

令和5年度第2回循環器病対策推進懇話会 会議録

1 会議の日時及び場所

(1) 日 時 令和5年12月5日(火) 10時00分から11時30分まで

(2) 場 所 兵庫県民会館 鶴

2 出席委員の氏名 平田 健一 坂井 信幸 岡田 健次
(敬称略) 中山 伸一 井澤 和大 公文 敦
西口 久代 岡田 美貴 佐藤 裕美
木村 宏美 計10名

3 協議

兵庫県循環器病対策推進計画の素案について

4 議事の要旨

○ 開 会

○ 挨拶 〈保健医療部次長兼感染症等対策室長〉

事務局：本日ご出席いただいております構成員の皆様方につきましては、お配りしております出席者名簿にかえさせていただきます、紹介は省略させていただきます。本日は構成員14名のうち10名のご出席をいただいております。続きまして、配布資料の確認をさせていただきます。

〈資料確認〉

それでは次第により進めさせていただきます。以降につきましては、座長の方に司会進行をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

座長：よろしく願いします。まずは事務局の方から配布資料についてご説明をお願いします。

事務局： 〈配布資料の説明〉

座長：ありがとうございました。今回、年齢調整死亡率の算出方法が変わったということですが、あらためてご説明いただけますか。

事務局：これまで、昭和60年モデル人口を用いて計算されていましたが、令和2年度より平成27年モデル人口を用いて計算されています。

構成員：資料2の素案概要について、平成27年の兵庫県の年齢調整死亡率は男女とも全国平均より低いと記載があります。この数値は昭和60年モデル人口に基づくもののようですが、同年を平成27年モデル人口に置き換えた場合も、傾向は同じなのでしょうか。

事務局：平成27年の数値を、新しい基準人口を用いて計算した場合、心疾患の

女性のみ全国平均を上回ります。これは令和2年値でも同様ですので、傾向は変わりません。

構成員：新しい基準人口を用いて過去の年齢調整死亡率も遡及計算できるのでしょうか。全体目標で「年齢調整死亡率の減少」と掲げている以上、年度比較ができないといけないと思いますが。

構成員：厚労省に問い合わせたところ、昭和55年以降の年齢調整死亡率は新しい基準人口に置き換えたものが公表されており、年度推移等のグラフについては、それらを使って自分で作成してくださいとのことでした。

構成員：前回欠席のためお聞きしたいのですが、素案に新たに盛り込まれている脳卒中・心臓病等総合支援センターはいつ頃立ち上がったのでしょうか。

座長：国のモデル事業が令和4年にスタートし、初年度は10都道府県、今年度15都道府県の医療機関が選定されています。兵庫県は今年度に神戸大学医学部附属病院と神戸市立医療センター中央市民病院が選定されました。

構成員：国のモデル事業では初年度のみ満額補助が出ますが、来年度の予算措置については、まだ目処がたっていません。

構成員：まだ始まったばかりで、今後病院や患者に周知していくということですね。

座長：前回懇話会でいただいた意見への対応についてコメント等がありますか。

構成員：病床機能報告が出典のリハビリ関連指標について、ロジックモデルと本文に掲載のものでミスリードしそうなもの2つあります。1つは素案18ページの「ADL改善率」ですが、兵庫県の数値が102.7%と100%を超えています。理由を事務局にお尋ねすると、出典の病床機能報告について秘匿処理されることがあり、兵庫県では分母が秘匿、分子のみ採用されている施設が複数あり100%を超えるという説明でした。2つめは素案22ページの「回復期における口腔機能管理を受ける患者数(人口10万対)ですが、全国の1.1に対し兵庫県は0.0となっています。おそらく病床機能報告の摂食機能療法の診療報酬項目からとっているのではないかと思います。兵庫県の病院は回復期における口腔ケアを積極的に行っているのに0.0はあり得ないのではないかと感じています。恐らく、摂食機能療法の診療報酬上、検査で嚥下障害があると決定した方にしか請求できないという採用が厳しい項目であり、この指標は今後もずっと0.0のまま上がらないのではないかと思います。

事務局：適正に評価できなければ指標として掲げている意味もありませんので、ご指摘をふまえ内容の確認及び削除も含めた対応を検討します。

座長：口腔ケアに関する指標は重要な領域だと思いますので、簡単に削除してしまうのも問題だと思います。

構成員：代替できる指標は存在しないのでしょうか。

構成員：あえて何か掲げるなら「歯科衛生士の採用数」などでしょうか。

構成員：その指標は新たに調査しなくても簡単にとれるものなのでしょうか。

構成員：病床機能報告でも職種別の職員数をとっているのですが、例えば診療科別で歯科がないにもかかわらず歯科衛生士を採用していれば、口腔ケアを積極的に行っているということになると思います。ただ、病床機能報告に歯科衛生士の職員数があつたかどうかは、すみませんが今覚えていません。

構成員：素案 26 ページに記載の移行期医療について、「小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行う」とあり、この「切れ目なく」という視点はとても重要だと思います。同じく素案 22 ページの施策の方向性に、「急性期から回復期、維持期にかけて状態に応じたリハビリテーションを提供する」と記載がありますが、ここにも可能であれば、「連携による切れ目ないリハビリテーションの提供」という記載にしていただければと思います。シームレスということについては、神戸市が中心となり急性期から維持期にかけての取組がなされており、神戸市以外や県外から看護師や先生方に参加いただいております、今後重要なポイントになると思います。

もう 1 点、素案 11 ページの「歯・口腔」について記載で、施策の方向性に「学校における健康教育等の機会を通じて子どもとその保護者に、適切な食生活習慣やむし歯予防の推進を図る」とありますが、その上の「定期的な歯科健診の受診状況」のグラフは 20 歳以上に限定されています。小中高の歯科健診受診データはないのでしょうか。子どもの頃は歯を磨くよう言われますが 20 歳、30 歳では歯科健診を受診する習慣がなくなり、その結果 40 歳、50 歳で歯が悪くなりよくやく歯科健診を受診することになっているのだと思います。兵庫県、神戸市はパン屋、スイーツ屋が多く、お子さんやその親に対しむけたアピールという点でも、子どもに関するデータの提示も含め強調が必要ではないかと思いました。

最後に、素案 7 ページの「身体活動・運動」に関する記載について、現状と課題で「長時間座り続けることで血流や筋肉の代謝が低下し、健康に害を及ぼす危険性が指摘されています」とあり、この内容は計画策定時に私が意見して入れていただいた内容ですが、他の都道府県の計画ではあまりこのことについて書かれていません。ただ、これはすごく重要なことで、WHO も含めた各国のガイドライン等でも、「余暇の身体活動量を増やしても、日中の座位時間の長さや死亡の関連を、完全に抑制するには至らない」というデータが出ており、メディアでも取り上げられています。これはつまり「身体活動を行っていても、それ以外の時間で座っている時間

が長いと、生命に危険を及ぼします」ということです。他の都道府県計画だと歩数等の身体活動を増やすことが中心に書かれていますが、それだけでなく、1日の座位時間を減らしていかないと生活習慣病や死亡等にも繋がりますので、少し文言を追加して頂ければと思います。

座長：最後の身体活動運動の部分ですが、具体的にどこにどのような文章をいれたらよいでしょうか

構成員：2行目の「また、～」から始まる部分に、「余暇の身体活動量を増やしても、日中の座位時間の長さや死亡の関連を、完全に抑制するには至らず、～」というような文章を加えていただければと思います。

座長：あらためて事務局とご相談させていただきたいと思います。今、3点ご意見いただきましたが、事務局からなにかありますか。

事務局：2点目のこどもの口腔ケアについては、高校までは歯科健診がありますが、大学以降途切れているという認識です。ご意見踏まえ「健康づくり推進実施計画」とも調整をしながら、記載内容を検討したいと思います。

座長：前回の意見への対応で移行期の部分はいかがでしょう。

構成員：十分盛り込んでいただいていると思います。ただ、移行期医療という言葉が患者の方々に馴染みがなく、言い方を変えるだけで違うと思います。移行期医療は全国的に使われている表現のためそこは仕方ないのかなと思っていますが、心臓病だけでなく他の疾患にも関わることなので、啓発活動等を進めていただきたいと思います。

座長：ありがとうございます。名称に関しては国が移行期医療支援センターの設置等について定めており、県の計画についても同じ表現でお願いできたらと思います。また、移行期医療支援センターでは脳卒中・心臓病以外の患者に対しても支援等を行っていますが、県の循環器病計画では、他の領域は扱わないということでご了承頂ければと思います。

特定行為研修についても、前回の意見を踏まえ今回素案に反映していただいていると思いますが、コメント等がありますか。

構成員：特定行為研修について、看護師の研修修了者数が全国的に目標値に達していない現状がありますが、チーム医療を進めていくため非常に重要だと思います。素案17ページの記載では、研修修了者の役割について医師の負担軽減を中心に書かれていますが、本来の目的は患者の苦痛の軽減や回復の早期化に貢献するということだと思いますので、その内容を先に記載いただければと思います。タスクシェアの中で医師の業務軽減に繋がることは事実ですが、それが一番の目的ではないと思いますので、記載の順番をかえていただけたらと思います。

事務局：ありがとうございます。その通りだと思います。

座長：県の特定行為研修修了者数はデータがとれないとのことですが、どこかで把握可能なのでしょうか。

構成員：厚生労働省の方で、研修修了者数自体は把握しています。ただ、特定行為の区分が多岐に分かれており、循環器はどの区分にあてはまるということが明確に判別することが難しいことがあります。兵庫県の研修修了者数はまだ少ない状況です。

事務局：兵庫県の研修修了者数はどこで分かるのでしょうか。当方でも探しましたが、見つけることができませんでした。

構成員：修了者名簿が実名で都道府県ごとに公表されているため、単純にそれを数えれば人数自体はわかります。ただ、先ほど申しあげたように研修区分が分かれていますので、そういった事情を含めると、単純な修了者数と、循環器に特化した区分の修了者数というのは数値が異なってきます。

構成員：資料2の素案概要の課題の部分で、「県内における循環器病の発症状況や急性期における専門的治療の実施状況等が明らかになっていない」とありますが、大動脈解離も循環器の急性期治療における重要な疾患の1つだと思います。これに関して、学会のNCD等のデータで全国の施設の9割が登録されており死亡率や手術件数が公表されていますので、兵庫県数値の推移等を把握できます。千葉県でデータベースをもっているため、よろしければ、そちらにお問い合わせいただければと思います。

もう1点、素案19～20ページに記載の心疾患の医療提供体制（急性期医療）のなかに急性大動脈解離に関するデータがないため、先ほど申しあげた情報等を収集していただき、死亡率、手術件数やその年度推移等、何か内容を入れていただければと思います。

また、素案16ページに「ICTを活用した遠隔画像データなどの患者情報の共有を行う循環器病医療連携ネットワークの構築を推進」について記載いただけていますが、この取組を推進することで、死亡率の減少等どのような影響を与えているかが、非常に興味深く、そのようなデータがあるとよいと思いました。

最後に、心疾患のロジックモデルについて、中間アウトカムの「B102：大動脈疾患による救急搬送された患者数」は、全国8.7%に対して兵庫県1.1%と大きな乖離があり、この理由をお聞きしたいと思います。

構成員：急性大動脈解離に関するデータ計画本文への反映については、20ページの「CCUを有する病院数」の下あたりに学会等の公表データで収集できるものを掲載する感じでしょうか。他のデータは圏域別に掲載されており、大動脈解離の治療はどの圏域でも行っているのでしょうか。

構成員：おそらく、各圏域で行っていると思います。

構成員：ロジックモデルの中には「大動脈疾患」と記載されている指標もありますが、計画本文に反映する際は大動脈疾患、大動脈解離、どちらを使うのが適切でしょうか。

構成員：急性期の分野では大動脈解離が適切だと思います。大動脈瘤は全て救急で診るわけではないですが、大動脈解離は短期で命に関わる疾患です。

座長：素案 19 ページの現状と課題のところに大動脈解離のことが少し記載されていますが、もう少し膨らませるイメージでしょうか。大動脈解離に関するデータの取得先等についてもご指導いただきながら事務局に検討いただければと思います。もう一つご意見いただきました「B102：大動脈疾患による救急搬送された患者数」についての全国と兵庫県に乖離があることについて、事務局からコメントいただけますか。

事務局：細かい数値の部分はこの場では即答できかねますので、申し訳ありませんが、この後確認させていただければと思います。

構成員：資料 1 について、脳卒中の県内発症数を調査したとのことですが、脳卒中に限らず大動脈解離等においても、発症後病院にたどり着かないケースもあると思いますが、そういった件数も調査可能でしょうか。

構成員：そのようなデータは取得不可能だと思います。脳卒中でも病院に辿り着いた患者しか発症数にカウントされていません。急性大動脈解離等では病院に来る前に亡くなってしまうケースもあると思いますが、その数を含めた本当の意味での発症数については、データが無いと思います。

構成員：補足しますと、病院搬送前に亡くなった方は、監察医制度による行政解剖により死因が判明する場合がありますが、多くが漠然と心不全として扱われるような状況のため、正確な発症数の把握は難しいと思われます。

座長：プレホスピタルのデータをどうするかについては非常に議論になっています。病院に辿り着いた患者しか発症数にカウントされないことについて、例えば、救急搬送体制が改善されて病院に運ばれる患者が増加しても、データ上は発症数が増えたことになり、取組を進めているにも関わらず指標は悪化したというようなことが起こってしまいます。

今回、新たな要素として「県内における循環器病の発症状況等の実態を把握するための調査の実施」について記載いただいています。

構成員：これは、資料 1 の「PSC 関連指標への対応」で記載のとおり、今回、県が行っていただいた調査を指します。PSC 認定施設のデータは学会で把握していますが、認定外の施設が脳卒中医療を行っていても学会で把握できないため、そこに対して今回県で調査いただきました。その結果、両者を合わせると 99%の悉皆率で県内の急性期治療の実施状況が把握できることが分かりました。今回、一定の PSC カバー率が確保できていることが

分かったので、県に学会のPSCデータをお渡しし、その数値をもってロジックモデルに反映いただいています。脳卒中学会として、今後も県に必要なデータの提供が可能です。県の調査はできれば3年に1回くらいの頻度で継続いただき、カバー率のトレンドを把握いただければと思います。

座長：「感染症発生・まん延時や災害時における循環器病対策」についても、素案28ページに新たな要素として記載いただいています。

構成員：この部分について、キーワードは「情報共有」です。災害や感染症まん延時にどこの病院が逼迫していて、どこの病院に空きがあるかということについて、急性期医療機関が相互に情報共有可能なシステムが必要で、それらを有事になってから取組むのではなく、平時から運用できるように体制を構築しておくことが大事です。このことを踏まえ素案に補足させていただくと、最後の文章に「それ以外の疾患の患者に対する通常医療も確保できるよう、医療機関の受入状況が共有可能な体制について平時からの整備を進めます。」というような文言を加えてはどうかと思いましたので、ご提案させていただきます。

座長：この点については、コメントがありましたらお願いします。

構成員：皆さんご存知か分かりませんが、阪神淡路大震災をきっかけに兵庫県で始まり全国に広がった「広域災害救急医療情報システム (EMIS)」というものがあります。そのシステムを使えば、災害時に医療機関がどのような状況にあるかについて基本的な情報が分かるため、有事に県民にそのデータを提供できれば、ある程度役に立つと思います。したがって、先ほど他の構成員のご提案された内容に「広域災害救急医療情報システム (EMIS) などを活用し」という枕詞を入れてもよいのではないかと思います。

座長：ありがとうございます。全体を通じて他に何かありますか。

構成員：素案14ページの施策の方向性について「国民健康保険事業特別会計への県繰入金等を活用した特定健診の受診促進」とありますが、県の計画の内容としては表現が少し細かいのではないかと思いますので指摘させていただきます。また、素案26ページに「小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行えるよう移行医療支援センターが中心となって…」とありますが、「移行期医療支援センター」の誤りでしょうか。

事務局：ご指摘ありがとうございます。誤字については確認して訂正します。

構成員：素案の予防の部分では様々な健康づくりに関する支援等について記載がありますが、現場の感覚からすると、県が実施する補助制度等について情報を持っていない事業所等が多いと感じます。支援を行うだけでなく支援を知って貰うことも非常に重要かと思います。

座長：行政が頑張ってもそれが県民に伝わっていないとしたら、そ

これは問題だと思います。例えば取組に関する認知度等の客観的に評価できるデータがあればよいのですが、おそらくないと思います。四国の4県では制度の認知度に関するアンケート調査を定期的に行った結果、認知度が増えていると聞いています。実際には予算の問題や誰が調査するかなどの問題がありますが、可能ならなにかご検討いただければと思います。

構成員：市町では現在、健康増進計画策定に向けて取り組んでおり、県の循環器病対策推進計画も参考にさせていただきたいと思います。

構成員：素案 18 ページに記載の「ADL 改善率」の圏域別の表ですが、但馬と丹波は「-」と表示されています。その地域の方が見ると、何故うちの地域だけ、と思われるかもしれないので、何か補足を付け加えた方が誤解されないかと思います。データがないということでしょうか。

事務局：データはあると思いますが、件数が極端に少ない、情報が特定されてしまう等の事情がある場合、「-」と表示されます。ご指摘のとおり注意書きでコメントを書く必要はあると思います。

座長：「ADL 改善率」は先ほど他の構成員からもご指摘ありましたので、この指標を引き続き掲載するかどうかも含めご検討ください。

構成員：広報に関して、計画は県の HP で公表されているのだと思いますが、どれくらいの県民が計画のことを知っているかが重要と考えています。実際に 50 人位の病院スタッフに口頭で聞いてみたところ知っていたのは 2 人だけで、実際は殆ど見られていないのだと思います。県の広報プロデューサーに聞いてみたところ、疾病対策課から提案があれば幾らでも動きますと言われました。県の中で連携して広報すれば、県民日より、ラジオ、SNS 等で周知する等、色々な方法があると思いますが、いかがでしょうか。

事務局：まずは知ってもらうために広報は重要なことだと考えていますが、ご指摘の通り、殆どの県民が知らないというのが実情だと思います。興味のある方が目的をもって検索すれば該当の HP にアクセスできますが、そういった方以外は情報にたどり着けないため、何らかの周知が必要だと思います。新たに計画を公表する今がよい機会かと思いますので、他課にも協力をいただきながら具体的な手段を考えたいと思います。

座長：計画の作成は県主導で行っていただいています、それを周りに広げていくのは、学会、医療機関、そしてここに参加している構成員の皆様の役割でもあると思いますので、よろしく願います。

構成員：脳卒中学会では、周知したいことのポスターを作成して、医療機関に配り掲示してもらうような取組を考えています。

構成員：冒頭に口腔ケアに関する指標について「歯科衛生士の採用している数」という例を挙げましたが、口腔ケアは、歯科衛生士だけでなく言語聴覚士、

看護師も行っており、県の推進計画で歯科衛生士のみ掲載すると、県が歯科衛生士を雇用することを推進するようなミスリードを招く恐れがありますので、補足修正させていただきます。

構成員：#7119 が神戸市で始まっていますが、県全体で進めていくという方向性になっているのでしょうか？ 2次救急医療機関への救急搬送事例では、こんなことで救急車を呼ぶのか、逆にもっと早く救急車を呼べばよかったのに、という両極端な例によく遭遇します。素案 19 ページ、21 ページの医療体制の図にも「速やかな救急搬送要請」と書かれていますが、判断に迷う症状の時に 119 番をためらいゴールデンタイムを失う方がおられます。これらが全て #7119 で片づく問題ではありませんが、迷ったら #7119 にまず確認するということを住民に対し徹底できれば、脳卒中や心筋梗塞等の本当に必要とされる方に対する救急搬送が可能になると思いますので、県の政策として進めていくべきだと思います。なお、素案 16 ページにプレホスピタル・ケアについて記載がありますが、病院前救護に迅速につなげるという観点から、#7119 に関する記載があってもよいのではと思いました。

構成員：#7119 の仕組みは、アメリカでは AI を活用した自動化が始まっており、将来的には日本でも実用化されるのではないかと考えています。自動化が実現するまでは、#7119 の役割は重要であると思います。

事務局：#7119 については救急の前さばきや負担低減、住民の安心等がメリットとして言われています。現在、救急担当部局で、地域の消防関係者も含め研究会を開催しており、#7119 について検討している状況です。

座長：#7119 については検討中ということで、今の段階で計画に記載することは難しいかもしれませんが、救急体制等について引き続きご意見・アドバイス等ありましたら、事務局まで連絡いただければと思います。時間が迫ってきましたので、事務局から今後のスケジュールについてお願いします。

事務局：本日皆様からいただいた意見を素案に反映させていただき、年明けパブリックコメントを実施し県民のご意見も反映しながら成案としてまとめたいと思います。その後 2 月から 3 月頃に、第 3 回懇話会を開催し、パブリックコメントでの意見を踏まえた最終案としてお示しさせていただき、計画を公表させていただく予定としています。

座長：皆様、非常に活発な議論いただきまして。誠にありがとうございました。

事務局：座長及び構成員の皆様、本日は誠にありがとうございました。これもちまして令和 5 年度第 2 回循環器病対策推進懇話会を閉会します。