

第3回富山県循環器病対策推進協議会 議事録

- 1 日 時 令和4年2月24日(木) 16:00~17:00
- 2 場 所 富山県民会館3階302号室+Web会議
- 3 出席者 委員19名(会場出席1名、Web出席18名、2名欠席)
- 4 協議会内容

- 1) 開会
- 2) 挨拶(厚生部長)
- 3) 議題
 - (1) 富山県循環器病対策推進計画の素案について
 - (2) 循環器病対策推進に向けた県の主な取組み
 - ・資料1~5により事務局より説明

【意見交換】

(絹川委員)

色々とまとめていただき感謝する。様々な政策が書かれており、これは今後とも、いずれも必要なことであると思うので、これについて特段異論はない。けれども、やはりベースになるデータがなければ検証もできないし、足りない部分があるかも知れない。これはこの前の協議会でロジックモデルについて申し上げたが、急性心筋梗塞のデータは全県単位であるという事実はあるが、心筋梗塞自体は、循環器の疾患の中の一部に過ぎないわけなので、大変重要なデータであることは間違いないが、やはりこれをもう少し多岐にわたった疾患として、データを取っていかなくてはならないと思う。例えば、心不全のデータベースはなかなか作りにくいことは事実であり、全県的に、網羅的にというのは難しいということはわかるが、循環器の専門研修の施設は、循環器学会のJロードという調査を皆さん、特に本日参加されている先生方の病院でもされていると思うが、そのデータがあるので、例えばそれを県単位で切り出すなどして、もしかすると私がしなければならないことかもしれないが、こちらに持ち帰って検証するというような作業をする必要がある。今あるデータ以上のものが今後必要になってくるということは、今回はあえてどうしてもとは言わなかったが、今後必ず必要になってくるので、令和4年度についてはこれで結構だが、次の年度ぐらいからはお願いしたい。私も今度学会の方で役員になったので、そのことの橋渡しがかなり容易になると思うので、ぜひ、ここにとどまらず次をお願いしたい。

(馬瀬会長)

先生の今のご意見はもっともお話で、検証をできるようなものがないと、せっかく立てた基本方針も意味をなさなくなるので、先生が言われた通り心不全というカテゴリの中で、今後、見直しができるようなデータをぜひ学会の方から県の施策の中にも反映するということがいいのではないかなと思うが、県の方としては令和5年度にはそういうことも見直すよう検討していただけるか。

(事務局)

今回私どもも、公開されている色々なデータベースを見て、資料をまとめる作業を通じて、色々な視点があるということと、学会で色々なデータベースの構築の取り組みをされており、一部公開され

ていて行政が入手できるものもあれば、会員限りの非公開となっているものもあるということを勉強させていただいた。今後、それぞれの分野の課題につきまして、入手できるデータがあれば、それをしっかりと分析した上で各先生方とも共有させていただき、あるいは情報等をいただきながら、この計画の内容というのをブラッシュアップ、改善し、さらに充実をさせていくという取り組み方をさせていただきたいと考えているので、また、ご指導等をよろしくお願ひしたい。

(芳村委員)

ほとんど絹川先生と同じ内容になるが、まず、これを見せていただいて、予防から救急体制、回復期リハビリテーション、緩和となるが、この内容では実際に急性期医療を行っている急性期治療の中核というべきところが、今後どう変わっていくのかというところが、あまり変わらないのかなというふうに思った。絹川先生が言われた通り、データの検証は非常に重要である。外科領域については JCVSD という日本の循環器疾患に関する手術のデータベースがあり、循環器の手術のほぼ全例を網羅している。現在、心臓血管外科学会の方で JCVSD を今回の循環器対策基本法において、どのように各都道府県で使えるようにできるのかということを検討している。その具体的な情報のどの項目をどのような方法で、各都道府県にお知らせしていくのかということについて、おそらく、近いうちに、具体的なものが出てくると思う。随時富山県へお知らせするので、その辺を入れるスペースを作っておいていただければ幸いである。

(酒井委員)

私からは 35 ページにある「(4)リハビリテーションの体制整備」のところについてお話しする。リハビリテーションの体制に関して、【現状と課題】で使われているデータが非常に実情と即していないところがある。まずは現状課題を示すためのデータを整えるところから始めないと、ロジックが不明確であり、施策の効果を明らかにするのが難しいのではないかと思う。【取り組むべき施策】として、書かれているものの帰結が促進や充実という言葉になってしまっており、長期的な目標としてはそれでも構わないが、効果の検証をするには非常に現状では難しいのではないかというふうに思う。我々の団体からの意見として資料 1-2 のところにも挙げられているが、まずこの調査を、令和5年度に向けて行いたいというふうに考えている。

今、我々の専門的な心臓リハビリテーションや脳血管疾患のリハビリテーションの専門分科学会が法人化して、やっとデータが出てきているところである。まだまだ、データの蓄積はできてはいないが、これからデータが出てくる予定なので、できれば令和 5 年度に向けて、そういった実情をもう少し明確に示す場に参加させていただきたい。

あと 1 点、36 ページのところの心臓リハビリテーションについての表記について、このままの書き方でよいのか確認いただきたい。6つ目の「心臓リハビリテーションについては、入院・外来ともに1人当たりのリハビリテーションがさらに充実するように努めます。」については異論ないが、「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を努めます。」という部分について、ベースとなっているデータは「表 10. 心臓リハビリテーション実施件数(人口 10 万人対)」だが、外来のレセプト件数と算定件数が、富山県は全国のものよりも多くなっているにもかかわらず、このような書き方になっている。地域との連携といった時に、急性期病院の外来リハビリテーションの充実といった部分と、例えば医師であれば専門医からかかりつけ医にといった部分が、リハビリテ

ーションの立て付けでいうとちょっと違うんじゃないかと思う。外来心臓リハビリテーションの部分はよいが、地域に出たときのハイリスクあるいは重複障害を持った方のハイリスクやポピュレーションアプローチの部分の件数をどのように整えていくかといったところが、リハビリテーション体制としては重要になってくると思う。そのことについての記載がおそらく必要になるのではないかと思う。

(馬瀬会長)

外来リハビリテーションの中でもかかりつけ医によるリハビリテーション等と、急性期疾患を扱っている病院での心臓リハビリテーションは少し重さや意味合いが違ってくるのではないかというご意見で、別々に集計して中身をきちんと洗い出しをしないと、今出てるデータ、数字だけでは理解が不十分ではないかということだが、事務局はどうか。

(事務局)

まず1点目の新しいデータを使っていかないという部分については、どうしても公開されて入手できるデータが、1年あるいは2年遅れとなってしまうので、その点についてはご理解いただきたい。そのうえで、ここを見れば新しいデータが入手できるというものを教えていただければ、それを利用して、アップデートしたデータを使って見える化していきたいと思う。

それから、外来の心臓リハビリテーションについて、現時点では、いわゆる急性期の入院医療を行った病院での外来の心臓の診療の部分については病診連携がなされているが、入院後、引き続きの外来での心臓リハビリテーションについては、病診連携、病病連携や、回復期、維持期の役割を担っていただいている病院との連携は、まだ成熟した段階にまでは至っていないのかなというふうに理解している。そのあたりを今後、どのような体制で、急性期医療を担っておられる病院における外来心臓リハビリテーション、あるいはその他の病院において、どの程度、外来心臓リハビリテーションの体制が充実し、受けていくことができるかというような状況も見ながら、今後の取り組み状況について、評価分析をしていきたいと考えている。

(酒井委員)

まず、前半の医療ベースの部分に関して私が言いたいのは、こちらの方で、全国と富山県の分のデータはもうすでに委員会組織等で作っているので提供したいと考えており、そういった会議の場があればぜひ参加させていただきたいということである。

後半の医療の連携の部分に関しては、急性期病院を中心として心臓リハビリテーション等の専門の理学療法士がいるので、そちらについては問題ないかと思うが、地域リハビリテーションのいわゆる医療から介護保険、あるいは、そういったものを使用されていない一般住民の方に対しての、高齢者が重複障害を持ったまま生活されているといったところで、リハビリテーションの専門の関わりが抜け落ちている可能性があるので、実際の専門者の関わりを数字で示していく必要があるのではないかということである。例えば、ケアプランの会議等が行われていると思うが、そういったものにちゃんと医療、医学的な知識を持った方々が参加されていればそれほど問題はないが、情報が上手く伝わってない可能性もあるので、そのあたりの実数を調査していただくことはできないでしょうかということである。いわゆる地域リハビリテーションという部分になるかと思う。

(事務局)

特に、これまでの地域リハビリテーションというのは、四肢機能を中心とした障害に対するアプローチとして、我々は取り組んできた。現時点では特に、脳卒中あるいは整形外科系の疾患で入院された方々を、急性期のリハビリテーションから回復期のリハビリテーションにつなげる中で、機能の回復をどの程度を達成できたかということについては、アウトカム指標として回復期リハビリテーションの病棟で評価をするというのが診療報酬体系の中に設けられたこともあって、かなり評価できるような体制になっている。その情報をいわゆる維持期、生活期に関わっておられる関係者の皆さん方に情報を提供させていただき共有するという段階にはなってきている。それから、フレイル対策や介護予防ということでのリハビリテーション事業というのも始めているが、生活期、維持期の機能回復の取組みの評価については、これからという段階ではないかと考えている。四肢機能については、今ほどご説明した通りであるが、それに加えて、重複した基礎疾患を持っておられる方に対しての、これまで作ってきた地域リハビリテーションの体系に、さらにこの心臓リハビリテーションの視点を、どこまで加えて、その評価もしながら進めていくことができるかというのは、今後の課題であると考えている。また、これからの取り組みや、どこまで心臓リハビリテーションの視点を加味していくことができるかについては、関係の皆様方のご支援をいただきながら、対策検討を進めて参りたい。

以上