

2023 年度第 3 回愛知県循環器病対策推進協議会議事要約

【日時】2024 年 2 月 19 日（月） 午後 3 時 30 分から午後 4 時 30 分まで

【会場】愛知県自治センター 6 階 第 603 会議室

【出席委員】17 名

井澤委員（藤田医科大学医学部循環器内科学教授）、岩瀬委員（一般社団法人愛知県病院協会副会長）、梅北委員（循環器病経験者（特定非営利活動法人ドリーム理事長））、大塚委員（公益社団法人愛知県理学療法士会理事：代理出席 星野委員）、奥田委員（独立行政法人国立病院機構東名古屋病院院長）、勝野委員（愛知県市町村保健師協議会研修委員）、小泉委員（公益社団法人愛知県看護協会教育センター主任）、中村委員（全国健康保険協会愛知支部保健グループ参事）、間瀬委員（名古屋市立大学医学研究科脳神経外科学分野教授）、宮地委員（愛知医科大学医学部脳神経外科学教授）、六鹿委員（東海国立大学機構名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻病態外科学教授）、室原委員（東海国立大学機構名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻循環器内科学教授）、森委員（一般社団法人愛知県薬剤師会理事）、山村委員（公益社団法人愛知県栄養士会会長）、山本委員（厚生労働省愛知労働局労働基準監督部健康課長）、横山委員（公益社団法人愛知県医師会理事）、渡邊委員（一般社団法人愛知県歯科医師会常務理事）

【欠席委員】2 名

磯村委員（一般社団法人愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会常任理事）、堀田委員（循環器病経験者）

【事務局】16 名

【傍聴者】1 名

【内 容】

1 挨拶（愛知県保健医療局技監 長谷川）

これまで 2 回の協議会を開催し、委員の皆様からいただいた御意見を参考に作成した計画案について、パブリック・コメントを 12 月 5 日から 1 月 5 日までの 32 日間実施し、県民の皆様から御意見を募集した。

本日はパブリック・コメントを踏まえた計画の最終案について御意見、御提言を賜りたい。よろしく願います。

2 議題

（1）第 2 期愛知県循環器病対策推進計画について（資料 1、2、3、4）

- 29 ページの心血管疾患の医療連携体系図について、27 ページの脳卒中には「訪問リハビリ」、「訪問リハビリテーション事業所」の記載があるが、心血管疾患の図には入っていない。29 ページの心血管疾患の方も脳卒中と同じように「訪問リハビリ」、「訪問リハビリテーション事業所（病院、介護老人保健施設など）」の記載を入れるとよいと思

う。

- 訪問リハビリのことは井澤委員と今日代理出席の星野委員に聞きたいと思っていたが、脳卒中は訪問リハが多いと思うが、心臓は今どれぐらいか。
- けっこう増えている。今、高齢の方も増えてきている。在宅でリハビリテーションしていくことが、徐々に主流になってきている。
- その場合例えば、心電図をモニターしながらリハビリをするのか。
- 維持期である在宅医療では自己完結型で（心電図を）観察する必要はない。
- 維持期は必ずしも厳密でもないということですね。
- 今のお話では心血管疾患について、虚血性心疾患と、いわゆる心不全という2通りがあるかと思うが、虚血性心疾患で比較的年齢の若い方というのは、29ページの体制でいく。虚血性心疾患もそうだが、心血管疾患患者の高齢化というのが進んでいるので、在宅医療を受けられるという方は増えてきている。
先ほどのモニタリングの話だが、当然リハビリテーション（理学療法等）を実施する場合に、ハンディタイプのモニターを持っていくケースだったり、ICTで共有するような試みも行われてきているので、安全性も担保されてきている。
リハビリの実態としては概ね脳卒中の診療体系と、似た動きをしているというのが現状になっている。
- そうしますと29ページの下図は、脳卒中と同じように追記したほうがいいということですね。事務局はいかがか。
- （事務局）
心血管疾患体系図に訪問リハビリをいれるかどうか、事務局としては、第2回の協議会の時に、心血管疾患では、患者さんの状況によっては訪問リハビリを入れた図が合わないのではないかという議論もあったので入れていなかった。
今日お話を伺って、委員の皆様から入れても差し支えないのではないかなど御意見がいただければ、入れたい。
その場合、資料4の30ページに、心血管疾患医療連携体系図について説明文を載せているが、そこに、病気によって少し違うなどの記載を入れた方がいいのか。あるいはかえって誤解を招くので、文章としては特に記載せずに体系図にだけ、訪問リハビリテ

ションを脳卒中の体系図と同じように加える形でよいか。

- リハビリテーションのあり方は、回復期か維持期かという違いなので、脳卒中と同じような考え方でリハビリを実施するかどうかなってくるため、脳卒中に説明がないのであれば、心血管疾患の方も説明がなくても良いと思う。
- (事務局)
脳卒中と心血管疾患の図はよく似ているが、脳卒中の体系図にある「維持期」が、心血管疾患体系図では入っておらず、脳卒中体系図と同様に(回復期か維持期かの違いを)入れようとするこの図のままでは難しい。
- 30 ページの図の「在宅医療」を「維持期・在宅医療」にするとよいと思う。
- (事務局)
では、在宅医療の四角枠のところに維持期を加え、脳卒中の体系図と同様に、訪問リハビリ、訪問リハビリテーション事業所などの記載を入れる形にする。
- 30 ページの在宅医療のところで、「かかりつけ医を始め保健・医療・福祉が連携して在宅等の生活の場で療養できるようにします」となっている。
「再発や増悪を防ぐため」という文言があるが、心不全等では、いま心不全パンデミックの話題もあり、再入院ということを防ぐ観点では患者さんや御家族が生活の状況を把握して、それに関わる多職種も同様にその情報を把握すべきであるため、「地域医療連携パス」や「心不全ノート」などを活用することが大切だと思う。「地域医療連携パス」や、再発予防に係る情報提供も入れてはどうか。
- 先ほどの意見に賛成で、27、29 ページの図でも「退院」の言葉があるが、その時に、再発増悪の予防に関する情報提供、並びに連携、先ほど言われたことを付け加えると、より今後の前向きな対応かなと思うので、そんな言葉を入れるとよいかと思います。
- 地域連携パスは、愛知県は広いので大学ごととか、いろいろ活用されていると思うが、「地域連携パス」という文言にし、患者さんをフォローしていくというようなコメントでよいか。そうすると図の中のどこに記載するとよいか。
- 心血管疾患医療連携体系図の右の「退院」のところ、病院から在宅に矢印があるところ。
- 29 ページ体系図の真ん中のあたりに空欄があるので、退院のところ、再発増加の予

防に関する情報提供、並びに連携、が入れられるのではないか。

○ (事務局)

29 ページ体系図の「退院」の矢印は、急性期からすぐ退院する方と、急性期から回復期の病院に一旦転院した上で退院する方と、それぞれの矢印を記載しているので、このいずれにも、今の「再発の予防等に関する連携、情報の連携」というような記載を入れるという御意見でしょうか。

○ おそらく急性期から回復期の「紹介」の矢印のところも情報が非常に大事なところと思う。

○ (事務局)

29 ページ体系図の急性期から回復期の矢印が「紹介」になっているが、これに合わせて「退院」としているところを「紹介」にするということか。

○ 全部「紹介」でもいいかと。紹介する場合に連携が重要であるため。

○ (事務局)

27 ページ体系図の脳卒中の方も、急性期から回復期には「紹介」がある。結局病院を転院ということになるので「紹介」という単語を使っている。病院から病院の「紹介」となって、家に帰るところを「退院」として表している。

○ なかなか図表の中に、情報連携等を入れるのは難しく、図の説明のところに、急性期から回復期も、回復期から在宅も同様に情報連携が重要なので、例えば「在宅医療」の囲み枠の下辺りに何か「情報連携」という言葉を設け、「地域連携パス等による各期に対する情報連携を進めていきます」という言葉とするとどうか。

○ この体系図そのものがもう連携パスになっているので、確かに先ほどおっしゃったとおり、図の説明の方で、最後に「なお地域連携パス等を積極的に用いて、あるいは対応して、各医療連携、あるいは多職種連携をして患者さんをフォローする」というような文言を、脳卒中にも心血管疾患にも入れるとよいかと思う。

○ (事務局)

文言は事務局で考えさせていただくが、脳卒中、心血管疾患の双方の図の説明として追記したいと思う。

- 情報提供であるが、看護協会では看護師対象の研修を行っており、先日、外来看護師を対象に、在宅療養支援能力向上のための研修を行った。今年度初めて行ったが、在宅で療養している患者さんたちに関わる外来看護師の支援能力を高めようという研修であった。
そこでの講義に、心不全パンデミックにあたっては心不全後にできるだけ再入院をしない、再入院をしても短期間となるように、セルフケア能力を高める指導ができるよ
うにというものがあつた。患者さんたちの療養生活がうまくいっているかどうか把握できるセルフケア行動尺度というものがあつて、こういうことも広めていけるといいかと思
う。より多くの病院の方々とか、更には、患者さんに関わる訪問看護師にも広めてい
けるといいかを感じている。
- 再入院をできるだけ減らす、あるいは悪化させないというのは大事なことである。これは患者さんに心不全手帳を持っていただくということに繋がるかと思う。日本循環器学会も心不全手帳を発行しており、どれくらい利活用されているかというのは具体的な数字がある。藤田医科大学では独自の手帳使われているが、いかがか。
- 患者さんに渡しており、手帳としては活用がかなりされている。この手帳は病診連携パスにもなっているが、やはり開業の先生方も忙しく、書くのも大変で、なかなか地域医療連携パスとしてうまく活用できていないなと思う。今、ICT を活用してもうすこし別の方向からやっている。スマホ等でQRコードから、患者さんに直接見てもらえる教育動画等工夫している。
- 何か心不全手帳やICTを利活用するというような文言を入れるか。連携体系図の説明のところにはなってくるかと思う。
- 資料3の循環器病をめぐる現状で、全国順位をつけられており非常にわかりやすくなったと思うが、この全国順位が前回と比べて良くなったのか悪くなったのかを知りたいと思う。改善なのか悪くなったのかぐらいのトレンドがわかるように矢印などあつた方が、現状がわかりやすく理解されるかと思う。順位か矢印かどっちがいいかは難しいが、全国順位の方がかえって単純なんじゃないかとも思う。また、全国順位も高率順だから順位が高い方が悪いわけだが、何か反対のような気もしてしまう。順位の解釈については目立つように書いたほうがいいと思う。
- (事務局)
高率順という言葉について、わかりやすくするという御意見について、少し考える時間をいただけるとありがたい。それから第1期の計画の時と比較しての全国順位が、改

善だったのか同じだったかという表現についても検討したい。

- 先ほどの心不全手帳は入れなくてもよいですかね。
- 先ほどの議論であった体系図の説明、「退院とか紹介のときに情報提供する」というところに、「心不全手帳などのツールを使って」などの記載としてはどうか。
- 脳卒中と心血管疾患が同じかどうかはよくわからないが、脳卒中の地域連携パスの場合は急性期病院と回復期リハ病院で循環する。維持期、生活期にまで、その連携パス的なことを要求するのは無理ではないかと思うがいかがか。
- 今の医療の関係機関の中では「かかりつけ医まで」のところで連携パスとしては存在をしている。その後の介護というところが今、「地域連携パス」としてではなくて、いわゆる「情報連携」という形で動いている。
今回の診療報酬の改定でも、そのあたりの情報共有を進めるという案が出ているので、ちょっと話がずれてしまうかもしれないが、先ほど「情報連携」のところで、「地域連携パス」と、「心不全手帳」という単語が出たが、「患者さんへの情報共有」も含め、奥田委員と井澤委員の意見もあわせながら、「情報連携」という言葉でまとめられないかなと思う。「地域連携パス」という言葉で一区切りにすると、確かに介護との連携というところが難しくなる。「情報連携」という言葉の中でそのあたりをうまく表現できるとよい。
- 介護をされている方の話をお伺いすることがある。働いている方、老々介護、1人で住んでいる方、自分1人だから倒れてもいいんだよと御本人がおっしゃる方などいる。周りで色々支援していただいているのはわかるが、自分たちではどうしていけばいいかわからない。年齢にもよるが、親が倒れて、30代の子どもが面倒をみるとなった時に、自宅で面倒を見ることができず、介護認定もないという時にはやっぱり困る。そういう介護認定がにつかない初期の御家族の方にも、病院などから色々説明をしていただけるといいと思う。
- 御家族への情報提供、連携は、患者中心医療という点で非常に重要なポイントである。今社会的にも一人暮らしの方が増えていたり、介護のために仕事を控えなきゃいけない人とかもいる。
- (事務局)
介護に関する計画は、別に策定しているので、今回の循環器病対策推進計画では記載が

難しい部分もあるかと思う。具体的に記載について御意見があれば参考に聞かせてほしい。

- ケアマネージャーの部分かと思う。
- 急性期から回復期、更に在宅まで議論があり、大変重要なことで、歯科もできる限りお手伝いできるようなと思っている。そして今回、循環器病対策推進計画の中にも歯科のことを入れていただいたことを大変ありがたく思っている。
しかし、10月17日の第2回の会議の時に喫煙、咀嚼栄養に関して予防面でこの循環器病対策推進計画に入れたらいかかか問うたところ、県の回答は、健康増進計画に入れていきますということであった。しかし、次期健康増進計画の中にいくつかは反映されたが、充分反映されていなかったことは遺憾であり、予防の重要性を、今一度認識をしていただき、3年後の見直しの時に、もう一度考えていただきたいと思う。
今回、脳卒中あるいは心血管疾患のところで、退院後の在宅での対応等の歯科対応を反映していただけたけれど、歯科としては予防のところは一番活躍できる場であると思っているので、そういったところの配慮をお願いしたいと思っている。
- 計画本文の資料4、11ページに基本方針(Ⅰ)「循環器病予防に関する取組の推進」で、
(1) のところで食事、運動、喫煙等の生活習慣の改善や健康づくり、必要な行動について啓発しますという文言があり、そこには喫煙も入っている。
- その通りだが、前回お願いしたことと相違があるので、また今後の課題としていただければそれでいいかと思う。
- 計画書の22ページの「イ 回復期医療及びリハビリテーションの状況」の一番下の○に、「『愛知県地域医療構想』に定める2025年の必要病床数と、2022年の病床数を比較すると県全体で回復期の医療機能は11,006床の不足となっています。」という記載がある。これはいつも地域医療構想で議論されるが、回復期リハビリテーション病棟と、この回復期病棟というのは少し分けて考えたほうがいい。この11,006床をこれから回復期リハビリテーション病棟の病床を作らなければならないのかというと、そういうことではないと思う。
- 地域医療構想の回復期の医療機能というのは何を指しているのかということで誤解を招きやすい文章である。回復期リハビリテーション病棟もちろん含まれると思うが、完全な維持期、慢性期ではなく地域包括ケア病棟を含めて中間的な機能を持った病床という意味だと思う。具体的には「回復期の医療機能、括弧してこういうものが11,006床を不足している。」というように病床数の不足について何にどれだけ不足か提示する

と、読む方はわかりやすいという。回復期リハビリテーション病棟がそんなに足りないのかとびっくりされてしまうので、少し補足していただくといいかと思う。

○ (事務局)

文章について検討したい。

- 22 ページの図表 29「心臓血管外科及び循環器内科の医師数」のグラフがあるが、どちらが愛知県でどちらが全国かわからない。凡例でどちらが点線であることを表してはどうか。図表 30 とかも同じである。

○ (事務局)

わかり易く修正する。

- 第 2 回の協議会で、愛知県の歯科医院に 2000 台ぐらいの A E D を持っているという話をした。今回能登半島の震災があって、今愛知県歯科医師会からも J D A T という組織で、医師会の J M A T と、J D A T で一緒に活動している。愛知県は渥美半島とか知多半島があるので、そういったところでもし災害があったときに A E D の配置などがしっかり把握できていないと大変なことになると思う。また、歯科医院では救急蘇生のためのバッグや薬剤なども揃えているので、こういったことも何らかの形で御承知おきいただけたらいいかと思う。

- 災害時医療ということで大変重要な問題だと思う。災害時の項目はあったか。

○ (事務局)

項目としてはないが、A E D マップについては、御意見いただいて追加をしたのが、19 ページのところで、県 Web ページを開くと情報が分かる。

- A E D マップに関しては、骨子の段階から載っていたことで変更されたわけでも追加されたわけでもないような気がする。

○ (事務局)

A E D マップのことが第 1 期の計画のときになかったので、御意見をいただいたのを踏まえて、今回 A E D マップというものがありますということを記載している。

- 細かいことを記載してくださいということではなく、これから災害時とかそういった時に、そういう対応ができますよということの御紹介と思っていただいて構わない。

- この会議は循環器病なので情報共有にとどまるかもしれないが、先週決まった診療報酬改定で、いわゆる高血圧性疾患と脂質異常症と糖尿病というのが、かかりつけ医のレベルでは「特定疾患療養管理料」というのを算定していたものが、「生活習慣病指導管理料」に変わるようになった。

点数のことはさておいて、これは患者さん方に署名をいただいて紙を交付して行うということになるので、実際にかかりつけ医のほとんどが行うと思われる。どのような影響があるか、愛知県の循環器病体制にどのような影響があるかわからないが、1つの情報を共有させていただきたいと思う。

「生活習慣病指導管理」の方も、やはり多職種連携ということと、ICTを用いた情報連携を重要視するということが記載されているので、やはりそのキーワードを入れていくことが重要ではないかと考えている。

心不全は「特定疾患療養管理料」に残っているので、多分そちらは連携手帳で行うと思うが、高血圧性疾患と脂質異常症と糖尿病の3つが、「生活習慣病指導管理料」に移行するということが単なる移行なのか、実際のプラクティスが変わるのかというのは、少し注視していく必要があるかと思う。

- 診療報酬改定の「生活習慣病指導管理料」の中に、今回「歯科」の文言も入ったので、医師会等とともに連携をしていきたいと思う。

- 25 ページの【今後の方策】に、保健医療局の方策として、「病院及び訪問看護ステーションの相互研修や在宅介護領域の多職種連携強化に関する研修等により、訪問看護人材の資質向上を図ります。」とある。

愛知県の委託研修で看護協会でも研修をさせていただいているが、在宅療養を支える看護師ということで、外来看護師の支援能力の向上も先ほどもお伝えしたように、これから注目されてくるところかと思う。外来看護師は数が少なく、非常に忙しくてなかなか患者さんに関わる時間を持てずにいる。しかしながら外来看護師が患者さんの病状変化についてを見つけることは大事なことだと思う。愛知県が企画して行っている研修に外来看護師の研修はなく、看護協会独自の研修になっている。在宅を支える外来看護師、もちろん病棟看護師もだが、病院の看護師の研修というように含めてしまえばいいが、訪問看護師中心になってしまっている記載と思った。

- (事務局)

ここの記載については、別の担当課と相談しながら記載をしているところである。そういう御意見があったということを担当に伝えるような形でよいか。

- よい。
- パブコメではないが、個別に愛知心臓病の会の方から、「移行期医療支援センターを愛知県あるいは名古屋市に設置していただきたい」という御要望が県の方に寄せられた。これは循環器病のみならず他疾患でも小児から成人への移行期医療というのがある。全体を含めるという形で愛知県健康対策課からの回答が送られており今後引き続き検討されていくということになっている。参考として、現在、移行期医療センターは全国で9か所設置されているということのようだが、こういった形態あるいは病院に作るのかとか、県の機関に作るのかとか様々な点もあるので、今後引き続き検討していくという回答がされている。
- 私は脳卒中患者で失語症である。私達は、脳卒中障害者と家族が集まって「生きがいづくり」を生活している地域や社会で活動している。すなわち脳卒中障害者だけが対象で、その他の障害、疾病の人は受け入れていない。だからこそ同じ経験をした人同士のつながりを生まれ、思いが共用され、障害受容の促進が期待される。小規模作業所ドリーム伏見は、脳卒中障害者の居場所づくりである。私たちのようにどこへ行ったらよいのか、どう行けば情報入手できるのか分からない人が多いと思う。脳卒中障害者が店員になって喫茶店の運営をしたり、調理や接客の他に、新しいメニューも作っている。可能な限り当事者が主体になり、活発な環境を整えていくつもりである。また脳卒中障害者や家族のみならず、普通のお客様にもたくさん来てもらっている。教室運営では脳卒中障害者が先生になり同じ脳卒中障害者を教えて行くものである。当事者が講師を務めると、言語障害や片麻痺がある人でも安心して参加することが出来る。パソコン言語教室、パソコンアート教室、パソコンスキルアップ教室、絵手紙教室、ピース教室、ミシン教室がある。ちなみに私はパソコン言語教室で講師を務めている。講師派遣事業では、当事者本人からの体験を聞くことができ、各種リハビリの訓練・教育、看護分野での患者理解にいかされている。様々な要望に合わせて、社員研修のための講演をしている。さらに出帳販売事業は、喫茶、フェアトレード・地産地消を外部へ出店している。店頭には脳卒中障害者が立って、接客や商品提供を行っている。御家族への居場所づくりと心理的サポートで、脳卒中を発症された方のご家族を対象とした無料相談会を実施し、1人で悩むよりも、同じ当事者を家族に持つような、個別の相談に応じている。また家族で意見交換し活動している。最後に地域住民への啓発活動で、地域の方が、脳卒中について学ぶ機会が増えると良いなと思っている。脳卒中は誰にでも起こりうる病気。地域の人々が脳卒中について知っていることで、私たち脳卒中当事者は安心して社会生活を送ることが出来る。そのためにも、脳卒中を知る機会を地域社会に造ってほしい。脳卒中当事者や家族の方々は、そ

んなにこの病気や薬のことを知らない。知っているようで、知らない。そこで医学、薬剤師会、看護師の知識を持った人、理学療法士、栄養士、健康保険協会など人達が、皆さんの持っている知識、経験などを活かして還元してほしい。私をはじめ当事者や家族に向けて、講演など話をして欲しいと思う。

このように脳卒中障害者と家族が集まって「生きがいつくり」を生活できる地域や社会を活動している。そういう情報が知られるようお願いしたい。

- 患者にならないようにという情報提供、患者になったらという活動などについてかと思うが、入れられるところはあるか。

- (事務局)

NPO法人ドリームの活動については、36 ページに記載している。

- 他に御意見はあるか。(なし)

3 その他

- (事務局)

計画の修正後の内容確認については、会長一任とさせていただきたいと思うが、委員の皆様、よろしいか。(異議なし)

今後、計画を修正の上、室原会長に御確認いただき、2024年3月中に公表予定とする。