

令和3年度第1回岡山県脳卒中連携体制検討会議 議事概要

日時：令和3年8月6日（金）18:00～19:15

場所：Web 会議 (Zoom)

【協議事項】

- (1) 第8次岡山県保健医療計画の中間見直しについて（報告）
- (2) 脳卒中の医療連携体制を担う医療機関等における治療実績等調査について
令和2年度の集計結果について

【その他】

<会長・副会長選出>

会長に伊達委員、副会長に榊原委員を選出

<発言要旨>

○会長 (1) 第8次岡山県保健医療計画の中間見直しについて、事務局から報告願いたい。

○事務局 協議事項(1)の資料を準備いただきたい。岡山県では、第8次岡山県保健医療計画に基づいて、事業を実施している。昨年度が中間見直しの年であり、3月に中間見直しを行った。

脳卒中に関しては、特に見直しはせず、継続としている。このため、委員の皆さまには、他の項目において見直しを実施されたことを報告させていただく。

○会長 脳卒中に関しては、今回は見直しがなかったということだが、この件に関して、質問等いかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会長 続いて、(2)脳卒中の医療連携体制を担う医療機関等における治療実績等調査について、事務局から説明願いたい。

○事務局 協議事項(2)の資料を準備いただきたい。年度当初から委員の皆さまには、何度も調査(案)を確認いただき、無事調査を終えることができた。協力感謝する。

脳卒中の医療連携体制を担う医療機関の令和2年度集計について、説明させていただく。

調査対象期間は、令和2年4月1日から令和3年3月31日までの年度調査である。

急性期の機能を担う医療機関に関しては、調査対象30医療機関に対し、全ての医療機関から回答をいただいた。

回復期の機能を担う医療機関に関しては、調査対象49医療機関に対し、47医療機関に回答いただいた。

維持期の機能を担う医療機関に関しては、調査対象99施設に対し、85施設に回答いただいた。

1 ページ目、急性期の機能を担う医療機関に対し、治療実績及び入院患者数について調査をしている。

急性期A病院は4,630人、急性期B病院は221人、急性期C病院は504人の新規入院患者があり、急性期全体としては新規入院患者数が5,355人であった。他の医療機関からの紹介を含めると昨年度5,889人の脳卒中に関する入院があったという結果である。

1 ページの下は、新規入院患者数全体の数を年次ごとに示している。

令和2年度は、前年度に比べると患者数は減少しているという経過になっている。

2 ページ、急性期病院全体の新規入院患者数5,355に対して分かるものだけだが、救急車による搬送が2,941であり、約半数以上は救急車で搬送されてきているという結果である。(2)は、医療機関の所在地と患者の居住地について関係性を示している。(3)昨年度の検討会での意見の中に、県南東部、県南西部で数が大きく差があったということで、人口割で示して欲しいとの意見を頂戴したことを受け、人口割にしたものを示している。今年度、人口割としたところ、差は大きくないという状況であった。

3 ページ、専門的治療件数の年次推移である。④脳動脈瘤および脳動静脈奇形等に対する脳血管内手術に関しては、令和2年度増加しているが、ほかの治療に関しては、治療実績件数が全体で減少傾向であった。影響については、新型コロナウイルス感染症の関係もあるかと思うが、救急搬送、手術等との関係がどこまであるのか、委員の皆さまに意見を頂戴できればと考えている。

4 ページ、県保健医療計画の中でt-P A治療実績について、6.0%以上という目標を設定しており、近年では7%台のt-P A治療実績となっている。令和2年度は、7.6%であり、目標をクリアしている状況である。4 地域包括ケア病棟の有無及び治療状況に関して、今年度新たに加えた項目になる。急性期の機能を担う医療機関が30ある内、地域包括ケア病棟があるのは15医療機関で、半分は地域包括ケア病棟を持っているという結果である。201人の患者が地域包括ケア病棟で治療されたという結果であった。

5 ページ、回復期の機能を担う医療機関についてである。回復期全体としては、脳

卒中の入院患者3,325人という結果であった。2 新規入院患者の来院経路について、急性期と同様、患者の居住地と医療機関の所在地の関係性を示している。参考として、再発による入院患者数だが、新規3,325人入院のうち再発による入院216人、全体として6.5%再発による入院があったという結果である。

6 ページ、維持期の機能を担う医療機関の状況である。維持期については、通院、通所リハ等を含め、外来での治療を中心に回答いただいている。患者数は、全体で1万3,605人、うち新規患者が2,969人という結果であった。

7 ページ、総患者数の推移を記載しているが、急性期の治療実績と同様に、維持期の総患者数についても令和2年度は全体として減少傾向であった。2 急性期又は回復期の機能を担う医療機関から維持期への紹介状況である。急性期病院から新規に維持期へ紹介した患者数が659人、回復期から327人という結果であった。

8 ページ目、それぞれの機能から転棟・転院した患者の状況を示している。在宅等生活の場に復帰した患者の在宅復帰率は、急性期全体で44.0%、回復期で62.3%であった。意見をいただき、新たに介護保険を利用した施設へ回復期、維持期から、それぞれ転院した患者数について項目を設けている。介護保険を使用した施設への転院率は、回復期については12.4%、維持期については1.6%という回答であった。(3)脳卒中再発により急性期A病院へ転棟・転院した患者数は、急性期全体で約6%であった。回復期、維持期については、それぞれ1.6%、0.4%という結果であった。(4)脳卒中再発により急性期A病院以外へ転棟・転院の患者数は、急性期全体で3.0%、回復期で6.6%、維持期で0.5%という結果であった。(5)急性期から回復期に転棟・転院した患者数は、約3割という結果であった。(6)急性期、回復期のそれぞれから維持期へ転棟・転院した患者数は、転倒率として、急性期全体で7.2%、回復期で9.7%という結果であった。

10 ページ、入退院連携状況についてである。急性期は、90.0%が入退院支援加算を算定している状況であった。急性期、回復期、維持期、全体では約5割の医療機関で入退院支援加算を算定している状況であった。医療連携パスの導入機関数は、急性期の機能を担う医療機関が30ある内、パス導入機関数が23である。全体として急性期での導入割合は76.7%であった。

11 ページ、急性期又は回復期の機能を担う医療機関における地域連携クリティカルパスの推移を記載しており、令和2年度は導入割合としては、69.6%と減少しているが、パスの作成件数としては4,187と、例年に比べ増加しているという結果であった。

12 ページ、回復期の医療機能を担う医療機関が49ある内、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出していない医療機関が55%という結果である。届け出してい

る医療機関としては、回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出ているのが14、回復期リハビリテーション病棟入院料3を届け出ているのが5と回答をいただいている。中国四国厚生局からのデータによると、令和3年7月1日現在岡山県内24医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ているという状況である。圏域別示すと、県南東部、県南西部では10を超える届出に対して、津山・英田では2医療機関、高梁・新見、真庭では現在のところ回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関がないという結果である。

最後に、自由回答、自由記載欄である。新見の医療機関からリハビリを県南ですることが多いが、できれば自分たちのところへ戻ってきてリハビリをしてもらいたいという意見を頂戴している。

○会 長 1ページ、急性期を担う医療機関である。脳卒中全体の新規入院患者は400人程度、前年より減少している。これは新型コロナウイルス感染症の関係と思うが、確かに患者は同じように発生するはずであり、どこかに搬送されると思うため、新型コロナウイルス感染症の関係で減少しているというのは、説明がつきにくいぐらい減少しているのは確かだと思う。これは、他県も同様ではないかと思うが。

○委 員 脳卒中学会でこの点を検討している。全国的に脳卒中発生は減少している。理由として、マスクや手洗いをすることにより、感染症が減っている、感染防御ができてい。すなわち脳卒中の発生は何らかの感染が引き金になり、発生している可能性を示唆している。このため、脳卒中自体の発生が日本では減っているのではないか。くも膜下出血の発生についても、日本も参加した全世界の結果で10%から15%減っているという論文が出ているため、何らかの新型コロナウイルス感染症の発生が何か社会的要因プラス感染を予防したことにより、脳卒中の発生が減っているという形になっているのではないかと思う。

○会 長 ありがとうございます。

新型コロナウイルス感染症が関係しており、社会的要因に加え、いわゆる医学的要因もあるという話であった。確かにそのような論文も出ている。くも膜下出血については関係があるかどうか完全に証明はされていないかもしれないが、未破裂脳動脈瘤の処置が前もってなされるようになっており、入院患者全体として減ってきているということもあるかと思う。

そのほかの点は、いかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 2ページ、二次医療圏との関係であるが、昨年人口割にして比較したらどうかという意見があったこと受け、表を追加されている。去年は県南東部と県南西部に差があったということであったが、今回は0.93と0.89、あまり差がないという結果

であった。その他には、高梁・新見地区は県南西部に搬送しているケースが多いと読める。高梁川沿いに倉敷のほうに搬送しているというケースが多いのではないかと思う。県南東部から県南西部への搬送も数字は多いと読める。その他、いかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 治療実績である。

③脳動脈瘤クリッピング術は平成20年頃400例あったが、今は165例ということで、コイル塞栓術（④脳動脈瘤および脳動静脈奇形等に対する脳血管内手術）が増えたというのが、非常に大きいのではないかと思う。逆に、コイル塞栓術等は平成20年130例程度から今は倍以上になっていると読める。②脳内血腫除去術についても、以前はしばしば行われていたが、なかなかエビデンスが出にくい、内視鏡の発達などもあり、全体的には数字としてだんだん下がってきている。①t-P A静注療法、⑦経皮的脳血栓回収術も増えてきている。⑤選択的脳血栓・塞栓溶解術は、去年は減っているようである。⑦経皮的脳血栓回収術、いわゆる血管内治療で行うものは、平成28年からでさえ5年間でも倍増しているというのは、非常に大きな数字だと思う。

○委 員 血管内治療と別にする必要はあるのか。

○委 員 ウロキナーゼ（血栓溶解剤）を流すといった治療は、非常にまれな治療になっているため、あまり調べる重要性は高くはないかと思う。

○会 長 確かにそうである。ほとんど血栓回収を行っている場合がほとんどだと思う。統計学的には選択的脳血栓・塞栓溶解術というのはいかがか。継続するか。

○委 員 これまでの流れでは、保険診療上のカウントの都合で分かれていたという話であったと思う。

事務から上がってくるため、分かれている。統計のところでは合算すれば良いかと思うが、分かれて上がってくるのでそのまま分かれて記載しているということであったと思う。

○会 長 ありがとうございます。

岡山県全体でも非常に少ないので、統計学的には出して、あまり影響しない数字になっていると言える。実際に血栓回収する⑦経皮的脳血栓回収術の数字がリアルワールドを示していると言えると思う。

頸動脈狭窄症に対する⑧頸動脈内膜剥離術（CEA）と⑨頸動脈ステント留置術（CAS）の数字もCEAが少し減っているというのはそういうことだが、ステントが意外に増えていない。ステントが増えているような気もする。バイパスの手術はあまり、増えているわけではない。

その他、いかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 続いて、t-P Aの目標が6.0%以上で、現在7.6%という状況であり、目標をクリアしているという状況である。

地域包括ケア病棟を急性期の病院で持っているのが50%あり、かなりの患者数がそこで治療を受けているということになるかと思う。

ここまでが急性期だが、他いかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 回復期の機能を担う医療機関の状況である。再発による入院が6.5%。回復期の患者の流れであるが、県南東部の方が県南西部に回復期で行かれる方が結構多い。急性期もそういう傾向があった。その他、よろしいか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 維持期の機能を担う医療機関の状況である。維持期の患者も、総患者数の推移を見ると、去年から3,000人程度減少している。ベッド数が大きく変化しているわけではないと思われるため、これも新型コロナウイルス感染症の関係で良いのではないか。急性期、回復期から維持期へ紹介の状況もかなりの数がある。急性期から659人、回復期から327人、合わせて約1,000人である。その他、よろしいか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 次は、患者の転棟・転院状況である。在宅復帰率が急性期の場合、50%近く在宅復帰できているのは、いろいろな治療が結構有用になっているのではないか。回復期も60%台で半分以上在宅に復帰をされている。

新しいデータとして、介護保険を利用した施設への転院がどのくらいあるかを出していただいているが、回復期から12.4%で、維持期からは、1.6%である。

○委 員 介護保険の施設自体が本当に限られているところがあり、老健は期限を区切られている。このため、利用できる人がたまたま利用しているという状況が多いかと思う。

○会 長 ありがとうございます。

脳卒中の再発により、もう一度急性期に戻った数が、およそ6%である。

回復期を担う医療機関へ転院した数、急性期から回復期へ移ったのが30%程度、維持期へ急性期から移ったのが7%程度である。

○委 員 脳卒中再発を急性期Aと急性期A以外を分けているが、これは分ける意味があるのか。急性期A、B、Cを一緒にしても良いのではないか。

○事務局 言われているところは、よく分かる。以前から急性期A病院へ転院とそれ以外の病院と分けて、患者の動きを確認している。

○会 長 A病院以外が3%台とあまり高い数字ではない。今までこれで数字を出しているのであれば、そのまま行く方向で良いか。

急性期、回復期、維持期を担う医療機関の全体の入退院連携の状況で、入退院加算は、急性期90.0%、回復期73.5%であり、退院時にきちんと算定されていると捉えて良いのではないか。パスの導入について、急性期75%以上がパスを導入しており、比較的パスを導入している機関が増えているということが言えるのではないか。パスを導入している機関の割合は減っているが、作成件数は増えているという説明があった。

その他、委員の先生から意見いかがか。

○委員 初めてこの会議に参加させていただいたときから、疑問に思っていたことがある。付属資料1の概念図（各調査項目の関係性）についてである。

私の病院には、回復期リハビリテーション病棟が2病棟あり、脳卒中のリハビリ診療をかなりアクティブにやっているが、このシェーマの中での同病棟の位置付けが良く判らない。

発病して、急性期病院への入院患者数が5,355件とある。うち4,630人（86.5%）が急性期A病院（いわゆる脳卒中急性期対応高規格病院）に入院された。

この急性期A病院から、次のステップとして回復期であるが、リハビリを集中提供する回復期リハビリテーション病棟が主役なのは間違いないところ。急性期病院からリハビリを目的に回復期リハ病棟に行くか、あるいは軽症等の理由で入院でのリハビリを要さず、直接居住施設を含めた在宅に帰るという二つの流れが主となりましよう。急性期病院から在宅へ退院が1番多く2,589人。リハビリ目的で回復期に移動するのが1,660人と2番目に多い。回復期へ1,660人が急性期病院から移動しているわけだが、回復期の患者は3,325人とある。急性期から、回復期、維持期、在宅へ順に流れるのがスタンダードと考えるに、通過する回復期に3,325人の患者数はバランス的に多くないか、あるいは少ないのか。この回復期を構成する病床・病棟、病院あるいは老健、診療所においてリハビリ提供度や入院期間、入院目的は一律でない様で、配分も含めてここにまとめられた回復期の実態が良く判らないというのが私の疑問である。

回復期3,325人の行き所は病院、老健、診療所とある。まずは中心となる回復期リハ病棟に来ている患者さんがいる。それ以外にどういうところが回復期の届出をしているのかということだが、まずは通常の一般病院（一般病床）に在籍する回復期の方が一つ。また先ほどの地域包括ケア病棟（病床）も、回復期の病床と数えるのが普通だと思う。それから、医療療養型の病棟に病状回復期で転院したら、うちは療養型病床で回復期をやっているから回復期で届けるという所もあるだろう。これに老健や診療所が加わり、複雑になる。このシェーマの回復期の枠の中には、リハビリ目的

以外の色々な患者が入っている様で、良く判らない。

一度、急性期A病院から回復期の主役である回復期リハビリテーション病棟に何人行って、その中から何人が在宅に行って、何人が維持期の病院・居住系施設に行ったという追跡数字を出してみることはできないだろうか。それが本流なのか、他の流れがどれぐらいあるのかも見えると思う。

集計資料には、急性期A病院から回復期リハ病棟へ一体何人行っているのかというのは出ていない。その数字を誰も知らないのでは。脳卒中回復期では、リハビリ目的では地域包括ケア病棟（病床）に転出する人はごく少数と思う。調べて貰いたいのは、脳卒中診療中間点の中核である回復期リハ病棟に急性期病院から何人行った、回復期リハ病棟から次はどこに何人行ったということを、複雑になるが集計調査できないだろうか。

現在、県内に24病院、回復期リハ病棟を運営する病院がある。病床数は合計1,324あり、津山・美作地区の2病院を除き、県南に集まっている。県南の二次医療圏南西部地域では全て倉敷市内に、一方南東部地域は岡山市内の他に玉野市、赤磐市、瀬戸内市に一つずつあり、病院数、ベッド数は南西部地域よりやや多い。真庭、新見・高梁地域には無い。リハビリを提供する病床数が不足していたら、十分な量と質を要する回復期のリハビリが受けられない。ゆえに、「全国回復期リハビリテーション病棟協会」は、人口10万人に対して50床が、必要数として出している（今も変わらないと思う）。回復期リハ病棟には脳卒中以外に、大腿部骨折手術後や肺炎後廃用症候群等の患者が入院し、脳卒中4割、その他6割の割合位で病床を使用している。2000年に始まった回復期リハビリ病棟の制度であるが、岡山県の場合は人口10万人に対して50床にかなり早い段階で達しており、数的に全国でも早くに充実した。現在は、人口10万対73床ほどある。したがって、脳卒中リハビリを必要とする人数分の回復期リハ病棟（病床）数は、県内全体としては充足している。

急性期病院で救命した後、おこってしまった障害が回復期リハ病棟でどこまで改善したかは集計され、わかっている。その後を維持期、リハビリでは生活期と呼んでいるが、脳卒中発病による障害者の行先としてどこで、どのレベルのQOLで落ち着いたのか、移動と結果が判る様な追跡的な集計ができないだろうか。

新見の先生から、県南の急性期病院から直に新見に帰郷してリハビリをした方が良いのではないかというご意見だが、回復期リハ病棟の実経験から言えば、一概には言えないものの、それは患者さんにとって不利益であるかと思う。脳卒中リハビリは、回復の期待できる発症から約6か月ほどの障害が固定するまでのゴールデンタイムに、しっかり専門的な知識を持ったチームが、十分な提供時間と人数と道具を駆使してリハビリを実施することが機能回復にとっても大切で、そこで障害克服の差が出てし

まうから、最大限の機能回復のために、フルスロットルでリハビリが必要な期間はリハビリ専門医療機関が担当する。入院から在宅等へ移行の時期が近くなったら早めに地元へ転出し、実際の生活の場でなければ実践できないリハビリを、退院の前に受ける。現地リハビリ機関が生活期リハビリ実施で、望ましい在宅生活にソフトタッチダウンさせるという順の流れがベストだと思う。

高梁・新見地区人口は、合わせて5万6,000人。人口10万人に対して50床が回復期リハビリ病床の指標になっているが、高梁・新見と真庭を合わせて人口が10万人であり、この広いエリアに必要な数は50床という計算になる。回復期リハビリ1病棟を仮に一か所、新見に設けたとして、集患やリハ関連の人材確保、運営・経営面等、公、民を問わず、様々な点で困難が予想される。

○委員 先ほどの委員の先生と考え方が違っており、回復期リハが地域でできたらいいと思っている。しかし、経営上の問題を考えると、10床や20床の回復期ではスタッフを回すのはとても大変なため、難しいかと思うが、脳卒中の方は、回復期で終わらない。もっと長いスパンでどんどん変化していくため、それを診ていかないといけないが、このデータではそれが分からない。介護保険にリハビリはシフトしたらいいというわけではなく、きちんと脳卒中の人を維持期でも診ていく医者がいないといけないというのが私の考えなので、このデータだけで脳卒中全てを語れることはないと思っている。複雑なデータを出しても事務方はとても困っており、例えば再発でもいつの再発を取るのかとか、どの病院が急性期A病院、B病院、C病院か分からない、こういう状況で事務方にさせていること自体がとても無駄な事務作業をさせていると思っている。脳卒中の人たちの歴史は10年、20年続くので、それをどこかできちんとキープして診ないと、みんな困っている。急性期だけでは、解決しないというのが、私の意見である。

○会長 脳卒中学会も委員の先生が中心に実施してくださっているが、学会でも、超急性期のところは非常に深くやっているが、回復期、その次までは脳卒中学会のほうでも、まだ手が回っていないか。

○委員 言われる通りである。後で、少し補足でお願い事項を述べたいと思う。

○会長 委員の先生からいろいろお話をいただいたが、付属資料1の回復期のところの数字が現実と違って3,300になっている。その辺りを事務局のほうで、委員の先生が言われたアイデアを取り入れていただけたらと思う。

それから、委員の先生の中でも考え方は少し違うというのもよく分かり、これはなかなか難しい。医学的に言うと、リハビリはたくさん人がいて、指導できるところの病院がいいとは思いますが、その患者を送った病院である程度のことはできると思うので戻してくださいというような自由意見だったと思うが、その意見はその意見の一つあ

るかという気もする。医学的なことを取るか、医療経済のことを取るかということもあり、これは今後の課題として、まずは付属資料1の図を考えて頂きたいと思う。

○事務局 今年度の調査を再度調査し直すのは、病院の手間もあるため、委員の先生からいただいた意見を基に、来年度に向けて検討させていただきたいと思っているが、いかがか。

○会長 承知した。この件に関して、その他、ご意見いかが。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会長 委員の先生から、脳卒中学会の方向性についてお願いしたい。

○委員 循環器病対策推進基本計画法というのが本年から遂行する形になっている。県や医師会にもお願いしている。

ロジックモデルを使って最終的なアウトカムを設けて、全国の共通目標を一番最後にする。そして、左から右の方向へ岡山県では何をすべきかを考えていきたいと思っており、日本脳卒中学会が3つの目標を立てさせていただいた。1つは、脳卒中の発症が減少している、これは新型コロナウイルス感染症の影響で自然に発症が減っているが、基本的に新型コロナウイルス感染症が収まってからも発症が低い、そして一番大切なことは脳卒中の死亡が減少している、維持期のときにもお話があったように、入院期間が改善して、脳卒中後の日常生活が質の高いものが送れているかどうかというのが最終的には一番大切なことだということを日本脳神経学会が考えている。

日本脳卒中学会が考えたのが日本脳卒中学会認定のプライマリーストロークセンターの認定である。先ほど、急性期A、B、Cの区別がよく分からないというのがあったが、これは当然のことである。我々自体がきちっとプライマリーストロークセンター、すなわち急性期を受けるための認定条件として8項目を設けて、基本的には脳卒中が発生したら救急で来ていただくという形にした。岡山県（学会）では、厳しい基準の上13施設の認定をしている。その中で、13の施設は24時間365日、t-PAが打てる体制であるということを目指している。

その中でもコア施設というのを設けて、今度はもっと厳しい条件で24時間365日、血管内治療ができる体制、その施設も認定、これは日本脳卒中学会が委嘱するという形にした。岡山県（学会）では、その施設は3施設である。この3施設が積極的に血管の治療をやっているわけである。もちろんプライマリーストロークセンターでも血管内治療をやっていただくことに関しては何の制限もないが、1つだけ大きな義務を課している。先ほどから症例について意見が出ているが、正確な症例数を報告していただかないと、実際としてどうなのかよく分からない。プライマリーストロークセンターに認定されたところは、1年に1度、必ず正しい年次報告をすることとしている。それがないと認定を取り消す形にしている。

今この13施設で、県でいう急性期A病院で認定されていないのが岡山済生会総合病院である。しかし、実際の数を見てみると結構患者が搬送されているため、できるだけこういう施設にもプライマリーストロークセンターに認定できるような条件に整えていただき、ぜひ来年からはプライマリーストロークセンターに申請していただきたいと思っている。

そこで、今日皆様をお願いしたい点が1つある。

この症例数とは別に先生たちが治療した患者さんの3か月後の予後を正確に記すというものがある。ところが先ほどの議論からもあったように、3か月間も急性期の病院に入院することはない。もちろん家に帰ることもあるが、回復期、維持期に入院して、なおかつそこから3か月待たずにどこかに行かれる方があると思う。急性期から受けていただいた患者の3か月の正確な予後の評価をぜひ、していただきたい。決して、いい評価をして欲しい訳ではない。例えば、モディファイド（脳血管障害患者のmRS(modified Rankin Scale)率)で4になったら、それにきちんと評価をしていた上で、ぜひ答えていただきたい、逆に積極的にこの患者のモディファイドランキン（脳血管障害患者のmRS(modified Rankin Scale)率)は今、3か月後でこうなったということをフィードバックしていただければと思っている。

3か月以降、先ほども意見があったように、非常に長期に脳卒中の患者について、予後がいろいろな方がおられると思うため、できるだけ長期の予後もフォローアップをしていただいております。今後、日本脳卒中学会が1年後、2年後の予後がどうかを調査した場合に、それが答えられるような方向に、ぜひしていただければと思っている。それが最終目標の患者の発症後の生活の質がどうなったか、改善できたかどうかを見る指標になるので、急性期の先生はきちんと症例を報告し、3か月の予後を報告すること、そして回復期、維持期の先生方はそれに調査の協力をしていただきたい、もちろんその場で回復期の患者さんのレベルを上げていただきたいというのが日本脳卒中学会からの要望である。

○会 長 脳卒中学会の進行状況の話をいただいた。回復期、維持期の先生方からの協力が必須ということで、よろしくをお願いしたい。

事務局から循環器病対策推進基本計画についてお願いしたい。

○事務局 岡山県循環器病対策推進計画（仮称）の策定について説明させていただく。

昨年度、計画の概要をお知らせしたが、計画策定を今年度末に予定しているため、策定に向けたスケジュール、協議会等について、改めて説明させていただく。

岡山県循環器病対策推進計画（仮称）の策定の方向性として、国が令和2年10月に策定した基本計画を基本とし、現行の第8次岡山県保健医療計画や第2次健康おみやま21セカンドステージなどの既存の計画との整合性を図りながら策定をしていき

たいと思っている。

計画期間であるが、今回策定する最初の計画は令和4年度から令和5年度までの2年間とする。その後は、保健医療計画などの既存計画と周期を合わせることもあり、6年ごとの計画の見直しとなっている。

計画の主な内容だが、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、保健医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実、循環器病の研究推進、これを主な内容として計画に盛り込むこととしている。

策定スケジュールについて、6月以降、学識経験者の方や関係者の方から意見等をいただいた上で計画の素案を検討していくこととしている。計画の検討については、協議会を設置して検討することとしている。資料のスケジュールだが、協議会による素案検討の後、11月頃に計画素案を取りまとめたものを提示し、パブリックコメントを実施、年度末までに計画の策定としている。

○会 長 先ほどの委員の先生の発言、事務局からの説明で、意見いかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 それでは本日の議事は以上とする。

以上