

## 第2回富山県循環器病対策推進協議会 議事録

- 1 日 時 令和3年11月25日(木) 14:00~15:30
- 2 場 所 富山県民会館3階302号室+Web会議
- 3 出席者 委員20名(会場出席17名、Web出席3名、1名欠席)
- 4 協議会内容

- 1) 開会
- 2) 挨拶(理事・厚生部次長)
- 3) 議題

### (1) 富山県循環器病対策推進計画の素案について

・資料1~4により事務局より説明

#### 【意見交換】

(黒田委員)

資料2の2ページ「(2)救急搬送体制の整備と救急医療体制の確保の「取り組むべき施策」にメディカルコントロール協議会の記載があるが、これはどのぐらいの頻度で開かれているものなのか。

(事務局)

メディカルコントロール協議会については県全体のメディカルコントロール協議会と、医療圏ごとのコントロール協議があり、県全体のメディカルコントロール協議会は年1回、医療圏地域ごとのメディカルコントロール協議会は年2~3回程度である。

(黒田委員)

資料2の2ページ「(3)急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築【脳血管疾患】」の「取り組むべき施策」の中に、「プライマリーストロークセンター(PSC)での治療を推進する」という言葉を入れていただきたい。県内ではきちんと整備が終わっており、PSCではないところへ救急隊が脳卒中を疑ってる患者を運んでしまうと、すべての治療が遅れ予後に大きく影響するので、この施策の中にきちんと「プライマリーストロークセンターに患者を運ぶ」という文言をぜひ織り込んでいただきたい。

4ページ「(6)相談支援及び情報提供」はとても大事な問題だと思う。現在、日本脳卒中学会で、PSCに「脳卒中相談窓口」というものを必ず設置してもらおう方向で動いている。急性期に非常にあたふたしてる患者や家族のために支援する窓口を設置しようということを始めているので、先取りして「脳卒中相談窓口」についても、ぜひこの施策の中に入れていただくとよいと思う。

ロジックモデルに、「脳神経外科医師数」(C502)があるが、富山県は全国平均より脳神経外科医師が多いのかと誤解されてしまう。これは大学の医師が外勤で外来だけやっているような非常勤の医師も含まれている。脳神経外科医師数が全国平均より多いわけがないので、もし今後、このような調査をする際には、常勤の医師数もしっかりと記載するようになっていただきたい。

例えば富山大学の特別枠の受験生が脳外科医に入るようにしてほしいと言っても、県からは医師数は足りていると言われる。間違った数字を基にいろいろな施策が決まるのは、問題があると思うので、ぜひよろしく願いしたい。

### (堀江委員)

ロジックモデルに関して、非常に綺麗にまとめていただいたと思う。

脳卒中の急性期医療に携わる医師の数で、ロジックモデルでは脳神経内科医師数について富山県が 2.4、全国が 4.0 であり、確かに脳神経内科の医師数が県内は少ない。一方、脳神経外科医師数は富山県が 6.1 で、全国が 5.9 となっており、全国より多いという形だが、実際、急性期医療の現場で、本来の脳神経外科の役割を果たしている医師がこんなに多いとは思えず、むしろ全国より少ないという認識である。

例えば、新しく脳神経外科の専門医を取得した医師数等、別の指標で見た場合に、これだけ多いとは思えない。脳神経外科学会の専門医の数は確かにこれくらいではあるが、医師の年齢が非常に高くなっている。急性期医療の体制を構築しても、その役割を担える医師がいない状況であり、現状のままであれば、さらに、大変な状況になると考えている。

### (馬瀬会長)

専門医が高齢化してるということが原因だろうということなので、若い医師が活躍できる場を、広げていく必要があるのだろうと思う。そうしなければ、現場の受入れるキャパシティがどんどん狭くなると思う。

### (絹川委員)

ロジックモデルについて、日本循環器学会から、ロジックモデルの案が示されているが、心疾患に関しては、それより少なめのアウトカム指標になっている。IABP や IMPELLA、VA-ECMO が行える届出施設等はすぐ取得することができるはずである。これらの項目を捨てたのはなぜか。

基本的には日本循環器学会のロジックモデルに従っていただきたい。どうしても、指標にできない理由があるのであれば、その理由について書面での回答をお願いします。

資料2の3ページ「(3)急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築【心疾患】」の「取り組むべき施策」で「再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子の管理、緊急時除細動等急性増悪時への対応について、在宅医療の充実に努める」とあるが、何をもって「在宅医療」といつているのかわからない。これは病診連携でかかりつけ医の先生方との連携に努めるというふうを書くべきである。

また、この計画は、基本的には病院内での診療体制の充実化を最初に目的とするべきであり、それに関しての施策の記載がないので、その理由について書面での回答をお願いします。

最後に、資料4の「8 心不全治療は大きく進化しているので、急性期からの対応が肝心である。」の対応として「第4章個別施策「2-(3)急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築」に良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制構築が必要として記載。」とあるが、素案には記載がないので記載していただきたい。

### (芳村委員)

最近コロナ禍で、待機手術件数が減り、血管疾患患者の緊急手術症例数が増えており、啓蒙活動が必要である。大動脈緊急症について、資料2の1ページ「1 循環器病の予防や正しい知識の

普及」の「取り組むべき施策」に「脳卒中や心臓病等が疑われる症状が…」の「等」の中に大動脈瘤も入っているのだと思うが、特に大動脈瘤は定期的な検診等が必要であるのでぜひ入れていただきたい。「(3)急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築【心疾患】」に、急性大動脈解離、大動脈瘤破裂が入っているが、「(2)救急搬送体制の整備と救急医療体制の確保」でも、大動脈解離等を強調していただきたい。

資料2の6ページ「3 循環器病の調査・研究推進」の「(1)診療データの収集・分析について、Jロードを活用するということ」をきいているが、ナショナルクリニカルデータベース(NCD)というものも古くから作っており、ほとんどすべての手術のデータが登録されている。大動脈解離に関しては、現在、富山大学、富山県立中央病院で、全件登録を始めているので、ぜひ NCD の使用も検討いただきたい。「(9)小児期、医療及び福祉に必要な循環器病への対策」で、「学校心臓検診により心疾患を発見し突然死を防ぐだけでなく、心疾患が発見された児童生徒…」とあるが、学校健診で見つかる疾患というのは、その時点まで症状が顕在化しない比較的軽症の疾患であり、最も医療資源を投入しなければならない重症心疾患を扱う周産期医療も重点課題として強調していただきたい。15～16年前は富山県の周産期死亡率が全国一だったと聞いている。この10数年の間に、重症の新生児心疾患の患者が助かるようになってきており、周産期死亡率は全国最低ではなくなってきたが、周産期医療ということ、もう少し前面に押し出していただけたらよいと思う。

#### (臼田委員)

資料3の33ページ「表6. 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数」の数が、これまで5年間ほど「富山県医療計画の推進に関する実務者打ち合わせ」でとっている数と乖離している。「富山県医療計画の推進に関する実務者打ち合わせ」では、急性心筋梗塞に対する緊急経皮的冠動脈インターベンション実施件数は年間約400件で、10万人当たり約40である。180という数字が出てきた理由を教えてください。

また富山県の90分以内の冠動脈再開通達成率は6割弱であり、ロジックモデルでは59.3%となっており現実に即した数字だと思うが、全国が63～64%とすると全国よりも低いということになる。

資料3の34ページ「表9. 心筋梗塞に関する指標」で退院患者の平均在院日数が7.4日とあるが、「実務者打ち合わせ」で調べた平均在院日数は19日となっている。なぜ7.4という数字が出てきたのか後で教えてください。

心大血管疾患リハビリテーションの実施件数が全国を上回っているということだが、実際の従事者である心臓リハビリテーション指導士の数は、現在、全国平均以下になっている。実施件数は心臓リハビリテーション指導士の数、つまり理学療法士の数に比例するので、実施件数が全国平均以上というのはおかしいのではないかと。

外来心大血管疾患リハビリテーション件数が入院心大血管疾患リハビリテーション件数より多いが、これは循環器専門医と心臓リハビリテーション指導士がいないと診療報酬の算定ができないので、外来が入院よりも多いのも再確認いただきたい。現在は外来よりも入院に重点が置かれているはずである。

資料2の3ページ「(3)急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築【心疾患】」が心臓リハビリテーションから始まっているが、先ほど言ったように急性心筋梗塞の90分以内再開通達成率が全国平均に達していないので、急性期医療からしっかり盛り込んでいただきたい。

それから、資料3の 34 ページの「表9. 心筋梗塞に関する指標(富山県医療計画)」で循環器内科医師数が、全国は増えているが、富山県は全く増えておらず医師確保という点もしっかり盛り込んでいただきたい。

#### (野田委員)

循環器病の一次予防である食事、運動、血圧、糖尿病などのコントロールは公的病院、かかりつけ医、厚生センター等が連携してしっかりやっていかなければならない。二次予防の救急体制で、早期に治療介入するということに関しても、公的病院は輪番制をとっているし、また、富山大学あるいは三次救急病院が連携しながら、時間単位の迅速な治療を進めるように公的病院としてやっていきたい。三次予防では、リハビリテーション、社会復帰等について、回復期リハビリテーション病棟を持っている我々公的病院もぜひ協力していきたいと思っている。連携をよくして、迅速に対応することが重要であり、県内の公的病院の院長たちもそういう考え方でおられると思う。

#### (影近委員)

前日も、富山県における回復期のリハビリテーションを担う病院が少ないと指摘させていただいた。回復期リハビリテーション病床数は10万人対で全国が71、富山県が48で全国より低い。急性期の診療はしっかりと充実しているが、回復期が不十分であり対応が必要となっている。

資料2の3ページ「(4)リハビリテーションの体制整備」に「回復期病床機能意を持つ回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床…」で、リハビリを担う病床への転換とあるが、この転換はハードルが高く、簡単にはできない。新たに作るよりも、現状の回復期機能を持つ病院の現状の余力の確認が必要。富山県にはリハビリテーションの専門医が少なかったが、富山大学にリハビリテーション科ができたおかげで、ここ数年、少しずつ専門医が増えてきている。リハビリテーション科の専門医が増えれば、アウトカムも変わってくる。スタッフ数について、PT(理学療法士)、OT(作業療法士)は充足しているかもしれないが、ST(言語聴覚士)、特に嚥下障害に対する治療者が非常に少ないというのが問題であり解決しないといけない。回復期の病院、病床に少し偏りができているように感じており、急性期から回復期に移すときに合併症が多いとなかなか受け入れてくれないと聞いた。回復期を担う病院の力のボトムアップを図る旨を記載していただきたい。

#### (山崎委員)

この素案について、歯科医師会の主たる取組みとしては、循環器病の予防だと思う。資料2の1ページに書かれている習慣は継続していくことが重要で、それによってカリエスの感染が減少してきた。食生活の関係では歯周病がかなり増えてきており、歯科医師会では習慣改善することによって、その予防ができると啓発を行っている。口腔が健康寿命の延伸にとっていかに重要かということについて周知啓発を行っていききたい。この循環器病計画の中に、歯科も入れていただいたことは評価できると思う。

#### (西尾委員)

私どもも、主たる業務と言え、予防知識の普及啓発になるかと思う。今までも、他団体の方と連携しながら、禁煙活動及び生活習慣病の予防について指導をしてきたが、ここ1～2年は新型コロナ

ナウイルス感染症の影響で思うように進んでない。今後も、他団体の方々と協力し、普及啓発活動に寄与していきたい。また特定健診等に関しても、患者に対してアンケートを取りながら、受診勧奨を行っており継続していきたい。今後も指導していく中で、気づいたことがあれば、トレーニングレポートを通じて、医療関係者に情報提供を行いたい。ロジックモデルの「訪問薬剤指導の実績のある薬局数」(C1206)は 270 で、これは富山県の薬局の半数ほどで、これらについて研修を行う。

#### (酒井委員)

資料 3 の 38 ページの「表 10. リハビリテーション従事者の状況」は 2017 年の状況であり現在は少し変わっていると思う。理学療法士の数について、実際に心疾患、脳血管疾患等に従事している理学療法士の数が問題である。現在、富山県内の理学療法士の数は 1,000 名(会員数)であり、そのうち何名が心疾患、脳血管疾患等の診療に携わっているかは調査していただきたい。施設数については、脳血管疾患はリハビリテーション料 (I) ~ (III) を算定している施設が 57 施設で比較的多い。ただし、心疾患は大血管疾患リハビリテーション料を算定している施設が 16 施設であるが、心臓リハビリテーション学会の認定を受けている心臓リハビリテーション指導士がいる施設は 12 施設だけで、残り 4 施設は経験のある従事者として算定している。急性期での診療の質について考えると、専門の理学療法士の数が足りていない。リハビリテーション専門職の配置は、施設基準に従って専門医に対して何名という形で配置されるので、医師数が少ないとリハビリテーション専門職も自然と少なくなる。ロジックモデルの心疾患の指標に医師数はあるが理学療法士数がないのが疑問である。

心疾患は、あまり身体的な障害は残らないため回復期での治療に携わることは多くなく、外来での再発予防で支援している。ロジックモデルの「心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(再掲)」(B403)について、富山県では理学療法士が関わる部分が少ないということは聞いているが、その原因は不明なので、調査した方がよいと思う。

#### (齋藤委員)

前回も述べさせていただいたが、一定以上の知識を持った認定専門職の育成が大切であると思う。富山県の作業療法士会の人数は 700 名で、そのうち心臓リハビリテーション指導士を持っているのが数名程度である。また心不全療養指導士を持っている方も少なく、実際に関わっている方は皆無という実情なので、このことを一つの指標としていただければありがたい。資料 2 の 3 ページ「(4) リハビリテーションの体制整備」に、「住み慣れた地域で、24 時間、365 日安心して暮らせる…」とあるが、運動習慣が大事であると思う。民間のジムに応募したところ、心疾患を理由に断られるケースがあると聞いた。民間企業との連携も大事であると感じている。

#### (石黒康子委員)

資料 2 の 1 ページ「1 循環器病の予防や正しい知識の普及」にあるように、日頃から県民に「全員が野菜をたっぷりもう一皿」、「70 グラムの野菜をとりましょう」と、あらゆる機会を通して普及啓発に努めているが目標値には至っていない。子供の頃からの食育を通しての普及啓発が重要であると思う。「食の王国フェスタ 2021」において調査をしたところ、特に高校生と大学生の食に対する知識が乏しいというのを痛感した。給食がなくなる高校生と大学生への普及啓発が必要である。

**(平田委員)**

市町村保健師は、特定健診や特定保健指導の実施率の向上を目標に普及啓発等の活動をしている。食生活については、食生活改善推進協議会の事務局として、重症化予防については、高齢者の保健事業や介護予防の一体的実施の体制整備に取り組んでいるので、そのような記載もあればよいと思う。

**(高原委員 (代理 黒田副会長))**

資料2の4ページ「(6)相談支援及び情報提供」の中で介護支援専門員の役割を入れていただけるとよいと思う。私たちは地域包括ケアシステムの中の一員として動いているので、「(4)リハビリテーションの体制整備」の地域包括ケアシステムとの連携の部分や「(3)急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築【脳血管疾患】」の部分でも協力していきたい。特に「切れ目なく療養支援ができるよう、入退院支援ルール等の運用…」というところはぜひ協力したいと思っている。「(8)治療と仕事の両立支援・就労支援」が必要になってくると思うので、支援を考えていただきたい。

**(松原委員 (代理 向野専務理事))**

看護協会では、資料2の1ページ「1 循環器病の予防や正しい知識の普及」の予防の関係に貢献できると思う。住民向けに、「まちの保健室」という活動をしており、健診結果のデータ等を用いて、住民への普及啓発を図っていききたい。看護協会、厚生センター、市町村などが連携していければよいと思う。会員向けには循環器疾患の予防についての正しい知識の普及をさらに進めていきたい。

**(大江委員)**

初めての循環器病対策推進計画の策定であるが、いろいろな行政計画との整合を考えると、計画期間は令和3年度～5年度の2ヵ年にならざるを得ない。予防に関しては、健康増進計画や医療費適正化計画などと整合が取れており、いろいろなデータ評価もあり大変よいと思うが、医療については、医療計画の脳卒中、心血管疾患についての取り組みと整合性をもって進めていく必要がある。富山県のよいところは、医療圏ごとに医療が完結でき、なおかつ高度医療については、全県下で対応できるという体制である。データ評価については、医務課のワーキングのデータもあり、新川医療圏と砺波医療圏も、富山医療圏と遜色ない成績を出しているので、評価していく必要がある。どうしても計画には数字が伴うが、数字が持つマジックのようなものもある。医師数については医師・歯科医師・薬剤師調査が出典であるが、実態とかけ離れている点は、医療機能情報で急性期の専門医数を見ればよい。在院日数の出典は患者調査であるが、1ヶ月間のデータなので、実態とかけ離れている可能性があり、臨床の登録データ等を積極的に活用していくべきだと思う。資料2の3ページ「(4)リハビリテーションの体制整備」については、回復期リハビリテーション病床だけでなく、地域包括ケア病床の推進があることは評価できる。これは地域医療構想の推進とセットで進め、病床機能報告でも評価してほしい。入退院支援の取組については、県リハが中心に毎年実態調査を行っているので、プロセスの評価もどんどん使っていただきたい。

### (相澤委員)

以前、メディカルコントロール協議会事務局をやっており、富山医療圏のメディカルコントロール協議会についていえば年に2回程度実施している。それ以外に、搬送事案について検証を行う検証委員会を年4回程度、二次医療機関との症例検討会を年3回程度行い、質の向上を図っている。

資料2の2ページ「(2) 救急搬送体制の整備と救急医療体制の確保」の「取り組むべき施策」に「症状が出現した場合に、速やかに救急搬送の要請を行うよう…県民に普及啓発を実施する」とあるが、国の指針によって、講習の一番初めに脳卒中や心臓病が疑われる症状についてレクチャーをするよう定められている。

### (高瀬委員)

資料2の「(9) 小児期、若年期から配慮が必要な循環器病への対策」について要望であるが、目覚ましい医学の進歩で、15年ほど前までは助からなかった子供の命が助かるようになり、青年期を迎えることになる。この子供が結婚し、出産するときに、成人先天性心疾患(ACHD)患者と産婦人科医との関係が重要になってくる。また、先天性心疾患のことがわかる女性のドクターに相談したいという意見もあるし、コーディネーターの配置も必要になると思う。今後、成人先天性心疾患(ACHD)患者の出産について、ある程度県内で集約化し、専門的に対応できる体制をとってほしい。移行期医療について、移行期医療センターが全都道府県の中で、7都道府県に設置されている。ぜひ富山でも設置してほしい。できれば富山大学附属病院の循環器センターを利用して、移行期医療支援センターの立ち上げをお願いしたい。

### (石黒明美委員)

先般の会議で、情報提供や相談支援についての記載をお願いが、今回、その内容が盛り込まれており、相談窓口がわかるというのがすごくありがたいと思う。実際に進めていくうえで、一般人に周知するための具体策を考えていただきたい。

資料3の38ページに、「脳卒中や心疾患の地域連携クリティカルを普及・改良…」とあるが、クリティカルパスは患者やその家族も目にすることができるものか。

### (事務局)

最初に急性期の病院に入院された時に主治医から、入院から退院までの到達目標とそれに伴う治療内容、回復期でのリハビリテーション等、回復期、維持期、生活期まで含めた治療方針をまとめたものを必ずお渡ししている。

## (2) 富山県における循環器病対策の策定スケジュール(案)について

・資料5に基づき説明。

### 【意見交換】

### (絹川委員)

パブリックコメントを出す前の、委員への確認のステップが明記されていない。

### (事務局)

本日いただいたご意見、ご質問に対して、回答を各委員にお返しした上で、素案をどう修正していくかのご意見をお伺いした後に、パブリックコメントを行うという手順を進める。

以上