

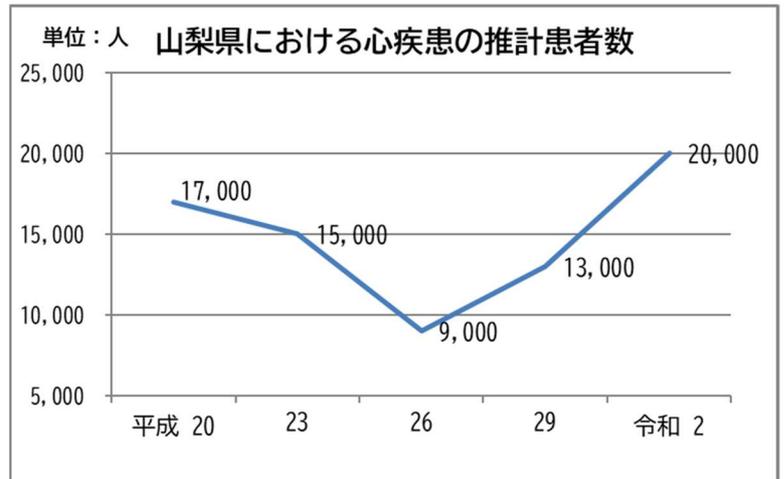
### 第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

#### 現状と課題

#### データ分析

##### 【心疾患の推計患者数】

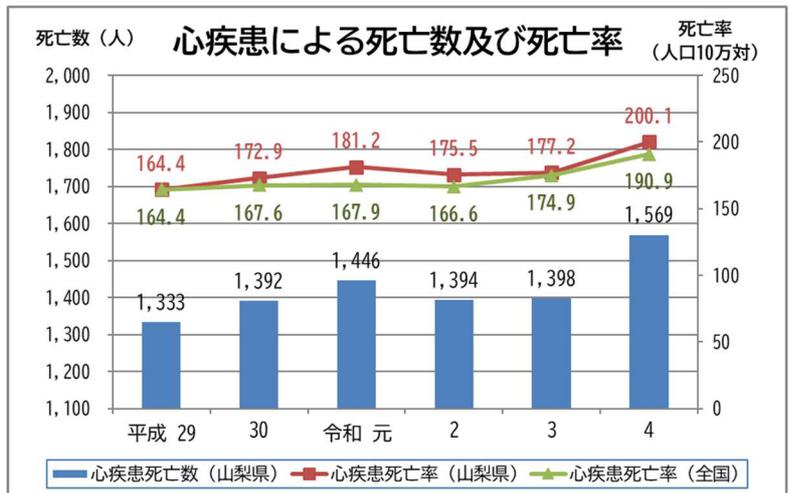
- 全国で、令和2年度において継続的な治療を受けている患者数は、急性心筋梗塞<sup>28</sup>等の虚血性心疾患では約93万人、大動脈瘤及び大動脈解離<sup>29</sup>では約10.1万人、心不全では約55万人と推計されています（令和2年患者調査）。
- 本県の心疾患の推計患者数は、平成26年までは減少傾向でしたが、増加傾向に転じています。
- 心不全患者のうち、約67%が75歳以上の高齢者となっています。



資料：患者調査（厚生労働省）

##### 【心疾患による死亡数等】

- 令和4年において、全国で約23万人が心疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の14.8%を占め、死亡順位の第2位です。
- このうち本県の死亡数は、1,569人となっています。心疾患は本県の死亡数全体の14.1%を占め、死亡順位の第2位となっています。
- 本県の死亡率（人口10万対）は、概ね全国より高い値で推移しています。
- 死亡率が高い理由としては、高齢化に伴う年齢構成の影響や老衰と区別されていない可能性が指摘されています。



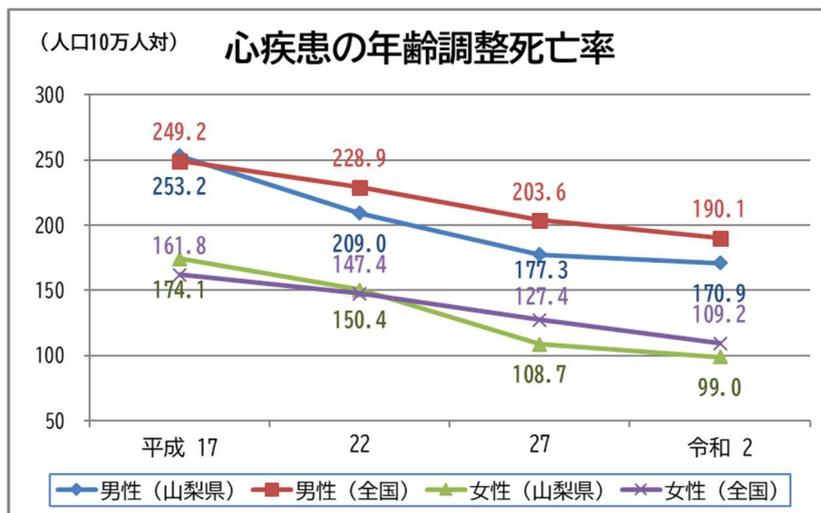
資料：人口動態調査（厚生労働省）

<sup>28</sup> 急性心筋梗塞…老化等によって血管が硬くなり、血管の壁に脂肪などの固まり（プラーク）が蓄積して血管壁の一部が盛り上がり、血管の内腔が狭くなっている状態（動脈硬化）が進み、プラークが破れて心臓の血管内に血栓（血のかたまり）ができ、完全に詰まって心筋に血液が行かなくなった（虚血）状態が心筋梗塞。

<sup>29</sup> 大動脈解離…心臓の血管壁は内膜、中膜、外膜の三層構造になっており、血管壁が割けて二つに分かれた状態。割けた時に激痛があり、解離した血管壁は非常に弱くて出血の危険性が高く、手術等の治療が必要な状態。

【心疾患の年齢調整死亡率】

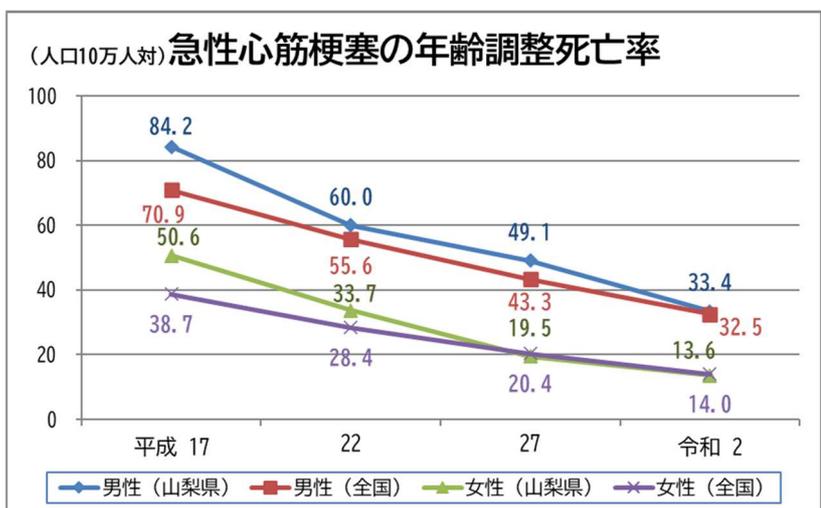
- 死亡率は年齢構成の影響を受けるため、年齢構成を調整した年齢調整死亡率を用いて比較してみると、令和2年の本県は、男女とも、前回（平成27年）より低下し、全国平均を下回っています。



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

【急性心筋梗塞の年齢調整死亡率】

- 一方、令和2年の本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率をみると、男女とも、前回（平成27年）より低下してはおりますが、男性は全国平均を上回っている状況にあります。



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

予 防

- 急性心筋梗塞等の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、肥満、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、発症の予防には生活習慣の改善や基礎疾患の適切な治療が必要です。
- しかし、病気になってから生活改善する人が多く、発症予防ができていないのが現状です。
- そのため、専門医をはじめ、医療機関や行政、関係団体で連携し、患者の視点で啓蒙するなど、予防のための取組を強化する必要があります。

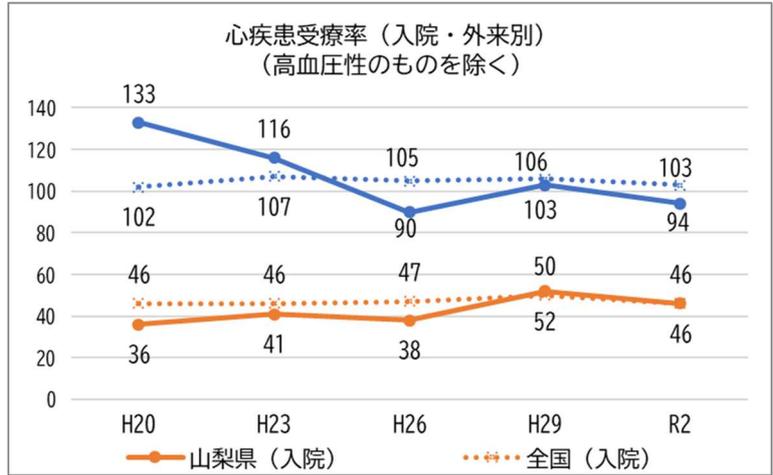
【健診・保健指導】

- 特定健診受診率と特定保健指導実施率は、いずれも全国を上回っています。メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍者の割合は、全国を下回っていますが、近年増加傾向にあります。また、収縮期血圧と拡張期血圧は、いずれも全国を上回っています。

※ 第6章第1節「健康づくり」参照

【受療状況】

- 令和2年度の本県における心疾患受療率（人口10万人あたり）は、入院患者は全国と同じですが、外来患者は全国よりも低くなっています。

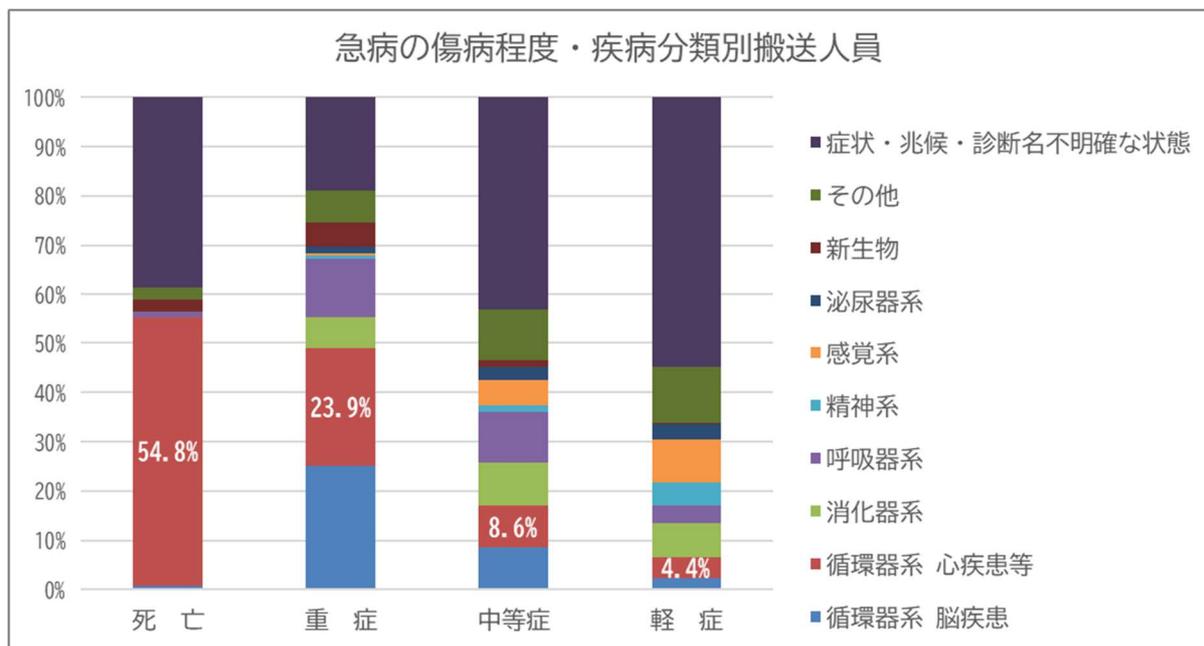


資料：患者調査（厚生労働省）

救護

- 全国で、令和3年において救急車で搬送される患者の約8.9%、約32.2万人が心疾患の患者であると推計されています（令和4年度版救急・救助の現況）。
- 本県において、急病の傷病程度に疾病分類を分析すると、死亡及び重症（長期入院）において、脳疾患や心疾患が占める割合が高くなっています。
- また、急病による死亡数に占める心疾患の割合は54.8%、急病による重症（長期入院）数に占める心疾患の割合は23.9%となっています。

分類 疾病程度	循環器系		消化器系	呼吸器系	精神系	感覚系	泌尿器系	新生物	その他	症状・兆候・診断名不明確な状態	合計
	脳疾患	心疾患等									
死亡	4	320	0	6	0	0	0	14	15	225	584
重症	466	446	121	220	13	8	25	91	119	354	1,863
中等症	904	917	915	1,084	148	543	276	145	1,131	4,563	10,626
軽症	206	407	639	335	424	822	270	21	1,070	5,086	9,280
その他										1	1
計	1,580	2,090	1,675	1,645	585	1,373	571	271	2,335	10,229	22,354

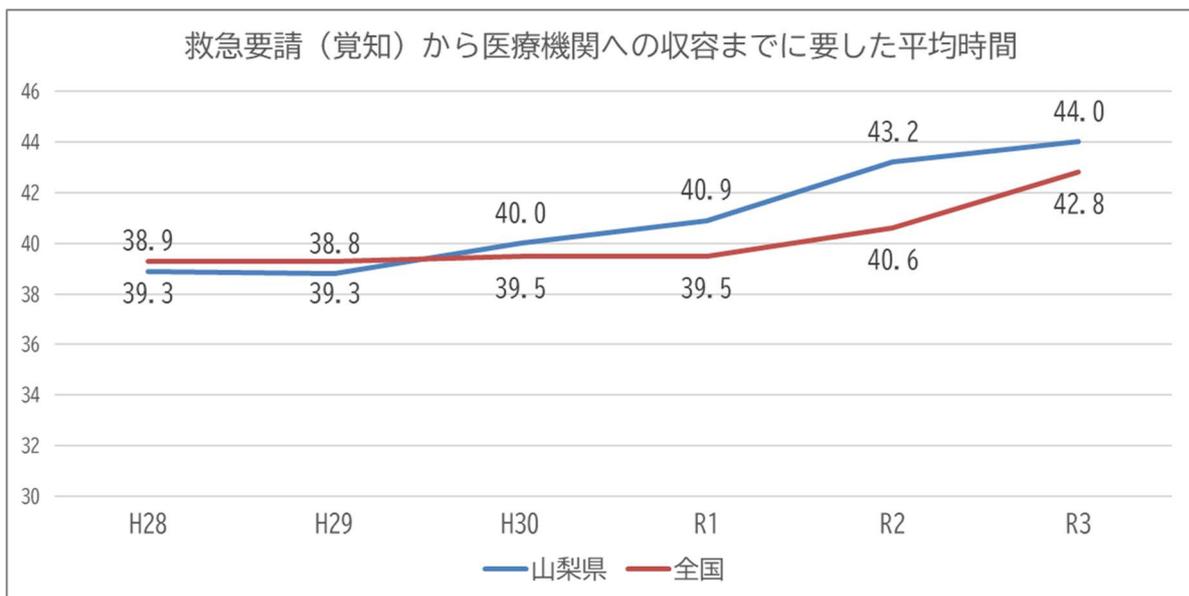


資料：令和3年急病にかかる疾病分類別疾病程度別搬送人員調（総務省）

- 発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる人や救急救命士等による心肺蘇生の実施及び自動体外式除細動器（AED）の使用により、救命率の改善が見込まれます。
- 急性心筋梗塞等を疑うような病状が出現した場合、本人及び家族等周囲にいる人は速やかに救急要請を行う必要がありますが、救急車の利用をためらってしまうことがないよう、初期症状出現時における対応について、様々な媒体を活用して繰り返し教育、啓発を行う必要があります。

【搬送】

- 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、本県、全国ともに年々増加傾向にあり、令和3年における本県の平均時間は44分で、全国よりも長くなっています。
- そのため、救急要請から医療機関への収容までに要する時間を短縮する必要があります。



資料：救急救助の現況（消防庁）

**医療提供体制**

- 峡南医療圏、富士・東部医療圏は他の医療圏に比べて医療従事者、医療設備等が少ない傾向にあり、適切な医療を提供するためには全県における連携体制の構築が求められます。

【急性期】

- 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が必要です。
- 救急隊と電話で心電図情報を共有することにより速やかな情報伝達を行い、来院後、早急に治療を開始するための体制をとる医療機関もあるため、より円滑な情報共有方法について、引き続き検討していく必要があります。

**【回復期】**

- 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、再入院抑制を含む予後改善を図るための心血管疾患リハビリテーションを実施していく必要があります。
- 本県における令和3年の入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（人口10万人あたり、NDB）は、全国46位でしたが、近年、心臓リハビリテーションを実施できる施設数が増加していることから、今後の増加が見込まれます。
- 一方、心臓リハビリテーション指導士は27名で、全国46位（日本心臓リハビリテーション学会HP）であるため、心臓リハビリテーション指導士の育成等について検討が必要です。

**【再発予防】**

- 基礎疾患、危険因子の管理、本人及び家族等などへの教育、在宅療養を継続できるような支援などが求められています。また、仕事をしている方も治療が継続できるよう、職場の理解促進も大切です。
- そのため、どのような症状の場合に医療機関を受診すればよいか、関係者が知っていることが重要です。
- また、様々な疾患を合併している等、患者の病態が多様化しており、病院だけでなく、在宅医療関係者との連携は不可欠です。
- 退院後のQOL（生活の質）を向上することも重要であり、特に、高齢者の場合は介護支援専門員等も含めた在宅医療チームとの連携強化が求められます。

**【感染症流行時等の非常時の対応】**

- COVID-19における対応では、院内感染防止対策を講じた上での手術や、発熱外来を設置する等、必要な治療を継続するために各医療機関で工夫されました。
- 一方、救急搬送数の増加により、心疾患患者の受入が困難となる事例も発生したことから、非常時においても切れ目なく質の高い医療を受けられる体制の整備が必要です。

**循環器病対策の総合的な推進**

- 国は、平成30年12月に成立した「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づき、「循環器病対策推進基本計画」を令和2年10月に策定し、循環器病対策を総合的に推進することとしました。
- これを受け本県では、令和4年1月に「山梨県循環器病対策推進計画」を策定し、総合的かつ計画的に循環器病対策を推進することとしました。
- その後、国では令和5年3月に基本計画を見直したことから、本県においても推進計画を見直すこととしています。

### 圏域の設定

- 峡南医療圏、富士・東部医療圏は他の医療圏に比べて医療従事者、医療設備等が少ない傾向にあり、適切な医療を提供するためには全県における連携が求められることから、山梨県全域を一区域として圏域を設定します。

### 施策の展開

#### 心血管疾患に対する正しい知識の普及啓発

- 急性心筋梗塞等の危険因子である、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、肥満などに関する正しい知識の普及啓発や救急車の適正利用、治療継続の重要性等について、専門医や関係機関とともに推進します。啓発にあたっては、本人・家族だけでなく、介護従事者等の関係者も正しい知識を持って行動できるよう、広く周知していきます。
- 市町村、保険者などと連携し、健診、保健指導を通じ、要医療者・要精密検査者に対する医療機関への受診の勧奨を行います。
- 仕事と治療の両立支援等、職場復帰や治療継続のための社会の理解も促進していきます。

#### 早期に治療が受けられる体制整備

- AEDによる救命措置についての知識・技術の普及啓発を図るため、消防機関に対し、講習会を積極的に実施するよう促します。
- 設置者が（一財）日本救急医療財団に対して情報の登録を行った後、財団のホームページに設置場所が掲載されますので、県のホームページを通じてその旨を周知していきます。
- 財団の登録制度に未登録の設置者に対して、積極的に登録するよう制度の普及促進を図ります。

#### 救急搬送体制の確保

- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に基づき、適切な医療機関へ迅速に搬送される体制の更なる充実を目指します。
- 医療機関との情報伝達の仕組みや医療機関の受け入れ状況等について、引き続き、関係者間で協議していきます。
- 循環器疾患対策の一環として、必要な時に救急要請できるように広く周知していきます。

#### 切れ目のない医療提供体制の構築

- 疾病、機能等ごとに求められる診療・処置などについて明確にしたうえで、それぞれの機能を担う医療機関の名称をわかりやすく示していきます。
- 身近な場で医療が受けられるよう、専門医の配置等、地域偏在の解消について、引き続き検討

していきます。

- 円滑で適切な退院支援が行われ、多職種による包括的な医療が提供されることにより、患者が在宅療養を継続できるような体制づくりを行います。
- 心血管疾患の専門医、かかりつけ医、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、理学・作業療法士、医療ソーシャルワーカー（MSW）、臨床心理士等が連携し、患者・家族教育を充実させ、生活習慣の改善を支援していくとともに、介護関係者を含む多職種連携により、生涯を通じて心臓リハビリテーションを含む治療を継続できるよう支援していきます。
- 顔の見える関係づくりや ICT 等も活用した密な連携により、アドバンス・ケア・プランニング（ACP、人生会議）を含む緊急時の対応や治療方針等を情報共有し、円滑な転院・退院支援等、多職種による包括的な医療提供により在宅療養を継続できる体制を構築していきます。

#### 人材育成・スキルアップ

- 教育機関と連携し、専門医やリハビリ職の育成を継続し、人材確保により地域偏在を解消していくとともに資質向上を図ります。
- 医師会や専門医と連携し、ガイドラインに基づく診療及び患者・家族教育等、かかりつけ医療機能の充実を図ります。
- 患者及び家族等が疾患管理方法を身に付け、退院後も継続できるよう、医療従事者や介護従事者のスキルアップを図ります。

#### 新興感染症発生・まん延時等における体制の確保

- 感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、心筋梗塞等の心血管疾患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を目指します。
- 新興感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、必要な医療が提供できるよう地域の医療資源の有効活用について検討します。

## 数値目標

目標項目等		現状	令和11年度目標
成人の喫煙率		15.7% (R4)	13.9%
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 (SCR)		58.4 (R2)	増加
PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開通達成率		60.8% (R2)	増加
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (SCR)		32.7 (R2)	増加
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (SCR)		76.0 (R2)	100
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		44.0 (R3)	42.8
虚血性心疾患の退院患者平均在院日数		8.1 (H29)	減少
心血管疾患の退院患者平均在院日数		16.1 (H29)	減少
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合		86.9 (H29)	92.3
在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合		38.6 (R2)	増加
心疾患死亡率（人口10万対）		200.1 (R4)	R11推計値（250.1）より減少
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性	33.4 (R2)	32.5
	女性	13.6 (R2)	13.6

※ 「食塩摂取量」、「収縮期血圧の平均値」の数値目標は、第6章第1節「健康づくり」に掲載  
また、現状で全国平均値より良い項目は、R11 目標値を増加及び減少とした。