

平成 26 年 7 月 2 日

各 位

医療政策課 伴正海

第 1 回急性心筋梗塞医療体制検討会議(概要)

1. 日 時 7 月 2 日(水)18:30~20:30

2. 場 所 本庁第 2 応接室(2 階)

3. 出席者

出席委員:川井座長、大野委員、北岡委員、喜多村委員、小松委員、西山委員、根岸委員、古野委員、細木委員、矢部委員

欠席委員:

事務局:(健康長寿対策課)山本企画監、藤原主査、(防災対策課)猪野チーフ、佐竹主事、(医療政策課)豊永企画監、浅野補佐、安藤チーフ、岡野主査、伴

4. 決定事項 第6期高知県保健医療計画の平成 25 年度評価(別紙(案)参照)

5. 主な議論内容

(1)AED について

・土日夜間に使用できない公的な場所に多く設置されているが、都会ではコンビニなどの施設に設置されている。(西山委員) 現在では AED の単価も安くなっているため、コンビニに設置していくことはいいこと。(小松委員) 今後は県と協定を結んでいるコンビニエンスストアとの連携についても検討していく。

・仙台では救急アプリを開発し、AED マップを入手したり救命方法を学べるという参考意見もあり。(大野委員)

・AED については救急医療体制検討会議では扱われていないため、今後も当検討会議で扱っていく。医療計画でも明記されている。

(2)救護・搬送体制における啓発について

・高知医療センターが集計した平成 23~25 年安芸医療圏の STEMI に関するデータからは、ドクターヘリのおかげで要請から治療までの時間が短縮されたにも関わらず、発症から要請までの時間が長くなっており救急体制整備の恩恵が受けられていない可能性が示唆された。(細木委員) 発症から要請までの時間や発症から近医受診までの時間を短縮するための啓発については、講演会等はそもそも健康意識の高い集団へのアプローチとなるため効果は薄いため、より広く啓発するためにも CM やコンビニを媒体とする方法についても今後検討していく。とりあえずできることからやっていく。講演会であれば、講師は委員が務めることは可能である。ヘリポートも増えるため、それとあわせた啓発活動を県にお願いしたい。(川井座長)

(3)ICLS 研修について

・現状は医師会等へ情報提供はされていない。各病院が開催している研修情報を県が集約し、医師会等を通じて医療機関の医療従事者へ周知を図ることとする。

(4)あき総合病院について

・現状では 24 時間 365 日体制は困難。困難な時には情報共有があれば心筋梗塞

疑われる患者搬送の際にタイムロスなく高知市内へ運べるのではないか。将来的には急性心筋梗塞治療センターとなることを目指しつつ、まずは着実に体制を作り上げていくべき。スタッフ教育も高知大学の協力を得て行なわれている。中央圏の急性心筋梗塞治療センターもあき総合に対しては何かしらの協力をしたいので、要望があればあき総合からも提案していく。あき総合の循環器内科医師確保については現在県では行なわれていない。

#### (5) 禁煙対策について

・学校・官公庁施設での禁煙については、学校で 40%台、官公庁は手元にデータなし。今後は分煙なども進めるという意見に対しては、分煙は禁煙ではないと委員より指摘あり。今後の対策について、禁煙率の低い学校・官公庁施設や家庭での禁煙についても意識を向けてはどうかという意見が出た。

・e-learning への医師の参加率が低いことについて、今後は県内研修医教育の中で受講をプログラムに組み込むことを検討する方針となった。

#### (6) 県内死亡率の高さについて

・過去に高知県急性心筋梗塞研究会の調査では、県内で発生した急性心筋梗塞はほとんどの症例が現在の急性心筋梗塞治療センターに搬送されていたことが分かっている。しかし、現在の死亡統計では急性心筋梗塞治療センターでの死亡者数とあまりにギャップがある。要因として考えられる可能性として、検死によって「急性心筋梗塞の疑い」という病名がつくこと、死亡診断書の疑い病名が「急性心筋梗塞」とカウントされていること、施設や家庭での高齢者死亡が「急性心筋梗塞」という死因であること、発症したものが適切に医療機関へ搬送されていないこと等が挙げられた。結論としては、急性心筋梗塞の実態調査が必要であろうということとなった。一定期間、全ての医療機関からの全件データと急性心筋梗塞治療センターでのデータを比較し、そこに乖離があるのかということが分かれば今後の指標に対する捉え方がはっきりとしてくる。

#### (7) 急性心筋梗塞治療センターの公表データについて

・現在集計しているデータについて、各施設の集計や解釈が統一されていないことが分かった。今後は STEMI(ST 上昇型心筋梗塞)についてのより特化したデータ集計を検討することとした。

#### (8) 輪番制について

・あき総合病院に循環器内科が 2 名しかおらず、24 時間 365 日対応が困難であることについて議論している中で、事務局より輪番制の提案をした。根拠としては、高知市内各治療センターの急性心筋梗塞症例数が平均 1 日 1 件に達していない中で各治療センターが 24 時間 365 日体制でスタッフを配備していることが、あまり効率的には見えなかったため、輪番制にしてその分戦力をあき総合へ回すという提案であった。しかし、各治療センターからはそれぞれがギリギリの戦力で行なっているという現状についての話があり、今すぐには困難であるという結論に至った。ただ、高知市内各治療センターからは、あき総合病院に対しては何かしらの協力をしたいのであき総合病院からも何か協力してほしいことがあれば提案して欲しいという意見

をいただいた。

(9) かかりつけ医との連携について

・地域での症例検討会や講演会等について、各治療センターが年に1回ずつ担当すれば県内で5回開催できるという座長からの提案をいただいた。今後は各市町村に対して、希望があれば講師派遣等行なう旨を情報提供していくことを事務局からも提案させていただいた。

(10) 12誘導心電図について

・救急車内での12誘導心電図波形が事前に分かれば、受診してから治療までのDoor to Balloon timeが短縮できるという意見が相次いだ。これに関して、救急隊からは救急車内のモニターが12誘導に対応していること、救急救命士は12誘導心電図の電極の貼り方を学んでいるため今後必要となれば各隊員にそれを教えることは可能であるという発言があった。今後の検討課題となった。

(11) 今後の検討会議について

・高知赤十字病院の治療成績データが集計ミスであったこともあり、今後データを整理したうえで委員に対して県が情報提供を行っていく。その中で次回検討会議開催の必要性が出てくれば、準備を行なう。今回の評価調書については事務局でまとめたものを座長と確認しながら完成させる。

6. まとめ(検討事項について)

- ・AEDのコンビニ設置について
- ・救護・搬送体制における啓発について
- ・ICLS研修の周知について
- ・学校・官公庁施設や家庭内での禁煙対策について
- ・禁煙対策のe-learningを研修医教育に組み込むことについて
- ・県内死亡率の調査について
- ・治療センターの公表データの取り方について
- ・かかりつけ医との連携のための症例検討会・講演会等について
- ・12誘導心電図の導入について

以上