

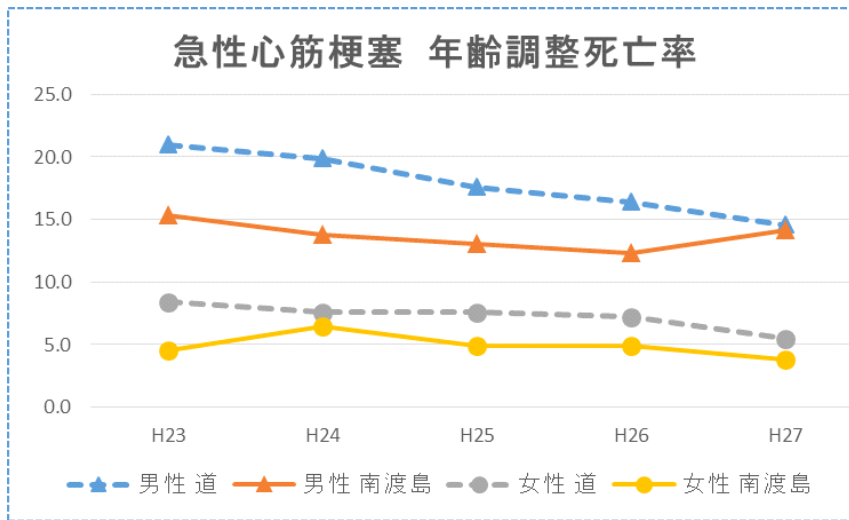
3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

(1) 現状

ア 死亡の状況

- 南渡島圏域では、平成27年に636人が心疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の12.0%（全道15.1%）を占め、死因の第2位となっています。
- その内訳は、多い順から、心不全40.5%（全道44.2%）、その他の急性心筋梗塞14.8%（全道16.7%）です。
- 平成27年年齢調整死亡率（人口10万対）は、心疾患では男性56.9（全道64.6）、女性26.1（全道34.7）となっており、急性心筋梗塞では、男性14.1（全道14.6）、女性3.8（全道5.5）であり、全道よりも低い傾向にあります。*1

【急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）】



		H23	H24	H25	H26	H27
男性	道	21.0	19.9	17.6	16.4	14.6
	南渡島	15.3	13.8	13.0	12.3	14.1
女性	道	8.4	7.6	7.6	7.2	5.5
	南渡島	4.5	6.5	4.9	4.9	3.8

イ 健康診断の受診状況

- 急性心筋梗塞の発症を予防するためには、定期的な健診の受診により高血圧、脂質異常症、糖尿病等の危険因子を早期に発見し、治療することが重要ですが、平成29年度の南渡島圏域の特定健康診査の実施率（国保分）は28.5%であり、全道の28.1%とほぼ同じ傾向にあります。また、平成29年度28年度の特定保健指導の実施率（国保分）は18.3%（全道33.5%）で、全道値を下回っています。
- また、平成29年度の特定健康診査（国保分）における内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者*2の割合は17.8%（全道17.1%）、内臓脂肪症候群予備群*3の割合は10.1%（全道10.5%）であり、全道とほぼ同じ傾向となっています。
BMI値における健診有所見者状況（国保分）では、男性が36.4%（全道36.5%）、女性が23.1%（全道23.7%）であり、全道とほぼ同じ状況です。*4
- 平成29年度の特定健康診査（国保分）受診者の内、収縮期血圧有所見者の割合は、男性55.2%（全道51.1%）、女性47.0%（全道43.5%）*4であり、全道よりやや高い割合となっています。
- 拡張期血圧有所見者の割合は、男性24.9%（全道24.9%）、女性15.3%（全道15.2%）*4であり、全道とほぼ同じ状況です。
- 南渡島圏域における血圧値から見た有所見者状況の内訳（国保分：男女計）は、高血圧区分Ⅰ度で21.3%（全道20.5%）、Ⅱ度で4.9%（全道4.8%）、Ⅲ度で1.0%（全道1.0%）

- * 4 であり、いずれも全道よりやや高い割合となっています。
- 喫煙率は全道値で男性**31.7%**、女性**14.9%*** 5であり、男女ともに減少傾向ではあるものの、割合としては高い傾向にあります。

* 1 道南地域保健統計年報

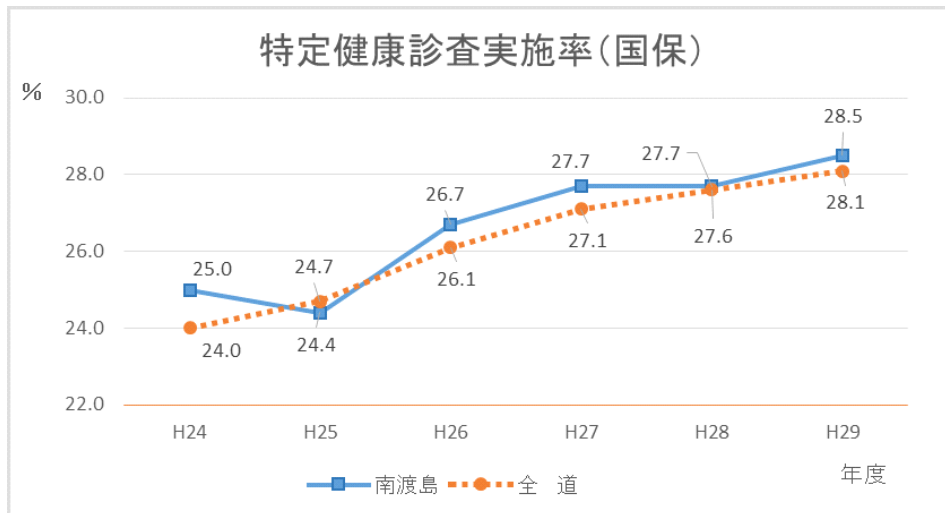
* 2 内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により測定）に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、2つ以上に該当する者。

* 3 内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により測定）に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、1つに該当する者。

* 4 市町村国保における特定健診等結果状況（平成29年度）

* 5 国民生活基礎調査（令和元年）

【特定健康診査受診率の推移】



ウ 医療機関への受診状況

- 第二次医療圏内の受診状況について（国保・後期高齢者医療被保険者分）* 1
南渡島圏域の心疾患の患者が居住している第二次医療圏内で受診している割合は入院98.43%、外来99.67%です。
また、心疾患に関して、他圏域から南渡島圏域の医療機関への流入の割合は、入院で6.27%、外来では2.33%です。
- 心疾患患者の平均在院日数は22.2日（全道23.8日）で、道値との比較では、1.6日短くなっています。
- 急性心筋梗塞の急性期医療実態調査* 2
急性心筋梗塞の発症から専門医療機関到着までの所要時間には「救急要請の有無」が関係しており、南渡島圏域における「発症から専門医療機関到着」までの所要時間の中央値は、「救急要請が有る場合」で88.0分（全道値92.0分）、「救急要請が無い場合」で265.0分（全道値329.0分）となっており、救急要請が無い場合は救急要請が有る場合に比べて、およそ3倍の差があります。

エ 救命処置の状況

- 道内で、一般市民により心肺停止が目撃された心原性の心肺停止症例959件のうち、「一般市民による除細動」の実施は78件（8.1%）で、平成23年の40件（4.8%）より3.3ポイント増加しており、全国（7.4%）よりもやや高くなっています。* 3

オ 医療機関の状況

急性期医療を担う病院について* 4

- ①放射線等機器検査、②臨床検査、③経皮的冠動脈形成術の全てが、24時間対応可能である急性期医療を担う公表医療機関は、5か所（輪番制を含む）となっています。

カ 回復・維持期の医療について*5

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の保険診療に係る届出医療機関は、南渡島圏域で7か所（全道59か所）となっています。

キ 地域連携クリティカルパスの状況

南渡島圏域では、患者や家族、かかりつけ医も含めた循環型の地域連携として、北海道医療連携ネットワーク協議会が発行している脳卒中・急性心筋梗塞あんしん連携ノートが活用されています。

* 1 国民健康保険、後期高齢者医療保険 受診状況データ（平成28年4月～平成29年3月診療分）を基に渡島保健所で算出

* 2 北海道保健福祉部健康安全局調査（平成26年、平成27年）を基に渡島保健所で算出

* 3 総務省消防庁「救急・救助の現況」（平成28年）

* 4 北海道保健福祉部健康安全局調査（平成30年）

* 5 厚生労働省 平成28年度版 医療計画作成支援データブック

（2） 課題

（疾病の発症予防）

- 特定健康診査の意義を広く周知するとともに、心血管疾患の危険因子である高血圧や脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、喫煙習慣がある者への支援を早期に開始し、心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防に努めることが必要です。
- 施設内禁煙等の環境づくりを推進するなど、受動喫煙防止対策の強化が必要です。

（医療連携体制の充実）

- 急性期における専門的治療を速やかに受けることができるよう、消防機関と医療機関、及び医療機関相互の連携体制の充実・強化が必要です。
- 急性期から維持期までの病期に応じて、一貫したリハビリテーションが受けられるよう関係機関の連携体制の充実が必要です。

（再発予防）

- 再発及び合併症を予防するための治療や基礎疾患の管理、再発時の対応方法について、地域の医療機関と専門的医療機関との連携体制の充実が必要です。

（3） 必要な医療機能

（発症予防）

- かかりつけ医
 - ・ 高血圧、脂質異常症、糖尿病等の基礎疾患に対する治療や喫煙、ストレス等の生活習慣の改善を促し、心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防します。
 - ・ 急性心筋梗塞を疑う症状出現時の対応について、本人及び家族等周囲にいる者に対する教育・啓発を行います。

（応急手当・病院前救護）

- 本人及び家族等周囲にいる者
 - ・ 発症後、速やかに救急要請を行います。
 - ・ 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の適切な処置を行います。
- 消防機関と急性期医療を担う医療機関の連携
 - ・ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送します。
 - ・ メディカルコントロールに基づく適切な観察・判断・処置を行います。

（急性期医療）

- 救命救急センター及び急性期医療を担う医療機関
 - ・ 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します。
 - ・ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる者の初期治療に必要な検査及び処置、専門的な診療

について、24時間対応可能な体制を維持します。

- ・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理やポンプ失調などの合併症治療を行います。
- ・冠動脈バイパス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の構築を図ります。
- ・慢性心不全の急性増悪時に、状態の安定化に必要な内科的治療を行います。
- ・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を予防し、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。
- ・回復期の医療機関やかかりつけ医と診療情報や治療計画を共有するなどして連携を図ります。また、再発予防のため、定期的に専門検査を実施します。

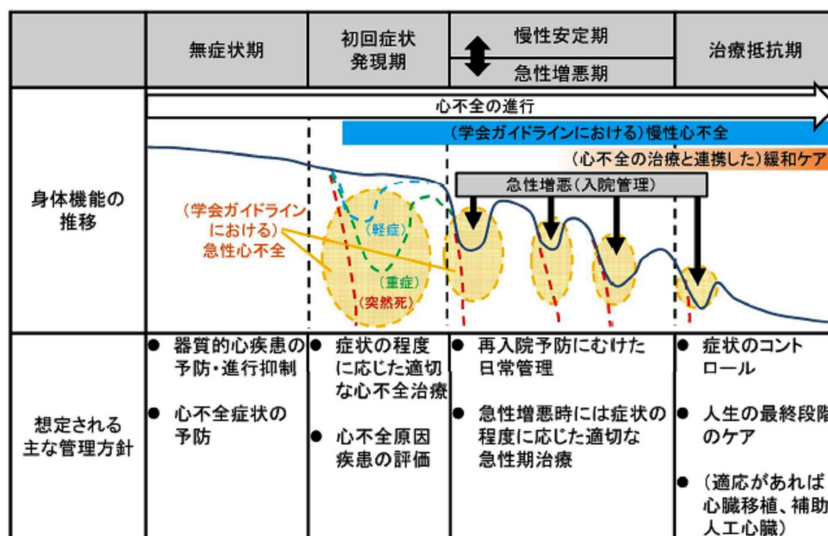
(回復期医療)

- 内科、循環器科または心臓血管外科を有する病院・診療所
 - ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等への対応などを行います。
 - ・入院又は通院により、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します。
 - ・再発予防に必要な知識や再発時の対応法について、患者及び家族への教育を実施します。
 - ・救急処置が可能な医療機関と連携し、合併症併発時や再発時などの緊急時に対応できる医療体制を維持します。
 - ・急性期及び在宅医療を担う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携を図ります。

(維持期医療)

- かかりつけ医
 - ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等への対応を行います。
 - ・救急処置が可能な医療機関と連携し、合併症併発時や再発時などの緊急時に対応できる医療体制とします。
 - ・急性期の医療機関・介護保険関連施設等と診療情報や治療計画等を共有し、再発予防のための定期的な専門的検査や合併症併発時・再発時の対応を含めた連携を図ります。
 - ・在宅での運動療法や再発予防のための疾病管理について、医療機関や訪問看護ステーション、かかりつけ薬局、歯科診療所等が連携して支援します。

図 17. 心不全の臨床経過のイメージ



* 厚生労働省「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」(平成29年7月)

(4) 数値目標等

指標名(単位)	現状値		目標値	目標値の考え方	現状値の出典	
	計画策定時	中間見直し時				
特定健診の受診率(国保)(%)	27.1	28.5	60.0	現状値より増加	○特定健診保健指導法定報告(平成28年、30年度)	
特定保健指導の実施率(国保)(%)	22.1	18.3	60.0	現状値より増加		
喫煙率(全道値)(%)	24.7	22.6	12.0	現状値より減少	○国民計画基礎調査(平成28年、令和元年)	
健診における収縮期血圧有所見者の割合(国保:40~74歳)(%)	男性	55.8	55.2	50.2	現状値より減少	○市町村国保における特定健診等結果状況(平成28年、平成30年)
	女性	47.3	47.7	42.7	現状値より減少	
健診における拡張期血圧有所見者の割合(国保:40~74歳)(%)	男性	25.4	24.9	20.5	現状値より減少	
	女性	15.3	11.3	11.3	現状値より減少	
急性心筋梗塞年齢調整死亡率(人口10万対)	男性	12.3	14.1	11.3	現状値より減少	○道南地域保健情報年報(平成28年)渡島保健所調べ
	女性	4.9	3.8	4.5	現状値より減少	

(5) 数値目標等を達成するための必要な施策

(予防対策の充実)

- ・ 道、市町村、医療保険者が連携して、特定健康診査の意義を広く周知するとともに、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めます。
- ・ 高血圧や脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、喫煙習慣がある者への支援を早期に開始し、心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防に努めます。
- ・ 施設内禁煙等の環境づくりを推進し、受動喫煙防止に努めます。

(医療連携体制の充実)

- ・ 発症予防、応急手当・病院前救護、急性期医療、回復期医療、再発予防の各期における医療機関及び関係団体の取組を促進します。
- ・ 急性期から回復期、再発予防まで切れ目なく適切な医療が提供できるよう、地域連携クリティカルパスやICTを活用した患者情報共有ネットワーク、保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用し、連携体制の充実に努めます。

(疾病管理・再発予防)

- ・ 慢性心不全患者に対しては、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・包括的なりハビリテーションを実施します。
- ・ 慢性心不全患者の管理に当たっては、関係者間で心不全の概念を共有することが重要であることから、患者やその家族、心血管疾患を専門としない医療従事者や介護関係者等への正しい知識の普及に努めます。

(6) 医療機関等の具体的名称

(急性期医療を担う医療機関の公表基準)

次の①~③が24時間対応可能であり(病院群輪番制をとっている圏域については、救急当番日のみの場合を含む)、かつ、④または⑤を満たす病院・診療所

- ① 放射線等機器検査(心電図・冠動脈造影等)
- ② 臨床検査(血清マーカー等)
- ③ 経皮的冠動脈形成術の治療
- ④ 冠動脈バイパス術等外科的治療が実施可能
- ⑤ 冠動脈バイパス術等外科的治療は実施しないが、他医療機関への紹介が可能

【医療機関名】※ 上記の公表基準を満たした医療機関

- ・ 市立函館病院

- ・ 社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院
- ・ 独立行政法人 国立病院機構函館病院
- ・ 社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院
- ・ 公益社団法人函館市医師会 函館市医師会病院

(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

慢性心不全患者においては、口腔機能及び口腔衛生の維持・管理を行い、誤嚥性肺炎や低栄養を予防することが重要であることから、地域の循環器科等の医療機関と連携した療養支援体制の充実に努めます。

(8) 薬局の役割

- ・ 急性心筋梗塞の発症予防や再発予防のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- ・ 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅療養に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

(9) 訪問看護ステーションの役割

- ・ 心疾患患者が在宅生活に移行するに当たっては、病院看護師等の医療機関のスタッフと訪問看護師が入院中から連携し、在宅療養の環境整備に努めます。
- ・ 在宅での療養生活を継続する患者に対して、心疾患の治療及びその治療に伴う諸症状に適切な看護を提供するとともに、再発予防に向けた基礎疾患・危険因子の管理や生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを関係機関と連携して実施し、日常生活の再構築を支援します。
- ・ 在宅での療養生活を継続する慢性心不全患者に対して、心不全増悪予防のための疾病管理や治療に伴う諸症状・全人的苦痛の緩和など適切な看護を提供しつつ、適切な療養行動を維持できるよう患者及びその家族を支援し、生活の質（QOL）の向上を目指します。
また、運動耐容能の改善を目的とした運動療法やカウンセリング等、多職種と連携し、療養生活を支援します。