

第3節 | 心筋梗塞等の心血管疾患対策

1. 心筋梗塞等の心血管疾患における医療の現状

(1) 心筋梗塞等の心血管疾患の疫学

① 急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞とは、心臓に十分に血液がいきわたっていない「虚血性心疾患」の一つで、心臓に酸素と栄養を送る血管である冠動脈に血栓が詰まって心臓の筋肉に血液が流れなくなり、その細胞が壊死してしまう状態です。
- 心筋梗塞は、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。
- 本県における心疾患を原因とする死亡数は年間 2,926 人であり、死因別の割合としてはがんに次いで第2位となっています。また心疾患のうち急性心筋梗塞による死亡数は 678 人で、心疾患による死亡割合の 23.2%を占めています¹。
- 本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたりの年齢構成を調整した死亡率）は男性 20.6（全国 15.5）、女性 7.6（全国 5.7）であり、全国値を上回っています。

図表 5-3-1 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

	区分	心疾患	
			急性心筋梗塞
男	全 国 ¹	64.5	15.5
	三重県 ²	65.7	20.6
女	全 国 ¹	33.1	5.7
	三重県 ²	33.0	7.6

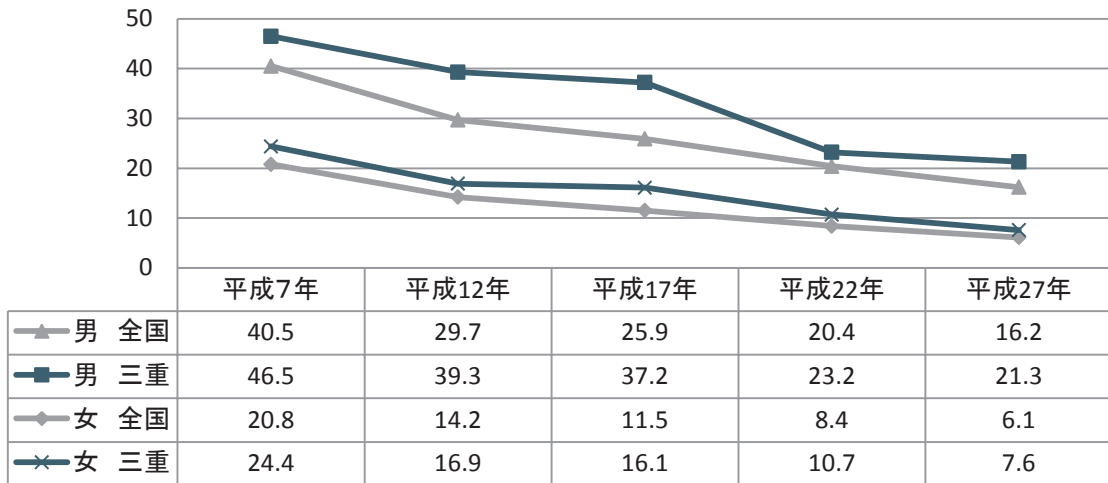
資料：¹厚生労働省「平成28年 人口動態調査」

²三重県「平成28年 三重県の人口動態」

¹ 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

- 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、平成7（1995）年から男女ともに経年的に低下していますが、男女ともに全国の水準をやや上回って推移しています。

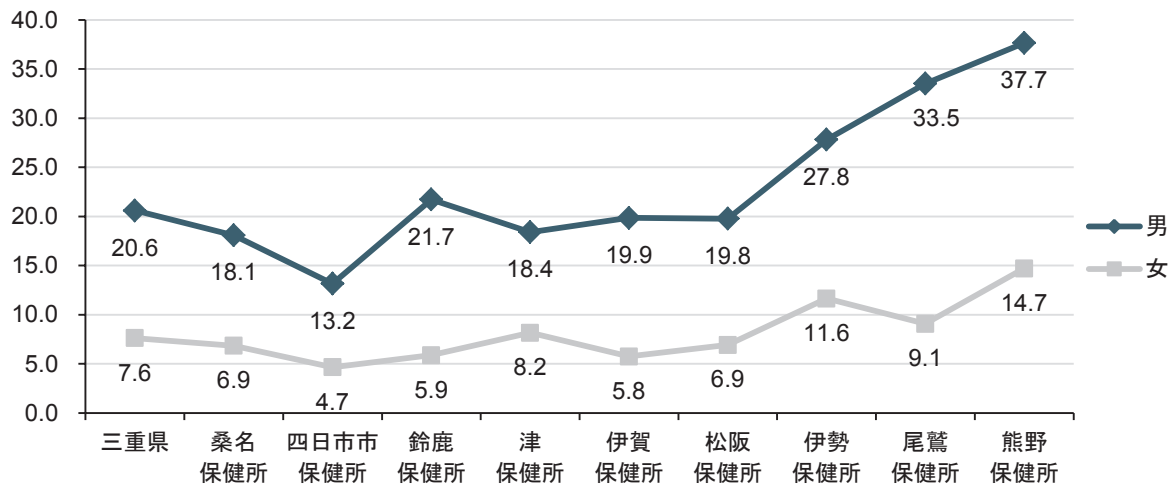
図表 5-3-2 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



資料：厚生労働省「平成27年 都道府県別年齢調整死亡率」

- 県内各保健所管内別の年齢調整死亡率を比較すると、伊勢、尾鷲および熊野保健所管内で高く、桑名および四日市市保健所管内で低い傾向にあります。

図表 5-3-3 各保健所管内別の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



資料：三重県「平成28年 三重県の人ロ動態」

② 大動脈解離

- 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、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、さまざま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。
- 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。

- 本県における大動脈瘤および解離を原因とする死亡数は年間 311 人であり、死因別の割合としては第 8 位となっています²。
- 本県の大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率は男性 7.4（全国 6.4）、女性 3.1（全国 3.3）であり、男性は全国値を上回っており、女性は全国値と同水準となっています。

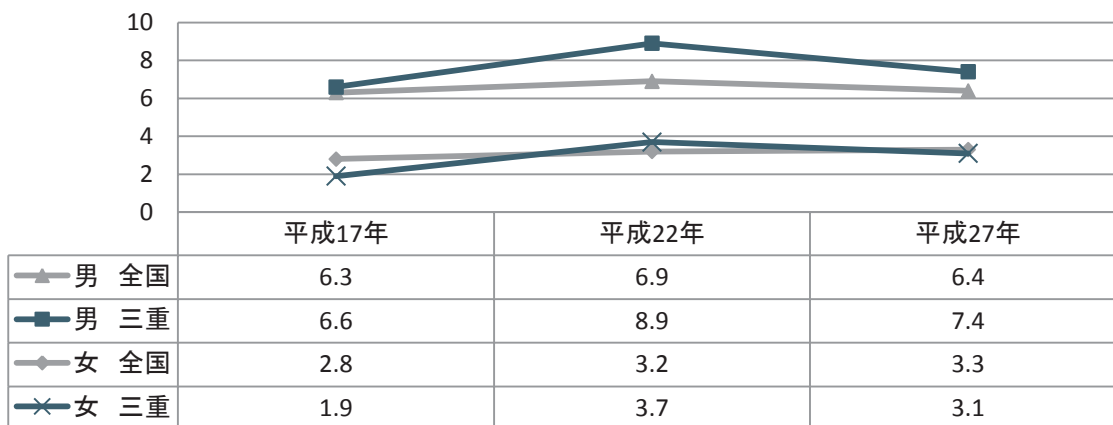
図表 5-3-4 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

	区分	大動脈瘤および解離
男	全 国	6.4
	三重県	7.4
女	全 国	3.3
	三重県	3.1

資料：厚生労働省「平成27年 都道府県別年齢調整死亡率」

- 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率は、平成 17（2005）年と比較すると、やや増加しています。女性については、全国と同水準で推移していますが、男性については、全国の水準をやや上回って推移しています。

図表 5-3-5 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（平成 17 年、22 年、27 年）

- DPC*データによると平成 27（2015）年度の県内のDPC対象医療機関における解離性大動脈瘤の退院件数は 173 件であり、近年は増加傾向にあります。

図表 5-3-6 DPC対象医療機関における解離性大動脈瘤の退院患者数

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
手術なし		59	103	120
手術あり	ステントグラフト*内挿術	0	0	17
	その他の手術	24	42	36
計		83	145	173

資料：厚生労働省「診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会」

² 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

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、組織の低灌流をきたし日常生活に支障が生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、さまざまな症状をきたします。
- 本県における心不全を原因とする死亡数は年間 933 人であり、心疾患による死亡割合の 31.9%を占めています³。
- 本県の心不全の年齢調整死亡率は男性 14.6（全国 16.7）、女性 10.6（全国 12.0）であり、全国値を下回っています。

図表 5-3-7 心不全の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

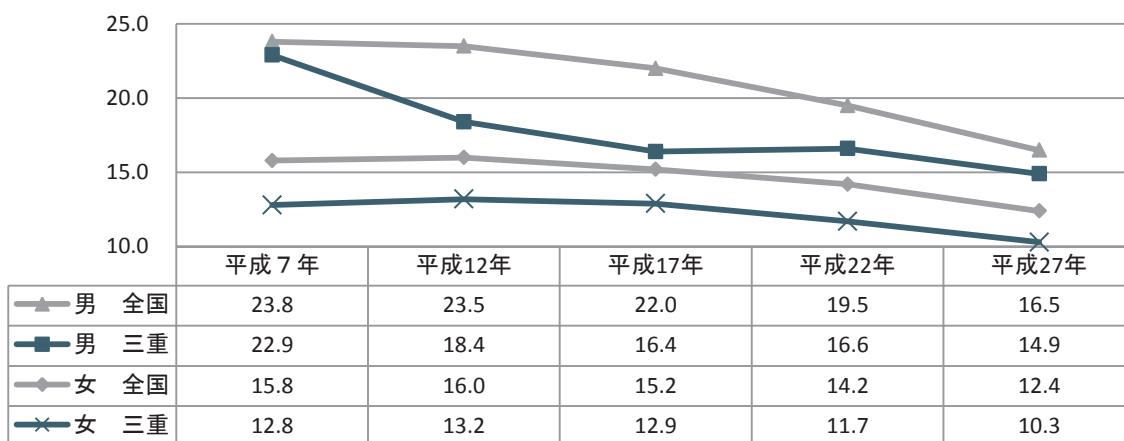
	区分	心不全
男	全 国 ¹	16.7
	三重県 ²	14.6
女	全 国 ¹	12.0
	三重県 ²	10.6

資料：¹厚生労働省「平成28年 人口動態調査」

²三重県「平成28年 三重県の人口動態」

- 心不全の年齢調整死亡率は、平成 7（1995）年から男女ともに全国の水準をやや下回りながら、経年的に低下しています。

図表 5-3-8 心不全の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）



資料：厚生労働省「平成 27 年 都道府県別年齢調整死亡率」

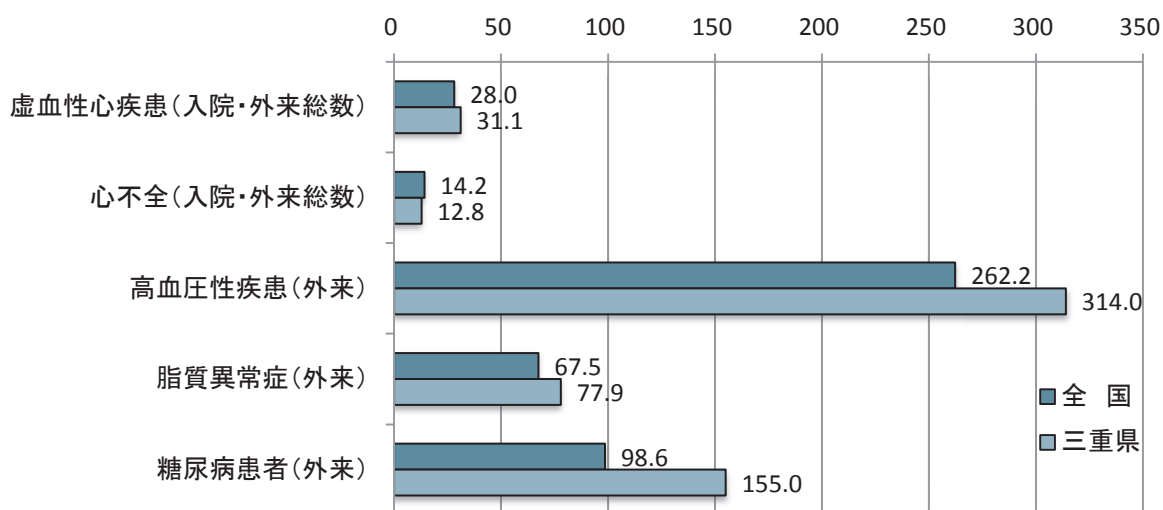
³ 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

(2) 受療動向

① 心疾患に関連する疾患の年齢調整受療率

- 本県における人口 10 万人あたりの虚血性心疾患（入院・外来総数）の年齢調整受療率は、31.1 で、全国値の 28.0 を上回っていますが、心不全（入院・外来総数）については、12.8 で、全国値の 14.2 を下回っています。また、高血圧性疾患（外来）、脂質異常症（外来）、糖尿病患者（外来）の年齢調整受療率については、全国値を上回っています。

図表 5-3-9 心疾患に関連する疾患の年齢調整受療率(人口 10 万人あたり)



資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」、昭和 60 年モデル人口

② 受療動向

- NDBによると、本県の平成 27（2015）年 4 月～平成 28（2016）年 3 月における急性心筋梗塞（主病名）のレセプト件数は、入院で 1,196 件、外来で 11,620 件ありました。
- 入院患者については、61 件（5.1%）が県外へ流出していますが、県外からの流入はありません。外来患者については、326 件（2.8%）が県外へ流出し、77 件（0.7%）が県外から流入しており、流出超過となっています。
- 二次医療圏ごとの流出入については、入院では南勢志摩医療圏のみ流入超過で、外来では北勢医療圏および南勢志摩医療圏で流入超過となっています。また、入院、外来とも特に東紀州医療圏で流出が顕著となっています。

図表 5-3-10 二次医療圏別 急性心筋梗塞(主病名) 入院患者の流出・流入状況

(単位：件)

医療機関 所在地 患者所在地	総 数	北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	県外	流出率
総 数	1,196	413	272	423	27	61	5.1%
北勢医療圏	424	413				11	2.6%
中勢伊賀医療圏	304		272	12		20	10.5%
南勢志摩医療圏	395			395		0	0.0%
東紀州医療圏	73			16	27	30	63.0%
県 外	0	0	0	0	0	—	—
流入率	0.0%	0.0%	0.0%	6.6%	0.0%	—	—

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

図表 5-3-11 二次医療圏別 急性心筋梗塞(主病名) 外来患者の流出・流入状況

(単位：件)

医療機関 所在地 患者所在地	総 数	北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	県外	流出率
総 数	11,620	5,664	2,407	3,018	205	326	2.8%
北勢医療圏	5,633	5,510	15			108	2.2%
中勢伊賀医療圏	2,526	126	2,322	53		25	8.1%
南勢志摩医療圏	2,970		12	2,947		11	0.8%
東紀州医療圏	414		22	18	192	182	53.6%
県 外	77	28	36	0	13	—	—
流入率	0.7%	2.7%	3.5%	2.4%	6.3%	—	—

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

※空白欄は10件未満のため非公表であり、また、合計数には含まれていません。

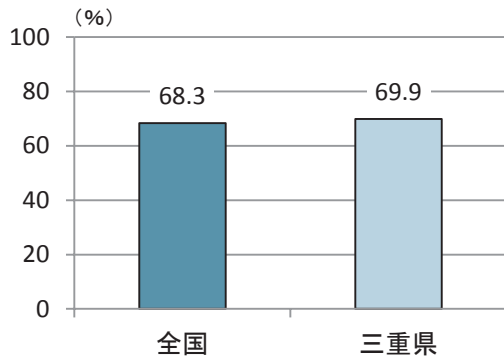
※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患の予防

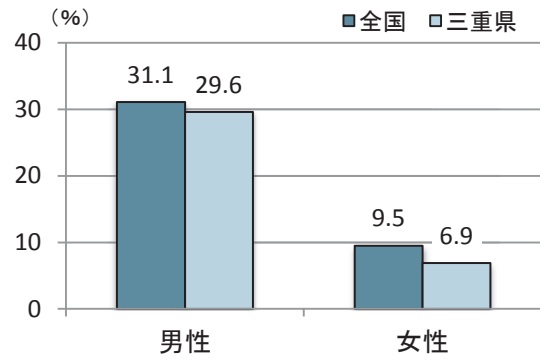
- 急性心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病に基づくものや喫煙、肥満、ストレス等があり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 本県の健康診断・健康診査の受診率は69.9%で、全国の68.3%と比較して高い傾向にあります。
- 本県における平成27(2015)年度の特健康診査の受診率は53.0%で、全国値50.1%を上回っています。また、特定保健指導の実施率は17.5%で、全国値17.5%と同率です⁴。
- 本県の喫煙率は、男性29.6%(全国31.1%)、女性6.9%(全国9.5%)であり、全国平均を下回っています。

⁴ 出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

図表 5-3-12 健康診断・健康診査の受診率



図表 5-3-13 全国と三重県の男女別喫煙率



資料：いずれも厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査」

- 禁煙外来を行っている病院数は、人口10万人あたり県全体で1.1施設あり、全国値1.9施設を下回っています。また、禁煙外来を行っている一般診療所数は、人口10万人あたり県全体で11.9施設あり、全国値10.0施設を上回っています。

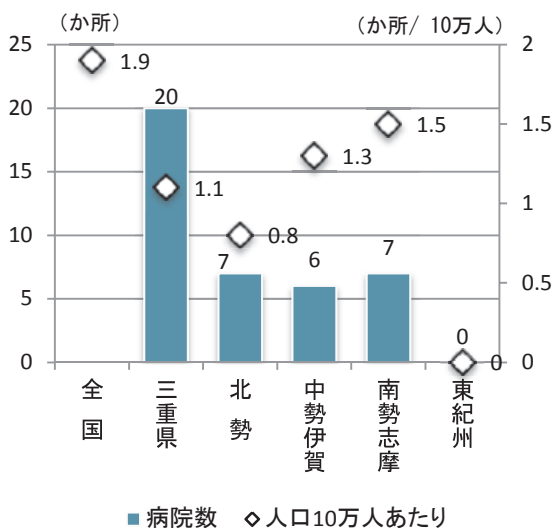
図表 5-3-14 禁煙外来を行っている診療所および病院数

(単位：か所)

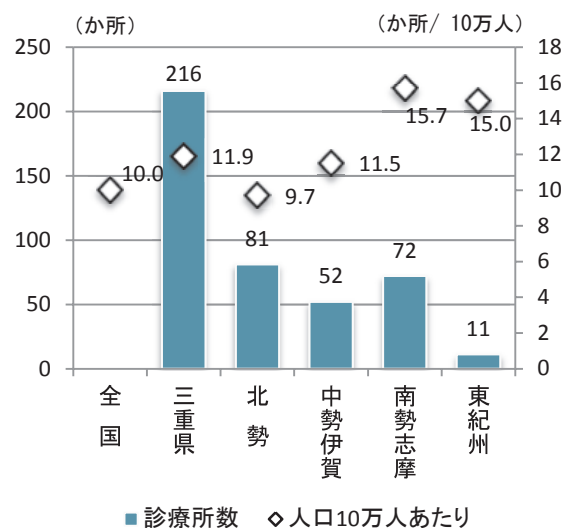
二次医療圏	病院数	人口10万人あたり病院数	一般診療所数	人口10万人あたり診療所数
全国	2,410	1.9	12,692	10.0
三重県	20	1.1	216	11.9
北勢医療圏	7	0.8	81	9.7
中勢伊賀医療圏	6	1.3	52	11.5
南勢志摩医療圏	7	1.5	72	15.7
東紀州医療圏	0	0	11	15.0

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査（個票解析）」、総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）

禁煙外来を行っている病院数
(人口10万人あたり)



禁煙外来を行っている一般診療所数
(人口10万人あたり)



- ニコチン依存管理料を算定する患者数は、人口 10 万人あたり県全体で 422.2 人であり、全国値 406.2 人を上回っています。

図表 5-3-15 ニコチン依存症管理料を算定する患者数

(単位：人)

二次医療圏	ニコチン依存管理料を算定する患者数 (レセプト件数)	ニコチン依存管理料を算定する患者数 (人口 10 万人あたり)
全 国	520,837	406.2
三重県	7,854	422.2
北勢医療圏	3,479	408.5
中勢伊賀医療圏	2,089	452.8
南勢志摩医療圏	2,022	429.6
東紀州医療圏	264	345.3

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

(4) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療

① 医療提供体制

- 本県では救命救急センターを備えた病院が北勢医療圏に 2 施設（四日市市）、中勢伊賀医療圏に 1 施設（津市）、南勢志摩医療圏に 1 施設（伊勢市）あります。

図表 5-3-16 救命救急センターを有する病院数

(単位：か所)

二次医療圏	実数	人口 100 万人あたり施設数
全国	270	2.1
三重県	4	2.2
北勢医療圏	2	2.3
中勢伊賀医療圏	1	2.2
南勢志摩医療圏	1	2.1
東紀州医療圏	0	0.0

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）

- 本県における循環器内科医師数は 317 人、心臓血管外科医師数は 46 人であり、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国値を下回っています。また、主たる診療科を循環器内科とする医師数は 138 人、心臓血管外科とする医師数は 36 人で、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国値を下回っています。
- 構想区域別にみると人口 10 万人あたりの医師数は、循環器内科医師については、桑員、津、および松阪区域で、主たる診療科を循環器内科とする医師については、津区域で全国値を上回っています。心臓血管外科医師および主たる診療科を心臓血管外科とする医師については、津および伊勢志摩区域で全国値を上回っておりますが、東紀州区域では医師数が 0 となっています。

図表 5-3-17 循環器内科・心臓血管外科医師数

(単位：人)

二次医療圏 ・構想区域	循環器内科				心臓血管外科			
	医師数		うち主たる診療科と回答した数		医師数		うち主たる診療科と回答した数	
	実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	実数	10万人あたり
全国	22,674	17.9	12,456	9.8	3,590	2.8	3,137	2.5
三重県	317	17.5	138	7.6	46	2.5	36	2.0
北勢医療圏	147	17.5	58	6.9	14	1.7	10	1.2
桑員区域	40	18.4	21	9.6	5	2.3	3	1.4
三泗区域	64	17.0	27	7.2	8	2.1	6	1.6
鈴亀区域	43	17.4	10	4.1	1	0.4	1	0.4
中勢伊賀医療圏	88	19.7	43	9.6	18	4.0	15	3.4
津区域	67	24.0	32	11.5	15	5.4	12	4.3
伊賀区域	21	12.5	11	6.5	3	1.8	3	1.8
南勢志摩医療圏	78	17.3	37	8.2	14	3.1	11	2.4
松阪区域	43	19.7	21	9.6	6	2.7	5	2.3
伊勢志摩区域	35	15.1	16	6.9	8	3.5	6	2.6
東紀州医療圏（区域）	4	5.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、総務省「人口推計」（平成28年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成28年10月1日現在）

- 急性心筋梗塞等の重篤な患者を集中治療する心臓内科系集中治療室（Cardiac Care Unit。以下「CCU*」という。）を設置する病院は県内に9施設あり、人口10万人あたりの施設数（0.5施設）は、全国値（0.3施設）を上回っています。
- CCU設置病院における専用病床は35床あり、人口10万人あたりの病床数（1.9床）は、全国値（1.4床）を上回っています。

図表 5-3-18 CCUを有する病院数と病床数

(単位：か所、床)

二次医療圏	施設数	人口10万人あたり施設数	病床数	人口10万人あたり病床数
全 国	323	0.3	1,759	1.4
三重県	9	0.5	35	1.9
北勢医療圏	2	0.2	11	1.3
中勢伊賀医療圏	1	0.2	3	0.6
南勢志摩医療圏	6	1.3	21	4.4
東紀州医療圏	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）

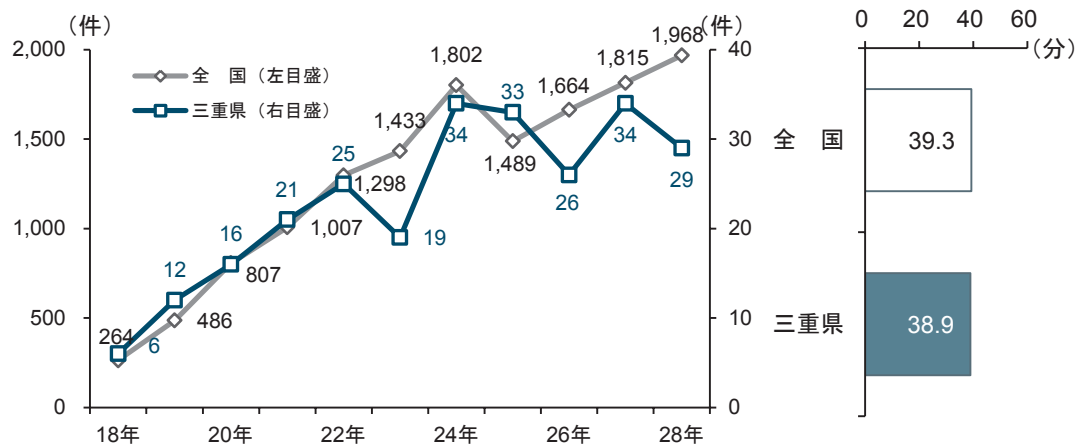
② 発症後の救護・搬送等

- 前胸骨部から左前胸部にかけて激しい胸痛が生じるなどの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人は速やかに救急要請を行うことが重要です。
- 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、周囲にいる人や救急救命士

等による心肺蘇生の実施やAED*（自動体外式除細動器）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必要です。

- AEDは、全国に約48万台普及しており、住民による心肺機能停止傷病者への応急手当実施率は約48%となっています⁵。
- 本県の子肺機能停止傷病者全搬送人員のうち県民により除細動が実施された件数は全国と同様に増加傾向にあります、近年は増減を繰り返しています。
- 平成28（2016）年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は38.9分で、全国値の39.3分とほぼ同水準です。

図表 5-3-19 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち住民により除細動が実施された件数(左図)
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(右図)



資料：消防庁「平成29年 救急・救助の現況」

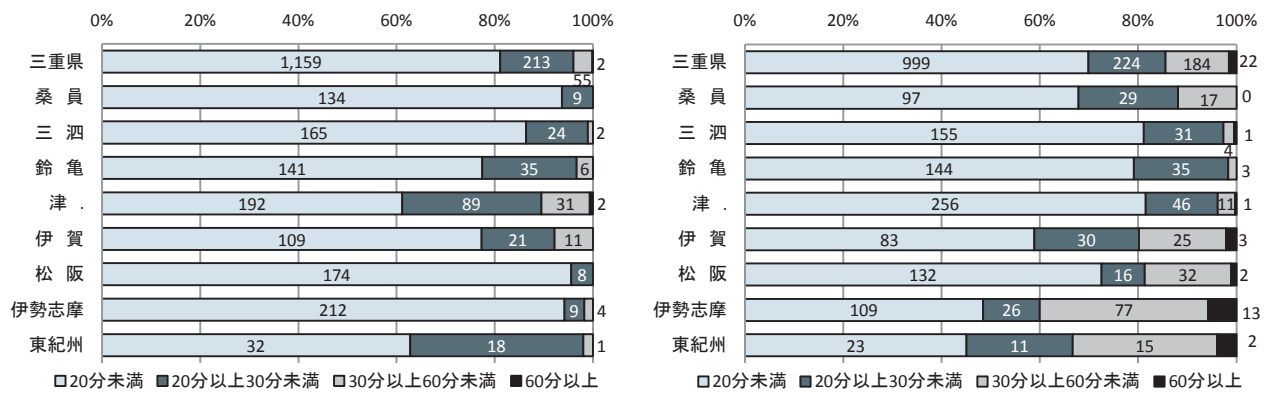
- 県内において、平成27（2015）年の救急蘇生法講習（普通・上級講習）の受講者数は、人口1万人あたり116人であり、全国値の112人を上回っています⁶。
- 構想区域別に心疾患患者の救急搬送状況をみると、現場到着から現場出発時間（現場滞在時間）が20分以上の件数割合は、津および東紀州区域において高くなっています。また、現場出発から病院引継ぎまでの時間については、伊賀、伊勢志摩および東紀州区域において30分以上の件数割合が高くなっています。

⁵ 出典：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）

⁶ 出典：三重県調査

図表 5-3-20 心疾患患者の救急搬送時間別件数割合（構想区域別）

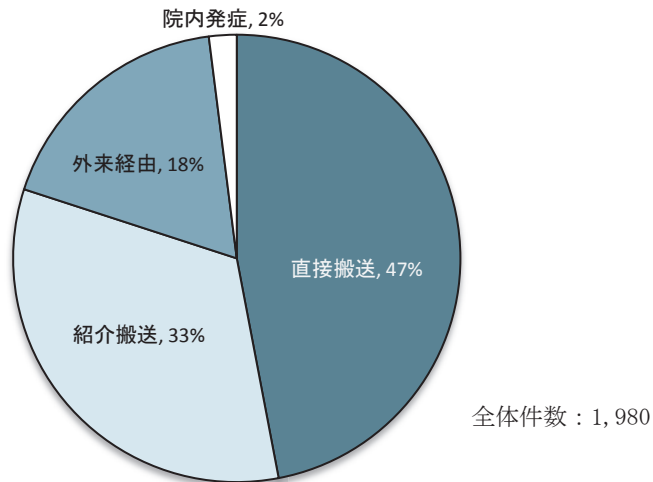
現場滞在時間（左図）、現場出発から病院引継ぎまでの時間（右図）



※消防本部単位で集計をしているため、松阪構想区域の搬送件数に南伊勢町（旧南島町）の数を含んでいます。
 資料：三重県調査（「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」（実施基準）が適用された傷病者の搬送に関するデータ）（平成 28 年 1～12 月）

- 急性心筋梗塞を発症してカテーテル治療を受けるまでの経路としては、①119 番コールをして直接救急車で病院へ搬送（直接搬送）、②近隣の医療機関・クリニックで受診し、そこからの紹介搬送（紹介搬送）、③カテーテル治療施設の外来を受診（外来経由）、④医療機関内での発症（院内発症）の 4 つがあります。
- 本県において、これら 4 つの経路で最も多いものは、直接搬送の 47%ですが、全体の半数を満たしておらず、次いで紹介搬送が 33%を占めています。

図表 5-3-21 急性心筋梗塞患者の搬送経路別割合



資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県 ACS レジストリーデータ」（平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月）

- 搬送経路の違いによる発症から病院到着までの時間については、直接搬送が平均値で 113 分と最も短く、紹介搬送は 346 分、外来経由は 391 分を要しており、直接搬送と紹介搬送および外来経由とでは、病院到着時点で既に 2 時間以上の差が出ています。

図表 5-3-22 急性心筋梗塞患者の経路別搬送時間

	直接搬送	紹介搬送	外来経由
平均値	113 分	346 分	391 分
中央値	81 分	224 分	201 分

(全体件数：1,980)

資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県ACSレジストリーデータ」
(平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月)

③ 診断

- 急性心筋梗塞については、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、X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）等を行って診断します。
- 特にST上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療とを一体的に行え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検査を行います。
- 大動脈解離については、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（X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。
- また、Stanford A型とStanford 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。
- 心不全については、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、X線検査や超音波検査等の画像検査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。
- 本県において、冠動脈造影検査、治療が実施可能な病院数は26施設で、人口10万人あたりの施設数（1.4施設）は、全国値（1.3施設）と同水準です。

図表 5-3-23 冠動脈造影検査、治療が実施可能な病院数

(単位：か所)

二次医療圏	実数	人口10万人あたり施設数
全国	1,702	1.3
三重県	26	1.4
北勢医療圏	13	1.5
中勢伊賀医療圏	6	1.3
南勢志摩医療圏	6	1.3
東紀州医療圏	1	1.3

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）

- NDBによると、本県で平成27（2015）年4月から平成28（2016）年3月の間に冠動脈CTを実施した医療機関は、入院で17施設、外来で23施設、冠動脈造影を実施した医療機関は、入院で26施設、外来で7施設あります。冠動脈CTについては、東紀州医療圏では実施されていません。

図表 5-3-24 冠動脈CT、冠動脈造影の実施医療機関

(単位：か所)

二次医療圏	冠動脈CT (算定医療機関数)		冠動脈造影 (算定医療機関数)	
	入院	外来	入院	外来
全国	979	1,096	1,555	239
三重県	17	23	26	7
北勢医療圏	8	13	11	*
中勢伊賀医療圏	5	5	7	*
南勢志摩医療圏	4	5	7	*
東紀州医療圏	0	0	*	*

*: NDB利用ルールにより3件未満のため非公表

資料：厚生労働省「NDB」(平成27年度)

- NDBによると、本県で平成27(2015)年4月から平成28(2016)年3月の間に入院で冠動脈造影を実施した件数は7,930です。地域別にみると、全ての構想区域で実施されており、10万人あたりの実施件数では、特に松阪区域での実施件数が多くなっています。

図表 5-3-25 冠動脈造影の実施件数(入院)

(単位：件)

構想区域	冠動脈造影に係る レセプト件数	冠動脈造影に係る レセプト件数 (人口10万人あたり)
三重県	7,930	426.3
桑員区域	916	414.0
三泗区域	1,578	416.0
鈴亀区域	718	286.0
津区域	1,378	484.2
伊賀区域	549	310.6
松阪区域	1,974	870.7
伊勢志摩区域	696	285.3
東紀州区域	121	158.3

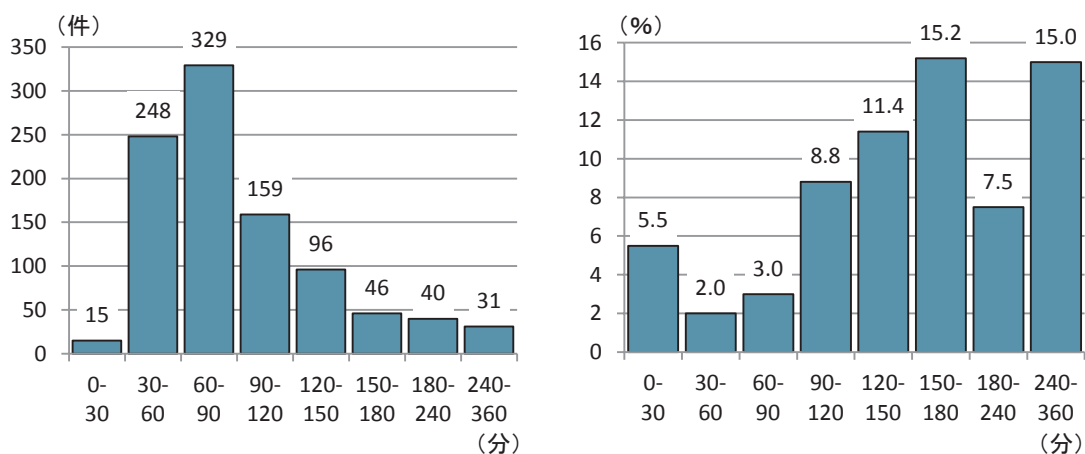
資料：厚生労働省「NDB」(平成27年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成27年1月1日現在)

④ 心筋梗塞等の心血管疾患の治療

- 急性心筋梗塞の治療においては、発症後速やかに専門的治療が実施できる体制整備が重要であり、急性心筋梗塞の患者が医療機関到着後30分以内に治療を開始できる体制が必要です。
- 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。
- 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およびそれに続く経皮的冠動脈インターベンション(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あり、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性は高くなります。また、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。

- 非 S T 上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物治療に加えて、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 P C I、C A B G を行います。
- 急性大動脈解離の治療では、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が、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。
- 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、多くが緊急の外科的治療の適応となります。
- 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よいため、その多くで内科的治療が選択されます。しかし、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。
- 慢性心不全患者については、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（C R T*）や植込み型除細動器（I C D）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、P C I や外科的治療が必要となることもあります。
- 病院到着から再灌流治療を受けるまでの時間は、急性心筋梗塞に対する救急対応能力を示す指標にもなり、90 分未満の達成が強く推奨されています。本県の病院到着から再灌流治療を受けるまでの時間と院内死亡率の関係をみてみると、再灌流までの時間が 90～120 分を境に死亡率が高くなっています。

図表 5-3-26 病院到着から再灌流までの時間と院内死亡率
緊急 P C I を受けた発症 24 時間以内の急性心筋梗塞 全体件数：998
【再灌流までの時間の分布】 【院内死亡率】



資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県 A C S レジストリーデータ」
(平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月)

- NDBによると、本県の平成 27 (2015) 年 4 月から平成 28 (2016) 年 3 月の間における急性心筋梗塞に対するカテーテルを用いた経皮的冠動脈インターベンションの実施件数は 3,823 件あり、人口 10 万人あたり 205.5 件と、全国値 171.3 件を上回っています。また、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の実施件数は 250 件あり、人口 10 万人あたり 13.4 件と、全国値 12.9 件をやや上回っています。
- 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は、各医療圏で実施されていますが、人口 10 万人あたりでは南勢志摩医療圏で多く実施されています。虚血性心疾患に対する人口 10 万人あたりの心臓血管外科手術は、南勢志摩医療圏で多く実施され、東紀州保健医療圏では実施されていません。

図表 5-3-27 手術等の件数

(単位：件)

二次医療圏	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		虚血性心疾患に対する 心臓血管外科手術	
	件数	人口 10 万人 あたり	件数	人口 10 万人 あたり
全国	219,623	171.3	16,507	12.9
三重県	3,823	205.5	250	13.4
北勢医療圏	1,294	151.9	99	11.6
中勢伊賀医療圏	1,178	255.3	66	14.3
南勢志摩医療圏	1,284	272.8	85	18.1
東紀州医療圏	67	87.6	0	0

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- NDBによると、本県の平成 27 (2015) 年 4 月から平成 28 (2016) 年 3 月の間における虚血性心疾患に係るカテーテル治療の実施件数は 3,969 件です。地域別にみると、全ての構想区域で実施されており、10 万人あたりの実施件数では、特に松阪区域での実施件数が多くなっています。

図表 5-3-28 虚血性心疾患に対するカテーテル治療件数

(単位：件)

構想区域	カテーテル治療に係る レセプト件数	人口 10 万人あたり
三重県	3,969	213.4
桑員区域	344	155.5
三泗区域	636	167.7
鈴亀区域	340	135.4
津区域	658	231.2
伊賀区域	525	297.0
松阪区域	997	439.7
伊勢志摩区域	402	164.8
東紀州区域	67	87.6

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- NDBによると、本県の平成 27 (2015) 年 4 月から平成 28 (2016) 年 3 月の間における虚血性心疾患に対する心臓血管手術の実施件数は 250 件です。地域別にみると、三泗区域で最も多く、桑員、鈴亀および東紀州区域では実施されていません。

図表 5-3-29 虚血性心疾患に対する心臓血管手術件数
(単位：件)

構想区域	心臓血管手術に係るレセプト件数	人口 10 万人あたり
三重県	250	13.4
桑員区域	0	0.0
三泗区域	99	26.1
鈴亀区域	0	0.0
津区域	55	19.3
伊賀区域	11	6.2
松阪区域	33	14.6
伊勢志摩区域	52	21.3
東紀州区域	0	0.0

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- 本県において、急性心筋梗塞等の患者に対してバルーン（風船）のついた大動脈内カテーテルを用いて心臓の動きを助ける大動脈バルーンパンピング法（IABP*）の実施が可能な医療機関は 25 施設あり、人口 10 万人あたりの施設数は 1.4 施設で、全国値（1.3 施設）と同水準となっています。地域別にみると、全ての構想区域で実施が可能であり、人口 10 万人あたりの施設数では、桑員区域の施設数が多くなっています。

図表 5-3-30 大動脈バルーンパンピング法が実施可能な医療機関数
(単位：か所)

構想区域	医療機関数	人口 10 万人あたり
全国	1,626	1.3
三重県	25	1.4
桑員区域	5	2.3
三泗区域	4	1.1
鈴亀区域	2	0.8
津区域	4	1.0
伊賀区域	3	1.0
松阪区域	4	1.0
伊勢志摩区域	2	0.8
東紀州区域	1	1.3

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」(平成 28 年 3 月 31 日現在)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 28 年 1 月 1 日現在)

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、早期の在宅復帰およ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、

患者教育等を実施します。

- 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的とし、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て実施することが重要となります。
- 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は、自覚症状や運動耐容能の改善および心不全増悪や再入院の防止を目的とし、患者の状態に応じて実施します。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。
- 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。
- 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。
- 本県において、心血管疾患のリハビリテーションが可能な医療機関は14施設であり、人口10万人あたりでは0.8施設で、全国値と同水準です。地域ごとにみると、人口10万人あたりで、津および松阪区域の施設数が全国値を大きく上回っています。

図表 5-3-31 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

(単位：か所)

構想区域	心大血管疾患 リハビリテーション料Ⅰ		心大血管疾患 リハビリテーション料Ⅱ		合計	
	施設数	人口10万人 あたり	施設数	人口10万人 あたり	施設数	人口10万人 あたり
全国	989	0.8	156	0.1	1,145	0.9
三重県	14	0.8	0	0.0	14	0.8
桑員区域	1	0.5	0	0.0	1	0.5
三泗区域	3	0.8	0	0.0	3	0.8
鈴亀区域	1	0.4	0	0.0	1	0.4
津区域	4	1.4	0	0.0	4	1.4
伊賀区域	1	0.6	0	0.0	1	0.6
松阪区域	3	1.3	0	0.0	3	1.3
伊勢志摩区域	1	0.4	0	0.0	1	0.4
東紀州区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成28年3月31日現在）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- NDBによると、本県で平成27（2015）年4月から平成28（2016）年3月の間に心大血管疾患に対するリハビリテーションを実施した件数は入院3,188件、外来3,039件であり、10万人あたりの実施件数は入院171.4件、外来163.4件で、入院では全国を下回っていますが、外来は全国平均を上回っています。地域別にみると、10万人あたりの実施件数は、入院では津および松阪区域で、外来では津および伊賀区域での実施件数が多くなっています。

図表 5-3-32 心大血管疾患に対するリハビリテーションの実施件数

(単位：件)

構想区域	リハビリテーションに係るレセプト件数		人口 10 万人あたり	
	入院	外来	入院	外来
全国	373,095	175,691	291.0	137.0
三重県	3,188	3,039	171.4	163.4
桑員区域	176	273	79.6	123.4
三泗区域	328	87	86.5	22.9
鈴亀区域	289	213	115.1	84.8
津区域	809	1,164	284.2	409.0
伊賀区域	249	1,046	140.9	591.8
松阪区域	719	255	317.1	112.5
伊勢志摩区域	618	*	253.3	*
東紀州区域	*	*	*	*

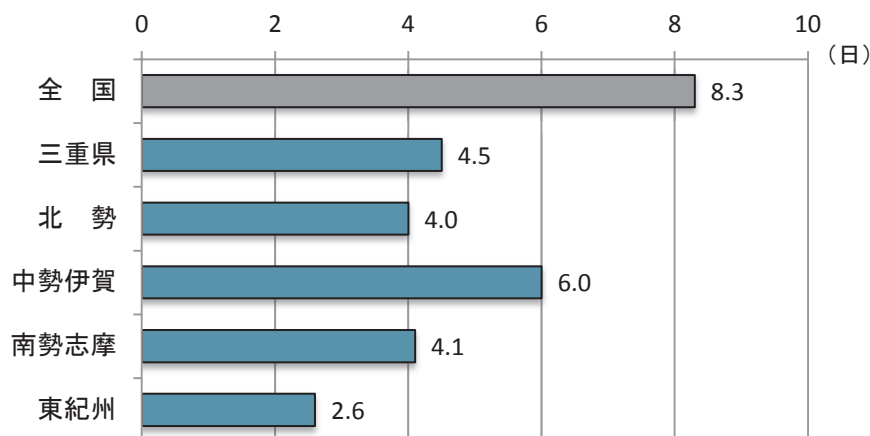
*: NDB利用ルールにより 10 件未満のため非公表

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

⑥ 急性期以後の医療

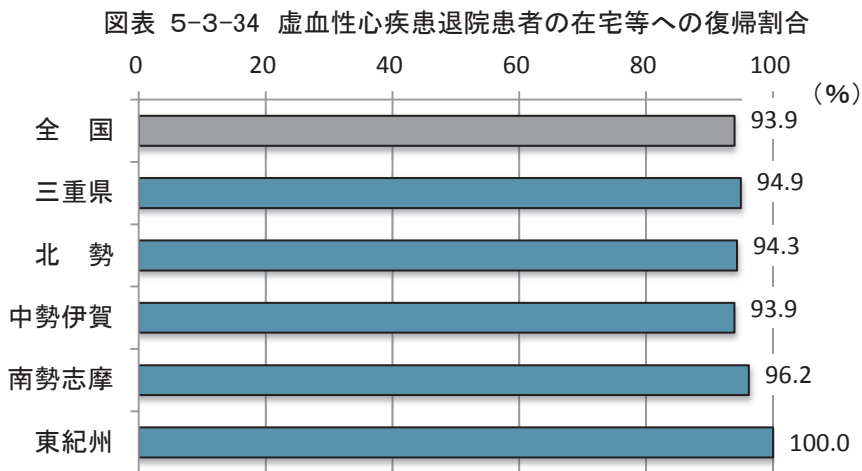
- 急性心筋梗塞の急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防および再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙等）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心臓疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われます。
- 発症から 2 週間以上経過した、慢性期 *の大動脈解離については、Stanford A 型、B 型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とする内科的治療が行われます。しかし、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもあります。
- 本県における虚血性心疾患患者の平均在院日数は 4.5 日と、全国値 8.3 日と比べて短くなっています。二次医療圏ごとにみると、中勢伊賀医療圏で長く、東紀州保健医療圏で短くなっていますが、いずれの医療圏も全国値より短くなっています。

図表 5-3-33 虚血性心疾患患者の平均在院日数(二次医療圏別)



資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

○ 本県において、虚血性心疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は94.9%で、全国値の93.9%を上回っています。二次医療圏ごとの値についても、全国値と同等以上となっています。



資料：厚生労働省「平成26年患者調査（個票解析）」

(5) 各地域の医療資源等の現状

図表 5-3-35 各地域の医療資源等の現状

二次医療圏	構想区域	現状
北勢	桑員	<ul style="list-style-type: none"> 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、他の区域および県外に一部の患者が流出しています*。 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の区域等との連携が必要です。 心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、1施設のみであり、人口あたりの実施件数は県平均を下回っています。 人口あたりの循環器内科医師数は県平均を上回っていますが、心臓血管外科医師数は県平均を下回っています。
	三四	<ul style="list-style-type: none"> 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、他の区域からの流入があります*。 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 人口あたりの心血管疾患リハビリテーション実施医療機関数については、県平均と同等です。 人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を下回っています。

	鈴亀	<ul style="list-style-type: none"> 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、他の区域との間で患者の流出入があります*。 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の区域等との連携が必要です。 心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、1施設のみであり、人口あたりの実施件数は県平均を下回っています。 人口あたりの循環器内科医師数は県平均と同等ですが、心臓血管外科医師数は県平均を下回っています。
中勢 伊賀	津	<ul style="list-style-type: none"> 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を上回っていますが、他の区域との間で患者の流出入があります*。 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 人口あたりの心血管疾患リハビリテーション実施医療機関数については、県平均を上回っています。 人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数については、県平均を大きく上回っています。 救急搬送については、県平均と比較して現場滞在時間が長くなっていますが、救急車に心電図伝送システムを配備し、改善に取り組んでいます。
	伊賀	<ul style="list-style-type: none"> 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、県外に一部の患者が流出しています*。 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されていますが、人口あたりの実施件数は県平均を大きく下回っています。 心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、1施設のみであり、人口あたりの実施件数は、入院では県平均を下回っていますが、外来では県平均を上回っています。 人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を下回っています。
南勢 志摩	松阪	<ul style="list-style-type: none"> 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。また、他の区域からの流入があります*。 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均をやや上回っています。 人口あたりの心血管疾患リハビリテーション実施医療機関数については、県平均を上回っています。 人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を上回っています。

	伊勢 志摩	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、他の区域に一部の患者が流出しています*。 ・ 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 ・ 心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、1施設のみであり、人口あたりの実施件数は、入院では県平均を上回っていますが、外来では県平均を下回っています。 ・ 人口あたりの循環器内科医師数は県平均を下回っていますが、心臓血管外科医師数は県平均を上回っています。 ・ 救急搬送については、県平均と比較して現場出発から病院引継ぎまでの時間が長くなっています。
東紀 州	東紀 州	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、人口あたりの実施件数は県平均を大きく下回っています。また、他の区域や県外に一定の患者が流出しており*、松阪および伊勢志摩区域との連携が必要です。 ・ 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の圏域等との連携が必要です。 ・ 区域内に心血管疾患リハビリテーション実施医療機関はありません。 ・ 人口あたりの循環器内科医師数は県平均を大きく下回っており、心臓血管外科医師数は0人となっています。 ・ 救急搬送については、現場滞在時間、現場出発から病院引継ぎまでの時間ともに県平均と比較して時間を要しています。

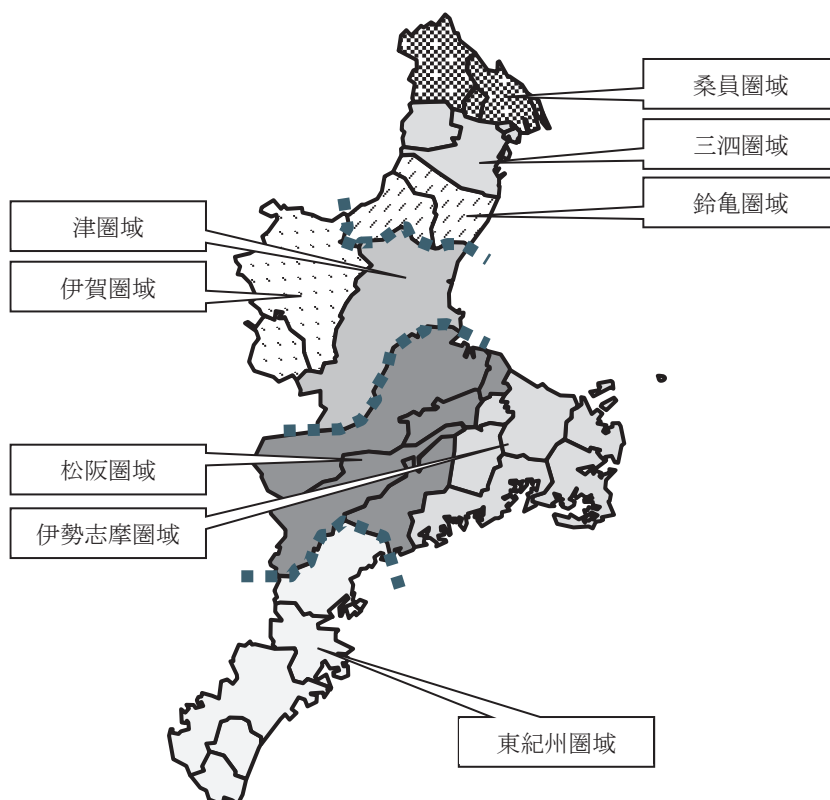
※NDB（平成27年度）データの分析による

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- 心筋梗塞等の心血管疾患対策については、急性心筋梗塞による突然死を防ぐために、早急に適切な治療を開始する体制の構築を進めるとともに、急性期の治療に引き続く、回復期および慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築することが必要となります。
- 本県では、平成 29（2017）年 3 月に団塊の世代が 75 歳以上を迎える平成 37（2025）年を視野に、「三重県地域医療構想」を策定し、病床機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など、地域のあるべき医療提供体制について議論を進める区域として、8つの地域医療構想区域（桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州）を設定しました。
- 心筋梗塞等の心血管疾患対策においては、予防、急性期、回復期および慢性期の各段階における地域の実情に応じた切れ目のない連携体制が必要であることから、圏域については、構想区域を基本とします。しかしながら、急性大動脈解離の治療や心臓血管外科手術などの高度な医療等については、各圏域において提供が困難であることから、圏域を越えた、より広域的な範囲（二次医療圏等）での連携により対応することとします。

【心筋梗塞等の心血管対策における圏域】



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 心筋梗塞等の心血管疾患対策における各医療機能を担う医療機関

図表 5-3-36 心筋梗塞等の心血管疾患対策における各医療機能を担う医療機関数

圏域	医療機能	受入れ可能範囲			CCUまたは準じる専門病棟等を設定している施設	冠動脈造影検査・治療を実施している施設	大動脈バルーンパンピング法を実施している施設	心臓血管外科手術の実施可能施設			心大血管疾患リハビリテーション届出施設	心臓リハビリテーション指導士を配置している施設	地域連携クリティカルパスを導入している施設
		急性心筋梗塞等の虚血性心疾患	大動脈解離	慢性心不全				急性心筋梗塞等の虚血性心疾患	大動脈解離	その他			
北勢	桑員	5	2	8	1	5	4	2	1	2	1	0	1
	三泗	4	2	8	3	4	4	3	2	3	4	2	4
	鈴亀	2	0	6	2	2	2	0	0	0	1	1	0
中勢 伊賀	津	4	3	8	3	4	4	3	2	3	4	2	1
	伊賀	2	2	4	2	2	2	1	1	1	1	1	0
南勢志摩	松阪	4	3	7	4	4	4	2	2	2	4	2	1
	伊勢志摩	1	2	7	3	2	2	1	1	1	1	1	0
東紀州		1	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0
総計		23	15	51	18	24	23	12	9	12	16	9	7

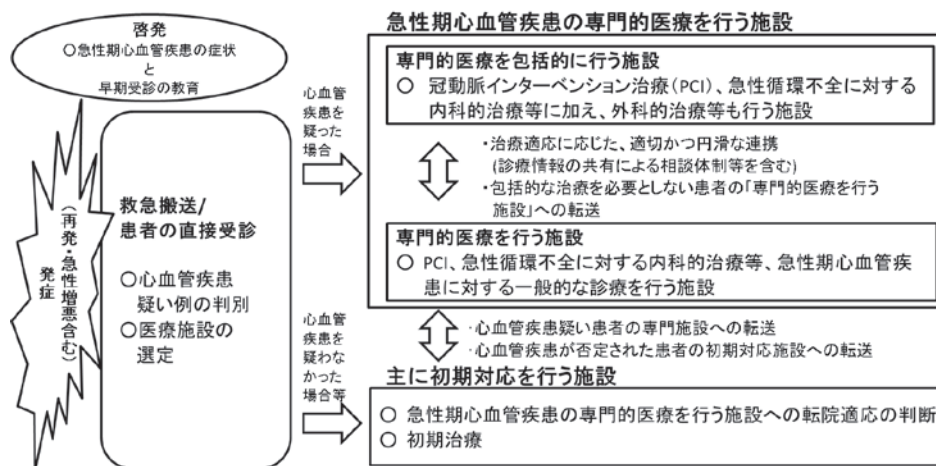
② 連携体制等の現状

- 三重大学医学部附属病院に設置されたCCUネットワーク支援センターやNPO法人みえ循環器・腎疾患ネットワークにおいて、全県的な急性心筋梗塞の情報収集に取り組むとともに、発症から治療までの時間を短縮するために、消防機関との協力体制の整備、病診連携*の推進、救急輪番病院*の受入体制の充実等に取り組んでいます。
- 急性心筋梗塞については、各圏域において経皮的冠動脈インターベンションを実施する医療機関を中心に連携体制の整備を進めていますが、東紀州圏域については医療資源が少ないため、松阪および伊勢志摩圏域との連携が必要です。
- 心臓血管外科手術については、実施可能な医療機関がない圏域もあるため、圏域を越えた広域的な連携が必要です。

(3) 連携のあり方

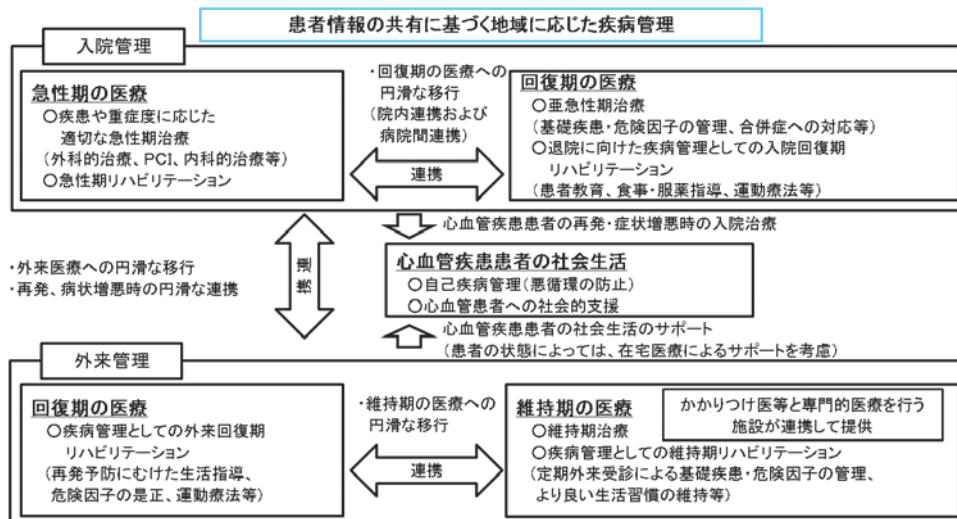
- 医療機能を明確にした上で、地域の医療機関が連携し、24 時間対応で疾患に応じた専門的な診療を提供できる体制を確保する必要があります。
- 対応疾患に応じた急性期診療を地域で 24 時間提供できる体制の構築にあたっては、急性期の専門的医療機能を、地域のネットワークを構築している医療機関において、分担する必要があります。
- それぞれの施設が提供する医療機能は、地域の状況等に応じて、柔軟に設定される必要があります。
- 急性期の時間的制約の観点、回復期から維持期の再発予防・再入院予防の観点等をふまえ、入院管理および外来管理の両面から、心血管疾患の診療提供体制を構築する必要があります。

図表 5-3-37 急性期心血管疾患の発症～急性期の診療提供体制のイメージ



出典：厚生労働省提供資料

図表 5-3-38 心筋梗塞等の心血管疾患対策の医療連携体制のイメージ



出典：厚生労働省提供資料

3. 課題

(1) 予防体制

- 急性心筋梗塞等の心血管疾患を予防するためには、食生活、運動等の生活習慣を改善することにより高血圧、脂質異常症(高脂血症)、糖尿病などの発症を予防することが重要です。本県における高血圧、脂質異常症および糖尿病の年齢調整受療率は全国と比較して高い傾向にあるため、県民への普及啓発などにより生活習慣病の予防に取り組む必要があります。
- 特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、適切な治療の継続や生活習慣病対策の推進により、重症化を防ぐことが必要です。
- 喫煙率は全国と比較して低い傾向にありますが、さらなる取組を推進する必要があります。

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

- 心肺停止が疑われる人に対して、家族等の周囲にいる人によるAEDの使用を含めた心肺蘇生法*等の処置の実施が必要です。心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち県民により除細動が実施された件数は全国と同様に増加傾向にありますが、近年は増減を繰り返しているため、救急蘇生法講習を積極的に実施するとともに、AEDの普及啓発を行う必要があります。
- 救急搬送については、全国平均とほぼ同水準の時間で搬送されていますが、心疾患患者の救急搬送時の現場滞在時間が長い地域もあり、速やかに受入れ病院を選定することができる体制の整備が必要です。
- 消防本部管内に心疾患の専門的な診療が可能な医療機関がない場合は、管外医療機関への搬送が必要であり、救急搬送に一定の時間を要している地域もあるため、搬送時の適切な処置やより迅速な搬送が必要です。
- 高齢者については、急性心筋梗塞等の発症時の症状が不明瞭な場合もあるため、適切な対応がとれるよう、住民等に対し普及啓発が必要です。
- 急性心筋梗塞患者の治療を早期に開始するため、心疾患の専門的な診療が可能な医療機関へ、救急車により直接搬送することができる体制の整備について、検討が必要です。

② 急性期の治療

- 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については、医療圏(圏域)によって治療実施状況に偏りがあるため、各医療圏(圏域)において専門的な治療を受けることができる体制の整備に取り組むことが必要です。
- 心臓血管外科手術については、実施されていない圏域があるため、圏域を越えた広域的な連携が必要です。

③ 心血管疾患リハビリテーション

- 人口10万あたりの心大血管疾患リハビリテーション料の届出施設については、全国値を下回っており、また、圏域間での偏在もみられるため、各圏域において実施体制の整備が必

要です。

- 心血管疾患リハビリテーションを充実させるため、医師、看護師、理学療法士等の資質の向上が必要です。

④ 急性期以降の医療

- 再発や増悪を予防するために、かかりつけ医による基礎疾患や危険因子の管理が必要です。
- 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かかりつけ医の連携が必要です。
- 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・薬局が連携して実施することが必要です。
- 急性心筋梗塞の発症時における細菌性心内膜炎等の術後合併症の予防や、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的な口腔ケアや歯周疾患治療に取り組むことが必要です。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- 県民が急性心筋梗塞等の心血管疾患の予防に関する正しい知識を持つとともに、バランスのとれた食生活や適度な運動の実施、定期的な健康診断の受診により生活習慣病の予防に取り組んでいます。
- 急性心筋梗塞等を発症した患者に対して、周囲の人による迅速な救急要請と心肺蘇生法の実施やAEDの使用が行われるとともに、搬送後は医療機関において専門的な治療が速やかに行われています。
- 急性期を脱した後は、早期から心血管疾患リハビリテーションを受け、退院後は、かかりつけ医などによる再発予防治療や在宅療養支援が継続して行われています。

(2) 取組方向

取組方向1：発症予防対策の充実

取組方向2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

取組方向3：医療機関の機能分担と連携体制の推進

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値	
急性心筋梗塞による年齢調整死亡率 【三重県の人口動態】	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を平成28(2016)年の全国値まで低減することを目標とします。	目 標	
		男性 15.5以下	女性 5.7以下
		現 状(H28)	
		男性 20.6	女性 7.6
特定健康診査受診率・ 特定保健指導実施率 【特定健康診査・特定保健指導に関するデータ】	特定健康診査受診率および特定保健指導実施率を国の「健康日本21(第2次)」に準じて向上させることを目標とします。	目 標	
		特定健康診査受診率 70%以上	特定保健指導実施率 45%以上
		現 状(H27)	
		特定健康診査受診率 53.0%	特定保健指導実施率 17.5%
受入困難事例の割合 【三重県調査】	重症以上の事案において、救急車の現場滞在時間が30分以上および4回以上医療機関に要請を行った割合の低減を目標とします。	目 標	
		30分以上 3.3%	4回以上 2.0%
		現 状(H28)	
		30分以上 3.8%	4回以上 2.3%

心血管疾患リハビリテーションの実施病院における心臓リハビリテーション指導士の配置率 【三重県調査】	全ての心血管疾患リハビリテーション実施病院において、心臓リハビリテーション指導士が配置されることを目標とします。	目 標
		100%
		現 状 (H29)
		56.3%

(4) 取組内容

取組方向1：発症予防対策の充実

- 「三重の健康づくり基本計画」の普及啓発等により、心筋梗塞等の心血管疾患について、県民への正しい知識の浸透を図ります。(事業者、保険者、関係機関、市町、県)
- 心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子である、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病を予防するため、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着および喫煙対策に取り組みます。(県民、事業者、保険者、関係機関、市町、県)
- 健康診断の受診率の向上を図り、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)等の早期発見や適切な保健指導に取り組みます。また、基礎疾患を持つ患者に対しては、適切な治療の継続などにより、重症化の予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 心筋梗塞等の心血管疾患の初発症状について、理解し、適切に対応できるよう、県民に対し普及啓発を行います。(医療機関、医師会、市町、県)
- 心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病等の管理を進めるため、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発を図ります。(医療機関、医師会、薬剤師会、市町、県)

取組方向2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

- 心肺停止が疑われる人に対して、家族等の周囲にいる人が迅速な心肺蘇生法の実施やAEDの使用ができるよう、救急蘇生法講習を積極的に実施するとともに、AEDの普及啓発を行います。(県民、消防機関、市町、県)
- 救急車の不要不急な利用により、真に緊急性のある傷病者への対応に支障が生じないように、救急車の適正利用について啓発を行います。(消防機関、医療関係団体、市町、県)
- 心筋梗塞等の発症後、速やかに適切な受入れ専門医療機関を決定し、医療機関における受入れ準備を速やかに整えることで、早期の治療が可能となるよう、患者情報の伝達の仕組みを含めた、二次、三次救急医療体制の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、心筋梗塞等の心血管疾患に対する救急搬送事例の事後検証を行います。(医療機関、消防機関、市町、県)

取組方向3：医療機関の機能分担と連携体制の推進

- 三重大学CCUネットワーク支援センターやNPO法人みえ循環器・腎疾患ネットワークと連携を図りながら、全県的な急性心筋梗塞の情報収集に取り組むとともに、各地域の状況に応じた医療連携の推進に取り組みます。(医療機関、三重大学、消防機関、医師会、県)

- 急性大動脈解離や心臓血管外科手術については、圏域を越えた広域連携が必要であるため、急性期の専門的医療機関の機能を明確化し、地域における連携を密にします。(医療機関、医師会、関係機関、県)
- 心血管疾患リハビリテーションについて、県内の各圏域において実施することができるよう、実施体制の整備を進めるとともに、リハビリテーションを充実させるため、医師、看護師、理学療法士等の資質の向上に取り組みます。(医療機関、三重大学、医師会、看護協会、理学療法士会、県)
- 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かかりつけ医の連携が取れるよう、病診連携を推進します。また、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げるため、口腔ケアについて医科歯科連携も進めます(医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関、県)
- 再発や増悪を予防するために、かかりつけ医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、基礎疾患の管理や薬剤管理などに取り組みます。(医療機関、医師会、薬剤師会、看護協会、県)