

令和7年度第1回三重県循環器病対策推進協議会
社会連携・リハビリ対策部会 議事概要

- 1 日時 令和8年3月6日(金) 13:00~14:05
- 2 開催方法 Zoom Meetings
- 3 出席者 百崎委員(部会長)、奥田委員、佐藤委員、島田委員、鈴木委員、高桑委員、野呂委員、平野委員、松尾委員、三木委員、水谷委員、南出委員、柳川委員
- 4 議題 1 第2期三重県循環器病対策推進計画の進捗について
2 心疾患による死亡統計分析について
3 都道府県の循環器病対策の取組状況について

5 内容

1 第2期三重県循環器病対策推進計画の進捗について

<主な質疑等>

- 脳卒中のリハビリテーションの件数が減っているが、このデータは外来と入院は分けられないのか。
- ⇒ 分けることができない。オープンデータでは取れない数字となっている。
- 脳卒中リハビリテーションの件数は、急性期も回復期も全部まとめてか。急性期はできていないかもしれないが、回復期はたくさんしている。
- ⇒ 国のデータ内訳を見ると、診療行為として脳血管疾患等リハビリテーション料の診療報酬の(1)から(3)までを統計上取っている。おそらく急性期から回復期、両方含んでいると推察される。
- 心疾患の方は、心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ、Ⅱという診療報酬の数字になる。指標名だけでいくと、急性期と回復期で特に分かれてないように読み取れる。
- 回復リハ入院中、例えば理学療法1時間、3単位、作業療法3単位、言語聴覚3単位で行った場合は、それはリハビリ何件とカウントされるのか。
- ⇒ 国からは算定回数とレセプト件数という両方のデータをいただいているが、今回使っているのはレセプト件数。患者で月1回当たり1枚だと思う。ある程度まとまった数字になってしまっている。

- 昨年度の議論で、令和 2 年から令和 3 年に脳卒中リハビリが減った理由はコロナの関係とされていたが、件数が戻らないのはどのような理由だったか。
- 明確に理由は分からなかったが、外来が減っているのではないかという話になった。しかし、外来の現場として困っているわけではない、といった話。
- ⇒ リハビリに限らずだが、病院の患者数はコロナ終わって戻るのかと思っていたら、全然戻っていない病院がほとんど。全体の傾向も影響している可能性もある。
- 脳卒中のリハビリ件数について、医療保険だけで介護は入っていない認識であっているか。
- 外来リハが介護に移行していることもあり得るのか。
- ⇒ 昨年度も介護のデータを見ないといけないというご意見をいただき、探していたが、循環器病に限った数値が介護の方でも取れない。外来リハが介護に移行しているのではないかと想像できるが、それを確かめるデータをもっていない。
- 東紀州で、急性期の脳卒中の搬送までの時間がどんどん伸びているが、何か理由が考えられるのか。
- ⇒ 東紀州では、脳卒中疑いの方の県外への搬送割合が、令和 3 年は 8.9%だったものが、令和 6 年には 11.5%まで増えている。県外の搬送、和歌山県の方への搬送に時間がかかっているのも原因の 1 つと考えている。
- 三重県内に搬送するよりも早くなるのであれば、県外の病院に行くというのは分かる。県外に行って時間もかかるのであれば、何も良いことはない。和歌山の県境にいる人が松阪等に行くよりは、和歌山に行った方が早いから割合が増えて、時間が短縮されるのであれば、納得できるストーリーだと思う。
- ⇒ 東紀州といっても、尾鷲と熊野の方とでは、新宮に運ぶか、松阪に運ぶのかどちらがいいのか違う。一括りにして見るのが、実態を反映してない可能性はある。確かに県外搬送の件数が伸びているが、熊野の方が松阪へ行くより新宮に行く方が時間は短くなるはずなので、我々としても完全に納得いく説明には辿り着けていない。
- 脳卒中・心臓病等総合支援センターの相談支援患者数について、今年度からセンター以

外の病院の相談件数も含まれるということだったが、その対象になる病院はどのように選定されているのか。

⇒ 脳卒中・心臓病等総合支援センターに選定していただいている。

2 心疾患による死亡統計分析について

<主な質疑等>

○ 年齢調整死亡率の全国のデータは男女分かれているが、三重県は男女混合で全国に比べて高いのか低いのか分からなかった。三重県も男女別で出すのは難しいのか。

⇒ 来年度以降データ出す際は、三重県も男女別で出すようにしたい。

○ 死亡時期に関する分析について、12月、1月は31日あって2月は28日しかないので、その影響が出てしまうのではないか。日付で調整した方がより正確な値になると思う。

○ 健診等の受診率に関する分析について、個別に健診を受けているのは比較的働き盛りの人が多くて、亡くなった方は高齢の方が多い。直接関係あるとするには随分世代がずれているのではないか。健診を受診しているほど、年齢調整死亡率が低い傾向と云ってよいのか。

⇒ 因果関係までは当然証明出来るものではないところ。グラフを見る限りでの表現になってしまい、確たる因果関係まで説明することは難しい。

○ 相関はなかったが、血圧が大事ということか。指導した方が良さそうな感じを受けた。血圧について今後相関関係等を分析していくのか。

⇒ 当然循環器病の予防として血圧の管理は大事と考えている。死亡票分析をもって高血圧を原因として亡くなっている方が、どれほどいるかは読み取れないところなので、直ちにこのデータをもって血圧の管理予防を行うといった、一直線の因果関係での実施までいかない。しかし、血圧管理は血圧管理として普及啓発を行わないといけないと別の枠として考えている。

3 都道府県の循環器病対策の取組状況について

<主な質疑等>

- 脳卒中・心臓病等総合支援センターの相談件数、両立支援が思ったより少ない。表の延べ患者数、新規患者数の成人について、もう少し年代を細かく分けた方がより分析しやすいのではないか。
 - 脳卒中・心臓病等総合支援センター連絡協議会について、参加施設の意見に、リハビリの地域格差が大きいため、満遍なく利用できるような体制を整えていくとあるが、連携協議会の参加施設は中心になってもらっているところだと思う。地域格差については、東紀州や伊賀地域の病院に入っていた方がよい。その上でどのような問題点、課題があるかをまとめていただきたい。
 - 総合支援センターの方では、東紀州の病院も入れる必要があるということで、入っていただく方向で動いている。
 - 回復期・維持期の課題の把握が不十分という課題で、急性期からリハビリ病院へ転出し、その後慢性期に移って在宅でという中で、障害福祉の分野の方とも連携することもあり、障害福祉分野との連携も必要になってくる。スムーズに患者が適切な制度を利用していくには、病院だけでなく障害福祉の方々との連携も重要。
 - 課題の把握について、もう少しデータを取れるとよい。毎回アンケートだと大変なので、三重県民の健康課題を情報収集できるようなデジタル技術を使ったプラットフォーム等ができるよい。
 - 脳卒中・心臓病等総合支援センターを核とした地域医療連携相談支援体制の推進が必要ということで、今後どのように進むのかももう少し説明していただきたい。
- ⇒ 県の補助もさせていただいた上で、ここ数年やっていたい事業になっている。今回整備指針が出たが、分かりやすい指針であったかという点、そこまでのものではなかったのが正直なところ。連携協議会や実務者会議を開催させていただいて、顔の見える関係を作らせていただいているのが今の段階だと思う。
- 一方で、脳卒中の分野では、看護師会の部会を立ち上げていただいている。少しずつその領域を広げていって、地域で展開できる取り組みになっていくことを期待している。
- 脳卒中・心臓病等総合支援センターのイメージ図について、特に脳卒中は地域から離れずにリハビリされる方も多いため、その地域の病院とかかりつけと地域住民の連携、それをセンターがサポートする絵にならないとしくりこない。

- ⇒ 県からのセンターへの補助もおそらく十分ではなく、2分の1の補助率で三重大学医学部附属病院の持ち出しも結構ある中で、どこまでというのは我々の予算も頑張らないといけないところではある。当然国にも例年要望しており、もう少し実のある展開を考えていきたい。
- 脳卒中後の両立支援は、初期に始まったがん等の両立支援に比べて大分性格が違う。その辺りの難しさや同じように進めていっていいのか、今議論が進んでいる部分はあるのか。
- ⇒ ほとんど議論ができていない。両立支援といっても、心リハとは違って麻痺が残ったり、すぐに両立できる方々ばかりではない。課題認識からまだ不足していると思う。

以上