

「コア指標策定に向けた都道府県担当者向け調査」 結果報告-循環器病対策の進捗評価について

国立循環器病研究センター
循環器病対策情報センター長
飯原弘二



第1回 脳卒中・心臓病等の対策に係る情報共有会（令和8年6月25日）

循環器病対策の進捗評価法の確立を目指した研究

都道府県循環器病対策推進計画の指標の設定及び達成状況に関する調査

目指す姿と現在地

目指す姿

効果的な循環器病対策を通じて、健康寿命の延伸を目指す

現在地

「第二期循環器病対策推進計画」**中間評価**を実施、**施策の進捗を科学的・客観的に測る手法を検討**

調査概要

目的

第2期循環器病対策推進基本計画の中間評価を行うための情報収集・計画の進捗状況を把握

対象

全都道府県の循環器病対策担当者

期間

令和7年3月11日～3月21日

調査内容

- 1 循環器病対策・評価に係る体制
- 2 循環器病対策推進計画で採用している指標と評価
- 3 地域の実情に応じた循環器病対策の立案・実施・見直しの状況
- 4 循環器病対策を実施する上での課題

「客観的な評価」を阻む、構造的な課題が浮き彫りに



47/47都道府県が回答

循環器病対策推進計画（第2期）において、ロジックモデルを採用状況

	回答数	割合
①脳卒中ロジックモデル	35	74.5%
②循環器ロジックモデル	38	80.9%
合計	47	

循環器病対策推進計画（第2期）の策定・評価・見直しにおけるパブリック・コメント（意見公募）を実施の有無

【第1期循環器病対策推進計画について】

	回答数	割合
実施していない	0	0.0%
実施した	47	100.0%
無回答	0	0.0%
合計	47	100.0%

パブリック・コメントの結果についてどのようにフィードバックしていますか。※複数回答

	回答数	割合
意見や反映結果をホームページ等で公開している	45	95.7%
意見や反映結果を会議等で説明している	25	53.2%
その他*	1	2.1%
特にフィードバック等は行っていない**	1	2.1%
無回答	0	0.0%
合計	47	

【第2期循環器病対策推進計画について】

	回答数	割合
実施しておらず、実施予定もない	0	0.0%
実施していないが、今後実施予定	0	0.0%
実施した	46	97.9%
無回答	1	2.1%
合計	47	100.0%

島根県は現在第1期循環器病対策推進計画(R3～8年)であり、当質問の対象外となるため、無回答に振り分けている。

循環器病対策推進計画（第1期）独自指標

脳卒中 予防・啓発期にて、15自治体で独自指標を立案

セミナーの開催、県民の脳卒中初期症状の認知度調査

救護や急性期、回復期、維持期・生活期/慢性期、再発・重症化予防は6～8自治体ほど

心血管 予防・啓発期にて、13自治体で独自指標を立案

循環器病による生活機能低下の予防に関する知識の普及啓発

急性期にて、11自治体で独自指標を立案

遠隔医療体制の構築に向けたICTの活用

救護や回復期、維持期・生活期/慢性期、再発・重症化予防は6～8自治体ほど

循環器病対策推進計画（第1期）パブリックコメントを受けた対応例

循環器病という言葉が一般の人に伝わらない恐れがある旨の意見を踏まえ、**循環器病の定義について追記**

禁煙、禁煙治療の推進、受動喫煙防止などについての検討

脂質異常症に関する評価指標を追加(**健康日本21第2次参考**に設定)

「高血圧、心房細動等の未受診者対策や必要に応じた保健指導などの推進」に**弁膜症**を追記

救急隊への脳卒中教育に関する記載を追加

診療科別の医師数に**リハビリテーション科**を追加

「**予防・啓発**」の項目のニーズが多い

維持期において、**失語症等の高次脳機能障害をもつ患者さんへの意思疎通支援や就労支援などの記載**を追加

循環器病対策推進計画（第2期）独自指標

脳卒中	予防・啓発期にて、19自治体で独自指標を立案 救護や急性期、回復期、維持期・生活期/慢性期、再発・重症化予防は6～9自治体ほど	脳卒中発症者に対する訪問等の実施
心血管	予防・啓発期にて、18自治体で独自指標を立案 維持期～生活期/慢性期、再発・重症化予防にて、10自治体で独自指標を立案 救護や急性期、回復期は6～8自治体ほど	高校生向けに血圧講話 心臓リハビリテーション実態調査

循環器病対策推進計画（第2期）パブリックコメントを受けた対応例

- 特定健康診査、特定保健指導の実施率向上等に向けた取組について検討
- デジタル技術を効果的に活用した救急搬送の円滑化や、関係者と連携したドクターヘリの効率的な運航
- 悪性腫瘍の既往や治療後を、循環器病発症の要因に追加
- 回復期リハビリテーション病床の整備や心大血管リハビリテーションの専門的知識と技術を持つ医療人材の育成
- 患者・ケアギバーを支える多職種チームの必要性も生じていることを記載
- 脳卒中・心臓病等総合支援センター等の関係機関と連携し、就労を支援する団体に関する情報収集など

回復期リハ、多職種連携、総合支援センターなどの要望

課題となっている項目	
住民や事業者への循環器病対策に関する普及啓発が十分でない	32 (68.1)
事業を行うための予算が不足している	22 (46.8)
事業を企画・立案する上でのエビデンス等の根拠が十分ではない	16 (34.0)
地域における循環器病対策に関する課題を把握できていない	16 (34.0)
市町村との情報共有・連携ができていない	14 (29.8)
関係機関との連携や合意形成に時間がかかる	14 (29.8)
循環器病対策を協議する場でステークホルダーからの積極的な参画・関与が得られない	3 (6.4)
その他	12 (25.5)
特に課題はない	1 (2.1)

普及啓発について

- 循環器病対策に特化した事業として予防や初期症状の普及啓発以外に、**県民・患者目線での需要が不明**
- ステークホルダーは県内基幹病院の急性期の医療関係者が多く、また疾患の特性上救急医療や急性期医療における議論は活発だが、**回復期以降については、どのような事業が効果的か不明**な部分がある

予算について

- 都道府県での予算確保状況の差が大きく、参考にできない状況
- ステークホルダーは急性期の医療関係者が多く、救急医療や急性期医療における議論は活発だが、**回復期以降については、どのような事業が効果的か不明**な部分がある
- **具体的な政策が明確化されていないため、実施及び予算確保することもできない**
- 予算は今後不足する可能性がある/**マンパワー不足**

指標の解説

介入施策の提案

階層化されたベストプラクティス共有

データについて

- ロジックモデルにおける項目は、**行政の関与が難しい項目が多く、選択できない**
- 医療計画作成支援データブックを使用しているが、**指標の変更が多く、経年的な評価が困難**
- **必要なデータ収集及びそれらのデータ分析が十分できていない**

経時的なデータにアクセスしやすいプラットフォームを構築

自治体内の連携などについて

- 地域ごとの格差の原因が正確に分析できない
- 庁内の連携体制の強化が必要
- 関連機関の循環器病対策の理解が十分でない



可視化・
ダッシュボードツール

指標達成の評価方法の確立と、新規指標の提案

目標値の設定に関して

カテゴリ	指標名	第1期の計画で採用している都道府県数	第2期の計画で採用している都道府県数	第二期計画時の目標値の決め方					
				1.政策や医療計画ガイドラインを参照	2.実測値をもとに新たな数値目標を作成	3.現状値の維持	4.専門家や委員の意見決定	5.その他	
予防・啓発	喫煙率	37	36	11	目標値の決め方に関して 予防・啓発期の項目は国のガイドラインや健康増進計画、保健医療計画と整合性を図る自治体が多い				
予防・啓発～重症化予防	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	42	42	12					
救護	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	25	28	7					
急性期	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数	22	26	5					
急性期	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数	13	16	2					
急性期～慢性期	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	20	23	4	5	3	3	2	
急性期	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	31	31	5	5	4	6	5	
急性期	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	25	26	4	3	3	4	5	
急性期～慢性期	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	24	28	6	4	3	6	3	
急性期～重症化予防	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	27	25	6	8	0	5	5	

自治体毎に採択状況が異なる

「コア指標」項目が採用されていない自治体もある

目標値の設定プロセスが不明瞭

急性期以降は、専門家や委員の意見の採用割合が増加する

算出方法：世帯人員（20歳以上）で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合。

都道府県	第1期計画 目標値	第2期計画 目標値	最新の実績値	目標値の決め方
山形県	12%	12%	17%	1. 政策や医療計画ガイドラインを参照
福島県	12%	男性 19.0%	男性 33.2%	2. 実測値をもとに新たな数値目標を作成
		女性 5.4%	女性 10.5%	
茨城県	男性 25.5%	男性 12.0%	男性 25.6%	4. 専門家や委員の意見決定
	女性 4.0%	女性 4.0%	女性 6.9%	
群馬県	12%	10%	13%	5. その他 他計画との整合
埼玉県	目標値なし	人口10万人対12人	人口10万人対15.2人	1. 政策や医療計画ガイドラインを参照
千葉県	男性 20.0%	男性 12.0%	男性 19.6%	5. その他
	女性 5.0%	女性 5.0%	女性 5.6%	健康ちば21と整合

目標値の決め方としては、

国のガイドラインや健康増進計画、保健医療計画等との整合性を図っているケースが多い。

例：「健康日本21」、「健康ちば21」、「大阪府健康増進計画」、「なら健康長寿基本計画」

目標値の検討内容

t-PAの実施可能な病院数・病床数

	第1期の計画における 目標値	第2期の計画における 目標値	2021年	2022年	2023年	目標値の決め方
広島県	人口10万人当たり0.7施設以上	人口10万人当たり0.8施設以上	0.8	0.6		4.専門家や委員の意見決定
山口県	維持または増やす	23箇所以上		23	23	3.現状値の維持
高知県	維持・増加	モニタリング	1.1	—	1.4	4.専門家や委員の意見決定
佐賀県		現状維持		11機関	10機関	1.政策や医療計画ガイドラインを参照
大分県	増加	増加	0.9(R2)	0.9(R2)	1.4(R5)	1.政策や医療計画ガイドラインを参照
宮崎県		維持	0.6	—	0.9	3.現状値の維持
沖縄県	全ての医療圏で提供が可能な体制を確保	全ての医療圏で提供が可能な体制を確保		北部0 中部3 南部7 宮古1 八重山0	北部0 中部4 南部9 宮古1 八重山1	4.専門家や委員の意見決定

定性的評価による目標設定

『増加』『減少』『維持』
介入による効果や達成の評価が困難

同じ指標でも自治体間で表記のブレ

施設数、医療圏のカバー数、
「人口10万対」の施設数

PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開通達成率

データ源：NDB

第一期採用 27 第二期採用 12

算出方法：来院後90分以内冠動脈再開通件数/ PCI施行件数

分子：K5461経皮的冠動脈形成術 + K5491 経皮的冠動脈ステント留置術（入院+外来）
 分母：経皮的冠動脈形成術（K5461：AMI、K5462：不安定狭心症）
 + 経皮的冠動脈ステント留置術（K5491：AMI、K5492：不安定狭心症）

コア指標

重点指標

	第1期の計画における目標値	第2期の計画における目標値	2021年	2022年	2023年	目標値の決め方
滋賀県	増加	増加	59.9%	68.2%	72.5%	4.専門家や委員の意見決定
広島県		79.1%	70	73.5		4.専門家や委員の意見決定
山口県		増やす	56.3%	55.0%		2.実測値をもとに新たな数値目標を作成
栃木県		増加	県北68 県西15 宇都宮130 県東* 県南225 両毛44	県北102件 県西11件 宇都宮111件 県東11件 県南233件 両毛48件	-	4.専門家や委員の意見決定
沖縄県	現状より向上	現状より向上	沖縄県 57.6% 北部 51.9% 中部 65.5% 南部 58.2% 宮古 60.0% 八重山 * %	沖縄県 53.2% 北部 34.4% 中部 62.8% 南部 50.7% 宮古 55.1% 八重山 * %		5.その他

達成率の指標であるが、件数で公表している自治体もある

定性的な目標設定の限界とエビデンスの欠如

■ 専門家の意見・曖昧な目標

「増加」「減少」「維持」

■ 過去の実測値ベース

国民生活基礎調査などの実測値をベースに算出するが、データ不足やシミュレーションが欠如

■ データ主導の予測モデル

Bayesian APC model / IMPACT NCD modelを検証中
トレンドを算出し、SMAR原則に基づいた定量的目標を検討予定

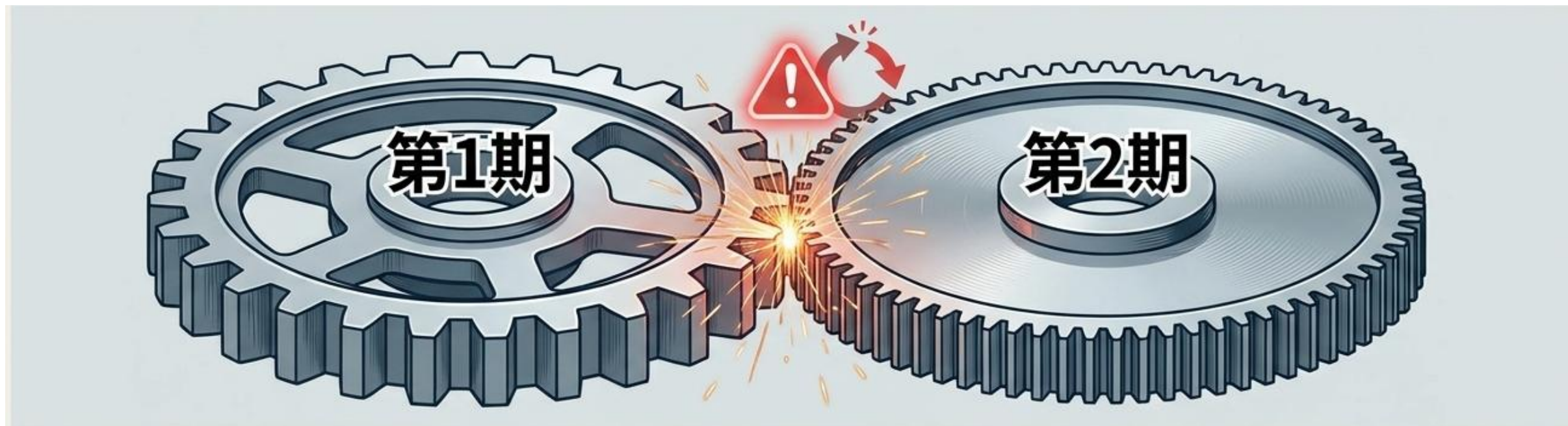


現状

第3期計画・中長期目標

「なんとなく減らす」から脱却し、介入効果を測定できる
「SMART原則（具体的・測定可能・達成可能・関連性・期限つき）」への移行が急務

指標の「表記ブレ」と粒度の非連続性



定義の不一致

施設評価において「施設数」「人口10万対」「医療圏カバー数」が混在し、横断的比較が困難

粒度変更によるトラッキング分断

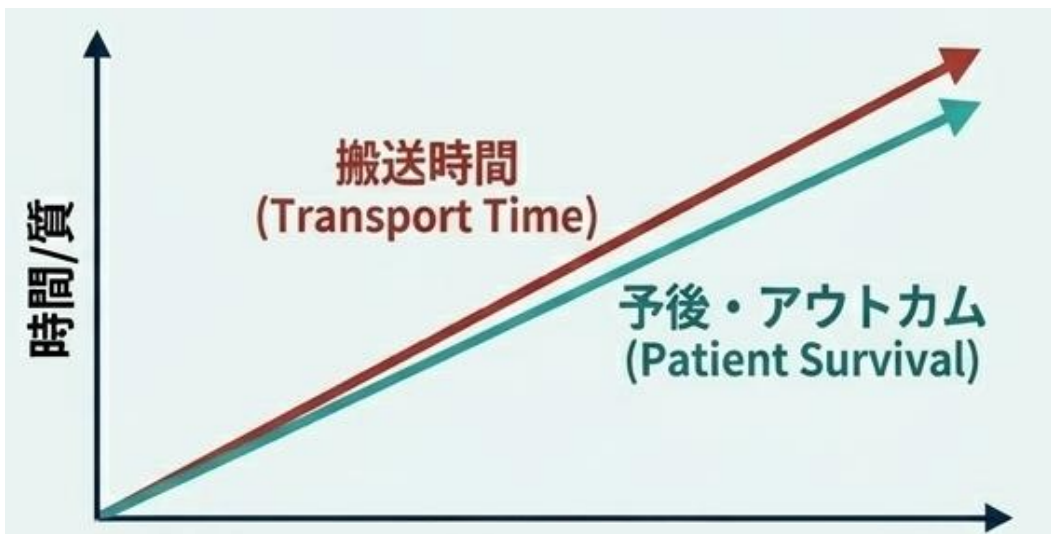
「心疾患」という包括的指標
→「急性心筋梗塞」「大動脈緊急症」など
疾患別指標へ細分化

基準人口の変更

年齢調整死亡率の算出基準が変更
連続的な評価をするには、過去の
数値を再評価する必要がある

「同じ対象を同じ粒度でどの自治体も」測定する統一したフォーマットが不在
→最大のボトルネック

指標の解釈性①



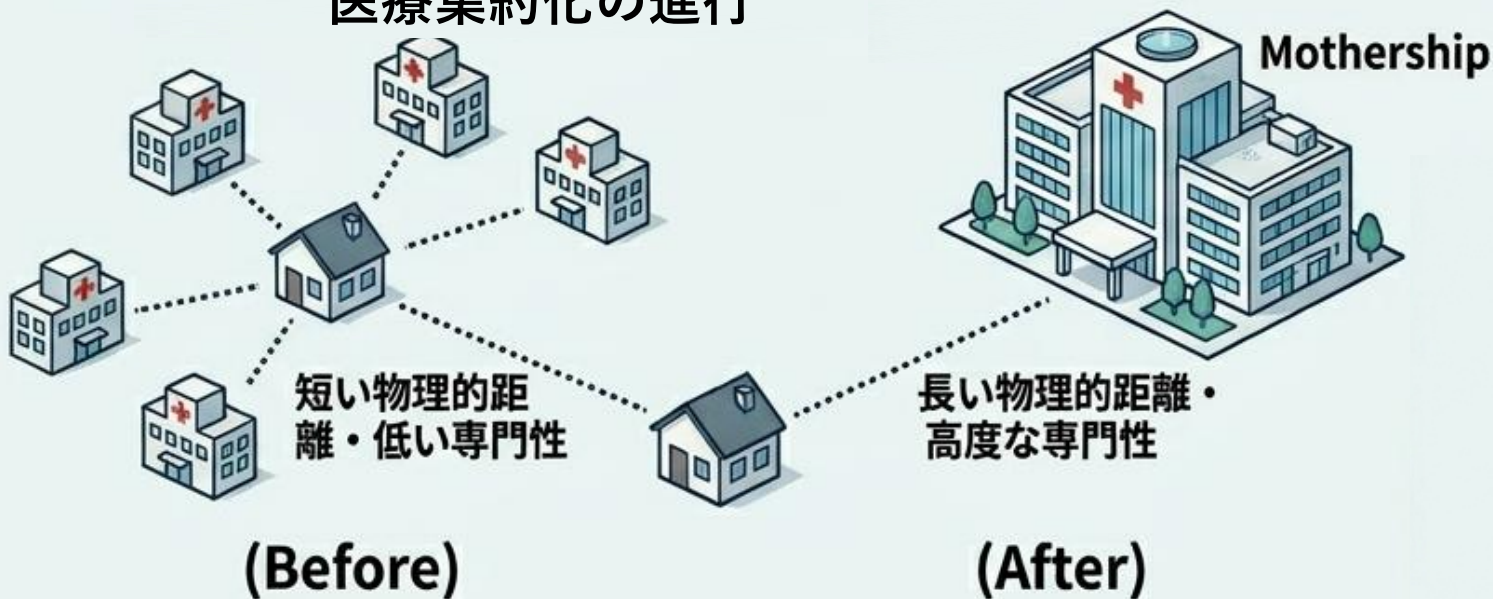
現象：搬送時間(病院受入までの時間)が延長

多くの自治体で搬送時間が目標（短縮）に反して時間が延長している

隠れた構造

高度医療機関の「集約化」が進むと、物理的な搬送距離が伸びる可能性がある
集約化が誤った解釈につながる

医療集約化の進行



単一の指標だけでは正しい解釈ができない
指標を組み合わせた複合的な評価が必要である

指標の解釈性②



脳卒中領域

在宅等の生活の場に復帰した割合

提供を受けた医療の状態のみではなく、家族構成や経済状況など社会的要因にも大きく左右されるため単純なアウトカム評価には注意が必要

血栓回収療法（MT）実施可能施設数

施設数の多ければ良いとは限らない
マザーシップへの集約化が進めば、施設数が少なくても治療成績や地域全体の実績が向上する



心血管領域

急性心筋梗塞における「90分以内」の再開通の達成率

心電図変化（ST上昇：STEMI）がある症例にはステント治療が推奨され、早期の再開通が求められる実施数や早期再開通の達成のみにとられると、不必要な症例への治療の実施など誤ったメッセージとして伝わる可能性があることも懸念される

心不全に関して

心不全は増悪と寛解を繰り返すため、死亡率のみではなく、「再発・再入院」に関わる指標が必要

As is (現状)

目標設定の困難さ

- 「増加」「減少」「維持」といった定性的な目標が設定
- 対策(介入)による効果を客観的に評価しにくい



To be (あるべき姿)

既存データを用いた予測値があれば、
目標値の設定に活用できる

指標の粒度の差

- 同じ項目でも自治体毎に表記の仕方に差がある
- 「人口10万人対」「医療圏カバー率」「施設数」



フレームワークは全国共通にする

コア指標：政策の進捗状況を重点的に検証・評価するために選定された特に重要な指標

目的

- **進捗の見える化**：政策が目指す最終アウトカム（健康寿命の延伸や死亡率の減少など）に対し、どの程度の進展があるかを把握する。
- **価値判断の根拠**：数値の変化を事実として捉えるだけでなく、「その状況をどう評価し、次の一手をどう打つか」という意思決定の根拠とする。
- **重点化と効率化**：多岐にわたる医療データの中から、政策の成否を左右する重要項目にリソースと議論を集中させる。

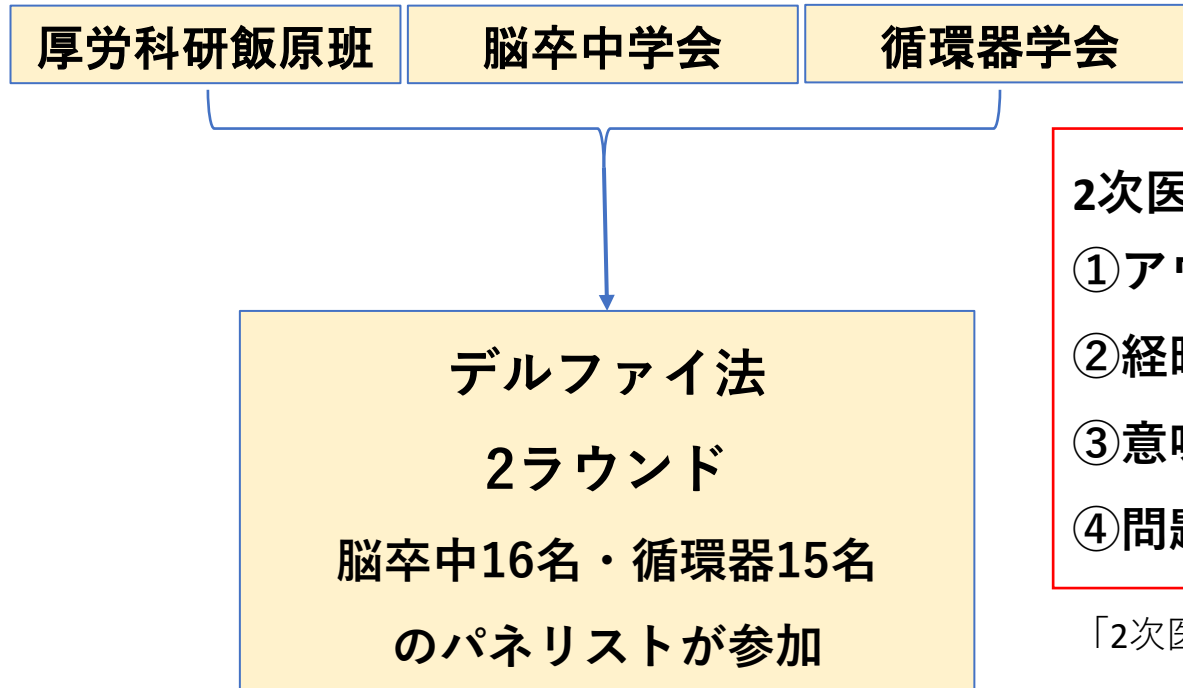
循環器病対策推進基本計画に含まれる項目：心血管：28項目

	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防
ストラクチャー			循環器内科医師数・ 心臓血管外科医師数		両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	慢性心不全の再発を 予防するためのケアに 従事している看護師数
			心臓内科系集中治療室（CCU） を有する医療機関数・病床数		心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	歯周病専門医が在籍する 医療機関数
			心臓血管外科手術が 実施可能な医療機関数			
			心大血管リハビリテーション料届出医療機関数			
プロセス	喫煙率	心肺機能停止傷病者全搬送 人員のうち、一般市民による 除細動の実施件数	急性心筋梗塞患者に対する PCI実施率		心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数	
	特定健康診査の実施率	虚血性心疾患及び大動脈疾患に より救急搬送された患者数	● PCIを施行された急性心筋梗塞 患者数のうち、90分以内の 冠動脈再開通割合		心血管疾患における 介護連携指導の実施件数	
	特定保健指導の実施率		虚血性心疾患に対する 心血管外科手術件数		心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	
	高血圧性疾患患者の 年齢調整外来受療率		大動脈疾患患者に対する 手術件数			
	脂質異常症患者の 年齢調整外来受療率		● 入院心血管リハビリテーションの実施件数			
				●	外来心血管リハビリテーションの実施件数	
アウトカム		● 救急要請（覚知）から 救急医療機関への搬送までに 要した平均時間	●	虚血性心疾患及び心血管疾患の退院患者平均在院日数		
			●	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患及び大動脈疾患患者の割合		
	●	虚血性心疾患、心不全、大動脈疾患及び心血管疾患の年齢調整死亡率				

循環器病対策推進基本計画に含まれる項目：脳卒中：31項目

	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防
ストラクチャー		脳卒中疑い患者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	脳神経内科医師数・脳神経外科医師数	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数		脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数
			脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数			歯周病専門医が在籍する医療機関数
			脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数			
			● 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数			
			脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数			
			理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの人数			
			リハビリテーション科医師数			
			● 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数			
プロセス	喫煙率	脳血管疾患により救急搬送された患者数	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	●	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数
	特定健康診査の実施率		脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数		脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	
	特定保健指導の実施率		くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数			
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数			
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数			
		脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数				
アウトカム		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	退院患者平均在院日数			
			● 在宅等生活の場に復帰した患者の割合			
		脳血管疾患の年齢調整死亡率				

研究班、学会との合意形成



2次医療圏単位で評価すべきもの・比較が必要な項目かどうか

- ①アウトカムへの寄与度の高いもの・施策目標との関連性
- ②経時的にデータを取得できるもの
- ③意味の明確さ
- ④問題の大きさ

「2次医療圏単位で評価すべきもの・比較が必要な項目」は○をつけた割合

評価①～④は5段階評価を数値化、総計も追加

とても当てはまる→5

どちらかという当てはまる→4

どちらともいない→3

どちらかという当てはまらない→2

当てはまらない→1

脳卒中に関する評価指標：46項目、
 心血管疾患に関する評価指標：41項目
 を評価いただく

脳卒中 コア指標(案)の策定 (研究班、学会)

アウトカム	脳血管疾患の年齢調整死亡 (男女)
アウトカム/救護	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
予防・啓発	喫煙率 (男女)
アウトカム	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合
急性期	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数
急性期	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数
急性期～再発予防	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数
急性期	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数
急性期	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数
回復期	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数
アウトカム	健康寿命 (男女)

- 脳梗塞の全ての病型に対するコア指標 (案) として、血栓回収療法と血栓溶解療法を選定すべき。
- 医療機関数と実施件数は、地域の医療資源の多寡、治療の集約化の方向性を考慮し合わせて評価すべき。
- リハビリテーションは、入院・外来に分けて評価すべき。特に外来リハビリは今後重要になる。

(赤字：医療計画における重点項目)

心血管 コア指標(案)の策定 (研究班、学会)

アウトカム	虚血性心疾患、心不全、大動脈疾患及び心血管疾患の年齢調整死亡率
予防・啓発	喫煙率 (男女)
急性期	PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開通達成率 (%)
急性期～再発予防	心大血管リハビリテーション料(I・II) 届出医療機関数
急性期・回復期	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数
回復期～再発予防	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数
アウトカム	救急要請 (覚知) から救急医療機関への搬送までに要した平均時間

(赤字：医療計画における重点項目)

「PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開通達成率」以外、コメントなし。

STEMIに対するPCIではDTB90分以内が推奨されるが、NSTEMIではリスク評価に基づいた治療指針が必要で、DTB90分以内を全ての症例に適用すべきではない。

- 血圧に関する指標を採用する場合は、脳卒中に関する指標は全部で32指標となり、うちコア指標（色付）は11指標となる。

	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防
ストラクチャー		脳卒中疑い患者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	脳神経内科医師数・ 脳神経外科医師数	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数		脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数
			脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数			歯周病専門医が在籍する医療機関数
			脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数			
			脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数			
			脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数			
			理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの人数			
			リハビリテーション科医師数			
			脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数			
プロセス	喫煙率	脳血管疾患により救急搬送された患者数	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数		脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数
	特定健康診査の実施率		脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数		脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	
	特定保健指導の実施率		くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数			
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数		
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数			
	特定健診受診者の収縮期血圧130mmHg以上の割合および拡張期血圧80mmHg以上の割合					
アウトカム		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	退院患者平均在院日数			
			在宅等生活の場に復帰した患者の割合			
		脳血管疾患の年齢調整死亡率				

協議会で追加 →

(*) 脈不整、共同偏視、半側空間無視（指4本法）、失語（眼鏡／時計の呼称）、顔面麻痺、上肢麻痺 の6項目

心血管疾患に関する指標について

- 血圧に関する指標を採用する場合は、心血管疾患に関する指標は全部で29指標となり、うちコア指標（色付）は8指標となる。

	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防
ストラクチャー			循環器内科医師数・ 心臓血管外科医師数	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数		慢性心不全の再発を予防するための ケアに従事している看護師数
			心臓内科系集中治療室（CCU） を有する医療機関数・病床数	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数		歯周病専門医が在籍する 医療機関数
			心臓血管外科手術が実施可能な 医療機関数			
	心大血管リハビリテーション科届出医療機関数					
プロセス	喫煙率	心肺機能停止傷病者全搬送 人員のうち、一般市民による 除細動の実施件数	急性心筋梗塞患者に対する PCI実施率	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数		
	特定健康診査の実施率	虚血性心疾患及び大動脈疾患により 救急搬送された患者数	PCIを施行された急性心筋梗塞 患者数のうち、90分以内の 冠動脈再開通割合		心血管疾患における 介護連携指導の実施件数	
	特定保健指導の実施率		虚血性心疾患に対する 心血管外科手術件数	心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数		
	高血圧性疾患患者の 年齢調整外来受療率		大動脈疾患患者に対する 手術件数			
	脂質異常症患者の 年齢調整外来受療率		入院心臓血管リハビリテーションの実施件数			
	特定健診受診者の 収縮期血圧130mmHg以上の割合および拡張期血圧80mmHg以上の割合			外来心臓血管リハビリテーションの実施件数		
アウトカム		救急要請（覚知）から 救急医療機関への搬送までに 要した平均時間	虚血性心疾患及び心血管疾患の退院患者平均在院日数			
			在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患及び大動脈疾患患者の割合			
	虚血性心疾患、心不全、大動脈疾患及び心血管疾患の年齢調整死亡率					

協議会で追加

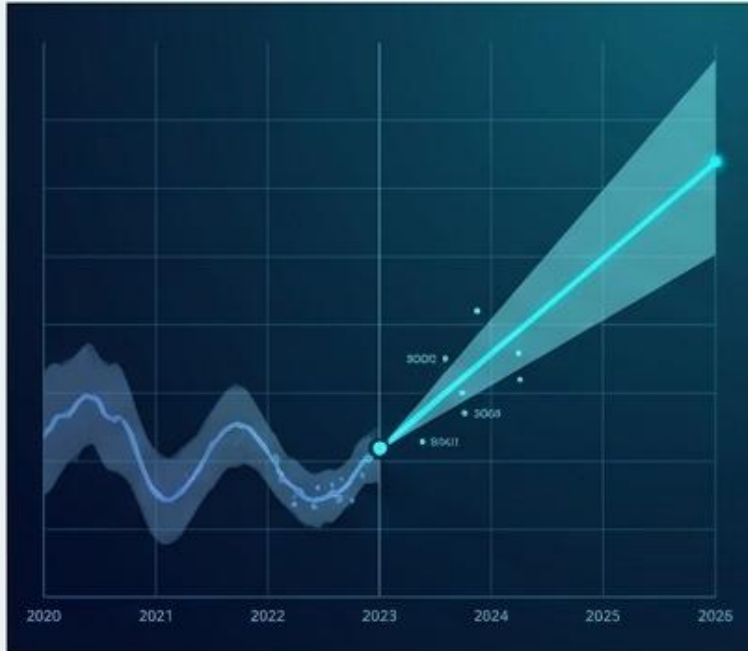


循環器病対策における「指標の整理と高度化」 「データからアクションへ」

第1回 脳卒中・心臓病等の対策に係る情報共有会（令和8年6月25日）

目標達成を強力に後押しする 循環器病対策情報センターからの支援策(案)

実装目標: 第3期中間評価



データ主導の予測・シミュレーション

過去の推移に基づく高度な数理モデル (Bayesian-APC model等) を提供し、客観的なSMART目標設定を支援。

実装目標: 第3期計画



可視化・ダッシュボードツール

米国「Million Hearts」等のグローバルトレンドを参考にした、自県の実測値・地域格差をタイムリーに可視化できるWebダッシュボード・GIS (地理情報システム) ツールの提供検討。

実装目標: 第3期計画

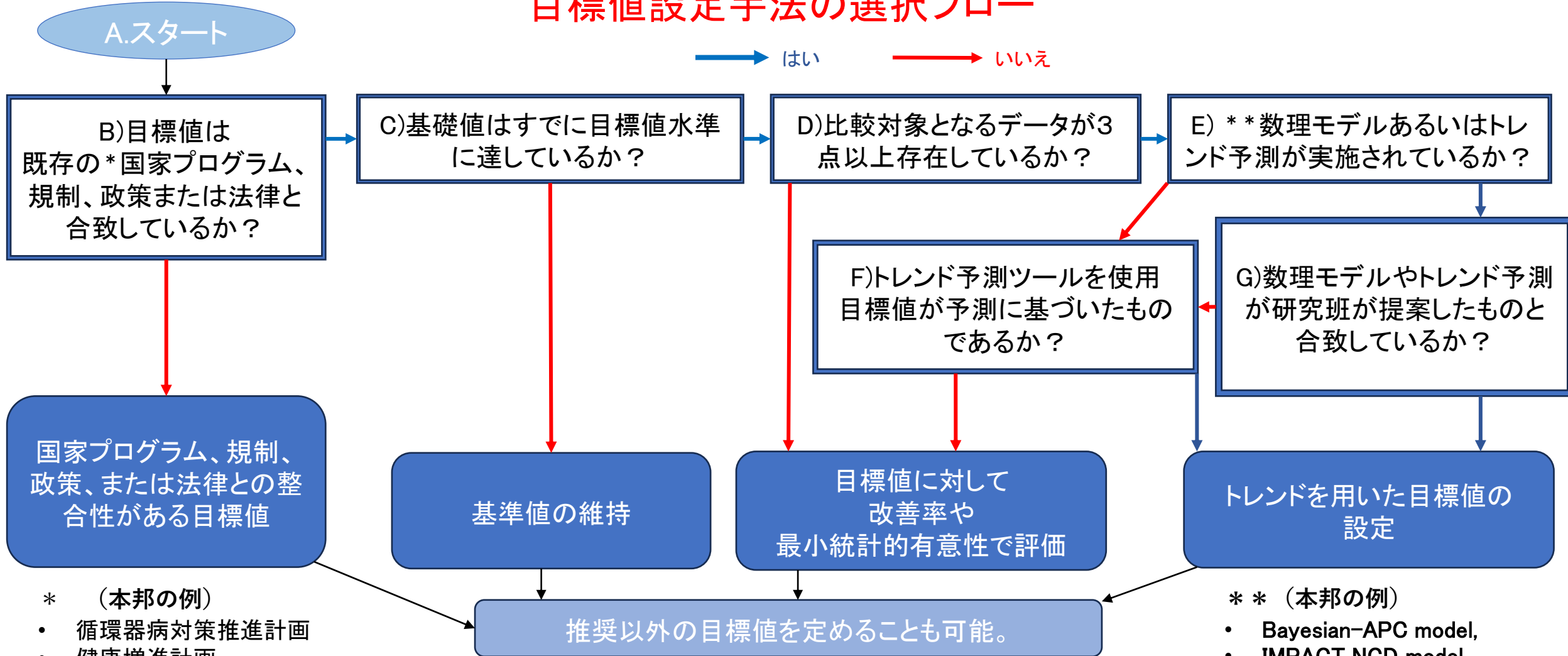


階層化されたベストプラクティス共有

全国一律ではなく、地域特性 (過疎地帯、都市部など) で階層化した上で、成功事例を共有するプラットフォームの構築。

-Healthy People 2030を例に-

目標値設定手法の選択フロー



* (本邦の例)

- 循環器病対策推進計画
- 健康増進計画
- 健康日本21

** (本邦の例)

- Bayesian-APC model,
- IMPACT NCD model

ミリオンハーツ®成功へのステップ



Million Hearts® において優先分野を選択：	
<input type="checkbox"/> タバコの使用を減らす／禁煙を改善する <input type="checkbox"/> アスピリン／抗凝固薬の適切な使用の改善 <input type="checkbox"/> 心臓リハビリテーション（CR）の利用の増加 <input type="checkbox"/> 健康の公平性に焦点を当てる（詳細は裏面を参照） <input type="checkbox"/> 身体の不活発さを減らす <input type="checkbox"/> コレステロール管理を改善する <input type="checkbox"/> Million Hearts® 2027（一般） <input type="checkbox"/> 粒子状物質による汚染暴露の減少 <input type="checkbox"/> 血圧管理の改善 <small>より多くのデータが必要な場合は、CDCの心臓病・脳卒中 GIS ツール／マップのようなツールを使って、優先地域を決定することができます。</small>	
目標の設定：20%の改善を選択することもできる。 全米ミリオンハーツ®キャンペーンで設定された目標、または独自の目標を設定する。 あなたの目標を以下に挙げてください。	州のチャンピオン、ベストプラクティス、主要パートナーを特定する ：公衆衛生と医療にまたがる多様なパートナーで、協力に関心がありそうな人を特定する（例えば、 米国心臓病学会（American College of Cardiology）支部 、 米国心臓血管肺リハビリテーション学会（American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation） 州支部、州保健省など）、

個別の目標設定や活動を推奨

優先事項を設定し、活動を実施する際に役立つリソースのリンクなども掲載

- **Specific**（具体的）：誰が、何を、どのように達成するのかが明確であること。
- **Measurable**（測定可能）：進捗と達成度を客観的な数値で測れること。
- **Achievable**（達成可能）：現実的に達成が見込める範囲であること。
- **Relevant**（関連性）：計画全体の目的（健康寿命の延伸など）と整合していること。
- **Time-bound**（期限付き）：達成すべき期限が明確に定められていること。

第1回 脳卒中・心臓病等の対策に係る情報共有会（令和8年6月25日）

医療の質を変革する「指標の高度化」 データを患者の利益へと直結させる戦略と実装

第1回 脳卒中・心臓病等の対策に係る情報共有会（令和8年6月25日）

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Mechanical Thrombectomy Global Access For Stroke (MT-GLASS): A Mission Thrombectomy (MT-2020 Plus) Study Asif KS, et al. *Circulation*. 2023

世界6大陸の国々を対象

血栓回収療法(Mechanical thrombectomy, MT) へのアクセス (MT access)を調査

MT access コア指標

= MT実施数 / 推定年間MT適応LVO症例数 × 100

MT operator availability

= MT実施医数* / (推定年間MT適応LVO症例数 / 40*) × 100

MT center availability コア指標

= MT実施施設数* / (推定年間MT適応LVO症例数 / 40*) × 100

LVO：頭蓋内主幹動脈閉塞症例

* 脳神経外科医、脳神経内科医数とは異なる。
学会年次報告でしか取得困難

* 都道府県の循環器病対策でも取得可能な項目

- 脳梗塞発症者が十分な医療を受けているか？
- 医療資源が有効に活用できているか？

新規指標案をもとにしたベストプラクティス — 脳梗塞に対するカテーテル治療を例に — (イメージ)

MT access (脳梗塞発症例に対する血栓回収実施率)

$$= \frac{\text{年間MT実施症例数}}{\text{推定年間MT適応LVO症例数}} \times 100$$

↑
(脳梗塞患者発生数 × 0.2)

MT access 分子の項目

年間MT実施症例数の都道府県別データソース

- ・ PSC年次報告 → MT手技の定義が多様
- ・ NDB診療行為算定 → 二次医療圏単位で症例数10件以下のデータがマスクされる

MT実施数	2020	2021	2022	
PSC年次報告	15860	16875		学会データ
救急告示病院悉皆調査 (坂井班調査)	15974	16949		研究班データ
NDB 診療行為 加算	15265	16523	17922	公的データ

- ・ 分子に相当する項目 (例 治療数) は、公的データベースで推計可能

新規指標案をもとにしたベストプラクティス — 脳梗塞に対するカテーテル治療を例に — (イメージ)

MT access

$$= \text{年間MT実施症例数} / \text{推定年間MT適応LVO症例数} \times 100$$

↑
(脳梗塞患者発生数 × 0.2)

MT access 分母の項目

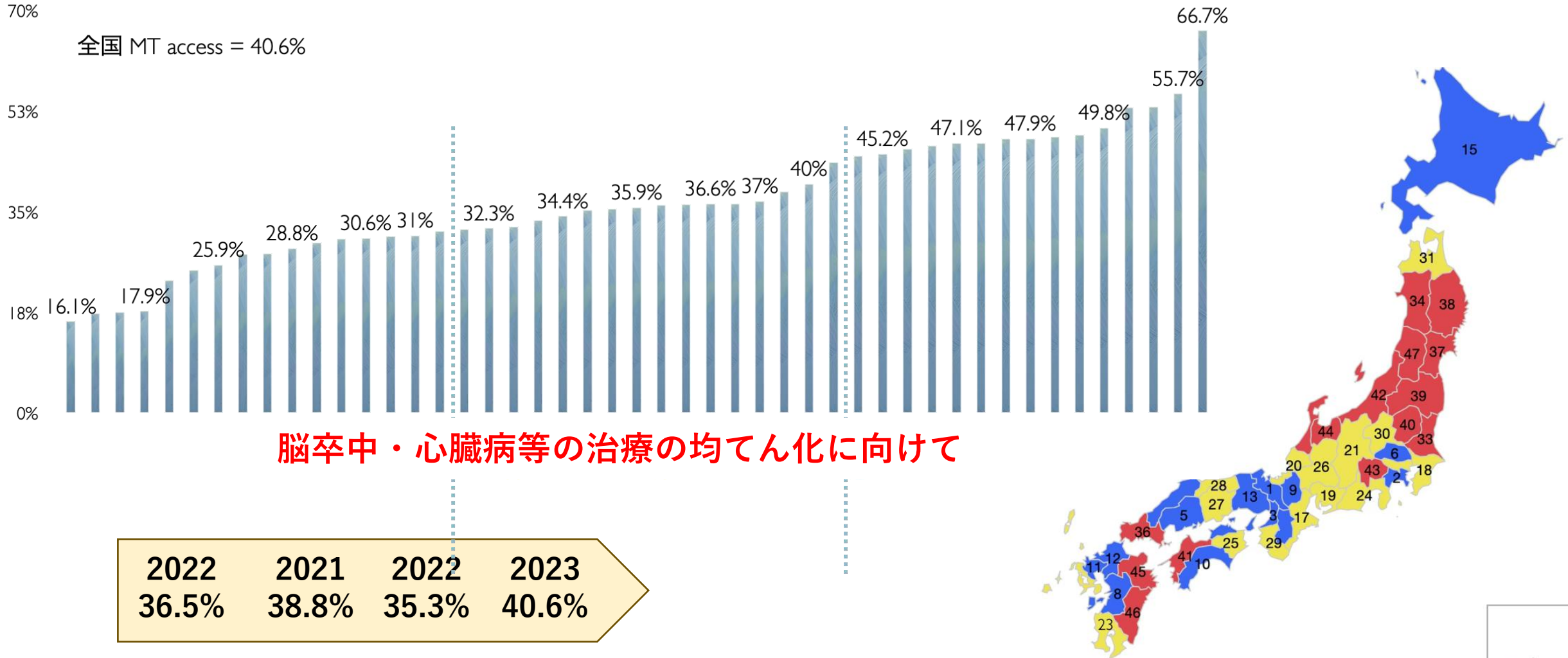
LVO：頭蓋内主幹動脈閉塞症例
血栓回収の実施対象となりうる

脳梗塞患者発生数(都道府県別)のデータソース

- 学会年次報告 → 学会非参加施設の報告がない 学会データ
- 2020年患者調査 → 2次医療圏単位で100人以下のデータがマスクされる
1カ月間(9月)の退院患者数(検査入院含む)からの推計 公的データ
- Global Burden of Disease → 統計学的推計値 (原著論文はこの数値を使用)
- NDB → 人口10万人あたり/SCR、**脳梗塞発症者の定義に課題 (登録事業なし)** 公的データ

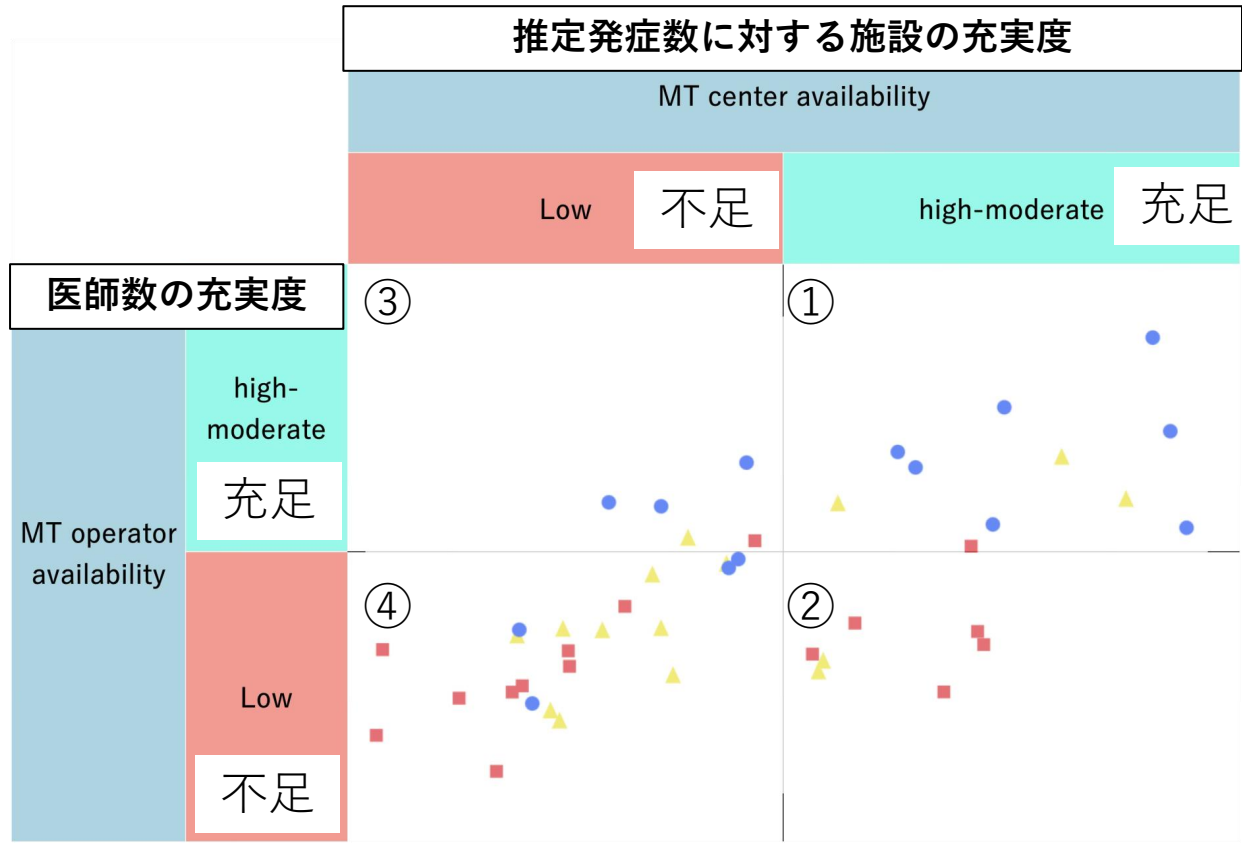
新規指標案をもとにしたベストプラクティス — 脳梗塞に対するカテーテル治療を例に — (イメージ)

統計学的推計値(GBD)で自治体ごとの発症数(分母)を仮置き — 既存データの利活用の可能性 —



指標達成の評価方法の確立と、新規指標の提案

新規指標案をもとにしたベストプラクティス（イメージ）



1. 高リソース・低アクセス型:

施設・医師数は充足しているにもかかわらず、アクセス率が低い地域

救急搬送体制（pre-hospital factor）に課題があり、適切な患者が適切な施設に搬送されていない可能性

→病院選定のプロセスや地域連携の最適化

2. 低術者・低アクセス型:

術者の不足が、アクセス向上を阻む直接的な障壁
医師の育成や地域偏在の是正が急務

3. 低施設・低アクセス型:

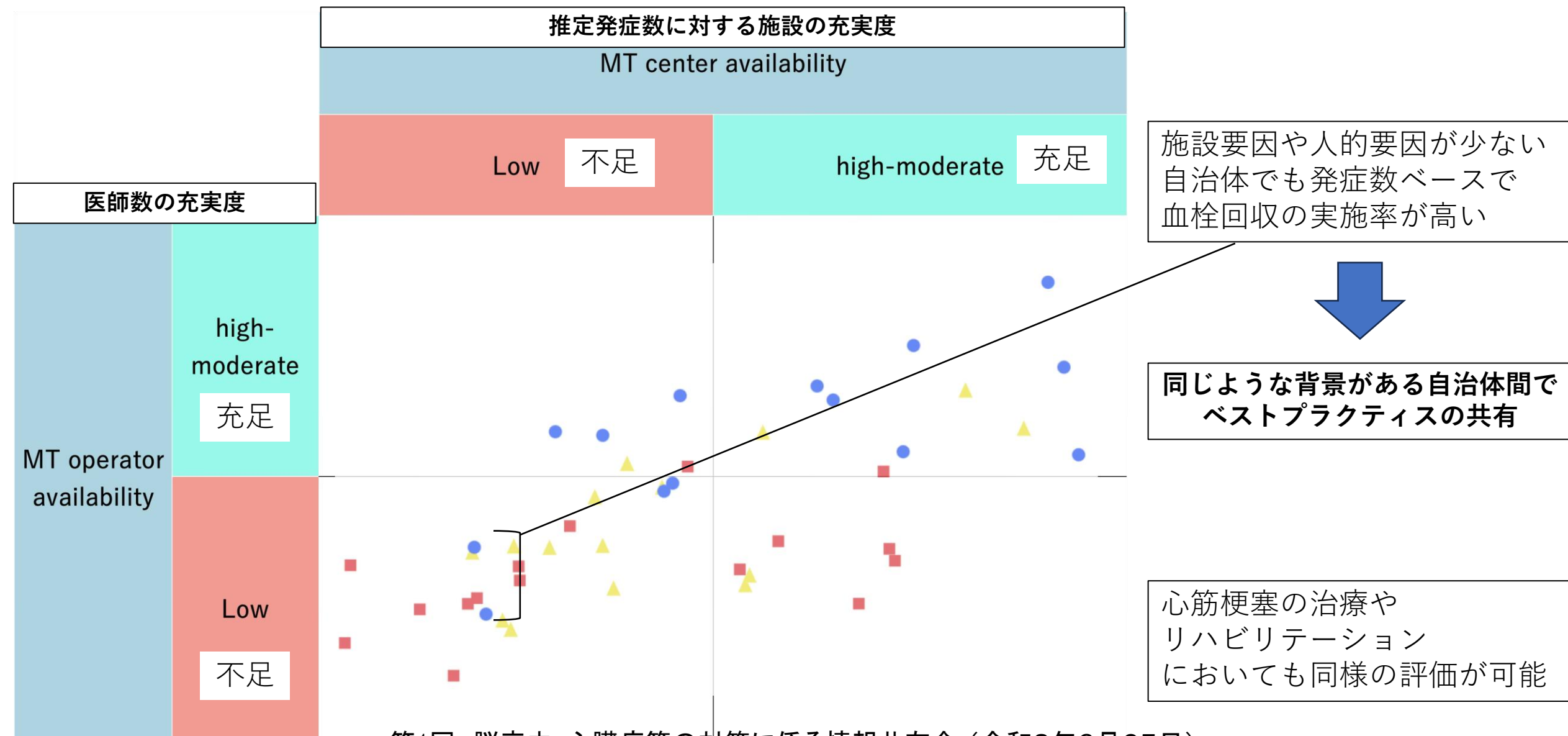
治療を行えるインフラ（施設）そのものが不足

4. 全般的な資源不足型

施設・医師数ともに不足しており、包括的な医療資源の投入が必要な地域
地域ごとの「ボトルネック」が異なっており、**単一の指標では捉えきれない**

指標達成の評価方法の確立と、新規指標の提案

指標案で明らかになる事





施策の「成果」を測り、最適化するための3つの柱



今後の情報共有会の目標

循環器病対策推進基本計画の目標に対する施策の影響を、データを用いて定量的に評価し、次なるアクションへと繋げる基盤を構築する

1. コア指標セット

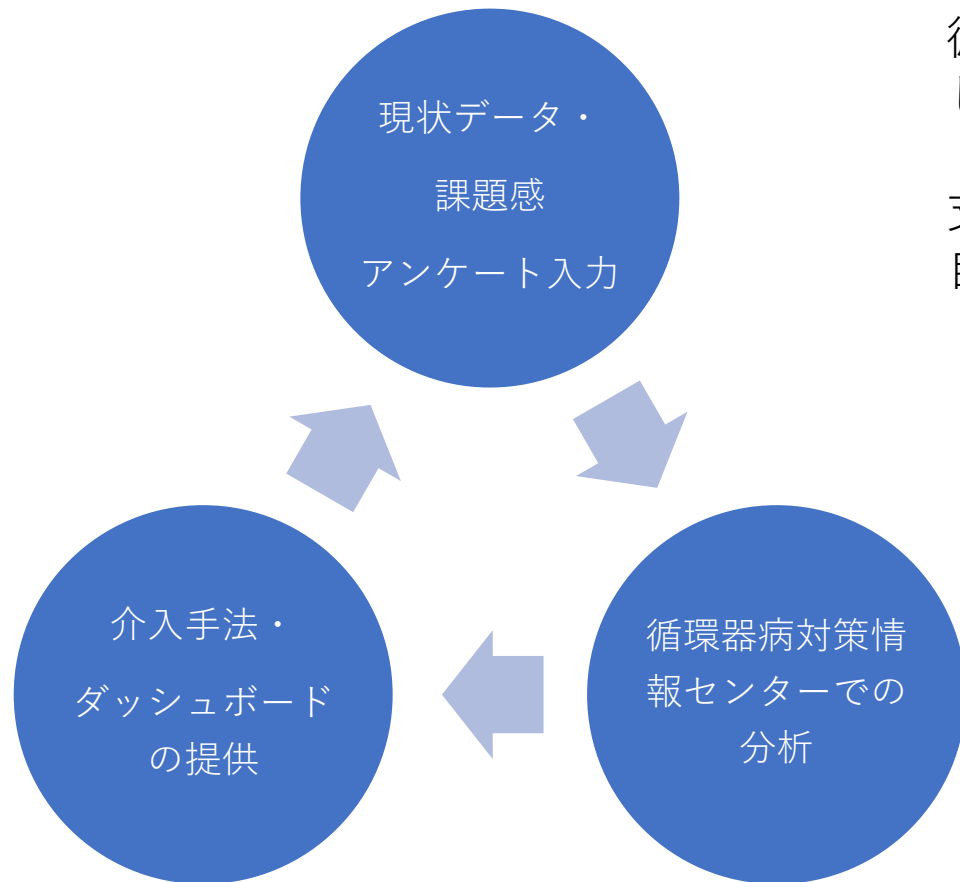
2. データ主導のアプローチ

3. データダッシュボード

4. 階層化されたベストプラクティスの共有



だからこそ、「事前アンケート」にご協力をお願いします



循環器病対策情報センターは、自治体の支援システムの提供を目指しています

支援システムの構築・実装には自治体がどのような指標を採用し、自治体における障壁など、リアルな実態を把握する必要があります

アンケートは「評価」ではありません

自治体における業務負担を軽減し、PDCAサイクルを回すためのツールを開発する「ニーズ調査」です

【事前アンケート回答フォーム】

以下URLもしくはQRコードよりご回答ください

<https://forms.office.com/r/ECBewfeMbB>

回答期日：令和8年6月22日（月）



「コア指標策定に向けた都道府県担当者向け調査」 結果報告-循環器病対策の進捗評価について

国立循環器病研究センター
循環器病対策情報センター長
飯原弘二



心臓血管系と脳血管障害の治療を行う
世界でも画期的な最先端の大規模医療・研究施設です。

Thank you for your attention

第1回 脳卒中・心臓病等の対策に係る情報共有会（令和8年6月25日）