

	主要施策等	発言内容	計画への反映、具体的な対応
1	第4章個別施策 1 循環器病の予防や正しい知識の普及	資料2、P1「1 循環器病の予防や正しい知識の普及」のデータを用いて住民への普及啓発について、看護協会、厚生センター、市町村等と連携して実施していきたい。	よろしく願いたい。
2	第4章個別施策 1 循環器病の予防や正しい知識の普及 ④循環器病の発症予防・重症化予防	本計画に、歯科分野も入れていただいたことを評価したい。 食生活と歯周病は密接に関連している。歯周病予防のため生活習慣の改善により重症化が防止されることを引き続き周知していきたい。	ご意見を踏まえ、県としても引き続き歯周病予防の普及啓発に取り組んでまいりたい。
3	第4章個別施策 1 循環器病の予防や正しい知識の普及 ④循環器病の発症予防・重症化予防	大動脈緊急症の緊急手術症例数が増えており、啓蒙活動が必要である。「（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」に入っているのだと思うが、定期的な健診等が必要であるというような意見を入れていただきたい。	ご意見を踏まえ、素案P16に「循環器病の予防には、動脈硬化の進展防止が重要であることから定期的な健康診査の受診により健康状態を確認し、必要な生活改善を行うことが大切です。」と追記し、P17に「動脈硬化の進展防止を図るため、定期的な検診受診の促進や、効果的な健康教育の普及、生活習慣の改善を支援する取組みを行います。」と修正して記載したい。 また、P16の「脳卒中や急性心筋梗塞等」を「脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離等」に、P17の「脳卒中や心臓病等」を「脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離等」に修正したい。
4	第4章個別施策 1 循環器病の予防や正しい知識の普及	運動習慣は大切であるが、民間のスポーツジムの入会を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だと感じている。	ご意見を踏まえ、県としても引き続き循環器病の予防や正しい知識の普及に努めてまいりたい。
5	第4章個別施策 1 循環器病の予防や正しい知識の普及	資料2、P1「1 循環器病の予防や正しい知識の普及」として、子どもころからの食育の普及啓発が重要。特に高校生と大学生の知識が乏しいと感じているので、その世代への普及啓発が必要。	ご意見の意図は、素案P17「子どもころからの望ましい生活習慣が確立できるよう・・・」に包含されているものとして整理しており、引き続き、関係団体と連携し子どもころからの食生活等と循環器病との関連についての理解を深めるための普及啓発に取り組んでまいりたい。

6	第4章個別施策 1 循環器病の予防や正しい知識の普及	市町村保健師活動として、食生活について食生活改善推進協議会の事務局としての記載もあればよい。	素案P17 食生活改善推進協議会等との協力や連携が不可欠と考えるが、「関係団体」に包含されるものとしてご理解いただきたい。
7	第4章個別施策 2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	<p>予防知識の普及啓発について、薬局も他団体と協力し、禁煙活動や生活習慣病予防に取り組んできた。引き続き普及啓発活動に寄与したい。</p> <p>訪問薬剤指導の実績のある薬局数に関して、270件の実績があるが、県内の薬局の半数程度。研修会の開催や医療機関と協力しながら推進したい。</p>	ご意見を踏まえ、県としても引き続き生活習慣病の予防に取り組んでまいりたい。
8	第4章個別施策 (1) 循環器病を予防する健診の普及	市町村保健師活動として、重症化予防として、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関する記載があればよい。	素案P24 (1) 循環器病を予防する健診の普及の【取り組むべき施策】に「市町村において、高齢者の保健事業や介護予防に関する事業を一体的に実施することにより健康増進及び疾病等の重症化の予防を推進します。」との記載を追加したい。
9	第4章個別施策 (2) 救急搬送体制の整備と救急医療体制の確保	メディカルコントロール協議会がどのような内容で、年どれくらい開かれているのか。また、機能しているのか。	<p>協議会の場で回答済み。</p> <p>(MC協議会は県全体の協議会と各医療圏ごとの協議会があり、県全体の協議会は年1回、医療圏ごとの協議会は年2～3回開催。【消防課説明】)</p> <p>(富山医療圏では年2回開催しているほか、搬送事案の検証を行う検証委員会が年4回、二次医療圏の医療機関のご協力により、年3回症例検討会を開催し、隊員の質の向上を図っている。【相澤委員補足】)</p>
10	第4章個別施策 (2) 救急搬送体制の整備と救急医療体制の確保	「(2) 救急搬送体制の整備と救急医療体制の確保」でも、大動脈解離を強調していただけるようお願いしたい。	ご意見を踏まえ、素案P25の「脳卒中や急性心筋梗塞等」を「脳卒中や急性心筋梗塞、大動脈解離等」に、また、「脳卒中疑いや急性心筋梗塞疑い等」を「脳卒中疑いや急性心筋梗塞疑い、大動脈解離疑い等」に修正したい。

11	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	「(3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築」で、「取り組むべき施策」の中に、県内での体制整備が終わったので、「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ほしい。PSCでないところに救急隊が脳卒中を疑っている患者を運んでしまうと、全ての治療が遅れてしまい、予後に大きく影響する。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ほしい。	ご指摘を踏まえ、素案P30のとおり、「脳卒中の急性期の専門的治療を担う施設（プライマリー・ストローク・センター (PSC)等において、迅速な治療を実施することにより治療成績の向上を図ります」と記載したい。
12	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	急性期で脳卒中に携わる医師数のうち、神経内科については、富山県が2.4で全国が4.0となっており、確かに県内は少ない。一方脳外科医師数は、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せる医師がそれほど多いとは思えず、むしろ全国よりも少ないという認識である。また、医師の年齢も非常に高くなっている。 例えば、資料として、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、全国より多い状況とは思えない。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という状況であり、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。	素案P34のとおり、「循環器病の医療を担う人材」として、本文に盛り込みたい。
13	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	資料2のP3「(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】」で取り組むべき施策に「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、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」と書くべき。	ご指摘のとおり、該当部分については、素案P28、P33のとおり、「病病連携、病診連携の促進に努めます」と記載したい。

14	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	この計画は基本的には病院内での診療体制の充実を目的とした法案であるべきで、その施策はないのか。	ご指摘を踏まえ、素案P33の【現状と課題】に、「心不全の病態説明が進展し、薬物治療や非薬物治療を組み合わせた心不全治療は大きく進化していますが、予後の改善は十分とは言えないとされています。」と追記するとともに、「慢性心不全については、地域内での（以下、略）」を「心不全については、入院治療体制の充実を図るとともに地域内での（以下、略）」と修正したい。
15	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	「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。	また、【取り組むべき施策】に、「心不全治療については、最新の診療ガイドライン等に基づき、多職種によるチーム医療を推進します。」「また、心不全のリスクである高血圧症や糖尿病、慢性腎臓病等を併存する患者の医療にあたっては、各専門の医師との連携を推進します。」と追記したい。
16	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	心臓のデータについては、Jロードを活用するときいているが、外科では、ナショナルクリニカルデータベース（NCD）というものも活用している。ほとんどの手術のデータが登録されており、手術件数や結果等詳細に把握できるので、その活用も考えていただけるとよい。	どのような活用ができるのか、今後研究してまいりたい。
17	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	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として書いてある数字が、「県医療計画の推進に関する実務者打ち合わせ」でとっている数字と乖離している。 実務者打ち合わせでは、インターベンションの実施件数は年間約400件、10万人当たり40件になるが、なぜ、180という数字が出てきたか説明していただきたい。	ご指摘の「180.6」については、医療計画との整合性を図るため、医療計画で使用している「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」（レセプト数）を引用していたが、この指標の定義を確認したところ、急性心筋梗塞だけでなく、不安定狭心症、その他の合計となっており、その他には待機的PCIの分も含まれていると思われる。 このため、「県医療計画の推進に関する実務者打ち合わせ」のデータとNDBオープンデータを併記することとしたい。（素案P31、P32）
18	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	経皮的冠動脈インターベンションの実施件数のうち90分以内の冠動脈再開通件数が全体の6割弱ということについては、ロジックモデルで59.8%となっているのは、実際そうだと思うが、全国が63～64%とすると、全国よりも低いということになる。	ご指摘の指標については、「県医療計画の推進に関する実務者打ち合わせ」のデータを使用することとしたい。

19	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	心筋梗塞患者の平均在院日数についても、実務者打ち合わせの数値（約19日）と異なり、なぜ7.4という数字が出てきたのか教えていただきたい。	<p>ご指摘の数値については、出典が患者調査で、定義は「虚血性心疾患の平均在院日数」となっているため、心筋梗塞患者の平均在院日数としては、「県医療計画の推進に関する実務者打ち合わせ」のデータを使用することとし、素案（P31及びP32表7）に記載することとしたい。</p> <p>なお、患者調査に基づく退院患者平均在院日数が記載されている素案P32表8の表題については、「心筋梗塞に関する指標」を「心血管疾患に関する指標」とし、当該指標については、「退院患者平均在院日数 ※虚血性心疾患（待機的PCI等含む）」と付記することとしたい。</p>
20	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	（資料2（3）で）心疾患の医療体制の構築、のところで、心臓リハビリテーションから始まっているが、急性心筋梗塞の90分以内冠動脈再開通達成率も全国平均に達していないので、その急性期医療からしっかり盛り込んでいただきたい。	ご指摘を踏まえ、素案P31、P32のとおり、「再開通の割合の向上」を本文に盛り込みたい。
21	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	循環器内科医師数が、全国は増えているが（9.4→10.0）、富山県は7.9から全く増えておらず、医師確保という点もしっかり盛り込んでいただきたい。	素案P34のとおり、「循環器病の医療を担う人材」として、本文に盛り込みたい。
22	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	医師数について、医師・歯科医師・薬剤師調査を出典としているが、実態とかけ離れているため、医療機能情報で急性期の専門医数を見ればよい。	全国と比較ができる指標として使用しているが、学会や他の都道府県での検討状況等も参考にしながら、今後の対応について研究してまいりたい。
23	第4章個別施策 (3) 急性期から回復期、維持期への医療提供体制の構築	在院日数の出典である患者調査は、1カ月間のデータであって、実態とかけ離れているものは、臨床の登録データ等を積極的に活用してはどうか。	ご意見を踏まえ、臨床の登録データを活用することとし、富山県医療計画の推進に関する実務者打ち合わせ会議資料のデータを素案に掲載したい。

24	第4章個別施策 (4) リハビリテーションの体制整備	心臓リハビリが全国平均を上回っている、とのことだが、実施件数は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。リハビリテーション指導士は全国平均以下となっている。	<p>ご指摘のとおりで、入院心リハは、レセプト件数では全国平均以上となっているが、算定回数でみると全国平均以下となる。</p> <p>このため、レセプト件数と算定回数を併記し、【現状と課題】には「1人当たりのリハビリテーションが十分に実施されていない可能性があります」と記載し、【取り組むべき施策】には「心臓リハビリテーションについては、入院・外来ともに1人当たりの心臓リハビリテーションがさらに充実するよう努めます。また、かかりつけ医との連携により急性期病院における外来心臓リハビリテーションの充実に努めます」と記載することとしたい。（素案P35、P36）</p>
25	第4章個別施策 (4) リハビリテーション	外来心臓リハビリテーションの数（286.4）が、入院心臓リハビリテーションの数（185.5）より多いが、心臓リハビリには、循環器専門医とリハビリテーション指導士（理学療法士）がいないと診療報酬の算定ができないので、外来が入院より多いのはなぜか。現在、外来よりも入院に重点が置かれているはず。	<p>県全体の外来心臓リハビリテーション件数については、全国平均より多くなっていることから、心臓リハビリテーションを行っている医療機関によっては、外来心臓リハビリテーションを入院心臓リハビリテーションよりも多く実施している機関もあると思われる。（素案P37表10）</p>
26	第4章個別施策 (4) リハビリテーションの体制整備	資料2、P3「(4) リハビリテーションの体制整備」について、回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床への転換は設置へのハードルが高い。回復期機能病院でもリハビリテーションを担っているため、回復期リハビリテーション病棟だけでなく、回復期病院も含んだリハビリテーションのボトムアップが必要である。	<p>(4) リハビリテーションの体制整備の【現状と課題】（素案P35）に「地域包括ケア病棟などで行われるリハビリテーションについて、現状を把握することが必要です」との記載を追加。また、【取り組むべき施策】（素案P36）に「医療機関及び介護施設や在宅等へ療養の場が変わっても、患者の状態に応じたりハビリテーションが実施できるよう、リハビリテーション提供体制の充実に努めます」との記載を追加したい。</p>
27	第4章個別施策 (4) リハビリテーションの体制整備	心臓リハビリテーション専門の理学療法士が不足している。リハビリテーション専門職の配置は、施設基準に沿い専門医に対して配置されるため、医師数が少ないとリハ職も少なくなるはず。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。	<p>基本的に日本循環器病学会のロジックモデル等を参考にしており、修正案のとおりとすることでご理解いただきたいが、今後学会等におけるロジックモデルの検討状況等を注視してまいりたい。</p>
28	第4章個別施策 (4) リハビリテーションの体制整備	理学療法士の中で、実際に脳卒中、心疾患に実際に従事している理学療法士数を調査いただきたい。	<p>今回の計画策定に当たり新たに調査を実施することは難しいため、現状で把握できる指標を使用させていただくことでご理解いただきたい。</p>

29	第4章個別施策 (4) リハビリテーションの体制整備	ロジックモデルの「心血管疾患患者に対する緩和ケア実施件数（再掲）」（B403)について、富山県の理学療法士が関わる部分が少ない原因を調査したらよい。	当該指標については、出典に記載のとおり心血管疾患に限定する件数ではないため、指標として使用する際は留意する必要がある。ご指摘の点については今回新たに調査を実施することは難しいが、ご意見を踏まえ今後の対応や指標の考え方について、学会等の動向に留意して研究してまいりたい。
30	第4章個別施策 (4) リハビリテーションの体制整備	資料3、P38「表10リハビリテーション従事者の状況」について、2017年の状況で現在と数とは異なる。	現状で把握できる直近の数値であり、今回の計画で使用するについてご理解いただきたい。
31	第4章個別施策 (4) リハビリテーションの体制整備	一定以上の知識をもった認定専門職の育成が大切。県内の作業療法士700名のうち、心不全療養指導士有資格者は少なく、実際に関わっている者は皆無。このことを1つの指標にしていただけるとありがたい。	現状では心臓リハビリテーションに関わる作業療法士数の把握ができないため、今回の指標に入れることは難しいが、素案P36に「リハビリテーション従事者の資質向上・確保に努めます。」と記載しているところであり、ご指摘いただいた状況を踏まえ、今後ともリハビリ従事者の資質向上・確保に取り組みたい。
32	第4章個別施策 (4) リハビリテーションの体制整備	資料2、P3「(4) リハビリテーションの体制整備」について、回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床の推進とあるが、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をやってほしい。	ご指摘のとおり回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床の推進は、地域医療構想の推進と整合性を図りながら実施しており、引き続き2次医療圏毎の地域医療構想調整会議や県医療審議会地域医療構想部会等の場を活用しながら検討してまいりたい。
33	第4章個別施策 (4) リハビリテーションの体制整備	入退院支援の取組みとして、県リハが毎年病院-在宅連携に関する実態調査を実施。プロセス評価も使っていただきたい。	ロジックモデルに「入退院支援」を指標としており、このような数値も踏まえながら、医療介護連携に引き続き取り組んでまいりたい。
34	第4章個別施策 (6) 相談支援及び情報提供	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う方向で動いている。急性期に非常にあたふたしてい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「(6) 相談支援及び情報提供」に入れていただけるとよい。	現在、日本脳卒中学会での検討が進められている状況とのことであり、今回の計画では、素案P39のとおり、「脳卒中の急性期医療を担う病院において、患者や家族の退院後の療養に関する相談等の多様な悩みに対応できるよう、国や学会等の動向等も踏まえ、相談支援体制の充実を図ります」と記載したい。

35	第4章個別施策 (6) 相談支援及び情報提供	<p>前回の会議でお願いした情報提供や相談支援についても、計画に盛り込んでいただきありがたい。実際にどのように県民に周知するかを入れていただけたら嬉しい。</p>	<p>P39 (6) 相談支援及び情報提供の【取り組むべき施策】に「患者や家族が（中略）問題解決に向けられるよう、行政、医療機関や地域包括支援センターなどが連携・協力し、適切かつ継続的な相談支援体制を構築し、啓発を強化します」と記載しており、具体的な周知方法等については、各機関においてあらゆる機会をとらえて実施することになるため、ここでは記載しないこととするが、県としても関係機関と連携しながら、患者やその家族に必要な情報が届くよう、県民への周知に努めたい。</p>
36	第4章個別施策 (8) 治療と仕事の両立支援・就労支援	<p>「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。</p>	<p>素案P42、P43のとおり、治療と仕事の両立や復職・就労について、循環器病患者の現状や悩み等の把握に努めるとともに、医療機関や労働局、富山産業保健総合支援センター等の関係機関と連携し、引き続き情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進したい。</p>
37	第4章個別施策 (9) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	<p>学校健診で見つかる疾患は、最後までみつけにくい疾患である。新生児の重症心疾患から始まっており、もう少し周産期医療との関連を強調していただけたらよい。</p>	<p>ご意見を踏まえ、素案P44の【現状と課題】に「重症先天性心疾患に対応するため、胎児期から新生児期を通して、周産期医療部門と小児循環器(内科・外科)部門が密接に連携した診療体制が必要です。」と追記したい。</p>
38	第4章個別施策 (9) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	<p>資料2 第4章(9)「取り組むべき施策」では、ある程度生存のめどがたっている軽症例と急性期を脱した症例が対象となっていると感じている。最も注力しているのは、やはり超重症例の診療であるため、施策の一番最初に「周産期医療体制の強化と充実」、「次世代医療人の育成」を追加していただきたい。(後日、意見書にて)</p>	<p>ご意見を踏まえ、素案P44の【取り組むべき施策】に「重症先天性心疾患小児の救命率向上のため、引き続き周産期から小児医療体制の充実と医療を担う人材の育成を図ります。」と追記したい。</p>
39	第4章個別施策 (9) 小児期、若年期から配慮が必要な循環器病への対策	<p>成人先天性心疾患(ACHD)患者の出産について、ある程度県内でも集約し、専門的に対応できる体制をとってほしい。</p>	<p>素案P44「先天性疾患を含めた小児期の疾患について、成人後も安全かつ継続的に診療できる医療体制について、検討を行います。」と記載しており、成人先天性心疾患(ACHD)患者の出産に関わる周産期医療についても、本医療体制に包含されるものと整理している。</p>

40	第4章個別施策 (9) 小児期、若年期から配慮が必要な循環器病への対策	移行期医療センターが全都道府県内に7都道府県に設置。富山県にも設置してほしい。できれば、富山大学附属病院の循環器センターと利用して、移行期医療支援センターの立上げをお願いしたい。	素案P44 移行医療支援の体制整備について、「循環器病の患者に対して、小児期から成人期にかけても必要な医療を切れ目なく行うことができる移行医療支援の体制整備を推進します」と記載しているところである。移行医療支援センターの設置に関しては、今後検討が必要であると考えている。
41	ロジックモデル（脳卒中）	ロジックモデルに「脳神経外科医師数」（C502）とあるが、全国平均より脳神経外科医師数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数まで含まれている。脳神経外科医師数が全国より多いはずがないので、もし、今後、このような調査をする際には、常勤の医師数等もしっかりと記載するようにしていただきたい。	出典となっている国の調査（医師・歯科医師・薬剤師統計）では、「主たる従事先における主たる診療科」を回答する調査となっており、ご指摘のような事例（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）は含まれていないと思われるが、ご意見を踏まえ、素案P28のとおり、「医師数は必ずしも急性期医療を担っている医師数を意味しないことに留意する必要があります」と記載したい。
42	ロジックモデル（心疾患）	日本循環器学会が示したロジックモデルから、少なめのアウトカム指標になっている。 基本的に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、書面で回答してほしい。	県ロジックモデル（案）は、日本循環器病学会案等を参考に県医療計画等既存計画を踏まえ作成していた。 ご意見を踏まえ、県又は全国の数値がとれないものでも、必要に応じて指標に追加することとし、別添「ロジックモデル（心疾患）案」のとおり修正したい。