

## 令和5年度 第3回大阪府循環器病対策推進懇話会 議事録

○日 時：令和5年12月22日（金曜日）10:00～11:30

○開催場所：大阪府公館 大サロン

○出席者（委員 50音順・敬称略）

委員氏名	所属・職名等
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
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
西川 智子	心臓病経験者
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) 第2期大阪府循環器病対策推進計画策定について
- (2) その他

○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。

**【事務局】**

※資料1に基づき（0）多職種の連携と知見の共有について説明。

**【豊田座長】**

（0）多職種の連携と知見の共有について説明がありましたが、P12.P67でご意見はありますか。

なければ、引き続き説明をお願いします。

**【事務局】**

※資料1に基づき（4）リハビリテーション等の取り組みについて説明。

**【豊田座長】**

（4）リハビリテーション等の取り組みについて事務局より説明がありましたが、ご意見はありますか。

1点確認したいのですが、P52の心血管疾患のリハビリテーションを行う病院数に関して91施設（同77施設）とありますが、段落が変わっていることもあり同ではなく平成29年度としたほうがわかりやすいと思います。他にはありますか。

**【坂田委員】**

脳もそうかもしれないが心臓に関してはリハビリテーションといっても外来リハビリテーションと入院リハビリテーションがあり、それぞれ意味合いが大きく異なると思います。区別しないのでしょうか。

**【事務局】**

この数字の算出方法に関しては豊田座長からも事前に質問をいただきました。大阪府医療機関情報システムに病院が入力を行いその結果から算出しておりますが、システム上、リハビリテーションの内訳については入力項目がありません。

**【坂田委員】**

リハビリテーションを大阪府民に、より適切に提供するためには、外来リハビリテーションと入院リハビリテーションを分けて考える必要があると思います。リハビリテーションの施策として入院リハビリテーションに関しては病院内にて完結することが多いが、外来リ

ハビリテーションに関してはリハビリテーションの場に行くための交通手段をどうするか等の行政面でいくつかの問題があり、区分けをすることにより取り組みが有効であったかを判断することができると思います。

分けるためには項目のボタンを1つ増やす程度の作業であるため、病院に対する負担はさほど増えないと思います。

**【事務局】**

一度確認します。今回でデータを拾えるのであれば拾いますが、できない場合は次回以降の課題になり、システムに入力項目を反映させるか、もしくはそれ以外の方法で把握することができるかを含め検討します。

**【豊田座長】**

追加の質問ですが、P52の回復期リハビリテーション病床を有する病院とその病床数とあるが、入院リハビリテーションをカウントしているという認識でよいでしょうか。

**【事務局】**

その認識で大丈夫です。

**【藤井委員】**

循環器病を発症した後のリハビリテーションとは入院リハビリテーション、外来リハビリテーション、医療を離れた後の介護保険や障害福祉を使うリハビリテーションと多岐にわたります。連携の推進や介護領域・障がい福祉領域のリハビリの質の向上をひっくるめた計画となるように文言に関して意見、相談等させていただきました。この時期に計画に関して細かく詰めていくことは難しいと伺い、次期計画に向け、目標である社会参加の推進に向け意見交換等を行いたいと思っています。

**【弘川委員】**

暮らしの中でのリハビリテーションというところでもう少し表したほうが良いと思います。例えば在宅での訪問リハビリテーションを行っている事業所数や何かそういった指標や文言を追加することで連携につながると思います。今回で間に合わないとしても検討してほしいです。

**【坂田委員】**

弘川委員がおっしゃられたことは大変重要だと思います。その上で、在宅での訪問リハビリテーションは心臓リハビリテーションとフレイルに対するリハビリテーションとの区別をすることが難しいと思います。例えば本計画により、大阪府全体として寝たきりの人を少し

でも起きれるようにするためのリハビリテーションが進んだが、心臓病や脳卒中に特化したリハビリテーションが指標として出にくくなった場合、対策としてぼやけてしまうことなる可能性もある。ただ在宅での訪問リハビリテーションの話を全くしなくてよいという話ではなく、そのあたりの区分けに関しては他都道府県も悩むと思われるところで、大変難しいところだと思います。指標として認識はしたうえで、実行的な指標として機能するかどうかは同時に検討する必要があると感じます。

**【豊田座長】**

そもそも在宅での訪問リハビリテーションとは入院時のリハビリテーションのように心血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患リハビリテーションと分類されているものなのでしょうか。

**【藤井委員】**

訪問リハビリテーションの算定は疾患別リハビリテーションではないです。病院で行われるリハビリテーションと異なり訪問では疾患別で算定できないが、実際現場では、介護保険や医療保険を適用する訪問リハビリテーションには、セラピストの専門性を考慮したうえで引き継ぐようにしています。坂田委員がおっしゃられたようにリハビリテーションの方々がどのような経験を積んでこられたかを知って引き継いでいくというのが大事で、今後見える化されるとより良いと思います。

**【豊田座長】**

疾患別で分けることはできないが、大阪府内での在宅での訪問リハビリステーションの事業所数を掲載しアピールしていくことが大事であるということによろしいですか。年度末の完成までに数字を入れることは可能でしょうか。

**【坂田委員】**

各都道府県の指標を比べて論文を作成しているが、ほとんどすべての都道府県で循環器病の施策の項目に在宅でリハビリテーションを行っている事業所数を書いています。何らかの指標を出すことはできると思うが、在宅での心臓病のリハビリテーションのように分けていくことは難しいと思います。心臓病や脳卒中などに特化したリハビリテーションは病院が中心でどちらも並行するような形で注力する必要があると感じます。

**【豊田座長】**

先ほど申し上げたのは、本計画は府内8つの医療圏ごとに分けて数字を出すことが多く、在宅でのリハビリテーションに関しても同様に出すことはできるのかという趣旨です。難しいのであれば大阪府全体での数字でよいと思います。

**【藤井委員】**

資料2の P46 に訪問看護ステーションの事業所数と看護職員数が載っているが、追加で訪問看護ステーションに従事するセラピスト数が入れば訪問領域で活動しているリハビリテーションのスタッフ数になると思います。ステーションに配置しているスタッフ数は届出に必要なになっているのでデータがあるかもしれない。心臓病領域での認定セラピストがあるかどうか存じてないが、脳卒中領域は認定セラピストがいる。届出には使われておらず把握が難しいかもしれないが、今後そういった専門に特化した認定セラピスト数を追っていくという方向もあるのではないかと思います。

**【豊田座長】**

ちなみに本計画には理学療法士や作業療法士の数はどこかにありますか。

**【事務局】**

リハビリテーションの取り組みの項目に記載があります。

**【豊田座長】**

心疾患分野では専門の認定セラピストのような仕組みあるのですか。

**【坂田委員】**

心疾患のリハビリテーションの学会が認定しているものはあるが、理学療法士のような国が認定しているようなものはないです。

**【豊田座長】**

他に質問がなければ、事務局はご意見に沿って進めてください。

**【事務局】**

今いただいたご意見は、訪問看護ステーションのところにセラピスト数が載せられるのであれば載せるということでしょうか。ただ坂田委員がおっしゃられるようにリハビリテーションとなれば脳や心血管疾患だけでなく他の分野でのリハビリも含まれるのでどう扱うかは今後の課題ということでしょうか。

**【豊田座長】**

訪問リハビリテーションになると疾患別で分けることは難しい。それであれば資料2 P46 の表に訪問看護ステーションのセラピスト数を書くことが合理的ではないかということではないでしょうか。藤井委員どうでしょうか。

**【藤井委員】**

大丈夫です。

**【事務局】**

藤井委員のおっしゃられたところが他計画に載っていればすぐに載せることができると思うが、そうでない場合関係所管課に確認することになります。

確認して記載できれば記載するが難しい場合は来年度以降の懇話会等で参考値としてあげさせていただく形で大丈夫でしょうか。

**【豊田座長】**

良いと思います。

**【事務局】**

※資料1に基づき（5）新興感染症・まん延時における体制について説明。

**【豊田座長】**

新興感染症にかかる部分の修正内容について説明がありました。意見等ありますでしょうか。

**【坂田委員】**

感染症はこれで良いと思うが、災害に関して盛り込んだ項目はどこに記載されておりますでしょうか。

**【事務局】**

医療計画のほうで災害を明記しておらず、同様の扱いとし明記しておりません。

**【坂田委員】**

難病に関しての委員も務めているが、難病の場合は災害に力を入れなければいけないのです。実際、地震や台風の時に人工呼吸器をつけている小児患者が指定病院のコンセントを使ったという事例もあります。災害時には基幹病院は災害時の対応をしなければならないです。循環器病で言えばそこまで患者数は多くないが、補助人工心臓を装着している方は電源の供給が命に直結する話になってきます。難病のほうと連携して府全体として対策を行うのが今後の課題になると思います。

**【事務局】**

本計画には書いていないが、地域保健課が難病の所管課になり災害時の電源問題は大きな

課題となっています。災害時にどのように必要な方に対して支援していくのかをシミュレーションしたうえで準備を進め、連携していきます。

**【坂田委員】**

補助人工心臓の施策を難病のくりにするというのも一つの考えです。一度整理はしておくほうが良いかと思えます。

**【事務局】**

連携したいがどのように連携できるかは模索中です。

来年の1月17日に1.17訓練というものを行い、災害時に難病も含めどういった対策を必要とするかをシミュレーションし連携していきます。

また、医療計画では災害医療の節において坂田委員もおっしゃられた電源の貸し出しによる電気供給についても触れております。今後の具体的な取り組み強化として訪問看護ステーション協会と協力し人工呼吸器の装着患者等連携を要する患者に対する災害時の支援として簡易発電機電源の貸し出しを行い拡充していきます。本計画では災害医療に関して触れておりませんが、医療計画のほうで大阪府としては対策していくものと考えております。

**【坂田委員】**

本計画の中に一言でよいので、循環器病に関する災害時の対策についても医療計画に書いている等の文言を盛り込むことでそれぞれの計画間で連携ができるのではないのでしょうか。

**【豊田座長】**

2018年の大阪北部地震の際には国立循環器病センターが大きな被害を受け、移植待機の患者や人工呼吸器を装着した小児患者は一度他の病院に診てもらおうという事態になった。他には透析患者も災害時に対応が必要になるのだが、透析患者は循環器病には包括されていないのでしょうか。

**【坂田委員】**

透析患者は包括されていない。

**【豊田座長】**

ありがとうございます。坂田委員もおっしゃられたように長く書く必要はないが、新しく作られた新興感染症の項目を新興感染症と災害のようなタイトルにし、簡単なメッセージと詳しくは医療計画に案内するような記載があれば親切だと思います。

**【事務局】**

医療計画の災害医療の節から引用などについて検討します。

**【豊田座長】**

災害医療に関しては医療計画に明記されているため、新興感染症の項目より記載は少なく  
てよいと思います。

**【事務局】**

医療計画の災害医療の項目では脳卒中や心臓病等、循環器病に特化した記載がないため、記  
載方法については検討させていただくことになります。

**【豊田座長】**

他にご意見はありますか。

**【嶋津委員】**

以前までは新興・再興感染症と言っていたが、新型コロナウイルスも次にまた流行すると再  
興ということなると思います。国の計画や医療計画に新興感染症と書いてあれば合わせる  
ので良いと思うが、新興感染症の文言は何かに合わせているのでしょうか。

**【事務局】**

医療計画が「新興感染症」と表記しているので、医療計画に合わせています。

**【豊田座長】**

嶋津委員がおっしゃられた事は非常にごもつともで、新型コロナウイルスが大きく再燃し  
た場合には再興となってしまいます。タイトルをどうしても合わせたいというのであれば  
本文の書き出しの部分だけでも新興・再興感染症とするのも一つだとは思いますが。

**【事務局】**

医療計画とは別に感染症予防計画という計画も府で現在作成しておりますので、こういっ  
た計画とも文言を揃えます。

**【馬場委員】**

文章を直してほしいということではないが、引っ掛かりがあるため一意見として発言しま  
す。P56の2つ目の○「二次救急医療機関・・・」から始まる項目の書きぶりが気になり  
ます。私の病院がある堺市の2次医療圏で言いますと、脳卒中や心臓病の救急を受け入れら  
れる病院は公立公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院でほぼ占められています。  
循環器病において、これらの医療機関とそれ以外の実力差は大きく、そうでない病院が受入



れ機能を向上しても患者にとってプラスに働くのか疑問に思います。

大阪が日本で一番、民間の地域医療支援病院が多いエリアで、ほとんどの有力な民間病院は地域医療支援病院になっているというところではあります。しかし今の文言で書かざるを得ない気もしますので、危惧するという意味で申し上げました。

**【事務局】**

(B) 現状・課題の項目では一般的な話を書き、(C) 取り組むべき施策のところでは役割分担をしながら進めていく形をとりたいと考えています。また、ご意見いただいた部分につきましては医療計画関係課とも共有します。

**【豊田座長】**

他に意見はありますか。

**【弘川委員】**

本計画の中に災害という言葉がないというのは違和感があります。国の基本計画の中にも感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策と書かれているにもかかわらず、本計画に災害がないというのはやはり違和感がある。坂田委員のおっしゃるように医療計画に記載があるというのを誘導するような書き方で文言を追加するべきだと思います。

**【豊田座長】**

事務局に伺いたいのですが今のところ文言を追加する方向でよいでしょうか。

**【事務局】**

追加します。

**【豊田座長】**

他に意見なければ次の項目の説明を事務局お願いします。

**【事務局】**

資料1に基づき、2. 指標の追加について説明。

脳神経内科医・脳神経外科医、循環器内科医・心臓血管外科医の医師確保に関しまして、行政以外での今後の取り組みも記載できたらと考えており、大学病院等で行われている医師数確保のための取り組み等あれば教えていただきたいです。

**【坂田委員】**

循環器という分野において医師数を増やすという目標を計画で立てられることは良いと思

います。そのうえで難しいのは承知だが、指標として出すには例えば循環器内科医が大阪府内で何人必要、現在何割充足しているかを出すのが本来の考え方だと思います。

もう一つは脳も心臓も共通だと思いますが、例えば一括りに循環器内科医といっても様々なタイプがあり、診療所で働かされている循環器内科医は本計画で言えば予防や生活習慣の管理に尽力していただいております、基幹病院で働かされている循環器内科医は救急対応に尽力することが多いと思います。今は過程ではあるが、本来のゴールとしてはどういった循環器内科医が少なく、何名増やすかという事が最終的な指標としてのゴールになると考えます。そのうえで具体的な取り組みについてですが、循環器を志望する研修医を増やし、従事する医師数を増やすという入口での対策と、コアな循環器を専門とする医師を辞めさせないという出口での対策があります。入口の対策として、医学部附属病院ではなく大学側でできる取り組みは学生を増やすことしかないと思います。学生に対しては他の科の先生も同様に医師数を確保したいと考えており、それぞれの専門分野での魅力を大学の先生方が伝えていると思います。大阪府という事で言えば他の都道府県の大学の卒業生が初期研修医の段階から多数入ってきています。大阪にある5大学の卒業生がそのまま大阪に残るケースは他の都道府県に比べると多いと思いますが、5大学だけが取り組めばよいという訳ではないと思います。他の取り組みですと、循環器は専門医という事になりますので、学会が循環器の専門医としての魅力発信やワークシェアを主導し取り組んでいます。学会の取り組みは大阪府のために行うという訳ではなく、日本全国のために行っている取り組みです。

出口の対策については、個人的な意見ではありますがダイバーシティが重要であると考えています。女性医師が近年増えているが、まだタイムシェアがそこまで進んでいない循環器の分野に進むハードルは高いように感じます。途中で循環器内科を降りられる方やそのまま辞められる方が多い。循環器の専門医に進まなかった若手医師の中には実際問題としてタイムパフォーマンスが悪いという意見もあり簡単には解決できる話ではないと思います。また給与を増やせば循環器の専門医が増えるという単純な問題でもありません。アメリカやフランスでも循環器の専門医は減っていると聞いたことがありますし、お金だけの問題でもありません。P41の診療科別従事医師数においても全診療科総数が平成30年に比べ令和2年の時点では3.4%増えるのに対し、循環器内科医が0.3%しか増えていないことも偶然ではないと思います。初期研修医での進路の意向調査と後期研修医になるタイミングで実施される意向調査を比べると2年間の研修の間で循環器の専門医を目指す割合は13%も下がっている。加えて働き方改革も進める必要があり、益々厳しい状況になると思います。行政だけの問題ではなく、学会等が行うダイバーシティの取り組みに対し大阪府内で講演を行えばと思います。

#### 【豊田座長】

医師数が指標として追加されたことになったのは、どのような経過ですか。私が以前に急性期データをいれるように申したからでしょうか。

**【事務局】**

高齢化社会や働き方改革が進み、医師を増やす必要がある中で循環器の専門医が増えていないのが現状であり、行政問わず取り組み、増やしていけたらと考えています。計画に書くことは難しいという意見があれば、記載しないこともできるが、循環器病の専門医を確保しないといけないという現実や課題意識があるため入れています。具体的な施策に関しては今後書いていく必要があります。

**【豊田座長】**

医師数確保も含めましてご意見はありますか。

**【藤井委員】**

リハビリテーションの取り組みに上がっていた医療から介護・福祉への連携を推進するにあたり指標となるものを本計画に入れてほしいという思いがありましたが、今回入れるのは他計画との兼ね合いもあり難しいと聞いております。今後の検討課題として、例えば医療から障がい福祉のサービスを使いたいという事になれば身体障がい者手帳の取得や高次脳機能障がいの診断が必要であるが、医師数が足りず頼んでも書いてもらえないという話も出ております。診断する医師数がどのくらいいるのか、高次脳機能障害の診断が年間どのくらいの数出ているか等の指標を将来的には本計画に載せたいです。両立支援コーディネーターはもともと仕事がある人に対しての支援になるが、仕事ができなくなりリタイアした人への支援は障がい福祉領域の就労支援との兼ね合いがあり、就労支援のセンターの利用者がどのくらいの数いたのか、そういった連携を図る指標に関して今後本会議にて意見交換ができたらと思います。

**【豊田座長】**

一つ一つの指標に関して、今回入れるのは間に合わないのでしょうか。

**【事務局】**

次回以降の検討事項とさせていただきます。

**【坂田委員】**

訪問診療件数の目標値が令和11年度に214,840件とかなり細かく設定されているが算出方法を教えていただきたいです。

**【事務局】**

医療計画に準じており、過去の伸び率をかけて目標を算出していると思います。

**【坂田委員】**

わかりました。医師数の目標は何年時点での目標で立ててますか。

**【事務局】**

計画の策定期間は6年間としていますが、目標値は中間時点の3年で制定しています。

**【坂田委員】**

医師数に関してですが、循環器を専門にしているものからすると3年後は減っていると予想します。質的な問題はあると思いますが、目標の増加、少なくとも維持できるように行政の力も借りながら我々も改革をしていく必要があると思います。私の意見としては以上となります。

**【豊田座長】**

目標値に増加とあるがまずは現状維持が大事だと思います。追加されたこの指標が必要かというところですが6年後に検証するうえでは大事な数字だと思いますので、他委員の反対意見がなければ記載する方向でよいと思います。

**【馬場委員】**

前にも聞いたかもしれませんが、医師数にリハビリテーション科の医師が含まれないのはなぜでしょうか。感覚になりますが、大阪府はリハビリテーション科の医師が少ないように感じます。

**【事務局】**

大阪府のリハビリテーション科の医師数は241名です。

国の指標は、脳領域はリハビリテーション科医師数、心臓病領域で心大血管疾患リハビリテーション科届出医療機関数とされています。

**【坂田委員】**

脳は国の資格なんでしょうか。

**【豊田座長】**

違うと思います。リハビリテーション科医師は疾患にかかわらずリハビリテーション科医師であると思います。

**【坂田委員】**

確認になりますが、大阪府のリハビリテーション科医師数とは全科という認識で間違いな

いか。

**【事務局】**

そうです。全科での数字です。

**【豊田座長】**

数字がはっきり出ているのであれば、リハビリテーション科の医師数を今回から追加するのはどうでしょうか。他にも脳領域特化した数字を定期的にとれる指標があればそちらでもよいと思いますが。

**【事務局】**

リハビリテーションの医師を増やすことに関しては、検討させてください。

**【豊田座長】**

目標値一覧の(1)脳卒中患者における在宅等生活の場に復帰した患者の割合は現状 58.4%となっているので目標値は増加でよいと思うが、(m) 心血管疾患患者における在宅等生活の場に復帰した患者の割合は現状、大動脈 81.3%、虚血性 95%とかなり高いが、目標は増加となっています。もちろん少しでも増やすことは大事と分かるが、より効果的な別の指標はないのでしょうか。

**【事務局】**

国計画の指標に合わせております。

**【坂田委員】**

虚血性は維持でよいと思いますが、大動脈は大動脈緊急症など死亡率が高い症状があり国の施策でも課題となっています。ですので増加という目標でよいと思います。大動脈緊急症については病院にたどりついていない方が多く、医学的にも解決しないといけないことも多いです。病院にたどり着いた方の復帰率を上げるためには心臓血管外科医を集約化させる必要があり、実施するかはさておき議論するために指標に挙げておくべきだと思います。虚血性におきましても様々な理由で体制が変わる中で維持するという目標を立てておくべきだと思います。

**【豊田座長】**

以前の話を蒸し返すことにはなりますが、脳卒中や心臓病で指標を立てるとするならば代表的な治療の件数を指標にするべきと改めて思います。急性期であればt-PA療法（血栓溶解療法）を何件したか、虚血に対する急性期血管内治療を何件したか、心臓病領域であればP C

I（経皮的冠動脈形成術）の件数等を指標にすればよいと思うのですが。脳卒中学会は大阪府の一次脳卒中センターを毎年出しており提供することはできます。しかし、やはり学会のデータは使えないというのであれば大阪府として府内でのt-PA療法の実施数等を把握することはできるのでしょうか。t-PA治療可能な病院数は計画に記載していますが、やはり件数がある方がよいと思います。まずは独自で集められるのか、集めれないのであれば学会のデータを使えないのかと思います。繰り返しになりますがいかがでしょうか。

**【事務局】**

まずは、t-PA療法の実施数が把握できるかどうか確認します。学会の指標を使うことにつきましては、来年度以降の懇話会で具体的な取り組みを進める際のモニタリング資料として検討させていただきたいと思っております。藤井委員からもリハビリテーションの協会や関係団体からのアンケート等を参考にするという話もいただいておりますので、来年度以降の取り組みを進める際に参考にさせていただきたいです。

**【嶋津委員】**

細かいところで恐縮なのですが、P75の目標値一覧の指標の関係ページを書く方がわかりやすいと思いますがどうでしょうか。

**【事務局】**

今回から出典の項目を新しく追加したのですが、追加で本計画の関係ページも検討します。先ほど嶋津委員から意見をいただきました新興感染症の話ですが、別途作成中の感染症予防計画の書きぶりとは異なっておりますので注釈を入れます。

**【藤井委員】**

目標値一覧の（1）脳卒中患者における在宅等生活の場に復帰した患者の割合、（m）心血管疾患患者における在宅等生活の場に復帰した患者の割合に関してですが、在宅等生活の場に復帰した患者とは急性期治療を受けた後在宅等生活の場に復帰した割合を示しているのか、急性期治療から回復期リハビリテーションを受けて施設等を経て復帰された方も含むのか定義について知りたいです。また在宅等とは自宅ではない居住系施設なども含むのかを教えてください。どこを目指せばよいかかわかると思います。

**【事務局】**

厚生労働省の「患者調査」から引用しておりますが、根拠は即答できかねます。調べさせていただきます。後日回答する形でもよろしいでしょうか。

**【豊田座長】**

用語の意味するところに関しましては分かり次第、注釈に足していただければと思います。他に意見はありますでしょうか。

なければ事務局、追加で説明すべきところはありますか。

**【事務局】**

変更部分を色付けておりますので、ご意見ございましたら事務局までお願いします。今後のスケジュールですが、本日の懇話会の意見を反映しまして1月中に議員説明とパブリックコメントを実施し、3月に成案化というスケジュールを予定しております。

**【豊田座長】**

つまり、私たちが意見を出来るのはいつ頃まででしょうか。

**【事務局】**

可能であれば、年内にいただければと思います。

**【弘川委員】**

修正案のところではなく、別で確認させていただきたいところがございます。P46の訪問看護ステーションの事業所数と看護職員数の項目で24時間対応の看護職員数を載せているのは何故でしょうか。在宅医療推進計画では24時間対応の事業所数をあげており、そちらの数字のほうが可視化しやすいと思います。あえて看護職員数にしている理由を教えてください。

医師数の指標に関連して、国の基本計画には循環器病に係る各専門医や特定行為研修を修了した看護師、専門・認定看護師等を含めた医療従事者とあり、本計画にも特定行為研修を修了した看護師、専門・認定看護師等という文言を増やしていただければと思います。大阪府ではクリティカルケア認定看護師教育課程や特定行為研修を終了した看護師を推進しており、医師の数だけでなく同じチームのクリティカルケア認定看護師や特定行為研修を終了した看護師に関しての指標も入れていただければと思い、検討していただきたいです。

**【事務局】**

2つ意見があったと思いますが、1つ目の24時間対応看護職員数に関しては把握しておらず、後日お伝えさせていただきたいと思います。

2つ目の特定行為研修を終了した看護師数は非常に重要と考えておりますので、モニタリングも含め第3期計画に向け検討させていただければと考えております。

**【豊田座長】**

他にご意見はありますでしょうか。なければ、指名させていただきます。西畑委員。

専門的な細かい字面の修正が多く、意見しがたいかもしれませんが、お願いします。

**【西畑委員】**

医師数が指標になるという点に関し、循環器の医師数が少なくなるというのは患者として非常に怖いと感じた。以前産婦人科医が減少し、妊婦の方が救急車でたらいまわしになったという話を聞いたことがあります。脳内出血など1分1秒を争う症状が起きたときに循環器病に対応できる医師数が少なくなるというのは不安に感じました。だからこそ、啓蒙活動に力入れてほしいと感じました。

**【豊田座長】**

ご意見ありがとうございます。私の感覚になりますが医師数は今後、循環器内科をはじめ内科全体で10%程度減少するのではないかと予想しております。内科は医療の基本となりますのでいつかのタイミングで増えると信じていますがなかなか難しいのが現状です。西川委員、ご意見あればお願いします。

**【西川委員】**

私の経験談になりますが、20年ほど前に心臓に異変を感じ病院を受診したのですが病気が発見されませんでした。それから日が経ち、2011年に病院を受診したときには手術が必要な状態まで達していました。今考えると、最初の症状が心房細動でその際に24時間ホルター心電図を撮ってもらえれば早期に発見できた可能性もあったのではないかと思います。心臓病などは異変を感じてから専門医にたどり着くまでに時間がかかるイメージがあります。民間の取り組みで調剤薬局や銭湯などで心電図を撮れ、専門医に繋げるというボランティアのような取り組みを聞いたことがあります。病院まで行かなくても日常の中で専門医までつながる取り組みが今後もあれば良いなと私の経験から感じました。

**【豊田座長】**

最近私も含め若い医師が脈を診なくなっている傾向があります。脈を診るなど基本に立ち返り、大事にしなければならぬと感じました。他に意見等なければ事務局にお返しします。

**【事務局】**

豊田座長、円滑な進行ありがとうございました。委員の皆様におかれましても貴重なご意見ありがとうございました。計画改定に関しまして、意見等ありましたら期限が短く申し訳ございませんが、12月27日までに事務局にご連絡いただければと思います。これを持ちまして令和5年度第3回大阪府循環器病対策推進懇話会を閉会します。