令和４年度第２回
神奈川県循環器病対策推進協議会

令和５年１月 20 日（金）

ウェブ会議

開会

（事務局）

それでは、定刻になりましたので、ただ今から令和４年度第２回神奈川県循環器病対策推進協議会を開催いたします。本日の進行を務めます、神奈川県医療課の柏原と申します。よろしくお願いいたします。

はじめに、本日の会議の開催方法等について確認させていただきます。
新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえまして、ウェブでの開催とさせていただきました。委員の皆様、お互いの顔を見ながら議論ができればと考えておりますので、カメラは常時オンにしていただきますとともに、発言の場合を除いて、マイクはオフにしていただきますようお願いいたします。

委員の皆様には、事前に事務局から資料をメールで送付させていただいておりますが、お手元に届いていらっしゃいますでしょうか。お手元に届いていない場合、申し訳ございませんが、資料を画面共有させていただきますので、そちらをご覧いただければと存じます。後日、事務局から資料の送付をさせていただきます。

次に、委員の出欠についてです。本日の出席者は、事前にお送りした名簿のとおりとなってございます。第１回目の協議会より、オブザーバーとして名簿に記載の２名の方にご参加をいただいておりますが、本日は、横浜市がん疾病対策課の古賀課長様、聖マリアンナ医科大学循環器内科主任教授で、日本心臓リハビリテーション学会の理事を務めておられます、明石先生にもオブザーバーとしてご出席をいただいております。

次に、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議は原則として公開とさせていただいており、事前に開催予定を周知いたしましたところ、ウェブでの傍聴者が４名おります。

また、会議終了後は、県のホームページに審議速報及び会議記録を掲載いたしますが、発言者の氏名を記載した上で、議事録を公開させていただきますので、よろしくお願いいたします。議事録作成のため、本日の会議録音をさせていただいております。

それでは、以後の議事の進行は笹生会長にお願いいたします。会長よろしくお願いいたします。

（笹生会長）

笹生でございます。円滑な議事の進行に尽力して参りたいと考えておりますので、皆様ご協力よろしくお願いいたします。

協　議

（１）計画の推進に係る具体的施策の検討について

【資料１、２】

（笹生会長）

それでは、早速議事に入らせていただきます。「２　議題（１）計画の推進に係る具体的施策の検討について」、事務局の方から説明をお願いいたします。

（事務局）

（資料１及び資料２について説明　省略）

「心臓リハビリテーションの目的とその課題」笠原委員より説明

【資料３－１】

（笠原委員）

どうぞよろしくお願いいたします。本日は、心臓リハビリテーションに係る現場の医療者という立場から心臓リハビリテーションの目的とその課題について、お話をさせていただきたいと思います。

心臓リハビリテーションはエビデンス効果のある医療として、周知されるようになっておりまして、本邦でもつい最近、昨年度、心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドラインというものが策定されております。

こちらのガイドラインでも示されておりますように、推奨クラス、エビデンスレベルそれぞれ I、A と、とても高いエビデンスレベルが報告されておりまして、中でも外来リハビリテーションの効果というものは、推奨クラス I、エビデンスレベル A と、医療として提供されるべき事項であるということをこの会議の中で共有させていただきたいと思っています。

また、専門家の立場からということですので、具体的な心臓リハビリテーションの実装ですとか目的、いつどのようなことをやるのかということを少し説明させていただきますが、心臓リハビリテーションはスライドに示しますように、急性期、回復期前期、回復期後期、維持期と、大きく四つの層に分かれております。

急性期病院に、心不全ですとか、急性心筋梗塞でご入院された患者様は、急性期病院でのリハビリテーションが開始されまして、そこではスライドにあるように、せん妄の予防、廃用症候群の予防・改善や、日常生活への復帰、こういったこと目的として、リハビリテーションされています。

この急性期の廃用症候群の予防というのは、極めて重要でございまして、つい最近行われました 2000 年代の研究で、健常高齢者をあえて 10 日間入院で寝たきりにさせた場合にど

れだけ体力落ちてしまうのか、心臓リハビリテーションの重要な指標である PeakVO2（最高酸素摂取量)、これが 10 日間寝ているだけで 12%低下する。つまり、10 日間寝ているだけで 10 歳、歳を取ってしまうということに繋がります。PeakVO2 というのは、心疾患患者さんの予後を規定する強力な因子でございまして、これを低下させないための急性期の取り組みに心臓リハビリテーションは極めて重要です。

そしてまた、臥床期間が延びれば運動耐応能だけでなく、高齢の心疾患患者でよく見られる、ADL の自立の可否が不可能になってしまう、ここに関わります。臥床期間が４、５日を超えてしまうと、歩いて自立して退院できないといったことが我々のデータでも示されております。

実際、早期の臥床を短くするための早期歩行に取り組むことも、短期的予後を改善するということがいえます。このグラフの中で「AAP 早期歩行群」というのは、通常のケアをされた心臓病の患者さんよりも、半月、半年の予後は良いということがいわれております。

ここまでが、急性期病院でのリハビリテーションの取り組みですが、次が外来でのリハビリテーションの取り組みです。

この外来でのリハビリテーションの主たる内容というのが、運動療法になりますが、この運動療法に参加した外来リハビリテーションの患者様というのは、当院のデータでも外来リハビリテーションに参加しない方と比べると予後が良いということが、およそ５年の追跡調査の結果でも明らかにされております。

このように、外来での心臓リハビリテーションは、作業ガイドラインでもあるように、効果があることが実証されてはおりますが、実施率というのは、こちらのスライドに示しますように急性冠症候群、心筋梗塞などでは４～８％、心不全に関しては、北里大学の神谷先生たちのグループの発表されたデータですと７％、つまり１割未満であるということが報告されておりまして、実施率がとても低いということがわかります。効果のある医療であるにもかかわらず、提供できてない。これは全国でいえることですが、この神奈川県の循環器対策の中でも、これを改善すべく対策を進めることが必要ではないかと考えております。

この外来での心臓リハビリテーションの参加を阻害する因子というのは、いくつか先行研究で確認されております。まず時間的問題、社会的地位、心臓リハビリテーション施設までの距離、経済的問題、これはすなわち患者様が社会的立場、就労等のとの確執が、外来リハビリテーションに参加するということを阻害するというふうにいわれています。

ですので、こういった患者様にどのような取り組みをすればよいかといいますと、身体活動量を上げるということをご自身でやっていただく、こういう取り組みをするということを我々の病院ではやっております。名称としてはセルフモニタリングというふうに専門的には申しますが、具体的には、１日に歩いた歩数をカウントしてご自身で記録して、それを元に目標設定し、目標まで歩数を増やす、身体活動量を増やすということで、二次予防、身体能力の向上、そして予後の改善に繋げていこうという取り組みでございます。

一般的な運動療法の継続率というのは、半年、１年経つと、４割未満といわれております

が、実際このような取り組みをすることによって、８割以上の患者さんが継続することができたということをこのデータが示しております。

もう一つは、その患者その社会的な立場というよりも、患者様自身が有している問題、例えば高齢者である、合併症がある、移送手段がない、こういった患者様の身体的社会的不利も、心臓リハビリテーションへの参加を阻害する因子といわれております。皆様ご存知かと思いますが、本邦で心不全パンデミックが起きるだろうといわれており、高齢で身体能力の低い心臓リハビリテーションの対象になる患者様が、今後増えていくということが言われております。

こういった患者様が抱える問題は、フレイルと一般的にいわれておりますが、歩くことができない、体力が落ちる、結果的に日常生活がままならなくなる。こういった患者様に対する取り組みも、循環器対策の中では極めて重要だということがいわれております。

この動けないということも、やはり生命予後に関わっておりまして、この PMADL-8 の点数が低いこと、よく動ける心臓病の患者様ということになりますが、やはりよく動ける心臓病の患者様ほど、２、３年の長期的な予後の中でも、結果が良いということが知られております。

また、この会議の中でも以前話題に上がりましたが、患者様の満足度や QOL もやはり注目すべきだろうということがございましたので、我々のデータを参考までにお示ししますが、患者様が動ける、動けない、を示す指標である PMADL-8 という指標、これが改善した患者様ほど、身体的な QOL が良くなるということもわかっておりますので、やはり動けないままにせず、心臓リハビリテーションを適切に少して動ける心臓病の患者様
になっていただくということは、医療の中でも重要だといわれております。

これに対して、外来リハビリテーションに通えないのであれば、在宅での訪問リハビリテーションも適用になるだろうということがいわれておりますが、これを用いた研究が米国で行われておりまして、在宅での運動療法を併用した回復期の心臓リハビリテーションを行うことによって、SPPB これは、総合的な下肢の筋力、能力を示す指標ですが、これもよく改善します。運動体への示す指標も改善しますし、そして最後、１番下段にありますが、再入院率も改善するということが、効果として認められております。

実際、そうはいっても、先ほども示しましたように心臓リハビリテーション参加率も低いですし、神奈川県がその中でも、実施施設や参加されている患者様が全国平均よりも下回っていると報告されております。

そこで、今までのスライドを要約したものが、こちらのスライドですが、左側、急性期病院で入院して心臓リハビリテーションを受ける患者様、自施設は６～８割と比較的高いようには見えますが、実際の参加率は２～３割と、とても少ないことがいわれております。

これに対して、心臓リハビリテーションによる実施するスタッフ、つまり心臓リハビリテーション指導者、理学療法士、そういった専門職が少ないということが、一つの要因かもしれませんし、そこの急性期病院で治療されている医師の心臓リハビリテーションに対する

認識である、そういったことも、もしかしたら問題かもしれません。

回復期以降では、先ほどのスライドに示しましたように、参加率は１割未満であります。裏を返せば９割の患者様は、外来リハビリテーションに通えていないということになりますので、そういった患者様に対しては、例えば先ほどご紹介いたしましたセルフモニタリングを行う、そしてそれを監視する指導する、かかりつけ医の先生や、心臓リハビリテーションクリニックそういったものがあれば、理想的と思っております。

そして、通院が困難な高齢者であれば、回復期のリハビリテーション病院を介して自宅、そして直接急性期から自宅でのリハビリテーション、先ほどご紹介したような在宅での訪問リハビリテーション、こういったことに関わる職種の充実というものも、心臓リハビリテーション普及のための必要な手だてかもしれません。

そして一番下の矢印にありますが、連携パス、ICT の活用、ペイシェントフローの把握、こういった社会インフラといいますか、そういったものを充実させることが、患者様を途切れなく心臓リハビリテーションに参加していただく、そしてひいては、患者さん心疾患、心臓病の二次予防にも繋がると考えております。

そしてまず心臓リハビリテーションというのは、運動して体力が良くなるというだけではなくて、先ほども端々にお話ししましたが、二次予防、疾病管理もとても重要な課題になります。そうすると運動に関わる理学療法士だけではなくて、薬剤師、臨床心理士、管理栄養士、介護福祉士、こういった多職種による包括的な介入プログラムも必要であると考えております。

そして何より、心臓リハビリテーションに対する認知度が低いということも、大きな問題ですのでこれに対する取り組みも、この神奈川県の循環器対策の中に盛り込んでいただくということが必要かと思っております。

以上でございます、ご清聴ありがとうございました。

「横浜市における心臓リハビリテーション推進事業の取組」横浜市より説明

【資料３－２】

（横浜市医療局がん疾病対策課　古賀課長様）

横浜市の心臓リハビリテーション推進事業の取り組みをご紹介いたします。

こちらは今年度までの取り組みを時系列にまとめたものです。赤い文字が、市が計画的に取り組んだもの、青い文字が強化指定病院により広がった取り組みで、順にご説明をして参ります。

横浜保健医療プランには、急性期以降のリハビリテーションの体制構築を目指すという施策の方向性を多職種連携の推進、退院後の継続に向けた体制構築、患者家族への情報提供を行うことを令和５年度までの６年間の計画としました。

そして令和元年 10 月、心臓リハビリテーション強化指定病院を７ヶ所指定しました。強

化指定病院は、心臓リハビリテーションを充実、強化するほか、地域の心臓リハビリテーションの連携体制の構築、保険診療での心臓リハビリテーション終了後の服薬、運動、栄養などの生活習慣継続のための地域連携体制構築を目的としています。

こちらの記載が７病院で、市内を七つのエリアに向け、各１ヶ所を指定しています。強化指定病院は、心臓リハビリテーション推進の旗振り役であり、心臓リハビリテーション実施施設の集約や拠点化をするものではございません。

役割は七つで、外来診療の推進、多職種の心臓リハビリテーションチームの活動、地域連携のための研修開催、地域連携プランの策定等としています。

要件として、多職種カンファレンスを月１回以上、研修、啓発を年１回以上などの取り組み目標を設定し、５年間で心臓リハビリテーションの実績件数や心臓リハビリテーション指導士の増加、地域連携プランの策定数、これらを目標の設定としております。

地域連携プランの策定とは、入院した患者さんが、外来で心臓リハビリテーションを受け、そのあと、地域での運動継続や、かかりつけのフォローに繋げるエリア内の具体的な連携体制を構築することです。こちらは、自院に入院した患者さんのパターン、自院以外の入院患者さんのパターン、介護度が高く、外来通院が難しい方のパターン、三つの連携を５年間で構築するという目標です。こちらは３年間の実績で、取り組み実績は概ね良好です。５年間の目標のうち、３年目の実績では、心臓リハビリテーション指導士数は増えましたが、心臓リハビリテーションの実施件数は評価不能、地域連携プランの策定、相談支援機能は目標変更となりました。

理由は、コロナの影響で、外来受診が難しくなったこと、集合形式での研修開催が難しくなったことです。想定と違った点としましては、地域連携プランの策定での病病連携、病診連携を強化指定病院のみの取り組みとして進めることが難しいとわかったということです。今年度から検討会を立ち上げ、こちらの検討に切り換えていくということを考えております。

地域連携体制の構築については、関係団体、民間企業との調整役は市が行い、エリア内の研修や、顔の見える関係づくりは病院が行うということに変更をしました。また、想定外に成果があったのは、連携会議です。活発な意見交換から、共通の運動指示書によるスポーツ施設の連携や、ワーキング活動に繋がりました。

取り組み例を紹介します。こちらは最初に作成をしました医療従事者向けのリーフレットです。こちらが共通の運動指示書で、連携のために強化指定病院の医師、理学療法士がスポーツ施設を訪問し、関係づくりをしています。こちらは民間、公立スポーツ施設の連携協定を締結した際の発表資料です。

こちらはワーキンググループ活動での運動施設スタッフ向けの研修動画の作成です。こちらは介護職向けかかりつけ向けの研修スライドの作成。

こちらはかかりつけ向けの紹介票の作成で、作成をした医師から横浜市医師会へ説明をしていただきました。こちらは民間企業と連携した漫画による市民啓発リーフレットの作成

で、理学療法士がストーリーを作成し、医師とともに監修をしました。心リハの効果と受けるための手順を記載し、雑誌の作成のほか、市のホームページでも公開をしています。こちらは患者さんの記録用のノートの作成。ここまでが、強化指定病院の主な実績の紹介です。

この他、横浜市では心臓リハビリテーション指導士資格取得の費用に対して補助をしています。実績はご覧の通りです。

そして今年度からは、市内すべての心臓リハビリテーション施設に声をかけ、25 施設のうち 17 施設と横浜市医師会の委員による検討会を立ち上げました。今後の心臓リハビリテーション推進に向けた検討をこちらの検討会で進めていくということになっております。

横浜市の取り組みは以上です、ご清聴ありがとうございました。

（笹生会長）

笠原先生、また横浜市におかれましては資料の作成と丁寧なご説明、誠にありがとうございました。

事務局からの説明をまとめますと、まず正しい知識の普及啓発についてですが、前回の協議会での意見を踏まえ、県民ニーズ調査で実態把握調査を行うこと。併せて、調査項目についても事務局から提案がありました。

次に、保健医療及び福祉に関わるサービスの提供体制の充実に関わる取り組みについてでございますが、事務局から今年度の事業案について、現在予算調整中とのことでありましたが、ご紹介ありました。本日はこれら以外に取り組むべきものについてご意見をいただきたいということでございます。

なお、事務局からの説明に合わせ、本日は笠原先生から、心臓リハビリテーションの課題について、ご発表をいただきました。

笠原先生の発表内容も含め、先ほどの事務局からの説明内容、提案内容について、委員のみなさまにご意見をいただきたいと思いますが、まずは、本日オブザーバーでご参加いただいている、日本心臓リハビリテーション学会の明石先生、心臓リハビリテーションについて、県の取り組むべき方向性など、何かコメント、アドバイスをいただけないでしょうか。

（日本心臓リハビリテーション学会　明石先生）

貴重な発表の機会をいただきましてありがとうございます。聖マリアンナ大学の明石でございます。心臓リハビリテーションの立場としまして、笠原先生からも、また横浜市のクレヨンプロジェクトのお話も大変重要な点を捉えておられるのではないかと思います。

入院をされて、救命された心疾患患者さんの場合、必ず心臓リハビリが必要になります。そしてこれには、旗を振る人は必ずやはり必要です。必要な点は、たくさんあるのですが、やはり２点だと思います。

１点目は、このリハビリを必ず行うことです。急性期をなくして、やはり慢性期はないの

で、急性期のリハビリの介入なくして、慢性期のリハビリは絶対介入しませんので、必ずこのどこかでリハビリを介入させて慢性期の予後を改善させると、150 日間は保険で認められておりますので、これはやはりやっていくことが医療人としての義務ではないかなと思います。また横浜市の方から、県内の連携パス、運動指示書は大変重要な点をご指摘いただいていると思いますので、これをできれば横浜市にとどまらず、県内でやっていただけると大変いいのではないかなというふうに考えます。

また２点目ですが、リハビリを担う人材の育成という点でも、理学療法士の数は神奈川県が比較的低いという値も示していただいております。理学療法士に限らず、医師もそうです心臓リハビリは多職種で行うものでございますので、できるだけ多くの人に心臓リハビリテーション指導士含めたリハビリを仕切る役割、これを担える人の育成、これをサポートいただけるということを神奈川県で実現できれば、大変よろしいことではないかと思います。

このリハビリを盛り上げるにはそういったところ、まず２点から介入いただくとよいのではないかと考えております。

（笹生会長）

明石先生、ありがとうございます。貴重なご意見を頂戴しまして、お話しいただいた２点、非常に大切なことだと思います。

この他、事務局からの提案、笠原先生の発表内容などについて、ご意見、ご質問があればお願いします。

（伊苅委員）

明石先生からのコメントのとおりですが、追加で発言させていただきます。とにかく心臓リハビリテーションというのは、心臓病患者の予後を改善するという効果が非常に強いです。これは驚くべきもので、カテーテル治療や手術と比べても、患者さんの寿命を延ばすという点で強力な治療方法といえます。

ですが、未だに患者さんに「あなた心臓が悪いですよ、運動しましょう」と言いますと、みなさん納得いただけません。心臓病の患者には運動してはいけないという常識があるため、理解できないのです。過去の誤った常識から打破していかないといけない。これは病院の経営者もそうですけれども、私の関連で、病院の院長などに心臓リハビリをもう少し充実させるべく、ナースや理学療法士を派遣してほしいというと、そんなことをやってもなどと、他にナースをまわした方がいい、理学療法士も他の仕事させた方がいいと、そこから始まります。

おそらく、他のことよりもこの業務の方が患者さんの予後を改善する効果があるので、神奈川県としてもこの方向性で充実した診療体制を提供する、それから皆さんの知識啓発も含めて、改善してくことは非常に重要だと私も思っております。

（笹生会長）
伊苅先生、ご意見ありがとうございました。ご意見のとおりだと思います。
その他、いかがでしょうか。

（川勝委員）
私は心臓病患者ではありませんので、あまり立ち入って考えたことが実はありませんでした。先ほどのお話しをお聞きして、伊苅先生がおっしゃったように、心臓リハビリは患者にとって負担がかかるので危ないのではないかと思っていたことがあります。
ですから、それが今おっしゃる社会の常識ということです。脳卒中もそうですが、なぜリハビリをするのかという教育を社会で行っておりませんので、医療従事者向けの教育、啓発もやはり必要だと思います。
一番大切なことは、患者の動機づけだと思っています。リハビリ施設を幾ら作っても、患者さんが来なかったら意味ないですよね。ですから、患者さんにリハビリに行きたいと思わせるような、急性期、回復期からの教育、それから色々な方がなぜリハビリが必要なのかという、そのなぜがないと感じます。リハビリしていますかなどと、指示されることばっかりです。前回会議でも発言しましたが、被害者意識が生まれる可能性があります。その被害者を減らさなければならない。ですから、入口からきちんと患者教育をする、そういうことが大切ではないかと思っております。

（笹生会長）
川勝委員、ありがとうございます。正しい知識の普及啓発の重要性について、ご指摘いただきました。

（宮入委員）
私は外科の立場から、特に笠原先生などに術後のリハビリをお願いすることが多いのですが、心臓外科の領域でも、もう最近特に術後早期のリハビリが非常に大切だといわれております。もちろん出血ですとか、状態が悪い方はそれが改善するまで待ちますが、それがない限りは、できるだけ早くリハビリを行った方が予後もいいということでやっております。
ですが、なかなか特に術後は痛みですとか、患者さんもあまり乗り気でないということで、今お示しいただいたようなリハビリの効果、同じ内容になりますが、術前から啓発する、或いは、そのリハビリが入院期間も決める、予後も決めるということをもっと教育すれば、患者さんもやる気になりますし、もっと参加が進むのではないかと思いました。
また、私の病院がこの１月に新しくなりまして、心臓リハビリ室も非常に快適そうでして、景色もよく、新しい医療メーカーも入っているということで、非常にやる気が出るのではないかということで、その辺りは笠原先生も、よくご存知だと思いますが、そういう設備の充実やマンパワーも含めて、非常に大事ではないかと思いました。

（長谷川副会長）
　事務局からの資料の説明、また笠原先生、横浜市からのお話も非常によくわかりました、ありがとうございます。
　今後の具体的な進め方について、教えていただきたいことがございます。県の循環器病対策推進計画では、リハビリテーションというのは住み慣れた場所でのリハビリが必要だということが示されておられるかと思います。この事業の進め方というものは、横浜から始められていて、今後、他地域へ横展開というような形になるのでしょうか。おそらく県西部の方ですね、あまり医療資源がない可能性もありますので、この辺りは、何かお考えはありますでしょうか。

（事務局）
　長谷川先生、ご質問ありがとうございます。先ほどの心臓リハビリテーションの令和５年度の事業案でございますが、横浜市については、既に事業に取り組んでおりますので、仮に予算がついたらの話ではございますが、横浜市以外の地域に、横展開できればというふうに考えているところでございます。以上でございます。

（笹生会長）
　ありがとうございます。続いて、鈴木先生よろしくお願いいたします。

（鈴木委員）
　事務局から示されました協議事項、普及啓発に係る実態把握調査の調査項目についてでございますが、資料２、スライド５ページに、循環器病についてという質問を案として示されておりまして、「心臓病と脳卒中を循環器病と呼ぶことを知っているか否か」という質問をされると記載されております。設問数に限りがある中で、この循環器病とは何ですかという質問に使うのは、少し勿体ない気がします。
　循環器病という言葉を普及させたいのであれば、提案いただいた質問でもいいと思いますが、日本中の皆さん、既に循環器病という言葉は脳卒中、心臓病に使うと思ってらっしゃらないと思っていますので、この質問は無駄な質問だと思います。
　脳卒中で知っていただきたいのは、この２番目に記載されております、初期症状をしっかり掴むということと、この症状があったら、４時間半以内に救急車を呼んで、救急病院に行って欲しいということだと思います。t-pa 療法の実施率が 10%程度しか実施されておりませんので、t-pa 療法の実施率を上げるということが大きな目標だと思いますので、そこを啓蒙的な質問にしていただきたいなと思いました。
　それから心臓リハビリに関しての横浜市の取り組みが、すばらしいものができているということがお話しを聞いてわかりまして、これを全県に広げる努力をしていただけるとよいと思います。

また、笠原先生のお話によりますと、外来リハビリがなかなか進まないと、参加できないと。そこには色々な阻害因子があると思いますが、今年度の診療報酬改定で、回復期に心臓病疾患が入りましたので、それは一つの手段として、もっと積極的に回復期に渡して、それから次の手段として、それは短くてもいいので、そこで教育をして、家に帰って外来に通うなど、そういう方法を考えたらいかがかなと思いました。以上です。

（笹生会長）
ご指摘ありがとうございました。設問内容に関しましては、事務局の方で再度検討いただくことになると思いますが、鈴木先生からご意見いただいた実態把握調査の項目について、事務局から何かございますか。

（事務局）
鈴木先生、ご意見ありがとうございます。いただいたご意見を踏まえまして、事務局の方でも、具体的な調査の項目については整理をしてみたいと思います。ご意見ありがとうございました。

（長谷川副会長）
実態把握調査の設問について、鈴木先生のおっしゃったとおりでございまして、循環器病についてということですが、WHO の ICD11 において、既に脳卒中は循環器病といわないということが、世界の趨勢、もう少ししましたら ICD11 になりますので、この質問はもうぜひやめていただいた方がよろしいのではないかと思っております。
鈴木委員のご意見に全く同感で、症状を感じたらすぐに救急車を呼ぶなど、どういう行動を取るかといったようなことに、ぜひ変えていただければと思いました。以上でございます。

（笹生会長）
ありがとうございます。両委員のご意見を踏まえて、事務局は検討お願いいたします。
それでは続いて、土田委員よろしくお願いします。

（土田委員）
横浜市の心臓リハビリテーションの中で心リハノート作成ということで、素晴らしいノートがあるなと思いましたが、これを電子化、例えばスマホのアプリのようなもので作られるようなお考えはありますでしょうか。電子化していただいた方が広まりやすいのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

（横浜市医療局がん疾病対策課　古賀課長様）
ご質問ありがとうございます。まだこのノートは作ったばかりでして、電子化の検討とい

うところまでは行っておりませんが、今後機会がありましたら、検討したいと思います。ありがとうございます。

（笹生会長）
　ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。
　それでは、川勝委員よろしくお願いします。

（川勝委員）
　先ほどの実態把握調査の項目について、意見と、情報も含めてお話をさせていただきます。
　まず一つ目の項目、循環器病ではなく「あなたは脳卒中という言葉を聞いたことがありますか」ですよ。そもそも知らない人がいますので、まずそこからだと思います。ですから、ここに出ておられる方は、脳卒中を知っていて当たり前ですけども、国民、県民の方は、知らない方が多数いらっしゃいます。そこから始めないといけないです。
　また、設問４問だけでは到底難しいと思います。先ほどご発言がありましたが、症状、これは一番大事な質問でありまして、ここはもう少し具体的に、例えば「夜休んでいるときに、身体が動かなくなった、あなたはどう行動しますか。①すぐ寝る、②すぐ救急車を呼ぶか、かりつけ医に電話する、③明日の朝考える」のように具体的な質問の方が、やはり身近な病気として理解されると思います。
　また追加情報ですが、私、厚生労働省の循環器病対策推進協議会に委員として参画しています。現在、第２期の計画がほぼできておりまして、その中に、私がやかましく言ってこの認知度調査をするということが、計画に入ります。
　ですので、国も調査をします。脳と心臓、両方やるということで調整しておりますけども、その質問項目とうまく重複しないように、特に神奈川県の独自性を出すような質問を考えた方がいいと思います。ただ、国の調査がいつ実施されるか、まだ確定しておりません。
　今日この会議で皆さんから具体的な質問項目について、ご提案いただくことは難しいと思いますので、意見をメールなどで、いただくのはいかがでしょうか、この進め方のほうがよいのではないかと思いました。

（笹生会長）
　ご意見ありがとうございました。もちろん新しいアイデアなどございましたら、是非とも事務局の方に随時ご連絡いただいて、検討を進めていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

（鈴木委員）
　「令和５年度事業案以外に必要な取組」についてですが、資料２、スライド 14 ページに連携パスや、ペイシェントフローの把握について、取組み案として取り上げられております。

最近マイナンバーカードを活用しようと国は取り組んでおりまして、その中に色々な医療情報があると、詳しくはわかりかねますが、ある程度把握できていくと思うのですが、ICT化も含めて、ペイシェントフローの把握について、マイナンバーカードの活用など、そういったことはすぐにできないものなのかということをお聞かせください。

それから連携パスですけれども、ご承知のように脳卒中地域連携パスが頓挫しておりまして、この大きな理由は、急性期病院が地域連携パスをあまり書けなかったということだと私は把握しておりまして、急性期病院が地域連携パスを始めてくださらないと、回復期、かかりつけ医には回ってきません。結局、急性期病院からはあまり来なかったというのが実情だと思っていますので、その辺りをうまく使えるような地域連携パスを作らないと、なかなか進まないと思っています。

（笹生会長）

ご意見ありがとうございます。ご質問いただいた ICT 化に関しまして、何か事務局の方から何かございますでしょうか。

（事務局）

鈴木委員、ご質問ありがとうございます。まず、ICT に関連する事項ですが、医療のデジタルトランスフォーメーションについて、国の方でも検討が進んでおりまして、マイナンバーカードを使って、オンライン健康保険証の資格確認を行うというシステムは、稼動が始まったところでございます。

そのオンライン資格確認システムを拡充するような形で、国で全国医療情報プラットフォームを作るという検討がなされているところでして、現在マイナンバーで連携されているのは、薬剤等のレセプト情報だけですが、今後、レセプト情報以外の医療情報にも広げていくといった計画が示されているところです。

また、国の循環器病対策協議会の方で、循環器のデータベースについても協議されており、今申し上げた全国医療情報プラットフォームの活用を念頭に検討を進めてはどうかということが、直近の協議会でも話題に上がっておりました。

そのため、今すぐには難しいかと思いますが、今後整備されるプラットフォームの中に、ペイシェントフローの把握等の情報も載せていくということは、考えられることかとは思います。

（笹生会長）

ありがとうございます。先ほど鈴木先生から地域連携パスがうまく機能していないという実情をお話しいただきましたが、これについて、長谷川先生、ご意見を頂戴できますでしょうか。

（長谷川副会長）
　地域連携パスについては、日本脳卒中学会でもかなり考えておりまして、現在自治医大の方で全国に広げられる地域連携パス、雛形を作っていくという形にしておられますので、その辺りができ上がりましたら、色々なことに活用できるのではないかという気がいたしております。現在、その辺りを待っているところです。
　その前に、やはりペイシェントフローを把握する必要があるといった議論が、前回からございましたので、ペイシェントフローの把握については、ぜひ 2024 年 3 月末までには何とか雛形、方針だけでも、決めていくようにしていただければと思っております。

（笹生会長）
　ありがとうございました。続いて、松前先生よろしくお願いします。

（松前委員）
　国の方は電子カルテの共通化ということを盛んに議論して、意見も求められておりますけれども、その中でまず退院基準については共通化して、それをどこでも開けるようにしようということをまず取り組むというような話を聞いています。
　ペイシェントフローの把握に関しては、今後、急性期から回復期にどのように流していくかということが重要だと思います。神奈川県の方で心臓と脳について、こういう流れ、最低限この項目というような基準のようなものをお示しして、国に対しても先行して示していければと思っております。

（長谷川副会長）
　もう一度、前回会議の議論を少しお話させていただきたいのですが、このペイシェントフローというものは、新型コロナの感染拡大が起こって、それでも機能が維持できるような医療体制を整備しなければならないと。また、これから非常に高齢化が進み、おそらく回復期維持期のあたりで目詰まりしていくだろうと。それはもう今年、来年、再来年とますます進んでいきますので、それをはっきりさせる。
　すなわち、急性期から回復期、回復期から維持期、転院の定義をクリアした日から、実際に転院できた日、回復期のプラトーになったところから回復期を転院した日、この少なくとも日にちのデータを取れるようにしていただきたいということが、前回からの議論でありましたので、その辺りの形をどこかで作っていければという気がいたしております。

（笹生会長）
　ありがとうございます。ご指摘の点、非常に大事なことだと思います。ICT 化に関しましては、国が手をつけ始めたばかりですので、松前委員が検討に携わっていらっしゃるとのことですので、新しい情報等あれば、ぜひ共有いただきたいですし、今後、神奈川県でも検討

して、国に提案できるようなものが出てくればよいと思っておりますので、引き続きよろしくお願いいたします。

（２）ロジックモデルの指標及び次期計画策定に向けた協議について

【資料４】

（笹生会長）

　では、意見も出尽くしたようですので、続いて「２　議題（２）ロジックモデルの指標及び次期計画策定に向けた協議について」に入ります。事務局からご説明をお願いします。

（事務局）

（資料４について説明　省略）

（笹生会長）

　ありがとうございました。前回の協議会で意見のあった、救急搬送に関するデータは、３月の協議会に向けて集計を行うこと。また、それ以外に欠落した指標データの把握について、今後も事務局で検討を進めるが、数が多いことから次期計画改定の中で整理を行っていきたい、ということだと受け止めました。

　ただ今の事務局の説明について、ご質問、ご意見があればお願いいたします。

　それでは、松前先生、よろしくお願いします。

（松前委員）

　やはり予算と人員との関係から、独自調査が必要であるものに関しては少し難しいと思います。

　また、他県との比較ができる指標、ベンチマークが必要になってきます。これは、重要な項目として取り上げるべきだと思いますし、注目をすべきは、長野県、熊本県が心臓と脳の指標が共通しているようですので、その辺り、具体的な項目は把握できておりませんので、お示しいただければ幸いです。

（笹生会長）

　ご意見ありがとうございました。

　続いて、眞茅先生よろしくお願いします。

（眞茅委員）

　私も基本的には、事務局のご意見に賛成でございます。心血管疾患のデータがない指標を拝見しますと、例えば、先ほど言及された QOL については、何を尺度にするかによって、

かなり違ってきますので、都道府県との比較などが難しいというのがあります。私は心不全学会の理事もやっておりまして、「A201 心不全患者の再入院率」については、ぜひ調べていただきたいのですが、再入院をどのように定義するかによって、この値も変わってきます。

ここに掲げられているような独自調査が必要とされるものについては、現状難しいのではないかということで、必要な指標ではありますが、事務局のご提案のとおりでよろしいのではないかと考えております。

（長谷川副会長）

ロジックモデルの指標として位置付けている「B301 脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解法の実施件数」、「B302 脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療養等）の実施件数（算定回数）」或いは、「C801 神経内科医師数」、「C805 経皮的選択的脳血栓、塞栓溶解術（脳梗塞に対する血栓回収術）が実施可能な病院数」等の指標がございますが、これは県にお願いしてもなかなか取得が難しいということで、日本脳卒中学会が現在認定をしております、PSC の認定時のデータを県と共有するということが決まって、毎年 10 月にこのデータを差し上げるということで、その一部は既に県に提出したところですが、このデータの活用、利用方法について、何かお考えはありますでしょうか。

（事務局）

長谷川副会長、ご意見ありがとうございます。いただきましたデータを今後どのように活用していけるのかというところも、事務局の方で整理をしているところでございますので、次期計画策定の中で、併せて、この指標を今後どのように取り扱っていくかについても、ご相談させていただければと思っております。

（笹生会長）

ありがとうございました。心疾患に関する指標について、伊苅先生、ご意見いかがでしょうか。

（伊苅委員）

循環器の方は、心不全と心筋梗塞と大動脈解離が一応、重点疾患ということですけども、心不全に関しましては、例えば入院発症数、入院数はわかっていて、再入院率ということの調査になっていますし、一方、大動脈解離は手術ができる病院の数であって、実際発症数がどうかということも、実はわからないということで、この重点疾患の三つの中でもわかっているもの、わかってないものが、歪なところがありますから、やはりきちんと調べるのであれば、それぞれ県で発症している数を調べる、県で治療している数を調べるということは、均てん化して調査するのであれば、RH-PLANET が示す指標にある、ないというよりは、次のこと考えましたら、そういう調査にしていただいた方がよいと思っています。

ちなみに心筋梗塞に関しては、JPCI というインターベーション学会がやってレジストリーの方から、数値を出してくれないかということで、今検討に入っていただいています。おそらく各県全部必要ですので、それに対応できるのであれば、学会が持っているきちんとしたデータが提供できるのではないかという段階まできています。

（宮入委員）

今お話しのあった大動脈関係ですが、現状の把握もそうですが、今後、働き方改革が進む中で、今心臓外科関係で言われているのは、大動脈疾患、特に大動脈解離は 24 時間体制で受けなければならないですとか、かなり働き方改革に関わっていきます。

要するに、今まで受けられた施設もなかなかマンパワーの問題で受けられなくなってきているという、今後の働き方改革に関わる問題もありますので、現状も含めて、今後それをどのように各施設で対応しようとしているか、というようなことは非常に興味があるデータではないかと思います。

また、第２期循環器計画で、心臓移植、人工心臓のデータがないというご指摘ありましたけれども、神奈川県にはご存知のどおり、これだけ人口が多い中で人工心臓の管理施設が非常に少ないということで、この辺りの実態もぜひ、できましたら調査していただきたいと思います。

（笹生会長）

ありがとうございました。循環器の領域は、非常に働き方改革の影響が大きい分野でございますので、次回は働き方改革にスポットを当てて議論する予定ですので、ぜひその際にもご意見頂戴できたらと思っております。

この他にはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、事務局は委員からの意見を踏まえ、３月の協議会に向けて準備を進めてください。以上で本日の議題は終了となりますが、「３　その他」として委員の皆様、何かございますでしょうか。

では、本日、オブザーバーでご参加いただいている明石先生、全体を通じて何かご意見、ご感想などがあれば一言お願いしたいのですが、いかがでしょうか。

（日本心臓リハビリテーション学会　明石先生）

本日は、貴重な機会に参加させていただき、誠にありがとうございます。神奈川県で、これほどしっかりと議論されていることを知ることができて、大変うれしく思っております。

実はこの裏で今、心臓リハビリテーション学会の理事会が行われておりまして、こちらの会議が終わりましたら、すぐにそちらに参加させていただきますが、非常にこのリハビリに対するよい方向性が構築できるように、私としてもできることがありましたらお手伝いしたいですし、学会としても、後押ししていただけるように何とか働きかけることはできます

ので、引き続きご指導いただければと思います。本日は誠にありがとうございました。

（笹生会長）
　本日は、ご参加いただきありがとうございました。またご意見を頂戴できればと思っていますので、引き続きよろしくお願いいたします。
　最後に、事務局の方は何かございますでしょうか。

（事務局）
　医療課長の市川です。本日は皆様ご議論ありがとうございます。先ほど、実態把握調査の関係で、鈴木委員、長谷川副会長、はじめ各委員からご意見いただきました。実態把握調査の調査項目の一つ目は、改めた方がいいのではないかというご意見、それから各委員の方からは国の動きも踏まえて、うまく棲み分けをした上で調査した方がよいのではないかというようなご意見をいただきました。
　つきましては、国の動向はこちらの方で確認させていただくとともに、本日いただいたご意見を踏まえてですね、修正については検討させていただきます。
　なお、その他、もしご意見がございましたら、承りたいと思っておりますので、事務局の方にメール等でご意見いただけますと幸いです。

（笹生会長）
　それでは、これをもちまして本日の議事を終了とさせていただき、進行を事務局にお返ししたいと思います。どうもありがとうございました。

閉　会

（事務局）
　笹生会長、円滑な議事の進行ありがとうございました。また、委員の皆様、オブザーバーの皆様、本日は忌憚のないご意見ありがとうございました。
　最後に、今後の協議会の日程についてお知らせさせていただきます。次回、第３回は１月30 日月曜日、18 時 30 分からとなっております。本日の会議から間もない開催で申し訳ございませんが、ご出席いただける委員の皆様におかれましては、どうぞよろしくお願いいたします。
　また、第４回の協議会につきましては、当初、お知らせさせていただいていますとおり、３月 17 日金曜日、18 時からを予定しておりますのでよろしくお願いいたします。
　それでは以上をもちまして、本日の会議を終了とさせていただきます。皆様、どうもありがとうございました。