

各部会および協議会における前回会議の主な意見

<脳血管疾患対策部会>

- 患者が圏域外に流出したとしても、住民がしっかりと治療を受けることができれば問題はないため、必ずしも流出率が高いことは悪いことではないと思う。東紀州地域では様々な手術が実施できていないが、隣県や隣の圏域で対応できていることが分かれば良いのではないか。
- 東紀州地域では、急性期治療に関しては伊勢志摩地域や新宮にお願いをしているところではあるが、回復期医療に関しては地域内で対応することができている。
- 救急搬送体制について、津地域の受入困難事例の割合が高くなっているが、脳卒中分野に関しては、2病院しか常勤医がいないことや、輪番病院の常勤医も高齢化していることが搬送時間を長くしている要因の一つだと思う。隣接する松阪地域や鈴亀地域との連携といった新しい体制の構築も考えなければならない。
- 手術実施件数はレセプト件数で算出されており、実際に実施された手術件数と差が生じる可能性がある。経年推移を追うため、レセプト件数の把握を継続する必要があるとしても、各病院では正確な実施件数を把握しているので、レセプト件数と病院への調査の2本立てでデータを出すことも検討すべき。
- 脳卒中と心疾患の決定的な違いとして、心疾患の外来受療率は入院受療率の倍近い数字となっている一方で、脳卒中の外来受療率は入院受療率の半分ほどしかない。要するに、心疾患の慢性期患者はカバーすることができている一方で、脳卒中患者はカバーしきれていないため、脳卒中の生活期患者の支援に向けて、多職種連携をさらに進めることが重要である。
- 中間アウトカムを設定するうえで、従来の目標もうまく取り入れる必要があるが、第1期計画で目標として掲げた「脳梗塞に対するt-PAが24時間実施可能な圏域数」については達成が困難であり、他の目標を検討してはどうか。
- 脳卒中において、発症後いかに早く搬送するかは非常に重要であるため、数値目標として救急関係の目標を少なくとも1つは設定していただきたい。

<心疾患対策部会>

- 救急搬送体制について、圏域によって状況や課題は大きく異なるため、県全体だけでなく、圏域ごとに評価した上で対策を考える必要がある。
- 循環器病対策において急性期の対応は非常に重要だが、患者家族が最も向き合う時間が長いのは、急性期以降の回復期や生活期。患者家族に対して ACP の説明を手厚く行う等、急性期以降のシームレスな取組を進めてほしい。
- 医療 DX については、急性期だけでなく包括的な分野で活用する必要があるため、三重大学で取り組もうとしている医療 DX のプロジェクトとも連携して、急性期から回復期、慢性期、予防や健診まで幅広い活用を検討してはどうか。
- 東紀州地域が単独で循環器病に対する治療を実施することが難しいといった話があるが、回復期や療養といった観点からはリハビリテーションも非常に重要。治療の実施体制が難しいのであれば、それ以降のリハビリテーションに特化する必要があるのではないか。
- どの都道府県においても言えることだが、循環器病の全ての対応を県内だけで賄える状況ではなくなりつつある。そのような意味で、ベストな形ではないかもしれないが、圏域設定は現状の 8 圏域としていただき、各圏域の課題に対しては圏域を越えた連携体制などに引き続き取り組んでもらいたい。
- 個別目標に関しては、領域によって地域性や県全体としての課題があると思う。小児循環器と成人先天性心疾患の領域においては、課題解決に向けて学会で考えたロジックモデル案があるので、参考にさせていただきたい。
- 心臓リハビリテーションは重要である一方、心臓リハビリテーション指導士の養成には課題があるとされている。心臓リハビリテーション指導士の数だけでなく、心臓リハビリテーションに関わる心不全療養指導士の数など、多職種連携に取り組む人員数も指標に取り入れてはどうか。

<社会連携・リハビリ部会>

- 計画の記載を進めるにあたり、数だけではなく、いわゆる質の面に関する記載も足した方がよい。人員や設備の数自体は整っていても、質が高くないといったケースもある。
- 新型コロナウイルスの影響で、身体活動量が減少したことに伴う健康障害を危惧している。身体活動量の増加や座位時間の減少を進めるためには、医療や介護といった枠組みにとらわれないリハビリテーションの取組が重要。
- 医療 DX に関して、薬局の外来患者が過去に受けた治療の情報が分かるツールがあると、薬剤師の立場から患者が継続的に行っている治療に対するサポートができるようになる。
- 心臓リハビリテーション指導士の目標について、現在の目標項目は指導士配置率となっているが、一施設に複数人配置されていても配置率は変わらないため、人口 10 万人あたりの指導士数に置き換えるなど、具体的な数を目標として設定した方が良いと思う。
- 全体目標として、引き続き「平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸」と「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を掲げるとのことだが、この中に社会連携・リハビリに関する項目も追加し、循環器病罹患後のリハビリテーション等を通じていかに自分らしい生活を送るかという点も定める必要があるのではないか。
- 高齢者や介護認定を受けている方に関しては、在宅復帰率を指標として設定してはどうか。一方、近年がんや循環器病を罹患しても仕事に復帰する方も多い印象があるため、若い方については仕事復帰率を指標として設定してはどうか。
- ADL や病期ごとの要介護度など、介護関係のデータを取りたい。

<循環器病対策推進協議会>

- 循環器病という名前では、一般の方は心臓病とってしまう可能性がある。法律名も、脳卒中、心臓病その他の循環器病とされているので、脳卒中という名前も入れてほしい。
- 全体目標の中に、社会連携・リハビリに関する指標も入れてほしい。
- 脳卒中と心疾患では、在宅復帰の意味合いが少し変わってくる。心疾患の中でも、心不全はだんだんと増悪していくため、在宅復帰できれば大丈夫という訳ではない。
- 圏域ごとの状況はこれまで通り評価しつつ、隣接する圏域における急性期治療のカバー率など、圏域を超えた視点で急性期や慢性期の治療を評価できるような指標を設定してほしい。
- 三重県内のどこに住んでいる人でも、同水準の医療を受けることができ、安心して住めるような記載を盛り込んでほしい。
- ADL が難しければ、介護保険の要介護度ならデータを取れるのではないか。
- 日常生活の指標は非常に難しい。アンケートなどで意見を聞くのも一つの手。
- 全体目標として健康寿命や平均寿命が掲げられているが、少し話が大きすぎる気がする。
- 口腔細菌と心筋梗塞の関係性、合併症としての誤嚥性肺炎、健康寿命など、歯科との関係性も深いので、医科歯科連携についても記載してほしい。