

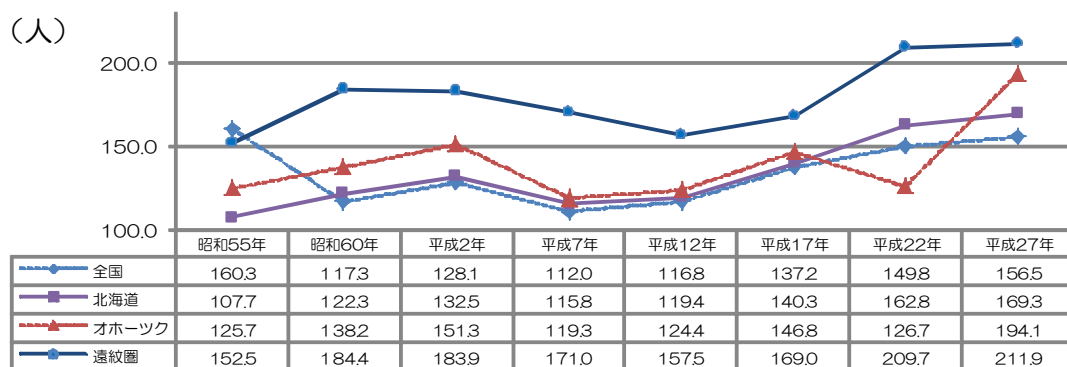
3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

(1) 現状

ア 死亡の状況

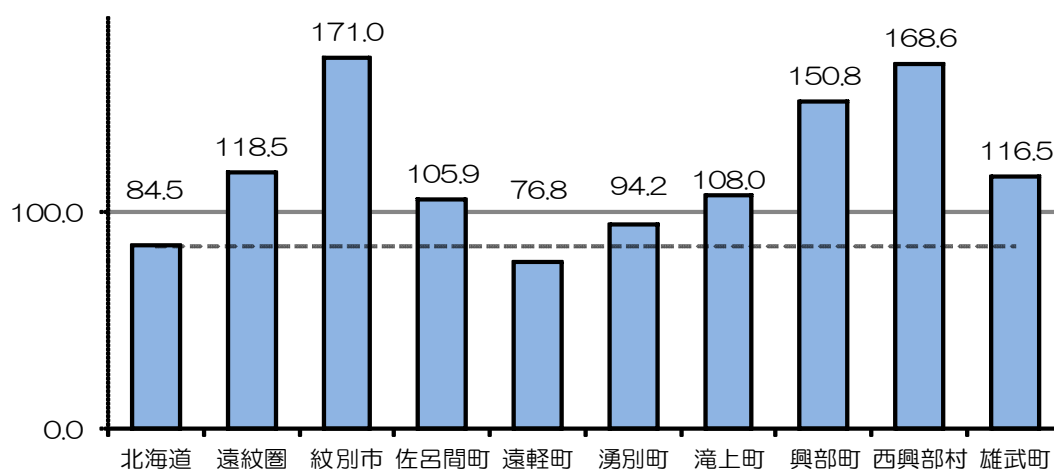
- 遠紋圏域における平成27年度の心疾患を原因とした死亡者は153人で、死亡者全体の14.9%（全道15.1%）を占め、全国、全道と同じく死因の第2位となっています。
- 平成27年の心疾患死亡率（人口10万対）は211.9人と、全国値（156.5人）、全道値（169.3人）よりも高い傾向にあります。【表1】
- 平成18年から平成27年までの10年間を対象とした心筋梗塞や狭心症による虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）^{*1}によると、遠紋圏域は118.5であり、全道と比べ高くなっています。【表2】

【表1】心疾患による死亡率の推移



*オホーツク地域保健情報年報

【表2】平成18～27年の市町村別虚血性心疾患死亡比（SMR）

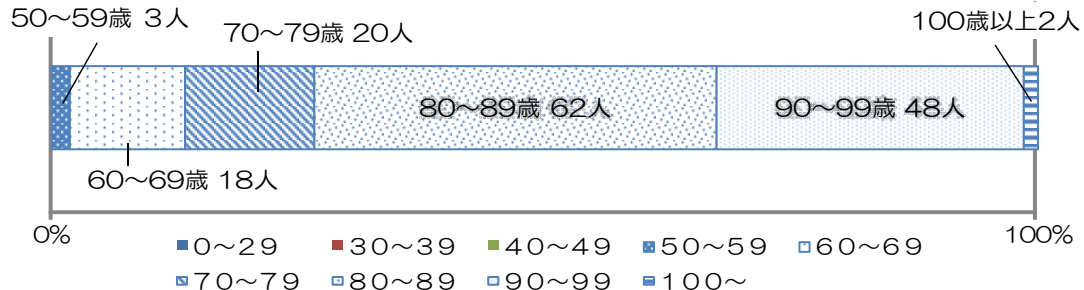


*北海道における主要死因の概要9

*1 標準化死亡比（SMR）：地域による年齢構成の違いを考慮して、同じ年齢構成の集団となるように修正して計算し、全国を100として、その地域の死亡率がどのくらい高い（低い）かを比較するもの。

- 心疾患による死亡者の年齢をみると、脳血管疾患の死亡と同様に年齢と共に増加しています。壮年期（40～64歳）での死亡は9.2%に達しています。【表3】

【表3】心疾患による年代別死亡状況



*平成27年オホーツク地域保健情報年報

イ 健康診断の受診状況

（ア）特定健康診断の受診状況

- 急性心筋梗塞を予防するためには、高血圧、糖尿病及び脂質異常症等の危険因子を早期に発見することが重要ですが、遠紋圏域の平成28年度特定健康診断（国民健康保険分）の実施率（受診率）は39.8%となっており、全道値（29.4%）と比べ、高い状況です。
- 平成28年度の特定健康診断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^{*1}の割合は10.4%（全道値9.2%）、内臓脂肪症候群予備軍^{*2}の割合は5.2%（全道値5.5%）であり、全道と比較し、高い割合となっています。

（イ）喫煙の状況について

- 遠紋地域における喫煙の状況は、平成29年北海道健康増進計画指標調査事業報告書該当比によると、男女とも全国に比較して非常に高い状況となっています。特に女性の該当比は全国の1.5倍以上と高く、男性も全国より高い状況となっています。

（ウ）医療機関への受診状況

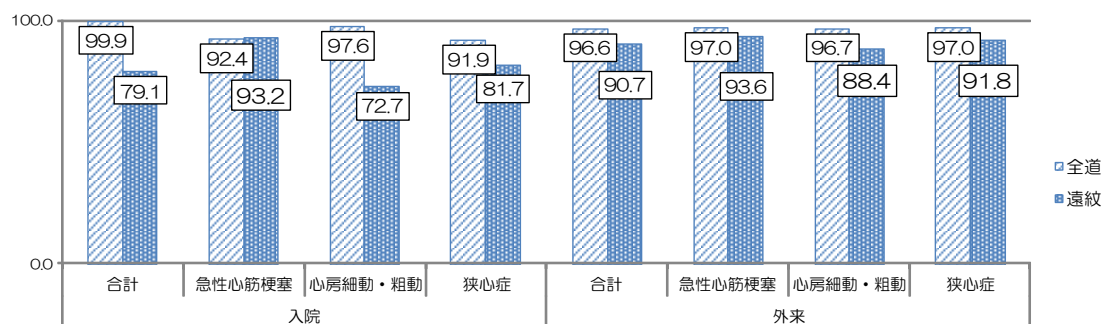
- 平成27年度の患者受療動向^{*3}により、遠紋圏域における平成27年の心疾患の受療率は、入院治療の約8割が、管内の医療機関への入院となっており、また、通院治療の約1割が管外の医療機関への通院となっています。【表4】

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

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

*3 厚生労働省「医療計画作成支援データブック」（平成27年度）

【表4】心疾患での受療状況（自給率）



*厚生労働省「医療計画作成支援データブック」

ウ 医療機関の状況

（急性期医療を担う病院について）

- 遠紋圏域においては、放射線等機器検査（心電図・冠動脈造影等）、臨床検査（血清マーカー等）、経皮的冠動脈形成術の治療のすべてについて、24時間いつでも対応可能である急性期医療を担う公表医療機関は、JA北海道厚生連遠軽厚生病院の1か所となっています。
- また、冠疾患専用治療室（CCU）を有している医療機関についても、JA北海道厚生連遠軽厚生病院の1か所となっています。

（回復・維持期の医療について）

- 心大血管疾患リハビリテーションⅠ又はⅡの保険診療に係る届出医療機関（平成30年7月1日現在）は、全道で75か所となっていますが、遠紋圏域はJA北海道厚生連遠軽厚生病院の1か所となっています。

（2）課題

ア 疾病の発症予防

- 遠紋圏域においては、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の該当者及び内臓脂肪症候群予備軍の割合が、依然として1割を超えていることから、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必要があります。
- 施設の禁煙等の環境づくりを推進するなど、受動喫煙防止の対策の強化が必要です。

イ 医療連携体制の充実

- 遠紋圏域では、平成29年北海道健康増進計画指標調査事業報告書によると、心疾患が全国よりも有意に高く、虚血性心疾患については、全国・全道と比べ特に高い状況となっています。しかし、圏域内では急性期を担う医療機関が1施設であり、発症時に迅速な搬送が必要なことから、AEDの配置場所の周知や救命法について住民教育を広く行い、また、住民が発症を認知し、速やかに救急車を要請できるように啓発をしていく必要があります。
- リスクの高い疾患の通院者へ緊急時の対応について、定期受診時に相談しておくことが求められます。また、かかりつけ医から緊急対応が可能な医療機関へ連携できる体制が重要です。
- 急性期から維持期までの病気に応じて、一貫したリハビリテーションが受けられるような関係機関の連携体制の充実が必要です。

ウ 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

ア 発症予防

(かかりつけ医)

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症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することが必要です。
- 急性心筋梗塞を疑う症状出現時の対応について、患者及び家族等周囲にいる者に対する教育・啓発が必要です。

イ 応急手当・病院前救護

(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が必要です。
- 心肺停止が疑われる人に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を行うことが必要です。

(消防機関と急性期医療を担う医療機関の連携)

- 早期に専門的診療が可能な医療機関へ搬送が必要です。
- メディカルコントロールに基づく適切な観察・判断・処置が必要です。

ウ 急性期医療

(救急救命センター及びCCUを有する医療機関、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することが必要です。
- 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の維持が必要です。
- 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理やポンプ失調等の合併症治療を行うことが必要です。
- 冠動脈バイパス術等の外科的治療が可能、または、外科的治療が可能な施設との連携体制の構築を図ることが必要です。
- 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うことが必要です。
- 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することが必要です。
- 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、連携を図るとともに、再発予防のため、定期的に専門検査を実施することが必要です。

エ 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を行うことが必要です。
- 入院または通院により、合併症の再発の予防、在宅復帰のための心臓血管疾患リハビリテーションを実施することが必要です。
- 再発予防に必要な知識や再発時の対応方法について、患者及び家族への教育を実施することが必要です。
- 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することが必要です。
- 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ることが必要です。

オ 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うことが必要です。
- 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体制を維持することが必要です。

- 急性期の医療機関・介護保健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る事が必要です。
- 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、歯科診療所及びかかりつけ薬局等と連携して支援を行うことが必要です。

(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 (年次)
		圏域値	全道値			
急性期医療を担う医療機関数 (か所)		1	67	67	現状維持	北海道保健福祉部調査 (平成 29 年 4 月 1 日)
喫煙率 (%) *		19.5	24.7	12.0	現状より減少	<全道>平成 28 年国民 生活基礎調査 <遠紋>平成 27 年各市 町村特定健診問診票より 算出
高血圧有病者の割合 (%) (40～74 歳) *	男性	—	58.6	40.0	現状より減少	平成 28 年 健康づくり道民調査
	女性	—	42.1	30.5		
急性心筋梗塞年齢調整 死亡率 (%) (人口 10 万対) *	男性	14.3	14.5	13.5	現状より減少	<全道>平成 27 年人口 動態統計特殊報告 <遠紋>オホーツク地域 保健情報年報より算出
	女性	4.7	5.5	5.2		

*「北海道健康増進計画」(平成 25 年～平成 34 年度)と調和を図る指標の目標値については、平成 35 年度も維持・向上とする。

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

ア 予防対策の充実

- 市町村及び保険者と連携し、引き続き、特定健康診査の重要性を周知し、受診率の向上を図り、生活習慣改善に向けた保健事業の推進、保健指導の充実に努めます。
- 「遠紋圏域健康づくり事業行動計画」に掲げた各領域の事業等に取り組む、高血圧症や脂質異常症、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、心筋梗塞等の心疾患の発症の予防を図ります。
- 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。

イ 医療連携体制の充実

- 急性期から回復期、再発予防まで、切れ目のない適切な医療を提供するため、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、患者の受療動向に応じた連携体制の充実に努めます。

- 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。
- 急性心筋梗塞を疑う患者があった際に、周囲の人が速やかに救急蘇生法等の処置、AEDの使用及び救急要請を行うなど、適切な対応がとれるよう、救命講習等の普及・啓発に向けた支援を行います。
- 急性心筋梗塞は、発症後、早期に診療を開始する必要がある、また、比較的高度で専門性の高い医療サービスの提供が求められることから、第二次医療圏での、医療サービスの完結が望まれますが、遠紋圏域の医療資源の状況により、他圏域の高度専門病院への直接搬送等、必要に応じて心疾患の急性期患者の救命率向上に努めます。

ウ 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憎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・包括的なリ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あたっては、関係者間で心不全の概念を共有する事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について、24時間対応が可能であり(病院郡輪番制をとっている圏域については、救急当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)

JA北海道厚生連遠軽厚生病院(冠疾患専用治療室(CCU)を有する医療機関)

(7) 歯科医療機関(病院歯科、歯科診療所)の役割

- 心筋梗塞後の患者が歯科医療機関を受診した際には、循環器科等の医療機関及び病院歯科と連携のもと、心機能や臨床検査結果等を踏まえ、全身管理に配慮し、安全で適切な歯科医療の提供に努めます。

- 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等に努めます。
- 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、薬学的管理のもと、訪問による患者への適切な服薬指導等に努めるとともに、在宅療養で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。