

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41

滋賀県循環器病対策推進計画 (第2期 素案)

令和6年(2024年)〇月
滋賀県

1	目次	
2		
3	第1章 計画の策定にあたって	1
4	1 計画策定の趣旨	
5	2 基本方針	
6	3 計画の位置づけ	
7	4 計画の期間	
8	5 SDGsとの関係	
9		
10	第2章 本県の循環器病に関する現状	3
11	1 人口の状況	
12	2 平均寿命と健康寿命	
13	3 死亡の状況	
14	4 発症の状況	
15	5 医療の状況	
16		
17	第3章 基本理念と全体目標	10
18		
19	第4章 重点的に取り組むべき事項	11
20		
21	第5章 分野別施策	
22	1 子どもの頃からの循環器病の予防と正しい知識の普及啓発	12
23	(1)健康増進	14
24	(2)発症予防(受診支援や危険因子の管理)	22
25	(3)突然の発症時の対応(応急手当・救急要請)	26
26	2 循環器病の医療提供体制の充実	29
27	(1)救急搬送体制の整備	30
28	(2)脳卒中医療提供体制の整備	32
29	(3)心疾患医療提供体制の整備	36
30	3 暮らしを支える共生社会の推進	40
31	(1)リハビリテーションの充実	40
32	(2)医療と生活管理の体制の整備(重症化・再発・再入院予防)	44
33	(3)循環器病の後遺症を有する者に対する支援	47
34	(4)循環器病の緩和ケアの推進	48
35	(5)治療と仕事の両立支援	50
36	(6)小児・若年期の循環器病への支援	52
37	(7)循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	54
38	4 施策を支える基盤づくり	56
39	(1)循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備	56
40	(2)循環器病の患者と家族を支える人材育成	57
41	(3)循環器病の研究の推進	59
42		
43	第6章 循環器病対策を推進するために必要な事項	60
44	1 推進体制	60
45	2 それぞれの主体に期待される役割	60

1	3 他の疾患等に係る対策との連携	61
2	4 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策	62
3		
4		
5	第7章 計画の進行管理	62
6		
7	参考資料	
8	計画内に出てくる病気の解説.....	63
9	用語解説.....	67
10	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	75
11	目標および指標一覧.....	80
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		

1 第1章 計画の策定にあたって

3 1 計画策定の趣旨

4 循環器病(脳卒中、心臓病、大動脈疾患等)は、わが国における主要な死亡原因であり、年
5 間 31 万人以上の方が死亡されています。本県においても男性では悪性新生物に次ぐ2位、
6 女性では1位であり、年間 3,000 人以上の県民が循環器病により死亡しています。

7 また、救急自動車による救急出動件数では、急病が全体の 64.9%を占めていますが、
8 急病の疾病分類では、脳血管疾患および心疾患等を含む循環器病が、全体の16.3%を占
9 めています。

10 さらに、介護を要する状態になった理由では、脳血管疾患は全体の 16.1%で認知症に
11 次いで多い状況です。

12
13 このように、循環器病は、県民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患であるため、循
14 環器病の予防、早期治療、リハビリテーションを含む継続した医療、治療と生活の療養支援
15 など総合的な対策が重要です。

16
17 本県では、「滋賀県保健医療計画」において重点的に取り組む5疾病の中に「脳卒中」「心
18 筋梗塞等の心血管疾患」を位置づけ、医療提供体制を整備してきました。

19
20 国においては、令和元年(2019年)12月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、
21 心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法(平成30年法律第105号)」(以下、
22 「基本法」という。)が施行され、循環器病の総合的かつ計画的な推進を図るために、令和2
23 年10月に「循環器病対策推進基本計画」が閣議決定されました。

24
25 このような状況を踏まえ、本県の循環器病対策を総合的に推進するため、国が策定した
26 「循環器病対策推進基本計画」を基本として、「滋賀県循環器病対策推進計画」(第1期)を
27 策定しました。

28 計画の期間は、「滋賀県保健医療計画」等の関連計画と合わせて、令和4年度(2022年
29 度)から令和5年度(2023年度)までの2年間としました。

30 令和5年(2023年)3月には、国の「循環器病対策基本計画」が改訂され、他の疾患にか
31 かる対策との連携や、感染症の発生やまん延、災害時等の有事を見据えた対策が加えられ
32 たことを踏まえ、次期(第2期)計画を策定します。

34 2 基本方針

35 「基本法」第2条の基本理念に基づき、予防および循環器病を発症した疑いのある場合に
36 おける迅速かつ適切な対応の重要性に関する理解と関心を深め、循環器病発症疑いや患
37 者に対する保健、医療および福祉に係るサービスの提供が継続的かつ総合的に行われる
38 ように対策を進めます。

39 この計画を実効あるものとするために、滋賀県循環器病対策検討会において、進行管理
40 と評価、見直しを行います。

42 3 計画の位置づけ

43 本計画は、「基本法」第11条第1項に規定する都道府県循環器病対策推進計画にあたり
44 ます。

1 滋賀県基本構想を上位計画とし、「健康いきいき21ー健康しが推進プランー」「滋賀県
2 保健医療計画」「滋賀県国民健康保険保健事業実施計画」「滋賀県がん対策推進計画」「滋賀
3 県感染症予防計画」「レイカディア滋賀高齢者福祉プラン」「滋賀県障害者プラン」等の関連
4 計画との整合性を図り、一体的に推進します。

6 4 計画の期間

7 計画の期間は、「滋賀県保健医療計画」等の関連計画の終期と合わせて、令和6年度
8 (2024年度)から令和11年度(2029年度)までの6年間とします。

10 5 SDGsとの関係

11 SDGsとは、「Sustainable Development Goals(持続可能な開発目標)」の略称
12 で、2030年までに、国際社会が取り組むべき17の目標と169のターゲットのことで
13 2015年9月の国連サミットで採択されました。

14 「誰一人取り残さない」社会をつくるために、本県は、持続可能な滋賀を実現するととも
15 に、SDGsの達成を目指していきます。

16 本計画においては、以下の目標・ターゲットに関する取組を推進します。



【貧困をなくそう】

18 ・適切な社会保障制度および対策を実施し、循環器病の支援を必要とする
19 者に対し十分な保護を達成する



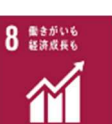
【すべての人に健康と福祉を】

21 ・健康危険因子の早期対応、危険因子の緩和および危険因子の管理のため
22 の能力を強化する



【質の高い教育をみんなに】

24 ・障害者および脆弱な立場にある子どもなど、脆弱層があらゆるレベルの
25 教育や職業訓練に平等にアクセスできるようにする



【働きがいも経済成長も】

28 ・すべての人の完全かつ生産的な雇用および働き甲斐のある人間らしい
29 仕事を達成する
30 ・すべての労働者の権利を保護し、安全・安心な労働環境を促進する



【住み続けられるまちづくりを】



【パートナーシップで目標を達成しよう】

37 【循環器病の範囲（循環器病対策推進基本計画より）】疾患の説明は参考資料 p.63

38 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
39 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
40 脈疾患(大動脈解離、大動脈瘤^{りゅう}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
41 心・脳血管疾患、遺伝性疾患等多くの疾患が含まれます。

42 <脳卒中と脳血管疾患の表記について>

43 上記の循環器病の範囲のように「虚血性」と「出血性」脳卒中があります。脳卒中＝脳血管疾患です
44 が、その範囲に入らない脳血管の病気も脳血管疾患に含まれます。国の人口動態統計や患者調査で
45 は「脳血管疾患」が大きな分類になっており、本計画では、統計指標の場合のみ「脳血管疾患」を用
い、その他は「脳卒中」を用いています。

第2章 本県の循環器病に関する現状

1 人口の状況

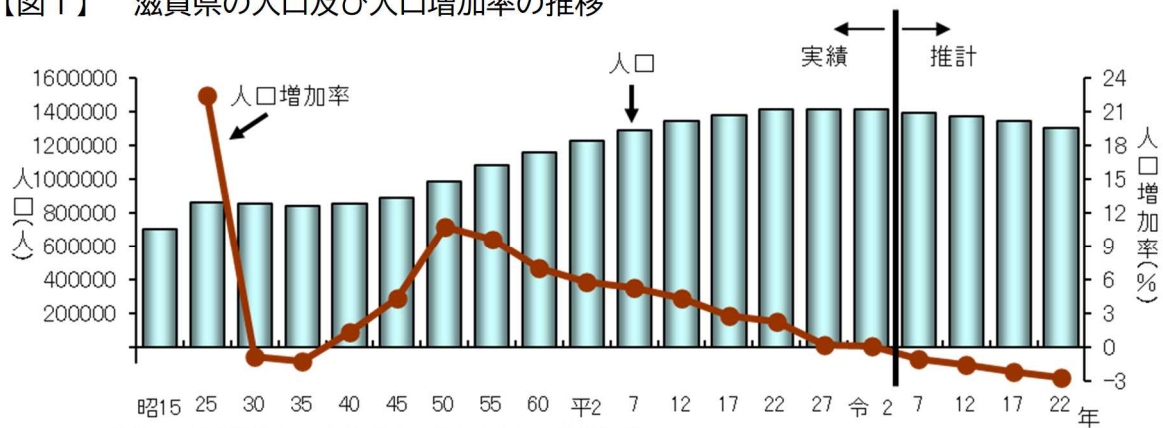
(1)人口構成の推移と高齢化

滋賀県の人口は、令和2年（2020年）の国勢調査では、141万4,248人であり、前回（平成27年（2015年））の国勢調査と比較すると、1,332人（0.1%）の増加になりましたが、その増加率は徐々に低下しています。

平成27年（2015年）人口を基準に推計された本県の将来推計人口は、令和27年（2045年）には126万3千人となり、平成27年（2015年）の人口の約89%になると見込まれています。

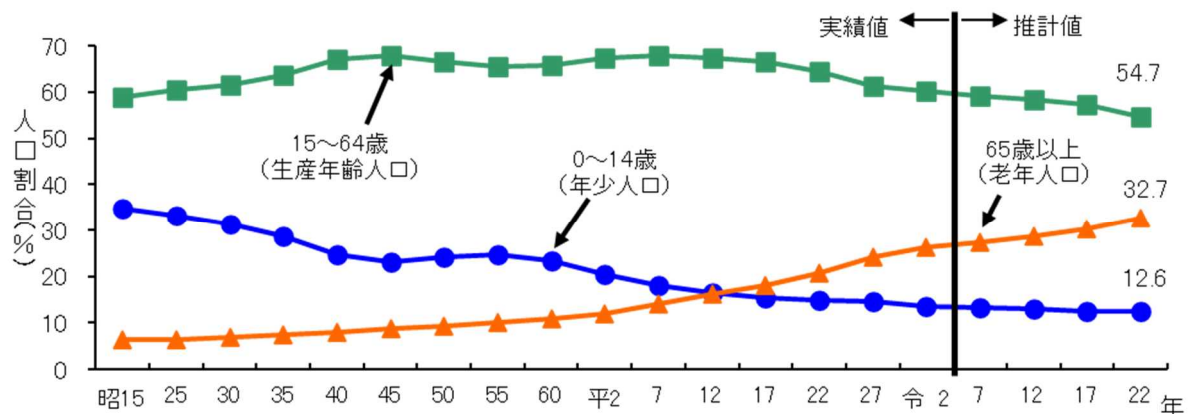
また、平成17年（2005年）から、65歳以上人口（老年人口）割合は、15歳未満人口（年少人口）割合を上回っており、今後さらに高齢者人口割合は増加し、年少人口割合は減少することが見込まれます。そして、令和22年（2040年）には、県内のほとんどの市町において高齢化率が30～40%以上になると見込まれています。

【図1】 滋賀県の人口及び人口増加率の推移



出典：「国勢調査」令和2年（2020年）（総務省）
「日本の地域別将来推計人口（平成30年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

【図2】 滋賀県の年齢(3区分)別人口の割合の推移と将来推計



出典：「国勢調査」令和2年（2020年）（総務省）
「日本の地域別将来推計人口（平成30年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

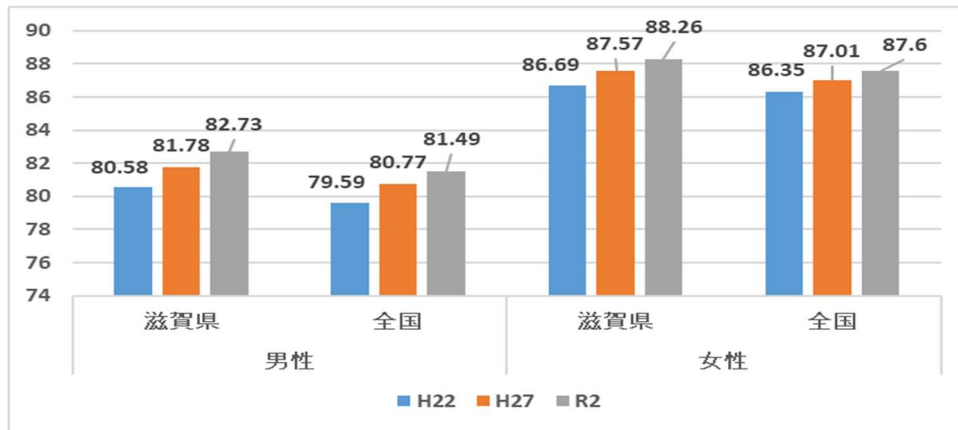
2 平均寿命と健康寿命

(1)平均寿命*

令和2年(2020年)の本県の平均寿命(0歳の平均余命)は、男性82.73年(全国81.49年)で全国1位、女性88.26年(全国87.60年)で全国2位となっています。

【図3】滋賀県と全国の平均寿命(年)

(平成22年(2010年)、平成27年(2015年)、令和2年(2020年))



厚生労働省「都道府県生命表」

(2)健康寿命

健康寿命とは、「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」(WHO提唱)とされていますが、「健康」の定義の違いなどにより様々な算定方法があります。

厚生労働省「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」では、3年ごとにこれら指標を公表しており、本県の健康寿命は、主観的指標(日常生活に制限のない期間の平均)は、男性73.46年(全国72.68年)、女性74.44年(全国75.38年)となっており、客観的指標(日常生活動作が自立している期間の平均)では、男性81.07年(全国79.91年)、女性84.61年(全国84.18年)となっています。

また、県の衛生科学センターは、毎年度、本県の健康寿命について、客観的指標を算出しており、令和3年(2021年)は、男性81.19年、女性84.83年となっています。

【表1】滋賀県と全国の健康寿命(年)

		健康寿命(※1 下枠内)	健康寿命(※2 下枠内)
		日常生活に制限のない期間の平均	日常生活動作が自立している期間の平均
		令和元年(2019年)	令和元年(2019年)
男性	全国	72.68	79.91
	滋賀県	73.46(全国第4位)	81.07(全国第2位)
女性	全国	75.38	84.18
	滋賀県	74.44(全国第46位)	84.61(全国第7位)

出典：「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」分担研究報告書

【健康寿命の算出方法について】

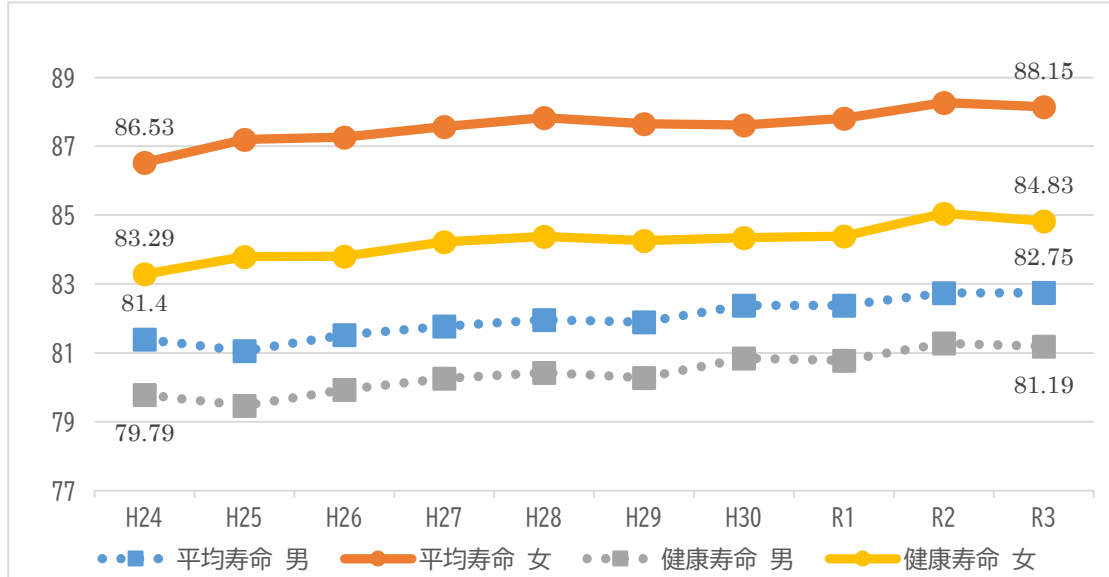
※1 「日常生活に制限のない期間の平均」(主観的指標)

国民生活基礎調査の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」の問に対して「ある」と回答したものを不健康な状態と定義し、生命表法とサリバン法を用いて算出している。国の健康日本21(第2次)における健康寿命の指標として用いられる。この指標は、3年に1度、都道府県別値が公表される。

※2 「日常生活動作が自立している期間の平均」(客観的指標)

介護保険の要介護2~5を不健康な状態と定義し、生命表とサリバン法を用いて算出している。この指標は3年に1度厚生労働科学研究において都道府県別値が公表される。

【図4】 滋賀県の平均寿命および健康寿命(平均自立期間)の推移(年)



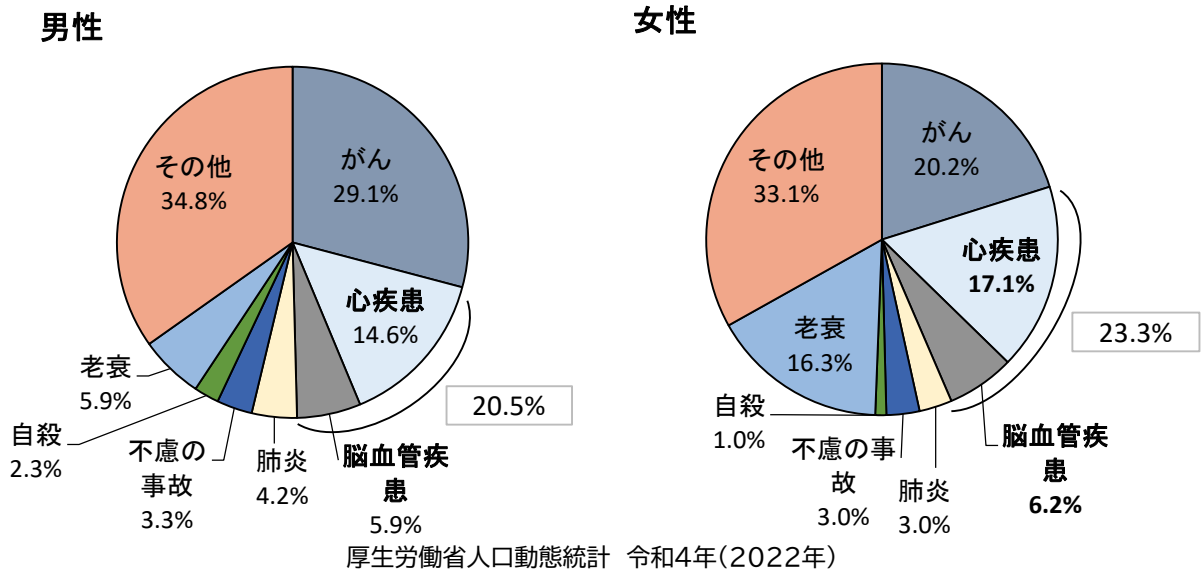
(出典):健康づくり支援資料集

3 死亡の状況

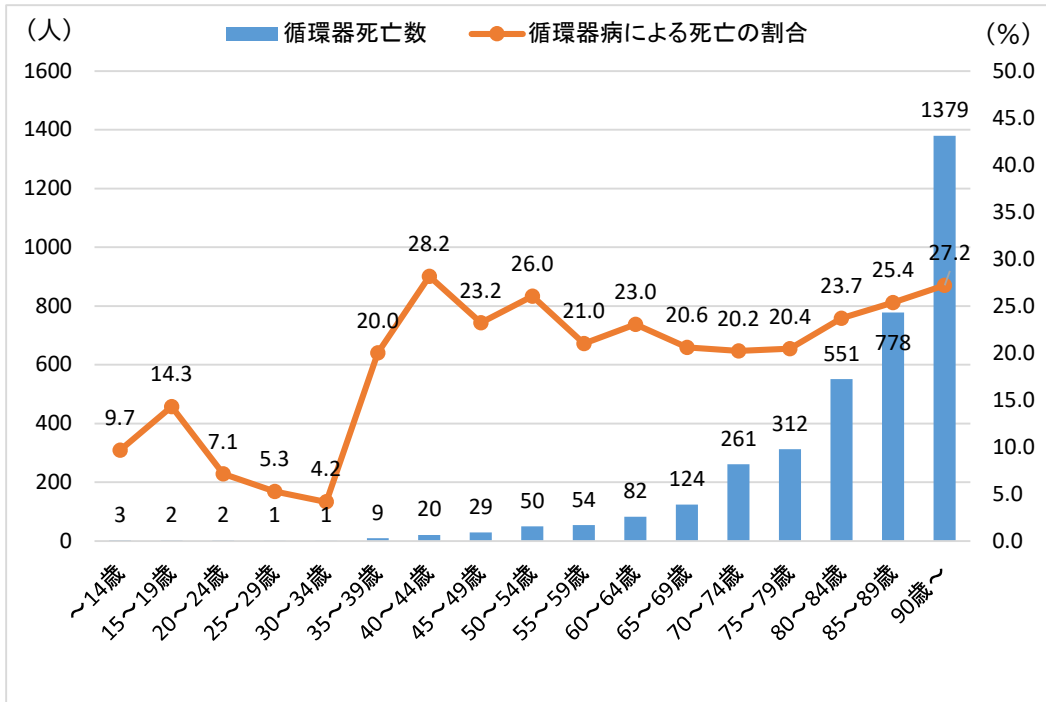
(1)全体

本県の死因別死亡数は、がん(新生物)および脳血管疾患、心疾患等の循環器病で半数近くを占めています。特に、女性はがん(新生物)よりも循環器病の死亡割合が高くなっています。死因のうち女性は男性と比べて心疾患の割合が高くなっています。

【図5】滋賀県の死因別死亡割合(%)



【図6】滋賀県の年齢階級別循環器系疾患の死亡数と循環器系疾患の死亡の割合



厚生労働省人口動態統計 令和4年(2022年)

循環器病による死亡数は、年齢が上がるに従って増加しています。死亡の割合は、35歳から上昇し、84歳まで約20%を占め、85歳以降では25%を越えています。

本県の年齢調整死亡率は、脳血管疾患は10年間で男女ともほぼ半減しており、全国と比較すると死亡率も低い状況です。虚血性心疾患は減少傾向にありますが、全国の傾向と同じです。大動脈瘤および解離は、横ばいで、全国の傾向と同じです。

【表2】主要疾患別年齢調整死亡率(人口10万対)

		H17年 (2005年)	H22年 (2010年)	H27年 (2015年)	参考
脳血管疾患	全国男性	61.9	49.5	37.8	
	滋賀男性	52.0	42.8	26.4	1位
	全国女性	36.1	26.9	21.0	
	滋賀女性	33.4	24.2	17.1	2位
虚血性心疾患	全国男性	42.2	36.9	31.3	
	滋賀男性	35.1	30.5	30.4	27位(同率3県)
	全国女性	18.6	15.3	11.8	
	滋賀女性	16.4	14.2	11.7	33位(同率3県)
大動脈瘤および解離	全国男性	6.3	6.9	6.4	
	滋賀男性	6.4	5.9	6.1	22位(同率4県)
	全国女性	2.8	3.2	3.3	
	滋賀女性	3.4	3.0	3.3	22位(同率3県)

厚生労働省人口動態統計特殊報告※3

※3 毎年公表されている人口動態統計のデータをもとに、時系列分析などを行い都道府県別に主要死因の年齢調整死亡率が5年に1回報告されます。

4 発症の状況

(1) 滋賀脳卒中データセンター

本県では、平成 23 年(2011 年)症例から、滋賀医科大学が脳卒中データの登録を行っています。県内医療機関で脳卒中の疾病コードで抽出された症例を登録しています。

【表3】発症年毎の登録の状況

		発症年											
		H23年 (2011年)		H24年 (2012年)		H25年 (2013年)		H26年 (2014年)		H27年 (2015年)		H28年 (2016年)	
		N=3,321		N=3,279		N=3,370		N=3,354		N=3,304		N=2,973	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
発症情報※4	脳梗塞	2014	60.7	2129	64.9	2168	64.3	2184	65.1	2168	65.6	1,958	65.8
	脳内出血	792	23.9	746	22.8	715	21.2	742	22.1	663	20.1	607	20.4
	くも膜下出血	240	7.2	206	6.3	224	6.7	225	6.7	224	6.8	192	0.1
	分類不能	11	0.3	3	0.1	-	-	6	0.2	3	0.1	3	7.3
	その他	263	7.9	195	6.0	263	7.8	197	5.9	258	7.5	216	7.3
性別	男性	1,787	53.8	1,826	55.7	1,886	56.0	1,857	55.4	1,874	56.7	1,667	56.0
	女性	1,534	46.2	1,453	44.3	1,484	44.0	1,497	44.6	1,430	43.3	1,309	44.0
年齢	30歳未満	17	0.5	14	0.4	18	0.5	22	0.7	12	0.4	8	0.3
	30-<40歳	47	1.4	39	1.2	30	0.9	47	1.4	34	1.0	26	0.9
	40-<50歳	131	3.9	134	4.1	146	4.3	134	4.0	142	4.3	140	4.7
	50-<60歳	287	8.6	280	8.5	258	7.7	292	8.7	303	9.2	238	8.0
	60-<70歳	631	19.0	630	19.2	647	19.2	652	19.4	659	19.9	565	19.0
	70-<80歳	947	28.5	908	27.7	933	27.7	920	27.4	912	27.5	814	27.4
	80歳以上	1,261	38.0	1,274	38.9	1,338	39.7	1,287	38.4	1,251	37.8	1,185	39.8
居住医療圏	大津保健医療圏	803	25.0	776	24.4	756	23.2	872	26.9	851	26.6	-	-
	湖南保健医療圏	542	16.9	557	17.5	621	19.1	576	17.8	588	18.4	-	-
	甲賀保健医療圏	304	9.5	286	9.0	348	10.7	310	9.6	336	10.5	-	-
	東近江保健医療圏	501	15.6	466	14.7	453	13.9	497	15.3	501	15.7	-	-
	湖東保健医療圏	411	12.8	426	13.4	353	10.8	345	10.6	320	10.0	-	-
	湖北保健医療圏	482	15.0	479	15.1	554	17.0	421	13.0	398	12.4	-	-
	湖西保健医療圏	173	5.4	191	6.0	171	5.3	223	6.9	206	6.4	-	-

※4 発症情報について、2015 年までは発症登録後、医師 2 名の判定による確定診断済。2016 年は発症登録時診断による集計。

【表4】初発・再発の別

		H23年 (2011年)		H24年 (2012年)		H25年 (2013年)		H26年 (2014年)		H27年 (2015年)		H28年 (2016年)	
		初発	再発	初発	再発	初発	再発	初発	再発	初発	再発	初発	再発
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
性別	男性	52.8	56.4	53.9	60.6	55.0	58.7	53.8	60.4	55.0	62.3	53.7	63.0
	女性	47.2	43.6	46.1	39.4	45.0	41.3	46.3	39.6	45.0	37.8	43.3	36.8
年齢	50歳未満	7.2	2.5	6.7	3.2	7.0	2.3	7.2	2.4	6.6	2.6	7.0	2.5
	50-<60歳	10.5	3.8	9.7	5.4	9.1	3.7	9.8	5.2	10.0	6.4	9.1	4.5
	60-<70歳	20.7	14.6	20.5	15.7	21.0	14.2	20.0	17.7	21.1	16.1	20.4	14.6
	70-<80歳	26.2	34.4	26.2	31.6	25.6	33.4	25.9	32.3	26.6	30.5	25.7	32.5
	80歳以上	35.3	44.8	36.9	44.1	37.3	46.4	37.1	42.5	35.6	44.4	37.8	46.0

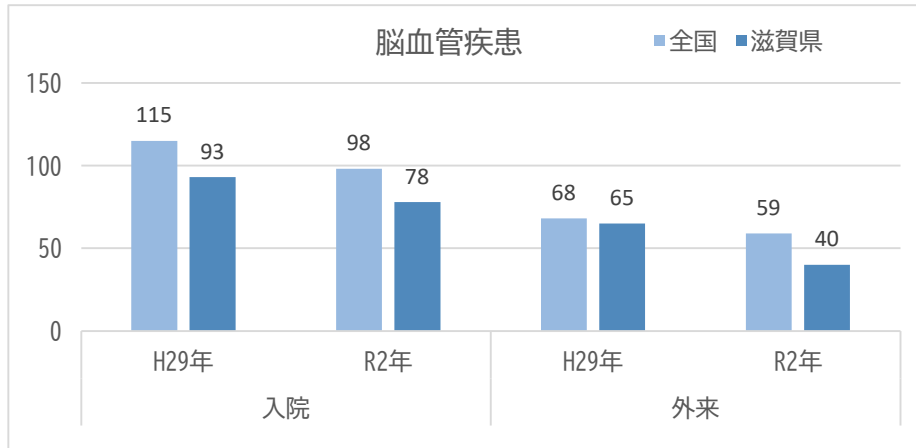
滋賀医科大学滋賀脳卒中データセンターより提供

5 医療の状況

(1)受療率*

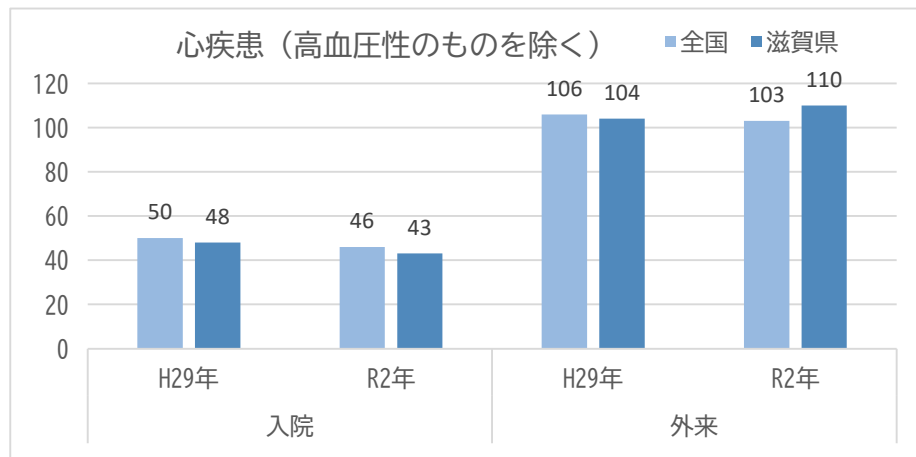
【図7】全国と滋賀県の受療率(人口10万対)
入院-外来(初診-再来)×傷病大分類

滋賀県の脳血管疾患の受療率は、入院・外来ともに全国と比べて低い状況です。

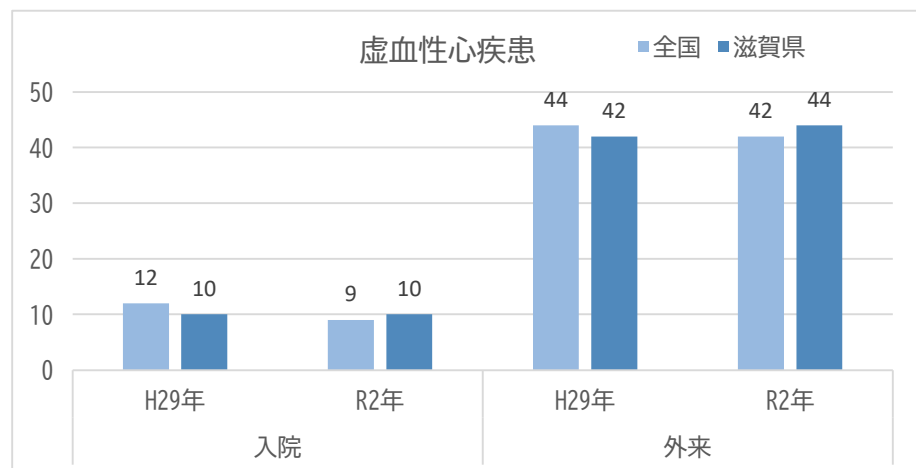


厚生労働省 患者調査(H29年10月、R2年10月)

滋賀県の心疾患の受療率は、入院・外来ともに全国とほぼ同様です。



厚生労働省 患者調査(H29年10月、R2年10月)



厚生労働省 患者調査(H29年10月、R2年10月)

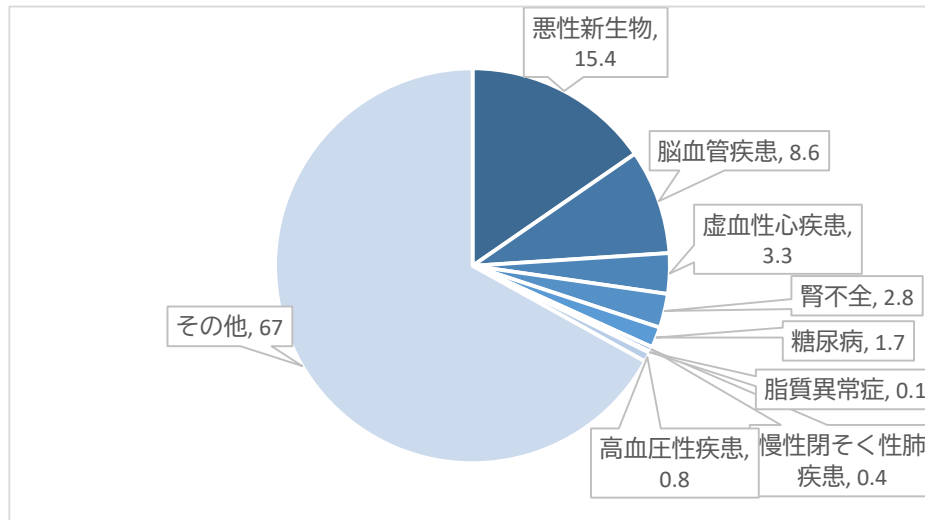
1 (2)医療費

2 滋賀県保険者協議会*が、医療保険制度の枠組みを超えた医療分析を行っています。
3 全国健康保険協会(以下「協会けんぽ」、健保組合(9保険者)、共済組合(4保険者)、
4 市町国保(19市町)、医師国保組合、後期高齢者医療広域連合の、レセプトデータを用いて
5 います。

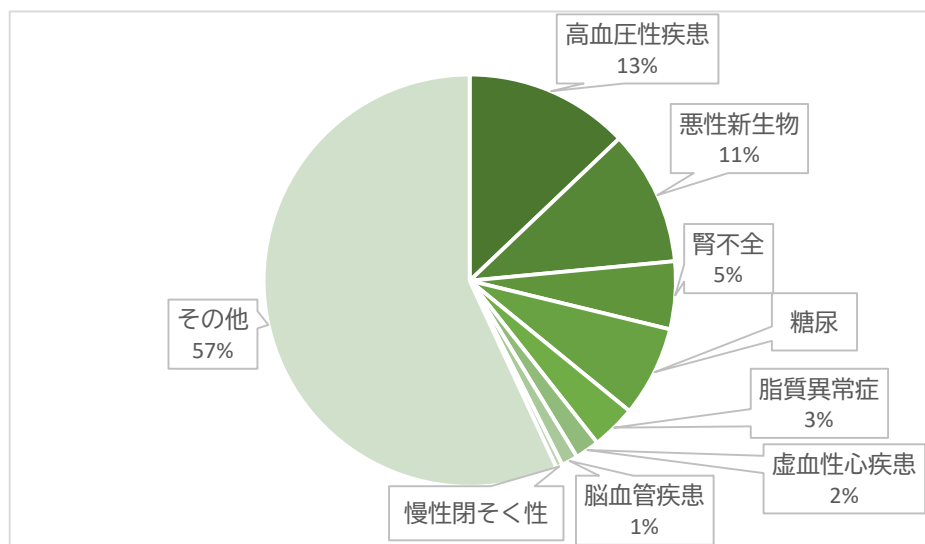
6 疾病別費用額では、入院では、悪性新生物に次いで脳血管疾患、虚血性心疾患の割合が
7 高く、入院外では、高血圧性疾患の割合が高くなっています。

8
9 【図8】生活習慣病 疾病別費用額(全体)(入院)(入院外)の割合(%)

10
11 (入院)



24 (入院外)



38
39 滋賀県保険者協議会「令和2年度 医療費等状況報告書(R5.3 発行)」
40 (疾病分類別統計の使用データ: 令和2年5月診療分)

1 第3章 基本理念と全体目標

2
3 1 基本理念

4
5 **誰もが自分らしく幸せを感じられる「健康しが」の実現**
6 **～循環器病への理解と行動、切れ目のない医療や支援、**
7 **自分らしい暮らしの継続～**
8
9

10
11
12 2 全体目標

13
14 **目標1 子どもの頃からの循環器病の予防と正しい知識の普及啓発**

15 県民が、循環器病を知り健康寿命が延伸されるよう取り組みます

16 県民が、循環器病の発症を予防できるよう取り組みます

17
18
19 **目標2 循環器病の医療提供体制の充実**

20 県民の、循環器病の年齢調整死亡率*が減少するよう取り組みます

21 県民が、早期治療と適正な医療により後遺症が抑えられるよう取り組みます

22
23
24 **目標3 暮らしを支える共生社会の推進**

25 県民が、再発や重症化を予防できるよう取り組みます

26 県民が、循環器病になっても自分らしい暮らしが継続できるよう取り組みます

1 第4章 重点的に取り組むべき事項

2 患者・家族を含む県民、関係者の連携体制の構築

3
4 県民の生活を視点に、関係者が連携し、互いにつながり合える体制をつくります

5
6 患者・家族を含む県民、関係者がそれぞれの役割を持ち、連携することで、循環器病への
7 理解と行動、切れ目のない医療や支援、自分らしい暮らしの継続につながると考え、患者・
8 家族を含む関係者の連携体制の構築を重点的に取り組みます。

9 10 【循環器病の特徴】

11 循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にありますが、先天性の疾患もあり、子
12 どもから高齢者までどの世代でも発症します。幅広い年代に患者が存在することから、ライ
13 フステージ*に応じた対策が必要です。

14 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
15 に端を発して発症する生活習慣病です。生活習慣病の経過は、生活習慣病の予備軍から、生
16 活習慣病の発症、そして重症化・合併症の発症、生活機能低下や要介護状態へと進行します。

17 これらの経過の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・
18 進行抑制が可能である側面もあります。

19 また、生活習慣に関わらず、先天性疾患、遺伝性疾患、感染性疾患、加齢などを原因とす
20 るものなど様々な病態があります。

21 そして、脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離など、急激に発症し、数分から数時間の単位
22 で生命に関わる病気があります。死に至らなくても、特に脳卒中においては重度の後遺症を
23 残すことも多いです。しかし、発症後に早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予
24 後が改善される可能性があります。

25 回復期や、慢性期には、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、
26 症状が重くなったり、急激に悪化するなど、危険性を常に抱えており、再発や憎悪をきたし
27 やすいといった特徴があります。

28 また、発症から数十年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言えます。

29 30 <循環器病の特徴から、必要な連携(つながり)>

31 上記のような循環器病の特徴を踏まえ、以下のような連携(つながり)を広げていくこと
32 が大切です。

33 ○自らの健康増進、生活習慣病の予防のために、一緒に行動してくれる、励ましてくれる、教
34 えてくれる家族や友人、健康推進員*、健康運動指導士*や栄養士など身近な人とのつながり

35 ○健診等の結果を発症予防対策に活かすために、保健指導や受診支援、治療での医師や薬
36 剤師、保健師、栄養士などとのつながり

37 ○発症後の、再発や重症化、合併症の予防のための専門医やかかりつけ医、歯科医師、看護
38 師、薬剤師、栄養士、リハビリテーション専門職*など多くの専門職とのつながり

39 ○要介護状態になっても、その人らしく生活できるように介護支援専門員や介護職員、専門
40 医、かかりつけ医、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職などの多くの専
41 門職や近隣とのつながり

42 ○急激な発症でも、その場にいた人、救急要請する人、救急隊による円滑な搬送、搬送先病
43 院での検査や治療などの命を守るためのつながり

44 ○患者・家族の生活視点でのサポーターとしての多職種の専門職同士のつながり

1 第5章 分野別施策

2 1 子どもの頃からの循環器病の予防と正しい知識の普及啓発

3 分野目標 めざす姿(県民のあるべき姿)

4 県民が循環器病を知り、健康寿命が延伸する

目標	評価指標	出典	現状値	目標
健康寿命が延伸する	健康寿命※2 p5上枠内 (日常生活動作が自立している期間の平均)	県衛生科学センター算出	男性 81.19年 女性 84.83年 (R3年)	延伸

6 循環器病の発症が予防できる

目標	評価指標	出典	現状値	目標
脳血管疾患罹患率が減少する	脳血管疾患受療率 (人口10万人対)	患者調査	入院 78.0 外来 40.0 (R2年)	減少
心疾患罹患率が減少する	心疾患(高血圧症性のものを除く)受療率 (人口10万人対)		入院 43.0 外来 110.0 (R2年)	減少 (外来はモニタリング)
若い世代の脳卒中の発症が減少する	初発患者の60歳未満の割合の平均	滋賀医科大学(脳卒中データセンター)	16.9% (2011~2016年、2019年の平均))	減少
若い世代の虚血性心疾患の発症が減少する	60歳未満の急性心筋梗塞発症率	滋賀医科大学(脳卒中データセンター)	今後把握	減少

8 ★補足説明 <評価指標の「検討」や「-」の記載について>

9 本計画は、めざす姿(県民のあるべき姿)を「分野目標」におき、その分野目標を達成するために、必要な状態を「中間目標」とし、「分野目標」「中間目標」それぞれに、目標が達成されたとする指標を「評価指標」として国の公表数値や県の調査等で得た数値を用いています。

10 「検討」と記載している評価指標は、現時点で適当な指標がないため、今後計画を推進するなかで検討するものとしています。「今後把握」とあるものは県で調査して収集し、進行管理や評価で示していく方針です。

1 子どもの頃からの循環器病の予防と正しい知識の普及啓発 分野の現状と課題

本県では、平成13年(2001年)3月に「健康いきいき21－健康しが推進プラン－」を策定し、健康増進と生活習慣病予防の推進および健康を支え守るための社会環境の整備を進め、県民の豊かな生活と健康寿命の延伸を目指してこれまで取組を進めてきました。

また、「滋賀県食育推進計画(第3次)」では乳幼児期から高齢期まで生涯を通じた食育を進め、「食で育む元気でこころ豊かにくらす滋賀」を目指して、生活習慣病予防のための取組みも進めてきました。

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することから、子どもの頃から循環器病の発症予防のためによりよい生活習慣の定着が必要です。

平成20年(2008年)から生活習慣病を予防し、医療費を適正化することを目的に特定健診*が始まりました。平成27年(2015年)の国民健康保険法一部改正により、平成30年度(2018年度)から国民健康保険は県単位化され、県も医療保険者として責任をもって、市町とともに保健事業を推進することとなりました。

平成30年(2018年)3月には「滋賀県国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、データ活用による生活習慣病の予防を通じた健康づくりのための保健事業を進めています。

本県は、健康推進員による地域に根ざした活動や、食生活・運動・介護予防等のテーマにおいて地域で実践している企業・団体を「健康づくりサポーター」として認定するなど、地域での健康づくり活動を推進しています。

平成30年度(2018年度)からは、企業や大学、地域団体、行政など多様な主体が集い、健康づくりにつながる新たな活動を創出するためのプラットフォームとして「『健康しが』共創会議」を設置しています。

こうした取組を生かしながら、循環器病に対する意識を高め、県民が循環器病の発症予防・突然の発症時の対応、重症化予防、疾患リスクの管理を行うことが出来るように、ライフステージに応じた循環器病に関する正しい知識の普及啓発が必要です。

<中間目標> 取組の方向性 分野目標を達成するために必要なこと

よりよい生活習慣が定着して循環器病が予防できる、危険因子の管理がされ必要な治療が受けられる、突然の症状に対応できる知識が得られる体制が充実している

1
2
3

(1)健康増進

よりよい生活習慣が定着し、循環器病が予防できる

目標	評価指標	出典	現状値	目標
特定健診*受診率が向上している	特定健診受診率	特定健診・特定保健指導の実施状況	60.0% (R3年)	70%以上
特定保健指導*実施率が向上している	特定保健指導実施率		26.3% (R3年)	45%以上
特定保健指導対象者の割合が減少している	特定保健指導対象者の減少率(H20年と比べて)	特定健診・特定保健指導の実施状況	9.1%減 (R3年)	25%以上減少
適正体重*を維持している人が増加している	肥満者の割合	滋賀の健康・栄養マップ調査(R4年)	20～60歳代 男性 28.0% 40～60歳代 女性 14.6%	22% 12%
	肥満傾向にある子どもの割合(10歳の肥満傾向児 肥満度20%以上)	学校保健統計(R3年)	10歳 男子10.07% 女子 6.75%	減少
食塩摂取量が減少している	食塩摂取量	滋賀の健康・栄養マップ調査(R4年)	10.6g	7.0g
運動習慣者が増加している	運動習慣者の割合		20～64歳 男性 26.1% 女性 20.2%	30%
			65歳以上 男性 40.4% 女性 40.5%	50%
喫煙率が減少している(喫煙をやめたい人がやめる)	喫煙率		男性19.3% 女性 4.2%	15.0% 3.0%
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少する	1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合	男性 11.3% 女性 6.9%	10.0% 4.0%	
歯と口腔の健康が向上している	過去1年間に歯科健診を受診した者の割合(18歳以上)	県歯科保健実態調査(R4年)	37%	95%
ヒートショックが予防できている	ヒートショックの認知度	滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(R4年)	49.6%	増加

4

現状と課題

<健康増進>

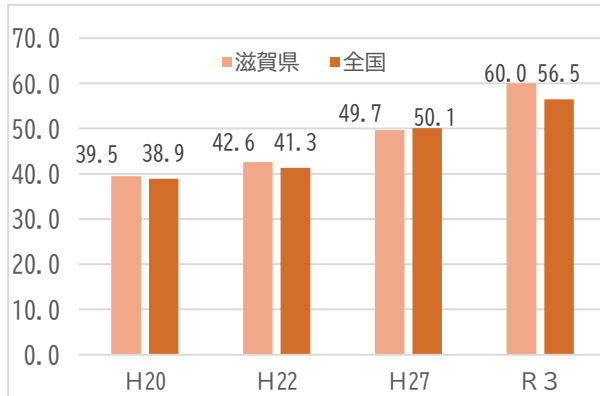
特定健診等を受診することで、自らの生活習慣病リスクなどを確認し、必要な場合は、保健指導を受けることで生活習慣の改善方法について理解し、自ら健康的な生活習慣への取組方法を選択して、健康増進と生活習慣病予防を行うことが必要です。

本県の特定健診・特定保健指導実施率は年々上昇していますが、新型コロナウイルス感染症流行下においては健診の受診控えがみられました。

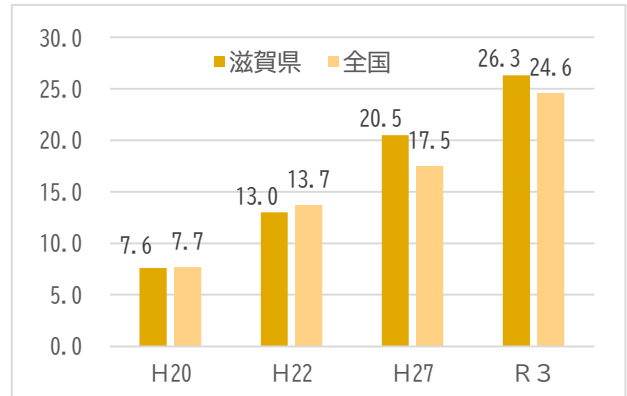
特定健診受診率向上のための取組や効果的な特定保健指導のための取組を、継続して行う必要があります。

県内の医療保険者の健診等データ集計・分析では、4分の1以上がメタボ該当者^{※5}です。

【図9】特定健診受診率(%)

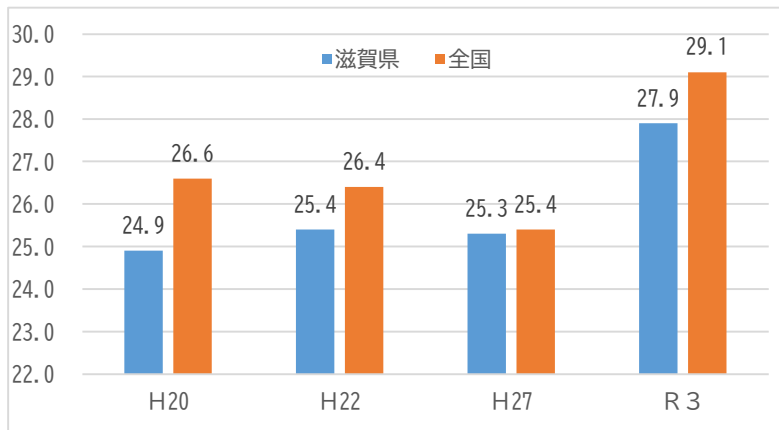


【図10】特定保健指導実施率(%)



特定健診・特定保健指導の実施状況(厚生労働省)

【図11】メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合 年次推移(%) ※5メタボ該当者



腹囲男性 85cm 以上、女性 90cm 以上かつ
下記①～③で 2 つ以上に該当
①中性脂肪 150mg/dL 以上、または HDL コレステロール 40mg/dL 未満、もしくはコレステロールを下げる薬を服用
②収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上、もしくは血圧を下げる薬服用
③空腹時血糖 110mg/dL 以上、または HbA1c (NGSP 値)6.0%以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用

予備群は上記と同様で、3 項目のうち 1 つに該当するもの

特定健診・特定保健指導の実施状況(厚生労働省)

① 栄養・食生活

・本県は、40～60代の男性の3人に1人が肥満です。

・肥満傾向にある子どもの割合は、小学5年生男子で増加しています。

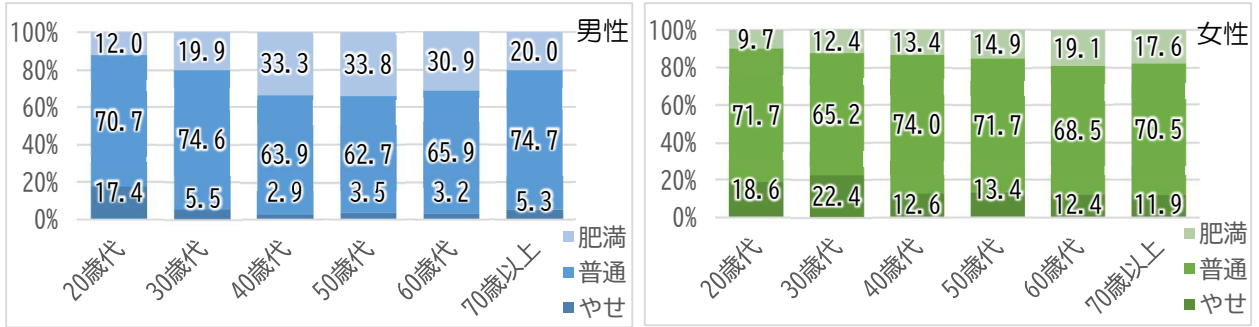
・肥満は、循環器病の発症リスクであるため、子どもの頃から対策を進める必要があります。

・食生活でバランスのとれた食事に気をつけている人の割合は、全年齢で増加傾向となり、意識は向上している状況です。

・野菜摂取量については、男女ともに一日目標量(350g)に達していません。

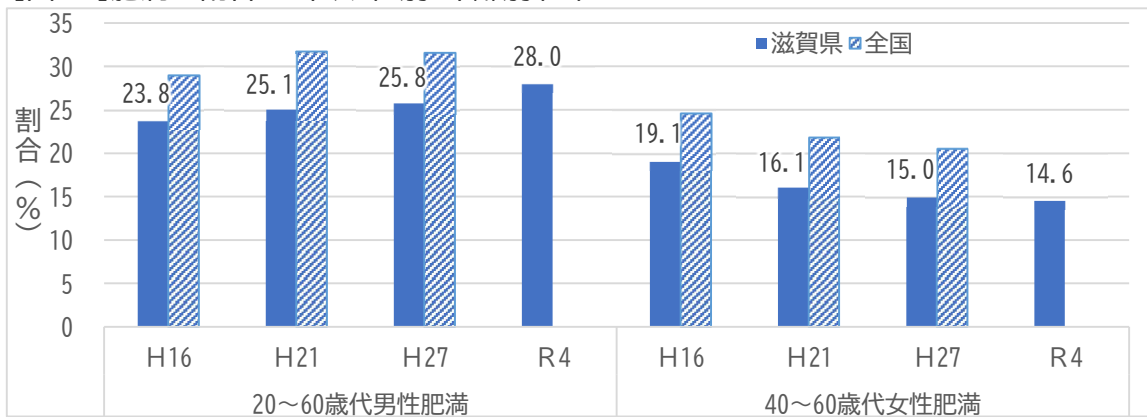
・高血圧症が虚血性疾患の発症リスクであり、食塩の取りすぎが高血圧の原因となるため、子どもの頃から食塩摂取量を抑えることが必要です。

1 【図12】肥満とやせの割合 BMI (%)



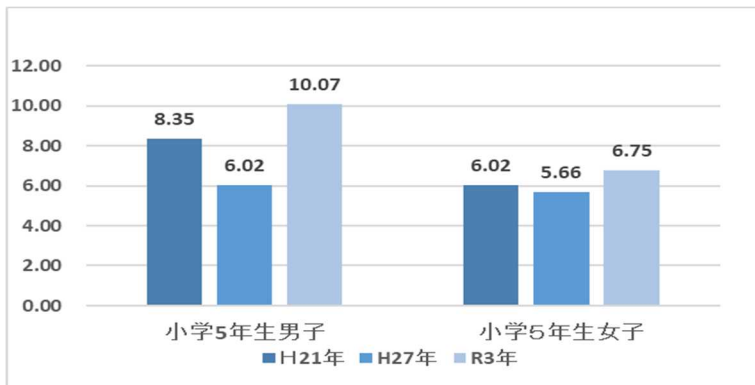
滋賀の健康・栄養マップ調査(令和4年度)

11 【図13】肥満の割合 年次・性別・年齢別(%)



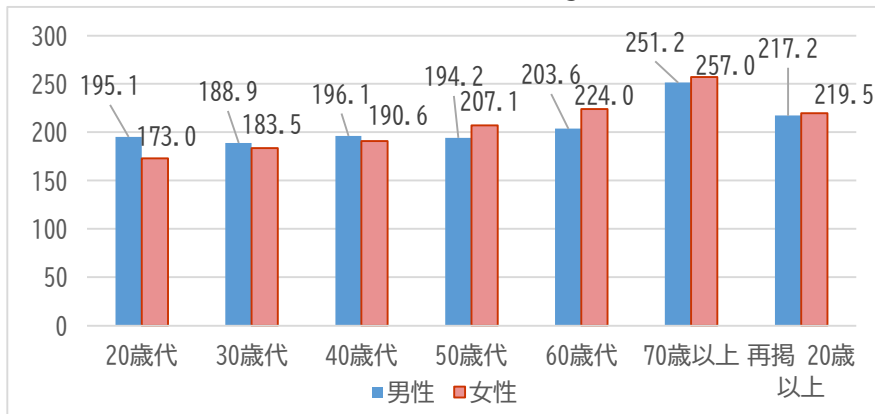
滋賀の健康・栄養マップ調査

23 【図14】小学5年生肥満傾向児の割合(%) 性別



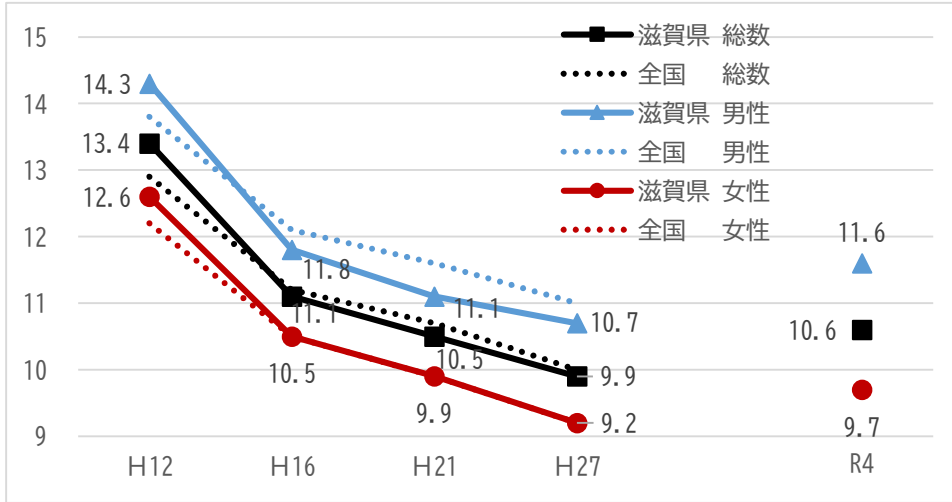
学校保健統計

35 【図15】野菜類摂取量 性・年代別平均値(g)



滋賀の健康・栄養マップ調査(令和4年度)

【図16】食塩摂取量の年次推移(g)

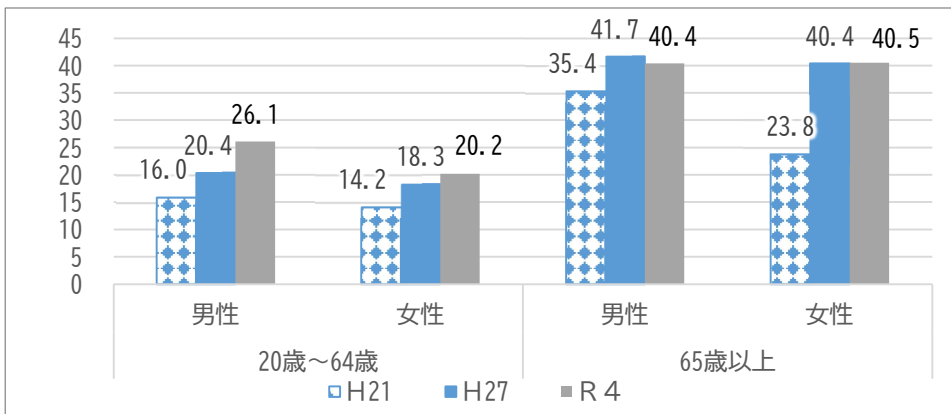


滋賀の健康・栄養マップ調査(R4年調査方法変更あり)

②運動・身体活動

- ・身体活動量が多い者や運動をよく行っている者は、虚血性心疾患、高血圧、糖尿病などの罹患率や死亡率が低いことや、生活の質の改善に効果をもたらすことがわかっています。
- ・意識的に運動をしている割合は、20～64歳の男女とも約2割であり、高齢者よりも低くなっています。

【図17】運動習慣者の割合の年次推移(%)

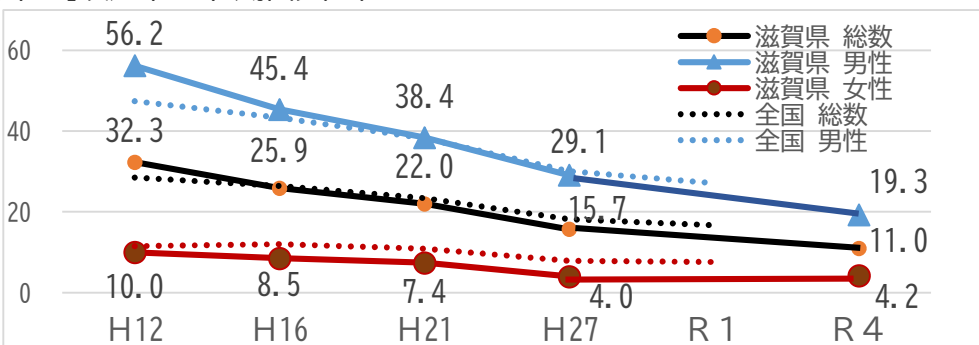


滋賀の健康・栄養マップ調査

③喫煙

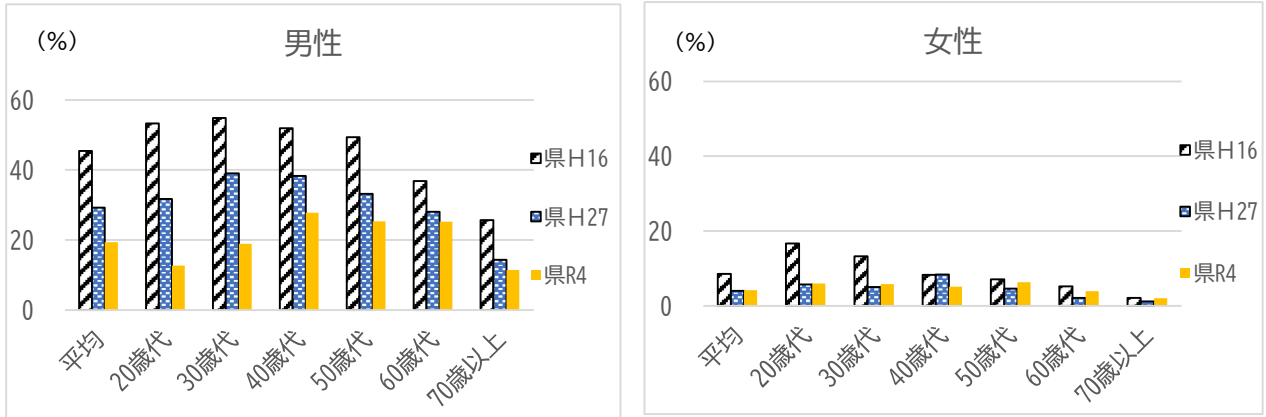
- ・喫煙は、循環器病をはじめ多くの疾患と関係していることがわかっています。
- ・受動喫煙についても、虚血性心疾患や脳卒中のリスクが高くなることがわかっています。
- ・20歳以上の者の喫煙率は男女ともに年々低下しており、全国平均を下回っています。

【図18】喫煙率の年次推移(%)



滋賀の健康・栄養マップ調査、国民健康・栄養調査

【図19】喫煙率の推移(性別・年代別)

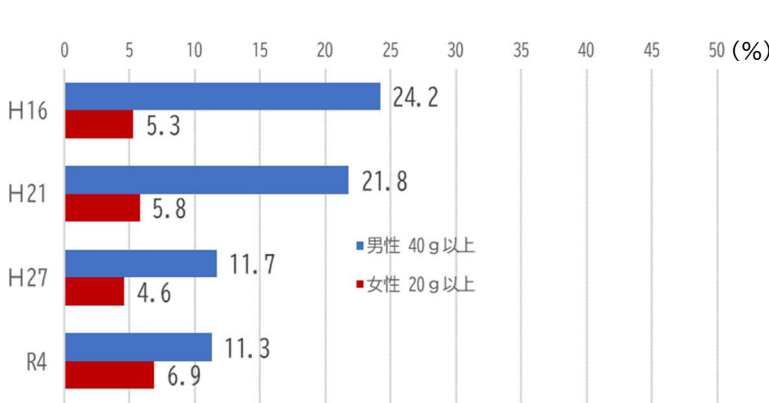


滋賀の健康・栄養マップ調査

④ 飲酒

・生活習慣病のリスクを高める量(一日当たり1あたり純アルコール摂取量男性 40g 以上・女性 20g 以上)を飲酒している人の割合は、男性ではやや減少傾向ですが、女性では増加しています。

【図20】生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合(年次推移)



令和4年度滋賀の健康・栄養マップ調査

主な酒類の換算の目安

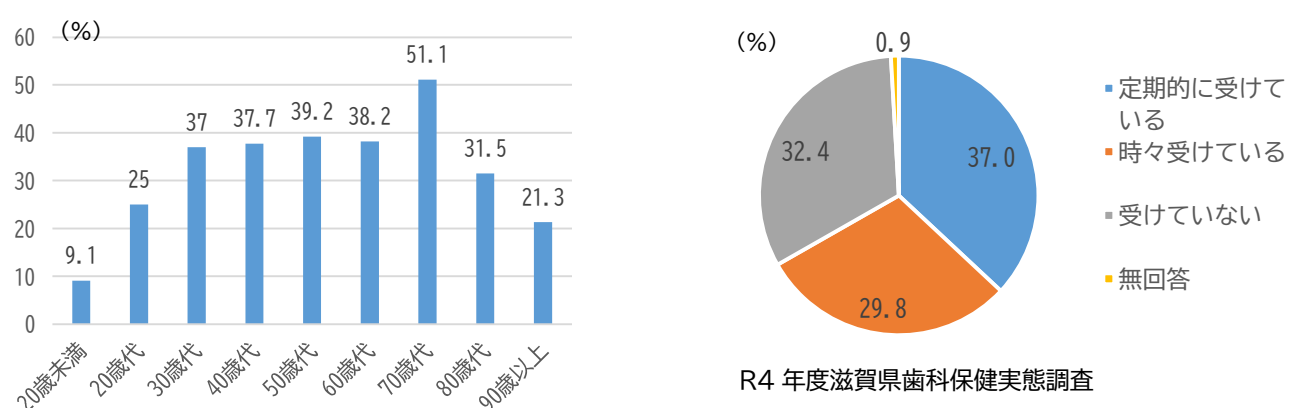
ビール (中瓶 1本 500ml)	20g
清酒 (1合 180ml)	22g
ウイスキー・ブランデー (ダブル 60ml)	20g
焼酎(25度) (1合 180ml)	36g
ワイン (1杯 120ml)	12g

⑤ 歯・口腔の健康

・口腔の健康は、健康で質の高い生活を営む基盤となり、全身疾患との関連や平均寿命、健康寿命の延伸にも寄与することを啓発していく必要があります。

・歯周病*の罹患と循環器病罹患の間には多くの関連が報告されており、重要なリスクファクターであることがわかってきています。

【図21】定期的に歯科健診を受けている人の割合(年代別)

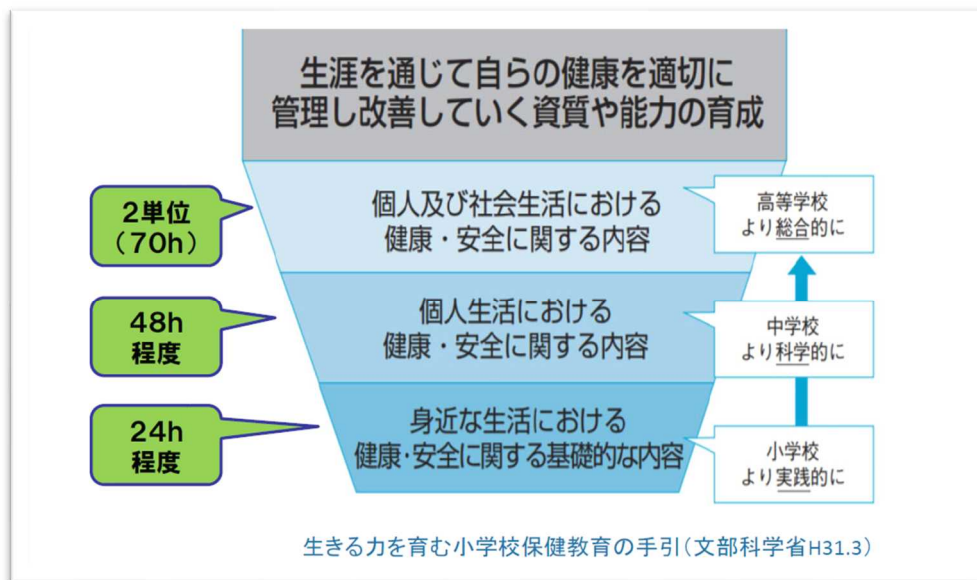


R4 年度滋賀県歯科保健実態調査

⑥保健教育

子どもたちが社会の変化に伴う新たな健康課題の解決を図るために、生涯を通じて健康な生活を送る基礎を培うことを目指した学校における保健教育を推進することが重要です。保健教育は小学校、中学校、高等学校の学習指導要領に基づき実施しています。

なお、保健教育は小学校の体育科「保健領域」、中学校の保健体育科「保健分野」、高等学校の保健体育科科目「保健」の他に、技術・家庭科、家庭科、特別活動、総合的な学習・探究の時間等、学校の教育活動全体を通じて行う必要があります。



⑦ヒートショック

・ヒートショックは、病名ではなく、急な温度変化により、血圧が上がったり下がったり大きく変動することで起こる健康被害のことで、失神したり、心筋梗塞や脳卒中などの血管の疾患が引き起こされることを言います。

・ヒートショックを起こすリスクを持つ人は、加齢による生理機能の低下で血圧が変動しやすい高齢者、高血圧の方、糖尿病や脂質異常症などの方とされています。

・ヒートショックは、暖房している暖かい場所と暖房のない寒い場所との温度差が激しくなる寒い時期に脱衣所、浴室、トイレなどで起こりやすいです。

・平成26年(2014年)の冬季死亡増加率の全国比較(図22)を見ると、寒冷な北海道や青森県が低く、やや温暖な栃木県、茨城県が高いなど、断熱性能がよい住宅が普及している地域が低いことが指摘されています。本県は高い方から8番目となっています。

・国土交通省が平成26年度(2014年度)から実施しているスマートウェルネス住宅等推進調査事業では、省エネリフォームを実施した居住者の健康への影響がわかってきています

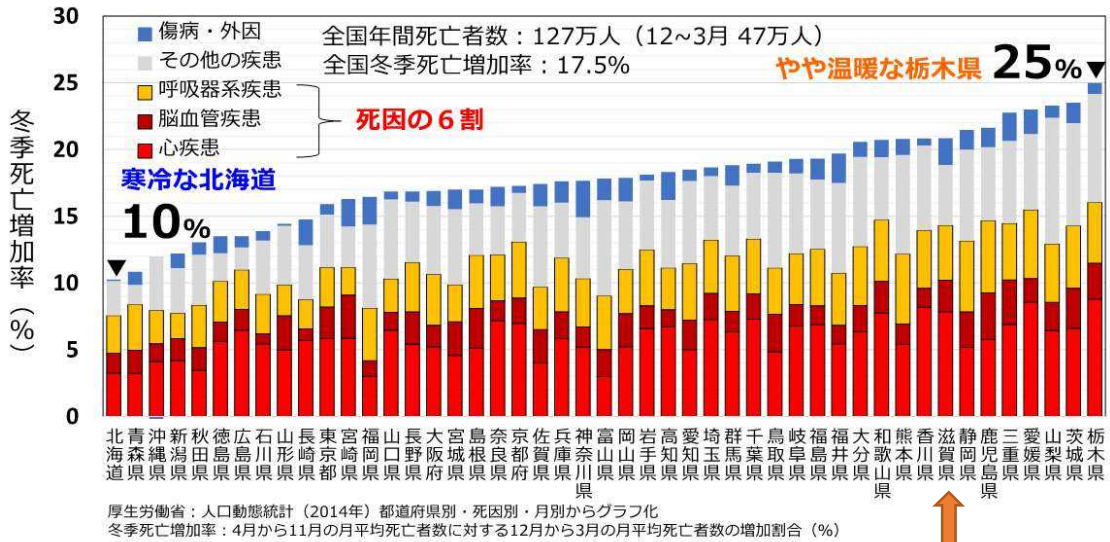
・例えば、室温の低下による血圧の上昇は高齢者の方が大きくなりますが、住宅の断熱性が改善すると血圧の上昇が抑えられるなど、生活空間における温熱環境が、居住者の健康に関係することが明らかになっています。

・断熱性を高める住宅設備の普及は十分といえない状況のため、国では、経済面だけでなく、ヒートショックや高血圧症などの予防も含めて、より健康で快適な暮らしのために省エネルギー住宅を推進しています。

・ヒートショックは、冬季に限らず、急な温度変化が健康被害をもたらすものであるため、県民に予防の周知啓発を行うことが必要です。

・県民意識調査では、49.6%がヒートショックについて「予防法を知っている」と回答されており、今後も予防法を含めた認知度を高めていくことが必要です。

【図 22】平成26年(2014年)冬季死亡増加率(4月から11月の月平均死亡者に対する12月から3月の月平均死亡者数の増加率)



取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～

【特定健診・特定保健指導の充実】

- ・市町、企業、保険者、地域団体等と連携し、特定健診・特定保健指導の実施率向上のため、積極的な情報提供や啓発を行います。
- ・保険者における特定健診の結果、発症リスクの高い人に保健指導が確実にできる体制を整備します。
- ・利用勧奨方法の検討や保健指導実施者の資質の向上により、効果的な特定保健指導を実施します。

【健康的な生活習慣の普及啓発】

①栄養・食生活

- ・循環器病予防のために、食塩摂取量の減少と、野菜・果物摂取量の増加を目指した普及啓発を行います。
- ・保育所、幼稚園、学校、地域で行う食育活動と連携し、朝食をとることの大切さなどの望ましい食事や共食の推進についての啓発を行います。
- ・各健康診断等に合わせて、健康を維持するための望ましい食事のとりかたに関する指導等を進めます。
- ・しが健康栄養ケア・ステーション(滋賀県栄養士会)において、栄養士のいない診療所等と連携し、生活習慣病や低栄養の改善に向けた(訪問)栄養食事指導を推進します。
- ・社員食堂等の給食施設において、栄養バランスのとれたメニューの提供や健康づくり情報の提供が行われるよう、施設や企業に働きかけ、食環境の整備を推進します。

②運動・身体活動

- ・保育所、幼稚園、学校、地域団体と連携し、子どもの頃からの運動習慣の定着化に向けた取組を進めます。
- ・日常の身体活動量を毎日10分増やすことを目的に、市町や企業、保険者、地域団体等と連携して「運動プラス 10」の啓発を進めます。

- 1 ・公共の運動施設や地域のスポーツクラブの利用促進等、自主的な活動を支援します。
2 ・ともに運動する仲間づくりが進むよう、市町の取組や、企業・保険者等の主体的な活動を
3 支援します。
4 ・適切な運動指導が行える健康運動指導士や健康運動実践指導者、理学療法士などの専門
5 職の活用を図ります。
6 ・楽しみながら気軽に健康づくりに取り組むことのできる健康推進アプリ「BIWA-TEKU」
7 の普及を促進します。
8 ・県民が、腕時計のように手軽に身に着けるだけで、一日の歩数や運動量、睡眠計、心拍数
9 の測定等、自身の健康管理ができる様々な機能を持つ「活動量計(ウェアラブル端末*)」の活
10 用を進めます。

11 12 ③喫煙

- 13 ・喫煙による健康影響について正しい知識が持てるよう、様々な機会を通じて情報提供を行
14 います。
15 ・喫煙をやめたい人が禁煙できるよう、市町、医療機関、薬局等とともに、禁煙支援や治療に
16 関する情報提供を行います。
17 ・20 歳未満の者の喫煙は、将来の疾病リスクが大幅に増加することや、習慣化した喫煙行
18 動を中断させることは困難であることから、学校、市町、医師会、薬剤師会、地域団体等と連
19 携しながら、20 歳未満の者の喫煙開始を防ぐための啓発を行います。
20 ・子どもの受動喫煙防止対策の観点から、学校や市町等と連携し、家庭での受動喫煙防止の
21 普及啓発を行います。

22 23 ④飲酒

- 24 ・飲酒の健康影響や「節度ある適度な量の飲酒」などの情報提供を行います。
25 ・学校、市町、医師会、薬剤師会、地域団体等と連携しながら、20 歳未満の者の飲酒をなく
26 すための啓発を行います。

27 28 ⑤歯・口腔の健康

- 29 ・歯周病と健康、心筋梗塞、心内膜炎、脳梗塞等の循環器病との関連を広く啓発するととも
30 に、かかりつけ歯科医院を持つことを推奨し、定期的に口腔の健康管理を続けることを推進
31 します。
32 ・市町や歯科医師、歯科衛生士は、乳幼児健診や歯周病検診、特定健診・特定保健指導等の
33 健診の機会および診療の機会を活用し、かかりつけ歯科医院の役割について啓発します。
34 ・県は、口腔機能の役割や口腔ケアの必要性について、平均寿命や健康寿命の延伸とともに
35 啓発します。

36 37 ⑥保健教育

- 38 ・学校で行う保健教育では今日の疾病構造の変化に伴う疾病予防の考え方として、一次予
39 防(適切な食事や運動不足の解消、喫煙、ストレスコントロールといった健康的な生活習慣づ
40 くりの取組や予防接種、環境改善など)の内容を充実します。
41 ・学校医、学校薬剤師、保健師などと連携し、保健教育の充実について検討します。

42 43 ⑦ヒートショック

- 44 ・県は、市町や関係機関・団体と連携してヒートショック予防のための啓発を行います。
45 ・健康で環境にもやさしい「健康・省エネ住宅」の普及に向け、関係機関と連携して住宅相談

1 窓口を設けるとともに、既存住宅への窓断熱設備等の導入に対し支援します。
 2 ・省エネルギーの進め方や活用可能な補助・融資制度等を周知するため、民間事業者等
 3 と連携したセミナーを開催するなど、情報発信や普及啓発を実施します。

4
 5 【関係機関・団体や民間と協働した循環器病に関する啓発】

6 ・県、市町、保険者、教育機関、職能団体、企業等が協力して循環器病発症予防、危険因子の
 7 健康教育、健康講座等を実施します。
 8 ・健康づくりのボランティアである健康推進員や食育推進ボランティアなど住民リーダーの
 9 活動を支援し、健康づくり・食育推進のための活動を促進します。
 10 ・「健康しが」共創会議に参画する企業等とともに、循環器病発症予防を視点に入れた活動
 11 創出等を推進します。

12
 13 (2)発症予防(受診支援や危険因子の管理)

14 適切な治療が受けられている(危険因子の管理ができています)

目標	評価指標	出典	現状値	目標
高血圧が改善される	収縮期圧の平均値	厚生労働省 NDB(40歳以上75歳未満)	男性 128.7 _{mmHg} 女性 124.0 _{mmHg} (R2年)	123.7 _{mmHg} 119.0 _{mmHg}
	高血圧性疾患の年齢調整外来受療率	患者調査	256.3 (R2年)	減少
脂質異常症の治療が受けられている	LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合	厚生労働省 NDB(40歳以上75歳未満)	男性 11.1% 女性 12.6% (R2年)	8.9%
	脂質異常症の年齢調整外来受療率	患者調査	85.7 (R2年)	減少
血糖コントロール不良者の減少	特定健診で HbA1c 8.0%以上の者の割合	厚生労働省 NDB(40歳以上75歳未満)	1.2% (R2年)	1.0%
ハイリスク者 ^{※6} が受診できる	ハイリスク者の医療機関受診率	(国保)特定健診	42.7% (R3年)	80%
不整脈による重篤な疾患が予防できる	心原性脳塞栓症患者数	滋賀県独自調査	487人 (R4年)	減少

15 ※6 II度高血圧、HbA1c7.0%以上、LDL180mg/dl以上、尿たんぱく2+、血清尿酸値 9.0 以上

16
 17
 18 現状と課題

19 原因となる疾患の適切な管理により循環器病の発症予防が期待できます。

20
 21 ・高血圧症は、脳卒中の最大の危険因子です。
 22 ・血圧は、収縮期血圧 140 mm Hg 以上、拡張期血圧 90 mm Hg 以上で、血管系の病気のリスクが急激に高まることがわかっています。
 23 ・血圧は健診や受診だけでなく、家庭用の自動血圧計も普及してきており簡単に測定できるようになってきています。
 24 ・高血圧症には、食事、運動といった生活習慣の改善が大切ですが、原因は様々です。

- 1 ・高血圧症を放置していると、脳卒中、心不全、心筋梗塞、狭心症、腎不全*、大動脈瘤などが
2 起こりやすくなります。
- 3 ・本県の国民健康保険の特定健診では、収縮期血圧の平均値は横ばいであり、高血圧性疾
4 患の年齢調整受診率も全国を上回っているため、栄養、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣の
5 改善が必要です。
- 6 ・生活習慣を改善しても効果が得られない場合は、血圧を下げる薬による治療を受けること
7 が必要です。
- 8
- 9 ・脂質異常症は、虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症等)の最大の危険因子です。また、脳卒中
10 の危険因子でもあります。
- 11 ・脂質異常症は、HDL コレステロール*(善玉コレステロール)、LDL コレステロール*(悪玉コ
12 レステロール)、中性脂肪の値によって診断されます。
- 13 ・脂質異常症は、血管の中で動脈硬化*を引き起こし、進行すると血管が狭くなり血液が通り
14 にくくなります。そのため、血管がつまる「心筋梗塞」や「脳梗塞」などを引き起こすことがあ
15 ります。
- 16 ・脂質異常症といわれて動脈硬化を予防するには、食事、適正体重の維持、運動、禁煙とい
17 った生活習慣の改善が必要です。
- 18 ・また、生活習慣の改善によっても効果が不十分であるなどの場合は服薬治療が必要にな
19 ります。
- 20 ・本県の、国民健康保険の特定健診では、LDL コレステロール値 160mg/dl以上の者の割
21 合は微増傾向にあり、改善されるよう取り組む必要があります。
- 22
- 23 ・糖尿病は、動脈硬化を引き起こす危険因子です。
- 24 ・糖尿病患者は、脳卒中や虚血性心疾患を起こすリスクが高いことがわかっています。
- 25 ・糖尿病の合併症を予防するために、HbA1c*をコントロールすることが大切です。
- 26 ・本県の国民健康保険の特定健診では、HbA1c が 7.0%以上の者の割合は増加傾向であ
27 るため、栄養、運動などの生活習慣の改善を促すような取組が必要です。
- 28
- 29 ・市町において健診の結果に基づく「ハイリスク基準」が決められており、受診勧奨判定値以
30 上の住民に対して、受診勧奨が行われています。
- 31 ・特定健診の受診率は年々上昇していますが、目標値とは乖離しているため受診勧奨に取り
32 組む必要があります。
- 33 ・未治療者や治療中断者の減少に向けて、医療機関受診や治療につながるよう取り組む必
34 要があります。
- 35
- 36 ・不整脈は、色々な種類があります。脈が速くなったり、ゆっくりになったり、不規則に打つ
37 などがありますが無症状のこともあります。
- 38 ・ペースメーカーは、徐脈が生じる不整脈に埋め込まれることが多いです。
- 39 ・不整脈のうちで心室細動など死に至るものもあります。
- 40 ・心房細動という不整脈によって起こる脳梗塞を心原性脳塞栓症と言いますが、高血圧や糖
41 尿病などのリスク因子を持っていることで引き起こされることがあります。
- 42 ・心原性脳塞栓症は発症すると重症化しやすいため、原因の1つである心房細動を早く発見
43 して、抗凝固療法等の診療ガイドラインに基づいた適切な治療を受けることが必要です。
- 44 ・心電図は、特定健診の基本的な検査項目には含まれていませんが、一定の基準のもとに医
45 師が必要と認めた場合に実施されています。

- 1 ・本県では、一部の市町で特定健診の集団健診受診者全員や希望する者に対して心電図検
 2 査を行っています。
- 3 ・近年、抗がん剤や放射線などのがん治療によって循環器系の合併症(心毒性)が起こること
 4 が分かってきました。また、がん自体が血栓をできやすくすることがあることもわかってき
 5 ました。がん治療の進歩により、がん患者の予後は年々改善していますが、その一方で高血
 6 圧症、心機能障害、血栓塞栓症、虚血性心疾患などを合併するリスクが高まることが知られ
 7 ています。これらの循環器合併症が起こると、がん治療の変更や中止を余儀なくされ、十分
 8 ながん治療が受けられなくなる可能性があります。それを防止するためにも定期的な健診
 9 や受診による発症予防や早期発見が重要です。
- 10 ・服薬については、どの薬も決められた通りに服用することが大切です。
- 11
- 12 ・県政モニターアンケートでは、脳卒中や心筋梗塞の危険因子について回答を求めたところ、
 13 高血圧の影響について 90%程度認知されていましたが、脂質異常症は 80%程度、歯周病
 14 との関連は60%程度の認知度でした。
- 15 ・生活習慣病が循環器病の危険因子であることが認知されて、適切な管理や治療が受けら
 16 れていることが大切です。
- 17

18 【表5】高血圧性疾患の年齢調整外来受療率(%)

	H23年	H26年	H29年	R2年
滋賀	314.4	274.1	261.3	256.3
全国	276.5	262.2	240.3	216.9

19 厚生労働省 患者調査

【表6】脂質異常症の年齢調整外来受療率(%)

	H23年	H26年	H29年	R2年
滋賀	72.8	80.9	61.0	85.7
全国	71.7	67.5	64.6	66.8

20 厚生労働省 患者調査

21 【表7】収縮期圧の平均値(mmHg)

	H22年	H27年	H30年	R3年
男性	130.2	130.2	132.5	131.4
女性	127.8	127.9	131.0	129.9

22 国民健康保険 特定健診

【表8】LDL コレステロール値 160mg/dl以上の者の割合(%)

	H22年	H27年	H30年	R3年
男性	10.6	9.0	6.0	7.3
女性	16.3	14.2	10.5	11.4

23 国民健康保険 特定健診

24 【表9】糖尿病治療中の者で HbA1c が 7.0%以上の者の割合(%)

	H22年	H27年	H30年	R3年
滋賀	45.8	37.7	37.2	38.0

25 国民健康保険 特定健診

26

27

28

29

30

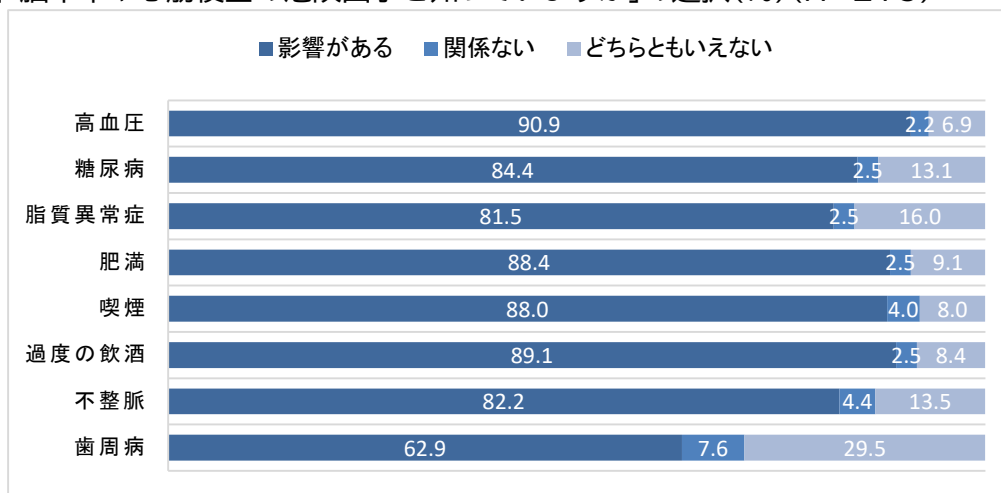
31

32

33

34

1 【図23】「脳卒中や心筋梗塞の危険因子を知っていますか」の選択(%)(N=275)



14 令和5年度県政モニターアンケート

16 **取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～**

18 **【受診支援の充実】**

- 19 ・特定健診の結果、受診勧奨値以上であった人が、確実に医療機関へ受診できるよう、各保
- 20 険者が働きかけを行う体制づくりを支援します。
- 21 ・特に、脂質異常症(LDL180mg/dl 以上)、高血圧(Ⅱ、Ⅲ度以上)の者の受診勧奨を徹底
- 22 します。
- 23 ・循環器病のリスク因子である糖尿病の重症化予防のため、糖尿病性腎症重症化予防プロ
- 24 グラムをもとに、県、市町、医師会、保険者等関係団体と連携して、受診後のフォロー体制づ
- 25 くり、コントロール不良者に対する医療機関と連携した保健指導、治療継続のための支援の
- 26 実施など各地域の実情に応じた取組を進めます。
- 27 ・長期にわたるがん治療(抗がん剤や放射線治療)による循環器病のリスクやがんに伴う血
- 28 栓症のリスクに関する情報提供を実施します。

30 **【保健指導の充実】**

- 31 ・脳血管疾患の発症予防のために「脳卒中治療ガイドライン」に基づき、危険因子(①高血圧
- 32 ②糖尿病③脂質異常症(高LDLコレステロール)④心房細動⑤喫煙⑥大量飲酒)の減少を目
- 33 指し特定健診・保健指導を中心に取り組みます。
- 34 ・虚血性心疾患の発症予防のために「虚血性心疾患一次予防ガイドライン」に基づき、危険因
- 35 子(①脂質異常症②高血圧③糖尿病④肥満⑤メタボリックシンドローム*⑥慢性病⑦喫煙)の
- 36 減少をめざし、一次予防に有効とされる身体活動の増加と栄養の改善を図る事業や特定健
- 37 診・特定保健指導を中心に取り組みます。

39 **【不整脈の管理の推進】**

- 40 ・不整脈に気づくことで、適切な治療につながるよう対策を検討します。
- 41 ・必要な人に、治療(抗凝固療法等)ができていないか現状の把握について検討します。
- 42 ・脈拍を自己チェックするなどの自己管理の啓発を行います。

1 (3)突然の発症時の対応(応急手当・救急要請)

2 突然の症状出現時に対応ができる

目標	評価指標	出典	現状値	目標
脳卒中の前駆症状を知っている	一過性脳虚血発作(TIA)症状の認知度	県政モニターアンケート	69.8% (R5年)	モニタリング
目の前で人が突然倒れた際に心肺蘇生など応急手当ができる	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合	消防庁「救急救助の状況」	54% (R3年)	向上
	応急手当が実施できる、多分できると思うと回答した割合	県政モニターアンケート	44.4% (R5年)	モニタリング
バイスタンダー*が AED 操作や救命措置ができる	心肺機能停止傷病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	消防庁「救急救助の状況」	19件 (R3年)	増加

3

4 **現状と課題**

5 ・一過性脳虚血発作(TIA:transient(一過性の) ischemic(血流が乏しくなる) attack
6 (発作))とは、脳の一部の血液の流れが一時的に悪くなることで、半身の運動まひなどの症
7 状が現れ、多くは数分から数十分で完全に消えます。

8 ・一過性脳虚血発作は、脳卒中の前ぶれで、今後脳卒中を発症する恐れがあるため早急な受
9 診が必要です。

10 ・県政モニターアンケートでは、69.8%が一過性脳虚血発作について「よく知っている」「前
11 ぶれがあることは知っている」と回答されており、周知に加えて対応できるように啓発する
12 ことが必要です。

13 ・また、「F. A. S. T」という脳卒中の代表的な3つの症状の有無と発症時刻を確認して、一刻
14 も早く救急受診するよう呼びかけるスローガンがあります。

15 ・「F. A. S. T」のF(Face)は顔の麻痺、A(Arm)は腕や身体の麻痺、S(Speech)は言葉の
16 障害、T(Time)はすぐに病院に行く、ことです。

17 ・症状があっても「軽いから」と様子見をしたり、「この程度で救急車は呼べない」と救急要請
18 をしないことがあります。脳卒中は時間との勝負ですので早期の治療が必要です。しかし
19 実際は、発症してから時間が経過したり、倒れてから発見に時間を要したりすることがあり
20 ます。

21 ・症状に気づいたら本人または周囲の人が速やかに救急要請を行うことが重要です。

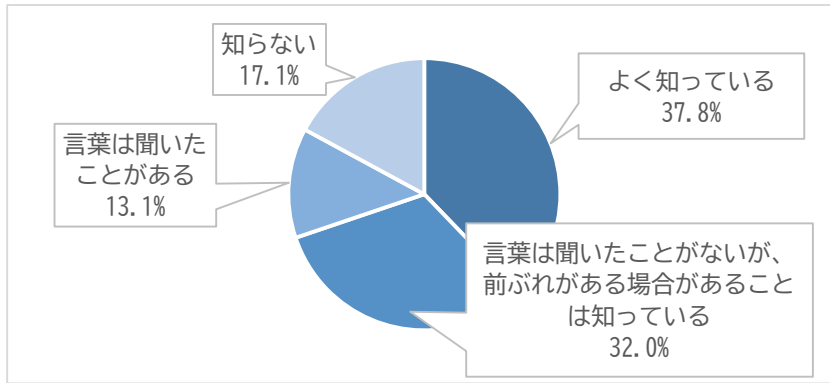
22 ・しかし、周囲に誰もいない場合や独居で発症時に救急要請ができず、発見が遅れて死亡に
23 至る、重篤な後遺症が残るなどもあるため、家族や地域住民の見守りの他、ICT を活用した
24 支援が求められています。

25 ・救急現場に居合わせた人で発見者、同伴者等をバイスタンダーと言います。(以下「バイスタ
26 ンダー」という。)

27 ・令和3年(2021年)中における全国の救急隊が搬送した心肺機能停止傷病者数のうち、救
28 急隊が到着するまでに一般市民により応急手当が実施された場合の傷病者の1か月後の生
29 存者数は約 2倍であり、救命効果が高くなっています。

- 1 ・本県においても、一般市民により心肺蘇生や除細動が実施されています。
- 2 ・このようにバイスタンダーが応急手当やAED等を使用して行う心肺蘇生が、その人の予後
- 3 により影響を与えることが多くなっています。
- 4 ・普通救命講習会は毎年開催されています。令和5年度(2023年度)の県政モニターアンケートでは、実際に現場で応急手当が出来そうと答えた県民は 44.4%となっています。

【図24】脳卒中の前駆症状を知っているか(N=275)



令和5年度(2023年度)県政モニターアンケート

【表10】F. A. S. T

	F(Face)	A(Arm)	S(Speech)	T(Time)
部位	顔	腕	言葉	すぐ受診
症状	・片側の顔がゆがむ ・笑顔がつかれない	・片側の手や腕に力が入らない	・言葉が出るまでに時間がかかる	・症状に気づいたらすぐに受診
対応	・口から食べ物がこぼれる	・腕を上げたままキープが出来ない	・ろれつが回らない	

【表11】普通救命講習会の開催回数と参加人数

	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
回数	1,023	1,034	921	791	736	199	239
人数	20,338	18,945	16,957	13,151	12,539	2,859	2,489

消防庁「救急・救助の状況」

【表12】一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数

	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
滋賀県	139	131	118	123	145	143	137
全国	13,672	14,354	14,448	14,965	14,789	14,974	15,225

消防庁「救急・救助の状況」

【表13】一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合

	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
滋賀県	56%	56%	54%	56%	66%	62%	54%

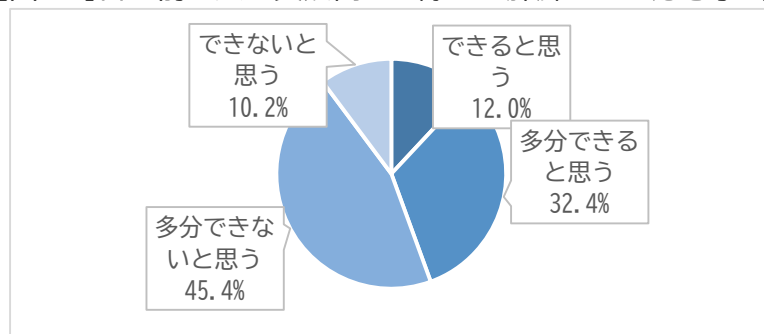
消防庁「救急・救助の状況」

【表14】心肺機能停止傷病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

	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
滋賀県	19	25	22	18	20	22	19
全国	1,815	1,968	-	2,018	2,168	1,792	1,719

消防庁「救急・救助の状況」

【図25】目の前で人が突然倒れた際に心肺蘇生など応急手当ができるか(N=275)



令和5年度(2023年度)県政モニターアンケート

取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～

【適切な救急要請と早期受診の推進】

- ・脳卒中の「F. A. S. T」(表10)など救急要請が必要な症状と迅速な救急要請について県民に啓発します。
- ・一過性脳虚血発作について、早期の受診ができるよう県民に啓発します。
- ・循環器病の早期受診による悪化予防と後遺症の軽減について県民に啓発して早期の受診につなげます。
- ・新興感染症等の発生や流行下においても、身体の異常を感じる場合は受診するように県民へ啓発を行います。
- ・消防機関と連携して、企業や自治会、学校等の様々な場で、傷病者に対する応急手当や心肺蘇生法*の啓発・研修を行います。
- ・医療機関の適切な選択、救急車の正しい利用方法やかかりつけ医を持つことの重要性の啓発に努めます。

コラム ～F. A. S. Tについて～

脳卒中の代表的な3つの症状の有無と症状が出た時間を確認して、すぐに救急受診をするよう呼びかけるスローガンです。

数分から数時間でいのちに関わることも多いため、1分でも早く治療を受けることが非常に重要です。

以下のような症状がみられた場合、一旦症状が治まったとしても、すぐに受診が必要です。



2 循環器病の医療提供体制の充実

分野目標 (めざす姿) 県民のあるべき姿

年齢調整死亡率が減少している

目標	評価指標	出典	現状値	目標
年齢調整死亡率が減少する	脳血管疾患年齢調整死亡率(人口10万人対)	人口動態統計特殊報告(5年に1回)・人口動態統計(県衛生科学センター)	男性 73.7 女性 49.6 (R3年県)	男女とも減少
	虚血性心疾患年齢調整死亡率(人口10万人対)		男性 75.5 女性 32.4 (R3年県)	男女とも減少
	大動脈瘤および解離年齢調整死亡率(人口10万人対)		男性 13.6 女性 11.9 (R3年県)	男女とも減少
	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率	消防庁「救急救助の状況」	15.9% (R3年)	増加

早期治療と適切な医療により後遺症が抑えられている
(3(1)リハビリテーションの分野目標でもある)

目標	評価指標	出典	現状値	目標
後遺症が残らない・後遺症が改善する	脳卒中初発の退院時 mRS ^{※7} (0~2)の割合	滋賀県調査	48.7% ^{※8} (R4年)	増加
	脳血管リハビリテーション実績指数 ^{※9}	滋賀県調査	49.36点 (R5年8月)	向上
	在宅等の場に復帰した脳血管疾患の割合	患者調査	54.1% (H29年)	増加
	一般市民が目撃した心原性心肺停止傷病者の1か月後社会復帰率	消防庁「救急救助の状況」	13.1% (R3年)	増加

※7 mRS

mRS(modified Rankin Scale)	
0	まったく症候がない
1	症候があっても明らかな障害はない: 日常の勤めや活動は行える
2	軽度の障害: 発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える
3	中等度の障害: 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える
4	中等度から重度の障害: 歩行や身体的要求には介助が必要である
5	重度の障害: 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする
6	死亡

※8

一次脳卒中センター13施設中11施設の割合の平均

※9 実績指数

回復期リハ病床で、リハビリテーションを提供したことによる改善を示す数値。FIM得点(機能的自立度評価法)を用いる。

2 循環器病の医療提供体制の充実 分野の現状と課題

- ・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ることも多いです。
- ・循環器病の治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、発症後に早急に適切な医療を行うことで、予後の改善につながります。
- ・急性期診療においては、疾患に応じて、地域における複数の医療機関が連携して 24 時間体制で対応することが求められています。
- ・医療および介護サービスの需要増大や多様化に対応し続けるためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要があります。

<中間目標> 取組の方向性 分野目標を達成するために必要なこと
発症後の搬送体制や早期の専門的な医療体制が構築されている

(1)救急搬送体制の整備

発症後の速やかな搬送体制が構築されている

目標	評価指標	出典	現状値	目標
搬送先が明確である	重症患者における受け入れ医療機関決定までの紹介回数が4回以上の割合	救急搬送実態調査	0.2% (R3年)	0.1%未満 現状維持
救急要請から医療機関への搬送に時間を要しない	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	消防庁「救急救助の状況」	34.8分 (R3年)	短縮
救急要請から専門医療機関への搬送ができる	一次脳卒中センターに一次搬送できた割合	救急年報報告	89.1% (R3年)	現状維持
特定行為が可能な救急救命士が増える	気管挿管認定者数 薬剤投与認定者数	県医療政策課	230人 472人 (R4年度)	増加

【現状と課題】

- ・救急患者の症状等に応じた搬送および医療機関による受入れをより円滑に行うため、消防法の規定に基づく「傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準」(以下「実施基準」という。)を策定しています。
- ・実施基準に基づく搬送、受入れ状況調査、内容の検討、実施基準の見直し等の協議をメディカルコントロール協議会*で行っています。
- ・急病により搬送された人のうち、脳疾患や心疾患の患者は、その他の患者に比べ、死亡を含む重症割合が高くなっています。
- ・そのため、救命救急センターの他、脳疾患については日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センターなど高度な医療を提供できる医療機関への搬送が必要です。
- ・脳卒中の可能性を早期に予測し、一次脳卒中センターへ搬送するため、実施基準ではシンシナティ病院前脳卒中スケール(CPSS)等の活用を推奨しています。
- ・本県の救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間は34.8分(令和3年)で全国平均と比べて良好です。
- ・救急救命士は、救急現場から医療機関への搬送までの間、緊急の必要がある場合に、医師

1 による指示・指導・助言(無線を使用)のもとで、気管挿管や薬剤投与(以下「特定行為」とい
 2 う。)をメディカルコントロール協議会の認定を受けることにより実施できます。
 3 ・救急隊員が現場で行う循環器病の鑑別、緊急度判断を訓練や各種研修会により適切にで
 4 きるように努めています。
 5 ・本県の一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率、1か月後社会復
 6 帰率は全国と比べて良好です。
 7 ・救急搬送体制の整備については、「滋賀県保健医療計画」の「救急医療」との整合を図り推
 8 進する必要があります。
 9 ・今後、新興感染症の発生やまん延、災害時等の有事を見据えて、感染症患者や被災者等に
 10 対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も
 11 適切に図ることができるような医療提供体制の構築が必要です。

12
13 【表15】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(分)

	H30年	令和元年	令和2年	令和3年
滋賀県	33.3	32.6	33.6	34.8
全 国	39.5	39.5	40.6	42.8

14 消防庁「救急・救助の状況」

15
16 【表16】急病にかかる疾病分類別搬送人員(消防本部ごと)令和3年中

		滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	彦根	湖北	高島
脳疾患	搬送人数	2,583	758	396	193	327	284	488	137
	割合	6.8%	7.6%	4.7%	5.7%	5.1%	8.1%	11.0%	8.3%
心疾患	搬送人数	2,928	625	606	206	434	384	490	183
	割合	7.7%	6.2%	7.1%	6.0%	6.8%	11.0%	11.1%	11.1%

17 消防庁「救急・救助の状況」

18
19 【表17】県内一次脳卒中センター(PSC)に一次搬送(令和3年中)

脳疾患搬送人員	うちPSC搬送人員	PSC搬送割合
2,583	2,302	89.1%

20 「救急年報報告」集計

21
22 【表18】令和3年(2021年)中 急病に係る疾病分類別傷病程度別搬送人員

疾病分類	疾病程度				合計	重症(死亡を含む割合)
	死亡	重症	中等症	軽症		
脳疾患	16	404	1,662	501	2,583	16.3%
心疾患	183	520	1,452	773	2,928	24.0%
総 計	501	1,740	14,559	21,058	37,858	5.9%

23 消防庁「救急・救助の状況」

24
25 【表19】一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率(%)

	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
滋賀県	16.8	16.4	17.4	16.4	19.0	19.7	15.9
全 国	13.0	8.6	13.5	13.9	13.9	12.2	11.1

消防庁「救急・救助の状況」

1 【表20】一般市民が目撃した心原性心肺停止傷病者の1か月後社会復帰率(%)

	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
滋賀県	10.8	11.2	12.8	11.9	13.1	14.8	13.1
全 国	8.6	8.7	8.7	9.1	9.0	7.5	6.9

2 消防庁「救急・救助の状況」

3
4 **取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～**

- 5
6 ・地域メディカルコントロール協議会や病院等との連携により救急救命士の確保および特定
7 行為にかかる技術水準の向上を図り、救命率の向上や予後の改善を推進します。
8 ・県メディカルコントロール協議会において実施基準の検討・見直しを適宜行います。
9 ・平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、循環器病患者を迅速
10 かつ適切に急性期医療を提供できる医療機関へ搬送できる体制の推進を図るため、地域の
11 実情に応じて検討していきます。

12
13
14 **(2)脳卒中医療提供体制の整備**

15 早期に専門的な治療が可能な連携体制が構築され、質の高い医療が提供されている

目標	評価指標	出典	現状値	目標	
適応者に速やかにrt-PA静脈療法*が開始できる	来院後1時間以内(発症4.5時間以内)rt-PA静脈療法実施件数	滋賀県独自調査(一次脳卒中センター認定医療機関対象)	136件(R4年)	血栓回収療法と合わせて増加	
	来院からrt-PA静脈療法開始までの時間の中央値		77.0分(R4年)	短縮	
適応者に速やかに血栓回収療法*が実施できる	脳血栓回収療法実施件数		184件(R4年)	rt-PA実施件数と合わせて増加	
	来院から動脈穿刺までの時間の中央値		98.5分(R4年)	短縮	
くも膜下出血の手術ができる	脳動脈瘤によるくも膜下出血に対するクリッピング術*実施件数		46件(R4年)	モニタリング	
	脳動脈瘤によるくも膜下出血に対するコイル塞栓術*実施件数		90件(R4年)	モニタリング	
深部静脈血栓症の合併症の予防ができる	深部静脈血栓症予防の施行率			76.4%(R4年)	100%
急性期脳卒中患者に対する嚥下訓練ができる	摂食機能療法*(1日につき30分以上)の割合		厚生労働省NDB-SCR*	124.3(R2年)	維持～増加
早期にリハビリテーションを開始できる	早期リハビリテーションの実施件数	厚生労働省NDB-SCR	94.3(R2年)	増加	

【現状と課題】

・本県の脳血管疾患の死亡は令和3年(2021年)中 905 人で、全死亡者 13,674人中 6.6%を占めています。内訳は、脳梗塞 514人(56.8%)、脳出血277人(30.6%)、くも膜下出血 103人(11.4%)、その他の脳血管疾患 11人(1.2%)となっています。

・令和3年(2021年)の脳血管疾患年齢調整死亡率(人口 10 万対)は、男性73.7(全国93.7)、女性49.6(全国55.1)となっており、全国と比べると低くなっています。(人口動態統計から滋賀県衛生科学センター算出)

・脳神経外科医数について、全国、滋賀県ともに平成26年(2014年)以降は増加傾向にありましたが、令和2年(2020年)は減少しています。滋賀県は脳神経外科医数について、全国平均よりも少ない状況です。脳神経内科医数は全国平均よりも高く、増加傾向にあります。

・脳卒中の医療体制については、令和元年(2019 年)から日本脳卒中学会では、「地域医療機関や救急隊からの要請に対して、24 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(rt-PA 静注療法を含む)を開始できる」等の要件を満たす医療機関を「一次脳卒中センター」として認定しています。

・また、一次脳卒中センター(PSC)のうち、「血栓回収治療実績が年間12例以上」「脳卒中相談窓口の設置」等の要件を満たす医療機関を「一次脳卒中センター(PSC)コア」として認定しています。

・本県では、二次保健医療圏域に1か所以上一次脳卒中センター(PSC)が認定されています。

・一次脳卒中センター(PSC)コアとしては、滋賀医科大学医学部附属病院、大津赤十字病院、彦根市立病院、市立長浜病院で認定されています。

・脳血栓回収療法についてはすべての一次脳卒中センターで実施することができないため、実施可能な一次脳卒中センターと連携して搬送する体制が取られています。

・rt-PA 静脈療法や脳血栓回収療法の実施症例は年々増加してきています。適応症例に対する治療は、発症から時間を経過すればするほど予後が悪くなるため、発症後速やかに救急要請し、治療を開始することが重要です。

・本県の一次脳卒中センターに対する調査では、来院から rt-PA 静注療法までの時間の中央値の平均は77.0分で、来院から血栓回収療法の開始までの時間の中央値は98.5 分となっています。

・本県で脳卒中専用病室(SCU)*の施設基準に係る届出をしている医療機関は滋賀医科大学医学部附属病院・済生会滋賀県病院・市立長浜病院の3か所となっています。

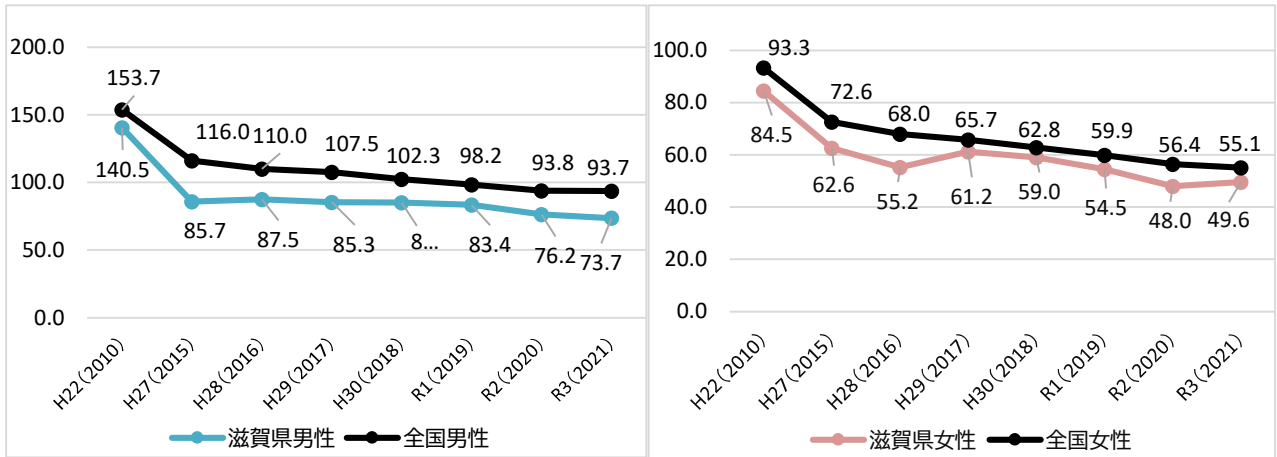
・合併症の予防や後遺症を残さないために深部血栓症の予防や、嚥下訓練、早期のリハビリテーションの開始が必要です。

・脳卒中の急性期医療は、検査や点滴、手術といった一連の治療が 24 時間 365 日可能な医療機関は限られていますが、高度な医療が休日や夜間等にも対応できる診療提供体制の構築が必要です。

・有事では急性期医療機関の診療負担が増えることから、急性期病院と回復期・慢性期病院との連携を円滑するため、効率的な役割分担の在り方等を検討することが重要です。

・本県の在宅等の場に復帰した患者の割合は、54.1%で(全国 57.4%)となっており、約 5割近くの患者が在宅生活に復帰できていない状況です。

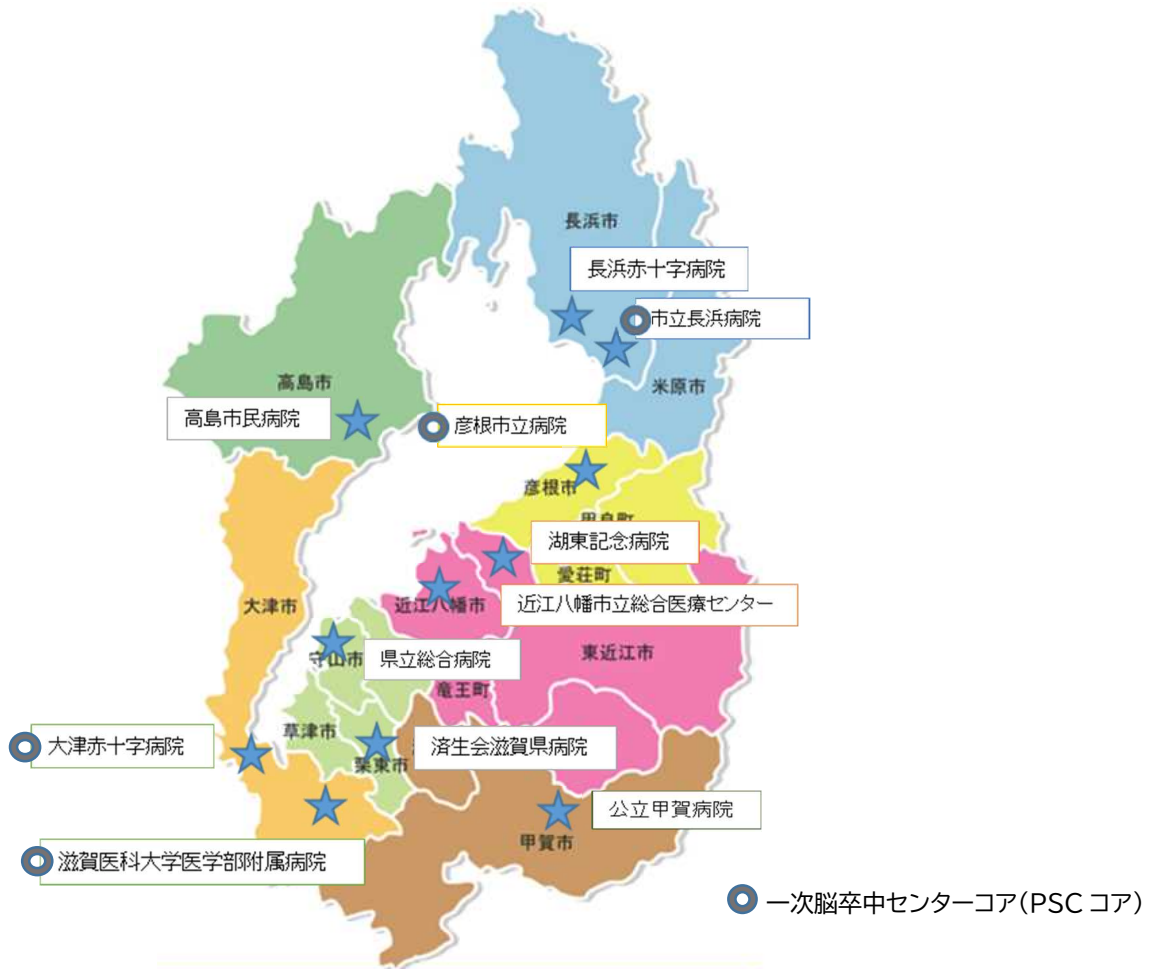
【図26】滋賀県と全国の脳血管疾患年齢調整死亡率の推移(人口10万対)



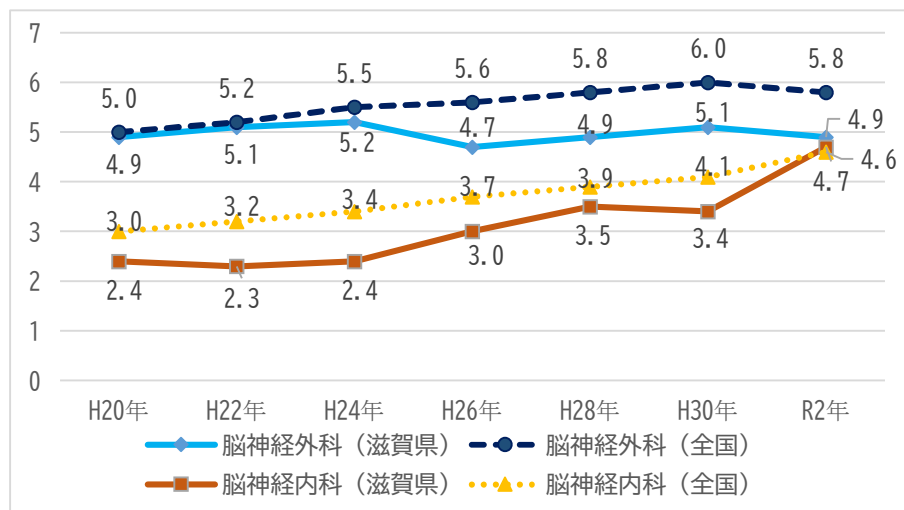
人口動態統計から衛生科学センター算出

(全国との比較は、5年に1度の人口動態統計特殊報告により行います。H27年報告が直近です)

【図27】本県の日本脳卒中学会認定一次脳卒中センター(PSC)一覧(令和5年10月現在)



1 【図28】脳神経外科医・脳神経内科医(主たる診療科)の医師数(人口10万対)



厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査

16 【表21】rt-PAによる脳血栓溶解療法と脳血栓回収療法実施件数

	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年 ^{※10}	R3年	R4年
rt-PA療法	146	—	150	198	170	176	136
血栓回収	81	—	109	109	169	189	184
計	227	—	259	368	339	365	320

滋賀県独自調査

※10 R2年以降は日本脳卒中学会報告に合わせて年度から年々照会変更

19 **取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～**

21 **【脳卒中医療提供体制の整備】**

- 22 ・医療機関の連携による24時間365日専門医療の提供が可能な体制の確保を行います。
- 23 ・脳卒中医療に従事する人材の確保に努めます。
- 24 ・誤嚥性肺炎や深部静脈血栓症等の急性期の合併症予防および治療が行えるよう努めます。
- 25
- 26 ・一次脳卒中センターをはじめとした急性期治療を行う医療機関は、来院後速やかに専門的
- 27 治療が開始できる院内体制の構築を図るとともに、rt-PA 静注療法による脳血栓溶解療法、
- 28 脳血管内治療による脳血栓回収療法に対応できるよう努めます。
- 29 ・県は、rt-PA 静注療法による脳血栓溶解療法、脳血管内治療による脳血栓回収療法の治
- 30 療実績状況の把握に努めます。
- 31
- 32 ・急性期治療において医療需要や24時間365日急性期の専門的治療が必要な症例に対
- 33 応できる病院が限られていることから、二次保健医療圏の枠組みにとらわれないネットワ
- 34 ックの構築を検討します。
- 35 ・急性期医療機関において、身体機能の早期改善のために早期にリハビリテーションが開始
- 36 できる体制整備に努めます。
- 37 ・県は、急性期医療機関における退院時の重症度評価の把握に努めます。
- 38 ・各圏域における脳卒中地域連携クリティカルパスの活用状況に応じ、急性期から回復期、
- 39 維持期、在宅に至るまでの切れ目のない連携を図ります。
- 40 ・感染症発生・まん延時や災害等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕
- 41 組みづくりに向けて検討していきます。

1 (3)心疾患医療提供体制の整備

2 早期に専門的な治療が可能な連携体制が構築され、質の高い医療が提供されている

目標	評価指標	出典	現状値	目標
適応者に速やかに経皮的冠動脈インターベンション(PCI)*治療を開始できる	急性心筋梗塞患者の来院時からPCI施行までの所要時間が90分以内の患者の割合(中央値)	滋賀県独自調査(心外標榜病院)	68.2% (R4年)	増加
	来院からPCI施行までの時間の中央値		77.0分 (R4年)	短縮
	急性心筋梗塞に対するPCIの実施	厚生労働省NDB-SCR	188.7 (R2年)	モニタリング
適応者に冠動脈バイパス術*が実施できる	冠動脈バイパス術実施件数	滋賀県独自調査(心外標榜病院)	149件 (R4年)	モニタリング
	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺不使用)	厚生労働省NDB(人口10万人対)	7.3 (R2年)	モニタリング
大動脈瘤手術が実施できる	胸部大動脈手術件数	滋賀県独自調査(心外標榜病院)	273件 (R4年)	モニタリング
	腹部大動脈手術件数		244件 (R4年)	モニタリング
早期に退院ができる	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	患者調査	6.8日 (R2年)	短縮
不整脈の治療が受けられている	カテーテルアブレーション*(カテーテル心筋焼灼術)が可能な二次保健医療圏域	滋賀県独自調査	6圏域	全圏域

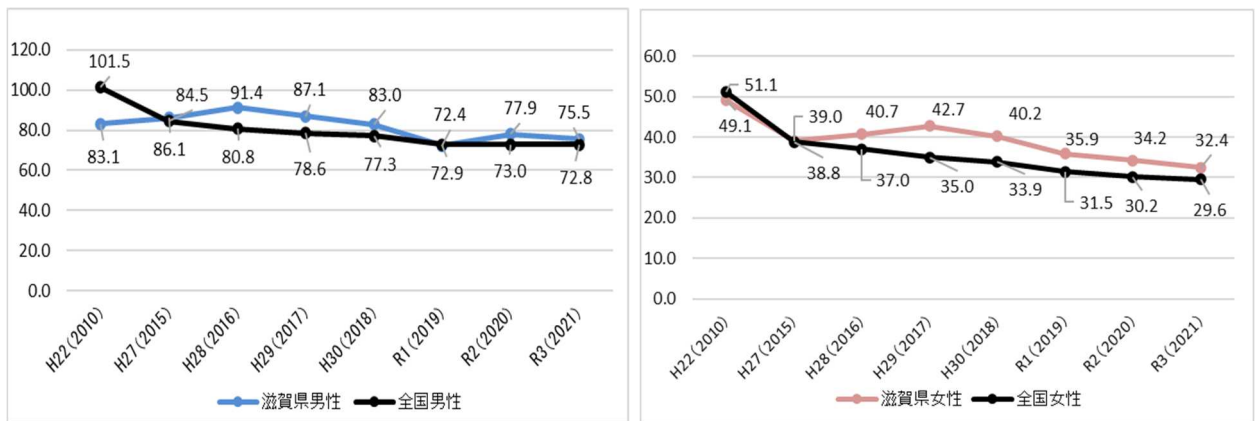
3

4 **【現状と課題】**

- 5 ・本県の心疾患の死亡は令和3年(2021年)中 2,099人で、全死亡者 13,674人中
6 15.4%を占めています。内訳は、心不全 859人(40.9%)、急性心筋梗塞542人
7 (25.8%)、不整脈伝導障害252人(12.0%)、その他の虚血性心疾患210人(10.0%)、
8 慢性非リウマチ性心内膜 137人(6.5%)、その他99人(4.7%)となっています。
- 9 ・令和3年(2021年)の虚血性心疾患年齢調整死亡率(人口 10 万対)は、男性75.5(全国
10 72.8)、女性32.4(全国29.6)となっており、女性は全国と比べると高くなっています。
11 (人口動態統計から滋賀県衛生科学センター算出)
- 12 ・本県の循環器内科医数は増加傾向にあり、全国平均よりも多い状況です。心臓血管外科医
13 数は横ばい傾向にあり、全国平均よりも少ない状況です。
- 14 ・本県の虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は6.8日(全国12.7日)となっています。
- 15 ・心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や疾患によって治療
16 法や予後が大きく変わります。
- 17
- 18 ・救急医療は、来院後 30 分以内に専門的治療を開始することが目標となっています。
- 19 ・急性心筋梗塞の救命改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生や自
20 動体外式除細動器(AED)等の実施、その後の救命処置が実施されることが重要です。
- 21 ・急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST上昇*型心筋

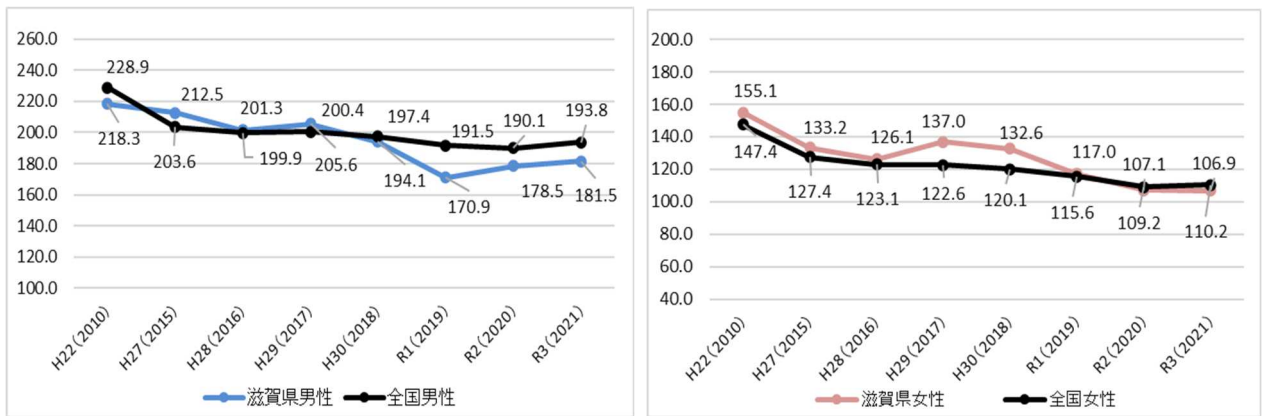
1 梗塞、非ST上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われています。
2 ・ST上昇型的心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査を行い適応があれば冠動脈インターベンシ
3 ョン(PCI)を行い、来院後90分以内の冠動脈再開通が求められています。
4 ・発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高いです。
5 ・本県の心臓血管外科を標ぼうしている病院に対する調査では、来院から経皮的冠動脈イン
6 ターベンション(PCI)治療までの中央値の平均は、77.0分で、90分以内に実施した患者
7 は68.2%となっています。
8 ・虚血性心疾患だけでなく、不整脈や心筋症なども、心原性ショックの原因となるため迅速
9 な対応が必要です。
10 ・不整脈の治療として行われるカテーテルアブレーションは、6圏域で実施が可能となってい
11 ます。
12 ・本県では、心筋梗塞等の心血管疾患の治療に関する体制について24時間365日体制(オ
13 ンコールを含む)で検査・治療ができる医療機関は、市立大津市民病院、大津赤十字病院、滋
14 賀医科大学医学部附属病院、JCHO 滋賀病院、琵琶湖大橋病院、淡海医療センター、済生会
15 滋賀県病院、県立総合病院、公立甲賀病院、近江八幡市立総合医療センター、湖東記念病院、
16 彦根市立病院、市立長浜病院、高島市民病院の14所です。
17
18 ・心筋梗塞患者に対する心臓リハビリテーションは、合併症の再発の予防、早期の在宅復帰
19 および社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教
20 育等を実施します。
21 ・心臓リハビリテーションは、トレッドミル*や自転車エルゴメーター*を用いて運動耐容能を評
22 価した上で、運動処方を作成し、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善する
23 ことを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種チームにより実施してい
24 ます。
25 ・本県の大動脈瘤および解離での死亡は令和3年(2021年)中で183人となっています。
26 ・令和3年(2021年)の大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率(人口10万対)は、男性13.
27 6(全国17.3)、女性11.9(全国10.8)で、男性は全国値より低く、女性はやや高値となっ
28 ています。
29 ・急性大動脈解離や大動脈瘤破裂は、死亡率が高く予後不良な疾患ですが、緊急手術が可能
30 な医療機関は限られています。
31 ・本県では、大動脈解離に対する緊急手術の対応は、市立大津市民病院、大津赤十字病院、
32 滋賀医科大学医学部附属病院、淡海医療センター、済生会滋賀県病院、県立総合病院、湖東
33 記念病院、近江八幡市立総合医療センター、市立長浜病院の9病院で可能ですが、滋賀医科
34 大学医学部附属病院が、全圏域をカバーしています。
35 ・有事では急性期医療機関の診療負担が増えることから、急性期病院と回復期・慢性期病院
36 との連携を円滑するため、効率的な役割分担の在り方等を検討することが重要です。
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

1 【図29】全国と滋賀県の虚血性心疾患の年齢調整死亡率の推移(人口10万対)



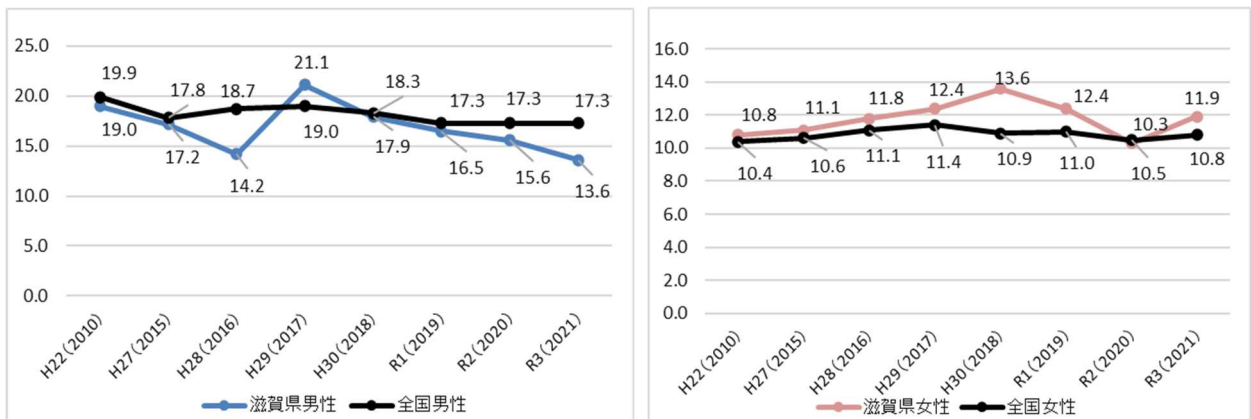
人口動態統計から衛生科学センター算出

14 【図30】心疾患(高血圧症を除く)年齢調整死亡率(人口10万対)



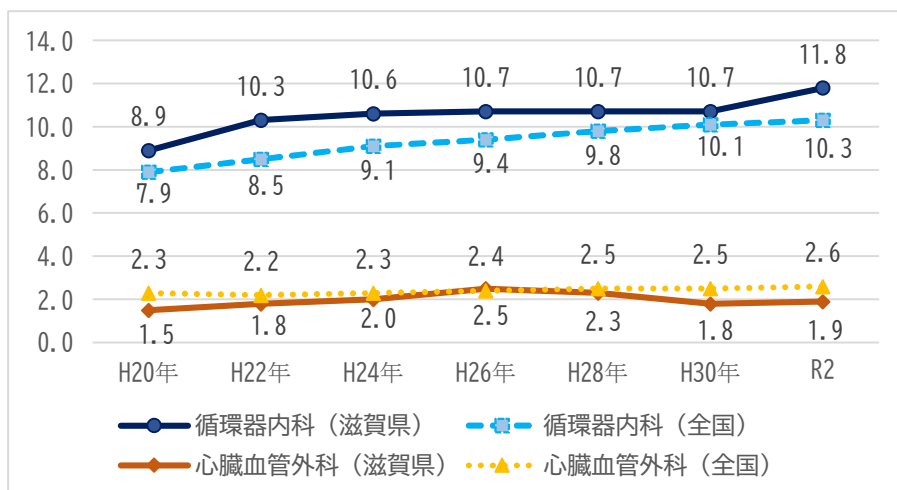
人口動態統計から衛生科学センター算出

27 【図31】大動脈瘤および解離年齢調整死亡率(人口10万対)



人口動態統計から衛生科学センター算出

【図32】心臓血管外科医・循環器内科医(主たる診療科)の医師数(人口10万対)



厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査

取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～

【心疾患医療提供体制の整備】

- ・医療機関の連携による24時間365日専門医療の提供が可能な体制の確保を行います。
- ・心疾患医療に従事する人材の確保に努めます。
- ・急性期医療を提供する病院において、来院後速やかに初期治療を開始するとともに、できる限り来院後30分以内に専門的な治療が開始できる体制づくりを進めます。
- ・不整脈に対して二次保健医療圏域で適切な治療が行えるよう努めます。
- ・再発予防や基礎疾患・危険因子の管理、心臓リハビリテーション等のために、定期的な専門的検査のほか、地域の診療所や訪問看護ステーション、薬局、介護支援専門員、介護保険事業所等が連携し、安心して在宅療養が送れる体制づくりを推進します。
- ・急性期だけでなく、回復期、維持期において継続した心臓リハビリテーションが行える体制づくりを推進します。
- ・感染症発生・まん延時や災害等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりに向けて検討していきます。

3 暮らしを支える共生社会の推進

分野目標 (めざす姿) 県民のあるべき姿

再発・重症化予防ができる

目標	評価指標	出典	現状値	目標
再発予防ができる	脳卒中の再発率 (発症登録者のうち、 再発者が占める割合)	滋賀医科大学 (脳卒中デー タセンター)	24.4% (2011~2016年)	減少
重症化予防ができる	心不全の再入院率 平均値 (半年後・1年後)	滋賀県独自調 査	14.9% (R4年)	減少
			17.0% (R4年)	

3 暮らしを支える共生社会の推進 分野の現状と課題

循環器病のうち、脳卒中や急性心筋梗塞等の虚血性心疾患については、保健医療計画によりこれまで医療体制を中心に整備が行われてきました。

医療の進歩による治療の高度化・平均寿命の延伸に伴い、循環器病患者の増加が見込まれており、また、脳卒中は様々な後遺症を残すことが多いものの、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出来るよう、さらに地域包括ケアシステムの構築を進めていく必要があります。

また、病気と共生するための幅広い社会連携に基づく取組もあわせて進めることが望まれています。

<中間目標> 取組の方向性 分野目標を達成するために必要なこと
地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会*の実現に向けた取組を進める

(1)リハビリテーションの充実

必要なリハビリテーションが切れ目なく受けられる体制が構築されている

脳卒中

目標	評価指標	出典	現状値	目標
早期にリハビリテーションを開始できる	早期リハビリテーションの実施件数	厚生労働省 NDB-SCR	94.3 (R2年)	増加
回復期リハビリテーション病院(病棟)*で十分なリハビリテーションが受けられる	病院の退院患者平均在院日数(脳血管疾患)	患者調査	132.3日 (R2年)	短縮
	回復期リハビリテーション病棟	滋賀県調べ	全圏域 7/7 14 病院	維持

1 心疾患

目標	評価指標	出典	現状値	目標
全保健医療圏域で心臓リハビリテーションが医療機関で提供されている	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な二次保健医療圏域	近畿厚生局 HP	6圏域	全圏域
心臓リハビリテーションに携わる多職種の人的資源が確保されている	施設基準を満たしている施設数	近畿厚生局 HP	I・II 19か所	増加
心臓リハビリテーションが実施できる場所が充実している	心臓リハビリテーションが提供できる医療機関数、場所数	近畿厚生局 HP 滋賀県調査	I・II 19か所 運動施設： 今後把握	増加
心血管疾患リハビリテーションが十分に実施できている	心血管疾患リハビリテーションの実施件数（入院・外来）	厚生労働省 NDB-SCR	入院128.9 外来179.4 (R2年)	増加

【現状と課題】

[脳卒中]

・脳卒中の発症後、生活復帰と社会参加に向け、地域の状況に応じて脳卒中地域連携クリティカルパスも活用しつつ急性期から生活期まで円滑にリハビリテーションが提供されることが重要です。

・急性期では廃用性症候群*を予防することが重要で、脳卒中専用病室(SCU)*などで多職種と連携したチーム医療ができるリハビリテーション専門職を確保、育成し、早期から集中的なリハビリテーションが提供できる体制の構築が必要です。

・急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟入院中から、社会参加という視点を見据えつつ生活動作の獲得に向けたリハビリテーションの提供が必要です。

・生活動作の維持向上、社会参加に向けては、医療機関や介護サービスを提供する事業所の他、関係する支援機関が連携、協働しながら多職種によるチームアプローチで取り組むことが重要です。

・脳卒中患者では、特に急性期に口腔、嚥下機能が低下するため、高齢期の誤嚥性肺炎の予防に向け言語聴覚士をはじめとするリハビリテーション専門職や看護師、歯科医師、歯科衛生士など多職種による摂食嚥下機能と口腔ケアへの関わりが重要です。

・運動機能障害ばかりでなく高次脳機能障害を伴うことがあり、診断できる医師(医療機関)の確保の他、障害自体が地域生活を送る中で顕在化することから、地域で支援にあたる関係者を中心に障害理解に向けた取組が必要です。

・高齢期の患者は、維持期(生活期)において生活機能の低下が生じるため、医療機関や介護サービスを提供する事業所などからリハビリテーションが提供されることが必要です。

・本県では、言語聴覚士が少数であることから、特に介護サービス事業所などの維持期(生活期)に従事する言語聴覚士の人材確保・育成が必要です。

・リハビリテーション医療や介護の現場では、ロボットなど先進技術の導入が進められておりさらに新たな技術の導入など情報の収集や活用を図ることが必要です。

【表22】脳血管疾患の退院患者平均在院日数(施設所在地)(日)

全国	滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
76.8	132.3	251.6	84.5	160.9	96.0	74.7	30.5	47.0

厚生労働省 R2年患者調査

1 【表23】県内回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関

	滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
病院数	14	1	4	2	3	2	1	1
病床数	912	180	276	146	148	70	52	40

2 滋賀県調査

3
4 【表24】脳卒中地域連携クリティカルパスの運用件数

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
医療機関数	34	35	31	—	—	31
運用件数	1,679 件	1,693 件	1,613 件	—	—	1,633 件

5 県医療福祉推進課調査

6
7 【心疾患】

8 ・心血管疾患患者は、心不全等の再発などで医療機関への入退院を繰り返すことが多いこ
9 とから、心臓リハビリテーションは、疾患管理プログラムとして、急性期の入院中から開始し、
10 回復期から維持期・生活期にかけても継続することが重要です。

11 ・本県で心大血管疾患リハビリテーション施設基準の届出を行っている施設は19か所(令和
12 5年9月)で6圏域となりますが、すべての二次保健医療圏域での実施に向けて整備が進ん
13 でいるところです。

14 ・急性期における心臓リハビリテーションは、徐々に環境が整備され施設基準を取得した医
15 療機関が増加していますが、医療保険における標準日数は150日間とされ、長期の継続は
16 難しい状況です。

17 ・今後、高齢期の患者が増加することが見込まれている中、状態が安定した回復期以降の患
18 者には、リハビリテーションを外来や在宅で実施することも見据えつつ、地域の医療資源を
19 含めた社会資源を効率的に用いて、医学的管理の中でリハビリテーションが実施できる体
20 制や実施状況の把握について検討する必要があります。

21 ・心不全患者は高齢者が多く、在宅においても、本人・家族、地域の関係者が、心臓リハビリ
22 テーションの有効性と必要性を理解して継続できるような取組が必要です。

23 ・本県では、令和2年度(2020年度)から維持期(生活期)の心臓リハビリテーションを担う
24 施設として、民間スポーツクラブで心臓リハビリテーションを担う医療職が研修を行い、身
25 近な場所で継続した運動ができる体制づくりをはじめています。

26 ・滋賀医科大学附属病院および JCHO 滋賀病院において、令和4年度(2022年)に「心不
27 全患者の生活行為パンフレット」が作成され、身体機能が低下傾向にある生活期の心不全患
28 者が、心臓に負担をかけずに日常生活を送るための具体的な動作指導が示されました。

29 ・心臓リハビリテーションに精通する医師、リハビリテーション専門職等のスタッフが、急性期
30 病院においても十分とは言えない状況です。

31
32 【表25】心大血管リハビリテーション料施設基準届出施設(令和5年6月現在)

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
心大血管疾患リハビリ テーション料(I)	5	4	2	2	2	2	0
心大血管疾患リハビリ テーション料(II)	0	2	0	0	0	0	0

33 近畿厚生局 HP

1 取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～

2 ・個々の障害に応じた急性期から回復期および維持期(生活期)までの総合的なリハビリテ
3 ーションの提供体制を推進します。

4 ・本県のリハビリテーションを推進するために「滋賀県リハビリテーション協議会」を開催し、
5 リハビリテーション提供体制の整備・推進に向けた検討、および評価などを行います。

6 ・二次保健医療圏域において、訪問リハビリテーション事業所・通所リハビリテーション事業
7 所を確保します。

8 ・多職種連携による心臓リハビリテーション推進のために、関係機関・団体等が、循環器病に
9 関する知識や技術の習得、提供する医療の質の向上に努めます。

10 ・県立リハビリテーションセンター・関係機関、団体において、関わる支援者に対する知識や
11 技術習得に向けた研修の開催や、先進技術のリハビリテーションへの導入に関する情報収
12 集および発信を行います。

13 ・患者自ら、支援を受けながら、主体的に継続してリハビリテーションに取り組む意識の醸成
14 を図ります。

16 【脳卒中】

17 ・県は、リハビリテーションに係る人材の確保・育成に努めます。

18 ・リハビリテーションに係る人材に向けた研修を通じて、脳血管障害に係るリハビリテーショ
19 ンや摂食嚥下障害、高次脳機能障害(神経心理学的評価を含む)、地域支援・両立支援に係
20 る知識や技術の習得を図ります。

21 ・各圏域における脳卒中地域連携クリティカルパスの活用状況に応じ、急性期から回復期お
22 よび維持期の在宅での取組につながるよう、効果的な運用の推進を図ります。

23 ・本県の脳卒中地域連携クリティカルパスについて、圏域ごとに、現状把握と課題整理を行
24 い、効果的な運用が図られているかを検証します。

26 ・脳卒中地域連携クリティカルパスの活用を促進し、急性期から回復期および維持期の在宅
27 での取組につながるよう、効果的な運用の推進を図ります。

28 ・本県の脳卒中地域連携クリティカルパスについて、現状を把握し、課題を整理し、目的達成
29 がされ、効果的な運用が図られているか検証します。

30 ・関係機関・団体が連携し、QOL の向上に向けた切れ目のないリハビリテーションの提供体
31 制の整備を図ります。

33 【心疾患】

34 ・心臓リハビリテーションは、疾病管理プログラムとして、急性期の入院中から開始し、回復
35 期から維持期(生活期)にかけても継続することが重要であるため、回復期以降にも継続し
36 たりハビリテーションが切れ目なく提供され、自ら継続して実施できる体制の推進を図りま
37 す。

38 ・すべての二次保健医療圏域で、心臓リハビリテーションが実施できる体制を推進します。

39 ・県は、心臓リハビリテーションの体制を構築するために、本県的心臓リハビリテーションの
40 状況を把握し体制を検討します。

41 ・急性期から維持期(生活期)の関係者が、身体機能の低下傾向にある心不全患者に対し、心
42 臓に負担をかけない日常生活を送るための動作指導が実践できるよう、「心不全患者の生
43 活行為パンフレット」の普及を図ります。

44 ・どの病期、どのライフステージにおいても切れ目なく心臓リハビリテーションが実施できる
45 よう、多職種人材の育成と確保に努めます。

- 1 ・生活期に携わる医療福祉介護スタッフが、心臓リハビリテーションに関する知識が得られるように研修等の実施に努めます。
- 2
- 3 ・また、生活期を担う地域の支援者が、心臓病手帳の活用を通してモニタリングできる体制を推進します。
- 4
- 5 ・心不全患者が、心臓病手帳を活用して、生活の中で心臓リハビリテーションを実践でき、
- 6 QOLの維持・向上が図れるよう多職種による支援を行います。

7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

コラム ～心不全患者の生活行為パンフレットについて～

身体機能が低下傾向にある生活期の心不全患者が、心臓に負担をかけずに日常生活を送るための具体的な動作指導が示されています。滋賀医科大学医学部附属病院およびJCHO 滋賀病院のホームページよりダウンロードすることができます。

[抜粋]

《日常生活全般における心臓の負担を軽減する6つのポイント》

1. かがみ動作の機会を減らすために、よく使う物は目の高さ～腰の高さに設定する。また、長柄の物を使用するなど、使用する道具を工夫しましょう。
2. 色々な作業を一気に行わず、合間に小まめに休憩をとりましょう。
→動作スピードはゆっくりと丁寧に
3. 作業をする場所は整理整頓し、順序を計画立てて、効率的に行いましょう。
4. 座って行える動作は、椅子などに腰掛けて行いましょう。
5. 食後すぐの活動や運動は避けましょう。
6. 人的(家族・知人)・社会的サービスを考慮しましょう。

25
26

(2)医療と生活管理の体制の整備(重症化・再発・再入院予防)

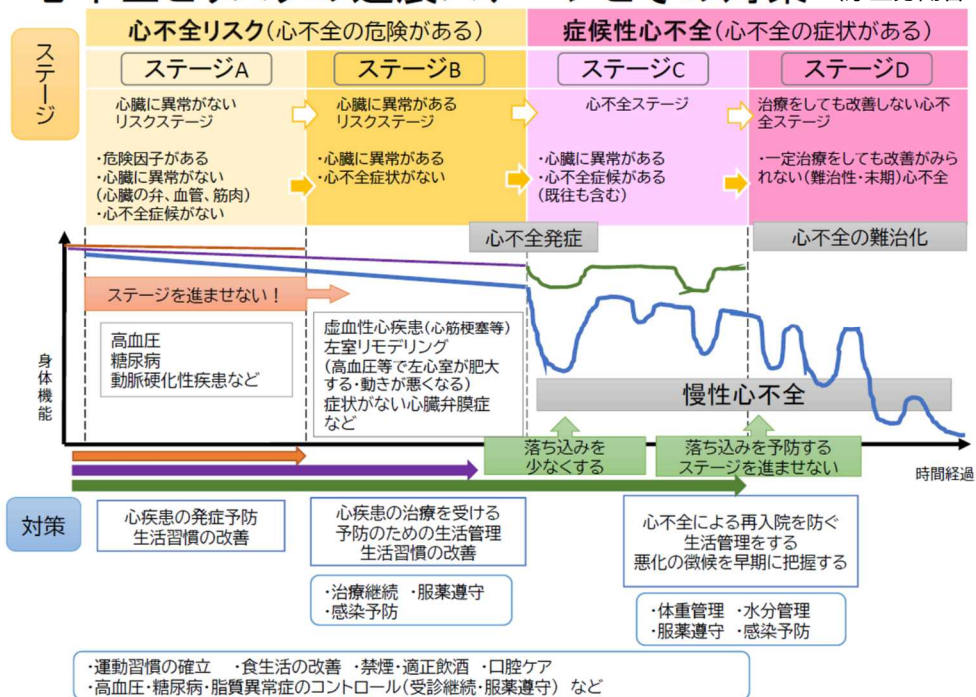
重症化・再入院予防のための医療の実践と生活管理ができている

目標	評価指標	出典	現状値	目標
循環器病の重症化予防ができる	連携歯科医療機関数	県歯科医師会調べ	今後把握	増加
脳卒中の再発予防ができる	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、脳卒中認定看護師の実数	日本看護協会調べ	6人 (R4年)	増加
心不全の在宅療養体制が整っている	病院連携でシート等を活用している診療所数／病院と連携している診療所数	滋賀県医療機能調査	18か所／ 301か所 (R5年)	増加
	多職種チーム(心不全チーム)がある病院数	滋賀県独自調査	16病院 (R5年)	増加
	心臓病手帳の活用数(配布数)	滋賀県独自調査	今後把握	増加

【現状と課題】

- 1 2 ・脳梗塞を一度起こすと再発しやすく、発症後 1 年で 10%、5年で 35%、10 年で50%の
3 人が再発するといわれています。
- 4 ・滋賀医科大学の脳卒中登録では、再発者が発症者のうちおよそ4分の1を占めています。
- 5 ・脳卒中を発症した人は、原因となった危険因子(高血圧、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、
6 慢性腎臓病(CKD)など)を放置していると再発しやすくなります。
- 7 ・脳卒中の再発予防のためには、医療における適切な管理や、患者本人による生活管理が適
8 切に行えるための支援が必要です。
- 9 ・原因となった危険因子の治療や生活習慣の改善、服薬管理や定期的な検査などが重要で
10 す。
- 11 ・循環器病と歯周病は密接に関連していることから、医科歯科連携が重要です。
- 12 ・日本心臓財団によると、新規発症心不全患者は令和2年(2020年)で約35万人とされ、
13 平成12年(2000年)より10万人以上も増加しています。高齢化は更に進むため、「心不全
14 パンデミック*」を迎えるとされています。
- 15 ・心不全は、心臓の働きが低下し、心臓に負担がかかった状態で、さまざまな心臓病によっ
16 て起こる最終的な状態で、慢性の経過をたどって徐々に悪くなっていきます。
- 17 ・心不全の心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症など
18 があります。
- 19 ・心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特
20 徴であり、再入院率の改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等の多面的な介入を、
21 入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。
- 22 ・そのため、専門医と連携しながら地域でも心不全患者に対応する地域包括ケアシステム*の
23 構築が求められています。
- 24 ・日本循環器学会／日本心不全学会合同ガイドラインの「急性・慢性心不全診療ガイドライン」
25 では、多職種チームによる疾病管理プログラム(患者教育、患者あるいは医療者による病状
26 モニタリング、治療薬の調整、看護師による継続的なフォローアップなど)は、生命予後や
27 QOL の改善に有効とされています。
- 28 ・特に、多職種によるチームアプローチを用いた患者および家族、介護者に対するアドヒア
29 ランス*およびセルフケア*を向上させる教育支援や、退院支援と継続的フォローアップ、心不全
30 増悪のリスクが高い独居高齢者、認知症合併者などに対する教育支援と社会資源の活用は、
31 心不全に対する疾病管理に関しての科学的根拠が明確です。
- 32 ・令和5年度の滋賀県医療機能調査では、心不全に関する治療に対応している診療所は、回
33 答した790診療所中365か所で、そのうち病院と連携している診療所は301か所です。
- 34 ・本県では、令和元年(2019年)から、大津市南部の4病院が中心になり、かかりつけ医や
35 訪問看護ステーション等のスタッフが患者の自己管理(セルフマネジメント)のサポートを行
36 うことを目的に、心不全患者の情報を専門医療機関とかかりつけ医等とで共有できる「心不
37 全情報シート」を作成して地域連携をスタートさせました。
- 38 ・また、令和元年度(2019 年度)から、滋賀医科大学を中心に、県内多職種で心不全に関す
39 る統一した教材や自己管理、情報連絡シートの作成を検討し、「心臓病手帳」を作成しました。
- 40 ・心不全の専門医の受診のタイミングが症状等を点数化することによって誰もがわかるよう
41 に「びわこ心不全スコア」を取り入れています。
- 42 ・本県と包括連携協定*を締結している企業や、循環器病対策を支援する企業と官民一体と
43 なって各地域医師会単位での心不全連携の会を開催するなど取組を進めてきています。
- 44 ・心不全患者の生活管理をすることで、悪化の徴候を早期に把握して心不全のステージを進
45 ませず QOL を維持するための取組が必要です。

心不全とリスクの進展ステージとその対策 (厚生労働省の改変)



取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～

【重症化・再入院予防のための医療の実践と生活管理の促進】

- ・患者・家族が地域の多職種連携のもとで支援を受けながら療養生活が行える体制の構築を進めます。
- ・地域支援者が生活管理に関する知識の向上を図るよう努めます。
- ・患者・家族は脳卒中、心臓病の再発予防のために、支援を受けながら危険因子の医療的管理を継続して行うとともに、自己管理ができるように努めます。
- ・心不全については「心臓病手帳」を活用して、患者・家族と医療・介護従事者が日々の健康管理により体調の変化を早期に把握し、必要時には早期の受診を行うことにより、重症化や再入院予防につなげます。
- ・心臓ペースメーカー埋込み者への生活での管理を実施します。
- ・県民に対して、心不全に関する啓発を行います。

【多職種連携体制の推進】

- ・歯周病に起因する循環器病の重症化予防のため、医科歯科連携を推進します。
- ・適切な運動処方を含む包括的なプログラムの実行を通じて、専門病院スタッフ、かかりつけ医、歯科医師、通所リハビリテーション施設などの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、訪問看護師、薬局薬剤師、地域の栄養士、介護支援専門員、相談員等が、地域の多職種連携の会や勉強会等を通して、多職種で支える地域包括ケアシステムを推進します。
- ・循環器病を専門としないかかりつけ医への研修の実施を検討します。
- ・それぞれの職能に合わせた研修の機会を確保します。
- ・地域での多職種連携の会等を活用しながら連携体制を検討します。
- ・専門医や認定医、認定看護師等の知識を有する専門職がそれぞれの役割について検討ができる取組を進めます。

- 1 ・心不全在宅療養支援のための検討を実施します。
- 2 ・「心不全情報シート」等のツールを活用した専門医とかかりつけ医の連携や、訪問看護・介
- 3 護支援専門員等の地域支援者と主治医連携の推進を図るための連携体制について検討し
- 4 ていきます。
- 5 **【関係機関・職能による危険因子の管理の推進】**
- 6 ・誤嚥性肺炎や深部静脈血栓症等の合併症の予防と治療が行える体制を整備します。
- 7 ・定期的な歯科健診や歯周病管理等、かかりつけ歯科医院での口腔管理を推進します。
- 8 ・在宅医療を担う薬剤師の活用を推進します。
- 9 ・薬剤師を中心に、服薬アドヒアランス獲得に向けて支援を推進します。
- 10 ・再発や重症化予防、QOL の維持のために在宅における栄養食事指導を推進します。
- 11 ・在宅における栄養食事指導について栄養士の活用を推進します。
- 12 ・心不全患者の重症化予防のため、訪問看護や介護支援専門員等の地域支援者による生活
- 13 状況の把握や、セルフケアへの支援を推進します。

16 **(3)循環器病の後遺症を有する者に対する支援**

17 後遺症を有する者に対する支援体制が充実している

目標	評価指標	出典	現状値	目標
高次脳機能障害のある人の地域生活を支える人材が充実している	圏域の連絡調整会議の構成所属のうち高次脳機能障害専門相談支援員研修(初任者研修またはフォローアップ研修)を受講した所属	滋賀県障害者プラン2021	15.3% (R4年度)	20.0%

18 **【現状と課題】**

- 19 ・循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性があります。
- 20 ・脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機
- 21 能障害等の後遺症が残る場合があり、社会的理解や支援が必要です。
- 22 **【てんかん】**
- 23 ・てんかんについて本県では、「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタ
- 24 リング研究」によると、令和2年度(2020年度)の総患者数は5,733人となっていますが、
- 25 そのうち原因が循環器病である人数は不明です。
- 26 ・てんかんの治療が可能な医療機関については、令和5年(2023年)に実施した「医療機関
- 27 調査」では、25病院となっています。
- 28 **【高次脳機能障害】**
- 29 ・県内には高次脳機能障害を診断、評価できる医療機関が少なく、高次脳機能障害に対応し
- 30 たりハビリテーションが可能な医療機関が少ないという課題があります。
- 31 ・高次脳機能障害支援センターにおいて、医療福祉相談モール構成機関と連携しながら、当
- 32 事者、家族、支援者への相談支援および普及啓発、人材育成、支援体制づくりを実施すると
- 33 ともに、圏域支援体制の充実を図るための取組を進めてきましたが、社会的行動障害に対
- 34 応できる機関が少ないことから、医師やリハビリテーション専門職への高次脳機能障害の理
- 35

1 解のための啓発・研修会を開催し、関係機関への働きかけが引き続き必要です。

2 **【失語症】**

3 ・脳卒中による言語障害について、急性期で認められた失語症の 40%が1年以内に改善す
4 るとされていますが、多くは後遺症として残ります。

5 ・失語症は、「聞いて理解する」、「話す」、「読んで理解する」、「書く」、「計算する」の機能に低
6 下をきたしますが、どの機能が低下するかは、脳の障害部位や程度によって異なります。

7 ・摂食嚥下機能や言葉の障害について指導や助言をする専門職が言語聴覚士です。脳卒中
8 急性期や回復期の医療機関を中心に嚥下も含めた訓練、指導、助言等の支援を行っていま
9 すが、徐々に維持期や介護分野にも活躍の場が広がっています。

10 ・失語症患者がコミュニケーションに対して意欲を持ち続けることが大切で、家族や周囲も
11 注意を払い、残された能力を生かして生活することが重要です。

12
13
14 **取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～**

15
16 **【てんかん】**

17 ・小児期から成人期へのてんかん治療の連携体制の構築や、診療機関の情報提供体制等の
18 整備に努めます。

19 ・てんかん患者・家族の支援においては、生活上の留意点への理解に向けた支援や、就労関
20 係者への理解促進、生活支援の充実に努めます。

21 **【高次脳機能障害】**

22 ・各圏域において、保健、医療、福祉等様々な分野の支援ネットワークづくりを進めること
23 により、当事者や家族が身近な地域で障害特性に応じた相談支援を受けられるよう体制の充
24 実を図ります。

25 ・高次脳機能障害のある人が、適切に診断され、障害特性に応じた必要なりハビリテーショ
26 ンや福祉サービスを利用しながら望む地域で暮らせるよう努めます。

27 **【失語症】**

28 ・滋賀県言語聴覚士会と連携して、失語症への理解を深めるための啓発講座を実施すると
29 ともに、失語症者の意思疎通を、地域で支援する人材の育成に努めます。

30
31
32 **(4)循環器病の緩和ケア*の推進**

33 緩和ケアを提供できる体制が構築されている

目標	評価指標	出典	現状値	目標
循環器病患者が緩和ケアを受け ることができる	心不全患者の緩和 ケアを提供してい る病院数	滋賀県調査	12病院 (R5年)	増加
末期心不全患者が緩和ケアを 受けすることができる	末期心不全患者の 緩和ケア加算算定	滋賀県調査	2病院 (R5年)	増加
県民が循環器病も緩和ケアの 対象であることを知っている	県民の循環器病緩 和ケアの認知度	滋賀の医療 福祉に関す る県民意識 調査	5.7% (R4年)	増加
循環器病に携わる医療従事者 の緩和ケアの理解が深まる	日本心不全学会 HEPT 研修受講者	日本心不全 学会 HP	12人 (R4年)	増加

【現状と課題】

- 1
2 ・緩和ケアの対象は「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」とされ
3 ており、緩和ケアの対象は“がん”に限定されるものではありません。
4 ・令和2年(2020年)の世界保健機関(WHO)からの報告によると、成人で緩和ケアを必要
5 とする頻度の高い疾患として循環器病があげられています。
6 ・循環器病は、生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛*が増悪すること
7 を踏まえて初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患であるといえます。
8 ・例えば、臨床経過の特徴として増悪を繰り返すことが挙げられる心不全については、治療
9 と連携した緩和ケアも必要とされています。
10 ・平成30年(2018年)4月に厚生労働省が報告書「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提
11 供体制のあり方について」をまとめ、平成30年度(2018年度)診療報酬改定で心不全患者
12 に対する緩和ケア加算が、令和2年度(2020年度)は末期心不全患者の外来緩和ケア管理
13 料が認められています。
14 ・本県では、平成30年度(2018年度)から、滋賀県緩和ケア研修会に循環器科医師の受講
15 が増加し、研修会の事例を心不全患者としたりするなど、循環器病患者に対する緩和ケアの
16 取組が進められています。
17 ・日本心不全学会が開催する基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース(HEPT)の受講者は、
18 令和4年(2022年)で12人であり、今後も受講者を増やし、心不全の緩和ケア提供体制を
19 整備することが必要です。
20 ・本県には、がんの指定病院が13か所あり、緩和ケアチームが設置されています。
21 ・令和5年度(2023年度)医療機能調査により、病院におけるがん以外の患者(主に循環器
22 病)を対象とした緩和ケアの提供状況について調査を実施したところ、心不全患者の身体状
23 況に介入している病院が12病院、心不全患者の精神症状に介入している病院が8病院、
24 緩和ケアチームと循環器内科で合同カンファレンスを実施している病院が2病院でした。
25 ・令和5年度(2023年度)に循環器科を標ぼうする病院に対して実施した調査では、緩和ケ
26 アの提供は必要であるとされているものの、緩和ケアを提供できるスタッフがない、シス
27 テムがないなどの課題があるとの結果でした。
28 ・循環器病患者への緩和ケア提供には、薬物(オピオイド*)の使い方、原疾患の治療が症状緩
29 和につながること、予後予測の難しさ、経験の乏しさ、人員確保、医療者側の認識不足、長期
30 に渡る疾患であるため診療科との関係性により緩和ケアチーム介入が難しいことといった
31 提供側の課題があります。終末期だけが緩和ケアの対象ではないことの認識や、人生の最
32 終段階をどのように過ごすかについて目標設定するためにACP(アドバンスケアプランニン
33 グ)*を推進する必要があるなど患者側の特性も影響しています。
34 ・がんの緩和ケアを提供する関係者を通して、循環器病の緩和ケア提供のあり方を検討する
35 とともに、循環器病の緩和ケア提供体制を構築していく必要があります。
36 ・令和4年度(2022年度)県民意識調査では、5.7%が「心不全などの循環器病も緩和ケア
37 の対象であると思っている」と回答されており、県民への緩和ケアの理解を深める取組が必
38 要です。

【表26】がん以外の患者(主に心不全等の循環器病)への緩和ケア提供状況

主に心不全等の循環器病への緩和ケア提供状況	12病院中
心不全患者の身体症状に介入	12
心不全患者の精神症状に介入	8
心不全に対する緩和ケア診療加算	2
心不全に対する外来緩和ケア管理料	なし

循環器病やがん患者以外の身体症状に介入	7
循環器病やがん患者以外の精神症状に介入	5
緩和ケアチームと循環器内科で合同カンファレンスを実施	2
緩和ケア研修会で循環器科と連携	8
院内での緩和ケアに関する会議で非がんについても検討	12

令和5年度滋賀県医療機能調査(病院)

1
2
3 **取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～**
4

5 **【循環器病の緩和ケアの提供体制の検討】**

6 ・県と医療機関は、循環器病に携わる医療従事者の「滋賀県緩和ケア研修会」への受講促進
7 に努めます。

8 ・日本心不全学会が開催する基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース(HEPT)の受講促進
9 に努めます。

10 ・県と医療機関は、患者の苦痛を身体的・精神心理的・社会側面的等の多面的な観点を有す
11 る全人的な苦痛として捉えたうえで、全人的なケアを行うべく、多職種連携や地域連携のも
12 とで、循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアを治療の初期段階から提供できるよ
13 うに検討します。

14 ・がん領域における緩和ケアの取組との連携を図り、循環器病の緩和ケア推進に向け検討し
15 ていく場の充実を図ります。

16 ・県は、専門的な緩和ケアの質を向上させ、患者と家族の QOL の向上を図るため、国が行
17 う循環器病の緩和ケアに関する研修会を活用するとともに、本県においてもがん以外の緩
18 和ケアに関する研修の実施について検討します。

19 **【循環器病の緩和ケアの情報提供の推進】**

20 ・循環器病の緩和ケアについて県民への周知に努めます。

21
22 **(5)治療と仕事の両立支援**

23 仕事を望む人が就労できている

目標	評価指標	出典	現状値	目標
両立支援推進チームにより治療と仕事の両立支援が充実している	出張相談支援の場	滋賀県	9病院	増加
脳卒中、心疾患の従業員に対して事業所が復職に配慮している	脳卒中や心臓病治療中の労働者がいる(かっていた)事業所のうち、職場復帰可能と回答した事業所	滋賀県治療と仕事の両立支援に関する事業所調査	64.6% (R4年)	増加
事業所が外部機関を活用している	脳卒中や心臓病治療中の労働者がいる(かっていた)事業所のうち、相談したことがあると回答した事業所	滋賀県治療と仕事の両立支援に関する事業所調査	20.8% (R4年)	増加
両立支援を行う者が増加している	両立支援コーディネーター基礎研修受講者数	(独)労働者建機安全機構(NDB)	189名 (R5年3月)	増加

【現状と課題】

1
2 ・脳卒中を含む脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者(全国で約174
3 万人)のうち、約17%(約30万人)が20～64歳です。65歳未満の患者では約7割がほぼ
4 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す。

5 ・滋賀脳卒中データセンターの登録によると、平成23年(2011年)から平成28年(2016
6 年)までの初発患者で退院時のmRS_(p29※7参照)が0～2であったものは全年齢で44.4%で
7 あり、また、一部介助が必要だが歩行ができるmRS3まで含めると55.8%であり、多くが
8 発症しても職場復帰(復職)することが可能な状況にあることがうかがえます。

9
10 ・心血管疾患の患者(約306万人)のうち約19%(約58万人)が20～64歳です。治療後通
11 常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースも多く存在しますが、
12 治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合があります。

13
14 ・令和4年度(2022年度)に、県内事業所を無作為抽出した治療と仕事の両立支援に関す
15 る事業所調査を実施したところ、休職治療中の労働者が職場復帰を希望した場合、「職場復
16 帰が可能」と回答した事業所は64.6%であることがわかりました。

17 ・同調査において、病気治療中の労働者の休職・復職にあたり外部の機関・団体、専門職に
18 「相談したことがある」と回答した事業所は、20.8%でした。

19
20 ・本県では、平成30年度(2018年度)から、治療と仕事の両立支援について、「がん患者就
21 労支援専門部会・滋賀長期療養者就職支援担当者連絡協議会・滋賀県両立支援推進チーム
22 合同会議」(以下「合同会議」という。)を開催し、両立支援に係る取組状況の共有や、相談窓
23 口一覧の作成、事例の共有、啓発資材の作成など、両立支援の推進のために様々な立場か
24 ら取組の検討をしています。

25
26 ・本県では、9か所のがんの指定病院に治療と仕事の個別相談の窓口(ハローワークの就職
27 支援ナビゲーター*、社会保険労務士*、両立支援促進員*)を設けており、対象をがん患者に
28 限ることなく相談対応をしています。

29 ・また、一次脳卒中センター(PSC)コア施設の脳卒中相談窓口においても、両立支援等の就
30 労に関する相談対応が開始されています。

31 ・滋賀産業保健総合支援センターが、50人未満の事業所等に対して両立支援の促進活動を
32 実施しています。

33 ・(独)労働者健康安全機構において、両立支援コーディネーター基礎研修が開催されており、
34 職場での両立支援の促進が図られています。

35
36 ・循環器病の治療と仕事の両立支援について、合同会議で共有するとともに、今後も実態を
37 把握し、就労支援を推進していく必要があります。

取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～

40
41 ・合同会議は、成人先天性心疾患も含めた循環器病患者の就労について県民、事業者の理
42 解の促進に努めます。

43 ・合同会議は、治療と仕事の両立支援についての現状と課題を情報収集し、本県における就
44 労支援について検討します。

45 ・合同会議は、治療と仕事の両立支援に関する情報提供の充実を図ります。

- 1 ・合同会議は、両立支援に関するセミナー等を開催します。
- 2 ・滋賀労働局はハローワークを中心に循環器病患者の就労に関する支援に努めます。
- 3 ・滋賀産業保健総合支援センターは、事業所と労働者に対して、循環器病患者等の両立支援
- 4 の促進に向けた取組に努めます。
- 5 ・循環器病患者の就労支援だけでなく、事業所や医療機関等で両立支援を行う者に対して
- 6 の支援を検討します。
- 7 ・県は、健康寿命延伸プロジェクト表彰として、治療と仕事の両立支援に積極的な企業・事業
- 8 所を表彰するとともに、循環器病患者と事業所の両立支援に関する意識の向上と取組の推
- 9 進を図ります。
- 10 ・県労働相談所、滋賀労働局総合労働相談コーナーにおいて、労働に関する様々な相談に対
- 11 応します。
- 12 ・広報紙「滋賀労働」や労務管理セミナー等において、仕事と治療の両立支援について啓発し
- 13 ます。
- 14 ・滋賀県立むれやま荘において、専門機関や地域の関係機関と連携しながら、高次脳機能障
- 15 害がある方への就労に向けた自立訓練や就労移行訓練を提供します。
- 16 ・高次脳機能障害支援センターや働き・暮らし応援センターなど各関係機関が連携しながら、
- 17 就労支援を含めた支援体制の充実を図ります。
- 18 ・高次脳機能障害支援センターにおいて、支援機関と連携のもと、就労や定着に向けたソー
- 19 シヤルスキルトレーニングを実施するなど、コミュニケーションスキルの向上に向けた支援を
- 20 行います。

21

22 **(6)小児・若年期の循環器病への支援**

23 胎児期の段階を含め、小児から成人まで必要な医療を切れ目なく行える体制が整備され

24 ている

目標	評価指標	出典	現状値	目標
出生前から小児期に適切な医療が受けられる体制ができている	周産期死亡症例検討会	県医療政策課	開催	継続開催
児童生徒の心疾患の早期発見ができる	心臓検診検討会の開催	県教育委員会	年1回開催	継続開催
成人科への診療移行ができ、適切な医療の提供が受けられる	移行期医療の検討状況	県健康寿命推進課	年1回開催	継続開催

25

26 **【現状と課題】**

- 27 ・全国では、約100人に1人、年間1万人の新生児が先天性心疾患をもって誕生しています。
- 28 胎児期の5か月頃から心臓が超音波で確認でき、多くが胎児期の7～8か月頃に病気を発
- 29 見することができるため、重度の心疾患の場合は、産まれる前から準備がされています。
- 30 ・医療の進歩により治療成績がよくなり、重度の先天性心疾患の子どもの多くは予後が改善
- 31 されるようになっていきます。
- 32 ・本県では、周産期死亡症例検討会を開催し、循環器病を含めた全死亡症例について検討を
- 33 行っています。
- 34 ・本県では、小児の心臓手術を行える医療機関がないため、県外の医療機関で手術を受けて
- 35 います。
- 36 ・本県では、心疾患等の既往歴がある、あるいは育児不安を抱える妊産婦や先天性疾患を持
- 37 った生まれた新生児に対し、迅速で適切な支援を実施するためハイリスク妊産婦・新生児援
- 38 助事業のハイリスク連絡票を用いて医療機関と市町が相互に連携した取組を行っています。

- 1 ・また、学校健診等の機会を通して子どもの循環器病が見つかることがあります。
- 2 ・本県では、児童生徒の心臓疾患および異常の有無にかかる心電図検査および健診方法に
- 3 ついて検討することで、心臓検診をより精度の高いものとするため「滋賀県児童生徒心臓検
- 4 診検討会(以下、「心臓検診検討会」という。)」を設置しています。
- 5 ・学校で実施した心電図検査において精密検査が必要となった場合は、学校、保護者、医療
- 6 機関、教育委員会で情報を共有しています。
- 7 ・県教育委員会へ提出された管理指導表は、心臓検診検討会のメンバーにより内容がすべ
- 8 てチェックされます。確認が必要な管理指導表は主治医へ照会をかけ、診断基準の確認およ
- 9 び心臓精密検査において必要な検査の施行や管理区分の変更が行われ、より精度の高いも
- 10 のとしています。
- 11 ・心臓検診検討会后、『児童生徒の心臓疾患の管理』を発行し、心電図検査の経過と滋賀県
- 12 学校心臓検診の心電図判定基準を載せることで健康管理体制の充実を図っています。
- 13 ・定期受診が必要な児童生徒には受診時期に合わせて保護者に受診を依頼し管理指導表を
- 14 渡しますが、症状がないと受診を見合わせられることが課題となっています。
- 15 ・令和3年度学校保健統計調査によると、本県における「心臓」の疾病・異常(心膜炎、狭心症、
- 16 心臓肥大など)の者の割合は、幼稚園が 0.3%、小学校が 1.9%、中学校が 1.8%、高等学
- 17 校が 2.4%となっています。幼稚園は全国平均値と同じ数値ですが、小学校で 1.1 ポイント、
- 18 中学校で 0.8 ポイント、高等学校で 1.5 ポイント全国平均値を上回りました。
- 19 ・先天性心疾患は、治療法の開発や治療体制の整備によって死亡率は減少し、多くの子ども
- 20 の命が救われるようになっていきます。
- 21 ・完治するものもあれば、治療や合併症の対応が継続して必要になる場合があり、保護者の
- 22 役割は大きく、治療や生活に関する負担など対応の長期化が課題となっています。
- 23 ・県内の成人先天性心疾患患者は、成人期を迎えても小児科での受診や、手術を行った県外
- 24 の医療機関で定期受診をしています。
- 25 ・成人期を迎える前に、循環器病を含めた健康管理や受診先など、成人移行に関する相談支
- 26 援や慢性疾患児の移行期医療連携に課題があります。
- 27 ・令和3年度(2021 年度)から、「慢性疾患児童等地域支援協議会」を設置して先天性心疾
- 28 患も含めた慢性疾患児と保護者にかかる就園・就学、就労等のライフステージに応じた支援
- 29 などを検討しています。
- 30 ・小児・若年期の循環器病患者のライフステージにおいて、就学、就労、結婚、リプロダクティ
- 31 ブヘルズなど、自立していく過程での課題に対して支援の充実が求められています。

【表27】学校(園)における児童・生徒等の心臓の疾病・異常(%)

	H29 年	H30 年	R1 年	R2 年	R3年
幼稚園(滋賀県)	0.9	0.4	0.6	0.4	0.3
幼稚園(全国)	0.4	0.3	0.4	0.4	0.3
小学校(滋賀県)	1.5	1.7	1.6	1.6	1.9
小学校(全国)	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8
中学校(滋賀県)	1.5	2.3	1.3	2.1	1.8
中学校(全国)	0.8	1.0	0.9	1.0	1.0
高等学校(滋賀県)	1.8	1.7	2.7	2.0	2.4
高等学校(全国)	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9

文部科学省 学校保健統計調査

【表28】県内の小児慢性特定疾病医療受給者証所持者

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
総数	1,780	1,750	1,733	1,869	1,737	1,753
慢性心疾患	355	345	337	363	354	341

厚生労働省 衛生行政報告例

取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～

- ・出生前の検査で早期に先天性心疾患を発見し、円滑な連携による必要な医療を提供します。
- ・「周産期死亡症例検討会」における検討を継続し、出生前から小児期に適切な医療が受けられる体制整備に努めます。
- ・滋賀県ハイリスク妊産婦・新生児援助事業により、医療機関と自治体が相互に連携し、ハイリスク連絡票を用いて先天性疾患のある子どもを持つ保護者の支援を行います。
- ・学校健診等の機会以小児の循環器病患者の早期発見に努めます。
- ・「滋賀県児童生徒心臓検診検討会」で検診の精度管理の向上に努めます。
- ・本県における小児期から若年期における課題等について、「滋賀県慢性疾患児等地域支援協議会」で協議します。
- ・先天性心疾患を含む慢性疾患児の移行期医療連携の推進に向け、小児期から成人期まで切れ目なく医療を提供できるよう、「滋賀県移行期医療支援センター」の設置を検討します。
- ・慢性疾患児童等の自立(自律)に向けて、移行期医療支援コーディネーターの設置を検討します。
- ・循環器病患者に対して、小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行うことができる移行期医療支援の体制整備を検討します。
- ・先天性心疾患患者を中心に、本人・家族の療養生活に係る相談支援や自立支援を推進します。
- ・将来的に県内の医療機関においても先天的心疾患を診ることができるための人材育成や、先天性心疾患に係る実態の把握等、基盤整備を推進します。

(7)循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

適切な情報提供がされ相談支援が受けられる体制が整備される

目標	評価指標	出典	現状値	目標
循環器病に関する情報の提供体制ができている	脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	日本脳卒中学会 HP	4病院	増加

【現状と課題】

- ・滋賀医科大学のウェブサイト「滋賀脳卒中ネット」や滋賀医科大学に事務局がある「滋賀循環器懇話会」では、県民に向けて病気・治療、県民公開講座などの情報、医療保健関係者に向けて診療ネットワークや研修会などの情報を掲載しています。
- ・一次脳卒中センターコア施設として認定されている滋賀医科大学附属病院、大津赤十字病院、彦根市立病院、市立長浜病院において、脳卒中相談窓口が設置されています。
- ・循環器病に関する症状、治療や費用、生活習慣病に関する知識、患者団体等の活動などの情報提供について一層充実していく必要があります。

- 1 ・相談支援については、急性期の医療受診から慢性期における医療、介護および福祉サービスに関することまで多岐にわたります。
- 2
- 3 ・介護や福祉サービスについては、医療機関でも相談でき、手続きなどは身近な市町が窓口
- 4 になっています。

5

6 **取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～**

7

- 8 ・県は、循環器病に関する科学的根拠に基づいた正しい情報を提供するために、国や国立循環器病研究センター、関係機関等の情報収集に努めます。
- 9
- 10 ・患者・家族が疾患の特性に応じ、個別のニーズに対応した必要な情報、急性期の段階から
- 11 確実にアクセスして活用しながら問題解決が出来るよう、情報提供・相談支援のあり方を検討
- 12 します。
- 13 ・脳卒中相談窓口を設置する一次脳卒中センターは、急性期医療機関から直接自宅へ退院
- 14 する患者・家族への相談支援を行うとともに、回復期・維持期(生活期)の医療機関に転院す
- 15 る患者・家族に対して適切な情報提供に努め、必要に応じて地域の支援機関につなぐ体制
- 16 を整備します。
- 17 ・県は、循環器病の症状・治療・費用、生活習慣病に関する知識、患者団体等の活動について、
- 18 県ホームページ等を活用しながら効果的な周知啓発について検討します。
- 19 ・県は、循環器病の知識、患者団体等の活動等について、医療機関や高齢者等の生活を支え
- 20 る地域包括支援センターなどとも連携・協力しながら適切な情報提供・相談支援の取組に努
- 21 めます。

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

4 施策を支える基盤づくり

分野目標 めざす姿

診療情報や人材を確保して循環器病対策が効果的に推進できる

4 施策を支える基盤づくり 分野の現状と課題

循環器病対策を行ううえで、実態を把握することは、予防や様々な治療法の有効性評価のために必要です。罹患状況や診療内容のデータ収集を行うにあたり国では、診療情報を収集・活用する公的な枠組みの構築が進められていますが、本県では脳卒中のデータ収集について平成 24 年度(2012 年度)から滋賀医科大学で取り組まれています。

対策を行うための重要な基盤は人材です。専門職の確保と資質の向上のみならず、地域の支援者も含めて「人づくり」を行うことが重要です。

また、所属内や学会、さまざまな研究会で、アカデミックな研究成果や日々の業務を通じた研究報告、事業報告などにより、課題や成果をフィードバックし合い、取組を進めることも対策を進めるうえでの大切な基盤の一つです。

<中間目標> 取組の方向性 分野目標を達成するために必要なこと
循環器病対策の基盤(データ・人材・研究)ができている

(1)循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備

循環器病の診療情報を収集して対策に活用できる

目標	評価指標	出典	現状値	目標
循環器病データが収集できる	循環器病データの収集状況	県調査	2011~2016年、 2019年、2020年 データ収集済(脳卒中)	—
循環器病データが活用できる	データ活用の状況	県調査	—	—

【現状と課題】

・非感染性疾患の一つである循環器病は、急性期には発症後早急に適切な治療を開始する必要があり、回復期、維持期にも再発や増悪を来しやすいです。

・循環器病の診療情報を収集・活用することは、循環器病対策を進めていくうえで重要です。

・厚生労働省は、令和3年度(2021 年度)から、「循環器病データベース構築支援事業」を、国立循環器病研究センターへ委託して循環器病データベースの構築に向けた事業を開始しています。

・本県では、平成 24 年(2012 年)から脳卒中全数登録が滋賀医科大学の脳卒中データセンターにおいて実施され、脳卒中の評価、分析を行っています。

・より正確な症例登録やデータを整理して本県の状況把握を行い、データに基づく評価を実施することは、循環器病対策の推進において重要です。

・令和3年度(2021 年度)から脳卒中データセンターで心疾患のデータ登録も進めてきています。

1 **取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～**

- 2
3 ・滋賀医科大学における滋賀脳卒中データセンターのデータ収集を継続し、本県における循
4 環器病の状況を把握し、対策に活かします。
5 ・本県における循環器病データの情報提供のあり方を検討します。
6 ・国が、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ている、循環器
7 病に係る診療情報を収集・活用する公的な枠組み構築の進捗を注視し、本県における体制
8 の検討が出来るよう準備します。

9
10 **(2)循環器病の患者と家族を支える人材育成**

11 循環器病に対応する人材の資質が向上する

目標	評価指標	出典	現状値	目標
患者や県民に対して専門技術・知識を提供できている	検討	—	—	—

12
13 **【現状と課題】**

- 14 ・医療は高度専門化しており、医師の確保のほか、高度な技術を持つ医師を育成することも
15 求められています。
16 ・急性期から在宅療養に至るまで、多(他)職種によるチームでの支援が患者の予後や QOL
17 の向上のために重要となっています。
18 ・循環器病の再発や再入院予防には、専門医とかかりつけ医の病診連携、院内の看護師、薬
19 剤師、リハビリテーション専門職、社会福祉士等による患者・家族教育と在宅療養の支援者
20 との連携が重要です。
21 ・在宅療養を支援する訪問看護師、訪問リハビリテーション専門職、介護支援専門員、訪問介
22 護員、歯科医師、かかりつけ薬局の薬剤師、管理栄養士・栄養士、通所施設のなどの医療専
23 門職のほか、行政の専門職や相談員、健康運動指導士、健康推進員など身近なところで患
24 者・家族を支える人達が、循環器病についてそれぞれの立場と専門性を生かせるよう人材
25 育成に努めることが大切です。
26 ・特に心不全は自己管理によって、再入院を予防し QOL 向上につながるため、在宅療養を
27 支援する専門職への研修機会の確保が必要です。

28
29 **【表29】 各種職能の学会・協会等による専門分野関連認定者数**

専門医等名称	人	時点	出典
脳神経外科専門医	74	R5.4	(一社)日本脳神経外科学会
循環器科専門医	188	R5.10	(一社)日本循環器学会
リハビリテーション科専門医	31	R5.10	(公社)日本リハビリテーション医学会
神経内科専門医	69	R5.10	(一社)日本神経学会
心臓血管外科専門医	20	R5.4	日本血管外科学会
脳卒中専門医	県別 不明	R5.10	(一社)日本脳卒中学会
脳神経血管内治療専門医	22	R5.10	一般社団法人日本脳神経血管内治療学会
脳血栓回収療法実施医	8	R5.10	一般社団法人日本脳神経血管内治療学会

不整脈専門医	17	R5.7	(一社)日本不整脈心電学会
心臓リハビリテーション指導士	79	R5.2	特定 NPO 法人日本心臓リハビリテーション学会
慢性疾患看護専門看護師*	6	R5.10	(公社)日本看護協会
訪問看護認定看護師	13	R5.10	(公社)日本看護協会
慢性心不全看護認定看護師	19	R5.10	(公社)日本看護協会
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師	6	R5.10	(公社)日本看護協会
認知症看護認定看護師	19	R5.10	(公社)日本看護協会
摂食嚥下障害認定看護師	10	R5.10	(公社)日本看護協会
緩和ケア認定看護師	19	R5.10	(公社)日本看護協会
心不全療養指導士	66	R5.10	(一社)日本循環器学会
脳卒中認定理学療法士	36	R5.6	(公社)日本理学療法士協会
循環器認定理学療法士	9	R5.6	(公社)日本理学療法士協会
高次脳機能障害専門作業療法士	0	R5.10	(一社)日本作業療法士協会
在宅栄養専門管理栄養士	0	R5.7	(公社)日本栄養士会
摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士	1	R5.7	(公社)日本栄養士会
循環器病アドバイザー	-	今後把握	(一社)日本循環器学会

1
2

【表30】県内リハビリテーション専門職数(職能団体所属会員数)

職種	会員数(人)	出典・時点
理学療法士	1,314	日本理学療法士協会 HP(R5.3)
作業療法士	482	日本作業療法士協会 HP(R5.3)
言語聴覚士	176	日本言語聴覚士協会 HP(R5.3)
計	1,972	

3
4

【表31】在宅医療関係機関数

在宅医療関係機関数	数	時点	出典
在宅療養支援診療所	166	R5.10	医療福祉推進課調べ
訪問看護ステーション	185	R5.10	医療福祉推進課調べ
訪問歯科診療を行った医療機関数	142	R5.4	医療福祉推進課調べ
在宅医療支援薬局	197	R4.10	医療福祉推進課調べ

5
6
7

取り組むべき施策～中間目標達成のための取組～

- 8 ・県は、関係機関・団体と協力して、循環器病に対応する人材の資質が向上するよう、各職能
9 に応じた研修会を開催するよう努めます。
- 10 ・県は、関係機関・団体と協力して、多職種連携推進のための勉強会や交流会等の顔のみえ
11 る関係づくりを意識した取組を推進します。
- 12 ・研修会等の開催にたっては、参加の機会が確保できるよう、オンライン等も活用して実施し
13 ます。

1 ・県立リハビリテーションセンター・関係機関、団体において、関わる支援者に対する知識や
2 技術習得に向けた研修の開催や、先進技術のリハビリテーションへの導入に関する情報収
3 集および発信を行います。(再掲)

5 (3)循環器病の研究の推進

6 様々な立場で循環器病の予防や医療などの研究を進める

目標	評価指標	出典	現状値	目標
循環器病に関する研究を行う	検討	—	—	—

7 【現状と課題】

8 ・県内では、厚生労働科学研究費等の活用による研究の他、実践研究や実践報告を学会、地
9 域、所属内で発表等を行っています。

10 ・循環器の分野で関心を持つ従事者や当事者団体、企業、行政など関係者が集まって研究会
11 を開催しています。

12 取り組みべき施策～中間目標の達成のための取組～

13
14
15
16 ・循環器病に携わる者が、循環器分野の活性化、標準化、対策推進に寄与し、資質や日頃の
17 業務の向上に役立つよう取組を行います。

18 ・循環器病に携わる者が、日頃の実践に基づいた研究成果について共有できる機会が確保
19 できるよう努めます。

第6章 循環器病対策を推進するために必要な事項

1 推進体制

本県における循環器病に係る現状や課題を共有し、計画の推進や進捗状況を評価するために、「滋賀県循環器病対策検討会」を設置しています。

循環器病は大きく「脳」と「心臓」に分かれるため、「脳血管疾患領域検討部会」と「心疾患領域検討部会」の2つの部会を設置して効果的な施策を推進する体制としています。

2 それぞれの主体に期待される役割

循環器病対策を実効的なものとして、総合的に展開するためには、行政のみならず関係者等が、適切な役割分担のもと、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を進めることが重要です。

取組の推進のために、患者・家族を含む関係者等の意見の把握に努め、循環器病対策に反映させることが重要です。

また、循環器病に関する知識の普及啓発等により、循環器病患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現を目指して、県民と共に取り組んでいくことが重要です。

「基本法」では、第3条から第7条に国・地方公共団体・医療保険者・国民・保健、医療または福祉の業務に従事する者の責務が明記されています。

(1) 県民

・喫煙、食生活、運動その他の生活習慣および生活環境、肥満その他の健康状態ならびに高血圧症、脂質異常症、糖尿病、心房細動その他の疾病が循環器病の発症に及ぼす影響等正しい知識を持ち、日常生活において循環器病の予防に積極的に努めます。

・自分またはその家族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ます。

(2) 職場

・職場においては、その構成員の心身の健康を維持するため、個別の健康管理のみならず、健康増進、発症予防への取組を促進し、労働環境や職場のコミュニケーションの改善を図るよう努めます。

・従業員の健康管理が企業利益をもたらすとのかの考えのもと、企業の健康経営の推進に努めます。

・循環器病患者の雇用の継続等に配慮するよう努めるとともに、国および県が行う循環器病対策に協力するよう努めます。

・県や市町、労働局、事業者団体等の経済団体などの支援・協力を得ながら従業員の健康の保持増進に努めます。

(3) 学校

・学童期、思春期は心身の発達の時期であるのみならず、基本的な生活習慣が形成される重要な時期であるため、学校は、家庭や地域と連携しながら、健康に関する学習を行い、子ども頃から健康に関する学習を行い、子どもの望ましい健康習慣の獲得に取り組むよう努めます。

・学校健診の機会を通して、循環器病の早期発見に努めます。

1 (4)医療保険者

2 ・国や県が行う循環器病の予防等に関する啓発および知識の普及等の施策に協力するよう
3 努めます。

4 ・被保険者および被扶養者に対して、生活習慣病の改善のための取組に努めます。

5 ・被保険者および被扶養者に対して、特定健診・特定保健指導の受診の促進に努めます。

6 (5)医療機関

7
8 ・医療機関は、計画に記載する医療提供体制等における自らの位置づけや役割を認識し、求
9 められる医療機能の充実・強化に努めることにより、計画の推進に協力します。

10 ・病院と病院、病院と診療所間の一層の連携を図り、また薬局や訪問看護ステーション、介護
11 サービス施設・事業所を含め、多機関・多職種が連携することにより医療と福祉が一体とな
12 った地域住民への質の高いサービス提供に努めます。

13 (6)関係団体・関係機関等

14
15 ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会、理学療法士会、作業
16 療法士会、言語聴覚士会、介護保険支援専門員連絡協議会等の医療保険福祉関連の専門団
17 体や就労支援や相談支援等の関係機関は、それぞれの専門的立場から、県民への啓発や家
18 庭・地域・学校・職場における循環器病対策のための活動への積極的な参加や支援を担うよ
19 う努めます。

20 ・国、県、市町が講ずる循環器病対策に協力し、循環器病の予防等に寄与するよう努めます。

21 ・循環器病患者等に対し良質かつ適切な保健、医療または福祉に係るサービスを提供するよ
22 うに努めます。

23 (7)市町

24
25 ・生活習慣病に関する予防や正しい知識の普及啓発に努めます。

26 ・住民の生活習慣病の改善のための取組に努めます。

27 ・住民を対象とした特定健診・特定保健指導の受診の促進に努めます。

28 (8)県

29
30 ・循環器病対策推進計画の策定、進行管理および評価を行います。

31 ・循環器病対策推進計画に基づき、医療機関、職能団体、事業所、市町その他の関係機関と
32 連携し、総合的な循環器病対策を推進します。

33 ・循環器病に関する予防と正しい知識についての啓発を各種団体や事業所などの協力を得
34 て積極的に行います。

36 3 他の疾患等に係る対策との連携

37 循環器病は、合併症・併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策と
38 の連携が重要です。

39 例えば、抗がん剤や放射線などのがん治療によって起こる循環器系の合併症(腫瘍循環器)
40 やがんに関連した脳卒中の観点では「滋賀県がん対策推進計画」、小児・若年期から配慮が
41 必要な循環器病の観点では、「滋賀県慢性疾病児童等地域支援協議会」「滋賀県移行期医療
42 支援部会」、循環器病の発症予防や重症化予防の観点では「滋賀県糖尿病ネットワーク会議」
43 「滋賀県慢性腎臓病対策推進協議会」、「滋賀県歯科保健計画」、健康増進の観点では「滋賀
44 県「健康いきいき21」地域・職域連携推進会議」等の関連する施策・会議等と連携して取り組
45 みを進めていきます。

4 感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策

今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、受診控えが指摘されましたが、受診控えは発症予防、再発、重症化すべてにおいて悪影響を及ぼすため、必要な医療や健診を受けるようにすることが必要です。

今後、新興感染症の発生やまん延、災害時等の有事を見据えて、感染症患者や被災者等に対する必要な急性期治療への対応も含めた医療を確保することを中心としつつ、脳卒中、心筋梗塞、大動脈解離等のそれ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制の構築が必要です。

このため、平時のみならず感染症や災害時等の有事に対する医療と、循環器病等のその他の疾患に対する医療を両立して確保することを目指し、滋賀県感染症予防計画を踏まえた適切な医療提供体制の整備に向けた検討をしていきます。

循環器病に係る医療提供体制について、地域医療構想の実現に向けた取り組みである高度急性期および急性期から回復期および慢性期までの病床の機能の分化・連携に取り組みます。急性期以降の転院先となる病院(回復期および慢性期の病院等)の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導などを含めた在宅医療の体制を強化するとともに、医療・介護サービス提供者間の連携強化を図ります。

また、県民や医療・介護等の関係者へ向けて、有事における具体的行動や支援方法について話し合いを進めることや、平時からの備え(例:医薬品、服薬や血圧・心臓病・糖尿病手帳、個々の健康状態に応じた食料品等)の必要性に関する啓発等の対策について検討を進めます。

「滋賀県保健医療計画」における新興感染症、救急医療、災害医療および「滋賀県感染症予防計画」に基づき、平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

第7章 計画の進行管理

県は、市町、関係機関・団体および医療機関などからの情報収集や、県民意識調査などを実施して事業の進捗状況を把握することにより、進行管理を行います。

なお、計画の中間年である令和8年度(2026年度)に中間評価を行います。

1 参考資料

2

3 計画内に出てくる病気の解説

疾患名		どんな病気か	
脳	脳梗塞 <small>のうこうそく</small>	動脈硬化が進行するなどして脳の血管が詰まり、詰まった先の脳細胞に血液が送られなくなります。脳細胞が壊れ、意識がなくなったり、半身まひや言語障害、さらには認知機能低下などの症状があらわれます。	
	脳梗塞の種類	ラクナ梗塞 <small>こうそく</small>	脳の奥の細い血管が多く詰まるタイプの脳梗塞
		アテローム血栓性脳梗塞 <small>けっせんせいのうこうそく</small>	脳の大きな血管や首の血管が動脈硬化によって詰まって起こる脳梗塞で、高血圧、脂質異常症、糖尿病などが原因となることが多いです。
		心原性脳塞栓症 <small>しんげんせいのうそくせんしゅう</small>	心房細動という不整脈を持っている人は、心臓の中に血栓(血の塊)ができやすく、それが脳に飛んで脳梗塞を起こします。
	脳内出血(脳出血) <small>のうないしゅっけつ のうしゅっけつ</small>	高血圧の程度が強い場合、脳の血管が破れて、脳の中に血の塊ができます。脳細胞が壊れ、意識がなくなったり、半身まひや言語障害、さらには認知機能低下などの症状があらわれます。	
	くも膜下出血 <small>まくかしゅっけつ</small>	脳のくも膜と軟膜の間の空間への出血で、自然出血では動脈瘤破裂に起因します。症状は、激しい頭痛や意識障害が突然起こります。好発年齢は40～65歳で比較的若いです。	
先天性脳血管疾患 <small>せんてんせいのうけっかんしっかん</small>	「脳動静脈奇形」は、大小様々な異常な動静脈がみられます。50%が出血 20～25%にてんかん発作で発症します。		
心臓	心筋梗塞 <small>しんきんこうそく</small>	動脈硬化によって心臓の血管(冠動脈)に血栓(血の塊)ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気です。胸に激痛の発作が起こり、呼吸困難等激しい症状を伴うことがあります。痛みは20分から数時間にわたることがあります。痛みは、胸だけでなく肩、腕などにも起こることがあります。心臓の血管が一瞬で詰まると突然死することもあります。	
	狭心症 <small>きょうしんしゅう</small>	動脈硬化などによって心臓の血管(冠動脈)が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態です。動作をしているときに胸を圧迫されるような痛みの発作が繰り返し起こり、数分以内におさまります。	
	弁膜症(心臓弁膜症) <small>べんまくしゅう しんぞうべんまくしゅう</small>	心臓弁(4つあります)が機能的に障害をきたすことで生じます。弁の開きが悪くなり血液の流れが悪くなる「狭窄」と弁が閉じにくくなり血液が逆流する「閉鎖不全」があります。息切れや動悸(ドキド	

		<p>キする)などの症状がありますが特有の症状はありません。</p> <p>加齢に伴う弁膜症が増えています。</p>
	ふせいみやく でんどうしょうがい 不整脈(伝導障害)	<p>心臓は安静時に 60~100 回/分休むことなく動いています。このリズムの乱れのことをいいます。脈が速くなる、脈が遅くなる、放置していいもの、放置したらいけないもの、無症状、有症状と様々な不整脈があります。</p>
	しんふぜん 心不全	<p>心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり日常生活に支障をきたす病気です。心筋症、心内膜疾患、弁膜症、狭心症、心筋梗塞、不整脈など様々な要因により引き起こされます。</p>
	しんきんしょう 心筋症	<p>心機能障害を伴う心筋疾患で、「特発性心筋症」は高血圧や冠動脈疾患など明らかな原因がない心筋病変があるものをいいます。「拡張型心筋症」「肥大型心筋症」「拘束型心筋症」などの分類があります。</p>
	せんてんせいしんしつかん 先天性心疾患	<p>生まれつきみられる心臓病のことです。心臓の壁に穴があいていたり、4つある部屋が少なかったり、新生児の 100 人に 1 人にみられるとされています。多くは原因が不明です。</p>
	いでんせいしつかん 遺伝性疾患	<p>一部の心筋症や不整脈に遺伝子の変異によって発症する循環器疾患があります。</p>
大動脈	だいたいみやくかいり 大動脈解離	<p>大動脈は3層(内膜・中膜・外膜)に分かれていて、中膜が何らかの原因で裂けて、もともと大動脈の壁であった部分に血液が流れ込むことで動脈内に二つの通り道ができる状態です。ほとんどの場合、何の前触れもなく、突然、胸や背中の激痛とともに起こります。致死率が高い病気です。原因は、動脈硬化、高血圧、喫煙、ストレス、脂質異常症、糖尿病、睡眠時無呼吸症候群、遺伝など様々な要因が関係します。</p>
	だいたいみやくくりゅう 大動脈瘤	<p>大動脈がこぶのように病的に膨らんだ状態です。こぶが出来た場所で「腹部」「胸部」大動脈瘤と言います。大動脈瘤は自覚症状がないまま大きくなります。気づかないままに大きくなり、破裂すると胸部や腹部に大量出血して、激しい胸や背中の痛み、腹痛が起こりショック状態になります。こうなると緊急手術でしか救命できない場合がほとんどです。破裂する前に見つけて受診継続することが大切な病気です。</p>
	はいこうけつあつしょう 肺高血圧症	<p>心臓から肺へ血液を送る血管(肺動脈)の圧が高くなる病気です。肺への血液の流れが悪くなり肺から血液への酸素の量が減少します。そのため息切れや呼吸困難などの症状がみられます。</p>

	まっしょうけっかんしつかん 末梢血管疾患 まっしょうどうみやくしつかん (末梢動脈疾患)PAD	四肢(ほぼ下肢)の動脈硬化症で、無症状から歩行時の足の痛み、けいれんや疲れ、足を引きずるような歩行を引き起こすことがあります。冠動脈疾患や脳卒中の合併が多くみられます。
	はいけっせんそくせんしゅう 肺血栓塞栓症	心臓から肺へ血液を送る肺動脈が血栓により詰まってしまう病気です。足の静脈に出来た血栓が肺まで運ばれて詰まってしまうことが多いです。症状は突然に息切れ、呼吸困難など起こることがあります。
	しんぶじょうみやくけっせんしゅう 深部静脈血栓症	足から心臓への静脈に血栓(血の塊)が出できて血管が詰まる病気です。足がはれたり、痛みが生じるなどの症状があります。肺の血管が詰まると肺塞栓症を引き起こします。
	ごえんせいはいえん 誤嚥性肺炎	咳反射や嚥下反射の神経活動が低下し、細菌が唾液や胃液とともに肺に流れ込んで生じる肺炎。高齢者に多く発症し、再発を繰り返す特徴がある。
後遺症	てんかん	大脳の神経細胞の電氣的流れが乱れておこります。原因は、脳梗塞や脳外傷など脳に障害があるもの、原因不明のものがあり、症状は「全般発作」と「部分(焦点)発作」に分けられ、意識が保たれているものや意識が消失するものがあります。
	しつごしゅう 失語症	言語障害の一つで脳卒中の後遺症では、話すこと、聞くこと、読むこと、書くことが難しくなる「失語症」と舌や口唇、声帯などの器官の動きが悪くなったりする「運動障害性構音障害」があります。
	こうじのうきのうしゅうがい 高次脳機能障害	脳外傷や脳血管障害等に起因する脳損傷によって、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因とし、日常生活および社会生活への適応に困難を有する認知障害をいう。これらについては、診断、リハビリテーション、生活支援等の手法が確立しておらず早急な検討が必要であることから、行政的に、これらの認知障害を「高次脳機能障害」と呼んでいます。
危険因子	ひまん 肥満	ボディマスインデックス(BMI)の指標が 25 以上で、30以上が高度な肥満として、積極的な減量治療を要するものとされています。
	こうけつあつしゅう 高血圧症	収縮期血圧(上の血圧)が 140mmHg 以上または拡張期血圧(下の血圧)が 90mmHg以上になる病気。
	ししつじょうしゅう 脂質異常症	血液中の脂質の値が基準値から外れた状態を脂質異常症といいます。 【特定健診等の血液検査では、LDL コレステロール(悪玉)、HDL コレステロール(善玉)、トリグリセライド(中性脂肪)の数値】

<p>とうにようびょう 糖尿病</p>	<p>インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の三大合併症をしばしば伴います。進行すると、動脈硬化が進み、脳卒中や虚血性心疾患になりやすくなります。 【特定健診等の血液検査では^{ヘモグロビンエーワンシー}H b A 1 cの数値】</p>
<p>こうにようさんけつしやう 高尿酸血症</p>	<p>血液中の尿酸が高い状態です。尿酸が 7.0mg/dl を超えると診断されます。進行すると結晶となった尿酸が関節・足先や耳たぶなどにたまり、その部分に炎症が起こり激痛の痛風発作が起こります。また腎や尿管、膀胱で起こる場合があり、腎結石、尿路結石を起こすことがあります。</p>
<p>まんせいじんぞうびやう 慢性腎臓病(CKD)</p>	<p>原因を問わずに、慢性に経過する腎臓病を包括するもので、腎機能(GFR)等により、ステージ1～5期に分類されます。CKDは脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患のリスクを高めます。</p>
<p>ししゅうびやう 歯周病</p>	<p>歯の周囲に付着した細菌のかたまり(プラーク)が歯肉に炎症を起こし、さらに歯を支える骨(歯槽骨)を溶かして、最終的に歯が抜け落ちる病気。80%以上の原因は歯周病とう歯(むし歯)によるものです。</p>
<p>どうみやくこうか しやう 動脈硬化(症)</p>	<p>動脈の血管が硬くなって弾力が失われた状態。血管の内側にプラーク(ドロドロの粥状物質)がついたり血栓が生じたりして血管が詰まりやすくなる病気。</p>
<p>じんふぜん 腎不全</p>	<p>腎臓病が進行して腎臓の働きが弱くなること。急激に腎機能が悪化する「急性腎不全」と自覚症状がないまま悪化する「慢性腎不全」があります。</p>

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15

1 用語解説

3 **あ**行

4 アドヒアランス

5 患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けること。

7 移行期医療

8 小児期に発症した病気で継続した治療が必要な場合、小児期医療から個々の患者にふさわしい成人期医療への移り変わりのこと。

11 維持期(生活期)

12 日常生活への復帰に向けて、心身の機能維持を目指したリハビリテーションや再発予防の治療などを行う時期。

15 運動プラス 10

16 厚生労働省の「身体活動指針」で定められた基準を達成するための全年齢層における身体活動(生活活動・運動)の考え方。日常生活の中で無理なく、毎日プラス10分の身体活動を実施するためのキャッチフレーズとして全国で取組が進められている。

20 オピオイド

21 麻薬性の痛み止めやその他痛み止めで、中枢神経や末梢神経にある特異受容体「オピオイド受容体」への作用によってモルヒネに類似した痛みを抑える作用を示す物質の総称のこと。

24 **か**行

25 回復期リハビリテーション病院(病棟)

26 脳血管疾患または大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL(日常生活動作)の向上による寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病院(病棟)。

30 活動量計(ウェアラブル端末)

31 ウェアラブルとは「身に着ける」という意味で、眼鏡、服、腕や首などに装着ができる ICT 端末のことをいう。端末に搭載されたセンサーを通じて装着している人の生体情報を取得することができる。健康分野では、歩数、移動距離、心拍、消費カロリー、睡眠レベルの計測など機種によって様々な機能がある。

36 カテーテルアブレーション(カテーテル心筋焼灼術)

37 心臓へカテーテルを通して、不整脈を引き起こす異常な電気回路を焼灼する不整脈の治療方法。

40 冠動脈造影検査(CAG)

41 局所麻酔をして腕や鼠径部から細いカテーテルを動脈内に挿入して、心臓、冠動脈へと通す。冠動脈へ入ったあとカテーテルから造影剤を注入すると冠動脈の状態が映しだされ、それを記録する。

1 冠動脈バイパス術(CABG:Coronary Arterial Bypass Grafting)

2 心筋梗塞や狭心症などの狭窄や閉塞している冠動脈の先に別の血管をつなげ、新しい路
3 (バイパス)を作り、血液を流す手術療法。人工心肺装置を使用し心臓を止めて行う手術と、
4 人工心肺装置を使用せず心臓が動いたまま行う方法がある。

5 6 緩和ケア

7 生命を脅かす疾患により問題に直面している患者やその家族に対して、痛みやその他の身
8 体的問題、心理社会的問題を早期に発見し、的確な評価と対処(治療・処置)を行うことによ
9 って苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフ(QOL)を改善するアプローチ。

10 11 クリッピング術(脳動脈)

12 脳動脈瘤の入り口の部分を金属製のクリップではさみ、瘤の中に血液が入り込まないよう
13 にする。

14 15 経皮的冠動脈インターベンション(PCI:Percutaneous Coronary Intervention)

16 急性心筋梗塞の治療法の一つ。狭くなった冠動脈を、カテーテルを用いて広げ、血液を流
17 れやすくする方法。先端にバルーン(風船)がついたカテーテルを通し、狭くなった部分まで
18 進めた後、膨らませる方法。

19 20 血栓回収療法

21 脳の大きな血管の閉塞に対して行います。足や腕の動脈から首や頭部の血栓が詰まって
22 いる血管までカテーテルを挿入し、「ステント」で血栓を回収したり、「吸引カテーテル」で血
23 栓を吸引して、血管を再開通させる方法。

24 25 健康運動指導士

26 保健医療関係者と連携して安全で効果的な運動を実施するための運動プログラム作成・
27 実践指導計画の調整等を行う者をいう。公益財団法人健康・体力づくり事業財団が行う健
28 康運動指導士養成講習会を受講または健康運動指導士養成学校を修了して、健康運動指導
29 士認定試験に合格し、台帳登録した者が名乗ることができる。

30 31 健康推進員

32 滋賀県健康推進団体連絡協議会(S62 年発足)で「私達の健康は私達の手で」をスローガ
33 ンに、食生活を通じた健康づくり活動を進めるボランティア組織。

34 県内 19 市町で、公民館等での食事啓発や調理実習、学校や企業等での食生活の講習、
35 「食育の日」の啓発活動、口コモティブシンドローム予防のための体操等の普及、健(検)診の
36 受診勧奨、子どもへの受動喫煙防止啓発など健康づくり全般に関わる活動を行っている。

37 38 言語聴覚士

39 音声・言語・聴覚等のコミュニケーションにかかる諸機能や、摂食・嚥下にかかる機能に問
40 題がある人に対して、必要な検査や助言・指導を行うリハビリテーション専門職。

41 42 コイル塞栓術(脳動脈)

43 足の付け根や腕の動脈から特殊なチューブを入れて、頭の血管へ導いて留置して、その中
44 からさらに細いチューブを取り出して、動脈瘤の中に誘導する。そのチューブの中から、細く
45 柔らかいプラチナ(白金)コイルを動脈瘤の中に誘導して留置する。これで動脈瘤の中に血

1 液が流れ込めないようにする。

2

3 **さ行**

4 **作業療法士**

5 身体または精神に障害のある人、またはそれが予測される人に対し、その主体的な生活の
6 獲得を図るため、諸機能の回復、維持、および開発を促す作業活動を用いて、治療、指導お
7 よび援助を行うリハビリテーション専門職。

8

9 **滋賀県保険者協議会**

10 県内の医療保険者を構成委員として、医療保険者相互が連携、協力して被保険者の健康維
11 持、増進を図るとともに、保険者の保健事業等の効率的かつ円滑な運営を図ることを目的
12 に設立された団体。事務局は滋賀県国民健康保険団体連合会に設けられている。

13

14 **滋賀産業保健総合支援センター**

15 産業医、産業看護職、衛生管理者等の産業保健関係者を支援するとともに、事業主等に対
16 し職場の健康管理への啓発を行うことを目的として、独立行政法人労働者健康安全機構が
17 都道府県に1か所設置している。

18

19 **自転車エルゴメーター**

20 自転車型で、ペダルの重さ等で運動負荷をかけられる装置。

21

22 **社会保険労務士**

23 社会保険労務士法に基づいた国家資格で、労働および社会保険に関する法令の円滑な実
24 施に寄与すると共に、「事業の健全な発達と労働者等の福祉の向上に資すること」を目的に
25 業務を行っている。企業における労働・社会保険に関する諸問題や年金の相談などに応じて
26 いる。

27

28 **就職支援ナビゲーター**

29 ハローワークに所属する就職支援の専門家で、非常勤の国家公務員。職業相談・職業紹介、
30 履歴書・職務経歴書の個別添削等の就職支援、患者のニーズに応じた求人開拓などを行っ
31 ている。

32

33 **受療率**

34 我が国の病院および診療所の患者について、毎年1回行っている「患者調査」から調査日
35 当日受診した患者の全国推計数を求め、これを人口で除して、人口10万対で表したもの。

36

37 **循環器病アドバイザー**

38 医療専門職資格を有さない人を対象とした一般社団法人日本循環器協会による認定制
39 度。循環器病アドバイザーとして、一般市民等への循環器病啓発を行い、循環器病の予防を
40 推進することを目的としている。

41

42 **小児慢性特定疾病**

43 児童福祉法第6条の2の規定により「児童又は児童以外の満20歳に満たない者が、当該
44 疾患にかかっていることにより、長期にわたり療養を必要とし、およびその生命に危険がお
45 よぶ恐れのあるものであって、療養のために多額の費用を要するものとして厚生労働大臣

1 が社会保障審議会の意見を聴いて定める疾病をいう。」と定められている疾病。

3 シンシナティ病院前脳卒中スケール(CPSS)

4 脳卒中の可能性を判定するためのスケール。救急の現場等で活用されており、3つの徴
5 候(顔のゆがみ、手の動き、話し方)から脳卒中の可能性を評価する。

7 心肺蘇生法(CPR:Cardiopulmonary resuscitation)

8 心肺機能が停止した状態にある傷病者の自発的な血液循環および呼吸を回復させる試み、
9 あるいは手技のことで、一次救命処置と二次救命処置に分かれる。一次救命処置は、心肺停
10 止の認知、救急要請、気道確保、人工呼吸、心臓マッサージの試みで医療従事者に限らずだ
11 れでも行うことができる。

13 心不全パンデミック

14 高齢者の増加により、心不全患者が大幅に増加すること。団塊ジュニア世代が高齢者とな
15 る 2035 年をピークに、患者数・死亡者数が増加し、医療費増大、病床不足、医師不足など
16 で医療体制が疲弊すると考えられている。

18 心不全療養指導士

19 医療専門職が質の高い療養指導を通して、病院から在宅、地域医療まで幅広く心不全患者
20 をサポートする日本循環器学会の認定資格。

22 診療ガイドライン

23 医療現場において、適切な診断と治療を補助することを目的として、厚生労働科学研究費
24 補助金診療ガイドライン作成班または学会等により「根拠に基づいた医療」に則って、予防か
25 ら診断、治療、リハビリテーションに至るまで、医師と患者の合意の上で最善の診療方法を
26 選択できるよう支援するために作られた文書のこと。

28 摂食機能療法

29 摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、
30 医師または歯科医師もしくは医師または歯科医師の指示のもとに、言語聴覚士、看護師、歯
31 科衛生士、理学療法士または作業療法士が訓練指導を行うこと。

33 セルフケア

34 健康維持のための自己管理のことをいう。

36 全人的苦痛

37 身体的苦痛(痛み、息苦しさ、だるさなど)、社会的苦痛(仕事上の問題、人間関係、経済的
38 な問題など)、精神的苦痛(不安、うつ状態、怒りなど)、スピリチュアルな苦痛(人生の意味、
39 苦しみの意味、死の恐怖など)といった、複雑な苦痛のことでトータルペインともいう。

41 専門医

42 それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼
43 される標準的な医療を提供できるとともに先端的な医療を理解し情報を提供できる医師の
44 ことをいう。19の基本領域、24のサブスペシャリティ領域がある。

1 専門看護師

2 看護師として5年以上の経験を持ち、看護系の大学院で修士課程を修了して必要な単位
3 を取得した後に、専門看護師認定審査に合格することで取得できる資格。13分野がある。
4 資格は5年ごとに更新される。

6 た行

7 地域共生社会

8 制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多
9 様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひと
10 りの暮らしと生きがい、地域をともに作っていく社会。

12 地域包括ケアシステム

13 病気や障害があっても誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続け
14 ることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するシステム。

16 地域連携クリティカルパス

17 病気が発症した際に治療を行う「急性期病院」から、集中的なリハビリテーションを行う「回
18 復期病院」を経て、生活機能維持のためのリハビリテーションを行う「慢性期病院・施設」ま
19 で、切れ目のない治療を提供することができ、早期に自宅に帰ることができるよう、地域全
20 体の関係機関が協働で作成する診療計画表。

22 適正体重

23 ボディマスインデックス(BMI)が18.5以上25未満の者。

25 特定健診(特定健康診査)

26 保険者(国保、被保険者保健)に実施が義務付けられている、メタボリックシンドロームに着
27 目した生活習慣病予防のための健診のこと。

29 特定保健指導

30 特定健診の結果、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による予防効果が多く
31 期待できる人に対して、生活習慣病を見直すサポートを行う保健指導のこと。

33 トレッドミル

34 回転速度や角度が変えられる流れるベルトの上を歩行する器具。

36 な行

37 認定看護師

38 特定の看護分野における熟練した看護技術および知識を用いて、あらゆる場で看護を必
39 要とする対象に、水準の高い看護実践のできる者として日本看護協会の認定を受けた看護
40 師のことをいう。21分野(2026年度で教育終了。2020年度から新制度研修開始で19
41 分野)がある。資格は5年ごとに更新される。

43 年齢調整死亡率

44 人口構成の異なる集団間で死亡率を比較するために、一定の基準人口にあてはめて調整
45 した指標。基準人口は平成27年モデル人口を用いる。死因別の場合は、人口10万人あた

1 り(10万対)で表す。

$$2 \quad 3 \quad 4 \quad \text{年齢調整死亡率} = \frac{\left\{ \left[\begin{array}{l} \text{観察集団の年齢} \\ \text{階級別死亡率} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{基準となる人口集団} \\ \text{の年齢階級別人口} \end{array} \right] \right\}}{\text{基準となる人口集団の総和}} \text{の各年齢階級の総和}$$

6 脳卒中専用病室(SCU:Stroke Care Unit)

7 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に
8 24 時間体制で脳血流などの状況を監視する脳卒中専用ケアユニットのこと。

10 は行

11 バイスタンダー

12 救急現場に居合わせた人(発見者、同伴者等)のこと。

14 廃用性症候群

15 身体の不活動によって引き起こされる二次的な障害の総称で、「生活不活発病」ともいわ
16 れている。

18 平均寿命

19 X 歳に達した者が、その後生存する年数の平均を X 歳の平均余命といい、0歳の平均余命
20 を平均寿命という。

22 包括連携協定

23 本県では、健康・福祉・環境・防災など様々な課題に対して民間企業と相互に緊密に連携し、
24 双方の資源を有効に活用した協働による活動を推進することにより、地域の一層の活性化
25 および県民サービスの向上を図っている。健康づくりなど個別の課題に対しての連携協定
26 は「個別連携協定」となる。

28 ま行

29 メタボリックシンドローム

30 腹囲が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上かつ、脂質異常・高血圧・高血糖のうち2項目以上
31 が基準値以上の状態をいう。

32 ・脂質異常(中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満、もしくはコレ 33 ステロールを下げる薬を服用)
34 ・高血圧(収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上、もしくは血圧を下げる 35 薬を服用)
36 ・高血糖(空腹時血糖 110mg/dl 以上、または HbA1c(NGSP 値)6.0%以上、もしくはインスリ 37 ン注射または血糖を下げる薬服用)

39 メディカルコントロール協議会

40 救急現場から医療機関に搬送されるまでの間、救急救命士等が実施する医行為について、
41 医師が指示、指導・助言および検証を行うことにより、これらの医行為の質を保証するため
42 の体制をいう。協議会では、実施基準にかかる協議、実施基準に基づく傷病者の搬送および
43 受入れの実施に係る連絡調整を行う。

1 や行

4 ら行

5 ライフステージ

6 人が生まれてから死ぬまでの乳幼児期、児童期、青年期、壮年期、老年期の段階のことを
7 いう。人生において節目となる出来事は「出生、入学、卒業、就職、結婚、出産、子育て、退職
8 など」がある。

10 理学療法士

11 けがや病気などで身体に障害のある人や障害の発生が予測される人に対して、基本動作
12 能力(座る、立つ、歩くなど)の回復や維持、および障害の悪化の予防を目的に、運動療法や
13 物理療法(温熱、電気等の物理手段を治療目的に利用するもの)などを用いて支援するリハ
14 ビリテーション専門職。

16 リハビリテーション専門職

17 理学療法士、作業療法士および言語聴覚士を指す。

19 リプロダクティブヘルス

20 「性と生殖に関する健康」と訳され、性や子どもを産むことに関わるすべてにおいて、身体
21 的にも精神的にも本人の意思が尊重され、自分らしく生きられること。

23 両立支援促進員

24 治療と仕事の両立支援対策の普及促進のための個別訪問支援、治療と仕事の両立に関す
25 る労働者(患者)等と事業場との個別調整支援、治療と仕事の両立支援に係る教育および事
26 例収集を実施する職務を行う者で、各産業保健総合支援センターで保健師、看護師、社会保
27 険労務士等に委嘱を行っている。

29 わ行

31 アルファベット

32 ACP(エーシーピー:Advance Care Planning:アドバンスケアプランニング)

33 人生の最終段階にどのような医療・ケアを受けたいかを、患者が家族や医療・ケアチームと
34 繰り返し話し合うプロセスのこと。“人生会議”ともいわれている。

36 ADL(エーディーエル:Activities of Daily Living:日常生活動作)

37 日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作で「起居動作・移譲・移動・食事・更衣・
38 排泄・入浴・整容」動作のこと。

40 BMI(ビーエムアイ:Body Mass Index:ボディマスインデックス)肥満度

41 肥満度を測る指標で、体重(kg)を身長(m)²で割った数値、18.5未満がやせ、25以上が
42 肥満とされている。

1 HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)

2 ヘモグロビンとブドウ糖が結びついたもの。糖尿病の診断や血糖コントロールの指標に使
3 われる検査。過去1~2か月の血糖値の平均を表す。2012年4月から新しいHbA1c(国際
4 標準値)が使われるようになっていく。以前はJDSを用いていた。

5 HDLコレステロール(エイチディーエル High Density Lipoprotein Cholesterol)

6 高比重リポタンパクの意味で、増えすぎたコレステロールを回収し、さらに血管壁にたまった
7 コレステロールを取り除いて肝臓へ戻すはたらきをする。増えすぎたLDLコレステロール
8 が動脈硬化を促進するのとは反対に、抑制する働きがあるため善玉コレステロールといわ
9 れる。

10 LDLコレステロール(エルディーエル Low Density Lipoprotein Cholesterol)

11 低比重リポタンパクの意味で、一般に悪玉コレステロールと呼ばれている。肝臓で作られ
12 たコレステロールを身体全体へ運ぶ役割をもっている。数値が正常であれば問題ないが、血
13 液中のLDLコレステロールが増えすぎると血管壁にたまり、蓄積すると血管が細くなり血
14 栓ができて動脈硬化を進行させ、心筋梗塞や狭心症・脳梗塞などの動脈硬化性疾患を誘発
15 させる。

16 NDB-SCR(ナショナルデータベーススコア:National Data Base standardized claim-data ratio)

17 厚生労働省が公表しているレセプト情報などを集約したNDB(ナショナル・データベース)
18 を活用し、各診療行為と薬剤の地域差を性・年齢調整済みのスコアとして算出することで、
19 医療提供状況の地域差を見える化した数値。

20 QOL(キューオーエル:Quality of Life:生活の質)

21 精神的、社会的、経済的、すべてを含めた生活の質を意味する。

22 rt-PA(ティーピーイー)

23 超急性期の脳梗塞治療のため、脳血栓を溶解させる薬剤 t-PA(一般名:アルテプラゼ、
24 遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクティベータ)を使用して治療すること。

25 ST上昇(エスティー)

26 心電図でST部分が通常より上がった状態で、心筋梗塞や心筋炎などで上昇がみられる。

1 法律第五号（平三〇・一二・一四）

2 ◎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

3
4 目次

5 第一章 総則（第一条―第八条）

6 第二章 循環器病対策推進基本計画等（第九条―第十一条）

7 第三章 基本的施策（第十二条―第十九条）

8 第四章 循環器病対策推進協議会等（第二十条・第二十一条）

9 附則

10 第一章 総則

11 （目的）

12 第一条 この法律は、脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下単に「循環器病」という。）が国民
13 の疾病による死亡の原因及び国民が介護を要する状態となる原因の主要なものとなっている等
14 循環器病が国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状に鑑み、循環器病の予防
15 に取り組むこと等により国民の健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活
16 できる期間をいう。）の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、
17 循環器病に係る対策（以下「循環器病対策」という。）に関し、基本理念を定め、国、地方公共
18 団体、医療保険者、国民及び保健、医療又は福祉の業務に従事する者の責務を明らかにし、並
19 びに循環器病対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、循環器病対策の基本と
20 なる事項を定めることにより、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する。

21 （基本理念）

22 第二条 循環器病対策は、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。

23 一 喫煙、食生活、運動その他の生活習慣の改善等による循環器病の予防及び循環器病を発症し
24 た疑いがある場合における迅速かつ適切な対応の重要性に関する国民の理解と関心を深め
25 るようにすること。

26 二 循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び医療機関による受入れの迅速かつ適切な実施、
27 循環器病患者に対する良質かつ適切なリハビリテーションを含む医療（以下単に「医療」と
28 いう。）の迅速な提供、循環器病患者及び循環器病の後遺症を有する者に対する福祉サービ
29 スの提供その他の循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供が、その
30 居住する地域にかかわらず等しく、継続的かつ総合的に行われるようにすること。

31 三 循環器病に関する専門的、学際的又は総合的な研究が企業及び大学その他の研究機関の連
32 携が図られつつ行われるようにその推進を図るとともに、循環器病に係る予防、診断、治療、
33 リハビリテーション等に係る技術の向上その他の研究等の成果を普及し、及びその成果に関
34 する情報を提供し、あわせて、企業等においてその成果を活用して商品又はサービスが開発
35 され、及び提供されるようにすること。

36 （国の責務）

37 第三条 国は、前条の基本理念（次条において「基本理念」という。）にのっとり、循環器病対策
38 を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

39 （地方公共団体の責務）

40 第四条 地方公共団体は、基本理念にのっとり、循環器病対策に関し、国との連携を図りつつ、そ
41 の地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。

42 （医療保険者の責務）

43 第五条 医療保険者（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七条第二
44 項に規定する保険者及び同法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。）は、国及
45 び地方公共団体が講ずる循環器病の予防等に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力するよ
46 う努めなければならない。

47 （国民の責務）

48 第六条 国民は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣及び生活環境、肥満その他の健康状態並び
49 に高血圧症、脂質異常症、糖尿病、心房細動その他の疾病が循環器病の発症に及ぼす影響等循

1 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よう
2 努めるとともに、自己又はその家族等が循環器病を発症した疑いがある場合においては、でき
3 る限り迅速かつ適切に対応するよう努めなければならない。

4 (保健、医療又は福祉の業務に従事する者の責務)

5 第七条 保健、医療又は福祉の業務に従事する者は、国及び地方公共団体が講ずる循環器病対策に
6 協力し、循環器病の予防等に寄与するよう努めるとともに、循環器病患者等に対し良質かつ適
7 切な保健、医療又は福祉に係るサービスを提供するよう努めなければならない。

8 (法制上の措置等)

9 第八条 政府は、循環器病対策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講
10 じなければならない。

11 第二章 循環器病対策推進基本計画等

12 (循環器病対策推進基本計画)

13 第九条 政府は、循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、循環器病対策の推進に関す
14 る基本的な計画(以下「循環器病対策推進基本計画」という。)を策定しなければならない。

15 2 循環器病対策推進基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標
16 及びその達成の時期を定めるものとする。

17 3 厚生労働大臣は、循環器病対策推進基本計画の案を作成し、閣議の決定を求めなければなら
18 ない。

19 4 厚生労働大臣は、循環器病対策推進基本計画の案を作成しようとするときは、あらかじめ、
20 総務大臣その他の関係行政機関の長に協議するとともに、循環器病対策推進協議会の意見を聴
21 くものとする。

22 5 政府は、循環器病対策推進基本計画を策定したときは、遅滞なく、これを国会に報告すると
23 ともに、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

24 6 政府は、適時に、第二項の規定により定める目標の達成状況を調査し、その結果をインター
25 ネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

26 7 政府は、循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの
27 の提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案し、並びに循環器病対策の
28 効果に関する評価を踏まえ、少なくとも六年ごとに、循環器病対策推進基本計画に検討を加え、
29 必要があると認めるときには、これを変更しなければならない。

30 8 第三項から第五項までの規定は、循環器病対策推進基本計画の変更について準用する。

31 (関係行政機関への要請)

32 第十条 厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、総務大臣その他の関係行政機関の長に対し
33 て、循環器病対策推進基本計画の策定のための資料の提出又は循環器病対策推進基本計画にお
34 いて定められた施策であって当該行政機関の所管に係るものの実施について、必要な要請をす
35 ることができる。

36 (都道府県循環器病対策推進計画)

37 第十一条 都道府県は、循環器病対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県における
38 循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関
39 する状況、循環器病に関する研究の進展等を踏まえ、当該都道府県における循環器病対策の推
40 進に関する計画(以下「都道府県循環器病対策推進計画」という。)を策定しなければならない。

41 2 都道府県は、都道府県循環器病対策推進計画を策定しようとするときは、あらかじめ、循環
42 器病対策に関係する者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるとともに、第
43 二十一条第一項の規定により都道府県循環器病対策推進協議会が置かれている場合にあっては、
44 当該都道府県循環器病対策推進協議会の意見を聴かなければならない。

45 3 都道府県循環器病対策推進計画は、医療法(昭和三十二年法律第二百五号)第三十条の四第
46 一項に規定する医療計画、健康増進法(平成十四年法律第百三号)第八条第一項に規定する都
47 道府県健康増進計画、介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第一百八条第一項に規定する
48 都道府県介護保険事業支援計画、消防法(昭和三十二年法律第百八十六号)第三十五条の五第
49 一項に規定する実施基準その他の法令の規定による計画等であって保健、医療又は福祉に関す

1 する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。

2 4 都道府県は、当該都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医
3 療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況の変化、循環器病に関する研究の進展等を勘案
4 し、並びに当該都道府県における循環器病対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも六年
5 ごとに、都道府県循環器病対策推進計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを
6 変更するよう努めなければならない。

7 5 第二項の規定は、都道府県循環器病対策推進計画の変更について準用する。

8 第三章 基本的施策

9 (循環器病の予防等の推進)

10 第十二条 国及び地方公共団体は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣及び生活環境、肥満その
11 他の健康状態並びに高血圧症、脂質異常症、糖尿病、心房細動その他の疾病が循環器病の発症
12 に及ぼす影響並びに循環器病を発症した疑いがある場合の対応方法に関する啓発及び知識の普
13 及、禁煙及び受動喫煙の防止に関する取組の推進その他の循環器病の予防等の推進のために必
14 要な施策を講ずるものとする。

15 (循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び受入れの実施に係る体制の整備等)

16 第十三条 国及び地方公共団体は、循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び医療機関による
17 受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、当該者の搬送及び受入れの実施に係る体制を整備す
18 るために必要な施策を講ずるものとする。

19 2 国及び地方公共団体は、救急救命士及び救急隊員が、傷病者の搬送に当たって、当該傷病者
20 について循環器病を発症した疑いがあるかどうかを判断し、適切な処置を行うことができるよ
21 う、救急救命士及び救急隊員に対する研修の機会の確保その他の必要な施策を講ずるものとし
22 る。

23 (医療機関の整備等)

24 第十四条 国及び地方公共団体は、循環器病患者がその居住する地域にかかわらず等しくその状
25 態に応じた良質かつ適切な医療を受けることができるよう、専門的な循環器病に係る医療の提
26 供等を行う医療機関の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

27 2 国及び地方公共団体は、循環器病患者及び循環器病患者であった者に対し良質かつ適切な医
28 療が提供され、並びにこれらの者の循環器病の再発の防止が図られるよう、国立研究開発法人
29 国立循環器病研究センター、前項の医療機関その他の医療機関等の間における連携協力体制の
30 整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

31 (循環器病患者等の生活の質の維持向上)

32 第十五条 国及び地方公共団体は、循環器病患者及び循環器病の後遺症を有する者の福祉の増進
33 を図るため、これらの者の社会的活動への参加の促進その他の生活の質の維持向上のために必
34 要な施策を講ずるものとする。

35 (保健、医療及び福祉に係る関係機関の連携協力体制の整備)

36 第十六条 国及び地方公共団体は、循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び医療機関による
37 受入れの迅速かつ適切な実施、循環器病患者に対する良質かつ適切な医療の迅速な提供、循環
38 器病患者及び循環器病の後遺症を有する者に対する福祉サービスの提供その他の循環器病患者
39 等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供が、その居住する地域にかかわらず等し
40 く、継続的かつ総合的に行われるよう、消防機関、医療機関その他の関係機関の間における連
41 携協力体制の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

42 (保健、医療又は福祉の業務に従事する者の育成等)

43 第十七条 国及び地方公共団体は、循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者に対す
44 る研修の機会の確保その他のこれらの者の育成及び資質の向上のために必要な施策を講ずるも
45 のとする。

46 (情報の収集提供体制の整備等)

47 第十八条 国及び地方公共団体は、循環器病に係る保健、医療及び福祉に関する情報(次項に規定
48 する症例に係る情報を除く。)の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ず
49 るとともに、循環器病患者及び循環器病患者であった者並びにこれらの者の家族その他の関係

者に対する相談支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、循環器病に係る予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法の開発及び医療機関等におけるその成果の活用に資するため、国立研究開発法人国立循環器病研究センター及び循環器病に係る医学医術に関する学術団体の協力を得て、全国の循環器病に関する症例に係る情報の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずるよう努めるものとする。

(研究の促進等)

第十九条 国及び地方公共団体は、革新的な循環器病に係る予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法及び循環器病に係る医療のための医薬品等（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号。次項において「医薬品医療機器等法」という。）第二条第一項に規定する医薬品、同条第四項に規定する医療機器及び同条第九項に規定する再生医療等製品をいう。次項において同じ。）の開発その他の循環器病の発症率及び循環器病による死亡率の低下等に資する事項についての企業及び大学その他の研究機関による共同研究その他の研究が促進され、並びにその成果が活用されるよう必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、循環器病に係る医療を行う上で特に必要性が高い医薬品等の早期の医薬品医療機器等法の規定による製造販売の承認に資するようその治験が迅速かつ確実に行われ、及び標準的な循環器病の治療方法の開発に係る臨床研究が円滑に行われる環境の整備のために必要な施策を講ずるものとする。

第四章 循環器病対策推進協議会等

(循環器病対策推進協議会)

第二十条 厚生労働省に、循環器病対策推進基本計画に関し、第九条第四項（同条第八項において準用する場合を含む。）に規定する事項を処理するため、循環器病対策推進協議会（以下この条において「協議会」という。）を置く。

2 協議会は、委員二十人以内で組織する。

3 協議会の委員は、循環器病患者及び循環器病患者であった者並びにこれらの者の家族又は遺族を代表する者、救急業務に従事する者、循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

4 協議会の委員は、非常勤とする。

5 前三項に定めるもののほか、協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。

(都道府県循環器病対策推進協議会)

第二十一条 都道府県は、都道府県循環器病対策推進計画に関し、第十一条第二項（同条第五項において準用する場合を含む。）に規定する事項を処理するため、都道府県循環器病対策推進協議会（以下この条において「都道府県協議会」という。）を置くよう努めなければならない。

2 都道府県協議会は、循環器病患者及び循環器病患者であった者並びにこれらの者の家族又は遺族を代表する者、救急業務に従事する者、循環器病に係る保健、医療又は福祉の業務に従事する者、学識経験のある者その他の都道府県が必要と認める者をもって構成する。

附 則

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から起算して一年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

(検討)

第二条 政府は、肺塞栓症、感染性心内膜炎、末期腎不全その他の通常の循環器病対策では予防することができない循環器病等に係る研究を推進するとともに、その対策について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるほか、歯科疾患と循環器病の発症との関係に係る研究を推進するものとする。

2 政府は、前項に定めるもののほか、糖尿病に起因して人工透析を受けている者等で下肢末梢しろう動脈疾患を有するものが適切な診断及び治療を受けられなければその予後に著しい悪影

1 響を及ぼすことが多いことに鑑み、糖尿病に起因して人工透析を受けている者等及びこれらの
2 者の家族に対する下肢末梢動脈疾患の重症化の予防に関する知識の普及、人工透析を実施する
3 医療機関と専門的な下肢末梢動脈疾患に係る医療の提供を行う医療機関の間における連携協力
4 体制の整備、人工透析を実施する医療機関において医療の業務に従事する者の下肢末梢動脈疾
5 患の重症度の評価等に関する知識の習得の促進等について検討を加え、その結果に基づいて所
6 要の措置を講ずるものとする。

7 第三条 政府は、てんかん、失語症等の脳卒中の後遺症を有する者が適切な診断及び治療を受ける
8 こと並びにその社会参加の機会が確保されることが重要であること等に鑑み、脳卒中の後遺症
9 に関する啓発及び知識の普及、脳卒中の後遺症に係る医療の提供を行う医療機関の整備及び当
10 該医療機関その他の医療機関等の間における連携協力体制の整備、脳卒中の後遺症を有する者
11 が社会生活を円滑に営むために必要な支援体制の整備等について検討を加え、その結果に基づ
12 いて所要の措置を講ずるものとする。

13 (厚生労働省設置法の一部改正)

14 第四条 厚生労働省設置法（平成十一年法律第九十七号）の一部を次のように改正する。

15 第四条第一項第十七号の四の次に次の一号を加える。

16 十七の五 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
17 基本法（平成三十年法律第百五号）第九条第一項に規定する循環器病対策推進基本計画の策
18 定及び推進に関すること。

19 第六条第二項中「アレルギー疾患対策推進協議会」を

20 「アレルギー疾患対策推進協議会

21 循環器病対策推進協議会」に改める。

22 第十一条の四の次に次の一条を加える。

23 (循環器病対策推進協議会)

24 第十一条の五 循環器病対策推進協議会については、健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、
25 心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（これに基づく命令を含む。）の定める
26 ところによる。

27
28
29 (総務・厚生労働・内閣総理大臣署名)
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45

目標および指標一覧

具体的な施策

取組の方向性(中間目標)

目指す姿(分野目標)

健康増進
市町、企業、保険者、地域団体等と連携し、特定健診・特定保健指導の実施率向上のため、積極的な情報提供や啓発の実施
発症リスクの高い人に保健指導が確実にできる体制の整備
利用動員方法の検討や保健指導実施者の資質の向上による、効果的な特定保健指導の実施
食塩摂取量の減少と、野菜・果物摂取量の増加を目指した普及啓発
食育活動と連携した望ましい食事や共食の推進についての啓発の実施
各健康診断等に合わせ、健康維持のための望ましい食事のとり方への指導等の推進。
しが健康栄養ケア・ステーション(滋賀県栄養士会)における、栄養士のいない診療所等と連携した、生活習慣病や低栄養の改善に向けた(訪問)栄養食事指導の推進
社員食堂等の給食施設における、栄養バランスのとれたメニュー提供や健康づくり情報の提供等、施設や企業へ働きかけた食環境の整備の推進
子どもの頃からの運動習慣の定着化に向けた取組の推進
「運動プラス10」の啓発の推進
公共の運動施設や地域のスポーツクラブの利用促進等の自主的な活動の支援の実施
ともに運動する仲間づくりの推進のための活動の支援の実施
適切な運動指導が行える専門職の活用を図る
健康推進アプリ「BWA-TEKU」の普及の推進
自身の健康管理ができる「活動量計(ウェアラブル端末)」の活用推進
喫煙による健康影響についての情報提供の実施
禁煙支援や治療に関する情報提供の実施
20歳未満の者の喫煙開始を防ぐための啓発の実施
家庭での受動喫煙防止の普及啓発の実施
飲酒の健康影響や節度ある適度な量の飲酒などの情報提供の実施
未成年者の飲酒をなくすための啓発の実施
歯周病と健康、循環器病との関連の啓発の実施
かかりつけ歯科医院をもつことの推奨と定期的な口腔管理の推進
かかりつけ歯科医院の役割についての啓発の実施
口腔機能の役割や口腔ケアの必要性についての啓発の実施
学校保健教育での一次予防の内容の充実
ヒートショック予防のための啓発の実施
「健康・省エネ住宅」の普及に向け、関係機関と連携して住宅相談窓口を設置
既存住宅への窓断熱設備等の導入に対する支援
省エネリフォームの進め方や活用可能な補助・融資制度等の周知のための情報発信や普及啓発の実施
循環器病発症予防、危険因子の健康教育、健康講座等の実施
住民リーダーの活動を支援し、健康づくり・食育推進のための活動の推進
「健康しが」共創会議の参画企業等と、循環器病発症予防を視点に活動創出等の推進
発症予防(受診支援や危険因子の管理)
受診支援の充実
特定健診で受診勧奨以上であった人が確実に医療機関へ受診できるよう各保険者が働きかける体制づくりの推進
脂質異常症(LDL180mg/dl以上)、高血圧性(Ⅱ、Ⅲ度以上)の者の受診勧奨の徹底
糖尿病重症化予防のための地域の実情に応じた取組の推進
長期薬剤投与等の影響による循環器病のリスクに関する情報提供についての検討
保健指導の充実
「虚血性心疾患一次予防ガイドライン」に基づき、危険因子の減少をめざした事業の実施
「脳卒中治療ガイドライン」に基づき、危険因子の減少をめざした事業の実施
不整脈の管理の推進
不整脈に気づくことで適切な治療につなげる対策の検討
必要なら、治療(抗凝固療法等)ができていくか現状把握について検討
不整脈に関する自己管理の啓発
突然の発症時の対応(応急手当・救急要請)
脳卒中の「FAST」など救急要請が必要な症状と迅速な救急要請について県民啓発の実施
一過性脳虚血発作について早期受診が出来るよう県民への啓発を実施
循環器病の悪化予防と後遺症の軽減ができるよう早期受診の啓発の実施
感染症流行下においても、身体の異常を感じる場合は受診するように県民啓発の実施
幅広い世代を対象に応急手当や心肺蘇生法の研修・啓発の実施
医療機関の適切な選択、救急車の正しい利用方法、かかりつけ医を持つことの重要性についての啓発の実施

よりよい生活習慣が定着し、循環器病が予防できる			
目標	評価指標	基準値	目標値
特定健診受診率が向上している	特定健診受診率	60.0%	70%以上
特定保健指導実施率が向上している	特定保健指導実施率	26.3%	45%以上
特定保健指導対象者の割合が減少している	特定保健指導対象者の割合の減少率(H26対比ベータ)	9.1%減少	25%以上減少
適正体重を維持している人の割合が増加している	肥満者の割合	20～60歳代 男性 28.0% 40～60歳代 女性 14.6%	20～60歳代 男性 22% 40～60歳代 女性 12%
	肥満傾向にある子どもの割合(10歳の肥満傾向児 肥満度20%以上)	10歳 男子 10.07% 女子 6.75%	減少
食塩摂取量が減少している	食塩摂取量	10.6g 20～64歳 男性 26.1% 女性 20.2%	7g 20～64歳 30%
運動習慣者が増加している	運動習慣者の割合	65歳以上 男性 40.4% 女性 40.5%	65歳以上 50%
喫煙率が減少している(喫煙をやめたいひとがやめる)	喫煙率	男性 19.3% 女性 4.2%	15% 3%
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少している	1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上女性20g以上の者の割合	男性 11.3% 女性 6.9%	10% 4%
歯と口腔の健康が向上している	過去1年間に歯科健診を受診した者の割合(18歳以上)	37%	95%
ヒートショックが予防できている	ヒートショックの認知度	49.6%	増加

適切な治療が受けられている(危険因子の管理ができています)			
目標	評価指標	基準値	目標値
高血圧が改善される	収縮期血圧の平均値	男性 128.7mmHg 女性 124.0mmHg	123.7mmHg 119.0mmHg
	高血圧性疾患患者の年齢調整外未受診率	256.3	減少
脂質異常症の治療が受けられている	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合	男性 11.1% 女性 12.6%	8.9%
	脂質異常症患者の年齢調整外未受診率	85.7	減少
血糖コントロール不良者が減少する	糖尿病治療者でHbA1c8.0%以上の割合の減少	1.2%	1%
ハイリスク者が受診できる	ハイリスク者の医療機関受診率	42.7%	80%
不整脈による重篤な疾患が予防できる	心房性心房細動患者数	487人	減少

突然の症状出現時に対応ができる			
目標	評価指標	基準値	目標値
脳卒中の前駆症状を知っている	一過性脳虚血発作(TIA)症状の認知度	69.8%	モニタリング
目の前で人が突然倒れた際に心肺蘇生など応急手当ができる	一般市民が自覚した心原性心肺機能停止症例のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合	54%	向上
応急手当ができる人と回答した県民	応急手当ができる人と回答した県民	44.4%	モニタリング
バイスタンダーによるAED操作や救命措置ができる	心肺機能停止症例を全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	19件	増加

県民が循環器病を知り、健康寿命が延伸する			
目標	評価指標	基準値	目標値
健康寿命が延伸する	健康寿命 (日常生活動作が自立している期間の平均)	男性 81.19年 女性 84.83年	延伸

循環器病の発症が予防できる			
目標	評価指標	基準値	目標値
脳血管疾患罹患率が減少する	脳血管疾患受診率(人口10万対)	入院 78.0 外来 40.0	減少
心疾患罹患率が減少する	心疾患(高血圧性性のものを除く)受診率(人口10万対)	入院 43.0 外来 110.0	減少
若い世代の脳卒中の発症が減少する	初発患者60歳未満の割合の平均	16.9%	減少
若い世代の虚血性心疾患の発症が減少する	60歳未満の急性心筋梗塞発症率	今後把握	減少

具体的な施策

取組の方向性(中間目標)

目指す姿(分野目標)

救急搬送体制の整備
 地域メディカルコントロール協議会や病院等との連携により、救急救命士数の確保、特定行為の技術水準の向上、救命率の向上や予後の改善の推進
 県メディカルコントロール協議会で実施基準の検討・見直しの適宜実施
 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、循環器病患者を迅速・適切に急性期医療を提供できる医療機関へ搬送できる体制の推進を図るため、地域の実情に応じて検討していく

発症後の速やかな搬送体制が構築されている			
目標	評価指標	基準値	目標値
搬送先が明確である	重症患者における受入れ医療機関決定までの照会回数が4回以上の割合	0.2%	0.1%未満 現状維持
救急要請からの医療機関への搬送に時間を要しない	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	34.8分	短縮
救急要請からの専門医療機関への搬送ができる	一次脳卒中センターに一次搬送できた割合	89.1%	維持
特定行為可能な救急救命士が増える	気管挿管認定者数 薬剤投与認定者数	気管挿管 230人 薬剤投与 472人	増加

脳卒中医療提供体制の整備
 医療機関の連携による24時間365日専門医療の体制の確保
 脳卒中医療に従事する人材の確保
 顕微鏡性肺炎、深部静脈血栓症等の急性期合併症の予防および治療に努める
 急性期医療機関は来院後速やかに専門的な治療を開始できる院内の構築を図るよう努める
 rt-PA静注療法による血栓溶解療法、脳血管内治療による血栓回収療法に対応できるように努める
 急性期治療において医療需要に応じた新たなネットワークの構築の検討の実施
 急性期医療機関における身体機能の早期改善のために早期リハビリテーション開始できる体制整備に努める
 急性期医療機関における退院時の重症度評価の把握に努める
 各圏域の脳卒中地域連携クリティカルパスの活用状況に応じ、必要な患者がつながるように努める
 感染症発生・まん延時や災害等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりに向けて検討していく

(脳卒中)早期に専門的な治療が可能な連携体制が構築され、質の高い医療が提供されている			
目標	評価指標	基準値	目標値
適応者に速やかにrt-PAが開始できる	来院後1時間以内(発症後4.5時間以内) rt-PA実施件数	136件	血栓回収と合わせて増加
適応者に速やかに血栓回収療法が実施できる	脳血栓回収療法実施件数	184件	rt-PAと合わせて増加
くも膜下出血の手術ができる	脳動脈瘤によるくも膜下出血に対するクリッピング術実施件数 脳動脈瘤によるくも膜下出血に対するコイル塞栓術実施件数	46件 90件	モニタリング
深部静脈血栓症の合併症の合併症予防ができる	深部静脈血栓症予防の施行率	76.4%	100%
急性期脳卒中患者に対する嚥下訓練ができる	摂食機能療法(1日につき)30分以上の割合	124.3	維持～増加
早期にリハビリテーションが開始されている	早期リハビリテーションの実施件数	94.3	増加

心疾患医療提供体制の整備
 医療機関の連携による24時間365日専門医療の体制の確保
 心疾患医療に従事する人材の確保
 急性期医療機関は来院後速やかに初期治療を開始するとともに30分以内で専門的な治療を開始できる体制づくりの推進
 不整脈に対して二次保健医療圏域で適切な医療に努める
 多機関が連携した安心して在宅療養が送れる体制づくりの推進
 継続した心臓リハビリテーションが行える体制づくりの推進
 感染症発生・まん延時や災害等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりに向けて検討していく

(心疾患)早期に専門的な治療が可能な連携体制が構築され、質の高い医療が提供されている			
目標	評価指標	基準値	目標値
適応者に経皮的冠動脈インターベンション(PCI)治療が開始できる	急性心筋梗塞患者の来院時からPCI施行までの所要時間が90分以内の患者の割合(中央値)	68.2%	増加
適応者に冠動脈バイパス術が実施できる	冠動脈バイパス術実施件数 冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺不使用)10万対	149件 7.3	モニタリング
大動脈瘤手術が実施できる	胸部大動脈手術件数 腹部大動脈手術件数	273件 244件	モニタリング
早期に退院ができる	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	6.8日	短縮
不整脈の治療が受けられている	カテーテルアブレーション(カテーテル心筋焼灼術)が可能な二次保健医療圏域	6圏域	全圏域

年齢調整死亡率が減少している			
目標	評価指標	基準値	目標値
年齢調整死亡率が減少する	脳血管疾患年齢調整死亡率(人口10万対)	男性 73.7 女性 49.6	減少
	虚血性心疾患年齢調整死亡率(人口10万対)	男性 75.5 女性 32.4	減少
	大動脈瘤および解離年齢調整死亡率(人口10万対)	男性 13.6 女性 11.9	減少
	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率	15.9%	増加

早期治療と適切な医療により後遺症が抑えられている			
目標	評価指標	基準値	目標値
後遺症が残らない・後遺症が改善する	脳卒中初発の退院時mRS(0~2)の割合の増加	48.7%	増加
	脳血管リハビリテーション実績指数	49.36点	向上
	在宅等生活の場に戻った脳血管疾患患者の割合	54.1%	増加
	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後社会復帰率	13.1%	増加

具体的な施策

取組の方向性(中間目標)

目指す姿(分野目標)

リハビリテーション 急性期から回復期および維持期(生活期)までの総合的なリハビリテーションの提供体制の推進 滋賀県リハビリテーション協議会でのリハビリテーション提供体制の整備・推進に向けた検討、評価等の実施 二次保健医療圏域での訪問・通所リハビリテーション事業所の確保 多職種連携による心臓リハビリテーション推進に向けた知識や技術の習得、医療の質の向上に努める 県立リハビリテーションセンター、関係機関、団体での関わる支援者に対する知識や技術習得に向けた研修の開催 県立リハビリテーションセンター、関係機関、団体での先進技術のリハビリテーションへの導入に関する情報収集および発信 患者自ら、支援を受けながら、主体的に継続してリハビリテーションに取り組む意識の醸成
【脳卒中】 県は、リハビリテーションに係る人材の確保・育成に努める リハビリテーションに係る人材に向けた研修を通じて、脳血管障害に係るリハビリテーションや摂食嚥下障害、高次脳機能障害(神経心理学的評価を含む)、地域支援・両立支援に係る知識や技術の習得 各圏域の脳卒中地域連携クリティカルパスの活用状況に応じ、急性期から回復期および維持期の在宅での取組につながるよう、効果的な運用の推進を図る 脳卒中地域連携クリティカルパスの圏域ごとの現状把握と課題整理の実施等により効果的運用の検証 QOLの向上に向けた切れ目のないリハビリテーションの提供体制の整備
【心疾患】 回復期以降にも継続した心臓リハビリテーションが切れ目なく提供され、自ら継続して実施できる体制の推進 全ての二次保健医療圏域で、心臓リハビリテーションが実施できる体制の推進 心臓リハビリテーションの状況の把握と課題の検討 心不全患者の生活行為パンフレット作成の普及を図る 心臓リハビリテーションが実施できるよう、多職種人材の育成と確保に努める 生活期に携わる医療福祉介護スタッフが、心臓リハビリテーションに関する知識が得られるように研修等の実施に努める 生活期を担う地域の支援者が、心臓病手帳の活用を通してモニタリングできる体制の推進 心臓病手帳を活用した心不全患者のQOLの維持・向上のための多職種による支援の実施
重症化・再入院予防のための医療の実践と生活管理の促進 患者・家族が地域の多(他)職種の下で支援を受けながら療養生活が行える体制の構築の推進 地域支援者の生活管理に関する知識の向上 患者・家族が再発予防のために、支援を受けながら危険因子の医療的管理を継続して行い、自己管理ができるよう努める 心不全について「心臓病手帳」を活用した取重症化や再入院予防の推進 心臓ペースメーカー埋込み者への生活での管理の実施 県民に対する心不全に関する啓発の実施
多職種連携体制の推進 歯周病に起因する循環器病の重症化予防のため、循環器医療機関と歯科医療機関の連携体制を推進 多職種で支える地域包括ケアシステムの推進 循環器病を専門としないかかりつけ医への研修の検討 職能に合わせた研修の機会の確保 地域での多職種連携の会を活用した連携体制の検討 専門医や認定看護師等の知識を有する専門職の役割の検討 心不全在宅療養支援のための検討の実施 「心不全情報シート」等のツールを活用した専門医とかかりつけ医、訪問看護・介護支援専門員等の地域支援者と主治医連携の推進
関係機関・職能による危険因子の管理の推進 膵臓性肺炎や深部静脈血栓症等の合併症の予防と治療が行える体制の整備 定期的な歯科健診や歯周病管理等、かかりつけ歯科での口腔管理の推進 在宅医療を担う薬剤師の活用 服薬アドヒアランス獲得へ向けての支援の推進 再発や重症化予防、QOLの維持のための在宅における栄養食事指導の推進 在宅における栄養士の活用 心不全患者の重症化予防のため、訪問看護や介護支援専門員等の地域支援者による生活状況の把握や、セルフケア支援の推進

(脳卒中)必要なリハビリテーションが切れ目なく受けられる体制が構築されている

目標	評価指標	基準値	目標値
早期にリハビリテーションが開始されている	早期リハビリテーションの実施件数	94.3	増加
回復期リハビリテーション病院(病棟)で十分なリハビリテーションが受けられる	病院の退院患者平均在院日数(脳血管疾患) 回復期リハビリテーション病棟	132.3日 全圏域7/7 14病院	短縮 維持

(心疾患)必要なリハビリテーションが切れ目なく受けられる体制が構築されている

目標	評価指標	基準値	目標値
全保健医療圏域で心臓血管リハビリテーションが医療機関で提供されている	心臓血管疾患リハビリテーションが実施可能な二次保健医療圏域の増加	6圏域	全圏域
心臓リハビリテーションに係る多職種の人的資源が確保されている	施設基準を満たしている施設数	I・II:19か所	増加
心臓リハビリテーションが実施できる医療機関や場所が充実している	心臓リハビリテーションが提供できる医療機関数、場所数	I・II:19か所 運動施設:今後実施	増加
心臓血管疾患リハビリテーションが十分に実施できている	心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数	入院128.9 外来179.4	増加

重症化・再入院予防のための医療の実践と生活管理ができています

目標	評価指標	基準値	目標値
循環器病の重症化予防ができる	連携歯科医療機関数	今後把握	増加
脳卒中の再発予防ができる	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、脳卒中認定看護師の実数	6人	増加
心不全の在宅療養体制が整っている	病院連携でシート等の活用をしている診療所数/病院と連携している診療所数 多職種チーム(心不全チーム)がある病院数 心臓病手帳の配布数	18か所/301か所 16病院 今後確認	増加 増加 増加

再発・重症化予防ができる

目標	評価指標	基準値	目標値
再発予防ができる	脳卒中の再発率(発症登録者のうち、再発者が占める割合)	24.4%	減少
重症化予防ができる	心不全の再入院率(半年後・1年後)	半年後 14.9% 1年後 17.0%	減少

具体的な施策

取組の方向性(中間目標)

目指す姿(分野目標)

循環器病の後遺症を有する者に対する支援
 小児期から成人期へのてんかん治療の連携体制の構築
 てんかん診療機関の情報提供・理解促進・生活支援の充実に努める
 高次脳機能障害について各圏域で支援ネットワークを進め、身近な地域で障害特性に応じた相談支援が受けられる体制の充実
 高次脳機能障害が適切に診断され、障害特性に応じたリハビリテーションや福祉サービスを利用しながら地域で暮らせるよう努める
 言語聴覚士と連携して、失語症への理解を深めるための啓発の実施
 失語症者の意思疎通を地域で支援する人材の育成に努める

後遺症を有する者に対する支援体制が充実している			
目標	評価指標	基準値	目標値
高次脳機能障害のある人の地域生活を支える人材が充実している	圏域の連絡調整会議の構成所属のうち高次脳機能障害専門相談支援員研修(初任者またはフォローアップ)を受講した所属	15.3%	20.0%

循環器病の緩和ケアの推進
 循環器病に携わる医療従事者の緩和ケア研修会の受講の推進
 基本的心不全緩和ケアトレーニング(HEPT)の受講促進
 循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進できるよう検討
 がん領域における緩和ケアの取組との連携を図り、循環器病の緩和ケア推進に向け検討していく備の充実を図る
 がん以外の緩和ケアについて医療従事者への研修の検討
 循環器病の緩和ケアについての県民への周知

緩和ケアを提供できる体制が構築されている			
目標	評価指標	基準値	目標値
循環器病患者が緩和ケアを受けられることができる	心不全患者の緩和ケアを提供している病院数	12病院	増加
末期心不全患者が緩和ケアを受けられることができる	末期心不全患者の緩和ケア加算	2施設	増加
県民が循環器病も緩和ケアの対象であることを知っている	県民の循環器病緩和ケアの認知度	5.7%	増加
循環器病に携わる医療従事者の緩和ケアの理解が深まる	日本心不全学会HEPT研修受講者	12人	増加

治療と仕事の両立支援
 成人先天性心疾患も含めた循環器病患者の就労への理解の促進
 滋賀県長期療養者就職支援担当者連絡協議会、滋賀県両立支援推進チーム、がん患者就労支援専門部会合同会議での検討
 仕事と治療の両立支援の情報提供の充実
 両立支援に関するセミナー等の開催
 ハローワークでの循環器病患者の就労に関する支援
 滋賀産業保健総合支援センターでの事業所と労働者の両立支援の促進
 両立支援従事者に対する支援の充実
 健康寿命延伸プロジェクト表彰(治療と仕事の両立支援分野)による意識の向上と取組の促進
 県労働相談所、滋賀労働労働局相談コーナー等での労働に関する相談の対応
 広報紙「滋賀労働」や労務管理セミナー等における両立支援の啓発の実施
 障害がある方の就労支援について「滋賀県障害者プラン2021」の施策の推進
 滋賀県立むれやま荘での高次脳機能障害がある方への自立訓練や就労移行訓練の提供
 コミュニケーションスキルの向上に向けた支援の実施

仕事を望む人が就労できている			
目標	評価指標	基準値	目標値
両立支援推進チームにより治療と仕事の両立支援が充実している	出張相談支援の場	9病院	増加
脳卒中、心疾患の従業員に対して事業所が積極に配慮している	脳卒中や心臓病治療中の労働者がいる(かつていた)事業所のうち、職場復帰可能と回答した事業所	64.6%	増加
事業所が外部機関を活用している	脳卒中や心臓病治療中の労働者がいる(かつていた)事業所のうち、相談したことがあると回答した事業所	20.8%	増加
両立支援を行う者が増加している	両立支援コーディネーター基礎研修受講者数	189名	増加

小児・若年期の循環器病への支援
 出生前の検査で早期に先天性心疾患を発見し、円滑な連携による必要な医療の提供
 ハイリスク妊産婦・新生児援助事業による、ハイリスク連絡票等を用いた支援の実施
 学校健診等の機会で、小児の循環器病患者の早期発見の推進
 「滋賀県児童生徒心臓検診検討会」での検診の精度管理の実施
 小児期から若年期における課題について「滋賀県慢性疾患等地域支援協議会」での協議
 「滋賀県移行期医療支援センター」において、小児期から成人期まで切れ目ない医療を提供できる体制整備の推進
 慢性疾患児童等の自立(自律)に向けて、移行期医療支援コーディネーターによる相談支援等の実施
 循環器病患者に対する、小児期から成人期にかけて移行期医療支援の体制整備の検討
 先天性心疾患患者を中心に、本人・家族の療養生活に係る相談支援や自立支援の推進
 将来的に県内の医療機関においても先天性心疾患を診ることが可能な人材育成や、先天性心疾患に係る患者の把握等、高度医療の推進

胎児期の段階を含め、小児期から成人期まで必要な医療が切れ目なく行える体制が整備されている			
目標	評価指標	基準値	目標値
出生前から小児期に適切な医療を受けられる体制ができている	周産期死亡症例検討会	開催	継続開催
児童生徒の心疾患の早期発見ができる	心臓検診検討会の開催	年1回開催	継続開催
成人期への診療移行ができ、適切な医療の提供が受けられる	移行期医療の検討状況	年1回開催	継続開催

循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
 循環器病に関する科学的根拠に基づいた正しい情報の提供のために国、国立循環器病センター、関係団体等の情報収集の実施
 相談支援・情報提供のあり方の検討の実施
 脳卒中相談窓口を設置する一次脳卒中センターは、急性期医療機関から直接自宅へ退院する患者・家族への相談支援を行うとともに、回復期・維持期(生活期)の医療機関に転院する患者・家族に対して適切な情報提供に努め、必要に応じて地域の支援機関につなぐ体制を整備
 県HP等を活用しながら効果的な周知啓発について検討
 循環器病の知識、患者・家族会等の活動等について適切な情報提供・相談支援の実施

適切な情報提供がされ相談支援が受けられる体制が整備される			
目標	評価指標	基準値	目標値
循環器病に関する情報の提供体制ができている	脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	4病院	増加

再発・重症化予防ができる			
目標	評価指標	基準値	目標値
再発予防ができる	脳卒中の再発率(発症登録者のうち、再発者が占める割合)	24.4%	減少
重症化予防ができる	心不全の再入院率(半年後・1年後)	半年後 14.9% 1年後 17.0%	減少

具体的な施策

循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備
滋賀脳卒中データセンター(滋賀医科大学)のデータ収集の継続
循環器病の状況の把握と活用
循環器病データの情報提供のあり方の検討
国立循環器病センターのデータ収集モデル事業の注視

人材育成
各職能に応じた研修会の開催
多職種連携推進のための研修会の開催
多職種連携推進のための交流会等の開催
オンライン等での講習機会の検討
県立リハビリテーションセンター・関係機関・団体における、リハビリテーションに関する研修会の開催

循環器病の研究の推進
循環器病分野の活性化、標準化、対策推進のための自身の資質や日頃の業務の向上に役立つ取組
循環器病に携わる者が、日頃の実践に基づいた研究について共有できる機会の確保

取組の方向性(中間目標)

循環器病の診療情報を収集して対策に活用できる			
目標	評価指標	基準値	目標値
循環器病データが収集できる	循環器病データの収集状況	2011~2016年、 2019年、2020年の データ収集(脳卒中)	-
循環器病データが活用できる	データ活用の状況	-	-

循環器病に対応する人材の資質が向上する			
目標	評価指標	基準値	目標値
患者や県民に対して専門技術・知識を提供できている	検討	-	-

様々な立場で循環器病の予防や医療などの研究を進める			
目標	評価指標	基準値	目標値
循環器病に関する研究を行う	検討	-	-

目指す姿(分野目標)

診療情報や人材を確保して循環器病対策が効果的に推進できる

1 滋賀県循環器病対策検討会委員名簿

◎会長

(敬称略)

氏名	推薦団体・機関
樋上 雅一	滋賀県医師会
高山 真一	滋賀県歯科医師会
瀧川 政邦	滋賀県薬剤師会
草野 とし子	滋賀県看護協会
布施 順子	滋賀県栄養士会
岡戸 佳恵美	滋賀県介護支援専門員連絡協議会
勝部 藍子	滋賀県保険者協議会
松原 峰生	滋賀県保健所長会
北村 勝	滋賀県消防長会
林 幸史	滋賀県市町保健師協議会
藤井 鈴子	日本心臓ペースメーカー友の会滋賀県支部
川上 寿一	滋賀県立リハビリテーションセンター
野崎 和彦	アドバイザー
吉田 和道	◆滋賀医科大学脳神経外科学講座
藤井 明弘	◆済生会滋賀県病院
◎中川 義久	◇滋賀医科大学循環器内科学講座
中野 顯	◇彦根市立病院
	◆脳血管疾患領域検討部会代表
	◇心疾患領域検討部会代表

2 滋賀県循環器病対策検討会 脳血管疾患領域検討部会委員名簿

◎部会長 ○副部会長

(敬称略)

氏名	推薦団体・機関
堀出 直樹	滋賀県医師会
松井 泰成	滋賀県歯科医師会
瀧川 政邦	滋賀県薬剤師会
山川 直之	滋賀県看護協会(脳卒中リハビリテーション看護認定看護師)
伊部 恵美子	滋賀県看護協会(訪問看護認定看護師)
巽 達也	滋賀県栄養士会
辻 広美	滋賀県介護支援専門員連絡協議会
常深 真一	滋賀県作業療法士会
北村 勝	滋賀県消防長会
野崎 和彦	アドバイザー
◎吉田 和道	滋賀医科大学脳神経外科学講座
齊木 雅章	大津赤十字病院
○藤井 明弘	済生会滋賀県病院
中島 正之	近江八幡市立総合医療センター
千原 英夫	彦根市立病院
堀口 聡士	市立長浜病院

3 滋賀県循環器病対策検討会 心疾患領域検討部会委員名簿

◎部会長 ○副部会長

(敬称略)

氏名	推薦団体・機関
樋上 雅一	滋賀県医師会
瀧川 政邦	滋賀県薬剤師会
山下 貴久子	滋賀県看護協会(慢性心不全看護認定看護師)
斉藤 京子	滋賀県看護協会(訪問看護認定看護師)
布施 順子	滋賀県栄養士会
森本 清美	滋賀県介護支援専門員連絡協議会
川口 民郎	滋賀医科大学医学部附属病院(心臓リハビリテーション代表)
平岩 康之	滋賀県理学療法士会
北村 勝	滋賀県消防長会
◎中川 義久	滋賀医科大学循環器内科学講座
鈴木 友彰	滋賀医科大学心臓血管外科学講座
貝谷 和昭	大津赤十字病院
木股 正樹	市立大津市民病院
和田 厚幸	淡海医療センター
犬塚 康孝	滋賀県立総合病院
山本 孝	公立甲賀病院
馬淵 博	湖東記念病院
○中野 顯	彦根市立病院
高島 弘行	市立長浜病院
杉原 秀樹	高島市民病院