

令和6年度第2回

神奈川県循環器病対策推進協議会

令和7年2月18日（火）

Zoomによるオンライン

開 会

(事務局)

定刻になりましたので、ただいまから令和6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。

本日は、委員15名全員の方がご出席いただいております。また、オブザーバーとして1名の方がご参加いただいております。

事前に開催を周知したところ、Webでの傍聴の方は3名の予定になっております。

本日の会議は、原則として公開しております。会議終了後は、県のホームページに議事録を公開いたします。

以後の議事の進行は笹生会長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

(笹生会長)

皆様こんばんは、神奈川県医師会の笹生でございます。よろしくお願いいたします。

本日は、ご覧のとおり、議題で3題、報告事項が2件ございます。円滑な議事の進行につきまして、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。また、活発なご討議を期待しております。

議題（1）神奈川県循環器病対策推進計画（令和4年3月策定）の評価等について

(笹生会長)

まず議題の（1）神奈川県循環器病対策推進計画（令和4年3月策定）の評価につきまして、事務局からご説明をお願いいたします。

(事務局)【資料に基づき事務局より説明】

(笹生会長)

前計画の評価と今後の計画の進捗状況、管理等についての説明がなされたかと思います。ただいまの事務局の説明について、皆様のご意見、ご質問をお受けしたいと思います。いかがでしょうか。

救急とかの実施手術とかインターベンション実施状況があまりよくなかったような気がします。働き方改革の影響を前に西山先生から教えていただきましたが、その後はいかがでしょうか。伊莉先生とか西山先生、何かご意見ございますでしょうか。

(伊莉委員)

私が今の報告を聞いてちょっと意外に思ったのは、心臓系のCCUの病床数が全国に比べてちょっと少ないということがあって、僕のイメージとしては、神奈川県はCCUのリーダー的な先生もいらっちゃって、数は足りているのかなという印象があったんですけど

も、それは誤りだったということですね。

(事務局)

不足していると申しますより、そもそもの話ですが、神奈川県、医療資源が人口に対して少ない県でございますので、全国の人口当たりの病床や医療機関数が多いところと比べますと、こうした見劣りは生じてしまうのかもしれませんが、しかしながら、神奈川県は、先生方のご努力によって罹患率、死亡率も非常に低い状態を維持してきていますので、リソースが少ないけれども、非常に成績がいいと私どもは考えておりますが、このあたりは先生方のご意見もお願いいたします。

(伊莉委員)

確かに神奈川県、人口が多いので、人口で割ってしまうと確かにそういう結果になるのかなというのもうなずける話なんですけれども、心疾患の心筋梗塞をやるときに、CとかDとかが並んでいたのもう少し体制を整える必要があるのかなとちょっと感じました。

(植田委員)

1つ気になったのが、女性の健康寿命が、神奈川県のデータを見ますと、ここ10年来延びていない。男性は寿命が延びていますし、全国の数よりか高いですが、神奈川県の女性がちょっと短いというのは何か考えられているのでしょうか。例えば、脳卒中の死亡率は、男性も女性も神奈川県は非常に低いというデータが出ていますが、健康寿命に関しては、例えば、リハビリの専門職の人が少ないというデータもありましたけれども、このあたりはどういうふうに考察されているのかなと思ひまして。

(事務局)

このたび、神奈川県の健康寿命につきましては、男性は少し成績が上がったのですが、女性には残念ながらこうした結果でございます。こちらは、国民生活基礎調査などの結果に基づきまして、主観的な健康観やその他もろもろの統計を合わせてこうした結果が出ているものでして、特に神奈川県の女性は、主観的な健康観がほかの都道府県に比べて低いといったものが健康寿命に影響しているという分析もございます。県では、こうした女性の健康増進について、引き続きいろいろな取組を進めていきたいと考えております。先生方のご専門の分野である循環器系につきましては、データはそれほど悪くございませんので、このあたりはしっかり引き続き取り組んでまいりたいと考えております。

(笠原委員)

リハビリテーションについて、特にエの心血管疾患リハビリテーション、入院の算定回数がまだ全国平均を下回っているということですが、全国的に見ると大分右肩上がりですが、日本全体で見ると盛り上がってきているのかなと思ひますが、1つ伺いたいのが、神奈川県の一番右のグラフですね。虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数が神奈川県はとても短いです。全国平均は、このご時世ですけれども、12日となっているんですが、在院日数が短い

ことと入院心臓リハビリテーション算定回数が反比例するような関係にはありませんでしょうか。つまり、全国は結構長い期間入院している分、算定回数が多い。一方、神奈川県では入院期間が短いので心臓リハビリテーションの機会が1患者当たり少ない、そういった関係性はございますでしょうか。

(事務局)

この後、心臓リハビリテーションの実態調査の結果のところでもご説明させていただきますが、今回、調査をしまして、入院のリハビリテーションをやっているところがかかなり少なかったというところがわかりました。ですので、そちらについては退院日数も短くなっていることの精査はできていないんですけれども、退院日数だけではなく、そもそも心臓リハビリ自体をやっていない医療機関が神奈川県内は多数あり、届出を出していても、実際にやっていないという現状があるかなと分析しております。

(笠原委員)

そうすると、今教えていただいたことが真ん中のグラフのSCRの数字におおよそ集約されているという理解でよろしいでしょうか。

(事務局)

そうですね。こちらと、外来ももちろん低いんですけれども、この現状が調査の結果を見て、なるほど、こうなるだろうなということが事務局としては理解したようなところになります。また後ほどご報告させていただきます。

(笠原委員)

ですので、一番左の算定回数と入院在院日数が反比例するものであれば、中心的にはSCRとかそういった数字のほうで評価すべきなのかなという印象を受けました。ありがとうございます。

(事務局)

貴重なご意見ありがとうございます。

(笹生会長)

病床稼働率はどうなっていますでしょうか。伊莉先生とか、何かお感じになっていますか。入院日数が短いことに関しまして。

(伊莉委員)

やはりDPCの縛りがあって、日数がたつと、1、2、3と下がっていくので、入院日数がある程度減らしてくれというのは、病院の経営者から常にそういう指導を受けているのは事実です。

(笹生会長)

西山先生は、以前、救急のことをお話しいただきましたけれども、最近はどうでしょうか。

(西山副会長)

これは令和3年。調査の期間からすると、医師の働き方改革の影響というのは今後出てくる感じですかね。今回のデータというよりも。

実質的な医師の働き方改革が施行されたのがこの1年だと思うんですね。もうちょっと前から準備はされたとしても、この1年で言う、結構しんどいなというのは、私の地域の脳卒中・脳血管疾患を見ていると、ずれは感じます。なので、神奈川県全体としては全国の値よりいいんでしょうけれども、今後どうなっていくかは慎重に見ていく必要があるのかなとは感じました。

(笹生会長)

ほかにはいかがでしょうか。

(眞茅委員)

心疾患の指標、年齢調整死亡率、男女ともに心筋梗塞も含めて比較的A判定、Aの評価でしたけれども、心疾患標準化死亡比、心不全に関しては、全国平均に比べますと大分男性が高い。女性も高いという結果について、県のほうで何か原因のお考え等あれば、教えていただければと思います。

(事務局)

今回初めてこの評価を行いまして、そこの分析のところまでは正直至っておりませんが、確かにこちらの2つを見まして、全国に比べてかなり高い。どんどん増加していつている状況ですので、これからまた中間評価に向けて、どういったことが要因として考えられるのかということも分析も進めていきたいと思っております。

(澤委員)

15 ページの特定保健指導対象者数というのは、私は専門でないので、ちょっとわかりませんが、どういうのを指すのでしょうか。

(事務局)

特定保健指導といいますのは、40歳以上の方に特定健診といいまして、よくメタボ健診と言われているんですけれども、腹囲とか高血圧とか血糖の値とか、複数の健診結果を合わせて見まして、まだお薬が必要な状況ではないんですけれども、このままいくと、いずれお薬が必要になるその一歩手前。まだ何とか生活を改善することでよくなる余地がある方を対象に、特定保健指導というものを受けていただいて、生活習慣を改善することで治療が必要にならないようにしていくというもので、平成20年でしたか、国が全国で始めた特定健診・特定保健指導というものになります。まず健診を受けていただいて、先ほど言った、こ

のままいくとちょっと危ないなという予備軍の方たちを保健指導の対象者としておりまして、神奈川県は対象者が増得ています。実際、保健指導を受けていただいた終了者の方も増えている。こちらは増えているほうがいいです。まず、保健指導の対象者を見つけるためには、健診を受けていただかないといけないのですが、神奈川県の課題としまして、健診の受診率というのが全国に比べても低い状況ですので、こちらのほうは、また各保険者さんとも連携しながら、健診の受診率の向上に努めていきたいと思っております。よろしいでしょうか。

(澤委員)

啓蒙活動はしているんですか。

(事務局)

行っております。

(笹生会長)

ほかにはいかがでしょうか。

(意見なし)

それでは、質問がないようなので、今後のことに関しましては、今いただいたご意見を参考に、着実に進めていくということに事務局は努めてください。

それでは、次の議題に移らせていただきます。

議題（２）神奈川県循環器病対策推進計画ロジックモデル・指標見直しの進捗について

(笹生会長)

引き続き、議題（２）神奈川県循環器病対策推進計画ロジックモデル・指標見直しの進捗についてに関して、よろしくお願いいたします。

(事務局)【資料に基づき事務局より説明】

(笹生会長)

中間評価に向けたロジックモデル及び指標の見直しの進捗状況と今後についての説明がなされたと思います。事務局のただいまの説明について、ご意見とかご質問ありますでしょうか。

(西山副会長)

ちょっと教えていただきたいんですけども、別添資料の２－８で削除予定の指標一覧がございますけれども、その下から５つ目で、回復期リハビリテーション病床数とありま

す。回復期のリハビリテーションは、公的なところに届け出ているような気もするんですが、これは調べにくいものなんでしょうか。確認なんです。これが1つ目。

もう一点が、リハビリテーションのドクターの数を調べるというのが、これは8ページで新たに追加する指標一覧の右側の上のところにリハビリテーション科医師数というのがございすけれども、脳血管疾患をやっている人間からすると、リハ科のドクターというのは実はいろいろ出身はいるので、脳外科とか、脳神経内科とか、脳卒中のことが専門のリハの先生もいれば、整形外科ご出身の先生もいて、後者の場合は、専門性から言って、必ずしもリハビリドクターだからといって全部同じ能力とは言えないかなという気もしていて、調べるのはいいんですけども、そこだけは解釈のときに、いずれ評価されると思うんですけども、そのときに注意が必要かなと思いもありました。後半はコメントです。

(事務局)

回復期のリハビリテーションの病床数に関しては、確認できるところもあるんですけども、集計がとても困難なので、こちらは削除する予定の指標一覧として入れさせていただきました。また、この後、今後確認させていただいて、取得できるようであれば、残していきたいと考えています。

(西山副会長)

わかりました。ありがとうございます。

(事務局)

リハビリテーション科の医師数に関しましては、国から提供される指標例だったり、データのところに記載がありまして、こちら、今回、入れさせていただきました。西山委員の意見も踏まえまして、今後、検討していきたいと考えます。

(西山副会長)

ここでどういう数字を引っ張ってこられるんですか。いわゆる基本領域学会としてのリハビリテーション医学会が出している専門医の資格を持っている人を数えようとされているのか、リハビリテーションの病棟で働いている医者のおっしゃっているんでしょうか。その理由は、リハビリテーション医学会の資格を持っていないけれども、リハビリの病棟でやっているよという医者は、脳外科出身とか、脳神経内科出身で結構多いんですよ。なので、リハビリ科の医師というのを何ををもって定義されているのか教えてくださいませんか。

(事務局)

データを見ればわかりますので。今、ちょっと出ないので、後日回答させていただきます。メールで送らせていただきます。

(笠原委員)

資料2-2のロジックモデルを今拝見しているんですけども、今、供覧していただいた

ものではないので申しわけないんですが、この中にリハビリテーションに関わる項目として、心血管系のほうでは理学療法士数や作業療法士数、言語聴覚士数、あと、慢性心不全認定看護師の数などが新規の項目で第2部3項で挙げていただいているかと思います。ですが、先ほどの数字を拝見して思ったんですけれども、心臓リハビリテーションの実施件数をアウトカムとして今回数字を持たせていらっしゃるんですが、心臓リハビリテーション指導士がいないと、その数字が上がってこないと思うんですね。母数としての理学療法士の数というのは当然必要ですし、神奈川県はそこをふやすことも必要なんですが、さらに、心臓リハビリテーションの実施件数、算定回数をふやすためには、心臓リハビリテーション指導士の数というのにも必要なのではないかなと思います。反対に脳卒中のほうでは、脳血管・脳卒中リハビリテーション認定看護師という具体的な脳卒中に関わる職域というか、資格を持った者もちゃんと評価としてあるようなんですが、この点はどのようにお考えでしょうか。教えてください。

(事務局)

一応、今回、指標を見直すに当たりまして、国の計画であったり、他府県の計画も一通り見まして、こちらのほう、今、仮で設定をしている状況なんです。指導士を設定しているものは拝見しなかったもので、再度そちらが取得できて、なおかつ全国で比較が可能なのかというところも確認しまして、それが可能でしたら、こちらにまた掲載するようにしたいと思います。次回の協議会でその結果をご報告させていただきたいと思います。よろしくお願いします。

(笠原委員)

ありがとうございます。全国と比較すると、そういう基準で指標はある程度選ぼうというのが今回のロジックモデルかと思い、今伺ったご意見、ごもっともかと思いましたが、ぜひご検討いただければと思いました。ありがとうございます。

(笹生会長)

ほかにご意見はございますでしょうか。

(意見なし)

それでは、ただいまいただいたご意見を踏まえまして、事務局、着実な実施に向けて努めてください。

それでは、次の議題に移らせていただきます。

議題（3）循環器病C KD重症化予防事業について

(笹生会長)

それでは、議題（3）循環器病C KD重症化予防事業について、事務局から説明をお願い

いたします。

(事務局)【資料に基づき事務局より説明】

(笹生会長)

ただいま、循環器病C K D重症化予防事業についての説明がなされましたが、事務局の説明について、皆様のご意見、ご質問をお受けしたいと思います。

(西山副会長)

13 ページで今のモデル事業の元データだと思うんですけど、13 ページに糖尿病以外の原因の新規透析導入の数字が出てございまして、神奈川県だと 1,485 人ですか。多いよ、6 位だよということで、それがこういうモデル事業の発端だと思うんですけども、僕の質問は、神奈川全体だと 1,500 人ぐらい新規に毎年出ているけれども、今回、対象になる方は、さっきのA市、B市で足して 50 人プラス何十人とかという桁が大分違うんですけども、質問は、要するに、神奈川県全県で新規透析導入を減らそうというのが目的ではなくて、こういうモデル事業を一部のところでやったら効果があるかどうかの検証をまずやってみようという理解でよろしいんですよね。これが 1 個目の質問です。

(事務局)

その次のスライドにありましたけれども、どうしても県西地域というのは人口の母数が少ないため、他のところよりもかなり飛び出て多いような状況になっていますが、こちらを見ていただくと、県内、県西以外は大きな差もありませんので、この事業をやりながら、各市町村で既にいろいろな事業や取組、C K Dの取組をされているような市町村もありますので、そういったところについては、県の事業とうまくすり合わせもしながら、最終的に全市町村でやっていきたいというところを目標にしております。

(西山副会長)

質問は、全県でやるのであれば、一部のところだけに協力を求めるのではなくて、もっと全県に影響があるようなプランを出さないといけないと思うんですよね。だけど、今のご説明だと、各市町村で既にやっているから、一部の地域を抽出して、そこでよりテコ入れしたことをやってみると。それがいいようだったら、そういう知見を県に広げるよというのであれば、理屈としては通ると思うんですけども、という質問です。ごく一部のところだけやって全県に効果が及ぶと思えないもので質問しました。まあ、それはいいです。

2 点目は、僕ら臨床研究をやるときに、日々患者さんの個人情報の扱いについては、とても厳しい扱いを受けていて、勝手に患者さんのデータとかをどこかに提供するとかというのは許されないと理解していたんですよ。今回は、健診とかいろいろですよね。そこで出たデータをどこかにお渡しになって、それで見てもらうということだと思うんですけども、患者さんというか、サンプルを提供した人の同意とかは得ているんでしょうか。オプトアウトを含めてで結構なんですけども。何もしないで勝手に、これは県の事業だからといって、

個人情報を含んだデータを動かしてはいけないように感じたもので、念のためにお尋ねしました。

(事務局)

まず、このデータの保有者というのは、保険者である各市町村になります。ですので、各市町村のデータを使ってやることについて、まず県が同意書というのを各市町村から収集しています。このデータにつきましても、保有している市町村にしか提供しないということで、私たち県にも個人の生データは一切もらえないような仕様になっています。

そもそも健診を受ける際も、当然、保険者の健診を受けていますので、そういった健診の後、要は、保健事業であったりとか、受診勧奨に使うということは、既に健診を受けた時点でご本人から同意を得たとみなしてというか、そのようになっておりますので、そこについては問題ないというところになります。

このデータの送付につきましても、国保連合会と市町村は、レセプトのデータのやりとりもかなりの情報をやりとりしていますので、専用の独立した回線というのが置かれていまして、対象者データはその回線でやりとりし、県のほうには数しかもらえないような状況になっておりますので、そこはご安心していただいて大丈夫です。

(西山副会長)

県が数なのはわかるんですけども、要するに、患者さん側からすると、ある患者さんのところには連絡が来るわけですね。あなた、ハイリスクだった。どこどこを受診したらどうですかと。そのときに全く同意がなかったらびっくりすると思うんですよ。なのでお尋ねしたんですけども、健診を受けた段階で同意されているものだということで、わかりました。

(事務局)

補足です。

今、市町村がデータを保有していると申し上げましたが、国民健康保険の保険者は当然市町村でございますので、市町村が保有しているデータというのは、被保険者のデータ。それはそのものを市町村が持っていることについては何ら、こう言っては何ですけども、県民の皆さんも疑念に思う点はおそらくないと思います。

そして、新規透析導入 1,400 人、神奈川県はいるのに、一部の方の対応で全体を減らすのかという話がありました。今回、ご説明いたしましたとおり、全体の約 3 割の国保の被保険者の方のデータを分析して、先ほどお示ししたようなデータを自治体に提供して対応するといったものでございますので、今回、このモデル事業で成果が得られれば、当然でございますけれども、ほかの被用者保険などにもこの取組をご紹介して、こうした重症化予防プログラムが有効だということをぜひ展開することによって、働き世代の重症化予防にも取り組んでいけるのではないかと考えております。まだまだ国保被保険者だけの一部の対応で今回実証をしようと、こうしたことでございます。

(西山副会長)

よくわかりました。少ない数と失礼なことを言いましたけれども、3割だというので、3分の1、かなり少なくないというのもわかりましたし、いいデータが出れば、それを全体、10割に広げるよということもわかりました。

(鈴木委員)

重症化予防の目的で、このアプローチの方法で重症化が予防できるよとかいう世の中データがあるのでしょうか。その方法が実証されているものなんでしょうか。

(事務局)

先ほど少し比較いたしました糖尿病重症化予防というものは、既に令和2年から県のほうで同じような感じで市町村に行っておりまして、そちらのほうは、各市町村いろいろな取組をされているんですけれども、6カ月間のプログラムのようなものをつくりまして、生活習慣のところから、必要な方は受診につなげるというところのきちんとパッケージ化されたものを実施してやっているところもありますし、やり方は各市町村によって方法はまちなんですけれども、そういったもので実際に市町村が介入した方と介入していない方の、例えば、検査結果、e-GFRの下がり幅がどうなったとか、きちんとそういった評価もして、ある一定効果が出ているところも出ていますので、そういった手法については、既に今まで各市町村が持っているノウハウを生かしてやっていただけたらと思っています。

(鈴木委員)

わかりました。

(伊莉委員)

コメントさせていただきます。CKDを予防するというのは非常に重要なことで、こういう方針には大賛成です。CKD患者というのは圧倒的第1位が糖尿病、2位が高血圧で、これが全体の4分の3の透析患者さんの原因なんですけれども、糖尿病は減り始めているんですけれども、第1位なのは間違いないので、まだまだ対策が必要だと思います。

CKDは、実はどこの外来にCKD患者がいるのかというのをうちの腎臓内科の教授が調べたことがあるんですけれども、実は腎臓内科よりも循環器の外来にいるんですね。結局、糖尿病・高血圧というのは循環器の外来にいるんです。教授からおまえらのところが1位だよと言われたんですけれども、結局、循環器対策とCKD対策というのは極めて類似なんです。

10年ぐらい前でCKDの患者がどうなるんだということを世界的に予後を見ていったときに、実は透析まで至れる人は2割なんです。あとの8割は途中で心臓病で死亡に至るため、結局はそっちの対策のほうの方が重要だねという話も出ましたので、CKD対策、透析導入に至れる方というのは、末期とか言いながら、実はいいほうの2割だったということがわかって、悪いほうの8割という対策が、多分この循環器対策ということになると思いますので、1つのパッケージとして進めていただけたらというのは非常に優れた方法だなと私は聞

いておりました。コメントでした。

(事務局)

先ほど申しました愛媛県は循環器病の発症予防だけを目的にされていて、多分、心腎代謝関連で取組をしようとしているのは、全国でまだないのではないかなと思っていました、私どもも、抽出条件であったりとか、事業の進め方はまだ手探りでやっているところではありますが、先ほどの伊莉先生のお話を聞いて、大変心強く思いました。先生方にもご意見をいただきながら進めていきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

(青地委員)

6枚目のスライドのご説明のところですが、心疾患と脳血管疾患合わせて介護が必要になった割合としては1位だというご説明だったんですけども、現場のケアマネジャーとして要介護になった方のケアを日ごろしている中で、心疾患と脳血管疾患は別に考えているんですね。脳血管疾患は確かに認知症に次いで介護認定を受ける方が非常に多いです。だけれども、心疾患単独で要介護認定を受けられる方というのは非常に少ないんですね。その前のスライドで、心疾患は死亡の原因が2位になっているということが言われているんですね。介護認定を受ける割合は少ないけれども、でも、亡くなる病気だというふうに私たち認識しています。脳血管疾患も心疾患も生活習慣病が原因なので、どちらも介護認定を受けても再発予防には努めなければいけないよねというところではありますが、一緒に要介護が必要になる要因というふうには判断していないので、ちょっとそこは認識が違ったかなと思ってご意見させていただきました。

(事務局)

実はこちらの表は県の循環器病の計画にも載っておりまして、循環器病の状況ということでこれを使用していますが、青地委員のおっしゃるところも理解しておりますので、今後、記載の仕方のところは検討したいと思います。

(眞茅委員)

何となく地域差があるのではないかということのを思ってしまうのですけれども、県のほうではどういうふうに分析をされているかということが1点。

それから、西山先生からご指摘があった個人情報に関連してなんですけれども、モデル事業を始められる地域が決まった際に、こういう事業を始めるので、連絡がいきますよといったような周知を国保の健診受診者に通知するといったような手順をお考えなのか。この2点を教えていただけますでしょうか。

(事務局)

1点目は、そうした特徴を圏域ごとに認識して対策するというのは今まに行っている状況でございまして、どうしても医療圏の中でのリソースの分布でございましてとか、あと、取り組み具合ですとか、そのほかいろいろな要因があると思います。このあたりについては、

圏域ごとの分析も今後進めながら対策を考えていきたいと、このように思っております。

2点目のところですが、健診の実施主体が市町村になりますので、各市町村で個々に健診を受ける段階で、来年からこういう事業をやりますということをどこまで通知されているかというところは、各市町村の対応によりますが、基本、実施していくのは、先ほど申し上げましたが、もともと保険者でありますので、当然、健診や医療のデータというのは保険者である市町村が把握していて、それを今、医療費適正化計画とかに基づいて対応していますので、そこについては特に通知をしていなくても、市町村から連絡がいて、どうして私のデータを知っているんですかというようなトラブルになるようなことは聞いておりません。ただ、先ほど申し上げました、先生から何も言われていない、糖尿病なんて言われたことないとか言われてトラブルになることはあるので、いろいろレセプトでチェックをしたりとか、市町村で工夫をされているという状況になります。

あと、重要なのが、医師会との連携はかなり市町村で丁寧に行っておりまして、こういったことを始めるに当たって、中にはかかりつけ医の先生がいらっしゃる方もいますので、その際にその先生を飛ばして、飛ばしてというか、先生が必要なことをしてくださっていることもあり得ますので、そういったときにトラブルとか失礼がないように、こういう事業を始める前には郡市の医師会と連携をして事前に説明をしたりとか、そういったことは各市町村で丁寧にされております。

(眞茅委員)

ありがとうございます。

(笹生会長)

ほかにはいかがでしょうか。

さまざまなご意見をいただきましたが、それでは、事務局は、各委員からの意見を参考に、着実な事業の実施に努めてください。

それでは、次の議題に移らせていただきます。

報告（１）令和６年度循環器病対策事業について

(笹生会長)

次は報告事項になります。

報告事項の（１）令和６年度循環器病対策事業についての説明をお願いいたします。

(事務局)【資料に基づき事務局より説明】

(笹生会長)

ただいまのご報告につきまして、ご意見とかご質問はございますでしょうか。

(笠原委員)

詳細な調査、ありがとうございます。すごく興味深く聞かせていただきました。1つ質問と1つコメントです。

まず1つ目の質問ですが、24ページの心臓リハビリテーション、届出をしていないところが3割あるという。先ほど事務局のほうからすごく多いんだということがこの数字で理解できました。ただ、その次の実施していない理由が、必要性がないとかあるんですけども、届出していないところにフォーカスして、17施設はどのような理由なのか。つまり、届出しているだけでもまだましなのかな。不十分だったとしても、医療体制としては整っている病院が67%あるんですけども、残りの30%少々がどのような理由で実施していない、届出していないというところまで調査はできていますでしょうか。まず、その点を教えてください。

(事務局)

そちらのほう、今日ご説明できないんですけれども、お示しできるものがありますので、また集計等を行いまして、委員の皆様、に、次回の協議会になるか、それまでに何かお送りできるようでしたら、ご報告させていただきます。

(笠原委員)

ありがとうございます。

もう一点。最後、リハビリテーションを実施していく上で、28ページの資料です。困っていることとか、何が必要かということで。ごめんなさい、30ページのほうですね。病診連携が重要だというような回答があったかと思うんですけども、調査があったと思うんですけども、川崎市のほうでの心臓リハビリテーション拡充事業で、今、聖マリアンナ医大循環器の貝原先生を中心に、診療所などに心臓リハビリテーションの必要性を訴えるために、各クリニックや診療所に赴いて、ぜひ診療所に眠っている心臓リハビリテーションが適用になる患者さんを、核となる、先ほど「ハブになる」とおっしゃっていましたが、施設に患者さんを紹介してくださいというお話を、2カ月で30カ所ほど回ったらしいですが、まだその病院からうちの病院に患者さんが届いていません。つまり、病診連携の最初の入り口として、病院側から診療所への声かけ、働きかけをしてみたんですが、レスポンスが良くないという話を聞いております。

つまり、病診連携という、病院、診療所間の関係性だけではなくて、今回のこういう事業にもありますように、行政のほうから行政の働きかけとして、潜在的な心臓リハビリテーションの対象者をどんどんリクルートできるような声かけであるとか、行政の働きかけ、そういうものがあるといいのかなと思いました。

(事務局)

川崎市で今頑張って聖マリアンナ医科大学さんを中心にやっていたいているということで報告を受けております。先ほどの件でもそここの病診連携というのは今回課題だということを改めて認識しましたので、今後どういったことができるかというのを検討していきたいと思っております。

(澤委員)

循環器の対策事業に関わっているお医者様とか保健師さん、そういう方がこういう対策についてやっていると思いますが、心臓のリハビリとか、私はあまり詳しいことがわからなくて、一般の患者としてどういうことをしているのかなと。東海大学が近くにあって、伊莉先生が中心になってやっているんですが、本当にあまり詳しいことを知らなくて申しわけないですが、その中のメンバーとして、心理部門、臨床心理士がどのような関わり方をしているのか、ちょっと教えていただきたいと思います。

(事務局)

医療ソーシャルワーカー協会の佐野委員、いかがでしょうか。

(佐野委員)

今のご質問は先生方にお答えいただいたほうがどうでしょうか。うちも心臓リハのチームがありますけれども、臨床心理士が関わるということは、ほぼないです。医療ソーシャルワーカーは、別途生活習慣のお病気なので、お1人暮らしで食事をつくるのが大変とか、いろいろな管理ができないとか、支援体制に関わる生活の相談というのはさせていただいてはいるんですけれども、どんなものかという前半のご質問は、申しわけありません。どなたか先生にお答えいただければと思います。

(笹生会長)

どなたか補足できる方はいらっしゃいますでしょうか。

(笠原委員)

伊莉先生よろしいでしょうか、私で。すいません。

澤様、貴重なご意見ありがとうございます。実は心臓リハビリテーション、包括的であるということが重要で、生命維持や生命予後や再入院の回避だけではなくて、ご指摘にあったように、心理的な側面のサポートも重要だということが近年世界的にも言われています。特にQOLということに関して言いますと、心理士さんの介入も必要ですし、QOLを落とす原因にはうつが、循環器の患者さん、合併する方が多くいらっしゃるそうです。そういった方にも臨床心理士さんが働きかけることによって、生活の質であるとか、再入院、そういった予後の改善にもつながるのではないかとということもありますので、神奈川県でもぜひ臨床心理士さんの心臓リハビリテーションへの参画というのも期待してもいいのではないかなと私は考えております。伊莉先生、よろしいでしょうか。

(澤委員)

ありがとうございました。

(笹生会長)

ほかにご意見とかありますでしょうか。

(意見なし)

報告（２）令和６年度脳卒中・心臓病等総合支援センター事業について

(笹生会長)

ございませんようでしたら、引き続き、報告の（２）令和６年度脳卒中・心臓病等総合支援センター事業についてを東海大学医学部附属病院の伊莉委員からよろしくお願いいたします。

(伊莉委員)【資料に基づき東海大学（伊莉委員）より説明】

(笹生会長)

伊莉先生、詳細なご説明ありがとうございました。管理栄養士さんがつくったパンフレットを見せていただいて、お金を出して買ってでもいいなというぐらい、すばらしくよくできていたので、それもちよっとつけ加えさせていただきます。ちよっとお時間がかかるということですね。

ただいまのご説明に関しまして、何かご質問とかご意見はございますでしょうか。

(意見なし)

それでは、本日の議題と報告は以上となります。

その他でございますが、何かございますでしょうか。

(意見なし)

事務局もよろしいですか。

それでは、これもちまして本日の議事を終了とさせていただき、進行を事務局に返したいと思います。ありがとうございました。

閉 会

(事務局)

笹生会長、議事の進行ありがとうございました。また、委員、オブザーバーの皆様、本日は貴重なご意見をありがとうございました。

令和７年度第１回の協議会につきましては、７月ごろを予定しております。改めて日程調整をさせていただきますので、その節はよろしくお願いいたします。

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。