

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)

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)

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)

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。

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)

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。