

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中間評価によると、「脳血管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（男女）」は増加し、悪化しています。また、「糖尿病有病者の推定数（男性）」が大幅に悪化しています。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、9.9gと、健康かごしま21の目標値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、291gと健康かごしま21の目標値350gより、約60g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、健康教育を推進する必要があります。
また、国が作成した、「循環器病対策推進基本計画」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(12月～3月)の死亡増加率をみると全国6位と高い状況にあります。冬季の死亡には、寒暖差が要因の1つと考えられますが、平成30年住宅・土地統計調査によると、本県の高断熱住宅の普及率は低い状況にあります。

【図表IV-1-(1)-1】



【図表IV-1-(1)-2】



【図表Ⅳ-1-(1)-3】



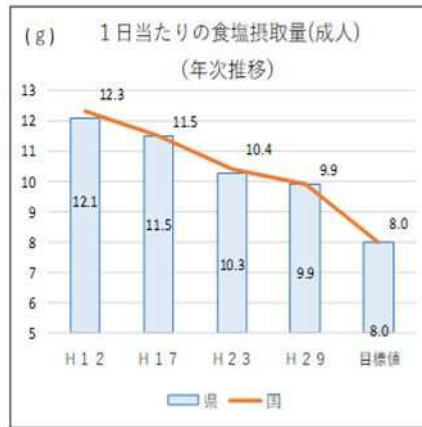
対象：いずれも40～74歳

【出典：健康かごしま 21 中間評価報告書】

【図表Ⅳ-1-(1)-4】



【図表Ⅳ-1-(1)-5】



県：県民の健康状況実態調査

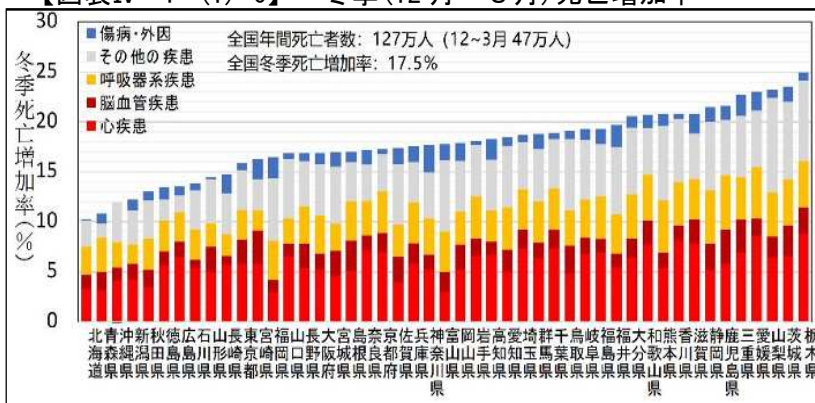
国：国民健康・栄養調査

(H29 国は H28 国民健康・栄養調査)

*成人：20歳以上

【出典：健康かごしま 21 中間評価報告書】

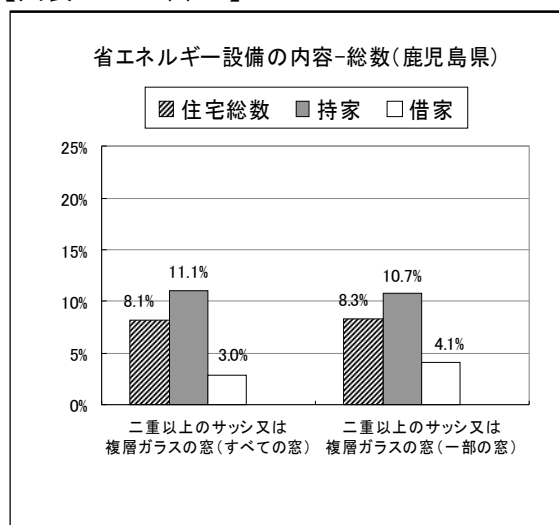
【図表Ⅳ-1-(1)-6】 冬季(12月～3月)死亡増加率



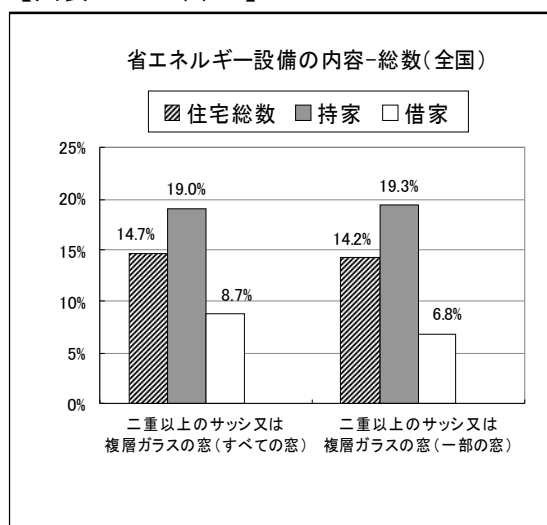
【出典：国土交通省

「住宅の断熱化と居住者の健康への影響に関する調査の中間報告」より抜粋】

【図表Ⅳ-1-(1)-7】



【図表Ⅳ-1-(1)-8】



【出典：平成30年住宅・土地統計調査】

【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る危険因子（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，市町村・関係機関・団体と連携して様々な世代への普及啓発を行います。
- 食生活改善推進員連絡協議会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行っています。県医師会や県歯科医師会等とともに，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，周辺環境と調和し健康で快適に生活できるよう工夫された高断熱等に配慮された環境共生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，本県も加入する保険者協議会による特定健康診査にかかる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。

また，国保ヘルスアップ支援事業において令和2年度まで実施した特定健診未受診者対策のモデル事業の取組やその成果について，会議の場等を通じて他市町村に情報提供しています。

特定健康診査及び特定保健指導の実施率については，「第7期鹿児島県保健医療計画」及び「第3期鹿児島県医療費適正化計画」における2023年度の目標値（特定健康診査：70%以上／特定保健指導：45%）とは乖離があり，目標達成に向けて，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。

【取り組むべき施策】

- 特定健康診査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関する取組を強化します。

【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：％）

	特定健康診査		特定保健指導	
	本県	全国	本県	全国
平成27年度	48.3	50.1	24.1	17.5
平成28年度	48.2	51.4	25.1	18.8
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

【出典：厚生労働省】

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高齢化の進行等により年々増加しており、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、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。
- 救急患者の搬送途上における救命効果の向上には、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)の設置により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ー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が必要です。
 また、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ほか、地域救急業務高度化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】 救急搬送患者数 (単位：人)

年次	急病	交通事故	一般負傷	その他	計
平成27年	43,438	5,829	9,973	12,259	71,499
平成28年	45,144	5,676	10,653	12,393	73,866
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

【出典：県消防年報】

【図表Ⅳ-2-(1)-2】 救急隊の活動時間の推移

年次	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27年	8分30秒	28分42秒	37分12秒
平成28年	8分48秒	29分18秒	38分06秒
平成29年	9分06秒	30分48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

【出典：救急・救助の現況（消防庁）】

【図表Ⅳ-2-(1)-3】 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28年度	77	85	85	9	113	284
平成29年度	63	492	99	18	77	257
平成30年度	79	396	88	22	65	254
令和元年度	57	264	91	19	83	250
令和2年度	78	217	58	17	269	507

(注) 自衛隊ヘリ等には海上保安庁ヘリ等も含む。

【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：人）

年度	心疾患	脳血管疾患	大動脈瘤及び解離
平成28年度	19	23	7
平成29年度	20	21	5
平成30年度	15	11	8
令和元年度	7	22	8
令和2年度	24	17	11
計	85	94	39

【出典：消防保安課調べ】

【図表IV-2-(1)-5】 救急医療連携体制



【出典：鹿児島県保健医療計画】

【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（t-PA療法）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、高齢化に伴う救急患者の増加や、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。

(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るところです。
- 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、第4章第2項 (1) 救急医療・救急搬送体制の整備参照)
- 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 (単位：人)

医療圏	神経内科医師数		脳神経外科医師数	
	人	人口10万人当たり	人	人口10万人当たり
鹿児島	75	11.0	58	8.5
南薩	7	5.2	7	5.2
川薩	6	5.1	4	3.4
出水	2	2.3	6	7.0
始良・伊佐	7	2.9	17	7.1
曾於	1	1.2	4	4.9
肝属	5	3.2	10	6.4
熊毛	1	2.4	1	2.4
奄美	3	2.7	4	3.6
県計	107	6.5	111	6.7
全国	5,166	4.0	7,528	5.9

【出典：鹿児島県保健医療計画】

【図表Ⅳ-2-(2)-2】 各医師数 (単位：人)

医療圏	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
鹿児島	114	16.7	28	4.1
南薩	15	11.2	-	-
川薩	16	13.6	-	-
出水	7	8.2	-	-
始良・伊佐	13	5.4	1	0.4
曾於	2	2.4	-	-
肝属	15	9.5	5	3.2
熊毛	1	2.4	-	-
奄美	6	5.4	-	-
県計	189	11.4	34	2.1
全国	12,732	10.0	3,214	2.5

表中「-」は数値データがないもの 【出典：鹿児島県保健医療計画】

【取り組むべき施策】

- P D C A 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 C C U ネットワーク）や脳卒中（t - P A 療法）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。【再掲】
- 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、脳卒中对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ってきました。
- 脳卒中は、虚血性脳卒中(脳梗塞)、出血性脳卒中(脳出血、クモ膜下出血)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)-3】

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)(令和元年度)

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	10	1.5	206	30.2
南薩	3	2.3	*	*
川薩	*	*	14	12.0
出水	*	*	16	18.9
始良・伊佐	6	2.5	23	9.6
曾於	*	*	*	*
肝属	4	2.6	24	15.4
熊毛	*	*	*	*
奄美	4	3.6	21	19.1
県計	27	1.6	304	18.5
全国	1,007	0.8	16,649	13.1

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

【出典：鹿児島県保健医療計画】

【図表Ⅳ-2-(2)-4】 脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）

圏域	(医療機関数・レセプト件数)		(令和元年度)	
	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	1.2	154	22.6
南薩	*	*	*	*
川薩	*	*	*	*
出水	*	*	*	*
始良・伊佐	3	1.3	23	9.6
曾於	*	*	27	33.4
肝属	3	1.9	32	20.6
熊毛	*	*	*	*
奄美	*	*	*	*
県計	14	0.9	236	14.4
全国	652	0.5	15,998	12.6

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

【出典：鹿児島県保健医療計画】

【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。【再掲】
- 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。

<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、24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、鹿児島市立病院が認定されており、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3年12月時点登録施設（24施設）

二次保健医療圏	施設名
鹿児島	公益財団法人慈愛会 今村総合病院
	公益社団法人昭和会 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
	出水総合医療センター
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
	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	医療法人青仁会 池田病院
	県民健康プラザ鹿屋医療センター
	大隅鹿屋病院
	医療法人秋津会 徳田脳神経外科病院
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入し、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)-5】

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) (令和元年)

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	1.17	424	62.1
南薩	*	*	46	34.8
川薩	*	*	35	29.9
出水	*	*	41	48.4
始良・伊佐	*	*	60	25.1
曾於	0	0	0	0.0
肝属	4	2.57	87	55.9
熊毛	*	*	*	*
奄美	3	2.72	43	39.1
県計	15	0.91	736	44.8

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

【出典：鹿児島県保健医療計画】

【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・栄養士・理学療法士・作業療法士等、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。

<急性冠症候群(ACS)を取り巻く事項>

1 鹿児島大学病院における研究

鹿児島大学病院では、緊急PCIや急性期脂質管理など「急性冠症候群ガイドライン2018」でClass IIに推奨されている治療がすべての施設で行われているかどうか把握できていないことから、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)を発足させて解析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%上昇するといわれています。また、予後不良な疾患であるため、予後改善のためには迅速な診断、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、食事療法等他職種による多面的・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)-6】 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	5	45
南薩	1	15
川薩	0	13
出水	0	8
始良・伊佐	0	14
曾於	0	4
肝属	2	11
熊毛	0	2
奄美	0	17
県計	8	129

【出典：平成28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。【再掲】
- 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・栄養士・理学療法士・作業療法士等、医療関係者との連携に努めます。【再掲】
- 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。【再掲】

＜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あり、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型解離においては基本的に厳密な降圧療法ですが、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もあります。

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せんが、鹿児島大学病院心臓血管外科で、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、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3年11月現在、診断において方針決定しにくい（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、外来での実施件数は少なく、再入院抑制のためには、外来リハビリテーションの充実も必要です。

【図表Ⅳ-2-(2)-7】 心血管疾患リハビリテーションの算定件数(令和元年度)

圏域	医療機関数	算定件数 (人口10万人当たり)	
		入院	外来
鹿児島	14	5,207	1,955
南薩	3	2,332	1,846
川薩	*	1,423	0
出水	*	3,548	860
始良伊佐	3	3,087	1,571
曾於	0	0	0
肝属	4	13,188	476
熊毛	0	0	0
奄美	*	675	0
県計	24	4,376	1,278

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

【出典：鹿児島県保健医療計画】

【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。【再掲】
- 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・栄養士・理学療法士・作業療法士等、医療関係者との連携に努めます。【再掲】
- 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。【再掲】

＜希少疾患に関する鹿児島大学の取組＞

1 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、へき地診療所を設置していますが、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、へき地診療所への医師派遣等の支援を行っています。
- 離島からの救急搬送について、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。
- 県内において、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市町村（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。

【取り組むべき施策】

- 自治医科大卒医師や鹿児島大学地域枠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、鹿児島大学病院等との連携を図り、促進に努めます。

(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。また、治療継続、再発防止等において、患者や家族等に対する適切な教育も必要です。
- リハビリテーションは急性期から生活期まで切れ目なく継続して行われることが重要であり、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3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3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		○
	外科馬場病院	○	○
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：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、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・事業者数や利用率等について、経年的に把握し、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。

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、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。

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」を運用しており、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。

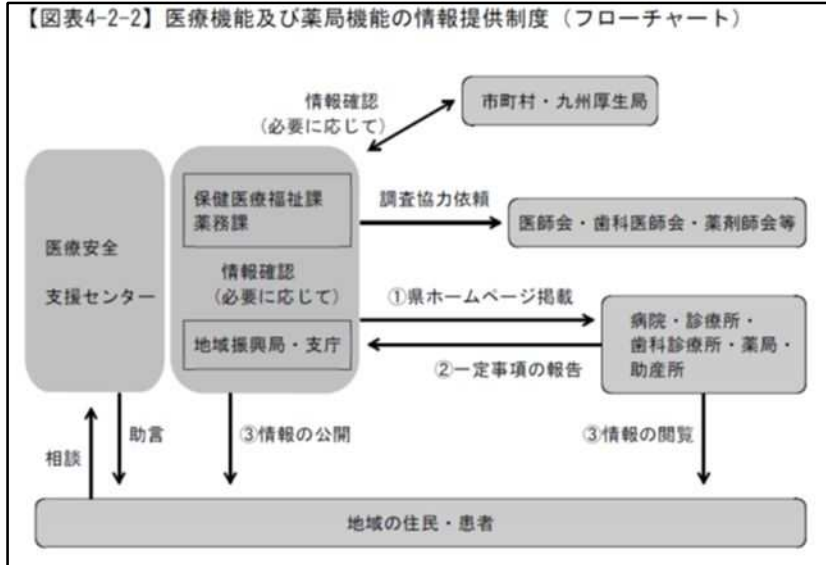
近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に慢性疾病に罹患した患者全体の死亡率は大きく減少した一方で、原疾患の治療や合併症への対応を抱えたまま成人期に移行する患者が増加しており、小児から成人までの生涯を通じて切れ目ない医療が受けられるよう、患児の自立支援を含めた移行期医療体制の充実が求められています。

【取り組むべき施策】

- 引き続き、「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、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・指導が可能な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医療支援の体制整備に努めます。

また、小児慢性特定疾病及び難病の患者及び家族に対する相談支援体制の充実を図ります。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。

【図表IV-3-(1)-1】



【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ますが、まだまだ十分な対応であるとは言えません。

(2) 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が市町村単位であることから、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、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-(2)-1】

【図表6-3-4】 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：鹿児島県保健医療計画】

- 脳卒中などの循環器病に起因し、高次脳機能障害などの障害を引き起こした場合は、日常生活や社会生活に支障をきたす可能性があるため、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が、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です。

【図表IV-3-(1)-2】

高次脳機能障害者支援協力病院（34病院）について

(指定期間：平成30年8月1日～令和5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)	厚地かもいけクリニック	○	○	○		
	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		○	○		
	外科馬場病院	○		○	○	
	米盛病院	○	○		○	
	いじゅういん脳神経外科(令和元年7月3日～)	○				
	圏域計	6	7	8	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	3	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	2	1
姶良・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	2		2
肝属 (3病院)	池田病院	○	○	○	○	
	おぐら病院		○	○	○	○
	徳田脳神経外科病院	○	○	○		
	圏域計	2	3	3	2	1
曾於 (3病院)	病院芳春苑(平成30年9月25日～)			○		○
	高原病院(平成31年1月1日～)		○		○	
	昭南病院(平成31年1月1日～)	○	○	○	○	
	圏域計	1	2	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(平成31年4月17日～)	○	○	○	○	○
	県合計	16	24	23	17	13

※ 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：鹿児島県くらし保健福祉部障害福祉課調べ】

【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、県内の全二次保健医療圏において入退院調整ルール策定に係る、市町村等関係者による協議を支援していきます。

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の育成に努めます。

医療と介護の連携が図られるよう、介護支援専門員や認知症介護実践者を対象とした研修の充実・強化に努めます。

- 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てまいります。

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・派遣に取り組んでまいります。

(3) 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2年度障害者の職業紹介状況等」）

令和2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2.2%に対し、実雇用率は2.44%ですが、法定雇用率未達成企業は全体の38.0%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61.1%です。（鹿児島労働局「令和2年 鹿児島県内における障害者雇用状況の集計結果」）

- 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があり、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。

【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。

- 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。

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】

- 国が作成した「循環器病対策推進基本計画」によると、まずは、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)

まずは循環器病に関する科学的根拠に基づいた正しい情報を提供するために、国と国立循環器病研究センター、関係団体等が、協力して循環器病に関する様々な情報を収集し、科学的根拠に基づく情報を国民に提供する。

発信された情報のうち、患者やその家族が、疾患の特性に応じ、個別のニーズに対応した必要な情報に急性期から確実にアクセスし活用しながら問題解決できるよう、前述の循環器病の相談支援に関する現状を踏まえつつ、循環器病における適切な相談支援の内容や体制、必要な情報（例えば、治療を受けられる医療機関、循環器病の症状・治療・費用、生活習慣病に関する知識、患者団体等の活動等）について、地方公共団体は、医療機関や地域における高齢者等の生活を支える地域包括支援センターなど既存の取組との連携・協力も見据えながら、個別支援も含めて検討する必要がある。

【循環器病対策推進基本計画 (R2.10) より抜粋】

【取り組むべき施策】

- 今後の国の動向を把握し、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注視し、検討します。

V 循環器病対策に係る取組指標

鹿児島県循環器病対策推進計画における循環器病対策の取組指標

指標	対象	直近値	目標値* (R5年度)	計画策定時の値・ 直近値の出典
脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	全年齢	44.1(男性) 27.5(女性) (H27年)	44.1(男性) 27.5(女性)	人口動態統計
虚血性心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	全年齢	26.5(男性) 11.8(女性) (H27年)	26.5(男性) 11.6(女性)	
高血圧有病者の推定数 (予備群含む)	40～74歳	219,900人(男性) 197,500人(女性) (H27年度)	153,300人(男性) 135,100人(女性)	特定健診データ
収縮期血圧の平均値	40～74歳	128.1 mm Hg(男性) 123.3 mm Hg(女性) (H27年度)	126 mm Hg(男性) 122 mm Hg(女性)	
糖尿病有病者の推定数 (予備群含む)	40～74歳	141,800人(男性) 99,700人(女性) (H27年度)	111,000人(男性) 99,700人(女性)	
脂質異常症有病者の推定数	40～74歳	137,200人(男性) 107,600人(女性) (H27年度)	77,800人(男性) 65,700人(女性)	厚生労働省 医療費適正化計画 関係資料 直近値は特定健 診データ
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	40～74歳	153,600人(男性) 54,800人(女性) (H27年度)	平成20年度と比 べて25%減少 (参考) 151,000人(男性) 59,300人(女性) (H20年度)	
特定健康診査の実施率	40～74歳	51.2%(R1年度)	70%以上	
特定保健指導の実施率	40～74歳	25.6%(R1年度)	45%以上	

指 標	対 象	直近値	目標値* (R5年度)	計画策定時の値・ 直近値の出典
20歳～60歳代男性の肥満者の割合	20～60歳代 男性	38.7%	38%	県民の健康状況 実態調査 (身体状況調査)
40歳～60歳代女性の肥満者の割合	40～60歳代 女性	26.4%	20%	
40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	40～49歳	36.0%	25%	県民の健康状況 調査(直近値は県 民の歯科口腔保 健全態調査)
60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	60～69歳	69.2%	45%	

〔*目標値設定の考え方〕

【脳血管疾患の年齢調整死亡率（全年齢）（人口10万人対）】

健康かごしま21の目標値を設定します。

ただし、男女とも健康かごしま21の目標値（男性49.2、女性29.5）を平成27年時点で達成していることから、目標値を平成27年の値を踏まえ、男性は「44.1」、女性は「27.5」と設定します。

【虚血性心疾患の年齢調整死亡率（全年齢）（人口10万人対）】

健康かごしま21の目標値を設定します。

ただし、男性については、健康かごしま21の目標値（28.8）を平成27年時点で達成していることから、目標値を平成27年の値を踏まえ、「26.5」と設定します。

【高血圧有病者の推定数（予備群含む）】

健康かごしま21の目標値を設定します。

【収縮期血圧の平均値】

健康かごしま21の目標値を設定します。

【糖尿病有病者の推定数（予備群含む）】

健康かごしま21の目標値を設定します。

ただし、女性については、健康かごしま21の目標値（102,400人）を平成27年度時点で達成していることから、目標値を平成27年の値を踏まえ、「99,700人」と設定します。

【脂質異常症有病者の推定数】

健康かごしま21の目標値を設定します。

【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】

健康かごしま21の目標値を設定します。

【特定健康診査の実施率】

保健医療計画及び医療費適正化計画の目標値を設定します。

【特定保健指導の実施率】

保健医療計画及び医療費適正化計画の目標値を設定します。

【20歳～60歳代男性の肥満者の割合】

健康かごしま 21 の目標値を設定します。(肥満BMI 25 以上)

【40歳～60歳代女性の肥満者の割合】

健康かごしま 21 の目標値を設定します。(肥満BMI 25 以上)

【40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合】

健康かごしま 21 の目標値を設定します。

【60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合】

健康かごしま 21 の目標値を設定します。

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、目標（P l a n）、実行（D o）、評価（C h e c k）、改善（A c t i o n）のP D C A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。

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ますが、この計画は、令和6(2024)年度からの新たな保健医療計画等々の調和を図ることができるよう、計画期間を令和5(2023)年度までとし、見直しを行うこととします。

参考指標

【出典：鹿児島県保健医療計画】

【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。

脳卒中

指標分類	指標名	指標コード	鹿児島医療圏	南薩医療圏	川薩医療圏	出水医療圏	姶良・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	○	80	12	8	8	29	6	8	1	14	166	13,192
	人口10万人対		11.7	8.8	6.7	9.2	12.1	7.2	5.0	2.3	12.4	10.0	10.3
S	禁煙外来を行っている病院数	○	20	2	3	1	6	2	6	2	5	47	2,496
	人口10万人対		2.9	1.5	2.5	1.1	2.5	2.4	3.8	4.7	4.4	2.8	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診率（%）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	315.8	240.3
P	脂質異常症患者の年齢調整外来受診率	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44.4	64.6
P	救急要請（告知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間（分）	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	39.4	39.5
S	脳血管疾患により救急搬送された患者数（0.1千人）	○	2.2	1.1	0	0	1	0	0	0	0	6.1	238.1
	人口10万人対		0.3	0.8	0	0	0.4	0	0	0	0	0.4	0.2
O	脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7.5	13.7
S	神経内科医師数（人）	◎	75	7	6	2	7	1	5	1	3	107	5,166
	人口10万人対		11.0	5.2	5.1	2.3	2.9	1.2	3.2	2.4	2.7	6.5	4.0
S	脳神経外科医師数	◎	58	7	4	6	17	4	10	1	4	111	7,528
	人口10万人対		8.5	5.2	3.4	7.0	7.1	4.9	6.4	2.4	3.6	6.7	5.9
S	救命救急センターを有する病院数	◎	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3.0	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	◎	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	162
	人口10万人対		0.6	—	—	—	—	—	—	—	—	0.2	0.1
S	脳卒中の専用病室を有する病院の病床数	◎	31	—	—	—	—	—	—	—	—	31	1,295
	人口10万人対		4.5	—	—	—	—	—	—	—	—	1.9	1.0
S	脳卒中ケアユニットを有する病院数	◎	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	179
	人口10万人対		0.6	—	—	—	—	—	—	—	—	0.2	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	◎	6	0	0	2	1	0	0	0	1	10	777
	人口10万人対		0.9	0	0	2.4	0.4	0	0	0	0.9	0.6	0.6
S	脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅰ）届出施設数	◎	30	8	5	6	16	1	8	1	5	80	3,008
	人口10万人対		4.4	6.2	4.3	7.1	6.7	1.3	5.2	2.4	4.6	4.9	2.4
S	脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅱ）届出施設数	◎	30	13	6	0	6	8	4	1	3	71	1,966
	人口10万人対		4.4	10.0	5.2	0.0	2.5	10.1	2.6	2.4	2.7	4.4	1.5
S	脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅲ）届出施設数	◎	47	9	9	0	18	3	9	2	13	110	2,948
	人口10万人対		6.9	6.9	7.8	0	7.6	3.8	5.9	4.9	11.9	6.7	2.3
P	ニコチン依存管理料を算定する患者数（医療機関数）	八	92	13	12	9	29	6	14	3	19	197	14,686
	（算定回数）		2,094	303	392	247	656	177	436	69	519	4,893	432,644
	（レセプト件数）		1,557	222	277	177	490	124	309	51	390	3,597	320,178
	人口10万人対		228.1	167.9	237	208.8	205.2	153.3	198.7	122.1	354.4	218.9	251.2

脳卒中

指標分類	指標名	単位	鹿児島 医療圏	南薩 医療圏	川薩 医療圏	出水 医療圏	姶良・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副療法実施件数(医療機関数)	◎	10	3	*	*	6	*	4	*	4	27	1,007
	(算定回数)		253	*	24	18	30	*	27	10	27	389	19,444
	(レセプト件数)		206	*	14	16	23	*	24	*	21	304	16,649
	人口10万人対		30.2	*	12	18.9	9.6	*	15.4	*	19.1	18.5	13.1
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	*	3	*	*	14	652
	(算定回数)		154	*	*	*	23	28	32	*	*	237	16,166
	(レセプト件数)		154	*	*	*	23	27	32	*	*	236	15,998
	人口10万人当たり		22.6	*	*	*	9.6	33.4	20.6	*	*	14.4	12.6
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)	○	8	*	*	*	5	*	*	0	*	13	723
	(算定回数)		59	*	11	*	12	*	16	0	*	98	6,778
	(レセプト件数)		57	*	11	*	12	*	16	0	*	96	6,722
	人口10万人対		8.4	*	9.4	*	5.0	*	10.3	0.0	*	5.8	5.3
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	*	*	*	3	*	*	0	*	10	550
	(算定回数)		64	*	*	*	13	11	12	0	10	110	5,782
	(レセプト件数)		63	*	*	*	13	10	12	0	10	108	5,664
	人口10万人対		9.2	*	*	*	5.4	12.4	7.7	0.0	9.1	6.6	4.4
P	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数(医療機関数)	△	46	10	8	4	19	3	8	0	9	107	4,048
	(算定回数)		10,944	2,804	5,574	1,363	5,343	2,168	5,427	0	2,071	35,694	3,224,313
	(レセプト件数)		1,306	395	533	140	539	134	545	0	295	3,887	323,628
	人口10万人対		191.4	298.7	456.0	165.1	225.7	165.7	350.4	0.0	268.1	236.5	253.9
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)	△	80	25	14	6	31	11	16	3	17	203	6,387
	(算定回数)		1,263,113	240,392	172,958	103,231	417,083	38,086	216,805	47,308	61,730	2,561,006	109,336,825
	(レセプト件数)		17,849	3,772	2,857	1,701	6,152	1,156	3,304	807	2,175	39,773	1,660,933
	人口10万人対		2,615.2	2,852.1	2,444.3	2,006.1	2,576.4	1,429.2	2,124.3	1,932.2	1,976.4	2,420.1	1,303.3
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)	○	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6	539
	(算定回数)		265	0	0	0	0	0	0	0	0	265	16,801
	(レセプト件数)		265	0	0	0	0	0	0	0	0	265	16,799
	人口10万人対		39.5	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.5	13.3
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	152.2	13.5	0	0	65.5	0	0	36.0	34.9
P	地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数(算定回数)	○	403	*	36	0	12	*	21	0	0	472	36,788
	(レセプト件数)		403	*	36	0	12	*	21	0	0	472	36,770
	人口10万人対		58.4	*	29.6	0	5	*	13	0	0	11.8	25.5
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)	○	2.3	1.1	0	0	0.7	0	0.6	0	0.5	5.2	312.8
O	脳血管疾患患者数(0.1千人)	△	4.9	1.8	0.6	0	1.6	0	0.9	0	0.8	10.6	571.4
O	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	△	47.9	61.3	58.1	50	45.1	16.9	60.8	66.7	70.6	49.1	54.7
O	脳血管疾患入院患者平均在院日数	◎	60.6	269.2	51.4	72.9	173.7	608.4	46.8	47.5	38.8	101.0	92.4
O	脳血管疾患による4年齢調整死亡率(男性)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44.1	37.8
O	脳血管疾患による4年齢調整死亡率(女性)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27.5	21.0

心筋梗塞等の心血管疾患

指標分類	指標名	調査対象： ※調査対象：○ その他：△	鹿児島 医療圏	南薩 医療圏	川薩 医療圏	出水 医療圏	姶良・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	健康診断の受診率 (%)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76.3	73.3
P	高血圧性心疾患の年齢調整外来受診率 (%)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	315.8	240.3
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)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	39.4	39.5
S	禁煙外来を行っている一般診療所数	◎	80	12	8	8	29	6	8	1	14	166	13,192
	人口10万人対		11.7	8.8	6.7	9.2	12.1	7.2	5.0	2.3	12.4	10.0	10.3
S	禁煙外来を行っている病院数	◎	20	2	3	1	6	2	6	2	5	47	2,496
	人口10万人対		2.9	1.5	2.5	1.1	2.5	2.4	3.8	4.7	4.4	2.8	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)	○	92	13	12	9	29	6	14	3	19	197	14,686
	(算定回数)		2,094	303	392	247	656	177	436	69	519	4,893	432,644
	(レセプト件数)		1,557	222	277	177	490	124	309	51	390	3,597	320,178
	人口10万人対		228.1	167.9	237	208.8	205.2	153.3	198.7	122.1	354.4	218.9	251.2
P	脂質異常症患者の年齢調整外来受診率	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44.4	64.6
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	30.3
	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	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	2,168
O	虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11.5	21.9
S	循環器内科医師数	◎	114	15	16	7	13	2	15	1	6	189	12,732
	人口10万人対		16.7	11.2	13.6	8.2	5.4	2.4	9.5	2.4	5.4	11.4	10.0
S	心臓血管外科医師数	◎	28	—	—	—	1	—	5	—	—	34	3,214
	人口10万人対		4.1	—	—	—	0.4	—	3.2	—	—	2.1	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	287
	人口10万人対		—	—	—	—	—	—	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	◎	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2	1,670
	人口10万人対		—	—	—	—	—	—	1.3	—	—	0.1	1.3
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	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	5	382
	人口10万人対		0.7	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科 (I) 届出施設数	◎	14	3	1	2	3	0	4	0	1	28	1,303
	人口10万人対		2.1	2.3	0.9	2.4	1.3	0	2.6	0	0.9	1.7	1.0

心筋梗塞等の心血管疾患

指標分類	指標名		鹿児島 医療圏	南薩 医療圏	川薩 医療圏	出水 医療圏	新大・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	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	135
	人口10万人対		0.3	0.8	0	0	0	0	0	0	0	0.2	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)	△	14	3	*	*	3	0	4	0	*	24	1,075
	(算定回数)		35,539	3,084	1,663	3,008	7,372	0	20,512	0	743	71,921	3,338,834
	(レセプト件数)		2,151	246	80	235	387	0	1,328	0	75	4,502	231,860
	人口10万人対		315.2	186.0	68.4	277.2	162.1	0	853.9	0	68.2	273.9	181.9
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)	△	11	*	0	*	3	0	3	0	0	17	860
	(算定回数)		13,341	2,441	0	729	3,752	0	740	0	0	21,003	1,787,193
	(レセプト件数)		1,433	180	0	67	362	0	88	0	0	2,130	213,076
	人口10万人対		210.0	136.1	0	79.0	151.6	0	56.6	0	0	129.6	167.2
P	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(医療機関数)	△	8	*	*	*	*	0	4	*	3	15	1,225
	(算定回数)		1,603	333	172	172	199	0	802	19	161	3,461	232,759
	(レセプト件数)		1,542	280	86	160	194	0	758	19	153	3,192	212,964
	人口10万人対		225.9	211.7	73.6	188.7	81.2	0	487.4	45.5	139.0	194.2	167.1
P	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(医療機関数)	◎	8	*	*	*	*	0	4	*	3	15	1,099
	(算定回数)		425	46	70	41	60	0	87	*	43	772	52,435
	(レセプト件数)		424	46	35	41	60	0	87	*	43	736	50,089
	人口10万人対		62.1	34.8	29.9	48.4	25.1	0	55.9	*	39.1	44.8	39.3
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)	◎	8	*	*	*	*	0	4	0	3	15	1,025
	(算定回数)		321	40	30	26	34	0	68	0	34	553	33,278
	(レセプト件数)		321	40	16	26	34	0	68	0	34	539	31,896
	人口10万人対		47.0	30.2	13.7	30.7	14.2	0	43.7	0	30.9	32.8	25.0
P	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	○	229	0	0	0	0	0	66	0	0	295	15,830
	(レセプト件数)		229	0	0	0	0	0	66	0	0	295	15,812
	人口10万人対		33.6	0	0	0	0	0	42.4	0	0	18.0	12.4
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)	○	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6	380
	(算定回数)		35	0	0	0	0	0	0	0	0	35	2,767
	(レセプト件数)		35	0	0	0	0	0	0	0	0	35	2,767
	人口10万人対		5.1	0	0	0	0	0	0	0	0	2.1	2.2
O	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	◎	9.8	10.1	8.5	3.8	17	15.5	37.4	7.7	9.2	14.9	9.2
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	0.7	0.6	—	1.3	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	0.8	0.7	0	1.4	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	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26.5	31.3
	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	◎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11.8	11.8

循環器病対策に係る用語集

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	各都道府県人口の年齢構成の差異を基準人口で調整した死亡率。年齢調整死亡率の基準人口は「昭和60年モデル人口」である。
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)	<p>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。</p> $\text{標準化死亡比 (SMR)} = \frac{\text{観察集団の死亡数}}{(\text{基準集団の年齢階級別死亡率} \times \text{観察集団の年齢階級別人口}) \text{の各年齢階級の合計}} \times 100$
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。
食生活改善推進員連絡協議会	県民の食生活改善に対する正しい考え方と知識を普及し、組織的な実践への機運を高めることによって、県民の健康づくりに寄与することを目的とした団体。
特定健康診査	40歳以上74歳以下の者に実施する高血圧症、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

循環器病対策に係る用語集

用 語	解 説
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。
心臓再同期療法	心不全の治療法の一つであり、右室と左室を同時にペーシングすることによって心室壁の同期不全を修正し、心行動態の改善を図る治療
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。