

第1回三重県循環器病対策推進協議会 心疾患対策部会 議事概要

1 日 時：令和3年7月6日（火）19:00～20:30

2 場 所：三重県津庁舎6階大会議室

3 出席者：井阪委員、伊藤委員、勝島委員、金城委員、川島委員、
新保委員、世古委員、説田委員、曾我委員、高井委員、
谷川委員、土肥委員

4 議 題：（1）三重県循環器病対策推進協議会と部会の概要等について
（2）循環器病の現状について
（3）三重県循環器病対策推進計画（仮称）の骨子案について
（4）計画の数値目標について

5 審議概要：

（委員）

先天性領域というのも重要視するよという法の定めもあるので、三重大学の三谷先生をオブザーバーとしてお招きしたい。

（事務局）

この会議の報告も兼ねて一度お伺いする。オブザーバーか委員かについては、手続もあるので事務局に一任いただきたい。

（委員）

少なくとも次回ご出席いただくようお願いする。

（1）三重県循環器病対策推進協議会と部会の概要等について（資料1～3）

（委員）

津市内では、心電図伝送システムが導入されており、救急車内でいわゆる心疾患プロトコルという症状ベースのクライテリアに合致した患者さんについて、救急隊が心電図をとって、それをST上昇型かどうかということも含めて輪番体制の中で医療機関に転送している。医療機関において、医師の判断を仰いで、ST上昇型であれば、その時点で準備をする。津市内の医療体制の特質性であるとか、少し遠い地域からも搬送があるところで、非常に有効に活用されているのではないかと考えている。救急車13台に全車搭載ということで非常にうまく稼働している。三重県内でもいろんな地域特性があるので、それをどういうふうに広げていったほうがいいのか、議論が必要かと思う。

(委員)

救急隊の心電図に関しては、三重県はかなり早くから取り組み、最近いくつかの学会でも発表している。地域性は多少あるかもしれないが、年々、救急隊の心電図の読解能力も上がっている。例えば心電図をとって、それを通報または転送することに関しては、三重県はかなり先進的にやっているのではないか。

(2) 循環器病の現状について(資料4)

(委員)

年齢調整死亡率は男性も女性も年々良くなっている。急性心筋梗塞もかなり良くなっているわけだが、残念ながら全国平均よりも少しデータが良くないところがある。三重県はかなり救急にも取り組んでいるし、体制も整備されつつある中で、まだ全国平均より高いのはなぜだろうと思う方もいると思う。

(委員)

おそらく地域のばらつきというのかなりあると思う。何々地区でどれぐらいの心筋梗塞死亡率というのがあるのか。我々は三重県全体でACSレジストリにて、2013年から、県内の15施設のACS症例の、救急、いわゆる病院前の状態も含めてデータを出していただいている、解析をすればそういうのは出てくると思うが、三重県全部を包括しているわけではないということと、PCI施設でのデータということで若干違ってくると思う。そういうできないところを含めて地域差というのがあれば教えてほしい。

(事務局)

年齢調整死亡率は保健所管内ごとにデータは毎年度出ている。データは古いが、お手元の医療計画の資料に各保健所管内別の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率がついている。こういう形で、大まかな傾向はつかめるかもしれないが、年ごとに変動があることにも留意が必要である。

(事務局)

厚労省のほうからも、地域のデータに基づいて、地域の特性に合わせた方針を考えていくべきだと言われている。まさにACSレジストリ等で、実際のこの地域の状況に合わせて対策を考えていくのは必要である。

(委員)

医療計画に掲載されている急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、伊勢保健所管内がすごく悪い。自分も救急で死亡診断書も見ているが、やはり不明の死がほとんど心筋梗塞になってしまう。特にこの平成28年ぐらいはそういうことが多くて当時問題になった。

(委員)

平成 28 年なので 4、5 年前のデータになる。今日の資料で令和元年の県内の急性心筋梗塞の死亡率が全国平均に近づいて改善してきているので、おそらく近年のデータではかなり良くなっているのではないかと。

もう 1 つが、うちの病院は心肺停止で亡くなる方も多いが、はっきりと心筋梗塞のエビデンスを裏付けるような、心電図の S T 上昇等の客観的なデータなしに、原因不明の C P A (心肺停止) で全部心筋梗塞と書かれている診断書がかなりあるということで、院内の先生とも話して、改善に努めている。

(委員)

私の記憶が正しければ、伊勢保健所管内の年齢調整死亡率は結構上下しているのですが、これだけにとらわれることはないかと思う。

三重県は、年齢調整死亡率は良い方向に向いている。日本循環器学会のデータでは 2014 年が残念ながら全国でワースト 8 だった。最近はワースト 10 と、ちょっといい方向へ移動しているので、この後 2、3 年で、もう少しかなと思う。全国平均を見ると、結構医療が先進的と思われる県でも意外と三重県よりずっと悪かったりする。

(委員)

特定保健指導の率が低いのは知られており、ここにはその数値はないが、特定健康診査の受診率が上がると、脳血管疾患、心疾患の発生が減るというエビデンスが厚生労働省レベルであるのか。10 年以上やっているが、検証のデータが全然ない。この特定健診は 40 歳から 74 歳を対象としており、後期高齢者の健診のデータというのはこういう資料にも出てこない。心疾患、脳血管疾患は高齢者が多いが、どのようなリンクを考えればいいのか。

(事務局)

そもそも特定健診を受けることと、心疾患、脳疾患等の改善とのつながりは微妙である。実際には健診を受けただけでよくなるわけではないので、大事なものは特定保健指導である。特定保健指導の受診率が低いのも問題だが、腹囲が少し減った、血液検査の数字が改善したといったところはあると思うが、発症が本当に抑えられているかという明確なデータというのは難しい。

後期高齢者の健診は、受診率を上げるためにインセンティブを出す制度をやって、進んでいるのは事実である一方で、法的な義務がなく、実施率が低くて、国も問題意識を持って受診率を上げようと努力はしている。健診の項目自体も、国として一般的なものを示しているが、いろいろ議論がある。

(委員)

この特定健診のデータは、社会保険、市町村国保の保険者も合わせたデータだと思

う。市町村国保の特定健診はもっと低い。多分、市町村の特定健診の受診率と後期高齢者の健診受診率がほぼ同じではないか。社会保険の健診率が高いのでトータル上がっているだけ。市町村とか後期高齢者広域連合の健診受診率を上げたいのであれば、もう少し何か方策を考える必要がある。長い間、高い数値目標だけ掲げても、ハードルが高く、思い切った方策を取らないと、このままずるずると低い値を続けていくのではないか。

(委員)

三泗地区は救急車が到達して収容するまでの時間が早くて、比較的いい成績が上がっているかと思うが、さっきのデータではそんなに変わらないということで、どのようなファクターがあるか考えないといけない。

(委員)

実際に診療の現場であたっている先生方は、かなり元気にして帰しているのになぜと思われると思う。受診する前に悪くなっているとか、救急車を呼ばれない方とか探ってみるといろいろ理由がありそうで、それらも含めて解決していかなければならない。

(委員)

リハビリの状況について、伊勢志摩地区がかなり低いが、この実施件数というのは外来と入院と合わせてか。

(事務局)

入院、外来を合わせた数である。

(委員)

外来リハビリは心疾患でも大事になってくると思うが、当地区はやはりそのシステムがまだ整ってないので、非常にそのあたりが課題となる。

(委員)

この数字は、やりましたという件数であって、必要な人に対してどの程度されているかを示しているわけではない。必要な人に対して県内で8割9割の実績があれば願ったりだと思うが、なかなかそこまでは分析が難しい。

(3) 三重県循環器病対策推進計画(仮称)の骨子案について(資料5)

(委員)

これは医療計画みたいに数値目標を置くのか。

(事務局)

医療計画との整合性をとるために、医療計画で掲げている数字を、この中にも盛り込みつつ、独自の数字を入れていきたい。

(委員)

正しい知識の普及啓発の取組例に関して、私はAHA(アメリカ心臓協会)のインストラクターもやっているが、アメリカでは企業の社員にファーストエイドを義務づけたりしている。職員が倒れたら、同僚がこれは心筋梗塞かもしれないとして処置をする動画を見る。そういうようなことを考えてみてはどうか。

(事務局)

非常に貴重なご意見として、検討していきたい。

(事務局)

ここに書いてあるのは、本人の予防を進める、本人の健康意識をあげるという観点である。企業に対してそういった取組を促すのはいい視点なので、ここに書けるかどうか分からないが、何ができるか考えたい。

(委員)

指導救命士の養成講習や特定行為に関して、もうすでにやっているのだから、ここに何らかの数値目標を書いてもそれは意味がないと思う。次のICTの活用も決まり文句だが、具体的に何かを考えているのか。

(事務局)

脳血管疾患でいうと、かなり具体的な課題というかCTやMRIなどの画像を共有する画像転送システムなどが念頭にある。救命救急士等については、数値目標に入れるかどうか、実際ここでご議論いただきたい。

(委員)

普及啓発について、三重県で2013年からACSのレジストリを開始して、丸8年のデータが蓄積している。その中で、各施設、各エリアの問題点がすでに抽出されていて、あとはそれをどう解決するかという段階であることは間違いない。

三重県においては直接搬送率が低いとそれが死亡率の上昇に繋がっている可能性があるというデータもあり、そういう意味で県民に広く知識を普及する中で、直接搬送率をいかに上げるかというのは三重県内としてのテーマである。

ただ、これはエリアによってもかなり変わってくるので、どのエリアにそれを普及させるかということが重要となる。直接搬送率は、急性心筋梗塞なりの症状を疑うときに、かかりつけ医に行くのではなく救急車を早く呼んで、PCIができる施設へ搬送

することとなるが、三重県全体としてどういうふうに進めていくべきか。

あと、救急搬送の整備に関しては、ACSのレジストリで、各病院そして各エリアの問題点が分かってきて、それらの病院での比較も、これまで数年のデータが出てきているので、次に死亡率をどういうふうにしていくかということを具体的に追加していく。このデータをどういうふうに、今回の計画に活かしていけるかという具体的なことをもう少し考えていく方が良い。

（委員）

救急医療体制が整備されているところだと直接行くので、Door to Baloonも短いですが、そうでないところは問題である。あと、リハビリテーションについても地域差があるということ。急性心筋梗塞の年齢調整死亡率はかなりの勢いで改善されているが、残念ながら心不全は横ばいに近いので、そこをどうするか。問題としては意識できるが対策は難しい。

（委員）

伊勢志摩から東紀州の方になると、処置をして運ぶべき人を近隣の医療機関では見てもらえずに、長時間搬送されるというのが結構ある。そういう人達は、当然死亡率が上がると思うが、医療機関側にもある程度協力をお願いしなければいけないということが発生する。

（委員）

地域包括ケアシステムを推進するのは地域包括支援センターで、現在の生活支援センターはほとんど介護施設。実際、今までにこの循環器領域で質の高い慢性期を生き抜くために支援している現状はあるのか。慢性期にとって基軸にするなら、もう少しきちんとやらないと駄目だと思う。

（事務局）

まさにそこが非常に問題と認識している。結局、認知症、高齢化と切っても切り離せなくて、薬を飲まなくなることによって、例えば、利尿剤を飲まなくなる、そして同じ病気を繰り返してしまい、結果として医療費の高騰にもつながってしまう。急性期の治療も必要だけれども、高齢者の基本的な自立のケアとかを一緒にやっていかないと、この問題は基本的には解決できない。それに高齢者が自立的な生活を支援していくところまでカバーし、数値目標等で拾っていかなければ、結果として対策が十分ではないという問題意識を持っている。ご指摘の点がまだ具体的な解決策まで至っていないが、だからこそ社会連携、リハビリ等も、具体的に患者介護者の負担軽減とセットになってくる。

(委員)

最近は心不全療養指導士の資格が付与されて、全国的にも増やしていこうとなっていると思うが、おそらく三重県はまだ非常に少ない。この方々を増やすという目標は可能なのか。

(事務局)

開始して、まだ試験が1回目なので、人数の増加にしばらくかかる。少しそこを支援するという形でやっていく必要があるかとは思われる。

(委員)

心不全緩和ケアについて、心不全緩和ケアトレーニングコースというのが全国的に始まっており、我々の施設でも2名ほどそういったコースを修了している。まだまだ三重県内そういう取組が始まっているかということ、そういうわけではないと思うが、今後、心不全療養指導士もそうだが、心不全緩和ケアトレーニングというのは非常に重要になってくると思うので、数値目標の一つになるのではないかと。

(委員)

かかりつけ薬局等という言葉があるが、薬機法の改正が今年行われて、地域連携薬局とか、専門医療機関連携薬局という認定制度が始まる。まさにそういったものかなと思うので、そういった名前を挙げるとよいかと思う。薬剤師会としてもそういった薬局を増やせるように研修会等で努力はしていきたい。

それともう1点、多職種連携という言葉がどこにでも出てくるが、例えば地域によっていろんな連携もあると思う。県で研修会を企画するとか、財政的支援をするとか考えているのか。

(事務局)

実際に具体的にどれというところまではまだ決まってないが、例えば仕事との両立支援とか就労支援、後遺症とか、行政と連携することが前提と考えており、ある程度支援ができるのではないかと。どの枠組みでこういった形でどこになると全体のバランスを考えないといけない。

(事務局)

地域医療介護総合確保基金の中で、過去にもそういった多職種連携の取組に対する支援や、研修の企画に対して財政的支援を行ったという例はあるので、そういう形で提案いただければ、事業化も考えられる。

(4) 計画の数値目標について(資料6)

(委員)

健康寿命延伸と年齢調整死亡率の減少。これは、それぞれ達成しつつあるのだろうと思う。かなり細かいところになると、ロジックモデルを1つの考え方でやってはどうかということだと思う。

(委員)

指導救命士とか特定行為は、施策アウトプットになるのか。それによって、心筋梗塞の何らかの数値が変わるといようなモデルになるという理解か。

(事務局)

脳卒中でいくと一番左のところだと思うが、脳卒中と心疾患でだいぶ構成が異なる。心疾患の真ん中の上段は、高血圧、脂質異常症未治療者の割合、糖尿病等で、医療全般に関わる目標になっていたりする。

ただ、脳卒中の方は、血栓回収の施設の件数を、具体的にあげていたりする。脳卒中学会の方は明確に打ち出しているものではあるが、心疾患でこういった数値目標を並べることに限っては、一定の議論が必要と考えている。また負担軽減など数値化しにくいものもあるので、ロジックモデルも参考にしながらやっていきたい。

(委員)

救急では、例えば心筋梗塞の患者がどれぐらいで病院にたどり着いたとかいうデータも出しているが、これはこの中には入ってこないか。

(事務局)

一定入れていく必要があると思うが、具体的に数値目標として入れるものは、ある程度限られてくるので、こういったモデルに基づいて、例えばモニタリング指標としてみながら、数値目標にするとかそういった形になると思う。

(委員)

結局、その取組の書きぶりが少ししっくりこない。また説明をしっかりとすればいいと思う。

(委員)

ロジックモデルは脳卒中学会の意見というところで、野球にたとえてチーム防御率、打率、併殺率、エラー率というように分析できるようなデータがあれば、割と作りやすいが、果たしてそれが三重県、全国で用意できるかという問題もある。ベースには考えた方がいいと思うが、あまり捉われすぎて本質を見失ってはいけない。

(事務局)

必ずしも押し付けるのではなく、地域性とか、裁量権はある。サブ目標は、すでに医療計画の方で設定しているので、追加する形で、こういった指標はぜひ入れたほうがいいのではということをお願いしたい。

(委員)

数値目標を入れること自体は非常に重要である。ただ、あまりロジックモデルありきで議論しなくてもいいかなというだけの話である。

(事務局)

目標となると、一定到達点も示さないといけないので、データを取って、現状分析をして、さらに過去の傾向を見るなどやらないといけない。実際に目標を増やすと、ロジックモデルとか使うかもしれないが、おそらく2年後の医療計画の改定年度になると思う。データの取り方は2年半ぐらい準備をしないといけないのではないかと思う。脳の部会ではロジックモデルをぜひ入れて欲しいという意見がかなり出たのは事実で、多分言葉としては入れると思うが、どう活用していくかという記載になるかと思う。鳥取県のロジックモデルも全国値と並べているだけで、それぞれの数値に目標があるわけではないと思うが、勉強させていただきたい。

(委員)

新たにデータを収集しないといけないものは当然あると思うが、ただではなかなか収集もできないので、例えば予算がつくかどうかで集め方が違ってくる。具体的に何かあるのか。

(事務局)

方向性として何かこういった役割を担当してくれるところに予算なり補助なりするというのはあるが、まだしっかり固まり切っていないところである。

(委員)

少し出るだけでも大分違うと思う。ACSレジストリと、急性大動脈疾患、解離とかのレジストリも倫理審査が通っているところだが、やっぱりそこに対しても、ある程度そういうのがないとなかなかデータを取っていけない。ロジックモデルはこういう目標があって、それに対して、実際に何をやるかっていうことが分かりにくいものがある。

(事務局)

ロジックモデルは、数値を決めて、とにかく一步一步達成していけば、結果がよくなるというモデルでもあるという考え方も主張されている。そこを循環器病対策とし

て、部会間でいろいろ相談しながらある程度同じ方向性にしていかないといけないので、調整は引き続き必要になる。

（委員）

鳥取県ではこれだけのデータが出て、心疾患に関してもそれなりに進めるということか。

（事務局）

具体的に全部やるという書き方ではないと伺っている。どう動かしていくかまでは、まだという印象である。

（事務局）

医療計画の中で、指標のデータが国から提供されるので、鳥取県のロジックモデルに関する項目は、恐らくその項目とほとんど重複していると思う。数値目標に何か置くというよりは、モニタリング指標として使いつつ、例えば、最後の目標値が悪いときに原因は何かというのを左側にたどっていく使い方を想定していると考えている。

（委員）

例えば発症から医者までの時間とか、そういう時間のデータはとらないのか。とるのは大変だと思うが。

（事務局）

行政として数値目標にする場合、それがあつて過去の数値も含めて測定できる必要がある。悉皆性とまで言わないが、まんべんなくとれている目標を決めていかなければならないところはある。

（事務局）

新しい目標で既存のデータで取れないならば、手間をかけて取っていくことも含めて政策判断としてはあるが、新しい手間をかけるということは人的・金銭的リソースがかかる。県として独自予算を確保するのは厳しく、また実際にそういうデータは全国的にとつたほうが絶対いいに決まっているので、そういうものを国に要望するのは考えられる。

（委員）

例えば door to baloon が 90 分以内というのはレセプトに反映されるので、そういうデータは出せると思う。こういう構造的なデータはどんなに数字を見ても予後がよくなるわけではないが、実際病院に来てから 2 時間後に P C I しても絶対よくなるないので、そのデータを取る必要があると思う。

(委員)

急性期のデータも大事だが、なかなかありそうでないのが長期予後のデータ。5年後どこまでみたいなのが、レセプトとかではなかなか反映されないので、しかるべき仕組みを考えないと、議論が止まってしまいそうな気がする。今日の議論を踏まえてまたいろいろ、修正していただきたい。

(事務局)

参考となる指標を提出できるように、厚労省は脳卒中学会、循環器学会の方に依頼しており、各学会で数値を具体的に提示する作業をしているので、ゼロから作るわけではない。そういったサポートはあるにしてもやはり、主体的に地域で出していく方向になる。