

令和 5 年度第 1 回三重県循環器病対策推進協議会
脳血管疾患対策部会 議事概要

- 1 日時 令和 5 年 7 月 1 1 日（火） 1 9 : 0 0 ~ 2 0 : 4 0
- 2 場所 三重県吉田山会館第 2 0 6 会議室
- 3 出席者 鈴木委員（部会長）、伊東委員、奥山委員代理、新堂委員、
田中委員、仲尾委員、中西委員、中村委員、眞砂委員、宮委員、
諸岡委員、山本委員
- 4 議題 1 第 2 期三重県循環器病対策推進計画及び第 8 次三重県医療計画の策
定について
2 第 2 期三重県循環器病対策推進計画の方向性について
(1) 現計画策定以降の三重県の循環器病に係る現状について
(2) 第 2 期三重県循環器病対策推進計画の方向性について
(3) 第 2 期三重県循環器病対策推進計画の数値目標等について
- 5 内容

- 1 第 2 期三重県循環器病対策推進計画及び第 8 次三重県医療計画の策定について
(資料 1)

<主な質疑等>

(委員)

資料 1 の 12 ページについて、医療計画の循環器病分野の内容が包括的に循環器
計画の中に含まれているという認識でよろしいか。

(事務局)

12 ページの図は、現状として循環器計画の方が幅広い内容となっていて、医療計
画と重複している部分があるといった状況を示している。

(委員)

圏域設定や圏域ごとの課題の抽出については医療計画にしか含まれていないが、
次期計画ではこの部分も含めてまとめて考えるということか。

(事務局)

貴見のとおり。

- 2 第 2 期三重県循環器病対策推進計画の方向性について
(1) 現計画策定以降の三重県の循環器病に係る現状について (資料 2)
(2) 第 2 期三重県循環器病対策推進計画の方向性について (資料 3)

<主な質疑等>

(委員)

圏域に関して、現状として紀南病院は新宮にも救急でお世話になっていると思う。紀北と紀南では少し状況が異なると思うが、8圏域でよいのか。現実的には9圏域という気がする。

(委員)

資料の中で、働き方改革の問題やデジタル技術の活用等を通して遠隔地と連携をしていくという方向性が示されているが、三重県の医療計画に、新宮に搬送される患者のデータを出すことは難しいか。本来であれば、東紀州地域の患者は必ずしも東紀州の中で完結しなくても、隣の新宮地域や伊勢志摩地域で引継ぐことができれば、住民のメリットとしては問題ない。その状況をデータとして把握できると改善しているかどうか分かれると思うが、県を越えてデータを取ることは難しいか。

(事務局)

今回は付けることができていないが、患者流出入のデータでは、東紀州在住の脳血管疾患患者がどの地域の医療機関で治療しているのかという情報は一定程度把握をすることができる。今後、データが入手でき次第お示しをさせていただきたい。前回の医療計画を作成した時には、東紀州地域から和歌山県に流出している割合はかなり高かった印象がある。

(委員)

他地域に流出したとしても、住民が恩恵を受ければ問題ないので、流出することを駄目なことと捉えすぎる必要はない。

また、伊勢志摩地域では超急性期の血栓回収療法の実施件数が多く、東紀州の患者を伊勢志摩地域で治療していただいていると思う。東紀州地域内における治療件数は0だが、隣接地域で行われている急性期治療の実施件数を出すことができれば、改善しているかどうか分かれると思うが、そのデータを出すことは難しいか。

(事務局)

東紀州地域の患者の中には、県外に行く方、伊勢志摩地域や松阪地域に行く方も一定数みえると思うが、その状況は把握することができる。また、救急搬送データも地域ごとのデータの把握が可能。例えば、脳卒中患者がどれぐらいの時間で隣の圏域に搬送されているのかということも、データとして把握できると思う。

(委員)

少なくとも、最初の病院に辿り着くまでの時間は把握できるということか。その時間を短縮できれば良いと思う。

(委員)

目標達成状況の記載の中で、救急の受入困難事例の割合については、コロナの影響で増えていることは確かである。実際問題として、現状最も受入困難となっているのは津地域で、津地域の搬送所要時間は非常に長い。10年以上救急に関わっているが、この状況は昔からずっと続いている。おそらく、津地域の輪番病院の体制が非常に悪いと思う。三重大学病院も、院長の意向で週に1回は輪番に入ると言われている。医師会が悪いのか、輪番病院が受け入れをしっかりとしないのか。津地域は大きな地域なので、この辺りはもっと真剣に考えて欲しいといつも思っている。

(委員)

この課題については津市も三重大学も重要な問題と考えていて、改善するために相談をさせていただいている最中。おそらく、総合病院で輪番体制を取っている地域は、総合病院が受け入れないと話にならないが、津地域の場合は、総合病院である大学病院と三重中央医療センターで全ての疾患をカバーすることができる。三重大学や三重中央医療センターがバックアップしているとはいえ、おそらく特に脳や心臓が得意でない先生が当直されているときに、どうしても尻すぼみしてしまっている状況だと思う。これは長年の課題で、何とか改善しようとしているところ。

(委員)

今度三重大学は高度救命救急センターになると思うが、私の意見としては、高度救命救急センターが二次輪番を受けるべきではないと思う。風邪の患者も週1回は高度救命救急センターに来てしまう。本来、高度救命救急センターには重症の患者が来るにもかかわらず、大学病院の先生が軽症者も診るのは少し違うと思う。

(委員)

当事者でないので、いい加減な話はできないが、高度救命救急センターで1次救急や2次救急を拡大して受けるという話にはなっていない。別の受け口を考えてカバーすることで検討しているところなので、その辺りはおそらく問題ない。

(委員)

脳神経内科や脳神経外科の先生もそうだが、三重中央医療センターと三重大学にしか常勤医がいないということが、脳卒中分野で搬送時間が長い要因だと思う。

月並みにはなってしまうが、勧誘をしながら少しずつ増やしたいとは思ってはいるものの、思ったほど増えていないのが現状。県内の色々なところに人員を配置するという点で、津市内は若干疎かになっているのかもしれない。

(委員)

津地域は、現状の体制を改善しようと思っても、輪番病院の常勤の50歳代の先生が若い部類になりつつある。60歳代の先生が当直している状態で、しかも全ての診療体制が整っているわけではない。

県庁所在地で寂しい話だが、津市単独ではなく、隣の松阪地域や鈴亀地域と連携するなど新しい体制の構築も考えなければいけないと思う。

(委員)

紀南病院における超急性期の治療に関しては、伊勢志摩地域や新宮地域の医療機関にお願いをしているのが現状だが、回復期の医療に関しては、例えば和歌山県側から重症患者の受け入れも行っている。回復期についてはしっかりと活動していることを報告したい。

(委員)

参考資料 2 の 15、16 ページにおいて、くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術やコイル塞栓術の実施件数に関するデータが掲載されている。どちらかの治療法に偏ることはあるかもしれないが、桑名地域におけるクリッピング術とコイル塞栓術のどちらも 10 件未満となることはおそらくないと思う。

(委員)

くも膜下出血に対する実施件数で、未破裂は含まれていないからではないか。

(委員)

そうであれば良い。他にも参考資料 2 の 14 ページで、桑名地域の令和 3 年度の血栓回収療法実施件数は 11 件となっており、月に 1 回ほどの件数になっている。伝え聞いた話にはなるが、桑名市ではもう少し実施している印象がある。データの取り方が気になり、他地域の件数も合っているのか気になった。

(委員)

今の話について、t-PA の実施件数など自分の病院で把握している数からすると、資料に掲載している実施件数は少ないという印象を持った。データの取り方が正しくないともずい。

(事務局)

データについては、国からデータブックにおいて NDB のレセプト件数として集計されたものが提供されている。そのデータを用いているため、どこまで正確なデータであるか確認しづらいのが現状。ただ、t-PA を実施してもレセプトを請求できない場合もあると聞いており、全ての実施件数がこのデータに上がってくるわけではないため、実際の実施件数との差が生じる可能性はあると考えている。

(委員)

学会から毎年報告を求められており、実施件数はお答えしているので、病院に問い合わせをいただければ年度ごとの件数をすぐお答えできると思う。個別に聞いていただいても、集計はできると思った。

(委員)

ただ、今までもレセプトデータを活用しているため、集計方法を変えてしまうと、正確なデータを把握することはできるものの、経年変化を把握できなくなる。

(委員)

集計方法は全国一律で、都道府県によって違うわけではないのか。

(事務局)

全国一律となっている。

(委員)

先ほどの桑員地域の実施件数が少ないという話について、令和3年度は海南病院に患者が流れている可能性もあると思う。

(事務局)

平成30年5月に桑名市総合医療センターが開院した。それまでのデータを見ると、やはり愛知県への流出数が多かった。開院以降、流出数は若干減少しているものの、依然として海南病院に流れていることはあると思う。ただ、実績としては増加傾向にあり、改善してきていると認識している。

(委員)

桑名市総合医療センターは、実際はかなり手術を実施していると思う。今、血管内手術の先生も、三重大学から若い先生を2人送っていただいております、4人か5人ほど在籍している。私もたくさん未破裂患者を診ており、桑員地域では救急輪番病院が桑名市総合医療センター以外に2つ稼働しているが、未破裂患者はおそらく桑名市総合医療センターに搬送していると思う。このような統計は三重大学では取らないのか。大学病院でも年間統計として把握しているのではないのか。

(委員)

同門の施設に関しては把握している。実際には、JNDで脳神経外科のデータベースがあり、学会ベースでかなり正確な把握をしている。そのようなデータベースを使えばもっと鮮明なデータを得ることができると思う。今回の資料のデータはレセプトなので、民間病院が多いところはうまく算定できているかもしれない。ただ、年次でデータが出されており、統計の方法を変えると推移が分からなくなるため、私は同じデータの取り方をした方が良いと思う。

(委員)

新たなデータベースを加えて2本立てでデータを出すなど、参考値として正しいデータを出すことも大切ではないか。件数の多い少ないではなく、どのような体制になっているのかが大事。

(委員)

病院前救護から救急隊に早く搬送されているかどうかも非常に大事。その数は増えてきている。あるいは、家族が支援する場合もある。

この統計の難しいところは、心臓と脳の決定的な違いとして、心臓の場合、外来受療率が入院受療率の倍になっている。それが当たり前だと思う。他方、脳卒中の外来受療率は入院受療率の半分程度しかない。要するに、心臓病患者はレセプト病名が残っており、開業医と連携できている。総合病院で診ることができなくても開業医の先生が診ているため、心臓の慢性期患者はいわゆる生活期患者を支援することができている。一方、脳卒中の場合、レセプト件数に反映されておらず、外来で通院する人が少ない。死亡率が下がってきても、それは喜べる状況ではなく、実際にはカバーできていないだけ。老健施設に入ってしまったかもしれない。生活期患者の支援で、これから脳卒中・心臓病等総合支援センターを充実させる必要があると思うが、相談窓口が設置されるだけでは全然駄目で、理学療法士協会の先生や薬剤師の先生など、多職種と連携して生活期患者をカバーしていく必要がある。その辺りについても県からご支援いただきたい。

(3) 第2期三重県循環器病対策推進計画の数値目標等について(資料4)

<主な質疑等>

(委員)

一時期、三重県の女性の健康寿命は日本一だったと思う。循環器病だけの話ではないと思うが、健康寿命日本一の要因は把握しているか。なぜ日本一をなし得たのか、また、健康寿命をどのように伸ばしていくのか。何か分析していることがあれば教えていただきたい。

(事務局)

良くないことだが、分析ができておらず、根拠となるデータがない部分がある。しかも、男性は真ん中より上程度だが、女性は断トツ1位で他県と1歳ほど差があったはず。海女さんが多いことや、お酒に弱いからあまり飲まないことが要因と言う人もいるが、全て感覚の話でしかない。分析できてないことは、県が恥じるべきことかもしれないが、現時点では分析の取っかかりがない。今年度は医療計画と一緒に健康づくり基本計画も12年ぶりに改定するため、おそらく議論にはなると思うが、答えがないというのが現状。

(委員)

何か他県と比べて調べることも難しいか。

(事務局)

三重県と全国で健康寿命の算出方法が違っており、今回の資料で掲載しているのは三重県独自で算出した値。全国共通の取り方は、アンケートで「あなたは現在健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」という問いに対して、あると回答した方は健康寿命が終了しているとする方法。また、国が出している健康寿命は、国民生活基礎調査の大規模調査でしか集計しないため、3年に1度しか結果が出ない。県は進捗管理も含めて、1年に1回取れるデータを様々な分野で統一して使っている。三重県は、介護保険の介護認定を参考に算出している。

(委員)

何となく、三重県の算出方法の方が実態に近い気はする。

(事務局)

確か世界の中でも日本は1位。国民生活基礎調査は海外にないため、世界の健康寿命と算出方法は異なっている。健康寿命を伸ばしていくことは大事なことであるため、データを取り方については改めて考えたい。

(委員)

せっかく三重県は成績が良いので、アピールできたら良いと思った。

(事務局)

悪いところの分析もしなければならない一方で、三重県のアピールのためにも良いところの分析もしないといけない。健康寿命にかかわらず、がんの死亡率が低いこともアピールした方が良いのではないかとのご意見をいただくこともあるので、アピールの方法について考えなければならない。

(委員)

数値目標を設定しても、数値データを出すことが難しい。ロジックモデルはなかなか難しいが、私の理解では最終アウトカムから設定するものだと思っている。最終アウトカムを達成するために中間アウトカムを設定して、それぞれに数値目標を設定していくと思う。

実は、脳卒中の発症数は把握できてないので、かなり大変だと思う。死亡数は死亡診断書か。急性期死亡であっても、20年ほど経って脳卒中かどうか分からないし、老衰かもしれない。国の指標では、在宅等生活の場に復帰した患者の割合も示されているが、データを取るのが難しいと思う。国の重点指標のうち、脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数については、まさしく脳卒中・心臓病等総合支援センターで相談窓口を設置しているため、周辺の病院がどのように対応しているのかも含めて把握する必要がある。また、重点指標ではないが、相談窓口における急性期患者の相談件数は取ることができる。相談窓口をしっかりと機能させて、どれほど生活期患者の支援を行っているか把握し、その数を増やすことが大事。従来

のレシピでは公的医療機関は取ることができないため、各病院からデータを取る必要があり、データを把握するためには各病院の協力が必要。脳卒中・心臓病等総合支援センターが中心となって把握していかなければいけない。

(事務局)

アウトカムで書いてある内容は数値目標ではない。最終アウトカムと指標はある程度リンクしているが、中間アウトカムや初期アウトカムは指標の整理が上手くいっておらず、説明の方法が難しい。取れるデータで考えるのか、ひとまず数値目標は今後考えるものとするかも含めて、議論していかなければいけないと思う。ロジックモデルを作る以上、何かデータを取って指標は入れたい。脳卒中の場合、学会でもかなり取り組んでいただいております、かつ、実は第1期計画の巻末にも参考としてロジックモデルを付けている。例えば、脳卒中発症率には脳血管疾患受療率や脳血管疾患推計患者数を指標として設定しており、ずれていると言えざるを得ない。本来は県民の方々に理解していただくレベルまで噛み砕かないといけないと思っているが、その辺りは色々な場でご意見をいただいているので、全体を整理した上で改めてお示ししたい。

(部会長)

今日のところは、必要なデータを取れるかどうかは別として、項目はしっかりと網羅しようということ。全体目標は、健康寿命の延伸とされているが、ここについて意見のある方はいらっしゃるか。

(委員)

全体目標として健康寿命の延伸を設定されているが、平均寿命と健康寿命の格差を縮めることが本当の目標だと思う。要するに、過去数年を見ても、平均寿命が上がれば健康寿命も上がり、平均寿命と健康寿命の差はほとんど変わっていない。実際、昔の方が平均寿命と健康寿命の差は小さい。健康寿命だけ上がればよいが、おそらく同時に平均寿命も上がるため、格差はなかなか縮まらない。

(事務局)

資料が項目のような書き方をしているが、資料4の3ページをご覧くださいと、今の目標も平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸としており、まさに格差の縮小を目標としている。国もこのような言い方をしており、実際にはこのような目標設定になると思う。健康寿命だけ伸ばせば良いというわけではない。

(部会長)

最後の論点について、個別目標の設定項目とは、資料4の3ページの第1期計画の目標を置くということか。これに関して、さらに提案した方が良いということか。

(事務局)

今回の部会で、新たな視点を要素としていただければ、それを踏まえて事務局案としてお示しさせていただきます。

(部会長)

いずれにせよ、ロジックモデルのチャートを作って目標を設定することになる。

(委員)

資料の解釈について今後改めて確認したい。個別目標については、資料の3ページの目標に沿って考えていくということなのか。13ページには、国が示す重点指標を中心に個別目標を定めると書いてあり、その国が示す重点指標は14ページの赤で囲んでいる部分になると思う。第2期計画の個別目標は、3ページに掲載している項目から、14ページの赤枠で囲んでいる項目を取り入れるように変わるという認識で良いか。

(部会長)

ロジックモデルは、最終アウトカムとして3つ設定し、これを達成するために中間アウトカムがあり、中間アウトカムを達成するために初期アウトカムがある。私の認識では、初期アウトカムが目標項目になる。ただ、その中でも数値目標が取れるものと取れないものがある。初期アウトカムの目標項目の中で、具体的に数値目標が取れるものが最終的に県の目標として上がる。要するに数値がなければ、目標としてはあっても、数値目標には出てこないことが起こり得るということだと思う。

(事務局)

その部分については、他の分野も含めてご相談させていただきたいが、ロジックモデルの初期アウトカムや中間アウトカムの指標の中で、数値データを取れないものも多くあるが、取ることができるものもたくさんある。それを全て目標として掲げることが良いことなのかは微妙なところで、目標値をどのように定めるかという問題も出てくる。おそらく、ロジックモデルを1回作った上で、この部分を特に県として伸ばしていく分野を目標としてピックアップするイメージだと、現時点では考えている。ただ、中間アウトカムから引っ張るのか、初期アウトカムから引っ張るのかについては、分野によって変わる。本来はひと段落上の中間アウトカムから引っ張る方が綺麗だと思うが、事務局で整理して、次回の部会で案を示したい。

実際、例えば心リハ指導士の配置率は、国が示している指標のどこにも記載されていない。この目標については、入れるべきかどうか考えなければいけないし、100%という目標をそもそも達成できてないので、目標値の定め方も含めて、事務局で整理しなければならないと思っている。

(部会長)

ロジックモデルを導入するのであれば、とりあえず作らないと話が進まない。

(事務局)

一つ誤解があったかもしれないが、指標が取れる項目は、本来であれば目標でない項目でも経年で追うことが必要だと思う。実は、医療計画では巻末に細かい指標をたくさん書いてあり、策定時である平成 29 年度の現状値も書いてある。ただ、6年間を通して数値を全然追っていない。そもそもデータが取れない指標もおそらくあるが、そのようなデータをしっかりと追って、ロジックモデルの弱いところを考える方向で進めなければいけないと思う。

(部会長)

次回の部会の際に、事務局案としてロジックモデルが出されるのか。

(事務局)

次回でほぼ完成という訳ではないが、中間案を出させていただかなければスケジュール的には間に合わない。逆に言うと、素案や中間案レベルのものをお示しさせていただかないと、議論も間に合わないと思っている。

(部会長)

従来目標項目の年齢調整死亡率の減少というのは、分野別の最終アウトカムに入っている。また、特定健診受診率は脳卒中発症予防の中間アウトカムに入っている。他にも、教育や市民公開講座といった啓発事業や学校の授業もあるが、数値目標がなかなか難しい。また、救急の現場滞在時間や医療機関への要請回数の減少もおそらく中間アウトカムになる。そのため、従来目標も上手く取り入れて、足せる項目があれば足していく。少なくとも、今までやってきた2項目は継続するとして、脳梗塞に対する t-PA が 24 時間実施可能な圏域数を目標に入れるかどうか。絶対できないことが分かっている目標を入れなくても良いと思う。

(事務局)

ずっと達成できないということだけで目標から落とすわけにいかない。ただ、代替りの対策として、遠隔治療などがあるということを含めて、目標にするのか文章にするのか分からないが、説明をしなければいけないと思うので、現状も書いていくことになる。

(委員)

ドリップアンドシップはどうか。

(部会長)

特定の疾患治療体制よりも、各地から中央病院までの搬送時間の方が目標として相応しい気がする。例えば、東紀州地域の患者が伊勢志摩地域で治療を受けるであるとか、ドクターヘリを使って大学病院で受け入れることも可能で、いずれにせよ早く搬送された方が良い。例えば、搬送のためのドクターヘリを整備するとか、病院間でデジタル技術を使って連携するといった項目もあると思う。とりあえず、圏域を目標として設定することはやめた方が良い。救急の目標を何か立てた方が良い。

(委員)

他の医療機関と連携するための協議を行う病院数というのは、脳卒中医療連携研究会を指しているのか。

(事務局)

第6次三重県医療計画では、地域連携パスを目標値に設定していたが、診療報酬が変わったことを踏まえ、代わりに連携するための協議を行う医療機関数を設定している。脳卒中であれば、急性期から回復期、維持期に繋がっていくため、その辺りの連携をスムーズにするための目標という位置付け。

(部会長)

救急の目標を最低限一つは入れたい。現在は搬送時間を使っているが、他にももし良い意見があればお願いしたい。

また、生活期患者の支援について、相談窓口関係の目標があっても良いと思う。病院間の連携を行うための協議を行う病院数というのは必要なのか。これが充実すれば何か良いことはあるのか。現状として、ある程度連携はできていると思う。生活期患者に対する支援は重点項目になっているので、何か目標を設定したい。

(委員)

rt-PA 適正使用講習会受講証の受講書があれば、どの地域でも治療を実施できると思う。そのような医師がどの地域にどれくらいいるのか把握することは可能か。脳卒中学会で受講者の把握はできないか。

(部会長)

難しいのではないかと。企業がやっているかもしれない。私が受講証を持っていることも、おそらく学会は知らないと思う。

(委員)

紀南病院も、去年の確か1人は提案があったと思う。

(委員)

今、当院でeラーニングを受講した者は4人。ただ、今は4人いるが、転勤のサイクルが早いので、ずっと維持することは難しい。

(部会長)

例えば、昔に資格を取って、現在もその資格の効力があるとしても、実際は全然手術をしていないケースもある。アクティブな施設を把握しようとする、結局はデータを把握するために医療機関の協力の下、データを提供していただかないと難しい。毎年提出してもらうようにしても良いと思う。

勝手なことを言うとまずいが、脳卒中・心臓病等総合支援センターでそのようなことをしても良いと思う。そのためにも、県の方で各医療機関に連絡していただくと、県に歯向かう人はいないと思うので、協力していただけたらと思う。病院は必ずデータを持っているので、出してもらえらると思う。

(事務局)

医療機関と連携するための協議を行う病院数も、毎年県でアンケート調査を送付させていただき、ご回答いただいているので、同様の方法でできなくはない。

(部会長)

そうであるなら、わざわざカットしなくて良いかもしれない。

(事務局)

ただ、送り先によっては、誰が受け取るかによって報告いただく数が変わってくることもある。

(委員)

t-PAの目標に関して、やはりt-PAという治療方法の指定があった方がよいのか。血栓回収療法もかなり重要な治療法で、t-PAをしていただかなくても、血栓回収療法だけ実施していただいている方も結構いらっしゃると思う。

(部会長)

おそらく、t-PA治療が保険適用となっからずっと継続されている。

(委員)

例えば、t-PA治療が圏域を超えても24時間実施可能な医療連携が可能な治療をしていただいていることからすると、何となくそれで良い気もする。t-PAに限定すると、そこで打つことができるということがキーワードになってしまうと思った。しかし、東紀州地域の方から伊勢赤十字病院で回収していただいていることもある。それならば、医療として機能しているように思う。

(部会長)

急性期に関しては、病院間で今の医療圏を越えて対応することは良いと思うが、把握方法が難しい。東紀州地域の患者を伊勢志摩地域、松阪地域でどれほど対応しているのか把握できれば良いが、難しいのであれば搬送時間などを見ていくしかない。

(委員)

県からアンケートとして情報が欲しいという依頼があれば、圏域を越えて搬送された数は把握しているので、対応しているデータを提供させていただきたい。

(事務局)

数値目標などは今回の部会で決め切らなくても良い。現状の目標設定のままということは今の議論だと無いと思うので、今回いただいた意見を踏まえて、次回の部会で改めて事務局案を出させていただく。次回の事務局案を踏まえて、変えるべき項目、追加すべき項目についてご意見を頂きたい。次回の部会でロジックモデルを踏まえた目標や指標についての議論をさせていただきたい。

(部会長)

今のところ、少なくとも t-PA が 24 時間実施可能な圏域に関する目標は次期計画では外して、それに代わる救急の項目を設定した方が良いということ。また、病院間で連携する病院数はこのままでも良いが、生活期患者に対する支援の指標が必要という話が出ている。

(事務局)

救急の指標というのは、やはり搬送時間が大事か。

(部会長)

私としては、それぞれの地域の患者がどれほど急性期医療を受けることができているのか把握したいと思っている。それが難しければ、搬送時間でも良いと思う。

(委員)

東紀州地域をしっかりとカバーできていることを示す資料やデータが欲しい。なかなか体制を整えることはできないが、その代わりとして、医療圏を越えて搬送体制を強化しているといったデータを出した方が良いのではないか。

(部会長)

そこを項目として作ると、繰り返しにはなるが、他圏域とどのように連携していくかということで DX の活用や、ドクターヘリなどの搬送体制、病院間の連携を深めるなど具体的な方策が出るかもしれない。