

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

- 1 日時 令和 5 年 7 月 11 日（火） 17：00～18：35
- 2 場所 三重県吉田山会館第 206 会議室
- 3 出席者 新保委員（部会長）、新委員、井阪委員、金城委員、奥山委員代理、世古委員、説田委員、曾我委員、高井委員、谷川委員、鶴森委員、土肥委員、三谷委員
- 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)

計画策定の手順等を考慮すると、一体的に策定し医療計画の内容を循環器計画に盛り込む①案が良いと思う。

資料 2 には圏域ごとに課題を抽出するという記載があるが、救急に関する圏域ごとの課題にどのように対応していくのか。

(事務局)

医療圏及び構想区域ごとの課題に関する記載は、医療計画の中の循環器病や救急の分野にも示されているため、基本的には現状について書く必要があると思っている。一体的に策定する上で、循環器計画における示し方については、県民にとって見やすくなる方法を考えなければならない。循環器計画はある程度ボリュームがあるため、どのように分布させるのか考えなければならないが、書ける課題は書きたいと思っている。特に、救急については個別の部会で議論させていただきたい。

(委員)

両計画を一体的に策定することで県民に対して県の方向性を分かりやすく明確に示すことができ、業務も効率化できるということであれば、①案で全く異論はない。

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）

資料2の現状値の受入困難事例の割合について、これは全傷病者を対象にした数字か。資料作成時はデータが出ていなかったのかもしれないが、現状としては脳卒中や心筋梗塞の受入状況に関する個別の数字が出ている。そのため、脳卒中や心筋梗塞のそれぞれの現状値を書いた方が良いと思う。

三重県全体で見るとそれほど問題はないが、個別で見ると課題のある地域も存在する。そのような地域に対する評価と計画をしっかりと立てなければならない。県全体で一律に同じ目標を掲げていては意味がない。

（事務局）

脳卒中と心筋梗塞のデータについてご発言いただいたが、ご指摘いただいた課題は脳や心臓にこだわらない救急体制の課題だと思う。

（委員）

循環器病の部会では脳卒中と心臓病に関して特に議論をするべきなので、循環器病にまつわるデータを示した方が良いのではないか。

（事務局）

本部会で議論すべきでないということではないが、課題としては疾病に限定せず、救急医療部会の中でしっかりと課題認識をもって議論した方が良いと思う。

（委員）

今回示されたデータだけでは現状分析ができないということを言いたい。細かいデータを見れば、現状分析もより細かくできるという趣旨で発言した。

（委員）

基本的にデータは県全体として示すが、一部のデータは圏域別に準備しておいた方が良い。

（事務局）

データの使い方については改めて考えたい。第7次三重県医療計画の脳卒中対策には、圏域ごとの現状を記載している。例えば、津圏域においては、「救急搬送では現場滞在時間がかかる件数の割合が比較的高くなっています」という記載があり、書き方は検討する必要があるものの、基本的には同じように書く必要はあると思っている。救急医療の分野にも当然課題は書いてある。

(委員)

いくつか評価が良くない項目があるので、引き続き取り組んでいただきたい。例えば、特定検診受診率や心臓リハビリ指導士の配置施設の項目は評価が良くない。

(委員)

循環器病対策における一番の根幹は急性期医療だと思うが、回復期から生活期のことも県民に発信していくことが大切。急性期治療は流れの中である程度テンポよく進んでいくが、本当の生活の中で家族が携わる時間が多いのは急性期以降だと思う。参考資料2の5ページに ACP に関する記載では、各市町との関係で県が主導して研修会に取り組むと記載されているが、具体的にこの研修会はどのような内容を県が主導して行っているのか。家族向けに ACP までしっかりと指導していることが具体的に見えないので、お願いしたい。生活期に関しても、抜かりなくシームレスに取り組んでいることが感じられると良いと思った。

(委員)

第1期循環器計画の目標達成状況について、達成できている項目と達成できていない項目があることはよく分かった。様々な施策を第1期計画で取り組んできたと思うが、効果があった取組や施策、効果がなかった取組や施策を把握しているか。その辺りを細分化して示すことは難しいかもしれないが、具体的に分かるものがあれば教えてほしい。例えば、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率に関しては、県内の取組として ACS レジストリを通して定期的に情報共有している。おそらく、各病院・各エリアでこの取組が浸透することで、各病院における取組は大きく変わってきており、これだけが要因ではないと思うが、間違いなく死亡率の低下には繋がっている。他の項目でも達成できていない項目は何が足りなかったのか、どんな効果があったのか分ければ教えていただきたい。

医療 DX の活用は賛成だが、具体的に進めるうえで資源などは想定しているのか。

Door to balloon Time の 90 分以内達成率のデータが示されており、資料では 10 万人当たりの件数という形で表示してあるが、全国的にこの示し方なのか。PCI 実施件数の中での達成割合を見ることはあるが、10 万人当たりの達成率を出すことの意味合いが感じられなかったなので、もし何かご意見あればお聞きしたい。

(事務局)

1 点目について、取組と効果を結びつけて考えることは非常に難しい。特に循環器計画については、まだ策定して 2 年も経っていない中で、計画を策定以後の取組と効果の結びつけが難しい。他方、医療計画は 6 年間の計画となっているが、今のところ具体的に取組と結果の関係性を論理立てて検証できていないのが実情。後ほど、資料でロジックモデルの活用についてもご説明させていただくが、今後、具体的な数値目標と施策を論理立てて結びつけたいと考えている。ロジックモデルの考え方を使えば、数字が上がった要因を施策の段階まで下ろして分析をすることも可能ではないかと考えているので、次期計画では検討していきたい。

2 点目について、医療 DX の活動は計画の視点として提案させていただいているが、具体的な予算の裏付けは今のところ全くない。ただ、計画を策定して実際に施策として記載する中で、取り組んでいくという意味表示をする意味もあり、今後計画に基づいて県として予算を確保する根拠にもなる。また、地域医療介護総合確保基金を活用した新規事業をご提案いただき、県で事業化をして医療 DX を活用した取組を具体的に進めていくことも可能ではあるので、協議会や部会での議論を通じて、そのような取組についてもご提案をいただければと考えている。

3 点目の Door to balloon Time の数字に関して、国の計画では、90 分以内の再開通割合が指標として設定されている。具体的な数字についても、国からデータブックという形で提供されるので、その一環としてご紹介をさせていただいた。

(委員)

今後の取組に関しては、課題に対する目標達成が非常に重要になると思う。より効果的かつ効率的に目標を達成するために、どこにピンポイントに資材や予算を投じるかということは非常に重要になると思う。

(委員)

補足になるが、救命救急センターの評価項目や救急の評価項目は、人口 10 万当たりで出すのが慣例。他のデータも全てそのような形式で示されている。

また、心不全の年齢調整死亡率と不整脈及び伝導障害年齢調整死亡率が年々上昇しているが、このことに関して引っかかることがある。最近やたらと不整脈による死亡が多く、本来不詳の死として扱わなければならない原因不明の死亡が全て不整脈死とされている。担当医師には本当に不整脈死なのかと確認しているが、分からないから全部不整脈で亡くなったことにされていると言われ、危惧している。データは実態を反映していないかもしれない。

(部会長)

データについて色々意見があったが、少なくとも、対策を立てて効果があるかどうかを意識していただくことは大事。Door to balloon Time はなかなかデータを出している病院が少ないかもしれない。三重県はデータがしっかりと出ているかもしれないが、全国的には問題なのかもしれない。

(委員)

医療 DX に関して、ある地域は心電図の伝送が行われている。しかし、心電図を伝送するために現場で止まる必要が生じ、それによって搬送時間が 3 分延長している。かつ、伝送された心電図を読影するために、医師が束縛される時間は伸びている。中途半端な ICT を導入してしまうと、働き方改革とは反対の方向に進んでいってしまうし、おそらく現場滞在時間は全県的に延長している。何か間違っている気がする。

(委員)

項目や項目数に異論はないが、災害時等の有事を見据えた対策とは、何か見込みがあるのか。他の会議体とも関係している内容なので、そちらでまず頑張ってもらおうということか。

(事務局)

例えば感染症であれば、医療計画の中にも新たに新興感染症に関する対策が含まれるため、その取組も盛り込みながらという想定ではある。具体的には、コロナ禍もあり、急を要するような脳卒中や心筋梗塞を含めて、いかに両立させるかということが課題かと思う。そういった観点から、どのような取組が必要なのかを含めて記載する想定。感染症だけではなく、大きな自然災害等も含んだ内容になる。

(委員)

小児の循環器疾患に関しては、学校における心臓検診が少し突然死の予防に偏っていたところがある。循環器病対策基本法と成育基本法に則ると、小児生活習慣病予防において食育の記載がある。これは広い意味での予防に含まれるので、めざす姿などに入れていただきたい。また、脳卒中・心臓病等総合支援センターについては、今後非常に重要な領域で2つの基本法にも記載がある。小児の視点も含めると、移行医療の内容も入ってくる。移行医療支援センターは難病関係で別の話だと思うが、他の疾患との連携という記載もあるので、少しその辺りも考慮いただきたい。

(部会長)

項目というまでではなくとも、内容には組み入れてほしいということか。

(委員)

その通り。

(委員)

医療 DX に関しては、急性期医療だけではなく、例えば健診に対する取組や慢性心不全に対する自己管理のシステム、今後の PHR の活用方法や、医療施設同士の情報共有の方法等を根本的に解決するために包括的に取り組む必要があると思っている。今、三重大学が地域共創展開センター医療 DX プロジェクトを展開し始めている。少し大きな話にはなるが、大学とも協力しながら、急性期医療から回復期、慢性期、予防、健診まで含めて色々なことを考えなければならないと思っている。

また、東紀州の搬送所要時間は課題である一方、リハビリは本来であれば回復期や療養という観点で非常に大事な分野。しかし、東紀州はリハビリ施設の基準も満たしていない。東紀州は、本来地域において必要とされる施設の整備にある程度特化して取り組んでいくことが必要だと思う。

今後、回復期や療養が大事になるので、脳卒中・心臓病等総合支援センターの役割はより重要になる。

(委員)

小児の場合、専門医療は大学に集約しているが、いわゆる遠隔地における健診が都市部と同様に実施できるようにしていきたい。また、地域でフォローアップないし支援体制が都市部と地方で同様に実施できるという点で、学校の心臓検診においてもデータが非常に重要で、HL7 FHIR や MFER といったシステムが今後進んでいくと思う。その辺りに対しても財政的な面も含めてご支援いただきたい。

(部会長)

どの県においても言えることだが、今後は全ての対応を県内で賄える状況でなくなってくる。例えば、小児循環器においては、県内で治療できない都道府県が出てきている。ベストな形ではないかもしれないが、現状のまま 8 圏域で進めて、課題に対してはしっかりと対応していく。

(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)

全体目標として、健康寿命の延伸と循環器病の年齢調整死亡率の減少を引き続き設定することで異論ない。健康寿命の延伸については、急性期治療後のリハビリが重要になる。第 1 期計画では、実施病院におけるリハビリテーション指導士の配置率が設定されている。おそらく、配置率ではなく実施件数が問題になると思うが、この辺りの目標はどのように設定していくのか。

伊勢志摩地域では、北勢や中勢の病院と比べると、入院中のリハビリはかなり実施できている一方で、外来のリハビリ件数が少ない。人員的には、コロナの影響などによってリハビリテーション医師の減少など、地域ごとに問題が出てくると思うが、その辺りの対応はどうすればよいのか。

(事務局)

リハビリテーション指導士の配置率の目標は 100%と掲げているが、現状は 68.4%にとどまっており、目標達成には至っていないというのが現状。

配置率の数値は、令和 3、4 年度ともに 68.4%となっており、なかなか増えない。社会連携・リハビリ部会においても、指導士数を増やす施策に関する議論はできていないのが正直なところ。社会連携・リハビリ部会でも出た意見だが、急性期ではない項目の目標値については、もう少し定量的なデータとして何か良い目標を設定ができるか考えたい。最終アウトカムまで入れるかどうかは置いておいて、中間アウトカムで目標を設定した方がよいのではないかという議論が出ていたので、考えていきたいと思う。

(委員)

参考資料 2 には、その関連があまり記載されていない。これは、なかなか取り組めないで書けていないということか。

(事務局)

実際なかなか取り組めていないので、議論もあまりできてないというのが正直なところ。

(委員)

指導士の育成はなかなか難しい。年々の傾向として、施設基準の縛りが厳格化されつつある。厳格化されてしまうと、施設基準を満たさない施設はどれだけ頑張っても育成できなくなる。そうすると、ある地域では永遠に育成できなくなってしまうという困ったことが起こりかねない。

(委員)

めざす姿と全体目標はどのような関係性なのか。

(事務局)

5ページのイメージ図における、分野アウトカムに該当するのがめざす姿。めざす姿をどれくらい達成できているのかを評価する指標が全体目標。

(委員)

ロジックモデルを活用する上で、一番の課題はデータの確保だと思うが、データ収集の方向性はどうするのか。関係各所と協力してデータを整えることになるのか。

(事務局)

中間アウトカムは国の指標の一部を活用することを想定しており、国の指標として挙げられている項目については、NDBからデータを取ることが可能。ただ、個別施策等の細かい指標に関しては、どうしてもデータが取れない項目も出てくると思う。データの確保が難しい項目について、国のロジックモデルの研修会では、まずは必要な項目を設定して、どうしてもデータが取れない項目はデータなしという対応もあり得るとされていた。

(委員)

個別目標として設定する項目についてはデータが蓄積できそうということか。

(事務局)

その通り。

(委員)

個別目標に関しては、おそらく領域ごとに地域性や県全体としての課題があると思うが、小児領域でも学会が協力してロジックモデル案を作ってきている。すでに事務局には提出させていただいているが、一つの参考にしていただきたい。

(部会長)

これだけは是非追加しておいてほしいという項目はあるか。

(委員)

初期アウトカムと個別施策の中には、基本的には既に入っている。小児循環器と成人先天性心疾患に関する内容は学会で作成しているので、ご考慮いただきたい。

(委員)

10 ページに記載されている、心疾患対策のロジックモデルにおける初期アウトカムの中で、救急分野では活動プロトコールに即した適切な処置という項目の記載があるが、この数字はどのように出すのか。

(事務局)

ここは、正直舌を嚙むところ。アウトカムとして書いているので、指標自体ではない。第1期計画には巻末に心疾患対策のロジックモデルを示しており、参考指標として救急隊の救急救命士運用率を置いている。この指標が、本当にアウトカムの結果を表しているのかということと必ずしもそうではない。

ただ、これは第1期計画を策定するタイミングで入れた指標であるものの、当時他県でも参考にされていた民間団体の RH-PLANET の資料をもとに入れただけ。正直、この指標が評価を表していると言われると難しい。まさに、そこが指標設定の難しさ。定性的なことはいくらでも書けるが、定量的な部分をデータとしてどのように追っていくのかが難しい。循環器病の最終目標は比較的分かりやすいので追うことができると思うが、他の5事業についてはなかなか難しい部分もある。

(委員)

我々としては、三重県として数字を出してほしいと言うなら、委員会で提案して、どのような数字なら出せるのかということを検討させることもできる。

(事務局)

本日の会議は、循環器病対策推進協議会の中でも心疾患のみを取り扱うものと整理しているため、意見を遠慮されている方もいらっしゃるかもしれないが、やはり救急や小児医療の話題が上がっており、実は社会連携・リハビリ部会でも同じだった。現在、医療計画策定に向けて様々な部会を開催しており、それぞれの部会で情報共有を行い、うまく連携を取らなければいけないと思っている。

しかし、本当に細かい数字を今から取りに行くというのは、まず労力的に厳しいということと、現状値を書けないのでなかなか難しい部分もあると正直思っている。

(委員)

しっかりと事後検証が行われている地域であれば、プロトコールが適正に実施されたかというデータもある。

(委員)

循環器学会の中でも色々と議論してきたが、初期アウトカムと個別施策の関係が非常に難しい。初期アウトカムに関しては、客観的に示すことができるものでないと使えないと言われている。個別施策に関しては、具体的な数字というよりは少し定性的な書き方をするという形で学会の中で議論している。

(事務局)

大所高所から見て医療計画に循環器計画やがん計画と結びつけたときに、県民に分かってもらわないと意味がない中で、分かりにくい中身で作りきるのも悩ましいところだと個人的には思っている。意見を伺いながらうまく整理したい。

(委員)

心リハが重要なことは重々ご承知の通りだが、目標値として心リハ指導士数がなかなか達成できていない。心リハ指導士を取る敷居が高く、要件には症例の積み重ねや年数も関わってくる。今の時代、リハビリが中心ということは間違いないが、多職種連携を進めていくことは必須になってくると思う。

その中で、心リハ指導士だけでなく、例えば今三重県内でも増えている心不全療養指導士の資格を持った人が心リハの先生方と一緒に心リハを進めていくといった、多職種連携に取り組むことも必須になってくると思う。そのような指標も取り入れてはどうかと思ったので、提案させていただいた。