

2 脳卒中

県では、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」に基づき、2040年までに3年以上の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。

（詳細は、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」を参照）

【計画概要】

1 根拠法

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

2 計画策定年度 令和5年度(令和6年3月)

3 計画期間 令和6年度～令和11年度

4 推進イメージ

<目標>

**2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び
循環器病の年齢調整死亡率の減少**

<取組>

【県・医師等保健医療関係者】

- ・循環器病予防の取組の強化
- ・離島・へき地を含めた循環器病の医療、介護及び福祉等に係るサービスの提供体制の充実
- ・循環器病患者等を支えるための環境づくり
- ・循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備

【県民】

- ・正しい知識の取得
- ・生活習慣の改善（「健康かごしま21」に基づく健康増進の推進）
- ・健（検）診受診
- ・保健指導実施
- …等

行動変容
重症化予防

普及啓発
体制整備
人材育成等
の対策推進

<現状・課題>

食生活・健（検）診受診等の生活習慣

- ・食塩摂取量が多い
- ・野菜摂取量が少ない
- ・健診受診率が低い
- …等

循環器病の危険因子（糖尿病・高血圧等）

- ・高血圧有病者，糖尿病有病者，脂質異常症有病者が多い。
- ・歯周病対策が必要
- …等

脳卒中・心疾患等の死亡率

- ・専門医の偏在
- ・救急搬送体制等医療を取り巻く連携体制の強化が必要
- …等

【施策の方向性】

生活習慣の改善等による疾病の予防や、発症後における基礎疾患や危険因子の適切な管理を行うとともに、救急搬送と専門的な診療が可能な体制、各病期に応じたりハビリテーションが一貫して実施可能な体制、在宅療養が可能な体制の整備、構築を促進します。

ア 発症・重症化予防

県民一人ひとりが栄養、運動、休養等の実践による脳卒中予防に取り組めるよう、関係団体等と連携して、健康づくりを支援する社会環境の整備を促進し、予防や早期治療開始の必要性の啓発を推進します。

イ 発症後速やかな搬送と専門的診療が可能な体制構築の促進

発症後、できるだけ短い時間で専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行い、速やかに専門的な治療ができる体制の構築を促進します。

ウ 治療の継続と再発防止が可能な体制の促進

- 再発予防の治療とともに、危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈等）の継続的な管理・治療や脳卒中後の様々な合併症等への対応ができる体制を促進します。
- 服薬アドヒアランス*1向上に資する服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導を可能とする体制づくりに努めます。
- 在宅復帰が困難な患者に対し、受け入れ可能な医療機関、介護・福祉施設と急性期医療機関との連携など、総合的で切れ目のない対応を促進します。

エ 在宅療養が可能な体制の促進

再発予防や基礎疾患の管理に加え、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施等、生活の場で療養できるよう医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援体制の整備を促進します。

オ 病期に応じたりハビリテーションが可能な体制の促進

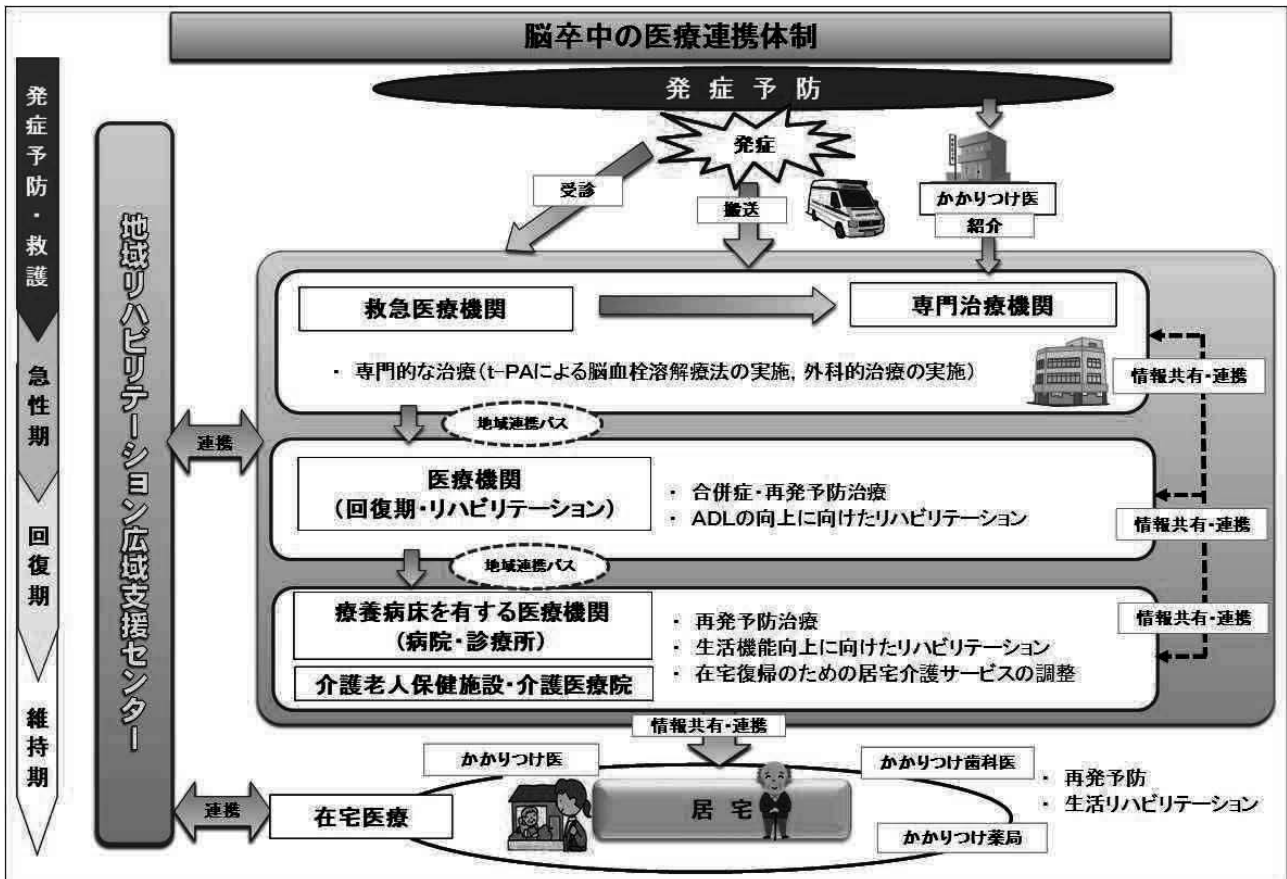
- 急性期から維持期まで一貫したりハビリテーションを促進します。
- 廃用症候群*2や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、急性期から一貫したりハビリテーションを促進します。
- 回復期には、失語、高次脳機能障害、嚥下障害^{えんげ}、歩行障害等の機能障害の改善や日常生活動作向上のための専門的かつ集中的なりハビリテーション体制を促進します。

*1 服薬アドヒアランス：患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って薬を用いた治療を受けること。

*2 廃用症候群：安静状態が長期にわたって続くことによって起こる、様々な心身の機能低下等。

- 維持期においては、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援します。
- 誤嚥性肺炎や低栄養を防ぐため、口腔機能を維持・回復することが重要であり、多職種連携による口腔健康管理、嚥下リハビリテーションの充実を促進します（第3章第2節「7 歯科口腔保健」参照）。

【図表5-3-3】脳卒中の医療連携体制図



[県健康増進課作成]

【図表5-3-4】脳卒中の医療連携体制

	【発症予防・救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】
目標等	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の発症予防（生活習慣病の発症・重症化予防） 疾病に関する知識の普及 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 専門的治療体制の確立 急性期リハビリテーションの実施 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーションの実施 再発予防治療 基礎疾患・危険因子の管理 	<ul style="list-style-type: none"> 維持期リハビリテーションの実施 在宅復帰及び就労支援並びに日常生活の継続を支援
医療機関等の例		<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有する病院 脳卒中の専門病床（SCU）を有する病院 急性期の血管内治療が実施可能な病院 急性期リハビリテーションが実施可能な病院 脳卒中に対応する急性期の専門的治療を担う病院又は有床診療所 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション専門とする病院又は有床診療所 回復期リハビリテーション病棟を有する病院 薬局 	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人保健施設 介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所 薬局
求められる機能	<ul style="list-style-type: none"> 健診等の実施 健康教育の実施 基礎疾患・危険因子の管理 疾病管理、救急における対応の教育 速やかな救急搬送要請 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> CT・MRI等、検査の24時間実施 専門的治療の24時間実施 t-PA静注療法に適応がある患者に対し、来院後による脳血栓溶解療法の実施 外科的治療の実施 専門チームによる全身管理、合併症予防の診療の実施 廃用症候群や合併症予防等のための急性期リハビリテーション実施 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防の治療 基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応 機能障害の改善及びADLの向上に向けたリハビリテーションの実施 薬学的管理指導 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療及び患者家族等への教育 基礎疾患・危険因子の継続的管理 抑うつ状態への対応 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施 在宅復帰のための居宅介護サービスの調整 在宅復帰困難者の医療機関、介護・福祉施設等との連携、調整 薬学的管理指導
連携等	<ul style="list-style-type: none"> レスポンスタイムの確認 	<ul style="list-style-type: none"> クリティカルパス等の活用による診療情報や治療計画の共有 		
		<ul style="list-style-type: none"> 治療開始までの時間短縮 	<ul style="list-style-type: none"> 再発が疑われる場合の急性期の医療機関との連携 	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスの調整

[県健康増進課作成]

3 心筋梗塞等の心血管疾患

県では、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」に基づき、2040年までに3年以上の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。

（詳細は、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」を参照）

※ 計画概要については、「2 脳卒中」と同様

【施策の方向性】

生活習慣の改善を図るとともに、急性期から回復期・維持期を経て在宅療養に至るまで医療が切れ目なく提供される体制の整備を促進します。

ア 発症・重症化予防

- 危険因子としては、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等があり、発症予防のために生活習慣の改善や適切な治療を推進します。
- 早期介入を多面的に行うことが重要であるため幅広い医療機関及び関係団体と連携して、健康づくりを支援する社会環境の整備を促進します。

イ 発症後速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制の促進

救急要請の必要性や、AED^{*1}の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置の実施や初期症状出現時の対応について、県民への知識の啓発に努めます。

ウ 発症後速やかな専門的治療が可能な体制の促進

- 発症後、できるだけ短い時間で専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行い、速やかに専門的な治療ができる体制の構築を促進します。
- 救急搬送、受入れが円滑に行われるよう、消防機関と医療機関の連携促進を図ります。

エ 合併症・再発の予防及び早期在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制の促進

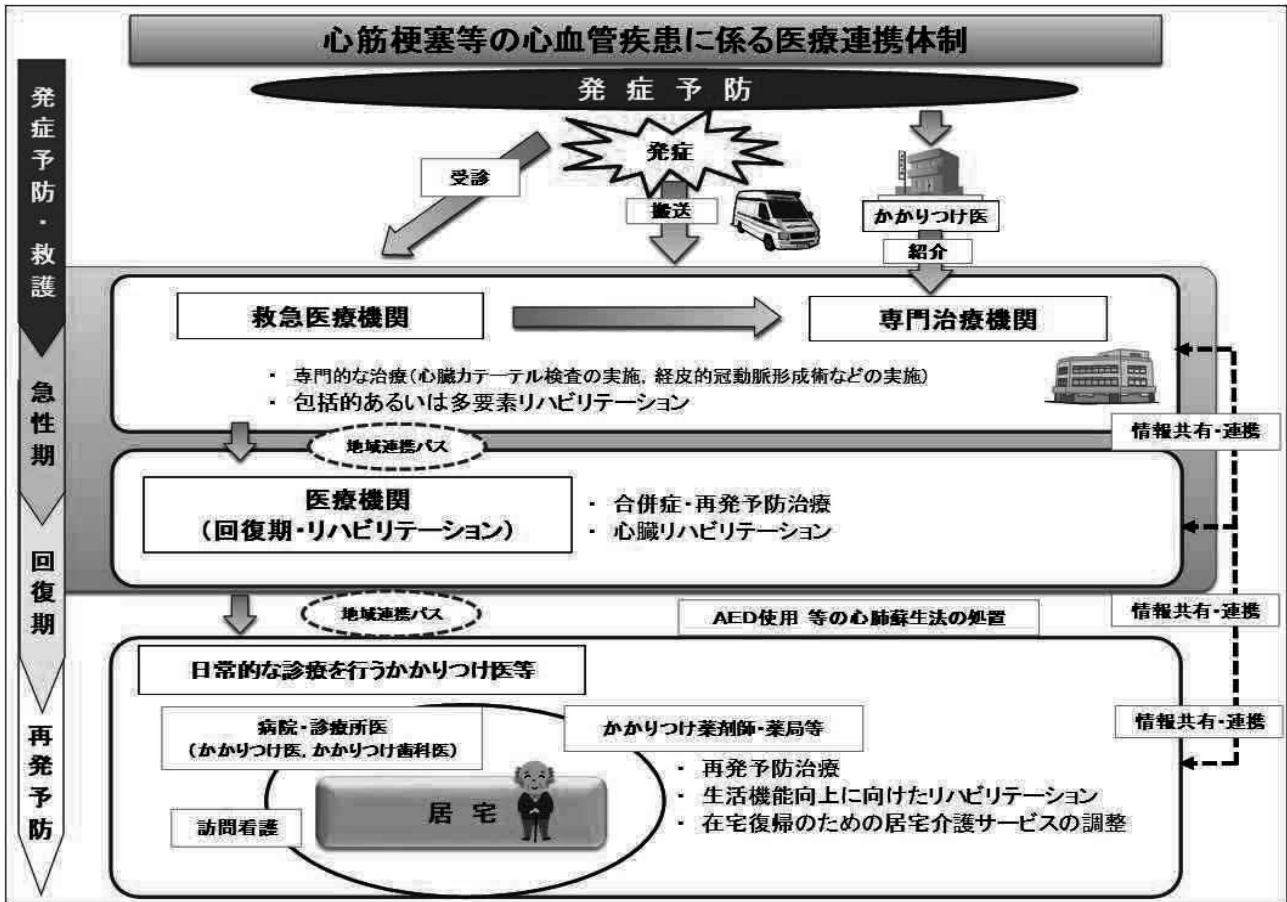
- 急性期を脱した後は、合併症及び再発予防に加え、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の改善や継続的な治療を促進します。
- 発症した日から、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とした多面的・包括的リハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する体制を促進します。

*1 AED：自動体外式除細動器

オ 在宅療養が可能な体制の促進

- 在宅療養においても、合併症や再発を予防する治療、基礎疾患や危険因子の管理が重要であり、これらの実施を促進します。
- 定期的専門的検査を実施する医療機関との連携を図ります。
- 診療情報や治療計画を関係者間で共有するなど、多職種による多面的・包括的な切れ目のない連携体制の構築を促進します。

【図表5-3-5】心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図



[県健康増進課作成]

【図表5-3-6】心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図

	【発症予防・救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
目標等	<ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞の発症予防（生活習慣病の発症・重症化予防） 疾病に関する知識の普及 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 専門的治療体制の確立 急性期リハビリテーションの実施 定期的専門的検査の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 心臓リハビリテーションの実施 在宅等生活及び就労の場への復帰支援 再発予防に必要な知識の教育 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 在宅療養の継続を支援
医療機関等の例		<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有する病院 心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院 心筋梗塞等の心疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所 薬局 	<ul style="list-style-type: none"> 病院 診療所 薬局 訪問看護ステーション
求められる機能	<ul style="list-style-type: none"> 健診等の実施 基礎疾患・危険因子の管理 疾病管理、救急における対応の教育 速やかな救急搬送要請 AEDを含めた救急蘇生法等の適切な処置を実施 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 心臓カテーテル検査の24時間実施 専門的診療の24時間対応 冠動脈造影検査の実施 経皮的冠動脈形成術の実施 呼吸管理等の全身管理や合併症の治療 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシング、ペースメーカー不全の対応 包括的あるいは多要素リハビリテーションの実施 抑うつ状態等の対応 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態等の対応 電氣的除細動等急性増悪期時の対応 運動療法、食事療法等の心血管疾患リハビリテーションの実施 再発時における対応法の患者・家族への教育 薬学的管理指導 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態等の対応 電氣的除細動等急性増悪期時の対応 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施 在宅復帰のための居宅介護サービスの調整 薬学的管理指導
連携等	<ul style="list-style-type: none"> レスポンスタイムの確認 	<ul style="list-style-type: none"> クリティカルパス等の活用による診療情報や治療計画の共有 		
		<ul style="list-style-type: none"> 治療までの時間短縮 		<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスの調整

[県健康増進課作成]

2 脳卒中に関する目標

目標項目		(参考)健康かごしま21 における目標設定		現状値	目標値 (達成時期)
		当初値	目標値		
①40～74歳の 高血圧症 有病者数 (予備群含む)	男性	237,400人 (R3年度)	178,000人 (R15年度)	237,400人 (R3年度)	178,000人 (R15年度)
	女性	199,200人 (R3年度)	149,000人 (R15年度)	199,200人 (R3年度)	149,000人 (R15年度)
②75歳未満の 脳血管疾患 による年齢 調整死亡率 (人口10万対)	男性	32.2 (R2年度)	減少 (R11年度)	32.2 (R2年度)	減少 (R11年度)
	女性	13.6 (R2年度)	減少 (R11年度)	13.6 (R2年度)	減少 (R11年度)
③医療連携への 参加機関数				496 (R4年度)	現状値(R4年 度)を維持 (R11年度)
④t-P Aによる脳血栓 溶解療法実施可能 機関数				28 (R4年度)	現状値(R4年 度)を維持 (R11年度)

(注1) 40～74歳の高血圧症有病者^{*1}数の現状値は特定健康診査データからの推計値である。

(注2) 75歳未満の脳血管疾患による年齢調整死亡率は平成27年のモデル人口を元に算出。

[目標設定の考え方]

- 健康かごしま21（令和6～17年度）と整合を取り，設定します。

【40～74歳の高血圧症有病者数（予備群含む）】

健康かごしま21（令和6～17年度）の目標値に基づいて設定します。

【75歳未満の脳血管疾患による年齢調整死亡率】

健康かごしま21（令和6～17年度）の目標値に基づいて設定します。

【医療連携の参加機関数及びt-P Aによる脳血栓溶解療法実施可能機関数】

急性期から療養まで切れ目のない医療連携体制を引き続き確保することが必要であるため、医療連携への参加機関数及びt-P Aによる脳血栓溶解療法実施可能機関数の目標値を、「現状値（令和4年度）を維持」と設定します。

*1 高血圧症有病者：収縮期血圧130mmHg以上，拡張期血圧85mmHg以上，服薬中のいずれかに該当

3 心筋梗塞等の心血管疾患に関する目標

目標項目	(参考)健康かごしま21 における目標設定		現状値	目標値 (達成時期)	
	当初値	目標値			
①脂質（LDLコレステロール）高値者の割合	男性	8.1% (H29年度)	6.1% (R15年度)	8.1% (H29年度)	6.1% (R15年度)
	女性	8.7% (H29年度)	6.6% (R15年度)	8.7% (H29年度)	6.6% (R15年度)
②75歳未満の心疾患による年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	46.0 (R2年度)	減少 (R11年度)	46.0 (R2年度)	減少 (R11年度)
	女性	16.8 (R2年度)	減少 (R11年度)	16.8 (R2年度)	減少 (R11年度)
③医療連携への参加機関数			509 (R4年度)	現状値 (R4年度)を維持 (R11年度)	
④経皮的冠動脈形成術可能実施機関数			20 (R4年度)	現状値 (R4年度)を維持 (R11年度)	

(注1) 脂質（LDLコレステロール）高値者の割合：平成29年県民健康・栄養調査を元に算出。

(注2) 75歳未満の心疾患による年齢調整死亡率は、平成27年のモデル人口を元に算出。

[目標設定の考え方]

○ 健康かごしま21（令和6～17年度）と整合を取り，設定します。

【脂質（LDLコレステロール）高値者の割合】

健康かごしま21（令和6～17年度）の目標値に基づいて設定します。

【75歳未満の心疾患による年齢調整死亡率】

健康かごしま21（令和6～17年度）の目標値に基づいて設定します。

【医療連携の参加機関数及び経皮的冠動脈形成術実施可能機関数】

急性期から療養まで切れ目のない医療連携体制を引き続き確保することが必要であるため、医療連携への参加機関数及び経皮的冠動脈形成術実施可能機関数の目標を、「現状値（令和4年度）を維持」と設定します。

鹿児島県循環器病対策推進計画



令和6年3月

鹿児島県

目次

I	計画策定の趣旨等	
1	計画策定の趣旨	1
2	計画の位置づけ	1
3	計画期間	1
II	県内における循環器病の状況	
1	罹患の状況	3
2	死亡の状況	3
3	健康指標の状況	9
III	基本方針	
1	全体目標	1 1
2	施策体系	1 1
IV	循環器病対策に係る現状・課題及び取り組むべき施策	
1	循環器病予防の取組の強化	
(1)	循環器病の予防や発症時の対応等に関する普及啓発	1 2
(2)	特定健康診査，特定保健指導等の実施率向上に向けた取組	1 4
2	離島・へき地を含めた循環器病の医療，介護及び福祉等に係るサービスの提供体制の充実	
(1)	救急医療・救急搬送体制の整備	1 6
(2)	専門的医療提供体制の構築及び人材の育成	1 9
(3)	在宅療養・リハビリテーションが可能な環境の整備	3 1
3	循環器病患者等を支えるための環境づくり	
(1)	循環器病の後遺症を有する者に対する支援	3 3
(2)	治療と仕事の両立支援・就労支援	3 5
(3)	循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	3 6
4	循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備	
(1)	循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備	3 8
V	循環器病対策に係る取組指標	3 9
VI	循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項	
1	循環器病対策の進捗状況の把握及び評価等	4 1
2	計画の見直し	4 1
	資料編	
	ロジックモデル	4 3
	参考指標	4 8
	本計画における用語集	5 3
	鹿児島県循環器病対策推進協議会設置要綱	5 4
	鹿児島県循環器病対策推進協議会委員名簿	5 5

I 計画策定の趣旨等

1 計画策定の趣旨

本県は、脳卒中による死亡率が九州各県、全国に比べて高く、壮年期からの要介護認定の主要な要因となる等、脳卒中による死亡等が大きな健康課題となっていることから、平成23年度から平成27年度まで、「脳卒中対策プロジェクト」として脳卒中を切り口にした生活習慣病の発症・重症化予防に重点的・集中的に取り組み、また、平成28年度から令和3年度まで、脳卒中死亡率や75歳未満年齢調整死亡率が高値で推移している南薩及び奄美地域を重点取組地域に設定し、積極的な取り組みを継続してきたところです。

また、心臓救急医療体制については、鹿児島市及び周辺の循環器専門医療機関による鹿児島CCUネットワークが組織されています。医療機関の相互連携が図られ、常時対応出来る体制整備が構築されているところです。

国においては、令和元(2019)年12月1日に、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、「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(以下「基本法」という。)」が施行されました。

令和2(2020)年10月27日、基本法第9条第1項により、国は、令和2(2020)年度から令和4(2022)年度までの約3年間を計画期間とした「循環器病対策推進基本計画」を策定し、「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」、「循環器病の研究促進」等の幅広い循環器病対策に総合的に取り組むことにより、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すこととしており、令和5(2023)年3月には、「第2期循環器病対策推進基本計画」(以下「第2期基本計画」という。)が策定されたところです。

本県では、基本法第11条第1項により、令和4年3月に、循環器病対策の推進に関する「鹿児島県循環器病対策推進計画(令和4年度～令和5年度)」を策定しました。

この計画は、期間が令和5年度末で計画期間が終了することから、国の第2期基本計画を基本として、令和6年度からの6年間を期間とする「鹿児島県循環器病対策推進計画(令和6年度～令和11年度)」を新たに策定し、本県の循環器病対策の一層の推進を図ることとしています。

<本計画における循環器病について>

本計画における循環器病とは、以下の国の「循環器病対策推進基本計画」に準じることとします。

虚血性脳卒中(脳梗塞)、出血性脳卒中(脳内出血、くも膜下出血など)、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞など)、心不全、不整脈、弁膜症(大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症など)、大動脈疾患(大動脈解離、大動脈瘤など)、末梢血管疾患、肺血栓塞栓症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等

2 計画の位置づけ

この計画は、基本法第11条第1項の規定による法定計画であり、国の「循環器病対策推進基本計画」を基本とし、「鹿児島県保健医療計画」、「健康かごしま21」、「鹿児島すこやか長寿プラン2024」、その他の法令の規定による計画(鹿児島県地域福祉支援計画や鹿児島県障害福祉計画等)の関連施策と調和を保ちつつ、本県の循環器病対策の基本的な方向性を定めるものです。

3 計画期間

令和6(2024)年度から令和11(2029)年度までの6年間とします。

令和12年度以降の計画については、国の動向や社会情勢の変化、保健医療の動向、計画の進捗状況等を踏まえ、関係者と協議を行った上で令和11年度に策定し、令和12年度に施行します。

【計画の概要】

1 根拠法

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
(令和元年12月施行)

2 計画策定年度 令和5年度(令和6年3月)

3 計画期間 令和6年度～令和11年度

4 推進イメージ

<目標>

**2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び
循環器病の年齢調整死亡率の減少**

<取組>

【県・医師等保健医療関係者】

- ・循環器病予防の取組の強化
- ・離島・へき地を含めた循環器病の医療、介護及び福祉に係るサービスの提供体制の充実
- ・循環器病患者等を支えるための環境づくり
- ・循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備

【県民】

- ・正しい知識の取得
- ・生活習慣の改善
(「健康かごしま21」に基づく健康増進の推進)
- ・健(検)診受診
- ・保健指導実施
…等

行動変容
重症化予防

普及啓発
体制整備
人材育成等
の対策推進

<現状・課題>

食生活・健(検)診受診
等の生活習慣

- ・食塩摂取量が多い
- ・野菜摂取量が少ない
- ・健診受診率が低い
…等

循環器病の危険因子
(糖尿病・高血圧等)

- ・高血圧有病者、糖尿病有病者、脂質異常症有病者が多い
- ・歯周病対策が必要
…等

脳卒中・心疾患等の死亡率

- ・専門医の偏在
- ・救急搬送体制等医療を取り巻く連携体制の強化が必要
…等

Ⅱ 県内における循環器病の状況

1 罹患の状況

○ 令和2（2020）年患者調査では，継続的に治療を受けている鹿児島県内の推計患者数は，脳血管疾患が39,000人，心疾患が31,000人，虚血性心疾患が9,000人となっており，平成29年に比べて減少しています。

【図表Ⅱ-1-1】継続的に治療を受けている県内の推計患者数（単位：人）

疾患名	①H26年 (2014年)	②H29年 (2017年)	③R2年 (2020年)	比較 ①/③	比較 ②/③
脳血管疾患	64,000	50,000	39,000	60.3%	78.0%
心疾患	40,000	47,000	31,000	77.5%	66.0%
虚血性心疾患	16,000	24,000	9,000	56.3%	37.5%
県の総人口	1,669,110	1,625,434	1,588,256	95.2%	97.7%

【出典：厚生労働省「患者調査」】

2 死亡の状況

(1) 主要死因別死亡者の割合

○ 令和4（2022）年における，心疾患，脳血管疾患による死亡者の割合が，本県では死因の約4分の1を占めています。

死亡者の割合について全国と比較すると，心疾患（高血圧性を除く）は同程度ですが，脳血管疾患は本県（7.8%）の方が高くなっています。

【図表Ⅱ-2-(1)-1】鹿児島県民及び国民の死亡原因

鹿児島県			全国		
順位	死因	割合(%)	順位	死因	割合(%)
1	悪性新生物<腫瘍>	22.2	1	悪性新生物<腫瘍>	24.6
2	心疾患（高血圧性を除く）	14.7	2	心疾患（高血圧性を除く）	14.9
3	老衰	11.4	3	老衰	11.4
4	脳血管疾患	7.8	4	脳血管疾患	6.9
5	肺炎	6.1	5	肺炎	4.7
6	誤嚥性肺炎	3.7	6	誤嚥性肺炎	3.6
7	不慮の事故	2.9	7	不慮の事故	2.8
8	腎不全	2.3	8	腎不全	2.0
9	アルツハイマー病	1.8	9	アルツハイマー病	1.6
10	大動脈瘤及び解離	1.5	10	血管性及び詳細不明の認知症	1.6
	間質性肺炎	1.5			
	その他	24.1		その他	26.0

【出典：厚生労働省「令和4年人口動態統計」】

(2) 年齢調整死亡率（人口10万対）

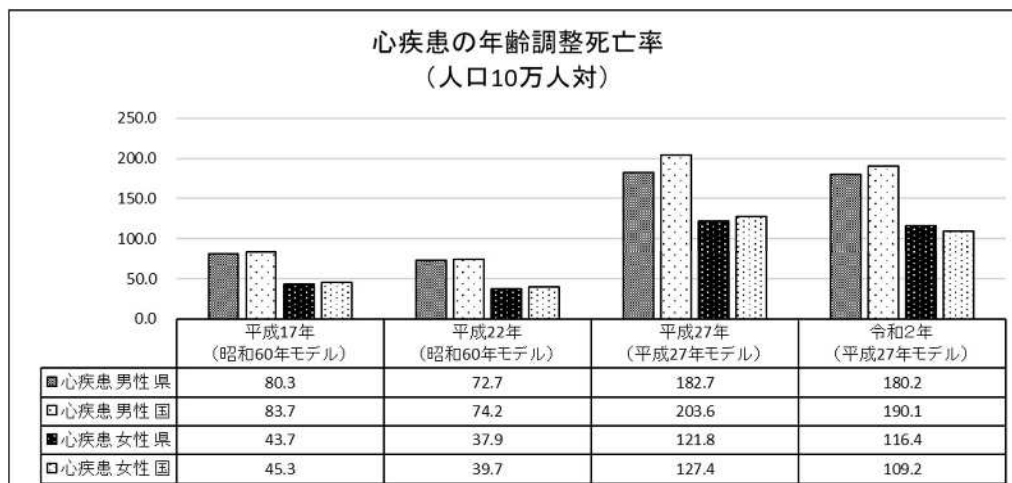
○ 令和2（2020）年人口動態統計における年齢調整死亡率*（人口10万対）は、心疾患では男性180.2、女性116.4と、男性は全国より低く女性は高くなっていますが、急性心筋梗塞では男性41.5、女性23.3と、ともに全国より高くなっています。

また、脳血管疾患では男性100.0、女性61.1と、ともに全国より高く、脳梗塞についても男性は57.5、女性は31.4と、全国より高くなっています。

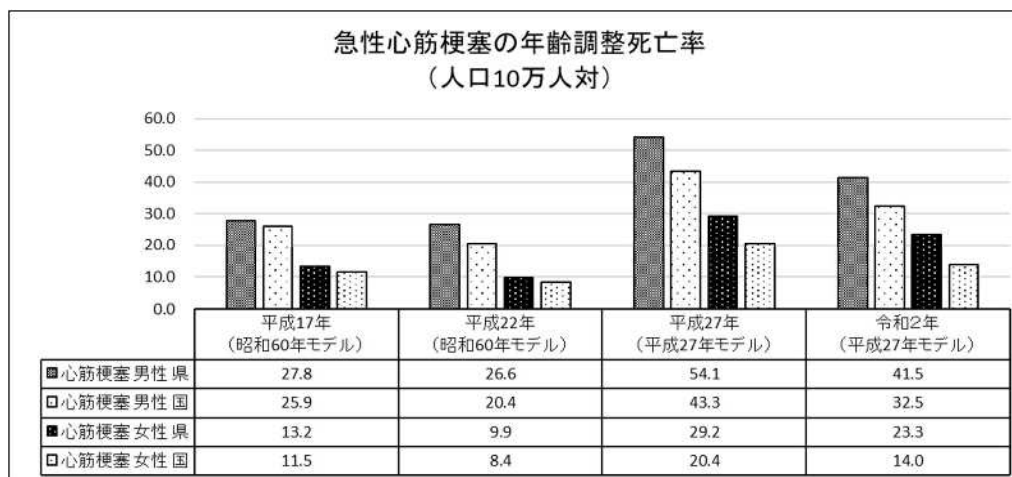
* 年齢調整死亡率：53ページ本計画における用語集参照

<年齢調整死亡率の推移>

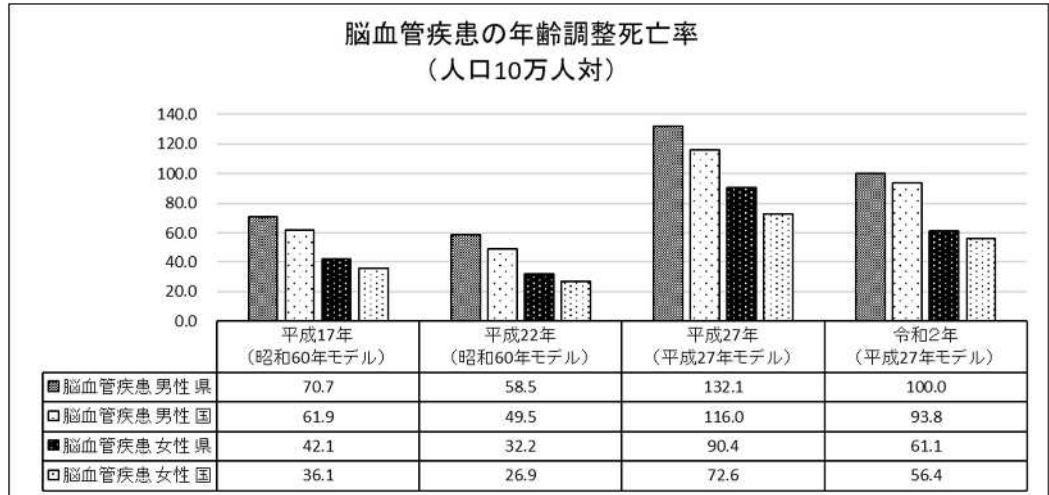
【図表Ⅱ-2-(2)-1】 心疾患



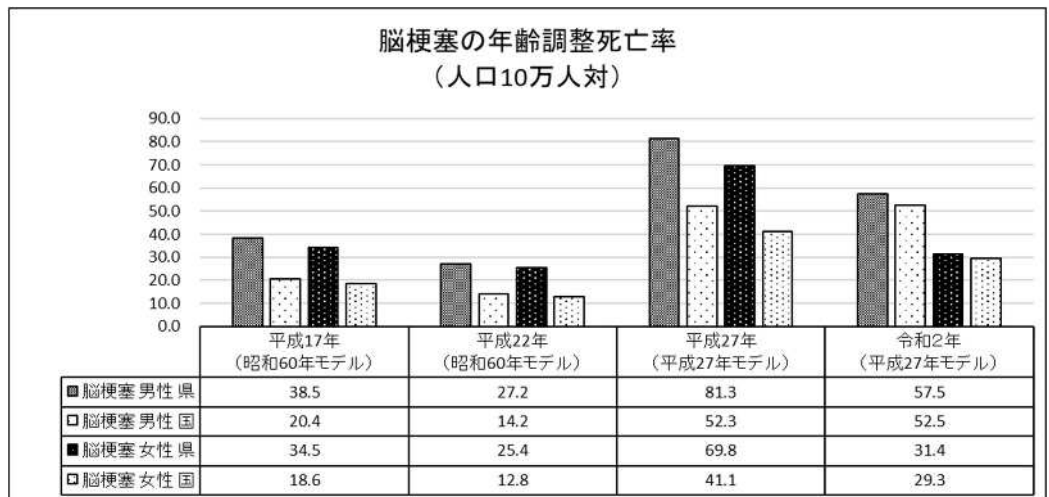
【図表Ⅱ-2-(2)-2】 急性心筋梗塞



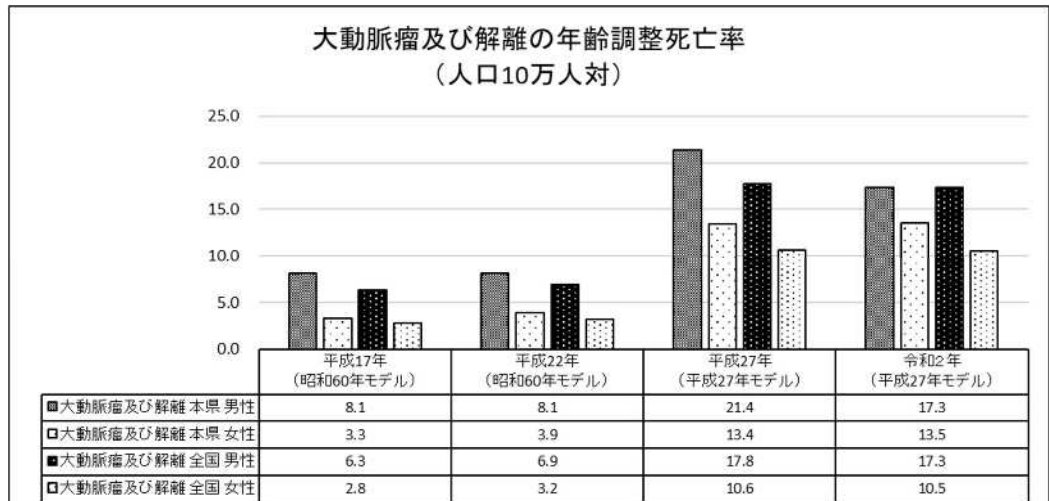
【図表Ⅱ-2-(2)-3】 脳血管疾患



【図表Ⅱ-2-(2)-4】 脳梗塞



【図表Ⅱ-2-(2)-5】 大動脈瘤及び解離



【出典：厚生労働省「人口動態統計」】

(3) 疾患別二次保健医療圏ごとの標準化死亡比（SMR）

○ 疾患別二次保健医療圏毎のSMR※(H29～R3)について全国と比較したところ、急性心筋梗塞については、全ての圏域で男女とも全国より高くなっています。

また、川薩、曾於、肝属については、脳血管疾患と心疾患で男女とも全国より高くなっています。

【図表Ⅱ-2-(3)-1】 県及び二次保健医療圏ごとのSMRの全国との比較

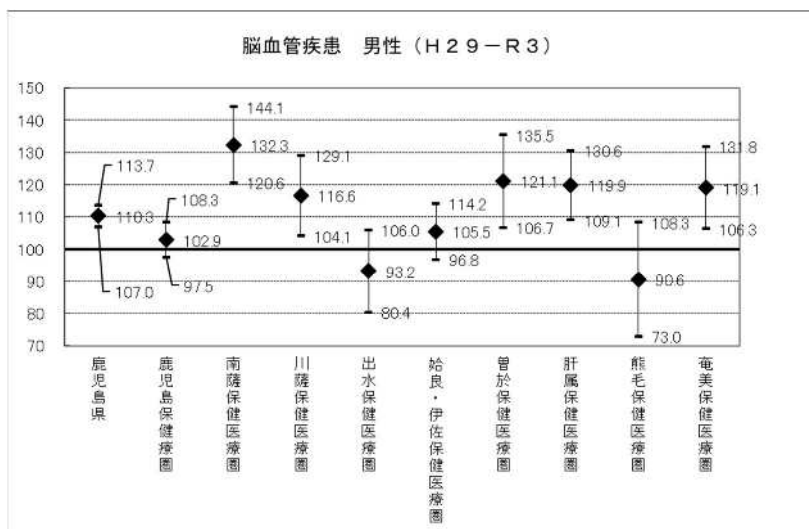
		脳血管疾患		心疾患		急性心筋梗塞	
		高い	低い	高い	低い	高い	低い
鹿児島県	男	○			○	○	
	女	○		○		○	
鹿児島	男	○			○	○	
	女	○		○		○	
南薩	男	○			○	○	
	女	○		○		○	
川薩	男	○		○		○	
	女	○		○		○	
出水	男		○		○	○	
	女		○		○	○	
始良・伊佐	男	○			○	○	
	女	○		○		○	
曾於	男	○		○		○	
	女	○		○		○	
肝属	男	○		○		○	
	女	○		○		○	
熊毛	男		○		○	○	
	女	○		○		○	
奄美	男	○			○	○	
	女	○			○	○	

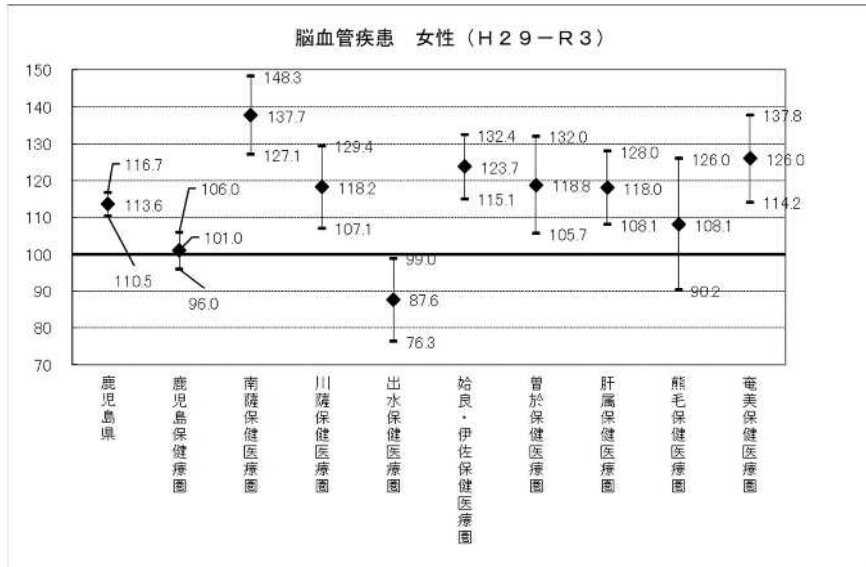
【県健康増進課作成】

※ SMR（標準化死亡比）：53 ページ本計画における用語集参照

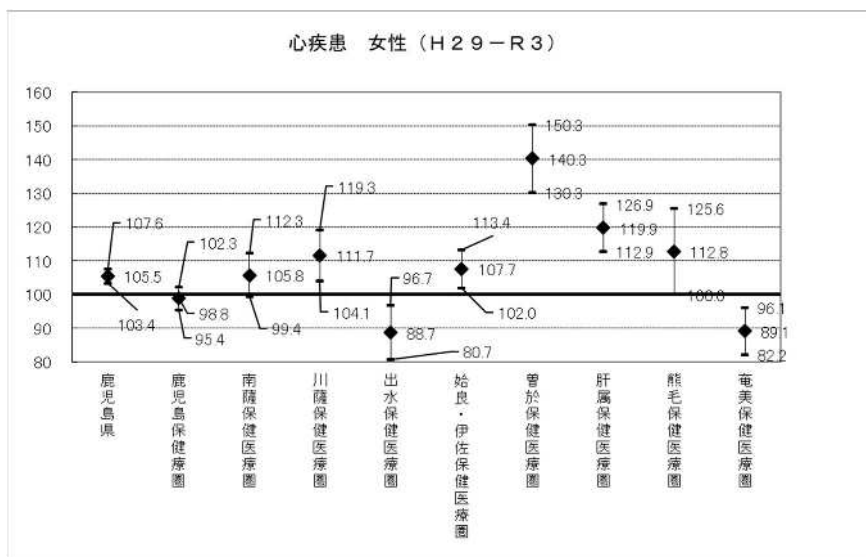
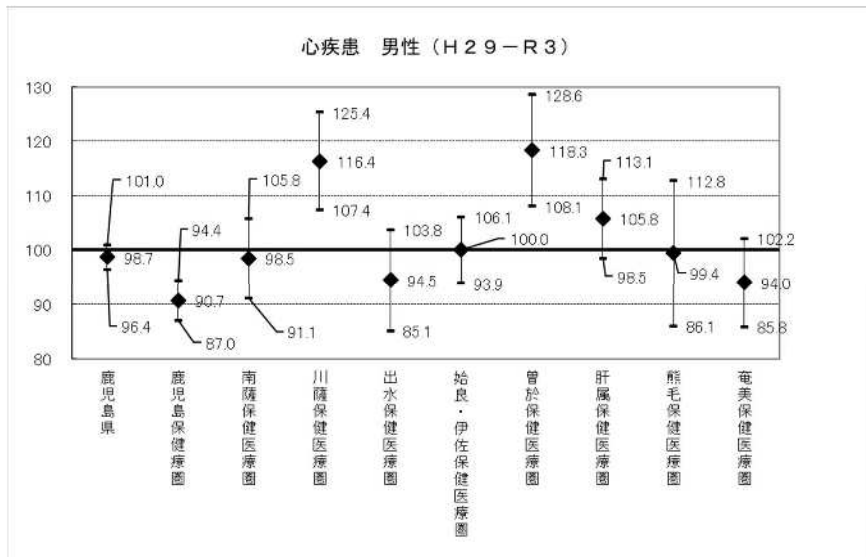
○ 二次保健医療圏毎標準化死亡比（SMR）（H29～R3） 全国：100

【図表Ⅱ-2-(3)-2】 脳血管疾患

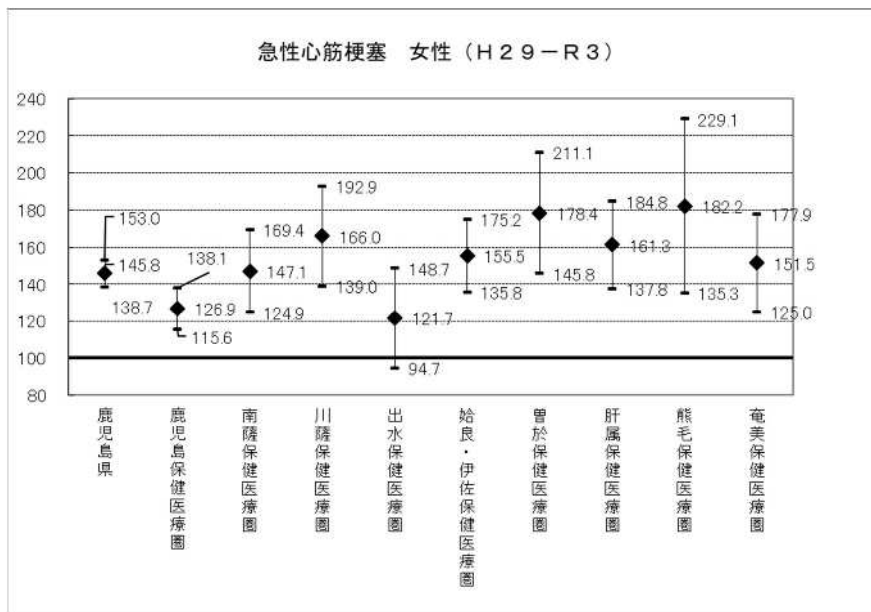
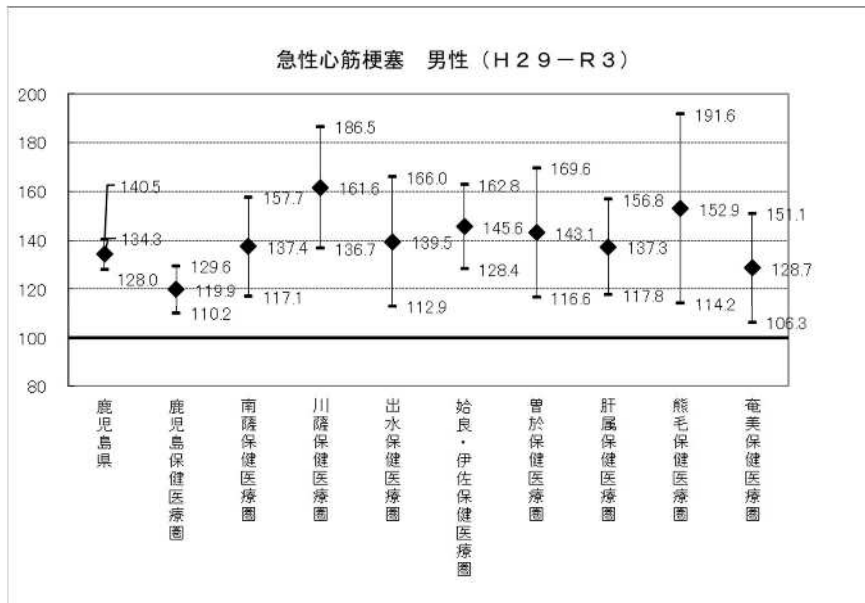




【図表Ⅱ-2-(3)-3】 心疾患



【図表Ⅱ-2-(3)-4】 急性心筋梗塞



【出典：県健康増進課作成】

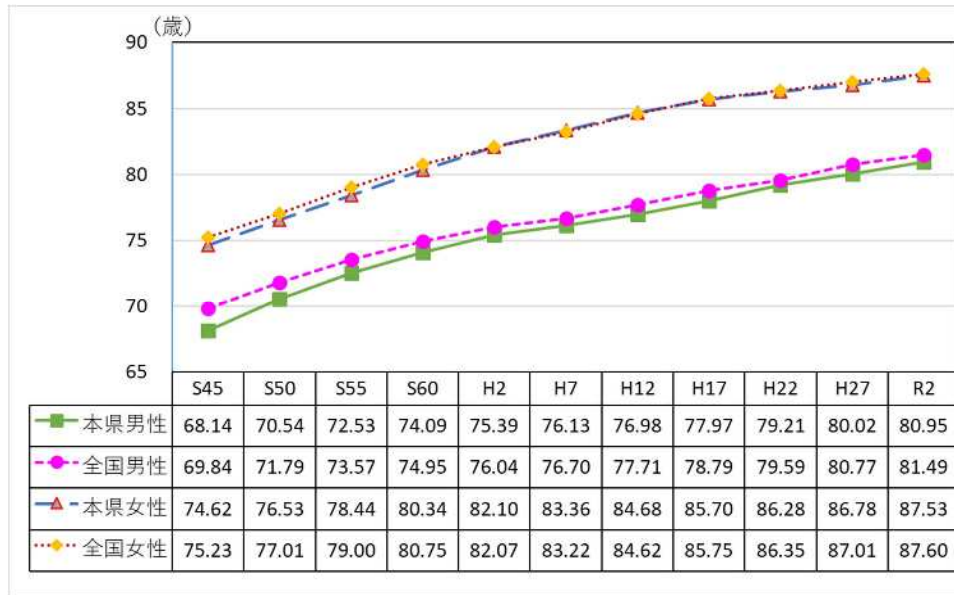
3 健康指標の状況

(1) 健康寿命

○ 本県の令和2年の平均寿命は、男性80.95歳で全国38位、女性87.53歳で全国26位で、男女とも全国平均を下回っています。

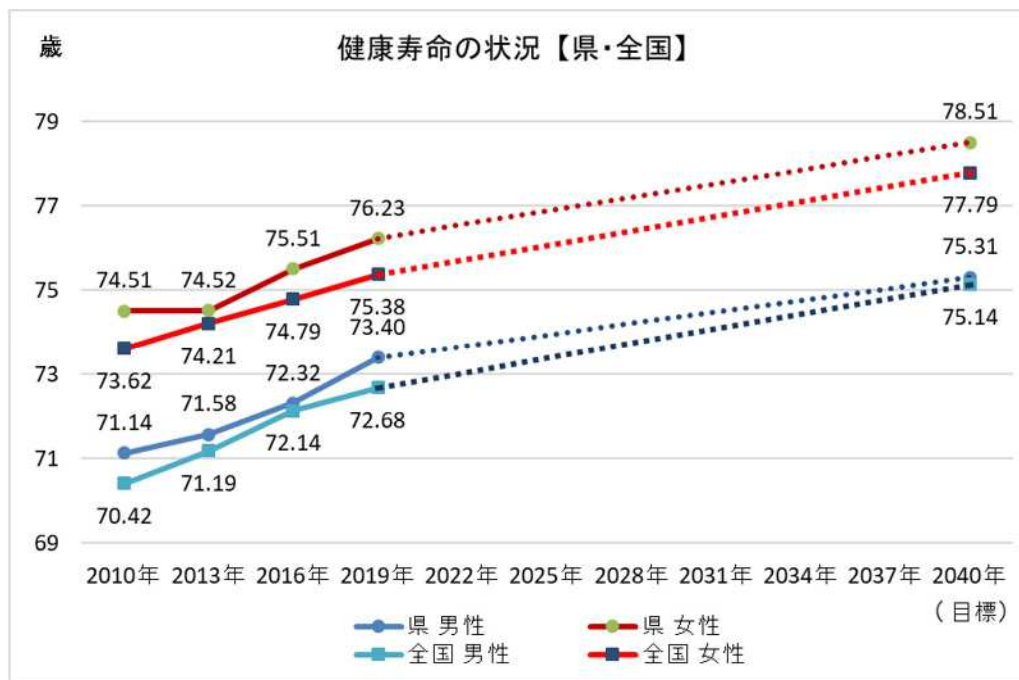
一方、令和元年の健康寿命（日常生活に制限のない期間）は、男性73.40歳で全国7位、女性76.23歳で全国9位と、男女とも全国平均を上回っています。

【図表Ⅱ-3-(1)-1】 平均寿命の状況



【出典：厚生労働省「都道府県別生命表」, 「完全生命表」】

【図表Ⅱ-3-(1)-2】 健康寿命の状況



【出典：第16回健康日本21(第二次)推進専門委員会資料から算出】

2 要介護状態の要因

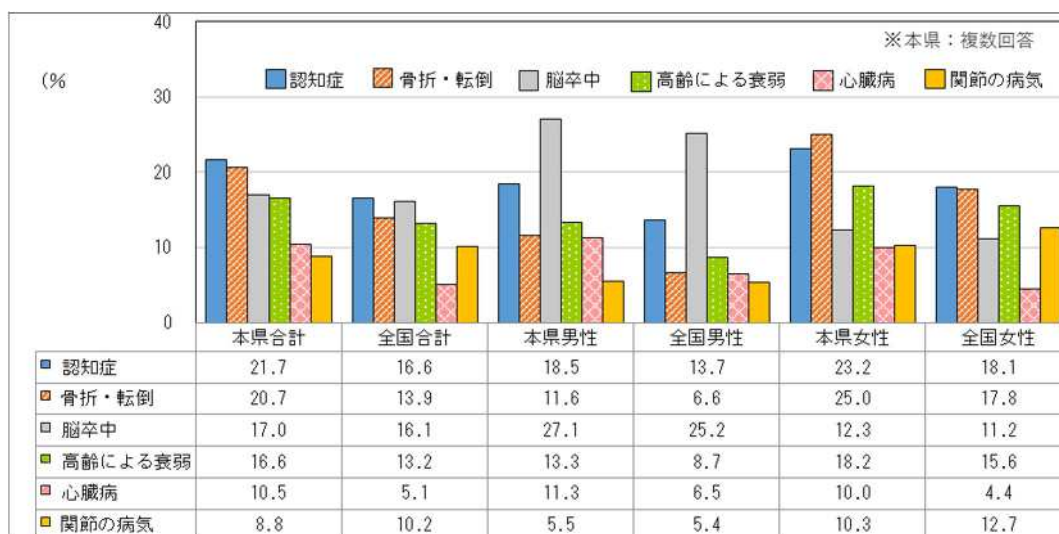
令和4年度における本県の要介護（要支援）状態の主な要因としては、「脳卒中」や「心臓病」が挙げられます。性別に見ると、男性は、脳卒中が最も多く、本県では27.1%となっています。

また、脳卒中については、要介護度が重度者になるほど、脳卒中の割合が高くなる傾向があります。

【図表Ⅱ-3-(2)-1】 介護・介助が必要になった主な原因

（介護・介助が必要な者 本県のN=13,615）

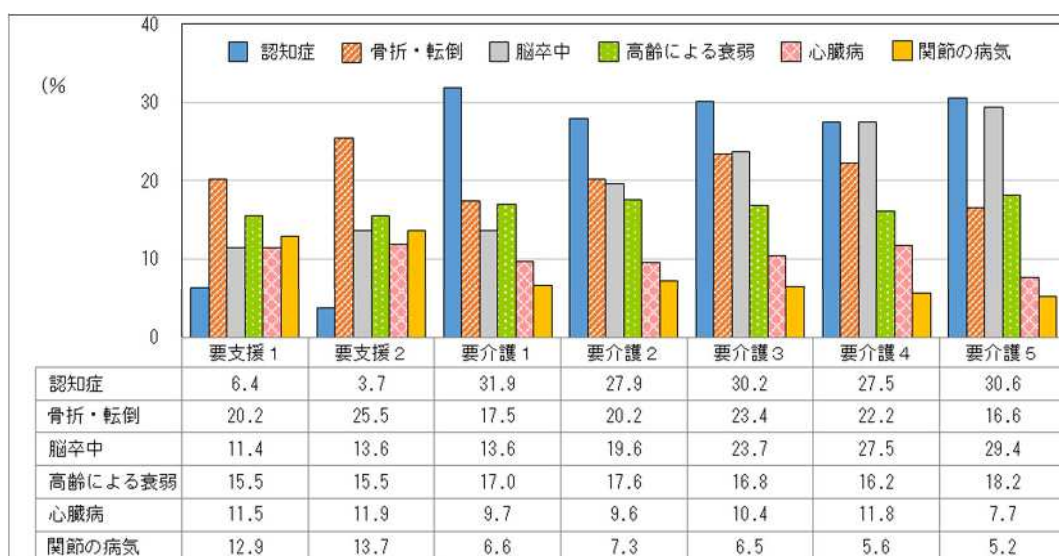
（単位 %）



【図表Ⅱ-3-(2)-2】 本県における要介護別の介護・介助が必要になった主な原因

（介護・介助が必要な者 本県のN=13,615）

（単位 %）



【県：令和4年度介護予防日常生活圏域ニーズ調査・高齢者等実態調査

国：令和4年国民生活基礎調査（作成：県高齢者生き生き推進課）】

Ⅲ 基本方針

1 全体目標

国の第2期基本計画を踏まえ、「循環器病予防の取組の強化」、「離島・へき地を含めた循環器病の医療、介護及び福祉等に係るサービスの提供体制の充実」、「循環器病患者等を支えるための環境づくり」、「循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備」の4つの基本施策に取り組むことにより、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸*及び循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指します。

2 施策体系

- (1) 循環器病予防の取組の強化
 - ア 循環器病の予防や発症時の対応等に関する普及啓発
 - イ 特定健康診査、特定保健指導等の実施率向上に向けた取組
- (2) 離島・へき地を含めた循環器病の医療、介護及び福祉等に係るサービスの提供体制の充実
 - ア 救急医療・救急搬送体制の整備
 - イ 専門的医療提供体制の構築及び人材の育成
 - ウ 在宅療養・リハビリテーションが可能な環境の整備
- (3) 循環器病患者等を支えるための環境づくり
 - ア 循環器病の後遺症を有する者に対する支援
 - イ 治療と仕事の両立支援・就労支援
 - ウ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
- (4) 循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備
 - ア 循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備

2040年までに
①3年以上の健康寿命の延伸、②循環器病の年齢調整死亡率の減少

1 循環器病予防の取組の強化	2 離島・へき地を含めた循環器病の医療、介護及び福祉等に係るサービスの提供体制の充実	3 循環器病患者等を支えるための環境づくり	4 循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備
(1)循環器病の予防や発症時の対応等に関する普及啓発 (2)特定健康診査、特定保健指導等の実施率向上に向けた取組	(1)救急医療・救急搬送体制の整備 (2)専門的医療提供体制の構築及び人材の育成 (3)在宅療養・リハビリテーションが可能な環境の整備	(1)循環器病の後遺症を有する者に対する支援 (2)治療と仕事の両立支援・就労支援 (3)循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	(1)循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備

※ 令和元年5月に厚生労働省の2040年を展望した社会保障・働き方改革本部において取りまとめられた「健康寿命延伸プラン」において、「2040年までに健康寿命を男女共に3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを旨とする」こととされている。なお、平成28（2016）年の本県における健康寿命は、男性72.32歳、女性75.51歳である。

IV 循環器病対策に係る現状・課題及び取り組むべき施策

1 循環器病予防の取組の強化

(1) 循環器病の予防や発症時の対応等に関する普及啓発

【現状と課題】

- 平成23年度から令和3年度にかけ、脳卒中対策プロジェクト等により、脳卒中の発症・重症化予防に重点的・集中的に取り組むため、県・モデル市町村・健康関連団体を中心に全県的な普及啓発を行い、地域における実践活動や保健・医療・介護の連携強化を図りました。重点取組地域（南薩・奄美）を設定し、各市町村において実情に合わせた取組を展開しました。
- 「健康かごしま21最終評価（令和5年度）」によると、「脳血管疾患及び虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男女）」は減少し目標に達している一方、「高血圧有病者の推定数（予備群含む／男女）」や「糖尿病有病者推定数（予備群含む／男女）」、「脂質異常症有病者数（予備群含む／男女）」は増加し悪化しています。
また、これらの危険因子となる「1日当たりの食塩の平均摂取量（20歳以上）」は、10.2gと、健康かごしま21の目標8g未満に達していない状況であり、「1日当たりの野菜の平均摂取量（20歳以上）」についても、271.4gと同目標値350gより約80g不足している状況です。
- 県民一人ひとりが生活習慣病に関する理解を深め、自ら生活習慣の改善に取り組むことが必要です。小児期から健康な生活習慣の定着を図ることも、将来にわたる疾病予防に重要であることから、関係機関・団体と連携して健康教育を推進する必要があります。また、国の第2期基本計画によると、「循環器病は、（中略）発症後早急に適切な治療を開始する必要があります。そのためには、患者やその家族等が、循環器病の発症を認識し、救急要請等を行うことにより、速やかに適切な治療を提供する医療機関を受診することが重要です。」とされています。
- 本県では、国民健康保険及び後期高齢者医療制度の被保険者の健康の保持増進や疾病予防のため、「鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づく取組を推進しています。
- 冬季の死亡は、住宅内の寒暖差が要因の1つと言われていますが、平成30年住宅・土地統計調査によると、本県の二重以上のサッシ又は複層ガラスの窓の普及率は、持家、借家に限らず低い状況にあります。

【図表IV-1-(1)-1】（単位：人）



【図表IV-1-(1)-2】（単位：人）



【取り組むべき施策】

- 生活習慣病を起因とした循環器病の発症を予防するために、生活習慣の見直し等により危険因子（高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、歯周病、フレイル等）の改善を推進します。
- 生活習慣病の予防のための生活習慣や、発症・重症化予防に加え、循環器病に関連する事項（予防や発症時の対応等）について、SNS（Social Networking Service）等を活用した情報発信や市町村・関係機関・団体との連携した取組により、様々な世代への普及啓発を行います。
- 食生活改善推進員をはじめとした健康づくりボランティアによる訪問活動や講習会の開催等により、バランスの良い食生活や運動の継続、8020運動などの生活習慣の改善を支援します。
- 「国保ヘルスアップ支援事業」では、糖尿病重症化予防として、未受診者・治療中断者を治療に結びつける等の取組を引き続き行います。県医師会や県歯科医師会等と共に、連携体制の維持や保健事業従事者の人材育成、人材確保等の事業に取り組みます。
- 住宅のヒートショック対策を促進するため、断熱性に優れた省エネ住宅に関する情報提供・普及啓発を引き続き行います。
 そのためにも、中小工務店を含む住宅関連業者を対象に、省エネ基準・施工方法等への習熟度を高めることを目的とした講習会を引き続き行います。

(2) 特定健康診査、特定保健指導等の実施率向上に向けた取組

【現状と課題】

- 特定健康診査及び特定保健指導については、本県も加入している保険者協議会による特定健康診査受診勧奨のための情報発信を実施するとともに、特定保健指導従事者を対象とした研修会を開催し、従事者の資質向上を図っています。
 特定健康診査及び特定保健指導の実施率については、「第8次鹿児島県保健医療計画」及び「第4期鹿児島県医療費適正化計画」における令和11年度の目標値（特定健康診査：70%以上／特定保健指導：45%以上）とは差があり、目標達成に向けては、受診勧奨や従事者の資質向上など、更なる取組が必要な状況にあります。

【図表Ⅳ-1-(2)-1】 特定健康診査及び特定保健指導実施率の推移 （単位：％）

年度	特定健康診査		特定保健指導	
	本県	全国	本県	全国
平成29年度	48.0	52.9	24.7	19.5
平成30年度	50.3	54.4	27.9	23.3
令和元年度	51.2	55.3	25.6	23.2
令和2年度	49.7	53.1	25.0	23.0
令和3年度	52.0	56.2	25.9	24.7

【出典：厚生労働省】

【取り組むべき施策】

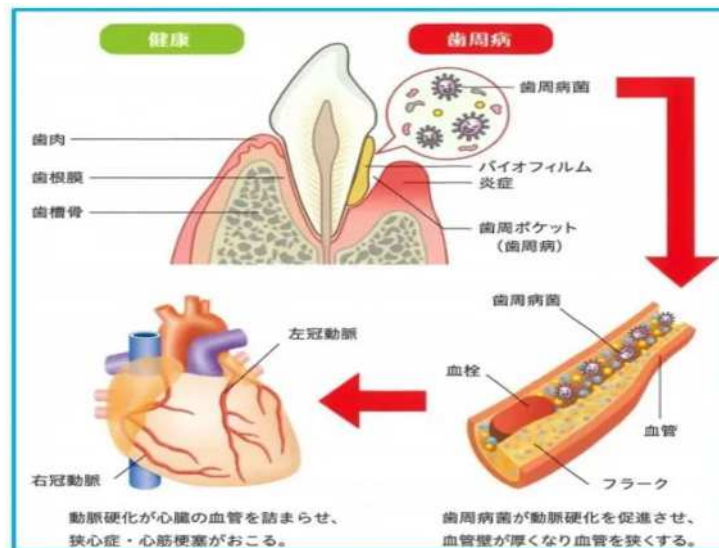
○ 特定健康診査等の重要性について県民の意識啓発を図るため、県内保険者において横断的に連携した保険者協議会を通じた受診勧奨等の効果的な情報発信を行います。

特定健康診査や特定保健指導の効果的な実施を図るため、優良事例の情報提供や必要な研修の実施など、従事者の資質向上に係る取組を推進します。

特定健診の実施率向上のため、医療機関及び事業所からの健診等情報の取得に取り組めます。

<歯周病が心臓病のリスクを高める>

歯周病原菌の刺激により動脈硬化を誘導する物質が分泌され、脂肪性の沈着物が血管内に蓄積します。その結果、血栓ができやすい環境となり血栓がはがれて血管を塞ぐことで心血管疾患へと進展していく可能性があります。歯周ポケットの深い箇所が多くなると、歯周病菌が心臓にまで達している人が多い傾向が認められました。



【出典：一般財団法人日本口腔保健協会冊子「口からはじまる全身の健康」】

<歯周病を予防して心臓の病気を防ぎましょう>

歯周病の予防には、かかりつけの歯科医院で年に1度は定期的な歯科検診や歯石除去、歯面清掃を受けることと、毎日の歯みがきや歯間部清掃などのセルフケアで歯肉の健康を維持することが重要です。

一般財団法人日本口腔保健協会ホームページより引用

2 離島・へき地を含めた循環器病の医療、介護及び福祉等に係るサービスの提供体制の充実

(1) 救急医療・救急搬送体制の整備

【現状と課題】

- 循環器救急については、常時対応できるよう国立病院機構鹿児島医療センターや鹿児島大学病院などにより、鹿児島CCUネットワークが組織され、相互連携が図られています。
- 救急車による搬送件数は近年、一貫して増加傾向でしたが、令和2年に減少に転じました。
要因としては、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う衛生意識の向上や不要不急の外出自粛といった国民の行動変容により急病、交通事故及び一般負傷等の減少につながったことなどが考えられます。令和3年は再び対前年比で増加となり、急病による搬送件数が半数以上を占めています。
救急車の現場到着時間及び現場到着から医療機関収容までの時間については、年々延伸しています。
離島からの救急搬送については、ドクターヘリや消防・防災ヘリ、自衛隊ヘリ等により、鹿児島市や奄美市、沖縄県等の病院へ搬送しています。
- 救急患者の搬送途上における救命効果の向上に、救急救命士が医師の指示のもとに救命措置を実施することが貢献しており、救急救命士の処置範囲も年々拡大されています。
本県ではメディカルコントロールに係る「県救急業務高度化協議会(以下、「県MC協議会」という)と「地域救急業務高度化協議会(以下、「地域MC協議会」という)(6地域)の体制を整備しています。県MC協議会では「傷病者の搬送及び受入に関する実施基準」に基づき医療機関リストを作成しており、地域MC協議会では迅速かつ適切な搬送体制を構築するため、医療機関と連携して脳卒中プロトコルを作成するなどの取組を進めています。
救急救命士による気管挿管や薬剤投与等に関する病院実習を行う体制整備や、地域MC協議会において事後検証や症例検討会等を実施することにより、応急処置の質の向上を図っています。
- ドクターヘリについては、平成23年12月に鹿児島市立病院を基地病院とする県ドクターヘリを、平成28年12月に県立大島病院を基地病院とする奄美ドクターヘリをそれぞれ整備し、2機体制で運航しており、救急患者の救命や後遺症の軽減に寄与しています。

【図表IV-2-(1)-1】 本県における救急搬送患者数

(単位：人)

年	急病	交通事故	一般負傷	その他	計
平成29年	45,479	5,469	10,883	12,667	74,498
平成30年	46,525	5,206	10,823	12,779	75,333
令和元年	46,839	4,901	10,989	13,121	75,850
令和2年	42,856	4,355	10,749	14,039	71,999
令和3年	44,543	4,121	10,901	14,398	73,963

【出典：県消防年報】

【図表Ⅳ-2-(1)-2】 本県における救急隊の活動時間の推移

年	救急車の現場到着時間	現場到着から病院 収容までの時間	覚知から病院収容 までの時間
平成29年	9分06秒	29分18秒	38分24秒
平成30年	9分06秒	29分48秒	38分54秒
令和元年	9分06秒	30分18秒	39分24秒
令和2年	9分18秒	31分6秒	40分24秒
令和3年	9分30秒	31分24秒	40分54秒

【出典：救急・救助の現況（消防庁）】

【図表Ⅳ-2-(1)-3】 本県におけるヘリコプター等による離島救急搬送患者数

(単位：人)

年度	県ドクター ヘリ	奄美ドク ターヘリ	沖縄県ドク ターヘリ	消防・防災 ヘリ	自衛隊 ヘリ等	計
平成30年度	117	396	18	22	65	618
令和元年度	100	264	15	19	83	481
令和2年度	91	217	8	17	269	602
令和3年度	91	222	10	58	165	546
令和4年度	104	204	17	26	94	445

(注1) 自衛隊ヘリ等には海上保安庁ヘリ等も含む。

(注2) 令和2～4年度の自衛隊ヘリ等については、新型コロナウイルス等感染症の島外搬送を含む。

【出典：県保健医療福祉課・消防保安課・県立病院課調べ】

【図表Ⅳ-2-(1)-4】 自衛隊等による疾病別搬送件数（疑い事案を含む）

(単位：件)

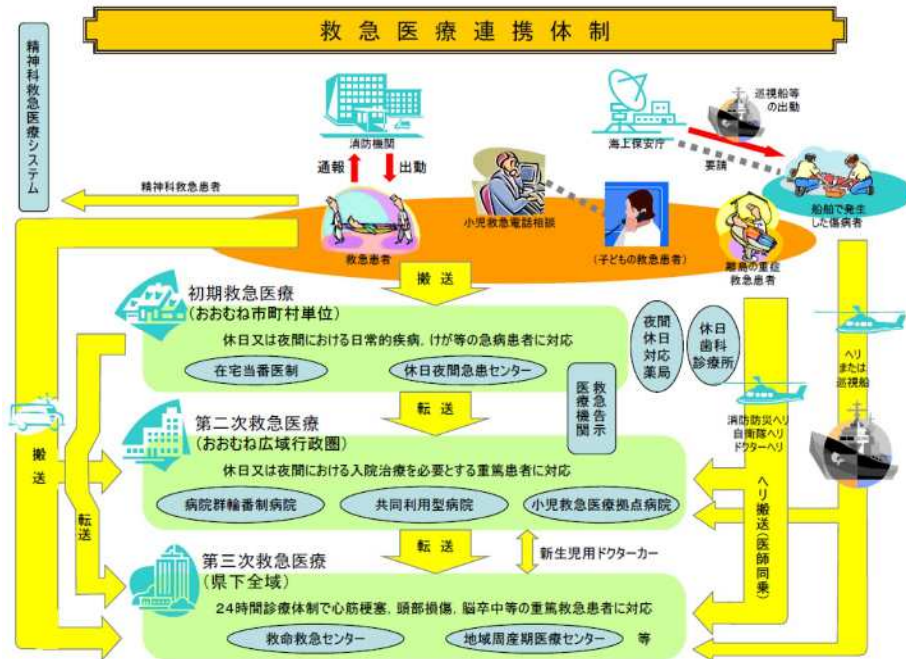
年度	心疾患	脳血管疾患	大動脈瘤 及び解離	その他	計
平成30年度	15	11	8	31	65
令和元年度	7	22	8	46	83
令和2年度	24	17	11	217	269
令和3年度	30	11	14	110	165
令和4年度	29	14	8	43	94
計	105	75	49	447	676

【出典：県消防保安課調べ】

【取り組むべき施策】

- 循環器病に関連する疾患のうち、循環器（鹿児島CCUネットワーク）や脳卒中以外の患者についても、関係医療機関の連携体制を構築する方策について、医師会などの関係機関と協議します。
- 二次保健医療圏を中心とした各地域においては、令和3年以降再び増加傾向に転じた救急搬送患者数や、対応する医師の不足等への対策について、引き続き、地域ごとに関係医療機関も参画し、それぞれの実情に応じた救急事業連携体制の見直しを進めるとともに、地域の中核的医療機関の救急医療機能の充実を図るため、医療機器等の整備を支援します。
救急医療従事者の技術向上を図るため、救急医療に関する研修会への医療従事者の積極的な参加を促進します。
- 迅速かつ適切な搬送体制を構築するため、県MC協議会において「傷病者の搬送及び受入に関する実施基準」に関する医療機関リストの見直しや事後検証の方法についての検討などを行うほか、地域MC協議会における脳卒中プロトコール作成等の地域の実情に応じた取組を促進するなど、医療機関と搬送機関の更なる連携強化に努めます。
- 救急救命士の処置拡大等に対応した救急業務の高度化を図るため、現場から救急隊が救急専門医師等に指示、指導及び助言を要請できる体制の構築に向けた協議を行い、体制の充実・強化に努めます。
- ドクターヘリ、消防・防災ヘリ及び自衛隊ヘリ等による搬送体制が、効果的に機能するよう、それぞれの役割や運航範囲等について、関係機関と連携を図ります。
ドクターヘリを最大限に有効活用するため、運航調整委員会における効果の検証や関係機関の連携など体制の充実を図るとともに、円滑かつ効果的な運用に努めます。

【図表IV-2-(1)-5】 救急医療連携体制



【出典：県保健医療計画】

(2) 専門的医療提供体制の構築及び人材の育成

ア 専門的医療提供体制の構築

【現状と課題】

- 各地域においては、医療機関等の役割分担を図り、可能な限り地域で完結した医療が提供できるよう、医療連携体制の充実を図る必要があります。
すべての二次保健医療圏において、脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患をはじめとする5疾病5事業及び在宅医療についての医療連携体制を構築し、PDCAサイクルによる進行管理及び評価を行っています。
- 各医療機関においては、医療連携体制に基づいた医療の提供を具体的に実現するため、地域連携クリティカルパス等を活用しています。
- 循環器救急については、常時対応できるよう国立病院機構鹿児島医療センターや鹿児島大学病院などにより、鹿児島CCUネットワークが組織され、相互連携が図られています。
脳卒中では、t-PA療法について、医療機関と救急搬送機関との連携体制が構築されています。(救急医療については、IV-2-「(1) 救急医療・救急搬送体制の整備」を参照)
- 糖尿病は循環器病の危険因子であり、糖尿病の重症化の原因の一つに歯周病があります。糖尿病患者に対して歯周病の治療・管理を行うことが、血糖コントロールに有効であることも明らかになっており、重症化予防のためにも医科歯科連携の推進を図る必要があります。

【図表IV-2-(2)-1】 各医師数

医療圏	神経内科医師数		脳神経内科医師数		循環器内科医師数		心臓血管外科医師数	
	人	人口10万人当たり	人	人口10万人当たり	人	人口10万人当たり	人	人口10万人当たり
鹿児島	97	14.2	61	9	138	16.7	38	4.1
南薩	6	4.6	6	5	16	11.2	0	0.0
川薩	7	6.0	4	3	18	13.6	0	0.0
出水	2	2.3	4	5	8	8.2	0	0.0
始良・伊佐	9	3.7	17	7	13	5.4	1	0.4
曾於	2	2.5	2	3	2	2.4	0	0.0
肝属	6	3.9	13	8	21	9.5	5	3.2
熊毛	0	0.0	1	2	1	2.4	0	0.0
奄美	4	3.6	1	1	5	5.4	0	0.0
県計	133	8.1	109	7	222	11.4	44	2.7
全国	7,343	5.7	7,528	6	22,904	18.0	3,723	2.9

【出典：国の医療計画作成支援データブック（以下「NDB」という。）】

【取り組むべき施策】

- PDCAサイクルに基づき、構築した医療連携体制の充実に努めます。
- 地域の中核となる医療機関や、救急等の特定の機能を担う医療機関については、その機能強化を図るため、診断・治療に必要な設備等の整備を支援します。
- 地域連携クリティカルパスについては、地域における医療・福祉・行政の関係機関が連携し、利用拡大に向けた検証や分析、情報の共有化を行い、地域連携クリティカルパスの普及等に努めます。
- 循環器病に関連する疾患のうち、循環器（鹿児島CCUネットワーク）や脳卒中以外の患者についても、関係医療機関の連携体制を構築する方策について、医師会などの関係機関と協議します。
- 糖尿病や脳卒中など全身の疾患を有する患者等に対する歯科診療・口腔健康管理等が適切に提供される機会を確保するため、医科歯科連携を促進します。

① 脳卒中

【現状と課題】

- 平成23年度から令和3年度にかけ、脳卒中対策プロジェクト等により、脳卒中の発症・重症化予防に重点的・集中的に取り組むため、医療関係者向けの研修会を行いました。
- 脳卒中は、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳出血、くも膜下出血）などに分けられ、これらは、緊急性が高い病態です。このうち、発症から処置までの時間として、最も短い時間が推奨されているのは、虚血性脳卒中（脳梗塞）です。
 脳卒中は、できるだけ早く治療を開始することでより高い効果が見込まれ、後遺症も少なくなることから、脳卒中を疑うような症状が出現した際には速やかに専門の医療施設を受診できるよう、対応が可能な医療機関へ搬送する体制の整備が重要です。t-P A療法及び経皮的脳血栓回収療法については、医療機関と救急搬送機関との連携体制が構築されています。
- 急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳出血、くも膜下出血）等の個々の病態に応じた早期治療が必要となります。
 また、地域MC協議会では、迅速かつ適切な搬送体制を構築するため、医療機関と連携して脳卒中プロトコルを作成するなどの取組を進めていますが、事後検証についての検討も必要です。
- 急性期を脱した後は、再発予防のための治療や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈等）の継続的な管理や、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する治療が必要です。

【図表Ⅳ-2-(2)-2】

脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法(医療機関数・レセプト件数)

圏域	医療機関数 (箇所)	人口10万人 (箇所)	レセプト件数 (件)	人口10万人 (件)
鹿児島	11	1.6	183	27.0
南薩	0	0	0	0.0
川薩	*	*	19	16.6
出水	*	*	27	32.4
始良・伊佐	5	2.1	18	7.6
曾於	*	*	*	*
肝属	4	2.6	19	12.5
熊毛	*	*	*	*
奄美	4	3.7	19	17.6
県計	24	1.4	285	17.6
全国	984	0.7	14,451	11.4

※ 表中「*」はNDBから得られる数値で、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じたマスク処理がなされているもので、集計単位、集計項目ごとに秘匿値が設定されているもの。

※ 県計は、マスク処理がなされた秘匿値を除いたもの

【出典：NDB（令和3年度）】

【図表Ⅳ-2-(2)-3】

脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）（医療機関数・レセプト件数）

圏域	医療機関数 (箇所)	人口 10 万人 (箇所)	レセプト件数 (件)	人口 10 万人 (件)
鹿児島	8	1.1	126	18.5
南薩	0	0.0	0	0.0
川薩	*	*	24	21.0
出水	0	0.0	0	0.0
始良・伊佐	*	*	*	*
曾於	*	*	13	16.6
肝属	4	1.9	22	14.4
熊毛	*	*	*	*
奄美	*	*	11	10.2
県計	12	0.9	196	12.1
全国	652	0.5	13,470	10.6

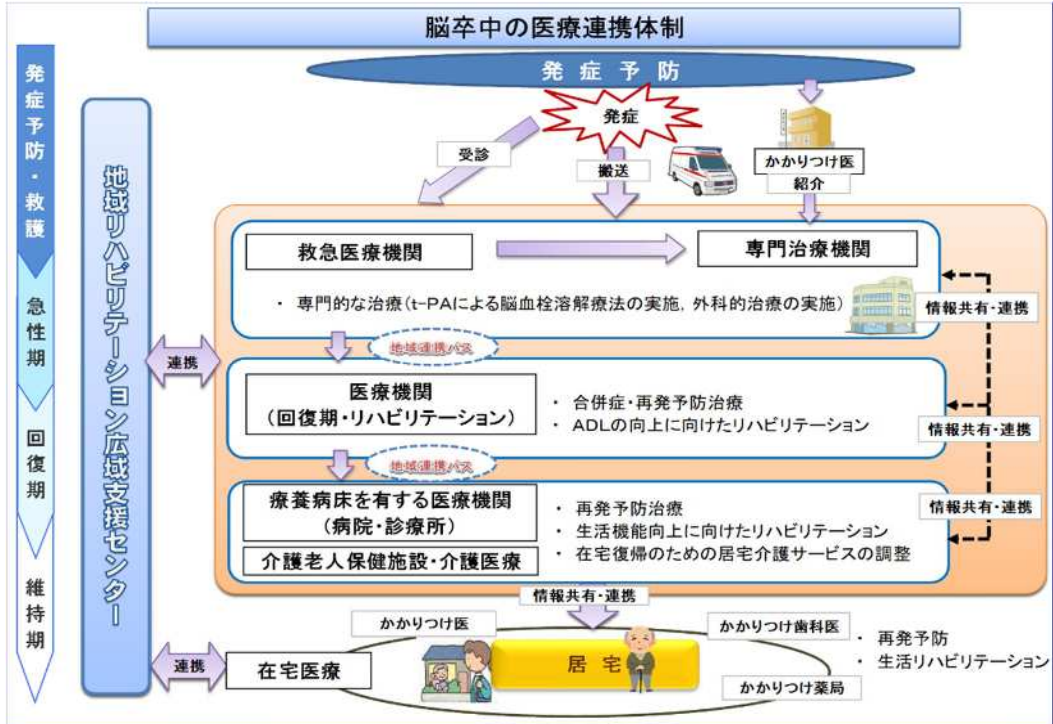
※ 表中「*」はNDBから得られる数値で、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じたマスク処理がなされているもので、集計単位、集計項目ごとに秘匿値が設定されているもの。

【出典：NDB（令和3年度）】

【取り組むべき施策】

- 発症後、できるだけ短い時間で専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行い、速やかに専門的な治療ができる体制の構築を促進します。
- 迅速かつ適切な搬送体制を構築するため、県MC協議会において「傷病者の搬送及び受入に関する実施基準」に関する医療機関リストの見直しや事後検証の方法についての検討などを行うほか、地域MC協議会における脳卒中プロトコール作成等の地域の実情に応じた取組を促進するなど、医療機関と搬送機関の更なる連携強化に努めます。
- 再発予防の治療とともに、危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈等）の継続的な管理・治療や、脳卒中後の様々な合併症等への対応ができる体制を促進します。
在宅復帰が困難な患者に対し、受け入れ可能な医療機関、介護・福祉施設と急性期医療機関との連携など、総合的で切れ目のない対応を促進します。

【図表IV-2-(2)-4】 脳卒中の医療連携体制図



【出典：県保健医療計画】

【図表IV-2-(2)-5】 脳卒中の医療連携体制

	【発症予防・救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】
目標等	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の発症予防（生活習慣病の発症・重症化予防） 疾病に関する知識の普及 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 専門的治療体制の確立 急性期リハビリテーションの実施 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーションの実施 再発予防治療 基礎疾患・危険因子の管理 	<ul style="list-style-type: none"> 維持期リハビリテーションの実施 在宅復帰及び就労支援並びに日常生活の継続を支援
医療機関等の例		<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有する病院 脳卒中の専門病床（SCU）を有する病院 急性期の血管内治療が実施可能な病院 急性期リハビリテーションが実施可能な病院 脳卒中に対応する急性期の専門的治療を担う病院又は有床診療所 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション専門とする病院又は有床診療所 回復期リハビリテーション病床を有する病院 薬局 	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人保健施設 介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所 薬局
求められる機能	<ul style="list-style-type: none"> 健診等の実施 健康教育の実施 基礎疾患・危険因子の管理 疾病管理、救急における対応の教育 速やかな救急搬送要請 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> CT・MRI等、検査の24時間実施 専門的治療の24時間実施 t-PA静注療法の実施 外科的治療の実施 専門チームによる全身管理、合併症予防の診療の実施 療用症候群や合併症予防等のための急性期リハビリテーション実施 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防の治療 基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応 機能障害の改善及びADLの向上に向けたリハビリテーションの実施 薬学的管理指導 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療及び患者家族等への教育 基礎疾患・危険因子の継続的管理 抑うつ状態への対応 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施 在宅復帰のための居宅介護サービスの調整 在宅復帰困難者の医療機関、介護・福祉施設等との連携、調整 薬学的管理指導
連携等	<ul style="list-style-type: none"> レスポンスタイムの確認 	<ul style="list-style-type: none"> クリティカルパス等の活用による診療情報や治療計画の共有 		
		<ul style="list-style-type: none"> 治療開始までの時間短縮 	<ul style="list-style-type: none"> 再発が疑われる場合の急性期の医療機関との連携 	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスの調整

【出典：県保健医療計画】

<脳卒中を取り巻く事項>

1 日本脳卒中学会による施設認定について

県内では、23施設がt-PAによる血栓溶解療法（以下「t-PA療法」という）を含む脳卒中診療を24時間365日実施出来る施設として脳卒中学会が認定する「一次脳卒中センター（以下、PSC）」となっており、PSCがない地域においても近隣の地域と連携を図る等の対応が行われています。

さらにPSCのうち、常時機械的血栓回収療法を行える施設として「PSCコア施設」（地域においてコアとなるPSC施設）の認定を受けています。

PSCコア施設には、4施設が認定されており、急性期治療の提供のみならず、脳卒中患者に対して医療及び介護に関する適切な情報提供を行う「脳卒中相談窓口」を設置しています。

一次脳卒中センター（PSC）*令和5年4月時点登録施設（23施設）

二次保健医療圏	PSC	PSCコア施設
鹿児島	今村総合病院	
	いまきいれ総合病院	
	鹿児島大学病院	○
	鹿児島市立病院	○
	独立行政法人国立病院機構 鹿児島医療センター	○
	厚地脳神経外科病院	
	米盛病院	○
	いちき串木野市医師会立脳神経外科センター	
	医療法人隆盛会 いじゅういん脳神経外科	
南薩	医療法人厚生会 小原病院	
川薩	川内市医師会立市民病院	
出水	出水郡医師会広域医療センター	
始良・伊佐	医療法人七徳会 大井病院	
	社会医療法人青雲会 青雲会病院	
	国分脳神経外科病院	
	医療法人健康会霧島記念病院	
	霧島市立医師会医療センター	
曾於	びろうの樹脳神経外科	
肝属	池田病院	
	医療法人徳洲会大隅鹿屋病院	
	医療法人秋津会 徳田脳神経外科病院	
熊毛	義順顕彰会 種子島医療センター	
奄美	鹿児島県立大島病院	

【出典：日本脳卒中協会ホームページから二次保健医療圏毎に改変】

2 くも膜下出血に関する治療について

くも膜下出血については開頭手術のみならず、血管内治療の重要性も増していることから、専門施設の充実が求められています。

② 心筋梗塞等の心血管疾患

● 急性心筋梗塞

【現状と課題】

- 急性心筋梗塞は、発症後早期の治療が重要です。速やかに心臓病専用病室（CCU等）を持つ医療機関へ搬送し、専門的な診断及び治療を受けることが必要です。
鹿児島市及び周辺の循環器専門医療機関により「鹿児島CCUネットワーク」が組織され、心臓救急医療体制の確保のため相互連携が図られています。
- 急性冠症候群（ACS）は、冠動脈粥腫（プラーク）の破綻とそれに伴う血栓形成により冠動脈の高度狭窄または閉塞をきたして急性心筋虚血を呈する病態で、不安定狭心症（UA）、急性心筋梗塞（AMI）、虚血による心臓突然死を包括した疾患概念です。
以前は、冠動脈硬化を基盤とした心筋虚血による疾病群は、心筋壊死の有無により心筋梗塞、狭心症と分類されていました。
急性冠症候群（ACS）の治療については、急性期冠動脈形成術（PCI）が推奨されていますが、本県においては実施可能な医師の偏在が見られる状況です。

【図表IV-2-(2)-6】

心筋梗塞に対する冠動脈再開通(医療機関数・レセプト件数)

圏域	医療機関数 (箇所)	人口 10 万人 (箇所)	レセプト件数 (件)	人口 10 万人 (件)
鹿児島	7	1.0	440	64.9
南薩	*	*	50	39.1
川薩	*	*	42	36.7
出水	*	*	62	74.5
姶良・伊佐	*	*	57	24.0
曾於	0	0.0	0	0.0
肝属	4	2.6	84	55.3
熊毛	*	*	*	*
奄美	3	2.7	37	34.3
県計	14	0.8	772	47.7

※ 表中「*」はNDBから得られる数値で、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じたマスク処理がなされているもので、集計単位、集計項目ごとに秘匿値が設定されているもの。

【出典：NDB（令和3年度）】

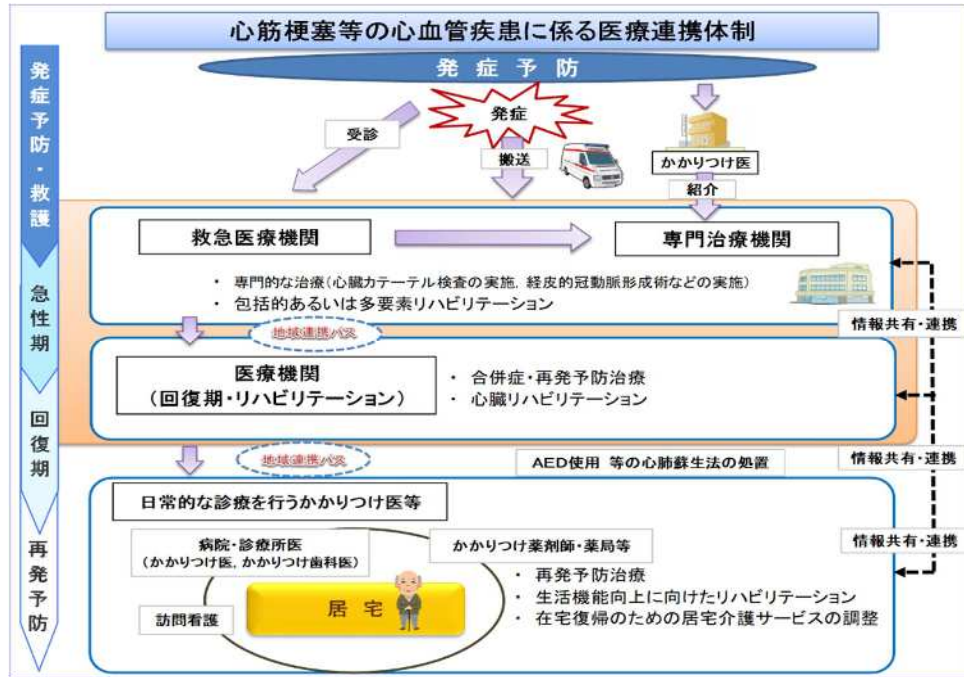
【取り組むべき施策】

- 発症後、できるだけ短い時間で専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行い、速やかに専門的な治療ができる体制の構築を促進します。
- 急性冠症候群（ACS）の速やかな治療のため、急性期冠動脈形成術（PCI）を実施可能な医師及び医療関係者の育成について、鹿児島大学病院を中心に取組み、関係機関と連携を図る等、体制の構築に努めます。
- 心筋梗塞等の心血管疾患の発症及び再発については、患者の生活環境やリハビリテー

ション等に影響を受けることから、治療や再発防止に関する情報の発出に加え、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等の医療関係者との連携に努めます。

- 急性期を脱した後は、合併症並びに再発予防に加え、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の改善や継続的な治療を促進します。

【図表IV-2-(2)-7】 心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図



【出典：県保健医療計画】

【図表IV-2-(2)-8】 心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制

	【発症予防・救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
目標等	<ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞の発症予防（生活習慣病の発症・重症化予防） 疾病に関する知識の普及 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 専門的治療体制の確立 急性期リハビリテーションの実施 定期的専門的検査の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 心臓リハビリテーションの実施 在宅等生活及び就労の場への復帰支援 再発予防に必要な知識の教育 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 在宅療養の継続を支援
医療機関等の例		<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有する病院 心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院 心筋梗塞等の心疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所 薬局 	<ul style="list-style-type: none"> 病院 診療所 薬局 訪問看護ステーション
求められる機能	<ul style="list-style-type: none"> 健診等の実施 基礎疾患・危険因子の管理 疾病管理、救急における対応の教育 速やかな救急搬送要請 AEDを含めた救急蘇生法等の適切な処置を実施 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 心臓カテーテル検査の24時間実施 専門的診療の24時間対応 冠動脈造影検査の実施 経皮的冠動脈形成術の実施 呼吸管理等の全身管理や合併症の治療 電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシング、ペースメーカー不全の対応 包括的あるいは多要素リハビリテーションの実施 抑うつ状態等の対応 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態等の対応 電気的除細動等急性増悪期時の対応 運動療法、食事療法等の心血管疾患リハビリテーションの実施 再発時における対応法の患者・家族への教育 薬学的管理指導 	<ul style="list-style-type: none"> 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態等の対応 電気的除細動等急性増悪期時の対応 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施 在宅復帰のための居宅介護サービスの調整 薬学的管理指導
連携等	<ul style="list-style-type: none"> レスポンスタイムの確認 	<ul style="list-style-type: none"> クリティカルパス等の活用による診療情報や治療計画の共有 治療までの時間短縮 介護サービスの調整 		

【出典：県保健医療計画】

＜急性冠症候群(ACS)を取り巻く事項＞

○ 鹿児島大学病院における研究

鹿児島県全域で ACS 後の脂質管理に対する統一プロトコール(Kagoshima Style 2022)を実施して脂質低下療法の強化及び統一化を図っています。さらに令和3年から鹿児島県全域における急性冠症候群登録研究(OK-ACS)を発足させて鹿児島でどのような治療が行われているかの解析を行って、県全域の適切な医療の把握を進めているところです。

データ解析が進むことにより、急性心筋梗塞の死亡率抑制だけでなく、再発予防も期待されています。

● 大動脈解離

【現状と課題】

- 急性大動脈解離は死亡率が高く、発症後1時間ごとに死亡率が1～2%上昇と言われています。また、予後不良な疾患であるため、予後改善のためにも迅速な診断、治療が重要です。
- 大動脈解離患者に対しては、術後の廃用症候群の予防や、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、運動療法、食事療法等、多職種による多面的・包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要です。

【図表IV-2-(2)-9】 解離性大動脈瘤の急患への対応状況 (単位：施設)

圏域	急患への対応	
	急患対応後根治治療可	急患対応後転院が必要
鹿児島	2	10
南薩	1	4
川薩	0	6
出水	0	1
姶良・伊佐	0	6
曾於	0	1
肝属	1	2
熊毛	0	2
奄美	0	2
県計	4	34

【出典：令和4年度県医療施設機能等調査】

【取り組むべき施策】

- 発症後、できるだけ短い時間で専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行い、速やかに専門的な治療ができる体制の構築を促進します。
- 急性心筋梗塞等の心血管疾患の発症及び再発については、患者の生活環境や、リハビリテーション等に影響を受けることから、治療や再発防止に関する情報の発出に加え、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等の医療関係者との連携に努めます。

- 急性期を脱した後は、合併症並びに再発予防に加え、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の改善や継続的な治療を促進します。

＜急性大動脈解離の診断時の事例等について＞

1 診断時の共同での準備

Stanford A型の急性大動脈解離の場合は、緊急手術に成功すればその予後は良好ですが、治療が遅れば心タンポナーデや大動脈破裂など破滅的な経過をたどる、一刻を争う疾患です。

B型解離においては、厳密な降圧療法が基本となりますが、時に大動脈分枝の閉塞や破裂で外科治療が必要となるケースもあります。

急性大動脈解離の診療には、収容施設の循環器内科、心臓血管外科、救急医学、麻酔科など、関連する診療科が共同で準備し対応しなければならず、それぞれに専門的な知識や経験がなければなりません。

2 鹿児島大学での事例(症状の紛らわしいケース)

大動脈解離の正確な発生頻度に関する報告がなく、突然死患者の中には幾らかの診断がついていない大動脈解離症例が含まれていると推察されています。

また、病院にたどり着いた症例に限り、造影CTで確定診断がなされる疾患ですが、初診の病院でCTが撮影できない場合や、典型的な胸痛ではなく頸部動脈解離に伴う脳梗塞など症状の紛らわしいケースでは、脳卒中としての検査が優先される等、専門病院に辿り着くまでに時間を要して状態が悪化する場合があります。

3 鹿児島大学病院での専門医の取組

大動脈解離については、各病院において、直接搬入や、紹介搬送を可能な限り受け入れるように努めているところと思われますが、鹿児島大学病院心臓血管外科では、時間的ロスがないように24時間ホットライン（院内携帯PHS）を心臓血管外科医師が常時携帯していると共に、電話番号を心・血管疾患の診断可能な病院に周知しています。また、令和5年11月現在、診断において方針を決定しにくい（解離の形態など判断しにくいなど）ケースは、診断病院から鹿児島大学病院に画像を転送して専門的指示を送るシステムを構築中です。

● 慢性心不全

【現状と課題】

- 慢性心不全は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら身体機能が悪化することが特徴です。急性期は、症状や重症度に応じて、薬物療法や運動療法、心臓再同期療法等が行われますが、心不全増悪時は、その要因に対する介入も重要です。
- 心不全に対する心臓リハビリテーションは非常に有用ですが、入院と比較して外来での実施件数は少ない状況です。再入院抑制のためには、外来での心臓リハビリテーションの充実も必要です。

【図表IV-2-(2)-10】 心血管疾患リハビリテーションの算定件数

圏域	入院		外来	
	医療機関数 (施設)	算定件数 (件)	医療機関数 (施設)	算定件数 (件)
鹿児島	16	32,983	8	11,695
南薩	*	3,278	*	1,292
川薩	*	2,525	0	0
出水	*	3,658	*	2,417
姶良・伊佐	3	11,014	3	5,906
曾於	0	0	0	0
肝属	3	16,131	*	46
熊毛	0	0	*	*
奄美	*	960	0	0
県計	18	70,549	11	21,356

※ 表中「*」はNDBから得られる数値で、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じたマスク処理がなされているもので、集計単位、集計項目ごとに秘匿値が設定されているもの。

【出典：NDB（令和3年度）】

【取り組むべき施策】

- 発症後、できるだけ短い時間で専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行い、速やかに専門的な治療ができる体制の構築を促進します。
- 心筋梗塞等の心血管疾患の発症及び再発については、患者の生活環境や、リハビリテーション等に影響を受けることから、治療や再発防止に関する情報の発出に加え、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等の医療関係者との連携に努めます。
- 急性期を脱した後は、合併症並びに再発予防に加え、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の改善や継続的な治療を促進します。

<希少疾患に関する鹿児島大学の取組>

希少疾患の集中化

希少疾患である成人先天性心疾患や肺高血圧症の患者については、県内では鹿児島大学病院への集中化が順調に行われており、他県からも注目されています。今後も、各医療機関や、県民への普及啓発が必要と思われます。

③ 離島・へき地医療

【現状と課題】

- 離島・へき地においては、医療供給基盤及び交通基盤の整備の遅れ等により、医療機関の利用が困難な地域があります。

無医地区等の医療の確保のため、へき地診療所が設置されている地域もありますが、医師不足や地域・診療科目別の医師の偏在により、十分に医師を確保できない診療所や医師が常駐していない診療所があります。

県では、へき地医療拠点病院の指定や、県立病院局に設置したへき地医療支援機構における代診医の派遣調整を行い、へき地診療所の支援を行っています。
- 離島から救急車両で搬送できない患者については、ドクターヘリや消防・防災ヘリ、自衛隊ヘリ等により、鹿児島市や奄美市、沖縄県等の病院へ搬送しています。県ドクターヘリは2機体制での運航となり、救急搬送体制の充実が図られたところですが、さらなる救急医療体制の確保・充実のため、円滑かつ効果的な運用に取り組んでいます。
- 県内には、薬局がなく、薬剤師による服薬指導等が受けられない離島町村（三島村・十島村・喜界町・伊仙町）があります。

【取り組むべき施策】

- へき地診療所やへき地医療拠点病院の運営及び施設・設備の整備の支援、へき地医療支援機構におけるへき地医療拠点病院に対する代診医派遣の要請など、引き続き、離島・へき地における医療の確保を図ります。
- 遠隔医療の実施に必要な設備整備に対する助成や普及啓発を行うなど、ICTを活用した遠隔医療の促進を図ります。
- 離島・へき地における重症救急患者をヘリコプター等により迅速に搬送するため、搬送機関と受入医療機関との連携強化に努めます。また、医師不足の場合の対応策などについて、各地域における関係機関による協議・検討を行います。
- 離島・へき地におけるオンライン服薬指導について、薬剤師の服薬指導を必要としている地域の方が情報提供を受けられるよう、関係者による体制構築の協議を支援します。

イ 人材の確保・育成

【現状と課題】

- 県内の医師数は全国水準を上回っているものの、離島・へき地をはじめとした医師の地域的偏在や産科、小児科等の診療科偏在などが課題となっています。
- 看護師など看護職員については、地域的な不足や偏在などが課題となっているほか、今後の高齢化の進行に伴い看護職のさらなる需要増加が見込まれます。
- 専門的かつ、高度の医療を継続的に提供するためには、専門医の確保に加え、歯科・看護・リハビリテーション・栄養等様々な分野の職種の充実のための人材育成の他、医師・病院間の連携等、医療提供体制の構築が求められています。
- 循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者に対する研修機会の確保や、これらの者の育成及び資質の向上を図る必要があります。

【取り組むべき施策】

- 自治医科大卒医師や鹿児島大学地域卒医師などの養成や地域の医療機関への効果的な配置など、医師確保計画に基づく取組を推進します。鹿児島大学病院地域医療支援センターにおいて、若手医師のキャリア形成支援を行います。
- 県内の看護学生への修学資金の貸与による確保対策など、看護人材確保計画に基づく取組を推進します。
在宅医療の質の向上を図るため、訪問看護師の養成や特定行為に係る看護師研修への参加支援を行います。
- 鹿児島大学病院で行われている専門医及び医療関係者の育成の取組や、医師・病院間の連携等、医療提供体制の構築について同病院等との連携を図り、促進に努めます。
- 県内の循環器病に係る医療従事者の資質の向上等を図る取組を推進します。

(3) 在宅療養・リハビリテーションが可能な環境の整備

【現状と課題】

- 循環器病での在宅療養では、再発予防のための治療、危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈等）の継続的な管理や合併する種々の症状や病態に対する治療に加えて、機能維持のためのリハビリテーションや、必要な介護サービスを受けて生活します。治療継続、再発防止等において、患者や家族等に対する啓発も必要です。
- 機能回復や合併症の予防、生活機能の維持・向上のため、急性期、回復期、生活期にわたり患者の状態に応じたリハビリテーションを継続して行う体制の充実を図る必要があります。
- 県では、地域リハビリテーションの中核機関となる県リハビリテーション支援センターとして、鹿児島大学病院を指定しています。同センターは各地域リハビリテーション広域支援センターへの技術的支援等を行っています。
- 地域リハビリテーション広域支援センターは、地域のリハビリテーション医療機関等への支援をはじめ、地域住民への介護予防に関する普及啓発や通いの場等での運動指導等を行っています。令和5年3月現在、16施設が県の指定を受けており、このうち、13施設が脳血管疾患分野の指定を受けています。
- 脳卒中による麻痺や加齢に伴う摂食嚥下機能の低下や、口腔ケアが不十分となること等により誤嚥性肺炎を起こしやすいため、早期からの口腔健康管理が必要です。

【図表Ⅳ-2-(3)-1】 地域リハビリテーション広域支援センターの指定状況（令和5年3月）

圏域	医療機関名	脳血管疾患	整形疾患
鹿児島	大勝病院	○	
	米盛病院		○
	馬場病院	○	○
南薩	菊野病院	○	○
	今林整形外科病院		○
川薩	川内市医師会立市民病院	○	○
	クオラリハビリテーション病院	○	○
出水	出水総合医療センター	○	○
	出水郡医師会広域医療センター	○	○
始良・伊佐	加治木温泉病院	○	
曾於	昭南病院	○	○
	高原病院		○
肝属	池田病院	○	
	恒心会おぐら病院	○	○
熊毛	種子島医療センター	○	○
奄美	大島郡医師会病院	○	○

【出典：県高齢者生き生き推進課作成】

【取り組むべき施策】

- 在宅療養においても、合併症や再発を予防する治療、基礎疾患や危険因子の管理が重要であり、これらの実施を促進します。
- 再発予防や基礎疾患の管理に加え、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施等、生活の場で療養できるよう、医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援体制の整備を促進します。
- 誤嚥性肺炎や低栄養を防ぐためには口腔機能を維持・回復することが重要であり、多職種連携による専門的な口腔健康管理、摂食嚥下リハビリテーションの充実を促進します。
- 急性期から回復期、生活期まで切れ目のないリハビリテーションを促進します。
- リハビリテーションが必要な要介護者等を受け入れる施設・事業者数や利用状況等について経年的に把握し、地域毎の必要なリハビリテーション提供体制の構築を推進します。

＜心源性脳塞栓予防の取り組み: SEGODON Project＞

心臓などで出来た血栓が脳へ飛ぶ（塞栓）することで発症する脳梗塞（心源性脳塞栓）はマヒや失語などによって寝たきり・要介護となったり、死に至る非常に重篤な疾患です。

心房細動や卵円孔開存などが原因であり、鹿児島大学では、令和5（2023）年から循環器内科医と脳卒中内科医だけでなく、かかりつけ医や保健師などと共同で早期発見・治療を目指す SEGODON Project を開始しました。YouTube・X（旧 Twitter）・インスタなどの新しいツールも活用しながら、県民の皆様にも周知をしています。

3 循環器病患者等を支えるための環境づくり

(1) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援

【現状と課題】

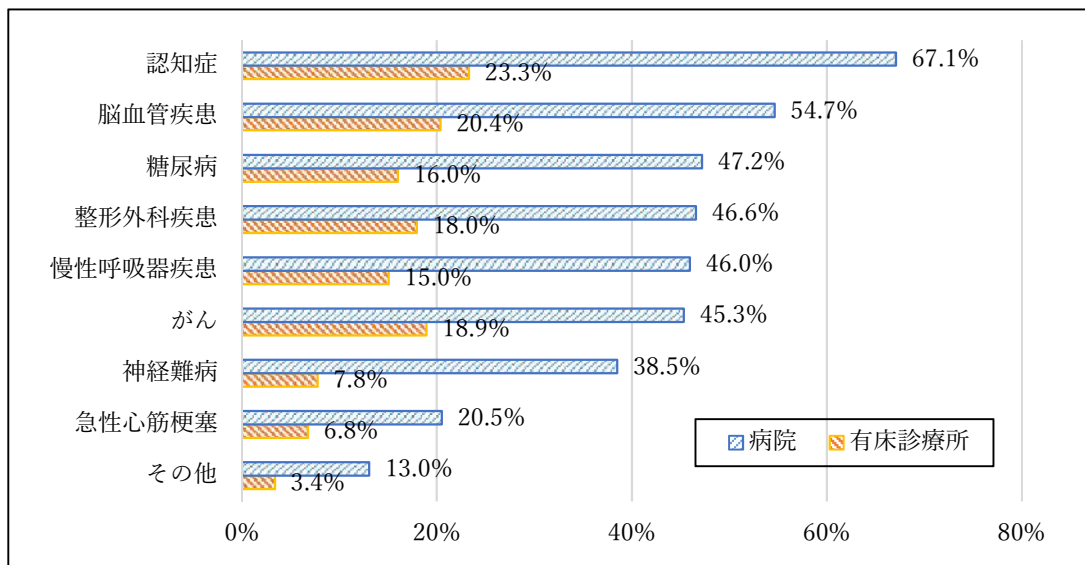
○ 病院、有床診療所が、退院後にケアマネジャーや介護サービス事業所等との連携を行っている疾患としては、「認知症」が最も多く、次いで「脳血管疾患」となっています。

介護保険制度に係る施策の実施主体である市町村が、主体となって在宅における医療・介護の連携を推進するためには、各郡市医師会等関係機関と連携・協力しながら、地域の特性に応じた取組を進めていく必要があります。

県では、関係団体等と連携し、在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村の取組を推進するよう、広域的な体制づくりなどを支援しています。

【図表IV-3-(1)-1】

退院後にケアマネジャーや介護サービス事業所等との連携を行っている疾患（複数回答）



【出典：令和4年度県医療施設機能等調査】

○ 脳卒中などの循環器病に起因して、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、社会的な理解や医療から福祉までの継続的な支援が必要です。

高次脳機能障害に関する診断、治療、リハビリテーション、家族支援などを実施する高次脳機能障害者支援協力医療機関については、令和5年8月現在で県内に34か所指定されています。

また、脳の言語中枢が損傷されることで失語症を引き起こした場合は、周囲とのコミュニケーションを図るための意思疎通支援者の支援も必要となります。

【図表Ⅳ-3-(1)-2】

県高次脳機能障害者支援協力病院一覧

(指定期間：令和5年8月1日～令和10年7月31日)

精神医療圏域 (二次保健医療圏域)	病院名	脳外	リハ	神経	整形	精神
鹿児島 (13病院)	キラメキテラスヘルスケアホスピタル		○	○		
	伊敷病院			○		○
	三州病院					○
	八反丸リハビリテーション病院		○		○	
	メンタルホスピタル鹿児島			○		○
	厚地リハビリテーション病院		○	○		
	今村総合病院	○	○	○		○
	大勝病院		○	○		
	鹿児島市立病院	○		○	○	○
	田上記念病院		○	○		
	馬場病院	○	○	○	○	
	米盛病院	○	○	○	○	
	いじゅういん脳神経外科	○	○	○		
圏域計		5	8	10	4	5
南薩 (5病院)	こだま病院					○
	西田病院			○		○
	小原病院	○	○	○	○	
	菊野病院		○	○	○	
	サザンリージョン病院	○	○	○	○	
圏域計		2	3	4	3	2
川薩 (2病院)	クオラリハビリテーション病院		○		○	
	川内市医師会立市民病院	○	○	○	○	
	圏域計		1	2	1	2
出水 (3病院)	出水病院					○
	出水総合医療センター	○	○	○	○	
	出水郡医師会広域医療センター	○	○	○	○	
	圏域計		2	2	2	1
始良・伊佐 (3病院)	あいらの森ホスピタル		○			○
	松下病院		○			○
	加治木温泉病院		○	○		
	圏域計		3	1		2
肝属 (3病院)	池田病院	○	○	○	○	
	恒心会おぐら病院		○	○	○	
	徳田脳神経外科病院	○	○	○		
	圏域計		2	3	3	2
曾於(3病院)	病院芳春苑			○		○
	高原病院		○		○	
	昭南病院	○	○	○	○	
	圏域計		1	2	2	1
熊毛(1病院)	種子島医療センター	○	○	○	○	
大島(1病院)	県立大島病院	○		○	○	○
県合計		15	24	25	17	12

※1 脳外：脳神経外科，リハ：リハビリテーション科，神経：神経内科，整形：整形外科，精神：精神科

【出典：県障害福祉課調べ】

【取り組むべき施策】

- 「脳血管疾患患者」等の高齢者を中心とした医療と介護が必要な方の入院から在宅への移行等が円滑に進むよう、各圏域の実情に応じて、関係者会議等を活用し、入退院支援ルールの運用状況をモニタリングしながら、ルールの定着を図っていくとともに、市町村や関係団体と連携しながら、入退院支援に関わる関係者間のネットワークの維持・拡大に努めます。

入院から在宅への移行を含め、医療・介護の多職種協働や連携による高齢者等の状態に応じた包括的かつ継続的なサービス提供ができるよう、人材育成に努めます。

- 鹿児島県高次脳機能障害者支援センター（鹿児島県精神保健福祉センター内）を中心に、高次脳機能障害者やその家族等に対する専門的な相談支援や関係機関との支援ネットワークの強化を図ります。

高次脳機能障害について、県民の正しい理解を促進するため、普及啓発に努めます。

市町村等と連携の上、失語症者向け意思疎通支援者の養成・派遣に取り組みます。

(2) 治療と仕事の両立支援・就労支援

【現状と課題】

- 県内における障害者の新規求職申込件数及び就職件数は、令和2年度を除き平成21年度から概ね増加していますが、就職率は概ね50%程度で推移しています（鹿児島労働局「令和4年度障害者の職業紹介状況等」）。

令和4年の県内の一般の民間企業における障害者の雇用状況は、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づく法定雇用率2.3%に対して、実雇用率は2.53%です。また、法定雇用率未達成企業は全体の40.2%であり、そのうち障害者を1人も雇用していない企業（障害者雇用ゼロ企業）は59.5%です（鹿児島労働局「令和4年 鹿児島県内における障害者雇用状況の集計結果」）。

- 脳卒中については、発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰（復職）することが可能な場合も少なくありませんが、復職に関して患者の希望がかなえられない事例もあり、障害者就労支援などとの適切な連携が求められます。

また、心血管疾患については、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合があります。治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多く存在しますが、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合があります。

- 高次脳機能障害は、記憶力や注意力の低下、疲れやすいなどの症状の回復に長い期間を要するため、復職や就労に係る支援にあたっては長期的な支援が必要です。

【図表IV-3-(2)-1】 障害者雇用状況

(令和4年6月1日現在)						
	企業数 又は 機関数	常用労働者数 又は 職員数	障害者数	実雇用率	達成の企業数 又は 機関数	雇用率の 全国平均
一般の民間企業 (法定雇用率2.3%)	1,327	192,861.0人	4882.5人	2.53%	794 (59.8%)	2.25%

(注) 「障害者数」とは、身体障害者、知的障害者及び精神障害者の計であり、短時間労働者以外の重度身体障害者及び重度知的障害者については、1人を2人に相当するものとしてダブルカウントを行い、重度以外の身体障害者及び知的障害者並びに精神障害者である短時間労働者については1人を0.5人に相当するものとして0.5カウントしている。

【鹿児島労働局「令和4年「障害者雇用状況集計結果」から抜粋】

【取り組むべき施策】

- 治療と仕事の両立支援について、労働局等の関係機関と連携しながら、事業所への周知・啓発に取り組めます。
障害特性やニーズに応じた職業訓練の実施など、就職の実現に向けた環境整備に取り組めます。
- 治療と仕事の両立支援については、循環器病の医療提供を行う医療機関において、担当の両立支援コーディネーターの配置など、各個人の状況に応じた治療と仕事が両立できるような取組を促進します。
- 鹿児島県高次脳機能障害者支援センターを中心に、高次脳機能障害者やその家族等に対して、関係機関と連携を図りながら、それぞれの課題や悩みに応じた情報提供・相談支援を行い、復職支援や就労支援につなげます。

(3) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

【現状と課題】

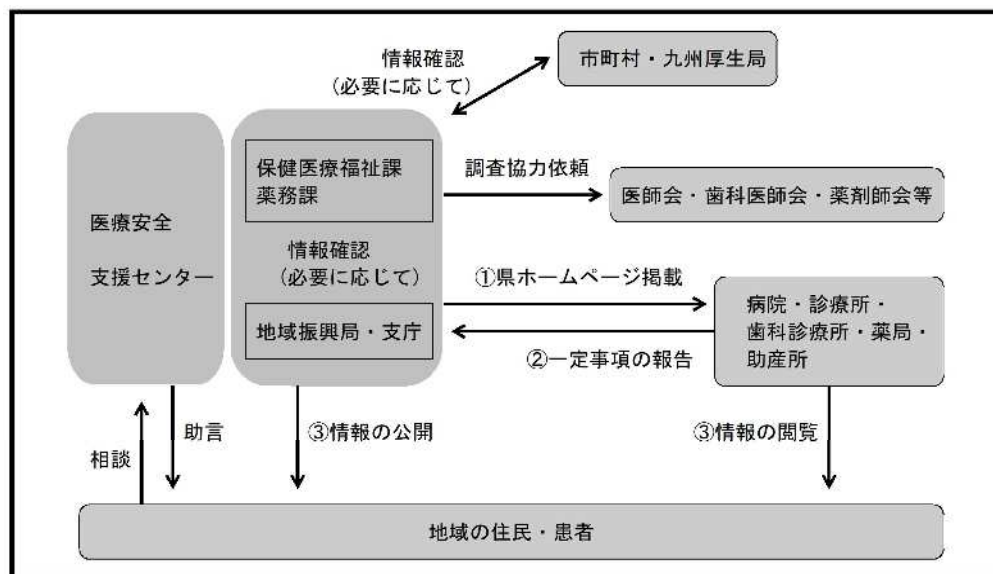
- 医療情報の提供については、まず適切な説明により患者や家族等の理解を得る「インフォームド・コンセント」について、医療を提供する者の責務として医療法に規定され、その普及促進を図ることとされています。
また、医療機関の情報提供体制については、本県では医療法に基づきインターネットによる情報提供システム「かごしま医療情報ネット」を運用していますが、引き続き同システムにおける医療機関の情報を充実させる必要があります。
- 循環器病患者は再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、服薬の徹底等について適切な管理を行うことが必要です。
- 先天性心疾患やもやもや病などの小児慢性特定疾病の中には、小児期・若年期から配慮が必要な疾患があり、乳幼児健診等の機会を通じて小児の循環器病が見つかることもあります。
- 近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に慢性疾患に罹患した患者全体の死亡率は大きく減少した一方で、原疾患の治療や合併症への対応を抱えたまま成人期に移行する患者が増加しており、小児から成人までの生涯を通じて切れ目ない医療が受けられるよう、患児の自立支援を含めた移行期医療体制の充実が求められています。
- 令和2年の世界保健機構（WHO）からの報告に、成人で緩和ケアを必要とする頻度の高い疾病として循環器病があげられているように、循環器病は、生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続した緩和ケアを必要とする疾患です。

【取り組むべき施策】

- インターネットによる情報提供システム「かごしま医療情報ネット」における医療機関の情報を充実されるべく、医療機関に対して速やかな報告を働きかける等、引き続き情報公開の促進を図ります。
- かかりつけ薬剤師・薬局として、服薬アドヒアランスの向上に資する服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導が可能となる体制づくりに努めます。
- 乳幼児健診等の機会における小児の循環器病患者の早期発見に引き続き取り組むとともに、小児期に慢性的な循環器病に罹患した患者に対して、小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行うことができる移行期医療支援の体制整備に努めます。

- また、小児慢性特定疾病や難病の患者及び家族に対する相談支援体制の充実に努めます。
- 成人期医療についても理解を深められるよう患者の家族及び家族の自律（自立）への支援に努めます。
 - 関係団体等と連携して、医療従事者に対する循環器病の緩和ケアに関する研修等により、循環器病における緩和ケアの質の向上及び提供体制の充実に努めます。

【図表IV-3-(3)-1】医療機能及び薬局機能の情報提供制度（フローチャート）



【出典：鹿児島県保健医療計画】

<小児・児童・生徒を巡る状況>

- 1 令和3年実施 鹿児島大学が県内の高等学校に対して行った血圧測定結果**

令和3年(2021年)に県内の高等学校の生徒に対して行った血圧測定では、大人の診断基準(140/90mmHg)での高血圧が12%、17歳までの診断基準(130/85mmHg)では20%が高血圧であると判明し、鹿児島県の若年者にも生活習慣病が蔓延しつつあることがうかがえます。
- 2 鹿児島大学病院における小児から成人期への移行の動向**

手術手技の著しい向上によって先天性心疾患の予後が大幅に改善し、20歳を超えて中高年まで生存することも稀ではありません。このような成人先天性心疾患を小児科が継続して診療している場合も多く、生活習慣病など成人疾患への対応が不十分となることもあり、循環器内科などへの移行の必要性が叫ばれています。平成25年(2013年)から鹿児島大学病院に先天性心疾患専門外来を設置して移行医療を進めていて、全国より進んだ移行医療が行われています。

4 循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備

(1) 循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備

【現状と課題】

- 国の第2期基本計画によると、「国と国立循環器病研究センター、関係団体等が協力して、科学的根拠に基づく情報を国民に提供し、地方公共団体は、既存の取組との連携・協力も見据えながら、個別に検討する必要がある」とされています。
- 本県においては、循環器病に係る県全域での統一した発症登録制度等は整備されていない状況です。

【取り組むべき施策】

- 国の動向を注視しつつ、科学的根拠に基づく情報の収集、関係機関への情報提供、県民への周知に努めます。
- 発症登録制度等については、国が構築を進める循環器病に係る診療情報を収集・活用する公的な枠組みの活用について情報収集の上で、検討します。

V 循環器病対策に係る取組指標

取組項目	No	指標	対象	現状			目標(目安) (R11年度)	(参考) 健康かごしま21目標		計画策定時の 現状値の出現
				性別	現状値	年度		年度	年度	
目標	1	健康寿命の延伸	全年齢	男性 73.40歳 女性 76.23歳	R元年	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	R15年度	厚生労働省算出	
	2	脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	全年齢	男性 100.0 女性 61.1	R2年	減少	減少	R11年度	人口動態調査特殊報告	
	3	心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	全年齢	男性 180.2 女性 116.4	R2年	減少	減少	R11年度	人口動態調査特殊報告	
	4	虚血性心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	全年齢	男性 59.8 女性 30.7	R2年	減少	—	—	人口動態調査特殊報告	
	5	高血圧有病者の推定数(予備群含む)	40～74歳	男性 237,400人 女性 199,200人	R3年度	218,000人	178,000人	R15年度	県民健康・栄養調査	
	6	収縮期血圧の平均値(40歳以上、内服薬加療中の者を含む)	40～74歳	男性 127.6mmHg 女性 122.6mmHg	R元年度	123.6mmHg	122mmHg	R15年度	特定健診データ	
	7	糖尿病が強く疑われる者(HbA1c6.5以上)の割合	20歳以上	男性 8.5% 女性 2.9%	H29年度	8.1%	7.9%	R15年度	県民健康・栄養調査	
	8	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合(40歳以上、内服薬加療中の者を含む)(※年齢調整値)	40歳以上	男性 8.1% 女性 8.7%	H29年度	6.6%	6.1%	R15年度	県民健康・栄養調査	
1 予防の 取組の 強化	9	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数(※年齢調整値)	40～74歳	男性 171,000人 女性 62,000人	R2年度	113,000人	113,000人	R11年度	特定健診データ	
	10	特定健康診査の実施率	40～74歳	男女 52%	R3年度	70%以上	70%以上	R11年度	特定健診データ	
	11	特定保健指導の実施率	40～74歳	男女 25.9%	R3年度	45%以上	45%以上	R11年度	特定健診データ	
	12	20歳～60歳代男性の肥満者の割合(BMI25以上の者の割合)	20～60歳代	男性 36%	R4年度	33%未満	30%	R15年度	県民健康・栄養調査	
	13	40歳～60歳代女性の肥満者の割合(BMI25以上の者の割合)	40～60歳代	女性 23.6%	R4年度	19%未満	15%	R15年度	県民健康・栄養調査	
	14	40歳以上における進行した歯周炎を有する者の割合(※年齢調整値)	40歳以上	男女 68.4%	R4年度	51%未満	40%	R15年度	県民の歯科口腔保健実態調査	
	15	脳卒中に関する医療連携への参加機関数	-	- 496	R4年度	維持	-	-	県健康増進課調べ	
	16	t-PAによる脳血栓溶解療法実施可能機関数	-	- 28	R4年度	維持	-	-	県健康増進課調べ	
2 医療、 介護等 のサー ビス提 供体制 の充実	17	心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療連携への参加機関数	-	- 509	R4年度	維持	-	-	県健康増進課調べ	
	18	経皮的冠動脈形成術実施可能機関数	-	- 20	R4年度	維持	-	-	県健康増進課調べ	
3 環境づ くり	19	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	-	男女 184	R4年度	増加	-	-	NDB	

※ 現状値は年齢調整していない値

[*目標（目安）の考え方]

取組項目	No	指標	目標(目安)の考え方	現状値の出典
目標	1	健康寿命の延伸	健康かごしま21と同様の目標値を設定します。	国民健康基礎調査に基づく国の算定値
	2	脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	健康日本21(第三次)と同様の目標値を設定します。	人口動態統計
	3	心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	健康日本21(第三次)と同様の目標値を設定します。	人口動態統計
	4	虚血性心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	「心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)」と同様の目標値を設定します。	人口動態統計
1 予防の取組の強化	5	高血圧有病者の推定数(予備群含む)	健康かごしま21と同様の目標値を設定します。 ただし、健康かごしま21の目標値は、令和15年度の目標値であるため、本計画の期間(令和11年度)に合わせて按分した数値を目標値とします。	県民健康・栄養調査
	6	収縮期血圧の平均値(40歳以上、内服薬加療中の者を含む)	健康かごしま21と同様の目標を設定します。 ただし、健康かごしま21の目標値は、令和15年度の目標値であるため、本計画の期間(令和11年度)に合わせて按分した数値を目標値とします。	特定健診データ
	7	糖尿病が強く疑われる者(HbA1c6.5以上)の割合	健康かごしま21と同様の目標を設定します。 ただし、健康かごしま21の目標値は、令和15年度の目標値であるため、本計画の期間(令和11年度)に合わせて按分した数値を目標値とします。	県民健康・栄養調査
	8	LDLコレステロール160mg/d以上の者の割合(40歳以上、内服薬加療中の者を含む)(年齢調整値)	健康かごしま21と同様の目標を設定します。 ただし、健康かごしま21の目標値は、令和15年度の目標値であるため、本計画の期間(令和11年度)に合わせて按分した数値を目標値とします。	県民健康・栄養調査
	9	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数(年齢調整値)	健康かごしま21と同様の目標値を設定します。	特定健診データ
	10	特定健康診査の実施率	健康かごしま21と同様の目標値を設定します。	特定健診データ
	11	特定保健指導の実施率	健康かごしま21と同様の目標値を設定します。	特定健診データ
	12	20～60歳代男性の肥満者の割合(BMI125以上の者の割合)	健康かごしま21と同様の目標値を設定します。 ただし、健康かごしま21の目標値は、令和15年度の目標値であるため、本計画の期間(令和11年度)に合わせて按分した数値を目標値とします。	県民健康・栄養調査
	13	40～60歳代女性の肥満者の割合(BMI125以上の者の割合)	健康かごしま21と同様の目標を設定します。 ただし、健康かごしま21の目標値は、令和15年度の目標値であるため、本計画の期間(令和11年度)に合わせて按分した数値を目標値とします。	県民健康・栄養調査
	14	40歳以上における進行した歯周炎を有する者の割合(年齢調整値)	健康かごしま21と同様の目標を設定します。 ただし、健康かごしま21の目標値は、令和15年度の目標値であるため、本計画の期間(令和11年度)に合わせて按分した数値を目標値とします。	県民の歯科口腔保健実態調査
2 医療、介護等のサービス提供体制の充実	15	脳卒中に関する医療連携への参加機関数	急性期から療養まで切れ目のない医療連携体制を確保することが必要であるため、医療連携への参加機関数を、「現状値(令和4年度)を維持」と設定します。	県健康増進課調べ
	16	t-PAによる脳血栓溶解療法実施可能機関数	急性期から療養まで切れ目のない医療連携体制を確保することが必要であるため、t-PAによる脳血栓溶解療法実施可能機関数の目標値を、「現状値(令和4年度)を維持」と設定します。	県健康増進課調べ
	17	心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療連携への参加機関数	急性期から療養まで切れ目のない医療連携体制を確保することが必要であるため医療連携への参加機関数を、「現状値(令和4年度)を維持」と設定します。	県健康増進課調べ
	18	経皮的冠動脈形成術実施可能機関数	急性期から療養まで切れ目のない医療連携体制を引き続き確保することが必要であるため、経皮的冠動脈形成術実施可能機関数の目標を、「現状値(令和4年度)を維持」と設定します。	県健康増進課調べ
3 環境づくり	19	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	国の基本計画では、循環器病の医療提供を行う医療機関においては、担当の両立支援コーディネーターを配置し、各個人の状況に応じた治療と仕事が両立できるよう取組を進めるなど、かかりつけ医等、会社・産業医及び両立支援コーディネーターによる、患者への「トライアングル型サポート体制」の構築を推進するとしていることから、両立支援コーディネーターの基礎研修受講者数の増加を目標とします。	NDB

VI 循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1 循環器病対策の進捗状況の把握及び評価等

- この計画については、定期的に進捗状況の把握及び評価を行うとともに、その状況を踏まえ、鹿児島県循環器病対策推進協議会において、循環器病対策の推進のために必要な事項について協議しながら、計画を着実に推進します。
- この計画に基づく施策の推進に当たっては、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のPDCAサイクルにより、適切なデータに基づいて進捗管理を行うこととします。
その際には、ロジックモデル等のツールの活用を検討します。
- また、循環器病は、合併症・併発症も多く、病態は多岐にわたるため、がんや腎疾患、小児期・若年期から配慮が必要な疾患等に係る対策と重なる部分があることから、これらの疾患等に対する関連施策と連携して取り組むこととします。
- さらに、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、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

2 計画の見直し

- 都道府県循環器病対策推進計画は、基本法第11条第4項の規定に基づき、少なくとも6年ごとに検討を加え、必要があると認めるときはこれを変更するよう努めるものとされていることから、計画期間を令和11年度までとし、見直しを行うこととします。

資料編

ロジックモデル

ロジックモデルとは、政策分野の目標である長期成果（分野アウトカム）を設定した上で、それを達成するために必要となる初期成果（初期アウトカム）や中間成果（中間アウトカム）を設定し、目標達成に至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したものです。

なお、次頁に掲載しているロジックモデルについては、本県の現状に関する参考資料としています。

- ・ 1 脳血管疾患ロジックモデル
- ・ 2 心血管疾患ロジックモデル

脳血管疾患ロジックモデル

*は人口10万人対換算

IV該当箇所	番号	初期アウトカム	初期アウトカム指標	現状値					
				鹿児島県	全国				
1 循環器病 予防の取 組の強化	○循環器病の予防や発症時の対応等に関する普及啓発								
	1	循環器病の予防や発症時の対応等に関する普及活動ができています	1	20歳以上の喫煙者の割合	12.9	R4	16.7	R元	*
			2	禁煙外来を行っている医療機関数	12.9	R2	12.6	R2	*
			3	ニコチン依存管理の実施件数	128.7	R2	131.6	R2	*
			4	健診受診率	76.3	R元	73.3	R元	*
			5	1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の者の割合	13.3		14.9	R元	*
			6	1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の者の割合	7.4	R4	9.1		*
			7	高血圧有病者の推定数(予備軍含む)40~74歳男性	237,400	R3	—	—	
			8	高血圧有病者の推定数(予備軍含む)40~74歳女性	199,200		—	—	
			9	収縮期血圧の平均値 40~74歳男性(全国は40歳以上)	127.6	R4	133.9	R元	
			10	収縮期血圧の平均値 40~74歳女性(全国は40歳以上)	122.6		129.0		
			11	糖尿病が強く疑われる者(HbA1c6.5以上)の割合 20歳以上男性	8.5	H29	—	—	
			12	糖尿病が強く疑われる者(HbA1c6.5以上)の割合 20歳以上女性	2.9		—	—	
			13	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合(40歳以上, 内服加療中の者を含む, 男性)(年齢調整値)	8.1	H29	9.1	R元	
			14	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合(40歳以上, 内服加療中の者を含む, 女性)(年齢調整値)	8.7		12.3		
			15	20~60歳代男性の肥満者の割合	36.0	R4	32.4	H28	
			16	40~60歳代女性の肥満者の割合	23.6		21.6		
			17	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の推定数(40~74歳男性)(年齢調整値)	171,000	R2	—	—	
			18	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の推定数(40~74歳女性)(年齢調整値)	62,000		—	—	
			19	1日当たりの食塩摂取量の平均値	10.2	R4	10.1	R元	
			20	1日当たりの野菜摂取量の平均値	271.4	R4	281	R元	
			21	1日当たりの果物摂取量の平均値	93.3	R4	99	R元	
			22	40歳以上における歯周炎を有する者の割合(年齢調整値)	68.4	R4	56.2	H28	
			23	健康サポート薬局数	21	R5	—	—	
			24	循環器病予防のための啓発活動を行っている市町村の割合	88.6	R4	—	—	
	○特定健康診査, 特定保健指導等の実施率向上に向けた取組								
2	特定健康診査, 特定保健指導等の実施率を向上させる	25	特定健康診査の実施率	52.0	R3	56.5	R3		
		26	特定保健指導の実施率	25.9	R3	24.6	R3		
2 離島・ハ き地を含 めた循環 器病の医 療、介護 及び福祉 等に 係るサー ビスの提 供体制の 充実	○救急医療・救急搬送体制の整備								
	3	心肺停止が疑われる者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を実施することができる	27	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	0.5	R3	1.4	R3	*
	4	救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコルに則し、適切な観察・判断・処置が実施できている	28	救急隊の救急救命士運用率	77.4	R2	92.6	R2	
	5	急性冠症候群及び脳卒中急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送できる	29	救急要請から(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した時間	43.1	R3	42.8	R3	
	6	急性冠症候群等の心血管疾患及び脳卒中の急性期医療に24時間対応できる体制が構築されている	30	ヘリコプター等による離島救急搬送患者数	541	R3	—	—	
			31	脳卒中中学会専門医数	40	R5	—	—	
			32	脳神経外科医師数	6.6	R3	5.9	R3	*
			33	脳卒中の専用病室を有する病院数	0.2	R3	0.2	R3	*
			34	脳卒中の専用病室を有する病床数	1.7	R3	1.3	R3	*
			35	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数	1.5	R3	0.8	R3	*
	36	経皮的選択的脳血栓、血栓溶解術(脳梗塞に対する血栓回収術)が実施可能な病院数	28	R4	—	—			
	○専門的医療提供体制の構築及び人材育成								
	7	24時間専門的治療が実施できる体制が整っている	37	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数(再掲)	1.5	R3	0.8	R3	*
			38	経皮的選択的脳血栓、血栓溶解術(脳梗塞に対する血栓回収術)が実施可能な病院数(再掲)	28	R4	—	—	
	8	回復期の医療機関やリハビリテーション施設との円滑な連携体制が構築されている	39	「脳卒中」医療連携への参加医療機関数	496	R4	—	—	
	9	地域の保健医療福祉サービスとの連携が整備されている	40	認定看護師数(救急看護)	18	R5.12	1,141	R5.12	
41			認定看護師数(集中ケア)	13	R5.12	978	R5.12		
42			認定看護師数(脳卒中、脳卒中リハビリテーション看護)	15	R5.12	804	R5.12		
10	離島・ハき地の医療体制が整っている	43	ハき地医療拠点病院の指定数	18	R4	—	—		
○在宅医療・リハビリテーションが可能な環境の整備									
11	在宅での療養支援体制が整っている	44	訪問診療を実施している診療所数・病院数	19.4	R4	21.9	H27	*	
		45	訪問看護ステーションに従事する看護師・准看護師数	895	R2	67,504	R2		
		46	訪問薬剤指導を実施する薬局数	25.8	R3	—	—	*	
	12	誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている	47	口腔機能管理を受ける医療機関数(急性期)	1	R4	—	—	
			48	リハビリテーションが実施可能な医療機関数(脳血管疾患)	9.9	R3	5.0	R3	*
			49	地域リハビリテーション広域支援センターの指定機関数	16	R4	—	—	
	13	急性期から回復期、生活期まで、切れ目のないリハビリテーション体制が整っている	50	回復期リハビリテーション病床数(脳血管疾患)	2,034	R2	88,593	R2	
			51	理学療法士数	2,794.5	R2	102,761.8	R2	
			52	作業療法士数	1,351.5	R2	64,359.1	R2	
			53	言語聴覚士数	421.2	R2	22,342.8	R2	
			54	社会福祉士数(医療ソーシャルワーカー)専従	245	R3	10,428	R3	
			55	社会福祉士数(医療ソーシャルワーカー)専任	104	R3	4,940	R3	
56	「脳卒中」医療連携への参加医療機関数(再掲)	496	R4	—	—				
3 循環器病 患者等を 支えるた めの環境 づくり	○循環器病に関する適切な情報提供・相談支援								
	14	かかりつけ薬剤師・薬局の薬学的管理・指導が可能な体制が構築されている	57	かかりつけ薬剤師指導料の届出薬局数	549	R5	—	—	
	15	相談支援体制等が整っている	58	県内の特定医療費(指定難病)助成の指定医療機関	2,386	R3	—	—	
			59	県内の小児慢性特定疾病医療費助成の指定医療機関	1,109	R4.3	—	—	
			60	脳卒中相談窓口の設置数	4	R4	—	—	
	○循環器病の後遺症を有する者に対する支援								
16	生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが提供される体制が整備されている	61	訪問リハビリを提供している事業所数	1,512	R4.10	—	—		
		62	通所リハビリを提供している事業所数	365	R4.10	—	—		
		63	老人保健施設定員数	6,381	R4.10	—	—		
17	在宅での療養支援体制が整っている(再掲)	64	訪問診療を実施している診療所数・病院数(再掲)	19.4	R4	21.9	H27	*	
		65	訪問看護ステーションに従事する看護師・准看護師数(再掲)	895	R2	67,504	R2		
		66	訪問薬剤指導を実施する薬局数(再掲)	25.8	R3	—	—	*	
18	循環器病の後遺症に対する支援体制が整っている	67	介護支援専門員数	5,642	R5.3	—	—		
		68	相談支援事業所で従事する相談員数	—	—	—	—		
		69	高次脳機能障害者支援協力病院の指定数	34	R元.7	—	—		
○治療と仕事の両立支援・就労支援									
19	治療と仕事の両立支援・就労支援体制が整っている	70	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	184	R4.3	12,087	R4.3		
		71	県高次脳機能障害者支援センターの相談件数	535	R3	—	—		

番号	中間アウトカム	中間アウトカム指標	現状値			
			鹿児島県		全国	

番号	分野アウトカム	分野アウトカム指標	現状値			
			鹿児島県		全国	

1	急性冠症候群等の心血管疾患及び脳卒中の発症を予防できる	1 脳血管疾患により救急搬送された患者数	3.8	R2	4.7	R2	*
		2 脳血管疾患の受療率(入院・外来)	146.0	R2	98.0	R2	*

2	急性冠症候群等の心血管疾患及び脳卒中の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的診療が可能な医療機関に到着できる	3 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	43.1	R3	42.8	R3	*
		4 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数	17.6	R3	11.4	R3	*
3	発症後早期に専門的な治療を開始し、心血管疾患リハビリテーション(心疾患)、リハビリテーション(脳卒中)及び心身の緩和ケア、再発予防の定期的専門的検査を受けることができる	5 脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療養等)の実施件数	16.2	R3	13.9	R3	*
		6 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	5.7	R3	4.3	R3	*
		7 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	4.8	R3	4.6	R3	*
		8 脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数	223.3	R3	258.8	R3	*
		9 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	1,105.8	R3	742.2	R3	*
		10 脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数	28.5	R3	31.9	R3	*
4	合併症や再発予防、在宅復帰のためのリハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができる	11 退院患者平均在院日数(再掲)	82.2	R2	79.2	R2	*
		12 脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(再掲)	223.3	R3	258.8	R3	*
5	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を受けることができる	13 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(再掲)	1,105.8	R3	742.2	R3	*
		14 ADL改善率	64.0	R3	—	—	
		15 在宅等生活の場に復帰した患者の割合	53.0	R2	54.4	R2	*
		16 在宅等生活の場に復帰した患者の割合(再掲)	53.0	R2	54.4	R2	*

1	脳卒中による死亡が減少している	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男性)	100.0	R2	93.8	R2	*
		脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性)	61.1	R2	56.4	R2	*
2	脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる	健康寿命(男性)	73.40	R元	72.68	R元	*
		健康寿命(女性)	76.23	R元	75.38	R元	*

6	日常生活の場で再発予防でき、生活機能維持・向上のためのリハビリテーション(脳卒中)及び心血管疾患リハビリテーション(心疾患)と心身の緩和ケアを受けることができ、合併症発症時には適切な対応を受けることができる	17 訪問看護利用者数	8,564	R2	848,317	R2	
		18 訪問リハビリを受ける利用者数	33,034	R3	1,468,991	R3	
		19 通所リハビリを受ける利用者数	211,445	R3	7,042,193	R3	
		20 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(再掲)	1,105.8	R3	742.2	R3	*
		21 脳卒中患者における地域連携計画等の実施件数	28.5	R3	31.9	R3	*
		22 在宅等生活の場に復帰した患者の割合(再掲)	53.0	R2	54.4	R2	*

心血管疾患ロジックモデル

IV該当箇所	番号	初期アウトカム	初期アウトカム指標	*は人口10万人対換算 現状値				
				鹿児島県	全国			
1 循環器病予防 の取組の強化	○循環器病の予防や発症時の対応等に関する普及啓発							
	1	循環器病の予防や発症時の対応等に関する普及活動ができて いる	1	20歳以上の喫煙者の割合	12.9	R4	16.7	R元*
			2	禁煙外来を行っている医療機関数	12.9	R2	12.6	R2*
			3	ニコチン依存管理の実施件数	128.7	R2	131.6	R2*
			4	健診受診率	76.3	R元	73.3	R元*
			5	1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の者の割合	13.3	R4	14.9	R元*
			6	1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の者の割合	7.4	R4	9.1	R元*
			7	高血圧有病者の推定数(予備軍含む)40~74男性	237,400	R3	—	—
			8	高血圧有病者の推定数(予備軍含む)40~74女性	199,200	R3	—	—
			9	収縮期血圧の平均値 40~74男性(全国は40歳以上)	127.6	R4	133.9	R元
			10	収縮期血圧の平均値 40~74女性(全国は40歳以上)	122.6	R4	129.0	R元
			11	糖尿病が強く疑われる者(HbA1c6.5以上)の割合20歳以上男性	8.5	H29	—	—
			12	糖尿病が強く疑われる者(HbA1c6.5以上)の割合20歳以上女性	2.9	H29	—	—
			13	LDLコレステロール160mg/d以上の者の割合 (40歳以上、内服加療中の者を含む、男性)(※年齢調整値)	8.1	H29	9.1	R元
			14	LDLコレステロール160mg/d以上の者の割合 (40歳以上、内服加療中の者を含む、女性)(※年齢調整値)	8.7	H29	12.3	R元
			15	20~60歳代男性の肥満者の割合	36.0	R4	32.4	H28
			16	40~60歳代女性の肥満者の割合	23.6	R4	21.6	H28
			17	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の推定数 (40~74歳男性)(※年齢調整値)	171,000	R2	—	—
			18	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の推定数 (40~74歳女性)(※年齢調整値)	62,000	R2	—	—
			19	1日当たりの食塩摂取量の平均値	10.2	R4	10.1	R元
			20	1日当たりの野菜摂取量の平均値	271.4	R4	281	R元
			21	1日当たりの果物摂取量の平均値	93.3	R4	99	R元
			22	40歳以上における歯周炎を有する者の割合(年齢調整値)	68.4	R4	56.2	H28
			23	健康サポート薬局数	21	R5	—	—
			24	循環器病予防のための啓発活動を行っている市町村の割合	88.6	R4	—	—
	○特定健康診査、特定保健指導等の実施率を向上に向けた取組							
2	特定健康診査、特定保健指導等の実施率を向上させる	25	特定健康診査の実施率	52.0	R3	56.5	R3	
		26	特定保健指導の実施率	25.9	R3	24.6	R3	
2 鹿児島・へき地を 含めた循環器 病の医療、介護 及び福祉等に 係るサービスの 提供体制の 充実	○救急医療・救急搬送体制の整備							
	3	心肺停止が疑われる者に対してAEDの使用を含めた救急蘇 生法等の適切な処置を実施することができる	27	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人数のうち、一般市民により除 細動が実施された件数	0.5	R3	1.4	R3*
	4	救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコールに則し、適切 な観察・判断・処置が実施できている	28	救急隊の救急救命士運用率	77.4	R2	92.6	R2
	5	急性冠症候群及び脳卒中急性期医療を担う医療機関へ速や かに搬送できる	29	救急要請から(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した時間	43.1	R3	42.8	R3
			30	ヘリコプター等による離島救急搬送患者数	541	R3	—	—
	6	急性冠症候群等の心血管疾患及び脳卒中の急性期医療に24 時間対応できる体制が構築されている	31	循環器内科医師数	13.7	R2	10.3	R2*
			32	心臓血管外科医師数	2.7	R2	2.5	R2*
			33	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数	0.1	R2	0.1	R2*
			34	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院の病床数	0.9	R2	1.3	R2*
			35	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	0.3	R3	0.3	R3
			36	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	6	R4	—	—
			37	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	24	R4	—	—
			38	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	9	R4	—	—
	○専門的医療提供体制の構築及び人材育成							
	7	24時間専門的治療が実施できる体制が整っている	39	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数(再掲)	6	R4	—	—
			40	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数(再掲)	24	R4	—	—
			41	大動脈瘤手術が可能な医療機関数(再掲)	9	R4	—	—
	8	地域の保健医療福祉サービスとの連携が整備されている	42	認定看護師数(救急看護)	18	R5.12	1,141	R5.12
			43	認定看護師数(集中ケア)	13	R5.12	978	R5.12
	9	離島・へき地の医療体制が整っている	44	へき地医療拠点病院の指定数	18	R4	—	—
	○在宅医療・リハビリテーションが可能な環境の整備							
	10	在宅での療養支援体制が整っている	45	訪問診療を実施している診療所数・病院数	19.4	R4	21.9	H27*
			46	訪問看護ステーションに従事する看護師・准看護師数	895	R2	67,504	R2
			47	訪問薬剤指導を実施する薬局数	25.8	R3	—	—
	11	急性期から回復期、生活期まで、切れ目のないリハビリテ ーション体制が整っている	48	リハビリテーションが実施可能な医療機関数(心血管疾患)	16.0	R3	6.2	R3*
			49	地域リハビリテーション広域支援センターの指定機関数	16	R4	—	—
50			回復期リハビリテーション病床数(心血管疾患)	1,793	R2	64,964	R2	
51			理学療法士数	2,794.5	R2	102,761.8	R2	
52			作業療法士数	1,351.5	R2	64,359.1	R2	
53			言語聴覚士数	421.2	R2	22,342.8	R2	
54			社会福祉士数(医療ソーシャルワーカー)専従	245	R3	10,428	R3	
55			社会福祉士数(医療ソーシャルワーカー)専任	104	R3	4,940	R3	
56			PCI(経皮的冠動脈インターベンション)の実施件数	194.2	R元	167.1	R元	
57			「心血管疾患」医療連携への参加医療機関数	509	R4	—	—	
3 循環器病患者 等を支えるた めの環境づく り	○循環器病に関する適切な情報提供・相談支援							
	12	かかりつけ薬剤師・薬局の薬学的管理・指導が可能な体制が構 築されている	58	かかりつけ薬剤師指導料の届出薬局数	549	R5	—	—
	13	相談支援体制等が整っている	59	県内の特定医療費(指定難病)助成の指定医療機関	2,386	R3	—	—
			60	県内の小児慢性特定疾病医療費助成の指定医療機関	1,109	R4.3	—	—
	○循環器病の後遺症を有する者に対する支援							
	14	生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが提供され る体制が整備されている	61	訪問リハビリを提供している事業所数	1,512	R4.10	—	—
	15	在宅での療養支援体制が整っている(再掲)	62	訪問診療を実施している診療所数・病院数(再掲)	19.4	R4	21.9	H27*
			63	訪問看護ステーションに従事する看護師・准看護師数(再掲)	895	R2	67,504	R2
			64	訪問薬剤指導を実施する薬局数(再掲)	25.8	R2	—	—
			65	介護支援専門員数	5,642	R5.3	—	—
16	循環器病の後遺症に対する支援体制が整っている	66	相談支援事業所で従事する相談員数	—	—	—	—	
		67	高次脳機能障害者支援協力病院の指定数	34	R元.7	—	—	
○治療と仕事の両立支援・就労支援								
17	治療と仕事の両立支援・就労支援体制が整っている	68	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	184	R4.3	12,087	R4.3	
		69	県高次脳機能障害者支援センターの相談件数	535	R3	—	—	
		70	産業保健センターの両立支援件数	24	R4	—	—	
		71	ハローワークの就労支援件数	71	R3	—	—	

番号	中間アウトカム	中間アウトカム指標	現状値			
			鹿児島県		全国	

番号	分野アウトカム	分野アウトカム指標	現状値			
			鹿児島県		全国	

1	急性冠症候群等の心血管疾患の発症を予防できる	1	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	0.7	R2	0.6	R2	*
		2	虚血性心疾患受療率	57	R2	51	R2	*

2	急性冠症候群等の心血管疾患及び脳卒中の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的診療が可能な医療機関に到着できる	3	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	43.1	R3	42.8	R3	
		4	心疾患による救急搬送患者の初発時の死亡数	-	-	-	-	
3	発症後早期に専門的な治療を開始し、心血管疾患リハビリテーション(心疾患)、リハビリテーション(脳卒中)及び心身の緩和ケア、再発予防の定期的専門的検査を受けることができる	5	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	33.3	R2	25.5	R2	*
		6	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	192.9	R2	167.2	R2	*
		7	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	13.5	R2	10.9	R2	*
		8	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	255.1	R2	182.1	R2	*
		9	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	1.3	R3	3.6	R3	*
		10	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	7.1	R2	12.4	R2	*
4	合併症や再発予防、在宅復帰のためのリハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができる	11	入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(再掲)	255.1	R2	182.1	R2	*
		12	外来心血管疾患リハビリテーション実施件数	131.3	R2	144.7	R2	*
		13	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	1.3	R3	3.6	R3	*
		14	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数(再掲)	7.1	R2	12.4	R2	*

1	心血管疾患による死亡が減少している	心疾患の年齢調整死亡率(男性)	180.2	R2	190.1	R2	*
		心疾患の年齢調整死亡率(女性)	116.4	R2	109.2	R2	*
		虚血性心疾患の年齢調整死亡率(男性)	59.8	R2	73.0	R2	*
		虚血性心疾患の年齢調整死亡率(女性)	30.7	R2	30.2	R2	*
2	心疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている	健康寿命(男性)	73.40	R元	72.68	R元	*
		健康寿命(女性)	76.23	R元	75.38	R元	*

5	日常生活の場で再発予防でき、生活機能維持・向上のためのリハビリテーション(脳卒中)及び心血管疾患リハビリテーション(心疾患)と心身の緩和ケアを受けることができ、合併症発症時には適切な対応を受けることができる	15	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	91.9	R2	92.3	R2	
		16	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(再掲)	131.3	R2	144.7	R2	*
		17	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)	1.3	R3	3.6	R3	*
		18	訪問看護利用者数	8,564	R2	848,317	R2	

参考指標

【指標分類欄凡例】

S : ストラクチャー指標

P : プロセス指標

O : アウトカム指標

- ・表中、「-」は数値データがないもの。
- ・表中、「*」はNDBから得られる数値で、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じたマスク処理がなされているもので、集計単位、集計項目ごとに秘匿値が設定されているもの。

脳卒中

指標分類	指標名	重要指標：○ 参考指標：○ その他：△	鹿児島 医療圏	南薩 医療圏	川薩 医療圏	出水 医療圏	始良・伊佐 医療圏	曾於 医療圏	肝属 医療圏	熊毛 医療圏	奄美 医療圏	県計	全国計
S	禁煙外来を行っている一般診療所数	○	74	11	9	9	28	6	12	1	13	163	13,577
	人口10万人対		10.8	8.4	7.7	10.7	11.7	7.5	7.8	2.4	11.9	10.0	10.6
S	禁煙外来を行っている病院数	○	19	3	4	1	9	2	2	2	6	48	2,529
	人口10万人対		2.8	2.3	3.4	1.1	3.8	2.5	1.3	4.8	5.4	2.9	2.0
P	喫煙率（男性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31.2	28.8
	喫煙率（女性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7.9	8.8
P	健康診断の受診率（%）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	49.7	53.1
P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（%）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	255.5	215.3
P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46.4	67.7
P	救急要請（寛知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間（分）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	43.1	42.8
S	脳血管疾患により救急搬送された患者数（0.1千人）	○	1.1	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8	219.5
	人口10万人対		0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1
S	脳神経内科医師数	◎	97	6	7	2	9	2	6	0	4	133	5,758
	人口10万人対		14.2	4.6	6.0	2.3	3.7	2.5	3.9	0.0	3.6	8.1	4.5
S	脳神経外科医師数	◎	61	6	4	4	17	2	13	1	1	109	7,528
	人口10万人対		8.9	4.6	3.4	4.7	7.1	2.5	8.4	2.4	0.9	6.6	5.8
S	救命救急センターを有する病院数	◎	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3	292
	人口10万人対		0.3	—	—	—	—	—	—	—	1.0	0.2	0.2
S	脳卒中の専用病室を有する病院数	◎	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	193
	人口10万人対		0.4	—	—	—	—	—	—	—	—	0.1	0.1
S	脳卒中の専用病室を有する病院の病床数	◎	28	—	—	—	—	—	—	—	—	28	1,577
	人口10万人対		4.1	—	—	—	—	—	—	—	—	1.7	1.2
S	脳卒中ケアユニットを有する病院数	◎	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	201
	人口10万人対		0.4	—	—	—	—	—	—	—	—	0.1	0.1
S	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数	◎	11	0	*	*	5	*	4	*	*	20	984
	人口10万人対		1.6	0	*	*	2.1	*	3	*	*	1.4	0.7
S	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）届出施設数	◎	33	8	5	6	17	—	7	—	5	81	3,009
	人口10万人対		4.8	6.1	4.3	7.1	7.1	—	4.5	—	4.5	4.9	2.3
S	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）届出施設数	◎	28	11	5	*	6	7	4	*	4	65	1,966
	人口10万人対		4.1	8.4	4.3	*	2.5	8.8	2.6	*	3.6	3.9	1.4
S	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）届出施設数	◎	27	8	4	0	8	4	5	*	7	63	1,537
	人口10万人対		3.9	6.1	3.4	0.0	3.3	5.0	3.2	*	6.4	3.8	1.2
P	ニコチン依存管理料を算定する患者数（医療機関数）	△	81	11	15	8	24	5	14	4	15	177	13,461
	（算定回数）		886	132	247	144	233	72	172	79	133	2,098	167,255
	（レセプト件数）		671	104	182	96	182	50	130	62	105	1,582	126,101
	人口10万人対		11.9	8.6	13.1	9.6	10.1	6.3	9.2	9.8	13.9	10.9	10.6

脳卒中

指標分類	指標名	重要指標：○ 参考指標：○ その他：△	鹿児島医療圏	南薩医療圏	川薩医療圏	出水医療圏	始良・伊佐医療圏	曾於医療圏	肝属医療圏	熊毛医療圏	奄美医療圏	県計	全国計
P	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数（医療機関数）	◎	11	0	*	*	5	*	4	*	*	20	1,007
	（算定回数）		244	0	29	29	21	*	20	*	31	374	16,923
	（レセプト件数）		183	0	19	27	18	*	19	*	19	285	14,451
	人口10万人対		1.6	0.0	*	*	2.1	*	2.6	*	*	1.2	0.7
P	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（医療機関数）	△	8	*	*	*	*	*	3	*	*	11	600
	（算定回数）		126	*	26	*	*	13	22	*	11	198	16,166
	（レセプト件数）		126	*	24	*	*	13	22	*	11	196	15,998
	人口10万人当たり		1.1	*	*	*	*	*	1.9	*	*	0.6	0.4
P	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（医療機関数）	○	7	*	*	*	4	*	3	0	*	14	674
	（算定回数）		63	*	*	*	*	*	18	0	11	92	6,778
	（レセプト件数）		57	*	*	*	*	*	17	0	10	84	6,722
	人口10万人対		1.0	*	*	*	1.6	*	1.9	0.0	*	0.8	0.5
P	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（医療機関数）	○	7	*	*	*	*	*	*	*	*	7	550
	（算定回数）		78	*	*	*	*	*	*	*	*	78	5,831
	（レセプト件数）		78	*	*	*	*	*	*	*	*	78	5,765
	人口10万人対		1.0	*	*	*	*	*	*	*	*	0.4	0.4
P	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）	△	69	20	9	5	22	9	11	3	14	162	6,387
	（算定回数）		788,136	111,328	102,240	67,408	241,148	16,806	180,919	38,867	47,658	1,594,510	77,769,424
	（レセプト件数）		8,705	1,086	1,088	845	2,400	344	1,912	402	1,108	17,890	940,007
	人口10万人対		10.1	15.3	7.7	5.9	9.2	11.3	7.1	7.3	12.8	9.9	5.0
P	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（医療機関数）	○	5	0	0	0	*	*	*	0	0	5	716
	（算定回数）		446	0	0	0	0	*	*	0	0	265	40,465
	（レセプト件数）		446	0	0	0	0	*	*	0	0	265	40,459
	人口10万人対		0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
P	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数（算定回数）	○	638	0	185	12	0	0	106	0	0	941	50,278
	（レセプト件数）		638	0	185	12	0	0	106	0	0	941	50,267
	人口10万人対		92.5	0.0	152.2	13.5	0.0	0.0	65.5	0.0	0.0	36.0	34.9
O	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数（0.1千人）	○	1.8	0.6	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.7	5.1	306.6
O	脳血管疾患患者数（0.1千人）	△	3.7	0.8	0.7	0.5	1.6	0.0	0.9	0.0	1.1	9.7	555.7
O	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	△	49.3	68.6	36.3	48.1	52.9	63.9	54.5	55.6	63.7	53.0	54.4
O	脳血管疾患退院患者平均在院日数	◎	54.5	58.4	142.6	56.5	150.4	51.8	50.7	70.3	104.8	82.2	79.1
O	脳血管疾患による年齢調整死亡率（男性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	101.5	99.5
O	脳血管疾患による年齢調整死亡率（女性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60.8	58.1

心筋梗塞等の心血管疾患

指標分類	指標名	重要指標：○ 参考指標：○ その他：△	鹿児島	南薩	川薩	出水	指良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	県計	全国計
			医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏		
P	健康診断の受診率 (%)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76.3	73.3
P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 (%)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	255.5	215.3
P	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（分）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	43.1	42.8
S	禁煙外来を行っている一般診療所数	◎	74	11	9	9	28	6	12	1	13	163	13,577
	人口10万人対		10.8	8.4	7.7	10.7	11.7	7.5	7.8	2.4	11.9	10.0	10.6
S	禁煙外来を行っている病院数	◎	19	3	4	1	9	2	2	2	6	48	2,529
	人口10万人対		2.8	2.3	3.4	1.1	3.8	2.5	1.3	4.8	5.4	2.9	2.0
P	ニコチン依存管理料を算定する患者数（医療機関数）	○	81	11	15	8	24	5	14	4	15	177	13,461
	（算定回数）		886	132	247	144	233	72	172	79	133	2,098	167,255
	（レセプト件数）		671	104	182	96	182	50	130	62	105	1,582	126,101
	人口10万人対		11.9	8.6	13.1	9.6	10.1	6.3	9.2	9.8	13.9	10.9	10.6
P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46.4	67.7
P	喫煙率（男性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31.2	28.8
	喫煙率（女性）		—	—	—	—	—	—	—	—	—	7.9	8.8
S	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	◎	0	0	0	0	0	—	0	0	0	0.7	—
	人口10万人対		0	0	0	0	0	—	0	0	0	0	—
P	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	1,719
S	循環器内科医師数	◎	114	15	16	7	13	2	15	1	6	189	13,026
	人口10万人対		20.3	12.5	15.7	9.6	5.4	2.5	13.8	2.4	4.6	13.7	10.2
S	心臓血管外科医師数	◎	38	—	—	—	1	—	5	—	—	44	3,222
	人口10万人対		5.5	—	—	—	0.4	—	3.2	—	—	2.7	2.5
S	救命救急センターを有する病院数	◎	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3	292
	人口10万人対		0.3	—	—	—	—	—	—	—	1.0	0.2	0.2
S	心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院数	◎	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2	258
	人口10万人対		0.1	—	—	—	—	—	0.6	—	—	0.1	0.2
S	心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院の病床数	◎	12	—	—	—	—	—	2	—	—	14	1,584
	人口10万人対		1.7	—	—	—	—	—	1.3	—	—	0.8	1.2
S	大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数	◎	11	3	2	2	3	0	5	1	4	31	—
	人口10万人対		1.6	2.3	1.8	2.4	1.3	0.0	3.3	2.5	3.7	1.9	—
S	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数（医療機関数）	△	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	*	0.0	0.0	5.0	378.0
	人口10万人対		0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	*	0.0	0.0	0.3	0.3
S	心大血管リハビリテーション料（I）届出施設数	◎	16	3	1	2	3	0	4	0	1	30	1,303
	人口10万人対		2.3	2.3	0.8	2.4	1.2	0.0	2.6	0.0	0.9	1.8	1.1

心筋梗塞等の心血管疾患

指標分類	指標名	重要指標：○ 参考指標：○ その他：△	鹿児島	南薩	川薩	出水	指原・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	県計	全国計
			医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏		
S	心大血管リハビリテーション料(Ⅱ)届出施設数	◎	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	132
	人口10万人対		0.3	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
P	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)	△	16	*	*	*	3	0	3	0	*	22	1,119
	(算定回数)		32,983	3,278	2,525	3,658	11,014	0	16,131	0	960	71,921	3,363,642
	(レセプト件数)		2,104	269	99	245	489	0	953	0	87	4,246	231,547
	人口10万人対		2.3	*	*	*	1.2	0.0	1.9	0.0	*	1.3	0.8
P	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)	△	8	*	0	*	3	0	*	0	0	11	841
	(算定回数)		11,695	1,292	0	2,417	5,906	0	46	0	0	71,921	1,526,943
	(レセプト件数)		1,286	90	0	254	510	0	*	0	0	2,140	183,903
	人口10万人対		210.0	136.1	0.0	79.0	151.6	0.0	56.6	0.0	0.0	0.6	0.6
P	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(医療機関数)	◎	7	*	*	*	*	0	4	*	3	14	1,077
	(算定回数)		442	50	42	64	57	0	84	*	37	776	52,927
	(レセプト件数)		440	50	42	62	57	0	84	*	37	772	50,842
	人口10万人対		1.0	*	*	*	*	0.0	2.6	*	2.7	0.8	0.8
P	心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数(医療機関数)	◎	7	*	*	*	*	0	4	*	3	14	1,015
	(算定回数)		326	38	26	36	31	0	61	0	24	542	32,352
	(レセプト件数)		326	38	26	36	31	0	61	0	24	542	31,132
	人口10万人対		1.0	*	*	*	*	0.0	2.6	*	2.7	0.8	0.8
P	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	○	184	0	0	0	0	0	36	0	0	220	13,915
	(レセプト件数)		184	0	0	0	0	0	36	0	0	220	13,900
	人口10万人対		27.5	0	0	0	0	0	23.7	0	0	13.6	10.9
P	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(医療機関数)	○	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	453
	(算定回数)		21	0	0	0	0	0	0	0	0	21	2,767
	(レセプト件数)		21	0	0	0	0	0	0	0	0	21	2,767
	人口10万人対		0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3
O	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	◎	6.2	6.9	4.0	3.4	6.7	1.0	7.1	3.8	18.9	7.1	12.4
O	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合(0.1千人)	◎	2.9	0.0	0.0	0.7	0.6	—	1.3	0.0	0.0	6.8	9.8
	虚血性心疾患患者の割合(0.1千人)		3.1	0.0	0.0	0.8	0.7	0.0	1.4	0.0	0.0	7.4	10.4
	割合		92.9	82.3	86.9	93.7	84.4	—	96.4	84.6	91.2	91.3	93.5
O	心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	183.1	207.7
	心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	116.1	120.7

本計画における用語集

用語	解説
鹿児島CCUネットワーク	鹿児島市及び鹿児島市周辺の心臓救急医療体制の確保を目的とした、鹿児島市内の循環器系の診療科を有する6医療機関の輪番制による24時間の診療体制。 (参加医療機関)鹿児島大学病院心臓血管内科、国立病院機構鹿児島医療センター、鹿児島市立病院、鹿児島市医師会、中央病院、総合病院鹿児島生協病院
虚血性心疾患	動脈硬化の進行で冠動脈が狭窄し、心臓への血液の巡りが悪くなり、つまったりして起こる心疾患の総称。
人口動態統計	出生・死亡・婚姻・離婚及び死産の人口動態事象を把握するための、統計法に基づく基幹統計。
年齢調整死亡率	厚生労働省では、人口動態統計における年齢調整死亡率の算出にあたっては、平成2年から昭和60年モデル人口(昭和60年の国勢調査人口を基に補正した人口)を使用していたが、モデル人口が現実の人口構成と異なってきたことから、令和2年から平成27年モデル人口(平成27年の国勢調査人口を基に補正した人口)を使用することとしている。図表の平成22年までは、昭和60年モデル人口を使用している。
二次保健医療圏	保健医療資源の効率的かつ適正な配置による有効活用を図り、県民が保健医療サービスが受けられる保健医療提供体制の構築を図る地域的単位のうち、高度・特殊な医療を除く一般的な入院医療サービス等の提供が可能な圏域
SMR(標準化死亡比)	全国の年齢構成ごとの死亡率を本県の人口構成に当てはめて算出した期待死亡数と実際の死亡数を比較するもの。全国を100とし、100を超えれば死亡率が高い、小さければ低いと判断される。 $\text{標準化死亡比 (SMR)} = \frac{\text{観察集団の死亡数}}{(\text{基準集団の年齢階級別死亡率} \times \text{観察集団の年齢階級別人口}) \text{の各年齢階級の合計}} \times 100$
健康寿命	心身ともに自立した活動的な状態で生存できる期間。
平均寿命	0歳の者が生存する年数の平均。
特定健康診査	40歳以上74歳以下の者を実施する高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査
特定保健指導	特定健康診査の結果、健康の保持に努める必要がある者に対して実施する保健指導
メディカルコントロール	救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置の質を保証するために、救急救命士に対する指示及び救急隊員に対する指導・助言体制の充実、救急活動の医学的観点からの事後検証体制の充実、救急救命士の病院実習等の再教育体制の充実等を整備していくシステムのこと。
t-PA療法	tissue-plasminogen activator療法の略称。 血栓溶解療法といい、脳の血管に詰まった血栓を溶かす薬を使い、血流を回復させる治療法であり、平成17年に脳梗塞への健康保険適用が認められた。
PSC	Primary Stroke Centerの略称。 日本脳卒中学会が認定している、一次脳卒中センターを指す。
5疾病	がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患
5事業	救急医療、災害医療、離島・へき地医療、周産期医療、小児・小児救急医療
地域連携クリティカルパス	急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有しているもの。
PSC	Primary Stroke Centerの略称。 日本脳卒中学会が認定している、一次脳卒中センターを指す。
PCI	percutaneous coronary intervention(経皮的冠動脈形成術)の略
小児慢性特定疾病	児童又は児童以外の満20歳に満たない者が当該疾病にかかっていることにより、長期にわたり療養を必要とし、その生命に危険が及ぶおそれがあるものであって、療養のために多額の費用を要するものとして厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定める疾病。
服薬アドヒアランス	患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って薬を用いた治療を受けること。

鹿児島県循環器病対策推進協議会設置要綱

(設置)

第1条 「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)第11条に規定する都道府県計画である「鹿児島県循環器病対策推進計画」(以下「計画」という。)の策定等に関し、必要な事項を検討するため、「鹿児島県循環器病対策推進協議会」(以下「協議会」という。)を設置する。

(所掌事項)

第2条 協議会の所掌事項は、次のとおりとする。

- (1) 計画の策定に関すること。
- (2) その他循環器病対策の推進に関すること。

(組織等)

第3条 協議会は、くらし保健福祉部長が委嘱する委員をもって構成する。

- 2 協議会に会長、副会長を置く。
- 3 会長は、委員の中から互選するものとし、副会長は会長が指名するものとする。
- 4 会長は、協議会の会務を総理し、会議の議長となる。
- 5 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(任期)

第4条 委員の任期は、3年とする。ただし、委員に欠員が生じた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会議)

第5条 協議会は、必要に応じて会長が招集する。

- 2 会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(部会の設置)

第6条 協議会は、部会を置くことができる。

- 2 部会に属すべき委員は、会長が指名する。
- 3 部会に部会長を置き、当該部会に属する委員の互選により選任する。
- 4 部会長は、当該部会の事務を掌理する。
- 5 部会長に事故があるときは、当該部会に属する委員のうちから部会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
- 6 部会長は、必要があると認めるときは、部会委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第7条 協議会の庶務は、鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課において処理する。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営等に関し必要な事項は、会長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和3年7月13日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年2月13日から施行する。

循環器病対策推進協議会委員名簿

(令和6年3月15日現在)

氏名	所属・役職
あいほし そうご 相星 壮吾	鹿児島県保健所長会 名瀬保健所長
い こま なりとし 生駒 成亨	一般社団法人 鹿児島県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連絡協議会 理事
い ぢ ち ひろし 伊地知 博史	公益社団法人 鹿児島県歯科医師会 会長
い わもと のぶひで 岩元 暢秀	公益社団法人 鹿児島県薬剤師会 専務理事
おおいし みつる 大石 充	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 心臓血管・高血圧内科学 教授
かきはな やすゆき 垣花 泰之	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 救急・集中医療医学 教授
かみの その あやみ 上之園 綾美	心疾患経験者
かわかみ まさと 川上 真人	鹿児島県消防長会 会長
く ぼ かつゆき 久保 克之	脳血管疾患経験者
しもどうその めぐみ 下堂園 恵	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 リハビリテーション医学 教授
そ が よしはる 曽我 欣治	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 心臓血管外科学 教授
ときむら ひろし 時村 洋	鹿児島市立病院 副院長・脳神経外科部長・脳卒中センター長
なかしま ひとし 中島 均	公益社団法人 鹿児島県医師会 常任理事
のむら みずほ 野村 瑞穂	鹿児島県医療ソーシャルワーカー協会 鹿児島大学病院 ソーシャルワーカー
はなや りょうすけ 花谷 亮典	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 脳神経外科学 教授
はやし けいこ 林 恵子	公益社団法人 鹿児島県看護協会 常任理事
ほしの やすひろ 星野 泰啓	鹿児島県地域包括・在宅介護支援 センター協議会 理事
まつおか ひでき 松岡 秀樹	公益社団法人日本脳卒中協会 鹿児島県支部 支部長
まつした つよし 松下 剛	鹿児島県消防長会 会長
みなみ あきこ 南 明子	肝属・曾於地域保健活動連絡協議会 循環器疾患等部会 保健師
よしはら ひであき 吉原 秀明	鹿児島県救急業務高度化協議会 会長

(五十音順・敬称略)

《資料》

脳卒中

指標分類	指標名	重要指標：○ 参考指標：○ その他：△	鹿児島 医療圏	南薩 医療圏	川薩 医療圏	出水 医療圏	始良・伊佐 医療圏	曾於 医療圏	肝属 医療圏	熊毛 医療圏	奄美 医療圏	県計	全国計
S	禁煙外来を行っている一般診療所数	○	74	11	9	9	28	6	12	1	13	163	13,577
	人口10万人対		10.8	8.4	7.7	10.7	11.7	7.5	7.8	2.4	11.9	10.0	10.6
S	禁煙外来を行っている病院数	○	19	3	4	1	9	2	2	2	6	48	2,529
	人口10万人対		2.8	2.3	3.4	1.1	3.8	2.5	1.3	4.8	5.4	2.9	2.0
P	喫煙率（男性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31.2	28.8
	喫煙率（女性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7.9	8.8
P	健康診断の受診率（%）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76.3	73.3
P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（%）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	255.5	215.3
P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46.4	67.7
P	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（分）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	43.1	42.8
S	脳血管疾患により救急搬送された患者数（0.1千人）	○	1.1	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8	219.5
	人口10万人対		0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1
S	神経内科医師数	◎	97	6	7	2	9	2	6	0	4	133	5,758
	人口10万人対		14.2	4.6	6.0	2.3	3.7	2.5	3.9	0.0	3.6	8.1	4.5
S	脳神経外科医師数	◎	61	6	4	4	17	2	13	1	1	109	7,528
	人口10万人対		8.9	4.6	3.4	4.7	7.1	2.5	8.4	2.4	0.9	6.6	5.8
S	救命救急センターを有する病院数	◎	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3	292
	人口10万人対		0.3	—	—	—	—	—	—	—	1.0	0.2	0.2
S	脳卒中の専用病室を有する病院数	◎	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	193
	人口10万人対		0.4	—	—	—	—	—	—	—	—	0.1	0.1
S	脳卒中の専用病室を有する病院の病床数	◎	28	—	—	—	—	—	—	—	—	28	1,577
	人口10万人対		4.1	—	—	—	—	—	—	—	—	1.7	1.2
S	脳卒中ケアユニットを有する病院数	◎	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	201
	人口10万人対		0.4	—	—	—	—	—	—	—	—	0.1	0.1
S	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数	◎	11	0	—	—	5	—	4	—	4	24	984
	人口10万人対		1.6	0	—	—	2.1	—	3	—	3.6	1.4	0.7
S	脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅰ）届出施設数	◎	33	8	5	6	17	—	7	—	5	81	3,009
	人口10万人対		4.8	6.1	4.3	7.1	7.1	—	4.5	—	4.5	4.9	2.3
S	脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅱ）届出施設数	◎	28	11	5	—	6	7	4	—	4	65	1,966
	人口10万人対		4.1	8.4	4.3	—	2.5	8.8	2.6	—	3.6	3.9	1.4
S	脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅲ）届出施設数	◎	27	8	4	0	8	4	5	—	7	63	1,537
	人口10万人対		3.9	6.1	3.4	0.0	3.3	5.0	3.2	—	6.4	3.8	1.2
P	ニコチン依存管理料を算定する患者数（医療機関数）	△	81	11	15	8	24	5	14	4	15	177	13,461
	（算定回数）		886	132	247	144	233	72	172	79	133	2,098	167,255
	（レセプト件数）		671	104	182	96	182	50	130	62	105	1,582	126,101
	人口10万人対		11.9	8.6	13.1	9.6	10.1	6.3	9.2	9.8	13.9	10.9	10.6

脳卒中

指標分類	指標名	重要指標：○ 参考指標：○ その他：△	鹿児島 医療圏	南薩 医療圏	川薩 医療圏	出水 医療圏	始良・伊佐 医療圏	曾於 医療圏	肝属 医療圏	熊毛 医療圏	奄美 医療圏	県計	全国計
P	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数（医療機関数）	◎	11	0	*	*	5	*	4	*	*	*	1,007
	（算定回数）		244	0	29	29	21	*	20	*	31	374	16,923
	（レセプト件数）		183	0	19	27	18	*	19	*	19	285	14,451
	人口10万人対		1.6	0.0	*	*	2.1	*	2.6	*	*	*	*
P	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（医療機関数）	△	8	*	*	*	*	*	3	*	*	11	600
	（算定回数）		126	*	26	*	*	13	22	*	11	198	16,166
	（レセプト件数）		126	*	24	*	*	13	22	*	11	196	15,998
	人口10万人当たり		1.1	*	*	*	*	*	1.9	*	*	*	0.6
P	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（医療機関数）	○	7	*	*	*	4	*	3	0	*	*	674
	（算定回数）		63	*	*	*	*	*	18	0	11	*	6,778
	（レセプト件数）		57	*	*	*	*	*	17	0	10	*	6,722
	人口10万人対		1.0	*	*	*	1.6	*	1.9	0.0	*	*	*
P	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（医療機関数）	○	7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	550
	（算定回数）		78	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5,831
	（レセプト件数）		78	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5,765
	人口10万人対		1.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
P	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）	△	69	20	9	5	22	9	11	3	14	162	6,387
	（算定回数）		788,136	111,328	102,240	67,408	241,148	16,806	180,919	38,867	47,658	1,594,510	77,769,424
	（レセプト件数）		8,705	1,086	1,088	845	2,400	344	1,912	402	1,108	17,890	940,007
	人口10万人対		10.1	15.3	7.7	5.9	9.2	11.3	7.1	7.3	12.8	9.9	5.0
P	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（医療機関数）	○	5	0	0	0	*	*	*	0	0	*	716
	（算定回数）		446	0	0	0	15	*	*	0	0	*	40,465
	（レセプト件数）		446	0	0	0	15	*	*	0	0	*	40,459
	人口10万人対		0.7	0.0	0.0	0.0	*	*	*	0.0	0.0	*	0.5
P	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数（算定回数）	○	638	0	185	12	0	0	106	0	0	941	50,278
	（レセプト件数）		638	0	185	12	0	0	106	0	0	941	50,267
	人口10万人対		92.5	0.0	152.2	13.5	0.0	0.0	65.5	0.0	0.0	36.0	34.9
O	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数（0.1千人）	○	1.8	0.6	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.7	5.1	306.6
O	脳血管疾患患者数（0.1千人）	△	3.7	0.8	0.7	0.5	1.6	0.0	0.9	0.0	1.1	9.7	555.7
O	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	△	49.3	68.6	36.3	48.1	52.9	63.9	54.5	55.6	63.7	53.0	54.4
O	脳血管疾患退院患者平均在院日数	◎	54.5	58.4	142.6	56.5	150.4	51.8	50.7	70.3	104.8	82.2	79.1
O	脳血管疾患による年齢調整死亡率（男性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	101.5	99.5
O	脳血管疾患による年齢調整死亡率（女性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60.8	58.1

《資料》

心筋梗塞等の心血管疾患

指標分類	指標名	重要指標： ○ 参考指標： ○ その他：△	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	県計	全国計
			医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏		
P	健康診断の受診率 (%)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76.3	73.3
P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 (%)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	255.5	215.3
P	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（分）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	43.1	42.8
S	禁煙外来を行っている一般診療所数	◎	74	11	9	9	28	6	12	1	13	163	13,577
	人口10万人対		10.8	8.4	7.7	10.7	11.7	7.5	7.8	2.4	11.9	10.0	10.6
S	禁煙外来を行っている病院数	◎	19	3	4	1	9	2	2	2	6	48	2,529
	人口10万人対		2.8	2.3	3.4	1.1	3.8	2.5	1.3	4.8	5.4	2.9	2.0
P	ニコチン依存管理料を算定する患者数（医療機関数）	○	81	11	15	8	24	5	14	4	15	177	13,461
	（算定回数）		886	132	247	144	233	72	172	79	133	2,098	167,255
	（レセプト件数）		671	104	182	96	182	50	130	62	105	1,582	126,101
	人口10万人対		11.9	8.6	13.1	9.6	10.1	6.3	9.2	9.8	13.9	10.9	10.6
P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46.4	67.7
P	喫煙率（男性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31.2	28.8
	喫煙率（女性）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7.9	8.8
S	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	◎	0	0	0	0	0	—	0	0	0	0	0.7
	人口10万人対	◎	0	0	0	0	0	—	0	0	0	0	0
P	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	1,719
S	循環器内科医師数	◎	114	15	16	7	13	2	15	1	6	189	13,026
	人口10万人対		20.3	12.5	15.7	9.6	5.4	2.5	13.8	2.4	4.6	13.7	10.2
S	心臓血管外科医師数	◎	38	—	—	—	1	—	5	—	—	44	3,222
	人口10万人対		5.5	—	—	—	0.4	—	3.2	—	—	2.7	2.5
S	救命救急センターを有する病院数	◎	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3	292
	人口10万人対		0.3	—	—	—	—	—	—	—	1.0	0.2	0.2
S	心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院数	◎	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2	258
	人口10万人対		0.1	—	—	—	—	—	0.6	—	—	0.1	0.2
S	心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院の病床数	◎	12	—	—	—	—	—	2	—	—	14	1,584
	人口10万人対		1.7	—	—	—	—	—	1.3	—	—	0.8	1.2
S	大動脈/リレーンパンピング法が実施可能な病院数	◎	11	3	2	2	3	0	5	1	4	31	—
	人口10万人対		1.6	2.3	1.8	2.4	1.3	0.0	3.3	2.5	3.7	1.9	—
S	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数（医療機関数）	△	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	*	0.0	0.0	*	378.0
	人口10万人対		0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	*	0.0	0.0	*	0.3
S	心大血管リハビリテーション料（I）届出施設数	◎	16	3	1	2	3	0	4	0	1	30	1,303
	人口10万人対		2.3	2.3	0.8	2.4	1.2	0.0	2.6	0.0	0.9	1.8	1.1

心筋梗塞等の心血管疾患

指標分類	指標名	重要指標： ○ 参考指標： ◎ その他：△	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	県計	全国計
			医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏	医療圏		
S	心大血管リハビリテーション料 (Ⅱ)届出施設数	◎	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	132
	人口10万人対		0.3	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
P	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)	△	16	*	*	*	3	0	3	0	*	*	1,119
	(算定回数)		32,983	3,278	2,525	3,658	11,014	0	16,131	0	960	71,921	3,363,642
	(レセプト件数)		2,104	269	99	245	489	0	953	0	87	4,246	231,547
	人口10万人対		2.3	*	*	*	1.2	0.0	1.9	0.0	*	*	0.8
P	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)	△	8	*	0	*	3	0	*	0	0	*	841
	(算定回数)		11,695	1,292	0	2,417	5,906	0	46	0	0	71,921	1,526,943
	(レセプト件数)		1,286	90	0	254	510	0	*	0	0	2,140	183,903
	人口10万人対		1.2	*	0.0	*	1.3	0.0	*	0.0	0.0	*	0.6
P	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(医療機関数)	◎	7	*	*	*	*	0	4	*	3	*	1,077
	(算定回数)		442	50	42	64	57	0	84	*	37	*	52,927
	(レセプト件数)		440	50	42	62	57	0	84	*	37	*	50,842
	人口10万人対		1.0	*	*	*	*	0.0	2.6	*	2.7	*	0.8
P	心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数(医療機関数)	◎	7	*	*	*	*	0	4	*	3	*	1,015
	(算定回数)		326	38	26	36	31	0	61	0	24	542	32,352
	(レセプト件数)		326	38	26	36	31	0	61	0	24	542	31,132
	人口10万人対		1.0	*	*	*	*	0.0	2.6	*	2.7	*	0.8
P	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	○	184	0	0	0	0	0	36	0	0	220	13,915
	(レセプト件数)		184	0	0	0	0	0	36	0	0	220	13,900
	人口10万人対		27.5	0	0	0	0	0	23.7	0	0	13.6	10.9
P	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(医療機関数)	○	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	453
	(算定回数)		21	0	0	0	0	0	0	0	0	21	2,767
	(レセプト件数)		21	0	0	0	0	0	0	0	0	21	2,767
	人口10万人対		0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3
O	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	◎	6.2	6.9	4.0	3.4	6.7	1.0	7.1	3.8	18.9	7.1	12.4
O	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合(0.1千人)	◎	2.9	0.0	0.0	0.7	0.6	—	1.3	0.0	0.0	6.8	9.8
	虚血性心疾患患者の割合(0.1千人)		3.1	0.0	0.0	0.8	0.7	0.0	1.4	0.0	0.0	7.4	10.4
	割合		92.9	82.3	86.9	93.7	84.4	—	96.4	84.6	91.2	91.3	93.5
O	心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	183.1	207.7
	心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	116.1	120.7