

令和5年度第1回循環器病対策推進懇話会 会議録

1 会議の日時及び場所

- (1) 日 時 令和5年7月28日(金) 10時00分から 11時30分まで
(2) 場 所 兵庫県民会館 鶴

- 2 出席委員の氏名 平田 健一 坂井 信幸 岡田 健次
(敬称略) 井澤 和大 公文 敦 大西 祥男
西口 久代 岡田 美貴 木村 宏美
今枝 睦宏 計10名

3 協議

兵庫県循環器病対策推進計画の改定等について

4 議事の要旨

○ 開 会

○ 挨拶 〈保健医療部次長兼感染症等対策室長〉

事務局：本日ご出席いただいております構成員の皆様方につきましては、お配りしております出席者名簿にかえさせていただきます、紹介は省略させていただきます。本日は構成員14名のうち10名のご出席をいただきます。続きまして、配布資料の確認をさせていただきます。

〈資料確認〉

事務局：続きまして、要綱第3条4項に基づき、本懇話会の座長の選任に移らせていただきます。どなたか座長のご推薦はございませんでしょうか。

構成員：循環器病対策推進協議会でも会長をしていただいております平田構成員に引き続きお願いしてはいかがでしょうか。

事務局：ありがとうございます。ただいまご推薦いただきましたが、ご異議はございますか。

(異議なし)

事務局：ありがとうございます。皆様のご承認をいただきましたので、平田構成員、座長をお願いできますでしょうか。

座 長：承知しました。なお、坂井構成員に座長代理をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(異議なし)

座 長：ありがとうございます。それでは座長として進行させていただきます。まずは事務局から資料の説明をお願いします。

事務局： **〈配布資料の説明〉**

座 長：ありがとうございました。何かご意見があればお願いします。循環器学会も今回の計画改正に向けた対応を行ってきているところですが、脳卒中学会では何か動きはありますか。

構成員：脳卒中学会では2019年より一次脳卒中センター(PSC)の認定及び公表を行っており、施設からの報告の収集を継続しています。なお、PSC認定施設のうち脳卒中医療を行っているにも関わらず、途中で認定から外れてしまう施設があり悩みの種となっています。県で開催しているワーキンググループは、今後も継続して開催されるのでしょうか。

事務局：継続して開催します。

構成員：本日ロジックモデルについて議論する際は、せっかくワーキンググループで議論したことをこの懇話会で変えてしまうというよりは、あくまで意見として各構成員からご提案いただき、ワーキンググループに再検討していただくことを前提にした方が他の構成員も発言しやすいと思いますがいかがでしょうか。

事務局：その前提でお願いできればと思います。

座 長：前回の計画策定時に脳卒中学会が提示したロジックモデルは今後更新されるのでしょうか。

構成員：前回脳卒中学会が提示したロジックモデルは、現在のところデータの入手ができない項目も含まれていました。項目自体に重要な意味があり現状は空欄でも引き続き継続して掲載すべきという意見と、データの収集が不可能であれば削除すべきという意見が学会内で分かれており、まだ結論が出ていません。

座 長：循環器学会も同じような状況です。循環器学会としては新たなロジックモデルの公表は行いませんが、学会がアドバイザーになり、医療経済研究機構が作成した「脳卒中分野ロジックモデル・評価指標データ集」等を参考にさせていただければと思います。本日の資料について構成員の皆様からご質問等がありますか。

構成員：資料5別紙②の「ロジックモデルの未把握項目」について、脳卒中・心血管疾患ともに「患者が退院後6か月に再入院する率」はデータがないため削除となっており残念に思います。実際に退院後に数ヶ月で再入院となる方が多く、再発防止も含めた急性期から維持期までの切れ目のない医療の提供という観点からも重要な指標と考えています。

座 長：ご意見のとおり、再発予防はロジックモデルにおいても重要な定義ですので、未把握のまま残すことも含め、事務局で検討いただければと思います。回復期・維持期にかけての意見はありますか。

構成員：私もロジックモデルの未把握項目の削除については真っ先に目が行きました。現在、心臓リハビリテーション学会や日本循環器学会も含めた他の学会において、厚労科研等で回復期・維持期のデータを蓄積していく方向性であり、JROADの活用等により再入院等の指標は今後とれるようになるのではないかと思います。特に心血管疾患分野の「A204 疾患患者の生活の質」は落とせない項目であると考えています。現在データがないにしても残しておいた方がいいと思います。なお、「日常生活活動」に関するデータであればJROADにあります。

また、先ほど意見があったように医療と介護は切り離せない状況になっています。急性期におけるリハビリは高い確率で実施されますが、一度退院してしまうと、例えば心不全の場合は7%しかリハビリが行われていない状況となっています。こういったところは今後データとして蓄積していかなければならないと思います。

なお、私が関わっている介護施設では、高齢の重症慢性心不全の方に対しコロナ禍でもリハビリを継続した結果、身体機能が落ちなかったということが分かりました。逆に、全国的にはコロナ禍で施設が閉鎖しリハビリが中断された結果、身体活動が落ちたというデータが提示されています。そういったところも今後データとして蓄積していく必要があると思います。

構成員：ロジックモデルについては「社会医療診療行為別調査」のデータを加味してはいかがでしょうか。そこでは早期リハ加算のデータがとれるため、例えば脳卒中ロジックモデルの「発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる」等の指標把握に役立つのではないかと思います。また、厚生局の施設基準のデータについても、例えば回復期であれば社会福祉士・歯科衛生士・栄養士等の配置基準が分かるため、ロジックモデルに活用できるデータがあるように感じました。

もう1点、ここ数年はリハビリの実施体制に変化がみられています。近年、リハビリの実施単位数についての適正評価が厳格になっています。このため、地域や年齢、疾患によってリハビリ実施単位数は従前より減少傾向にあり、リハビリの提供体制と実際の実施状況は異なることがあります。

座長：地域によって算定できる単位が違うということでしょうか。

構成員：診療報酬上、回復期リハビリテーション病棟入院中は1日9単位まで提供できるのですが、地域や年齢、疾患により様々な運用がされている状態です。

- 座長：ありがとうございます。県の計画に記載することは難しいかもしれませんが、実情を把握していただき、可能ならロジックモデルや本文等に反映できる部分についてご検討いただければと思います。
- 構成員：地域によって算定できる単位と実際の実施状況は異なるということですが、実際にリハビリを行った実績の単位数はわかるのでしょうか。
- 構成員：「社会医療診療行為別調査」でリハビリの総単位数は把握できます。また、厚生局の施設基準により平均の実績単位数を報告することになっています。
- 座長：そのデータは県で収集することは可能なのでしょうか。
- 構成員：公表されているか、または請求して入手できるデータかどうかまでは分かりません。
- 構成員：ロジックモデルに指標を追加するために県が独自調査を行うのは負担が大きすぎると思います。各構成員の専門領域において、確実にデータが存在するという前提のうえ、どこに照会すればそのデータがとれるのかを県にお示しいただいた方がよいかと思います。最終的な目的はその指標があることによって年齢調整死亡率等の指標に影響しているということが分かるということですので、今日はその意見出しということではいかがかと思えます。
- 構成員：「社会医療診療行為別調査」は恐らく入手可能だと思います。
- 座長：資料ではデータがないため削除という未把握指標もありますが、そこは色々な意見出しをお願いします。県でデータが把握できない場合は厚労省に出して貰うようお願いすることも可能だと思います。なお、今回参考資料5として、「関連4学会から移行期医療についての指標の提案」を配布しています。小児循環器専門医修練施設がない都道府県もあり、兵庫県に全てあてはまるか分からないのですが参考にさせていただければと思います。移行期に関しては、資料5骨子案に記載のとおり、小児期・若年期への対策が非常に重要かと思えますが、何かご意見はありますか。
- 構成員：こども病院で手術をした子どもが、病院の心臓リハビリが充実していなかったために別の病院に通院しているという話を先生方から聞いています。心臓リハビリは体力を回復するだけでなく維持のために必要なため、そういったことを計画に入れていただきたいと思います。また、移行期に関しては対応できる病院と医師が少ないため、地域によって格差が無いような体制づくりが必要ではないかと思えます。就労に関してはなかなか就職できない若年患者がおり、就労サポーターの方もいるのですが、心臓病等に関する理解不足もあり機能していない面も

あります。そういったことについても検討をお願いできればと思います。

座長：ありがとうございます。仕事に就きたい患者の方が支援窓口等で相談してもなかなか働けなかったり、産業医に理解してもらえなかったりと様々な問題があると聞いています。就労支援について、脳卒中学会はいかがでしょう。

構成員：脳卒中を発症した約半数の方が何らかの障害を持っています。脳卒中学会としては、各地域単位でサポートしている方の情報を収集するとともに、2022年度から一次脳卒中センターコア施設に脳卒中相談窓口を設置しています。今回、兵庫県において脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業が採択されたこともあり、既設置の脳卒中相談窓口に対し年間の取組実績について照会をかけているところです。なお、脳卒中相談窓口が直接就労支援を行っているわけではなく、どこで就労支援を行っているか、積極的なリハビリを受けられることができるか等の情報を相談窓口全体で共有し、各地域の困っている方へお伝えできるような体制にしていきたいと思っています。また、情報収集は1度きりではなく今後も継続して行っていく必要があります。初年度は国の補助が出ますが、来年度以降は県にも支援していただきたいと考えています。

座長：お話のとおり、総合支援センターモデル事業ではどこがどのような取組を行っているかという情報を収集しています。一方で、兵庫県全体でどのような現状になっており、それが改善しているのか変化がないのか、評価指標がとれるのかどうか、分からないことがたくさんあるのが現状です。そういった状況について構成員からご意見やアドバイスがあればお願いします。

構成員：例えば障害のある子が公立学校で学びたいと希望した場合は、県下一律でなく地域の教育委員会で対応していただいております。労働においても、障害や疾病を持ちながら働く方に対し各方面が努力して取組まれていると思います。そういった個別の事例はたくさんとは思いますが、情報をどう収集するかということが課題と思います。

座長：重要なお指摘だと思います。教育委員会は各学校の状況について、労働関係の部署は両立支援や就労支援の状況についてのデータを持っていると思うのですが、事務局の方で情報を集めることはできますか。

事務局：教育委員会の状況が分からないため明確にお答えできないのですが、恐らく難しいのではないかと思います。確認させていただきます。

座長：情報を持っているとすれば県の教育委員会なのか、市町の教育委員会な

のかどちらでしょうか。

事務局：県の教育委員会の下に各地域の教育事務所があるので、そこがデータを持っているかもしれませんが、市町の教育委員会かもしれません。

座長：「学校における教育も含めた子どもの頃からの循環器病に関する知識の普及啓発の推進」について国の基本計画にも記載されていますが、実際に子どもや学生に尋ねると、がんのことは知っていても循環器については殆ど分からないのが実情です。

事務局：がんについては、国のがん対策基本計画の中でがん教育の重要性について記載されたことをうけ、小学校から高校まで発達段階に応じたがんの学習をするよう学習指導要領が改正されましたが、循環器についてはそこまで至っていないと思います。

座長：文部科学省において学習指導要領を変えることはかなり大変なことだと聞いていますが、現場でどれくらいの理解度があるかということは重要な点だと思います。他にご意見はありますか。

構成員：就労支援のことで言えば、各地域において脳卒中や循環器病だけでなく障害者支援という枠組みで、自立支援協議会という役割もあります。

構成員：その協議会は行政の組織なのでしょうか。

構成員：はい。市町村単位で設置されています。

座長：そこと県との連携があり、循環器や脳卒中患者の就労支援等に関する情報を収集することは可能なのでしょうか。

構成員：循環器病患者の方が自立支援協議会とどのように絡んでいるのかということについては、分からないところです。

構成員：西宮市でいえば社会福祉協議会の中に自立支援協議会があり、その中に就労サポーターはいるのですが、心臓病等の場合はその方に知識がなく就労に繋がらない実態があります。どちらかというとなり身体障害者や精神障害者を中心とした組織だと思います。

構成員：循環器病や脳卒中患者に特化した専門的な組織を立ち上げることは難しいと思います。自立支援協議会にお願いできることがあるとしたら、そこに循環器病や脳卒中患者が来た場合、どこが専門的な助言を行っているかの情報を伝えていただけるよう、アライアンスを結ぶことが最も効率的かつ持続可能性があると思います。個別の疾病に対し個別の支援をすることは不可能ですから、循環器であれ、がんであれ、支援を行う専門家同士がつながるような社会のシステムを作ればよいのではないのでしょうか。井澤構成員、これは夢みたいな話でしょうか。

構成員：おっしゃるとおり、様々な疾患はありますが人である限り共通することは多いと思います。もう1点、お子さんが循環器疾患を持っている場合

に、何が支障となっているかが明確ではないのだと思います。例えば体力がリスクということであれば、心臓疾患があっても他の子と変わらないくらい体力のある子もいます。医師がそこを把握できていれば、問題なく公立学校等で学ぶことができるはずです。そういった指標がないために何が障壁となっているのか分からなくなっていることが一番の問題なのだと思います。例えば、心臓病リハビリテーション学会でも、小児に関する先天性心疾患のデータの公表は殆ど無く高齢者ばかりが注目されており、それではだめだと思っています。JROADには若い方のデータが蓄積されており、実態を出していくことが重要だと思います。色々ところで得意分野があると思いますが各々がバラバラに動いている状態だと思うので、それらをマッチングすることが重要だと思います。

話が遡るのですが、資料5別紙②の「ロジックモデルの未把握項目」について、「患者が退院後6か月に再入院する率」を残しておかないとどれくらいコストがかかっているかが見えてこないと思います。計画の中で、1回入院するごとにどれくらい費用がかかるかというデータは出てこないのでしょうか。例えばJROADのデータだと中央値で約80万円かかっています。そういったリアルな金額を公表していかないと、予防にもつながっていかないのではないのでしょうか。

事務局：医療費全体のうち、循環器系の疾患が占める割合は現計画にも記載していますが、1人当たりのコストについては把握しておりません。JROAD等で把握できるのであればその方法をお教えいただけるとありがたいと思います。

座長：再入院率についてはJROADでも難しいのが現状です。調査に悉皆性があるわけではなく、同じ患者でも途中で転院したりすると追跡できないため把握できていません。これは国の協力がないと県や学会レベルでは難しいと思います。

構成員：脳卒中も同じ状況です。国ができていないことを県で完全に把握することは酷だと思います。なお、悉皆調査ではなく、一次脳卒中センター(PSC)のデータを県のデータとみなすことは可能ですが、PSCデータが県内のどれだけのカバーできているか、1年でよいので調査し把握する必要はあると思います。国のDBが完成するのが何年後なのかわかりませんが、それができれば的確な指標がとれて問題点も見つかるかもしれません。それでも今、現実に病気で苦しんでおられる方やそのご家族がいらっしゃるため、次期計画の6年間にできることについて、各構成員からご提案いただくのがよいと思います。

座 長：重要な指標ではあるため、データがとれないから削除では勿体なく空欄のまま残してはと思います。他に意見はございますか。

構成員：今、我々の病院で一番問題となっているのは来年から始まる医師の働き方改革への対応です。病院内に循環器の医者は多いのですが、それでも A 水準である年 960 時間以下でなく B 水準になりますが、今後 10 年で A 水準にしなくてはなりません。一方で、地域では、今後 10 年で循環器疾患が 1.5 倍になり中でも心不全は突出して増えると言われていきます。このような状況の中、地域で心不全のネットワークを構築し、例えば専門医がいなくても再入院患者を地域密着型の病院でケアしていただくというような体制づくりについて協議しています。県計画においても「IV個別施策」で医療提供体制構築に関する項目があり、既に取り組んでおられることもあるのだと思いますが、地域ネットワークの構築を進めていかないと急性期病院がもたなくなってくると思います。また、現在、急性期医療のサポートを行う看護師の養成等を目的とした特定行為研修制度もありますが、手を挙げてくれる看護師が少ない状況です。そういった方が病院や在宅等、地域にたくさんいるということが必要だと思うので、計画の個別施策で人数の目標値等、何か記載があればよいのではないかと思います。

座 長：人数だけでなくそういった方がどのように活躍しているか等も含め、計画への反映を検討いただければと思います。

構成員：特定行為研修については、国で多数の看護師養成を行うよう高い目標を掲げていますが、全然届いていない状況です。修了者が多くの場所で働ける機会があり、病院から在宅にいたるまでチームで医療をつないでいけるようになることが重要だと思います。

座 長：ありがとうございます。何かロジックモデルに追加できる指標があれば次回までにご提案いただければと思います。他に意見はありますか。

構成員：先ほど心不全についてのお話がありましたが、急性大動脈解離等においても突然発症し 1 分 1 秒を争う疾患ですので、ご意見があったようにネットワークの構築による働き方改革への必要だと思います。また、急性大動脈解離の院内死亡率については、恐らく日本心臓血管外科手術データベース機構（JCVSD）でかなり正確に出しているのではないかと思います。資料 5 別紙③について、「在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合」が追加となっており、非常に重要な項目のため数値が把握可能であれば私も知りたいのですが、どのようにデータを把握するのでしょうか。

事務局：ご指摘いただいた「在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合」

を含む国指標の見直しに伴う追加項目については、6年に1度、保健医療計画改定時期に国から行政向けにデータブックが提供されますので、そこにデータが掲載されている指標になります。

座長：また、どういった算出方法なのか教えていただければと思います。他に何かございますか。

構成員：先にお話しのあったがんの学習指導要領改正の件は初めて知ったのですが、福祉教育というところでは点字を学んだり車椅子を体験したりという学校が多いのではないかと思います。脳卒中がどんな病気か答えられる生徒は恐らく殆どいないのではないのでしょうか。前回の計画策定時にもお話ししましたが、退院後にリハビリを行う施設が本当に少なく身体活動の現状維持が難しい状態となっています。

座長：貴重なご意見ありがとうございます。時間も迫ってきたのでこのあたりで終わりたいと思います。追加で何かあれば電話やメール等で事務局にご連絡いただき私も情報共有させていただければと思います。今後の予定について事務局から何かあればお願いします。

事務局：本日はありがとうございます、いただいた意見については、本文を作成する上で反映していきたいと思います。ロジックモデルの未把握項目についてはご意見いただいたように数字が拾えなくても残すことに意味がある指標があると思うので、計画本文の方に反映させることも含め今後検討していきたいと思います。次回の懇話会は秋頃を予定していますが、今回皆様への資料送付が1週間前となったため次回はもう少し早く送付したいと考えています。

座長：本日のように対面で様々な情報交換をさせていただき、今までに無かった気づきを得ることは非常に有意義だと思います。今後ともよろしくお願いします。それでは事務局に進行をお返しします。

事務局：本日は、長時間、誠にありがとうございます。これを持ちまして、令和5年度第1回循環器病対策推進懇話会を閉会いたします。