

これまでの三重県循環器病対策推進協議会・各部会における主な意見のまとめ

【第1回協議会(R3.5.19)】

リハビリテーション医療のみでは、重度の半身麻痺・後遺症について、完治という概念を持ち込むのは難しい。

地域包括ケアシステムの充実について、高齢者を中心に市町も取り組んでいるが、若年層についての相談窓口、相談体制や情報発信などが必要。

再生医療に関する治療の推進と情報発信をすすめてはどうか。

循環器病の動態は基本的に二次医療圏でしっかり対応できることが重要。

三重大学の心筋梗塞のデータを活用してはどうか。

計画に書かれている事例の主体が誰か分かるように。

【第1回脳血管疾患対策部会(R3.7.1)】

死亡率は改善しているが、人材育成がおろそかになってはいけない。

令和2年の救急搬送における受入困難事例のデータで、コロナウイルス感染症患者と循環器病患者をひとくくりに出すと誤解を生むおそれがあるため取扱いに留意が必要である。

平均寿命の男女差について、骨粗しょう症などのファクターを個別につぶしていくことで差を縮める可能性があるため、そのための分析を。

脳卒中の緩和ケアについて、具体的なターゲットが分かりにくい。

数値目標を達成するため、ロジックモデルに基づいて対策を考える必要がある。

本来は三重県の人口当たりの脳卒中の新規発症数を減らすのが1つの目標であるべき。発症数が減って、t-PAや血栓回収療法の実施件数が減るとよい。

働き方改革が医療従事者にも求められており、人材の確保、人材育成が重要。

【第1回心疾患対策部会(R3.7.6)】

津市における心電図伝送システムおよび輪番体制がうまく稼働しており、地域特性も踏まえ県内に広げていく議論が必要。

特定健康診査の受診率と循環器病の発症とのエビデンスがない。

特定健康診査について、社会保険だけでなく、市町や後期高齢者広域連合も含めて受診率を上げる対策が必要。

心疾患においても、外来リハビリが大事になってくるので、体制整備が重要。

企業に対して、社員向けのファーストエイドの啓発を行ってはどうか。

指導救命士の養成講習や特定行為についてはすでに取り組んでいる。

これまでのACSレジストリデータの蓄積から、エリア別に直接搬送率をいかに上げるか、次に死亡率の減少を考えていく必要がある。

地域包括ケアシステムを推進する地域包括支援センターが認知症だけでなく、循環器病にも対応していく必要がある。

心不全療養指導士や心不全の緩和ケアトレーニングコース修了者数について数値目標にしてはどうか。

法改正により地域連携薬局や専門医療機関連携薬局の認定制度が始まるので、記載してはどうか。

ロジックモデルについて、分析できるデータをとる必要。目標に対して実際に何をするか、解釈が難しい。

例えば door to balloon の時間データはレセプトに反映されるので、そういったデータをとってはどうか。

長期予後のデータがなかなかなくて、レセプトでも反映されていないので、しかるべき仕組みを考えないといけなない。

【第1回社会連携・リハビリ部会(R3.7.8)】

リハビリで平均寿命が延びた場合に、健康寿命との差を縮めることに寄与するのかどうか。その場合、両方が伸びていけばよいという考え方もあるのではないかと。

心リハができる施設や心リハ指導士を増やす必要があり、なかなか心リハ指導士が増やせない場合には、施設のネットワークや指導士を増やすプログラムが必要。

在宅での看護師のかかわりが明記されていないので、記載があるとよい。

予防については、新規発症の予防と再発予防で内容が異なる。どの部会でやるべき内容なのかまとめていく必要。当部会ではリハビリを含めた予防の観点からの啓発活動に絞るのもいいのではないかと。

心疾患と脳卒中のリハビリの切り分けが分かりづらく、それをチラシなどで訪問看護や地域包括センターなどで啓発することを目標に入れられるとよい。

後遺症を有する方の支援の項目に、「誤嚥性肺炎予防において、口腔ケアが重要であるから、在宅患者、施設入所者等における医科歯科連携を推進する」などと記載してはどうか。

心臓リハビリテーション指導士の養成施設が必要。中核となる施設を見えやすくするとよい。言語聴覚士も養成施設が県内になく、県外流出が課題。

退院時に介護支援専門員やサービス事業所などときちっと対応すると、現場の感覚としては明らかに再入院までの期間が延びる。入院してすぐにそういった対応をするとよい。

平成29年に三重県地域両立支援推進チームを設置し、各メンバーでセミナーなどを行っている。

脳卒中患者の就労支援について、障がいの程度に合わせて相談先の道筋を作るとよい。

長期的なリハビリテーションを継続するための専門家には、理学療法士や作業療法士など、具体的に書いたほうがわかりやすい。一方で専門家でないといけないのではなく、リハビリに配慮した生活などをわかってもらって頑張ってもらうのも大事。

がんに関しては、両立支援として産業医の仕事と認識がされてきているところ。脳卒中は仕事を辞める人が多いが、産業医の役割も記載すると、会社への働きかけが進む。

一人暮らしでフレイルの方、軽度の脳梗塞、心疾患の方々が引きこもり予防しながら、地域の中で気軽に入れるようなところで、時々STに指導してもらうのが理想的。

今の診療報酬では、歩けない人のリハビリは認められておらず、急性期リハビリテーションの適切な保険審査を促進してもらいたい。同じように肺炎になるとリハビリが切られる。

医療ソーシャルワーカーの数はロジックモデルに入れてもらいたい。できる限り関連職種を把握して、数が多いほうがよいという方向性がよい。

啓発チラシを配るだけでもだいぶ活動が進む。症状に気づかず診療しないといった点や、自分で脳リハをこれだけできるという程度のものでよい。

言語聴覚士の数を目標にするのもよい。経済的支援も。

退院時の支援の加算や、介護の連携加算が出ると、一つの指標になる。

ロジックモデルで、地域の状況がわかると、身近に感じてもらえる。循環器病の予防には小さなことが大事ということがわかる。

計画の要約を各戸配布するのもよい。

【第2回脳血管疾患対策部会(R3.8.26)】

脳卒中の発症者数が減っているようには思わない。受療率ではなくて、できれば発症数をアウトカムにして、それを減らすようにする必要があるのではないか。

脳梗塞を起こす心房細動が高齢者に極めて大きなリスクとなっていることが、県民の方が読んだときに分かるよう、書き方の工夫をお願いしたい。

神経科医にしても脳神経外科医にしても、主たる診療科の医師を増やすことを考えないといけない。

リハビリテーションに関するコメディカルは、全国に比べてかなり少なく、何か改善が必要である。

覚知から搬送までの時間をロジックモデルに反映しないと、結局搬送時間が長ければ長いほどt-PAや血栓回収の適用にならない。

健康診断で心電図を取っているのに、健診率をもっとあげていけば、心房細動の新たな患者がピックアップできる可能性が高まる。

在宅生活に復帰した患者の割合は、治療と仕事の両立や就労支援とは関係ないような印象を受ける。

若年性脳梗塞はもうすこし年齢が高いところにボリュームがあって、心房細動、先天性

疾患、あるいは特殊な血栓を起こすような疾患などがたくさんある。現在の書きぶりだとほとんどが小児脳卒中だけのような印象を受ける。

ロジックモデルのアウトカムである健康寿命の延伸を考えると、脳卒中のインパクトが大きい。何度も繰り返して、復帰率も悪く、寝たきりになっていくということが、一番大きな問題なので、それを改善するのがこの計画の目的。

当初、心房細動の記載自体が抜けていたことから、もう少し循環器として一体化して考えることが必要。県民が読むものなので治療法の内容は書きにくいのはあると思うが、健診で心房細動に注意することとか、血圧管理や抗凝固療法といったことなど、もう少し具体性があってもよい。

行政として一個一個書けないのは分かるが遺伝性疾患とか、ちょっと一言目配りがあるといい。小児期発生のストロークより、むしろ20代・30代の脳卒中の方がボリュームとしてはずっと大きく、健康寿命の延伸に影響するので、その点を配慮いただきたい。

再生医療について、脳梗塞に関しては国循が前からずっとやっていて、まだ保険レベルまでいっていないが、企業とすでにタイアップして、かなりいいところまで進んでいる。

脳卒中に携わる医師を政策誘導的に増やす施策を三重県が行ってくれるとありがたい。働き方改革があったら、医師が増えないとできないし、あるいは二次医療圏を越えて連携するなど、三重県全体で考えていく必要がある。

脳卒中は在宅復帰率が心臓病と比べてもだいぶ状況が悪い。脳卒中になってしまうと、その日から家族の生活も一変してしまう非常に辛い病気である。

【第2回心疾患対策部会(R3.8.31)】

今回、厚労省の循環器病対策推進基本計画に沿った形で、小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策について記載いただいた。特に、小児期における学校健診と成人への移行医療に関しては、基本計画でもこの領域では非常に重要なところなので、ぜひとも配慮いただきたい。

蘇生ガイドラインでは、心電図を伝送または通知となっているので、通知でもいいということである。三重県では基本的に津地域以外は通知のはずなので、そこに心電図電送システムを導入するといことは非常にいい試みだが、いかにせん導入コスト、維持コスト、通信費等について大きな経費を要するため、慎重に記載した方がよい。

移行医療の支援については、成育基本法に基づく基本方針にも記載されていて、かつ難病法と改正児童福祉法で、これらの対象は小児慢性特定疾病全体である。国の循環器病対策推進基本計画においても「成育基本法と連携した対応」について明記されているので、移行医療の支援について一定記載いただきたい。

人材育成については、医師だけではなくて、例えば、救急救命士に心電図を判読するような技量を身につけてもらえるよう資格を取ってもらうとか、心不全療養指導士を増やすとか、コメディカルの中で、今後重要になってくる人たちの育成も大事になってくる。

心不全患者を診ていく地域連携というところで、患者が増えて高齢化していく中、再入院を防ぐ手立てがなかなかないが、三重大学の循環器内科を中心に心不全の管理アプリを開発して、患者の自己管理や、かかりつけ医とのデータ共有に用いて心不全の管理をできないかということを考えている。今後、患者支援や管理等について地域医療にもう少しデジタル活用を進めるという方向性を記載してはどうか。

心不全に関しては、外来の心リハが重要である。外来リハを増進することで健康寿命をもっと延伸できないかと思う。また、コメディカルの活用を通じて、もっと地域で心不全患者や高齢者のバックアップをして健康寿命の延伸を目指せるようにしていければいいと思う。

ロジックモデルについて、心臓と脳で進み方とか考え方に多少のスピード感の違いはある。心臓の方では積み上げなければならないデータが多くある。

【第2回社会連携・リハビリ部会(R3.9.2)】

通所リハや訪問リハに関する数値を記載いただければと思う。

介護保険の前の年齢においては連携がなかなか取りづらいという問題がある。今度、国が言ってきた重層的支援体制整備事業があると思うので、一定それに関する記述が必要である。また、重層的支援にはソーシャルワーカー等の養成が必要なので県から支援いただきたい。

県では心リハ指導士を配置していない施設を把握していると思うので、連携できる県外の施設も含めて情報提供いただければありがたい。

自治体にある既存のデータベースの有効活用をもう少し進めたらいいと思う。

最近一般の人にもフレイルという言葉が浸透している。そのことを踏まえ、フレイルをまとめて少し記載いただいた方が分かりやすいと思う。

中小の病院は医療ソーシャルワーカーを確保するのに苦労している。社会福祉士の確保や育成ということをどこかに挙げていただけるとありがたい。

三重県では鈴鹿医療科学大学や皇學館大学で社会福祉士の資格を取るための教育を行っており、医療ソーシャルワーカー協会として連携しているので、そのような部分を支援いただきたい。

広報的な部分について本部会としても汗をかく気はあるので、今後もう少し具体的な話をできたらと思う。