

- 1 ロジックモデルを修正
- 2 計画本文にて採用
- 3 要検討

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
その他	1	長野県は平均寿命については全国トップクラスでありながら健康寿命についてはそれほどでもない現状があり、年齢調整死亡率でも循環器病の中で特に脳血管障害については全国平均より高い傾向は今だに続いています。これは減塩や高血圧加療の推進、メタボ対策などによって必ず目標を達成できるのではと思います。	露崎構成員	ー	予防分野の担当部署（健康増進課）へ伝達
	2	家族性高コレステロール血症も心房細動も、予防分野の話題ではあるが、予防となると検討メンバーに医師が少ない。全員への啓発も大切だが、アウトカムに大きなインパクトがあるハイリスクグループ、例えば小児の高コレステロール血症や心房細動への介入が重要。場合によっては内服薬を出すとか、医師が介入する必要があるため、予防分野へ意見を出す医師がいてもいいと思う。小児の高コレステロール血症にはガイドラインが出ているので、ガイドラインに沿った管理がされている比率とか、心房細動で適応がある人が抗凝固薬を服用している比率、という指標が考えられ、実際はそれが一番アウトカムに直結する。医療の観点を予防分野の対策にも盛り込んでいただきたい。予防分野に関しても、指標が難しい場合でも本文への記載を検討してほしい。	今村構成員 桑原構成員	2	<div>・心房細動について、県民の理解（早期発見・早期受診）を深めるための啓発を行う旨、計画本文へ記載。</div> <div>・家族性高コレステロール血症について、小・中学校で実施されている血液検査の結果から診断・治療につながるよう、適切なフォローアップを推進する旨、計画本文へ記載。</div>

脳卒中ロジックモデルへのご意見【救護】

- 1 ロジックモデルを修正
- 2 計画本文にて採用
- 3 要検討

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
「中間アウトカム②」について	1	早期医療機関受診でt-PAが実施できない最大の要因は発症から覚知までの時間が長いことで搬送時間は十分少なくなっている（ここを短くするためにヘリの短絡運搬の必要もあるが）。一般人に早期受診救急受診の必要性の啓蒙が足りない。 地域ごとに啓蒙活動をする必要があると思います。 ①発症→②覚知→③搬入時間→④t-PA実施（専門医治療開始）の4点のチェックポイントをとりまとめ①から②の時間をなるべく少なくするような啓蒙活動が必要と考えます	青木構成員	1,2	・計画本文へ反映 ・ロジックモデルに早期受診、救急受診の必要性に関する指標を追加
	2	「救急要請から医療機関への収容に要した時間」は長野県の場合は地域ごとの違いが出るのは仕方ないことですので県としてどのように扱うかでしょうか。	露崎構成員	2	各圏域の数値を本文に記載。
	3	脳卒中2、心疾患2（救護）：アウトカム①達成のためには、救急隊はただ早く搬送するだけでなく、適切な医療機関へ搬送し、さらに、早期根本治療を見据えた活動を現場から開始することが大切です。したがって、「発症後できるだけ早期に専門（→適切な？）医療機関へ搬送されるとともに、迅速な治療開始のため必要な情報が医療機関に伝えられる。」または、「（患者が）現場から最善の治療を目指した処置と搬送を受けられる。」などの表現が望ましいと思います（指標設定は難しくなりますが・・・）。	今村構成員	2	計画本文へ記載
	4	2．「発症後できるだけ早期に専門医療機関へ搬送される⇒1次脳卒中センター（PSC）または一次脳卒中センターコア（PSCコア）へ搬送される」へ変更することが良いと思います。指標として脳卒中患者がPSCへ搬送された割合を加えてはいかがでしょうか。	草野構成員	3	・「専門医療機関➡一次脳卒中センター」への記載変更は、第2回作業部会において検討（議題：機能別医療機関の一覧の記載について） ・把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
	5	3．指標にtPAをガイドラインで推奨する来院から60分以内に投与できた割合を加えてはいかがでしょうか。	草野構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
	6	8．指標に復職率を加えてはいかがでしょうか。	草野構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
「個別施策」について	1	救急隊プロトコールは現在勧めているところだが医療圏ごとのプロトコールを作成し県で統一するのか県でたたき台を示して地域別に改変するのか。まだ方針ができていないと思われる。二次医療圏でプロトコールをまとめて県で統一していくのがよいのではないか。	青木構成員	—	・計画に詳細は記載しない。 ・プロトコールの統一方針等、施策は担当部署（医療政策課）において進めるため、意見を伝達。
	2	指標の「県統一」は抜いてプロトコール策定を医療圏の中で進めてそれを県全体で調整した方がよい。	青木構成員	1	・「県統一プロトコールを策定している医療圏数」を指標から削除 ・計画に詳細は記載しない。 ・プロトコールの統一方針等、施策は担当部署（医療政策課）において進めるため、意見を伝達。
	3	3「初期症状と適切な対応に関する知識の普及」について、市民公開講座の回数を増やすべき。怪我などと違うので、救急車を呼ぶべき症状と気道確保などのけいれん対策が主になると思われます。	青木構成員	1,2	・計画本文へ反映 ・ロジックモデルに早期受診、救急受診の必要性に関する指標を追加
	4	4「地域メディカルコントロール体制の強化・標準化、救急隊の資質向上」について、地域MC部会での隊員教育講座の開催回数を指標としてはどうか	青木構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
	5	6項目の観察指標が妥当か脳卒中学会などで検討されていないのではないか。ヘリ搬送の短縮指標にされている面があり混乱している。時間の制限もあるので発症時間などの要素も加味する必要がある、何を急ぐのか どこへ運ぶのか地域ごとのプロトコールを作成しそれを県全体でまとめていくのか県として一つの方針を提示するのか。	青木構成員	—	・「令和4年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」において、日本脳卒中学会から提案された「脳卒中が疑われる場合に加える6つの観察項目」について、各地域の医療資源の実情に応じた搬送指標としての活用方法が整理された。 ・県内の消防本部において、この観察項目が活用されているかどうか把握したいため、本ロジックモデル指標に採用済み。 ※なお、国計画の指標例でも「6項目」となっている

	6 7 8	(地域メディカルコントロール協議会の事後検討回数という指標は) 脳卒中例のみを取りだした事後検討部会の回数か コロナ禍で受け入れ制限があったときの問題点がまだまとめられていないのではないか。それをまとめて今後のたたき台にすべき 脳卒中、心疾患救護：中間アウトカム②の、「適切な(＝専門) 医療機関への搬送」に直接的に結びつくような施策があればもっとわかり易いと思います。「救急隊の資質向上」がそれに相当すると思いますが、もっと具体的に、「患者の観察や搬送基準の整備」などどうでしょうか。メディカルコントロール体制の強化・標準化はさらにその手段ということになります。	青木構成員 青木構成員 今村構成員	— 2 1	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しないこととした。 第1回WGで頂いたご意見を踏まえ、計画本文へ記載 提案通り、脳（個別施策3）・心（個別施策5）のロジックモデルを修正
	9	4．救急隊が脳卒中患者をPSCやPSCコアへ適切に搬送するような指標が望ましいと思います。そのため、「6項目の観察指標の利用」や「倉敷プレホスピタル脳卒中スケール（KPSS）」などの利用を義務付けるような施策があると良いと思います。	草野構成員	2	・脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察について、指標に採用。 ・計画本文に記載。

脳卒中ロジックモデルへのご意見【急性期】

- 1 ロジックモデルを修正
- 2 計画本文にて採用
- 3 要検討

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
「中間アウトカム②」について	1	t-PA実施数とともに脳梗塞数に対する%を指標とされたい。	青木構成員		現時点では、脳梗塞数全体に対するt-PA実施数の割合を把握することはできないが、SCRを記載することで全国との比較を行う。 1 SCR（standardized claim-data ratio）：レセプト数を性・年齢調整したスコア（実測値/期待値）であり、100が全国平均の医療提供状況を示し、100を上回ると性・年齢調整後の人口規模に対して当該の医療提供が多い、100を下回ると少ないことを意味する。
	1	5（感染症発生・まん延時や災害時・・・）搬送基準だけではなく、受入れ体制の見直しも追加していただけないでしょうか。	須藤構成員		医療機関の機能に関わらず、急性期医療に対応が可能な医療機関について平時から把握し、感染症発生・まん延時には柔軟に対応できる体制の構築について本文へ記載。
「個別施策」について	2	7（誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制整備）の1つ目の指標、口腔機能管理より摂食嚥下機能回復体制加算を指標とした方が、嚥下機能低下による誤嚥性肺炎予防の体制整備の評価ができるのではないのでしょうか。また2つ目の指標、歯科衛生士より、必ず嚥下評価に関わる言語聴覚士の方がいいように思います。	須藤構成員	1,2	・ロジックモデルの指標は主に"対象が脳卒中と特定できるもの"を採用したいため、認知症等その他の疾患も原因となる摂食嚥下機能回復体制加算については指標としないこととした。 ・計画本文に、言語聴覚士について記載 ・歯科計画の担当部署（健康増進課）において施策を進める。
	3	「誤嚥性肺炎の合併症の予防及び治療が行える体制整備」として「病院に就業している歯科衛生士数」などの記載がありますが単なる「病院に就業している歯科衛生士数」で良いのか疑問です。急性期脳卒中に関与する歯科衛生士数は実際はどの程度なのかが不明な気がします。	露崎構成員	1	・ロジックモデルの指標から「病院に就業している歯科衛生士数」を削除 ・歯科計画の担当部署（健康増進課）において施策を進める。
	4	6 脳卒中治療に関わる神経内科医の数は少ないのではないか。	青木構成員	2	医師数・医療機関数等は目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていくこととし、計画本文の「現状」として記載する。
	5	7 の指標を、院内歯科医師数あるいは院外から往診してもらえる歯科医師の数 院外支援体制の確認としてはどうか	青木構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
	6	8 の指標を、3日以内にリハビリを開始した患者の割合 としてはどうか	青木構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
	7	9 について、一次センターと二次センターの連携 開業医などとの後方連携の推進の視点が必要 かかりつけ医や介護施設と定期的協議や勉強会の回数を指標としてはどうか	青木構成員	2	地域連携バスの活用も含めた連携を想定し、「脳卒中に関する地域連携ができて二次医療圏数」を指標にしている。現状では、協議や勉強会の実施有無を把握する方法がないため、その旨計画本文に記載
	8	脳卒中・心疾患6（急性期）：24時間365日に加えて、「県内どこで発症しても」という意味の言葉を入れるとよいと思います。	今村構成員	1	提案の内容を「目指す姿」（中間アウトカム①）に反映
	9	6．指標に脳血管内治療専門医と血栓回収療法実施医を加えるのが良いと思います。 指標でt-PAによる血栓溶解療法、血栓回収療法をそれぞれ「年間12例以上」実施している医療機関数としてはいかがでしょうか。	草野構成員	2	・医師数・医療機関数等は目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていくこととし、計画本文の「現状」として記載する。 ・t-PAによる血栓溶解療法、血栓回収療法の件数は、把握できない指標のためロジックモデルには採用しない。
	1	急性期治療は、施設数（PSC）は充足し、医師数も増えることは望めません。課題は、集約化と質の向上だと思います。脳神経内科医と脳神経外科医を集約化させることが必要で、治療件数の増加に伴い治療の質の向上が期待できます。治療可能な施設数を増やすのではなく、PSCコアに集約させるよう誘導することが必要と考えます。	草野構成員	1,2	・ロジックモデルから、施設数・医師数の指標を削除 ・計画本文へ医師の集約化について記載

その他	指標全般について。指標に施設数が含まれている。医師数は増やした方がいいが、特に急性期においては、施設数は増やすことより集中させることが必要。中間アウトカムを満たすには、どこで発症しても専門的な医療を受けられるようにするため、専門施設のネットワークを作ることが大切。その視点がわかる指標を組み込んでほしい。昔はどの病院に搬送しても結果に大きな違いはなかった疾患でも、今は医療の進歩によって、一部の患者は専門的な治療を行える病院に早期に搬送すればほとんど後遺症が残らず回復する場合がある。 大動脈疾患では近くの病院での診断も必要だが、その他の心不全や脳卒中については、近くの病院へ早く運ぶことより、多少距離が遠くても、専門的な治療ができる施設にダイレクトに運ぶことが重要。また、搬送先に現場の心電図所見等が伝わり、搬送中に病院で受入準備ができることも重要。一方、慢性期は自宅の近くで治療を続けられた方がよいので集約化よりも分散が必要。急性期と慢性期で考え方を変えることが必要である。	今村構成員	1,2,3	<ul style="list-style-type: none">・ロジックモデルから、施設数の指標を削除・計画本文へ、施設・医師の集約化について記載・計画本文の「施策の展開」として、24時間365日急性期脳卒中診療が可能な医療機関が確保されていない圏域については、各圏域と連携した医療提供体制の構築を推進する旨を記載。・「機能別医療機関の一覧」において、専門治療が可能な医療機関を記載。また、急性期の医療機関には、他病院との連携を要件としたい。（第2回WGで検討）・現場の心電図所見等の伝達の重要性について、計画本文へ記載。・ロジックモデル【慢性期】の指標として、在宅療養支援病院・診療所数を採用。
-----	--	-------	-------	--

脳卒中ロジックモデルへのご意見【回復期】

- 1 ロジックモデルを修正
- 2 計画本文にて採用
- 3 要検討

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
「中間アウトカム②」について	1	地域医療構想や回復期リハビリテーション病棟の有無などで地域によっては地域外への流出などの問題はあのではと思います。	露崎構成員	—	レセプトデータを基に、第2回作業部会において二次医療圏相互の連携体制について検討。
	2	疾患別の退院時mRSの割合 在宅復帰率	青木構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
「個別施策」について	1	誤嚥性肺炎の予防対策の項目は概ねよいと思うがサルコペニアや栄養関連の視点も強化してほしい。	青木構成員	2	廃用症候群の予防に含んで本文に記載。
	2	回復期のリハビリテーション科医師数、理学療法士数、言語聴覚士数などの数値目標は意欲的に感じます。養成の段階で不足している可能性がないか数値目標見て行けると思います。個別政策は最終的には地域ごとの違いが浮き彫りになりそうです。ただ全体には項目は少し多いのかと思いました。	露崎構成員	2	医師数・医療機関数等は目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていくこととし、計画本文の「現状」として記載する。
	3	「リハビリテーション科医師数」の指標に、リハビリテーション科専門医と認定専門医数を別に設定してほしい	青木構成員	2	医師数・医療機関数等は目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていくこととし、計画本文の「現状」として記載する。

脳卒中ロジックモデルへのご意見【維持期・生活期】

- 1 ロジックモデルを修正
- 2 計画本文にて採用
- 3 要検討
- 4 整理中

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
「中間アウトカム②」について	1	脳卒中も、後遺症により訪問診療、訪問看護、訪問薬剤管理は重要になってきます。心疾患・脳卒中の項目あわせが必要と思います。	須藤構成員	1	・脳卒中ロジックモデルに、在宅療養支援体制の整備に関する指標を追加 ・心疾患ロジックモデルに、リハビリと在宅療養の項目を分割し、脳卒中と項目を揃える
	13	「生活機能の維持・向上のためのリハビリ～」について、介護レベルごとのリハビリ提供状況を把握することが必要	青木構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
「個別施策」について	2	「（再掲）脳卒中リハが可能な医療機関数」の指標は、脳卒中要介護要支援者に生活期のリハビリを提供している事業者数 その患者数 としてはどうか	青木構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。（脳卒中のみを対象とした数字を抽出できない）

脳卒中ロジックモデルへのご意見【再発・重症化予防期】

- 1 ロジックモデルを修正
- 2 計画本文にて採用
- 3 要検討
- 4 整理中

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
「中間アウトカム②」について	1	脳卒中再発率の統計はまだとれていないと思うがー次予防より医療介入はしやすいので二次予防の脳卒中再発率の統計は出していくとよいと思う。	青木構成員	—	一次脳卒中センターの年次報告の対象となっておらず、現時点で把握は難しい。
「個別施策」について	1	脳卒中予防かかりつけ医院 というような形で医師会・開業医を巻き込んだ後遺症対策二次予防施策を進めていくべきと考える。医師会向け広報活動 一般人向け広報活動が必要。	青木構成員	2	かかりつけ医とその患者を対象とした啓発について、計画本文に記載
	2	かかりつけ講習を受けた医師会員の中で脳卒中再発予防のための管理を積極的に行ってもらうための体制整備	青木構成員	2	上記により対応
	3	脳卒中センター統計で脳卒中再発例を報告してもらう体制作り その要因分析	青木構成員	—	中間アウトカム②意見番号1と同じ
	4	指標「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」の具体的イメージがわからない	青木構成員	—	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師あるいは脳卒中認定看護師の実数。

心疾患ロジックモデルへのご意見【救護】

- 1 ロジックモデルを修正
- 2 計画本文にて採用
- 3 要検討

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
「中間アウトカム②」について	4 1	（AEDの使用を含めた救急蘇生等の適切な処置を行うことができる環境の整備）の指標に、現計画指標同様に、心肺蘇生が実施された件数を加えたいかがでしょうか。（バイスタンダーによる心肺蘇生が重要なため）	須藤構成員	1	ロジックモデルに「心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率」を追加
「個別施策」について	5 1	「地域MC体制の強化・標準化」に指標を追加:12誘導心電図送信システムの確立	吉岡構成員	2	数値として把握できず、指標とすることが難しい。医療機関との情報伝達について、本文に記載。

心疾患ロジックモデルへのご意見【急性期】

- 1 ロジックモデルを修正
- 2 計画本文にて採用
- 3 要検討

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
「中間アウトカム②」について	1	急性期の加療を受ける循環器疾患は心不全が多い。虚血性心疾患以外の多くの基礎心疾患が心不全の原因となっており、治療も異なる。虚血性心疾患の治療ではない治療も指標に挙げるべきである。外科手術、医療デバイス治療、カテーテル治療、適切な薬物療法、多職種の介入（栄養指導、服薬指導、運動指導、退院前ミーティング）等が挙げられる。	渡辺構成員	2	・計画本文に、心臓血管外科手術の可能な医療機関及び外科医師数について「現状」として記載。 ・虚血性心疾患の治療以外の治療については、今後記載内容を検討する。（具体的な治療名をご教示いただけますと幸いです。） ・多職種の介入による再発防止教育については、リハビリテーションに含まれるため、その旨本文に記載。
	2	3「発症後早期に専門的な治療～」に 指標を追加； 虚血性心疾患・大動脈緊急症に対する緊急手術件数	吉岡構成員	2	・JROADデータ（循環器疾患診療実態調査、日本循環器学会）の活用により、全国と長野県の「緊急PCI総件数」「急性大動脈解離 緊急手術件数」を把握することは可能だが、日本循環器学会循環器研修・関連施設のみのデータ（全国・全県を網羅したデータではない）であること、またその数を評価することが難しいため、指標として採用しない。 ・長野県の「緊急PCI総件数」「急性大動脈解離 緊急手術件数」については計画本文へ「現状」として記載
	3	「3 発症後早期に専門的な治療を受けることができる」について 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数では、待機的手術件数が多くを占めるので、緊急・準緊急手術症例数でなければ、急性期医療の体制の評価は難しい。 大動脈疾患患者に対する手術件数も同様で、急性大動脈解離、腹部大動脈瘤破裂等の緊急手術での評価が必要である。	瀬戸構成員	2	・急性大動脈解離の緊急手術について、上記項目への対応と同様に計画本文へ「現状」として記載 ・「腹部大動脈瘤破裂」の緊急手術については、把握できない指標のため、ロジックモデルには採用しない。
「個別施策」について	1	5（感染症発生・まん延時や災害時・・・）搬送基準だけではなく、受入れ体制の見直しも追加していただけないでしょうか。	須藤構成員	2	急性期の医療機関において、平時から受入れの体制を検討することが望まれる旨を本文に記載
	2	急性期7の指標に「循環器内科医師数のみでなく、循環器専門医、慢性心不全認定看護師、心不全療養指導士などの数も指標としてはどうでしょうか。	桑原構成員	1.2	・循環器専門医について、医師数・医療機関数等は目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていくこととし、計画本文の「現状」として記載する。 ・慢性心不全認定看護師、心不全療養指導士等のスタッフ数については、【再発・重症化予防】の指標として採用。
	3	7「心血管疾患の急性期医療に24時間365日～」に指標を追加：①24時間365日緊急PCI・補助循環が可能な施設数、②24時間365日緊急開心術・大動脈手術が可能な施設数	吉岡構成員	3	第2回作業部会において検討（議題：機能別医療機関の一覧の記載について、二次医療圏相互の連携体制について）
	4	「7 心血管疾患の急性医療に24時間365日対応できる体制を整備する」について 心臓血管外科医師数や心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数が多ければ、必ず対応できるわけではない。緊急手術は、手術室、麻酔科、ICUなど、すべてが整わないと対応困難である。	瀬戸構成員	3	上記項目への対応と合わせて検討

心疾患ロジックモデルへのご意見【回復期】

- 1
- ロジックモデルを修正
- 2
- 計画本文にて採用
- 3
- 要検討

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
「中間アウトカム②」について	1	急性期医療と回復期医療の連携についての評価が必要となる。	渡辺構成員	—	個別施策の指標として、「心筋梗塞等に関する地域連携ができて二次医療圏数」を採用
	2	回復期は入院による前期と退院後早期の後期に分類される。後期は退院後の家庭生活・職場復帰までの期間であり、慢性期（維持期）の導入に重要である。今回の図では慢性期に含まれているので心リハの時期区分を参照して再検討を要する。若年者では運動施設の利用、高齢者では介護サービス利用の状況はこれらの時期に重要となる。	渡辺構成員	1,2	・ロジックモデルの慢性期から、訪問・通所リハビリテーションに関する指標を削除。 ・訪問・通所リハビリテーションについて、計画本文の回復期に記載。
	3	アウトカムの結果としては死亡の減少が最終のアウトカムであるが、心不全または心血管疾患での再入院も重要とされる。	渡辺構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
	4	回復期の中間指標に「心不全再入院率」を含むことは可能でしょうか？	桑原構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
「個別施策」について	1	医療を実施する人材とその育成が求められる。循環器専門医に加え、循環器診療に専門的に関わるコメディカルスタッフ（医療秘書、臨床工学士、理学療法士、作業療法士、薬剤師）の配置状況は重要である。多職種でも特に専門的な経験と知識を持つスタッフとしては慢性心不全看護認定看護師、心臓リハビリテーション指導士、心不全療養指導士などが挙げられる。	渡辺構成員	1,2	・理学療法士、作業療法士については、医師数・医療機関数等と同様に目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていくこととし、計画本文の「現状」として記載する。 ・心臓リハビリテーション指導士、慢性心不全看護認定看護師、心不全療養指導士については、第1回WGでのご意見を踏まえ、指標に採用。

心疾患ロジックモデルへのご意見【慢性期】

- 1 ロジックモデルを修正
- 2 計画本文にて採用
- 3 要検討

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
「中間アウトカム②」について	1	心疾患の7（日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる）で訪問診療、訪問看護、訪問薬剤管理の指標がありますが、リハビリについての項目のため、訪問リハビリも必要ではないでしょうか。	須藤構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
	2	9「心身の緩和ケア～」に指標を追加；ACPに関する項目を設ける	吉岡構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。
「個別施策」について	1	慢性期に「再発予防のための疾病管理が可能な体制の整備」のような項目を入れ、そこにも慢性心不全認定看護師、心不全療養指導士と心リハ指導士の数などを指標としてはどうでしょうか？	桑原構成員	1	個別施策19に「再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制整備」として指標に採用
	2	18「心血管疾患に対する緩和ケア～」に指標追加；ACPに関する項目を設ける	吉岡構成員	—	把握／比較できない指標・独自調査必須の指標のため採用しない。

心疾患ロジックモデルへのご意見【小児・若年期】

- 1
- ロジックモデルを修正
- 2
- 計画本文にて採用
- 3
- 要検討

意見項目	事前意見		意見提出者	事務局対応案	
	番号	意見内容		対応番号	対応内容詳細
「中間アウトカム②」について	1	成人先天性心疾患専門医総合・連携修練施設数（全国の中央値 0.9施設/人口100万対/県）	元木構成員	—	・個別施策の指標として「成人先天性心疾患専門医が勤務する医療機関数」を採用済み。 ・医師数・医療機関数等は目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていく方針ではあるが、第1回WGでのご意見を踏まえ、指標に採用。
	2	ACHD（成人先天性心疾患）専門医数（全国の中央値 1.1名/人口100万対/県）	元木構成員	—	・個別施策の指標として採用済み。 ・医師数・医療機関数等は目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていく方針ではあるが、第1回WGでのご意見を踏まえ、指標に採用。
	3	小児循環器専門医修練施設数（全国の中央値1.2施設/人口100万対/県）	元木構成員	1	・個別施策の指標として採用 ・医師数・医療機関数等は目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていく方針ではあるが、第1回WGでのご意見を踏まえ、指標に採用。
	4	小児循環器専門医数（全国の中央値4.6 名/人口100万対/県）	元木構成員	1	・個別施策の指標として採用 ・医師数・医療機関数等は目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていく方針ではあるが、第1回WGでのご意見を踏まえ、指標に採用。
「個別施策」について	1	成人先天性心疾患専門医の総合・連携修練施設数 1 以上/人口100万対/県（但し1以上/県）、専門医数 1 以上/人口100万対/県（但し1以上/県）で、循環器内科専門医1以上/県による医療提供体制の構築	元木構成員	—	医師数・医療機関数等は目標値を定める指標ではなく、状況をモニタリングしていくこととする。
	2	改正難病法と連携して、移行医療支援センターの設置と循環器医師、先天性心疾患に関わる家族会の会員の参加	元木構成員	2	移行期医療支援センターについて、計画本文に記載
	3	成人先天性心疾患患者の就労支援	元木構成員	2	計画本文に記載
	4	小児期、若年期から配慮が必要な循環器病患者への患者教育への医療、福祉、行政・福祉、教育関係機関の連携	元木構成員	2	計画本文に記載
	5	小児診療科と成人診療科の連携推進	元木構成員	2	計画本文に記載
	6	胎児期・新生児期の心疾患診断率の向上	元木構成員	2	計画本文に記載
	7	学校での生活習慣病予防に向けての食育の促進	元木構成員	2	計画本文に記載
	8	学校心臓検診データのデジタル化、データベース作成と循環器病対策への利活用	元木構成員	—	関係部署（教育委員会）において施策を進める。
	9	義務教育からの心肺蘇生教育の充実	元木構成員	—	・心肺蘇生教育は、学習指導要領に含まれるため、全ての学校で対象学年に実施されている。 ・関係部署（教育委員会）において施策を進める。
	10	小児循環器慢性患者の自立支援の促進	元木構成員	2	計画本文に記載