

令和5年度 第2回大阪府循環器病対策推進懇話会 議事概要

○日 時：令和5年8月28日（月曜日）15:00～16:30

○開催方法：Web 会議システムによるオンライン開催

○出席者（委員 50 音順・敬称略）

| 委員氏名 | 所属・職名等 |
|--------|---|
| 安藤 美帆 | 心臓病経験者 |
| 坂田 泰史 | 大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学 教授 |
| 篠原 圭司 | 大阪府下消防長会 警防救急委員会 (岸和田市 消防本部 警備課長) |
| 西畑 欣二郎 | 脳卒中経験者 |
| 馬場 武彦 | 一般社団法人大阪府私立病院協会 副会長 一般社団法人大阪府病院協会 理事 |
| 弘川 摩子 | 公益社団法人大阪府看護協会 会長 |
| 藤井 由記代 | 社会医療法人大道会 森之宮病院 診療部 医療社会事業課 副部長 |

○議題

(1) 次期大阪府循環器病対策推進計画策定について

(2) その他

○議事要旨

【坂田座長代理】

それでは、早速議題に入らせていただきます。

【事務局】

※資料に基づき説明。

【坂田座長代理】

今事務局よりご説明いただきました内容を検討していきたいと思います。本日の検討は大きく三つに分かれます。一つ目は、冒頭にお出しいただいた計画の進め方がこの方式でよいか。これは前回もご議論いただいたところであります。二つ目は、今回たたき台として前回に加えてどのようなものを追加したか、それについて検討をいただきます。三つ目は、リハビリについて特にどのような記載を取ればよいかということで、委員の方々のご意見をいただければと思っている。

まず一つ目は計画の進め方であるが、資料1の1ページ目をご覧ください。これは前回懇話会にも出ていた内容であるが、8月に1回目の懇話会が先日あり、2回目の懇話会が本日あるということで、その間いくつか必要な指標というのは検討していた。本日の懇話会において、リハビリテーション等の取り組みについて記載方法に対する意見をいただき、それを含めて令和6年1月に確認及び再度ご意見をいただく懇話会を開くという流れを事務局は考えている。この予定自体は前回説明と変わらないが、委員のみなさま、この方法でよろしいか。

【馬場委員】

進め方については、この通りで全然異論はないが、可能であれば次回懇話会は対面で開催いただきたい。計画について、最終的にまとめることになるので、顔を見合わせて議論した方がよいのではないか。

【坂田座長代理】

ありがとうございます。まだ一度も対面形式での開催がなかったと思いますし、指標を実際に立てるということになると、様々な意見も出てくると思うので、馬場委員のおっしゃられる通り、可能な限り対面で開催できるよう事務局で調整してください。

【事務局】

承知した。

【坂田座長代理】

他、進め方について特に意見はないか。それではこのスケジュールで事務局に進めていただく。

続いて、二つ目のそれぞれのたたき台の検討に移りたい。資料1の2ページ目をご覧ください。前回提案の中での個別政策ということで、三点について、新たに国が内容を追加等をしたので、それに対して府の計画案というのを出していただき、そして委員の方々の意見をいただいて、それを踏まえて記載案を作成したというのが本日の事務局の説明である。一つ目は、表の一番上にあります多職種連携という部分について。この多職種連携については、従事する医療従事者の連携した取組みによって患者のQOL向上に結びつけるということになっているが、ここに対して、切れ目のない医療・介護及び福祉連携体制ということで、先日委員から福祉まで含めてはどうかという意見があった。それを踏まえ、資料2の3・4ページにおいてそれぞれ記載いただいた。ということで、この資料2の3ページ目左側の青い網掛けがされている通り、循環器病に係る多職種連携と知見の共有を項目として入れていただいた。今回国が追加した多職種という部分について大阪府として入れたものということになりますが、この部分について、質問や意見等ありましたらお願いします。

【藤井委員】

本日の会議で改めて資料の説明をいただき気づいたのだが、資料2の4ページにおいて、保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実という部分で、(A) はじめに、病気によって様々な職種が関与していると記載いただいているが、ここに記載されている職種が全部医療の職種になっており、例えば介護や福祉となると、介護支援専門員や社会福祉士、医療ソーシャルワーカーの記載もなかったため、できれば追記いただけるとありがたいなと思った。ご検討よろしくをお願いします。

【坂田座長代理】

様々な職種ということで「等」と挙げたとき、福祉に関わる職種についても記載した方がよいのではないかという意見。結論的には全部の職種を記載する訳にはいかないもので、医療から福祉に至るまで代表的な職種を記載し「など」でまとめるということになるのではないかと。藤井委員のおっしゃられたような意味での多職種になるように、記載について検討いただいてもよいかと思ったが、いかがか。

【弘川委員】

多職種連携の記載についてだが、これほど細かく職種を明記する必要があるのかどうか少し議論が必要ではないかと思った。様々な段階において、関わる方たちが医療職だけではなくいろいろとあるので、この表現方法自体を考えていただいたらよいのではないかと思った。

【坂田座長代理】

まず、全部書くか一部書くか、書かないかの3択。全部書くのは無理ではないか。では、一部書くか書かないかということになる。藤井委員の意見で考えると、広くちょっと書いてみてもいいのではないかとありますし、弘川委員の意見ではもう書かないというのも一つ選択肢で、多職種が関与しているというようにまとめて記載する方法である。弘川委員、書かないという意見でよろしかったか。

【弘川委員】

全く書かないとまではいかないが、ここまで細かく明確な記載方法をせずとも、他に記載方法があるのではないかと思った。書かないという選択肢を含めて検討ができるのではないか。

【坂田座長代理】

具体的にどのような記載方法になるか。

【弘川委員】

例えば地域であればこういう人、医療機関であればこういうふうなところ、行政で言えばこういうところ、という記載方法も一つ。

【坂田座長代理】

承知した。ある程度は記載することになるのではないか。

【西畑委員】

多職種についてだが、私は回復期から最初に退院するとき、相談窓口というものがあつた。窓口にて、まず会社に復帰するかどうか、自宅療養するかという話もあり、もしリハビリを受けるのであれば会社から近所の方がいいですよと、会社から通える病院を探してくれた。また、障がい者手帳を取ると非常によいと、色々なところに無料で行くことができ、気分転換にもなる等といったフォローもあつた。相談窓口を、退院する際にお知らせするといいいのではないかと少し思った。会社に復帰する際、復帰するために自分がどのような状態なのかと不安だった。例えば私の場合、右半身が片麻痺のためもう右手ではほとんど何かを持ったりすることができず、電話を実際にとって応答できるかということが不安だった。病院に入院しているとき、作業療法士の人が、後遺症が残るので、左手で字を書く等といった練習しておいた方がよいと言ってフォローしてくれた。それから8年6ヶ月経つが、左手でずっと日記を書いている。そうすると、左手で簡単に書けるようになったので、そのようなアドバイスが社会復帰するときにもものすごく自信につながる。そういう相談窓口があり、相談できるような体制があればいいなと感じた。資料1の4ページにおいて、リハビリテー

ション等の取組について、右側の注釈部分に、第2節(3)社会連携に基づく循環器病対策及び循環器患者支援と記載があったので、やはりこの部分は項目として残してもらった方がいい。

【坂田座長代理】

ありがとうございます。両立支援やリハビリテーションは非常に重要な部分である。議論後半部分においても、ぜひ検討していきたい。

それでは、この多職種の部分については、介護及び福祉の連携体制の構築という形をとること、そしてそれに付随した記載として資料2の4ページにある多職種について、確かにこのような記載方法であると、記載の有り無しについての議論がでるため、少し記載方法を工夫いただき、全く記載しないのではなく分野で分けて記載すると、弘川委員の意見も網羅される形になる。記載方法については、ご検討いただきたい。

【事務局】

個別の職種を書き出すとそのような話が出る可能性もあるので、委員の意見をふまえ、医療や福祉といった分野別での記載というのも含めて検討させていただく。

【坂田座長代理】

承知した。この多職種連携についてはそういう形で進めていく。

続いて資料1の2ページ目について。地域の医療従事者間での知見の共有のための取組みの推進、及び在宅で過ごす患者にも適切なリハビリの提供という部分について、この部分は国が新たに追加した内容である。急性期から維持生活期までの各病期に対する知識が不足している。そして、在宅療法を循環器病の患者も推進すべきであると、前回出た意見は、先ほども説明があった、それぞれの専門性があるということとそれに配慮した記載方法、遠隔リハなどもこれからの分野ではないかということ、などご意見をいただいて、資料2の4ページの記載となる。(4)の(C)について、在宅で過ごす患者への適切なリハビリの提供については、国の政策を踏まえ、その方法・体制等を検討するという記載にさせていただき、それに合わせて資料3は54ページ。このあたりのまとめ方について、何かご意見等ありますか。

【馬場委員】

知見の共有に関して中身については推進していけばよいことだと思うが、これを第4章第2節の0番としていることに違和感がある。ただ、置き所についていろいろ考えたが浮かばない。2節の0番ではなく、5番にするのも一つの方法であるし、3節の患者等を支えるための環境づくりの中に新しく作るのも一つの方法、それから4節の循環器病対策を推進するための必要な基盤の整備、ここの中に入れるというのも一つの考えだと思う。元々あ

る 1～4 節と少し異なるし、どれにも関わっているので、置き場所がすごく難しいのだが、やはり 0 番という感覚は少し違和感がある。

【坂田座長代理】

改めて資料を見ると、馬場委員のおっしゃる通りかなと思う。確かに、まず多職種連携していく、そしてその知見を共有していくのは、どれにも当てはまるということになる。ただその中でも、資料 2 のページ 3 において、左側の青い部分に新しい内容を入れていただいたということだが、ここではなく、2 節の 5 番にするか、それとも 3 節の内容ではないかということ、また 4 節の基盤の整備ではないかという意見であり、0 番というのは、基本であるというニュアンスを出すという意味での 0 番というのも分からないわけではないが、他、この点について、いかがか。私も馬場委員のご意見を拝聴してその通りかと思った上で、あえて言えば 3 節かと思う。例えば、先ほど西畑委員から意見のあった相談支援はここに入っている。相談し支援するにしても、様々な職種が連携して知識を共有するというのは重要かと思った。また、多職種で支えることについて 4 節の基盤と言えは基盤かと思えますし、なかなかこれ難しいところではあるが、他にご意見いかがか。

【藤井委員】

私も馬場委員の意見に賛同である。可能であれば、4 節の基盤の整備が一番じっくりくると感じる。再発予防になると、障がい福祉や介護分野の方々に様々な異変にいち早くキャッチしていただき啓発していくことも必要だと思うので、知見の共有というのは繋がるのではないかと感じた。

【坂田座長代理】

確かにこの記載方法を見ると、4 節が 1～3 節をまとめる形で基盤というふうの下支えしていると思うので、一番ベースの部分が多職種の連携であるという考えでいくと 4 節でもいいかと思った。

【事務局】

ありがとうございます。事務局としても、4 節で検討してみるべきではないかという意見もありましたので、4 節で一度作成してもよろしいか。

【坂田座長代理】

問題ない。2 節 0 番の記載方法をやめて、4 節での記載を検討いただき見直していただければ。

次に、資料 1 の 3 ページ、指標について。第 1 回懇話会資料より抜粋ということで、一つは救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間。もう一つは両立支援コーディネ

ーター基礎研修の受講者数を挙げていただいた。これを実際に素案に入れたのが、資料2の5ページである。指標(e)(f)(g)(h)について、(e)(f)は前回と同様の指標だが、(g)(h)については今回新しく加えていただいた。搬送困難患者数については前から数値が出ていたが、医療機関への収容までに要した平均時間が、それぞれ35.8分・34.2分。2029年までに減少という目標値を設定している。これは第8次大阪府医療計画、こちらでも現時点で計画案のようで、その計画案と相互に連携していると伺っている。篠原委員、この辺り専門かと思うが、1点お聞きしたい。この案を見た際、2021年というのはコロナ禍であり様々な影響があったため、2029年においてもコロナ等の感染症がどうなっているかももちろん分からないが、参考にするのは難しいとことはないかと事務局に対して確認したところ、結論的にはないという説明を受けた。この時期でも、心血管疾患に対しての収容時間は影響を受けてないと考えられるので、指標でいいのではないかという話を伺った。感覚的でも結構ですので、篠原委員もそのような考えでよろしいか。

【篠原委員】

示していただいた部分で特に問題はないとは考えている。

【坂田座長代理】

事務局及び篠原委員からもご説明いただき、本日島津委員が欠席のため本当本来は聞くべきだが、2021年はコントロールとして機能するため、2021年を指標にし、減少に向かって目標設定するという事で問題ないとする。

もう一つが、両立支援コーディネーターの基礎研修の受講者数で、目標値は現在確認中ということだが、この両立支援コーディネーターについて先ほど西畑委員の意見に関係してくる指標になる。本来はどの程度活動して成功例がどの程度増えたのか、みんながどの程度恩恵を受けたか等を指標としたいが、まずは、講習の受講者が増えているかを図るという意味かと思う。この部分については、12月までに検討いただくということになる。

【藤井委員】

質問ではないが、両立支援に関して、病気された後復職が難しくなった方に対する支援については、元の職業に戻れる場合は両立支援コーディネーターの支援を受けることができるが、元の仕事に戻れない方の場合については、障がい者手帳の取得や高次脳機能障がいの診断を受けて、福祉就労障がい者支援というものが必要になる。そちらの指標について、今回の素案には間に合わなかったが、今後その指標を出して、どのような取り組みをしたらいいのかということとを並行して次回までに検討させていただきたい。またご相談させていただく。

【坂田座長代理】

藤井委員の意見は重要かと思う。先ほど私の方で発言した、両立支援は実際にはどれほどの患者が恩恵を受けることができたかという指標にも繋がっていく。大阪府全体で悉皆性のある指標を取るのには難しい部分があるかと思うが、重要なアウトカムである。前回の議論にて、アウトカムを考えることは簡単ではないという意見も出たが、やはり一つずつやっていかなければならないというところに繋がる。いくつかの重要項目の中の一つとして、この部分を出し、かつ今度国立循環器病研究センターの総合支援センター事業にてどのような形の指標や取り組みをされるかということとも連携ができればと考えた。このような認識で、事務局としてはよろしいか。

【事務局】

大丈夫です。

【弘川委員】

両立支援コーディネーターについて質問だが、取り組むべき施策の中に圏域ごとという言葉が入っているが、研修受講者の実績について出せる数値はあるのか。

【事務局】

現段階では数値はない。数は大阪府としてでしか出すことができないため、施策としては圏域ごとで実施していただきたいが、圏域ごとの数値を出すということではない。

【弘川委員】

看護協会においても11支部あり、偏在がないように、どの地域にも存在するような育成し、活動に繋げていくということがよくあるので、育てるということの実績は増えていた方がいい。そのような部分も少し気をつけて見た方がいいのかなと思った。

【坂田座長代理】

重要な指摘かと思う。この部分は、今後きちんと評価していく部分のため、意見をいろいろいただき、12月までに作っていければ。また、NCVC（国立循環器病研究センター）と一緒に何かしらの評価があればよいのではと考えた。

先ほど、西畑委員の方から脳卒中経験者ということで両立支援に関するお話をいただいたが、安藤委員の方からも心臓病に関する両立支援に対して、心臓病は脳卒中よりはまだ進んでない部分があるかが、この辺りご意見いかがか。

【安藤委員】

実際に私の場合は、まずそういった話をいただくことがなかった。退院することがゴールだったため、その先についてまでは正直考えるところまでいかなかった。心臓病でも人それ

ぞれ症状が全く異なり、私の場合は筋力が全部落ちたので一からのリハビリだったため、起き上がることから始めた。歩くことができた・車椅子に乗れたという時点で、退院であったため、働くまでの認識がなかったのと、病院としてもそこまでの案内をるところまでいかなかったということもあると思う。同じ病気をされた方でも、実際働いている人が少なく、逆に私が今働いていることに対して、どのような流れであったか私が経験したことを紹介して、参考にしていただくという状況だった。現在、少しは何かあるのか不明だが、歩くことができれば次はこのステップ、このステップまで行ったらまた次のステップというように、本人がどこまでがゴールをしているかっていうところまで、恐らく本人は余裕があるので、もしアドバイスをいただけたら、本当に1人じゃないという気もするし、とても助かる場面もある。私の場合は、ご相談するところが分からないし、してもよいかもわからないので、職安の方に行って相談したという形。職安の方々から様々なパターンを教えていただいた。なので、そのようなことも今の仕事に繋がるきっかけになっている。今その人がこの状態でもここまでできたらどうしたいかっていうところまでアドバイスいただけるとやる気も出るし、患者としてとても助かる。

【坂田座長代理】

私も心臓病を専門にしておりますが、心臓病で特に安藤委員のような若年の方で病気になると、やはりまず退院するということからスタートで、今私どもも含めて医療従事者全体が生涯の職業においてどのようなステップを踏めばいいのかということ意識してなかった時期が多かったと思う。脳卒中は、命は問題ないがフェーズ（段階）があるのではないかと思う。その後どのように復帰していくかということだが、心臓病は心臓そのものがまず病気のスタートになるため、両立支援をふくめ、医療現場が最初から意識するということが大変重要だと思う。コーディネーターの方が、チームとして声掛けする体制が重要かと思うので、この指標は意味ある指標だと感じる。その上で、心臓病・脳卒中それぞれの病気の特徴に関してコーディネーターの方を中心に次どのようなステップを踏むかという指標化ができればなお良いのではないかと思った。また安藤委員からは具体的な状況も何うフェーズがあるかもしれないので、その際はまたよろしく願いいたします。

【安藤委員】

お願いします。

【坂田委員】

それでは本件に関しては、まずこの指標からスタートして12月までの間に、次のステップの指標化ができるのかということを引き続き議論していく。救急の分野は議論の道筋がまだ少し簡単かと思うが、両立支援等については循環器病院におけるという定義からスタートする必要があるので、議論を続けていければ。それではこの方法で進めさせていただく。

また、その他の修正箇所については、資料1の4ページ目(1)(2)については国の政策に入ってきたので、文言として反映させる。ただ国の方針がきっちり決まっておらず、大阪府の方針も明確に決まっていないため、今回は位置づけへの追記に留まり、具体的な内容については、これから国や大阪府の状況が決まれば具体化してくというお話だった。この部分はよろしいか。この部分はその方針で次のステップが決まればぜひ考えていきたい。最後に残りの時間で、資料1(3)のリハビリテーション等の取り組みの記載について議論していく。事務局からは、取り組みの内容についても記載内容を充実する方向で考えていると説明があった。その上で、文言等は最終的なものではないので、これから更にブラッシュアップしていくとして、記載そのものが現在は、個別政策の第2節(2)(4)、第3節(1)(3)とバラバラに分かれているため、それぞれまとめて書いた方が良いのではないかと。つまり、ボリューム感があつた方が良いという考え方と、様々な分野にリハビリテーションが関わっているため、現行の形でも構わないのではないかと。いくつかの意見がある。いかがか。まとめて記載するという事になると、資料2のページ4にリハビリテーション等の取り組みを記載することになるかと考えている。

【藤井委員】

現行のままリハビリテーション等の取り組みは残していただければありがたい。脳卒中に関しての市民啓発活動等でアンケートを取ると、何について皆さん相談があるかとかお困りになっているかという、やはりリハビリテーションの取り組みが圧倒的上位にきている。医療でのリハビリ・介護でのリハビリ・障がいでのリハビリ・職業へのリハビリ、それぞれのステージに応じてリハビリテーションが繋がっていないということが先ほど西畑委員及び安藤委員のお話からもあつた。やはり一貫してリハビリテーションが継続され、その方らしい人生や職業等に繋がっていくところまでがトータルで支援されるリハビリテーションはすごく大事だと思うので、この項目のまま残していただけたらありがたいと感じている。また、今後についてだが、今回計画を検討する委員の中に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等のリハビリの専門職が入っていないため、今後計画を立てる際には、そちらの大阪府の各協会の委員等にも話を通して、専門職としてどのようなことを計画に盛り込みたいか等も聞きながら、計画に繋げることができると良いのではないかと感じている。

【坂田委員】

記載方法としては、第2節(4)リハビリテーション等の取り組みということで残しておき、ここに他の部分を集約するという形か。

【藤井委員】

集約するかどうかという部分については、それぞれの領域にリハビリが関連していると

思うので、このまま残しても良いのではないかと考えている。

【坂田委員】

承知した。集約をせず、それぞれの分野でのリハビリの意義をきちんと書いた方が良いのではないかという意見ですね。ボリューム感を出すために集約するのではなく、それぞれの部分できちんと記載するというのが藤井委員の意見である。リハビリの意味というのは多岐に渡るため、リハビリという方法論で括るのではなく、必要のある様々な部分にリハビリという手段を使っていくということであれば藤井委員のご意見の通り、それぞれの部分に書いていくというのが一つの方法かと思った。私はイーブンな立場のため、どちらでも構わない。委員の先生方のご意見でよろしいかと思うが、確かにリハビリというのは方法論であって目的ではない。〇〇のためにリハビリを行うという形でこのままだも良いかと思うがよろしいか。

【馬場委員】

リハビリテーション等の取り組みという第2節(4)についてボリュームが薄いということだが、第3節(1)(3)の中のリハビリの記載は、恐らくここに置いたままの方が良いので、リハビリテーション等の取り組みに持っていけないと思う。しかし、医療提供体制の構築の部分にリハビリテーションの記載というのは、回復期リハビリテーション病院の施設数だけという感じのため、この部分にICU(集中治療室)やHCU(高度治療室)、SCU(脳卒中専用集中治療室)等と回復期リハの病床を並べてあるが、この集中治療室と回復期リハを並べる理由もちょっとよく分からない。この回復期リハの病床数の話だけによれば、(4)リハビリテーション等の取り組みのところに持っていくことができるのではないか。それ以外には、おそらく医療提供体制の部分にリハビリの話は記載されていないと思う。そうすると、残るは全て急性期の医療提供体制の話だけとなる。脳血管疾患の医療提供体制と書きながら、そもそもほぼ急性期のことがここに書いてあるため、いっそのことここが急性期医療提供体制としてしまえば、リハビリの部分は取り組みの部分に持っていけないのではないか。心臓病については、おそらくリハビリの医療提供体制の部分に話はなかったと思う。

【坂田委員】

おっしゃる通り、回復期リハということが施設にはあるが、それ以外の部分に関するものはないため、この施設の部分は急性期に近い話であり、その後、全体的な施設に関してリハビリテーション等の取り組みとして出てくるということである。そのようになっているので、(2)だけは(4)にまとめて、第3節(1)(3)はそのままそこを充実させていくべきではないかというご意見かと思う。藤井委員、それでよろしいか。

【藤井委員】

賛同する。

【坂田委員】

キーとなるのは、第3節(1)(3)のリハビリは、この目的のためにリハビリを行うのでここに置くべきである。第2節については馬場委員からいただいた指摘を含め、(4)にまとめるということで検討いただけますでしょうか。それで最後を書いていただき、急性期に絞るかどうかは再度検討する必要があるが、そこも含めて記載方法を検討いただきたい。

以上で、本日検討する議題は網羅したかと思うが、何か他に意見はあるか。

最後に私の方から、事務局と話をした際に質問した内容について、念のためこの公式な場所でも共有しておく。これから指標を設定していくにあたり、大阪府全体でデータを取れるものと、これから定義づけをしないといけないものと、学会や団体が出しているような指標といった、いくつかのパターンがあると思う。大阪府のデータは行政団体のため、悉皆性のないデータを出すことはできないということは理解している。ただ、やはりそれを言うと、重要な指標がもう永遠に取れないということもあり得るので、ある程度他都道府県の動向も見ながら、脳卒中学会や日本循環器学会といった大きな学会が出しているような指標を参考にできるものは参考にしていっても良いのではないかというのが私の意見だが、その点について大阪府としてはいかがか。

【事務局】

先生がおっしゃる通りのことも十分に理解している。行政の計画ということもあるので、都道府県全体で取れるということと、それが継続的にとれるということの視点が合致すれば、その指標は使えないと言うつもりは全くないため、今後相談させていただきながら、他都道府県の状況を見ながら検討させていただきたい。

【坂田委員】

ありがとうございます。特に、本日議論は行わなかった成育に関するようなこと等は、やはりそれを専門とするところのデータを出していかなければ詳細なデータが取れないということもあり得るのではないかと思うので、そのあたりを今後の課題とさせていただければと思った。

以上