

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ってことになっているので、病院の収益につながるところはある。

(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お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と考えている。

(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。

(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、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。