

**沖縄県循環器病対策推進計画
(素案)**

**令和〇年〇月
沖縄県**

目 次(案)

第1章 基本的事項

- 1 計画策定の趣旨2
- 2 計画の基本方向及び全体目標2
- 3 計画の位置づけ2
- 4 計画期間3

第2章 沖縄県の現状と課題

- 1 県内の循環器病の現状7

第3章 循環器病の予防

- 1 循環器病予防や正しい知識の普及啓発15
- 2 特定健康診査、特定保健指導等の実施16

第4章 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

第1節 心疾患対策

- 1 目指す姿21
- 2 取り組む施策21

第2節 脳卒中对策

- 1 目指す姿30
- 2 取り組む施策30

第3節 治療と仕事の両立支援

- 1 現状と課題36
- 2 取り組む施策37

第5章 計画の推進体制と進捗評価

- 1 計画の推進体制39
- 2 各関係者の役割39
- 3 進捗評価39

- 指標一覧40

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38

第1章 基本的事項

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

1 計画策定の趣旨

2

3 脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、我が
4 国の主要な死亡原因であり、令和元年度の人口動態統計によると、心疾患は
5 死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、悪性新
6 生物（がん）に次ぐ死亡原因となっており、年間31万人以上の国民が亡くな
7 っています。

8 こうした現状に鑑み、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、
9 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
10 に関する基本法（以下「基本法」という。）が令和元年12月1日に施行され
11 ました。

12 国は健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指し、基本
13 法に基づき、「循環器病対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）」
14 を令和2年10月に策定しました。

15 沖縄県も、このような状況を踏まえ、「沖縄県循環器病対策推進計画」を
16 策定し、本県の循環器病の実情に応じた循環器病対策を総合的に推進します。
17

18 2 計画の基本方向及び全体目標

19

20 (1) 基本的な方向性

21 国の基本計画を基本とし、本県の実情を踏まえた施策を展開し、「循環
22 器病の予防」及び、「患者のQOL向上」を基本方向として、循環器病対策を
23 推進します。
24

25 (2) 全体目標

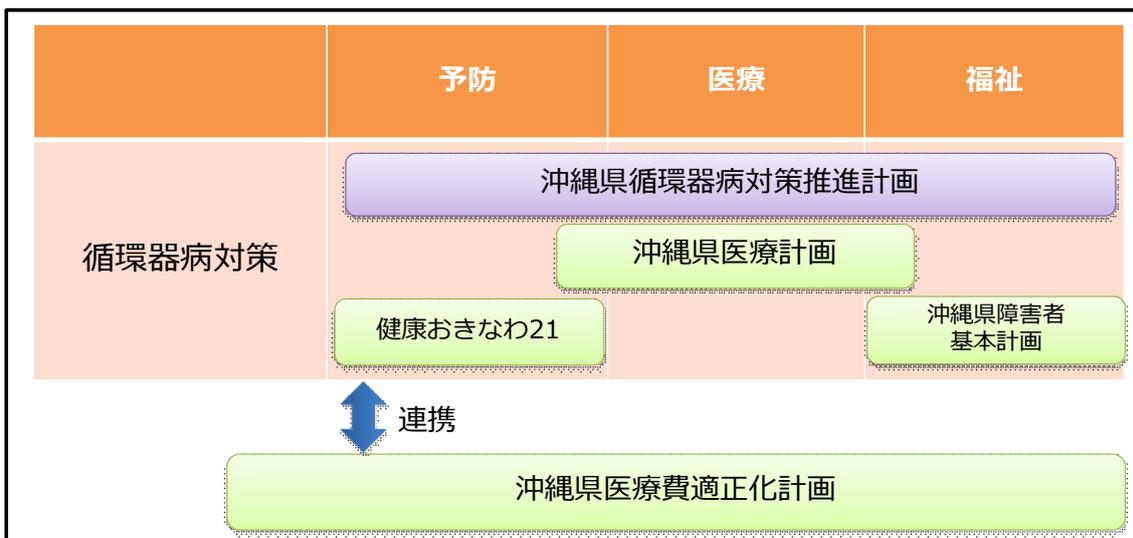
26 循環器病の予防に係る施策や、保健・医療及び福祉に係るサービスの提
27 供の充実を図ることにより、「発症数の減少」、「年齢調整死亡率の減
28 少」、「再発予防及び在宅復帰率の向上」を目指します。
29

30 3 計画の位置づけ

31

32 この計画は、基本法第11条第1項に規定する都道府県循環器病対策推進計
33 画であり国の基本計画を基本とし、沖縄県医療計画、健康増進計画、障害者
34 基本計画、医療費適正化計画と整合性を図りながら、本県の循環器病対策の
35 基本的な方向性を定めるものです。
36

1 図表 1 循環器病対策推進計画と関連する他の県計画との関係



2

3 4 計画期間

4

5 第1期の計画は、医療計画を始めとする関係計画との整合を図るため、現
6 行計画の計画期間と合わせ令和4年度から令和5年度までの2年間とします。

7 第2期以降は、令和6年度から始まる第8次沖縄県医療計画へ統合し、3
8 年ごとの見直しを行います。

9

10 図表 2 沖縄県医療計画と循環器病対策推進計画の計画期間

計画 \ 年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度
沖縄県医療計画	第7次医療計画(H30～R5年度)			第8次計画(R6～R11年度)	
循環器病対策推進計画	計画策定期間	第1期計画(R4～R5年度)		第2期計画(R6～R11年度)	

↑ 統合 ↑

11

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38

第2章 沖縄県の現状と課題

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

1 県内の循環器病の現状

2

3 (1) 死亡原因における循環器病の割合

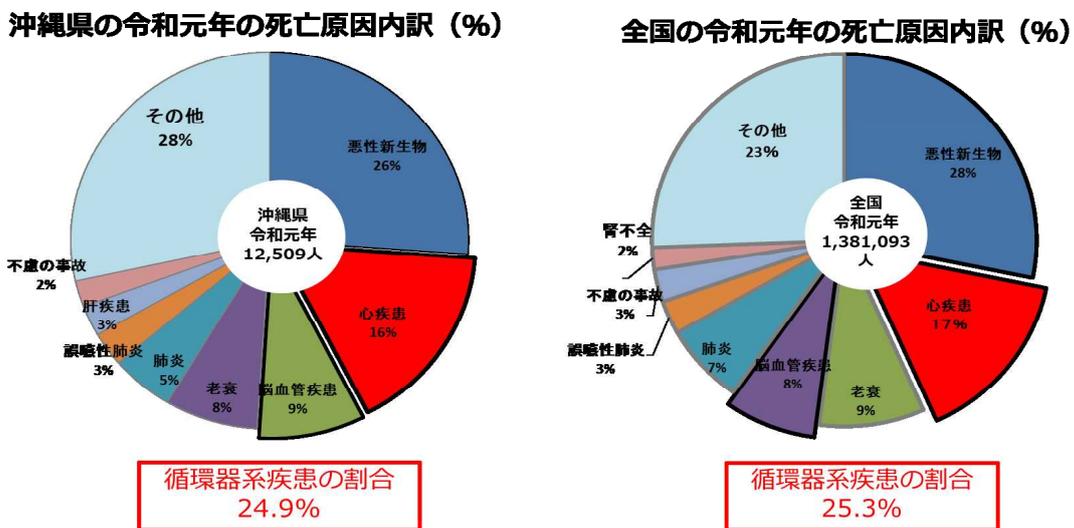
4 本県の心疾患による死亡割合は16%で、がん（悪性新生物）に次ぐ第2位、
5 脳血管疾患による死亡割合は9%で第3位となっています。（図表1）

6 心疾患と脳血管疾患をあわせて25%となり、循環器病による死亡が県内に
7 おける死因の約4分の1を占めています。

8 また死亡率は、心疾患及び脳血管疾患ともに増加傾向にあります。

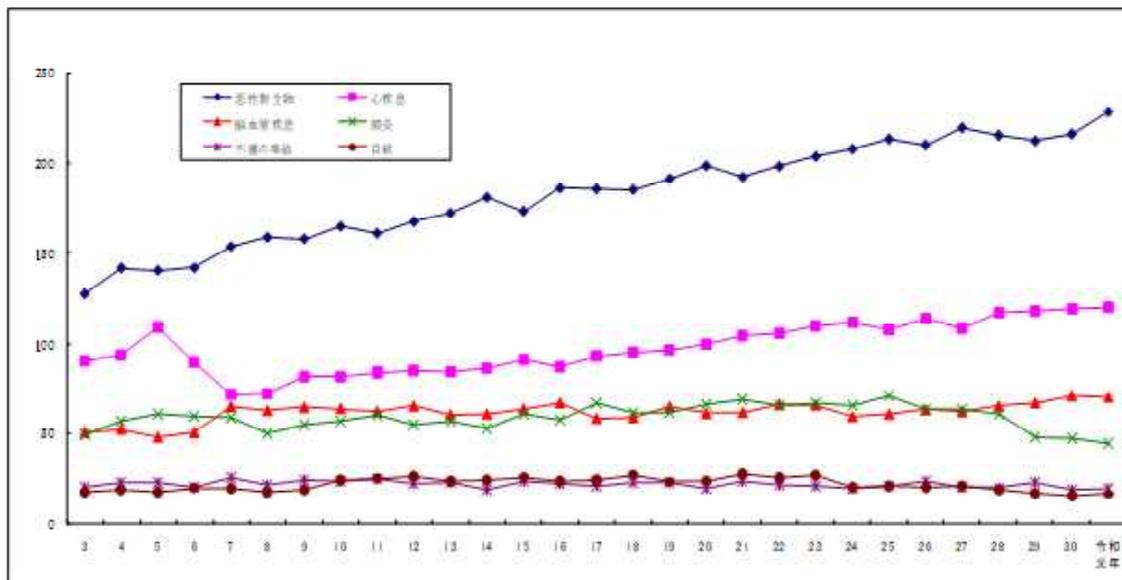
9

10 図表1 沖縄県の死因における循環器病の割合



11

12 図表2 沖縄県の主な死因の死亡率の年次推移



13

14

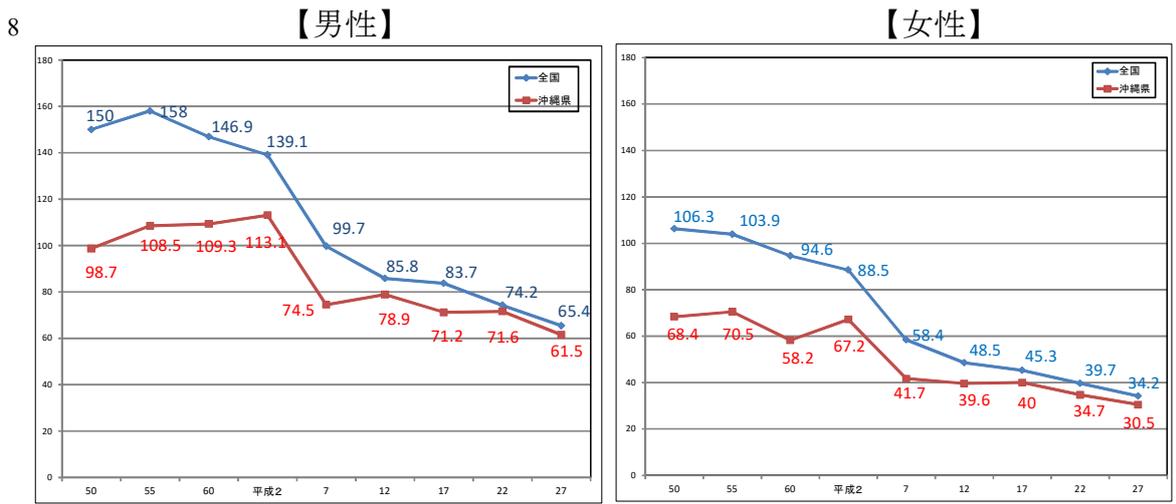
※人口動態統計

1 (2) 年齢調整死亡率

2 (ア) 心疾患

3 心疾患による年齢調整死亡率は減少傾向にあり、本県は男女ともに全
 4 国より低い死亡率で推移しています。一方で、各年齢階級別の死亡率を
 5 みると、働き盛り世代で虚血性心疾患が都道府県別順位でワーストとなっ
 6 ている階級があります。

7 図表3 心疾患による年齢調整死亡率（人口10万人対）

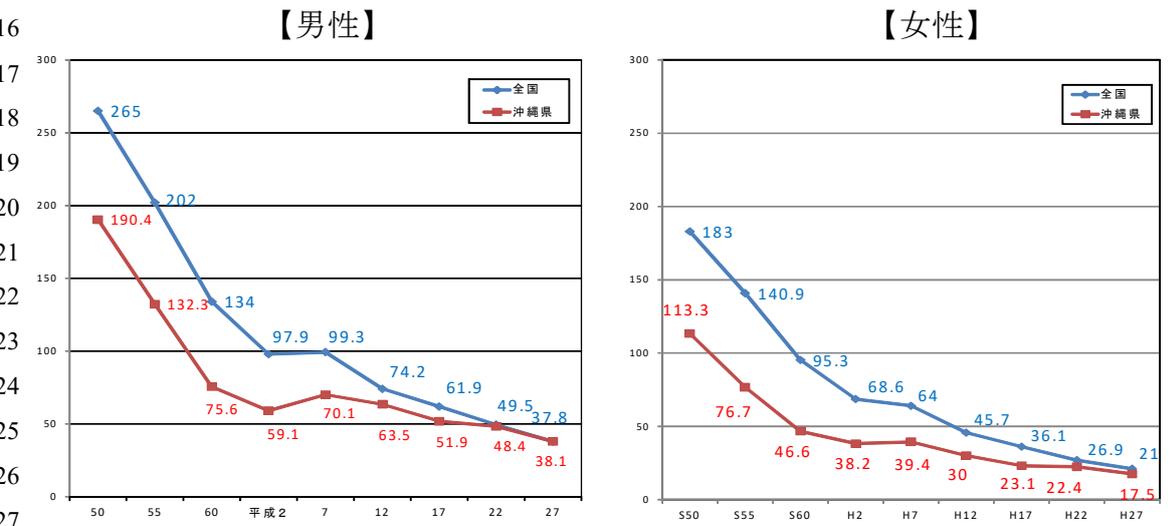


※人口動態統計特殊報告

9 (イ) 脳血管疾患

10 脳血管疾患による年齢調整死亡率は減少傾向にあるものの、平成27年
 11 において男性は全国平均を上回っています。各年齢階級別の死亡率をみ
 12 ると、働き盛り世代で脳内出血の死亡率が都道府県別順位でワーストと
 13 なる階級があります。

14 図表4 脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万人対）



※平成27年人口動態調査特殊報告

1

2 図表 5 主要死因別、年齢階級別死亡率の都道府県順位

性別	死因	年齢階級別死亡率								
		20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
男	心疾患	34	20		25	40	47	14	13	17
	虚血性心疾患				46	45	46	27	29	35
	急性心筋梗塞				38	35	34	5	16	22
	脳血管疾患			41	10	8	37	39	45	37
	脳内出血				21	19	46	37	47	31
	脳梗塞								25	18
女	心疾患	44	40		17	45	32	41	9	40
	虚血性心疾患		45			47	38	39	14	44
	急性心筋梗塞					45	27	15		39
	脳血管疾患				37	45		10	32	46
	脳内出血				42	47		18	27	39
	脳梗塞									31

※ ■ 全国ワースト5

4

5

6 ※年齢調整死亡率：年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができる
 7 ように年齢構成を調整しそろえた死亡率。年齢調整死亡率を用いるこ
 8 とによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気に
 9 することなく地域比較や年次比較をすることができる。

10

11 **(3) 将来の患者推計**

12 本県の心疾患と脳卒中の入院医療需要は、高齢者人口の増加に伴い増加す
 13 る推計となっており、心疾患の入院患者数は2013年時点の558.3人/日から20
 14 40年時点915.9人/日、脳卒中は2013年時点259.3人/日から2040年時点485.1
 15 人/日に増加する推計となっています。

16 注) 推計は2013年の本県の疾病別の入院受療率が変化しないとの仮定
 17 の下の推計値

18

19

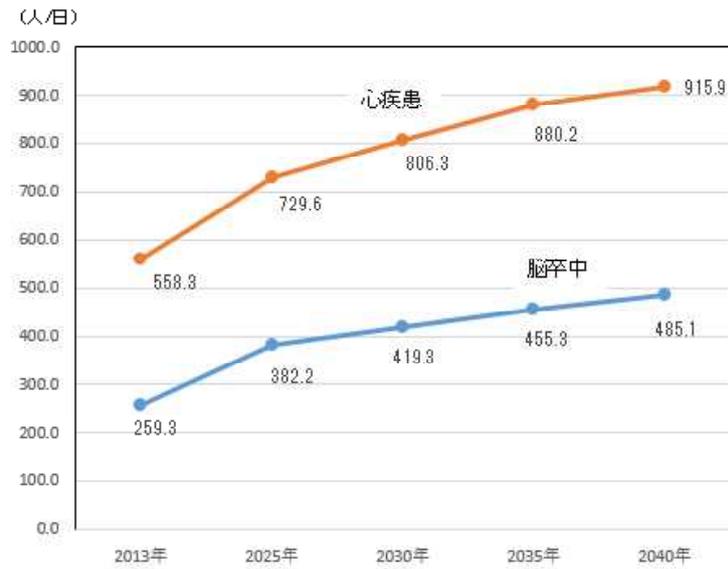
20

21

22

1

図表6 循環器病の入院医療需要の推計



2

※地域医療構想策定支援ツール

3

4

5

6

7

8 (4) 救護

9 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
 10 態に陥ることも多い疾病です。本県の救急搬送件数のうち脳疾患が約6%、
 11 心疾患等が約9%で計約15%を循環器病が占めており、平成30年度は7,322
 12 人が救急搬送されています。

13 また、搬送時において脳疾患の約36%、心疾患等の約26%が重症以上で、
 14 心疾患等は死亡が約10%と他の疾病より重症度の高い患者の割合が高くなっ
 15 ています。循環器病の治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、発症後
 16 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高まること
 17 から、急性期には早急に適切な医療機関に搬送し診療を開始する必要があります。
 18

19

20

21

22

23

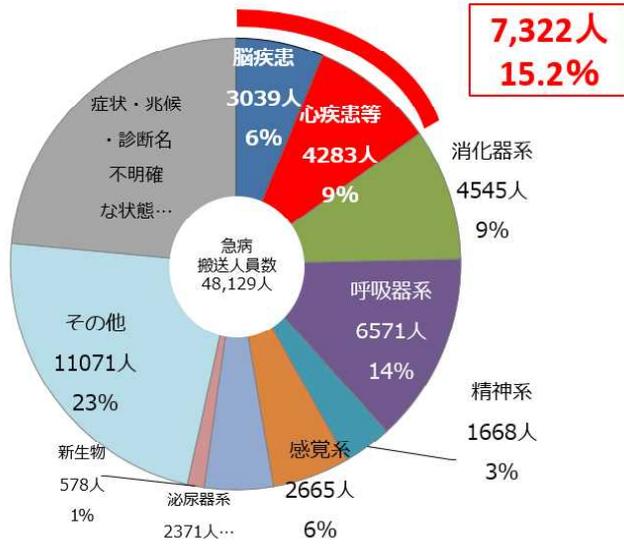
24

25

26

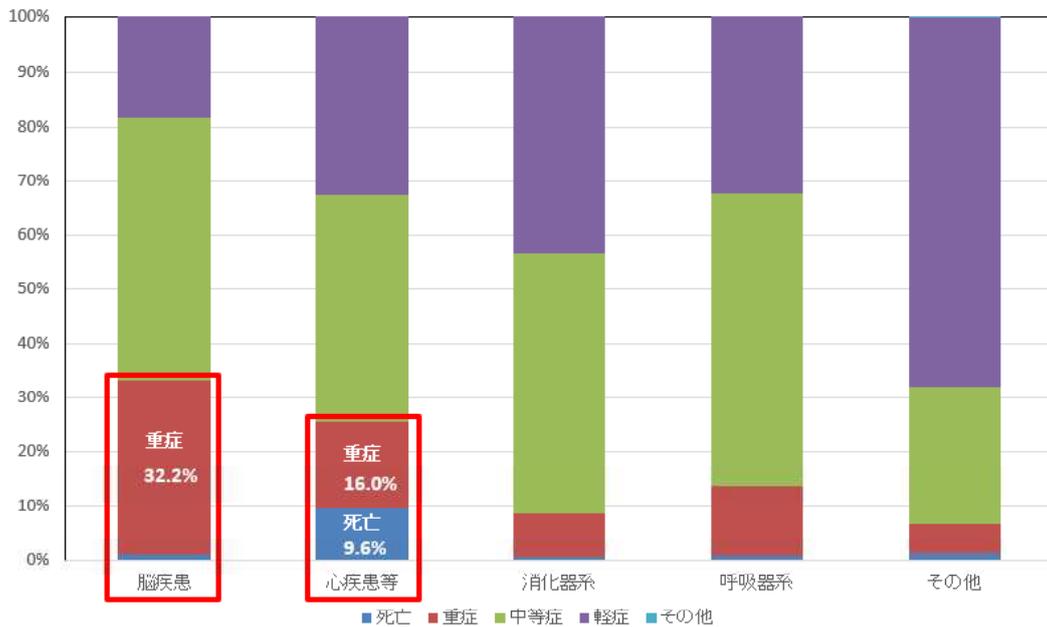
1
2

図表7 沖縄県の傷病別救急搬送件数（H30年度）



3
4
5
6

7 図表8 沖縄県の傷病程度別救急搬送割合（H30年度）



8

※令和元年度沖縄県消防防災年報

死傷者の分類 死亡：初診時において死亡

重症：傷病の程度が3週間の入院加療を要するもの以上

11
12
13
14

1 (5) 介護が必要となった主な要因

2 循環器病は急性期に救命されたとしても手足の麻痺や言語障害など、様々
3 な後遺症を残すことがあり、後遺症により日常生活の活動度が低下し、しば
4 しば介護が必要な状態となる場合があります。介護が必要となった主な要因
5 のうち脳血管疾患が約16%、心疾患が約5%で、両者を合わせ循環器病が約
6 21%を占めています。1日中ベッドの上で過ごし、排せつや食事などに介助
7 を要するなど、特に介護度が高い人については脳卒中が最も割合が高く、約
8 26%を占めています。

9

10 図表9 要支援及び要介護者に占める循環器病の割合

11

12

13

14

15

16

17

18

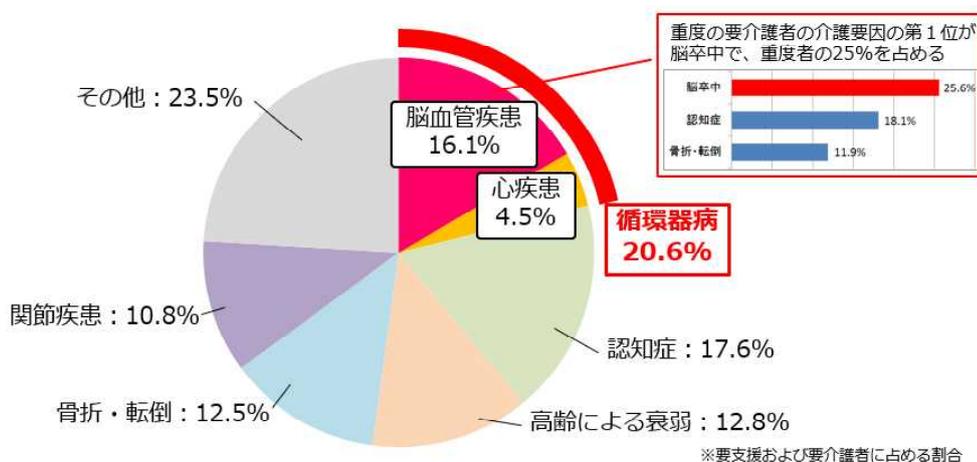
19

20

21

22

23



※令和元年国民生活基礎調査

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11

第3章 循環器病の予防

12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39

1 循環器病予防や正しい知識の普及啓発

2

3 (1) 現状・課題

4 循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥
5 満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病の予備
6 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、
7 生活機能の低下・要介護状態へと進行します。

8 生活習慣病は自覚症状がほとんどないため、健診の結果、医療機関の受
9 診が必要な状態であり保健指導で受診を勧奨されても、未受診または治療
10 中断などにより、放置されるケースも少なくありません。未治療のまま放
11 置された結果、患者自身が気づかないうちに病気が進行することが多くあ
12 ります。

13 しかし、いずれの段階においても生活習慣の改善や適切に医療機関を受
14 診し治療することで進行を抑えられる可能性があり、循環器病の発症予防
15 のみならず重症化予防や再発防止のためにも生活習慣の改善、必要な治療
16 の継続は重要です。

17 沖縄県においては働き盛り世代の各年齢階級において循環器疾患の死亡
18 が全国より高く、改善に向けた取組が喫緊の課題となっています。

19 県民が適切に循環器病の予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うこ
20 とができるようにするためには、まずは、循環器病に関する正しい知識の
21 普及啓発が必要であり、また、循環器病の後遺症についても正しく理解す
22 る必要があります。

23

24 (2) 取り組む施策

25 県民の平均寿命・健康寿命の延伸、早世の予防を目的し、特に課題とな
26 っている20歳から64歳のいわゆる働き盛り世代を中心に、県民一人ひとりの
27 健康づくりや生活習慣病予防に関する正しい知識の普及啓発に取り組み
28 ます。

29 また、子どもの頃から健康的な生活習慣の習得を促すため、児童生徒や
30 保護者が適正な生活習慣を学ぶ機会を増やす取組を推進します。

31

32 ア 県民に対する生活習慣病の予防及び正しい知識の普及、啓発

33 県民に向けた健康づくりのイベントの開催や各種メディアを活用した普
34 及啓発に取り組みます。

35 また、国立循環器病研究センターとの協働事業により、健康づくりを推

1 進します。

2 更に、児童生徒への健康的な生活習慣に関する知識の普及を行うため、
3 「次世代の健康づくり副読本」の県内小中学校での活用を促します。

4

5 **2 特定健康診査、特定保健指導等の実施**

6

7 **(1) 現状・課題**

8 循環器病の危険因子としては、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙など
9 があげられます。これらは自覚症状がほとんどないため、気づかないうち
10 に進行し、脳や血管などにダメージを与えていき、ある日突然、脳卒中や
11 心疾患など、命に関わる恐ろしい疾患を引き起こすことがあります。

12

13 **(2) 取り組む施策**

14 ア 特定健診未受診者への受診勧奨の実施

15 本県は、特に働き盛り世代の死亡率が高いことが課題となっています。
16 県民が40歳になったら特定健診を毎年受診することで、自分の生活習慣を
17 見直すとともに、生活習慣病の早期発見・早期治療につなげられるよう働
18 きかけていく必要があります。

19 令和元年度の特定健診の受診率は、市町村国保が38.6%、協会けんぽが
20 57.5%と目標値を下回っています。引き続き保険者による健診の受診勧奨
21 を実施するとともに、県民は年一回の受診に努め、また、雇用主において
22 は従業者及びその被扶養者の健診受診の勧奨を行うなど、特定健診の受診
23 率向上のための取組を推進します。

24

25 図表1 沖縄県における特定健診受診率

保険者	H29年度	H30年度	R1年度	目標
市町村国保	39.1%	39.3%	38.6%	60%
協会けんぽ	55.3%	56.8%	57.5%	65%

26

27

1 イ 特定健診での有所見者への特定保健指導の実施

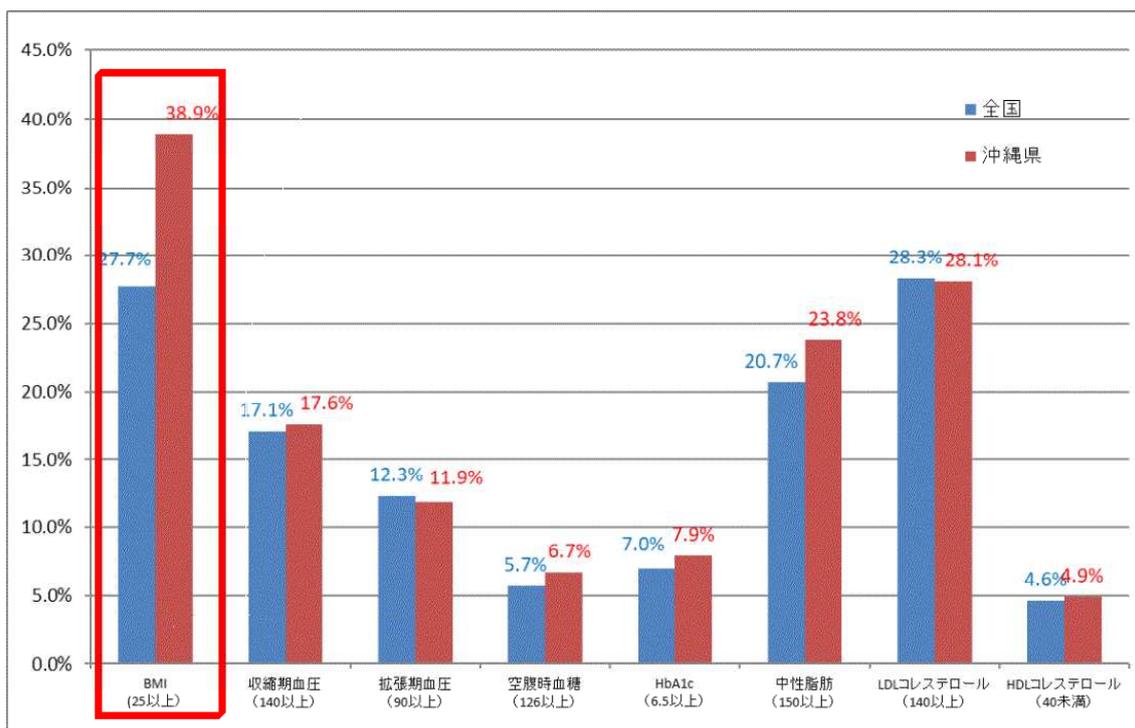
2 特定健診の結果をみると、本県は収縮期血圧、空腹時血糖及びHbA1c（糖
3 尿病）、中性脂肪の有所見率が全国を上回る結果となっています。特に、
4 これらの危険因子の発症と関わりが強い肥満（BMI）の数値が突出して高
5 いことも課題です。

6 医療保険者は、特定健診の結果から生活習慣の改善による生活習慣病の
7 予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養
8 士など）が生活習慣を見直す指導を行うとともに、生活習慣病の有病者に
9 対しては医療機関の受診を促しています。

10 特定健診の結果に応じた特定保健指導の実施により、疾病予防のための
11 生活習慣の改善及び疾病の早期発見による早期治療、重症化予防に取り組
12 みます。

13

14 図表2 特定健診の有所見率



15

※平成29年度NDBオープンデータ

16

17 ウ 市町村等の保健指導担当者の技術向上支援

18 医療保険者の保健事業に従事する保健師・栄養士・看護師の資質向上を図

- 1 るための研修会を開催します。
- 2 また、国立循環器病研究センターとの協働事業により、市町村等の保健
- 3 指導担当者の育成・技術向上支援に関する取組を推進します。

4

5 図表3 沖縄県における特定保健指導実施率

保険者	H29年度	H30年度	R1年度	目標
市町村国保	60.0%	63.8%	67.2%	60%
協会けんぽ	24.0%	30.8%	37.1%	35%

6

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

第 4 章 保健、医療及び福祉 に係るサービスの提 供体制の充実

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30

1 第1節 心疾患対策

2

3 1 目指す姿

- 4 (1) 虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率の減少
- 5 (2) 大動脈緊急症の死亡率の減少
- 6 (3) 心疾患患者が在宅等で安心して生活できている
- 7 (4) 先天性心疾患患者が成人期に達しても安心して切れ目ない医療を受け
8 ることができ自立した社会生活を送れている

9

10 2 取り組む施策

11 (1) 救護

12 心血管疾患には、急に心臓の血管が詰まる急性心筋梗塞や、大動脈の血
13 管壁が裂けることによって心臓に大きなダメージを与える大動脈解離など
14 がありますが、どちらも突然死に至る場合がある緊急性の高い疾病です。
15 死亡率を減少させ、予後を向上させるためには、発症から治療開始までの
16 時間を短縮させることが重要になります。患者の側に居合わせた人は速や
17 かに緊急搬送要請を行うとともに、心肺停止状態となった場合は適切な救
18 命処置が迅速に実施されることが必要です。

19

20 ア 発症時の速やかな救急要請、搬送の実施

21 (ア) 県民に対する急性心筋梗塞の症状、発症時の対処法の普及、啓
22 発

23 急性心筋梗塞を疑う症状がある場合、本人又は周囲にいる人が速や
24 かに救急搬送要請を行うとともに、心肺停止状態となった場合は周
25 囲にいるものが心肺蘇生や電氣的除細動（AED）を行うなど、適切な
26 救命処置が迅速に実施されることで救命率が向上します。医療機関
27 や関係団体の協力を得て、県民に対し急性心筋梗塞の初期症状と速
28 やかな救急搬送要請の必要性及び救急時の対応に関する知識につい
29 ての普及、啓発に取り組みます。

30

31 (2) 急性期医療

32 心血管疾患の急性期は、命に関わる場合が多いため、急性心筋梗塞、大

1 動脈解離、急性心不全ごとの病態に応じた治療を緊急に行う必要があります。
2

3
4 ア 虚血性心疾患の急性期医療の質の確保

5 (ア) 24時間PCIが実施可能な体制の整備

6 急性心筋梗塞は、心臓の血管が詰まり血液が流れなくなることにより
7 心臓が壊死を起こす疾病であり、一刻も早く詰まった血管を開通さ
8 せ壊死を最小減にとどめることが重要です。詰まった血管の血流を再
9 開させるため、多くはPCI（経皮的冠動脈インターベンション）が行
10 われ、患者が病院に到着後90分以内の血流の再開が目標とされていま
11 す。

12 医療資源の効率的な活用、医療機関の連携強化についても検討を行
13 い、24時間体制の確保を促進します。

14
15 図表1 PCIが24時間対応可能な医療機関数

医療圏	北部	中部	南部	宮古	八重山
医療機関数	2	4	10	1	1

16
17
18 ※医療機能調査(令和3年3月31日現在)

19
20 (イ) 救急搬送時の救急隊員による12誘導心電図検査の伝送実施

21 県内の医療機関と消防機関において、心血管疾患が疑われる救急搬
22 送患者の12誘導心電図データを、救急車から搬送先の病院へ伝送する
23 取組が行われています。それにより、患者が到着する前に、専門医が
24 診断、治療方針の決定を行い、治療スタッフの招集や手術の準備が始
25 めることが可能となるなど、急性期の心血管疾患の治療で重要な治療
26 開始までの時間を短縮する効果があり、救命率の向上や社会復帰率の
27 向上が期待されています。急性心筋梗塞で来院後90分以内に詰まった
28 血管の血流が再開できた割合は、本県は60.6%となっており、全国平
29 均63.7%を下回っています。

30 血流再開までの時間短縮のため、救急搬送時における12誘導心電図
31 伝送を始めとする消防機関と医療機関の連携強化の取組を支援しま

1 す。

2

3

4 図表2 救急搬送時における12誘導心電図の伝送件数（単位：件）

5

6

7

8

9

10

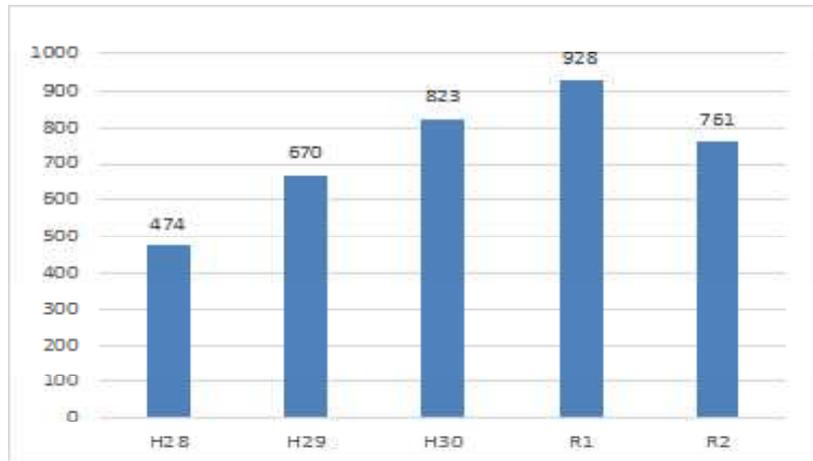
11

12

13

14

15



16

※沖縄県医療政策課調査

17

18

19

20 図表3 心筋梗塞患者の来院後90分以内の再開通件数(R1年度)(単位：レセプト数、%)

21

22

23

24

25

26

	北部	中部	南部	宮古	八重山
心筋梗塞冠動脈再開通	31	134	348	18	*
うち来院後90分以内再開通	20	91	200	11	*
来院後90分以内再開通割合	64.5%	67.9%	57.5%	61.1%	*

27

※医療計画策定支援データブック（R1年度NDBデータ）

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

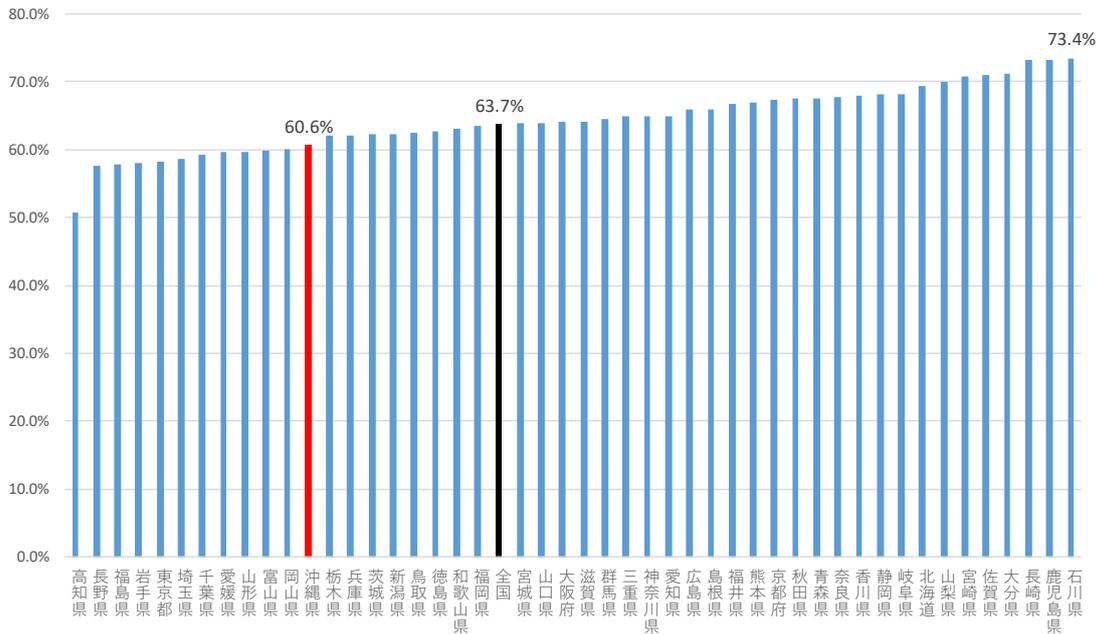
39

40

※レセプト件数は、NDB利用のガイドラインに準拠し10件未満の数は表示不可となっており、八重山圏域のレセプト数は表示不可（1～9件）に該当しているため「*」と表示。

1

2 図表4 急性心筋梗塞患者の来院後90分以内の冠動脈再開通率（R1年度）



3

※医療計画策定支援データブック（R1年度NDBデータ）

4

5 イ 大動脈緊急症の対応のための連携体制の構築

6

(ア) 連携体制構築のための協議

7

8 急性大動脈解離や大動脈瘤などの大動脈緊急症については、緊急の
 9 外科手術や内科的治療など、状態に応じた治療を緊急に実施する必要
 10 があるため、24時間対応可能な体制の整備が重要です。単一の医療施
 11 設でこれらの全ての医療を常時提供できる体制の確保が困難な場合
 12 や、地域の医療資源の状況によっては、医療機関及び医療従事者に過
 13 度の負担となる場合があります。

13

14 大動脈緊急症の緊急手術が可能な施設は限られているため、地域の
 15 現状を踏まえつつ、より広域の連携体制構築について地域の医療関係
 16 者と協議を行い、24時間体制の確保を促進します。

16

17

18

19

20

21

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

図表5 大動脈緊急症の処置件数（R2年度DPCデータ）（単位：人）

	入院患者数	死亡者数	死亡率
手術有り	130	16	12%
手術無し	142	60	42%
合計	272	76	28%

※沖縄県医療政策課調べ

(3) リハビリテーション

心血管疾患リハビリテーションは、運動療法に加えて、生活一般、食事、服薬指導などの患者教育、危険因子の管理、カウンセリングなど、多職種チームにより幅広いプログラムが包括的に行われることにより、再発予防、再入院の予防に効果があり、死亡率が低下すると関連学会から提唱されています。これらのプログラムが急性期入院中から開始され、退院後も継続することが重要であり、患者の状態に応じたプログラムで提供される必要があります。

ア 急性期入院時からの継続したリハビリテーション

(ア) 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

心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰を目的に、発症の日から患者の状態に応じて実施します。しかし、二次医療圏によっては急性期の心血管疾患リハビリテーション提供体制の無い地域もあります。（図表6）

心臓リハビリテーションは、運動療法、患者教育、カウンセリングなど、多職種チームにより幅広いプログラムが包括的に行われることが求められていることから、多職種チームによる急性期心血管疾患リハビリテーションの充実を促進します。

図表6 心大血管疾患リハビリテーション料届出医療機関

医療圏	北部	中部	南部	宮古	八重山
医療機関数	1	5	13	0	1

※九州厚生局「医療施設基準届出」（R3年11月現在）

1

2 図表7 急性心筋梗塞患者への急性期リハビリテーション提供数（単位：単位・人/日）

3 医療圏	県平均	北部	中部	南部	宮古	八重山
4 平均提供単位数	1.13	0.83	1.04	1.53	0	2.23

5 ※沖縄県医療政策課調べ（R2年度実績）

6

7 (イ) 外来での心血管疾患リハビリテーションの提供

8 心血管疾患は、急性期治療を終え状態が安定したあとの社会生活や
 9 職場復帰に向けたリハビリテーションは主に外来で行われます。心臓
 10 リハビリテーションは退院後も継続して行うことが重要であり、リハ
 11 ビリテーションを継続して行うことにより、再発の予防、生活機能の
 12 維持向上の効果が期待され、死亡率を低下させます。多職種チーム
 13 によりリハビリテーションを提供する外来での心血管疾患リハビリテ
 14 ーションの充実・確保を促進します。

15

16 図表8 外来心臓リハビリテーション実施医療機関数（単位：施設数）

17 医療圏	北部	中部	南部	宮古	八重山
18 医療機関数	1	4	10	0	1

19 ※沖縄県医療政策課調べ（R3年度）

20

21 (4) 心不全対策

22 さまざまな心臓病や高血圧、脂質異常症など心臓に負担をかける病気な
 23 どもにより、心臓の機能が低下し、全身に血液を送り出すポンプの役割を果
 24 たせず、全身に血液を送れていない状態を心不全と言います。心臓の機能
 25 が低下すると、心臓だけでなく全身にいろいろな症状があらわれます。

26 心不全は患者の約70%が75歳以上の高齢者であり、高齢者人口の増加に
 27 伴って増加傾向にあるため対策が重要となっています。

28 慢性心不全は、増悪による再入院を繰り返しながら身体機能が悪化して
 29 いく悪循環に陥ることが多いため、多職種による包括的な心不全管理によ
 30 り増悪や再入院を予防するとともに、急性増悪時の対応のため、かかりつ
 31 け医と専門的な医療を提供する医療機関との連携強化が求められていま

1 す。

2 再発予防・維持期の医療を提供する医療機関は、適切な運動や危険因子
3 の管理の継続について患者教育を行い、一方、患者はかかりつけ医を持っ
4 て、定期的に外来受診を行い、治療を継続することが大切です。

5 6 ア 多職種が連携した心不全管理体制の構築

7 (ア) 多職種が連携した適切な支援の実施

8 慢性心不全患者は、増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能
9 が悪化することが特徴であり、患者の約20～40%が1年以内に再入院
10 しています。増悪の要因には、心不全の原因となった疾患の再発や合
11 併症などの医学的な要因に加えて、塩分や水分制限の不徹底、服薬中
12 断などの患者の要因、社会的支援の欠如などの社会的要因といった多
13 面的な要因が含まれています。再入院率の改善のためには、薬物療法、
14 運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育等を含む多面的な介
15 入を行うことが重要であり、入院中から退院後まで継続した多職種に
16 による疾病管理が必要です。

17 患者教育による適切な自己管理の支援、医療提供者との情報共有ツ
18 ールとして、心不全手帳の作成及び活用に取り組みます。

19 あわせて、かかりつけ医等による日常的な心不全管理及び急性増悪
20 時の急性期病院との連携、多職種による心臓リハビリテーションの継
21 続等、急性期入院中から回復期、維持期まで包括的な疾病管理を切れ
22 目なく提供する体制を構築するため、心不全地域連携パスの作成及び
23 運用に取り組みます。

24 25 (イ) かかりつけ医による質の高い心不全管理の提供

26 心不全患者は高齢者人口の増加に伴って、今後もさらに増加するこ
27 とが見込まれています。今後も増加が見込まれる心不全患者について
28 は、心血管疾患の専門的医療機関のみではなく、地域のかかりつけ医
29 も含めた地域全体での管理体制の構築が必要です。県は沖縄県医師会
30 の協力を得て、令和2年度にかかりつけ医が日常診療で活用できるガ
31 イドラインとして「地域のかかりつけ医のための心不全診療ガイドブ

1 ック」を作成し、令和3年度から、かかりつけ医向けの心不全管理に
2 関する研修会を実施しています。研修会実施によるかかりつけ医等と
3 専門的医療機関との連携体制の構築に取り組むとともに、医師以外の
4 医療従事者向けの研修会も実施し、多職種が連携した心不全管理体制
5 の構築に取り組めます。

6 7 イ 心不全の緩和ケア

8 平成26（2014）年の世界保健機関(WHO)からの報告によると、成人に
9 おいて緩和ケアを必要とする疾患は悪性新生物（がん）よりも循環器疾
10 患の割合が高く第1位となっています。循環器疾患と悪性新生物（がん）
11 は、ともに生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛
12 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
13 要とする疾患とされています。心不全については、臨床経過の特徴とし
14 て増悪を繰り返すことが挙げられており、治療と連携した緩和ケアが必
15 要とされています。

16 (ア) 心不全患者への緩和ケアの提供

17 これまで緩和ケア診療加算の算定の対象はがんとエイズのみでした
18 が、2018年の診療報酬改定で対象疾患に末期心不全が追加されるな
19 ど、診療報酬においても評価されています。患者の苦痛を身体的、
20 精神心理的、社会側面的等の多面的な観点を有する全人的な苦痛と
21 して捉えたうえで、全人的なケアを行うべく、多職種連携や地域連
22 携の下で、患者の状態に応じた適切な緩和ケアの治療の早期の段階
23 からの提供など、心不全緩和ケアの提供体制の充実を促進します。

24
25 図表9 心不全患者への緩和ケア実施医療機関数 (単位：施設数)

26 医療圏	北部	中部	南部	宮古	八重山
27 医療機関数	0	3	6	0	0

28 ※沖縄県医療政策課調べ（R3年度）

30 (5) 移行期医療支援

31 循環器病の中には、100人に1人の割合で出生する先天性心疾患等の小

1 児期、若年期から配慮が必要な疾患があり、学校健診等の機会を通じて、
2 小児の循環器病が見つかることもあります。

3 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
4 率は大きく減少し、多くの子どもの命が救われるようになっています。成
5 人先天性心疾患患者は現在50万人近くにのぼり、年間約1万人ほど増加す
6 ると推計されています。先天性心疾患患者は加齢に伴って心機能の悪化の
7 他、高血圧などの後天的な合併症や心臓病以外の疾病、また、妊娠、出産
8 などをきっかけに病状が悪化することがあります。患者のQOL向上の点か
9 らも、今後も増加が見込まれている成人先天性心疾患患者が生涯にわたっ
10 て切れ目ない医療を受けられるよう他領域の診療科との連携や、小児期か
11 ら成人期への移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が求められていま
12 す。

13 14 **ア 先天性心疾患患者の移行期医療支援体制の構築**

15 (ア) 移行期医療支援センターの設置に向けた協議、準備作業の実施

16 循環器病の患者に対して、小児期から成人期にかけて必要な医療を
17 切れ目なく行うことができる移行医療支援の体制整備、療養生活に係
18 る相談支援及び疾病を持つ児童の自立を支援するため、関係者と連携
19 を図り、移行期医療支援センターの設置に向けた取組を推進します。

20

1 第2節 脳卒中対策

2

3 1 目指す姿

4 (1) 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率の減少

5 (2) 脳血管疾患患者が在宅復帰できている

6

7 2 取り組む施策

8 (1) 救護

9 脳卒中には、脳の血管が詰まる脳梗塞や、脳の血管が破れる脳内出血、脳内の血
10 管にできた動脈瘤等が破裂して脳の表面に出血するくも膜下出血がありますが、い
11 ずれの症状も死亡率が高く、命を取り留めても重篤な後遺症が残ることが多くあり
12 ます。

13 死亡率を減少させ、後遺症を最小限にとどめるには、発症から治療開始までの時
14 間を短縮させることが重要になります。脳卒中を疑う症状がある場合、本人又は患
15 者の側に居合わせた人が速やかに緊急搬送要請を行う事が重要です。

16 また、救急搬送時においても病院到着前に脳卒中の重症度を搬送先の病院に連絡
17 をすることで早期治療が見込まれます。

18

19 ア 発症時の速やかな救急要請の実施

20 (ア) 県民に対する脳卒中の症状、発症時の対処法の普及、啓発

21 脳卒中を疑う症状がある場合、本人又は周囲にいる人が速やかに救急搬送要
22 請を行うことが重要となりますので、医療機関や関係団体の協力を得て、県民
23 に対し脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する知識及び速やかな救急搬送要
24 請の必要性の普及、啓発に取り組めます。

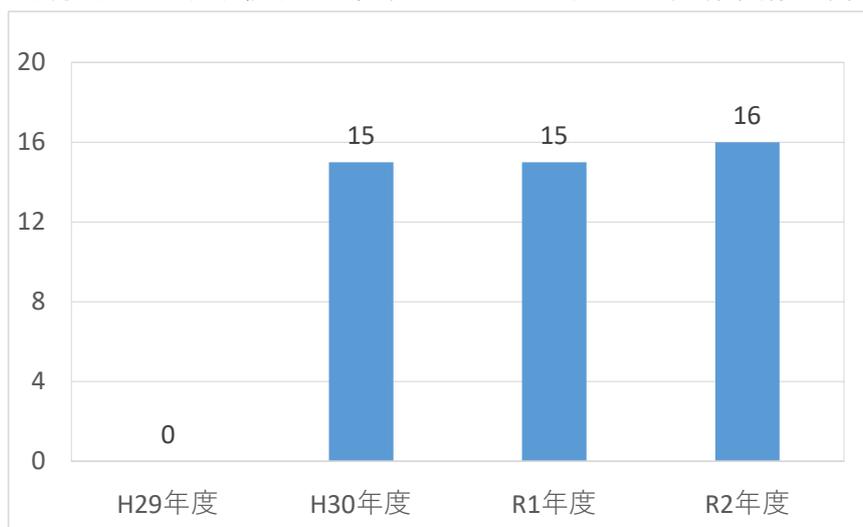
25

26 (イ) 救急搬送時の病院前脳卒中スケールの実施

27 患者の救急搬送時において、病院到着前に脳卒中の重症度を判別し搬送先の
28 病院へ事前に連絡をすることにより、病院において予め緊急受入体制を整える
29 ことが可能となり、初期対応の時間の短縮、早期治療の開始が見込まれます。
30 脳卒中スケール*の標準実施など、消防機関と医療機関の情報共有、連携強化の
31 取組を支援します。

32 *脳卒中スケール：救急現場で脳卒中かどうかを判定し、その重症度を
33 評価するためのチェックリストを使用した評価手法

1 図表10 救急搬送時の病病院前脳卒中スケールの実施消防機関数（単位：機関）



19 ※沖縄県医療政策課調査

20
21 **(2) 急性期医療**

22 脳卒中の急性期は、命に関わる場合が多く、また迅速かつ適切な治療が予後の改
23 善につながる可能性があることから、t-PA治療、外科治療及び脳血管内手術など、
24 病態に応じた治療を緊急に行う必要があります。

25
26 ア 脳卒中の急性期医療の確保

27 (ア) 脳卒中の治療が24時間速やかに実施できる連携体制の整備

28 脳卒中は、t-PA治療、外科治療及び脳血管内手術など、病態に応じた治療を
29 早急に実施する必要があるため、24時間専門的な検査及び治療が実施可能な体
30 制を確保する必要があります。

31 単一の医療施設でこれらの全ての医療を提供できる体制を確保することが困
32 難な場合や、地域の医療資源の状況によっては、24時間専門的な検査や治療を
33 行う体制を確保することが、医療機関及び医療従事者に過度の負担となる場合
34 もあります。

35 脳卒中に精通した医師による遠隔診療を用いた診断補助の実施や、医療機関
36 の機能分担、連携強化などにより、医療資源を効率的に活用し、医療機関の負
37 担の軽減を図るとともに、必要に応じて関係病院間の協議の場を設けるなど、
38 県としても、24時間必要な医療を提供できる診療体制確保の為の取組を支援し
39 ます。

図表11 t-PA実施件数

医療圏	北部	中部	南部	宮古	八重山
医療機関数	*	26	85	*	*

※医療計画データブック（令和元年度）

図表12 脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数

医療圏	北部	中部	南部	宮古	八重山
医療機関数	0	*	7	*	0
実施件数	0	*	108	*	0

※医療計画策定支援データブック（令和元年度）

図表13 専門医数及び医療機能調査による医療資源の把握

医療圏	北部	中部	南部	宮古	八重山
脳神経外科医数	4	15	39	3	2
超急性期t-PAが24時間実施可能な医療機関数	1	3	9	1	1
外科手術が24時間実施可能な医療機関数	0	4	8	1	1
脳血管内手術が24時間実施可能な医療機関数	0	2	7	1	0

※医療政策課調査（令和3年度）

(3) リハビリテーション

脳卒中は廃用症候群*の予防や急性期後の機能回復の状態の向上に、急性期リハビリテーションが大きな効果をもたらすと言われてしています。

また、要介護状態になることの予防、機能障害などを最小限にとどめ自立した生活への復帰を支援するため、急性期から維持期まで病期に応じた適切なリハビリテーションが継続して提供される必要があります。

患者が継続したリハビリテーションを実施するには、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築する必要があります。

*廃用症候群：安静状態が長期に渡って続く事によって起こる、さまざまな心身の機能低下等

ア 質の高いリハビリテーションの提供体制の確保

1 (ア) 急性期リハビリテーションの提供

2 脳卒中のリハビリテーションは病期によって分けられ、急性期に行うリハビ
3 リテーションは、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的
4 として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始します。早期にリハビ
5 リテーションを開始することで、機能回復の状況が良好となり、結果として入
6 院期間の短縮につながるとの報告もあります。

7 リスク管理のもと、リハビリテーション専門職チームで行う急性期リハビ
8 テーションの充実を支援します。

9
10 (イ) 回復期リハビリテーションの提供

11 回復期リハビリテーション病棟では、後遺症の程度や回復具合など個人の状
12 態にあわせて、歩行訓練、手や腕の機能訓練、摂食・嚥下訓練、言語訓練、高
13 次脳機能障害のリハビリテーションなど、退院後の生活を見据えたりハビリテ
14 ーションを行います。回復期リハビリテーションについては、患者、家族が生
15 活する地域で提供されることが望ましい機能であるため、各二次医療圏におけ
16 る回復期リハビリテーション機能の確保、充実を支援します。

17
18 図表14 回復期リハビリテーション病棟のある医療機関数

19

医療圏	北部	中部	南部	宮古	八重山
医療機関数	3	5	12	0	1

20

21 ※九州厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」(R3年11月現在)

22
23
24
25 (4) 多職種連携

26 脳卒中を発症した後、急性期治療終了時の患者の状態は、麻痺などの障害が残らな
27 い方から、重度の機能障害がある方までその状態は多様です。

28 急性期治療、急性期リハビリテーションのみでは社会復帰が困難な患者の地域社会
29 への復帰のためには、急性期病院、回復期リハビリテーションを提供する病院、再
30 発予防のための医療を提供する地域の診療所が連携し、切れ目なく継続して必要な
31 医療とリハビリテーションが提供される必要があります。

1 ア 多職種が連携した療養支援体制の構築

2 (ア) 切れ目なく必要な治療、リハビリテーション及び介護サービスが提供され
3 る連携体制

4 脳卒中患者が、急性期治療や回復期リハビリテーションなどを経た後、再発
5 や増悪が予防され、早期に生活の場に戻ることができるよう、おきなわ脳卒中
6 地域連携委員会（*）が運用している「おきなわ脳卒中地域連携パス」の活用
7 も含めた地域の医療・介護関係機関の連携体制整備を支援します。

8 *おきなわ脳卒中地域連携委員会：沖縄県医師会主催による脳卒中患者の円
9 滑な医療連携や治療成績の向上を目的とした委員会。

10
11 (イ) 院内又は院外の歯科医師等との連携による口腔管理の実施

12 脳卒中の合併症の一つである誤嚥性肺炎は、摂食・嚥下機能に障害があると
13 発症リスクが高まります。誤嚥性肺炎は患者の回復が遅れたり、在院日数が長
14 くなる一因とされており、また、肺炎は死因の第5位の疾病でもあります。

15 口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係につ
16 いて広く指摘されていることから、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対す
17 る、院内又は院外の歯科医師等との連携による口腔管理の実施を促進します。

18
19 **(5) 脳卒中患者への相談支援**

20 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
21 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。

22 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
23 嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があり、社会
24 的理解や支援が必要です。

25
26 ア 脳卒中患者及び家族へ相談、支援が行われている

27 (ア) 患者及び家族への相談、支援体制の構築

28 脳卒中患者及びその家族に対して、地域におけるリハビリテーション、介護、
29 患者支援、保健、福祉などの情報提供を行うための相談窓口設置に向け関係者
30 と連携を図り検討を行います。

31
32 (イ) 高次脳機能障害者への専門的相談、リハビリテーションの実施

1 沖縄県では平成19年度から、沖縄リハビリテーションセンター病院と平安病
2 院を高次脳機能障害支援拠点機関として相談窓口を開設しています。支援拠点
3 機関では、高次脳機能障害の診断及び治療のほか、支援コーディネーターによ
4 る電話や来院、訪問等による相談、高次脳機能障害者への専門的な支援を実施
5 しています。

- 6 ・高次脳機能障害の診断、評価
- 7 ・高次脳機能障害の治療（入院治療、外来治療（医師診察、心理カウンセリング、
8 医学リハビリテーション））
- 9 ・復職、復学、就職の支援
- 10 ・制度利用の相談及び支援（障害者手帳、障害年金、労災保険、自賠責保険、
11 失業手当、傷病手当金）

12
13 図表15 高次脳機能障害支援拠点機関

14

施設	R2年度相談件数
沖縄リハビリテーションセンター病院	701件
平安病院	1,349件
合計	2,050件

1 第3節 治療と仕事の両立支援・就労支援

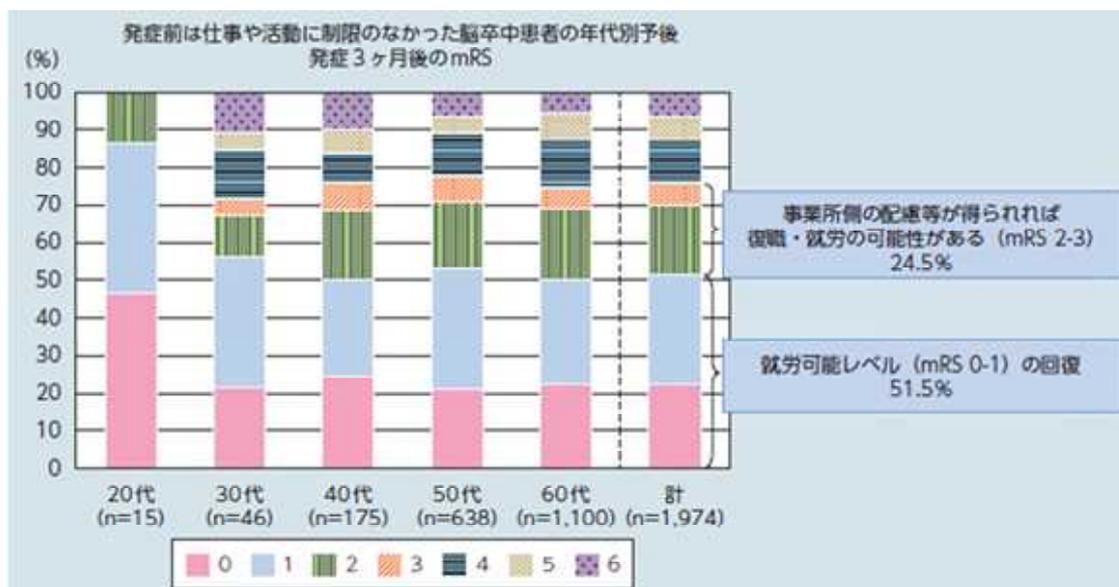
1 現状と課題

(1) 脳卒中

平成 29 年患者調査によると、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（約 112 万人）のうち、約 16%（約 18 万人）が 20～64 歳の患者です。

脳卒中は手足の麻痺、言語障害等の障害が残る可能性が高い疾病ですが、独立行政法人労働者健康安全機構の分析によると、65 歳未満の脳卒中患者（くも膜下出血を除く。）については、発症 3 ヶ月の時点で約 50% が就労可能レベル（mRS0-1）まで機能回復しています。軽度の障害はあるが日常生活は自立して行えるレベル（mRS2）、中等度の障害はあるが歩行は介助なしに行えるレベル（mRS3）の者はその後のリハビリテーションの成果や事業所側の配慮などによって復職や就労が期待され、治療と仕事の両立支援へのニーズが高い層と考えられます。

図表 16 脳卒中患者の年代別予後



平成 30 年版厚生労働白書

(2) 心疾患

平成 29 年患者調査によると、虚血性心疾患を含む心疾患の患者（約 173 万人）は、約 16%（約 28 万人）が 20～64 歳の患者です。

心筋梗塞などの心疾患患者の復職率は約 7～8 割との調査報告があり、治療後は通常の生活に戻り適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多くありますが、治療法や治療後の心機能によっては継続して

1 配慮が必要な場合があります。

2 研究者が行った患者へのアンケートによると、復職した者のうち約半
3 数が体のことで仕事に不安を抱えており、離職者の半数程度は健康に関
4 する不安から自己判断で離職しており、不安感の高さが離職を招いてい
5 る可能性が指摘されています。また、心筋梗塞の発症後は、うつ症状や
6 不安感が生じやすく、軽度以上のうつ状態は 40 ～ 65 %に見られるとの
7 報告もあります。

9 **2 取り組む施策**

10 病気や障害を有する者に働く意欲や能力があっても、職場の理解、支援
11 体制不足や職場と医療機関の連携が十分でない場合などにより就業の継続、
12 休職後の復職、就労が困難な場合があります。

13 生活習慣病などの病気の有病率は年齢が上がるほど高くなる状況にあり、
14 企業において、病気を有した労働者への対応が必要となる場面はさらに増
15 えることが予想され、病気を有しながらも仕事を続けることを希望する労
16 働者をサポートする環境整備が重要となります。なお、厚生労働省は令和
17 2年度に脳卒中と心疾患を発症した方に対し「治療と仕事の両立お役立ち
18 ノート」を、事業場向けに「事業場における治療と仕事の両立支援のため
19 のガイドライン」や「企業・医療機関連携マニュアル」を作成し、治療と
20 仕事の両立支援のための情報提供を行っています。

21 **(1) 沖縄産業保健総合支援センター等による相談、支援の実施**

22 (独)労働者健康安全機構では治療と仕事の両立支援を行っており、同
23 機構の沖縄産業保健総合支援センターが相談、支援を実施しています。

24 同センターでは、啓発セミナーの開催による普及啓発のほか、事業場
25 訪問による個別支援、事業者、労働者からの相談対応を行っています。
26 また、医療機関と連携を図り、医療機関での出張相談窓口の設置や両立
27 支援促進員による事業者、労働者、医療機関との個別調整支援、両立支
28 援に関する院内研修への講師派遣などを実施しています。

29 脳卒中や虚血性心疾患だけでなく、成人先天性心疾患や心筋症等、幅
30 広い病状を呈する循環器病患者が自身の病状に応じて治療の継続を含め
31 て自らの疾患と付き合いながら就業できるよう、障害特性に応じた職業
32 訓練や事業主への各種助成金の活用などを活用し、循環器病患者の状況
33 に応じた治療と仕事の両立支援や患者の職場復帰支援に取り組みます。

34 また、医療機関の出張相談窓口では長期療養者の就労支援をしている
35 公共職業安定所（ハローワーク）と連携を図り患者の相談、支援を実施
36 しております。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

第5章 計画の推進体制と 進捗評価

1 計画の推進体制

2 沖縄県循環器病対策推進協議会において、計画の推進及び進捗評価に関する意見を聴取するとともに、関係者と連携を図り計画に位置づけた施策を推進します。

2 各関係者の役割

7 (1) 沖縄県

8 関係機関と連携を図り、循環器病対策を総合的に推進します。

10 (2) 市町村、医療保険者

11 住民の日常生活に身近な市町村が地域の実情に応じ、特定健診及び保健指導の実施率向上、生活習慣病予防、循環器病に関する知識の普及啓発等、積極的な保健医療サービスの実施が期待されます。

15 (3) 医療機関等

16 急性期医療から維持期、在宅医療までの切れ目のない医療提供及び患者や家族の相談支援、介護関係者との連携等、利用者の視点に立った良質な医療の提供が期待されます。

20 (4) 県民

21 定期的に特定健診を受診し自らの健康状態を確認し、適切な生活習慣づくりによる疾病予防に努めるとともに、健診で有所見がある場合は適切にかかりつけ医を受診し生活習慣病の発症予防及び重症化を予防することが重要です。

26 3 進捗評価

27 計画を着実に推進するため、毎年度、設定した指標の進捗状況を把握し、評価を実施します。

29 評価にあたっては、施策の実施結果だけでなく、実施した施策が計画で目指す姿の実現にどのような効果をもたらしたかという観点から評価を行います。評価結果を踏まえ、必要に応じてより効果的な施策への見直しを行い、政策循環の強化を図ります。

33 なお、計画の進捗評価については、毎年度、循環器病対策推進協議会の場で報告を行い、関係者間で目指す姿の実現に向けた課題の改善状況を共有し、さらなる取組の展開へとつなげ、施策による成果を継続的に高めていくこととします。

1 予防対策 数値目標

2 1 目指す姿

指 標	現 状	目 標	目標値の 考え方	データ出典	取り組みの 主体
急性心筋梗塞(続発性合併症を含む)及 び再発性心筋梗塞の件数	R1年度 沖縄県 649 北部 28 中部 220 南部 366 宮古 14 八重山 21	R5年度 現状より低下 現状より低下 現状より低下 現状より低下 現状より低下 現状より低下	現状より低下	DPC公開データ	—
脳血管疾患の入院件数	R1年度 確認中	R5年度 確認中	現状より低下	おきなわ脳卒中地 域連携委員会	—

20 2 取り組む施策

21 (1) 循環器病の予防

指 標	現 状	目 標	目標値の 考え方	データの出典	取り組みの 主体
特定健診での危険因子有所見者 の割合	H29年度	R5年度	全国平均並 みへ改善(現 状より低下)	NDBオープンデ ータ	県民
BMI	38.9%	26.1%			
収縮期血圧(140以上)	17.6%	現状より低下			
拡張期血圧(90以上)	11.9%	現状より低下			
空腹時血糖(126以上)	6.7%	5.4%			
HbA1c(6.5以上)	7.9%	6.6%			
中性脂肪(150以上)	23.8%	20.9%			
LDLコレステロール(140以上)	28.1%	現状より低下			
HDLコレステロール(40未満)	4.9%	4.8%			
保健指導担当者に対する研修会の 開催数	R2年度 3回	R5年度 3回	現状を維持	県国民健康保 険課調べ	保険者 県
県民向けの講座・イベントの実施回数	R2年度 0回	R5年度 5回	現状より向上	県健康長寿課 調べ	県
特定健診受診率	R1年度	R5年度	沖縄県国民健 康保険運営方 針の目標値 全国健康保険 協会目標値	保険者データ	保険者 県民 雇用主
市町村国保	38.6%	60%			
協会けんぽ	57.5%	65%			
特定保健指導実施率	R1年度	R5年度	沖縄県国民健 康保険運営方 針の目標値 全国健康保険 協会目標値	保険者データ	保険者
市町村国保	67.2%	60%			
協会けんぽ	37.1%	35%			

1 心疾患対策 数値目標

1 目指す姿

指 標	現 状	目 標	目標値の 考え方	データ出典	取り組みの 主体
虚血性心疾患の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	H27年 男性 35.4 女性 11.5	R5年 31.3 現状より低下	全国平均並 みへ改善(現 状より低下)	人口動態統 計特殊報告	—
虚血性心疾患の年齢階級 別死亡率 (人口10万人あたり)	H27年(男性) 70-74歳 185.2 65-69歳 116.8 60-64歳 82.1 55-59歳 43.2 50-54歳 26.9 45-49歳 30.4 40-44歳 18.8 H27年(女性) 70-74歳 34.0 65-69歳 27.7 60-64歳 26.8 55-59歳 4.4 50-54歳 9.1 45-49歳 6.5 40-44歳 5.7	R5年 138.8 96.4 70.7 現状より低下 現状より低下 18.1 10.3 現状より低下 24.1 13.9 現状より低下 6.4 3.5 2.0	全国平均並 みへ改善(現 状より低下)	人口動態統 計特殊報告	—
大動脈緊急症の死亡率	R2年度 手術有り 12% 手術無し 42%	現状より低下	現状より低下	DPCデータ	—
在宅等の生活の場に復帰できた 患者の割合	H29年 沖縄県 96.4% 北部 87.3% 中部 94.4% 南部 97.5% 宮古 83.3% 八重山 87.5%	R5年 現状より向上 93.3% 現状より向上 現状より向上 現状より向上 93.3%	全国平均並 みへ改善(現 状より向上)	医療計画 データブック	—
心不全患者の死亡数	R1年 沖縄県 531人 北部 41人 中部 196人 南部 224人 宮古 49人 八重山 21人	R5年 現状より低下 現状より低下 現状より低下 現状より低下 現状より低下	現状より低下	人口動態調 査	—
心不全患者の再入院率	R2年度 42日以内 9.5% 180日以内 15.3%	R5年度 現状より低下	現状より低下	県医療政策 課調査	—
先天性心疾患患者への支援 ①患者への教育 ②医療、行政、福祉、教育関係機 関との連携	R2年度 0 0	R5年度 現状より増加	現状より増加	県医療政策 課調査	医療機関 県

2 取り組む施策

(1) 救護

指 標	現状	目標	目標値の考え方	データ出典	取り組みの主体
心疾患による救急搬送患者の初診時の死亡数	R1年度 340人	R5年度 現状より低下	現状より低下	県防災危機管理課調査	-
急性心筋梗塞の症状、対処法等の普及啓発のための市民公開講座等の実施数	R1年度 23回	R5年度 5回	各二次医療圏で実施	県医療政策課調査	医療機関 消防機関

(2) 急性期医療

指 標	現状	目標	目標値の考え方	データの出典	取り組みの主体
来院後90分以内の冠動脈再開通率	R1年度 沖縄県 60.6% 北部 64.5% 中部 67.9% 南部 57.5% 宮古 61.1% 八重山 -	R5年度 64.6% 現状より向上 64.6% 64.6% 現状より向上 64.6%	全国平均並みへ改善（現状より向上）	医療計画データブック	医療機関
24時間PCIが実施可能な医療機関がある二次医療圏数	R2年度 5	R5年度 5	全ての二次医療圏での確保	県医療政策課調査	医療機関
救急搬送時の救急隊員による12誘導心電図伝送の実施件数	R2年度 761件	R5年度 現状より増加	実施件数の拡大	県医療政策課調査	医療機関 消防機関
大動脈緊急症を24時間体制で受入可能な医療機関数	R2年度 確認中	R5年度 確認中	現状より向上	県医療政策課調査	医療機関
大動脈緊急症の連携体制構築のための協議会の回数	R2年度 0件	R5年度 3回	協議の実施	県医療政策課調査	医療機関 消防機関

1
2 (3) リハビリテーション

3 4 5 6 7	指 標	現 状	目 標 (H35)	目 標 値 の 考 え 方	デ ー タ 出 典	取 り 組 み の 主 体
8 9 10	心疾患患者への外来リハビリテーション 実施病院数	R3年度 16施設	R5年度 現状より増加	現状より向上	県医療政策課 調査	医療機関
11 12 13 14 15 16 17	急性期病院における心大血管疾患リ ハビリテーションの提供単位数 (単位数/日・人)	R2年度 沖縄県 1.13 北部 0.83 中部 1.04 南部 1.53 宮古 — 八重山 2.23	R5年度 現状より向上 現状より向上 1.68 現状より向上 1.68 現状より向上	現状より向上 (県平均並み へ向上)	県医療政策課 調査	医療機関
18 19 20 21 22 23 24 25 26	外来心血管疾患リハビリテーション提 供数(SCR)	R1年度 沖縄県 180 北部 57 中部 125 南部 251 宮古 — 八重山 191	現状より向上 100 現状より向上 現状より向上 100 現状より向上	全国平均並 みへ改善(現 状より向上)	医療計画デー タブック	医療機関

27
28 (4) 心不全対策

29 30 31 32 33	指 標	現 状	目 標	目 標 値 の 考 え 方	デ ー タ 出 典	取 り 組 み の 主 体
34 35 36	多職種が連携した心不全治療チ ームのある医療機関数	R2年度 15医療機関	現状より増加	多職種が連携 した治療チ ーム 設置の拡大	県医療政策課 調査	医療機関
37 38 39 40	心不全治療を可能とするかかりつ け医数(心不全管理に関する研修会 参加医療機関)	R2年度 0	現状より増加	全ての二次医 療圏での確保	県医師会 地区医師会	医療機関 医師会
41 42 43 44 45 46	心不全患者への緩和ケア実施病院 数 ①外来 ②入院	R2年度 2施設 8施設	現状より増加	現状より向上	県医療政策課 調査	医療機関
47 48 49	多職種チームで心不全緩和ケアを 実施している病院数	R3年度 4施設	現状より増加	現状より向上	県医療政策課 調査	医療機関

1 (5) 移行期医療支援

2

3

4

5

6

7 指 標	8 現 状	9 目 標	10 目標値の 11 考え方	12 データ出典	13 取り組みの 14 主体
移行期医療支援センターの設置、運営	R3年度 0箇所	R5年度 1箇所	センター設置を目指す	県医療政策課 調査	医療機関 県
移行期医療支援センターの設置に向けた準備作業(関係者間の意見交換、研修等)	R2年度 未着手	R5年度 実施	センター設置を目指す	県医療政策課 調査	医療機関 県

1 脳卒中対策 数値目標

2 1 目指す姿

指 標	現 状	目 標	目標値の 考え方	データ出典	取り組みの 主体
脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	H27年 男性 38.1 女性 17.5	R5年 37.8 現状より低下	全国平均並 みへ改善(現 状より低下)	人口動態統 計特殊報告	—
脳血管疾患の年齢階級別死 亡率 (人口10万人あたり)	H27年(男性) 70-74歳 185.2 65-69歳 111.9 60-64歳 74.1 55-59歳 60.5 50-54歳 40.3 45-49歳 23.9 H27年(女性) 70-74歳 64.6 65-69歳 17.6 60-64歳 39.2 55-59歳 17.6 50-54歳 9.1 45-49歳 2.2 40-44歳 13.2	158.6 89.5 61.8 41.6 29.1 19.2 現状より低下 現状より低下 24.3 16.2 現状より低下 現状より低下 1.3	全国平均並 みへ改善(現 状より低下)	人口動態統 計特殊報告	—
脳内出血の年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	H27年 男性 18.3 女性 6.5	14.1 6.3	全国平均並 みへ改善	人口動態調 査特殊報告	—
在宅等の生活の場に復帰できた 患者の割合	H29年 52.1%	R5年 57.3%	全国平均並 みへ改善(現 状より向上)	医療計画 データブック	—

2 取り組む施策

(1) 救護

指 標	現 状	目 標	目標値の 考え方	データ出典	取り組みの 主体
t-PAの実施数	R1年度 111件	R5年度 125件	脳梗塞患者の 7% (全国並 み)の実施率	医療計画デー タブック	-
脳卒中の症状、対処法等の普及啓 発のための市民公開講座等の実施 数	R2年度 4件	R5年度 5件	現状より向上	日本脳卒中協 会沖縄県支部	医療機関 消防機関
救急搬送時の脳卒中評価スケールを 標準化し実施している消防機関数	R2年度 16箇所	R5年度 18箇所	全ての消防機 関で標準実施	県医療政策課 調査	消防機関

(2) 急性期医療

指 標	現 状	目 標	目標値の 考え方	データの出典	取り組みの 主体
血管内治療の実施件数	R1年度 108回	R5年度 現状より増加	現状より向上	医療計画デー タブック	-
遠隔診断補助及び搬送の連携体制 構築数(医療圏数)	R2年度 0圏域	R5年度 3圏域	北部、宮古、八 重山圏域で構 築	県医療政策課 調査	医療機関
脳神経外科医の数	H30年 北部 4 中部 15 南部 39 宮古 3 八重山 2	R5年度 現状維持	現状維持 (空白地域の 発生を防ぐ)	医師・歯科医師 ・薬剤師調査	医療機関 県 大学
超急性期t-PAが24時間実施可能な 医療機関数	R2年度 北部 1 中部 3 南部 9 宮古 1 八重山 1	R5年度 全ての医療 圏での提供 が可能な体 制を確保	全ての医療圏 での提供が可 能な体制を確 保	県医療政策課 調査	医療機関
外科手術が24時間実施可能な医療 機関数	R2年度 北部 0 中部 4 南部 8 宮古 1 八重山 1	R5年度 連携も含め た医療提供 体制の確 保	連携も含めた 医療提供体 制の確保	県医療政策課 調査	医療機関

1					
2	脳血管内手術が24時間実施可能な医療機関数	R2年度	R5年度	連携も含めた医療提供体制の確保	県医療政策課調査
3		北部	0		
4		中部	2		
5		南部	7		
6		宮古	1		
7	八重山	0			
8					

9
10 (3) リハビリテーション

11	指 標	現 状	目 標 (H35)	目 標 値 の 考 え 方	デ ー タ 出 典	取 り 組 む の 主 体
12	13 脳卒中患者のFIM利得数	14 R1年度	15 R5年度			
16		17 24.5	18 現状より増加	19 現状より向上	20 おきなわ脳卒中地域連携委員会	21 医療機関
22	23 おきなわ津梁ネットワーク脳卒中登録件数	24 R2年度	25 R5年度			
26		27 6,055件	28 新規発症者の全例登録	29 新規発症者の全例登録	30 県医師会	31 県医師会 医療機関 県民
32	33 急性期リハビリテーションの提供単位数(単位数/日・人)	34 R2年度	35 R5年度			
36		37 3.57	38 2.8	39 H23厚労省チーム医療推進方策検討WG資料(急性期リハ平均単位数)	40 県医療政策課調査	41 医療機関
42	43 回復期リハビリテーション病棟がある二次医療圏数	44 R2年度	45 R5年度			
46		47 4	48 5	49 全ての二次医療圏での確保	九州厚生局届出医療機関名	医療機関
48	50 介護保険によるリハ提供数	51 R1年度	52 R5年度			
49	53 ①訪問リハビリテーションの提供単位数(千単位数/日・人)	54 13.7	55 現状より増加	56 現状より向上	57 介護保険事業状況報告	58 介護事業所
50	59 ②通所リハビリテーションの提供体位数(千単位数/日・人)	60 0.7	61 現状より増加			
51	62 脳卒中の摂食機能療法(1日につき)の算定件数(算定回数)	63 R1年度	64 R5年度			
52		65 沖縄県 41,068	66 現状より増加	67 普及促進により増加	68 医療計画データブック	69 医療機関
53		70 北部 2,374				
54		71 中部 15,547				
55		72 南部 15,370				
56		73 宮古 150				
57		74 八重山 7,627				
58	75 歯科医師連携加算(栄養サポートチーム加算)レセプト数	76 R1年度	77 R5年度			
59		78 2,508件	79 現状より増加	80 普及促進により増加	81 NDBオープンデータ	82 医療機関

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

(4) 脳卒中患者への相談支援

指 標	現 状	目 標	目標値の 考え方	データ出典	取り組みの 主体
おきなわ脳卒中地域連携パスシートの 回復期退院時のリハビリ継続の件数	R2年度 確認中	R5年度 現状より増加	現状より向上	おきなわ脳卒中地 域連携委員会	医療機関
脳卒中相談窓口の設置に向けた意 見交換	R2年度 未実施	R5年度 実施	相談窓口設置 を目指す	県医療政策課 調査	医療機関 県
高次脳機能障害支援拠点機関の相 談支援件数	R2年度 2,050人	R5年度 現状より増加	現状より向上	県障害福祉課 調査	医療機関 県