

### (3) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

#### 第1 心筋梗塞等の心血管疾患の医療の概要

##### 1. 急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞は、冠動脈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あり、心電図波形の所見により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。
- 急性心筋梗塞発症直後の医療は、ST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞で異なるところもありますが、治療には共通するところも多いことから、本計画においては一括して記載します。

##### 予 防

- 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等であり、発症予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

##### 発症直後の救護、搬送等

- できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、急性心筋梗塞が疑われる症状(129 ページ参照)が出現した場合、本人や家族など周囲の者は、速やかに専門の医療施設を受診できるように救急搬送を要請するなどの対処が重要です。
- 急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲の者や救急救命士等による救急蘇生の実施とAED(自動体外式除細動器)の使用により、救命率の改善が見込まれます。

##### 診 断

- 問診や診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査、冠動脈造影検査、心筋逸脱酵素の血液検査等を行うことで正確な診断が可能になります。

##### 急性期の治療

- 循環管理、呼吸管理、疼痛管理等の全身管理とともに、個々の病態に応じた治療が行われます。また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われます。
- 血栓溶解療法を行う場合には、心筋の壊死範囲を縮小し、予後を改善し死亡率を下げるために、病院到着から冠動脈治療実施までの時間(Door to Balloon Time)を短縮することが重要であるといわれています。

##### 疾病管理プログラム<sup>1</sup>としての心血管疾患リハビリテーション

- 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、早期の在宅復帰と社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等が実施されます。
- トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、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

<sup>1</sup> 多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラム

面的・包括的なリハビリテーションが多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施されます。

- 喪失した心機能の回復だけでなく、再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されます。

### 急性期以後の医療

- 急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療、それらの合併症や再発の予防のため、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病など）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが退院後も含めて継続的に行われます。
- 患者の周囲の者に対する再発時の適切な対応に関する教育等が重要です。

## 2 大動脈解離

- 大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状等、様々な症状が現れる疾患です。
- 慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどです。そのため、本計画では主に急性大動脈解離について記載します。

### 診断

- 問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になります。

### 治療

- 厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、解離の部位、合併症の有無等に基づき、選択されます。

### 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

- 術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションが実施されます。

### 急性期以後の医療

- 発症から2週間以上経過した、慢性期の大動脈解離の予後は良好であり、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われます。

## 3 慢性心不全

- 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、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態です。労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状があります。
- 慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等があります。
- 慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化するこ

とが特徴です。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育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。

### **診断**

- 問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断を行うことで正確な診断が可能になります。

### **治療**

- 慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。
- 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。

### **増悪予防**

- 心不全の増悪要因には、感染症や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要因が含まれます。
- 心不全増悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）によるチームで行うことが重要です。

### **疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション**

- 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が実施されます。

## 第2 必要となる医療機能

### 1. 発症予防の機能【予防】

#### 目 標

- 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

#### 医療機関に求められる事項

- 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること
- 初期症状出現時における対応について、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、啓発を実施すること
- 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診を勧奨すること

### 2. 応急手当・病院前救護の機能【救護】

#### 目 標

- 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に急性期医療を担う医療機関に搬送されること

#### 関係者に求められる事項

(家族等周囲の者)

- 発症後速やかに救急要請を行うこと
- 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法など適切な処置を実施すること  
(救急救命士等)
- 地域メディカルコントロール協議会が定めたプロトコール（活動基準）に則し、適切な観察・判断・処置を実施すること
- 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

### 3. 救急医療の機能【急性期】

#### 目 標

- 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること
- 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施すること
- 再発予防のため、定期的専門的検査を実施すること

#### 医療機関に求められる事項

- 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーター検査、機械的補助循環装置など必要な検査や処置が24時間対応可能であること
- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること
- 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経皮的冠動脈形成術（PCI）を行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること
- 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること
- 循環管理、呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が

可能であること

- 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術（CABG）や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
- 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
- 運動耐容能等に基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、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心臓リハビリテーションが可能であること
- 抑うつ状態等の対応が可能であること
- 診療情報や治療計画を共有するなど回復期の医療機関等と連携していること、またその一環として、再発予防のための定期的専門的検査を実施すること

#### **医療機関の例**

- 心臓カテーテル法による諸検査、冠動脈バイパス術（CABG）、経皮的冠動脈形成術（PCI）又は経皮的冠動脈血栓吸引術に対応可能な病院

### **4. 疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】**

#### **目 標**

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 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すること
- 在宅など生活の場への復帰を支援すること
- 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育すること

#### **医療機関に求められる事項**

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
- 心電図検査、電氣的除細動など急性増悪時の対応が可能であること
- 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していること
- 運動耐容能を評価した上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
- 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等の発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
- 診療情報や治療計画を共有するなど急性期の医療機関等と連携していること

#### **医療機関の例**

- 心大血管リハビリテーションを実施する病院

### **5. 再発予防の機能【再発予防】**

#### **目 標**

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 在宅療養を継続できるよう支援すること

#### **医療機関等に求められる事項**

- 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が可能であること
- 緊急時の除細動など急性増悪時への対応が可能であること
- 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していること
- 再発予防のための定期的専門的検査、合併症併発時や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急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と連携していること
- 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施できること

### 第3 急性心筋梗塞等の心血管疾患の現状

#### 1. 死亡数等

- 2016（平成28）年の本県の心疾患を原因とした死亡数は1,812人（全国：197,807人）で、死亡数全体の14.1%（全国：15.1%）を占め、死亡順位の第2位（全国：第2位）となっています。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は415人（全国：35,885人）で、心疾患死亡数全体の22.9%（全国：18.1%）となっています<sup>2</sup>。
- 新川医療圏の心疾患を原因とした死亡数は244人（死亡数全体の14.5%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は54人（心疾患死亡数全体の22.1%）です。同様に、富山医療圏では心疾患を原因とした死亡数は757人（死亡数全体の13.6%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は186人（心疾患死亡数全体の24.6%）、高岡医療圏では心疾患を原因とした死亡数は553人（死亡数全体の14.3%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は125人（心疾患死亡数全体の22.6%）、砺波医療圏では心疾患を原因とした死亡数は258人（死亡数全体の14.9%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は50人（心疾患死亡数全体の19.4%）となっています<sup>2</sup>。
- 2015（平成27）年の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性で19.5（全国：16.2）と全国より高く、女性で5.4（全国：6.1）と全国より低くなっています<sup>3</sup>。
- 2015（平成27）年の虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性で27.5（全国：31.3）、女性で8.1（全国：11.8）と全国より低くなっています<sup>4</sup>。
- 2014（平成26）年10月現在、虚血性心疾患によって継続的に医療を受けている本県の患者数は約8千人（全国：約779千人）と推計されています<sup>5</sup>。

#### 2. 予防

- 2013（平成25）年6月現在、過去1年以内の健康診断・健康診査の受診率は71.2%（全国：66.2%）と全国より高くなっています<sup>3</sup>。
- 2014（平成26）年度の特定健康診査の受診率は54.5%（全国：48.6%）と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は21.2%（全国：17.8%）と全国より高くなっています<sup>3</sup>。
- 心疾患の危険因子の一つである高血圧について、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は224.1（全国：262.2）と全国より低くなっています<sup>3</sup>。
- 心疾患の危険因子の一つである脂質異常症について、脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は53.5（全国：67.5）と全国より低くなっています<sup>3</sup>。
- 2016（平成28）年の喫煙率は男性で26.9%（全国：30.2%）、女性で4.8%（全国：8.2%）と全国より低くなっています<sup>6</sup>。
- 2014（平成26）年10月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は137施設、人口10万人当たりで12.5施設（全国：11.8施設）と全国より多くなっており、受動喫煙防止や禁煙

<sup>2</sup> 厚生労働省「人口動態統計」（2016<平成28>年）

<sup>3</sup> 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

<sup>4</sup> 厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（2015<平成27>年）

<sup>5</sup> 厚生労働省「患者調査」（2014<平成26>年）

<sup>6</sup> 県：健康づくり県民意識調査（2016年）国：国民健康・栄養調査（2016年）

支援の体制が整備されてきています<sup>3</sup>。

- 2015（平成27）年度の禁煙外来での治療件数（ニコチン依存症の診療報酬の算定件数）は4,141件、人口10万人当たりで381.4件（全国：406.7件）と全国より少なくなっており<sup>3</sup>、禁煙を希望する者に対するさらなる支援が必要です。

### **3. 救護**

- 本県において2015（平成27）年の1年間に救急車によって搬送された急病者の8.4%、1,973人（全国：約8.6%、302,081人）が心疾患です<sup>7, 8</sup>。
- 2014（平成26）年の救急要請（覚知）から救急医療機関までの搬送時間は30.2分（全国：39.4分）と、全国最短クラスとなっています<sup>3</sup>。
- AEDの使用を含めた救急蘇生法等を広く普及するため、消防機関、厚生センター・保健所等で講習会を実施しています。2014（平成26）年の消防機関による住民の救急蘇生法講習の受講率は、人口1万人当たりで153人（全国：114人）であり、県民の意識は高い状況にあります<sup>9</sup>。
- 一般市民による除細動の実施件数は、2014（平成26）年には5件、人口10万人当たりで0.5件（全国：1.3件）となっています<sup>3</sup>。
- 心肺停止患者（心原性的心肺停止で、一般県民によって心肺停止の時期が確認された症例）の1か月後の生存率は2014（平成26）年では11.6%（全国：12.2%）、1か月後の社会復帰率は6.8%（全国：7.8%）とどちらも全国より低くなっています<sup>3</sup>。

### **4. 急性期**

- 急性心筋梗塞等が疑われる患者に対する専門的診療が24時間実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されています。
- 急性心筋梗塞等を含む重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターが、県立中央病院と厚生連高岡病院に整備されています。
- 各医療圏において、急性期病院の診療データを分析し、治療件数の増加や予後の改善に向けた対策を検討する体制が整備されています。
- 主たる診療科を「循環器内科」とする医師数は2014（平成26）年12月現在で86人、人口10万人当たりでは7.9人（全国：9.4人）と全国より少なくなっています。主たる診療科を「心臓血管外科」とする医師数は30人、人口10万人当たりでは2.7人（全国：2.4人）と全国より多くなっています<sup>3</sup>。
- 急性心筋梗塞に関する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数は1,484件、人口10万人あたり136.7件（全国：171.5件）と全国より少なくなっています<sup>3</sup>。
- 心筋梗塞に対する冠動脈再開件数は354件、人口10万人あたり32.6件（全国：34.6件）、うち心筋梗塞に対する来院後90分以内の冠動脈再開通件数は人口10万人あたり18.8件（全国：22.4件）と全国より少なくなっています<sup>3</sup>。

<sup>7</sup> 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

<sup>8</sup> 消防庁「救急・救助の現況」

<sup>9</sup> 救急医療の体制構築に係る現状把握のための指標



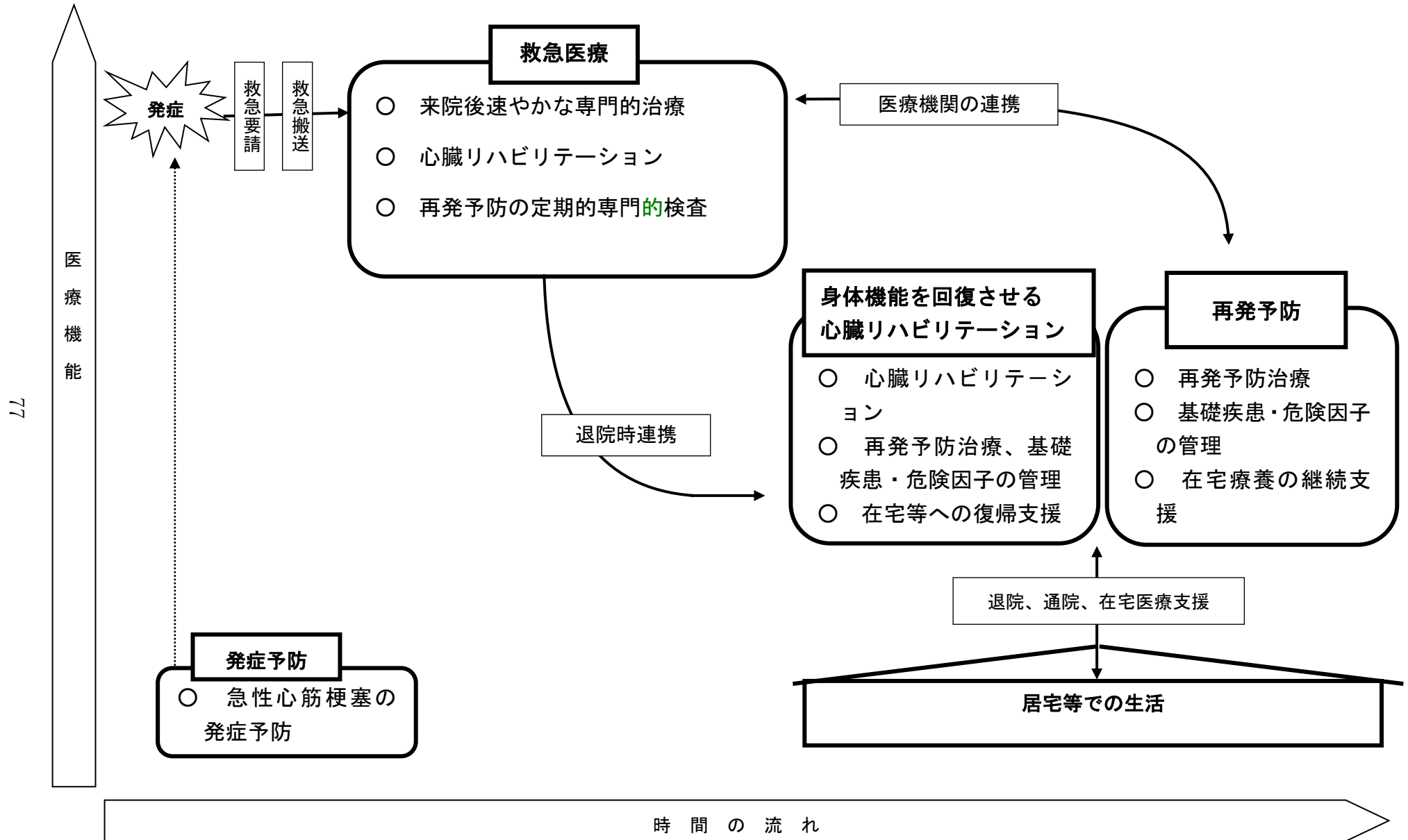
## 5. 回復期

- 2016（平成 28）年 3 月現在、心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数は 19 施設、人口 10 万人当たり 1.8 施設（全国：0.9 施設）と全国より多くなっています<sup>3</sup>。
- 2015（平成 27）年度の心血管疾患リハビリテーション実施件数（心大血管リハビリテーション料の算定件数）は 3,293 件、人口 10 万人当たり 303.3 件（全国：259.2 件）と全国より多くなっています<sup>3</sup>。

## 6. 連携

- 2014（平成 26）年の虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は、9.1 日（全国：8.2 日）と全国より長くなっています<sup>3</sup>。
- 2017（平成 29）年 12 月現在、急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスは 4 医療圏で導入されていますが、利用件数が少ないことから、かかりつけ医での治療や運動指導などを含めた連携を促進するための改良が必要です。
- 2014（平成 26）年の虚血性心疾患の患者の在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、92.7%（全国：93.9%）と全国より低くなっています<sup>3</sup>。

# 第4 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制



## 第5 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制における主な課題と施策

急性心筋梗塞・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

### [予 防]

#### 〔課題①〕

- 心血管疾患の発症予防のため望ましい生活習慣や危険因子に関する普及啓発が必要です。
- 高血圧、脂質異常症等の受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、心血管疾患の発症を防ぐための対策が必要です。
- 喫煙率の低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要です。

#### <施策>

- 講演会等の開催を通じ、県民に対して心血管疾患についての理解を深めるとともに、食生活や運動、飲酒、睡眠等に関する望ましい生活習慣や、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの危険因子に関する普及啓発を実施します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診率向上や、受診勧奨者の治療受診率向上を図ります。
- 高血圧、脂質異常症、糖尿病などの危険因子の早期発見・早期治療及びかかりつけ医療機関による適切な管理を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、禁煙の普及啓発及び保健指導を実施します。
- 喫煙が健康に及ぼす影響についての正しい知識を普及するため、世界禁煙デーに併せたキャンペーンやマスメディア、ホームページ等を通じた普及啓発を行います。
- 未成年者の喫煙を防止するため、学校と連携して健康教育の充実を図ります。
- 家庭内（居室や自家用車内等）での受動喫煙防止や妊産婦の喫煙防止に取り組みます。
- 受動喫煙のない職場を目指して、事業主などに対する普及啓発を強化します。
- 喫煙をやめたい人に対し、医療機関が実施する禁煙外来や健診機関が実施する禁煙教室等の情報提供を行うなど、禁煙サポート体制を充実します。

### [病院前救護]

#### 〔課題②〕

- 心血管疾患が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送の要請や、心肺停止患者に対する除細動の実施について、県民への普及啓発が重要です。
- 一人暮らしや老々介護など、搬送要請を容易にできない人が今後ますます増加すると見込まれることから、その対応が必要です。

#### <施策>

- 発症直後の心肺停止に対応するため、職域や一般県民を対象とした救急蘇生法の講習（AEDの使用を含めた救急蘇生法）を実施します。
- 心血管疾患が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請を行うよう様々な機会を活用した普及啓発に取り組みます。
- 高齢者の急病時の通報に対応するための緊急通報システムの活用等について、介護事業者等への周知を徹底します。

- メディカルコントロール協議会における検討を通じて、消防、救急医療機関、医師会、介護施設及び行政機関のさらなる連携の強化を図り、メディカルコントロール体制の充実を図ります。

#### [急性期]

##### 〔課題③〕

- 発症後の速やかな受診と治療の開始が、生存率や社会復帰率の向上につながることから、専門的治療の推進と診療データの収集・分析が引続き必要です。

##### <施策>

- 急性心筋梗塞等が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送要請の周知や、患者の来院後速やかに経皮的冠動脈形成術（P C I）など専門的な治療を開始することができる体制整備を推進します。
- 急性期病院の診療データを収集・分析し、治療件数の増加や予後の改善に向けた対策の検討を各医療圏で実施します。

#### [回復期]

##### 〔課題④〕

- 合併症や再発予防のための心血管疾患リハビリテーションを実施していくことが重要です。
- リハビリテーション従事者の確保が必要です。

##### <施策>

- 急性期病院における心血管疾患リハビリテーションの実施データの収集・分析を引き続き行い、心血管疾患リハビリテーションの実施促進を図ります。
- リハビリテーション従事者の確保養成に努めます。
- リハビリテーション従事者の資質向上のため、関係団体と協力して研修会等を開催します。

#### [連 携]

##### 〔課題⑤〕

- 急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要です。

##### <施策>

- 急性心筋梗塞に係る地域連携クリティカルパスを普及・改良するため、研修会等を医療圏単位や医療圏合同で開催します。
- 合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の継続的な管理の重要性に関する普及啓発に努めます。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
年齢調整死亡率 (急性心筋梗塞)	男 19.5 女 5.4	男 16.2 女 6.1	全国平均以 下	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)」(2015年)
年齢調整死亡率 (虚血性心疾患)	男 27.5 女 8.1	男 31.3 女 11.8	全国平均以 下を維持し つつ低下	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)」(2015年)
喫煙率	男 26.9% 女 4.8%	男 30.2% 女 8.2%	男 21.0% 女 2.0%	県：健康づくり県民意識調査(2016年) 国：国民健康・栄養調査(2016年)
ニコチン依存症管理料算 定件数	381.4件 (人口10万対)	406.7件 (人口10万対)	全国平均	NDB(2015年度)
特定健康診査受診率	54.5%	48.6%	70%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(2014年)
特定保健指導実施率	21.2%	17.8%	45%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(2014年)
心肺停止患者の1か月後の社会復帰率	6.8%	7.8%	全国平均	消防庁「救急・救助の現況」(2014年)
データに基づく治療に関する評価・改善の取組みを行う医療圏	4医療圏	—	4医療圏	県医務課調べ(2017年)
心臓リハビリテーションの実施件数	303.3件 (人口10万対)	259.2件 (人口10万対)	増加	NDB(2015年度)
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	92.7%	93.9%	100%	患者調査(2014年)

NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース(ナショナルデータベース)

表3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

病期	SPO	指標名	調査年	調査名		全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波	
予防	S	禁煙外来を行っている医療機関数	2014	医療施設調査	禁煙外来を行っている一般診療所数	総数	12,092	104	11	46	38	9
					人口10万対	9.9	9.5	8.7	9.1	11.8	6.6	
予防	P	喫煙率	2013	国民生活基礎調査	禁煙外来を行っている病院数	総数	2,410	33	4	12	12	5
					人口10万対	1.9	3.0	3.2	2.4	3.7	3.7	
予防	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)	2015年度	NDB	喫煙率(男性)	総数	520,837	4,141	398	1,915	1,341	487
					喫煙率(女性)	人口10万対	406.7	381.4	318.7	379.0	417.7	362.1
予防	P	健康診断の受診率	2013	国民生活基礎調査	健康診断・健康検査の受診率	66.2%	71.2%					
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	2014	患者調査	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	262.2	224.1					
予防	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	2014	患者調査	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	87.5	53.5					
予防	O	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	2014	患者調査	「虚血性心疾患」×「救急車により搬送」で個票解析	総数(千人)	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
予防 救護 急性期 回復期 再発予防	O	年齢調整死亡率	2015	人口動態特殊報告	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	人口10万対	31.3	27.5				
					虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	人口10万対	11.8	8.1				
救護	P	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	2014	救急・救助の現状		総数	1,664	5				
						人口10万対	1.3	0.5				
救護	O	救急要請(覚知)から医療機関への到着までに要した平均時間	2014	救急・救助の現状	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)	39.4	30.2					
救護	O	虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	2014	患者調査	患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数の割合		7.5	14.7	他			
急性期	S	循環器内科医師数、心臓血管外科医師数	2014	医師・歯科医師・薬剤師調査	主たる診療科を「循環器内科」と届出をした医師数	総数	11,092	86	6	48	27	5
					人口10万対	9.4	7.9	4.8	9.5	8.4	3.7	
急性期	S	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	2014	医療施設調査	主たる診療科を「心臓血管外科」と届出をした医師数	総数	3,047	30	2	20	8	0
					人口10万対	2.4	2.7	1.6	3.9	2.5	0.0	
急性期	S	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	2014	医療施設調査	病院(28)特殊診療設備で、CCUを有する施設数	総数	323	4	0	2	2	0
					人口10万対	0.3	0.4	0.0	0.4	0.6	0.0	
急性期	S	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	2015年度	NDB	病院(28)特殊診療設備で、CCU病床数	総数	1,759	16	0	10	6	0
					人口10万対	1.4	1.5	0.0	2.0	1.9	0.0	
急性期	S	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	2015年度	NDB	心臓血管外科手術の算定件数	総数	*	0	3	*	0	
急性期	S	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	2015年度	NDB	心臓血管外科手術の算定件数	人口10万対	0.4~0.5	*	0.0	0.6	*	0.0
急性期 回復期 慢性期・再発予防	S	心臓血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	2016.3.31	診療報酬施設基準	心大血管リハビリテーション料(I)の届出施設数	総数	989	1	0	0	1	0
					人口10万対	0.8	0.1	0.0	0.0	0.3	0.0	
急性期	P	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	2015年度	NDB	心大血管リハビリテーション料(II)の届出施設数	総数	156	18	3	6	8	1
					人口10万対	0.1	1.7	2.4	1.2	2.5	0.7	
急性期	P	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	2015年度	NDB	経皮的冠動脈形成術等の算定件数(レセプト数)	総数	1,484	136.7	104.1	158.1	496	59
					人口10万対	171.5	136.7	104.1	158.1	154.5	43.9	
急性期	P	来院後90分以内冠動脈再開通達成率	2015年度	NDB	経皮的冠動脈形成術等の算定件数(レセプト数)	率			57.8	58.9	68.9	
					総数	354	45	197	90	22		
急性期	P	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数	2015年度	NDB	うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数	人口10万対	34.6	32.6	36.0	39.0	28.0	16.4
					総数	*	26	116	82	*		
急性期	P	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	2015年度	NDB	心臓血管外科手術の算定件数(レセプト数)	人口10万対	22.3~22.5	18.8	20.8	23.0	19.3	*
					総数	154	0	142	12	0		
急性期	P	入院心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数	2015年度	NDB	心臓血管外科手術の算定件数(レセプト数)	人口10万対	12.9~13.0	14.2	0.0	28.1	3.7	0.0
					総数	1,801	44	900	666	189		
回復期 慢性期・再発予防	P	外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数	2015年度	NDB	心大血管疾患リハビリテーション料の算定件数(レセプト数)	人口10万対	151.2	165.9	35.2	178.1	208.1	140.5
					総数	1,492	113	789	553	37		
回復期 慢性期・再発予防	P	外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数	2015年度	NDB	心大血管疾患リハビリテーション料の算定件数(レセプト数)	人口10万対	108.0~108.1	137.4	90.5	156.1	172.3	27.5
					総数	108.0~108.1	137.4	90.5	156.1	172.3	27.5	
急性期 回復期	O	退院患者平均在院日数	2014	患者調査	傷病大分類「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数	8.2	9.1	15.2	7.9	9.7	6.8	
回復期 慢性期・再発予防	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	2014	患者調査	虚血性心疾患・退院後家庭復帰の患者数(a)(千人)	2.9	0.0	1.5	1.0	0.0		
					虚血性心疾患の患者数(b)(千人)	3.1	0.0	1.6	1.0	0.0		
					在宅復帰患者の割合(a/b)	93.9	92.7	90.3	93.2	95.2	81.1	

「\*」「-」:「最小集計単位の原則」等により値の提示なし  
 S...ストラクチャー指標  
 P...プロセス指標  
 O...アウトカム指標