

第1回三重県循環器病対策推進協議会 議事概要

- 1 日時：令和3年5月19日（水）19:00～20:30
- 2 場所：WEB会議（講堂棟131・132会議室）
- 3 出席者：伊藤委員、今井委員、馬岡委員、大内委員、大杉委員、大畑委員、小川委員、坂本委員、新保委員、末松委員、園田委員、竹下委員、竹田委員、谷口委員、富本委員、内藤委員、西井委員、西宮委員、菱沼委員、人見委員
- 4 議題：（1）三重県循環器病対策推進協議会の概要と部会の設置及び部会長の指名等について  
（2）循環器病の現状について  
（3）三重県循環器病対策推進計画（仮称）の骨子案について
- 5 審議概要：  
（1）三重県循環器病対策推進協議会の概要と部会の設置及び部会長の指名等について（資料1～3）

「脳血管疾患対策部会（部会長：富本委員）」「心疾患対策部会（部会長：新保委員）」「社会連携・リハビリ部会（部会長：園田委員）」の3部会設置について承認のうえ、会長から部会長の指名あり。

（2）循環器病の現状について（資料4）

（委員）

特定検診受診率の目標値を教えてください。

（事務局）

医療計画などに定めており7割である。

（委員）

脳血管疾患のリハビリテーションは180日を過ぎると制限がある。

（委員）

リハビリについて何をどうしていくかという所によって分かれると思う。生活の中で持続的なところでいくと介護保険側での対応と考えられる。

(委員)

基本的に脳卒中は年齢とともに発症は増えるが、若年者の場合は、特に一家の大黒柱であるなど若い時に介護が必要になるとかなり負担が生じるので、別の視点での施策が必要である。

(委員)

三重県の救急件数は、コロナ禍において1割程度件数が減少している。一方、この1週間で自宅での療養者が非常に増えており、患者を自宅から医療機関に搬送する事例が徐々に増えつつある。

### (3) 三重県循環器病対策推進計画(仮称)の骨子案について(資料5)

(委員)

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

(委員)

脳血管疾患は回復過程において後遺障害が残ることが多いので、リハビリテーションも、例えば180日を過ぎた後にどうするか。あと社会的な支援の制度をもう少し活用しやすくなるような仕組みが必要であると感じている。

(委員)

地域包括ケアシステムの充実については、市町も一生懸命取り組んでいるが、地域包括ケアシステムは高齢者を中心にということになる。高齢者の場合、このような記述でよいが、若年層の相談体制や情報提供についても記載すべきではないか。実際に若年層に対してどのような対応を取っているのか。

(事務局)

地域包括ケアシステムのみで対応するのは難しいと思う。循環器病学会においても検討を進めているが、相談窓口を設置して、地域包括ケアシステムとも連携しながら、循環器病に罹った方達のご意見、ご要望に沿える体制を検討していきたい。

(委員)

決して高齢者だけの疾患ではないということで、相談体制は非常に重要である。ただ、相談窓口を設置しても、地域のソーシャルワーカー等に十分な情報発信ができていないと、窓口があるという情報が届かない。就労で困っている方がたくさんいるので、相談窓口の設置と情報発信を併せてお願いしたい。

(委員)

心理社会的という記載があるが、どういう意味か。

(委員)

脳卒中を発症すると2～3割は抑うつ状態に陥る。そこに加えて若年性の脳梗塞の場合は就労の問題が出てくる。心理社会的とは、そのような背景を持った言葉として理解している。

(委員)

がんの事例でいうと、事前に告知を受けた時に心理的ショックを受ける。そこで仕事をやめてしまうという人がかなり多いというデータがある。その部分で心理をやわらげる必要がある。

次に、自分の治療がどうなるのかという所である。仕事や家族の問題も出てくるので、そこをフォローするためにがん対策の中に組み込まれている。疾患は異なるが考え方は同じで、そのような文脈ではないかと思う。

(委員)

看護職の世界では、患者を診る際には、病気のこと、家族のこと、心理的なこと、生活がどうなるのかということ、必ず包括的に考えている。がん看護にしても、循環器病看護についても、心理社会的という概念はどこにでもついてくる見方かと思う。

(委員)

私も発症当初リハビリテーションでぐっとよくなる状況があった。しかし、時間が経つにつれて回復が遅くなり、目標を見失いがちになった。まだまだ医学的には道のりは遠いと思うが、再生医療に関する治療の推進と情報発信を進めていただきたい。勇気がわくと思う。

(委員)

再生医療に関しては、国内でも治験が一部開始されている。ある程度国内で進んでいるので、情報発信が必要である。

(委員)

がんと違って、循環器について動態を見ていると、ほぼ二次医療圏に限られてくる。基本的に二次医療圏でしっかりできるということが重要であると考えます。また、三重大学では心筋梗塞のデータが集まってきている。発症までのリスクとか、発症後の治療までの時間、予後、これらデータについては活用いただければと思う。

(事務局)

都道府県計画の策定においては、地域の特性に合わせた計画を立てることが重要である。脳も心臓も急性期疾患ということで、がんと異なる側面があり、アクセスを保ち高度で早期の治療が重要である。また、急性期から慢性期までフォローできる体制づくりもめざしていきたい。

(委員)

計画に書かれている主体はどこになるのか。

(事務局)

県が主体となるものもあれば、医療機関も主体となる。予防や早期発見については、県民、市町も関わってくる。それぞれの項目について主体は変わってくるので、計画を策定する際には主体を明記していきたい。

(委員)

心不全については、コロナ禍であっても入退院を繰り返すお年寄りがたくさんいる。これから3年、5年、10年先にどうなるのだろうかと感じている。地域あるいは患者とも一緒になって、地域の先生とも情報共有しながら一緒に進めていけるのは魅力的に感じる。すぐに取り掛かれるかということ難しいかもしれないが、少し長い目でやっていきたい。

(委員)

一番の目的は健康寿命の延伸になると思うが、そのために我々が行っていることは心筋梗塞の二次予防である。まだきちんとできていないところもあるので、地域の先生方と地域連携を進める必要がある。地域連携のクリティカルパスなどをもっと活用していくことが重要である。

心不全に関しては、外来の心リハが重要で、外来リハを増進することによって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について、心不全療養指導士などの活用により、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ばよいのではないか。

(委員)

誤嚥性肺炎の予防で口腔ケアという文言を記載いただいたが、周術期(術中だけでなく手術前後を含めた一連の期間)でバックアップをしたいと考えている。

(委員)

ロジックモデルについては、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。

まだ心臓の方では、今後、積み上げていかなければいけないデータが多くある。例えば、生命予後、ある疾患で治療を受けた方が5年、10年後どうなっているかという経年的なデータも必要になってくるので、今後どうやって積み上げていくかということも課題だと思う。

また、今回は中間案ということなので、何か意見があれば反映することは可能であるので、引き続きお願いしたい。

## 第1回三重県循環器病対策推進協議会 脳血管疾患対策部会 議事概要

1 日 時：令和3年7月1日（木）18:00～19:30

2 場 所：三重県津庁舎6階大会議室

3 出席者：家田委員、伊東委員、乾委員、勝島委員、鈴木委員、  
田中委員、富本委員、仲尾委員、中村委員、眞砂委員、  
宮委員、諸岡委員、山本委員

4 議 題：（1）三重県循環器病対策推進協議会と部会の概要等について  
（2）循環器病の現状について  
（3）三重県循環器病対策推進計画（仮称）の骨子案について  
（4）計画の数値目標について

5 審議概要：

（1）三重県循環器病対策推進協議会と部会の概要等について（資料1～3）  
（委員）

三つの部会間の調整について、具体的にどのような形で行うのか。

（事務局）

部会の意見の状況を踏まえて、対面で行うか、文書、Web等も含めて考えている。循環器病当事者の方が1回目の協議会で発言された部分もあり、尊重しないといけない。そういったものを含めて、中間案を2回目の部会に諮らせてもらう前に議論いただきたいと考えている。

（委員）

その段階で当事者の意見を加味するのか。

（事務局）

本日の資料は基本的に協議会の意見をほとんど反映していないものなので、それらをどのように入れていくかも含めて考えさせていただきたい。

（2）循環器病の現状について（資料4）

（委員）

脳卒中に関して言えば、高血圧性脳出血が激減して、死亡率はたしかに下がっているが、現場の認識では人材が全然足りていない。人材育成を考えると、なんとなく軽症化しているような誤ったメッセージを出されて人材育成がおろそかになってはい

けない。

(委員)

死亡率は下がっていても、年齢調整されたものなので、実際に、受療率、有病者数といったところになると、数字が正しく現状を伝えているわけではないことに留意が必要である。

(委員)

健康寿命と平均寿命の差が横ばいであるが、運動や会話の場を増やすなど、健康寿命を上げる方策は何か考えていないのか。

(事務局)

平時から疾患のあるなしにかかわらず身体的な活動をしっかり保つといったことがまず大前提である。かつ、心筋梗塞、心不全の患者に対するサポートを幅広く普及していくと、健康寿命の延伸に繋がっていくと考えている。

(委員)

これまで実施してきた特定健診に対する総括はどうか。

(事務局)

保健指導に繋がっていないのが一番の問題で、そこを保険者と連携してやらなければならない。一方で、やって意味があるのかという対象になった人の思いがある。

特定健診は疾患を見ているわけではないので、それこそ腹囲とか、血圧とかそういうところを見るとそういう改善は分かるが、実際の疾患の発症とかに繋がったかどうかということまでになると、正直時間がかかると思う。

(委員)

健康寿命は、所得によって違いがある印象がある。生活がなかなか厳しい方は、受診そのもののタイミングが遅れて、死亡には至らないけれども、社会的な入院が必要になる方が多い。そういう数値は持っているのか。

(事務局)

直接手元にデータはないと思う。第8次医療計画は5疾病6事業になり感染症も入ってくる。そこでやはり、循環器に限らずがんの検診とか、受診控えの話があり、それをどう評価するかということも次の計画で考えていく。

(事務局)

市町でも就労支援とか丸ごと様々な相談を受けるような重層的支援を徐々に進め

ようとしている。福祉部局も一緒に、この計画を進める中で関わっていきたい。

(委員)

循環器疾患、脳血管疾患に関しては、救急対応時の質の確保により、正確な疑い疾患の判断ができるようになって、正しい病院に送られることが多くなってきたので、おそらく循環器疾患に限った救急搬送における受入困難事例は減っていくのではないかと思う。

一方で、令和2年のデータでは、おそらくコロナの影響が出てくるので、数としては増えてしまうのではないかと思う。そういった中で、コロナの患者も、循環器疾患の患者もひとくくりにデータを出してしまうと、誤解を生みかねないのではないか。

(事務局)

コロナ感染症と循環器疾患の非感染性疾患がある程度クロスオーバーしてしまっているということがあって、どうバランスを取るか、どう救急体制を維持するかといったことも大きな課題として認識している。

(事務局)

コロナ患者というデータをとってしまうと、結果コロナではなかった人が除外されてしまう。ただ、三重県の中では患者数の問題もあるかもしれないが、令和元年度に比べてものすごく増えているという感覚はないと聞いている。

確かにコロナの発生状況が多いときは、個別に見ると、困難事例があるとは聞いているが、数としてたくさん増えているというまでの状況ではない。

あとは救急自体、医療にかかること自体、比較的減っているというのもあるので、そうすると分母が減り、率が上がってしまう。ここには出していないが、実際の件数も見ながら議論が必要になる。

(委員)

平均寿命の差は男女差がすごくあり、たとえば女性は認知症が多いとか、骨粗しょう症やいろんなファクターがあり、そういった個別の要因をつぶしていくことで差を縮める可能性はあるが、そういった分析はしているか。

(事務局)

健康推進課が健康増進計画に健康寿命の話を書いているので、そちらと相談したい。

### (3) 三重県循環器病対策推進計画(仮称)の骨子案について(資料5)

(委員)

この後で数値目標が出てくるが、その目標を達成するための筋道を各段階で明記化する形で施策を考えることに賛成であり、どこかの段階でロジックモデルに基づいて



対策を考えるような一文を入れていただきたい。

（委員）

がんの緩和ケアはすごく分かりやすいが、循環器病、特に心臓はともかく脳血管疾患の緩和ケアというのは具体的にどういったものをターゲットにするのか。

（事務局）

循環器の方では比較的緩和ケアというものが、心不全の診療においてかなり必須なものだろうと、この5年10年くらいで世界的にも認識されてきているし、循環器内科の専門医を取るときのベーシックなコースの1つとして、緩和ケアのコースを心不全学会等でバックアップして作っており、それを将来の循環器の緩和ケア対策として活用していこうという流れがある。

脳卒中の緩和ケアについては、皆が同じイメージができるかということ、おそらくないであろう。実は社会連携・リハビリ部会の園田先生からも、何をイメージしていいか分かりにくいと言われている。廃用性萎縮等を予防するとか、日常の活動度を維持するということ分かるが、ちょっとここがピンとこないというのは、ご指摘いただいているところ。ここに関しては、そのままがんや心不全をイメージするのではなくて、脳卒中のほうで広い意味での緩和ケア、疾患に伴った苦痛を緩和する方法として、どういったものができるだろうという形でご議論いただけたらと考えている。

（委員）

脳卒中の治療は、広い意味でのリハビリテーションであって、緩和ケアというのが該当するのかどうかかなり不安がある。

（委員）

さっきの数値目標の話になるが、三重県の計画案が出たときに、対応していることが分かるように、「ロジックモデル」という言葉を計画に入れてほしい。

（委員）

それはぜひ私からもお願いする。全国的な状況を言うと、やはり、ロジックモデルを基本に進めるというのが脳卒中学会から、基本的な方針が示されており、それについては厚労省も同様の方向性だと聞いている。他県でも、かなり進んできていると聞いているので、ここに関して三重県が外れてしまうということは望ましくない。

（事務局）

次の数値目標のところ、ロジックモデルを使っていく方向性はあるかと思う。一方、いわゆる患者の負担軽減の指標をどうするかとか、定量化しにくいところに関しては、違うアプローチも必要で、うまく使い分けていけたらと考えている。

(委員)

各項目の後ろに脳とか心とか社会リハの記載があるが、その部会が担当するということか。

(事務局)

基本的にはそこが担当していただくが、リハビリや地域包括ケアはオーバーラップしていかないとシームレスな連携体制が取りにくいので、一部重複する。

(委員)

社会連携・リハビリ部会に急性期医療関係の人も入っていただかないといけないのではないか。部会だけで決められると急性期医療の立場からは困る可能性がある。

(事務局)

協議会本体には、各部会の部会長も入っていただいております、中での調整は念頭に入れている。集約化・センター化と、地域との連携は、ややもすると別の方向に動きやすいものがあるので、連携の取り方も大きな課題と把握している。

#### (4) 計画の数値目標について(資料6)

(委員)

脳卒中对策の4つ目、医療機関の連携のための協議を行う病院とは何か。

多職種連携は、普通はデイサービスとか老健とか、そういう人たちがやっているが、病院はやっているのか。

(事務局)

医療計画で急性期から回復期、維持期にかけて、包括的に連携するための協議に参加する病院数を増加させる目標を設定している。脳卒中で急性期、回復期、維持期の連携が非常に重要ということで、急性期、回復期の病院同士が参加するような、研究会とか地域連携パスとかの流れでやってきたものがある。そういった連携が大事ということで参加する病院数を増やしていこうという経緯である。

実際に今、各地域でやっているものがいくつもあるという状況で、医療計画の中で全体の目標69施設ということだったが、中間見直しで達成している状況にある。

(事務局)

医療計画で多職種連携、病院連携を促進していくための1つの指標としてこういう文言がある。今回、1年半ぐらいしか実際に活動できる期間がないので、この医療計画との整合性から、こういった文言があることを前提に、実際にこれがロジックモデルに入るのかということ、難しいなと思うところがあるが、どう整合性をとるかに加えて、やはりこの次に向けて指標の数値目標もあげていきたいと考えている。

(委員)

2008年に脳卒中の地域連携パスができて、急性期病院から回復期、維持期という連携が求められた。その急性期病院と回復期病院の間で、多職種での症例を軸にした連携の会議を持つようになった。それ以降急性期と回復期の連携を進め、また急性期の定員待ちの期間を短縮する取組が地域にあったほうがいいと、県からも推奨されるようになった経緯である。

(委員)

今回は、目標は変えられないと理解をしているが、今後大きな目標を立てていくとき、読んでいくと手段と目的が混ざっている。本来は予防というと脳卒中の新規発症数を減らすということで、三重県の人口当たりの新規発症数を減らすのが1つの目標、対策としては有効である。

急性期治療に関しては、脳梗塞発症時にt-PAとか血栓回収療法が実施できた割合が考えられる。発症数が減ったら実施件数が減ったらいい。そういう具体的な目標でどうしていくかというのは多分ロジックモデルが有効かと思う。これからデータを出していただくのに、そういうのを考えて出していただけたらと思う。

(委員)

今の意見は非常に重要な点である。目標のアウトカムが、健康寿命の延伸と死亡率の減少の2つになっているが、発症予防という視点がここに欠けている。やはり脳梗塞の発症自体なくなるのが一番いいわけで、それが一番重要なアウトカム。脳卒中学会が作っている標準のロジックモデルが最近できて送られてきたが、それを見るとたしかにアウトカムの目標が3つある。2番目が「脳卒中の死亡が減る」、3番目が「脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる」。まさにこれは今の2つに対応している。ただ、1番目に何を置いているかというと、「脳卒中の発症を減少している」、これが最初のアウトカム。だから、一番上が今の状態だと欠けた状態になっている。

(事務局)

心疾患のロジックモデルのところで、高血圧、コレステロール、糖尿病予備軍の割合、死亡率こういったところがベーシックな発症予防であるので、十分カバーして考えていきたい。

(委員)

2024年には働き方改革が医療従事者にも求められ、これまでの2倍3倍の医師の確保が必要となる。複数の病院での連携とか、神経内科と脳外科の連携とか、あるいは、どこかから来ていただいて、手助けをしていただくとかそういうことが必要になる。人的な配備と現実の医療のギャップをどう2年間の間に解消する計画とするのか。

自立した医療を実施するためには人材の確保が一番重要であるが、特に神経内科の領域では、研修医のなかには入局を考えていても最後には、他の科に行ってしまうというようなこともある。

（事務局）

地域医療の確保の観点から、960 時間を上限にされてしまうと困るという意見がかなりあったと認識している。運用について丁寧に厚労省も県も説明していかないといけない。

2024 年は医療関係ですごく大きな節目で、医療計画にコロナを踏まえた緊急時の体制や、その働き方の話も入る。多分コロナの真っ最中に、働き方改革の議論が、もともと進んでいて、それが実際の現場に十二分に周知されてないのではないかという不安がすごくあり、そこをまず周知することが必要である。

（委員）

三重県としては、例えば地域枠を使って総合診療医をすごく増やそうとか、産婦人科医は少ないことを前提に増やそうという施策をしている。でも現実的には、例えば脳神経内科医、脳神経外科医、循環器内科医はすべて、おそらく人口当たりワースト 5 ぐらいだと思う。県別の人口当たりの脳卒中に関係する医師数の割合とか、三重県がどれくらい不足しているのかの数字を出して、脳卒中関連の医師等を増やす施策を実施してもらいたい。働き方改革でますます医師が不足すると、回っていかないおそれがある。

（事務局）

この 10 年で医師数、特に若い医師の確保はだいぶ進んできており、次の行政の課題として、地域間の医師数の偏在に取り組んでいる。そこを解決しないと、診療科間の偏在というところまで、なかなか大きく動かせないが、問題意識としてはある。

（委員）

医師不足地域ということで注目されている地域というのは、高齢化が進んでいるので、人口当たりの心筋梗塞、脳卒中発症率が高い。でもそこには専門医がおらず、少ない人数で何とか回している状況である。ぜひ県の人材育成の施策をお願いしたい。

## 第1回三重県循環器病対策推進協議会 心疾患対策部会 議事概要

1 日 時：令和3年7月6日（火）19:00 ~ 20:30

2 場 所：三重県津庁舎6階大会議室

3 出席者：井阪委員、伊藤委員、勝島委員、金城委員、川島委員、  
新保委員、世古委員、説田委員、曾我委員、高井委員、  
谷川委員、土肥委員

4 議 題：（1）三重県循環器病対策推進協議会と部会の概要等について  
（2）循環器病の現状について  
（3）三重県循環器病対策推進計画（仮称）の骨子案について  
（4）計画の数値目標について

5 審議概要：

（委員）

先天性領域というのも重要視するよという法の定めもあるので、三重大学の三谷先生をオブザーバーとしてお招きしたい。

（事務局）

この会議の報告も兼ねて一度お伺いする。オブザーバーか委員かについては、手続もあるので事務局に一任いただきたい。

（委員）

少なくとも次回ご出席いただくようお願いする。

（1）三重県循環器病対策推進協議会と部会の概要等について（資料1～3）

（委員）

津市内では、心電図伝送システムが導入されており、救急車内でいわゆる心疾患プロトコルという症状ベースのクライテリアに合致した患者さんについて、救急隊が心電図をとって、それをST上昇型かどうかということも含めて輪番体制の中で医療機関に転送している。医療機関において、医師の判断を仰いで、ST上昇型であれば、その時点で準備をする。津市内の医療体制の特質性であるとか、少し遠い地域からも搬送があるところで、非常に有効に活用されているのではないかと考えている。救急車13台に全車搭載ということで非常にうまく稼働している。三重県内でもいろんな地域特性があるので、それをどういうふうに広げていったほうがいいのか、議論が必要かと思う。

(委員)

救急隊の心電図に関しては、三重県はかなり早くから取り組み、最近いくつかの学会でも発表している。地域性は多少あるかもしれないが、年々、救急隊の心電図の読解能力も上がっている。例えば心電図をとって、それを通報または転送することに関しては、三重県はかなり先進的にやっているのではないか。

## (2) 循環器病の現状について(資料4)

(委員)

年齢調整死亡率は男性も女性も年々良くなっている。急性心筋梗塞もかなり良くなっているわけだが、残念ながら全国平均よりも少しデータが良くないところがある。三重県はかなり救急にも取り組んでいるし、体制も整備されつつある中で、まだ全国平均より高いのはなぜだろうと思う方もいると思う。

(委員)

おそらく地域のばらつきというのかなりあると思う。何々地区でどれぐらいの心筋梗塞死亡率というのがあるのか。我々は三重県全体でACSレジストリにて、2013年から、県内の15施設のACS症例の、救急、いわゆる病院前の状態も含めてデータを出していただいている、解析をすればそういうのは出てくると思うが、三重県全部を包括しているわけではないということと、PCI施設でのデータということで若干違ってくると思う。そういうできないところを含めて地域差というのがあれば教えてほしい。

(事務局)

年齢調整死亡率は保健所管内ごとにデータは毎年度出ている。データは古いが、お手元の医療計画の資料に各保健所管内別の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率がついている。こういう形で、大まかな傾向はつかめるかもしれないが、年ごとに変動があることにも留意が必要である。

(事務局)

厚労省のほうからも、地域のデータに基づいて、地域の特性に合わせた方針を考えていくべきだと言われている。まさにACSレジストリ等で、実際のこの地域の状況に合わせて対策を考えていくのは必要である。

(委員)

医療計画に掲載されている急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、伊勢保健所管内がすごく悪い。自分も救急で死亡診断書も見ているが、やはり不明の死がほとんど心筋梗塞になってしまう。特にこの平成28年ぐらいはそういうことが多くて当時問題になった。

(委員)

平成 28 年なので 4、5 年前のデータになる。今日の資料で令和元年の県内の急性心筋梗塞の死亡率が全国平均に近づいて改善してきているので、おそらく近年のデータではかなり良くなっているのではないかと。

もう 1 つが、うちの病院は心肺停止で亡くなる方も多いが、はっきりと心筋梗塞のエビデンスを裏付けるような、心電図の S T 上昇等の客観的なデータなしに、原因不明の C P A (心肺停止) で全部心筋梗塞と書かれている診断書がかなりあるということで、院内の先生とも話して、改善に努めている。

(委員)

私の記憶が正しければ、伊勢保健所管内の年齢調整死亡率は結構上下しているのですが、これだけにとらわれることはないかと思う。

三重県は、年齢調整死亡率は良い方向に向いている。日本循環器学会のデータでは 2014 年が残念ながら全国でワースト 8 だった。最近はワースト 10 と、ちょっといい方向へ移動しているので、この後 2、3 年で、もう少しかなと思う。全国平均を見ると、結構医療が先進的と思われる県でも意外と三重県よりずっと悪かったりする。

(委員)

特定保健指導の率が低いのは知られており、ここにはその数値はないが、特定健康診査の受診率が上がると、脳血管疾患、心疾患の発生が減るというエビデンスが厚生労働省レベルであるのか。10 年以上やっているが、検証のデータが全然ない。この特定健診は 40 歳から 74 歳を対象としており、後期高齢者の健診のデータというのはこういう資料にも出てこない。心疾患、脳血管疾患は高齢者が多いが、どのようなリンクを考えればいいのか。

(事務局)

そもそも特定健診を受けることと、心疾患、脳疾患等の改善とのつながりは微妙である。実際には健診を受けただけでよくなるわけではないので、大事なものは特定保健指導である。特定保健指導の受診率が低いのも問題だが、腹囲が少し減った、血液検査の数字が改善したといったところはあると思うが、発症が本当に抑えられているかという明確なデータというのは難しい。

後期高齢者の健診は、受診率を上げるためにインセンティブを出す制度をやって、進んでいるのは事実である一方で、法的な義務がなく、実施率が低くて、国も問題意識を持って受診率を上げようと努力はしている。健診の項目自体も、国として一般的なものを示しているが、いろいろ議論がある。

(委員)

この特定健診のデータは、社会保険、市町村国保の保険者も合わせたデータだと思

う。市町村国保の特定健診はもっと低い。多分、市町村の特定健診の受診率と後期高齢者の健診受診率がほぼ同じではないか。社会保険の健診率が高いのでトータル上がっているだけ。市町村とか後期高齢者広域連合の健診受診率を上げたいのであれば、もう少し何か方策を考える必要がある。長い間、高い数値目標だけ掲げても、ハードルが高く、思い切った方策を取らないと、このままずるずると低い値を続けていくのではないか。

(委員)

三泗地区は救急車が到達して収容するまでの時間が早くて、比較的いい成績が上がっているかと思うが、さっきのデータではそんなに変わらないということで、どのようなファクターがあるか考えないといけない。

(委員)

実際に診療の現場であたっている先生方は、かなり元気にして帰しているのになぜと思われると思う。受診する前に悪くなっているとか、救急車を呼ばれない方とか探ってみるといろいろ理由がありそうで、それらも含めて解決していかなければならない。

(委員)

リハビリの状況について、伊勢志摩地区がかなり低いが、この実施件数というのは外来と入院と合わせてか。

(事務局)

入院、外来を合わせた数である。

(委員)

外来リハビリは心疾患でも大事になってくると思うが、当地区はやはりそのシステムがまだ整っていないので、非常にそのあたりが課題となる。

(委員)

この数字は、やりましたという件数であって、必要な人に対してどの程度されているかを示しているわけではない。必要な人に対して県内で8割9割の実績があれば願ったりだと思うが、なかなかそこまでは分析が難しい。

### (3) 三重県循環器病対策推進計画(仮称)の骨子案について(資料5)

(委員)

これは医療計画みたいに数値目標を置くのか。



(事務局)

医療計画との整合性をとるために、医療計画で掲げている数字を、この中にも盛り込みつつ、独自の数字を入れていきたい。

(委員)

正しい知識の普及啓発の取組例に関して、私はAHA(アメリカ心臓協会)のインストラクターもやっているが、アメリカでは企業の社員にファーストエイドを義務づけたりしている。職員が倒れたら、同僚がこれは心筋梗塞かもしれないとして処置をする動画を見る。そういうようなことを考えてみてはどうか。

(事務局)

非常に貴重なご意見として、検討していきたい。

(事務局)

ここに書いてあるのは、本人の予防を進める、本人の健康意識をあげるという観点である。企業に対してそういった取組を促すのはいい視点なので、ここに書けるかどうか分からないが、何ができるか考えたい。

(委員)

指導救命士の養成講習や特定行為に関して、もうすでにやっているのだから、ここに何らかの数値目標を書いてもそれは意味がないと思う。次のICTの活用も決まり文句だが、具体的に何かを考えているのか。

(事務局)

脳血管疾患でいうと、かなり具体的な課題というかCTやMRIなどの画像を共有する画像転送システムなどが念頭にある。救命救急士等については、数値目標に入れるかどうか、実際ここでご議論いただきたい。

(委員)

普及啓発について、三重県で2013年からACSのレジストリを開始して、丸8年のデータが蓄積している。その中で、各施設、各エリアの問題点がすでに抽出されていて、あとはそれをどう解決するかという段階であることは間違いない。

三重県においては直接搬送率が低いとそれが死亡率の上昇に繋がっている可能性があるというデータもあり、そういう意味で県民に広く知識を普及する中で、直接搬送率をいかに上げるかというのは三重県内としてのテーマである。

ただ、これはエリアによってもかなり変わってくるので、どのエリアにそれを普及させるかということが重要となる。直接搬送率は、急性心筋梗塞などの症状を疑うときに、かかりつけ医に行くのではなく救急車を早く呼んで、PCIができる施設へ搬送

することとなるが、三重県全体としてどういうふうに進めていくべきか。

あと、救急搬送の整備に関しては、ACSのレジストリで、各病院そして各エリアの問題点が分かってきて、それらの病院での比較も、これまで数年のデータが出てきているので、次に死亡率をどういうふうにしていくかということを具体的に追加していく。このデータをどういうふうに、今回の計画に活かしていけるかという具体的なことをもう少し考えていく方が良い。

（委員）

救急医療体制が整備されているところだと直接行くので、Door to Baloonも短いですが、そうでないところは問題である。あと、リハビリテーションについても地域差があるということ。急性心筋梗塞の年齢調整死亡率はかなりの勢いで改善されているが、残念ながら心不全は横ばいに近いので、そこをどうするか。問題としては意識できるが対策は難しい。

（委員）

伊勢志摩から東紀州の方になると、処置をして運ぶべき人を近隣の医療機関では見てもらえずに、長時間搬送されるというのが結構ある。そういう人達は、当然死亡率が上がると思うが、医療機関側にもある程度協力をお願いしなければいけないということが発生する。

（委員）

地域包括ケアシステムを推進するのは地域包括支援センターで、現在の生活支援センターはほとんど介護施設。実際、今までにこの循環器領域で質の高い慢性期を生き抜くために支援している現状はあるのか。慢性期にとって基軸にするなら、もう少しきちんとやらないと駄目だと思う。

（事務局）

まさにそこが非常に問題と認識している。結局、認知症、高齢化と切っても切り離せなくて、薬を飲まなくなることによって、例えば、利尿剤を飲まなくなる、そして同じ病気を繰り返してしまい、結果として医療費の高騰にもつながってしまう。急性期の治療も必要だけれども、高齢者の基本的な自立のケアとかを一緒にやっていかないと、この問題は基本的には解決できない。それに高齢者が自立的な生活を支援していくところまでカバーし、数値目標等で拾っていかなければ、結果として対策が十分ではないという問題意識を持っている。ご指摘の点がまだ具体的な解決策まで至っていないが、だからこそ社会連携、リハビリ等も、具体的に患者介護者の負担軽減とセットになってくる。

(委員)

最近は心不全療養指導士の資格が付与されて、全国的にも増やしていこうとなっていると思うが、おそらく三重県はまだ非常に少ない。この方々を増やすという目標は可能なのか。

(事務局)

開始して、まだ試験が1回目なので、人数の増加にしばらくかかる。少しそこを支援するという形でやっていく必要があるかとは思われる。

(委員)

心不全緩和ケアについて、心不全緩和ケアトレーニングコースというのが全国的に始まっており、我々の施設でも2名ほどそういったコースを修了している。まだまだ三重県内そういう取組が始まっているかということ、そういうわけではないと思うが、今後、心不全療養指導士もそうだが、心不全緩和ケアトレーニングというのは非常に重要になってくると思うので、数値目標の一つになるのではないかと。

(委員)

かかりつけ薬局等という言葉があるが、薬機法の改正が今年行われて、地域連携薬局とか、専門医療機関連携薬局という認定制度が始まる。まさにそういったものかなと思うので、そういった名前を挙げるとよいかと思う。薬剤師会としてもそういった薬局を増やせるように研修会等で努力はしていきたい。

それともう1点、多職種連携という言葉がどこにでも出てくるが、例えば地域によっていろんな連携もあると思う。県で研修会を企画するとか、財政的支援をするとか考えているのか。

(事務局)

実際に具体的にどれというところまではまだ決まってないが、例えば仕事との両立支援とか就労支援、後遺症とか、行政と連携することが前提と考えており、ある程度支援ができることがあるのではないかと。どの枠組みでこういった形でどこになると全体のバランスを考えないといけない。

(事務局)

地域医療介護総合確保基金の中で、過去にもそういった多職種連携の取組に対する支援や、研修の企画に対して財政的支援を行ったという例はあるので、そういう形で提案いただければ、事業化も考えられる。

#### (4) 計画の数値目標について(資料6)

(委員)

健康寿命延伸と年齢調整死亡率の減少。これは、それぞれ達成しつつあるのだろうと思う。かなり細かいところになると、ロジックモデルを1つの考え方でやってはどうかということだと思う。

(委員)

指導救命士とか特定行為は、施策アウトプットになるのか。それによって、心筋梗塞の何らかの数値が変わるといようなモデルになるという理解か。

(事務局)

脳卒中でいくと一番左のところだと思うが、脳卒中と心疾患でだいぶ構成が異なる。心疾患の真ん中の上段は、高血圧、脂質異常症未治療者の割合、糖尿病等で、医療全般に関わる目標になっていたりする。

ただ、脳卒中の方は、血栓回収の施設の件数を、具体的にあげていたりする。脳卒中学会の方は明確に打ち出しているものではあるが、心疾患でこういった数値目標を並べることに关しては、一定の議論が必要と考えている。また負担軽減など数値化しにくいものもあるので、ロジックモデルも参考にしながらやっていきたい。

(委員)

救急では、例えば心筋梗塞の患者がどれぐらいで病院にたどり着いたとかいうデータも出しているが、これはこの中には入ってこないか。

(事務局)

一定入れていく必要があると思うが、具体的に数値目標として入れるものは、ある程度限られてくるので、こういったモデルに基づいて、例えばモニタリング指標としてみながら、数値目標にするとかそういった形になると思う。

(委員)

結局、その取組の書きぶりが少ししっくりこない。また説明をしっかりとすればいいと思う。

(委員)

ロジックモデルは脳卒中学会の意見というところで、野球にたとえてチーム防御率、打率、併殺率、エラー率というように分析できるようなデータがあれば、割と作りやすいが、果たしてそれが三重県、全国で用意できるかという問題もある。ベースには考えたらいいと思うが、あまり捉われすぎて本質を見失ってはいけない。

(事務局)

必ずしも押し付けるのではなく、地域性とか、裁量権はある。サブ目標は、すでに医療計画の方で設定しているので、追加する形で、こういった指標はぜひ入れたほうがいいのではということを経験いただきたい。

(委員)

数値目標を入れること自体は非常に重要である。ただ、あまりロジックモデルありきで議論しなくてもいいかなというだけの話である。

(事務局)

目標となると、一定到達点も示さないといけないので、データを取って、現状分析をして、さらに過去の傾向を見るなどやらないといけない。実際に目標を増やすと、ロジックモデルとか使うかもしれないが、おそらく2年後の医療計画の改定年度になると思う。データの取り方は2年半ぐらい準備をしないといけないのではないかと思う。脳の部会ではロジックモデルをぜひ入れて欲しいという意見がかなり出たのは事実で、多分言葉としては入れると思うが、どう活用していくかという記載になるかと思う。鳥取県のロジックモデルも全国値と並べているだけで、それぞれの数値に目標があるわけではないと思うが、勉強させていただきたい。

(委員)

新たにデータを収集しないといけないものは当然あると思うが、ただではなかなか収集もできないので、例えば予算がつくかどうかで集め方が違ってくる。具体的に何かあるのか。

(事務局)

方向性として何かこういった役割を担当してくれるところに予算なり補助なりするというのはあるが、まだしっかり固まり切っていないところである。

(委員)

少し出るだけでも大分違うと思う。ACSレジストリと、急性大動脈疾患、解離とかのレジストリも倫理審査が通っているところだが、やっぱりそこに対しても、ある程度そういうのがないとなかなかデータを取っていけない。ロジックモデルはこういう目標があって、それに対して、実際に何をやるかっていうことが分かりにくいものがある。

(事務局)

ロジックモデルは、数値を決めて、とにかく一步一步達成していけば、結果がよくなるというモデルでもあるという考え方も主張されている。そこを循環器病対策とし

て、部会間でいろいろ相談しながらある程度同じ方向性にしていかないといけないので、調整は引き続き必要になる。

（委員）

鳥取県ではこれだけのデータが出て、心疾患に関してもそれなりに進めるということか。

（事務局）

具体的に全部やるという書き方ではないと伺っている。どう動かしていくかまでは、まだという印象である。

（事務局）

医療計画の中で、指標のデータが国から提供されるので、鳥取県のロジックモデルに関する項目は、恐らくその項目とほとんど重複していると思う。数値目標に何か置くというよりは、モニタリング指標として使いつつ、例えば、最後の目標値が悪いときに原因は何かというのを左側にたどっていく使い方を想定していると考えている。

（委員）

例えば発症から医者までの時間とか、そういう時間のデータはとらないのか。とるのは大変だと思うが。

（事務局）

行政として数値目標にする場合、それがあつて過去の数値も含めて測定できる必要がある。悉皆性とまで言わないが、まんべんなくとれている目標を決めていかなければならないところはある。

（事務局）

新しい目標で既存のデータで取れないならば、手間をかけて取っていくことも含めて政策判断としてはあるが、新しい手間をかけるということは人的・金銭的リソースがかかる。県として独自予算を確保するのは厳しく、また実際にそういうデータは全国的にとつたほうが絶対いいに決まっているので、そういうものを国に要望するのは考えられる。

（委員）

例えば door to baloon が 90 分以内というのはレセプトに反映されるので、そういうデータは出せると思う。こういう構造的なデータはどんなに数字を見ても予後がよくなるわけではないが、実際病院に来てから 2 時間後に P C I しても絶対よくなるないので、そのデータを取る必要があると思う。

(委員)

急性期のデータも大事だが、なかなかありそうでないのが長期予後のデータ。5年後どこまでみたいなのが、レセプトとかではなかなか反映されないので、しかるべき仕組みを考えないと、議論が止まってしまいそうな気がする。今日の議論を踏まえてまたいろいろ、修正していただきたい。

(事務局)

参考となる指標を提出できるように、厚労省は脳卒中学会、循環器学会の方に依頼しており、各学会で数値を具体的に提示する作業をしているので、ゼロから作るわけではない。そういったサポートはあるにしてもやはり、主体的に地域で出していく方向になる。

## 第1回三重県循環器病対策推進協議会 社会連携・リハビリ部会 議事概要

- 1 日 時：令和3年7月8日（木）19:00～20:50
- 2 場 所：三重県津庁舎6階大会議室
- 3 出席者：石田委員、奥田委員、高桑委員、島田委員、園田委員、  
田中委員、福森委員、松尾委員、松本委員、三木委員、  
水谷委員、南出委員、百崎委員、森委員、柳川委員、山田委員
- 4 議 題：（1）三重県循環器病対策推進協議会と部会の概要等について  
（2）循環器病の現状について  
（3）三重県循環器病対策推進計画（仮称）の骨子案について  
（4）計画の数値目標について
- 5 審議概要：  
（1）三重県循環器病対策推進協議会と部会の概要等について（資料1～3）

（質疑なし）

### （2）循環器病の現状について（資料4）

（委員）

急性心筋梗塞 10万人あたりの年齢調整死亡率で、三重県の男性が全国に比べて高いが、これは全国的にも高いのか。結構グラフの高いところを推移している。

（事務局）

平成26年、27年は、全国値よりも少し男性の死亡率が高いという数値もあり、いろいろと中身の改善をして、現在は、かなり全国値に近い状態にはなっているが、まだまだ改善の余地はあるかと考えている。

（委員）

特別多いところはあるのか。というのは、最後の心臓リハビリを見ると、レセプト件数で津のエリアがたくさんあるので津が多いと考えてよいのか。

（事務局）

このリハビリの件数と、心筋梗塞の死亡等が必ずマッチしているかということそうではないところもあると思うが、やはり地域的なアクセスの問題、ある程度医療機関が充実してないという地域もあるので、そういうところはおそらく心筋梗塞の死亡率も



高くなりうるし、心臓リハビリに対しての実施率も低くなりうる。もう少しデータをしっかり出して実際の数値を見て検討したいということもご意見いただいている。

（委員）

むしろ、三重県は、しばらく横ばいだったみたいにとったほうがわかりやすい。そうすると、逆に死亡率を心筋梗塞で下げていくという全国的な何かしらの動きがあったから下がってきたと理解すればよいか。

（事務局）

ちょうど同時期から急性心筋梗塞、急性冠症候群のレジストリ研究というのが全国的にあり、その1つのモデルとして三重県も該当して、三重県ほぼ全体をカバーして、心筋梗塞の詳細データを登録していくといったことをしている。それで何がある程度働くかということ、症状が出てからバルーンで治療するところまでの時間を具体的に測り、各医療機関のいわゆる door to balloon、onset to balloon といったものが、リアルタイムに更新されるようになり、どの地域で時間が長くなっているといったことがフィードバックされるようになるので、ある程度均てん化というか質が保たれるのではないかと考えている。

（委員）

リハビリテーションの実施状況のバランス、大小に対して、医療計画とかで、均てん化とかの動きはこれまでいかがだったか。

（事務局）

医療計画において、急性期から回復期、維持期、それぞれの役割を担っている医療機関の数であるとか、リハビリの届出をしているかどうかというあたりを毎年、調査している。その結果、ホームページで、具体的な医療機関名とともに公開をしている。ただ、それに対して、地域医療構想に基づく回復期の病床を増やしましょうという取組はしているが、疾患ごと、脳卒中とか心筋梗塞ごとに個別のリハビリを増やすというのは、なかなかそこまで手がつけられていないという状況である。

（委員）

三重県のリハビリテーションの実施状況のところ、脳血管の10万人当たりの件数というのは、当然多い。やはり、急性期、回復期のところでのリハビリが件数的に多いのはわかるが、心疾患に関しては急性期のところが中心的になって、件数的には若干落ちてきているのかなと思う。この10万人当たりの平均的な件数というのは、三重県は高いのか低いのか。全国平均と比べて三重県というのがどのくらいの医療状況なのかというのが、もし分かれば教えてほしい。

(事務局)

決して、三重県が突出して高いところにはないと思う。むしろ、ちょっと足りていないところがあり、特に外来リハに関しては、特に地域的なばらつきもあって、おそらく全国からも少し悪い方向にいるかなというふうな肌感がある。

(委員)

最近、全国のNDBデータを使って、10万人当たりの心リハの件数で三重県がどの辺りにいるのかというのを見たが、ちょうど真ん中ぐらい、平均的な人数かと思う。

(委員)

脳血管のリハの件数はどうか。

(事務局)

参考資料に第7次医療計画の脳卒中と心筋梗塞の部分を付けており、脳卒中に対するリハビリテーションの実施件数の表がある。人口1,000人当たり全国値が19.0に対して、県が17.1という結果になっている。また、心筋梗塞のリハビリテーションの実施件数は、10万人あたりの入院で、全国値291に対して三重県が171.4とかなり低くなっている。外来は全国が137に対して県が163.4ということで、こちらは県が高いという状況である。

(委員)

健康寿命を延伸するためにとっているが、これはずっと横ばい。リハビリをすることによって健康寿命が延伸するのかどうか。急性期を心リハとかで乗り切って元気になられたら、健康寿命の延伸につながると思うが、脳血管疾患の場合に、それをリハビリして長生きできるようなことで、平均寿命が延びることがある。この差を縮めたほうがいいという議論もあるが、リハビリに関して差を縮めることに寄与するのかどうか、逆に、いわゆる差は広がってもそれはいいのではないかという考えもある。

(事務局)

まず、第一義として、目の前の救命が必要なことであり、ADLの改善を優先したうえでの健康寿命の増進という順番で問題ないかと思う。

(委員)

リハビリをしてその差を縮めようと、これだけを一生懸命強調されているように見えるが、両方とも伸びていけばいいのではないか。

### ( 3 ) 三重県循環器病対策推進計画 ( 仮称 ) の骨子案について ( 資料 5 )

( 委員 )

リハビリテーションの充実のところ、再発予防、重症化予防、生活再建や就労等を多職種により促進するとあるが、具体的に今取り組まれていることがありそうか。

( 事務局 )

多職種連携としては様々取り組みいただいているというのがまず前提にあるかと思っている。地域や個々の職種の中で、研修会とかをしているということがあり、そういった取組について例示のところ、把握させてもらいたいし、それをベースに今後どういった取組が考えられるか記載をしていきたい。

( 委員 )

入院医療でのリハビリ、介護系のリハビリ、申し送りをするけれども、なかなかそれ以上というか、みんなで取り組んでやりやすくなるようにしていますという感触があまりない。ここに書き込めば県が後押ししてくれるのか。

( 事務局 )

各施策の( 3 )( 4 )( 5 )は、1つのものを別の角度から見ているところがあり、対象となる患者の数もかなり多く、関わる業種もかなり多い。リハビリテーションという軸を設けると、それを実際に行っていくところが( 3 )のところ、それを支えていくための体制づくり、患者支援が( 4 )( 5 )というところで、どう連携をとってどう繋いでいくか。シームレスな医療提供体制というのは、多職種連携と並んでどこにでも書かれているものになっていて、じゃあ具体的にどうつないでいくのかというところで、共通課題としてはリハビリテーションが軸になってくると考えている。

( 委員 )

心リハは、エビデンスはあるけれども全国的にあまり行われてない。NDBデータとかを見ると、やっているところとやっていない県で20倍以上の差がある。これは基本的には脳卒中リハとは異なって、心臓の方々は別に歩けるし、そんなに自分にリハビリが必要だと思っていないので、医療者から声をかけないとなかなか行ってくれないということもあるし、近くに心リハの施設がないと通わないようになってしまうということだと思う。

心リハができる施設を増やすというのが全国で必要なのかなと思う。特に、心リハの施設の基準として心リハ指導士が一番ネックになるので、心リハ指導士を増やすと通しやすい施設が増えて、心リハを受けられる方が多くなるのではないかと思っている。

あとは、なかなか心リハ指導士が増やせない場合には、心リハができるような施設のネットワークとか、そういうものが必要かと思うが、根本的には指導士を増やすよ

うなプログラムとか、そういうものがあるといい。

(委員)

ちなみに、心リハを診療報酬のためにやるわけではないが、診療報酬の基準をゆるめなさいという意見はないか。

(委員)

リハビリテーション料の中で今唯一、1人の療法士で複数人のリハをやっていいってことになっているので、病院の収益につながるころはある。

(委員)

ただ、それには循環器か脳外科の先生が必要ではないか。

(委員)

その通りである。

(委員)

その要件があるために回り八とかでは、やれないという場合が多くあるので、そういった配置要件の縛りも普及しない理由の一つだと思う。そうすると、あとは実行する病院が増えるという意味では、当然、循環器、心臓外科の先生のところでのみやるのではなく、緩和ケアという言葉で言われているところも、ある意味廃用症候群ととらえてもいいと思うので、リハビリと言われているものが、やれる場所を増やすための働きかけが必要ではないか。これは三重県だけに言っても国がうんと言わなければだめだが、やったら広がる可能性が増えると思う。

(委員)

今のところ、回復期でやるとなると廃用でやっていることになるかと思う。

(委員)

今、心大血管が中医協に出たので、そういう働きかけをしていきたいということがあってもいい。

(事務局)

なかなか保険の点数等が取れない場合でも高齢者のフレイル予防等につながるものであるが、心疾患に限らず、運動の大事さを啓発するとか、取り組みやすいようなイベントをサポートするとか、そういった形でアクティビティを上げて、健康寿命を伸ばしていく方向性と一緒に行っていないと、なかなかすべてを病院、医療機関の保険点数の中で完結しようとしても、どこかで詰まってしまうところもあると思う。

そこを柔軟にいろいろなアイデアをいただいて対応していきたい。

(委員)

第5章で、在宅でどんな形で看護師として関わっていくかというところが明記されていない。当然関わらなければいけないし、何か記載があると良い。

在宅で循環器、脳卒中の方々を見ていく中で、看護職として、本当に多方面での連携が必要になる。多職種の方々とタッグを組んでやっていくという中で、何かこのように関わったらっていうところを逆に示唆していただけると活動もしやすい。

(委員)

地域包括支援センターのようなところでいろいろな相談が来たときにやってきていると思うので、そういうところの啓発担当に頑張ってもらおうよう計画に入れると良い。

(委員)

(4)の社会福祉士や介護支援専門員等における相談、生活支援等の充実を図るといようなことが書いてあるが、これは何か具体的な想定あるいは、現在進行形で何かあるのか。この場でそういうことを考えていこうということなのか。

また、(8)の両立支援について、医療ソーシャルワーカー協会は主に社会福祉士がたくさん所属している。この両立支援に関しては、がんに関してはかなり進んでいるところがあると思うが、実際に心疾患とか、脳血管疾患という、まだまだ手薄である。これも何か具体的に取組まれている事例があって、そこをもっと推進していこうということなのか、それをこの場で考えていこうということなのか。少し明確にしたい。

(事務局)

取組例として書いているのは、あくまで例であって、現在行われている取組も書いているが、なかなか循環器という切り口で、特にこういう社会連携という側面の取組を行ってこなかったということがある。これからこういうことを行うべきではないかというふうなところで、行っていないものも含めて書いているという状況である。

(委員)

予防には病気そのものの予防と、病気になってからの重症化予防がある。病気に対する予防に関しては、保険組合とかで塩分控えましょうという研修会を開催したりしているのでこれが啓発活動に繋がっていると思う。もしそれを地域包括におとしてきて、例えば地域包括も完全にその病気になった人のリハビリをするうえで、予防もしていきたいという目標となると、今具体的になかなか上げられるものが、現状少ないのかなと思う。

それを例えばどこが担当するかってというのはまた難しい。健康サポート薬局があればそういうところで、地域の人に循環器の病気についての説明をしますっていうことは当然できるが、それでも予防に関しては切り口が2つあるので、全然病気じゃない人に循環器病の予防をしようという観点と、心筋梗塞や脳卒中になられた人の再発予防は、内容が変わってしまう。

病気になった人の薬を相手にして、服薬指導しながら予防につなげるのは日ごろから薬局がやっているが、前もって病気自体にならないための予防になると、おそらく3つの部会共通の内容になってしまうと思う。このリハビリ部会でやるべき内容なのかどうかっていうところも含めて、少しまとめていかないといけない。例えば、その病気の方に関してはもう少し違う観点のところからやっていただいて、リハビリ部会に関しては、リハビリを含めた予防の観点の啓発活動をするっていうのも一つ絞れる意味ではいいのかなと思うが、いかがか。

(事務局)

一次予防に関しては、各部会の委員の専門性を生かしながら、疾患特異的なところを少し明確にして、横の連携をつなげていこうということかと思う。二次予防をどう進めていくといったところがこの部会としては大事なところかと思っている。

(委員)

心リハに関しては、やればよいというのが、言わなければまだ通じていない。また、脳卒中に関しては、個人で簡単にやれるようなタイプのものが結構多い中で、やった方がよいものは何かという、切り分けが理解されていない気がする。そういうところを分かりやすくチラシみたいにして、入院中はもちろん、入院後のところで目につく場所に、それが訪問看護であったり地域包括支援センターであったりするかもしれないが、そういうところに置く努力をするとよいのではないか。

(事務局)

例えば、心疾患、脳血管疾患を患った方に渡す生活の一般的な案内や注意事項のところに、それぞれの専門のところからお薬、リハビリ、家の過ごし方、栄養に関することとかを疾患特異的に病気を患者さんにお伝えするという意味での啓発は幅広くなる。患者へのサポートになるだろうという枠組みであれば、何かパンフレットを作っていくといったことも大事なことだと思う。

(委員)

この計画に入れば後押しがあるからやりやすいのではないか。

(委員)

(4)のところに、「予防のための生活習慣の改善や服薬の適切な管理」とあり、そ

の中に「医科歯科連携の促進」と書いてあるが、これはありがたい。いわゆるフレイルということもあり、口腔機能の回復管理等をさしていると思われる。(7)の循環器病の後遺症を有する者に対する支援の項目の中に、ぜひ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と、というような項目を追加していただけたらと思う。

(委員)

専門家の養成とあるが、特に心リハ関係の知識はちょっと弱いところがあり、脳血管に関しては、学生のころから経験は積んでいるが、心リハに関しては、知っているけど手は出しにくい現状がある。

心リハ指導士をもっている者は特異的にその道を歩んでいる。例えば心リハ指導士を養成できるような基幹施設を、県が認定していただくと、そこの施設に勉強に行ってもらって非常に連携ができ、他職種含めて仲間が広がる。

教育施設的なところを認定してもらって、その認定したところにメリットがあるとよい。

(事務局)

心リハ指導士に関してはこれまでも心筋梗塞の方で、数値目標になっており、課題認識は過去の懇話会でもいくつか議論がされている。

心リハ指導士の認定には施設で研修が必要だが、研修施設が学会の役員になってないとなれないという要件があり、県内に役員がいがないため、なかなか県内に研修施設を作ることができなかったという事情がある。現在コロナの影響で、この研修自体はウェブになっているので、特に場所関係なく受講できる環境が整いつつあるので、活用いただきながら数を増やしていきたい。

(委員)

草の根的な指導士がいるような病院を中核にして、知識を入れていけばいいという話ではないか。

(事務局)

それも含めて勉強したい。

(委員)

認定とするといろいろ問題もあるかもしれないのであれば、お知らせにするとか、核になるところを見えやすくするというのはいい考えかと思う。もちろん指導士を増やすことを書いてくれるのがいい。

(委員)

(3)に心不全等で入退院をくりかえす患者が増加しているということが書いてある。これは本当に現場に関わっていると、医療ソーシャルワーカーとして、きちっと退院のときに関わって、それこそ介護支援専門員さんとかに行ってもらい、サービス事業所の方に来てもらい、きちんと退院後どういうふうに管理をしていくのがいいかということをお互いに打ち合わせて、対応していただくと、統計を取ったわけではないが、現場の感覚としては、明らかに次に入院してくるまでに期間が長くなる。おそらくどこの急性期の病院のソーシャルワーカーでも、感覚としてあるところ。

ただ、在院日数の問題があって、そうすると退院までに時間がかかってしまい、何日か確実に延びるので、なかなか今の制度上、マンパワーの問題もあって、全部のケースでできるわけではないが、やれば、次に入院してくるまでに確実に時間が稼げる。こういったところを、何か証明できれば、少し変わってくる。

(事務局)

心不全で入院すると、最初の入院では2、3週間かかって一生懸命よくして、うまくいくと1年2年再入院せずに外来で管理ができるけれども、ちょっと管理が悪かったり十分でないと、3ヶ月とか5ヶ月後に再入院すると。そうすると今度はまたもっと短いサイクルで再入院をしてくるっていう形で、だんだんと再入院までの期間が短くなっていて、最後は家にいる時間よりも入院している時間が長くなってしまい、どんどん医療を圧迫するというのが1つの典型である。初回の入院時に、社会連携等に入ってもらって、その瞬間から在宅の準備をして、1回目に家に帰ったときに、いい環境でリスタートすると、その後がよくなるという実感がある。

(委員)

ここに書く中身として、入院してすぐにこの類のことをやれというふうには書けば、脳卒中でも似たような話だし、循環器はまさにということで、そういうふうには書いてはどうか。そうしたら、ぎりぎりになって調整に走るのではなくて、病気が真っ盛り的时候からやっていくと。何か議論が進んだ気がする。

(委員)

平成29年に三重県地域両立支援推進チームを設置している。医師会、三重大、ソーシャルワーカー協会、経営者協会、連合、産業医会等にメンバーに入ってもらって、セミナーを行ったり、また国としてシンポジウムを行うなど周知広報を行っている。

29年に、5か年で動くように指示があって、令和4年からプラス5年動いていくという形で今、支援をしている。まだまだ両立支援については、理解というか浸透しているという状況ではないので、周知広報を中心に年1回程度セミナーを開催している。



(委員)

脳卒中患者の就労支援といったときに、後遺症の程度が軽い人はどこに行ったらいいのかわからない、あるいは、歩いてそういうところに行けない人は入り口でシャットアウトになってしまうという問題がある。どこに相談したら就労支援の糸口があるのか、障害者支援センターはどのくらいの方を扱ってくれるのか、そういったメルクマールが分かってくると、道筋も見えてくる。今だとそういう mismatch のところにいったら 門前払いなので、話が全然進まないことになる。障がいの程度に合わせて、どこに相談したらいいのか、目標を立てて、実際にまとめたものなどができると望ましい。高次脳機能障害というような切り口をした場合にも、そういう時にはここへ行ったらよいかという提案である。

(委員)

介護系のところで働いているが、やはり就労の部分というのは見えない。リハビリと言われても、軽度の方で就労したくても、どこにご相談をしたらいいのかということからまず分からないので、そこはまた検討していただければと思う。

それと、(3)の課題のところも、長期的にリハビリテーションを継続するためには専門家を育成するとあるが、できればもう少し具体的に記載してほしい。極端なことを言えば理学療法士、作業療法士とか書いてもらった方が分かりやすい。

(委員)

がんに関して両立支援、就労支援しなさいってことで、産業医の仕事の一環としても認識されてきているところである。産業医として行っている会社だったら、がんになった人でもなるべく働いてもらうということとされているが、脳卒中になってしまったら、もう辞めていく人が多い。医師会、医療機関とか書いてあるが、産業医というのははっきりと入れていただいた方がいいと思う。そうすると産業医から会社に働きかけが進むと思う。

(委員)

(3)のところの専門家を育成するというところで、三重県には言語聴覚士を養成する場所がないので、言語聴覚士になりたい方は愛知県や岐阜県など県外に出ていってしまう。そうすると、資格を取った後に三重県に帰ってこない。簡単ではないが、三重県にもそういう教育機関があれば、言語聴覚士も育っていくと思う。

(委員)

専門家をもっと明示してほしいというのは、確かにその通りだと思う。同時に、専門家でないと駄目と取られるのが非常に危険である。そこを明確に1個1個育てましょうということと、リハビリに配慮した生活とかを理解してもらって患者本人に頑張ってもらおうことも大事だと、両論併記した方がよい。そうでないとリハビリ訓練をし

てくれる場所を外来の患者さんにも、もっと拡充しなくちゃ許さないみたいな状態になってしまうという本末転倒な危険がある。そこをぜひ、この(3)に入れていただきたい。

(委員)

地域支援事業の中にグループができてきているので、一人暮らしの方で、フレイルの方々が対象になるかと思うが、そういう方々、軽度の脳梗塞、心疾患の方々が、気軽に閉じこもり予防しながら入るようなそういうところで、時々STの先生方に指導に来ていただくというのが理想的である。地域によっては非常に重要である。

(委員)

(3)のところに、急性期リハビリテーションの適切な保健審査を促進するみたいなことを入れていただけるとありがたい。今、三重大のICUのリハビリテーションは、心不全も、脳卒中もそうだが、4割ぐらい査定されている。国保の審査委員の方に、何で査定されたか聞くと、今の診療報酬では歩けない人のリハビリは認められていないという回答が来た。そういう状況だと、積極的なリハビリテーションができないので、ここは改善していただきたい。

(委員)

同じように、肺炎になるとリハビリが切られるという、とんでもないことが起こっているのも、もし書くなら一緒にお願いしたい。

#### (4) 計画の数値目標について(資料6)

(委員)

社会リハビリ的な数値目標がなければいけないという話についてはいかがか。

(事務局)

資料6にあるように、医療計画で挙げられているものは、やはりここでもサブ目標として挙げる必要がある。あと、この計画を改定するのが、策定してから2年後という形になるので、あまり新しいものをどんどん入れるのは、実際にはなかなかいかないだろうと考えている。

ただ、これだけでなく、3部会の中でそれぞれ案を挙げて取り入れていく。その時の基準としてロジックモデルを活用することがあるが、これをどう活用するかについては議論が必要である。

(事務局)

目標については、計画なのであった方がいいと思う。ただ、この数値があった方がいいという目標が仮に出てきても、まず数字が本当に取れるのかという問題と、今と

っても目標を何にしていいか、これまでのトレンドも分からない。こういった部分を計画進捗のためには取ったほうがいいというご意見はぜひいただきたい。

それで、社会連携、リハビリの部分は三重県では部会を設けており、実際に国の計画でも、項目としてかなり多くの部分を占めている一方で、おそらく医療計画とかに、そういうところが入ってくるかどうかという検討は、これから進むと思う。そちらの方を照らし合わせながら、何らか目標を入れていきたいと思うが、2年後に改定するので、今回のところに本当に目標がいると言われると状況次第だと思う。

(委員)

実現できるかどうかは別として、社会連携というのはすごく数字にしにくい気はするが、この計画に盛り込みさえすれば、実現可能性が高まる。ロジックモデルの例として出ている中身で、これはいいという意見もあっていいかと思う。

(事務局)

実際に拾える数字かどうかとか、目標として設定すべきかどうかとか、結構議論もいろいろと出てくるので、どう活用するのかを、これを三重県で作るのかとか、脳、心臓でそれぞれの意見がある。

ただ、全国値と三重県値を単純に比較してみて、ここのエリアは明らかに低いと。でも、大事だよねというところに関しては三重県では足りていないということには使えるモデルなのかなというふうに思っているので、これを活用して課題解決に向けていくということに使える表かなと思っている。

(委員)

リハビリに関係する職種、医療関係職から、社会関係職のことまで、数を調べることができるといのであれば調べて、比較するというか、目標数値まで立てられるかわからないけども、ロジックモデルに入れられたらいいと思う。

(委員)

医療ソーシャルワーカーの数はぜひ入れてほしい。

(委員)

循環器病対策に関わる専門職が本当に関わっているかどうか一般にはあまり認知されていないと思うので、形だけでも明記してほしい。

(事務局)

鳥取のロジックモデルだと11番のところに、PT、OT、STというのがあるので、数であればできると思う。

(委員)

とにかく関係職種をできる限り把握して、その数が多いほうがいいという話に持つてくのがいいのではないかなと思う。

先ほどの啓発チラシを作る、作らないにかかわるが、もし啓発チラシができたとすれば、それを一体幾ら配ったかみたいなことがあれば、実際に配ればそれだけ啓発活動が進むので、冊子というか簡単なものが配られるだけでもすごく違うと思う。

先ほどの気づかないために診療しなかった話から、自分で脳リハをこれだけやれるというところまでの程度でもいいと思う。

就労関係はもしまとめるのであれば、症状に応じてこういうところに相談できるみたいなものが可能であれば。そういうものは、今ないので、三重県は進んでいると言える中身かなと。数値目標は、配る枚数は分かるのでいいのではないかなと思っている。

(委員)

先ほどのSTが少なく、愛知県に行ってしまう中で、そうなるとまず三重県の言語聴覚士の数を目標にしても面白いかなと思うのと、少しでも残ってもらえるように経済的支援とかがあると良いと思う。奨学金とかがあれば、3人戻ってきたとか1人戻ってこなかったとか、そこで目標を立てられるのではないかな。

(事務局)

医療人材の確保に関して、これまで医師、看護師について修学資金の制度があるので、そういったイメージかなと考えているが、まず数が足りないのか、どういった数かということもあるので、確認して現状を把握したい。

(委員)

退院の時の支援の加算とか、あと介護の連携の加算があるので、そういった数値はレセプトで簡単に取れると思う。そういうのが出るとどれくらい連携しているかという一つの指標にはなるのかなと思う。

(委員)

特定健診の立ち上げのときに、住民の方と話をする中で、何で健診を受けないといけないのかというのがあって、そういう健康意識が少ない地域ということで、いろいろな活動をしてきた。

保健師の中では、ロジックモデルの一番のあたりのところは、皆さん興味を持っていろいろ調べている部分かなと思うので、その辺は数値もとれると思うし、実際に全国と比べてどうかということや、地域の皆さんは知ると、驚きとともに身近なことというふうに感じてもらえると思うので、具体的な数字を入れていただければいいと思う。

また最近、たばこに対する対策というのもたくさんしていて、小学校での受動喫煙

防止対策で地域住民の方でたばこを吸っていた方が、止めた理由はこうだったということをお話してくれている。小さなお子さんにとっても、すごくいいことかなと思うので、そういうたばこ対策に関する数値も、喫煙率だけではなくて、たばこの煙がないお店の数が増えたとか、そういったことも入れていただくと、一次予防の面では、住民の脳卒中や心疾患の予防にはこういう縁遠いことかもしれないけれども、こういう小さなことが大事であるということがわかるのではないかと思う。

（事務局）

特定健診の状況とかを把握しているのと、たばこの煙のない店ということで、登録とか普及啓発を行っているので、数値の把握は可能だと思う。

（委員）

その辺りについて全体のバランスの中で検討するというのかと思う。今回の部会も含めて、どのくらい県民の方々にお届けするのか、その辺りの計画は立てているのか。

（事務局）

現時点では正直言うとその部分はまだ考えてないというのが実情であるが、草の根ではないが、そもそも伝えるということがある。一次予防と言うと、多分、脳とか心臓とかに限らない話になるので一定やっているかもしれないが、専門的な部分でも、かみ砕けばわかるところが、全然伝わってないっていうのは、今日の話聞いていて思うので、そこは少し一定の視点を入れたいと思う。

ただ、たばこの話とかを、全部目標に入れてしまうと、それは一次予防全般の話になってきて、そこは健康増進計画が別にあるので、そことのバランス、調和をとらなければいけない。計画への入れ方は考えたいと思うが、少し専門的だけとかみ砕けば分かることをきちんと伝えていくというのは大事だと思う。

（委員）

その切り分けは県が横断的にやっていただければいいと思う。例えば、計画の要約みたいなものを各戸に郵送するとかはできるのか。

（事務局）

多分、各戸は難しいと思うが、例えば市町の協力を得て、保健センターとかに概要を配布するとか。計画は当然市町に送付するが、それでは行政の人が見て終わるだけになってしまうので、その先にも行くようなことがもしできればと思う。

（委員）

それができるのであれば、がぜん力が入る。

(事務局)

そうだとするとホームページに掲載するのでは足りないと思う。

(委員)

そこを見てくれる人は見てくれると思うので、そこを一生懸命やるのはもちろんお願いしたくて、それ以外にもっとプッシュできるものがあるのであれば、それはこの施策の中で実際に一番効くのではないかと思う。

(事務局)

それは県の広報の施策の中で既存のツールがあり、エントリーを通せば、やってもらえるので、そういうことも考えたいと思う。

(委員)

何件広報した何部渡したとか、それを目標にしてしまえばいい。それは効果があると思う。

(事務局)

県として、効果があるというのは当然わかるが、県がやること、県がアウトプットするというか、アウトカムではない。目標として適するかどうか考えさせてほしい。

(委員)

目標は、結果として起こったことのことを言っているということであれば、その一つ前の段階とかでも、このロジックモデルを使うことに関しては、噛み砕いて元から行くという話ではないか。だからどこを目標にするかという気がするが。

(事務局)

行政でも広報がバックアップしてもらえると、何かしらの期待感があると、組みやすかったり、こちらがいろいろ伝えなくてももうそこで話がすっと通るっていうのは実際現場ではたくさんあると思う。何でもかんでもたくさんの情報を伝えることはできないと思うが、一定の仕組みづくりと体制作りをして、広報活動としての行政でというのは、うまくかみあわせれば非常にスムーズに行く。

## 第2回三重県循環器病対策推進協議会 脳血管疾患対策部会 議事概要

1 日 時：令和3年8月26日（木）18:00～19:30

2 場 所：WEB会議

3 出席者：家田委員、伊東委員、乾委員、勝島委員、鈴木委員、田中委員、  
富本委員、仲尾委員、中村委員、眞砂委員、宮委員、諸岡委員、  
山本委員

4 議 題：三重県循環器病対策推進計画（仮称）の中間案について

5 審議概要：

**三重県循環器病対策推進計画（仮称）の中間案について（資料1～2）**

（委員）

脳卒中の発症数のデータは日本ではほとんどまとまったものがないが、発症数が右肩上がりになっていることは共通認識になっている。慢性期の脳卒中患者でも、脳卒中という病名が表に出てこない場合も多くあって、例えば、高血圧性脳出血であってもレセプト上は脳卒中ではなく高血圧だけに整理される場合がある。

また、リハビリの専門病院であっても、保険点数により外来リハビリまでなかなか手が出しにくい状況になっていることも課題である。

（委員）

実感としては脳卒中の発症数が減っているようには思わない。脳卒中の入院なども実際に多くなっていることは容易に想像できるが、そのデータが必要である。

（委員）

救急搬送件数は年次推移も分かっているので、三重県で脳卒中の救急患者数が増えているか減っているか把握するのはすぐできるはずである。だから受療率ではなくて、できれば発症数をアウトカムの1番にもってきて、それを減らすことを目標にすべきではないか。

（事務局）

発症数については、救急搬送件数であれば把握できるので、脳卒中の救急搬送件数の経年での増減についてデータを整理したい。

（委員）

「心房細動における脳梗塞等の予防の啓発に努めます」という記載が、具体的にど

ういう手段が見えない。例えば、抗凝固療法等の治療も含めて予防の啓発に努めますとか、もう少し踏み込んで書いてもいい。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を一般の市民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。

（委員）

リハビリテーション科医は神経内科医と脳神経科医を足した数と同程度になっているが、実際には全然いない。一方で、リハビリテーション科を主たる診療科とする医師に限定すると10万人あたり1.3人となっており、これだったら実感として納得できる。脳卒中の患者さんを診療する神経内科医にしても脳神経外科医にしても、主たる診療科の先生を増やすことを考えないといけない。

（委員）

リハビリテーション科が三重大学にできたこともあり、医師数については改善されていくと思うが、すぐには難しいのではないか。また、リハビリテーションに関係するコメディカルも、全国に比べてかなり数が少ないので、この点も何かしらの改善が必要である。

（事務局）

社会連携・リハビリ部会でも、県外への流出や、三重県内での資格取得体制に対して問題提起があった。

（委員）

鈴鹿医療科学大学にリハビリテーション学科ができたので、PT、OTについては、一定の資格取得が可能となっている。

（委員）

STについては県内で養成機関がないので、脳卒中に関しては、ST確保に結構難渋している。

（委員）

くも膜下出血治療ができるかどうかということが大事であり、クリッピング術やコイル塞栓術といった治療方法の選択についてはそれぞれの地域性もあると思う。

t-PAと血栓回収については、覚知から搬送までの時間に左右されるので、そこをロジックモデルに反映させてもらわないといけない。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。



(委員)

健康診断で心電図を取っているのに、健診率をもっと上げていけば、心房細動の新たな患者をピックアップできるはずである。

治療と仕事の両立支援のところに「在宅生活に復帰した患者の割合」が紹介されているが、これは両立支援とか就労支援とは関係なさそうな指標である。実際には、仕事に復帰できるのは大企業で、中小企業ではほとんど復帰できていない。このデータをこのような形で出されると誤解を招くのではないかと思う。

(事務局)

職場復帰率のデータなどが取れるかどうか、書く場所なども含めて考えたい。

(委員)

緩和ケアの認定看護師のデータが掲載されているが、脳卒中リハビリテーションの認定看護師を増やすことも大事である。

(事務局)

ロジックモデルも含めて、記載を検討したい。

(委員)

脳卒中の緩和ケアが何を指しているのか違和感があって、むしろ先ほどの脳卒中リハビリテーション認定看護師の方が、はるかに脳卒中に関しては重要な意味合いがあると思う。

(事務局)

小児期、若年期から配慮が必要な循環器病への対策の記載についてはいかがか。

(委員)

ここに書いてあるのは、先天性心疾患、不整脈ということで、かなり小児期の疾患に偏っている。ただ、若年性脳梗塞はもう少し年齢層が高いところにボリュームがあって、心房細動、先天性心疾患、或いは特殊な血栓を起こすような疾患などたくさんある。それから、成人期で発症するものが早く発症するタイプもあるが、この書きぶりだとほとんど小児脳卒中だけみたいになっているので、少し不足しているように見える。

(事務局)

小児期から青年期、成人期にあたっての連続性が重要視されるという趣旨で書いているので、若年期の発症によって今の医療体制に隙間が生じたような場合は、当然ここに入ってくる

(委員)

法律の対象に合わせているのは理解しているが、心臓の方は全部の病気が計画の対象に入ってくるが、脳の方は急性期脳卒中だけとターゲットが狭いように思う。

(委員)

ロジックモデルのアウトカム、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循環器病対策推進計画の本来の目的である。ロジックモデルも含めて脳卒中对策が大きくなると、アウトカムの達成が困難ではないかと思う。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と感じる。

(事務局)

血压管理と抗凝固療法が心房細動にとっては非常に重要であるということ、もう少し明確にメッセージとして出せるように、数字も含めて加えていきたい。

(委員)

ぜひ願います。一般市民が読むものなので治療法の内容は書きにくいとは思いますが、健診で心房細動に注意することとか、抗凝固療法、高血圧に対する血压管理といったもう少し具体的な記載の比重があってもいい。

(委員)

小児からということでは、例えばファブリーとか、アルポート症候群とかも脳梗塞のリスクになると思う。それから、卵円孔の開存とかいろんな基礎疾患もリスクになるし、また、例えばCADASILのような遺伝性の脳梗塞なんかもここに含まれてもいい。そういう脳卒中のリスク要因のスクリーニングを、小児期から若年にかけてやるのが含まれているのかと思った。

(事務局)

家族性高コレステロール血症のスクリーニングや、実行できるかは別として学校健診の採血で拾い上げるという指摘がある。アルポート症候群とかファブリー等、脳、心臓だけじゃなく、腎臓等全身の病気があるが、これが果たして循環器病なのかというところがあり、成育基本法といったところで移行医療に関しては手厚く計画もされていると思うので、その文脈と整合性を取りながら、書いていけるのであれば、検討したい。

(委員)

ファブリーのように発症年齢が必ずしも小児期でない病気が結構ある。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よい。小児期発症のストロークより、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。

（事務局）

協議会では、再生医療をサポートしていただきたいという声をいただいているが、いかがか。

（委員）

例えば I P S みたいなものは脳卒中の再生医療にまだ実現していないと思うが、間葉系幹細胞を用いた再生医療については、すでに製剤化もされてきて、2、3の会社が特定の病態には保険適用を取りつつある。だから、そういったものを県内に導入することに関する目配りというのはあってもいい。

脳梗塞に関しては、国立循環器研究センターが以前からずっと研究しており、まだ保険適用レベルまでいってないが、企業とタイアップしてかなりいいところまで進んでいる。

（委員）

ロジックモデルに神経内科医と脳神経外科医の数がアウトカムに入っているが、脳神経内科の先生でも、脳卒中などを担当されない方もいる一方、一般内科の先生も、超高齢の t - P A の適応がない脳梗塞を実際担当されているわけなので、脳神経外科専門医、神経内科専門医というくくりにしてしまうと、実情とは若干離れてしまうことが危惧される。実際に脳卒中に携わる人が何人いるのかというところが、今後目指すべきところになるかと思うので、その実数が出せる手だてがあればよい。脳卒中学会は、実際に携わっている人間の総数で年次報告をしているので、それに即した形の方が実情に合うと思う。

（事務局）

データがとれるかどうかということも含めて、どれを指標にするのが望ましいか再度検討して、相談したい。

（委員）

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してくれるとありがたい。実際問題として働き方改革に伴う医師の労働時間の規制が始まれば、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をするなど、三重県全体で考えていく必要がある。そもそも専門医の絶対数が増えないと、急性期に限れば本当の治療ができなくなってくる。脳卒中リハビリの専門医も増えないといけない。何を指標にするのが一番いいかというのは難しいが、専門医の数を指標にして増やしていくの

がよくて、最終的には脳卒中を担う方が増えたらいいと思う。

（委員）

脳卒中は在宅復帰率が心臓病と比べても全然悪い。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つらい病気である。脳卒中にならないために気をつけてくださいという脳卒中協会のコメントを載せるのはどうか。

（委員）

脳卒中協会は、この循環器病対策基本法の成立の一番大きな原動力になった。学会の第二次5カ年計画も参考にすると、健康寿命の延伸にいかにつなげるかというのが見えてくると思う。そこには関係する医師の育成だけじゃなくて、多職種の人材育成ということもかなり強調して書いてあり、脳卒中リハビリテーション認定看護師も入っている。

（事務局）

県民へのアプローチをいろいろ考えて、予防に目を向けてもらう努力をしていく必要があると考えており、工夫していきたい。

## 第2回三重県循環器病対策推進協議会 心疾患対策部会 議事概要

1 日 時：令和3年8月31日（火）19:00 ~ 19:50

2 場 所：WEB会議

3 出席者：井阪委員、伊藤委員、金城委員、川島委員、新保委員、  
世古委員、説田委員、曾我委員、高井委員、谷川委員、  
土肥委員、三谷委員

4 議 題：三重県循環器病対策推進計画（仮称）中間案について

5 審議概要：

### 三重県循環器病対策推進計画（仮称）中間案について（資料1～2）

（委員）

今回の中間案は、国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ているが、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、是非とも配慮いただきたい。

また、基本計画には学校教育の段階からの予防について記載があるので、その辺も含めて配慮いただきたい。

（委員）

16 ページ、取り組むべき施策の搬送先医療機関に対して心電図伝送システム等を活用し情報を共有するなどのところ、「心電図伝送システム等」と「共有するなど」とあるが、これは心電図伝送システムを強調しているのか、そういうシステム等を活用してということなのか、いずれかで意味が異なってくると思うがどちらなのか。

（事務局）

地域によって活用できているところと活用できていないところがあるので、ある程度活用できているところはそれとして、活用できていないところはその地域に合わせていこうという書きぶりなので、心電図伝送システムを全県に広げることではない。ただ、心電図伝送システムの取組は非常に評価されるものなので、県の特徴として記載するという文脈である。

（委員）

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、通知でもいいのかということである。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

に心電図伝送システムを導入するという事は非常にありがたいことであるが、導入コスト、維持コスト、通信費等について非常に莫大な経費を要することになるため、慎重に記載した方がよい。

(委員)

三重県が地理的に幅広いということもあるが各地域によって相当な違いがある。例えば、伊勢志摩地区等で救急車が向かう先の病院は自ずと決まってくるということになると、診断もそれなりに早くなるなどいろいろな特徴がある。

(委員)

40 ページ、現状と課題のところ、「移行医療を含めた総合的な医療体制の充実」取り組むべき施策のところ、「成育過程を通じた切れ目ない支援を受けられるよう」との記載がある。

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も出ており、これらは小児慢性特定疾病全体に関わってくるので、動きかけているところである。

成人先天性心疾患については、小児慢性特定疾病と循環器病の両方のところに絡みながら動いており、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ももう少し記載いただきたい。

(委員)

心疾患リハビリテーション実施件数について、伊賀地区のリハビリ総件数が非常に多くて10万人当たりの件数も多いが、どのように捉えたらいいのか。

(事務局)

これは、岡波総合病院さんが積極的に実施されているので、これが多くなっている要因の一つだと思う。

(委員)

先日の各部長による打合せ会にて、人材育成も大事であるという話があった。最近の三重県における医師の定着率を考えると、決して将来、暗い感じはしないが、人材育成は今後も必要なことになると思う。

(委員)

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、コメディカルスタッフの中で、今後、役割が重要になってくる人たち

の育成も大事になってくる。

心電図伝送システムは凄く威力を発揮しているが、そういうシステムが上手く回るためには救急救命士の役割が重要になる。救急救命士が心電図を判読するのは、非常にハードルが高いので、現実的ではないかもしれないが、心電図を判読する資格など技量を身に付けることが必要ではないかと考える。

(委員)

地域によっては、救急車からある程度の診断を病院に伝えていると聞いているが、いかがか。

(委員)

細かいことを言うと、心電図の判定とか診断は医師にしかできないが、ST上昇(心電図の代表的所見の1つ)に関しては、血圧計の数字を読むのと同じで、STが1mm上がっていると救急救命士が伝えることは法律的に問題ないと確認している。そういうことに関して教育を進めていくということは、チャンスがあればやるべきだと思う。

(委員)

心不全患者が増えて高齢化していく中で、再入院を防ぐ手だ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管理をできないかということを考えている。

この取組が先日、三重県がICTを活用した活動を支援するクリ”ミエ”イティブ事業に採択されたところである。こうした取組もふまえて、今後、患者支援とか管理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文言のどこかに入れるとより推進されると思う。

(委員)

デジタル化を用いたアプリについては、患者のコントロールに非常に役に立ちそうである。一方で、今回の計画は2年間の予定ということもあるので、文言の書きぶりについては、その点もふまえて検討いただきたい。

(委員)

小児期において学校心臓検診の記載があるが、実は、全県下の心電図は全部紙であって、30年間変わっていない。

地域によって変わりつつあるところもあり、心臓外科の先生方と共同で人工知能を用いた解析も行いつつあるので、この2年間では無理かもしれないが、その前段階として心電図のデジタル化についても方向性を記載してもらいたい。

(委員)

今後の課題ということで検討していただく方向でいかがか。

(委員)

心不全については、今のコロナ禍であっても入退院を繰り返すお年寄りがたくさんいる。これから3年、5年、10年先にどうなるのだろうかと感じている。地域あるいは患者とも一緒になって、先ほどのアプリのようなものを活用して、地域の先生たちとも情報共有しながら一緒に進めていけるというのは、なかなか魅力的に感じた。すぐに取り掛かれるかということ難しいかもしれないが、少し長い目で是非やっていきたい。

(委員)

一番の目的は健康寿命の延伸になると思うが、そのために我々がやっていることは心筋梗塞の二次予防である。まだきちんとできていないところがあって、地域の先生方と二次予防に関してもっと地域連携を進める必要があるので、地域連携のクリティカルパスなどをもっと活用していくことが重要である。

あと、心不全に関しては、外来の心リハが重要である。当院でも入院患者には結構行っているが、外来リハを増進することによって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について、当院でもスタッフの中には心不全療養指導士などの新たな資格を取得している人もいるので、そういう人々を活用して、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ばよいのではないか。

(委員)

誤嚥性肺炎の予防で口腔ケアという文言を記載いただいたが、急性症状の時に対応できることはなかなかないので、周術期(術中だけでなく手術前後を含めた一連の期間)の方でバックアップをしたいと考えている。

(委員)

最後に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。

まだ心臓の方では、今後、蓄積していかなければいけないデータがかなり残されている。残されているというか、積み上げていかなければいけないデータが多くあるわけであるが、そういったこともあるので、脳と少し温度差があるような気がする。

例えば、今後、積み上げていくべきデータとしては、生きているか死んでいるかだけではなくて、生命予後、ある疾患で治療を受けた方が5年、10年後どうなっているかという経年的なデータも必要になってくるので、今後どうやって積み上げていくか



ということも課題だと思う。

また、今回は中間案ということなので、何か意見があれば反映することは可能であるので、引き続きよろしくお願ひしたい。

## 第2回三重県循環器病対策推進協議会 社会連携・リハビリ部会 議事概要

1 日 時：令和3年9月2日（木）19:00～20:00

2 場 所：WEB会議

3 出席者：石田委員、奥田委員、高桑委員、島田委員、園田委員、  
田中委員、福森委員、松尾委員、松本委員、三木委員、  
水谷委員、南出委員、百崎委員、柳川委員、山田委員

4 議 題：三重県循環器病対策推進計画（仮称）の中間案について

5 審議概要：

**三重県循環器病対策推進計画（仮称）の中間案について（資料1～2）**

（委員）

急性期から回復期のリハビリテーション、そして慢性期において切れ目なく提供体制を構築するとなっているが、通所リハであったり、訪問リハの事業の継続という所が出てくると思うので、その辺の数値を記載していただければと思う。

（事務局）

数字として入れるかどうかを精査させていただく。

（委員）

高齢者になると介護保険を使った連携を進めやすいが、一方、介護保険の適用前の年齢においては連携をなかなか取りづらいという問題がある。今度、国で新たに創設された重層的支援体制整備事業では、年代によらず、地域包括支援センターが関わって、いろいろな支援ができるようになるので、三重県として進めていくのであれば、この事業によって1箇所ここに相談すればよいということを示してはどうかと思うがいかがか。

（事務局）

第1回の協議会においても、地域包括ケアという打ち出し方だと、どちらかというと高齢者に寄ってしまうという指摘があった。重層的支援体制整備事業については、支援体制を一本化して、どんな相談でも誰でも受けられるという取組ができるようになるので、県としてもサポートしていきたいと考えている。

（事務局）

補足だが、現時点では地域包括ケアシステムという高齢者を主な対象とする概念・取組があり、それに加えて世代を問わない相談支援体制づくり、それをケアに結びつ

けていく取組が進められようとしている。

中間案の中で対応するのものとして、「障がい者や子ども等への支援にも広げ、地域共生社会の実現に向けた取組を進める」という記述があり、一定反映しているところである。

（委員）

個別目標の所だが、心血管疾患リハの実施病院における心リハ指導士の配置率を100%にすることを掲げていただいている非常にありがたい。そこで、心リハを実施している施設において、どの職種を強化して100%にもっていくのかという点と、実施している施設に県の方から何らかのアクションの予定があるかを教えていただきたい。

（事務局）

心リハ指導士に関する目標については、第7次医療計画の目標と整合させる形で、今回の循環器の計画でも取り入れることにしている。具体的にどの職種を想定していることについては、今のところ、具体的な考えを持ち合わせていないが、指導士の配置率に関しては、毎年各医療機関に調査をして、具体的な人数等を把握しているので、その中で、具体的な職種の偏りがどうなっているかなどを把握できるのであれば、次期計画も含めて検討を進めていければと考えている。

（委員）

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。

（委員）

診療情報の収集・提供体制の整備のところの記載については、取り組むべき施策がレジストリデータベースに偏っている。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るような取組を追加できないか。

最近、医科と歯科と介護のレセプトデータであるとか、あとは健診データを個人レベルで連結して、急性期から生活期までを一連で見られるデータベースを作って活用している自治体が結構増えてきていると思う。横浜とか新潟とかそういった取組を行っているので、三重県でもエビデンスに基づいた政策立案の取組として、ぜひそのような医療ビッグデータの構築、利活用を進めていただければと思う。

（事務局）

どのようなデータがあって、どう組み合わせ、どう表現できるかについて検討させていただく。

(委員)

重層的支援体制整備事業については、私も少し関わらせていただいております、来年度から開始準備をとるところだが、いかんせん人材不足で、社会福祉士や保健師の採用が非常に難しい状況である。ソーシャルワーカー、スクールソーシャルワーカーはある程度の経験が必要であるため、ぜひそのあたりの養成なども含めて県からの支援もいただきたい。

もう1点、平均寿命と健康寿命については、両者の差が小さい方が理想的と考えていいか。例えば、男性だと尾鷲の両方の値が低いので、せめて平均寿命をもう少しのばすという考え方もあろうかと思うが、指標の考え方をもう少し教えて欲しい。

(事務局)

平均寿命は生まれてから亡くなるまでの年齢、健康寿命は介護等にいたらない年齢で、これらをできる限り一致する方向に持っていくと、亡くなるまで元気で動ける、介護がいない状況にということになる。

尾鷲地区で男性の平均寿命が低いということについて、そういった傾向はあるが、詳しいデータがないというのが現状で、ビッグデータのいろんな情報を捉える必要があるかと思う。国等でビッグデータ化する動きがあるので、そういう部分も参考にしながら何らかの施策を講じていきたいと思う。

(事務局)

前段の方の重層的支援に関わる人材育成のご意見について、所管課である地域福祉課に伝えたい。

(委員)

今の委員の意見も含めて記述を練っていただければと思う。

(事務局)

委員からいただいた意見の計画への盛り込みについて検討したい。

(委員)

一箇所に行ったら何でも分かる、そういった感じの社会システムを構築しますということを入れていただいた方がいい。

(委員)

口腔ケアが大事であるとか、廃用症候群の予防が大事であるとかは記述がある。最近一般の人にもフレイルという言葉が浸透してきているので、フレイルについても少し記載できないか。

(事務局)

記述を検討させていただく。

(委員)

本文中に社会福祉士や医療社会事業従事者数の記載があるが、全国と三重県を比べると、三重県の数値が低くなっている。別の委員も発言されたが、社会福祉士の確保が非常に困難になっている。

公立の病院や規模の大きな医療法人などはなんとかなっているが、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。医療ソーシャルワーカーの担い手となる社会福祉士の確保や育成について、どこかに記載していただけるとありがたい。

(委員)

三重県では、鈴鹿医療科学大学と皇學館大學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では、そういうところと連携しているので、そうした取組に対して支援いただきたい。大学の時点で愛知県まで出ていってしまうと、卒業後も三重県に戻らず愛知県の病院に就職してしまう学生さんが多い。三重県で学んでいる学生さんを県内で確保しようと当方としても頑張っているでぜひお願いしたい。

(委員)

宣伝とか啓発の必要性については、1回目の部会でも提案があり、今回の中間案はそれらを入れ込んだ内容になっている。

具体的な啓発について、例えば、コストがかからない方法であったり、こういうチラシを配る案を用意しますとか、といった意見はないか。

(事務局)

中間案にパブコメをかけた後に、もう一度部会を開催する予定であるので、その際にご意見をいただくことも可能である。

説明を省略したかもしれないが、啓発についての前回の議論としては、そもそも循環器病というものはこういうもので、リハビリ、後遺症、疾患の発生を遅らせようといった所で、基本的な情報について、ありとあらゆる広報手段で広げていくということとでこういう書きぶりになっている。

啓発の中で人材の募集はさすがに書けないので、人材の紹介みたいなことを簡単に書いてということはあるかもしれないが、実際に作るとなると盛りだくさんになる。個別の職種をシリーズものでできる、そこまでできる自信が現時点ではなくて、この部会を終えて、われわれがどう反映させていけるのか、また、相談させていただきたい。県だけでは作れないので、一定何らかのお知恵を拝借する形になるうかと思う。

(委員)

場所的には、県の広報紙で小さなシリーズ的なものができればいい。

(事務局)

国の方に循環器病に関して我々も要望をしようと考えていて、啓発活動については、循環器病とは何たるものか、そういうものは全国的にしっかりした周知が行われるよう国への働きかけを行い、しっかり連携できるよう伝えていきたい。

(委員)

意図が十分に伝えられるような形になるのであれば、今の話はとてもいいなと思う。

(委員)

医科歯科連携について書いていただいているが、言語聴覚士会としても口腔ケアに対して専門的に取り組んでいるところなので、ここに言語聴覚士の名前も入れていただけるとありがたい。

(委員)

広報に関して、地域包括支援センターとか、在宅介護センターは、フレイルや認知症には関わるが、今まで循環器病に特化した形ではやってきていないのが実情である。しかし、そういうところで、われわれ医療の専門職ではないものも、今回の広報を通じて循環器病について紹介できるのであれば、循環器病を認識していない方達に浸透させていくことに役立つのではないかと思う。

(事務局)

高血圧はさすがにみなさん大体聞いたことがあると思うが、一方で心房細動はそこまで広がっていない。そういった点でも、脳と心臓をつなぐ心房細動をもう少し周知していく方向があってもいいかなと考えている。

(委員)

WHOの報告で、緩和ケアを一番必要とするのは循環器疾患だという記述があるが、一般には認知されていないことだと思うので、このような点を強調したような形の周知・啓発も効果的かと思う。

(事務局)

みなさんが通常知っているフレイルなどのちょっと専門的な言葉が循環器疾患と関係あるんだという広報媒体があってもいいかと思う。知っている言葉を入力にする、そういう形にできればおもしろいなと思う。

(委員)

心疾患のロジックモデル。真ん中の回復期の所に「入院心血管疾患リハビリテーション」とあるが、これは原疾患が心疾患で、回復期でリハビリテーションを行っているという理解でよいか。

(事務局)

こちらのロジックモデルはモデル的につくられたものを持ってきているもので、ご質問の内容については確認のうえ内容をつめたい。

(委員)

各所の盛り込み方がいくつも出たと思う。また、広報的な部分について本気だということ、県の方にアピールできたのではないかと思う。我々も汗を書く気はあるので、3回目の時にもう少し具体的な話をできたらと思う。