

【 心血管疾患 】

(1) 現状と課題

① 受療率・死亡率

心血管疾患には、急性心筋梗塞などの虚血性心疾患、大動脈解離、心不全などがあり、本県の死亡原因の第2位を占めている。

本県では、心疾患の受療率は、平成26年に入院で66（全国値47）、外来で97（全国値105）と比較的高い状況であり、平均在院日数は16.3日（全国値20.3）と短い状況である^{注1)}。

本県の心疾患による平成27年の死亡数は1,885人であり、そのうち急性心筋梗塞による死亡数は360人（心疾患の約20%、全死亡数の約3%）となっている。

心疾患の年齢調整死亡率は男60.1（全国37位）・女32.9（全国27位）で5年前と比べて低下傾向にある^{注2)}。

表 心疾患・虚血性心疾患による受療率(人口10万対)

	受療率(上段:心疾患(高血圧性のものを除く)、下段:虚血性心疾患) (特定日に疾病治療のため入院・通院した推計患者数の人口10万人との比率)								
	総計			入院			外来		
	H20	H23	H26	H20	H23	H26	H20	H23	H26
石川県	165	202	163	57	76	66	108	126	97
	84	85	69	20	21	21	64	64	48
全 国	148	153	153	46	46	47	102	107	105
	68	62	59	15	13	12	53	49	47

表 心疾患・虚血性心疾患による平均在院日数

	退院患者平均在院日数(日) (上段:心疾患(高血圧性のものを除く)、下段:虚血性心疾患)		
	H20	H23	H26
石川県	24.3	27.2	16.3
	10.2	11.1	8.5
全 国	24.2	21.9	20.3
	13.3	9.5	8.2

注1) 資料:「患者調査」(厚生労働省)

表 心疾患・急性心筋梗塞による死亡数

	死亡数(人) (上段:心疾患、下段:急性心筋梗塞)					
	計		男		女	
	H22	H27	H22	H27	H22	H27
石川県	1,818	1,885	805	801	1,013	1,084
	412	360	213	199	199	161
全 国	189,360	196,113	88,803	92,142	100,557	103,971
	42,629	37,222	23,497	21,137	19,132	16,085
南加賀	382	348	166	160	216	188
	69	63	32	42	37	21
石川中央	885	978	388	429	497	549
	210	185	114	99	96	86
能登中部	284	319	133	117	151	202
	46	54	27	24	19	30
能登北部	267	240	118	95	149	145
	87	58	40	34	47	24

表 心疾患・急性心筋梗塞による年齢調整死亡率

	年齢調整死亡率 (上段:心疾患、下段:急性心筋梗塞)			
	男		女	
	H22	H27	H22	H27
石川県	70.7	60.1	39.9	32.9
	19.5	16.8	9.7	5.6
全 国	74.2	65.4	39.7	34.2
	20.4	16.2	8.4	6.1
南加賀	74.1	61.3	42.0	30.9
	14.8	-	9.7	-
石川中央	62.4	58.1	37.0	32.6
	19.0	-	8.6	-
能登中部	81.5	62.1	41.4	34.4
	16.3	-	7.4	-
能登北部	104.1	69.1	49.0	41.7
	41.5	-	18.8	-

注2) 資料:「人口動態統計」(厚生労働省)

② 発症予防

心疾患の主要疾患である急性心筋梗塞の危険因子として高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどがあり、発症の予防には生活習慣の改善や基礎疾患の適切な治療が重要である。

③ 発症直後の救護、搬送等

県内で発症後救急搬送された心疾患が疑われる患者は年間約 2,600 件 (H28) であり、平均搬送時間は約 33.1 分 (H28) であった^{注3)}。

注3) 県内各消防本部に対する収容時間別搬送人員調(地域医療推進室調べ)

心血管疾患は突然死の危険性があり、予後の改善には発症後早期に適切な治療を開始する必要がある。

このため、患者やその家族、県民に対して、心血管疾患の発症を認識し、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など、発症時の対処法に関する教育・啓発の充実が必要である。また、救急隊による傷病者の搬送及び医療機関による傷病者の受入れが迅速かつ適切に実施されることが求められる。

また、平成 22 年 4 月から、急性心筋梗塞などを対象とした「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を作成・運用しているところであるが、今後、慢性心不全患者の増加が見込まれることから、慢性心不全患者を受入れる専門医療機関リストを追加するなど、様々な心血管疾患患者を幅広い医療機関で受け入れられるようにする必要がある。

④ 急性期医療

心血管疾患に対する急性期治療は、内科的治療、冠動脈インターベンション治療に代表されるカテーテル治療、外科的治療に大別され、代表的な例としては、内科的治療が中心となる心不全、カテーテル治療が中心となる急性心筋梗塞、外科的治療が必要となる場合が多い急性大動脈解離が挙げられる。

急性期の死亡率を減少させるため、専門医療機関は、専門医の確保や診療機器の整備など、医療提供体制の充実に努めるとともに、診断と治療とを一体的に実施できる冠動脈造影検査を発症後速やかに実施する体制を整えるなど、迅速に治療を行うことができる体制を確保することが求められる。

また、心血管疾患の専門医療機関には、内科的治療のみ実施できる医療機関、冠動脈インターベンション治療ができる医療機関、外科的治療を含め包括的に治療ができる医療機関があることから、外科的治療ができない専門医療機関は、急性大動脈解離などの患者を円滑に転院搬送するために、外科的治療ができる専門医療機関と連携体制を構築しておくなど、専門医療機関の機能分化・連携を強化する必要がある。

⑤ 回復期・維持期医療

本県では、平成 30 年 2 月現在、心大血管疾患リハビリテーション料届出医療機

関は14施設となっている^{注4)}。

注4) H30年2月現在(地域医療推進室調べ)

心血管疾患患者の回復期から維持期の管理については、社会生活への復帰とともに、再発予防・再入院予防のため、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、保健師等の多職種が連携し、「心血管疾患リハビリテーション」(生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法、危険因子の管理など)を提供し、自立した地域生活を支援する体制の充実が必要である。

このため、心血管疾患リハビリテーションを担う人材の養成や、心大血管疾患リハビリテーションを行う専門医療機関の体制の強化が求められている。

⑥ 地域連携クリティカルパスの活用

急性期から回復期、再発予防に至るまで、地域連携クリティカルパスの活用により質の高い医療を効率的に、切れ目なく提供することができる医療連携体制の整備が必要である。このため、平成19年度以降、南加賀医療圏及び石川中央医療圏において、急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスが作成・運用されている。

今後増加が予想される慢性心不全患者は、増悪により再入院を繰り返すことが考えられるが、心不全増悪時の急性期治療は内科的治療が中心であり、内科的治療を行うことができる専門医療機関とかかりつけ医等が連携し、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、入院中から退院後まで継続して行う体制を構築する必要がある。

●急性心筋梗塞

<急性心筋梗塞とは>

○急性心筋梗塞は、心臓を構成する心筋に血液を供給する心臓の周りを走る冠状動脈(冠動脈)の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患である。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る。

<急性心筋梗塞の急性期治療>

- ST上昇型心筋梗塞の治療:血栓溶解療法や冠動脈造影検査及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が高い。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る。
- 非ST上昇型心筋梗塞の治療:薬物療法に加えて、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PCI、CABGを行う。

●大動脈解離

<大動脈解離とは>

○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、様々な症状をきたす。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る。

<大動脈解離の治療>

- 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は、予後を左右する最も重要な判断となる。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択される。
- ・StanfordA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、緊急の外科的治療の適応となることが多い。しかしながら、全身状態等によっては外科的治療非適応となることもある。
- ・StanfordB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良いため、内科的治療が選択されることが多い。しかしながら、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となる。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る。

●慢性心不全

<慢性心不全とは>

○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、組織の低灌流を来と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、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたす。

<慢性心不全の治療>

- 患者の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る。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(CRT)や植込み型除細動器(ICD)による治療が行われることもある。
- 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ある。急性増悪の状態では、循環管理、呼吸管理等の全身管理も必要となる。

【疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針)より】
(平成29年3月31日医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

第5章 医療提供体制の整備

⑦ 現状把握に関する指標

病期	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防
ストラクチャー指標 (S)	禁煙外来を行っている医療機関数		循環器内科医師数・心臓血管外科医師数		
			心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数		
			心臓血管手術が実施可能な医療機関数		
			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		
プロセス指標 (P)	喫煙率	虚血性心疾患により救急搬送された患者数(再掲)	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の実施件数		
	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率		
	健康診断の受診率		虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数		
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数		
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率			外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	
アウトカム指標 (O)	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	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	退院患者平均在院日数		
				在宅等生活の場に復帰した患者の割合	
虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率					

病期	指標区分 (S/P/O)	指標名	時点	県全体	南加賀医療圏	石川中央医療圏	能登中部医療圏	能登北部医療圏	全国	備考	出典
予防	S	禁煙外来を行っている病院数 (人口10万人対)	H26	40	11	21	3	5	51.3		医療施設調査
				3.4	4.7	2.9	2.2	6.6	1.9		
予防	S	禁煙外来を行っている一般診療所数 (人口10万人対)	H26	124	22	84	10	8	270.0		医療施設調査
				10.7	9.3	11.7	7.3	10.6	9.9		
予防	P	喫煙率 (男) (女)	H25	34.5					33.7		国民生活基礎調査
				9.3					10.7		
予防	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数 (診療報酬ごと) (人口10万人対)	H27	485.9	563.3	505.6	336.4	318.5	406.2		NDB(※)
予防	P	健康診断の受診率	H25	68.3					66.2		国民生活基礎調査
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 (人口10万人対)	H26	155.6					262.2		患者調査
予防	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率 (人口10万人対)	H26	53.6					67.5		患者調査
予防・救護	O	虚血性心疾患により救急搬送された患者数 (人口10万人対)	H26	0.1	0	0	0	-		単位:0.1	患者調査
				0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0		
予防・慢性期・回復期・再発予防	O	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率 (男) (女)	H27	25.9					31.3		人口動態特殊報告
				9.5					11.8		
救護	P	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	H26	16					35.4		救急・救助の現状
救護	O	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	H26	32.9					39.4		救急・救助の現況
急性期	S	循環器内科医師数・心臓血管外科医師数 (人口10万人対)	H26	155	13	131	10	1			医師・歯科医師・薬剤師調査
				13.4	5.5	18.3	7.5	1.4	11.7		
急性期	S	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数 (人口10万人対)	H26	4	-	3	1	-			医療施設調査
				0.3	-	0.4	0.7	-	0.3		
急性期	S	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病床数 (人口10万人対)	H26	10	-	8	2	-			医療施設調査
				0.9	-	1.1	1.5	-	1.4		
急性期	S	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数 (人口10万人対)	H27	(※)	0	5	(※)	0			NDB(※)
				(※)	0.0	0.7	(※)	0.0	0.3		
急性期・回復期	S	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 (人口10万人対)	H28.3.31	13	1	9	3	0			診療報酬施設基準
				1.1	0.4	1.3	2.2	0.0	0.9		
急性期	P	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の実施件数 (人口10万人対)	H27	2,619	429	1,944	246	0			NDB(※)
				225.8	182.4	271.2	183.5	0.0	171.3		
急性期	P	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	H27	71.2	63.6	72.5	71.2	0.0	64.6		NDB(※)
急性期	P	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数 (人口10万人対)	H27	(※)	0	121	(※)	0			NDB(※)
				10.4	0.0	16.9	(※)	0.0	12.9		
急性期・回復期	P	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (人口10万人対)	H27	2,994	317	2,360	317	0			NDB(※)
				258.2	134.8	329.3	236.5	0.0	151.0		
急性期・回復期	O	退院患者平均在院日数	H26	8.5	6.2	8.0	11.3	3.1	8.2		患者調査
回復期・慢性期・再発予防	P	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数 (人口10万人対)	H27	835	490	306	39	0			NDB(※)
				72.0	208.3	42.7	29.1	0.0	107.8		
回復期・慢性期・再発予防	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	H26	94.6	92.7	94.5	98.3	56.7	93.9		患者調査

(※)NDB:レセプト情報・特定健診等情報データベース(通称:ナショナルデータベース(NDB))による分析結果
「レセプト数で10件未満」あるいは「医療施設数3箇所未満」の場合は数値非公開

(2) 心血管疾患の医療機能の明確化及び圏域の設定

① 心血管疾患の医療体制

病期	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させる心血管疾患リハビリテーション	再発予防
目標	●心血管疾患の発症予防	●疾患に応じた専門的医療機関への早期到着	●来院後30分以内の専門的治療開始 ●急性期における心血管疾患リハビリテーションの実施 ●再発予防の定期的専門的検査の実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●心血管疾患リハビリテーションの実施 ●在宅復帰支援 ●再発予防に必要な知識の教育	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●在宅療養支援
求められる要件	①基礎疾患・危険因子の管理 ②初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ③初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ①速やかな救急搬送要請 ②心肺蘇生法等適切な処置 【救急救命士】 ③適切な観察・判断・処置 ④急性期病院への速やかな搬送	【専門的な救急医療】 ①心臓カテーテル検査等を原則として24時間実施 ②専門的診療を原則として24時間対応 ③来院後早期の冠動脈造影検査および適応があればPCIの実施 ④患者受入窓口の明確化及び院内連絡体制の整備 ⑤呼吸管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症の治療 ⑥電氣的除細動*、器械的補助循環装置、緊急ペーシング*の対応 ⑦運動耐容能に基づいた運動療法による合併症予防や多面的・包括的なりハビリテーションの実施 ⑧心理的カウンセリング等による抑うつ状態への対応 ⑨外科的治療が可能であることが望ましい 【初期・軽度の救急医療】 ※初期診断・必要な治療を実施し、必要に応じ専門的な救急医療機関に転送	①再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ②心理的カウンセリング等による抑うつ状態への対応 ③電氣的除細動等急性増悪時の対応 ④運動療法、食事療法等のリハビリテーションの実施 ⑤再発時等における対応について、患者及び家族への教育	①再発予防治療、基礎疾患・危険因子、生活習慣の管理 ②心理的カウンセリング等による抑うつ状態への対応 ③電氣的除細動等急性増悪時の対応 ④訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等と連携した在宅医療 ⑤家族に対する療養支援、心のケア
連携	○合併症併発時や再発時の緊急の内科的・外科的治療に対応するための連携 ○医療施設間における診療情報・治療計画の共有(定期的専門的検査の実施)				
医療提供施設等	○病院・診療所		【専門的な救急医療】 ○心血管疾患の専門的な医療機関 心血管疾患に関する医療機関リスト(次頁) 【初期・軽度の救急医療】 ○救急告示病院等	○心大血管疾患リハビリテーション料届出病院 心血管疾患に関する医療機関リスト(次頁)	○病院・診療所

※ 電氣的除細動：電気ショックで、心房細動や心室細動を起こしている心臓を正常な状態に戻すこと。
 ※ 緊急ペーシング：徐脈性不整脈による心拍出量の低下に対し、電気刺激によって心拍数を増やし脳血流を含む臓器血流を維持する。

心血管疾患に関する医療機関リスト

このリストは、心血管疾患の急性期及び回復期の医療機能を担う医療機関に求められる要件を基本的に充足し、かつ、医療計画にその名称を掲載することを希望した医療機関を掲載するものである。

なお、当該リストは、今後、各医療機関の医療体制の変更や診療実績等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

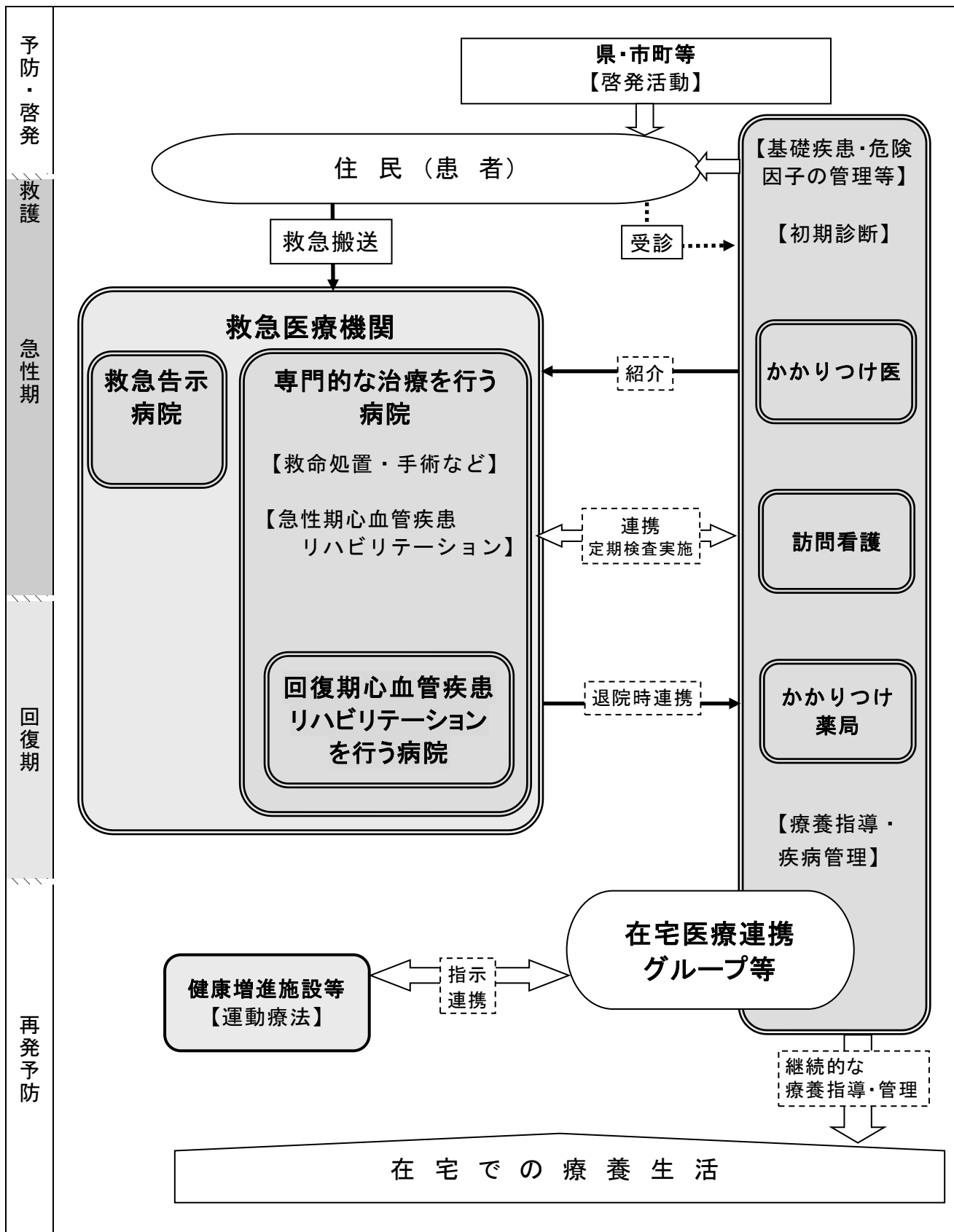
【平成30年4月1日現在】

医療圏	病院名	急性期の救急医療					回復期の身体機能を回復させる心血管リハビリテーション	
		急性心筋梗塞の心臓カテーテル検査等の専門的診療		慢性心不全の専門的診療		(参考) 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術等の外科的治療の実施体制の整備状況		(参考) 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の実施体制の整備状況
		(1) 24時間可能(オンコール対応含む)	(2) 通常の診療時間帯のみ可能	(1) 24時間可能(オンコール対応含む)	(2) 通常の診療時間帯のみ可能			
南加賀	加賀市医療センター		○	○				
	小松市民病院	○		○			○	
	芳珠記念病院		○	○				
	やわたメディカルセンター	○		○			○	
石川中央	石川県済生会金沢病院	○		○				
	石川県立中央病院	○		○		○	○	
	金沢医科大学病院	○		○		○	○	
	金沢医療センター	○		○		○	○	
	心臓血管センター金沢循環器病院	○		○		○	○	
	金沢市立病院	○		○			○	
	金沢赤十字病院	○		○			○	
	金沢大学附属病院	○		○		○	○	
	公立つるぎ病院				○			
	公立松任石川中央病院	○		○			○	
	城北病院			○			○	
北陸病院			○					
能登中部	恵寿総合病院	○		○		○	○	
	公立能登総合病院	○		○			○	
	公立羽咋病院	○		○			○	
能登北部	公立穴水総合病院			○				
	公立宇出津総合病院				○			
	市立輪島病院			○				
	珠洲市総合病院			○				
計		14	2	21	2	6	5	14

医療圏毎に五十音順で記載

上記のリストは、平成30年4月1日現在であり、最新の医療機関リストはホームページ上に掲載
アドレス <http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryuu/support/center.html>

心血管疾患の医療連携体制



② 心血管疾患における圏域の設定

心血管疾患の一般的な医療需要については基本的に二次医療圏内で対応しているが、急性期や回復期対応などの特殊な医療需要については二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を心血管疾患の圏域とする。

(3) 対策

① 発症予防の推進

- ・心血管疾患の発症に至る可能性のある糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防するために、健診や生活習慣改善の指導体制の充実を図る。
- ・基礎疾患の重症化を予防するため、継続的な管理体制を推進する。

② 急性期における医療体制

ア 救急搬送体制の整備

- ・心血管疾患患者の救護のための救急活動プロトコルや傷病者の搬送と受入れの実施に関する基準の整備・運用により、発症後迅速に、心血管疾患の診断及び治療が可能な救急医療機関への搬送体制を整備する。
- ・心血管疾患が疑われる患者を、外科的治療や冠動脈インターベンション治療が可能な専門医療機関へ直接搬送できるよう、ドクターヘリの活用などを含めた体制整備を検討する。
- ・今後増加が予想される慢性心不全患者の受入れ体制を強化するため、心不全増悪時の急性期治療を行うことができる専門医療機関をリスト化し、傷病者の搬送と受入れの実施に関する基準に追加する。
- ・救急救命士の養成と質の向上を図る。

イ 診断体制の整備

- ・発症後早期に適切な診断が可能な体制を整備する。

ウ 治療体制の整備

- ・専門医療機関の機能分化・連携を進めるために、内科的治療のみ実施できる医療機関、冠動脈インターベンション治療ができる医療機関、外科的治療を含め包括的に治療ができる医療機関など医療機能ごとにリスト化する。
- ・外科的治療等の急性期医療が可能な専門医療機関において、心血管疾患と診断された患者の受入れに係る窓口の明確化や、院内における連絡体制を整備し、二次医療圏を超えた連携体制の円滑化を図るなど、県内全域において、心血管疾患の専門的治療ができる体制を推進する。
- ・外科的治療を含め、包括的治療ができる専門医療機関を中心に、心血管疾患に係る低侵襲性治療の導入促進を図る。

エ 急性期の心血管疾患リハビリテーション実施体制の充実を図る。

③ 回復期からの継続的な医療体制

- ・回復期病床へ転換する医療機関に対する支援を行うなど、回復期の心血管疾患リ

ハビリテーションの実施体制の充実を図る。

- ・医療機関と健康増進施設などが連携し、再発予防のための生活習慣の改善・維持を図る。
- ・平成 19 年度以降、南加賀医療圏及び石川中央医療圏において作成・運用されている急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスの普及に努める。
- ・今後増加が予想される慢性心不全患者は、増悪により再入院を繰り返すことが考えられることから、内科的治療を行うことができる専門医療機関（各段階のリハビリテーションを含む）とかかりつけ医が連携体制を構築しながら切れ目のない医療を提供するとともに、地域の在宅医療を支える人材が集まり整備された「在宅医療連携グループ」と連携し、研修会等を通じて相互の理解と知識の向上を図りながら協力して在宅での療養生活を支援し、在宅医療を推進する体制を整備する。

④ 地域住民への啓発の推進

- ・冠動脈硬化の危険因子、発症時の症状や早期受診の重要性及び医療機関等の医療機能について情報提供を推進する。
- ・心肺停止が疑われる者に対する A E D を含めた心肺蘇生法等適切な処置が実施できるように普及啓発を推進する。

⑤ 人材の養成

- ・心血管疾患の診断や、専門的治療を担う急性期から回復期・維持期に至るリハビリテーションなど、病期に応じて必要な人材の養成を図る。

(4) 心血管疾患の医療提供体制を評価するための数値目標

① 体制の構築（ストラクチャー指標）

指標名	指標説明	現状値	目標値	備考
心大血管疾患リハビリテーション料届出医療機関数	心臓の急性期・回復期リハ対応医療機関の充実を示す指標	14 (病院) (H30.2)	増加	届出状況

② 提供の方法、手順（プロセス指標）

指標名	指標説明	現状値	目標値	備考
救急要請を受付けてから医療機関へ収容するまでに要した平均時間	心血管疾患の救護体制の充実を示す指標	33.1 分 (H28)	短縮	心疾患等に係るもの
急性心筋梗塞・狭心症等に対する経皮的冠動脈インターベンションの件数	心血管疾患の急性期医療の実施状況を示す指標	2,619 件 (H27)	維持	

第5章 医療提供体制の整備

心大血管疾患リハビリテーションの実施件数	心血管疾患の回復期医療の実施状況を示す指標	入院 2,994 人 外来 835 人 (H27)	増加	
----------------------	-----------------------	---------------------------------	----	--

③ 成果（アウトカム指標）

指標名	指標説明	現状値	目標値	備考
「虚血性心疾患」年齢調整死亡率	虚血性心疾患が原因で死亡する人数を反映した指標	男 25.9 女 9.5 (H27)	低下	虚血性心疾患による死亡数／ 県内人口× 100,000 (年齢調整)