

秋田県循環器病対策推進計画（素案）

令和6年3月

秋 田 県

目 次

第1章 計画の趣旨

第1節 策定の趣旨	1
第2節 計画の位置づけ	2
第3節 計画期間	2

第2章 基本方針

第1節 基本方針	3
第2節 全体目標	5

第3章 本県の現状

第1節 県民の健康	6
第2節 人口推計	15
第3節 患者推計	16
第4節 二次医療圏	23

第4章 分野毎の現状・課題と主要な施策

第1節 循環器病対策全体の基盤の整備	24
1 循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備	24
第2節 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	26
1 ライフステージに応じた生活習慣や社会環境の改善	26
2 多様な媒体による効果的な情報発信	33
第3節 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	34
1 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進	34
2 医療提供体制の構築	36
(1) 救急搬送体制の整備と救急医療の確保	36
(2) 急性期から慢性期までの切れ目のない医療提供体制の構築	46
(3) 小児期から成人期までの成育過程を通じた循環器病対策	73
3 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者への支援	75
(1) 多職種連携による医療・介護連携の促進	75
(2) 後遺症の治療と仕事の両立支援・就労支援	76
(3) 循環器病に関する適切な情報提供	78
第4節 循環器病の研究推進	79

第5章 推進体制と評価

第1節 推進体制	80
第2節 感染症発生時や災害等有事を見据えた対応	81
第3節 各団体等の役割	82
第4節 評価と見直し	83

第1章 計画の趣旨

第1節 策定の趣旨

- 脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、本県はもとより、全国でも主要な死亡原因であるとともに、介護が必要となる主な原因のひとつとなっています。
- また、医療費を疾患別に見ると、循環器系の疾患が占める割合が最多となっていることなど、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す。
- 循環器病は、生活習慣や遺伝要因、外部環境などの複合的な要因によって発症する生活習慣病の合併症として急性発症し、回復期及び慢性期においても増悪と再発を繰り返すことがあることから、急性期・回復期・慢性期、維持期に至るまでシームレスな医療・介護体制の整備が必要です。
- こうした課題に対応するため、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「循環器病対策基本法」という。）」が、令和元年12月に施行され、令和2年10月、国では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を策定しました。
- 国の基本計画を受け、本県でも特有の状況を前提とした秋田県循環器病対策推進計画を令和3年3月に策定し、循環器病対策に係る取組を進めてきました。
- 国では、令和5年3月に第2期循環器病対策推進基本計画を策定しており、本県においても、現況を踏まえ、循環器病の予防や保健、医療、介護サービスの提供を更に推進するため、第2期秋田県循環器病対策推進計画を策定します。

第2節 計画の位置づけ

- 循環器病対策基本法第11条第1項に規定する都道府県循環器病対策推進計画
- 医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画、その他の法令の規定による計画等と、整合性を図りながら推進します。

第3節 計画期間

この計画は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とします。

第2章 基本方針

第1節 基本方針

令和5（2023）年7月1日現在、本県の高齢化率（総人口に占める満65歳以上の方の割合）は39.3%となっており、この数値は、令和32（2050）年の全国値37.1%（推計）を既に上回っています。さらに今後も人口減少は進み、令和32（2050）年の人口は、現在から約40万人減少し、56万人と推計されています。

日本一の高齢化先進県、人口減少先進県である本県の今は、日本の未来です。未知の領域で本県が先駆けて講じる医療は、日本の地域医療の未来であり、全国に模範として示されるものであることを念頭に置く必要があります。

高齢化・人口減少に伴い、今後の医療需要、疾病を解決することを主眼とする「治す医療」から患者総体の生活の質（QOL：quality of life）を得るための「治し支える医療」への転換が必要とされています。また、成熟社会（豊かな長寿社会）実現のためには、平均寿命の延伸のみならず健康寿命の延伸が不可欠となります。

「治し支える医療」実現のためには、病院機能の再編成と地域包括ケアシステムにおける在宅医療の推進、終末期医療と緩和ケアについての啓発が必要です。また、健康寿命の延伸には、生活習慣病予防、認知症対策、多面的なフレイル・ロコモ予防などが必要であり、一番重要なのは、医療・福祉・介護に従事する人と住民が連携して地域全体で支える社会です。

循環器病対策においては、こうした、本県が置かれている立場、状況を踏まえるとともに、循環器病対策基本法の基本理念の基、次に掲げる目標を達成することにより、「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）循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

- ・ 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の推進
- ・ 生活習慣等に対する県民の意識と行動の変容を促す県民に対する十分かつ的確な情報提供と知識の普及啓発
- ・ 子どもの頃からの生活習慣病を予防する健康教育の充実

(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

- ・ 地域の実情に応じた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よる医療提供体制の構築
- ・ 多職種連携による効果的かつ持続可能な医療、介護及び福祉に係るサービスの提供体制の充実
- ・ 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医療提供体制の構築

(3) 循環器病の研究推進

高齢先進県である本県の特徴を踏まえ、脳卒中や心筋梗塞の危険因子となる生活習慣病の克服、健康寿命の延伸に繋がる調査・研究の推進

なお、施策の方向性に基づく「主な取組」については、短期的・中長期的・基盤的の3つに分類して記載することとし、メリハリのある対策を行うこととします。

◎ 計画終了の令和11年度までの短期間で集中的に実施する取組【短期】

(例：令和11年度までに集中的に実施する事業。専門の医療機器や施設整備が伴うハード事業等)

○ 中長期的に課題解決に取り組む必要がある重点的な取組【中長期】

(例：長期的に取り組むほか、幅広い視点が必要な事業。普及啓発、医療人材の育成などのソフト事業等)

● 継続的に取り組む必要がある基盤的ベーシックな取組【継続】

※人口に関する出典：日本の地域別将来推計人口（令和5年12月）（国立社会保障・人口問題研究所）

第2節 全体目標

代表指標1 健康寿命の延伸

指標名	区分	単位	基準値		目標値	
			年	基準値	年	目標値
健康寿命 (日常生活に制限のない期間の平均)	男性	年	令和元年	72.61	令和11年	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加
	女性		令和元年	76.00	令和11年	

出典：厚生労働科学研究「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」（厚生労働省）

※指標に関する考え方

- 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の延伸を図り、不健康期間を短縮する。
第3期健康秋田21計画（R6～R15）の目標値と同じ考え方。

代表指標2 脳血管疾患、心疾患による年齢調整死亡率の減少

指標名	区分	単位	基準値		目標値	
			年	基準値	年	目標値
脳血管疾患による人口10万人当たり 年齢調整死亡率	男性	%	令和4年	45.5	令和11年	37.0
	女性		令和4年	22.2	令和11年	18.8
心疾患による人口10万人当たり 年齢調整死亡率	男性	%	令和4年	51.5	令和11年	47.0
	女性		令和4年	27.1	令和11年	25.4

出典：人口動態統計調査（厚生労働省）

※指標に関する考え方

○脳血管疾患

- 第3期健康秋田21計画（R6～R15）において、令和15年度の目標値を令和3年度における全国平均（男性32.0、女性16.8）としており、それに向け、男性は1.23%/年、女性0.50%/年の減少を図る

○心疾患

- 第3期健康秋田21計画（R6～R15）において、現状値から男性13.8%、女性10.4%減少させ、目標値を男性44.0、女性24.3としており、それに向け、男性は0.65%/年、女性は0.25%/年の減少を図る。（男性13.8%、女性10.4%の減少は前回計画と同様）

（参考）年度ごとの目標値

脳血管疾患	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
男性	45.5	44.3	43.1	41.8	40.6	39.4	38.2	37.0	35.7	34.5	33.3	32.0
女性	22.3	21.8	21.3	20.8	20.3	19.8	19.3	18.8	18.3	17.8	17.3	16.8
心疾患	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
男性	51.5	50.9	50.2	49.6	48.9	48.3	47.6	47.0	46.3	45.7	45.0	44.4
女性	27.1	26.9	26.6	26.4	26.1	25.9	25.6	25.4	25.1	24.9	24.6	24.3

※ R4は実績値、R11は本計画における目標値、R15は健康秋田21計画における目標値

※年齢調整死亡率について

都道府県別に、死亡数を人口で除した通常の死亡率を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向がある。このような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年齢構成を調整した死亡率が年齢調整死亡率（人口10万対）である。

この年齢調整死亡率を用いることによって、年齢構成の異なる集団を、地域比較や年次比較をすることができる。

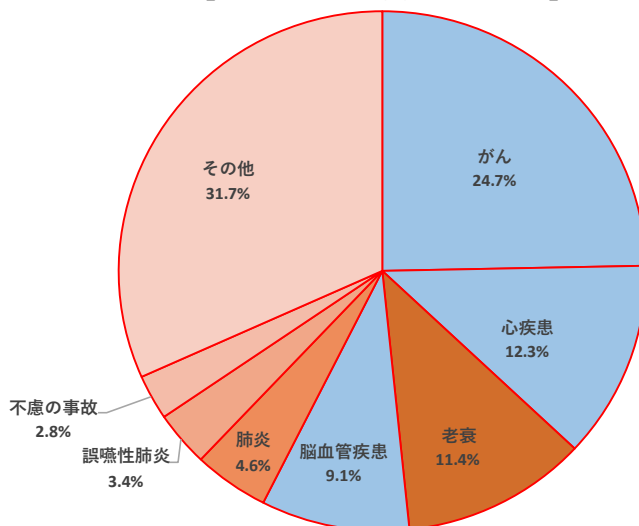
第3章 本県の現状

第1節 県民の健康

① 三大生活習慣病の状況

がん、脳血管疾患、心疾患による死亡者が全体の約5割を占めており、その克服が本県の課題となっています。

【秋田県民の死因別死亡割合】



生活習慣の影響が大きい
がん、心疾患、脳血管疾患が
全体の約半分（46.1%）を占
めます。

出典：令和4年人口動態統計（厚生労働省）

② 介護が必要となった主な原因

脳血管疾患（脳卒中）が16.1%、心疾患（心臓病）が5.1%となっています。

表1 現在の要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合 (単位：%)

	総数	要支援者			要介護者					
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
総数	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
認知症	16.6	3.8	5.1	2.7	23.6	26.4	23.6	25.3	14.4	23.1
脳血管疾患（脳卒中）	16.1	11.2	10.3	12.0	19.0	14.5	17.5	19.6	28.0	26.3
骨折・転倒	13.9	16.1	12.2	19.6	13.0	13.1	11.0	12.8	18.7	11.3
高齢による衰弱	13.2	17.4	19.5	15.5	10.9	12.6	10.9	11.2	8.8	6.8
関節疾患	10.2	19.3	18.7	19.8	5.4	7.5	6.1	4.6	2.1	1.7
心疾患（心臓病）	5.1	6.3	6.7	6.0	4.5	5.9	4.7	3.2	4.4	1.5
パーキンソン病	3.5	2.4	3.1	1.7	4.3	2.5	3.9	4.9	4.4	10.4
糖尿病	2.9	2.6	3.0	2.3	2.8	2.3	3.1	5.4	0.8	1.9
悪性新生物（がん）	2.7	2.1	1.9	2.3	3.1	3.0	3.2	2.4	3.3	3.9
呼吸器疾患	2.0	2.4	2.8	2.1	1.7	0.9	3.0	1.6	1.8	1.0
脊髄損傷	2.2	2.6	2.1	2.9	2.1	1.3	3.4	1.4	2.6	1.0
視覚・聴覚障害	1.1	1.2	2.1	0.5	0.9	1.4	1.0	0.1	0.6	0.8
その他	7.1	8.5	7.1	9.7	6.5	5.1	6.1	6.7	8.6	9.2
わからない	1.3	1.1	1.4	0.8	1.3	2.6	1.0	0.3	0.8	-
不詳	2.1	2.9	4.0	2.0	0.9	0.8	1.3	0.5	0.6	1.1

出典：令和4年国民生活基礎調査（厚生労働省）

注:1) 「総数」には要介護度不詳を含む。2) 現在の「要介護度」とは令和4年6月の要介護度をいう。

介護が必要となった原因の年度推移を見ると、心疾患はこれまで4.5%前後で推移していましたが、令和4年度は5.1%となり、令和元年に比べ0.6ポイント上昇しています。

表2 現在の要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合・年度推移（単位：％）

	平成25年	平成28年	令和元年	令和4年
総数	100	100	100	100
認知症	15.8	18.0	17.6	16.6
脳血管疾患（脳卒中）	18.5	16.6	16.1	16.1
骨折・転倒	11.8	12.1	12.5	13.9
高齢による衰弱	13.4	13.3	12.8	13.2
関節疾患	10.9	10.2	10.8	10.2
心疾患（心臓病）	4.5	4.6	4.5	5.1
パーキンソン病	3.4	3.1	2.3	3.5
糖尿病	2.8	2.7	2.5	2.9
悪性新生物（がん）	2.3	2.4	2.6	2.7
呼吸器疾患	2.4	2.2	2.7	2.0
脊髄損傷	2.3	2.3	1.5	2.2
視覚・聴覚障害	1.8	1.3	1.4	1.1
その他	7.6	8.2	9.1	7.1
わからない	1.0	1.1	1.1	1.3
不詳	1.6	2.0	2.4	2.1

出典：令和4年国民生活基礎調査（厚生労働省）

③ 収縮期血圧の状況

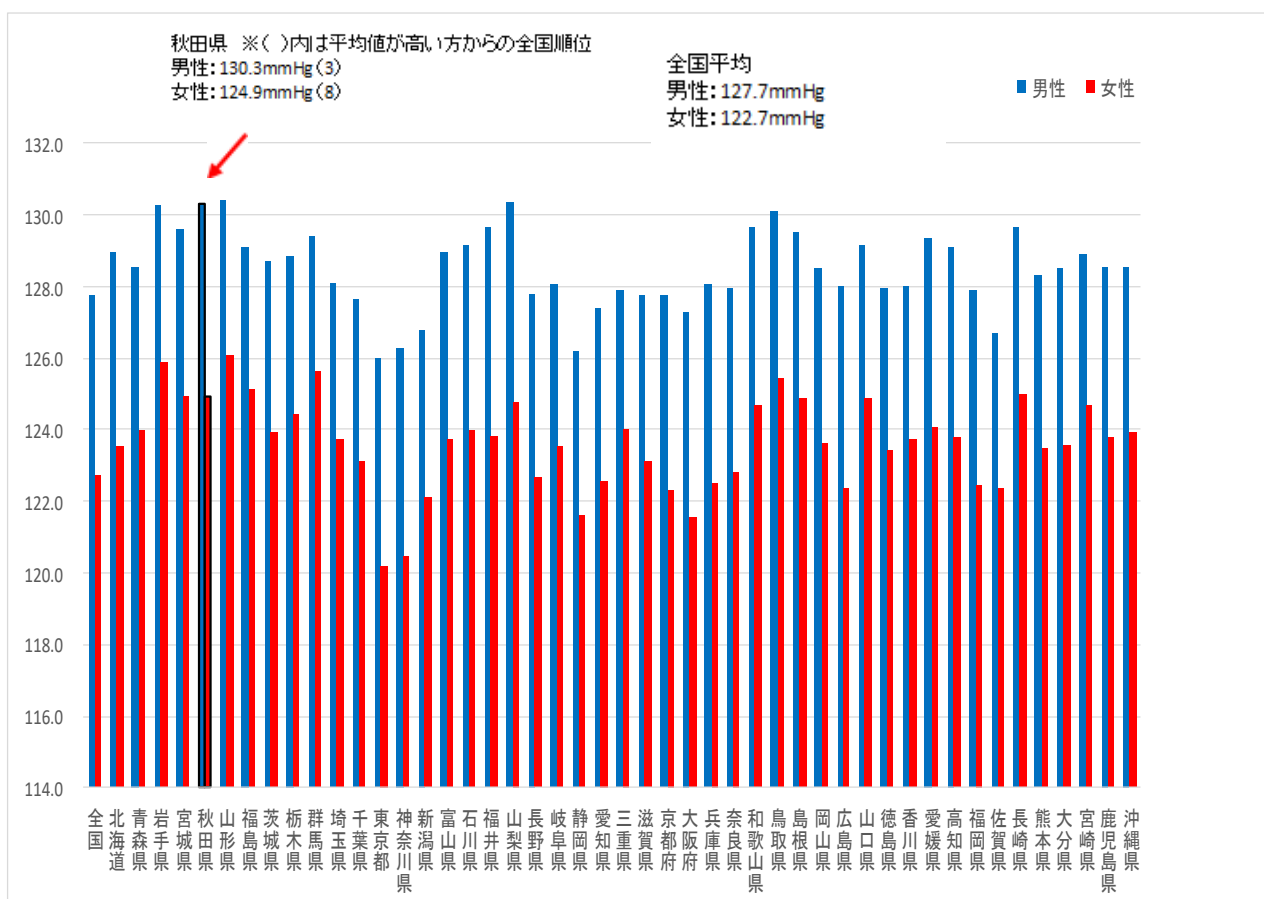
- ・ 収縮期血圧の平均値は、全国平均より高い状況が続いています。
- ・ 令和2年度における本県の収縮期血圧の平均値は、全国平均と比べると、男性が全国ワースト3位、女性が全国ワースト8位と高い状況となっています。

表1 収縮期血圧の平均値（40～74歳）（mmHg）

		H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
男性	秋田県	129.9	129.9	130.1	130.3
	全国	126.5	126.6	126.6	127.7
女性	秋田県	124.4	124.5	124.7	124.9
	全国	121.3	121.3	121.3	122.7

出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）、医務薬事課調べ

表2 R2年度 都道府県別 収縮期血圧の平均値（40～74歳）



出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）、医務薬事課調べ

④ 脂質異常の状況

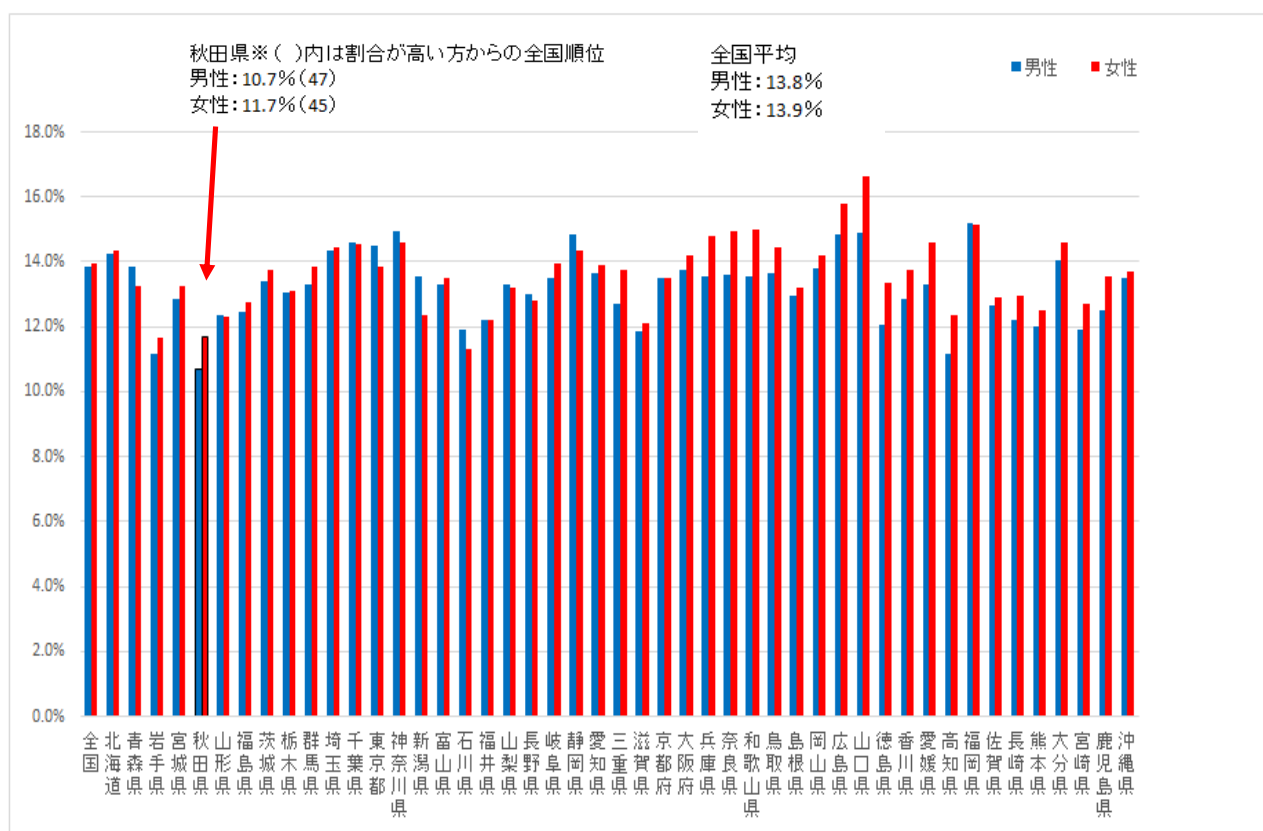
- ・ 脂質異常の者の割合は全国平均より低い状況が続いています。

表1 LDL コレステロールが160mg/dl以上の脂質異常の者の割合(40-74歳)(%)

		H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
男性	秋田県	9.4	10.1	10.4	10.7
	全国	11.7	12.6	13.0	13.8
女性	秋田県	10.5	11.0	11.6	11.7
	全国	12.4	13.2	13.3	13.9

出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）、医務薬事課調べ

表2 R2年度 都道府県別 LDL コレステロールが160mg/dl以上の脂質異常の者の割合(40-74歳)



出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）、医務薬事課調べ

⑤ 高血糖状態の状況

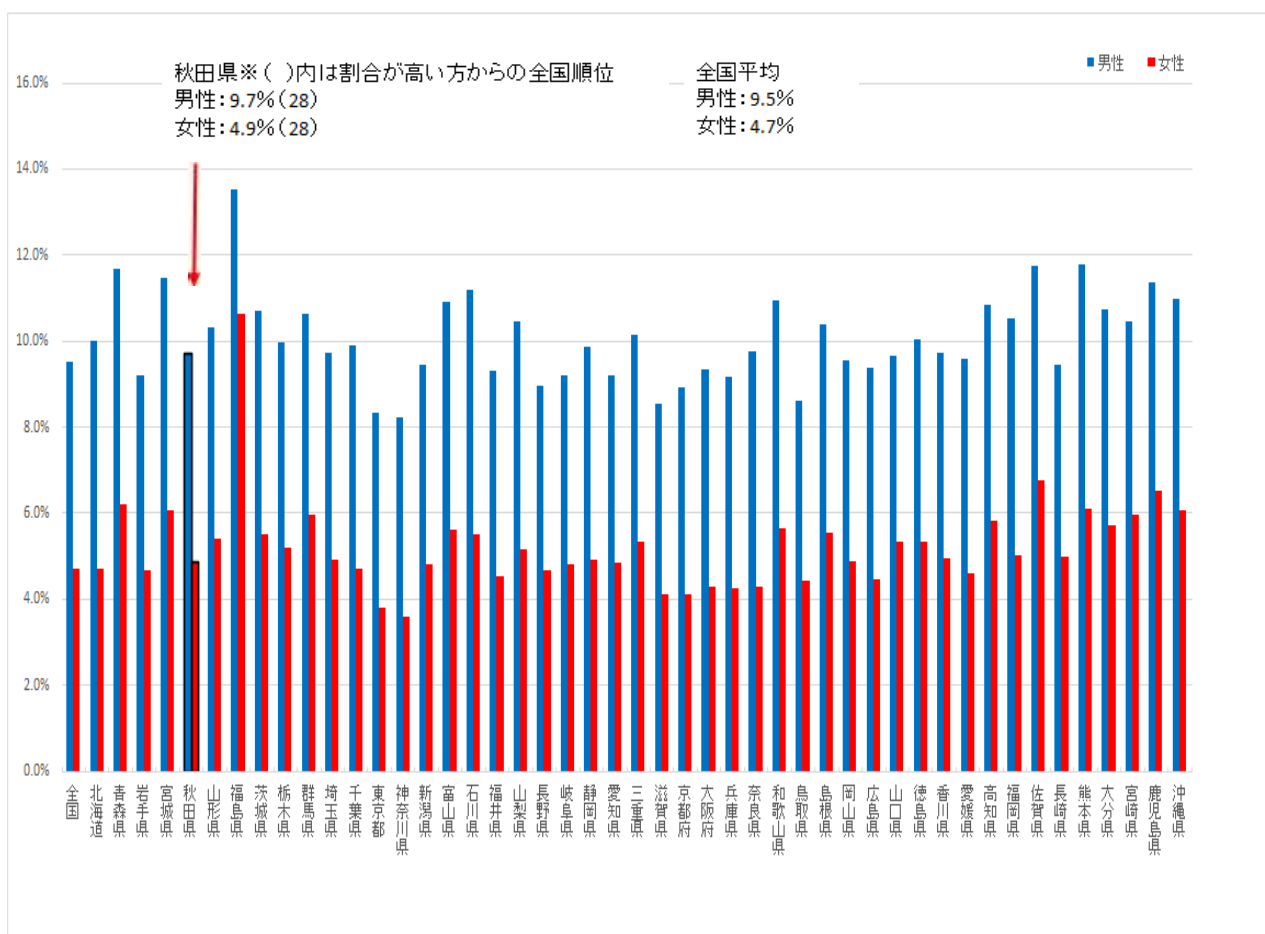
- ・ 高血糖状態の者の割合は、全国平均と同程度となっています。

表1 HbA1cが6.5%以上の高血糖状態の者の割合（40～74歳）（%）

		H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
男性	秋田県	9.0	9.1	9.7	9.7
	全国	9.1	9.2	9.3	9.5
女性	秋田県	4.5	4.6	5.0	4.9
	全国	4.6	4.5	4.6	4.7

出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）、医務薬事課調べ

表2 R2年度 都道府県別 HbA1cが6.5%以上の高血糖状態の者の割合（40～74歳）

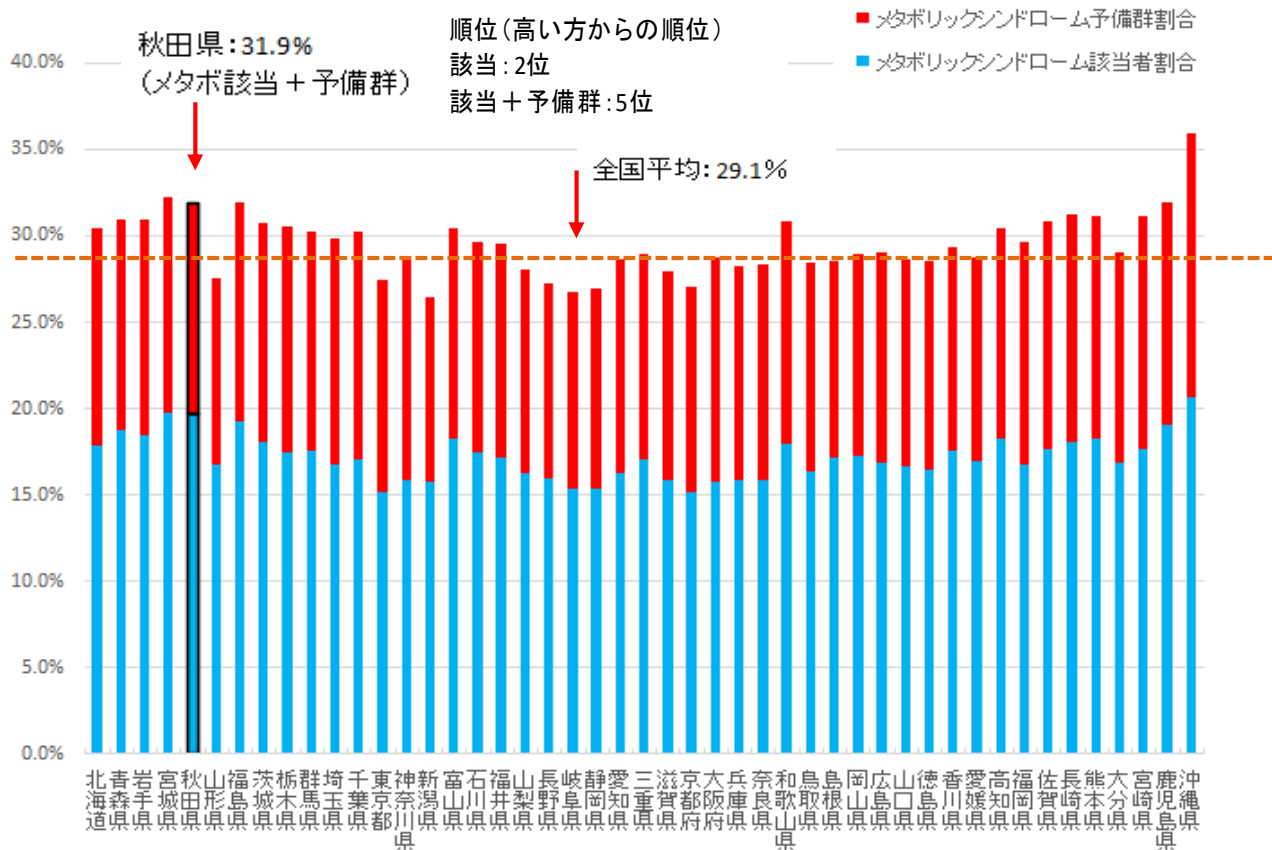


出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）、医務薬事課調べ

⑥ メタボリックシンドロームの状況

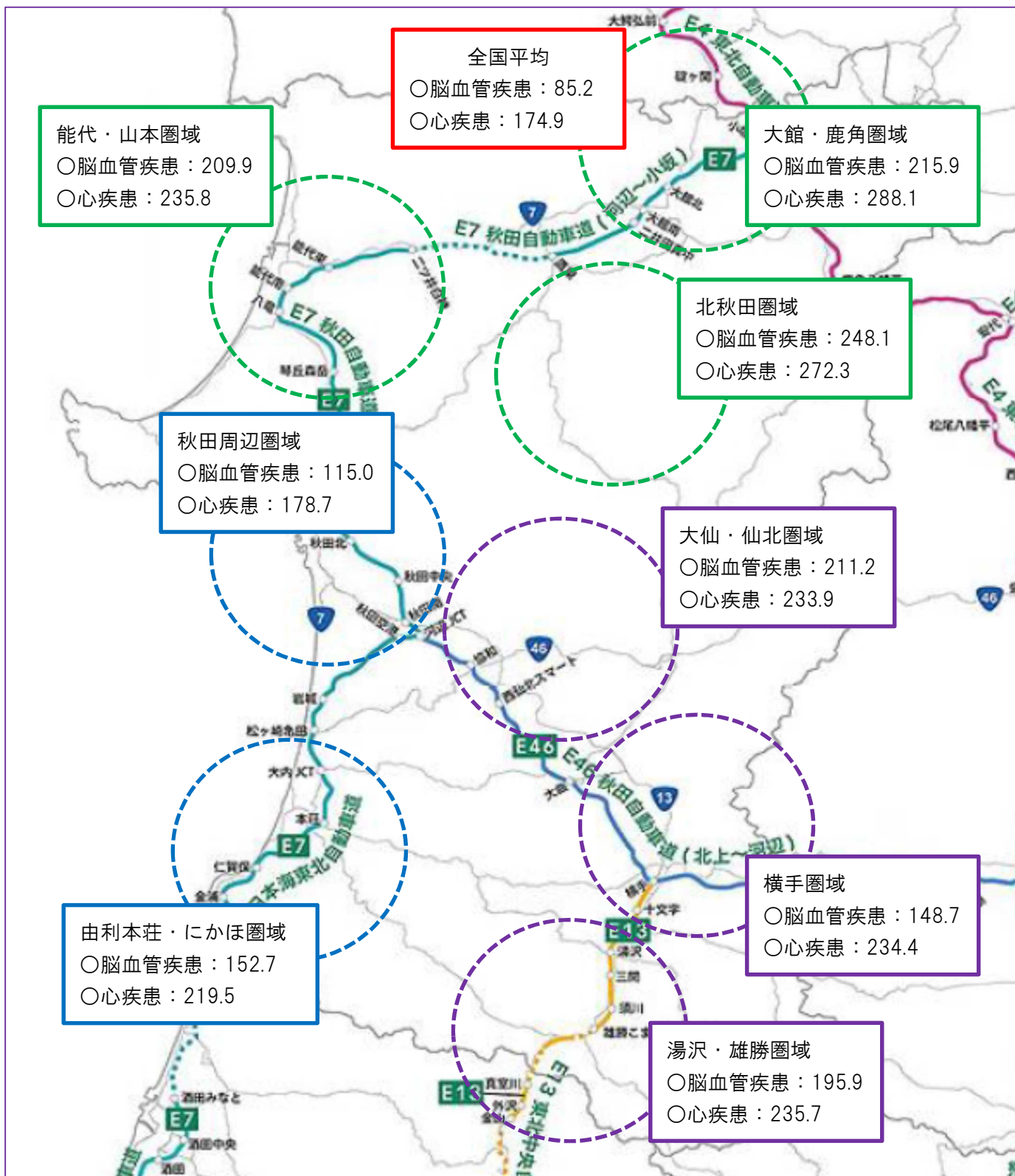
- ・ 糖尿病、脳血管疾患や心疾患の危険因子となるメタボリックシンドロームの該当者の割合は全国平均より高い状況が続いており、令和2年度は全国ワースト2位で、該当者と予備群を合わせると、全国ワースト5位となっています。

表 令和2年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合



出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）、医務薬事課調べ

⑦ 死亡者数の状況（人口10万人対）—令和3年度—



出典：高速道路ナンバリング路線図（国土交通省）
令和3年人口動態統計（厚生労働省）

- ・ 人口10万人当たりの死亡者数の状況は、脳血管疾患、心疾患（高血圧性を除く）とともに、全国と比べ多い状況となっています。（表1）
- ・ 圏域別では、北秋田圏域において、脳血管疾患の死亡者数（人口10万対）が多く（表2-1）、心疾患（高血圧性を除く）の死亡者数（人口10万対）は、大館・鹿角圏域が多い状況となっています。（表3-1）
- ・ 「脳血管疾患」では、脳梗塞、くも膜下出血、脳内出血いずれも、死亡者数（人口10万対）は、全国平均と比べ多い状況となっています。（表2-2）（表2-3）（表2-4）
- ・ 「心疾患（高血圧性を除く）」では、心不全及び大動脈瘤及び解離の死亡者数（人口10万対）が、全国平均と比べ多い状況となっています。（表3-4）

表1 死亡者数等の状況

	死亡者数			死亡率					
	4年	3年	増減 (4年-3年)	4年	全国順位	3年	全国順位	増減 (4年-3年)	全国 (令和4年)
悪性新生物<腫瘍>	4,260	4,136	124	460.0	1	439.5	1	20.5	316.1
心疾患(高血圧性を除く)	2,119	2,118	1	228.1	11	225.1	13	3.0	190.9
老衰	1,964	1,644	320	212.1	8	174.7	5	37.4	147.1
脳血管疾患	1,573	1,575	▲2	169.9	1	167.4	1	2.5	88.1
肺炎	796	820	▲24	86.0	6	87.1	9	▲1.1	60.7
誤嚥性肺炎	594	517	77	64.1	7	54.9	6	9.2	45.9
不慮の事故	484	466	18	52.3	1	49.5	3	2.8	35.6
アルツハイマー病	434	414	20	46.9	2	44.0	2	2.9	20.4
血管性及び詳細不明の認知症	359	316	43	38.8	5	33.6	1	5.2	20.0
腎不全	339	305	34	36.6	7	32.4	6	4.2	25.2
大動脈瘤及び解離	187	189	▲2	20.2	10	20.1	15	0.1	16.4

出典：令和4年人口動態統計（厚生労働省） ※死亡率は人口10万対

表2-1 脳血管疾患の死亡者数 (単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年度	227	82	162	444	151	261	130	118	1,575	104,595
(人口10万対)	(215.9)	(248.1)	(209.9)	(115.0)	(152.7)	(211.2)	(148.7)	(195.9)	(162.1)	(85.2)
(年齢調整死亡率)									(35.6)	(23.8)
令和2年度	211	57	137	481	156	185	131	109	1,467	102,978
令和元年度	226	58	168	494	156	230	159	134	1,625	106,552

表2-2 うち脳梗塞の死亡者数 (単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年度	136	52	96	224	78	136	79	69	870	58,489
(人口10万対)	(129.3)	(157.3)	(124.4)	(58.0)	(78.9)	(110.1)	(90.3)	(114.5)	(89.5)	(47.6)
(年齢調整死亡率)									(14.1)	(10.1)
令和2年度	130	38	83	244	88	85	79	60	807	56,864
令和元年度	138	37	98	258	99	125	86	74	915	59,267

表2-3 うちくも膜下出血の死亡者数 (単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年度	14	3	11	53	12	19	9	9	130	10,947
(人口10万対)	(13.3)	(9.1)	(14.3)	(13.7)	(12.1)	(15.4)	(10.3)	(14.9)	(13.4)	(8.9)
(年齢調整死亡率)									(4.9)	(3.9)
令和2年度	24	5	7	66	14	25	16	6	163	11,416
令和元年度	25	6	12	61	9	20	19	6	158	11,731

表2-4 うち脳内出血の死亡者

(単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年度	70	27	52	127	43	96	36	30	481	32,208
(人口10万対)	(66.6)	(81.7)	(67.4)	(32.9)	(43.5)	(77.7)	(41.2)	(49.8)	(49.5)	(26.2)
(年齢調整死亡率)									(13.9)	(9.2)
令和2年度	53	14	43	128	43	74	35	36	426	31,997
令和元年度	60	13	54	146	38	83	53	50	497	32,776

出典：人口動態統計（厚生労働省）

表3-1 心疾患（高血圧性を除く）による死亡者数

(単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年度	303	90	182	690	217	289	205	142	2,118	214,710
(人口10万対)	(288.1)	(272.3)	(235.8)	(178.7)	(219.5)	(233.9)	(234.4)	(235.7)	(218.0)	(174.9)
(年齢調整死亡率)									(38.7)	(45.2)
令和2年度	303	77	158	641	220	309	187	173	2,068	205,596
令和元年度	268	103	176	591	248	296	190	174	2,046	207,714

表3-2 うち虚血性心疾患による死亡者数

(単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年度	34	16	38	144	23	36	25	31	347	68,001
(人口10万対)	(32.3)	(48.4)	(49.2)	(37.3)	(23.3)	(29.1)	(28.6)	(51.5)	(35.7)	(54.8)
(年齢調整死亡率)									(7.1)	(18.0)
令和2年度	59	17	27	127	34	38	30	24	356	67,305
令和元年度	52	21	41	124	32	40	28	26	364	67,326

表3-3 うち心不全による死亡者数

(単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年度	180	51	100	260	116	176	116	72	1,071	89,950
(人口10万対)	(171.2)	(154.3)	(129.6)	(67.3)	(117.3)	(142.4)	(132.6)	(119.5)	(110.2)	(73.3)
(年齢調整死亡率)									(20.5)	(18.4)
令和2年度	162	44	86	333	113	197	110	116	1,161	84,085
令和元年度	126	64	78	283	135	180	105	113	1,084	85,565

表3-4 うち大動脈瘤及び大動脈解離による死亡者数

(単位：人)

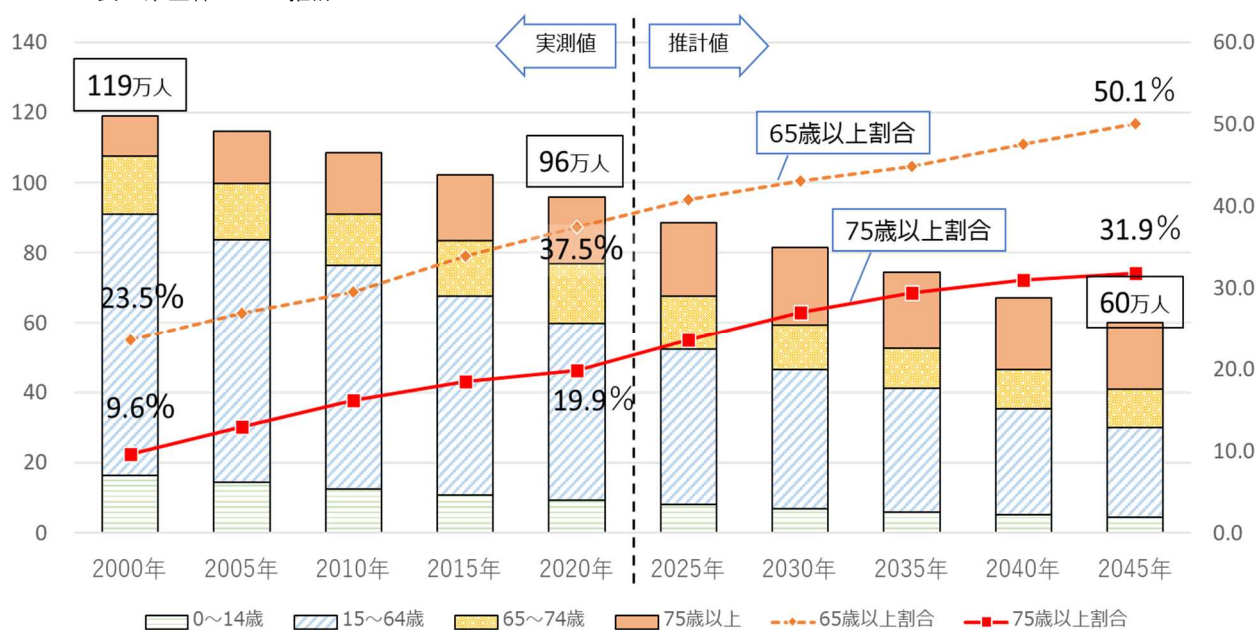
圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年度	22	8	18	69	18	19	28	7	189	19,351
(人口10万対)	(20.9)	(24.2)	(23.3)	(17.9)	(18.2)	(15.4)	(32.0)	(11.6)	(19.5)	(15.6)
(年齢調整死亡率)									(4.7)	(4.9)
令和2年度	19	6	9	67	14	24	18	16	173	18,795
令和元年度	24	6	13	61	19	26	26	8	183	18,830

出典：人口動態統計（厚生労働省）

第2節 人口推計

- 本県の人口は昭和30年の135万人をピークに減少を続け、将来推計人口によると、今後も本県の人口は減少を続け、2045年には60万2千人になると想定されています。
- 一方、65歳以上の高齢者人口は年々増加しており、2020年頃にピークを迎え、その後減少すると推計されています。
- 2045年の本県の高齢化率は50.1%で、全国で唯一半数を超える見通しとなっており、75歳以上の割合は31.9%と、増加分のほとんどを75歳以上の高齢者が占めています。

表 県全体の人口推計



出典：日本の地域別将来推計人口（平成30年3月）（国立社会保障・人口問題研究所）
 国勢調査（総務省） ※2020年までは国勢調査の実績、2025年以降は推計人口

総人口						
2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
1,023,119	959,502	885,285	814,295	744,014	672,617	601,649

総人口に占める65歳以上人口の割合 (%)						
2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
33.8	37.5	40.8	43.0	44.9	47.5	50.1

総人口に占める75歳以上人口の割合 (%)						
2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
18.4	19.9	23.6	27.0	29.4	30.9	31.9

第3節 患者推計

<入院患者>

- 平成27(2015)年に11,619人であった総患者数は、令和27(2045)年には1万人を割り込み、9,806人へ減少すると推計されています。
- 増加傾向にある後期高齢者(75歳以上)の患者数は令和17(2035)年頃をピークに減少するものと推計されています。
- 65歳以上の割合は令和27(2045)年まで増加が続く見込みです。

表 県内の入院患者数の推移 (人/日)

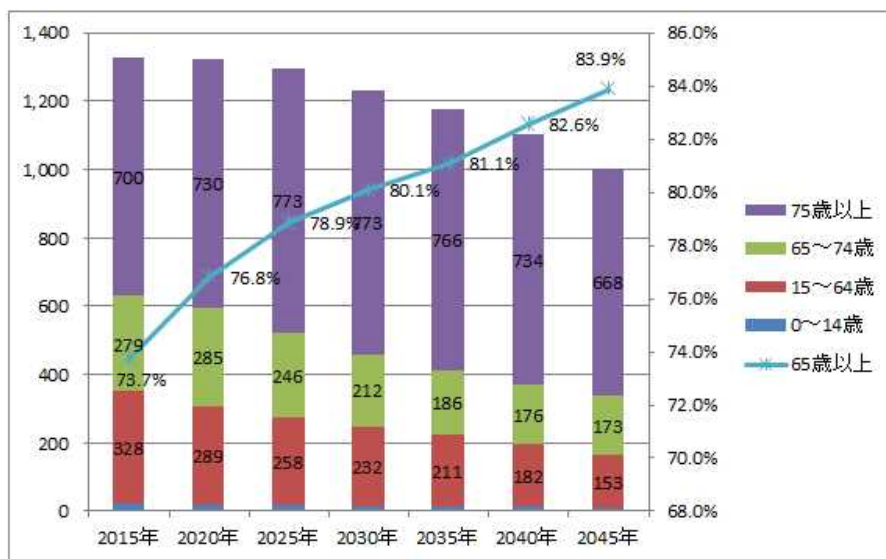


	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0~14歳	193	166	145	126	109	94	81
15~64歳	3,125	2,767	2,460	2,239	2,038	1,755	1,475
65~74歳	2,431	2,609	2,348	2,012	1,772	1,720	1,694
75歳以上	5,869	6,147	6,709	6,983	7,203	7,052	6,557
合計	11,619	11,689	11,662	11,360	11,123	10,621	9,806
増減	0.0%	0.6%	0.4%	-2.2%	-4.3%	-8.6%	-15.6%
65歳以上	71.4%	74.9%	77.7%	79.2%	80.7%	82.6%	84.1%

出典：令和2年患者調査（厚生労働省）

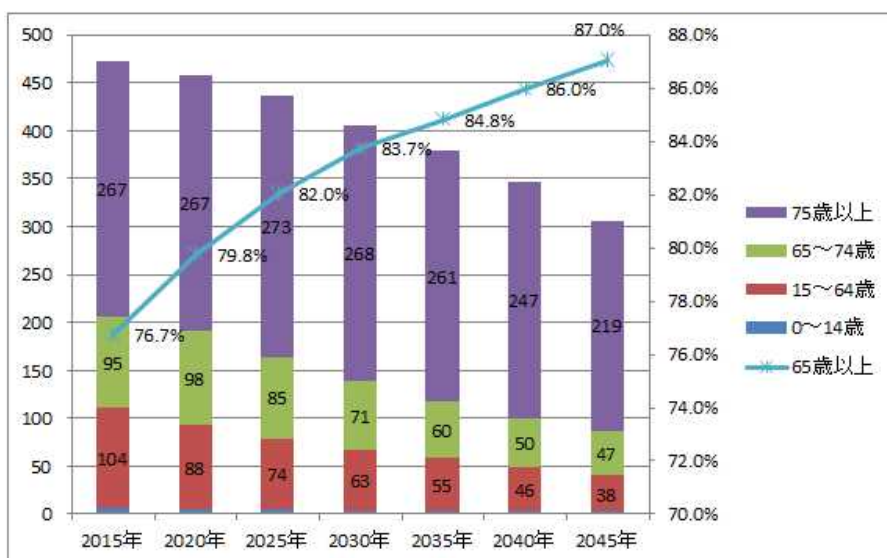
日本の地域別将来推計人口（平成30年3月）（国立社会保障・人口問題研究所）

[大館・鹿角圏域] (人/日)



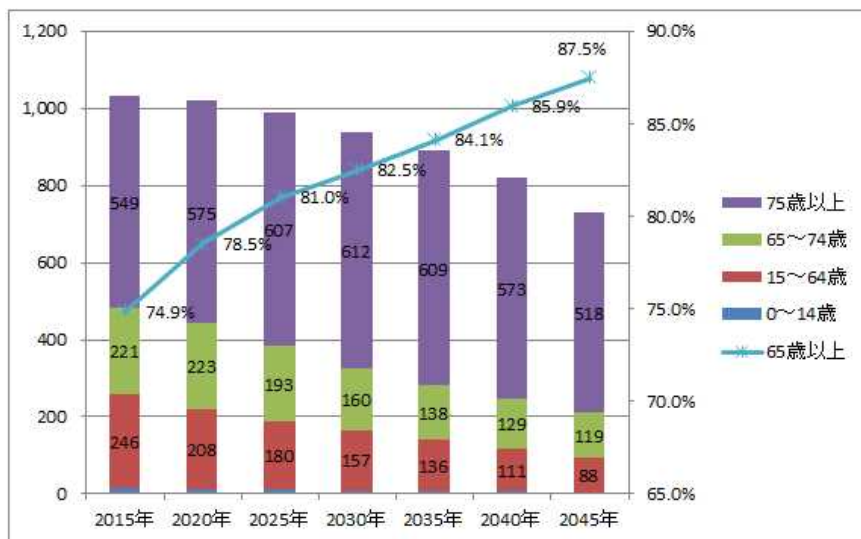
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0~14歳	21	17	15	13	11	10	8
15~64歳	328	289	258	232	211	182	153
65~74歳	279	285	246	212	186	176	173
75歳以上	700	730	773	773	766	734	668
合計	1,328	1,321	1,292	1,231	1,175	1,102	1,002
増減	0.0%	-0.5%	-2.7%	-7.3%	-11.5%	-17.0%	-24.5%
65歳以上	73.7%	76.8%	78.9%	80.1%	81.1%	82.6%	83.9%

[北秋田圏域] (人/日)



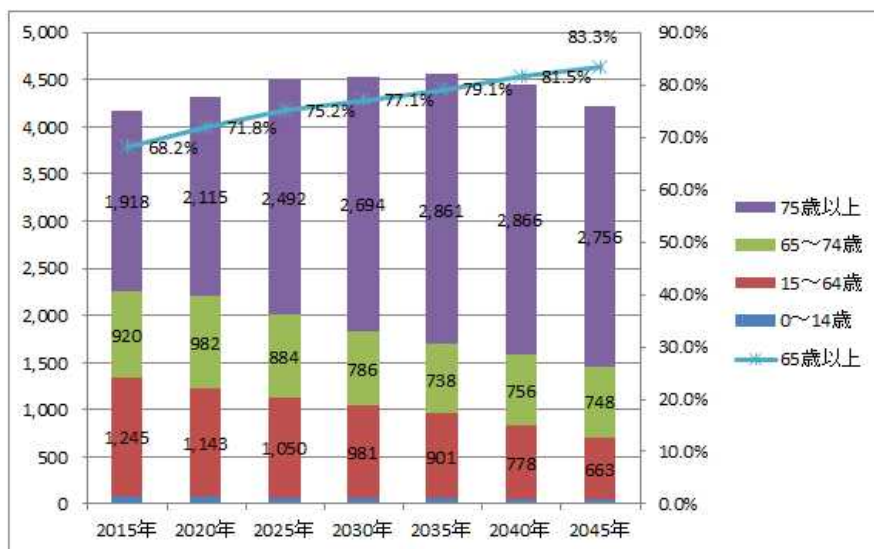
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0~14歳	5	4	4	3	3	2	2
15~64歳	104	88	74	63	55	46	38
65~74歳	95	98	85	71	60	50	47
75歳以上	267	267	273	268	261	247	219
合計	471	457	436	405	378	346	306
増減	0.0%	-3.0%	-7.6%	-14.0%	-19.7%	-26.5%	-35.2%
65歳以上	76.7%	79.8%	82.0%	83.7%	84.8%	86.0%	87.0%

[能代・山本圏域] (人/日)



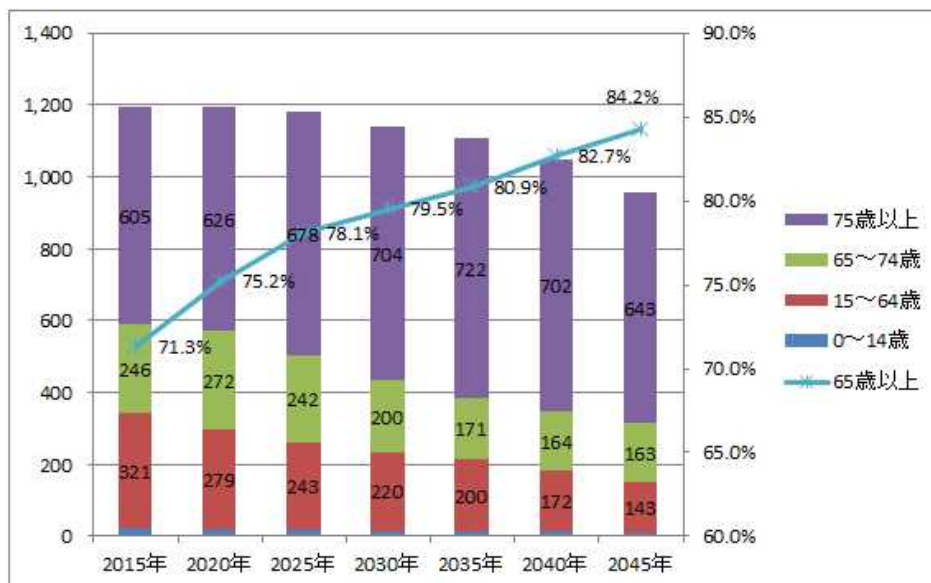
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0~14歳	13	11	8	7	5	4	4
15~64歳	246	208	180	157	136	111	88
65~74歳	221	223	193	160	138	129	119
75歳以上	549	575	607	612	609	573	518
合計	1,029	1,016	988	936	888	817	728
増減	0.0%	-1.2%	-3.9%	-9.0%	-13.7%	-20.6%	-29.2%
65歳以上	74.9%	78.5%	81.0%	82.5%	84.1%	85.9%	87.5%

[秋田周辺圏域] (人/日)



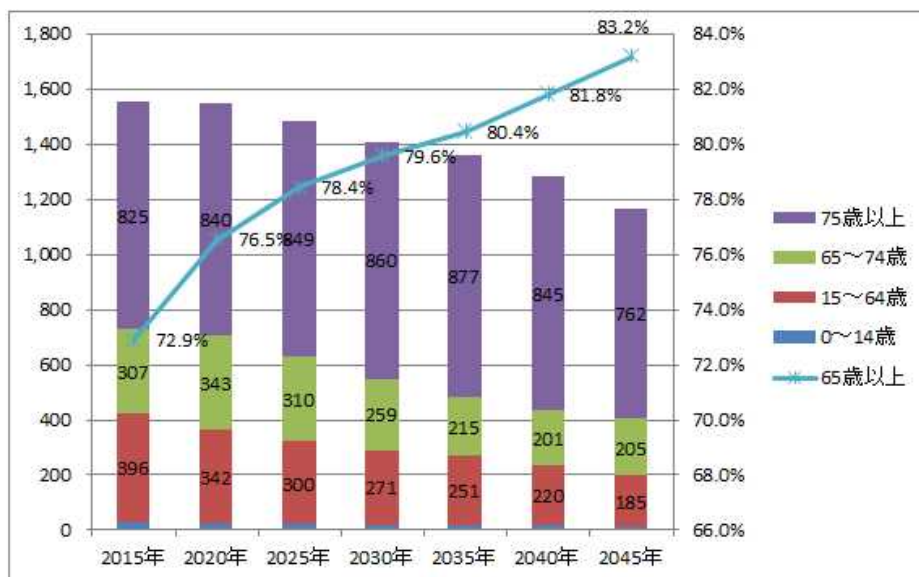
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0~14歳	80	72	62	55	49	43	38
15~64歳	1,245	1,143	1,050	981	901	778	663
65~74歳	920	982	884	786	738	756	748
75歳以上	1,918	2,115	2,492	2,694	2,861	2,866	2,756
合計	4,163	4,312	4,488	4,516	4,548	4,443	4,206
増減	0.0%	3.6%	7.8%	8.5%	9.2%	6.7%	1.0%
65歳以上	68.2%	71.8%	75.2%	77.1%	79.1%	81.5%	83.3%

[由利本荘・にかほ圏域] (人/日)



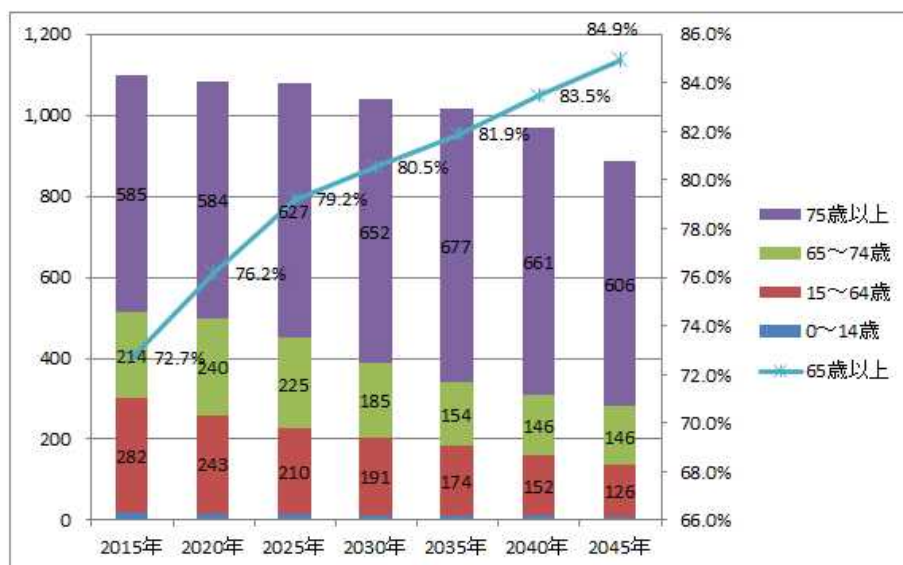
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0~14歳	21	17	15	13	11	9	8
15~64歳	321	279	243	220	200	172	143
65~74歳	246	272	242	200	171	164	163
75歳以上	605	626	678	704	722	702	643
合計	1,192	1,194	1,177	1,137	1,104	1,047	956
増減	0.0%	0.1%	-1.3%	-4.7%	-7.4%	-12.2%	-19.8%
65歳以上	71.3%	75.2%	78.1%	79.5%	80.9%	82.7%	84.2%

[大仙・仙北圏域] (人/日)



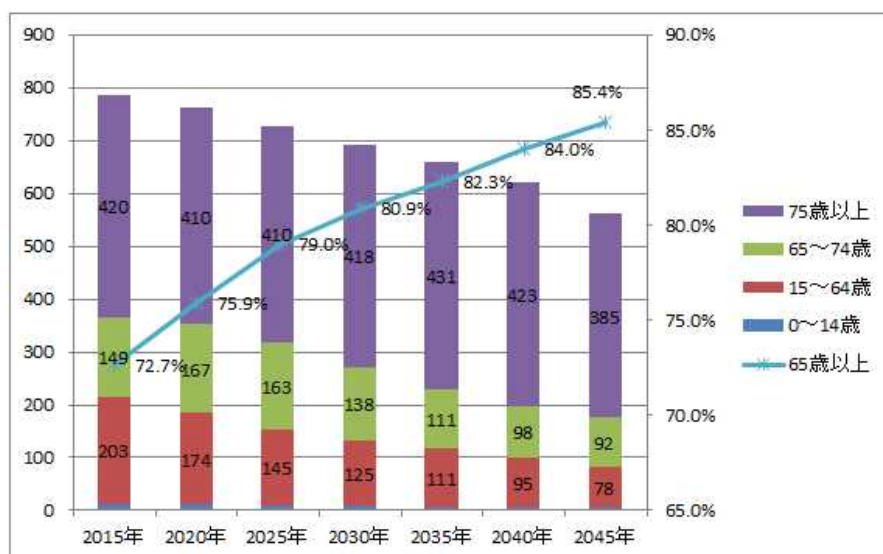
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0~14歳	25	20	19	17	15	13	11
15~64歳	396	342	300	271	251	220	185
65~74歳	307	343	310	259	215	201	205
75歳以上	825	840	849	860	877	845	762
合計	1,553	1,546	1,479	1,407	1,357	1,279	1,163
増減	0.0%	-0.5%	-4.8%	-9.4%	-12.6%	-17.6%	-25.1%
65歳以上	72.9%	76.5%	78.4%	79.6%	80.4%	81.8%	83.2%

[横手圏域] (人/日)



	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0～14歳	18	15	13	12	10	8	7
15～64歳	282	243	210	191	174	152	126
65～74歳	214	240	225	185	154	146	146
75歳以上	585	584	627	652	677	661	606
合計	1,099	1,082	1,075	1,039	1,015	967	885
増減	0.0%	-1.5%	-2.1%	-5.4%	-7.6%	-11.9%	-19.4%
65歳以上	72.7%	76.2%	79.2%	80.5%	81.9%	83.5%	84.9%

[湯沢・雄勝圏域] (人/日)

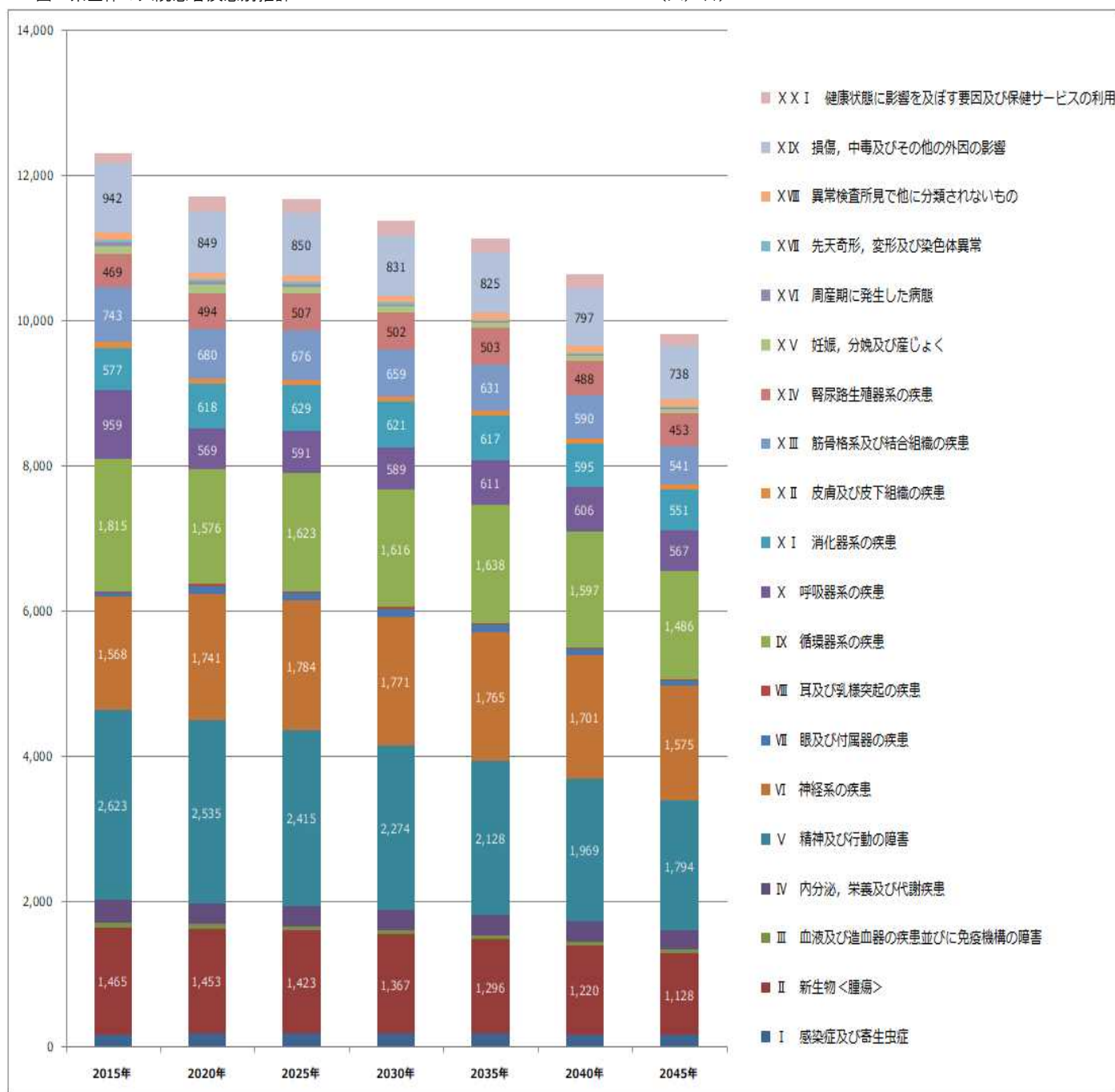


	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0～14歳	11	9	8	7	5	4	4
15～64歳	203	174	145	125	111	95	78
65～74歳	149	167	163	138	111	98	92
75歳以上	420	410	410	418	431	423	385
合計	783	761	726	689	658	619	560
増減	0.0%	-2.9%	-7.3%	-12.1%	-16.0%	-21.0%	-28.6%
65歳以上	72.7%	75.9%	79.0%	80.9%	82.3%	84.0%	85.4%

○ 県全体の入院患者疾患別推計では、人口減少等の影響で患者が減少している中、「IX 循環器系の疾患」の患者については、高齢者の増加などの影響から、2035年頃まで増加することが見込まれています。

図 県全体の入院患者疾患別推計

(人/日)



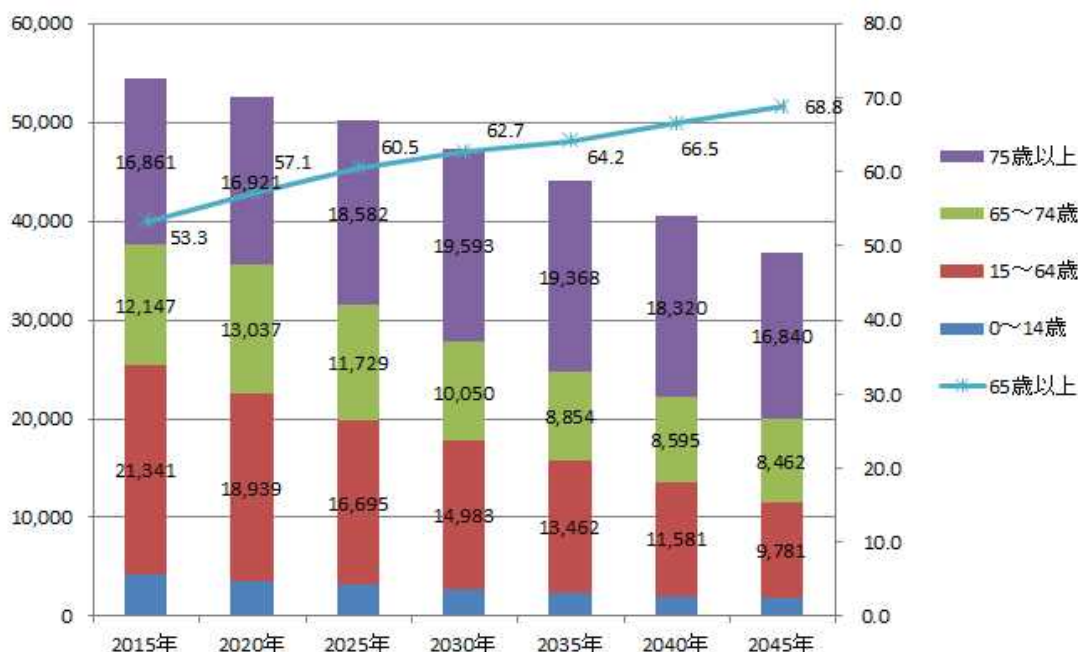
出典：令和2年患者調査（厚生労働省）
日本の地域別将来推計人口（平成30年3月）（国立社会保障・人口問題研究所）

<外来患者>

- 平成 27 (2015) 年に 54,426 人であった総患者数は、令和 27 (2045) 年には 36,784 人へ減少すると推計されています。
- 増加傾向にある後期高齢者 (75 歳以上) の患者数は令和 17 (2030) 年頃をピークに減少するものと推計されています。
- 65 歳以上の割合は令和 27 (2045) 年まで増加が続く見込みです。

表 県内の外来患者数の推移

(人/日)



	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0～14歳	4,078	3,539	3,054	2,657	2,289	1,977	1,701
15～64歳	21,341	18,939	16,695	14,983	13,462	11,581	9,781
65～74歳	12,147	13,037	11,729	10,050	8,854	8,595	8,462
75歳以上	16,861	16,921	18,582	19,593	19,368	18,320	16,840
合計	54,426	52,435	50,061	47,284	43,974	40,473	36,784
増減	0.0%	-3.7%	-8.0%	-13.1%	-19.2%	-25.6%	-32.4%
65歳以上	53.3	57.1	60.5	62.7	64.2	66.5	68.8

出典：令和 2 年患者調査 (厚生労働省)
日本の地域別将来推計人口 (平成 30 年 3 月) (国立社会保障・人口問題研究所)

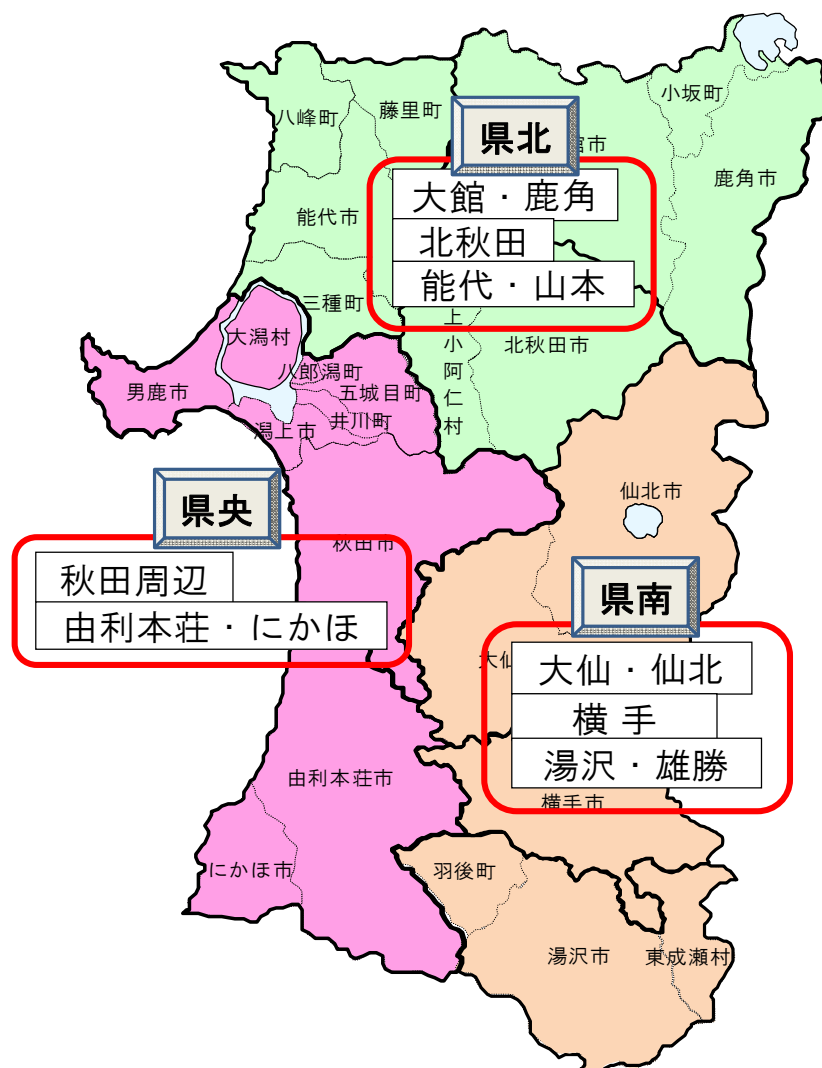
第4節 二次医療圏

○ 二次医療圏

医療法では、地理的条件及び交通事情等を考慮し、入院治療や包括的な医療サービスが一体的に提供される区域を二次医療圏として設定することとしており、本県では、第8次医療計画策定にあたり、将来の人口減少等を踏まえて設定を見直し、8つから3つとしています。

○ 三次医療圏

二次医療圏では対応することが困難な特殊な医療サービス(※)が行われる広域的な区域を三次医療圏として設定しており、単位は県全域としています。



※（参考）特殊な医療（医療法施行規則第30条の28の5）

特殊な診断又は治療を必要とする医療であって、次のいずれかに該当するもの。

- ① 先進的な技術を必要とするもの。
- ② 特殊な医療機器の使用を必要とするもの。
- ③ 発生頻度が低い疾病に関するもの。
- ④ 救急医療であって特に専門性の高いもの

第4章 分野別の現状・課題と主要な施策

第1節 循環病対策全体の基盤の整備

1 循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備

I 現状と課題

<循環器病に係るデータの必要性>

- ・ 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とされています。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状況です。
- ・ 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す。
- ・ 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く、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の幅広い診療情報の収集などが求められます。
- ・ 個々の患者にとって最適な予防や治療を行うためには、発症から在宅まで効果的な医療が成されているかを検証するための追跡的な調査が重要です。調査においては、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、マイナンバーカードの活用も考えられます。

<公的な情報収集の枠組みの必要性>

- ・ 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ます。こうした既存の調査及び取組から診療情報を利活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りますが、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とされています。
- ・ また、個人情報保護の観点からも、公的な情報収集の枠組み構築が必要であるほか、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があります。

Ⅱ 施策の方向性

<公的な情報収集の枠組みの活用>

【主な取組】

- 国が構築する公的な枠組みにおいて、収集した診療情報を一次予防に関する普及啓発から、二次予防、三次予防まで医療現場等での効果的な活用に向けた検討【中長期】
- 国が進め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」(※)の取組と連携した、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あり方についての検討【中長期】

<正確な循環器病の実態把握>

【主な取組】

- ◎ 一定期間の診療データ等を追跡し、蓄積していくためのシステムの構築や循環器病に関する登録制度の創設についての検討【短期】

※ 医療DX

- ・ 保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、検診・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。

※（参考）秋田県立循環器・脳脊髄センターでの脳卒中発症登録制度

- ・ 秋田県立脳血管研究センター（当時）では、独自の脳卒中発症登録制度により、約11万件の画像診断に基づく独自の登録制度を運用していました。
こうした経験を基に、ICTの活用などの技術による効率的・かつ効果的な情報収集のほか、予防や急性期治療の現場に活かす新たな制度の創設が必要であります。

※【担当課室】医務薬事課

第2節 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

1 ライフステージに応じた生活習慣や社会環境の改善

I 現状と課題

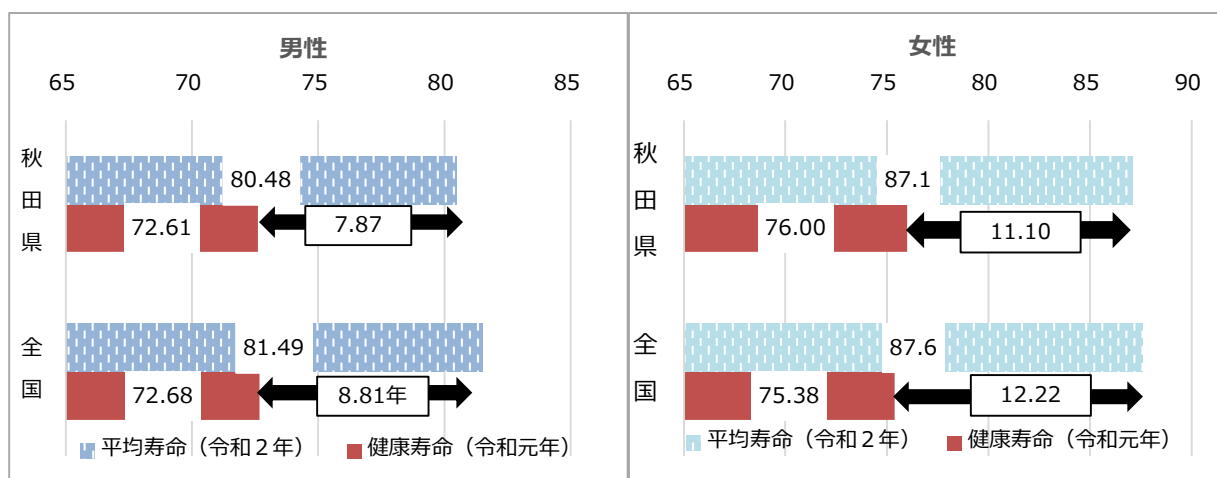
<健康寿命の延伸>

- ・ 生活習慣病（※）による死亡率が依然として高い本県においては、県民が健康に暮らせる期間である「健康寿命（※）」の延伸に向けた取組を健康づくり県民運動として推進しています。
- ・ しかし、ライフスタイルの変化等により、日常生活の歩数や身体活動の実践者は減少しており、メタボリックシンドローム等の生活習慣病のリスク因子に関する状況も悪化の傾向にあります。
- ・ 健康づくりの取組を浸透させるためには、健康な食生活、身体活動・運動などの健康づくりに関する取組を促し、またその取組を無理なく実践できる環境づくりを進めることが重要であることから、様々な機関や団体と連携し、その環境の充実にに向けた取組を推進する必要があります。



めざせ健康寿命日本一!

表 平均寿命と健康寿命の状況



出典：健康寿命は「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」（厚生労働科学研究）

平均寿命は「令和2年都道府県別生命表」（厚生労働省）

※ 生活習慣病

食事や運動、喫煙、飲酒、ストレスなどの生活習慣が深く関与して、発症する疾患の総称。日本人の三大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などは、いずれも生活習慣病であるとされている。

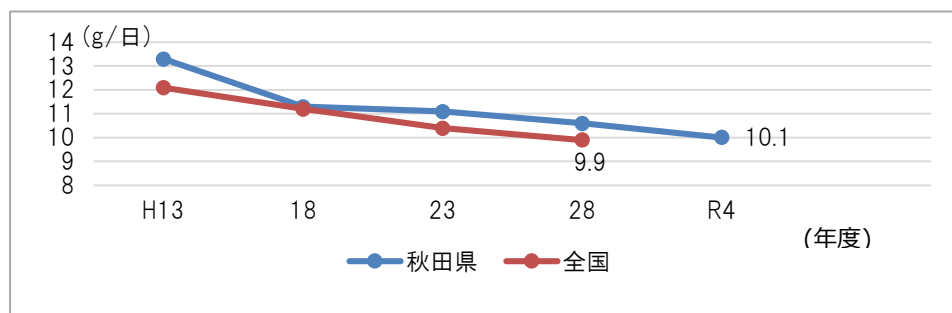
※ 健康寿命

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（健康日本21）。

<生活習慣>

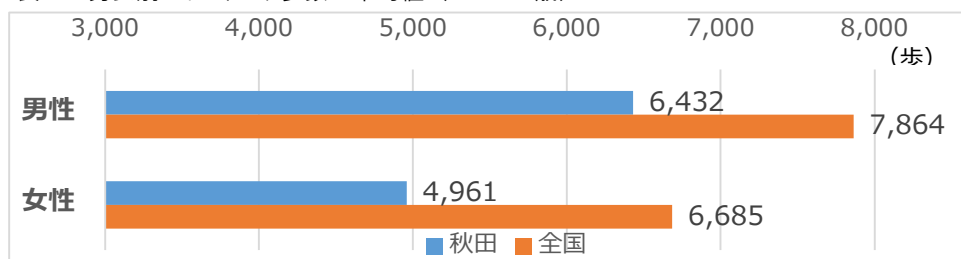
- ・ 循環器病の主な危険因子として、高血圧、脂質異常症、糖尿病等が挙げられ、それらを予防するためには、生活習慣の改善が重要です。これまでの予防に係る啓発活動では、県医師会や民間企業等の関係団体と連携し、県民に対する出前講座や保健指導実施者への研修会等を実施しています。
- ・ 20歳以上の1日当たりの食塩摂取量及び歩数は、いずれも全国平均に及んでいません。（表1、表2）

表1 食塩摂取量の状況（20歳以上）



出典：「H28 国民健康・栄養調査」（厚生労働省）、「R4 県民健康・栄養調査」（秋田県）

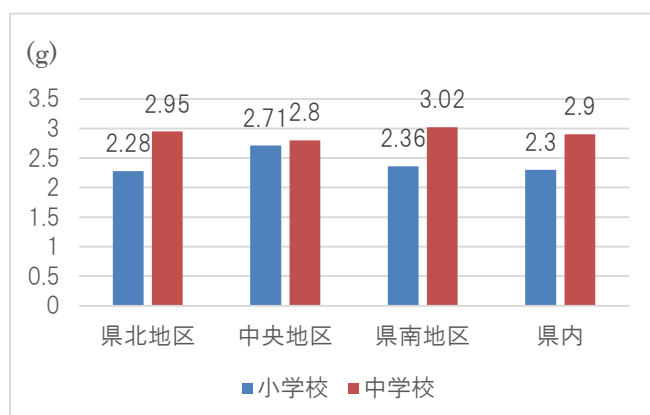
表2 男女別1日当たり歩数の平均値（20～64歳）



出典：「R1 国民健康・栄養調査」（厚生労働省）、「R4 県民健康・栄養調査」（秋田県）

- ・ 小学校から高等学校では、学習指導要領に基づき生活習慣病の予防等について学習していますが、令和5年6月の「学校給食報告（週報）」によると、学校給食における食塩相当量は、文部科学省が定める学校給食摂取基準（小学校 2.0g、中学校 2.5g）を上回っています。（表3）

表3 食塩相当量の状況（学校給食）



出典：「学校給食報告（週報）R5.6」（秋田県）

- ・ 特定健診における脂質異常の人（※）の割合は全国平均より低いものの、収縮期血圧の平均値は全国平均より高いほか、メタボリックシンドロームの該当者の割合は19.7%で、予備群を合わせると31.9%と全国平均より高い状況が続いています。（表4～表7）

表4 LDLコレステロールが160mg/dl以上の脂質異常の人の割合（40～74歳）（%）

		H28	H29	H30	H31(R1)	R2
男性	秋田県	9.3	9.4	10.1	10.4	10.7
	全国	11.9	11.7	12.6	13	13.8
女性	秋田県	10.6	10.5	11	11.6	11.7
	全国	12.6	12.4	13.2	13.3	13.9

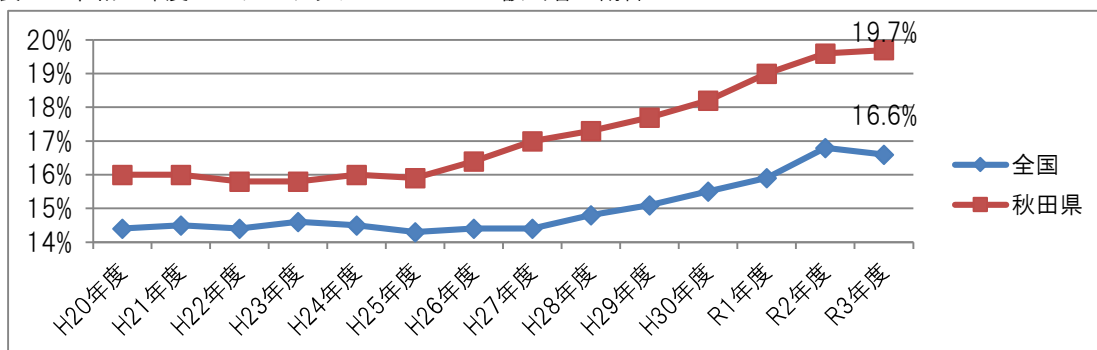
出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）

表5 収縮期血圧の平均値（40～74歳）（mmHg）

		H28	H29	H30	H31(R1)	R2
男性	秋田県	129.6	129.9	129.9	130.1	130.3
	全国	126.4	126.5	126.6	126.6	127.7
女性	秋田県	124.2	124.4	124.5	124.7	124.9
	全国	121.2	121.3	121.3	121.3	122.7

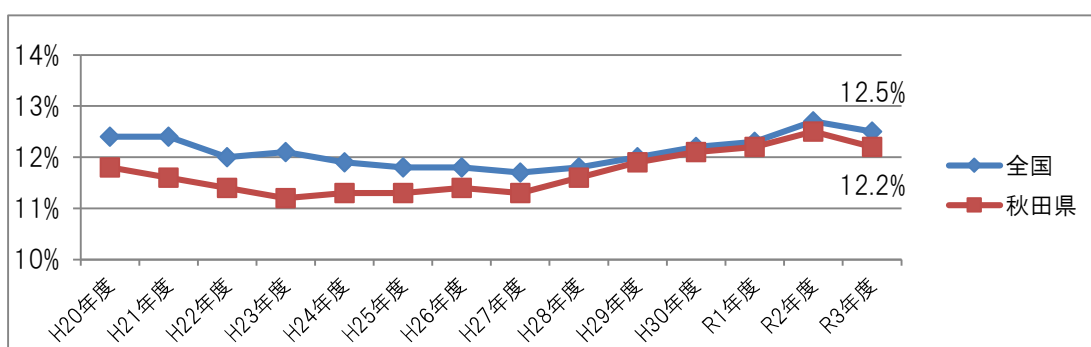
出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）

表6 令和3年度のメタボリックシンドローム該当者の割合



出典：「特定健診・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

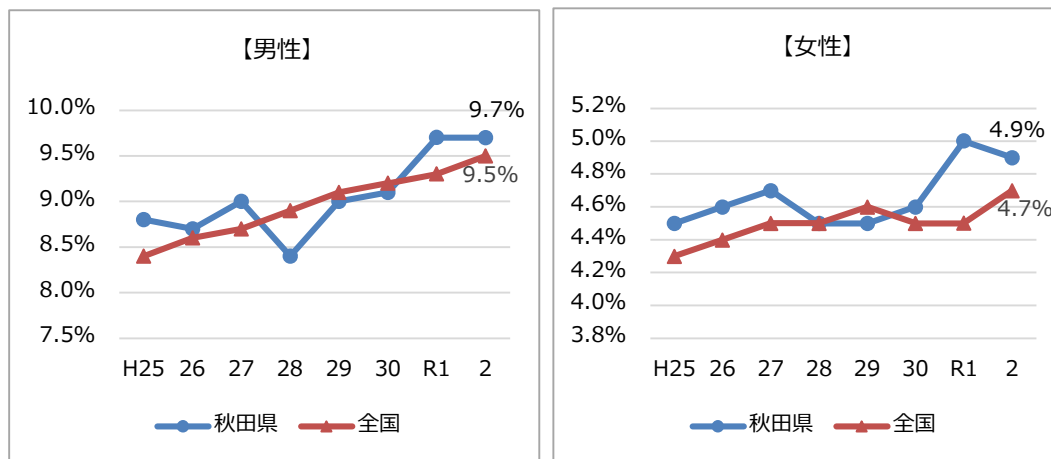
表7 令和3年度のメタボリックシンドローム予備群者の割合



出典：「特定健診・特定保健指導の実施状況」（厚生労働省）

- ・ 特定健診における高血糖状態の人（※）の割合は国と同様に上昇傾向となっています。（表8）

表8 高血糖状態の人の割合（40～74歳）（%）



出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）

- ・ 歯の喪失の原因のひとつである歯周病は、循環器病との関連が指摘されており、定期的な歯科検診の受診が必要です。
- ・ このような状況から、食生活や運動習慣・喫煙等の生活習慣改善のため、引き続き関係団体と連携しながら地域・年代別の課題に応じた対策を講じる必要があります。

※ 脂質異常の人

LDL コレステロール（悪玉コレステロール）が 160mg/dl 以上の人。

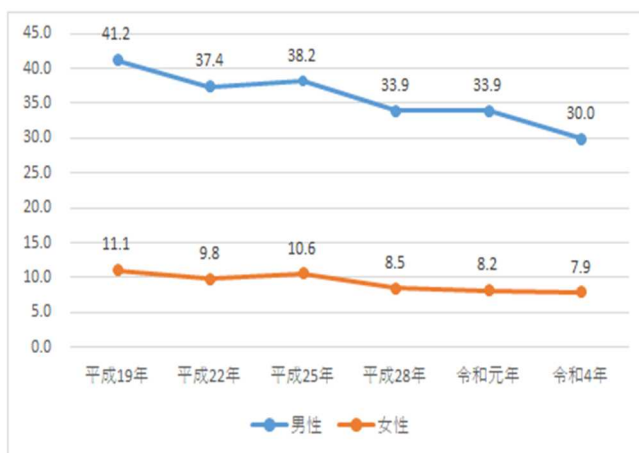
※ 高血糖状態の人

HbA1c（血中ヘモグロビンのうち、糖と結合したヘモグロビンの割合）が 6.5%以上の人。

＜受動喫煙・禁煙＞

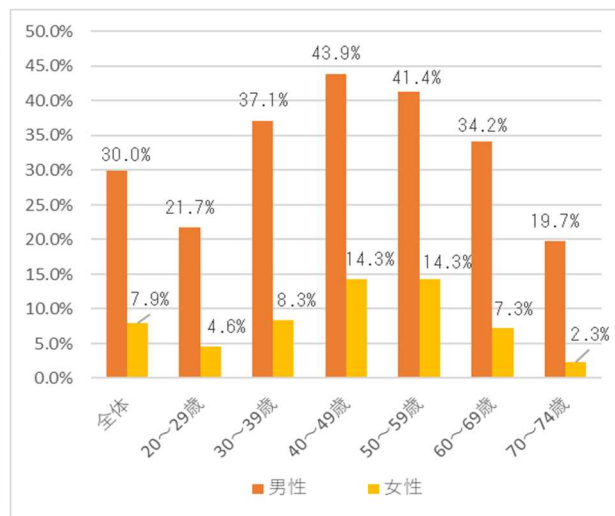
- ・ 健康増進法の一部を改正する法律（平成30年法律第78号。以下「改正健康増進法」という。）及び秋田県受動喫煙防止条例（以下「受動喫煙防止条例」という。）が令和2年4月に施行されており、改正健康増進法や受動喫煙防止条例の趣旨、たばこの煙が健康に及ぼす影響等について、更なる周知徹底を図る必要があります。
- ・ 「令和4年国民生活基礎調査」によると、喫煙率は、男女ともに減少傾向にあるものの、男女ともに喫煙習慣のある人が一定数いることから、引き続き喫煙率の低減に向けた取組を行う必要があります。（表1）
- ・ 年代別・男女別の喫煙率は、男女ともに30歳代から50歳代の喫煙率が高く、男性では40歳代、女性では40歳代と50歳代が最も高い状況となっています。（表2）
- ・ 県が令和3年度に実施した「健康づくりに関する調査」によると、「喫煙者のうちたばこをやめたい人の割合」で、「やめたい」「本数を減らしたい」と回答したのは男女ともに6割を超えていることから、積極的な禁煙支援に取り組む必要があります。（表3）

表1 喫煙率の推移



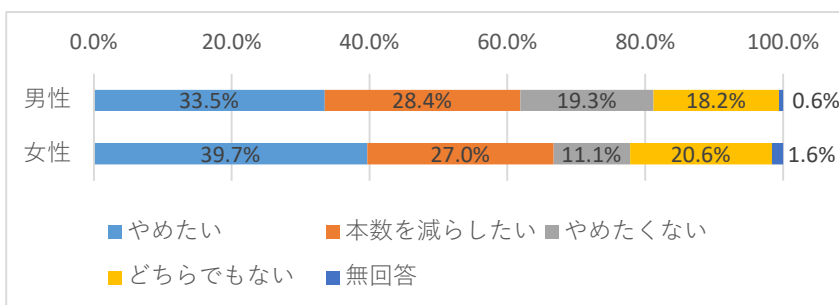
出典：「国民生活基礎調査」（厚生労働省）

表2 年代別・男女別の喫煙率



出典：「国民生活基礎調査」（厚生労働省）

表3 喫煙者のうちたばこをやめたい人の割合



出典：「健康づくりに関する調査」（令和3年度）（秋田県）

Ⅱ 施策の方向性

<健康づくり県民運動の推進>

【主な取組】

- 企業や民間団体などを含む多様な主体で構成する「秋田県健康づくり県民運動推進協議会」の活動を中心とした、健康づくり県民運動の展開【中長期】
- 働き盛り世代の健康づくりを推進する「秋田県版健康経営優良法人」の更なる拡大【中長期】
- 学童期からの健康づくりに関する正しい知識の啓発及び生活習慣の改善を促す取組の推進【中長期】
- 家庭や学校などとの連携により、親と子どもが一緒に実践できる健康教育の実施及び子どもが自ら健康について考える機会の創出【中長期】
- 食塩摂取量や喫煙状況などの生活習慣について、地域・年代別の課題に応じた対策の強化【中長期】
- 市町村や医療保険者、企業、民間団体等との連携によるデータの分析及び利活用の推進【継続】

<栄養・食生活の改善>

【主な取組】

- ◎ 減塩と野菜・果物摂取を推進する「秋田スタイル健康な食事」の普及により、企業等との連携・協働による食環境づくりの推進【短期】
- 栄養教諭等への研修会の開催など学校との連携による若年期からの減塩と野菜・果物摂取に関する取組の推進【中長期】
- 「秋田県民の食生活指針」に基づく、味覚形成期である乳幼児期から高齢期までのライフステージに応じた栄養・食生活改善の普及啓発【継続】

<身体活動・運動の改善>

【主な取組】

- 秋田県健康づくり県民運動推進協議会の広報活動等による市町村の体操運動教室や地域の運動イベントに関する情報発信の強化【中長期】
- 子どもの頃からの運動習慣の定着に向けた取組の強化【中長期】
- 関係団体等と連携した運動機会の提供、年代や季節に応じた運動方法等の普及による運動習慣の定着【継続】

<歯と口腔の健康の改善>

【主な取組】

- ◎ 医療介護等の専門職を中心とした多職種連携による誤嚥性肺炎やオーラルフレイル予防の推進【短期】
- 幼児期から歯と口腔の健康習慣を確立するためのフッ化物洗口の普及【継続】

<受動喫煙の防止及び禁煙>

【主な取組】

- 法や条例の更なる周知・徹底を含む受動喫煙の防止に関する出前講座等の実施や学童期を含む若い世代を対象とした喫煙防止の啓発のほか、禁煙外来の周知などによる禁煙支援の実施【中長期】
- 働き盛り世代を対象としたセミナー等での講演や普及啓発資材を活用した普及啓発【中長期】
- たばこの煙が、がんや慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの肺疾患をはじめとする循環器病を引き起こすこと等について、の医師会や報道機関、包括連携協定企業等と連携した普及啓発【継続】

※【担当課室】健康づくり推進課

2 多様な媒体による効果的な情報発信

I 現状と課題

<健康意識の向上>

- ・ マスメディアやウェブサイト「秋田健」を中心に健康情報を発信し、健康に関心が薄い層を含めた全ての県民の健康意識の向上を図っています。
- ・ 仕事や子育てなどで忙しく、健康づくりに時間を割く余裕のない働き盛り世代は、健康指標が悪く、その世代の健康意識の向上に向けた取組が必要です。
- ・ 日ごろの生活習慣の改善のためには、健康への関心の程度に応じた対策が必要です。

※ウェブサイト「秋田健」



II 施策の方向性

<多様な媒体を活用した情報発信>

【主な取組】

- ◎ 健康づくりに時間を割く余裕のない人や健康に関心の薄い人に対して、自然に健康づくりに関心を持ってもらえるような、著名人の活用やプロスポーツチーム等との連携による健康情報の発信【短期】
- 運動イベントの実施や健康経営の推進等による働き盛り世代の生活習慣を見直す機会の創出【中長期】
- 連携協定締結企業との協働による健康づくりキャンペーンの実施【中長期】
- 様々な機会を通じた積極的な出前講座等による健康づくり情報の発信【継続】
- テレビやラジオ、新聞等のマスメディアの効果的な活用やウェブサイト「秋田健」の充実による情報発信の強化【継続】
- ウェブサイトやSNSによる秋田県健康づくり県民運動推進協議会員が行う健康づくりに関する取組の紹介【継続】

※【担当課室】健康づくり推進課

第3節 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

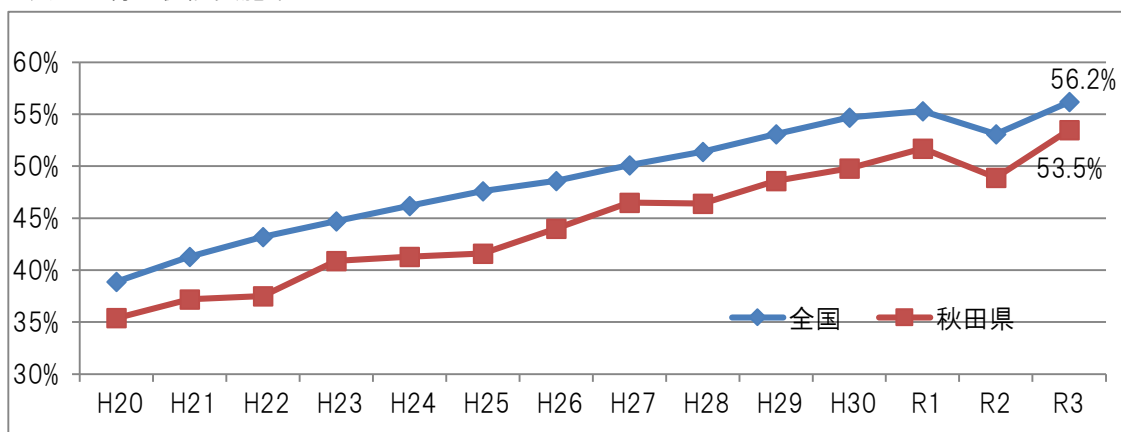
1 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

I 現状と課題

<特定健診・特定保健指導>

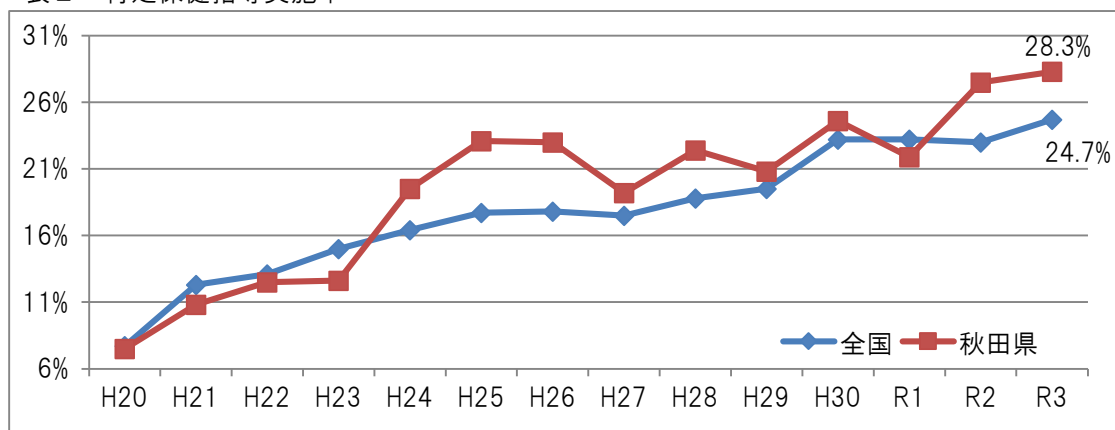
- ・ 循環器病の予防及び早期発見のためには、特定健診の受診、特定保健指導による生活習慣の改善が重要です。
- ・ これまで、特定健診受診の実施率向上に向け、関係機関と連携した受診勧奨事業やメディアを活用した普及啓発に取り組んできました。
- ・ しかし、秋田県の令和3年度の特定健診の実施率は、53.5%、特定保健指導実施率は28.3%と上昇傾向にあるものの、それぞれ目標値である70%、45%には届いていないことから、実施率向上に向けた取組が必要です。(表1、表2)

表1 特定健診実施率



出典：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（厚生労働省）

表2 特定保健指導実施率



出典：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（厚生労働省）

Ⅱ 施策の方向性

＜特定健診・特定保健指導等の実施率向上＞

【主な取組】

- ◎ 医療機関を定期受診している患者のうち、特定健診未受診者に対するかかりつけ医等からの受診勧奨の実施【短期】
- 健康無関心層に対する啓発資材等を活用した特定健診受診の必要性の啓発【中長期】
- 特定健診・がん検診の合同実施など、医療保険者、企業、団体、市町村等が連携した受診しやすい環境の整備【継続】

＜疾病予防・重症化予防の推進による予防・健康づくりの推進＞

【主な取組】

- 市町村と職域が連携した特定健診・特定保健指導の実施率向上等の地域課題解決に向けた取組の実施【中長期】
- 医師会との協力による保健指導に関する好事例の横展開や保健師・管理栄養士等の保健指導者の資質向上を目的とした取組の実施【中長期】
- 医師会や大学等の協力のもと、循環器病予防療養指導士（※）、高血圧専門医、動脈硬化専門医の育成やクリニカルイナナーシャ（※）の改善等の療養指導体制の整備へ向けた取組の実施【中長期】
- 県内の企業等に対する健康経営の啓発のほか、積極的に健康経営に取り組む法人の認定及び取組支援を通じた働き盛り世代への健康づくりの推進【中長期】
- 重症化予防のための、循環器病に関する正しい知識の啓発【中長期】

※ 循環器病予防療養指導士

- ・ 循環器病予防療養指導士は、脳卒中や循環器病の予防のため、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の予防・改善、その他危険因子の管理に関し、適切な指導を行う能力を有する保健師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、公認心理師、臨床心理士、医療心理士、健康運動指導士に学会が与える資格。

※関係学会：日本高血圧学会、日本循環器病予防学会、日本動脈硬化学会、日本心臓病学会

※ クリニカルイナナーシャ

治療が開始されるべき適切なタイミングで行われていない状態、または治療目標が達成されていないにもかかわらず治療が適切に強化されていない状態。

※【担当課室】健康づくり推進課

2 医療提供体制の構築

(1) 救急搬送体制の整備と救急医療の確保

I 現状と課題

<県土の特徴>

- ・ 本県は、全国第6位の広大な面積を有しており、その大きさは、関東の東京都・千葉県・埼玉県の1都2県の和とほぼ等しくなっています。
- ・ 県内陸部のおよそ90%の地域が特別豪雪地帯に指定されており、冬期の道路閉鎖、速度低下が大きな障害となっているほか、地形は山がちであり、また、海岸部の平地と内陸部の盆地を中心に都市が分散傾向にあります。
- ・ このため、平均都市間距離は、東北平均よりも長く、関東地方の約2倍に達しているなど、厳しい地形や自然環境が特徴となっています。

<病院前救護活動が可能な体制>

- ・ 一般市民への救急蘇生法の普及とAEDの設置、AEDマップへの登録及びメンテナンスを含めたAEDの適切な管理について周知を進めていく必要があります。
- ・ 救急患者に対し、レベルの高いプレホスピタルケア（病院前救護活動）を提供するための「秋田県メディカルコントロール協議会」では、救急救命士をはじめとする消防隊員への教育体制の充実を図っているほか、地域メディカルコントロール協議会と意見交換や情報共有を図るなど、体制整備に努めています。

<高齢患者の増加>

- ・ 令和3年中の救急搬送人員を年齢区分別に見ると、少子高齢化により、新生児、乳幼児、少年及び成人では搬送数が減少しているものの、高齢者の搬送数は増加しています。
- ・ 高齢者搬送の現場においては、救急隊が傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案が発生しており、こうした問題を解決するため、医療関係者、介護関係者、在宅医療関係者等を中心に、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング（以下「ACP」という。）に関する議論の場を設け、患者の希望する医療・ケアについて、必要なときに考えられる方法について検討を進める必要があります。

表1 年齢区分別搬送人員

(単位：人)

区分	総数	年齢区分別(下段は割合：%)				
		新生児※	乳幼児※	少年※	成人※	高齢者※
令和3年	38,080	56 (0.1)	725 (1.9)	793 (2.1)	8,807 (23.1)	27,699 (72.7)
平成31年	38,381	70 (0.2)	901 (2.3)	963 (2.5)	9,481 (24.7)	26,966 (70.3)
平成29年	38,205	71 (0.2)	943 (2.5)	923 (2.4)	10,166 (26.6)	26,102 (68.3)

出典：「救急・救助の現況」（総務省消防庁）

※新生児：生後28日未満、乳幼児：生後28日以上7歳未満、少年：7歳以上18歳未満、

成人：18歳以上65歳未満、高齢者：65歳以上

<迅速な救急搬送>

- ・ 県土の特徴を踏まえつつも、脳卒中や心筋梗塞等の循環器病の急性期は、一刻も早く、早急に適切な診療を開始する必要があることから、救急現場から医療機関により迅速かつ適切に搬送可能な体制構築を進める必要があります。
- ・ この他、高速交通体系の整備も重要であります。県内の高速道路は、全線開通に向け全ての区間で事業化されており、今後は早期開通に向けて整備を促進するとともに、地域高規格道路などの幹線道路についても、一層整備を進める必要があります。

<本県の救急搬送の状況>

- ・ 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を見ると、全国平均と比べ、短い結果となっています。一方、県内の消防本部毎では、五城目や、にかほ市などの近隣に救急告示病院が無い地域においては、所要時間が長くなっています。（表1～表2）
- ・ 疾病分類別搬送人員を見ると、脳疾患・心疾患関係は、全体の20.9%を占めています。（表3）

表1 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

(単位：分)

北海道	43.3	茨城	47.2	新潟	49.3	静岡	42.8	奈良	41.6	徳島	46.5	熊本	42.4
青森	42.9	栃木	45.8	富山	34.3	愛知	35.3	和歌山	45.7	香川	38.4	大分	42.0
岩手	45.9	群馬	41.6	石川	38.2	三重	44.6	鳥取	36.1	愛媛	45.3	宮崎	45.1
宮城	47.7	埼玉	48.1	福井	36.1	滋賀	35.3	島根	41.4	高知	47.0	鹿児島	43.1
秋田	43.5	千葉	50.3	山梨	46.9	京都	35.9	岡山	43.7	福岡	35.5	沖縄	36.5
山形	43.5	東京	42.3	長野	43.0	大阪	38.4	広島	45.9	佐賀	39.0	平均	42.8
福島	52.8	神奈川	42.1	岐阜	38.8	兵庫	42.2	山口	42.9	長崎	41.1		

出典：令和3年救急・救助の現状（総務省消防庁）

表2 救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した時間（令和3年度）

事故種別	10分未満		10分以上 20分未満		20分以上 30分未満		30分以上 60分未満		60分以上 120分未満		120分以上		計		収容最短 所要時間 (分)	収容最長 所要時間 (分)	収容平均 所要時間 (分)
	うち 管内	うち 管外	うち 管内	うち 管外	うち 管内	うち 管外	うち 管内	うち 管外	うち 管内	うち 管外	うち 管内	うち 管外					
秋田県	2	0	1,160	2	10,704	100	22,540	3,534	3,487	1,761	187	99	38,080	5,496	2	1,438	39.1
鹿角広域	0	0	33	0	353	1	741	64	115	78	8	7	1,250	150	11	1,438	40.9
大館市	1	0	64	0	854	0	1,606	0	169	0	17	0	2,711	0	2	174	37.5
北秋田市	1	0	52	0	594	0	769	69	113	48	5	5	1,534	122	9	185	35.9
能代山本	0	0	95	0	816	3	1,799	24	339	95	1	1	3,050	123	11	134	39.9
男鹿地区	0	0	15	0	259	54	1,275	792	456	430	7	7	2,012	1,283	14	139	47.9
五城目	0	0	0	0	10	9	244	242	120	119	0	0	374	370	20	112	54.9
湖東地区	0	0	2	1	38	28	815	799	41	39	1	1	897	868	17	187	42.9
秋田市	0	0	499	0	5,104	2	5,706	6	199	19	8	2	11,516	29	10	272	31.5
由利本荘市	0	0	79	0	622	0	1,629	68	487	112	35	7	2,852	187	12	295	44.3
にかほ市	0	0	0	0	2	0	603	590	290	282	31	29	926	901	26	187	60.5
大曲仙北	0	0	214	1	1,080	2	3,478	469	560	240	28	7	5,360	719	12	205	40.8
横手市	0	0	99	0	793	0	2,416	108	256	124	18	14	3,582	246	13	227	39.6
湯沢雄勝	0	0	8	0	179	1	1,459	303	342	175	28	19	2,016	498	15	160	48.6

出典：総合防災課調べ

表3 急病にかかる疾病分類別搬送人員 (単位:人)

脳疾患	心疾患等	消化器系	呼吸器系	精神系	感覚系	泌尿器系	新生物	その他	不明	合計
2,812	2,725	2,662	2,624	634	1,681	1,247	929	4,169	6,952	26,443
10.6%	10.3%	10.1%	9.9%	2.4%	6.4%	4.7%	3.5%	15.8%	26.3%	100.0%

出典：令和3年救急・救助の現状(総務省消防庁)

表4 救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った全搬送件数に占める割合

区分	秋田県	全国
重症以上傷病者の搬送で、医療機関に4回以上受入照会を行った割合	0.3	4.3

出典：令和3年救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査(総務省消防庁)

(単位:%)

表5 救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上かかった全搬送件数に占める割合

区分	秋田県	全国
重症以上傷病者の搬送で、現場滞在時間が30分以上の件数の割合	1.0	7.7

出典：令和3年救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査(総務省消防庁)

(単位:%)

<市町村消防の広域化>

- ・ 人口減少と高齢化の進展により、厳しさが増している市町村の財政状況の中、地域の消防力の維持していくため、消防の広域化の推進の方針となる「秋田県消防広域化推進計画」(令和2年度～6年度)を策定しています。
- ・ この計画に基づき、広域化の推進に当たっては、地域の医療機関とも必要な調整や連携を図りながら、検討・協議を進めています。

<広域搬送体制>

◇ドクターヘリ

- ・ 早期に治療を開始し、患者を医療機関に搬送することを目的としているドクターヘリの救急搬送は、令和3年度の活動実績を見ると、要請件数471件に対し、出動件数は288件となっています。(表1)
- ・ 不出動件数は183件あり、うち天候不良が110件と大きな要因となっています。(表1)特に、12月から2月までの冬期間は、天候不良の影響を受け、不出動件数が多くなっています。
- ・ 症状別に見ると、外傷・心大血管疾患・脳血管疾患が多くなっています。(表2)また、搬送先は、三次救急医療機関である秋田大学医学部附属病院、秋田赤十字病院、秋田県立循環器・脳脊髄センターのほか、秋田厚生医療センター、由利組合総合病院が多くなっています。
- ・ 広域搬送は、北東北三県において、平成26年10月に広域連携協定を締結したほか、山形県とも協定を締結し隣県と連携した搬送体制を構築しています。

◇ドクターカー

- ・ 令和3年度8月から、高度救命救急センターにおけるドクターカー運行が開始され、令和3年度は48件、令和4年度は80件(表4)の運航となっています。
- ・ ドクターカーは重症例に限って運行されており、地域の二次救急医療機関では対応困難な症例についての搬送事例も増加しています。令和4年には病院前から輸血を開始した事案が5件あり、早期の治療開始により救命可能となった事例も報告されています。
- ・ また、搬送に1時間以上要する地域からの現場要請事案も、全体の20%にあたる16件あるほか、湯沢・横手地域からの要請が6件、大曲地域からの要請が17件など、ドクターカーの活動範囲は広域に渡っています。
- ・ 今後は、ドクターカーの適用となる事案が発生した際、迷うことなく要請が行われるよう周知を図るほか、地域の病院からの重症患者転院搬送への積極的な活用により、県民の救命率の向上及び地域医療の負担軽減につなげることが重要です。

表1 ドクターヘリ活動実績（令和3年度）

	要請件数	出動件数					不出動件数					搬送方法(出動件数内訳)			
		救急現場 出動	転院搬送	救急外来 搬送	キャンセル	重複要請	天候不良	待機時間 外	その他	ヘリ	救急車	うち ドクターカー 搬送		不搬送	
R03.4月	38	23	14	6	2	1	15	2	7	2	4	20	2	1	1
R03.5月	37	28	15	6	2	5	9	3	5	0	1	19	4	3	5
R03.6月	40	27	16	4	3	4	13	4	5	1	3	21	2	2	4
R03.7月	46	31	20	3	2	6	15	4	9	1	1	22	3	2	6
R03.8月	54	38	17	3	7	11	16	3	11	0	2	25	2	2	11
R03.9月	48	37	21	5	4	7	11	3	6	1	1	27	3	3	7
R03.10月	41	23	18	0	3	2	18	1	9	1	7	20	1	1	2
R03.11月	30	17	12	0	4	1	13	0	8	2	3	15	1	1	1
R03.12月	26	7	5	1	1	0	19	2	16	0	1	7	0	0	0
R04.1月	36	16	11	3	0	2	20	4	15	0	1	11	3	2	2
R04.2月	26	9	5	0	1	3	17	1	13	0	3	6	0	0	3
R04.3月	49	32	17	3	6	6	17	3	6	2	6	23	3	0	6
計	471	288	171	34	35	48	183	30	110	10	33	216	24	17	48

※救急現場出動…救急隊が活動する現場へ直接出動し活動したもの

※転院搬送…入院傷病者を他医療施設へ移動させるために活動したもの

※救急外来搬送…何らかの理由で救急外来へ搬入された傷病者を入院前に他医療施設へ移動させるために活動したもの

※キャンセル…出動受諾後に天候不良や消防本部の判断等で運航中止となったもの（日本航空医療学会の取扱が変更になり、離陸前キャンセルは令和元年度から出動件数に含む）

※ドクターカー搬送…救急車にフライトドクター、フライトナースが乗車して搬送したもの

240

表2 ドクターヘリ消防本部別搬送実績（令和4年度）

消防本部名	要請件数	出動件数	形態別出動件数				【参考】病態別出動件数					不出動 件数	搬送先医療機関(現場+施設間+救外)			
			救急現場 出動	転院搬送	救急外来 搬送	キャンセル	脳血管 疾患	心大血管 疾患	外傷	その他	不明		三次	二次	その他	県外
鹿角広域	37	8	5	0	0	3	0	0	6	2	0	29	2	3	0	0
大館市	40	23	4	10	6	3	8	6	7	2	0	17	11	2	0	7
北秋田市	28	20	1	4	13	2	3	7	5	4	0	8	17	0	0	1
能代山本広域	25	16	2	8	4	2	6	6	2	1	0	9	12	2	0	0
五城目町	30	21	20	0	0	1	7	0	2	12	0	9	14	6	0	0
湖東地区	22	18	17	0	0	1	5	1	5	7	0	4	14	3	0	0
男鹿地区	138	88	68	0	2	18	24	10	23	31	0	50	42	28	0	0
秋田市	2	2	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0
由利本荘市	22	12	6	2	3	1	1	3	4	4	0	10	7	4	0	0
にかほ市	29	17	11	0	0	6	2	0	9	6	0	12	3	8	0	0
大曲仙北広域	62	43	25	8	3	7	0	7	17	19	0	19	23	13	0	0
横手市	14	6	3	1	0	2	0	1	4	1	0	8	4	0	0	0
湯沢雄勝広域	15	12	7	1	3	1	3	0	3	6	0	3	5	6	0	0
県外	7	2	1	0	0	1	0	0	0	2	0	5	0	0	0	1
計	471	288	171	34	35	48	59	42	88	97	0	183	156	75	0	9

※鹿角地域は広域連携要請件数が多い地域のため、不出動の件数が多い。

※病態別の件数は、「秋田県ドクターヘリ運航実績報告書」の作成にあたり、基地病院が案件内容を精査することから、参考データ。

240

表3 ドクターヘリ搬送先医療機関別受入件数（令和4年度）

医療機関名	機能	搬送受入 件数	形態別受入件数			【参考】病態別受入件数				
			救急現場 出勤	転院搬送	救急外来 搬送	脳血管 疾患	心大血管 疾患	外傷	その他	不明
かつの厚生病院	二次	3	3	0	0	0	0	2	1	0
秋田労災病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大館市立総合病院	二次	2	2	0	0	0	0	2	0	0
北秋田市民病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
能代厚生医療センター	二次	4	4	0	0	1	0	1	2	0
JCHO秋田病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
能代山本医師会病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秋田大学医学部附属病院	三次	51	9	21	21	6	24	7	14	0
県立循環器・脳脊髄センター	三次	13	2	4	7	12	1	0	0	0
市立秋田総合病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秋田赤十字病院	三次(基地)	85	81	1	3	17	5	35	28	0
秋田厚生医療センター	二次	31	30	0	1	12	5	3	11	0
中通総合病院	二次	1	0	0	1	0	1	0	0	0
男鹿みなと市民病院	二次	4	4	0	0	1	0	1	2	0
藤原記念病院	二次	1	1	0	0	0	0	0	1	0
由利組合総合病院	二次	12	12	0	0	2	0	6	4	0
本荘第一病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
佐藤病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
市立角館総合病院	二次	4	4	0	0	0	0	0	4	0
大曲厚生医療センター	二次	10	9	1	0	1	0	6	3	0
大曲中通病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
市立横手病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
平鹿総合病院	三次	7	6	0	1	0	1	5	1	0
市立大森病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
雄勝中央病院	二次	3	3	0	0	2	0	0	1	0
町立羽後病院	二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
県外病院	三次	9	1	7	1	2	5	0	2	0
計		240	171	34	35	56	42	68	74	0

※県外病院内訳
 弘前大学医学部附属病院 8件
 岩手医科大学附属病院 1件

出典：県医務薬事課調べ

表4 ドクターカー（高度救命救急センター）の搬送実績（単位：件）

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
R3					6	1	7	5	12	5	10	2	48
R4	3	1	7	10	5	10	6	5	12	10	6	5	80

出典：県医務薬事課調べ

<第二次救急医療体制>

- ・ 入院治療を必要とする救急患者を受け入れる救急告示病院として26病院が認定されています。
- ・ また、地域の実情に応じて、病院群輪番制方式による事業が3医療圏5地域で実施されています。病院群輪番制は、休日夜間急患センターや在宅当番医制等の初期救急医療施設及び救急患者の搬送機関との円滑な連携体制の下に、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の医療を確保することを目的としています。
- ・ 今後増加が見込まれる高齢者救急の受け入れ先についても議論を進め、当該医療機関のさらなる充実と救命救急医療機関（第三次救急医療機関）との役割分担を明確化し、限られた医療資源を有効に活用できる体制整備が必要です。

表1 二次医療圏別の救急告示病院、病院群輪番制参加病院（令和5年1月末現在）

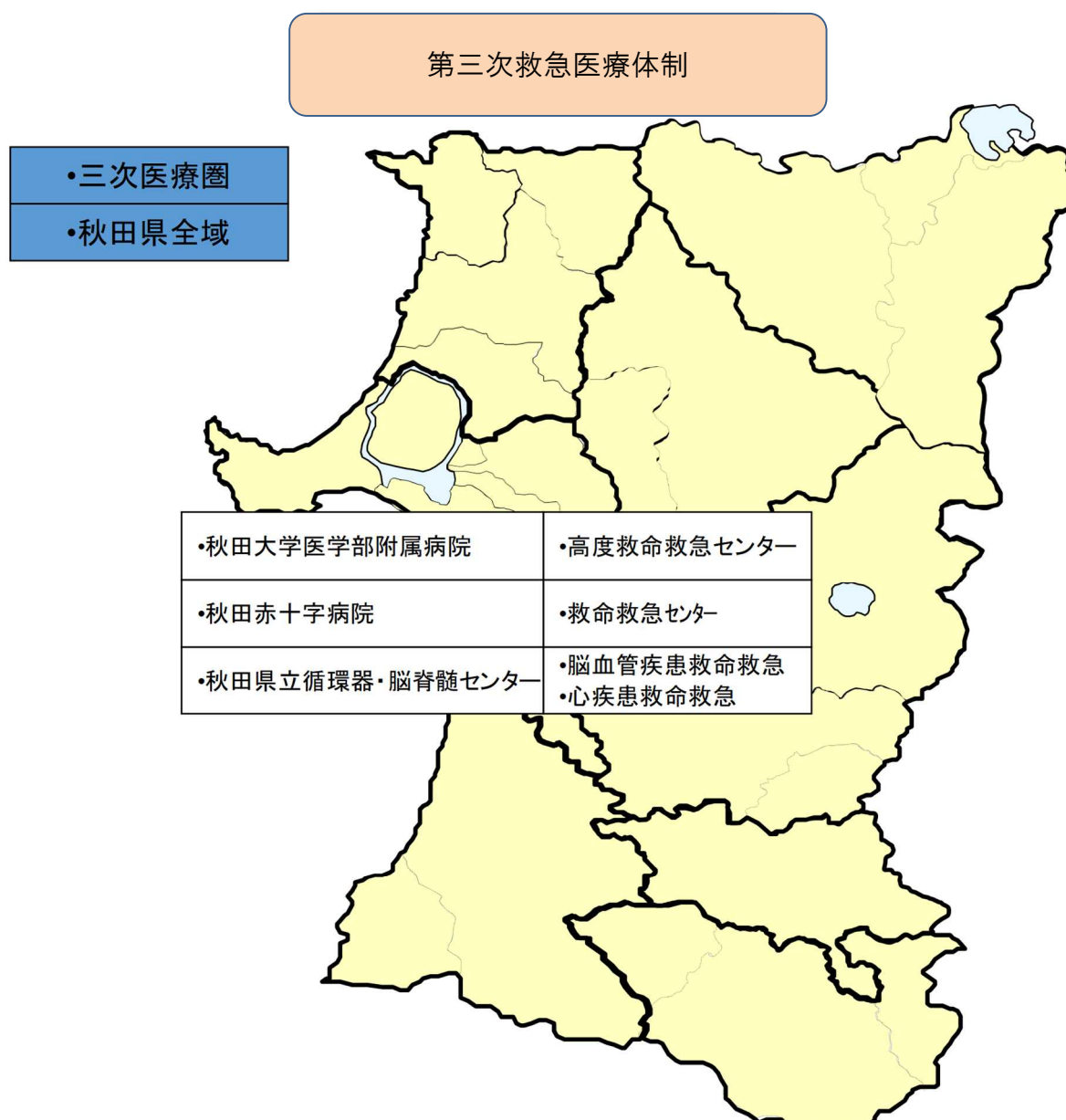
二次医療圏	地域	救急告示病院	病院群輪番制参加病院
県北	大館・鹿角	かづの厚生病院 秋田労災病院	大館市立総合病院
	北秋田	北秋田市民病院	
	能代・山本	能代厚生医療センター JCHO秋田病院	能代厚生医療センター JCHO秋田病院 能代山本医師会病院
県央	秋田周辺	秋田赤十字病院 秋田厚生医療センター 秋田県立循環器・脳脊髄センター 秋田大学医学部附属病院	男鹿みなと市民病院 市立秋田総合病院 中通総合病院 藤原記念病院
	由利本荘・にかほ	由利組合総合病院 佐藤病院	本荘第一病院 由利組合総合病院 佐藤病院
県南	大仙・仙北	大曲厚生医療センター 市立角館総合病院	大曲厚生医療センター 市立角館総合病院 大曲中通病院
	横手	平鹿総合病院 市立大森病院	市立横手病院 平鹿総合病院 市立大森病院
	湯沢・雄勝	雄勝中央病院	町立羽後病院 雄勝中央病院 町立羽後病院
計	3圏域 26病院		3圏域 14病院

出典：県医務薬事課調べ

<第三次救急医療体制>

- ・ 三次救急医療体制は、秋田赤十字病院の救命救急センター、秋田大学医学部附属病院の高度救命救急センターが第三次救急医療を担っています。また、秋田県立循環器・脳脊髄センターが脳血管疾患及び心疾患の救命救急にかかる第三次救急医療を担っています。
- ・ なお、大館市立総合病院を令和6年4月1日から地域救命救急センターとして指定するための準備を進めています。
- ・ また、本県では青森県、岩手県及び山形県とドクターヘリの広域連携に関する協定を締結しており、隣県と連携した搬送体制を構築しています。

図 第三次救急医療体制



※ 第三次救急医療

緊急性・専門性の高い脳卒中、大動脈解離、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する医療機関であってその他の医療機関では対応できない重篤患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。

※ 第二次救急医療

地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行う医療機関であって医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。

また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。

<脳血管疾患における救急医療体制>

- ・ 脳卒中の急性期治療に関しては、脳梗塞に対する遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクティベータの静注療法（t-PA 静注療法）（※）や、急性期血管内治療の科学的根拠の確立等、治療技術の進歩が見られます。
- ・ 脳梗塞においては、可及的早期の t-PA 静注療法と血栓回収療法（※）を実施可能な体制が重要となりますが、北秋田圏域における t-PA 静注療法を実施可能な体制の整備、県北における血栓回収療法を実施可能な体制の整備が課題となっています。

（詳細なデータ等は P54 「脳卒中における医療提供体制」において記載）

※ t-PA 静注療法

t-PA という脳梗塞治療薬は、閉塞した血栓を溶解させることが可能で、発症 4. 5 時間以内にこの薬剤を投与できれば、脳梗塞が良くなる可能性がある。合併症（脳出血、出血性梗塞）が出現することもある。

※ 血栓回収療法

足の付け根の血管などから脳動脈までカテーテルを通し、血栓を血管内から回収することにより血流を再開させる治療法。

<心疾患における救急医療体制>

- ・ 心電図伝送システムは、迅速な搬送を行う上で、治療までの時間短縮が可能となる有効な手段の 1 つとされています。なお、導入に当たっては、メディカルコントロール協議会、地域医療構想調整会議において、協議していく必要があります。
- ・ 急性大動脈解離や大動脈瘤破裂などの大動脈疾患については、緊急手術を行える医療機関が限られているため、広域な医療連携体制を構築するほか、迅速な救急搬送体制を確保していく必要があります。

※ 心電図伝送システム

救急現場や車内で心電図を測定し、これを基に医療機関が、救急隊への指示や受入を行うための準備が可能となる。場所を問わず、複数の端末で同時に閲覧可能なため、常時専門医が画像診断を行うこともできる。

Ⅱ 施策の方向性

<速やかな搬送可能な体制の整備>

【主な取組】

- メディカルコントロール体制の強化充実により、科学的知見に基づいた救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施【中長期】
- 傷病者の搬送及び傷病者に受け入れの実施に関する基準（実施基準）に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入【中長期】
- 地域包括ケアシステムにおける救急医療へのアクセス体制の構築やアドバンス・ケア・プランニングの推進【中長期】
- 消防機関での県民に対する救急蘇生法講習会の実施やAEDの設置、AEDマップの周知・活用の促進【継続】
- ドクターヘリ及びドクターカーの安定的な運航による迅速な救急搬送の実施【継続】

<地域における二次救急医療体制の確保>

【主な取組】

- 地域医療構想調整会議の活用などにより、地域での救急医療に係る機能分化・連携を促進【中長期】
- 地域の中で中心的な役割を担っている救急告示病院への医師確保支援と運営支援【継続】
- 病院群輪番制病院運営事業を実施する病院の施設・設備整備への支援【継続】

<第三次救急医療体制の強化と地域間格差の是正>

【主な取組】

- 救命救急センター、高度救命救急センターの運営に対する支援等、広大な県土を有する本県の三次医療機能に係る地域間格差の是正に向けた取組の推進【継続】

<循環器病における救急医療体制>

【主な取組】

- ◎ 県北地域におけるt-PA静注療法及び血栓回収療法が実施可能な体制の整備【短期】
- ◎ 大動脈解離などの緊急の外科的治療に対応する医療機関との連携体制における、遠隔画像診断などデジタル技術を活用した全県的な連携体制の構築【短期】

※【担当課室】総合防災課、医務薬事課

(2) 急性期から慢性期までの切れ目のない医療提供体制の構築

I 現状と課題

<脳血管疾患の患者推計>

- ・ 県全体の入院患者疾患別推計のうち、「脳梗塞」については、2035年まで増加傾向となっています。(人/日)

IX 循環器系の疾患	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
脳梗塞	702	619	643	645	655	641	597
その他の脳血管疾患	463	345	345	339	326	307	281

<心疾患の患者推計>

- ・ 県全体の入院患者疾患別推計のうち、「心不全（その他心疾患含む）」については、2040年まで増加傾向となっています。(人/日)

IX 循環器系の疾患	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
高血圧性疾患	26	7	8	8	8	8	7
虚血性心疾患	79	87	87	85	82	78	72
心不全（その他の心疾患含む）	400	412	435	438	467	470	441

出典：令和2年患者調査（厚生労働省）
日本の地域別将来推計人口（平成30年3月）（国立社会保障・人口問題研究所）

◎患者推計の傾向から見えること

- ・ 人口減少に伴う患者減少が著しく進む県においても、「脳梗塞」、「心不全」などの循環器病に係る医療需要は、2035年頃まで増加傾向となることが見込まれています。
- ・ 特に心不全は、人口10万人当たりで見ると、全国平均に比べて本県の死亡者数は多く、高齢化の進展により、今後さらに増えることが予想されます。
- ・ 日本循環器学会や日本心不全学会などでは、こうした超高齢化の進行に伴い、心不全患者が大きく増えることを、「心不全パンデミック」と呼び、強い危機感を示しています。

<脳血管疾患、心疾患等の共通点>

- ・ 脳卒中などの脳血管疾患、心不全・急性心筋梗塞等の虚血性心疾患と大動脈系疾患などの心血管疾患は、ともに発症後、早急に適切な治療を開始する必要があり、急性期の医療提供体制の構築に当たっては、時間的な制約を考慮する必要があります。
- ・ 循環器病に対する治療には、外科治療や血管内治療等の先端かつ高度な医療が必要であることから、熟練した医療技術の継承が重要です。
- ・ また、循環器病は疾患の再発や増悪を繰り返す可能性があり、回復期や維持期における再発予防の取組や、再発・増悪時にあっては、適切な医療・介護サービスを提供していく必要があります。
- ・ 循環器病は、患者数が膨大に及ぶことや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く、予防のための対策や治療法の有効性を評価するためのデータ収集も難しい状況にあります。

<脳血管疾患、心疾患の相違点>

- ・ 発症後急性期から回復期、維持期を経て、社会生活に復帰するまでの経過については、脳卒中と心血管疾患で相違点があります。
- ・ 脳卒中は、社会生活に復帰するまでに、身体機能の回復を目的としたリハビリテーションが必要であり、回復期に長期の入院が必要となる場合が多くなっていますが、一方、心血管疾患の社会復帰に向けた回復期の管理は、状態が安定した後は外来において行われることが多くなっています。

<急性期における専門的治療が可能な体制>

- ・ 県民が安心して質の高い医療が受けられるよう、医療ニーズに対応した医療提供体制の充実を図るため、急性期から在宅医療までの切れ目のない地域の実情に応じた医療提供体制を構築する必要があります。
- ・ 脳血管疾患、心疾患ともに、急性期診療を24時間365日提供する体制を確保する必要があるため、広大な面積を有する本県にあって、また、専門医も不足する中、デジタル技術による遠隔画像や遠隔医療に係る技術を活用するなど、地域の医療資源を考慮した施設間ネットワークを構築する必要があります。
- ・ 秋田大学医学部附属病院では、急性心筋梗塞や大動脈解離など、全ての急性期循環器疾患に対応できる医療提供体制を構築しています。
- ・ 秋田県立循環器・脳脊髄センターでは、脳心血管疾患病診療棟において、脳・循環器疾患の包括的な医療提供体制を構築しています。
- ・ 循環器病は、地域のかかりつけ医等においても診療することがあることから、こうした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ります。

<循環器病に係る医療提供体制>

- ・ 循環器病に係る医療提供体制（SCR）の状況を見ると、秋田周辺圏域では、医療提供体制が充実による患者流入が多い一方、北秋田圏域、湯沢・雄勝圏域での患者流出が多くなっているなどの地域間格差があります（図表1）。
- ・ また、循環器病患者（レセプト件数）の流出状況においても、北秋田圏域、湯沢・雄勝圏域では、県外も含め、他の医療圏への患者流出が多くなっています（表1～表3）。

図表 1 循環器病に係る医療提供体制（SCR）の状況（R3年度）

分類記号	病名分類	区分	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	
脳血管疾患	脳梗塞	入院	104.5	40.4	123.7	85.1	94.0	88.6	73.3	41.2	
		外来	118.8	53.9	93.6	99.1	81.7	137.8	110.4	44.9	
		全体	117.6	52.8	96.1	98.0	82.7	133.7	107.3	44.6	
	一過性脳虚血発作	入院	40.0	83.8	40.2	121.4	127.1	37.2	168.9	39.5	
		外来	36.3	36.4	47.7	84.3	131.0	116.9	186.6	40.2	
		全体	36.4	37.8	47.5	85.4	130.9	114.5	186.1	40.2	
	脳卒中の続発症	入院	111.4	83.1	127.3	118.1	113.1	84.8	78.2	65.8	
		外来	84.5	88.3	115.4	103.8	110.3	125.6	123.2	99.1	
		全体	87.1	87.8	116.6	105.2	110.5	121.6	118.7	95.7	
	虚血性脳疾患（全体）	入院	103.7	55.0	118.2	97.9	97.6	84.1	74.9	50.8	
		外来	79.8	56.7	91.5	98.4	84.0	107.5	107.7	55.3	
		全体	81.5	56.6	93.3	98.4	85.0	105.8	105.4	55.0	
	脳血管障害	入院	67.2	36.0	23.9	85.1	103.1	75.7	69.1	25.3	
		外来	30.4	24.4	54.1	84.9	52.0	37.7	86.2	25.6	
		全体	31.5	24.7	53.2	84.9	53.5	38.8	85.7	25.6	
	心疾患	急性心筋梗塞、 再発性心筋梗塞	入院	55.4	47.5	47.2	89.2	80.4	64.7	125.1	48.7
			外来	43.9	58.9	37.6	84.4	50.1	50.2	76.3	32.3
			全体	44.7	58.1	38.3	84.8	52.2	51.2	79.7	33.4
狭心症、 慢性虚血性心疾患		入院	54.1	48.8	79.6	84.3	80.2	55.8	69.4	53.9	
		外来	58.4	59.4	104.5	85.6	91.0	77.9	95.0	71.6	
		全体	58.2	58.9	103.3	85.5	90.5	76.8	93.8	70.8	
虚血性心疾患（全体）		入院	54.4	47.6	76.6	85.0	80.8	56.2	72.9	52.8	
		外来	58.1	60.0	102.5	85.7	89.9	77.1	95.0	70.1	
		全体	57.9	59.4	101.3	85.7	89.5	76.1	94.0	69.3	

■・・・100以上 ■・・・70以下

厚生労働省が公表しているレセプト情報等を集約したNDB（National Data Base）を活用し、各診療行為と薬剤の地域差を性・年齢調整済みのスコア（SCR、standardized claim-data ratio）として算出することで、医療提供状況の地域差を「見える化」している。（データ提供者：東北大学藤森教授）

【SCR】（年齢調整標準化レセプト出現比：Standardized Claim data Ratio）

- ・すべての地域（都道府県あるいは二次医療圏、市区町村）に同じ年齢の方が同じ人数住んでいると仮定した場合の当該地域の医療提供度合の数字。
- ・全国平均のレセプト件数の出方を100とし、それ以上はレセプト数が多い（医療機能が充実、あるいは過剰等）、それ以下はレセプト数が少ない（医療機能が少ないか抑制的に施行等）ことを意味する。なお、特定の地域だけが低い場合は、患者が流入している可能性がある。

表1 (大館・鹿角圏域) 循環器病患者(レセプト件数)の流出状況(令和3年度)

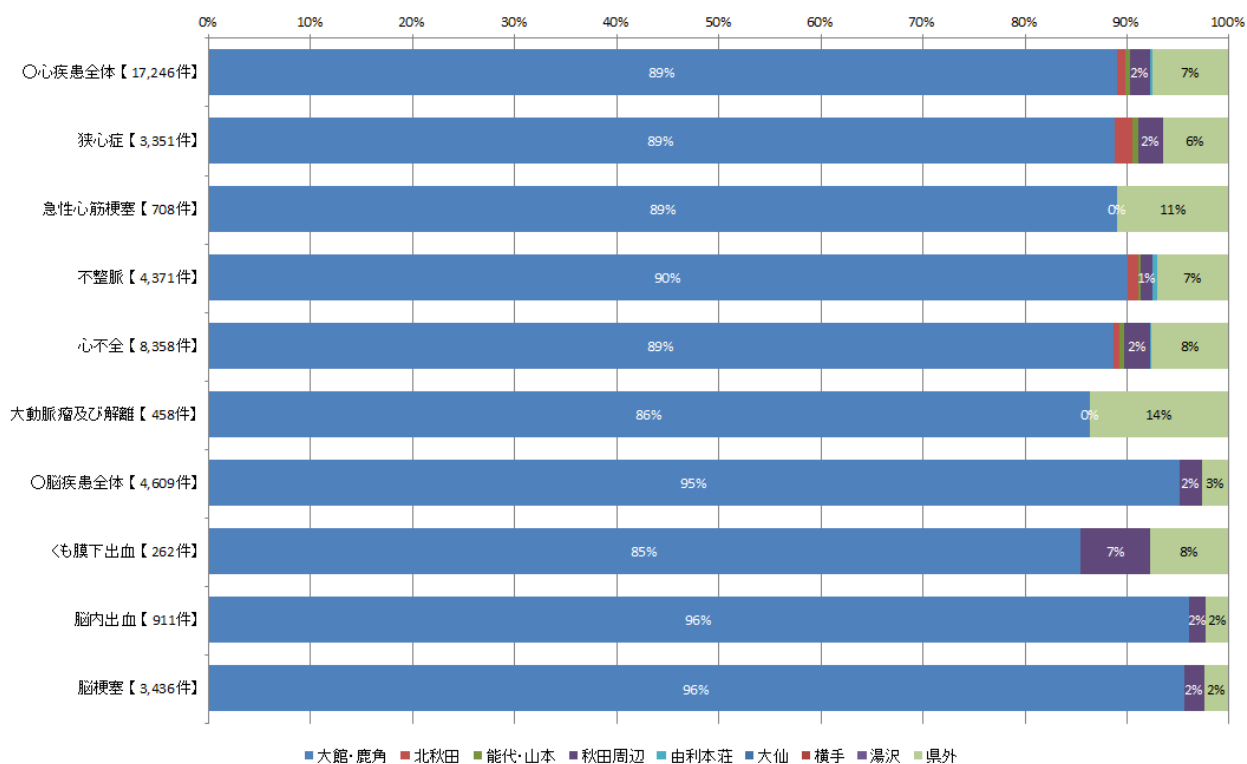


表2 (北秋田圏域) 循環器病患者(レセプト件数)の流出状況(令和3年度)

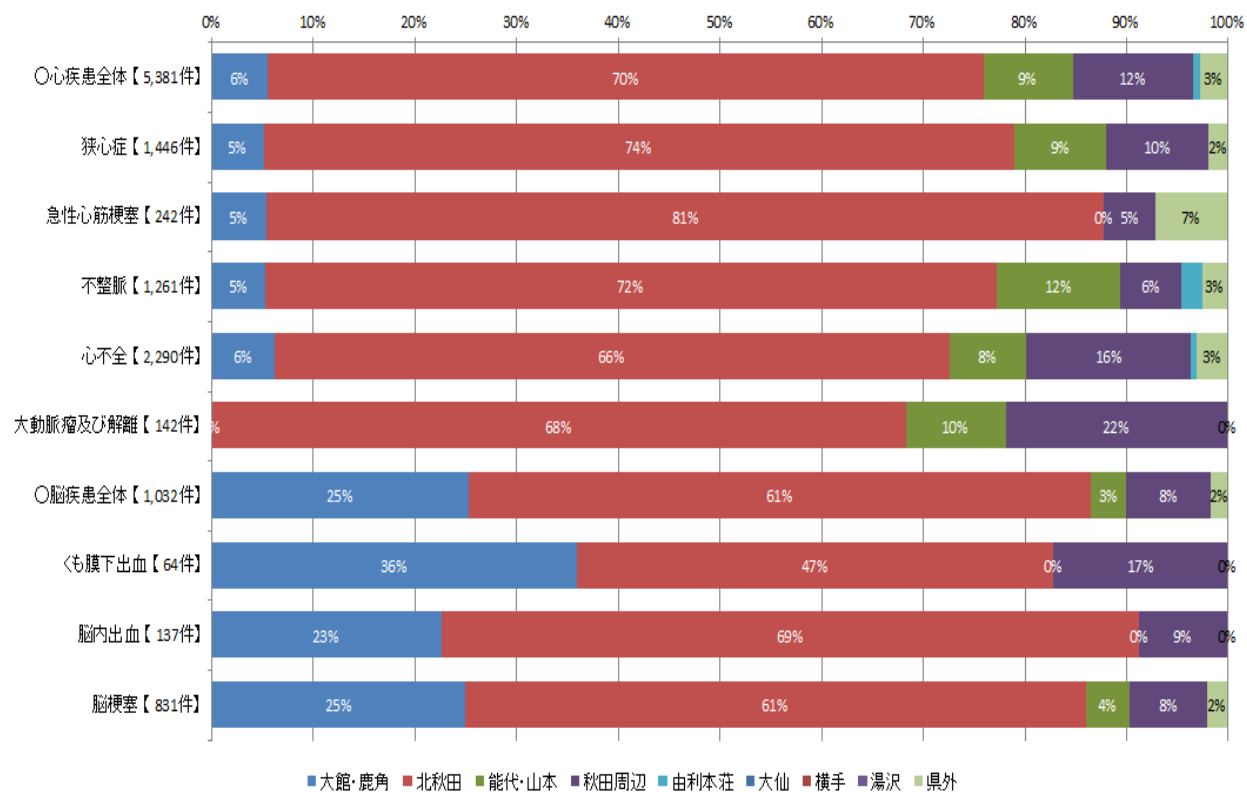


表3 (能代・山本圏域) 循環器病患者(レセプト件数)の流出状況(令和3年度)

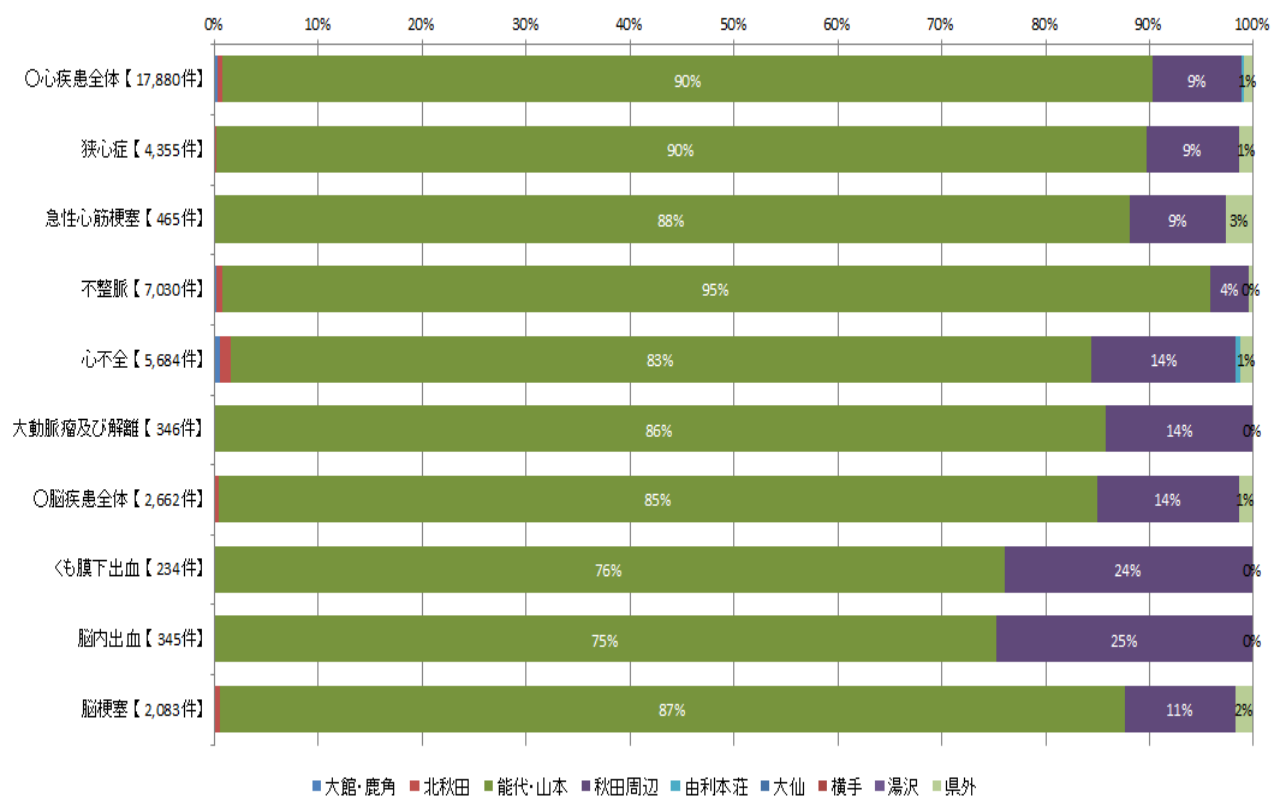


表4 (秋田周辺圏域) 循環器病患者(レセプト件数)の流出状況(令和3年度)

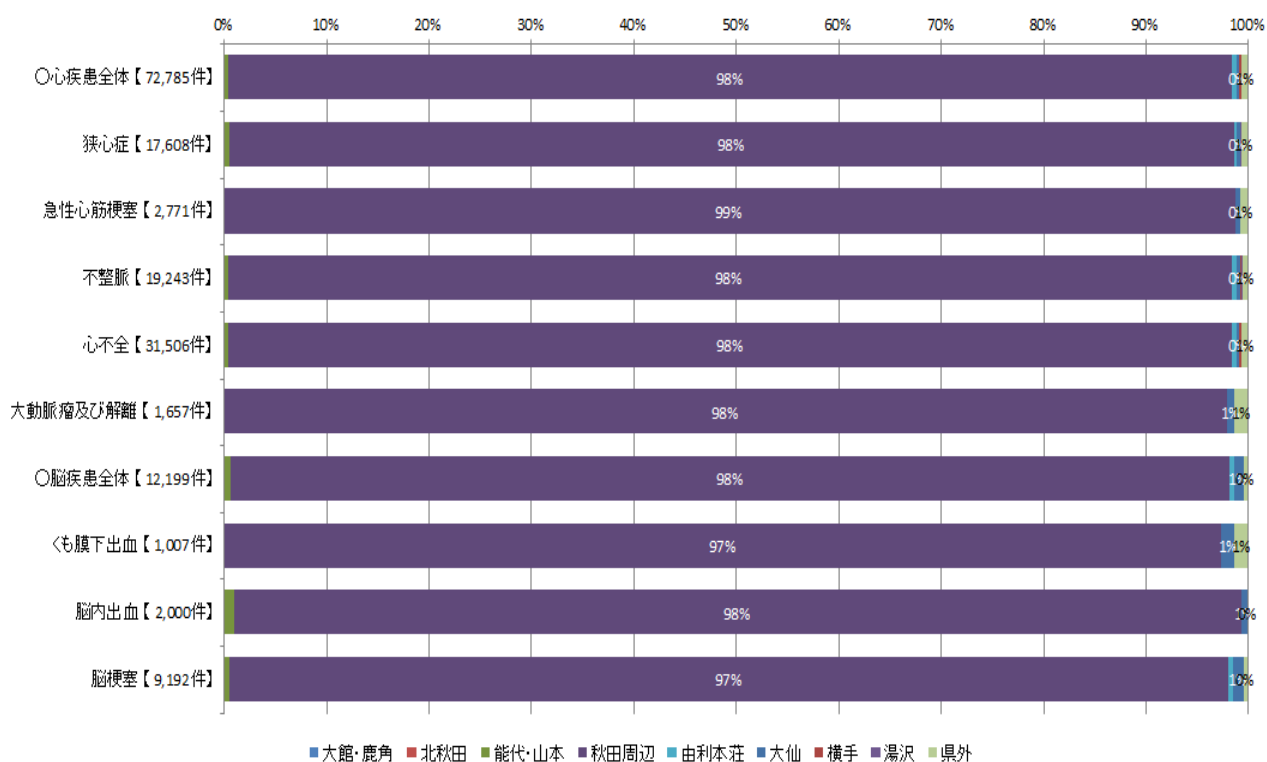


表5 (由利本荘・にかほ圏域) 循環器病患者(レセプト件数)の流出状況(令和3年度)

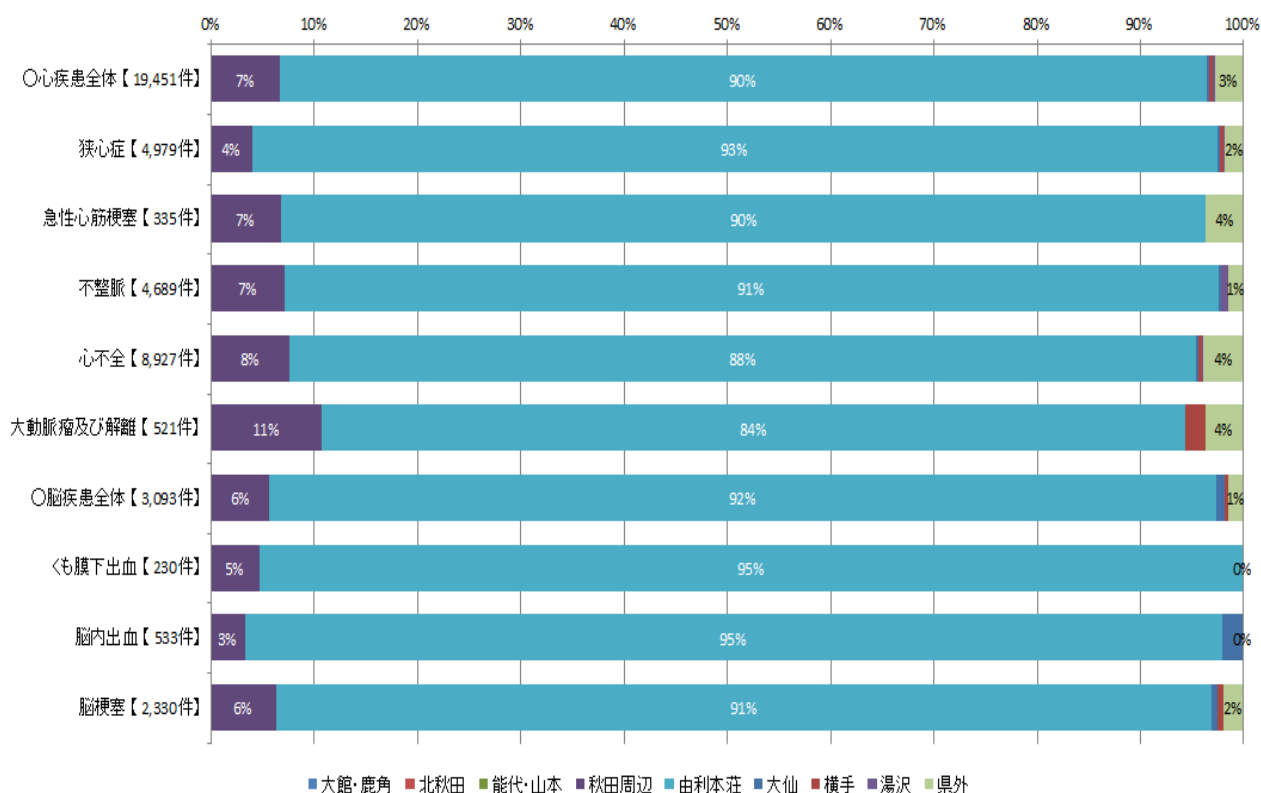


表6 (大仙・仙北圏域) 循環器病患者(レセプト件数)の流出状況(令和3年度)

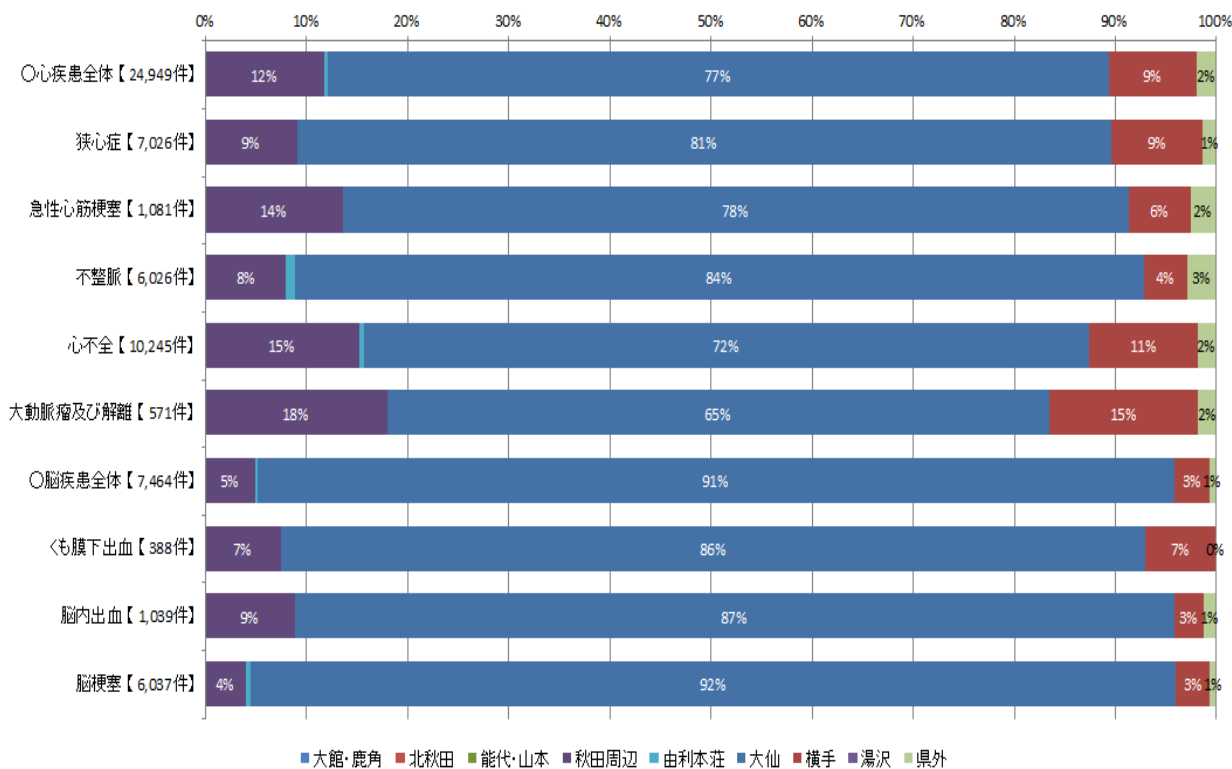


表7 (横手圏域) 循環器病患者(レセプト件数)の流出状況(令和3年度)

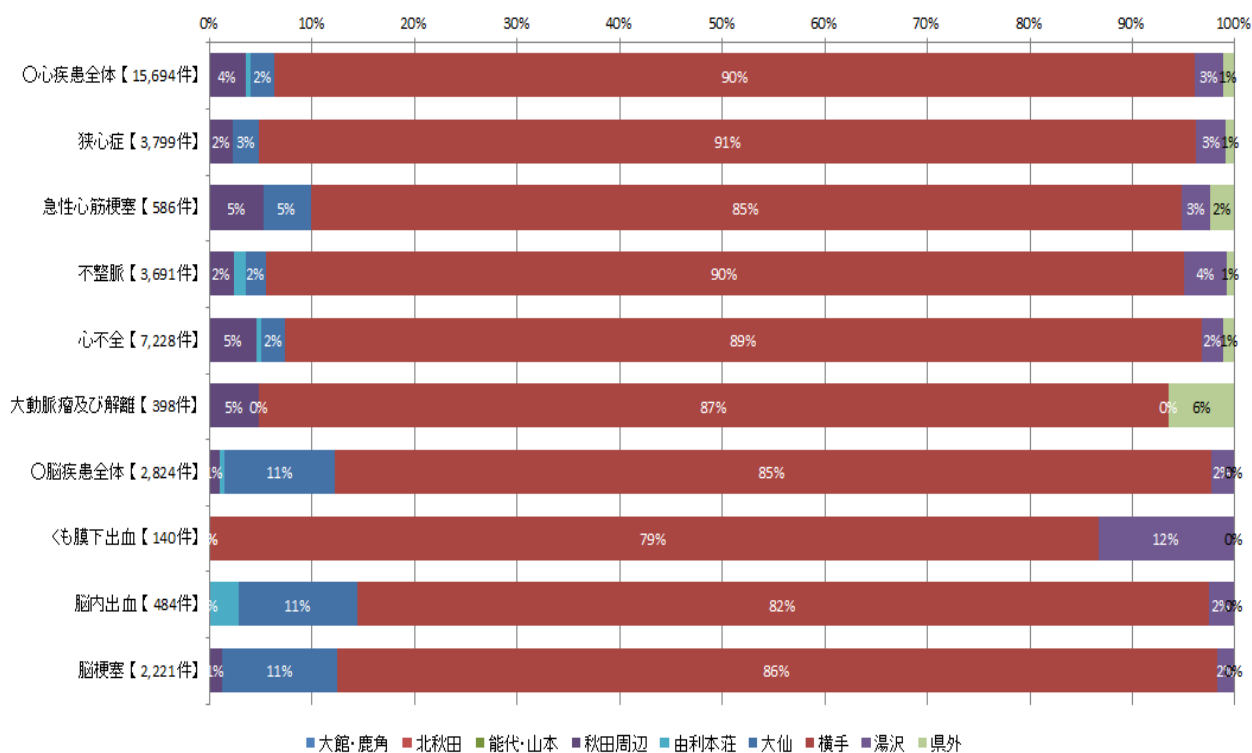
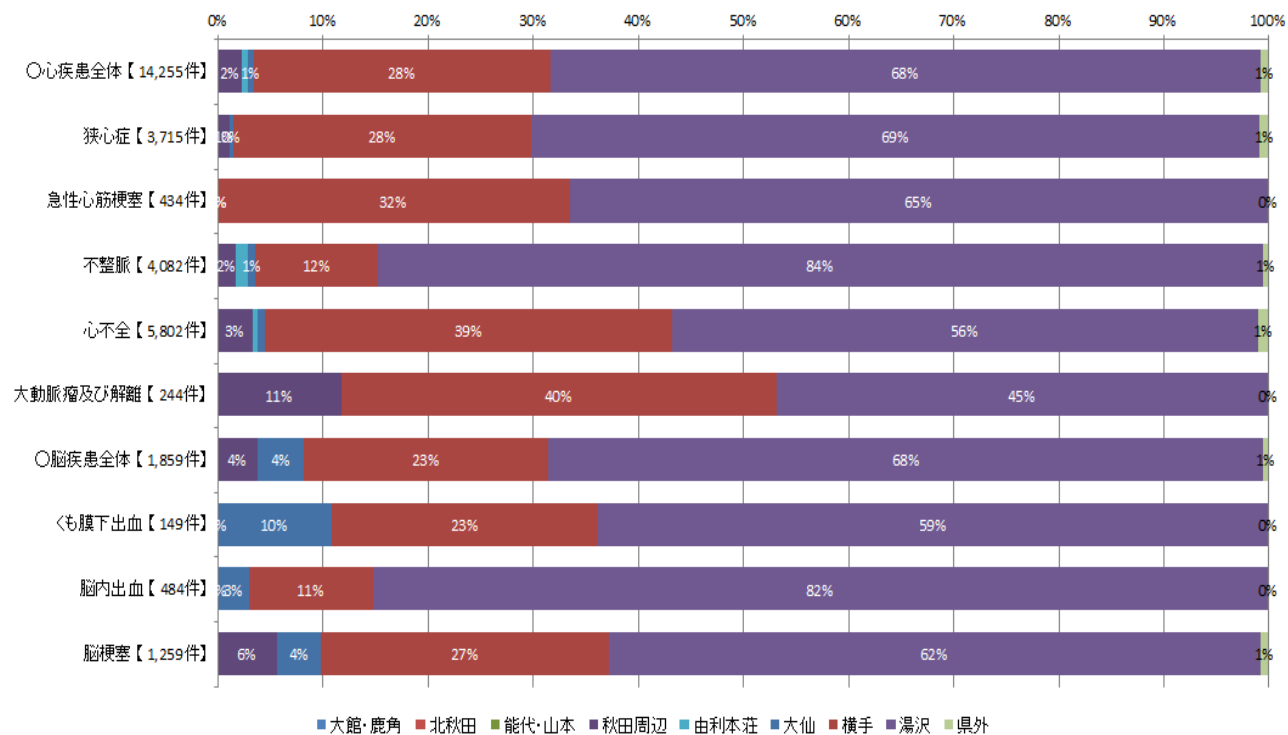


表8 (湯沢・雄勝圏域) 循環器病患者(レセプト件数)の流出状況(令和3年度)



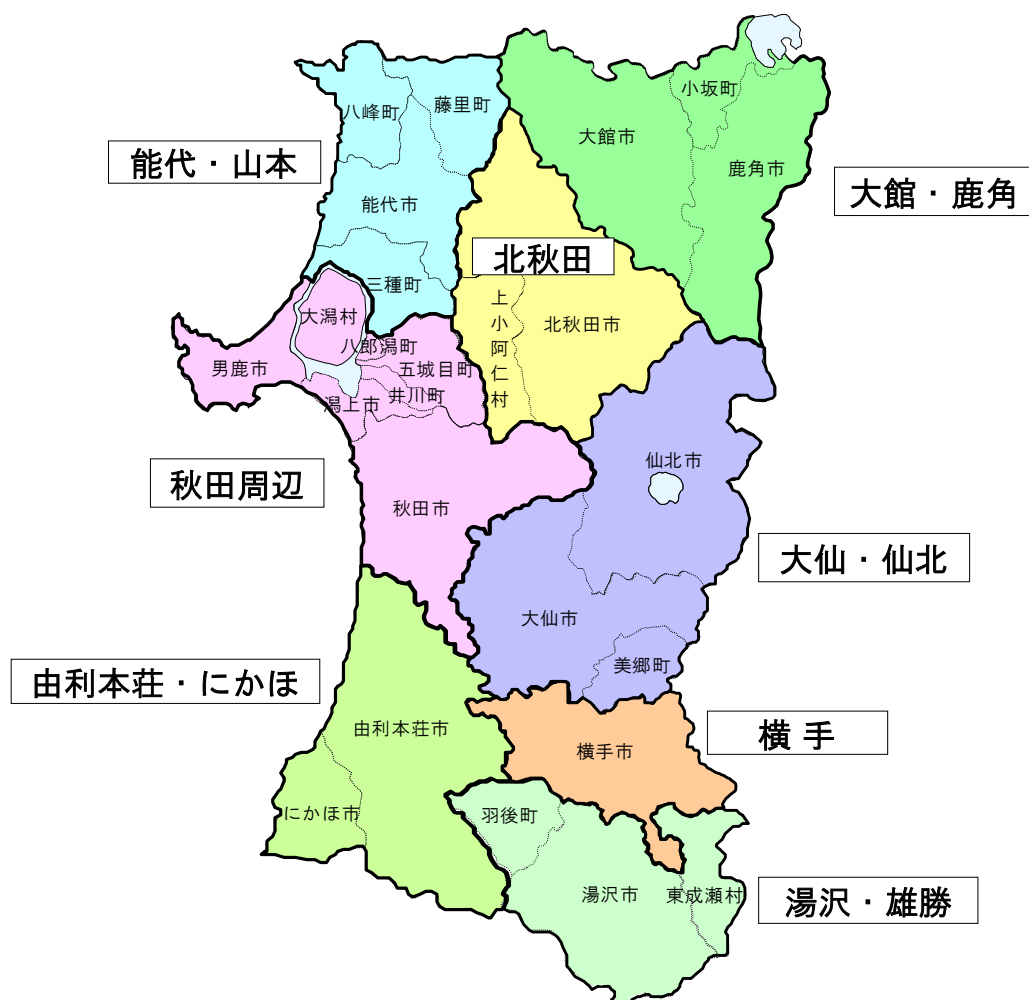
出典：全国健康保険協会秋田県支部調べ

＜循環器病における圏域設定＞

- ・ 秋田県医療保健福祉計画においては、本県における二次医療圏を県北、県央、県南の3つとしています（P23 参照）が、医療計画における「脳卒中」、「心筋梗塞等の心血管疾患」の医療体制については、循環器疾患の特性を考慮し、8圏域の体制としています。

なお、大動脈解離の医療体制の圏域については、秋田大学医学部附属病院で緊急の外科的治療に常時対応していることから、三次医療圏で設定します。

図 医療計画における脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患の圏域



<脳血管疾患における医療提供体制>

- ・ 脳梗塞の急性期治療においては、可及的早期のt-PA 静注療法と血栓回収療法を実施する体制が重要となります。日本脳卒中学会は、24 時間 365 日、t-PA 静注療法を行うことが可能な施設を「一次脳卒中センター」として認定しており、8 圏域のうち、北秋田圏域を除く 7 圏域に配置されています。
- ・ 血栓回収療法については、秋田周辺、由利本荘・にかほ、大仙・仙北、横手圏域では常時実施可能な体制となっていますが、特に県北における体制整備が課題となっています。
- ・ 脳卒中の治療には、内科・脳血管内治療・外科治療の総合的な体制が必要ですが、県内の脳卒中医療提供体制を構築する上で、脳神経内科医や脳神経外科医の確保、専門医の育成、均てん化を図っていく必要があります。

・ 各手術件数、医療圏別の脳卒中専門医等を踏まえ追記予定

表 1 一次脳卒中センターの状況（令和 4 年度）

一次脳卒中センター		脳梗塞		くも膜下出血 (破裂脳動脈瘤)		脳出血	
圏域	施設名	t-PA静注療法	血栓回収療法	クリッピング術	コイル塞栓術	保存的治療	手術
大館・鹿角	かつの厚生病院	後日、件数を入力したものを掲載予定					
北秋田							
能代・山本	能代厚生医療センター						
秋田周辺	秋田大学医学部附属病院						
	社会医療法人明和会中通総合病院						
	秋田赤十字病院						
	秋田県立循環器・脳脊髄センター						
由利本荘・にかほ	由利組合総合病院						
大仙・仙北	大曲厚生医療センター						
横手	平鹿総合病院						
湯沢・雄勝	雄勝中央病院						

出典：医務薬事課調べ

表 2 脳卒中中の t-PA 静注療法及び脳血管内治療の件数（人口 10 万対）

【脳卒中】		実績		全国	
発症後早期に専門的な治療を受けられる体制	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解法の実施件数	10.2	R3	10.8	R3
	脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数	8.4	R3	12.4	R3

出典：NDB オープンデータ（厚生労働省）

表 3 各医療圏における神経内科・脳神経外科医師数（令和 2 年）

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
脳神経内科医師数 (人口 10 万対)	1 (1.0)	- (-)	1 (1.3)	20 (5.2)	9 (9.2)	3 (2.5)	3 (3.5)	- (-)	37 (3.9)	5,758 (4.6)
脳神経外科医師数 (人口 10 万対)	7 (6.8)	- (-)	2 (2.7)	36 (9.3)	5 (5.1)	6 (5.0)	3 (3.5)	2 (3.4)	61 (6.4)	7,349 (6.4)

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計

(複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1 診療科のみに従事している場合の診療科)

表 4 追加 医療圏別の脳卒中専門医、脳血管内治療認定医、血栓回収療法実施医数

<心疾患における医療提供体制>

- ・ 心不全に対しては内科的治療、急性心筋梗塞に対しては経皮的冠動脈インターベンション（PCI）（※）、頻脈性不整脈に対しては不整脈アブレーション（※）、急性大動脈解離等の大動脈系疾患に対しては外科的治療が必要となります。
- ・ 内科的治療に関する状況を見てみると、特に心不全については、日本循環器学会や日本心不全学会では、「心不全パンデミック」と呼んでおり、高齢化の進行により、今後、大きく増加する疾患としていることから、各地域での早期診断をはじめとした心不全治療体制を整備していく必要があります。
- ・ 外科的治療に関する状況を見てみると、PCI、不整脈アブレーション、冠動脈・大動脈バイパス手術ともに、全国平均より実施件数が少ないこと、また、地域間格差があることが大きな課題であります。
- ・ 不整脈アブレーションについては、圏域別に見ると、秋田周辺圏域で多く実施されていますが、全県的にも実施可能な施設は少ない状況です。頻脈性不整脈の治療に係る専門医は少なく、養成可能な医療機関の必要性、急性心筋梗塞に比べ緊急性が低いという特徴を踏まえ、不整脈アブレーションを集中的に実施する拠点となる医療機関を整備する必要があります。
- ・ PCIや不整脈アブレーションの整備に当たっては、限られた医療資源を効果的に活用する必要があることから、地域医療構想に基づく、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要があります。特に秋田周辺圏域においては、循環器内科の機能分化を進める必要があります。
- ・ 急性大動脈解離等の大動脈系疾患については、緊急手術に対応できる医療圏は、秋田周辺圏域に集中しているため、広域な医療連携体制を構築する必要があります。
- ・ 大動脈弁狭窄症（※）は、高齢化が進む本県において、今後増えていく可能性がある疾患の1つであります。循環器内科医が不足している大館・鹿角圏域、北秋田圏域、湯沢・雄勝圏域では、その早期診断を得ることが難しい状況となっています。
- ・ 重症の大動脈弁狭窄症等の大動脈弁膜症に対する治療は、患者負担の少ない経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）（※）がありますが、本県では、人的体制・手術実績・必要な施設設備の全てを備えた秋田大学医学部附属病院でのみの実施となっています。
- ・ また、僧帽弁閉鎖不全症に対する治療である経皮的僧帽弁接合不全修復術（マイトラクリップ）（※）についても秋田大学医学部附属病院でのみ実施可能となっており、心房細動による脳梗塞を予防するウォッチマン治療は、県内で実施できる医療機関がない状況となっています。

表1 心血管疾患に関する医療機関別手術件数（令和4年度）

圏域	大館・鹿角		北秋田	能代・山本	秋田周辺					
	大館市立総合病院	かづの厚生病院			北秋田市民病院	能代厚生医療センター	秋田大学医学部附属病院	市立秋田総合病院	秋田厚生医療センター	秋田赤十字病院
経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術（PCI）	114	—	31	131	170	77	91	120	161	73
末梢血管治療（EVT）	7	—	7	28	38	39	9	33	34	39
不整脈アブレーション	—	—	—	—	199	169	24	—	8	53
ペースメーカー移植術・交換術	50	18	25	42	66	82	57	46	89	75
植込型除細動器（ICD）移植術・交換術、両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器（CRT）移植術・交換術	—	—	—	—	68	—	—	—	15	—
経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）	—	—	—	—	128	—	—	—	—	—

圏域	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県		全国（R2）
	由利組合総合病院	大曲厚生医療センター	平鹿総合病院	雄勝中央病院	合計	人口10万対	人口10万対
経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術（PCI）	182	117	202	13	1,482	159.4	178.3
末梢血管治療（EVT）	41	25	23	1	324	34.8	42.6
不整脈アブレーション	18	—	14	—	485	52.2	77.7
ペースメーカー移植術・交換術	56	39	59	22	726	78.0	47.0
植込型除細動器（ICD）移植術・交換術、両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器（CRT）移植術・交換術	—	—	—	—	83	8.9	6.9
経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）	—	—	—	—	128	13.8	10.9

出典：秋田大学大学院医学系研究科循環器内科学講座調べ

表2 心血管疾患に関する手術件数（人口10万対）

【心疾患】		実績		全国	
発症後早期に専門的な治療を受けることができる体制	PCI実施件数	144.3	R3	180.4	R3
	不整脈アブレーション実施件数	44.7	R3	83.8	R3
	冠動脈・大動脈バイパス移植術実施件数	4.1	R3	11.6	R3

出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）

表3 各圏域における循環器内科医師数・心臓血管外科医師数（令和2年）

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
循環器内科 医師数 (人口10万対)	4 (2.6)	2 (2.6)	10 (7.9)	65 (15.8)	6 (7.3)	5 (6.5)	16 (15.4)	2 (1.4)	110 (11.5)	13,026 (10.3)
心臓血管 外科医師数 (人口10万対)	- (-)	1 (3.1)	- (-)	14 (3.6)	2 (2.0)	- (-)	1 (1.2)	- (-)	18 (1.9)	3,222 (2.6)

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計

(複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科)

※ 経皮的冠動脈インターベンション（PCI）

狭心症や心筋梗塞など虚血性心疾患に対し、冠動脈内腔の狭くなった部分をカテーテルを使って広げるなどの治療法。

※ 不整脈アブレーション

血管を通して心臓内まで電極のついたカテーテルを入れ、不整脈の発生源を焼灼、冷凍凝固等する治療法。

※ 動脈弁狭窄症（だいどうみやくべんきょうさくしょう）

心臓の弁の適正に開かず、心臓から全身に血液が送り出しにくくなってしまう病気。進行すると、狭心痛や心不全などを起こす可能性がある。

※ 経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）

カテーテルを用いて心臓の大動脈弁を人工弁に置き換える治療法。患者の体に対する負担が少ないため、合併症や年齢等により開胸手術の危険性が高い患者にとって有用な治療法。

※ 経皮的僧帽弁接合不全修復術（マイトラクリップ）

高度の僧帽弁閉鎖不全症の患者さんを対象に行う治療で、カテーテルを用いて、僧帽弁をクリップでつまむことで、血流の逆流を改善する治療法。

※ ウォッチマン治療

カテーテルを用いて左心耳閉鎖デバイス（ウォッチマン）を左心耳の入り口に留置することで血栓のできる左心耳を閉鎖する治療法。

＜医療従事者の確保＞

- ・ 医師確保計画での医師偏在指標によると、県全体が医師少数県、二次医療圏別では、県北圏域、県南圏域が医師少数圏域に該当しており、医師不足が課題となっています。
- ・ また、医師の地域偏在については、県央の医師偏在指標 243.4 に対し、県北圏域は 142.0 となっているなど、地域間格差があります。

図表 本県の医師偏在指

都道府県及び二次医療圏の医師偏在指標の状況

No.	医師偏在指標		
	上位33.3%[↑] 下位33.3%[↓]	都道府県名	医師偏在指標 (入院患者流出入及び 昼間人口を考慮)
—	—	全国	255.6
1	↑	13東京都	353.9
2	↑	26京都市	326.7
3	↑	40福岡県	313.3
4	↑	33岡山県	299.6
5	↑	47沖縄県	292.1
6	↑	36徳島県	289.3
7	↑	27大阪府	288.6
8	↑	42長崎県	284.0
9	↑	17石川県	279.8
10	↑	30和歌山県	274.9
11	↑	41佐賀県	272.3
12	↑	43熊本県	271.0
13	↑	31鳥取県	270.4
14	↑	29奈良県	268.9
15	↑	39高知県	268.2
16	↑	37香川県	266.9
17		28兵庫県	266.5
18		32島根県	265.1
19		25滋賀県	260.4
20		44大分県	259.7
21		46鹿児島県	254.8
22		34広島県	254.2
23		14神奈川県	247.5
24		04宮城県	247.3
25		18福井県	246.8
26		38愛媛県	246.4
27		19山梨県	240.8
28		23愛知県	240.2
29		16富山県	238.8
30		01北海道	233.8
31		09栃木県	230.5
32	↓	35山口県	228.0
33	↓	45宮崎県	227.0
34	↓	24三重県	225.6
35	↓	21岐阜県	221.5
36	↓	20長野県	219.9
37	↓	10群馬県	219.7
38	↓	12千葉県	213.0
39	↓	22静岡県	211.8
40	↓	06山形県	200.2
41	↓	05秋田県	199.4
42	↓	11埼玉県	196.8
43	↓	08茨城県	193.6
44	↓	07福島県	190.5
45	↓	15新潟県	184.7
46	↓	02青森県	184.3
47	↓	03岩手県	182.5

No.	医師偏在指標			
	上位33.3%[↑] 下位33.3%[↓]	都道府県名	二次医療圏名	医師偏在指標 (入院患者流出入及び 昼間人口を考慮)
—	—	—	全国	255.6
1	↑	東京都	区中央部	789.8
2	↑	東京都	区西部	569.1
	↑			
	↑			
	↑			
	↑			
	↑			
	↑			
	↑			
80	↑	秋田県	県央	243.4
	↑			
	↑			
112	↑	滋賀県	湖北	217.6
113		和歌山県	橋本	217.2
222		山梨県	峡東	179.7
223	↓	栃木県	両毛	179.3
	↓			
	↓			
268	↓	秋田県	県南	159.6
	↓			
	↓			
	↓			
	↓			
305	↓	秋田県	県北	142.0
	↓			
	↓			
330	↓	岩手県	釜石	107.8

出典：県医療人材対策室調べ

表1 各圏域における脳神経内科・脳神経外科医師数（令和2年）（再掲）

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
脳神経内科医師数 (人口10万対)	1 (1.0)	- (-)	1 (1.3)	20 (5.2)	9 (9.2)	3 (2.5)	3 (3.5)	- (-)	37 (3.9)	5,758 (4.6)
脳神経外科医師数 (人口10万対)	7 (6.8)	- (-)	2 (2.7)	36 (9.3)	5 (5.1)	6 (5.0)	3 (3.5)	2 (3.4)	61 (6.4)	7,349 (6.4)

表2 各医療圏における循環器内科・心臓血管外科医師数（令和2年）（再掲）

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
循環器内科医師数 (人口10万対)	4 (2.6)	2 (2.6)	10 (7.9)	65 (15.8)	6 (7.3)	5 (6.5)	16 (15.4)	2 (1.4)	110 (11.5)	13,026 (10.3)
心臓血管外科医師数 (人口10万対)	- (-)	1 (3.1)	- (-)	14 (3.6)	2 (2.0)	- (-)	1 (1.2)	- (-)	18 (1.9)	3,222 (2.6)

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計

（複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科）

- ・ リハビリテーション科医師数（人口10万対）を見ると、全国平均と同程度と なっていますが、北秋田、横手、湯沢・雄勝圏域では不在となっているなど、地域偏在が見られます。

表3 各圏域におけるリハビリテーション科医師数（令和2年）

（単位：人）

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
リハビリテーション科医師数 (人口10万対)	2 (1.9)	- (-)	3 (4.0)	9 (2.3)	2 (1.9)	5 (4.1)	- (-)	- (-)	21 (2.2)	2,903 (2.3)

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計

（複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科）

- ・ 看護師については、県外への流出が大きいほか、県内においては、中小規模の病院・診療所及び介護施設では、採用数が確保できない状況にあるなど、県内定着を図ることが課題となっています。

表4 看護師の従事者数 (単位：人)

(常勤換算)	従事者数		人口10万対	
	病院 看護師	診療所 看護師	病院 看護師	診療所 看護師
全国	827,451.2	161,161.4	650.8	126.8
秋田県	7,582.1	1,391.2	769.4	141.2
大館・鹿角	696.8	83.6	651.2	78.1
北秋田	150.5	42.9	446.2	127.2
能代・山本	577.9	81.9	734.1	104.0
秋田周辺	3,473.7	693.8	891.8	178.1
由利本荘・にかほ	834.9	137.9	831.0	137.2
大仙・仙北	821.2	181.1	653.4	144.1
横手	750.7	107.4	845.4	120.9
湯沢・雄勝	276.4	62.6	449.3	101.8

出典：令和2年医療施設調査（厚生労働省）

- ・ 循環器病に関する認定看護師については、県全体で数名にとどまっており、令和3年から認定審査が開始されたB課程については不在となっています。

表5 脳卒中に関する認定看護師数 (単位：人) ※下段は人口10万対

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	不明	県計	全国
脳卒中リハビリテーション看護 (A課程)	—	—	—	1 (0.3)	—	1 (0.8)	1 (1.2)	—	1	4 (0.4)	742 (0.6)
脳卒中看護 (B課程)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	50 (0.04)

表6 心不全に関する認定看護師数 (単位：人) ※下段は人口10万対

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	不明	県計	全国
慢性心不全看護 (A課程)	—	—	—	2 (0.5)	1 (1.0)	—	—	—	—	3 (0.3)	445 (0.4)
心不全看護 (B課程)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	58 (0.05)

出典：認定看護師登録者一覧（日本看護協会）

- ・ リハビリテーション等の専門職の従事者数（人口10万対）を見ると、全国平均に比べ、理学療法士と言語聴覚士が大きく不足しており、北秋田圏域と湯沢・雄勝圏域の不足が目立ちます。

表7 リハビリテーション等の専門職の従事者数（単位：人）

(常勤換算)	従事者数			人口10万対		
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
全国	84,459.3	47,853.9	16,799.0	67.0	37.9	13.3
秋田県	438.5	341.0	85.8	45.7	35.5	8.9
大館・鹿角	49.0	34.8	8.0	45.8	32.5	7.5
北秋田	6.6	4.0	1.0	19.6	11.9	3.0
能代・山本	37.0	26.0	7.0	47.0	33.0	8.9
秋田周辺	187.7	158.7	38.8	48.2	40.7	10.0
由利本荘・にかほ	38.0	28.0	9.0	37.8	27.9	9.0
大仙・仙北	66.2	54.5	12.0	52.7	43.4	9.5
横手	34.0	23.0	7.0	38.3	25.9	7.9
湯沢・雄勝	20.0	12.0	3.0	32.5	19.5	4.9

出典：令和2年医療施設調査（厚生労働省）

- ・ 診療放射線技師等の専門職の従事者数の状況を見ると、全国平均に比べ、診療放射線技師と臨床工学技士が不足しており、大館・鹿角圏域と湯沢・雄勝圏域の不足が目立ちます。

表8 診療放射線技師等の専門職の従事者数（単位：人）

(常勤換算)	従事者数			人口10万対		
	診療放射線技師	臨床検査技師	臨床工学技士	診療放射線技師	臨床検査技師	臨床工学技士
全国	45,177.0	55,169.8	22,653.7	35.8	43.7	18.0
秋田県	338.8	484.1	157.0	35.3	50.5	16.4
大館・鹿角	28.0	35.3	7.0	26.2	33.0	6.5
北秋田	8.5	12.0	5.0	25.2	35.6	14.8
能代・山本	26.4	46.0	19.4	33.5	58.4	24.6
秋田周辺	152.1	219.5	77.6	39.1	56.4	19.9
由利本荘・にかほ	35.3	45.6	13.0	35.1	45.4	12.9
大仙・仙北	39.0	53.0	16.0	31.0	42.2	12.7
横手	34.5	51.7	14.0	38.9	58.2	15.8
湯沢・雄勝	15.0	21.0	5.0	24.4	34.1	8.1

出典：令和2年医療施設調査（厚生労働省）

- ・ 循環器病に関して、各々の専門職が持つ専門知識と技術を活用しながら、予防から療養まで幅広い指導と相談に応じ、サポートすることを目的として、関係する学会等が、専門職に対する資格認定制度を設けています。

県内で認定を受けた専門職は少ない状況にあり、今後、資格の取得を推進する必要があります。

表9 各学会が認定する資格取得者数 (単位：人) ※下段は人口10万対

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	不明	県計	全国
循環器病予防療養指導士 (R5.3時点)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	760 (0.6)
脳卒中療養相談士 (R5.12時点)	—	—	1 (1.3)	52 (13.5)	6 (6.1)	—	1 (1.2)	—	—	60 (6.2)	不明
心不全療養指導士 (R4.7.1時点)	3 (2.9)	1 (3.1)	—	12 (3.1)	2 (2.0)	—	1 (1.2)	2 (3.4)	2	21 (2.2)	5,199 (4.2)

○循環器予防療養指導士

(日本高血圧学会、日本循環器病予防学会、日本動脈硬化学会、日本心臓病学会)

○脳卒中療養相談士 (日本脳卒中学会)

○心不全療養指導士 (日本循環器学会)

＜脳卒中患者のリハビリテーション＞

- ・ 脳卒中患者の誤嚥性肺炎の予防や後遺症の軽減を図るため、嚥下機能訓練などの急性期リハビリテーションや、機能回復などの日常生活を見越した継続的なリハビリテーションの実施が求められているほか、デジタル技術を活用した遠隔リハビリテーションなどのサービスも行われつつあります。
- ・ 脳血管障害患者は口腔機能が著しく低下するため、高齢期に多い誤嚥性肺炎の予防策として、歯科医師や歯科衛生士等による口腔ケアや、言語聴覚士、認定看護師等による嚥下機能評価・訓練の実施が一層重要になっています。
- ・ また、リハビリテーションの実施件数（人口10万対）を見ると、全国平均を下回っています。（表2）

表1 脳卒中に関するリハビリテーションの施設基準（※）を取得している医療機関数

圏域	脳血管疾患等リハビリテーション料			回復期リハビリテーション病棟入院料		
	(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	入院料1	入院料2	入院料3
大館・鹿角	4	-	2	1	-	1
北秋田	1	-	1	-	-	-
能代・山本	2	2	2	-	1	-
秋田周辺	8	6	8	3	-	-
由利本荘にかほ	3	1	1	-	-	-
大仙・仙北	3	3	2	1	-	1
横手	2	1	-	-	-	-
湯沢・雄勝	1	1	-	-	-	-
県計	24	14	16	5	1	2

出典：診療報酬施設基準（厚生労働省）（令和5年10月）

表2 脳卒中に関するリハビリテーションの実施状況等

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国*
レセプト件数	1,011	188	700	2,628	1,469	2,964	963	605	6,951	/
人口10万対	961	569	907	680	500	1,204	129	546	715	

出典：令和3年NDBオープンデータ（厚生労働省）*全国値は47都道府県の単純平均値

表3 脳血管疾患の退院患者平均在院日数（施設所在地）

区分	平成26年	平成29年	令和2年
秋田県	64.3日	65.1日	83.1日
全国	89.1日	78.2日	77.4日

出典：患者調査（厚生労働省）

表4 在宅等生活の場※に復帰した脳血管疾患患者の割合

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
割合(%)	61.0	93.3	42.6	60.1	81.6	69.1	53.6	69.2	62.5	42.6

出典：令和2年患者調査(厚生労働省)

※ 主病名が「脳血管疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「家庭」である患者及び入院前の場所と退院後の行き先が「介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所」と一致している患者の割合

※ 施設基準、脳血管疾患等リハビリテーションⅠ・Ⅱ・Ⅲ

- ・ 施設基準は、保険医療機関が診療行為を行うに当たって、必要な人員や設備に係る基準。地方厚生局に届け出て初めて点数を算定できる。
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーションは、運動機能・基本的動作能力・応用歩行能力の回復等を目的とする理学療法や、日常生活動作能力・社会的適応能力・高次脳機能障害の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力・摂食機能の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療。
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料の施設基準には、Ⅰ・Ⅱ・Ⅲの3種類ある。それぞれ専任の常勤医師数や理学療法士数などの要件が異なり、Ⅰが最も基準が高く、以降、Ⅱ、Ⅲとなっている。

<心疾患患者のリハビリテーション>

- ・ 心血管疾患患者については、心不全等で入退院を繰り返す患者が多いことから、再発予防の観点を踏まえつつ、疾病管理プログラムとしての通院及び外来でのリハビリテーションを実施することが求められます。
- ・ 高齢化の進展により、心不全等の患者が増加することが見込まれている中、急性期の治療の後、回復期から維持期にかけて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、デジタル技術を活用した遠隔リハビリテーションなどの体制整備が求められています。
- ・ 心大血管疾患リハビリテーション（※）の施設基準の要件は厳しく、医療機関（人口10万対）で見ると、全国平均を下回っています。特に、秋田周辺圏域には6医療機関があるものの、未整備の圏域もあり、地域間格差があります。（表1）
- ・ 県では、施設基準を満たすための設備整備や、心臓リハビリテーション指導士の資格取得に係る経費に対し支援を実施しています。
- ・ また、リハビリテーションの実施件数（人口10万対）で見ると、全国平均を下回っています。（表3）

表1 心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
医療機関数 (人口10万対)	- (-)	1 (-)	- (-)	6 (1.5)	- (-)	- (-)	1 (1.1)	1 (1.5)	9 (0.8)	989 (0.9)

出典：診療報酬施設基準届出医療機関名簿（厚生労働省東北厚生局）（令和5年10月）

表2 心臓リハビリテーション指導士数（在籍医療機関別）

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
指導士数 (人口10万対)	1 (1.0)	2 (6.1)	- (-)	35 (9.1)	1 (1.0)	5 (4.0)	6 (4.9)	3 (5.0)	53 (5.5)	7,022 (5.6)

出典：全国指導士名簿（日本心臓リハビリテーション学会）（令和5年2月）

表3 心疾患に関するリハビリテーションの実施件数

圏域	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計	全国*
レセプト件数	-	49	-	2,690	-	-	584	31	3,354	
人口10万対	-	145.3	-	690.6	-	-	657.7	50.4	340.1	424.2

出典：令和3年NDBオープンデータ（厚生労働省）*全国値は47都道府県の単純平均値

表4 心疾患の退院患者平均在院日数（施設所在地）

区分	平成26年	平成29年	令和2年
秋田県	19.1日	21.3日	30.8日
全国	20.2日	19.0日	24.4日

出典：令和2年患者調査（厚生労働省）

表5 在宅等生活の場[※]に復帰した虚血性心疾患患者の割合

圏域	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計	全国
割合(%)	64.9	100.0	100.0	93.6	92.6	68.4	97.0	-	89.5	92.3

出典：令和2年患者調査(厚生労働省)

※ 主病名が「虚血性心疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「家庭」である患者及び入院前の場所と退院後の行き先が「介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所」と一致している患者の割合

表6 在宅等生活の場[※]に復帰した大動脈疾患患者の割合

圏域	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計	全国
割合(%)	100.0	-	-	70.5	75.0	50.0	67.8	-	68.5	72.3

出典：令和2年患者調査(厚生労働省)

※ 主病名が「大動脈疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「家庭」である患者及び入院前の場所と退院後の行き先が「介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所」と一致している患者の割合

※ 心大血管疾患リハビリテーション

心臓や血管の患者の方向けに運動療法を中心とした包括的な治療。在宅運動療法や退院後の指導も含む。

<緩和ケアが可能な体制>

- ・ 循環器疾患の特に心不全はすべての心疾患の共通した終末的な病態ですが、今後、高齢化の進行に伴い「心不全パンデミック」と呼ばれる大幅な増加が予想されることから、患者の状態に合わせた全人的な緩和ケアは更に重要となります。
- ・ 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定に基づく緩和ケアが提供される必要があります。

表1 緩和ケアにおける循環器疾患（心不全）とがんの共通点・相違点

	疾患特性	緩和ケア
共通点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生命を脅かす疾患 ・ 症状の進行とともに、全人的な苦痛が増悪 ・ 国民の疾患の理解が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患の初期段階から疾患そのものの治療と並行して提供 ・ 緩和ケアに対する医療従事者及び患者やその家族の誤解や抵抗感 ・ 患者やその家族の価値観等も踏まえた全人的なケア ・ 多職種・地域連携、医療・介護・福祉等の連携が必要
相違点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患経過や予測が困難 ・ 患者の年齢層や主に受療する医療機関 ・ 食事や運動等の生活習慣や自己管理が疾病に与える影響 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期における疾患の治療による苦痛緩和への影響 ・ 緩和ケアにおいて適応となる薬物療法・非薬物療法の使用方法等

出典：循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ
循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について（平成30年4月）

<再発防止や重症化予防の2次予防の観点を踏まえた在宅療養可能な体制>

- ・ 医療機関においては、患者のそれぞれの状態や社会資源に応じ、シームレスな療養生活が可能となるよう、入院医療から在宅医療へ引き継ぐ、地域の実情に応じた適切な退院支援を実施する必要があります。

表1 退院支援担当者を配置している病院（令和2年度）

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計
病院	4	1	2	13	3	4	4	3	34

出典：医療施設調査

- ・ 脳卒中患者に対しては、かかりつけ医と病院が連携して診療を行うため、脳卒中地域連携パス（※）の活用を推進する必要があります。
- ・ 地域連携診療計画加算（退院支援加算）の算定回数（人口10万対）で見ると、全国平均を大きく下回っています。（表2）

表2 地域連携診療計画加算（退院支援加算）の算定回数

	算定回数	人口10万当たり
全国	75,468	59.0
秋田県	115	11.2

出典：令和2年NDBオープンデータ（厚生労働省）

※ 脳卒中地域連携パス

脳卒中の患者に対し、地域の病院や診療所などが連携・協力しながら、患者の状況に応じて治療するための「診療計画」を作成し、治療をうける全ての医療機関等で共有して用いるもの。

- ・ 在宅医療で積極的な役割を果たす在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション、訪問薬剤管理指導を行う薬局や健康情報拠点としての健康サポート薬局等の医療資源について、地域の実情に応じた整備、充実を推進する必要があります。
- ・ このうち、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションの設置状況は、全国平均と比べ少ない状況です。（表3～9）

表3 訪問診療を実施している診療所・病院数（令和5年3月現在）

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計
医療機関数	11	2	12	58	9	19	13	5	129
人口10万対	11.2	6.6	17.0	15.4	9.5	16.5	15.9	9.0	14.0

出典：施設基準（在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料の届出受理状況）
（厚生労働省東北厚生局）

表4 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数：年計）（令和3年度）

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計
患者数	2,914	511	3,408	19,781	4,136	6,430	6,625	3,039	46,844
人口10万対	2,859	1,608	4,622	5,160	4,257	5,386	7,841	5,258	4,933

出典：NDBデータ（厚生労働省）

表5 訪問歯科診療を実施している診療所数（令和5年3月現在）

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計
医療機関数	25	6	15	97	15	24	29	16	227
人口10万対	25.4	19.8	21.2	25.8	15.9	20.8	35.5	28.9	24.6

出典：施設基準（歯科訪問診療料の注13の規定）の届出受理状況（厚生労働省東北厚生局）

表6 訪問看護ステーション数（令和5年3月現在）

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計
事業所数	9	4	7	40	7	7	5	2	81
人口10万対	9.2	13.4	10.0	10.7	7.5	6.1	6.2	3.6	8.8

出典：長寿社会課調べ

表7 訪問看護ステーションの看護師数（令和4年12月現在）

	県計
従業員（看護職）	407

出典：保健師、助産師、看護師、准看護師 業務従事者届（県医療人材対策室）

- また、在宅療養支援診療所を除く、往診・訪問診療を行う医療機関数については、全国平均と比べ同程度となっています。一方、大館・鹿角圏域では医療機関が少ないなどの地域間格差があります。（表8～表9）

表8 往診施設数の状況

圏域名	人口(10万人)	往診施設数(月平均施設数)		人口10万あたりの往診施設数		
	住基人口	往診実施設数(病院)	往診実施設数(一般診療所)	往診実施設数(病院)	往診実施設数(一般診療所)	合計
全国	1,266.5	*	*			0
秋田県	9.7	*	255		26	26
大館・鹿角	1.1	4	12	4	11	15
北秋田	0.3	0	11	0	33	33
能代・山本	0.8	4	24	5	31	36
秋田周辺	3.9	15	92	4	24	28
由利本荘・にかほ	1.0	3	31	3	31	34
大仙・仙北	1.2	*	35		28	28
横手	0.9	*	32		37	37
湯沢・雄勝	0.6	*	18		30	30

出典：NDB データ（平成31年4月から令和2年3月までの診療分データ（12か月）に基づき抽出・集計したもの。）往診実施設数は、NDB データにおける医科レセプト（入院外）の往診の診療行為が算定された病院数及び診療所数（月平均施設数）。

表9 訪問診療施設数の状況

圏域名	人口(10万人)	在宅患者訪問診療実施施設数(月平均施設数)		人口10万あたりの在宅患者訪問診療施設数		
	住基人口	在宅患者訪問診療実施設数(病院)	在宅患者訪問診療実施設数(一般診療所)	在宅患者訪問診療実施設数(病院)	在宅患者訪問診療実施設数(一般診療所)	合計
全国	1,266.5	*	*			0
秋田県	9.7	*	203		21	21
大館・鹿角	1.1	5	7	5	7	11
北秋田	0.3	0	10	0	30	30
能代・山本	0.8	3	23	4	30	34
秋田周辺	3.9	10	66	3	17	20
由利本荘・にかほ	1.0	5	23	5	23	28
大仙・仙北	1.2	4	31	3	25	28
横手	0.9	*	26		30	30
湯沢・雄勝	0.6	*	17		28	28

出典：NDB データ（平成31年4月から令和2年3月までの診療分データ（12か月）に基づき抽出・集計したもの。）在宅患者訪問診療実施施設数は、NDB データにおける医科レセプト（入院外）の在宅患者訪問診療の診療行為が算定された病院数及び診療所数（月平均施設数）。

- ・ 心疾患患者の心不全の増悪予防のためには、かかりつけ医による適切な薬物療法や生活習慣病の改善指導・管理などが必要です。
- ・ 重症心不全状態の治療として、体内に補助人工心臓（VAD）（※）を植え込む方法がありますが、特殊な機器を使う治療であるため、退院後はバッテリー交換に関する知識や日常生活・生活習慣でも注意が必要となるほか、ケーブル貫通部からの感染症などの可能性もあり、医療だけではなく、訪問看護などの多職種による支援が必要です。
- ・ 脳卒中患者が在宅で療養できるよう、かかりつけ医や病院、介護保険事業所等の連携体制を構築する必要があります。
- ・ 再発予防の観点からも、かかりつけ医と病院との連携を進めるため、あきたハートフルネット（※）の運用などを通じ、診療情報の共有化などの連携体制を構築する必要があります。

※ 補助人工心臓（VAD）

様々な原因により急性あるいは慢性の経過から重度の心不全状態（急性心原性ショックを含む）に陥ってしまった心臓の代わりとして、血液循環を補助するポンプ機能を補う医療機器。

※ あきたハートフルネット

県内の病院や診療所間で、患者の診療情報を安全かつ簡便に共有できるネットワークシステムとして、平成26年度に運用を開始。

転院時などにおける医療の継続性、検査や投薬の重複防止など、効率的で質の高い医療の提供に資する。

○ 参加医療機関 70施設（R5年10月現在）

Ⅱ 施策の方向性

＜高度な医療提供体制の構築＞

【主な取組】

- ◎ 県北地域における t-PA 静注療法及び血栓回収療法が実施可能な体制の整備【短期】（再掲）
- ◎ アブレーションを集中的に実施する拠点となる医療機関の整備と循環器内科の機能分化【短期】
- ◎ 地域での専門医が不足している中、急性期疾患に対応するため、救急告示病院の急性期画像連携システム（※）や超音波遠隔システムの導入など、施設間ネットワークの構築と有効利用の推進【短期】
- ◎ 本県では実施できていないウォッチマン治療が実施可能な体制整備など、高度な医療機能の整備に向けた取組の推進【短期】
- ◎ 一定期間の診療データ等を追跡し、蓄積していくためのシステムの構築や循環器病に関する登録制度の創設についての検討【短期】（再掲）
- 医療者の労務環境の改善や業務の効率化につながるデジタル技術の活用促進【中長期】
- 脳血管疾患患者の増加を見据え、「一次脳卒中センター」、「一次脳卒中コアセンター」（※）など、地域の実情に応じた脳卒中治療の拠点となる医療機関の体制整備に向けた取組の推進【中長期】
- 地域医療構想に基づき、地域医療構想調整会議の活用を通じた循環器医療提供体制に係る機能分化・連携の促進【中長期】
- かかりつけ医、かかりつけ薬局等と専門的治療を行う施設との循環器病に係る知見の共有【中長期】
- 切れ目のない医療を提供するために必要な総合診療の充実に向けた取組【中長期】

＜病期に応じたリハビリテーションが実施可能な体制の整備、緩和ケアの充実＞

【主な取組】

- 学会等が行う緩和ケア研修への受講等を通じた緩和ケアの底上げ【中長期】
- 在宅患者の外来でのリハビリテーションや訪問リハビリテーション、デジタル技術を活用した遠隔リハビリテーションを行う体制の整備【中長期】
- 不足している心血管疾患リハビリテーションの充実を図るため、心臓リハビリテーション指導士等の育成のほか、「心臓リハビリテーションの施設基準」の取得に必要となる施設・運動機器等の整備などへの支援【継続】
- 脳血管疾患リハビリテーションの充実を図るため、「脳血管疾患等リハビリテーションの施設基準」や「回復期リハビリテーション病床」への転換等に伴う施設整備と機器整備への支援【継続】
- 脳卒中患者への継続的な治療を行う「脳卒中地域連携パス」の活用促進に向けた取組の推進【継続】

- 脳卒中患者の誤嚥性肺炎予防のため、歯科専門職や医師、看護師、薬剤師、栄養士、言語聴覚士等を対象とした研修会の実施【継続】
- 脳卒中相談窓口を中心とした情報提供や両立支援、就労支援【継続】
- 入院患者の周術期口腔機能管理を定着を促す研修会の実施【継続】

※ 急性期画像連携システム、超音波遠隔システム

- ・ 「急性期画像連携システム」は、脳卒中などの急性期疾患において、CT等の画像を専門医のいる病院へ送信し、適切なコンサルタントを受けられるシステム。
- ・ 「超音波遠隔システム」は、専門の医師や熟練を要する技師によって可能となる超音波診断を、専用システムを活用することにより、遠隔地にいる専門医が診断できるシステム。
このようなデジタル技術を活用した遠隔医療に係るシステムを幅広く活用していくためにも、インフラが不十分な地域や施設、あるいは移動中に通信が必要な場面でも高速な通信ができるよう「5G」の活用なども含めて通信基盤の整備をしていく必要があります。

※ 「一次脳卒中コアセンター」

- ・ 日本脳卒中学会が、専門治療に関し、一定の要件を満たす施設を認定する制度。
- ・ 「一次脳卒中センター」は、24時間365日、t-PA 静注療法を行うことができるなどの要件を満たす施設。
- ・ 「一次脳卒中コアセンター」は、24時間365日、詰まった血栓をカテーテルで除去する方法（機械的血栓回収療法）が可能であるほか、脳卒中の相談窓口を有する施設。

<医療従事者の総合的な確保対策の推進>

【主な取組】

- 全県的なPCI実施体制や今後需要が増加する心不全治療体制への整備に必要な循環器内科医の育成・確保と、地域内の潜在的な患者の発見が可能となる心臓超音波専門の医療従事者の育成【中長期】
- 今後も増加していく脳血管疾患の医療需要を見据え、「秋田大学医学部附属病院脳卒中包括医療センター」と地域の中核病院が連携した脳卒中専門医の育成【中長期】
- 医師不足や地域偏在への対応として、地域枠等医師を医師少数区域内の公的病院等へ配置するなど、医師確保計画に基づく取組の推進【中長期】
- 地域枠医学生や臨床研修医に対し、積極的な情報提供や関係構築等による診療科選択の動機付けを行うなど、脳・心疾患に係る専門医、リハビリテーション医の確保と育成【中長期】

- 専門性の高い看護技術を持つ認定看護師及び特定行為研修を修了した看護師の育成【中長期】
- 大学院の修士課程において、21区分の特定行為研修を修了するなど、医学の知識を持つ看護師である診療看護師の育成【中長期】
- 循環器病に関する学会等が認定する資格の取得促進【中長期】
- 医療従事者（看護職員のほか、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等のリハビリテーション職）の充足状況調査の実施と確保対策の検討【継続】
- 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等への修学資金の貸与による確保対策【継続】
- 病院から在宅医療へのニーズの変化を捉えた看護師の県内定着や復職支援等による確保対策【継続】
- あきた医師総合支援センターによる若手医師キャリア形成等の支援【継続】

<かかりつけ医と病院の連携、在宅医療提供体制の整備>

【主な取組】

- 国庫補助事業等を活用しながら、地域に必要な医療を提供する診療所の設備・施設整備等への支援【中長期】
- かかりつけ医による再発防止や重症化予防などの2次予防に係る取組の促進【中長期】
- 在宅患者に対する遠隔診療や移動車両による巡回医療など、医療機関へのアクセスが困難な患者が医療を受けられる体制の整備【中長期】
- 訪問看護ステーションの様々な課題の解決に向け、一元的に・総合的に解決する支援センターの整備【中長期】
- 在宅医療に関わる看護師などの人材育成【継続】
- 訪問看護ステーションの設置に係る運営費への支援【継続】
- あきたハートフルネットの導入によるかかりつけ医と病院との診療情報の共有化と地域間ネットワークの構築【継続】
- 在宅医療推進協議会の開催による地域の病院と診療所の役割の明確化を図るなど、病診・診診連携の体制を構築【継続】

※【担当課室】医務薬事課、医療人材対策室、健康づくり推進課

(3) 小児期から成人期までの成育過程を通じた循環器病対策

I 現状と課題

<小児期における循環器病>

- ・ 近年の小児期医療の進歩により、多くの命が救われてきた一方で、疾患自体が治癒に至らず持続したり、合併症が長期に継続しながら、思春期、さらには成人期を迎える成人先天性心疾患を抱える患者が多くなっています。
- ・ 小児期の脳卒中には、もやもや病や脳動静脈奇形などがあり、しばしば重篤な症状を呈することから、迅速な急性期医療や後遺症に対するリハビリテーションが必要となります。

<移行期医療>

- ・ 小児期発症疾患の継続診療が必要となる場合、成人期医療への移行が相応しい時期になっても、医療体制が整っていないために、あるいは本人の準備が整わないため、成人期医療への移行が円滑に行われなことが課題となっています。
- ・ 小児期医療の治療に当たっては保護者の役割が大きいこと、また、原疾患に加え合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま成人を迎える患者が増えていることから自立等に関する課題もあります。
- ・ 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、患者の通う学校や職場の理解促進など、総合的な体制の充実が求められています。

II 施策の方向性

<移行期医療の推進>

【主な取組】

- 成人先天性心疾患患者を対象とした専門外来の設置など、移行期医療を円滑に進めるための体制整備に向けた取組の推進【中長期】
- 小児期と成人期の診療科間の連携の促進【中長期】
- 循環器内科・心臓血管外科での成人先天性心疾患に対する知識・経験の蓄積【中長期】
- 小児期脳卒中の診断や治療に関する小児科、脳神経内科、脳神経外科での知識・経験の蓄積とシームレスな連携【中長期】
- 小児生活習慣病予防検診等による小児生活習慣病の早期発見と将来の生活習慣病の予防【中長期】
- 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の推進【中長期】
- 学校や職場の関係者が理解を深める取組の検討【中長期】

<乳幼児健康診査、児童生徒等の健康診断での機会を捉えた早期発見>

【主な取組】

- 乳幼児健康診査の実施【継続】
- 児童生徒等の健康診断における学校検診や心電図検査の実施【継続】

※【担当課室】保健・疾病対策課、保健体育課、医務薬事課

3 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者への支援

(1) 多職種連携による医療・介護連携の促進

I 現状と課題

<自立した在宅生活と介護予防・重症化防止>

- ・ 日常生活に必要な医療、介護、介護予防、住まい、生活支援のサービスを一体的に、切れ目なく支援する、地域の実情に応じた地域包括ケアシステム（※）を構築する必要があります。
- ・ 循環器病患者は、生活支援や介護が必要な状態に至る場合があるため、地域包括ケアシステムの構築を図る観点から、患者の日常生活圏域での在宅医療・介護連携を推進するための体制を整備する必要があります。
- ・ 高齢者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域包括支援センター及び市町村が開催している地域ケア会議（※）については、介護予防、重症化防止に向け多職種が連携して効果的な取組をしている市町村がある一方、専門職が確保できない等により十分に取組むことができていない市町村があるなどの課題があります。

II 施策の方向性

<在宅医療・介護連携の促進と地域ケア会議の機能向上>

【主な取組】

- 脳卒中・心臓病等総合支援センター（※）の整備【中長期】
- 医療や介護専門職、リハビリ専門職等の多職種が連携し、自立に向けて重点的な支援を行う地域ケア会議の取組の推進【中長期】
- ナラティブブック秋田（※）等を活用した患者本人の思いや人生観を中心に添えた医療・介護・生活に関する情報共有による多職種連携の推進【継続】
- 地域の実情に応じた各地域振興局単位での市町村における多職種連携の取組の支援【継続】

※ 地域包括ケアシステム

高齢者等が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じて、自立した生活ができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制のこと。

※ 地域ケア会議

地域包括支援センター及び市町村主体の会議であり、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツール。具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援等を行うとともに、地域づくり・政策形成等につなげるための場。

※ 脳卒中・心臓病等総合支援センター

脳卒中・心臓病等の患者や家族に対し医療やリハビリテーション介護・福祉・就労・障害に関する適切な情報提供と相談支援を行うセンター。

※ ナラティブブック秋田

患者の情報を情報通信技術（ＩＣＴ）を使い、本人の情報管理の下で本人や家族および医療・介護従事者間で共有するシステムで、秋田県医師会が地域包括ケアシステムにおける多職種連携やＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）の普及のため、その活用を進めている。共有する情報は病気や治療のことだけではなく、日頃の生活や生き方、その人の考えや思いも含まれる。

※【担当課室】福祉政策課、長寿社会課、医務薬事課

（２）後遺症の治療と仕事の両立支援・就労支援

I 現状と課題

<後遺症や治療に伴う就労上の課題>

- ・ 脳卒中などの循環器病に起因し、高次脳機能障害（※）などの障害を引き起こした場合は、日常生活や社会生活に支障をきたす可能性があるため、医療から福祉までの継続的な支援が必要であります。
- ・ 高齢化に伴い、循環器病疾患を抱える労働者の増加が見込まれる中であって、脳血管疾患や心疾患などの疾病を抱える従業員の中には、仕事上の理由で適切な治療を受けられない場合や、職場の理解や支援が足りないことで離職を余儀なくされるケースもあります。
- ・ 受け入れる側に対する理解促進の取組、支援が必要です。
- ・ また、患者の方が職場復帰する場合にあつては、その状況に応じたきめ細かな職業訓練を実施する必要があります。

II 施策の方向性

<治療と仕事の両立支援の体制整備>

【主な取組】

- 秋田産業保健総合支援センター（※）の両立支援コーディネーターによる患者の状況に応じた事業主・労働者向けの治療と仕事の両立支援の推進【中長期】
- 脳卒中・心臓病等総合支援センターの整備【中長期】（再掲）
- 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患者へのトライアングルサポート体制の構築【中長期】
- 治療と仕事の両立支援助成金を活用した安心して働くことができる職場環境の整備【中長期】

- 脳卒中相談窓口を中心とした情報提供や両立支援、就労支援【継続】（再掲）
- 秋田県高次脳機能障害相談・支援センター（秋田県立リハビリテーション・精神医療センター）を中心とした専門的なりハビリテーションの実施や関係機関との連携による継続的な支援の実施【継続】
- 職場復帰に向けた国や県、教育訓練機関等が連携した職業訓練（※）の実施【継続】

※ 高次脳機能障害

頭部外傷や脳血管障害の後遺症などによって脳損傷を受け、

①記憶障害、②注意障害、③遂行機能障害、④社会的行動障害などの認知障害が生じることにより、日常生活や社会生活への適応が困難となる障害。

外見上障害が分かりにくいいため、周囲の理解が得られにくく、本人や家族が悩みを抱え込むことが少なくない。医療や福祉の谷間に落ちることがある。

※ 秋田産業保健総合支援センターにおける治療と仕事の両立支援

- ・ 事業者に対する啓発セミナー ・ 管理監督者、社員向けの両立支援教育
- ・ 事業場への個別訪問支援 ・ 両立支援に関する相談対応
- ・ 患者（労働者）と事業場との個別調整支援

※ 障害者の態様に応じた多様な委託訓練

○概要

ハローワークで求職している障害者を支援するため、国と都道府県が委託契約を締結し、都道府県が主体となって、企業や民間教育訓練機関などの多様な訓練委託先を活用し、地域の中で職業訓練を実施する。

○開講コース

- ・ 知識・技能習得訓練コース
- ・ 実践能力習得訓練コース（企業等での実習）
- ・ eラーニングコース（在宅での訓練）

※【担当課室】障害福祉課、雇用労働政策課

(3) 循環器病に関する適切な情報提供

I 現状と課題

<必要な情報提供>

- ・ 循環器病患者とその家族が抱えている診療及び生活に関する疑問や精神的・心理的な悩み事などに対応するとともに、必要な情報にアクセスできる環境が必要であります。

II 施策の方向性

<県民向けの分かりやすい医療情報の提供>

【主な取組】

- 県民向けの循環器病に係る分かりやすい情報提供の手法に関する検討
【中長期】
- 国や国立循環器病研究センターによる科学的根拠に基づく情報の提供
【継続】
- G-M I S (※) を活用した医療機関の周知 【継続】

※ G-M I S (医療機関等情報支援システム)

全国の医療機関(約38,000)から、病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、医療機器(人工呼吸器等)や医療資材(マスクや防護服等)の確保状況等を一元的に把握している。

県ではこれまで、「秋田医療情報ガイド」により、住民・患者に対し医療・薬局機能の情報提供を行ってきたが、令和6年度以降、全国統一システムであるG-M I Sにより提供を行う。

※【担当課室】医務薬事課

第3節 循環器病の研究促進

I 現状と課題

<研究開発の必要性>

- ・ 循環器病については、病態解明や新たな治療薬の研究のほか、リハビリテーション等の提供に関する機器開発、QOL向上等に資する方法の開発、発症リスクの評価や予防法の開発など、研究は多岐にわたっています。
- ・ こうした研究は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）等を活用して、基礎的な研究から実用化のための研究開発を推進することが望ましいとされており、本県では、県内企業・大学・公設試験研究機関等による様々なネットワークを構築し、連携活動を行っています。
- ・ また、秋田県立循環器・脳脊髄センターでは、秋田県立脳血管研究センター（当時）における脳卒中発症登録制度などの蓄積を基に、脳卒中の予防医学や治療医学、脳卒中からの回復を柱に、臨床診療に還元できる裾野の広い研究を行っています。
- ・ 一方、高齢化著しい本県にあって、県民の健康寿命の延伸に向けた研究の必要性が増しています。地域の医療資源を効果的かつ効率的に活用することができるよう、デジタル技術による遠隔医療に関する研究を推進する必要があります。

II 施策の方向性

<本県の特徴を踏まえた研究の推進>

【主な取組】

- ◎ 高齢先進県である本県の特徴を踏まえ、脳血管疾患や心疾患の危険因子となっている生活習慣病等に係る県内での調査や収集したデータを活用した研究推進【短期】
- 秋田大学における超音波遠隔装置や遠隔画像診断装置をはじめとする遠隔医療技術やこれに伴うセキュリティ技術などの研究開発の推進【中長期】
- 秋田大学や秋田県立循環器・脳脊髄センター等の研究機関における循環器病対策に関する研究の推進【継続】

※【担当課室】健康づくり推進課、地域産業振興課、医務薬事課

第5章 推進体制と評価

第1節 推進体制

○ 推進体制

- ・ 循環器病対策を実効的なものとして、総合的に展開していくためには、国、県、市町村をはじめ、循環器病患者やその家族を含む県民、医療機関、大学、関係団体、事業者等がそれぞれの立場における役割を果たすとともに、相互連携を図りつつ、一体となって取り組む姿勢が重要です。
- ・ また、秋田県循環器病対策推進協議会及び各部会のほか、秋田県医療審議会、地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議などの場も活用し、計画の目標達成を図ります。

○ 意見の把握

国や県、市町村は、あらゆる機会を通じ、関係者等の意見の把握に努め、循環器病対策に反映させていくことが必要です。

第2節 感染症発生時や災害等有事を見据えた対応

○ 有事の際の課題等

- ・ 感染症発生・まん延時や災害時等の有事においては、循環器患者の救急搬送や手術に制限が発生する懸念があります。感染症患者や被災者等に対する医療を確保しつつ、循環器患者に対する医療の確保も適切に図ることができる医療提供体制の構築が必要です。
- ・ また、有事の際にその疾患に対し唯一対応可能な医療機関が不能となった場合の対応を検討する必要があります。
- ・ また、有事においては、急性期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、再発や憎悪を繰り返しやすいといった循環器病の疾患上の特性を踏まえた効率的な役割分担の在り方について検討する必要があります。
- ・ 本県では「都道府県連絡協議会（新興感染症部会）」において新興感染症発生・まん延時の医療体制を検討し整備を推進しています。また、新興感染症発生・まん延時の医療提供体制を確保するため、医療機関と医療措置協定を締結する等の対応を進めていますが、循環器病の受入体制についての役割分担についても検討しておく必要があります。

○ 今後の主な取組

- ・ 医療機関において、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する体制の構築
- ・ 電話等による相談体制（#7119、#8000等）及びオンライン診療の充実による、新興感染症発生・まん延により救急外来の需要が急増した際にも対応できる体制の構築
- ・ 救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関及び地域全体において対応できる体制の構築
- ・ 有事の対応を行う病院と通常診療を行う病院の連携が円滑に進むよう、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強化の促進

第3節 各団体等の役割

○ 県

県は、総合的かつ計画的な推進のための取組を進めるとともに、循環器病対策に係る各団体等へのサポートやコーディネートに努めます。

- ・ 循環器病に関する正しい知識の普及や情報収集と分析、県民への広報
- ・ 市町村や事業者等が実施する特定健康診査・特定保健指導等の普及啓発
- ・ 地域の医療提供体制の構築と質の高い医療の実現

○ 大学

大学は、循環器病対策に係る専門的な取組を進めます。

- ・ 医師等の医療従事者の育成・確保
- ・ 循環器病対策に関する研究の推進

○ 市町村

市町村は、循環器病患者とその家族が、住み慣れた地域で安心し、尊厳を持って暮らせるよう取組を進めます。

- ・ 循環器病に関する正しい知識の普及による住民の生活習慣の改善
- ・ 特定健康診査・特定保健指導等の積極的な実施
- ・ 在宅における医療・介護・福祉の連携による患者の暮らしを支える環境整備

○ 医療機関の役割

医療機関は、県や市町村が実施する施策に必要な協力をするとともに、医師等の医療従事者の育成のほか、患者に対して、良質かつ適切な医療を提供します。また、患者団体などとも連携しながら、患者及びその家族に対し、循環器病に関する情報提供や、精神的なサポートにも努めます。

○ 患者団体の役割

患者団体は、患者同士の交流を通じて、病気を克服したり、病気を抱えていくていくための様々な情報の交換により、病気と向き合う力を育てる場づくりに努めます。

○ 医療関係団体の役割

県・郡市医師会や病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体は、県及び市町村が実施する施策に必要な協力をするとともに、医師等の医療従事者の育成のほか、質の高い医療の提供に努めます。

○ 医療従事者の役割

医療従事者は、県及び市町村が実施する施策に協力するとともに、良質かつ適切な医療を提供することに努め、循環器病に関する知識について、必要に応じて、研修等を通じて習得するよう努めます。

○ 事業者・医療保険者の役割

循環器病の1次予防、2次予防の重要性を認識し、特定健康診査・特定保健指導等の機会の確保や生活習慣改善の促進に努めます。

第4節 評価と見直し

○ 計画の評価・周知

計画の進捗状況については、秋田県循環器病対策推進協議会に報告するほか、ホームページなどを通じて、幅広く県民等に周知を図ります。

○ 計画の見直し

本計画に密接な、医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画、その他の法令の規定による計画等の変更、または循環器医療提供体制の変更等に伴い、本計画の修正などの必要性が生じたときは、秋田県循環器病対策推進協議会及び各部会において協議を行います。

※指標一覧（予防・脳卒中・心疾患の各指標と代表指標との関係）

ストラクチャー（構造：投入された資源指標）

【循環器病の予防】	実績	全国
基礎疾患と危険因子の管理 禁煙外来を行っている医療機関数	125 R05	-
禁煙環境	実績	目標
受動喫煙防止宣言施設の登録数	1,006 R04	2,100 R15
身体活動・運動の環境 就業や地域活動をしている高齢者（65歳以上）の割合※1	29.8% R03	60.0% R15
食環境	26 R05	130 R15
健康づくりを担う人材の状況	実績	全国
保健師数（人口10万対）	67.2 R04	48.3 R04
行政栄養士数	80 R05	-
食生活改善推進員数（秋田県食生活改善推進協議会会員数）	1,098 R04	-
健康長寿推進員数（市町村育成数）	1,818 R04	-
健康づくり地域マスター数（県育成数）	167 R04	-

※1 健康秋田21計画の指標と同様

【脳卒中】	実績	全国
脳卒中の急性期医療に対応できる体制整備 神経内科医師数（人口10万対）	3.9 R02	4.6 R02
脳神経外科医師数（人口10万対）	6.4 R02	6.4 R02
脳梗塞に関する血栓回収療法可能な医療機関数	6 R05	-
生活機能の向上のためのリハビリテーション体制 リハビリテーションが実施可能な医療機関数（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）（人口10万対）※2	5.0 R05	-

【心疾患】	実績	全国
虚血性心疾患・心血管疾患に対応できる体制整備 循環器内科医師数（人口10万対）	11.5 R02	10.3 R02
心臓血管外科医師数（人口10万対）	1.9 R02	2.6 R02
PCI実施可能な医療機関数	14 R05	-
在宅復帰を目的としたリハビリテーション体制 リハビリテーションが実施可能な医療機関がある圏域数	4 R05	-

プロセス（過程：提供サービスの内容指標）

【循環器病の予防】	実績	目標
基礎疾患・危険因子の管理状況 <健康秋田21計画の目標値>	調整中	
喫煙率（男性）※1	53.5% R03	70.0% R11
喫煙率（女性）※1	28.3% R03	45.0% R11
特定健康診査実施率 ※1	10.7% R02	8.0% R15
特定保健指導率 ※1	11.7% R02	8.8% R15
LDLコレステロールが160mg/dl以上の脂質異常者の割合（40-74歳）（男性）※1	130.3 R02	125.3 R15
LDLコレステロールが160mg/dl以上の脂質異常者の割合（40-74歳）（女性）※1	124.9 R02	119.9 R15
収縮期血圧の平均値（40-74歳）（男性）（mmHg）※1	31.9% R03	20.9% R11
収縮期血圧の平均値（40-74歳）（女性）（mmHg）※1	71.2% R04	95.0% R15
メタボリックシンドローム該当者、予備群の割合※1	実績	全国
20歳以上における過去1年以内に歯科検診を受けている者の割合※1	229.9 R02	215.3 R02
定期的な歯科検診の状況	64.1 R02	67.7 R02
生活習慣病等の状況	9.7% R02	9.5% R02
高血圧疾患患者の年齢調整外来受療率	4.9% R02	4.7% R02
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		
HbA1cが6.5%以上の高血糖状態の者の割合（40-74歳）（男性）		
HbA1cが6.5%以上の高血糖状態の者の割合（40-74歳）（女性）		

【脳卒中】	実績	全国
発症後早期に専門的な治療を受けられる体制 脳梗塞に対するt-PAIによる血栓溶解法の実施件数（人口10万対）	10.2 R03	10.8 R03
脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数（人口10万対）	8.4 R03	12.4 R03
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 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（人口10万対）	715 R03	806 R03
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合※4	62.5% R02	42.6% R02

【心疾患】	実績	全国
発症後早期に専門的な治療を受けられる体制 経皮的冠動脈形成術・ステント留置術実施件数（人口10万対）	144.3 R03	180.4 R03
不整脈アブレーション実施件数（人口10万対）	44.7 R03	83.8 R03
冠動脈・大動脈バイパス移植術実施件数（人口10万対）	4.1 R03	11.6 R03
再発予防・防止のためのリハビリテーション 心大血管疾患リハビリテーションの実施件数（人口10万対）	340.1 R03	424.2 R03
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合※5	89.5% R02	92.3% R02

アウトカム（成果：健康状態の指標）

【健康寿命の延伸】	実績	目標
男性	71.2 R0元	平均寿命の増加分を上回る R11
女性	74.5 R0元	

【脳血管疾患による年齢調整死亡率】	実績	目標
男性	45.5 R04	37.0 R11
女性	22.2 R04	18.8 R11

【心疾患による年齢調整死亡率】	実績	目標
男性	51.5 R04	47.0 R11
女性	27.1 R04	25.4 R11

指標一覧（出典）

【循環器病の予防】		
(1) 禁煙外来を行っている医療機関数	R 0 5	県健康づくり推進課調べ
(2) 受動喫煙防止宣言施設の登録数	R 0 4	県健康づくり推進課調べ
(3) 就業や地域活動をしている高齢者（65歳以上）の割合	R 0 3	健康づくり調査
(4) 食環境づくりに取り組む店舗数	R 0 5	県健康づくり推進課調べ
(5) 保健師数	R 0 4	衛生行政報告例（厚生労働省）
(6) 行政栄養士数	R 0 5	県健康づくり推進課調べ
(7) 食品改善推進員数	R 0 4	県健康づくり推進課調べ
(8) 健康長寿推進員数	R 0 4	県健康づくり推進課調べ
(9) 健康づくり地域マスター数（県育成数）	R 0 4	県健康づくり推進課調べ
(10) 喫煙率		
(11) 特定健康検査実施率	R 0 3	N D B
(12) 特定保健指導率	R 0 3	N D B
(13) LDLコレステロールが160mg/dl以上の脂質異常の者の割合（40～74歳）	R 0 2	N D B
(14) 収縮期血圧の平均値（40～74歳）	R 0 2	N D B
(15) メタボリックシンドローム該当者、予備群の割合	R 0 2	N D B
(16) 20歳以上における過去1年以内に歯科検診を受けている者の割合	R 0 4	県民歯科疾患実態調査
(17) 高血圧疾患患者の年齢調整外来受療率	H 2 9	患者調査
(18) 脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	H 2 9	患者調査
(19) HbA1cが6.5%以上の高血糖状態の者の割合（40～74歳）	H 2 8	N D B

【脳卒中】		
(1) 神経内科医師数（人口10万対）	R 0 2	医師・歯科医師・薬剤師統計
(2) 脳神経外科医師数（人口10万対）	R 0 2	医師・歯科医師・薬剤師統計
(3) 脳梗塞に関する血栓回収療法可能な医療機関数	R 0 5	県医務薬事課調べ
(4) リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口10万対）	R 0 5	診療報酬施設基準届出医療機関名簿（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）
(5) 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数（人口10万対）	R 0 3	N D B（超急性期脳卒中加算）
(6) 脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数（人口10万対）	R 0 3	N D B（脳血管内手術）
(7) 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（人口10万対）	R 0 3	N D B（脳血管疾患等リハビリテーション料）
(8) 在宅等生活の場に復帰した患者の割合	R 0 3	患者調査

【心疾患】		
(1) 循環器内科医師数（人口10万対）	R 0 2	医師・歯科医師・薬剤師統計
(2) 心臓血管外科医師数（人口10万対）	R 0 2	医師・歯科医師・薬剤師統計
(3) P C I 実施可能な医療機関数	R 0 5	県医務薬事課調べ
(5) リハビリテーションが実施可能な医療機関がある圏域数	R 0 5	県医務薬事課調べ
(6) 経皮的冠動脈形成術・ステント留置術実施件数（人口10万対）	R 0 3	N D B（K546～K549）
(7) 経皮的カテーテル心筋焼灼術実施件数（人口10万対）	R 0 3	N D B（K595）
(8) 冠動脈・大動脈バイパス移植術実施件数（人口10万対）	R 0 3	N D B（K552～K552-2）
(9) 心大血管疾患リハビリテーションの実施件数（人口10万対）	R 0 3	N D B（心大血管疾患リハビリテーション料）
(10) 在宅等生活の場に復帰した患者の割合	R 0 3	患者調査