

徳島県の現状

1 県民の健康

- 本県の平均寿命は全国と同様に年々伸びており、平成27年には男女とも全国平均並となった。
- 一方健康寿命(「日常生活に制限のない期間の平均」)は平成28年調査において男女とも全国平均より低く、全国順位では男性44位、女性43位と下位である。
- がん、脳血管疾患、心疾患の三大生活習慣病による死亡者が46.4%と約半数を占めている。

表1 平均寿命の年次推移

※都道府県別生命表(厚生労働省)

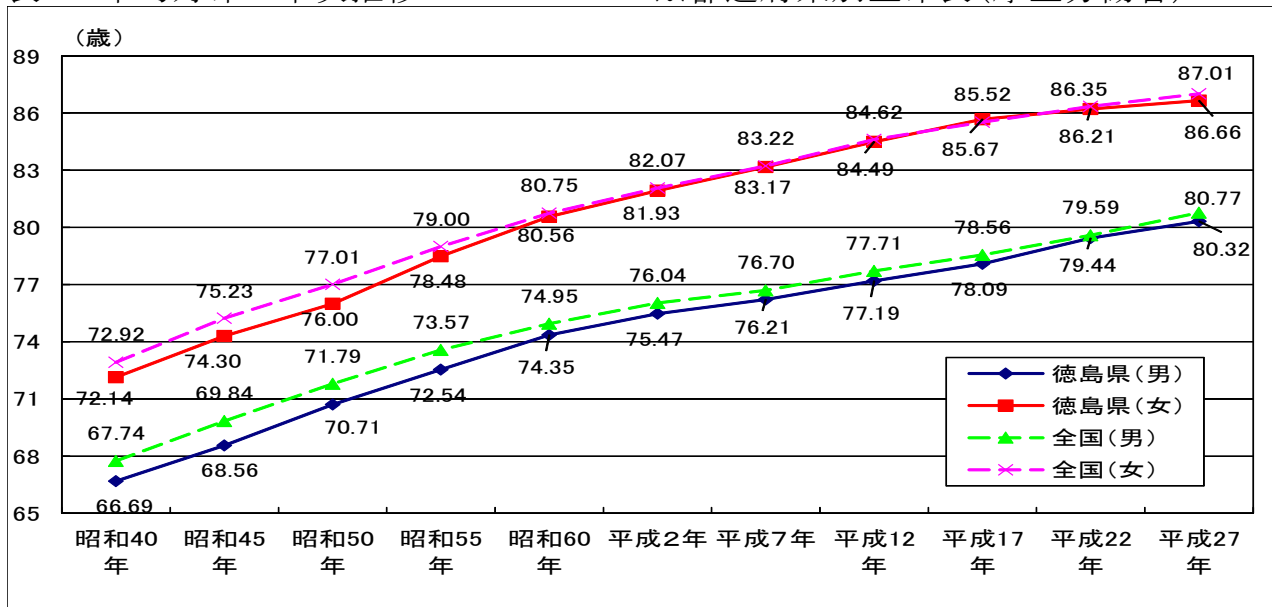
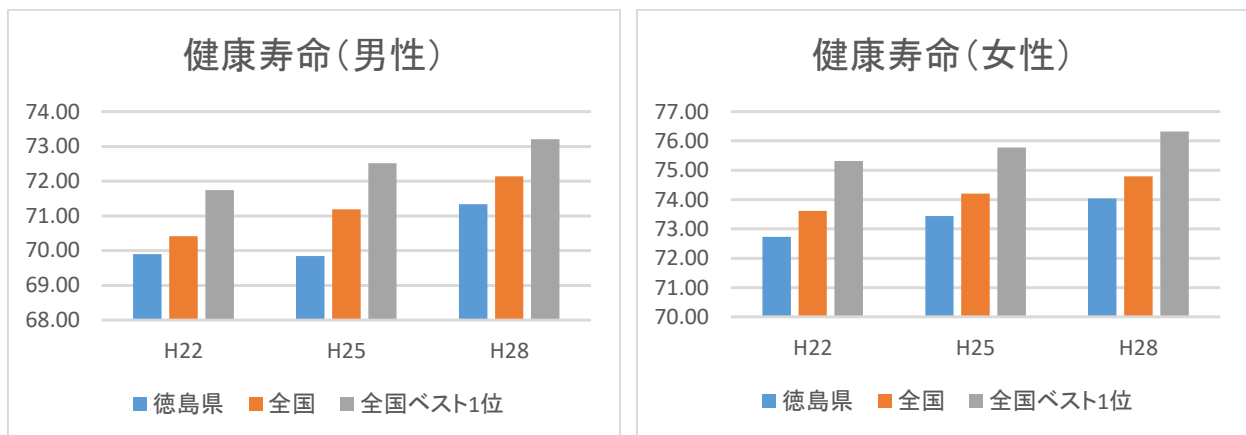


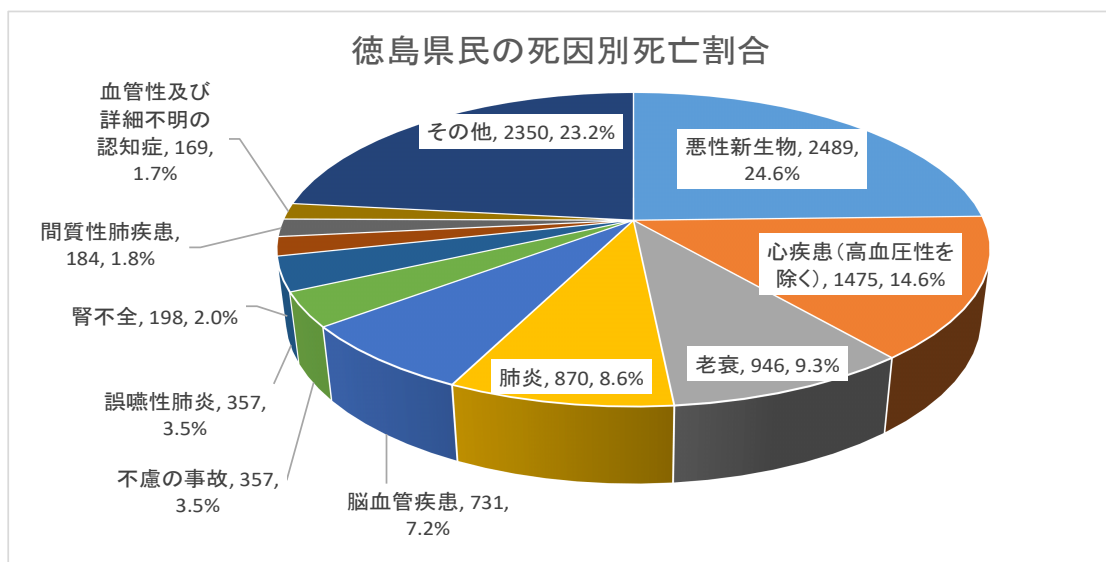
表2 健康寿命の状況

※国民生活基礎調査(厚生労働省)



	H22		H25		H28	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
徳島県	69.90	72.73	69.85	73.44	71.34	74.04
全国	70.42	73.62	71.19	74.21	72.14	74.79
全国ベスト1位	71.74	75.32	72.52	75.78	73.21	76.32

表3 死因別死亡割合



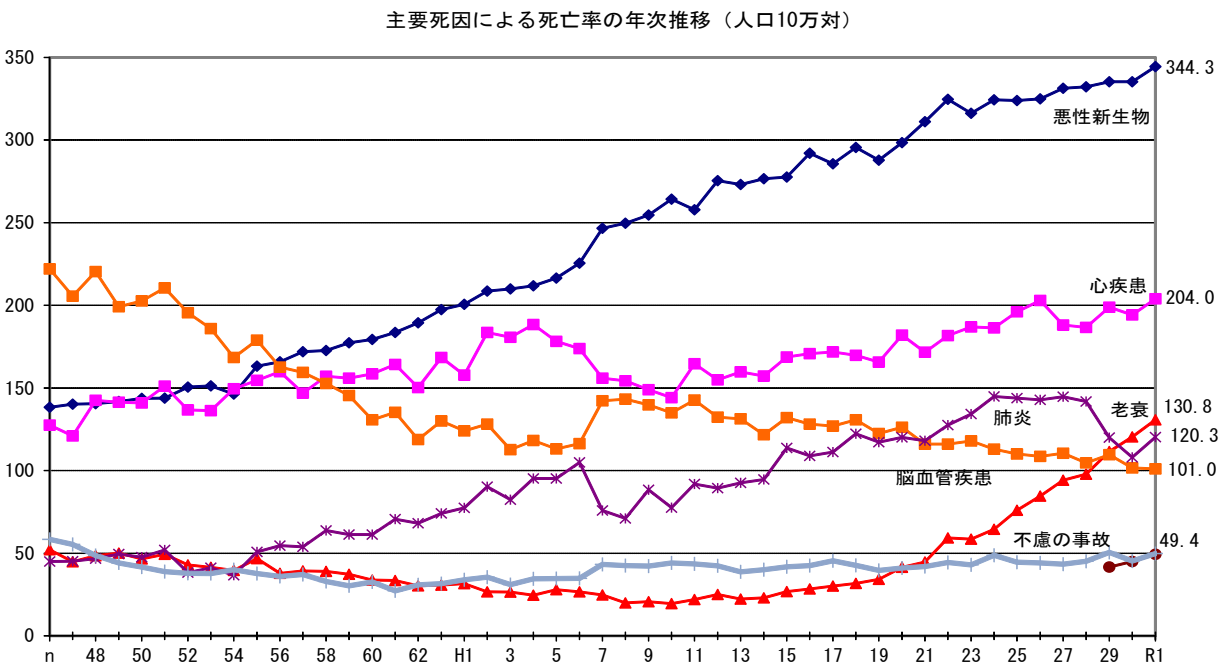
※令和元年人口動態統計(厚生労働省)

表4 徳島県における10大死因による死亡数及び死亡率 (人口10万対)

死 因	徳 島 県				全 国		
	死亡数	占有率	死亡率	全国順位	死亡数	死亡率	死因順位
総死亡数	10,126	100.0%	1,400.6	8	1,381,098	1,116.2	-
県順位							
1 悪性新生物	2,489	24.6%	344.3	13	376,392	304.2	1
2 心疾患	1,475	14.6%	204.0	15	207,628	167.8	2
3 老衰	946	9.3%	130.8	14	121,868	98.5	3
4 肺炎	870	8.6%	120.3	3	95,498	77.2	5
5 脳血管疾患	731	7.2%	101.0	24	106,506	86.1	4
6 不慮の事故	357	3.6%	49.4	4	39,410	31.9	7
6 誤嚥性肺炎	357	3.5%	49.4	5	40,354	32.6	6
8 腎不全	198	2.0%	27.4	14	26,644	21.5	8
9 間質性肺炎	184	1.8%	25.4	1	19,488	15.8	11
10 血管性及び詳細不明の認知症	168	1.7%	23.4	10	21,370	17.3	9
(参考) 糖尿病	130	1.3%	18.0	1	13,837	11.2	-
13 アルツハイマー病	124	1.2%	17.2	31	20,716	16.7	10

※令和元年人口動態統計(厚生労働省)

表5



※人口動態統計(厚生労働省)

表6

区分	死亡率（人口10万対）					
	全死因	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	老衰
全 国	1,096.8	300.7	167.6	87.1	76.2	88.2
徳 島	1,369.5	335.3	194.3	101.6	108.1	120.5
東 部	1,213.1	305.3	169.0	94.6	95.4	97.9
南 部	1,544.2	353.5	235.4	105.3	123.7	140.0
西 部	2,011.9	459.3	265.1	144.4	182.4	220.5

※平成30年人口動態統計(厚生労働省)

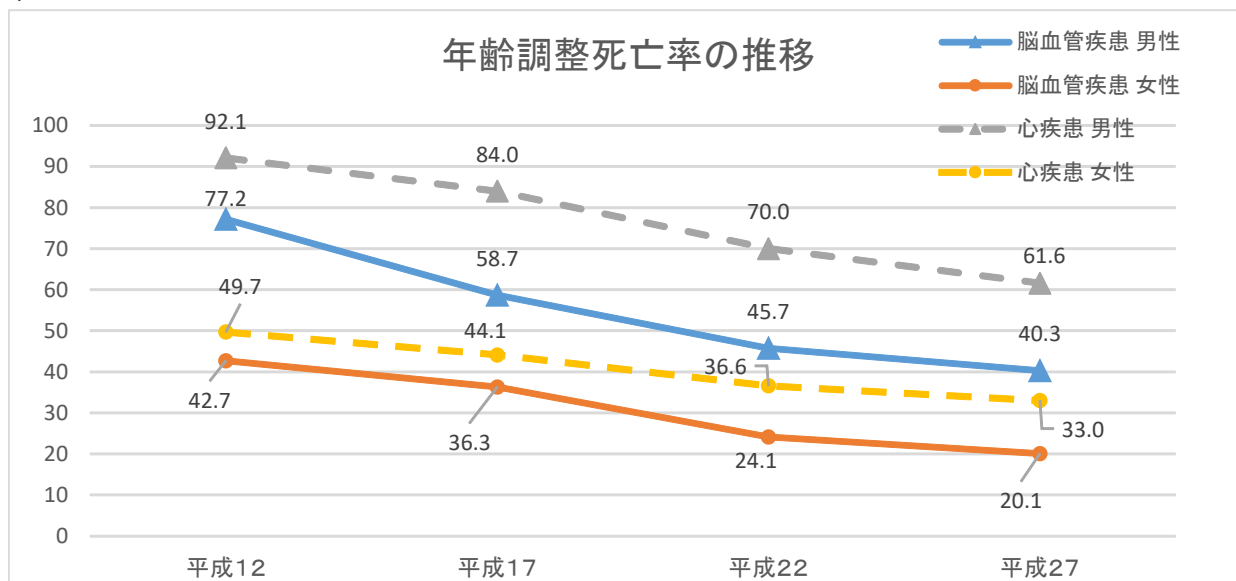
○ 粗死亡率の圏域別では、西部圏域で「心疾患」「脳血管疾患」の死亡率(人口10万対)が高くなっている。

表 7 主 要 死 因 に よ る 年 齢 調 整 死 亡 率

区 分	徳 島				全 国	
	男 性		女 性		男 性	女 性
	率	順位	率	順位		
全死因	510.5	11	258.9	15	486.0	255.0
悪性新生物	160.1	31	78.1	45	165.3	87.7
心疾患	61.6	31	33.0	26	65.4	34.2
脳血管疾患	40.3	17	20.1	29	37.8	21.0
肺炎	45.7	3	19.3	5	38.3	15.8
不慮の事故	21.1	23	10.7	4	19.3	8.0
自殺	23.2	30	8.4	27	23.0	8.9
腎不全	8.2	12	5.2	1	7.3	4.0
肝疾患	11.6	6	3.8	11	9.8	3.5
慢性閉塞性肺疾患	10.7	1	1.0	24	7.5	1.1
糖尿病	6.1	16	2.8	12	5.5	2.5

※都道府県別年齢調整死亡率の概況(平成27年)(厚生労働省)

表8



※年齢調整死亡率について

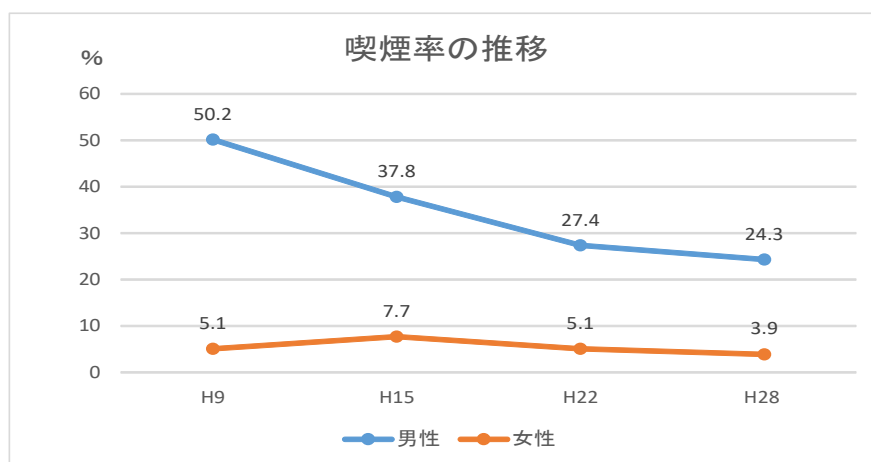
都道府県別に、死亡数を人口で除した通常の死亡率を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向がある。

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。

- 「県民健康栄養調査」によると、喫煙率は、男女ともに減少傾向にあるものの、男性が女性より高い一方で、女性の減少割合が低い。

表9



※県民健康栄養調査

- 脂質異常の者の割合は全国平均より男性は低い状況が続いているが、女性はやや高い状況である。
- 高血糖状態の者の割合は男女ともに全国平均より高い傾向にある。
- 特定健診の実施率は年々上昇傾向にあるが、全国平均より低い。
- 特定保健指導の実施率は全国平均より高く、全国でもトップクラスである。

表10 特定健診で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)

		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
男性	徳島県	12.3	11.7	11.6	10.8
	全国	12.4	12.4	12.4	11.9
女性	徳島県	15.0	14.3	14.1	13.1
	全国	13.5	13.5	13.4	12.6

表11 特定健診でHbA1cが6.5%以上の者の割合(%) (40-74歳)

		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
男性	徳島県	9.1	8.7	9.2	9.3
	全国	8.6	8.6	8.7	8.9
女性	徳島県	5.0	4.5	4.8	4.8
	全国	4.4	4.4	4.5	4.5

表12 特定健診の収縮期血圧の平均(mmHg) (40-74歳)

		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
男性	徳島県	126.7	126.7	126.9	127.3
	全国	126.4	126.3	126.3	126.4
女性	徳島県	131.8	131.7	122.4	122.6
	全国	121.7	121.4	121.3	121.2

※表10～12 厚生労働省「NDBオープンデータ」

表13 特定健診・特定保健指導実施状況

		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
特定健康 診査	徳島県	43.5	44.7	46.5	46.3	47.6
	全国	47.1	48.6	50.1	51.4	52.9
特定保健 指導	徳島県	31.2	31.8	28.6	30.6	30.5
	全国	18.0	17.8	17.5	18.8	19.5

※厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導実施状況に関するデータ」

2 人口推計

- 本県の人口に占める高齢者の割合(高齢化率)は、2040年には、4割に達し、年少人口の割合は、1割程度になると推計されていることから、今後、さらに少子高齢化が進むこととなり、これらの状況を踏まえた対策が重要となる。

表 1 4



3 患者推計

- 循環器病の危険因子となる「高血圧性疾患」「脂質異常症」「糖尿病」に係る推計値では、「高血圧性疾患」「糖尿病」は全国平均を上回っており、「脂質異常症」は増加傾向にある。

表15

		H20年度	H23年度	H26年度	H29年度
高血圧性疾患	徳島県	352.8	331.6	307.0	344.8
	全国	260.4	276.5	262.2	240.3
脂質異常症	徳島県	64.9	50.2	58.7	59.2
	全国	48.5	71.7	67.5	64.6
糖尿病	徳島県	144.9	141.4	130.9	101.9
	全国	90.2	98.3	98.6	95.2

※患者調査(厚生労働省)

分野毎の現状・課題

1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

○ 現状と課題

〈健康寿命の延伸〉

- ・ 本県の健康寿命（「日常生活に制限のない期間の平均」）は、平成28年調査において男性71.34歳、女性74.04歳となっており、男性は前回調査の平成25年より1.49歳、女性は0.60歳延伸している。
- ・ 全国的にみると、平成28年調査においては、男女とも全国平均（男性72.14歳、女性74.79歳）より低く、全国順位では男性44位、女性43位と下位にある。
- ・ 平均寿命の延び以上に健康寿命を延ばす（不健康な状態になる時点を遅らせ

る)ことは、個人の生活の質の低下を防ぐ観点からも、社会的負担を軽減する観点からも重要である。

〈生活習慣の状況〉

- ・ 生活習慣病は、国民医療費(一般診療費)の約3割、死亡者数の約半数を占め
- ・ 介護が必要となった主な原因についても、脳血管疾患をはじめとする生活習慣病が3割を占める。
- ・ 県民健康栄養調査等で把握している県民の主要な生活習慣の現状

表16

項目	対象	H22	H28	目標値H35 (健康徳島21)
収縮期血圧の平均値	男性(40～89歳)	140mmHg	134mmHg	134mmHg
	女性(40～89歳)	136mmHg	129mmHg	129mmHg
総コレステロール 240mg/dl以上	男性(40～79歳)	12.4%	14.2%	9.0%
	女性(40～79歳)	16.2%	14.6%	12.0%
LDLコレステロール 160mg/dl以上	男性(40～79歳)	8.3%	10.6%	6.2%
	女性(40～79歳)	9.9%	12.5%	7.4%
メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群推計数	40～74歳	約13.4万人	約11.0万人	25%減少 (H22との比較)
特定健康診査実施率	40～74歳	39.2%	65%(H27)	70%
特定保健指導実施率	40～74歳	18.2%	28.6%(H27)	45%
喫煙率	男性(20歳以上)	29.1%	25.5%	18.0%
	女性(20歳以上)	5.2%	4.0%	3.0%
食塩摂取量	20歳以上	9.9g	9.7g	8.0g

※県民健康栄養調査(徳島県)

※特定健康診査・特定保健指導実施状況に関するデータ(厚生労働省)

○これまでの取組

- ・ 徳島県健康増進計画「健康徳島21」の理念に基づき、循環器病の危険因子となる高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の改善を図るという観点で対策を推進。
- ・ 適切な生活習慣(栄養、運動)の定着及び喫煙対策やアルコール健康障がい対策をはじめ、早期発見・早期治療のための特定健康診査・特定保健指導の実施率向上、職域保健を通じた働き盛り世代への啓発等を実施。
- ・ 「みんなでつくろう！健康とくしま県民会議」の設置
県民一人ひとりが健康づくりの主役となる環境を整備するため、県内各層約50の関係団体から構成する県民会議を設立し、県民総ぐるみによる「健康とくしま運動」を全県的に展開。
- ・ 令和2年4月に改正健康増進法が本格施行されたことを受け、法の周知啓発や受動喫煙防止対策を推進。

2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

○現状と課題

- ・ 生活習慣病の予防及び早期発見に資する特定健診の実施率は年々増加傾向にあるものの、平成29年度の受診率は全国平均より低く、徳島県健康増進計画「健康徳島21」の目標値である70%に対し47.6%である。
- ・ 一方、特定保健指導実施率は全国平均19.5%に対し30.5%と全国トップクラスであるが、健康徳島21の目標値45%には達しておらず、実施率向上に向けた取組が必要である。

○これまでの取組

- ・ 生活習慣病に関する正しい知識や特定健診受診の必要性に関する啓発などによる特定健康診査・特定保健指導の実施率向上
- ・ 積極的に健康経営に取り組む企業や事業所を「健康づくり推進活動功労者表彰(企業部門)」として知事表彰を行い、特定健診・特定保健指導の受診率向上をはじめとした健康づくりへの気運の向上を図る

(2) 医療提供体制の構築

①救急搬送・救急医療体制の確保

○ 現状と課題

〈本県の特徴〉

- ・ 本県は、病院、診療所ともその施設数も病床数も全国と比較すると上位に位置している。
- ・ 病院総数は、令和元年6月末現在、107施設で、人口10万人当たり14.7と全国平均6.6を大きく上回り、全国3位。
- ・ 一般診療所総数は、727施設で人口10万人当たり99.9と全国平均の81.3を上回り、全国4位となっている。
- ・ 圏域ごとに医療施設数をみると一般病院の66.4%、一般診療所の73.3%が東部圏域に集中している。

〈迅速な救急搬送〉

- ・ 脳卒中や心筋梗塞等の循環器病の急性期は、発症後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る。
- ・ 特に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る。
- ・ 平成30年中の救急出動件数・救急搬送人員
出動件数:35,435件 搬送人員:32,969人
重症(長期入院)以上傷病者搬送事案 3,973件
受入れ照会回数(4回以上):125件(3.1%)

現場滞在時間〈30分以上〉 :139件(3.5%)
 救命救急センター搬送事案 9,327件
 受入れ照会回数〈4回以上〉 :587件(6.3%)
 現場滞在時間〈30分以上〉 :508件(5.4%)
 ※平成30年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査(消防庁)
 入電から現場到着までに要した平均時間
 徳島県 8.3分(平成30年) 8.2分(平成29年)
 全 国 8.7分(平成30年) 8.6分(平成29年)
 入電から医師引継ぎまでに要した平均時間
 徳島県 38.0分(平成30年) 37.5分(平成29年)
 全 国 39.5分(平成30年) 39.3分(平成29年)
 ※救急・救助の現状〈令和元年版〉(総務省消防庁)

〈病院前救護活動(プレホスピタル・ケア)〉

- ・ 救急現場及び搬送途上における応急処置など、救急救命率の向上のためには、現場に居合わせた一般県民による救急蘇生や自動体外式除細動器(AED)の仕様、救急救命士による気管挿管・薬剤投与等の救命処置の充実と体制の確保が重要な課題となっている。

〈救命救急医療機関(3次救急医療機関)〉

- ・ 県下一円を対象として、急性心筋梗塞、脳卒中等の救命医療にあたるため、県立中央病院、徳島大学病院、徳島赤十字病院、県立三好病院を3次救急医療機関として位置づけ、救急医療患者を受け入れる体制を整備している。

表17

所在地	施設名	3次施設	救命救急センター
徳島市	県立中央病院	○	○
徳島市	徳島大学病院	○	
小松島市	徳島赤十字病院	○	○
三好市	県立三好病院	○	○

〈入院を要する救急医療を担う医療機関(2次救急医療機関)〉

- ・ 2次救急医療体制は、初期救急医療機関により転送された、高度な治療又は入院が必要とされる救急患者に対応するための後方医療施設として整備
- ・ 平成28年における救急車による患者搬送数は、県内で31,780人であり、前年い比べ716人増加。
- ・ 救急患者は、概ね消防機関の属する救急医療圏域の中で搬送・収容され、自己完結しているが、一部の救急医療圏にあたっては、他の救急医療圏への搬送がやや多い傾向にある。

2次救急医療機関(救急告示病院及び救急告示診療所) (平成30年1月)

表 1 8

圏域	東部Ⅰ	東部Ⅱ	東部Ⅲ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ
医療機関名	徳島市民病院	徳島県鳴門病院	吉野川医療センター	阿南中央病院	町立美波病院	ホウエツ病院	市立三野病院
	田岡病院	兼松病院	美摩病院	原田病院	県立海部病院	成田病院	三野田中病院
	水の都記念病院	小川病院	阿波病院	阿南共栄病院	町立海南病院	町立半田病院	三加茂田中病院
	手束病院	稲次病院	安部整形外科	町立勝浦病院			
	松永病院	国立病院機構東徳島医療センター					
	協立病院	浦田病院					
	博愛記念病院	きたじま田岡病院					
	中洲八木病院						
	橘整形外科						
	川島病院						
	徳島健生病院						
	天満病院						
	沖の洲病院						

○ これまでの取組

- ・メディカルコントロール体制の充実による速やかな搬送可能な体制の整備

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

○ 現状と課題

〈脳卒中、心筋梗塞等の循環器病の共通事項〉

- ・ 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等の心血管疾患は、ともに発症後、早急に適切な治療を開始する必要がある
- ・ 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・増悪時にあつては、適切な制約を考慮する必要がある。

〈脳卒中、心筋梗塞等の循環器の相違点〉

- ・ 社会生活に復帰するまでの過程の相違
- ・ 脳卒中は身体機能の回復を目的としたリハビリテーションを要し、入院期間が長期になる場合が多い
- ・ 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い。

〈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る
- ・ 脳・心疾患ともに、対応疾患に応じた急性期診療を24時間提供する体制を確保するため、救急救命センターは東部圏域、南部圏域、西部圏域に各1ヶ所で計3ヶ所、脳卒中の専用病室(脳卒中ケアユニットSCU)を有する施設数は東部圏域で1ヶ所9床となっている。
- ・ 南部圏域においては、遠隔診療支援システム(k-support)を導入し、過疎地域における急性期脳卒中患者の予後の改善につながっている。
- ・ 脳卒中学会を中心に「一次脳卒中センター」「血栓回収脳卒中センター」等の整備が進められている。

表19

(平成29年10月現在)

病院名	病床			設備	
	ICU	SCU	HCU等 重症対応	ヘリポート	自院で 有する 救急車
県立中央病院	10床	0床	30床	○ (※1)	○
徳島大学病院	11床	9床	11床	× (※2)	×
徳島赤十字病院	13床	0床	21床	○	○
県立三好病院	4床	0床	6床	○	×

※1ドクターヘリ基地病院

※2県立中央病院ヘリポートを利用

〈脳卒中等脳血管疾患における循環器医療提供体制〉

- ・ 脳梗塞では、組織プラスミノゲン・アクチベータ(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法の適応や血管内治療(機械的血栓除去術、経動脈的血栓溶解療法など)など、適切な処置が取られる必要がある。

表20

	東部		南部		西部		県
	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	
t-PAによる脳梗塞溶解療法の実施可能な医療機関数 ※1	4	1	2	0	0	1	8
脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施医療機関数 ※2	5		*		*		*
t-PAによる脳梗塞溶解療法の実施件数 ※2	77		49		27		153
脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数 ※2	54		19		*		*
神経内科医師数 ※3	24		1		0		25
脳神経外科医師数 ※3	51		9		3		63

※1平成31年診療報酬施設基準(厚生労働省) ※2平成30年度NDB

※3平成30年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

〈虚血性心疾患・心血管疾患における循環に医療提供体制〉

- ・ 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経皮的カテーテル心筋焼灼術、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る。

表21 急性期医療体制の状況

	東部	南部	西部	県
大動脈バルーンパンピングが実施可能な医療機関 ※1	8	4	0	12
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数(算定回数) ※2	978	905	56	1939
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数(算定回数) ※2	22	64	0	86
CCUを有する医療機関数(病床数) ※3	2 (9)	0 (0)	0 (0)	2 (9)
循環器内科医師数 ※4	66	23	3	92
心臓血管外科医師数 ※4	7	7	0	14

※1 平成28年診療報酬施設基準(厚生労働省) ※2 平成30年度NDB

※3 平成29年医療施設調査(厚生労働省)

※4 平成30年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

〈リハビリテーション体制〉

- ・ 脳卒中リハビリテーションは、廃用症候群や合併症予防、早期自立を目的に、可能であれば発症当日から実施。

回復期には、機能回復や日常生活動作(ADL)の向上を目的に、維持期には生活機能の維持・向上を目的として実施される。

- ・ 心血管疾患リハビリテーションは、喪失機能(心機能)の回復だけでなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む疾病管理プログラムとして実施される。

表22

	東部	南部	西部	県
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(医療機関数)	71	21	11	103
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(医療機関数)	8	3	0	11
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(医療機関数)	7	3	0	10

※平成30年度NDB

〈在宅療養に向けた体制〉

- ・ 急性期治療後は、合併症予防及び再発予防のための、基礎疾患や危険因子(高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等)の管理、患者だけでなく、周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育も重要である。
- ・ そして、切れ目のない医療提供のために地域連携クリティカルパスの運用が推進

されている。

- ・ 脳卒中では、かかりつけ医や病院、介護保険サービス等の連携体制を構築する必要がある、「徳島脳卒中シームレスケア研究会」を中心として、地域連携クリティカルパスが運用されている。
- ・ 心血管疾患では、「徳島急性心筋梗塞地域連携研究会」を中心として、地域連携クリティカルパスを運用。

表23

	脳血管疾患		虚血性心疾患	
	平均在院日数	在宅等の生活の場に復帰した患者の割合	平均在院日数	在宅等の生活の場に復帰した患者の割合
東部	85.1	58.7	5.2	90.9
南部	73.4	49.2	3.8	97.1
西部	25.1	41.8	2.5	100.0
県	77.0	54.7	4.5	93.9

※平成29年患者調査(厚生労働省)

③ 小児期からの成育過程を通じた循環器病対策

○ 現状と課題

〈小児期における循環器病〉

- ・ 循環器病の中には、100人に1人の割合で出生する先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症等といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患がある。
- ・ 学校検診等の機会を通じて、小児の循環器病が発見されることもある。
- ・ 小児患者の治療に当たっては保護者の役割が大きいこと、また、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま、思春期、さらには成人期を迎える患者が増えていることなどの現状がある。
- ・ 胎児期の段階を含め、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、他領域の診療科との連携や、移行医療を含めた総合的な医療体制とともに、教育委員会と連携した支援の充実が求められる。

○ これまでの取組

- ・ 乳幼児健康診査
- ・ 児童生徒等の健康診断

表24 心臓の疾病・異常を有する児童生徒

	5歳	小学校	中学校	高等学校
割合(%)	0.6	0.5	0.3	0.8

※令和元年度学校保健調査

(3) 多職種連携による循環器病対策・循環器病患者支援

① 多職種連携による医療・介護連携の促進

○ 現状と課題

- ・ 可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住

まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築を目指し、地域における保健・医療・福祉関係者のより一層の連携を図っている。

- ・ 循環器病の急性期・回復期医療から在宅へ移行する患者に対しては、「地域連携クリティカルパス」の活用により、かかりつけ医が適切な医療を提供できる体制の構築を図る必要がある。

○ これまでの取組

- ・ 市町村が中心となって、県や地域の医師会等と緊密に連携しながら「地域包括ケアシステム」構築の推進
- ・ 入院医療機関から在宅医療・介護を提供する機関（かかりつけ医や介護支援専門員）に確実につながることができるよう、県下全域において「徳島県退院支援（医療と介護の連携）の手引き」（退院支援ルール）の運用を保健所を中心に実施

② 循環器病の後遺症を有する者に対する支援（治療と仕事の両立支援）

○ 現状と課題

- ・ 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、医療から福祉まで継続的な支援が必要である。
- ・ 高齢化に伴い、循環器病を抱える労働者の増加が見込まれるため、企業経営の観点から、後遺症を抱える患者が治療を続けながら安心して働くことができる職場環境を整備する必要がある。
- ・ また、患者の方が職場復帰する場合にあっては、その状況に応じたきめ細やかな職業訓練を実施する必要があり、障害者職業センターやハローワークとの連携が重要である。

○ これまでの取組

- ・ 高次脳機能障害支援センター（徳島大学病院）を中心とした専門的なリハビリテーション、相談支援事業
- ・ 徳島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治療と仕事の両立支援の体制整備

③ 循環器病に関する適切な情報提供

○ 現状と課題

- ・ 循環器病患者とその家族が抱え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る。

○ これまでの取組

- ・ 地域連携クリティカルパス「脳卒中あんしん連携ノート」など分かりやすい医療情報の提供

3 循環器病の研究推進