

第2次静岡県循環器病対策推進計画の素案

(下線部が第1次計画からの変更点)

第1章 基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成30年法律第105号。以下「法」という。）が、2019年12月1日に施行されました。

国は、法第9条第1項に基づき、2023年3月27日に2023年度から2028年度までの6年間を計画期間として、「第2期循環器病対策推進基本計画」を策定し、「第1期循環器病対策推進基本計画」に引き続き、「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」、「循環器病の研究推進」等の幅広い循環器病¹対策を総合的に取り組むことにより、健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指すこととしました。

本県は、厚生労働省が3年ごとに算出している健康寿命において、2019年の健康寿命が47都道府県中5位と、全国トップクラスの健康長寿県です。

健康寿命日本一に向け、第3次ふじのくに健康増進計画など静岡県の新ビジョン（総合計画）の分野別計画の推進に取り組んでまいりました。

本県は、このような状況を踏まえ、法第11条第1項に基づき、国の「第2期循環器病対策推進基本計画」を基本として、本県の循環器病に係る実情を踏まえ、地域の特性に応じた「第2次静岡県循環器病対策推進計画」を策定し、循環器病対策の一層の推進を図ります。

第2節 計画の位置付け

この計画は、法第11条第1項の規定に基づき、国の「循環器病対策推進基本計画」を基本とし、本県における循環器病対策を推進するために策定するものです。

また、静岡県の新ビジョン（総合計画）の分野別計画であり、策定に当たっては、「第9次静岡県保健医療計画」、「第4次ふじのくに健康増進計画」、「第10次ふじのくに長寿社会安心プラン」、「第4期静岡県地域福祉支援計画」、「第7期静岡県障害福祉計画」、「静岡県傷病者の搬送及び受入の実施に関する基準」と整合性を図っています。

第3節 計画の期間

2024年度から2029年度までの6年間

¹ 循環器病：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る。（循環器病対策推進基本計画）

第2章 循環器病の現状

第1節 生活習慣

1 生活習慣病の有所見率

本県では、静岡以東で、高血圧症や脂質異常症の有病者、喫煙等の生活習慣病が有意に多くなっています。

表2-1 静岡県における保健医療圏別の生活習慣病 有所見率（標準化該当比²）

2020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	115.0	116.1	101.2	80.3	101.4	101.8	105.3	121.9	111.6	99.7
熱海伊東	106.1	102.1	110.6	104.4	106.0	103.7	109.1	196.2	110.3	91.5
駿東田方	104.2	105.3	101.1	100.5	102.3	102.3	107.5	122.2	108.4	108.4
富士	105.5	107.0	99.2	96.5	102.6	102.4	112.9	132.1	104.9	109.1
静岡	107.6	104.6	99.4	96.8	100.9	99.2	99.8	102.3	105.1	105.3
志太榛原	100.8	101.9	98.5	99.0	96.2	95.7	100.9	88.1	95.2	82.5
中東遠	92.7	92.8	97.3	106.2	98.1	99.7	97.8	78.0	91.4	96.4
西部	90.6	90.3	99.0	101.4	99.3	100.0	89.8	77.8	94.0	99.1
静岡県	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※ 数値が100より大きい場合は、県全体に比べ、より有所見率が高い（有病者が多い）ことを示す。

※ 網掛けは有意に高いことを示す。

出典：静岡県「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」

2 主要死因における循環器病の割合

本県における2022年の脳卒中³による死亡者数は3,890人、心血管疾患⁴による死亡者数は7,221人で、全死亡者数47,334人に対する割合はそれぞれ8.2%、15.3%となっており、全国と同様、両者を合わせた循環器病は、悪性新生物（がん）に次ぐ第2位の死亡原因となっています。

脳卒中のうち最も多い死亡原因は脳梗塞で1,851人(47.6%)、次いで脳内出血1,422人(36.6%)、くも膜下出血433人(11.1%)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2,963人(41.0%)、次いで不整脈及び伝導障害1,269人(17.6%)、急性心筋梗塞1,032人(14.3%)となっています。また、大動脈瘤及び解離による死亡は575人(8.0%)です。

² 標準化該当比：県の年齢構成を市町に当てはめた際に、計算される有所見者数と実際の市町での有所見者数を比較したもの。数値が100より大きい場合は、国や県より有所見者が多い。

³ 脳卒中：厚生労働省「人口動態統計」における脳血管疾患（脳梗塞、くも膜下出血、脳内出血等）

⁴ 心血管疾患：厚生労働省「人口動態統計」における心疾患（高血圧性を除く）、大動脈瘤及び解離

図 2 - 1 死亡原因（静岡県）（2022 年）

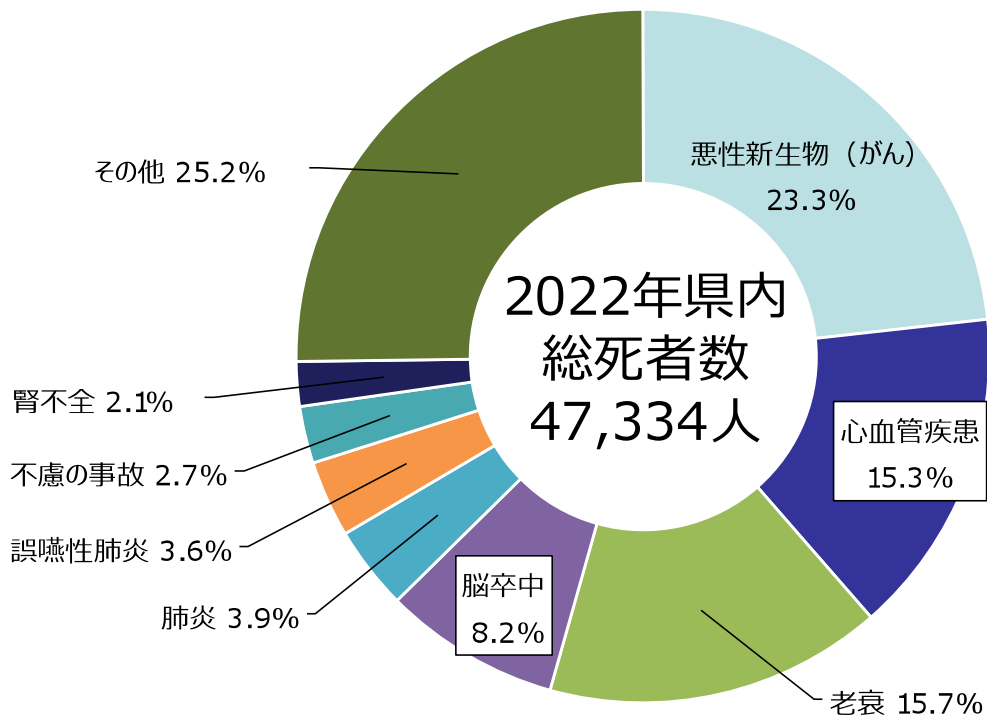
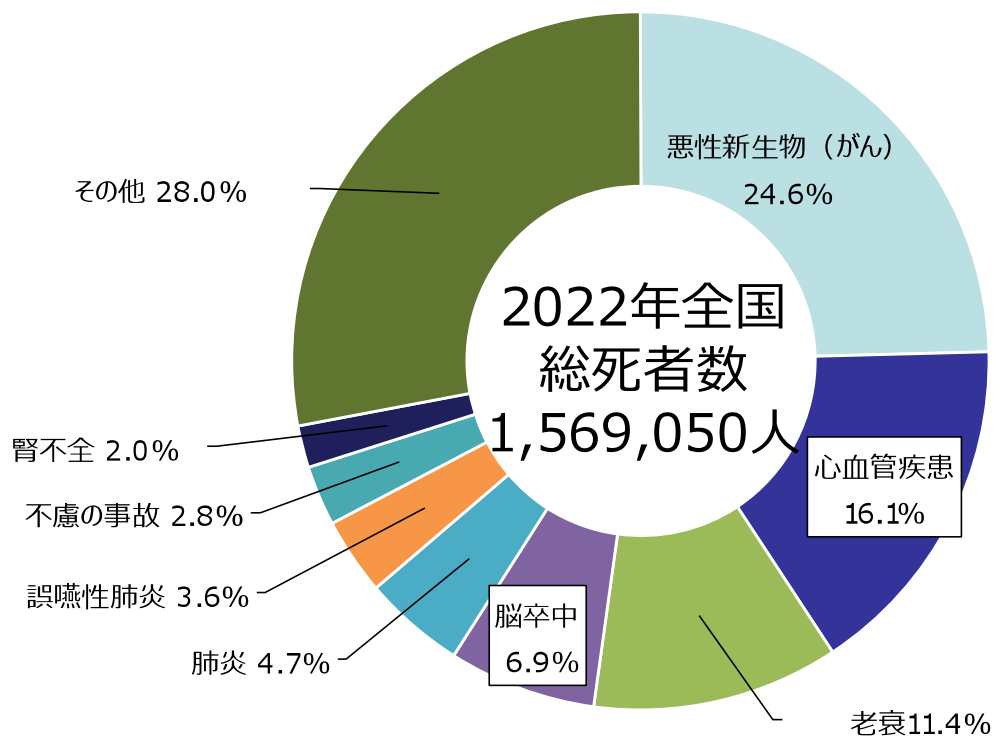


図 2 - 2 死亡原因（全国）（2022 年）

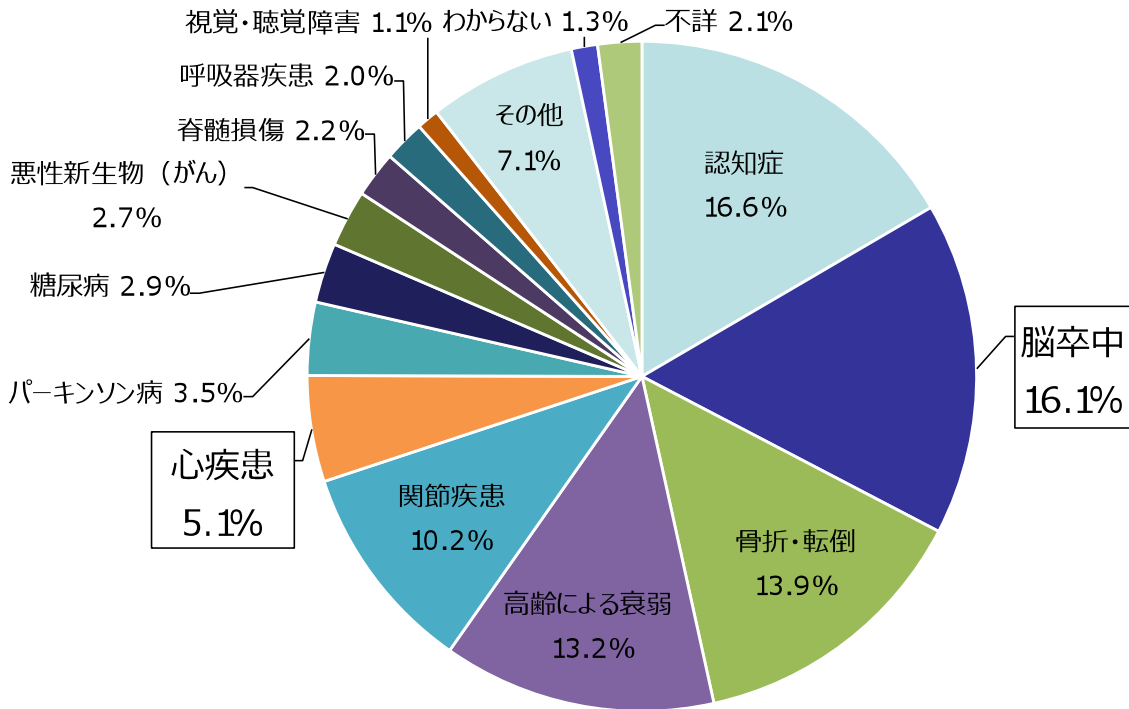


出典：厚生労働省「人口動態統計」

3 介護が必要になった主な原因における循環器病の割合

2022年で全国において、介護が必要になった者の主な原因のうち、脳卒中が16.1%、心疾患が5.1%であり、脳卒中と心疾患を合わせた循環器病が全体の21.2%を占めています。

図2-3 介護が必要となった者の主な原因（全国）（2022年）



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図2-4 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（全国）（2022年）

要介護度	第1位	割合	第2位	割合	第3位	割合
総数	認知症	16.6%	脳卒中	16.1%	骨折・転倒	13.9%
要支援者	関節疾患	19.3%	高齡による衰弱	17.4%	骨折・転倒	16.1%
要支援1	高齡による衰弱	19.5%	関節疾患	18.7%	骨折・転倒	12.2%
要支援2	関節疾患	19.8%	骨折・転倒	19.6%	高齡による衰弱	15.5%
要介護者	認知症	23.6%	脳卒中	19.0%	骨折・転倒	13.0%
要介護1	認知症	26.4%	脳卒中	17.5%	骨折・転倒	13.1%
要介護2	認知症	23.6%	脳卒中	17.5%	骨折・転倒	11.0%
要介護3	認知症	25.3%	脳卒中	19.6%	骨折・転倒	12.8%
要介護4	脳卒中	28.0%	骨折・転倒	18.7%	認知症	14.4%
要介護5	脳卒中	26.3%	認知症	23.1%	骨折・転倒	11.3%

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

第2節 脳卒中

脳卒中は、脳血管疾患とも呼ばれ、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、脳内出血、くも膜下出血に大別されます。

脳卒中は、片麻痺、摂食機能・嚥下障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがあり、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。

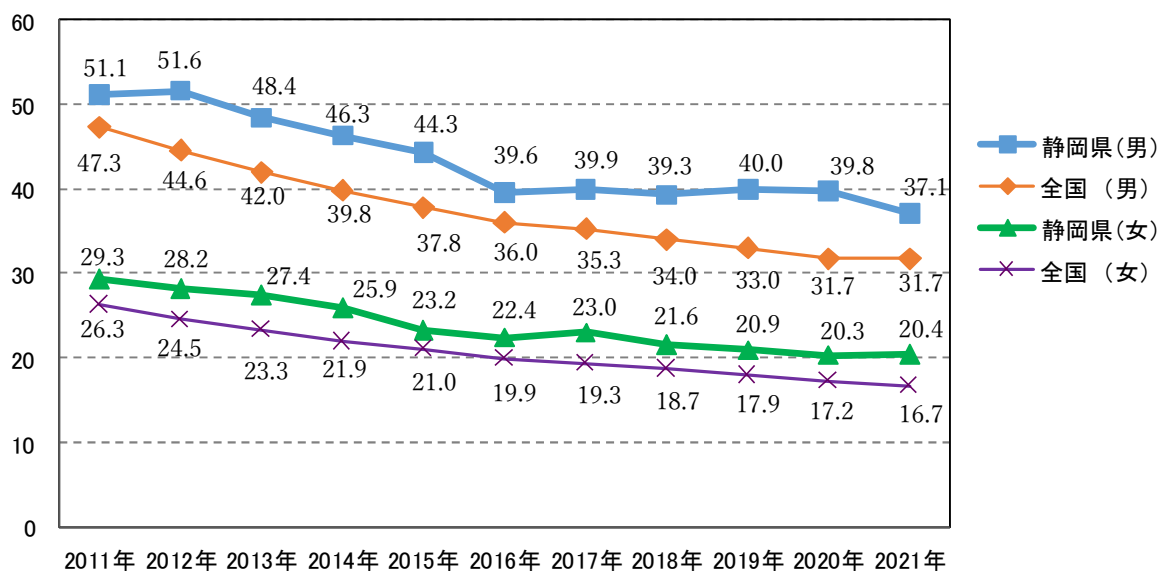
脳梗塞は、穿通枝と呼ばれる細い血管が閉塞することで発生し、脳梗塞の大きさが15mm未満のラクナ梗塞、5～8mmの比較的太い血管がプラーク（コレステロールなどの塊）により血流が悪化し、そこに形成される血栓が原因となるアテローム血栓性脳梗塞、不整脈や弁膜症により心臓に生じた血栓（塞栓）により脳の血管が閉塞することで発症する心原性脳塞栓症の3種類に分類されます。

脳内出血は、脳の細い血管が破綻するもので、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。

1 脳卒中による年齢調整死亡率

人口10万人当たりの脳血管疾患による年齢調整死亡率は、減少傾向を示しているものの、全国と比較し、男女とも高くなっています。

図2-5 脳卒中（脳血管疾患）による年齢調整死亡率の推移



出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出

2 脳卒中の標準化死亡比 (SMR)⁵

県全体を全国と比較した場合、脳血管疾患全体、また、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血のいずれも、全国よりも高くなっています。特に脳内出血が最も高くなっています。県内で比較した場合は、富士保健医療圏以東で高い傾向にあります。

⁵ 標準化死亡比(SMR)：国又は県の年齢構成を市町に当てはめた際に、計算される死亡数と実際の市町での死亡数を比較したもの。数値が100より大きい場合は、国や県より死亡者が多い。

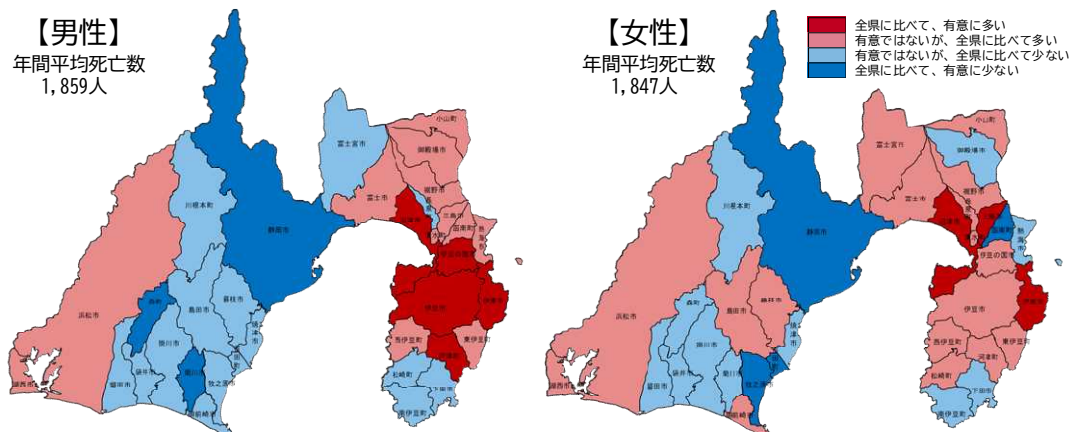
表 2 - 2 脳卒中の標準化死亡比 (2017年-2021年)

2017年-2021年	脳血管疾患 (脳卒中)		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	103.4	118.4	95.7	98.0	118.2	154.1	118.9	142.9
熱海伊東	114.0	131.1	103.2	106.0	137.8	180.2	116.8	140.4
駿東田方	114.8	132.3	114.9	118.0	105.9	138.3	109.3	129.7
富士	104.3	120.6	111.3	114.3	99.8	130.6	96.6	114.4
静岡	89.1	102.6	86.6	88.9	94.2	123.1	100.9	119.9
志太榛原	95.6	109.9	99.8	102.3	92.7	121.0	83.4	99.0
中東遠	89.4	102.6	91.3	93.3	84.0	109.5	106.0	125.5
西部	101.4	116.5	100.2	102.6	104.5	136.2	94.6	112.2
静岡県	100.0	115.1	100.0	102.5	100.0	130.5	100.0	118.7

※ 数値が100より大きい場合は、比較対象（県内又は全国）に比べ、より死亡率が高いことを示す。
 ※ 網掛けは有意に高いことを示す。 出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」

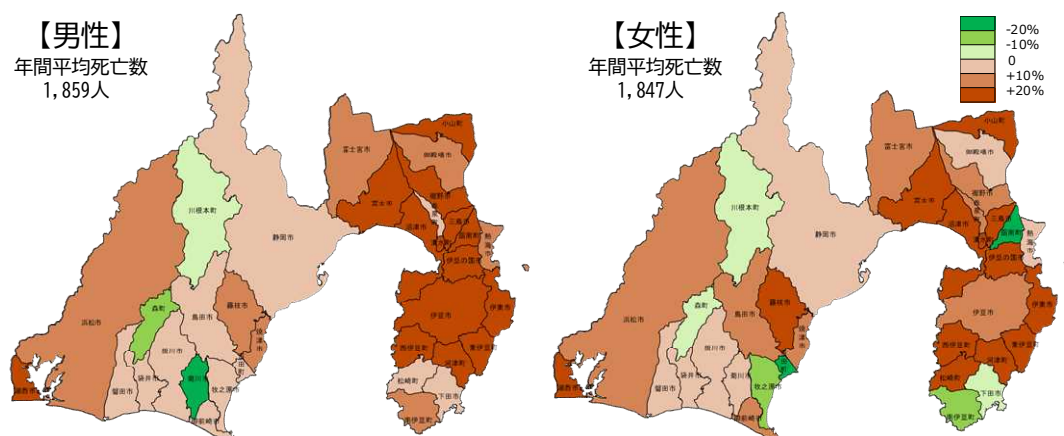
<県内比較>

図 2 - 6 2017-2021年 脳卒中の標準化死亡比 (対県)



出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」

図 2 - 7 2017-2021年 脳卒中の標準化死亡比 (対全国)



出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」

3 脳卒中の医療提供体制

(1) 脳卒中の治療に関わる主な医師の状況

2020年の県内の脳神経内科医師数は、人口10万人当たり3.5人であり、全国の4.6人より1.1人下回っています。県内の脳神経外科医師数は、人口10万人当たり5.8人であり、全国の5.8人と同じです。

保健医療圏別の神経内科医師数は、人口10万人当たり駿東田方及び静岡保健医療圏以外で全国より少なくなっています。また、脳神経外科医師数については、静岡、中東遠及び西部保健医療圏で全国より少なくなっています。

表2-3 脳神経内科医師数及び脳神経外科医師数（2020年）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳神経内科医師数	5,758	125	0	1	30	6	38	10	7	33
(人口10万人対)	4.6	3.5	0.0	1.0	4.7	1.6	5.5	2.2	1.5	3.9
脳神経外科医師数	7,349	209	4	11	46	23	36	26	18	45
(人口10万人対)	5.8	5.8	6.7	11.0	7.2	6.2	5.2	5.8	3.9	5.3

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(2) 脳卒中に対する医療の対応状況

県内のt-PA療法⁶の実施可能な医療機関数は、2021年で38施設あり、人口10万人当たり1.1施設であり、全国の0.8施設より0.3施設上回っています。保健医療圏別では、全ての保健医療圏でt-PA療法を実施できますが、賀茂保健医療圏では実施可能な医療機関が限られています。

また、血栓回収療法⁷の実施可能な医療機関数は、2021年で人口10万人当たり0.5施設であり、全国の0.5施設と同じです。保健医療圏別では、賀茂保健医療圏で実施可能な医療機関はなく、熱海伊東、富士、中東遠保健医療圏でも実施可能な医療機関が限られています。

2021年の1年間で、脳卒中に係る治療実績の件数は、地域によって偏りがあり、特に賀茂医療圏では実績がほとんどありません。

脳血管疾患等リハビリテーションは、全保健医療圏で実施できる体制が整っています。

⁶ t-PA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

⁷ 血栓回収療法：カテーテルを用いて、詰まっている血栓を直接回収・除去する治療法

表 2-4 t-PA 療法又は血栓回収療法の実施可能な医療機関数 (2021 年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			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医療機関数	984	38	*	3	10	4	6	6	3	6
(人口10万人対)	0.8	1.1	-	3.0	1.6	1.1	0.9	1.3	0.6	0.7
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数	600	18	0	*	3	*	5	5	*	5
(人口10万人対)	0.5	0.5	0.0	-	0.5	-	0.7	1.1	-	0.6

出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

※「*」は医療機関数が3未満、全国及び静岡県の数値は*を0として取り扱った場合の合計数

表 2-5 脳卒中に係る治療実績 (2021 年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			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件数	16,923	583	*	10	113	61	105	97	40	157
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	13,575	391	0	23	80	46	63	62	23	94
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	5,486	175	0	*	44	19	31	36	15	30
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	5,828	165	0	*	26	12	41	16	14	56

出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

※「*」は算定回数が10回未満の医療機関の算定回数を含まない、全国及び静岡県の数値は*を0として取り扱った場合の合計数

表 2-6 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)、(II)又は(III)の基準を満たす医療機関数 (2023 年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			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)、(II)又は(III)の基準を満たす医療機関数	-	186	6	6	47	16	32	15	23	41
(人口10万人対)	-	5.2	10.5	6.2	7.5	4.3	4.7	3.4	5.0	4.9

出典：東海北陸厚生局「診療報酬施設基準届出」

表 2-7 脳卒中に係るリハビリテーション等の実績 (2021 年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	77,769,424	2,331,174	54,009	106,316	406,376	243,014	443,102	271,912	300,687	505,758
脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数	185,832	6,728	/	/	/	/	/	/	/	/
脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	26,442	188	/	/	/	/	/	/	/	/
脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	40,465	1,636	0	0	592	149	*	145	84	666

出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

※「*」は算定回数が10回未満の医療機関の算定回数を含まない、全国及び静岡県の数値は*を0として取り扱った場合の合計数

第3節 心血管疾患

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閉塞等によって心筋（心臓の筋肉）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あり、心電図上の所見により ST 上昇型心筋梗塞と非 ST 上昇型心筋梗塞に大別されます。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。

急性冠症候群は、心臓に栄養と酸素を供給している冠動脈のプラークの破たんとそれに伴う血栓（血の固まり）により、冠動脈の高度狭窄や閉塞を突然きたした状態を指します。結果、心筋に十分な血液が行き届かなくなり、胸痛などの様々な症状を引き起こします。不安定狭心症や急性心筋梗塞の総称として用いられます。

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。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。

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。

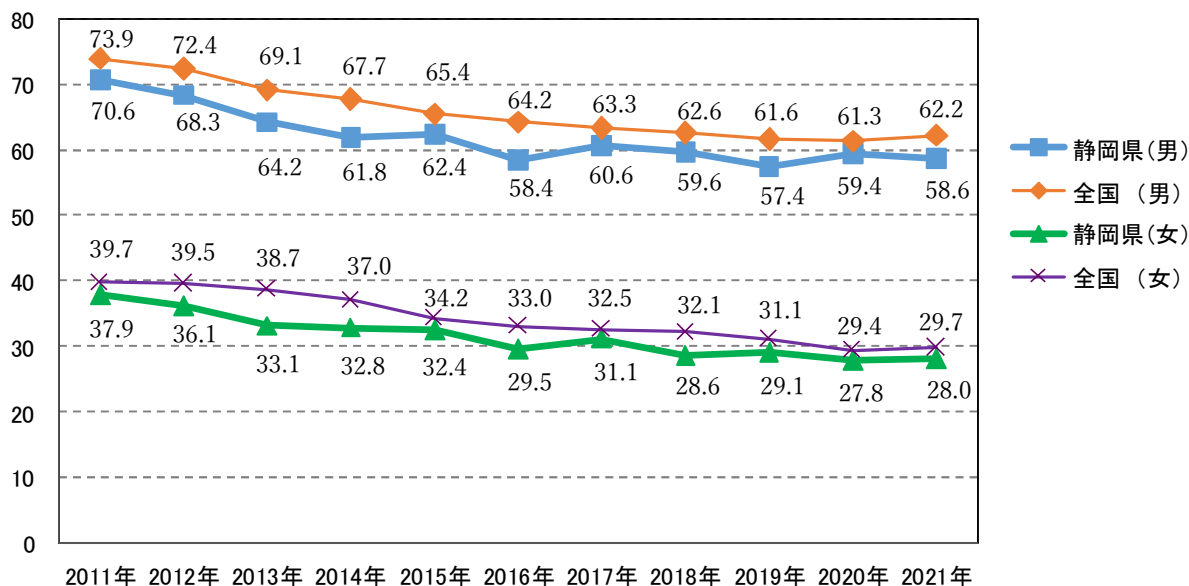
慢性心不全患者は、心不全の悪化による入院と改善による退院を繰り返しながら、身体機能が徐々に悪化することが特徴で、改善を図るには、薬物療法、非薬物療法、運動療法、生活指導等を含む多面的な介入を、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

不整脈は、脈がゆっくり打つ、速く打つ、不規則に打つ状態を指します。運動や精神的興奮によるものと、誘因なく発生する病的なものがあります。心房細動は、不整脈の1つで、心房と呼ばれる心臓の部屋が小刻みに震えてけいれんし、うまく働かなくなってしまう状態です。

1 心血管疾患による年齢調整死亡率

人口 10 万人当たりの心血管疾患による年齢調整死亡率は、減少傾向を示しており、全国と比較し、男女とも低くなっています。

図 2-9 心血管疾患による年齢調整死亡率（大動脈瘤及び解離を除く）



出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出

2 心血管疾患の標準化死亡比 (SMR)

県全体を全国と比較した場合、心疾患（高血圧性を除く）では全国よりも低く、大動脈瘤及び解離のみ全国よりも高くなっています。

県内で比較した場合は、富士保健医療圏以東で高い傾向にあります。

表 2-10 心血管疾患の標準化死亡比（2017年-2021年）

2017年-2021年	心疾患 (高血圧性を除く)						大動脈瘤及び解離	
	急性心筋梗塞		心不全		対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR
	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	124.3	117.7	116.8	174.4	131.0	124.7	120.4	126.8
熱海伊東	120.4	113.9	194.2	203.3	94.0	89.4	118.9	124.8
駿東田方	106.4	100.7	86.9	91.2	125.6	119.7	109.3	115.1
富士	109.5	103.6	126.1	132.5	113.4	108.2	111.2	117.1
静岡	98.8	93.6	72.2	75.8	93.8	89.4	99.3	104.5
志太榛原	95.6	90.5	71.5	75.0	90.4	86.2	100.8	106.3
中東遠	91.9	87.0	141.3	148.1	82.3	78.4	85.8	90.6
西部	92.4	87.5	82.6	97.1	92.7	88.3	90.0	94.9
静岡県	100.0	94.7	100.0	104.9	100.0	95.3	100.0	105.4

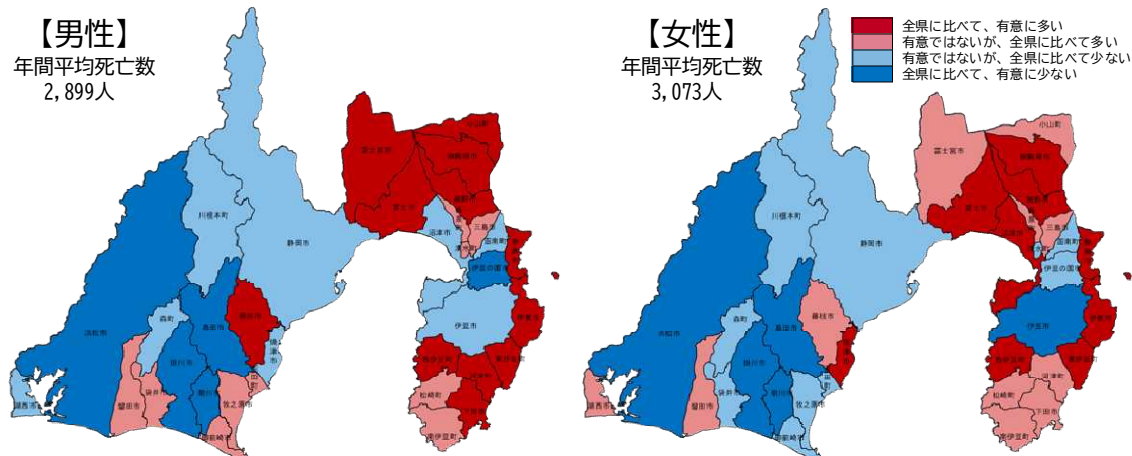
※ 数値が 100 より大きい場合は、比較対象（県内又は全国）に比べ、より死亡率が高いことを示す。

※ 網掛けは有意に高いことを示す。

出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」

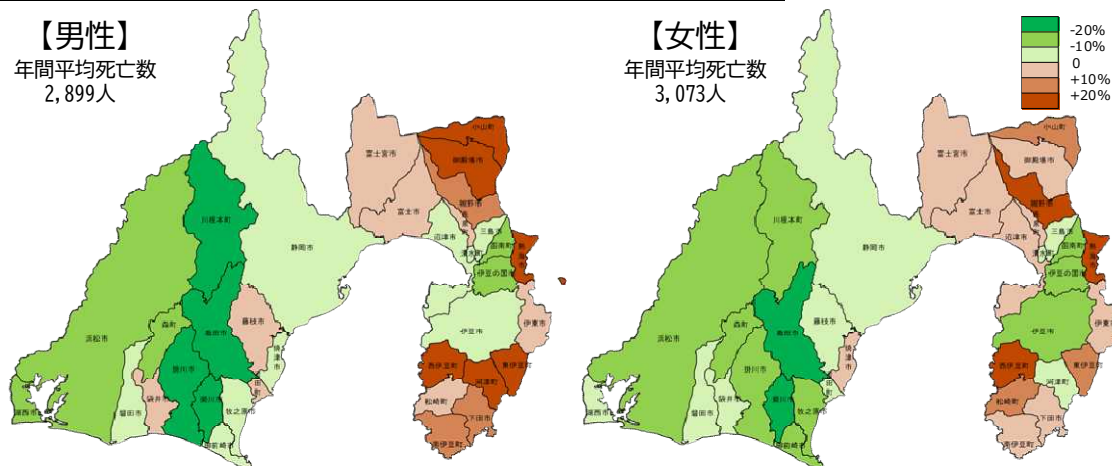
<県内比較>

図2-11 2017-2021 心疾患（の標準化死亡比（対県））



出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」

図2-12 2017-2021 心疾患の標準化死亡比（対全国）



出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」

3 心血管疾患の医療提供体制

(1) 心血管疾患の治療に関わる主な医師の状況

2020年の県内の循環器内科医師数は、人口10万人当たり8.6人であり、全国の10.3人より1.7人下回っています。県内の心臓血管外科医師数は、人口10万人当たり2.5人であり、全国の2.6人とほぼ同じです。

保健医療圏別の循環器内科医師数は、人口10万人当たりで静岡保健医療圏以外で全国より少なくなっており、特に賀茂保健医療圏では少なくなっています。

また、心臓血管外科医師数は、駿東田方、静岡及び西部保健医療圏以外で全国より少なくなっており、賀茂及び熱海伊東及び中東遠保健医療圏においては心臓血管外科医師がいません。

表 2-13 循環器内科医師数及び心臓血管外科医師数（2020年）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			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	13,026	310	1	6	60	22	82	24	29	86
（人口10万人対）	10.3	8.6	1.7	6.0	9.4	5.9	11.9	5.3	6.3	10.1
心臓血管外科医師数	3,222	90	0	0	18	2	36	5	0	29
（人口10万人対）	2.6	2.5	0.0	0.0	2.8	0.5	5.2	1.1	0.0	3.4

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(2) 心血管疾患に対する医療の対応状況

県内の心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数は、2021年で9施設あり、人口10万人当たり0.25施設であり、全国の0.20施設より0.05施設上回っています。

保健医療圏別では、賀茂、熱海伊東、富士及び中東遠保健医療圏でCCUを有する病院がありません。

2021年の1年間で、心血管疾患に係る治療実績（件数）は、地域によって数に偏りがあり、特に虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術及び大動脈疾患患者に対する手術においては、賀茂、熱海伊東及び中東遠保健医療圏では実績がありません。

表 2-14 心臓内科系集中治療室を有する病院数（2020年）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院数	258	9	0	0	2	0	3	1	0	3
（人口10万人対）	0.20	0.25	0	0	0.3	0	0.4	0.2	0	0.4

出典：厚生労働省「医療施設調査」

表 2-15 心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション⁸を実施できる医療機関数（2021年）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションを実施できる医療機関数	1,224	33	*	*	6	4	7	4	3	9
（人口10万人対）	1.0	0.9	-	-	0.9	1.1	1.0	0.9	0.6	1.1
心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	378	14	0	0	5	*	4	*	0	5
（人口10万人対）	0.3	0.4	0.0	0.0	0.8	-	0.6	-	0.0	0.6

出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」

※「*」は医療機関数が3未満、全国及び静岡県の数値は*を0として取り扱った場合の合計数

⁸ 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法

表 2-16 心血管疾患に係る治療実績 (2021 年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション(PCI)の実施件数	212,616	6,053	*	94	1,749	589	878	547	599	1,597
急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率	-	0.88243	-	0.65385	0.91478	0.92593	0.83202	0.96137	0.93035	0.83140
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	13,915	435	0	0	81	10	169	13	0	162
大動脈疾患患者に対する手術件数	16,512	6,053	0	0	124	*	141	20	0	172

出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

※「*」は算定回数が10回未満の医療機関の算定回数を含まない、全国及び静岡県の数値は*を0として取り扱った場合の合計数

表 2-17 心大血管疾患リハビリテーション料(I)又は(II)の基準を満たす医療機関数 (2023 年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心大血管疾患リハビリテーション料(I)又は(II)の基準を満たす医療機関数	-	31	0	2	5	3	7	5	2	7
(人口10万人対)	-	0.9	0.0	2.1	0.8	0.8	1.0	1.1	0.4	0.8

出典：東海北陸厚生局「診療報酬施設基準届出」

表 2-18 心血管疾患に係るリハビリテーション等の実績 (2021 年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
入院心血管リハビリテーションの実施件数	3,363,642	64,944	0	2,061	17,443	5,440	11,902	4,188	2,767	21,143
外来心血管リハビリテーションの実施件数	1,526,943	17,225	0	*	5,394	586	6,083	3,294	268	1,600
心血管疾患における介護連携指導の実施件数	106,865	1,945	/	/	/	/	/	/	/	/
心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	4,565	214	0	0	100	20	*	17	17	60

出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」

※「*」は算定回数が10回未満の医療機関の算定回数を含まない、全国及び静岡県の数値は*を0として取り扱った場合の合計数

第3章 全体目標

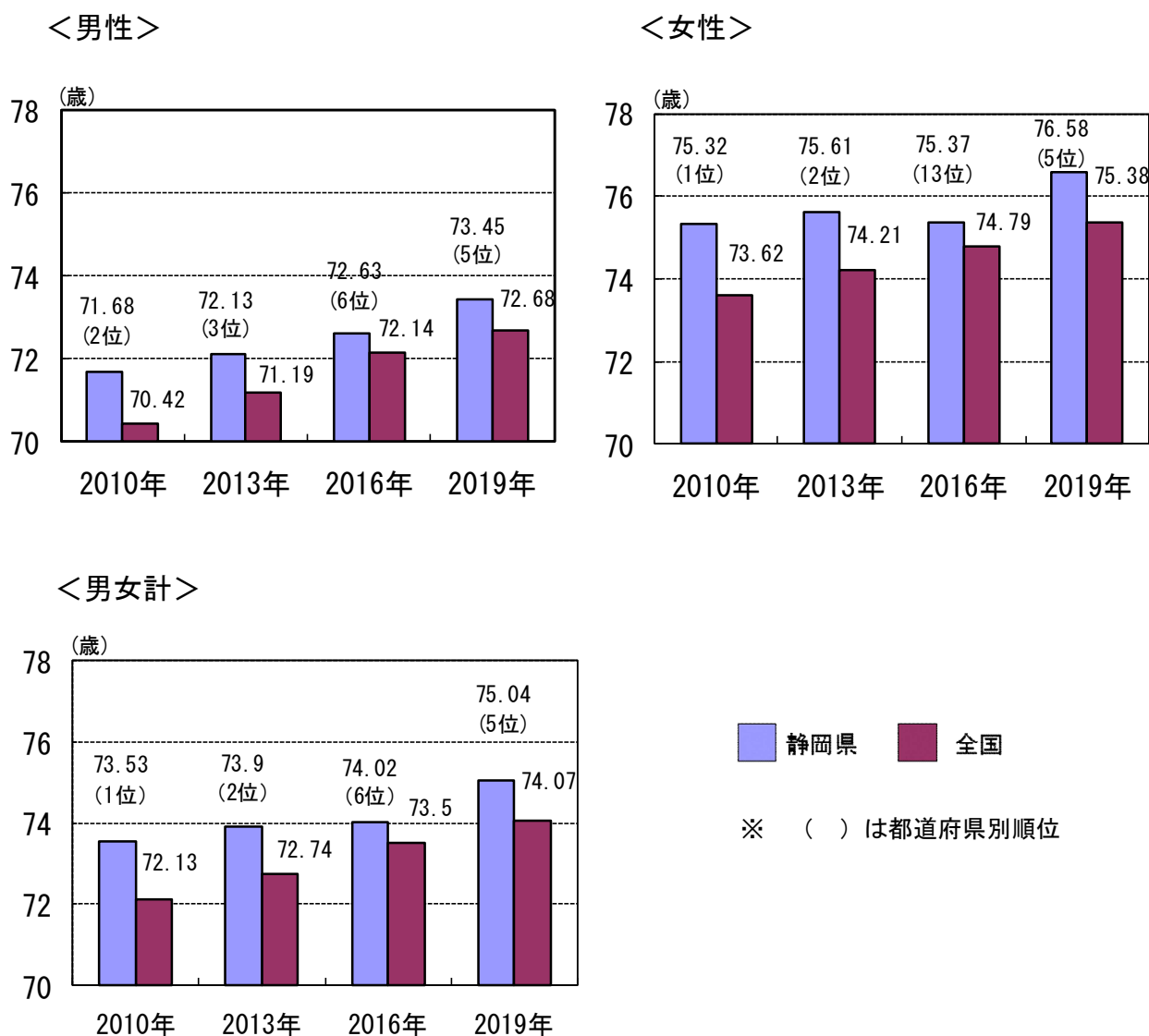
第1節 健康寿命の延伸

1 現状

本県における健康寿命は全国と同様に延伸傾向にあります。

2019年における本県健康寿命は、男性が73.45歳（全国5位）、女性が76.58歳（全国5位）、男女計では75.04歳（全国5位）で、全国トップクラスです。

図3-1 2010年、2013年、2016年、2019年の本県と全国平均の健康寿命



出典：厚生労働省「第16回健康日本21（第二次）推進専門委員会資料」

男女計については、厚生労働省「国民生活基礎調査」等から静岡県が算出

2 目標

○他の施策とともに、平均寿命の増加分を上回るよう、健康寿命を増加させます。

区 分	基準値 (2019 年)	目標値 (2029 年)	目標値の考え方
男 性	73.45 歳	<u>平均寿命の増加 分を上回る健康 寿命の増加</u>	<u>ふじのくに健康増進計画 と整合</u>
女 性	76.58 歳		
男女計	75.04 歳		

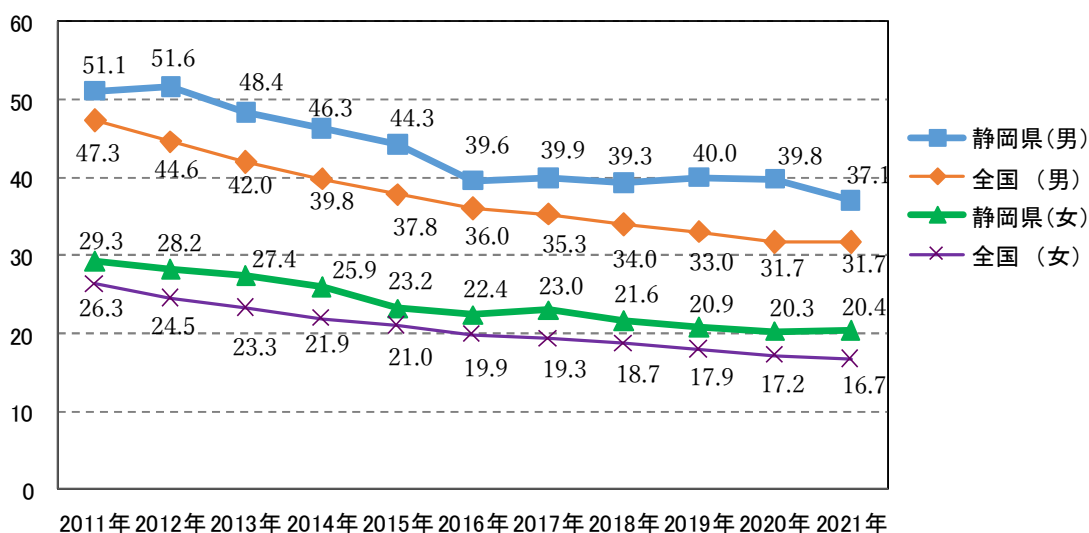
第2節 循環器病の年齢調整死亡率の減少

1 現状

(1) 脳卒中による年齢調整死亡率

人口10万人当たりの脳卒中による年齢調整死亡率は、減少傾向を示しているものの、全国と比較し、男女とも高くなっています。

図3-2 脳卒中による年齢調整死亡率【再掲】

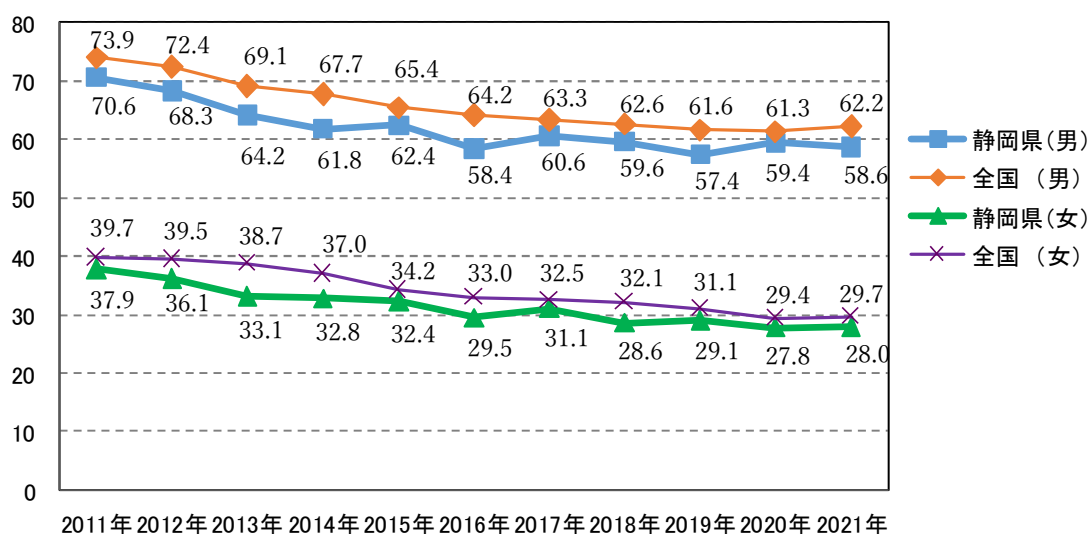


出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出

(2) 心血管疾患による年齢調整死亡率

人口10万人当たりの心血管疾患による年齢調整死亡率は、減少傾向を示しており、全国と比較し、男女とも低くなっています。

図3-3 心血管疾患による年齢調整死亡率（大動脈瘤及び解離を除く）【再掲】



出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出

2 目標

○2021年を基準とし、脳卒中及び心血管疾患の年齢調整死亡率を減少させます。

疾患	性別	基準値 (2021年)	目標値 (2029年)	目標値の考え方
脳卒中	男性	<u>37.1</u>	<u>31.7</u>	<u>全国平均(2021年)まで引き下げる</u>
	女性	<u>20.4</u>	<u>16.7</u>	
心血管疾患	男性	<u>58.6</u>	改善	<u>基準値よりも減少させる</u>
	女性	<u>28.0</u>	改善	

単位：人口10万人当たり

第4章 分野別施策

第3章で定めた全体目標を達成するため、次に掲げる個別施策に取り組みます。

第1節 循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備

【施策の方向性】

循環器病は、本県においても主要な死亡原因であり、介護が必要となる主な原因の一つであることや、社会的な影響が大きい疾患群であること、さらに、急性期には、発症後早急に適切な診療を開始する必要があると同時に、回復期及び維持期・生活期にも、疾患の再発や増悪をきたしやすいといった特徴があります。

こうした特徴を踏まえ、基本計画に基づき、国において以下の取組を進めるとされており、本県も国の取組を注視していきます。

- 急性期医療の現場における診療情報の活用や診療提供体制の構築、予防（一次予防のみならず、二次予防及び三次予防も含む。^{9）}等の公衆衛生政策等への診療情報の活用を目的として、国の基本計画において、国立研究開発法人国立循環器病研究センターをはじめとした医療機関、関係学会等と連携して、まずは脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、急性冠症候群、急性大動脈解離及び急性心不全（慢性心不全の急性増悪を含む。）に係る診療情報を収集・活用する公的な枠組みを構築する。
- 収集された診療情報の二次利用等に関する運用方法や費用負担を含む提供の在り方についても検討を進め、将来的には、他の循環器病に広げることも含め検討する。
- これらの取組は、データヘルス改革に関する議論の動向等も注視しながら行うこととする。

^{9）} 一次予防：生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等を予防すること。

二次予防：疾病を早期に発見し、早期に治療すること。

三次予防：疾病が発症した後、必要な治療を受け、機能の維持・回復を図るとともに再発・合併症を予防すること。

第2節 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

【現状と課題】

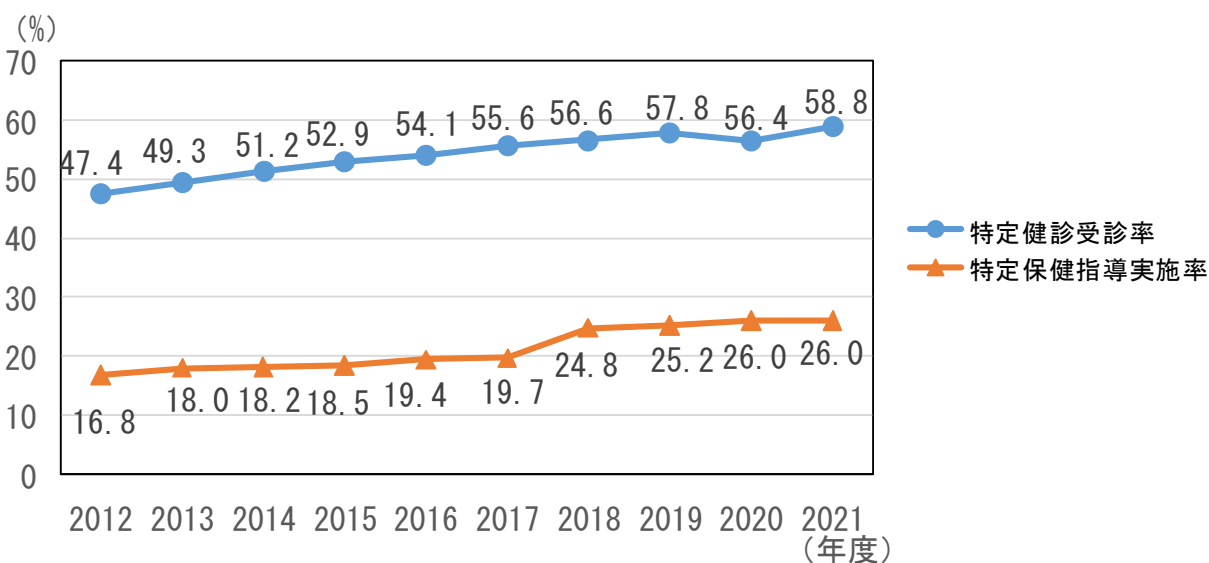
循環器病の多くは、不適切な食生活、運動不足、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病の予備群、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行しますが、患者自身が気付かないうちに病気が進行することも多いです。

ただし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。このため、循環器病の発症予防のみならず、再発予防や重症化予防としても生活習慣の改善が重要です。

2021年度の本県における特定健康診査（特定健診）の受診率は58.8%、特定保健指導の実施率は26.0%であり、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（平成20年厚生労働省告示第150号）における2023年度の目標値である特定健康診査70%以上、特定保健指導45%以上には到達しておらず、更なる実施率の向上に向けた取組をより一層進める必要があります。

また、発症した場合に患者本人の意思を最大限尊重した医療・ケアの提供ができるよう、患者本人があらかじめ家族や医療・ケア関係者と話し合うACP¹⁰（アドバンス・ケア・プランニング）を普及させていくことが必要です。

図4-1 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」

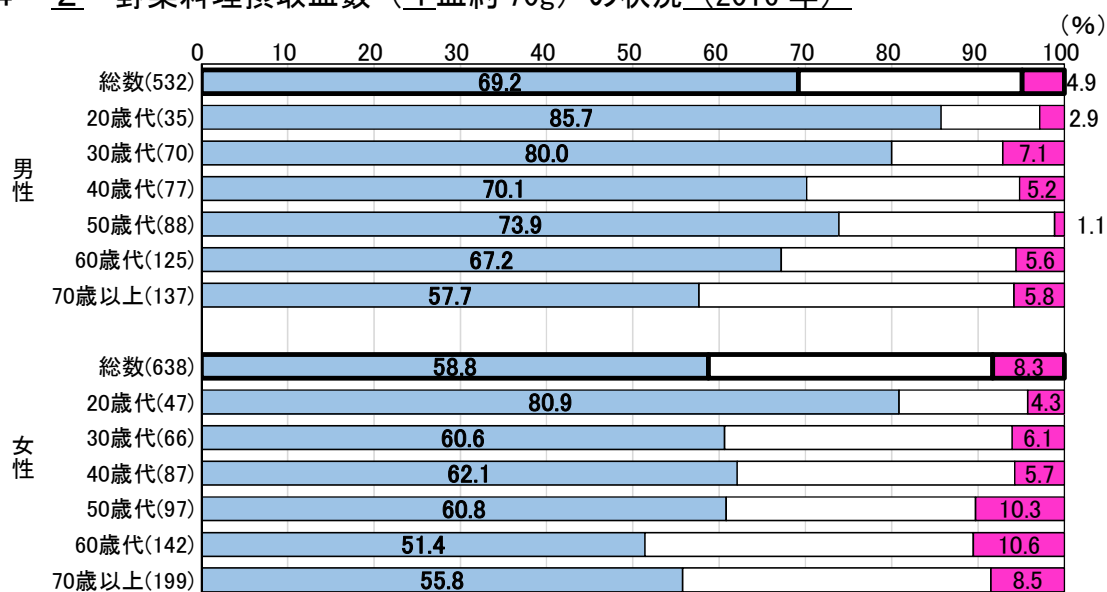
¹⁰ ACP: Advance Care Planning 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合い、共有する取組。厚生労働省が公募し、この取組の愛称を「人生会議」と決定した。

1 栄養・食生活

本県における野菜料理を1日に「ほとんど食べない」又は「1～2皿食べる」者の割合は、男性で約7割、女性で約6割で、20～30歳代男性、20歳代女性で8割以上と多くなっています。

1日の食塩摂取量の平均値は、男性10.6g、女性9.2gであり、男女ともに減少傾向にありますが、未だどの世代でも目標量（男性7.5g/日未満、女性6.5g/日未満¹¹）を上回って過剰に摂取しています。

図4-2 野菜料理摂取皿数（1皿約70g）の状況（2016年）

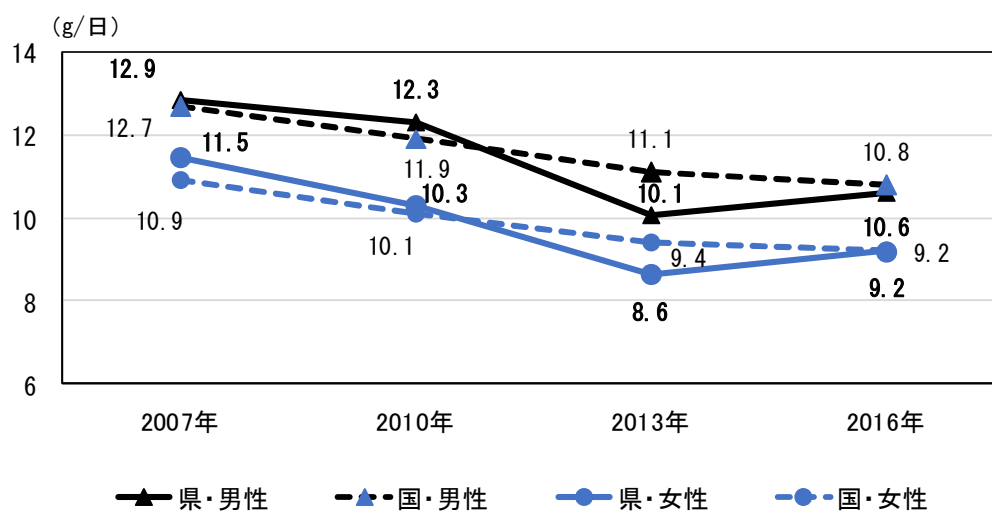


※ ()は有効回答数を示す。

□ほとんど食べない・1～2皿 □3～4皿 ■5皿以上

出典：静岡県「県民健康基礎調査」

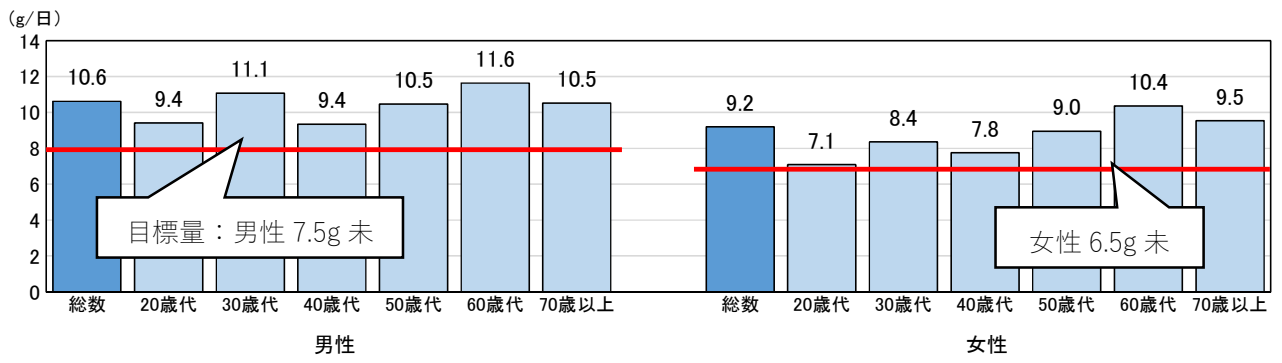
図4-3 食塩摂取量の年次推移（20歳以上）（2016年）



出典：静岡県「県民健康基礎調査」

¹¹ 「日本の食事摂取基準（2020年版）」

図4-4 食塩摂取量の平均値(2016年)



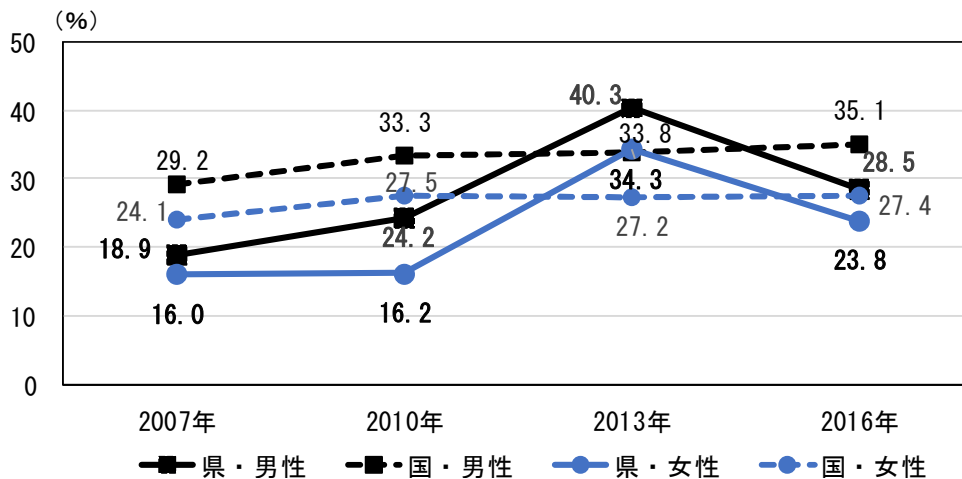
出典：静岡県「県民健康基礎調査」

2 身体活動・運動

本県における運動習慣のある者の割合は、男性 28.5%、女性 23.8%と前回調査に比べ減少し、男女とも、40 歳代以外は、全国平均よりも低くなっています。

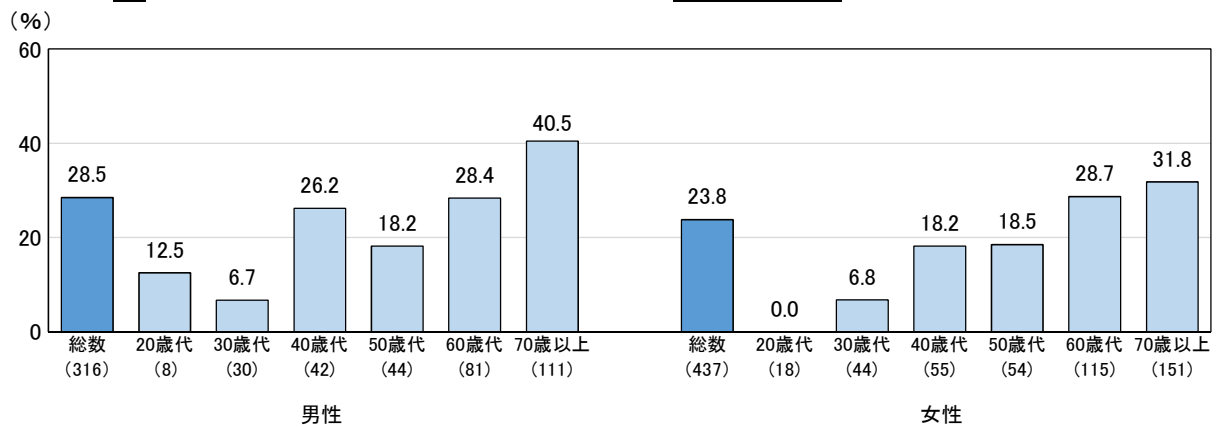
1 日当たりの歩数は、男性 7,133 歩、女性 6,223 歩と、全国平均をやや上回っており、男女とも、20 歳代を除く世代では、全国平均よりも多くなっています。

図 4-5 運動習慣のある者の割合の年次推移 (20 歳以上) (2016 年)



出典：静岡県「県民健康基礎調査」

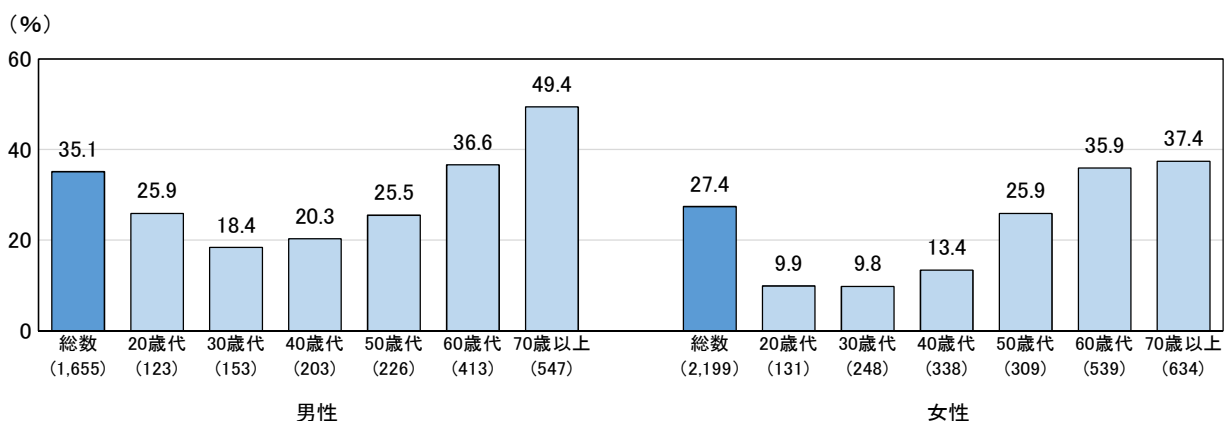
図 4-6 運動習慣のある者の割合 (静岡県) (2016 年)



※ ()は有効回答数を示す。

出典：静岡県「県民健康基礎調査(H28)」

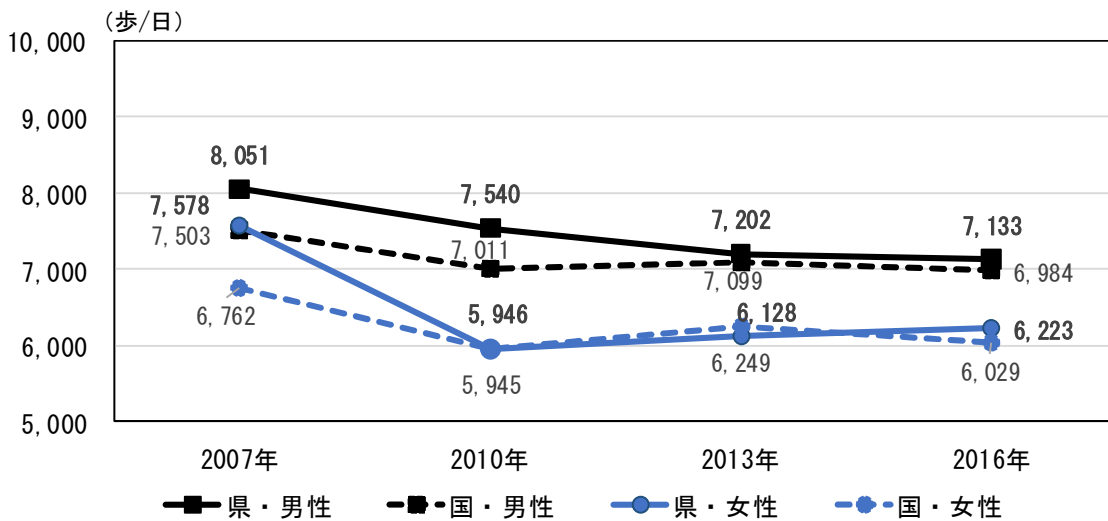
図 4-7 運動習慣のある者の割合 (全国) (2016 年)



※ ()は有効回答数を示す。

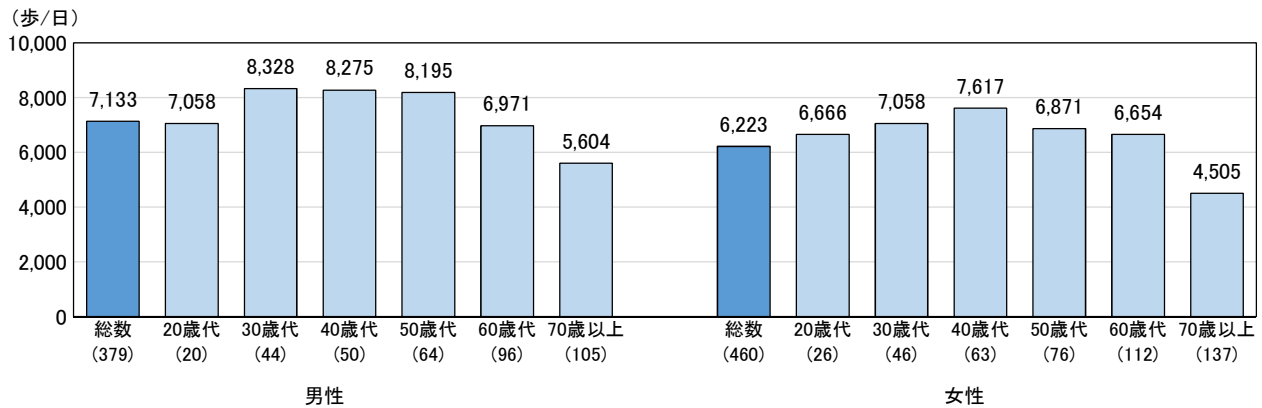
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図4-8 歩数の平均値の年次推移（20歳以上）（2016年）



出典：静岡県「県民健康基礎調査」

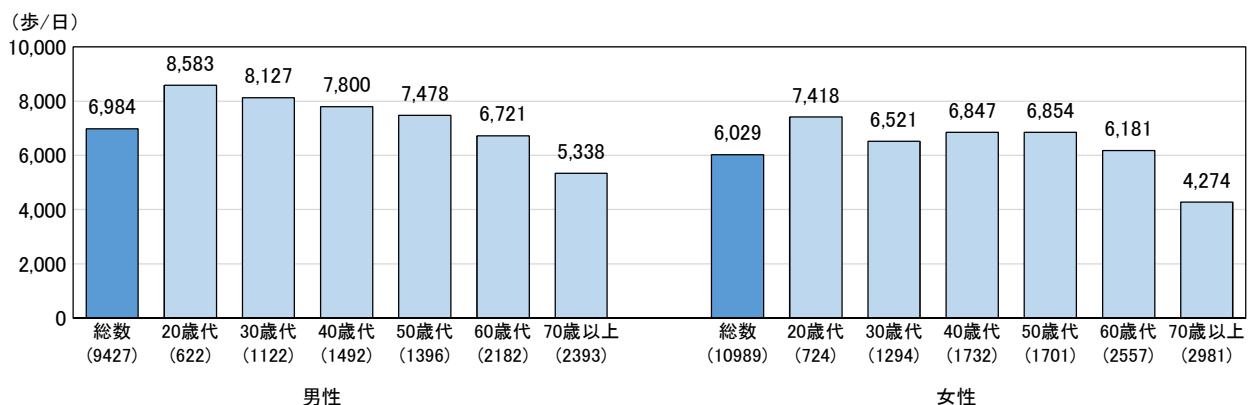
図4-9 歩数の平均値（静岡県）（2016年）



※ ()は有効回答数を示す。

出典：静岡県「県民健康基礎調査」

図4-10 歩数の平均値（全国）（2016年）



※ ()は有効回答数を示す。

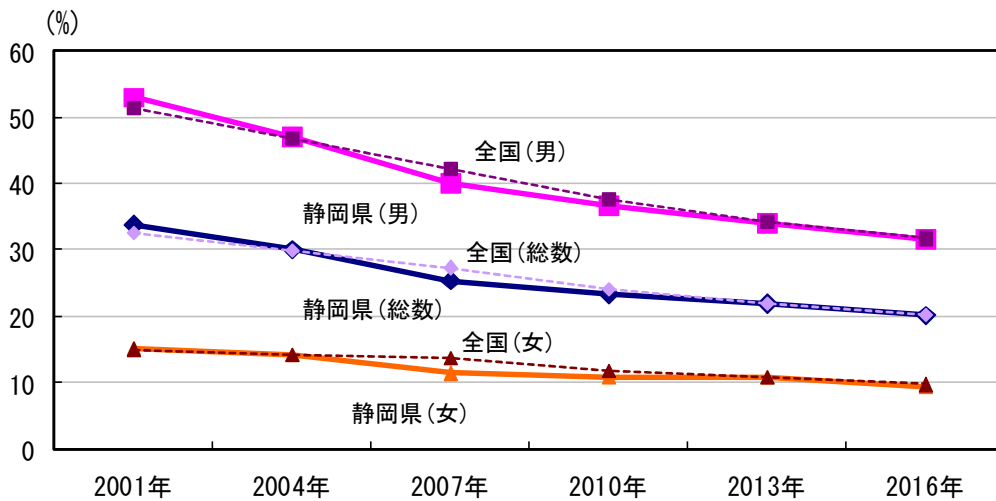
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

3 喫煙

本県における成人の喫煙率は、男性31.6%、女性9.4%であり、地域別の習慣的喫煙者の割合は、東部地区で高い傾向があります。

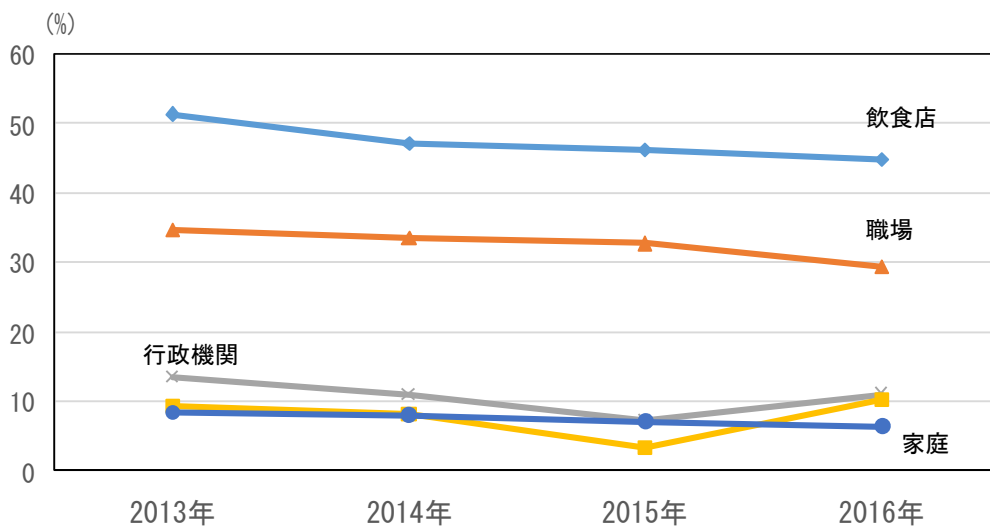
受動喫煙の機会を有する者の割合は、飲食店44.7%（目標：15%）、職場29.3%（目標：0%）、行政機関11.0%（目標：0%）、医療機関10.2%（目標：0%）、家庭6.4%（目標：3%）となっており、全体としては年々減少傾向にはありますが、目標値には達していません。

図4-11 習慣的喫煙者の割合の推移



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図4-12 受動喫煙の機会を有する者の割合の推移



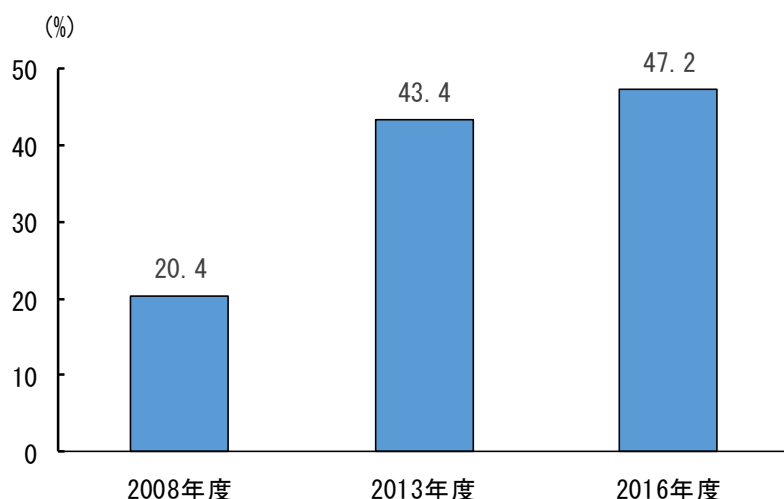
出典：静岡県「健康に関する県民意識調査」

4 歯・口腔の健康

高齢になっても20本以上の自分の歯を有する者は増える傾向にあるため、高齢者で歯周病と診断される者が増えています。

歯周病患者は口腔が健康な人に比べて1.20倍循環器疾患を発症しやすいことが明らかになっています。特に、脳卒中のリスクは1.24倍、冠動脈疾患のリスクは1.14倍高いことが示されています。¹²

図4-13 80歳で20本以上の歯を持つ者の割合

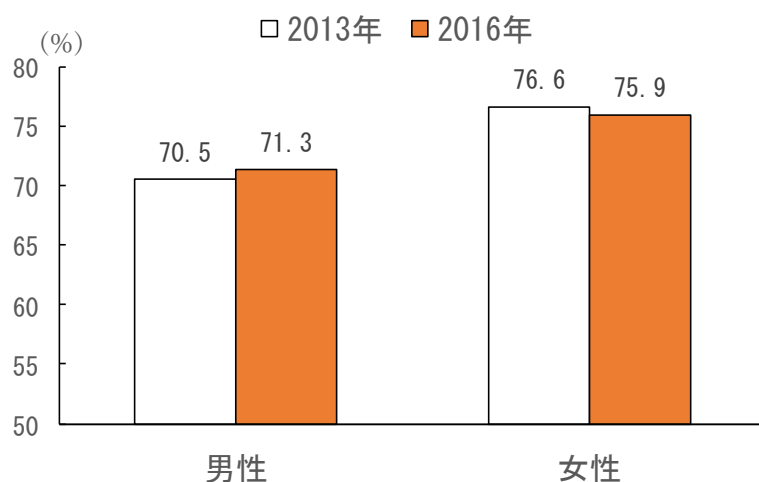


注意：2008年度は、2013年度・2016年度とは調査方法が異なるため参考値

出典：2008年度は静岡県「県民健康基礎調査」

2013年度及び2016年度静岡県「健康に関する県民意識調査」

図4-14 何でも良く噛んで食べられる者の割合（60歳代）



出典：静岡県「健康に関する県民意識調査」

¹² Harriet Larvin ら 「Risk of incident cardiovascular disease in people with periodontal disease: A systematic review and meta-analysis」 *Clin Exp Dent Res.* 2021;7(1):109-122

5 血圧

高血圧症有病者の割合は、男性では50歳代から、女性では60歳代から5割以上で、年齢が上がるに連れ増加しています。

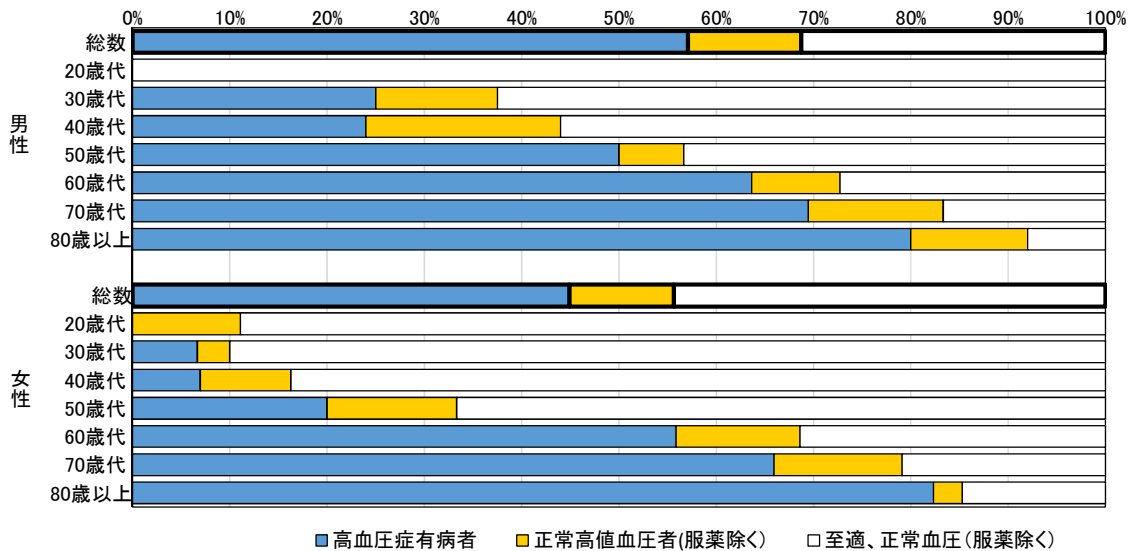
自分の日頃の血圧の値を大体知っている者の割合は、男性では40歳代から、女性では30歳代から5割以上です。

高血圧といわれたことがあっても現在治療を受けていない者の割合は、若い世代の男性で多い傾向です。

血圧を下げる薬を服用していながら、Ⅱ度以上の高血圧の者の割合は、男性16.1%、女性13.0%です。

身体状況調査での血圧測定結果がⅠ度～Ⅲ度高血圧に該当していても、医療機関や健診で高血圧（血圧が高い）といわれたことがない者の割合は、男性32.7%、女性42.3%です。

図4-15 高血圧症有病者¹³の状況（2016年）



出典：静岡県「県民健康基礎調査」

¹³ 血圧の分類は、日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」による。

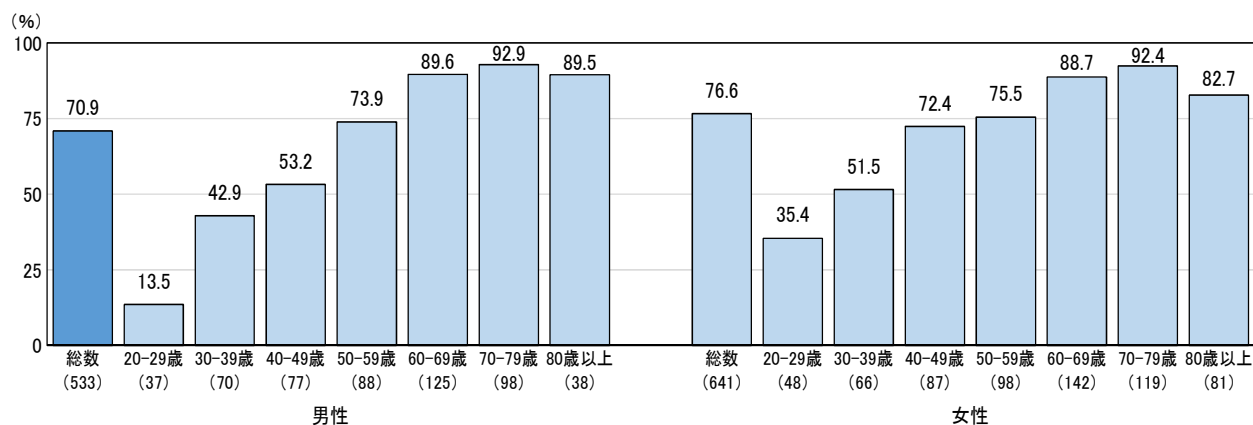
高血圧症有病者：収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上、もしくは血圧を下げる薬を服用している者

正常高値血圧者：130mmHg ≤ 収縮期血圧 ≤ 139mmHg かつ/または 85mmHg ≤ 拡張期血圧 ≤ 89mmHg で、かつ血圧を下げる薬を服用していない者

なお、「高血圧治療ガイドライン2019」では血圧の分類を下記のとおりとしている。

分類	診察室血圧 (mmHg)			家庭血圧 (mmHg)		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高血圧	≥140	かつ/又は	≥90	≥135	かつ/または	≥85

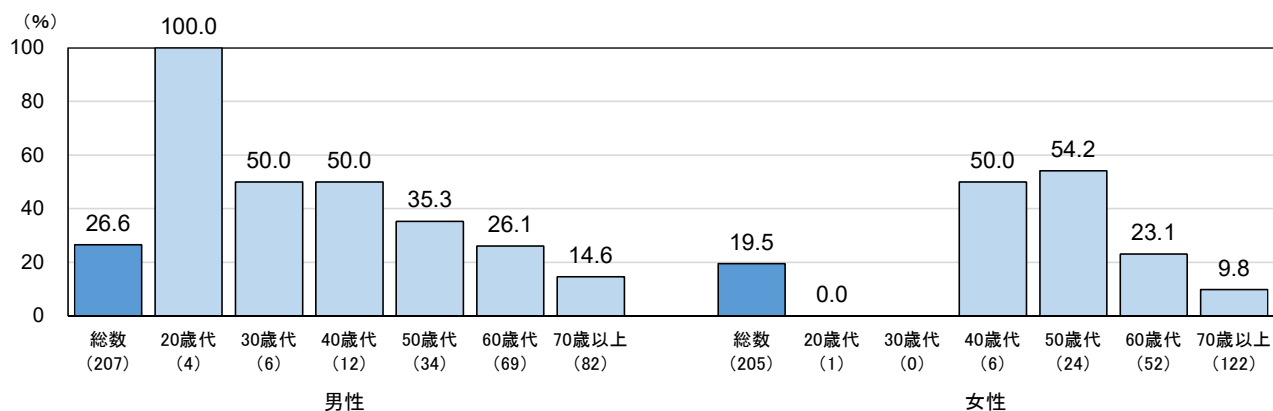
図4-16 自分の日頃の血圧の値を大体知っている者の割合（2016年）



※ ()は有効回答数を示す。

出典：静岡県「県民健康基礎調査」

図4-17 これまで医療機関や健診で高血圧（血圧が高い）といわれたことがある者のうち、現在治療を受けていない者¹⁴の割合（2016年）

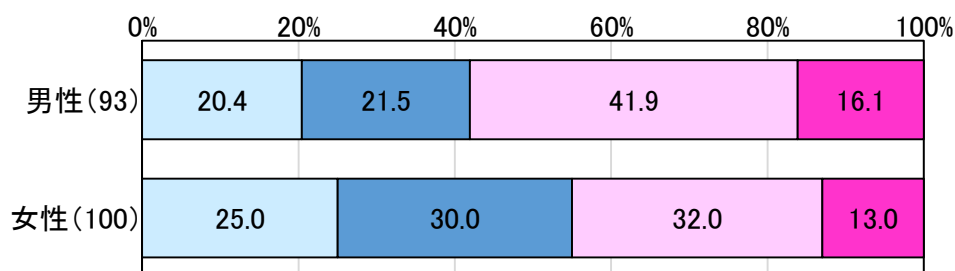


※ ()は有効回答数を示す。

出典：静岡県「県民健康基礎調査」

¹⁴ 現在治療を受けていない者：「過去に受けたことがあるが、現在は受けていない」又は、「これまでに治療は受けていない」と回答した者。

図4-18 血圧を下げる薬の服用者の血圧¹⁵の状況 (2016年)

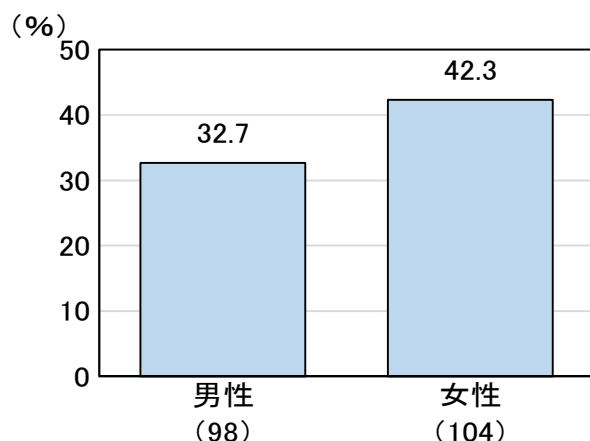


□ 至適・正常血圧 ■ 正常高値血圧 □ I度高血压 ■ II・III度高血压

※ 四捨五入した比率の掲載のため、男性の合計比率については100%となっていない。

出典：静岡県「県民健康基礎調査」

図4-19 身体状況調査での血圧測定結果がI度～III度高血压に該当する者のうち、医療機関や健診で高血压(血圧が高い)といわれたことがない者の割合(2016年)



※ ()は有効回答数を示す。

出典：静岡県「県民健康基礎調査」

¹⁵ 血圧の分類は、日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」による。

I度高血压：140mmHg ≤ 収縮期血圧 ≤ 159mmHg かつ/または 90mmHg ≤ 拡張期血圧 ≤ 99mmHg

II度高血压：160mmHg ≤ 収縮期血圧 ≤ 179mmHg かつ/または 100mmHg ≤ 拡張期血圧 ≤ 109mmHg

III度高血压：収縮期血圧 180mmHg 以上かつ/または 拡張期血圧 110mmHg 以上

なお、「高血圧治療ガイドライン2019」では血圧の分類を下記のとおりとしている。

分類	診察室血圧 (mmHg)		家庭血圧 (mmHg)	
	収縮期血圧	拡張期血圧	収縮期血圧	拡張期血圧
I度高血压	140-159	かつ/または 90-99	135-144	かつ/または 85-89
II度高血压	160-179	かつ/または 100-109	145-159	かつ/または 90-99
III度高血压	≥180	かつ/または ≥110	≥160	かつ/または ≥100

【施策の方向性】

- 特定健康診査、死因等に関する調査分析を実施します。
- 患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・ケア関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACPやリビングウィル¹⁶（意思表示書）について、普及啓発を実施します。
- 生活習慣病の予防や改善のため、朝食摂取や栄養バランスのよい食事等の望ましい食生活・食べ方に関する情報を、関係機関や民間企業等と連携し発信します。
- 適切な量の食塩・野菜・果物の摂取に関する情報提供や健康養育に活用できるツールの作成等を通じて、各個人に沿ったバランスの良い食事の実践に向けた普及啓発を行います。
- 「健康増進普及月間」（9月）や「ふじのくにスポーツ推進月間」（10月）等を中心に、日常生活を活動的に過ごすことの必要性や運動の健康への効用について広く県民に情報提供します。
- 世界禁煙デー（5月31日）、禁煙の日（毎月22日）を中心として、禁煙キャンペーンを実施し、喫煙が健康に及ぼす悪影響、COPD¹⁷等について正しい知識の提供、啓発活動を実施するとともに、教育・啓発時に役立つツール（スモーカーライザー¹⁸等）の貸し出しも積極的に行います。
- たばこをやめたい人に対して、治療方法、禁煙治療ができる医療機関や禁煙支援ができる薬局等の情報提供を、県医師会や県薬剤師会の協力を得て実施し、支援を行います。
- 受動喫煙の害について、パンフレット等を活用して情報提供します。
- 多くの人が集まる公共的な施設、飲食店や職場等の受動喫煙防止対策が図られるよう関係機関に働きかけます。
- 循環器病や糖尿病における医科歯科連携を推進します。
- 生活習慣病の重症化予防を中心として、医師会等の関係機関とのネットワーク化を図ります。

¹⁶ リビングウィル：重病になり自分自身では判断できなくなる場合に、治療に関して自分の希望を述べておく書類

¹⁷ COPD：慢性閉塞性肺疾患（chronic obstructive pulmonary disease）のことで、従来、慢性気管支炎や肺気腫と呼ばれてきた病気の総称。タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入暴露することで生じた肺の炎症性疾患であり、喫煙習慣を背景に中高年に発症する生活習慣病ともいえる。

¹⁸ スモーカーライザー：呼気中の一酸化炭素（CO）濃度を測定する機器

第3節 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

1 脳卒中

(1) 予防・啓発

【現状と課題】

- 循環器病の多くは、不健康な生活習慣の継続等をきっかけにして発症するもので、その経過は、生活習慣病予備群、生活習慣病発症、再発・重症化・合併症発症、生活機能の低下・要介護状態の順に進行していきます。そのため、予防の観点からも、循環器病の早期の診断・治療介入の考え方が必要です。循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、健康診査等の受診や、行動変容をもたらす保健指導が重要です。
- 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保健医療圏において早急な対策が望まれます。
- 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、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、喫煙しない人であっても、受動喫煙により影響を受ける場合があるため、受動喫煙防止の推進も重要です。
- 心原性脳梗塞の最大の原因は心房細動であり、心房細動がある人は、心房細動がない人に比べ、約5倍脳梗塞の発症リスクが高いことが報告されています。¹⁹
- 本県における特定健康診査（特定健診）受診率は58.8%（2021年度）で、第1次静岡県循環器病対策推進計画で目標としていた70%（2023年度）に達していません。
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数は、男性153,222人（40.8%）、女性40,254人（12.5%）（2022年度）で、県東部に多い傾向があります。
- 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おり、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）、かかりつけ薬局等が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働き掛けを行う必要があります。
- 歯周病患者では、脳卒中のリスクが1.24倍高いことが報告されています。

¹⁹ Cleveland Clinic. Atrial fibrillation (Afib). Published May 2015. Accessed August 25, 2016.

【施策の方向性】

- 特定健康診査、死因等に関する調査分析を実施します。
- 特定健診・特定保健指導推進協議会を開催し、事業の評価や推進方法について協議します。
- 特定健康診査や特定保健指導を担当している市町、保険者、実施機関等の担当者に対して研修を行い、生活習慣病対策を効果的に推進できる人材を育成します。
- 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、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・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、口腔ケア、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。
- 世界脳卒中デー（10月29日）を中心に、脳卒中に関する知識を広め、脳卒中の予防について普及啓発を図ります。
- 生活習慣病の重症化予防を中心として、医師会等の関係機関とのネットワーク化を図ります。
- 県医師会等の関係団体と連携し、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の徹底することを推進します。
- 保険者の行う疾病予防・再発予防・重症化予防の推進に係る取組を推進します。
- 脳卒中は、歯周病との関連性があるため、その予防のためにかかりつけ歯科医への定期受診を勧めます。

(2) 救護

【現状と課題】

- 本県において、2021年に脳卒中により救急搬送された患者数は約790人です。
- 2021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41.6分であり、全国平均42.8分とほぼ同水準の搬送時間となっています。
- 消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による受入れの実施に係る体制として、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の分類基準に「脳卒中疑い」を定め、傷病者の受入先となる医療機関リストを作成しています。
- 救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保に取り組んでいます。
- 脳梗塞では、発症4.5時間以内の専門治療可能な病院への搬送が重要であり、発症後、出来るだけ早く急性期の治療を受ける必要があります。
- 脳卒中で搬送された患者は、CT等の検査を行うことによって、脳内出血やくも膜下出血と診断される場合が多く、搬送先の病院において、外科的な治療が可能な場合は、その病院で治療が開始される一方、外科的治療を行うことが出来ない場合は、治療が可能な病院に搬送し、治療を行います。
- 医療資源が少ない地域では、Drip & ShipのDrip（血栓溶解剤などの点滴）が出来ないだけでなく、Ship（専門治療を行う病院に搬送）されないという課題もあります。
- 搬送先が神経内科専門医のいない等の病院の場合は、専門治療を行う病院への再搬送が遅れる可能性もあり、最新の治療方法の周知や専門医による助言を行う体制の構築が課題です。
- 中部地区では、治療可能な病院に適切かつ迅速に搬送するため、「脳主幹動脈閉塞に係る病院前評価指標」(Prehospital LV0 (large vessel occlusion) scale)を活用した取組を進めています。
- また、t-PA療法（血栓溶解療法）や血栓回収療法の可能な病院が限られている東部地区を除き、中部や西部地区では輪番制で対応していますが、救急車を呼ぶまでに時間が掛かることが課題です。
- 脳卒中を発症した患者には、早急に治療を開始する必要があり、まずは、患者やその家族（施設入所の場合には、その職員等）が発症を認識することが重要です。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者

等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

【施策の方向性】

- 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って、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。
- 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、激しい頭痛）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。
- 「FAST」²⁰などを活用した脳卒中の初期症状に気づくための啓発を行うとともに、脳卒中の発症時の対応に関する情報提供を推進していきます。
- 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、循環器病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進めるため、地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直しを継続的に行うよう努めます。

²⁰FAST：脳卒中で起こる3つの症状「顔の麻痺（Face）」「腕の麻痺（Arm）」「言葉の障害（Speech）」と「発症時刻（Time）」の頭文字からなる脳卒中の初期症状を確認する方法

(3) 急性期

【現状と課題】

- 本県において、2022年8月時点で、脳卒中の救急医療機能を担う病院は、賀茂を除く7保健医療圏に29施設あります。
- 本県の人口10万人当たりの脳神経内科の医師数は3.5人、脳神経外科の医師数は5.8人で、全国平均4.6人、5.8人と比較すると脳神経内科の医師数は少なくなっています（2020年医師・歯科医師・薬剤師統計）。
- 本県において、2022年時点で、一次脳卒中センターの認定（一般社団法人脳卒中学会）を受けている病院は、25施設あります。
- 本県において、2021年時点で、脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院は38施設あり、全ての保健医療圏で実施できます。
- 本県において、2021年時点で、脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な病院は18施設ありますが、賀茂保健医療圏には、血栓回収療法を実施できる病院がありません。
- 本県において、2021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及び脳動脈瘤コイル塞栓術が、賀茂を除く7保健医療圏で実施されています。
- 脳梗塞に対するt-PA療法や血栓回収療法を迅速に行うことで、機能予後の改善につながることをしていますが、急性期治療を十分に受けられる状況には至っていません。
- 対応疾患に応じて、地域における複数の医療機関が連携して24時間365日受け入れる体制での対応を行うことが求められ、その施設間ネットワークを構築するに当たっては、急性期の専門的医療を行う施設が担うべき医療機能を地域のネットワークを構築している医療機関において分担する必要があります。
- また、高齢化に伴い増大する医療需要や医療現場の働き方改革に対応しつつ、情報技術を用い患者がより受診しやすく、多職種が連携しやすい環境を整え、将来にわたって質の担保された診療体制を構築していく必要があります。
- 循環器病に係る各専門医や特定行為研修を修了した看護師、専門・認定看護師等を含めた医療従事者が要請されており、かかりつけ医等においても循環器病に関する共通認識を持つ必要があります。
- 円滑な脳卒中の地域医療連携パスの実現のために、記載項目の標準化や記載の簡素化などの取組を進めることが必要です。
- 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。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏ま

え、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

【施策の方向性】

- 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 전송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、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について、地域の実情に合わせて検討し、標準的治療の普及（発症から4.5時間以内のt-PA療法、カテーテルによる血栓回収療法等）を図ります。
- 脳内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。
- 専門的な治療ができる医療機関において迅速に治療を開始できるように、患者、家族等への適切な情報提供や生活習慣病の厳格な管理を担うかかりつけ医等向けの研修会や症例研究会の取組を進めます。
- 脳卒中の地域医療連携パスの普及、充実のために、記載項目の標準化や見直しの取組を進め、特に栄養状態や嚥下機能の評価を行うことよって円滑な嚥下訓練につなげる仕組みづくりを推進します。
- また、脳卒中の地域医療連携パスの活用を推進するため、医療機関間の情報共有におけるICTの活用を進めます。
- 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。
- 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

(4) 回復期

【現状と課題】

- 本県において、2023年4月時点で、脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関は186施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。
- 本県において、2020年の脳卒中の退院患者平均在院日数は、88.5日です。
- 本県において、2017年に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56.6%となっています。
- 脳卒中患者では、急性期診療を行った後にも様々な神経症状が残ることが多いため、急性期に速やかにリハビリテーションを開始し、円滑に回復期及び維持期・生活期のリハビリテーションに移行することが求められ、医療と介護の間で切れ目のない継続的なリハビリテーションの提供体制をより一層構築していく必要があります。
- 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・生活期の各期において、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。
- 急性期、超早期のリハビリテーションが予後の改善につながることから、西部地区を中心に、急性期からリハビリに積極的に取り組んでいる病院が増えてきています。
- 急性期病院は、人員確保等の面から、週休日や連休におけるリハビリテーションが課題となっており、回復期病院は、365日リハビリテーションを実施しているため、出来るだけ早期に、回復期病院でのリハビリテーションを開始することが望まれます。
- 一方で、回復期から維持期や在宅療養への移行が円滑に進まなければ、回復期の病院に早期に転院させることが難しくなります。
- 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・生活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。
- それぞれの地域で、脳卒中の地域医療連携パスの運用が始まっていますが、地域によっては、回復期病院までの連携で、かかりつけ医の連携まで十分に行われていない状況があります。

【施策の方向性】

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

中に関する現在の状態を踏まえ、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づくりを進めます。

○かかりつけ医・かかりつけ薬局等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるような取組を進めます。

○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に、医療機関等の機能分化及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

○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・生活期の医療機関等が、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医療連携パスや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。

○脳卒中の地域医療連携パスの普及、充実のために、記載項目の標準化や見直しの取組を進め、特に栄養状態や嚥下機能の評価を行うことよって円滑な嚥下訓練につなげる仕組みづくりを推進します。

○また、脳卒中の地域医療連携パスの活用を推進するため、医療機関間の情報共有におけるICTの活用を進めます。

○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チームで検討することを勧めます。

(5) 維持期・生活期

【現状と課題】

- 本県において、2023年8月時点で、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288施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。
- 患者が、急性期から回復期、維持期・生活期まで切れ目なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が必要です。
- 維持期・生活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。
- また、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るため、患者が必要な福祉サービスや後遺症に対する支援を受けられることができる環境整備が必要です。
- 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・生活期の各期において、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。
- 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。
- 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・生活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。
- 病気の進行とともに全人的な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検討する必要があります。
- 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。
- 病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えることや、病を患った方々が生きがいを感じながら働ける社会のため、就労支援サービスの活用が必要です。

【施策の方向性】

- 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、脳卒中に関する現在の状態に応じた再発予防、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づくりを進めます。
- かかりつけ医・かかりつけ薬局等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連

- 携が適切に行われるような取組を進めます。
- 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、在宅又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、医療介護連携体制を整備して、日常生活の継続を支援します。
 - 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に、医療機関等の機能分化及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。
 - 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・生活期の医療機関等が、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医療連携パスや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。
 - 療養生活に移行して初めて、それまで気付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。
 - 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、地域で支え合える環境づくりや医療と介護の連携を推進します。
 - 後遺症等に関する知識等について、分かりやすく効果的に伝わるよう必要な取組を進めます。
 - 患者の状態に応じた緩和ケアが提供されるよう、緩和ケアの提供体制を充実させます。
 - 治療と仕事の両立の相談支援体制を充実させます。

(6) 再発・重症化予防

【現状と課題】

- 維持期・生活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。
- 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。
- 再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要です。
- 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。
- 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る取組を進める必要があります。
- 患者が目的や必要性を十分に理解した上での再発予防、重症化予防、生活再建が重要です。

【施策の方向性】

- 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、脳卒中に関する現在の状態に応じた再発予防、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づくりを進めます。
- 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・生活期の医療機関等が、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医療連携パスや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。
- 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（かかりつけ医）、かかりつけ薬局等の連携を推進します。
- 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。

2 心血管疾患

(1) 予防・啓発

【現状と課題】

- 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、富士及び中東遠の4保健医療圏において各々174.4、203.3、132.5、148.1と全国平均を上回っており早急な対策が望まれます。
- 急性心筋梗塞の最大の危険因子は高血圧です。心血管疾患死亡リスクが最も低い120/80mmHg未満と比較して、40歳から74歳では120/80mmHg以上、75歳から89歳では140/90mmHg以上で、血圧上昇に伴いリスクが増大したことが報告されています²¹。このため、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す。糖尿病患者は、非糖尿病患者と比較して、冠動脈疾患の頻度が2倍から4倍高いと報告されています。脂質異常症、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。さらに、喫煙しない人であっても、受動喫煙により影響を受ける場合があるため、受動喫煙防止の推進も重要です。
- 大動脈瘤及び解離の危険因子も高血圧です。
- 急性冠症候群を一度発症した方は、再発を予防するため、厳格なLDLコレステロール管理が必要とされ、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022」(日本動脈硬化学会)では70mg/dL未満が目標値とされています。また、家族性高コレステロール血症、糖尿病等を合併する場合にも同様に厳格な管理が必要です。
- 本県における特定健康診査(特定健診)受診率は58.8%(2021年度)で、第1次静岡県循環器病対策推進計画で目標としていた70%(2023年度)に達していません。
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数は、男性153,222人(40.8%)、女性40,254人(12.5%)(2022年度)で、県東部に多い傾向があります。
- 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おり、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)、かかりつけ薬局等が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働き掛けを行う必要があります。
- 歯周病患者では、冠動脈疾患のリスクが1.14倍高いことが報告されています。

²¹ 一般社団法人日本循環器学会「2023年改訂版冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン」

【施策の方向性】

- 特定健康診査、死因等に関する調査分析を実施します。
- 特定健診・特定保健指導推進協議会を開催し、事業の評価や推進方法について協議します。
- 特定健康診査や特定保健指導を担当している市町、保険者、実施機関等の担当者に対して研修を行い、生活習慣病対策を効果的に推進できる人材を育成します。
- 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・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、口腔ケア、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。
- 健康ハートの日（8月10日）や健康ハートウィークを中心に心臓や心身の健康について知識を広め、心血管疾患の予防について普及啓発を図ります。
- 生活習慣病の重症化予防を中心として、医師会等の関係機関とのネットワーク化を図ります。
- 県医師会等の関係団体と連携し、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。
- 保険者の行う疾病予防・再発予防・重症化予防の推進に係る取組を推進します。
- 動脈硬化は、う歯や歯周病との関連性があるため、虚血性心疾患の予防のためにかかりつけ歯科医への定期受診を勧めます。

(2) 救護

【現状と課題】

- 本県において、2020年に虚血性心疾患及び大動脈疾患により救急搬送された患者数は、約1,100人です。
- 2021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41.6分であり、全国平均42.8分とほぼ同水準の搬送時間となっています。
- 特に急性大動脈症候群の患者を速やかに搬送する体制が必要です。
- 消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による受入れの実施に係る体制として、静岡県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の分類基準に「胸痛」を定め、傷病者の受入先となる医療機関リストを作成しています。
- 救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保に取り組んでいます。
- 急性冠症候群に対しては、急性期の再灌流が生命予後の改善をもたらすことから、再灌流療法的手段として早く確実に再灌流が得られる冠動脈インターベンション(PCI)が第一選択とされ、24時間365日対応で行うことが望ましいとされています。
- 大動脈解離のうち、上行大動脈に解離のあるA型は、外科的手術（直達手術）により、上行大動脈に解離のないB型は、急性期には合併症がない限り降圧安静治療を行います、どちらも外科部門が担っているところが大半です。
- 大動脈疾患の緊急手術で、ステントグラフト（ステントと人工血管を組み合わせた器具による）治療の占める役割は、急速に増加しています。
- 大動脈緊急症は、急性冠症候群と同様に治療開始までの時間が重要であり、搬送時間を考慮した上で、保健医療圏ごとに消防と連携したICTのネットワーク構築が必要です。
- 静岡県は、東西に広く、心臓血管外科医のいる施設の密度に、地域的にかなりの差があるため、相当の広域搬送になる場合があります。
- 虚血性心疾患だけでなく、不整脈や心筋症なども、心原性ショックの原因となりうることから、迅速な対応が必要です。特に急性大動脈解離や大動脈瘤破裂については、緊急手術が常時可能な施設は限られているため、地域における現状を踏まえつつ、より広域の連携体制を構築する必要があります。
- 急性冠症候群の早期診断や重症度判定のために、救急隊による身体所見と12誘導心電図による病院前判断が有用です。
- また、適切なメディカルコントロールを行えるよう、心電図等の情報の伝送方法の検討が必要です。

- 特に、賀茂保健医療圏及び熱海伊東保健医療圏からの救急搬送体制の整備が必要です。
- 賀茂保健医療圏には、24時間365日、PCIの治療を行うことができる病院が無く、治療のために保健医療圏外に救急搬送されているため、夜間や悪天候時には、治療開始までの貴重な時間を損なうことになりかねません。
- このため、伊豆縦貫道の全面開通に加え、これを結ぶ東西の海岸沿いの高規格幹線道路の整備が重要であるとともに、整備されつつある誘導心電図が配備可能な救急車の活用、心電図の伝送に加え、個人情報保護に配慮しつつ、救急車内での救急隊員の活動状況等を動画で見られる仕組が有用です。
- 東部は、三次救急対応できる病院が非常に限られており、原則24時間365日対応している駿東田方保健医療圏であっても、ステントグラフト内挿術などについては、県外にドクターヘリ等で搬送することもあります。
- 西部の浜松市内の心臓血管外科を有する5病院では、受入の諾否を即座に行える仕組の構築について、検討を始めています。これには消防との連携が必須であり、ICTを用いたネットワーク構築が必要です。
- 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体外式除細動器（AED）を使用することで救命率の改善が見込まれます。2019年末時点において、AEDは全国に約65万台普及しており、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50.6%（2021年）と上昇傾向になっています。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

【施策の方向性】

- 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って、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。
- 救急医療体制の整備のために、ICTを活用して円滑に画像情報等を共有する仕組みを検討します。
- 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）による電氣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。

- 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、循環器病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進めるため、地域の実情に応じた傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の見直しを継続的に行うよう努めます。

(3) 急性期

【現状と課題】

- 本県において、2022年8月時点で、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保健医療圏に24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保健医療圏にあります。
- 心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院は9施設（2020年）あり、賀茂、熱海伊東、富士及び中東遠を除く4保健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）は、2021年度に県内全保健医療圏で実施され、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保健医療圏で実施されています。
- 対応疾患に応じて、地域における複数の医療機関が連携して24時間365日受け入れる体制での対応を行うことが求められ、その施設間ネットワークを構築するに当たっては、急性期の専門的医療を行う施設が担うべき医療機能を地域のネットワークを構築している医療機関において分担する必要があります。
- また、高齢化に伴い増大する医療需要や医療現場の働き方改革に対応しつつ、情報技術を用い患者がより受診しやすく、多職種が連携しやすい環境を整え、将来にわたって質の担保された診療体制を構築していく必要があります。
- 循環器病に係る各専門医や特定行為研修を修了した看護師、専門・認定看護師等を含めた医療従事者が要請されており、かかりつけ医等においても循環器病に関する共通認識を持つ必要があります。
- 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、非ST上昇型心筋梗塞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）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、富士、中東遠の4保健医療圏には、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

4 保健医療圏における急性心筋梗塞の標準化死亡比は他の保健医療圏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4保健医療圏の急性期医療体制を充実させる必要があります。

○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。

○中部のうち静岡市内では、急性期の病院と診療所との間で虚血性心疾患の循環型の病診連携に取り組んでおり、危険因子の管理を目指し、再発率の低減など、効果を上げつつあります。

○西部では、浜松市内を中心に輪番制により、急性心筋梗塞等の心血管疾患における救急医療を担う病院が輪番で対応しており、365日断らない救急システムを確立し、「浜松方式」として全国的に知られています。

○大動脈解離の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型は急性期には内科的治療が選択されることが多いです。ただし、破裂や重要臓器虚血などの合併症を有する場合等には、ステントグラフト治療など外科的治療が必要となります。

○心不全は、「心不全パンデミック」という言葉も提唱されるなど、非常に増加しつつあります。

○さらに、心不全で入院される方は、高齢であることも多く、入院が長期間に渡るので、回復期や維持期・生活期の施設等（回復期病棟、地域包括ケア病棟を含む）との連携を密にしていく必要があります。

○心不全は、急性冠症候群や弁膜症を起因とするなど多岐に渡るので、医療の質の向上を図るためには、各地域において、どのような心不全の診療体制となっているか、現状を把握する必要があります。

○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が、全国的に実施可能な施設は限られています。

○心房細動は、70歳前後から急激に有病率が増加する疾患で、アブレーション施行件数が増えています。

○質が担保された心房細動のアブレーションを行うためには、不整脈の専門医不足により、不整脈の認定施設になれないという本県の現状を改善する必要があります。

○心房が拡大し、アブレーション適用外となる症例も見受けられるので、診療所のかかりつけ医も十分な認識を持って、心電図をこまめにとる、脈拍を計る、なるべく早く適切な抗凝固療法を行う、循環器の専門医に紹介することなどに取り組むことが必要です。

○小児・先天性心疾患とその移行期医療は、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、現在は小児期に治療をして成人した成人先天性心疾患患者が、全国に50万人以上いると言われて

- 胎児診断、学校健診等の機会を通じて、小児の循環器病が見つかることがあり、それによって予後改善が期待できます。
- 本県の小児・先天性心疾患児を含む移行期医療の対応は、2020年4月に、県立こども病院が県移行期医療支援センターの運営を開始し、2022年度には県移行期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。
- 小児期に先天性心疾患に対する外科治療等を行った場合、手術介入した心房や心室部分が不整脈の原因になったり、弁逆流が治り切らず心不全が継続したり、再建した血管や部位が成長に対応できずに狭窄したりするなど厳格な経過観察が必要な合併症を抱えていることが多く、内科的、外科的追加治療によって健康寿命が大きく変わりますが、現状、専門医療を提供できる県内体制の情報把握が十分でない状況にあります。
- 県内で移行期医療の対象となる患者の把握、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。
- 県移行期医療支援センターを中心に、対象患者について、患者レジストリーの策定や、拠点施設・連携病院と地域医療機関で適切に観察・治療できる体制の構築に取り組んでいます。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

【施策の方向性】

- 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・解離の治療を開始できるように、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。
- 保健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。
- 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。

○心臓移植や人工心臓による治療が受けられるよう、県外を含めた医療機関との連携を推進します。

○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づくりも検討します。

○専門的な治療ができる医療機関において迅速に治療を開始できるように、患者、家族等への適切な情報提供や生活習慣病の厳格な管理を担うかかりつけ医等向けの研修会や症例研究会の取組を進めます。

○学校健診等の機会における小児の循環器病患者の早期発見を推進するとともに、小児期から成人期にかけて循環器病に係る必要な医療を切れ目なく行うことができる移行医療支援の体制整備、療養生活に係る相談支援及び疾病にかかっている児童の自立支援を推進します。

○平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

(4) 回復期

【現状と課題】

- 本県において、2023年4月時点で、心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関は31施設あり、賀茂を除く7保健医療圏で実施されています。
- 本県において、2020年の虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は、27日です。
- 本県において、2017年に主病名が虚血性心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、95.5%となっています。
- 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。
- 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。
- トレッドミルや自転車エルゴメーター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。
- 心不全の回復期、維持期・生活期は、心臓リハビリテーションが重要で、入院中のリハビリテーションに加え、通院リハビリテーションの徹底により、患者のQOLは確実に向上することから、どのようにリハビリテーションを進めていくかが課題です。
- 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）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。
- 心不全増悪の要因には、虚血性心疾患、弁膜症、先天性心疾患、心筋症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。
- 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、呼吸管理等の全身管理も必要となります。

- 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ています。
- 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。
- 心房細動後のリハビリテーションは、脳卒中予防の観点からも、ひいては健康寿命の延伸などの点からも重要です。

【施策の方向性】

- 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・生活期の医療機関等が、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。
- かかりつけ医・かかりつけ薬局等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるような取組を進めます。
- 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化及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

(5) 維持期・生活期

【現状と課題】

- 患者が、急性期から回復期、維持期・生活期まで切れ目なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が必要です。
- 心不全の回復期、維持期・生活期は、心臓リハビリテーションが重要で、入院中のリハビリテーションに加え、通院リハビリテーションの徹底により、患者のQOLは確実に向上することから、どのようにリハビリテーションを進めていくかが課題です。
- 日本心不全学会の「心不全手帳」や各医療機関で運用している心不全連携パスは、各医療機関の役割分担により、心不全の患者をマネジメントするものです。
- 西部においては、浜松医科大学医学部附属病院が、聖隷浜松病院、聖隷三方原病院などと連携して取組を進めており、県全体に心不全連携パスを広めることが望まれます。
- 心不全においては、診療所のかかりつけ医（循環器の専門医以外を含む）も重要な役割を果たすことになるので、心不全連携パスを進め、かかりつけ医が安心して診ていくことができる体制が望まれます。
- 心不全増悪の要因には、虚血性心疾患、弁膜症、先天性心疾患、心筋症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。
- 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。この状態では循環管理、呼吸管理等の全身管理も必要となります。
- 心不全手帳は、各医療機関が共通した認識で心臓リハビリテーションを行うことができる意味で活用されていくことにより、医療機関だけでなく、通所型介護施設や予防面からも重要です。
- 介護老人保健施設等入所者の心不全増悪時に、急性期病院に救急搬送されたのにもかかわらず、到着後にその患者又は家族から侵襲的なことは希望しない、苦しまないように又は看取っていただければそれで十分と伝えられる事例もあり、施設での心不全への対応、認識が課題です。
- 高齢者人口の増加に伴い、心不全と認知症を併発する患者が増えています。
- また、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るため、患者が必要な福祉サービスや後遺症に対する支援を受けられることができる環境整備が必要です。

○病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えることや、病を患った方々が生きがいを感じながら働ける社会のため、就労支援サービスの活用が必要です。

【施策の方向性】

○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づくりを進めます。

○かかりつけ医・かかりつけ薬局等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行われるような取組を進めます。

○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、医療介護連携体制を整備して、日常生活の継続を支援します。

○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化及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

○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。

○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、患者の状態に応じた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。

○医師会と連携し、各地域で認知症サポート医と市町や地域包括支援センター、介護事業所等が連絡会や研修会を行い、各地域で関係機関が相互理解を深め、認知症の人や家族への支援を一体的に行えるよう支援します。

○後遺症等に関する知識等について、分かりやすく効果的に伝わるよう必要な取組を進めます。

○治療と仕事の両立の相談支援体制を充実させます。

(6) 再発・重症化予防

【現状と課題】

- 急性期を脱した後は、不整脈、心不全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（高血圧症、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。
- 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。
- 再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要です。
- 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。
- 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。
- 患者が目的や必要性を十分に理解した上での再発予防、重症化予防、生活再建が重要です。
- 心血管疾患患者の管理においては、特に、心不全等で入退院を繰り返す患者が増加しており、再発予防及び再入院予防の観点が重要です。運動療法、冠危険因子是正、患者教育、カウンセリング等を含む多職種による疾病管理プログラムとして心血管疾患におけるリハビリテーションを実施することが関連学会より提唱されています。

【施策の方向性】

- 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づくりを進めます。
- 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・生活期の医療機関等が、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。
- 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。

- 心不全により再入院する患者を減らすため、心不全手帳を活用した取組を推進し、心不全手帳を導入した患者の1年後の再入院率20%未満を目指します。
- 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への定期受診を勧めます。

第4節 循環器病の研究推進

【施策の方向性】

法第19条第1項において、国及び地方公共団体は、革新的な循環器病に係る予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法及び循環器病に係る医療のための医薬品等の開発、その他の循環器病の発症率及び循環器病による死亡率の低下等に資する事項についての企業及び大学その他の研究機関による共同研究その他の研究が促進され、並びにその成果が活用されるよう必要な施策を講ずるものとされています。

2021年度に開学した公立大学法人静岡社会健康医学大学院大学は、住民の健康寿命の延伸に資する研究課題を科学的に分析し、県や市町の健康増進施策、疾病予防対策の政策形成や各種施策の推進を積極的に支援することとされています。

この他、基本計画に基づき、国において以下の取組を進めることとされており、本県も国の取組を注視していきます。

- 基礎的な研究から実用化に向けた研究までを一体的に推進するためAMED（国立研究開発法人日本医療研究開発機構）において、病態を解明するための研究を含め、有望な基礎研究の成果の厳選及び診断法・治療法等の開発に向けた研究と速やかな企業導出の実施に向けた取組を推進する。
- 安全性を確保した上で、患者の苦痛軽減といったニーズを踏まえつつ、循環器病の病態解明、新たな診断技術や治療法の開発、リハビリテーション等の予後改善、QOL向上等に資する方法の開発、循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の状況に加え、遺伝的素因等を含めた多様な観点から個人の発症リスク評価や個人に最適な予防法・治療法の開発等に関する研究を、既存の取組と連携しつつ、体系的かつ戦略的に推進する。
- 医療分野以外の研究者や企業も含め適切に研究開発を行うことができるよう、医工連携といった異分野融合も図りながら、研究開発を推進する。アカデミアによる医療への出口を見据えたシーズ研究を行うとともに、こうしたシーズも活かしつつ産学連携による実用化研究・臨床研究を行うほか、臨床上の課題を基礎研究にフィードバックする橋渡し研究を行う。
- 革新的な診断法・治療法等を創出するための研究開発を推進するとともに、画期的な医薬品、医療機器、体外診断用医薬品及び再生医療等製品について「先駆的医薬品等指定制度」等の仕組みを活用することによって、早期の承認を推進する。
- 循環器病対策を効果的に推進するため、治療等の費用対効果も踏まえつつ、循環器病の診療の質の向上や健康寿命の延伸に資する施策の根拠となるエビデンスの創出や循環器病の治療の均てん化を目指した研究等、根拠に基づく政策立案のための研究を推進する。また、歯科疾患等の循環器病以外の疾患が循環器病の発症や進行に影響を与えうることや、循環器病の中には下肢末梢脈疾患や肺血栓塞栓症といった多様な病態が含まれることを踏まえ、幅広く循環器病の対策を進めるための研究を推進する。

第5章 計画の推進体制と評価

第1節 推進体制

- 県、循環器病患者やその家族を含む県民、医療機関、大学、関係団体及びその他関係機関は、この計画における循環器病対策を実効的なものとして、総合的に展開するために、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を推進します。
- 県循環器病対策推進協議会及び各部会のほか、本計画と整合性を図る「第9次静岡県保健医療計画」、「第4次ふじのくに健康増進計画」、「第9次ふじのくに長寿社会安心プラン」、「第4期静岡県地域福祉支援計画」、「第7期静岡県障害福祉計画」、「静岡県傷病者の搬送及び受入の実施に関する基準」の推進を通じて、各審議会、協議会等も活用し、本計画の目標達成を図ります。

第2節 他の疾患等に係る対策との連携

循環器病は、合併症・併発症が多く、病態が多岐にわたる。このため、特に腫瘍循環器や悪性新生物（がん）に関する「第4次静岡県がん対策推進計画」における関連施策や、発症予防や重症化予防の観点から「静岡県糖尿病等重症化予防対策検討会」の腎疾患対策等の施策と連携して取り組んでまいります。

第3節 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策

次期感染症予防計画と整合

第4節 計画の評価・見直し

法第11条第4項において、県は、県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案し、並びに県における循環器病対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、この計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう努めなければならないとされています。

県では、県循環器病対策推進協議会及び各部会を中心に、本計画の目標達成に向けて評価を行い、本評価を踏まえ、3年を目途に中間評価を行うとともに、2030年度からの次期計画を策定します。

その際、最新の知見を踏まえ、進捗管理について、PDCAサイクルに基づく改善を図り、施策に反映するよう努めてまいります。