

令和3年度高知県心血管疾患医療体制検討会議 議事要旨

- 1 日時: 令和3年10月28日(木) 18:30 ~ 20:10
- 2 方法: オンライン会議(県庁会場: 高知県庁本庁舎4階 健康政策部長室)
- 3 出席者: 14名

委員 10名

- 川井 和哉 委員 (近森病院 副院長兼循環器科主任部長)
- 川田 泰正 委員 (高知赤十字病院 第六内科副部長)
- 北岡 裕章 委員 (高知大学医学部 老年病・循環器内科学 教授)
- 齋坂 雄一 委員 (高知医療センター 救命救急センター長)
- 竹田 真人 委員 (高知市消防局救急課 課長補佐)
- 根岸 正敏 委員 (近森病院 救命救急センター長)
- 矢部 敏和 委員 (高知県立幡多けんみん病院 院長)
- 山下 幸一 委員 (高知赤十字病院 救命救急センター長兼麻酔科部長)
- 山田 光俊 委員 (高知県医師会 理事)
- 山本 克人 委員 (高知医療センター 副院長兼循環器病センター長)

事務局4名

4 会議の概要

(1) 協議事項

ア 令和2年度の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「心筋梗塞等の心血管疾患」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年度の取組について

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年度の心血管疾患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)の策定について

事務局より、資料4、5、6に基づき、高知県循環器病対策推進計画(仮称)の案について説明し、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年度の取組及び評価について

[委員] Door to Balloon の90分以内の割合が減っているというのは、新型コロナウイルス感染症の影響があるのか。病院によっては、コロナ陰性を確認していないと、カテーテル室に入れないという病院もあると聞く。

【座長】病状によっては、陰性を確認してから処置している。抗原検査の結果が出るまで待つと40分くらいかかる。

【座長】血管病調整看護師というのは、県もしくは国の資格か。

【事務局】国や学会の資格ではなく、県が、高知県立大学と協働し、病院の糖尿病診療に関わる看護師のスキルアップを図るため、高知県立大学の研修のカリキュラムを終了した者(研修期間は1年間)を「血管病調整看護師」と呼んでいる。資格制度でなく、県行政上の看護師の呼称ということで位置付けている。

【座長】承知した。血管病を扱うのが循環器だと思うが、知らなかった。

【事務局】高知県の行政上、糖尿病をはじめ、高血圧、心疾患、脳卒中と、動脈硬化由来の疾病等を「血管病」と名称をつけて施策を展開している。生活習慣病というがんが入ってくるため、がん対策と区分けをするため、「血管病」という名称で県民啓発をしている。

【座長】承知した。

【座長】心不全はこれから大事なテーマであるが、令和2年度の取り組みで意見はないか。

【委員】いろんなプロダクトは比較的良好のものができたと思っている。今後、心不全相談窓口の設置や、循環器病対策基本法とも関係するが、慢性期との医療体制の構築というのが次のステップだろうと思う。

【座長】継続が重要ではないか。

【委員】そうである。

【座長】窓口の設置等、病院側の負担になるので、県にはその辺りのことも考えてほしい。

【委員】保険上のプラスが何も無い状況であり、病院の負担とのバランスをどこまでとるかということを調整しなければいけない。

【委員】資料の4-3の12ページの図表41について、虚血性心疾患の退院患者平均在院日数が、高知県が28.9日で、全国が8.6日というのが出ている。この解釈について、「急性心筋梗塞治療センターに重症例が集まっているから入院が長くなっているんだろう」といった推察がされているが、これはどうか。

【座長】恐らく関係ないと思う。

【委員】虚血性心疾患という言葉がよくなくて、いろんな疾患が含まれていると思われるため、県の方と考えがずれているといけないと思う。

【座長】確かに、平成20年の7.2日から平成29年の28.9日というのはとても延びている。これはどういうデータなのか。

【事務局】「患者調査」という全国調査からグラフ化しているが、詳細の条件をこの場ですぐに出せない。データ解釈に関する文書については、第7期高知県保健医療計画から抜粋している。

【委員】承知した。資料1-2の3ページ目に医療圏別平均在院日数が載っているが、中央医療圏は31.9日、幡多医療圏は23.5日であるが、安芸医療圏は2.8日、高幡医療圏は8日となっている。これをまとめて28.9日という値が出てきているみたいなので、恐らく扱っている疾患が医療圏によって全然違って、それが「虚血性心疾患」とまとめられているため、データの範疇の病気が違うのではないかと思う。その解釈が先ほどのような「重症例が集まっている」といった記載がされているのは、恐らく間違っていると思う。

【事務局】保健医療計画はこの内容で記載しているが、循環器病対策推進計画については委員の意見を参考にデータを見直す。

令和3年度の取組について

【委員】高知家健康パスポートアプリについて、幡多地域で市民公開講座を年に6回やっており、その際に健康パスポートのシールを渡している。その場でアプリの入れ方を教えると、参加者がアプリを取得しそうだが、どうか。

【事務局】とても良いアイデアであり、実行していきたい。今回はアプリをダウンロードしていただくと、二次元コードでポイントがアプリ上に貯まるということで、シールの配布はしない仕組みにしているため、ぜひ参加の方にご案内いただければありがたい。

【座長】幡多が頑張っている。高知市内はやっているのか。これは幡多けんみん病院の取り組みか。

【委員】そうである。もともとはがん診療連携拠点病院として、がんの市民公開講座でスタートしたが、現在はがんの特化せずに生活習慣病についても実施している。また、市町村とも協力して実施している。

【座長】良い取り組みである。高知市でも実施できれば良い。

【事務局】今年、心筋梗塞等の初期症状を周知するための市民公開講座を実施予定としていたが、コロナ禍で大勢の人に集まっていた企画は実施が難しいかもしれない。今年は別の方法で啓発することとしている。

【座長】医師会に協力してもらえば、ある程度人が集まるかもしれない。

高知県循環器病対策推進計画(仮称)の策定について

【委員】もともと保健医療計画の各部会がロジックモデルを作っており、今回の計画は令和5年度までで計画期間が終わりということで、既存の計画等と整合性をとって作るということになった。新しいことがたくさん盛り込めるとは思わないが、できる範囲のことをしたい。

【座長】人材育成について、重要なことだと思うが、なにか提案はあるか。

【委員】具体的な案はないが、研究等について、特に心筋梗塞に関して何とかデータ収集できるよう、DPCやレセプト等を利用し、高知県の実態がもう少し分かって組み込めればよいと考えている。

【座長】高知県は心筋梗塞の死亡率が高いと言われ続けているが、何を目標に、何をしたらそれが良くなるのかが見えてこない現状があるため、データが必要である。

【委員】急性心不全も高知県でデータを集めて数字の目標もある程度でき、実態も見えてきたため、同じように高知県の共通認識ができるようなデータを出せたら良いと考えている。

【座長】そういうことに関しては大学が最も詳しく、実行力もあるため、県と協力してどんどんアイデアを出していただきたい。

【座長】小児科との連携に関して、現状はどうなっているか。

【委員】小児科から何人か移行させているが、まだ体制としては難しい。何とかしようとしているが、それこそ人材が足りない。

【委員】小児科は特に岡山大学等と連携が深いため、患者は結構いる。その患者が、20歳も過ぎてきており、だんだん循環器に移行してくる。しかし、綺麗に連携ができていないような気がする。

【座長】具体的には小児科の先生から、おとなの循環器の先生に紹介になるのか。

【委員】そうである。循環器内科で診てもらえないかということで紹介になるが、オペ後等の患者も多く、かなり病態が難しい場合があって、苦慮することがある。

【座長】高知県に小児循環器の医師は多くないため、そういう先生方に意見を聞いたら、県にも情報が入るのではないかと。

【事務局】承知した。

【座長】病院前救護体制の12誘導心電図伝送について、意見はあるか。

【委員】救急の方では、12誘導心電図は取れば取って欲しいということは、常に救急隊との個々のやりとりの中では話をしており、これがもし徹底できるのであれば非常に有効性は高いと思う。また、救命士と情報共有も行っており、我々としてどんどんやって欲しいということを伝えていいのであれば、やっていきたい。

【座長】実際12誘導心電図の伝送は実施されているか。

【委員】依頼したら伝送してくれる消防はある。恐らく高知市内である。

【委員】消防によっては、積極的に「12誘導送ります」と言ってくれるので、あとはこちらから必要があったら送って欲しいと言うことはある。

【委員】タブレットで静止画を送ってくるところがあるが、静止画だとぶれたりして見にくい、動画で送ってもらうと12誘導で病状についてわかることがあるし、ドクターヘリやドクターカーでも有用になっている。

【委員】12誘導心電図を図るモニター等は全救急車に積んでいるが、ただ現場が病院からすぐ近くである場合に送るべきなのか、それとも先生から依頼があってから送るべきなのかということ、救急搬送件数が増加しているとともに、現場滞在時間も長くなっているというところで、「現場滞在時間を短くする」というところと、「心電図を送る」というところが、すこし反する部分も出てくると感じる。

【座長】要するに、システムとしては、今ほとんどの救急隊は送れるようなシステムが構築されているということか。

【委員】高知市に限って言うと、12誘導心電図は11台の救急車すべてで取れるように機械を入れている。

【座長】承知した。恐らく高知市より郡部の方が有用と思われる。市内だとすぐに搬送する方が良いかもしれない。

【座長】取り組みとして具体的に、県民公開講座の開催、SNSの活用ということがあるが、これはもう計画されているのか。

【事務局】SNSは積極的に活用したいと思っているが、高知県では、啓発に使っても実際は見ただけなかつたということがあるため、情報発信をする人、Twitterのフォロワーが多い等いろんなところを活用しないと、YouTubeだけでは難しい現状がある。県のYouTubeはコメントを書き込めないような設定でしかあげられず、広がっていくことがなかなかできないのは、県のSNS利用として課題がある。

【座長】「高知家」みたいなことをやればいいのか。

【事務局】高知家健康チャレンジ等を行っているが、なかなか広がりをもってできず、コメントを書き込んでもらえないのは課題である。

【座長】承知した。あまりコストもかからないことでやられた良いと思う。

【委員】先ほどからSNSの話がでていますが、我々委員が知らないようなシステムを県民の皆知っているかと言ったら、今はまだ循環病や脳血管障害に罹患する人はSNSとほど遠い人ばかりである。ワクチンの予約に関しても問題があったと思うが、SNSといっても全然広がらない。先ほど、高知家健康パスポートでもうシェアがなくなってアプリになった、ポイントがつくと言っても、ポイントが実際に使われるのかどうかも知らないため、集まるわけがない。それを具体的に、テレビ等でわかりやすくメリットを訴えないと、広がっていかない

と思う。

【事務局】承知した。

【座長】いろんなアピールの仕方があると思うため、SNSも高齢者でも一部の人は使っているの、活用して意味がないわけではない。

【事務局】スマホ保有率が7割ということが国のデータである。これから先、だんだんスマホに切り換えが進んでいくものと思っており、今から準備をしていきたい。

【座長】データ集約体制について、このあたりは具体的に動かないと進まないため、ぜひ大学と相談しながら、私も協力するため、できることから始めていただきたい。

【座長】大動脈解離に関しては、ずっと言われている緊急手術と24時間対応のことであるが、現実的には「心臓外科医がないので手術できません」という連絡は、救命センターには入っていると思う。

【委員】救急医と循環器で把握している。当施設で手術できない場合は、現在対応できる病院が4か所と限られているため、個々の情報網で電話連絡しながらお願いし合っているのが現状だと思う。県を超えた広域搬送が実際に行われた事例、県内で対応ができなかった事例の実数はどのぐらいなのかを知りたい。

【委員】急性期の大動脈解離で県外に搬送した例は、1例ぐらいあったかどうかぐらいしか覚えておらず、そんなにないと思う。愛媛に搬送したことがあったかもしれないが、そのぐらいである。ほとんどないと思う。

【座長】おそらく大部分は県内で対応していると思う。例えば、自分の病院で手術していたら、大動脈乖離は受けられないということがあり、かえって昼間だと受けられなかったりすることがあるかもしれない、そのあたりは限界はある。

【委員】あとは県としてどこを目指していくのか。今はドクターヘリもあるため、広域搬送は選択肢の一つとしてあるため、今の高知県の状態が適正なのか、改善を求めるべき現状なのかというのは、一旦把握していただきたい。現場では努力はしている。県外搬送に至る症例は非常に限られているというのが、今の現状だと思う。

【座長】逆に県外からくることもある。四国は心臓外科医がたくさんいるわけじゃないし、学会は同じ時に開催される。

【委員】恐らく困ったのは何年かに1例ぐらいのレベルだと思う。でも、どこへ頼んでも学会でオペできないということもあった。県外搬送は、ここ数年はないと思う。逆に県外から夜中に搬送で来たことはある。

【座長】この現状で、現場の中でやりくりしている。県がここに絡むことはないかもしれない。広域搬送するときいろいろな障害がないように連携するとか、そういうことができるかもしれない。

【事務局】承知した。

【座長】心臓リハのことは、外来リハはすごく重要であるが、高知県でできている施設が少ないので、県としてサポートできることはあるか。恐らく施設基準が問題になるんだと思う。看護師やリハ専門職、ドクターがそこにいるとか、対応できるという条件が必要である。そういう資格を取ることにに対してサポートしてあげるとかすると、少し人が増えるかもしれない。

【委員】心臓リハ自体はやっているし、たまに外来のリハもやることあるが、施設の立地的に外来リハはあまりできないということが現状である。やはり帰るところの近くにリハ施設があったら良いと思う。

【委員】心臓リハの施設基準がかなりハードルが高いように思う。

【座長】何かできることがあれば、サポートしていただければと思う。

【座長】緩和ケアの施設が4施設というのは、これは要するにがんの緩和ケアの病院が提示されているのか。

【事務局】診療報酬上の集計であり、がんもできるし、基準としては心不全患者にも緩和ケアを実施できる施設である。

【座長】幡多は専門の先生がいないからできないということか。

【委員】実際は心不全の緩和ケアはやっており、それは多分どこの施設もやっていると思うが、それで加算を取るのに、結構ハードルが高い。そのため加算は取っていないというのが現状である。

【座長】恐らくどの施設も一緒だと思う。心臓の緩和ケア加算を取っている施設は恐らくないのではないか。

【委員】緩和ケア医がいて、いろいろやろうと思ったら多分できるだろうと思うが、確かにハードルがちょっと高いような気がする。実際のところは算定はほとんど取れていないというのが現状である。

【委員】緩和ケアのチームとしてはあるが、心不全としての介入はほとんどできていない。いわゆる一般的な緩和ケアの実施となっている。

【座長】多分どこもそうで、実際は心不全チームがあって、そこでディスカッションをして、緩和ケアも当然やっている。現実的にはやっているけど、こういう数字では、加算を取ってないので出てこない。

【事務局】図表42については、県内の実態を表していないということであれば、載せないほうがよろしいか。

【座長】いらないかもしれない。

【事務局】承知した。診療報酬上の算定がなくても、ある程度心不全等の患者さんの緩和ケアはやってくださっているということで、文書化していく。

【座長】緩和医が増えて、実際その加算が取れるようになるのが一番良いと思うが、現状は難しい。

【座長】再発・再入院予防の取り組みについて、これは心不全連携の会を中心とした取り組みを行っているが、心不全手帳や連携の会はすごく重要であると思うため、手帳も「もうなくなりました」と患者に申し訳ないため、継続していただきたいと思う。相談窓口の件もそうであるが、マンパワーがすごくかかり、各病院ともかなりハードルが高いと思うが、診療報酬上のメリットがないため、そのあたりの何か方法があればぜひ県として検討していただきたい。

【座長】心血管疾患の高次脳機能障害というのは、直接は関係ないと思うが、脳卒中を起こす患者さんで心臓病関係の疾患を持つて人はすごく多い。脳卒中を起こした時点で、脳外科・脳神経内科に移ってしまうが、もともとの原因は結構心疾患を持っているため、ここをどういうふうに絡んでいったら良いのかがよく分からない。

【事務局】障害者枠というところで、ペースメーカーを装着されてる方への対策等は特に記載する必要はないか。ここは後遺症ということであるが、障害施策も少し含めて書いてある。

【座長】障害者手帳の申請はたくさんしている。ペースメーカーを入れたらそうであるし、ステントを入れてもそうであるし、心外の手術をしてもそうである。

【事務局】それが後遺障害かということ、どうかということになると思うが、何かここで気をつけることがあれば教えていただきたい。

【座長】ここはなかなか難しい。

【事務局】承知した。

【座長】治療と仕事の両立支援ということであるが、何か意見はあるか。

【事務局】若くして心筋梗塞を起こされた方等、仕事から離脱される方もいらっしゃると思うため、そういった方へのサポート、休職から復職というところのサポートも少し書かせていただいている。

【座長】例えば心不全が悪かったり、大きな障害が残ってしまって、その後復職をどうするかというときに、どこに相談したらいいとか、そういうのは基礎としてもうできているのか。これからそれを作っていくということか。

【事務局】ハローワークの就職サポートもあるし、事業場に対しては、両立支援ガイドラインも発出されており、取り組んでいる。

【座長】承知した。

【座長】最後の基盤のことは、一番重要だと思うが、データを蓄積して分析していく必要があると思う。

【座長】最初に委員から指摘のあった、虚血性心疾患の平均在院日数のところについて何かわかったか。

【委員】恐らく、安芸医療圏が2.8日となっているのは、心臓カテーテル検査の検査入院の人とかが虚血性心疾患で登録されているのではないかと思う。

【座長】2.8日という数字は、確かに検査入院しかありえない。どういう調査方法なのか。

【事務局】医療機関で入院患者や外来患者のデータを蓄積をされていると思うが、そこから在院日数等を調査させていただいてと思う。

【座長】承知した。それであればきちんとした定義を作らないと、例えばICD-10でどれにするかとか、そのあたりをきちんと決めないと、それによって違うかもしれない。

【事務局】患者調査は国の基幹統計調査になるので、定義等きちんと決められているはずであるが、今すぐに詳細が分からない。

【座長】全国との比較、また医療圏別にみても日数が大きく違い、驚いた。

【事務局】検査入院の扱いというところが要因と考えられるか。

【座長】検査入院も、虚血性心疾患で入院しているということでは間違いはない。

【事務局】改めて整理をする。

【座長】高知市は、全部の病院のデータなのか、それとも幾つかの病院のデータなのか。そのあたりのことも含めて、データは結局定義がすごく重要だと思う。

【委員】学校検診について書かれているが、総合保健協会とのデータの共有できているか。

【事務局】総合保健協会の結果については把握はできていない。今後把握するようにしたい。

【委員】障害のことについて、心臓の不整脈や心血管のトラブルで低酸素脳症になった患者が、介護保険の適用にならないが、何か対策は考えられているのか。

【事務局】すぐに回答できず申しわけないが、関係する課等から情報を仕入れる。

【委員】若い人は、すぐに治療されて上手いけば、心筋梗塞があっても実際働いているし、あんまりハンディキャップはないが、脳に影響が及ぶと仕事ができないということがあって、社会復帰ができないというあたりが問題じゃないかと思う。

【委員】資料4-3の7ページの図表28について、心原性の心肺停止症例の生存率等を書いているが、これ

の母数はどういう症例であるか。心原性の心肺停止症例の死体検案書等に、きちんと確認せずに急性心筋梗塞と書かれる医師もおられると思うが、そういうのも入っているのかどうかを確認したい。

【事務局】消防庁で集めている、救急・救助の現況からデータを取ってきているが、詳細の条件を今把握できていないので、確認させていただく。

【委員】他県と高知県とで違うのかどうか分からないが、最近、死因がわからない、心筋梗塞かどうか分からない症例については、「不詳の内因死」と記載していることが多いと思うが、それをわからずに、心不全や急性心筋梗塞と書かれていることがないかと思って確認した。

【座長】死亡診断書のことであるか。

【委員】そうである。

【委員】最近どちらかという、「不詳の内因死」というのが非常に多い。そのため、その辺がこの母数にどう影響しているか調べていただけたらと思う。

【座長】心原性の心肺停止症例と書いているため、死亡診断書から集計したデータではないと思う。

【委員】恐らく消防からのデータと思われる。

【委員】消防の方では、総務省消防庁から出ている救急活動の搬送の入力要領にしたがって、各活動データを入力している。傷病名は、病院に搬送した時の初診の傷病名を入れたり、あとは「心原性」という中でも、死亡した原因の中に、心原性の確定なのか、除外診断による心原性なのか、それとも、心原性以外の方、例えば窒息であったり、外因であったりというような区別がされているため、このデータの分母が確定なのか除外診断も含めた心原性なのかというところで、数は違ってくるのではないかと思う。

【座長】医師がどういうふうを書くかということは多少影響するけど、全国共通の書き方でやられているということか。

【委員】そのとおりである。医師によって、原因がわからない場合について、例えば心筋梗塞と書かれているというのは消防としてはわからないため、収容証で出てきた傷病名によって入力しているというのが現状である。

【座長】承知した。

【座長】他に意見がなければ、これで協議を終了する。

当日質問事項への回答

1 患者調査における「退院患者の平均在院日数」について

患者調査は、3年に一度、500床以上の全ての医療施設及び全国から層化無作為抽出により選ばれた医療施設において実施される。退院患者の平均在院日数については、「病院退院票」により、当該年の9月1日から30日までの1か月間に退院した全ての患者について集計し、ICD-10に基づいて「主傷病名」の疾病を分類ごとに算出しているものである。

2 低酸素脳症患者への支援について

現行の介護保険制度では、40～64歳の第2号被保険者は「要介護(要支援)状態が、老化に起因する疾病による場合」に限定されている。心疾患を起因とする低酸素脳症等については、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの適用となる。

3 救急・救助の概況における「心原性心肺停止症例」の定義について

消防庁が集積する「病院外心肺機能停止患者記録(以下、「当該記録」という。)」に基づき集計されている。当該記録については、各消防(救急隊)により入力されている。心肺機能停止の推定原因についての入力規則は、以下のとおりである。

項目名	入力要領
心停止の推定原因	収容先医療機関等の医師の見解に基づき、「心原性」、「非心原性」のいずれかを選択する。1ヵ月後予後を調査する際にも再度確認し、収容時と判断が異なる場合には、修正すること。
(ア) 心原性	心原性と確定できるものについては、「確定」を選択する。また、心原性と確定できないが非心原性と特定できない場合については、「除外診断による心原性」を選択する。
(イ) 非心原性	非心原性については、その具体的項目を選択する。「その他」を選択した場合は、その内容について入力する。

【参考】

○医師の見解に基づき心原性か非心原性かを入力するが、医師による判断が困難な場合は、事故概要に基づき救急隊長が判断して心原性か非心原性かを入力すること。また、最終的に判断が困難な場合は除外診断による心原性とする。

心原性に属するもの	非心原性以外のもの
	老衰(除外診断の心原性とする。)
	浴槽内での心停止(明らかに溺死と判断できる場合を除く。)

	<p>その他原因特定が困難な症例については、除外診断に基づく心原性とする。</p>
非心原性に属するもの	脳血管障害：脳出血、脳梗塞、くも膜下出血等
	窒息
	悪性腫瘍
	その他外因性：外傷（交通外傷以外）、縊頸
	<p>その他：他に分類されない心原性以外の内因性 （その他を選択した場合は、できる限り以下の「～系」に分類して入力すること。「～系」に分類できない場合は簡潔に記載する。）</p>
	中枢神経系：脳腫瘍等
	大血管系：大動脈解離・破裂、肺動脈血栓塞栓症等
	呼吸器系：気管支喘息、肺炎等
	消化器系：消化管出血、肝不全等
	乳幼児突然死症候群等
	中毒
	溺水
交通外傷	
低体温	
アナフィラキシー	

出典：消防庁救急企画室「ウツタイン様式オンライン(病院外心肺機能停止患者記録)入力要領」