

(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、11,391人（令和4年）と死亡者総数の15.8%を占め、死因順位の第2位です。

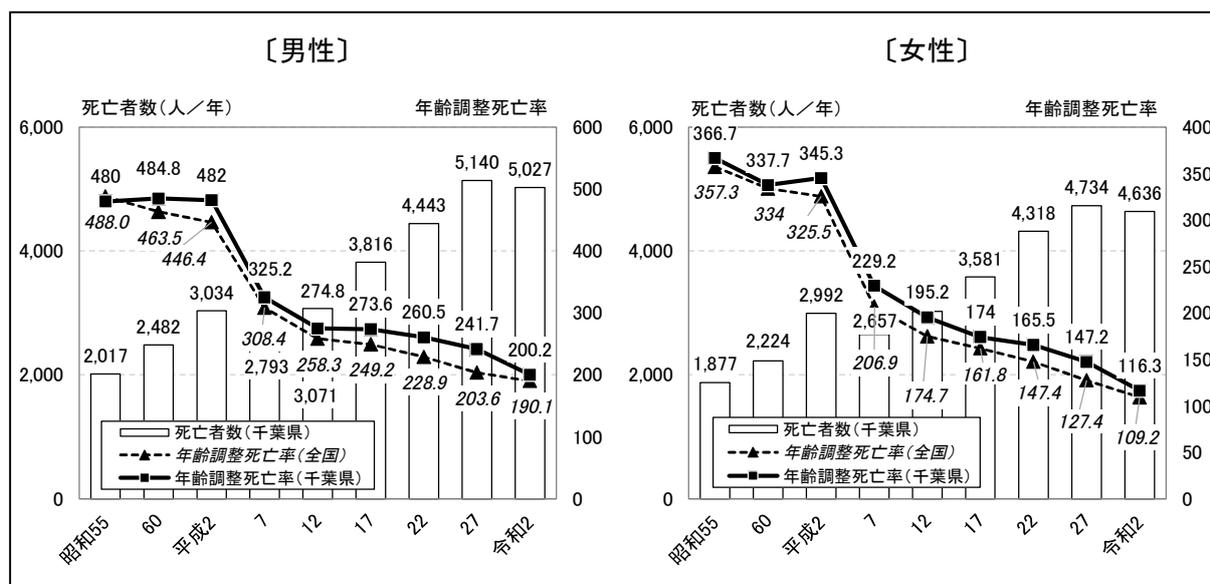
心疾患死亡数全体の約13%（令和3年）を占める急性心筋梗塞における人口10万対の年齢調整死亡率（令和2年）は、男性は32.4（全国32.5）で高い順に全国第25位、女性は14.1（全国14）で第22位です。

また、心疾患死亡数全体の約39%（令和3年）を占める心不全における人口10万対の年齢調整死亡率（令和2年）は、男性は70.7（全国69）で高い順に全国第21位、女性は49.2（全国48.9）で第25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 5-1-2-3-1 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・栄養素を適量とす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、一人一人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、平成29年4月に千葉県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ました。AED使用率は、条例施行前である平成28年の5.4%以降、令和元年の6.3%まで上昇しましたが、令和2年には4.6%と一時低下しました。その要因としては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響も推測されるところです。その後、令和3年に再び5.2%まで上昇しましたが、引き続きAEDの使用率を上昇させるため、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。

※ 国の循環器病対策推進基本計画では、心電図検査等が心房細動などの早期発見

につながるとする報告があるとしています。

〔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。心不全の危険因子は、高血圧、心筋症、心筋梗塞、心臓弁膜症、不整脈、糖尿病などです。

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18千人と推計され、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（4,003人・令和3年）は心疾患（高血圧性を除く）死亡数全体（10,167人）の約39.4%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。慢性心不全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、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、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実施することが必要です。

また、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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局、訪問看護ステーション、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。

かかりつけ医等は、患者の状態に応じて外来診療時や患者が居住している場への訪問時等に、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・治療をします。また、かかりつけ医は、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判断した場合、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上で対応が可能な医療機関に搬送します。

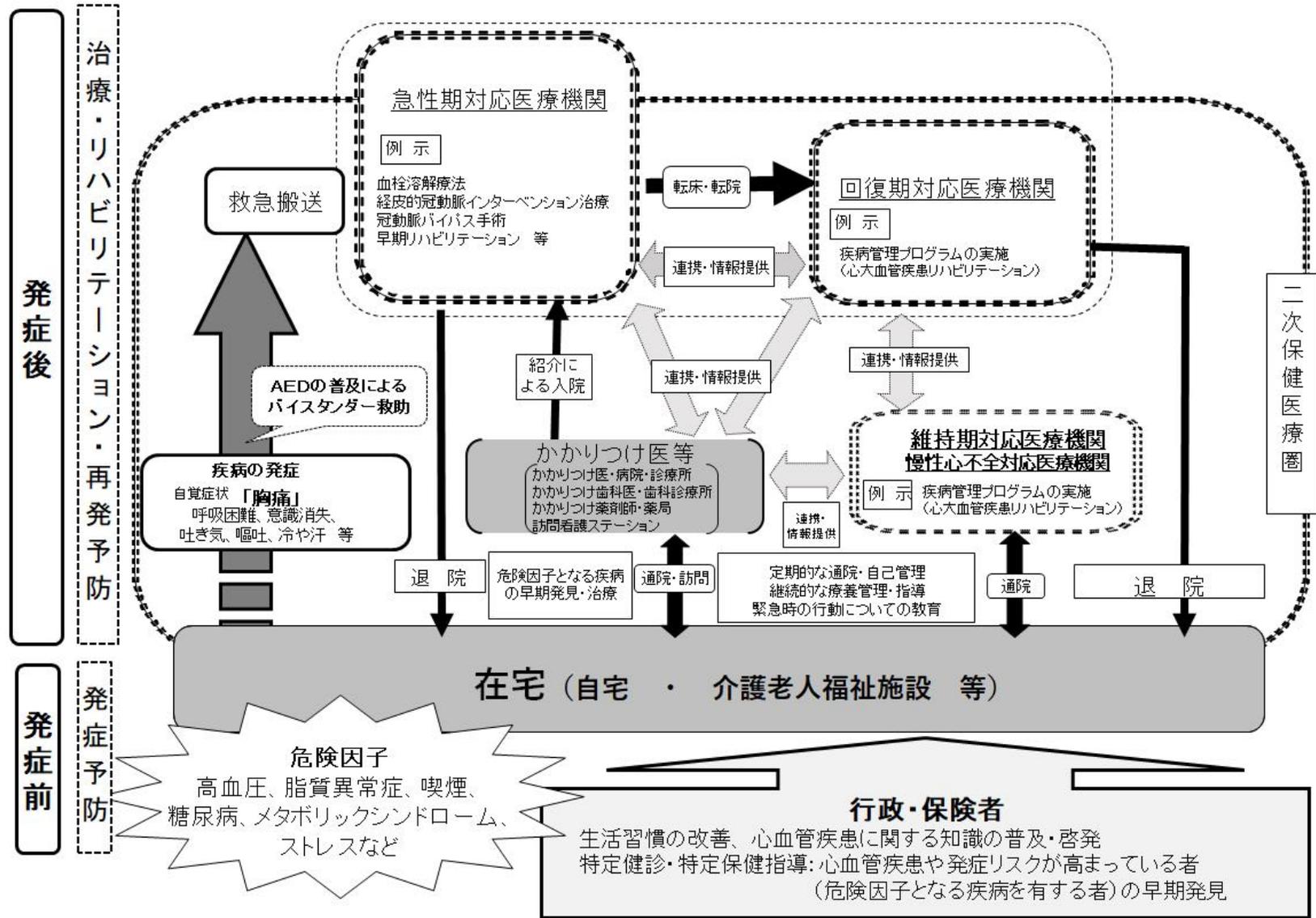
急性期を担う医療機関は、専門的な治療を行います。なお、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保するため、急性期対応医療機関は、必要に応じて隣接圏域等の急性期対応医療機関と互いに補完しあいます。

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医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。

なお、厚生労働省では、循環器病の治療の均てん化等を進めるため、デジタル技術を利用した有効な診療体制の確立について調査・研究をしているところであり、この状況を注視していく必要があります。

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

(7) 心血管疾患の予防・正しい知識の普及啓発

〔生活習慣と心血管疾患の関係についての周知〕

- 県民が生涯を通じてライフステージに応じた適切な食生活が送れるよう、市町村、栄養士会、地域ボランティア団体、民間企業などと協力し、対象者に応じた効果的な普及啓発等に取り組みます。
- 県民が地域に親しみながら運動をより身近なものとして習慣化することができるよう、運動による健康への影響や効果について県民に発信するとともに、各地域のウォーキングロードやオリジナル体操についての紹介などに取り組みます。
- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に関する正しい知識を普及するため、飲酒に伴う健康影響は年齢、性別、体質等に応じて異なることを踏まえ、分かりやすく有益な情報を発信します。
- 喫煙による健康への影響に関する正しい知識を普及するため、学校、市町村、医療保険者、医療機関、民間企業・団体等の実施する様々な事業を活用し、多面的に啓発を行います。さらに、世界禁煙デー及び禁煙週間、がん征圧月間などのキャンペーンや成人式など、様々な機会を捉えて啓発活動を実施します。
- 生活習慣病の予防や全身と口腔の関係などについて、県民の歯・口腔保健意識の向上を図るため、市町村、関係団体、企業などと連携して、地域や職場において正しい歯・口腔保健の知識、歯周病と糖尿病や循環器疾患などの関連性やオーラルフレイル予防などに関する知識の普及啓発を図ります。

〔特定健診・特定保健指導による予防対策の推進〕

- 特定健診の受診や特定保健指導の利用を促すため、県民だより、ラジオ放送、リーフレット等の各種媒体を活用するほか、各保険者による特定健診や特定保健指導の実施率向上の取組について、支援します。
- 国保連合会と連携し、各市町村への研修や保険者指導等を通じて、KDB*の活用を普及し、生活習慣病の未治療者や治療中断者等に対する保健指導の促進を図ります。

(イ) 保健医療及び福祉に係るサービスの提供

〔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。

- 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）の情報を提供することで、それらの情報をスマートフォン等で簡便に把握し、必要が生じた際にAEDを速やかに確保できるようにします。

〔急性期（搬送）〕

- 心血管疾患の初期症状のうち、一般県民でも判断しやすい項目について普及啓発をすすめます。
- 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うなど、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。

〔急性期（治療）〕

- 医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化などを推進し、限られた医療資源であっても、効率的で質の高い心血管疾患に係る急性期医療提供体制の確保に努めます。

〔リハビリテーション〕

- 心臓リハビリテーションが必要な患者が生活状況や自分の状態を記録し、自分の病気に対する理解を深めるほか、心臓リハビリテーションの重要性について啓発活動を進めます。
- 患者の状態に応じて、様々な関係者がそれぞれの立場から心臓リハビリテーションを提供することができるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。

〔維持期（生活期）〕

- 慢性心疾患を有する患者が、自分の病気に対する理解を深め、関係者間で患者の体調状況を共有できるよう、生活状況や自分の状態を記録する重要性について、リーフレット等による啓発を行います。
- 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の促進や従事者の増加、質の向上などに取り組みます。
- 患者の状態に応じて、様々な関係者がそれぞれの立場から心臓リハビリテーションを提供することができるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。
- 治療と仕事の両立支援の充実を図るため、自分の病気についての基本的な情報、医療費や公的支援に関する情報、退院後の生活に関する情報などの各患者やその家族が必要としている情報の提供等に

努めます。

- 成人期への移行期にある小児期に慢性疾病に罹患した患者に、切れ目なく年齢や状態に応じた適切な医療を提供するため、千葉県移行期医療支援センターを設置し、小児診療科と成人診療科間の連携支援や移行期医療の必要性の理解を深める研修等を実施することにより、移行期医療支援体制の整備を行います。

エ 施策の評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
救命講習等受講者数	7.9万人 (令和3年)	13万人 (令和8年)
心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通を実施した医療機関数	38機関 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
大動脈疾患患者に対する手術を実施した医療機関数	28機関 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
入院心血管疾患リハビリテーションの実施医療機関数	37機関 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	758箇所 (令和4年度)	785箇所 (令和8年度)
機能強化型訪問看護ステーション数	34箇所 (令和5年度)	42箇所 (令和8年度)
外来心血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関数	20箇所 (令和3年度)	(モニタリング指標※)

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
20歳以上の者の1日当たりの食塩摂取量	男性 10.9g 女性 9.4g (平成27年度)	男性 7.5g 女性 6.5g (令和11年度)
運動習慣者の割合	20～64歳 男性 29.7% 女性 25.7% 65歳以上 男性 43.9% 女性 40.1% (令和元年度)	増加 (令和11年度)
20歳以上の者の喫煙率	男性 21.9% 女性 6.9% (令和3年度)	男性 12.0% 女性 5.0% (令和11年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 55.8% 保健指導 22.7% (令和3年度)	健康診査 70% 保健指導 45% (令和11年度)

指 標 名	現状	目標
心血管疾患における搬送困難事例の割合	15.0% (令和3年)	減少 (令和11年)
高血圧の改善 (収縮期血圧の平均値の低下、内服加療中の者を含む、40歳以上)	男性127.6mmHg 女性123.1mmHg (令和2年度)	ベースライン値 から低下 (令和11年度)
脂質異常症の減少 (LDL-c 160mg/dl以上の者、内服加療中の者を含む、40歳以上)	男性 14.6% 女性 14.5% (令和2年度)	ベースライン値 から減少 (令和11年度)
メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少	男性632,670人 女性192,522人 (令和3年度)	減少 (令和11年度)
心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数	1,671件 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
大動脈疾患患者に対する手術件数	904件 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	129,995件 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
入退院支援実施件数	148,726件 (令和4年度)	185,273件 (令和8年度)
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	11,289件 (令和3年度)	(モニタリング指標※)
受療率(人口10万人対) (心疾患(高血圧性のものを除く))	114 (令和2年)	減少 (令和11年)

[成果(アウトカム)]

指 標 名	現状	目標
心血管疾患に係る現場活動時間 (現場到着～現場出発)	20.7分 (令和3年)	短縮 (令和11年)
心血管疾患に係る平均搬送時間 (現場出発～医療機関到着)	16.5分 (令和3年)	短縮 (令和11年)
心血管疾患に係る救急活動時間 (救急隊覚知～病院収容)	46.6分 (令和3年)	短縮 (令和11年)
健康寿命の延伸	男性72.61年 女性75.71年 (令和元年)	男性74年 女性76.8年 (令和11年)

指 標 名	現状	目標
心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率	男性200.2 女性116.3 (令和2年)	減少 (令和11年)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合（虚血性心疾患）	95.2% (令和2年)	増加 (令和11年)

※ モニタリング指標：ロジックモデルに位置づけ、目標を設定しない指標

心疾患の患者数の推移などを把握し、千葉県循環器病対策推進協議会等の意見を踏まえながら、評価を行う。