

令和2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2年10月22日(木) 午後5時～午後7時
- 2 会場 埼玉会館3階 3C会議室
- 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 中田委員 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：3名)

4 議事

(1)「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づく「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)」について

① 経過及び循環器病対策推進基本計画(案)について

- 事務局から資料1、2に基づき説明。

【協議内容】廣澤会長による進行

廣澤会長 国では、情報収集としては「脳梗塞」「脳出血」「くも膜下出血」「急性冠症候群」「急性大動脈解離」「急性心不全」の6疾患を行っていくということか。

事務局 国の検討会でどの疾患をターゲットに疾病登録として把握していくかを協議した上で、まずはこの6疾患に決定したものと聞いている。

足立委員 最初は脳卒中学会・循環器学会で5か年計画を作り、その中では「脳卒中」「心臓病」「血管病」と漠然としたものだった。その後、この6疾患が急性期医療としてクローズアップされたのだと思う。計画では予防から介護、リハビリまで幅広く取り組むことを考えると、「急性冠症候群」では高脂血症の管理や、「脳卒中」では高血圧の管理等、急性期につながる問題なので、おそらくその部分も含めた情報提供なのではないか。

棚橋委員 脳卒中に関しては、既に脳卒中データバンクがあり、国立循環器病センターを中心にデータが集められている。全国でどんなフォーマットにするか検討し「脳梗塞」「脳出血」「くも膜下出血」の3疾患となったと思う。今後は県内の急性期の病院からもデータをいただくことになると思う。

武藤委員 循環器に関しては、「急性冠症候群」「急性大動脈解離」「急性心不全」が重症かつ搬送が多く、特に「急性冠症候群」「急性大動脈解離」は時間との戦いであり、できるだけ早く治療に入ることによって予後の改善につながるので、実際の臨床をやっている者からは、この3疾患にフォーカスすることはよいと思う。

石田委員 先ほど、新型コロナウイルス感染症の話がありましたが、コロナの重症化予防と冠動脈疾患予防はかなり共通する部分がある。血管内皮のACE2(Angiotensin Converting Enzyme)をレセプターにしているとの話もあり、生活習慣の改善、運動の促進を循環器病とコロナ対策の予防としてクローズアップしたい。

廣澤会長 新型コロナでも血栓症を合併するという報告もあるが情報を集めるのか？

- 事務局 県計画の中でまとめていく必要がある項目として考えてよいと思っている。
- 石田委員 さいたま市民医療センターでは110例ぐらい診てきたが、中には脳卒中や肺塞栓を起こした症例があり、リンクしてくると思う。
- 足立委員 防衛医科大学病院では、重症患者を受け入れているが、特別に認可を受け、低分子ヘパリンを投与して印象としては良かった症例もあった。もう一つは、コロナを疑っているときに心筋炎を起こした場合に、カテーテルや呼吸器等をどのように実施するかなども少し触れてもよいと思う。
- 棚橋委員 私は一番感じたのは、基本法が出来た時、どのようにやるのか最初は分からなかったが今日示された国の基本計画によく書いてある。あとは、それぞれの部会で埼玉県としての肉付けをしていくことで、何ができていて何ができていないか明らかにして、まとめていけるのではないかと。基本計画を読み込んで取り組めばよいと思う。ただ、この基本法ができる以前から脳卒中は取り組んでいたが、循環器はこれからなので、大変だと思う。基本計画をしっかりと読み込むことで方向性が見えて良いものができると思っている。
- 廣澤会長 脳卒中は全国のデータバンクがあるとのことだが、循環器はどうか？
- 足立委員 Jロードという国立循環器病センターでDPC（包括医療費支払い制度）を基にしたデータベースがある。埼玉県のDPCを予習してみたが、それでいくのか、循環器疾患は、種類も多く、県としてまとめるのは初めてなので、やっていかねばならないと思う。登録事業は大事なので、脳卒中の先生方に聞きながら色々と考えていければと思う。
- 棚橋委員 最終的に国立循環器病センターがまとめるように書いてある。各都道府県のデータベースを作っていたらやっていくことがよいと思う。県だけ独自にやっても、全国と合わせることができなくなるので、そういう動きになると思う。
- 足立委員 県としては自治医科大学さいたま医療センターで心筋梗塞や心不全のデータをまとめていると聞いている。防衛医科大学病院でも4,000人の他施設共同の関東近県のデータベースがあるので、国立循環器病センターだけでなく、埼玉の医療を見直すようなデータベースを構築できればという考えはある。
- 廣澤会長 県としてはどうか？
- 事務局 国のモデル事業では医療機関の負担を考えDPCデータを国で一括して集め分析し、各都道府県が県計画なりの施策の推進のために使えるような形で還元が受けられると聞いており、国の中での県の位置感等を把握しながら進めていきたい。また、足立委員御提案の分析等については、もし、学会から提案いただければ部会の中で検討させていただきたいと思う。
- 桃木委員 救急医療搬送の体制整備では、東京都ではCCUネットワークがあり、埼玉にはそれがないので、循環器疾患の病院間のネットワークを作ればよいと考えている。
- 清田委員 資料の年齢調整死亡率の推移をみると、だんだん下がっているのが良い傾向と思うが、

SSN（埼玉ストロークネットワーク）をやっていることで効果があるのか？死亡率への影響を明言できず、搬送時間が短くなるという効果はあるが、最終的な評価が死亡率だけでよいのかという問題がある。リカバリーの精度等、中間の指標は色々あると思うので、死亡率だけでは、SSNの効果は分からない。年齢調整死亡率の全国データとの比較だと、脳卒中は全国レベルだと思うが、脳血管は男性が少し低く、女性は少し高い。他の県と比べてどうなのかと分析することは大切であり、もし、SSNが死亡率への影響がなかったとすると何が問題なのか検証する必要があるだろう。心疾患でみると、全国より高いので下げる余地があると思う。ネットワークをやっても死亡率が下がらないようなら、また考える必要があると思う。

廣澤会長 全国に比べて、心疾患の年齢調整死亡率は高いですね。男女比だけ書いてあるが。

事務局 埼玉県と全国のデータの比較し、年齢調整死亡率の分析も県計画の中で取り組みたいと思う。

廣澤会長 健康寿命の延伸が3年というのは、目標が高いのでは？

事務局 国の目標は、2040年までに3年延伸なので、20年かけて3年延ばすということなので、国と同じ目標になると思う。

廣澤会長 健康余命も大切だと思う。

② 「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）」の策定に向けて

○ 事務局から資料3、4に基づき説明。

【協議内容】廣澤会長による進行

足立委員 重要なことが盛り込まれていると思う。循環器疾患についても、急性期医療、予防から介護までどのように啓発するか、リハビリについては脳卒中よりかなり遅れているが取り組まねばならないと思う。県の特徴として広く医療圏がたくさんある中で、情報共有できるようなシステム、大学病院や中核病院が地域に分かれており、今回、循環器としての取組むのは初めてなので、部会で検討し、ある程度均てん化できるようになると良いと個人的には考えている。

石田委員 本当に多岐にわたる。個人的には、健診の中にBNPを入れ、心不全の早期（ステージA）の時期に生活習慣病があるような患者に分かりやすく説明できるとよい。東京都医師会では、エクササイズメディスンという取組を始めたと聞いている。アメリカのスポーツ医学会が提唱している運動することで経済的インセンティブが受けられるような取組。また、行動経済学的なアプローチでナッジ理論等を使って。ヨーロッパでは運動することで人生が豊かになるような文化があると聞かすが、そのような形に文化を作っていけるようなところから予防をやっていく必要があると思う。

さらに、ステージBの心不全をできるだけ早く見つける、緊急時のネットワーク。今でもある程度出来上がっていると思うが、それを制度化していくこともできると思う。

また、リハビリテーションの重要性は循環器内科医は分かっているが、実施率が上がらない現状を変えていくこと。そのほか、循環器学会が心不全療法指導士という資格を作っ

ているが、例えばその県内ネットワークを作って、専門医、看護師のネットワークから、介護士に看護師が教育し、情報共有していくようなシステムづくりを期待する。

武藤委員 患者の知識を教育すること重要。例えば、心筋梗塞になる前に不安定狭心症の状況が起こることがあるが、典型的には、静かにしている時は何でもないが、階段を上り始めると急に胸が痛くなること等である。もし、講演会等で聞いて知っていればそういう症状を感じた時に「これは不安定狭心症かも」と思ってもらえるかも。脳卒中等もTIA発作等があると思う。そういうことを患者が知っていると、重症になる前に予防できると思うので、そういう啓蒙活動ができればと思う。

リハビリテーションへの期待もあるが、何もやらない人もいて、やりすぎて心不全になって戻ってくることもある。やりすぎはダメということも含めて指導できればと思う。

棚橋委員 資料4の横軸は基本計画をクリアカットで表現しているのだから、これを検討していけばよいと思う。これまでの話で、脳卒中と循環器疾患は若干違うところがあるので、幾つかの新しい視点で県独自の項目を加えていければ素晴らしいものになるのではないかと。

足立委員 今後、各部会でそれぞれやっていくことになるが、リハビリや予防は共通な点があるので、両方で進めていくとよいのでは。実際、糖尿病の重症化予防等、既に取り組んでいることもあるので一緒に進めていければと思う。

丸木雄委員 県は既に「コバトン健康マイレージ」で歩くとマイレージがたまる取組や、さいたま市では「100歳いきいき体操」等をやっている。それから県と埼玉県医師会は、地域包括ケアシステムの拠点を持っているので、そういうところと連携を取るとよい。問題は脳卒中で具合が悪くなった方が独居だと、どんどん悪くなる。従来はリハビリ病院でやっていたが期限が決まっているので地域で支援することになるが、その時地域包括ケアシステムというしっかりしたものがあるのでそういうものも導入していくと脳卒中にしろ、循環器疾患にしろよいと思う。

そして慢性期のフレイル予防のためにも、今あるものをうまく活用してやるとよいと思う。

萱場委員 循環器病疾患については、社会的な行動規範の話から急性期医療、リハビリテーションと幅広く、後遺症を抱えたまま長期に生きる人も多い病気なので、死亡率だけ問題にしていいののかという課題がある。

年齢調整死亡率が下がっても、実際の発症患者は減っていない。当然、これからの高齢化の中で、急性期医療や医療機関への負担は年齢調整という比較のための指標では、測定できない、違ったものになるのではと思う。

急性期医療やリハビリテーション等を早く受けられる地域がどれくらいあるか、必要になるか等は実際の発症数が出てないと見えてこない。そういう数字を皆様の協力で明らかにできれば医療の向上にも役立つという印象をもった。

横山委員 健康寿命にはいくつかの指標がある。よく使われるのが「日常生活に制限のない期間の平均」。それ以外に「主観的な健康観（自分が健康であると自覚している期間の平均）」から計算した健康寿命を併せて考えていった方がよい。

健康寿命は、平均寿命と不健康期間を組み合わせで計算されるものなので、単に健康寿命だけでなく平均寿命と不健康期間という観点も入れてよいのではと思った。

埼玉県は3つ目の「65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間」で算出している。これは市町村別にみることができる。

丸木親委員 例えば、利根地区の「とねっと」というシステムは患者情報をクラウドで共有できている。私は脳卒中の連携パスをやっているが、県全体で、連携パスの患者情報を「とねっと」のようなシステムにアップロードして共有することはできないか。

そこだけが悪い人ではない、体が不自由で施設に入っている人が脳梗塞や心筋梗塞になったりする。不幸な事例で血栓回収しようとしたところで心不全を起こしたりする。施設や独居の方だと情報がない。健康な方が突然胸が苦しくなったり、麻痺が起こったりということは想像しやすいが決してそうではない。施設で寝ていた人が食事ができず、診てみると心不全だったということがあるので、できればそういうデータベースや共有できるものが将来的に考えられないか？

事務局 国でも保険証の電子化等、医療情報の共有化の取組も検討されていると思う。今後の動向を見ながら、取組を進めていきたい。

澤登委員 健康寿命の問題では、医療の適切な対応やリハビリテーションの充実は大変重要だが、予防的な活動も相当重要である。色々な知識を県民が持っても、それをどうやって実践するかは本人の努力だけでなく環境も整えなければならない。環境整備のためには、草の根的な取り組みが大事。埼玉県では健康長寿プロジェクトを進めているが、単にポイントを集めるだけでない活動の啓発が重要であろう。そこに看護の力をどう生かすかについては看護協会でも考えていきたい。

畑中委員 薬局薬剤師としては糖尿病、高血圧、高脂血症の患者の服薬管理ができていないか、脳梗塞や心筋梗塞を発症してしまった方が再発予防のための服薬管理ができるか、予防的な活動が重要。しかし、なかなかよろしくない状況。薬が増えると患者は抜いていき、きちんとしたコンプライアンスになっていない。できるだけシンプルな薬物療法の中でこれらを管理できないかと考えている。

清田委員 医療提供体制として2024年の医師の働き方改革の上限規制が変わってくるので、各医療機関がこれまでと同じように救急医療を提供できるかという視点も盛り込んで、地域の中でネットワークを組むことが必要になってくる。脳卒中はある程度ネットワーク化されている部分はあると思うが基幹病院を輪番にするとか、そういう意味ではCCUの方もそういう形のものが必要でないか。24年なので、次回の計画になると思うが、いきな

りそこからやるのは難しいので、その辺も盛り込んでおかないと間に合わなくなる。

武藤委員 同じ埼玉県でも、県の中央部と北部では状況が違い、北部では医師の確保で非常に苦労している。今、欠員がいる中で夜中の診療を回さなければならず、若い医師が必要になるが、医師だけでなく医療者の確保という点も工夫していかなければならない。

足立委員 西部地域ではネットワークがあり、石心会病院・所沢ハート病院・防衛医科大学病院で年に2回やっている。狭い地域で人口が多い地域と、北部地域のような地域と県内でも状況が違うので、今後話し合っていきたい。ネットワークをうまく使って情報共有等も進めていきたい。例えば、循環器学会の中央会でもコロナになってオンラインでの開催でアクセス数が増えている。情報発信にネットワークを使うのも一つのやり方だと思う。

小林委員 比企消防本部の消防長として参考意見だが、比企は救急搬送の4割以上が管外搬送であり、管内で完結できるのは6割に満たない状況。搬送時間も27消防のうち最下位。ただ、救急活動が悪いわけではなく、現場活動時間はベスト10に入っているのが地域的な問題。去年からコール&ゴーという取組で、119番を受けた時点から病院選定を始めていくような試みを、二次医療圏内の病院や大学病院の協力をいただいて進めており、確かに時間的な短縮はしている。循環器のネットワークを考えると、医療圏が違えば大きな格差につながる。ネットワークが出来ても、変わる地域と変わらない地域といった地域格差ができるだろう。西部や北部の地域にも目を向けていただきたい。

棚橋委員 治療の均てん化という問題もある。今回のこういった会議の目的でもある。脳卒中分野でいくと、20医療圏の中でt-PA（血栓溶解療法）ができないのは秩父地区の1地区だけで近隣地域との連携やドクターヘリで対応している。循環器に関しては、今回が議論する良い機会だと思う。脳卒中では血栓回収療法が均てん化されていないので、この分野は議論していただきたいと思う。

(2) 部会の設置について

- 事務局から資料5に基づき説明。

【協議内容】 質問なし

廣澤会長 それぞれの部会長は規定により部会に属する委員の中から会長が指名することになっている。脳卒中部会は丸木雄一委員、心疾患部会は桃木茂委員を指名したい。⇒承認

(3) 今後のスケジュールについて

- 事務局から資料6に基づき説明。

【協議内容】 質問なし

5 閉 会

事 務 局 以上で、埼玉県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進協議会を閉会とする。