

- ◇ 開催日時及び場所
令和5年9月 21 日(木)午後4時から午後6時まで
オンライン開催
- ◇ 会議構成員及び出席者
配布名簿のとおり

◆ 開会

(1)次期長野県循環器病対策推進計画の策定について

■機能別医療機関の一覧について

事務局から説明(資料1、参考資料1、2、3)

【脳卒中:項目分け・予防について】

今村構成員

この表をどのように使うかが大事。急性期の欄には、確かに実際に対応している病院が出ている。一方で、以前、ある医療圏において搬送先に関する議論があったとき、この表があるので参考にすればよい、という意見は出たが、◎記号の付いている病院に搬送依頼をして、24 時間 365 日とってくれるかという点必ずしもそうではない。表だけが一人歩きして、常に応需する病院と扱われてしまうと、現場の混乱を招くのではないか。急性期の対応には、病院同士のネットワークを構築している医療圏もある。例えば脳卒中であれば、その地域で発生した患者はどこかの病院では必ず受け入れができるようになっていけば良い。医師の働き方改革もあり、病院同士で当番制などにより分担することで、一つの病院で常に対応しなくても良いようにしていく必要がある。この表の記載に限らずどこかの病院で受け入れできるようにはなっているという旨、欄外に入れてもらえたら良いのでは。

桑原座長

急性期に関するご意見ということでよろしいか。急性期の欄に記載していないけれども実際は対応できる医療機能があるということか。

今村構成員

この表に病院名が記載されていても、必ずしも 24 時間いつも脳外科手術に対応できないということ。それを求めるのは実態にそぐわないし、厳しいものがある。各地域で消防隊がこの表を搬送に使うとなると、記載してあるのになんでやってくれないのか、とかなりかねない。受け入れのネットワークを構築している旨、利用する県民や消防にわかりやすく記載をしていただきたい。

桑原座長

項目分けや【予防】に関する意見は特にないということでもよろしいでしょうか。(意見なし)

【脳卒中:急性期について】

草野構成員

脳梗塞の治療には、t-PA を打てるかどうかが大変な要件となる。学会では、一次脳卒中センターという基準を設けている。医師の働き方改革もあるが、24 時間対応できる施設が地域に1つはないといけない。この表に載せる病院は、一次脳卒中センターを優先して書くべきではないか。24 時間対応可能な施設というのは、コア施設として学会が基準を設けているので、その意図を汲んでいただき、記載していただければ。

桑原構成員

一次脳卒中センターであることを要件とした場合、空白の圏域が出てしまうこともある。今まで通りの要件とするか、一次脳卒中センターとするか、一次脳卒中センターであることを示すマークを付ける等の方法が考えられるが、いかがか。

草野構成員

救急隊の方は病院とコミュニケーションを取っているのですが、現場としては搬送先がないとなって困ること

はないのかなと思う。県として、圏域に受入れ可能な医療機関がないことは好ましくないというのは、別の論点から記載が必要では。運ばれる患者さんからすると、明らかに脳卒中の症状があるのに、t-PA や血栓回収療法ができない医療機関に運ばれてしまうのは不幸。治療ができる場所として、t-PA、血栓回収療法、脳外科手術ができることがわかるような記載が望ましい。

桑原構成員

一次脳卒中センターとコアセンターについて、別のマークで付記する案もある。事務局の対応はいかがか。

事務局(保健・疾病対策課長)

非常に悩んでいる。他の分野の医療計画では、すでにその機能を持つ医療機関がない圏域もある。例えば産科。その場合、近くの圏域との連携によってこれを成り立たせる旨の記載をしている。必ずしもすべての圏域に対応可能な医療機関がなければいけないということではないが、脳卒中・心血管疾患の病気の重要性から、県民や自治体を受ける印象を考えると、圏域が空白になることは影響が大きいとも考える。マークを付記するのか、一次脳卒中センターとするのか、構成員のご意見をお聞きして検討したい。もう一点として、この表は「体制ができている」医療機関を掲載するもので、実際の受入状況については別の方法(ながの医療情報ネット等)による周知を検討したい。

花岡構成員

草野構成員と同意見。県民の皆様のことを考えると、標準治療ができる医療機関を記載すべき。リストを見ると、要件を一次脳卒中センターとした場合に落ちてしまう病院にも、t-PA や脳神経外科の手術ができる場所が含まれている。脳神経外科専門医や、救急専門医、脳卒中専門医がいる病院は入れても良いのではないか。

桑原構成員

この要件を考える上での根拠は。

事務局

【参考資料3】国指針を根拠としている。

今村構成員

この表は毎年県から各病院へのアンケート調査によるもので、病院が責任をもって調査へ答えているので、これはこれで良いと思う。ただ、①～⑥の要件を満たすかどうか、例えば必ずしも脳外科手術が実施可能じゃなくても、内科医や救急医がいれば、治療が行える場合がある。⑤⑥を満たさなくても t-PA が打てる。t-PA が打てること、◎は血管内手術ができるということで、病院が責任を持って回答してきていけば良いのでは。一番大事なことは、実際に治療ができると担保されている病院が掲載されることである。

桑原構成員

⑤⑥は他の病院と連携していれば良いということなので、それも勘案を。

草野構成員

調査において病院からの返答があるのだと思うが、実際に体制として整っているのか心配になる。油断していると、1時間はすぐ経ってしまう。現実的には、専門医がいるところでないと、1時間以内に t-PA を打つのは難しい。総合的に見て、その質を担保しているのが一次脳卒中センター。脳卒中学会としては、日本全国1時間以内に t-PA を打てる場所に設置したと主張している。この調査は病院の自己申告となっているが、実際 t-PA をどのくらい打っているのか見てもいいと思う。それを踏まえたのが一次脳卒中センターであるので、その情報を反映すべき。圏域にひとつは病院を載せるという観点も大切だが、現実的に治療ができる体制を整えるのが我々の仕事ではないか。

桑原構成員

一次脳卒中センターとした場合にリストから漏れる病院でも、実際に対応できる病院はあるのではというご意見があったがいかがか。

草野構成員

確かに脳神経外科を標ぼうしている施設もある。花岡構成員のご発言にもあったが、専門医がいることを要件とすることも考えられる。ただ、わかりやすい基準が良いと思うので、一次脳卒中センターを載せました、と言えば誰も異論はないと思う。

花岡構成員

草野構成員のご発言にもあったが、治療を行うことができる施設として、t-PA の過去の実績数がひとつの客観的な根拠になると思う。

桑原構成員

そのデータは取れるのか。

事務局(保健・疾病対策課長)

病院ごとの実績は現在把握できないため、今後の課題になる。計画に載せるのは、体制整備ができていない医療機関の掲載を想定している。国の指針を再度確認したい。一方で、現実的に治療が行えない医療機関が掲載されることがないように、検討させていただく。

事務局

時間もあるので、この議論は一旦ここまでとして、次の議論をお願いしたい。本日頂いた意見を踏まえて、再度事務局で整理をして案を示したい。

【脳卒中:回復期・維持期について】

桑原構成員

特にご意見ありませんでしょうか。(意見なし)

【心筋梗塞等の心血管疾患:項目分け・予防について】

桑原構成員

ご意見ございますでしょうか。

渡辺構成員

特に変更は必要ないものと思います。

【心筋梗塞等の心血管疾患:急性期について】

瀬戸構成員

心臓血管外科手術が24時間可能な病院について、飯田市立病院が抜けている。

事務局

令和4年10月時点の、飯田市立病院の回答を基にしている。

山本構成員(飯田市立病院)

恐らく、病院の方で「24時間」の意味を、「すべての日、24時間対応が可能か」と言われるとそうではない、という意味で取り、対応から一步引いたということだと思う。「条件が合えば対応が可能」な病院として掲載していただいても良いように思う。

瀬戸構成員

病院によって、24時間きっかりできるかどうか厳しく判断されるところと、そうでないところがあるのかなと感じる。

山本構成員

心臓カテーテル治療による対応ができる病院は飯伊地区で3病院あり、前は2病院だった。そのうち1病院は、24時間体制が取れるのは週1回という条件だった。最近、週1回の対応も困難になったとの連絡を受けている。今この表では飯伊地域は3病院掲載しているが、現状とは異なっている。医療情報ネットワーク上でどうなっているのか不安。現在は判断を個々の病院に任せてしまっているため、統一した条件下に揃えるべき。

この表によって今後の課題・施策が検討されるのであれば、地域によって大きなズレが生じる。重大な影響があると考えため、指摘させていただいた。例えば資料2の現状分析を見ると、現状対応可能な病院数と合わない。

事務局

本日ご欠席の吉岡先生からも同様のご意見を頂いている。事務局としては、資料2の数字は議論の参考程度に記載したもの。データソースはそれぞれにあるが、調査日が過去時点のものや、医療機関の自己申告によるものが含まれるため、構成員の先生方のご認識とズレがある可能性がある。

桑原構成員

実際に手術がどの程度行われているのか、つかむのは難しいという理解でよいか。そうすると、ある程度は病院へのアンケート調査に頼らざるを得ないのが現状ということか。ただ、明らかに体制が変わっているということであれば、最新のものを反映させるということと、アンケート調査の際、条件を具体的に書く等、実態を反映できる文言を検討してほしい。

事務局

実際、飯田地域で心臓血管外科手術が必要になった場合、この表では医療機関がないことになっているが、どちらへ搬送されるのか。

山本構成員

信州大学の瀬戸先生のところへご連絡し、ご指示をいただく。こちらへ外科の先生を派遣していただく場合もあれば、搬送する場合もある。

事務局

この件は引き取らせていただき、事務局で再検討させていただきます。

【心筋梗塞等の心血管疾患：回復期について】

瀧間構成員

こども病院の場合、「心大血管リハビリテーション料」を算定できない。回復期の子どもを診療している実態はあるため、こども病院の場合は特例で回復期に入れるように考慮していただきたい。

事務局

特例はこども病院だけでよろしいのでしょうか。

瀧間構成員

子どもの手術が可能、という意味合いで入っている。

渡辺構成員

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出医療機関には、心疾患に対応できない医療機関も含まれると思うが、どのように掲載するか。

事務局

まずは心大血管リハビリテーション料の届出医療機関を抽出した後、さらにその中で回復期リハビリテーション病棟の届出医療機関にマークを付ける。

矢崎構成員

これで良いと思います。

【心筋梗塞等の心血管疾患：再発予防期について】

桑原構成員

ご意見ございますでしょうか。(意見なし)

事務局

吉岡構成員の事前意見を紹介。

■二次医療圏相互の連携体制について

事務局から説明(資料2)

- ・ 堀内構成員の事前意見を紹介。

山本構成員

大血管の方で、飯伊地区は松本医療圏との連携が必要。心疾患と書いてあるが、大血管はどこかにいったのか。第一には松本医療圏だが、信大の手が足りない場合諏訪とも連携している。

瀬戸構成員

山本構成員のご指摘どおり、心疾患と大血管は別になる。大血管となると、県内 24 時間対応できている病院はそうそうない。分けて書いていただくのがわかりやすい。

桑原構成員

機能別医療機関の一覧では、心筋梗塞等の心血管疾患として、心疾患と心血管疾患をまとめていた。二次医療圏相互の連携体制についても、心疾患と大血管に分けるか、心血管疾患という大きいタイトルにして心疾患・大血管と分けて記載するか、対応は可能か。

事務局

検討させていただきます。

今村構成員

この連携体制については、次期計画のどこに入ってくるか。機能別医療機関の一覧の付表という形にな

るのか。

事務局

計画本文中に、文章として入ってくる。また、計画全体では、一覧表で出すことになる。

今村構成員

大血管はこの医療圏はここにお願いということではなく、ネットワークで記載する方が実態に即している。松本で発生しても、松本でやり切れずに諏訪に運ぶことがないわけではない。広域で対応が可能であることを県民に示すことで安心してもらえる。なんでここに運ばれるのか、ということも理解してもらえ

桑原構成員

ネットワークによる連携について、記載の検討をお願いしたい。先ほど議題にあった、脳卒中の機能別医療機関の一覧の要件が変更された場合に、二次医療圏相互の連携体制にも影響があるのか。齟齬がないよう事務局で対応してほしい。

二次医療圏相互の連携体制については、以上でよいか。(意見なし)

■ロジックモデル及び本文等について

事務局から説明(資料3～6)

- ・ 医療計画作成の前提となる考え方(資料3)
関係者が一体となって対策を進めるものという基本的な考えのもと、
・ 県以外(例:医療機関)が主体となる取組も計画本文に記載。
・ 本文記載時には誰の取組か分かるよう、可能な限り主語を記載する。
- ・ 指標設定の考え方
 - ① 代表的な指標のみに数を絞る。
 - ② 公開されており、全国比較が可能なものを基本とする。
 - ③ 分野アウトカム、中間アウトカム、個別施策の全項目に指標を設定することを原則とするが、設定が困難な場合には、設定しないことも可能とする。
- ・ 計画本文の基本構成(資料4)
- ・ 構成員からの意見に対する対応(資料5)
- ・ 今後のスケジュール(資料6)

露崎構成員

各病院にアンケート調査をして、24時間冠動脈疾患に対応できるかどうか判断いただくのは、各医療機関の考え方が違うため、バラつきが出る。今後、働き方改革や専門医が少なくなる中で、24時間対応が難しいと考える医療機関も様々な分野で増えてくると思われる。佐久圏域では、3つの病院が機能していることが大切。行政では「24時間365日」という言葉が使われるが、病院ごとに判断されると難しい状況になってきていると感じている。

桑原構成員

現状を正確に反映していただきたいが、ネットワークで対応していることを反映することは難しいでしょうか。

事務局(保健・疾病対策課長)

難しい部分はある。次期計画に向けて検討する必要性は理解している。あまり良い答えができず、申し訳ございません。

桑原構成員

まだ指標として収集できないものもあるのが現状。実態をどのように把握し、反映するのか、今後に向けて検討していただきたい。

山本構成員

ロジックモデルについて、中間アウトカム等の指標を設定して目的に到達するというやり方はロジカルではあるが、そこに執着してしまうと、全国との比較が可能なものに限られることや、国の指標に縛られてしまうことがあり、難しい。例えば、心房細動について、現状では啓発、精々特定健診に関する記載になっているが、特定健診の基本項目には心電図が入っていない。塩分摂取量等の影響に比べ、比較的短期間である一定の効果が得られるものについては、独自で指標を作って年次比較をするのはいかがかと思う。ご一考いただきたい。例えば、長野県は特定健診受診率や保健指導の実施率は高いと思うが、それだ

けでは防げない。地元の健診機関から、特定健診を受けた結果、LDH値が190から220くらいの方が毎年同じ数値できている、というデータを出され、相談を受けたという現状もある。難しいとは思いますが、その先の対策が必要と考えている。

事務局(保健・疾病対策課長)

本来はそのような観点を指標としてロジックモデルに落とせれば良いとは考えているが、現状のデータがないものを載せることが難しい。ただ、現状や課題として、計画本文に記載をさせていただきたいと考えている。

今村構成員

心房細動等、ポイントとなる部分は、ぜひ次の6年間で頑張っていたきたい。

指標についての考えは、県に賛成する。いろいろと指標を載せても、データを取る労力もあり、細かく作ることには大変だと思う。一方で、指標は振り返りをするためにある。今までの保健医療計画では、指標を出してもその振り返りや反省があまり見えてこないように感じている。計画の文言を事後検証し、数値でなくても良いので、専門家を集めて評価を行い、答申を出す等、次の取組みを検討することが必要。県には、あらかじめどのような場で、誰が責任を持って評価をするのか、決めておいてもらいたい。

瀧間構成員

長野県は移行期医療については体制が出来上がりつつあるが、学校健診の推進については、本文中に何も変わっている文言がない。本文の中に、教育委員会と協力してデジタル化を達成する、という一言をぜひ入れていただきたい。今は10年くらい前のシステムで動いているが、より精度を上げた新しいシステムが必要で、そのためにはデジタル化が必須。

事務局

教育委員会の担当部署と、記載内容を調整させていただく。

事務局(保健・疾病対策課長)

先生から見て、デジタル化が進まない一番のボトルネックとなる部分は何か。

瀧間構成員

予算の問題。

山本構成員

計画本文(案)において、急性心筋梗塞に対する専門的医療の実施件数として、今回からSCRという指標が使われているが、一般の方がこれを見ると誤解を招くのではないかと考えている。以前は、単純に10万人あたりのPCI件数の年次推移をグラフにして掲載していたと思う。今回SCRにしたことで、心筋梗塞になっても専門的医療を実施されていない件数が国に比べて非常に多いような印象を受けてしまう。SCRには人口当たりの様々な補正が加わっていると思うので、その注釈を付け加えるか、件数の年次推移の方が県民の方に伝わりやすいのではないかと考える。SCRでは、トータルの発症件数が考慮されていないため、誤解を招かないようにしていただきたい。

桑原構成員

最後に会議事項(3)について、何かございますか。(特になし)

本日は貴重な意見ありがとうございました。頂いたご意見について、事務局の方で整理・修正をお願いしたい。

◆ 閉会

頂いたご意見について検討を進めさせていただく。また、計画本文(案)を後日お送りするので、ご確認のうえ、ご意見を頂きたい。

(了)