

## 第9次静岡県保健医療計画の素案

(下線部が第8次計画からの変更点)



## 2 脳卒中

### 【対策のポイント】

- 脳卒中の危険因子（高血圧症、脂質異常症等）、初期症状及び介護予防の啓発、危険因子の治療と生活習慣指導等の推進
- 発症後の早期治療、各病期を担う医療・介護関係者間連携の推進
- 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、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<sup>1</sup>、遷延性意識障害<sup>2</sup>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、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。
- 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%を占めています。
- 認知症のうち、脳梗塞や脳内出血が原因で起こる脳血管性認知症が19.5%を占めています。

#### イ 本県の状況

##### （死亡・罹患の状況）

- 本県における2022年の脳卒中による死亡者は3,890人、全死亡者47,334人中8.2%であり、死亡原因としては悪性新生物（がん）、心血管疾患、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1,851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。
- 全国と比較した本県における脳卒中の標準化死亡比（2017年-2021年）は115.1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）

- 2020年の本県の人口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いです。
- 2020年の本県の人口10万人当たりのリハビリテーション科の医師数は2.3人、理学療法士数は78.5人で、全国平均2.3人、80.0人と比較すると理学療法士数は少ないです。

##### （特定健康診査の状況）

- 2021年度の本県の特定健康診査（特定健診）受診率は58.8%です。

<sup>1</sup> 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、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害等がある。

<sup>2</sup> 遷延性意識障害：重度の昏睡状態をさす病状のこと。

### (救急患者の搬送)

- 本県において、2020年に脳卒中により救急搬送された患者数は約 790人<sup>3</sup>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。

### (急性期の治療)

- 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。

### (脳卒中のリハビリテーション)

- 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の機能を担う医療機関<sup>4</sup>は 186施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。

### (在宅への復帰)

- 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。
- 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。

## 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保健医療圏において早急な対策が望まれます。

### (ア) 予防・啓発

- 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、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<sup>5</sup>。

<sup>3</sup> 2020年患者調査をもとに、厚生労働省医政局地域医療計画課で集計。

<sup>4</sup> 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)の施設基準を満たす施設。

<sup>5</sup> Harriet Larvin ら「Risk of incident cardiovascular disease in people with periodontal

## **(イ) 救護**

- 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、出来るだけ早く急性期の治療を受ける必要があります、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があります。
- 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す、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。

## **(ウ) 急性期**

- 脳梗塞に対する t-PA 療法や機械的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ません。

## **(エ) 回復期**

- 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ます。
- 発症後、早期にリハビリテーションを開始することが、後遺症の軽減につながります。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。
- 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。

## **(オ) 維持期・生活期**

- 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ることができる環境整備が必要です。
- 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。
- 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。

### (カ) 再発・重症化予防

- 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。

## (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
脳卒中の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性 37.1 女性 20.4 (2021年)	男性 31.7 女性 16.7 (2029年)	全国平均まで引下げ	厚生労働省「人口動態統計」から算出
健康寿命(歳)	男性 73.45 女性 76.58 男女計 75.04 (2019年)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (2029年)	「第4次ふじのくに健康増進計画」と整合	厚生労働省「健康日本21推進専門委員会」
高血圧の指摘を受けた者のうち、 <u>現在治療を受けていない者の割合</u>	男性 26.5% 女性 19.5% (2016年)	男性 21.2%以下 女性 15.6%以下 (2029年)	2割減少	県民健康基礎調査
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法及び血栓回収療法を実施可能な保健医療圏数	<u>賀茂以外の7医療圏</u> (2021年)	<u>全医療圏</u> (2029年)	全圏域で実施可能な体制を構築	厚生労働省「NDBオープンデータ」
<u>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が複数ある保健医療圏数</u>	<u>全医療圏</u> (2023年)	<u>全医療圏</u> (2029年)	<u>全圏域で実施可能な体制を維持</u>	東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」

### イ 施策の方向性

#### (ア) 予防・啓発

- 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。

○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。

○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。

○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。

### **(イ) 救護**

○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。

### **(ウ) 急性期**

○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を開始できるように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、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治療、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向けの研修会や症例研究会の取組を進めます。

○院内歯科との連携を進めます。

### **(エ) 回復期**

○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・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に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。

- 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。

### **(オ) 維持期・生活期**

- 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、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。
- 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。

### **(カ) 再発・重症化予防**

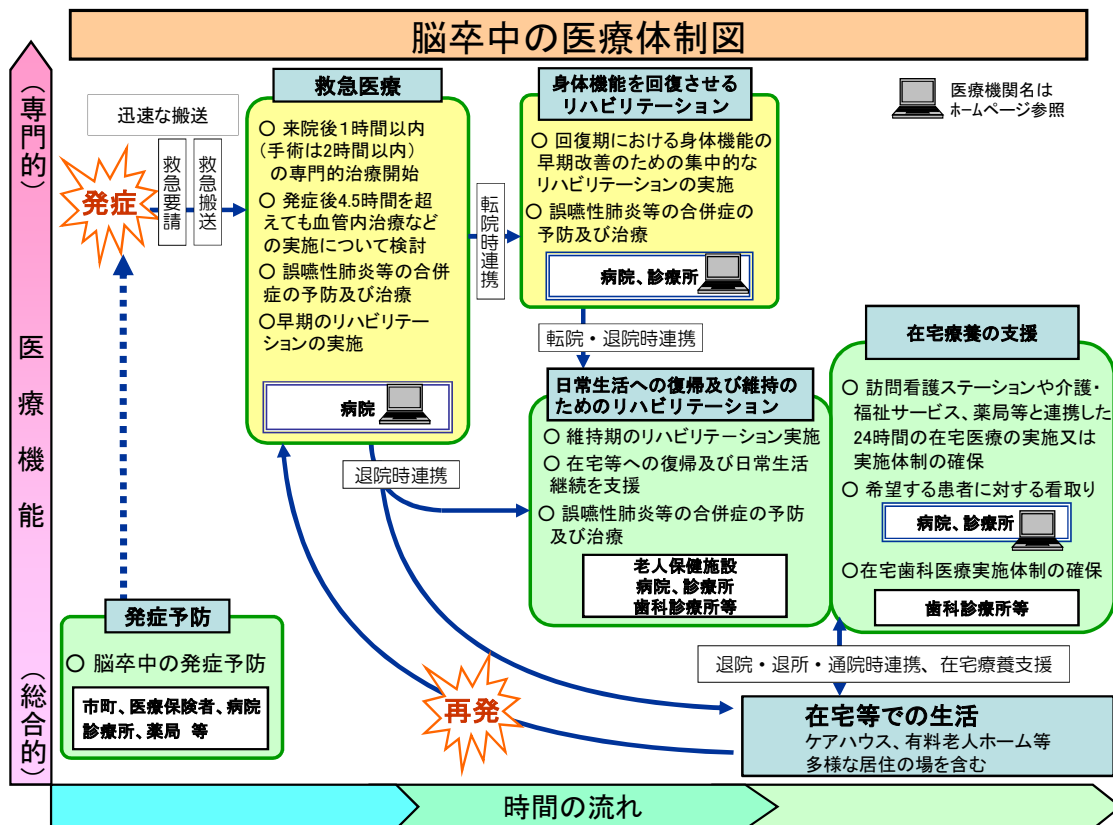
- 発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが、脳卒中に関する現在の状態に応じた再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル、介護方法、利用可能な福祉資源等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。
- 合併症の悪化や脳卒中の再発の際には、患者の状態に応じた適切な医療を地域で提供できるよう、医療機関、薬局の連携体制を推進します。
- 身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の治療及び危険因子の管理を続けるとともに、かかりつけ歯科医のもとで口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防を進めます。



### (3) 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

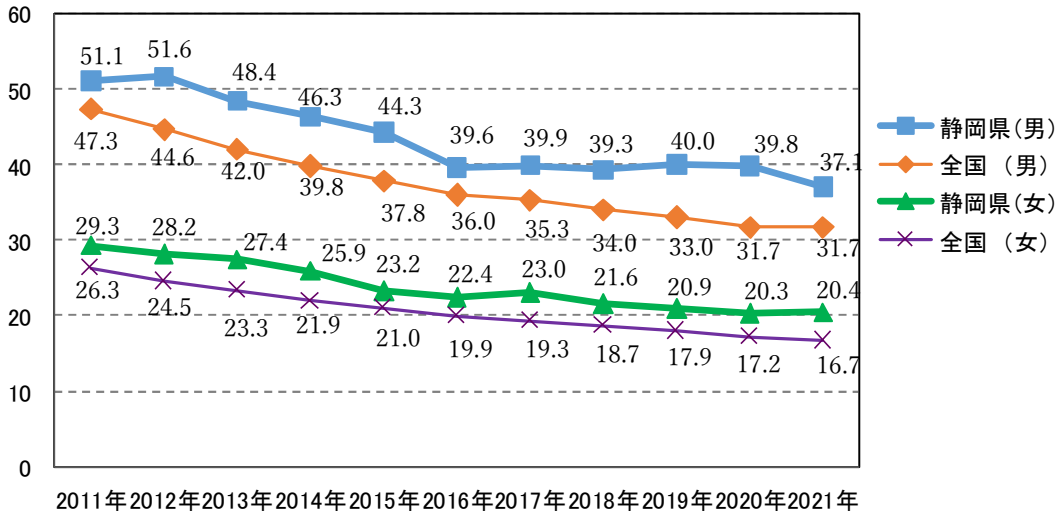
	発症予防	発症後の医療等	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	在宅療養の支援
ポイント	○ 脳卒中の発症予防	○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に発症後迅速に搬送	○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ○ 早期にリハビリテーションを実施	○ 回復期における身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションの実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 維持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時間以内で治療を開始 ・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）、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科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）、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



(出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出)

○脳卒中（脳血管疾患）による死亡数（2019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	3,751	89	161	776	388	668	475	376	818
	男	1,907	47	83	385	206	340	237	185	424
	女	1,844	42	78	391	182	328	238	191	394
脳梗塞	総数	1,865	41	85	395	205	305	232	195	407
	男	938	20	48	186	111	156	111	98	208
	女	927	21	37	209	94	149	121	97	199
脳内出血	総数	1,275	37	56	238	124	230	170	122	298
	男	708	22	29	128	69	129	93	64	174
	女	567	15	27	110	55	101	77	58	124
くも膜下出血	総数	419	9	18	73	45	109	43	47	75
	男	155	4	6	27	19	42	18	17	22
	女	264	5	12	46	26	67	25	30	53
その他の脳血管疾患	総数	192	2	2	70	14	24	30	12	38
	男	106	1	-	44	7	13	15	6	20
	女	86	1	2	26	7	11	15	6	18

(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<sup>6</sup>）（2020年）

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

(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」)

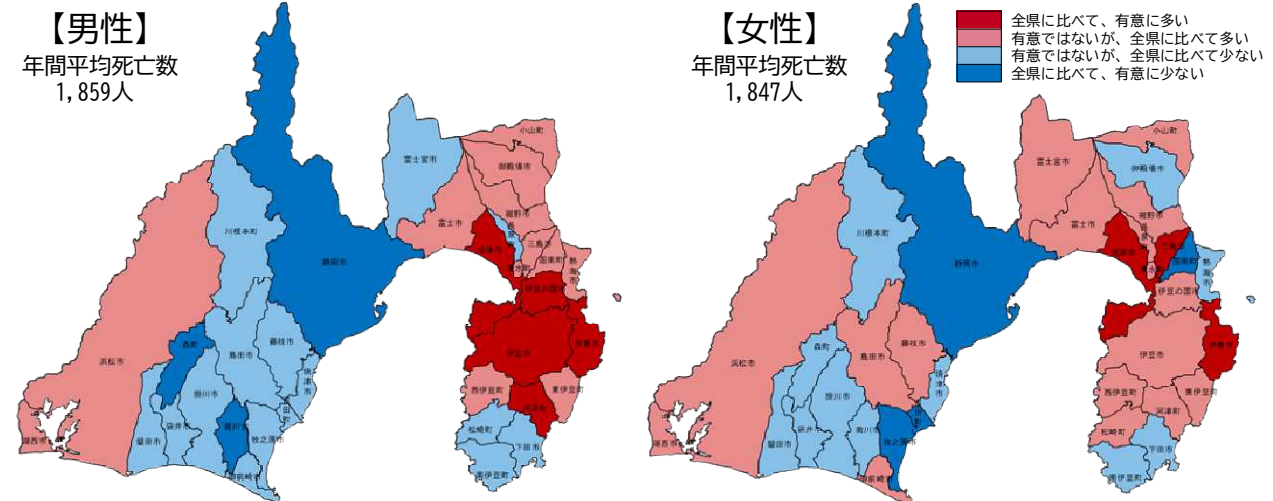
<sup>6</sup> 標準化該当比：県全体の有所見率を100とした場合の各市町の有所見率

○標準化死亡比（SMR）（2017年-2021年）

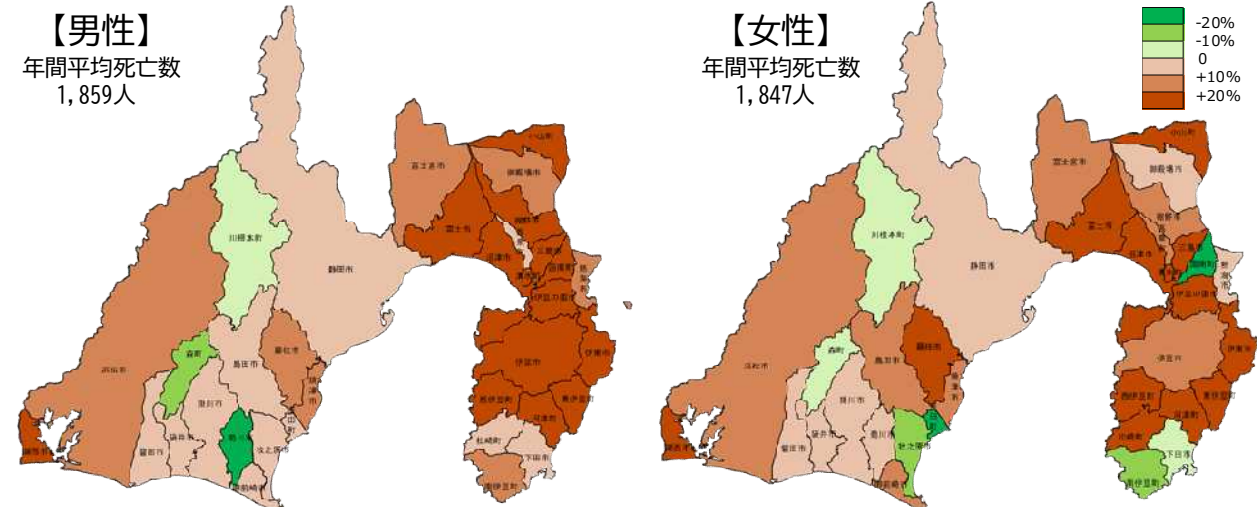
2017年-2021年	脳血管疾患 (脳卒中)		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR
賀茂	103.4	118.4	95.7	98.0	118.2	154.1	118.9	142.9
熱海伊東	114.0	131.1	103.2	106.0	137.8	180.2	116.8	140.4
駿東田方	114.8	132.3	114.9	118.0	105.9	138.3	109.3	129.7
富士	104.3	120.6	111.3	114.3	99.8	130.6	96.6	114.4
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

※網掛けは有意に多い

<県内比較（2021年）>



<全国比較>



（出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」）

○指標による現状把握

(医療従事者の状況) (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」)

(救急患者の搬送)

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
脳血管疾患により救急搬送された患者数(千人)(2020年)		7.9	0.0	0.5	1.3	1.9	1.4	0.7	0.0	1.5

(出典：厚生労働省「患者調査」)

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
救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間(分)(2021年)	42.8	41.6								

(出典：総務省消防庁「救急救助の現況」)

(急性期の治療) (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-PAI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

(脳卒中のリハビリテーション) (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

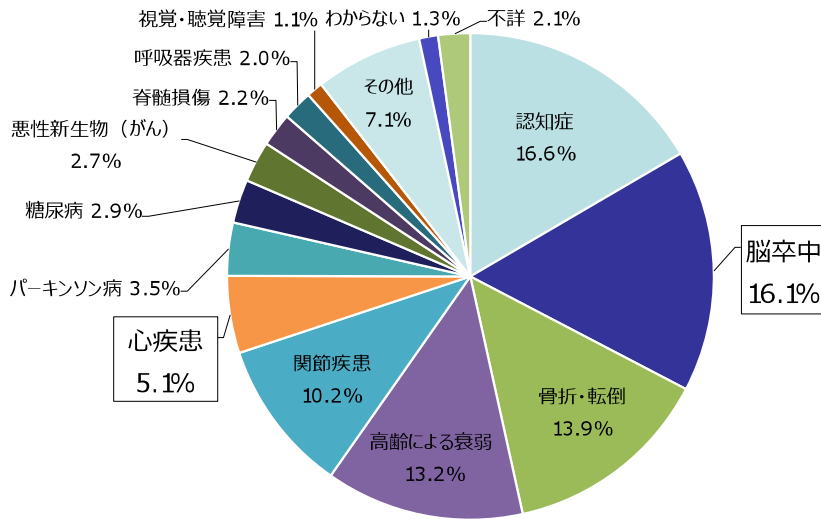
(出典：東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」)

(在宅への復帰) (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
脳血管疾患退院患者平均在院日数	-	88.5	65.2	89.7	87.3	51.6	94.9	53.7	70.2	145.1
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数(千人)	-	9.4	0.0	0.0	1.3	2.7	1.3	1.1	0.5	2.1
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合(%)	-	56.6	53.0	50.4	47.9	68.4	55.4	59.2	43.4	55.7

(出典：厚生労働省「患者調査」)

○介護が必要となった者の主な原因 (2022年)



(出典：厚生労働省「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) (2022年)

要介護度	第1位	第2位	第3位
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%	高齢による衰弱 17.4%	骨折・転倒 16.1%
要支援1	高齢による衰弱 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%	高齢による衰弱 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」)

# ○脳卒中のロジックモデル

## 〈個別施策〉

## 〈中間アウトカム〉

## 〈分野アウトカム〉

<b>1: 予防・啓発</b>	
現状データ	特定健康診査の実施率
現状データ	特定保健指導の実施率

<b>1: 危険因子の治療、生活習慣指導等の推進</b>	
数値目標	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【県独自】

<b>1: 脳卒中による死亡者数の減少</b>	
数値目標	脳卒中の年齢調整死亡率(人口10万人当たり)

<b>2: 救護</b>	
現状データ	脳血管疾患により救急搬送された患者数

<b>2: 発症後の早期治療</b>	
現状データ	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

<b>2: 日常生活の場での質の高い生活</b>	
数値目標	健康寿命
現状データ	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合

<b>3: 急性期</b>	
現状データ	一次脳卒中センター数【県独自】
数値目標	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法及び血栓回収療法を実施可能な保健医療圏【県独自】
現状データ	脳神経内科医師数及び脳神経外科医師数

<b>3: 急性期医療の提供</b>	
現状データ	脳梗塞に対するt-PA療法による血栓溶解療法の実施件数(算定回数)
現状データ	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数(算定回数)

<b>4: 回復期</b>	
数値目標	脳血管疾患等リハビリテーション科(I)、(II)又は(III)の基準を満たす医療機関が複数ある保健医療圏数【県独自】
現状データ	リハビリテーション科医師数

<b>4: 発症早期の集学的リハビリテーションの推進</b>	
現状データ	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(算定回数)

<b>5: 維持期・生活期、再発・重症化予防</b>	
現状データ	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数
現状データ	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数
現状データ	歯周病専門医が在籍する医療機関数

<b>5: 医療・介護関係者間連携の推進</b>	
現状データ	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数(算定回数)

### 3 心筋梗塞等の心血管疾患

#### 【対策のポイント】

- 心血管疾患の危険因子（高血圧症、脂質異常症等）の啓発、危険因子の治療と生活習慣指導等の推進
- 発症後の早期治療、各病期を担う医療・介護関係者間連携の推進
- 患者の状態に応じた、切れ目のないリハビリテーションの推進

#### (1) 現状と課題

- 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言います。
- 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。
- 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、安静にしても 20 分以上続くことが多く、ニトロ製剤<sup>1</sup>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。
- 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<sup>2</sup>や自動体外式除細動器（AED）<sup>3</sup>による電氣的除細動<sup>4</sup>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。
- 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。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。
- 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。

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 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。

<sup>3</sup> 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。

<sup>4</sup> 電氣的除細動：致命的な不整脈の際、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。

- 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。
- 心不全患者の約80%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約1万人ずつ増加しています。
- 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。
- 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・罹患の状況)

- 本県における2022年の心血管疾患による死亡者（心疾患（高血圧性を除く）、大動脈瘤及び解離による死亡者数の合計）は7,221人で、全死亡者47,334人中15.3%であり、死亡原因としては悪性新生物（がん）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2,963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。大動脈瘤及び解離による死亡は575人（8.0%）です。
- 全国と比較した本県における心疾患（高血圧性を除く）の標準化死亡比（2017年-2021年）は94.7と、やや少なくなっています。心不全は95.3であり、全国と比較し、やや少なくなっていますが、急性心筋梗塞の標準化死亡比は104.9、大動脈瘤及び解離は105.4と全国と比べて有意に高く、特に東部地域で高くなっています。

### (医療従事者の状況)

- 2020年の本県の人口10万人当たりの循環器内科の医師数は8.6人、心臓血管外科の医師数は2.5人で、全国平均10.3人、2.6人と比較すると循環器内科の医師数は少ないです。
- 2020年の本県の人口10万人当たりのリハビリテーション科の医師数は2.3人、理学療法士数は78.5人で、全国平均2.3人、80.0人と比較すると理学療法士数は少ないです。

### (救急患者の搬送)

- 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790人<sup>5</sup>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。

### (急性期の治療)

- 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25施設あります。
- 大動脈疾患患者に対する手術を実施できる病院は、賀茂、熱海伊東及び中東遠を除く5保健医

<sup>5</sup> 2020年患者調査をもとに、厚生労働省医政局地域医療計画課で集計。



療圏にあります。

- 心臓内科系集中治療室 (CCU) <sup>6</sup>を有する病院は9施設、病床数は80病床あり、駿東田方、静岡、志太・榛原及び西部の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、熱海伊東及び中東遠を除く5保健医療圏で実施されています。

#### (心血管疾患のリハビリテーション)

- 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の機能を担う医療機関<sup>7</sup>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。

#### (在宅への復帰)

- 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、心血管疾患の退院患者平均在院日数は35.2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。

#### (移行期医療)

- 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、薬物治療や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。

## ウ 医療提供体制

- 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と全国平均を有意に上回っており、早急な対策が望まれます。

#### (ア) 予防・啓発

- 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<sup>8</sup>。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す。さらに、喫煙しない人で

<sup>6</sup> 心血管疾患の重症患者を対象とする集中治療室。2020年医療施設調査 (厚生労働省)。

<sup>7</sup> 心大血管疾患リハビリテーション (I) 又は (II) の施設基準を満たす施設。

<sup>8</sup> 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」

あっても、受動喫煙により影響を受ける場合があります。

○大動脈瘤及び解離の危険因子も高血圧です。

○また、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。

○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、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<sup>9</sup>。

## **(イ) 救護**

○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、再灌流療法の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。

○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。

○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。2019 年末時点において、AED は全国に約 65 万台普及しており<sup>10</sup>、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）と向上傾向になっています。

## **(ウ) 急性期**

○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<sup>11</sup>、

<sup>9</sup> 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

<sup>10</sup> 令和 2 年度厚生労働科学研究「AED の販売台数と設置台数の全国調査」（研究分担者 救急救命東京研修所 教授 田邊 晴山）

<sup>11</sup> 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。

非 ST 上昇型心筋梗塞<sup>12</sup>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<sup>13</sup>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)<sup>14</sup>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、心臓内科系集中治療室 (CCU) を有する病院がなく、さらに賀茂、熱海伊東及び中東遠の 3 保健医療圏では心臓血管外科手術を実施している病院がなく、これら 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、これら 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ません。
- 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<sup>15</sup>を用い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ます。
- 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。
- 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。

## (エ) 回復期

- 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、

<sup>12</sup> 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。

<sup>13</sup> 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。

<sup>14</sup> 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。

<sup>15</sup> ステントグラフト：バネ状の金属を取り付けた人工血管。

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<sup>16</sup>や自転車エルゴメーター<sup>17</sup>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）<sup>18</sup>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。
- 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。

#### **(オ) 維持期・生活期**

- 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。
- 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。
- 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となります。
- 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言います。心不全増悪の要因には、虚

<sup>16</sup> 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。

<sup>17</sup> 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。

<sup>18</sup> 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。

血性心疾患、弁膜症、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。
- 老人介護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ます。施設での心不全への対応、認識が課題です。
- 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ることがあります。
- 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。

#### **(カ) 再発・重症化予防**

- 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、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。
- 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。

## (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
心血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）	男性 58.6 女性 28.0 (2021年)	改善	現状値から減少	厚生労働省「人口動態統計」から算出
健康寿命（歳）	男性 73.45 女性 76.58 男女計 75.04 (2019年)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (2029年)	「第4次ふじのくに健康増進計画」と整合	厚生労働省「健康日本21推進専門委員会」
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 26.5% 女 19.5% (2016年)	男 21.2%以下 女 15.6%以下 (2029年)	2割減少	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） <sup>1</sup> を実施可能な保健医療圏数	全医療圏 (2021年)	全医療圏 (2029年)	全圏域で実施可能な体制を維持	厚生労働省「NDBオープンデータ」
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保健医療圏数	賀茂以外の7医療圏 (2022年)	全医療圏 (2029年)	全圏域で実施可能な体制を構築	東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」

### イ 施策の方向性

#### （ア）予防・啓発

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

#### （イ）救護

- 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。

## **（ウ）急性期**

- 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。また、院内歯科との連携を推進します。
- 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向けの研修会や症例研究会の取組を進めます。
- アブレーション適用外の症例に対応するため、診療所のかかりつけ医も十分な認識を持って、心電図をこまめに取る、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。

## **（エ）回復期**

- 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、家族の状況等を心不全連携パス等にて共有し、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。

## **（オ）維持期・生活期**

- 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。
- 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。

### **(カ) 再発・重症化予防**

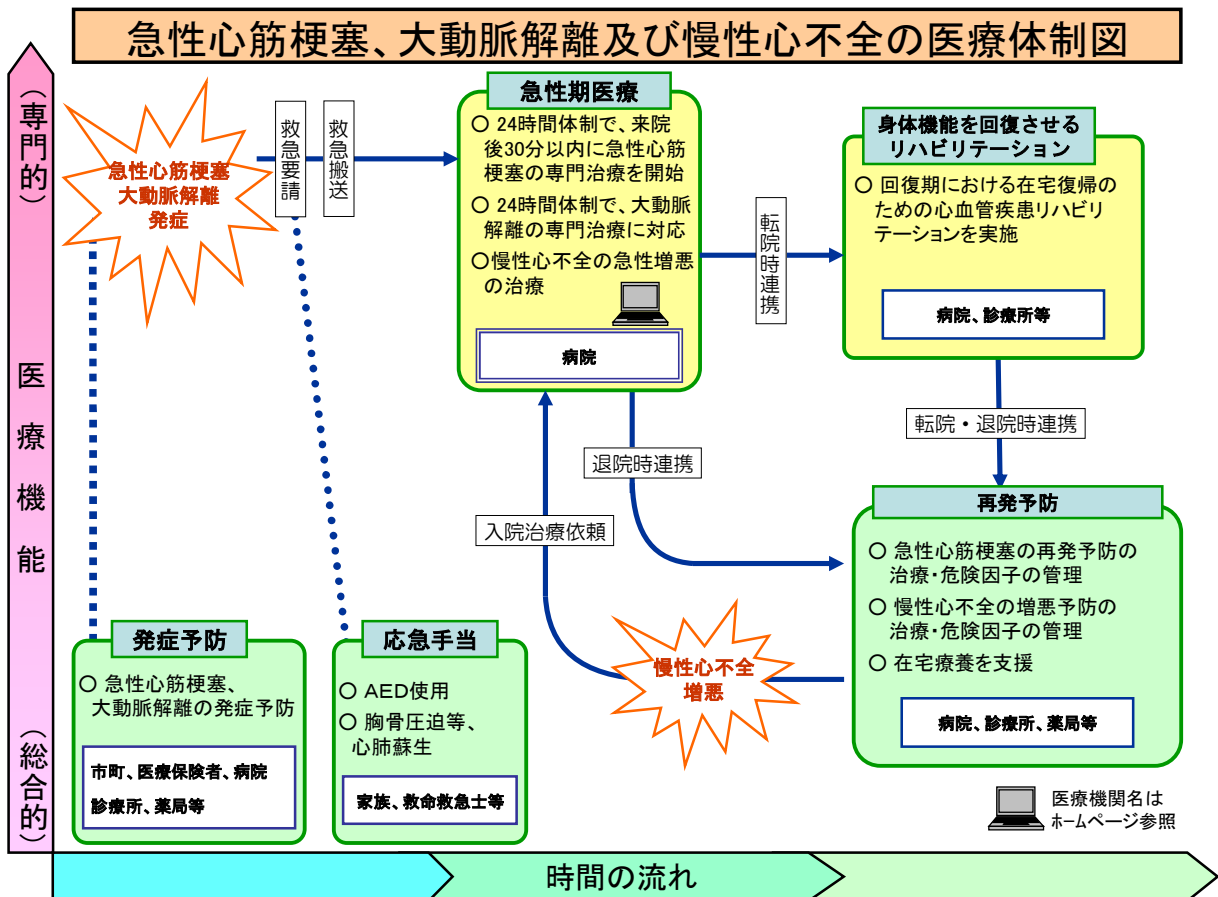
- 発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離に関する現在の状態から再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。
- 急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の患者は、退院後しばらくは急性期医療機関に通院しながら、身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の継続治療及び危険因子の管理、再発の兆候を捉える定期検査（心電図、胸部レントゲン写真、血液検査等）を続けます。多職種連携による外来での心血管疾患リハビリテーションを継続できる体制づくりを進めます。
- 心不全により再入院する患者を減らすため、心不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。



### (3) 心血管疾患の医療体制に求められる医療機能

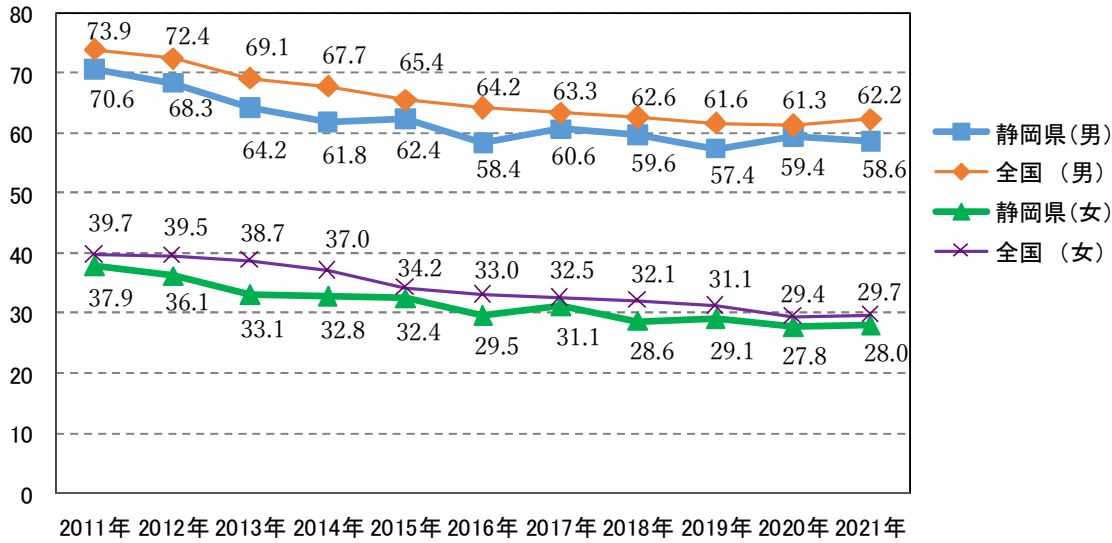
	発症予防	応急手当	救急医療	身体機能を回復させる リハビリテーション	再発予防
ポイント	○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防	○ 専門的な診療が可能な医療機関への早期搬送	○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施	○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施 ○ 在宅等生活の場への復帰の支援	○ 再発予防の治療・危険因子の管理 ○ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育 ○ 在宅療養継続の支援
機能の説明	・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施・受診勧奨 ・高血圧、脂質異常症、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 ・電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペースティングへの対応 ・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、抑うつ状態への対応 ・心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応の実施 ・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



(出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出)

○心血管疾患による死亡数（2019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	5,939	185	289	1,076	620	1,122	722	654	1,271
	男	2,835	82	125	512	295	537	363	304	617
	女	3,104	103	164	564	325	585	359	350	654
急性心筋梗塞	総数	990	30	72	151	108	139	88	174	228
	男	580	12	44	94	56	75	61	102	136
	女	410	18	28	57	52	64	27	72	92
心不全	総数	2,462	92	83	529	275	446	268	260	509
	男	1,030	33	32	227	115	190	111	105	217
	女	1,432	59	51	302	160	256	157	155	292
大動脈瘤及び解離	総数	596	18	27	110	69	112	74	66	120
	男	325	8	11	55	37	61	41	40	72
	女	271	10	16	55	32	51	33	26	48

(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）（2020年）

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

(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」)

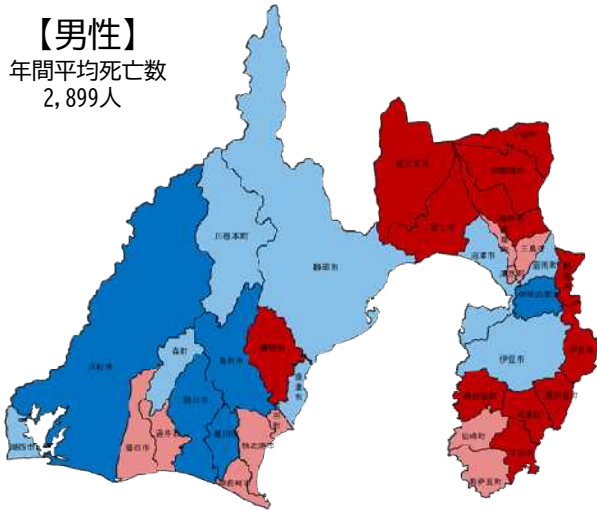
○標準化死亡比（SMR）

2017年-2021年	心疾患 (高血圧性を除く)						大動脈瘤及びび解離	
	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				
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

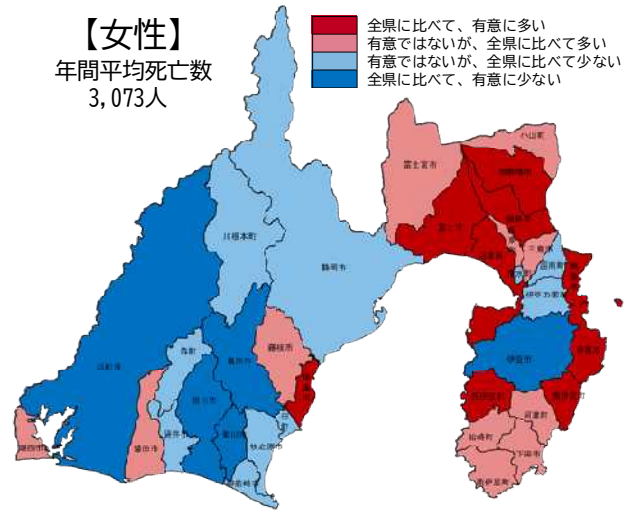
※網掛けは有意に多い

<県内比較>

【男性】  
年間平均死亡数  
2,899人

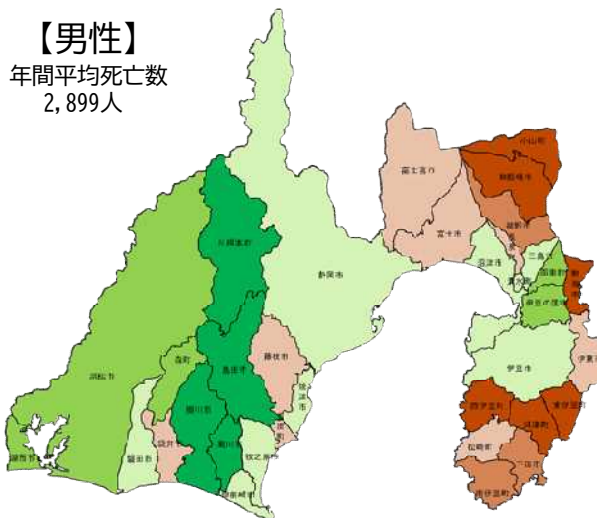


【女性】  
年間平均死亡数  
3,073人

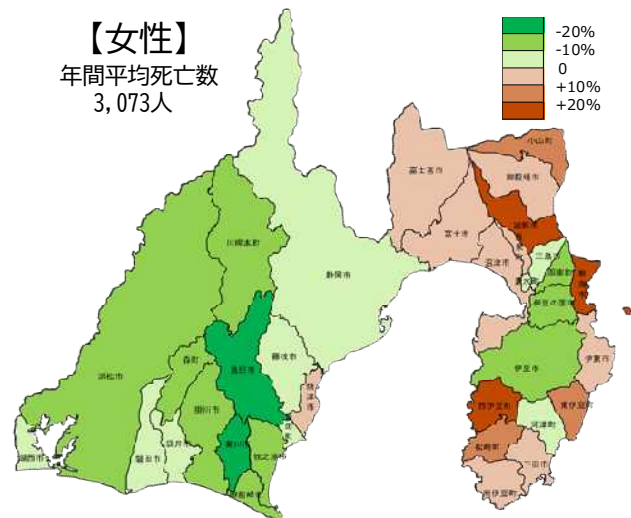


<全国比較>

【男性】  
年間平均死亡数  
2,899人



【女性】  
年間平均死亡数  
3,073人



(出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」)

○指標による現状把握

(医療従事者の状況) (2022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」)

(救急患者の搬送)

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
虚血性心疾患により救急搬送された患者数(千人)		1.1	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

(出典：厚生労働省「患者調査」)

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
救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間(分)(2021年)	42.8	41.6	/	/	/	/	/	/	/	/

(出典：総務省消防庁「救急救助の現況」)

(急性期の治療) (2022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」)

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

(心血管疾患のリハビリテーション) (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「施設基準の届出受理状況」)

(在宅への復帰) (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
虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	-	27.0	186.2	4.0	4.0	5.3	6.6	11.6	5.6	104.7
心血管疾患の退院患者平均在院日数	-	35.2	103.4	23.8	11.4	17.0	16.4	25.8	22.1	85.5
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者数(千人)	-	9.9	0.0	0.0	3.4	0.8	1.8	0.6	1.0	2.1
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合(%)	-	95.5	83.3	100.0	96.4	96.3	94.1	87.9	94.5	97.6
在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者数(千人)	-	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0
在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合(%)	-	75.9	0.0	0.0	67.5	24.8	74.3	50.0	100.0	90.9

(出典：厚生労働省「患者調査」)

○心筋梗塞等の心血管疾患のロジックモデル

<個別施策>

<中間アウトカム>

<分野アウトカム>

<b>1: 予防・啓発</b>	
現状データ	特定健康診査の実施率
現状データ	特定保健指導の実施率

<b>1: 危険因子の治療、生活習慣指導等</b>	
数値目標	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【県独自】

<b>1: 心血管疾患による死亡者数の減少</b>	
数値目標	心血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万人当たり)

<b>2: 救護</b>	
現状データ	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

<b>2: 発症後の早期治療</b>	
現状データ	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間
現状データ	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民による除細動の実施件数

<b>2: 日常生活の場での質の高い生活</b>	
数値目標	健康寿命
現状データ	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合
現状データ	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合

<b>3: 急性期</b>	
現状データ	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数
数値目標	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数【県独自】
現状データ	循環器内科医師数・心臓血管外科医師数

<b>3: 急性期医療の提供</b>	
現状データ	急性心筋梗塞患者に対するインターベンション(PCI)実施数(算定回数)
現状データ	PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通件数(算定回数)
現状データ	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数

<b>4: 回復期</b>	
数値目標	心大血管疾患リハビリテーション(I)又は(II)の基準を満たす医療機関が複数ある保健医療圏数【県独自】
現状データ	リハビリテーション科医師数

<b>4: 切れ目のないリハビリテーションの推進</b>	
現状データ	入院心血管リハビリテーションの実施件数(算定回数)
現状データ	外来心血管リハビリテーションの実施件数(算定回数)

<b>5: 維持期・生活期、再発・重症化予防</b>	
現状データ	慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数
現状データ	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数
現状データ	歯周病専門医が在籍する医療機関数

<b>5: 医療・介護関係者間連携の推進</b>	
現状データ	心不全手帳を導入した患者における再入院率【県独自】
現状データ	心血管疾患における介護連携指導の実施件数(算定回数)