

平成30年度第1回高知県心血管医療体制検討会議

日時：平成30年12月3日（月） 18時30分～21時00分

場所：高知県立県民文化ホール 1階 第11会議室

出席者：川井委員（座長）、宇賀委員、江口委員、北岡委員、近藤委員、竹村委員、西田委員、西山委員、古野委員、細木委員、矢部委員

（座長）では、定刻になりましたので、平成30年度の第1回高知県心血管疾患医療体制検討会議を始めたいと思います。

宇賀先生が新しく来られていますね。よろしくをお願いします。

では、第6期高知県保健医療計画について、お願いします。

（事務局）失礼いたします。医療政策課、掘池でございます。本日、会に先立ちまして、医療政策課長よりご挨拶をさせていただきます。

（医療政策課課長）先生方、皆様、本日はお忙しいところ、また、夜分遅くご出席いただき、ありがとうございます。

本会議は、第1回の高知県心血管疾患医療体制検討会議となりまして、昨年度は、この会議をもちまして第7期の計画をとりまとめることができ、そして、最終、こちらのほうは、35年までの6年間となっております。

また、日頃より医療行政につきましては、様々な方面において先生方のご協力をたまわりまして厚く御礼申し上げます。

本日の検討会の内容ですが、終了しました第6期の計画の総括、及び、本年度から始まっております第7期の進捗状況の管理にあわせて、急性心筋梗塞治療センターの結果公表等について忌憚のないご意見をいただければと思っております。

本日は、どうぞよろしくお願い申し上げます。

（事務局）それでは、協議の内容にうつらせていただきます。資料でございますが、まず、協議事項1としまして、資料1-1、A3ホチキス留め、横のものをご準備いただければと思います。

こちらが、第6期からの評価調書でございます。皆様方、ご検討を進めるにあたり、いただきました評価調書の最後というかたちになっております。現状、課題、対策のところは、これまで議論の中にもありましたので、時間の都合上、割愛させていただきますが、一番右側の目標、平成29年度の方でございます。こちらにつきまして、少し、数値の最新への反映というのをさせていただきます。

上から申し上げさせていただきますと、虚血性心疾患の年齢調整死亡率、人口10万人あたりは、直近値の欄でございますが、平成27年が最新でございます。男性が36.1、女性が11.7ということで目標設定をクリアしております。

ひとつ下にいきまして、救護、救急搬送等の状態でございますが、発症から受診まで6時間以上の割合というのが、調査が行なわれておりませんので指標としての把握ができていない状態でございます。

ひとつ下にいきまして、一般市民により心肺機能停止が目撃された心原性の心肺停止症例の1ヶ月後の生存率、5年間平均でございますが、平成24年から28年の平均が最新にございまして、12.5%ということで目標の13%にはあと少しということではございますが、設定値を少し超えている状態でございます。

また、そのひとつ下の病院到着からバルーン拡張までの時間です。D to Bのタイムが90分以内の割合が8割以上という目標に対しまして、3病院というところで設定がされておりました。直近値としましては、昨年度の成績公表にもとづいて3病院にてD to B、90分以内の割合が8割をクリアしております。

最終の目標としては、全ての急性心筋梗塞治療センター機関で実施可能ということで、本日の最後に申し上げさせていただきますが、ほとんどの病院様が8割に、もうすぐ近づいているというような状況でございますので、第7期の計画において、こちらも把握を続けさせていただければと考えております。

なお、最後になりますが、再還流療法の実施率につきましては、こちら、88.1%ということで、治療の公表、成績公表の分から取らせていただいております。ただし、こちらがP C Iの数のみ調査をしておりますので、こちらに血栓溶解療法等を加えますと、再還流療法の実施率としては9割を超えるのではないかなと考えております。

では、次、資料1-2にうつらせていただきます。

資料1-2からは、第6期のそれぞれの計画について、29年度中の実行や評価、改善という内容について記載させていただいております。こちらが、それぞれ担当課がございしますので、担当課より直接ご説明をさせていただければと考えております。

まず、発症予防の1番から7番が健康長寿政策課、中島保健推進監よりご説明させていただきます。

(健康長寿政策課)委員の皆様方、日頃は大変お世話になっております。健康長寿政策課、中島と申します。私は、県の健康増進計画であります、よさこい健康プラン21の推進室長をしております。今日はよろしく願いいたします。座らせていただきます。

それでは、お手元の資料1-2、発症の予防というところで、計画と評価の項目を主に説明させていただきます。

1、たばこ対策のところでございますけれども、禁煙支援につきましてはeラーニングを実施してございまして、それを健康づくり支援薬局等の方々に周知をして、多く参加していただくという計画と、もう1点が、受動喫煙防止の取り組みとしまして、店舗等の「ノンスモーカー応援施設」及び、飲食店の「空気もおいしい！」認定事業ということを周知を行なうという計画がございました。

その結果、評価のほうに書いておりますけれども、eラーニングにつきましては、医

師・薬剤師等92名の方に受講していただいてスキルアップが図れました。また、「ノンスマートフォン応援施設」は、昨年度、9施設増加、307施設。また、「空気もおいしい認定店」につきましては、28施設、210施設まで増加したというところでございます。今年度につきましても、eラーニングの受講率を上げるということを継続してやっております。

続きまして、2つ目、血压対策でございますけれども、健康づくり支援薬局等において、家庭血压測定と、はかったあとの記録について指導を継続して行なうということと、県では健康パスポート事業を実施しております。それを県民運動として発展させるということで、ヘルシー・高知家・プロジェクトを展開しております。その啓発を強化するという計画をたてておりました。

その結果、評価のほうでございますけれども、健康づくり支援薬局研修会を県下6会場で開催し、薬剤師の方々に家庭血压測定と記録の指導について周知を図り、ご協力をいただきました。

また、減塩プロジェクトということで、スーパーマーケット等に参加いただいているんですけども、そちらのほうで減塩の啓発とか減塩食品、減塩のお醤油とか、いろんな商品がございますので、そういったものを紹介いただくということで、ご協力をいただいております。

また、職場の健康づくり応援研修会ということで、協会けんぽと一緒に研修会を開催しておりますが、事業所の健康管理責任者を中心に300名の方に受講していただいて高血压対策等にもご理解をいただきたいということになっております。

なお、今後としましては、無関心層に対して積極的に継続して行なう必要があると考えているところです。

続きまして、3つ目です。これは、特定検診等の受診率を上げるために健康づくり団体の方が活動を行なうというところに、県が市町村に補助金を出しているというものです。それにつきましては、13市町村が活用されました。

続きまして、4つ目の行になります。健康パスポート等を通じた県民運動、ヘルシー・高知家・プロジェクトですけれども、そのマスコミを通じた啓発活動としまして、特定検診の受診率向上及び血压やタバコ対策等の生活習慣の改善を目指したテレビCMを昨年度200本放送いたしました。健康に無関心層に対しての積極的な広報につながったと考えておるところです。

続きまして、5つ目はとばさせていただきます。6項目め、そういったCMとは別に「健康づくり一口メモ」ということで、100文字程度の啓発文をテレビ放送として流しております。それを5回放送しましたがけれども、本年度、数字を大きく上げていることとなります。

続きまして、7行目、医療機関や薬局に指導教材を活用した指導の協力依頼ということで、特に高血压対策ということでご協力いただいております。評価のほうに入りますけれども、そこに2つ目の「・」になりますけれども、医療機関421施設、及び、調剤薬局、

保健薬局399施設に高血圧指導教材の活用を依頼して、ポスターとか血圧130アンダーとか、そういったシールを貼っていただくようなことで啓発をお願いしております。

以上、簡単ですけれども、発症予防という取り組みについてご報告をさせていただきました。

(事務局) 続きまして、項目8番以降になりますが、8番と9番につきましては、医療政策課、救急担当の所管ではございますが、本日、代読をさせていただきます。

8番は、病院前救護体制と救急搬送体制の整備ということで、ラジオやポスターでの広報を実施させていただいております。500枚、昨年度作成をし、心筋梗塞等が強く疑われる際の早期受診といったあたりをポスターに加えさせていただいたり、ラジオでの広報の際にあわせて周知させていただくということを実施させていただいております。

また、9番としましては、各医療機関様が実施されている研修について県が情報を集約して、それを皆様にご周知させていただく、そういったことをしております。29年度、ICLSでは、救命救急センター3病院様で開催がされております。数回開催されているということでございます。また、県内の消防本部、及び、救急医療機関へ研修情報を提供させていただいているところでございます。

次に10番、11番でございます。急性期の医療体制としましては、センターそれぞれの、ちょっと最初にもふれさせていただきましたが、急性心筋梗塞治療センターでの成績公表といったものを昨年度、皆様方にご協力いただきまして、過去4～5年分についてまとめさせていただき、去年の3月に公開させていただいております。

11番としまして、急性心筋梗塞治療センターを講師とした症例検討会や講演会等が開催をされているというふうに情報を収集しておりますので、こういった活動というのが継続するよう、何時においても継続したアプローチをしていくべきというふうになっているところでございます。

こちらが、資料1-2で、以上でございます。こちらは、29年度の取り組みについて報告をさせていただきました。

このまま続きまして、ひとつおめくりいただきまして、資料1-3に移らせていただきます。

資料1-3は、第6期の保健医療計画の際に、医療体制を検討するにあたっての現状把握のための指標ということで整理がなされておりました。こちらにつきまして、現時点において、最新値、反映させていただけるものについて反映しておりますので、その部分について述べさせていただきます。

1つ目としましては、上から1つ目、ストラクチャー指標、禁煙外来を行なっている医療機関の中で、ニコチン依存管理料届出が出ているところが、県計で106ということでございますので、約100名の同程度で推移をしているところでございます。

2つ下がりまして、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率です。こちらが平成26年度のものが最新値でございます。254.3ということで平成20年度に比べて増加をし

ております。同様に、脂質異常症患者、糖尿病患者についても同様の傾向が認められております。

喫煙に関しましては、平成28年度の数値でございますが、男性32.1%、女性が8.7%ということで、概ね全国平均というところで推移をしております。

年齢調整死亡率につきましては、平成27年度が最新でございます。男性が36.1、女性が11.7ということで全国平均を下回る結果になっております。

急性心筋梗塞については、男性が29.9、女性が9.8ということで、こちらについては、22年度に比べて減少はしておりますが、全国よりも高いといった状況が継続しております。

続きまして、救護にうつらせていただきます。救護の中、上から2つ目、高知県内AED設置件数でございます。先月、30年度11月現在で、県計で3337件設置されておりますので、約2年間で300件ほど増加している状況でございます。

そのひとつ下でございますが、救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間は、平成28年度、39.9分ということで、全国平均並みというところで推移をしております。また、救急要請から救急車が到着した平均時間については、同28年度、8.8分。心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち一般市民により除細動が実施された件数については、28年度は8件ということで推移しております。

こちら、除細動の「除」の漢字が誤字になっております。失礼いたしました。

その下ですが、一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心肺機能停止症例の1ヶ月後の生存率、社会復帰率でございますが、生存率は平成28年度12.9%、社会復帰率につきましては8.0%ということで、全国平均を上回っている状態で平成28年度は推移しております。

もう1枚、おめくりいただきまして、指標の2枚目にうつらせていただきます。

こちらが、急性期についての医療資源でございますが、一番上から循環器内科医師数ですね。循環器の専門医の先生方の数でございますが、29年10月が最新でございます。県全体で84人ということで、28年10月から比べて4人減という状況になっております。

心臓血管外科の専門医の数でございます。そのひとつ下でございますが、14人で推移しております。循環器科内科医師数については90名ということで、4名の増を認めております。また、心臓血管外科医師数については、28年度が24名ということで、こちら、3名の減ではありますが、過去の状況を見ますと平均的に推移しているところでございます。

救命救急センターを有する病院数は3病院様ということでございます。

2つ下がりまして、大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数、こちらは、厚生支局への届け出でございますが、平成30年10月時点において14病院様となっております。

ひとつ下がりました、心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数。こちらも届け出ではございますが、平成30年10月時点で12医療機関ということになっておりますので、1医療機関増を認めております。また、心臓リハビリテーション指導医指数につきましても、30年10月時点で不明もございますが、27ということで平均的に推移してございます。

以降、その下につきましては、急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術手術の件数であるとか、心臓血管外科の術であるとか、こちらにつきましては、昨年度の医療計画策定時において報告をさせていただいていた内容でございますので割愛させていただきます。

以上で、資料1-3が終了いたしましたので、こちらで議題1にございました第6期高知県保健医療計画についてというところで事務局より報告を終わらせていただきます。

(座長) はい。膨大なご報告だったんですけど、何かご意見、コメントいただけますでしょうか。

特にありませんでしょうか。

意見は無いようです。報告事項ですので、こうであったということですよ。

循環器の医者が減っているというのは、ちょっとどうかな、という気がしますけどね。

そうしたら、特にご意見も無いようですので、第7期高知県保健医療計画について、お願いします。

(事務局) 続きまして、第7期の保健医療計画について説明させていただきます。

資料は2-1とホチキスで、そのまま留められておりますが、資料2-2の2枚を用いてご説明させていただきます。

こちらの評価調書につきましては、構想自体は第6期の時と同じものになっております。それぞれ、現状、課題、対策や、そのあとの目標ですね。目標の項目、目標設定時の数値、直近値、目標値ということで記載させていただいております。皆さんにご考察いただきました第7期の高知県保健医療計画より抜粋し、こちらに記載をさせていただいております。

現状につきまして概略を申し上げますと、予防の状況についての数値であるとか、患者の状況、また、急性心筋梗塞患者の受療動向について。急性期の医療提供の状況、回復期から慢性期の状況といったかたちで6つの範囲において分かれています。

課題につきましては、その6つの現状を発症前、救護搬送体制、急性期の医療提供体制、回復期～慢性期の医療提供体制ということで4つに整理をさせていただいている状況でございます。

こちらの課題のところではございますが、発症前としましては、危険因子についての啓発と特定検診等による把握、生活習慣改善を通じた発症リスクの低減の部分でございますとか、保健指導、医療機関受診につながる保健指導の徹底、受診勧奨取組のところ。また、急性心筋梗塞のハイリスク者の認識であるとか、非典型症状の理解が発症から受診までの時間を左右するというところが課題としてあげられております。

救護搬送体制につきましては、急性心筋梗塞治療センター、アクセス性に課題があると

ころもありますが、あき総合病院様の対応で県下的に改善の方向に向かっております。

急性期の医療提供体制としましては、D t o Bが改善傾向ではありますが、発症から病院到着までの時間の平均というのが、あまり改善が認められていない状況ではございます。また、当時は、あき総合病院様が治療成績の対象となっていないというところが課題でございました。こちらについては、今年度よりご協力いただきまして、治療成績を提出していただいております。また、学会等で心臓血管外科医、麻酔科医が不在の時に急性大動脈解離の緊急手術に対応できない場合があるので、それが課題であるというふうにあげられております。

回復期から慢性期の医療提供体制につきましては、慢性心不全増悪による現状把握であるとか、地域で心不全に対応できる体制、心臓リハの実施施設が少ないこと。緩和ケアが入ってまいりましたので、医療職間でのコンセンサスがとれていないのではないかとといったあたりが課題としてあがっております。

こちらについての対策につきましては、発症前については、予後の対策ということで、心血管疾患を未然に防ぐために、啓発でありますとか、インセンティブ事業、また、健診や研修、講演会、そういったあたりが行なわれる対策としてあげられております。

救護搬送体制につきましては、消防と各医療機関の連携体制の構築であるとか、12誘導の心電図伝送導入を検討すること。また、心肺蘇生法を行なえるための講習受講のうながしであるとか、県民への啓発。また研修の推進、こういったあたりは第6期から引き継いでおるところではありますが、記載をさせていただいております。

急性期の医療提供体制では、来院から治療まで時間をどのように短くしていくのかというあたり。また、治療センターの成績公表というのは、継続をさせていただくというところがございます。急性心筋梗塞治療センターの要件を満たしていない場合でも地域のニーズが高い場合は対象とし、現状把握、今後の連携体制の構築を検討させていただきます。また、心臓血管外科医・麻酔科医不在時に大動脈解離の手術に対応できる施策を検討するとなっております。

回復期から慢性期の医療提供体制につきましては、心不全増悪による再入院率等の現状把握ということで、県であるとか高知大学様で行なわれておりますレジストリ研究などのそういったあたりの情報を収集するとなっております。また、心不全患者等の対応についての体制整備であるとか、専門職のリハを含めた専門職の関わり方、実態把握ということが、対策としてあげられております。

それらの4つの対策につきまして、項目がそれぞれ列挙されております。

その項目につきまして目標設定時ですので、29年度で把握できている数値というのが、目標設定時というところに記載させていただいております。直近値につきましては、まだ最新の数値が反映されていない項目が非常に多い状況でございますので、来年度の本検討会議において直近値の欄を最新数値に反映させていただきまして、また、年度毎の進捗管理というのを実施させていただければと考えております。また、平成35年度における目

標値といったあたりは、一番右の欄に書かせていただいております。

こちらは評価調書でございますので、1枚おめくりいただければと思います。

(座長) これ、ひとつひとついなくて大丈夫です。もう。

(事務局) このあたりで。

(座長) まず、資料2-1について。あんまりいっぱいちゃうと、わからなくなっちゃうので。

何か、計画はこういうことなんですということなんですけども、何か意見ありますか？

あき病院が、結局、要件云々かんぬんということで満たしていないと言われていたのが、いわゆるICUの設置ということなんですけども、お話をうかがっていると、HCUだけどICUのような使い方をされているということですね、現実的には。

(古野委員) いや、まだHCU、整備できてないんです。

(座長) けど、心筋梗塞の患者さんをみると、多分、20何人か、年間でみているので、現実的に、もう準とか何とかじゃなくて心筋梗塞治療センターとしてやっていただければいいんじゃないかなと思いますけど、皆さん、ご意見いかがですか。

あまり外形基準ばかり言ってもしょうがないので、実際、あきが頑張ってくれていて、やはり、アクセスとか、いろんな東のほうの患者さんにとってはメリットが大きいと思います。

じゃあ、皆さん、それによろしいということ。

よろしくお願いします。

(古野委員) ありがとうございます。

(座長) 僕が気になっていたのは、そこなんですけども。あと、何かご意見。

(北岡委員) 心不全の再入院率。時間、いいですかね。今日、久保が来ているので、1年間の率の結果をちょっと。

(座長) では、久保先生のほうから、せっかくなので。

(久保委員) 高知大学循環器内科、講師の久保と申します。

先ほど、第7期の医療計画のところで慢性心不全患者さんの再入院等の現状把握というところの内容があったかと思います。現在、高知大学の北岡教授のもとで幾つかの施設にご参加いただきまして、非代償性心不全、急性心不全の入院患者さんの登録研究というのを行っております。その中間報告で、まだ一部のデータなんですけども、心不全再入院率がどれくらいかというデータがありますので、それを持ってまいりました。

配布しました資料を見ていただきますと、皆さん、ご存知のように、現在、心不全の患者さんがどんどん増えておりまして、日本中で100万人を超えて存在しているだろうと言われます。

11月だったか、10月だったかと思いますが、新規の心不全入院患者さんが日本国内で毎年1万人ずつ増えていくという、そういうデータもありまして、実際、何が起こるかと言いますと、心不全の急性悪化でかかる費用、医療コストが大体120万円という

算出もありますので、これくらいの金額が心不全に毎年増加していくということになります。

そういった背景もありまして、多施設で高知県の心不全患者さんの登録のレジストリ研究というのを行なっております。高知大学以外に、近森病院、幡多けんみん病院、日赤、須崎くろしお病院、高知県立あき総合病院と6つの施設でレジストリ研究を行なっています。

めくっていただきますと、一応、名前をつけまして、高知よさこいスタディという名前で登録研究を行なって、現在、近森病院さんが患者さんも一番多くて、登録の事業にかなり労力を割いていただいているという状況であります。

結果から言いますと、現時点で603名の患者さんが入院してきています。この中には、認知症があまりにもひどいとか、同意書をとれない方は、基本、連続の心不全入院患者さんを登録しようとはしているんですけども、どうしても同意書が得られない方については、登録できておりませんので、本来なら、もう少し数値としては多いということです。

603名の患者さんの年齢分布を見ていただきますと、平均年齢が79歳ですが、80歳以上の方が全体の5割ぐらい、5割以上を占めているという状況になっています。男性が約半数の入院と。こういう現時点での登録では603名の入院患者さんということになります。

次、めくっていただきますと、8月までの登録患者さんで半年間の予後がきちんと終えた方という方が294名おられます。この294名には、死亡退院した方は含まれておりません。294名の中で半年以内に亡くなった方が9.4%、29例で9.4%。心臓死であったと、死亡原因が最終的には心臓死であった方が16例、5.4%というかたちでありました。

再入院率なんですけども、心不全増悪による再入院が86例、半年間で29%入院してきているということで、一生懸命、心不全治療で入院患者さんに治療しても、半年で約3割の方が再度、心不全が悪くなって入院すると。高知県の数値がわからないんですけども、1回の、また入院で、全国平均では120万かかっているという報告なんですけども、これが繰り返し行なわれるということが、やはり大きな問題ではないかなと思います。

死亡、そして心不全入院をあわせると、半年で34.4%。心臓死、または心不全増悪の入院を入れると、考えると31%ということで、半年以内に3割以上の方が不幸な転帰をたどることが今回の調査ではわかっております。

まだ中間報告ですので、一応1000名規模の登録研究にして、最終的には2年間ぐらいのフォロワー期間で、予後、その間に心不全の再入院がどれくらいあるかというのをみていく予定にしています。

現時点での、どんな患者さんが再入院ないし心不全、死亡ないし心不全の再入院をされるかというものを少し見てみたんですけども、現在、フレイルがよく言われるんですけども、身体的なフレイル、CHS基準と書いていますが、この項目を満たしたものでフレイルの

一歩手前、プレフレイルか正常かということで見させていただきますと、正常の方はイベントがないんですけども、プレフレイルの状態結構な頻度でイベントを起こしているということがわかります。

なので、患者さんへの介入、リハビリがかなり重要になると思うんですけども、プレフレイルの段階から結構、介入しないと、なかなか予後はよくなるのかなという印象があります。

それと、高齢者が多いですので、社会的フレイルというところも少し見てみました。社会的フレイルの定義、それから、何を指標にするかというのは、まだ確立したものはないんですけども、一応、現場で使われています基本チェックリストですね。この基本チェックリストの質問項目の4番、5番の17番、3つが社会的フレイルにあてはまるような内容ですので、それと、独居であるかどうか。そして、食事が、孤食があるかどうかという、こういった要素を加えて、独自にこれが2項目以上あると、社会的なフレイルがあるというふうに一応、定義付けをしてデータを見てみました。

そうしますと、社会的フレイルのある人、それから、プレフレイルの人、順番に予後が悪くなるということになりますので、高齢者の心不全患者さんをみるときは、何かしら、こういった社会的な問題に対する対応というものも考えていくと、ひよっとすると予後が変わる可能性があるのかなというふうに思います。

今後の取組案として、今、心不全をやっている現場としては、どんなことを考えているかと言いますと、高知県で心不全のことを話し合う、事実臨床の話し合いをする場がありませんので、高知心不全連携の会のようなものがあってもいいのかなと思いますし、病診連携や実際に在宅でみられる患者さんも、どんどん増えてまいりますので、そういった方々との勉強会。また、ここにお集まりの先生方が、やはり、中心になって急性期の心不全治療をされるわけですけども、同じような心不全マネジメント、そして、指導の統一というものも、まだまだ急性心筋梗塞のようにクリアカットに決まったものがないので、そういった話し合いも必要なのかなというふうに考えます。

心不全、患者さんには、心不全手帳というものを最近配るんですけども、これもなかなか手に入り難い状況になっていまして、できれば高知県版の心不全手帳なんかがあれば、病院で入院して、そのあと診療所のかかりつけの先生に戻ったときにも、シームレスで情報が渡るのかなということも考えると、こういうのが必要だという意見も現場ではあがっております。

あと、市民への啓蒙活動としましては、日本心不全学会から依頼がありまして、北岡教授企画のもとで今年の3月に市民公開講座を一度開催すると、そういった活動をしております。ありがとうございました。

(座長) はい、ありがとうございました。

せっかく色々まとめていただきましたので、ご質問、いかがですか。

(事務局) すみません。ちょっと社会的フレイルというところなんですけど、これ、4番

で、家族や友人の相談にのっている方なんですけど、Do you turn to your family or friends for advice とあるんですけど、これ、どっちですかね。これ、英語を見ると、これは家族に、そこをまず、相談にのってもらっているという英語なんですけど、日本語は、のっているか、なんですけど、英語は、のってもらっている、これ、どっちなのでしょう。

(久保委員) すみません。細かく見ていなかったんですけども。

のっているか、が、フレイルがないほうになります。なので、そういう相談にのっていないということがフレイルのひとつの要因ということにしています。ちょっと英語と日本語の部分が合っていないかもしれませんが。

(医療政策課) 日本語が正しいということ。

(久保委員) そうです。

(座長) はい。あとはいかがですか。

これ、最後の提案がすごく実は重要じゃないかと思うんですけども、県として、こういうことを事業としてやっていくというような、そういうお考えはありますか。

(事務局)

先生がおっしゃったように、確かに、シームレスなインターベーションメディカルツイートメントという話になりますと、過去の記録があったほうというのは、当然、遅滞ない受け入れですとか医療の質の向上につながるというのはもっともだと思っております。今、県でも色々手帳とかアプリとかをつくって、かなりものが多くなっているような状況になっていて、高齢者の方々のみならず、介護をしている方々が、ちょっとこれだけあると、みたいなかたちで、結構負担にもなっているところがあるんです。

今、考えているのは、ICTのものをつくって、各病院ですとか大きな病院をICTでつなぐことによって、例えば、在宅にいた人が、大学ですとか、そういったところに入院した際には、過去の記録、1年間分の記録というのが、例えば、エコー、心エコーですとか、画像になるんですけど、静止画とか、当然、MRI、CT等といったような、そういった画像を見られるようなシステムを作っております、それがあれば、多分、手帳を忘れたときですとか、手帳がなくても、医療機関の循環内科の先生がカチッとクリックすれば、これまでの記録が見られるというものがありますので、そういったものをつくった場合には是非、こちらからお願いしたいのは、先生方も周りの医療機関の方々に声をかけていただいて、入っていただくようにすれば、シームレスなシステムができるのではないかなというふうに考えております。

ちょっと運営料も高いんですけど、是非、ご協力をお願いします。

(座長) それは、どこからのニーズがあるんですか。今、県がそういうことをやっているという。

(医療政策課) むしろ、主体が県というよりは、ICT協議会といいまして、当然、県ではなく、県もそうなんですけど、医師会、また、県内の中核的な医療機関10病院以上の方々が参加して、作ってほしいというものをもって、意思をもってして立ち上がっている

るものであります。

(座長) データの共有ということですよ。

(医療政策課) もちろん、そうです。

(座長) そういうことですよ。

多分、この心不全手帳とか等の意味は、患者さんと、患者さんの啓発というか、心不全って自分で管理することがすごく大きいんですよ。それを医療者とやりとりしながら、ということと、あとは、医療者皆が共通の認識をもって心不全の診療に取り組んでいくというようなところに、例えば心不全手帳の意義は、多分、あるんだろうと思うんですよ。データを見るということだけではなくて。

こういう取り組みって、例えば、倉敷とか、いろんなところで取り組まれていて、わりと良い方法なんじゃないかなというふうに個人的には思いますけど。

(北岡委員) いいですか。

(座長) はい、どうぞ。

(男) 宮野がやっているやつだと思うんですけど。ICTに関して。

心不全は、今、言った、記録があればいいというものじゃなくて、患者が参加しないと、患者の理解度って非常に大事なので、いわゆるケアマネさんから、いろんなデータをもらうとかいうことだけではなく、川井先生がおっしゃったように心不全手帳というのは、患者側の自発的な参加というのが非常に大事だと思いますので、ちょっと意味合いが違うと思います。

(宇賀委員) いいですか。

(座長) はい。

(宇賀委員) 専門医というか、今度は開業医のほうからの意見になるんですが、最近、手帳が非常に多いんです。認知症の手帳からはじまって、それこそバッグひとつではおさまらないくらいの量の手帳なんですよ、数が。お薬手帳、糖尿病手帳。心不全の手帳を作りましたが、たいていは認知症があると思わないといけません、その手帳の管理。それから、それを誰が記載するか。色々ありまして、最近、落としたら大変です、もう来年度は書かないとか、もう書くのも面倒くさいからということで、もう開業医のレベルでは、それを記載することが大変難しくなっています。あまりに、雑用と言ったらいけないですけど、書くことの時間が費やされるんです。もっとスリムに、手帳を、あまりに手帳がありすぎるので何とかならんかという、それが一番最前線の医療機関の考えです。

(座長) なるほど。ありがとうございます。

いろいろお考えは当然あってしかるべしだと思いますので。

あと、何かご意見、ありませんか。

久保先生、何か、せっかく提案していただいていたんですけど。

(久保委員) 心不全、大学で、多職種心不全チームで、今、活動しているんですけど、院内の入院している患者さんは皆でみるということが、わりとやりやすいんですけど、問題

は退院した後なんですね。退院した後の外来、うちに外来にかかる方は、心不全認定ナースが一応、対応したりということがあるんですけど、ほかの、もとのかかりつけの病院に戻っていただいたりとか、あるいは遠方で、なかなか調子が悪い時に、来ていいのかどうかすら判断ができないとかというところが、すごく問題になっているのかなと思いますので。

(座長) はい。

データでお示しいただきましたように、めちゃくちゃ予後が悪い疾患ですよ。再入院は多くて死亡率も高いということなので、別に糖尿病が軽症というわけじゃないですけども、重要な疾患群であることは間違いなくと思いますので、医療費も多くかかりますので、このあたり、県として、いろんなかたちで取り組んでいく必要が、多分、あるから、新しく心不全とかが入ったんですよ。今まで、心筋梗塞だけだったんですよ、病気として。

ということで、是非、例えば、手帳じゃなくても心不全連携の会をどうするかとか、ということも含めて皆で考えていかないといけない。特に高齢県である高知県として、とても重要なテーマじゃないかなと。救急病院で働いていて、私は特に思います。

先生、どうぞ。

(西山委員) そうですね。結局、こういった心不全の場合は、フレイルとの関係が出てくると思うんですね。一旦悪くなって治療すれば、またよくなるという。また悪くなってよくなるという。ただ、なかなか難しいのは、次、治療しても助からないかどうかというところの判断、非常に最後、難しくなってくるんですけど。

我々のところに来るのも、とにかく心不全で悪くなったから、高度医療をすれば、よくなるのではないだろうかということで送られてくるんですけども、しかし、その人の生活だとか、そういったものを見ていったら、これはちょっと、もう次は人工呼吸とか、それはなかなか無理じゃないかなというところがあるんですよ。

そういった患者教育というか、自分自身がそうになっている、あるいは、家族の方にもそういった患者教育をしていかなければいけないし、もっと言えば、地域のみている先生方、あるいは老健施設の方々に患者教育を、患者といたらこんな感じになっているんですというのを言っていかなきゃいけないんじゃないか。何でもかんでも、最後は挿管して人工呼吸かと思ったら、そうじゃないと思うんですよ。

そういったことが大切なんじゃないかなというのが、我々は救急病院で患者さん、送られてくる側としては、そういうふうに思います。患者教育は非常に大切じゃないかなと。

(座長) はい、ありがとうございました。緩和のことも入っていますし、いろんな切り口、ステージAからBですね。あらゆるステージの心不全の患者さんに対して対応していかなきゃいけないので、それぞれのステージでやることは違うかもしれないけど、やはり、これは県全体で考えていかないといけないなと思います。

あと、よろしいですか。

(座長) ありがとうございます。

では、よろしいですかね。次の資料２－２ですか。

(北岡委員) ちょっといいですか。

現状の一番下の数字。安芸、２．６日、中央２５．１日、高幡３０って、これ、何の数字ですか。気になるんですけど。平均在院日数じゃないです？

(西山委員) 一桁違うね、安芸が。何なんだろう。

(北岡委員) すぐにわからなかったら、また教えてください。

(座長) 極端に違うから、何か。何だろうね。

あ、わかるみたい。

(事務局) こちらが、虚血性心疾患における平均在院日数で、平成２６年の患者調査の結果として載せさせていただいている状況でございます。

医療計画上で、中央と高幡医療圏が長く、安芸、幡多医療圏が短くなっておりまして、それについての記載としては、中央医療圏の在院日数が長いのは、狭心症より平均在院日数が長い傾向にある急性心筋梗塞や重症症例、高齢者症例が集まりやすいためであると考えられるというふうに記載がなされております。

(北岡委員) はい、ありがとうございます。

(座長) どうぞ。

(男) ３番の学会等で心臓外科医、麻酔科医が不在時に急性大動脈解離の対応ができない場合の施策を検討と書いているんですけども、これは具体的にどういうお話なんですか。

(事務局) こちらが、去年の第６期の会のおきに出た内容で、学会日程の際に、皆さん、先生方皆さん、学会に参加されるということなので、皆、学会に出てしまうと対処できる人がいないと。その場合であれば、全県的に、特に他県に要請をするようなかたちで連携を組むべきじゃないかというようなご発言が、確か、昨年度の会に出ていたというふうに確認をしておりますので、こちらに今後の連携体制の構築というふうにするにさせていただきます。30年度については、この点について、まだ、体制について何か動いているというわけではございません。

(座長) 県としてコントロールできないですね。県としてコントロールできるわけじゃないですね、これはね。

(事務局) 県としてではないです。

(座長) ですね。県と書いているのはちょっとおかしいかもしれない。各病院で検討してくださいということですね。

なかなか難しいですね。心臓外科医の数もそんなに多いわけじゃないですね。

よろしいでしょうか。

では、資料２－２、お願いします。

(事務局) 資料をおめくりいただきまして、資料２－２にうつらせていただきます。こちらが、先ほどご説明させていただきました第７期の計画の中身に対する今年度の取り組み

になっております。

それでは、また順番に各課よりご説明させていただきますので、まず、健康長寿政策課よりご説明させていただきます。

(健康長寿政策課) それでは、私のほうから、発症前・予防というところでお話しをさせていただきます。

医療計画上、ひと項目に、予防、心血管疾患を未然に防ぐというところで、3項目あがっております。1つ目が、生活習慣改善、2つ目が、特定検診等の受診率向上、3つ目が、心血管疾患の理解ということになりますので、2つ、生活習慣の改善と特定検診受診率の向上について今年度の計画を説明させていただきます。

まず、計画でございますけれども、生活習慣の改善につきましては、健康づくりひとロメモということで、30秒のテレビ広報を年間102回開催するというふうにしておりまして、Dの実行のところに書かせていただいておりますが、昨年末までに、栄養、運動、ストレス、喫煙対策等の放送をしております。

2つ目としまして、高血圧対策サポーター企業による高血圧の啓発ということで、スーパーマーケット等、認定企業を515事業所による高血圧予防の啓発ということで、減塩ですとか野菜を多くとろうというようなことを、啓発をご協力いただいているところです。

3つ目の減塩プロジェクトによる減塩等の啓発ということで、減塩プロジェクトによる啓発は先にも述べましたけれども、参加企業35社ということになりますので、減塩のポップ、それを商品棚のところに貼っていただいて、減塩商品の販売促進等にご協力いただいているところです。

あと、4つ目、高知家健康パスポート事業による健康づくりの県民運動ということで、健康パスポート事業は、平成28年度にスタートしておりますが、現在3万428名の方、現在もう少し増えていると思っておりますが、パスポートIということで、1つ目のパスポートをとっていただいております。これは20歳以上の県民の5%の方に取得していただいているということになっております。パスポートは、I、II、III、今年からマイスターということで4つの段階に順番にのぼっていくという仕組みにしております。この4月からパスポートIIIをスタートし、9月からはマイスターということで最上位ランクということで認定をしているところです。

また、9月から健康パスポートアプリということで、スマートフォンで血圧を、自分ではかった血圧値を記録できるとか、歩数計機能を活かして1日8000歩以上歩くと自動的にヘルシーポイントというか、それがつくとか、そういったようなことで身近な運動や身近な健康づくりからパスポートシールを取得できるという仕組みをとっております。アプリにつきましては、10月末のデータしかございませんけれども、2350の方にダウンロードをしていただいているという状況です。

2つ目の特定検診の受診率向上ですが、高知県は、全国よりも受診率が低いということで受診率向上対策を強化しているところです。まず、特定検診の対象となる40歳台前半

の方にしっかりと普及啓発をするということで、知事からの手紙風の手紙の啓発リーフレットを作りまして、市町村国保から約8000人近い方に配布をしているところです。あとは、市町村国保が入っている、農業の方とか多いですので、JAとか漁協と、商工会と連携した啓発を行なっているところです。

特定保健指導、健診を受けたのち、メタボリックシンドロームの可能性が高い方については特定保健指導というのを行なうんですけど、それにつきましては、マンパワー不足で特定保健指導率が高知県は低い状況になりますので、県の栄養士会が実施機関となれるように補助金を出しておりました。今年で3年目ということになりますが、本年度で、ほぼ自立ができるということで、補助金も今年で終わりというぐらいまで、しっかりと実施体制を継続していただいているところです。

あと、実施者の研修を行なったりもしているところです。あと、今年1月に高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムというのを策定いたしました。これは、高知県と高知県医師会、そして、県の事務局を担います糖尿病体制検討会の3者でつくったものでして、健診後の未治療で高血圧リスク等の高い方への保健指導、受診勧奨をしっかりと行なうということで市町村国保等と一緒にあって対策をとっているところです。

また、あわせて、今年度から、糖尿病等で、治療中で重症化リスクの高い方に対しては、かかりつけ医と連携をとりながら保健指導をしっかりと行なうという取り組みも始めているところです。

以上、簡単ですが、ご報告をさせていただきました。

(座長) ありがとうございます。

では、引き続き、どうぞ。

(事務局) ありがとうございます。

続きまして、3番の救急搬送体制からご説明させていただきます。救急搬送体制につきましても、医療政策課救急担当でございますが、代読させていただきます。

これについては啓発を行なっていくとともに、県が情報集約して数値周知を行なっていくというふうになっています。方法としましては、昨年度作成したポスターについての掲示というのを引き続き呼びかけて継続していただいているというふうにおうかがいしております。また、救急医療関係の研修情報を収集し、県内の消防本部、及び、救急医療機関へ研修情報を提供するというので、こちらも継続しております。

4番以降、急性期の医療提供体制でございますが、引き続き、急性心筋梗塞治療センターの実績収集、公表を6月から8月にかけて皆様方をお願いをさせていただきまして、無事全て情報を集めさせていただきましたので、最後にご報告させていただきます。

また、5番として、急性心筋梗塞治療センターに準じる病院ということで記載させていただいておりますが、今回において、あき総合病院様も急性心筋梗塞治療センターとしての取り扱いということで皆様方の合意をいただきましたので、今後そのように取り扱いさせていただきます。今後、そのように収集、公表をさせていただければと考えております。

す。

最後、心不全の実態把握の部分でございますが、現状は、四国厚生支局からの公開情報や関連学会、緩和ケア・循環器疾患施設の算定ですとか、研修施設の状況を把握している段階でございました。

本日、久保先生より大変貴重なデータのご提示をいただきまして、心不全増悪による入院ですね。こちらが29%ということですので、この3割という数字がとても印象的でもございましたし、最後の取り組みのところの案として連携の会であるとか、心不全手帳、啓蒙といったあたりで、このようにご記載いただいておりますので、今後、久保先生ともご相談を是非させていただきながら、共に進めさせていただければと考えております。

以上でございます。

(座長) ありがとうございます。

では、資料2-2について、ご意見、いかがでしょうか。

よろしいですか。心不全、半年で3割ですからね。1年だともっともっと多いですよ。

では、もう最後ですかね。資料3ですけど、これは見てもらったらいいと思います。

(事務局) そうです。

(座長) これ、Door to balloonの時間、すみません、近森病院、遅くて。

あと、これ、皆さん、データ出していただいたんですけども、これ、要らないんじゃない？とかあったら。次から活かしたいと思いますので、ご意見ありますか。

あとで僕のところにメールいただいてもいいですので。もし、何かご意見がありましたら。よろしくをお願いします。

では、その他ですか、次。何かありますか。どうぞ。

(北岡委員) 県にご質問ですけど、先ほどの資料で、この5年間で1割弱、循環器内科医が減っている原因等で、この急性心…体制ですかね、これが維持できていない危惧、あるいはできない場合の対策は考えていますか。

(事務局) 現状、この数値を把握したのが、ちょうど先月になりますので、まだ、その内容の検討の可否というところまでは至っていないのが現状のところでございます。

(男) 是非、いつまでもこれが維持できると思わないでほしいと思いますので、対策をよく考えてほしいと思います。

(事務局) はい。かしこまりました。

(座長) あと、いかがですか。

(男) 心不全で何回も入退院を繰り返していく間に、自分は延命治療は要らないと、そういう意思表示をされる患者さんはどのくらい、ほとんどないのでしょうか。

(座長) いや、おられますよ。パーセンテージは何とも言えないんですけども。多分、それって、けど、逆にご家族とか、周りの人達がどれだけ時間を割いて丁寧に説明して理解を得ているかによって全然変わってくるんじゃないかと思えますね。

あと、どこまでというのも、例えば、挿管はしなくていいとか、何とかまでは、いろん

なご希望もありますので。すごく、だから、説明と色々なことを決めるのに時間がかかるんです。お話があった手帳のこととかも含めて、周りの、例えば、普段みてくれている先生とか、本当に在宅の人達まで同じような認識をもって取り組んでいかないと、悪くなったら、すぐ救急病院という話にもなりますし、そういう意味で、かなり課題が起きるんじゃないかなというふうに思いますけど。

何か追加、ご意見ありますか？

(男) そうしますと、やはり、延命治療をしないで亡くなるという人も、最近、ある程度あるんですか。

(座長) 延命治療というより、ご家族がそれ以上は望まないという方が多いですかね。ご本人がいうのも、もちろんいますけどね。

どうぞ。

(男) うちで、ちょっと、そのあたりの…。

本来なら、心不全も悪性疾患というふうに認識すべきだと思いますので、本当は、ご自身が最後、どういう治療を受けたいのかというのを明確に決めていただきたいんですけども、残念ながら、いつが本当のターミナルに来るのが予測ができないので、なかなか癌のように自分自身の最終治療を決めるというところがいていないのが現状ではあると思います。

うちで過去10年間に、うちの病院で、心不全で亡くなった方の、本人がどれくらい、最終的に自分の治療を決めていたのかというカルテを後ろ向きに見てみると、1割しかいなかったんですね。なので、癌だと通常あり得ない数字で、最後は自分がこうしたいというのを決めるような時代だと思うんですけども、残念ながら、心不全はたった1割だけでした、ご自身がちゃんと決めていたのは。

おそらく、少しずつ、心不全は、そういう予後の悪い疾患なので、前もってアドバンス・ケア・プランニングという言い方を最近、癌でもよくやりますけど、循環器でも、そういうことを導入しないといけないしというのが、少しずつ広まってきて、おそらく、自分は今更、悪くなったらこうしてほしいというふうに、ご自身が言われる方が少しずつ増えてくるのかなと思います。

(座長) 1割は、サカモト先生、多いと思います。大学だから、やはり重症も多いし、ということだと思います。

「人生会議」というようになってほしいですね、ACPのことを。何が出ていました、ニュースで。

あと、よろしいですか。

(事務局) 医療政策課です。

いわゆるACPですね。人生会議につきましては、今、国のほうも厚労省も今、進めておられて、神戸大学が各地域において研修会を開いているというのがございます。

四国では毎年1ヶ所でやっております、昨年が香川。今年度は12月だったと思うん

ですけど、徳島で開かれる予定になっております。そこには、各医療機関、あと、老人の施設、そういったところの方が参加して、どうやってそういったものを広げていくかというものの研修を行なうということになっています。

なかなか、いわゆる終末期の医療に関しましては、県のほうが、こうなさいと言うにはそぐわないと思っておりますけど、そうしたものに関して考えて取り組んでいこうということは非常に大切だと思っておりますので、今年度は、県としては、人も出しておりますし、また、来年度は是非とも高知のほうで、その研修会を開けたらと思っておりますので、そちらに向けて、今、調整をしておるところです。そういったものが決まりましたら、また皆様にもご報告したいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

(座長) はい。よろしく願いします。

あとは、よろしいですか。

では、ちょっと1時間のところが少しオーバーしましたが、第1回ということで、第1回ですけど、次はないんですけどね。

(事務局) そうです、はい。

(座長) はい。じゃあ、また来年の第1回ということでよろしく願いします。お疲れ様でした。

(事務局) ありがとうございます。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲