

令和5年度第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5年10月10日(火) 19:00～20:30
- 2 開催方法 Zoom Meetings
- 3 出席者 鈴木委員(部会長)、伊東委員、阪委員、新堂委員、田中委員、仲尾委員、中西委員、中村委員、眞砂委員、宮委員、諸岡委員、山本委員
- 4 議題 第2期三重県循環器病対策推進計画の中間案について
- 5 内容

1 第2期三重県循環器病対策推進計画の中間案について(総論部分)

<主な質疑等>

(委員)

P8の全体目標2で年齢調整死亡率について記載されているが、単位が書いていない。これは、人口10万人当たりの数値なのか。

(事務局)

記載が漏れているが、人口10万人当たりの数値である。

(委員)

資料2-2のロジックモデルで、手術提供体制の確保や24時間手術が実施可能な施設の確保で、施設数が1.0や0.7と記載されているが、どういう意味なのか。

(事務局)

県内の該当する医療機関数を人口10万人当たりに換算した数。

(委員)

P15の計画の視点の3について、三重大学に脳卒中・心臓病等総合支援センターが設置されている。私は、他の産業医関係の委員も務めており、仕事と治療との連携で各圏域の大きな病院に相談窓口を設けてもらうよう伝えている。今回も同じで、三重大学がセンターとして取り込まれることは全く問題ないが、各地域の脳卒中や循環器病の医療を扱うような大きな病院に出先機関のようなものを作って、各地域で相談を受けて、その内容を集約することが三重大学に設置されているセンターの役割かと思う。各病院でソーシャルワーカーの取組がされていると思うが、県として各地域に出先機関を設けるという考えはあるか。

(委員)

脳卒中・心臓病等総合支援センターは、一応三重大学に予算をいただいて設置しているが、目的は三重県全体のいわゆるソーシャルメディカルワーカーの役割をすること。しかし、三重大学だけでは達成することはできないため、各二次医療圏にそれぞれ脳卒中相談窓口を設置していただき、その元締めをする形で考えている。一応学会でも脳卒中相談窓口の基準が設けられており、PSC コア施設は必ず脳卒中相談窓口を設置することが条件とされている。いずれは、全ての PSC 施設が脳卒中相談窓口を設置することになる。桑名市総合医療センターは、PSC コア施設になっているはずなので、脳卒中相談窓口は設置されているはず。そこと三重大学で連携させていただくこととなると思う。

(委員)

私たちもチームとして支援センターの準備をしている。実際にどれほどの活動をしているのか把握できていないが、各急性期中核病院には設置されていると思う。

(委員)

資料 2 - 2 のロジックモデルについて、リハビリテーション専門医職の確保という項目があり、全国と三重県で本当に差があると思った。この課題をどのように解消していくかは非常に難しい気がする。慢性期患者のリハビリについては、整形の先生にお願いするなど、色々なところでしていただいているが、資料 2 - 1 を見ても、専門医職不足という課題をどのように解決していくのか分からなかった。何か案があれば教えていただきたい。

(事務局)

実は、この部分については、以前の医療計画の脳卒中对策について議論していただいた時から課題となっていた。なかなか人を増やすための即効的な方策はないため、難しいところではある。ただ、例えば、高等教育機関の中で理学療法士や作業療法士の過程を有する養成機関も増えてきており、そのような機関で専門医の数自体を増やすということもある。また、資質向上や研修の部分については、県でも地域医療総合確保基金などを活用して支援することも可能ではある。そのような形で、専門職の養成や研修を通じた資質向上の部分については、県側としてできることを引き続き考えていきたい。

(委員)

P.11 について、ほぼ全ての脳卒中患者にリハビリを施行していると思うが、SCR という概念にすると数値が下がる理由があまり分からない。数値を 100 以上にするために、病院や現場としては具体的に何の件数を上げればよいか分からなかったの で教えていただきたい。

(事務局)

この数値は全国平均が 100 で、1 つご留意いただきたいのは、そもそもの脳卒中に罹患する人が少なければ、要はベースが減ることとなり、脳卒中患者が全国平均よりも少なければ、当然リハビリの数も減ってくる。ただ、それ以外の部分で、リハビリ専門職数が少ないことが影響している可能性はあり、それ以外の要素も影響していることが考えられる。

年齢調整死亡率をみると、脳卒中は全国よりも若干良い数値だが、心臓も含めてほぼ全国並みと言える。そのようなことを考えると、治療やリハビリの部分については、全国並みの水準を提供できる必要があるということで、全国平均の 100 を目標として設定した。なかなか罹患状況が把握できないということもあり、今回は出口の方から見て、リハビリの目標を設定させていただいた。

(委員)

SCR の分母は脳卒中患者の数ではなく、一般人口ということか。脳卒中患者の中でリハビリを受けた割合ではなく、一般人口の中で全ての疾患の入院者数を分母として、その中でリハビリを実施した件数ということか。

(事務局)

入院者というよりは、人口当たりのリハビリテーション料の算定件数。この数値を全国と比較するために年齢調整をしたうえで算出したものが SCR。

(委員)

例えば、1 人の患者が 1 か月ごとに病院が変わって、4 つの病院でリハビリを受けたら、リハビリ件数は 4 倍になるのか。

(事務局)

その場合は増える。

(委員)

では、都会の方が件数は高くなる可能性があるかもしれない。なかなか指標の設定が難しい。

(委員)

P.9 の全体目標 3 で、循環器病患者における在宅等の生活の場に復帰した割合の増加を掲げているが、現状の 54.4% に対して目標が 58% というのは、私は少ないように感じた。あとの 40% は、介護保険や要するに施設ということか。これからは在宅との連携で動いていくことになると思うが、目標値はこの数値で良いのか。

(事務局)

目標値自体は、過去の最も高かった数値を設定している。ただ、残りがどこに行っ

ているのかという点については、在宅等の生活の場に復帰した割合ということで、自宅や入院元と退院先が同じである場合は計上される。例えば、入院元と違う施設としてももう少し重たい施設に行く場合はカウントに含まれない。また、病院の転移、例えば急性期病院で退院した患者がリハビリ病院に転院した場合はカウントに含まれない。脳卒中の場合はそのようなケースが多いため、この数値を見る上では、病院連携は極端に言うとマイナスに働いてしまう。そのため、100%をめざすものではないことが前提でありつつ、リハビリの効果を測るために自宅に帰ることができる人を増やすという意味で、過去の最高値を目標として設定した。

(委員)

この目標は令和11年度時点で達成できているかどうか。過去の最高値ではなく、未来を考えて目標を設定しないといけないのではないかと。もう少し高い数値にして良い気がする。

(事務局)

平成20年や23年は58%であったが近年は減少傾向にある。そこで、未来に向かってどこがベストな数なのかということについては、病院の転棟・転院する場合は分子に含まれないため、100%がおそらく目標ではない。しっかりと病院間の連携を進めるという意味では、一定の割合に留めるべきだと考えている。ただ、全国と比べて三重県が悪化しているように見えるため、当時の58%くらいの水準がバランス的には良いということで、未来に向けてめざす目標として設定した。

(委員)

ここには介護の方のリハビリは含まれないのか。

(事務局)

おそらく含まれていない。

(委員)

ある程度急性期を過ぎて病院でリハビリを受け続けることはキャパシティ上難しいため、だんだん介護の方でリハビリを受ける状態になってくるかと思うが、その辺りも考慮しておいた方が良いでしょう。

(事務局)

おっしゃる通りで、介護のデータも可能な限り含めたいとは思っているが、現在取れるデータの中から、特にリハビリ以降の評価をする指標として全体目標で設定している。実は、リハビリや社会連携の部分で何を全体目標として設定するのかということは、社会連携・リハビリ部会でも議論になったが、ストレートに表す指標が見つからなかった。今回、入手可能なデータで他県の状況を踏まえて在宅復帰率を設定している。引き続き、介護の数値も入手できるかということを含めて検討さ

せていただく。

(委員)

在宅復帰率の計算方法について、例えば1人の患者がAという急性期病院からBというリハビリ病院に移ってから在宅に復帰した場合、在宅復帰率は50%ということになるのか。

(事務局)

これは、ある無作為の1日の退院患者の動きを調べたデータ。そのため、急性期病院にいた患者もいれば回復期病院にいた退院患者もいる。どのような割合で調査をしているのかまでは把握できないが、それに左右されるところはある。

(委員)

そうであれば、転院すればするほど割合は低くなるということか。

(事務局)

その通り。

(委員)

なかなか難しい。出せる数字を見つけること自体が難しいため仕方がない。

(委員)

資料2-2のロジックモデルでは、中間アウトカムの中に救急要請覚知から医療機関までの平均所要時間が設定されている。他方、計画本文P.27では、各圏域での覚知からの所要平均時間が示されている。圏域別のデータを見ると、長年の救急の課題である津地域の現場滞在時間が長くなっていることが見て取れる。今年から三重大学病院で二次救急の輪番も週1回受け持っていていただいていると思うが、これによって搬送時間が短くなっているなどの効果の実感や、大学病院に循環器病の患者が多く運ばれたという印象はあるか。

(委員)

全体の数字は分からないが、津の中で三重大学病院は二次救急患者を2番目に多く受けている。困った症例は三重大学で受けている。どれくらい搬送時間が短くなっているのか分からないが、計画に記載されているデータよりは短くなっていると思う。現場滞在時間のデータは把握していない。

(委員)

大学病院が業務に支障を来たすであるとか、パンクするような状況にはまだ至っていないか。

(委員)

結構困っている。受けること自体は困らないが、病床を占めて病院の収益は非常に悪くなり、受け入れたい重症者の定期手術が実施できなくなるといったことが生じている。やはり、受入だけではなく、受けた後次の病院にお願いする手はずをもっと早くできるようにしないといけない。

(委員)

救急の部会でも検討させていただく。

(委員)

津市の中でも色々と検討していただいている。救急救命センター長もしっかりと考えてくれている。

## 2 第2期三重県循環器病対策推進計画の中間案について（総論部分）

<主な質疑等>

(委員)

循環器病ではレジストリを作っている。脳卒中分野についてはいかがか。

(委員)

私も気になって見させていただいた。循環器病は大動脈疾患だけなのか。

(事務局)

大動脈疾患の AAS レジストリが令和 3 年から開始され、その前の平成 25 年から急性心筋梗塞の ACS レジストリが開始されている。

(委員)

結局のところ、急性期の心疾患を診る病院が限られており、心筋梗塞の同門だけで済むため、実施することができている。大動脈疾患は、心臓血管外科が ACS レジストリを真似て実施したいということで、心筋梗塞のネットワークを使って大動脈疾患のレジストリを作ったと聞いている。

(委員)

脳卒中の場合、これから PSC が整備されてきて、そこだけに集まれば比較的取り組みやすいと思うが、そうではないと思う。そのため、網羅的に行うことは難しいかもしれない。

(委員)

P.53 で退院時における多職種連携の関わりが再発防止、再入院までの期間延長、認知症予防になると記載されており、とても良いことだと思うが、これは色々なこ

とに繋がる内容で、認知症予防はそもそも一次予防から関係するため、もう少し幅を広げることはできないか。ここに一次予防は入らないか。やはり、県として考えられるのは二次予防の話になるか。

(委員)

確か、今年に認知症基本法ができた。医学では、認知症に占める割合として、脳卒中は非常に高い割合を占めている。おそらく、行政的には認知症と脳卒中は別扱いになってしまう。法律も別になってしまっている。私は、二次予防だけになってしまうことはやむを得ないのではないかと考えている。

(事務局)

P53については、基本的には二次予防の話が中心になると思う。ただ、全く一次予防のことを考えていないわけではなく、計画の項立てがそのような分け方になってしまっているだけであって、一次予防の取組で書いても良いと思う。当然、脳卒中を発症して、認知症になるという流れも多いため、そのような意味で、脳卒中の一次予防が認知症予防の効果もあるということを書くことは可能だと思う。

(委員)

認知症のリスクファクターと脳卒中のリスクファクターは重複するところがある。確かに、脳卒中の一次予防が認知症対策にもなる。その辺りを盛り込んでいただく方が良いかもしれない。

(委員)

ロジックモデルと P.27 における救急要請から搬送までに要した時間について、一時的なものもあるかもしれないが、現場滞在時間が長いということに関して、この時間を短くするためのロジックモデルはどこに反映されているのか。要は、この時間短縮のために展開する施策を教えてください。

(事務局)

ロジックモデル上は、救急要請から収容までの時間で中間アウトカムを設定している。この時間を短くするために、適切な救急搬送体制の確保として、現場滞在時間 30 分以上の割合や照会回数 4 回以上の割合を減らすという施策を掲げている。この具体的な取組については、救急部会の方でしっかりと議論し、おそらく脳卒中の場合であれば、医療機関もある程度固まっていると思うため、そうした医療機関の役割分担の明確化といった取組になるかと思う。

(委員)

実際、伊賀地域では 3 病院で輪番を回しているが、脳卒中が得意でない病院のバックアップを当院が行っている。搬送滞在時間を短くする努力はしているが、実際はデータに反映されないというところで、何か構造的な問題があるのではないかと

考えている。その辺りをロジックモデルとして反映できたら良いと思った。

(委員)

将来的に学会のPSCが完全に整備されれば、PSCの施設数や血栓回収の施設数に焦点を当てるような目標に変えた方が良いかもしれない。365日受けることができるということで、輪番病院でなくてもPSCは受けなくてはならない。働き方改革の問題はあるが、そこがめざしているところだと思う。その辺りが整理されれば、差し替えるようにしたい。

(委員)

P.54の治療と仕事の両立支援・就労支援について、これは最初がんから始まっている。三重大学にがんの相談窓口があり、そのあと様々な病気の相談に乗るようになったと認識している。先ほど、P.16の脳卒中・心臓病等総合支援センターと被るところはあるかもしれないが、県として、がんだけでなく色々な病気に対して両立支援の取組を広げているのか。

(事務局)

両立支援の取組は県だけでできるものではなく、労働局を含めた関係機関の中で連携しながら進めることとしており、例えば、労働局を事務局として三重県地域両立支援チームが設置されている。両立支援が必要となる病気は、やはり第一にがんが来る。その中で、がんだけでなく循環器病も後遺症を含めた課題があり、両立支援の必要があるということを県から伝えさせていただいている。循環器病に対する両立支援の重要性を訴えかけている。

(委員)

どの病気と限定しているわけではないということか。愛知県では、労災病院が糖尿病で取組をしていることもあるが、色々なことに相談に乗っているということか。

(事務局)

病気は限定されておらず、長期療養をする場合という括りではあるが、やはりがんのイメージが強いという印象はある。

(委員)

計画には記載がなかったが、例えば長期的にマイナ保険証が脳卒中との連携に使用できる機能は備わっているのか。

(事務局)

おそらく、今マイナンバーカードを使って、例えば自分の健診状況が確認できるといった機能は徐々にできてきている。おそらく、将来的にはもう少し医療にかかった情報や服薬情報も含めて個人が見ることができるようになる中で、それをキー

として、各病院間が患者の同意の下、マイナンバーカードを使って情報を共有できるような仕組みができるのではないかと考えているが、現時点ではそこまでは到達していない。将来的な想定としてはあると思う。

(委員)

医師数の表について、実際にアクティブに急性期患者を診ている医師数の実態を県として把握されたことはあるか。

(事務局)

基本的には国の調査ベースでしか把握したことがない。

(委員)

松阪地域で脳神経内科 15 名、脳神経外科 15 名とされているが、おそらく私のように年齢的に救急を診ていない、資格だけを持っている医師も何名か含まれていると思う。働き方改革の問題もあり、アクティブに救急外来にタッチできる医師数の把握も今後必要だと思う。

(委員)

私たちの病院では、東紀州地域の医療も担っている。計画やロジックモデルの数値を増やすことで、東紀州地域の数値が良くなるのか。県全体の数値が上がるだけで、東紀州地域の医療体制が充実するような値には思えない。東紀州地域の人がこの資料を見てどう思うかということをもいつも考える。

(事務局)

今回、ロジックモデルで指標として数値を示しているが、次期計画でも 8 つの圏域を設定している中で、圏域ごとの状況も把握しなければならないと考えている。その中で、東紀州地域はかなり厳しい数値になってくると認識している。東紀州地域の数値が目標に到達することが難しいとなった時に、どういった支援ができるのかということで、計画にも記載させていただいているが、伊勢志摩地域や松阪地域を含めて広域的な体制の構築、また、広域的な地域での数値がどのようになっているのかということも把握しながら、体制を考えていく必要がある。

(委員)

文章ではそのような内容が記載されているが、なかなか数値目標としてデータを取ることができないという点が難しい。