

令和2年度 循環器病対策推進計画策定に係る脳卒中小委員会

- 日 時 令和3年1月19日（火） 午後6時～午後7時30分
- 場 所 鳥取県健康会館 鳥取市戎町
鳥取県中部医師会館 倉吉市旭田町（TV会議）
鳥取県西部医師会館 米子市久米町（TV会議）
- 出席者 19人
黒崎委員長
紙谷・坂本・花島・瀧川・阪田・田淵・中安・日笠・竹内各委員
県健康政策課：萬井課長、福光課長補佐、向井係長、木村係長
鳥取市保健所保健総務課：角田主査
健康対策協議会：渡辺会長、岡田理事、岩垣課長、葉狩

挨拶（要旨）

〈渡辺健対協会長〉

本日は、東中西部の3会場を結び、第2回循環器病対策推進計画に関する脳卒中小委員会の開催にあたってご出席に感謝いたします。

この小委員会は、中安委員の提案により、心血管疾患とは別に、脳卒中病対策を充実させるために独立した小委員会が必要という提言のもと、本小委員会が立ち上がった。その後、スピーディーに計画の策定に向かっていることを大変うれしく思う。

地域の健康課題への対策は、今年度、新型コロナウイルス感染症に多くのエネルギーが注入されているのが現状であるが、従来からの重要な健康課題への対策も並行してしっかり進めていかなければならない。とくに循環器病さらに脳血管疾患は、従来、有病率が高く、様々な介護を含めた福祉的な取り組み、健康増進の観点からの取り組み、地域医療計画における取り組み等もなされてきたが、今般、国民の健康寿命の延伸をテーマに新たな取り組みを開始することとなった。医療の

進歩、たとえば脳卒中の超急性期におけるカテーテルを用いた血管内治療によって後遺障害を最小化する治療等に対応する地域医療の連携体制の構築も求められている。活発な議論のもと、多くの知見を計画に盛り込みながら、県民の健康、健康寿命の延伸に繋げていくことができればと願っている。

協議事項

1. 鳥取県循環器病対策推進計画の内容について ○ロジックモデルについて

前回、ロジックモデルにおいて脳卒中学会から提供されたモデルに関して提示させていただき、中安先生から意見をいただいたものを少し反映させ、追加変更点を坂本委員より説明があった。

協議の結果、主な意見は以下のとおりであった。

【C初期アウトカム指標】

特に意見なし。

【B中間アウトカム指標】

3 医療従事者のワークライフバランスが保たれている。

指標については、委員会の中では特に意見はなし。

- 6 回復期から維持期への医療連携が図られている。

地域連携パスの活用状況が指標になる。

C1101脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数はあるが、実際には、連携パスがどのくらい動いたかが必要。

【A分野別アウトカム指標】

特に意見なし。

- 鳥取県循環器病対策推進計画の骨子案について
鳥取県循環器病対策推進計画（案）と今後のスケジュール等について、萬井課長より説明があった。

骨子案について、萬井課長より、健康寿命の延伸につきましては、国は2040年までに3年以上というような具体的な数値を掲げている。鳥取県としてどう考えるのか、ここまで具体的に3年という数字を挙げて、この目標をどうするか、数字的には掲げないか、もしくは3年という数字ではなくて鳥取県オリジナルで数値を掲げるのか、こういったところが議論の焦点になろうかと考えている。

次に循環器による年齢調整死亡率の低下ですが、特に減少の数値を国は具体的には示しておらず、鳥取県は全体目標のところ令和5年の目標として空欄にしております。ここを具体的に書き込むのかそれとも国と同じように言葉だけとして「減少」とするのは具体的にPDCAを回しながら、結果をご報告していきたい。委員の皆さまのご意見を伺いたい。

- 循環器病対策推進協議会について

〈黒崎先生〉

昨年末、日本脳卒中学会の理事長名で、アンケート調査があり、脳卒中循環器病対策推進協議会の設置状況については、当該行政部署から協議会設置の話がなく当該行政部署へのコンタクトを

とっていないのが3県。当該行政部署へ協議会設置を依頼しているが、当該行政部署から反応がない県も4県あって、3番目が当該行政部署から協議会を設置するという言質を得ているが、協議会開催の日程等が決まってないというのが30都道府県あり、これが、大多数である。

鳥取県については、当該行政部署から協議会を設置するという言質を得ており、協議会開催の日程等が決まっているということで、これに該当と回答した。すでに都道府県協議会が開かれ、今後の具体的な施策づくりの進め方も決まっているというところで、実は小委員会に関しては、鳥取県はここだと思う。その進んでいる県が10県あり、進んでいる県の一つに鳥取県が挙げられている。

ただ脳卒中学会の方ではこの脳卒中循環器病対策推進協議会を作るように言われている。

これは以前、中安先生や田淵先生が県の方に向け合っていた事案かと思うが、実際に健康対策協議会の中で、脳卒中と心疾患の小委員会で検討しているが、これが今後、国が求めている脳卒中循環器病対策推進協議会に相当していくのかどうか。国が求めているのはこの中に患者さんのグループも入れるようなこともある。今、小委員会で、心血管・脳血管のメンバーが決まっているが、患者さん代表が入っていないので、これは国が求めているものとあっているのかどうかその辺県の方のご意見を伺いたい。

〈萬井課長〉

萬井課長より、鳥取県には健康対策協議会があり、この小委員会の親委員会があって、それを利用したらどうかというお話があった。

循環器病対策基本法には、県の責務として、推進計画を立てる時に都道府県循環器病対策推進協議会をたてた場合は、そちらの方の意見を聞かなければいけないと法律上はなっている。

それで、この循環器病対策推進協議会については、法律上の書きぶりとしては置くように努めなければならないというような書きぶりになっており、必須の部会ではないというのが法律上の根拠

にある。

その中にもし推進協議会の方にメンバーを加えるのであればということを書いてあるのが、循環器病の患者であったりとか、元患者、あと、これらの方々の家族、遺族を代表する方、救急業務に従事する方、循環器病に係る保健医療福祉の業務に従事する学識経験者等と連携がされているというところである。

そういう意味で、私どもは、今回この計画を立てるに当たり、すでにこの協議会として健対協というものが機能している鳥取県は推進をしている県であるので、こちらの方を活用させていただきながら、計画を立てる途中、所々で、県民の方々にご意見をいただく機会を数多く設けながらたてさせていただく仕組みを今考えているところである。

ただ、参考までに申し上げますと昨年度同じような形で、県医師確保計画、保健医療計画は、法律上立てるといえることがあって、同じような仕組みで、国から求められていまして、この計画につきまして、同じように健対協の中、医療審議会等々を使いながら、計画を立てたという経緯があることを参考までに申し上げる。

〈中安先生〉

所々、入っていない救急とか患者の意見が、きちんと入ることがあれば良い。そこは、積極的にご意見をいただくと必要があると思う。

〈黒崎先生〉

確かに脳卒中関連に関しては、小委員会として色々話し合った方がちょうど良い。この小委員会を二つに分けるのは良いことだと思うが、それ以外に患者さんの声、救急の声、そういうのを反映する仕組みをどうやって作るかという問題もあると思う。

〈岡田先生〉

協議会の策定については、設定しないとイケないという国の指示ではないということでもよしかったですね。例えば他の分野で言いますと肝炎の対策協議会があり、患者さんの代表を入れると

いうのがありましたので、実際に健康対策協議会の委員会は別に開催しつつ、その中の一部の委員を、協議会の委員に入ってもらって、具体的な内容は肝炎の対策委員会で議論している。拠点病院の認定に関して協議会の方で患者さんの代表も入れて、別立てで協議をしている。どうしても学会の方から、協議会を設置をとのことであれば、二階建ての構想が考えられる。他の分野での参考までに。

〈渡辺会長〉

脳卒中学会が求めている協議会と健対協の中の一つの部会の小委員会としての位置付けが、確かにバックグラウンドや異なる面があると思うが、それが医療政策になる過程で、救急、医療の現場或いは患者さん、回復者の方々の意見が反映されるような仕組みがどこかに入っていれば良いと思う。最終的には、保健医療計画と連動するような形になると思うので、もっと広い範囲の意見を集約することが、患者さんの団体の方々も加わってきますし、救急医療の方も反映されると思う。小委員会では、専門的なバックグラウンドで大枠を作って、保健医療計画と連動するところで十分に地域医療の適用できるような形で幅広く意見を集約する形にしていくと、似たような性格の会を二つ作って、並行した審議を行うよりもいいのではないかなと思っているところである。先生方の方で、一番いい方法を議論していただければと思っている。

○救急搬送体制については、次のとおり意見があった。

〈中安先生〉

ドクターヘリ、ドクターカーのことが書いてあるが、急患が発生した時にその救急車に患者を乗せて病院まで搬送するという、その、救急搬送システムは救命救急士の方に二次医療圏ごとに考えるのがいいのではないかという意見であったが、県の推進計画の中にその救急現場と医療現場との連絡、救命救急士がきちんと患者をトリアージし

て運ぶということが、今の現在のメディカルコントロール体制では、必ずしも十分でないところがある。この推進計画にそこは書いていただいた方がいいのではないかと思う。ここにいらっしゃる脳卒中の専門の方でも、それがあつことさえ知らないという先生がたくさんおられて、それは連絡がちゃんとうまくいってない結果だと思うので、その文言を入れていただいた方がいいのかなと思う。

推進計画に入れた方がよい項目の一つである傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準を適宜見直すということは、それはメディカルコントロール協議会の仕事だと思うが、こちらからもプッシュしたほうがいいのではないか見直されていないので。もう一つは、実施基準に適応できるように救命救急士の研修を適宜行うこと、その、二つでいいと思う。

〈渡辺会長〉

県のメディカルコントロール協議会は既に稼働して毎年協議を行っているが、各二次医療圏ごとにはまだ設置されていないということでよかったですか。二次医療圏も設置されて稼働しているでしょうか。

〈萬井課長〉

各圏域でメディカルコントロール協議会は設置されている。それぞれの搬送基準の方は適宜協議されているというふうにお聞きをしております。

〈渡辺会長〉

その中で脳卒中の超急性期医療を含めた最近の脳卒中或いは脳血管障害の救急に対応するような議論がまだなされてない血管障害の詳しい先生が、そこ（メディカルコントロール協議会）に委員として出ておられないというのが、現状で、また県においても、各二次医療圏においても十分に話し合いがなされていないのが現状ですね。県のメディカルコントロール協議会と各二次医療圏においても、十分に新しい考え方を取り入れていただくべきではないでしょうか。この解決すべき課題に盛り込んで推進していただくのがいいのでは

ないでしょうか。

〈萬井課長〉

所管が医療政策課ですので、至急お伝えしながら、より良い方向の体制に持っていけるよう少し調整してみたい。

〈黒崎先生〉

次回までの宿題ということで。医療提供体制についても次回までに宿題にさせていただきます。

○緩和ケアの現状と課題については、次のとおり意見があった。

〈日笠先生〉

具体的にどういうふうなことを国は言っているのでしょうか。

脳卒中における緩和ケアというのは、ちょっとわかりづらいというか、急性期、超急性期であれば、何となくちょっとあるのかなという気もするのですが。

循環器の場合は結構、長期にわたって心不全を繰り返しながら、残念ながら寝たきりになって命とりとかそういう意味での緩和ケアというのはあるのでしょうか。

脳卒中の場合がちょっと何となくピンとこないのですが。

〈竹内先生〉

うつ状態、そういうことですかね。

胃ろうをすとかしないとか、地域によっては足並みをそろえるみたいな噂をちょっと聞きます。

〈木村〉

国の計画の緩和ケアに記載があります。

〈日笠先生〉

内容が具体的にわかりにくい。

〈黒崎先生〉

その部分は、循環器病という括りに脳卒中も入っているのですか。

〈木村〉

国の計画で循環器病というのは、脳卒中・心疾患という説明が入っています。

〈花島先生〉

慢性心不全の時に苦しいときに緩和というのが言われている。脳卒中の後遺症が多いから緩和ということにしたら逆に妙なことになりますけれども、脳卒中に限っては触れなくてもいいのでは。

〈日笠先生〉

急性期或いは超急性期に、どういう治療方針を選ぶか。

もちろんご本人も含めてのことになるわけですが。ACPみたいな、前もっての意思表示をちゃんとしてもらうような、例えば、施策というか啓発をしていくとかいう意味で、課題とか、施策があるというのはわかるんですが、例えば寝たきりになった人、或いは気管切開・胃ろうを作って、長期に生存していらっしゃる方、確かに緩和ケアといえば緩和ケアですが、少し分けて考えた方がいいのかなと思う。脳卒中としてはむしろ急性期の治療選択を、どうするかというところを、前もって、本人の意思表示をしておいていただければ、現場は、特に脳外科の先生なんかは、話がしやすいのかなあと思う。

〈中安先生〉

主たる患者さんは、慢性心不全の方でどこまで治療するかとかですね。バイパップをつけたり、或いは酸素だけにしてちょっと麻薬を最後使ったりするかどうかとかいうことが主な話だと思う。

急性期病院においては、ご本人は重症の方で、なかなか意識障害が戻らなくて、ちょっと、ご本人のご意向としても家族の意向としても胃ろうはいいですということになると、点滴で看取る方もそれなりいらっしゃる。そういう時は、ご本人は意識障害がずっと続いてますが、あるタイミングで個室に移っていただいてそのご家族に、結構傍に行っていたりして、ご家族の心のケアは急性期病院でもしますけどね。そこは気を使うところですが、そこまで県の推進計画に盛り込むかどうかというところかなあと思う。

〈阪田先生〉

心臓リハの看護師や医師ですが、緩和ケアの話

が出てきて、ADLがすごく悪くなったとか、何回も心不全を起こす方をされたとかそういう方の緩和をどうしようかと聞いている。在宅での支援を拡充させたりするものことも含めて緩和ケアが必要。脳卒中でそれが関連するところは8番かと思う。

〈黒崎先生〉

この辺はちょっと難しいとは思いますが、ある程度今回の課題ができたところであるので、もう1回まとめていただいて、今回の宿題とさせていただいた部分も含めて、次回もこの小委員会で話し合えればと思う。何かご意見いかがでしょうか。

〈木村〉

全体目標について脳血管疾患年齢調整死亡率の目標数値として定める方がいいのか、または国の計画のように減少という言葉でさせていただく方がいいのか、ご意見をいただければと思います。

〈中安先生〉

ロジックモデルロジックに戻るが、死亡率とともに脳卒中になった人のQOL、麻痺があっても、どのくらい生活の質を高めることができるか或いはその高次機能障害があっても、どのくらい高めることができるかを定めることができるかっていう方が、確かに、急性期死亡率も大事ではあるけど、ロジックモデルで言うと、この脳卒中になった人の生活の質というのは、県の目標には入らないのでしょうか。どちらかというところの方が、大事なような気がする。

〈黒崎先生〉

単に死亡率というよりもということですね。

この辺の大まかな目標に関しましては、目標数値にするかどうか、ご意見いかがでしょうか。

〈渡辺会長〉

この健康寿命の延伸を目標にするかどうか、目標数値を入れるかという、3年以上ということに関連して、この健康寿命は、脳卒中、或いは循環器病のような、循環器疾患に関連した健康寿命の延伸というよりも癌やいろいろな疾患、トータルした形で健康寿命がどれくらい伸びたかというこ

とです。健康寿命というのは疾患ごとに分けるのではなくてトータルのものですね。

ですから3年以上という数値を、数値目標を作る、つけるとその他の疾患の対策も、含まれた数字になるのですが、ただ循環器病はおそらく対策の効果の指標として、他に良い指標がなければトータルの健康寿命の延伸というので最終的には他の疾患の対策効果と併せて3年以上とかいうようなことを目標するというのはある程度意義があると思う。これは絶対達成しなければならないということではないと思う。具体的な目標がある方が取り組みとしても意欲に繋がる、こういう数字の変化などは常に意識しながら対策に取り組むというようなことで、具体的な数字を入れるという

のは決して悪くはないと思うし、別の分野ですけど鳥取県の自殺対策についても、自殺者を減少させる、数値目標をつけて対策をしているような形で、決してそれがクリアされないかどうかということではないんですが、やはり一つの目標にはなると思うので、先生方のご意見にもよりますが、ある程度数値目標を入れるというのはそれなりに対策を促進する一つのモチベーションになるようには感じている。

〈黒崎先生〉

具体的に数値目標をどうするかということに関しまして、また話し合いたいと思う。その辺も含めて次回までの宿題とさせていただきたいと思う。

鳥取医学雑誌「興味ある症例」投稿にあたって

「興味ある症例」はX線、内視鏡写真、超音波写真、心電図など形態学的所見が読めるようにきちんと撮影されている症例の掲載を目的としています。珍しい症例は勿論ですが、ありふれた症例でも結構ですから、見ただけで日常診療の糧となるような症例をご投稿下さい。

投稿規定：原則として1症例につき2頁以内におさまるように、症例のあらましとX線、内視鏡、超音波、CT、心電図などの画像とその診断名、解説をまとめて下さい。

写真4枚以内、症例紹介300字以内、解説約500字（半ページ）、約1,000字（1ページ）。

カラー写真は、編集委員会で認めたものについては著者の負担を要しない。

典型例では文献は必要ありませんが、比較的珍しい症例では2～3個以内の文献を付けて下さい。

要旨、英文タイトル、Key words等は不要です。

採否およびその他の記載方法は鳥取医学雑誌投稿規定に依ります。

なお、二重投稿および個人情報の守秘には充分ご留意下さい。



(鳥取医学雑誌編集委員会)