

第2期高知県循環器病対策推進計画(案)等の意見への対応について

資料1

ご意見者	該当箇所	ご意見・ご質問内容	対 応
1	<p>【資料2】 P11,12,14 【資料3】P9 【資料4】P7,16 【資料5】P3,14</p>	<p>◆年齢調整死亡率の数値の変更について</p>	<p>年齢調整死亡率の基準人口が昭和60年モデル人口から平成27年モデル人口に変更されたため、数値やグラフを修正しています。</p>
2	<p>委員 【資料2】 P9 (図表9) 【資料4】 P8 (図表6-2-15)</p>	<p>◆脳卒中患者の受療動向 外来受療率について、幡多保健医療圏から中央保健医療圏への流入が見られるが、なぜか。もし、リハビリを中央保健医療圏で受ける割合が増えているのであれば、受療行動とは少し違うのではないか。</p>	<p>出典の患者動態調査は、指定する日に受診した患者の住所地、受診診療科目、主傷病名等を調査しており、具体的な診療内容は不明です。 当該調査によると、脳卒中により外来受診した幡多圏域居住の患者(70名)のうち、中央圏域の医療機関を受診した人が7名で、そのうちリハビリテーション科を受診した患者が2名となっています。このことから、少なくともリハビリ目的で中央圏域を受診した患者が2名以上含まれていると考えられます。 計画本文には、リハビリテーション目的の患者も含まれていると考えられるという旨を追記しています。</p>
3	<p>委員 【資料2】 P10 (図表10) 【資料5】 P4 (図表6-3-8)</p>	<p>◆心筋梗塞の入院受療動向(※現在は心疾患による受療動向に修正) 心筋梗塞の入院受療動向の自圏内での受療割合について、安芸保健医療圏が増加しているのは分かるが、高幡保健医療圏が増加しているのはなぜか。</p>	<p>本データは、主傷病名が「急性心筋梗塞」「虚血性心疾患(急性心筋梗塞を除く)」「その他の心疾患」となっている患者の総計です。「心筋梗塞」の表示は誤りですので、「心疾患」に修正し、データの定義を追記しています。 なお、「急性心筋梗塞」に限ると、少数ですが、高幡圏域居住の患者はいずれも中央圏域を受診しています。また、令和4年患者動態調査で主傷病名が「急性心筋梗塞」の患者は、外来(N=11)、入院(N=17)と件数が少なく比較分析等ができないため、「急性心筋梗塞」のみのデータは計画には掲載していません。</p>
4	<p>委員 【資料2】 P12 (図表15) 【資料5】 P3 (図表6-3-5)</p>	<p>◆急性心筋梗塞の年齢調整死亡率について これは死亡診断書からの統計か？高知県では、原因不明の急変から心肺停止となった場合、死亡原因が心筋梗塞として死亡診断書に書かれる場合が多い。最近、救急医は「原因不明」という死亡診断書を記載することが多くなっていると聞く。県内でこれを統一すると、急性心筋梗塞の死亡は減ると思う。これについての対策も含め、関係者に確認してはどうか。</p>	<p>人口動態統計の死亡は、死亡診断書に基づくものです。ご指摘のありました記載に関する課題もあるものと認識しております。関係機関と連携し、適切な記載の周知等について検討していきたいと考えています。 また、本計画にも記載している心血管疾患の実態に関する実態把握のための調査時に、併せて死亡に関するデータ集約も行いたいと考えています。</p>

	ご意見者	該当箇所	ご意見・ご質問内容	対 応
5	委員	【資料2】 P14	◆全体目標 最終アウトカムが①「循環器病による死亡の減少」、②「健康寿命の延伸」の順になっているが、国の循環器病対策基本計画では、①「健康寿命の延伸」、②「循環器病による死亡の減少」の順である。この並びでよいのか。	①「健康寿命の延伸」、②「循環器病による死亡の減少」の順に修正しました。
6	委員	【資料2】 P21 1段落目	◆歯周病について 「歯周炎」となっているが「歯周病」に訂正してほしい。	本文及び図表29の「歯周炎」を「歯周病」に修正しています。
7	委員	【資料2】 P28 【資料4】 P5	◆心原性脳塞栓症患者のうち発症前に心房細動を治療していた者 「治療をしていた者」の定義(抗凝固療法、抗不整脈薬内服、アブレーション治療)が分からない。	ここでいう治療中とは、「抗凝固療法ありの者」になりますので、その旨を追記しています。
8	委員	【資料2】 P29～ 30	◆脂質異常について 県が脂質異常症に関する啓発をしっかりと行ってほしい。また、地域の保健師に対して脂質異常に対する研修会などを行い、しっかりとフォローしてほしい。	令和6年度以降に市町村保健師や医療機関等に対する脂質異常の研修会の実施を予定しています。 本計画中は「(4) 具体的な取組」の文言を一部修正しています。
9	委員	【資料2】 P30～ 31	◆循環器病に関する普及啓発について 健康寿命の延伸を目指すのであれば、元気な高齢者などを対象とした取組が必要ではないか。 また、あったかふれあいセンター等の場の活用や、食に関する活動を行っている団体等との連携など、啓発方法を具体的に記載するべきではないか。	市町村やあったかふれあいセンター、NPO団体等の地域活動等と連携のうえ、普及啓発を行いたいと考えています(具体策は関係課と検討中)。 本計画中は「(3) 課題」及び「(4) 具体的な取組」の文言を一部修正しています。
10	保健医療計画 評価推進部会	【資料2】 P30～ 31 【資料4】	◆循環器病に関する普及啓発について 県民は、例えば心房細動が脳卒中の発症につながっていることなど、病気と危険因子とのつながりについて十分認知されていない。県民に分かりやすい周知をお願いしたい。	ご意見を踏まえ、普及啓発にあたっては、資材の工夫などにより県民に分かりやすく伝わるように取り組んでいきたいと考えています。 (【資料4】 P15「対策」の「1. 予防」を一部修正)
11	委員	【資料2】 P39 【資料4】 P13,14	◆回復期リハ病棟からの在宅復帰率について 在宅復帰率の中に介護医療院等への入所を含んでいること自体は、ご家族の事情等で在宅復帰が難しい場合もあるため、やむを得ないと思う。一方、介護医療院への入所と在宅復帰の場合とでは、かかる労力が大きく異なる。少なくとも「77%」を「高い復帰率」と表現するのは不適切(介護医療院への入所者を増やして「復帰率を上げる」などということになれば今後の回復期病棟が何を指すべきかも不明瞭になってしまうため)。 「在宅復帰率」と「介護医療院への復帰率」、「その他居住系施設への復帰率」を個々に把握し、全国と比較すべきではないか。	ご指摘のとおり、本人が希望する場合に、可能な限り住み慣れた自宅で生活できるようにすることが望ましいと考えています。居住系施設を除く在宅復帰率のモニタリングについても、高知大学及び回復期リハビリテーション病棟連絡会に相談しながら進めていきたいと考えています。 〈計画の修正箇所〉 ①「77%の高い復帰率」→「70%台を維持できています」 ②「居住系施設を除く自宅への復帰率のモニタリング方法について検討が必要です」という文章を追加。 (※計画に掲載する在宅復帰率のデータは、居住系施設を含むデータにします)

	ご意見者	該当箇所	ご意見・ご質問内容	対 応
12	保健医療計画評価推進部会	【資料2】 P43～46、P46,47 【資料4】	◆脳卒中患者のリハビリについて 脳卒中患者が急性期、回復期の医療機関でしっかりとリハビリを受けて在宅復帰しても、リハビリの提供主体が介護保険事業者になると機能低下してしまうケースが問題となることがある。こうした課題に対応するための指標をたてるべきではないか。	在宅復帰後のADLが保持されているかという直接的な指標については、データ集約が困難であるため、重症化予防に関する関連指標として、「脳卒中患者のうち再発の者の割合」でモニタリングしていきたいと考えています。 なお、急性期、回復期、維持期の切れ目のない支援体制の充実に向けて、再発・再入院予防のための介護従事者向けの普及啓発や、医療と介護の連携等の取組を行います。
13	保健医療計画評価推進部会	【資料2】 P43～46 【資料4】 【資料5】	◆介護老人保健施設での取組について 介護老人保健施設では、維持期の脳卒中患者に対し、急性期病床等からの直接の受け入れのほか、在宅に戻ってからの通所リハの受け入れや、機能低下が見られる方への短期入所でのリハビリも行っている。このように、老健とリハの連携に力を入れている。 心血管疾患患者に対しては、近年、看取りが増えてきており、介護報酬加算の動きもあるため、今後ますます増えていくと思われる。 こうした取組を記載してはどうか。	介護老人保健施設は、医療機関と在宅の中間的な施設として、維持期にある患者の支援に必要な機関です。介護老人保健施設も含め、介護保険事業者と、かかりつけ医や在宅医療に関する機関等が連携した支援体制の充実が必要と考えています。 本計画中に、介護老人保健施設も含めた介護保険事業者に関する記載を追加しています。(【資料2】 P44)
14	委員	【資料2】 P46,47	◆後遺症を有する方への支援について 自分の経験上、後遺症を有する者が社会生活を送るためには、家族、主治医、その他医療従事者、知人・友人など、周囲からの支援や情報提供が重要。(発症直後の一番つらい時期に、主治医からの温かい言葉に支えられた。知人からの誘いがきっかけで始めた水泳については、今では障害者のスポーツ大会で優勝するほどになった。病院のリハビリ専門職にパソコンを勧められたことがきっかけになり、今のSNSや動画配信による発信につながっている。利用できる福祉サービスのことを知ったのは、市役所でもらった一覧表だった。など) 一方、周囲からの助言により、かえってつらい思いをしたことも多数ある。後遺症は人によって様々なので、個別性に応じたサポートが必要。	後遺症を有する方への、保健、医療、福祉が連携した支援体制の充実に向け、「(2) 課題」と「(4) 具体的な取組」を修正しています。
15	委員	【資料2】 P50,51	◆後遺症を有する方の心の相談について 患者同士つながりを持つ場所の提供を、県はどのように考えているか。物理的過疎地だけではない心の過疎というものも念頭に置いて、高知県に即した解決策を出していただきたい。 当事者は、支援される側ではなく、同じ悩みを持つ方に何かしたいという思いを持っている。支援者にはない力を使って役に立つもらうには、当事者同士の集まりの場が重要。様々な当事者団体等に声をかけて、集まりの場を作ることなどを検討してほしい。	既存の団体活動と連携しつつ、後遺症を有する方の集いの場に関する情報提供の仕組みについて検討していきたいと考えています。 本計画中は、「(2)課題」、「(3)施策の方向性」、「(4)具体的施策」を修正しています。

	ご意見者	該当箇所	ご意見・ご質問内容	対 応
16	委員	【資料2】 P51	◆循環器病に関する相談機関について 「訪問看護相談支援センター」を令和5年4月から設立した。県民に対しても、訪問看護に関する相談や生活の相談などを受けているので、何らか役立てることはないか。	循環器病患者に対する包括的な支援体制づくりに取り組むにあたり、「高知県訪問看護相談支援センター」とも連携させていただきたいと考えています。 本計画の中では、「(4) 具体的な取組」を修正しています。
17	委員	【資料2】 P50,51 【資料5】 P14	◆心不全療養指導士等の人材育成支援について 地域の患者支援体制の充実に向けて、「心不全療養指導士などの人材育成を支援する」という文言があったほうがよい(数値目標は難しいと思うが)	【資料2】P51「循環器病に関する適切な情報提供・相談支援」と、【資料5】P14「4 包括的な支援体制の整備」の中に、「心不全療養指導士等の再発・重症化予防に携わる人材育成への支援」という文言を追加しています。
18	委員	【資料3】 P4	◆初期アウトカム「3 24時間循環器病の専門治療ができる体制が整っている」 指標として、冠動脈造影やIABP、冠動脈バイパス術、t-PA等ができる施設の「増加」を目標としているが、これら施設を増やすことが目的ではなく、そこにたどり着くまでの時間やアクセスを良くすることが目標と思う。心臓手術ができる施設は、むしろ数を減らしてセンター化するべきと言われており、県が増加を目標とするものではないのではないかと。	ご指摘のとおり、県全体の人口及び高齢者人口も2025年をピークに減少していくことを鑑みても、今後の対策は、施設数を増やすことよりも、治療へのアクセス性の維持・向上が重要と考えています。計画本文との整合性を取るためにも、ハード整備に関する指標は、目標値の設定を行わず、モニタリング指標に変更します。
19	委員	【資料3】 P5	◆初期アウトカム 6-1指標 「慢性心不全看護認定看護師、心不全看護認定看護師」や「心不全緩和ケアトレーニングコース」はハードルが高いもの。実際は、心不全療養指導士のほうが広く現場で活躍しているので、こちらのほうが指標としてふさわしいのではないかと。 日本心臓リハビリテーション学会認定の「心臓リハビリテーション指導士」は、古くから医師も含めた他職種が資格を持っており、こちらも指標として用いてはどうか。	指標に、「心不全療養指導士数」、「心臓リハビリテーション指導士」を追加しています。 なお、「慢性心不全看護認定看護師及び心不全看護認定看護師数」、「心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数」については、国が示す現状把握のための指標例に挙げられているので、そのまま残し、これらの指標の推移を確認しながら現状把握を行っていきたいと考えています。
20	委員	【資料3】 P7	◆中間アウトカム 3-2、4-2 指標 急性心筋梗塞治療センターの治療成績の「D2B(病院到着からバルーン拡張までの時間)」及び「発症から病院到着までの時間」を指標として用いてはどうか。 「心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再会通の割合」は有用な指標と思うが、Nの数、どのくらいの患者に対する数値かということも大事。	急性心筋梗塞治療センター治療成績のうち、「病院到着からバルーン拡張までの時間(D2B)」、「発症から病院到着までの時間」について、各施設から報告のあった平均時間の中央値を指標に追加しています。
21	委員	【資料3】 P8	◆中間アウトカム 5-1 「リハビリテーションを発症後早期に実施する」とあるが、その指標が回復期リハビリテーション病棟のデータになっており、これはあくまで回復期リハビリテーション病棟に入る時期になる。最近では急性期病棟でもリハビリを実施しているので、この表現は変えたほうがよいのではないかと。	「回復期リハビリテーションの早期実施」に修正しています。

	ご意見者	該当箇所	ご意見・ご質問内容	対 応
22	委員	【資料3】 P8	◆中間アウトカム 5-3-1 指標 「回復期リハビリテーション病棟入棟時から退棟時までのFIM利得」の目標値については、回復期リハビリテーション病棟連絡会との協議が必要。	調整中 (高知大学、回復期リハビリテーション病棟連絡会と協議のうえ目標値を設定予定)
23	委員	【資料4】 P1	◆導入部分 長いので修正を	短くなるよう修正しています。
24	委員	【資料5】 P1	◆文言修正 ×「大動脈が裂ける」→○「大動脈の壁が裂ける」	修正しています。
25	委員	【資料5】 P1	◆図表6-3-9 心疾患患者の受療動向 脳卒中の受療動向と同じ表になっている。	誤りですので、修正しています。
26	委員	【資料5】 P6	◆誤字 ×「Baloon」→○「Balloon」	修正しています。
27	委員	【資料5】 P17 (図表6-3-30)	◆心大血管リハビリテーション料Ⅰ～Ⅱの届出医療機関 表タイトルが「心大血管リハビリテーションが実施可能な医療機関」について、本文中には触れられているが、届出施設だけで心臓リハビリテーションが行われている訳ではないので、タイトルを「心大血管リハビリテーション料が届けられている医療機関」に変更してはどうか	P17及びP10の図表タイトルを変更しています。