

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患

(ア) 施策の現状・課題

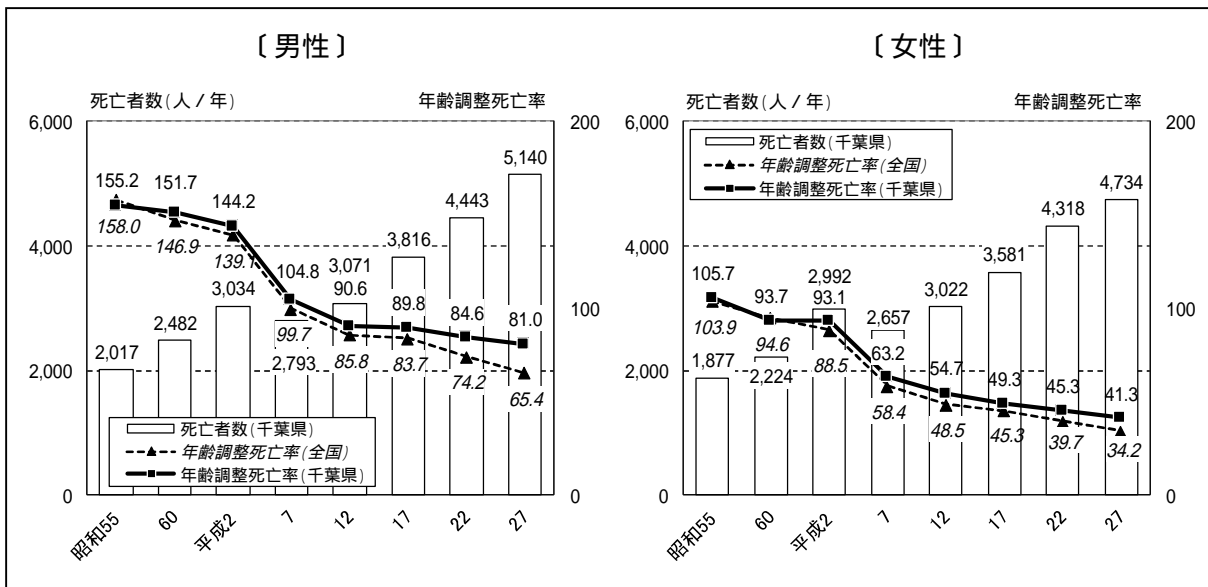
心血管疾患を含む心疾患*（高血圧性を除く）による本県の年間死亡者数は、9,646人（平成28年）と死亡者総数の17.1%を占めています。

人口10万対の年齢調整死亡率*（平成27年）は、心疾患死亡数全体の約19%を占める急性心筋梗塞*においては男性は17.3（全国16.2）で高い順に全国第21位、女性は6.5（全国6.1）で第21位と、男女ともに相対的に高い水準にあります。

心筋梗塞*等の心血管疾患を発症した場合、まず、急性期*には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、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*が開始されます。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や疾患によって、治療法や予後が大きく変わります。

また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全*の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となります。

図表 2-1-1-2-3-1 心疾患（高血圧性を除く）による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

〔急性心筋梗塞〕

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*、ストレスなどです。発症の予防のためには、適正な体重の維持及び減塩・栄養素を適量摂る食生活と運動習慣の実践など、生活習慣の改善が重要です。ま

た、高血圧や糖尿病などの適切な治療も必要です。

喫煙や受動喫煙*により、発症リスクが増大することが確認されています。このため、受動喫煙の防止や禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策が求められます。

医療保険者は生活習慣病予防に向けて特定健診*・特定保健指導*を実施するとともに、医師の判断に基づき、一定の基準に該当する者に対し、心電図の検査を実施するなど、疾患やそのハイリスク*者の早期発見に努める必要があります。

健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人ひとりの生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなどにより、発症予防に努める必要があります。

急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに救急要請を行う必要があります。

また、心臓が止まるような不整脈*が生じた場合には、正常に戻すために心臓に電流を流す「除細動」を早く行うほど救命の効果があります。第一発見者など市民による一次救命処置*(BLS)が重要です。

これを踏まえ、本県では、千葉県AED*の使用及び心肺蘇生法の実施の促進に関する条例が施行されたところですが、AEDの使用率が低いことから、心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法に関する更なる普及啓発が必要です。

心筋梗塞患者に対する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、運動療法、食事療法、患者教育等を実施することが必要です。

疾病管理プログラムとは、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～長期プログラムをいいます。低下機能(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当てられています。

〔大動脈解離〕

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時間ごとに1から2%ずつ上昇するといわれており、迅速な診断と治療が重要です。

大動脈解離患者に対する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、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適切に実施することが必要です。

〔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、日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難*、息切れ、四肢浮腫等、様々な症状をきたします。

心不全の継続的な医療を受けている患者数は、千葉県内で約7千人と推計され、そのうち、約70%が75歳以上の高齢者です。また、本県における心不全による死亡

数(3,381人・平成27年)は心疾患(高血圧性を除く)死亡数全体(9,874人)の約34.2%です。

慢性心不全患者は、心不全増悪による入退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。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、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、発症後、生涯にわたって継続して行うことが重要です。

(イ) 循環型地域医療連携システムの構築

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システム*は、県民が身近な地域で質の高い心血管疾患に関する医療を受けることができるよう、かかりつけ医*、急性期対応医療機関などとの連携により構築します。また、行政や保険者による特定健診・特定保健指導や心疾患に関する知識の普及・啓発などの生活習慣病の予防施策も含まれます。

かかりつけ医は、危険因子となる生活習慣の改善の指導や、疾病の早期発見・治療をするとともに、動悸や胸の痛み等の自覚症状のある患者について、専門的な医療機関で治療を受ける必要があるとされた場合、患者の状況に応じて、身近な対応医療機関へ紹介するとともに、退院後は対応医療機関と連携し、継続的な療養管理や指導を行います。

家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急要請を行うことや、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します。

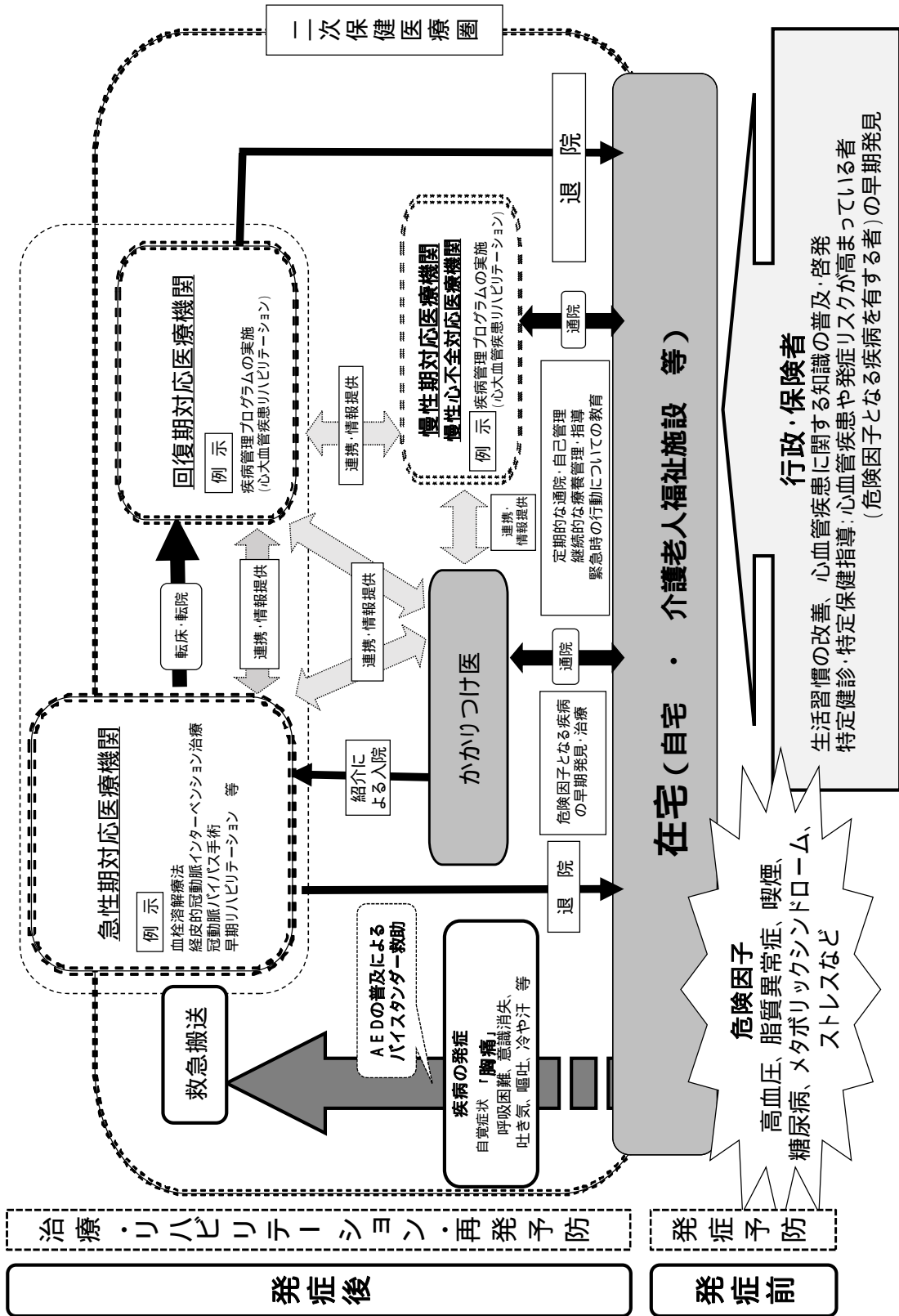
救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール*体制の下で定められた基準に即して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行ったうえで対応が可能な医療機関に搬送します。

急性期を担う医療機関は、専門的な治療を行います。なお、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保するため、急性期対応医療機関は、必要に応じて隣接圏域等の急性期対応医療機関と互いに補完しあいます。

回復期*以降を担う医療機関では、再発予防のため、個々の患者に合わせて、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入院または通院により実施します。

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、対応医療機関と地域のかかりつけ診療所*等がそれぞれの機能に応じた役割分担に基づき連携を強化することにより、効果的な医療体制の整備を進めます。

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムのイメージ図



(ウ) 施策の具体的展開

〔生活習慣と心血管疾患の関係についての周知〕

栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と急性及び慢性の心血管疾患の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。

特定健診等の定期的な健診を受診する必要性について、また、高血圧や糖尿病等の疾病の適切な治療が心血管疾患の発症予防につながることに、周知します。

危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。

未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

〔特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進〕

特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。

今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。

特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

〔急性の心血管疾患発症時の対応に関する啓発〕

本人や家族等、周囲にいる者が、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請する等の対応を行えるよう、発症時の症状に関する知識を普及啓発します。

〔応急処置に関する知識・技術の普及〕

心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法について一層の普及啓発に努めるとともに、AEDの公共施設への設置を推進し、更にAED設置の必要性を民間事業者に働きかけます。

また、官民を問わず県内にあるAEDの設置場所をより簡便に把握できるよう、地図情報にAEDの設置場所等(施設名・住所・取付位置・使用可能な日時等)の情報を提供します。

〔救急医療体制の整備〕

早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準^{*}の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受け入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

〔退院支援〕

患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進します。

多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。

県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療連携協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

(エ) 施策の評価指標

〔基盤(ストラクチャー)〕

指 標 名	現状	目標
医療施設従事医師数(循環器内科) (人口10万対)	7.1人 (平成28年)	増加 (平成34年)
医療施設従事医師数(心臓血管外科) (人口10万対)	1.9人 (平成28年)	増加 (平成34年)
心大血管疾患等リハビリテーション ()または()の届出医療機関数	41施設 (平成29年7月)	増加 (平成35年度)

〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現状	目標
成人の喫煙率	男性 25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	男性 20.0% 女性 5.0% (平成34年度)
適正体重を維持している者の増加(肥満 BMI*25以上・やせ BMI 18.5未満の減少)	20~60歳代男性の肥満者割合 28.7% 40~60歳代女性の肥満者割合 23.4% 20歳代女性のやせの者の割合 16.7% (平成27年)	20~60歳代男性の肥満者割合 28.0% 40~60歳代女性の肥満者割合 19.0% 20歳代女性のやせの者の割合 15.0% (平成34年度)

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
高血圧の改善 (収縮期血圧の中央値の低下)	男性 129mmHg 女性 127mmHg (平成27年度)	男性 126mmHg 女性 124mmHg (平成34年度)
脂質異常症の減少 (LDL-c 160mg/dl以上の者)	男性 9.9% 女性 15.6% (平成27年度)	男性 6.9% 女性 10.7% (平成34年度)
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	男性 44.6% 女性 14.8% (平成27年度)	男性 33.2% 女性 13.0% (平成34年度)

〔成果(アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数* (虚血性心疾患)	5.7日 (平成26年度)	期間短縮 (平成35年度)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合 (虚血性心疾患)	95.4% (平成26年度)	増加 (平成35年度)
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性 17.3 女性 6.5 (平成27年)	男性 17.5 女性 7.5 (平成34年度)

「急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少」については、現状で目標を達成していますが、関連計画の健康ちば21(第2次)の中間評価を実施した際、各危険因子(高血圧・脂質異常症・喫煙・糖尿病)の目標が達成されていないことから、年齢調整死亡率の減少が予防対策のみによるものではないと考え、平成34年度まで目標値を維持しているため、保健医療計画においても同様の目標とします。