

3 心筋梗塞等の心血管疾患

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

①心血管疾患の現状

- ◇ 心疾患（高血圧性を除く）によって継続的な医療を受けている患者数は、令和2年の患者調査によると、県内で約3万5千人と推計されます。また、全国では約306万人と推計され、平成23年に比べ約26万人増加しています。

表1 総患者数（心疾患（高血圧性を除く）） (単位：千人)

区 分		平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
総数	秋 田 県	21	23	18	21	(35)
	全 国	1,542	1,612 (2,791) ※	1,729 (3,046) ※	1,732 (3,173) ※	(3,055) ※
男 性	秋 田 県	11	13	9	10	(20) ※
	全 国	847	882	947	963	(1,763) ※
女 性	秋 田 県	9	10	9	11	(15) ※
	全 国	701	734	786	775	(1,292) ※

出典：厚生労働省「患者調査」

※ 令和2年から「総患者数」の推計に使用している「平均診療間隔」の算定方法に変更があったため、新推計方法によるデータを掲載。平成23年～平成29年の全国値については参考値として厚生労働省ホームページに公表されているデータを掲載。

- ◇ 本県における心疾患（高血圧性を除く）の死亡数は、令和3年に年間2,118人（全国：214,710人）と死亡数全体の13.2%（全国：14.9%）を占めており、死亡順位の第2位（全国：第2位）となっています。
- ◇ 心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（年齢構成を考慮した死亡率）は全国より低い数値で推移しています。

表2 心疾患（高血圧性を除く）による死亡数 (単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年	303	90	182	690	217	289	205	142	2,118	214,710
(人口10万対)	(229.3)	(286.1)	(249.3)	(180.3)	(224.6)	(243.8)	(244.1)	(248.0)	(225.1)	(174.9)
令和2年	303	77	158	641	220	309	187	173	2,068	205,596
令和元年	268	103	176	591	248	296	190	174	2,046	207,714

出典：「秋田県衛生統計年鑑」

表3 心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率(人口10万対)

区 分		令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
男性	秋 田 県	53.3	56.6	55.3	51.5
	全 国	61.9	63.1	62.7	66.3
女性	秋 田 県	27.3	25.4	25.4	27.1
	全 国	30.3	30.1	29.9	31.6

出典：「人口動態統計（確定値）」と人口推計を基に県健康づくり推進課が算出

②虚血性心疾患の現状

◇ 虚血性心疾患（心筋梗塞・狭心症）の死亡数は、令和3年に年間347人（全国：68,001人）であり、死亡数全体の2.7%（全国：4.2%）となっています。年齢調整死亡率については、全国よりも低い水準にあります。

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、及び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。

表4 虚血性心疾患による死亡数 (単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年 (人口10万対)	34 (33.6)	16 (50.9)	38 (52.1)	144 (35.0)	23 (23.8)	36 (30.4)	25 (29.8)	31 (54.2)	347 (35.7)	68,001 (55.4)
令和2年	59	17	27	127	34	38	30	24	356	67,305
令和元年	52	21	41	124	32	40	28	26	364	37,326

出典：「秋田県衛生統計年鑑」

表5 虚血性心疾患による年齢調整死亡率(人口10万対)

区 分		令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
男性	秋田県	11.5	14.1	11.3	12.7
	全国	27.8	28.6	27.9	29.4
女性	秋田県	4.4	4.6	3.8	4.5
	全国	9.8	9.7	9.3	9.6

出典：「人口動態統計（確定値）」と人口推計を基に県健康づくり推進課が算出

③大動脈瘤・解離の現状

◇ 大動脈瘤・解離の死亡数は、令和3年に年間189人（全国：19,351人）であり、死亡数全体の1.2%（全国：1.3%）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るため、予後改善のためには迅速な診断と治療が重要です。

表6 大動脈瘤・解離による死亡数 (単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年 (人口10万対)	22 (21.7)	8 (25.4)	18 (24.7)	69 (18.0)	18 (18.6)	19 (16.0)	28 (33.3)	7 (12.2)	189 (20.0)	19,351 (15.8)
令和2年	19	6	9	67	14	24	18	16	173	18,795
令和元年	24	6	13	61	19	26	26	8	183	18,830

出典：「秋田県衛生統計年鑑」

表7 大動脈瘤・解離による年齢調整死亡率(人口10万対)

区 分		令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
男性	秋田県	5.8	5.4	7.5	6.7
	全国	6.4	6.6	6.4	6.7
女性	秋田県	3.3	3.1	2.5	3.0
	全国	3.5	3.4	3.4	3.5

出典：「人口動態統計（確定値）」と人口推計を基に県健康づくり推進課が算出

④心不全の現状

◇ 心不全による死亡数は、令和3年に年間1,171人（全国：89,950人）であり、死亡数全体の7.3%（全国：6.2%）となっています。年齢調整死亡率は全国より高い水準にあります。

また、高齢化の進行により、今後さらに増えることが予想されます。日本循環器学会や日本心不全学会では、「心不全パンデミック」と呼んでおり、高齢化の進展により、今後、大きく増加する疾患としていることから、各地域での早期診断をはじめとした心不全治療体制を整備していく必要があります。

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。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、幅広い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。

表8 心不全による死亡数

（単位：人）

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
令和3年 (人口10万対)	180 (177.8)	51 (162.1)	100 (137.0)	360 (94.0)	116 (120.0)	176 (148.5)	116 (138.1)	72 (125.8)	1,171 (123.9)	89,950 (73.3)
令和2年	162	44	86	333	113	197	110	116	1,161	84,085
令和元年	126	64	78	283	135	180	105	113	1,084	85,565

出典：「秋田県衛生統計年鑑」

表9 心不全による年齢調整死亡率（人口10万対）

区 分		令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
男性	秋 田 県	26.3	29.7	28.4	25.2
	全 国	17.8	18.0	18.1	19.4
女性	秋 田 県	15.1	14.2	14.1	15.4
	全 国	12.4	11.9	12.0	13.0

出典：「人口動態統計（確定値）」と人口推計を基に県健康づくり推進課が算出

表10 心疾患の患者推計

（単位：人／日）

Ⅹ 循環器系の疾患	令和2年	令和7年	令和12年	令和17年	令和22年	令和27年	令和32年
高血圧性疾患	7	8	8	8	8	7	7
虚血性心疾患	81	81	79	77	74	69	64
心不全（その他の心疾患含む）	412	427	425	450	457	433	404

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計（令和5年12月）」

⑤救急搬送の現状

◇ 救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間は全国的に長くなる傾向にあり、本県も同様の傾向にあるものの、全国より短い収容時間となっています。

表11 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

区 分	秋田県	全国
救急要請(覚知)から救急医療機関への収容までに要した平均時間	43.5分	42.8分

出典：総務省消防庁「救急・救助の現状」（令和3年）

◇ 平成 30 年と令和 3 年を比較すると、全国では心疾患による搬送人員は減少していますが、本県では減少しています。全搬送に占める割合は、全国及び本県ともに若干上昇しています。

表12 心疾患により救急自動車により搬送された急病患者

区 分	平成 30 年		令和 3 年	
	搬送人員	搬送割合	搬送人員	搬送割合
秋田県	2,827 人	7.8%	2,725 人	10.3%
全 国	330,511 人	8.5%	322,117 人	8.9%

出典：総務省消防庁「救急・救助の現状」

⑥手術の実施状況

◇ 心血管疾患に関する手術を実施している医療機関はいずれの圏域にもありますが、主に秋田周辺圏域に集中しています。また、PCI、EVT、不整脈アブレーションについては、人口 10 万人当たりで見ると、全国より実施件数が低くなっており、急性大動脈解離の手術を実施している医療機関は、秋田大学医学部附属病院に限られています。

表 13 心血管疾患に関する医療機関別手術件数（令和 4 年）

圏域	大館・鹿角		北秋田 市民病院	能代・山本 能代厚生 医療センター	秋田周辺					
	大館市立 総合病院	かづの 厚生病院			秋田大学 医学部 附属病院	市立秋田 総合病院	秋田厚生 医療センター	秋田赤十 字病院	中通総合 病院	循環器・脳 脊髄センター
経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術（PCI）	114	—	31	131	170	77	91	120	161	73
末梢血管治療（EVT）	7	—	7	28	38	39	9	33	34	39
不整脈アブレーション	—	—	—	—	199	169	24	—	8	53
ペースメーカー移植術・交換術	50	18	25	42	66	82	57	46	89	75
植込型除細動器（ICD）移植術・交換術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器（CRT）移植術・交換術	—	—	—	—	68	—	—	—	15	—
経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）	—	—	—	—	128	—	—	—	—	—

圏域	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県		全国（R2）
病院名	由利組合 総合病院	大曲厚生 医療センター	平鹿総合 病院	雄勝中央 病院	合計	人口10万対	人口10万対
経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術（PCI）	182	117	202	13	1,482	159.4	178.3
末梢血管治療（EVT）	41	25	23	1	324	34.8	42.6
不整脈アブレーション	18	—	14	—	485	52.2	77.7
ペースメーカー移植術・交換術	56	39	59	22	726	78.0	47.0
植込型除細動器（ICD）移植術・交換術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器（CRT）移植術・交換術	—	—	—	—	83	8.9	6.9
経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）	—	—	—	—	128	13.8	10.9

出典：秋田大学大学院医学系研究科循環器内科学講座調べ

- ◇ 心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（PCI）について、冠動脈再開通件数は、人口 10 万人当たりで 23.2 件と全国平均の 34.2 件を下回っていますが、うち来院後 90 分以内に再開通を達成した率は 68.5%と全国平均を上回っています。

表14 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数（人口10万対）

	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数 ①	うち来院後 90 分以内冠動脈再開通件数 ②	来院後 90 分以内の冠動脈再開通達成率 ②/①
秋田県	23.2	15.9	68.5%
全 国※	34.2	18.5	54.1%

出典：「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」（令和3年度）

※ 全国値は 47 都道府県の単純平均値

⑦医師数

- ◇ 循環器内科医は、人口 10 万人当たりで本県は全国平均より多いものの、圏域で見ると、秋田周辺圏域、横手圏域以外は全国平均より低くなっています。
- ◇ 心臓血管外科医は、人口 10 万人当たりで本県は全国平均より低いものの、秋田周辺圏域では全国を上回っています。

表 15 各医療圏における循環器内科・心臓血管外科医師数（単位：人）

圏 域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
循環器内科医師数 (人口10万対)	4 (2.6)	2 (2.6)	10 (7.9)	65 (15.8)	6 (7.3)	5 (6.5)	16 (15.4)	2 (1.4)	110 (11.5)	13,026 (10.3)
心臓血管外科医師数 (人口10万対)	- (-)	1 (3.1)	- (-)	14 (3.6)	2 (2.0)	- (-)	1 (1.2)	- (-)	18 (1.9)	3,222 (2.6)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

⑧リハビリテーションの実施状況

- ◇ 本県の心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を満たしている医療機関は全体で 9 施設となっており、人口 10 万人当たりの施設数で全国平均を下回っています。また、心臓リハビリテーション指導士数は、人口 10 万人当たりで全国と大差はありませんが、施設数同様に地域間格差があります。

表 16 心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数

圏 域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
医療機関数 (人口10万対)	- (-)	1 (-)	- (-)	6 (1.5)	- (-)	- (-)	1 (1.1)	1 (1.5)	9 (0.8)	989 (0.9)

出典：厚生労働省東北厚生局「診療報酬施設基準届出医療機関名簿」（令和5年10月）

表 17 心臓リハビリテーション指導士数 (単位：人)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
指導士数 (人口10万対)	1 (1.0)	2 (6.1)	- (-)	35 (9.1)	1 (1.0)	5 (4.0)	6 (4.9)	3 (5.0)	53 (5.5)	7,022 (5.6)

出典：日本心臓リハビリテーション学会「全国指導士名簿」(令和5年2月)

表 18 心臓リハビリテーション実施件数 (単位：件)

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国*
レセプト件数	-	49	-	2,690	-	-	584	31	3,354	
人口10万対	-	145.3	-	690.6	-	-	657.7	50.4	340.1	424.2

出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」(令和2年)、厚生労働省「患者調査」(令和2年)

◇ 在宅等生活の場に復帰した退院患者の割合は、虚血性心疾患、大動脈疾患いずれも令和2年の県平均で89.5%と全国平均の92.8%を下回っています。

表 19 在宅等生活の場^{*}に復帰した虚血性心疾患患者の割合

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
割合(%)	64.9	100.0	100.0	93.6	92.6	68.4	97.0	-	89.5	92.3

出典：厚生労働省「患者調査」(令和2年)

※ 主病名が「虚血性心疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「家庭」である患者及び入院前の場所と退院後の行き先が「介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所」と一致している患者の割合

表 20 在宅等生活の場^{*}に復帰した大動脈疾患患者の割合

圏域	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
割合(%)	100.0	-	-	70.5	75.0	50.0	67.8	-	68.5	72.3

出典：厚生労働省「患者調査」(令和2年)

※ 主病名が「大動脈疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「家庭」である患者及び入院前の場所と退院後の行き先が「介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所」と一致している患者の割合

(2) 課題

① 診療情報の収集

◇ 循環器病は、患者数が膨大な数に及ぶことや、発症から数十年の経過中で病状が多様に変化すること等から、実態を正確かつ詳細に把握することが困難とされており、予防対策や治療法の有効性を評価するための十分なデータを収集することが課題となっています。

② 心筋梗塞等の心血管疾患の予防

◇ 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、発症の予防には生活習慣病の改善や重症化の予防が必要です。

③ 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◇ 急性心筋梗塞の救命率の改善につなげるためには、発症現場において、周囲の者による心肺蘇生やAED等による電氣的除細動が迅速に行われる必要があります。
- ◇ 搬送時の病院前救護活動（プレホスピタルケア）も重要です。救命救急士をはじめとする消防隊員が適切な観察・判断・救命処置を行ったうえで、対応が可能な医療機関に搬送する必要があります。
- ◇ 本県では、広大な県域において心血管疾患の急性期医療提供体制に地域間格差があることから、治療の早期開始には、高速交通体系の整備が重要であるほか、病院間搬送の連携やドクターヘリ、ドクターカーの活用に加え、距離や昼夜・天候に左右されない体制として、デジタル技術の活用による遠隔画像診断や、あきたハートフルネットによる診療情報の共有など、地域の医療資源を考慮した施設間ネットワークを構築する必要があります。
- ◇ 不整脈アブレーションについては、圏域ごとに見ると、秋田周辺圏域で多く実施されていますが、全県的にも実施可能な施設は少ない状況です。頻脈性不整脈の治療に係る専門医は少なく、養成可能な医療機関の必要性、急性心筋梗塞に比べ緊急性が低いという特徴を踏まえ、不整脈アブレーションを集中的に実施する拠点となる医療機関を整備する必要があります。
- ◇ PCIや不整脈アブレーションの整備に当たっては、限られた医療資源を効果的に活用する必要があることから、地域医療構想に基づく、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要があります。特に秋田周辺圏域においては、循環器内科の機能分化を進める必要があります。
- ◇ 心房細動は、重症脳梗塞を引き起こす脳塞栓の最大の要因ですが、高齢者の増加に伴い患者の増加が懸念されます。不整脈アブレーションの実施体制の整備とともに、出血リスクが高く抗凝固薬を服用できない心房細動患者に対応したウォッチマン治療の実施体制を整備する必要があります。

④ 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

- ◇ 本県では、心血管疾患リハビリテーションを行っている医療機関において、心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準取得に必要な医療従事者等の要件が満たされていない状況にあり、人材確保を含め体制の整備に努める必要があります。
- ◇ また、8つの圏域のうち、県北の2圏域を含めて4圏域に施設基準を取得している医療機関が無く、医療機関数も全県で9施設にとどまっていることから、心臓リハビリテーション指導士の確保とともに、心血管疾患リハビリテーション機能の拡充と均てん化を図っていく必要があります。

⑤ 在宅療養が可能な体制

- ◇ 心筋梗塞の再発予防や心不全の増悪予防のためには、適切な薬物療法や生活習慣の改善の指導、管理が必要です。また、かかりつけ医と専門医（循環器内科）との連携をはじめ、再発予防を担う医療機関が急性期医療機関や介護保険サービス事業所等と連携し、診療情報の共有を図るなど、多職種での連携体制の構築に向けた取組が必要となります。

⑥ 新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◇ 感染症発生・まん延時や災害等の有事の際には、患者の救急搬送や手術に制限が発生する懸念があります。感染症患者や被災者等に対する医療を確保しつつ、脳疾患患者に対する医療提供体制の構築が必要です。



(1) 診療情報の収集

- ◆ デジタル技術の活用などによる効率的かつ効果的な情報収集

(2) 心筋梗塞等の心血管疾患の予防

- ◆ 特定健診・特定保健指導等の実施率向上
- ◆ 疾病予防・重症化予防の推進による予防・健康づくりの推進

(3) 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◆ 周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法の実施
- ◆ 発症後、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な救急搬送体制の構築
- ◆ 地期間格差を解消し、均てん化を進めるための、デジタル技術を活用した診療の拡充
- ◆ 外科的治療に関する医療機関の機能分化・連携の推進
- ◆ 重症化を予防し、健康寿命を延伸するための、高度な医療機能の整備
- ◆ 緊急手術に対応した広域な医療提供体制の構築

(4) 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

- ◆ 合併症や再発の予防、社会復帰、その後の再発予防を支援するため、心血管疾患リハビリテーションの体制整備を推進
- ◆ 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の実施とリハビリテーション人材の育成

(5) 在宅医療が可能な体制

- ◆ 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の実施
- ◆ 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

(6) 新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◆ 感染症発生・まん延時等の有事においても、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築
- ◆ 感染症発生・まん延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の構築

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 診療情報の収集

- ◆ 国が構築する公的な枠組みにおいて収集した診療情報の効果的な活用に向け検討します。
- ◆ 一定期間の診療データ等を追跡し、蓄積していくためのシステムの構築や循環器病に関する登録制度の創設について検討します。

(2) 心筋梗塞等の心血管疾患の予防

- ◆ 「健康寿命日本一」を目指した県民運動を展開する中で、日ごろの生活習慣の改善のため、減塩と野菜・果物摂取の促進、運動習慣の定着等に取り組むほか、たばこ対策として受動喫煙防止の啓発や禁煙支援等に取り組めます。

(3) 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◆ 消防機関での県民に対する救急蘇生法講習会を継続して実施するほか、AED 設置登録情報（AED マップ）の周知・活用を進めます。
- ◆ 医療機関到着後 30 分以内に専門的な治療の開始ができるような医療体制の構築に向け、急性期を担う医療機関の施設設備の整備を支援するとともに、必要に応じて隣接する医療圏との連携体制の構築に努めます。
- ◆ アブレーションを集中的に実施する拠点となる医療機関の整備と循環器内科の機能分化を推進します。
- ◆ 本県では実施できていないウォッチマン治療が実施可能な体制整備など、高度な医療機能の整備に向けた取組を推進します。
- ◆ 大動脈解離や急性心筋梗塞などの緊急の外科的治療に対応する医療機関との連携体制については、ドクターヘリの安全かつ効果的な活用を進めるとともに、遠隔画像診断などデジタル技術を活用した有用な連携体制の構築について検討します。
- ◆ 地域医療構想に基づき、地域医療構想調整会議の活用を通じた循環器医療提供体制に係る役割分担と連携の強化を促進します。

(4) 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づくり

- ◆ 合併症予防や家庭復帰、社会復帰及びその後の再発予防を目的とした、急性期から回復期、維持期にかけての継続的な心血管疾患リハビリテーションの体制整備を推進します。
- ◆ 医学的評価に基づいた運動処方による運動療法のみならず、生活習慣の是非を含む患者教育、復職相談や心理相談を含むカウンセリング、再発予防のための疾病管理、オンラインリハビリテーションなど、多面的・包括的なリハビリテーションの実施を推進します。

(5) 在宅療養が可能な体制の整備

- ◆ 急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む。）までの医療についての病診連携体制の強化を図り、診療情報の共有化のためのシステムの普及を図ります。
- ◆ 在宅患者に対する遠隔診療や移動車両による巡回医療など、医療機関へのアクセスが困難な患者が医療を受けられる体制の推進を図ります。
- ◆ 脳卒中・心臓病等の患者や家族に対し医療やリハビリテーション介護・福祉・就労・障害に関する適切な情報提供と相談支援を行う脳卒中・心臓病等総合支援センターの設置を検討します。

(6) 新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◆ 有事の対応を行う病院と通常診療を行う病院の連携が円滑に進むよう、空床状況等に関する効率的な情報共有を含む医療機関間の連携強化を促進します。

○ 数 値 目 標 ○

区 分		現 状	目 標 値	目 標 値 の 考 え 方	指 標 番 号			
アウトカム	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率（人口10万対）（R4）	男性	秋田県	51.5	47.0	「健康秋田21」同様R15年に男性44.2、女性24.3を目指す	●325	
			全 国	66.3			●325	
		女性	秋田県	27.1	25.4		●325	
			全 国	31.6			●325	
	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率（人口10万対）（R4）	男性	秋田県	14.1	14.1未満		全国的に比べ低い死亡率であるため、現状値未満を目標とする	●325
			全 国	28.6				●325
		女性	秋田県	4.6	4.6未満			●325
			全 国	9.7				●325
	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（人口10万対）（R4）	男性	秋田県	5.4	5.4未満	全国的に比べ低い死亡率であるため、現状値未満を目標とする		●325
			全 国	6.6				●325
		女性	秋田県	3.1	3.1未満			●325
			全 国	3.4				●325
心不全患者の年齢調整死亡率（人口10万対）（R4）	男性	秋田県	29.7	18.0	全国的に高い死亡率であるため、全国水準を目標値とする		●325	
		全 国	18.0				●325	
	女性	秋田県	14.2	11.9			●325	
		全 国	11.9				●325	
虚血性心疾患患者の平均在院日数（R2）	秋田県	10.9	10.9未満	全国値に比べ高い水準にあることから、現状値未満を目標値とする		●327		
	全 国	12.4						
心血管疾患患者の平均在院日数（R2）	秋田県	30.8	24.4	全国値に比べ低い水準であるため、全国水準を目標値とする		●327		
	全 国	24.4						
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合（R2）	秋田県	89.5%	92.3%	全国値に比べ低い水準であるため、全国水準を目標値とする	●328			
	全 国	92.3%*						
在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合（R2）	秋田県	68.5%	72.3%	全国値に比べ低い水準であるため、全国水準を目標値とする	●328			
	全 国	72.3%						
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	秋田県	43.5分	42.8分	全国値に比べ低い水準であるため、全国水準を目標値とする	●326			
	全 国	42.8分						

区 分		現 状	目 標 値	目 標 値 の 考 え 方	指 標 番 号	
プ ロ セ ス	急性心筋梗塞患者に対する PCI 実施率 (R3)	秋田県	0.92	0.96	全国値に比べ高い水準にあることから、全国上位の水準を目標値とする	316
		全 国	0.89			
	PCI を施行された急性心筋梗塞患者のうち、90 分以内冠動脈再開割合 (R3)	秋田県	68.5%	75%	全国値に比べ高い水準にあることから、全国上位の水準を目標値とする	●317
		全 国	54.1%			
	不整脈アブレーションの実施件数 (人口10万人対) (R3)	秋田県	52.2	77.7	全国値に比べ低い水準であるため、全国水準を目標値とする	—
		全 国	77.7			
	外来心血管リハビリテーションの実施件数(人口 10 万人対) (R3)	秋田県	63.9	152.2	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	●323
		全 国	152.2			
	入院心血管リハビリテーションの実施件数(人口 10 万人対) (R3)	秋田県	92.8	176.2	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	●320
		全 国	176.2			
ス ト ラ ク チ ャ ー	循環器内科医師数 (R2)	秋田県	110人	増加	現状では専門医が不足していることから増加を図る	301
		全 国	—			
	心臓血管外科医師数 (R2)	秋田県	18人	増加	現状では受講者が不足していることから増加を図る	301
		全 国	—			
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関 ^{※1} がある圏域数 (R4)	秋田県	4圏域	8圏域	現状では実施機関数が不足していることから増加を図る	—
		全 国	—			

●国が示した重点指標

* 47 都道府県の単純平均値

※1 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、心大血管疾患リハビリテーション料 (I)及び(II)の届出施設

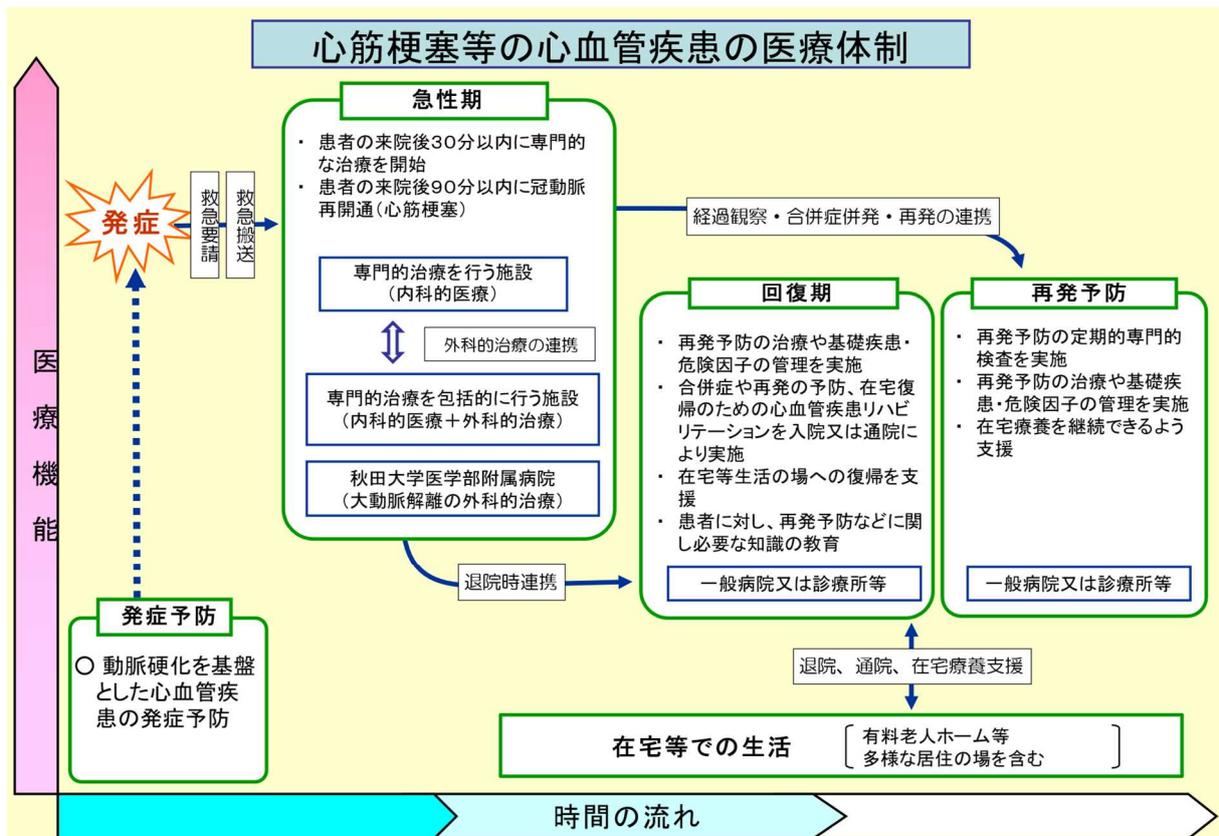
○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

心筋梗塞等の心血管疾患については8圏域(第7次医療計画における二次医療圏単位)とします。

なお、大動脈解離の医療体制の圏域については、秋田大学医学部附属病院で緊急の外科的治療に常時対応していることから、三次医療圏単位で設定します。

(2) 医療体制



(3) 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	【予防】 (1) 発症予防の機能	【救護】 (2) 応急手当・病院前救護の機能
目 標	<ul style="list-style-type: none"> 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること 	<ul style="list-style-type: none"> 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
医療機能を担う医療機関等の基準	○内科を標榜する病院又は診療所	<ul style="list-style-type: none"> ○本人及び家族等周囲にいる者 ○消防本部 (救急救命士を含む救急隊員)
医療機関等に求められる事項の例	<ul style="list-style-type: none"> 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 突然の症状出現時に、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 	<ul style="list-style-type: none"> 【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 【救急救命士を含む救急隊員】 地域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発症後可及的速やかに搬送すること

医療機能	<p style="text-align: center;">【急性期】 (3) 救急医療の機能</p>
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
医療機能を担う医療機関等の基準	<ul style="list-style-type: none"> ○救命救急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
医療機関等に求められる事項の例	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること ・ ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があれば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（又は在宅医療）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

医療機能	【回復期】 (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	【再発予防】 (5) 再発予防の機能
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 在宅療養を継続できるよう支援すること
医療機能を担う医療機関等の基準	○内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所	○病院又は診療所
医療機関等に求められる事項の例	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施できること

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。