

第8次静岡県保健医療計画（中間見直し）

＜素案＞

目次

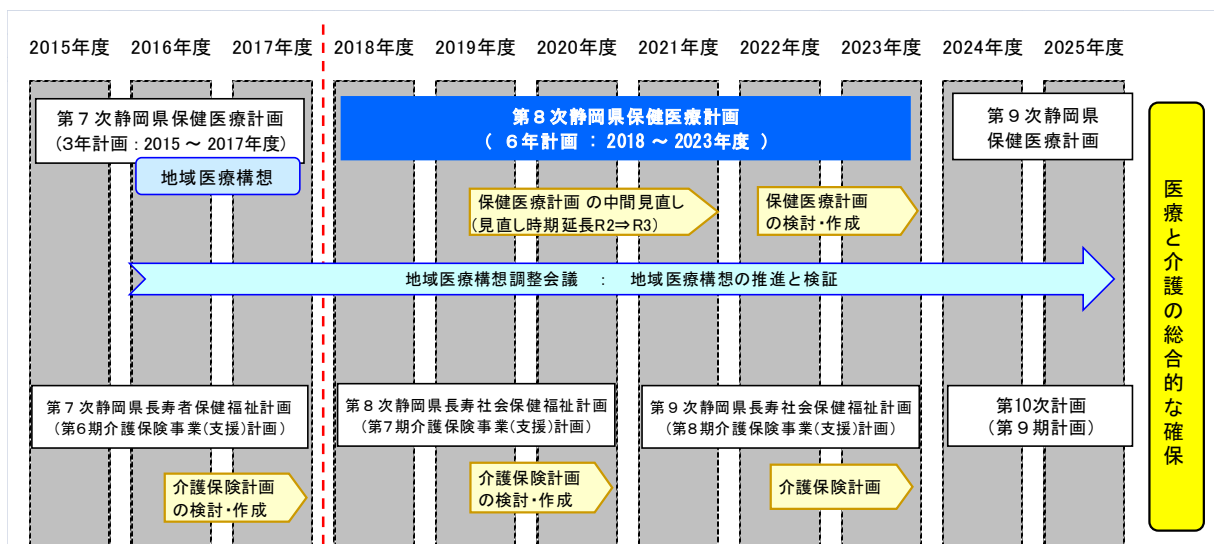
＜第1章＞基本的事項	1
＜第2章＞保健医療の現状と課題	2
＜第3章＞地域医療構想	3
＜第5章＞疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築	
がん	4
脳卒中	5
心筋梗塞等の心血管疾患	6
糖尿病	7
肝炎	8
精神疾患	9
救急医療	10
災害医療	11
へき地の医療	12
周産期医療	13
小児医療	14
＜第7章＞医療従事者の確保	
医師	15
看護職員	16
ふじのくに医療勤務環境改善支援センター	17
＜第8章＞保健・医療・福祉の総合的な取組の推進	
科学的知見に基づく健康施策の推進	18

※資料内の下線（現計画からの変更箇所）

第1章 基本的事項

第1節 計画見直しの趣旨

- 静岡県では、保健医療に関する基本指針として、1988年度に最初の「静岡県地域保健医療計画」を策定し、その後、保健医療を取り巻く環境の変化に対応して、改定を重ねながら保健医療施策の推進に取り組んできました。
- 現在、医療を取り巻く環境は、かつてないほど大きな変化に直面しています。少子高齢化が急速に進行していく中で、限られた資源で、増加する医療及び介護需要に対応していくためには、今まで以上に医療と介護の連携が重要になってきます。
- こうした中、2014年6月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され「地域医療構想」が導入されました。
- これまでは、医療提供体制は主として県が、介護提供体制は主として市町が整備に努めてきましたが、今後は各圏域において、病床の機能分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制を構築し、さらに在宅医療・介護の充実等により、地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるように、本計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を確保することが必要です。
- これらの課題に適切に対応するため、本県における保健医療に関する基本方針である 第8次「静岡県保健医療計画」を2018年度から2023年度までの6年間を計画期間として策定しました。
- 医療計画については、医療法第30条の6の規定により、在宅医療その他必要な事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い必要がある場合は変更することとされています。
- 本来ならば計画期間の3年目に当たる2020年度中に見直しを行う予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の感染対策を優先するため、本県では、2021年度に見直しを行うこととしました。



第2節 中間見直しの位置付けと概要

1 位置付け

今回は計画期間の中間における見直しであることから、国の指針改正や関連する計画の改定等に伴い、新たな対応が求められる事項について、部分的な見直しを行います。それ以外の事項については、現行計画の内容をそのまま適用します。なお、本計画は、次に掲げる性格を有するものです。

○医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に基づく計画です。

○静岡県の新ビジョン（総合計画）の分野別計画です。

○本県における保健医療施策の基本指針となるものです。

○市町及び保健・医療・福祉の関係機関・団体等に対しては施策推進の方向性を示す役割を持ち、県民に対しては、自主的、積極的な活動を促進する役割を持つものです。

○健康増進計画や高齢者保健福祉計画等、他の健康福祉政策との連携を図り、保健・医療・福祉の一体的な取組を推進するものです。

2 中間見直しの概要

今回の中間見直しについては、主に次に掲げる視点から見直しを行いました。

○国の「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針等」を踏まえ、5疾病5事業及び在宅医療の必要となる医療機能と指標の見直し

○新型コロナウイルス感染症対策の経験を踏まえ、感染症対策に関する見直し

○2021年度に策定される静岡県総合計画次期基本計画や、現行計画策定後に策定した分野別計画との整合を図るための見直し

○その他、現行計画策定後の状況変化を踏まえた見直し

第2章 保健医療の現況

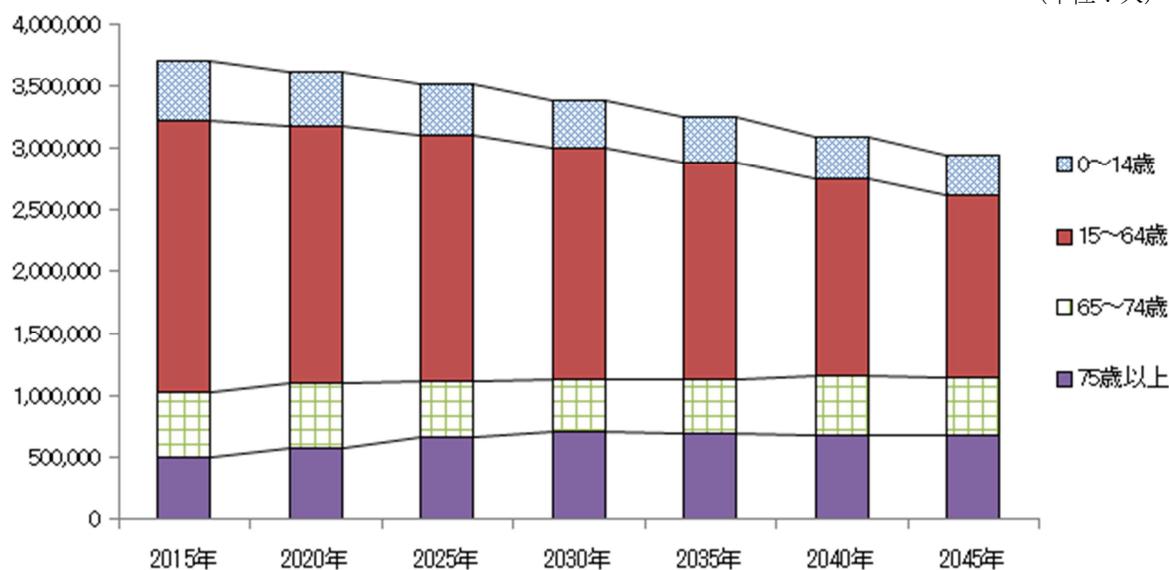
第1節 人口

1 総人口

- 本県の総人口は、2019年10月1日現在、3,639,226人（男1,794,362人、女1,844,864人）で、日本の総人口の約3%を占めています。
- 本県では、2007年12月の379万7,000人をピークに人口減少局面を迎えています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、人口減少のスピードは、2015年から10年ごとの減少数が、19万4,000人減、26万4,000人減、29万9,000人減と徐々に加速していくと推計されます。
- また、単に人口が減少するだけではなく、人口構造そのものが大きく変化していきます。高齢者人口が増加するとともに、少子化が進行する中で生産年齢人口は減少し、急速な高齢化が進行していきます。
- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、本県においても、県民の約5人に1人が75歳以上になると予測されています。

図表2-1：静岡県 の年齢階級別将来推計人口

(単位：人)

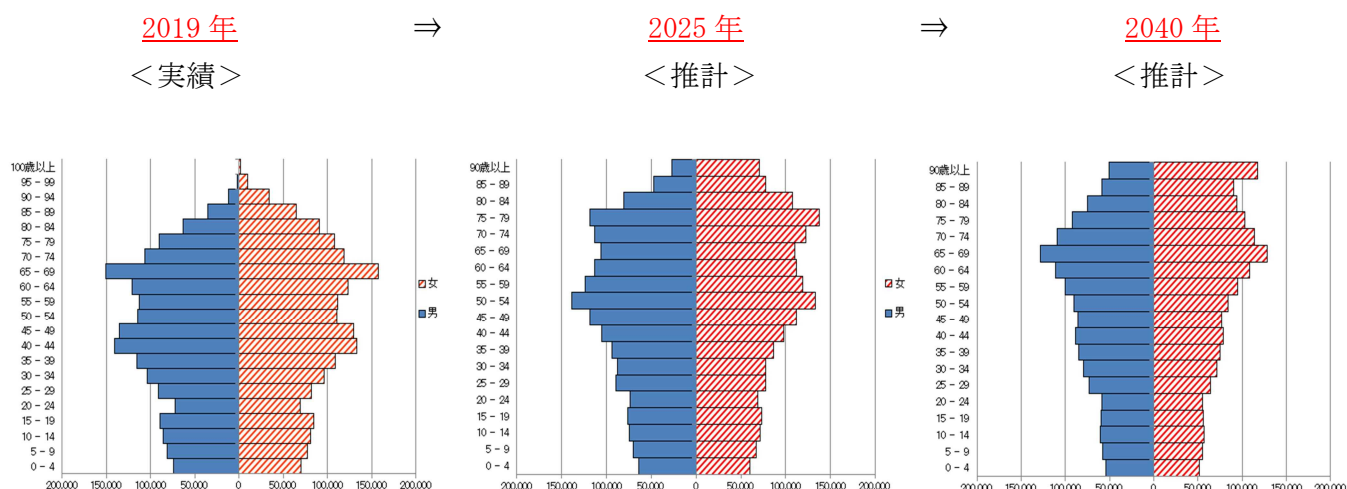


	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0～14歳	478,956	444,825	407,749	378,716	353,742	336,049	318,376
15～64歳	2,192,451	2,070,481	1,979,377	1,876,560	1,754,449	1,597,414	1,481,066
65～74歳	531,608	526,841	452,620	424,467	441,501	479,671	460,300
75歳以上	497,290	573,439	666,318	700,361	692,111	681,130	683,123
総数	3,700,305	3,615,586	3,506,064	3,380,104	3,241,803	3,094,264	2,942,865

※2015年は実績。

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

図表 2-2：静岡県における人口構造の変化

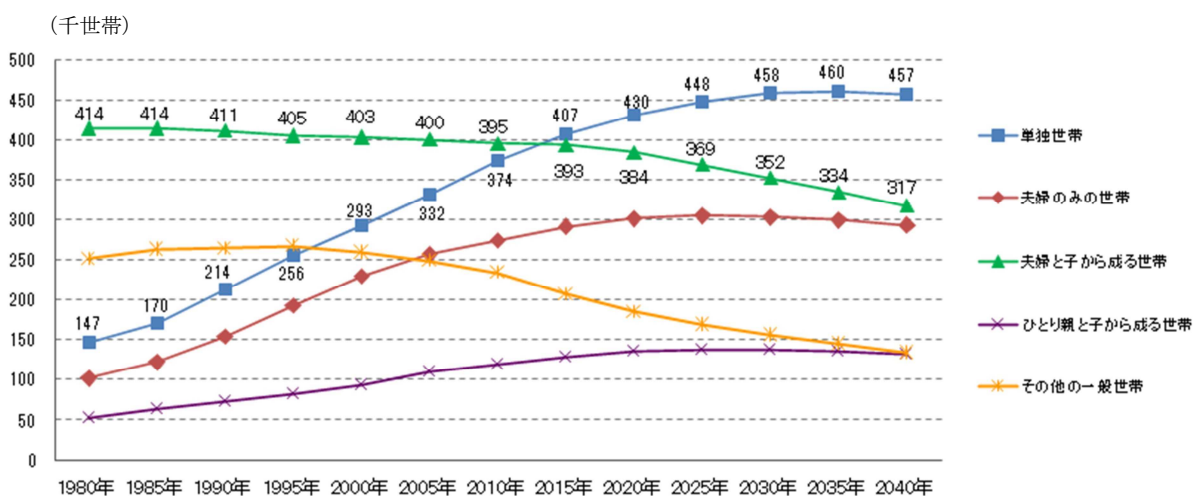


2 世帯

(1) 家族類型別世帯数及び割合

- 本県の世帯数は、**2020年**の**144万**世帯から減少に転じるとともに、**2015年**に「**単独世帯**」数が類型の中で最大となり、その構成比は**2025年**には**31.4%**、**2035年**には**33.5%**まで上昇すると推計されています。
- 人口と同様に世帯数も減少していきませんが、世帯の構成の中で「**単独世帯**」数は**2035年**の**46万**世帯まで増加を続けると推計されています。
- 「**夫婦のみの世帯**」数は当面増加しますが、単独世帯数ほど急速ではなく**2025年**以降は減少に転じ、「**夫婦と子から成る世帯**」数は既に減少を開始しており今後も減少し続けると推計されています。

図表 2-3 静岡県の家族類型別世帯数の推移



(資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2019年推計)」、総務省「国勢調査」)

(2) 高齢者世帯

- 2015年現在、本県の総世帯数は142万9,600世帯、「高齢者ひとり暮らし世帯」は13万9,262世帯、「高齢者夫婦のみ世帯」は14万2,477世帯と総世帯に占める割合はそれぞれ9.7%、10.0%となっています。
- 2015年と2025年を比較すると、「高齢者ひとり暮らし世帯」は2万8,214世帯増(1.20倍)、「高齢者夫婦のみ世帯」は9,549世帯増(1.07倍)。同じく75歳以上の後期高齢者の世帯数については、「高齢者ひとり暮らし世帯」は3万1,066世帯増(1.43倍)、「高齢者夫婦のみ世帯」は1万8,304世帯増(1.41倍)と推計されています。

図表2-4 静岡県家族構成別世帯数の推移

(単位：世帯数) () は総世帯に対する割合

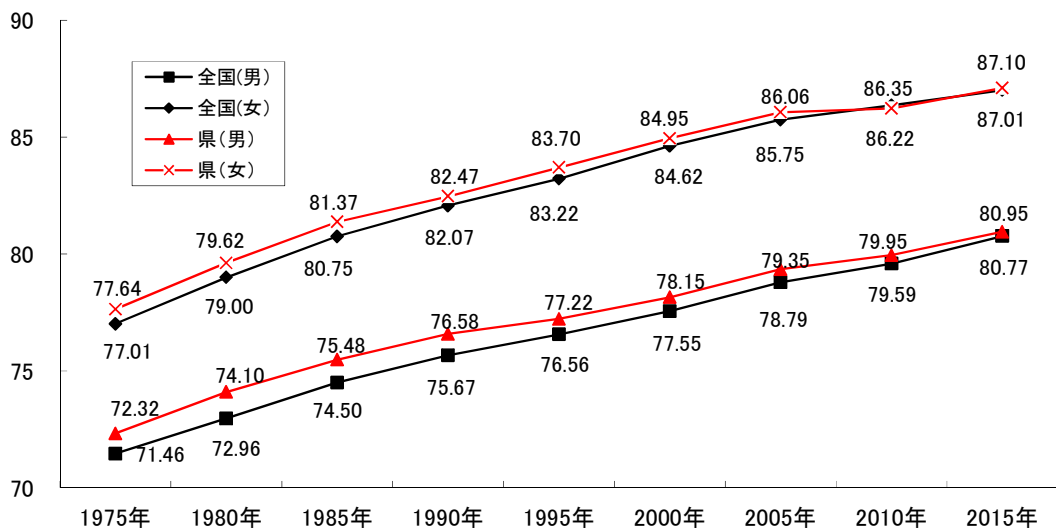
区 分		2015年	2025年
総世帯		1,429,600	1,398,252
	計 (①+②)	281,739 (19.7%)	319,502 (22.9%)
	うち後期高齢者	116,640 (8.2%)	166,010 (11.9%)
	①うち高齢者夫婦のみ世帯	142,477 (10.0%)	152,026 (10.9%)
	うち後期高齢者	44,814 (3.1%)	63,118 (4.5%)
	②うち高齢者ひとり暮らし世帯	139,262 (9.7%)	167,476 (12.0%)
	うち後期高齢者	71,826 (5.0%)	102,892 (7.4%)

(資料：国勢調査、県健康福祉部推計)

3 平均寿命と健康寿命

○平均寿命¹は着実に伸びており、2015年現在の平均寿命は男性80.95歳（全国80.77歳）で全国17位、女性87.10歳（全国87.01歳）で、全国24位です（図表2-5）。

図表2-5 平均寿命の推移（本県と全国）



（資料：厚生労働省統計情報部『都道府県別生命表』）

○本県における2016年の健康寿命²は、男性は72.63歳で全国6位、女性は75.37歳で全国13位でした。これまで公表された3回分の平均値では、男性、女性ともに、健康寿命が全国で2番目に長いことが分かりました（図表2-6）。

図表2-6 健康寿命の上位都道府県(2010年、2013年、2016年の平均)

男性			女性		
順位	都道府県	歳	順位	都道府県	歳
1	山梨県	72.31	1	山梨県	75.49
2	静岡県	72.15	2	静岡県	75.43
2	愛知県	72.15	3	愛知県	75.30
4	千葉県	71.93	4	群馬県	75.25
4	石川県	71.93	5	栃木県	75.14
全国		71.25	全国		74.21

男女計
73.82歳
全国2位

資料：厚生労働省公表資料（平成30年3月公表）

¹ 平均寿命：0歳における平均余命（その年の年齢別死亡率で死亡していくとした場合、0歳の者が生きることとなる平均年数）のこと。

² 健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと

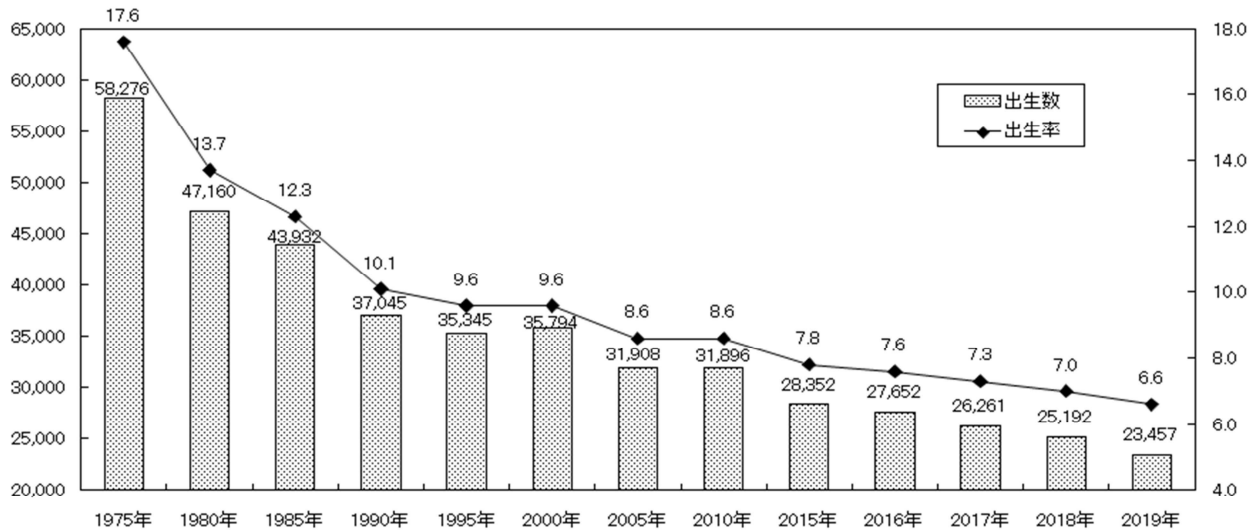
4 人口動態

(1) 出生

○2019年の出生数は2万3,457人で、出生率は人口千人当たり7.6人となっており、出生数・出生率ともに減少傾向にあります(図表2-7)。

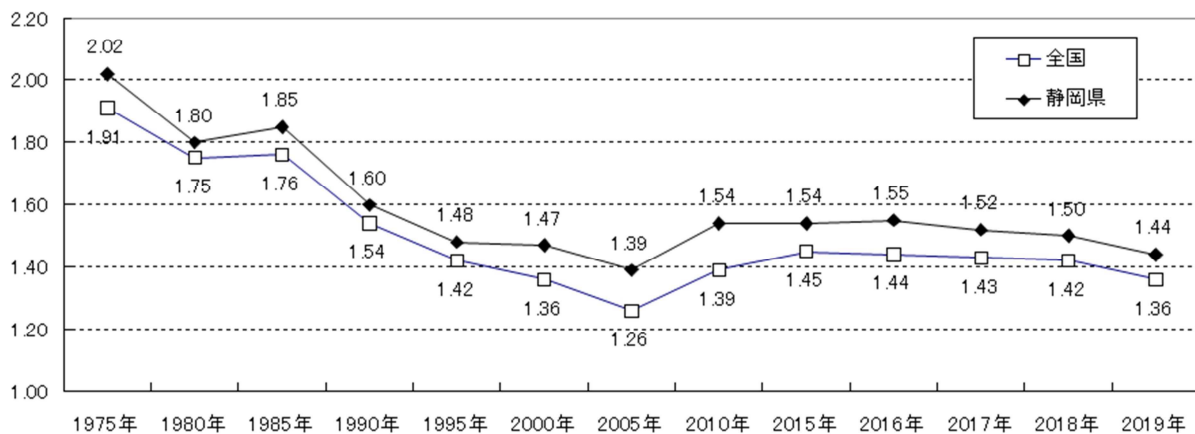
○2019年の合計特殊出生率は1.44で、全国平均の1.36を上回っています(図表2-8)。

図表2-7 出生数及び出生率の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

図表2-8 合計特殊出生率の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

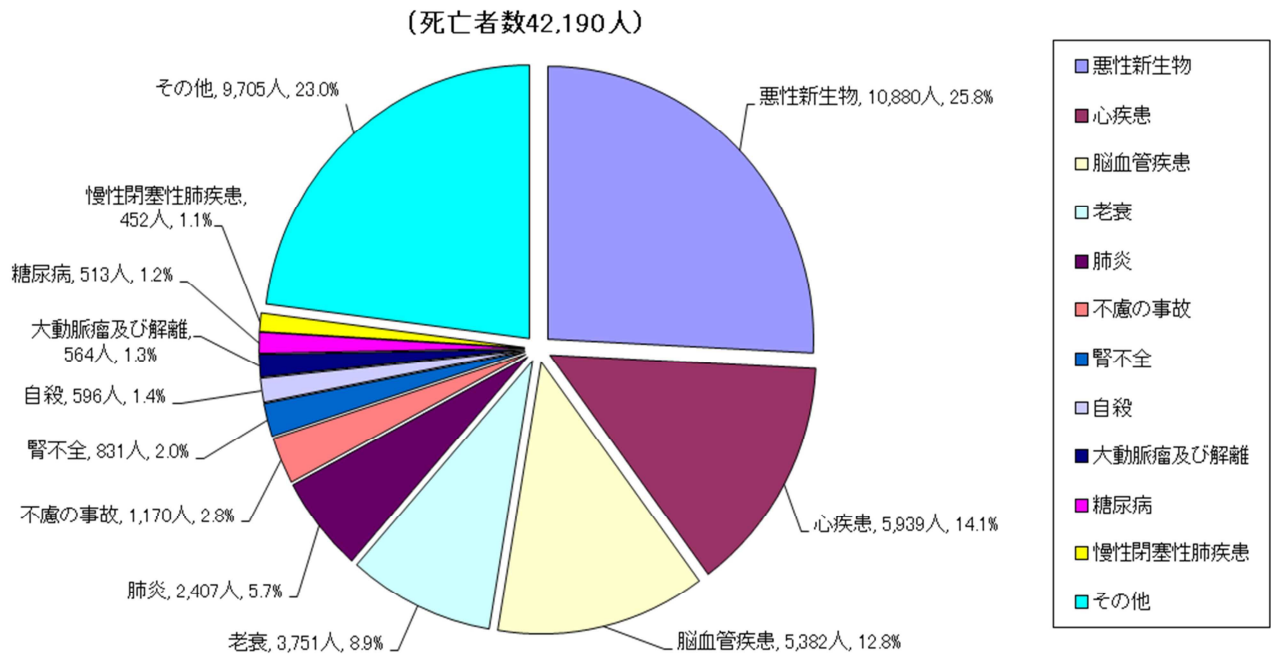
(2) 死亡

○2019年の死亡数は4万2,190人、死亡率は人口千人当たり11.9人となっています。

○2019年の死亡者の死因別状況では、悪性新生物(がん)25.8%、心疾患14.1%、脳血管疾患12.8%、老衰8.9%、肺炎5.7%の順となっており、上位3死因で、全死亡の52.7%を占めています(図表2-9)。

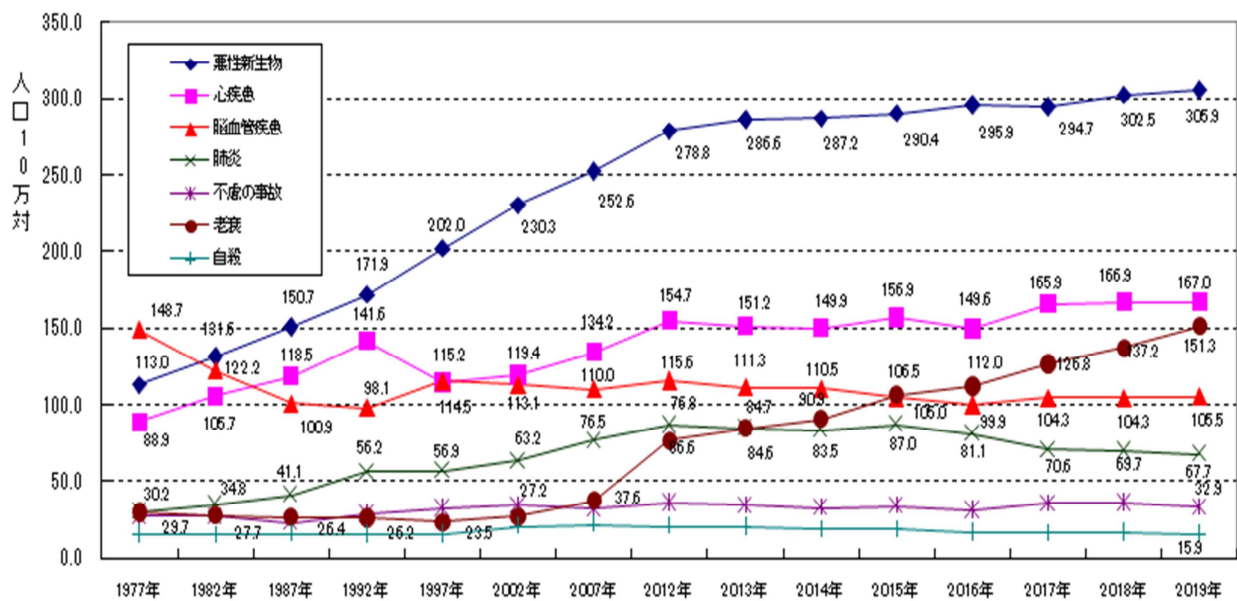
○特に、悪性新生物による死亡者数は全体の3割弱を占めており、死亡率は死因の上位1位として増加し続けています（図表2-10）。

図表2-9 本県の死因別死亡者数（2019年）



(資料：県健康福祉部政策管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」)

図表2-10 主な死因別の死亡率の推移

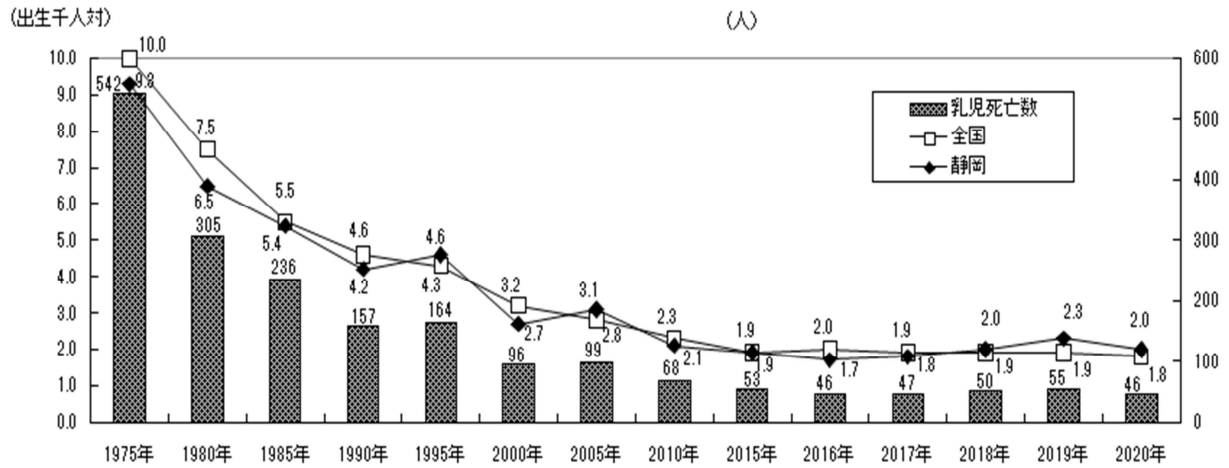


(資料：県健康福祉部政策管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」)

(3) 乳児死亡

○本県の乳児死亡率（出生千人対）は長期的には低下傾向が続いており、2020年は2.0人となっています（図表2-11）。

図表2-11 乳児死亡率及び乳児死亡数の推移



（資料：厚生労働省「人口動態統計」）

第2節 受療動向

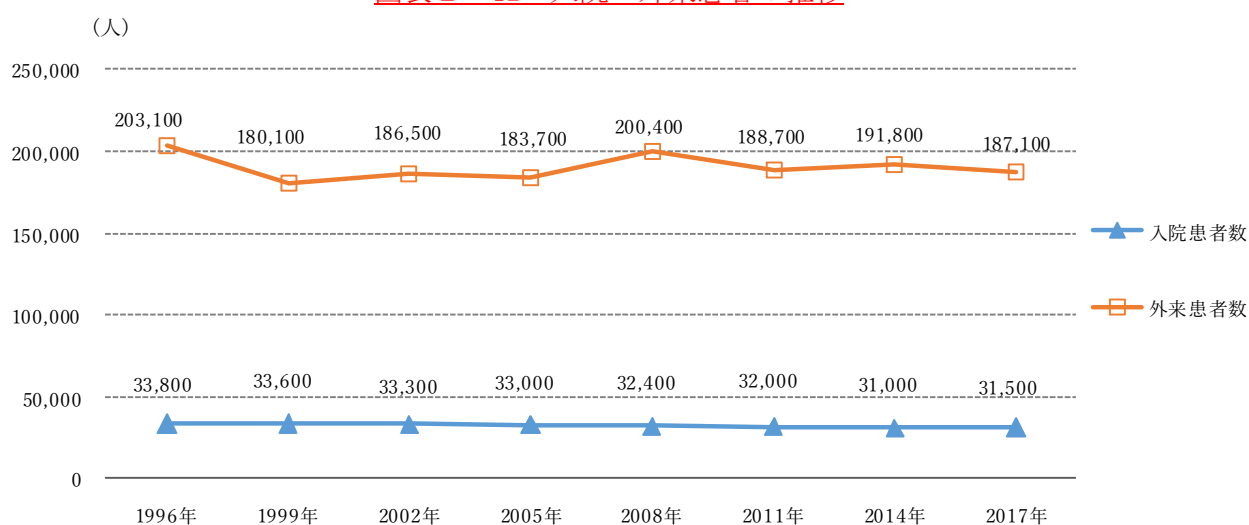
1 患者数

(1) 入院・通院患者の状況

○2017年の厚生労働省の患者調査によると、本県の推計入院患者数は3万1,500人、推計外来患者数は18万7,100人となっています³ (図表2-12)。

○外来患者については、病院での受療者数が3万7,600人(20.1%)、診療所が11万7,900人(63.0%)、歯科診療所が3万1,600人(16.9%)となっています。

図表2-12 入院・外来患者の推移



(資料：厚生労働省「患者調査」)

(2) 疾病別推計患者数

○疾病別の患者数を傷病大分類別にみると、入院については、「循環器系の疾患」が最も多く6,200人、次いで「精神及び行動の障害」が5,400人、「新生物」が3,500人(うち、「悪性新生物」が3,200人)となっています。全体の患者数としては減少傾向となりますが、その中で「神経系の疾患」「呼吸器系の疾患」の患者数は増加しています。(図表2-13)

○また、外来については、「消化器系の疾患」が最も多く2万9,800人、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」が2万4,900人、「循環器系の疾患」が2万3,200人となっています。(図表2-14)

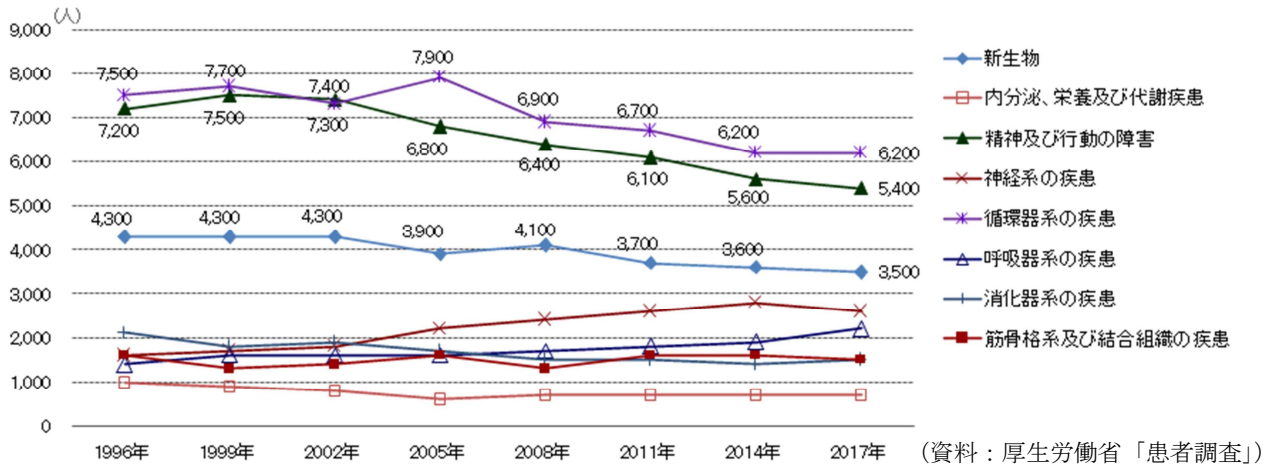
³ 患者調査の推計患者数：調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数。

2017年調査では、

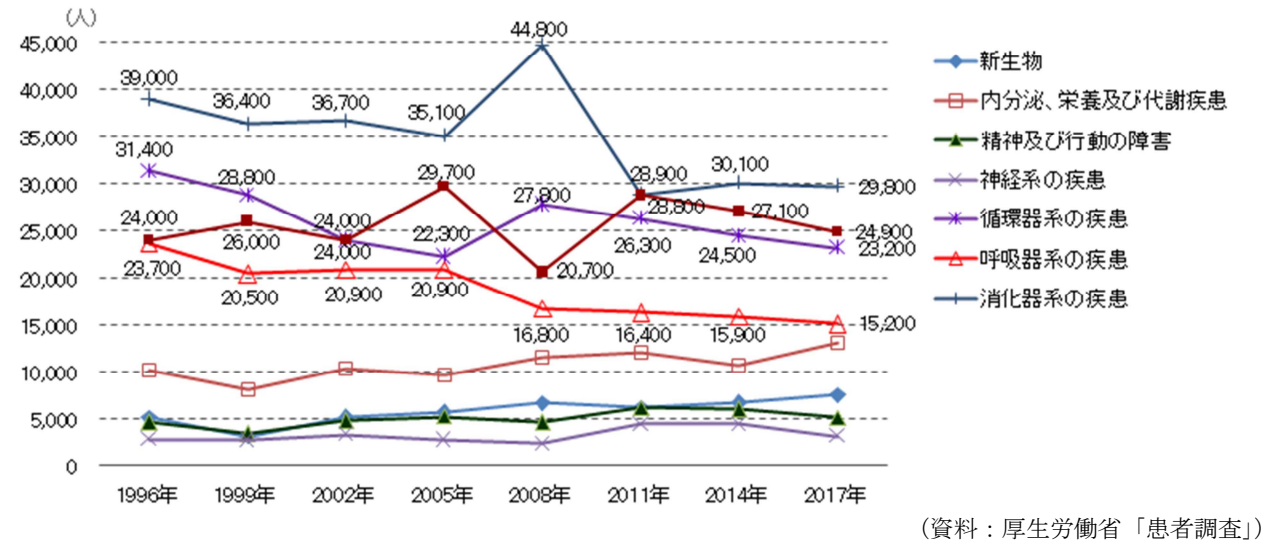
病院：2017年10月17日(火)～19日(木)の3日間のうち病院ごとに指定した1日

診療所：2017年10月17日(火)、18日(水)、20日(金)のうち診療所ごとに指定した1日

図表 2-13 疾患別推計患者数の推移（入院）



図表 2-14 疾患別推計患者数の推移（外来）

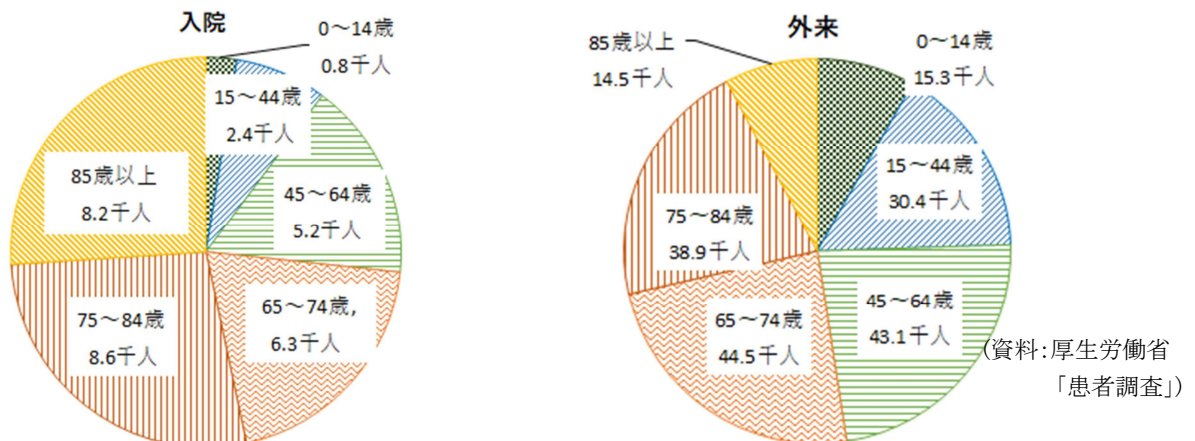


(3) 年齢階級別の推計患者数

○年齢階級別の患者数をみると、入院については、75歳～84歳が8,600人で最も多く、85歳以上が8,200人となっており、65歳以上が2万3,100人で全体の約4分の3となっています。

○外来については、65歳～74歳が4万4,500人で最も多く、次いで45歳～64歳が4万3,100人、75歳～84歳が3万8,900人となっています。65歳以上の割合は約52%となっています。

図表 2-15 年齢階級別推計患者数（入院・外来）



2 受療率

(1) 入院受療率・外来受療率

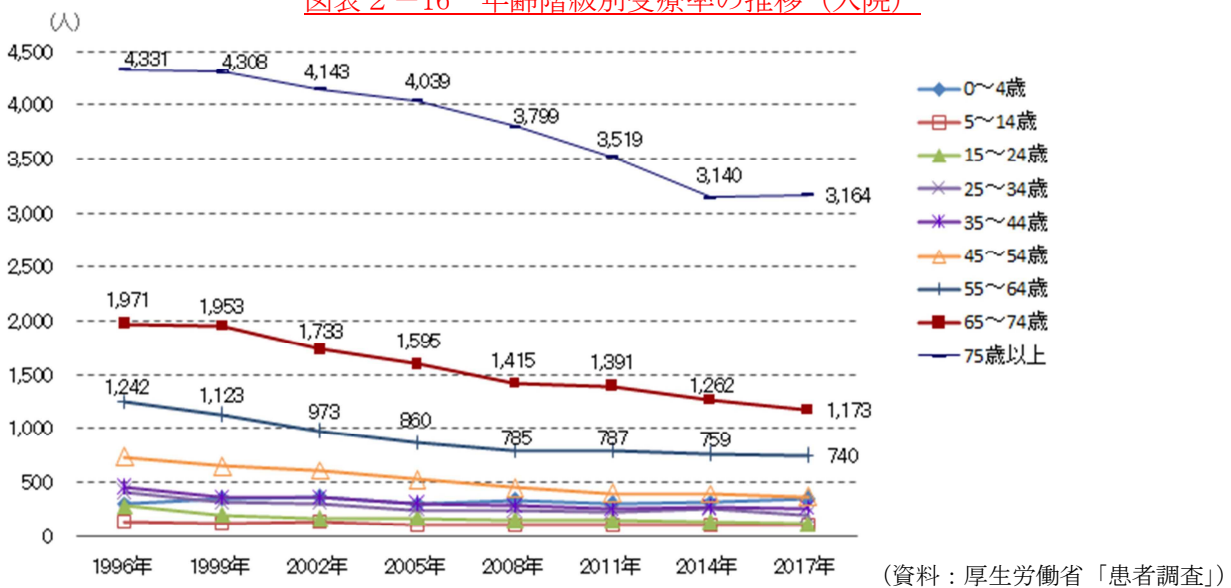
○2017年の患者調査から、本県の受療率⁴についてみると、入院受療率は857（全国平均1,036）、外来受療率は5,091（全国平均5,675）で、ともに全国平均より低くなっています（入院受療率は全国順位で低い方から7位、外来受療率は全国順位で低い方から4位）。

(2) 年齢階級別受療率

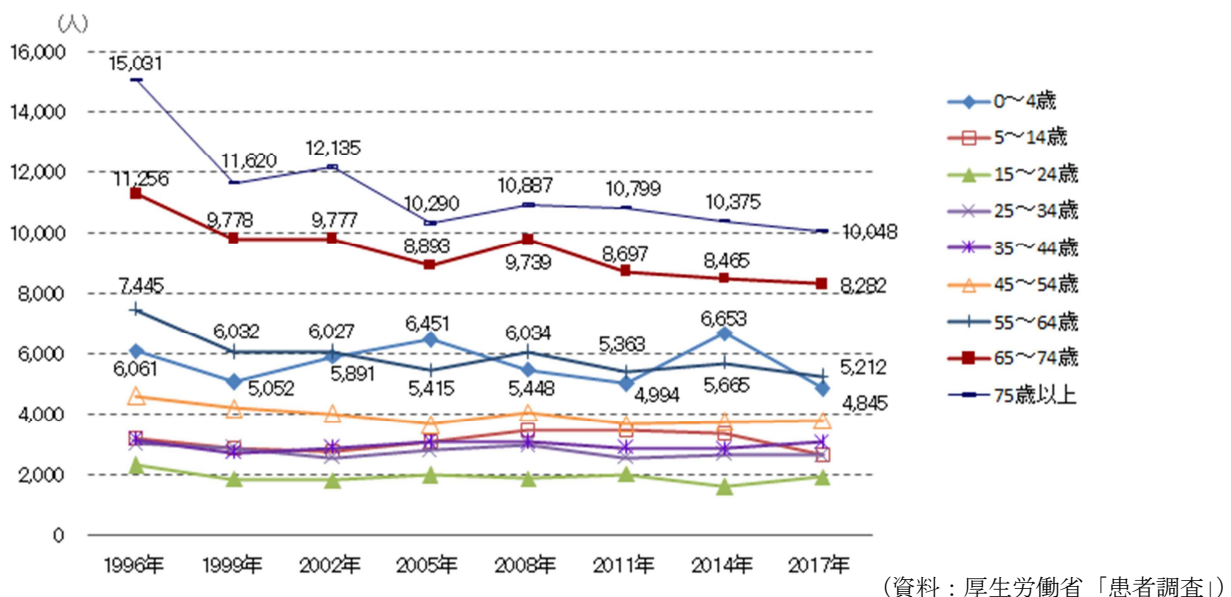
○年齢階級別に入院受療率をみると、75歳以上が3,164で最も高く、次いで65歳～74歳の1,173、55歳～64歳の740となっています。（図表2-16）

○外来受療率では、75歳以上が10,048で最も高く、次いで65歳～74歳の8,282、55歳～64歳の5,212となっています。（図表2-17）

図表2-16 年齢階級別受療率の推移（入院）



図表2-17 年齢階級別受療率の推移（外来）



⁴ 推計患者数を人口10万対であらわした数。受療率(人口10万対) = 推計患者数 / 推計人口 × 100,000

第3節 医療資源

1 病院及び診療所の概況

(1) 病院

- 2021年4月1日現在、病院数は171施設、病床数は36,474床で、2016年と比較して2,387床少なくなっています（図表2-1、2-19）。
- 病床の種類については、一般病床が20,947床、療養病床が8,870床、精神病床が6,517床で、人口10万人当たりの一般病床数は581.5床です。

(2) 診療所

ア 一般診療所

- 2021年4月1日現在、一般診療所数は2,762施設で、このうち有床診療所が205施設あります。病床数は2,177床で、2012年と比較して587床少なくなっています（図表2-18、2-19）。
- 人口10万人当たりの一般診療所数は、76.6施設です。

イ 歯科診療所

- 2021年4月1日現在の歯科診療所数は、1,767施設です（図表2-18）。
- 人口10万人当たりの歯科診療所数は、49.1施設です。

図表2-18 医療施設（病院・診療所）数の推移 （単位：施設）

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
病院数	181	181	179	176	171	171
一般診療所数	2,746	2,762	2,758	2,770	2,750	2,760
有床	216	205	192	183	171	164
無床	2,530	2,557	2,566	2,587	2,579	2,596
歯科診療所数	1,806	1,792	1,797	1,782	1,777	1,767

（各年4月1日現在：県医療政策課調べ）

図表2-19 使用許可病床数の推移 （単位：床）

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
病院	38,861	38,910	38,532	37,801	36,769	36,474
一般病床	21,083	21,142	20,885	20,986	20,938	20,947
療養病床	10,871	10,871	10,860	10,057	9,122	8,870
精神病床	6,751	6,741	6,631	6,602	6,553	6,517
結核病床	108	108	108	108	108	92
感染症病床	48	48	48	48	48	48
一般診療所	2,295	2,177	2,111	2,022	1,873	1,754
歯科診療所	3	0	0	0	0	0

（各年4月1日現在：県医療政策課調べ）

2 医療人材の概況

(1) 医師

- 2018年末における本県の医師数(医療施設従事者)は7,690人で、2014年末と比べて505人増加しています。
- 人口10万人当たりでは210.2人で、全国平均の246.7人と比較すると36.5人下回っています。

(2) 歯科医師

- 2018年末における本県の歯科医師数(医療施設従事者)は2,400人で、2014年末と比べて82人増加しています。
- 人口10万人当たりでは65.6人で、全国平均の80.5人と比較すると14.9人下回っています。

(3) 薬剤師

- 2018年末における本県の薬剤師数(薬局及び医療施設従事者)は6,504人で、2014年末と比べて621人増加しています。
- 人口10万人当たりでは177.8人で、全国平均の190.1人と比較すると12.3人下回っています。

(4) 看護師

- 2018年末における本県の就業看護師数は32,935人で、2014年末と比べて3,761人増加しています。
- 人口10万人当たりでは900.1人で、全国平均の963.8人と比較すると63.7人下回っています。

図表2-20 医療人材の推移

(各年12月31日現在。単位：人)

		2014年	2016年	2018年
医師数 (医療施設従事者)	静岡県	7,185 (193.9)	7,404 (200.8)	7,690 (210.2)
	全国	296,845 (233.6)	304,759 (240.1)	311,963 (246.7)
歯科医師数 (医療施設従事者)	静岡県	2,268 (61.2)	2,318 (62.9)	2,400 (65.6)
	全国	100,965 (79.4)	101,551 (80.0)	101,777 (80.5)
薬剤師数(薬局及び 医療施設従事者)	静岡県	5,883 (158.8)	6,231 (169.0)	6,504 (177.8)
	全国	216,077 (170.0)	230,186 (181.3)	240,371 (190.1)
看護師数	静岡県	29,174 (787.4)	31,000 (840.6)	32,935 (900.1)
	全国	1,086,779 (855.2)	1,149,397 (905.5)	1,218,606 (963.8)

※ ()内は人口10万人対

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、衛生行政報告例

第3章 地域医療構想

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような、切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築するため、2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立しました。この一括法において、医療法の中で医療計画の一部として「地域医療構想」が新たに位置づけられました。
- 地域医療構想は、構想区域ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的とするものです。
- 本県においても、2016年3月に「静岡県地域医療構想」を策定しました。

第1節 構想区域

- 構想区域は、医療法第30条の4第2項第7号に基づく区域であり、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域です。
- 将来の病床数の必要量（必要病床数）を設定する地域的な単位であり、現行の2次保健医療圏を原則として、人口構造の見通し、医療需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し等を考慮して設定します。（医療法施行規則第30の28の2）
- このため、本県における構想区域も2次保健医療圏と同一とします。この区域は、保健・医療・介護（福祉）の総合的な連携を図るため、静岡県長寿社会保健福祉計画における高齢者保健福祉圏域とも一致しています。

第2節 2025年の在宅医療等の必要量

- 今回の中間見直しでは、静岡県長寿社会保健福祉計画が令和2年度に改定されたことに合わせ、在宅医療について見直しを行いました。なお、推計方法に変更はないため、2025年の必要量自体に変更はありませんが、必要量への対応について見直しを行いました。

1 推計方法（※策定時から変更無し）

- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在、療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には在宅医療等に対応するものとしています。
- 地域において、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計しました。その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととしました。
- 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、厚生労働省令の定める算定式により、以下の内容で推計しました。

- ①一般病床の障害者数・難病患者数について、慢性期機能の医療需要として推計
- ②療養病床の入院患者数のうち、「医療区分1の患者数の70%」を、在宅医療等に対応する患者数として推計。その他の入院患者数については、「入院受療率の地域差を解消」していく、将来の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれ推計。
- ③一般病床の入院患者数のうち、「医療資源投入量が175点未満」の患者数については、在宅医療等に対応する患者数の医療需要として推計。
- ④在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計。
- ⑤介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計。

2 推計結果

(1) 2025年の在宅医療等の必要量（※策定時から変更無し）

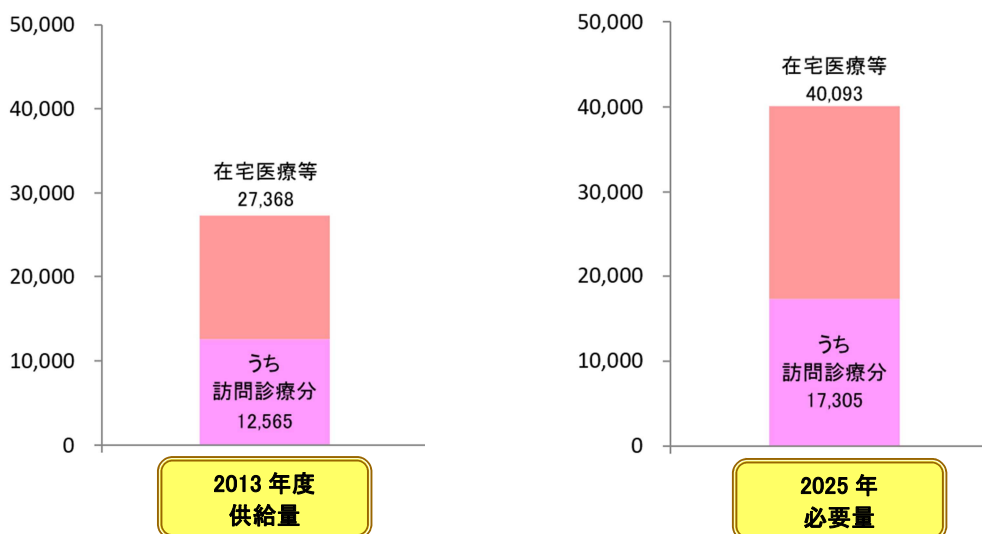
○2025年における静岡県の在宅医療等の必要量は40,093人、うち訪問診療分は17,305人と推計しました。

○2013年度の供給量と比較すると、2025年に向けて、在宅医療等の必要量の増加は12,725人、うち訪問診療分について4,740人と推計しました。

図表4-4 在宅医療等の2013年度供給量と2025年必要量の比較

	2013年度の供給量		2025年の必要量	
	在宅医療等	(再掲) うち訪問診療分	在宅医療等	(再掲) うち訪問診療分
賀茂	797	295	1,024	428
熱海伊東	1,014	419	1,643	735
駿東田方	5,026	2,420	7,186	3,271
富士	2,510	1,212	3,723	1,612
静岡	5,707	2,844	8,082	3,845
志太榛原	3,127	1,273	4,585	1,832
中東遠	2,727	1,037	4,198	1,420
西部	6,460	3,065	9,652	4,162
静岡県	27,368	12,565	40,093	17,305

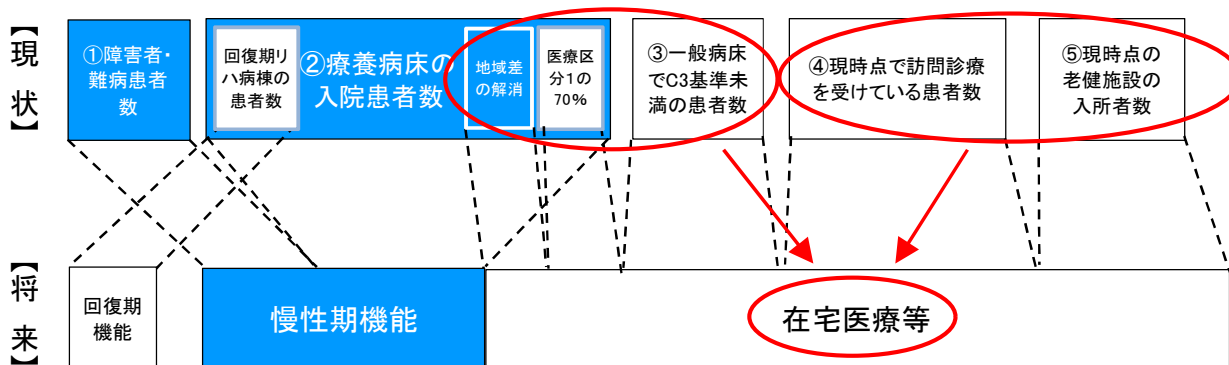
※地域差解消分にあたる患者数は、2013年度には含まれず、2025年には含まれている
 ※2013年度の値は医療機関所在地ベース



(2) 在宅医療等の必要量の内訳 (※策定時から変更無し)

- 2025年に向けて、在宅医療等の需要は、「高齢化の進行」や、地域医療構想による病床の機能分化連携を踏まえた「追加的需要」により、大きく増加する見込みです。
- 将来の医療需要については、医療機能の分化・連携により、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、2025年には在宅医療等で対応するものとして推計しました。

図表4-5 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



※網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

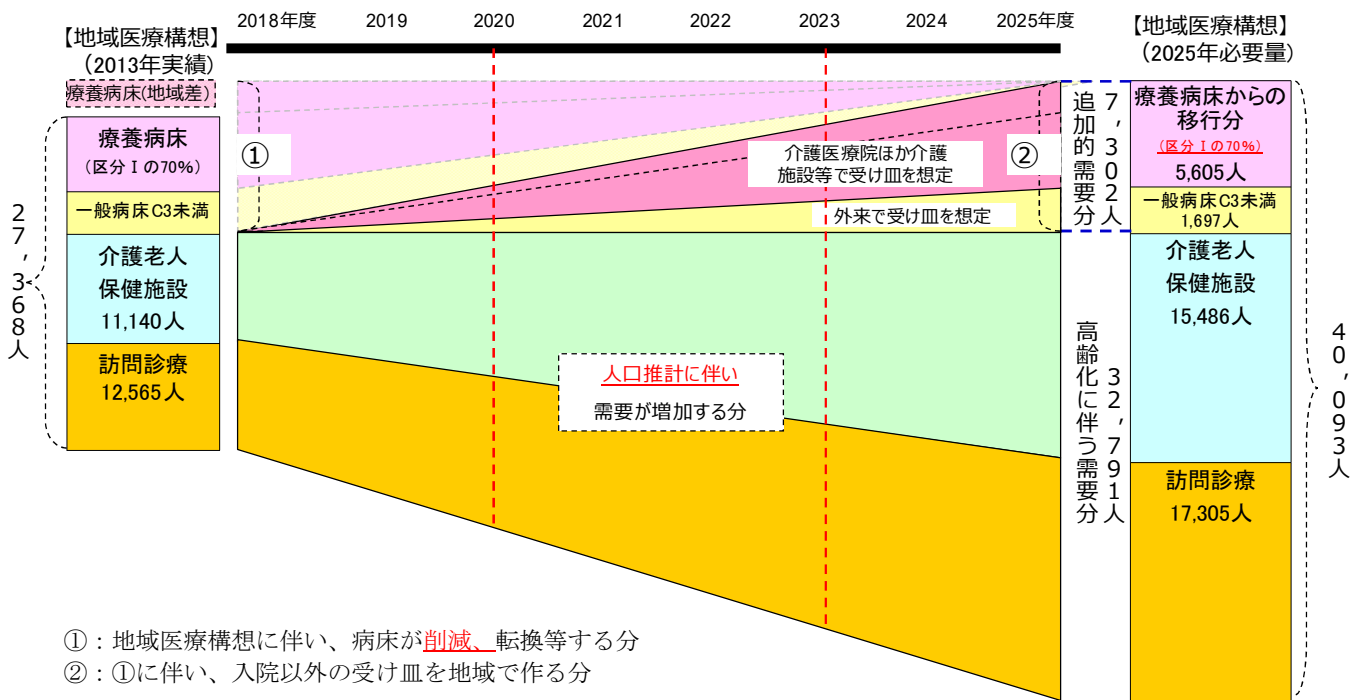
ア 追加的需要の推計 (※策定時から変更無し)

- 医療・介護需要の増大に確実に対応していくため、県・市町、関係団体が一体となってサービス提供体制を構築していくことが重要です。
- このため、県と市町は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、地域包括ケア推進ネットワーク会議を開催し、保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整合的な整備目標・見込み量を設定しました。
- 介護保険事業計画と整合性のとれた整備目標を検討するためには、両計画の構成要素のそれぞれ

れの必要量や、市町別のデータが必要ですが、現時点においては分析可能なデータに限界があることから、一定の仮定を置いて按分や補正等を行うこととし、具体的には、以下の方法により設定しました。

- ・一般病床から生じる新たなサービス必要量は、一般病床から退院する患者の多くは、退院後に外来により医療を受ける傾向にあることから、基本的には、外来医療により対応するものとして推計。
- ・療養病床から生じる新たなサービス必要量は、介護医療院等で対応する分を除いた上で、外来での対応を目指す部分、在宅医療での対応を目指す部分、介護サービスでの対応を目指す部分を推計。
- ・2025年の追加的需の推計値を、次期計画開始年度となる2018年度からの8年間で等比按分して、2020年度末における整備目標を設定
(2010年度末の整備目標=2025年のサービス必要量×3/8)

図表4-6 地域医療構想を踏まえた2025年における在宅医療等の必要量のイメージ



イ 2025年の在宅医療等の必要量への対応

- 2025年における在宅医療等の必要量は県全体で40,093人、このうち追加的需要は7,302人、高齢化に伴う需要分は32,791人と推計されます。
- この必要量に向けて、訪問診療 20,894人、介護医療院 2,535人、介護老人保健施設 13,179人等に対応する体制の整備を目指します。

在宅医療等必要量 2025年					提供見込み量(追加的需要分+高齢化に伴う需要分)				
追加的需要分		高齢化に伴う需要分			介護医療院	外来	介護老人保健施設	訪問診療	その他
療養病床分	一般病床分	介護老人保健施設分	訪問診療分						
40,093	5,605	1,697	15,486	17,305	<u>2,535</u>	<u>2,497</u>	<u>13,179</u>	<u>20,894</u>	<u>1,047</u>

ウ 2023年度の在宅医療等の必要量への対応

- 2023年度における在宅医療等の必要量は県全体で36,758人、このうち追加的需要は5,476人、高齢化に伴う需要分は31,282人と推計されます。
- この対応に向けて、訪問診療 19,336人、介護医療院 2,428人、介護老人保健施設 13,038人等に対応する体制の整備を目指します。

在宅医療等必要量 2023年度					提供見込み量(追加的需要分+高齢化に伴う需要分)				
追加的需要分		高齢化に伴う需要分			<u>介護医療院</u>	外来	介護老人保健施設	訪問診療	その他
療養病床分	一般病床分	介護老人保健施設分	訪問診療分						
<u>36,758</u>	<u>4,204</u>	<u>1,272</u>	<u>14,762</u>	<u>16,520</u>	<u>2,428</u>	<u>1,517</u>	<u>13,038</u>	<u>19,336</u>	<u>594</u>

がん

【対策のポイント】

- 精度管理されたがん検診の実施と受診促進
- がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進
- 住み慣れた地域でのがん患者療養支援機能の充実

【数値目標に対する進捗状況】

項目		策定時	現状値	目標値	進捗状況
がん検診精密検査受診率	胃がん	77.5% (2014年)	<u>73.0%</u> <u>(2017年)</u>	90%以上	<u>・肺がん、大腸がん、子宮頸がんについては目標に向け数値が改善</u>
	肺がん	75.1% (2014年)	<u>81.8%</u> <u>(2017年)</u>		
	大腸がん	65.6% (2014年)	<u>65.9%</u> <u>(2017年)</u>		
	乳がん	81.3% (2014年)	<u>74.0%</u> <u>(2017年)</u>		
	子宮頸がん	44.4% (2014年)	<u>60.5%</u> <u>(2017年)</u>		
対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の比較倍率		1.36倍 (2011～15年)	<u>1.27</u> <u>(2014～18年)</u>	1.20倍	<u>目標に向け数値が改善</u>
がん患者の就労支援に関する研修受講者数		47人 (2016年度)	<u>155人</u> <u>(2019年度)</u>	累計300人 (2021年度)	<u>目標に向け数値が改善</u>

(1) 現状と課題

ア がん(疾病・事業名)の医療

- がんは、遺伝子に傷が付くことによりできた、異常な細胞が増殖し(がん化)、血管などに入り込んで体内に広がり(転移)、周囲の正常な細胞を破壊していくことにより、体を衰弱させる疾患です。
- がんは、基本的にすべての臓器、組織で発生しますが、代表的なものとして、胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん等の上皮細胞(組織の表面で上皮を形成する細胞)のできるものや、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫等の造血器(血球を作る機能を持つ器官)のできるものなどがあります。
- がんは、県民の疾病による死亡の最大原因となっていることから、全ての県民ががん対策に参加することにより、生涯にわたって健やかに安心して暮らせる「ふじのくに」づくりを目指して、2014年12月に静岡県がん対策推進条例を制定し、2017年に改正しました。
- 本条例と2018年3月策定の静岡県がん対策推進計画(第3次)に基づき、総合的ながん対策を推進します。

イ 本県の状況

(がんによる死亡の状況)

- 本県では、1982年以降、がんが死亡原因の第1位となっており、年間1万人以上の県民ががん で亡くなっています。2018年の死亡率(人口10万人に対する死亡者の割合)は289.5、死亡数全体に占める割合は25.8%と、約4人に1人ががんで命を落としていることとなります。
- 全国と比較した本県におけるがん全体の標準化死亡比は95.0であり、有意に全国を下回っています。圏域別では、静岡保健医療圏以西では全ての圏域で全国を下回っており、西に行くほど低くなっています。しかし、駿東田方医療圏以東では、全ての圏域で全国を上回っています。

(たばこ対策)

- 成人の喫煙率は、2018年に18.6%で、減少傾向にあります。

(がん検診受診率等)

- 本県のがん検診の受診率は、2019年で胃がん42.9%、肺がん52.1%、大腸がん44.7%、乳がん46.6%、子宮頸がん44.0%となっています。
- 2017年度の市町が行ったがん検診で要精密検査となった者のうち、精密検査を受けた者の割合は、胃がん検診73.0%、肺がん検診82.0%、大腸がん検診65.9%、乳がん検診74.0%、子宮頸がん検診60.5%でした。
- 2020年度の市町がん検診受診者数は延べ864,970人であり、前年度比85.3%と減少しました。新型コロナウイルス感染症の影響による、がん検診受診率の低下が懸念されます。

(がん医療提供体制)

- 県民がどこに住んでいても質の高いがん医療が受けられる体制の整備を進めており、2020年4月1日現在、国指定病院として「都道府県がん診療連携拠点病院」が1施設、「地域がん診療連携拠点病院(高度型)」²が2施設、「地域がん診療連携拠点病院」³が7施設、「地域がん診療病院」⁴が2施設指定され(以下、これら国指定病院をあわせて「拠点病院等」という。)、県指定病院として「静岡県地域がん診療連携推進病院」⁵を8施設(以下、「県推進病院」という。)、「がん相談支援センター設置病院」⁶を2施設指定している。また、上記以外に、国指定病として

¹ 都道府県がん診療連携拠点病院：都道府県内においてがん医療の中心的役割を果たすよう厚生労働大臣が指定する病院で、原則として各都道府県に1施設指定されている。専門的ながん医療を提供するとともに、都道府県内のがん診療の連携協力体制の整備やがんに関する相談支援を担う。

² 地域がん診療連携拠点病院(高度型)：同一医療圏の地域がん診療連携拠点病院のうち、診療実績が最も優れている病院。

³ 地域がん診療連携拠点病院：医療圏内でがん医療の中心的役割を果たすよう構成労働大臣が指定する病院で、専門的ながん医療を提供。

⁴ 地域がん診療病院：がん診療連携拠点病院が無い医療圏に厚生労働大臣が指定する病院。隣接する圏域のがん診療連携拠点病院と連携して専門的ながん医療を提供する。

⁵ 静岡県地域がん診療連携推進病院：拠点病院等とその同一医療圏で連携してがん診療に携わり、地域がん診療病院に準ずるがん診療機能を有する、静岡県知事が指定する病院。

⁶ がん相談支援センター設置病院：賀茂・熱海伊東医療圏のうち、がんの相談支援を行う機能を有する部門を設置する、静岡県知事が指定する病院。

それぞれ1病院が「がんゲノム医療中核拠点病院⁷」及び「小児がん拠点病院⁸」に指定されています。

○県内の2次保健医療圏のうち、賀茂保健医療圏を除く7保健医療圏において拠点病院等及び推進病院が整備されています。

○2019年の県内のがん治療認定医の数は417人、人口10万人当たり11.2人で、全国平均の12.9人より少なく、がん専門看護師数は25人、人口10万人当たり0.7人で、全国平均の0.6人より多く、がん専門薬剤師数は16人、人口10万人当たり0.4人で、全国平均の0.5人より少なくなっています。

○2018年7月、国のがん診療提供体制の整備指針の見直しにより、がん医療の更なる充実や病院と地域との連携、医療安全、拠点病院の指定の考え方などが示され、拠点病院等の指定要件が厳格化されるとともに、地域がん診療連携拠点病院のうち、都道府県知事はその診療機能等が高く、地域内で中心的役割を果たすものとして推薦する医療機関について、地域がん診療連携拠点病院（高度型）として指定の類型が創設されました。

（がんゲノム医療）

○県立静岡がんセンターにおいて、手術で取り出したがん組織や血液中の細胞から遺伝子変異及びタンパク質や代謝産物の変化等の解析を行い、新しいがん診断・治療開発につなげるプロジェクトHOPE(High-tech Omics-based Patient Evaluation)が2014年から開始され、2020年12月末までに約7,000例の解析を行っています。

（支持療法）

○がんそのものや、手術、放射線治療、薬物療法等のがんの治療に伴って生じる副作用、合併症、後遺症等を予防、軽減するための治療のことを支持療法と言い、抗菌薬や制吐剤の投与、輸血等があります。その中でも特に口内粘膜炎に対応するため、がん患者に適切な口腔ケアが県内全ての拠点病院等及び推進病院で行われています。

（希少がん、難治性がん）

○個々のがんの種類の中で、患者数が少ない希少がん、また、膵がんやスキルス胃がん等の難治性がんについては、県内外の病院間の連携での医療が行われています。

（小児がん、AYA世代⁹のがん、高齢者のがん）

○子どもの死因の上位に位置する白血病、脳腫瘍等、小児のがんに対応するため、2010年度より静岡県小児がん拠点病院制度を創設して県立こども病院を指定しており、県内の小児がん患者の約半数が治療を受けています。

○平成31年4月1日、県立こども病院が国から「小児がん拠点病院」として指定されています。

○AYA世代（思春期・若年成人世代）のがんは、小児と成人領域の狭間で、患者が少なく、がんの種類も多様であることから、最適で効果の高い治療を受けるための診療体制が必要とされています。県立静岡がんセンターは、2015年から全国に先駆けて、「AYA世代」病棟を整備し、各

⁷ がんゲノム医療中核拠点病院：全国のがんゲノム医療の中核となる施設として構成労働大臣が指定する病院。2020年4月1日現在、全国に12施設指定されている。

⁸ 小児がん拠点病院：地域において小児がん医療及び支援を提供する中心施設として厚生労働大臣が指定する病院。地域ブロック単位（静岡県：東海北陸ブロック）で全国に15施設指定されている。

⁹ AYA世代：おおよそ15歳から40歳の思春期・若年成人の世代を指す。AYAはAdolescent and Young Adultの略。

診療科の連携治療や支持療法などを行っています。

○人口の高齢化が進行するとともに、がん患者に占める高齢者の割合が増えています。体力の低下や認知症などの併存疾患のため標準的治療が難しい場合もあります。

(がんのリハビリテーション)

○がん患者の早期社会復帰や療養生活の質の向上を図るため、リハビリテーションの提供体制の整備を進めており、がん患者リハビリテーション料の施設基準の届出を行っている病院は、2018年度で 44施設となっており、全保健医療圏にあります。

(在宅医療の充実)

○がん患者のうち、在宅で亡くなっている人の割合は、2018年は 18.4%で、5年間で約 9ポイント上昇しました。

○がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する専門的な緩和ケアを提供できるよう、拠点病院等及び推進病院において、がん診療に携わる医師等を対象に研修を行い、2019年度までの医師の修了者数は累計 3,102人となっています。

(就労支援)

○がん患者の就労継続や再就労を支援するため、ハローワーク等関係機関と連携した就労支援が実施できる拠点病院等及び推進病院は、2019年度で 12施設となっています。

ウ 医療提供体制

(ア) がんの予防・がんの早期発見

○喫煙及び受動喫煙は、様々ながんの原因と考えられています。そのため、がんを予防するためには、禁煙及び受動喫煙防止などのたばこ対策をより一層推進する必要があります。

○がん検診は、市町や健康保険組合等で行われており、県民は、がんの早期発見、早期治療につながる重要な検査と認識が深まったことにより、胃がん、肺がん及び大腸がんの検診の受診率は、当面の目標 40%に達成したものの、乳がん、子宮頸がんについては、目標の 50%には達成していないため、更に受診率の向上を図る必要があります。

○市町が行っているがん検診の精密検査の受診率は、がんの種類によって差があり、がんの早期発見を促進するためには、どのがんについても高い精密検査受診率を維持する必要があります。

○早期のがんを適切に診断するためには、検診が正しく行われているかを評価し、不備な点を改善する「精度管理」を徹底する必要があります。

(イ) がんの医療提供体制

○拠点病院等は、各保健医療圏において、県民に対して適時適切ながん医療を提供できるよう、更なる質の向上を図っていく必要があります。

○拠点病院等がない賀茂保健医療圏については、地域の実情に合わせたがん医療の拠点となる病院の整備と、隣接する圏域の拠点病院等との更なる連携が必要となっています。

(ウ) がんの治療・支援

○個々のがん患者に最適なゲノム医療を提供する体制を構築する必要があります。

○県内のがん治療を行う全ての医療機関においてがんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを、がん治療と並行して実施するほか、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対応する支持療法を提供することで、がん患者のQOLを高め、社会復帰を早める必要があります。

- 希少がん・難治性がんについて、正確な診断とエビデンスに基づいた標準的な治療ができる診療提供体制の整備が必要です。
- 成長期にある小児の特性に十分配慮した、教育環境を含む小児がん患者の療養環境の確保、治療終了後の晩期合併症への対応も含めた長期フォローアップの継続と成人診療科への円滑な移行、さらには小児がん患者に対する緩和医療提供体制が必要です。
- AYA世代のがん患者について、その診療体制の整備と相談、就学・就労、生殖機能温存等に関する支援体制の充実を図っていく必要があります。なお、令和元年度より、40歳未満のがん患者を対象とした、生殖機能温存治療に係る費用への助成制度を創設しております。
- 高齢者のがん治療に関して、国が策定する高齢者のがん診療に関するガイドライン等の状況を踏まえ、検討していく必要があります。
- がん患者の早期社会復帰等を推進するため、がん患者に適切なりハビリテーションを提供できる病院を増やしていく必要があります。
- 在宅療養のニーズに応えられるように、がん患者が安心して在宅療養できる地域での体制整備を更に進めていく必要があります。
- 在宅緩和ケアを推進するためには、病院と診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携を進めるほか、かかりつけ医、看護師、かかりつけ薬局の薬剤師等が、在宅緩和ケアのスキルを高めていく必要があります。
- がん患者を取り巻く就労環境は厳しく、就労の継続及び再就労が困難な状況にあることから、がん患者に対する就労支援の充実強化を図っていく必要があります。

(2) 今後の対策

ア 数値目標

項目		現状値	目標値	目標値の考え方	出典
がん検診精密検査受診率	胃がん	73.0% (2017年)	90%以上	国の第3期がん対策推進基本計画の目標値の90%と同じ値を設定。	厚生労働省「第3期がん対策推進基本計画」
	肺がん	81.8% (2017年)			
	大腸がん	65.9% (2017年)			
	乳がん	74.0% (2017年)			
	子宮頸がん	60.5% (2017年)			
対県標準化死亡比最大の地域と最小の地域の比較倍率		1.27 (2014～18年)	1.20倍	がんで亡くなる県民の地域差を1.2倍以内に下げるように設定	第3次静岡県がん対策推進計画
がん患者の就労支援に関する研修受講者数		155人 (2019年度)	累計300人 (2021年度)	年間50人程度を5年間養成	県疾病対策課調査

イ 施策の方向性

(ア) がん予防

- 青少年を対象とした喫煙防止教育を含め、県民に対し、喫煙が及ぼす健康への影響などに関する正しい知識の一層の啓発を図ります。
- 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。
- 市町と連携して、個別の受診勧奨・再勧奨や、企業と連携し職域で受診機会のない者への啓発を進めるとともに、がん検診と特定健診の同時実施や休日検診の実施等、受診者の利便性の向上を図ります。
- 静岡県がん検診精度管理委員会での協議結果を踏まえた、がん検診従事者を対象とした各種講習会や研修会を開催することにより、検診従事者の資質向上を図るなど、がん検診の精度の向上を進めます。

(イ) がんの医療提供体制

- 拠点病院等がない賀茂保健医療圏に、地域がん診療病院又は県推進病院の設置を進めます。
- 国及び県指定病院のいずれにおいても、継続して指定要件を充足できるよう支援を行うとともに、更なる機能強化が図られるよう、施設・設備整備への助成や人材の養成などを進めます。

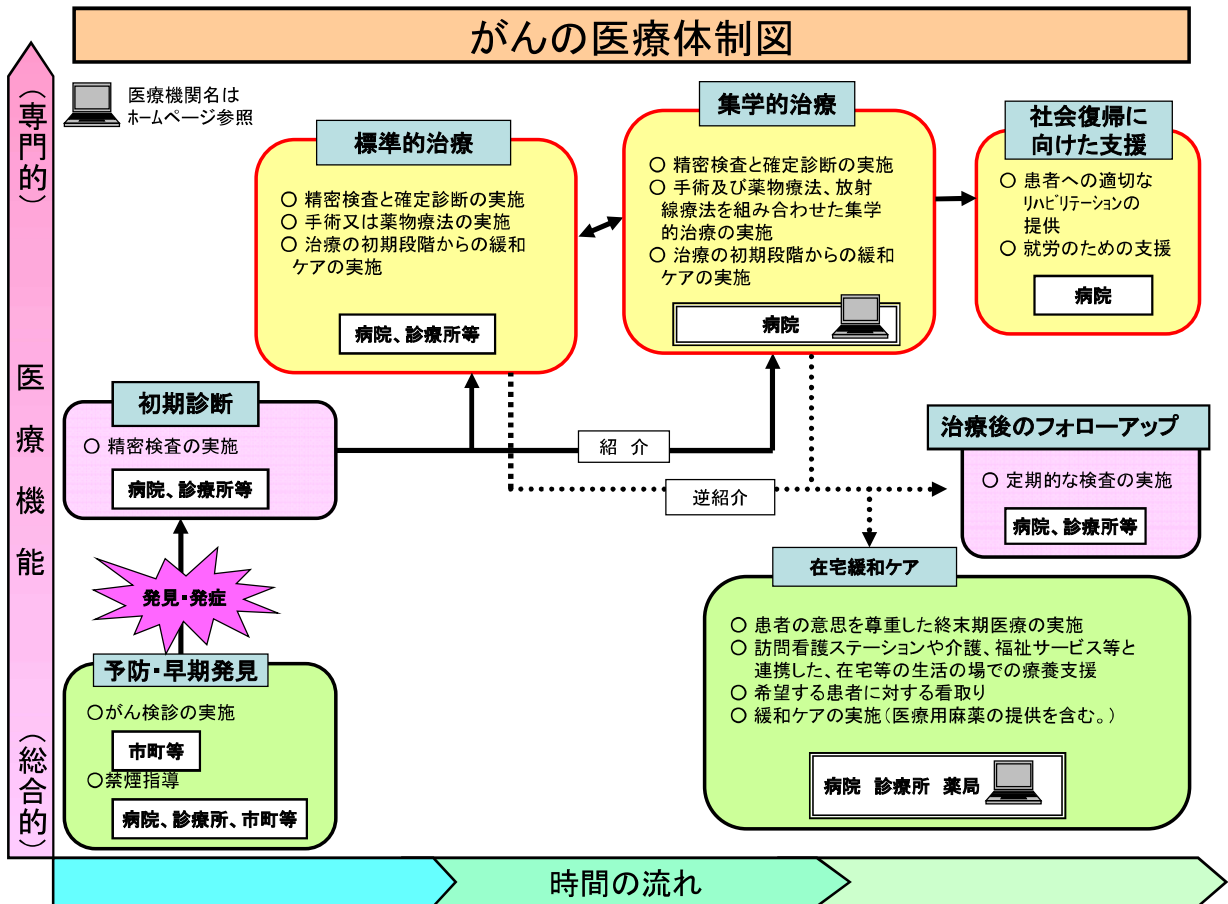
(ウ) がんの治療・支援

- がんゲノム医療中核拠点病院に指定されている県立静岡がんセンターを中心として、県内のがんゲノム医療体制の構築を進めます。
- 県立静岡がんセンター及び県歯科医師会等との連携を深め、引き続き、がん患者の口腔ケアに対応できる歯科医師の養成を推進するとともに、拠点病院等やがん治療を行う医療機関と院内外の歯科医師との連携による口腔ケアの実施体制の充実を図ります。

- 小児がん拠点病院に指定されている県立こども病院を中心として、学校との連携による小児がん患者の復学支援や臨床心理士等による心理的な支援を行うとともに、成人診療科への移行を含めた患者の長期フォローアップや在宅も加えた緩和ケアについて、地域の医療機関等の関係者との連携の下で整備を進めます。
- 県内の拠点病院等及び県推進病院の中で、AYA 世代のニーズに対応した治療やケア、相談、就学・就労、生殖機能温存等に関する支援を実施できる施設の調査及び県内の連携体制の整備を進めます。
- 高齢のがん患者一人ひとりの状況に応じた適切ながん診療を提供できるよう、高齢者のがん診療に関する国のガイドラインを踏まえ、県立静岡がんセンターを中心に、診療体制の整備を進めます。
- 県内の拠点病院等及び県推進病院における希少がん、難治性がんの治療状況を調査し、がん種ごとの治療の集約化等、県内外の医療機関の連携体制の整備を進めます。
- 拠点病院等及び県推進病院において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を予防、軽減する支持療法の提供体制の充実を推進します。
- 県立静岡がんセンターや県リハビリテーション専門職団体協議会等と連携した、がん患者のリハビリテーションの研修会の開催や拠点病院等及び推進病院における常勤・専任のリハビリテーション医師の配置促進など、引き続き、がん患者のリハビリテーション提供体制の整備を進めます。
- 県医師会及び県立静岡がんセンター等関係機関と連携し、地域の医療機関、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等による在宅チーム医療の充実や在宅医療従事者の育成などを進め、県内の在宅医療体制の強化を進めます。
- 拠点病院等及び県推進病院における緩和ケアチーム等の体制整備や質の向上を図るとともに、拠点病院等及び県推進病院以外での緩和ケアの体制についても、緩和ケア研修会等を通じて、整備を進めます。
- 拠点病院等及び県推進病院とかかりつけ医や薬局薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等の連携による地域の在宅緩和ケアの実施体制の整備を進めるとともに、緩和ケア研修の内容の充実に向け、県医師会や、県薬剤師会等と連携を進めます。
- 「静岡県がん患者就労支援協議会」（患者団体、事業所、医療機関）での「がん患者（体験者）の就労支援策についての提言」を踏まえ、地域の関係者による就労支援体制の構築、拠点病院等及び県推進病院で労働局等と連携した就労相談体制の整備などを通じて、がん患者の治療と職業生活の両立支援を進めていきます。

がんの医療体制に求められる医療機能

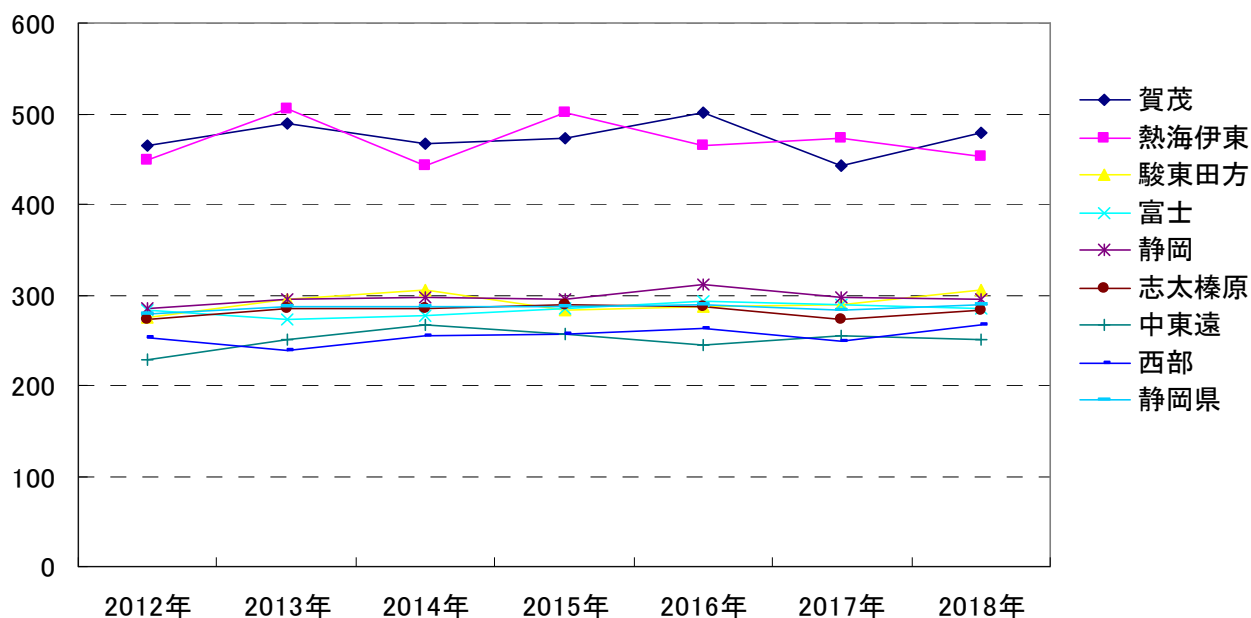
	予防・早期発見	がん診療機能	在宅療養支援機能
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○ 喫煙やがんに関連するウイルスの感染予防 ○ 科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施、がん検診受診率の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精密検査や確定診断の実施 ○ 患者の状態やがんの病態に応じて、診療ガイドラインに準拠した手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施 ○ がんと診断された時からの緩和ケアの実施 ○ がん治療の合併症の予防や軽減 ○ 治療後のフォローアップ ○ 多職種でのチーム医療の実施 ○ 周術期や薬物療法、放射線治療における口腔管理 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにする ○ 在宅緩和ケアの実施(医療用麻薬の提供を含む)
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院、診療所、市町等による禁煙指導、禁煙治療や喫煙対策 ・ 全国がん登録等の情報の利用等によるがんの現状把握 ・ 市町による科学的根拠に基づくがん検診の実施と受診勧奨 ・ 要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血液検査、画像検査(エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡)及び病理検査等実施 ・ 病理診断や画像診断等の実施 ・ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療の実施 ・ がんの診断時から緩和ケアの実施 (以下は、がん拠点病院の対応) ・ キャンサーボードの設置、月1回以上の開催 ・ 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンの実施 ・ 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施(小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報を含む)。 ・ 仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援取組をがん患者に提供できるよう周知 ・ がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携 ・ 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等との連携 ・ 院内がん登録の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間対応が可能な在宅医療の提供 ・ がん疼痛等に対する緩和ケアの実施 ・ 看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供 ・ がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携(地域連携クリティカルパスを含む) ・ 医療用麻薬の提供



関連図表

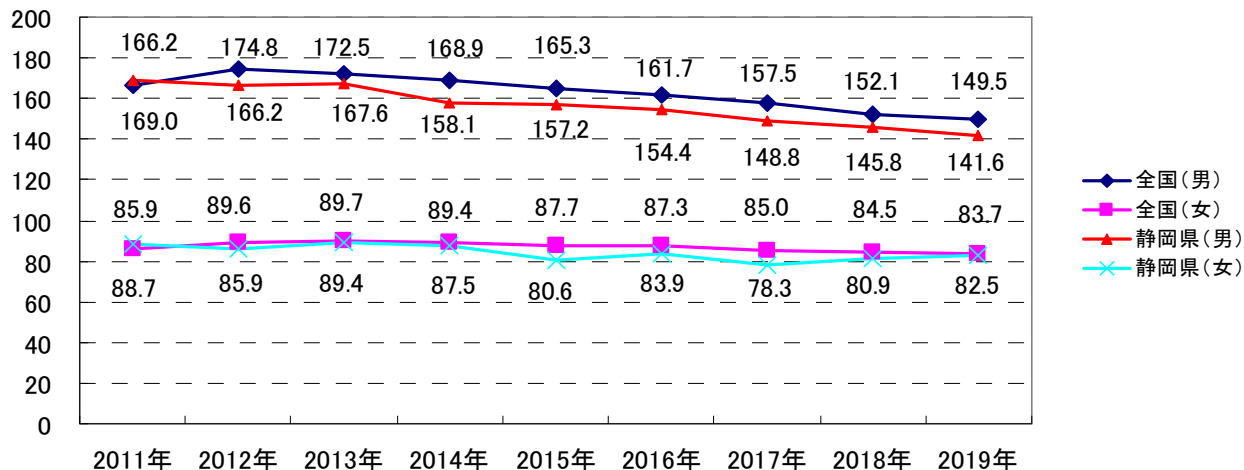
○ がんによる人口 10 万人対死亡数

医療圏	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
賀茂	464.8	488.3	466.6	473.1	501.0	441.5	478.4
熱海伊東	448.2	505.8	442.3	501.6	465.0	473.2	452.1
駿東田方	275.5	295.7	304.3	281.9	286.9	289.9	305.1
富士	282.3	272.5	277.2	284.3	292.1	289.2	284.4
静岡	284.1	295.2	296.3	294.3	310.6	297.0	295.8
志太榛原	273.4	284.6	284.1	288.1	286.5	272.2	281.9
中東遠	228.6	249.8	266.8	256.5	245.3	254.0	250.4
西部	252.4	239.3	254.2	256.5	262.1	248.3	265.8
静岡県	278.8	286.6	287.2	286.1	289.8	282.8	289.5



(出典：静岡県人口動態統計より算出)

○ がんによる年齢調整死亡率(人口 10 万人当たり)の推移



(出典：厚生労働省「人口動態統計」より算出)

○ がんに関する各医療機能を担う医療機関数（2020年11月6日現在）

医療圏	集学的治療	ターミナルケア		
		病院(緩和ケア病棟を有する)	診療所	薬局
賀茂	0	0	3	10
熱海伊東	0	0	9	17
駿東田方	4	2	28	142
富士	2	0	10	90
静岡	7	0	52	153
志太榛原	4	0	16	99
中東遠	2	0	26	113
西部	8	1	41	135
静岡県	27	3	185	759

(出典：県健康福祉部調べ)

○ 悪性腫瘍手術、放射線治療、外来化学療法の実施件数(2017年)

指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
病院における悪性腫瘍手術の実施件数	1,937	5	30	391	74	374	156	539	368
一般診療所における悪性腫瘍手術の実施件数	28	-	-	12	-	2	9	1	1
放射線治療(体外照射)の実施件数	5,496	-	20	477	312	1,355	972	647	1,713
放射線治療(組織内照射)の実施件数	10	-	-	4	-	3	-	2	1
病院における外来化学療法の実施件数	7,929	11	74	2,561	232	1,354	611	768	2,318
一般診療所における外来化学療法の実施件数	81	-	-	43	-	3	12	-	23

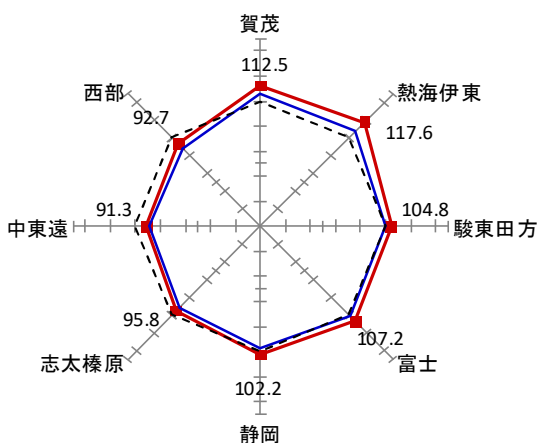
(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

○標準化死亡比（SMR¹）：がん総数、胃、結腸、直腸・S字結腸

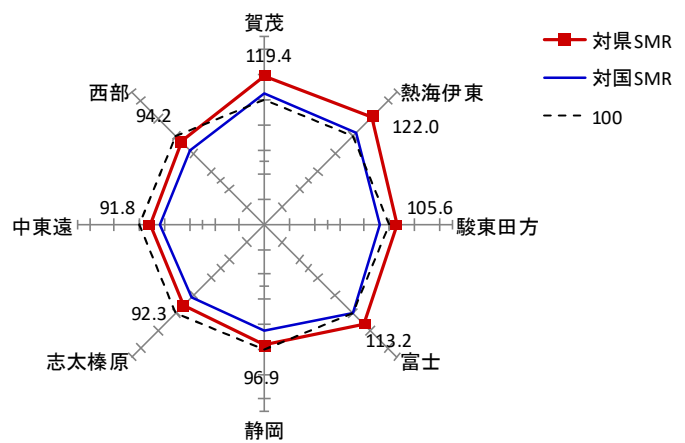
2014年-2018年	悪性新生物							
	総数		胃		結腸		直腸S状結腸移行部及び直腸	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	112.5	106.5	119.4	105.4	105.4	99.9	98.0	97.5
熱海伊東	117.6	107.2	122.0	103.2	128.5	118.0	152.7	146.6
駿東田方	104.8	99.8	105.6	91.8	105.9	102.3	100.5	100.0
富士	107.2	101.3	113.2	99.9	113.1	107.5	119.9	118.5
静岡	102.2	96.7	96.9	85.6	100.7	95.6	103.6	102.5
志太榛原	95.8	91.5	92.3	82.4	95.4	90.9	102.1	101.9
中東遠	91.3	89.2	91.8	84.0	88.7	86.6	81.2	82.9
西部	92.7	88.5	94.2	84.2	91.0	86.8	86.9	86.9
静岡県	100.0	95.0	100.0	88.8	100.0	95.1	100.0	99.4

※網掛けは有意に多い。

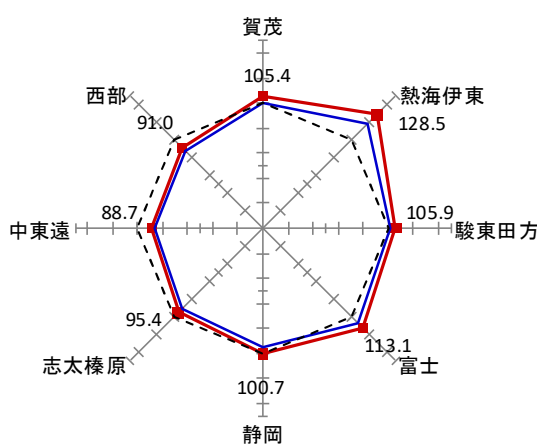
【 総数 】



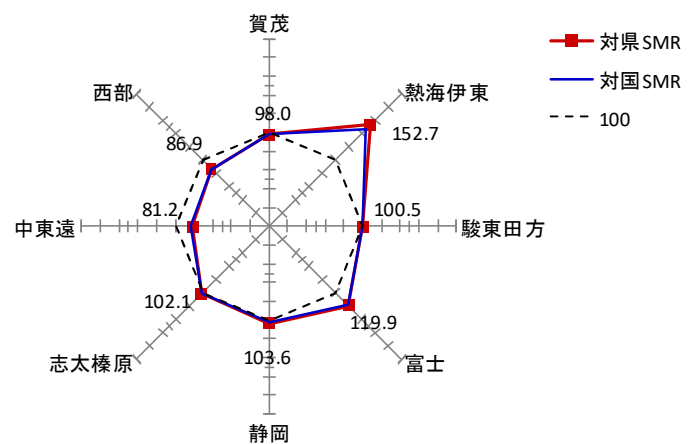
【 胃 】



【 結腸 】



【 直腸 S 状結腸移行部及び直腸 】



※図中の数値は対県 SMR

(出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

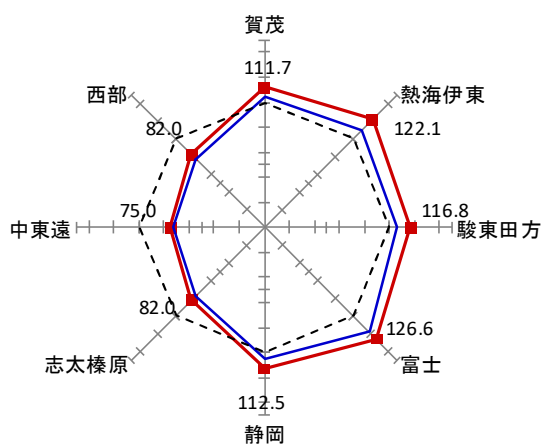
¹ 標準化死亡比(SMR)：国または県の年齢構成を市町に当てはめた際に、計算される死亡数と実際の市町での死亡数を比較したもの。数値が100より大きい場合は、国や県よりも死亡者が多い。

○標準化死亡比 (SMR) : 肝、肺、乳房、子宮

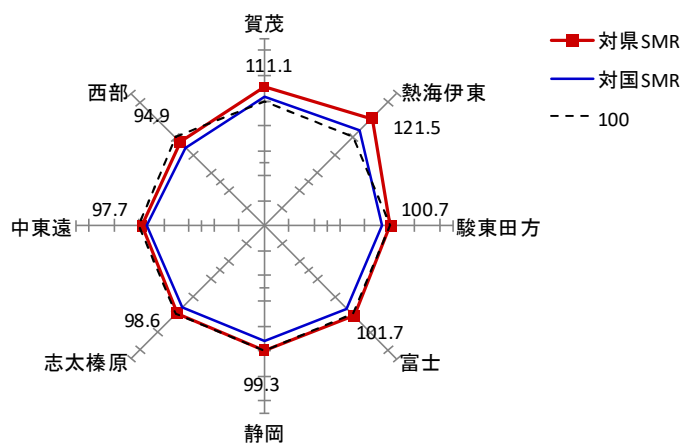
2014年-2018年	悪性新生物							
	肝及び肝内胆管		気管、気管支及び肺		乳房		子宮	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	111.7	104.4	111.1	102.7	104.1	99.5	137.3	137.4
熱海伊東	122.1	109.6	121.5	107.1	143.9	140.3	123.9	126.5
駿東田方	116.8	106.4	100.7	93.5	104.0	102.0	106.8	110.3
富士	126.6	118.4	101.7	93.6	110.5	106.5	102.3	103.9
静岡	112.5	105.3	99.3	91.5	111.2	107.4	94.1	95.8
志太榛原	82.0	77.6	98.6	92.2	88.1	84.1	79.6	79.8
中東遠	75.0	72.7	97.7	93.8	96.2	96.2	114.3	110.8
西部	82.0	77.7	94.9	88.8	92.6	87.6	104.0	103.8
静岡県	100.0	94.1	100.0	92.8	100.0	95.6	100.0	100.7

※網掛けは有意に多い。

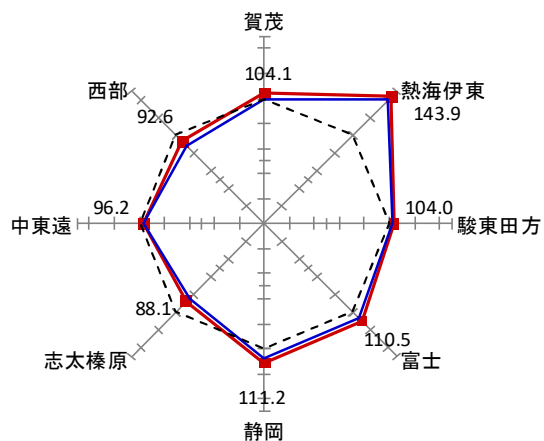
【肝及び肝内胆管】



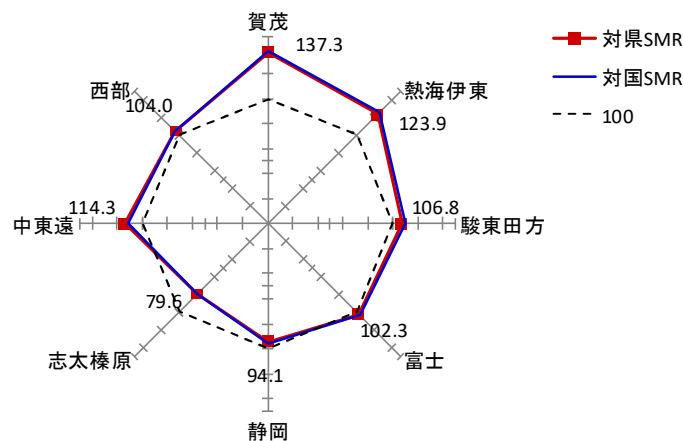
【気管、気管支及び肺】



【乳房】



【子宮】



※図中の数値は対県SMR

(出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「SMR (標準化死亡比)」です。このSMRを用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気に

することなく、より正しく地域比較を行うことができます。SMR=110の場合、「性別・年齢を調整した場合、県（国）より1.1倍死亡数が多い（死亡率が高い）」「県の人口構成を基準とした場合、県（国）より1.1倍死亡数が多い（死亡率が高い）」ということができます。

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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
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 29.8% 女性 20.2% (2013年)	男性 26.6% 女性 19.5% (2016年)	男性 24.0%以下 女性 16.0%以下	目標に向け数値が改善
脳卒中の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性 44.3 女性 23.2 (2015年)	男性 40.3 女性 21.1 (2019年)	男性 37.8以下 女性 21.0以下	目標に向け数値が改善
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 (2016年)	賀茂以外の 7医療圏 (2018年)	全医療圏	現状維持

(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。

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、注意障害、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。

イ 本県の状況

(死亡・リ患の状況)

- 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。

(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。

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。

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) 在宅医療・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) 今後の対策

ア 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	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%以下 女性 16.0%以下	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 39.8 女性 22.8 (2018年)	男性 37.8以下 女性 21.0以下	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」
新規	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、以下の施策に取り組みます。

(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

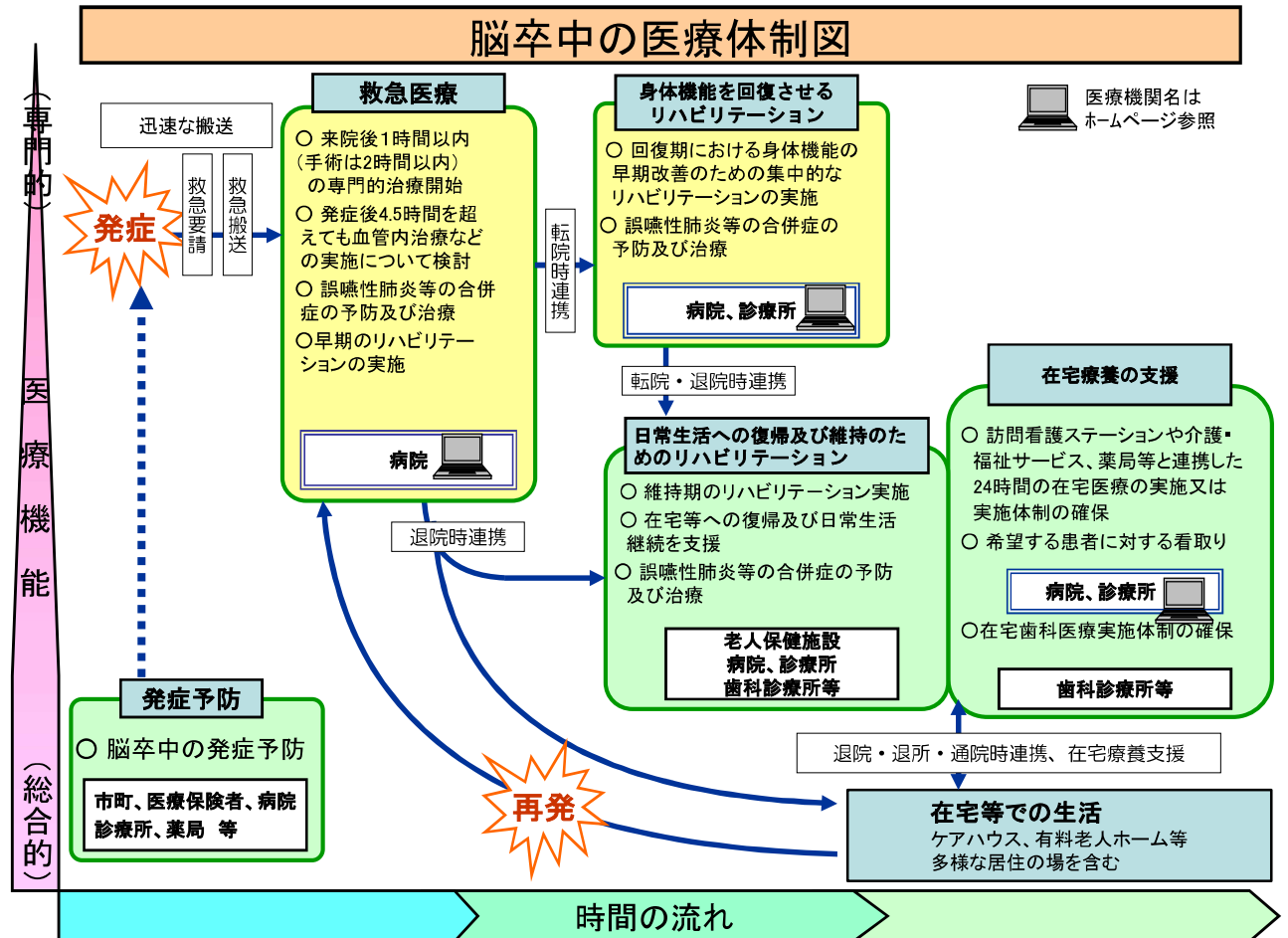
- 十分なリスク管理の下でできるだけ発症早期から、組織化されたリハビリテーションを開始することを進めます。
- 地域の急性期医療機関と回復期及び在宅医療を含む維持期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画、合併症等の患者の状態、家族の状況等を脳卒中地域連携パスやICT 端末等にて共有及び意見交換し、リハビリテーション、合併症の治療、再発した場合の治療を連携して実施する体制づくりを推進します。
- 適切な経口摂取及び誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内歯科や歯科診療所等を含めた多職種で連携して介入する体制づくりを進め、口腔ケアの実施による嚥下機能などの口腔機能の維持・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。

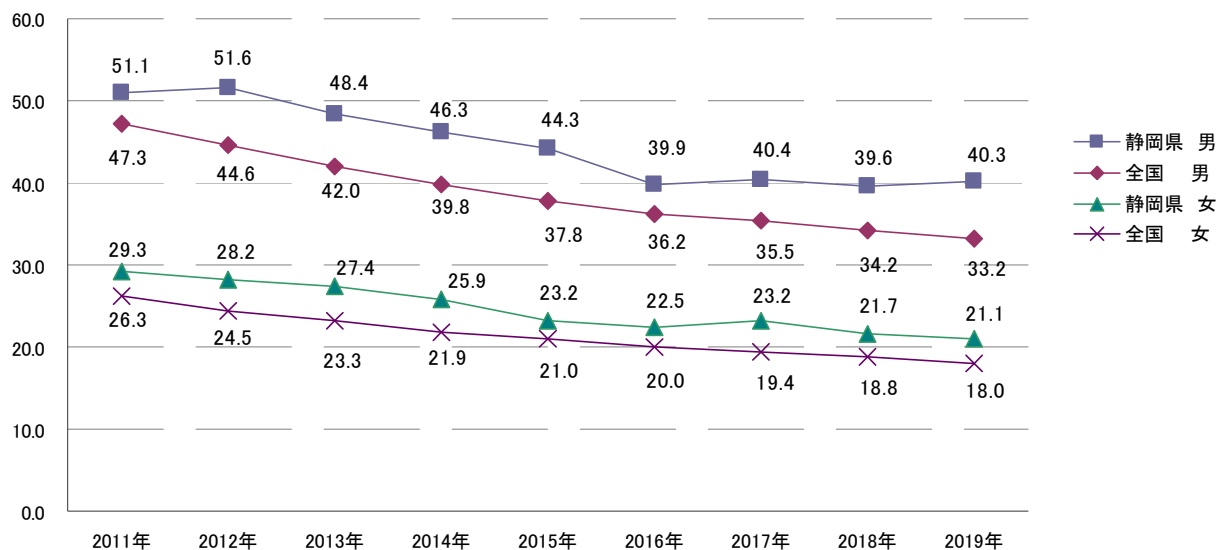
脳卒中の医療体制に求められる医療機能

	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康診・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（救急輸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。救急輸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ペーター（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



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」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)

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」)

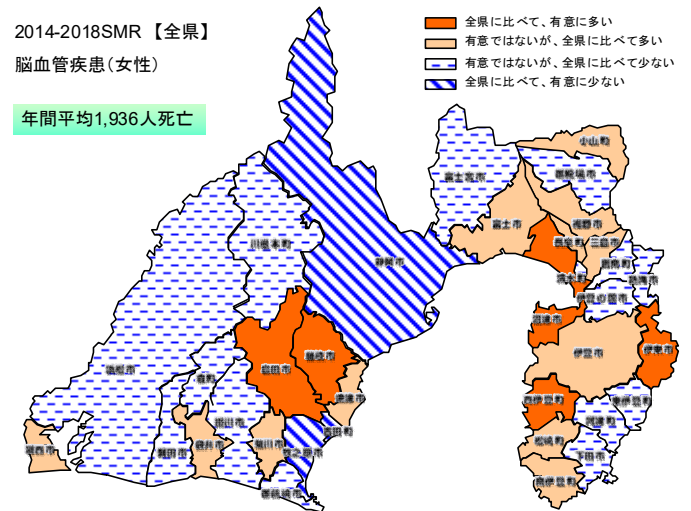
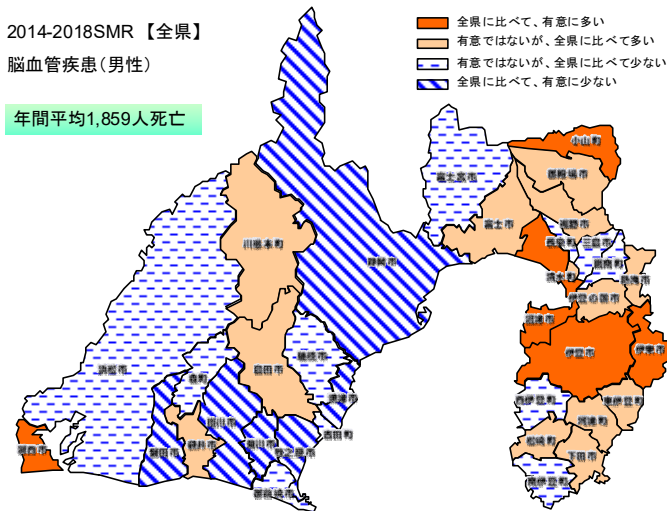
¹ 標準化該当比：県全体の有所見率を100とした場合の各市町の有所見率

○ 標準化死亡比(SMR)

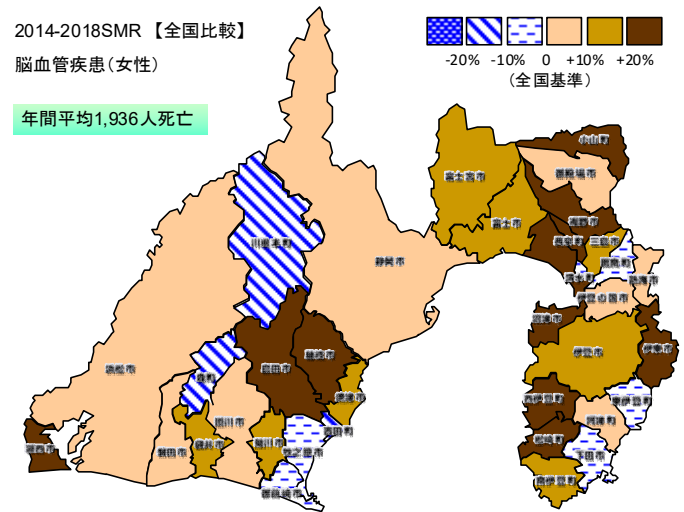
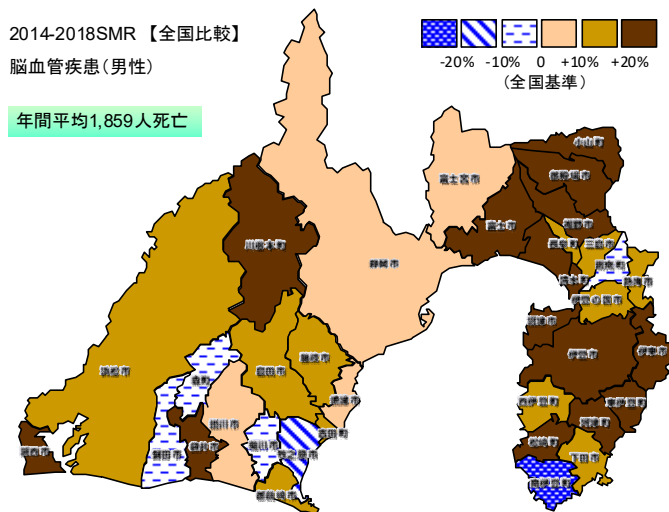
2014年-2018年	脳血管疾患		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	102.6	115.6	103.9	106.6	104.9	135.0	111.4	126.5
熱海伊東	119.3	129.4	113.6	111.0	141.6	176.1	101.6	114.1
駿東田方	108.6	120.8	107.4	107.0	96.4	124.3	122.8	137.8
富士	103.2	116.9	101.6	104.0	115.1	148.3	90.4	102.3
静岡	92.5	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

※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
神経内科医師数	-	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	-	2.8	3.5	2.1	5.7	1.7	1.5	3.1		
脳神経外科医師数	-	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	6.1	10.2	7.7	5.7	5.1	5.5	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

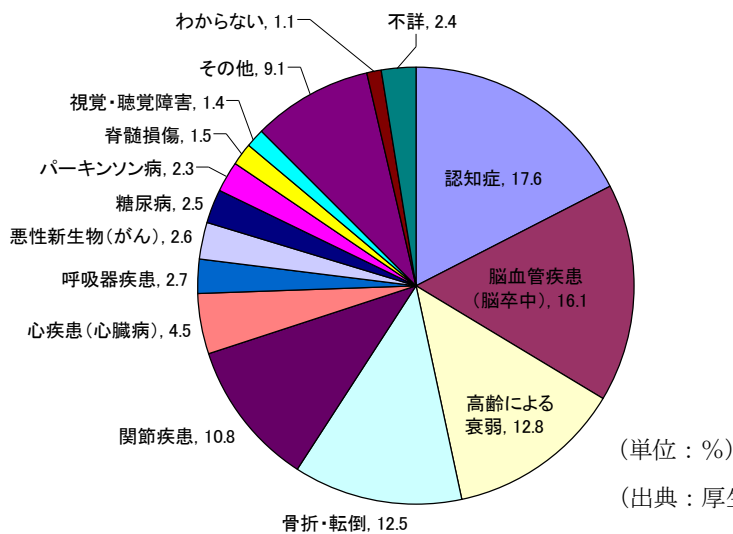
(脳卒中のリハビリテーション)

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



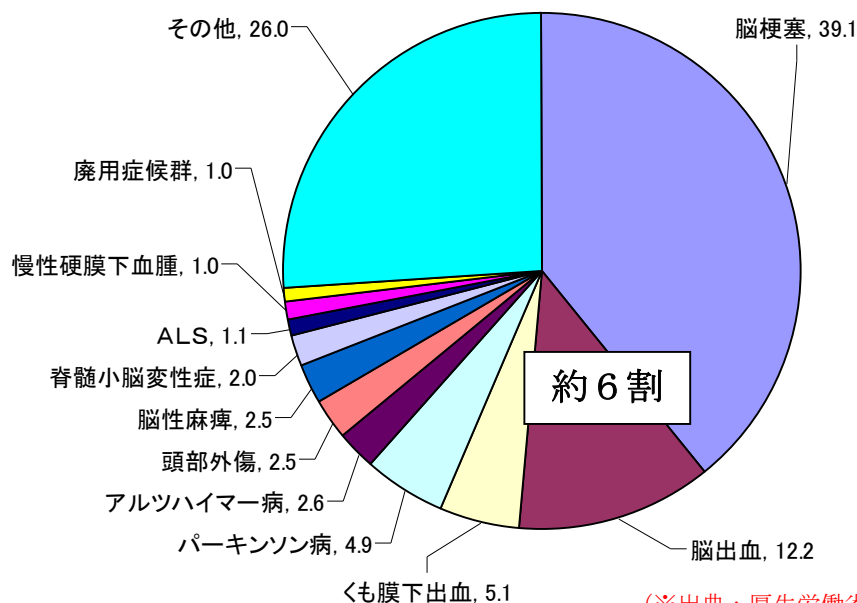
○要介護度別にみた介護が必要となった主な原因 (上位3位)

(単位：%)

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



(※出典：厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料)

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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
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 29.8% 女性 20.2% (2013年)	<u>男性 26.6%</u> <u>女性 19.5%</u> (2016年)	男性 24.0%以下 女性 16.0%以下	<u>目標に向け数値が改善</u>
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	賀茂以外の7医療圏 (2016年)	<u>全医療圏</u> (2018年)	全医療圏	<u>目標達成</u>
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、静岡、志太榛原、西部の4医療圏 (2016年)	<u>駿東田方、富士、静岡、志太榛原、西部の5医療圏</u> (2019年)	全医療圏	<u>目標に向け数値が改善</u>
<u>県民の健康寿命(歳)</u>	<u>男性 72.63</u> <u>女性 75.37</u> <u>男女計 74.02</u> (2016年)	<u>男性 75.63 以上</u> <u>女性 78.37 以上</u> <u>男女計 74.02 以上</u> (2040年)	<u>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。</u>	<u>厚生労働省「健康日本21推進専門委員会」</u>

(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。

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。

- 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による電氣的除細動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・罹患の状況）

- 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。

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 電氣的除細動：致命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。

(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。

(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

○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。

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。

(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

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。

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。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

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。

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。

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、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。

○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) 今後の対策

ア 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	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%以下 女性 16.0%以下	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	全保健医療圏で心大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」
新規	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、以下の施策に取り組みます。

(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。
- 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。

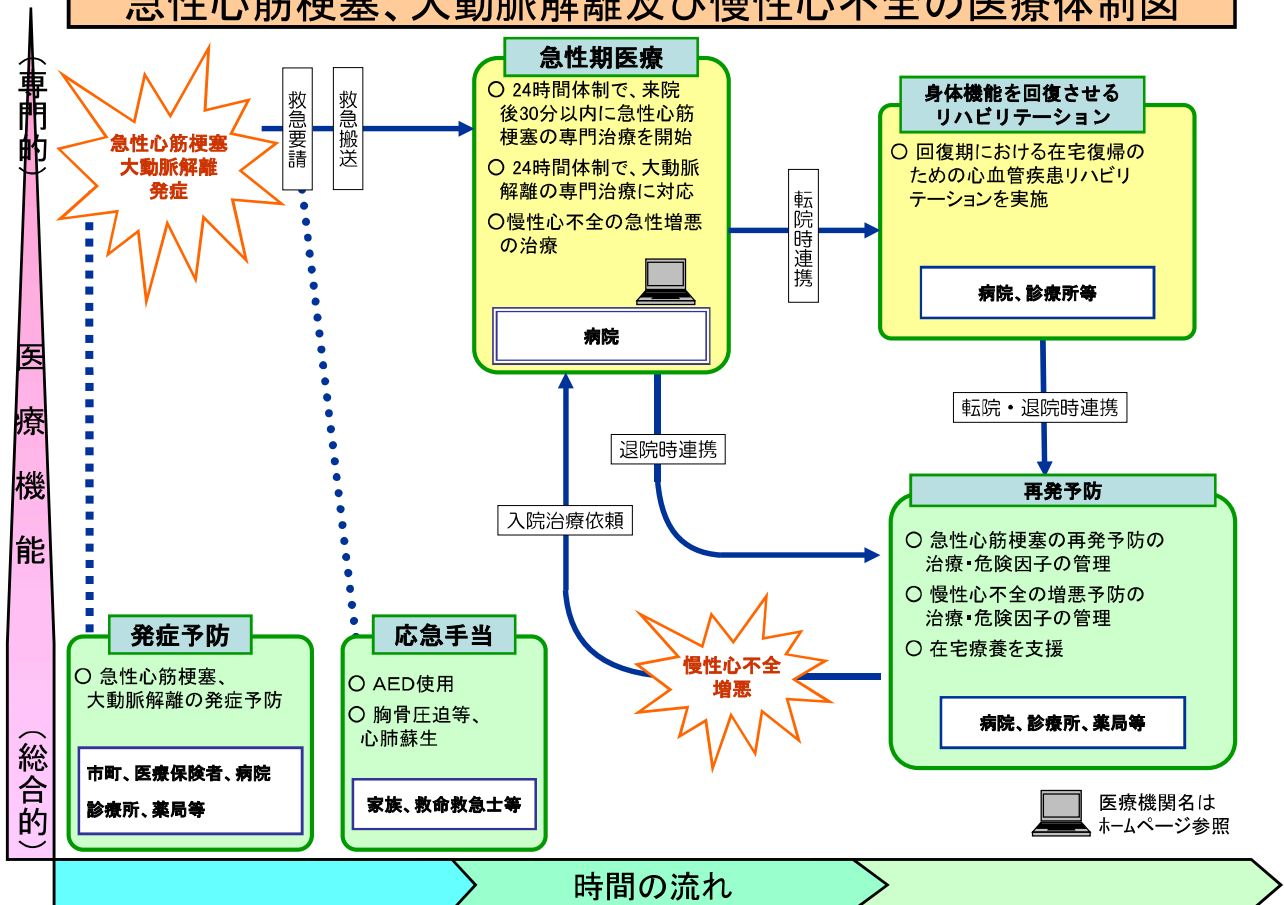
(エ) 在宅療養・再発予防

- 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。

心血管疾患の医療体制に求められる医療機能

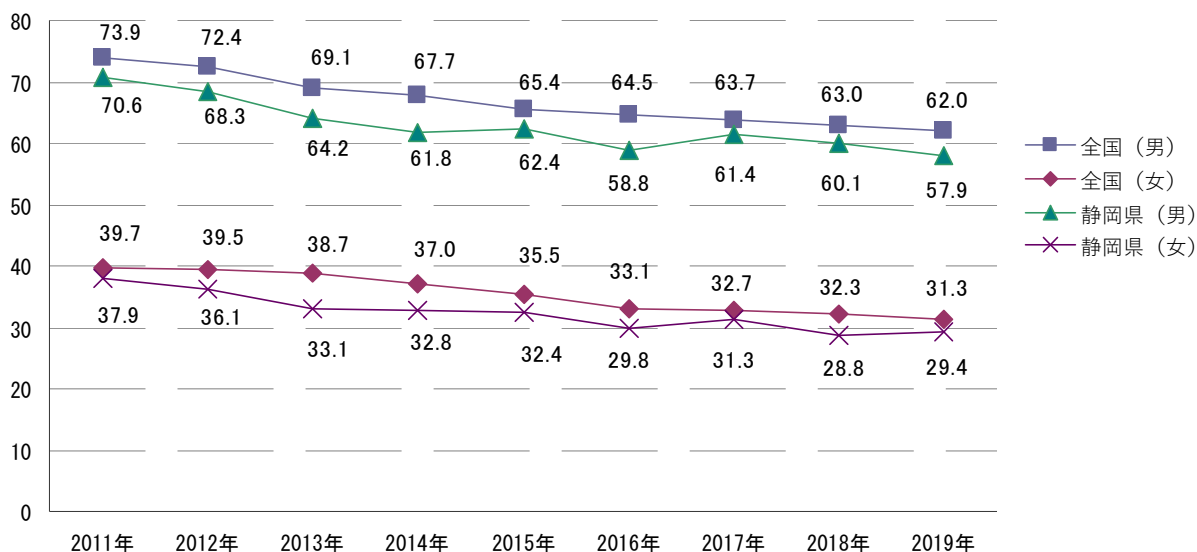
	発症予防	応急手当	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	再発予防
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門的な診療が可能な医療機関への早期搬送 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ 医療機関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

急性心筋梗塞、大動脈解離及び慢性心不全の医療体制図



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）

（単位：人）

		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¹）

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」）

¹ 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	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

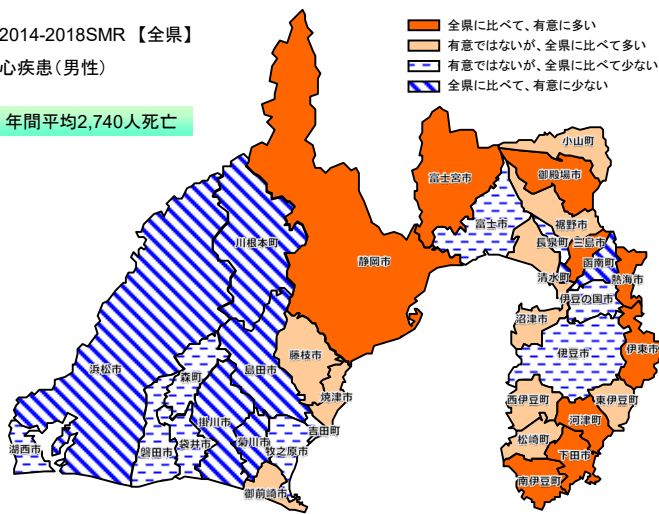
※網掛けは有意に多い

<県内比較>

2014-2018SMR【全県】

心疾患(男性)

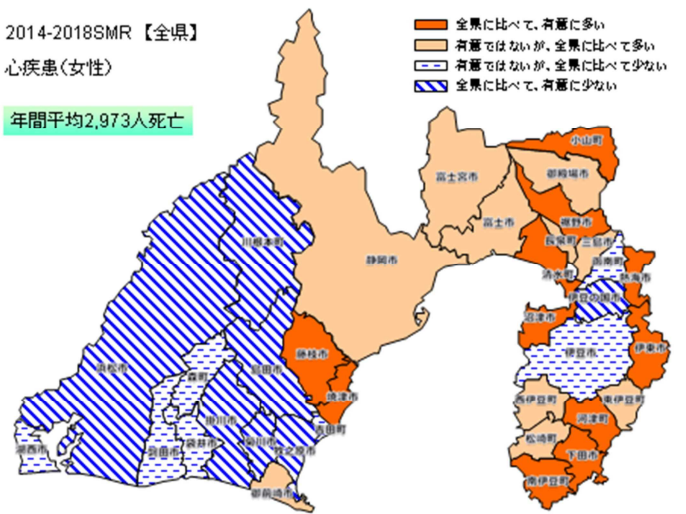
年間平均2,740人死亡



2014-2018SMR【全県】

心疾患(女性)

年間平均2,973人死亡

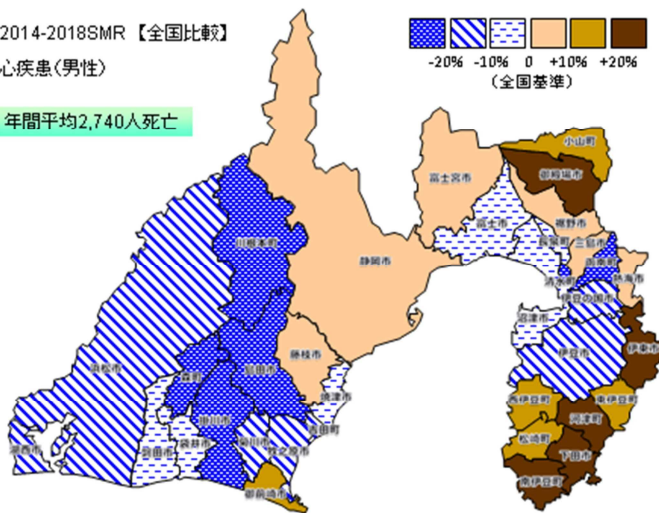


<全国比較>

2014-2018SMR【全国比較】

心疾患(男性)

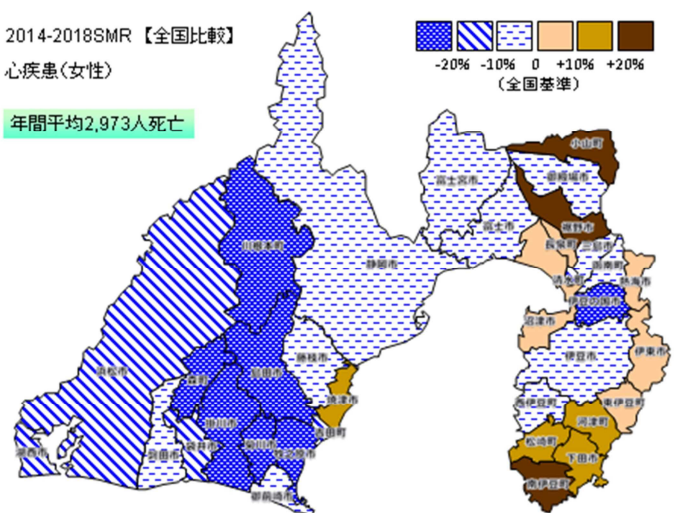
年間平均2,740人死亡



2014-2018SMR【全国比較】

心疾患(女性)

年間平均2,973人死亡



(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 (人口10万人対)	12,732 10	312 8.3	1 1.5	10 9.3	54 8.1	25 6.4	77 10.9	25 5.3	32 6.7	88 10.1	2018年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
心臓血管外科医師数 (人口10万人対)	3,214 2.5	93 2.5	- -	- -	18 2.7	2 0.5	34 4.8	5 1.1	1 0.2	33 3.8	2018年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査

(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 (人口10万人対)	69 1.8	- -	- -	7 1	4 1	24 3.4	6 1.3	- -	28 3.2	2017年	医療施設 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の実施件数 (人口10万人対)	6,401 171	46 70.1	77 71.6	1826 275.2	553 142.3	1185 167.8	591 126	610 128.2	1513 174.5	2018年	NDB
虚血性心疾患に対する心臓血管 外科手術件数 (人口10万人対)	* *	0 0	0 0	134 20.2	* *	161 22.8	14 3	0 0	167 19.3	2018年	NDB

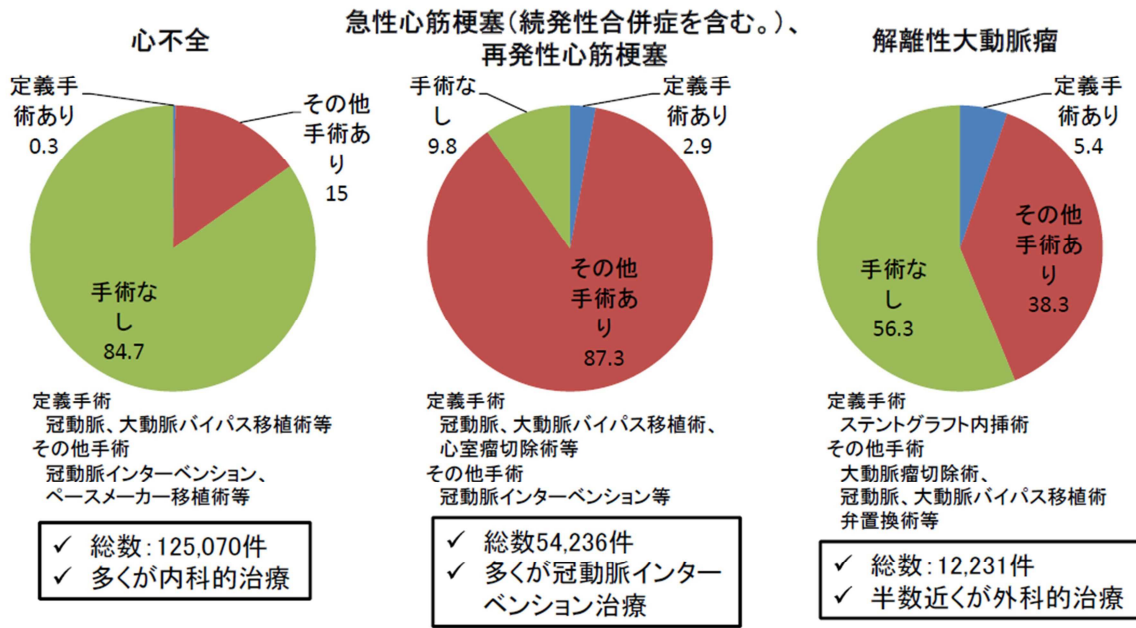
(心血管疾患のリハビリテーション)

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)

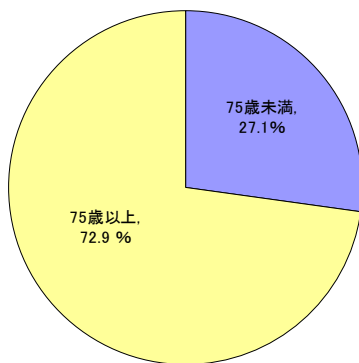
指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
退院患者平均在院日数	8.5	2	41.3	5.7	3.7	5.7	8.1	5.6	11.5	2017年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した患者数 [0.1千人]	10.8	0	0.5	2.3	1	2.3	0.7	1.1	2.9	2017年	患者調査
(在宅等生活の場に復帰した患者 の割合)	93.5	-	87	93.1	95.7	91.7	100	98.2	92.5		

○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



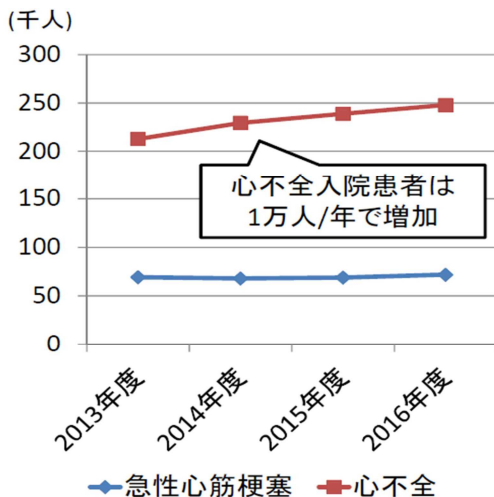
(出典: 第3回心血管疾患ワーキンググループ 資料1より一部改変)

○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



(出典: 日本循環器学会循環器疾患診療実態調査報告書)

(2016年度実施・公表)

