

## 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)

ぜひお願いする。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 IPS 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。