

○ 開会

(委員の紹介後、会議の公開について確認)

○ 議題「神奈川県循環器病対策推進計画の策定について」

(資料1-1～2-2について事務局から説明)

(笹生部会長)

今回の論点は二つあるということですね。まず1点目の「県循環器病対策推進計画における評価指標及び施策に関する調査結果を踏まえた、評価指標の紐づけについて」何かご意見、ご質問はございますか。

(長谷川委員)

これまでの議論は、評価指標というか、脳卒中と心血管疾患についてまとめて書かれた一枚の紙になっていたと思うのですね。そこに国の基本計画の項目が並んでいて、とにかくその項目に指標を当てはめようとする作業をやってきました。

まず、我々は分野アウトカムに該当する、今期計画で何をを目指すのかということについて議論し、合意を得たことについて必要なアウトカム指標を考えていく。既存のアウトカムから出発するのではなく、場合によっては私たちが自力で評価をする必要も出てくるかもしれませんが、最初にどのようなアウトカムを求めるのかという議論から始めるべきだと思います。

それから先ほどの事務局の説明でデルファイ法を使ったという説明がありましたが、本当のデルファイ法は1回目に皆さんに方法を説明して、そのあとみんなで話をして再度各自独自投票していくのがデルファイ法かと思っています。今回の事務局の調査で意見が合わなかったところをもう一度ディスカッションするという方法もありますが、私の意見としては脳卒中学会、循環器学会が作成したロジックモデルを使って、循環器と脳卒中を分けて考えた方がよいのではないかと思います。

(笹生部会長)

ただいま長谷川委員から、事務局(案)のブラッシュアップではなくRH-PLANETのロジックモデルを採用してはいかがかのご提案がありましたが、心血管疾患の専門の委員のご意見も伺いたいと思います。伊莉委員いかがですか。

(伊莉委員)

はい。やはり重要なのは最終的にアウトカムを改善することなので、方法はいろいろあると思うのですね。県の方で調査していただいたものも、集められるデータを集めていただいたということですが、ロジックモデルはRH-PLANETのものがすでにでき上がっているもので、利用させてもらうのがいい方法だと思います。

やはり把握できるデータに点数をつけて削っていくよりは、全体を眺めて不足しているデータですよね。その中からこのデータを取る必要がある、というものを見つけ出してそれに予算をつけてまで調査するかどうかということが多分次の議論になると思います。

ですので、とりあえずRH-PLANETのロジックモデルを採用すると。作業期間が短いということもありますので、長谷川先生の提案に私は賛成したいと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。他に何かご意見、ご質問はありますか。

(福井委員)

私も長谷川委員、伊莉委員と同じ意見です。やはりまずはきちっとしたロジックが成立している必要があります。今回県が事務局(案)として出しているものは、申し訳ないですけども、今把握できるデータから無理やりロジックを作るという手法になっているので、果たして個々の目標を達成できたら最終目標のアウトカムが達成できるかということに関してはかなり疑問があります。

まずはきちんとロジックモデルを作った上で、そのあとどこが把握できていないデータなのかを出して行って、そこを検討していくことが大事なのだと思っています。伊莉先生と全く同じ意見です。

(笹生部会長)

福井先生ありがとうございます。ロジックモデルに関しては、脳卒中と循環器病で分けるかどうかということに関しましては、何かご意見はありますか。

(長谷川委員)

そうですね。現在各都道府県で循環器病対策推進計画の策定作業が進んでいますけれども、この都道府県も脳卒中と循環器病を分けてロジックモデルを作っています。脳卒中と循環器病は基本的に同じ部分もありますけれども、やはり個々の施策になりますとかなり違いがある。ですから脳卒中と循環器病で分けてロジックモデルを決めた方がよいと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。伊莉先生、福井先生もそのようなご意見でよろしいでしょうか。

(伊莉委員、福井委員 うなずく)

ありがとうございます。やはりロジックモデルは別々のものを使うということになっていくと思います。私も脳卒中と心血管疾患は別の疾患ですので一つにまとめるのは無理があると考えております。

では、今回の県計画の策定に際しては、長谷川先生、伊莉先生からご提案のあった RH-PLANET のロジックモデルを採用するという。また、脳と心臓で別のロジックモデルを使うということで、皆さん合意いただけますでしょうか。

(各委員 うなずく)

ありがとうございます。では、事務局はそのような形で今後の作業を進めていただきたいと思います。

続きまして2点目の論点の「評価指標に表れない施策の検討について」です。この検討を始める前に、前回部会で合意した計画骨子と RH-PLANET のロジックモデルがどの程度重複しているのか事務局から簡単に説明してください。

(資料5-1、5-2について事務局から説明)

(笹生部会長)

ありがとうございました。事務局としては、第2節第5項緩和ケア、第2節第7項の小児期、若年期から配慮が必要な循環器病への対策、第3節循環器病の研究推進についても何かしら計画に記載したいということだと思いますが、これに関して何かご意見をいただけますか。

(長谷川委員)

緩和ケアについては、国の方では心不全学会がある程度関与してしまっていて、現在心不全学会が方針を作っているところですので、これはもう少し待ってもよいのではないかと思います。すなわちアウトカムをなかなか取りづらいところですから、アウトプットと言いますか、県の計画の中で記載するにとどめればよいのではないかと思います。これは第2節第7項の小児期、若年期から配慮が必要な循環器病への対策、第3節循環器病の研究推進についても同じです。国からは基本計画に記載されている個別施策をなるべくすべて盛り込むよう求められているのですが、必ずしもロジックモデルに書き込むことまで求められているわけではないと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。循環器の方はいかがでしょう。

(伊莉委員)

前回合意した計画骨子と RH-PLANET のロジックモデルの違いはわずかで、2項目(第2節第7項の小児期、若年期から配慮が必要な循環器病への対策、第3節循環器病の研究推進)だけですから、基本的にはほぼ同じことを言っているということだと思います。抜けている部分に関して

は確かに今後やっていく必要がある項目ということで追加されるということになりますから、よいと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。

(福井委員)

よろしいですか。多分「第2節第7項の小児期、若年期から配慮が必要な循環器病への対策」に関しては2つトピックができると思っています。1つ目が小児からの生活習慣病のような小児肥満という将来的な病気のところと、2つ目に循環器の場合だと先天性心疾患ということと2つターゲットがあると思います。

先天性心疾患は、それを診ることができる病院の数などをアウトカムにする。一方の小児肥満は、生活習慣病の評価項目か何かで小児肥満の割合があったような気がするのですが、そういったものがわかりやすくアウトカムになるのではないかと思います。

(笹生部会長)

なかなか小児の肥満はデータが出てこないので私は少し難しいような気もしますが、そのあたりも考慮していきたいと思います。ありがとうございます。

(長谷川委員)

私から事務局に提出した資料3-1、3-2について説明させていただいてよいでしょうか。

(笹生部会長)

はい、よろしくをお願いします。

(長谷川委員)

今、少し議論が交錯していると思うのですが、ロジックモデルと県が書き上げる全体像と言いますか、県の骨子案を混同して議論されているのかなと思います。

まず、脳卒中に関する評価指標はロジックモデルにまとめられていて、また、脳卒中と循環器は別々のロジックモデルを使って整理する。これは先ほど皆さんの合意をいただいたところです。

資料3-1の1です。ロジックモデルを使うと、誰が見ても解釈のブレが少なくなるということで非常に意味があると思います。今まで事務局が作成していた心臓と脳を一緒にしたものとロジックが見えていないのでなかなか皆さんの議論が進まないと思います。

私はロジックモデルの専門家ではないので、私が説明するのは適切ではないかもしれませんが、次のページ、日本脳卒中学会のロジックモデルのマニュアルというものがございまして、そこに説明がございまして。資料中の図のように、ロジックモデルというものはPDCAサイクルを回すために必要だと言われています。そして分野アウトカムと中間アウトカムは全国共通で都道府県別に比較可能なものとしてはどうかと提案されています。

そして資料3-1の4枚目のスライドが、RH-PLANETがひな形として作成したロジックモデルになっています。分野アウトカムというのは、言わば「人類を月の表面に送り込んで月の石を持って帰る」というような最終目的を記したものです。すなわちこれは脳卒中、循環器病の基本計画の中で最終目的として定められたものになっています。「1脳卒中による死亡が減少している」「2脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている」これを大目標にしましょうということなのです。

そのためには何が必要か。例えば人を月に送るということになるとロケットが必要だとか宇宙飛行士も必要だとか、そういったことが次に議論になるということですね。すなわち脳卒中に関する「予防」「救護」「急性期」「回復期」「維持期」。ここをしっかりとやれば大目標は達成できるだろうというロジックです。

問題は各々の都道府県でそれぞれに対する初期アウトカムや活動を考えたらどうでしょうかというのがこのロジックなのですね。ですから最も議論する必要があるのは、現在ある指標をどこ

に落とし込むかということではなくて、我々が県としてどのようにしたら目標を達成できるのか。そのためには何が必要かということをお互いに議論し合意していただくこと。

先ほど小児の話がありましたが、例えば小児は本当に必要か。この点をみんなで議論して合意したらここに書き込まなくてはならない。もしそうでなければ、県の計画の中で一文触れるだけかもしれない。そのメリハリというか、重要度の評価を皆さんでディスカッションしながら行う必要があると思います。

この議論をきちっとやると、RH-PLANET のロジックモデルは神奈川県内の各種数値も簡単に表示できるようになっています。日本の中で現在取れるデータというものはおおむね限られていますから、どこでもこれは使えるのではないかと思います。これをひな形にして考えるというのがロジックモデルの使い方ということになるかと思います。

おそらく先ほどから色々と議論がありますけれども、神奈川県としてこのロジックモデルでよいのかどうか。そのことについて合意を得て、それぞれの問題について計画骨子をその中に入れてアウトカムが立てられるのか。そういう議論になると思います。そしてアウトカムというものは PDCA サイクルを回すために、経年的に変わらない評価できるものでないといけないので、そうでないものはアウトプットとして、PDCA サイクルの評価指標にはしないということだと思います。

先ほど小児の話がありましたが、アウトカムが取れるかどうかというところが議論になるのだと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。長谷川委員から説明のあったアウトカムの話ですが、神奈川県なりのそういったものを加えた方がいいかどうかという話だったと思いますが、何かご意見はありますか。このロジックモデルはかなりよくできているので、そのままでもよいということもあるかもしれませんが。

例えば救急などは神奈川県内でも結構地域差があるので、そういったものも評価に加えるとよいのではないかと思います。長谷川先生いかがでしょうか。

(長谷川委員)

そうですね。神奈川県の中で川崎、横浜は 10 年以上継続して脳卒中のデータベースを作っています。それから県央も救急隊が脳卒中であると判断して搬送しています。川崎、横浜では MPSS で救急隊員が脳卒中と判断して搬送した症例を半年ごとに集計し、病院データと突合して事後検証を行っています。おそらくこれらをうまく使えば神奈川県でどのくらい脳卒中搬送があり、県外搬送や圏域外搬送がどのくらいの割合であったとか、実はこれは RH-PLANET のロジックモデルの中では評価の指標にはなっていないのですが、神奈川県では正確な数値、指標として取得できるのではないかと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。他に何かご意見はありますか。

(笠原委員)

循環器のアウトカムについてですが、事務局（案）のツリーの中で急性心筋梗塞のパスは記載があったと思うのですが、国の基本法の対象疾患では心不全に関わる疾患も多数存在しています。そして心臓リハビリテーションの対象疾患の主流は今心不全になっています。

心不全のパスを心筋梗塞と別に作るかどうかはまた別の議論になると思うのですが、アウトカムの中に心不全に関わる項目が抜けているのは、循環器疾患の中で多くの対象者を取り逃してしまうことになり得ると思うのですがいかがでしょうか。

(笹生部会長)

重要な意見をありがとうございます。これに関しては、伊莉先生か福井先生からコメントをいただけますか。

(伊莉委員)

若干確認が不足していますが、RH-PLANET のツリーの中には心不全も入っていたように理解しています。

(笠原委員)

RH-PLANET のロジックモデルは十分に確認できていないのですが、以前事務局が実施した調査の際には、事務局（案）に心不全に関する記載がありませんでした。そういう意図での発言です。

(伊莉委員)

以前送られてきた事務局（案）では心不全もそうなのですが大動脈解離も抜けていて、不足している項目があると事務局に指摘していたのですが、今日 RH-PLANET のロジックモデルを採用していくということになりましたので、そうであれば一応網羅されると私は理解していました。

(笹生部会長)

事務局、何かご意見ありますか。

(事務局)

RH-PLANET のロジックモデルでは大動脈解離については指標の中にまずしっかりと確認ができます。それから基本的に急性の心血管疾患に確かに偏っているところがあるかもしれませんが、心血管疾患という形で心不全も含めた形で統計がとられる。指標がとられていくと事務局としては認識しております。

(福井委員)

このロジックモデル自体は心筋梗塞をベースに描いているのですが、何か包括的に、都合よく他の慢性期も入れている感じで、そういう意味で心疾患に関しては建て付けに若干無理がある部分があって、疾患名が具体的に入っていないのですね。指標のところに入れるような、建て付けになってしまっているのですね。

そのあたりも細かくやりだすと疾患別のロジックモデルになってきて、細かく分かれ過ぎてしまうという問題があるので、多分リハビリとか書いてあるものは心不全のリハビリも虚血のリハビリも全部含めてそれを入れる。緩和ケアも心不全も不整脈、虚血も全部まとめてというとらえ方を多分していると思います。

現場サイドから言うと疾患別にやるのでわかりにくい作りになっていると思うのですが、そこを具体的な数値目標のところ落とし込んで整理していくという作り方をしていかないと、ロジックモデルがたくさんありすぎても厳しいのでは、と思いました。

ただ、伊莉先生が提出された RH-PLANET のロジックモデルのエクセルデータを以前見せてもらったのですが、結局神奈川県は循環器にしても脳卒中にしてもどこが弱いのかをきちっと見せることが大事だと思います。そうすると心疾患の標準化死亡比心不全はやたらと神奈川県は数値が高いのですね。全国平均が 100 なのに、神奈川県の男性は 142、女性は 106 と図抜けて高い。あとは確かにリハビリの件数がすごく少ない。

このように全国レベルとの比較で神奈川県の弱いところがいくつか出てくるので、そのあたりを重点的にきちっと実際の施策として考えるということは、非常に大事だと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。

(伊莉委員)

今手元の資料で確認したのですが、最終アウトカム の 2 つ目が「心血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている」ということで、心不全の再入院率とか健康寿命とかになるのですが、その一つ手前の段落のところは心臓リハビリというのが回復期で大きく取り上げられています。ですから心リハと心不全に関わる場所は RH-PLANET のロジックモデルでかなりの場所を割いて書いてあると思います。全く抜けているということではないように思います。

(笠原委員)

ありがとうございます。そうすると最初私が指摘させていただいたパスに関しては、現実的に心筋梗塞以外は、先ほど福井先生がおっしゃったように疾患別となると雑多になってなかなか難しいかもしれませんが、心筋梗塞に絞ってアウトカムで採用するということが致し方ないということでしょうか。

(笹生部会長)

事務局お願いします。

(事務局)

確かにここは心筋梗塞ということですがけれども、先ほど長谷川先生からロジックモデルを使う一つの効果というか、メリットとして全国比較などもできるということをお話いただきました。そのあたりも含めてご意見をいただいて、そこを変えていくのか、追加していくのかということをご議論いただければと思います。

(伊莉委員)

RH-PLANET のロジックモデルだと心筋梗塞はそんなに多くないですね。3分の1ぐらいしかありません。心リハも3分の1ぐらいなので心筋梗塞と心リハの調査項目は同じぐらいです。ですから心筋梗塞に偏っている印象はないです。一方で大動脈解離が少ないような印象は少し受けませんが。

(笹生部会長)

ありがとうございます。

(笠原委員)

RH-PLANET のロジックモデルについて私の理解が不十分で申し訳ございませんでした。結論的に心臓リハビリテーションの対象疾患、大動脈解離等を含めて循環器疾患が網羅されているのであれば差し支えないと思います。ありがとうございます。

(笹生部会長)

他に何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

(福井委員)

笠原委員のお話にあった心不全の地域パスですが、実は心筋梗塞もそうですが、皆さんパスを作るのですが実効性の問題になるとどこもうまくいっていないというのが現実です。ロジックモデルの項目に上げて実効性という意味で意味があるのかなというのは現場の素直な意見です。

(長谷川委員)

脳卒中の方もパスについてはもうかなり長く議論しています。そしてまた脳卒中からパスの整備が始まったところもございます。

この件は数年前に神奈川県内で電子化しようという話が持ち上がっていました。横浜市に少し予算もついたので、旗振り役の横浜市大の脳外科の先生が急逝されてしまい立ち消えになってしまいました。

今から考えますとあと一步で形にできるというところでしたけれども、その後コロナで神奈川県は大変な目にあっただと思うのですが、コロナも同じで、ICUに入った方が退院要件を満たしたにもかかわらず次の回復期に移れないという事象が明らかになりました。

これは平時から脳卒中や心臓病の中では、高度急性期から急性期、あるいは回復期に移れないという事象があって、まずは全例を対象にパスの電子化をやるべきだと。そして急性期の退院基準を満たした日を指標として記入すれば、実退院日との差からどこどの程度スタックしているか把握できるというところまで、実は神奈川県脳卒中シームレス医療研究会の皆さんの間では話が進んでいたのですね。

今回のコロナを受けて神奈川県ではかなり電子化が進んでいるようですから、これは将来の話になるのかもしれませんが、急性期、回復期、維持期。その退院条件を満たした方が実際に転院したのは何日後だったと。そういうことが電子化すれば必ず見えるようになりますので、すべて

の脳卒中患者さんに対してパスが回っていくような、そういった仕組みを考えていかななくてはならないと考えております。2023年までにできるかどうかわかりませんが、前に進めたいと思っています。

(笹生部会長)

ありがとうございます。脳卒中の分野ではかなり前からパスが動いているけれども、まだまだそういう課題があるということですね。

心不全に関しては割と病院が変わると評価が変わってしまうという問題があると思いますが、私は共通パスがあったらよいのではないかと思うのですが、そのあたりはいかがでしょうか。

(伊莉委員)

地域で共通のパスを作っていくというのは非常にいいことだと思います。多分いろいろと皆さん「お作法」とかがあってですね、違う大学で違うトレーニングを受けてきた人とは少し作法が違ったりするところがあって、そういった部分をうまくすり合わせる必要があると思うのですが、そういう努力を続けて地域で同一の価値観を進めていくことはすごく大事な方向性だと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。福井先生いかがですか。

(福井委員)

そうですね。理想としてはそのようになるとよいのですが、なかなか現実には……。ただ、確かに長谷川先生のおっしゃっているとおり、できないから諦めるということではなくて、今後地域で見ていくということは考え方の上で非常に大切なので、パスという固い形を作るのではなくて患者さんの把握としてどういう流れをしているのか。それは少なくともレセプトデータなどで把握できると思いますので、そこは少なくとも把握する努力をしていく方がよいと思います。

パスという形でシステムを固くしてしまうとなかなか回っていかないというのが正直な現場の意見ではあるのですが、もう少しゆるい形のデータを取っていった方が効果的だと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。全体を通して何かご意見ありますか。

(長谷川委員)

先ほど私がパスの話をしたのですが、福井先生がおっしゃるようにガチガチのものを作っても意味がありません。私たちが作ろうとしたのは退院基準を満たした日と実際に退院できた日。それから回復期の退院基準を満たしたのにすぐに維持期に移れなかった。それがどのくらいの日数あるのかということ。そしてまた県央と県西でどのくらい違うのか。正直言ってそれ以外のことはどうでもよいですから、それだけは出してくださいというのが私の言うパスなわけです。

そうすると今神奈川県で最も問題にされているのが、脳梗塞で入院している一日の患者数が今5,000人と言われているのですが、2040年には1万人を超えると言われているんですね。これが今じわじわと人数が増えてきていて、ついには回復期から維持期に流れないという問題が出てくると思うんですね。このことがやはり見える化されていないと、茹で蛙とよく言いますが、気づかないうちに対処しきれないような大問題になってしまう。こういうことになってしまうと思いますので、できればその部分だけ。他の個々の「お作法」の部分は自由でいいので、転院困難の指標だけでも押さえられれば、2040年を見すえた地域医療構想にもつながっていくと思っています。

(笹生部会長)

ありがとうございます。

(伊莉委員)

今の長谷川委員のお話を聞くと、パスと言われると我々クリニカルパスで「病院でパス何%使え」とか「バリエーションを出すな」とかそういうイメージでちょっと聞いたのですが、パスという

よりもペイシェントフローの方が近いですね。あくまで患者の流れの話なので、多分福井先生もちょっと今、パスと言われて、違う反応をしてしまったのではないかなと思いました。

(笹生部会長)

ありがとうございます。

(福井委員)

やはり在宅の問題は、特に心不全はこれから本当に増えてくると思います。今後、神奈川県も85歳以上の高齢者、超高齢者が1.5倍ぐらいに増えていくので、人口比を見てもその問題で心不全が本当に、近年心筋梗塞でも助かるようになった分だけ確実に増えてくる疾患になりますので、そこをどうやって在宅につないでいくかということは、とても大きな課題だと思っています。

ただ、これもまた現場サイドで言うとまだ在宅の動きがほとんどないのですね。心不全を診ることができる在宅の先生は現実的にほとんどいません。在宅を中心にやっている先生は、がんや緩和ケアを中心にやっていた先生がどちらかということと中心で、循環器を診ることのできる先生がいない。ようやくその辺りの動きが出てきたというレベルですので、とりあえず数を把握することだけでも、本当にペイシェントフローという形で、今後大きな問題になっていくということをきちっと上げていくことだけでも大事ではないかと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。心不全の再入院を減らすためには在宅が大事なのでそのあたりのところを何かうまく形にできればと思っています。脳卒中などは原疾患として高血圧とか循環器疾患なので、そのあたりの協力体制のあり方とかご意見ございますか。

(伊莉委員)

今の心不全の考え方として発症してからステージCで、その前がステージB。そして高血圧や糖尿病の段階がステージAで、その段階から介入すると心不全をすごく減らすことができるだろうというのは、多分専門家はみんな納得していて、何とかしないとイケないと思っています。

ですので、何とかその未病ですよ。本当に知事がおっしゃる未病の段階。ステージAの心不全がそうだと思うのですけれど、そこへの介入というものも神奈川県独自ということであれば、入れていく考え方の一つになっていくと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。未病のことを入れると神奈川県がすごく喜びそうなので、是非とも何かうまい形で評価できたらと思います。

(大持委員)

今回ロジックモデルの中で歯科の項目は意外とないのですね。未病改善というところで歯科関連のお話をすると、歯周病やオーラルフレイルのことがすごく言われています。それが在宅につながらないところや循環器系の発症率が予防できると言われています。

今回オーラルフレイルに関連した指標はロジックモデルに全然入っていないのですが、今後神奈川モデル等を考える時に少しそのあたりの指標。今、神奈川でオーラルフレイルは、全国的にもオーラルフレイルに関する分野が最近進んでいますので、今後神奈川の歯科医師会でデータが積み重なってくると全国のデータもついてくると思いますので、そのあたりの指標を今後の参考に使わせていただければと思っています。よろしく願いいたします。

(笹生部会長)

はい。未病の分野でかなり口腔ケアは出てきていますのでそのあたりで何か絡めることができればよいのではないかと思います。

(長谷川委員)

一言よろしいでしょうか。神奈川県の中で全国に先駆けて進んでいるところが、脳卒中の予防に関してあります。歩いて受診する脳卒中、TIAへの対応です。神奈川県医師会の脳神経科医会と

脳卒中協会の共同事業で専門医とかかりつけ医を結びつけるツールを作成しています。日本の中でも神奈川県だけで、全国で最も早く作ったツールで、その成果も報告済みです。

基本計画の中にも、専門医とかかりつけ医を結びつけるツールを使いなさいということが書かれていますので、ぜひ神奈川から発信できれば、オール神奈川で予防できると言いますか、軽い症状で発症したけれどもそれを見逃さない。そこで治療をしていくことができると思います。

(笹生部会長)

はい。素晴らしい意見で、そのようなことが具現化に向けて進んだらよいと思いますので、よろしく願いいたします。

(青地委員)

先ほど福井先生からお話があったとおり訪問診療できる循環器の先生が本当にいないのです。私はケアマネージャーをやっておりますけれども、実感として本当に心不全の方、今在宅で看取りまで行く方が増えているのですけれども、がん専門の緩和ケアの先生はいらっしゃるのですが、循環器の訪問診療をしてくださる先生が本当に地域でいらっしゃらなくて、結構苦労しているところです。

急性期、先ほどパスを使ったリハビリの段階ですね。心不全の方も、その心不全のリハビリがなかなか療養病棟に行っても難しかったということがありまして、そこからさらに在宅ということかなりハードルが高いのですね。リハビリも急性期の骨折とか脳卒中のリハビリは結構在宅でも積極的にやるのですが心不全とか呼吸疾患、呼吸不全に関してのリハビリの先生も、やはり在宅は厳しいというところがあるので、そのあたりの循環器の再発予防という点で、何かロジックでそういうところが出てくるとありがたいなと思いました。

ケアマネージャーも、脳卒中だったらば再発作の予防、そして循環器も再入院の予防というところをケアマネジメントの標準化で最近はずごくうるさく言うようになっていきますので、生かせるようになればよいと思います。

(笹生部会長)

重要な意見をどうもありがとうございます。何か他にご意見いただけますでしょうか。

(福井委員)

最初に長谷川先生もおっしゃられたのですが、結局ロジックモデルにいろいろと案を出していくのは大事なことですけれども、実際その中で、どこが一番課題になっているかということを出して、そこに対してどういうアクションプランを出すか。そしてPDCAサイクルを回すべきなので、そのためにどこが神奈川県は弱いのかということを出すためには、絶対自前のデータベースが必要です。そうしないと真の意味で改善していくことはできないと思います。

県別のデータベースがあるのですが、これを見ても先ほど言ったとおりリハビリや心不全の死亡者数が多いというのは見たのですが、例えばドア to バルーンという心血管疾患の一番一般的な指標が神奈川県は13%となっています。もっとも全国平均が10%なのですが、このデータ一つとってもK-ACTIVEでは70%くらいあるのですね。どうしてこんな乖離があるのかよくわからないし、きちとした自前のデータベースを出すことは、大事なことだと思っています。

今国の方もいろいろと動いていて、カルテ自体をかなり引っ張る仕組みなどもできていますので、そのあたりのところが将来的な構想も絡めて今すぐできないところもあるのはいろいろ私も調べている中でハードルが高いことを認識はしてはいるのですが、計画にはぜひ自分たちのデータベースを入れるということを記載していただくとありがたいと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。長谷川先生、脳の方はt-PAまでの時間など何かデータ化されているのでしょうか。

(長谷川委員)

川崎、横浜はデータがとられています。救急隊の覚知、現着、病着時刻、t-PA 静注開始時刻、

治療後の転帰などが半年ごとに評価されています。先ほどのドア to バルーンの90分以内というのは、厚労省のNDBから取られていますね。

神奈川県下の救急隊、少なくとも川崎、横浜の救急隊は脳卒中スケールで救急隊員が脳卒中と判断してどの病院にいつ搬送したか正確なデータを持っていて、これに医療側のデータを追加することでデータ取得されています。

先ほど言ったパス、あるいはペイシャントフローのような悉皆データで退院基準項目を満たした日と実際に退院できた日との差を見ることで全体の流れがわかると思います。

実は今脳卒中と心臓病に対する都道府県のデータを含めたデータのとり方について国立循環器病センターについて最近特別な部署が設けられ、脳梗塞、脳出血くも膜下出血の正確なデータが得られるようになるようですが、これはこれとして、神奈川県で必要なデータをなるべく取っていく形にしていだければと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。結局最終的には患者さんの治療効果が上がってメリットがあるということなので、何とかそちらの方も頑張ってもらってやっていただけたらと思います。他に何か意見はありますか。

(濱委員)

先ほど論点2の評価指標にあらわれない施策の検討で事務局から緩和ケアのところは脳卒中の方のロジックモデルに入っていないという説明があったと思うのですが、これは国の基本計画でも循環器病の緩和ケアについては末期心不全をターゲットに考えていて、循環器の方のロジックモデルには入っていると思いますので、無理に脳卒中の方のロジックモデルに緩和ケアのことを入れるのは、先ほど長谷川先生からも、もう少し待ってもいいのではないかとのご発言ありましたので、私もそのように思います。

あと指標についてですが、今、心不全学会などでも緩和ケアに関しては研修会も始められているところでもありますので、例えばその受講者数とか、神奈川県での受講者数などがおそらくわかると思いますので、そういった受講者数等も指標として検討するのもありうると思います。

(笹生部会長)

はい、ありがとうございます。前提の確認ですが、ロジックモデルを使ってやっていくというところでは皆さん異論がないということによろしいでしょうか。

(各委員 うなずく)

皆さんうなずいてらっしゃるのでそういうように作成するというので合意いただけたということですね。他に何か全体を通してご意見いただけますでしょうか。

(長谷川委員)

川勝委員から前回お話があった一般の方々に対して SNS などを活用して脳卒中の初期対応の意識を高めるという課題。これは国の基本計画でも書かれているわけですから、神奈川県でもぜひ一般の市民、県民に対して、こういった症状があったときには脳卒中と考えて対応すると。こういうときには心臓病として考えると。そういった市民向けの対応も必要だろうと考えています。これは指標が今はありませんので、先ほどのお話のように実際の指標でなくてもアウトプットとして県としてどのような形で市民に SNS などをを使って啓発したのかと、数ぐらいは出ると思いますので入れていただけるとよろしいかと感じています。

(笹生部会長)

ありがとうございます。

(福井委員)

福井ですが、今日せっかく消防局の方もいらっしゃっているのですが、横浜市は心筋梗塞に対して、救急隊が現場で心電図を取るという、プレホスピタル中に誘導心電図と言うのですけ

ど、本当に全国でも非常に珍しいよい仕組みがありまして、それを救急隊の患者さんをどこに運ぶかというトリアージだとか、導入されて10年以上経つので救急隊の心電図の読みも非常に正確で役に立っています。去年からは、実は心電図伝送というのを始めまして、病院にメールで直接心電図が届くようになって、うちの病院ではさらにそこから、各自の携帯電話に届くようになっています。だから、実は私も今こうやって携帯電話を持っているのですが、ここに家にいても届くという仕組みになっていまして、これが本当に役に立ちます。オンコールで、例えば私が呼ばれている時に、それで心電図を見たら、例えばこれはもう本当の心筋梗塞だ、急がないといけないとか体制を速やかに取りやすい。

そういうことを、救急隊がそれぞれの地区に応じて、いろんな工夫をされていらっしゃると思うので、やはり神奈川県という単位になると、そのK-ACTIVEで見たときも現場到着までの時間はどこも非常に早いのですが、そこから病院に運ぶまでの時間が結構ばらつくのですよね。

多分トリアージとかいろいろやっているのだと思うのですが、そういったこともやはりお互いの工夫とかを話ができると、今は消防隊自体の横の連携があまりないので、ぜひそういったところは県が主導になって横浜市、川崎市、相模原市の3政令指定都市プラス市町村。うまく連携できると、神奈川県全体の救急のレベルが上がるのではないかと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。

(伊莉委員)

それに関連してかもしれませんが、多分搬送する先を決めるまでの時間も結構ロスなのではないかと少し考えています。今、神奈川県はコロナ対策で、本当に神奈川モデルをよく対応していただいていると思うのですが、本当に重症というとすぐに運ばれてきて、重症から中等症になると、またすぐに転院先のベッドを見つけてさっと動かしてもらって、ということで、県が県内のベッド数を把握して現在やられている体制を、そのままコロナが収束したら救急診療に転換するとよいのではないかと思います。

脳卒中も心筋梗塞も救急の治療をすることが大事で、多分入院できることより治療することの方が大事になってきていると思います。東海大学でも時々起きてしまうことなのですが、入院のベッドは満床だけどカテーテル治療はできるという、そういう状況などもきちっと救急隊にわかるようにリアルタイムで情報が、コロナ対応を応用してやっていくと、その結果として救急隊の方も迷わずにすぐに搬送先が決められるようになるのではないかと思います。

(笹生部会長)

はい。ありがとうございます。メディカルコントロールのあり方という点では、まだいろいろと改善の余地があるというお話だと思います。大分コロナで、専門治療がうまくできないとか救急も搬送時間がかかったとか、大分ダメージがあったようですけども。

(濱委員)

よろしいでしょうか。三崎センターの濱です。先ほどコロナの話題が出ましたが、現在保健所でももちろんコロナ対応をしているのですが、神奈川県では県医師会のご協力のもと「地域モデルの神奈川モデル」を積極的にやっていると思います。三崎センターでも三浦医師会と連携して活動しているのですが、先ほど少しこの循環器でも在宅医療のお話が出ましたが、今後コロナが収束した段階では、自宅療養の神奈川モデルを、例えば循環器疾患とか先ほどから出ているがんとか、そういったものに応用するというような考え方もあるのではないかなと、これは個人的な考えですけども思っています。

また、そういった検討もこれは、今回の計画に入れるものではない。まだ早いとは思いますが、そういった検討もあるのではないかと、これはあくまで意見として、思っています。以上です。

(笹生部会長)

はい、ありがとうございます。なかなか斬新な意見で、そこに何かAIなどが絡んで、データなどで管理できれば心不全などはとても素晴らしいと思いますが、今後の課題ということで、うまい方向に行ったらよいと思います。他に何かご意見ちょうだいできますでしょうか。

(土田委員)

先ほど福井先生がおっしゃった心電図の関係ですけれども、こういったものは神奈川県が中心になって、いろいろな情報を各自治体に流していただきたいと思います。私は三浦市に住んでいるのですが、三浦市から横須賀市に運ばれることは結構多いです。

そういった時に連携をとりながらやっていただければと思います。こういったものを使えることは本当に救命・救急には大切なことだと思いますので、県の方で研究していただければと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。行政間を超えた連携をしてほしいということですね。治療効果を上げるためには、ぜひ必要なことだと思います。川勝委員はいかがでしょう。

(川勝委員)

はい。ここまでずっとお話を聞いていてですね、ロジックモデルには非常にいろいろな指標が入っていて、最初はわからなかったのですね。何のことかさっぱり。でもよく考えると非常に克明に学会も考えていて、ストーリーとしては正しいと理解をしましたので、賛成をしています。

論点2についてお話をしてよろしいですか。私は国の協議会にも出ておりましたが、国の基本計画の達成目標は3項目あるのですね。1つ目は循環器病の知識の普及啓発。2番目が保健医療提供体制の充実。3つ目が循環器病の研究推進ですね。

RH-PLANETのロジックモデルをよく見ると、本日の論議もそうですが2番目の医療提供体制の充実にどうしても重点が置かれています。それはそれでよいのですが、私はロジックモデルの指標がなくても重要な事項がいくつかあると思っています。そして、そういったものは計画には記載するなど、何らかの形で触れるべきだと思っています。

私がずっと重視してきた、国の協議会でも主張してきた、国民、県民への正しい病気の知識の普及啓発。これはロジックモデルの中では「初期の症状出現時における適切な対応について本人及び家族等が理解し実践できている」という表現で触れられているのですね。これはこれでよいことですから、次回以降の部会で計画案として、知識の普及啓発についても事務局から出てくると思っていますから、文言はそこで確認させていただければと思っています。

そして一番大事なことは、私は計画を作った後だと思います。計画ができました。でも大事なのは、具体的に誰が、いつ、何を、どうするかということ。これを決めることだと思っています。旗だけ掲げても仕方ありません。具体策をどうするか。

ですから、来年度どうやってこの計画を実行していくかということ、次回以降検討されると思うのですが、いくら医療提供体制が完璧になっても発症した患者がすぐに病院に来なければ、開店休業状態ですよ。発症しても様子見してしまう患者が手遅れになってしまうという今の課題を放置することになりますから、やはりすぐに患者が来るような仕掛けをやる必要がある。

事務局においては医療提供体制の話だけではなく、県民へのわかりやすい、理解しやすい広報。それから啓発について具体的に何をしたらよいのかということを検討する場を設けていただいて、考えて、推進してもらえればと思っています。

(笹生部会長)

非常に大事なご指摘をありがとうございます。以前から保健医療計画の会議でもそのことがずっと話題になっていて、継続的に何かこううまくやっていくところが非常に難しいところですが、ぜひとも何か盛り込みたいと思います。ありがとうございました。

(福井委員)

根幹の根幹ですが、実はこの循環器対策基本法の一番の目的は「健康寿命延伸等を図るための

脳卒中心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」なんですよ。ですから、目的は健康寿命の延伸なのですよ。究極の言い方をすると。

しかしこのロジックモデルは死亡がアウトカムになってしまっている。実は、根幹の根幹でそういうことがある。実際に私達も研究をやっている、健康寿命をどうやって落とし込むかというのは、現実的にはできないということはわかってはいるのですが、それを何らかの形で落とし込めないかと。

実は、私があたりで少し今考えているのは、介護保険の要介護2になると健康寿命から脱落する。普通の健康寿命の出し方は国の国民栄養調査で自分が健康かどうかというところでやっているの、それを個別のアウトカムなどに落とすのは、少し現実的には難しいのですが、介護保険を使ったデータを持てば、実はレセプトなどと連携することができるので、本当の意味のアウトカムがきちんと出せるようになるのですよ。

ですから、先ほどのデータベースの話になるのですが、本来のアウトカムはそこをどう表現するかということ。少なくとも何らかの形で努力はしていかないと、一番の目的は単なる寿命の延伸ではなく健康寿命の延伸なので、そこに対する努力は必要だと思います。

(笹生部会長)

はい、ありがとうございます。その評価ということでございますね。予防医学の特定健診とかそういうところも入っていくので、そのあたりをしっかりとやって、またその先も何かやっていたら、ということだと思いますので考えたいと思います。ありがとうございます。

(川勝委員)

今の福井先生のお話、ごもっともだと思います。これもまた国の協議会で出た話なのですが、例えば健康寿命の延伸という言葉は国民が読んでわかりにくい。何かよくわからないわけですよ。今の神奈川県未病の取組というのもの、実は私はほとんど知りませんでした。取り組んでいることが伝わっていないのですよ。

では、なぜ伝わらないのかということ、今回の国の基本計画や法律の基本は、私が感じていることは「誰もがより長く活躍できる」ということで「元気」「長生き」「活躍」なんですよ。それが国民にわかる言葉なのです。健康寿命の延伸なんて学会の言葉というように受け取られるのですよ。

ですからこれ、今回の神奈川県ロジックモデルには入れなくてもよいのですが、計画の最初の、それこそ1丁目1番地に、神奈川県民が長く生き生きと自分らしく暮らせるとか。何かこう親しみやすいスローガンが入らないと、多分、県民のためにならないのですよ。私たち、学会とか事務局が作ってはいどうぞと言っても、県民が受け入れないと駄目じゃないですか。

県民が受け入れられるものを今後、みんなで一生懸命考えて、そう文殊の知恵ですよ。考えて、県民目線で作るということが、やはりとても大事じゃないか。それが患者を助けるのではないかと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。非常に大事な意見でございます。かねての保健医療計画の中では、総論的なところで、未病とか今委員が言われたようなことが入っているのですが、何かそういうところをうまく表現したいと思います。他には何かご意見ございますでしょうか。

今日はいろいろと貴重な意見をいただいたので、あと方針も、ロジックモデルでやってくと決めさせていただいたので、それに沿って次回までに具体的な案を作って、パブリックコメントもいただくということで、そこでまた開かれた県民の意見もちょうだいできると思いますので、それも加味して最終的に提出という形になってくると思います。

そろそろいただいた時間になりますので、事務局の方にお返ししたいと思います。

○ 閉会

(事務局)

笹生先生、ありがとうございました。本日いただいたご意見を踏まえて、これからの作業を進めて参ります。また1点補足させていただきますと、次回の部会では計画の素案とあわせて、目標についても最終的にご議論をいただくこととなります。

その際、今回、参考資料としてお渡しをさせていただいております。指標のデータ集を今後事務局の方でさらに集計して、まとめ次第お送りさせていただく予定としております。ご活用いただければと思います。

以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。ありがとうございました。

(以上)