

2023年度第2回愛知県循環器病対策推進協議会議事要約

【日時】2023年10月17日（火） 午後3時から午後4時35分まで

【会場】愛知県自治センター6階 第602会議室

【出席委員】16名

井澤委員（藤田医科大学医学部循環器内科学教授）、磯村委員（一般社団法人愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会常任理事）、岩瀬委員（一般社団法人愛知県病院協会副会長）、大塚委員（公益社団法人愛知県理学療法士会理事）、奥田委員（独立行政法人国立病院機構東名古屋病院院長）、勝野委員（愛知県市町村保健師協議会研修委員）、中村委員（全国健康保険協会愛知支部保健グループ参事）、堀田委員（循環器病経験者）、宮地委員（愛知医科大学医学部脳神経外科学教授）、六鹿委員（東海国立大学機構名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻病態外科学教授）、室原委員（東海国立大学機構名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻循環器内科学教授）、森委員（一般社団法人愛知県薬剤師会理事）、山村委員（公益社団法人愛知県栄養士会会長）、山本委員（厚生労働省愛知労働局労働基準監督部健康課長）、横山委員（公益社団法人愛知県医師会理事）、渡邊委員（一般社団法人愛知県歯科医師会常務理事）

【欠席委員】3名

梅北委員（循環器病経験者（特定非営利活動法人ドリーム理事長））、小泉委員（公益社団法人愛知県看護協会教育センター主任）、間瀬委員（名古屋市立大学医学研究科脳神経外科学分野教授）

【事務局】19名

【傍聴者】3名

【内容】

1 挨拶（愛知県保健医療局技監 長谷川）

6月6日に開催した第1回の協議会では、次期愛知県循環器病対策推進計画策定にむけて、多くの意見をいただいた。その意見を参考に計画の素案を作成した。

本日はこの素案について御検討いただき、より有効な計画に仕上げていきたい。

よろしく願います。

2 議題

（1）愛知県循環器病対策推進計画の次期計画策定について（資料1、2、3、4）

- 資料3の38ページ「目標指標一覧」について、健康日本21（第三次）における食塩摂取量と共通としていただいた。目標値は本計画とは計画期間が違うため、6年として設定したとのことだが、2つの目標があると、県民に啓発するとき説明しにくい。可能であれば、最終目標を健康日本21計画と合わせていただけないか。食塩の場合は、8.1グラムというのは、小数点が入りどこかキャッチコピーがしぼんでしまうような感じが

あるので、わかりやすい数字にしたい。

○ (事務局)

それぞれの計画期間は、健康増進計画が12年、循環器病対策推進計画が6年と、計画期間の違いにより、目標値が合わない部分はどうしても生じる。県の他計画との整合性を図っていく。

○ 資料3の19、20ページの脳卒中に関係した部分だが、脳卒中学会では脳卒中の受入れ体制について、一般的な施設、プライマリーストロークセンター（以下PSC）という最初に脳卒中患者を受け入れる施設、PSCコアという血栓回収等の治療に対応できる施設と、3つに分かれており、その施設数はおそらく把握されていると思う。

図表26で、高度救命救急医療の機関数が示されているが、PSCやPSCコアといわれる脳卒中に特化した治療を行える病院がどれくらいあるのかということ、入れたほうがわかりやすいと思う。また、これも脳卒中学会において全国で行われていることだが、PSCコアと言われる血栓回収療法を行える施設には脳卒中相談窓口ができており、そこには脳卒中療養相談士がいる。これは医療提供体制の整備というところで大きな前進なので、入れて欲しいと思う。

○ 脳卒中学会はかなりデータを持っているので、本当はそれを反映できるとよい。例えば、19ページの一番下に、2021年度のNDBデータから、脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数が全国の15.26に対して本県は10.32と低いことが示されている。血栓溶解療法の実施件数は一つの重要な指標なので、この数値を上げることが施策の一つになると思う。一方、愛知県は救急体制も非常によくできていて、救急搬送の時間も短く、PSCである臨床研修病院もたくさんあるが、結果的にt-PAの静注件数が少ない。このt-PAの静注件数が少ない理由がわからないと、施策を打ちようがない。そういうことも含めて、脳卒中学会の持っているデータを検討されるといいと思う。

○ 図表26に脳血管内手術とあるが、脳卒中だけでなく、それ以外の疾患も入っていると思う。血栓回収療法の数は一番大事なところで、急性期の脳卒中体制の改善に向け、今後どう変わっていくのかというところに絞り込む必要があると思う。全体のアバウトな数字では何も変わらないのではないかという気がした。

○ (事務局)

学会認定の医療機関、PSCコアなどに関して、計画にどのように盛り込むか内容については検討させていただきたい。

- 災害時においては、内服薬の備蓄ということも大事だとは思いますが、薬剤師会ではお薬手帳の啓発も行っており、お薬手帳の情報をもとに薬を提供することができるので、手帳の備えということも追記していただけるといいかと思う。予防や救急搬送時のデータ共有という点で、今医療DXの取り組みの中で、マイナンバーカード受付をすることにより、カルテを見ることができるのはよいが、1か月遅れの情報しか見ることができないというデメリットもある。お薬手帳はアプリで、データで管理することもできるが、災害時においては電気が使えないこともあるので、実際のリアルな手帳を、保険証などと一緒に保管していただき、活用していただくということが大事だと思う。
- お薬手帳、マイナンバーカードなどを常時わかるところに携帯し、災害時には避難場所に持ってきていただくようなことを記載いただけると良いと思う。
- 資料3の27ページの医療体系図の在宅の部分だが、脳血管の方は介護保険認定されるが、介護保険サービスはケアマネージャーがケアプランを立てている。訪問リハビリや訪問看護の利用のためには、ケアプランの中に入れないとサービスを使えない仕組みである。ケアマネージャーは退院連携や入院連携も行っており、かかりつけ医やかかりつけ薬局につないでいく役割をしているため、ケアマネージャーを入れていただけるといいかと思う。
- 脳卒中だけでなく、29ページの心血管疾患も同じように、ケアマネージャーを入れていただけるといいと思う。
- 大規模災害時或いは広範囲の感染症が発生したときの対応は国が第2期循環器病対策推進基本計画で示されたものに沿って入れていると思う。例えば何十メートルの津波なんか来ると、愛知県の太平洋側がほとんど壊滅的となり、他県との連携が大事になると思う。DMATは個別に今行けるところがすぐ行くというような体制であり、日本赤十字社は全国ネットワークを作っていると思うが、県の対策にも、近隣県との協力体制も少し踏み込んで記載するのはいかがか。
- (事務局)
近隣県との協力体制について、なんらかの形で考えたい。
- 病院協会では、近隣の県は同じように被害がある可能性が強いので、例えば愛知県だと同じ人口レベルの神奈川県病院協会と、災害時にはお互い助け合うという話し合いを行っている。実際まだ実行されたことはない。
- 南海トラフだと同じ太平洋側なので、日本海側との協力もよいかもしれない。

- 資料3の13ページ、栄養・食生活の部分で、「主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合」は52%で、残りの48%の人はほとんど1日1回しかそのちゃんとした食事をしていないのが現状ということで、少し驚いた。また、24ページの脳卒中、心血管疾患の最初の○のところ、「糖尿病・歯周病等の危険因子や高血圧症等の基礎疾患の管理」と書かれているが、普通は高血圧、糖尿病ともに脳卒中の基礎疾患と考える。
- 25ページの「今後の方策」の○5つ目に非常に重要なことが書かれていると思うが、回復期リハビリ病院を退院すると、生活期のリハビリテーションとして多くの方が介護保険のリハビリテーションを受けるが、その介護保険のリハビリテーションには、かなり質にばらつきがあるように思う。どのような体制整備を行うのか、県の考え方を教えていただきたい。
- 24ページについて、高血圧も危険因子に含めるべきだと思う。過度の飲酒は記載しなくていいか。
- 脳出血やくも膜下出血では過度の飲酒は重要なリスクファクターである。
- (事務局)
25ページの部分だが、関係課とも連携し、具体的なことは今後検討していきたいと考えている。
- 患者さんによって機能レベルは様々である。例えば、介護保険のリハビリに行かずに医療保険を続けたほうが良い方や、介護保険のリハビリでもしっかりリハビリをやることのできるデイケアに行った方がいい方、デイサービスで時間を過ごすことで十分な方もいる。そのあたりを整理するといいかと思う。それから、どういうリハビリを提供しているのか、介護施設によって明示していただくと、患者さんが混乱せずすむかと思う。適切なリハビリが提供されないと、回復期リハで獲得した機能がだんだん落ちてしまうことがある。そこを少し、行政の方で指導していただけたらいいかと思う。
- (事務局)
行政としてどのようなことができるか考えていく。
- 介護保険ではリハビリは個別機能訓練としてデイサービスの中で提供される。デイケアや老人保健施設では専門職により提供されるが、広い意味のリハビリとして提供さ

れている。退院された方をしっかりと継続リハビリへつなぐには、デイケアの専門職が配置されているところにつないでいかなければいけないが、利用者家族の希望と患者本人に適したリハビリについては、ケアマネージャーのプランニングや支援の課題でもあり、必要な方には医療系のリハビリにつないでいくということが非常に重要だと思っている。

- 理学療法士会としてもどのような整備体制をしていけるか今一度検討し、また御報告させていただきたいと思うが、まず一つは情報の開示というところで、どこの施設に常勤の理学療法士がいるといった情報を県民に公表できるのは、一つの策ではないのかと考える。
- 対策は循環器病として記載されているが、心臓リハと脳卒中で意味合いがだいぶ異なり、そのあたりはいかがか。
- 在宅で療養されている方については、基本的に同じような感じでもいいと思う。慢性期で安定している人については社会復帰されているが、2次予防のために心臓リハビリテーションを行っているので、仕事をしていく中で運動療法や食事の指導を組み込んでいけるような体制づくりを、行政として考えていかないといけないと思う。既存のスポーツジムを活用したり、特別な何か施設を作ったりなど、心臓血管リハビリについてはそういったことが必要だ。
- 21 ページの図表 28 を見ていると、東三河北部には急性期に対応できる医療機関がないが、無医地区が多い状況にある。歯科でも、訪問ができるかということ、訪問に従事する人間もないし、歯科医師も高齢化してきている。そのような地域における、急性期の対策の記載がないような気がするので、記載していただいた方がよいかと思う。特に東三河北部では、高齢化率が 50%を超えているので、そういった事情も含めて考えていただきたい。
- 東三河北部は救命救急施設が今はゼロということで、今後医療機関としても県としても課題ではないかなと思う。
- 職域において年齢も定年も上がっていく中で、その方の仕事や生活を見込んだリハビリとすると、介護保険のリハビリではなく医療保険の方なのか、介護保険の中でもデイケアなのかという見極めが重要だと思う。ケアマネだけではなく、行政と相談できるところがあり、会社と本人が相談できる体制があるといいと思った。

- 地域差や病院間の格差をできるだけ少なくし、まんべんなく対応できるという体制は必要。相談窓口でいうと、先ほどの脳卒中の相談窓口があるという話があったが、心血管疾患では各病院が対応しているだけで、統一された相談窓口がない。そのあたりは今後の課題だと思う。
- 相談窓口はあった方がいいと思う。患者にとっては相談先は病院の先生しかいない。医師によっても考え方が変わってくるので、何が一般的なのか、自分にはどれが合っているかということとはなかなか分からない。相談窓口は色々あるとは思いますが、どこに聞いても分からないし、ホームページもなかなか見つけづらかったりするので、フラットに聞けるというか、相談できる場所があるといいなと思う。
- 脳卒中に関しては、PSC のコア施設が何か所かあって、脳卒中相談窓口を設けることが施設要件となっている。ただ、他の病院に入院された方が、そこに相談に行くということは難しい。脳卒中になった方は退院してからも、就職などの別の悩みが出てくるので、本当は回復期も含めて、広くたくさんの施設に相談窓口があるといいと思うが、回復期リハビリ病院には必ずしも脳卒中の専門医がいるとは限らないので、何でも相談できる窓口を作ることは、実際は難しいという問題がある。そのために学会としては、とりあえずそのコア施設に相談窓口を作るということだが、少なくとも PSC には、脳卒中相談窓口を作るべきではないかと思う。
- (事務局)
計画にどのように盛り込むか内容については検討させていただきたい。
- (2) その他 (資料5)
- (事務局)
今後の予定としては、いただいた意見を整理し、計画案を作成した後、パブリックコメントを実施し、来年2月の第3回協議会で最終案を検討し、公表する。