

第5章

5 疾病・6 事業及び在宅医療の医療連携体制

第1節 がん

第2節 脳卒中

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

第4節 糖尿病

第5節 精神疾患

第6節 救急医療

第7節 災害医療

第8節 新興感染症発生・まん延時における医療

第9節 へき地医療

第10節 周産期医療

第11節 小児救急を含む小児医療

第12節 在宅医療

第1節 がん

1 現状と課題

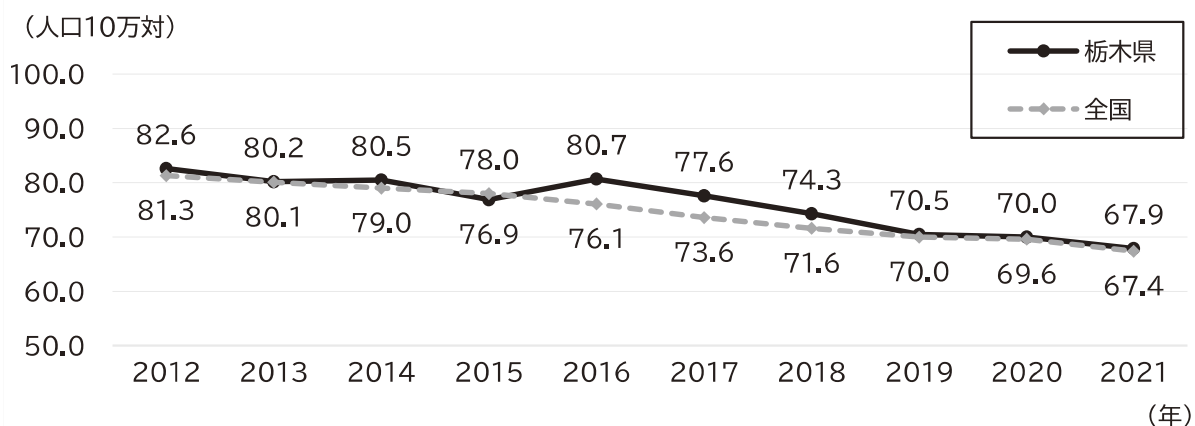
(1) がんの患者数及び死亡の状況

令和3(2021)年1年間の新規入院患者数等は 72,527 人、延べ外来患者数は 795,775 人となっており、増加傾向です。(機能別医療機関現況調査 令和4(2022)年)

令和3(2021)年のがんの75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対)は67.9(男性:82.4、女性:53.6)となっています。(国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計(2021年)」)

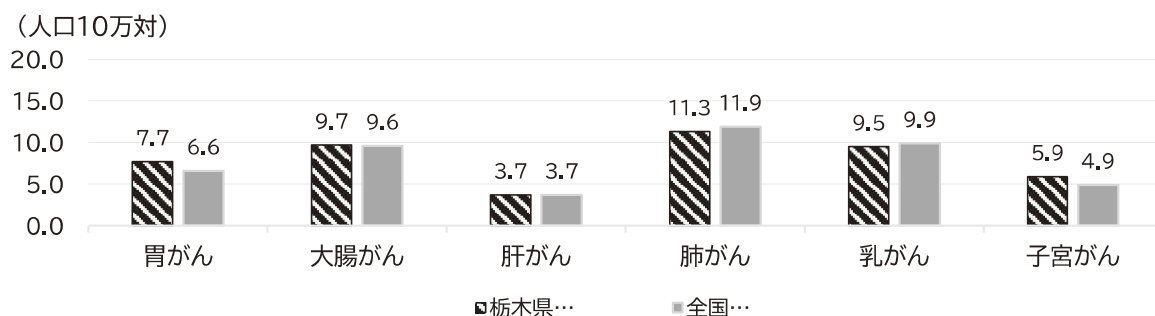
主ながん種別(大腸、胃、肺、肝、乳、子宮)の割合は、全国と比較しても大きく変わらない状況です。(「栃木県のがん 2019(令和元年)」)

図表 5-1-1:がんの 75 歳未満年齢調整死亡率(全がん・男女計)(人口 10 万対)



【出典:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」】

図表 5-1-2:がんの 75 歳未満年齢調整死亡率
(がん種別・男女計)(人口 10 万対)



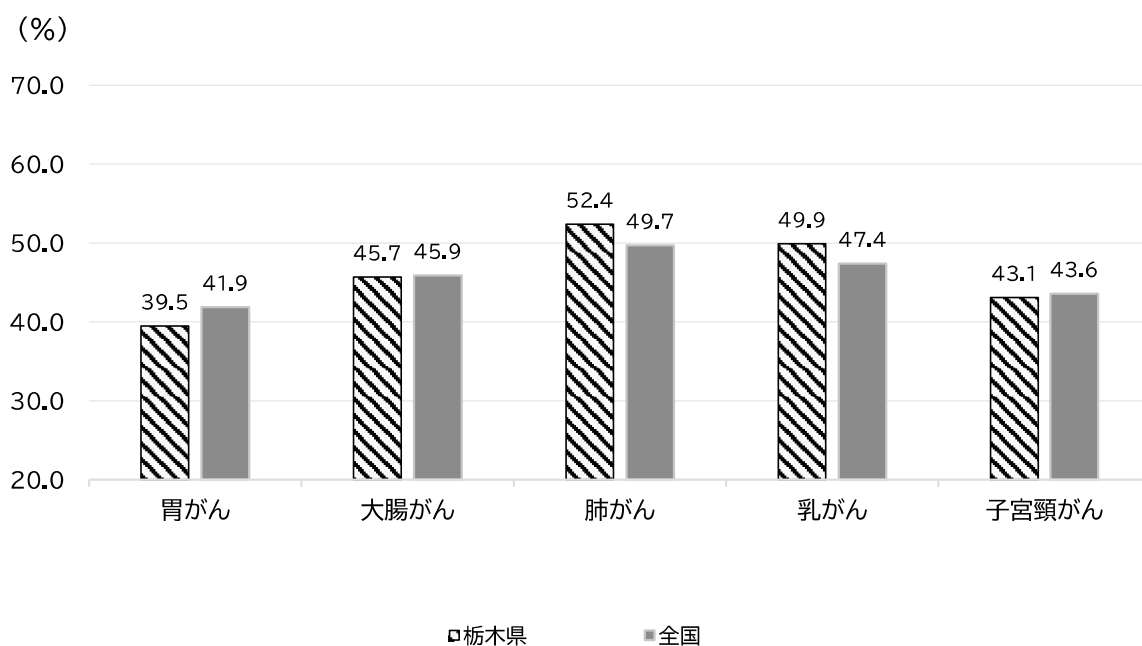
【出典:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(2021年)】

(2) 生活習慣等の状況

肺がん、乳がんの検診受診率は全国値よりも高く、大腸がんはほぼ同水準、胃がん、子宮頸がんについては全国値を下回っています。

各がんの検診受診率は前計画の目標値に達しておらず、引き続き、受診促進を図ることが必要です。(「国民生活基礎調査 令和4(2022)年」)

図表 5-1-3:県内におけるがん検診受診率(男女計)



【出典:厚生労働省「国民生活基礎調査(2022年)」】

(3) 医療の状況

二次保健医療圏毎に、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関として「がん診療連携拠点病院」又は「地域がん診療病院」が合計8施設あり、さらに、拠点病院等と連携してがんの専門診療等を行う「栃木県がん治療中核病院」が合計11施設あります。

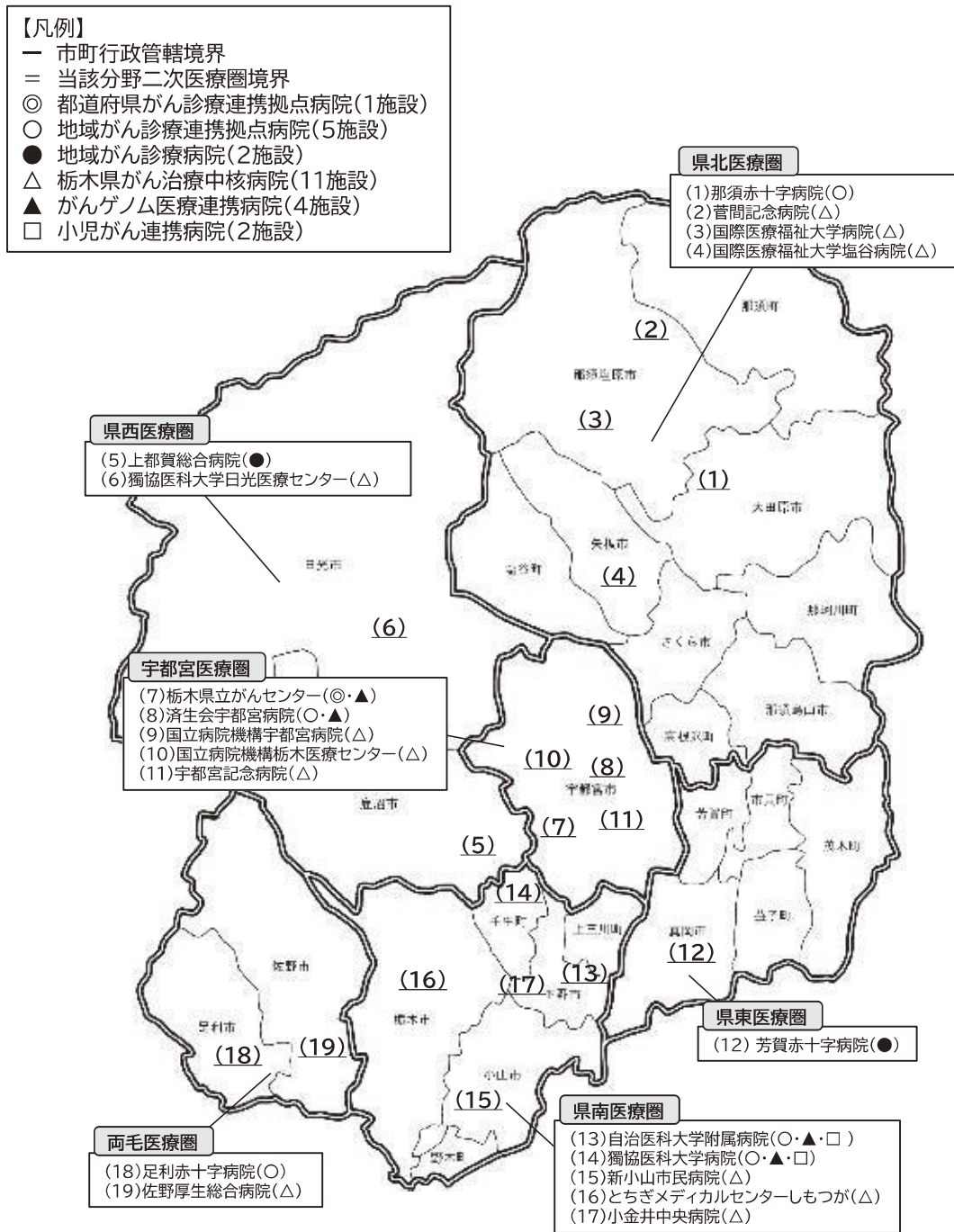
また、保健医療計画では上記19施設のほか、一定の要件(資料編「5 疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」参照)を満たした医療機関(前計画では22施設)について、がん診療機能を担う医療機関として認定しています。

がんゲノム医療を提供する機能を有する医療機関として「がんゲノム医療連携病院」が、合計4施設あります。

小児がんへの質の高い医療及び支援を提供するため、「小児がん連携病院」が合計2施設あります。

2 医療提供体制に係る圏域
二次保健医療圏を基本的な単位とします。

図表 5-1-4: 県内におけるがん診療提供体制(専門診療)



令和6(2024)年4月時点

3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

- (1) がんによる死亡率が減少している。
- (2) 全てのがん患者の苦痛の軽減並びに療養生活の質が維持向上している。
- (3) がんになっても安心して暮らすことが出来る社会が構築されている。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) がんの予防及び早期発見

がんの予防及び早期発見に向けた取組を実施します。

| 施策-(C) | |
|--------|--|
| ① | 喫煙対策に関する効果的な普及啓発の実施 |
| ② | 生活習慣(運動、食事、飲酒)の改善に関する効果的な普及啓発の実施 |
| ③ | 肝炎に関する普及啓発、肝炎ウイルス検査陽性者へのフォローアップ・治療の推進 |
| ④ | 子宮頸がん及び HPV ¹⁴ ワクチン接種に関する県民の理解の促進 |
| ⑤ | がん検診の受診率・精検受診率向上に向けた取組の実施 |
| ⑥ | がん検診の職域における取組の促進 |
| ⑦ | がん検診の精度管理における取組の促進 |

(2) がん医療の充実

がん医療の充実に向けた取組を実施します。

| 施策-(C) | |
|--------|--|
| ⑧ | 拠点病院と地域の医療機関等との役割分担と連携強化の推進 |
| ⑨ | 地域の実情に応じたがん医療の均てん化・集約化の推進 |
| ⑩ | がんゲノム・小児・AYA 世代のがん、希少がん・難治性がん等の医療体制の整備 |
| ⑪ | 緩和ケアにおける地域連携の促進及び提供体制の整備 |
| ⑫ | がん医療に係る人材の確保及び育成等 |

(3) がん患者やその家族を支える環境整備

がん患者やその家族を支える環境整備に向けた取組を実施します。

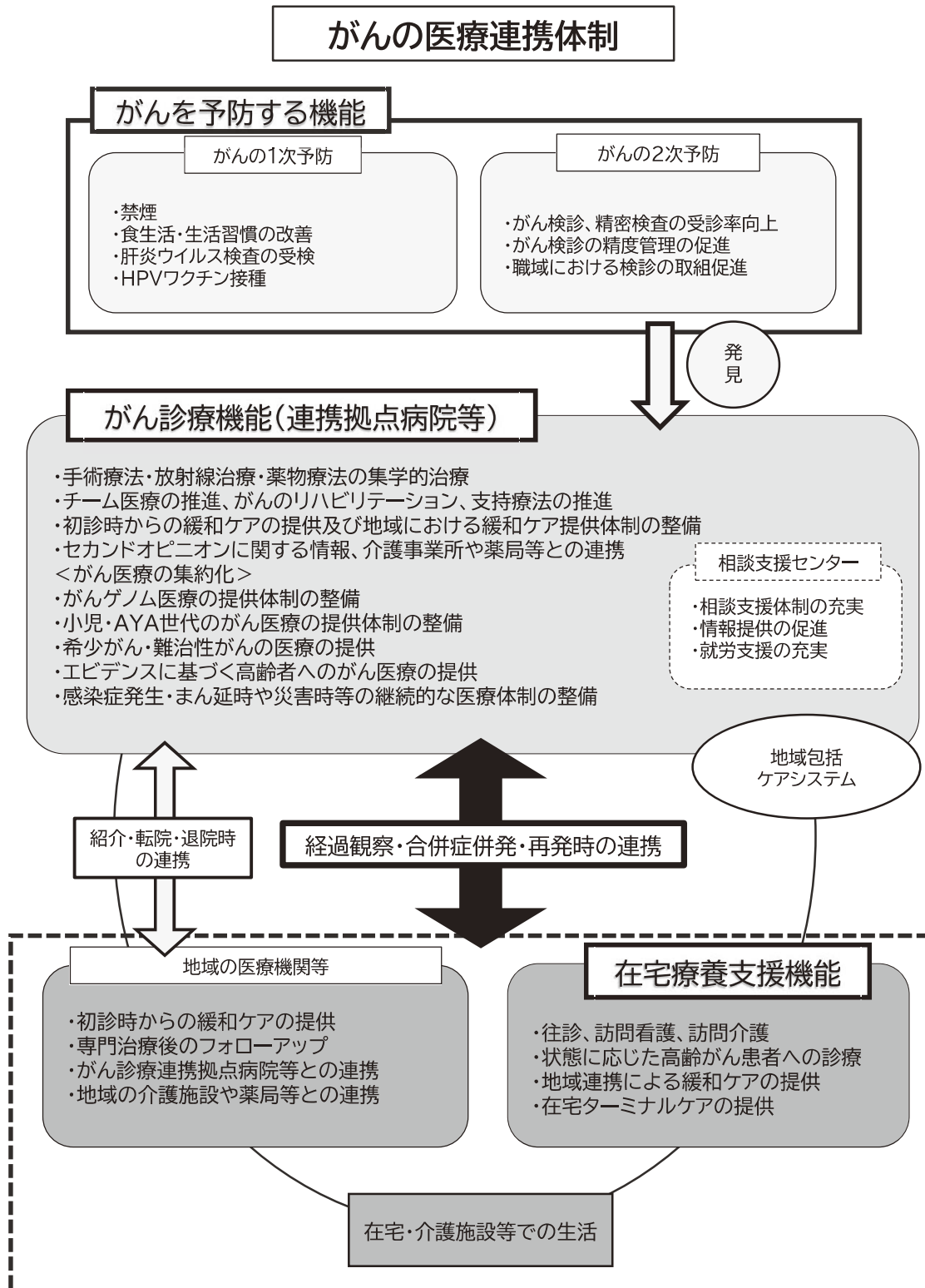
| 施策-(C) | |
|--------|---------------------------------|
| ⑬ | 相談支援体制の充実 |
| ⑭ | がん患者の就労支援 |
| ⑮ | 自殺リスクに対する相談体制の整備やがんの正しい理解への普及啓発 |
| ⑯ | 小児・AYA 世代のがん患者支援の充実 |
| ⑰ | 小児・AYA 世代のがん医療提供体制の充実 |
| ⑱ | 小児・AYA 世代のがん患者の保育環境・教育環境の充実 |
| ⑲ | 高齢がん患者とその家族等の療養生活を支えるための体制整備 |
| ⑳ | 学校におけるがん教育を推進するための環境整備 |

¹⁴ HPV:human papillomavirus の略で、ヒトパピローマウイルスのこと

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、資料編「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-1-5:がん医療に係る医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 | 目標値 (2029年) |
|-----|-----------------------------------|------------------------------|---|----------------|
| (1) | がんによる死亡率が減少している。 | がんの75歳未満年齢調整死亡率 (人口10万対) | 全がん 67.9 胃 7.7 大腸 9.7 肝 3.7 肺 11.3 乳 9.5 子宮 5.9 (2021年) | 減少 |
| | | 5年相対生存率 | 全がん 63.9% 胃 62.7% 大腸 68.0% 肝 33.0% 肺 32.6% 乳 93.6% 子宮 79.3% (2009-2011年) | 増加 |
| (2) | すべてのがん患者の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上している。 | 身体的な苦痛を抱えていると思わないがん患者の割合 | 60.8% (2018年) | 増加 |
| | | 精神的な苦痛を抱えていると思わないがん患者の割合 | 65.1% (2018年) | 増加 |
| (3) | がんになっても安心して暮らすことができる社会が構築されている。 | 現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合 | 81.0% (2018年) | 増加 |

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 | 目標値 (2029年) |
|-----|-------------|------------------------------|--|----------------|
| (1) | がんの予防及び早期発見 | がんの年齢調整罹患率 (人口10万対) | 全がん 377.5 胃 41.9 大腸 57.6 肝 12.1 肺 39.5 乳 100.0 子宮 33.9 (2019年) | 減少 |
| | | 早期がん割合(全国がん登録:進展度・総合、上皮内と限局) | 全がん 52.9% 胃 56.2% 大腸 58.5% 肝 63.3% 肺 33.4% 乳 64.5% 子宮 78.3% (2019年) | 増加 |

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 | 目標値 (2029年) |
|-----|-----------------------------------|---|--------------------|----------------|
| (2) | がん医療 の充実 | がんの診断・治療に対するがん患者 の総合的評価 ※10点を満点とする評価 | 8.0点 (2018年) | 増加 |
| | | 納得のいく治療を選択できたと思う がん患者の割合 | 75.8% (2018年) | 増加 |
| | | 院内がん登録数 | 12,049件 (2021年) | |
| | | 手術件数 | 9,353件 (2021年) | |
| | | 薬物療法患者数 | 19,039件 (2021年) | |
| | | 放射線治療患者数 | 3,083件 (2021年) | |
| | | 緩和ケアチーム新規患者数 | 1,128件 (2021年) | |
| (3) | がん患者 やその家 族を支え る環境整 備 | 家族の悩みや負担を相談できる支援 が十分であると感じているがん患 者・家族の割合 | 42.7% (2018年) | 増加 |
| | | がんやがん治療に伴う身体の苦痛や 気持ちのつらさにより、日常生活を 送る上で困っていることがない人 | 68.9% (2018年) | 増加 |

施策-(C)

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 |
|-----|---|--|---|
| ① | 喫煙対策に関する効 果的な普及啓発の実 施 | 20歳以上の者の喫煙率 | 17.6% (2022年度) |
| | | 受動喫煙の機会を有する者の割 合(職場・家庭・飲食店) | 職場 20.0% 家庭 4.3% 飲食店 13.1% (2022年度) |
| ② | 生活習慣(運動、食 事、飲酒)の改善に関 する効果的な普及啓 発の実施 | 食塩・野菜摂取量、果物摂取量 100g未満の者の割合 運動習慣者の割合 リスク飲酒者の割合 | 食塩 9.7g/日 野菜 292.8g/日 果物 63.5% 運動習慣者(20-64,65-) 男 22.0%,55.1% 女 20.3%,45.1% リスク飲酒者(20-) 男 15.5% 女 9.4% (2022年度) |
| ③ | 肝炎に関する普及啓 発、肝炎ウイルス検 査陽性者へのフォロ ーアップ・治療の推 進 | 肝炎ウイルス検査受検率(国保 加入者40歳検診対象者) | 13.8%(B型) 14.0%(C型) (2022年) |
| ④ | 子宮頸がん及び HPVワクチン接種に 関する県民の理解の 促進 | HPVワクチン実施率 | 38.7% (2021年) |

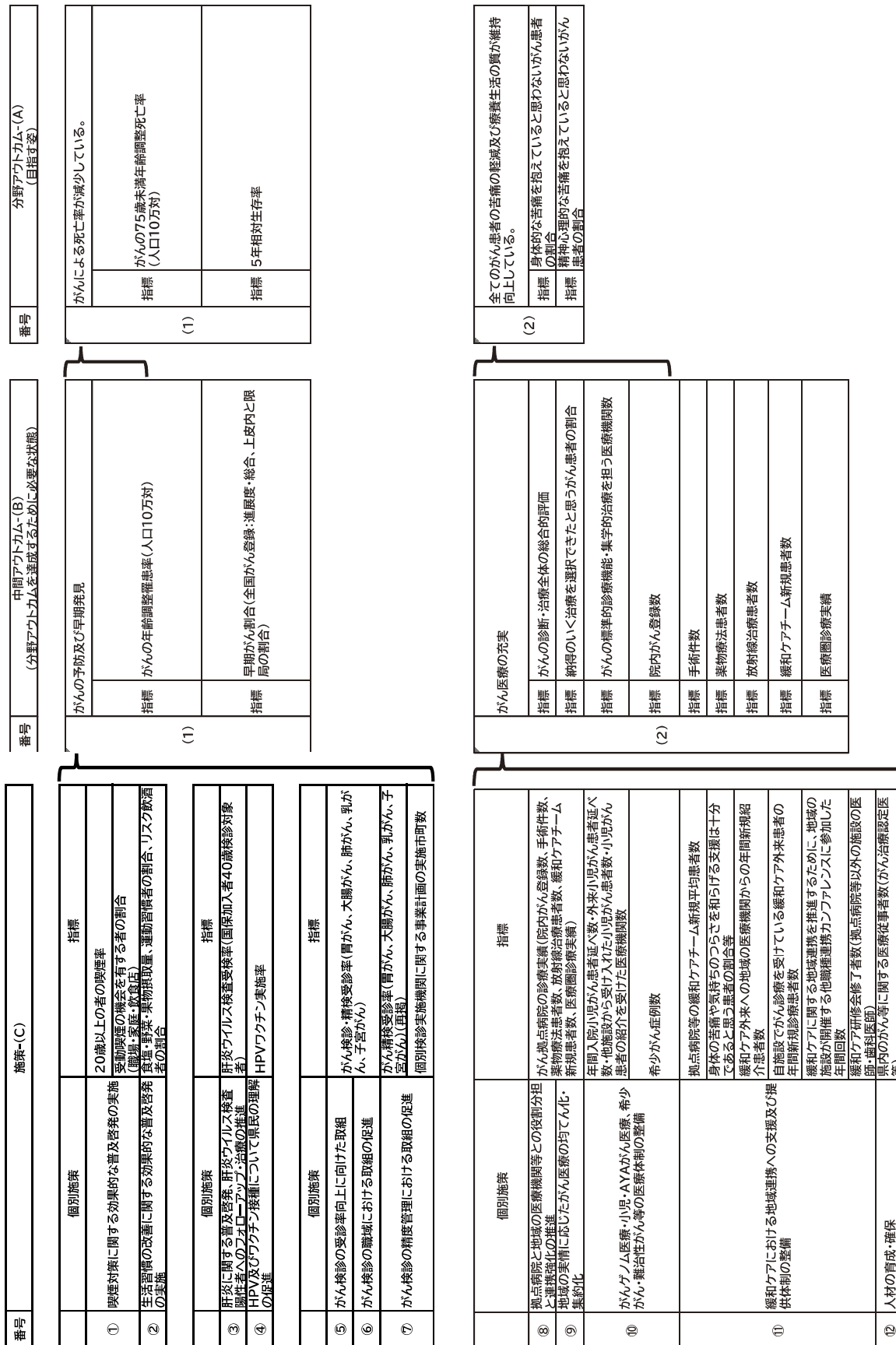
| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 |
|-----|---|---|--|
| ⑤ | がん検診の受診率・精検受診率向上に向けた取組 | がん検診・精密検査受診率 (胃、大腸、肺、乳、子宮頸) | がん検診受診率 胃 39.5% 大腸 45.7% 肺 52.4% 乳 49.9% 子宮頸 43.1% (2022年) |
| ⑥ | がん検診の職域における取組の促進 | | 精密検査受診率 胃 86.2% 大腸 68.9% 肺 85.1% 乳 91.9% 子宮頸 86.5% (2020年) |
| ⑦ | がん検診の精度管理における取組の促進 | | |
| ⑧ | 地域の実情に応じたがん医療の均てん化・集約化 | がん拠点病院の診療実績 ①院内がん登録数 ②手術件数 ③薬物療法患者数 ④放射線治療患者数 ⑤緩和ケアチーム新規患者数) | ①12,049件 ②9,353件 ③19,039人 ④3,083人 ⑤1,128人 (2021年) |
| ⑨ | 拠点病院と地域の医療機関等との役割分担と連携強化の推進 | | |
| ⑩ | がんゲノム医療・小児・AYA がん医療、希少がん・難治性がん等の医療体制の整備 | 小児がん診療実績(①年間入院患者延べ数 ②外来患者延べ数③他施設から受け入れた患者数④患者の紹介を受けた医療機関数) | ①196人 ②5,151人 ③38人 ④32機関 (2021年) |
| | | 希少がん症例数 | 177件 (2022年) |
| ⑪ | 緩和ケアにおける地域連携の促進及び提供体制の整備 | 拠点病院等の緩和ケアチーム新規患者数 | 1,128人 (2022年) |
| | | 身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると思う患者の割合等 | 37.3% (2018年) |
| | | 緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数 | 55人 (2021年) |
| | | 自施設でがん診療を受けている緩和ケア外来患者の年間新規診療患者数 | 625人 (2021年) |
| | | 緩和ケアに関する地域連携を推進するために、地域の施設が開催する多職種連携カンファレンスに参加した年間回数 | 38回 (2021年) |
| ⑫ | がん医療に係る人材の確保及び育成等 | 緩和ケア研修会修了者数 (拠点病院等以外の施設の医師・歯科医師) | 300人 (2022年) |
| | | がん治療認定医数 | 236人 (2022年) |
| | | がん看護専門看護師数 | 16人 (2022年) |
| | | 放射線治療専門医数 | 18人 (2022年) |
| | | がん放射線療法看護認定看護師数 | 6人 (2022年) |

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 |
|-----|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------|
| ⑫ | がん医療に係る人材の確保及び育成等 | 放射線治療専門放射線技師数 | 27人 (2022年) |
| | | がん薬物療法専門医数 | 10人 (2022年) |
| | | がん薬物療法認定薬剤師数 | 16人 (2022年) |
| | | がん化学療法看護認定看護師数 | 15人 (2022年) |
| | | 緩和医療認定医数 | 15人 (2022年) |
| | | 緩和薬物療法認定薬剤師数 | 11人 (2022年) |
| | | 緩和ケア認定看護師数 | 27人 (2022年) |
| | | がん性疼痛看護認定看護師数 | 7人 (2022年) |
| | | 緩和ケア研修会修了者数(医師・歯科医師) | 2,928人 (2022年) |
| | | がん相談支援センター相談員指導者研修会修了者数 | 15人 (2022年) |
| ⑬ | 相談支援体制の充実 | がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合 | 92.2% (2018年) |
| | | がん相談支援センターでの自施設・他施設からの新規相談件数 | 5,103件 (2021年) |
| | | 相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の数 | 121人 (2021年) |
| | | ピアサポーター養成数 | ※ |
| | | 患者サロン開催数 | 28回 (2021年) |
| ⑭ | がん患者の就労支援 | がんの治療等のために通院しながら働き続けられる環境にあると思う県民の割合 | 25.0% (2022年) |
| | | がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合 | 40.1% (2018年) |
| | | 拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数 | 401件 (2021年) |
| ⑮ | 自殺リスクに対する相談体制の整備やがんの正しい理解への普及啓発 | 精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合 ※思わないと回答した割合 | 65.1% (2021年) |
| | | がんと診断されてから周囲に不必要に気を遣われていると感じる割合 | 16.8% (2018年) |
| ⑯ | 小児・AYA世代のがん患者支援の充実 | 妊孕性温存療法・温存後生殖補助医療費助成件数 | 19件 (2022年) |
| | | アピアランスケア助成件数 | 849件 (2022年) |
| | | 在宅ターミナルケア実施市町数・助成人数 | 4市・15人 (2022年) |
| | | 妊孕性温存療法実施指定医療機関数 | 3機関 (2022年) |
| | | ピアサポーター養成数 | ※ |
| | | 患者サロン開催数 | 28回 (2021年) |

※ 令和6(2024)年から登録のため数値なし

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 |
|-----|------------------------------|---|--|
| ⑰ | 小児・AYA 世代のがん医療提供体制の充実 | 小児がん診療実績 ①年間入院患者延べ数 ②外来患者延べ数 ③他施設から受け入れた患者数 ④患者の紹介を受けた医療機関数 | ①196人 ②5,151人 ③38人 ④32機関 (2021年) |
| ⑱ | 小児・AYA 世代のがん患者の保育環境・教育環境の充実 | 入院中の小・中・高校生に対する学習支援延べ件数 | 106件 (2022年) |
| ⑲ | 高齢がん患者とその家族等の療養生活を支えるための体制整備 | 人生会議(ACP)に係る認知度 | 21.4% (2022年) |
| ⑳ | 学校におけるがん教育を推進するための環境整備 | がんについての認知度(治療法等) | 69.8% (2022年) |

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



| | |
|----|-------------------|
| 番号 | (A)分野アウトカム(あるべき姿) |
|----|-------------------|

| | |
|----|---------------------------------------|
| 番号 | (B)中間アウトカム(分野アウトカムを達成するためにクリアすべきステップ) |
|----|---------------------------------------|

| | |
|----|-------|
| 番号 | (C)施策 |
|----|-------|

| | |
|-----|--|
| (3) | がんになっても安心して暮らすことが出来る社会が構築されている。 指標 現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合 |
|-----|--|

| | |
|-----|---|
| (3) | がん患者やその家族を支える環境整備 指標 家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合 指標 がんやがん治療に伴う身体的苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っていることがない人の割合 |
|-----|---|

| 個別施策 | 指標 |
|--------------------------------|---|
| ⑬ 相談支援体制の整備 | がんと診断されたから病气や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合 がん相談支援センターでの相談・他施設からの新規相談件数 相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の数 |
| ⑭ がん患者の就労支援 | ピアサポート一斉成数 患者サロン開催数 がんの治療等のために通院しながら働き続けられる環境にあると思ふ県民の割合 がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合 拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数 |
| ⑮ 自殺リスクへの相談支援やがんの正しい理解に向けた普及啓発 | 精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合 がんと診断されてから周囲に不必要に気を遣われていると感じる割合 妊産性温存療法・温存後生殖補助医療費助成件数 |
| ⑯ 小児・AYA世代のがん患者支援の充実 | アピアランスケア助成件数 在宅ターミナルケア実施市町数・助成人数 妊産性温存療法実施指定医療機関数 |
| ⑰ 小児・AYA世代のがん医療提供体制の充実 | 年間入院小児がん患者延べ数・外来小児がん患者延べ数・他施設から受け入れた小児がん患者数・小児がん患者の紹介を受けた医療機関数(再掲) |
| ⑱ 小児・AYA世代のがん患者の保育環境・教育環境の充実 | 入院中の小・中・高校生に対する学習支援延べ件数 人生会議(ACP)に係る認知度 |
| ⑲ 高齢がん患者とその家族等の療養生活を支えるための体制整備 | がんについての認知度 |
| ⑳ 学校におけるがん教育を推進するための環境整備 | がんについての認知度 |

第2節 脳卒中

1 現状と課題

(1) 罹患の状況

令和2(2020)年患者調査では、県内の総患者数は、脳血管疾患が 15 千人となっています。

図表 5-2-1:脳血管疾患の総患者数

| | 2008年 | 2011年 | 2014年 | 2017年 | 2020年※ |
|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 脳血管疾患 | 19千人 | 19千人 | 15千人 | 21千人 | 15千人 |

※ 令和2(2020)年から患者調査の算出方法が変更となっている。

【出典：厚生労働省「患者調査」】

(2) 死亡の状況

令和2(2020)年人口動態統計では、脳血管疾患の人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率¹⁵は、男性が 119.7、女性が 74.5 となっています。男女とも一貫して減少していますが、全国値より高い状況が続いています。

脳血管疾患のうち、脳梗塞の人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が 61.8、女性が 36.8 となっています。男女ともに減少傾向となっていますが、全国値より高い状況が続いています。

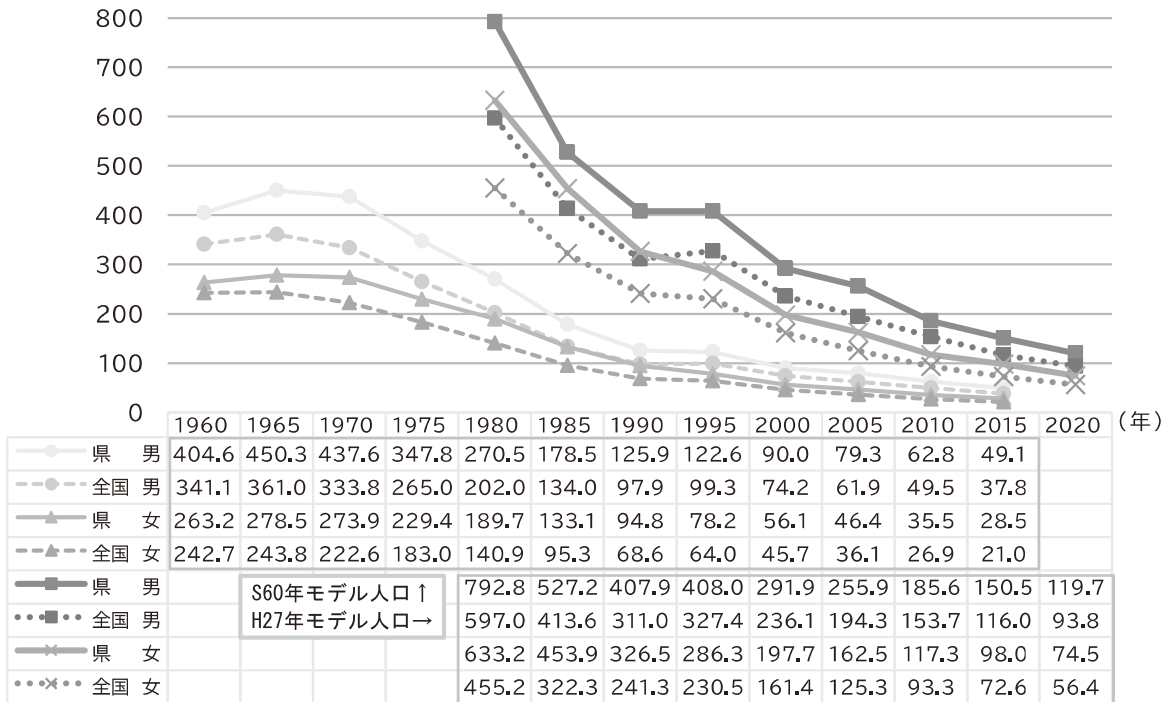
脳血管疾患のうち、脳内出血の人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が 46.8、女性が 24.0 となっています。男女とも減少傾向となっていますが、全国値より特に高い状況が続いています。

脳血管疾患のうち、くも膜下出血の人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が 8.4、女性が 12.0 となっています。平成 17(2005)年以降、男女とも減少してきており、全国値より低い状況が続いています。

¹⁵ 年齢調整死亡率の基準人口は、平成 27(2015)年までは、昭和 60(1985)年モデル人口を使用してきたが、令和2(2020)年では、高齢化を反映した平成 27(2015)年モデル人口に改訂し、昭和 55(1980)年から平成 27年(2015)までさかのぼって計算している。グラフは、今まで採用していた昭和 60年モデル人口と平成 27年モデル人口の両方を反映している。

図表 5-2-2:脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移

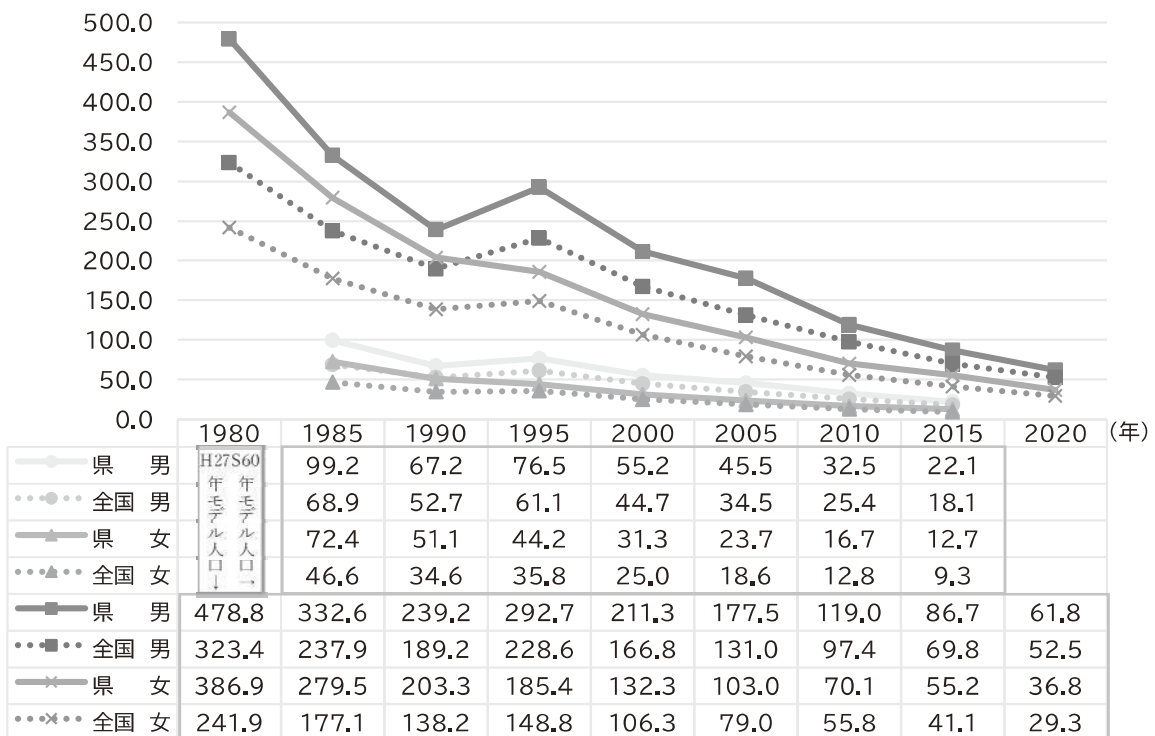
(人口10万対)



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

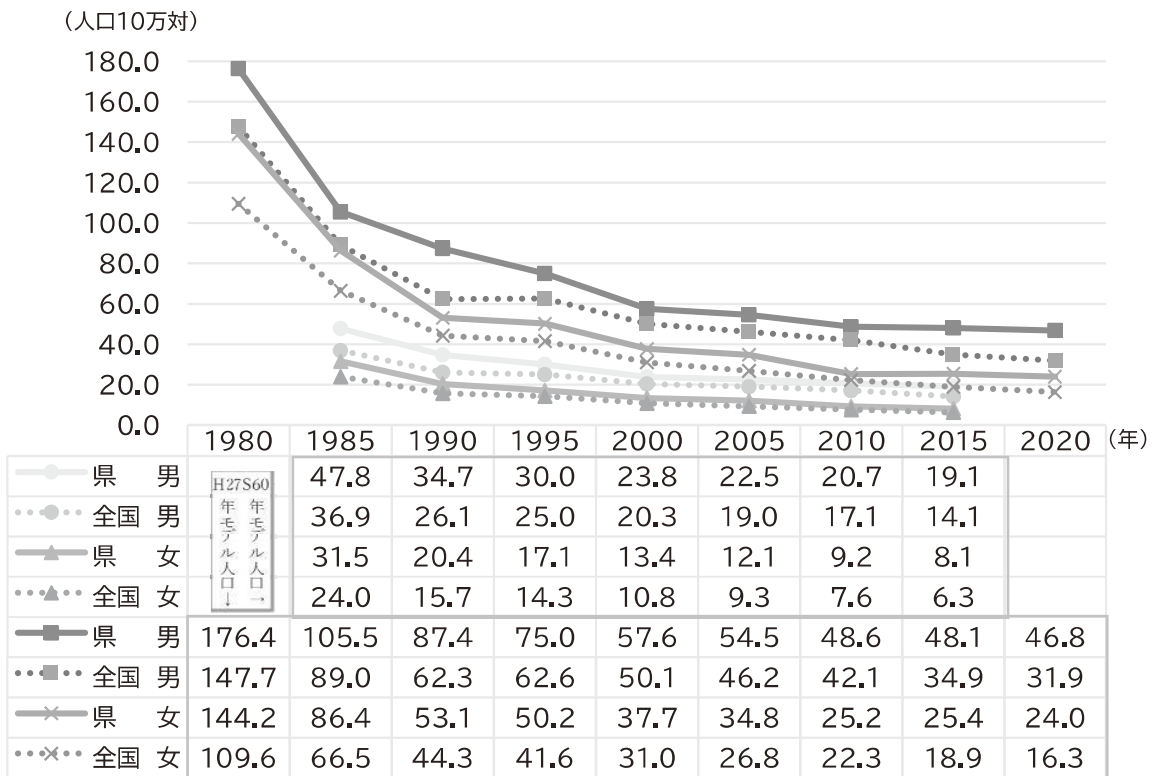
図表 5-2-3:脳梗塞の年齢調整死亡率の推移

(人口10万対)



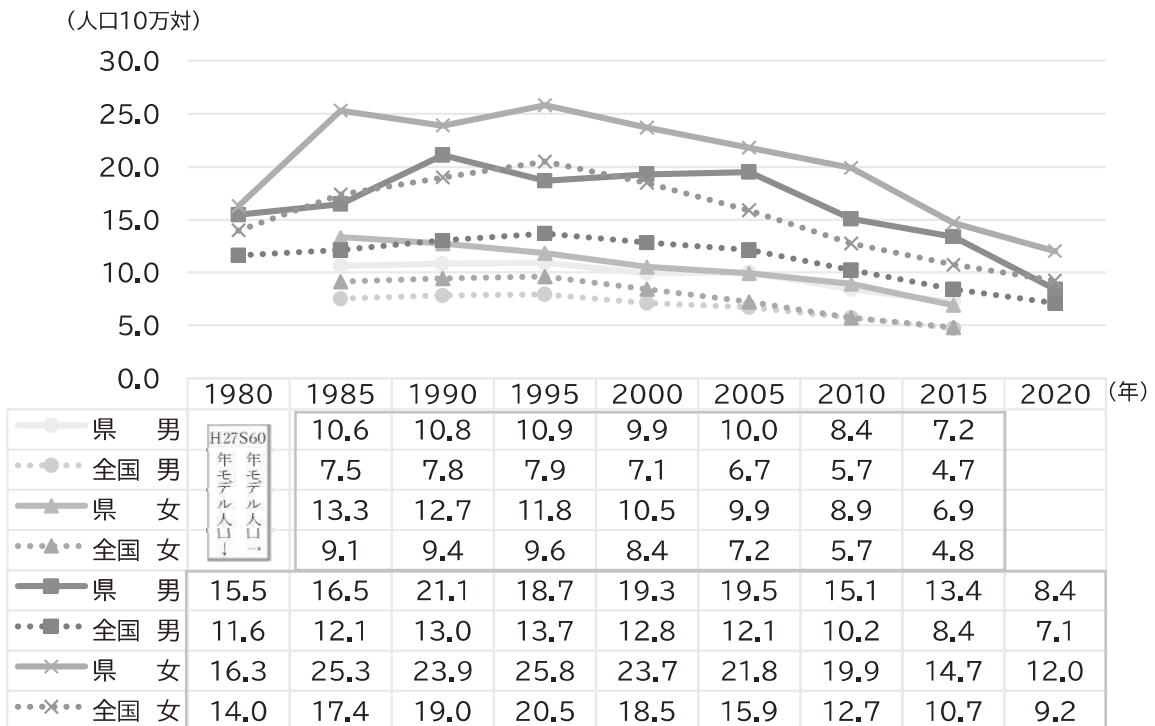
【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-2-4: 脳内出血の年齢調整死亡率の推移



【出典: 厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-2-5: くも膜下出血の年齢調整死亡率の推移



【出典: 厚生労働省「人口動態統計」】

(3) 救急搬送の状況

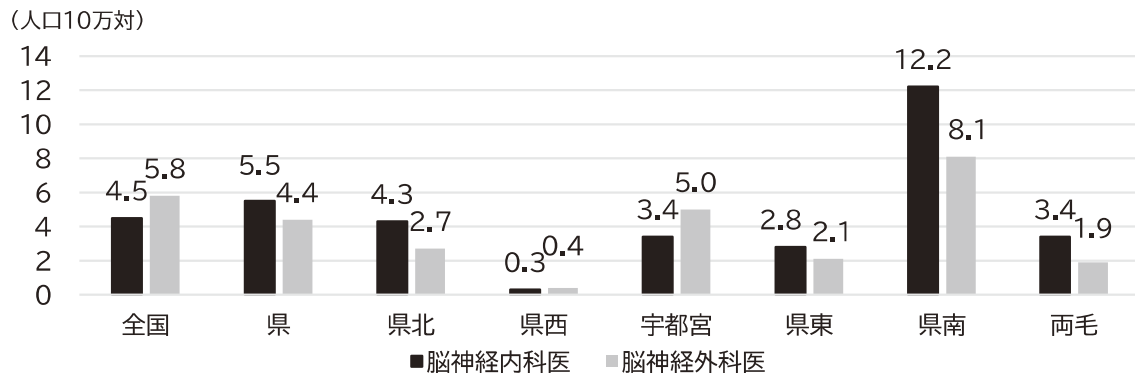
令和4(2022)年の栃木県脳卒中発症登録に占める脳卒中発症後3時間以内に受診した患者の割合は、38.3%で平成30(2018)年と比較すると2.6%増加しています。(栃木県「栃木県脳卒中発症登録」)

(4) 急性期医療の状況

脳卒中の急性期医療を担う医療機関の数は、地域によって差があることから、地域の医療資源の実情を踏まえ、二次保健医療圏内及び二次保健医療圏を超えた医療機関の連携により、発症早期に適切な急性期医療を提供できる体制の整備が求められています。

令和2(2020)年の県内の脳神経内科医数は人口10万人当たり5.5人であり、全国値(4.5人)を上回っています。また、県内の脳神経外科医数は人口10万人当たり4.4人であり、全国値(5.8人)を下回っています。ともに、地域によって差があります。(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

図表 5-2-6:脳神経内科医及び脳神経外科医の数



【出典:厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」】

(5) リハビリテーション実施体制の状況

令和4(2022)年の栃木県脳卒中発症登録に占める脳卒中発症後3日以内にリハビリテーションを実施した患者の割合は80.3%であり、平成30(2018)年と比較して8.6%増加しています。(栃木県「栃木県脳卒中発症登録」)

令和2(2020)年度脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数のSCRは98.6で全国値の100より低くなっています。(内閣府「医療提供状況の地域差」)

(6) 在宅療養及び再発の状況

脳卒中発症後、在宅生活の場に復帰した患者の割合は57%です。

脳卒中は再発率が高い疾病であり、栃木県脳卒中発症登録に占める再発者の割合は、令和4(2022)年で23.2%となっています。(栃木県「脳卒中発症登録」)

脳卒中は再発すると重症化しやすく、死亡や重い後遺症のリスクが高くなるため、基礎疾患やその危険因子の徹底した管理・ケア、薬物療法の継続等により、再発を予防することが必要です。

脳卒中で運動麻痺や意識障害が出現すると、嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎等の合併症を起こすリスクが高くなるため、口腔ケア等により予防することが必要です。

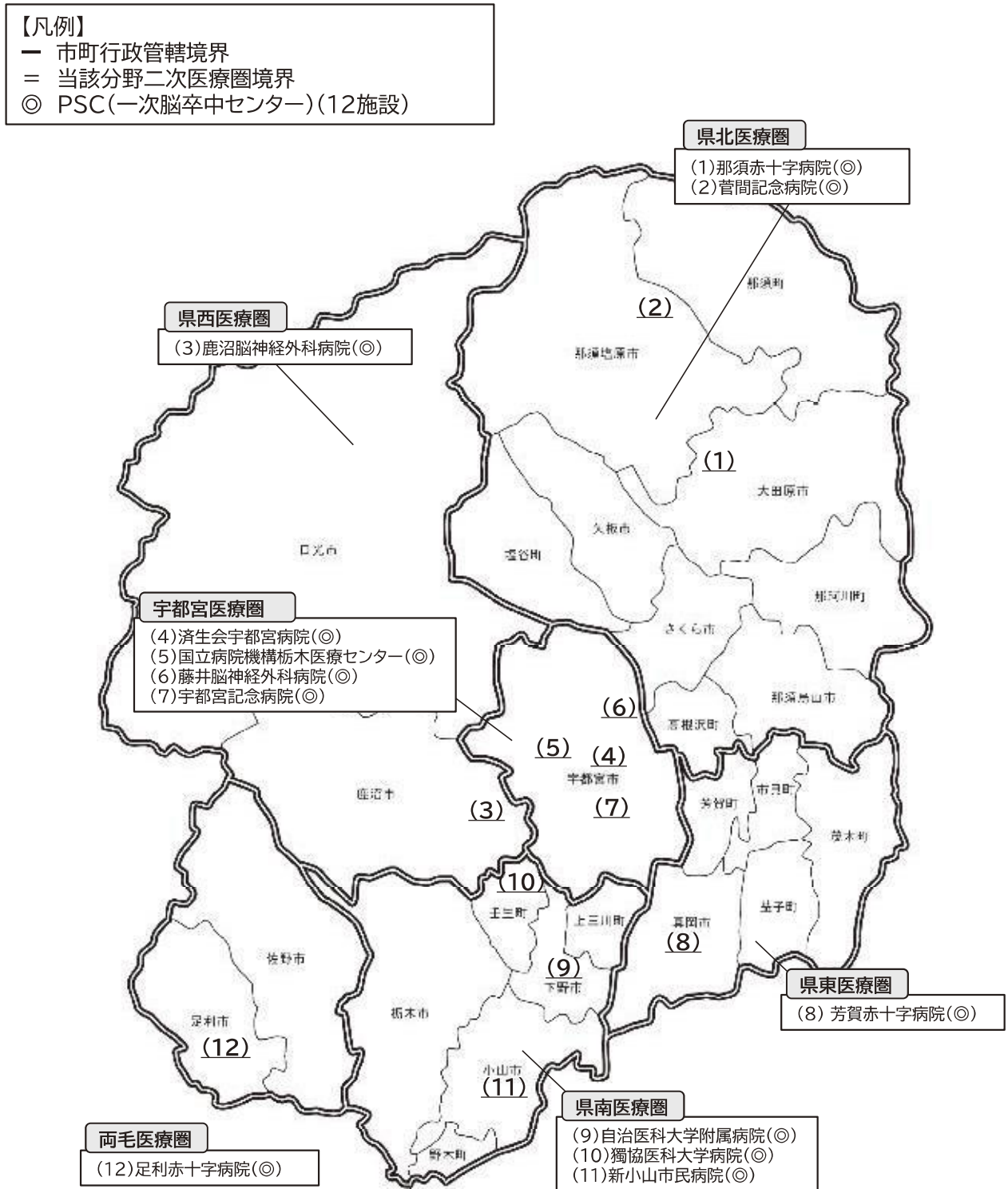
2 医療提供体制に係る圏域

二次保健医療圏を基本的な単位としますが、急性期医療については全県での三次救急医療による対応も必要とします。

また、地域医療機関や救急隊からの要請に対して、24時間365日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療(rt-PA 静注療法を含む)を開始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(PSC¹⁶)は次のとおりです。(日本脳卒中学会令和5(2023)年4月時点)

¹⁶ PSC:Primary Stroke Center の略で、日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターのこと

図表 5-2-7:脳卒中学会認定 PSC(一次脳卒中センター)配置図



日本脳卒中学会認定期間:令和5年(2023)年4月1日~令和6年(2024)年3月31日

3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

- (1) 脳卒中の年齢調整死亡率が減少している。
- (2) 脳卒中の患者が自分らしい生活ができる。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) 脳卒中の発症及び再発予防

脳卒中を予防するために、生活習慣の改善や、血圧管理、心房細動の早期発見、特定健康診査、特定保健指導等の実施率向上に努めます。また、再発重症化のための関係者の資質向上に取り組みます。

| 施策-(C) | |
|--------|--|
| ① | 脳卒中の発症予防に関する啓発 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣の改善に係る啓発 ・ 子どもの頃からの循環器病等に関する知識の啓発 ・ 家庭血圧測定の普及や正しい測り方の啓発 ・ 心房細動の早期発見に係る情報発信 ・ 様々な媒体の活用や医療機関等との連携による普及啓発 ・ ヒートショックの注意喚起 ・ 再発・重症化予防のための、かかりつけ医等の機能強化・資質向上 ・ 心房細動の早期発見及び適切な抗凝固療法の実施を促進するための、多職種連携及び地域連携の促進、医療従事者の資質向上 |

| 施策-(C) | |
|--------|--|
| ② | 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 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 関係機関と連携した効果的な受診勧奨の促進 ・ 特定健康診査や特定保健指導に係る従事者の資質向上 ・ 保険者と連携した受診勧奨 |

(2) 患者が早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着することができる体制の構築

脳卒中が疑われる傷病者が迅速かつ的確に搬送されるよう、脳卒中の初期症状の早期発見の重要性を啓発するとともに、消防機関や医療機関と連携し病院前救護体制及び救急搬送体制の強化に取り組みます。

| 施策-(C) | |
|--------|---|
| ③ | 発症時の対応に関する啓発 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中の初期症状の早期発見や早期対応の重要性の情報発信 |

| 施策-(C) | |
|--------|--|
| ④ | 専門医療機関への速やかな搬送体制の整備 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院前救護体制及び救急搬送体制の強化 |

(3) 患者の来院後速やかに初期診療を開始するとともに、疾患に応じた専門的な治療が受けられる体制の構築

患者の来院後速やかに初期診療を開始するとともに、地域の実情や疾患に応じた専門的な治療が受けられるように医療体制の構築を推進します。また、rt-PA療法が受けられる医療体制を構築するため、デジタル技術の活用等による効率的な医療連携を普及し、病期に応じた切れ目ない医療を提供する体制の構築を推進します。

| 施策-(C) | |
|--------|---|
| ⑤ | 専門的医療提供体制の構築 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病期に応じた切れ目ない医療提供体制の構築 ・ デジタル技術の活用等や、医師等の確保・育成による医療体制の整備 ・ 小児期・若年期の循環器病の、移行医療支援、療養生活に係る情報提供・相談支援等のあり方について検討 |

(4) 患者が入院時から在宅へ復帰までの継続したリハビリテーションが受けられる体制の構築

各期のリハビリテーション等が適切に提供される体制の整備を推進するため、リハビリテーションに係わる医療従事者の資質向上・多職種連携を促進します。

| 施策-(C) | |
|--------|--|
| ⑥ | 専門医療スタッフによりリハビリテーションが実施できる体制の構築 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーションに係わる医療従事者の資質向上・多職種連携の促進 |

(5) 日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のための治療及びリハビリテーションを受けることができる体制の構築

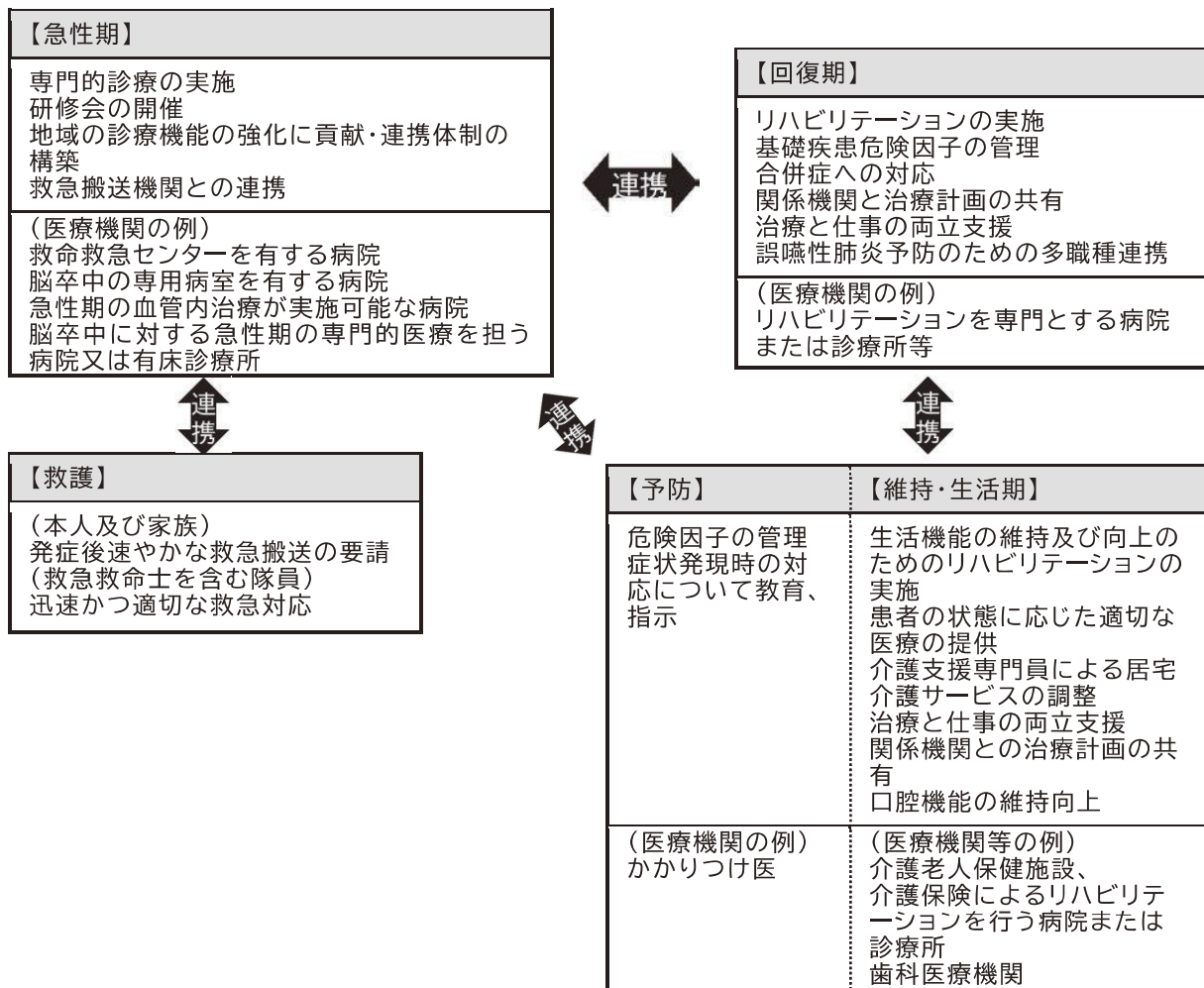
基礎疾患やその危険因子の管理の重要性について啓発し、在宅療養支援を担う看護師、かかりつけ医等の資質向上に係る取組を推進します。また、在宅療養支援ガイドブックの活用を促進し、在宅療養支援体制整備を行います。

| 施策-(C) | |
|--------|---|
| ⑦ | 自宅等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、療養支援が受けられる体制の構築 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ (再掲)再発・重症化予防のための、かかりつけ医等の機能強化・資質向上 ・ 在宅療養支援を担う看護師等を対象とした研修会の実施 ・ 在宅療養支援ガイドブックの活用促進 ・ (再掲)心房細動の早期発見及び適切な抗凝固療法の実施を促進するための、多職種連携及び地域連携の促進、医療従事者の資質向上 ・ 口腔ケアに関する関係者の資質向上等による誤嚥性肺炎等の合併症の予防推進 |

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、資料編「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-2-8:脳卒中医療に係る医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 | 目標値 (2029年) |
|-----|---------------------|---------------------------|--------------------------------|----------------|
| (1) | 脳卒中の年齢調整死亡率が減少している。 | 脳血管疾患の年齢調整死亡率(男性) | 119.7 (全国値:93.8) (2020年) | 全国値以下 |
| | | 脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性) | 74.5 (全国値:56.4) (2020年) | 全国値以下 |
| | | 脳梗塞の年齢調整死亡率(男性) | 61.8 (全国値:52.5) (2020年) | 全国値以下 |
| | | 脳梗塞の年齢調整死亡率(女性) | 36.8 (全国値:29.3) (2020年) | 全国値以下 |
| (2) | 脳卒中の患者が自分らしい生活ができる。 | 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合 | 57% (2020年) | 65%以上 |
| | | 脳血管疾患の平均在院日数 | 76.2日 (2020年) | 減少 |
| | | 退院時機能障害(mRS)が2~5であった患者の割合 | 60.5% (2022年) | 減少 |

中間アウトカム(分野アウトカムを達成するために必要な状態)-(B)

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 | 目標値 (2029年・年度) |
|-----|---|--------------------------------|--|-------------------|
| (1) | 脳卒中の発症及び再発予防 | 脳卒中発症登録に占める再発者の割合 | 23.2% (2022年) | 20%以下 |
| | | 収縮期(最高)血圧の平均値 | 128.9mmHg (2022年度) | 127mmH 以下 ※1 |
| (2) | 患者が早期に疾患に応じた専門的な治療が可能な医療機関に到着することができる体制の構築 | 脳卒中発症後3時間以内に受診した患者の割合 | 38.3% (2022年) | 50%以上 |
| | | 現場到着から医師引継ぎまでに要した平均時間 | 38.8分 (2022年) | 減少 |
| (3) | 患者の来院後速やかに初期診療を開始するとともに、疾患に応じた専門的な治療が受けられる体制の構築 | 脳梗塞に対するtPAによる血栓溶解療法の実施件数 | 県北* ※2 県西* ※2 宇都宮 69 県東* ※2 県南 88 両毛 24 (2021年度) | 増加 |
| (4) | 患者が入院時から在宅へ復帰までの継続したリハビリテーションが受けられる体制の構築 | 脳卒中発症後3日以内にリハビリテーションを実施した患者の割合 | 80.3% (2022年度) | 増加 |

※1 栃木県健康増進計画(とちぎ健康 21 プラン(2期計画))の目標値

なお、令和7(2025)年度からの次期健康増進計画を踏まえ目標値との調和を図る。

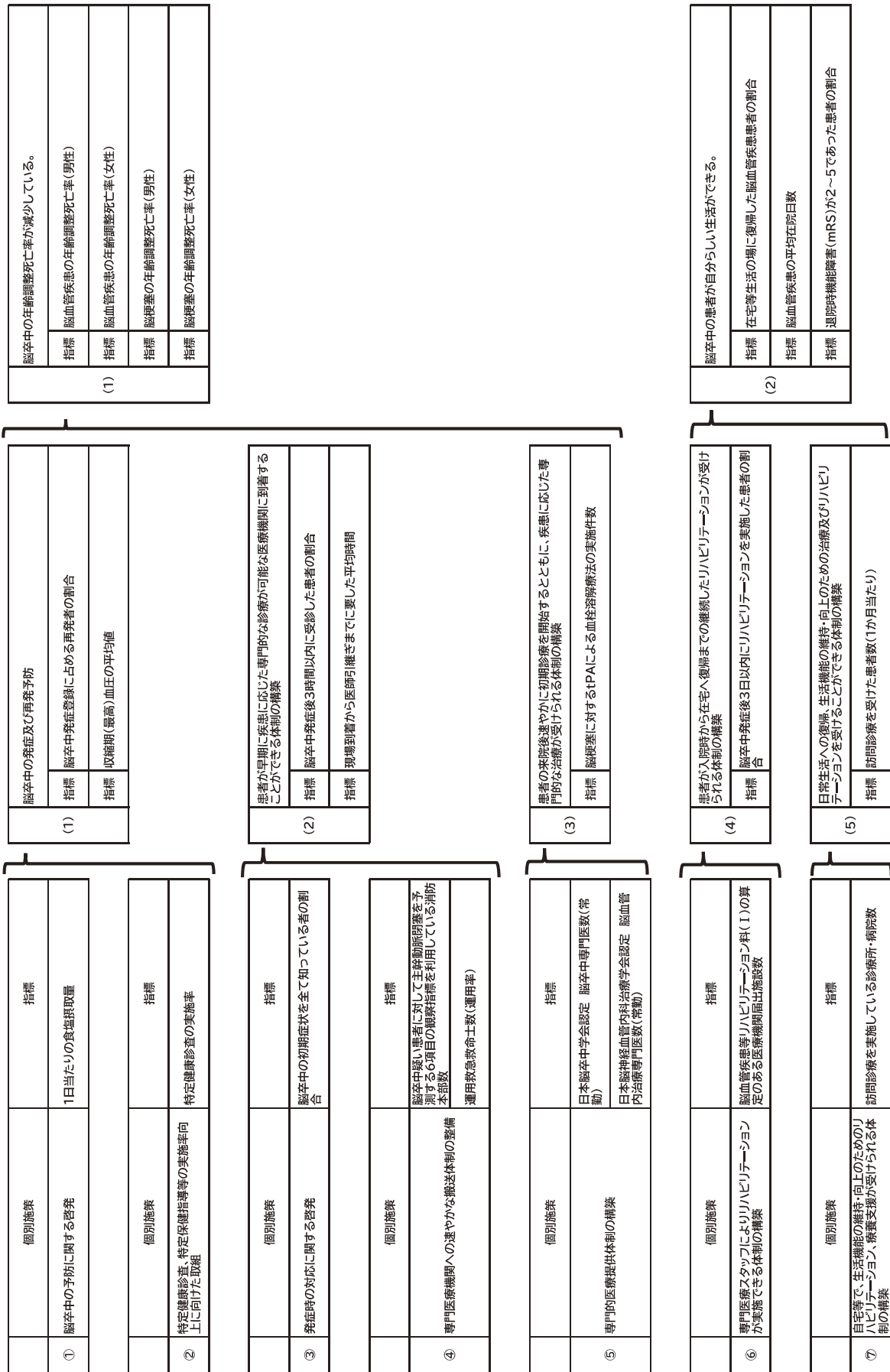
※2 *:NDBから作成した指標については、個人が特定されないよう10未満を*で表示している。

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 | 目標値 (2029年・年度) |
|-----|---|---------------------|--------------------|-------------------|
| (5) | 日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のための治療及びリハビリテーションを受けられることができる体制の構築 | 訪問診療を受けた患者数(1か月当たり) | 7,900人 (2021年度) | 9,088人 |

施策-(C)

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 |
|-----|--|--|---------------------------------|
| ① | 脳卒中の発症予防に関する啓発 | 1日当たりの食塩摂取量 | 男性 10.7g 女性 8.8g (2022年度) |
| ② | 特定健康診査、特定保健指導等の実施率の向上に向けた取組 | 特定健康診査の実施率 | 56.5% (2021年度) |
| ③ | 発症時の対応に関する啓発 | 脳卒中の初期症状を全て知っている者の割合 | 41.1% (2022年度) |
| ④ | 専門医療機関への速やかな搬送体制の整備 | 脳卒中疑いに対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数 | ※調査中 |
| | | 運用救急救命士数 | 94.6% (2023年) |
| ⑤ | 専門的医療提供体制の構築 | 脳卒中学会認定 脳卒中専門医数 | 47人 (2022年) |
| | | 日本脳神経血管内科治療学会認定 血管内治療専門医数 | 17人 (2022年) |
| ⑥ | 専門医療スタッフによりリハビリテーションが実施できる体制の構築 | 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)の算定のある医療機関届出施設数 | 22施設 (2022年) |
| ⑦ | 自宅等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、療養支援が受けられる体制の構築 | 訪問診療を実施している診療所・病院数 | 280施設 (2021年度) |

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

1 現状と課題

(1) 罹患の状況

令和2(2020)年患者調査では、県内の総患者数は、急性心筋梗塞を含む虚血性心疾患が17千人、心不全が6千人となっています。

図表 5-3-1:心疾患の総患者数

| | 2008年 | 2011年 | 2014年 | 2017年 | 2020年※ |
|--------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 虚血性心疾患 | 13千人 | 13千人 | 13千人 | 7千人 | 17千人 |
| 心不全 | 3千人 | 3千人 | 2千人 | 5千人 | 6千人 |

※ 令和2(2020)年から患者調査の算出方法が変更となっている。

【出典:厚生労働省「患者調査」】

(2) 死亡の状況

令和2(2020)年人口動態統計では、心疾患の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が213.0、女性が118.2となっています。男女とも減少傾向となっていますが、全国値より高い状況が続いています。

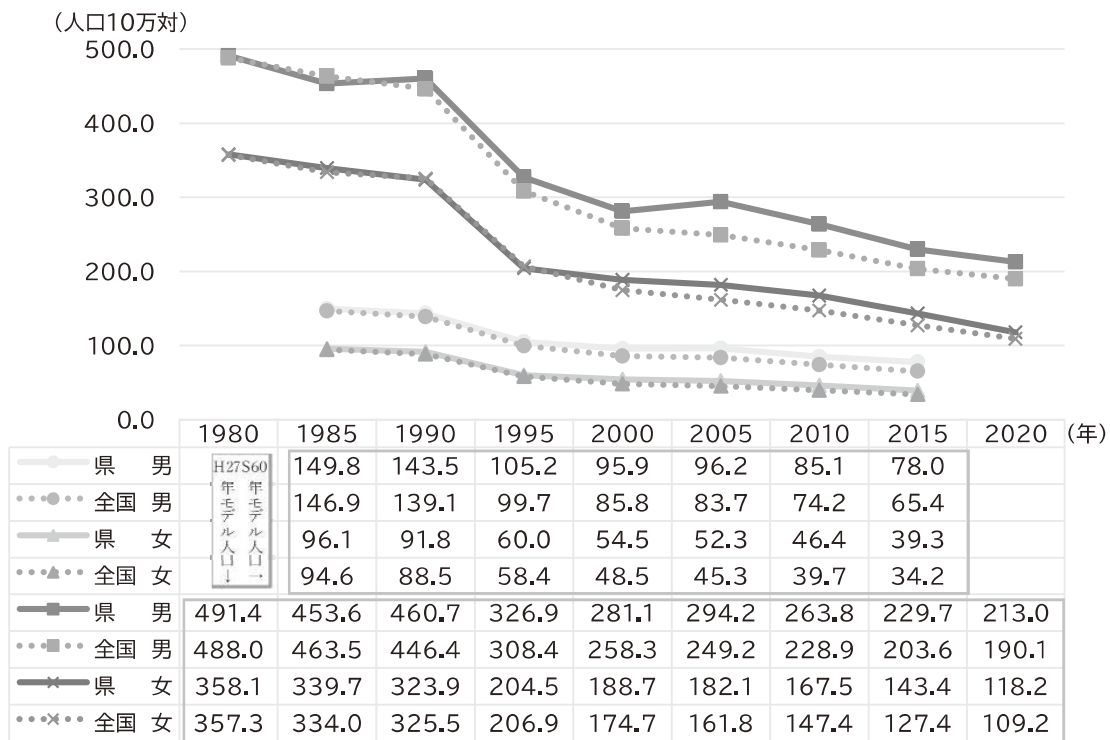
心疾患のうち虚血性心疾患の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が112.7、女性が50.5となっています。男女とも減少傾向となっていますが、全国値より高い状況が続いています。

心疾患のうち急性心筋梗塞の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が36.3、女性が15.7となっています。男女とも減少傾向となっていますが、全国値より高い状況が続いています。

心疾患のうち心不全の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が61.6、女性が42.0となっています。平成27(2015)年と比較し男性は増加、女性は減少しています。男女とも全国値より低い状況が続いています。

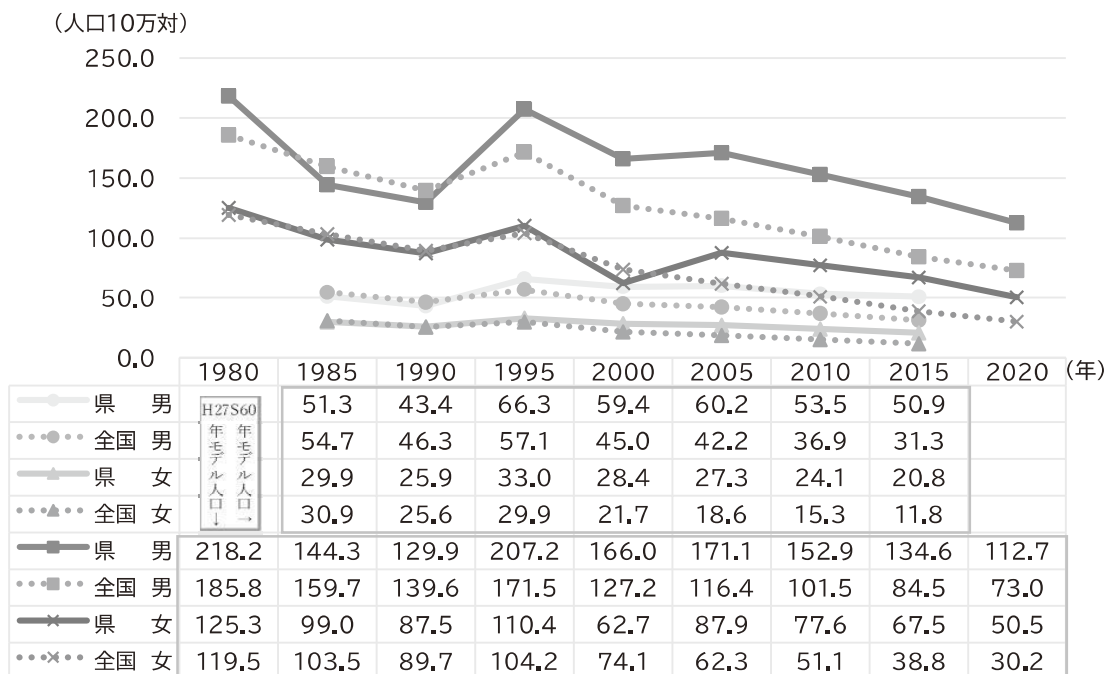
心疾患のうち大動脈瘤及び解離の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が16.9、女性が11.0となっています。男女とも平成27(2015)年と比較し減少しています。

図表 5-3-2:心疾患の年齢調整死亡率の推移



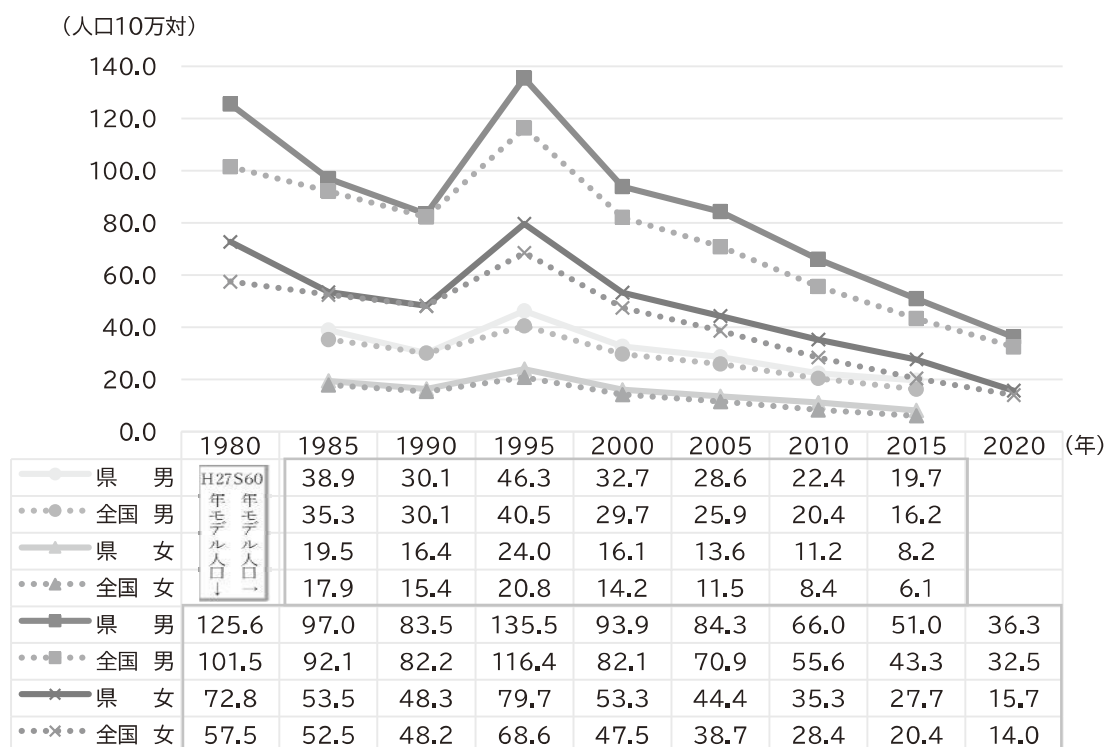
【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-3-3:虚血性心疾患の年齢調整死亡率の推移



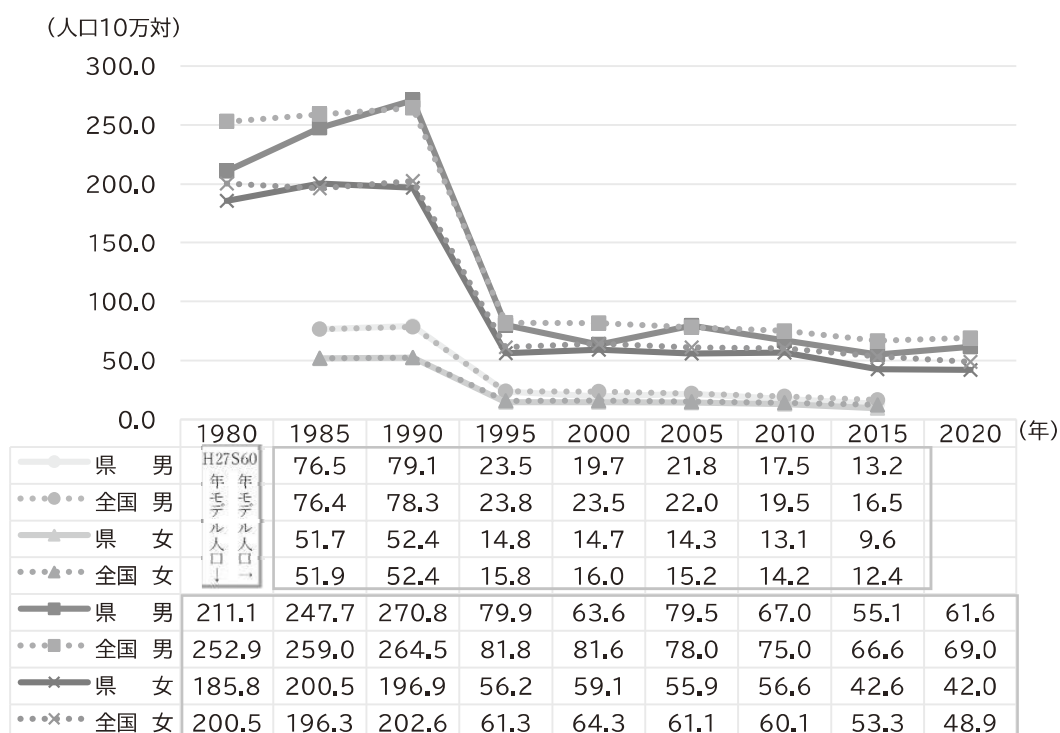
【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-3-4:急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の推移



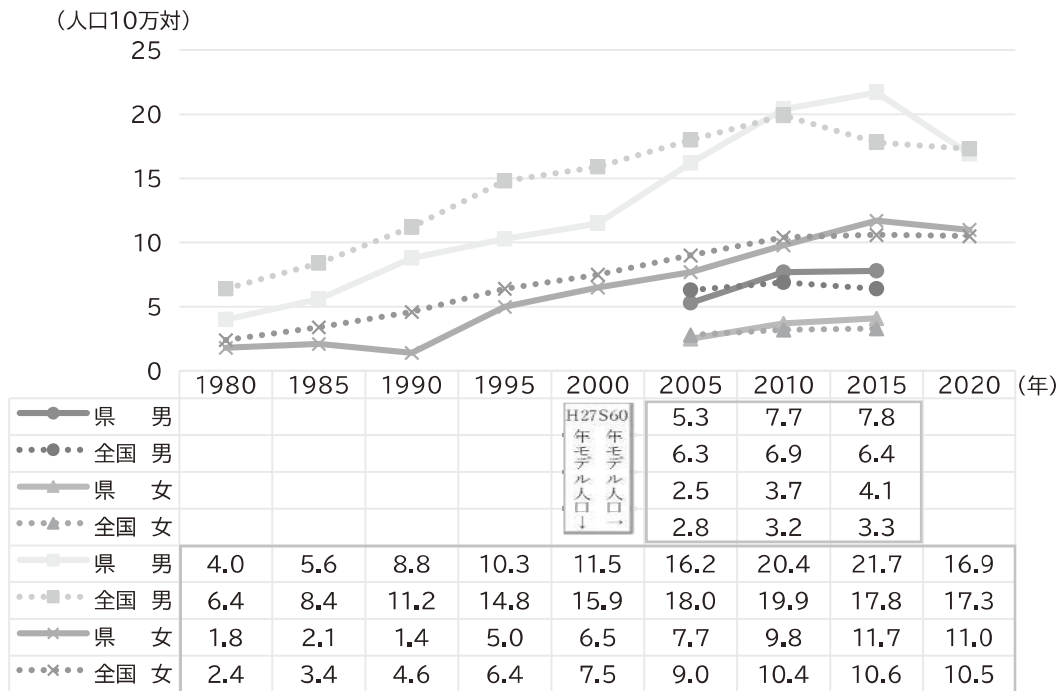
【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-3-5:心不全の年齢調整死亡率の推移



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-3-6:大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率の推移



(3) 救急搬送の状況

入電から医師引継ぎまでに要した平均時間は、令和3(2021)年度より4.1分延伸しましたが、全国との差は令和3(2021)年度より0.3分縮小傾向です。

入電から現場到着までに要した平均時間は9.4分であり全国値より1分短いですが、現場到着から医師引継ぎまでに要した平均時間は38.8分であり全国値より1.9分長くなっています。

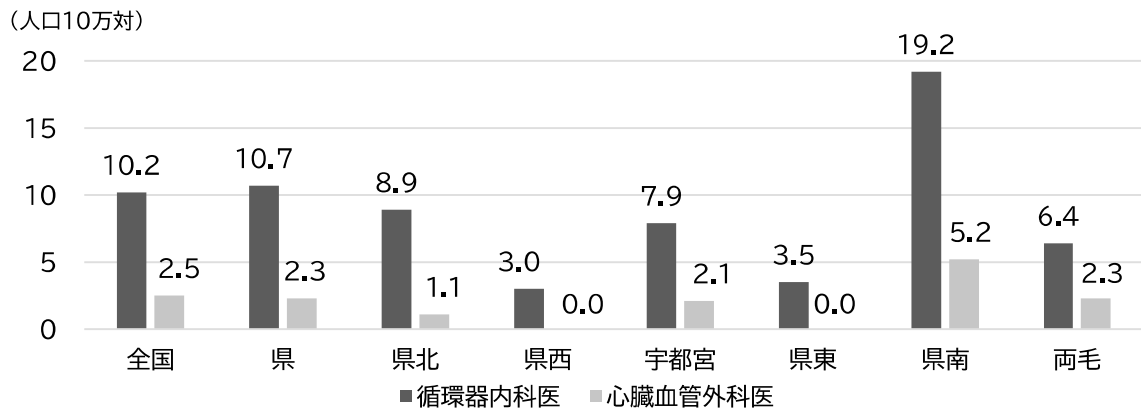
(4) 急性期医療の状況

急性心筋梗塞に対する急性期治療(経皮的冠動脈形成術(PCI)等)を実施できる医療機関の数は、地域によって差があり、24時間365日対応可能である医療機関はさらに限られていることから、地域の医療資源の実情を踏まえ、二次保健医療圏の内外における急性期医療の連携体制が求められています。

大動脈瘤及び解離の患者に対して行われる主な治療(大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む)及びステントグラフト内挿術)の多くは三次救急医療機関で実施しているため、救急搬送から回復期まで二次保健医療圏を越えた連携の強化が必要です。

県内の循環器内科医数は人口10万人当たり10.7人であり、全国値(10.2人)を上回っています。また、県内の心臓血管外科医数は人口10万人当たり2.3人であり、全国値(2.5人)を下回っており、ともに治療ができる医療機関が限定されます。

図表 5-3-7:循環器内科医及び心臓血管外科医の数



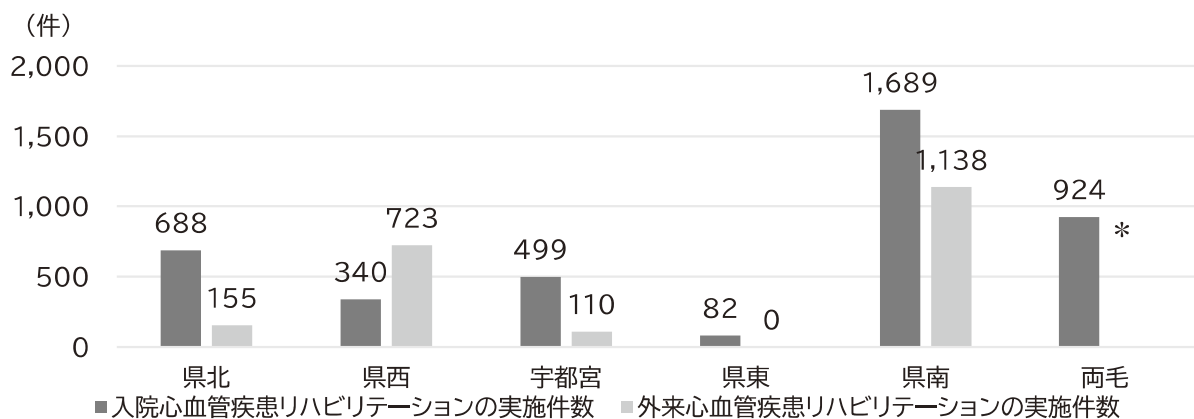
【出典:厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」】

(5) リハビリテーション実施体制の状況

令和3(2021)年度の入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数は、下表のとおりです。

心筋梗塞等の心血管疾患患者の予後及び生活の質(QOL)の向上及び、心血管疾患患者が、再発予防を含めた包括的心血管疾患リハビリテーションを受けながら、在宅等で自分らしい生活が送れるように支える医療の連携体制の構築が求められています。

図表 5-3-8:心血管疾患のリハビリテーションの実施件数



【出典:厚生労働省「NDB データ(令和3年度)」】

(6) 再発・重症化予防

心血管疾患患者は、再発・増悪による再入院を繰り返しながら悪化することが多いのが特徴であり、基礎疾患やその危険因子の徹底した管理・ケア、薬物療法の継続等により、再発・重症化を予防することが重要です。

慢性心不全は、特に高齢の患者が多く、今後も高齢化の進展に伴って患者

数の増加が見込まれていることから、重症化予防・再入院防止・症状緩和のための管理や支援、急性増悪への対応など、地域内での医療・介護・福祉における連携体制の構築が必要です。

2 医療提供体制に係る圏域

二次保健医療圏を基本的な単位としますが、急性期医療については全県での三次救急医療による対応も必要とします。

3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

- (1) 心血管疾患の年齢調整死亡率が減少している。
- (2) 心血管疾患の患者が自分らしい生活ができる

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) 心血管疾患の発症予防及び発症後の管理

心血管疾患を予防するために、生活習慣の改善や、血圧管理、心房細動の早期発見、特定健康診査、特定保健指導等の実施率向上に努めます。また、再発重症化のための関係者の資質向上に取り組みます。

| 施策-(C) | |
|--------|--|
| ① | 心血管疾患の予防に関する啓発 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣の改善に係る啓発 ・ 子どもの頃からの循環器病等に関する知識の啓発 ・ 家庭血圧測定の普及や正しい測り方の啓発 ・ 心房細動の早期発見に係る情報発信 ・ 様々な媒体の活用や医療機関等との連携による普及啓発 ・ ヒートショックの注意喚起 ・ 再発・重症化予防のための、かかりつけ医等の機能強化・資質向上 ・ 心房細動の早期発見及び適切な抗凝固療法の実施を促進するための、多職種連携及び地域連携の促進、医療従事者の資質向上 |

| 施策-(C) | |
|--------|--|
| ② | 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 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 関係機関と連携した効果的な受診勧奨の促進 ・ 特定健康診査や特定保健指導に係る従事者の資質向上 ・ 保険者と連携した受診勧奨 |

(2) 患者が早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できる体制の構築

心血管疾患が疑われる傷病者が迅速かつ的確に搬送されるよう心血管疾患の初期症状の早期発見等の重要性を啓発をするとともに、消防機関や医療機関と連携し病院前救護体制の強化に取り組みます。

| 施策-(C) | |
|--------|---------------------------------|
| ③ | 発症時の対応に関する啓発 |
| | ・ 心血管疾患の初期症状の早期発見や早期対応の重要性の情報発信 |

| 施策-(C) | |
|--------|----------------------|
| ④ | 専門医療機関への速やかな搬送体制の整備 |
| | ・ 病院前救護体制及び救急搬送体制の強化 |

(3) 患者の来院後速やかに初期診療を開始するとともに、疾患に応じた専門的な治療が受けられる体制の構築

患者の来院後速やかに初期診療を開始するとともに、地域の実情を踏まえた専門的な治療が受けられるように医療体制の構築を推進します。

| 施策-(C) | |
|--------|---|
| ⑤ | 専門的医療提供体制の構築 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病期に応じた切れ目ない医療提供体制の構築 ・ デジタル技術の活用等や、医師等の確保・育成による医療体制の整備 ・ 小児期・若年期の循環器病の、移行医療支援、療養生活に係る情報提供・相談支援等のあり方について検討 |

(4) 患者が入院時から在宅へ復帰までの継続したリハビリテーションが受けられる体制の構築

各期のリハビリテーション等が適切に提供される体制の整備を推進するため、リハビリテーションに係わる医療従事者の資質向上や多職種連携を促進します。

| 施策-(C) | |
|--------|------------------------------------|
| ⑥ | 専門医療スタッフによりリハビリテーションが実施できる体制の構築 |
| | ・ リハビリテーションに係わる医療従事者の資質向上・多職種連携の促進 |

(5) 日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のための治療及びリハビリテーションを受けることができる体制の構築

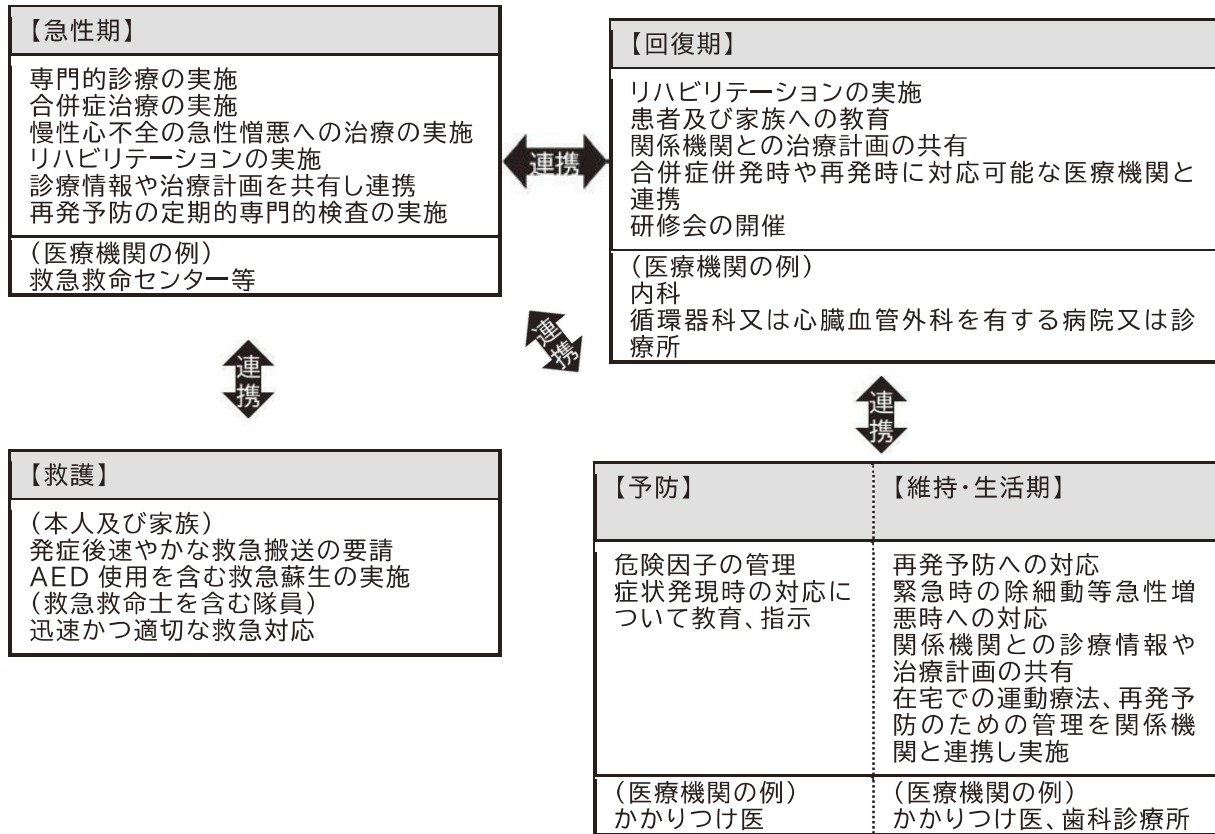
危険因子や基礎疾患の管理の重要性について啓発し、在宅療養支援を担うかかりつけ医、看護師等の資質向上に係る取組を推進します。また、在宅療養支援ガイドブックの活用を促進し、在宅療養支援体制整備を行います。

| 施策-(C) | |
|--------|---|
| ⑦ | 自宅等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、療養支援が受けられる体制の構築 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ (再掲)再発・重症化予防のための、かかりつけ医等の機能強化・資質向上 ・ 在宅療養支援を担う看護師等を対象とした研修会の実施 ・ 在宅療養支援ガイドブックの活用促進 ・ (再掲)心房細動の早期発見及び適切な抗凝固療法の実施を促進するための、多職種連携及び地域連携の促進、医療従事者の資質向上 ・ 口腔ケアに関する関係者の資質向上等による誤嚥性肺炎等の合併症の予防推進 |

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、資料編「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-3-9:心筋梗塞等の心血管疾患医療に係る医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 | 目標値 (2029年) |
|-----|-----------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------|
| (1) | 心血管疾患の年齢調整死亡率が減少している。 | 心疾患患者の年齢調整死亡率(男性) | 213.0 (全国値:190.1) (2020年) | 全国値以下 |
| | | 心疾患患者の年齢調整死亡率(女性) | 118.2 (全国値:109.2) (2020年) | 全国値以下 |
| | | 虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(男性) | 112.7 (全国値:73.0) (2020年) | 全国値以下 |
| | | 虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(女性) | 50.5 (全国値:30.2) (2020年) | 全国値以下 |
| | | 心不全患者の年齢調整死亡率(男性) | 61.6 (全国値:69.0) (2020年) | 減少 |
| | | 心不全患者の年齢調整死亡率(女性) | 42.0 (全国値:48.9) (2020年) | 減少 |
| | | 大動脈瘤及び解離患者の年齢調整死亡率(男性) | 16.9 (全国値:17.3) (2020年) | 全国値以下 |
| | | 大動脈瘤及び解離患者の年齢調整死亡率(女性) | 11.0 (全国値:10.5) (2020年) | 全国値以下 |
| (2) | 心血管疾患の患者が自分らしい生活ができる。 | 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合 | 93.0% (2020年) | 100% |
| | | 在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合 | 80.9% (2020年) | 増加 |
| | | 心血管疾患の退院患者平均在院日数 | 17.1日 (2020年) | 減少 |
| | | 虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 | 7.2日 (2020年) | 減少 |

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 | 目標値 (2029年) |
|-----|---|--------------------------------------|--|------------------|
| (1) | 心血管疾患の発症予防及び発症後の管理 | 収縮期(最高)血圧の平均値 | 128.9mmHg (2022年度) | 127mmHg 以下 ※1 |
| (2) | 患者が早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着することができる体制の構築 | 現場到着から医師引継ぎまでに要した平均時間 | 38.8分 (2022年) | 減少 |
| (3) | 患者の来院後速やかに初期診療を開始するとともに、疾患に応じた専門的な治療が受けられる体制の構築 | PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通件数 | 県北 68件 県西 15件 宇都宮 130件 県東 * ※2 県南 275件 両毛 44件 (2021年度) | 増加 |
| (4) | 患者が入院時から在宅へ復帰までの継続したリハビリテーションが受けられる体制の構築 | 入院心血管リハビリテーションの実施件数 | 4,222件 (2021年度) | 増加 |
| (5) | 日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のための治療及びリハビリテーションを受けることができる体制の構築 | 訪問診療を受けた患者数(1か月当たり) | 7,900人 (2021年度) | 9,088人 |

※1 栃木県健康増進計画(とちぎ健康 21 プラン(2期計画))の目標値

なお、令和7(2025)年度からの次期健康増進計画を踏まえ目標値との調和を図る。

※2 *:NDB から作成した指標については、個人が特定されないよう 10 未満を*で表示している。

施策-(C)

| No. | 項目名 | 指標名 | 現状値 |
|-----|--|---|---------------------------------|
| ① | 心血管疾患の予防に関する啓発 | 1日当たりの食塩摂取量 | 男性 10.7g 女性 8.8g (2022年度) |
| ② | 特定健康診査、特定保健指導等の実施率の向上に向けた取組 | 特定健康診査の実施率 | 56.5% (2021年度) |
| ③ | 発症時の対応に関する啓発 | 一般市民が目撃した心原性心臓停止傷病者のうち、一般市民により除細動が実施された割合 | 5.6% (2022年度) |
| | | 一般市民が目撃した心原性心臓停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合 | 52.3% (2022年度) |
| ④ | 専門医療機関への速やかな搬送体制の整備 | 運用救急救命士数(運用率) | 94.6% (2023年) |
| ⑤ | 専門的医療提供体制の構築 | 循環器内科医師数(人口10万対) | 10.7人 (2020年) |
| | | 心臓血管外科医師数(人口10万対) | 2.3人 (2020年) |
| ⑥ | 専門医療スタッフによりリハビリテーションが実施できる体制の構築 | 心大血管リハビリテーション料(I)届出施設数 | 23施設 (2021年度) |
| ⑦ | 自宅等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、療養支援が受けられる体制の構築 | 訪問診療を実施している診療所・病院数 | 280施設 (2021年度) |
| | | 心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数 | 20人 (2022年12月27日時点) |

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)

