

※（素案）からの修正箇所を、赤字で表示しています。

長野県循環器病対策推進計画 （案）

令和 4 年 月
長野県

目 次

第1章 計画の基本的事項	3
第1節 計画策定の趣旨	3
第2節 計画の位置付け	3
第3節 計画の期間	3
第4節 計画の推進体制・それぞれの役割	4
第5節 計画の評価及び見直し等	5
第6節 医療圏の設定	5
第2章 循環器病の特徴と長野県の現状	7
第1節 循環器病の特徴	7
第2節 長野県の現状	7
第3章 目指すべき姿	10
第1節 全体目標	10
第2節 基本的な方向性	11
第3節 ロジックモデル	12
第4章 施策の展開	14
第1節 循環器病予防の取組の推進	14
1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	14
2. 循環器病を予防する健診の普及や取組の強化	23
第2節 医療提供体制の整備	25
1. 救急搬送体制の整備	25
2. 医療提供体制の構築（急性期から回復期及び維持期）	29
3. 循環器病の緩和ケア	41
4. 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	43
第3節 多職種連携による循環器病対策・循環器病の患者支援	47
1. 社会連携に基づく循環器病対策	47
2. 循環器病の後遺症を有する者に対する支援	51
3. 治療と仕事の両立支援・就労支援	52
4. 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	55
第4節 循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備	57
1. 循環器病の研究推進	57
第5章 評価指標	58
巻末資料	62

第1章 計画の基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

国民の死亡原因は、令和2年人口動態統計によると、悪性新生物（がん）、心疾患、老衰、脳血管疾患、肺炎の順に多く、心疾患・脳血管疾患の循環器病はそれぞれ死亡原因の2位と4位を占めています。また、国民の介護が必要となった主な原因は、令和元年国民生活基礎調査によると、脳血管疾患と心疾患を合わせた循環器病による割合が、認知症を上回り最多となっています。

こうした現状に鑑み、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下「基本法」という。）」が平成30年12月に成立、令和元年12月に施行されました。基本法においては、国は第9条第1項による循環器病対策の推進に関する基本的な計画の策定を、都道府県は第11条第1項による都道府県における循環器病対策の推進に関する計画の策定を義務付けており、国は令和2年10月に、「循環器病対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）」を策定しました。

これらを踏まえ、本県においては「長野県循環器病対策推進計画」を策定し、本県の実情に応じた総合的な循環器病対策を推進していきます。

第2節 計画の位置付け

この計画は、基本法第11条第1項に規定する法定計画であり、国の基本計画を基本とし、第7次長野県保健医療計画や第3次長野県健康増進計画等を含む第2期信州保健医療総合計画や第8期長野県高齢者プラン等の関連計画との整合・調和を図りつつ、本県における循環器病対策の基本的な方向性を示すものです。

第3節 計画の期間

令和4年度（2022年度）から令和5年度（2023年度）までの2年間とします。

[表] 主な関連計画の計画期間

	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度
長野県循環器病対策推進計画		R 4 年度～R 5 年度	
第 2 期信州保健医療総合計画	H30年度～R 5 年度		
第 8 期長野県高齢者プラン	R 3 年度～R 5 年度		
傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準	H23年 1 月～		

第4節 計画の推進体制・それぞれの役割

この計画については、「長野県循環器病対策推進協議会」において、循環器病対策の推進に必要な事項について協議を行いながら、着実に計画の推進を図ります。

また、総合的な循環器病対策の推進に向けた、地方公共団体、保健・医療または福祉の業務に従事する者、医療保険者、県民それぞれの役割を以下に示します。

1. 地方公共団体

(1) 県

本計画に基づき、総合的な循環器病対策の推進に努めること。

(2) 市町村

循環器病の予防や正しい知識の普及について啓発を行うとともに、循環器病の患者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域の医療機関や介護関係者等と連携し、環境整備に努めること。

2. 保健・医療または福祉の業務に従事する者

(1) 病院

循環器病の患者に対する専門的な医療を提供するとともに、地域の医療・介護施設等との連携強化に努めること。また、医療従事者等に対する研修の実施や人材育成に主体的に取り組み、医療水準の向上に努めること。

(2) 診療所・薬局・介護施設等

循環器病の患者に対する切れ目のない医療・介護サービス等の提供のため、地域の病院や医療・介護施設等と連携に努めること。また、循環器病の予防や再発予防のため、患者やその家族を含め県民への適切な情報提供や相談支援に努めること。

(3) 医療・介護・福祉従事者

循環器病に関する知識や技術の習得及びその向上に向けた研修会等へ積極的に参加するとともに、患者やその家族が地域で安心して療養生活を送れるよう、多職種と連携した支援に努めること。

3. 医療保険者

県や市町村で実施する循環器病の予防や正しい知識の普及等に係る施策に協力するとともに、被保険者及び被扶養者の生活習慣の改善及び健康診査の受診促進に努めること。

4. 県民

循環器病に関する正しい知識を持ち、日常生活において循環器病の予防に積極的に取り組むとともに、自己または家族等周囲の者が循環器病を発症した疑いがある場合には、できる限り迅速かつ適切に対応するよう努めること。

第5節 計画の評価及び見直し等

「長野県循環器病対策推進協議会」において、本計画で設定した目標や施策の進捗状況の評価するとともに、循環器病を取り巻く状況の変化や評価結果等を踏まえ、計画の見直しを行います。また、本計画は、次期信州保健医療総合計画等との整合を図るため、2年間で見直しを行います。

第6節 医療圏の設定

本県では、第2期信州保健医療総合計画において、以下のとおり医療圏を設定しています。

[表] 医療圏の区分

区分	機能	単位地域
一次医療圏	住民一人ひとりの健康管理活動、日常的に多発する一般的な疾病への対応等、住民の日常生活に密着した医療が行われる区域	市町村
二次医療圏	都市と周辺地域を一体とした広域的な日常社会生活圏で、高度・特殊な医療を除いた入院医療や包括的な医療が行われる区域	10 広域行政圏
三次医療圏	専門性の高い、高度・特殊な医療が行われる区域	県全域／4 圏域

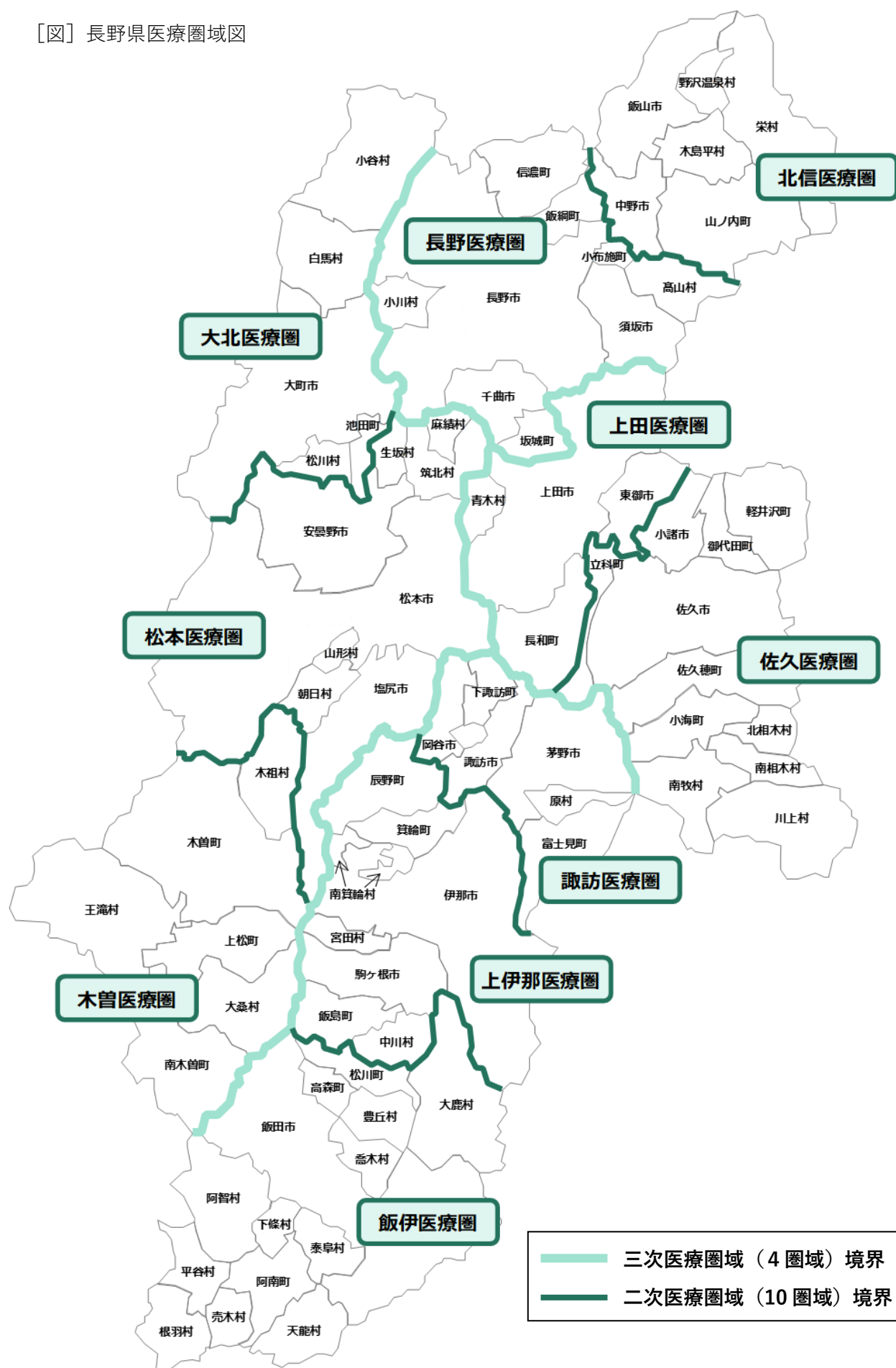
[表] 二次医療圏及び三次医療圏

三次医療圏		二次医療圏				
県 全 域	4 圏域	圏域	区域	市町村数	人口 (人)	所管 保健所
	東 信	佐久	小諸市、佐久市、南佐久郡、北佐久郡	11	204,416	佐久
		上小	上田市、東御市、小県郡	4	193,898	上田
	南 信	諏訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡	6	193,838	諏訪
		上伊那	伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡	8	179,892	伊那
		飯伊	飯田市、下伊那郡	14	155,346	飯田
	中 信	木曾	木曾郡	6	25,476	木曾
		松本	松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡	8	423,668	松本 松本市
		大北	大町市、北安曇郡	5	56,232	大町
	北 信	長野	長野市、須坂市、千曲市、埴科郡、上高井郡、上水内郡	9	532,702	長野 長野市
		北信	中野市、飯山市、下高井郡、下水内郡	6	82,543	北信

(注) 人口は令和2年10月1日現在

(総務省「国勢調査(人口等基本集計)」)

〔図〕 長野県医療圏域図



第2章 循環器病の特徴と長野県の現状

第1節 循環器病の特徴

循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあり、悪性新生物（がん）と比べても循環器病の患者の年齢層は高くなっていますが、他方で、乳幼児期、青壮年期、高齢期のいずれの世代でも発症し、先天性疾患、遺伝性疾患、感染性疾患等様々な病態が存在します。

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、その経過は、生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病等）の予備群、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下、要介護状態へと進行しますが、患者自身が気付かない間に病気が進行することも多いとされます。ただし、いずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な治療によって予防・進行抑制が可能であるという側面があります。

また、循環器病は、急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥り、突然死に至ることもあります。発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性があります。急性期を脱した後（回復期及び維持期）には、急性期に生じた障害が後遺症として残る可能性があるとともに、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えているなど、再発や増悪を来しやすいといった特徴があるほか、脳血管疾患と心疾患の両方に罹患することもある等、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化することも特徴の一つとされます。

【循環器病】

虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血など）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞など）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤など）、末梢血管疾患、肺血栓塞栓症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等、多くの疾患が含まれる。

（「循環器病対策推進基本計画」）

第2節 長野県の現状

1. 罹患の状況

平成29年患者調査では、継続的に医療を受けている県内の推計患者数は、脳卒中（脳梗塞・脳内出血・くも膜下出血）が約21,000人、虚血性心疾患（狭心症・急性心筋梗塞）が約9,000人、心不全が約5,000人、大動脈瘤及び解離が約1,000人となっています。

〔表〕 継続的に医療を受けている県内の推計患者数の推移（単位：千人）

	H17	H20	H23	H26	H29
脳梗塞	21	18	26	29	15
脳内出血	3	3	4	2	3
くも膜下出血	1	1	0	0	1
狭心症	10	10	12	9	8
急性心筋梗塞	1	1	0	0	1
心不全	5	4	6	5	5
大動脈瘤及び解離	0	1	1	1	1

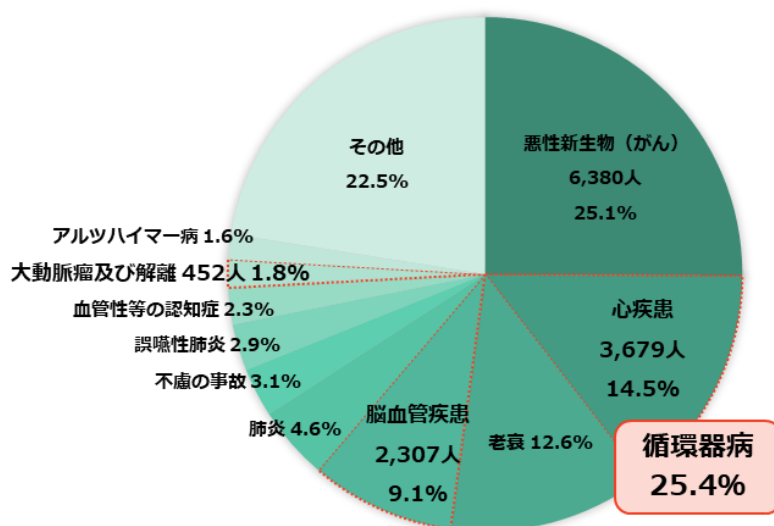
※1,000人未満の場合、「0」表示となっています。

（厚生労働省「患者調査」）

2. 死亡原因に占める循環器病

令和2年における心疾患の死亡者数は3,679人、脳血管疾患の死亡者数は2,307人、大動脈瘤及び解離の死亡者数は452人となっており、死亡原因に占めるこれら循環器病（心疾患・脳血管疾患・大動脈瘤及び解離）は、死亡原因第1位の悪性新生物（がん）を上回る割合（25.4%）となっています。

〔図〕長野県の死亡原因（令和2年）

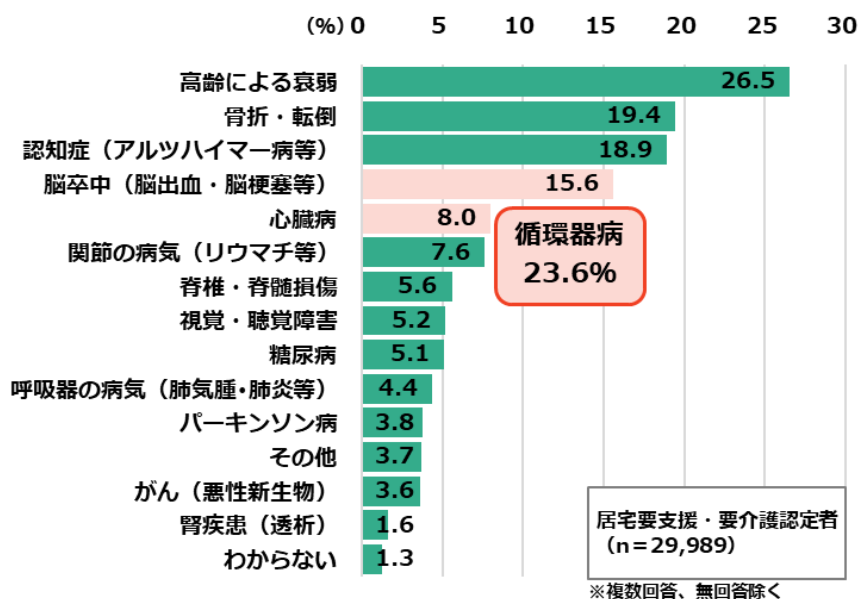


（厚生労働省「人口動態統計」）

3. 要介護等に至る原因に占める循環器病

脳卒中、心臓病の両者を合わせた循環器病は、県民が居宅において要支援・要介護が必要になった主な原因の23.6%と、高齢による衰弱（26.5%）に次ぐ高い割合となっています。

〔図〕居宅において要支援・要介護が必要になった主な原因（令和元年度）



（介護支援課「高齢者生活・介護に関する実態調査」）

4. 医療費に占める循環器病

本県の令和3年5月診療分の診療費を疾病大分類（19分類）別にみると、国民健康保険では、医療費の多い順に「循環器系の疾患」「新生物（腫瘍）」「内分泌、栄養及び代謝疾患」となっています。同様に、後期高齢者医療では「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「新生物（腫瘍）」の順になっており、国民健康保険と後期高齢者医療を合わせると「循環器系の疾患」が全体の21.3%を占め、最も高くなっています。

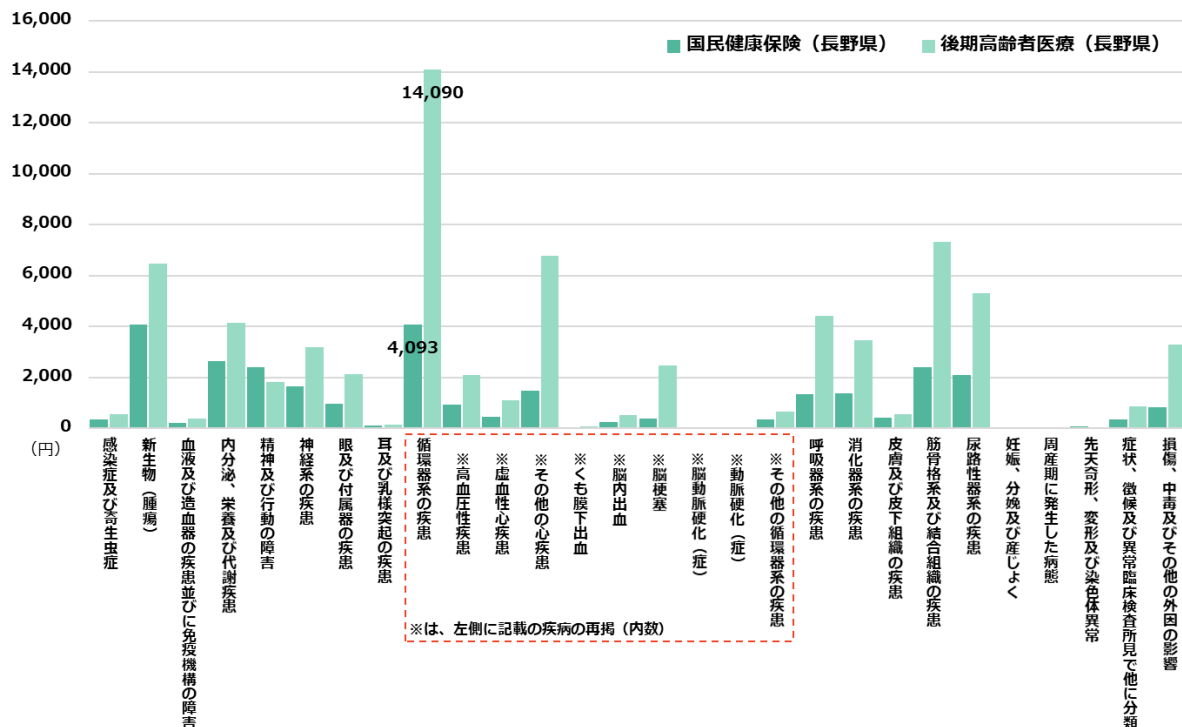
[表] 疾病大分類別医療費の上位3疾病（令和3年5月診療分）

	国民健康保険			後期高齢者医療		
		診療費	割合		診療費	割合
1位	循環器系の疾患	1,798 百万円	16.02%	循環器系の疾患	5,024 百万円	24.2%
2位	新生物（腫瘍）	1,796 百万円	16.01%	筋骨格系及び結合組織の疾患	2,606 百万円	12.6%
3位	内分泌、栄養及び代謝疾患	1,162 百万円	10.4%	新生物（腫瘍）	2,312 百万円	11.1%

	国民健康保険＋後期高齢者医療		
		診療費	割合
1位	循環器系の疾患	6,823 百万円	21.3%
2位	新生物（腫瘍）	4,109 百万円	12.9%
3位	筋骨格系及び結合組織の疾患	3,665 百万円	11.5%

（長野県国民健康保険団体連合会「疾病別医療費分析」）

[図] 疾病分類別一人当たり医療費（令和3年5月診療分）



（注1）疾病大分類は、社会保険表章用疾病分類表（19分類）に基づく分類
（注2）疾病中分類は、社会保険表章用疾病分類表（120分類）に基づく分類
（注3）レセプトには、通常複数の病名が記載されていることがあるが、ここでは最大医療資源傷病名（レセプトに記載されている傷病名と摘要から金額が最も高いシステムが算出した傷病名）を主たる病名として算出している。

（長野県国民健康保険団体連合会「疾病別医療費分析」）

第3章 目指すべき姿

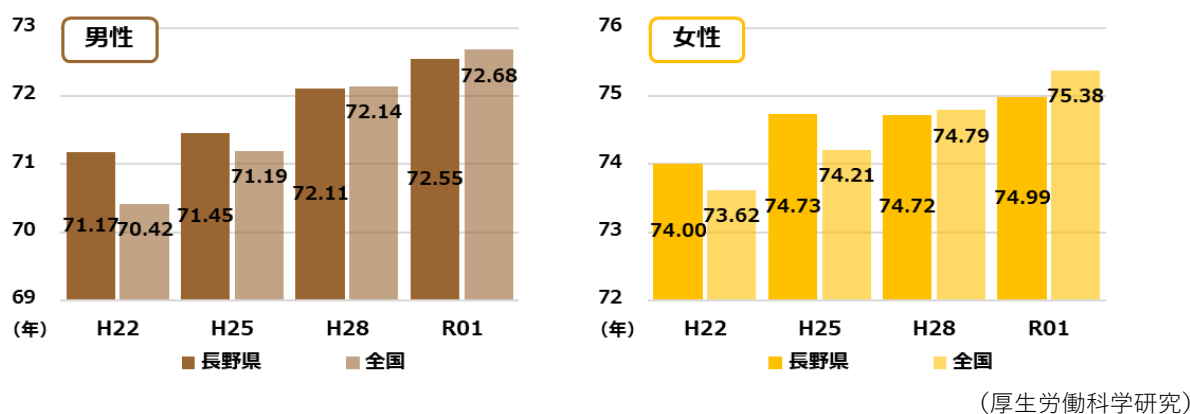
第1節 全体目標

国の基本計画を踏まえ、「循環器病予防の取組の推進」、「医療提供体制の整備」、「多職種連携による循環器病対策・循環器病の患者支援」、「循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備」に取り組むことにより、「健康寿命の延伸」「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指します。

1. 健康寿命の状況

健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）は、過去から男女ともに全国より長い傾向にありましたが、令和元年には、男性 72.55 年、女性 74.99 年と全国よりやや短くなっています。

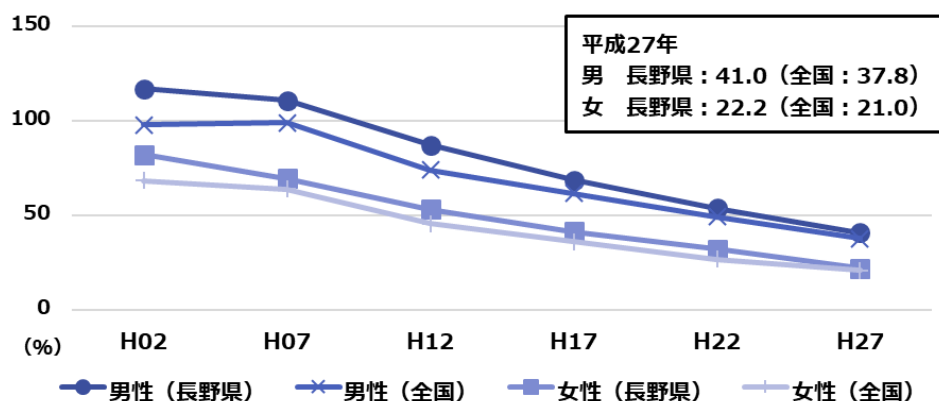
〔図〕 健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の推移



2. 年齢調整死亡率の状況

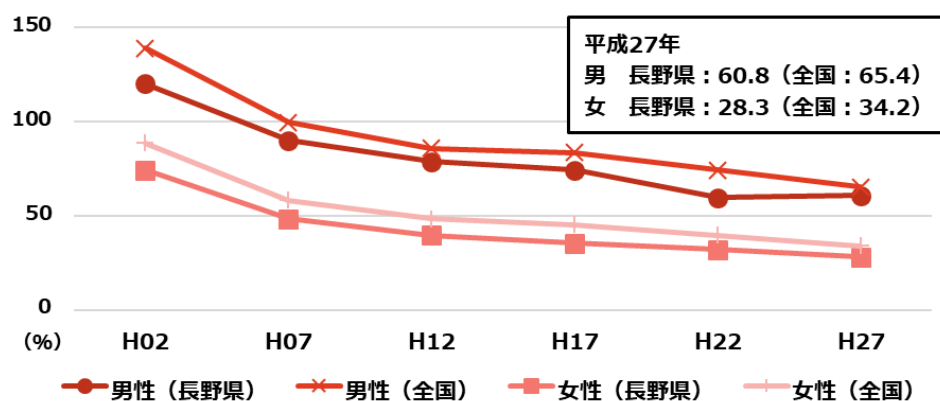
循環器病（脳血管疾患・心疾患）の年齢調整死亡率は、男女ともに減少していますが、脳血管疾患については全国より高い傾向が続いています。

〔図〕 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移（人口 10 万対）



(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

[図] 心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

[表] 主な循環器病の年齢調整死亡率（平成27年）

（単位：％）

		脳血管疾患				心疾患				
			脳梗塞	脳内出血	くも膜下出血		虚血性心疾患	急性心筋梗塞	心不全	大動脈瘤及び解離
男性	長野県	41.0	20.1	13.7	5.2	60.8	28.3	16.9	15.5	6.2
	全国	37.8	18.1	14.1	4.7	65.4	31.3	16.2	16.5	6.4
女性	長野県	22.2	11.4	6.2	4.1	28.3	9.6	5.9	10.6	3.8
	全国	21.0	9.3	6.3	4.8	34.2	11.8	6.1	12.4	3.3

（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

第2節 基本的な方向性

「循環器病予防の取組の推進」

循環器病の発症予防、発症後の再発・重症化予防に資する取組を推進するとともに、多様な手段による普及啓発・適切な情報提供を行います。また、特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に向け、実態調査やデータ分析を行い、より効果的な対策を実施します。

「医療提供体制の整備」

循環器病の患者がその居住地に限らず適切な医療・介護サービスを楽しむことができるよう、病期に応じた医療提供体制の整備を推進します。また、循環器病の緩和ケアや、小児期発症の循環器病に対する医療提供体制の整備に向けた関係職種に対する普及啓発や、医療水準の向上に資する取組を行います。

「多職種連携による循環器病対策・循環器病の患者支援」

循環器病の患者が、住み慣れた地域で療養生活を送ることができるよう、多職種が相互に連携し、必要な医療・介護サービス等が提供される体制づくりを推進します。

「循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備」

国が構築を進める循環器病の研究推進に関する公的な枠組みの構築に協力するとともに、そのデータの活用方法等について検討を行います。

第3節 ロジックモデル

<ロジックモデル>

計画の目標である長期成果（最終アウトカム）を設定した上で、それを達成するために必要となる中間成果（中間アウトカム）を設定し、当該中間成果を達成するために必要な個別施策を設定するなど、計画が目標を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの。

（「都道府県循環器病対策推進計画の策定に係る指針」令和2年10月29日厚生労働省健康局がん・疾病対策課長通知）

◎脳卒中・心疾患共通 ◇脳卒中 ☆心疾患

初期アウトカム [C]

1. 循環器病予防の取組の推進

予防

- ◎循環器病と生活習慣の関連について知識が普及されている
- ◎生活習慣病の予防（循環器病の発症予防）行動が取れている
- ◎特定健診・特定保健指導を受けることができる

2. 医療提供体制の整備、3. 多職種連携による循環器病対策・循環器病の患

救急搬送

- ◎発症時に速やかな救急搬送要請等適切な初期対応ができる
- ◎心肺蘇生法等の適切な処置を実施することができる
- ◎プロトコルに則し、適切な観察・判断・処置が行われる
- ◎急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送される

急性期

- ◎循環器病の急性期医療に対応できる体制が整備されている
- ◎回復期・維持期の医療機関等との連携体制が構築されている
- ◇廃用性症候群や合併症を予防するリハビリの提供体制が整備されている
- ☆早期の社会復帰等を目的とするリハビリの提供体制が整備されている

回復期・維持期

- ◎急性期医療機関や関係施設との連携体制が整備されている
- ◎循環器病患者に対する緩和ケアの提供体制が整備されている
- ◇専門スタッフによる集中的なリハビリ、生活機能の維持・向上のためのリハビリの提供体制が整備されている
- ◇誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている
- ☆ガイドラインに基づくリハビリの提供体制が整備されている
- ☆在宅における療養支援体制が整備されている

社会生活その他医療

- ◎移行期医療支援体制が整備されている
- ◎循環器病に対する社会の理解・認知度が向上している
- ◎後遺症に対する適切な医療や、社会復帰への支援が行われている

4. 循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備

長野県循環器病対策推進計画の推進

※分野毎の評価指標については、第5章（58 ページ～）に記載しています。



第4章 施策の展開

第1節 循環器病予防の取組の推進

1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、その経過は、生活習慣病の予備群、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行します。しかし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。このほか、心房細動のように適切な治療を受けなければ、脳卒中や心不全の発症及び増悪にも影響を与えるなど、その予後に悪影響を及ぼす可能性の高い循環器病もあります。

また、循環器病は、適切な治療により予後を改善できる可能性があり、循環器病を疑う症状が出現した場合、本人や家族等周囲の者による速やかな救急要請により、医療機関を受診することが重要です。

循環器病の発症予防や発症後の重症化予防、疾患リスクの管理等を適切に行うことができるよう、循環器病に関する正しい知識を有することが必要であり、合わせて、循環器病の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性に関する知識の普及が重要です。

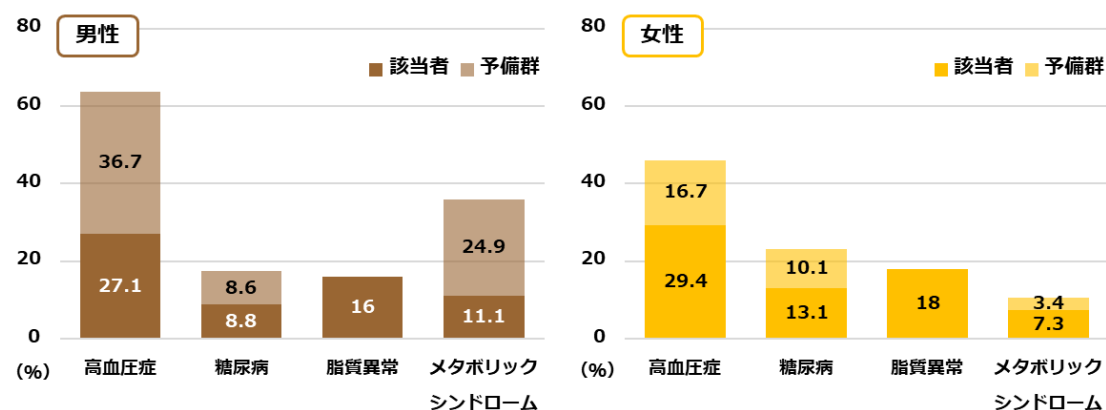
(1) 生活習慣病の予防

現状と課題

< 血圧 >

循環器病発症の危険因子である高血圧症、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）のうち、該当する者の割合が最も高いのは高血圧症であり、20歳以上では予備群を含めると、男性 63.8%、女性 46.1%となっています。

〔図〕 20歳以上の生活習慣病の県内の状況（令和元年度）



【高血圧】

該当者：収縮期 140 mm Hg 以上または拡張期 90 mm Hg 以上または服薬あり
予備群：収縮期 120 mm Hg 以上または拡張期 80 mm Hg 以上で該当者以外

【脂質異常症】

HDL コレステロール 40 mg/dl 未満または服薬あり

【糖尿病】

該当者：HbA1c6.5%以上または治療あり

予備群：HbA1c6.0%以上で該当者以外

【メタボリックシンドローム】

該当者：腹囲が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上かつ下記 3 項目中 2 項目該当
予備群：腹囲が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上かつ下記 3 項目中 1 項目該当

①HDL コレステロール 40 mg/dl 未満または服薬あり

②収縮期 130 mm Hg 以上または拡張期 85 mm Hg 以上または服薬あり

③HbA1c6.0%以上または服薬あり

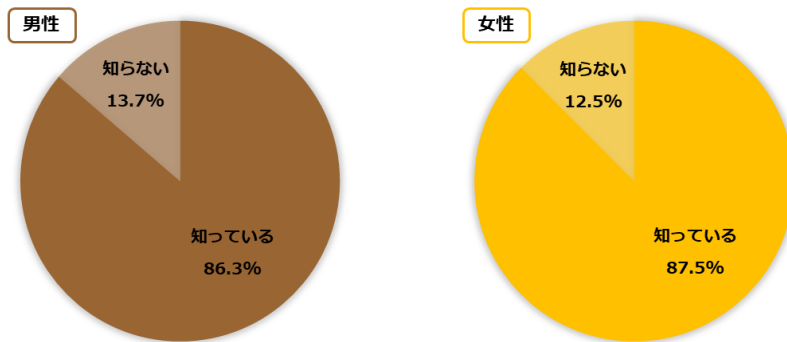
（健康増進課「県民健康・栄養調査」）

高血圧は、血圧の値のうち収縮期血圧が 140mmHg 以上の場合、または拡張期血圧が 90mmHg 以上の場合、あるいはこれらの両方を満たす場合に診断されます。

高血圧状態が長期化すると、血管が張りつめた状態におかれ、次第に動脈硬化が起こります。長い時間をかけて自覚症状のないまま循環器病へと進行するため、高血圧を予防すること、あるいは正常血圧値に近づけていくことが必要です。

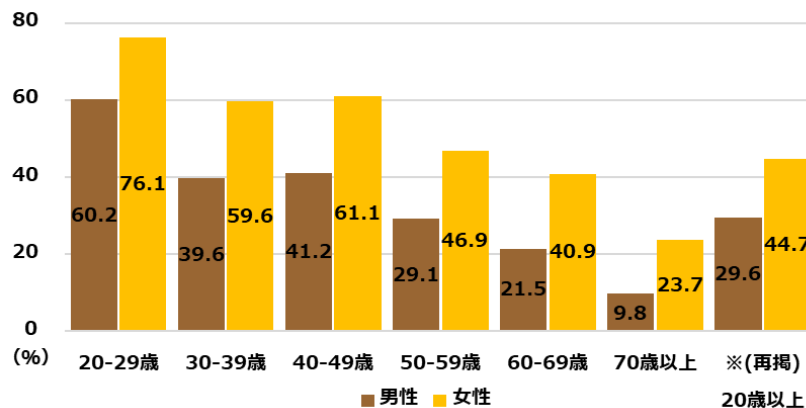
成人の男女ともに「自分の血圧値を知っている」者の割合は 8 割以上ですが、自分の血圧を正常範囲と認識し、かつ、実際の血圧が正常（収縮期 120mmHg 未満かつ拡張期 80mmHg 未満）の人の割合は男性で約 3 割、女性で約 5 割となっており、血圧の基準値の周知が必要です。

〔図〕 県内で自分の血圧値に対する認識 「知っている」「知らない」の割合（令和元年度）



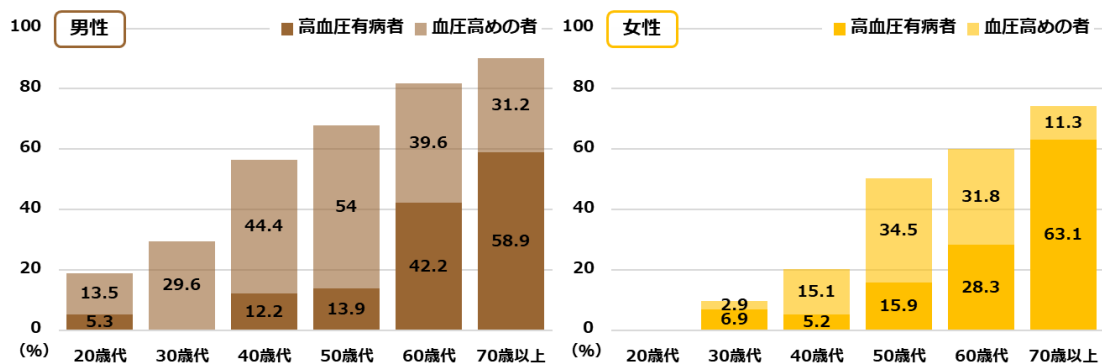
（健康増進課「県民健康・栄養調査」）

〔図〕 県内で自分の血圧を正常範囲と認識し、かつ実際の血圧が正常の人の割合（令和元年度）



（健康増進課「県民健康・栄養調査」）

〔図〕 高血圧の県内の状況（令和元年度）



（健康増進課「県民健康・栄養調査」）

[表] 成人における血圧値の分類

(単位: mmHg)

分類	診察室血圧			家庭血圧		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ／または	80-89	125-134	かつ／または	75-84
I 度高血圧	140-159	かつ／または	90-99	135-144	かつ／または	85-89
II 度高血圧	160-179	かつ／または	100-109	145-159	かつ／または	90-99
III 度高血圧	≧180	かつ／または	≧110	≧160	かつ／または	≧100
(孤立性) 収縮期高血圧	≧140	かつ	<90	≧135	かつ	<85

(日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン 2019」)

循環器病予防のための、血圧管理の重要性

心臓は一生涯休むことなく全身に血液を送り出して酸素や栄養を送っています。心臓が血液を押し出すときの圧力が高い方を収縮期血圧、緩んだときの圧力を拡張期血圧といいます。血圧は水銀柱の高さで表現されるので mmHg と表されます。130mmHg の血圧は 1m77cm の水柱を立たせるだけの圧力となり、160mmHg では 2m18cm の噴水の高さとなるわけです。これだけの圧が心臓の動きによって全身の動脈にかかるわけで、もろくなって破れると脳出血や大動脈瘤破裂となり、狭くなって詰まると脳梗塞、心筋梗塞となります。

自分の血圧を知るために家庭血圧測定が重要です。起床時と眠りにつく前の一日 2 回椅子に座って肘で測る血圧計で自分の血圧を測ってみましょう。早朝高血圧や冬期の上昇を知り降圧剤や生活習慣改善の効果を知ることができます。目標血圧は、収縮期 135／拡張期 85mmHg 未満です。血圧手帳に記録して、かかりつけの先生と相談する資料にしてください。**糖尿病など合併症があればより低い降圧基準となります。**

かかりつけ医のない方は収縮期 135 を超えたら医療機関を受診し減塩・減量・運動・睡眠などの生活習慣改善に取り組み、145 以上の II 度高血圧になれば速やかに降圧剤治療も開始してください。40 歳代でも脳卒中や心疾患は起こります。起これば大事な機能が失われ生活が制限されます。中年期からの血圧管理が健康寿命の最も重要な鍵です。後悔先に立たず、早め早めの受診と治療継続が望まれます。

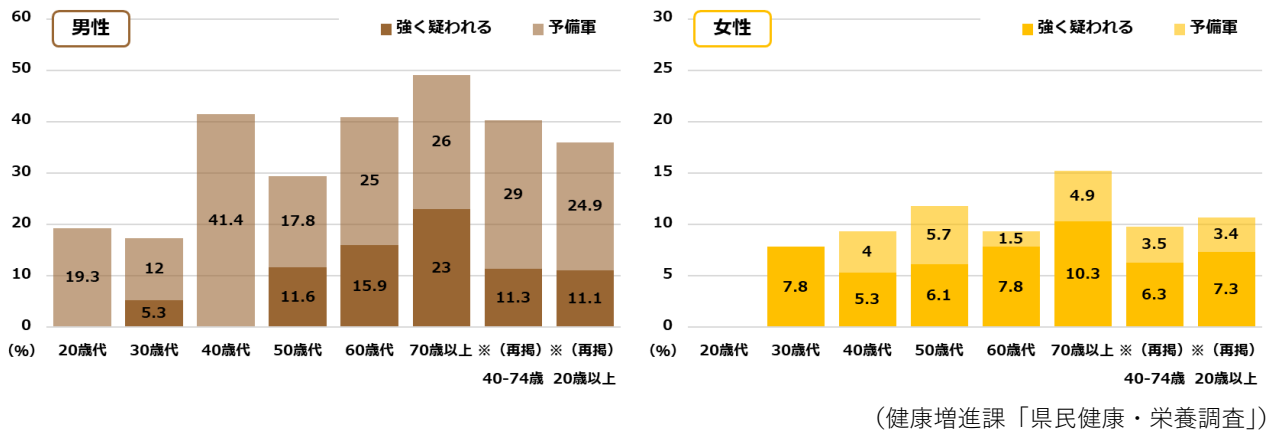
市立大町総合病院 副院長兼脳神経外科部長 青木 俊樹

<メタボリックシンドローム>

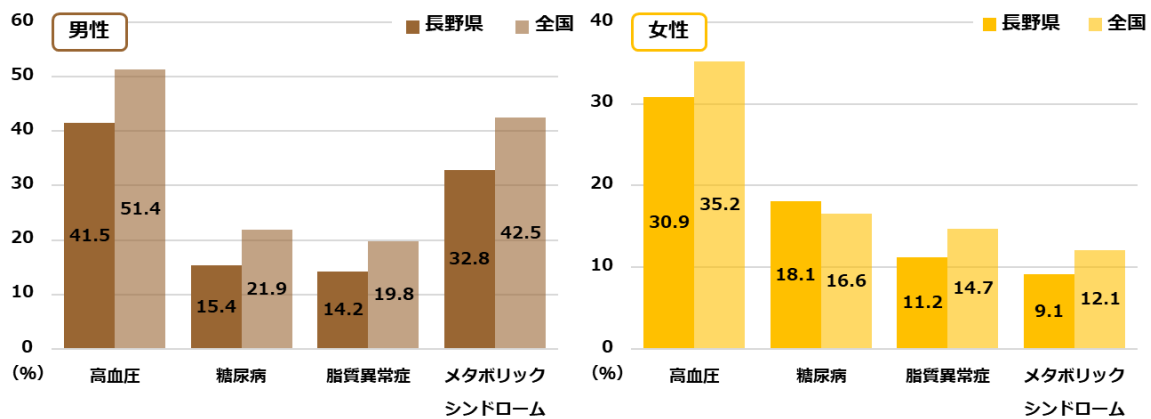
メタボリックシンドロームは、内臓脂肪型肥満に高血圧・高血糖・脂質異常が複合的に組み合わさった病態であり、これらの危険因子が重なることで循環器病発症の危険性が増大します。食生活の見直しや継続的な運動などによる生活習慣改善を行い、危険因子の元となる内臓脂肪の量を減らすことが重要です。

県内では、20歳以上でメタボリックシンドロームが「強く疑われる者」に該当する人の割合は、男性11.1%、女性7.3%となっています。男性は「予備群と考えられる人」を含めると36.0%となっており、女性を大きく上回っている状況です。

〔図〕メタボリックシンドロームの県内の状況（令和元年度）



〔図〕生活習慣病の県内の状況と全国との比較<20歳以上年齢調整値>（令和元年度）



年齢調整値：平成17年国勢調査人口を基準に算出した20歳以上の年齢調整平均値

(健康増進課「県民健康・栄養調査」、厚生労働省「国民健康・栄養調査」)

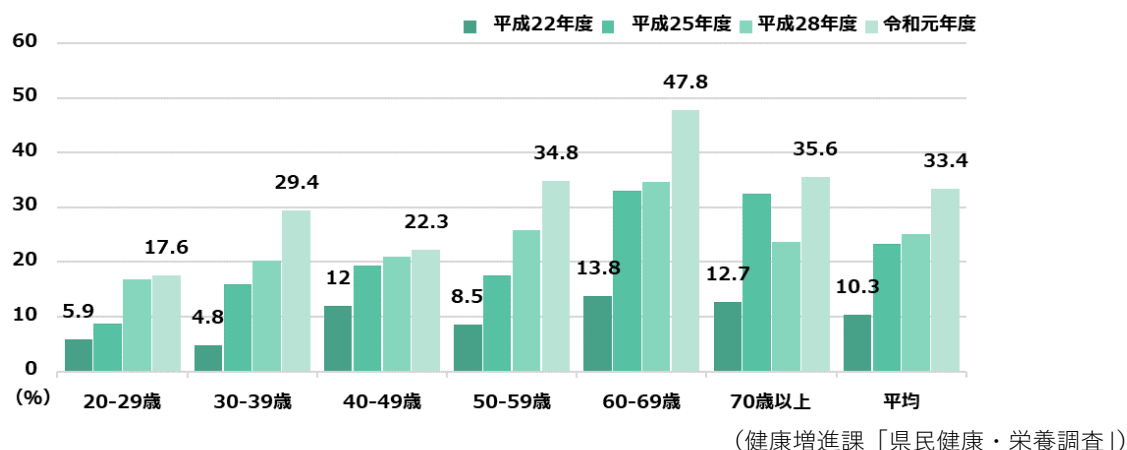
<歯科口腔>

むし歯の原因である口腔内細菌が感染性心内膜炎の発症に深く関わっていることや、歯周病菌が放出する炎症性物質が動脈硬化を促進させることなど、むし歯や歯周病等の歯科口腔疾患が糖尿病等の生活習慣病及び循環器疾患の発症や重症化と関連があることが明らかとなってきています。

生活習慣病等の基礎疾患を管理するうえでも、口腔健康管理は重要であり、地域のかかりつけ医とかかりつけ歯科医の医科歯科連携が重要です。

長野県歯科保健実態調査（平成 22 年度、平成 28 年度）によると、進行した歯周炎を有する者の割合は年齢とともに増加しており、とくに 30 代から 50 代では経年的に見て増加傾向にあります。また、県民健康・栄養調査によると、毎年定期的に歯科検診（健診）を受ける人の割合は、県全体で令和元年度 33.4%と低く、平成 28 年度の 27.8%よりも増加したものの、更なる歯科口腔保健の普及啓発が必要です。

〔図〕 県内で毎年定期的に歯科検診（健診）を受ける人の割合



施策の方向性

- 県民による健康づくりの取組を一層推進するため、県民、関係機関・団体等の幅広い参加と協力により、引き続き健康づくり県民運動「信州 ACE（エース）プロジェクト」を推進します。
- 循環器病について、発症予防、発症後の早期対応、再発予防・後遺症対応等、それぞれの段階に応じた知識や対応が必要であることから、パンフレットや SNS（Social Networking Service）等の活用や、市民公開講座の開催、関係団体と連携した啓発等、多様な手段を用いて広く県民に普及啓発を行います。
- 適切な治療及び重症化予防のため、県民一人ひとりがかかりつけ医を持ち、適切な受診行動につながるよう普及啓発に取り組みます。
- 自分の血圧を正しく認識するため、家庭血圧測定と血圧記録手帳による管理や脈拍の把握の重要性について周知し、県民一人ひとりが健康管理に取り組みめるよう啓発を行います。
- 薬局での血圧測定の重要性に関する啓発や血圧計の配置と自己測定の実施、**県**看護協会による「**まちの保健室**」での健康測定やライフステージに応じた看護職による健康相談等、地域の様々な関係団体が県民の健康づくりにつながる取組を展開していることから、それぞれの関係団体の専門性や役割を活かし、連携した取組を強化します。
- スーパー・コンビニ、イベント会場など身近な場所での簡易健康チェックを実施するなど、県民の健康意識向上に繋がる取組を推進します。
- 糖尿病や心血管疾患等は歯科疾患の増悪と連動して重症化するとされていることから、循環器病との関連性についての知識の普及や、医科歯科連携の更なる推進に取り組みます。
- 若い世代からかかりつけ歯科医を持ち、日常から歯科検診（健診）を受診することや、正しい口腔ケア等の有効性について普及啓発**に取り組みます。**

(2) 栄養・食生活

現状と課題

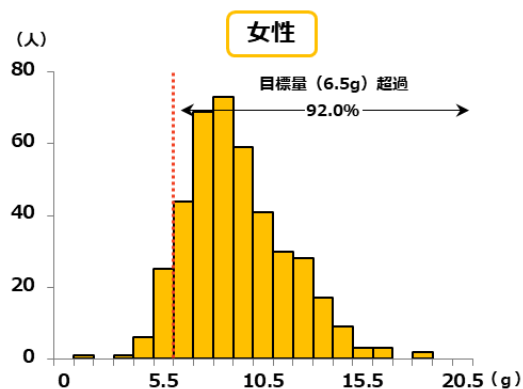
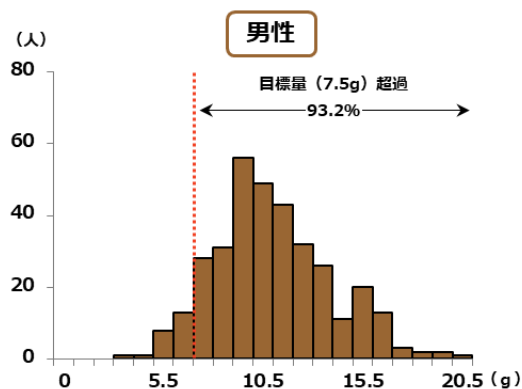
成人1人1日当たりの食塩摂取量が依然として全国平均より高く、男性は全国ワースト3位、女性は全国ワースト1位です。20歳以上の「食塩摂取量」の平均値は男性11.3g、女性9.8gと、食塩をとり過ぎている人（男性7.5g以上、女性は6.5g以上）の割合は男女ともに約9割となっており、引き続き減塩対策に取り組んでいく必要があります。また、成人1人当たりの「野菜摂取量」では、健康日本21（第2次）及び第2期信州保健医療総合計画の目標値である350gに対して、20歳以上の「野菜摂取量」の平均値は男性300g、女性293gであり、年代別にみると、20歳代～50歳代の摂取量が少なく、特に20歳代～30歳代での摂取量が少ない状況です。

〔表〕1人1日当たりの食塩摂取量（平成28年）

	男性		女性	
	都道府県	摂取量 (g)	都道府県	摂取量 (g)
1位	宮城県	11.9	長野県	10.1
2位	福島県	11.9	福島県	9.9
3位	長野県	11.8	山形県	9.8
	全国	10.8	全国	9.2

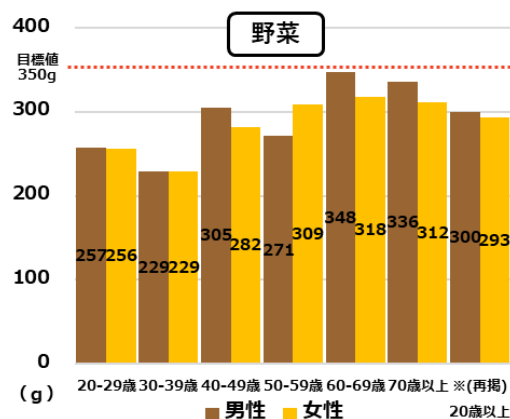
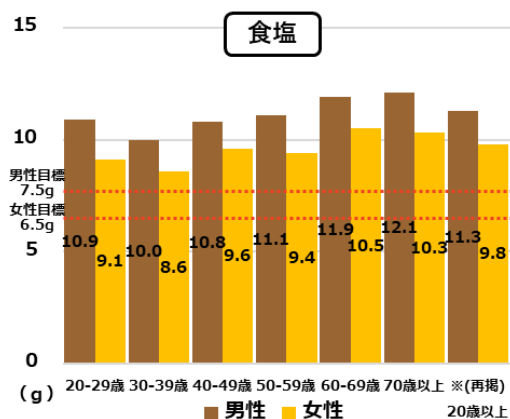
（厚生労働省「国民健康・栄養調査」）

〔図〕県民の食塩摂取量の分布（令和元年度）



（健康増進課「県民健康・栄養調査」）

〔図〕県民1人1日当たりの食塩摂取量、野菜摂取量の平均値（令和元年度）



（健康増進課「県民健康・栄養調査」）

施策の方向性

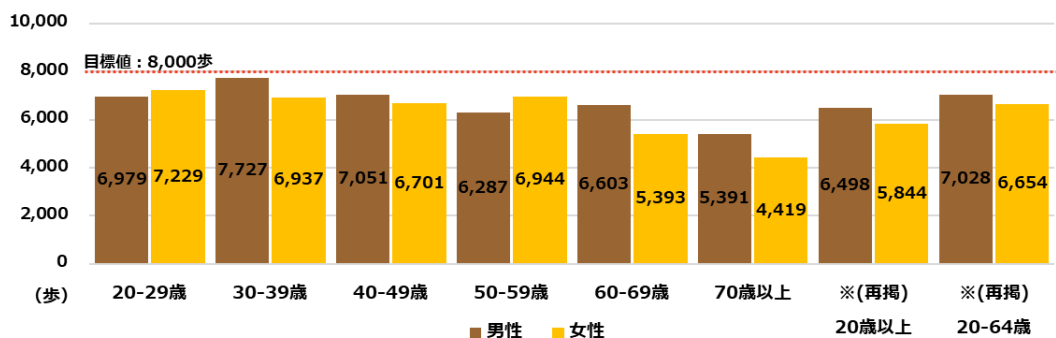
- メタボリックシンドロームや生活習慣病の予防のため、幼少期から将来に向けた栄養・食生活などの基本的な食習慣の確立を目指し、教育機関や関係団体等と連携して食育を推進します。
- 健康に配慮したメニューや食品などの提供ができるよう、食品メーカー・スーパー・コンビニ・外食産業等と連携した減塩対策を検討するなど、食環境整備に取り組みます。
- 県民が適正な栄養バランスや食事量を選択する食環境を整えるため、「野菜たっぷり」「適塩」等に配慮した健康づくりメニューの提供を進める飲食店等の登録及び普及を行います。
- 県栄養士会、県食生活改善推進協議会等と連携し、企業や学校等に対して、健康的な食生活の実践に向けた普及活動を推進します。
- 食に関する情報を提供・共有するために、市町村や給食施設、企業、関係団体等を対象に会議や研修会を開催します。

(3) 運動・身体活動

現状と課題

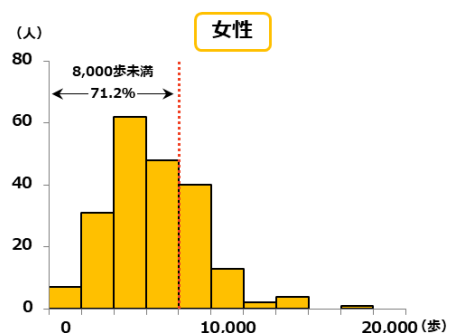
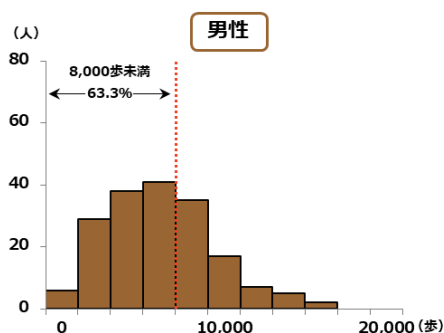
厚生労働省「健康づくりのための身体活動基準 2013」では、生活習慣病予防のためには、1日当たり 8,000～10,000 歩が必要とされていますが、20 歳以上 64 歳以下の県民の歩数の平均値は、男性 7,028 歩、女性 6,654 歩となっています。また、20 歳以上 64 歳以下の県民のうち、8,000 歩に満たない人は、男性約 6 割、女性約 7 割となっており、基準に満たない人が多い状況です。循環器病や生活習慣病予防だけでなく、社会生活機能の維持・増進の上からも、歩数の増加を目指した取組の推進が必要です。

〔図〕 県民の年代別歩数の平均値（令和元年度）



(健康増進課「県民健康・栄養調査」)

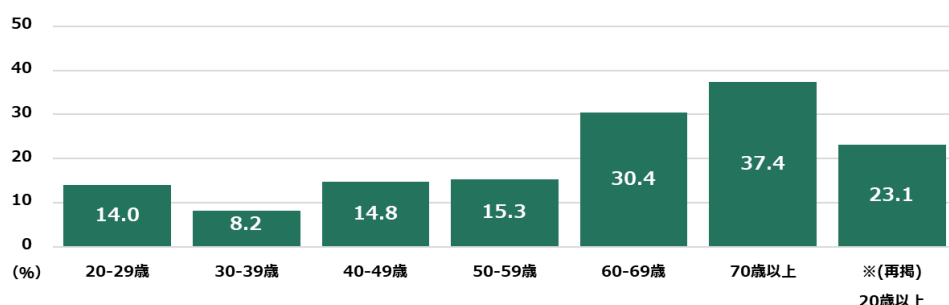
〔図〕 県民の歩数の分布（令和元年度）



(健康増進課「県民健康・栄養調査」)

週2回以上、1回30分以上の運動を1年以上継続している「運動習慣がある人」の割合は、20歳以上では23.1%であり、運動に取り組みやすい環境整備や身体活動の促進に向けた支援が必要です。

〔図〕 県内で運動習慣のある人の割合（令和元年度）



（健康増進課「県民健康・栄養調査」）

施策の方向性

- 運動を始めるきっかけづくりやその継続を支援するため、県民が気軽に運動できる場や県内ウォーキングコース等の周知を図ります。
- **働き盛り世代の運動習慣定着を目指した**参加型ウォーキングなどの取組を、企業や関係機関等と連携し、全県下で展開します。
- 運動指導者等の関係団体と連携して運動環境の整備を**行うなど**、地域の特性に合わせた運動定着に向けた取組を行います。
- 市町村や関係団体の運動推進支援者等への効果的な運動手法に関する研修会等を開催し、県民の運動習慣の定着を目指した人材育成を支援します。

新型コロナウイルス感染症と循環器病（生活習慣病）

新型コロナウイルス感染症が確認されて3年目になりました。最初はマスク着用や手洗いなどの基本的な対策しか感染を防ぐ方法はありませんでしたが、現在はワクチンで感染や発症、重症化を予防することができ、また、抗体療法や内服薬などの重症化を防ぐ治療も存在しています。そんな中で経済活動の維持も重要視されるようになり、経済活動は持続させ、ある程度の感染者数は許容しつつ、入院や重症患者を**ある程度の**範囲内で抑えることに重きが置かれるようになってきています。

65歳以上の高齢者や基礎疾患がある者が重症化のリスクが高いと言われていますが、ここには循環器病と関連がある高血圧、2型糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病、肥満（BMI 30以上）、喫煙などが含まれます。また、人との接触機会を減らすために外出制限が行われた一方で、外出制限による運動不足や受診控えによる服薬中断などにより生活習慣病が悪化することが危惧されています。過度に感染を恐れるがために、重症化のリスクを上げてしまうことは本末転倒です。基本的な感染対策の継続や3回目のワクチン接種だけでなく、生活習慣病の予防やコントロールのために運動習慣を習得・継続すること、服薬が必要な場合は通院を継続することが、新型コロナウイルス感染症の重症化リスクを下げることに繋がります。

特に運動習慣がない方は家に閉じこもらずに、まずは散歩などの簡単な運動を始めてみてはいかがでしょうか。

信州大学医学部附属病院感染制御室 副室長 金井 信一郎

(4) 喫煙

現状と課題

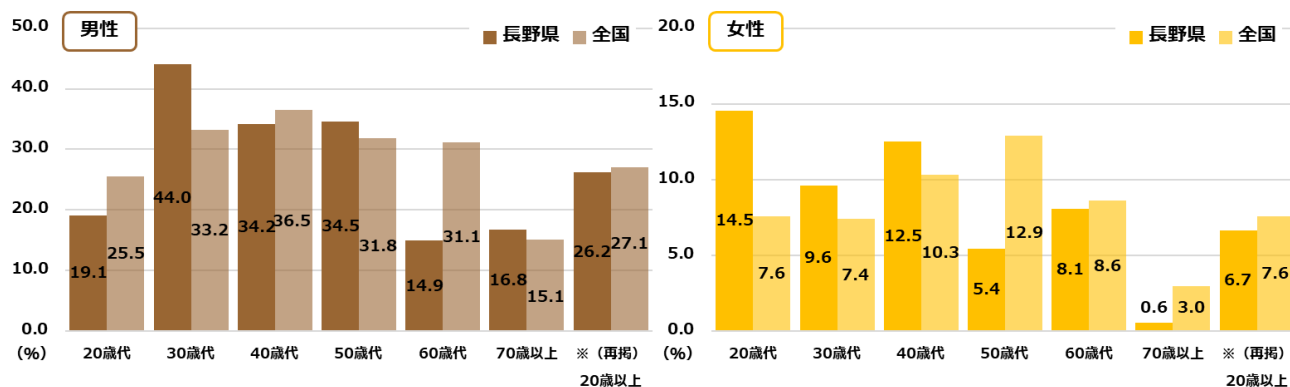
たばこの煙に含まれるニコチン等の有害物質が末梢血管の収縮と血圧上昇をきたすなど、喫煙に関する様々な要素が循環器病と関連があるといわれています。

成人の喫煙率は、男性 26.2%、女性 6.7%であり、年代別では、男性は 30 歳代～50 歳代で高くなっています。全国と比較をすると、男性は 30 歳代・50 歳代、女性は 20 歳代～40 歳代で高い状況となっています。

喫煙率の低下は、循環器病を含む多くの疾患の発症や死亡を減少させることに繋がるため、更なる周知と、禁煙したい人が禁煙できる環境を整備する必要があります。

また、受動喫煙を防止するための環境整備を徹底するとともに、長期にわたる健康への影響が懸念される若者の喫煙防止のための地域や社会の包括的な対策が必要です。

[図] 県内で習慣的に喫煙している人の割合（令和元年度）



(健康増進課「県民健康・栄養調査」、厚生労働省「国民健康・栄養調査」)

施策の方向性

- 県民や事業場の管理者に対し、たばこによる健康被害に関する情報提供や、禁煙・分煙・防煙を推進します。
- 禁煙に関する啓発や窓口支援に取り組む薬局など地域の関係機関との連携を推進します。
- 市町村や教育委員会等と協力し、喫煙防止教育のための研修会や出前講座を実施するなど、子どもの頃から幅広く県民へ喫煙防止を働きかけます。
- 事業場や飲食店等に対し、屋外空間を含め、望まない受動喫煙が生じないように、受動喫煙防止に関する周知・啓発を徹底します。
- 禁煙をしやすい環境整備のため、禁煙治療を実施する保険医療機関を、県ホームページを通じて紹介するなど情報発信に努めます。

2. 循環器病を予防する健診の普及や取組の強化

現状と課題

循環器病の予防には、高血圧症等循環器病の発症リスクの早期発見、**早期**治療介入が重要です。

循環器病の原因となりうる生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導には、40歳以上75歳未満の者が対象となる特定健康診査・特定保健指導があります。本県における特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は全国と比べて高く、年々増加していますが、第2期信州保健医療総合計画において目標としている「特定健康診査受診率70%、特定保健指導実施率45%」には達していない状況です。特に、被扶養者の特定健診受診率及び保健指導実施率は、被保険者と比較すると低い状況であり、医療保険者と連携した取組が必要です。

循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、健康診査等の受診や、県民の行動変容をもたらす保健指導が重要です。

[表] **特定健康診査**受診率の推移

(単位：％)

		H26	H27	H28	H29	H30	R01
特定健康診査受診率	全国	48.6	50.1	51.4	52.9	54.4	55.3
	長野県	52.5	54.2	56.0	57.5	59.2	60.2
	順位	8	7	6	6	7	8

(厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」)

[表] 特定保健指導実施率の推移

(単位：％)

		H26	H27	H28	H29	H30	R01
特定保健指導実施率	全国	17.8	17.5	18.8	19.5	23.3	23.2
	長野県	27.6	27.4	28.4	29.5	32.7	30.9
	順位	6	5	5	5	5	7

(厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」)

[表] 県内における被保険者・被扶養者別特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移 (単位：％)

	特定健診受診率		特定保健指導実施率	
	H30	R01	H30	R01
被保険者	72.5	74.2	25.9	24.4
被扶養者	38.8	38.9	15.1	20.2

※対象：県内20健康保険組合、4共済組合、全国健康保険協会長野支部

(長野県保険者協議会「特定健診・特定保健指導実施結果集計表」)

施策の方向性

- 特定健康診査・特定保健指導に関する実態調査を実施し、好事例の横展開、医療保険者等への情報提供を行うとともに、医療保険者や地域職域連携推進団体等と連携して、受診率向上や効果的な保健指導の実施につなげます。
- 市町村が実施する集団健診に企業（会社）の被用者及びその被扶養者を含むより多くの人が受診できるよう、保険者協議会を活用した医療保険者間の連携体制強化により、対象者が受診しやすい環境づくりを推進します。
- 特定健康診査結果のデータ分析から、地域の健康課題と方向性を「見える化」することにより、市町村による効率的な保健事業の実施を支援します。
- 健康診査での自分自身の検査結果が、健康状態・生活習慣を反映していることを知り、健診の必要性を理解して継続受診ができるよう普及啓発に取り組みます。
- 若い頃から自分の健康状態を知り、生活改善ができるよう、幅広い年代層に対し、健診受診や保健指導に関する普及啓発を行います。
- 健康診査における心電図検査等、循環器病の早期診断・治療介入につながる検査の必要性を周知します。
- 健診受診後の再検査や医療機関での受診など、適正な事後措置が行われるよう、医療保険者や県民に向けた普及啓発を行います。
- 要介護に至る原因に占める循環器病の割合が高いため、市町村による高齢者の保健事業と介護予防との一体的実施に係る取組を支援します。

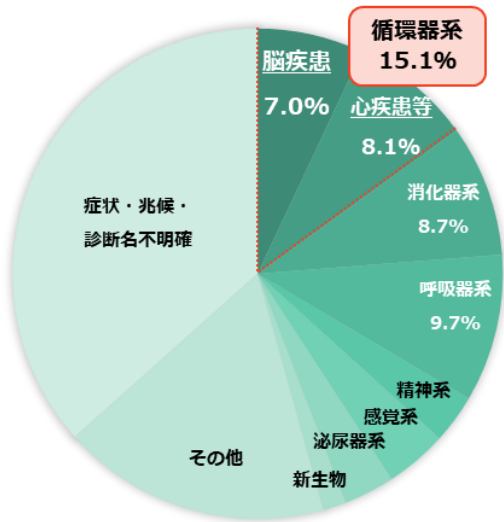
第2節 医療提供体制の整備

1. 救急搬送体制の整備

現状と課題

循環器病は急激に発症し、数分から数時間で生命に関わる重大な事態に陥ることが多く、急病による搬送者に占める割合は15.1%（脳疾患：7.0%、心疾患等：8.1%）と最も高くなっています。

〔図〕 全国における急病の疾病分類別の搬送割合（令和元年）



（消防庁「救急・救助の現況」）

【適切な初期対応】

<速やかな救急要請>

循環器病を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲の者による速やかな救急搬送要請が重要です。迅速な救急搬送・治療により、患者の予後の改善、救命率の向上、社会復帰率の向上等が期待されます。

<心肺蘇生・除細動の実施>

心肺停止を疑う場合、周囲の者による心肺蘇生や自動体外式除細動器（AED）の使用により救命率の向上が見込まれます。一般市民による除細動等の実施件数は、概ね横ばいで推移しており、人口1万対の応急手当講習の受講者数は全国より多くなっています。引き続き応急手当に関する知識について、県民への普及啓発に取り組む必要があります。

〔表〕 長野県において一般市民により除細動・心肺蘇生が実施された件数の推移

	H27	H28	H29	H30	R01	5年平均
除細動	22	26	29	25	27	25.8
心肺蘇生	231	239	257	241	236	240.8

（消防庁「救急・救助の現況」）

[表] 消防機関が主体となって実施する応急手当講習の受講者数の推移（人口1万対）

	H27	H28	H29	H30	R01
長野県	121	116	113	111	119
全 国	113	110	108	105	100

（消防庁「救急・救助の現況」）

【救急隊による患者の搬送】

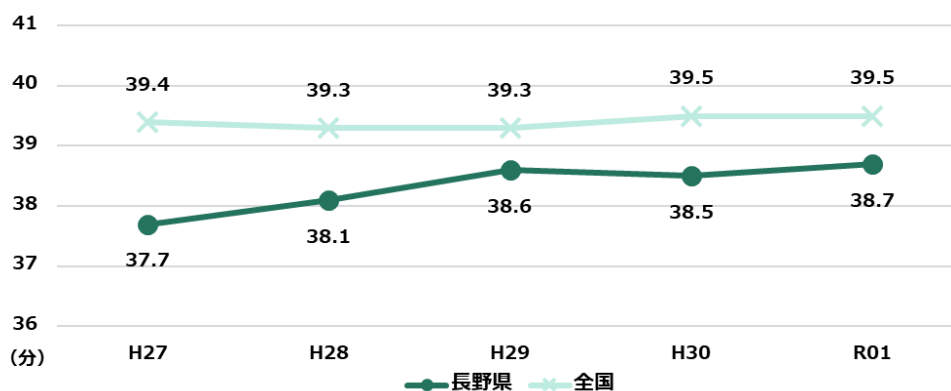
<救急搬送体制>

消防法に基づく「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（平成23年1月施行）」により、第2期信州保健医療総合計画別冊「機能別医療機関の一覧」の入院救急医療または救命救急を担う医療機関へ搬送される体制が整備されています。

<救急隊の役割>

メディカルコントロール体制の下で定められた病院前救護のプロトコル（観察・処置手順）に則して、適切に観察・救急救命処置等を行い、医療機関へ迅速に搬送します。患者の搬送時間は全国と比べやや短くなっていますが、患者の居住地や治療内容によっては搬送に時間を要する場合があります。令和2年度は全ての救急隊に救急救命士が配備されており、救急救命士が常時同乗している救急隊の割合も増加しています。

[図] 病院収容所要時間の推移（入電から医師引継ぎまでの平均所要時間）



（消防庁「救急・救助の現況」）

[表] 救急救命士の運用状況

区分	長野県		全国	
	H28	R02	H28	R02
救急救命士が配備されている救急隊の割合	96.6%	100%	98.4%	99.4%
救急救命士が常時同乗している救急隊の割合	89.0%	90.0%	89.3%	92.6%

※各年4月1日現在

（消防庁「救急・救助の現況」）

<搬送手段の多様化、遠距離搬送>

救急搬送の手段は、従来の救急車に加え、ドクターカー、救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）が活用されています。治療内容や地域の医療資源の状況によっては、二次医療圏を越えた搬送や山間地域からの救急搬送など、救急車では搬送に時間がかかるケースもあります。また、本県は県土が広く山間地域も多いことから、県では、ドクターヘリを佐久総合病院佐久医療センターと信州大学医学部附属病院に配置しており、こうしたケースにドクターヘリが積極的に活用されています。

搬送手段の多様化に合わせ、消防機関と医療機関が密接に連携していくことが重要です。

〔表〕長野県におけるドクターヘリの保有台数と出動件数の推移

	H27	H28	H29	H30	R01
保有機数	2	2	2	2	2
出動件数	1,007	868	850	936	773

（医療政策課）

<メディカルコントロール（MC）体制>

メディカルコントロールとは、救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において救急救命士等が医療行為を実施する場合、当該医療行為を医師が指示又は指導・助言及び事後検証を行うことにより、それら医療行為の質を保証することです。本県では、MC体制や搬送基準等について協議・調整を行う長野県メディカルコントロール協議会のほか、二次医療圏毎に、地域メディカルコントロール協議会が設置されています。

各地域で適切で共通の基準に基づく搬送体制が整備されるよう、引き続き搬送基準やプロトコルの継続的な見直し等メディカルコントロール体制の充実・強化に努める必要があります。

さらに、今後患者の増加が見込まれる心不全に対するメディカルコントロール体制の整備が重要とされています。急性心不全を疑う患者の病態把握（急性冠症候群等との見極め）と、病態に応じた搬送先の選定が重要で、日本循環器学会等で作成するガイドラインに則したプロトコル等の整備が必要です。

<ICT（情報通信技術）の活用>

医師の指示のもとで行われる病院前救護は、音声による情報交換が主ですが、ICT（情報通信技術）等を活用した画像情報の伝達により、患者の予後の改善、救命率の向上、社会復帰率の向上等が期待されます。

施策の方向性

- 循環器病の初期症状や発症時の対応に関する正しい知識及び周囲の者による速やかな救急搬送要請の重要性について、県民への周知に努めます。
- 心肺蘇生、自動体外式除細動器（AED）の使用等方法を含む応急手当に関する知識について、県民への普及啓発を推進します。

- 救急搬送要請後、救急隊による迅速かつ適切な搬送先の選定が行われるよう、消防機関と医療機関間における情報共有・連携方法について検討を行うとともに、遠隔連携システムの導入等 ICT（情報通信技術）を活用する医療機関等に対して支援を行います。
- 適切な救急搬送体制を確保するため、長野県メディカルコントロール協議会等において、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の見直しに向けた検討を行います。
- 圏域外への搬送時や患者の病態に応じた適切な医療機関の選定と搬送が行われるよう、各地域で定められたプロトコル（観察・処置手順）の統一化について検討を行います。
- 地域メディカルコントロール体制の強化・標準化、救急隊の資質向上を図るため、長野県メディカルコントロール協議会等による研修会の開催、救急隊に対する教育機会の確保に努めます。

救急搬送時の遠隔作業支援、病院同士の画像伝送の必要性

救急医療は時間との戦いであり、最初に患者さんに接触する救急隊員や救急救命士の活動はとても重要です。この活動を適切に行うため、医師は救急救命士に対して直接指示を出しており、これをオンラインメディカルコントロール（オンライン MC）と呼びます。現在、救急救命士は患者さんの情報を電話で医師に伝えていますが、これに画像が加わればより正確で多くの情報を伝えられます。信州大学医学部附属病院では、カメラ・マイク・イヤホン・高輝度ディスプレイ付きのヘッドセットを装着した救急救命士と、オンライン MC 担当医師との間で、画像や音声の情報を双方向にやりとりするシステム（ビジュアルオンライン MC システム）の開発研究を行っています。将来これが実用化されれば、医師は救急救命士が目にする傷病者の様子や心電図、事故現場の様子などをそのまま把握できるため、救急救命士へより的確な指示ができるばかりでなく、病院到着後にすばやく治療を開始できるようになります。

また、病院同士の画像伝達も重要です。広大な県土に医療圏が散らばる長野県では、大動脈解離や脳梗塞の患者さんなどは、まず地域の中核病院へ搬送され診断された後、専門的な手術を受けるため他地域の病院（三次大動脈・脳卒中センターなど）へ緊急で転院搬送される場合がよくあります。この際、CT などの詳しい画像情報を速やかに送るシステムがあれば、搬送先病院の専門医は、手術の方法、必要となる器材や人員などについて患者到着前から検討し準備できるため、到着後にすぐ治療を開始できます。このような ICT（情報通信技術）を用いた画像伝送システムを全県に導入すれば、県内のどこで発症した患者さんであっても、同じレベルの治療を迅速に受けられるようになります。

信州大学医学部救急集中治療医学教室・高度救命救急センター 教授・センター長 今村 浩

2. 医療提供体制の構築（急性期から回復期及び維持期）

脳卒中の医療

現状と課題

【急性期の医療】

<脳卒中の急性期医療機関>

急性脳梗塞の治療に有効性が高い血栓溶解療法（t-PA 療法）が実施可能な医療機関は、全ての医療圏で確保されており、t-PA 療法の実施件数は増加傾向にあります。また、日本脳卒中学会が認定する「一次脳卒中センター」は、県内に 22 施設あります。

〔表〕脳梗塞に対する血栓溶解療法（t-PA 療法）の実施可能な医療機関数（令和 3 年 12 月現在）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
27	3	3	2	2	2	1	5	1	6	2

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

〔表〕日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センター（令和 4 年 1 月現在）

医療圏	医療機関名	医療圏	医療機関名
佐久	佐久総合病院佐久医療センター	松本	信州大学医学部附属病院
	浅間南麓こもろ医療センター		相澤病院
上小	信州上田医療センター		安曇野赤十字病院
	小林脳神経外科・神経内科病院		一之瀬脳神経外科病院
諏訪	諏訪赤十字病院	大北	市立大町総合病院
	諏訪中央病院	長野	長野赤十字病院
上伊那	伊那中央病院		長野市民病院
	昭和伊南総合病院		南長野医療センター篠ノ井総合病院
飯伊	飯田市立病院		長野松代総合病院
	瀬口脳神経外科病院		小林脳神経外科病院
木曽	－	北信	飯山赤十字病院
	－		北信総合病院

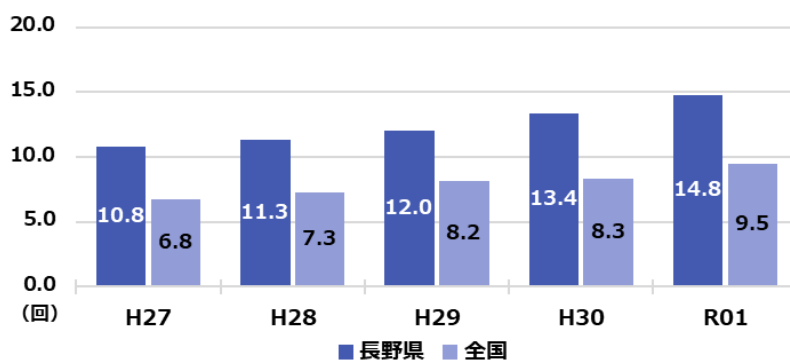
<一次脳卒中センター認定基準>

①24 時間 365 日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療を開始できる。②頭部 CT または MRI 検査、一般血液検査と凝固学的検査、心電図検査が施行可能である。③脳卒中ユニット（SU）を有する。④脳卒中診療に従事する医師が 24H/7D 体制で勤務している。⑤脳卒中専門医 1 名以上の常勤医がいる。⑥脳神経外科的処理が必要な場合、迅速に脳神経外科医が対応できる体制がある。⑦機械的血栓回収療法が実施出来ることが望ましい。⑧定期的な臨床指標取得による脳卒中医療の質をコントロールする。

（日本脳卒中学会）

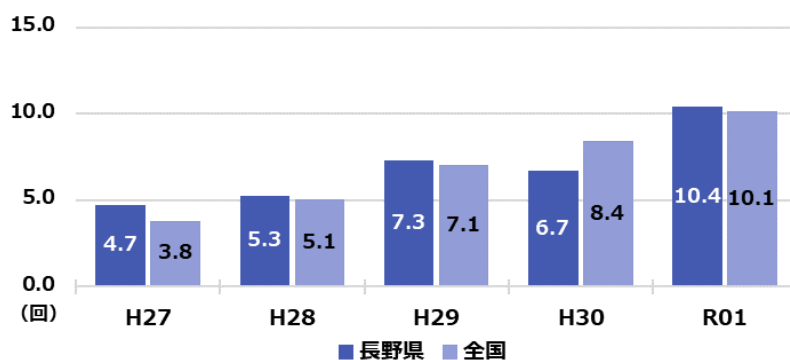
<脳卒中医療の提供実績の推移>

[図] 脳梗塞に対する血栓溶解療法（**t-PA 療法**）の算定回数の推移（人口10万対）



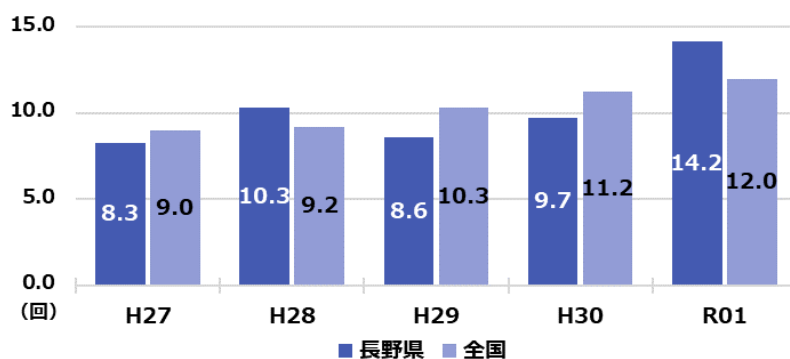
（厚生労働省「NDB オープンデータ」(A205-2：超急性期脳卒中加算)）

[図] 脳梗塞に対する脳血管内治療（**機械的血栓回収療法**）の算定回数の推移（人口10万対）



（厚生労働省「NDB オープンデータ」(K178-4：経皮的脳血栓回収術)）

[図] 脳血管内手術の算定回数の推移（人口10万対）



（厚生労働省「NDB オープンデータ」(K178：脳血管内手術)）

<二次医療圏相互の連携推進>

脳卒中治療に従事する医師数や施設・設備等、患者の受入体制には地域差がある状況であり、第2期信州保健医療総合計画においては、木曽・大北圏域では、松本圏域と連携して対応できる体制を確保しています。

[表] 二次医療圏相互の連携体制

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
脳卒中の医療	○	○	○	○	○	■	●	■	○	○

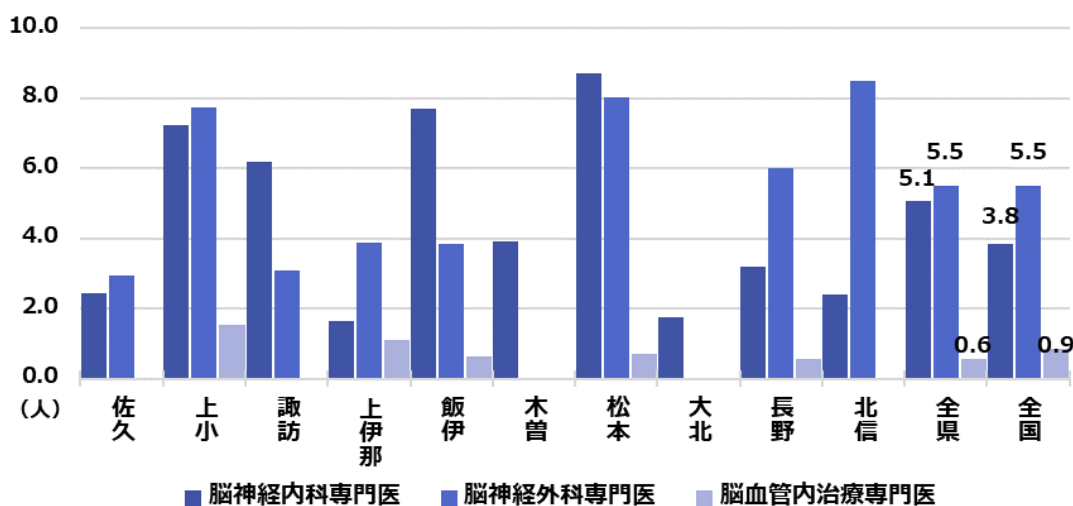
○印：当該二次医療圏内で対応する医療圏、●印：他の二次医療圏と連携し、連携の中心となる医療圏
■印：他の二次医療圏と連携する医療圏

(「第2期信州保健医療総合計画」)

<脳卒中治療の専門医数>

脳神経内科専門医は全国と比べやや多く、脳神経外科専門医、脳血管内治療専門医は全国よりも少ない状況です。特に、脳血管内治療専門医は人数が少なく、また二次～三次医療圏（県全域または4圏域）内に分散しています。

[図] 医療施設に従事する専門医数（平成30年12月31日現在、人口10万対）



(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

<急性期医療機関間の連携強化>

脳卒中患者の受入れが24時間可能な病院であっても、受入要請時の状況によっては受入れが困難な場合も想定されます。救急隊による適切な搬送先の選定、迅速な搬送から治療の開始のため、急性期医療機関間の連携強化（ネットワーク体制の構築）が必要とされています。さらに、遠隔連携システムの導入等 ICT（情報通信技術）を活用した連携の方法についても検討が必要です。

脳卒中の前触れ、一過性脳虚血発作とは

脳卒中は脳の血管が詰まったり破れたりして生じる病気のことをいい、脳の血管が詰まる脳梗塞と、血管が破れる脳出血、くも膜下出血の3疾患からなります。脳卒中は、元気な人がある日突然発症する印象がありますが、脳梗塞を発症する前に「一過性脳虚血発作」という一時的な「前触れ発作」を起こすことも少なくありません。

手足のしびれや動かしにくさ、ろれつが回らないなどの脳卒中の症状が、24時間以内に消失する発作で、画像診断では脳梗塞の病変がないものを一過性脳虚血発作と呼びます。「脳虚血（のうきょけつ）」とは、脳への血液の流れが不十分で、何らかの神経症状が出現した状態のことです。脳内の血管の中で、小さな血栓が一時的に血管を閉塞させると神経症状が出現しますが、何らかの理由で再び流れ出すと、症状は回復します。多くの発作は数分間で消失するか、長くて1時間以内に回復するため、そのまま放置する人が多いようです。しかし、この発作は、その後大きな脳卒中を起す前兆です。一過性脳虚血発作を生じると、48時間以内に脳梗塞を起こすことが多いと報告されています。一過性脳虚血発作を疑う症状が生じた場合には、直ちに病院へ行って脳神経外科か神経内科の専門医の診察を受けてください。

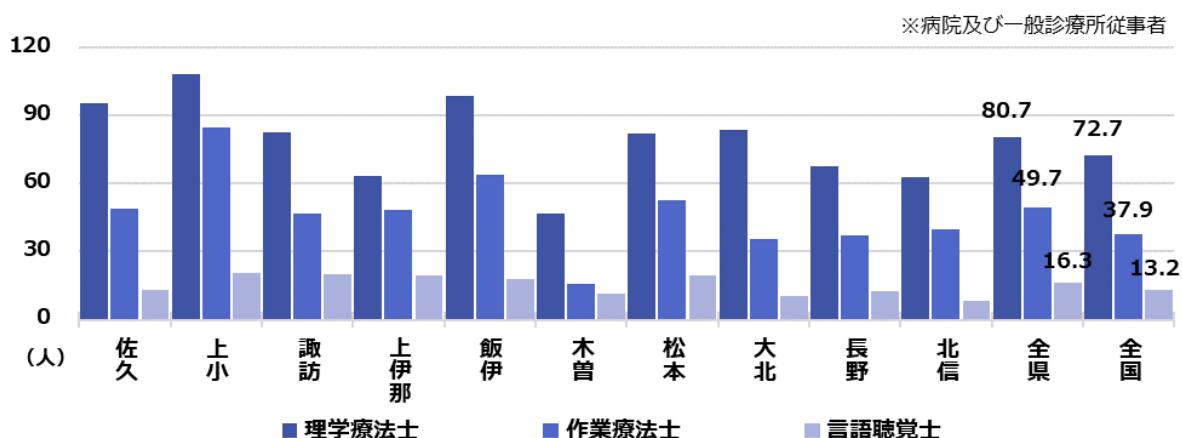
信州大学医学部脳神経外科学教室 教授 堀内 哲吉／講師 花岡 吉亀

【回復期・維持期の医療】

急性期を脱した後の脳卒中の医療においては、再発予防を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、基礎疾患や危険因子（高血圧、不整脈、喫煙、飲酒等）の継続的な管理・治療介入、様々な合併症状（誤嚥性肺炎やせん妄等）の予防策、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが行われます。また、脳卒中の発症後には、運動・認知機能の低下等も認められることから、特に高齢患者に対しては、フレイル予防・介護予防の観点を踏まえたリハビリテーションが重要です。医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員等の多職種が連携した支援が求められます。

（フレイル：健康と要介護状態の中間の状態。（用語解説参照））

〔図〕 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士数（平成29年10月現在、人口10万対）



（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

<脳卒中のリハビリテーション>

脳卒中のリハビリテーションは、病期に応じて以下のとおり行われます。急性期から維持期まで一貫した流れで行われることが望ましいとされています。

- 急性期)** 廃用性症候群や合併症予防、セルフケアの早期自立を目的とし、可能であれば発症当日から病室で行われます。
- 回復期)** 身体機能の回復や日常生活動作の向上を目的に、訓練室等で集中的に行われます。誤嚥性肺炎等の合併症や運動麻痺による転倒等リスク管理をしながら行われます。
- 維持期)** 回復または残存した機能を活用し、歩行能力等生活機能の維持・向上を目的に行われます。

[表] 脳血管疾患等リハビリテーションを行う医療機関数（令和3年12月現在）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
123	15	16	11	10	12	1	25	3	25	5

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

[表] 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関数（令和3年12月現在）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
27	2	2	4	3	2	-	7	-	6	1

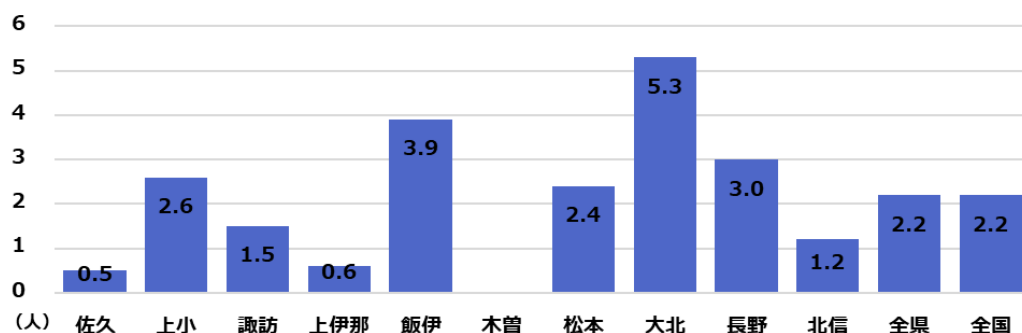
（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

<リハビリテーション科専門医数、認定看護師数>

医療施設に従事するリハビリテーション科専門医数は、県全域では全国と同数ですが、二次～三次医療圏（県全域または4圏域）内に分散しています。

また、日本看護協会認定する脳卒中リハビリテーション看護認定看護師数及び摂食・嚥下障害看護認定看護師数は、人口10万対で全国と同数程度となっています。

[図] 医療施設に従事するリハビリテーション科専門医数（平成30年12月31日現在、人口10万対）



（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

[表] 認定看護師数（令和 3 年 12 月現在）

（単位：人）

		長野県	全国
脳卒中リハビリテーション看護		14	771
	人口 10 万対	0.7	0.6
摂食・嚥下障害看護		12	1,089
	人口 10 万対	0.6	0.9

（日本看護協会）

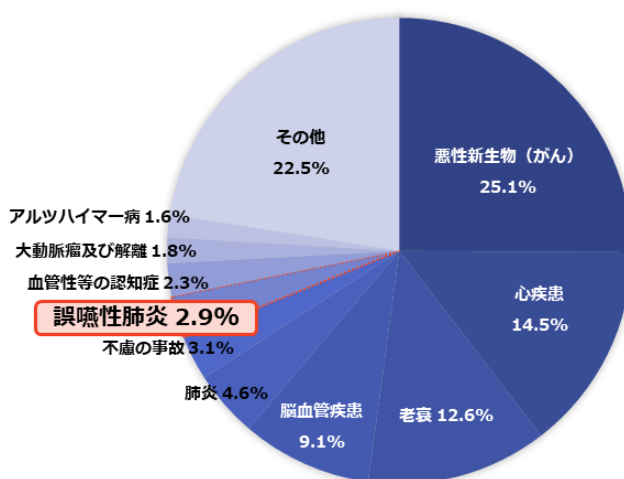
<地域連携クリティカルパスの活用>

急性期から回復期及び維持期までの医療については、各医療機関が、それぞれの医療機能に応じ、連携して医療を提供する体制が重要です。脳卒中の発症から維持期まで切れ目のない医療を提供するためには、地域連携クリティカルパスの活用が望ましいとされており、その普及に向けた取組が必要です。（第 3 節 [1. 社会連携に基づく循環器病対策] 参照）

<誤嚥性肺炎の防止>

脳卒中による合併症の中でも、特に、誤嚥性肺炎の防止が重要です。誤嚥性肺炎は摂食嚥下機能の低下に起因するものであることから、歯科医師・歯科衛生士等の歯科専門職種と連携した体制が求められます。関係職種間の連携支援の強化、リハビリテーションの質の向上に向けた取組が必要です。誤嚥性肺炎は、令和 2 年における県民の死亡原因第 7 位となっています。

[図] 長野県の死亡原因（令和 2 年）



（厚生労働省「人口動態調査」）

<在宅療養者・家族等への理解促進>

在宅へ復帰後は外来において治療が継続され、介護が必要となる患者に対しては、訪問・通所リハビリテーション等在宅生活に必要な介護サービスが提供されます。退院時には、介護支援専門員や地域包括支援センターとの連携も重要です。（第 3 節 [1. 社会連携に基づく循環器病対策] 参照）

また、脳卒中は再発すること多いことから、患者だけでなく家族等周囲の者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の必要性及び再発時の適切な対応について理解を促進していくことも必要です。

心血管疾患の医療

現状と課題

【急性期の医療】

<心血管疾患の急性期医療機関>

急性心筋梗塞等の急性冠症候群に対するカテーテル治療は、木曽圏域を除く二次医療圏において24時間患者を受け入れる体制が確保されています。一方、大動脈解離等緊急の外科的治療が必要な疾患については、二次医療圏を越えた搬送が必要となる場合があります。迅速で適切な治療により救命するためには、二次あるいは三次医療圏（県全域または4圏域）内で治療が完結できるよう医療資源（施設・設備、医療人材等）の適正化・集約化、さらに機能分担の明確化が必要です。

〔表〕 心血管疾患の急性期医療を行う医療機関数（令和2年10月現在）

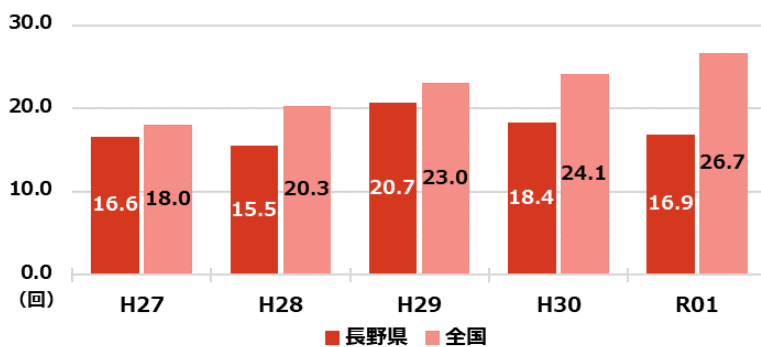
区分	全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
心筋梗塞等※1	23	3	1	3	2	2	-	4	1	6	1
大動脈解離※2	10	1	-	1	-	1	-	3	-	3	1

※1) 心臓カテーテルによる治療が24時間可能である病院 ※2) 心臓血管外科手術が24時間可能である病院

（医療政策課「医療機能調査」）

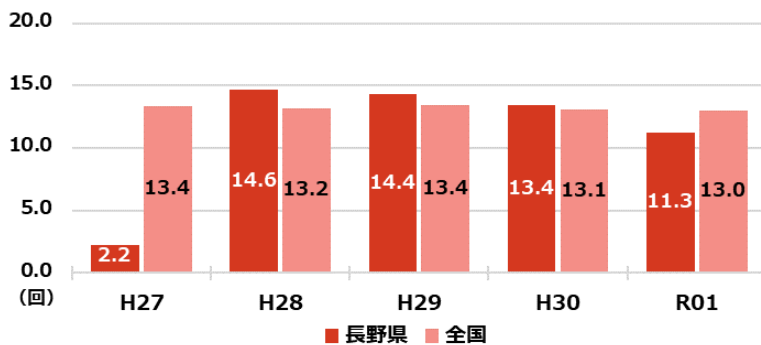
<心血管疾患医療の提供実績の推移>

〔図〕 急性心筋梗塞等に対する経皮的冠動脈インターベンション算定回数の推移（人口10万対）



（厚生労働省「NDB オープンデータ」(K546：経皮的冠動脈形成術)）

〔図〕 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術算定回数の推移（人口10万対）



（厚生労働省「NDB オープンデータ」(K551：冠動脈形成術+K552：冠動脈、大動脈バイパス移植術+K552-2：冠動脈、大動脈バイパス移植術)）

<二次医療圏相互の連携推進>

心血管疾患治療に従事する医師数等、患者の受入体制には地域差がある状況であり、第2期信州保健医療総合計画においては、木曽・大北圏域では、松本圏域と連携（木曽圏域は上伊那圏域とも連携）して対応できる体制を確保しています。

〔表〕 二次医療圏相互の連携体制

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
心血管疾患の医療	○	○	○	○	○	■	●	■	○	○

○印：当該二次医療圏内で対応する医療圏、●印：他の二次医療圏と連携し、連携の中心となる医療圏

■印：他の二次医療圏と連携する医療圏

（「第2期信州保健医療総合計画」）

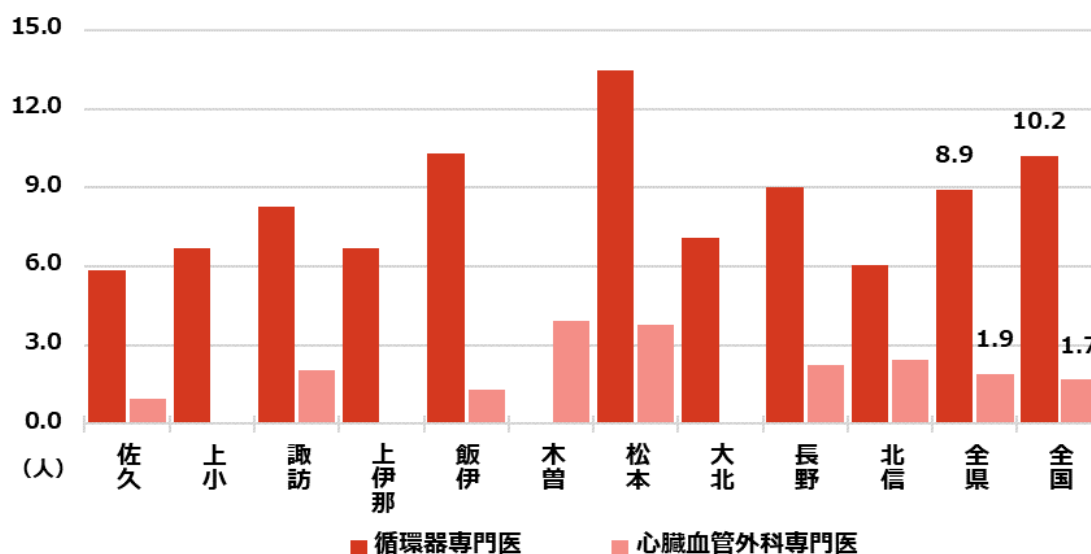
<一次循環器病センター>

急性心血管疾患に対する正確な診断・適切な初期治療が可能であること、急性心筋梗塞患者に対する専門的な治療が24時間可能である等の要件を満たす病院について、日本循環器学会において「一次循環器病センター」としての指定が予定されています。（令和3年3月に「脳卒中と循環器病克服第二次5ヵ年計画」が日本循環器学会、日本脳卒中学会等から発表されました。）

<心血管疾患治療の専門医数>

循環器専門医は全国に比べやや少ない状況ですが、ほぼ全ての医療圏で一定数確保されています。一方、心臓血管外科専門医は全国と同数程度ですが、人数が少なく、また二次～三次医療圏（県全域または4圏域）内に分散しています。

〔図〕 医療施設に従事する専門医数（平成30年12月31日現在、人口10万対）



（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

<急性期医療機関間の連携強化>

患者の受入れが 24 時間可能な病院であっても、受入要請時の状況によっては受入れが困難な場合も想定されます。また、大動脈解離等は圏域外への搬送が必要となる場合が多く、救急隊による適切な搬送先の選定、迅速な搬送から治療の開始のため、急性期医療機関間の連携強化（ネットワーク体制の構築）が必要とされています。さらに、遠隔連携システムの導入等 ICT（情報通信技術）を活用した連携の方法についても検討が必要です。

急性大動脈解離とその治療

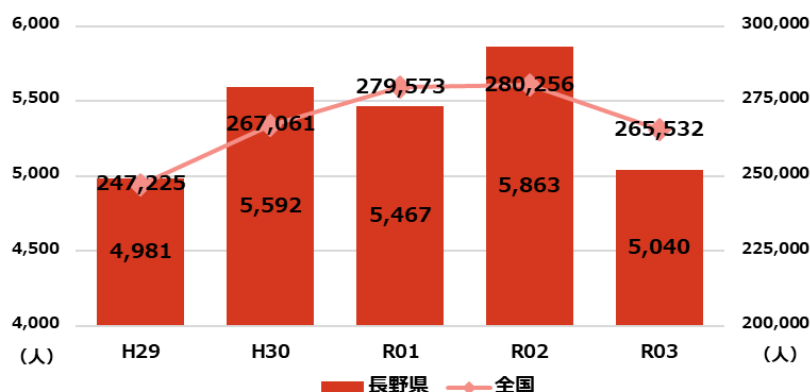
心臓から送り出された血液は、大動脈を介して全身へと循環します。その大動脈の壁は、内側から内膜、中膜、外膜の 3 層構造になっています。突然、何らかの原因により内膜に亀裂が入り、大動脈が中膜のレベルで竹を割るように裂けてしまう状態を「急性大動脈解離」といいます。典型的には激しい胸痛や、背部痛ですが、意識障害や四肢麻痺、腹痛、下肢の痛みなど症状は様々です。動脈破裂の危険があり、早急な治療が必要となります。診断には CT 検査が有用で、解離した動脈の部位や状態を確認します。心臓に近い上行大動脈に解離をみとめるものを Stanford A 型、上行大動脈に解離を認めないものを Stanford B 型といいます。Stanford A 型では、ショック状態や心筋梗塞などの合併症を起こす危険性が高くなり、緊急手術が必要となります。手術では、解離した上行大動脈を人工血管に交換します。Stanford B 型は、解離した動脈によるほかの臓器の合併症や、動脈の拡大がなければ、保存的に治療を行います。Stanford A 型で手術した場合も、B 型の場合も、動脈瘤を形成し破裂の危険を生じうるので、外来に通院し定期的に CT 検査を行う必要があります。

信州大学医学部外科学教室心臓血管外科学分野 教授 瀬戸 達一郎

【回復期・維持期の医療】

急性期を脱した後の心血管疾患の医療においては、再発・再入院予防が重要です。とりわけ、慢性心不全患者は、増悪による再入院を繰り返しながら身体機能が悪化していく悪循環に陥ることが特徴であり、高齢化に伴い患者数の増加も予想されていることから、特に対策が求められます。

【図】心不全入院患者数の推移



（日本循環器学会「循環器疾患診療実態調査（JROAD）※」）
※学術の研究利用目的で日本循環器学会循環器研修・関連施設のみで収集されたデータであるため、全国あるいは全県を網羅したものではありません。

心不全パンデミック

心不全は「なんらかの心臓機能障害、すなわち、心臓に器質的および/あるいは機能的異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻した結果、呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し、それに伴い運動耐容能が低下する臨床症候群」と定義されており、さまざまな循環器疾患の終末像の一つです。心不全の治療は以前に比べると進歩してきていますが、いまだその予後は不良で、我が国においても心不全患者の予後は悪性腫瘍と同程度です。こうしたことから、心不全の予防と治療をさらに強化することの重要性が強く認識されています。

特に我が国においては、高齢社会の到来により心不全患者数が年々増加してきており、今後もさらに増加傾向が継続することが予想され、「心不全パンデミック」と呼ばれています。こうした「心不全パンデミック」の克服には、心不全の病態に関する臨床、基礎研究両方面からの理解の促進と、新規診断・予防・治療法の開発、およびその有効な活用が必要です。また、増加する高齢者の心不全に対し、発症や重症化予防のために、多職種からなる地域診療体制の整備も重要です。長野県循環器病対策推進計画でも、「心不全パンデミック」を見据えた対策を多く盛り込んでいます。

信州大学医学部循環器内科学教室 教授 桑原 宏一郎

<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>

心血管疾患の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、発症当日から患者の状態に応じた運動療法、食事療法、患者教育等が実施され、退院後も継続されます。喪失機能（心機能）の回復だけでなく、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、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む疾病管理プログラムとして実施される点が脳卒中とは異なります。地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制を検討する必要があります。心血管疾患リハビリテーションは、関連学会からガイドラインが示されていますが、その普及を含め関係職種に対する教育機会の確保、その質の向上に資する取組も必要です。

[表] 心大血管疾患リハビリテーションを行う医療機関数（令和3年12月現在）

全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
27	2	1	3	2	3	-	7	2	6	1

（厚生労働省「診療報酬施設基準」）

<心臓血管手術後患者のリハビリテーション>

心臓血管手術後においては、通常のリハビリテーションに加えて人工呼吸、透析、術部の処置など特殊性を要する管理が長期にわたって必要となる場合があり、術後出血や不整脈等の合併症への対応も必要となることから、医療施設間や多職種の連携及び適切な情報共有が重要となります。

<外来におけるリハビリテーションの提供>

状態の安定後は、かかりつけ医等の外来において疾病管理を継続することが多いとされますが、外来で心血管疾患リハビリテーションを行う施設が少ないとされており、その実態把握の方法を含め検討が必要です。

<心不全増悪・再入院予防>

慢性心不全は、多くの場合治療によって改善し、増悪による入退院を繰り返しながら進行していきます。日本循環器学会等で作成するガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種によるチームで行うことが重要です。

特に、高齢心不全患者については、加齢に伴い服用薬剤が増加することもあり、適切な服薬管理が継続されるよう、かかりつけ薬剤師・薬局を持つことについての周知や、医療機関（薬剤部門）とかかりつけ薬局間での連携推進が重要です。長野県病院薬剤師会及び長野県薬剤師会では、地域における病院薬剤師と薬局薬剤師の連携に活用されるよう、令和3年8月に「入退院時薬薬連携マニュアル」を策定しています。

<心不全療養指導士、慢性心不全看護認定看護師>

日本循環器学会では、心不全の発症・重症化予防のための療養指導に従事する医療専門職（看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、公認心理師、臨床工学技士、歯科衛生士、社会福祉士）に必要な知識及び技能など資質の向上を図ることを目的に、「心不全療養指導士」認定制度を令和3年度から導入しており、令和3年7月現在県内で33名が認定されています。また、日本看護協会認定する慢性心不全認定看護師は、令和2年12月現在県内で7名が認定されています。

関係職種に対して、こうした資格制度の周知と取得を促していくことが必要です。

[表] 心不全療養指導士、慢性心不全看護認定看護師数 (単位：人)

		長野県	全国
心不全療養指導士		33	1,771
(令和3年7月現在)	人口10万対	1.6	1.4
慢性心不全看護認定看護師		6	455
(令和3年12月現在)	人口10万対	0.3	0.4

(日本循環器学会／日本看護協会)

<地域連携クリティカルパスの活用>

急性期から回復期及び維持期までの医療については、各医療機関が、それぞれの医療機能に応じ、連携して医療を提供する体制が重要です。心血管疾患の発症から維持期まで切れ目のない医療を提供するためには、地域連携クリティカルパスの活用が望ましいとされており、その普及に向けた取組が必要です。(第3節 [1. 社会連携に基づく循環器病対策] 参照)

<在宅療養者・家族等への理解促進>

在宅へ復帰後は、患者だけでなく家族等周囲の者に対し、適切な服薬や危険因子の管理継続の必要性及び再発や増悪時の適切な対応について理解を促進していくことも必要です。

施策の方向性

【脳卒中・心血管疾患共通】

- 救急隊による適切な搬送先の選定、迅速な搬送及び治療の開始のため、地域の医療資源を考慮した急性期医療機関間のネットワーク体制の構築に向けた検討を行い、併せて、ICT（情報通信技術）を活用した連携方法について検討を行います。
- 救命救急センターの運営を支援するとともに、救急医療機関に必要な施設・設備の整備について引き続き支援を行います。
- 長野県医師確保計画に基づき、医師少数区域等に勤務する医師の確保・養成、医師派遣の促進による圏域間の連携に取り組み、地域の医療提供体制の確保に努めます。
- 急性期から回復期及び維持期まで多職種が連携し一貫した医療等が提供されるよう、地域連携クリティカルパスの活用を促進するための普及啓発を行います。また、地域連携クリティカルパスの導入状況・課題把握に努め、効果的な活用方法について検討を行います。
- 関係学会や日本看護協会で認定する心不全療養指導士や認定看護師の取得を関係職種に促すとともに、有資格者の有効な活用方法について、関係団体と連携し検討を行います。
- 循環器病発症後の適切な服薬や危険因子の管理、再発時の対応等について医療機関等と連携し、家族等周囲の者への理解促進に努めます。

【脳卒中の医療】

- 病期に応じた適切なリハビリテーションが行われるよう、医療者に対する教育の機会を確保し、その質の向上に努めます。
- 脳卒中患者の口腔機能の維持向上や口腔ケアの重要性に関する普及啓発、医科歯科連携の推進、介護職を含む関係職種との連携や知識の向上に係る研修会等を実施します。
- 介護が必要となる患者に対して適切な医療・介護サービスが提供されるよう、引き続き、地域包括ケア体制における医療と介護の連携を推進します。（第3節〔1. 社会連携に基づく循環器病対策〕参照）

【心血管疾患の医療】

- かかりつけ医を中心とした継続的なリハビリテーションの重要性を啓発し、医療者を含め県民の知識の向上を図るとともに、外来でリハビリテーションを行う施設の実態把握と、入院医療機関等への情報提供及び連携支援方法について検討を行います。
- ガイドラインに沿った適切なリハビリテーションが提供されるよう、研修会の開催等医療者の知識向上に資する取組を推進します。
- 再発予防の一環として、医療施設のほか、フィットネス施設等を活用したリハビリテーションの提供について、地域における好事例を紹介するなど、その普及を図ります。
- 慢性心不全患者等薬物療法が必要となる患者に対する適切な服薬指導のため、日頃からかかりつけ薬剤師・薬局を持つことについて、関係機関と連携し周知を行います。また、医療機関（薬剤部門）と地域の薬局・薬剤師の連携推進を支援し、退院後も適切な服薬管理が継続される体制整備に努めます。

心臓リハビリテーションとフィットネスの連携 ～佐久地域の取組～

狭心症、心筋梗塞、心不全などの心臓病の発症や進行には生活習慣が深く関与します。心臓リハビリテーション（心臓リハビリ）は、運動を中心に食事や喫煙などの生活習慣を修正することによって、心臓病やその原因となる生活習慣病の予防や治療を行います。心臓リハビリには、死亡率の低下、心臓病の再発や再入院の予防、生活習慣病の改善などの効果があり、心臓病の治療において重要な役割を担います。

運動は軽すぎると効果が少ない一方、激しい運動は危険を伴う場合がありますので、心臓病の方が安全で効果的に運動するためには、科学的根拠に基づいた運動処方（運動の頻度・強度・時間・種類の決定）が必要です。心臓リハビリでは、個人の病状や身体機能に応じた運動処方を作成し、入院や外来において運動療法を行います。

運動は長期間続けることによって効果が高まることから、生涯にわたる継続が望めます。病院のリハビリプログラムは一定期間で終了しますが、その後も運動を継続するために、佐久地域では心臓リハビリを行う病院とフィットネスクラブなどの運動施設との連携に取り組んでいます。医療機関において運動に対する安全性の評価や運動処方の作成によって、地域でも安全で効果的な運動を行うことができます。そして、身近な運動施設を利用することによって長期に渡って運動を継続することができる体制づくりを進めています。

佐久総合病院 佐久医療センター 循環器内科医長 荻原 真之
副院長 矢崎 善一

3. 循環器病の緩和ケア

現状と課題

平成 26 年の世界保健機関（WHO）の報告では、人生の最終段階において緩和ケアを必要とする疾患別割合の第 1 位は心血管疾患、第 2 位は悪性新生物（がん）とされています。厚生労働省の循環器疾患の患者に対する緩和ケア体制のあり方に関するワーキンググループは、「循環器疾患の中でも心不全は、すべての心疾患に共通した終末的な病態であり、今後の患者増加が予想されるものであることから、緩和ケアの対象となる主な循環器疾患を心不全と想定する」としています。

また、ある日突然脳卒中を発症し、意識レベルの低下等により意思疎通が困難になることに備え、自身が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、信頼する周囲の人と共有しておくことも重要です。

<緩和ケアの実態>

緩和ケアはがん治療領域において進展しており、循環器病の緩和ケアの認知度は低く、医療者の経験も少ない状況です。また、緩和ケアを包括的に行う施設も少ないとされます。

日本看護協会が認定する県内の緩和ケア認定看護師数は、人口 10 万対で全国より多くなっています。

[表] 緩和ケアの状況（平成 29 年 10 月現在）

区分											
	全県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
緩和ケア病棟を有する施設数	5	-	-	2	-	-	-	-	-	3	-
緩和ケアチームを有する施設数	27	4	3	2	2	1	1	5	2	5	2

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

[表] 認定看護師数（令和 3 年 12 月現在）

（単位：人）

		長野県	全国
緩和ケア		54	2,568
	人口 10 万対	2.6	2.0

（日本看護協会）

<循環器病の緩和ケア>

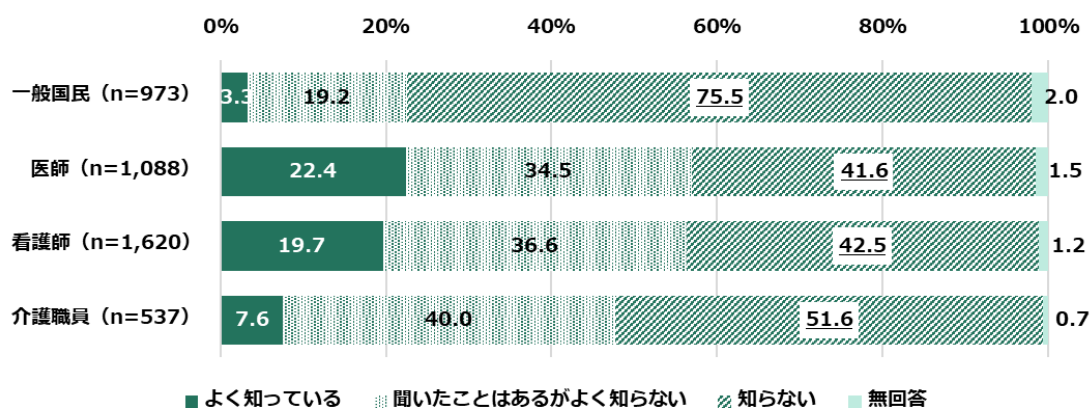
循環器病、特に心不全は、身体的・精神的・社会的苦痛など全人的苦痛を伴うため、医師、看護師、薬剤師、**公認心理士**、臨床心理士、理学療法士、**作業療法士**、医療ソーシャルワーカー等多職種による多面的なケアが必要です。循環器病の患者に対する緩和ケアの必要性を含め、医療者への啓発が求められます。

<人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の普及>

人生会議とは、もしもの時のために、自身が望む医療やケアについて前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組です。厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると、人生会議の認知について、一般国民は「知らない」が 75.5%と多く、医師、看護師、介護職員においても「知らない」が 40%～50%程度であり、医療・介護従事者を含め**幅広く**県民に対して普及が必要です。



[図] 人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の認知について（平成 29 年）



（厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」）

施策の方向性

- 循環器病、特に心不全の患者に対する緩和ケアが治療の初期段階から始められるよう、医療者を含めた県民の理解の促進に努めます。
- 循環器病診療・ケアに携わる医療・介護従事者を対象とした研修会を開催するなど、多職種が連携した循環器病の緩和ケアについて学ぶ機会の確保に努めます。
- 患者の意向を尊重した医療やケアが提供されるよう、医療機関や関係団体と連携し「人生会議（ACP）」の普及に取り組めます。

4. 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

現状と課題

循環器病には、生まれつき心臓に何らかの問題がある先天性心疾患や学校健診等で発見される小児不整脈、心筋症、家族性高コレステロール血症等、小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。医療の進歩により、小児期発症の慢性疾患患者（循環器病以外も含む。）の死亡率は減少していますが、原疾患や合併症を抱えたまま、思春期・成人期を迎える患者が増えています。県内の小児慢性特定疾病医療受給者数に占める慢性心疾患患者の割合は、全国と比べ高い傾向にあります。

[表] 小児慢性特定疾病医療受給者数に占める慢性心疾患患者の割合

		H29	H30	R01	R02
長野県	受給者数（人）	2,295	2,115	2,096	2,199
	慢性心疾患（人）	417	410	424	442
	割合（％）	18.2	19.4	20.2	20.1
全国	受給者数（人）	113,751	113,709	116,013	123,693
	慢性心疾患（人）	20,262	20,034	20,286	21,484
	割合（％）	17.8	17.6	17.5	17.4

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

【早期発見・予後改善】

<胎児診断率の向上>

先天性心疾患患者等の予後改善には、重症心疾患の胎児診断率の向上が重要とされます。令和3年10月、長野県立こども病院において「Raise to 80 Project」が立ち上がりました。

「Raise to 80 Project」
～胎児心臓病スクリーニング向上のための長野県立こども病院の取組～

重症先天性心疾患は現在でも新生児、乳児期の主要な死亡原因のひとつですが、出生後に計画的に治療をすることで予後を改善できることが分かっています。長野県では重症先天性心疾患の平均胎児診断率は 60%とまだ十分なものとは言えません。重症先天性心疾患患児の救命、予後改善のためには、胎児診断率のさらなる向上が必要と考え、令和 3 年 10 月に当院で、「Raise to 80 Project」を設立しました。プロジェクトの目的は、胎児診断の困難な重症先天性心疾患の胎児診断率を 80%以上に改善するため、先天性心疾患の胎児診断に関する新たなシステムを構築することです。

<プロジェクト概要>

長野県内で胎児先天性心疾患のスクリーニングに携わる超音波技師、産科医師、小児循環器科医の皆様を対象とした会員制ウェブサイトです。

◆双方向性の症例相談システム

匿名化、安全性を担保したサーバーを用いて、症例の代表的な画像データを匿名化し、アップロード、当院循環器小児科の医師に相談できる症例相談システムを導入しています。先天性心疾患を疑う症例は、当院での胎児心エコー精査へ進みます。

◆胎児心臓超音波検査のための教育コンテンツのオンデマンド配信システム

胎児心臓超音波スクリーニングを学習するための教育動画をオンデマンド配信しています。

◆先天性心疾患の胎児診断に関する Q&A

胎児先天性心疾患の心エコー診断に関する Q&A を設け、会員の皆様の胎児診断に関する疑問（具体的な症例相談を除く）にお答えしています。

県民の皆様のため、長野県の先天性心疾患の胎児診断率の向上と患児の予後改善を目指し、多くの医師、検査技師の参加をして頂きたいと考えています。

長野県立こども病院 循環器小児科 部長 瀧間 浄宏

<学校教育における循環器病対策>

県では、学校保健安全法に基づく心電図検査を、**法定の小中高各 1 年時**に加え、全市町村で小学 4 年時にも実施しています。先天性心疾患等で運動制限や生活管理が必要な児童・生徒については、学校生活管理指導表等を作成し、小・中・高で連携して管理する体制が整備されています。また、学校教育においては、不健康な生活習慣に起因する循環器病を含む生活習慣病の予防に努めるよう、正しい知識を身に付け、児童・生徒の行動変容を目的とした健康教育が行われています。

引き続き、心疾患や家族性高コレステロール血症等循環器病のリスク因子の早期発見と早期治療介入に繋げていく体制の充実が必要です。

[表] 心電図検査における心電図異常被患率の推移（長野県）（単位：％）

	H28	H29	H30	R01	R02
小学校	3.1	2.6	2.4	2.4	2.7
中学校	3.4	3.2	3.0	3.2	3.6
高等学校	3.4	3.5	3.2	3.0	3.0

（保健厚生課「長野県学校保健統計調査」）

【移行期医療支援体制の構築】

<移行期医療の課題>

患者が小児期から思春期・成人期への移行が相応しい時期（移行期）を迎えた際、小児診療科と成人診療科の連携や患者の自律（自立）性を育てるための支援、就学・就労と治療の両立支援等が不十分とされており、その実態の把握が必要です。

<成人先天性心疾患診療の先進的な取組>

平成 26 年に長野県立こども病院と信州大学医学部附属病院間で成人先天性心疾患の診療に関する連携協定が締結され、成人期を迎える患者に対する継続的な医療が提供されています。

成人先天性心疾患専門医は、令和元年 4 月現在、全国で 173 名、県内で 4 名が認定されています。

〔表〕成人先天性心疾患専門医数（令和元年 4 月現在）

（単位：人）

		長野県	全国
成人先天性心疾患専門医		4	173
	人口 10 万対	0.2	0.1

（日本成人先天性心疾患学会）

<移行期医療を総合的に支援する機能の確保>

県内の移行期医療支援体制の構築に向けて、県では令和 2 年 10 月から信州大学医学部附属病院に「長野県移行期医療支援センター」を設置しています。移行期医療支援を各地域へ普及していくことが必要であり、地域における医療資源の発掘とともに、基幹病院やかかりつけ医等に対する普及啓発が重要です。

<口腔健康管理の重要性>

「感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン」（日本循環器学会等）では、感染性心内膜炎の発症と関連が高いものにむし歯や歯周病といった歯科疾患が挙げられており、さらに、先天性心疾患を有する場合、その発症率が高いことが示されています（小児：人口 10 万対で 0.34 人～0.64 人／年、先天性心疾患を有する小児：人口 10 万対で 41 人／年）。小児期には保護者の役割が大きくなることから、患者の自己管理を含め保護者に対して家庭における適切な口腔管理の徹底や、早期にかかりつけ歯科医を持つことなど、口腔健康管理の重要性について周知していくことが必要です。

<社会的認知度の向上>

生まれつき心臓に何らかの問題がある先天性心疾患、学校健診等で発見される小児不整脈、心筋症などの循環器病は、社会においてその認知度が低いとされています。日常生活や学校生活、就労等の様々な場面で配慮が必要であり、医療者のみならず教育機関、就労支援施設、事業所等へ幅広く啓発していくことが必要です。

施策の方向性

- 学校健診等において小児期発症の循環器病の早期発見を引き続き推進するとともに、県・都市医師会の協力による再判読事業により学校健診の精度向上に努めます。
- 小児期から成人期への移行期における適切な医療が提供されるよう、県内の実態把握に努めるとともに、小児診療科と成人診療科の連携推進等県内の移行期医療体制の整備に取り組みます。
- 長野県移行期医療支援センターと関係機関・団体との連携強化に努め、医療だけでなく患者の自律（自立）や就学・就労等に係る支援方法について検討を行います。
- 小児期からの口腔健康管理の重要性について、関係機関・団体と連携し、その普及に努めます。
- 小児期から配慮が必要な循環器病の社会における認知・理解向上のため、県民公開講座の開催等医療者のみならず教育機関、就労支援施設、事業所等へ幅広く普及啓発を行います。

増加する成人先天性心疾患患者数、循環器内科管理の重要性

先天性心疾患と言えば小児科の病気という考え方はすでに過去のものとなっています。すでに 2000 年以前の段階で先天性心疾患患者数は、成人期に達した患者数が小児患者数を上回っていて、現在 50 万人を下らないと推定されています。先天性心疾患は 1 % の頻度で発生しおよそ 90 % が成人期まで到達することを考えると今後も年間 1 万人のペースで増加する、つまり減少することがない患者群ということになります。

成人先天性心疾患患者は、成人期に様々なライフイベントを迎えます。就職をはじめ、女性であれば妊娠出産、心不全や弁膜症・不整脈など続発症に対する再手術やカテーテル治療を含めた侵襲的治療、血栓塞栓症の発症や生活習慣病に伴う動脈硬化性疾患への薬物・非薬物的治療が必要となる症例も少なくありません。入退院を繰り返す場合では医療的サポートだけでなく福祉的なサポートが必要となります。患者さんは多くが慢性心不全の状態、内部障害を抱えています。

日本全国で先天性心疾患とともに生きる成人患者の管理移行の必要性が叫ばれています。慢性心不全の管理経験が豊富な循環器内科専門医が、この領域で力を発揮することが求められています。若年でありながら複雑で重症な病態を抱え、心臓病とともに生きる患者さんたちをサポートするために、長野県では全国に先駆けて成人先天性心疾患の医療支援体制構築を進めています。

信州大学医学部循環器内科学教室 准教授 元木 博彦

第3節 多職種連携による循環器病対策・循環器病の患者支援

1. 社会連携に基づく循環器病対策

現状と課題

【地域連携クリティカルパスの普及】

「地域連携クリティカルパス」は、急性期病院から回復期及び維持期の医療施設等を経て早期に自宅復帰できるよう、治療に関わる全ての医療機関で診療計画を作成し共有するもので、地域医療連携の方法の一つです。循環器病患者に対するリハビリテーションを含む医療については、急性期から回復期及び維持期まで多職種が連携し、一貫して提供されることが望ましいとされています。

<脳卒中のクリティカルパス>

各地域で活用が進むとされる一方で、地域によって内容の異なるパスが利用されています。二次医療圏域外へ搬送され入院する患者もいることから、パスの内容を広域で統一していくことについて検討が必要です。また、回復期から維持期におけるパスの継続的な活用も課題とされています。

<心血管疾患のクリティカルパス>

心血管疾患のパスを活用する医療機関は少なく、また外来でのリハビリ継続が重要である心血管疾患患者に対する地域での医療連携が不十分とされており、その実態の把握が必要です。

[表] 地域連携クリティカルパスの導入状況（令和2年10月現在）

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
脳卒中	○	○	○	○	○	－	○	○	○	○
心筋梗塞等	○	－	－	－	－	－	○	－	○	○

※導入ありと回答のあった医療機関が属する医療圏

（医療政策課「医療機能調査」）

<普及に向けた取組>

急性期病院から在宅復帰後の日常的な疾病管理を行うかかりつけ医までが連携して医療が提供されるよう、関連職種に対する普及啓発を行うとともに、疾患別にパスの普及状況を把握し、効果的な普及方法等について検討が必要です。

<介護関係職への普及>

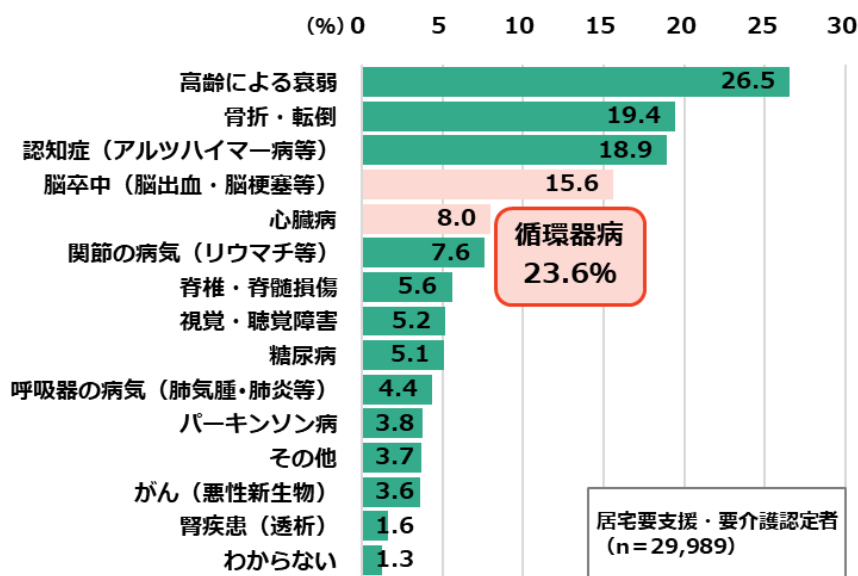
循環器病の発症が原因で日常生活において介護が必要となる患者も多いことから、医療職だけでなく介護職を含めたパスの活用及び普及も重要とされています。

【地域包括ケア体制における医療・介護の連携推進】

循環器病患者は、脳卒中発症後の後遺症や心血管疾患発症後の身体機能の低下等により、在宅での療養支援や介護が必要な状態に至る場合があります。介護が必要となる患者に対しては、医療・介護職が相互に連携し、必要なサービスを継続して提供することが求められます。

本県では、第8期長野県高齢者プラン（令和3年度～令和5年度）において、医療・介護・生活支援等の各サービスが連携し一体的に提供される地域包括ケア体制の確立を目指しています。

〔図〕 居宅において要支援・要介護が必要になった主な原因（令和元年度）※再掲



※複数回答、無回答除く

（介護支援課「高齢者生活・介護に関する実態調査」）

＜地域包括支援センター＞

保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等の専門職を配置し、医療・保健・福祉・介護に係る各種相談に対応し、多面的な支援を行う地域包括支援センターは、令和3年4月現在で県内134箇所に設置されています。

＜在宅医療・介護連携推進事業＞

医療や介護を必要とする高齢者等を地域で支えるよう、平成30年度から全ての市町村が主体となり、介護保険の地域支援事業の1つとして本事業を実施することとされており、定期的な医療と介護の協議の場の確保や、医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営が行われています。令和2年9月に厚生労働省が改訂した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を参考に、更なる関係機関相互の連携が重要となってきています。

県では、医師、歯科医師、薬剤師等医療従事者と市町村、地域包括支援センター、介護従事者等が連携し、多職種による情報交換を円滑に行うための「医療と介護との連携マニュアル」、さらに、入退院時に入院医療機関やかかりつけ医、介護支援専門員をはじめとする患者の療養を支援する関係者との円滑な情報共有を図るため、二次医療圏ごとに「入退院調整ルール」を策定しています。引き続き適切な運用に向け検討が必要です。

〔図〕 長野県が目指す「地域包括ケア体制」のイメージ



保険者*である市町村がマネジメント機能を発揮

※地域包括ケア体制構築に向けた具体的な取組については、第8期長野県高齢者プラン（令和3年度～令和5年度）に記載しています。

施策の方向性

【地域連携クリティカルパスの普及】

- 地域における循環器病の地域連携クリティカルパスの普及状況の把握に努め、より効果的・効率的に活用できる仕組みについて検討を行います。
- 循環器病を発症した患者が、急性期から回復期及び維持期まで適切な診療計画の下で継続した医療・介護サービスが受けられるよう、地域連携クリティカルパスの活用を促進します。
- 地域連携クリティカルパスの有効性を含め、医療・介護従事者に対する研修会等の開催、普及啓発を行います。

【地域包括ケア体制における医療と介護の連携推進】

- 第8期長野県高齢者プランに基づき、引き続き地域包括ケア体制の推進を図ります。
- 二次医療圏ごとに策定している「入退院調整ルール」の円滑な運用や見直し、地域包括ケアによる行政、医療、介護、地域支援者など関係機関の情報共有の充実を図るため、二次医療圏ごとに定期的な検討会を開催します。
- 「医療と介護との連携マニュアル」の周知と活用の促進等により、地域における円滑な情報共有の仕組みづくりや関係機関相互の連携を支援します。

地域医療・多職種連携の必要性 ～飯田下伊那診療情報連携システム～

脳卒中や心疾患は、急性期から回復期、維持期さらには終末期に至るまで、継続した医療や多職種による切れ目のないサービスを必要とします。それこそが予後や生活の質に大きく影響します。それを実現するためには病院間、病診間のみならず多職種間での情報共有と方針の統一が必須です。近年、ICT（情報通信技術）を利用すれば、比較的容易に様々な情報の共有やコミュニケーションが実現できるようになっています。

飯田下伊那地域では、ism-Link（飯田下伊那メディカルリンク）として平成21年にこの仕組みを導入し、当初は病院間、病診間で同意を得た患者の主に診断画像と検査結果の共有のために利用していました。以降、活用範囲を順次拡大し、画像や検査結果のみならず薬剤・治療情報、カルテ記事などの共有や多職種間での日々の連絡ツールとしての活用も進めてきました。令和3年3月の時点では、病院、診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーション、介護関係事業所など255施設が参加し、登録患者数は35,000人を超え地域人口の約4分の1にまで至っています。地域にとって必須のシステムとなり、医療、看護、薬剤管理、介護支援、リハビリテーション、患者教育、カウンセリングなどの充実に、さらには人生の最終段階における医療・ケアのプランニング（人生会議：ACP）にも重要な役目を担っています。

飯田市立病院 副院長兼心臓血管センター長 山本 一也

2. 循環器病の後遺症を有する者に対する支援

現状と課題

循環器病を発症した場合、様々な後遺症を残す可能性があります。特に、脳卒中発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からはわかりにくい摂食嚥下機能の低下、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があります、社会における理解の促進や支援が必要です。

<摂食嚥下機能に関する体制整備>

摂食嚥下機能とは、食べ物を認識してから、口に取り込み、咀嚼（そしゃく：噛み砕くこと）し、咽頭・食道を経て胃へ送り込む一連の機能のことです。脳卒中の発症後には、摂食嚥下機能の低下による誤嚥性肺炎等に注意が必要なことから、入院中から退院後まで継続して適切な口腔ケアを行うことが重要です。県では、長野県歯科医師会や長野県歯科衛生士会と連携し、摂食嚥下機能低下等に関する専門知識の普及啓発や研修会等を通じた人材育成に取り組んでいます。

<高次脳機能障害への支援>

脳卒中等の発症後、記憶障害・注意障害・遂行機能障害等により、日常生活や社会生活（就労等）に支障が生じた状態が「高次脳機能障害」です。県では、県内4か所の医療機関を「高次脳機能障害支援拠点病院」に指定し、高次脳機能障害の診断、相談支援、リハビリ、研修会の開催、就労支援等を行っています。

[表] 県内の高次脳機能障害支援拠点病院

地域	病院名	地域	病院名
北信	県立総合 リハビリテーションセンター	東信	長野県厚生連佐久総合病院
中信	医療法人社団敬仁会 桔梗ヶ原病院	南信	社会医療法人健和会健和会病院

(障がい者支援課)

<失語症者への支援>

意思疎通が困難な者に対する支援方法としては、手話通訳や要約筆記等がある一方、失語症者に対する意思疎通については、未だに家族以外の第三者による支援が広がっていないとされています。県では、失語症者の意思疎通を支援するため、長野県言語聴覚士会と連携し、意思疎通支援者養成講習会や勉強会を開催しています。

<てんかん診療体制の整備>

てんかんは、自分の意思と関係なく脳神経の過剰な活動が起こり、様々な発作症状が引き起こされる慢性的な脳の疾患です。県では、令和2年10月に信州大学医学部附属病院を「てんかん診療拠点機関」に指定し、診療体制の充実、専門医による医療機関等への助言・指導、普及啓発等を推進しています。

<後遺症に関する知識の普及>

循環器病の後遺症について、県民に分かりやすく伝えていくことが必要です。後遺症を有する患者に対する社会生活における配慮の必要性等、**社会における**理解の促進が必要です。

施策の方向性

- 循環器病の後遺症を有する患者やその家族に対して、地域において適切な治療や支援を受けられるよう、患者の症状に応じた支援体制の整備に努めます。
- 高次脳機能障害支援拠点病院において、障がい者総合支援センターや障害福祉サービス事業所等と連携し、患者やその家族への相談支援を行います。また、県民や医療従事者に対して研修会等を開催し、高次脳機能障害への理解を促進します。
- 失語症者向け意思疎通支援者の養成に重点的に取り組むとともに、患者のニーズの把握と意思疎通支援者の派遣体制の構築について検討を行います。
- てんかん診療拠点機関を中心に、てんかんの医療提供体制の整備や、患者や家族からの専門的な相談支援等を実施するとともに、てんかん診療・支援体制検討会議において、本県のとんかん対策の課題やあり方について検討を行います。
- 循環器病の後遺症について、県民へ分かりやすく効果的に伝える方法を検討し、後遺症を有する患者に対する社会における理解の促進に取り組みます。

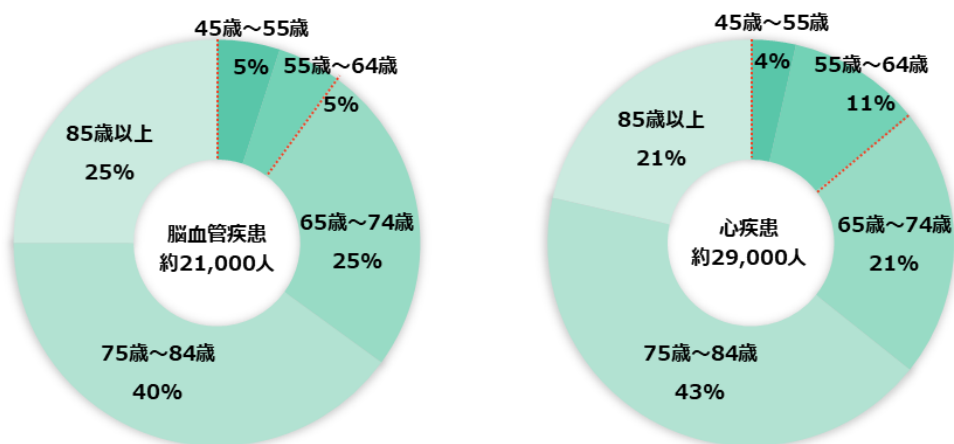
3. 治療と仕事の両立支援・就労支援

現状と課題

県内で循環器病の治療や経過観察等により通院・入院している患者のうち、65歳未満の割合は、脳血管疾患で約10%、心疾患で約15%となっています。

65歳未満の脳卒中患者においては、約7割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告があり、また、心疾患患者についても、通常の生活に戻り職場復帰できるケースが多いとされますが、後遺症や心機能の低下、再発予防を含めた治療の継続等に対する周囲の理解や配慮が必要です。

〔図〕 県内で循環器病により通院・入院している患者の年齢分布（平成29年10月現在）

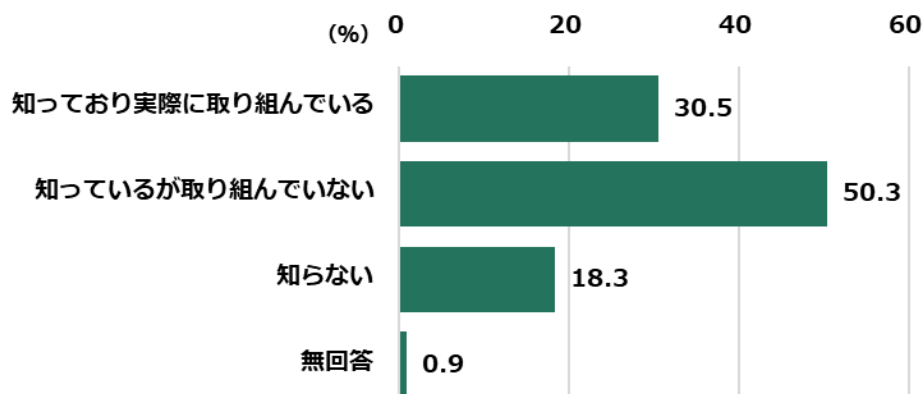


（厚生労働省「患者調査」）

<治療と仕事の両立支援>

長野産業保健総合支援センターが県内の事業所を対象に行った調査では、「治療と仕事の両立支援」の言葉の認知度は 80%を超えていた一方、実際に取り組む事業所は約 30%にとどまっており、事業所等への周知を重点的に行っていく必要があります。

〔図〕「治療と仕事の両立支援」の言葉の認知状況（令和元年 10 月現在）

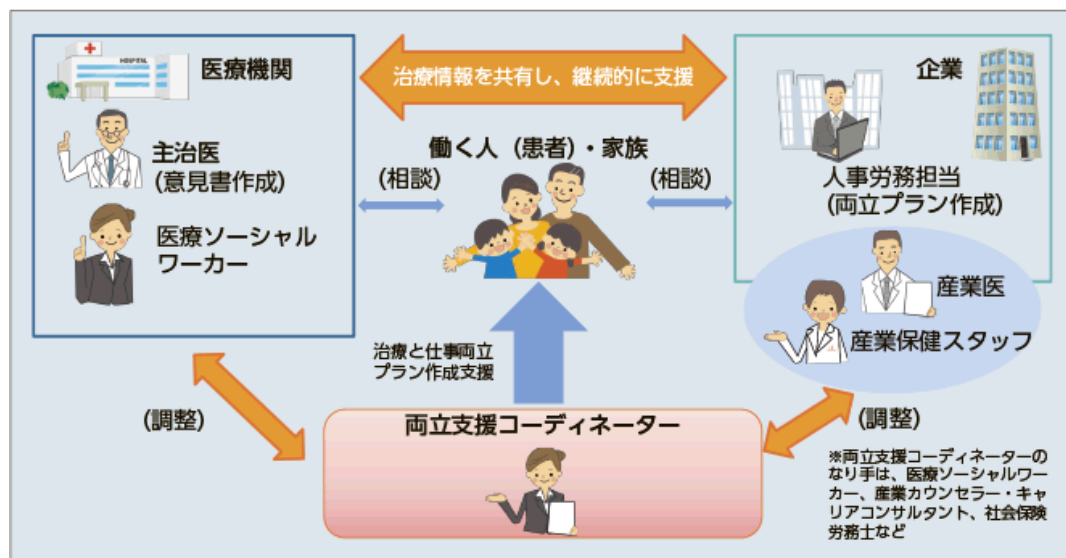


（長野産業保健総合支援センター「長野県における治療と仕事の両立支援に関する調査」）

<両立支援の促進>

長野産業保健総合支援センターでは、両立支援促進員による両立支援制度の導入支援や相談支援、患者と職場間の個別調整支援などを行っています。また、医療や労働関係法規等の知識を持ち、患者、主治医、会社・産業医・産業保健スタッフ等の間で仲介・調整の役割を担う両立支援コーディネーターは、令和 3 年 3 月末時点で 97 名（基礎研修累計受講者）となっています。医療機関、企業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支援体制の整備の必要性が提唱されています。

〔図〕トライアングル型支援のイメージ



（厚生労働省「平成 29 年版厚生労働白書 本編図表バックデータ」）

<ガイドラインの活用>

厚生労働省では、脳卒中・心疾患と疾患別に「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（令和3年3月改訂版）」や「企業・医療機関連携マニュアル（令和3年3月改訂版）」を作成しています。ガイドラインは、事業場が脳卒中・心疾患などを抱える方に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事が両立できるようにするため、事業場における取組などがまとめられたものです。これらのガイドライン等について、医療機関や事業所への周知と積極的な活用を促していくことが必要です。



<職場いきいきアドバンスカンパニー認証制度>

県では、誰もがその能力を十分発揮しながら生き活きと働くことができる職場づくりに先進的に取り組み、実践する企業を認証し、広く発信することで県全体への普及促進を図る「職場いきいきアドバンスカンパニー認証制度」を実施しています。令和3年10月1日に制度を改定し、治療等と仕事の両立に利用できる制度の整備をワークライフバランスコースの認定要件の一つに設定しています。

[図] 職場いきいきアドバンスカンパニー認証制度 認証要件



施策の方向性

- 両立支援・就労支援関係機関（ハローワーク・長野産業保健総合支援センター等）と連携し、両立支援コーディネーターの養成・活用方法等を含めた循環器病患者に対する就労支援体制について検討を行います。
- 厚生労働省で作成するガイドラインや連携マニュアルの活用を促進し、企業と医療機関が連携して治療と仕事の両立支援が図られる体制の確保に取り組みます。また、長野産業保健総合支援センターで行う両立支援に係る研修会等への参加を県内の事業所等に対して促すことで、治療と仕事の両立支援・就労支援の促進に取り組みます。
- 事業所等に対して「職場いきいきアドバンスカンパニー」の認証取得を働きかけ、患者が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職場環境の整備を推進します。

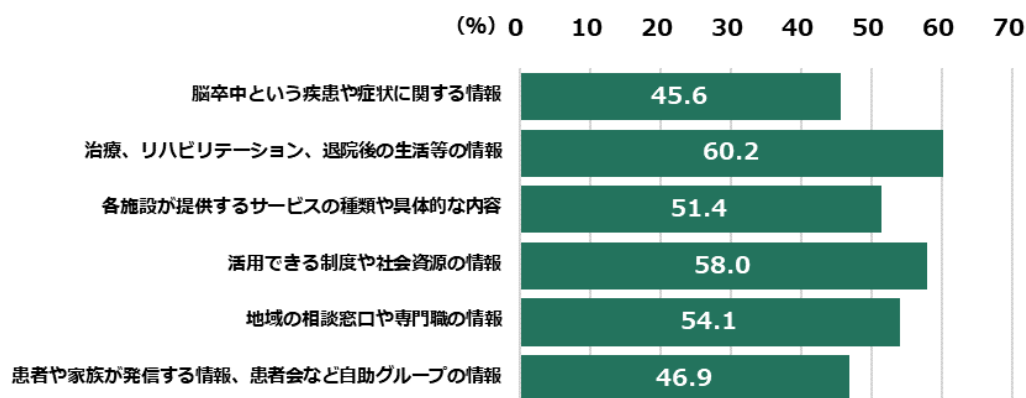
4. 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

現状と課題

<患者・家族が求める情報>

日本脳卒中協会が令和元年6月に実施した「脳卒中患者・家族アンケート」では、次の結果が得られており、医療技術やICT（情報通信技術）が進歩し患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。

〔図〕 患者・家族が求める情報の種類と必要度（「より一層の充実が必要」の回答割合）



（日本脳卒中協会「脳卒中患者・家族アンケート」）

<循環器病に関する相談窓口>

循環器病に特化した相談窓口はありませんが、情報・サービスの多様化に伴い相談窓口も多岐に渡ります。患者等が求める情報に応じた相談先をわかりやすく提供していく必要があります。

<医療情報の提供>

本県では、長野県広域災害・救急医療情報システム（ながの医療情報ネット）により、県内全ての医療機関の情報（病院・診療所・歯科診療所・薬局）を提供しています。循環器病の診療科や疾患・治療による検索が WEB 上で可能であり、必要な医療機関の情報へ容易にアクセスできるようにしています。

また、国や国立研究開発法人国立循環器病研究センター等が発信する循環器病に関する適切な情報を、関係機関・各種相談窓口等と連携し、県民にわかりやすく伝えていくことも必要です。

施策の方向性

- 国や国立研究開発法人国立循環器病研究センター等が発信する科学的根拠に基づく情報を、医療機関や介護施設、市町村や地域包括支援センター等の公的機関と連携し、幅広く情報提供を行う仕組みについて検討を行います。
- 患者やその家族が求める情報や相談窓口と速やかに繋がるよう、長野県広域災害・救急医療情報システム（ながの医療情報ネット）の利活用を促進するとともに、支援内容に応じた相談窓口等を、ホームページ等を通じて分かりやすく案内していきます。

第4節 循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備

1. 循環器病の研究推進

現状と課題

循環器病は、患者数が膨大であることや発症から数十年間の経過の中で症状が多様に変化することから、実態や諸対策の効果を正確かつ詳細に把握することが難しいとされています。一方、循環器病の罹患状況や治療内容についてデータを収集・分析することは、科学的根拠に基づいた循環器病対策を効果的に推進する観点からも重要です。

<研究推進の現状>

全国または本県の循環器病の研究推進に資する悉皆性のあるデータベース等はありませんが、循環器病の研究推進に係る調査や取組については、厚生労働省や関係学会における各種調査・研究、本県では信州大学医学部におけるレジストリーなどが挙げられます。

<公的枠組みの構築>

国では、国立研究開発法人国立循環器病研究センターをはじめとした医療機関、関係学会等と連携して、循環器病に係る診療情報を収集・活用する公的な枠組みの構築を始めています。今後、都道府県においてデータに基づく効果的な循環器病対策を推進するため、必要に応じて協力していくことが求められます。

施策の方向性

- 国において国立研究開発法人国立循環器病研究センター等の医療機関や関連学会と連携して進める、循環器病に係る診療情報等を収集・活用する公的な枠組みの構築に協力していくとともに、収集されたデータの効果的な活用、施策への反映等について検討を行います。

第5章 評価指標

評価指標一覧

<アウトカム区分> C：初期アウトカム B：中間アウトカム A：最終アウトカム

※「第3章3節 ロジックモデル」におけるアウトカム区分を示しています。

★…第2期信州保健医療総合計画において設定している数値目標であり、目標欄（ ）はその数値

☆…数値等の増減を比較せず、経過を観察する指標（モニタリング指標）

指標名 [アウトカム区分]			現状	目標	現状の出典等
全体					
★	健康寿命 ＜日常生活に制限のない期間の平均＞ [A]	男性	72.55 年	延伸	厚生労働科学研究(R01)
		女性	74.99 年		
★	脳血管疾患の年齢調整死亡率 [A]	男性	41.0%	減少	厚生労働省「人口動態統計特殊報告」(H27)
		女性	22.2%		
★	心疾患の年齢調整死亡率 [A]	男性	60.8%	減少	
		女性	28.3%		
循環器病の予防や正しい知識の普及啓発					
★	自分の血圧を正常範囲と認識し、かつ、実際の血圧が正常の人の割合(20 歳以上) [C]		37.5%	増加	健康増進課「県民健康・栄養調査」(R1)
★	1 人 1 日当たりの食塩摂取量 (20 歳以上) [C]		10.5g	減少 (8g)	
★	1 人 1 日当たりの野菜摂取量 [C]		297g	増加 (350g)	
★	1 人 1 日当たりの平均歩数(20～64 歳) [C]	男性	7,028 歩	増加 (9,000 歩)	
		女性	6,654 歩	増加 (8,500 歩)	
★	1 人 1 日当たりの平均歩数(65～79 歳) [C]	男性	6,136 歩	増加 (7,000 歩)	
		女性	5,262 歩	増加 (6,000 歩)	
★	運動習慣のある者の割合 (20～64 歳) [C]	男性	16.6%	増加 (36.0%)	
		女性	15.0%	増加 (33.0%)	
★	運動習慣のある者の割合 (65 歳以上) [C]	男性	39.5%	増加 (58.0%)	
		女性	30.0%	増加 (48.0%)	
★	喫煙率 (20 歳以上) [C]	計	16.1%	減少 (15.0%)	
		男性	26.2%	減少 (26.0%)	
		女性	6.7%	減少 (4.0%)	
★	毎年定期的に歯科健診(検診)を受ける人の割合 [C]		33.4%	増加 (52.9%)	

指標名 [アウトカム区分]			現状	目標	現状の出典等
★	メタボリックシンドロームが強く疑われる者・予備群の割合（40～74 歳） [B]	男性	40.3%	減少 (40.0%)	健康増進課「県民健康・栄養調査」(R1)
		女性	9.9%	現状以下 (10.0%)	
★	糖尿病が強く疑われる者・予備群の割合（40～74 歳） [B]	男性	20.5%	現状以下 (26.0%)	
		女性	21.9%	減少 (20.0%)	
★	高血圧者・正常高値血圧の者の割合（40～74 歳） [B]	男性	70.4%	減少 (55.0%)	
		女性	49.4%	減少 (35.0%)	
★	脂質異常症の者の割合（40～79 歳） LDL コレステロール 160mg/dl 以上 [B]	男性	7.4%	減少 (6.0%)	
		女性	15.3%	減少 (7.0%)	
循環器病を予防する健診の普及や取組の推進					
★	特定健康診査受診率 [C]		60.2%	増加 (70%)	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」(R01)
★	特定保健指導実施率 [C]		30.9%	増加 (45%)	
救急搬送体制の整備					
★	救急救命士が配備されている救急隊の割合 [C]		100.0%	現状維持	消防庁「救急・救助の現況」(R2)
	救急救命士が常時同乗している救急隊の割合 [C]		90.0%	増加 (100%)	
☆	脳卒中に関する県統一プロトコルの策定状況 [C]		未策定	モニタリング	医療政策課
☆	心血管疾患に関する県統一プロトコルの策定状況 [C]		未策定	モニタリング	
☆	心肺機能停止傷病者全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数（5 年平均） [C]		25.8 件	増加	消防庁「救急・救助の現況」(H27～R1)
	心肺機能停止傷病者全搬送人数のうち、一般市民により心肺蘇生が実施された件数（5 年平均） [C]		240.8 件	増加	
☆	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 [B]		38.7 分	モニタリング	消防庁「救急・救助の現況」(R1)
医療提供体制の構築（急性期から回復期及び維持期）					
＜急性期の医療＞					
★	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法の実施可能な医療機関数（人口 10 万対） [C]		1.3 施設	現状以上 (0.9 施設以上)	厚生労働省「診療報酬施設基準」(R3.12)
	一次脳卒中センター数 [C]		22 施設	現状以上	日本脳卒中学会(R3.12)
★	SCU（脳卒中集中治療室）を有する医療機関数（人口 10 万対） [C]		0.2 施設	現状以上 (0.2 施設)	厚生労働省「医療施設調査（静態）」(H29.10)
	心筋梗塞等の急性期医療を行う医療機関数（人口 10 万対） [C]		1.2 施設	現状以上	医療政策課「医療機能調査」(R2.10)
	脳神経内科専門医数（人口 10 万対） [C]		5.1 人	現状以上	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(H30.12)
	脳神経外科専門医数（人口 10 万対） [C]		5.5 人	現状以上	

指標名 [アウトカム区分]		現状	目標	現状の出典等
★	脳血管内治療専門医数（人口 10 万対） [C]	0.6 人	現状以上 (0.4 人)	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(H30.12)
	循環器専門医数（人口 10 万対） [C]	8.9 人	現状以上	
	心臓血管外科専門医数（人口 10 万対） [C]	1.2 人	現状以上	
	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師数（人口 10 万対） [C]	0.7 人	増加	日本看護協会(R3.12)
	脳梗塞に対する血栓溶解療法（t-PA 療法）の算定回数（人口 10 万対） [B]	14.8 回	現状以上	厚生労働省「NDB オープンデータ」(R1)
	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法等）の算定回数（人口 10 万対） [B]	10.4 回	現状以上	
	脳血管内手術の算定回数（人口 10 万対） [B]	14.2 回	現状以上	
	急性心筋梗塞等に対する経皮的冠動脈インターベンションの算定回数（人口 10 万対） [B]	16.9 回	現状以上	
	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の算定回数（人口 10 万対） [B]	11.3 回	現状以上	
	脳血管疾患等リハビリテーション料の算定回数（入院）（人口 10 万対） [B]	138,824 回	増加	
	心大血管疾患リハビリテーション料の算定回数（入院）（人口 10 万対） [B]	6,637 回	増加	
<回復期・維持期の医療>				
★	脳血管疾患等リハビリテーションを行う医療機関数（人口 10 万対） [C]	6.0 施設	現状以上 (5.8 施設)	厚生労働省「診療報酬施設基準」(R3.12)
★	回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関数 [C]	27 施設	現状以上 (23 施設以上)	
★	心大血管疾患リハビリテーションを行う医療機関数（人口 10 万対） [C]	1.3 施設	現状以上 (1.1 施設)	
	リハビリテーション科専門医数（人口 10 万対） [C]	2.2 人	現状以上	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(H30.12)
	理学療法士数（病院及び一般診療所）（人口 10 万対） [C]	80.7 人	現状以上	厚生労働省「医療施設調査（静態）」(H29.10)
	作業療法士数（病院及び一般診療所）（人口 10 万対） [C]	49.7 人	現状以上	
	言語聴覚士数（病院及び一般診療所）（人口 10 万対） [C]	16.3 人	現状以上	
	摂食・嚥下障害看護認定看護師数（人口 10 万対） [C]	0.6 人	増加	日本看護協会(R3.12)
	慢性心不全看護認定看護師数（人口 10 万対） [C]	0.3 人	増加	
	心不全療養指導士数（人口 10 万対） [C]	1.6 人	増加	日本循環器学会(R3.7)
★	在宅療養支援病院・診療所数 [C]	35 病院 261 診療所	現状以上 (26 病院 266 施設)	厚生労働省「診療報酬施設基準」(R3.12)
★	在宅療養支援歯科診療所数 [C]	196 診療所	増加 (279 診療所)	

指標名 [アウトカム区分]		現状	目標	現状の出典等
★	かかりつけ薬剤師指導料等届出薬局数 [C]	632 薬局	現状以上 (588 薬局)	厚生労働省「診療報酬施設基準」(R3.12)
	摂食機能療法の算定回数（入院）（人口 10 万対）[B]	14,451 回	増加	厚生労働省「NDB オープンデータ」(R1)
	脳血管疾患等リハビリテーション料の算定回数（外来）（人口 10 万対）[B]	15,991 回	増加	
	心大血管疾患リハビリテーション料の算定回数（外来）（人口 10 万対）[B]	3,813 回	増加	
★	脳血管疾患退院患者平均在院日数 [B]	76.7 日	短縮 (62.2 日以下)	厚生労働省「患者調査」 (H29)
★	虚血性心疾患退院患者平均在院日数 [B]	5.1 日	現状以下 (8.6 日以下)	
	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合 [B]	57.9%	増加	
	在宅等生活の場に復帰した虚血性心血管疾患患者の割合 [B]	93.6%	増加	
循環器病の緩和ケア				
	緩和ケア認定看護師数（人口 10 万対）[C]	2.6 人	増加	日本看護協会(R3.12)
★	緩和ケアチームを有する施設数 [C]	27 施設	現状以上 (21 施設以上)	厚生労働省「医療施設調査（静態）」(H29.10)
小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策				
	成人先天性心疾患専門医数 [C]	4 人	現状以上	日本成人先天性心疾患学会(R1.4)
	成人先天性心疾患専門医が勤務する医療機関数 [C]	3 施設	現状以上	
社会連携に基づく循環器病対策				
	脳卒中地域連携クリティカルパスの活用がある二次医療圏数 [C]	9 医療圏	現状以上	医療政策課「医療機能調査」(R2.10)
	心筋梗塞等に関する地域連携クリティカルパスの活用がある二次医療圏数 [C]	4 医療圏	増加	

1. コラム一覧

循環器病予防のための、血圧管理の重要性	・ ・ ・ ・ 16
新型コロナウイルス感染症と循環器病（生活習慣病）	・ ・ ・ ・ 21
救急搬送時の遠隔作業支援、 病院同士 の画像伝送の必要性	・ ・ ・ ・ 28
脳卒中の前触れ、一過性脳虚血発作とは	・ ・ ・ ・ 32
急性大動脈解離とその治療	・ ・ ・ ・ 37
心不全パンデミック	・ ・ ・ ・ 38
心臓リハビリテーションとフィットネスの連携 ～佐久地域の取組～	・ ・ ・ ・ 41
「Raise to 80 Project」 ～胎児心臓病スクリーニング向上のための長野県立こども病院の取組～	・ ・ ・ ・ 44
増加する成人先天性心疾患患者数、循環器内科管理の重要性	・ ・ ・ ・ 46
地域医療・多職種連携の必要性 ～飯田下伊那診療情報連携システム～	・ ・ ・ ・ 50

2. 用語解説

あ行

ICT

ICT は「Information and Communication Technology」の略で、情報通信技術を意味する。

医療ソーシャルワーカー

保健医療機関等において患者や家族の相談にのり、社会福祉の立場から経済的・心理的・社会的問題の解決、調整、社会復帰の支援を行う専門職。MSW（Medical Social Worker）と略することもある。

NDB

NDB は「National Database」の略で、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称。高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、医療費適正化計画の作成、実施及び評価のための調査や分析などに用いるデータベースとして、レセプト（診療報酬明細書）情報及び特定健診・特定保健指導情報を格納しているもの。厚生労働省では、NDB データから汎用性の高い基礎的な集計表を作成し、「NDB オープンデータ」として公表している。

か行

介護支援専門員（ケアマネジャー）

平成 12 年の介護保険制度導入に伴い創設された介護保険法に基づき都道府県が認定する公的資格。要介護または要支援者からの相談に応じ、心身の状況等に応じた適切な介護保険サービスを利用できるよう、市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等の自立した日常生活を援助するために必要な専門的知識及び技術を有する専門職。大別すると「居宅におけるケアマネジャー」と「施設等におけるケアマネジャー」に区別される。

回復期リハビリテーション病棟

脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等の患者を対象として、食事や着替え、排せつなど日常動作の能力向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的に、集中的なリハビリテーションを行う病棟。

家族性高コレステロール血症

生まれつき血液中の悪玉コレステロールである、LDL(Low Density Lipoprotein：低比重リポタンパク質)コレステロールが異常に増えてしまう病気のこと。適切に治療がなされないと、幼い頃から動脈硬化が進行して、小児期に心筋梗塞など命にかかわる病気を発症するとされる。

感染性心内膜炎（症）

血液中に入った細菌などが原因となり、心臓に炎症を起こす病気のこと。症状として発熱、食欲低下、吐き気、頭痛、腹痛などが起こる。さらに、心臓の中に「ゆうぜい」という細菌のかたまりができると、心不全や脳梗塞などを合併しやすくなる。

冠動脈

心臓の周囲を取り巻いている動脈のことで、心臓の筋肉に酸素や栄養を運ぶ役割を果たしている。

緩和ケア

生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題・心理社会的問題・精神的問題を早期に発見し、的確な観察と対処を行うことで苦しみを予防・緩和し、QOL（Quality of Life：生活の質）の改善を目的としたケアのこと。

機械的血栓回収療法

カテーテル（医療用の細く柔らかい管）を手や足の血管から挿入し、脳血管を詰まらせた血栓（血液のかたまり）をステント（金属の網）などで体外に回収（除去）し、脳血管の血流を改善させる治療法。血栓溶解療法（t-PA 療法）の適応時間（発症から 4.5 時間）後でも実施可能であり、症例によっては発症から 24 時間以内でも行うことができる。

救急救命士

平成 3 年に創設された救急救命士法に基づく医療系国家資格。急病やけが人が発生した場所から医療機関に搬送するまでの間に、医師の指示のもと救急救命処置を行う資格者のこと。 EMT（Emergency Medical Technician）と略すこともある。

急性冠症候群

冠動脈内に血栓が詰まって心臓の筋肉に血液が送られなくなり、心筋が壊死（えし）してしまう状態のことで、不安定狭心症と急性心筋梗塞を合わせた病気の総称。

虚血性心疾患

冠動脈内に血栓が詰まって心臓の筋肉に血液が送られなくなり、心臓に障害が起こる疾患の総称。急性心筋梗塞や狭心症が含まれる。

経皮的冠動脈インターベンション

虚血性心疾患に対して脚の付け根や腕、手首などの血管からカテーテル（医療用の細く柔らかい管）を挿入し、冠動脈の狭くなった部分を広げて、血流を改善させる治療法。経皮的冠動脈形成術ともいう。PCI（Percutaneous Coronary Intervention）と略すこともある。

血圧

心臓から送り出された血液が血管の内壁を押す力のこと。常に変動しており、通常は朝の目覚めとともに上昇し、日中は高く、夜間・睡眠中は低くなる。

血栓溶解療法（t-PA 療法）

急性脳梗塞に対して薬物により血栓を溶解する治療法。t-PA は、「Tissue-type Plasminogen Activator（組織型プラスミノゲン活性化因子）」の略。血管の表面を被っている血管内皮細胞で作られる物質で血液の中を流れている「プラスミノゲン」という物質を活性化し、「プラスミン」という血栓を溶かす作用を持つ物質に変化させる働きがある。発症から 4.5 時間以内に治療が行われる必要があるとされる。

健康寿命

平成 12 年に WHO（世界保健機関）が提唱した、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。厚生労働省では、「①日常生活に制限のない期間の平均」、「②自分が健康であると自覚している期間の平均」、「③日常生活動作が自立している期間の平均」の 3 つの算定方法を示している。

言語聴覚士

平成 9 年に創設された言語聴覚士法に基づく医療系国家資格。言葉によるコミュニケーションに問題がある方に専門的サービスを提供し、自分らしい生活を構築できるよう支援する専門職。摂食・嚥下の問題にも専門的に対応する。ST（Speech language hearing Therapist）と略することもある。

高血圧症

くり返し計測しても、血圧が正常より高い場合をいう。くり返しの測定で診療室での最高血圧が 140mmHg 以上、あるいは、最低血圧が 90mmHg 以上であれば診断される。高血圧症からは、脳卒中、狭心症、心筋梗塞、心不全などの重大な合併症が起こるとされる。

高次脳機能障害

脳卒中による脳血管障害や、交通事故などのケガによる脳外傷、脳炎や脳腫瘍などによる脳の損傷によって生じる言語や思考、記憶、注意、情緒といった認知機能に障害が起こった状態。失語、注意力や認知力の低下、感情や行動の抑制がきかないなどの症状が出現し、周囲の状況にあった適切な行動がとれなくなるため生活に支障をきたすとされる。

公認心理師

平成 29 年度に創設された公認心理士法に基づく医療系国家資格。保健医療、福祉、教育その他の分野において専門的知識及び技術をもって、心理に関する支援を要する者の心理状態の観察及び分析を行うとともに、心理に関する相談に応じ、助言・指導その他の援助等を行う専門職。

誤嚥性肺炎

本来気管に入ってはいけない食べ物や唾液が気管支や肺に入り（誤嚥）、生じる肺炎のこと。老化や脳血管障害の後遺症によって、飲み込む機能（嚥下機能）や咳をする力が弱くなると、口腔内の細菌、食べかす、逆流した胃液などが誤って気管支や肺に入りやすくなり、発症する。

さ行

作業療法士

昭和 41 年に創設された理学療法士及び作業療法士法に基づく医療系国家資格。心身に障がいのある人、またはそれが予測される人に対して、作業活動を用いて、機能の回復や維持、または開発を支援する専門職。OT (Occupational Therapist) と略することもある。

脂質異常症

血液中のコレステロールや中性脂肪などの脂質が基準値よりも多い状態のこと。以前は、高脂血症とも言われていた。血液中に余分な脂質が多くなると、動脈硬化を起こしやすくなり、心筋梗塞や脳卒中などのリスクが高くなる。

歯周病

歯垢（プラーク）の付着等により細菌が感染することで引き起こされる炎症性疾患で、歯の周りの歯ぐき（歯肉）や、歯を支える骨などが溶けてしまう病気のこと。炎症による毒性物質が歯肉の血管から全身に入り、動脈硬化を引き起こすなど脳卒中や心疾患の要因になるとされる。

失語症

脳卒中等による脳機能の損傷を起因とする言語機能の障害であり、聴く・読む・話す・書くといった言語に関わる機能に障害を有する状態のこと。

自動体外式除細動器（AED）

心室細動を起こした人に取り付け、電気ショックを与えて心臓の働きを取り戻すための救命機器。平成 16 年から一般人の使用も認められ、機械の音声指示に従って操作する。AED は、「Automated External Defibrillator」の略。

社会福祉士

昭和 62 年に創設された社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格。身体上若しくは精神上的の障害があることまたは環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する、または、医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行う専門職。CSW (Certified Social Worker) と略することもある。

受動喫煙

室内又はこれに準ずる環境において、自分の意志に関わらず、他人が喫うたばこの煙を吸わされてしまうこと。たばこを吸わない人でも継続的な受動喫煙により、健康への影響が発生するとされる。令和 2 年 4 月 1 日改正健康増進法が施行され、望まない受動喫煙の防止を図るため、多数の者が利用する施設等の区分に応じ、一定の場所を除き喫煙を禁止するなどの措置等が定められた。

主任介護支援専門員

平成 18 年の介護保険制度改正で創設された介護支援専門員（ケアマネジャー）の上位資格。介護支援専門員に指導・助言を行ったり、地域包括支援センターにおいて包括的・継続的ケアマネジメントの中核的な役割を担う。主任介護支援専門員研修を修了する必要がある、研修の受講要件として、5 年以上の実務経験、専門研修の修了等が定められている。

小児慢性特定疾病

子どもの慢性疾患のうち、厚生労働大臣が指定する特定の疾病のことで、16 疾患群 788 疾病が対象となっている（令和 3 年 11 月 1 日現在）。児童の健全育成、患者家庭の医療費の負担軽減に繋がるよう、医療費の自己負担分の一部が補助される。

心疾患

心筋梗塞・狭心症・不整脈・心筋炎・先天性心疾患など、心臓に生じる疾患の総称。心臓病とも呼ばれる。

信州 ACE（エース）プロジェクト

長野県が展開する健康づくり県民運動の名称。ACE は、生活習慣病予防に効果のある Action（体を動かす）、Check（健診を受ける）、Eat（健康に食べる）を表し、世界で一番（ACE）の健康長寿を目指す想いを込めたもの。

心電図

心筋が収縮する時に発生するわずかな電位の変化を記録したもので、波形で記録されたもの。検査時の心臓の状態を推測することができ、不整脈などの発見にも繋がる。

心肺蘇生

呼吸や心臓が停止またはそれに近い状態にある傷病者に対して、心肺機能を補助するために行う救急救命処置のこと。状態を確認しながら、意識の確認・気道の確保・人工呼吸・**胸骨圧迫**（心臓マッサージ）・自動体外式除細動器（**AED**）による除細動などを行う。

心不全

心臓に何らかの異常があり、心臓のポンプ機能が低下して全身の臓器が必要とする血液を十分に送り出せなくなった状態。**心筋梗塞や狭心症、不整脈、先天性の心臓の病気など様々な疾患が心不全の原因とされる。**

心不全療養指導士

日本循環器学会において令和 3 年度より創設された民間資格。心不全の発症・重症化予防のための療養指導に従事する医療専門職に必要な基本的知識および技能など資質の向上を図ることを目的として創設された。

心房細動

不整脈の一種で、心臓内にある心房が異常な動きをし、心臓本来の動きができなくなる病気のこと。**動機やめまいは症状の一つであり、心房細動により心不全に至ったり、心原性脳梗塞が引き起こされるとされる。**

生活習慣病

不適切な食生活、運動不足、喫煙など不健康な生活習慣に起因して起こる病気の総称。**日本人の死因の上位を占める、がんや心臓病、脳卒中は生活習慣病に含まれる。**

先天性心疾患

生まれたときから心臓に何らかの異常がある病気の総称。

せん妄

疾患、脱水、薬物、入院・手術等が原因で突然発症し、一時的に意識障害や認知機能の低下が起こる状態。せん妄の症状には、時間や場所が急に分からなくなる見当識障害、注意力・思考力の低下、不安、興奮、幻覚、錯覚などがある。

た行

大動脈解離

大動脈（心臓から送り出された血液が最初に通る、人体の中で最も太い血管）は内膜、中膜、外膜の3層に分かれており、中膜が**何らかの原因で裂けて、元々は大動脈の壁であった部分に血液が流れ込むことで大動脈内に二つの通り道ができる状態のこと。**

大動脈瘤

大動脈が「こぶ」のように病的に膨らんだ状態のこと。胸部に動脈瘤がある場合を胸部大動脈瘤、腹部に大動脈瘤がある場合を腹部大動脈瘤という。**大動脈瘤が大きくなると、破裂することがあり、多量の出血により急激なショック症状や突然死に至ることもある。**

地域包括ケア体制

可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、**日常生活圏域**において、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制。地域包括ケアシステムとも呼ぶ。**団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、各地域で地域包括ケア体制が構築されるよう、様々な取組が進められている。**

地域包括支援センター

公正・中立の立場から、地域における高齢者の①総合相談支援、②虐待の早期発見・防止などの権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援、④介護予防マネジメントという4つの機能を担う中核機関。市町村または社会福祉法人等の市町村が委託する法人が運営し、保健師・主任介護支援専門員・社会福祉士等の専門職が従事している。

通所リハビリテーション

利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、老人保健施設、病院、診療所などに通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供する介護サービスのこと。

糖尿病

インスリン（膵臓から分泌されるホルモンで、糖の代謝を調節し、血糖値を一定に保つ働きを持つ。）が十分に働かないために、血液中を流れるブドウ糖という糖（血糖）が増えてしまう病気のこと。糖尿病は、膵臓でインスリンを作るβ細胞が壊れることが原因の「1型糖尿病」、生活習慣や遺伝的な影響により、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性（十分に作用しないこと）が原因の「2型糖尿病」、他の病気や治療薬等の影響で血糖値が上昇する「その他糖尿病」、妊娠中に初めてわかった糖代謝異常である「妊娠糖尿病」の4つに分類される。血糖値が高い状態が続くと動脈硬化が進み、脳梗塞や心筋梗塞などの原因になり得る。

動脈硬化

動脈が強く弾力性に富んでいれば、心臓や脳を始めとする全ての臓器や筋肉などの組織へ必要な酸素や栄養の供給は順調に**行われるが**、コレステロールなど血液の脂質が知らない間に動脈に溜まったり（プラーク）、酸素や栄養が不足したり、高血圧により常に血管に負担がかかったり、様々な原因が重なって動脈の新しい細胞が作られなくなる**ことにより**、動脈が弾力性を失い、固く、もろくなってしまう**状態**。プラークの表面が破れると血栓ができ、時には血管がつまってしまい心筋梗塞や脳梗塞の原因となり得る。

ドクターヘリ

医療機器や医薬品を装備し、医師、看護師が搭乗して救急現場等に向かい、救命治療を行う専用のヘリコプターのこと。**平成7年の阪神・淡路大震災がきっかけとなり、導入されるようになった。**

特定健康診査

生活習慣病の予防のために、40歳から74歳までの方を対象に行うメタボリックシンドロームに着目した健診のこと。一般的に「特定健診」と呼ぶ。

特定保健指導

特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣見直しのサポートを行うこと。

な行

認定看護師

平成7年に創設された日本看護協会による資格**認定制度**。特定の看護分野における熟練した看護技術及び知識を用いて、水準の高い看護実践のできる看護師のこと。

年齢調整死亡率

死亡数を人口で除した死亡率は、各地域の年齢構成の差によって、高齢者の多い地域で高くなり、若年者の多い地域で低くなる傾向にあるため、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率のこと。

脳血管疾患

脳の一部または全部に、梗塞あるいは出血などによって一過性ないし持続的に障害が生じる病気の総称。脳卒中以外にも高血圧性脳症、脳血管性認知症等を含む脳の血管に関する疾患全般を指す。

脳血管内手術

脳の病気に対して頭を切ったり頭蓋骨に穴を開けることなく、カテーテル（医療用の細く柔らかい管）を手や足の血管から挿入し、血管の中を介して治療を行う治療法で、脳血管に関する治療全般を指す。脳血管内治療または脳神経血管内治療ということもある。

脳卒中

脳の血管が破れるか詰まることで脳の血液の循環に障害を来し、様々な症状を起こす疾患の総称。脳の血管が詰まる「脳梗塞」、血管が破れ、実質脳内に血液が流出する「脳内出血」、脳動脈瘤が破裂することが主な原因となり、脳の表面であるくも膜下腔に出血が起こる「くも膜下出血」に分類される。

脳卒中集中治療室（SCU）

手術直後や重症の脳卒中患者を集中的に高度な治療・看護する病棟。SCUは「Stroke Care Unit」の略。

は行

廃用性症候群

安静状態が長期に渡り続くこと（いわゆる寝たきり）や運動量の減少によって、心身の様々な機能が低下する状態のこと。筋萎縮、関節拘縮、骨粗しょう症、起立性低血圧（急に立ち上がった時や長時間立ち続けると、立ちくらみ・めまいなどを起こす状態）、食欲不振、うつなどの症状が現れる。生活不活発病とも呼ばれる。

BMI

BMIは「Body Mass Index（ボディマス指数）」の略で、成人の肥満度を表す指標として国際的に用いられ、 $[\text{体重(kg)}] \div [\text{身長(m)}^2]$ で求めることができる。WHO（世界保健機関）の基準では、18.5未満を低体重、18.5以上24.5未満を正常体重、30以上を肥満としている。

不整脈

心臓の拍動のリズムが不規則であったり、極端に頻度が高かったり少なかったりする状態。心臓が血液を全身へと送れなくなり、息切れや呼吸困難などの心不全症状が現れたり、心臓内に血栓ができて脳梗塞の危険が高まる場合もある。

フレイル

加齢とともに、心身の活力（筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、さらに死亡などの危険性が高くなった状態。運動機能の低下や口腔機能低下に伴う低栄養などの「身体的」、認知機能の低下やうつなどの「精神・心理的」、閉じこもりや孤食などによる「社会的」等の要因が重なることにより起こる。

訪問リハビリテーション

利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などが利用者の自宅を訪問し、心身機能の維持回復や日常生活の自立に向けたリハビリテーションを行う**介護**サービスのこと。

ま行

まちの保健室

学校の保健室のように、地域住民が「いつでも・誰でも・気軽に立ち寄って、心や体の相談ができる」場として、県看護協会が様々な機関と連携して随時開催しているもので、地域のイベント会場等を活用し、健康相談や健康チェック、健康に関する啓発活動等を行っている。

今後、地域住民により身近な場所で開催出来るよう検討している。

メタボリックシンドローム

内臓脂肪の蓄積に加え高血圧、高血糖、脂質異常などが複合的に発症している状態。過食や運動不足などの生活習慣が続くことによって内蔵に脂肪が蓄積し、それが原因となって代謝のバランスが崩れるようになり、放置すると動脈硬化となり、心筋梗塞や脳卒中などの原因となり得る。**内臓脂肪症候群**ともいう。

や行

要介護

身体上又は精神上の障害のために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、6か月にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態を「要介護状態」といい、**認定基準に従い介護認定審査会を経て保険者が認定する。状態に応じて要介護1～5の5段階に分けられる。**

要支援

要介護状態まではいかないものの、6か月にわたり継続して、日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態（例えば、身支度や掃除、洗濯、買い物等ができない状態）を「要支援状態」といい、**認定基準に従い介護認定審査会を経て保険者が認定する。状態に応じて要支援1～2の2段階に分けられる。**

予後

病気や治療等の医学的な経過についての見通しのこと。

理学療法士

昭和 41 年に創設された理学療法士及び作業療法士法に基づく医療系国家資格。身体に障がいがある人や障がいが予測される人に対して、運動療法や物理療法などを用いて、基本動作能力の向上や維持を支援する専門職。PT（Physical Therapist）と略することもある。

臨床工学技士

昭和 62 年に創設された臨床工学技士法に基づく医療系国家資格。生命維持管理装置などの医療機器の操作・保守点検を担当する、医学と工学の両方の知識を兼ね備えた医療機器の専門職。CE（Clinical Engineer）と略することもある。

臨床心理士

昭和 63 年に創設された日本臨床心理士資格認定協会が認定する民間資格。臨床心理学にもとづく知識や技術を用いて、人間のこころの問題にアプローチする「心の専門家」。CP（Clinical Psychologist）と略することもある。

3. 策定経過・検討体制

(1) 策定経過

令和3年7月20日	令和3年度第1回長野県循環器病対策推進協議会 ＜計画策定の方向性、検討体制＞
令和3年8月31日	第1回長野県循環器病対策医療分野ワーキンググループ ＜循環器病対策・現状と課題＞
令和3年10月26日	第2回長野県循環器病対策医療分野ワーキンググループ ＜循環器病対策・施策の方向性＞
令和3年11月8日	長野県循環器病対策予防分野ワーキンググループ ＜循環器病予防の現状と課題、施策の方向性＞
令和3年12月14日	令和3年度第2回長野県循環器病対策推進協議会 ＜計画（素案）について＞
令和3年12月24日 ～ 令和4年1月23日	パブリックコメント
令和4年2月10日	令和3年度第3回長野県循環器病対策推進協議会（書面協議） ＜計画（案）について＞

(2) 検討体制

○ 令和3年度長野県循環器病対策推進協議会（20名）

◎：座長

氏名	所属等
石田 淳子	長野県保健補導員会等連絡協議会 会長
石塚 豊	長野県薬剤師会 専務理事
今村 浩	信州大学医学部救急集中治療医学教室・高度救命救急センター 教授・センター長
大澤 麻美	全国心臓病の子どもを守る会長野県支部 副支部長
笠井 千奈	千曲市健康推進課 課長
金井 春子	長野県食生活改善推進協議会 会長
桑原 宏一郎	信州大学医学部循環器内科学教室 教授
小岩井 順子	全国心臓病の子どもを守る会心臓病者友の会長野県支部 代表
小林 広美	長野県介護支援専門員協会 会長
齋藤 彦次郎	長野県歯科医師会 常務理事
佐伯 英則	長野県消防長会 会長
佐藤 博之	長野県理学療法士会 会長
辻合 崇浩	長野産業保健総合支援センター 副所長
土屋 嘉宏	長野県保険者協議会 副会長
樋口 靖志	長野リハビリ友の会 理事
堀内 哲吉	信州大学医学部脳神経外科学教室 教授
◎本郷 一博	長野県医師会 理事
馬島 園子	長野県栄養士会 副会長
山本 かづ子	長野県看護協会 副会長
山本 昌江	阿智村民生課 課長

(五十音順／敬称略)

○ 長野県循環器病対策医療分野ワーキンググループ（13名）

◎：座長

氏名	所属等
青木 俊樹	市立大町総合病院 副院長兼脳神経外科部長
今村 浩	信州大学医学部救急集中治療医学教室・高度救命救急センター 教授・センター長
◎桑原 宏一郎	信州大学医学部循環器内科学教室 教授
関島 良樹	信州大学医学部内科学第三教室 教授
瀬戸 達一郎	信州大学医学部外科学教室心臓血管外科学分野 教授
瀧間 浄宏	長野県立こども病院 循環器小児科 部長
露崎 淳	浅間南麓こもろ医療センター 脳神経内科部長
花岡 吉亀	信州大学医学部脳神経外科学教室 講師
堀内 哲吉	信州大学医学部脳神経外科学教室 教授
元木 博彦	信州大学医学部循環器内科学教室 准教授
矢崎 善一	佐久総合病院佐久医療センター 副院長
山本 一也	飯田市立病院 副院長兼心臓血管センター長
吉岡 二郎	長野県医師会 理事

(五十音順／敬称略)

○ 長野県循環器病対策予防分野ワーキンググループ（25名）

◎：座長

氏名	所属等
飯塚 康彦	長野県医師会 副会長
五十嵐 宏美	日本健康運動指導士会長野県支部 役員
石田 淳子	長野県保健補導員会等連絡協議会 会長
石塚 豊	長野県薬剤師会 専務理事
碓 暎雄	長野県事業場健康診断機関協議会 会長
笠井 千奈	千曲市健康推進課 課長
梶田 能孝	長野県経営者協会総務部 次長
金井 春子	長野県食生活改善推進協議会 会長
金子 隆太郎	長野労働局労働基準部健康安全課 課長
小松 仁	長野県保健所長会 会長
志川 真一	長野県小学校長会 会長
清水 昭	全国健康保険協会長野支部 支部長
辻合 崇浩	長野産業保健総合支援センター 副所長
◎土屋 嘉宏	長野県保険者協議会 副会長
新津 恒太	長野県歯科医師会 常務理事
長谷川 聡子	長野県保育連盟 副会長
廣田 直子	長野県栄養士会 会長
藤岡 嘉	長野県シニアクラブ連合会 会長
松田 愛絵	長野県PTA連合会 副会長
宮嶋 典子	長野県歯科衛生士会 会長
山口 真一	長野県中学校長会 会長
山崎 宏	長野県高等学校長会 長野吉田高等学校長
山本 かづ子	長野県看護協会 副会長
山本 昌江	阿智村民生課 課長
湯本 忠仁	長野県調理師会 会長

※「令和3年度長野県健康づくり推進県民会議」を兼ねる

（五十音順／敬称略）

長野県循環器病対策推進計画

長野県健康福祉部健康増進課、保健・疾病対策課
〒380-8570 長野県長野市大字南長野字幅下 692-2
電話 026-235-7112、026-235-7150（直通）
FAX 026-235-7170
ホームページ <https://www.pref.nagano.lg.jp/>