

委員事前提出意見（委員別・施策別）

健康増進課
保健・疾病対策課

< 国の循環器病対策推進基本計画における施策 >

| No. | 内容 | No. | 内容 |
|-----|------------------------------------|-----|-------------------------|
| 1 | 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発 | 2-⑥ | 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援 |
| 2-① | 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 | 2-⑦ | 循環器病の緩和ケア |
| 2-② | 救急搬送体制の整備 | 2-⑧ | 循環器病の後遺症を有する者に対する支援 |
| 2-③ | 救急医療の確保をはじめとした 循環器病に係る医療提供体制の構築 | 2-⑨ | 治療と仕事の両立支援・就労支援 |
| 2-④ | 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援 | 2-⑩ | 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 |
| 2-⑤ | リハビリテーション等の取組 | 3 | 循環器病の研究推進 |

< 委員別 >

| 施策 No. | 現状と課題 | 県計画へ盛り込むべき事項 |
|-------------|---|---|
| 桑原委員 | | |
| 1 | がんと比較して循環器疾患啓発が不十分 | 義務教育からの継続的な循環器疾患啓発 |
| 1 | 長野県は塩分摂取量が全国 1 位 | ポピュレーションアプローチによる塩分摂取量の減少（調味料に含まれる塩分を少しずつ減量するなど） |
| 2-① | 健診での早期異常発見が実際の受診に必ずしも繋がっていない | 健診結果を受診行動に結びつけるシステムの構築 |
| 2-④ | 高齢者で増加している心不全の地域連携の地域ごとの実情に合わせた構築が進んでいるとはいえない | 地域連携パスを利用した、かかりつけ医、急性期・慢性期病院を包含する地域連携推進を可能とする具体的施策 |
| 2-⑤ | 心臓リハビリを外来でも継続できるシステムの構築がされていない | 心臓リハビリ施設の確認、増設と主に急性期を担う病院とのマッチング推進 |
| 堀内委員 | | |
| 2-① | 脳卒中死亡率が他県と比べて高率 | 死亡率の低下 |
| 2-③ | 地域差があること | 2 次医療圏での均てん化 |
| 今村委員 | | |
| 2-② | 循環器病救急患者の搬送病院選定において、少数ながら、不適切な例（急性冠症候群の緊急 PCI 不可病院への救急搬送、診療所からの紹介など）が見られ、治療開始の遅れと予後の悪化につながっている。 | （１）循環器病救急患者に対する観察・処置手順など救急業務プロトコルの策定と周知・教育（メディカルコントロール協議会による） （２）初期医療機関への周知・啓蒙 |
| 2-② | 救急隊の病院選定基準（上記）や観察・処置手順が二次医療圏毎に異なるため、圏域を越えた搬送を行うときに支障を生じている。 | 上記（１）について、県内統一プロトコルの策定（このためには県メディカルコントロール協議会の機能強化が必要） |
| 2-③ | 急性大動脈症（急性大動脈解離、大動脈瘤破裂/切迫破裂）の緊急対応と、亜急性期の対応に困難を生ずることがある。 | 圏域を超えた急性大動脈症対応の医療機関ネットワーク構築（MC 体制の活用） |
| 2-③ | 地域によっては虚血性脳卒中に対する血管内治療が迅速に行われていない。 | 圏域を超えた脳卒中初期対応の医療機関ネットワーク構築 |
| 2-③ | 画像情報の迅速な伝達・共有に困難があり、治療の遅れや医療機関、消防機関への余計な負担の原因となっている。 | 特に画像情報共有における ICT の導入 |
| 齋藤委員 | | |
| 1 | 歯科疾患と循環器疾患の関りが明らかになってきているが、国民への知識の普及が進んでいない | 循環器疾患の発症予防、重症化予防の観点から見た歯科医療の重要性 |

| | | |
|----------------|--|--|
| 2-④ | 摂食嚥下機能訓練や口腔機能管理の分野についての質的向上、連携体制の整備 (2-⑤, 3) | 多職種連携の推進、診療所と病院歯科との連携整備。質的向上を目的とした研修等の必要性。 |
| 2-⑥ | 循環器病を有する患者の歯科治療に制約が多い。 | 適切な病期に歯科治療を行うよう情報提供・相談支援。医科歯科連携。知識の普及、啓発。 |
| 2-⑩ | 先天性循環器疾患を有する患者の口腔管理が徹底されていない。 | 先天性循環器疾患を有する患者の口腔管理の必要性。知識の普及、啓発。医科歯科連携。 |
| 山本（か）委員 | | |
| 1 | 重症化予防：軽症や検査入院による入院中に実施。外来でのフォローはマンパワー的に不可能（2-①） | ○発症予防：人間ドックや検診の推奨 ○保健師の保健指導 ○地域で行う健康推進事業の強化 ○こどもについては学校との連携について |
| 2-② | | コロナ禍において圏域を超えた、重症者の受け入れ体制 |
| 2-③ | 救急医療の提供が終了しあとの転院先につながりにくい | 急性期から亜急性期、慢性期の移行がスムーズにいく仕組み |
| 2-④ | 急性期を専門病院や病棟で療養するが退院後は主治医の元に帰るが、そこでの重症化予防は難しい。 | |
| 2-⑤ | | 地域で継続的なリハビリに取り組める体制 |
| 2-⑦ | 循環器分野の医師の緩和ケアの経験が少ない | ○医療者の学ぶ仕組み ○市民への啓発活動 |
| 2-⑨ | 心臓疾患があるとなかなか就労しにくい現実がある。 | サポート窓口の設置 |
| 2-⑩ | 先天性心疾患の患者が成人してから診療できる病院が少ない。 | 小児から成人への診療・看護の継続性 |
| 馬島委員 | | |
| 1 | 学校給食世代までは減塩食に馴染んでいるが、働き世代になると外食などで塩分過剰傾向になる | ①中食・外食などの対応強化 ②簡易的な食習慣の個別チェックの体制の整備 |
| 2-⑥ | 減塩について、必要性は認識していても行動変容に結び付いていない | 栄養ケア・ステーションと他職連携で、食行動変容への情報提供やアピールをする |
| 2-⑧ | 在宅での食事では、調理方法や栄養価などに多々課題がある | 多職種との研修会の充実 |
| 石塚委員 | | |
| 1 | ○循環器疾患に影響を与える因子として喫煙・飲酒・食生活などによる生活習慣が影響することが多く生活の改善が必要。 ○循環器疾患は長期に渡って治療を継続する必要があるが、本人の自覚症状が乏しく、治療薬のアドヒアランスが低下することでコントロールがしっかりとできない方が多くしっかりと意識づけが必要。 | ○薬局における薬物療法の重要性の説明と、副作用の早期発見のための患者への確認 ○薬局窓口における禁煙相談や禁煙の勧め、学校における禁煙の啓発など若年層から教育が必要 ○薬局における、薬を服用する際の注意の徹底、健康、食事、栄養などの生活習慣の指導と相談応需 |
| 2-① | | 「血圧自己測定」「健診受診の勧め」事業を継続することにより、循環器を含む疾患等の早期発見・早期治療につなげる。 |
| 2-③ | | 入退院時を含めた病院薬剤師と薬局薬剤師とにおける服薬状況、アレルギー歴、サプリメント摂取状況摂取状況の情報共有の推進と同時に、循環器病対策には生活改善を含め多くの職種が関わる必要があり、他職種との情報共有も必要 |
| 2-⑥ | ○循環器疾患の治療薬には食事や健康食品、サプリメント等との飲み合わせにより治療薬 | ○かかりつけ薬局を持つことにより重複投薬のチェックとポリファーマシーの解消 ○在宅医療においては、ご家族への啓発や他職種との連携による副作用のチェック |

| | | |
|-------------|--|---|
| | <p>の減弱や増強することがあり、その旨の注意喚起が必要。</p> <p>○循環器疾患に限らないが、高齢になるに従って服用薬剤が増え、副作用の発現率も上がるため、体調不良が薬の影響によるものかアセスメントが必要。</p> <p>○高齢者においては理解不足等もあり、家族の方々にも関心を持ってもらうことが大切。</p> | |
| 佐藤委員 | | |
| 1 | <p>一般の方が、循環器疾患の発症時の症状の認識や、対応方法が理解されていない。(疾患に対する理解、初動対応など)</p> | <p>県民一般に対する循環器病への理解を広め、初動対応などについても合わせて啓発していく。</p> |
| 2-⑤ | <p>(1) 医療と介護の連携が不十分</p> <p>○急性期～回復期～維持期・生活期における、医療ソーシャルワーカー、相談員、リハ職等による途切れないサービス提供のための連携が不十分。脳血管疾患では地域連携パスがあるが大きな施設間で実施され、それが在宅までにはつながっていない。</p> <p>○医療から介護の連携ばかりでなく、介護から医療への連携も必要。</p> <p>○維持期の通所リハ終了後の受け皿がなく、いつまでも終了できない。</p> <p>○心疾患においては、回復期にあたる外来心臓リハビリテーションを行っている施設が少ない。</p> <p>○心臓リハにおいて急性期病院ではセルフケアの自立までの教育を十分にはできずに退院していく。</p> <p>○高齢心不全患者の再発予防のために多職種連携による生活管理・療養指導が不十分である。(2-⑧)</p> | <p>①地域連携パス 急性期→回復期→維持期・生活期まで連絡が行くようなシステムづくり (IT を使用したシステムなどの導入)</p> <p>②介護情報が医療に提供できるシステムづくり (地域連携パスの逆方向)</p> <p>③地域包括ケアシステムにおける「通いの場」を身近なところに多数立ち上げ、受け皿を作る。同時に足の確保も検討。</p> <p>④外来心臓リハビリテーション実施施設の増加。かかりつけ医と、外来心臓リハ実施施設との連携強化。</p> <p>⑤在宅で心不全増悪をきたさない生活を長く続けられるように、かかりつけ医をはじめとする多職種連携による療養指導体制の構築。</p> <p>⑥心臓リハを回復期でも実施できるような提言ができるとよい。</p> |
| 2-⑤ | <p>(2) 個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションの実施が不十分</p> <p>○急性期から生活期を見据えたリハビリテーションの提供ができていない</p> <p>○「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションの実施が不十分。(機能的な視点に偏ったリハビリの提供)</p> <p>○介護支援専門員(ケアマネジャー)と連携した「高齢者の意欲を引き出すリハビリ」が提供できていない。(2-⑧)</p> | <p>①リハビリ職、介護支援専門員等への教育。</p> <p>②事例発表の場の提供 (一般県民向け) HP 等。</p> |
| 2-⑤ | <p>(3) 質の高いリハビリテーション提供のためのリハビリマネジメントの徹底 (EPDCA サイクルの実施)</p> <p>○コロナ禍で十分に臨床実習を積まずに社会へ出ている。</p> <p>○リハビリマネジメントはまだ一部のみで実施。</p> <p>○心疾患患者に対する運動実施に対する医療・介護スタッフ(リハ職種以外)の知識が乏しい。不必要な安静が行われがちである。(2-⑧)</p> | <p>①リハビリ職への教育。(研修会の開催)</p> <p>②医療・介護スタッフに対する心臓リハビリテーション知識の啓発。</p> |

| | | |
|-------------|---|--|
| 2-⑤ | (4) 人材の偏りがありリハ職は病院に多く生活期には少ない。介護領域では慢性的な人員不足 (2-⑧) | ①ICT の導入のための資金援助 ②介護ロボット導入のための資金援助 |
| 佐伯委員 | | |
| 2-② | 救急救命士を含む、救急隊員の知識・技術の向上を目的とした研修会については、メディカルコントロール体制のもと各地域MC協議会単位で行われているが、地域MC協議会の規模等により研修体制に差が生じている | 救急隊員の資質向上を目的とした、長野県MC協議会単位での循環器病対策を含めた研修会の実施について |
| 石田委員 | | |
| 2-① | <p>現状は、保健補導員として特定健診、後期高齢者健診、各種がん検診の会場でのお手伝いをしているが、健診の普及につながっているかは不明である。以前は、受診勧奨のため健診受診票を配布していたが、個人情報保護の目的で廃止となった。</p> <p>各地区でも文化祭で「村の保健室」と称して血圧測定や体重測定などを実施することで循環器分野の取組や推進を行うことができたが、新型コロナウイルス感染の影響で文化祭が中止や展示のみとなることで出店できない状況である。</p> <p>今年は、展示も含めた文化祭の出展の他に、事務局主導で保健補導員自身が健診を受けて結果を読み解く力をつけるための学習を、各地区の学習会の必須事項としている。</p> | |
| 土屋委員 | | |
| 2-① | 保険者協議会各構成団体の特定健診・保健指導の実施率等を毎年調査しているが、とりわけ被用者保険の被扶養者の健診受診率・保健指導終了率が伸びていないことが課題 | |
| 辻合委員 | | |
| 2-⑨ | <p>【現状】R2 年度、当センターに両立支援に係る相談は 109 件（両立支援の進め方：30 件、復職：23 件、医師の意見書の取扱い：24 件）あるが、企業内に制度を取り組むために何をすればよいのか、復職についてどのようにすればよいのかに躊躇している問題が認められる。</p> <p>【課題】労働者自身の病状に応じて治療の継続を含めて自らの疾患と付き合いながら就業できるよう両立支援の体制づくりをする必要がある。治療に専念していた労働者が復職するに当たり、労働者、企業、医療機関連携を取る必要がある。</p> | 循環器病を患う労働者自身の病状に応じて治療と仕事が両立できるよう、かかりつけ医等、会社及び両立支援コーディネーターによる、患者へのトライアングル型サポート体制構築を推進し、相談支援体制を充実する必要がある |
| 大澤委員 | | |
| 1 | 先天性心疾患・内部障害への理解や認知度が低いこと | ACHD（成人先天性心疾患）は発症予防ができないが、一定数存在することを含めた認知と配慮の必要性 |
| 2-⑨ | 心疾患患者の就労支援や治療のための休暇支援などが必要 | 治療と仕事を両立するためには、通院への休暇支援や、就職後の定期的な支援体制が必要 |
| 2-⑩ | まだまだ教育現場でも、社会でも認知・配慮が不十分である | 移行期医療はもちろん、胎児期～成人期まで幅広く安心して生活できる保障や制度の確立 |

| 小岩井委員 | | |
|---------|--|---|
| 1 | 発症時からの体系的な医療・福祉・介護の充実。啓発活動・セミナー・勉強会開催の不足、医療体制の整備（2-②） | |
| 2-④ | 社会資源の活用が不十分、循環器病患者（児）への細部に及ぶ支援（例：医療的ケア児・に対する支援就学に対する配慮等） | 社会資源の活用、循環器病患者（児）への細部に及ぶ支援 |
| 2-⑥ | 循環器病に対する相談機関・支援が不足（難病相談支援センター・肝疾患相談センター、がん相談支援センター等の様なセンターが無い。ピア・サポーターの活用が不十分（こども病院において当会では月1回ピア・サポートを開催したが周知不足・難病ピア電話相談の活用不足）県民への周知不足が課題 | 循環器病に対する、諸々の相談に応じる体制、情報提供が出来る拠点の構築 |
| 2-⑨ | 社会に出て働く為の就労支援／幅広い循環器病患者が自身の病状に応じて治療の継続をと疾患と付き合いながら就労できる体制。障害者政策・難病・小児慢性と連携した総合的切れ目のない教育と就労の現場における先天性心疾患患者への理解不足 | 就労支援～保障（行政・企業との連携）・ハローワークとの連携（ハローワークの病院窓口・就労準備勉強会の充実）循環器患者に応じた治療と仕事の両立支援・疾患特性に応じた職業訓練や事業主への助成金活用・就労支援 |
| 2-⑩ | 移行期医療支援センター、難病支援センターの運用・活用の課題（小児慢性特定疾病・難病含む）、胎児診断、両親への支援・相談、就学期の支援・相談 | 移行医療支援の充実、教育機関との理解と連携、セミナー啓発 県下における医療機関の連携体制の構築 ライフステージの変化に応じて対応出来る医療システム（2-③） |
| 樋口委員 | | |
| 2-⑧ | 新型コロナ感染拡大により患者会行事ができず、脳卒中後遺症の方々の社会参加の場が減少しているのではないかと。当会は、脳卒中後遺症の方々の社会参加の場を設けるためリハビリ事業として農園活動やサークル活動を行っているが、活動を継続していくためには諸経費が必要であり資金運営が厳しい。当会は、後遺症を持つ理事を中心に運営しているが、病院スタッフに援助してもらいながら活動をしている現状がある。 | 患者会を継続できるようにするための補助金給付、またはボランティアといった人材サポート支援が得られやすい事業計画を盛り込んでほしい。 |
| 2-⑨ | 脳卒中発症前から今の職場で働いているが、発症後、今まで通りの仕事ができないため、当事者本人と企業側で互いに溝を感じる。障害者が一般企業で働くにあたり、障害者に対する偏見を感じることもある。 | |
| 山本（昌）委員 | | |
| 1 | 本村においても、脳卒中のSMRが高い状況が続いており、予防教育や健診受診率の向上等とあわせ、重症化予防のためには、t-PAなどの治療についての啓発も必要と考えます。また最近では、国保加入直後に発病するケースなどが増えていることから、地域と職域の連携が重要と考えます。（2-①、2-④、2-⑥） | 地域職域連携体制と具体的な事業展開の構築 |
| 2-⑩ | 家族性高コレステロール血症の早期発見と早期治療のための学校健診について、地域と学校の連携が課題となっている。 | 地域保健と学校保健の連携 |

＜施策別＞

| 現状と課題 | 県計画へ盛り込むべき事項 | 委員 |
|---|--|-------------|
| 1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発 | | |
| がんと比較して循環器疾患啓発が不十分 | 義務教育からの継続的な循環器疾患啓発 | 桑原 委員 |
| 長野県は塩分摂取量が全国 1 位 | ポピュレーションアプローチによる塩分摂取量の減少（調味料に含まれる塩分を少しずつ減量するなど） | 桑原 委員 |
| 歯科疾患と循環器疾患の関りが明らかになってきているが、国民への知識の普及が進んでいない | 循環器疾患の発症予防、重症化予防の観点から見た歯科医療の重要性 | 齋藤 委員 |
| 重症化予防：軽症や検査入院による入院中に実施。外来でのフォローはマンパワー的に不可能（1、2-①） | ○発症予防：人間ドックや検診の推奨 ○保健師の保健指導 ○地域で行う健康推進事業の強化 ○こどもについては学校との連携について | 山本(か) 委員 |
| 学校給食世代までは減塩食に馴染んでいるが、働き世代になると外食などで塩分過剰傾向になる | ①中食・外食などの対応強化 ②簡易的な食習慣の個別チェックの体制の整備 | 馬島 委員 |
| ○循環器疾患に影響を与える因子として喫煙・飲酒・食生活などによる生活習慣が影響することが多く生活の改善が必要。 ○循環器疾患は長期に渡って治療を継続する必要があるが、本人の自覚症状が乏しく、治療薬のアドヒアランスが低下することでコントロールがしっかりとできない方が多くしっかりとした意識づけが必要。 | ○薬局における薬物療法の重要性の説明と、副作用の早期発見のための患者への確認 ○薬局窓口における禁煙相談や禁煙の勧め、学校における禁煙の啓発など若年層から教育が必要 ○薬局における、薬を服用する際の注意の徹底、健康、食事、栄養などの生活習慣の指導と相談応需 | 石塚 委員 |
| 一般の方が、循環器疾患の発症時の症状の認識や、対応方法が理解されていない。（疾患に対する理解、初動対応など） | 県民一般に対する循環器病への理解を広め、初動対応などについても合わせて啓発していく。 | 佐藤 委員 |
| 先天性心疾患・内部障害への理解や認知度が低いこと | ACHD（成人先天性心疾患）は発症予防ができないが、一定数存在することを含めた認知と配慮の必要性 | 大澤 委員 |
| 発症時からの体系的な医療・福祉・介護の充実。啓発活動・セミナー・勉強会開催の不足、医療体制の整備（1、2-②） | | 小岩井 委員 |
| 本村においても、脳卒中の SMR が高い状況が続いており、予防教育や健診受診率の向上等とあわせ、重症化予防のためには、t-PA などの治療についての啓発も必要と考えます。また最近では、国保加入直後に発病するケースなどが増えていることから、地域と職域の連携が重要と考えます。 （1、2-①、2-④、2-⑥） | 地域職域連携体制と具体的な事業展開の構築 | 山本(昌) 委員 |
| 2-① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 | | |
| 健診での早期異常発見が実際の受診に必ずしも繋がっていない | 健診結果を受診行動に結びつけるシステムの構築 | 桑原 委員 |
| 脳卒中死亡率が他県と比べて高率 | 死亡率の低下 | 堀内 委員 |
| | 「血圧自己測定」「健診受診の勧め」事業を継続することにより、循環器を含む疾患等の早期発見・早期治療につなげる。 | 石塚 委員 |
| 現状は、保健補導員として特定健診、後期高齢者健診、各種がん検診の会場でのお手伝いをしているが、健診の普及につながっているかは不明である。以前は、受診勧奨のため健診受診票を配布していたが、個人情報保護の目的で廃止となった。 | | 石田 委員 |

| | | |
|---|---|-------------|
| 各地区でも文化祭で「村の保健室」と称して血圧測定や体重測定などを実施することで循環器分野の取組や推進を行うことができたが、新型コロナウイルス感染の影響で文化祭が中止や展示のみとなることで出店できない状況である。 今年、展示も含めた文化祭の出展の他に、事務局主導で保健指導員自身が健診を受けて結果を読み解く力をつけるための学習を、各地区の学習会の必須事項としている。 | | |
| 保険者協議会各構成団体の特定健診・保健指導の実施率等を毎年調査しているが、とりわけ被用者保険の被扶養者の健診受診率・保健指導終了率が伸びていないことが課題 | | 土屋 委員 |
| 2-② 救急搬送体制の整備 | | |
| 循環器病救急患者の搬送病院選定において、少数ながら、不適切な例（急性冠症候群の緊急 PCI 不可病院への救急搬送、診療所からの紹介など）が見られ、治療開始の遅れと予後の悪化につながっている。 | （１）循環器病救急患者に対する観察・処置手順など救急業務プロトコルの策定と周知・教育（メディカルコントロール協議会による） （２）初期医療機関への周知・啓蒙 | 今村 委員 |
| 救急隊の病院選定基準（上記）や観察・処置手順が二次医療圏毎に異なるため、圏域を超えた搬送を行うときに支障を生じている。 | 上記（１）について、県内統一プロトコルの策定（このためには県メディカルコントロール協議会の機能強化が必要） | 今村 委員 |
| | コロナ禍において圏域を超えた、重症者の受け入れ体制 | 山本(か) 委員 |
| 救急救命士を含む、救急隊員の知識・技術の向上を目的とした研修会については、メディカルコントロール体制のもと各地域MC協議会単位で行われているが、地域MC協議会の規模等により研修体制に差が生じている | 救急隊員の資質向上を目的とした、長野県MC協議会単位での循環器病対策を含めた研修会の実施について | 佐伯 委員 |
| 2-③ 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築 | | |
| 地域差があること | 2 次医療圏での均てん化 | 堀内 委員 |
| 急性大動脈症（急性大動脈解離、大動脈瘤破裂/切迫破裂）の緊急対応と、亜急性期の対応に困難を生ずることがある。 | 圏域を超えた急性大動脈症対応の医療機関ネットワーク構築(MC 体制の活用) | 今村 委員 |
| 地域によっては虚血性脳卒中に対する血管内治療が迅速に行われていない。 | 圏域を超えた脳卒中初期対応の医療機関ネットワーク構築 | 今村 委員 |
| 画像情報の迅速な伝達・共有に困難があり、治療の遅れや医療機関、消防機関への余計な負担の原因となっている。 | 特に画像情報共有における ICT の導入 | 今村 委員 |
| 救急医療の提供が終了しあとの転院先につながりにくい | 急性期から亜急性期、慢性期の移行がスムーズにいく仕組み | 山本(か) 委員 |
| | 入退院時を含めた病院薬剤師と薬局薬剤師とにおける服薬状況、アレルギー歴、サプリメント摂取状況摂取状況の情報共有の推進と同時に、循環器病対策には生活改善を含め多くの職種が関わる必要があり、他職種との情報共有も必要 | 石塚 委員 |
| 2-④ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援 | | |
| 高齢者で増加している心不全の地域連携の地域ごとの実情に合わせた構築が進んでいるとはいえない | 地域連携パスを利用した、かかりつけ医、急性期・慢性期病院を包含する地域連携推進を可能とする具体的施策 | 桑原 委員 |
| 摂食嚥下機能訓練や口腔機能管理の分野についての質的向上、連携体制の整備（2-⑤, 3） | 多職種連携の推進、診療所と病院歯科との連携整備。質的向上を目的とした研修等の必要性。 | 齋藤 委員 |

| | | |
|---|--|---------|
| 急性期を専門病院や病棟で療養するが退院後は主治医の元に帰るが、そこでの重症化予防は難しい。 | | 山本(か)委員 |
| 社会資源の活用が不十分、循環器病患者（児）への細部に及ぶ支援（例：医療的ケア児・に対する支援就学に対する配慮等） | 社会資源の活用、循環器病患者（児）への細部に及ぶ支援 | 小岩井委員 |
| 2-⑤ リハビリテーション等の取組 | | |
| 心臓リハビリを外来でも継続できるシステムの構築がされていない | 心臓リハビリ施設の確認、増設と主に急性期を担う病院とのマッチング推進 | 桑原委員 |
| | 地域で継続的なリハビリに取り組める体制 | 山本(か)委員 |
| <p>（１）医療と介護の連携が不十分</p> <p>○急性期～回復期～維持期・生活期における、医療ソーシャルワーカー、相談員、リハ職等による途切れないサービス提供のための連携が不十分。脳血管疾患では地域連携パスがあるが大きな施設間で実施され、それが在宅までにはつながっていない。</p> <p>○医療から介護の連携ばかりでなく、介護から医療への連携も必要。</p> <p>○維持期の通所リハ終了後の受け皿がなく、いつまでも終了できない。</p> <p>○心疾患においては、回復期にあたる外来心臓リハビリテーションを行っている施設が少ない。</p> <p>○心臓リハにおいて急性期病院ではセルフケアの自立までの教育を十分にはできずに退院していく。</p> <p>○高齢心不全患者の再発予防のために多職種連携による生活管理・療養指導が不十分である。（2-⑧）</p> | <p>①地域連携パス 急性期→回復期→維持期・生活期まで連絡が行くようなシステムづくり（ITを使用したシステムなどの導入）</p> <p>②介護情報が医療に提供できるシステムづくり（地域連携パスの逆方向）</p> <p>③地域包括ケアシステムにおける「通いの場」を身近なところに多数立ち上げ、受け皿を作る。同時に足の確保も検討。</p> <p>④外来心臓リハビリテーション実施施設の増加。かかりつけ医と、外来心臓リハ実施施設との連携強化。</p> <p>⑤在宅で心不全増悪をきたさない生活を長く続けられるように、かかりつけ医をはじめとする多職種連携による療養指導体制の構築。</p> <p>⑥心臓リハを回復期でも実施できるような提言ができるとよい。</p> | 佐藤委員 |
| <p>（２）個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションの実施が不十分</p> <p>○急性期から生活期を見据えたリハビリテーションの提供ができていない</p> <p>○「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションの実施が不十分。（機能的な視点に偏ったリハビリの提供）</p> <p>○介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携した「高齢者の意欲を引き出すリハビリ」が提供できていない。（2-⑧）</p> | <p>①リハビリ職、介護支援専門員等への教育。</p> <p>②事例発表の場の提供（一般県民向け）HP等。</p> | 佐藤委員 |
| <p>（３）質の高いリハビリテーション提供のためのリハビリマネジメントの徹底（EPDCAサイクルの実施）</p> <p>○コロナ禍で十分に臨床実習を積まずに社会へ出ている。</p> <p>○リハビリマネジメントはまだ一部のみで実施。</p> <p>○心疾患患者に対する運動実施に対する医療・介護スタッフ（リハ職種以外）の知識が乏しい。不必要な安静が行われがちである。（2-⑧）</p> | <p>①リハビリ職への教育。（研修会の開催）</p> <p>②医療・介護スタッフに対する心臓リハビリテーション知識の啓発。</p> | 佐藤委員 |
| <p>（４）人材の偏りがありリハ職は病院に多く生活期には少ない。介護領域では慢性的な人員不足（2-⑧）</p> | <p>①ICTの導入のための資金援助</p> <p>②介護ロボット導入のための資金援助</p> | 佐藤委員 |

| 2-⑥ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援 | | |
|--|--|---------|
| 循環器病を有する患者の歯科治療に制約が多い。 | 適切な病期に歯科治療を行うよう情報提供・相談支援。医科歯科連携。知識の普及、啓発。 | 齋藤委員 |
| 減塩について、必要性は認識していても行動変容に結び付いていない | 栄養ケア・ステーションと他職連携で、食行動変容への情報提供やアピールをする | 馬島委員 |
| <p>○循環器疾患の治療薬には食事や健康食品、サプリメント等との飲み合わせにより治療薬の減弱や増強することがあり、その旨の注意喚起が必要。</p> <p>○循環器疾患に限らないが、高齢になるに従って服用薬剤が増え、副作用の発現率も上がるため、体調不良が薬の影響によるものかアセスメントが必要。</p> <p>・高齢者においては理解不足等もあり、家族の方々にも関心を持ってもらうことが大切。</p> | <p>○かかりつけ薬局を持つことにより重複投薬のチェックとポリファーマシーの解消</p> <p>○在宅医療においては、ご家族への啓発や他職種との連携による副作用のチェック</p> | 石塚委員 |
| 循環器病に対する相談機関・支援が不足（難病相談支援センター・肝疾患相談センター、がん相談支援センター等の様なセンターが無い。ピア・サポーターの活用が不十分（こども病院において当会では月1回ピア・サポートを開催したが周知不足・難病ピア電話相談の活用不足）県民への周知不足が課題 | 循環器病に対する、諸々の相談に応じる体制、情報提供が出来る拠点の構築 | 小岩井委員 |
| 2-⑦ 循環器病の緩和ケア | | |
| 循環器分野の医師の緩和ケアの経験が少ない | <p>○医療者の学ぶ仕組み</p> <p>○市民への啓発活動</p> | 山本(か)委員 |
| 2-⑧ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援 | | |
| 在宅での食事では、調理方法や栄養価などに多々課題がある | 多職種との研修会の充実 | 馬島委員 |
| 新型コロナ感染拡大により患者会行事ができず、脳卒中後遺症の方々の社会参加の場が減少しているのではないかと。当会は、脳卒中後遺症の方々の社会参加の場を設けるためリハビリ事業として農園活動やサークル活動を行っているが、活動を継続していくためには諸経費が必要であり資金運営が厳しい。当会は、後遺症を持つ理事を中心に運営しているが、病院スタッフに援助してもらいながら活動をしている現状がある。 | 患者会を継続できるようにするための補助金給付、またはボランティアといった人材サポート支援が得られやすい事業計画を盛り込んでほしい。 | 樋口委員 |
| 2-⑨ 治療と仕事の両立支援・就労支援 | | |
| 心臓疾患があるとなかなか就労しにくい現実がある。 | サポート窓口の設置 | 山本(か)委員 |
| <p>《現状》</p> <p>R2 年度、当センターに両立支援に係る相談は 109 件（両立支援の進め方：30 件、復職：23 件、医師の意見書の取扱い：24 件）あるが、企業内に制度を取り組むために何をすればよいのか、復職についてどのようにすればよいのかに躊躇している問題が認められる。</p> <p>《課題》</p> <p>労働者自身の病状に応じて治療の継続を含めて自らの疾患と付き合いながら就業できるよう両立支援の体制づくりをする必要がある。</p> | 循環器病を患う労働者自身の病状に応じて治療と仕事が両立できるよう、かかりつけ医等、会社及び両立支援コーディネーターによる、患者へのトライアングル型サポート体制構築を推進し、相談支援体制を充実する必要がある | 辻合委員 |

| | | |
|---|---|---------|
| 治療に専念していた労働者が復職するに当たり、労働者、企業、医療機関連携を取る必要がある。 | | |
| 心疾患患者の就労支援や治療のための休暇支援などが必要 | 治療と仕事を両立するためには、通院への休暇支援や、就職後の定期的な支援体制が必要 | 大澤委員 |
| 社会に出て働く為の就労支援／幅広い循環器病患者が自身の病状に応じて治療の継続をと疾患と付き合いながら就労できる体制。障害者政策・難病・小児慢性と連携した総合的切れ目のない教育と就労の現場における先天性心疾患患者への理解不足 | 就労支援～保障（行政・企業との連携）・ハローワークとの連携（ハローワークの病院窓口・就労準備勉強会の充実）循環器患者に応じた治療と仕事の両立支援・疾患特性に応じた職業訓練や事業主への助成金活用・就労支援 | 小岩井委員 |
| 脳卒中発症前から今の職場で働いているが、発症後、今まで通りの仕事ができないため、当事者本人と企業側で互いに溝を感じる。障害者が一般企業で働くにあたり、障害者に対する偏見を感じることもある。 | | 樋口委員 |
| 2-⑩ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 | | |
| 先天性循環器疾患を有する患者の口腔管理が徹底されていない。 | 先天性循環器疾患を有する患者の口腔管理の必要性。知識の普及、啓発。医科歯科連携。 | 齋藤委員 |
| 先天性心疾患の患者が成人してから診療できる病院が少ない。 | 小児から成人への診療・看護の継続性 | 山本(か)委員 |
| まだまだ教育現場でも、社会でも認知・配慮が不十分である | 移行期医療はもちろん、胎児期～成人期まで幅広く安心して生活できる保障や制度の確立 | 大澤委員 |
| 移行期医療支援センター、難病支援センターの運用・活用の課題（小児慢性特定疾病・難病含む）、胎児診断、両親への支援・相談、就学期の支援・相談 | 移行医療支援の充実、教育機関との理解と連携、セミナー啓発 県下における医療機関の連携体制の構築 ライフステージの変化に応じて対応出来る医療システム（2-③） | 小岩井委員 |
| 家族性高コレステロール血症の早期発見と早期治療のための学校健診について、地域と学校の連携が課題となっている。 | 地域保健と学校保健の連携 | 山本(昌)委員 |

<国の循環器病対策推進基本計画における施策>

| No. | 内容 | No. | 内容 |
|-----|------------------------------------|-----|-------------------------|
| 1 | 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発 | 2-⑥ | 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援 |
| 2-① | 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 | 2-⑦ | 循環器病の緩和ケア |
| 2-② | 救急搬送体制の整備 | 2-⑧ | 循環器病の後遺症を有する者に対する支援 |
| 2-③ | 救急医療の確保をはじめとした 循環器病に係る医療提供体制の構築 | 2-⑨ | 治療と仕事の両立支援・就労支援 |
| 2-④ | 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援 | 2-⑩ | 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 |
| 2-⑤ | リハビリテーション等の取組 | 3 | 循環器病の研究推進 |