

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かあるという状況で、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良いと、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こと、「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。