

## 第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状

### 1 慢性心不全の現状

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がいを生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたします。

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。

#### (1)慢性心不全の疫学

平成26年患者調査によると、徳島県で心不全の継続的な医療を受けている患者数は約（3,000）人（全国30万人）と推定され、そのうち70%が75歳以上の高齢者です。また、平成28年人口動態調査によると、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約36.0%（全国約37.1%）、502人（全国73,545人）です。

慢性心不全患者は、心不全憎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あり、今後の患者数増加が予想されています。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、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

#### (2)慢性心不全の医療

##### ①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。同時に、心不全原因疾患の評価も重要であり、必要に応じて心臓カテーテル検査等を行います。

心不全は、高血圧や器質的心血管疾患を有しますが、心不全症状のない心不全リスク状態から、心不全症状を有する症候性心不全へと進行するため、早期診断による早期介入が重要です。

##### ②慢性心不全の治療

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。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）や植込み型除細動器（ICD）による治療が行われることもあります。

心不全憎悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の憎悪要因に対する介入も重要です。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性憎悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となります。また、心不全の増悪要因によっては、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）や外科的治療が必要となることもあります。

### ③心不全憎悪予防

心不全の憎悪要因には、虚血性心疾患等の心不全原因疾患の再発・悪化、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ています。

心不全憎悪予防には、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。

### ④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

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憎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、心不全憎悪や再入院の防止には、心不全憎悪による入院中から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。

## 2 急性心筋梗塞の現状

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。

急性心筋梗塞発症直後の医療（急性期の医療）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、求められる医療機能は共通するものが多いことから、本計画においては一括して記載することとします。

また、各種統計データの分類項目の違いがあるため、急性心筋梗塞と虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）を併記して使用します。

### (1)急性心筋梗塞の疫学

総務省・消防庁救急年報によると、徳島県で平成28年に救急車によって搬送された急病患者の12.3%、2,326人（全国8.6%、約30.2万人）が心疾患等です。また、平成26年患者調査によると、虚血性心疾患で救急車により搬送された患者は1,686人となっています。

また、徳島県で、平成26年に虚血性心疾患の継続的な医療を受けている患者数は約6千人（全国約77万人）と推計されます。

そして、虚血性心疾患の年齢調整受療率（人口10万人対）は全国より高い状況で推移しています。

### ○虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の年齢調整受療率（人口10万対）

	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
徳島県	65.8	41.1	40.1	38.4
全国	41.6	35.6	30.7	28.0

資料：患者調査から算出 総数（厚生労働省）

一方、徳島県においては、平成28年人口動態調査によると、心疾患を原因として年間1,393人（全国 198,006人）が死亡しており、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215人で、心疾患死亡数全体の15.4%（全国約35,926人、約18.1%）となっています。

平成27年人口動態特殊報告によると、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男性が女性より高いものの、男女とも全国と比べ低くなっています。

○急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口10万対）

	男			女		
	平成17年	平成22年	平成27年	平成17年	平成22年	平成27年
徳島県	21.7	19.6	11.6	10.4	6.9	4.9
全 国	25.9	20.4	16.2	11.5	8.4	6.1

資料：人口動態特殊報告（厚生労働省）

急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生や自動体外式除細動器（AED）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要です。

また、急性心筋梗塞発症当日から数週間以内に発症する可能性のある不整脈、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する処置が適切に行われることも重要です。

(2)急性心筋梗塞の医療

①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、ストレスなどであり、急性心筋梗塞の発症予防には自分の体の状態を把握すると共に、生活習慣の改善や適切な治療が重要となります。

平成28年県民健康栄養調査、平成28年国民健康・栄養調査によると急性心筋梗塞の危険因子である喫煙率は、男性25.5%（全国30.2%）、女性4.0%（全国8.2%）と全国と比較してもやや低くなっています。

平成26年医療施設調査によると禁煙外来を開設し、喫煙習慣をニコチン依存症として治療を行っている医療機関数は、診療所119カ所、病院50カ所で、人口10万人あたり診療所15.2カ所（全国9.9カ所）、病院6.4カ所（全国1.9カ所）とすべての医療圏で開設されており、全国に比べると多い状況となっています。

一方、平成26年患者調査による年齢調整外来受療率（人口10万対）は、高血圧307（全国262.2）、脂質異常症58.7（全国67.5）、糖尿病130.9（全国98.6）であり、平成20年と比較すると3疾患とも低くなっています。しかし、全国と比べると、高血圧症、糖尿病については全国より高い状況となっています。

○喫煙率

	平成22年		平成25年		平成28年	
	男	女	男	女	男	女
徳島県 ※1	29.1	5.2	30.4	7.4	25.5	4.0
全 国 ※2	32.2	8.4	32.1	8.2	30.2	8.2

資料：※1 県民健康栄養調査（徳島県健康増進課）

※2 国民健康栄養調査（厚生労働省）

○禁煙外来を行っている医療機関数

	東部	南部	西部	徳島県
禁煙外来を行っている医療機関数	128	24	19	171

資料：ニコチン依存症管理料算定医療機関数 平成29年7月現在（厚生労働省）

○年齢調整外来受療率（人口10万対）

年度		高血圧	脂質異常症	糖尿病
20	徳島県	352.8	64.9	144.9
	全 国	260.4	48.5	90.2
26	徳島県	307.0	58.7	130.9
	全 国	262.2	67.5	98.6

資料：患者調査から算出（厚生労働省）

疾病の早期発見や生活習慣の改善のきっかけとなる健康診断・健康診査を受診することは重要ですが、国民生活基礎調査によると、徳島県における平成28年の健康診断・健康診査の受診率（40歳から74歳まで）は65.6%（全国71.0%）と全国より低い状況となっています。平成20年度から実施されている各医療保険者による特定健康診査の平成27年度の受診率についても、46.5%と低い状況です。

②発症直後の救護、搬送等

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は速やかに救急要請を行います。

また、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、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及びAEDの使用により、救命率の改善が見込まれます。

厚生労働科学研究「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者 坂本哲也）（平成26年度）によると、AEDは全国に推定約48万台普及している状況です。また、一般財団法人日本救急医療財団のデータによると、徳島県においては約2,900台（H29年10月1日現在）普及している状況です。

平成29年度「救急・救助の現況」（消防庁）によると、心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち平成28年に一般市民により除細動が実施された件数は12件（人口10万対1.58件）、全国1,968件（人口10万対1.54件）で、全国よりやや高い状況となっています。平成16年7月の厚生労働省医政局通知で、一般市民によるAEDの使用が認められた、平成17年以降は12年間で58件（全国14,125件）一般市民により除細動が実施されています。

また、一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、一般市民の心肺蘇生実施率は63.9%（全国56.1%）となっています。

そして、平成28年における救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は、36.9分（全国39.3分）で全国より約3分短くなっています。

### ③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、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行うことで正確な診断が可能になります。

特にST上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療が一体的に実施できる冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要です。

非ST上昇型心筋梗塞では、適切な薬物療法を行いつつ、必要に応じて早期に冠動脈造影を行います。

また、診断の過程において、不整脈、ポンプ失調、心破裂等の生命予後に関わる合併症の発症について常に注意することも重要です。

### ④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、非ST上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われます。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。

徳島県における急性期医療を取り巻く状況として、救命救急センターを有する病院数は東部、南部、西部圏域で各1カ所、心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院数は県内で3カ所、病床数は12床となっています。

治療に当たる専門医の状況は、循環器内科医師数は徳島県で79人、人口10万人あたり10.5人（全国9.8人）となっており、循環器内科医師数については全国より多い状況となっています。

### ○急性期医療体制の状況

	東部	南部	西部	徳島県
救命救急センターを有する医療機関数 ※1	1	1	1	3
CCUを有する医療機関数	2	1	0	3
病床数 ※1	9	3	0	12
循環器内科医師数 ※2	60	16	3	79
心臓血管外科医師数 ※2	12	5	0	17

資料 ※1 平成26年 医療施設調査（厚生労働省）

※2 平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

ア ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査及びそれに続く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で、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高くなっています。

徳島県における治療の状況は、大動脈バルーンパンピング法が実施可能な医療機関は県内で12カ所となっています。

急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術数は県内で426件、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術数は東部、南部圏域で99件となっており、症状や合併症等によっては冠動脈バイパス術(CABG)等の外科的治療が第一選択となることもあります。

#### ○急性期医療の状況

	東部	南部	西部	徳島県
大動脈バルーンパンピングが実施可能な医療機関 ※1	8	4	0	12
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(算定回数) ※2	246	155	25	426
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数(算定回数) ※2	35	64	0	99

資料：※1 平成28年 診療報酬施設基準(厚生労働省)

※2 平成27年度 NDB

イ 非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法が基本ですが、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PCI、CABGを行います。

#### ⑤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

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、発症した当日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。

また、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、徐々に負荷を掛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・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等)のチームにより実施します。

喪失機能(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あてられ、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ている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なります。

徳島県で心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数は東部、南部圏域で6カ所となっています。

#### ○心血管疾患リハビリテーションの実施状況

	東部	南部	西部	徳島県
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	4	2	0	6

資料：平成28年 診療報酬施設基準(厚生労働省)

## ⑥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やそれらの合併症予防及び再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理、患者教育、運動療法等の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が、退院後も含めて継続的に行われます。

また、患者だけでなく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。

平成26年患者調査によると虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数は8.2日（全国8.3日）、在宅等生活の場<sup>\*2</sup>に復帰した患者の割合は、95.1%（全国93.7%）と全国と同様の状況となっていますが、今後、地域連携クリティカルパス等の活用により在宅等生活の場に復帰する患者の割合の増加が期待されます。徳島県においては「徳島急性心筋梗塞地域連携研究会」を中心として、県下統一の地域連携クリティカルパスの運用を推進しています。

### ○虚血性心疾患の退院患者の状況

	東部	南部	西部	徳島県 (平均値)
虚血性心疾患退院患者 平均在院日数	10.2	5.3	2.2	8.2
在宅等生活の場に復帰した 虚血性心疾患患者の割合	2.4	1.6	0	4.1

資料：平成26年 患者調査（病院の退院患者平均在院日数）

## 3 大動脈解離の現状

大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔（真腔・偽腔）になった状態であり、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、解離による分岐動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたします。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。

病期としては、発症2週間以内が急性期、2週間以降が慢性期とされています。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、本計画においては主に急性大動脈解離について記載することとします。

### (1)大動脈解離の疫学

大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は「平成26年患者調査」によると全国で約4.2万人と推定されます。また、年間約1.7万人が大動脈瘤および大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の1.4%を占め、平成28年「人口動態統計」によると死亡順位の第9位となっています。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1から2%ずつ上昇するといわれています。そのため、急性大動

\*2 在宅等生活の場:自宅だけでなく、介護老人保健施設、老人ホーム等多様な居住の場を含みます。

脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が必要です。

## (2)大動脈解離の医療

### ①急性大動脈解離の診断

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。

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型とB型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要です。

### ②急性大動脈解離の治療

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、予後を左右する最も重要な判断となります。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択されます。

ア Stanford A型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、緊急の外科的治療の適応となる事が多いですが、全身状態等によっては外科的治療非適応となることもあります。

イ Stanford B型急性大動脈解離は、A型急性大動脈解離よりも自然予後が良いため、内科的治療が選択されることが多いですが、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。また、近年、合併症を有するB型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもあります。

### ③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

大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、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を実施します。外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要です。

### ④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、Stanford A型、B型共に、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が、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもあります。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

### 1 目指すべき方向

前記「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、県下3圏域を基本として、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築します。また併せ



て、急性心筋梗塞については、急性期における迅速な専門的治療の開始が重要であることから、特に県南、県西部における地域の医師確保等を強力に推進し、1.5次保健医療圏をはじめ、少しでも身近な地域において急性期医療が提供できる体制の構築を目指します。

- (1)心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防
- (2)発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制
  - ①周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法(CPR)の実施
  - ②専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送
- (3)発症後、速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制
  - ①医療機関到着後30分以内の専門的な治療の開始
  - ②専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携
- (4)合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制
  - ①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の実施
  - ②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
- (5)在宅療養が可能な体制
  - ①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管理の実施
  - ②再発予防のための定期的専門的検査の実施

## 2 各医療機能と連携

各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて下記(1)から(5)に示します。

### (1)発症予防の機能【予防】

- ①目標  
心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること
- ②医療機関に求められる事項  
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。
  - ・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、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、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勧奨について指示すること
- ③関係者に求められる事項  
(住民)
  - ・発症予防のために、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、ストレスなどの危険因子について知り、健康診断、健康診査の受診と生活習慣の改善を行うこと  
(行政等)
  - ・心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防について啓発を行うこと

- ・健康診断・健康診査の受診に向けた啓発、受診勧奨を行うこと

## (2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

### ① 目標

心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

### ② 関係者に求められる事項

#### (住民)

- ・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等適切な処置を実施すること
- ・機会をとらえてAEDの使用を含めた救急蘇生法等の習得に努めること

#### (救急救命士を含む救急隊員)

- ・徳島県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、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等、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

#### (行政等)

- ・AEDの使用を含めた救急蘇生法等の普及啓発を行うこと

## (3) 救急医療の機能【急性期】

### ① 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血管疾患リハビリテーションを実施すること
- ・再発予防の定期的専門的検査を実施すること

### ② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- ・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、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること
- ・ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があれば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
- ・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や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等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・包括的なりハビリテーションを実施可能であること

- ・抑うつ状態等の対応が可能であること
- ・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等して連携していること、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すること

### ③対応する医療機関

- ・救急救命センターを有する病院
- ・心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院
- ・心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所

## (4)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を実施する機能【回復期】

### ①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
- ・急性期病院と地域連携クリティカルパスを活用し連携を行い、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
- ・在宅等生活の場への復帰を支援すること
- ・患者に主体的に治療や再発予防リハビリテーションに取り組むことができるよう支援すること

### ②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- ・運動耐容能を評価の上で、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
- ・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、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
- ・地域連携クリティカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等の発症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
- ・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
- ・急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と地域連携クリティカルパスを活用し、診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

### ③対応する医療機関

- ・内科、循環器科又は心血管外科を有する病院又は診療所

## (5)再発予防の機能【再発予防】

### ①目標

- ・回復期病院と地域連携クリティカルパスを活用し連携を行い、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
- ・患者が在宅療養を継続できるよう支援すること

### ②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに

則した診療を実施していることが求められます。

- ・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
- ・地域連携クリティカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること
- ・緊急時の除細動等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
- ・急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防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等して連携していること
- ・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事業所・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること

③対応する医療機関

- ・内科又は循環器内科を標榜する病院又は診療所
- ・訪問看護事業所・薬局

### 第3 数値目標

数値目標項目	直近値	平成35年度末目標値
喫煙率☆★	成人男性 25.5% 成人女性 4.0% (H28県民健康栄養調査)	成人男性 18% 成人女性 3% (H34)
虚血性心疾患年齢調整死亡率(人口10万対)★	男性 18.8 女性 7.4 (H27人口動態特殊報告)	15%以上の減少 (H22から)
特定健康診査受診率★◇	46.5% (H27特定健康診査特定保健指導にかかるデータ)	70%以上
一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合	63.9% (H29「救急・救助の現況」)	65%以上

☆「徳島県がん対策推進計画」における目標

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

# 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

