

3. 循環器病患者の支援

(1) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

現状と課題

循環器病患者は、脳卒中発症後の後遺症の残存や心血管疾患治療後の身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に陥る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底等の適切な管理及びケアを行うことが必要です。必要に応じて、介護保険制度、障害者総合支援法に基づく支援体制と連携を図ることも重要です。

奈良県では、市町村、地域包括支援センターや地区医師会等の関係団体、保健所が連携し地域の在宅療養における調整、支援等を行っています。令和4（2022）年4月末時点では、奈良圏域に2病院、東和圏域に1病院、西和圏域に2病院、南和圏域に1病院、計6病院を地域医療支援病院^{※28}に指定し、かかりつけ医等の支援を行う体制を整えています。また、令和5（2023）年度からは、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題を解消する制度として、紹介受診重点医療機関^{※29}が始まっており、本県では令和5（2023）年8月1日時点で12病院が紹介受診重点医療機関となっています。地域の医療を継続していくため、医療機関の連携体制の充実及び医療機能の役割分担に基づいた整備等が必要であり、さらに、各圏域に設置された地域医療構想調整会議を活用し、公立病院、公的病院をはじめとした医療機関により、病床の機能分化、診療機能の役割分担等を進めるとともに、在宅での医療と介護が一体的かつ切れ目なく提供されるようサービスの充実を図る必要があります。

令和4（2022）年度より、薬局において、医療機関からの求めに応じて、入院予定の患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、必要に応じて持参した服用薬の整理を行うとともに、医療機関に対して当該患者の服薬状況等について文書により提供した場合、評価されることとなり、今後活用の増加が期待されます。

在宅医療^{※30}において積極的役割を担っている在宅療養支援病院^{※31}は20箇所、

※28 地域医療支援病院は、患者の身近な地域で医療を提供することが望ましいという観点から、第一線の地域医療を担う、かかりつけ医・かかりつけ歯科医等を支援するため、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、地域医療の確保を図る病院。医療法に基づき県知事が個別に承認する。

※29 紹介受診重点医療機関は、「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて受診することを基本とした医療機関であり、医療資源を重点的に活用する外来（医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来、高額等の医療機器・設備を必要とする外来や、特定の領域に特化した機能を有する外来）を地域で基幹的に担う医療機関として地域の協議の場において同意を得た医療機関をいう。

※30 在宅医療とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療。

※31 在宅療養支援病院は、24時間往診が可能な体制が確保され、国の定める基準（200床未満、または当該病院を中心とした半径4km以内に在宅療養支援診療所が存在しない等）を満たす病院で、患者を直接担当する医師または看護師が、患者及びその家族と24時間連絡が取れる体制や患者の求めに応じて24時間往診の可能な体制を維持し、在宅での看取りもする病院。

在宅療養支援診療所^{※32}は 179 箇所の届出があります（表 22、23）。また、在宅療養後方支援病院^{※33}は 4 箇所の届出となっています。

訪問診療^{※34}を利用する患者数をレセプト件数ベースで見ると、平成 25（2013）年度の 65,616 人から平成 28（2016）年度では 77,998 人へと年々増加しており、訪問診療料の算定件数で見ても同様に増加傾向を示しています。また、往診^{※35}については毎年約 3 万件程度と一定数の提供がなされています。

表 22 医療圏別在宅療養支援病院数の推移

（単位：箇所）

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
医療圏	奈良	5	5	6	8
	東和	3	5	5	5
	西和	2	2	2	2
	中和	1	1	2	2
	南和	3	3	3	3
奈良県		14	16	18	20

出典：地方厚生局届出受理

表 23 在宅療養支援診療所数の推移

（単位：箇所）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
診療所数	161	164	166	172	179

出典：地方厚生局届出受理

急性期後の患者や在宅患者の入院の受け入れ及び在宅復帰支援を行う地域包括ケア病床は、奈良県で 32 病院、1,094 病床あり、中和医療圏の病院が多くなっています（表 24）。

※32 在宅療養支援診療所は、24時間往診が可能な体制が確保され、国の定める基準を満たす診療所で、患者を直接担当する医師または看護師が、患者及びその家族と24時間連絡が取れる体制や患者の求めに応じて24時間往診の可能な体制を維持し、在宅での看取りもする診療所。

※33 在宅療養後方支援病院は、在宅医療を提供する医療機関と連携し、連携医療機関の求めに応じて24時間入院希望患者（あらかじめ当該病院に届け出ている患者）の診療が可能な体制及び緊急入院ができる病床を常に確保するなどの国の定める基準（200床以上等）を満たした病院。

※34 訪問診療とは、通院が困難な者に対して、その同意を得て、計画的な医学の管理の下に定期的に医師が訪問して診療を行うこと。

※35 往診とは、看家（介護老人保健施設等を含む。）の求めに応じて患者に赴いて診療すること。

表 24 地域包括ケア病床に関する各圏域の状況

		病院数	病床数
医療圏	奈良	7	193
	東和	6	288
	西和	7	264
	中和	10	320
	南和	2	29
奈良県		32	1,094

出典：厚生労働省「令和3（2021）年度病床機能報告（令和3（2021）年7月1日時点）」

退院調整支援担当者を配置する診療所は減少傾向、病院は増加傾向にあり、奈良県としては、微増傾向です（表 25）。

表 25 退院調整支援担当者を配置する診療所・病院数の推移

（単位：箇所）

	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
診療所	2	4	2	1
病院	34	34	40	42
合計	36	38	42	43

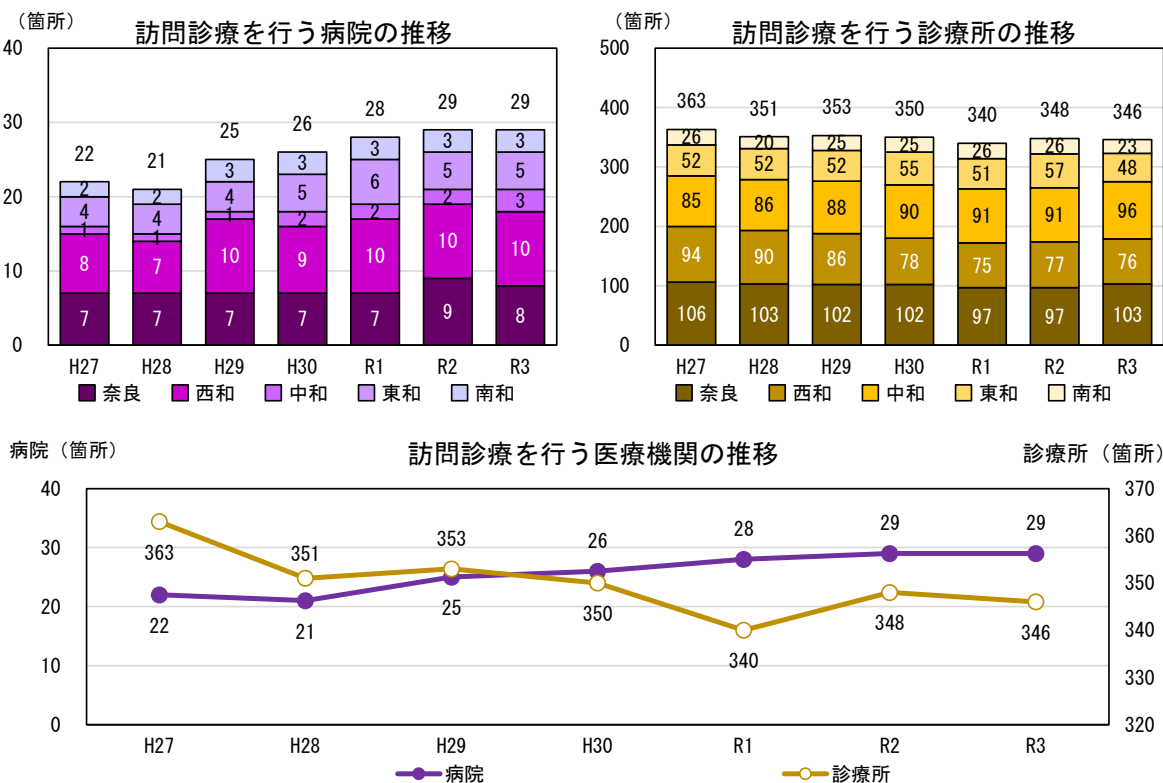
出典：厚生労働省「医療施設調査（各年10月1日時点）」

奈良県における訪問診療を実施する病院数は令和3（2021）年は29箇所と近年横ばい傾向であり、10万人あたり2.2箇所となっています。また、診療所数は346箇所と前年度より減少しており、10万人あたり26.3箇所となっています（図38）。なお、訪問診療の算定件数は増加傾向にあります（図39）。

このことから、在宅医療を提供する施設数はあまり増加していない中でも、個々の施設における患者の対応数は増えてきていることが推測されます。

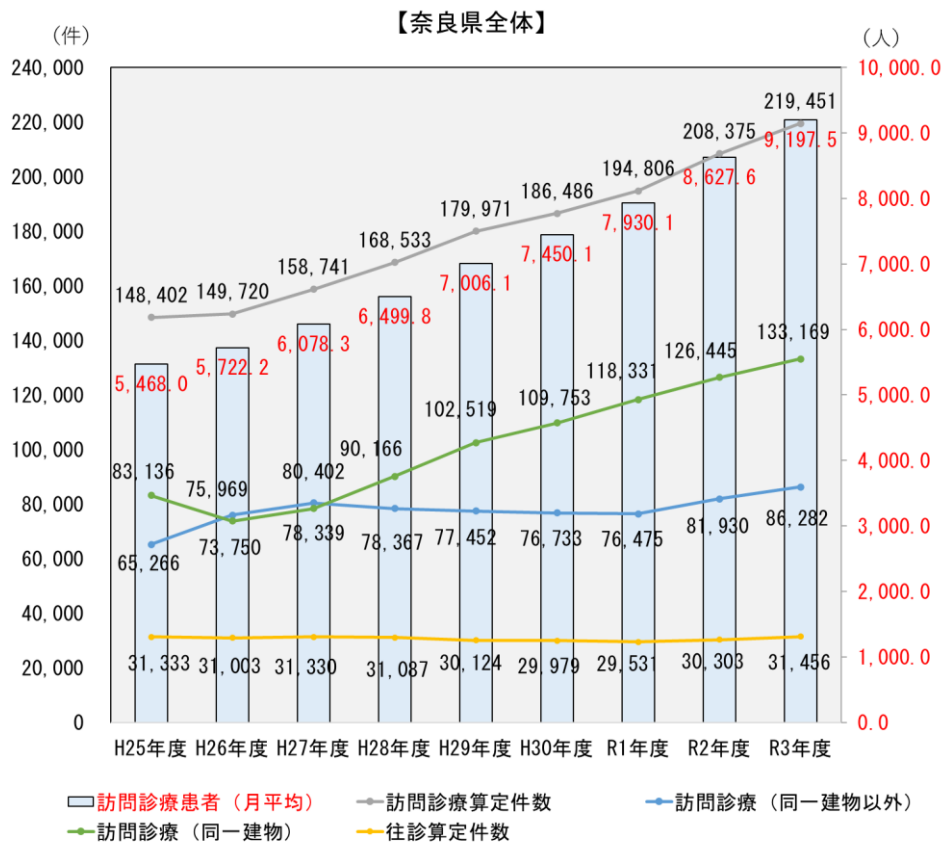
しかしながら、今後更に進む患者の増加等を踏まえると、地域によっては在宅医療の需要の増加に対応しきれない可能性があるため、訪問診療等に取り組むことができる施設の増加や取組方自体の検討が必要です。

図 38 訪問診療を実施する病院数・診療所の推移



出典：奈良県地域医療連携課調べ「市町村国民健康保険及び後期高齢者制度レセプトデータ」

図 39 奈良県内の在宅医療提供状況について



出典：奈良県地域医療連携課調べ「市町村国民健康保険及び後期高齢者制度レセプトデータ」

在宅歯科医療について、医科や介護等の他分野との連携を図るための窓口である「在宅歯科医療連携室」を運用することにより、在宅歯科医療を受ける者や、その家族等のニーズに応え、地域における在宅歯科医療の推進及び他分野との連携体制の構築を図っています。

訪問薬剤指導（在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局）を実施する薬局数は540施設で、人口10万人あたり41.3施設です（表26）。訪問薬剤管理指導とは、薬局が在宅療養者に対し、在宅診療を行っている医療者とともにチームを組み、在宅での薬に関する管理を行うことをいいます。薬局には、調剤を中心として、医薬品、医療・衛生材料等の提供の拠点として実際に患者のもとに出向いて薬を届けるだけでなく、薬に関する情報の提供や、薬をきちんと飲むための指導をする役割を担うことが求められます。

表 26 訪問薬剤管理指導を実施する薬局数

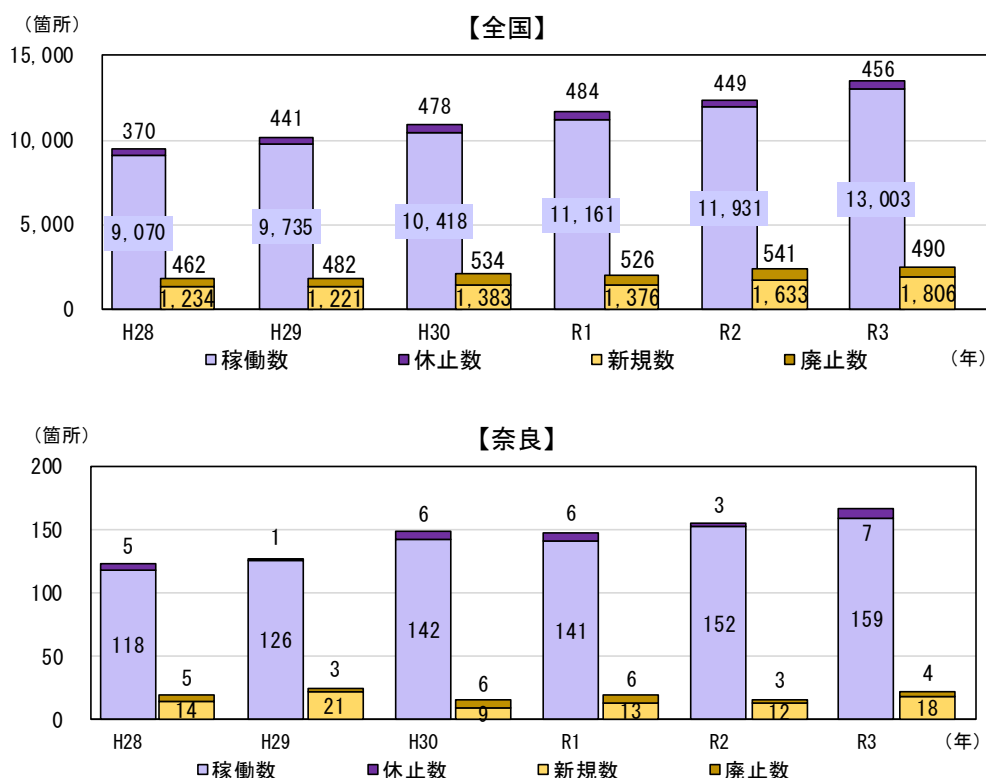
		施設数	人口10万人あたり
医療圏	奈良	153	43.5
	東和	78	40.2
	西和	146	43.6
	中和	140	38.5
	南和	23	37.3
奈良県		540	41.3
全国		53,841	43.1

出典：地方厚生局届出受理（令和5（2023）年4月1日時点）

奈良県における訪問看護ステーション数は159箇所（令和3（2021）年4月）となっており、増加傾向となっております（図40）。訪問看護ステーションに従事する看護職員数は、10万人あたり46.0人と、全国値52.3人と比べて少なくなっています（図41）。

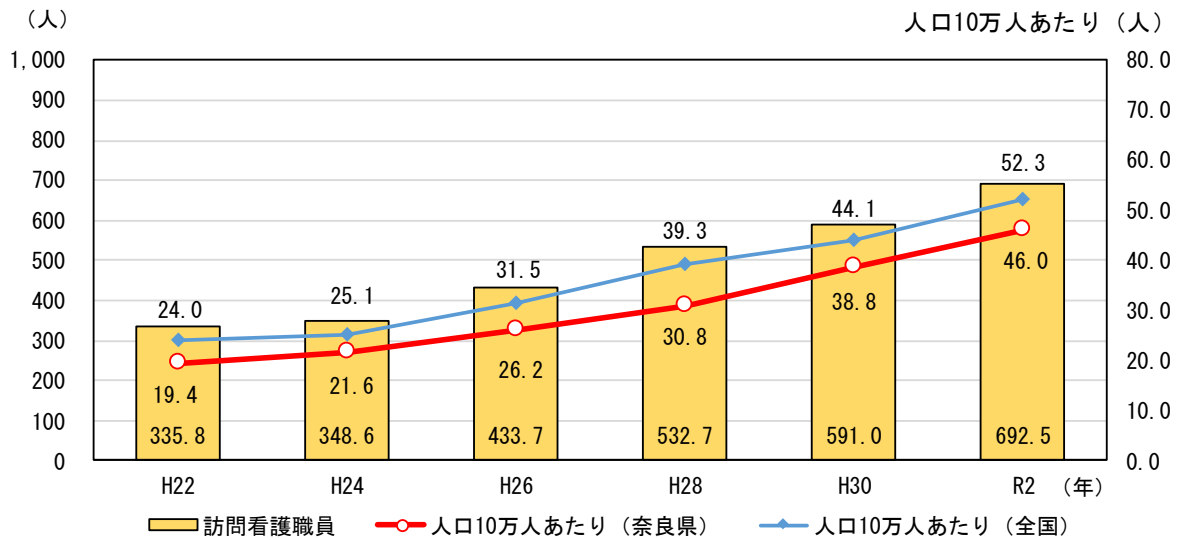
今後、在宅療養のニーズが多様化するなかで、訪問看護や介護の役割は、地域包括ケアシステムを支えていくためにますます大きくなると考えられます。在宅療養を支援する看護師、介護士等の養成と確保を継続的に行うことが必要です。

図 40 人生の最終段階における医療に対応する訪問看護ステーション数の推移



出典：一般社団法人全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーション数調査」

図 41 訪問看護ステーションに従事する看護職員数の推移
(保健師・助産師・看護師・准看護師の常勤換算数)



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

脳卒中地域連携パスを運用している病院は 42 箇所（令和 4（2022）年 4 月）となっており、10 万人あたり 3.2 箇所、全国値 10.1 箇所と比べて少なくなっています。地域連携室等を整備している循環器（内）科標榜病院は、36 箇所（令和 3（2021）年 1 月）となっており、10 万人あたり 2.8 箇所、全国値 2.3 箇所と同等となっています（表 27）。

表 27 地域連携を行っている病院数

（単位：箇所）

	脳卒中地域連携パス運用		循環器(内)科標榜病院のうち、地域連携室等整備	
	病院数	人口10万人あたり	病院数	人口10万人あたり
奈良県	42	3.2	36	2.8
全国	12,651	10.1	2,930	2.3

出典：奈良県地域医療連携課調べ（令和 4（2022）年 4 月）
地方厚生局届出受理（令和 5（2023）年 6 月）
医療機能情報（令和 4（2022）年 10 月時点）

※脳卒中地域連携パス運用病院数について、全国数値は脳卒中のクリティカルパスに限定されていない

循環器病は、高齢者に多くみられる疾病ですが、患者の急変時の延命治療の方針等、もしもの時の心構えのない患者・家族が多く、急変時に効果的ではない高額な延命治療を実施せざるをえないことが少なくありません。病態が安定しているときに、患者やその家族が今後の方針について話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の概念を普及する必要があります（表28）。

表28 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に取り組む病院
（「適切な意思決定支援に関する指針」を定めている病院）

		脳神経（内・外）科 標榜病院	循環器（内）科 標榜病院
医療圏	奈良	8	9
	東和	4	4
	西和	8	7
	中和	6	6
	南和	1	1
奈良県		27	27

出典：奈良県地域医療連携課「令和4（2022）年地域医療構想における具体的対応方針」

取り組むべき施策

慢性期においても循環器病の再発予防や重症化予防のためにそれぞれの関係機関が相互に連携しながら、継続して必要な医療、介護及び福祉に係るサービスを提供することが必要であるため、患者の意思や希望を尊重するとともに、患者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進します。

また、多職種が連携し、循環器病の患者を含めた包括的な支援体制を構築します。

- 多職種が連携して患者の支援を行うためには、患者を始め医療・介護関係者で患者の状況を十分に共有することが重要です。ICTの活用も含め、地域の実情に応じた円滑な共有の方法を検討していきます。
- 奈良県では各病院が目指す方向性として「断らない病院」と「面倒見のいい病院」という2つの目標を示し、各病院が機能分化と機能強化を進める後押しをしています（図42）。特に地域包括ケアシステムを支える役割である「面倒見のいい病院」に関してはA～Gの7領域を「面倒見のいい病院」に求められる機能とし、各病院が様々な取組を進めています。超高齢・人口減少社会を迎えており、医療・介護ニーズは大きく変化しています。県民の皆様が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる医療提供体制の構築を進めていきます。

図 42 「面倒見のいい病院」について

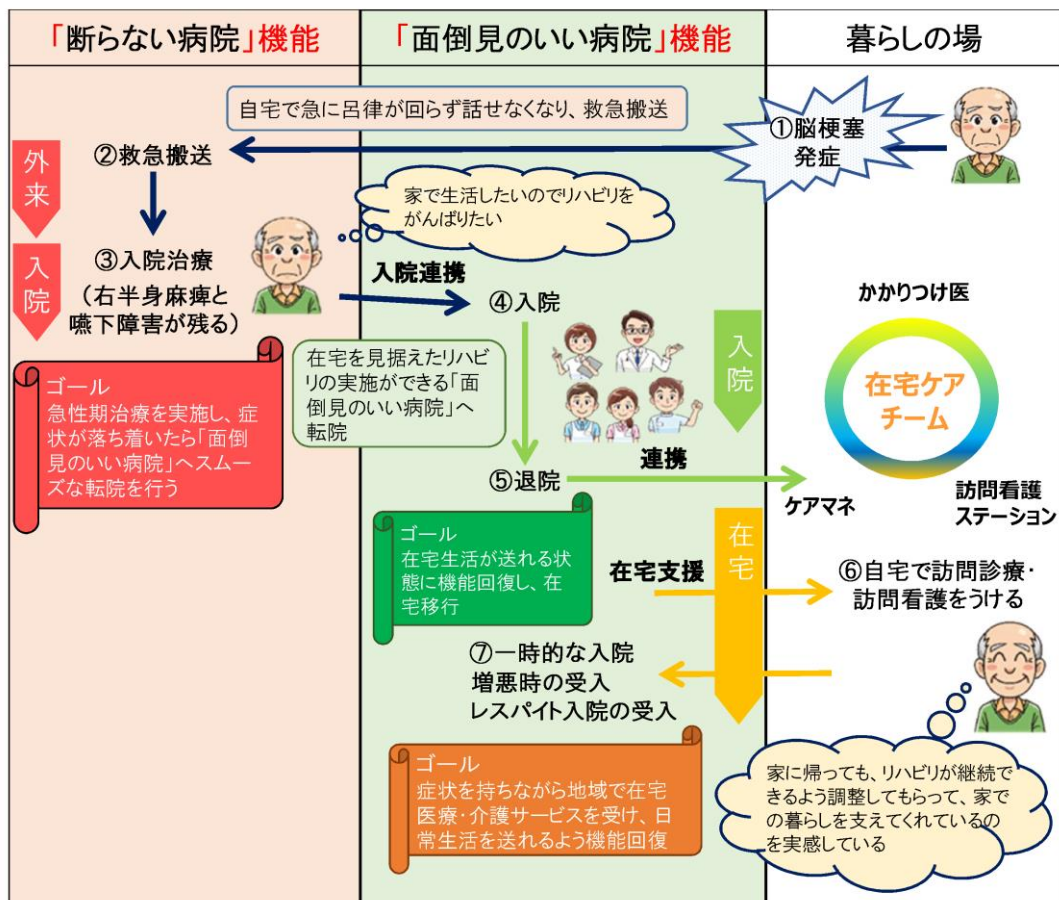


<参考>

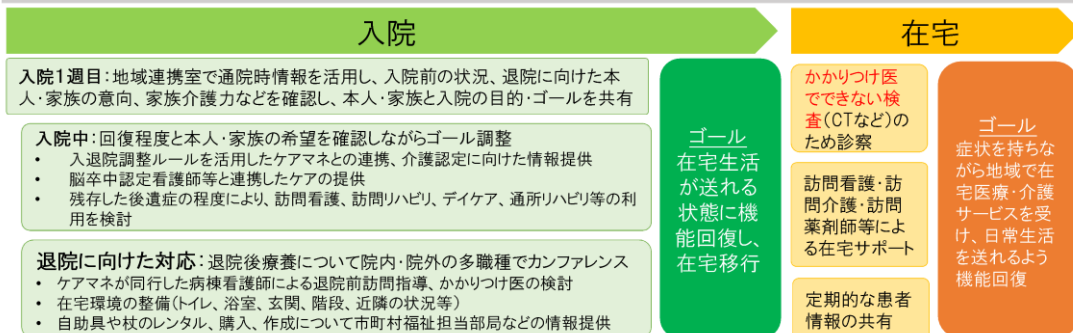
【脳梗塞の場合の「面倒見のいい病院」に期待される役割（イメージ）】

個々の患者の症状の程度等に基づき、機能的な改善の到達点（ゴール）や、ゴールに到達する時期を予測した上で、早期にリハビリテーション等を行い、在宅生活を送れるよう機能回復を図ることが期待されます。

医療度が高い（人工透析や人工呼吸器の装着等）ため、回復期リハビリテーション病棟での受入れが困難な場合も見受けられますが、病院の受入体制を整える（研修等による医療スタッフの知識・技術の向上、設備整備）ことや、地域医療機関等との連携により、リハビリテーションと治療を同時に提供できる体制を構築することが望まれます。

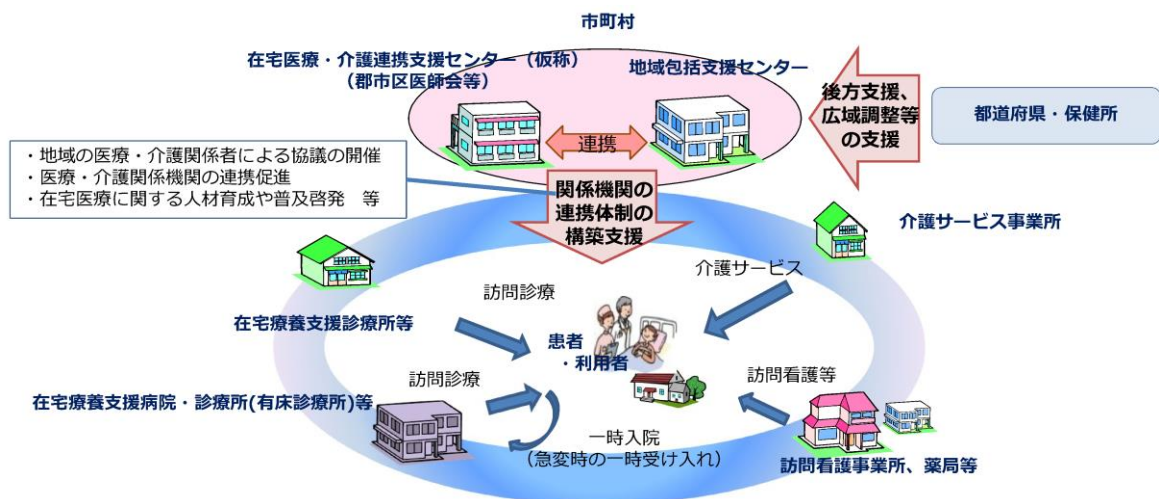


「面倒見のいい病院」に期待される取組



- ・ 医療と介護が連携を図ることにより、病院から地域へシームレスな在宅移行ができ、介護が必要な方が安心して病院への入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的として、病院とケアマネジャーの入退院における引継手順をルール化した「入退院調整ルール」が各地域で策定され、令和3（2021）年4月から県内全域において退院調整ルールの運用が行われています。さらに、令和5（2023）年度からは、ルールにより構築された顔の見える多職種連携の関係を活かし、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの場面ごとの医療と介護の連携が進むよう、各市町村における協議の場の設置及び効果的な運営支援を実施しています。
- ・ 地域特性に応じた在宅医療提供体制を構築していくためには、地域内の現状を把握している市町村、地域包括支援センター、地区医師会等の関係機関と連携していく必要があります。また、複数市町村に跨がるような課題に対しては、単独市町村だけで解決に向けた関係者間の調整等を行うことが困難であることから、圏域内の保健所を中心として広域的な視点からの調整支援や日常生活圏域での取組に対する支援を行います（図43）。

図43 地域の関係機関の連携体制の構築

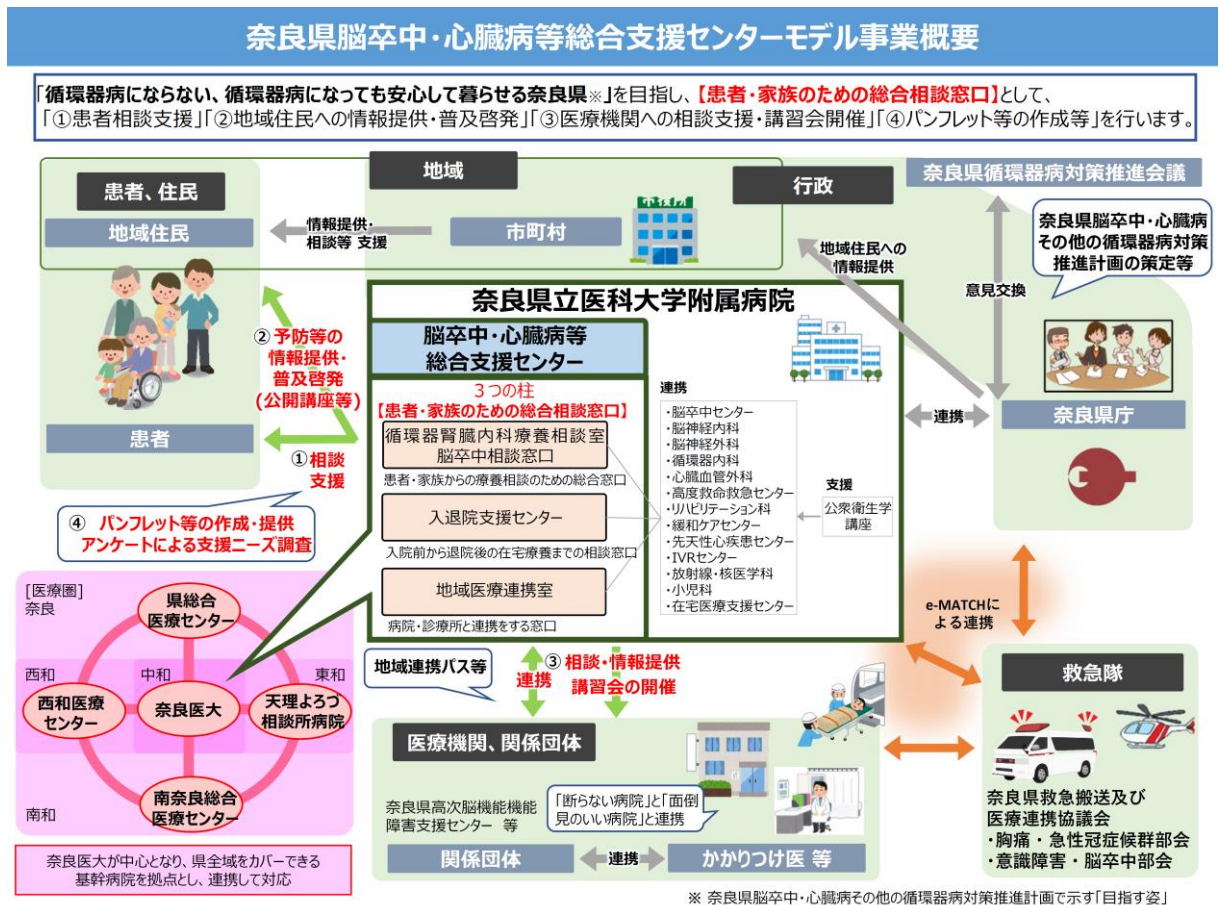


- ・ 在宅歯科医療における医科や介護等の他分野との連携を図るための窓口として在宅歯科医療連携室を奈良県歯科医師会に設置しており、引き続き在宅療養者や家族等のニーズに応え、地域における在宅歯科医療の推進及び他分野との連携体制の構築に努めます。
- ・ 地域包括ケアシステムの一員である薬剤師の在宅に関する取組として、医療材料・衛生材料の提供や要指導医薬品等を含め、地域において必要な医薬品の供給拠点になるだけでなく、医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在として、患者が医薬品を使用する際の疑問や不安をいつでも相談できるよう、夜間・休日を含めて、調剤や電話相談等の必要な体制を確保することを目指します。
- ・ 在宅医療の推進のためには、自宅での療養生活を支える訪問看護師の役割が非常に重要となっており、その確保・育成が課題となります。そのため、

潜在的な看護師の活用や新卒者等の訪問看護分野への参入促進を積極的に進めるとともに、特定行為（医師の判断を待たずに手順書により行う一定の診療の補助）を行うことができる看護師の養成、認定看護師の資格取得に対する支援等を通じて、チーム医療のキーパーソンとして、高度な判断力を持つ専門性の高い看護師の確保を目指していきます。

- 令和5（2023）年度、循環器病患者に対し包括的な支援体制を構築する取組である、「脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業」に奈良県立医科大学が採択されています。「循環器病にならない、循環器病になっても安心して暮らせる奈良県」を目指し、【患者・家族のための総合相談窓口】として、患者相談支援や、地域住民への情報提供・普及啓発等を行います（図44）。

図44 奈良県脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業について



出典：令和5（2023）年度脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業推薦資料より抜粋

(2) 重症化・再発・再入院予防の体制

現状と課題

① 脳血管疾患における在宅生活管理体制

脳卒中は、脳の血管が急に破れたり、詰まったりして脳の血液の循環に障害をきたし、様々な症状を起こす病気です。脳卒中は、血管が破れる脳出血と血管が詰まる脳梗塞とに大別されます。脳出血は、脳の組織自体に出血が起こる実質内出血と、脳動脈瘤が破裂することが主な原因となって、脳の表面であるくも膜下腔に出血が起こるくも膜下出血に分けられます。

脳卒中発症に大きく関わる危険因子として、高血圧、脂質代謝異常、糖代謝異常、非弁膜症性心房細動等が重要ですが、遺伝的要因もあります。体質も含め高血圧、脂質代謝異常や糖代謝異常になりやすいといった遺伝的要因に、暴飲暴食や過食等の生活習慣の悪化、ストレス等が加わってきて危険因子が形成されていきます。

脳梗塞は、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%の人が再発するといわれています。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切に行えるための支援が必要です。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等が重要です。

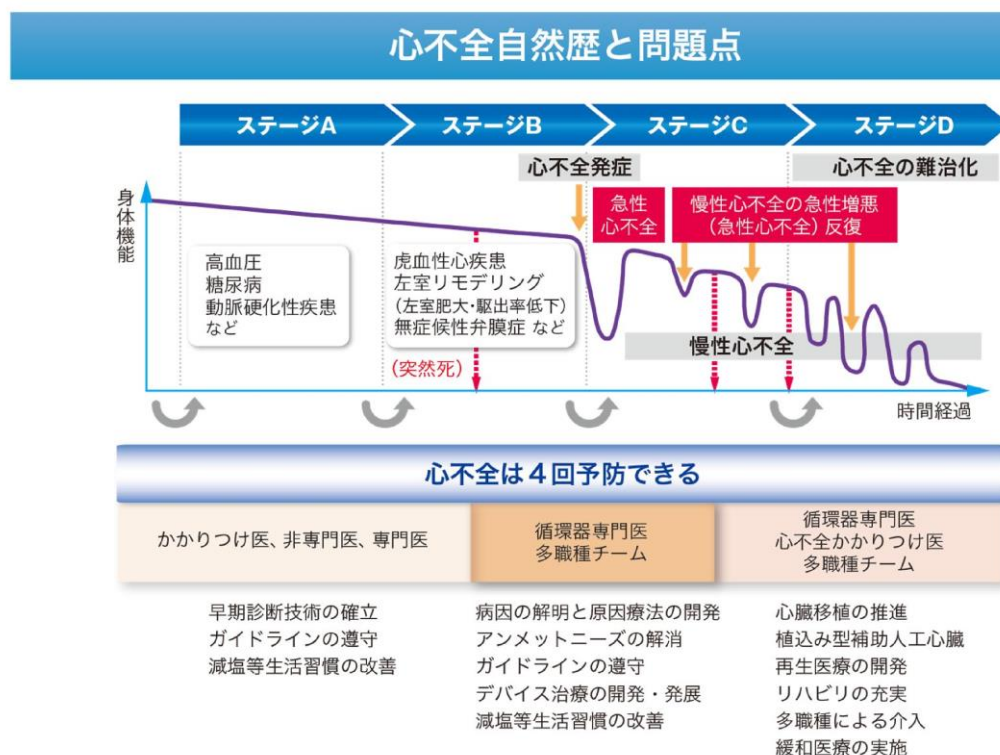
② 心血管疾患における在宅生活管理体制

日本心臓財団によると、新規発症心不全患者は令和2（2020）年で約35万人とされ、平成12（2000）年より10万人以上も増加しています。今後、高齢化が進むにつれ、全国的に今後の患者数増加が予想されています。心不全は、なんらかの心臓機能障害により、息切れやむくみが起こり、さまざまな心臓病によって徐々に悪くなっていく病気です（図45）。

心不全発症に大きく関わる危険因子として、虚血性心疾患、高血圧、心臓弁膜症、心筋症等があります。慢性心不全患者は、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徴です。慢性心不全患者の再入院を防ぐためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行う必要があります。そのため、専門医と連携しながら地域全体で心不全患者を包括的に支援する体制づくりが求められており、多職種による患者教育、病状モニタリング、治療薬の調整、看護師による継続的なフォローアップ等、生命予後や生活の質（QOL）を維持するための取組が必要です。

また、心不全は一旦発症すると図45に示すように急性増悪と軽快をくり返ししながら進行し、不幸な転帰をとる病態であるので、心不全の進行や再入院を防ぐことが重要です。そのためには適切な治療と運動や食事等の生活習慣の改善が重要であることを県民に普及啓発していくことが重要です。

図 45 心不全自然歴と問題点



出典：日本循環器学会「脳卒中と循環器病克服第二次5カ年計画」

取り組むべき施策

重症化・再入院予防のため、患者とその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。脳卒中、心臓病の再発予防のために、支援を受けながら、生活習慣を改善するとともに、地域のかかりつけ医を含めた幅広い医療機関と連携し、危険因子の適切な管理を継続しながら、自己管理ができるような取組支援を行います。

適切な運動処方等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、理学療法士^{※36}・作業療法士^{※37}・言語聴覚士^{※38}、訪問看護師、薬局薬剤師、栄養士、介護支援専門員、相談員等が連携し、地域全

※36 理学療法士は、マッサージ、運動、入浴、電気治療等の理学的治療技術を施す医療技術者であり、PT (Physical Therapist) とも呼ばれます。

※37 作業療法士は、身体または精神に障害のある者に対し、様々な作業活動を用いて治療や機能訓練、援助を行い、積極的な生活を送る能力を獲得させる医療技術者であり、OT (Occupational Therapist) とも呼ばれます。

※38 言語聴覚士は、ことばによるコミュニケーションに問題がある方に、自分らしい生活を構築できるよう支援する医療技術者であり、ST (Speech-Language-Hearing Therapist) とも呼ばれます。また、摂食・嚥下の問題にも専門的に対応します。

体で患者の療養生活の支援を推進します。

定期的な歯科検診や歯周病管理等、かかりつけ歯科での口腔管理を推進します。訪問看護師による全人的ケアや在宅医療を担う薬剤師を中心に服薬アドヒアランス（患者が治療方針の決定に賛同し積極的に治療を受ける）獲得に向けた支援を推進します。再発や重症化予防、生活の質（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。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。

心不全の進行や再入院を防ぐために、多職種並びに地域の幅広い医療機関や関係機関が連携して心不全患者を包括的に支援する体制の整備を進めます。また心不全の適切な治療や生活習慣の改善の必要性について、患者及び幅広い医療従事者への啓発を進めます。

(3) リハビリテーション等の取組

現状と課題

循環器病患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ日常生活動作の向上等の生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合があります。

脳卒中リハビリテーションは、今まで 24 時間以内に開始していましたが、早すぎる介入によるリスクもあることから、24 時間から 48 時間以内の介入が推奨されています。

心臓リハビリテーションは離床や社会復帰等のリハビリテーション形態によって分類されており、発症から離床までの「急性期」、離床後の「回復期」、社会復帰以後、永続的に行われる「維持期」に分類されます（図 46）。

図 46 心臓リハビリテーションの時期的区分

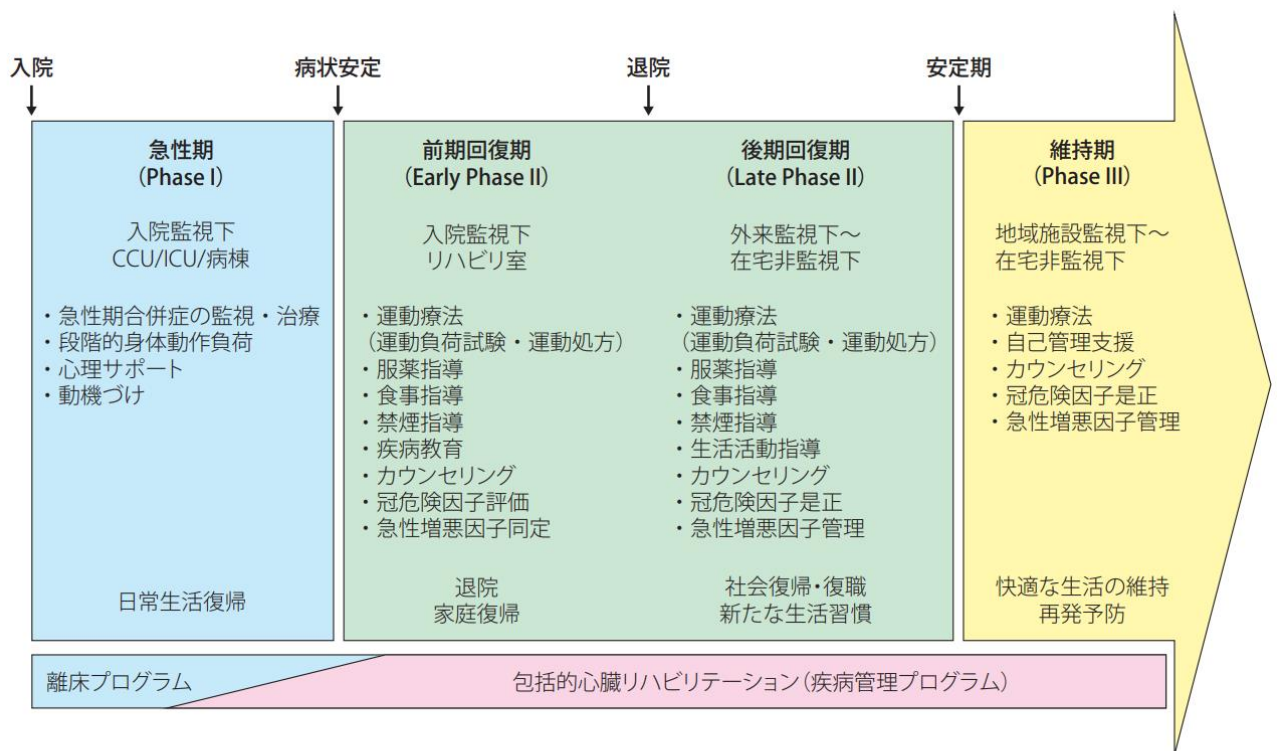


図 2 心臓リハビリテーションの時期的区分

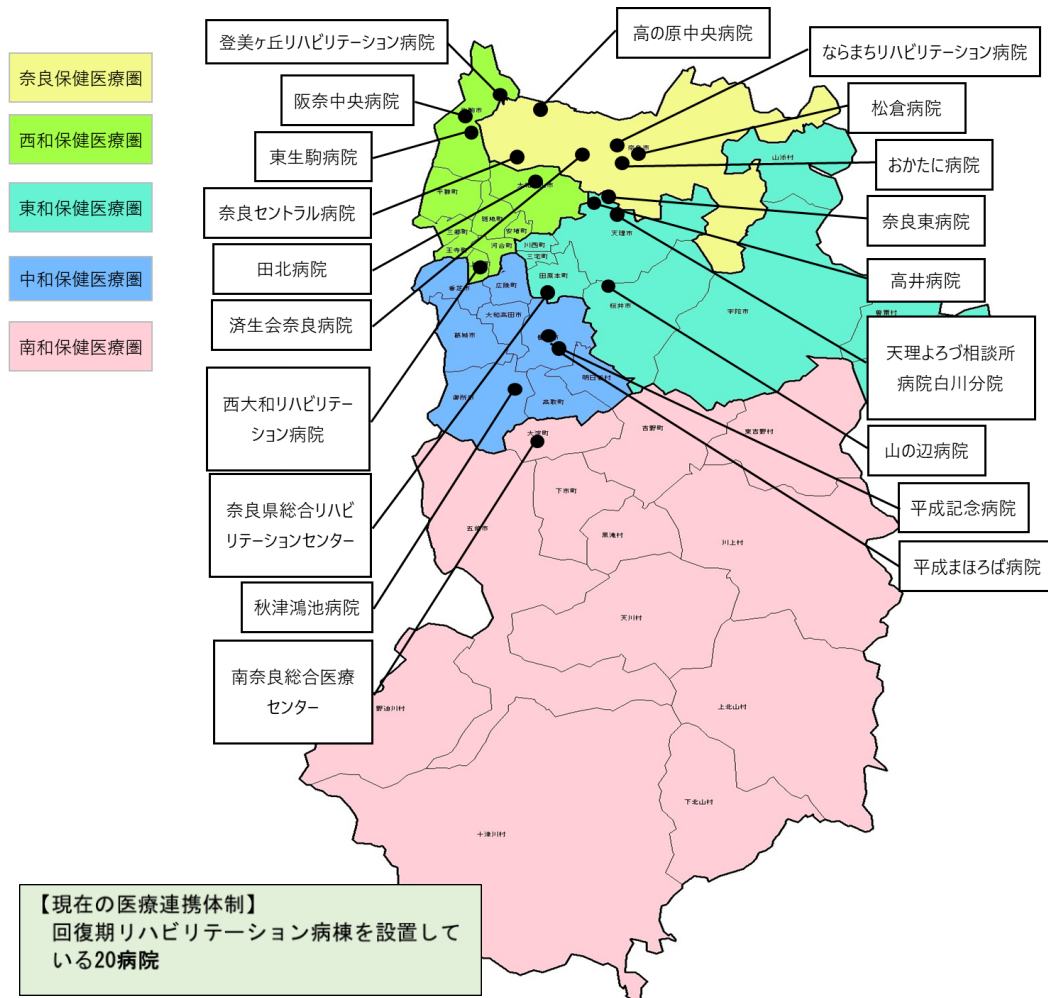
(Izawa H, et al. 2019¹⁶⁾より改変)

出典：2021 年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドラインより抜粋

運動療法だけでなく、再発予防のための生活指導や冠危険因子の是正を体系的に行い、包括的なプログラムとして実施することが重要です。

奈良県内の回復期リハビリテーション病棟を有する病院数は、20 箇所あり、650 床の病床を有します（図 47）。

図 47 奈良県内の回復期リハビリテーション病棟届出医療機関



脳卒中発症後のリハビリテーションについては、急性期、回復期、維持期に分けられ、急性期は発症直後からベッドサイドで開始され、廃用症候群の予防と早期からの運動によるセルフケアの早期自立を目標とします。回復期は集中的、包括的なリハビリテーションによりセルフケア、移動、コミュニケーション等、能力を最大限に回復させ早期の社会復帰を目指します。維持期では、回復期リハビリテーションにより獲得した能力をできるだけ長期に維持するために行われています。早期リハビリテーションにより早期の退院や社会復帰の可能性が高くなるので、脳卒中の患者を受入れる医療機関は、早期リハビリテーションを提供できる体制を整えておくことが求められます。

県では脳卒中地域連携パスを用いて、急性期病院から回復期病院や維持期病院を経て早期に自宅に帰れるよう、また診療にあたる各医療機関が役割分担を含めた診療内容をあらかじめ提示することで、安心して医療を受けられるよう取り組んでいます。

奈良県の早期リハビリテーション（入院）の実施件数は、人口 10 万人あたり 115,451.6 となっており、全国より多くなっています（表 29）。

表29 早期リハビリテーション実施件数

	入院		外来	
	件数（件）	人口10万人あたり	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	1,518,592	115,451.6	-	-
全国	117,699,703	93,783.1	7,382	5.9

出典：厚生労働省「令和3（2021）年度ナショナルデータベース（第8回）」

脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）の届出施設数）は、令和5（2023）年6月1日時点で76箇所あり、人口10万人あたり5.8となっており、全国の6.5より低くなっています。また、二次医療圏によって違いがあります（表30）。

表30 脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数

		件数（件）	人口10万人あたり
医療圏	奈良	23	6.5
	東和	14	7.2
	西和	19	5.7
	中和	16	4.4
	南和	4	6.5
奈良県		76	5.8
全国		8,066	6.5

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準 地方厚生局届出受理（令和5（2023）年6月1日時点）」

心筋梗塞や慢性心不全等の再発の予防、早期の在宅復帰のためには、早期の心臓疾患リハビリテーション^{※39}の実施が有効です。特に、今後は心不全患者が増加すると考えられています。今まで心不全患者に対するリハビリはある程度治療を終えてから開始していましたが、高齢者の方は安静期間が長いと体力が低下してしまい、自宅復帰が難しくなるため、治療と並行してリハビリテーションを行うことが重要です。奈良県における心臓疾患リハビリテーションを実施して

※39 心臓疾患リハビリテーションとは、「心疾患患者の最適な身体的、心理的、社会的状態を回復及び維持し、基礎にある動脈硬化の進行を抑制し、さらに罹病率と死亡率を低下させることをめざす多面的介入」と定義されています。心臓リハビリテーションの3つの目標は、（1）身体的・精神的デコンディショニングの是正（運動耐容能増加）、（2）冠危険因子是正と二次予防（長期予後改善）、（3）良質な社会生活援助とQOL向上（快適な生活）であり、これらを達成するために多職種チームが医学的評価に基づき、①運動療法、②患者教育、③カウンセリングを実施することを目指します。

いる医療機関は、令和5（2023）年6月1日時点で16箇所あり、令和3（2021）年1月時点の13箇所と比べ増加しており、人口10万人あたりは1.2となっています（表31）。

表31 心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数

		件数（件）	人口10万人あたり
医療圏	奈良	4	1.1
	東和	2	1.0
	西和	5	1.5
	中和	4	1.1
	南和	1	1.6
奈良県		16	1.2
全国		1,639	1.3

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準 地方厚生局届出受理（令和5（2023）年6月1日時点）」

奈良県における脳血管疾患等リハビリテーションの実施件数は、10万人あたりでは入院が147,631.4人、外来が11,673.1人となっており、入院外来ともに全国値と比べ件数が多い状況です（表32）。

表32 脳血管疾患等リハビリテーションの実施件数（算定回数）

	入院		外来	
	件数（件）	人口10万人あたり	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	1,941,869	147,631.4	153,542	11,673.1
全国	161,193,550	128,439.0	11,285,517	8,992.3

出典：「令和3（2021）年度ナショナルオープンデータ（第8回）」

奈良県における心血管疾患等リハビリテーションの実施件数は、10万人あたりでは入院が5,311.2人、外来が3,256.8人となっており、全国値と比べ入院による件数が少ない状況です（表33）。

表33 心血管疾患等リハビリテーションの実施件数（算定回数）

	入院		外来	
	件数（件）	人口10万人あたり	件数（件）	人口10万人あたり
奈良県	69,861	5,311.2	42,838	3,256.8
全国	7,907,804	6,300.9	2,125,015	1,693.2

出典：「令和3（2021）年度ナショナルオープンデータ（第8回）」

奈良県では脳血管疾患、心血管疾患ともに、特に外来リハビリテーションの実施件数が全国よりも多くなっていますが、リハビリテーション実施可能な医療機関数は全国と同等もしくは少ない状況です。介護でのリハビリテーションが少ない可能性も考えられます。

取り組むべき施策

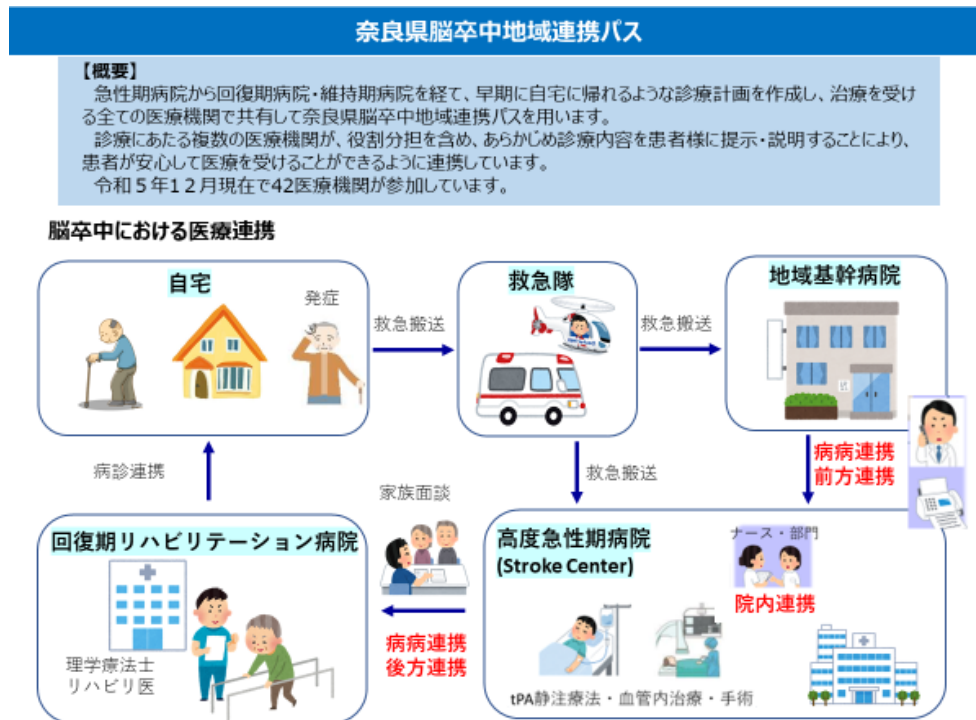
発症後早期に専門的な治療及びリハビリテーションを受けることができる体制を整備し、社会復帰という観点も踏まえつつ日常生活動作の向上等、生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションを行います。

在宅で療養する場合は、再発予防や危険因子の管理のほかに、身体機能を維持するためのリハビリテーションや、抑うつ状態への対応、福祉・介護サービスとの連携等による患者の療養支援を行います。

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関、脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関、在宅療養支援診療所等において、どのような機能を担っているのかを明らかにし、関係機関に対して情報を提供するとともに、病病連携・病診連携を促進します。
- ・ 円滑な在宅生活への移行ができるよう、生活機能を重視したリハビリテーションの推進や、多職種連携体制の整備、医療機関等における入退院支援体制の充実を図ります。
- ・ 合併症や再発予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施時期や患者の状態に合わせて継続的に実施できる体制を推進します。
- ・ 運動耐容能^{※40}等に基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず包括的あるいは多要素リハビリテーションができる体制を進めます。
- ・ 退院後も持続可能な、外来での心血管疾患リハビリテーション体制の充実を図ります。
- ・ 奈良県脳卒中地域連携パスを中心とした脳卒中医療連携を引き続き推進し、切れ目のない安心できる医療を提供できる体制づくりをめざします（図48）。

※40 運動耐容能とは、どの程度運動に耐えられるかの能力。

図 48 奈良県脳卒中地域連携パスについて



- 患者の転院支援のために、県で回復期リハビリテーションについて説明する冊子「地域を守る医療連携～回復期リハビリテーション病棟とは～」を作成し、関係病院の地域連携担当者に配布しています。引き続き取組を行うとともに、より良い支援となるよう関係団体と連携していきます（図 49）。

図 49 回復期リハビリテーションについての説明冊子



出典：令和5（2023）年3月作成「地域を守る医療連携～回復期リハビリテーション病棟とは～」より抜粋

(4) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援

現状と課題

循環器病は、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。後遺症により日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となり得ますが、このような場合には必要な福祉サービスを受けることができます。とりわけ、脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障害がわかりにくい摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があります、社会的理解や支援も必要です。

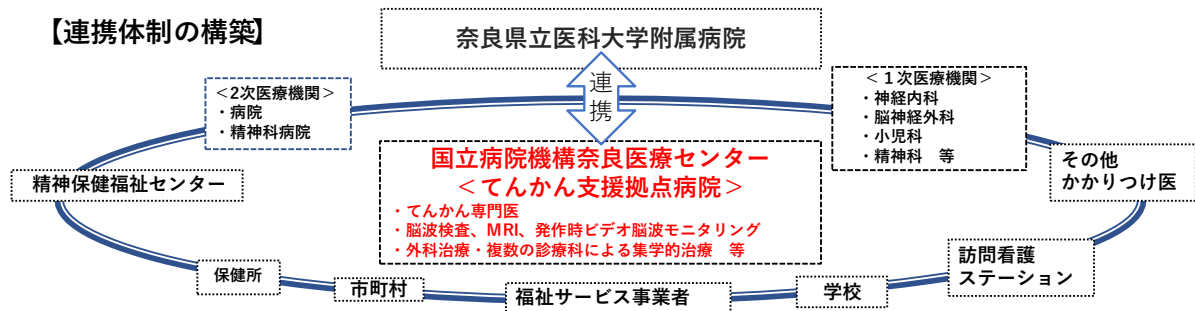
奈良県では、「高次脳機能障害支援センター」において、高次脳機能障害に関する相談窓口を設置し、脳血管障害等の後遺症として記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害等を伴う高次脳機能障害者に対する相談支援を行っています（図50）。また、地域における高次脳機能障害の正しい理解を促進するため、高次脳機能障害支援普及事業として、高次脳機能障害研修会を開催しています。

図50 奈良県高次脳機能障害支援センターについて



てんかん支援拠点病院として、令和3（2021）年4月1日、国立病院機構奈良医療センターを指定し、奈良県立医科大学附属病院との連携により、県のてんかん地域診療連携体制の整備を進めています。てんかん支援拠点病院では、てんかん診療支援コーディネーターの配置や、てんかん治療医療連携協議会の設置等、てんかん患者とその家族に対する支援を行っています（図51）。

図 51 奈良県のでんかん地域診療連携体制



取り組むべき施策

循環器病の後遺症を有する者が症状や程度に応じて、適切な診断、治療を受けられ、社会生活を円滑に送ることができるよう、また、就労支援や経済的支援を含め、必要な支援体制及び福祉サービスの提供を引き続き推進するために、奈良県高次脳機能障がい者支援拠点機関や奈良県てんかん支援拠点病院、家族会等に循環器病の後遺症を有する者が適切に繋がるような普及啓発を行っていきます。

在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、脳血管疾患・虚血性心疾患ともに奈良県は全国より高くなっています（表 34、35）。

表 34 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合

(単位：割合)

	平成29年	令和2年
奈良県	62.5	60.2
全国	57.1	55.2

出典：厚生労働省「患者調査」※P. 40の注釈のとおり

表 35 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合

(単位：割合)

	平成29年	令和2年
奈良県	96.7	95.1
全国	94.2	93.3

出典：厚生労働省「患者調査」※P. 40の注釈のとおり

（５）小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対策

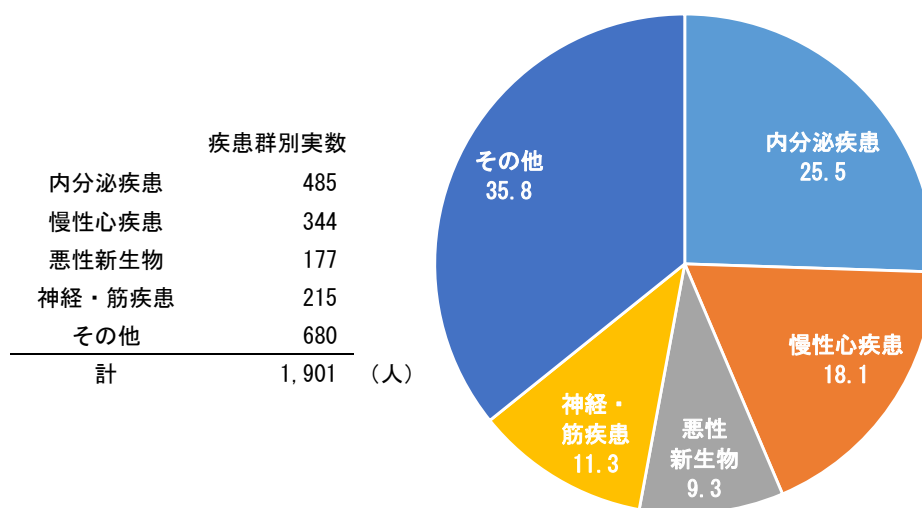
現状と課題

循環器病の中には、先天性心疾患や小児脳卒中等の小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に慢性疾病に罹患した患者全体の死亡率は、大きく減少し、多くの子ども達の命が救われています。その一方で、小児患者の治療に当たっては保護者の役割、負担が大きいことや、原疾患の治療や合併症を抱えたまま、成人期を迎える患者が増加している現状があり、患者の自立等に関する課題があります。胎児期の段階を含め、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、他領域の診療科との連携や、移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が求められています。

奈良県では、三次救急医療を担う病院（奈良県立医科大学附属病院、奈良県総合医療センター、近畿大学奈良病院）や天理よろづ相談所病院を中心に、心疾患、呼吸器疾患、血液疾患等の高度小児医療を提供しています。幼小児期の手術直後は良好な状態であっても、成長とともに様々な問題が生じてくる場合があります。成人期に達した先天性心疾患の診断・治療は未だ発展段階であり、一層の発展が望まれています。さらに稀少な疾患や特殊な治療を要する疾患については、県外の小児高度医療を担う機関と連携し、適切な医療の提供に努めています。

本県では、小児慢性特定疾病^{※41}の疾患群別実数（令和3（2021）年度助成状況）において、慢性心疾患は全疾患群の18.1%を占め、第2位となっています（図52）。

図52 奈良県における小児慢性特定疾病の疾患群別実数



出典：厚生労働省「令和3（2021）年度衛生行政報告例」

※41 小児慢性特定疾病とは、18歳未満の慢性疾患のうち厚生労働省が特に定めたもの。治療に相当期間要するため、保護者の経済的な負担が大きいとして、医療費が公費負担されます。

奈良県における心臓の疾病・異常（心膜炎、狭心症、心臓肥大等）の割合は、幼稚園が0.4%、小学校が0.8%、中学校が0.6%、高等学校が0.6%であり、全国と比較すると、幼稚園が0.1ポイント高く、小学校が同値、中学校が0.4ポイント、高等学校が0.3ポイント少ない状況です（表36）。

表36 学校（園）における児童・生徒等の心臓の疾病・異常の割合

（単位：％）

		平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
幼稚園	奈良県	0.1	0.3	0.8	0.1	0.4
	全国	0.4	0.3	0.4	0.4	0.3
小学校	奈良県	0.4	0.5	0.5	0.6	0.8
	全国	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8
中学校	奈良県	0.5	0.7	0.8	0.5	0.6
	全国	0.8	1.0	0.9	1.0	1.0
高等学校	奈良県	0.6	0.6	0.6	0.3	0.6
	全国	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9

出典：文部科学省「学校保険統計調査」

奈良県における小児慢性特定疾病医療受給者証所持者は、1,901人であり、そのうち慢性心疾患の患者は、344人です（表37）。

表37 奈良県の小児慢性特定疾病医療受給者証所持者数の推移

（単位：人）

		平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
総数	奈良県	1,996	2,029	1,968	2,046	1,901
	全国	113,751	113,709	116,013	123,693	115,012
慢性心疾患	奈良県	428	400	373	378	344
	全国	20,262	20,034	20,286	21,484	19,890

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

取り組むべき施策

医療的ケアが必要な小児に対して成育過程を通じた切れ目ない支援を推進するため、健康相談等の子どもの健康を守るための家族支援や、小児慢性特定疾患を含めた小児の高度・専門医療等の充実した小児医療提供体制の構築を目指します。

- ・ 奈良県立医科大学附属病院に整備した小児センターを中心に高度医療や専門的な小児医療を提供するとともに、特殊な治療については県内医療機関と県外の小児高度医療機関との広域診療ネットワークにより連携を強化します。

- 平成 25（2013）年から先天性心疾患センターが奈良県立医科大学附属病院に開設されており、小児期の手術、成長とともに生じる様々な問題への診療対応、成人期に達した先天性心疾患の診断・治療等を行っています。また、成人期の再手術や経過観察まで長期に渡り、統合的に計画・管理を進めています。先天性心疾患をはじめとする小児期発症の心疾患のある患者が、生涯にわたって安心して受診できる体制を充実させていきます。
- 県保健所（郡山、中和、吉野）において小児慢性特定疾病児童等に係る地域で実施する支援会議への参画や地域課題の共有、地域資源開発の支援、個別相談、ピアカウンセリング、情報収集・連絡調整等を行います。
- 重症心身障害児者、医療的ケア児等とその家族が、身近な地域において心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、令和 3（2021）年 1 月 5 日より奈良県障害者総合支援センター内に「奈良県重症心身障害児者支援センター」を開設しています。専門の相談員を配置し、広域的・専門的な相談支援や各関係機関との連携・調整等（NICUからの在宅移行支援等）を行います。
- 医療的ケア児等が地域で安心して暮らしていけるよう、医療的ケア児等に対する支援が適切に行える人材を育成することを目的に、「奈良県医療的ケア児等支援者養成研修^{※42}」及び「奈良県医療的ケア児等コーディネーター養成研修^{※43}」を引き続き行います。

※42 障害福祉サービス事業所、こども園、学校、医療機関等において、医療的ケア児等を支援している方及び今後支援を予定している方が対象

※47 相談支援専門員、保健師、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー等、今後地域において医療的ケア児等の支援を調整するコーディネーターの役割を担っていただける方が対象