

令和4年度第1回  
神奈川県循環器病対策推進協議会

令和4年10月13日（木）

Web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1回神奈川県循環器病対策推進協議会を開催いたします。私は、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。

本日は、神奈川県循環器病対策推進協議会を設置して、第1回目の開催となります。そこで、冒頭、神奈川県医療課長の市川からひと言、ご挨拶をさせていただきます。市川課長よろしくお願いいたします。

神奈川県医療課長の市川です。どうぞよろしくお願いいたします。委員の皆様におかれましては、本日はお忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。また委員の就任をご承諾いただきまして、重ねてお礼申し上げます。

本県では、令和4年3月に神奈川県循環器病対策推進計画を策定いたしました。計画の策定に当たりましては、本日もご出席の多くの皆様に、多大なご協力をいただいたところでございますが、今後は計画に基づく、施策を着実に取り組んでいく必要があることから、新たに循環器対策について協議会を設置することといたしました。

後程担当から資料に基づき、今後の協議会の進め方等について説明させていただきますが、委員の皆様の忌憚のないご意見をいただきながら、本県の循環器病対策の推進に向けて取り組んで参りたいと考えております。本日はどうぞよろしくお願いいたします。以上でございます。

(事務局)

それでは、本日の会議の開催方法等について確認をさせていただきます。新型コロナウイルス感染症の状況等を踏まえまして、本日は、Webでの開催とさせていただきます。委員の皆様、お互いの顔を見ながら議論ができればと思っております。カメラは常時オンにさせていただきますとともに、発言の場合を除きまして、マイクはオフにさせていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

なお、委員の皆様には、事前に事務局から資料をメールでお送り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。お手元に届いていらっしゃらない場合、申し訳ありませんが、本日は、資料を画面共有しながら、説明とさせていただきますので、そちらをご覧くださいと存じます。後日、事務局から改めて資料をお送りさせていただきます。

次に、本日、第1回目の開催となりますので、私の方からご就任いただきました委員の皆様についてご紹介をさせていただきます。本来であれば、皆様から一言ご挨拶をいただきたいところでございますが、時間の都合上、お手元に配付してございます名簿に基づき

ましてお名前のご紹介とさせていただきます。

(説明省略)

なお、松前委員と砂田委員からは、事前にご欠席のご連絡をいただいております。また、後藤委員は、本日所用により途中で退席されると伺っております。

委員のご紹介については以上でございますが、当協議会、オブザーバーといたしまして、2名の方にご参加をいただいております。名簿にも記載をしておりますが、神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーション研究科より渡辺様、東海大学医学部より立道様、お二方へオブザーバーとしてご参加をいただいております。委員及びオブザーバーの紹介は以上でございます。

次に、会議の公開について確認を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きます。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名いらっしゃいます。

また、会議終了後は、県のホームページに、審議速報と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きます。

次に、協議会の会長、副会長の選出についてです。神奈川県循環器病対策推進協議会設置要綱の第4条により、会長及び副会長は、委員の互選により定めると規定されております。事務局といたしましては、計画策定の検討部会でも会長を務めていただきました神奈川県医師会の笹生委員に会長を、日本脳卒中学会神奈川県担当員会の長谷川委員を副会長に推薦させていただきたいと思いますが、委員の皆様いかがでしょうか。

(異議なし)

(事務局)

ありがとうございます。異議がないようですので、会長を笹生委員、副会長を長谷川委員に選出をさせていただきます。それでは、以後の議事の進行は、笹生会長にお願いできればと思います。よろしくお願いいたします。

(笹生会長)

笹生でございます。ご指名でございますので会長として議事を務めさせていただきます。円滑な議事の進行に尽力して参りたいと思いますので、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

## 協 議

### (1) 神奈川県循環器病対策推進協議会の設置等について

【資料1】

(笹生会長)

まず、1の協議(1)神奈川県循環器病対策推進協議会の設置等について、事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

#### 資料1の2「循環器病を取り巻く本県の現状等について」渡邊先生よりご説明

(渡邊先生)

皆様、こんばんは。神奈川県立保健福祉大学の渡邊亮と申します。どうぞよろしくお願  
いいたします。私の方からは、今ご紹介のありましたように本県の循環器病を取り巻く状  
況についてデータ分析を行って参りました。

先にお断りをさせていただきますが、まだ現時点では議論が進む前の段階ですので、今  
回の分析に関しては何らかの方向を導く、或いは仮説検証的な形で分析を行っているわけ  
ではなくて、限られた時間とデータソースの中で、現状についての分析を行ったという位  
置付けになっております。

10分ほどお時間を頂戴して内容についてご紹介差し上げますが、ボリュームが多いので、  
細かいデータの部分に関しては後程ご確認いただくとして、各資料がどういった内容かと  
いうことを中心にご説明を差し上げたいと思っております。

特に今回見ておりますのは、神奈川県内の二次医療圏、最新の第7次保健医療計画以降  
は、横浜の3つの医療圏が1つに統合されておりますけれども、今回は県内での検討とい  
うことで、あえて第6次保健医療計画に基づく二次医療圏ごとにデータ分析を行って  
おります。

先に全体の概要をお伝えいたしますと大きく分けて3つの分析を行っております。一つ  
が、今後患者数がどういうふうに関係器疾患で増加するのかということに関係器疾患  
に見て参りました。合わせて急性期医療、とりわけ手術等に関する状況を二次医療圏間  
で比較をするということを行っております。

さらに、県の方からも依頼がありましたけれども、リハビリテーションの状況について、  
可能な範囲でデータを見ていきたいということがございましたので、その状況について確  
認をしております。

当然ですけれどもこれからお示いたしますように、高齢社会の進展に伴って推計患者数  
に関しては、心疾患、脳血管疾患とも増加の傾向がございます。急性期医療に関しても、

地域によって少しずつ件数が違うということ、それからリハビリテーションに関して、特に心大血管リハビリテーションの実施状況が、地域によって結構差があり、必ずしも実施率が高くないという現状が見えてきております。

詳細について見ていきたいと思えます。最初に推計患者数についてです。こちらは基本的に人口動態のデータと厚労省の患者調査のデータに基づいて、2019年の推計患者数、それから2030年、この先約8年後の推計患者数について見ております。これは全県単位ですけども上側が推計の患者数、下側が人口10万人の推計患者数となります。当然、先ほども申し上げたように高齢社会の進展によって推計患者数は、疾患にもよって大分異なりますけれども、増加するだろうということになっています。

人口10万人対推計患者数の差というのは、人口構成の変化をあらわしている部分もありますが、こちらについても同様に2019年と2030年を比較してみますと、例えば脳梗塞や心不全の推計患者数というのは増加する傾向にあると考えられております。

この先グラフが複数続きますが、まず一つ目、急性心筋梗塞に関しての患者数の推計です。2019年、それから2030年にどう変化するかということですが、棒グラフの方が、推計の患者数で、折れ線グラフが変換率ということになっております。下は推計の人口10万人単位で見た場合の推計患者数の推移です。当然人口構成が二次医療圏によって異なりますので、二次医療圏によっても増加の傾向割合というのは変わってくる。その中でやはり、例えば川崎北部、横浜北部などでは、増加率が比較的高いという結果になりました。その他の心疾患で言いますと狭心症、こちらはかなり割合として川崎北部が増えているということになります。

脳梗塞に関しては、川崎北部で約1.7倍、相模原で1.6倍、横浜報告でも1.5倍と増加率がかなり高いだろうということが予測されています。

一つ一つ詳しくご説明する時間が取れずに申し訳ありませんが、こういった患者数の増加から予測されているように、少なくとも今後2030年までは医療需要がかなり増す地域、或いは疾患があるだろうということが分かります。

この先は急性期医療の提供状況について、主にD P Cの公開データを使った分析を行いました。手術の実施状況ということでD P Cのデータを使いまして、実際には050030というD P Cのコードが付与されている患者さん、急性心筋梗塞が主たる治療内容であったという患者さんについて、退院患者さんの中で手術をされている患者さんがどういった手術をされているのかということを見ております。急性心筋梗塞で一番多かったのは、手術コードが97に分類される経皮的冠動脈ステント留置術が行われた患者さんでした。これも地域によってかなり件数が多いところと、それほど多くないところがありますが、実数をこの棒グラフの方でお示ししております。

折れ線グラフの方は次元が違うものを見てはいるのですが、手術の件数を、地域ごとの推計患者数によって千人あたりで除した値になります。推計患者数の方が、実際の例えば

急性心筋梗塞の治療需要がある方と仮にした場合に、この折れ線グラフが上にくるということは、患者数に対して手術件数が多い、つまり、実施割合が高いということになります。

例えば川崎南部ですと、実症例数はそれほど大きくありませんが、折れ線グラフのプロットされているところを見ていただくと、人口或いはその地域の推計患者に対して手術の実施症例数が多い、医療提供割合が多いということになります。

心不全は横須賀三浦地域が比較的实施件数が多い。当然心不全ですので手術といいますが、いわゆる心不全を直接治療するような手術というものだけではなくて、例えばペースメーカーの移植・交換術等というのが多いだろうということになっています。

狭心症に関しても、手術コード02が多いということで経皮的冠動脈ステントによる抽出、或いは形成術の症例が多いだろうということです。

大動脈解離及び大動脈瘤に関しては、圧倒的に川崎南部の医療圏で手術の実施件数が多いということになります。ある一つの特定の病院が非常に大きな件数をやっておりますので、そちらが大きく影響しているというふうに考えています。

ここから先が脳血管疾患になります。まず、脳梗塞に関しては、手術コード01が動脈形成術等、02が経皮的脳血管形成術ということになります。見づらくて申し訳ありませんが、この一番色が濃いところが97その他の手術、薄いところが02というふうになります。02が経皮的脳血管の形成術ということになりますけれども、これも地域によって実施内容、或いは実施件数、実施割合にかなり差があるということが伺えます。

次が、くも膜下出血になります。これも手術の実施内容を見ていただくと、クリッピングがメインのところもあれば、血管内手術の方が多いところもある。これもやはり医療機関によって特徴があって、それが二次医療圏における実施状況に反映されているというふうにご理解いただければよろしいかと思います。

脳内出血ですが、相対的に川崎南部では手術の実施件数が多いという結果になりました。

続いてリハビリテーションの状況について、今あるデータの範囲で分析を行いました。リハビリテーションに関しては、DPCのデータのように公開データでできる分析は限られているところもありまして、今回主に使っているのが、地域医療情報システム、各医療機関で年1回患者数や医師数を神奈川県庁に届けることをされていると思いますけれども、こちらのデータ等を使いリハビリテーションの状況を見ております。

特に心臓リハに関してなどは、脳血管疾患リハビリテーションもそうですけれども、色々な先生方ももちろんそうですし、理学療法士等が関わっていらっしゃると思います。リハビリテーション専門医以外の方も心臓リハビリを担当されていると思いますが、今回アベイラブルなデータでリハビリテーション科の専門医の数が二次医療圏ごとにどれぐらいいらっしゃるかということを見ております。

左側が実数で、右がこの神経系疾患、脳血管疾患及び循環器系疾患の退院患者数1万人あたりのリハビリテーション専門科医数というものを、ヒートマップでみているというこ

とになります。地域の医療提供量、リハビリテーション医の人数というのがどれぐらい分布しているかということになります。

さらに、心臓血管リハビリテーションの実績と退院患者数の関係です。これも左側のグラフ見ていただきますと、心大血管リハビリテーションの実施患者数について棒グラフで実数として示しております。折れ線グラフの方が、循環器系疾患の退院患者数を示しております。

次に脳血管疾患について、脳血管疾患のリハビリテーションの件数ですが、地域によって当然件数の違い、退院患者数も違うということで、その影響等もありリハビリの実施割合とも異なっております。その割合のところは後程またお示いたします。

スライド27ですが、横軸が心大血管リハビリテーションの前年度の実患者数、実施された患者数を指しており、縦軸が実施された患者数を見ております。縦軸の方が、DPCデータに基づいて循環器系疾患、DPCコードでいうとMDC05で始まる患者さんの退院数を見ております。

MDC05で始まる患者さんというのは循環器系疾患の患者さんで退院された方、もちろんリハビリテーション心大血管リハビリテーションの対象となりうる人が全員ではありませんが、その数を表しています。

この関係を見ることによって、リハビリテーションを実施している割合が多い地域、医療機関、それと比較的少ない医療機関というのを見ております。

例えばこの右下を見ていただくと、05で始まる退院患者数というのは必ずしも多くないのですが、心大血管疾患のリハビリテーションの管理料の算定ケースが非常に多い医療機関ということになります。

スライド29は、国民健康保険のデータベース、KDBと呼ばれるもので、後期高齢者である75歳以上の方に絞ってリハビリテーションの実施状況を見ております。

各二次医療圏の中で、例えば慢性心不全で治療がされた方の中で、どれぐらい心臓リハの算定があったかということになります。例えば横浜北部で言いますと、慢性心不全で治療を受けた方のうち15%程度が心臓リハの算定があったということになります。

例えば、湘南東部ですと慢性心不全の病名があった方の中で、実際に心リハの算定があった割合というのは6%ということになりました。

そういう意味ではこの心リハの実施割合というのは、かなり地域によって差がある。これも繰り返しになって申しわけありませんけれども、もちろん慢性心不全の病名がついている患者様のすべてが、心リハが必要な方ではなく、そこに関しては今回のデータではわかりませんが、比較的实施割合が地域によってばらつきがあるということがわかりました。

スライド30は、実際に慢性心不全の患者様が多い医療機関トップスリーをそれぞれ見ております。例えばこの一番、実施率が高かった二次医療圏である横浜北部では、この慢性

心不全の患者さんが多かったトップスリーの医療機関それぞれが、かなり実施率が高いということが見えました。

一方で湘南東部に関しては、特に症例数が多いトップツアの医療機関では、医療機関で治療を受けた患者さんに関して心リハ実施割合がそこまで高くないということがあって、結果として地域別の実施率に差が出てきたということになるかと思います。

リハビリテーションは当然急性期治療を行った医療機関以外で行われてもいいですが、今回の分析の結果ですと、75歳以上の方で慢性心不全の患者さんで心臓リハビリテーションを受けていた方70%以上が、急性期治療を受けた医療機関でリハビリテーションを受けていたという結果になりました。残り3割弱の患者に関しては他院に転院されてリハビリを受けています。つまり、7割以上が自院、つまり急性期治療を受けた医療機関で、リハビリを受けているということになっています。

スライド32は、急性心筋梗塞の同様の分析結果です。急性心筋梗塞に関しては実施率、割合が先ほどの慢性心不全に比べると高いということになりますが、これも地域によってかなり大きな差がございます。

先ほどの自院完結率が高いことを鑑みますと、急性心筋梗塞の治療を受けた医療機関の中で心臓リハビリテーションが提供されているか否かで、かなり実施率が変わってくるのではないかと推察がされます。

申し訳ありません、かなり時間が限られましたのでちょっと駆け足になって参りましたが、ざっとこういった形で、レセプトデータ、それからDPCの公開データ等用いて県内の医療提供の状況についてご説明をいたしました。今後、皆様のご議論の中でこういったデータが必要であるとか、こういった分析が必要だということがありましたらそれを踏まえて今後データ分析についてお手伝いを差し上げていきたいというふうに考えております。私からは以上でございます。

(事務局)

(引き続き事務局資料の説明 省略)

(笹生会長)

ありがとうございました。事務局の説明をまとめますと、令和4年3月に策定した、県の計画に基づき、正しい知識の普及啓発及び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ついて、協議会で検討を行うこと、特にロジックモデルにおいて、ほぼすべての数値が全国平均を下回っているリハビリテーション等の取り組みから検討すること、また今年度の協議会を年3回の開催とし、基本的にはウェブ開催とすることだと受けとめました。

ただいまの事務局の説明、また県立保健福祉大学の渡邊先生から本県の循環器を取り巻



く現状について様々な観点からデータの整理をしていただきました。こちらも含めましてご意見をちょうだいしたいと考えております。また事務局からはリハの取り組みからというお話がありましたが、これについてリハビリテーションを専門とする立場から笠原委員にご意見いかがでしょうか。

(笠原委員)

渡邊先生資料のご提供ありがとうございます。神奈川県内での心臓リハビリテーションの実施件数が低いというのは、データでよくわかりました。

実施件数が少なくなっている要因として一つ挙げられるのが、心臓リハビリテーションの算定基準を満たしている病院がどれだけあるのか、それに対して急性心筋梗塞でP C I等ができるような病院との割合がどれぐらいの比率なのかということ。ここはまずスタートの急性期の病院で心臓リハビリテーションを受けるチャンスがあるかないかというところに関わってくるかと思しますので、今後そういったデータをご教示いただけると大変ありがたいです。

あとは、全体的なことですとやはり実施件数が低いことに関しては、心臓リハビリテーション指導士の人数、理学療法士の人数といった人材の部分において対策が今後必要ではないかと考えております。

(笹生会長)

はい、ありがとうございます。その他の皆様いかがでしょうか。

(長谷川副会長)

県の方のお考えを少し教えていただきたいのですが、リハビリテーションに対してはロジックモデルで全国平均を下回っているので、メリハリのついたような施策を打っていくということから、リハビリテーションから進めるという話になってございますが、循環器病対策基本計画によれば脳卒中及び心臓病に対する幅広い対策を総合的に打っていくというのが基本施策となつてございます。この「から」という意味ですね。この2年間リハビリテーションだけにするという、お気持ちなのかどうかというのをちょっと教えていただくとありがたいと思います。

(事務局)

ありがとうございます。我々の方としてはそれだけにするというので、考えているわけではなくてできることについて考えていきたいと思っています。

まずは、この2年間、どうやっていくかということの中、リハビリ関係が、あまり進んでないということもあり、今回こういう形でお話させていただいております。具体的にできることなどご提案いただいたものがあれば、我々も少しでも早く進めていきたいと思っておりますのでどうぞご意見いただければと思います。

(長谷川副会長)

ありがとうございました。前回の部会の中でも、ある程度メリハリの利いたような施策

をやらないと、わずか2年ですから、しっかりとしたデータ、結果が出せないだろうという議論になっていたと思います。ただし、その中でも総合的な問題点がいろいろある中で、できるものについてはやっていってはいかがかということになっていたと思いますので、この具体的な項目について、できることについてはぜひご検討いただきたいなというふうに思っております。もちろんリハビリテーションというのは非常に重要な点ですので、今日お示しいただいたことは非常に我々としてはありがたいことだと思っております。

(笹生会長)

長谷川先生の貴重なご意見ありがとうございました。まず、リハビリテーションから入って、幅広く全般をやっているということ考えていますので、よろしくをお願いします。

(鈴木委員)

鶴巻温泉病院の鈴木でございます。二つありますが、一つは正しい知識を広めることに関して、何か指標になるもの、正しい知識が広まったというアウトカムをはかるやり方があるのかお聞きしたい。

また、渡邊先生の資料にもございましたけれども、サービス提供体制の充実ということで、それぞれの疾患に対して、二次医療圏ごとにレベルが違う。特にはっきりしていることは、大動脈解離は川崎幸病院があるのでワッとそこだけ上がるということだと思います。神奈川県は都会ですので大体どこからでも、川崎や横浜に行けないわけではない。地域ごと二次医療圏の数値を比較して、その二次医療圏がそれぞれ平均化しなきゃいけないのか、それとも神奈川県全体として、ちゃんと需給が合っていればいいのかというところで、私は全部が均等になる必要はないと思いますが、その辺のご意見をお聞きしたいと思います。

(事務局)

事務局からお答えさせていただきます。正しい知識の普及啓発につきましては、確かに今の計画上は指標としては定められていないというところございます。国の協議会の方でも、正しい知識の普及啓発について、各県がどういった指標を持って評価しているのかという議論がなされていたというふうに記憶をしています。

実際他県では、NHKと協力してCMを打ち、正しい知識がどれくらい広まったかということについて、数字をとって評価をしているといった事例があると承知をしています。今後どういった指標がとれるかということについては、またご相談させていただきたいというふうに考えています。

(笹生会長)

疾患ごとに二次医療圏で捉えるか、県全体で捉えるかというところは、専門家の先生方にご意見いかがでしょうか。

(長谷川副会長)

これは鈴木先生がおっしゃった通りで、それぞれの患者さんが最終的に良い結果が得られればよくて、川崎横浜は非常に広範に患者さんが動いてリハビリテーションを受けられ

ますので、全体が平均的に良くなかなきゃいけないということではないと思っております。

先ほどおっしゃいましたどのような症状があつてそれを評価する方法があるのかということですが、脳卒中であれば、初期症状化を「顔・腕・言葉」のチェックをするということを、例えば広島県で朝ドラの前にテレビの宣伝を少し入れたら、前後で県民の知識が非常に上がったということがありました。

また、最近聞いておりますのは家庭と学校の間でやり取りする連絡袋に、「顔・腕・言葉で脳卒中は評価する」という内容を印刷したものを配るというやり方をとろうとしている県があるそうです。

そのような形でこれから神奈川県はいろいろまた神奈川県なりのやり方があつて、しかもそれをきちんと指標として取っていくということが重要になるだろうと思っております。

もう一つ先ほどちょっと言い漏らしましたが、リハビリテーションについては、指標があるから、他の県よりも劣っているということが分かるわけですが、指標すらないものがあります。例えば、B101脳血管疾患によって救急搬送された患者数、或いはB201覚地から医療機関への収容に要した時間、C701脳血管疾患によって救急搬送された圏域外への搬送率について、ロジックモデルでこれを評価するよということになっております。これは、県が動かないと絶対にデータが出ません。すぐにでも出そうと思えば出せるデータで川崎、横浜ではもう出ている指標ですので、神奈川県全体としてこの2年の間に取得するような形にさせていただいて、PDCAサイクルが回るようお願いしたいと思っております。以上です。

(笹生会長)

ありがとうございます。県の方は頂いた意見を重く受け止めてやって頂きたいと思います。

(伊莉委員)

今の長谷川先生の意見にはほぼ私も同じですが、心臓リハビリが不足していて、私も心リハ指導士の資格を持っていて、何とか近隣でやろうとしているところなので、それを一緒に取り組んでいくということは基本賛成です。

ただ、やはり今不足しているデータがあるということが明らかになったので、これは早い段階でデータ収集にかかる必要がある。2年しかないからできないではなくて、きちんとデータを集めて、対策を立てないといけない。今分かっていることはやるけれども、分からない部分について、分からないまま過ごしてしまうとどんどん手遅れになっていく可能性があるということで、ぜひその辺は賛成ということにしたいと思います。

先ほどの川崎幸病院については、おそらくデータをきちっと取れば大動脈解離は川崎幸病院があるために全国より上なのかもしれませんけれども、それを均等化することは我々として全く考える必要がなくて、いいところはどんどん伸ばすということでもいいと思いま

す。やはり悪いところのデータをきちんとしていくという考え方でよろしいかなというふうに思います。

(笹生会長)

貴重な意見ありがとうございます。それでは川勝委員お願いします。

(川勝委員)

私から2点、今までのお話で感じたことをお話させてください。

一つ渡邊先生のリハビリテーションのデータは真実味があって重いと感じました。

ただ、実施率を1回上げて、実際に患者さんの満足率が上がっているのかわかりません。リハビリを受けて果たして本当によかったなど、どのぐらいの患者さんの満足度合いがあるのか、これについても各年度比較を取ったらどうでしょうか。ただ単に実施すればいいというものじゃないと思いますので、患者さんがリハビリをしてよかったなどという、満足度が重要だと思います。

もう1点ですが、今鈴木先生から正しい知識のデータの話が出ました。お勧めというか、是非やって欲しいのですが、国の協議会でもお話をしましたが、まず私たちは実情を知らなすぎるといことがあります。一般市民は脳卒中について、心筋梗塞もそうですが、こういう病気だということを知らない。ところが、今日参加している皆さんは、それを知っている前提で話が進んでいる。いかに知られていないのかという実態調査をまずやらないと駄目だと思います。それがゼロスタートであり、そこから始まって、この計画が終わる時に正しい知識の普及率が上がれば、それで良いわけだと。

今後色々な施策を打つわけですけど、まず原点として実情のベースについて何のデータもありませんから、ネットでやるでもいいのですが、県が音頭をとって、住民の知識調査をして欲しいと思います。

脳卒中、循環器病とは何かということが一般に知られていない。循環器病ではなく、心臓病と言わないとだめだと思いますし、ごく普通の一般目線が抜けている。実態をつかむことが県に求められていると思います。

(笹生会長)

ありがとうございます。満足度というところで、非常に重要なところだと思います。

(笠原委員)

とても重要なご意見ありがとうございます。やはりリハビリテーションの効果判定のために、医療者側からするとBarthel Indexであるとか、日常生活がどれだけできるか等、そういったことに偏りがちではあります。その結果患者様はその人のあるべき姿、あるべき生活に戻れているかどうかという指標もできれば調べていきたいと思うのですが、この循環器対策基本推進協議会の中で、そういった指標をどのように集めていくのか、ゼロスタートというお話もありましたが、今現実そういったデータベースがありません。

全ての患者さんに調査することはなかなか難しいと思うんですけども、その満足度に関

する調査、アンケートでもいいと思いますのでそういった計画も、今後ご検討いただければと思います。

(笹生会長)

それでは様々なご意見をちょうだいしましたが、リハビリテーション取組から検討を始めるということについては、よろしいでしょうか。特に問題がなければそのような方向性で、進めて頂きたいと思います。川勝委員の、質という問題は非常に重要な内容だったと思いますので、また改めて検討していきたいと思います。

それでは議題の1につきましてはこの方向性について了承してもよろしいでしょうか。

(異議なし)

それでは、事務局はこの方向性に基づく作業を進めてください。

県立保健福祉大学の渡邊先生におかれましては、資料のご用意と丁寧な説明ありがとうございました。

## (2) 令和4・5年度における循環器病対策推進の取組方針等について

【資料2】

(笹生会長)

では、続いて議題の(2) 令和4・5年度における循環病推進の取組方針等について、事務局の方から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

「心不全に対する心臓リハビリテーション・疾病管理の現状と課題」について真茅委員よりご説明

(真茅委員)

よろしくお願ひいたします。北里大学看護学部の真茅でございます。本日初めて参加させていただきます。私の専門は心不全の疾病管理でございます。この疾病管理というのは心臓リハビリテーションの大きな核になっております。現状と課題について簡単にお話をさせていただきたいと思ひます。

最初のスライドは、入院外来在宅でシームレスな医療が必要であるということを示しております。この初回の症状発症期から、急性増悪と安定期を繰り返しながら最終的には治療抵抗期を迎えるというのが、心不全の主たる病態になります。この一連の流れの中で、こういった病態の変化をみながらも、継続的に患者教育、或いは運動療法も含めた心臓リハビリテーションをやっていくというのは、もちろん心不全の予後もそうですが患者さん

のQOLに大きく結びつくということは、エビデンスとして分かっております。

先ほども事務局の方からご説明いただきましたように、心臓リハビリテーションというのは、運動療法だけではなくて、それ以外にも様々な患者教育であったりカウンセリングであったりといったような包括的な概念であるということは、私の中では広く知られていると思っていたのですが、まだまだ周知が必要だということを今日学ばせて頂いたと思っております。

次は日本循環器学会が出しております心不全のガイドラインになりますが、心不全患者に対する疾病管理の特徴の一つとして、まず、多職種によるチームアプローチが必要であるということに加えまして、包括的な心臓リハビリテーションによるプログラムの実施というのが、挙げられています。

日本ではもちろん心不全チームというのもありますけれども、包括的心臓リハビリテーションチームが、疾病管理を行うことによって心不全患者さんの予後やQOLを改善していくということが大きな流れであるということは、いえと思います。

また、構成要素のところを見ますと、もちろん運動療法もありますけれども、それ以外に患者教育、症状のモニタリング、社会資源の活用やフォローアップ、心理的なサポートといったように多職種で取り組まないといけない多様な問題について、アプローチしていくという特徴がございます。

次に、私はここに示しておりますAMEDの研究班の一員といたしまして、心不全患者に対する外来・在宅心臓リハビリテーション及び多職種介入に関する実態調査に参画をいたしました。こちらの結果を少しご紹介させていただきます。

調査目的は、日本の循環器診療施設における心不全に対する多職種介入、地域連携パスへ介入し、外来心臓リハビリテーションの実施率を明らかにするということでございます。調査は郵送法によるアンケート調査により実施し、調査対象は日本心不全学会の会員所属施設になりますので、かなりバイアスがかかっておりますけれども、調査票配布施設845施設で、回収率が32.9%でございました。調査回答施設の特徴は、こちらに示している通りですので割愛をさせていただきます。

入院中の心不全患者に対する多職種介入の実施率は、80.2%という報告がございました。こちらは心不全を診療している医療施設において多職種介入が必要であるという認識は、かなりできているかと思っております。

続いて、多職種介入にどういった要因が影響するかということですが、心リハ指導士が在籍している、あるいは心不全看護認定看護師が在籍しているかということが非常に重要なファクターになっています。心リハ指導士の役割というのは、心不全に限らず、循環器疾患の多職種介入において非常に重要な役割を果たしていることを示しております。

一方で外来での多職種介入の実施率は39.0%で、これは低いと思っております。先ほど

申し上げたシームレスな介入が必要だという観点から立てば、外来での多職種介入をどのような形とするかということの一つの課題だと考えております。

外来における多職種介入の影響要因を見ておりますが同じように、心リハ指導士の有無、心不全看護認定看護師の有無ということになりますので、やはり専門的な人材の配置というのが大きな役割を果たしていると考えられます。

続いて地域連携パスですが、心不全に関しては地域連携パスが運用しづらいという特徴がありまして、導入率は3.3%と低くなっております。

心不全患者に対する入院心臓リハビリテーションの介入は79.0%でした。これは心不全の診療を非常に熱心に行っている施設が対象ですので、少し高く出ていると考えております。

入院の心臓リハビリテーションに影響を及ぼす要因としてありますのは、循環器学会の研修施設であるかどうかということと、心リハ指導士の有無ということになっておりますので、やはりこちらでも心リハ指導士の役割が大きいといえると思います。外来心臓リハビリの実施率は52.9%です。こちらも同様の要因が影響しているということになりました。

次は別のデータですけれども、多職種による心臓リハビリテーションが、心不全患者さんの予後を改善するという事は明確なエビデンスとしてわかっておりますので、どう実施していくか、どう普及していくかということが課題だということは、これで共有できるかと思っております。

次にその心臓リハビリテーションの中にあります患者教育の課題ですけれども、入院期間が非常に短縮化しておりまして、医療者と患者さんが関わる時間が少ないこと、情報量が増えているということ、メディア、インターネット等の普及によって情報をうまく活用できる人とそうではない人の格差が広がっているのではないかとということが言われております。

ヘルスリテラシーという考え方が、患者教育では重要だというふうに言われております。健康増進や維持に必要な情報にアクセスし、理解し活用するための、個人的な意欲や能力と言われております。先ほど、川勝委員からご指摘があったように、知識をどのように提供していくか、人々がアクセスしやすいようにどう知識を提供していくかということが、ヘルスリテラシーの最初の段階としてあると考えていいと思います。色々ありますけれども機能的ヘルスリテラシーは読み書きする能力、伝達的ヘルスリテラシーは情報を収集する能力、それから批判的リテラシーは吟味する能力といったところを細かく見ていくことも重要だと言われております。

こういったヘルスリテラシーが高いということは、疾患のセルフケア、自己管理と密接に関連していることも分かっています。このグラフは心不全の患者さんのデータですけれども、やはりこういったリテラシーの高さが、自己管理に繋がることから、患者教育でも、知識の普及、活用といったところに重点を置くことが必要かと思っております。

次に、知識提供型から活用型の教育支援へと書いておりますけれども、病院では特に知識提供型の教育が中心で行われておりますけれども、どのように活用していくかということも、心臓リハビリテーションの中にある患者教育として重要だと考えております。

もう一つ、先ほどの心不全ガイドラインと同様のスライドですが、介護者への支援も重要だと考えております。

心不全患者さんの介護者、これ家族介護者と考えていただいてもいいと思いますが、役割として四つあります。その中で、セルフケアの維持や改善、それから医療機関との連携・調整といった役割があります。介護者にも支援を及ぼすこと、支援を行うことで、患者さんが例えば心リハに動きやすくなる、疾病管理を運用しやすくなるといったようなことは、非常に重要であると思っております。

最後に、患者さんに対する、或いは家族に対する支援というのはまだまだこれからでございます。欧米では非常に広がっておりますけれども、日本ではまだ全くと言っていいほどアプローチがされておられません。こういったことも知識を普及する、或いは心リハを普及していく上で、今後の課題になると考えております。以上でございます。ありがとうございました。

## 続いて「回復期リハビリテーションからみた循環器病の課題」について鈴木委員よりご説明

(鈴木委員)

まず回復期リハビリテーションを有する医療機関についてです。横浜と川崎は除いておりますが、地域医療構想において神奈川県では、回復期はかなり増やしてもいいという提案がされております。現実には2016年には、29施設1,659床だったのが、現在は35施設2,399床と、740床回復期リハビリテーションの病床が増えているということになります。政策の通り動いているということです。

鶴巻温泉病院でも、2012年には回復期で入院した患者が658人でしたが、去年は780人であり、回復期に入ってくる患者さんは現実には増えているということが分かります。

折れ線グラフは病床の稼働率ですけれども、当院は206床ありますが、どんどん空いてきています。入院患者が増えているが、稼働病床の病床稼働率は下がっている。なぜかといいますと、病状が比較的軽いのか、リハビリが進んだのかわかりませんが、平均在院日数が30%ぐらい下がっております。平均在院日数が短くなっているため、患者数が増えても在院日数が短くなり、病床は空いてきているというのが現状です。

入院疾患の割合は、脳血管、高次脳ありの脳血管、整形外科、廃用症候群を示しておりますけれども、脳血管と高次機能ありの割合が少しずつ減ってきて、整形外科疾患は同じようですけれども、廃用の割合が増加しています。

2021年はコロナのこともあって、コロナの下り患者が廃用として入ってきています。



2022年から心臓疾患が回復期対象となりましたので、データはまだこれからですが廃用は更に増加すると思います。

次は、発症から入院までの日数についてです。これは脳血管も整形外科も入れてですけども、鶴巻温泉病院の平均ですが、2019年は27.2日でしたが、2020年の診療報酬改定で、発症2ヶ月以内という縛りがなくなったので、発症後1年後でも2年後でも入れるようになりました。そのため、入院までの日数は長い人が出てきたので、令和3年は30.9日、令和4年は35.1日とどんどん長くなってきています。全国平均は29.4日ということですが、発症から入院までの日数は長くなってきているのが現状です。

次ですが、発症から回復期リハ入棟までの日数について、脳卒中だけで見てみると発症後7日目から9日目に入ってきた人、発症後10日から30日までに入ってきた人、それ以降に入ってきた人で入院時のFIMと退院時のFIMがどのくらい良くなったかということを見たいのでFIMの点数で見たいです。

発症7日目から9日目に入ってきた人は、確かに良くなるということが事実で、早く入ってくればくるほど、回復が良くなるし、入院期間も短いことが出ております。早くリハビリを始めるというのはとても大事なことだということが分かります。先ほど申し上げたように、現実に入ってくる人たちの、発症からの日数は長くなっているため、少し話が食い違っているのが現実です。

問題は回復期病院に、診療保険で入院している間はFIMで点数を見るのですが、自宅に帰って介護保険がありますと突然Barthel IndexでADLを見るようになっていく。この指標が違うというのが問題で、これをどうしたらいいのかということには悩ましいところなんです。退院する時にはBarthel Indexを取らなきゃいけないだろう、と私は思っていますけど。

次は回復期のアウトカム実績です。アウトカム指標というのが出されていてこれを取らないと施設基準が取れないのですが、鶴巻では50点ぐらいです。全国平均は46.2だそうなんです。

入院時重症度割合について、去年までは30%、FIMで言えば55点以下えなければならぬのですが、今年の2022年度の4月の診療報酬改定で40%に上がりました。どうにかこうにかクリアできておりますが、40点ですと重症患者をたくさん取らなければいけなくなっております。

重症患者を頑張って受けるようにすると、医学的管理が必要な人が来るので、急性期への転院が増加します。それから、点滴やチューブ等の人が多いのでリハがしづらいということ、若手スタッフに医学的教育が必要だということ、さらにあまりにも重症だと、まだ治療効果が低く、実績指数が上がりにくいということと、在宅復帰が少し難しくなるということがあります。在宅復帰率は70%をとる必要がありますが、これがなかなか難しくなってしまうということは、ちょっと恐ろしいかなと思っています。入院日数が長くなって

期限越えも増えてくるだろうということもあり、その辺の課題が多いと思っています。

重症者を回復期で取らなければいけないということになったので、急性期病院からの転院は早くなる、逆に急性期は、リハビリをするよりも回復期に早く送った方がいいだろうということで、急性期の方でリハビリをもっとやらなくなるかもしれないというのは危惧されることです。

ここまでが今の鶴巻温泉病院の現状ですが、循環器病のリハビリテーションについて、課題としてはどういったことかということです。急性期のリハビリテーション、早期の転院、早期のリハビリ、心疾患、低栄養、生活期在宅等のリハビリテーション、地域リハビリテーション、この辺が課題ではないかと思っています。

急性期のリハビリがあまり進んでいないということは先ほども出ていたと思います。急性期の点数は回復点数の疾患別リハと同じ点数になりますが、急性期一般入院基本料を現に算定している患者について、ADL維持向上等体制加算として入院した日から起算して14日を限度し、1日につき80点を加算できるので、急性期リハの方が診療報酬は高くなります。にもかかわらず、それほど進んでいません。なぜだろうかという、急性期ですと意識障害と創部痛、荷重制限等、医学的観点からはリハ難しい場合がある。

また、点滴、ドレーン、バルーン、経鼻栄養等、管理上の観点から管がいっぱい入っていてリハビリが難しく、起こすこともなかなかできないかもしれない。さらに、手足が縛られてる可能性があって細かいことはできない、身体拘束という要素が入ってしまう可能性がある。また、リハビリ士が回復期よりは少ないという課題があります。

回復期に早く転院させるのだから、回復期にリハビリを任せてしまおうという意識もあるのかもしれない。急性期のリハビリでは、そういういろんな観点から、なかなかフルにやるのは難しいですが、実際には頑張っているところもあります。

回復期のリハの対象疾患は脳血管疾患、外傷、骨疾患、廃用でしたが、今年の4月に心疾患が追加されました。急性心筋梗塞、狭心症発作等です。それ以外の疾患に関しては、現在地域包括ケア病棟に入ればリハビリがかなりできます。回復期リハビリテーション病棟だけでなく、地域包括ケア病棟であってもかなり充実したリハビリテーションができるということになります。

心大血管疾患リハビリテーションが少ないと先ほど渡邊先生のデータでも出ておりましたが、理由として施設基準がかなり厳しいということがあります。循環器科または心臓血管外科の医師といった循環器の専門医が常勤である必要がある。さらに、経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上いなければならない。必要な機器、スペース、これを全てそろえないと心大血管疾患リハビリテーションの診療報酬は取得できません。

2022年から心疾患が回復リハの対象として追加されましたが、鶴巻温泉病院では循環器専門医は常勤でおりますが、機器と専用の部屋がなく、これに関してはかなり投資をする

必要があるのですが、今のところ心血管リハは取れていません。私が知っている別の回復期リハの病院では、機器も部屋もあり、心臓リハ指導士もちゃんといますが、循環器の専門医が不在ということで、回復期リハがあったとしても、施設基準を満たして心血管のリハができる施設はすごく少ない。

そのため、鶴巻温泉病院では心疾患でリハを依頼された時に、回復期で受けた場合には、心血管リハで受けるのではなくて、廃用症候群で受けているというのが現状です。先ほど申し上げた循環器専門医が不在のところは、PT、心リハ指導士が何人もいるのに、廃用症候群で受けざるをえないということがあります。

そのため、渡邊先生にお伝えしたいのは、保険点数でそれだけ見るのではなく、これから先は医療疾患廃用症候群で回復期リハを算定しているものの中に心臓リハが入っているという視点で見ていただく必要があるかもしれません。ちょっと複雑で、なかなかできないのが現状です。でもリハビリは頑張ってみようとしています。

あともう一つ別の問題として低栄養ということがあります。鶴巻温泉病院に入ってきた入院時を、低栄養、低栄養中リスク、低栄養低リスク、リスクなしかの4つで分類しています。入院して入ってきた回復期全体のうち、低栄養で入ってきた人70-80%、およそ80%以上が低栄養状態で入院してきている。退院時にはそれが半分減って半分ぐらいになるということで、入院してくる患者さんは低栄養である、これはいろんなところでデータが出ています。

これは急性期の先生方にぜひ意識して欲しいのですが、なぜ低栄養なのかということ。まず、高齢者が多くもともと低栄養、それから急性疾患による侵襲によって筋肉の分解化が進んだということ、絶食や末梢静脈滴というのが急性期では多いと思いますが、私は最近離れているので分かりませんが、そうするとカロリーが足りなくなる。これを1週間続けられれば、カロリーはかなり減ります。急性疾患による炎症からのエネルギー消費量増で、管理栄養士の関与が少ない。本当はもっと急性期でカロリーを入れなければいけないのではないかと私は思います。

低栄養状態で入ってきた人のリハの問題ですが、エネルギー不足の場合筋肉を分解してエネルギーを得るため、筋肉量が減少して逆効果になってしまう、あまり無理な運動させるとリハ効果が下がるということがあります。低栄養で入院してくると、そのあとしばらく低栄養は悪化していく、そのため、もう少し早めに低栄養状態を改善してから入ってきてももらわないと状態が悪化してしまうので、回復までにしばらく時間がかかって、リハビリがのらないということが起きます。

ぜひ、これから急性期の先生方は、もっと患者さんに栄養を入れるというのを考えて欲しいと思います。

退院した後、生活期のリハビリテーションの課題ですが、退院後にリハができなくなるのでADLが悪化する例が多いです。退院後になぜ問題が生じるかというと、退院後にリ

ハビリテーションの介入が遅れている。訪問リハはすぐに入ってこないし、回数も減る、ということです。退院後も早期からリハビリテーションをやればADLの改善に繋がります。

しかし、フォロー体制が充実してない。介護保険サービスを多く導入しているケースでも、連携の悪さからタイムリーな関わりにならない。さっき言いましたFIMとBarthel Indexの違いで比較しにくいということがあります。

また、かかりつけ医がリハへの関与が少ないということ。以前、脳卒中地域連携パスがありましたが、急性期でも適用される患者が少ないということもあって、急性期から最終的にかかりつけ医までパスが行くということがなかなかできなかった。ここがうまくいくようになればかなり違ってくるのかもしれない。かかりつけ医としても、内科的な管理ができて、リハビリテーションへの知識が不十分なので、リハビリテーションの指示が出せないということもあります。

回復期退院後のフォロー体制がもっと必要なのですが、これらを診ることができる、総合診療医が少ない。訪問リハ、訪問看護予防活動、訪問栄養指導をしっかりとやっていくためには、地域リハビリテーションの体制と充実が必要です。神奈川県地域リハビリテーションは、私が委員の1人でもありますが、ここの更なる充実も必要だと思っています。

医療介護職が使命感を持って戦わなければ新型コロナ肺炎には勝てません。暗くならず前向きに明るく頑張りましょう。ご清聴ありがとうございました。

(事務局)

(引き続き事務局資料の説明 省略)

(笹生会長)

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、リハビリテーションの中でも、心血管疾患リハビリテーションに重点をおいて施策を検討すること、具体的な施策については、第2回、第3回の協議会でも議論を重ね、令和5年度の第1回目の協議会までに整理を行うこと、具体的な施策の検討にあたり、事務局の事業イメージとしては、資料の15ページに記載のとおり横浜市の心臓リハビリテーション推進事業をモデルとした事業、ICTを用いた急性期から回復期への後方搬送システムの構築、人材育成に対する研修事業の実施、リハビリテーションの提供に必要な設備の整備に対する支援などが示されました。

また、普及啓発につきましては令和4年度から取組を開始し、令和5年度もSNSを活用した広報活動を予定しているとの説明がありました。

本日は、真茅委員、鈴木委員からも、専門家、現場の立場から循環器取り巻く課題を説明いただきました。そうした課題等も踏まえ、事務局の考える事業イメージ等について、ご

発表いただいた両先生の意見を先にまず伺いたいと考えておりますが、真茅先生いかがでしょうか。

(真茅委員)

はい、ありがとうございます。心リハに関しましては、人材育成という観点を入れていただいております。非常に重要とは思いますが、これについては、神奈川県だけではなく、多くの都道府県で、問題としては挙げられていると思いますので、すぐ具体的には難しいと思います。

正しい知識の普及啓発ということで、いくつか取り組みが挙げられておりますので、こういったことも継続してやっていただくことが、非常に重要ではないかというふうに思っております。

(笹生会長)

ありがとうございました。続きまして鈴木委員、いかがでしょうか。

(鈴木委員)

心血管に関しまして、私が申し上げたように施設基準が非常に厳しいので、なかなかできないということがあります。特に、循環器専門医が常勤配置となりますと、回復期リハの病院ではなかなか難しいと思います。人材育成をしても難しいとは思いますが、設備が足りないという病院にとっては、設備の補助があれば少し進むかもしれません。

もう一つ、長谷川先生もよくご存知ですけど、以前脳卒中地域連携パスがあり、先ほど心不全パスもあるという話を伺ったのですが、あまり使われていない。

脳卒中地域連携パスは、きちんと急性期から回復期、在宅まで動いたことあまりないので、本当はもう少しそういったシームレスな動きがあれば、進んでいくかと思っております。そこをもうちょっと力を入れてやるか、一度あまりうまくいってなかったということがあるので、それが1年間で力を入れてできるかどうかかわからない。長谷川先生はよくご存じだと思いますが、本当は何年かかけてそこを構築していくと違うのかなと思います。

もう一つ先ほどの正しい知識の普及啓発に関しては、やはり皆さんのレベルがどうかということを知らなければいけないと思います。川勝委員がおっしゃったように、まず実態調査を早急にやるべきだと思います。特に私も疑問に思っていることとして、循環器病と脳卒中、心臓病を一括りにしていますが、どうしても循環器病というと心臓しか思いつかない。これをどうして循環器病と言い続けるか、ということが本当に理解できない。脳卒中なら脳卒中、心臓なら心臓と言った方が絶対分かりやすいと思っております。そこはどうでしょうか。全国でこうなっているから仕方がないのか、本当に皆さんのためにならないような言葉遣いはやめたほうがいいのか。

循環器病とは何かという実態調査をしたっていいと思います。そこで脳卒中だと答える人が何人いるかどうか、そういうことから始めなきゃいけないのではないかと思います。いかがでしょうか。

(笹生会長)

鈴木先生ありがとうございました。施設基準の問題、バス利用率の低さの問題、循環器病という定義の問題、難しい課題をたくさん頂戴しました。循環器病は生活習慣をもととするという共通のところも多いかと思いますが、ご意見ありがとうございました。

続いて現場のお話ということで介護支援の観点から、青地委員いかがでしょうか。

(青地委員)

真茅先生と鈴木先生のお話が在宅で介護している介護支援専門員にとっては非常にわかりやすく、お話ありがとうございました。

今の先生方のお話にもありましたけれども、在宅で循環器病患者をみる場合にリハビリの観点で少しお話ししますと、ケアマネージャーの中でもリハビリテーションという概念がきちんと認識できていない者が非常に多いです。

一般の患者さんもそうかもしれませんが、特に心疾患に関してのリハビリテーション、心不全患者の在宅でのリハビリとなると、心不全の方は、先ほどの真茅先生のお話の通り、入院する度に状態がどんどん低下していくということがあります。

低下したら元の段階まで戻るようにリハビリをしなければいけないのではないかと、ということで、筋骨格系のリハビリ、いわゆる骨折の後のリハビリと同じようなリハビリをイメージしてしまう場合があるということ。あるいは、脳卒中の急性期のリハビリと混同して、同じように心臓に負担がかからないように運動するという概念が専門職であっても、普及してない、周知できてないということが非常に多いと思っております。

それから、私達介護支援専門員が在宅で支援をするにあたって、心不全の方、脳卒中の方について、再発予防、再入院予防は行っていかなければいけないところですが、そういった取り組みの中で、介護支援専門員が作るケアプランに対する取り組みで、今適切なケアマネジメント手法、というものを参考にすることが進んでおります。基本的に脳血管疾患だったらこういうところにポイントを置かなければいけない、心不全だったらこういうところにポイントを置いて抜け漏れがないようにということで、現在研修もそちらの方で進んでいます。他の職種にあっても、その概念というものは使えるということが言われておりますので、多職種連携というところで色々な取り組みを共有しながら、お互いに疾患に対しての周知、ということをお患者さんだけではなく、専門職に対してもしっかりと行っていくことが必要だと思います。

(笹生会長)

青地委員貴重な意見をどうもありがとうございました。他はいかがでしょう。

(土田委員)

心臓ということを見ると、私たち患者は運動療法が必要と言われてもその運動がどういう運動かということが最初は全く分からない。私はマラソンをやっていたのでやっているのか聞いたらダメだと言われた経験もあり、そういった疑問を全て解消していかなければ

ばならないということが多かった。そのため、そういったリーフレットのようなもの、運動量やこういった運動をやるとうい、ということがわかるものがあると良いと思います。

心臓の場合は、だいたい回復期になると、自宅に戻って自分でリハビリをすることが主になるため、そういった情報提供が必要とされていると思います。今はそれが全くないので、一体何をやればいいのかということ、病院に行った際に全て主治医に聞きながら答えをもらってやっていかなければならない。心臓のことですので、かなり不安がある。ちょっと何かあれば止まってしまうのではないかと、それぐらいの不安があるので、そういったことに関してのリハビリ、カウンセリングについてもリーフレット等は絶対に必要だという風に思っています。

(笹生会長)

ありがとうございます。確かにリーフレットというのは絶対必要ですし、心リハの実施率の低さや、かかりつけ医があまり感知していないということは先ほども問題としてあがっていたので、考えていかなければいけないと思います。

(笠原委員)

真茅先生、鈴木先生貴重な資料ありがとうございます。

まず、心臓リハビリテーションに関して、横浜市の心臓リハビリテーション推進事業のモデルを参考にするのはいかがかと、というご提案があったと思います。私は横浜市のこの心臓リハビリテーション推進事業の委員としてこの取り組みに参画しておりました。土田委員もご指摘のあったとおり、まずリーフレットの作成等を早急にいたしましてこれを各病院、診療所にも配って、心臓リハビリテーションというのはどういうものなのかという知識の面での普及活動ということも行いました。

その他患者の流れということと言うと、先ほど私も少し話をしましたが、急性期の心臓リハビリテーション実施率は大分高いと思います。ただ外来でのリハビリテーション実施率は低い。さらに言うと真茅先生の資料にもあったように、自院での完結率が高い。

つまり、ある一定の病院で心臓病になった患者さんが心臓リハビリテーションを受けて、そのままその病院で外来リハビリテーションをすれば、継続ができるという流れだと思います。その律速段階がどこにあるのかということ、これを数字で明確にすることが、まず重要ではないかと思っています。

また、全国平均との比較で低い部分はどこなのか、急性期は比較的高いのか低いのか、外来のリハビリテーションが高いか低いのか、こういったところも、入院外来に分けて調査することも必要かと思っています。

加えて横浜市の事業モデルの中には含まれていませんが、今回の診療報酬改定で回復期の心臓リハビリテーションができるようになった。患者さんの流れとしてそちらの方にどんどん流れるべきところがあるべきですが、それがなかなかうまくいかないのが実情だということ、鈴木先生のご資料で拝見して痛感した次第です。

ぜひ、今回は神奈川県的心臓リハビリテーション事業の推進に関して、回復期の方への患者さんの流れがスムーズにいくようにするアイデアを盛り込んでいただければありがたいと思っております。

(笹生会長)

ありがとうございます。先生のおっしゃるとおりで回復期の方でリハがうまくできるようになるということが課題だと思っております。今後横浜地区のデータも示して頂ければと考えていますのでよろしくお願い致します。

(川勝委員)

先ほど土田委員のご意見、すごく納得です。先ほどリハビリテーションに今後重点を置くという話がありましたが、大事なのはなぜリハビリをするのかということが患者教育されていない。それが理解されていない中で、リハビリを頑張る、ああしろこうしろと指導されて、途中で嫌になって脱落してしまう、ということが日常としてあるんだろうと思っています。

正しい知識の啓発なので、予防啓発も大事ですが、一方で患者の教育・啓発、リハビリと薬についてきちんと教えるべきだと思います。なぜ薬を飲むのかということも習っていない。私の主治医は長谷川先生なので、きちん教えてもらっていますが、私も18年前の頃の医療では全く理解不足で自分で勉強をしてきて、なぜリハビリをするのかということがよく分かって、日常生活の中で頑張れるようになりうまく回っていったという経験があります。

突然そういう病気になったときに、ここで原点に帰ってあなたの病気はこういう病気で、治療の効果を上げるためにリハビリをする等そういった教育を医療の現場できちんとやってほしい。別に医師に任せるだけではなくて、PTでも看護師さんでも資料を作ってもらって、進めれば十分効果を上げていくと思います。患者のやる気を増やすため、そのための資材が大事だと思います。

(笹生会長)

ありがとうございます。やはり患者がどのように知識を得るのかということは非常に重要で職種に関係なく関わっています。リーフレット等を活用して、なるべく正しい知識を正確に伝えるということを考えていただきたいと思います。

(長谷川副会長)

今回は第1回目の会議でございますので、全体像を決めるという非常に重要な会議になると思います。今日の県からのお話を聞きますと事業のイメージということでは、リハビリテーションに限定するような仕事をしていくと、そして心血管系のリハビリテーションを推進するという、非常に1点集中型のような施策を打つように私は思います。

しかし、脳卒中循環器病対策基本法の理念というのは、幅広い対策を総合的に提供するというのが理念ですから、やはりこれだけしかやらないというような書きぶりになると非



常によろしくないと思います。最初の方に伊莉先生、或いは鈴木先生からもご提案がございましたし、川勝委員からもご意見ありましたが、今期はデータが取れていないものについては必ずデータを取るようにと、そうしないと次回からPDCAサイクルが回らないと思います。これは県がしっかり旗を振らないと、県全体のデータが出ませんので、川崎は川崎、横浜は横浜でデータを出してはいますが、県のデータをまずとるべきだと思います。

それからリハビリテーション、これも重要でやる必要があると思います。国の検討会のお話がございましたけど、国の検討会では、まず1番目一般的な経過をたどる患者、すなわち、急性期回復期維持期というような流れですと、これはパスに載りますが、二つ目、一般的な経過を取らない患者、その人たちのリハビリテーション、例えばそれには、緩和ケア等も必要になってきます。

この二つに分けてやりましょうというのが第7次医療計画の中で示されていたはずでございますから、この一般的な経過を取るものと、取らないものと分けて施策を打っていただきたいと思います。

それから全体として、例えばできることからやっていくということで、神奈川県医師会の中ではかかりつけ医と専門医の間を結ぶツールの作成等も現在行っておりますし、ボトムアップでできるものというのは、県が旗を振っていただくことが非常に重要ですが、この2年間の間に必ずやれることっていうのがありますので、ぜひそれをいくつか入れていただいて、2024年の3月には、神奈川県ではこれとこれができたということがいえるような形で、計画を立てていただきたいなと思っております。

(笹生会長)

ありがとうございます。事務局いかがですか。

(事務局)

長谷川先生ありがとうございます。長谷川先生がおっしゃる通り、リハビリを優先してというように資料は書かせていただいておりますが、事業化も予算化しなくてもできる取り組みはあると思いますので、それは検討してまいりたいと考えております。

おっしゃっていただいた救急搬送のデータについても、消防の方では、どこに搬送されか、搬送時間は各所で持っているデータだと思います。各消防によってデータをどのように取得し保存しているかが異なるので、簡単にデータが取得できるのかというところはあるかと思いますが、第2回の協議会において、消防の方にも確認をしまして進捗についてはご報告をさせていただきたいと思います。

また、今回の資料には載せていませんが、リハ以外でも既に実施している取組がございます。例えば、計画の第2節3番目の項目「社会連携に基づく循環器病対策」のところで、トレセン研修等によるかかりつけ医師の育成という記載がございます。トレセン研修と省略しておりますが、在宅医療トレーニングセンターという、在宅における医療的ケアのス

キル向上のための拠点を県医師会さんの方で運営、設置をしていただいております。そこで、今年度から循環器の話、「心不全の基礎知識」や「地域で始める心不全の緩和ケア」という研修をやって頂いています。このようにできる取り組みについてはリハ以外にも取り組んでいきたいと考えています。

(長谷川副会長)

先ほど鈴木先生からお話ありがとうございました、脳卒中等全体を含めて循環器病という呼び方をしている件について、脳卒中循環器病対策基本計画という言い方になってない。これはWHOのICD10(国際疾病分類)ではまだ脳卒中が循環器病に入れられていたからということがあります。

しかし、ICD11からは脳卒中はもう循環器病ではない。これはWHOの中でも議論が大変あった点で、一般の患者さん方も入った議論の中で、循環器病と言ったら心臓の病気であり誰も脳の病気だと思わないという意見があったことも、脳卒中が循環器病から外れて、神経疾患になった一因とされています。国の法律がまだ循環器病であることから、この委員会も、循環器病対策推進協議会ということで構わないとは思いますが、県が作成されるスライドの中は、循環器病とまとめないで、脳卒中・心臓病といったように記載をある程度分けていただいた方がよろしいのではないかと思います。

(笹生会長)

ご意見、ご指摘ありがとうございます。事務局とその辺りは検討していきたいと思えます。

(宮入委員)

聖マリアンナ心臓外科の宮入でございます。今日は大変勉強になりました。県としてリハの指標が低いということで、そこを変えていくということ非常に大事で真っ当だと思います。正直言って心臓血管外科の学会に行っても、手技の話やアプローチの話等をしているだけで、リハの話は全くしておりません。私1人が不勉強ということではなくて、ほとんど知らない人が多いので、いつも笠原先生にはお世話になっていますが、知らない人間が多いと思えます。

恥ずかしい話ですけれども、この4月から心疾患の回復期リハというお話も知りませんでした。先ほど、鈴木先生からの常勤医の話もありましたけれども、特に設備とか、或いは機器の問題でリハができないということは、是非県の方でそういうものを充実させていたいただきたいと思えます。

それから、回復期リハ、或いは循環器リハにカウンセリングや患者教育が非常に関わっているということも知らなかったです。

つまり、循環器内科の先生は、よくご存知かと思えますけれども、心臓外科、特にこれから術後回復期リハも入ってきたということですので大切さは知っているつもりでも、この辺の現状や問題点等については非常に知識がない。患者さんの代表がこの協議会の委員に入

っているのは非常にいいと思いますが、専門職、或いは医療者に対しても、その辺りの啓発が非常に大事ではないかと思えます。そういう意味で、全体としてリハに力を入れていくということをもっとアピールすると、まずそこからいろいろ回り始めるのではないかと思います。

(笹生会長)

確かに外科の入院期間が短縮されて、短期間で外来にこられる患者さんが結構いて、困っている方もたくさんいるので重要な課題をありがとうございます。

また、知識の普及啓発は非常に大事だということで真剣に取り組んでいきたいと思えます。

(笠原委員)

先ほど長谷川先生から令和4、5年度でリハビリテーションに特化し、心臓リハビリテーションに注力するというご指摘がありました。先ほど真茅先生のお話にもあった通り、心臓リハビリテーションは包括的な取り組みです。運動療法、理学療法士がやるだけではないのが心臓リハビリテーションですので、その中に必ず患者教育、疾病管理、そういったものが含まれます。

すなわち、心臓リハビリテーション指導士が少ないストラクチャーその第2節、サービス提供体制だけで話が偏らないように、第1節にある患者教育、知識の普及について、心臓リハビリテーション、心血管リハビリテーションの知識啓発というよりも神奈川の循環器推進対策推進計画の中にあるその第一節の部分を包含するような、県民への知識普及の取り組みにどんどん広がっていけば、単にリハビリテーション注力するだけではなくて、やるべき課題がまた広がるのではないかと考えますので、その点を提案させていただきます。

(笹生会長)

ありがとうございます。伊莉先生ご意見頂戴できますでしょうか。

(伊莉委員)

長谷川先生がおっしゃられた通り、計画を推進すると同時に、欠落したデータを補完していくという作業は絶対忘れてはいけないなとも思っております。そこから次に問題点が見えて、また次の対策を立てるということになるので、データ取りは地味ですけれども、次の時代を見据えた上では、必要なことだと思いますのでぜひお願いします。

心臓リハビリに関しては、我々が医者になった頃は心臓病の患者は運動させるな、安静にしろということを言っていましたが、それが今は天地がひっくり返って、全員運動させるという話になりました。

どこで誰がやっても運動させた方が長生きされるし、QOLも高いしということで、どんな診療よりも実は心臓の患者さんの生活のQOL、それから健康寿命ということに関わることですので、これに重点を置くということ自体は、神奈川県は全国的に数値が低いということもありますので、賛成です。

(笹生会長)

はい、ありがとうございました。長谷川委員お願いします。

(長谷川副会長)

事業イメージの中で、非常にいい言葉、ペイシェントフローの把握とありますが、これは心臓だけではなくて、脳卒中でも急性期、回復期、回復期から維持期という、ペイシェントフローをチェックするということが、極めて重要になりますので、心臓、脳卒中ともにデータが取れるようにしていただきたいと思います。

(川勝委員)

先ほど長谷川委員からお話があったことについての補足になりますが、私は国の総合支援委員会で循環器病総合支援センターをつくるという検討を行いました。循環器総合支援センターという名前をつけたが、委員からそれでは分からないということで反対意見が出た。国会議員からも循環器病では分からないので、脳卒中・心臓病に変えろという横やりもはあったぐらいです。法律は循環器病対策推進基本法ですが、神奈川県においても具体的な施策を行っていくにあたっては、脳卒中と心臓病は明記した方がよい。循環器病という名前を外してしまって、一般の人がわかるように明記していった方が一般市民の目線だと思います。

(笹生会長)

ありがとうございます。国の指針に基づいています協議会の名前は変えられないと思いますが、内部資料等はできるだけ分かりやすいような形で工夫して欲しいと思います。

(川勝委員)

脳と心臓病と明記した方が、患者にとっても幸せなことだと思うので、よろしく願いしたい。

(笹生会長)

他にはよろしいでしょうか。それではご意見も出尽くしたようですね。事務局は委員からの意見を踏まえ第2回の協議会に向けて準備を進めてください。真茅委員、鈴木委員本日は、貴重な資料のご用意、丁寧な説明をありがとうございました。それでは議題の2につきましたはここまでといたします。以上で本日の議題は終了となりますが、その他として委員の皆様から何かございますでしょうか。

これをもちまして本日の議事を終了とさせていただきます。

## 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どうもありがとうございました。

本日いただいた意見を事務局の方で改めて整理をさせていただきまして、第2回目の協議会、第3回目の協議会に向けて、対応を整理し、改めてご相談をさせていただければと思います。第2回の協議会につきましては、12月から1月頃の開催を予定してございますが、詳細な日程については、改めてご連絡をさせていただければと思います。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。遅い時間まで、どうもありがとうございました。