

○ 開会

(委員の紹介後、部会長に笹生委員を選出。会議の公開について確認)

○ 議題「神奈川県循環器病対策推進計画の策定について」

(資料1～3について事務局から説明)

(笹生部会長)

ただいま事務局の説明につきまして、ご意見を頂戴したいと思います。本日の目的は課題の抽出ということなので、各先生方に活発なご意見をいただけるとありがたいです。まずは長谷川先生いかがですか。

(長谷川委員)

全体像について一言申し上げたいと思います。まず、資料1「Ⅲ本県の計画策定方針(案)について」ですが、ここの記載をちょっと変えたほうがよいのではないかと思います。「新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、実行期間が2年度と短い」との記載がありますが、間違いですよね。資料1の最初のページにございますように、基本計画は医療計画と同様に6年計画ですが、たまたま今回は医療計画の計画期間中に途中で加わったので「令和6(2024)年度からの新たな医療計画等との調和を図ることができるよう、都道府県計画は、その実行期間を計画策定年度から令和5(2023)年度までとすることが望ましい」とされたわけですね。コロナがあったから3年計画になったという記載は正しくないと思っております。

それから「実行期間が2年度と短いため、本格的な検討は次期改定の際に行うこととしたい」という記載。これももう少し前向きに書いていただきたいと思います。実行期間は2年ですけれども、2年なりにやること、できることがあるはずだと思っております。ですからメリハリのある、2年後に何かしらこれができるぞという成果を出すこと。それから、次の計画のために、下準備として必要なことを整理するということ。

今回はこの計画の策定についてだけで、2年後の改定時に何をするのかということは書かれてございませんけれども、何か前向きなお考えはございませんでしょうか。

(事務局)

事務局からお答えいたします。長谷川先生ありがとうございました。後ろ向きに書いたつもりはなかったのですが、そのように受け取られてしまう表現だったのかなと反省しております。

まず、実行期間に関する記載ですが、本来であれば都道府県計画は今年の3月までに策定せよと国から言われておりました。しかし、神奈川県はコロナ対応に忙殺されておりました。正直ちょっと手が回っていませんでした。ですので、本来ならば令和2年度中に策定すべきところ令和3年度に計画策定時期が1年遅れてしまったという、少々後ろめたい気持ちがあったためそのような記載にしてみました。

また、先生おっしゃるとおり本来6年計画であるけれどもこの2年間でできることは何かということ、皆様今日ご意見いただく中で課題を抽出していただいて極力計画に位置付けたいと思っておりますので、どうぞご理解いただければと思います。

(長谷川委員)

ありがとうございます。そのあたりの事情は国の方も分かっているようで、現在は都道府県に対して今年の10月ぐらいをめどに何とか策定してほしいと連絡していると聞いております。現状では大半の県が未策定ですので、神奈川県が遅いとは私も思っておりません。まずは、ぜひ2023年度の終わりまでに何か変えられることができるようにすること。それから次につなげる、前向きに行ける、メリハリがあるようなものができればと感じております。

(笹生部会長)

はい。とてもいい考え方を示していただき、ありがとうございます。長谷川先生は国の委員も

されていて全体的なことがよく分かっていらっしゃるのだろうと思いますが、骨子（案）について何かご意見はありますか。

（長谷川委員）

例えば、循環器病の緩和ケアについては心不全の学会に国の予算がつきまして、それを足がかりにして次期改定後に施策を進めればよいようになっていると思います。そうした全体の施策は次の計画からでもいい項目もたくさんございますけれど、今回ぜひ取り組んでいただきたいのは「救急搬送体制の整備」の「啓発の推進」です。

脳卒中の分野では「顔・腕・ことばですぐ受診」ということ。これを県民に浸透させていただきたいと思います。日本脳卒中協会等でも、テレビのCMや学校教育を行ったりして、顔と腕と言葉を自らチェックをして、救急対応、あるいは救急搬送を要請するというをお願いしております。啓発活動をして県民の意識がどれくらい上がったのかということは、おそらくパーセンテージでわかると思いますので、ぜひそれを入れていただきたいと思います。

それから「救急搬送体制整備のための取り組み」ですけれども、国の基本計画に取り組むべき施策としてメディカルコントロール体制の充実強化が挙げられています。日本脳卒中学会と循環器学会と一緒に消防本部室をお願いしまして、ぜひメディカルコントロール体制、MC協議会の中に脳卒中及び循環器の専門医・専門家を少し入れていただけないかと。こういった話をしたことがございます。

具体的に申しますと、脳卒中の場合はこれまでのt-PAの静脈注射だけでなく、血管内治療をやらなければならないというのが標準になっておりますので、そのための体制をどのように神奈川県の中で作っていくか。患者の搬送体制が非常に重要になりますので、そこをMC協議会の中で考えていかなければならないと思います。

（笹生部会長）

はい、ありがとうございます。かなり地域差もあると思いますので、ぜひそういったことも盛り込んでいければと考えております。続きまして心疾患の観点から伊莉先生にもご意見いただきたいと思います。

（伊莉委員）

ありがとうございます。本当に骨子（案）にはたくさん項目があって立派なメニューをもらったような感じですが、どれを注文したらいいのだろうかというところかなと思います。

私が東海大学に赴任して16年になりますけれども、やはり横浜・川崎エリアと比べると西湘エリアは少し遅れているように感じまして、着任後にリストに載っているようなことを何とか解決しようということで様々な取組をやってきました。

例えば心臓カテーテルをやっている病院が10数施設あるのですが、そういった病院を集めて年に4回、情報交換をしたりしながらレベルアップを図ってきたわけですが、それでも日本全体で心筋梗塞の数はこの30年間増え続けています。死亡率も治療を受けられた人は下がったのですが、やはり全体的に見るとまだまだ問題があるということで、私がやってきた十何年の努力は決してまだ実を結んでないのですね。

そうした中で、やはり、特にこういう急性疾患。循環器脳卒中は急性疾患ですから、最初の数時間がすごく大事なのですね。本当に生きるか死ぬかの運命を分けるころなのですが、その初期対応のどこに問題があるのかを掘り下げないといけない。我々の弱点を認識した上でそこに重点的に対策を立てないと解決していかないと思います。

そのために一般的に言われていることではあるのですが、例えば東京はCCUネットワークという機構があってすごいデータを取っているのですが、東京の実態はすぐ分かる。例えば田舎の医療圏と比較してみるとどこに課題があるのかということがすぐに分かるのですが、福井先生を中心に収集している神奈川県データを見ると、意外と西湘地区が田舎よりも都会に近いようなパターンを示していたりして実態がよくわからないのですね。全てを底上げできたらいいのですが、

効率的に改善していくにはやはり実態を知る必要があると思います。

最初に発症してから救急搬送に問題があるのか。あるいは救急隊はしっかりやってくれているのだけれど、例えば治療が受けられない病院に間違っ行ってしまっ、そこで時間がかかっているのか。はたまた病院で何か間違いがあつたりして無駄な時間がかかっているのか。どこが問題なのかというところをはっきりさせる必要があると思います。

例えば、がんの分野ではがん登録のおかげで実態が分かって対策がとてもしっかりできているので、やはり第一にやるべきは実態調査。レジストリーというか、きちつとした調査をして我々の弱点を知るところが第一歩ではないかと思ひます。それをもとに対策をする。

学会でもロジックモデルが取り上げられています。ロジックモデルでは最後のアウトカムをまず決めます。多分我々のアウトカムは健康寿命を延ばす、それから死亡率を低下させる。これが最終目標だと思ひます。そのために何をするかという、多分我々の弱点を直すということだと思ひますが、その弱点を知ることが第一歩なのかなと思ひます。ぜひレジストリー、実態調査を重点的にやっていただくことがまずは重要と思ひます。

あと、もう一つ。今日日本循環器学会の理事会があつたのですけれど、都道府県循環器病対策推進計画策定のための会議を現時点でやつたのは17都道府県ということだったので、神奈川県18番目ということです。以上です。

(笹生部会長)

貴重な意見ありがとうございました。続きまして福井先生、よろしくお願ひいたします。

(福井委員)

今、伊苺先生からも少し話がありましたけども、私は神奈川県救急の心筋梗塞のレジストリー、K-ACTIVEというデータベースの事務局をやらせていただいています。やはり今回この神奈川県の今後の循環器医療の色々な方針を決めるにあたってデータが全ての基本になってきます。課題点を抽出してどこが問題なのかを把握することも、また、今後色々な施策をやっていくことになると思ひますが、その施策が本当に結果に結びつたのかということに当然評価していく必要がありますが、その評価をするにあたって、やはりデータベースがないと評価ができない。そういった意味でデータベースは基本中の基本なのだと思います。

国においても循環器対策基本法の中で、国立循環器病センターを中心に全国レベルでデータベースの整備をやっていこうという動きがあるのは事実だと思ひますが、やはりそれぞれの県の特性によって違いが出てくると思ひます。神奈川県で言えば都会もあれば田舎もある。県の地区によって特徴がありますので、それらの特徴を地区別に把握する必要があると思ひます。そのためには県独自のデータが非常に大事になっていくと思ひます。

そういう意味で私たちは現在データベース(K-ACTIVE)を作っているのですけども、おそらく脳卒中もそうだと思ひますが、現場の努力でやるのは限界なのかなと思ひています。データの入力にはCRCとか事務の方がやってくれているのですけども、どうしても正確性、悉皆性に関してはもう限界。データの数としては年間1,500から2,000件とかなり集めることができるようになってきてある程度のことと言えるようになってきたのですけど、きちつとした正確なデータを出そうと思ひると民間の私たちが個人でやるレベルではそろそろ限界に来ているのではないかというのが正直な感想です。

また、循環器疾患の特性として長期的なフォローが非常に大事ということがあります。例えばがんに関しては、一般的に5年後の生命予後を見ることである程度のことと言えると思ひますが、循環器に関して、例えば未病の取り組みとなると、おそらくアウトカムが出るのは10年~20年後ということになりかねない。そういう長い期間を見ていかないと本当の意味のアウトカムを出せないで、そういうところできちつと結果を見るためには行政が絡んでいただひきちつと責任を持った悉皆性の高い数字や信頼性の高いデータベースを、ぜひ、提案していただひければと思ひます。そうすれば、それが医療施策のあらゆる原点になっていくと思ひます。

一方それがなければ課題でも抽出できないしアウトカムも出せないなので、ぜひ今回そういった記載が今日の資料ではあまりないのですけども、そのこのところをまずスタート地点として考えていただければと思います。

(笹生部会長)

福井先生、貴重な意見をありがとうございます。やはり心不全による死亡が多い中で長期的なフォローアップが非常に重要になってくると思うのですが、先生方の力添えを頂きながらこういうところに盛り込んでいけたらと考えております。

脳卒中も心臓病もリハビリテーションが非常に大事になってくると思います。介護・リハビリテーションの専門の委員にもご意見を頂戴したいと思います。まず、リハビリテーションが専門の笠原先生、よろしく願いいたします。

(笠原委員)

リハビリテーションについてはこの骨子(案)によると、第2章第4項で記載されることになると思います。国の循環器病対策基本計画を拝見すると継続的なシームレスなリハビリテーションに対して地域リハビリテーション連携パスなどが策定されているのですが、健康寿命というアウトカムに着目した場合、今の脳卒中の患者さんについて考えると、軽症例と重症例が二極化しているのではないかという印象があります。

軽症で済んだ患者さんはこの連携パスですとおそらく自宅に帰って日常生活が問題なくできているので、そこでリハビリテーションが完結してしまう。そうすると二次予防・再発予防に対する取り組みの具体性が、まだ具体的に示されていないと思います。この点について県として新たに維持期のパスの具体的な取り組みとして再発予防も盛り込んでいただけるとよいと思います。

継続性という意味でこのパスはとても有効だと思うのですが、一方で私の知る限り心臓領域のパスはないのではないかと思います。もし脳卒中と心臓病を同じような立ち位置でとらえるのであれば、パスまでいかなくとも継続性であるとか、そういったものを担保できる枠組みを県として何か新しく策定できればいいかなと考えております。

あと再発予防・重症化予防に関して言うと、おそらく骨子(案)第1節の啓蒙や未病と同じような考え方になると思うのですが、先ほど申し上げたとおり循環器病というのは、はしかのように一度なったら二度とならないというものではないということを中心に患者さんに理解していただくように、維持期でのサポートとか積極的に取り組んでいけばよいのではないかと考えております。

(笹生部会長)

心不全の管理で外来のリハビリテーションが非常に難しいという意見をよく聞くのですが、いかがでしょうか。

(笠原委員)

私たちも当院独自の心不全の患者さんのデータベースを作成しているのですが、明らかに高齢化がどんどん進んでいる。厚労省が出しているデータと全く同じような推移を示しております。こういった患者さんが外来リハビリテーションサービスを受けるに当たっては、そもそも病院に来るのが大変という問題があります。そのため病院という枠組みや場所にこだわらず、地域で疾病管理とフレイルティの改善。こういったものを実践できる場所とマンパワー。要するにそれに従事してサポートできる医療者や介護者。こういった方々が病院に来られない、外来の心臓リハビリテーションに参加できない人に手を差し伸べることができるような仕組みがあればよいのではないかと考えております。

(笹生部会長)

ありがとうございます。その辺も課題として何かうまく計画に盛り込めたらと考えております。続きまして、介護支援専門員協会の青地様、ご意見を頂戴できますでしょうか。

(青地委員)

私たち介護支援専門員は心疾患や脳血管疾患で介護認定を受けた方に関わる人が多いです。特に脳血管疾患の場合は、65歳以上の男性の場合介護認定を受けるきっかけの第一位と言われています。脳血管疾患で介護認定を受けた方にケアプランを立てるときリハビリテーションは当然行いますが、再発予防も必ず入れるようにということで、ケアマネジメントの標準化の指針も出ています。

一方心疾患に関しては、心筋梗塞・心不全そのもので介護認定を受けるというのは確率としては非常に低いです。ただし、脳血管疾患で介護認定を受けた方がもともと心疾患を持っているというケースは多いので、こちらもやはり、特に心不全。心不全のケアマネジメントに関する標準化について指針が出ているところです。食事であるとか水分であるとか心不全の方に関してはかなり統一したマネジメントが必要になってきますので、ケアマネージャーのケアプラン点検ということをしているのですが、そこで必ず脳卒中、脳血管疾患、心疾患に関しては、できるだけ統一した抜けないような、マネジメントをしていくようにしております。

ただ先生方おっしゃられるように、ケアマネージャーは病気になった後、介護認定を受けた後に関わる人が多いので、なかなか予防的な未病の部分に関わることは難しいのですが、介護認定を受けた後にできるだけ再発予防していくという点では今関わりをしているところが現状でございます。

(笹生部会長)

どうもありがとうございました。続きまして循環器病については口腔ケアやオーラルフレイルとの問題もありますが、歯科医師会の大持先生からご意見いただけますか。

(大持委員)

笹生先生がおっしゃったように、歯周病との関連性ということで言うと循環器病のリスクが3倍ぐらい高くなるというようなデータをいただいております。実際に歯周病自体の対策をやるということになると、まずは未病改善のところ歯医者役割が出てくると思います。

そして今ご指摘ありましたように、神奈川県はオーラルフレイルに関しては全国の中でも一生懸命頑張っているところがございますので、高齢者のロコモやフレイルを含めてオーラルフレイルの項目を少し厚くしていただけるといいのかなと感じております。

それからリハのところ摂食嚥下ですね。今まで歯医者は歯の数が命という面があったのですが、今は機能の部分でも、摂食嚥下の部分でもきちんと役割を果たそうと目を向けているところです。リハビリテーションについての記載の中で歯科についてもしっかり入れていただければ、特に問題ないと思います。

(笹生部会長)

大持先生ありがとうございます。それでは病気を経験した側からのご意見も頂戴したいと思います。まず、日本脳卒中協会の川勝委員よろしく願いいたします。

(川勝委員)

私は2004年、18年前に脳梗塞になりました。そしてその後、私は本当に不思議だったのです。どうして体が動かないのか分からない。誰も教えてくれない。その日以降ならない人を増やしたいということを信条にして、保険会社の教育部門にいた経験を活かして、脳卒中予防と発症時対応をテーマにまず社内向けに講演会を行ってきました。その後、一般市民向けにも行うことになりこれまで360回やって2万6000名の方に聞いてもらいました。

先ほど伊莉先生が15年ほど取り組んだけどもまだまだと仰っていましたが、私も17年やってきているのですが、まだ予防の取り組みが広がらない。循環器病対策推進基本法を作る時に国会議員への折衝にも行きました。日本循環器学会と日本脳卒中学会の先生方と一緒に行って、その時議員に対してとにかく言ったのは、今は発症してすぐに病院に行ったら患者は診てもらえる体制なのです。だから病院に行けば何とかなる。ところがたいいの患者さんは発症してもすぐに

病院に行かないわけです。なぜなら、脳卒中や循環器病に対する教育や啓発が国民に対してしっかりなされていないから、重大な病気が起きていると気付かない。これが根本的な問題だと私は考えます。発症したと思ったらすぐに救急に通報する。そういう癖をつけるぐらいの、何か運動をしないと駄目だということで議員に強く訴えたところ国会で基本法を作ってくれて、厚生労働省の協議会にも私は委員として参画しました。その中で、もう少し具体的に「啓発」とかぼやとした言葉ではなくて、こういうことが起きたらすぐ通報するとか。例えば心筋梗塞だっていたいの人はずっと病院に行かないです。行っていないのですよ。それが実態なのです。なぜならそういう病気だと気づいていない。教育されていないからです。だから発症時対応とかの啓発を強めないといけないのです。

厚労省にかなり厳しく言って、国の計画にはマスメディアとの連携という言葉が入っています。国の計画に「マスメディアとの連携」という言葉が入るのは珍しいなんて当時の厚労省の方からも言われましたけれども、私は啓発については、もう少しこの神奈川県においても具体的に何をやるかを明示する必要があると思います。計画を県が作っても市町村が実際に動かすわけですね。市町村のところで、何したらいいですか？ポスターでも作りましょうか？といった軽い受け止めで終われば何の効果もないのです。

もっともっと具体的な実態。先ほど伊苺先生もおっしゃったような実態を掴む。そして実態を示す。例えば今脳卒中は全国で2分に1人発症しているわけです。2分に1人です。これは滋賀県が掴んだデータをもとに推計したのですが、そういったデータは世の中に出ていないわけです。ですから今後できれば、例えば今新型コロナで毎日何人とか言っていますよね。発症者の人数を。それと一緒に本日循環器病・脳卒中を何人発症しています、ということをもっと県も出した方がいい。そうすることによって国民、県民の頭の中に何かしら残っていくわけです。そのあと具体的に何やるのかということちょっと作戦を練る必要があるので、これまでの全国の成功例を基に神奈川県でも実行していけばよいと思います。課題としては、この計画はもう少し具体策を明示した方がよいと思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。早期発見、啓発のためには非常に大事なことだと思います。保健医療計画の脳卒中部会でもポスターやパンフレットを作ったりしたのですが、継続してそういうこともやっていく必要があるということを変更して感じました。続いて心疾患当事者の土田様、ご意見頂戴できますでしょうか。

(土田委員)

私は祖父から三代にわたって同じ病気を発症しているわけですが、私の父も心筋梗塞を起こして救急車で運ばれたもののその日のうちには治療ができず、次の日の朝に別の病院に転院をして何とか命を取り止めたということがありました。私も5年前にバイパス手術をしたのですが、それ以前から症状が出ていたというのは今になって分かっているというところです。当時は全く分かりませんでした。

心臓の検査を病院で、発症1年前の今から6年前にやりましたが、その病院では「この程度の不整脈は年齢を考えれば普通だ」と。そういうことを言われて全く病気が発見できなかった。こういうことがありまして、発症後にぎりぎり何とか間に合って、発見をしていただいて、今私がまだ生きています。そういうふうに思っています。

こうした経験から考えても、私たちはどういう症状が心疾患に繋がっているのかということが全く分かっていない。例えば、歯の痛みが心疾患に繋がっていることがありうるということが分かっていないとか、多々あるわけです。

私の仲間も何人も同じ病気で亡くなっています。私は本当にたまたま生き残ったという思いがとて強いので、そういったことを含めて啓発というか、そういったデータを出していただければと思います。そうすれば私たちも気にして、いろいろな病院にかかれるのではないかと思います。

ころです。

(笹生部会長)

ありがとうございます。心疾患においても啓発が非常に大事だということが改めて分かりました。心疾患も脳卒中も同じように先ほど、搬送の問題が出ておりましたが、神奈川県消防長会を代表して林様からご意見頂戴できますか。

(林委員)

神奈川県の消防ということで、私は川崎市の消防に所属しているのですが、本部会の委員でもある長谷川先生に10数年前から川崎脳卒中ネットワークということでスケールを作ってくださいました。そして、それをもとに救急隊がいち早く脳卒中の場合はt-PAを使える医療機関に搬送するための「t-PAカレンダー」も作っていただきまして、今日はここの病院がt-PAが使えるところか、そういうことを把握できるようにしました。おかげで搬送の現場としては早く搬送できる状態だと思っています。

また、長谷川先生にスケールの読み方などを救急隊に教育していただいてレベルアップを図っているところであります。今後もそれらの取組みを継続していくことと、あと先ほど長谷川先生からもお話がありましたメディカルコントロールというところで、やはり脳卒中も心疾患も専門の先生からの教育をメディカルコントロールの中に入ってやっていただく。具体にはこれから検討していかなければいけないのですけれども、そういうところが重要だと思います。

我々消防は救急搬送を担っていますので、そういう知識を基にいち早く医療機関に搬送する。そういうところが重要になってくると思います。

(笹生部会長)

ありがとうございます。続きまして公衆衛生の方で神奈川県鎌倉保健福祉事務所三崎センターの濱先生、何かご意見頂戴できますでしょうか。

(濱委員)

私からは3点あります。まずは全体目標についてです。資料では「2040年までの健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少」となっています。おそらく国の基本計画を踏襲しているのだと思いますが、健康寿命の延伸は、第1節の未病改善というところでしっかり対策をとっていくことで実現できるのではないかと思います。また、年齢調整死亡率の減少、これは救急搬送体制や医療体制の整備を通じて目標を達成していくということだと思います。一方で、第2節第3項以降の患者支援の取組みやリハビリ等の取組み、それから緩和ケア、後遺症の支援、こういった取組みの目指すところが、現時点の全体目標ではうまく表現できていないように思います。そういった意味では、例えばQOLの向上を全体目標に追加するのはどうでしょうか。がんの領域では「がんと共生」という言葉で表現したりもしていますので、神奈川県のオリジナルということになるかもしれませんが、全体目標のところではぜひ未病改善と医療提供体制以外の取組みが反映できるような言葉を検討していただければと思います。

2点目は緩和ケアについてです。一般の医療従事者や県民の皆様にとって緩和ケアという用語としてもがんの終末期というイメージがあるかと思います。国では、特に末期の心不全の緩和ケアということですが、初期の段階から実践していくということを言われています。このあたりはまだまだ普及啓発が足りない部分もありますので、今回の計画の中では、どうして循環器病に緩和ケアが必要なのかということをしっかり書き込んでおくべきではないかと思います。また、国でも、循環器緩和ケアのワーキンググループ等でこういう検討がされていまして、例えば多職種心不全緩和ケアチーム等を構築していくということも目標として挙げています。神奈川県ではおそらく、多職種心不全緩和ケアチームの設置はこれからだと思っておりますが、現状がどういう状況か、あるいは今後の取り組むべき施策として、整備していくということを入れておくのがよいのではないかと考えます。

3点目は、社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援のところと繋がるのですが、今

回参考資料に入れていただいたのですが、国のがん患者の遺族調査、これは国立がん研究センターで行われています。遺族調査ですので亡くなった後にご家族にどのような状況だったか聞く調査で、主になが患者さんに対して実施しています。その中で、循環器病の脳血管障害や心疾患などを対照疾患として同じように遺族調査をしています。どこで療養したのか、あるいは痛みの程度や治療の満足度なども聞いていますので、緩和ケアについてはなかなか既存の計画も県ではないという状況もありますので、こういった国のデータ等も有効に活用していただければと思います。

(笹生部会長)

貴重なご意見をどうもありがとうございました。今日の一番の目的は「課題の抽出」なんですけど、何か言い残したところ。あるいはこういうことをぜひ神奈川県の特徴として盛り込んで欲しいとか。何かご意見を頂戴できればと思うのですが、いかがでしょうか。

(長谷川委員)

先ほど伊苺先生からも言及がございましたけれども、ロジックモデルをどうするか。神奈川県のを決めていただきたいと思います。令和3年の5月20日の参議院の厚生労働委員会で都道府県における適切な医療提供体制の確保を図る観点から、第8次医療計画における5疾病6事業についてはロジックモデル等のツールを活用した実効性のある施策を策定してPDCAサイクルを回していただきたいという、これは附帯決議だったので法的な拘束力はないわけですが、できればそのような形でPDCAサイクルを回してほしい。そういう決議が行われています。

日本脳卒中学会も、すでに全国で使える脳卒中のロジックモデルの策定を進めています。今回の2023年までの計画では第1期、テストランのような形でともかくやってみて、2024年度からの6年計画の時に間違いのない確実なロジックモデルができるような形で雛形を完成させております。それが活用されれば、神奈川県と東京都、あるいは神奈川県と九州との比較だとか、同じような形で比較ができるような形になっておりますので、ぜひロジックモデルで今後PDCAサイクルを回していくというような方向に考えていただけるとありがたいです。

(笹生部会長)

ありがとうございます。ロジックモデルとPDCAサイクルは、ぜひ盛り込めたらと考えています。他には何かご意見頂戴できますでしょうか。

心疾患の方でレジストリーは割合と進んできて、冠動脈疾患の急性期の治療は割合と進んできていると思うのですが、心不全に関しては医療圏とか地域差がちょっとあるのかなと思いますけれども、そのあたり伊苺先生いかがでしょうか。

(伊苺委員)

心不全の実態調査は実はまだまだ遅れておまして、どこが問題なのかということは本当にまだ分からない。自然経過としては大体心不全というのはこんな感じですよということは分かっている、緩和ケアが必要なのは実は心不全を発症した、心不全として中期ぐらいからもう入るべきだというようなことは言われているわけですが、本当にその対策で正しいのか。実態どうなっているのかということは実はよくわかってないです。本当にひどい心不全の場合、結構生命予後も悪いわけですが、それでも意外と長く大丈夫な方もいらっしゃる。我々が何をできるのかということも、やはり実態を調べないと分からないのです。もちろん、急性心筋梗塞、心不全、脳卒中というのは重要3疾病なのですが、それぞれやっぱり必要だと思います。

それから先ほど言いそびれてしまいましたが大動脈症候群、いわゆる大動脈乖離もまた緊急疾患で、心血管疾患の中で心筋梗塞と大動脈解離は本当に対応がしなければいけないのですが、やはり我々の弱点を知るための実態調査をしっかりとやる必要があるのですが、これが意外と大変なのです。

実際に私が入っている日本心血管インターベンション治療学会(CVIT)でやろうとしても、ドクターにさせると時間がないのでちょっと雑になったりしてデータが信用できなかったりするの

です。やはりこれは行政で予算を使ってしっかり登録することが私は必要だと思います。

(笹生部会長)

その辺のこともぜひ計画に盛り込めたらと思っていますが、福井先生いかがでしょうか。

(福井委員)

まず、現状の資料では循環器病が全部ひと括りにされてしまっています。具体的に心不全とか心筋梗塞、大動脈解離、そのあたりが多分大きな課題になってくると思うのですが、それぞれ対策が根本的に違います。やはり具体的な疾患名を何らかの形で出した方がいいのではないかと、いうことを、まず1点、推進計画の落とし込みの中で感じました。

それと同じような意味で少し感じたのは、緩和ケアという言葉についてです。おそらく本来はもう少し広い意味で、終末期だとかそういった中のひとつがあくまでも緩和ケアではないかと。もう少し広い捉えるべきだと思います。

終末期どうするかということが、今後、一番地域でも問題になるのではないかと思います。実際心不全のところは介護の世界でもそうだと思うのですが、終末期が一番困ってくる。それが必ずしも緩和ということだけにかかわらず、誰がどう役割分担するかという家族の支援の体制とか、そういうことも含めておそらく課題になってくると思います。

緩和ケアという言葉の狭い範囲に限定してとらえるのではなく、もう少し広い範囲で、言葉としてはとらえた方がよいのではないかと少し感じました。

(笹生部会長)

大変重要な意見をありがとうございます。私も疾患がずっと長い経過をたどっていくという意味では、先生がおっしゃったようにした方がよいのではないかと思います。また、ぜひ個別の病名を上げて、それぞれ対策を盛り込んだほうがよいのではないかとのご意見でした。他に何かご意見頂戴できますでしょうか。

(事務局)

医療課の一柳です。まず、様々なご意見いただきましてありがとうございました。たくさんの課題をいただいたので、ここでひとつずつ私からコメントすることは少し難しいのですが、ひとつ皆様のご意見を伺いたいことがあります。循環器病の発症時にすぐに医療にアクセスすれば助かるはずのものが、病院に行かなかったばかりに助からないということがあつたというのが、結構共通した課題として指摘されていたと思います。

脳卒中に関しては、実は以前長谷川先生の講演を拝聴したことがございまして、FASTという標語がありますね。顔、腕、言葉に着目して、おかしい点を感じたらとにかく早く受診、というようなことだったと思うのですが、心疾患に関してそういうサインというか予兆はどういうところでキャッチすべきものなのか。もし何かあれば教えていただければと思います。

(伊莉委員)

心筋梗塞に関しては外から見てもわからない。本人にしかわからないのですね。しかし、心電図をとればわかります。だから本人がおかしいと思って、心電図を取りに行かないと発見できないのです。意外と皆さん発症しても病院にかかっていないのですが、実は私が出演した今年1月6日放送の「ためしてガッテン」という番組で、心筋梗塞でも病院に行かない人たちがたくさんいるということを集めました。

病院に行かない主な理由としては、まず正常化バイアス。それから痛い場所が胸ではなかったというケース。発症時に顎とか歯が痛いと感じる人もいます。あとは、痛みが治ってしまったというケースですね。1回発作を起こしても痛みが軽くなったところで、自分は大丈夫だと思ってしまうような人。これらを3つ大きな理由としてNHKにとりあげてもらいました。

患者さんはやはり結構自覚できないことが多い。だからそのためには、本当に先ほど話題に出していたのですが、こういう症状だったら病院に行って心電図を取ってもらおうということ、一般の人に広く認識してもらおう。そうすれば早く病院に行こうということになると思うのです。

ね。脳卒中の場合は外から見て麻痺があるとか顎が下がっているとかあるのですが、心筋梗塞は全くわかりません。

(笹生部会長)

ありがとうございます。ぜひとも「こういう症状があったら病院に行きましょう」みたいなものがあると非常に啓発には役に立つと思います。福井先生はいかがですか。

(福井委員)

本当に伊苺先生のおっしゃるとおりで、心筋梗塞は症状自体の特徴がなくて難しいと思うのでとにかく救急車を呼ぶことが大事だと思います。横浜市の特徴的な取り組みですけれども、横浜市は救急隊がかなりしっかりコントロールをするようになって、疑わしきものは全部心電図を現地で取っています。それによって心疾患がどうかを判別して適切な病院に運ぶという体制がかなりできています。

また、心筋梗塞が疑われている患者さんを最初から循環器の専門医のいる病院に運ぶことが非常に大事なのです。一般の病院に行くと循環器の専門部門に回すまでに時間かかってしまい、大きなロスになりますので。

この2つをやってもらえると、患者さんが病院に来てから、心筋梗塞ではカテーテルという治療をやった詰まっている血管を再開通するのですが、再開通するまでの時間がはっきり短くなるというデータが出ていますので、いかに救急車を早く呼んでもらって、また横浜以外の地区でも救急隊が心電図を取れるようにする。こういったことをやはり少しずつ普及していくことが大事なのではないかと思っています。

(笹生部会長)

ありがとうございます。以前福井先生から横浜モデルだと door to balloon の時間が短くなってよかったというお話も伺っていたので、そういうことが MC 協議会の中でうまく盛り込めて、全県下で展開できるような形になったら一番素晴らしいのかなと思います。このあたりでよろしいでしょうか。

(事務局)

大変参考になりました。ありがとうございます。

(笹生部会長)

他にはいかがでしょうか。

(演委員)

第7項「小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策」ですが、国の基本計画を確認したところ、先天性の心奇形とか、小児・若年期から成人期への移行などについて書かれていると思います。これらは成人期とは議論が異なる部分があるのではないかと思います。そういった意味では、今後例えばこども医療センターとか、あるいは小児の先天性疾患を持った方のご家族の方とか、そういった方にヒアリングすることは考えられていらっしゃいますか。

(事務局)

一柳からお答えいたします。おっしゃるとおり、ここの小児の部分については、先天性心疾患をお持ちのお子様などをターゲットにしていると思います。また、その方が成人したときに、じゃあどこで診てもらえるのかといった問題を扱う項目だと思っていまして、今日は説明を省略してしまいましたが、こちらの部会に委員としてお招きはできなかったのですけれども、個別に親御さんの会の方などにご意見を伺う予定であります。

(笹生部会長)

よろしいでしょうか。他に何かご意見ありますでしょうか。後で何か思いついたというような先生方がいらっしゃいましたら、また事務局の方にご意見頂戴できればと思います。

それでは事務局は頂戴した意見をまとめて、うまく案を作っていただければと思います。よろしく願いいたします。進行を事務局にお返しします。

○ 閉会

(事務局)

笹生先生ありがとうございました。また皆様本日お忙しい中、活発にご意見をいただきまして本当にありがとうございました。本日の議論を踏まえまして、取り上げた内容またご意見があった点を事務局の方でさらに確認・検討してまいります。今後、個別にご相談をさせていただく点多々あるかと思いますが、その際にはご協力をいただきますようよろしくお願いいたします。以上をもちまして本日の部会を終了させていただきます。

(以上)