

令和3年度第1回埼玉県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進協議会
議事録

- 1 日時 令和3年8月26日(木) 午後3時30分～午後5時
2 会場 埼玉会館7A会議室・Zoomによるオンラインとのハイブリッド開催
3 出席者 廣澤会長 丸木雄一委員 桃木委員 丸木親委員 石田委員 畑中委員 澤登委員
杉山委員 棚橋委員 足立委員 萱場委員 横山委員 清田委員 小林委員
武藤委員 菊池委員 川上委員 (傍聴者：20名)

4 議事

(1)「埼玉県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画(仮称)」骨子案について

① 検討経過(脳卒中部会・心疾患部会)について

② 骨子案・概要版について

○ 資料1を丸木雄一委員、資料2を桃木委員、資料3・4を事務局から説明

【協議内容】

清田委員 全体的な目標として、「健康寿命の延伸」、「循環器病の年齢調整死亡率の減少」となっているが、目標として掲げられているものが具体的でなくはっきりしない。課題として大きなものは、虚血性心疾患が全国レベルで悪いことであり、これをどれだけ改善させるのかという目標が見えてこない。

また、指標として虚血性心疾患の死亡率を掲げているが、対策は心不全に関するものとなっていてちぐはぐである。心不全についても、最終的なアウトカムを目標とした方がよい。初期アウトカムとなる検診率だとかは中間的指標であり、最終的によくなるということを目標にしないと、それが達成されたのか検証できないのではないかと思う。

萱場委員 リスクファクターの観点では、睡眠時無呼吸症候群について日本では、はっきりしたエビデンスはないが、高血圧や糖尿病のように脳卒中や心筋梗塞を悪化させる要因になると言われているため、そのような議論も今後やっていただければと思う。

また、発症状況を最終的に把握するのは、罹患率の総括であり大変難しい。労力やお金が非常にかかる。現在は死亡率と医療費を推定しているが、罹患率の推移が見えるか若しくは高い精度で推計できるような体制づくりをしてほしい。

全国的に虚血性心疾患の死亡率の高い福島県、栃木県、東京都と協力して進めていけるとよいのではないか。

廣澤会長 まず、清田委員の意見について、事務局から回答をお願いします。

事務局 全体目標としては、国の基本計画にのっとり、「健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を掲げた。全体目標については、達成するための指標設定は循環器病の実態がはっきりしていない部分もあり、健康寿命のみ目標値を掲げた。国の基

本計画でも第8次医療計画の中で、指標を改めて検討したいという方向性があるため、この2年で基盤整備として県の実態を明らかにしていきたいと考えている。また、急性期医療についてはこの2年間で新たに組み組めるところについて取り組んでいく。学会から提案のあったロジックモデルは指標として管理すべきものであるが、十分議論できていないので現状値として掲載予定である。

・年齢調整死亡率の低下についての取組は、一次予防と二次予防の取組で掲げている。発症率の減少のためには、ポピュレーションアプローチとして疫学的知見に基づいた生活習慣の改善に向けた働き掛けを幅広く行っていくつもりである。

武藤委員 虚血性心疾患の成績を上げるには、いかに早く病院（CCU）に收容し、いかに早くカテーテル検査をするかがポイントである。おそらくそういったところで、埼玉県は他県と比べて今一つ充実していない。一番ネックになっているのは、患者を早く收容できないことである。対策としてネットワークの充実が大事であり、今後より具体的に検討をお願いしたい。

石田委員 心疾患部会では、ACS（急性冠症候群）に対するPCIの実施率をしっかりと数値で追い、サロゲートマーカーの一つにするのはどうかといった議論があった。

清田委員 少なくとも全国平均レベルを目指すとかそういったことを目標としないと、改善されないと思う。

石田委員 そのとおりで、地域差があるので、それを明らかにするデータが必要である。

廣澤会長 地域差を明らかにするデータは今後出していけるのか。

足立委員 埼玉県の虚血性心疾患が悪い理由については、まだデータからは分からない。地域差はあるが、非常に大きい格差ではなく、全体的に若干悪い。原因としては、救急体制が十分でないかもしれないし、患者が我慢しているなど患者への啓もうが足りないのかもしれない。こういったことは今後各病院でデータを集めないと分からないと思う。

大動脈症候群については学会からの提案でもある。大動脈症候群の死亡率は心筋梗塞の5～10倍ある。虚血性心疾患を改善させるという目標も大事ではあるが、実状を把握するための調査が今後必要である。

萱場委員 実際にどうしても搬送が地理的に間に合わないというところに住んでいる人の人口はどのくらい把握できるのか。県全体の数値を悪くするほどではないことが分かればよいと思うので、概算で構わない。

廣澤会長 なかなか把握は難しいと思う。

足立委員 救急搬送時間については、東京に近いところの方が短いですが、一部の地域を除くと県全体でいくつかの拠点病院があるため、地域差がものすごく大きいわけではない。これから調査しないといけない。各病院に聞くとどの病院も24時間体制で頑張っている。救急搬送の問題、要請依頼を断る病院の問題、心筋梗塞は発症から1~2日家にいると悪くなるが医療機関を受診することを我慢する患者もいるなど、現状そこを明らかにするデータはないのではないかと。部会では、まず大動脈解離の救急搬送体制を構築して、各地域との話し合いを進め、虚血性心疾患の体制を整備していきたいと考えている。

廣澤会長 患者に対して予防という意味でも普及を進め、我慢しないで医療機関を受診していただくことが大事である。

小林委員 救急搬送に関しては、足立委員の発言のとおりで、農村部に行けば行くほど、医療機関への受診を我慢する傾向がある。独居の方は発見も遅れたり、通報のあった時点で発症から2~3日目ということがある。我慢が当たり前になっている地域と積極的に医療機関を受診する地域との差がある。目に見える形で改善してほしい。

武藤委員 北部は病院自体の数が少なく、循環器を診る医師があまりいない。啓もうに関してもそういう意味でも厳しいかもしれない。一つの病院が治療中で受入れができないときに次の病院で受け入れられるか分からず、収容までに時間を要することになる。県全体としてこういった問題について検討してもらえると助かる。

廣澤会長 循環器病の正しい知識と普及啓発が大事になってくると思う。

畑中委員 こういった計画は、薬剤師としてもどのように病気に関わるのか真剣に考える機会になる。処方する医師の薬を出す時には必ずコンタクトを取って説明をするため、最初の疾病予防・重症化予防には薬剤師の力が発揮できると思っている。計画に、基礎疾患の適切な管理として、「薬局や薬剤師をしっかりと利用する」といった文言を一言いれてほしい。文言がないと薬剤師は何をすればよいのか見えてこない。例えば、薬剤師を教育する、自主的な研修の支援をするといった薬剤師の関わりがもう少し見えるとよい。

廣澤会長 やはり治療したあともしっかりと内服をし続けることが大事である。

畑中委員 それが「服薬管理」に当たるが、薬剤師は高血圧や糖尿病など病気の説明もしているのに「服薬管理」の一言だけだと狭い範囲で働いているような意識になってしまう。循環器病の疾病予防に薬剤師の役割を見える形で表現されるとありがたい。

事務局 担当課である薬務課と調整し、そういった視点で計画を見直す。

廣澤会長 循環器の患者は入院期間が1泊2日など短いため、医師が思うほど重症化していると思っていない。しっかり服薬をすることを伝えることが大切である。

棚橋委員 脳卒中領域では、脳出血、脳梗塞、くも膜下出血を主な対象としているため比較的まとめやすいかと思う。今回の推進協議会や法律、計画ができることで、循環器の領域に大きな光が当たるのはよいことである。

学会からロジックモデルについて提案があったが、これはこれからの課題である。そもそもロジックモデルが効果的なのかどうかも含めて今後検討していくとよい。

脳卒中の急性期医療に関しては、SSN（埼玉ストロークネットワーク）がうまく働いていると感じる。

廣澤会長 ロジックモデルについて、改めて考えを伺いたい。

棚橋委員 ロジックモデルはアウトカムに向かって、最終的にどうやっていくのかを議論している。学会でも十分理解できていない部分もある。最終目標は健康寿命の延伸と年齢調整死亡率の減少であり、その目標を達成するためにどの項目が効果的か議論していくべきである。

丸木親委員 脳卒中領域について、プライマリーストロークセンター（一次脳卒中センター）として、脳卒中を24時間診られるかどうかを基準に決めた。循環器ではそういう動きはあるのか。センターの認定だとかは学会でしているのか。

石田委員 学会としてはしていないと思う。いわゆるPCI、大動脈疾患の手術ができる病院かどうかに分けて検討した。

丸木親委員 連携パスに関しては、各病院への説明が難しく、システムを組むとかえって“脳卒中は診なくてよいのか”と言われてしまう。働き方改革だとかを考えた時に、責任のある輪番制を構築した方がよい。SSNのように今患者を受け入れられるかどうかをシステムに登録していくような形でやっていくとよいのではないか。

また、システムを作るとき、御褒美も考えることは大切。診療報酬について、加算を増やすのは難しいと思うが、入退院支援加算の中にいれて、連携パスを利用していない病院は減算するのでもよいと考える。

桃木委員 確かに働き方改革は非常に大切な問題である。輪番制という形で一つの医療機関に集中することのないように、両輪としてやっていかないといけない。脳卒中を参考にしながら、循環器においても徐々に進めていけるとよい。

廣澤会長 加算についてはどうか。

丸木雄一委員 本来、御褒美があれば良いが難しいので、基本法を介してパスの重要性を説いていく、まずはやってみるとよいのではないかと。

横山委員 年齢調整死亡率の目標率が記載されていないが、埼玉県の他の計画では令和5年までの目標値が決められている。同様に記載してもよいのではないかと。

事務局 年齢調整死亡率については、具体的な数値を出すのは難しいため、現状よりも下げるといった定性的なものにしている。国の基本計画でも同様となっている。

横山委員 例えば健康長寿計画だと令和5年の目標値が示されている。整合性という意味では、その数値をそのまま本計画で提示してもよいのではないかと。

事務局 担当課である健康長寿課とも改めて協議することとする。
⇒【終了後、健康長寿課と協議】健康長寿計画では年齢調整死亡率の目標を掲げているが、算出の際のモデル人口の改訂が国から示されており、見直しを予定している。そのため、本計画の目標値としての記載は、見直し後、次期計画策定時に数値目標を掲げることで調整。

澤登委員 循環器病の後遺症に関する対策について、取り組むべき課題にリハビリテーションの充実を挙げているが、失語症者等に対する支援について書かれている。現状、失語症に関する支援が地域の中で十分ではないと思う。介護の分野においても失語症リハビリテーションというものを捉えたデイサービスがあるところは県内1、2か所ではないかと。機能障害等に関しては積極的に参加を進めるが、同時に失語症を持ってという方がそういったところに行きづらくなっている。失語症に対する地域の支援、特に年齢の若い方への支援や県内で広く失語症に対するリハビリ対策の充実強化を掲げてくれるとありがたい。

事務局 障害者福祉推進課が管轄になるが、おそらく福祉計画で記載があると思うので、調整して記載できる部分を検討する。

澤登委員 障害者福祉推進課だけでなく、介護の分野にも一緒に関わってもらえるとよい。

杉山委員 ソーシャルワーカーは治療行為に直接関与しないが、効率的なシステムができることはよいことである。治療の中で、個別の状況について早めに把握し、治療への一定の道筋をつけ、患者の負担を少なくすることが自分たちの役割であることを改めて認識した。

畑中委員 循環器の終末期である在宅緩和ケアにおいては麻薬の使用がとても重要である。研修

会を医師向けだけでなく、看護師や薬剤師など多職種向けにしてほしい。骨子案には「医師等」と記載しているが「等」の部分を明確にしていただければと思う。

事務局 具体的に記載するようにする。

(2) 第7次埼玉県地域保健医療計画の中間見直しについて

○ 資料5を事務局から説明

【協議内容】意見なし

(3) 今後のスケジュールについて

○ 資料6を事務局から説明

【協議内容】意見なし

5 閉 会