第３節　急性心筋梗塞等の心血管疾患医療

１．急性心筋梗塞等の心血管疾患について

●急性心筋梗塞等の心血管疾患は、我が国の死因の第２位となっています。

ア）急性心筋梗塞

●急性心筋梗塞とは、心臓に酸素と栄養を送る血管である冠動脈が動脈硬化により閉塞し、心臓の筋肉に血液が流れなくなり、その細胞が壊死（細胞の死）してしまう状態です。

●危険因子は、動脈硬化を促進するものと同じで、高血圧症、糖尿病、脂質異常症など生活習慣病に基づくものや、肥満、喫煙、ストレスなどがあります。また、急性心筋梗塞の既往歴のある血縁者がいる人も同じ病気になりやすいといわれています。

●症状として、多くは胸部の締めつけられるような痛み（死にそうと感じる痛み）が起こります。また、閉塞部位によっては、特徴的な胸痛ではなく、肩や腕などへの痛みや息切れ、吐き気などの消化器症状を呈することも少なくありません。さらに、糖尿病や高齢者の方では、無痛性のこともあります。

イ）大動脈解離

●大動脈は、外膜、中膜、内膜の３層構造となっており、十分な強さと弾力を持っていますが、なんらかの原因で内側にある内膜に裂け目ができ、その外側の中膜の中に血液が入り込んで縦方向に大動脈が裂けることを大動脈解離といいます。

●症状として、突然の急激な胸から背中にかけての痛み、解離による大動脈から分枝した動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状等、様々な症状をきたします。

●中膜に流れ込んだ血液は、新たな血液の流れ道（解離腔または偽腔）をつくり、それによって血管が膨らんだ状態を解離性大動脈瘤（大動脈解離）といいます。外側には外膜一枚しかないため、破裂の危険性を伴います。

ウ）慢性心不全

●日本循環器学会及び日本心不全学会によると、「心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気」と定義されています。

●また、心不全とは病名ではなく、心臓の血液を体に送りだすポンプ機能が低下し、体の血液循環が悪くなることにより、日常生活に障害を生じた状態をいいます。

●急性心筋梗塞等の心臓に関係する疾患や高血圧をはじめ生活習慣病、その他様々な要因により徐々に心機能が悪化し、慢性心不全に移行していきます。主な症状は、運動時の呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下などで、その平均発症年齢は 70 歳台と高齢者に多く発症します。

●慢性心不全の患者は、症状の増悪と改善により入退院を繰り返し、徐々に身体機能が悪化することが特徴であり、高齢化の進展に伴い、今後、患者数の増加が予想されます。

２．本県の現状と課題

（1）患者の状況

●急性心筋梗塞等の心血管疾患の死亡者数は、令和４年において、全国で 232,964 人、本県では 2,960 人となっています。

●急性心筋梗塞等の心血管疾患は、高齢化などの地域差を取り除いたうえで都道府県別の死亡率を比較すると、本県は令和 2 年において、男性は 190.5、女性は 114.1 となっています。

【表】年齢調整死亡率（人口 10 万対）

疾患	性別	区分	H22	H27	R2	全国順位（R2）
急性心筋梗塞	男	全国	55.6	43.3	32.5	13
		長崎	67.6	57.4	38.8	
	女	全国	28.4	20.4	14	23
		長崎	38.8	26.6	14.1	
虚血性心疾患	男	全国	101.5	84.5	73	30
		長崎	92.9	77.2	57.3	
	女	全国	51.1	38.8	30.2	33
		長崎	52.6	35.9	21.8	
心不全	男	全国	75	66.6	69	17
		長崎	81.3	59.9	71.8	
	女	全国	60.1	53.3	48.9	3
		長崎	55.4	55	58.4	

※出典：厚生労働省「人口動態統計」

（2）分野別の現状と主要な施策の方向性

●予防から救急医療、急性期、回復期、慢性期まで一連の医療が患者にとって切れ目なく提供されるような体制整備が必要です。

ア）予防

●心血管疾患特に急性心筋梗塞を予防するためには、喫煙、動脈硬化や高血圧などの危険因子（生活習慣病）に対し、早期から予防・治療を心がけることが必要です。

●糖尿病、高血圧、脂質異常症及び喫煙は、急性心筋梗塞発症のリスクを高めることが裏づけられており、生活習慣の改善を促す啓発や、高リスク者については、治療継続を呼びかける必要があります。

対象者	求められる役割
かかりつけ医等の医療機関	かかりつけ医等の医療機関に求められる機能としては、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患の管理及び禁煙、メタボリックシンドローム、ストレス等の危険因子の改善について指導・啓発を行うことです。また、歯周病との関連が指摘され口腔ケアの重要性も着目されています。
本人・家族等	急性心筋梗塞は、主に、日々の生活習慣に起因するものが多く、予防するためには、生活習慣の改善を行うことが必要です。また、特定健診の積極的な活用や人間ドッグなどの検査により、高血圧症、糖尿病、喫煙などの発症要因を早期発見し治療に繋げることも必要です。

イ）救急医療

●本県の疾患群別搬送件数（内因性疾患）によると、平成 28～令和 2 年度に脳疾患及び心疾患で救急搬送された件数は、脳疾患は増加傾向、心疾患は減少傾向にあります。

●本県において、令和 4 年度の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は 40.9 分であり、全国平均の 40.6 分をやや上回っています。

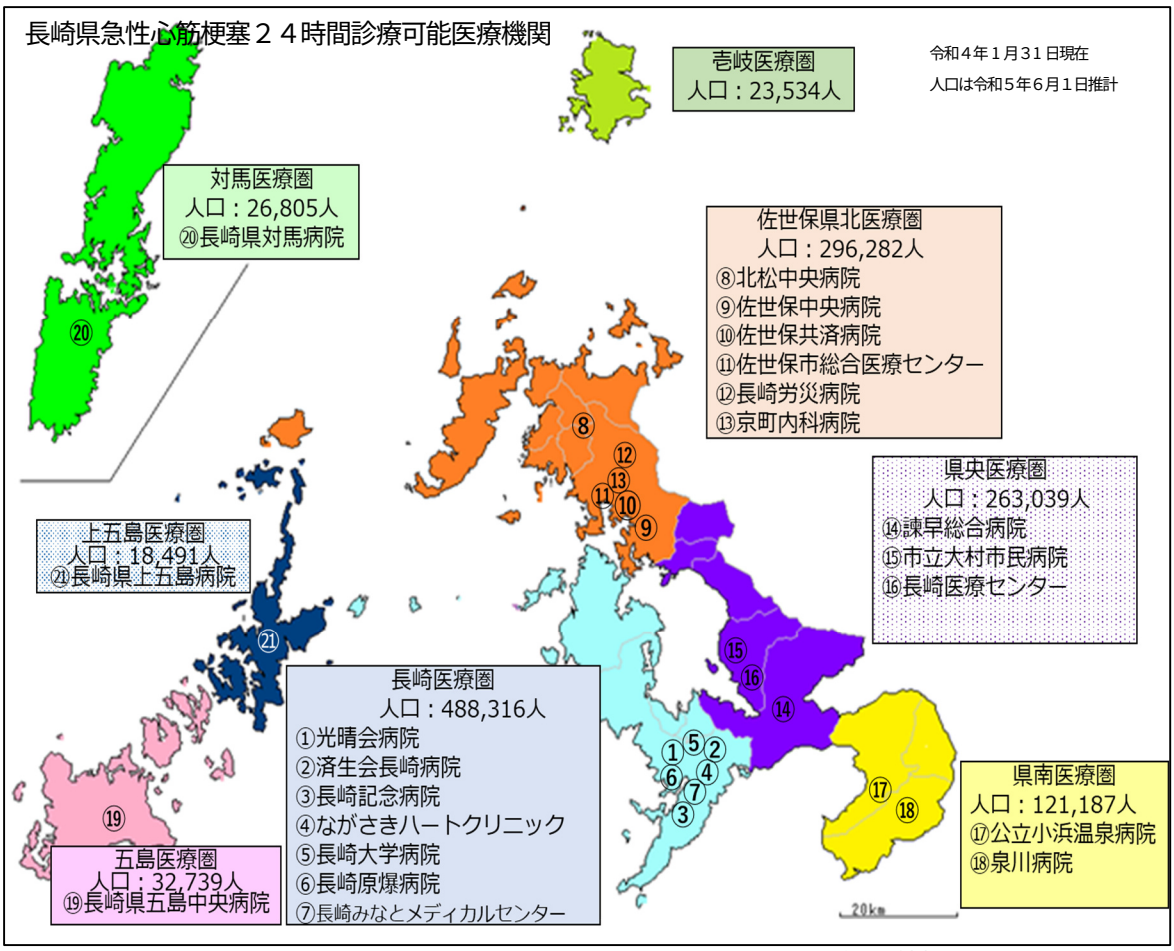
ウ）急性期の医療

●急性心筋梗塞に対しては速やかに再灌流療法※を行うことで予後の改善につながることが明らかになっています。

●急性心筋梗塞等の急性期医療について、県内の 21 医療機関で 24 時間診療が可能となっていますが、医療機関の地域偏在があります。

●医師の地域偏在や人材不足等により、今後、24 時間を通じて心筋梗塞等の急性期対応を可能とするための医師配置が困難になることが予想されます。そのため、専門医の養成とともに医療機能の分化・役割分担の強化さらに必要時にはお互い協力し効率的な連携体制整備を一層推進する必要があります。

※詰まった血管を再開通させる治療法。再灌流療法には、カテーテルを用いて冠動脈の閉塞部分でバルーンを膨らませたり、閉塞部分に金具（ステント）留置などを行う経皮的冠動脈インターベンション（PCI）、血栓を薬物で溶かす血栓溶解療法、または血栓をカテーテルで吸い取る冠動脈血栓吸引術などがある。外科的治療には冠動脈の閉塞部分より先に血管をバイパスする冠動脈バイパス術（CABG）がある。



※一部の病院では、休日、夜間に対応できない場合もあります。

エ）リハビリテーション・在宅医療・緩和ケア提供体制

●心血管疾患患者に対しては、急性期からリハビリテーションを行い、１日でも早い退院と復帰を目指すことが必要です。

●本県の入院心血管疾患リハビリテーション実施件数（SCR）、外来リハビリテーション実施件数（SCR）ともに全国を上回っており、急性期から維持期・生活期にかけて心血管疾患リハビリテーションは比較的取り組みが進んでいるとの見解もあります。

●離島地域では心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関がない地域もあり、県下の心血管疾患リハビリテーション提供体制の地域差の解消が必要です。

●高齢者を中心に心不全等で入退院を繰り返す患者が増加していることから、維持期・生活期においても、多職種介入による疾病管理プログラムとして、心臓リハビリテーションを実施することが望まれます。

●急性心不全や慢性心不全の急性増悪などの心不全に伴う入院医療も、急性心筋梗塞体制に準じて行われており、受け入れ医療機関が限られています

●県下では、心不全患者に対し、緩和ケアを実践している医療機関も一部にはありますが、十分に普及し

ているとは言えず、今後は医療従事者及び介護従事者との連携や医療機関同士のネットワークを生かしながら、取組を推進する必要があります。

３．施策の方向性

（1）予防

●県は市町・医療保険者･地域、学校等の機関、団体等と連携・協力し、県民の健康づくり支援のための計画である「健康ながさき 21（第 3 次）」に基づき、生活習慣病の予防のため、食生活、身体活動・運動、たばこ、飲酒、休養・睡眠の基本的な方向に沿った目標を達成することにより、生活習慣病対策を推進します。

●保険者は、特定健診等について情報を提供するとともに健診受診を促します。また、健診未受診者及び精密検査の必要な方の受診を勧奨します。

●保険者は、特定健診での脂質異常症、高血圧、糖尿病等治療を中断している人への治療継続を呼びかけます。

（2）救急医療

●県民が脳卒中及び急性心筋梗塞の発症時の症状を認識し、発症時は速やかに救急要請が行えるよう啓発を行います。

●県民が脳卒中及び急性心筋梗塞の発症時、早急に必要な医療を受けることができるよう、急性期治療を専門に行う医療機関について、医療関係者や県民へ周知します。

（3）急性期の医療

●医療機関連携により、県民が早急に適切な医療を受けることができるよう、急性心筋梗塞や大動脈緊急症に対する専門的医療が可能な医療機関の地理的な分布の適正化に取り組むとともに、病院間のネットワーク強化に努めます。

（4）リハビリテーション・在宅医療・緩和ケア提供体制

●心不全患者の再入院を予防し患者の生活の質を維持向上するために、急性期から維持期・生活期までの疾病管理プログラムを活用したリハビリテーションの提供体制を整備します。

●リハビリテーション提供体制の地域差の解消を目指し、本土のリハビリテーション医療機関への受診が困難な離島地域の患者に対する心血管リハビリテーション提供体制について検討します。

●長崎 AMI 二次予防クリニカルパスをはじめ、循環器専門医とかかりつけ医およびリハビリテーション専門職の連携体制の構築のため、地域連携パスの活用を推進します。さらに地域連携パスを活用する際に、あじさいネット等の地域医療情報ネットワークの利用を検討します。

●心不全医療に関わる医療機関の役割の明確化とネットワークづくりのため、心不全増悪時の対応やレスパイト入院などに対応できる医療機関や地域の福祉・介護と連携の中核を担う医療機関の整備を推進します。

●心不全をはじめとする慢性心疾患患者への適切な終末期医療の提供のため、アドバンス・ケア・プラニング※に基づくや緩和ケアを行う医療従事者の育成等を推進します。

※アドバンス・ケア・プラニング:将来の意思決定能力低下に備えて、患者やその家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合う過程（プロセス）。

（5）長崎県循環器病対策推進計画

●県では、予防の取組から保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制まで、幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、令和３年度に「長崎県循環器病対策推進計画」を策定しました。

●長崎県医療計画との整合性を図りながら、「循環器予防のための生活習慣改善の推進」、「保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実」、「多職種連携によるサービス提供体制の充実」の３つの施策に取り組むことにより、「2040 年までに３年以上の健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指します。

４．成果と指標

（1）成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	（目標）2029 年
心筋梗塞等の心血管疾患を発症する危険性が高い人が減少すること	喫煙率	15.8%（2021 年）	12.0%（2032 年）※(2)指標の説明参照
	特定健康診査受診率	48.8%（2021 年）	70%以上
発症から急性期治療開始までが３時間以内となるような体制を整備すること	PCI を施行された急性心筋梗塞患者数のうち、来院後 90 分以内の冠動脈再開通達成率	59%（2022 年）	60%
急性期から在宅医療に至る医療提供体制が構築されること	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	119.6（2022 年）	増加
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	113.1（2022 年）	増加
最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	（目標）2029 年
心血管疾患による死亡者を減少させること	心血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）	男性　190.5 女性　114.1 （2020 年）	男性 181.0 女性 108.4

（2）指標の説明

指標	説明
喫煙率	令和３年度の 20 歳以上の喫煙率 15.8%から、2032 年に 12.0%を目指します。 ※出典：健康ながさき 21（第 3 次）
特定健康診査受診率	内臓脂肪を減少させ生活習慣病を予防、改善することを目的として実施されており、脳卒中等の生活習慣病を発症する危険性が高い人を早期に発見し早期治療につなげます。 ※出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）
PCI を施行された急性心筋梗塞患者数のうち、来院後 90 分以内の冠動脈再開通達成率	来院後、90 分以内に必要な処置が完了した者の割合を増加させます。 ※出典：厚生労働省「NDB」
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	SCR データにおける心大血管リハビリテーション料のスコアの増加を目指します。 ※内閣府「医療提供情報の地域差」（NDB-SCR）
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	
心血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）	過去の実績を踏まえ心血管疾患による年齢調整死亡率の減少を目指します。 ※出典：厚生労働省「人口動態統計」