

鳥取県生活習慣病検診等管理指導協議会循環器疾患等部会
鳥取県健康対策協議会生活習慣病対策専門委員会

- 日 時 令和3年2月18日（木） 午後1時40分～午後3時
- 場 所 テレビ会議 鳥取県健康会館（鳥取県医師会館） 鳥取市戎町
鳥取県中部医師会館 倉吉市旭田町
鳥取県西部医師会館 米子市久米町
- 出席者 28人
〈鳥取県健康会館（鳥取県医師会館）〉
植木・太田・岡田・梶川・中安・宗村各委員
県健康政策課：萬井課長、福光課長補佐、木村係長
健対協事務局：谷口事務局長、岩垣課長、葉狩
オブザーバー：濱本鳥取市保健所保健師、松本岩美町主任保健師
加賀田八頭町副主幹、東條智頭町保健師
〈鳥取県中部医師会館〉
安梅・谷口松田各委員
鳥取県中部総合事務所福祉保健局健康支援課：岡垣課長補佐
北山保健師
〈鳥取県西部医師会館〉
山本部長、谷口委員長、越智・黒崎・高田・藤井各委員
オブザーバー：永野米子市室長

【概要】

・「鳥取県循環器病対策推進計画の骨子（案）の概要について、県健康政策課担当者より説明があった。

計画策定に当たり、脳血管疾患小委員会及び心疾患小委員会が開催され、作成に向けて議論を重ねた経過の説明があった。

二つの小委員会での検討の中で、循環器病推進基本計画（令和2年10月）に定める国の目標として、「2040年までに3年以上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」で、3年という具体的な数

値を定めるかどうかについて、本委員会の場で結論に至らず、別途、脳血管疾患小委員会及び心疾患小委員会の両委員長と県医師会長とで協議を行った結果、「他の施策とも総合し、2040年までに健康寿命を3年以上延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の低減」とすることとなった。

・各地区医師会で慢性腎臓病（CKD）の治療に関する実態調査を行っていただき、その集計結果について、谷口委員長より報告があった。回答率は15.29%と低率であった。回答のうち、7割は開業医からであっ

た。初診時に尿検査は約9割が実施されているが、尿中アルブミンを測定されているのは20%ぐらいで少ない。また、「エビデンスに基づくCKDガイドライン2018」（日本腎臓学会編）および健康対策協議会作成のリーフレット「CKD患者を専門医に紹介するタイミング」の活用状況について、多くの先生方があまり活用していないようであった。かかりつけ医にさらなる周知が必要と考えられる。

- ・令和元年度の特定健診受診率は46.8%、特定保健指導実施率は20.1%であった。
- ・鳥取県死因究明等推進協議会（R2.2.6）で示された県内における入浴中死亡事例の調査結果を受け、ヒートショックと熱中症に注意ということで浴室での熱中症について注意をしていただくチラシを作成した。

協議事項

1. 鳥取県循環器病対策推進計画の策定について

- 鳥取県循環器病対策推進計画の骨子（案）の概要について、萬井県健康政策課長より説明があった。
- 脳血管疾患小委員会の開催状況及び出された意見等について、黒崎委員より説明があった。

脳血管疾患小委員会においては、メンバー的には西部が5人、中部が2人で、東部が3人で脳外科医3人、脳神経内科5人、脳神経内科医のうち2人がリハビリ医という構成で、急性期から慢性期までを議論できるようにというメンバーを選出した。

小委員会を2回開催し、現在の医療提供体制の中で日本脳卒中学会一次脳卒中センターとして認定されているのが、県立中央病院、県立厚生病院、山陰労災病院、鳥取大学医学部附属病院で、この中でも鳥取大学医学部附属病院が、一次脳卒中センターコアというところになる。

この脳卒中センターは24時間365日、脳卒中

の患者を受け入れる体制ができている。

循環器病対策推進計画を作成するにあたり、日本脳卒中学会が推奨しているロジックモデルのA分野～C分野までで、脳卒中としては、最終的なアウトカムとしては、脳卒中による死亡の減少が一つの大きな目標である。もう一つは、健康寿命という面もあって、脳血管疾患が日常生活を送るうえで質の高い生活を送ることができている。これも一つ挙げることにした。

このロジックモデルに従うと、それに対する中間のアウトカムを色々と拾いあげていく作業を小委員会で行った。24時間365日と言っても、診る側の医師自体が、脳神経外科医、脳神経内科医の充足率が76.9%という本県においては、医師のQOLという問題もあるので、中間アウトカムに医師数も加えることにした。今後、ロジックモデルに従って、脳卒中の方の推進計画をまとめていきたいという話があった。

- 心疾患小委員会での意見について、山本部長より説明があった。

心疾患においても、ロジックモデルを作成している。最終的に達成したい目標ということで、やりたいことはたくさんあるが、到達が無理なので、ある程度目標を絞ってということにしている。

特に急性心筋梗塞及び急性心不全の患者さんの転帰については、皆さんもご存知のように保険病名が全然使い物にならないので、日本循環器学会の教育施設と教育関連施設に絞ることとし、そうなると、疾患名の信頼性があるので、それでデータを出していくというような方向にしている。

問題点、大きな項目は脳卒中とほぼ同じであるが、特に循環器については、高齢の患者さんは大体80歳から85歳を超えると、がんで亡くなる方よりも心疾患で亡くなる方のほうが、実数が増えてくるので、死亡率を下げようとかというよりは、亡くなるまでの患者さんのQOLを少しでも向上という方向で、リハビリテーショ

ンをもう少し普及させる。

その中にはやはり鳥取県の地域柄、お住まいの近くにリハビリテーションができる病院がないというご高齢の方も多いため、ITを使って、自宅でも、病院の方からの指導を受けてもらいながらできるような、患者さんでも簡単に使えるシステムの導入というのがあると思う。

その最後の段階の緩和ケアについては、循環器領域はがん患者への緩和ケアに比べて大幅に立ち遅れている。特に循環器をやっている我々の世代は、緩和ケアについての教育を若い時に受けていない。最近のがんの緩和ケアに関する教育は、ある一定の年齢以下の医師は皆さん受けているが、まず、基本のところを受けていただく人数を増やした上で、循環器特有の緩和ケアについてさらに学んでもらう体制が必要であるということも盛り込んでいる。

小児とか若年者の配慮については、まずマジョリティーとして大事なことは小児期からの生活習慣の問題である。さらに、治療技術が進歩して先天性の心疾患の方が、術後、長期に生存できるようになって、この方々が成人に達してからの移行医療というのが、日本では問題となっている。

この問題については、鳥取大学医学部脳神経小児科においても、同じような問題を抱えており、幼少期から成人期にかけての移行医療について、制度の立ち上げを考えておられるようなので、今後の推移を見ていきたいところである。

二つの小委員会での検討を重ねた中で、循環器病推進基本計画（令和2年10月）に定める国の目標として、「2040年までに3年以上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」で、3年という数字を記載するかどうか、本委員会でも協議することとなっていた。委員の方にご意見を伺いたいという話があった。

委員から以下の意見があった。

・山本委員長：健康寿命の3年というのを本当に達成できる見込みがあるのか、私自身は懐疑的で、健康寿命というのは、循環器疾患だけで決まっているわけではなく、精神疾患とかいろんなものが絡んできているなかで、3年という目標を今ここで打ち上げていいのか。2040年の担当者が、この目標について達成できたかという評価を問われるということを今の間に足かせをしていいのかということについて、ここでコンセンサスを得ておきたいと考えている。

・岡田委員：渡辺会長のご意見としては、すでに健康寿命の延伸を少しずつ図られているので、達成不可能な数字ではないだろうという、見込みもお持ちではあったように伺っている。

・松田委員：この3年以上っていうのもあまりギリギリに区切っていいのかわかっていうのは私も賛同しかねるところがある。

・植木委員：2040年を目がけてというものは、国の基本計画に準じたものであり、またさらに背景には国の健康寿命の延伸プランの中で、2040年までに健康寿命を、3年程度延伸するという背景にあるかと思う。

他の県の計画との整合性、連動ということがあり、健康寿命を目標に挙げているのは健康増進計画の健康づくり文化創造プランの方で計画を挙げている。こちらの計画も令和5年度を終期とした計画であり、そちらでは、全国での10位以内を目指すということを、健康寿命の延伸のところの目標にしている。具体的な数値というよりは全国順位の方で、目標を掲げているところとなっている。

そしてそれぞれの各種計画については、基本6年間ということで、3年ごとに計画を中間で見直し、そして次の期に向けてということで、取り組みはPDCAサイクルでまわしていく中で、その目標についても、達成したものについては上方修正を行い、あまりにも到達不可ではないかということについてはまた委員の皆様のご意見をもとに、目標自体も修正をしていくと

というようなことを繰り返しているのです、そういったことも含めて、また改めてご意見をちょうだいできればと思う。

- ・山本委員長：循環器疾患、脳卒中は、比較的フィジカルなものに関わってくる部分は確かに大きいと思うが、もう少し何かメンタルな要素が比較的影響が少なく、フィジカルなことが、より客観的に見えるような何か指標を持ってくるのであれば、何となく達成できた、出来ていないというところに、この循環器に対するいろんな対策をした影響が出たか出ていないということを何となくリンクしやすいのかなと個人的には思う。
- ・黒崎委員：確かに定義は難しい。我々脳卒中の分野で言えば、要は寝たきりで寿命が延びている人、普通の生活が、多少認知症があっても生活が出来ているかで全然違うと思う。そういうところが、表せる指標があったらいいかなと思う。3年延ばすというのは何かエビデンスはあるのか。さっき言われたように全国で10位以内を目指すとか、それの方が目標としては掲げやすい。

3年延びたからどうなるのかなという風に思う。目標設定で、個人的には10位以内を掲げる方が、何か目標としてはいいのかなという気がする。その結果、とらえ方としては、脳卒中を見る側としては、寝たきりじゃない状態っていうのが一つの指標と思う。
- ・山本委員長：厚労省ホームページから、健康寿命についての生活基礎調査（健康票）を見ると、直接的に健康寿命を算出する時の、日常生活だとか、外出だとか、仕事と家事、学業とか、運動その他の5つを選ぶようになっている。鳥取県の県民が5つの中のどこに丸を多くつけているのか、そこを把握しないと、循環器疾患対策によって健康寿命を鳥取県の人が伸ばすっていうことができないと思う。
- ・藤井委員：健康寿命は、2つの算出方法を使っている。先ほどお話があったように、国民生活

基礎調査、アンケート調査に基づいて、数値これはあくまで主観的な健康度である。これはおっしゃるに様々な要素が絡み合っている。都道府県比較はできることになっている。

一方でやはり数値的にしっかりと裏付けがあるのは、先ほど黒崎先生からお話があったけれども、その介護度、要介護度別で、介護度がいくらかになったら、そこをあるポイントとしての健康寿命を算出している。市町村比較は県内でもこれを使ってやっているが、数字的にはかなり違う。健康寿命は、10歳ぐらいの開きがあったと思うが、要介護度をポイントとすると多分3歳とかそれぐらいの違いになる。平均寿命の差がそうである。

この循環器病としてのストレートの健康寿命で使うのであれば、先ほどお話があったように、要介護度別の健康寿命算出は、県単位ではできるが、全国都道府県別の比較はできない。どのあたりがいいのという議論になると思う。

- ・山本委員長：県として計画をたてるのであれば、全国的なデータがなくても、県として現状よりも改善していくということが見れば、それは一つですよ。
- ・中安委員：植木委員、藤井委員が言われたように、特に脳血管障害は、介護と関連が深いので、健康か健康でないかというのを循環器病になった人はその介護分野で要介護に認定されているかどうかというのはとっても、全国比較ができないにしても、とってもいい指標だと思う。

今まで死ぬか生きるかしかなかったのが、その病気になった後の生活の質を評価できるのはとってもいい指標だと思う。

- ・山本委員長：私もそっちの方が、心不全も含めて、非常にリンクが強いかなと思うので、県の方でも、もう一度ご検討願います。

以上の議論の内容を渡辺会長にも説明した上で、渡辺会長のご意見を反映させた形で整理を行

い、委員の皆さまには、後日、改めてご意見を伺うこととなった。

報告事項

1. CKDアンケート調査の集計結果について：

谷口委員長より説明

各地区医師会で慢性腎臓病（CKD）の治療に関する実態調査を行っていただき、その集計結果について、谷口委員長より報告があった。

結果については以下の通り（抜粋）

- ・ 回答率は15.3%と低率であった。回答のうち、7割弱が診療所の医師、3割弱が勤務医であった。診療科別では、内科系が約半数を占めている。
- ・ 初診時に尿検査は約9割が実施されているが、尿中アルブミンを測定されているのは20%ぐらいで少ない。
- ・ CKD患者を月30人以上診ているのは34%、年1人以上の患者を腎専門医に紹介されているのが34%。腎臓専門医への紹介理由は、腎機能低下・尿蛋白持続等の理由が多かったようだ。

紹介しない理由は、患者が希望しない、期待したような効果が得られないという理由があった。

紹介のタイミングは、G2が18%、G3bが36%、G4とG5が29%ということで、G3b以上が多くなっているが、非常に遅れている方が極めて多いという印象でもあった。

- ・ その他に、高血圧合併のCKDに使用する降圧剤は、予想したようにARB、ACE阻害薬、Ca拮抗剤が多かった。腎性貧血へのエリスロポエチン製剤の治療は、約半数がドクター自身の判断で使用しておられた。
- ・ 「エビデンスに基づくCKDガイドライン2018」（日本腎臓学会編）および健康対策協議会作成のリーフレット「CKD患者を専門医に紹介するタイミング」の活用状況について、2018の利用率は32%が持っていない、知らないで、健対協、私どもが作成したパンフレット、CKD患

者を専門医に紹介するタイミングは、26%が活用している、36%が知っているが活用していない、36%が活用していない、知らないということで、活用できてない方が7割を超えるということで、少し残念な結果であった。

- ・ 以上の結果から、CKDに対する理解は極めて低いというような印象はなかったが、ただ、CKDを意識して、腎臓専門医とのやりとりが、まだ不足しているという印象を持った。せっかくガイドライン、あるいは健対協が作ったパンフレットがあるにもかかわらず、7割の方が活用できてないということで、もう少し啓発が必要と思う。
- ・ 2013年の論文によると、医師の専門性や腎臓内科の研修歴がCKD診療や連携に関わっているという報告がある。例えば、腎臓科とか糖尿病内分泌、循環器科は、腎臓専門科との関係が近く、消化器内科は少ない傾向があるということで、今回のデータは診療科と、知識や理解度、紹介の有無のところまで解析ができていないので、さらに、少しこういった傾向が、このデータでも表れているかどうか、もう少し継続して調べてみる必要があると思う。

以上の報告から、越智委員からは、連携パスも作ったので、周知をさせていくという点では、今年3月にCKDの会を行うので、その際に周知する予定であるという話があった。

2. 令和元年度特定健診・特定保健指導実施状況について：木村県健康政策課係長より説明

全体の特定健診受診率は46.8%であり、前年比0.3%受診率が上がっており、毎年のように上がっている。

◇各医療保険者別に見ると、前年の受診率より上がっているのは、市町村国保、市町村共済、地方職員共済の受診率が上がっている。

特定保健指導実施率については、低下傾向である。全体の実施率は20.1%（前年度比-2.0%）

であり、上がっているのは、鳥銀、警察共済、地方職員共済、市町村共済、医師国保、市町村共済である。

令和元年度の内臓脂肪症候群の割合は15.6%、予備群は11.8%であった。

山本委員長からは、保健指導を実施してもあまりメタボが減っていないという論文を最近読んだが、費用対効果という意味では確かそこが疑問視されたと思うが、行政機関の中で、これについて何か意見が出ていますかという話があった。

萬井課長からは、市町村との意見交換、担当者会議等を行っているが、特段まだ意見をいただけてないので、今後になると思うということだった。

3. 入浴中の死亡事故について：

福光県健康政策課課長補佐

ヒートショックと熱中症に注意ということで浴室での熱中症について注意をしていただくチラシを作成した。昨年2月、鳥取県死因究明推進協議会の中で、県内の入浴中の死亡事故についてはヒートショックというよりも熱中症が原因のもの

が多いというようなことが示されていることを受け、昨年、この部会で、ヒートショックと熱中症のことも含めた入浴中の死亡事故について注意喚起を行ってほしいという提案をいただいた。

入浴は、10分以内を目安に、長湯をしない、41度以下、同居家族がいる場合は一言かけて入浴する等を盛り込んだチラシとしている。また、昨年11月には鳥大の飯野先生に鳥取県政テレビ「マルっと！とっとり」に出演していただき、このチラシと同様にヒートショックというよりも、入浴中は熱中症の可能性があります、注意してくださいというような注意喚起も取り上げて話をさせていただいた。

このチラシについては飯野先生に若干ご監修いただけて作成している。

藤井委員より、統計のグラフが、上段のところは全国の統計で、中段のグラフは鳥取県の統計であるが、鳥取県でもこういう風な事案があることがよくわかるように記載した方がいいという話があった。県健康政策課において、今後、検討されるということだった。

鳥取県健康対策協議会のホームページでは、各委員会の概要、委員会記録、出版物、従事者講習会から特定健診の情報まで随時更新しています。

なお、鳥取県医師会ホームページ (<https://www.tottori.med.or.jp>) のトップページ右領域のメニュー「鳥取県健康対策協議会」からもリンクしています。

→ 「鳥取県健康対策協議会」

<http://www.kentaikyou.tottori.med.or.jp>

