

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。

なお、令和元年12月に施行された循環器病対策基本法に基づき、本県では令和3年10月に「徳島県循環器病対策推進計画」を策定、令和6年4月からは「徳島県循環器病対策推進計画第2期」を策定しました。当該計画と調和を図りながら取組を進めます。

(1)慢性心不全の疫学

令和2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55.0万人）と推定され、75歳～84歳の方が約3割、85歳以上の方が約7割を占めています。また、令和4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40.8%（全国約42.4%）、668人（全国98,671人）です。

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。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性増悪の状態では、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心不全増悪予防

心不全の増悪要因には、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。

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、心不全増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、全国で救急車によって搬送された急病患者の8.9%、約25.8万人が心疾患等です。

また、患者調査によると、徳島県で、令和2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1万2千人（全国約128万人）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）

	H17	H20	H23	H26	H29	R2
徳島県	65.8	41.1	40.1	38.4	37.4	47.9
全 国	41.6	35.6	30.7	28.0	25.4	26.5

資料：厚生労働省「患者調査」

一方、徳島県においては、令和4年人口動態調査によると、心疾患を原因として年間1,637人（全国232,964人）が死亡しており、死亡数全体の14.9%（全国14.8%）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207人で、心疾患死亡数全体の12.6%（全国約32,026人、約13.7%）となっています。

令和2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、男性が女性より高く、全国と比較すると男性は低く、女性は同程度となっています。

●急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口10万対）

	男			女		
	H22	H27	R2	H22	H27	R2
徳島県	50.5	34.8	28.2	23.8	16.5	14.1
全 国	55.6	43.3	32.5	28.4	20.4	14.0

資料：厚生労働省「人口動態特殊報告」

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。

令和4年県民健康栄養調査によると、徳島県における喫煙率は男性29.4%、女性6.5%でした。

令和2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122か所、病院50か所で、人口10万人あたり診療所17.1か所（全国11.0か所）、病院7.0か所（全国2.1か所）と全国に比べると多い状況となっています。

一方、令和2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253.6（全国215.3）、脂質異常症57.9（全国67.7）、糖尿病94.1（全国92.0）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

	H25		H28		R1		R4	
	男	女	男	女	男	女	男	女
徳島県 ※1	- (30.4)	- (7.4)	25.5	4.0	- (26.8)	- (6.7)	29.4 (24.8)	6.5 (6.8)
全 国 ※2	32.1 (33.7)	8.2 (10.7)	30.2	8.2	27.1 (28.8)	7.6 (8.8)	- (25.4)	- (7.7)

資料：※1 徳島県健康づくり課「H28,R4 県民健康栄養調査」
厚生労働省「H25,R1,R4国民生活基礎調査」
※2 厚生労働省「国民健康・栄養調査」
H25,R1,R4の()内については、厚生労働省「国民生活基礎調査」

●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	125	24	21	170

資料：四国厚生支局「保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等について（R6.1.5現在）」

●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
H20	徳島県	352.8	64.9	144.9
	全 国	260.4	48.5	90.2
H26	徳島県	307.0	58.7	130.9
	全 国	262.2	67.5	98.6
H29	徳島県	344.8	59.2	101.9
	全 国	240.3	64.6	95.2
R2	徳島県	253.6	57.9	94.1
	全 国	215.3	67.7	92.0

資料：厚生労働省「患者調査」

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、徳島県における令和4年の健康診断・健康診査の受診率（40歳から74歳まで）は69.4%（全国73.1%）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令和3年度の受診率についても、52.8%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「市民によるAED等の一次救命処置のさらなる普及と検証体制構築の促進及び二次救命処置の適切な普及に向けた研究」（主任研究者 坂本哲也）（令和3年度）によると、AEDは全国に推定約67万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3,000台（令和3年7月1日現在）普及している状況です。

令和3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令和3年に一般市民により除細動が実施された件数は8件（人口10万対1.13件）、全国1,719件（人口10万対1.40件）で、全国よりやや低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17年間で102件（全国23,924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58.4%（全国57.5%）となっています。

そして、令和3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、46.5分（全国42.8分）となっています。

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か所、心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院数は県内で1か所、病床数は5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91人、人口10万人あたり12.8人（全国10.6人）、心臓血管外科医師数は徳島県で13人、人口10万人あたり1.8人（全国2.6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、心臓血管外科医指数については全国より少な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	H26	1	1	1	3
	H29	1	1	1	3
	R5※3	1	1	1	3
CCUを有する医療機関数 ※1	H26	2	1	0	3
	H29	2	0	0	2
	R4	1	0	0	1
CCUの病床数 ※1	H26	9	3	0	12
	H29	9	0	0	9
	R4	5	0	0	5
循環器内科医師数 ※2	H26	60	16	3	79
	H30	66	23	3	92
	R2	64	22	5	91
心臓血管外科医師数 ※2	H26	12	5	0	17
	H30	7	7	0	14
	R2	6	7	0	13

資料：※1 厚生労働省「医療施設調査」

※2 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※3 医療機関へ確認

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か所となっています。

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1,678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95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		9	2	1	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	H27	246	155	25	426
	R1	1,007	796	64	1,867
	R3	841	782	55	1,678
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	H27	35	64	0	99
	R1	32	72	0	104
	R3	45	50	0	95

資料：※1 厚生労働省「令和5年8月1日現在 診療報酬施設基準」

※2 厚生労働省「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）の回復だけではなく再発予防、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県内3圏域で19か所となっています。

●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	15	3	1	19

資料：厚生労働省「令和5年8月1日現在 診療報酬施設基準」

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。

令和2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4.1日（全国12.7日）と全国と比較して短縮できている一方、在宅等生活の場^{*2}に復帰した患者の割合は、令和2年の患者調査で92.4%であり、平成29年の調査結果（93.9%）よりもやや低くなっています。

今後、地域連携クリニ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を目指します。徳島県においては令和4年5月に設立された「徳島心疾患地域連携ネットワーク」が中心となり作成した、県下統一の地域連携クリニカルパスの運用を推進しています。

*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。

●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	H26	10.2	5.3	2.2	8.2
	H29	5.2	3.8	2.5	4.5
	R2	4.7	2.6	17.9	4.1
在宅等生活の場に復帰した 虚血性心疾患患者の割合	H26	93.4	99.4	70.0	95.1
	H29	90.9	99.1	100.0	93.9
	R2	90.4	94.6	90.8	92.4

資料：厚生労働省「患者調査」

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、3か月以内が亜急性期、3か月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「令和2年患者調査」によると全国で約10.1万人と推定されます。また、全国では年間約1.9万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1.3%を占めています。令和4年「人口動態調査」によると徳島県内における死亡順位の第14位（全国第13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、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、心筋梗塞等の心血管疾患を発症しても、適切な治療を受け、日常生活の場に復帰できるよう医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築します。そして、心筋梗塞等の心血管疾患の重症化・死亡を防ぎ、健康寿命が延伸することを最終目標とします。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

- ①心筋梗塞等の心血管疾患に対する正しい知識の普及啓発
- ②LDLコレステロールの高値、高血圧、肥満等、動脈硬化を引き起こすようなリスクに繋がる生活習慣（喫煙、運動不足 等）の改善
- ③生活習慣病の予防及び、早期発見に資する特定健診の受診率向上を推進

(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) デジタル技術を含む新たな技術の活用

- ① 効率的な医療機関間・地域間連携を推進
- ② 医療者の労務環境の改善や業務の効率化等に係る取組

(5)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

(6)急性期以後の医療機関における診療及び在宅医療の強化

- ①急性期以後の転院先となる病院や在宅医療の医療提供体制の強化と、デジタル技術を活用した診療の拡充により、急性期病院からの円滑な診療の流れを実現
- ②在宅療養における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、緩和ケア等の実施
- ③再発予防のための定期的専門的検査の実施

(7)新興感染症の発生・まん延時における体制

- ①感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、循環器病患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制
- ②感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用するための体制

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・包括的なリ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ニ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、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
- ・地域連携クリニ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ニカルパスを活用し、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
- ・心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族等への教育を行っていること
- ・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
- ・担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、心血管疾患患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと

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ニ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
- ・地域連携クリニ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	令和11年度末目標値
喫煙率☆☆ (県民健康栄養調査)	成人男性 29.4% 成人女性 6.5% (R4)	成人男性 18% 成人女性 3%
心疾患年齢調整死亡率 (人口10万対)★ (人口動態特殊報告)	男性 171.9 女性 108.2 (R2)	男性 156.4 女性 98.5
特定健康診査受診 ★◇ (特定健康診査特定保健指導にか かるデータ)	52.8% (R3)	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 (救急・救助の現況)	58.4% (R3)	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

第4 心筋梗塞等の心血管疾患におけるロジックモデル

番号	個別施策
----	------

番号	中間アウトカム
----	---------

番号	分野アウトカム
----	---------

【予防】

1	心筋梗塞等の心血管疾患に関する知識の普及啓発
	指標 県民公開講座の実施回数（※独自）
2	健康診断、健康診査受診に関する受診勧奨、普及啓発
	指標 特定健康診査の実施率
3	危険因子の管理
	指標 喫煙率
	指標 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率
4	県民が広く心筋梗塞等の心血管疾患に関して相談ができる体制の整備
	指標 脳卒中・心臓病等総合支援センターにおける相談件数（※独自）

1	心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防できている
	指標 虚血性心疾患により救急搬送された患者数

1	心筋梗塞等の心血管疾患の重症化・死亡を防止、健康寿命が延伸する
	指標 心疾患患者年齢調整死亡率
	指標 健康寿命

【救護】

5	心筋梗塞等の心血管疾患の症状や突然の症状出現時の緊急受診の必要性に関する普及啓発
	指標 脳卒中・心臓病等総合支援センターにおける相談件数（再掲）（※独自）
6	AEDの使用を含めた救急蘇生法等の普及啓発
	指標 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

2	発症後速やかに専門的な診療が可能な医療機関に到着できている
	指標 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

番号	個別施策
----	------

番号	中間アウトカム
----	---------

番号	分野アウトカム
----	---------

【急性期】

7	心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療に対応できる体制の整備	
	指標	循環器内科医師数
	指標	心血管外科医師数
	指標	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する医療機関数・病床数
指標	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	

3	病院到着後速やかに初期治療を受けられるとともに、30分以内に専門的な治療を受けられる	
	指標	急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率
	指標	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割合
	指標	虚血性心疾患に対する心血管外科手術件数
指標	大動脈疾患患者に対する手術件数	

【回復期】

8	病期に応じたリハビリテーションの実施ができる体制整備	
	指標	心大血管リハビリテーション料届け出医療機関数

4	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受けられる	
	指標	入院心血管リハビリテーションの実施件数（再掲）
指標	外来心血管リハビリテーションの実施件数	
5	クリニカルパスの活用	
	指標	地域連携クリニカルパスの活用件数

2	心筋梗塞等の心血管疾患を発症しても、適切な治療を受け、日常生活の場に復帰できる	
	指標	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合

【慢性期】

9	患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、介護、福祉サービス等と連携した医療が受けられる体制整備	
	指標	両立支援コーディネータ基礎研修の受講者数
10	指標	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数
	指標	心血管疾患における介護連携指導の実施件数
11	緩和ケアに対応できる体制整備	
	指標	心不全緩和ケアトレーニングコース受講人数

6	在宅療養を継続できるような支援を受けられる	
	指標	心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数
7	クリニカルパスの活用	
	指標	地域連携クリニカルパスの活用件数(再掲)

番号	個別施策
----	------

番号	中間アウトカム
----	---------

番号	分野アウトカム
----	---------

【再発・重症化予防】

12	心血管疾患の再発・重症化予防を行うための体制整備	
	指標	心血管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
	指標	入院心血管リハビリテーションの実施件数(再掲)
	指標	外来心血管リハビリテーションの実施件数(再掲)
13	誤嚥性肺炎等の合併症の発症を予防するための体制整備	
	指標	歯周病専門医が在籍する医療機関数
14	再発予防の定期的専門的検査の実施	

8	再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を受けられる	
	指標	特定健診・特定保健指導の受診率(再掲)
	指標	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率
	指標	脂質異常量患者の年齢調整外来受療率

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

