別冊２

第8次
静岡県保健医療計画

【2018年度～2023年度】

いのち輝き、笑顔あふれる社会を。

平成30年3月

静　岡　県

第８次静岡県保健医療計画　目次

第１章　基本的事項
　第１節　計画策定の趣旨 …… 1
　第２節　基本理念 …… 1
　第３節　計画の位置付け …… 2
　第４節　計画の期間 …… 2
　第５節　2025 年に向けた取組 …… 2
　第６節　地域包括ケアシステムの構築 …… 3

第２章　保健医療の現況
　第１節　人口 …… 4
　第２節　受療動向 …… 11
　第３節　医療資源 …… 26

第３章　保健医療圏
　第１節　保健医療圏の設定の基本的考え方 …… 28
　第２節　保健医療圏の設定
　　１　２次保健医療圏 …… 28
　　２　３次保健医療圏 …… 30
　第３節　基準病床数 …… 31

第４章　地域医療構想
　第１節　構想区域 …… 32
　第２節　2025 年の必要病床数、在宅医療等の必要量 …… 32
　第３節　実現に向けた方向性 …… 39
　第４節　地域医療構想の推進体制 …… 40

第５章　医療機関の機能分担と相互連携
　第１節　医療機関の機能分化と連携 …… 43
　第２節　プライマリーケア …… 44
　第３節　地域医療支援病院の整備 …… 46
　第４節　公的病院等の役割
　　１　公的病院等の役割 …… 49
　　２　公的病院改革等への対応 …… 50
　　３　県立病院
　　（１）県立静岡がんセンター …… 52
　　（２）地方独立行政法人静岡県立病院機構 …… 56
　第５節　医療機能に関する情報提供の推進 …… 59
　第６節　病床機能報告制度 …… 62

第６章　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築
　第１節　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制 …… 65
　第２節　疾病
　　１　がん …… 67
　　２　脳卒中 …… 77
　　３　心筋梗塞等の心血管疾患 …… 86
　　４　糖尿病 …… 98
　　５　肝炎 …… 106
　　６　精神疾患 …… 113
　第３節　事業
　　１　救急医療 …… 130
　　２　災害時における医療 …… 141
　　３　へき地の医療 …… 154
　　４　周産期医療 …… 163
　　５　小児医療（小児救急医療を含む。） …… 178

２　脳卒中

【対策のポイント】
- ○　最大の危険因子である高血圧を有する県民に対する降圧療法、生活指導の推進
- ○　危険因子や初期症状の県民啓発と地域病院間連携の推進による県民の脳卒中死亡率の抑制
- ○　発症早期から患者の状態に応じた集学的リハビリテーションの推進

（１）現状と課題

ア　脳卒中の現状

○脳卒中は、脳血管疾患とも呼ばれますが、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。

○脳梗塞は、動脈硬化により太い血管の内腔が狭くなるが原因となり発症するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性塞栓症の３種類に分けられます。脳出血は脳の細い血管が破綻するもの、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。

○脳卒中は、片麻痺、摂食機能・嚥下障害、高次脳機能障害[1]、遷延性意識障害[2]などの後遺症が残る事があり、患者及びその家族の日常生活に大きな影響を及ぼす疾患です。

○認知症患者の中で脳血管の障害が原因とされる患者は 20%前後を占め、アルツハイマー型認知症に次いで第２位となっています。脳卒中は高次脳機能障害の原因疾患の第１位でもあります。また、介護が必要になった者の 16.1%は脳卒中が主な原因で、第２位となっている[3]ほか、嚥下障害の原因疾患のうち脳卒中が約６割[4]を占めています。

イ　本県の状況

（死亡･り患の状況）

○本県における 2018 年の脳卒中による死亡者は 3,737 人、全死亡者 41,972 人中 8.9%であり、死亡原因としては悪性新生物、心疾患、老衰に次いで第４位となっています。

○脳卒中のうち最も多い死亡原因は脳梗塞で 1,917 人(51.3%)、次いで脳出血 1,255 人(33.6%)、くも膜下出血 408 人(10.9%)となっています。

○全国と比較した本県における脳卒中の標準化死亡比は 113.3 であり、依然として高い傾向を示しています。

（医療従事者の状況）

○本県の人口 10 万人当たりの神経内科の医師数は 3.1 人、脳神経外科の医師数は 5.7 人で、全国平均 4.0 人、5.9 人と比較すると神経内科医は少なくなっています。

（救急患者の搬送）

○2018 年に救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は 38.9 分であり、全国平均 39.5 分と較べると、約 35 秒早く搬送されています。

○本県において、2017 年に脳卒中により救急搬送された患者数は約 670 人です。

---

[1] 高次脳機能障害：脳の損傷による認知障害全般を指し、失語、失行、失認の他、記憶障害、注意傷害、遂行機能障害、社会的行動障害等がある。
[2] 遷延性意識障害：重度の昏睡状態をさす病状のこと。
[3] 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2019 年)
[4] 厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料より。

（急性期の治療）

○2020 年 10 月時点で、本県で脳卒中の救急医療機能を担う病院は、賀茂保健医療圏を除く７保健医療圏に 29 施設あります。

○2019 年３月時点で、本県の脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法[5]の実施可能な病院は 25 施設あり７保健医療圏で実施できる体制ですが、賀茂保健医療圏には実施可能な医療機関がありません。

○2018 年時点で、くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術[6]、脳動脈瘤コイル塞栓術[7]については、賀茂保健医療圏を除く７保健医療圏で実施されています。

（脳卒中のリハビリテーション）

○脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」の機能を担う医療機関は 60 施設あり、県内の全医療圏で実施されています。

（在宅への復帰）

○本県において、脳卒中の退院患者平均在院日数は 90.5 日で、全国平均 81.4 日より約 9 日長くなっています。

○本県において、主病名が脳卒中の患者で、退院後に在宅等生活の場に復帰した割合は 54.1%となっています。

○脳卒中の「生活の場における療養支援」の機能を担う医療機関は 272 施設あり、県内の全医療圏で実施されています。

ウ　医療提供体制

○静岡県における脳卒中患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を上回っています。特に高齢化の進行が早い賀茂及び熱海伊東医療圏において早急な対策が望まれます。

（ア）発症予防

○脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。75 歳未満の成人は 130/80mmHg 未満、75 歳以上の高齢者は 140/90mmHg 未満（ただし、脳血管障害患者、冠動脈疾患患者等は 130/80mmHg 未満）を降圧目標として、高血圧のコントロールを厳密に行うことが重要です。また、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、不整脈（心房細動）、慢性腎臓病（CKD）、喫煙、多量飲酒も危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療を行う必要があります。さらに、受動喫煙防止の推進も重要です。

○特定健康診査において「要医療」となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しています。医療保険者、特定健康診査や特定保健指導の受託者、医療機関（かかりつけ医）、薬局が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

（イ）発症後の医療等

○発症後できるだけ早く急性期の治療（脳梗塞では、発症 4.5 時間以内の専門治療可能な医療機関への搬送が重要）を受けられるよう、県民への脳卒中の症状及び緊急受診の必要性の啓発と、搬送も含めた救急医療体制の整備、充実が必要です。

○脳卒中の救急医療を担う病院は県内に 29 施設（2020 年 10 月末現在）あり、賀茂医療圏を除く

---

[5] t-PA による脳血栓溶解療法 ： 脳神経細胞が壊死する前に、t-PA(tissue plasminogen activator：組織プラスミノゲン活性化因子）を静脈注射により投与し脳動脈を塞ぐ血栓を溶かし、脳動脈の血流を再開させる治療法。

[6] 脳動脈瘤クリッピング術 ： 開頭手術により、脳動脈瘤の根元にクリップをかける外科的治療法。

[7] 脳動脈瘤コイル塞栓術 ： 大腿動脈からのカテーテル挿入により、脳動脈瘤を塞栓する血管内療法。

保健医療圏では複数の病院がありますが、賀茂医療圏にはありません。また、賀茂医療圏における救急患者が、救急要請（覚知）から医療機関へ収容されるまでの平均所要時間は44.6分であり、県平均38.9分と較べると約6分長くなっています。

○特に経口挿管されている場合は人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせないため、院内歯科との連携が重要です。

（ウ）リハビリテーション

○後遺症軽減に向けて、発症後早期にリハビリテーションを開始することが必要です。急性期、回復期、維持期の各期において、病状や合併症に応じた適切なリハビリテーションを継続して受けられる体制の整備が必要です。

○在宅等への復帰に向けた再発予防を含む回復期の医療及びリハビリテーションから、生活の場における維持期のリハビリテーションまで切れ目のない医療、介護サービスが提供されるように、関係者（機関）の連携が重要です。必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。

（エ）在宅療養・再発予防

○急性期治療により後遺症が残らない場合であっても、基礎疾患や危険因子を放置すると再発の可能性があるため、基礎疾患の継続的な治療や生活習慣の改善などを行う必要があります。

○維持期に合併症を併発した患者に対しては、合併症及び患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関との連携が重要です。

○必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。

○最期まで在宅等での療養を望む患者に対して、看取りまでを含めた包括的な体制が必要です。

（２）対策

ア　数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男性 26.6% 女性 19.5% （2016年）	男性 24.0% 女性 16.0%	2割減少させる。	県民健康基礎調査
脳卒中の年齢調整死亡率 （人口10万人当たり）	男性 40.3 女性 21.1 （2018年）	男性 37.8 女性 21.0	年齢調整死亡率について全国平均まで引き下げる。	厚生労働省「人口動態統計」より算出
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の7医療圏 （2018年）	全医療圏	全保健医療圏で実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」
県民の健康寿命（歳）	男性 72.63 女性 75.37 男女計 74.02 （2016年）	男性 75.63以上 女性 78.37以上 男女計 74.02以上 （2040年）	他の施策とともに、2040年までに健康寿命を3年以上延伸させる。	厚生労働省「健康日本21推進専門委員会」

イ　施策の方向性

県循環器病対策推進計画（計画期間：2022年度から2023年度）に基づき、以下の施策に取組みます。

（ア）発症予防

○禁煙、適切な飲酒、減塩、運動習慣といった生活習慣の改善や特定健康診査・特定保健指導の

推進による高血圧症等、糖尿病、脂質異常症等、脳卒中の危険因子となる生活習慣病の発症予防や重症化予防を「しずおか“まるごと”健康経営プロジェクト」等により地域、職域、教育の場で推進します。

○かかりつけ医への定期受診によって、高血圧症への降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

（イ）発症後の医療等

○脳卒中を疑うような症状（片側の顔や手足が動きにくい、ろれつが回らない）が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに受診行動をできるように、県民への脳卒中の正しい知識を普及啓発します。

○県内のどの地域に住んでいても、発症 4.5 時間以内に脳梗塞の治療が開始できるように t-PA 脳血栓溶解療法の講習を受けた医師の地域での増加を促進し、地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワーク構築を図ります。

○救急患者のCT､MRI 画像を脳卒中専門医のいる施設へネットワーク経由で伝送することにより、専門医がいない医療機関でも脳卒中の早期診断が可能になる体制や、さらに専門医の指示のもとで t-PA 療法を開始した上で病院間搬送を行う体制の構築も地域の必要に応じて検討し、標準的治療の普及（発症から 4.5 時間以内の t-PA 治療等）を図ります。

○脳出血やくも膜下出血等で外科的治療や血管内治療が必要な場合には、来院後２時間以内に治療を開始できるように地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワーク構築を図ります。

○発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームから、脳卒中に関する現在の状態から、再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル、介護方法、利用可能な福祉資源等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。

○住み慣れた地域で脳卒中の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるよう、医療機関等の機能分担及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

（ウ）リハビリテーション

○十分なリスク管理の下でできるだけ発症早期から、組織化されたリハビリテーションを開始することを進めます。

○地域の急性期医療機関と回復期及び在宅医療を含む維持期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画、合併症等の患者の状態、家族の状況等を脳卒中地域連携パスや ICT 端末等にて共有及び意見交換し、リハビリテーション、合併症の治療、再発した場合の治療を連携して実施する体制づくりを推進します。

○適切な経口摂取及び誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内歯科や歯科診療所等を含めた多職種で連携して介入する体制づくりを進め、口腔ケアの実施による嚥下機能などの口腔機能の維持・改善を図ります。

○重度の嚥下障害に伴う誤嚥性肺炎リスクの高いケースや重度の認知症状併発に伴う拒食による低栄養状態のケース等では、胃瘻造設適応を含めた各種対応の判断を多職種のチームで検討することを勧めます。

（エ）在宅療養・再発予防

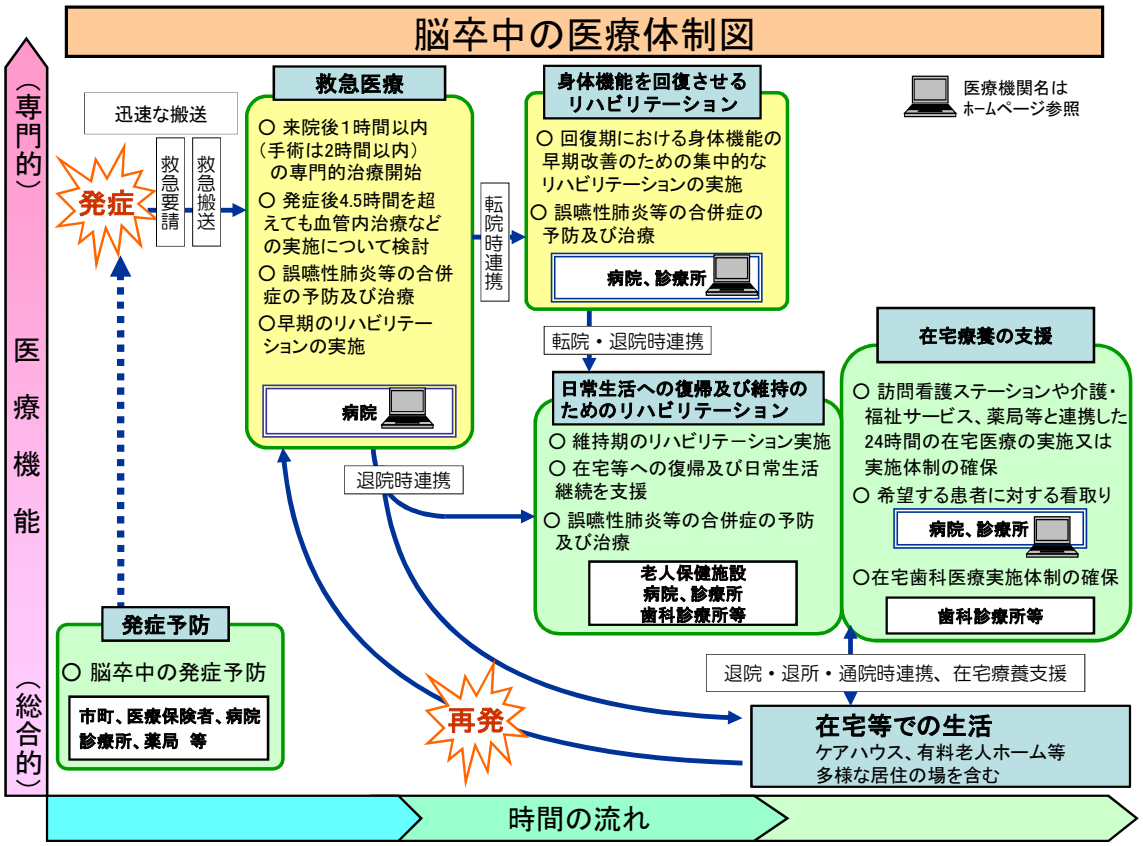
○身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の治療及び危険因子の管理を続けるとともに、かかりつけ歯科医のもとで口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防を進めます。

○在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等の充実により、在宅もしくは介護施設での訪問診療や生活機能の維持・向上のための訪問リハビリテーションを実施し、日常生活の継続を支援します。
○療養生活に移行して初めて、それまで気づかれなかった高次脳機能障害によって問題が生じる場合もあるので、適宜家族がかかりつけ医に相談するように啓発します。
○合併症の悪化や脳卒中の再発の際には、患者の状態に応じた適切な医療を地域で提供できるよう医療機関、薬局の連携体制を推進します。
○脳卒中により介護が必要となった場合、老老介護など家族へ負担が大きいため、地域で支えあえる環境づくりや医療と介護の連携を推進します。

（３）「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

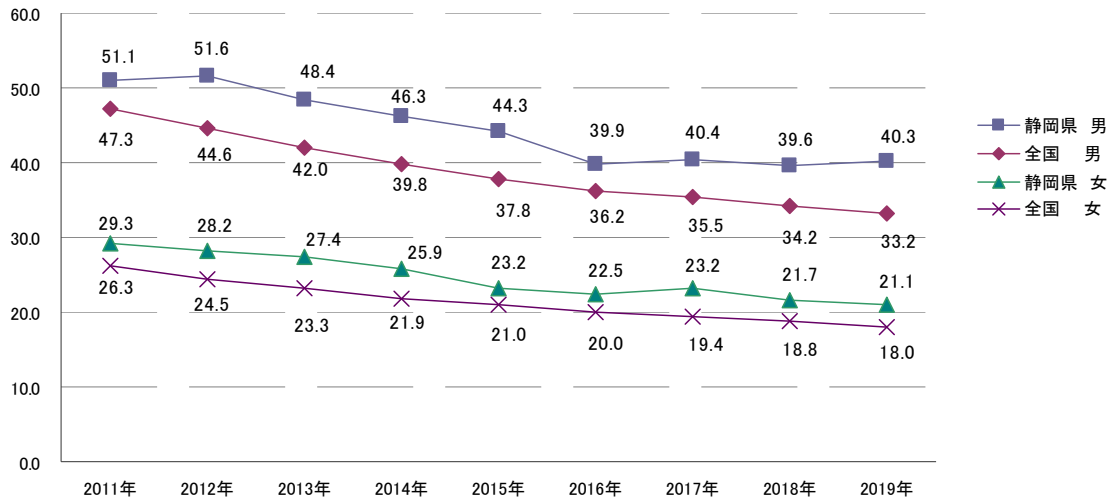
	発症予防	発症後の医療等	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	在宅療養の支援
ポイント	○ 脳卒中の発症予防	○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に発症後迅速に搬送	○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ○早期にリハビリテーションを実施	○ 回復期における身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションの実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 維持期のリハビリテーション実施 ○ 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 薬局、訪問看護ステーションや介護・福祉サービス等と連携した24時間の在宅医療の実施 ○ 希望する患者に対する看取り
機能の説明	・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施、受診勧奨 ・医療機関での高血圧等の危険因子の治療	・ 地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中を疑われる患者に対する救急救命士等による適切な観察・判断・処置の実施 ・ 急性期医療を担う医療機関へ脳卒中を疑われる患者を迅速に搬送	・血液検査や画像検査（X線、CT、MRI検査）等の必要な検査を24時間実施（救急輪番制による対応を含む。） ・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療の24時間実施（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。救急輪番制による対応を含む。） ・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（もしくは発症後4.5時間以内）に組織プラスミノーゲンアクチベーター(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法を実施 ・脳出血やくも膜下出血等、外科的治療や血管内治療を必要と判断した場合には、来院2時間以内に治療を開始 ・呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療 ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応 ・リスク管理の下に早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションを実施 ・回復期（あるいは維持期、在宅医療）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携	・再発予防治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応 ・失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションを専門医療スタッフにより集中的に実施（回復期リハビリテーション病棟を保有、又は脳血管リハビリテーション料Ⅰ算定医療機関） ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応 ・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携	・再発予防治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応 ・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションを実施 ・回復期（あるいは急性期）の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応 ・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携 ・摂食・嚥下リハビリテーションや専門的な口腔ケアを実施	・ 24時間体制で患者家族の要請による訪問診療又は訪問看護などを実施あるいは実施可能な体制を確保 ・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションを実施 ・希望する患者に対する看取り（在宅療養支援診療所届出医療機関、在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）届出薬局） ・急性期あるいは回復期、維持期の医療機関や介護サービス事業者等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・在宅歯科医療の実施体制を確保

（４）「脳卒中」の医療体制図



（５）関連図表

◯脳卒中による年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移



（資料：厚生労働省「人口動態統計」より算出）

◯脳卒中（脳血管疾患）による死亡数（2018 年）

		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳血管疾患	総数	3,737	113	191	710	362	645	464	399	853
	男	1,837	50	90	369	187	328	212	182	419
	女	1,900	63	101	341	175	317	252	217	434
脳梗塞	総数	1,917	61	81	354	199	316	251	204	451
	男	914	28	36	181	101	151	108	87	222
	女	1,003	33	45	173	98	165	143	117	229
脳内出血	総数	1,255	40	87	211	113	238	145	148	273
	男	681	17	45	115	62	142	78	77	145
	女	574	23	42	96	51	96	67	71	128
くも膜下出血	総数	408	12	19	76	40	73	55	40	93
	男	162	5	8	30	18	30	19	16	36
	女	246	7	11	46	22	43	36	24	57
その他の脳血管疾患	総数	157	－	4	69	10	18	13	7	36
	男	80	－	1	43	6	5	7	2	16
	女	77	－	3	26	4	13	6	5	20

（出典：静岡県人口動態統計）

◯特定健診分析結果（標準化該当比[8]）

2018年 標準化該当比	高血圧有病者		糖尿病有病者		脂質異常有病者		習慣的喫煙者		メタボ該当者	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
賀茂	116.4	115.7	97.1	85.2	104.2	102.5	105.0	133.6	107.7	88.2
熱海伊東	103.3	103.7	108.4	100.0	108.1	101.7	111.9	198.7	112.2	94.8
駿東田方	104.0	105.8	107.7	104.3	102.6	103.1	107.1	120.7	108.7	111.0
富士	107.9	109.4	103.3	102.2	104.0	104.5	113.2	132.4	108.6	111.8
静岡	107.5	103.6	98.2	97.5	101.3	99.5	98.3	102.6	105.5	107.6
志太榛原	100.2	101.2	98.0	94.4	95.7	96.5	100.0	83.4	94.5	80.2
中東遠	89.9	90.0	94.7	103.9	96.3	97.6	96.9	77.9	88.4	94.2
西部	91.6	91.2	98.0	99.7	98.9	98.9	91.3	78.7	93.6	97.1
静岡県	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

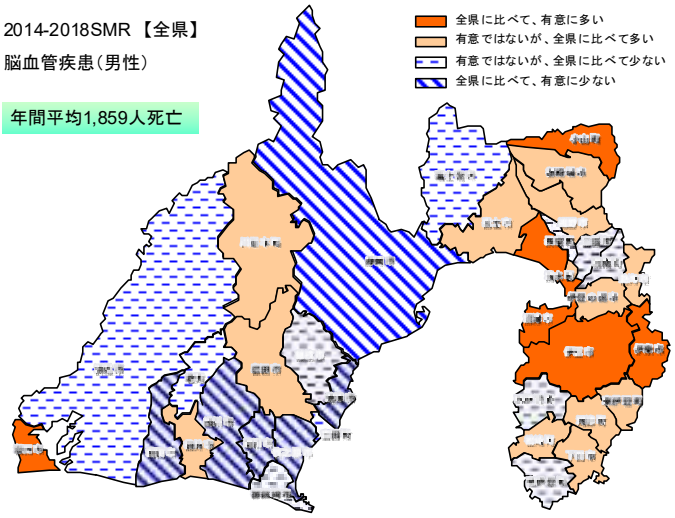
（出典：静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」）

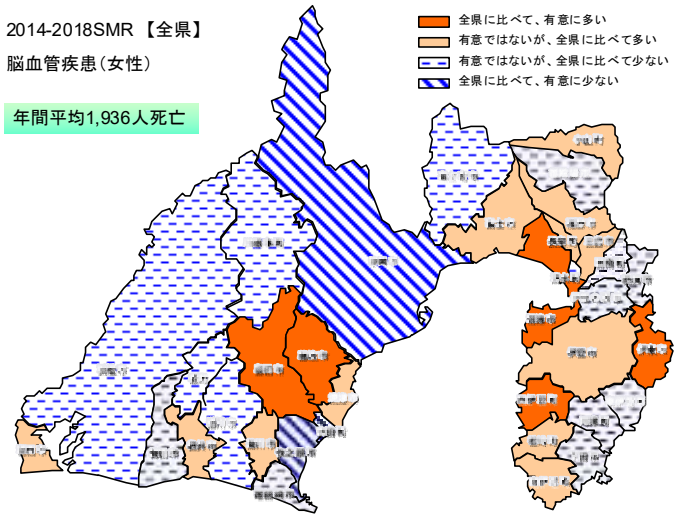
[8] 標準化該当比：県全体の有所見率を 100 とした場合の各市町の有所見率

○標準化死亡比（ＳＭＲ）

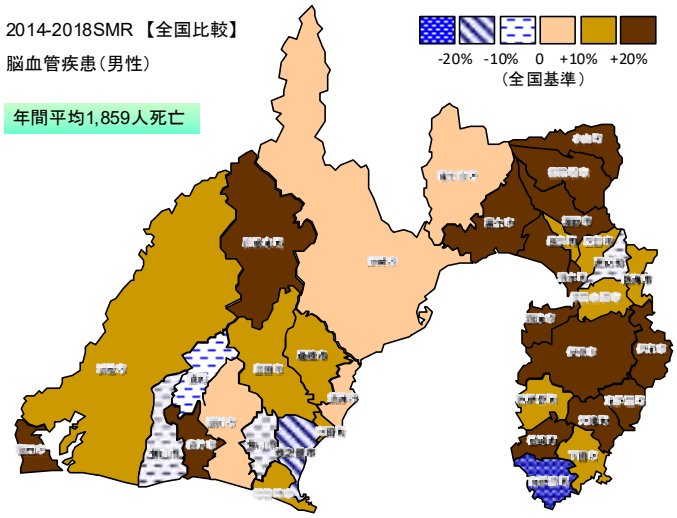
2014年-2018年	脳血管疾患		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	102.6	115.6	103.9	106.6	104.9	135.0	111.4	126.5
熱海伊東	119.3	129.4	113.6	111.0	141.6	176.1	101.6	114.1
駿東田方	108.6	120.8	107.4	107.0	96.4	124.3	122.8	137.8
富士	103.2	116.9	101.6	104.0	115.1	148.3	90.4	102.3
静岡	92.5	104.6	92.8	95.1	94.1	121.0	96.7	109.6
志太榛原	98.6	111.8	101.3	104.6	97.5	125.9	87.6	98.6
中東遠	88.5	103.6	87.7	94.0	88.9	118.0	100.8	115.0
西部	100.2	113.8	100.9	104.2	99.7	128.9	93.3	105.0
静岡県	100.0	113.3	100.0	102.8	100.0	129.0	100.0	112.9

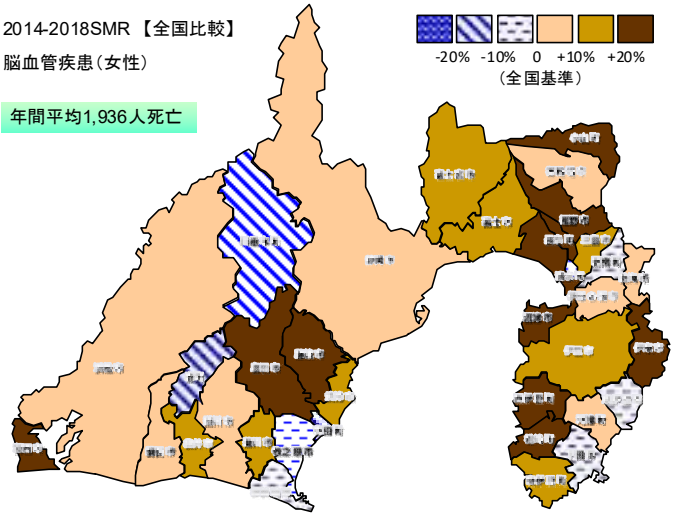
＜県内比較＞





＜全国比較＞





（出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」）

◯指標による現状把握

（医療従事者の状況）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
神経内科医師数	5,166	116	－	3	23	8	40	8	7	27	2018年	医師・歯科医師・薬剤師調査
（人口10万人対）	4	3.1	－	2.8	3.5	2.1	5.7	1.7	1.5	3.1		
脳神経外科医師数	7,528	215	4	11	51	22	36	26	19	46	2018年	医師・歯科医師・薬剤師調査
（人口10万人対）	5.9	5.7	6.1	10.2	7.7	5.7	5.1	55	4	5.3		

（救急患者の搬送）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
脳血管疾患により救急搬送された患者数（単位：0.1千人）	－	6.7	0	0	1	1.2	1.5	0.8	0.5	1.2	2017年	患者調査
（人口10万人対、単位：0.1千人）	－	0.2	0	0	0.2	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1		
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	39.5	38.9	－	－	－	－	－	－	－	－	2018年	救急救助の現況

（急性期の治療）

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
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	25	0	1	3	3	6	4	2	7	2019年	診療報酬施設基準
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	444	0	18	103	43	102	55	48	75	2018年	NDB
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	286	0	11	76	50	48	35	18	48	2018年	NDB
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	＊	0	＊	23	10	32	＊	＊	29	2018年	NDB

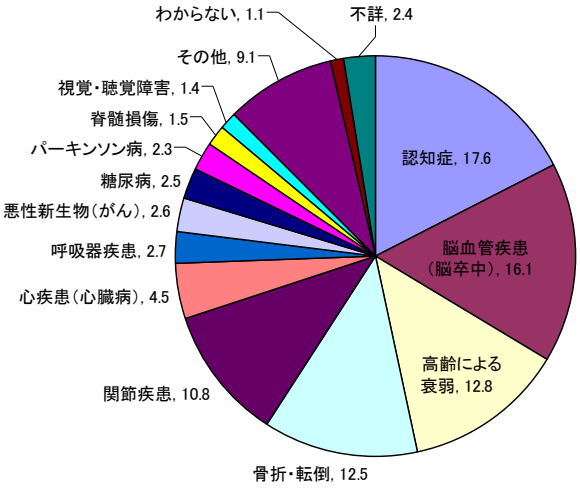
（脳卒中のリハビリテーション）

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）届出施設数	75	1	4	11	7	15	9	10	18	2019年	診療報酬施設基準
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）届出施設数	42	4	0	15	5	6	3	4	5	2019年	診療報酬施設基準
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）届出施設数	65	0	2	18	5	13	3	9	15	2019年	診療報酬施設基準
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	53,095	1,247	2,075	10,035	6,251	8,153	7,782	5,084	12,468	2018年	NDB

（在宅への復帰）

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
退院患者平均在院日数	90.5	180.4	121.2	79.5	64.1	113.9	63.2	144.2	78.3	2017年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数[0.1千人]	8.6	0	0	1.8	1.3	1.6	1.2	0.8	1.8	2017年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	54.1	47.3	52.8	51.7	50.5	59	48.5	50	63.1		

○介護が必要となった者の主な原因



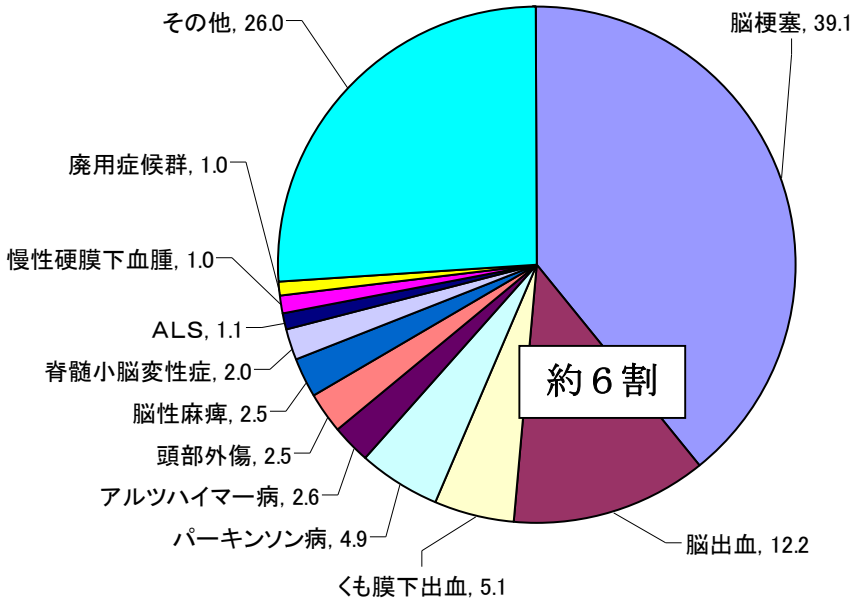
（出典：厚生労働省「2019 年　国民生活基礎調査」）

○要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位３位）

要介護度	第1位		第2位		第3位	
総数	認知症	17.6	脳血管疾患（脳卒中）	16.1	高齢による衰弱	12.8
要支援者	関節疾患	18.9	高齢による衰弱	16.1	骨折・転倒	14.2
要支援1	関節疾患	20.3	高齢による衰弱	17.9	骨折・転倒	13.5
要支援2	関節疾患	17.5	骨折・転倒	14.9	高齢による衰弱	14.4
要介護者	認知症	24.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.2	骨折・転倒	12.0
要介護1	認知症	29.8	脳血管疾患（脳卒中）	14.5	高齢による衰弱	13.7
要介護2	認知症	18.7	脳血管疾患（脳卒中）	17.8	骨折・転倒	13.5
要介護3	認知症	27.0	脳血管疾患（脳卒中）	24.1	骨折・転倒	12.1
要介護4	脳血管疾患（脳卒中）	23.6	認知症	20.2	骨折・転倒	15.1
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	24.7	認知症	24.0	その他	14.1

（出典：厚生労働省「2019 年　国民生活基礎調査」）

○嚥下障害の原因疾患の割合



３　心筋梗塞等の心血管疾患

【対策のポイント】

○　危険因子である高血圧や脂質異常症を有する県民に対する降圧療法、服薬・生活指導等の推進

○　危険因子や初期症状の県民啓発と地域病院間連携の推進により、急性心筋梗塞、大動脈瘤及び解離の死亡率を全医療圏で全国平均以下へ

○　高齢化により増加する慢性心不全患者の在宅生活を地域全体で支援する体制の構築

（１）現状と課題

ア　心血管疾患の現状

○急性心筋梗塞は、心臓に栄養と酸素を補給している冠動脈の突然の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患です。心筋が虚血状態に陥っても壊死まで至らない前段階を狭心症といいます。これらを総称して虚血性心疾患や急性冠疾患、急性冠症候群などと呼ばれています。

○心筋が虚血状態に陥ると、伸縮することができなくなり、全身に血液を送る心臓のポンプ機能が低下します。この状態を急性心不全といいます。命に関わる不整脈を併発することもあります。心筋の壊死が広範囲に及ぶと心破裂を起こすこともあります。

○急性心筋梗塞及び狭心症の症状としては、激しい胸痛、呼吸困難、冷汗、嘔気・嘔吐などがあり、血圧が低下すると意識を失うこともあります。胸痛は、安静にしていても 20 分以上続くことが多く、ニトロ製剤[1]を使用しても５分後に胸痛が治まらない場合は、狭心症ではなく急性心筋梗塞が強く疑われます。

○心筋には再生能力がないため、急性心筋梗塞では、速やかに心筋の壊死を最小限にとどめる治療が必要です。急性心筋梗塞の患者のうち、病院到着前に心停止に陥る割合は 14%にも達すると報告されています。

○胸痛等の症状が起きたら、家族等周囲にいる者による迅速な救急要請を行いつつ、意識がない、呼吸、脈拍が感じられない場合等には胸骨圧迫[2]や自動体外式除細動器（AED）[3]による電気的除細動[4]の実施、その後の速やかな救急搬送、医療機関での適切な急性期治療という一連の対応が非常に大切です。

○一方、心血管疾患の一つである慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、身体の各臓器へ必要量に見合う血液を送り出すことができなくなり、日常生活に支障をきたした状態を指します。身体を動かしたときに呼吸困難や息切れが起こり、尿量が減少し、四肢がむくむ等の症状をきたします。不整脈を起こすことも多く、突然死の危険もあります。徐々に悪化し、寿命を縮めます。

○慢性心不全患者は、心不全の悪化による入院と改善による退院を繰り返しながら、身体機能が

---

[1] ニトロ製剤：冠動脈を拡張させる作用があり、狭心症発作の初期に舌下に入れて溶かして服用する薬剤。

[2] 胸骨圧迫：心停止の際に心臓から血液を全身に送り出すために、胸骨部を１分間に 100 回程度強く圧迫すること。心臓マッサージ。

[3] 自動体外式除細動器（AED）：心停止の際に自動的に心電図の解析を行い、必要な場合には心臓に電流を流して心臓の動きを取り戻す救命のための電子機器。

[4] 電気的除細動：致死的な不整脈が起こった際に、心臓に電流を流して心臓の動きを正しいリズムに戻すこと。

徐々に悪化することが特徴で、改善を図るには、薬物療法、運動療法、生活指導等を含む多面的な介入を入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

○わが国の心不全患者の約 70%は 75 歳以上です。高齢化の進行により、心不全で入院する患者数は毎年１万人ずつ増加しています。

○一方、大動脈解離は、大動脈の壁が二層に剥がれて(解離して)二つの腔になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、大動脈の破裂による出血症状、分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたします。なお、解離した大動脈が太くなって瘤を形成した場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。

○小児・先天性心疾患とその移行医療は、2000 年前後から先天性心疾患や小児に対する心臓病治療の成績が一気に改善したことによって、現在は小児期に心臓病の治療をして成人した成人先天性心疾患患者が、日本全国に 50 万人以上いるとも言われています。

イ　本県の状況

（死亡･り患の状況）

○本県における 2018 年の心血管疾患による死亡者は 5,980 人で、全死亡者 41,972 人中 14.2%であり、死亡原因としては悪性新生物に次いで第２位となっています。

○心血管疾患のうち最も多い死亡原因は心不全で 2,498 人(41.8%)、次いで急性心筋梗塞 978 人(16.4%)となっています。大動脈瘤及び解離による死亡は 599 人(10.0%)です。

○全国と比較した本県における心血管疾患の標準化死亡比は 93.9 と、やや少なくなっています。急性心筋梗塞の標準化死亡比は 95.5、心不全は 98.3 であり、全国と比較し、やや少なくなっていますが、大動脈瘤及び解離は 107.7 と全国と較べて有意に高く、特に東部地域で高くなっています。

（医療従事者の状況）

○本県の人口 10 万人当たりの循環器内科の医師数は 8.3 人、心臓血管外科の医師数は 2.5 人で、全国平均 10.0 人、2.5 人と比較すると循環器内科医は少ないです。

（救急患者の搬送）

○2018 年に救急要請（覚知）から医療機関への搬送までに要した平均時間は 38.9 分であり、全国平均 39.5 分と較べると、約 35 秒早く搬送されています。

○本県において、2017 年に虚血性心疾患により救急搬送された患者数は人口 10 万人当たり約 1,200 人です。

（急性期の治療）

○急性心筋梗塞の救急医療機能を担う病院は、賀茂を除く７医療圏に 26 施設あります。

○大動脈瘤手術を実施できる病院は、賀茂、熱海伊東を除く６医療圏に 19 施設あります。

○冠疾患集中治療室（CCU）[5]を有する病院は 9 施設あり、賀茂、熱海伊東、中東遠を除く 5 医療圏で冠疾患集中治療を実施できる体制が整っています。

○急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（PCI）[6]は、県内全医療圏で実施され、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、賀茂、熱海伊東、中東遠を除く５医療圏で実施されています。

---

[5] 冠疾患集中治療室（CCU）：心血管疾患の重症患者を対象とする集中治療室。

[6] 経皮的冠動脈インターベンション（PCI）：カテーテルを用いて狭くなった冠動脈を拡張する治療。

（心血管疾患のリハビリテーション）

○心血管疾患リハビリテーションの機能を担う医療機関は 14 施設あり、賀茂を除く７医療圏で実施されています。

（在宅への復帰）

○本県において、虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は 8.5 日です。

○本県において、主病名が心虚血性心血管疾患の患者で退院後に在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 93.5%となっています。

（移行期医療）

○本県の小児・先天性心疾患児を含む移行医療の対応は、令和２年４月に、県から県立こども病院に移行期医療支援センターを委託し、令和３年度中に移行医療協議会が設置されるなど、先進的に取り組んでいます。

○小児期に心疾患に対する治療等を行なった場合、合併症や治療の遺残病変に起因した心不全や不整脈で薬物治療が再手術を含む治療が必要となる、治療した部位が成長に対応できずに再治療が必要となるなど、厳格な経過観察と適切なタイミングでの治療介入の有無で健康寿命が大きく変わります。

○県内移行医療対象患者の把握、拠点・連携病院と地域医療機関による適切な経過観察、治療体制の構築は、健康寿命の延伸等の面からも重要です。

ウ　医療提供体制等

○静岡県における心血管疾患患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を下回っています。しかし、急性心筋梗塞の標準化死亡比(SMR)は、賀茂、熱海伊東、中東遠の３医療圏において各々 142.5、178.3、127.4 と全国平均を上回っており早急な対策が望まれます。

（ア）発症予防

○急性心筋梗塞の最大の危険因子は高血圧です。収縮期血圧 135mmHg 以上もしくは拡張期血圧 85mmHg 以上では、急性心筋梗塞の発症率が男性で２倍、女性で 1.5 倍になるとされ、高血圧のコントロールを厳密に行うことが極めて重要です。また、糖尿病も危険因子で、発症率は 2.6 倍との報告があります。脂質異常症、メタボリックシンドローム、慢性腎臓病（CKD)、喫煙、常習飲酒習慣、ストレスも危険因子であり、基礎疾患の適切な治療や生活習慣の改善を行う必要があります。

○歯周病患者は、虚血性心疾患の発症率がやや高いことが報告されています。

○大動脈瘤及び解離の危険因子も高血圧です。

○特定健康診査において「要医療」となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しています。医療保険者、特定健康診査や特定保健指導の受託者、医療機関（かかりつけ医)、薬局が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

（イ）発症後の医療等

○急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請を行うことが大切です。また、病院外で心肺停止状態となった場合は、周囲にいる者による胸骨圧迫の実施及び自動対外式除細動器（AED）を使用することで救命率の改善が見込まれます。2014 年度時点において、AED は全国に約 48 万台普及しており、一般市民による心肺機能停止傷病者への胸骨圧迫、人工呼吸、AED 等による応急手当の実施率は 50.7%（2019 年）と向上傾向になっています。

（ウ）急性心筋梗塞の急性期の治療

○急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST 上昇型心筋梗塞[7]、非 ST 上昇型心筋梗塞[8]等の個々の病態に応じた治療が行われます。

○ST 上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法[9]や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈インターベンション（PCI）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体となります。発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高いため、救急隊接触から 30 分以内の血栓溶解薬静脈内投与、90 分以内の PCI 実施が目標とされています。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（CABG）[10]等の外科的治療が第一選択となることもあります。

○非 ST 上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じて経皮的冠動脈インターベンション、冠動脈バイパス術を行います。

○賀茂、熱海伊東、中東遠の３医療圏には、冠疾患集中治療室（CCU）を有する病院や虚血性心疾患に心臓血管外科手術を施行する病院が無く、この３保健医療圏における急性心筋梗塞の標準化死亡比は他地域に比べて高くなっています。虚血性心疾患の急性期医療における県内の地域格差を解消するよう、この３医療圏の急性期医療体制を充実させる必要があります。

○特に経口挿管されている場合は人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせないため、院内歯科との連携が重要です。

（エ）大動脈解離の治療

○大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいる Stanford A 型と上行大動脈に解離が及んでいない Stanford B 型に分類されます。

○A 型は緊急の外科的治療の適応となる場合が多いですが、B 型は内科的治療が選択されることが多く、ステントグラフト[11]を用いた血管内治療[12]を行うこともあります。ただし、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となります。

（オ）慢性心不全の治療

○慢性心不全患者に対しては、症状及び重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）[13]や随伴する難治性不整脈への治療が行われることがあります。

○重症心不全患者には心臓移植や人工心臓による治療が必要な場合があります。

○心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。心不全が急に悪化し症状が顕在化することを急性増悪といいますが、この状態では循環管理、

---

[7] ST 上昇型心筋梗塞：心臓の冠動脈が血栓により完全閉塞し、心筋が壊死を起こした状態の心筋梗塞。心電図上、ST の部分が上昇する。

[8] 非 ST 上昇型心筋梗塞：心電図の波形において ST の部分が上昇していない心筋梗塞。

[9] 血栓溶解療法：t-PA(tissue plasminogen activator：組織プラスミノゲン活性化因子）等の薬剤を静脈注射により投与し、冠脳動脈に詰まった血栓を溶かして血流を再開させる治療法。

[10] 冠動脈バイパス術（CABG）：患者の他の部位の血管を用いて、冠動脈の詰まった箇所を迂回するバイパスを作り、冠動脈の血流を改善する心臓の手術。

[11] ステントグラフト：バネ状の金属を取り付けた人工血管。

[12] 血管内治療：血管内に挿入したカテーテルという細い管等を用いて行う治療。この場合は、カテーテルによってステントグラフトを大動脈の解離した部位まで運んで設置する。

[13] 両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）：重症の心不全で左右の心室が収縮するタイミングにずれが生じ、うまく血液を送り出せない状態になった場合、左右の心室に同時に電気刺激を与えることができる電子機器を患者の体内に植え込んで、左右の心室の動きを正常に戻す治療法。

呼吸管理等の全身管理も必要となります。

○心不全増悪の要因には、虚血性心疾患等の心不全の原因となる疾患の再発や悪化、感染症、不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な原因が含まれています。

（カ）心血管疾患リハビリテーション

○急性心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じて運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。

○トレッドミル[14]や自転車エルゴメーター[15]を用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成します。徐々に負荷をかけることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・歯科医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・歯科衛生士・医療ソーシャルワーカー等）のチームにより実施します。

○より厳密に運動耐容能を評価する際は、呼気中の酸素や二酸化炭素の濃度を測定しながら運動をする心肺運動負荷試験が有用です。

○慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて実施します。

○また、心不全増悪や再入院の防止には、悪化による入院の早期より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。

○高齢慢性心不全患者で、他疾患併発や年齢に伴う筋力・体力の低下等により蛋白異化亢進状態であれば、栄養士による栄養管理を厳密に行うことも状態の改善には重要です。

（キ）在宅療養・再発予防

○急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療や合併症予防、再発予防、心血管疾患リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙、歯周病等）の管理を退院後も含めて継続的に行います。

○患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要です。

---

[14] トレッドミル：運動負荷を与えるためのベルトコンベヤー状の室内ランニング装置。

[15] 自転車エルゴメーター：ペダルをこぐことで運動負荷を与える自転車状の装置。

（２）対策

ア　数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男性 26.6% 女性 19.5% （2016 年）	男性 24.0% 女性 16.0%	2割減少させる。	県民健康基礎調査
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（PCI）を実施可能な保健医療圏	全医療圏 （2018 年）	全医療圏	全保健医療圏で実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」
心大血管疾患リハビリテーション(I)又は(II)の基準を満たす施設が複数ある医療圏の数	駿東田方、富士、静岡、志太榛原、西部の5医療圏 （2019 年）	全医療圏	全保健医療圏で心血管疾患リハビリテーションを実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」
県民の健康寿命（歳）	男性 72.63 女性 75.37 男女計 74.02 （2016 年）	男性 75.63 以上 女性 78.37 以上 男女計 74.02 以上 （2040 年）	他の施策とともに、2040 年までに健康寿命を３年以上延伸させる。	厚生労働省「健康日本 21 推進専門委員会」

イ　施策の方向性

県循環器病対策推進計画（計画期間：2022 年度から 2023 年度）に基づき、以下の施策に取組みます。

（ア）発症予防

○禁煙、適切な飲酒、減塩、運動習慣といった生活習慣の改善や特定健康診査・特定保健指導の推進による高血圧症や脂質異常症等、急性心筋梗塞の危険因子となる生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進します。

○小中学生から禁煙、減塩、野菜摂取、運動習慣等の正しい生活習慣について教育し、親世代の啓発にもつなげます。

○地域や職域においても、生活習慣の改善についての相談対応や生涯教育、住民啓発の機会を増やしていきます。

○かかりつけ医への定期受診や訪問診療によって、高血圧症への降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

（イ）発症後の医療等

○急性心筋梗塞や大動脈瘤・解離を疑うような症状（20 分以上続く激しい胸痛等）が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請し、胸骨圧迫や自動対外式除細動器（AED）による電気的除細動の実施ができるように、県民への普及啓発をさらに推進します。

○県内のどの地域に住んでいても 24 時間体制で、発症後速やかに急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の治療が開始できるように、救急医療体制の整備・充実を図るほか、地域の救急搬送状況等を踏まえ、各医療機関の急性期心血管疾患診療機能を効率的に活用した病院間ネットワーク体制の構築を図ります。

○医療圏内で急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の急性期治療病院間ネットワーク体制が構築できない場合は、隣接保健医療圏にある治療可能な医療機関への円滑な患者受け入れと迅速な患者搬送を確保するシステムを構築します。

○発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離に関する現在の状態から再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。

○住み慣れた地域で急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるように、医療機関等の機能分担及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

○慢性心不全患者の増悪時に、かかりつけ医から心血管疾患の急性期治療を行う医療機関への速やかな紹介入院が円滑にできるように地域医療連携をさらに推進します。

○県内において、心臓移植や人工心臓による治療が可能な医療機関の整備を進めます。

○今後入院が増加する高齢心不全患者は、合併症が起こりやすく入院が長期化することが多いため、院内の内科系医師全体で診療し、必要時に循環器内科で専門的な治療や検査を施行するような体制作りも検討します。

（ウ）心血管疾患リハビリテーション

○十分なリスク管理の下でできるだけ入院早期から、社会復帰を目的としたチーム医療での包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することを進めます。

○地域の急性期医療機関と回復期及び在宅医療を含む維持期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画、合併症等の患者の状態、家族の状況等をクリティカルパス等にて共有し、一貫したリハビリテーション、合併症の治療及び再発した場合の治療を連携して実施する体制づくりを推進します。

（エ）在宅療養・再発予防

○急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の患者は、退院後しばらくは急性期医療機関に通院しながら、身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の継続治療及び危険因子の管理、再発の兆候を捉える定期検査（心電図、胸部レントゲン写真、血液検査等）を続けます。多職種連携による外来での心血管疾患リハビリテーションを継続できる体制づくりを進めます。

○感染性心内膜炎や動脈硬化はう歯や歯周病との関連性があるため、心筋梗塞の予防・再発防止のためにもかかりつけ歯科医院への定期受診を進めます。

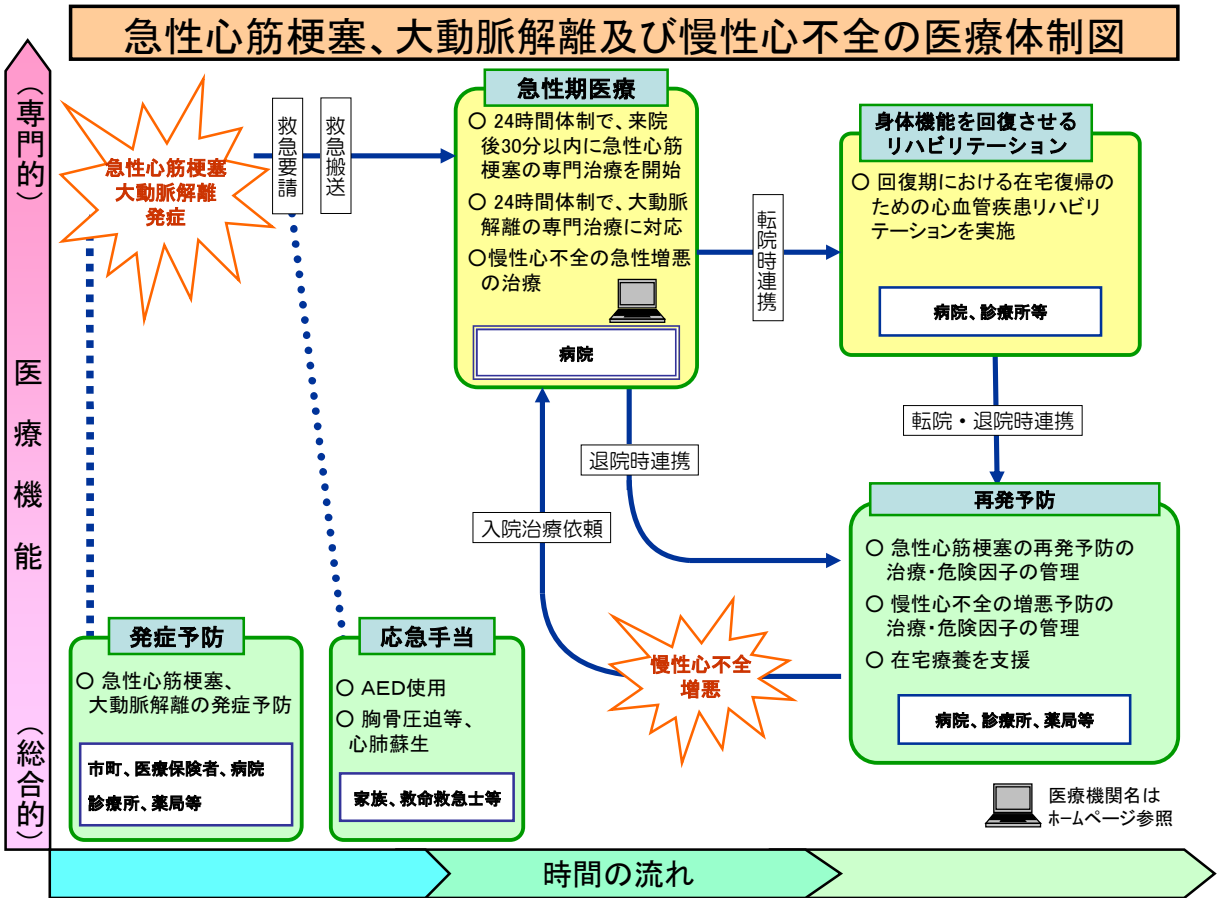
○慢性心不全患者は、退院後、身近なかかりつけ医への定期受診や訪問診療で増悪を予防するために心不全と基礎疾患の治療を続けます。急性増悪時には病診連携により地域の急性期医療機関で入院治療を受け、在宅生活への速やかな復帰を目指します。このように慢性心不全患者の在宅での療養が継続されるように、地域の仕組みづくりを進めます。

○高齢で心機能の回復が難しい慢性心不全患者に対しては、本人と家族の希望により緩和ケアの実施や看取りを踏まえた対応を在宅医療で行うことを進めます。

（３）心血管疾患の医療体制に求められる医療機能

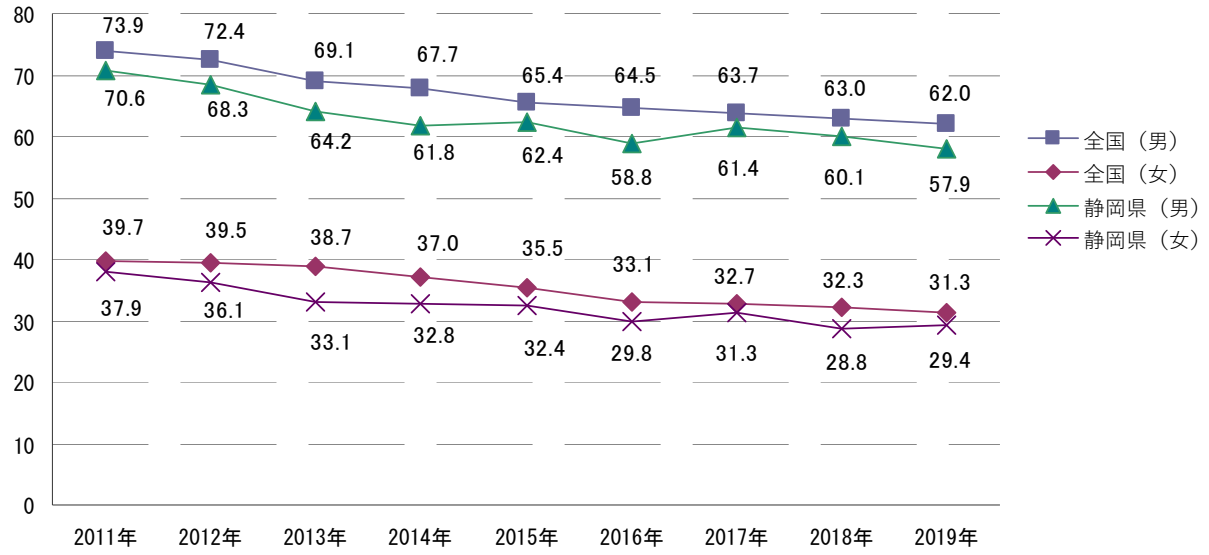
	発症予防	応急手当	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	再発予防
ポイント	○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防	○ 専門的な診療が可能な医療機関への早期搬送	○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施	○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施 ○ 在宅等生活の場への復帰の支援	○ 再発予防の治療・危険因子の管理 ○ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育 ○ 在宅療養継続の支援
機能の説明	・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施・受診勧奨 ・高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理 ・初期症状出現時に急性期医療を担う医療機関への受診勧奨	・家族、救命救急士等によるAED使用や胸骨圧迫の実施 ・地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に則し、薬剤投与を含めた適切な観察・判断・処置を実施	・心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環等必要な検査及び処置を24時間実施 ・急性心筋梗塞を疑われる患者について、専門的な診療を行う医師が24時間対応 ・ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査、及び適応があればPCIを行い、来院90分以内の冠動脈再疎通を実施 ・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する治療の実施 ・心臓外科的処置が可能であるか、処置可能な医療機関との連携 ・電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応 ・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施 ・抑うつ状態等の対応の実施 ・回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施	・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態の対応の実施 ・心電図検査、電気的除細動等急性憎悪時の対応の実施 ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的、外科的治療が可能な医療機関との連携 ・運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法等の心血管疾患リハビリテーションを実施 ・急性期に医療機関及び2次医療の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・再発や緊急時の対応法について、患者及び家族への教育の実施	・再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応 ・緊急時の除細動等急性増悪時への対応 ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携 ・急性期の医療機関や介護保険サービス事業者等と再発予防の定期的検査や合併症併発時、再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・かかりつけ医と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師、薬局が連携し在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を実施

（４）心血管疾患の医療体制図



（５）関連図表

◯心血管疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移



（資料：厚生労働省「人口動態統計」より算出）

○心血管疾患による死亡数（2018 年）

		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心疾患（高血圧性を除く）	総数	5,980	223	324	1,106	608	1,122	747	666	1,184
	男	2,904	120	158	528	314	549	346	309	580
	女	3,076	103	166	578	294	573	401	357	604
急性心筋梗塞	総数	978	46	83	145	105	135	101	151	212
	男	578	31	51	83	61	80	53	93	126
	女	400	15	32	62	44	55	48	58	86
心不全	総数	2,498	107	111	524	277	446	279	250	504
	男	1,006	51	36	211	134	176	110	89	199
	女	1,492	56	75	313	143	270	169	161	305

（資料：静岡県人口動態統計）

◯特定健診分析結果（標準化該当比）

2018年 標準化該当比	高血圧有病者		糖尿病有病者		脂質異常有病者		習慣的喫煙者		メタボ該当者	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
賀茂	116.4	115.7	97.1	85.2	104.2	102.5	105.0	133.6	107.7	88.2
熱海伊東	103.3	103.7	108.4	100.0	108.1	101.7	111.9	198.7	112.2	94.8
駿東田方	104.0	105.8	107.7	104.3	102.6	103.1	107.1	120.7	108.7	111.0
富士	107.9	109.4	103.3	102.2	104.0	104.5	113.2	132.4	108.6	111.8
静岡	107.5	103.6	98.2	97.5	101.3	99.5	98.3	102.6	105.5	107.6
志太榛原	100.2	101.2	98.0	94.4	95.7	96.5	100.0	83.4	94.5	80.2
中東遠	89.9	90.0	94.7	103.9	96.3	97.6	96.9	77.9	88.4	94.2
西部	91.6	91.2	98.0	99.7	98.9	98.9	91.3	78.7	93.6	97.1
静岡県	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

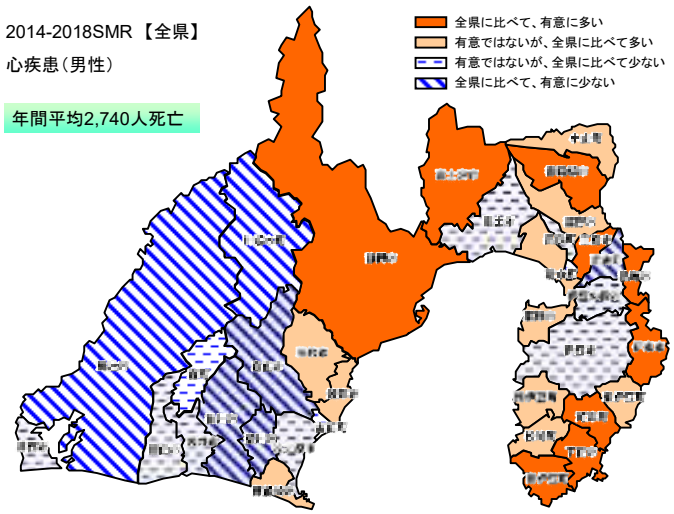
（資料：静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」）

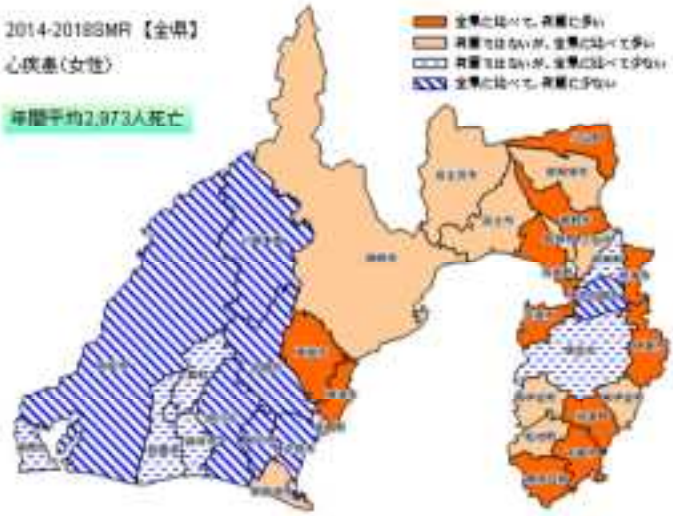
○標準化死亡比（ＳＭＲ）

2014年-2018年	心疾患		急性心筋梗塞		心不全		大動脈瘤及び解離	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	125.1	117.3	150.2	142.5	121.0	118.3	125.4	109.9
熱海伊東	121.0	108.6	196.1	178.3	88.3	82.7	134.7	139.5
駿東田方	106.5	101.0	94.7	87.2	120.4	122.0	110.8	122.7
富士	103.1	96.5	107.6	102.5	118.2	109.9	111.0	118.9
静岡	103.3	96.8	79.9	76.0	97.5	95.7	95.6	102.6
志太榛原	96.3	90.7	81.7	78.3	94.1	92.5	92.8	100.1
中東遠	88.9	86.7	128.9	127.4	82.4	84.3	83.5	93.0
西部	90.5	85.3	88.2	84.7	90.2	88.7	93.3	100.8
静岡県	100.0	93.9	100.0	95.5	100.0	98.3	100.0	107.7

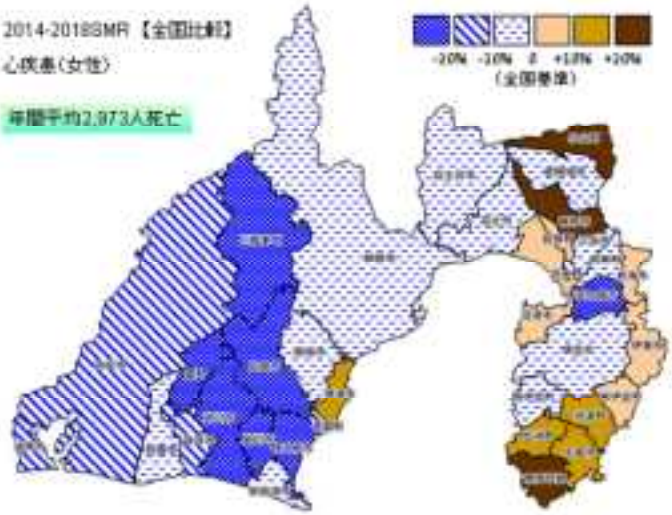
※網掛けは有意に多い

＜県内比較＞





＜全国比較＞



（出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」）

◯指標による現状把握

（医療従事者の状況）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
循環器内科医師数	12,732	312	1	10	54	25	77	25	32	88	2018年	医師・歯科医師・薬剤師調査
（人口10万人対）	10	8.3	1.5	9.3	8.1	6.4	10.9	5.3	6.7	10.1		
心臓血管外科医師数	3,214	93	－	－	18	2	34	5	1	33	2018年	医師・歯科医師・薬剤師調査
（人口10万人対）	2.5	2.5	－	－	2.7	0.5	4.8	1.1	0.2	3.8		

（急性期の治療）

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数	9	－	－	1	1	2	2	－	3	2017年	医療施設調査
心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病床数	69	－	－	7	4	24	6	－	28	2017年	医療施設調査
（人口10万人対）	1.8	－	－	1	1	3.4	1.3	－	3.2		
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	6,401	46	77	1826	553	1185	591	610	1513	2018年	NDB
（人口10万人対）	171	70.1	71.6	275.2	142.3	167.8	126	128.2	174.5		
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	＊	0	0	134	＊	161	14	0	167	2018年	NDB
（人口10万人対）	＊	0	0	20.2	＊	22.8	3	0	19.3		

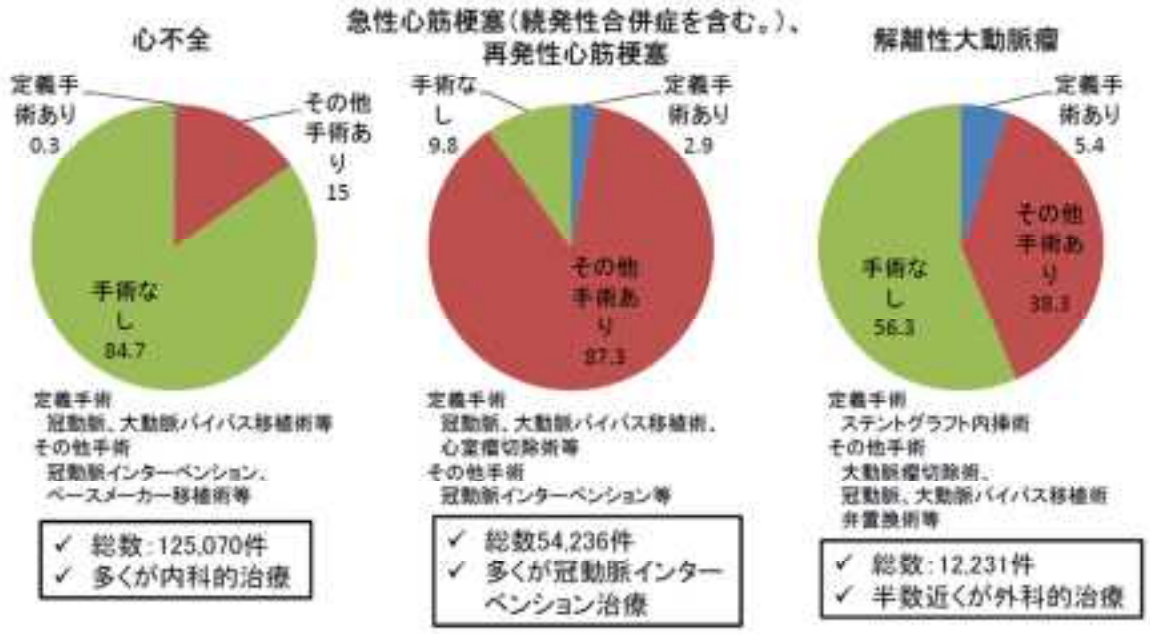
（心血管疾患のリハビリテーション）

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
心血管疾患リハビリテーション（Ⅰ）が実施可能な医療機関数	23	0	1	5	2	4	4	1	6	2019年	診療報酬施設基準
心血管疾患リハビリテーション（Ⅱ）が実施可能な医療機関数	2	0	0	0	0	1	1	0	0	2019年	診療報酬施設基準

（在宅への復帰）

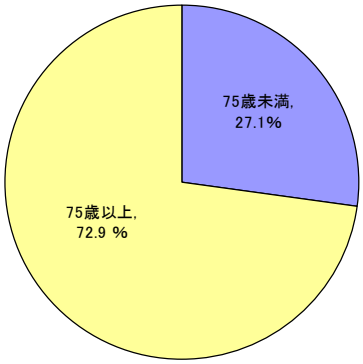
指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
退院患者平均在院日数	8.5	2	41.3	5.7	3.7	5.7	8.1	5.6	11.5	2017年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した患者数[0.1千人]	10.8	0	0.5	2.3	1	2.3	0.7	1.1	2.9	2017年	患者調査
（在宅等生活の場に復帰した患者の割合）	93.5	－	87	93.1	95.7	91.7	100	98.2	92.5		

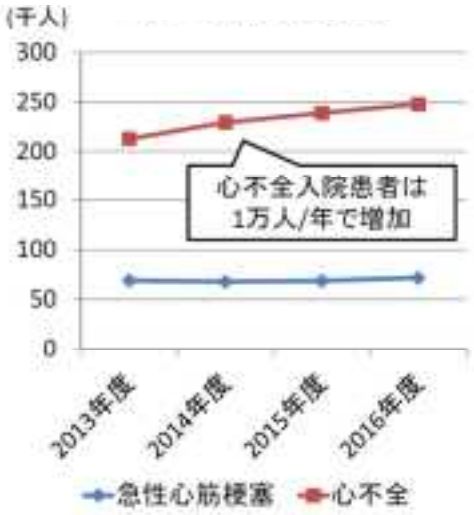
◯2015 年度 救急医療入院循環器系疾患 DPC 診療群分類における手術有り無しの割合



（出典：第３回心血管疾患ワーキンググループ　資料１より一部改変）

◯心不全において 75 歳以上の患者が占める割合



（出典：厚生労働省　2017 年患者調査）

◯急性心筋梗塞と心不全の入院患者の推移