

令和3年度 第2回新潟県循環器病対策推進協議会 議事概要

日 時 令和3年11月10日(水) 午後6時～7時30分

※web会議システムを用いて開催

出席者 委員名簿のとおり

1 開会（福祉保健部長あいさつ）

2 議事

新潟県循環器病対策推進計画（素案）について

事務局から資料1, 2について説明

→主な意見は以下のとおり

<救急・医療>

- ▶ 搬送時間を縮めるため、消防も精いっぱい対応しているが、新潟県は非常に広く、山やトンネルで区切られた地域も多い。道路についても降雪期、夜間、道幅がといった問題もあり、救急現場に早期に着くのも難しい面がある。
- ▶ 救急車も限られた資源であるため、病院にも理解をいただき、救急患者の搬送要請を1回目で受け入れていただくのが、搬送時間の短縮につながるため、引き続き、消防への協力をお願いしたい。
- ▶ 働き方改革を見据えた、救急医療の体制づくりをしたい。
- ▶ コメディカルの確保も重要である。
- ▶ 脳神経救急に関しては、諸事情を勘案した上で、医療機関の役割分担、集約化、救急医療体制の構築が重要である。
- ▶ 脳梗塞の予防に関しては、心房細動と、隠れ脳梗塞への対処が重要である。
- ▶ 近年は脳血管障害に関しては、血管内治療ができる医療機関に患者を適切に運んで、治療の適応がなければ速やかに回復を支援する医療機関に運ぶといった、マザーシップ型という形も提案されている。本県で目指すべき姿とも言える。そのためには、患者を適切な医療機関に運ぶため、救急との密接なコミュニケーションが必須である。

- ▶ 集約化のためには、どういう病院を通して高度医療を提供している地域に運ばれているか、事例を踏まえた資料やデータが必要である。
- ▶ 循環器疾患と一言と言ってもACS（急性冠症候群）も心不全もあり、一時的な不整脈もある。それらも含めた疾患分類の中でデータを出すことを計画の中に盛り込むべきではないか。
- ▶ 病院までの搬送時間を考えると、輪番制や、救急隊の判断能力、救急救命士及び救急隊の資質を上げるといった取組も行っており、メディカルコントロール協議会等との連携を図りながら、さらに向上できればより適正な病院搬送に繋がると思う。
- ▶ 循環器救急の受入状況において、三次救急病院のベッドの回転が悪いようだ。そういった意味では、かなり早期の段階で回復期病院に搬送することが鍵を握っているということも分かってきたので、消防と相談しながら取組を進めたい。
- ▶ 集約の話が心臓でも脳でもあったが、これをやるとなると引き受ける病院は赤字になると思う。医師や検査スタッフの確保、画像検査の設備などが必要。県は、今の救急医療に対する補助金体制を、濃淡をつけ、頑張るところにしっかり支援しないと破綻する。ヒアリングを踏まえ必要な予算措置をしていただくことも考えて欲しい。

< リハビリ・生活期 >

- ▶ 高齢者の方、在宅療養の方が多いということでは、医療機関の重要性はもちろんだが、在宅療養の看護の部分等を強化していくことも必要である。再発予防、重症化予防のための支援が必要であり、医師以外の専門職等の理解と、研修等も必要である。
- ▶ 医療と福祉の間に垣根があり、なかなか連携がとれないところがある。福祉現場の職員の多くは障害特性の知識が不足している。脳損傷から来る症状は、その部位によってそれぞれ違うので、医療との連携は不可欠であり、多職種が連携して取り組む体制づくりはとても大事なことである。
- ▶ 高次脳機能障害をもつ人たちは受傷後も当然、就労意欲を持っている。ただ、復職に関して言うと、受け入れる企業側も、本人も十分な準備が整わないままに職場復帰ということになり、結局、理解してもらえないことで

うつ病なども併発して退職したというケースもある。もっと時間をかけて十分に職場環境を整備するとか、本人の障害への理解といったところについても、就労移行支援やジョブコーチ等を利用し、お互いの環境を整えてからでないと、就労を継続していくのは難しい。

- ▶ 発症後、医療において専門的にリハビリテーションを行うことは大切であるが、問題は、医療を終えたあとの福祉や在宅、あるいは地域に戻ってからの、しっかりと対応できるかということである。
- ▶ 在宅などにおいて、脳血管障害や心疾患、あるいは少し高血圧があるだけで、運動は控えるといったことにより、かえってロコモティブシンドロームやサルコペニア、フレイルなどが二次的に起こることがあり、医療の後の福祉、あるいは在宅に至るところを少し手厚くしていかなければいけない。これは専門職だけではなくて、フィットネスや在宅においても手当てしていく必要があると思っている。
- ▶ 治療と仕事の両立支援は県内でも取り組まれており、県内の医療機関と契約を結ぶことにより、疾病のために仕事を辞めることのないよう、主治医と相談していく中で復職ができるような形を模索している。治療と仕事の両立支援については、そういう存在も考えながら巻き込んでいくということをお願いしたい。
- ▶ 素案の19ページに記載されている専門職に「医療ソーシャルワーカー」を加えていただきたい。その方のアセスメントなども相談しながらやっており、院内の多職種連携、院外の地域との多職種連携もソーシャルワーカーの仕事になっているので、ここに加えて横断的に連絡調整しながら支援していくような表現にしていきたい。

< ロジックモデル >

- ▶ 受療率に関して、心不全の診断見逃しが多く、隠れ心不全を掘り起こしたいと思っているが、この場合、逆に早期発見・早期治療を始めると数字が上がってしまい、ロジックモデルのアウトカム指標としてはどうか、という問題がある。
- ▶ 高血圧の患者や脂質異常患者、糖尿病患者の代替受療率が低いのは良いことなのか悪いことなのかよく分からないが、隠れ心不全がいるという話があり、これは高血圧や糖尿病、脂質異常者がきちんと治療されていない結果と捉えることもできると思う。つまり、高血圧など本来治療が必要な人

を健診機関から医療にきちんと結びつけられていない事も考えられる。ロジックモデルとしては減少させるべきだというのが、拾い上げができていないのだったら逆に増加させるべきなのか。その辺が問題である。

- ▶ リハビリテーションのスタッフは全国と比べて新潟県の人数がかなり少ないが、訪問や通所リハビリ、あるいは訪問看護もかなり低い数値になっている。こうしたところの目標を増加するといった設定が必要ではないか。

3 閉会