福島
23 県アルコール健康障害対策推進計画（平成30年3月）と連動しながら、過度
24 な飲酒の防止対策等を推進する必要があります。

25 26 **【施策の方向性】**

- 27 ○ 過度の飲酒による健康への影響等の予防対策として、アルコールに関す
28 る正しい知識の普及啓発及び健康教育を推進します。
- 29 ○ 学校教育における飲酒防止教育を実施するなど、未成年者の飲酒防止に
30 資する事業に取り組むとともに、妊産婦の飲酒に関する影響等について、
31 正しく分かりやすい情報提供及び健康教育を推進します。

32 33 **（5）歯・口腔の健康**

34 **【現状と課題】**

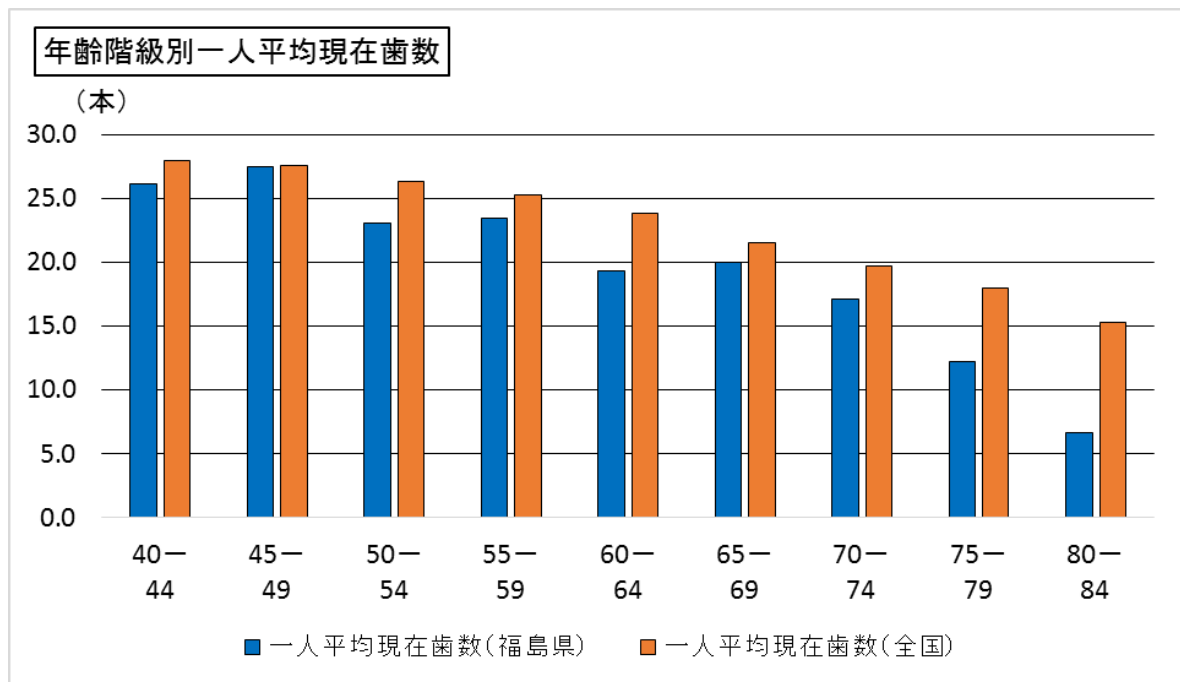
35 歯・口腔の健康は、食べる喜び、話す楽しみなどを保つ上で重要であり、身
36 体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく関係しています。

37 本県における成人期・高齢期における一人平均現在歯数については、全国に

比較し60歳以降に急激に歯が失われていく傾向がみられます。

歯周病は歯や口腔だけでなく、糖尿病や狭心症、心筋梗塞など全身疾患とも関わりがあるため、全ての県民が生涯にわたり歯・口腔の健康を保ち、健康で質の高い生活を送ることができるよう、各ライフステージに応じたむし歯予防及び歯周疾患予防とともに、口腔機能の維持・向上などが重要となります。

【成人期・高齢期等における保有する歯の状況】



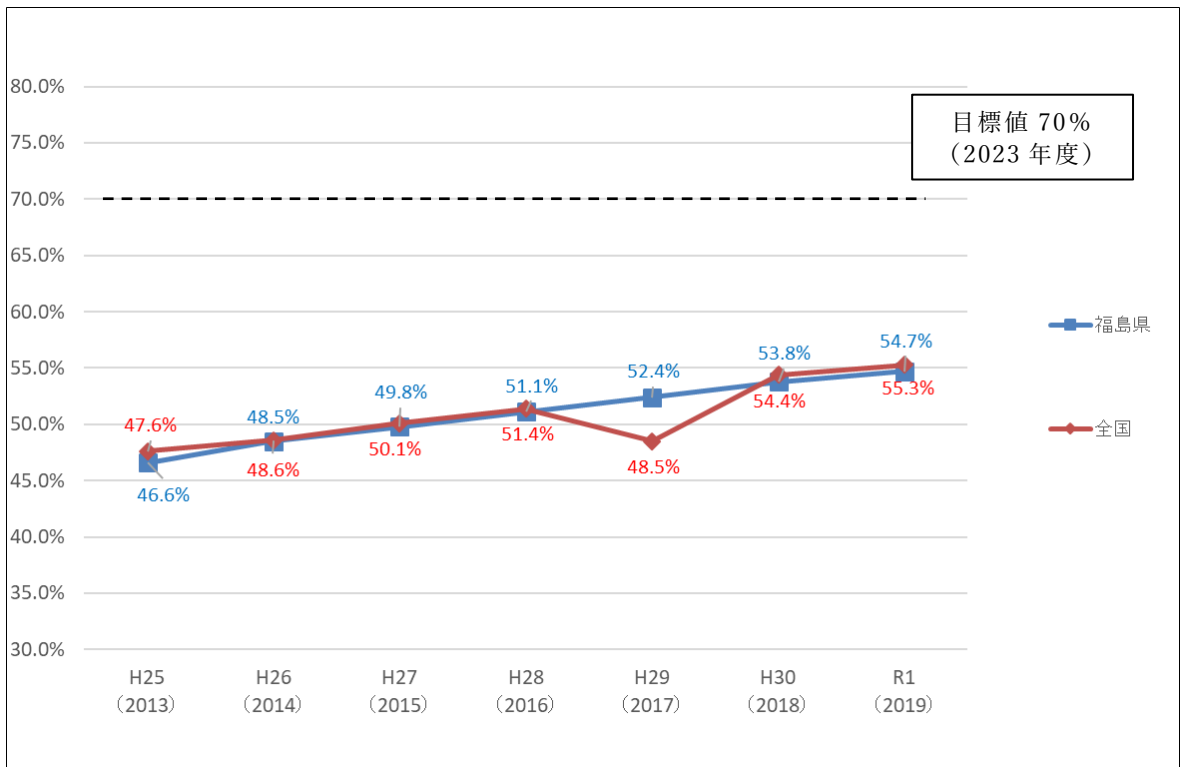
資料：平成28年度歯科疾患実態調査

【施策の方向性】

- 第三次福島県歯っぴいライフ8020運動推進計画に基づき、乳幼児期から高齢期まで全てのライフステージに応じた口腔機能の維持・向上に資する取組を実施します。
- 歯周病は歯や口腔だけでなく、糖尿病や狭心症、心筋梗塞など全身疾患とも関わりがあるため、特定健診・保健指導等の場で歯周病予防や定期検診の受診について普及啓発に取り組みます。
- 市町村、関係機関等と連携を図りながら、特定健診など様々な機会をとらえ、むし歯や歯周病に罹患した場合には、口腔機能の維持向上のため、早期に治療することが必要であることの周知を図ります。

1

2 図 28 特定健康診査実施率の推移（％）



3

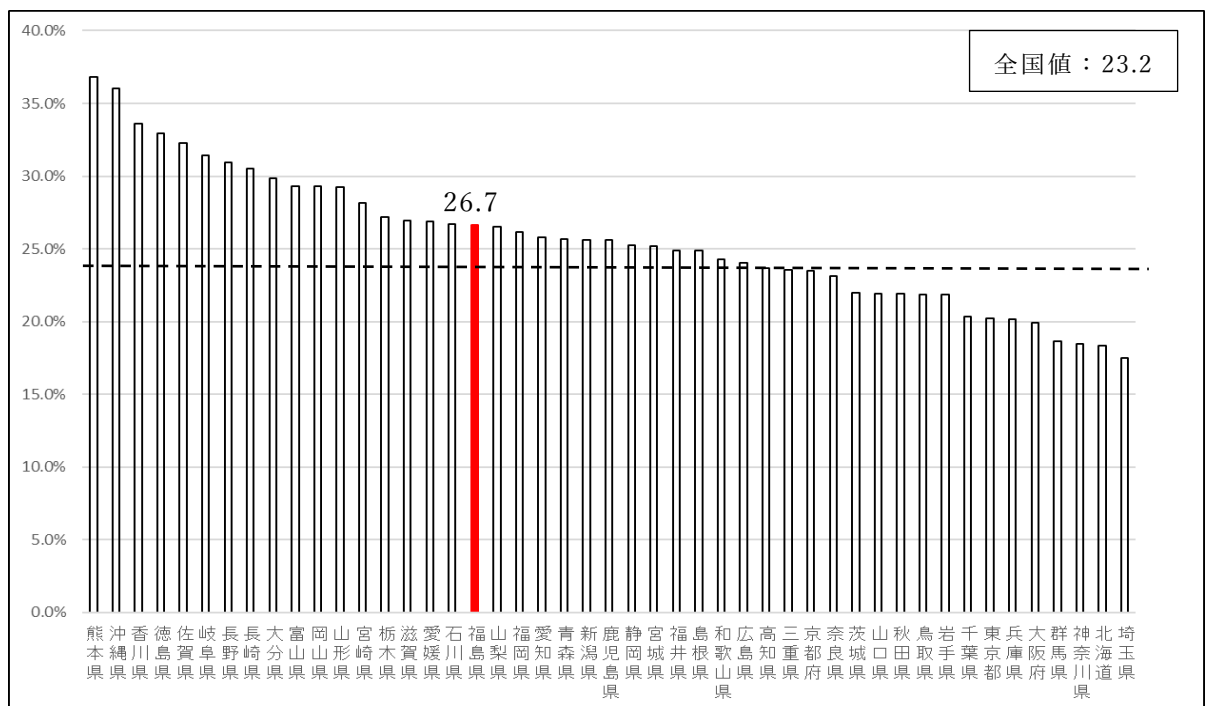
4 図 28 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

5

6

7

7 図 29 都道府県別特定保健指導実施率（令和元年度、％）

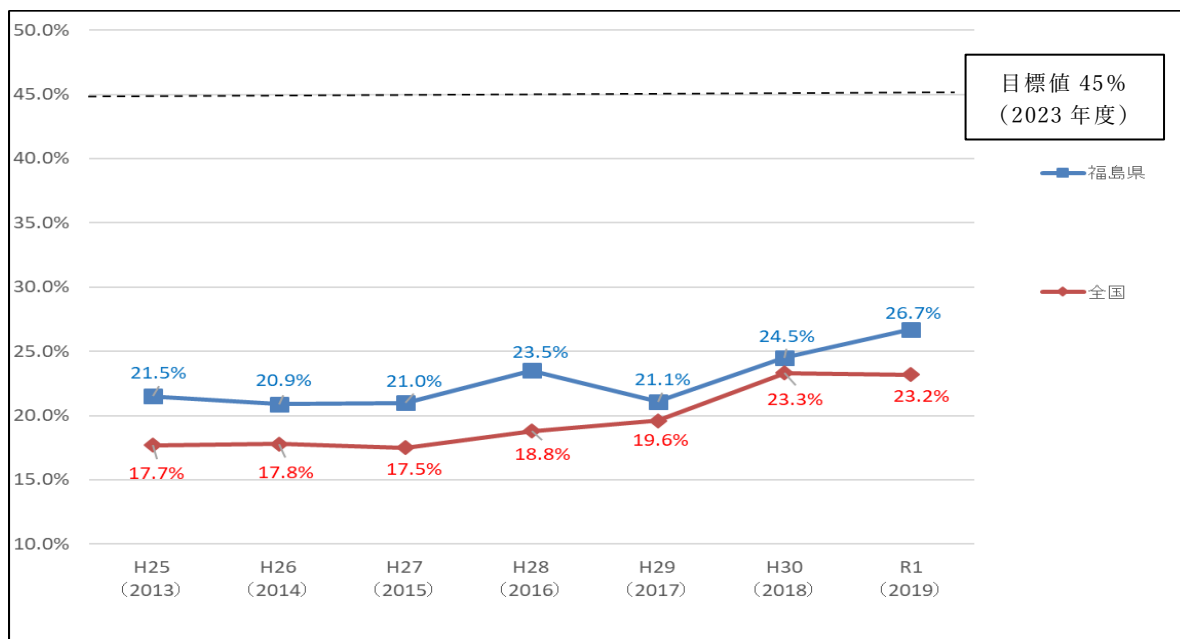


8

9 図 29 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

9

1 図30 特定保健指導実施率の推移（％）



2 図30 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

3 **【施策の方向性】**

- 4
- 5 ○ 県、市町村、関係機関等が連携しながら、特定健診受診率向上に
- 6 に向けた取組を実施します。
- 7 ○ 職域と連携し、特定健診の普及啓発を実施することで職場で検診
- 8 の受診機会がない就労者に対し、市町村の検診の積極的な利用を周
- 9 知することで働き盛り世代の検診受診を推進します。
- 10 ○ 特定健診や特定保健指導に関わる保健医療専門職等の人材を育
- 11 成するとともに、特定健診・保健指導の着実な実施により、メタボ
- 12 リックシンドローム該当者及び予備群の減少や糖尿病等の早期発
- 13 見・早期介入を推進します。
- 14 ○ 市町村や医療保険者が実施する特定健診における、ハイリスクア
- 15 プローチの効果的実施を支援します。
- 16 ○ 高血圧症や糖尿病、脂質異常等の生活習慣病の重症化を予防する
- 17 ため、市町村や関係機関と連携して、未治療者や治療中断者に対す
- 18 る受診勧奨を推進します。
- 19 ○ 循環器病の危険因子となる糖尿病については、福島県糖尿病重症
- 20 化予防プログラムに基づき、未治療者や治療中断者に対する保健指
- 21 導や受診勧奨の標準化を図るとともに、かかりつけ医と専門医の連
- 22 携の基準や関係機関の役割を明確にし、連携体制の構築を推進しま
- 23 す。
- 24 ○ 市町村における糖尿病重症化予防の取組を支援するため、保健福
- 25 祉事務所に連絡会議を設置し、県、市町村、医療関係者との連携体
- 26 制を構築するとともに、指導経験の豊富な保健師等を保健福祉事務
- 27 所に配置し、生活習慣病の改善につながる保健指導の実施について

1 助言等を行うことにより、重症化予防に向けた実践的な支援を行い
2 ます。

4 (2) 救急搬送体制の整備(迅速な救急搬送及び治療の実施)

5 【現状と課題】

6 ○ 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
7 る重大な事態に陥ることも多い疾患です。循環器病の治療に関し
8 ては、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
9 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
10 る必要があります。

11 本県は、高齢化の進展とともに救急搬送件数が増大し、救急搬送
12 に占める高齢者の割合の増加傾向が見られます。

13 また、本県は救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要す
14 る平均時間が全国を上回っています。

15 ○ 脳卒中や急性心筋梗塞等の生活習慣病に起因する急病へ対応す
16 るため、病院と救急隊の連携を強化し、効率的・効果的な救急搬送
17 を行える体制を整備する必要があります。

18 ○ なお、県内には日本脳卒中学会から認定された16の一次脳卒中
19 センターがあり、二次医療圏に1か所以上配置されているものの、
20 脳卒中を担当する脳神経外科医、脳神経内科医が1~2名しか勤務
21 していない医療機関があり、医師の働き方改革を踏まえると24時
22 間365日の対応が不可能となる医療機関が生じるおそれが懸念さ
23 れています。

24 【施策の方向性】

25 ○ 救急業務の高度化に対応するため、各消防本部における救命救
26 急士の計画的な養成を進めます。

27 ○ 福島県救急医療対策協議会や福島県メディカルコントロール協
28 議会等を通して、消防機関と医療機関の連携強化を図り、地域の実
29 情に応じた救急搬送体制の充実を図ります。

30 また、救急医療機関の施設・設備の整備に対する支援や、ドクタ
31 ーヘリの運航支援及びヘリポートの整備支援等を実施します。

32 さらに、県民への普及啓発として、消防機関によるAEDの使用
33 方法に関する講習会の開催や、家庭における対処方法や早期受診
34 等について県民に周知していきます。

35 ○ 救急隊と病院間で、心電図のデータ等を共有することにより、脳
36 梗塞や急性心筋梗塞を発症した疑いのある患者の搬送から医療機
37 関での治療までの時間を短縮を図ります。

38 また、病院間でCT画像、レントゲン、心電図などの情報を共有
39

1 できるシステムの構築により、脳神経外科医や心臓血管外科医など
 2 がない病院においても診断等を可能にし、限られた医療資源
 3 の効率的な運用を行えるよう検討を進めていきます。

- 4 ○ 一次脳卒中センターの連携強化を推進するとともに、脳卒中を
 5 担当する医師の増員、脳神経血管内治療専門医の育成に向けた取
 6 組の検討を進めていきます。

8 (3) 循環器病に係る医療提供体制の構築

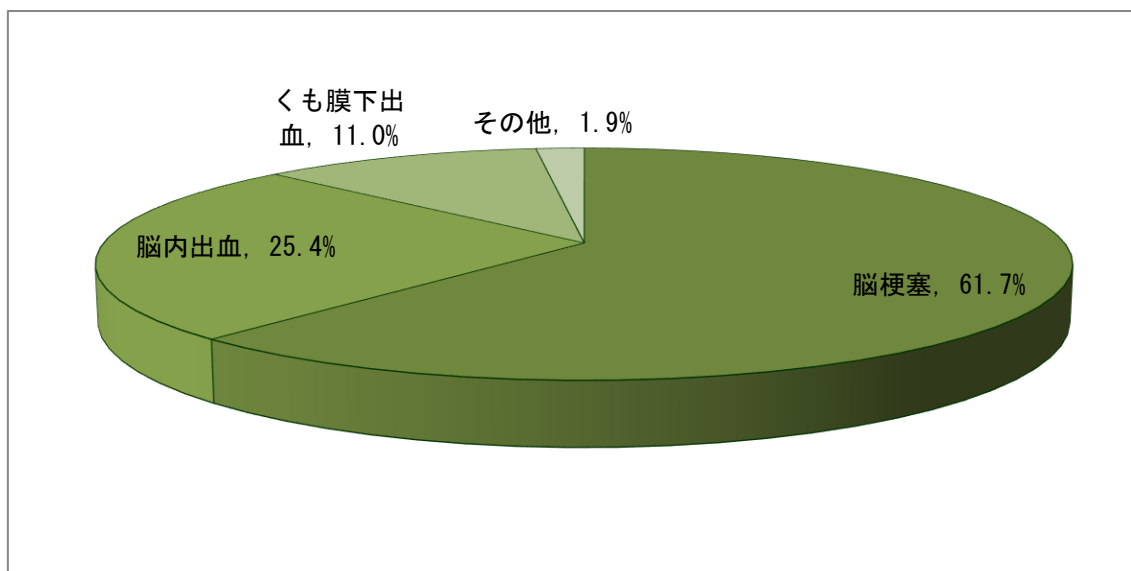
9 ア 脳卒中に関する医療提供体制

10 【現状と課題】

11 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は男女ともに年々低下して
 12 いますが、常に全国平均を上回っており、平成27年は男性が43.7
 13 (全国37.8)で全国11位、女性が27.4(全国21.1)で全国6位
 14 となっています。

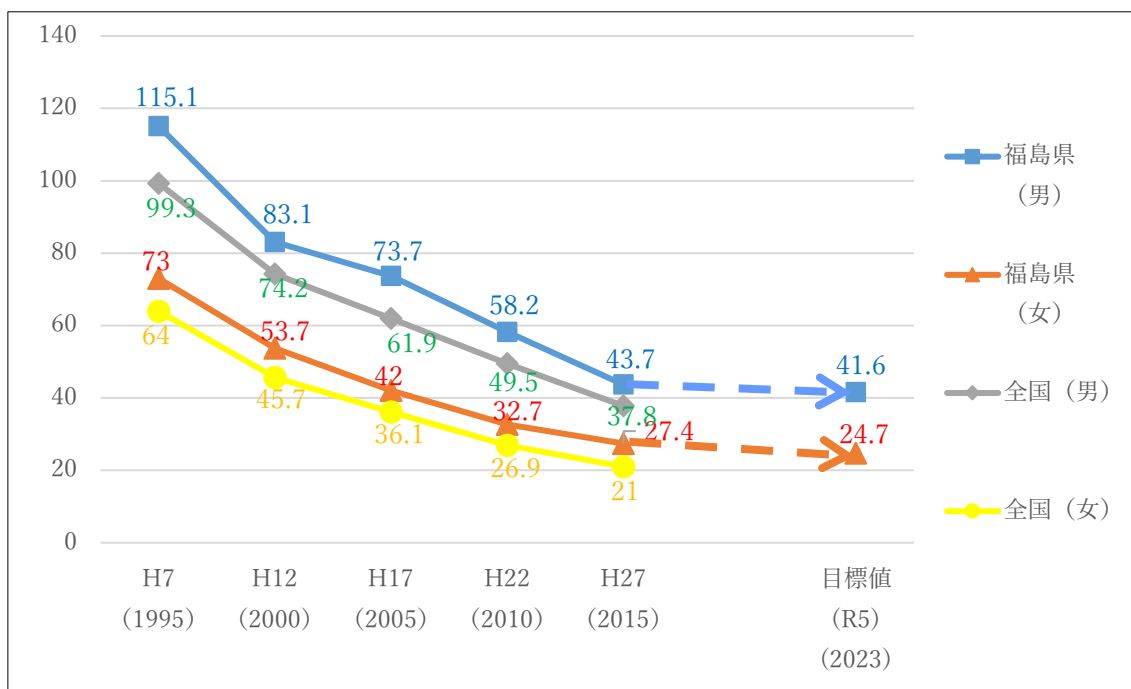
15 特に、平成27年の脳梗塞の年齢調整死亡率は男性が22.8(全国
 16 18.1)で全国7位、女性が12.6(全国9.3)で全国ワースト5位と
 17 なっています。

18
 19 図20 脳血管疾患による死亡の内訳(平成28年 福島県)



20
 21 資料：人口動態統計(厚生労働省)

1 図 21 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移



資料：都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）

2
3
4
5 (ア) 急性期の医療

- 6 ○ 脳卒中はできるだけ早く治療を始めることでより高い効果
7 が見込まれ、後遺症も少なくなることから、脳卒中を疑うよう
8 な症状が出現した場合、本人や家族などの周囲にいる方が、速
9 やかに専門の医療機関を受診できるように行動することが重要
10 となります。FAST（ファスト）※³の概念が県民に十分に理
11 解され、早期受診が行われるよう、普及啓発を行うことが必要
12 です。

13
14 ※3 FAST

15 脳卒中の初期症状を示しており、以下の状態を意味します。

16 F (face) : 顔を意味し、顔のゆがみ（口角が下がり顔が非対称にな
17 る）がある場合は脳卒中の可能性がります。

18 A (arm) : 腕を意味し、片側の腕に麻痺が発生すると脳卒中の可能性
19 が高いです。両手を前方に挙げると麻痺のある側の腕が
20 下がってきます。

21 S (speech) : 言葉を意味し、呂律が回らなくなるか、話したい言葉
22 が出ない場合には脳卒中の可能性がります。

23 T (time) : 時間を意味し、脳卒中の疑いがある場合にはすぐに病院
24 に行きましょうというメッセージが込められています。

- 25
26 ○ 脳梗塞では、発症後 4.5 時間以内の超急性期血栓溶解療法

1 (t-PA 療法) の適応患者に対して適切な処置が取られる必要
2 があります。

3 脳梗塞患者ができるだけ早期に適切な治療を受けるため
4 には、病院前救護が重要です。現場に到着した救急隊員がシンシ
5 ナティ病院前脳卒中スケール (CPSS:Cincinnati Prehospital
6 Stroke Scale) 等を利用し脳卒中であることを正確に診断し、
7 t-PA 静注療法と血栓回収療法を行うことができる医療機関を
8 選択し迅速に搬送することが求められます。

9 県内には、脳梗塞に対する t-PA 療法が実施可能な病院とし
10 て「超急性期脳卒中加算」の診療報酬施設基準を取得している
11 のは平成 28 年 3 月時点で 7 病院あり、実施件数としては全国
12 平均並みとなっていますが、令和 3 年 5 月時点では 16 病院ま
13 で増加しており、治療体制の充実が進んでいます。

14 なお、t-PA 療法だけでは治療効果が不十分であり、発症 6
15 時間以内に血管内治療(機械的血栓回収療法)を開始すること
16 が強く推奨されています。

17 脳主幹動脈閉塞が疑われる症例は、機械的血栓回収療法を
18 行うことができる医療機関に直接搬送するのが理想です。

19 (イ) 回復期・維持期の医療

- 20
21 ○ 回復期においては、機能回復や日常生活動作 (ADL) の向上
22 を目的として、効果的なりハビリテーションが必要とされて
23 います。

24 県内の「脳血管疾患等リハビリテーション料」を届け出てい
25 る医療機関は、平成 28 年 3 月現在 95 機関でしたが、令和 3 年
26 5 月時点では 107 機関に増えており、脳血管疾患の退院患者の
27 平均在院日数は全国より短くなっています。

- 28 ○ 維持期においては、日常生活への復帰と日常生活の維持を
29 目的とするリハビリテーションを行うとともに、在宅療養を
30 支援していくことが必要です。

31 なお、平成 27 年の人口動態調査では、本県の脳血管疾患患
32 者の在宅死亡割合は 24.0%で、全国平均 21.8%よりも若干高
33 くなっています。

34 【施策の方向性】

- 35
36 ○ 脳梗塞が疑われる患者が速やかに専門の医療機関に搬送さ
37 れるよう、福島県救急医療対策協議会や福島県メディカルコ
38 ントロール協議会などを活用し、消防機関と医療機関の連携
39 強化を推進していきます。

40 また、公立大学法人福島県立医科大学附属病院のドクター

1 へりの運営を支援し、患者の搬送から医療機関での治療まで
2 の時間を短縮を図ります。

- 3 ○ 治療においては、急性期を担う医療機関の医療機能の充実
4 強化を進め、機械的血栓回収療法が実施可能な医療機関の増
5 加を推進していきます。

6 また、急性期と回復期の医療機関の連携体制の強化を進め、
7 退院調整部門の設置に対する支援（補助）を行うとともに、脳
8 卒中地域連携クリニカルパス^{※4}の導入をしている医療機関の
9 増加を推進していきます。

- 10 ○ 廃用症候群の予防、日常生活への早期復帰、再発予防、合併
11 症の予防のためのリハビリテーションを実施するため、引き
12 続き医療機関や関係団体と連携を強化することで、リハビリ
13 テーションが実施可能な医療機関の確保を進めていきます。

- 14 ○ 早期の在宅復帰を促進するため、在宅医療・介護連携支援セ
15 ンターの整備支援等により、医療と介護サービスの連携強化
16 を進めるとともに、在宅医療を担う医師や看護師、歯科衛生士
17 等に対する研修等により在宅医療の体制整備を進めていきま
18 す。

- 19 ○ 本県の神経内科医及び脳神経外科医は、ともに全国平均よ
20 り少ない状況であることから医師の育成・確保を進めていき
21 ます。

22
23 ※4 地域連携クリニカルパス

24 病院やかかりつけ医がそれぞれの役割を活かし、連携しながら診療を
25 行うための治療計画書のことです。

26
27 **イ 心疾患に関する医療提供体制**

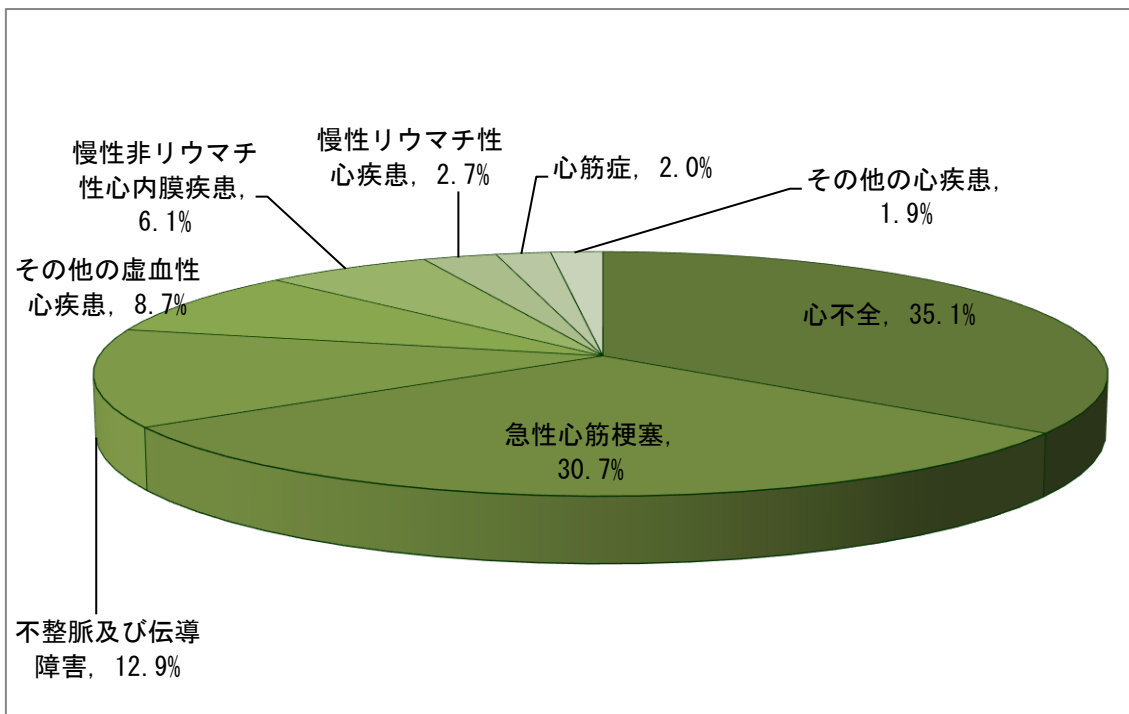
28 **【現状と課題】**

29 心疾患は平成12年以降本県の死因の第2位となっており、平成
30 28年の心疾患による死亡の内訳は心不全（35.1%）が最も多く、
31 急性心筋梗塞（30.7%）、不整脈及び電動障害（12.9%）、その他
32 の虚血性心疾患（8.7%）となっています。

33 また、心疾患の平成27年の年齢調整死亡率は男性が79.2（全国
34 65.4）で全国ワースト4位、女性が41.1（全国34.2）で全国ワー
35 スト4位となっています。

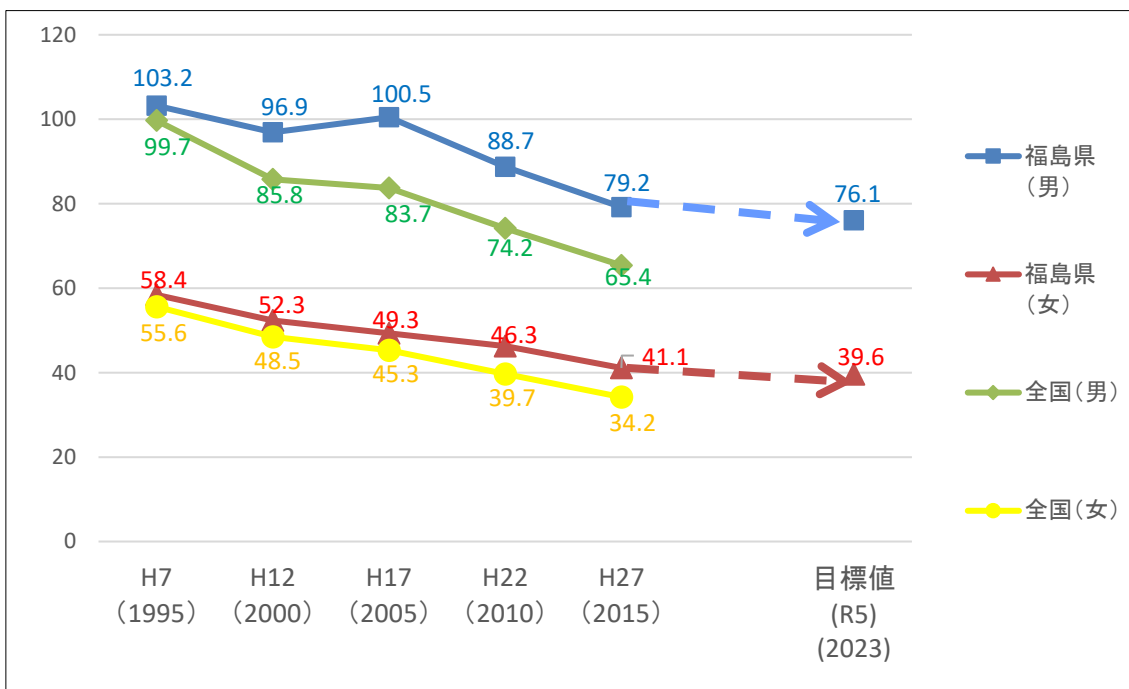
36 高齢化に伴い、今後も心不全が増加していくことが予想される
37 ことから、発症予防とともに、医療提供体制の充実が必要となっ
38 ています。

1 図 22 心疾患による死亡の内訳（平成 28 年 福島県）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

5 図 23 心疾患の年齢調整死亡率の推移



資料：都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）

9 (ア) 急性期の医療

- 10 ○ 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者ができるだけ早期
- 11 に専門的な診療が可能な医療機関に到着できるよう救急搬送

1 体制を整備するとともに、病院到着後、速やかに初期治療を開始
2 すること、30分以内に専門的な治療を開始すること、合併
3 症や再発の予防、日常生活への復帰のための心血管疾患リハ
4 ビリテーションを実施することなどが重要です。

- 5 ○ 平成26年の医療施設調査では、本県における心筋梗塞の専
6 用病室（CCU）を有する病院は6病院、病床数は28床で、とも
7 に人口当たりで全国平均を上回っています。

8 平成27年のNDB（ナショナル・データ・ベース）の分析結
9 果から、本県における急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈イ
10 ンターベンション（PCI）の実施件数をみると、人口10万人当
11 たり192.5であり、全国平均の172.8を上回って実施されて
12 います。

- 13 ○ また、急性心筋梗塞と同様に、心血管疾患の代表的な疾患の
14 1つとされる大動脈解離、慢性心不全に対する対応も求められ
15 ます。

16 具体的には、大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等
17 の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設と連携体制
18 がとれていることや、慢性心不全の急性増悪（急激な症状の悪
19 化）の場合に状態の安定化に必要な内科的治療が可能である
20 ことなどが求められます。

21 (イ) 回復期・維持期の医療

- 22 ○ 回復期には、再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を
23 実施すること、合併症や再発の予防、日常生活への復帰のため
24 の心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施
25 すること、再発予防のために必要な知識を患者に教えること
26 などが重要です。

- 27 ○ 県内の「心大血管リハビリテーション料」を届け出ている医
28 療機関は、平成28年3月現在10機関でしたが、令和3年5
29 月時点では13機関に増えています。

30 また、虚血性心疾患患者の平均在院日数は全国より若干長
31 くなっており、心臓リハビリテーションの充実等により、早期
32 退院を支援していく必要があります。

33 【施策の方向性】

- 34 ○ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者が速やかに専門の医
35 療機関に搬送されるよう、福島県救急医療対策協議会や福島県
36 メディカルコントロール協議会などを活用し、消防機関と医療
37 機関の連携強化を推進していきます。

38 また、公立大学法人福島県立医科大学附属病院のドクターへ
39

1 リの運営を支援し、患者の搬送から医療機関での治療までの時間
2 を短縮を図ります。

- 3 ○ 急性期と回復期の医療機関の連携体制の強化を進めるため、
4 退院調整部門の設置に対する支援（補助）を行うとともに、急性
5 心筋梗塞地域クリニカルパスの導入をしている医療機関の増加
6 を推進していきます。

7 また、今後も増加が見込まれる心不全については、発症予防対
8 策をはじめ、心不全地域連携クリニカルパスによる医療機関の
9 連携強化等の検討を進めていく必要があります。

- 10 ○ 合併症や再発の予防、日常生活への復帰を目的としたリハビリ
11 テーションを実施するため、引き続き医療機関や関係団体と
12 連携を強化することで、リハビリテーションが実施可能な医療
13 機関の確保を進めていきます。

- 14 ○ 早期の在宅復帰を促進するため、在宅医療・介護連携支援セン
15 ターの整備支援等により、医療と介護サービスの連携強化を進
16 めるとともに、在宅医療に必要な設備整備支援や、医師や看護師
17 に対する研修等により在宅医療の体制整備を進めていきます。

- 18 ○ 本県の循環器内科医及び心臓血管外科医は、人口当たりの心
19 臓血管外科医師数は全国平均並みですが、循環器内科医師数は
20 全国平均の 8 割以下となっていることから、福島県医師確保計
21 画に基づきながら医師の育成・確保を進めていきます。

23 (4) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

24 【現状と課題】

- 25 ○ 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
26 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
27 る場合があります。また、再発や増悪（症状の悪化）等を繰り返す
28 特徴があるため、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底
29 など適切な管理及びケアを行う事も必要です。さらに、必要に応じ
30 て介護保険制度や障害者総合支援法に基づく支援と連携を図るこ
31 とも重要です。

- 32 ○ 本県では、第二次健康ふくしま21計画に基づき、県民の生活習
33 慣の改善を進め、再発や増悪（症状の悪化）等の対策を進めていま
34 す。

- 35 ○ また、維持期を担う医療機関等と連携しながら、日常生活への復
36 帰及び日常生活の継続を支援するとともに、疾病を抱えても、自宅
37 等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けるため
38 に、地域における病院や診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業
39 所、介護サービス事業所などの医療・介護の関係機関が連携して、

1 包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが求められ
2 ています。

3 このため、多職種協働による在宅医療・介護連携を一体的に提供
4 できる体制構築を図る必要があります。また、入院医療から退院後
5 の在宅復帰が円滑にできるように医療機関と居宅サービス事業所
6 の情報共有を行うことが求められています。

8 【施策の方向性】

9 ○ 第二次健康ふくしま21計画に基づき、予防、再発防止、増悪（症
10 状の悪化）等を防止するための対策を関係機関と連携しながら進
11 めていきます。

12 ○ 地域連携パス、心不全手帳、ICT（情報通信技術）等を活用しな
13 がら、多職種による情報共有を推進し、患者や利用者に対する支援
14 を切れ目なく行うための体制整備を進めます。

15 また、県内全圏域において運用している退院調整ルール^{※5}の定
16 期的な評価・見直しを行い、退院後、速やかに介護サービスを受け
17 ることができるよう関係者の連携強化を進めていきます。

18 さらに、外来患者に対する支援の充実についても検討を進めて
19 いきます。

20 ○ 保健事業と介護予防の一体的な実施を推進されるよう、高齢者
21 の循環器病対策を、フレイル対策とともに取り組んでいくよう、市
22 町村に対して働きかけや情報提供を行っていきます。

23 ○ 住み慣れた自宅等での療養ができるよう在宅医療の推進を図る
24 ため、訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護等に必要な機器や車両の
25 整備に対する支援や、在宅医療・介護連携支援センター等の運営・
26 整備の支援、人材育成のための研修会等を実施していきます。

27 ※5 退院調整ルール

28 患者が退院する際に、必要な介護保険サービスをすぐに受けられるよう
29 にするための連携の仕組みです。
30

31 (5) リハビリテーション等の取組

32 【現状と課題】

33 ○ 循環器病患者においては、社会復帰という視点も踏まえつつ、日
34 常生活動作（ADL）の向上などの生活の質の維持向上を図るため、
35 早期から持続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合が
36 あります。
37

38 ○ 本県は、脳卒中の回復期を担う、診療報酬施設基準の「脳血管疾
39 患等リハビリテーション料」を届け出ている医療機関は平成28年

1 3月時点では95機関でしたが、令和3年5月時点では107機関に
2 増えています。

3 また、心疾患の回復期を担う、診療報酬施設基準の「心大血管リ
4 ハビリテーション料」を届け出ている医療機関についても、平成28
5 年3月時点では10機関でしたが、令和3年5月時点では13機関
6 に増えています。

- 7 ○ 医療施設及び介護施設に従事する本県の理学療法士・作業療法
8 士数は、平成28年10月1日現在で、理学療法士は人口10万当た
9 り64.6人（全国平均72.9人）、同じく作業療法士は38.7人（全
10 国平均40.5人）となっており、ともに全国平均を下回っています。
- 11 ○ 現在、県内では、県地域リハビリテーション支援センターを1か
12 所、地域リハビリテーション広域支援センターを10か所、地域リ
13 ハビリテーション相談センターを86か所指定していますが、高齢
14 者や障がい者等に対する自立支援・重度化防止の取組を推進する
15 ため、急性期リハビリテーションとその後の回復期リハビリテー
16 ション、さらには、生活期リハビリテーションを、高齢者等のそれ
17 ぞれの状態に応じて切れ目なく適切に提供される体制が必要です。
18 しかしながら、その取組については地域格差があるため、地域包
19 括ケアシステム構築に当たっては、保険者毎の均てん化に向けた
20 対応が求められています。
- 21 ○ 地域リハビリテーションにおいては、高齢者等の「心身機能」「活
22 動」「参加」の3つの要素から働きかけることが重要なため、介護
23 予防、在宅サービス、施設サービス、医療サービス等の連携が必要
24 となり、地域の資源を考慮した上で、目指すべきリハビリテーショ
25 ン提供体制の実現方法を検討していく必要があります

26 【施策の方向性】

27 ○ 「脳血管疾患等リハビリテーション料」や「心大血管リハビリテ
28 ーション料」の届出を行うためには、医師や理学療法士等の人的な
29 制約、リハビリ室の面積、専用機材の確保等の要件があることから、
30 短期間で対応施設を増やすことは困難ですが、医療機関や関係団
31 体の連携強化を進めることにより、限られた医療資源を有効活用
32 し、必要な患者にリハビリテーションを実施できるようにしてい
33 きます。

34 また、運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぐ
35 とともに、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーショ
36 ンの実施を目指します。

- 37 ○ なお、理学療法士や作業療法士の育成・確保については、平成26
38 年から開始した修学資金貸与による県内定着の推進や、令和3年
39 度に開校した福島県立医科大学保健科学部等により取組を進めて
40

1 いきます。

2 さらに、医療水準の高度化に対応できる理学療法士・作業療法士
3 を育成するため、研修機会の確保や関係団体の行う生涯教育の充
4 実を進めます。

- 5 ○ 医療施設用ロボットの導入支援を実施し、医療スタッフの負担
6 軽減等についても推進していきます。なお、脳卒中等の発症直後か
7 らりハビリテーションを行うことは、早期の日常生活への復帰や
8 職場復帰（復職）にも繋がります。

- 9 ○ 福島県地域リハビリテーション連絡協議会を開催し、「地域リハ
10 ビリテーション連携指針」に関する検討・協議や、地域リハビリテ
11 ーション支援センター、地域リハビリテーション広域支援センタ
12 ー及び地域リハビリテーション相談センターの指定、協力機関と
13 しての訪問リハビリステーションの公表、相談・連携窓口の周知を
14 引き続き実施します。

15 また、各高齢者福祉圏域（県内7つの生活圏単位）において、地
16 域リハビリテーション広域支援センターを圏域内の中核医療機関
17 として、行政機関の中核機関である保健福祉事務所との打合せ等
18 を行い、さらに、圏域内の地域リハビリテーション相談センターと
19 連携を強化しながら、市町村等に対して、地域リハビリテーショ
20 ンに関する支援の一貫として、圏域内の連絡協議会や研修等を引き
21 続き実施します。

23 (6) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

24 【現状と課題】

- 25 ○ 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
26 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
27 会的・経済的な悩み等に対応することが必要となってきました。

28 そのため、保健・医療・福祉の各関係団体の間における情報共有
29 を強化しながら、適切な情報提供や相談支援を行っていく必要が
30 あります。

- 31 ○ また、自らの健康について正面から向き合う環境づくりや、循環
32 器病の正しい知識について県民への普及啓発が重要です。

34 【施策の方向性】

- 35 ○ 急性期の医療機関と維持期の医療機関等の中で、ICT（情報通信
36 技術）等を活用しながら、診療情報や治療計画の共有を進めていき
37 ます。

- 38 ○ 循環器病に関わる医療従事者の多職種連携や、地域包括支援セ
39 ンター、在宅医療・介護連携支援センター、障害者就業・生活支援

1 センター等の関係団体の連携強化により、患者に対する切れ目の
2 ない支援を推進していきます。

3 また、患者からの相談を受ける保健・医療・福祉の従事者に対し、
4 循環器病に関する正しい知識を習得するための講習会等を実施し、
5 適切な相談対応を可能にするとともに、循環器病の予防の観点を
6 意識した取組を進めます。

- 7 ○ 循環器病の正しい知識や予防、初期症状出現時の対応について、
8 パンフレット等の媒体を活用し県民に普及啓発を行っていきます。

9 また、かかりつけ医等を活用した健康相談や健康管理等の取組
10 みを推進します。

12 (7) 循環器病の緩和ケア

13 【現状と課題】

- 14 ○ 平成26年の世界保健機関（WHO）からの報告によると、成人にお
15 いて緩和ケアを必要とする疾患別割合の第1位は循環器病、第2
16 位は悪性新生物（がん）となっています。

17 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、
18 病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪（症状の悪化）することを
19 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病
20 気です。加えて、例えば、臨床経過の特徴として増悪（症状の悪化）
21 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
22 緩和ケアも必要とされています。

- 23 ○ 循環器病は他の疾患と異なり、適切な時期に多職種が連携し、生
24 活一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法、危険因子の管理
25 など多岐にわたるケアを行うことで再発や増悪（症状の悪化）等を
26 予防することが必要です。

27 本県で緩和ケアチームを有する施設は平成29年時点で13施設
28 であり、全国平均の21施設を下回っています。

30 【施策の方向性】

- 31 ○ 心不全を含む循環器病の緩和ケアを担う人材育成や多職種連携
32 のための研修等を実施し、県内の緩和ケアチームの増加を目指し
33 ます。

34 また、在宅における緩和ケアの推進を図るため、在宅医療を担う
35 医師や訪問看護ステーション等を対象とした研修会の開催等によ
36 り、患者が住み慣れた自宅等で、生活の質（QOL）を保ちながら療
37 養できるよう推進していきます。

- 38 ○ さらに、あらかじめ患者や家族が治療方針について話し合うACP
39 （アドバンス・ケア・プランニング）^{*6}の普及を推進することで、

1 適切な時期に緩和ケアを提供するとともに、患者や家族の意向を
2 尊重した終末期ケアの提供を目指します。

3
4 ※6 ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

5 もしもの時のために、自分が望む医療やケアについて前もって考え、家
6 族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有することです。

7 住民の生活の中に浸透するよう「人生会議」という愛称で呼ばれること
8 もあります。

9
10 **（8）循環器病の後遺症を有する者に対する支援**

11 **【現状と課題】**

- 12 ○ 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
13 可能性があり、後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばし
14 ば介護が必要な状態になり得ることがありますが、このような場
15 合には必要な福祉サービスを受けることができることになってい
16 ます。

17 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
18 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ま
19 す。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
20 もあるため、心理的サポートも求められます。

21 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
22 は障がい分かりにくい摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳
23 機能障がい等の後遺症が残る場合があります、社会的理解や支援も必
24 要です。

- 25 ○ 高次脳機能障がいについては、県支援拠点や二次医療圏毎に圏
26 域支援拠点を設置するとともに、普及啓発事業を実施していきま
27 す。高次脳機能障がいに対する県民の認知度はいまだ低い状況であ
28 り、医療従事者や行政においても正しく理解されていないことが
29 あります。

30 また、高次脳機能障がいの診断・評価が可能な医療機関が設置さ
31 れていない二次医療圏もあることから、引き続き体制整備を進め
32 る必要があります。

33
34 **【施策の方向性】**

- 35 ○ 失語、高次脳機能障がい（記憶障がい、注意障がい等）、嚥下障
36 がい、歩行障がいなどの機能障がいの改善及びADL（日常生活動作）
37 の向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハ
38 ビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施されるよ
39 う、研修会等による人材育成と体制整備を進めていきます。

- 1 ○ 回復期や維持期に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易
2 でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調
3 整を行うため、在宅医療・介護連携支援センターの整備を支援し、
4 多職種連携の下で支援が行えるよう体制整備を進めます。
- 5 ○ 高次脳機能障がいのある県支援拠点や二次医療圏毎の圏域支援拠点
6 の設置により、高次脳機能障がい者やその家族等に対する専門的
7 な相談支援やサロン等の充実、関係機関とのネットワーク強化等
8 を実施していきます。
- 9 また、高次脳機能障がい等について、県民の正しい理解が進むよ
10 う普及啓発を進めていきます。
- 11

12 (9) 治療と仕事の両立支援・就労支援

13 【現状と課題】

- 14 ○ 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
15 ている患者のうち、約16%が20～64歳の生産年齢人口であり、一
16 般的に脳卒中患者や心疾患患者の多くが介助を必要としない状態
17 まで回復すると報告されていますが、職場復帰（復職）に関して患
18 者の希望がかなえられない事例もあり、障がい者就労支援等との
19 適切な連携が重要です。
- 20 また、成人先天性心疾患患者等が、治療を継続しながら就業でき
21 るよう就労支援を行っていくことが必要です。
- 22 ○ 病気になった場合でも治療と仕事を両立できる環境の整備を進
23 むていくことが重要であるため、福島労働局及び県の委託により、
24 県内6方部に障害者就業・生活支援センターを設置し、就職に向けた
25 支援を障がい者の就労移行支援事業所等と連携しながら実施し
26 ています。
- 27

28 【施策の方向性】

- 29 ○ 福島労働局による両立支援コーディネーター育成や、ハローワ
30 ーク福島、ハローワーク郡山、福島県立医科大学で設置している長
31 期療養者就業相談窓口などについて周知を行っていきます。
- 32 また、治療と仕事の両立支援を効率的に進めるため、福島労働局
33 や福島県医師会、福島県保健福祉部などで構成される福島県地域
34 両立支援推進チームが行う両立支援に係る説明会の開催や、両立
35 支援のためのガイドライン、両立支援助成金等の周知を行ってい
36 きます。
- 37 ○ 障害者就業・生活支援センターにより、障がい者や家族に対する
38 就業面及び生活面の一体的な支援を実施していくとともに、その
39 役割などについて、障がい者や市町村等の関係機関に周知を行い、

1 適切なサービスの利活用を推進していきます。

- 2 ○ 成人先天性心疾患患者等の循環器病患者が働きながら治療・療
3 養を行える環境の整備や、家族が循環器病になった場合でも働き
4 続けられるような配慮に努めるなど「健康経営」の視点を事業者
5 に取り入れてもらうよう、福島労働局等の関係機関と連携しながら
6 事業者働きかけを行うとともに、福島県次世代育成支援企業認
7 証制度などを通じて、仕事と生活の調和が図られた職場環境づく
8 りや、多様な働き方を推進していきます。

10 (10) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

11 【現状と課題】

- 12 ○ 循環器病の中には、100人に1人の割合で発生する先天性心疾患
13 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
14 った小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。

15 近年は、治療法の開発や治療体制の整備等により、多くの子ども
16 達の命が救われるようになってきたため、小児から成人までの生
17 涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、各診療科との連
18 携や、移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が必要です。

19 また、併せて、小児患者の治療に当たっては保護者の役割が大き
20 いことから、保護者に対するケアも重要です。

21 【施策の方向性】

- 22 ○ 循環器病を患う子ども達が、治療を続けながら保育園や学校に
23 安心して通えるよう、教師や生徒、保護者に対して循環器病の基礎
24 知識を習得してもらう講習等を医師会や学校医等と連携して実施
25 していきます。

26 また、補助人工心臓（VAD）治療の周知や、福島県臓器移植推進
27 財団と連携した心臓移植治療に関する周知を行い、患者に対する
28 支援と県民の理解促進に取り組みます。

- 29 ○ 先天性心疾患患者の移行医療については、保健・医療・福祉の関
30 係機関の連携強化を図るとともに、福島県循環器病対策推進協議
31 会等において必要な施策の検討を進めていきます。

- 32 ○ 小児救急電話相談事業（#8000）等の実施により、保護者の不安
33 軽減等を進めていきます。

3 循環器病の研究等の推進

【現状と課題】

○ 本県は、高齢化の進行や、東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う避難生活の長期化により県民の健康状態が悪化していることに加え、新型コロナウイルス感染症の影響による外出自粛で生活習慣病のリスクが極めて高くなっています。

一方で、生活習慣病を起因とした循環器病の恐ろしさについて県民に十分に浸透しているとは言えないことから、県民への普及啓発に取り組むとともに、医療提供体制の整備に向けた研究等を進めていくことが必要です。

○ 福島県立医科大学健康増進センターに委託して実施している福島県循環器疾患発症登録事業において把握した脳卒中及び急性心筋梗塞による死亡数と、人口動態統計における本県の循環器病による死亡数には違いがある可能性があることから、循環器病対策の検討に資するための基礎データとして、循環器病の発生状況及び死亡数をより正確に把握するための取組を関係機関と連携を図りながら進めていくことが必要です。

○ また、心疾患の中でも心不全は死亡内訳に占める割合や患者数が最も多く、高齢化に伴って患者がさらに増加することが予想されていることから、心不全の実態把握について取り組んでいく必要があります。

○ さらに、緊急性や致死率が高い大動脈緊急症や、生活習慣病を起因とした下肢閉塞性動脈硬化症（ASO）等、その他の循環器病についても実態把握の検討が求められています。

【施策の方向性】

（1）循環器疾患の実態把握に関する取組

○ 脳卒中、急性心筋梗塞及び急性死について、福島県循環器疾患発症登録事業により県内各医療機関等の協力を得て継続して調査を実施するとともに、死亡小票を活用した分析を行うことによって、より正確な実態の把握に取り組みます。

○ 心不全について、国の統計調査や福島県が構築している「福島県健康データベース」を活用した分析などにより、福島県の心不全の実態把握に努めます。

○ その他の循環器病についても、今後、大学や医療機関等と連携しながら実態把握に向けた検討を進めていきます。

1 (2) 死亡診断書を正しく記載するための取組等

- 2 ○ 福島県死因究明等推進協議会において死亡診断書に関する協
3 議を行うとともに、福島県医師会や福島県警が実施している死
4 体検案に関する研修等を通じて死因究明の向上を図り、正しい
5 死因病名で精度の高い死亡診断が行われるよう取り組みを進め
6 ていきます。
- 7 ○ 福島県立医科大学の死因究明センターにおいて、Ai（死亡時画
8 像診断）を行い、死体の検案や解剖により、死因の究明向上を図
9 ります。

1

2

3

4

5

6

<資料編>

7

8

1 脳卒中ロジックモデル

計画における 該当項目	C初期アウトカム				
	番号	初期アウトカム	指標	現状値	目標値 (R5)
第4章の1 (1) 栄養と食生活	1	成人1日当たりの食塩摂取量を減少させる	成人1日当たりの食塩摂取量 (男性)	11.9g (H28)	10.8g (H28)
			成人1日当たりの食塩摂取量 (女性)	9.9g (H28)	9.2g (H28)
	2	成人1日当たりの野菜摂取量を増加させる	成人1日当たりの野菜摂取量 (男性)	347g (H28)	284g (H28)
			成人1日当たりの野菜摂取量 (女性)	314g (H28)	270g (H28)
	3	脂質異常症を減少させる	LDLコレステロール160mg/dl以上の割合 (男性)	11.3% (H29)	11.7% (H29)
			LDLコレステロール160mg/dl以上の割合 (女性)	12.2% (H29)	12.4% (H29)
	4	高血圧が改善されている (収縮期血圧140mmHg以上の割合の減少、拡張期血圧90mmHg以上の割合の減少)	収縮期血圧 (男性)	20.8% (H29)	19.1% (H29)
			収縮期血圧 (女性)	15.9% (H29)	14.5% (H29)
			拡張期血圧 (男性)	16.9% (H29)	16.4% (H29)
			拡張期血圧 (女性)	8.1% (H29)	7.4% (H29)
5	日常生活における1日当たりの歩数を増加させる (20~64歳)	1日当たりの歩数 (男性)	7,297歩 (H28)	7,779歩 (H28)	
		1日当たりの歩数 (女性)	6,470歩 (H28)	6,776歩 (H28)	
		外出に積極的な態度を持つ者 (60歳以上) の割合 (男性)	68.1% (H30)	-	
6	外出に積極的な態度を持つ者 (60歳以上) の割合を増加させる	外出に積極的な態度を持つ者 (60歳以上) の割合 (女性)	65.8% (H30)	-	
		メタボリックシンドロームの該当者及び予備者を減少させる	メタボリックシンドロームの該当者及び予備者数	31.2% (R1)	28.2% (R1)
第4章の1 (3) 喫煙	8	喫煙率を減少させる	喫煙率 (全体)	21.9% (R1)	18.3% (R1)
	9	喫煙者のいない世帯の割合を増加させる	喫煙者のいない世帯の割合	62.7% (H30)	-
第4章の1 (4) 飲酒	10	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を減少させる	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 (男性)	18.3% (H30)	-
			生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 (女性)	6.0% (H30)	-
第4章の1 (5) 歯・口腔の健康	11	80歳で自分の歯を20歯以上有する者の割合を増加させる	80歳で自分の歯を20歯以上有する者の割合	44.1% (R1)	-
第4章の2 (1) 循環器病を予防する 健診の普及や取組の推進	12	特定健診、特定保健指導の実施率を向上させる	特定健診の実受率	51.1% (H28)	51.4% (H28)
			特定保健指導の実施率	23.5% (H28)	18.8% (H28)
第4章の2 (2) 救急医療体制の整備	13	救急隊が、地域の「消防団」協議会が定める活動エリアに沿って適切な観察・判断・処置ができる	救急隊の救急救命士運用率	83.3% (R2)	92.6% (R2)
	14	急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っている	脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	5.8% (H29)	-
第4章の2 (3) 循環器病に係る医療 提供体制の構築	15	脳卒中の急性期医療に対応できる体制が整備されている	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	0.8 (R2)	0.8 (R2)
			機械的血栓回収療法が実施可能な病院数	13件 (R3)	-
			脳卒中の専用病床を有する病院数・病床数 (病院数)	0.1 (H29)	0.1 (H29)
			脳卒中の専用病床を有する病院数・病床数 (病床数)	0.6 (H29)	1.0 (H29)
	16	廃用症候群を予防し、早期に自立できるリハビリテーション実施体制が整備されている	リハビリテーションが実施可能な医療機関数 (脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)~(III)届出施設数)	5.5 (R2)	6.3 (R2)
			理学療法士数	57.4 (H29)	72.1 (H29)
第4章の2 (4) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者 支援	17	回復期の医療機関等との連携体制が構築されている	脳卒中地域連携クリニックを導入している医療機関数	2.1件 (R1)	10.5件 (R1)
	18	急性期及び維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が構築されている	医療ソーシャルワーカー数	10.6 (H29)	11.2 (H29)
第4章の2 (5) リハビリテーション 等の取組	19	誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	1,130.3 (H29)	4599.8 (H29)
	20	回復期及び急性期の医療機関等との連携体制が構築されている	入退院支援を行っている医療機関数	3.1 (R2)	3.4 (R2)
第4章の2 (5) リハビリテーション 等の取組	21	専門医療スタッフにより集中的にリハビリテーションが実施可能な医療機関が整備されている	リハビリテーションが実施可能な医療機関数 (脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)~(III)届出施設数) (再掲)	5.5 (R2)	6.3 (R2)
			理学療法士数 (再掲)	57.4 (H29)	72.1 (H29)
			作業療法士数 (再掲)	32.1 (H29)	37.7 (H29)
	22	生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、支援が提供される体制が整備されている	リハビリテーションが実施可能な医療機関数 (脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)~(III)届出施設数) (再掲)	5.5 (R2)	6.3 (R2)
訪問リハビリを実施している事業所数 (介護)			2.8 (R2)	3.4 (R2)	

*は人口10万対

B中間アウトカム					
番号	中間アウトカム	指標	現状値	目標値 (全国)	目標値 (R5)
1	【予防】 脳血管疾患の発症が予防できている	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	250.9 (H29)	240.3 (H29)	減少
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	62.5 (H29)	64.6 (H29)	減少
		脳血管疾患受療率 (入院)	100 (H29)	-	減少
		脳血管疾患受療率 (外来)	124 (H29)	-	減少
2	【救護】 患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される	救急要請 (覚知) から医療機関への収容までに要した平均時間	45.6分 (R1)	39.5分 (R1)	短縮
		脳血管疾患により救急搬送された患者数	500人 (H29)	-	増加
3	【急性期】 発症後早期に専門的な治療を受けることができる	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数 (算定回数)	11.3 (H29)	12.1 (H29)	増加
		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数 (算定回数)	9.7 (H29)	10.3 (H29)	増加
4	【急性期】 発症後早期に専門的なリハビリテーションを受けることができる。 脳血管疾患患者の入院期間が改善している。	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 (算定回数)	4.1 (H29)	8.1 (H29)	増加
		脳梗塞に対する脳血管内療法 (経皮的脳血栓回収術等)の実施件数 (算定回数)	6.6 (H29)	1.2 (H29)	維持
		脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数 (算定回数)	151.2 (H27)	232.5 (H27)	増加
		脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数 (算定回数)	8,696.9 (H29)	8,026.7 (H29)	維持
5	【回復期】 身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けることができる。 脳血管疾患患者の入院期間が改善している。	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数 (算定回数) (再掲)	151.2 (H27)	232.5 (H27)	増加
		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 (算定回数)	105,586.2 (H29)	132,880.3 (H29)	増加
6	【維持期・生活期】 日常生活への帰路、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる	脳血管疾患の退院患者平均在院日数 (再掲)	67.8日 (H29)	78.2日 (H29)	維持
		訪問リハビリを受ける利用者数 (医療)	84.7 (H29)	198.4 (H29)	増加
			通所リハビリの実施回数 (介護)	690,119件 (R1)	707,563件 (見込数)

*は人口10万対

【目標値の考え方】

・県の諸計画において目標設定がされているものは目標値の整合!

※1: 第二次健康ふくしま21計画において設定した目標値

・全国平均値よりも悪い指標 → 「改善 (増加、減少、短縮)」を目指す

・全国平均値よりも良い指標 → 「維持」または「増加、延伸」を目指す

A分野アウトカム					
番号	分野アウトカム	指標	現状値	目標値 (全国)	目標値 (R5)
1	脳卒中による死亡が減少している	脳血管疾患の年齢調整死亡率 (男)	43.7 (H27)	37.8 (H27)	41.6
		" (女)	27.4 (H27)	21.0 (H27)	24.7
2	脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている	健康寿命 (男)	71.54年 (H28)	72.14年 (H28)	71.74年
		" (女)	75.05年 (H28)	74.79年 (H28)	75.32年

*は人口10万対

1 心疾患ロジックモデル

計画における 該当項目	C初期アウトカム					
	番号	初期アウトカム	指標	現状値	現状値 (全国)	目標値 (R5)
第4章の1 (1) 栄養と食生活	1	成人1日当たりの食塩摂取量を減少させる	成人1日当たりの食塩摂取量（男性）	11.9g (H28)	10.8g (H28)	9g以下 ※1
			成人1日当たりの食塩摂取量（女性）	9.9g (H28)	9.2g (H28)	7.5g以下 ※1
	2	成人1日当たりの野菜摂取量を増加させる	成人1日当たりの野菜摂取量（男性）	347g (H28)	284g (H28)	350g以上 ※1
			成人1日当たりの野菜摂取量（女性）	314g (H28)	270g (H28)	350g以上 ※1
	3	脂質異常症を減少させる	LDLコレステロール160mg/dl以上者の割合（男性）	11.3% (H29)	11.7% (H29)	8% ※1
			LDLコレステロール160mg/dl以上者の割合（女性）	12.2% (H29)	12.4% (H29)	8.8% ※1
	4	高血圧が改善されている（収縮期血圧140mmHg以上の割合の減少、拡張期血圧90mmHg以上の割合の減少）	収縮期血圧（男性）	20.8% (H29)	19.1% (H29)	17% ※1
			収縮期血圧（女性）	15.9% (H29)	14.5% (H29)	13% ※1
拡張期血圧（男性）			16.9% (H29)	16.4% (H29)	13% ※1	
拡張期血圧（女性）			8.1% (H29)	7.4% (H29)	7% ※1	
5	日常生活における1日当たりの歩数を増加させる（20～64歳）	1日当たりの歩数（男性）	7,297歩 (H28)	7,779歩 (H28)	9,700歩 ※1	
		1日当たりの歩数（女性）	6,470歩 (H28)	6,776歩 (H28)	8,600歩 ※1	
6	外出に積極的な態度を持つ者（60歳以上）の割合を増加させる	外出に積極的な態度を持つ者（60歳以上）の割合（男性）	68.1% (H30)	-	78% ※1	
		外出に積極的な態度を持つ者（60歳以上）の割合（女性）	65.8% (H30)	-	78% ※1	
7	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を減少させる	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍数	31.2% (R1)	28.2% (R1)	21% ※1	
		喫煙率（全体）	21.9% (R1)	18.3% (R1)	12% ※1	
8	喫煙者のいない世帯の割合を増加させる	喫煙者のいない世帯の割合	62.7% (H30)	-	70% ※1	
		生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（男性）	18.3% (H30)	-	11% ※1	
9	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を減少させる	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（女性）	6.0% (H30)	-	5% ※1	
		80歳で自分の歯を20歯以上有する者の割合を増加させる	44.1% (R1)	-	60% ※1	
10	80歳で自分の歯を20歯以上有する者の割合を増加させる	特定健診の受診率	51.1% (H28)	51.4% (H28)	70% ※1	
		特定保健指導の実施率	23.5% (H28)	18.8% (H28)	45% ※1	

計画における 該当項目	C中期アウトカム					
	番号	中期アウトカム	指標	現状値	現状値 (全国)	目標値 (R5)
第4章の2 (2) 救急搬送体制の整備	13	心肺停止が疑われる者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を実施することができる	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動（AED）が実施された件数	1.6 (H30)	1.7 (H30)	増加 ※
			急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送できる	虚血性心疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	17.3% (H29)	-
14	12誘導心電図伝送システムの導入件数	0件 (R2)	-	30件以上 ※		

計画における 該当項目	C中期アウトカム					
	番号	中期アウトカム	指標	現状値	現状値 (全国)	目標値 (R5)
第4章の2 (3) 循環器病に係る医療提供体制の構築	15	24時間心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療に対応できる体制が整っている	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数・病床数（病院数）	0.3 (H29)	0.2 (H29)	維持 ※
			心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数・病床数（病床数）	0.9 (H29)	1.3 (H29)	維持 ※
			冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	0.5 (R2)	0.5 (R2)	維持 ※
			経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	1.2 (R2)	1.1 (R2)	維持 ※
			経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	1.2 (R2)	1.1 (R2)	維持 ※
			大動脈瘤手術が可能な医療機関数	0.6 (R2)	0.6 (R2)	維持 ※
	16	心大血管リハビリテーションが実施できる体制が整っている	心大血管リハビリテーションが実施可能な医療機関数	0.7 (R2)	1.2 (R2)	増加 ※
	17	回復期の医療機関やリハビリテーション施設との円滑な連携体制が構築されている	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数	2.5 (R2)	2.4 (R2)	維持 ※
急性心筋梗塞地域連携クリニカルパスを導入している医療機関数			2.1 (R2)	10.5 (R2)	増加 ※	

計画における 該当項目	C中期アウトカム					
	番号	中期アウトカム	指標	現状値	現状値 (全国)	目標値 (R5)
第4章の2 (4) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	18	急性期の医療機関との円滑な連携体制が構築されている	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数（再掲）	2.5 (R2)	2.4 (R2)	維持 ※
			急性心筋梗塞地域連携クリニカルパスを導入している医療機関数（再掲）	2.1 (R2)	10.5 (R2)	増加 ※
19	心血管疾患患者の在宅での療養支援体制が整っている	訪問診療を実施している診療所数・病院数（診療所数）	訪問診療を実施している診療所数・病院数（診療所数）	14.5 (H29)	15.9 (H29)	増加 ※
			訪問診療を実施している診療所数・病院数（病院数）	2.6 (H29)	2.1 (H29)	維持 ※
			訪問看護師数	21.3 (H30)	33.8 (H30)	増加 ※

計画における 該当項目	C中期アウトカム					
	番号	中期アウトカム	指標	現状値	現状値 (全国)	目標値 (R5)
第4章の2 (5) リハビリテーション等の取組	20	心大血管リハビリテーションが実施できる体制が整っている	心大血管リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲）	0.7 (R2)	1.2 (R2)	増加 ※
			循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数（再掲）	2.5 (R2)	2.4 (R2)	維持 ※
21	急性期・回復期の医療機関やリハビリテーション施設との円滑な連携体制が構築されている	急性心筋梗塞地域連携クリニカルパスを導入している医療機関数（再掲）	2.1 (R2)	10.5 (R2)	増加 ※	
		入院支援の実施件数 算定回数（入退支1）	1,087.1 (H30)	1,789.4 (H30)	増加 ※	
		入院支援の実施件数 算定回数（入退支2）	199.9 (H30)	338.2 (H30)	増加 ※	

*は人口10万対

計画における 該当項目	B中間アウトカム					
	番号	中間アウトカム	指標	現状値	現状値 (全国)	目標値 (R5)
第4章の1 (1) 栄養と食生活	1	虚血性心疾患の発症を予防できている	虚血性心疾患受療率	102 (H29)	56 (H29)	減少 ※

計画における 該当項目	A分野アウトカム					
	番号	分野アウトカム	指標	現状値	現状値 (全国)	目標値 (R5)
第4章の2 (2) 救急搬送体制の整備	1	心血管疾患による死亡が減少している	心疾患の年齢調整死亡率（男）	79.2 (H27)	65.4 (H27)	76.1 ※
			心疾患の年齢調整死亡率（女）	41.1 (H27)	34.2 (H27)	39.6 ※
			虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男）	43.2 (H27)	31.3 (H27)	31.8 ※
			虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女）	18.5 (H27)	11.8 (H27)	13.8 ※
			心不全の年齢調整死亡率（男）	17.7 (H27)	16.5 (H27)	全国値 ※
			心不全の年齢調整死亡率（女）	13.5 (H27)	12.4 (H27)	以下 全国値 ※

計画における 該当項目	B中間アウトカム					
	番号	中間アウトカム	指標	現状値	現状値 (全国)	目標値 (R5)
第4章の2 (2) 救急搬送体制の整備	2	【救護】心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的診療が可能な医療機関に到着できる	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	45.2分 (H30)	39.3分 (H30)	短縮 ※
			虚血性心疾患により救急搬送された患者数	700人 (H29)	-	増加 ※

計画における 該当項目	B中間アウトカム					
	番号	中間アウトカム	指標	現状値	現状値 (全国)	目標値 (R5)
第4章の2 (3) 循環器病に係る医療提供体制の構築	3	【急性期】急性期の心血管疾患の質が確保されている	未院後90分以内の冠動脈再開通達成率	11.0% (H30)	13.9% (H30)	増加 ※
			急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（算定回数）	21.4 (H30)	23.9 (H30)	増加 ※
			虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	8.0 (H30)	13.0 (H30)	増加 ※
			入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）	4,027.5 (H30)	5,507.1 (H30)	増加 ※
			虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）	56.1 (H30)	67.8 (H30)	増加 ※
			虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	15.7日 (H29)	8.6日 (H29)	短縮 ※

計画における 該当項目	B中間アウトカム					
	番号	中間アウトカム	指標	現状値	現状値 (全国)	目標値 (R5)
第4章の2 (4) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	4	【回復期】発症早期から、合併症や再発予防、在宅復帰のためのリハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができる	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）（再掲）	4,027.5 (H30)	5,507.1 (H30)	増加 ※
			外注心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）	679.7 (H30)	1,723.4 (H30)	増加 ※
			虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）（再掲）	56.1 (H30)	67.8 (H30)	増加 ※
			虚血性心疾患の退院患者平均在院日数（再掲）	15.7日 (H29)	8.6日 (H29)	短縮 ※
			訪問診療の実施件数	8,784.1 (H30)	1,3775.9 (H30)	増加 ※
			訪問看護利用者数（医療）	287.6 (H30)	375.2 (H30)	増加 ※
第4章の2 (5) リハビリテーション等の取組	5	【慢性期・再発予防】日常生活の場で再発予防でき、心血管疾患リハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができ、合併症発症時には適切な対応を受けることができる	訪問看護利用者数（介護）	4,298 (H30)	4,788.6 (H30)	増加 ※
			薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数（医療）	28.1 (H30)	3.9 (H30)	維持 ※
			外注心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）（再掲）	679.7 (H30)	1,723.4 (H30)	増加 ※
			虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）（再掲）	56.1 (H30)	67.8 (H30)	増加 ※
			訪問診療の実施件数	8,784.1 (H30)	1,3775.9 (H30)	増加 ※
			訪問看護利用者数（介護）	4,298 (H30)	4,788.6 (H30)	増加 ※

*は人口10万対

【目標値の考え方】

- 県の諸計画において目標設定がされているものは目標値の整合性を図る
 - ※1：第二次健康ふくしま21計画において設定した目標値
 - ※2：新たな福島県総合計画において設定した目標値
- 全国平均値よりも悪い指標 → 「改善（増加、減少、短縮）」を目指す
- 全国平均値よりも良い指標 → 「維持」または「増加、延伸」を目指す

2 計画策定の経過

年月日	経過
平成30年12月10日	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の成立
令和元年12月1日	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の施行
令和2年10月27日	国の循環器病対策推進基本計画の策定
令和3年3月31日	福島県循環器病対策推進協議会要綱制定
令和3年5月31日	第1回福島県循環器病対策推進協議会開催 (計画骨子の検討)
令和3年7月19日	第2回福島県循環器病対策推進協議会開催 (計画素案の検討)
令和3年9月1日	第3回福島県循環器病対策推進協議会開催 (計画案の検討)
令和3年9月15日 ～10月5日 【予定】	パブリックコメント（うつくしま県民意見公募）の実施 (計画案に対する県民の意見公募)
令和3年10月22日頃 【予定】	第4回福島県循環器病対策推進協議会開催 (計画の確定)

3

4

3 福島県循環器病対策推進協議会委員名簿

No.	所属	職名	氏名
1	患者	—	原 國雄
2	一般社団法人全国心臓病の子どもを守る会福島県支部	支部長	茂木 好子
3	福島県消防長会	福島市消防本部救急課長	三浦 将信
4	福島県市長会	会長	立谷 秀清
5	日本脳卒中協会福島県支部 福島赤十字病院	支部長 院長	渡部 洋一
6	公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂総合病院	院長	佐久間 潤
7	公立大学法人福島県立医科大学	理事(地域医療担当)兼副学長(地域医療担当)兼地域医療支援センター長兼ふたば救急総合医療支援センター長兼医学部長	竹石 恭知
8	公立大学法人福島県立医科大学	心臓血管外科学講座主任教授	横山 斉
9	一般社団法人福島県医師会	循環器部会長	武田 寛人
10	公益社団法人福島県歯科医師会	常務理事	井上 文美子
11	一般社団法人福島県薬剤師会	副会長	長谷川 祐一
12	公益社団法人福島県看護協会	会員	東雲 紀子
13	一般社団法人福島県介護支援専門員協会	副会長	逸持治 典子
14	一般社団法人福島県理学療法士会	副会長	舟見 敬成
15	福島県医療ソーシャルワーカー協会	副会長	塚原 秀一
16	公立大学法人福島県立医科大学 健康増進センター	健康増進センター副センター長 疫学講座主任教授	大平 哲也
17	福島労働局	労働基準部健康安全課長	伊藤 達夫
18	福島県国民健康保険団体連合会	常務理事	林 昭彦