

令和5年度 第1回大阪府循環器病対策推進懇話会 議事概要

○日 時：令和5年8月9日（水曜日）13:30～15:30

○開催方法：Web 会議システムによるオンライン開催

○出席者（委員 50 音順・敬称略）

委員氏名	所属・職名等
安藤 美帆	心臓病経験者
加納 康至	一般社団法人 大阪府医師会 副会長
坂田 泰史	大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学 教授
篠原 圭司	大阪府下消防長会 警防救急委員会 (岸和田市 消防本部 警備課長)
嶋津 岳士	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 総長
豊田 一則	国立循環器病研究センター 副院長
西畑 欣二郎	脳卒中経験者
馬場 武彦	一般社団法人大阪府私立病院協会 副会長 一般社団法人大阪府病院協会 理事
弘川 摩子	公益社団法人大阪府看護協会 会長
藤井 由記代	社会医療法人大道会 森之宮病院 診療部 医療社会事業課 副部長

○議題

(1) 次期大阪府循環器病対策推進計画策定について

(2) その他

・脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業について

○議事要旨

【豊田座長】

それでは、早速議題に入らせていただきます。

次第２（１）「次期大阪府循環器病対策推進計画策定について」事務局より説明をお願いします。

【事務局】

※資料１に基づき説明。

【豊田座長】

ご説明ありがとうございました。ただいまの事務局による資料１の２ページまでの説明について、質問やご意見がある方はご発言をお願いいたします。

【坂田委員】

まず地域医療従事者の知見の共有ということになるかと思うが、実際の知識を共有することに加えて、急性期、維持期・生活期まで様々な医療体制や医療機関がある。また、医療従事者もいらっしゃる。特に大阪では、そのような方々がある程度の人数おり、専門性を高くやっておられる部分があるかと思う。大阪として非常にいいことだが、その人たちの知見だけではなく認識や、どのようなことをやっているかを共有することから始めなければならないのではないかと感じた。具体的には、急性期について、私は心臓分野のため心臓病で説明すると、心不全や心筋梗塞など急性期の体制、特に心不全の急性期を見る病院から、例えばかかりつけの先生方のところでその間の救急体制、そういうところが連携して集まってやる取り組みなども実際に行っている。各地域でそのような取り組みが行われていると思うので、大阪府でもピックアップし、サポートいただくようなことがあればいいのではないかと思った。これを指標化しないといけないと思うが、いくつか取り組みをピックアップして、そこに参加者が何人である等の情報共有から始めることが必要かと思った。

二つ目のリハビリの部分については、在宅を追加すると、いわゆる遠隔医療のような遠隔リハビリテーションということになるかと思う。技術的には様々取り組まれているが、まだ保険収載などまでは至っていないため、今回は体制の整備が必要であるということにとどまっておき、保険の体制などを見ながら次の中間報告ぐらいで具体化していくということになるかと思った。以上が各論に対する意見である。総論的なことについてはあと２点だけ述べる。

一つは、他の計画との整合性ということが重要であるというふうに言っていた。全くその通りだと思うが、特に第８次医療計画はすごく重要だと思うが、その医療計画でどういことが行われて、そしてその医療計画に携わっておられる方々が、この循環器病対策推進基本計画をどのぐらいご理解いただいて、どのように取り込んでいただけているのかが

見えないのが率直なところ。なので、どのように連携しているのかということをもう少し明確化していただいた方がいいのではないかと思った。必要に応じてそこにもご意見や、連携していくということがないと、整合性というのとは取れないのではないかと思った。

もう一つは、今回指標について明確な指標を何個も取り上げるというのは困難であるという事情はコロナ禍でもあったので理解できる。ただ、もう今後はそのあたりを一つずつ解決していかないといけないと思うので、まずは大阪府にとってどのようなことが必要なのか、国が言っていることと大阪府が必要なことについてというのは完全に一致しないと思うので、その辺り大阪府にとって何が重要かということを検討して次の計画にはそこからピックアップしていくということを明確にしなければならないと感じた。

【馬場委員】

医療提供体制の地域の医療従事者間での知見の共有のための取組みの推進に関して意見を述べさせていただく。確かにここに書いてあるように、ステージによってそれぞれの従事者が病気についての知識が不足しているということは事実だと思う。また、心臓と脳卒中で、おそらく少し状況が違うのではないかを思っている。心臓の方は私自身そこまで詳しくないが、比較的チームの中で医師の比重が高く、同じチームが急性期から維持期まで見るということも全く不可能ではないと思っているのだが、脳卒中においては、やはりチームの中でセラピスト、ナースの比重が非常に高い。そして、急性期から回復期維持期まで全てを見ていくということはまず不可能であるので、当法人の場合は急性期から回復期慢性期維持期までそれぞれ様々な施設があるため、少なくとも急性期と回復期においてセラピストは全員ローテーションすることをしており、ナースについても、可能な限り異動していただいている。みんなの意見としてはやはり全く違う景色が見えてくるということなので、本当に急性期の人たちが回復期以降を見る、あるいは回復期以降の人たちが急性期を見るということは本当に大事な取り組みだと思っている。ただ、ローテーションするということは、おそらく現実的には大阪府としては多分無理なので、やはり見学や体験等を含めた短期集中的な研修コースを大阪府あるいは国循・阪大を中心とした病院グループが計画していくということが有用ではないかと思う。

【藤井委員】

まずこの表一番上の右側の、切れ目のない医療・介護連携体制の構築という点について。先ほど国の協議会や大阪府においても、新たな計画との連携というところで、地域福祉支援計画や障がい者計画等を挙げていただいた。脳卒中の方がメインになるかもしれないが、病気を患った後、何らかの障がいを負って障がい福祉サービスを利用される方は非常にたくさんいるため、切れ目のない医療・介護福祉連携体制の構築ということで福祉という言葉を入れていただけないかと感じた。ちなみに、この福祉というところについては、今年11月に大阪府の障がい者自立センターが全国障害者リハビリテーション研究集会の大会長を務

めるということで、そのテーマもライフステージに応じた切れ目のない支援についてというテーマで全国障害者リハビリテーションの大会を開催される。大阪府も頑張っているところなので、福祉という文言を入れていただきたいと感じた。あともう一点、表の下段のリハビリについてだが、在宅で過ごす患者にも適切なリハビリの提供ということで、十分に受けることができている方もいるので受けることができる体制になったらいいなと思うが、ただ受ける前に、どこにどういう資源があるのかということが知られていない。資源があっても使えないとか、病院へと意識が向いてしまいがちである。医療・介護・障がい福祉や職業リハにおいて、それぞれのステージで皆さん頑張っているリハビリテーションがあるので、どこの領域でどういうリハビリが行われているか、どの地域のどの事業所にどういう職種がいるのかということが整理され、きちんと市民府民の皆さんがそれを共有できる仕組みができるといいなと感じている。ご検討いただけたらありがたい。

【豊田座長】

他の委員の皆様はいかがか。これまでの坂田委員、馬場委員、藤井委員からご意見いただいた。地域の取組みに関しては、地域の取り組んでいる内容の指標化、同一施設で異なったステージのケアが体験できればいいのだが、そうでないときは、大きな施設での短期研修コースの設定などのご意見もいただいた。リハビリに関しては、遠隔リハの重要性があったが、まだ保険収載されてない点もあるため、リハビリに関して、少なくとも言葉として言及すること。在宅リハも重要だが、これは在宅リハを行う上で、どこに何があるのかその資源がよく知られていないところもあるので、それもはっきりさせてもらいたいということであった。また、サービスの提供体制について、文言として切れ目のない医療・介護福祉連携体制の構築というように、文言追加していただきたいということも挙げられた。この段階で大阪府から意見はあるか。

【事務局】

ありがとうございます。先ほど、坂田委員、馬場委員、藤井委員からいただいた意見を事務局で検討し、次期計画の素案に組み込めるようにしたい。なお、委員のみなさまには国の計画を参考に今一度ご確認いただきたい。その上で、ご意見があれば、8月18日までに事務局へご連絡いただきたい。その後、大阪府として検討したい。

【豊田座長】

地域の医療従事者間での取組みに関して、ここで言うべきかどうかは定かではないが、脳卒中に関しては急性期のプライマリーストロークセンターコアを中心に患者相談窓口を設けている。こういった窓口制度で、急性期のケアだけでなくそれが回復期慢性期の患者ケアに繋がる糸口のきっかけとなる患者相談窓口制度を、プライマリーストロークセンサーコアで用意していることなども挙げていいかと思った。

他、特にご意見はないか。では先ほど事務局から説明があったように、また意見があれば随時上げていただくということで、3 ページ目以降の説明をお願いする。

【事務局】

※資料 1 に基づき説明。

【豊田座長】

ご説明ありがとうございました。ただいまの事務局による説明について、質問やご意見がある方はご発言をお願いいたします。

【藤井委員】

回復期・維持期・生活期について、両立支援コーディネーターの数というのを指標に挙げていただき、どれほどの数が適正なのかその適正な数のイメージが分かりかねるためそこはコメントができないが、脳卒中を発症された方の中には、元の職場に戻れる方については両立支援コーディネーターが支援をするということが可能だと思うが、ある一定の方々は後遺症によって職を離れないといけない。その後、先ほどの職業リハや障がい者リハを経て、新たな仕事に福祉就労も踏まえて復職していく方たちがいらっしゃる中で、そういった障がい者サービスを使えるように、身体障がい者手帳の診断ができる指定員の数や高次脳の診断書を書いてくださる医師の数が指標のストラクチャーのところに該当する指標ではないかなと感じた。またストラクチャーを経てプロセスの指標として、実際この1年間に新しく脳卒中を発症し高次脳機能障害の診断書が何通出たかとかいうふうなことも、件数ということで、指標になるのではないかと感じた。肢体不自由等についてもCVA（脳血管障害）による肢体不自由で、心臓の方も心機能の障がいというふうなことがあると思うので、障がいの診断数もストラクチャーの指標になるのではないかと感じた。先ほどのリハビリテーションとも連動して考えると、その年に、実際その障がい者リハを何人の人が受けたかということ。他のリハの件数等は上がっているが、障がいの方については指標になっていないので、そういったことも新たな指標として考えられるのではないかと感じた。

【豊田座長】

私、昨日大阪府の方とは少しお話したのだが、脳卒中急性期に関しては、日本脳卒中学会が認定するプライマリーストロークセンター、大阪府に71あるのだが、その71の施設が毎年責務として資料を提供しており、これが毎年毎年数値として確実に取れるようになっている。どういう項目かというのと、18項目ある中で、脳卒中のそれぞれの病型、脳梗塞脳出血くも膜下出血などの大阪府における患者総数、脳梗塞に関しては血栓溶解療法を受けた患者の数やカテーテルでの脳血栓回収療法を受けた患者の数で、これらの治療によって90日後の転帰良好であった患者の割合、神経内科の専門医師数や脳外科の専門医師数、脳

卒中専門医師数、血管内治療する専門医の医師数や脳卒中リハビリ認定ナースの数、理学療法士や作業療法士の数、いずれもこのプライマリーストロークセンター71 施設に限定してだが、数値がきちんと取れるようになっており、他都道府県も同じように数値を上げることができるため、比較可能であって定義が明確であり、評価方法も明確ということに当てはまる。このプライマリーストロークセンターというのが、日本脳卒中学会1学会が認定した施設のため、それをこういった大阪府の文書、あるいは国の文書にどこまで反映していいかということは考えなければならないところだとは思いますが、繰り返しになるが毎年数値は取れる。明確な指標の数値のため、これらを使って、例えば何をし、具体的な指標にするかというのは難しいところもあるが、脳梗塞患者数のうち血栓回収療法を受けた人の割合や、その血栓回収療法によって転帰良好になった人の割合等も取り上げていいのかとは思う。

【馬場委員】

今、豊田先生からご提案にありましたプライマリーストロークセンターの活用というのはある程度いいことではないかと思う。

大阪で非常に施設が多いということもあるので、少なくともプライマリーストロークセンターの数やコア施設の数等は指標に上げてもいいのではないかと思う。また、そのプロセスとして、t-PA（血栓溶解剤）や血栓回収術した件数、クリッピング術数等も当然プロセスに上げられるのだろうと思うが、やはり一番難しいのはアウトカムだと思う。これをどのようにうまく指標としていけるのかが、多分急には決まらないことだと思うが、何らかの形でフィルムの改善率であるとか、あるいは在宅復帰率あるとかそういったことも含めて、アウトカムに関する指標を、できればその治療法ごとというか、血栓回収した人、あるいはt-PA した人等、そういう治療法ごとというのを、もし可能であればとても有用ではないかと思う。

【加納委員】

脳卒中等循環器や心臓疾患の急性期における指標は、割と出しやすいのかなという印象。それに対して、回復期や維持期生活期の指標というのがこのような指導を行った、このような指導したらそれでいいのかという話になるので、指導した方に対して、その後のアンケートみたいな、何かその受けた方の評価がわかるような指標というのも付け加えてはいいかと思った。そうするとかなり数が減るだろうしなかなか難しいとは思いますが、ただ受講してそれが増えたらいいのかという気が少ししたため、何かそれをさらに評価するようなものがあればいいのではないかと思った。

【嶋津委員】

1 番目の救急搬送についてよろしいか。脳卒中と心血管疾患の搬送時間のことが書いてあったが、これは例えば、感染症が加わってその救急搬送の需要が増えると必ず競合するので、

何らかの感染症が広まった場合には、良くなることはまずないと考えられる。その上で、受入れ体制を整備しようということであれば、例えば感染対策をしっかりとした上で、脳卒中あるいは心筋梗塞等の治療ができる設備を備えた施設の整備割合といったことをある程度合わせて指標にさせていただく必要があるのではないかと思う。

それともう一つは、そういった場合、脳卒中・心筋梗塞は緊急度が高いが、感染症そのものでは比較的緊急の低いことが多いと思うので、そういった意味では他に必要に応じ実施基準の見直しと書いてあったが、搬送の受入れ実施基準についても、感染症の種類によってある程度フレキシブルに変えるといったことをしておかないと、脳卒中・心筋梗塞等の搬送時間の遅延ということが避けられないのではないかと思う。

【事務局】

ご意見感謝申し上げます。申し訳ないが、本計画は、行政計画になるため、指標は、国の考え方に準ずるということ、指標を設定するだけではなく、先ほど馬場委員もおっしゃっていたが、指標に基づく施策を紐付けて考えていかなければならない。今いただいたご意見を大阪府庁関係部局のワーキングチームで、行政としてどのような施策を展開できるのか、また施策を通じて実現可能な指標を検討したい。その際には、今ご意見いただきました委員にも個別でご相談させていただくこともあるかと思うのでよろしく願います。

【豊田座長】

他の委員からもご発言ございませんでしょうか。事務局の方で素案を作成していただくわけだが、追加のご意見等ありましたら、8月18日までに事務局宛にメールでご意見をいただければと思う。

では、次第2(1)「次期大阪府循環器病対策推進計画策定について」事務局からまず説明をお願いします。

【事務局】

※資料2に基づき説明。

【石上氏】

※資料2に基づき説明。

【豊田座長】

石上氏より、資料2について説明がありましたが、本件に関してご質問、ご意見などないか。

【坂田委員】

先ほどもお話があった通り、都市部で本当の意味で選ばれたのは大阪府が初めてではないかというふうに思うので、国立循環器病研究センターの先生方にかなりご尽力をいただかないといけないと思うので、よろしく願います。中でも、やはり脳卒中の方は、この総合支援というところのフォーカスを、以前から絞って相談窓口などを進めており、かつ、脳卒中学会の方で進められているプライマリーストロークセンターを中心に進めていくという事業の展開というのがある程度できるのではないかと思うが、心臓病の方は、心筋梗塞や不整脈、そしてその進行した状態である心不全であるとか、血管病態ともそれぞれ少し領域が広がっているので、動向をどのように支援するか絞ることは非常にどこの県でも難しいのではないかと思う。先ほどの説明で阪大に脳卒中の共催をいただいているということだが、心臓病の方がどのような感じで進んでいるかということについても、今進めておられることについて簡単にご説明いただければと思うがいかがか。

【石上氏】

心臓病の方ではご指摘の通り、脳卒中が学会等である程度形ができているのと違い、また病院単位で例えば相談支援の窓口を置くべきなのか等そのような部分もわかっていない状況ということ、当方の心臓病の担当者も認識している。そのような中、例えば公的な機関等にご協力をいただくようなことによって、そのような体制が組めるものかどうか等について担当の方で検討しているところである。また患者さんへの啓発、もしくはサポートといった観点において、何か心臓病の方でもできることがないかということでイベントのようなものも検討しているところ。坂田委員にはご説明とお願いが少し遅れているが、現在当方の病院長の方からお願いをさせていただくようなことで検討しているところであるため、またお伝えできるかと思っている。どうぞよろしく願います。

【事務局】

承知した。感謝申し上げます。先ほど大阪大学とさせていただいたが、もうこの件は国立循環器病研究センターが中心で、大阪府全体でサポートしていくということになっているという認識をしている。様々な連携ができるような体制というのは、大阪大学だけではなく、みんなで作っていければと思うので、いろいろお申し付けいただければと思う。

【豊田座長】

そうですね。大阪府内に5大学あるが、それと国循とで連携した体制の強化をできるように進めていきたいと思う。他、ご意見やご質問あるか。

ではこの支援センターもこの循環器の計画とリンクして進めていきたいと思っているので、皆様どうぞよろしく願います。

ここまで二つの議案で、ご意見ご質問などをいただいたが、全体を通してご意見やご質問はあるか。

今日ご出席されている委員の皆様の中でまだご質問などなかった方に一言ずつお声をいただこうと思う。

【安藤委員】

私は心臓病だが、リハビリのところについて。やはり在宅となると、どういう形でのリハビリが実施できるのかと考えていたのだが、やはり遠隔となると整備も大変であるし時間もかかると思う。外来等で先生にアドバイスしていただくなど身近なところから始めていくのもいいのではないかと思った。支援いただける方と何かお話できる機会があり、何かアドバイスしていただけるだけでも、なかなかそのような知識は実際病気がないと気づくことがないので、窓口になっていただけたところが今後できていくとたくさんの方が助かるのではないのかと感じた。

【豊田委員】

先ほど、藤井委員もお話されていたが、在宅リハ等する上で、有効な資源はあるが、それがどこに何があるかということが十分に周知されていない。そういったことがちゃんと皆にわかるような形になっていけばいいと思った。

【西畑委員】

様々な指標をご説明いただいたが、最近ちょっと調べることがあり、再発のリスクっていうのを調べていると、非常にショッキングなデータがたくさん出てきた。例えば私の場合であると、60代前で脳内出血で倒れて、10年後の生存率というデータがいろいろあるが、それを見ると、53%ぐらいであった。さらに1年以内の再発率となると、生存者が少ないことがわかった。70代になり再発すると、生存率が7%とか、非常に低い数字が出ている。今日のお話の中でも、そういったところっていうのは、公にすると特に患者にとってショックなことが多いので、公表しないのかなと思うが、やはり再発のリスクというのも、こういうパーセンテージがあるのだということで、啓発するのも必要ではないかと思った。ただ、これをまともに捉えると、もうあと寿命がこれぐらいしかないのだというマイナスのイメージが強いので、その辺は表現の仕方って難しいが、やはり啓発するという意味で、予防のために啓発するのはもちろんだが、再発しないための啓発というのも、やはり我々が声を大にして日々の生活をこうしていきましょうと言うことも大事かと思った。

【豊田座長】

確かに今まで議論してきた中で再発に関する指標はあまり取上げられていなかった。非常に大事ですし、その再発率などは、目標値として下げるということではっきりするわけだが、施設ではそういう取り組みしているが、大阪府内で広くインディケーター（指標）として捉えられるようにすればいいと思う。脳卒中の領域においては、それをまた検討課題にさ

せていただこうと思う。

【篠原委員】

本日はいろいろなご意見を聞かせていただき感謝する。引き続き、消防機関としては、循環器病患者様が迅速に専門的な治療が受けられるよう、実施基準を遵守し、適切な救急搬送業務に努めていきたいと考えている。

【弘川委員】

急性期から回復期維持期の医療従事者の知識不足という部分について、看護協会の方では在宅と病院との相互研修を実施している。相互研修とは、参加して非常にいろんなことがわかるというところでは、効果が上がっているところもありますので、そのようなことを考えたらいいのではないかと感じた。両立支援コーディネーターの基礎研修の受講者数ということでの指標になっているが、これは数がどこまでというよりかは、育てた方の取り組みが何か指標になればいいのではないかなと考えて、どんな指標になるかっていうところまでわからなかったので意見できなかったが、そのようなことを考えていた。

【豊田座長】

皆様からご発言をいただいたが、最後に全体を通してのご意見などございましたら、よろしく願います。

では以上で本日予定していた議題は全て終了した。進行を事務局にお返ししたいと思う。

【事務局】

豊田座長、円滑な議事進行、誠にありがとうございました。

本日、全ての議題を終了いたしましたので、これをもちまして、『令和5年度第1回大阪府循環器病対策推進懇話会』を閉会させていただきたいと思います。委員の皆様には長時間にわたり、お忙しいところご参加いただきまして、誠にありがとうございました。