

令和2年度 高知県脳卒中医療体制検討会議 議事要旨

1 日時: 令和2年9月18日(金)18:30~20:30

2 場所: 高知県庁本庁舎2階 第二応接室

3 出席者: 19名

◆委員 15名

- 上羽 哲也 委員 (高知大学医学部脳神経外科学講座 教授)
- 江口 康隆 委員 (高知市消防局救急課 課長補佐)
- 河野 威 委員 (高知県赤十字血液センター 所長)
- 島田 力 委員 (高知県歯科医師会 理事)
- 田上 豊資 委員 (高知県健康政策部医監兼中央東福祉保健所保健監)
- 豊田 誠 委員 (高知市健康福祉部健康推進担当理事 保健所長事務取扱)
- 西田 香利 委員 (高知県回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 副会長)
- 西村 裕之 委員 (高知医療センター 脳神経外科 科長)
- 野並 誠二 委員 (高知県医師会 副会長)
- 林 悟 委員 (近森病院脳神経外科 部長)
- 日野 工 委員 (高知県理学療法士会 理事)
- 廣内 一樹 委員 (高知県介護支援専門員連絡協議会 会長)
- 細木 秀美 委員 (高知県介護老人保健施設協議会 会長)
- 宮本 寛 委員 (高知県リハビリテーション研究会 会長)
- 森本 雅徳 委員 (もみのき病院 名誉院長)

◆関係課1名

医療政策課1名

◆事務局3名

4 会議の概要

(1) 協議事項

ア 令和元年度の取組及び評価について

資料1-1、1-2、2により、事務局及び医療政策課が、令和元年度第7期高知県保健医療計画「脳卒中」の評価調書について説明。質疑応答・意見交換の結果、承認された。

イ 令和2年度の取組について

資料3により、事務局が、第7期高知県保健医療計画に基づく令和2年度の脳卒中对策の取組計画及び現在までの進捗状況について説明し、質疑応答・意見交換を行った。

ウ 第7期高知県保健医療計画中間見直しについて

資料4、5により、事務局が、第7期高知県保健医療計画の要検討事項について説明し、質疑応答・意見交換を行った。

エ 循環器病対策推進計画の策定について

資料6により、事務局が、循環器病対策推進計画の策定について説明した。次年度の計画策定に向け、準備を進めることで承認を得た。

5 質疑応答・意見交換の要旨

令和元年度の取組及び評価について

【委員】摂食嚥下障害を評価できる歯科医師の人材育成事業については、厚労省が進めている歯科医療提供体制事業の先進好事例事業の一つに選ばれた。これを機にもっと深めていきたい。

【委員】脳卒中センターに関しては、脳卒中学会と県との施策に違いがあり、学会は各二次医療圏に全て置きたいという意図がある。高知県の場合は、道路網の関係で、高幡の北の方は高速道路に乗ってしまった方が速いとか、黒潮町のあたりだと一般道で走り切る方が良いということがあるが、循環器病対策基本法が施行されてからどうしてもそれはやらないといけな。学会の基準と県の基準の齟齬を、実質的にどう改善していくかというのが今後の問題である。高知県の現実、地域毎の人口比率も考えると、果たしてどうなのか。パスの運用をみても、中央に集約している部分もあるので、このあたりは行政とよく話し合っ、慎重に進めていきたい。

令和2年度の取組について

【委員】パスの統一について、今準備しているところである。課題は2つあり、一つは幡多のパスのフォーマットと中央のパスのフォーマットをどうすり合わせていくかということ。もう一つは同一のネットワークで運用することとなるため、幡多がこれまでしまんとネットで運用していたものを、あんしんネットに移行していく必要がある。目標としては、1月にあんしんネットに移行できるよう進めている。

【委員】パスを本当に続けた方が良いのかというテーマがあるが、これはやったほうが良いと思う。理由としては、患者さん自身が自覚をしていくという患者さんにとってのプラスと、医療従事者にとっても、あんしんネットがどんなに普及しても、パスはあった方が良く考える。また、行政側が二次医療圏ごとの回復期リハビリテーション病棟からの在宅復帰率等、回復期から慢性期への流れをきちんと確認していくことで、今後の対策につながると思う。ぜひ行政の方にも応援をよろしくお願いいたします。

また、急性期の脳卒中悉皆調査を解析していると、受診までに時間を要している現状(翌日受診等)がある。「発症したらすぐ受診しましょう」と啓発しているが、行動につながっていない。その原因を調べていくと、剥奪指数(公衆衛生の用語)がものすごく当てはまる。どういったところかどういように行政の方が介入すれば良いのか、あるいは医師会としてどういう介入をするのが良いのかということもみんなで考えるデータが集まる。今までどおり何も我々は手間だけかけてるんじゃなくて、ほんとに実りがもうすぐそこまで来てるので、ぜひともご協力を賜りたい。

【委員】摂食嚥下障害を評価できる歯科医師の人材育成事業について、研修はコロナで延期になっていたが、再開し、今年度は5回開催予定である。それと、診療報酬の話になるが、この4月に保険点数の改正があり、その中で医科歯科連携というのをやっている。今まではがんの化学療法や放射線療法に関することの口内の処置については連携が進んでいるが、4月の改正の折に、整形の大腿骨頸部骨折と、同時に脳血管、脳卒中の術後、手術が入ったため、すごく点数も加算されている。嚥下障害で食べれないという人もいらっや

るが、それよりもただ単に入れ歯がはまってないという方もいらっしゃる。その中で歯装具を調整することによって、普通食もかなり食べれて栄養価もすぐ上がってくると思う。病院歯科のないところも急性期ともまた連携をとって紹介をしてくだされれば、訪問診療という形でお伺いするため、お願いしたい。

【委員】救急の脳卒中のプロトコルに関して、昨年度までおられた医療センターの太田先生が中心になって、GAI2AA というスケールを作ってくれた。消防から医療機関に連絡する時にも、「GAI2AA で何点です」というように、一丸となってそのスコアを活用し、「これは重症である」ということを数字で確認することで、搬送先も見分けが付きやすいのではないかと考える。高知発のアカデミックな良いものであるため、ぜひ行政の方も利用していただいて、宣伝に使っていただきたらと思う。

【委員】基本的に救急隊は、高知県救急医療協議会の脳卒中プロトコルに基づいて活動しているため、県内で統一を図るのであれば、こちらに組み込まれると一気に広がると思う。

第7期高知県保健医療計画中間見直しについて

(1) 目標「脳卒中になっても自立している人が多い」の指標について

【委員】この指標は、mRS の4からとって良いのか。脳卒中になっても自立している人だとすると、90 日後は mRS でいうと0～2である。

【事務局】7期の計画自体の指標には mRS4～5と記載をされており、重症の方を減らすというところに目標を持っていくように記載をしている。逆に状態の良い人の数値を取っていった方がというのであれば、そちらに指標を変更するのもひとつである。

【委員】目標が「自立している人が多い」であるため0、1、2ぐらいにした方が良いのではないのか。

【事務局】それでは、0～2の方が増えるということで変更する。

【座長】現状値を目標とするのか、あるいはもう少し複数年のデータ集積を待って対応案とするのか。

【委員】mRS90 日後ということは、急性期にはないことがほとんどである。自立度を高めるということは、急性期においていかに t-PA の効果を高めるか、いかに早くやっていくか、手技的に、そこに重みがあると思われる。それとも、90 日後の、例えば回復期にいる方もけっこうたくさんいらっしゃるため、回復期の質を高めるっていうところに重点を置くのか。これはどういう風にして、この目標を達成するかっていうことによって、違ってくるんじゃないかと思う。

【委員】急性期からみれば、どういう風にすれば0～2増やせるのか？

【委員】早く運んで、処置すること。それだけである。一番大事なことは、世界基準で mRS を比べようとしたときに、mRS を取ってないことが一番の問題である。この回復期のアウトカム調査票が、急性期でよかったのか、回復期に学会の方から何か項目を追加するか、今はここでできるか統計的にやってみないと、なんともまだ今は言えないと。

【委員】日頃の感想であるが、今お年寄りがかかなり多くなり、そもそも最初からもう mRS が3とかいう方が結構いる。その変更具合でみるのも、要するにあんまり悪くなっていなければ OK ということで。そういうのもひとつの考え方かなと思う。段々年を老うごとに0～2は少なくなると思う。

【委員】先ほどから言われているように、目標としては両方あり得る。地域医療の評価としては、指標の良い患者さんを増やして悪い患者さんを減らす、両方取るというのはどうか。

【委員】ここに回復期の話を持ち込むと、ややこしいかなと思う。この項目が、救護搬送体制・急性期の医療提供体制の中に入っているため、救護体制と救急の治療開始までの、そういうところにもし不備があるとす

れば、そこを整えていくという目標にして、両方の数字をみていくことが良いのではないかと。

【委員】急性期の項目は、t-PAに焦点されていると思う。急性期以下の回復期以降は、脳卒中全般のN数として捉えているが、目標設定が急性期と回復期とでは、設定の仕方が変わってくると思う。そのため、急性期の場合はt-PAに焦点をする、あるいは外科的手術に焦点をするというように、項目別にその目標値を変えていくべきではないかを感じる。

【事務局】急性期の方でmRSをとれば良いが、現在の脳卒中の実態調査ではその指標を急性期でとっていただくようにはなっていないため、今のところ指標を集めるとなると、様式の中に入れていただく必要がある。この場で必要と言うことであれば、協力をお願いをさせていただく。

【委員】今の中央のパスには、発症前のmRSが急性期にも回復期にも入っているため、抽出するのは容易と思う。

【委員】回復期のアウトカム調査は、パスに基づいているのか？

【委員】これは、この調査を始める前に、県の方からmRSを入れてほしいという要望があったため、取っている状況である。また、急性期で治療された方が全員回復期に来るわけではないという実態があるが、回復期に来た人の分だけがそこにデータとしてあげられている。急性期からそのまま退院される方もいらっしゃるため、それを合算した上でパーセンテージを出さないと、指数としては出ない気がする。

【委員】今脳卒中センターに認定されている施設は、90日後のmRSを出すというのが確かルールになっているため、脳卒中センターに運ばれた人であれば、t-PAの人に関してはわかると思う。

【委員】そうすると、パスの適応をどうするかということで、自分は何年も前からパスの改定の会に入っているが、全例パス適応それをぜひやっていただきたい。急性期で退院する人も、亡くなる人も、全員パスを適応する。

【事務局】パスを活用してデータを取っていただくことのできる承をいただいたので、急性期の方々のmRSを活用していく。回復期へ行った人だけではなくて、全ての発症者で把握できるだけのmRSを取る。

【委員】悉皆調査の項目をちょっと増やしてみるか。パスをやらないという病院があっても、県の意向で集まっているので。年間3千人から4千人ぐらい。悉皆調査に足すっていうのも、もうちょっと県の医療行政に寄与する項目を、ちょっと議論する必要があると思う。

【座長】この項目に関しては、急性期を加えるということで検討する。

(2) 目標「救急車・ドクターヘリ搬送以外の患者で、時間超過による禁忌でt-PA投与できなかった件数を減らす」及び「t-PA療法の実施率が上がる」の指標について

【委員】案1のように、やっぱり禁忌の「時間以外」を追加した方が、ちゃんとしたデータがとれるのではないかと。「時間で」っていうのを入れた方が、搬送のこととか役に立つと思う。

【委員】そのとおりだと思う。

【座長】それではこの件に関しては、案1を採択することとする。

(3) 目標「発症から受診まで4.5時間以内の割合が増える」の指標について

【委員】案1で良いのではないかと。

【座長】案1とする。

(4) 目標「病院到着から t-PA 療法開始までの時間が 60 分以内の割合が増える」の指標について

【座長】目標値については、「次期改正時に改めて指標設定を行う」ということであるが、これでよろしいか。

【委員】(賛同の声)

【座長】案のとおりとする。

(5) 目標「回復期リハビリテーション病棟から自宅への復帰割合の増加」の指標について

【委員】まず、回復期の在宅復帰率には地域差がある。これは当然病院側の努力だけでは補いきれないものがある、地域特性がある。いろいろ事情があるため、一律に 80% と決めるのは難しい。強いていえば、4つの圏域毎に実情に応じた在宅復帰率を設定するとかいうことの方が、より現実的かと思う。参考値として記載されている全国の 74.4% については、恐らく脳卒中だけではなくて、整形疾患とか廃用症候群も入っていることが考えられるため、数字の見直しが必要ではないかと思う。案1というのはやめて、案2の方で別のデータを集積するっていう方が望ましいんじゃないかと思う。

【座長】各圏域毎の数字から、これ以上という書き方があるのかもしれないが、もう1回データを取り直した方が良いか？

【委員】回復期の連絡会に持ち帰って、いろいろな意見を聞いた方が良いかもしれない。

【座長】この件に関しては、案2を採用する。

(6) 回復期医療機関退院時の FIM の上昇

【委員】地域の医療体制によって、回復期リハ病棟に入棟してきたときの FIM がやっぱりある程度異なってくる可能性がある。先ほどの救急搬送の状況、それぞれの地域の医療体制、それから右の参考値も、これは脳血管疾患だけではない。そのため、この数字も一度回復期リハ病棟連絡会に持ち帰って、内容を検討した方がより現実的な案があるのではないかと思うため、案2の方が良いのではないかと思う。

【委員】回復期アウトカム調査の結果について、この数値は、全員脳卒中の患者さんのものか？

【委員】脳卒中だけである。

【委員】平均在院日数は90日で、回復期リハ病棟退院時の BRS が、V、VIが非常に多い。それに対して、mRS0~2が4割ということで、ちょっと乖離しているような状況を感じる。運動器官は非常に良くなっているのに、mRS が低い。それと、FIM と FIM の利得っていうものが、若干整合性に欠けるんじゃないかと。

【委員】FIM と FIM の利得でいうと、やっぱり FIM の利得っていうのは、高い点数で入ってくると、当然利得は低くなる。一概に FIM の平均値で比較は必ずしもできない。もう少し分析が必要かなと思っている。

【委員】これは N 数を増やした方が良いということか？ 1,000 ちょつとの症例数で、だいたい V・VI のステージの方が7割ぐらいいらっちゃって、その回復期病棟退院時の FIM の平均値が 84 点。運動機能と日常生活動作っていうのが必ずしも一致しないって言うのは分かっているが、少しそれと mRS の分布と、乖離のような状況が目立つ気がする。N 数増やした方が、もうちょっと指標として良い数値を目標として立てれるということか。

【委員】N 数ではないと思う。もう少し分析してみると、そこがわかるのではないか。

【委員】時期が若干全部違ってきているため、退院前であったり、90 日であったり。そういうところでの違和感というのは、ひよっとするとあるかもしれないとは思っている。時期が同じ列で並んでいないので。退院までにマックス 180 日使った人もいるし、そういう風に考えると、数字のばらつきというのは、あると思う。

【委員】おっしゃるとおりだと思う。120 日コース、150 日コースでいろんな項目をみても、在宅復帰率と平均

在院日数は同じ傾向にあるが、あとのやつはちょっと時期がかなり異なってくる。恐らく一人一人のデータを全部表にして、点で結んでどんな相関でかけ離れているとかいうのが出せると思う。大学ではそういう風にやっている。先生方の疑問点があったら、まとめていただいて、解析を行える。

【座長】この項目に関しても、案2ということで、データの集積を待って次期改正時に目標値を設定するというようにする。

(7) 目標「回復期医療機関退院時の Barthel Index の上昇」の指標について

【委員】Barthel Index は、どっちかという FIM と同じ領域に入るもので、日常生活の自立度を表すものである。Barthel Index よりも、FIM の方がよりきめ細かな評価が入る。Barthel Index を採用していないのは、全国の調査、統計的にそろえていく上では、Barthel Index よりも FIM の方が良いからである。BRS というのは、あくまでもその麻痺が重症か軽症かということの評価するので、ADL の自立度と BRS を置き換えること自体ができない。なので、この案は、1 番はまずできない。そもそも Barthel Index の上昇というこの目標を入れた方が良くないかどうかっていうところから、今更だが、検討が必要かなと思う。

【委員】回復期の中でも、なかなか Barthel は使っていないというところがあったにも関わらず、県の元々の資料で Barthel Index っていうのがあった。Barthel はあんまりやってないということはずっと伝えていたが、最初の計画にこれが載っていたので、そのまま継続して現状あるような状況であり、できれば FIM に統一していただいた方が良くないかと思う。

【事務局】取れない指標をずっと残し続けるっていうのはいかがなものかと思うため、委員の皆様方が FIM で取れるから良いということであれば、これは指標から外すが、そこをご確認いただきたい。

【座長】FIM に統一するというので、いかがか。

【委員】(賛同の声)

【座長】FIM に統一することとする。

(8) 現状把握のための指標項目「出血性合併症が発症した割合」について

【委員】そもそもこの現状値の 1.1% が信頼できるかということが疑問に思う。実感としてもっと多いんじゃないかと。出血してるけど、症状があるにしてないとかいうのがあるのではないかと。

【委員】たしかに、項目を入れる先生の主観にかなり左右されそうな感じである。

【委員】ここのデータの取り方を、もうちょっとしっかりと統一できないと。

【委員】データの取り方の統一というか、マニュアルをきっちり再度確認を。また県の方と相談させてもらう。

【座長】この項目に関しては、またデータの取り方も含めて検討いただくということで、案の 2 というようにする。

(9) 現状把握のための指標項目「回復期リハ病棟に専従で配置されている管理栄養士数」について

【委員】専従配置をしなければならない病棟と、しなくてもいい病棟では、管理料の取り方で違うはずである。専従配置をしなければならない病棟とそうでない病棟をおしなべて統計を取っているから、このような数字になっているのではないかと思う。これをどう定めるべきかっていうのは、専従配置の管理栄養士の数の問題ではないかと思う。実際には専従ではなくても管理栄養士が病棟に入ってやっている。

【委員】定点調査で取ったものである。去年 1 回だけしかやってないが、今年度ももう 1 回定点調査をするため、その時点で「栄養士さんが関わっていますか」というような質問にして、関わっているか関わっていないか、専従がいるか専従がいないか、というような項目を足して定点調査ができればと思うため、2 案でお

願いできればと思う。

【座長】この項目については案の2とする。

(10)現状把握のための指標項目「回復期リハ病棟入棟時から退棟までのFIM 利得」について

【委員】参考値の全国の23.3点っていう数字は、いろんな疾患が混ざったものだと思うため、これを直近値とすることはできないと思う。高知県のアウトカム調査の20.1という数字に関しては、脳卒中だけの利得であるため、こちらの方が良いかもしれない。ただ、これも回復期の事情によって様々であり、FIM利得を数値化するのには難しいのではないかと思う。

【委員】これは1患者さんに1個のデータをいただいていると思うので、地域別に出してもらおうようにするか。

【委員】その方が良い。

【委員】もし可能なら、年齢とFIM利得という掛け合わせも出してもらいたい。

【委員】もうひとつは、入棟時のFIM毎にずっと分類して行って、入棟時に20点だった人はだいたい何点伸びるか、入棟時に30点だった人は何点伸びるかという風に、ただ区切りはどんな点数にするかは別としても、そうやってやらないと、それでどの辺が1番伸びるかというところがあると思うため、そういう分類の仕方が必要である。

【委員】いろんなデータをみたときに、FIM利得に関しては入棟時の値で3段階ぐらいのデータに分けられると思う。そういう形でどうか。

【委員】回復期リハビリテーション病棟連絡会で話し合っていたら、目標設定をしていただけたらと思う。

【座長】この項目については、案の2ということで、データの集積の仕方も含めて検討いただくということとする。

(11)現状把握のための指標項目「回復期リハ病棟の平均在院日数」について

【委員】これも短くすれば良いというものではなくて、患者さんを良くして帰すことが大事なことである。FIM利得と合わせて考えると、そういう指数がある。入院料Iだったら、できるだけ短い在院日数で、できるだけFIM利得をとって帰しなさいとなる。その数字の計算の仕方があって、それを40点以上にしなさいというのがある。もし計算するのであれば、全ての患者さんにおいて平均在院日数、その方の入院日数と、FIM利得と計算した上で、どれだけその傾きが大きいかっていうところを目標にした方がより現実的ではないかと思う。

【座長】ここの項目そのものをちょっと検討した方が良い。

【委員】一回持ち帰ってみんなでも検討した方が良い。

【事務局】回復期リハビリテーション協会が出しているデータをもう1回確認すると、最後のこの平均在院日数のところだけは他疾患も含んでいるが、他のところの項目に関しては、脳血管疾患だけで限って算出している値をここには提示している。

【委員】その件について、たぶん脳血管っていうのは、脊損等も含まれた医療区分だと思つたため、純粋に脳血管だけではないような気がする。そういうのが入っているのもそのデータが使えなかったのも、高知県として別にデータを取っている。リハビリテーション料の区分の脳血管だという風に理解していただいた方が良い。また、脳血管疾患で180日とか150日、回復期の病棟にいたることができるが、それが94日で平均退院しているっていうのは、そこそこの頑張ってるなど。改めて回復期頑張ってるなどという風には思う。なので今年の数字から上がらないっていうことは、目標にできるかなと思う。

【委員】参考値はあくまで参考値なので、全国に合わせる必要はないと思う。高知県の実情に応じて、高知県の人達が家に帰るなり何なりで、生き生きと暮らせるっていうことを目標にすべきなので、全国はもう置いておいて、高知県の現状で目標値を定める方が良いと思う。

【座長】この項目につきましては、また必要性等についても検討していただきたい。

循環器病対策推進計画の策定について

【委員】（特に意見なし。）

【座長】循環器病対策推進計画については、来年度の策定に向けて準備を進めていくこととする。