

第2期宮崎県循環器病対策推進計画

令和6年3月

宮 崎 県

目 次

第1章 計画の策定にあたって	
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置づけ	1
3 計画の期間	1
第2章 宮崎県における循環器病の状況	
1 健康寿命の状況	2
2 死亡の状況	3
3 罹患の状況	4
第3章 基本方針と全体目標	
1 基本方針	6
2 全体目標	6
第4章 個別施策	
1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	7
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	10
(2) 医療提供体制の充実	
① 救急搬送体制の整備	11
② 急性期から回復期・維持期までの切れ目ない医療提供体制の確保	
ア 脳卒中に関する医療提供体制	12
イ 心血管疾患に関する医療提供体制	17
ウ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	21
エ 感染症拡大や災害時等の有事を見据えた対策	21
(3) 多職種連携による循環器病患者支援	
① 医療・介護の連携推進	22
② 後遺症を有する者に対する支援	23
③ 循環器病に対する適切な情報提供・相談支援	25
3 循環器病の研究推進への協力	25
第5章 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 関係者等の連携・役割分担	26
2 他の疾患等に係る対策との連携	26
3 循環器病対策の進捗状況の把握・評価	27
4 計画の見直し	27
5 指標	27

参考資料

宮崎県循環器病対策推進協議会名簿

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の趣旨

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、我が国の主要な死亡原因となっています。循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血等）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞等）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症等）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤等）、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、多くの疾患が含まれます。

令和4（2022）年の人口動態統計によると、本県の死因順位別では、心疾患は死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位となっており、両者を合わせると、令和4（2022）年に年間3千人以上の県民が亡くなっています。このように、循環器病は県民の生命や健康に重大な影響を及ぼすとともに、社会全体に大きな影響を与える疾患です。

このような中、誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成30年法律第105号。以下「基本法」という。）が平成30（2018）年12月に成立し、令和元（2019）年12月に施行されました。

基本法では、国は、循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、循環器病対策の推進に関する基本的な計画（以下「国の基本計画」という。）を策定することとされ、都道府県は、国の基本計画を基本とするとともに、都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を踏まえ、都道府県における循環器病対策の推進に関する計画を策定しなければならないとされています。

このため、令和5（2023）年3月に改定された国の基本計画を基本とし、本県の実情を踏まえ第2期となる「宮崎県循環器病対策推進計画」を策定するものです。

2 計画の位置づけ

この計画は、基本法第11条第1項に規定する都道府県循環器病対策推進計画であり、国の基本計画を基本とし、「第8次宮崎県医療計画」「健康みやざき行動計画21（第3次）」「宮崎県高齢者保健福祉計画」等の関連施策との整合性を図りつつ、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 計画の期間

令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とします。

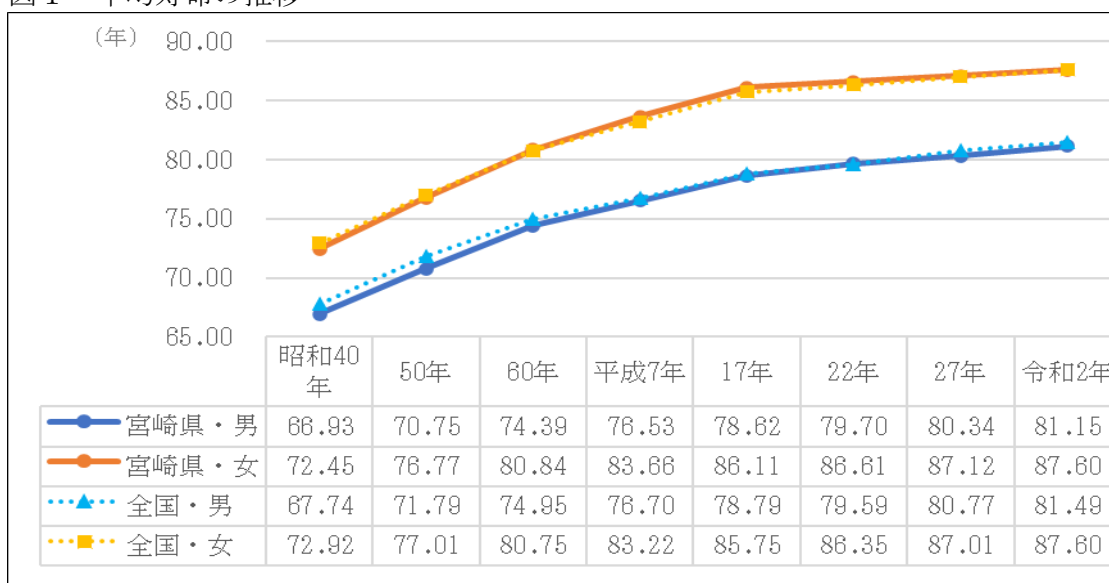
第2章 宮崎県における循環器病の状況

1 健康寿命の状況

本県の平均寿命は男女とも全国平均と同様に延伸傾向にあります。また、健康寿命は、令和元（2019）年は男性73.30年（全国9位）、女性76.71年（全国3位）となっています。

健康寿命と平均寿命の差である不健康な期間は、男性が7.95年、女性が10.91年となっており、全国値より短くなっています。

図1 平均寿命の推移



出典：厚生労働省「都道府県別生命表」

表1 健康寿命と平均寿命（令和元年）

区分	宮崎県		全国	
	男	女	男	女
健康寿命 (日常生活に制限のない期間の平均)	73.30年 (全国9位)	76.71年 (全国3位)	72.68年	75.38年
平均寿命 (健康寿命と不健康な期間の合計)	81.25年	87.62年	81.41年	87.45年
不健康な期間 (日常生活に制限のある期間の平均)	7.95年	10.91年	8.73年	12.06年

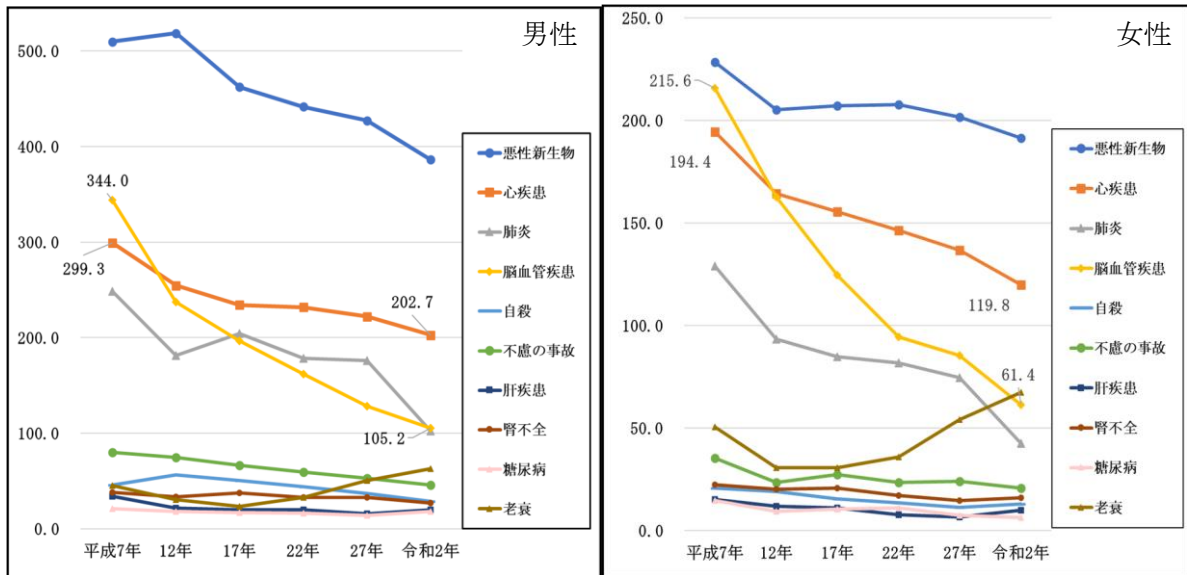
出典：厚生労働科学研究

「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」
 「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」
 において算出

2 死亡の状況

主な死因別の年齢調整死亡率の推移において、心疾患、脳血管疾患は男女ともに減少傾向を示しています。

図2 宮崎県の死因別年齢調整死亡率（人口10万対）



出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

令和2（2020）年の心疾患、脳血管疾患の年齢調整死亡率は全国に比べ男女ともに高くなっています。

表2 生活習慣病の年齢調整死亡率の年次推移（人口10万対）

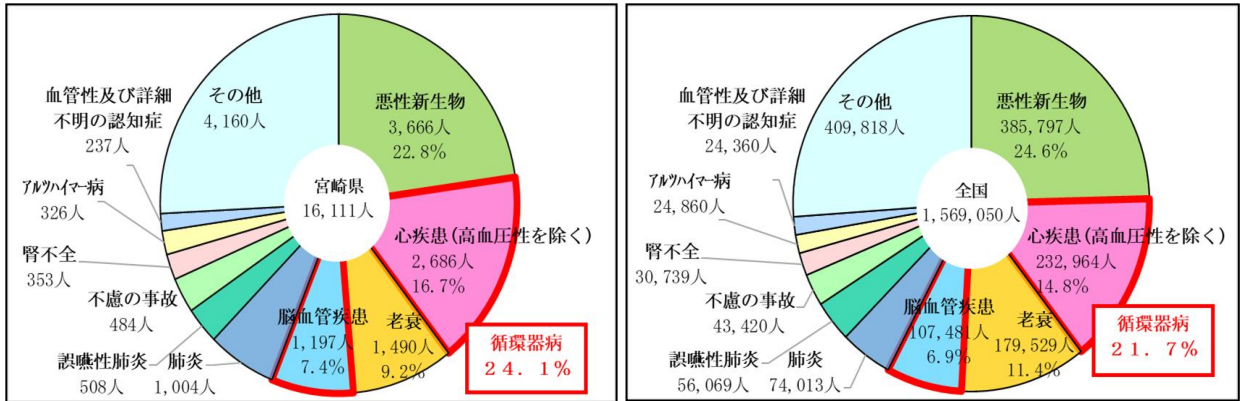
男性	悪性新生物			心疾患			脳血管疾患			糖尿病		
	宮崎県		全国	宮崎県		全国	宮崎県		全国	宮崎県		全国
	死亡率	全国順位 (ワースト)		死亡率	全国順位 (ワースト)		死亡率	全国順位 (ワースト)		死亡率	全国順位 (ワースト)	
平成2年	479.6	25	493.6	447.2	19	446.4	323.1	20	311.0	13.1	41	18.6
7年	509.8	31	537.7	299.3	26	308.4	344.0	16	327.4	21.1	36	25.5
12年	518.5	20	519.3	254.4	25	258.3	237.3	22	236.1	18.3	28	18.8
17年	462.4	39	494.4	234.2	36	249.2	196.7	21	194.3	16.9	27	17.8
22年	441.6	41	469.4	231.9	20	228.9	162.1	17	153.7	16.2	32	17.1
27年	427.3	26	433.0	222.2	10	203.6	128.0	14	116.0	13.7	31	14.3
令和2年	386.1	27	394.7	202.7	13	190.1	105.2	11	93.8	17.8	6	13.9

女性	悪性新生物			心疾患			脳血管疾患			糖尿病		
	宮崎県		全国	宮崎県		全国	宮崎県		全国	宮崎県		全国
	死亡率	全国順位 (ワースト)		死亡率	全国順位 (ワースト)		死亡率	全国順位 (ワースト)		死亡率	全国順位 (ワースト)	
平成2年	212.0	43	237.6	304.8	35	325.5	218.3	39	241.3	13.5	35	15.5
7年	228.3	36	244.6	194.4	33	206.9	215.6	33	230.5	14.7	43	18.5
12年	205.3	45	236.1	164.3	34	174.7	162.6	20	161.4	9.3	42	12.6
17年	207.0	43	225.0	155.5	32	161.8	124.6	23	125.3	10.5	32	11.6
22年	207.6	27	216.2	146.5	27	147.4	94.4	20	93.3	11.1	12	10.2
27年	201.5	23	206.6	136.6	15	127.4	85.4	9	72.6	7.5	27	7.9
令和2年	191.3	26	196.4	119.8	8	109.2	61.4	14	56.4	6.2	33	6.9

出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

心疾患と脳血管疾患を合わせた循環器病が全死亡原因の 24.1%を占めており、全国に比べて死亡原因に占める循環器病の割合が高くなっています。

図3 主要死因別死亡数・割合（令和4年）

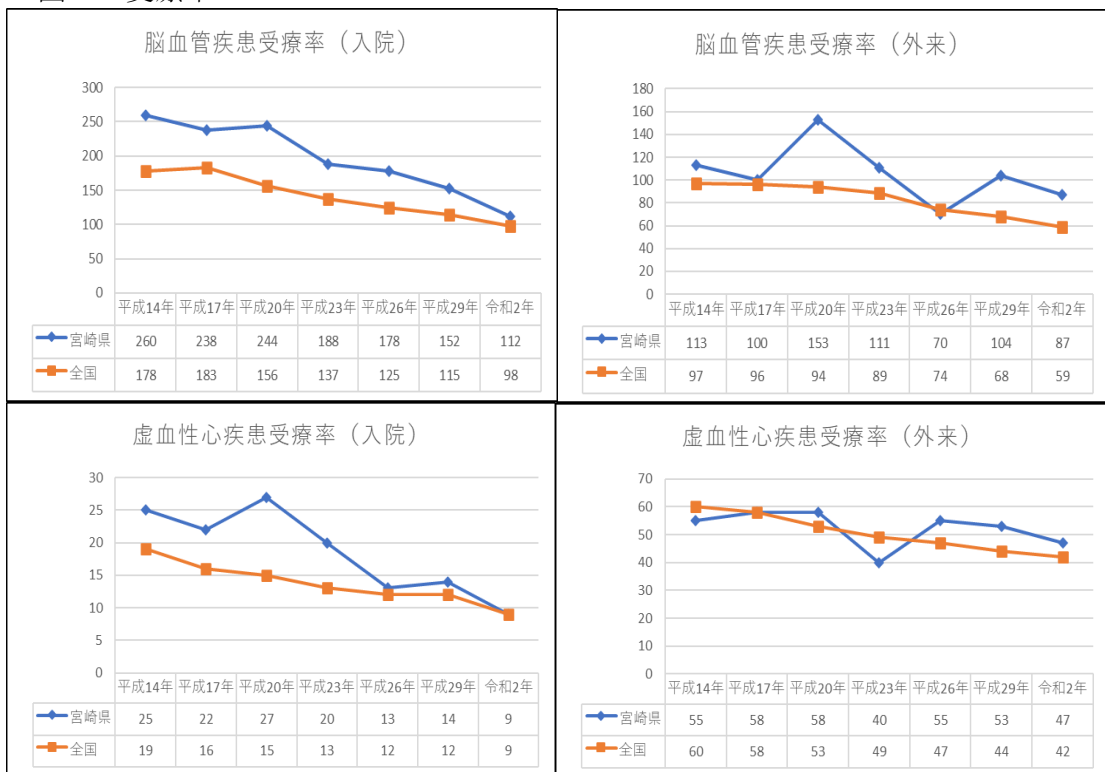


出典：厚生労働省「人口動態統計」

3 罹患の状況

令和2年（2020年）の患者調査による脳血管疾患、虚血性心疾患受療率（推計患者数を人口10万対であらわした数）は、虚血性心疾患の入院を除き、本県は入院・外来ともに全国より高くなっています。

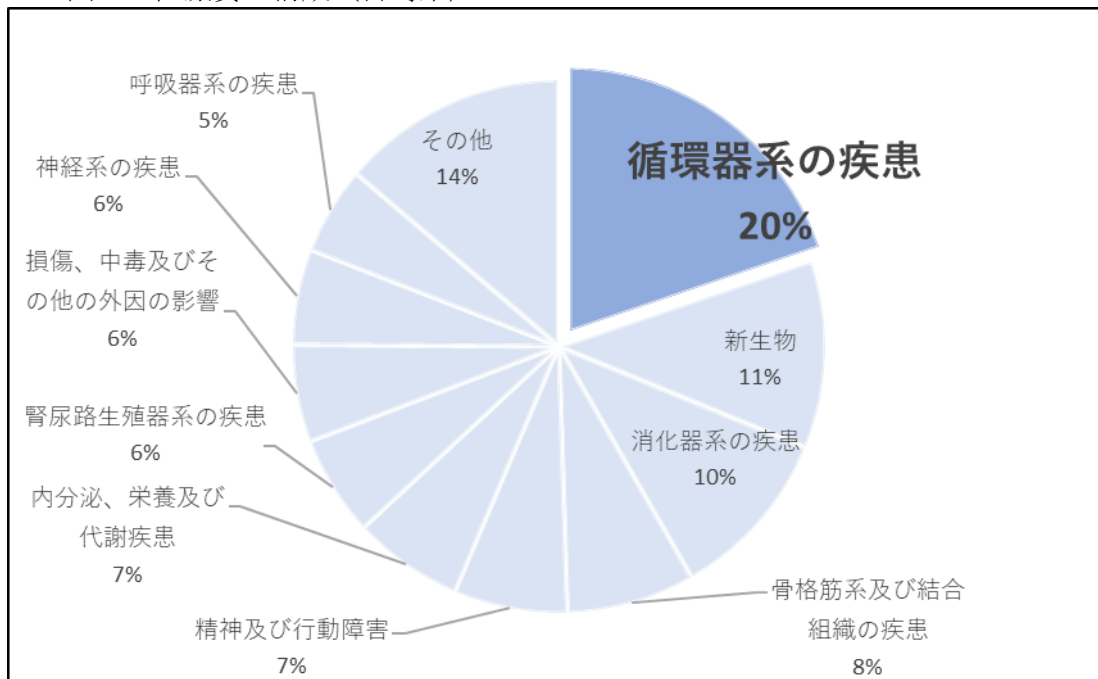
図4 受療率



出典：厚生労働省「患者調査」

疾病別医療費のうち循環器系の疾患が占める割合は第1位であり、20%となっています。

図5 医療費の構成（宮崎県）



出典：厚生労働省「都道府県別データブック（2021年度診療分のNDBデータ）」市町村国保、後期高齢、国保組合、被用者保険について入院（医科入院+DPC）、入院外（医科入院外+調剤）、歯科を集計。入院、歯科には食事療養費・生活療養費を含む。

第3章 基本方針と全体目標

国の基本計画を踏まえ、「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」、「循環器病の研究推進への協力」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します。

1 基本方針

- (1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発
- (2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実
- (3) 循環器病の研究推進への協力

2 全体目標

(1) 健康寿命の延伸

表3 宮崎県健康寿命（再掲）

	平成22年 (2010年)	令和元年 (2019年)
男性	71.06	73.30
女性	74.62	76.71

(2) 循環器病の年齢調整死亡率の減少

表4 宮崎県の循環器病の年齢調整死亡率（再掲）

		平成27年 (2015年)	令和2年 (2020年)
脳血管疾患による 年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	128.0	105.2
	女性	85.4	61.4
心疾患による 年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	222.2	202.7
	女性	136.6	119.8

第4章 個別施策

第3章で定めた全体目標を達成するため、以下の1から3までに掲げる個別施策を実施します。

1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

【現状・課題】

- 循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病の予備群、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行しますが、患者自身が気付かないうちに病気が進行するというケースも多く見られます。ただし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。このため、循環器病の発症予防のみならず、再発予防や重症化予防としても、生活習慣の改善が重要であるといえます。
- 本県の20歳から60歳代男性で、BMI 25以上の人の割合は約4割で、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は男女ともに改善傾向にあります。食塩の平均摂取量は増加傾向にあり、野菜の平均摂取量については目標に達していません。また、20歳から64歳の一日平均歩数（習慣歩数）は年々減少しているほか、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合も全国平均より高くなっています。
- 高血圧症や脂質異常症、糖尿病等は、循環器病に関係が深いことから、これらのリスクを軽減させるために、個人に合った適切な運動、バランスのとれた食事や食塩摂取量を適正にする（適塩）等、生活習慣の改善が必要です。
- 本県の成人の喫煙率は、男女とも減少傾向にありますが、引き続き喫煙及び受動喫煙が健康に及ぼす影響について、正しい理解を促すための啓発が必要となります。
- 本県の進行した歯周炎を持つ人の割合は、年齢層が高くなるに従い高くなっており、歯周病が全身に及ぼす健康影響（脳梗塞、心血管疾患、糖尿病との関係等）について正しい知識の啓発を行う必要があります。
- 循環器病は加齢とともに患者数が増加する傾向があります。高齢者の心不全とフレイル（虚弱）は相互に影響すると言われていることから、フレイル予防のための栄養・食生活、身体活動・運動、社会参加等について普及啓発を行うことが重要です。
- 県民が適切に循環器病の予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うことができるようにするためには、まずは、循環器病に関する正しい知識の普及啓発が必要です。あわせて、循環器病の後遺症はQOL（生活の質）の低下を招く大きな原因となることから県民が正しく理解する必要があります。加えて、循環器病は、急激に病態が変化する場合があるものの、適切な治療により予後を改善できる可能性があるため、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。このためにも県民に対す

る循環器病の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性に関する知識の啓発が重要です。

表5 県民の主要な生活習慣の現状

項目	対象	平成 28 年度 (2016 年度)	令和 4 年度 (2022 年度)
BMI 25 以上の人の割合※ ¹ (男性 20～60 歳代、 女性 40～60 歳代)	男性	39.8%	38.5%
	女性	29.4%	24.6%
高血圧有病者の割合※ ¹ ※収縮期血圧 140mmHg 以上、又は拡張期 血圧 90mmHg 以上、又は血圧を下げる 薬を服用している者 (40-74 歳)	男性	67.1%	50.4%
	女性	51.2%	38.7%
総コレステロール 240mg/dL 以上※ ¹ (40-79 歳)	男性	15.4%	9.9%
	女性	24.0%	11.0%
LDL コレステロール 160mg/dL 以上※ ¹ (40-79 歳)	男性	8.6%	10.0%
	女性	13.4%	11.5%
メタリックシフト [®] ロームの該当者 の割合(推計数) ※ ¹ (40-74 歳)	男性	27% (60,000 人)	18.8% (45,000 人)
	女性	12% (29,000 人)	7.9% (20,000 人)
メタリックシフト [®] ロームの予備群 の割合(推計数) ※ ¹ (40-74 歳)	男性	31% (77,000 人)	24.3% (59,000 人)
	女性	16% (43,000 人)	8.4% (21,000 人)
生活習慣病のリスクを高める量 を飲酒している者の割合※ ¹ ※ 1 日当たりの純アルコール摂取量が 男性 40g 以上、女性 20g 以上の者	男性	18.7%	20.1%
	女性	13.3%	12.5%
喫煙率※ ¹	男性	27.8%	24.0%
	女性	6.6%	3.7%
1 日平均食塩摂取量※ ¹	男性	10.6g	11.7g
	女性	9.2g	9.4g
1 日平均野菜摂取量※ ¹		278g	236g
1 日平均歩数※ ¹	男性(20～64 歳)	7,092 歩	6,240 歩
	女性(20～64 歳)	6,256 歩	5,410 歩
	男性(65 歳以上)	5,993 歩	4,868 歩
	女性(65 歳以上)	5,481 歩	4,377 歩
進行した歯周炎を持つ人 の割合※ ²	25～34 歳	44.4%	52.7%
	35～44 歳	43.3%	72.4%
	45～54 歳	57.5%	74.8%

出典：※¹ 宮崎県「県民健康・栄養調査」

※² 「宮崎県歯科医療機関調査」

※¹ のうち、飲酒している者の割合及び喫煙率以外の項目は、平成 28 年度と令和 4 年度では査方法が異なるため、単純比較はできないことに留意

【取り組むべき施策】

- 乳幼児期から高齢期までのライフステージに応じて、生活習慣（栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、歯と口の健康等）や社会環境の改善を通じた生活習慣病の予防を推進するとともに、その一環として発症予防につながる生活習慣の正しい情報提供を行い、県民が予防に取り組みやすい環境の整備や支援を行います。また、小児期からの望ましい生活習慣や食習慣の定着を図る必要があることから、食育を通じた取組を推進します。
- 循環器病の予防には生活習慣の改善が重要なことから、日常生活の中でこまめに身体を動かす、主食・主菜・副菜のそろったバランスのよい食事をとる、野菜料理・塩分控えめのレシピを活用する等、実践的指導を行います。
- 栄養・食生活の中でも、特に適塩は高血圧改善と関連があることから、市町村や関係団体等と連携して適塩の工夫や栄養成分表示の活用等について広く普及啓発を行うとともに、食品製造・販売店や商業施設、事業所等と連携して適塩の情報発信等を行い、環境整備を進めます。
- 喫煙が健康に及ぼす影響に関する普及啓発や禁煙治療に係る情報提供に取り組むことにより、喫煙率の減少を図るとともに、健康増進法に基づき、受動喫煙防止対策に係る取組を推進します。
- 妊娠期（胎児期）から高齢期まで、正しい歯科保健に関する知識を身につけることができるよう支援するとともに、かかりつけ歯科医における定期的な歯科健診の必要性について普及啓発を行います。
- フレイルやサルコペニア（高齢になるに伴い、筋肉の量が減少していく現象）予防のため、ロコモ予防運動推進事業をとおして、身体活動・運動を推進しています。
※ロコモティブシンドローム（運動器症候群）…運動器の障害のため、立ったり歩いたりするための身体能力（移動機能）が低下した状態のこと。
- 正しい知識の普及啓発を行う際には、SNS等を活用した情報発信や県民公開講座の開催、企業との連携、関係団体（循環器病アドバイザー等）による啓発の取組等、多様な手段を用いて、循環器病の予防、再発予防・重症化予防、発症早期の適切な対応、後遺症等に関する知識等について、科学的知見に基づき、分かりやすく効果的に伝わるような取組を進めます。
※循環器病アドバイザー…循環器病の予防啓発を担う人材。早ければ、令和6年2月から制度が始まる予定。

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・課題】

- 循環器病の多くは、不健康な生活習慣の継続等に端を発して発症するものであり、その経過は、生活習慣病予備群、生活習慣病発症に至り、生活習慣の改善がなされず、適切な治療を受けられない等の状況が続くと、再発・重症化・合併症発症、生活機能の低下・要介護状態の順に進行するため、予防の観点からも、循環器病の早期の診断・治療介入が必要です。心電図検査等で心房細動等の早期診断につなげるほか、循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、特定健康診査等の受診や、行動変容を促す保健指導が重要です。
- 特定健康診査・特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクに応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病の予防につなげることを目的としており、医療保険者に実施が義務づけられています。
- 令和3（2021）年度の特定健康診査の実施率は全国が56.5%、本県は51.5%となっており、国の目標値70%を大きく下回っています。また、特定保健指導の実施率は全国が24.6%、本県は26.5%となっており、国の目標値45%を大きく下回っています。
- 循環器病の危険因子の一つである糖尿病の発症予防・重症化予防の推進として、平成29（2017）年度に宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針を策定しました。本県では、この指針等に基づき、全ての市町村が糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいます。また、宮崎県保険者協議会と連携して全ての医療保険者での取組を推進しています。

【取り組むべき施策】

- 特定健康診査未受診者への受診勧奨を積極的に行い、医療保険者による健診実施率を上げ、生活習慣病の危険因子の早期発見を目指します。また、健診結果からハイリスクと判断された者を対象に実施する特定保健指導の実施率の向上を図り、生活習慣の改善によるリスク低減に取り組めます。
- 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、医療保険者と連携して、これらの業務従事者の資質向上等に係る取組を推進します。
- 高血圧症や糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患の合併症を予防するため、医療保険者やかかりつけ医と連携して、未治療者や治療中断者に対する受診勧奨を促進します。
- 心房細動は脳梗塞の発症リスクを高めるため、心電図検査により心房細動と診断された健診受診者に、医療機関の受診勧奨を行うとともに、心房細動の早期発見や心房細動患者における脳梗塞予防の重要性の啓発に努めます。

(2) 医療提供体制の充実

① 救急搬送体制の整備

【現状・課題】

- 循環器病は急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多くなっています。循環器病の治療に関しては、発症後早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性があることから、急性期には早急に適切な診療を開始する必要があります。

表6 救急搬送に要した時間

	宮崎県		全国	
	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	平成2年 (2020年)	令和3年 (2021年)
入電から現場到着までに 要した平均時間	9.7分	10.1分	8.9分	9.4分
入電から医師引継ぎまで に要した平均時間	41.3分	43.1分	40.6分	42.8分

出典：総務省消防庁「令和4年度版 救急・救助の現況」

- 休日・夜間における入院治療を要する重症救急患者を受け入れる第二次救急医療施設として、令和5（2023）年4月1日現在で64の救急告示施設（58病院、6診療所。第三次救急まで担う施設含む。）があります。二次医療圏ごとに休日・夜間の第二次救急を担う体制が構築されていますが、医師不足により一部診療科を休診せざるを得ない状況も出ている等、厳しい状況にあります。
- 初期・第二次の救急医療施設から重篤の転送患者を受け入れる第三次救急医療施設である救命救急センターは、宮崎大学医学部附属病院、県立宮崎病院と県立延岡病院の3施設となっています。宮崎大学医学部附属病院の救命救急センター開設と併せ、同病院を基地病院としてドクターヘリが運航されており、年間約450件前後の要請件数となっています。
- 宮崎大学医学部附属病院や県立宮崎病院、都城市郡医師会病院、宮崎市郡医師会病院において運行されているラピッド・ドクターカー※1やモバイルCCU※2に加えて、令和3年(2021年)4月に、県立延岡病院に患者搬送機能付きのドクターカーが導入され、医師がより早く医療を提供する取組が行われています。
※1 ラピッド・ドクターカー…医師や看護師等を必要資器材とともに現場に搬送することを目的とした緊急自動車。
※2 モバイルCCU…冠動脈疾患集中治療機能を備えた緊急自動車で、宮崎市郡医師会病院に配備されています。

【取り組むべき施策】

- 県民が脳卒中、急性心筋梗塞、緊急大動脈疾患等の発症時の症状を認識し、発症時は速やかに救急要請を行う重要性について、普及啓発を行います。

- 医師の疲弊を防ぎ救急医療体制を維持するためには、平日夜間・休日等の安易な時間外受診（いわゆるコンビニ受診）を減らす必要があるため、かかりつけ医を持ち、安易な時間外受診を控える等、県民に救急医療機関の適正受診を促すため、普及啓発を行います。
- 救急患者が発生した場合、救急要請から医療機関までの搬送については、随時医療機関へ受入可否の確認をする必要があります。このため迅速な搬送先選定に有効な情報提供方法、搬送拒否案件の検証・対応等について県及び二次医療圏ごとに設置しているメディカルコントロール協議会等を通じて、医療機関と搬送機関との協議を進めるとともに、相互の連携強化を図ります。
- 救急医療を担う医師や看護師、救急救命士をはじめとする救急隊員等を対象とした研修会の開催や各種研修への参加を支援する等、高度化する救急医療に対応できる医療従事者の養成に努めます。

② 急性期から回復期・維持期までの切れ目ない医療提供体制の確保

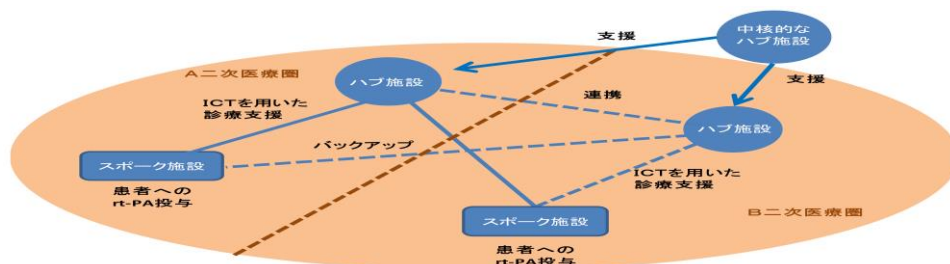
ア 脳卒中に関する医療提供体制

【現状・課題】

（急性期）

- 脳梗塞では、発症後 4.5 時間以内に rt-PA（アルテプラゼ）の投与による血栓溶解療法を実施することが有効であり、県内で同療法が可能として「超急性期脳卒中加算」の診療報酬施設基準を取得している医療機関は、令和 5（2023）年 9 月 1 日現在、10 箇所となっています。また、24 時間 365 日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬送後速やかに診療を開始できる一般社団法人日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センター（PSC）も、県内に 11 箇所あります。
※日本脳卒中学会が認定する施設（2023 年 4 月現在）
PSC： 県立延岡病院、和田病院、宮崎大学医学部附属病院、県立宮崎病院、潤和会記念病院、上田脳神経外科、金丸脳神経外科病院、都城市郡医師会病院、藤元総合病院、池田病院、県立日南病院
PSC コア施設（機械的血栓回収療法を実施できない施設からの患者を常時受け入れ、地域においてコアとなる PSC 施設）：潤和会記念病院
- 専門医のいない中山間地域の医療機関に脳卒中患者が搬送されてきた場合でも適切な対応ができるよう、専門医のいる医療機関と相談ができる遠隔診療支援システムの整備を推進します。

図 6 脳卒中にかかる遠隔診療支援ネットワーク概念図



※ハブ施設：地域の医療機関が行う rt-PA による治療を、遠隔で支援できる医師が常駐する施設
スポーク施設：ハブ施設の支援の下に、rt-PA による脳血栓溶解療法を行う施設

- 本県の脳神経外科医・神経内科医は、令和2（2020）年12月現在で、脳神経外科医は人口10万人当たり5.0人（全国5.8人）、脳神経内科医は人口10万人当たり3.7人（全国4.6人）となっており、全国平均に比べ少なくなっています。また、多い地域と少ない地域があり、偏在しています。
- 本県の7つの二次医療圏においては、現状では、急性期の脳卒中等に十分な対応ができないことから、二次医療圏の枠を越えて広域での受け入れが行われている状況であります。このため、次のような「脳卒中にかかる医療圏（急性期の医療体制）」を設定し、当該圏域における脳卒中にかかる医療の充実を図ります。

図7 脳卒中にかかる医療圏（急性期の医療体制）

2023年9月末時点

二次医療圏	脳卒中にかかる医療圏	急性期の脳卒中等にかかる急性期病院
延岡西白杵 日向入郷	県北地区	県立延岡病院、和田病院
宮崎東諸県 西都児湯	県央地区	潤和会記念病院、宮崎大学医学部附属病院、金丸脳神経外科病院、県立宮崎病院、上田脳神経外科
日南串間	県南地区	県立日南病院
都城北諸県 西諸	県西地区	池田病院、藤元総合病院、都城市郡医師会病院

（回復期・維持期）

- 脳卒中は、急性期の治療により生命が助かったとしても、後遺症が残ることが多く、介護が必要な状態になる主要な要因の一つとなっています。このため、急性期の治療・リハビリテーションから退院後のかかりつけ医による継続的な療養管理・指導等の在宅サービスまで、一連の医療が切れ目なく提供される連携体制の構築が必要です。
- 県内の脳血管疾患等リハビリテーションを行っている医療機関は令和5（2023）年9月現在131機関あり、宮崎県医療計画で定める7つの全ての二次医療圏に存在しています。
- 急性期から回復期・維持期まで切れ目なく医療・リハビリテーションが提供できるよう、一部の地域では地域連携クリティカルパス*が運用されています。
*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、治療を受ける医療機関で共有して用いるもの。

【取り組むべき施策】

（急性期）

- 超急性期血栓回収が必要な症例について、すみやかに専門施設で治療を受けること

ができるようなネットワークの構築を目指します。また、遠隔診療支援システムについても、対象疾患の脳卒中以外への拡大やハブ施設・スポーク施設の拡大等の取組を推進します。

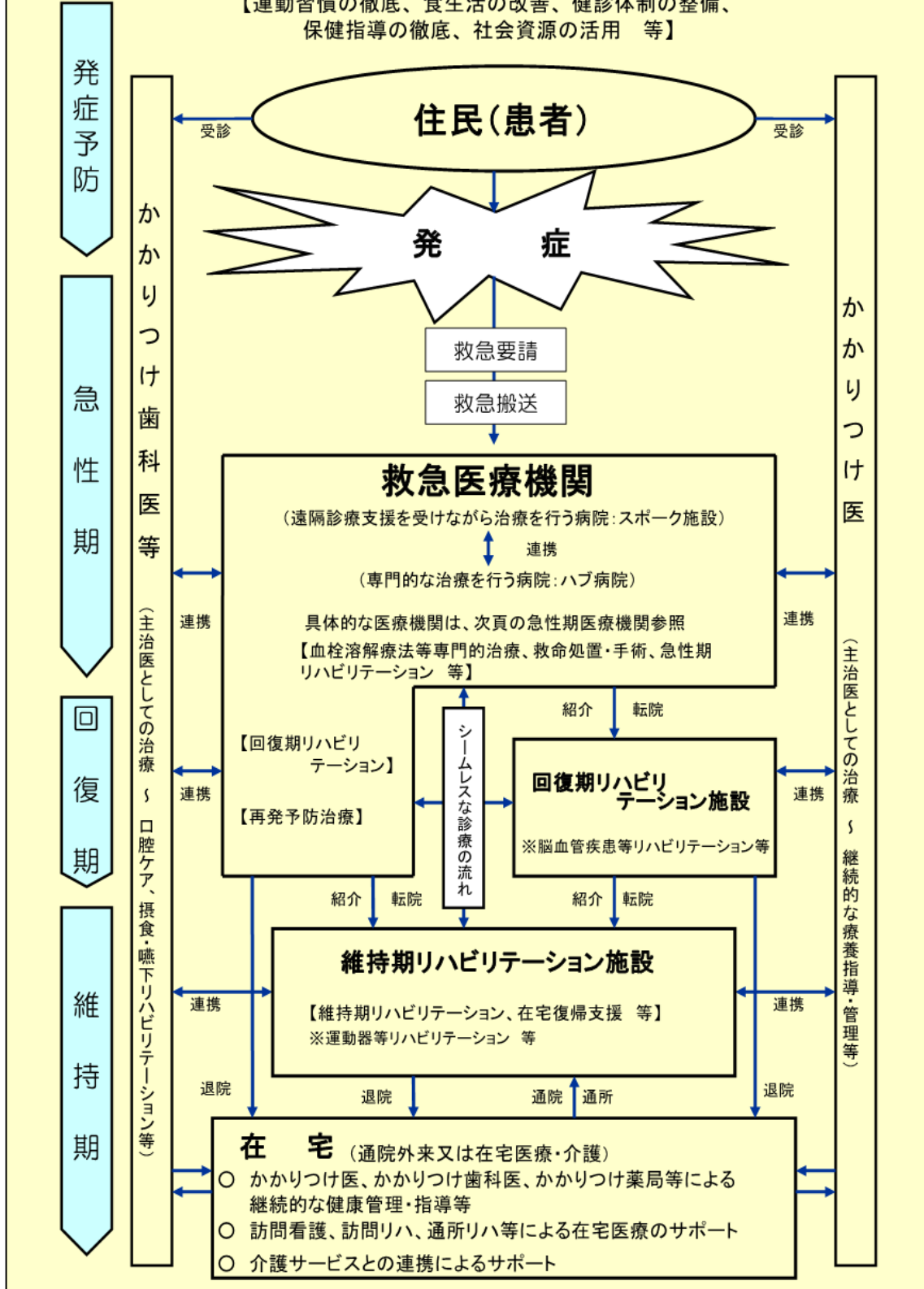
- 救急医療体制や病床の機能分化・連携（医療圏間での連携も含む。）につながる医療機関の施設設備の整備を推進します。
- 宮崎大学、医師会、医療機関、市町村等と密接に連携し、専門医の養成や専門医が不足する医療機関の専門医確保を支援します。

（回復期・維持期）

- 脳卒中の後遺症を低減するため、急性期から回復期・維持期を通して脳血管疾患等リハビリテーションを実施できるよう、医療機関や医療従事者（医師、理学療法士等）の育成を図る等、患者が住み慣れた地域で患者の状態に応じた多職種によるリハビリテーションを受けることができる体制の整備を促進します。
- 関係機関と連携し、専門・認定看護師等の専門性の高い看護師の増加に努めます。
- 口腔機能を維持し、合併症を予防するため、治療早期から病院内の歯科医師やかかりつけ歯科医と連携した口腔ケアと多職種と連携した摂食・嚥下リハビリテーションを促進します
- 地域連携クリティカルパスを導入する医療機関の増加や、県内全域への拡大・活用への検討等により、専門的治療を行う医療機関と継続的な療養管理・指導を行うかかりつけ医の間の連携を図る等、超急性期から急性期・回復期・維持期までの切れ目のない治療が円滑にできる医療提供体制の構築を目指します。

脳卒中の医療連携体制

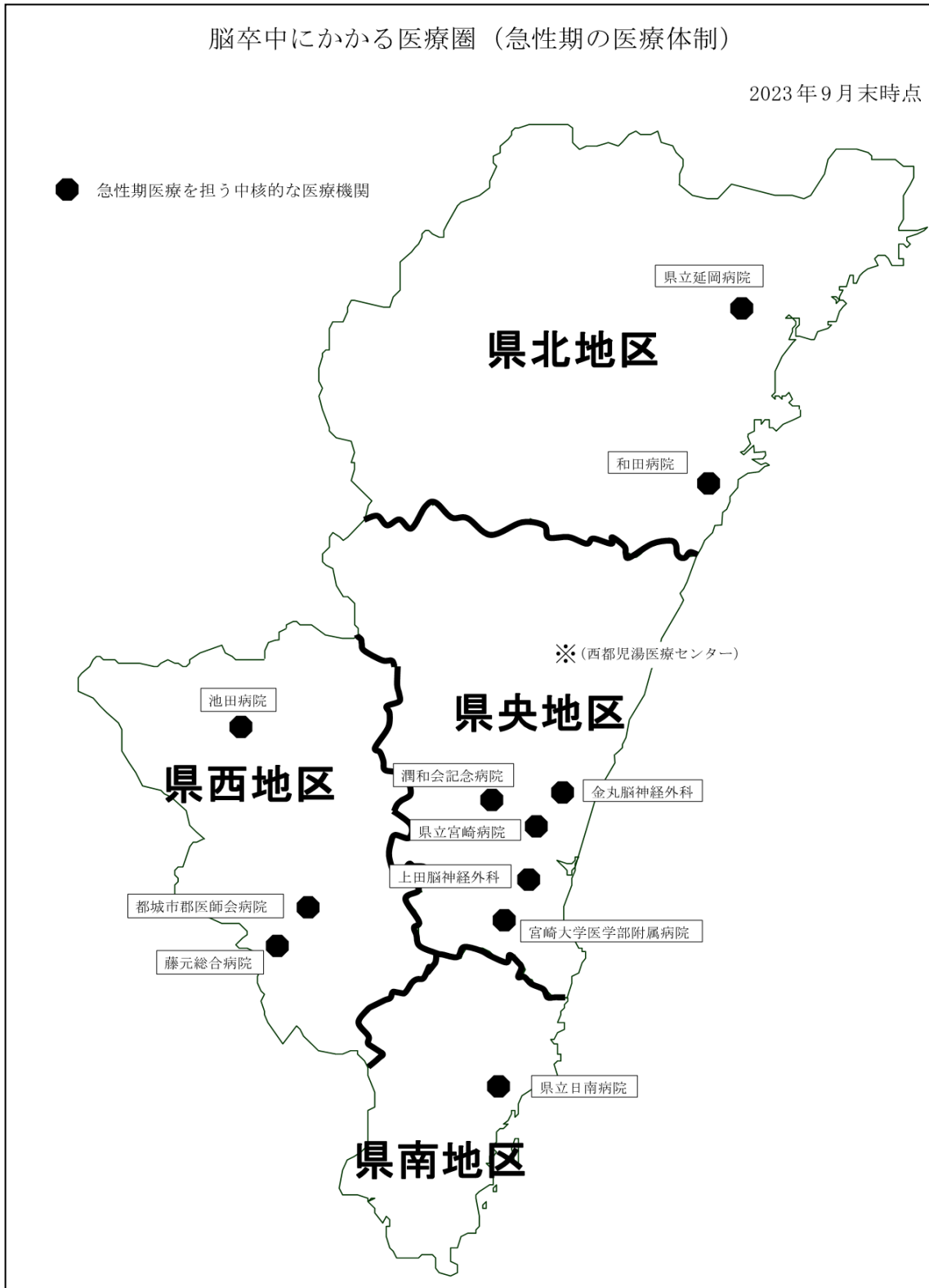
【運動習慣の徹底、食生活の改善、健診体制の整備、
保健指導の徹底、社会資源の活用 等】



脳卒中にかかる医療圏（急性期の医療体制）

2023年9月末時点

● 急性期医療を担う中核的な医療機関



※西都児湯医療センターは、地方独立行政法人西都児湯医療センター第3期中期計画（令和4年4月1日から令和7年3月31日）に基づき、緊急性の高い脳疾患に対する診療体制の構築を目指しています。

イ 心血管疾患に関する医療提供体制

【現状・課題】

(急性期)

- 本県では、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*（PCI）の実施件数は、令和2（2020）年度、人口10万人当たり36.7件（全国29.1件）であり、全国平均を上回っていますが、宮崎県医療計画で定める7つの二次医療圏のうち、2つの二次医療圏では実施されていません。
*血管からカテーテルを差し込み、冠動脈の狭くなった部分を治療する方法
- また、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の実施件数は、令和2（2022）年度、人口10万人当たり7.1件行われていますが、全国平均（11.6件）を下回っており、4つの二次医療圏では実施されていません。
- 本県においては、急性期に専門的な治療を行うことができる医療機関は数が少なく、地域的な偏在もあります。本県の循環器内科医師・心臓血管外科医師は、令和2（2020）年12月現在で、人口10万人当たり、循環器内科医師が10.8人（全国10.3人）、心臓血管外科医師2.2人（全国2.6人）となっています。
- 急性心筋梗塞等心血管疾患にかかる急性期医療機関を中心として、引き続き4つの「心血管疾患にかかる医療圏」を設定し、当該圏域における医療の充実を図ります。

図8 心血管疾患にかかる医療圏

2023年9月末時点

二次医療圏	心血管疾患にかかる医療圏	急性心筋梗塞等心血管疾患にかかる急性期医療機関
延岡 西白杵 日向 入郷	県北地区	県立延岡病院
宮崎 東諸県 西都 児湯	県央地区	県立宮崎病院、宮崎市郡医師会病院 古賀総合病院、宮崎大学医学部附属病院 宮崎生協病院、宮崎江南病院
日南 串間	県南地区	県立日南病院
都城 北諸県 西諸	県西地区	都城市郡医師会病院、藤元総合病院 ベテスタクリニック、桑原記念病院

(回復期・維持期)

- 急性期からの早期の回復、社会復帰のためには、社会復帰に至る一連の治療や心大血管疾患リハビリテーション、緩和ケア等が切れ目なく提供できる連携体制の構築が必要です。さらに、維持期には専門医とかかりつけ医等が連携して、高齢者の増加に伴い増える見込まれる心血管疾患の急性増悪や再発を予防するために定期的に管理・指導することが必要です。

- 県内の心大血管疾患リハビリテーションを行っている医療機関は令和5（2023）年9月現在16機関ありますが、医療機関が少ない、あるいは存在しない二次医療圏があり、偏在しています。また、心大血管疾患リハビリテーションの担い手も不足しています。
- 急性期から回復期・維持期まで切れ目なく医療・リハビリテーションが提供できるよう、一部の医療機関の間では地域連携クリティカルパスが運用されています。

【取り組むべき施策】

（急性期）

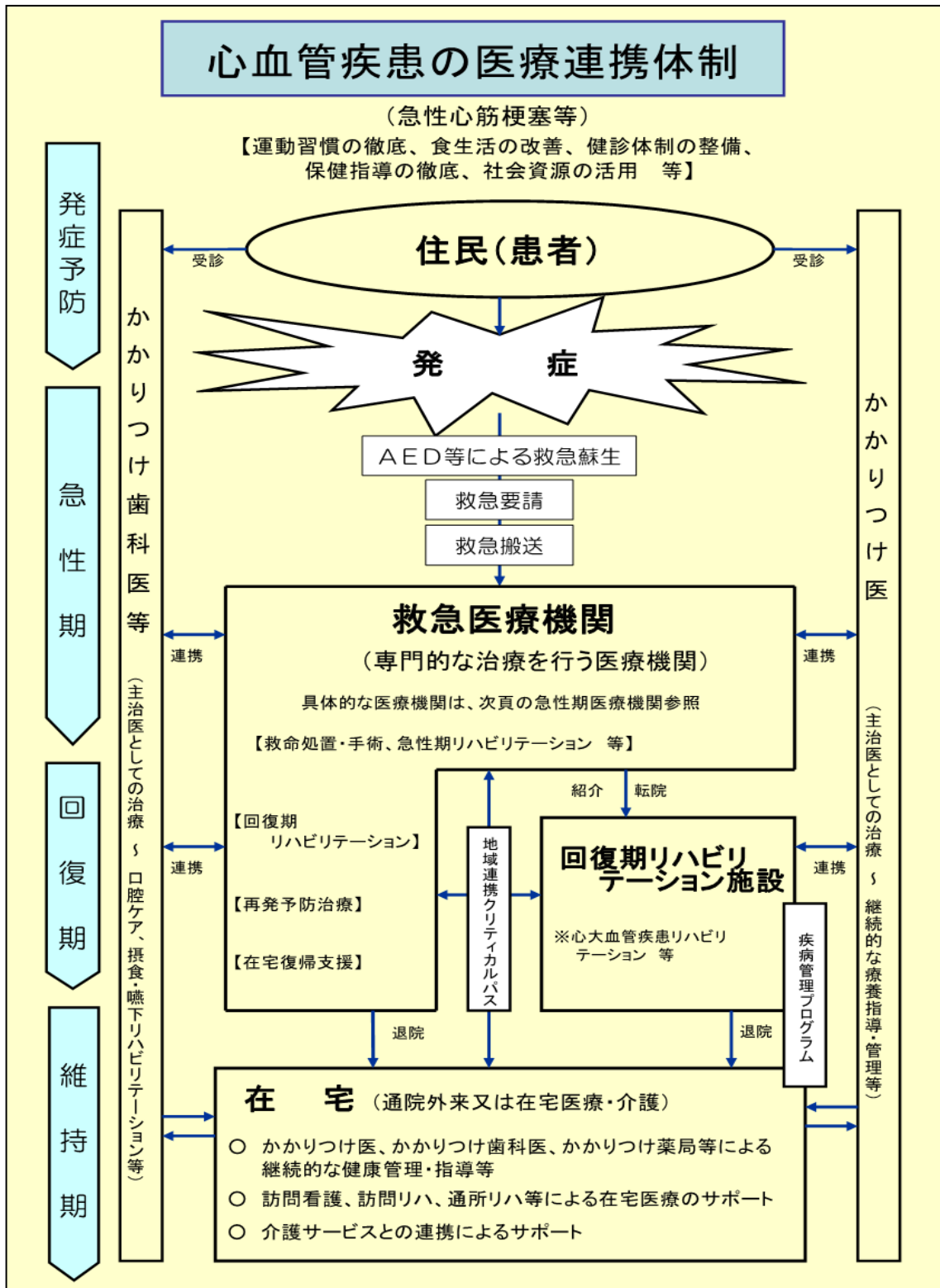
- 緊急の手術等が必要となる急性心筋梗塞や緊急大動脈疾患等の治療を担える医療機関の拡大は、十分なスタッフ等の確保が必要なことから厳しい状況ですが、限られた医療資源を有効に活用するため、大学や医師会等と連携を図りながら、ICTを活用した地域の医療施設が対応可能な治療や時間帯の共有や、遠隔診療支援システムの導入等により、施設間のネットワークづくりに取り組み、できるだけ多くの医療機関で診断・治療が可能となるように努めます。
- クラウド型12誘導心電図伝送システム（緊急車両に搭載した12誘導心電計で撮影した心電図や画像を、救命救急センターやP C I施設に伝送し、医療機関側が情報機器で閲覧することができるシステム）を導入することにより、搬送先の選択が簡便になる、緊急車両到着までに手術の準備が可能となる等の効果が期待されることから、今後も同システムの導入を推進します。
- 救急医療体制や病床の機能分化・連携につながる医療機関の施設設備の整備を推進します。
- 宮崎大学、医師会、医療機関、市町村等と密接に連携し、専門医の養成や専門医が不足する医療機関の専門医確保を支援します。

（回復期・維持期）

- 急性期の治療を行う医療機関と回復期の治療やリハビリテーションを行う医療機関の機能分化を進めるとともに、急性期から回復期・維持期を通して心大血管疾患リハビリテーションが実施できるよう、担い手である専門的な知識と技術を持つ医療従事者（医師や理学療法士等）の育成を図ります。
- 関係機関と連携し、専門・認定看護師等の専門性の高い看護師や心不全療養指導士、心臓リハビリテーション指導士の増加に努めます。
- 口腔機能を維持し、合併症を予防するため、治療早期から病院内の歯科医師やかかりつけ歯科医と連携した口腔ケアと多職種と連携した摂食・嚥下リハビリテーションを促進します。
- 地域連携クリティカルパスの普及を図り、地域における医療連携体制の構築を促進します。また、慢性心不全患者についてはかかりつけ医と専門的治療を行う施設、

さらに幅広い施設が連携し、フレイルとの相互関係も踏まえ、地域全体で管理する体制の構築を目指します。

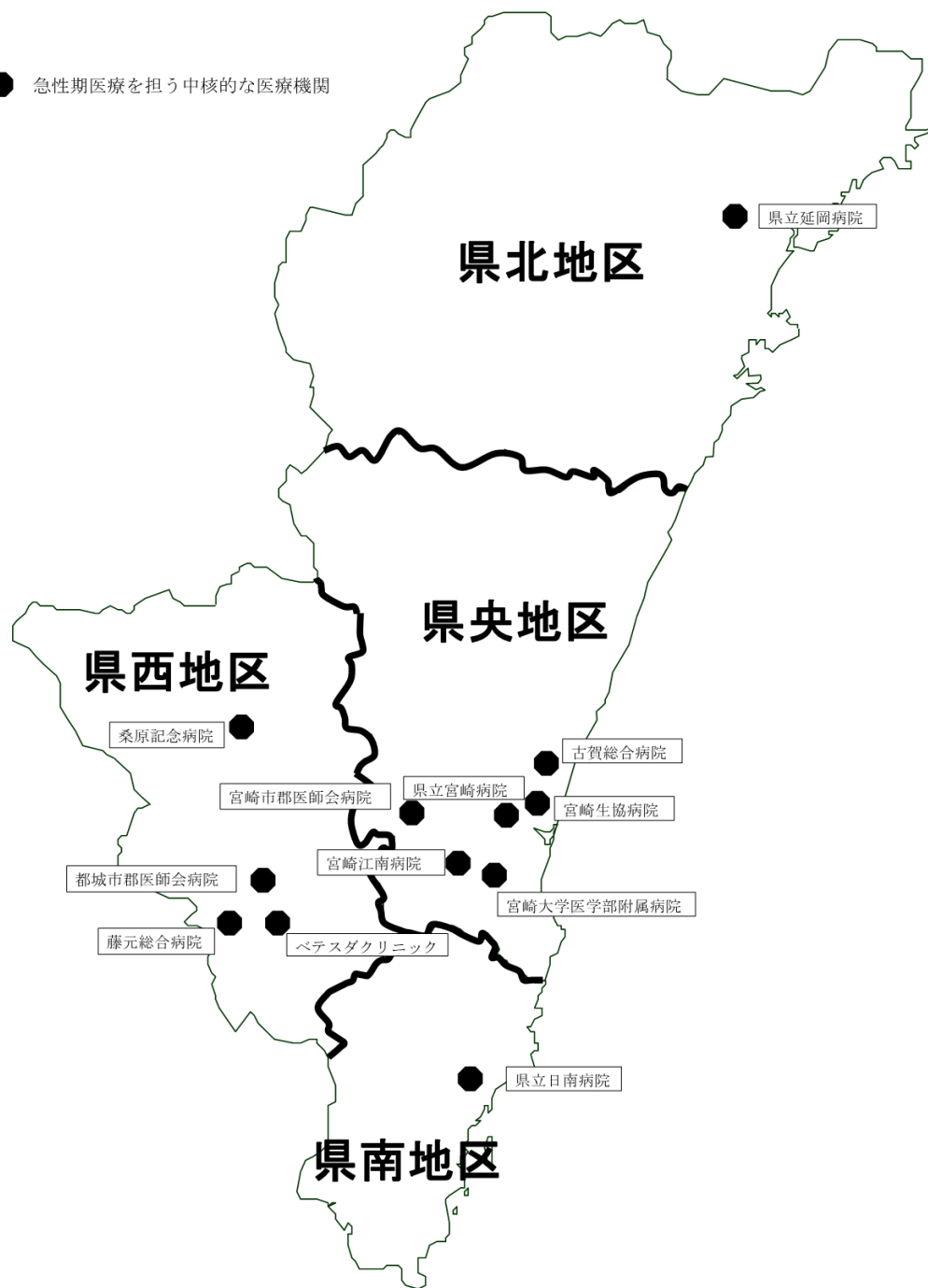
- 専門的な緩和ケアの質を向上させ、患者と家族のQOL（生活の質）の向上を図るため、関係機関と連携し、医師等に対する循環器病の緩和ケアに関する研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制の充実に努めます。



心血管疾患にかかる医療圏（急性期の医療体制）

2023年9月末時点

● 急性期医療を担う中核的な医療機関



ウ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

【現状・課題】

- 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り、学校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、小児期に慢性疾病に罹患した患者全体の死亡率は、大きく減少し、多くの子ども達の命が救われるようになった一方で、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おり、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の充実が求められています。

【取り組むべき施策】

- 学校健診等の機会における小児の循環器病患者の早期発見を引き続き推進します。
- 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よう、国が示した「都道府県における小児慢性特定疾病の患者に対する移行期医療支援体制の構築に係るガイド」に基づき、移行期医療支援体制を構築します。

エ 感染症拡大や災害時等の有事を見据えた対策

【現状・課題】

- 新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対して、医療がひっ迫しない体制を確保するとともに、循環器病患者を含め、それ以外の疾患の患者に対する医療も適切に確保する必要があります。

【取り組むべき施策】

- 感染症発生・まん延時や災害時等の有事において、感染症患者や被災者等に対する医療提供体制を確立するとともに、循環器病患者等に対する医療の提供を確保するため、地域における医療資源を有効活用できる仕組みづくりを検討します。
- 有事における循環器病患者に対する医療の提供が円滑に進むように、平時から行政・医療機関等、関係者間の意思疎通、情報共有、連携の推進を図ります。

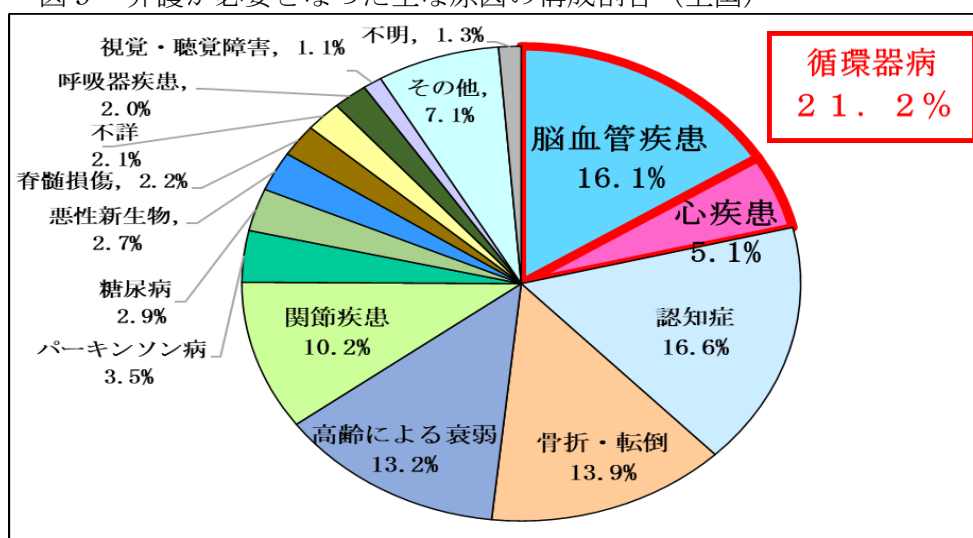
(3) 多職種連携による循環器病患者支援

① 医療・介護の連携推進

【現状・課題】

- 循環器病患者は、脳卒中発症後の後遺症や心血管疾患治療後の身体機能の低下により、生活の支援や介護が必要な状態に陥る場合があります。
- 介護が必要となった主な原因の構成割合（全国）は、脳血管疾患が 16.1%、心疾患が 5.1%であり、両者を合わせた循環器病は 21.2%と、介護が必要となった原因の多くを占めています。

図9 介護が必要となった主な原因の構成割合（全国）



出典：厚生労働省「2022年国民生活基礎調査」

- また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、心不全療養指導士を始めとした多職種連携による、生活習慣の改善や服薬の徹底等、適切な管理及びケアを行うことが重要です。
- 脳卒中や急性心筋梗塞等の急性期及び回復期医療を担う医療機関においては、主に医療ソーシャルワーカー、看護師等が相談支援に対応しており、相談内容としては、生活の場への復帰や転院・転所に係る相談が寄せられています。
- かかりつけ医等と連携しながら、日常生活への復帰及び日常生活の継続を支援するとともに、疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けるために、地域における病院や診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所等の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが求められています。
- 医療機関に入院していた患者が在宅に復帰する際に、フォロー体制がないまま退院した結果、病状が悪くなる事例があり、こういった事例を防ぐためには、入院医療機関と在宅医療に関わる機関の間で患者の情報を共有することが必要です。

- 生涯にわたって歯と口の健康と機能を保ち、低栄養を予防することは、誤嚥性肺炎やフレイル予防につながるだけでなく、健康寿命の延伸やQOL（生活の質）の向上に大きく寄与するため、適切な口腔ケアの実施や食事の管理が重要です。

【取り組むべき施策】

- 入院医療から住み慣れた地域での在宅療養への円滑な移行ができるよう、地域における在宅医療・介護連携体制の構築を支援するとともに、高齢者保健福祉圏域ごとに策定した入退院調整ルールの効果の測定や改善等を支援します。また、圏域を越えた連携の推進にも努めます。
- 患者・家族が安心して在宅での療養を選択できるよう、医療機関の地域連携室や退院調整をする看護師等が中心となり、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、地域の薬局（かかりつけ薬局）、県の認定を受けた「地域連携薬局」への情報提供や地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等の介護・福祉分野との連携を図り、入院と在宅生活の支援がスムーズに移行できるよう体制整備に努めます。
- 市町村や各地域に設置された医療介護連携協議会が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」がより充実したものとなるよう情報交換会の開催やICTの導入支援に取り組みます。また、県医師会や郡市医師会が取り組む在宅医療提供体制の構築に向けた取組を支援します。
- 心不全療養指導士や心臓リハビリテーション指導士等を含む関係機関の多職種の連携により、「入院・退院時」「療養生活期」「急変時」のそれぞれの場面において、在宅に必要な医療・介護・福祉サービスの総合的・効率的な提供を目指します。
- 在宅において医療と介護の両方を必要とする患者の自立支援のため、介護支援専門員（ケアマネジャー）が医療との連携を図り、医療系サービス及び福祉系サービスを適切に居宅サービス計画（ケアプラン）に位置付けることを支援します。
- 多職種協働による個別事例等の検討を行う自立支援型・地域ケア個別会議の推進や多職種協働に関する理解を図り、多職種による連携を推進します。
- 患者・家族からの医療相談を受けたり、退院調整を行う医療ソーシャルワーカーや看護師、訪問看護を行う看護師、居宅サービス計画を策定する介護支援専門員、介護サービスを提供する介護従事者、訪問薬剤管理を行う薬剤師等に対する研修等により在宅療養を支える人材の育成と資質向上に努めます。
- 介護予防やフレイル予防、誤嚥性肺炎予防のため、低栄養やフレイルに関する正しい知識の啓発を行うとともに、医療機関・介護施設等における口腔ケアを推進し、歯と口の健康の保持増進を図ります。

② 後遺症を有する者に対する支援

【現状・課題】

- 循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性があります。後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となり得ま

す。

- とりわけ脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障がい分かりにくい失語症、高次脳機能障がい、てんかん等の後遺症が残る場合があります、社会的理解や支援も必要となります。
- 脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察等で通院・入院している患者（全国で約174万人）のうち、約17%（約30万人）が20～64歳であり、65歳未満の患者においては、約7割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告もあります。脳卒中の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。
- また、心血管疾患の患者（全国で約306万人）のうち約19%（約58万人）が20～64歳であり、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。

表7 総患者数（全国）

	総数	20～64歳
脳血管疾患	約174万人	約30万人（約17%）
心疾患	約306万人	約58万人（約19%）

出典：厚生労働省「令和2年患者調査」

- 本県では、関係者間のネットワークを構築し、地域の実情に応じた治療と仕事の両立支援の連携を図るため、平成29（2017）年度に宮崎県地域両立支援推進チームが設置されています。また、宮崎産業保健総合支援センターには両立支援促進員が配置され、県内6箇所の相談窓口において、治療と仕事の両立支援を行っています。
- 障がい者雇用の総合相談窓口として、県内7箇所に障害者就業・生活支援センターを設置し、雇用、保健、福祉、教育等関係機関と連携して、就業面及び生活面の一体的な支援を行っています。

【取り組むべき施策】

- 循環器病の後遺症を有する者が、症状や程度に応じて、適切な診断及び治療、必要な福祉サービス等を受けられる環境の整備を促進します。
- 循環器病の後遺症を有する患者やその家族に対して、失語症者に対する意思疎通支援、高次脳機能障がい者に対する支援拠点機関である宮崎県身体障害者相談センターや宮崎大学医学部附属病院における専門的な相談支援と地域における支援体制の構築、てんかん患者が地域において適切な治療を受けられるよう、てんかん診療実施医療機関等による診療連携体制の整備、また、これらの後遺症に対する県民理解の促進に取り組みます。
- 循環器病患者の状況に応じた治療と仕事が両立できるよう、引き続き、関係機関が連携しながら支援体制を構築します。

③ 循環器病に対する適切な情報提供・相談支援

【現状・課題】

- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活に関する疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。
- 患者と家族が、その地域において、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるよう取組を進めることが求められています。

【取り組むべき施策】

- 医療機関と地域包括支援センター等の関係機関との連携を進め、循環器病における適切な相談支援の充実に努めます。
- 県民向けの循環器病に係る分かりやすい情報提供の手法を検討するとともに、宮崎県総合医療システム「みやざき医療ナビ」を活用した医療機関の情報提供を行います。

3 循環器病の研究推進への協力

- 循環器病に関する研究については、内閣府、文部科学省、厚生労働省及び経済産業省が連携し、国立研究開発法人日本医療研究機構を通じて、基礎的な研究から実用化のための研究開発までの各研究段階においてその推進が図られています。また、様々な支援に基づき、国立研究開発法人国立循環器病研究センター（以下「国立循環器病研究センター」という。）をはじめとした医療・研究機関等での研究も進められています。
- 国は、急性期医療の現場における診療情報の活用や診療提供体制の構築、予防（一次予防のみならず、二次予防及び三次予防も含む。）等の公衆衛生政策等への診療情報の活用を目的として、国立循環器病研究センターをはじめとした医療機関、関係学会等と連携して、まずは脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、急性冠症候群、急性大動脈解離及び急性心不全（慢性心不全の急性増悪を含む。）に係る診療情報を収集・活用する公的な枠組みを構築することとしています。
- これらの取組に対し、必要な協力を行うとともに、今後の動向を注視しながら、県として必要な対応の検討を行います。

第5章 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 関係者等の連携・役割分担

循環器病対策を実効的なものとして総合的に展開するには、国、県、市町村をはじめ、関係者等が適切な役割分担のもと、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を進めることが重要です。

【県の役割】

- 県は、国及び市町村、医療保険者、医療機関をはじめとする関係機関・団体、大学、関係学会、教育関係者、企業等との連携を強化するとともに、患者・家族等の意見の把握に努めながら、本県の循環器病対策を総合的に推進します。

【市町村の役割】

- 市町村は、住民の健康づくりを担う最も身近な行政機関として、地域住民に対する健康増進事業を積極的に推進するとともに、国や県が実施する循環器病対策に係る施策に協力するよう努めるものとします。

【医療保険者の役割】

- 医療保険者は、国や県、市町村が実施する循環器病の予防等に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力するよう努めるものとします。

【保健、医療又は福祉の関係機関の役割】

- 保健、医療又は福祉の関係機関は、国や県、市町村が行う循環器病対策に協力し、循環器病の予防等に寄与するよう努めるとともに、患者等に対し良質かつ適切な保健、医療又は福祉に係るサービスを提供するよう努めるものとします。

【県民の役割】

- 県民は、循環器病に関する正しい知識を持ち、循環器病の予防に積極的に努めるとともに、自身や家族が循環器病を発症した疑いがある場合においては、できる限り迅速かつ適切に対応するよう努めるものとします。

2 他の疾患等に係る対策との連携

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、他の疾患等に係る対策と重なる部分があります。そのため、腫瘍循環器やがんに関連した脳卒中の観点では「宮崎県がん対策推進計画」、循環器病の発症予防や重症化予防の観点では「宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針」における関連施策等と連携して取り組むこととします。

3 循環器病対策の進捗状況の把握・評価

この計画については、ロジックモデルを活用しながら、定期的に進捗状況を把握し、3年を目途に中間評価を行うとともに、その状況を踏まえ、宮崎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。

4 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ます。
- 「宮崎県医療計画」、「健康みやざき行動計画21」等他計画との調和を取りつつ、基本計画に合わせて適宜評価及び見直しの検討を行います。

5 指標

指標一覧参照

評価項目	現状値	現状値 (全国)	目標値
第4種の1	24.0% 27.1% 3.7% 20.1% 14.9% 16.0% 12.5% 9.1% 5.2% 16.4% 13.8% 25%	27.1% 20.0% 7.6% 16.0% 10.0% 12.5% 9.1% 5.2% 13.8% 25%	20.0% 2.7% 2.7% 5.2% 5.2%
第4種の2	11.7 10.9 7.5 9.4 9.3 6.5 6.5 23.6 28.1 350歩 6,240歩 7,864歩 8,000歩 5,410歩 6,685歩 8,000歩 38.5% 35.1% 30%未満 24.6% 22.5% 15%未満 51.5% 56.5% 70.0% 26.5%	11.7 10.9 7.5 9.4 9.3 6.5 6.5 23.6 28.1 350歩 6,240歩 7,864歩 8,000歩 5,410歩 6,685歩 8,000歩 38.5% 35.1% 30%未満 24.6% 22.5% 15%未満 51.5% 56.5% 70.0% 26.5%	10.9 7.5 9.3 6.5 6.5 23.6 28.1 350歩 6,240歩 7,864歩 8,000歩 5,410歩 6,685歩 8,000歩 38.5% 35.1% 30%未満 24.6% 22.5% 15%未満 51.5% 56.5% 70.0% 26.5%

現状値	現状値 (全国)	目標値
93.3%	93.2%	維持
43.1	42.8	減少

現状値	現状値 (全国)	目標値
3.7	4.6	増加
0.9	5.8	増加
0.9	0.8	維持
12.2	6.4	維持
98.2	80.0	維持
54.6	40.5	維持
10.1	14.2	増加
0.6	0.6	増加
8.6	10.0	増加

現状値	現状値 (全国)	目標値
79.3	70.2	維持
0.6	0.6	増加
8.6	10.0	増加
12.6	12.9	増加

現状値	現状値 (全国)	目標値
12.2	6.4	維持
4.0	3.9	維持
10.8	6.3	維持
293.9	288.2	維持
525.5	376.9	維持
3,727.3	5,663.4	増加
0.0	1.1	増加
1,736.3	4,392.4	増加
7.1	3.7	維持

番号	B中間アウトカム	B中間アウトカム指標	現状値	現状値 (全国)	目標値
----	----------	------------	-----	----------	-----

1	【予防】 脳卒中の発症を予防できている。	(31) 脳血管疾患受療率 (入院) (32) 脳血管疾患受療率 (外来)	112.0 87.0	98.0 59.0	減少 減少
---	-------------------------	--	---------------	--------------	----------

2	【救護】 患者が早期に適切な治療を受けられる。	(11) 救急要請 (救急) から医療機関への受診までに要した平均時間 (再掲)	43.1	42.8	減少
---	----------------------------	--	------	------	----

現状値	現状値 (全国)	目標値
12.3	9.4	維持
8.6	11.9	増加
8.1	10.8	増加
6.7	10.5	増加
8.2	100.0	増加
97,611.1	9,187.6	維持

現状値	現状値 (全国)	目標値
58.2	100.0	増加
142,001.0	136,818.9	維持

現状値	現状値 (全国)	目標値
128.6	214.2	増加
637.8	1,143.1	増加
6,782.9	5,499.9	維持
142,001.0	136,818.9	維持

評価指標
脳卒中ロジックモデル

番号	A分野アウトカム	A分野アウトカム指標	現状値	現状値 (全国)	目標値
----	----------	------------	-----	----------	-----

1	脳卒中による死亡が減少している。	(44) 脳血管疾患の年齢調整死亡率	105.2	99.8	以下 以下
			61.4	56.4	以下 以下

1	脳血管疾患患者の入院期間が改善している。	(45) 健康寿命	73.30	72.68	延伸
2	日常生活の質が向上している。		76.71	75.38	延伸

※延伸とは、平均寿命の増加を上回る健康寿命の増加による

※ロジックモデル：
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アウトカムと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すること。

脳卒中ロジックモデル 出典情報

指標番号	指標名	定義詳細	出典
	人口		令和2年国勢調査
(1)	喫煙率(男)	世帯人員(20歳以上)で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
	喫煙率(女)		
(2)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合(男)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合(女)		
(3)	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(2008年度比)	2008年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(減少率)	国：厚生労働省「2021年度特定健診・特定保健指導の実施状況について」 県：厚生労働省提供「第四期医療費適正化計画推計ツール」(ツールを活用し、2021年度分を算出)
(4)	一日平均食塩摂取量(男)		令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
	一日平均食塩摂取量(女)		
(5)	一日平均野菜摂取量		令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
(6)	一日の平均歩数(男 20~64歳)		令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
	一日の平均歩数(女 20~64歳)		
(7)	BMIが25以上の人の割合(男 20~60歳代)		令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
	BMIが25以上の人の割合(女 40~60歳代)		
(8)	特定健診実施率	特定健診受診率	国：厚生労働省「2021年度特定健診・特定保健指導の実施状況について」 県：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」 (令和3年度)
(9)	特定保健指導実施率	特定保健指導(積極的支援・動機づけ支援)の対象者数に対する修了者数の割合	(令和3年度)
(10)	救急隊の救急救命士運用率	救急隊のうち救急救命士常時運用隊の割合	令和4年版 救急救助の現況
(11)	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	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)	令和4年版 救急救助の現況(注：掲載データは脳卒中患者に限定していない)
(12)	神経内科医師数	主たる診療科を神経内科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
(13)	脳神経外科医師数	主たる診療科を脳神経外科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
(14)	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	超急性期脳卒中加算 届出病院数	地方厚生局届出受理(2023年4月時点)
(15)	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	脳血管疾患等リハビリテーション科(I)(II)(III)届出施設数	地方厚生局届出受理(2023年4月時点)
(16)	理学療法士数	病院・一般診療所の従事者数(常勤換算)	令和2年医療施設静態調査
(17)	作業療法士数		
(18)	言語聴覚士数		
(19)	脳卒中リハビリテーション認定看護師数	脳卒中リハビリテーション認定看護師数	日本看護協会(2022年12月25日時点)
(20)	脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数	地域医療連携クリティカルパスの有無	医療機能情報(2023年4月時点)(掲載データは脳卒中のクリティカルパスに限定されていない)
(21)	回復期リハビリテーション病床数	回復期リハビリテーション病棟入院料1~6 届出病床数	令和3年度病床機能報告
(22)	医療ソーシャルワーカー数	病院・一般診療所の社会福祉士数(常勤換算)	令和2年医療施設静態調査
(23)	訪問リハビリを提供している事業所数	訪問リハビリテーションサービス事業所数	介護サービス情報公表システム(2023年5月時点)
(24)	通所リハビリを提供している事業所数	通所リハビリテーションサービス事業所数	介護サービス情報公表システム(2023年5月時点)
(25)	老人保健施設定員数	介護老人保健施設サービス 定員数	介護サービス情報公表システム(2023年5月時点)
(26)	訪問看護利用者数(医療)	C005在宅患者訪問看護・指導料(保健師、助産師、看護師(週3日目まで)・准看護師(週3日目まで)・保健師、助産師、看護師(週4日目以降)・准看護師(週4日目以降)・悪性腫瘍患者への緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門研修を受けた看護師) 算定回数	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)
(27)	訪問看護利用者数(介護)	(介護保険) 訪問看護サービス 受給者数(年度累計)	令和2年度介護保険事業状況報告(年報)
(28)	口腔機能管理を受ける患者数(回復期)	急性期・回復期病棟における周術期等口腔機能管理料(II) 算定件数(年間)	令和3年度病床機能報告
(29)	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	C001訪問歯科衛生指導料(単一建物診療患者が1人・2人以上9人以下・それ以外) 算定回数	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)
(30)	入退院支援を行っている医療機関数	入退院支援加算 届出施設数	地方厚生局届出受理(2023年4月時点)
(31)	脳血管疾患受療率(入院)	脳血管疾患受療率(人口10万人対)	令和2年患者調査
(32)	脳血管疾患受療率(外来)		
(33)	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(算定回数)	K177 脳動脈瘤頸部クリッピング(1箇所・2箇所以上)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)
(34)	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(算定回数)	K178 脳血管内手術(1箇所・2箇所以上・脳血管内ステント)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)
(35)	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数(算定回数)	A205-2超急性期脳卒中加算(入院初日)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)
(36)	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数(算定回数)	K178-4 経皮的脳血栓回収術	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)
(37)	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(急性期)(SCR)	H004-2摂食機能療法(1日につき)30分未満の場合(入院)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 令和2年度診療分)(平成30年診療報酬改定により新設された脳卒中患者を対象とする区分)
(38)	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数(単位数)	H000-3早期リハビリテーション加算(入院+外来)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)(注：掲載データは脳卒中患者に限定していない)
(39)	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(回復期)(SCR)	H004-1摂食機能療法(1日につき)30分以上の場合(入院+外来)	内閣府「医療提供状況の地域差」(NDB-SCR 令和2年度診療分)(注：掲載データは脳卒中患者に限定していない)
(40)	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(単位数)	H001脳血管疾患等リハビリテーション料(入院+外来)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)
(41)	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(医療)	C006在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(同一建物居住者・同一建物居住者以外の場合) 単位数	厚生労働省「NDB(National Data Base)」 (令和2年度診療分)
(42)	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(介護)	訪問リハビリテーションサービス 受給者数(年度累計)	令和2年度介護保険事業状況報告(年報)
(43)	通所リハビリを受ける利用者数	通所リハビリテーションサービス 受給者数(年度累計)	令和2年度介護保険事業状況報告(年報)
(44)	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男)	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告(令和2年 都道府県別年齢調整死亡率)
	脳血管疾患の年齢調整死亡率(女)		
(45)	健康寿命(男)	日常生活に制限のない期間の平均	厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」都道府県別健康寿命(2019年)
	健康寿命(女)		

評価指標

心血管疾患リスクモデル

番号	A分野アウトカム	現状値	現状値 (全国)	目標値
	A分野アウトカム指標			

(45) 心疾患の年齢調整死亡率	男	202.7	190.1	全国平均以下
	女	119.8	108.2	全国平均以下
(46) 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	男	38.1	32.5	全国平均以下
	女	15.8	14.0	全国平均以下

1	心血管疾患による死亡が減少している。			
2	心血管疾患の患者が日常生活の中で高い生活を送ることができている。			

※延命とは、平均寿命の増加を上回る健康寿命の増加とする

番号	B中間アウトカム	B中間アウトカム指標	現状値	現状値 (全国)	目標値
----	----------	------------	-----	----------	-----

1	【予防】	(30) 脂血症・心疾患受診率 (入院)	9.0	9.0	減少
		(31) 脂血症・心疾患受診率 (外来)	47.0	42.0	減少

2	【救急】	(32) 救急要請 (救急) から医療機関への受診までに要した平均時間	43.1	42.8	減少
---	------	-------------------------------------	------	------	----

3	【急性期】	(33) PCIは施行された急性心疾患患者のうち、90分以内の運動制限解除率 (%)	58.6%	50.7%	維持
		(34) 急性心疾患患者に対する経皮的冠動脈介入 (PCI) の実施件数 (算定回数)	36.7	29.1	維持
		(35) 脂血症・心疾患に対する心臓血管外科手術件数	7.1	11.6	増加
		(36) 入院心疾患患者における地域連携計画実施率 (%)	4,627.9	6,117.8	増加
		(37) 脂血症・心疾患患者における地域連携計画実施率 (%)	57.7	66.8	増加
		(38) 脂血症・心疾患の退院患者平均在院日数	40.6	12.7	減少

4	【回復期】	(39) 入院心疾患患者リハビリテーションの実施件数 (患者数)	4,627.9	6,117.8	増加
		(40) 外来心疾患患者リハビリテーションの実施件数 (患者数)	2,094.1	1,402.2	維持
		(41) 脂血症・心疾患患者に対する認知ケアの実施件数 (算定回数)	167.0	510.8	増加
		(42) 脂血症・心疾患患者に対する認知ケアの実施件数 (算定回数)	57.7	66.8	増加
		(43) 脂血症・心疾患の退院患者平均在院日数 (再掲)	40.6	12.7	減少

5	【維持期】	(39) 外来心疾患患者リハビリテーションの実施件数 (患者数)	2,094.1	1,402.2	維持
		(40) 外来心疾患患者リハビリテーションの実施件数 (患者数)	57.7	66.8	増加
		(41) 脂血症・心疾患患者に対する認知ケアの実施件数 (算定回数)	13,119.9	15,426.7	増加
		(42) 脂血症・心疾患患者に対する認知ケアの実施件数 (算定回数)	505.5	376.9	維持
		(43) 脂血症・心疾患の退院患者平均在院日数 (再掲)	3,727.3	5,663.4	増加
		(44) 脂血症・心疾患の退院患者平均在院日数 (再掲)	0.0	3.7	増加

番号	C中間アウトカム	C中間アウトカム指標	現状値	現状値 (全国)	目標値
----	----------	------------	-----	----------	-----

1	1	(1) 喫煙率	24.0%	27.1%	20.0%
		(2) 生活習慣病のリスクを高める要因を減らしている割合	3.7%	7.6%	2.7%
		(3) 割合 (生活習慣病のリスクを高める要因を減らしている割合)	20.1%	14.9%	16.0%
		(4) メタボリックシンドローム該当者数及び予備群の減少率	12.5%	9.1%	5.2%
		(5) 1日平均歩数	16.48%	13.8%	25%
		(6) 1日の平均歩数	11.7	10.9	7.5
		(7) BMIが25以上の人の割合	9.4	9.3	6.5
		(8) 特定健診実施率	23.6%	21.1%	35.0%
		(9) 特定健診実施率	6,240歩	7,864歩	8,000歩
		(10) 特定健診実施率	5,410歩	6,685歩	8,000歩
		(11) BMIが25以上の人の割合	38.5%	35.1%	30%未満
		(12) 特定健診実施率	24.6%	22.4%	15%未満
		(13) 特定健診実施率	51.5%	56.5%	70.0%以上
		(14) 特定健診実施率	26.5%	24.6%	45.0%

2	2	(15) 心臓血管外科医療費	10.4	10.3	増加
		(16) 心臓血管外科医療費	2.2	2.6	増加
		(17) 心臓血管外科医療費	0.3	0.2	維持
		(18) 心臓血管外科医療費	0.7	1.3	増加
		(19) 心臓血管外科医療費	0.6	0.1	維持
		(20) 心臓血管外科医療費	1.1	1.2	増加
		(21) 心臓血管外科医療費	1.2	1.2	維持
		(22) 心臓血管外科医療費	0.7	0.6	維持
		(23) 心臓血管外科医療費	1.4	1.3	増加
		(24) 心臓血管外科医療費	3.7	2.6	維持
		(25) 心臓血管外科医療費	8.6	10.0	増加
		(26) 心臓血管外科医療費	0.7	0.7	維持

3	3	(27) 心臓血管外科医療費	1.4	1.3	増加
		(28) 心臓血管外科医療費	3.7	2.6	維持
		(29) 心臓血管外科医療費	8.6	10.0	増加
		(30) 心臓血管外科医療費	0.7	0.7	維持

4	4	(31) 心臓血管外科医療費	1.4	1.3	増加
		(32) 心臓血管外科医療費	3.7	2.6	維持
		(33) 心臓血管外科医療費	8.6	10.0	増加
		(34) 心臓血管外科医療費	0.7	0.7	維持

5	5	(35) 心臓血管外科医療費	1.4	1.3	増加
		(36) 心臓血管外科医療費	3.7	2.6	維持
		(37) 心臓血管外科医療費	8.6	10.0	増加
		(38) 心臓血管外科医療費	0.7	0.7	維持
		(39) 心臓血管外科医療費	1.32	1.60	増加
		(40) 心臓血管外科医療費	4.1	2.4	維持
		(41) 心臓血管外科医療費	43.5	34.4	維持
		(42) 心臓血管外科医療費	45.2	44.0	維持

4万人1万人対照

心血管疾患ロジックモデル 出典情報

指標番号	指標名	定義詳細	出典
	人口		令和2年国勢調査
(1)	喫煙率(男) 喫煙率(女)	世帯人員(20歳以上)で「毎日吸っている・時々吸う日がある」と回答した人の割合	令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
(2)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合(男) 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合(女)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
(3)	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(2008年度比)	2008年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(減少率)	国:厚生労働省「2021年度特定健診・特定保健指導の実施状況について」 県:厚生労働省提供「第四期医療費適正化計画推計ツール」(ツールを活用し、2021年度分を算出)
(4)	一日平均食塩摂取量(男) 一日平均食塩摂取量(女)		令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
(5)	一日平均野菜摂取量		令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
(6)	一日の平均歩数(男 20~64歳) 一日の平均歩数(女 20~64歳)		令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
(7)	BMIが25以上の人の割合(男 20~60歳代) BMIが25以上の人の割合(女 40~60歳代)		令和元年国民健康・栄養調査、令和4年度県民健康・栄養調査
(8)	特定健診実施率	特定健診受診率	国:厚生労働省「2021年度特定健診・特定保健指導の実施状況について」 県:厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」(令和3年度)
(9)	特定保健指導実施率	特定保健指導(積極的支援・動機づけ支援)の対象者数に対する修了者数の割合	国:厚生労働省「2021年度特定健診・特定保健指導の実施状況について」 県:厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」(令和3年度)
(10)	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	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	令和4年版 救急救助の現況
(11)	救急隊の救急救命士運用率	救急隊のうち救急救命士常時運用率の割合	令和4年版 救急救助の現況
(12)	循環器内科医師数	主たる診療科を循環器内科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
(13)	心臓血管外科医師数	主たる診療科を心臓血管外科とする医療施設従事医師数	令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計
(14)	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数	令和2年度医療施設静態調査
(15)	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病床数	心臓内科系集中治療室(CCU)の病床数(病院)	令和2年度医療施設静態調査
(16)	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「冠動脈バイパス術」のある医療機関数	医療機能情報(2023年4月時点)
(17)	経皮的冠動脈形成術が実施可能な医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「経皮的冠動脈形成術」のある医療機関数	医療機能情報(2023年4月時点)
(18)	経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「経皮的冠動脈ステント留置術」のある医療機関数	医療機能情報(2023年4月時点)
(19)	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	対応することができる疾患・治療内容「大動脈瘤手術」のある医療機関数	医療機能情報(2023年4月時点)
(20)	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	心大血管リハビリテーション科Ⅰ～Ⅱの届出医療機関数	地方厚生局届出受理(2023年4月時点)
(21)	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関で地域連携室等を整備している医療機関数	循環器内科及び心臓血管外科を標榜する医療機関のうち、入院支援加算の届出のある医療機関数	地方厚生局届出受理(2023年4月時点)
(22)	急性心筋梗塞地域クリティカルパスを導入している医療機関数	地域医療連携クリティカルパスのある医療機関数	医療機能情報(2023年4月時点)(掲載データは急性心筋梗塞のクリティカルパスに限定されていない)
(23)	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算の届出のある施設	地方厚生局届出受理(2023年4月時点)(掲載データは心血管疾患患者に限定されていない)
(24)	入院支援の実施件数 算定回数(入退支1)	A246入院支援加算1(一般病棟入院基本料等の場合・療養病棟入院基本料等の場合)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
(25)	入院支援の実施件数 算定回数(入退支2)	A246入院支援加算2(一般病棟入院基本料等の場合・療養病棟入院基本料等の場合)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
(26)	訪問診療を実施している診療所数・病院数(診療所数)	医療保険等による在宅患者訪問診療施設数	令和2年度医療施設静態調査
(27)	訪問診療を実施している診療所数・病院数(病院数)		令和2年度医療施設静態調査
(28)	訪問看護師数	訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師数(常勤換算)	令和2年度衛生行政報告例
(29)	訪問薬剤指導を実施する薬局数(医療)	在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出のある薬局数	地方厚生局届出受理(2023年4月時点)
(30)	虚血性心疾患受療率(入院)	虚血性心疾患受療率(人口10万人対)	令和2年患者調査
(31)	虚血性心疾患受療率(外来)	虚血性心疾患受療率(人口10万人対)	令和2年患者調査
(32)	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	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)	令和4年版 救急救助の現況(注:掲載データは心血管疾患患者に限定していない)
(33)	PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開通達成率(%)	分子:未院後90分以内冠動脈再開通件数 算定回数(K546経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞)+K5491経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞))(入院+外来) 分母:PCI施行件数 算定回数(K546経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞)+K5462経皮的冠動脈形成術(不安定狭心症)+K5491経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞)+K5492経皮的冠動脈ステント留置術(不安定狭心症))(入院+外来)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
(34)	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)	K546経皮的冠動脈形成術(入院)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
(35)	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	K551冠動脈形成術(血管内腔摘除)+K552冠動脈、大動脈バイパス移植術+K552-2冠動脈、大動脈バイパス移植術(人口心臓を使用しないもの)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
(36)	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(単位数)	H000心大血管疾患リハビリテーション科(1)(入院)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
(37)	虚血性心疾患患者における地域連携診療計画加算(算定回数)	A246-4地域連携診療計画加算	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)(注:掲載データは心血管疾患患者に限定していない)
(38)	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	退院患者平均在院日数(患者所在地) 虚血性心疾患(病院+一般診療所)	令和2年患者調査
(39)	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(単位数)	H000心大血管疾患リハビリテーション科(1)(外来)	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
(40)	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(算定回数)	A226-2緩和ケア診療加算	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)(注:掲載データは心血管疾患患者に限定していない)
(41)	訪問診療の実施件数	C001在宅患者訪問診療料(1)(1・2)(同一建物居住者・同一建物居住者以外の場合) 算定回数	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
(42)	訪問看護利用者数(医療)	C005在宅患者訪問看護・指導料(保健師、助産師、看護師(週3日目まで)・准看護師(週3日目まで)・保健師、助産師、看護師(週4日目以降)・准看護師(週4日目以降)・悪性腫瘍患者への緩和ケア、疼痛ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門研修を受けた看護師) 算定回数	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
(43)	訪問看護利用者数(介護)	(介護保険) 訪問看護サービス 受給者数(年度累計)	令和2年度介護保険事業状況報告(年報)
(44)	薬剤師の訪問薬剤管理指導の実施件数(医療)	C008在宅患者訪問薬剤管理指導料(単一建物診療患者が1人・2人以上9人以下・10人以上の場合) 算定回数	厚生労働省「NDB(National Data Base)」(令和2年度診療分)
(45)	心疾患の年齢調整死亡率(男) 心疾患の年齢調整死亡率(女)	心疾患患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告(令和2年 都道府県別年齢調整死亡率)
(46)	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(男) 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(女)	急性心筋梗塞患者の年齢調整死亡率	人口動態特殊報告(令和2年 都道府県別年齢調整死亡率)
(47)	健康寿命(男) 健康寿命(女)	日常生活に制限のない期間の平均	厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」「健康日本21(第二次)の総合評価と次期健康づくり運動に向けた研究」都道府県別健康寿命(2019年)

宮崎県循環器病対策推進協議会名簿

〔任期：令和4（2022）年7月1日～令和7（2025）年6月30日〕

	所属名	役職	氏名	備考
1	一般社団法人 宮崎県介護支援専門員協会	会長	牛谷 義秀	
2	宮崎大学医学部 臨床神経科学講座 脳神経外科学分野	講師	大田 元	
3	宮崎大学医学部 病態解析医学講座 救急・災害医学分野	教授	落合 秀信	
4	宮崎大学医学部 内科学講座 循環器・腎臓内科学分野	教授	海北 幸一	
5	公益社団法人 宮崎県医師会	常任理事	金丸 吉昌	会長
6	公募委員		児島 慎也	
7	宮崎大学医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野	准教授	塩見 一剛	
8	宮崎市郡医師会病院	副院長 兼 心臓病センター長	柴田 剛徳	
9	宮崎大学医学部 臨床神経科学講座 脳神経外科学分野	教授	竹島 秀雄	
10	一般社団法人 宮崎県理学療法士会	理事	花田 智	
11	公募委員		濱畑 美奈子	
12	一般社団法人 宮崎県歯科医師会	理事	林 正太郎	
13	宮崎大学医学部 外科学講座 心臓血管外科学分野	教授	古川 貢之	
14	公益社団法人 宮崎県看護協会	常務理事	又木 真由美	
15	宮崎県保険者協議会	副会長	矢野 憲男	
16	宮崎県地域包括・在宅介護支援センター協議会	副会長	脇田 浩之	

(50音順、敬称略)

第2期宮崎県循環器病対策推進計画

発行 宮崎県福祉保健部健康増進課

電話 0985-26-7079