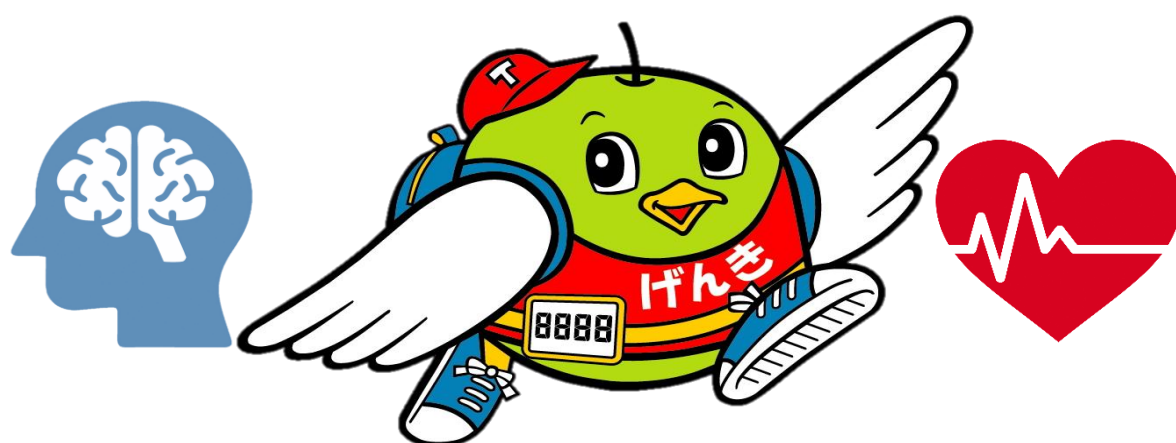


鳥取県循環器病対策推進計画 (第2期)



令和6年4月
鳥取県

目次

計画に関する基本的事項	1
第1章 はじめに	2
(1) 計画策定の趣旨	
(2) 計画の位置づけ	
(3) 計画の期間	
(4) 計画の推進体制	
第2章 循環器病の特徴と目指す姿	4
(1) 循環器病の特徴	
(2) 基本的な方向性	
(3) 重点課題	
第3章 計画本文	
【脳卒中対策】	6
1 目標（目指すべき姿）	6
2 (1) 現状	6
(2) 課題	14
3 施策の方向性	18
4 具体的な取組	18
ア 脳血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発	18
イ 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	
(ア) 脳血管疾患を予防する健診の普及や取組の推進	19
(イ) 救急搬送体制の整備	20
(ウ) 救急医療の確保をはじめとした脳血管疾患に係る医療提供体制の構築	
① 急性期の医療について	21
② 回復期、維持期（生活期）の医療について	21
③ かかりつけ医機能の医療機関に求められる役割	21
(エ) 感染症発生・まん延時や災害発生時等の有事を見据えた対策	22
(オ) 社会連携に基づく脳血管疾患対策・患者支援	22
(カ) リハビリテーション等の取組	22
(キ) 適切な情報提供・相談支援	22
(ク) 緩和ケア	23
(ケ) 後遺症を有する者に対する支援	23
(コ) 治療と仕事の両立支援・就労支援	23
(サ) 小児期・若年期からの配慮が必要な脳血管疾患への対策	23
(シ) 今後育成すべき医療人材	23
<表> 今後育成すべき人材（脳血管疾患関連）	25
5 脳血管疾患対策の医療提供体制	26
6 数値目標	27
<参考> 脳血管疾患におけるロジックモデル	29

【心筋梗塞等の心血管疾患対策】	30
1 目標（目指すべき姿）	30
2 (1) 現状	30
(2) 課題	39
3 施策の方向性	44
4 具体的な取組	44
ア 心血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発	44
イ 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	
(ア) 脳血管疾患を予防する健診の普及や取組の推進	45
(イ) 救急搬送体制の整備	46
(ウ) 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築	
① 急性期の医療について	47
② 回復期、維持期（生活期）の医療について	47
③ かかりつけ医機能の医療機関に求められる役割	47
(エ) 感染症発生・まん延時や災害発生時等の有事を見据えた対策	48
(オ) 社会連携に基づく心血管疾患対策・心血管疾患患者支援	48
(カ) リハビリテーション等の取組	48
(キ) 適切な情報提供・相談支援	48
(ク) 緩和ケア	49
(ケ) 治療と仕事の両立支援・就労支援	49
(コ) 小児期・若年期からの配慮が必要な心血管疾患への対策	50
(サ) 成人先天性心疾患患者への対策	50
(シ) 今後育成すべき医療人材	50
<表> 今後育成すべき人材（心疾患関連）	51
5 心血管疾患の医療提供体制	52
6 数値目標	53
<参考> 心血管疾患におけるロジックモデル	55
参考資料	56
○ 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	57
○ 循環器病対策推進基本計画（第2期）	61
○ 脳卒中と循環器克服第二次5カ年計画	97
○ 鳥取県生活習慣病検診等管理指導協議会循環器疾患等部会及び鳥取県 健康対策協議会生活習慣病対策専門委員会名簿、脳血管疾患小委員会 名簿、心疾患小委員会名簿	147
○ ロジックモデルの定義・出典一覧	149
○ 用語解説	154

計画に関する基本的事項

1 計画策定にあたって

本県では、昭和63年に医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画である「鳥取県保健医療計画」を策定して以降、医療提供体制の整備や医療従事者の確保対策など各種医療施策を展開するとともに、必要に応じて計画の改定を行ってきました。

前回、平成30年に計画の見直しを行ってから6年が経過しており、その後の医療法の改正や、医療を取り巻く環境の変化、本県における現状や課題などを踏まえた、新たな医療提供体制の構築を進める必要があることから、現行の計画を見直し、新たな「鳥取県保健医療計画」を策定しました。

今回、計画策定にあたって政策的に関連の深い計画を一体的に策定し、「鳥取県保健医療計画」に位置付けることとしました。

2 「鳥取県保健医療計画」における計画の位置づけ

「鳥取県保健医療計画」では、これまで個別計画として策定していた以下の計画を一定的に策定しました。

- ・「鳥取県がん対策推進計画」（第4章第1節「1がん対策」）
 - ・「鳥取県循環器病対策推進計画」（第4章第1節「2脳卒中对策」、「3心筋梗塞等の心血管疾患」）
 - ・「鳥取県感染症予防計画」（第4章第1節「1.1新興感染症発生・まん延時における医療」、第3節「2感染症対策」）
 - ・「鳥取県薬剤師確保計画」（第4章第2節「4薬剤師」）
 - ・「鳥取県肝炎対策推進計画」（第4章第3節「3肝炎対策」）
 - ・「鳥取県歯科保健推進計画～歯と口腔の健康づくりとっとりプラン～」
（第4章第3節「10歯科保健医療対策」）
 - ・「鳥取県健康づくり文化創造プラン」（第7章「健康づくり」）
 - ・「鳥取県医療費適正化計画」（第8章「医療費適正化」）
- ※（ ）書きは「鳥取県保健医療計画」における分類です。

第1章 はじめに

(1) 計画策定の趣旨

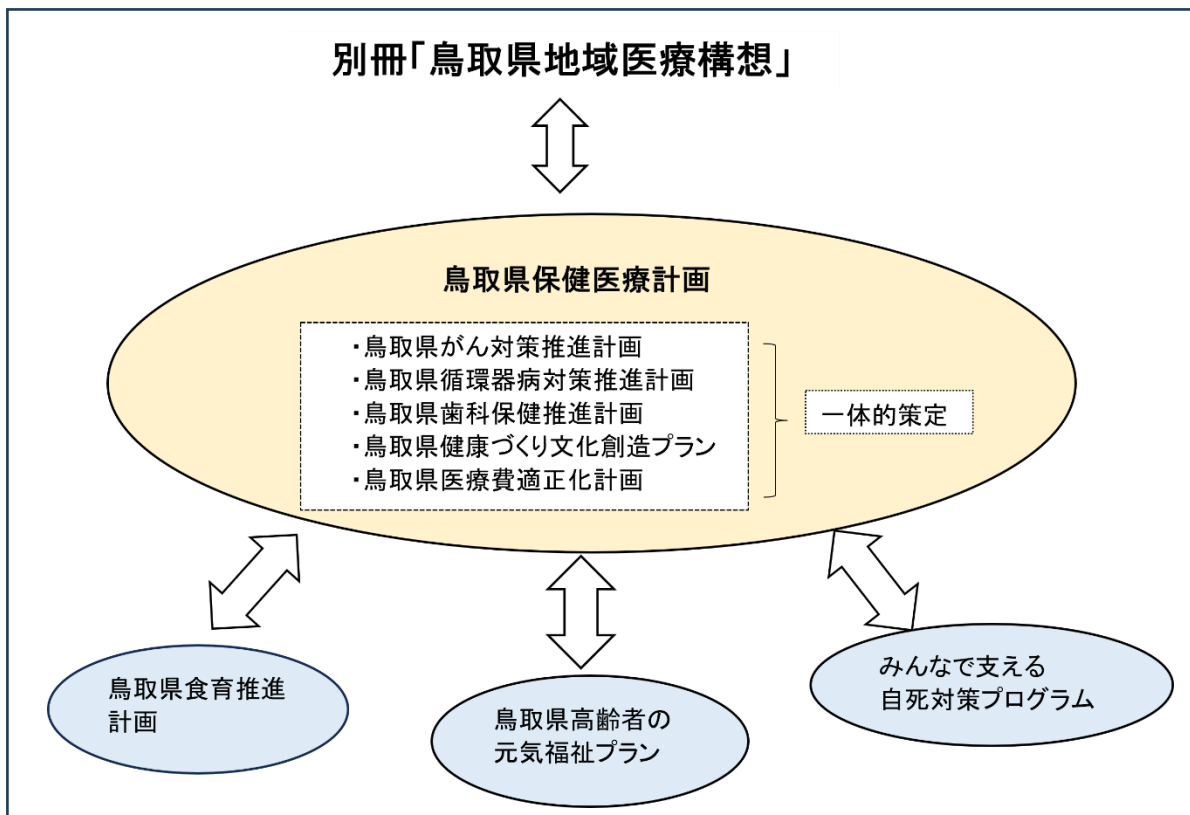
「鳥取県循環器病対策推進計画（以下「県推進計画」という。）」は、県民の生涯にわたる健康の保持増進に寄与するため、本県における循環器病対策の方向性や県の責務及び県民のみなさん等の役割を明らかにするとともに、県の行うべき基本的施策を定め、循環器病の予防、早期発見・早期治療、再発の予防等を推進していくために策定するものです。

(2) 計画の位置づけ

県推進計画は、令和元年に施行された「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。）第11条の規定による都道府県循環器病対策推進計画です。

なお、県では、保健・医療・福祉分野ごとにさまざまな計画を策定しています。

県推進計画は、医療法に基づく「鳥取県保健医療計画」と一体的に策定した鳥取県がん対策推進計画の他、鳥取県歯科保健推進計画、鳥取県健康づくり文化創造プラン、鳥取県医療費適正化計画、鳥取県食育推進計画、鳥取県高齢者の元気福祉プラン、みんなで支える自死対策プログラムと調和のとれた計画としています。



(3) 計画の期間

国が定める「循環器病対策推進基本計画」（以下「国基本計画」という。）の実行期間や他の計画との整合を図り、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

なお、基本法第11条第3項の規定に基づき少なくとも6年ごとに検討を加え、必要があれば、県推進計画の変更を行うものとします。

(4) 計画の推進体制

県関係部署や県内市町村、関係団体と連携し、地域の循環器病対策の向上を図ります。

また、県民の健康保持増進や公衆衛生の普及徹底、健康知識の啓発の実施に取り組んでいる「鳥取県健康対策協議会（事務局：鳥取県医師会）」において、県推進計画で策定した目標や施策の進捗状況を把握し、円滑な推進を図るとともに、循環器病をめぐる状況の変化や目標の達成状況等を踏まえ、必要に応じて適宜見直しを行い、有効な取組の実施等について検討します。

第2章 循環器病の特徴と目指す姿

(1) 循環器病の特徴

循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあり、悪性新生物（がん）と比べても循環器病の患者の年齢層は高いことが特徴です。他方で、乳幼児期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症するものであり、就労世代の患者数も一定程度存在することにも留意が必要です。このように幅広い年代の患者が存在することから、ライフステージにあった対策を考えていくことも求められます。

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、飲酒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（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病等）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するが、患者自身が気付かない間に病気が進行することも多いとされています。ただし、これらの経過のうち、いずれの段階においても、生活習慣の改善や治療によって予防・進行抑制が可能である側面もあります。

また、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り、突然死に至ることがあります。たとえ、死に至らなくとも、特に脳卒中においては重度の後遺症を残すことも多いとされています。しかし、発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性があります。

さらに、回復期及び慢性期には、急性期に生じた障害が後遺症として残る可能性があるとともに、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えているなど再発や増悪を来しやすいといった特徴があります。また、脳血管疾患と心血管疾患の両方に罹患することもある等、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化することも特徴の一つといえます。

(2) 基本的な方向性

- ① 循環器病に関する正しい知識の普及の推進
- ② 循環器病の危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの発症予防、重症化予防の推進
- ③ 循環器病患者等への保健、医療及び福祉サービスの継続的かつ総合的な実施

(3) 重点課題

- ① 循環器病に関する正しい知識に基づく自己管理行動の定着
- ② 高血圧症、脂質異常症、糖尿病に起因する将来にわたる循環器病の発症予防
- ③ 循環器病に関する予防から治療、回復支援等に至る切れ目のない支援体制の整備

<参考>

○循環器病対策推進基本計画（第2期）（令和5年3月）に定める国の目標

- 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 …循環器病の研究促進

以上の3つの目標を達成することにより、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸※¹及び循環器病の年齢調整死亡率※²の減少」を目指す。

※1 令和元(2019)年5月29日に厚生労働省 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目指す」とされている。なお、平成28(2016)年の健康寿命は、男性72.14年、女性74.79年である。

※2 年齢調整死亡率について、脳血管疾患は、男性93.7、女性55.1(令和3(2021)年)、心疾患は、男性193.8、女性110.2(令和3(2021)年)であり、これを基準とする。

○脳卒中と循環器病克服第二次5カ年計画（令和3年3月）に定める目標

日本脳卒中学会・日本循環器学会策定

団塊ジュニア世代が高齢者となる2035年までの20年間を展望し、以下の2点を大目標として掲げ、戦略事業として5点を実施。

- ① …脳卒中と循環器病による年齢調整死亡率を2020年に比較して5%減少させる
- ② …計画期間中の5年間で健康寿命をさらに延伸させる

(戦略事業)

- (1) 人材育成
- (2) 医療体制の充実
- (3) 登録事業の促進
- (4) 予防・国民への啓発
- (5) 臨床・基礎研究の強化

第3章（1） 脳卒中対策

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、多くの疾患が含まれます。

そのうち脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障がい起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。脳卒中を含む循環器の病多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、その経過は、生活習慣病予備群、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間に病気が進行することも多い病気です。ただし、これらの経過のうち、いずれの段階においても、生活習慣の改善や治療によって予防・進行抑制が可能である側面もあります。

また、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り、突然死を引き起こすこともあり、重度の後遺症を残すことも多い病気です。しかし、発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性もあります。

さらに、回復期及び維持期（生活期）には、急性期に生じた障がい後遺症として残る可能性があるとともに、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えているなど再発や増悪を来しやすいといった特徴があります。

令和4年の人口動態統計によると、脳卒中に代表される脳血管疾患は本県の死因の7.1%（4位）、心疾患は13.5%（3位）を占めています。

さらに、令和4年の国民生活基礎調査によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が5.1%であり、両者を合わせると21.2%と最多です。

このように、脳血管疾患は、県民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患であるとともに、社会全体に大きな影響を与える疾患です。

1 目標（目指すべき姿）

予防のための生活習慣病対策を進めるとともに、急性期から回復期・維持期（生活期）、在宅までの医療連携体制の整備、充実等を図ることにより、（1）健康寿命の延伸、（2）脳血管疾患の年齢調整死亡率の低減を目指します。

なお、生活習慣病対策については、小児から高齢者まで幅広く取組を進める必要があり、「鳥取県健康づくり文化創造プラン（第四次）」等により取組を推進していきます。

2 現状と課題

（1）現状

ア 脳血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発

県民一人ひとりが脳血管疾患の予防・重症化予防や疾病リスクの管理を行うことができるように、まずは脳血管疾患に関する正しい知識の普及啓発を行うことが重要です。そのため、本県では、平成

30年度から令和5年度までの期間において「鳥取県健康づくり文化創造プラン(第三次)」に基づき、「健康づくり文化」の定着と健康寿命の延伸を目指して、県民一人ひとりが自らの健康づくりを進めるとともに、生活習慣病の予防、早期発見・早期治療を進め、地域や職域など社会全体で健康づくりを強力に推進する環境を整備しています。令和4年度からは、県民に正しい知識の普及啓発を行うため、心血管疾患の前兆及び症状、発症時の対処法、早期受診の重要性等について、県民向け公開講座を実施しています。

イ 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

脳血管疾患の多くは、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、重症化・合併症発症、生活機能の低下、要介護状態の順に経過していきます。そのため、保健、医療及び福祉等の連携のもとに、脳血管疾患の予防、早期発見、早期治療、再発予防の取組を進めることが重要です。

(ア) 脳血管疾患を予防する健診の普及や取組の推進

生活習慣病の予防及び早期発見に資することを目的として、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき特定健康診査・保健指導が行われています。40歳以上75歳未満の者が対象となり、各医療保険者（国民健康保険・被用者保険）が実施しています。

本県の健診受診率は54.4%（令和3年度）であり、年々上昇していますが全国平均（56.2%）と比べて低い結果でした。令和3年度健診受診者は131,086人であり、健診結果をみると、高血圧症予備群13.5%、高血圧有病者率41.7%、脂質異常症有病者率45%、特定健診受診者のうち、糖尿病予備群10%、糖尿病有病者率9.7%となっています。

特定保健指導は、特定健康診査の結果、内臓脂肪蓄積の基準として腹囲やBMIが一定以上で、さらに血糖、脂質、血圧の追加リスクや喫煙歴が該当する者に対して行います。令和3年度の特定保健指導実施率は24.3%であり減少傾向です。

また、令和4年県民健康栄養調査及び国民健康・栄養調査の結果によると、生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合は改善が認められるものの、以前から課題に挙げられている、減塩や運動習慣、喫煙に関する数値は悪化またはほぼ横ばいで推移しています。なお、生活習慣病の一次予防に関する詳細（栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、飲酒、歯と口腔の健康）については、「鳥取県健康づくり文化創造プラン（第四次）」に記載のとおりです。

< 県内医療保険者の高血圧症、脂質異常症の現状（令和3年） >

	高血圧症			脂質異常症	
	予備群	有病者	未治療者	有病者	未治療者
市町村国保	13.7%	54.7%	31.7%	54.3%	45.9%
鳥取県医師国保組合	11.7%	29.2%	30.0%	43.5%	57.7%
全国健康保険協会鳥取支部	13.8%	36.6%	52.2%	40.0%	74.0%
公立学校共済組合鳥取県支部	10.9%	28.5%	57.3%	42.5%	78.5%
警察共済組合鳥取県支部	—	—	—	—	—
地方職員共済組合鳥取県支部	12.1%	26.7%	53.3%	37.6%	74.1%
鳥取銀行健康保険組合	—	—	—	—	—
鳥取県市町村職員共済組合	13.8%	30.9%	59.8%	40.5%	71.4%
山陰自動車業健康保険組合 鳥取支部	—	—	—	—	—
計	13.5%	41.7%	43.4%	45.0%	62.3%

出典：鳥取県健康政策課調べ

(イ) 救急搬送体制の整備

脳血管疾患は急激に発症し、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、治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、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。総務省消防庁によると、本県の病院収容所要時間は35.9分、全国42.8分となっています。

※救急医療の詳細については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第1節「8 救急医療」に記載

<現場到着所要時間別出動件数の状況（入電から現場到着までの所要時間別出動件数）>

	3分未満	3分以上 5分未満	5分以上 10分未満	10分以上 20分未満	20分以上	合計 (件数)	平均 (分)
R1 鳥取 (割合)	389 (1.4)	2,799 (10.1)	16,238 (58.5)	7,695 (27.7)	613 (2.2)	27,734 (100)	8.4
R4 鳥取 (割合)	251 (0.9)	982 (3.7)	14,659 (56.0)	9,523 (36.4)	727 (2.8)	26,142 (100)	9.3
R1 全国 (割合)	56,773 (0.9)	395,533 (6.0)	4,071,362 (61.6)	1,946,983 (29.5)	134,562 (2.0)	6,605,213 (100)	8.7
R4 全国 (割合)	39,916 (0.6)	216,803 (3.5)	3,529,332 (57.0)	2,249,759 (36.3)	157,771 (2.5)	6,193,581 (100)	9.4

出典：総務省消防庁「令和4年救急・救助の現況」

<病院収容所要時間別搬送人員の状況（入電から医師引継ぎまでに要した時間別搬送人員）>

	10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分 以上	合計 (人)	平均 (分)
R1 鳥取 (割合)	5 (0.02)	1,486 (5.7)	8,286 (31.6)	15,026 (57.4)	1,349 (5.2)	35 (0.1)	26,187 (100)	35.7
R4 鳥取 (割合)	0 (0)	1,151 (4.6)	7,882 (32.0)	14,331 (58.1)	1,294 (5.2)	29 (0.1)	24,678 (100)	35.9
R1 全国 (割合)	1,339 (0.02)	167,613 (2.8)	1,464,988 (2.5)	3,757,152 (63.0)	547,556 (9.2)	21,647 (0.4)	5,960,295 (100)	39.5
R4 全国 (割合)	428 (0)	91,328 (1.7)	1,073,314 (19.5)	3,609,204 (65.7)	677,442 (12.3)	40,028 (0.7)	5,491,744 (100)	42.8

出典：総務省消防庁「令和4年救急・救助の現況」

(ウ) 救急医療の確保をはじめとした脳血管疾患に係る医療提供体制の構築

①急性期の医療について

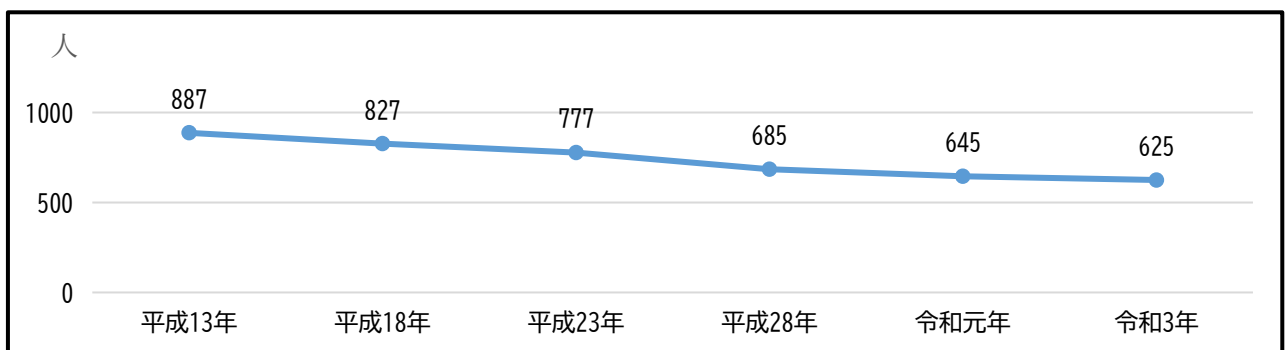
脳卒中の急性期では、一刻も早く患者を医療機関に運ぶことが特に重要であり、救急搬送高度化推進協議会を設置し、傷病者の搬送及び受入に関する実施基準を策定し運用を実施しています。脳梗塞では、発症後4.5時間以内のt-P A静注療法（血栓溶解療法）や、発症後24時間以内の脳血管内治

療（機械的血栓回収療法）が有効です。発症後、早期の診断と治療が予後改善に重要であり、早期に一次脳卒中センター（PSC）へ転送し、治療適応患者の早期判断を行うため、病院間の急性期遠隔画像診断システムの整備が急務です。本県では令和5年度から西部、中部の一部医療機関において、先行的に、遠隔画像診断システムJOINを導入しており、これにより救急搬送時に医療機関の間で画像情報を共有し、早急かつ適切な治療に移行することが期待されます。

脳動脈瘤に対する破裂予防に関しても脳血管内治療あるいは開頭クリッピング術が行われ、その重要性が増していますが、治療機器の整備が不十分で専門医も不足しています。

脳血管疾患による死亡者数及び年齢調整死亡率は、年々減少傾向です。県内の病院における脳血管疾患の退院患者の平均在院日数は77.5日（平成29年）で、平成26年の85.2日を下回っており、入院期間が短縮しています。

<脳血管疾患による死亡者数>



出典：厚生労働省「人口動態調査」

<脳血管疾患退院患者の平均在院日数（施設（病院）住所別）> (単位：日)

	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
全国	109.2	97.4	89.1	78.2	77.4
鳥取県	76.7	63.3	85.2	77.5	99.0
東部保健医療圏	76.9	58.8	69.5	91.5	50.6
中部保健医療圏	66.6	74.8	76.6	80.0	240.8
西部保健医療圏	81.7	61.5	100.5	64.1	62.4

出典：厚生労働省「患者調査」

※中部保健医療圏の令和2年データが240.8日と、平成29年の80.0日から3倍に増えているが、これは診療報酬改定による病床区分の変更が影響していると考えられ、急性期での入院日数の中に地域包括ケア病棟や回復期病棟が含まれている可能性があります。また令和2年患者調査の退院票については、「入院年」の元号誤りが全国的に多く、厚生労働省において統計的な精査・対応を行い、結果を集計しているため、過去のデータと比較する際は注意が必要です。

②回復期・維持期（生活期）の医療について

各保健医療圏において、急性期から在宅までの病病連携、病診連携が進められている中、各圏域において地域連携パスを策定し運用しています。

また、本県では、県内の医療機関をつなぐネットワーク「おしどりネット」を運用しており、総合病院の診療情報（電子カルテ、検査結果、画像など）を他の医療機関でも活用することで、効率的かつ効果的な医療を提供しています。

(工) 感染症発生・まん延時や災害発生時等の有事を見据えた対策

新興感染症発生・まん延時の医療及び災害医療の詳細については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第1節「9 災害医療」「11 新興感染症発生・まん延時における医療」に記載

(オ) 社会連携に基づく脳血管疾患対策・脳血管疾患患者支援

脳血管疾患患者は、発症後の後遺症の残存や治療後の身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に陥る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底など適切な管理及びケアを行うことが必要です。必要に応じて、介護保険制度、障害者総合支援法に基づく支援体制との整合性をとることも重要です。在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等において、在宅で療養される方への医療の提供が行われています。

また、県内の東部・中部・西部の各地区医師会を中心に医療、介護等の多職種連携の取組が進められているとともに各地区歯科医師会に在宅医療連携拠点が置かれ、在宅歯科医療希望者の歯科診療所の紹介、在宅歯科医療等に関する相談、連絡調整などが行われています。

県薬剤師会では、通院が困難な在宅患者を訪問して薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行う訪問薬剤管理指導に取り組んだ経験のない薬局に対する、在宅医療への導入研修を行っています。

訪問看護サービスの安定供給及び在宅医療の推進体制強化を目指すため、平成29年度より鳥取県訪問看護支援センターを設置（鳥取県看護協会に委託）し、訪問看護に係る人材育成、相談、普及活動を体系化して実施しています。

県内で登録されている介護支援専門員は、4,436名(令和5年9月現在)であり、医療・介護の連携において重要な役割を担っています。鳥取県高齢者の元気福祉プラン（令和6～8年度）において、高齢者の在宅生活支援体制の確立を図るために、支援を要する高齢者の生活実態を把握し支援に繋げる仕組みの構築を進める地域づくりに取り組んでいます。

<地域包括ケア病床に関する各圏域の状況>

	東部圏域	中部圏域	西部圏域
地域包括ケア病床を有する病院数	6 病院	8 病院	10 病院
地域包括ケア病床数	272 床	253 床	341 床

出典：中国四国厚生局「管内の施設基準の届出受理状況」（令和5年9月1日時点）

<退院調整支援担当者を配置する診療所・病院数>

区分	平成23年度	平成26年度	平成29年度	令和2年度
診療所	1	4	3	1
病院	24	24	23	26
計	25	28	26	27

出典：医療施設調査（各年10月1日時点）

<訪問診療を実施する診療所・病院数・訪問診療実施件数>

区 分	平成 23 年度	平成 26 年度	平成 29 年度	令和 2 年度
診療所数	170	164	149	157
訪問診療実施件数	4,692	5,062	5,225	7,620
病院数	12	14	13	15
訪問診療実施件数	491	448	589	350
合計	182	178	162	172
訪問診療実施件数総数	5,183	5,510	5,814	7,970

出典：医療施設調査（各年 10 月 1 日時点）

<鳥取県の在宅医療関連施設の整備状況>

区 分	平成 29 年度				令和 2 年度				令和 5 年度			
	県計	東部	中部	西部	県計	東部	中部	西部	県計	東部	中部	西部
在宅療養支援診療所	77	25	11	41	81	26	11	44	78	26	9	43
在宅療養支援病院	6	1	2	3	6	1	2	3	10	3	2	5
在宅療養支援歯 科診療所	63	23	6	34	42	17	3	22	44	19	3	22
在宅患者訪問薬 剤管理指導料届 出薬局	249	92	48	109	254	91	48	115	259	92	51	116
訪問看護 ステーション	57	17	10	30	71	23	10	38	205	77	35	93
同 サテライト	9	5	1	3	10	8	1	3	17	9	2	6

※出典：「在宅療養支援診療所」、「在宅療養支援病院」、「在宅療養支援歯科診療所」及び「在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局」は中国四国厚生局「管内の施設基準の届出受理状況」（令和 5 年 9 月 1 日時点）より。訪問看護ステーション・同サテライトは鳥取県長寿社会課調べ（令和 5 年 4 月 1 日時点。訪問看護ステーションは休止中の事業所 14 箇所を含む。）

(カ) リハビリテーション等の取組

脳血管疾患患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ日常生活動作の向上等の生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合があります。脳卒中発症後のリハビリテーションについては、急性期、回復期、維持期（生活期）に分けられ、急性期は発症直後からベッドサイドで開始され、廃用症候群の予防と早期からの運動によるセルフケアの早期自立を目標とします。回復期は集中的、包括的なリハビリテーションによりセルフケア、移動、コミュニケーションなど、能力を最大限に回復させ早期の社会復帰を目指します。維持期（生活期）では、回復期リハビリテーションにより獲得した能力をできるだけ長期に維持するために行われています。県内の回復期リハビリテーション病棟を有する病院数は、13カ所あり、669床の病床を有します。また、令和5年8月1日時点で、県内49施設で脳血管疾患リハビリテーションを実施しています。

<鳥取県内の回復期リハビリテーション病棟届出医療機関>

	東部	中部	西部
回復期リハビリテーション病棟を有する病院数	4病院	3病院	6病院

出典：中国四国厚生局「管内の施設基準の届出受理状況」（令和5年8月1日現在）

<リハビリテーション承認施設の状況>

名称	平成24年8月1日時点				令和2年12月1日時点				令和5年9月1日時点				
	東部	中部	西部	計	東部	中部	西部	計	東部	中部	西部	計	
脳血管疾患リハ(箇所)	(Ⅰ)	8	4	10	22	9	5	11	25	9	5	11	25
	(Ⅱ)	2	2	5	9	3	1	6	10	3	1	6	10
	(Ⅲ)	1	3	8	12	3	4	8	15	2	5	7	14
	小計	11	9	23	43	15	10	25	50	14	11	24	49
運動器リハ(箇所)	(Ⅰ)	10	5	15	30	11	6	17	34	11	6	17	34
	(Ⅱ)	0	4	8	12	3	3	6	12	3	3	6	12
	(Ⅲ)	1	1	2	4	2	1	5	8	1	1	5	7
	小計	11	10	25	46	16	10	28	54	15	10	28	53
呼吸器リハ(箇所)	(Ⅰ)	5	5	13	23	9	6	16	31	9	6	16	31
	(Ⅱ)	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	7	6	14	27	9	6	16	31	9	6	16	31

※中国四国厚生局「管内の施設基準の届出受理状況」より県内の診療報酬算定上の施設基準に合致する医療機関数

(キ) 適切な情報提供・相談支援

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、診療及び生活における疑問や、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。

本県では、県立厚生病院、山陰労災病院、鳥取大学医学部附属病院に加え、令和5年9月に県立中央病院にも脳卒中相談窓口が開設され、脳卒中に関する様々な相談に対応しています。

また、鳥取大学医学部附属病院では、令和5年10月に「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を開設し、県と協働しながら、県内医療機関、各関係機関と連携体制を構築するとともに、脳卒中や心臓病等の患者、患者家族からの相談に応じるほか、公開講座等による啓発活動も実施しています。

(ク) 脳血管疾患の緩和ケア

令和2年度の世界保健機構（WHO）の報告によると、成人における緩和ケアを必要とする頻度の高い疾患として循環器病があげられています。脳血管疾患を含む循環器病は、いずれも生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに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て緩和ケアを必要とする疾患です。

(ケ) 後遺症を有する者に対する支援

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が、このような場合には必要な福祉サービスを受けることができることとなっています。

本県では、鳥取県高次脳機能障がい者支援拠点機関（野島病院高次脳機能センター）が、相談支援コーディネーターを配置し、相談対応や各種情報提供、高次脳機能障がいに関する知識の普及啓発や研修会を行っています。高次脳機能障がいのある方やそのご家族、関わりのある各種関係機関の方からの相談に対応しています。また、鳥取県高次脳機能障がい者家族会では、各圏域で定例会を開催し、

同じ経験をしてきた当事者や家族の立場でお互いの思いを語り合い、支え合うことを目的に当事者支援及び家族支援を行っています。

また、鳥取県てんかん診療拠点機関として、鳥取大学医学部附属病院内に配置したてんかん相談支援コーディネーターが窓口となり、日本てんかん協会鳥取県支部と連携し、てんかん患者とその家族に対する相談支援を行っています。また、専門的な相談支援、てんかんに関する正しい知識の普及啓発もを行っています。

(コ) 治療と仕事の両立支援・就労支援

脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・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割がほぼ介護を必要としない状態まで回復するという報告もあります。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、職場復帰することが可能な場合もあります。本県では、在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は、57.9%であり全国よりも若干高くなっています。

本県では、平成29年度、鳥取県地域両立支援推進チームが設置され、治療と仕事の両立支援の取組の連携を図ることを目的に関係機関が協議を行い、より良い支援に結び付くような体制整備を検討しています。鳥取県立ハローワークでは、就業支援員等が月曜日から土曜日まで対応し、対象者の状況に合った職場の開拓や企業と医療機関の連携の中核となり、働く人（患者）に寄り添いながら支援しています。また、鳥取産業保健総合支援センターでは、県内には両立支援促進員が5名配置されており、治療と職業生活の両立支援の普及促進に取り組んでいます。

<在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合>

	東部	中部	西部	鳥取県	全国
在宅復帰患者の割合	46.2%	69.5%	61.2%	57.9%	55.2%

出典：厚生労働省「患者調査」(R2)を集計

(サ) 小児期・若年期からの配慮が必要な脳血管疾患への対策

脳血管疾患の中には、小児脳卒中等、小児期・若年期から配慮が必要な疾患がある。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、多くの子どもたちの命が救われるようになりました。

もやもや病を含む小児慢性特定疾病の一部については、県内医療機関で対応することができず、県外医療機関へ通院または入院することが必要な場合があり、県外受診にあたっては、患児の体調考慮など精神的負担に加えて、仕事を休んでの付き添い、旅費等にかかる経済的負担が生じる現状があります。

本県では東部4町を含む東部圏域の小児慢性特定疾病医療費助成を行う鳥取市と足並みを合わせ、令和4年度から県外医療機関への受診に係る交通費への助成を行っています。

(シ) 今後育成すべき医療人材

脳血管疾患の治療にあたっては、脳神経外科医や神経内科医、脳神経血管内治療専門医といった専門医の存在はもちろん、循環器病の予防指導を行う循環器病予防療養指導士や、再発予防のための生

活指導や就労支援、介護サービスの紹介など、幅広い相談に対応する脳卒中療養相談士、脳卒中の後遺症のある患者が、残った機能を活かしながら自分らしい生活ができるように支援する脳卒中認定リハビリテーション看護認定看護師などの存在が欠かせません。本県においても、様々なメディカルスタッフが連携しながら、脳血管疾患患者の治療、支援を行っています。また、本県では各認定看護師の充実を図るため、養成に係る補助金制度を有しており、これまで脳卒中リハビリテーション看護認定看護師3名、脳卒中看護認定看護師1名が補助金により資格取得しています。

また、一般県民への普及啓発を目的とし、(一社)日本循環器協会は、新たに医療専門資格を有さない者を循環器病アドバイザーとして認定する制度を確立しました。スポーツジムのインストラクターや生命保険会社の外交員等、医療従事者ではないものの日頃多くの人の健康づくりや保障制度に関わる人を通じ、脳血管疾患の原因である生活習慣病予防に資する人材育成の仕組みが広まりつつあります。

(2) 課題

ア 脳血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発

脳血管疾患は、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が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、脳血管疾患の発症を認識し、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して、脳血管疾患の前兆及び症状、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。また、脳血管疾患の発症要因である食生活や喫煙等の生活習慣について、意識醸成を図ることが重要です。

イ 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(ア) 脳血管疾患を予防する健診の普及や取組の推進

脳血管疾患の主要な危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、各医療保険者(国民健康保険・被用者保険)が実施する特定健康診査の受診や行動変容をもたらす保健指導が重要です。特定健康診査・保健指導等を受けることにより、自身の健康状態を把握し、適切な生活習慣を身につけ生活習慣病の予防意識の向上につなげることが求められています。

(イ) 救急搬送体制の整備

総務省消防庁によると、令和4年度の本県の現場到着所要時間及び病院所要時間は、いずれも令和元年度よりも延長しています。脳血管疾患において発症から治療までの時間を短縮することは、生存率や予後を大きく改善するために重要です。

(ウ) 医療提供体制の構築

①急性期の医療について

日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センターは、県立中央病院、野島病院、県立厚生病院、山陰労災病院、鳥取大学医学部附属病院、一次脳卒中センターコアには鳥取大学医学部附属病院があり、24時間365日脳卒中患者を受け入れ、脳神経外科的処置が必要な場合、迅速に対応できる体制がありま

す。しかし、診療を担う医療機関において医療資源が分散することで、必ずしも高度・先進的な医療が提供できていない面があります。また、神経内科、脳神経外科に従事する医師数は減少傾向にあり、県内の医療機関の脳卒中患者に対応する専門スタッフが不足しています。脳卒中治療医の確保・育成については、鳥取大学医学部附属病院との連携を図ると共に、県全体で育成の取り組みが必要です。

鳥取県地域医療支援センター調べによると、脳神経外科医の県全体の充足率は78.8%(令和5年1月1日現在)で、過去5年間を見るとほぼ横ばいで推移しています。圏域別にみると、東部保健医療圏は中部、西部圏域と比べ低い。神経内科医の県内の充足率は、79.3%(令和5年1月1日現在)で、経年的にみると年々増加しています。

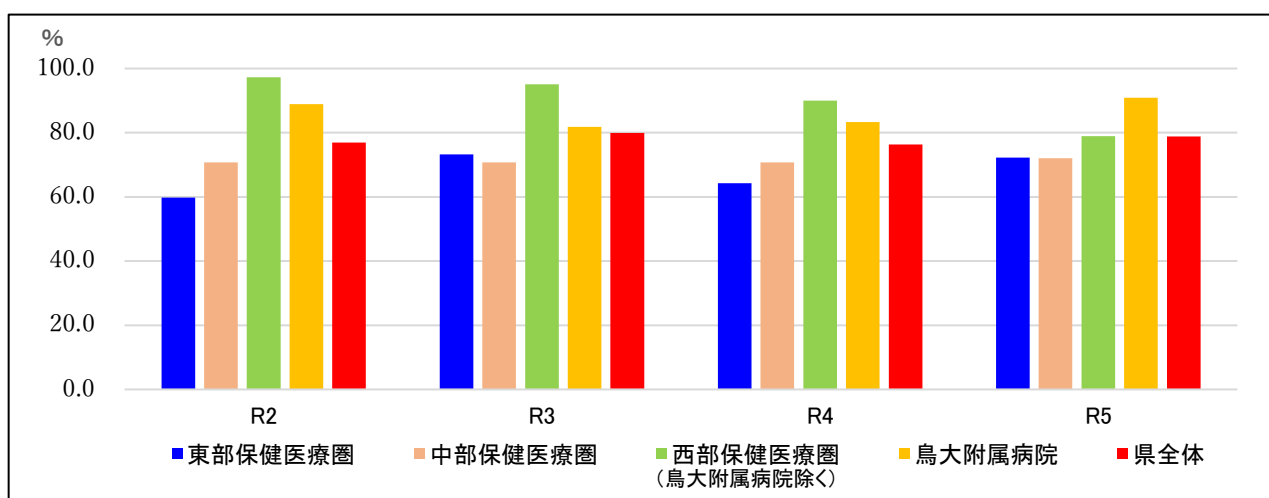
また、令和6年度から施行される「医師の働き方改革」により、医師の労働時間に上限が設けられるため、診療科を問わず、医師数確保は喫緊の課題となっています。脳血管疾患対策に関しても、脳血管内治療施設の拠点化と集約化を行い、治療機器と脳卒中集中治療室（SCU：ストロークケアユニット）を含めた脳卒中病床等の整備、脳卒中治療医の確保育成を行い、質の高い脳卒中救急医療を安定的に供給する必要があります。

<県内の脳神経外科医の勤務状況>

脳神経外科		東部保健医療圏	中部保健医療圏	西部保健医療圏 (鳥大附属病院を除く)	鳥大附属病院	県全体
R2	必要数	12.2	7.5	7.3	9.0	36.0
	現員数	7.3	5.3	7.1	8.0	27.7
	常勤医数	7.0	5.0	5.0	8.0	25.0
	充足率(%)	59.8	70.7	97.3	88.9	76.9
R3	必要数	11.2	7.5	8.1	11.0	37.8
	現員数	8.2	5.3	7.7	9.0	30.2
	常勤医数	8.0	5.0	7.0	9.0	29.0
	充足率(%)	73.2	70.7	95.1	81.8	79.9
R4	必要数	12.6	7.5	8.0	12.0	40.1
	現員数	8.1	5.3	7.2	10.0	30.6
	常勤医数	7.0	5.0	6.0	10.0	28.0
	充足率(%)	64.3	70.7	90.0	83.3	76.3
R5	必要数	12.6	7.5	7.6	11.0	38.7
	現員数	9.1	5.4	6.0	10.0	30.5
	常勤医数	8.0	5.0	5.0	10.0	28.0
	充足率(%)	72.2	72.0	78.9	90.9	78.8

出典：医療政策課（鳥取県地域医療支援センター調べ）「医師数に関する調査」各年1月1日時点

<県内の脳神経外科医の充足率>



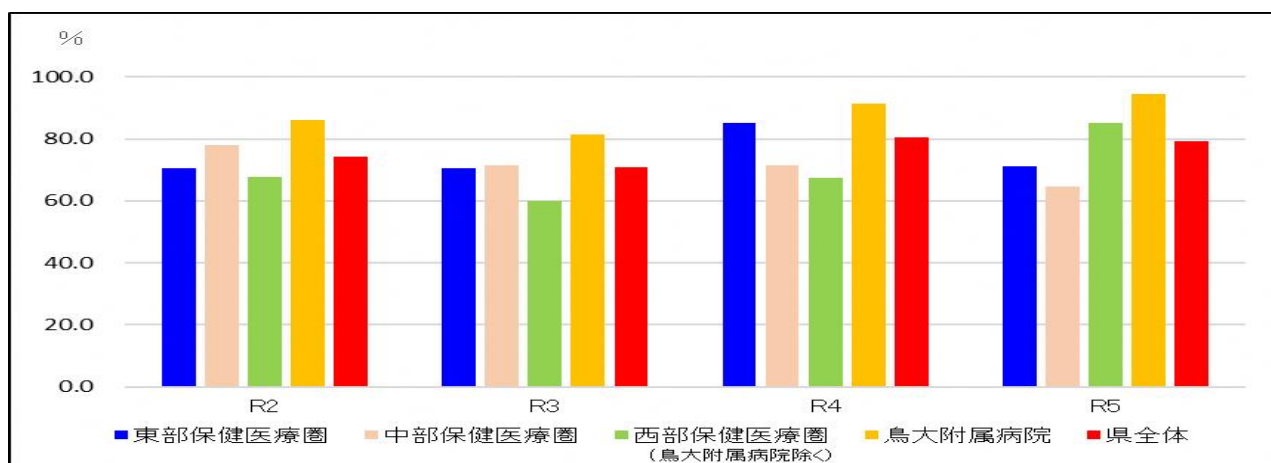
出典：医療政策課（鳥取県地域医療支援センター調べ）「医師数に関する調査」各年1月1日時点

<県内の神経内科医の勤務状況>

神経内科		東部保健医療圏	中部保健医療圏	西部保健医療圏 (鳥大附属病院を除く)	鳥大附属病院	県全体
R2	必要数	27.1	7.7	14.6	14.5	63.9
	現員数	19.1	6.0	9.9	12.5	47.5
	常勤医数	17.0	5.0	9.0	10.0	41.0
	充足率(%)	70.5	77.9	67.8	86.2	74.3
R3	必要数	28.2	8.4	17.7	17.3	71.6
	現員数	19.9	6.0	10.6	14.1	50.6
	常勤医数	18.0	5.0	9.0	10.0	42.0
	充足率(%)	70.6	71.4	59.9	81.5	70.7
R4	必要数	25.0	8.4	15.0	15.0	63.4
	現員数	21.3	6.0	10.1	13.7	51.1
	常勤医数	20.0	5.0	9.0	12.0	46.0
	充足率(%)	85.2	71.4	67.3	91.3	80.6
R5	必要数	26.4	9.3	13.5	18.1	67.3
	現員数	18.8	6.0	11.5	17.1	53.4
	常勤医数	17.0	5.0	10.0	13.0	45.0
	充足率(%)	71.2	64.5	85.2	94.5	79.3

出典：医療政策課（鳥取県地域医療支援センター調べ）「医師数に関する調査」各年1月1日時点

<県内の神経内科医の充足率>



出典：医療政策課（鳥取県地域医療支援センター調べ）「医師数に関する調査」各年1月1日時点

②回復期・維持期（生活期）の医療について

各圏域において地域連携パスを策定し運用していますが、急性期の治療を終え、合併症等の問題や家族の受け入れ状況により、急性期病院からの転院がスムーズに進まない場合もあります。また、退院後も介護保険等を利用する維持期（生活期）のリハビリテーション体制の整備が不十分であり、退院後の日常生活動作レベルを維持できない場合もある等、回復期から維持期（生活期）への連携不足があります。

また、脳卒中発症後に片麻痺や嚥下障害を合併しやすいため、口腔ケアの不良や歯周病の進行による口腔内の悪化、誤嚥性肺炎、咀嚼機能の低下とともに低栄養を引き起こしやすくなります。

(工) 感染症発生・まん延時や災害発生時等の有事を見据えた対策

新興感染症発生・まん延時の医療及び災害医療の詳細については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第1節「9 災害医療」「11 新興感染症発生・まん延時における医療」に記載

(オ) 社会連携に基づく脳血管疾患対策・患者支援

地域包括ケア病床を有する病院数は中西部、地域包括ケア病床数は西部保健医療圏で最も多くなっています。地域の医療を継続していくため、医療機関の連携体制の充実及び医療機能の役割分担に基づいた整備等が必要であり、今後、各圏域に設置された地域医療構想調整会議において、病床の機能分化や診療機能の役割分担等の具体的な議論を進めていく必要があります。また、当県における訪問看護ステーション数は、増加していますが、高度化・多様化する在宅医療に対応できる訪問看護師の養成と確保を継続的に行うことが必要です。

(カ) リハビリテーション等の取組

県内で脳血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関は、令和2年12月1日時点と比較すると、脳血管疾患リハビリテーション料Ⅲで1施設減少しています。

(キ) 適切な情報提供・相談支援

相談支援については、急性期における医療機関受診に関することから、主に維持期（生活期）における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで多岐にわたります。急性期には患者が意識障害を呈していることが多く、時間的制約があることから、患者が情報にアクセスすることが困難な可能性もあります。また、維持期（生活期）に相談できる窓口が少ないという意見もあります。そのような中で、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。

(ク) 緩和ケア

意識障害を呈している患者では、どのような苦しみを抱えているかを直接知ることが困難であるため、患者本人に対する緩和ケアは、感染・褥瘡対策や身体の清潔を保つ衛生面の処置、そして室温・湿度・照度・換気といった病室の環境面への心配り等が実際のケアの主体となります。

重症脳卒中の維持期（生活期）における患者本人・家族等への緩和ケアは、医師・看護師・ソーシャルワーカー・ケアマネージャーなどの医療・ケアにかかわる職種に加えて、臨床心理士などの多職種で構成される必要があります。また、維持期（生活期）における患者本人・家族等への緩和ケアには、薬剤師・管理栄養士・リハビリテーション専門職も加わった多職種チームでの支援が行われる必要があります。

いずれの段階においても、緩和ケアの専門職が加わっていることが望まれ、脳卒中に特化した緩和ケアの専門職を育成するとともに、急性期や回復期の脳卒中にかかわる医療従事者が緩和ケアの知識や技能を獲得できるような体制の整備が必要です。

(ケ) 後遺症を有する者に対する支援

脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障害がわかりにくい摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障がい等の後遺症が残る場合があり、社会的理解や支援も必要です。急性期病院から療養型病院まで双方向的に連携がとれていることが必須であり、地域ごとに進められている脳卒中医療連携体制の整備とさらなる強化が必要です。

(コ) 治療と仕事の両立支援・就労支援

本県における、在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は圏域間で差があり、特に東部では令和2年度で46.2%と平成26年度調査時の54.5%よりも大きく減少しています。

(サ) 小児期・若年期からの配慮が必要な脳血管疾患への対策

国立循環器病センターが行った「わが国における若年者の脳卒中に関する調査研究」では、50歳以下に発生する脳梗塞や脳出血などを若年性脳卒中と区分しており、令和3年度人口動態統計によると、本県における50歳以下の脳血管疾患の死亡数は、自死や悪性新生物、心疾患に次いで4位となっています。

(シ) 今後育成すべき医療人材

県内の脳神経外科の充足率は78.8%、神経内科医の充足率は79.3%という状況ではありますが、専門医と連携する医療資格者の確保・育成が求められます。例えば、脳卒中の後遺症のある方の支援を行う脳卒中リハビリテーション看護認定看護師は、県内で3名のみです。(西部3名)(令和5年11月時点)また、認定看護師の制度改正により令和3年度から新たに認定開始となった脳卒中看護認定看護師は、県内で2名(西部2名)という状況であるため、東部にも早急に配置する必要があります。

あわせて、管理栄養士や歯科医師、薬剤師、リハビリテーション指導士など、一次予防から回復期を支える多職種との円滑な連携体制の構築も必要です。

3 施策の方向性

主に以下の3つの方針のもと、施策を展開する。

- ① 脳血管疾患に関する正しい知識の普及の推進
- ② 脳血管疾患の危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの発症予防、重症化予防の推進
- ③ 脳血管疾患患者等への保健、医療及び福祉サービスの継続的かつ総合的な実施

4 具体的な取組

ア 脳血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発

脳血管疾患は、生活習慣病やメタボリックシンドロームをベースとして連続性をもって発症、進展することから、適切な介入により発症予防、進行抑制が可能です。生活習慣の改善や危険因子の是正により、発症予防、死亡の抑制及び健康寿命の延伸などが期待されることから、脳血管疾患対策における県民の理解を深める取組を実施します。

(ア)鳥取県健康づくり文化創造プランにおける取組

本県の実情にあわせた、食生活・栄養、運動、歯と口腔の健康等の一次予防に関する取組の推進、また、地域保健と職域保健の連携による、社会全体での健康づくりの推進については、「鳥取県健康づくり文化創造プラン(第四次)」で推進します。

(イ)正しい知識の広報・啓発の推進

県民が疾病リスクの管理を行うことができるように、まずは脳血管疾患に関する正しい知識の普及啓発を行うため、脳血管疾患の前兆及び症状、発症時の対処法、早期受診の重要性等について、令和4年度から開催している県民向け公開講座を継続実施していきます。また、チラシ・ポスター等を作成し、新聞広告掲載、テレビ、ラジオ等のマスメディアの活用やソーシャルメディア等、県民に広く啓発できる方法を検討していきます。患者やその家族等が、脳血管疾患の発症を認識し、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でき、一人でも多くの患者が、発症前リスク、発症後リスクを避けることができる環境を整備します。

(参考)

◇世界脳卒中デーに伴う米子城ライトアップ

世界脳卒中デーである10月29日は、脳卒中に関する知識を広め、一般市民の脳卒中に関する理解を高めることを目的としたライトアップイベントが全国で実施され、鳥取県では、鳥取大学医学部附属病院と米子市が連携し、前日令和5年10月28日(土)から29日(日)にかけて米子城を世界脳卒中デーのテーマカラーであるインディゴブルーにライトアップし、県民へ普及啓発を図りました。

◇世界糖尿病デーに伴うブルーライトアップ

国際連合は、「糖尿病の全世界的脅威を認知する決議」を採択し、毎年11月14日を「世界糖尿病デー」とし、国連や空を表すブルーをシンボルカラーとして、世界各地で糖尿病の予防、治療、療養を喚起する事を推奨しています。これを受けて、県内でも平成21年からブルーライトアップを開始しており、糖尿病予防啓発のための様々なイベントが開催されています。

(ウ)小中学校における取組の推進

若い頃から不適切な生活行動を続けることが、肥満、歯周病、高血圧や糖尿病などの生活習慣病に結び付き、その結果、脳卒中のリスクが高まることへの理解促進を図るなど、日常生活における健康に関する知識を身に付け、学校教育活動全体を通じて積極的に健康的な生活を実践することのできる資質や能力を育てる教育を行います。

特に、学校における食育の推進において、給食の時間や各教科等を横断的な視点で取り組むことが重要であり、栄養教諭等の専門性を生かすなど教職員間の連携に努めながら、学校給食の教育的効果を引き出すよう取り組むとともに、医療機関の管理栄養士などとも連携し、減塩を心掛けた給食を取り入れることを検討します。

また、学校は、家庭や地域との連携を図りながら、日常生活において健康的な生活習慣の基礎が培われるように配慮することが重要です。地域の健康づくり活動、団体等を活用し、基本的な知識や技術を学ぶ機会を積極的に設けるとともに、肥満や偏食等の食に関する健康課題を有する児童・生徒に対しては、養護教諭や栄養教諭等の関係する教職員が共通理解を図り、保護者と連携して個別的な相談指導に取り組めます。

イ 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(ア) 脳血管疾患を予防する健診の普及や取組の推進

◇特定健康診査の受診率向上、特定保健指導の実施率向上に向けた支援

健診受診率の向上を図るため、市町村や医療保険者、民間企業等との連携により、健診受診者へのインセンティブの付与や受診しやすい環境整備等、創意工夫を凝らした、県民の受診意欲を高める取組を推進します。また、医療保険者や医師会、かかりつけ医との連携により、特定健診未受診者への受診の働きかけを行い、特定健診の受診率向上を図ります。

なお、地域・職域における特定健診の受診向上及び特定保健指導の実施率向上の施策や、脳血管疾患危険因子である糖尿病の発症予防・重症化予防の推進の詳細については、「鳥取県健康づくり文化創造プラン（第四次）」で推進します。

あわせて、医療保険者等との連携のもと、各圏域における特定健診の結果やレセプトデータの分析等を通じて、市町村の実態に応じた効果的な受診促進策の検討に向けた技術的支援を行います。

◇医療データを活用した受診促進策の推進

市町村において、「KDBシステム（国保データベース）」等を活用し、ハイリスクアプローチを促進することで、地域特性や課題を踏まえた効果的な重症化予防の取組を推進できるよう支援します。

◇鳥取県特定健診受診率向上支援事業

市町村国保は、特定健診の受診率が他の保険者と比べて低いことから、「通知」による個別勧奨を行い、効率的かつ効果的な受診勧奨を継続的に取り組むことで受診率の向上を図り、被保険者の健康増進と医療費の適正化に繋げていきます。

◇とっとりデータ・ヘルスアップ事業

国保被保険者の健康・予防づくりに繋げるため、令和5年度に保険者向けアプリ「とっとり健康＋（プラス）」を開発。医療・健診・介護等のデータを活用し、医学的知見を踏まえた効果的な保健指導等を行うことで、個人の予防行動や受診行動に繋げ、健康寿命の延伸を図ります。

（イ）救急搬送体制の整備

脳血管疾患患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築を維持するために、引き続き各圏域でのメディカルコントロール体制の充実を強化します。

※ドクターヘリを有する隣接県等との広域連携による更なる重層的な救急医療体制整備、ドクターカーを運行するための救急医療体制については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第1節「8 救急医療」に記載。

鳥取県救急搬送高度化推進協議会では、脳卒中医療の進歩に合わせて「傷病者の搬送及び受入に関する実施基準」の適宜見直しを行い、実施基準に合わせた搬送が遺漏なく行われるため、消防機関と救急医療機関等との連携を強化します。併せて、救急患者の搬送及び受入の実情については、各圏域単位で開催されるメディカルコントロール協議会で脳血管疾患の専門医などに意見を聴くなどして、実施基準に従った適切な運用が図られているかを検証し、実施基準に適応できるように救命救急士の研修を行います。

救急医療体制について、二次救急医療機関（緊急手術・入院救急医療）において、脳血管疾患の専

門医からリモートを活用した診療相談が可能になれば、二次救急医療機関での地域医療の受け入れが増え、急性期医療を担う医療機関の負担軽減に繋がることから、今後、リモート活用についても検討していきます。

(ウ) 救急医療の確保をはじめとした脳血管疾患に係る医療提供体制の構築

①急性期の医療について

急性期医療機関の脳卒中患者に対応する脳卒中専門医、脳血管内治療専門医等の専門スタッフの充実等を図り、t-PA 治療、脳血管内治療の実施体制が確保されるよう、医療機関の連携、機能分化を進めます。令和元年11月、鳥取大学医学部附属病院は、日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センターコア施設として認定されています。中部では、県立厚生病院が一次脳卒中センターになっていることを踏まえ、同院を中核として地域の医療機関との連携体制を構築していきます。東部圏域においても県立中央病院一次脳卒中センターが設置され、体制の充実を図り、地域の医療機関と連携し、役割分担を行いながら圏域内の診療体制の充実を図ります。将来的には、県立中央病院及び鳥取大学医学部附属病院の一次脳卒中センターに SCU を設けることで脳卒中を発症して間もない方への効率的な初期治療を行うことができるような体制整備に向けて検討していきます。SCU 設置のための認定要件として「神経内科または脳神経外科の経験を5年以上有する専任医師が常時配置」される必要がありますが、頭部の精細画像を速やかに送受信でき、5年以上の経験医師の判断を仰ぐことができる遠隔画像診断システムを導入することで経験年数が3年に緩和されます。このため、SCU 設置予定の施設には当該システムの導入を検討します（西部地区は令和5年度に導入）。

各専門医の確保については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第2節1「医師（鳥取県医師確保計画）」に基づき、地域間での医師偏在の解消等を図り、地域の医療提供体制を確保していきます。

発症後早期に適切な医療機関にかかるための本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を行います。

【教育・啓発の主な内容】

- ・初期症状出現時における対応について
- ・初期症状出現時における急性期の医療機関への受診の必要性について など

②回復期、維持期（生活期）の医療について

急性期病院の後方支援の役割を担う医療機関を整備するため、地域医療介護総合確保基金を活用して、回復期リハビリテーションの提供体制の整備を進めます。医師・歯科医師・コメディカルを含めた多職種による研修会・症例検討会を実施します（口腔ケアと摂食嚥下に関する研修会等を含む）。早期から歯科医療の提供や摂食、嚥下などの口腔リハビリや口腔ケアを行います。また、退院後の患者管理のためにかかりつけ医機能を充実させます。地域連携クリティカルパスの運用状況の把握、課題の整理を行ったうえで、引き続き治療計画・診療情報の共有等による医療機関同士の連携の強化を図ります。また、再発防止のための患者管理・患者教育及び指導体制を充実させ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環境を整備しています。

③かかりつけ医機能の医療機関に求められる役割

◇高血圧等のハイリスク者（脳卒中予備群）への対応

- ・生活習慣病対策に係る指導
- ・脳卒中発症時に急性期医療機関で適切に受診するための勧奨、指示

◇発症後、回復期又は維持期（生活期）にある患者への対応

- ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応
- ・急性期、回復期、維持期（生活期）の医療機関等との連携（診療情報や治療計画の共有等）
- ・通院困難な患者に対する訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等と連携した在宅医療の推進
- ・特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等自宅以外の居宅における在宅医療の提供
- ・退院後の患者への適切な運動量、身体管理等の指導のための保健師・管理栄養士等との連携
- ・居宅介護サービスの調整のための介護支援専門員との連携

（工）感染症発生・まん延時や災害発生時等の有事を見据えた対策

脳血管疾患に関する救急隊の観察・処置等については、メディカルコントロール体制の充実強化により、引き続き科学的知見に基づいた知識・技術の向上等を図ります。なお、新型コロナウイルス感染症を含む新興・再興感染症の発生・まん延時の医療提供体制については、「鳥取県感染症予防計画」に基づき、感染状況に応じた対策を講じていきます。

（オ）社会連携に基づく脳血管疾患対策・患者支援

医療介護連携のための多職種連携等研修事業を活用し、医師、看護師、社会福祉士、介護支援専門員など多職種協働による在宅医療の支援体制を構築することにより、地域における医療、保健、介護（福祉）の包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を整えます。

また、鳥取県高齢者の元気福祉プランに基づき、高齢者の在宅生活支援体制の確立を図るために、地域包括ケアシステムの中核を担う地域包括支援センターの機能強化・資質向上を図ります。また、二次保健医療圏における医師会・介護支援専門員連絡協議会・地域包括支援センター等の連絡会開催、退院支援ルールの策定等による関係機関の連携強化（医療と介護の連携）を推進します。

（カ）リハビリテーション等の取組

急性期を含む発症後早期に専門的な治療及びリハビリテーションを受けることができる体制を整備し、社会復帰という観点も踏まえつつ日常生活動作の向上等、生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションを行います。

（キ）適切な情報提供・相談支援

県内一次脳卒中センターに設置された脳卒中相談窓口等を通じて、脳血管疾患患者及び患者家族の相談支援体制を強化します。

また、鳥取県地域医療構想において、高度急性期から、急性期、回復期、維持期（生活期）、在宅医療・介護に至るまで一連のサービスが切れ目なく、また過不足なく提供される体制を確保するための取組を進めており、令和7年に向けて「必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備」と「希望すれば在宅で療養できる地域づくり」を目指した本県にふさわしい医療提供体制の実現に向け、適切な情報提供・相談対策の基盤として、以下のような在宅医療・介護の体制整備を図ります。

○在宅医療、在宅歯科医療の連携拠点活動

- ・医師会、歯科医師会を拠点とした在宅医療、在宅歯科医療の提供のための連携活動の実施

○訪問看護の充実

- ・新卒看護師の訪問看護育成のプログラムの作成、訪問看護師養成研修の参加支援、訪問看護の同行訪問への支援等による訪問看護師の育成・確保
- ・中山間地の訪問看護ステーションのサテライト設置
- ・訪問看護等の相談のコールセンターの運営

○多職種連携、在宅医療の人材育成

- ・通院が困難な在宅患者を訪問して薬学的管理指導を行う薬局を対象とした研修の実施
- ・リハビリスタッフ等在宅医療の人材育成基盤整備のための研修の実施

○医療・介護連携の推進

- ・地域の医療・介護の資源の把握、在宅医療・介護連携に関する相談支援等を通じた居宅に関する医療機関と介護サービス事業者等の連携の推進
- ・退院支援ルールの策定、運用等を通じた高齢者の入退院時の円滑な情報伝達
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて地域の実情に応じた介護サービスを提供するための体制整備

(ク) 緩和ケア

一次脳卒中センターに開設されている「脳卒中相談窓口」を通じ、多職種による患者・家族からの相談に対する支援を行います。また、脳卒中に特化した緩和ケア専門職の育成を推進します。

(ケ) 後遺症を有する者に対する支援

脳血管疾患の後遺症を有する者が、症状や程度に応じて、適切な診断、治療を受けられ、社会生活を円滑に送るため、就労支援や経済的支援を含め、必要な支援体制及び福祉サービスの提供を引き続き推進するため、鳥取県高次脳機能障がい者支援拠点機関や鳥取県てんかん拠点機関、家族会等に適切に繋がるような普及啓発を引き続き行っていきます。

(コ) 治療と仕事の両立支援・就労支援

引き続き、脳血管疾患患者の状況に応じた治療と仕事が両立できるよう各関係機関が連携しながら支援体制を構築していきます。

(カ) 小児期・若年期からの配慮が必要な脳血管疾患への対策

児童福祉法に基づく費用補助を継続し、患者及び家族を支援する。また、患者自身が日ごろから自身の身体の状況に応じて適切に対応できるよう、医療、福祉、行政、教育関係機関と密接に連携しながら、患者教育を実践していきます。

(シ) 今後育成すべき医療人材

令和4年度から実施している循環器病に関する多職種連携従事者研修会の参加者を増やし、脳血管疾患に関する最新の知見や医療提供体制を共有することで、県内における連携体制を強化し

ます。医療現場において表にあるような資格取得者を増やすためのサポートも進めます。

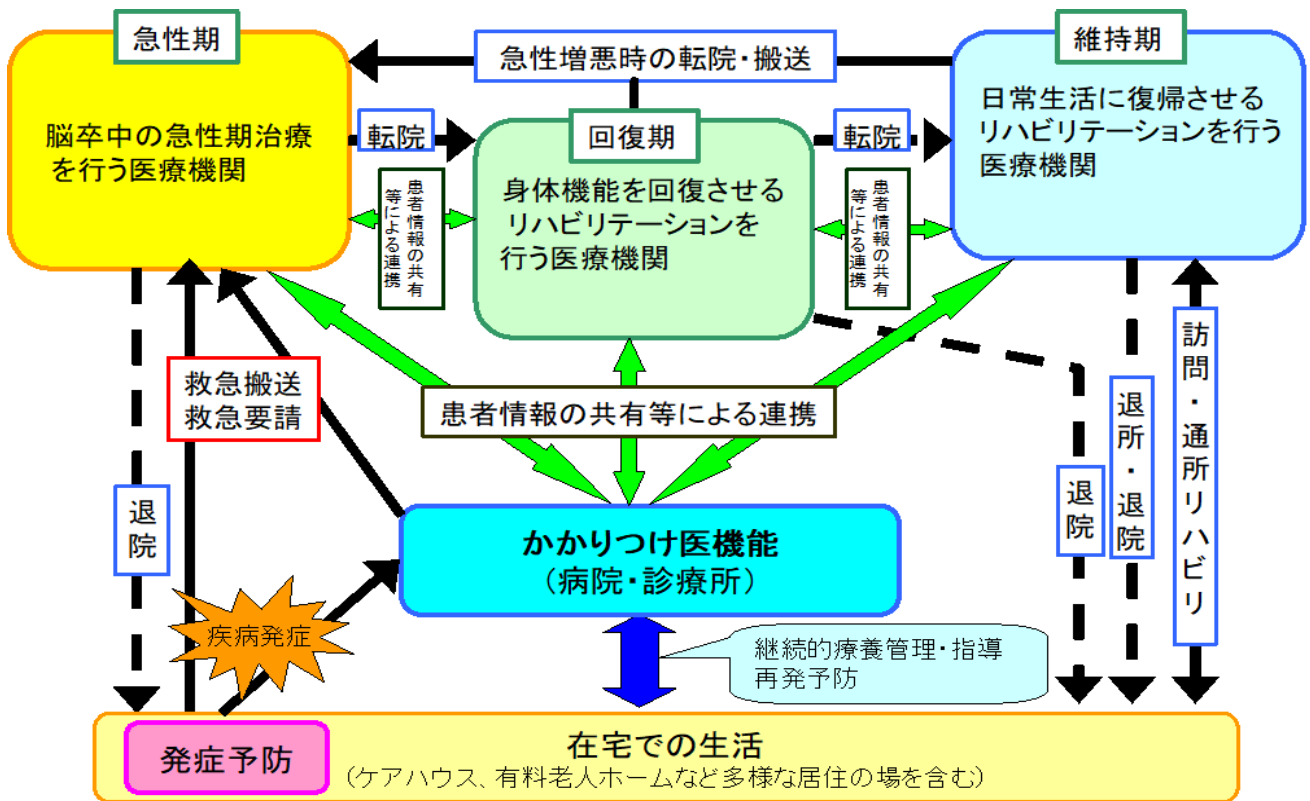
また、県が包括連携協定を締結している各生命保険会社を中心に、地域・職域で周囲の健康づくりに関わる人々へ、「循環器病アドバイザー」の取得も視野に循環器病についての普及啓発を行います。

<表> 今後育成すべき人材（脳血管疾患関連）

鳥取県健康政策課作成

資格名・制度名	資格・制度が担う役割
脳卒中リハビリテーション 看護認定看護師	脳卒中の後遺症のある患者が、残った機能を活かしながら自分らしい生活ができるように支援する役割を担う。脳卒中予防のための知識や、脳卒中を繰り返さないため、患者や患者家族へ適切な相談支援を行う。
脳卒中療養相談士	脳卒中学会が行う研修を受講した看護師、医療ソーシャルワーカーが中心的な役割を担う。再発予防のための生活指導や就労支援、介護サービスの紹介やリハビリ方法など、幅広い相談に対応する。
循環器病予防療養指導士	循環器病の主たる原因である高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の改善・予防およびその他の危険因子の管理に関して、対象者・患者に適した療養指導を行うことで、循環器病の予防や病態改善につなげる。
血管診療技師(CVT)	血管診療技師の業務は、脈管領域の無侵襲診断及びその介助、医師による侵襲的診断・治療の介助とされ、脈管疾患領域の診療に関わる臨床検査技師・看護師・臨床工学技士・診療放射線技師・理学療法士などに対し認定するものです。
精神保健福祉士	統合失調症、てんかん、依存症、気分障害、高次脳機能障害など精神に障がいのある人の、日常生活又は社会生活の支援、精神保健（メンタルヘルス）の課題に対する援助を行う。
両立支援コーディネーター	主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けたプランの作成支援などを担う。
臨床心理士(公認心理師)	心理学の専門的な知識に基づいて、心理的に悩みを抱えている人を対象にカウンセリングやアドバイスを行う。
緩和ケア認定看護師	患者及び家族の苦痛を和らげ、“その人らしく”暮らせる支援を、トータルペインの視点でアセスメントを行い、その人に適したケアを提供する。
日本循環器協会認定 循環器病アドバイザー	地域で循環器病の予防と正しい知識の普及啓発を推進する。スポーツジムインストラクター、保険外交員、介護従事者など、日ごろから健康、福祉に携わる非医療従事者を中心に認定。

5 脳血管疾患対策の医療提供体制



【医療連携体制において役割を果たす医療機関】(令和6年3月)

区分	東部保健医療圏	中部保健医療圏	西部保健医療圏
急性期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県立中央病院 ・ 鳥取市立病院 ・ 鳥取生協病院 ・ 鳥取赤十字病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県立厚生病院 ・ 野島病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鳥取大学医学部附属病院 ・ 山陰労災病院 ・ 博愛病院 ・ 西伯病院 ・ 日野病院 ・ 済生会境港総合病院 ・ 日南病院
回復期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鳥取生協病院 ・ 鳥取医療センター ・ 尾崎病院 ・ ウェルフェア北園渡辺病院 ・ 岩美病院 ・ 智頭病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 清水病院 ・ 野島病院 ・ 三朝温泉病院 ・ 垣田病院 ・ 藤井政雄記念病院 ・ 信生病院 ・ 北岡病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 博愛病院 ・ 養和病院 ・ 皆生温泉病院 ・ 錦海リハビリテーション病院 ・ 米子東病院 ・ 大山リハビリテーション病院 ・ 高島病院 ・ 済生会境港総合病院 ・ 元町病院 ・ 西伯病院 ・ 伯耆中央病院 ・ 日野病院 ・ 日南病院
維持期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 渡辺病院 ・ 尾崎病院 ・ ウェルフェア北園渡辺病院 ・ 鹿野温泉病院 ・ 岩美病院 ・ 智頭病院 ・ 鳥取医療センター 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 北岡病院 ・ 信生病院 ・ 野島病院 ・ 藤井政雄記念病院 ・ 三朝温泉病院 ・ 垣田病院 ・ 谷口病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高島病院 ・ 養和病院 ・ 皆生温泉病院 ・ 錦海リハビリテーション病院 ・ 米子東病院 ・ 済生会境港総合病院 ・ 元町病院 ・ 西伯病院 ・ 大山リハビリテーション病院 ・ 伯耆中央病院 ・ 日南病院 ・ 博愛病院 ・ 新田外科胃腸科病院 ・ 日野病院
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病床を有する診療所 ・ 介護老人保健施設 ・ 訪問看護ステーション 		

※医療機関によって対応可能な症例が異なります。

6 数値目標

(1) 健康寿命の延伸

指標		現状値		目標値		出典
		数値	年度	数値	年度	
健康寿命	男性	71.58年 (45位)	R1	73.08年	R7	国民生活基礎調査 (3年ごとに公表)
	女性	74.74年 (41位)		76.24年		

※「健康寿命」は、調査対象者の主観的な健康感に基づき、日常生活に制限のない期間の平均を算出したもの。調査は3年ごとに実施されており、本計画期間中においては、令和7年調査(令和9年公表)が最新値となる。

※各指標の年度は、調査年度。

(2) 脳血管疾患の年齢調整死亡率の低減

指標		現状値		目標値		出典
		数値	年度	数値	年度	
脳血管疾患の年齢調整死亡率(10万人あたり)	男性	92.8人	R3	89.0人	R9	人口動態統計 (翌年度2月に公表)
	女性	68.7人		65.0人		

※各指標の年度は、調査年度

【参考】年齢調整死亡率の算出方法(出典:厚生労働省「人口動態統計 確定数 用語及び比率の解説」抜粋)

$\text{年齢調整死亡率} = \frac{\left\{ \left(\begin{array}{l} \text{観察集団の各年齢} \\ \text{(年齢階級)の死亡率} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{l} \text{基準人口集団のその年齢} \\ \text{(年齢階級)の人口} \end{array} \right) \right\} \text{の各年齢(年齢階級)の総和}}{\text{基準人口集団の総数}}$																																																	
<p>(参考)</p> <p>死亡率は年齢によって異なるので、国際比較や年次推移の観察には、人口の年齢構成の差異を取り除いて観察するために、年齢調整死亡率を用いることが有用であり、年齢調整死亡率の基準人口については、以下の年次を使用している。</p> <p>なお、計算式中の「観察集団の各年齢(年齢階級)の死亡率」は、1,000倍(死因別の場合は100,000倍)されたものである。</p> <p>～平成元年：昭和10年(1935年)の性別総人口(都道府県別は昭和35年(1989年)(1960年)の総人口)</p> <p>平成2年～令和元年：昭和60年(1985年)モデル人口(昭和60年(1985年)国勢調査(1990年～2019年)の日本人人口を基にベビーブーム等の極端な増減を補正し、1,000人単位で作成したもの)</p> <p>令和2年～(2020年)：平成27年(2015年)モデル人口(平成27年(2015年)国勢調査の日本人人口を基にベビーブーム等の極端な増減を補正し、1,000人単位で作成したもの)</p> <p>過去との比較を可能とするため、年齢調整死亡率の基準人口を平成27年モデル人口に変更し、以下のとおり遡及を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成17年(2005年)～令和元年(2019年)計15年分 昭和25年(1950年)～平成12年(2000年)(5年ごと)計11年分 	<p>基準人口－平成27年(2015年)モデル人口－ (単位:人)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年齢階級</th> <th>基準人口</th> <th>年齢階級</th> <th>基準人口</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0歳</td> <td>978 000</td> <td>50～54歳</td> <td>8 451 000</td> </tr> <tr> <td>1～4</td> <td>4 048 000</td> <td>55～59</td> <td>8 793 000</td> </tr> <tr> <td>5～9</td> <td>5 369 000</td> <td>60～64</td> <td>9 135 000</td> </tr> <tr> <td>10～14</td> <td>5 711 000</td> <td>65～69</td> <td>9 246 000</td> </tr> <tr> <td>15～19</td> <td>6 053 000</td> <td>70～74</td> <td>7 892 000</td> </tr> <tr> <td>20～24</td> <td>6 396 000</td> <td>75～79</td> <td>6 306 000</td> </tr> <tr> <td>25～29</td> <td>6 738 000</td> <td>80～84</td> <td>4 720 000</td> </tr> <tr> <td>30～34</td> <td>7 081 000</td> <td>85～89</td> <td>3 134 000</td> </tr> <tr> <td>35～39</td> <td>7 423 000</td> <td>90～94</td> <td>1 548 000</td> </tr> <tr> <td>40～44</td> <td>7 766 000</td> <td>95歳以上</td> <td>4 23 000</td> </tr> <tr> <td>45～49</td> <td>8 108 000</td> <td>総数</td> <td>125 319 000</td> </tr> </tbody> </table> <p>注：年齢調整死亡率の算出では、基準人口(平成27年(2015年)モデル人口)の「0歳」、「1～4歳」を分離せずに「0～4歳」として使用している。</p>	年齢階級	基準人口	年齢階級	基準人口	0歳	978 000	50～54歳	8 451 000	1～4	4 048 000	55～59	8 793 000	5～9	5 369 000	60～64	9 135 000	10～14	5 711 000	65～69	9 246 000	15～19	6 053 000	70～74	7 892 000	20～24	6 396 000	75～79	6 306 000	25～29	6 738 000	80～84	4 720 000	30～34	7 081 000	85～89	3 134 000	35～39	7 423 000	90～94	1 548 000	40～44	7 766 000	95歳以上	4 23 000	45～49	8 108 000	総数	125 319 000
年齢階級	基準人口	年齢階級	基準人口																																														
0歳	978 000	50～54歳	8 451 000																																														
1～4	4 048 000	55～59	8 793 000																																														
5～9	5 369 000	60～64	9 135 000																																														
10～14	5 711 000	65～69	9 246 000																																														
15～19	6 053 000	70～74	7 892 000																																														
20～24	6 396 000	75～79	6 306 000																																														
25～29	6 738 000	80～84	4 720 000																																														
30～34	7 081 000	85～89	3 134 000																																														
35～39	7 423 000	90～94	1 548 000																																														
40～44	7 766 000	95歳以上	4 23 000																																														
45～49	8 108 000	総数	125 319 000																																														

<参考指標> 平均自立期間の延伸

指標		現状値		目標値		出典
		数値	年度	数値	年度	
平均自立期間の延伸	男性	79.74年	R2	延伸	R8	健康政策課調べ
	女性	84.39年		延伸		

※各指標の年度は、調査年度

【参考】

R2 男性：鳥取県 79.74年、東部圏域 79.89年、中部圏域 79.49年、西部圏域 79.68年(差：0.4年)

R2 女性：鳥取県 84.39年、東部圏域 84.33年、中部圏域 84.20年、西部圏域 84.51年(差：0.31年)

※「平均自立期間」は、要介護認定（要介護2～5の認定者数）に基づき、日常生活動作が自立している期間の平均を算出したもの。

番号	C初期アウトカム指標	鳥取県	全国
----	------------	-----	----

1	基礎疾患及び危険因子の管理の促進		鳥取県	全国	
	C101	喫煙率(男)	29.0%	28.8%	
		喫煙率(女)	6.8%	8.8%	
	C102	禁煙外来を行っている医療機関数	16.8	12.8*	
	C103	ニコチン依存管理料の実施件数	450.3	332.8*	
	C104	ハイリスク飲酒者の割合(男)	19.0%	14.9%	
		ハイリスク飲酒者の割合(女)	8.0%	9.1%	
	C105	健診受診(男)	72.3%	73.1%	
		健診受診(女)	67.8%	65.7%	
	C106	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	213.2	216.9	
		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率(参考:平成27年平滑化人口モデル)	448.0	447.1	
	C107	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	65.4	66.8	
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率(参考:平成27年平滑化人口モデル)	122.8	118.4	
	2	突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨指示の促進		鳥取県	全国
		C201	神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数	25.1	14.0*
	3	市町村および保険者が行う特定健診・特定保健指導の充実		鳥取県	全国
		C301	特定健康診査受診率	54.4%	56.5%
特定保健指導実施率	24.3%		24.7%		
4	救急救命士の活動において地域メディカルコントロール協議会が定めた活動プロトコールに沿った適切な観察・判断・処置の促進		鳥取県	全国	
	C401	救急隊の救急救命士運用率	96.8%	93.2%	
	C402	脳卒中に疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数	3	-	
5	急性期医療を担う医療機関への迅速な搬送体制の整備		鳥取県	全国	
	C501	脳血管疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	3.6%	-	
6	脳卒中の急性期医療に対応できる体制の整備		鳥取県	全国	
	C601	神経内科医師数	9.8	4.6*	
	C602	脳神経外科医師数	6.0	5.8*	
	C603	急性期医療機関に勤務している脳神経内科医師数	32	-	
	C604	急性期医療機関に勤務している脳神経外科医師数	25	-	
	C605	日本リハビリテーション医学会専門医数	23	2,913	
	C606	日本脳卒中学会脳卒中専門医数	19	-	
	C607	認定看護師数	5	-	
	C608	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数(病院数)	0.0	0.2*	
		脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数(病床数)	0.0	1.3*	
	C609	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	1.1	0.8*	
	C610	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	1.6	0.8*	
C611	脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	4	-		
7	誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備		鳥取県	全国	
	C701	口腔機能管理を受ける患者数(急性期)	0.0	0.8*	
8	誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備		鳥取県	全国	
	C801	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	8.9	6.4*	
9	回復期の医療機関等との連携体制の構築		鳥取県	全国	
	C901	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	17.7	10.0*	
10	自宅退院困難者に対する医療施設や地域の保健医療福祉サービスとの連携強化		鳥取県	全国	
	C1001	地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数	19.5	9.8*	
11	専門医療スタッフにより集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関の整備		鳥取県	全国	
	C1101	回復期リハビリテーション病床数	111.3	70.2*	
	C1102	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数(理学療養士)	98.9	80.0*	
		理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数(作業療法士)	66.4	40.5*	
	理学療養士数・作業療法士数・言語聴覚士数(言語聴覚士)	25.9	14.2*		
12	再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制の整備		鳥取県	全国	
	C1201	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数	0.7	0.6*	
	C1202	歯周病専門医が在籍する医療機関数	0.5	0.8*	
13	誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備		鳥取県	全国	
	C1301	口腔機能管理を受ける患者数(回復期)	0.0	1.1*	
14	急性期および維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制の構築		鳥取県	全国	
	C1401	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(再掲)	17.7	10.0*	
	C1402	医療ソーシャルワーカー数	16.1	12.9*	
15	生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの提供(訪問及び通所リハビリを含む)		鳥取県	全国	
	C1501	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	8.9	6.4*	
	C1502	訪問リハビリを提供している事業所数	7.8	3.9*	
	C1503	通所リハビリを提供している事業所数	10.7	6.3*	
	C1504	老人保健施設定員数	516.8	288.2*	
16	再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制の整備		鳥取県	全国	
	C1601	訪問看護を受ける患者数(医療)	837.7	376.9*	
訪問看護を受ける患者数(介護)		5,826.1	5,663.4*		
17	誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制の整備		鳥取県	全国	
	C1701	訪問歯科衛生指導を受ける患者数	949.8	4,392.4*	
18	回復期および急性期の医療機関等との連携体制の構築		鳥取県	全国	
	C1801	入退院支援を行っている医療機関数	5.4	3.7*	
	C1802	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	687.9	283.6*	
19	脳血管疾患患者の就労支援を推進させる体制が整っている		鳥取県	全国	
	C1901	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	28.0	14.0*	

番号	B中間アウトカム指標	鳥取県	全国
----	------------	-----	----

1	【予防】脳卒中の発症を予防できている		鳥取県	全国
	B101	脳血管疾患により救急搬送された患者数(R4年度)	1,488	-
	B102	脳血管疾患受療率(入院)	149.0	115.0
脳血管疾患受療率(外来)		98.0	68.0	

2	【救護】患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される		鳥取県	全国
	B201	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	35.9	42.8
	B202	血栓回収可能なPSCIに搬送された割合	65.4%	-
3	【急性期】医療従事者のワークライフバランスが保たれている		鳥取県	全国
	B301	一次脳卒中センター(PSC)の脳卒中専門医数	9	-
	B302	一次脳卒中センター(PSC)の血栓回収療法実施医数	8	-
	B303	一次脳卒中センター(PSC)の脳血管内治療学会専門医数	4	-
4	【急性期】発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる		鳥取県	全国
	B401	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数(算定回数)	18.1	10.8*
		脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数(SCR)	146.2	100.0
	B402	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(算定回数)	13.6	10.5*
		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(SCR)	112.6	100.0
	B403	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)	6.9	9.4*
		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(SCR)	73.0	100.0
	B404	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)	12.5	11.9*
		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(SCR)	104.2	100.0
	B405	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(急性期)(算定回数)	50.2	68.1*
		脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(急性期)(SCR)	79.0	100.0
	B406	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)	108,523.0	91,870.6*
		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(SCR)	120.0	100.0
B407	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(算定回数)	221.5	66.8*	
	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)	283.1	100.0	

5	【回復期】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		鳥取県	全国
	B501	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(回復期)(単位数)	9230.27717	6343.94806*
		脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数(回復期)(SCR)	128.7	100.0
	B502	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)(再掲)	108,523.0	91,870.6*
		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(SCR)(再掲)	120.0	100.0
	B503	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(算定回数)(再掲)	221.5	66.8*
		脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)(再掲)	283.1	100.0
	B504	ADL改善率	48.9%	73.3%
	B505	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	57.9%	55.2%
	6	【回復期】回復期から維持期への医療連携が図られている		鳥取県
B601		地域連携バスの作成件数:病院(診療報酬適用数)	555	-
B602		地域連携バスの作成件数:診療所(診療報酬適用数)	2	-
B603		地域連携バスの作成件数:老人保健施設(診療報酬適用数)	2	-

7	【維持期】日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる		鳥取県	全国
	B701	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(医療)	351.3	214.2*
		訪問リハビリを受ける患者数・利用者数(介護)	2,186.5	1,143.1*
	B702	通所リハビリを受ける利用者数	9,256.3	5,499.9*
	B703	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)	201,211.8	138,818.9*
		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(SCR)	120.9	100.0
B704	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(算定回数)(再掲)	221.5	66.8*	
	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数(SCR)(再掲)	283.1	100.0	

*は人口10万人対に換算

番号	A分野アウトカム指標	鳥取県	全国
----	------------	-----	----

1	脳卒中による死亡が減少している		鳥取県	全国
	A101	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男)	102.1人	93.8人
		脳血管疾患の年齢調整死亡率(女)	57.7人	56.4人
	A102	脳卒中標準化死亡率(全体)(男性)	112.6	100.0
		脳卒中標準化死亡率(全体)(女性)	104.2	100.0
		脳卒中標準化死亡率(脳出血)(男性)	105.6	100.0
		脳卒中標準化死亡率(脳出血)(女性)	104.5	100.0
		脳卒中標準化死亡率(脳梗塞)(男性)	116.2	100.0
		脳卒中標準化死亡率(脳梗塞)(女性)	102.9	100.0
	A103	健康寿命(男)	71.58年	72.68年
健康寿命(女)		74.74年	75.38年	

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		鳥取県	全国	
	A201	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の機能的自立度			
		mRS判定別の退院後状況(%)	0~3(自立)	20.9%	-
			4~5(要介護)	7.8%	-
6(死亡)	2.8%	-			
不明	64.1%	-			
A202	脳卒中を再発した者の割合	2.0%	-		

※1,2 鳥大病院、山陰労災病院、県立中央病院、赤十字病院、市立病院、生協病院、野島病院、日野病院、境港総合病院、博愛病院

第3章（2） 心筋梗塞等の心血管疾患対策

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、多くの疾患が含まれます。

心血管疾患のうち、心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心肺機能の低下が起きる疾患であり、心不全は、心筋梗塞等を原因とした慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下する疾患です。

心血管疾患は、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り、突然死を引き起こすこともあります。しかし、発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性もあります。

さらに、回復期及び維持期（生活期）には、急性期に生じた障がいや後遺症として残る可能性があるとともに、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えているなど再発や増悪を来しやすいといった特徴があります。

1 目標（目指すべき姿）

令和4年の人口動態統計によると、本県の死因順位別では、1位悪性新生物（24.4%）、2位老衰（13.7%）、3位心疾患（13.5%）、4位脳血管疾患（7.1%）、5位肺炎（3.7%）であり、心疾患は死亡原因の上位を占めています。

さらに、令和4年の国民生活基礎調査によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が5.1%であり、両者を合わせると21.2%と最多です。

このように、心筋梗塞等の心血管疾患は、県民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患であるとともに、社会全体に大きな影響を与える疾患です。本県では、予防のための生活習慣病対策を進めるとともに、急性期から回復期・維持期（生活期）、在宅までの医療連携体制の整備、充実等を図ることにより、（1）健康寿命の延伸、（2）心筋梗塞等の心血管疾患の年齢調整死亡率の低減を目指します。

なお、生活習慣病対策については、小児から高齢者まで幅広く取組を進める必要があり、「鳥取県健康づくり文化創造プラン（第四次）」等により取組を推進していきます。

2 現状と課題

（1）現状

ア 心血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発

県民一人ひとりが心血管疾患の予防・重症化予防や疾病リスクの管理を行うことができるように、まずは心血管疾患に関する正しい知識の普及啓発を行うことが重要です。そのため、本県では、平成30年度から令和5年度までの期間において「鳥取県健康づくり文化創造プラン（第三次）」に基づき、

「健康づくり文化」の定着と「健康寿命」の延伸を目指して、県民一人ひとりが自らの健康づくりを進めるとともに、生活習慣病の予防、早期発見・早期治療を進め、地域や職域など社会全体で健康づくりを強力に推進する環境を整備しています。令和4年度からは、県民に正しい知識の普及啓発を行うため、心血管疾患の前兆及び症状、発症時の対処法、早期受診の重要性等について、県民向け公開講座を実施しています。

イ 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

心血管疾患の多くは、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、重症化・合併症発症、生活機能の低下、要介護状態の順に経過していきます。そのため、保健、医療及び福祉等の連携のもとに、心血管疾患の予防、早期発見、早期治療、再発予防の取組を進めることが重要です。

(ア) 心血管疾患を予防する健診の普及や取組の推進

生活習慣病の予防及び早期発見に資することを目的として、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき特定健康診査・保健指導が行われています。40歳以上75歳未満の者が対象となり、各医療保険者（国民健康保険・被用者保険）が実施しています。

本県の健診受診率は54.4%（令和3年度）であり、年々上昇していますが全国平均（56.2%）と比べて低い結果でした。令和3年度健診受診者は131,086人であり、健診結果をみると、高血圧症予備群13.5%、高血圧有病者率41.7%、脂質異常症有病者率45%、特定健診受診者のうち、糖尿病予備群10%、糖尿病有病者率9.7%となっています。

特定保健指導は、特定健康診査の結果、内臓脂肪蓄積の基準として腹囲やBMIが一定以上で、さらに血糖、脂質、血圧の追加リスクや喫煙歴が該当する者に対して行います。令和3年度の特定保健指導実施率は24.3%であり減少傾向です。

また、令和4年県民健康栄養調査及び国民健康・栄養調査の結果によると、生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合は改善が認められるものの、以前から課題に挙げられている、減塩や運動習慣、喫煙に関する数値は悪化またはほぼ横ばいで推移しています。なお、生活習慣病の一次予防に関する詳細（栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、飲酒、歯と口腔の健康）については、「鳥取県健康づくり文化創造プラン（第四次）」に記載のとおりです。

< 県内医療保険者の高血圧症、脂質異常症の現状（令和3年） >

	高血圧症			脂質異常症	
	予備群	有病者	未治療者	有病者	未治療者
市町村国保	13.7%	54.7%	31.7%	54.3%	45.9%
鳥取県医師国保組合	11.7%	29.2%	30.0%	43.5%	57.7%
全国健康保険協会鳥取支部	13.8%	36.6%	52.2%	40.0%	74.0%
公立学校共済組合鳥取県支部	10.9%	28.5%	57.3%	42.5%	78.5%
警察共済組合鳥取県支部	—	—	—	—	—
地方職員共済組合鳥取県支部	12.1%	26.7%	53.3%	37.6%	74.1%
鳥取銀行健康保険組合	—	—	—	—	—
鳥取県市町村職員共済組合	13.8%	30.9%	59.8%	40.5%	71.4%
山陰自動車業健康保険組合 鳥取支部	—	—	—	—	—
計	13.5%	41.7%	43.4%	45.0%	62.3%

出典：鳥取県健康政策課調べ

(イ) 救急搬送体制の整備

急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、その周囲にいる者等による自動体外式除細動器（AED）の使用を含めた救急蘇生法等の実施が、救命率の向上に効果的です。本県における消防局主催の応急手当普及講習会の開催状況は、令和3年では179回開催され、延2,053名の受講者です。

心肺停止状態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は、本県で5件（全国1,719件）であり、一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数は、本県で52件（全国15,225件）でした。

また、心血管疾患は急激に発症し、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い。心血管疾患の治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、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。

鳥取県消防防災年報によると、令和4年4月1日現在、救急自動車は、鳥取県東部広域行政管理組合が14台（うち高規格14台）、鳥取県西部広域行政管理組合が14台（同14台）、鳥取県中部ふるさと広域連合が6台（同6台）の計34台（予備車を含む）を有しています。総務省消防庁によると、本県の病院収容所要時間は35.9分、全国42.8分です。

※救急医療の詳細については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第1節「8 救急医療」に記載

<消防局主催の応急手当普及講習会（普通救命講習）の参加延人数及び開催回数>

区分	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
参加延人数（人）	6,571	5,617	5,370	1,769	2,053
開催回数（回）	445	400	363	153	179

出典：鳥取県危機管理局消防防災課「消防防災年報」

<心肺停止状態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>

	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
鳥取県	11	12	4	6	5
全 国	2,102	2,018	2,168	1,792	1,719

出典：総務省消防庁「令和4年救急・救助の現況」

<一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数>

	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
鳥取県	71	77	71	45	52
全 国	14,448	14,965	14,789	14,974	15,225

出典：総務省消防庁「令和4年救急・救助の現況」

<現場到着所要時間別出動件数の状況（入電から現場到着までの所要時間別出動件数）>

	3分未満	3分以上 5分未満	5分以上 10分未満	10分以上 20分未満	20分以上	合計 (件数)	平均 (分)
R1 鳥取 (割合)	389 (1.4)	2,799 (10.1)	16,238 (58.5)	7,695 (27.7)	613 (2.2)	27,734 (100)	8.4
R4 鳥取 (割合)	251 (0.9)	982 (3.7)	14,659 (56.0)	9,523 (36.4)	727 (2.8)	26,142 (100)	9.3
R1 全国 (割合)	56,773 (0.9)	395,533 (6.0)	4,071,362 (61.6)	1,946,983 (29.5)	134,562 (2.0)	6,605,213 (100)	8.7
R4 全国 (割合)	39,916 (0.6)	216,803 (3.5)	3,529,332 (57.0)	2,249,759 (36.3)	157,771 (2.5)	6,193,581 (100)	9.4

出典：総務省消防庁「令和4年救急・救助の現況」

<病院収容所要時間別搬送人員の状況（入電から医師引継ぎまでに要した時間別搬送人員）>

	10分 未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分 以上	合計 (人)	平均 (分)
R1 鳥取 (割合)	5 (0.02)	1,486 (5.7)	8,286 (31.6)	15,026 (57.4)	1,349 (5.2)	35 (0.1)	26,187 (100)	35.7
R4 鳥取 (割合)	0 (0)	1,151 (4.6)	7,882 (32.0)	14,331 (58.1)	1,294 (5.2)	29 (0.1)	24,678 (100)	35.9
R1 全国 (割合)	1,339 (0.02)	167,613 (2.8)	1,464,988 (2.5)	3,757,152 (63.0)	547,556 (9.2)	21,647 (0.4)	5,960,295 (100)	39.5
R4 全国 (割合)	428 (0)	91,328 (1.7)	1,073,314 (19.5)	3,609,204 (65.7)	677,442 (12.3)	40,028 (0.7)	5,491,744 (100)	42.8

出典：総務省消防庁「令和4年救急・救助の現況」

(ウ) 心血管疾患に係る医療提供体制の構築

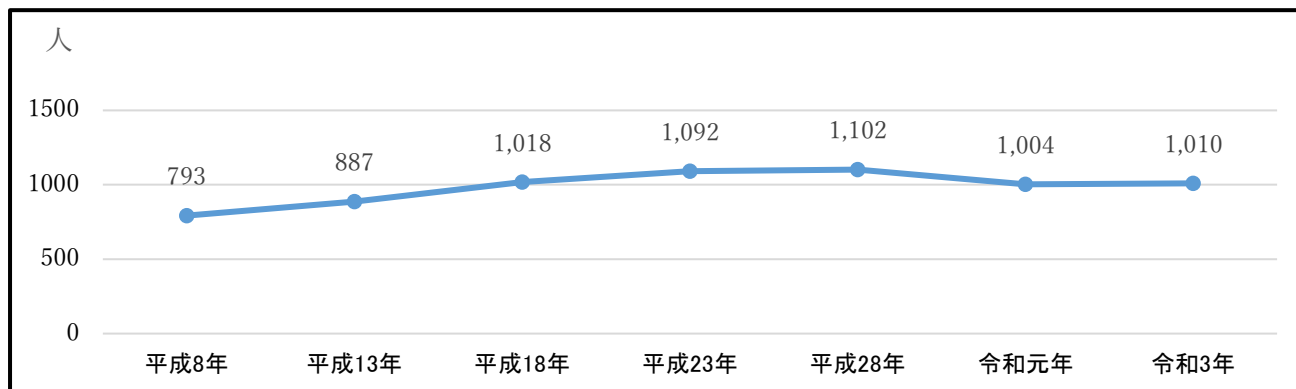
①急性期の医療について

心血管疾患の急性期は、心筋梗塞や不安定狭心症、大動脈解離など、死に至る可能性が高く、突然死の原因の多くを占めます。急性心疾患による死亡を減少させ、予後を向上させるためには、発症後早期に治療を開始する必要があります。また、近年、高齢化に伴い増加している慢性心不全の患者が急変して急性期の医療機関に搬送されることも多くなっています。大動脈解離をはじめとする急性大動脈症候群については、県立中央病院、鳥取大学医学部附属病院、山陰労災病院で対応しており、腹部大動脈瘤については県立厚生病院でも対応しています。各圏域で24時間の受け入れ体制が整備されています。

心疾患（高血圧性を除く）による県内の死亡者数は、令和4年度1,088人であり、近年1,000人前後で推移しています。年齢調整死亡率（人口10万人あたり）は、減少傾向にあり、平成27年は、男性58.3（全国65.4）、女性30.1（全国34.2）であり、全国を下回っています。県内の病院における虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数は6.8日（令和3年）であり、全国平均の12.7日に比べ入院期間の短縮が図られています。

また、本県では令和5年度から西部、中部の一部医療機関において、先行的に、遠隔画像診断システムJOINを導入しており、これにより救急搬送時に医療機関の間で画像情報を共有し、早急かつ適切な治療に移行することが期待されます。

<心疾患（高血圧性を除く）による死亡者数>



出典：厚生労働省「人口動態調査」

<虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数（施設（病院）住所地別）（単位：日）>

区分	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
全国	12.8	9.4	8.3	8.6	12.7
鳥取県	7.8	6.2	6.4	6.7	6.8
東部保健医療圏	9.2	5.2	8.2	6.0	8.4
中部保健医療圏	4.6	5.0	5.6	5.3	4.9
西部保健医療圏	9.3	7.9	5.3	7.4	6.9

出典：厚生労働省「患者調査」

※令和2年患者調査の退院票については、「入院年」の元号誤りが全国的に多く、厚生労働省において統計的な精査・対応を行い、結果を集計しているため、過去のデータと比較する際は注意が必要です。

②回復期・維持期（生活期）の医療について

慢性心不全患者は、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あり、全国的に今後の患者数増加が予想されています。慢性心不全患者の再入院を防ぐためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、多職種連携や地域における幅広い医療機関及び関係機関間の連携により、入院中から退院後まで継続して行う必要があります。本県では令和4年度から、医師・歯科医師・コメディカルを含めた多職種を対象とした研修会を開催しています。

心筋梗塞や慢性心不全等の再発の予防、早期の在宅復帰のためには、早期からの継続的な心血管疾患リハビリテーションの実施が有効です。心大血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関は、令和5年8月1日時点で10箇所あり、平成24年8月1日時点の3箇所と比べると増加しているが、中部はいずれの時点も0箇所となっています。心大血管疾患リハビリテーションに関する知識を持つ医療従事者の育成が必要です。

また、本県では、県内の医療機関をつなぐネットワーク「おしどりネット」を運用しており、総合病院の診療情報（電子カルテ、検査結果、画像など）を他の医療機関でも活用することで、効率的かつ効果的な医療を提供しています。

<リハビリテーション承認施設の状況>

名称		平成24年8月1日時点				令和2年12月1日時点				令和5年9月1日時点			
		東部	中部	西部	計	東部	中部	西部	計	東部	中部	西部	計
運動器リハ(箇所)	(Ⅰ)	10	5	15	30	11	6	17	34	11	6	17	34
	(Ⅱ)	0	4	8	12	3	3	6	12	3	3	6	12
	(Ⅲ)	1	1	2	4	2	1	5	8	1	1	5	7
	小計	11	10	25	46	16	10	28	54	15	10	28	53
呼吸器リハ(箇所)	(Ⅰ)	5	5	13	23	9	6	16	31	9	6	16	31
	(Ⅱ)	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	7	6	14	27	9	6	16	31	9	6	16	31
心大血管リハ(箇所)	(Ⅰ)	1	0	2	3	5	0	4	9	6	0	4	10
	(Ⅱ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	1	0	2	3	5	0	4	9	6	0	4	10

※中国四国厚生局「管内の施設基準の届出受理状況」より県内の診療報酬算定上の施設基準に合致する医療機関数

(工) 感染症発生・まん延時や災害発生時等の有事を見据えた対策

新興感染症発生・まん延時の医療及び災害医療の詳細については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第1節「9 災害医療」「11 新興感染症発生・まん延時における医療」に記載

(オ) 社会連携に基づく心血管疾患患者支援

心血管疾患患者は、急性期に救命されたとしても、心機能の低下などにより、入院前に比しADL（日常生活動作）が低下した状態で退院する患者が少なくなく、また、治療後も残る身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に陥る場合があります。さらに再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底など適切な管理及びケアを行うことが必要です。必要に応じて、介護保険制度、障害者総合支援法に基づく支援体制との整合性をとることも重要です。

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等において、在宅で療養される方への医療の提供が行われています。

また、県内の東部・中部・西部の各地区医師会を中心に医療、介護等の多職種連携の取組が進められているとともに各地区歯科医師会に在宅医療連携拠点が置かれ、在宅歯科医療希望者の歯科診療所の紹介、在宅歯科医療等に関する相談、連絡調整などが行われています。

県薬剤師会では、通院が困難な在宅患者を訪問して薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行う訪問薬剤管理指導に取り組んだ経験のない薬局に対する、在宅医療への導入研修を行っています。

訪問看護サービスの安定供給及び在宅医療の推進体制の強化を目指すため、平成29年度より鳥取県訪問看護支援センターを設置（鳥取県看護協会に委託）し、訪問看護に係る人材育成、相談、普及活動等を体系化して実施しています。

県内で登録されている介護支援専門員は、4,436名（令和5年9月現在）であり、医療・介護の連携において重要な役割を担っています。鳥取県高齢者の元気福祉プラン（令和6～8年度）において、高齢者の在宅生活支援体制の確立を図るために、支援を要する高齢者の生活実態を把握し支援に繋げる仕組みの構築を進める地域づくりに取り組んでいます。

<地域包括ケア病床に関する各圏域の状況>

	東部圏域	中部圏域	西部圏域
地域包括ケア病床を有する病院数	6 病院	8 病院	10 病院
地域包括ケア病床数	272 床	253 床	341 床

出典：中国四国厚生局「管内の施設基準の届出受理状況」（令和 5 年 9 月 1 日時点）

<退院調整支援担当者を配置する診療所・病院数>

区 分	平成 23 年度	平成 26 年度	平成 29 年度	令和 2 年度
診療所	1	4	3	1
病 院	24	24	23	26
計	25	28	26	27

出典：医療施設調査（各年 10 月 1 日時点）

<訪問診療を実施する診療所・病院数・訪問診療実施件数>

区 分	平成 23 年度	平成 26 年度	平成 29 年度	令和 2 年度
診療所数	170	164	149	157
訪問診療実施件数	4,692	5,062	5,225	7,620
病院数	12	14	13	15
訪問診療実施件数	491	448	589	350
合計	182	178	162	172
訪問診療実施件数総数	5,183	5,510	5,814	7,970

出典：医療施設調査（各年 10 月 1 日時点）

<鳥取県の在宅医療関連施設の整備状況>

区 分	平成 29 年度				令和 2 年度				令和 5 年度			
	県				県				県			
	計	東部	中部	西部	計	東部	中部	西部	計	東部	中部	西部
在宅療養支援診療所	77	25	11	41	81	26	11	44	78	26	9	43
在宅療養支援病院	6	1	2	3	6	1	2	3	10	3	2	5
在宅療養支援 歯科診療所	63	23	6	34	42	17	3	22	44	19	3	22
在宅患者訪問 薬剤管理指導 料届出薬局	249	92	48	109	254	91	48	115	259	92	51	116
訪問看護ステーション	57	17	10	30	71	23	10	38	205	77	35	93
同 サテライト	9	5	1	3	10	8	1	3	17	9	2	6

※出典：「在宅療養支援診療所」、「在宅療養支援病院」、「在宅療養支援歯科診療所」及び「在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局」は中国四国厚生局「管内の施設基準の届出受理状況」（令和 5 年 9 月 1 日時点）より。訪問看護ステーション・同サテライトは鳥取県長寿社会課調べ（令和 5 年 4 月 1 日時点。訪問看護ステーションは休止中の事業所 14 箇所を含む。）

(カ) リハビリテーション等の取組

心血管疾患患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ日常生活動作の向上等の生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合があります。県内の回復期リハビリテーション病棟を有する病院数は、13カ所あり、669床の病床を有します。また、令和5年8月1日時点で、県内10施設で心大血管リハビリテーションを実施しています。

あわせて、本県では、令和4年度からICTを活用した心疾患遠隔リハビリテーションモデル事業を実施しています。令和5年度現在、鳥取大学医学部附属病院と日南病院をモデル病院とし、オンラインによる遠隔リハビリテーションを複数名の患者に対し実施しています。回復期を担う地域の病院でも、オンラインでの確なりハビリ指導を受けられるだけでなく、心疾患リハビリテーションに関わる人材育成等のメリットも有します。

<鳥取県内の回復期リハビリテーション病棟届出医療機関>

	東部	中部	西部
回復期リハビリテーション病棟を有する病院数	4病院	3病院	6病院

出典：中国四国厚生局「管内の施設基準の届出受理状況」（令和5年8月1日現在）

(キ) 適切な情報提供・相談支援

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、診療及び生活における疑問や、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。

鳥取大学医学部附属病院では、令和5年10月に「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を開設し、県と協働しながら、県内医療機関、各関係機関と連携体制を構築するとともに、脳卒中や心臓病等の患者、患者家族からの相談に応じるほか、公開講座等による啓発活動も実施しています。

(ク) 緩和ケア

末期心不全患者の多くは、呼吸困難・倦怠感・疼痛等の身体的苦痛に加えて、精神心理的苦痛や社会的苦痛といった問題を抱えています。令和2年度の世界保健機構（WHO）の報告によると、成人における緩和ケアを必要とする頻度の高い疾患として循環器病があげられています。心血管疾患を含む循環器病は、いずれも生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに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て緩和ケアを必要とする疾患です。臨床経過の特徴として、増悪を繰り返すことがあげられる心不全については、治療と並行した緩和ケアも必要とされています。なお、日本心不全学会が提供している心不全緩和ケアトレーニングコース（HEPT）では、心不全における「基本的」緩和ケアを実践できるスキルを身につけることを目的としており、患者の身体症状への対応や精神ケア等を学ぶことができる。本県では令和4年度時点で4名が受講しており、人口10万人あたりの受講者数に換算すると全国35位です。

(ケ) 治療と仕事の両立支援・就労支援

虚血性心疾患を含む心疾患の患者(全国で約306万人)のうち約19%(約58.3万人)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社会復帰ができる方も多く存在します。本県では、在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、93.8%であり全国よりも高くなっています。

す。

本県では、平成 29 年度、鳥取県地域両立支援推進チームが設置され、治療と仕事の両立支援の取組の連携を図ることを目的に関係機関が協議を行い、より良い支援に結び付くような体制整備を検討しています。鳥取県立ハローワークでは、就業支援員等が月曜日から土曜日まで対応し、対象者の状況に合った職場の開拓や企業と医療機関の連携の中核となり、働く人（患者）に寄り添いながら支援しています。また、鳥取産業保健総合支援センターでは、県内には両立支援促進員が 5 名配置されており、治療と職業生活の両立支援の普及促進に取り組んでいます。

<在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合>

	東部	中部	西部	鳥取県	全国
在宅復帰患者の割合	96.4%	95.8%	97.9%	96.7%	94.5%

出典：厚生労働省「患者調査」(R2)を集計

(コ) 小児期・若年期からの配慮が必要な心血管疾患への対策

本県では、若年者の心血管疾患を早期に発見し健康管理の充実を図るため、学校保健安全法に基づく健康診断の結果、精密検査が必要な者に対して昭和 52 年度から「心臓疾患精密検査」を県独自(公費)で実施してきました。平成 20 年度からは、保険診療による自己負担で鳥取県健康対策協議会若年者心臓検診対策専門委員会が指定する精密検査医療機関の受診に移行しました。

また、学校保健安全法に基づき「心臓の疾病及び異常の有無」を早期に発見するため、小学 1 年、中学 1 年、高校 1 年を対象に、心電図検査を実施しています。また、県独自として 3 年ごとに経過を見る意味で小学 4 年も実施しています。心臓疾患精密検査受診後は、学校生活管理指導表により児童生徒の学校生活における指導区分がある場合は、適切な対応をとっています。

あわせて、先天性心疾患を含む小児慢性特定疾病の一部については、県内医療機関で対応することができず、県外医療機関へ通院または入院することが必要な場合があり、県外受診にあたっては、患児の体調考慮など精神的負担に加えて、仕事を休んでの付き添い、旅費等にかかる経済的負担が生じる現状があります。

これらの受給者世帯の県外医療機関への受診にかかる負担を軽減するため、本県では東部 4 町を含む東部圏域の小児慢性特定疾病医療費助成を行う鳥取市と足並みを合わせ、令和 4 年度から受診に係る交通費への助成を行っています。

(カ) 成人先天性心疾患患者への対策

先天性心疾患の成人への移行医療には、治療と就労の両立を始めとする患者の自立と、成人期医療体制への移行の両面から検討する必要があります。本県の両立支援については、前述「(ケ) 治療と仕事の両立支援・就労支援」に記載のとおり、県内に配置している両立支援促進員による相談体制が整備されています。

また、先天性心疾患の移行医療は、小児期から成人期への移行期のみで完結するのではなく、患者自身の生涯医療の一環として考える必要があります。本県においては、令和 5 年度から、鳥取大学医学部附属病院が成人先天性心疾患診療の専門医育成を担う成人先天性心疾患連携修練施設として認定され、今後本格的に運営していきます。

(シ) 今後育成すべき医療人材

心血管疾患の治療にあたっては、循環器内科医や心臓血管外科医といった専門医の存在はもちろん、循環器病の予防指導を行う循環器病予防療養指導士や、心不全患者の療養指導を行う心不全療養指導士、安全かつ効果的に患者に継続性のある運動および生活指導や患者教育を行う心臓リハビリテーション指導士などの存在が欠かせません。本県においても、様々なメディカルスタッフが連携しながら、心血管疾患患者の治療、支援を行っています。また、本県では各認定看護師の充実を図るため、養成に係る補助金制度を有しており、これまで慢性心不全看護認定看護師2名が補助金により資格取得しています。

また、一般県民への普及啓発を目的とし、(一社)日本循環器協会は、新たに医療専門資格を有さない者を循環器病アドバイザーとして認定する制度を確立した。スポーツジムのインストラクターや生命保険会社の外交員等、医療従事者ではないものの日頃多くの人の健康づくりや保障制度に関わる人を通じ、心血管疾患の原因である生活習慣病予防に資する人材育成の仕組みが広まりつつあります。

(2) 課題

ア 心血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発

心血管疾患は、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が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、心血管疾患の発症を認識し、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して、心血管疾患の前兆及び症状、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。また、心血管疾患の発症要因である食生活や喫煙等の生活習慣について、意識醸成を図ることが重要です。

令和4年県民健康栄養調査及び国民健康・栄養調査の結果によると、生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合は改善が認められるものの、以前から課題に挙げられている、減塩や運動習慣、喫煙に関する数値は悪化またはほぼ横ばいで推移しています。

なお、生活習慣病の一次予防に関する詳細(栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、飲酒、歯と口腔の健康)については、「鳥取県健康づくり文化創造プラン(第四次)」に記載のとおりです。

イ 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(ア) 心血管疾患を予防する健診の普及や取組の推進

心血管疾患の主要な危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、各医療保険者(国民健康保険・被用者保険)が実施する特定健康診査の受診や行動変容をもたらす保健指導が重要です。特定健康診査・保健指導等を受けることにより、自身の健康状態を把握し、適切な生活習慣を身につけ生活習慣病の予防意識の向上につなげることが求められます。

(イ) 救急搬送体制の整備

総務省消防庁によると、令和4年度の本県の現場到着所要時間及び病院所要時間は、いずれも令和元年度よりも延長しています。心疾患において発症から治療までの時間を短縮することは、生存率や

予後を大きく改善するために重要です。

今後は、AEDの使用を含む応急手当の知識・技術について、引き続き県民に普及していくとともに119番通報を受けた際に的確なアドバイスができる体制の整備が必要です。そのため、県民に対してAEDの使用法の普及や設置場所の周知を図ることが必要です。また、救命救急士が適切な活動を実施するために、メディカルコントロールのできる医師の確保や体制の強化、充実が必要です。

(ウ) 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

①急性期の医療について

県内では心疾患の専門病棟（CCU）を有する病院は、西部圏域では鳥取大学医学部附属病院、東部圏域では県立中央病院に心臓病センターがあり、地域の急性期医療の大きな役割を果たしています。

一方、心疾患の専用病床がない中部圏域において、複数の医療機関に医療資源が分散することで、必ずしも高度・先進的な医療が提供できていない面があります。

また、急性期の医療機関において、心臓カテーテル治療等の可能な専門医の確保に苦慮しています。

各圏域に、心筋梗塞に24時間対応している医療施設はあるが、医療スタッフは必ずしも十分ではない。各圏域における心臓カテーテル検査・治療や冠動脈バイパス術等の外科的治療が可能な医療機関の数は、近年横ばいで推移しています。

鳥取県地域医療支援センター調べによると、循環器内科医の県全体の充足率は89%（令和5年1月1日現在）で、過去5年間を見ると年々減少しています。圏域別にみると中部圏域が最も低い。心臓血管外科医の県内の充足率は、100%（令和5年1月1日現在）で、計画策定時の91%（令和2年1月1日時点）と比較すると医師数の確保状況は改善されているが、心臓血管外科の場合、ICU管理（周術期管理）が必要であり、周術期の集中治療を鑑みると、心臓血管外科医だけでなく集中治療専門医の育成も急務です。

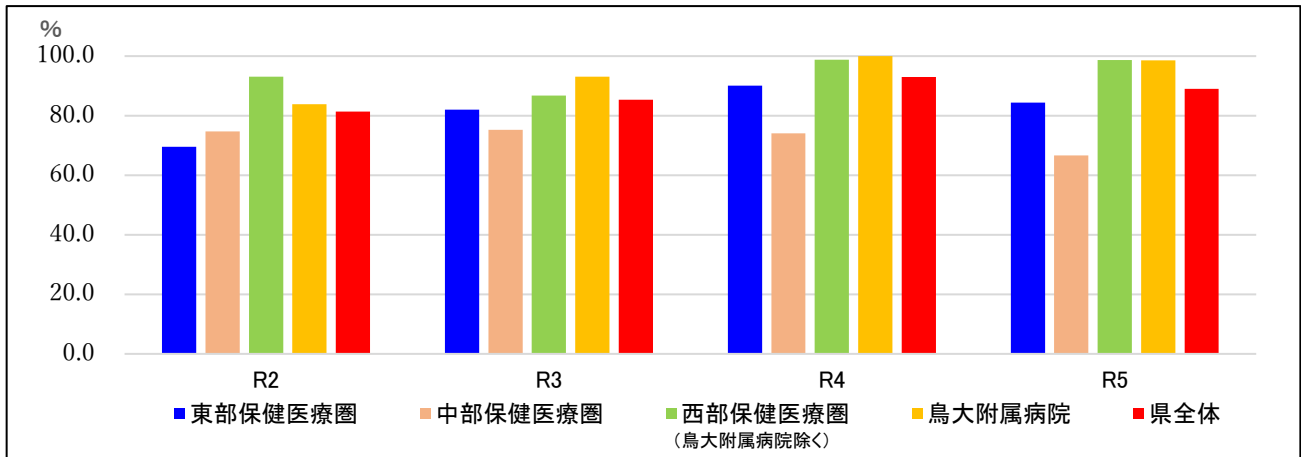
また、令和6年度から施行される「医師の働き方改革」により、医師の労働時間に上限が設けられるため、診療科を問わず、医師数確保は喫緊の課題です。

<県内の循環器内科医の勤務状況>

循環器内科	東部保健医療圏	中部保健医療圏	西部保健医療圏 (鳥大附属病院を除く)	鳥大附属病院	県全体	
R2	必要数	13.1	8.7	14.5	18.5	54.8
	現員数	9.1	6.5	13.5	15.5	44.6
	常勤医数	9.0	4.0	13.0	13.0	39.0
	充足率(%)	69.5	74.7	93.1	83.8	81.4
R3	必要数	21.1	8.1	15.8	17.3	62.3
	現員数	17.3	6.1	13.7	16.1	53.2
	常勤医数	17.0	4.0	13.0	12.0	46.0
	充足率(%)	82.0	75.3	86.7	93.1	85.4
R4	必要数	20.2	8.1	16.0	17.5	61.8
	現員数	18.2	6.0	15.8	17.5	57.5
	常勤医数	18.0	4.0	14.0	15.0	51.0
	充足率(%)	90.1	74.1	98.8	100.0	93.0
R5	必要数	19.2	9.0	15.7	14.3	58.2
	現員数	16.2	6.0	15.5	14.1	51.8
	常勤医数	16.0	4.0	14.0	10.0	44.0
	充足率(%)	84.4	66.7	98.7	98.6	89.0

出典：医療政策課（鳥取県地域医療支援センター調べ）「医師数に関する調査」各年1月1日時点

<県内の循環器内科医の充足率>



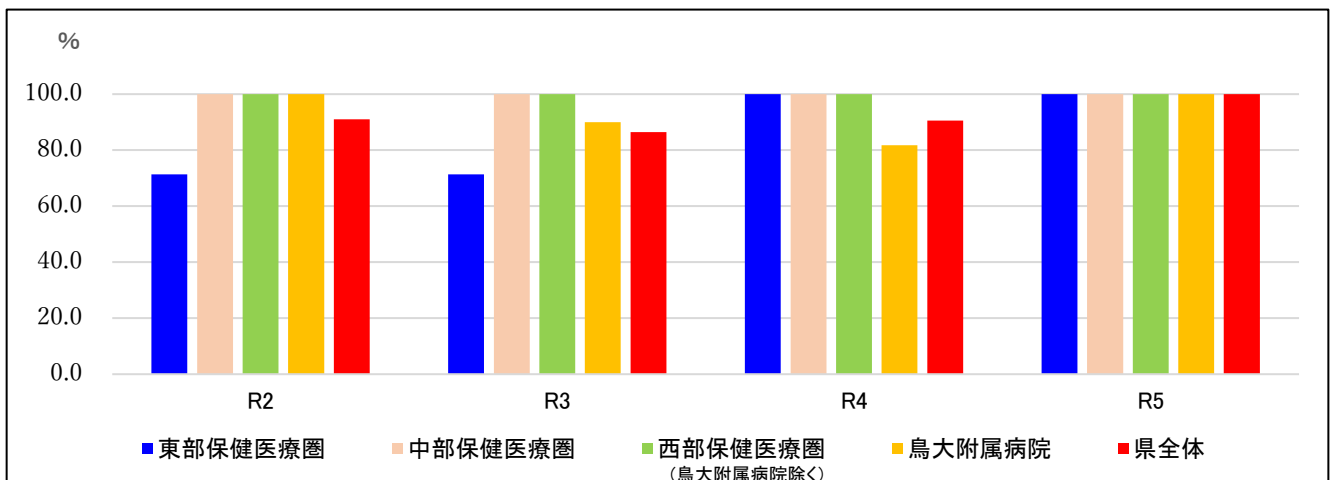
出典 医療政策課（鳥取県地域医療支援センター調べ）「医師数に関する調査」各年1月1日時点

<県内の心臓血管外科医の勤務状況>

心臓血管外科	東部保健医療圏	中部保健医療圏	西部保健医療圏 (鳥大附属病院を除く)	鳥大附属病院	県全体	
R2	必要数	7.0	2.1	2.1	11.0	22.2
	現員数	5.0	2.1	2.1	11.0	20.2
	常勤医数	5.0	2.0	2.0	11.0	20.0
	充足率(%)	71.4	100.0	100.0	100.0	91.0
R3	必要数	7.0	2.1	3.1	10.0	22.2
	現員数	5.0	2.1	3.1	9.0	19.2
	常勤医数	5.0	2.0	3.0	9.0	19.0
	充足率(%)	71.4	100.0	100.0	90.0	86.5
R4	必要数	5.0	2.1	3.1	11.0	21.2
	現員数	5.0	2.1	3.1	9.0	19.2
	常勤医数	5.0	2.0	3.0	9.0	19.0
	充足率(%)	100.0	100.0	100.0	81.8	90.6
R5	必要数	5.0	2.1	3.1	11.0	21.2
	現員数	5.0	2.1	3.1	11.0	21.2
	常勤医数	5.0	2.0	3.0	11.0	21.0
	充足率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典 医療政策課（鳥取県地域医療支援センター調べ）「医師数に関する調査」各年1月1日時点

<県内の心臓血管外科医充足率>



出典：医療政策課（鳥取県地域医療支援センター調べ）「医師数に関する調査」各年1月1日時点

<県内の認定集中治療専門医の人数>

東部	中部	西部	県
3人	0	5人	8人

出典：日本集中治療学会ホームページより（令和5年10月時点）

②回復期・維持期（生活期）の医療について

各圏域で地域連携クリティカルパスが策定され、運用及び検証が進められているが、利用促進に向け、県内の医療機関・患者へ普及啓発を進める必要があります。

心血管疾患は、高齢者に多くみられる疾病であるが、患者の急変時の延命治療の方針など、もしもの時の方針を日頃は考えていない患者・家族が多く、急変時に患者本人にとって最善の選択とは言えない高額な延命治療を実施せざるをえないことが少なくありません。高齢の心疾患患者の病態が安定しているときに、患者やその家族が今後の方針について話し合うアドバンス・ケア・プランニングの概念を普及する必要があります。各保健医療圏において、急性期から在宅までの病病連携、病診連携が進められている中、退院後の患者支援において、在宅医療、訪問看護、訪問リハビリテーション、各種介護保険サービスの不足によって、患者が増悪する場合があります。保険診療から介護保険サービスに移行する際の患者情報の共有ができていません。

県内では、回復期を担う医療機関の数が十分ではなく、急性期病院からの退院を円滑に進めるため、患者の受け皿となる回復期リハビリテーション体制の充実が必要です。

（エ）感染症発生・まん延時や災害発生時等の有事を見据えた対策

新興感染症発生・まん延時の医療及び災害医療の詳細については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第1節「9 災害医療」「11 新興感染症発生・まん延時における医療」に記載

（オ）社会連携に基づく心血管疾患対策・患者支援

地域包括ケア病床を有する病院数は中西部、地域包括ケア病床数は西部保健医療圏で最も多くなっています。地域の医療を継続していくため、医療機関の連携体制の充実及び医療機能の役割分担に基づいた整備等が必要であり、今後、各圏域に設置された地域医療構想調整会議において、病床の機能分化や診療機能の役割分担等の具体的な議論を進めていく必要があります。また、当県における訪問看護ステーション数は、増加しているが、高度化・多様化する在宅医療に対応できる訪問看護師の養成と確保を継続的に行うことが必要です。

（カ）リハビリテーション等の取組

心大血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関は増加しているが、中部にはなく体制整備が必要です。

（キ）適切な情報提供・相談支援

相談支援については、急性期における医療機関受診に関することから、主に維持期（生活期）における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで多岐にわたります。急性期には患者が意識

障害を呈していることが多く、時間的制約があることから、患者が情報にアクセスすることが困難な可能性もあります。また、維持期（生活期）に相談できる窓口が少ないという意見もあります。そのような中で、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。

（ク）緩和ケア

日本心不全学会「高齢心不全患者の治療に関するステートメント（2016年10月）」によると、心不全患者の多くを占める75歳以上の高齢心不全患者の管理方針は、個々の症例の重症度、併存症の状態、社会的背景等の全体像を踏まえた上で検討することが推奨されており、慢性心不全患者の管理体制として、かかりつけ医等の総合的診療を中心に、専門的医療を行う施設が急性増悪時の入院治療、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士・医療ソーシャルワーカー・保健師等の多職種連携による疾病管理等で連携・支援する体制が必要とされています。診療報酬算定に係る緩和ケアの対象疾患の一つに末期心不全があるが、循環器疾患を専門とする医療従事者は緩和ケアに関する基本的知識が不十分な者が多く、その教育ツールである心不全緩和ケアトレーニングコース（HEPT）の受講者数が他県に比べ極めて少ない状況です。

（ケ）ADLが低下した者に対する支援

心血管疾患患者、特に高齢の患者では心機能低下に加え、サルコペニアなど骨格筋の機能低下、栄養障害なども加わりADLが低下している患者が少なくありません。また、高齢患者では認知機能低下も伴っていることが少なくありません。鳥取県では高齢独居、あるいは高齢夫婦のみの世帯が多く、家族による支援を期待することが困難です。このような患者を収容する役割を担う介護施設数が十分ではない、あるいは患者本人の経済的な問題などにより、在宅療養とならざるを得ないケースが少なくありません。現在の制度下で提供できるサービスでは、このような高齢患者の日常生活のサポートは不十分であり、この結果として心不全の再増悪を招き再入院となり、さらにADLが低下した状態で退院するという負のスパイラルが生じています。ADLが低下した高齢心疾患患者の在宅療養のサポート体制をいかに充実させるかは、制度改革を含め大きな検討課題です。

また、このような患者の医療機関受診にあたり、遠方で暮らす子供などが仕事を休んで付き添わせるを得ないケースも少なくない。このような場合は現役世代である子供にとっても社会生活の上で大きな重荷（時間的、経済的）が生じています。

（コ）治療と仕事の両立支援・就労支援

心疾患患者では心機能低下などにより、仕事を行う上で肉体的負担が低いものを選ばざるを得ない場合があります。しかし、本県では、都会とは異なり職業選択肢が必ずしも多いとは言えないこともあり、該当する仕事の求人が少ない、あるいは本人の持つスキルがそのような仕事をこなすには不十分であるなどの理由で、時として過度の肉体的負担を伴う職種に就かざるを得ない場合もあります。

（カ）小児期・若年期からの配慮が必要な心血管疾患への対策

学校保健安全法に基づき実施している健康診断の結果、第一次精密検査の対象者は令和2年度で

2.4%、令和3年度で2.3%と横ばいであるのに対し、実際に精密検査を受診した割合は令和2年度で82.7%、令和3年度で79.4%と下落しています。

(シ) 成人先天性心疾患患者への対策

成人先天性心疾患患者への支援として、小児診療科と成人診療科の連携推進はもちろん、成人先天性心疾患専門医や、専門医を育成する修練施設の整備が挙げられる。本県においては、修練施設は県内で1病院、専門医は0名という状況であり、今後の体制整備が課題です。

(ス) 今後育成すべき医療人材

県内の循環器内科医の充足率は89%、心臓血管外科医の充足率は100%という状況ではあるが、専門医と連携する医療資格者の確保・育成が求められています。例えば、安定期、増悪期、人生の最終段階にある心不全患者とその家族に対して、急性増悪期の看護介入と、再発予防に向けた専門的な指導、相談対応・支援を行う、慢性心不全看護認定看護師は、県内で2名のみという状況です。

また、管理栄養士や歯科医師、薬剤師、リハビリテーション指導士など、一次予防から回復期を支える多職種との円滑な連携体制の構築も必要です。

3 施策の方向性

主に以下の3つの方針のもと、施策を展開する。

- ① 心血管疾患に関する正しい知識の普及の推進
- ② 心血管疾患の危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの発症予防、重症化予防の推進
- ③ 心血管疾患患者等への保健、医療及び福祉サービスの継続的かつ総合的な実施

4 具体的な取組

ア 心血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発

心血管疾患は、生活習慣病やメタボリックシンドロームをベースとして連続性をもって発症、進展することから、適切な介入により発症予防、進行抑制が可能です。生活習慣の改善や危険因子の是正により、発症予防、死亡の抑制及び健康寿命の延伸などが期待されることから、心血管疾患対策における県民の理解を深める取組を実施します。

(ア)鳥取県健康づくり文化創造プラン（第四次）における取組

本県の実情にあわせた、食生活・栄養、運動、歯と口腔の健康等の一次予防に関する取組の推進、また、地域保健と職域保健の連携による、社会全体での健康づくりの推進については、「鳥取県健康づくり文化創造プラン（第四次）」で推進します。

(イ)心血管疾患に関する正しい知識の広報・啓発の推進

県民が疾病リスクの管理を行うことができるように、まずは心血管疾患に関する正しい知識の普及啓発を行うため、心血管疾患の前兆及び症状、発症時の対処法、早期受診の重要性等について、令和4年度から開催している県民向け公開講座を継続実施していきます。またチラシ・ポスター等を作成し、新聞広告掲載、テレビ、ラジオ等のマスメディアの活用やソーシャルメディア等、県民に広く啓発でき

る方法を検討していきます。患者やその家族等が、心血管疾患の発症を認識し、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でき、一人でも多くの患者が、発症前リスク、発症後リスクを避けることができる環境を整備します。

また、市町村及び県、関係団体をはじめ、地域や職域等において、健康ハートウィーク、STOP MI キャンペーン等や健康教育や健康相談を通じて心血管疾患予防に関する正しい知識を啓発することにより、社会全体の心血管疾患予防の気運の高揚を図ります。

(参考)

◇健康ハートウィーク2023米子城ライトアップ

8月10日が810(ハート)と読めることから、全国で心臓病予防啓発を目的としたライトアップイベントが実施され、鳥取県では、鳥取大学医学部附属病院と米子市が連携し、米子城ライトアップ2023夏の陣期間中である、令和5年8月10日(木)に、米子城を健康ハートの日のシンボルカラーである赤にライトアップし、県民へ普及啓発を図りました。

◇STOP MI キャンペーンの概要

心筋梗塞患者の約半数は、発症前に前兆を自覚しており、この前兆の時点で治療すれば、心筋梗塞の発症を防ぐことができることから、広く心筋梗塞の前兆の症状を知ってもらい、前兆の段階で治療を受けることで、心筋梗塞で亡くなる人を減らそうという広報・啓発・教育活動です。

◇世界糖尿病デーに伴うブルーライトアップ

国際連合は、「糖尿病の全世界的脅威を認知する決議」を採択し、毎年11月14日を「世界糖尿病デー」とし、国連や空を表すブルーをシンボルカラーとして、世界各地で糖尿病の予防、治療、療養を喚起する事を推奨。これを受けて、県内でも平成21年からブルーライトアップを開始しており、糖尿病予防啓発のための様々なイベントが開催されています。

(ウ)小中学校における取組の推進

若い頃から不適切な生活行動を続けることが、肥満、歯周病、高血圧や糖尿病などの生活習慣病に結び付き、その結果、心筋梗塞など動脈硬化性疾患や心不全のリスクが高まることへの理解促進を図るなど、日常生活における健康に関する知識を身に付け、学校教育活動全体を通じて積極的に健康的な生活を実践することのできる資質や能力を育てる教育を行います。

特に、学校における食育の推進において、給食の時間や各教科等を横断的な視点で取り組むことが重要であり、栄養教諭等の専門性を生かすなど教職員間の連携に努めながら、学校給食の教育的効果を引き出すよう取り組むとともに、医療機関の管理栄養士などとも連携し、減塩を心掛けた給食を取り入れることを検討します。

また、学校は、家庭や地域との連携を図りながら、日常生活において健康的な生活習慣の基礎が培われるように配慮することが重要です。地域の健康づくり活動、団体等を活用し、基本的な知識や技術を学ぶ機会を積極的に設けるとともに、肥満や偏食等の食に関する健康課題を有する児童・生徒に対しては、養護教諭や栄養教諭等の関係する教職員が共通理解を図り、保護者と連携して個別的な相談指導に取り組めます。

イ 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(ア) 心血管疾患を予防する健診の普及や取組の推進

◇特定健康診査の受診率向上、特定保健指導の実施率向上に向けた支援

健診受診率の向上を図るため、市町村や医療保険者、民間企業等との連携により、健診受診者へのインセンティブの付与や受診しやすい環境整備等、創意工夫を凝らした、県民の受診意欲を高める取組を推進する。また、医療保険者や医師会、かかりつけ医との連携により、特定健診未受診者への受診の働きかけを行い、特定健診の受診率向上を図ります。

なお、地域・職域における特定健診の受診向上及び特定保健指導の実施率向上の施策や、心血管疾患危険因子である糖尿病の発症予防・重症化予防の推進の詳細については、「鳥取県健康づくり文化創造プラン（第四次）」で推進します。

あわせて、医療保険者等との連携のもと、各圏域における特定健診の結果やレセプトデータの分析等を通じて、市町村の実態に応じた効果的な受診促進策の検討に向けた技術的支援を行います。

◇医療データを活用した受診促進策の推進

市町村において、「KDBシステム（国保データベース）」等を活用し、ハイリスクアプローチを促進することで、地域特性や課題を踏まえた効果的な重症化予防の取組を推進できるよう支援します。

◇鳥取県特定健診受診率向上支援事業

市町村国保は、特定健診の受診率が他の保険者と比べて低いことから、「通知」による個別勧奨を行い、効率的かつ効果的な受診勧奨を継続的に取り組むことで受診率の向上を図り、被保険者の健康増進と医療費の適正化に繋げていきます。

◇とっとりデータ・ヘルスアップ事業

国保被保険者の健康・予防づくりに繋げるため、令和5年度に保険者向けアプリ「とっとり健康＋（プラス）」を開発。医療・健診・介護等のデータを活用し、医学的知見を踏まえた効果的な保健指導等を行うことで、個人の予防行動や受診行動に繋げ、健康寿命の延伸を図ります。

（イ）救急搬送体制の整備

心血管疾患患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築を維持するために、引き続き各圏域でのメディカルコントロール体制の充実を強化します。

※ドクターヘリを有する隣接県等との広域連携による更なる重層的な救急医療体制整備、ドクターカーを運行するための救急医療体制については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第1節「8 救急医療」に記載。

救急患者の搬送及び受入の実情については、各圏域単位で開催されるメディカルコントロール協議会で心血管疾患の専門医などに意見を聴くなどして、実施基準に従った適切な運用が図られているかを検証し、実施基準に適切できるように救命救急士の研修を行います。また、総務省消防庁が示す「救急車利用マニュアル」等を活用し、県民に対し救急車の適正利用を啓発することで、入電後の早急な搬送体制を確保します。

救急医療体制について、二次救急医療機関（緊急手術・入院救急医療）において、心血管疾患の専門医からリモートを活用した診療相談が可能になれば、二次救急医療機関での地域医療の受け入れが増え、急性期医療を担う医療機関の負担軽減に繋がることから、今後、リモート活用についても検討していきます。県民に対して、AEDの使用を含めた応急手当について講習会を実施し、救急蘇生法の普及啓発を行います。

(ウ) 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

①急性期の医療について

心臓カテーテル治療等の可能な専門医の不足等の課題に対応するため、医療機関の連携や診療機能の役割分担等を、各圏域において検討します。また、24 時間対応の受入体制維持のため、医師確保対策に基づく循環器内科医師等の確保を図ります。急性期の医療機関において、急性心筋梗塞や急性心不全などの急変患者への対応が十分できるよう、受入体制の整備を進めます。また、大動脈解離をはじめとする急性大動脈症候群に対する県内3病院における医療体制を確保するとともに、引き続き心臓血管外科医及び集中治療専門員を育成し、安定した医療提供体制を継続していきます。

特に、東部圏域においては、県立中央病院心臓病センターにおける心疾患の専門病床（45 床）を中核として、地域の医療機関との連携・役割分担等を進め、圏域内の診療体制を拡充するとともに、中部圏域においては、中核的な医療機関を定め、地域の医療機関との連携体制を構築しながら、高度・先進的な医療体制の確立を図ります。

各専門医の確保については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第2節1「医師確保（鳥取県医師確保計画）」に基づき、地域間での医師偏在の解消等を図り、地域の医療提供体制を確保していきます。

また、患者の画像情報を遠隔で速やかに送受信し、急性期の処置対応について専門医が随時指示できる遠隔画像診断システムの県東部地区、中部地区導入を検討します。（西部地区は令和5年度に導入）

あわせて、今後発症後早期に適切な医療機関にかかるため、また、不必要な救急隊の出動要請を減らすための本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を行います。

【教育・啓発の主な内容】

- ・初期症状の周知と、その出現時における対応について
- ・初期症状出現時における急性期の医療機関への受診の必要性について など

②回復期、維持期（生活期）の医療について

急性期病院の後方支援の役割を担う医療機関を整備するため、地域医療介護総合確保基金を活用して、回復期リハビリテーションの提供体制の整備を進めます。また、多職種連携を目的とした研修会・症例検討会を実施するとともに、多職種協働による在宅復帰に向けた支援体制の充実を図ります。また、慢性心不全等の再発防止のための患者管理・患者教育及び指導体制や退院後の患者へのリハビリテーション体制を充実させます。各圏域において、心大血管リハビリテーションの提供体制の充実を図ります（医療従事者の育成を含む）。

また、再発防止のための患者管理・患者教育及び指導体制を充実させ、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環境を整備していきます。

③かかりつけ医機能の医療機関に求められる役割

再発予防のための治療、基礎疾患・危険因子の管理、緊急時、除細動等急性増悪時に適切に対応できるよう、かかりつけ医には以下の役割が求められるため、対応力向上を図ります。

- ・合併症併発時や再発時における緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関との連携
- ・再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画の共有等による、急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等との連携

- ・在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を目的とした訪問看護ステーション、薬局との連携
- ・患者及びその周囲にいる者(家族等)に対する再発時における適切な対応についての教育等

(工) 感染症発生・まん延時や災害発生時等の有事を見据えた対策

心血管疾患に関する救急隊の観察・処置等について、メディカルコントロール体制の充実強化により、引き続き科学的知見に基づいた知識・技術の向上等を図ります。なお、新型コロナウイルス感染症を含む新興・再興感染症の発生・まん延時の医療提供体制については、「第8次鳥取県保健医療計画」第4章第1節「9 災害医療」「11 新興感染症発生・まん延時における医療」に基づき、感染状況に応じた対策を講じていきます。

(オ) 社会連携に基づく心血管疾患対策・心血管疾患患者支援

医療介護連携のための多職種連携等研修事業を活用し、医師、看護師、社会福祉士、介護支援専門員など多職種協働による在宅医療の支援体制を構築することにより、地域における医療、保健、介護（福祉）の包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を整えます。

また、鳥取県高齢者の元気福祉プランに基づき、高齢者の在宅生活支援体制の確立を図るために、地域包括ケアシステムの中核を担う地域包括支援センターの機能強化・資質向上を図ります。また、二次保健医療圏における医師会・介護支援専門員連絡協議会・地域包括支援センター等の連絡会開催、退院支援ルールの策定等による関係機関の連携強化（医療と介護の連携）を推進します。

あわせて、心疾患にともないADLが低下した者が、症状や程度に応じて、適切な診断、治療を受けられ、社会生活を円滑に送ることができるよう、必要な支援制度情報が家族会等に適切に繋がるような普及啓発を引き続き行っていきます。

(カ) リハビリテーション等の取組

急性期を含む発症後早期に専門的な治療及びリハビリテーションを受けることができる体制を整備し、社会復帰という観点も踏まえつつ日常生活動作の向上等、生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションを行います。

心大血管リハビリテーションの担い手が不足しているため、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。また、心大血管リハビリテーションの実施方法についても、今後はICTにより、高齢者でも簡単に使えるシステムを開発し、高齢者施設等において遠隔での集団リハビリテーション指導を開始するなど、地域全体で効率的かつ持続可能な心大血管リハビリテーションを実施できる環境を整えていきます。

また、引き続き、ICTを活用した心疾患遠隔リハビリテーションを県内で展開し、医療の地域格差の是正とリハビリテーションに関わる人材の育成を図ります。

(キ) 適切な情報提供・相談支援

鳥取大学医学部附属病院が開設した、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を通じて心血管疾患患者及び患者家族の相談支援体制を強化するとともに、公開講座等による普及啓発活動を実施していきます。

また、鳥取県地域医療構想において、高度急性期から、急性期、回復期、維持期（生活期）、在宅

医療・介護に至るまで一連のサービスが切れ目なく、また過不足なく提供される体制を確保するための取組を進めており、令和7年に向けて「必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備」と「希望すれば在宅で療養できる地域づくり」を目指した本県にふさわしい医療提供体制の実現に向け、適切な情報提供・相談対策の基盤として、以下のような在宅医療・介護の体制整備を図ります。

○在宅医療、在宅歯科医療の連携拠点活動

- ・医師会、歯科医師会を拠点とした在宅医療、在宅歯科医療の提供のための連携活動の実施

○訪問看護の充実

- ・新卒看護師の訪問看護育成のプログラムの作成、訪問看護師養成研修の参加支援、訪問看護の同行訪問への支援等による訪問看護師の育成・確保
- ・中山間地の訪問看護ステーションのサテライト設置
- ・訪問看護等の相談のコールセンターの運営

○多職種連携、在宅医療の人材育成

- ・通院が困難な在宅患者を訪問して薬学的管理指導を行う薬局を対象とした研修の実施
- ・リハビリスタッフ等在宅医療の人材育成基盤整備のための研修の実施

○医療・介護連携の推進

- ・地域の医療・介護の資源の把握、在宅医療・介護連携に関する相談支援等を通じた居宅に関する医療機関と介護サービス事業者等の連携の推進
- ・退院支援ルールの策定、運用等を通じた高齢者の入退院時の円滑な情報伝達
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて地域の実情に応じた介護サービスを提供するための体制整備

(ク) 緩和ケア

多職種連携や地域連携による心不全患者支援の一環として、緩和ケアをさらに推進するための人材育成を図るため、「心不全緩和ケアトレーニングコース(HEPT)」等の受講を県として勧めていく。併せて、慢性心不全看護、心不全看護、緩和ケア看護等の分野における日本看護協会認定看護師など、緩和ケアの専門的知識を有する医療従事者の育成強化を図り、心不全治療と緩和ケアの連携体制構築を推進します。

また、治療と並行した緩和ケアに多職種で対応するため、退院前カンファレンスにより、急性期及び回復期医療を担う医療機関とかかりつけ医機能を担う医療機関等が情報共有を進め、住み慣れた地域で生活できる環境づくりを展開します。

高齢者に多くみられる心疾患は、急変時の延命治療方針などもしもの時の心構えのない患者・家族が見られ、高額な延命治療を実施せざるを得ない場合が少なくないことから、高齢の心疾患患者の病態が安定している間に、患者・家族が治療方針について話し合う「アドバンス・ケア・プランニング」の普及を、関係機関とともに呼びかけます。

(ケ) 治療と仕事の両立支援・就労支援

引き続き、心血管疾患患者の状況に応じた治療と仕事が両立できるよう各関係機関が連携しながら支援体制を構築していきます。

(コ) 小児期・若年期からの配慮が必要な心血管疾患への対策

医師会・学校医等と連携し、学校健康診断等での心血管疾患早期発見を的確に推進するとともに、小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく提供できるよう、進学時における心血管疾患に関する留意事項の引継、療養生活に係る相談支援をはじめとした児童生徒の支援体制を構築します。

また、児童福祉法に基づく費用補助を継続し、患者及び家族を支援します。

あわせて、患者自身が日ごろから自身の身体の状況に応じて適切に対応できるよう、医療、福祉、行政、教育関係機関と密接に連携しながら、患者教育を実践していきます。また、児童福祉法に基づく費用補助を継続し、患者及び家族を支援していきます。

(サ) 成人先天性心疾患患者への対策

引き続き、関係機関と連携しながら、治療と就労の両立支援体制を図るとともに、専門医育成に必要な支援を行っていきます。

(シ) 今後育成すべき医療人材

令和4年度から実施している循環器病に関する多職種連携従事者研修会の参加者を増やし、心血管疾患に関する最新の知見や医療提供体制を共有することで、県内における連携体制を強化します。医療現場において表にあるような資格取得者を増やすためのサポートも進めます。

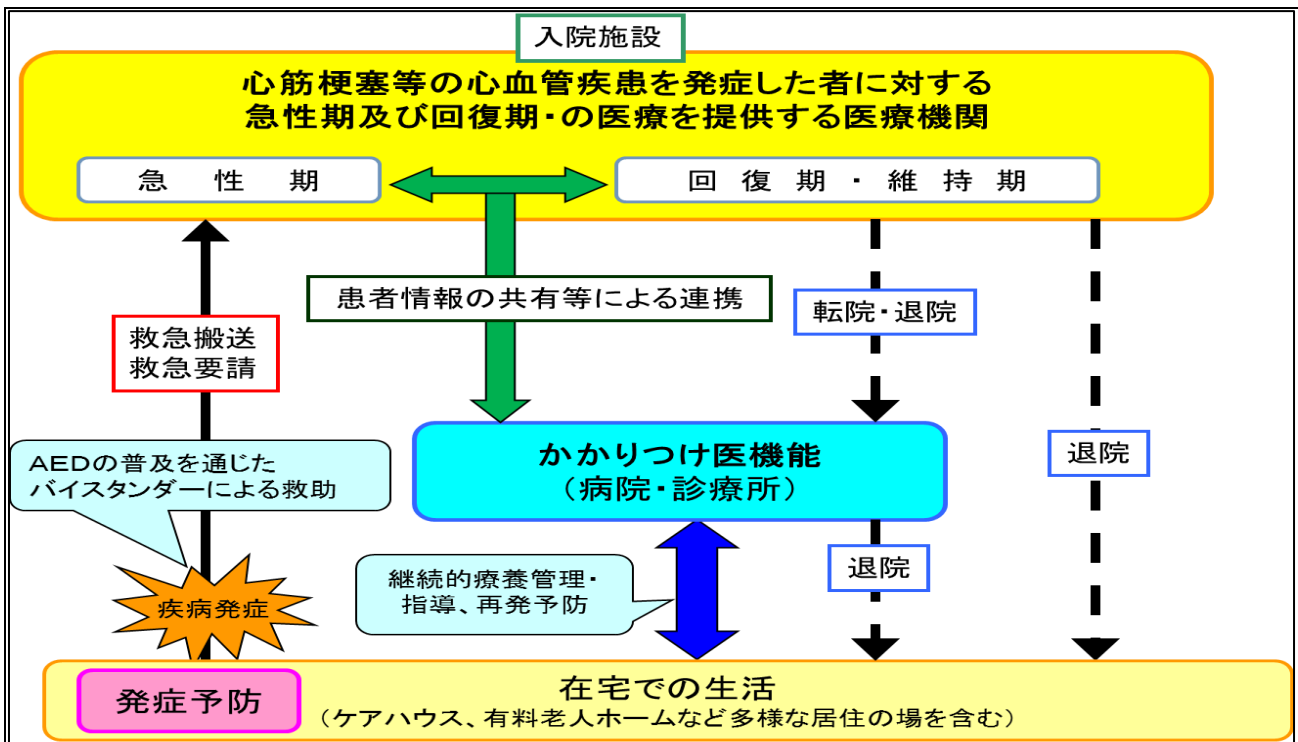
また、県が包括連携協定を締結している各生命保険会社を中心に、地域・職域で周囲の健康づくりに関わる人々へ、「循環器病アドバイザー」の取得も視野に循環器病についての普及啓発を行います。

<表> 今後育成すべき人材（心疾患関連）

鳥取県健康政策課作成

資格名・制度名	資格・制度が担う役割
一般社団法人日本心エコー 医学会認定専門技師	心血管超音波法の技能が優れ、信頼性の高い所見を提供し適切な臨床判断を行う。医師と協力し経食道法や負荷心エコー図等の専門的超音波検査を行う。若手技師の育成・教育や新技術・新手法の研究と実践・指導を行う。
心不全療養指導士	医師以外の医療専門職が各自の専門性を活かしながら、心不全増悪予防に向けて、患者本人及び家族など介護者に正確な知識と技術を身に付けていただき、セルフケアと療養を継続していけるよう支援する役割を担う。
心血管インターベンション 技師（ITE）	心血管インターベンション治療に携わり、広い専門知識と技術をそなえ、かつ積極的に業務に従事し、心血管インターベンション治療の恒久的な発展に寄与する。
循環器病予防療養指導士	循環器病の主たる原因である高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の改善・予防およびその他の危険因子の管理に関して、対象者・患者に適した療養指導を行うことで、循環器病の予防や病態改善につなげる。
心臓リハビリテーション 指導士	医師が直接監視していない状態での心臓リハビリテーションの対応ができること。循環器疾患の医療および運動心臓病学を理解し、安全かつ効果的に患者に継続性のある運動および生活指導や患者教育ができる。
JHRS 認定心電図専門士	心疾患の診療をスムーズにかつより高度に行うため、心電図記録装置の取り扱いや心電図判読、心電図を用いた臨床検査の実施等に秀でた医師、臨床検査技師、看護師、臨床工学技士を認定する制度。
CDR・IBHRE 認定制度	植込み型心臓ペースメーカーや植込み型除細動器（ICD）をはじめとする植込み型心臓デバイス植込み術を安全かつ適正に行うため、医師に専門的な医療機器情報や医療技術情報を的確に提供する資格者を認定する制度。
植込み型心臓不整脈 デバイス認定士制度	植込み型心臓不整脈電気デバイス（CIEDs）治療を安全かつ適正に行い CIEDs 患者の QOL 向上のため、CIEDs に関わる医療従事者の知識の標準化と共有、レベルの向上を目指して医療従事者を認定する制度。
血管診療技師（CVT）	血管診療技師の業務は、脈管領域の無侵襲診断及びその介助、医師による侵襲的診断・治療の介助とされ、脈管疾患領域の診療に関わる臨床検査技師・看護師・臨床工学技士・診療放射線技師・理学療法士などに対し認定するものです。
体外循環技術認定士	体外循環技術認定士の業務は、医師の指示のもと人工心肺などの体外循環装置を操作する技術を有する医療従事者のことで、臨床工学技士に対して認定する。
人工心臓管理技術認定士	「医師の指示のもとで行う（補助）人工心臓症例の管理に関する技能・知識を有する専門的な医療従事者」で臨床工学技士、看護師などに対して認定する。
慢性心不全看護認定看護師	安定期、増悪期、人生の最終段階にある心不全患者とその家族に対して、急性増悪期の看護介入と、再発予防に向けた専門的な指導、相談対応・支援を行う。
日本循環器協会認定循環器 病アドバイザー	地域で循環器病の予防と正しい知識の普及啓発を推進する。スポーツジムインストラクター、保険外交員、介護従事者など、日ごろから健康、福祉に携わる非医療従事者を中心に認定。

5 心血管疾患の医療提供体制



【医療連携体制において役割を果たす医療機関】（令和6年3月）

区分	東部保健医療圏	中部保健医療圏	西部保健医療圏
急性期・回復期の医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県立中央病院 ・ 鳥取市立病院 ・ 鳥取赤十字病院 ・ 鳥取生協病院 ・ 鳥取医療センター ・ 岩美病院 ・ 智頭病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県立厚生病院 ・ 垣田病院 ・ 北岡病院 ・ 清水病院 ・ 野島病院 ・ 藤井政雄記念病院 ・ 三朝温泉病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鳥取大学医学部附属病院 ・ 山陰労災病院 ・ 米子医療センター ・ 博愛病院 ・ 済生会境港総合病院 ・ 元町病院 ・ 西伯病院 ・ 日野病院

※医療機関によって対応可能な症例が異なります。

6 数値目標

(1) 健康寿命の延伸

指標		現状値		目標値		出典
		数値	年度	数値	調査年度	
健康寿命	男性	71.58年 (45位)	R1	73.08年	R7	国民生活基礎調査 (3年ごとに公表)
	女性	74.74年 (41位)		76.24年		

※「健康寿命」は、調査対象者の主観的な健康感に基づき、日常生活に制限のない期間の平均を算出したもの。調査は3年ごとに実施されており、本計画期間中においては、令和7年調査(令和9年公表)が最新値となる。

※各指標の年度は、調査年度。

(2) 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の低減

指標		現状値		目標値		出典
		数値	年度	数値	調査年度	
虚血性心疾患の年齢調整死亡率(10万人あたり)	男性	70.5人	R3	低減	R9	人口動態統計 (翌年度2月に公表)
	女性	25.0人		低減		

※各指標の年度は、調査年度

【参考】年齢調整死亡率の算出方法(出典:厚生労働省「人口動態統計 確定数 用語及び比率の解説」抜粋)

$\text{年齢調整死亡率} = \frac{\left\{ \left[\begin{array}{l} \text{観察集団の各年齢} \\ \text{(年齢階級)の死亡率} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{基準人口集団のその年齢} \\ \text{(年齢階級)の人口} \end{array} \right] \right\} \text{の各年齢(年齢階級)の総和}}{\text{基準人口集団の総数}}$																																																	
<p>(参考)</p> <p>死亡率は年齢によって異なるので、国際比較や年次推移の観察には、人口の年齢構成の差異を取り除いて観察するために、年齢調整死亡率を用いることが有用であり、年齢調整死亡率の基準人口については、以下の年次を使用している。 なお、計算式中の「観察集団の各年齢(年齢階級)の死亡率」は、1,000倍(死因別の場合は100,000倍)されたものである。</p> <p>～平成元年：昭和10年(1935年)の性別総人口(都道府県別は昭和35年(1989年)(1960年)の総人口)</p> <p>平成2年～令和元年：昭和60年(1985年)モデル人口(昭和60年(1985年)国勢調査(1990年～2019年)の日本人人口を基にベビーブーム等の極端な増減を補正し、1,000人単位で作成したもの)</p> <p>令和2年～(2020年)：平成27年(2015年)モデル人口(平成27年(2015年)国勢調査の日本人人口を基にベビーブーム等の極端な増減を補正し、1,000人単位で作成したもの)</p> <p>過去との比較を可能とするため、年齢調整死亡率の基準人口を平成27年モデル人口に変更し、以下のとおり遡及を行っている。 ・平成17年(2005年)～令和元年(2019年)計15年分 ・昭和25年(1950年)～平成12年(2000年)(5年ごと)計11年分</p>	<p>基準人口－平成27年(2015年)モデル人口－(単位:人)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年齢階級</th> <th>基準人口</th> <th>年齢階級</th> <th>基準人口</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0歳</td> <td>978,000</td> <td>50～54歳</td> <td>8,451,000</td> </tr> <tr> <td>1～4</td> <td>4,048,000</td> <td>55～59</td> <td>8,793,000</td> </tr> <tr> <td>5～9</td> <td>5,369,000</td> <td>60～64</td> <td>9,135,000</td> </tr> <tr> <td>10～14</td> <td>5,711,000</td> <td>65～69</td> <td>9,246,000</td> </tr> <tr> <td>15～19</td> <td>6,053,000</td> <td>70～74</td> <td>7,892,000</td> </tr> <tr> <td>20～24</td> <td>6,396,000</td> <td>75～79</td> <td>6,306,000</td> </tr> <tr> <td>25～29</td> <td>6,738,000</td> <td>80～84</td> <td>4,720,000</td> </tr> <tr> <td>30～34</td> <td>7,081,000</td> <td>85～89</td> <td>3,134,000</td> </tr> <tr> <td>35～39</td> <td>7,423,000</td> <td>90～94</td> <td>1,548,000</td> </tr> <tr> <td>40～44</td> <td>7,766,000</td> <td>95歳以上</td> <td>4,23,000</td> </tr> <tr> <td>45～49</td> <td>8,108,000</td> <td>総数</td> <td>125,319,000</td> </tr> </tbody> </table> <p>注:年齢調整死亡率の算出では、基準人口(平成27年(2015年)モデル人口)の「0歳」、「1～4歳」を分離せずに「0～4歳」として使用している。</p>	年齢階級	基準人口	年齢階級	基準人口	0歳	978,000	50～54歳	8,451,000	1～4	4,048,000	55～59	8,793,000	5～9	5,369,000	60～64	9,135,000	10～14	5,711,000	65～69	9,246,000	15～19	6,053,000	70～74	7,892,000	20～24	6,396,000	75～79	6,306,000	25～29	6,738,000	80～84	4,720,000	30～34	7,081,000	85～89	3,134,000	35～39	7,423,000	90～94	1,548,000	40～44	7,766,000	95歳以上	4,23,000	45～49	8,108,000	総数	125,319,000
年齢階級	基準人口	年齢階級	基準人口																																														
0歳	978,000	50～54歳	8,451,000																																														
1～4	4,048,000	55～59	8,793,000																																														
5～9	5,369,000	60～64	9,135,000																																														
10～14	5,711,000	65～69	9,246,000																																														
15～19	6,053,000	70～74	7,892,000																																														
20～24	6,396,000	75～79	6,306,000																																														
25～29	6,738,000	80～84	4,720,000																																														
30～34	7,081,000	85～89	3,134,000																																														
35～39	7,423,000	90～94	1,548,000																																														
40～44	7,766,000	95歳以上	4,23,000																																														
45～49	8,108,000	総数	125,319,000																																														

<参考指標> 平均自立期間の延伸

指標		現状値		目標値		出典
		数値	年度	数値	年度	
平均自立期間の延伸	男性	79.74年	R2	延伸	R8	健康政策課調べ
	女性	84.39年		延伸		

※各指標の年度は、調査年度

【参考】

R2 男性:鳥取県 79.74年、東部圏域 79.89年、中部圏域 79.49年、西部圏域 79.68年(差:0.4年)

R2 女性：鳥取県 84.39 年、東部圏域 84.33 年、中部圏域 84.20 年、西部圏域 84.51 年（差：0.31 年）
※「平均自立期間」は、要介護認定（要介護2～5の認定者数）に基づき、日常生活動作が自立している期間の平均を算出したもの。

心血管疾患におけるロジックモデル

番号	C初期アウトカム指標		
1	基礎疾患及び危険因子の管理の促進	鳥取県	全国
C1	喫煙率(男)	29.0%	28.8%
	喫煙率(女)	6.8%	8.8%
C2	禁煙外来を行っている医療機関数	16.8	12.8
C3	ニコチン依存管理料の実施件数	450.3	332.8
C4	ハイリスク飲酒者の割合(男)	19.0%	14.9%
	ハイリスク飲酒者の割合(女)	8.0%	9.1%
C5	特定健康診査受診率	54.4%	56.5%
	特定保健指導実施率	24.3%	24.7%
C6	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	213.2	216.9
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率(参考:平成27年平滑化人口モデル)	448.0	447.1
C7	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	65.4	66.8
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率(参考:平成27年平滑化人口モデル)	122.8	118.4
C8	肥満傾向児の出現率(小学校・11歳)	10.03%	10.98%
	肥満傾向児の出現率(中学校・14歳)	8.86%	9.05%
	肥満傾向児の出現率(高等学校・17歳)	8.63%	9.02%
C9	特定健診受診者のうち内臓脂肪症候群の割合(40歳以上75歳未満)	11.0%	—
2	急性心筋梗塞発症直後に病院内で心肺停止状態となった場合、周囲にいるもの等によるAED使用を含めた救急蘇生方等の実施が行える	鳥取県	全国
C10	消防局主催の応急手当講習会の参加延人員	2,053	—
C11	心肺停止状態搬送者のうち、県民により除細動が実施された件数	5	1,719
3	急性期医療の心血管疾患治療が実施可能な体制の整備	鳥取県	全国
C12	心筋梗塞の専用病床(CCU)を有する施設数	1	258
	心筋梗塞の専用病床(CCU)を有する病床数(人口10万対)	0.7	1.3
C13	大動脈バルーンパンピング法(IABP)が行える届出施設数	10	—
C14	補助循環用ポンプカテーテル(IMPELLA)が行える届出施設数	1	—
C15	人工心肺とポンプを用いた体外循環による治療(VA-ECMO)が行える届出施設数	4	—
	人工心肺とポンプを用いた体外循環による治療(VA-ECMO)の設置台数	13	—
C16	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)	25.7	29.1
	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(レセプト件数)	80.8	100.0
C17	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	20	11.6
C18	急性大動脈解離(A型大動脈解離に限る)の手術件数※6	37	—
4	急性期入院時からの心血管疾患リハビリテーションの提供	鳥取県	全国
C19	入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(単位数)	6,511	6,117.8
	入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(レセプト件数)	106.9	100.0
5	退院後、外来での心血管疾患リハビリテーションの提供	鳥取県	全国
C20	外来心血管疾患リハビリテーション実施件数(医療機関数)	10	—
	外来心血管疾患リハビリテーション実施件数(単位回数)	793.8	1,402.2
	外来心血管疾患リハビリテーション実施件数(レセプト件数)	51.6	100.0
6	心身の緩和ケアが受けられる体制が整っている	鳥取県	全国
C21	心血管疾患患者に緩和ケアを提供する医療施設数	0.7	0.7
C22	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	0.7	0.9
7	再発予防の治療、基礎疾患や危険因子の管理をできる体制が整っている	鳥取県	全国
C23	慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数	0.4	0.4
C24	歯周病専門医が在籍する医療機関数	0.5	0.8
8	心血管疾患患者の就労支援を推進させる体制が整っている	鳥取県	全国
C25	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	28.0	14.0
9	治療・介護を行う多職種が患者情報を把握した適切な支援の実施、かかりつけ医による質の高い心不全管理の提供	鳥取県	全国
C26	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)	221.5	66.8
	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(算定回数)	283.1	100.0

番号	B中間アウトカム指標		
1	虚血性心疾患の危険因子(高血圧・糖尿病・脂質異常症)を無治療で放置する人を減少させる	鳥取県	全国
B1	高血圧未治療者の割合	43.4%	—
B2	脂質異常症未治療者の割合	62.3%	—
B3	糖尿病予備群の割合	1.0%	—
B4	糖尿病有病者の割合	9.7%	—
2	発症後、速やかに救急要請・搬送が行われている	鳥取県	全国
B5	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1か月後生存率	5.6%	11.1%
B6	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1か月後社会復帰率	2.2%	6.9%
3	急性期の心血管疾患治療の質が確保されている	鳥取県	全国
B7	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(医療機関数)	7.0	—
	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(算定回数)	329	—
B8	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(レセプト件数)	258	—
	急性心不全(慢性心不全の急性増悪含む)患者が退院後30日以内に再入院する率(日本循環器学会の研修病院、研修関連病院に限る※4)	5.6	—
B9	大動脈解離患者の基幹病院※5への搬送時間(A型大動脈解離に限る)(単位:分)	50.7	—
※4 鳥大病院、山陰労災病院、県立厚生病院、県立中央病院、鳥取赤十字病院			
※5 鳥大病院、山陰労災病院、県立中央病院			
4	急性期入院時から維持期・回復期まで継続したリハビリテーションが提供されている	鳥取県	全国
B10	回復期リハビリテーション病床数	111.3	70.2
B11	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	1.8	1.3
B12	訪問リハビリを提供している事業所数	13	1,889
B13	通所リハビリを提供している事業所数	11.2	6.1
5	多職種が連携した心不全管理の体制が構築されている	鳥取県	全国
B14	訪問看護を受ける患者数(医療)	837.7	376.9
B15	訪問看護を受ける患者数(介護)	5,826.1	5,663.4
B16	入退院支援を行っている医療機関数	3.4	2.6
B17	医療ソーシャルワーカー数	16	12.9
*は人口10万人対に換算			

番号	A分野アウトカム指標		
1	虚血性心疾患患者の発症数が減少している	鳥取県	全国
A1	心疾患の年齢調整死亡率(男)	148.1	190.1
	心疾患の年齢調整死亡率(女)	82.7	109.2
2	急性心筋梗塞と急性大動脈解離の急性期死亡率が低下している	鳥取県	全国
A3	急性心筋梗塞(日本循環器学会の研修病院、研修関連病院に限る※1)の院内死亡率	10.3%	—
	急性大動脈解離(A型大動脈解離に限る※2)の院内死亡率	19.1%	—
※1 鳥大病院、山陰労災病院、県立厚生病院、県立中央病院、鳥取赤十字病院			
※2 鳥大病院、山陰労災病院、県立中央病院			
3	虚血性心疾患患者が在宅等での生活に復帰できている	鳥取県	全国
A5	退院後、家庭復帰の患者数(単位:0.1千人)	1.5	—
	在宅復帰患者の割合	96.7%	94.5%
4	心不全患者が退院後6か月以内に再入院する率を減らす	鳥取県	全国
A7	急性心不全(慢性心不全の急性増悪含む)患者が退院後6か月以内に再入院する率(日本循環器学会認定の研修病院・研修関連病院※3)	10.7%	—
※3 鳥大病院、山陰労災病院、県立厚生病院、県立中央病院、鳥取赤十字病院			

※6 鳥大病院、山陰労災病院、県立中央病院