

## 令和3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3年11月12日(金)18:30~20:20

2 場所: 高知県庁本庁舎2階 第二応接室

3 出席者: 17名

### ◆委員 13名

- |          |  |
|----------|--|
| 上羽 哲也 委員 | (高知大学医学部脳神経外科学教室 教授)                           |
| 葛目 大輔 委員 | (近森病院 脳神経内科 部長)                                |
| 島内 理子 委員 | (高知県歯科医師会 理事)                                  |
| 田上 豊資 委員 | (高知県中央東福祉保健所 保健監)                              |
| 竹田 真人 委員 | (高知市消防局救急課 課長補佐)                               |
| 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会 副会長)                     |
| 西村 裕之 委員 | (高知医療センター 医療情報センター長 兼<br>脳神経外科長 兼 リハビリテーション科長) |
| 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  | (高知県理学療法士協会 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)                           |
| 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)                                  |

### ◆事務局4名

## 4 会議の概要

### (1) 協議事項

#### ア 令和2年度 of 取組及び評価について

事務局より、資料1、2に基づき、令和2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3年度 of 取組について

事務局より、資料3に基づき、第7期高知県保健医療計画に基づく令和3年度の脳卒中対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 高知県循環器病対策推進計画(仮称) of 策定について

事務局より、資料4、5、6、7に基づき、高知県循環器病対策推進計画(仮称) of 案について説明し、質疑応答・意見交換を行った。

## 5 質疑応答・意見交換の要旨

### 令和2年度を取組及び評価について

【委員】医師確保について、脳外科の専門医の資格取得に対して補助を行ったという認識でよろしいか。神経内科とリハビリの専門医への援助はないのか。資料 1-2 の急性期の指標に神経内科医師数を入れており、もし神経内科医も巻き込むのであれば、同じように援助していただきたい。ただ神経内科に関しては、神経性疾患の診療を中心にされている先生もおられるため、神経内科の専門医をとって、かつ脳卒中の専門医もとる意思がある人に対して補助をするというのが一番望ましいと思う。

【委員】誤解があるようだが、SEED(高知県医師養成奨学金貸与者)の加算対象が、今までは脳外科、産婦人科、小児科、麻酔科の4つの科であった。それが今回話に上がっている支援で、専門医を取る時に特別な費用が出ているわけではない。高知医療再生機構からの援助はどの先生方も平等に取れるはずである。

【委員】承知した。

【委員】土佐市民病院の脳卒中センター認定について、来年4月から医師2人体制にはなるが、県の脳卒中センターの要件は3人の医師を確保しないとイケないということで厳しく、脳卒中学会の方は2人でも1人でもt-PAを打てる体制があれば了解してもらえるところで、高知県の要件が厳しいという気がしている。

また、脳卒中でいつも「脳神経外科の医者を」と言われるが、私は脳卒中学会の認定医がいれば良いのではないかと考えている。それらの定義も考え直した方が、今回新たに脳神経内科医師の参画も図っているため提案させていただき、検討いただければと思う。

【事務局】承知した。県の脳卒中センターの要件は、脳神経外科医または神経内科医3名以上がいるということになっている。現計画ではこの要件を進めることになるが、令和6年からの第8期計画については、来年度以降検討を始めるため、医療機能別の医療体制の枠組みについて皆様方からご意見をいただきながら、変更もあり得ると思う。

【委員】事務局の説明の中で幡多の話が出ていたが、会議の委員に幡多地域の医師は入っていなかったか。

【事務局】幡多地域の医療機関所属であった医師が異動してからは、それ以降幡多地域の医師にはまだ委員をお願いしていないのが現状である。

【委員】ぜひ幡多地域の医師に入っていた方がいいと思うため、検討をお願いします。

【委員】賛成する。

【事務局】承知した。

### 令和3年度を取組について

【委員】県から脳卒中看護認定看護師の取り組み等への支援はないか。

【事務局】現在のところ看護師等の活動については県として把握できておらず、具体的な支援も実施していない。

【委員】高知医療再生機構から、摂食嚥下等の認定看護師の資格取得に補助金を出してくださるというのはあるが、働き盛りや子育て世代の看護師が、半年～1年、いろんな地方へ行かないとイケないところの援助をどのようにすれば良いかというのが話し合われている。全額所属等で負担しないと、認定看護師は増えないのではないかと話になっている。そして、資格取得後に本来の仕事に専従してもらえるよう、病棟の夜勤に入らない等の工夫をすることを考えている。高知県においても、専門医もちろん足りないので必

要であるが、認定看護師も必要である。

【委員】認定看護師を確保したいし、あとは認定看護師を通じて、地域に広報活動等されるのが一番重要じゃないかと思う。医師が上段目線と言うより、認定看護師から地域のニーズに沿って浸透させることが、一番地域住民にとってのニーズと合致しているのではないかと思う。県としてこういう取り組みを何かバックアップされているかと思って質問した。

【事務局】認定看護師は様々な領域があるため、他の領域への支援と合わせながら、看護政策を所管する医療政策課と協議しながら、県としてできることを探りたい。

【委員】高知県はなかなか交通の便も良くないので、やはり発症を予防するというのがとても大事なことだと思う。いろいろ取り組みはされていると思うが、例えば郡部の、開業医のところにもなかなか行きにくいお年寄りの方等に検診車を出す等の、受診しやすい取り組みもされているのか。

【事務局】現在、特定健診や後期高齢者医療に係る部分は市町村が実施主体であるが、がん検診等は検診車があり集落に行くが、特定健診等の内科的な健診については、集落の公民館等に出向いての集団健診が行われている。健診会場に遠い方や、交通手段をお持ちでない方については、市町村役場が送迎を行うという方法をとっているため、家のそばまで行って検診車で検診を行うという仕組みではなく、集会所や学校の体育館等に送迎する方法になる。

【委員】承知した。現実的には難しいと思うが、できるだけ受診しやすい状況を作った方が良いと思う。実際発症すると、病院に来るのに1~2時間のところも結構あるため、この辺も一つ大事と思う。

【事務局】集団健診だけではなく、かかりつけ医で行う個別健診も受けられるというところで、契約医療機関を増やすという取り組みを県としてもしている。できるだけ県民の皆様方に健診を受けていただく環境づくりや、郡部の方の取り組みについても、再度市町村等と確認をして何かできることを探していきたい。

【座長】健診について、その健診車は例えばCTを搭載してる等、そういう必要性は考えているか。

【委員】そこまでは、なかなか現実的には難しいと思う。

【座長】先日の県の災害医療の会で、災害時用にCTを搭載した車を用意したらどうかという話があり、ただその普段使いは郡部を回るということで、そのCTを使ってはどうかという話が出ていた。

【事務局】参考にさせていただく。

【委員】健診に関しては、受診率はむしろ田舎の方が高い。通常の医療のアクセスについては、田舎の方が悪い。それから、脳卒中発症時のアクセスもかなりハンデがあると思っている。嶺北地域は、かなり市街地よりも受診率が高く、その辺りを分けて考えたらいいと思う。昔は総合健診等いろんな方法で、田舎でもかなりお住いと近いところに集団健診の場を設けたり、車を持っていったりとか、いろいろやっていた。現在も各市町村いろいろと工夫をされており、健診に関してはアクセスはむしろ良いというふうにご理解いただきたい。

【委員】高知県の悉皆調査で3万人ぐらいのデータを分析していると、公衆衛生というADI値、要するに高齢者が賃貸住宅に住んでいて、なおかつ一人暮らしという方が、やはり病院へのアクセスが悪い。がんもすでにデータが出ているが、脳卒中も高知県では、そういう方が翌日になってから受診するとか、発見されずにとか、そういうデータが出て、今論文化している。何かそのソフトランディング、心のアクセスというか、健診まで受けるのになぜ病院にはアクセスされないのか。

【委員】田舎の方については、外来に関しては若干アクセスは悪いと思う。田舎の人ほど我慢をする傾向がある。ただ、市街地について、物理的なアクセスは良いが、市街地でも医療アクセスの良い人と、医療アクセスの良い人に分かれてきているのではないかと思う。脳卒中発症時のアクセスについても、そのあたりがすぐ気になるところであり、やはり発症時の対応の仕方についての普及啓発は、すごく大事なのではないか

と思っている。

【委員】先ほどの僻地、アクセスの悪い高齢者、賃貸に住まれてる方々の健康状況の把握が、受診なり健診なりをした後、どなたが定期的に行っているかということが一番の問題ではないかと思う。今の医療法、介護保険法に照らし合わせると、介護保険の方で訪問看護の看護師が健康管理や病状管理をアウトしてやっているのが現状だと思うが、医療保険で訪問看護が入る場合は、どうしても短期集中的に、生命に危険な要素があるとか、パウチがあるとか、いろんな医学的管理を要する人でなければ医療保険での介入ができないという制度上の問題も、若干壁になっているのではないかと思った。

【委員】先程から僻地によることが話題に出ているが、例えば土佐町はかなり脳卒中の死亡率が下がってきている。また、高血圧の管理状態もかなり良くなってきており、むしろ市街地よりも良い状態になっている。そのため、地理的な状況＝医療アクセスが悪い、だから健康状態が悪いということでは必ずしもないように思う。

その他にも、例えば昔から梶原町は健診受診率が県下で最も高い状態が続いているし、当然のことながら健康状態もかなり良い。そのように、自治体ごとに特性はあるが、一概に僻地だから、医療アクセスが悪いから、健康状態が悪いということではないんだということをご理解いただきたい。

【委員】土佐町の高血圧の管理が良いというのは、以前高知大学の先生がメインに1回研究されていると思うが、やはりそういうのが非常に有効だということか。

【委員】大学の先生はじめ、そのあとのフィールド医学の皆様方が大変ご尽力されているということと、土佐町がすごく頑張っているということである。住民の皆さんがそういう取り組みに強い関心を持っていただいて、積極的にご参加をいただいて、かつ実行していただけているということが大きい。24時間の血圧測定をするであるとか、いろんな取り組みをしている。そういう状況の中で、最近ではむしろ逆転現象が起こっていて、高齢者層は良くなったのに、壮年期がまだまだ悪いといったところが、土佐町では課題になっている。そのようにいろんな熱心な取り組みが、各自治体ごとに特徴があるため、それらをしっかり踏まえた上での予防対策が大事と考える。

#### 高知県循環器病対策推進計画(仮称)の策定について

【委員】8ページの図表29の、覚知から医療機関収容までの時間がだんだん伸びている要因はわかるか。高速道路やドクターヘリは大分整備されてきているとは思いますが。

【委員】覚知から病院収容までの時間がどんどん伸びているというのは、出動件数が多くなってきているにも関わらず、救急車の台数が増えていないため、1件当たりの時間が伸びていることが原因ではないかと思う。入電から現場到着時間を調べると、平成15年あたりは6分であったのに対して、令和2年度については9分かかっている。それはやはり、直近の救急車が出ていることによって、遠方からの応援で現場に来るということで、件数とともに時間が増えている。

【委員】救急車の適正使用をさらに呼びかけるということになるのか。

【委員】現在、国の方からも、ポスター等で「救急の件数が増えているので、適正利用を」ということはうたわれているが、やはり先ほどからおっしゃられているように、本当に必要な方には行かなければならないと考えているため、救急の件数を抑制することではなく、本当に必要な人に救急車が行くようにというような、一般市民に対しての呼びかけは重要になってくると考える。

【委員】例えば、高知市内ではこんなに伸びてなくて、香南や香美とかから市内まで運ばざるを得ないというようなことも影響しているのか。

【委員】確かに、高知市は去年のデータでは覚知から現場到着時間までは9分であるが、現着から病院到着までは26分程度で搬送している。また夜間の3次救急等に関しても、市内の中央部に集中しているため、高知市自体では全国平均並であったり、高知県の平均よりは短い時間になっている。

【委員】回復期のデータ収集に関して、昨年度はコロナの影響で、入退院や在宅に帰るための支援が非常に制限されているということが回復期の中でもあるため、その前の年と、今とは恐らく違う状況になるため、コロナ禍での回復期の現状であるということ、まず前提に考えていただければありがたいと思う。また、中央圏や街中じゃないと何が起きているかという、90代ぐらいの脳卒中の患者がとても多く、ものすごく高い壁を登らないとなかなか在宅復帰というところに結びつかない。脳血管障害の場合は特にそういうことが多くて、回復期の現場としては非常に苦慮している。しかも独居となると、都会に住んで子どもたちが「1人では家に帰したくない」というようなことがあり、そういうところでどうしても在宅復帰までの期間が長くなり、在宅復帰の調整に時間がかかるということは現実としてあるように思う。

【委員】超高齢者の人が独居で住んでいて帰すに帰せない。85歳以上の超高齢者の人がやってきて、急性期は終わったけど回復期からその後帰せるのかというのがいつも問題になると思う。在院日数が長くなるのも、そういう家庭環境等が一番大きな要因であり、恐らく地方であるからからこういうことがあり得ると思うが、そういう考えでよろしいか。

【委員】田舎に行けば行くほど患者の年齢が90歳あたりまえの状況で、帰せるかという、認知症併発患者もいるため、独居では無理だということになり、どこの施設に行くか、家に帰すかというところで時間がかかっている。また、独居の高齢者はもともと虚弱やフレイルがあったりして、訓練の期間が長くなっているというふう考える。

【委員】このことについて、行政的に何か対策は考えられているのか。恐らく今後この手の問題がずっと続く個人的には思う。超高齢者の方をどうやって在宅に戻すのかということについて、医療のやれることがどうしても限界があるため、ある程度行政の方でどういうふうなプランニングをするかというのが一番重要じゃないかと思う。またそこは行政の方で考えていただきたい。

【事務局】承知した。

【委員】介護と医療の連携、退院調整について、ここにも記載されてるように、入退院の引き継ぎルールが高知県下に浸透しており、病院から在宅への繋ぎや、受け皿としてはケアマネジャーの立場としてもこういったルールに基づいて運用できているというところで、非常に医療とスムーズにやりとりができていますと実感している。ただ、やはりコロナという状況もあって、医療との退院調整というのはずごく変わっている。具体的には、病院に面会に行けない状況で、書面と電話程度で利用者さんの状況を確認した上で、利用者さんになかなか会えずに調整していくことも現実的に起きているし、さらに在院日数が短くなるということで、かなり急な退院調整も必要になっている。その中で対応が不十分な状態で在宅へ帰ってしまうということで、再発や他のリスクというところをケアするような手だてまで行き届かないまま退院をして、いろんな困りごとに直面して、退院後にかなり在宅側の調整がバタバタと必要になってきている現状はあると思う。

【委員】労働に復帰できるかどうかは、世帯、エンployヤー（経営者）かエンployイー（従業者）かの違い、職種によって全く違っており、恐らくデータがある。雇用形態と職種別のWHOの定義に基づいた分類がされており、どういう分野が復帰しにくいというのがわかる。ブルーカラーで雇われている方が、やはり復帰率が悪かつ

た。自分で経営されていたら、少々麻痺があっても店舗を展開しているのでやれるという、そういう事情を酌み取るためにも、そういう分類の評価と、もしなければデータ収集をした方が良いのではないかと思い、提言する。

【事務局】全国的なデータかもしれないが、探してみる。県内でデータを収集する場合、どのような方法があるか。

【委員】悉皆調査の時に職業の項目を一つ入れて、回復期か、介護保険で確認するか。今のところ集める手だてがカルテしかない。そのあと通院される方は良いが、そうでない方、ずっと施設に入られていたら復職はないと判断できるが、どうすると良いか。

県としてどこに力を入れるかを見るために、新しい項目指標をどう集めるかというのはこの会で揉んでいただくのもいいかもしれない。地域連携パスの会議も関与はできるが、パスは全員には適用されていない。今後の課題として、検討してもらいたい。

【事務局】検討し、改めて相談する。

【委員】もしかして、その情報を掴んでいるのは病院のソーシャルワーカーかもしれない。職業復帰の場合も入っているソーシャルワーカーはいるし、問い合わせると人数的には出てくるかもしれないと思う。高次脳機能障害や失語症があると復職が難しく、片麻痺だけであれば勤められる等、そういう傾向は、リハスタッフであればわかるため、そういうデータ収集はできるかもしれないと思う。

【事務局】悉皆が難しくても、傾向だけでも掴むと対策のところに書き込めるものがあるかもしれないため、MSWの会等に相談させていただく。

【委員】ソーシャルワーカーは退院後もずっとフォローされていて、再就職ができたかというのを調べることができるのか。もしくはケアマネージャーから情報を得られるかもしれないと思ったが、どうか。

【委員】ケアマネージャーも当然情報を持っていると思う。障害が軽度であると関わりがそんなにないかもしれないが、退院後の生計をどうするかというのは相談業務の中でされていると思うので、しっかりした数字は出ないかもしれないが、おおまかなイメージは持っているのではないかと思う。

【委員】恐らく介護保険の認定を受けて介護のサービスを使う上でケアマネージャーに相談が入ってくるパターンがほとんどであり、ケアマネージャーが担当しているのは要介護の方であるため、就労しているケースはとも数が少ないのではないかと思う。自分が今まで関わってきた中でも10件以下だと思うので、就労しながら介護のサービスを受けているというのは本当にレアなケースであり、恐らく情報としてはそれほど把握できていないと思う。もしかすると軽度で、少しケアを受けながら就労しているということであれば、地域包括支援センターが要支援の担当になるため、そちらの方が情報を持っている可能性があると思うが、回復期から在宅へのつなぎのところでの調査であれば、ソーシャルワーカーが有力な情報を持っているのではないかと思う。

【委員】就労について、県でアンケート調査等はできないか。個人情報保護等で引っかかって、なかなか難しいかもしれないが、行政としてアンケート調査を実施するのが一番集めやすいのではないかと思う。

【事務局】県は患者さんの個人情報を持っておらず、国保保険者である市町村であれば、そういう方々を把握はできている。もし県が調査を試みるとなった時には、医療機関のご協力をいただいて医療機関からアンケート用紙をお渡しいただくとか、市町村から渡していただくとか、そういった方法でしか県は個人の方には行き会わない。アンケートをすとなった時に、ご協力していただける人がいないと難しく、現計画の策定にあたっては難しいが、令和6年からの次期の推進計画で必要と思う。

また、労働行政の分野については、ハローワークの障害部門が窓口となるため、高知労働局とも協議をさ

せていただく。

【委員】推進計画は非常によく書いていただいているように感じる。数年前までは、高知県の脳卒中による死亡率は全国平均からかなり悪かったのが、今日示していただいたデータで全国平均にだんだん近づいてきているということで、皆さんの活動の成果が少しずつ出てきているのではないかと感じた。引き続きご協力をよろしくお願ひしたい。

【委員】脳血管疾患によって重度の障害が残って、そのあと寝たきりで、家族も困ってしまっていることがある。いわゆる「人生会議」を厚労省としては進めており、地域住民で考えているところがあちこちある。地域住民レベルで取り組んではいるが、やはりそこに専門職の医師の意見が入ってこない、命に関わることなので、どこで判断していいか困る。特に、例えば結構元気な人が、よく「ピンピンコロリ」と言うが、本当にコロリと逝けるかどうかわからないし、きちんと運んでいけば治るはずであった、特にt-PA等をすればきちんと治るはずだった人が当然いる。もう一つは、ある程度障害のある方が、再発した等というときに、例えば人生会議を開いて「もうこれでいいよね」みたいな話になったとしても、やはり家族としては果たして本当に救急搬送せずに済むかというところはいかないだろうし、循環器系の血管を扱う医師からの意見というのは、どこかで一度県民に向けて発信することが必要ではないかと思う。なかなかまとまった意見は発信できないかもしれないが、少なくともまず検討するような場があっても良いのではないかとというのが提案である。