第1回高知県循環器病対策推進計画策定委員会　議事要旨

1　日時：令和3年10月7日（木）18:30～20:30
2　場所：高知県庁本庁舎2階　第二応接室
3　出席者：22名
　◆委員18名

上羽　哲也 委員	（脳卒中センター　代表者）
山本　克人 委員	（急性心筋梗塞治療センター　代表者）
野並　誠二 委員	（高知県脳卒中医療体制検討会議　代表者）
川井　和哉 委員	（高知県心血管疾患医療体制検討会議　代表者）
計田　香子 委員	（高知県健康づくり推進協議会　代表者）
北岡　裕章 委員	（高知県健康診査管理指導協議会　循環器疾患等部会　代表者）
山田　光俊 委員	（高知県医師会　代表者）
依岡　弘明 委員	（高知県歯科医師会　代表者）
宮村　充彦 委員	（高知県薬剤師会　代表者）
藤原　房子 委員	（高知県看護協会　代表者）
大畑　剛 委員	（高知県理学療法士協会　代表者）
新谷　美智 委員	（高知県栄養士会　会長）
廣内　一樹 委員	（高知県介護支援専門員連絡協議会　代表者）
西田　香利 委員	（高知県回復期リハビリテーション病棟連絡会　代表者）
小岸　圭太 委員	（高知労働局　代表者）
伊藤　祐美子 委員	（市町村　代表者）
平井　学 委員	（健診機関　代表者）
千葉　徹 委員	（県民代表）

　◆事務局4名

4　会議の概要
（1）委員長及び副委員長の選任
　委員長を北岡委員に、副委員長を野並委員に務めていただくことで承認された。

（2）　協議事項
　ア　高知県循環器病対策推進計画（仮称）の策定について
　　事務局より、高知県循環器病対策推進計画の策定スケジュール及び計画概要について説明し、質疑応答・意見交換を行った。（資料1、2）

　イ　高知県循環器病対策推進計画（仮称）の骨子案について
　　事務局より、高知県循環器病対策推進計画の骨子案について、現状・課題を説明し、質疑応答・意見交換を行った。（資料3、4、5）

5　質疑応答･意見交換の要旨

高知県循環器病対策推進計画（仮称）の策定について

【委員】（意見等なし）
【委員長】計画内容については次の協議で時間を取るため、計画の策定についてはご了承いただくということでよろしいか。
【委員】（異議なし）

高知県循環器病対策推進計画（仮称）の骨子案について

（1）骨子案と高知県の現状について
【委員】資料4の5ページの図表6について、「要介護（支援）者の有病状況」で心臓病がとても多いが、この心臓病は何を含んでいるのか。
【委員】高血圧が入るのであれば、多くてもおかしくないと思う。
【事務局】ここに示す心臓病にどの疾患が含まれるかは本日資料がなく、次回回答させていただく。
【委員長】他に意見はないか。なければ次に移る。

（2）循環器病対策における施策の方向性について
ア　循環器病の予防について
【委員長】健康づくりについて、意見はあるか。
【委員】健康づくりについて、県も子どもの健康づくりに向けたDVDなどを作っており、小学生の体操などゲーム性のあるおもしろい様態を考えて推進していると聞いた。そういう子どもの頃からの取り組みから始まるものであって、2年で結果を出すというのは、子どもの分野に関しては時間がかかるのではないかと考える。
【委員長】栄養に関して、意見はあるか。
【委員】循環器病の最大の危険因子である高血圧では、減塩が一番重要だと思う。また、一口に栄養状態の悪化と言っても、過栄養なのか低栄養なのかという整理も必要である。食と栄養の専門職能団体として、栄養･食生活を中心とした生活習慣の改善に重点的に取り組んでいきたいと考えている。
【委員長】歯の健康、オーラルケアに関する意見はあるか。
【委員】歯科の分野では、歯周病が一番循環器疾患と関係があるのではないかと思う。歯周病の原因の細菌感染で動脈硬化が起こりやすい、誘発しやすいということもあるし、それによって血管が細くなるということも言えると思う。
【委員長】口腔機能の維持等も計画に入れていいと思うか？
【委員】ぜひお願いしたい。
【委員長】健診について、意見はあるか。
【委員】特定健診はそもそも腹囲から始まっているため、肥満ということに置き換えれば、太った方のみに対する対処となり、予防のための健診でもあり本来実際に血管障害が生じた方や病気を対象としているわけではない。特定保健指導の対象者になっていなくても非常に危険な方はたくさんいる。高知県の場合、飲酒習慣や他の生活習慣が悪く検査結果が悪くとも、痩せていることから指導対象から外れている例が結構いる。治療中であると情報提供判定となり保健指導対象外となるが、飲酒量が多く肥満のものも多く生活習慣の改善をしていない例が多い。そういった方々の対策ができていない。実際特定健診で層別化され抽出される支援対象者の危険度は、年齢層によって異なり、均一でなく、前述のように不完全（漏れが多い）なものであ

り効果に疑問がある。マンパワーの少ない各地域の保健師にとっては、特定保健指導の負担は大きく、特定健診から特定保健指導がワンセットで実施できていないものが多いように思われるが、現行の制度（特定健診）がリスクストラテジー（危機戦略）になっているのか疑問に感じられる。供覧の資料を見ても血管障害発症者の肥満率が高く、高血圧の方の割合も高いが、痩せている方や高血圧でない方にも発症例があり留意する必要がある。統計的に頻度の高い要素に対策を講じるのは合理的に思えるが、個々の例を見るとそれだけでは図れないものもたくさんあることを申し上げておきたい。資料のどこにも肝機能の話は出てこないが、肝機能異常から高血圧や耐糖能異常に繋がっていく方が多く、本県の場合飲酒量の多いものに若壮年の血管イベントが多く存在する上、痩せている方にも多いので注意が必要である。

【委員長】血圧のことに関して、意見はあるか。

【委員】将来的に高知県だけのリスク評価が必要である。日本一歩かないというデータを取ったり、例えば塩分摂取量は随時尿のナトリウム、クレアチニン、年齢・体重・身長で分かるデータもあるため、そのようなデータを集積し、このリスクがある人は改善が必要というふうにしないといけない。塩分摂取の問題と言われても、県民にはあんまり浸透しないと思う。塩分摂取のデータや、健診のデータをとって、具体的に問題にしないと、いくらやっても全然広がらないと思う。データを取るのは大変だが、県がやるのであれば、どんどんデータを出していけばいいのではと思う。

【委員長】啓発について、何か意見はあるか。

【委員】今まで具体的な啓発活動が少なかったため、テレビ CM 等を含め、もっと進めていただきたい。

【委員長】予防や治療において、人材育成が大事であると考える。特に予防においては、子どもの頃からの健康教育等、現場対応が重要となる。医師が現場に行くことは難しい現状があるが、学会として高血圧・循環器病予防療養指導士や心不全療養指導士というのが資格としても出来ているので、計画案に人材育成を追加した方が良いと思った。予防は裾野が広く、病院は予防にまで手が回ってない。これから訪問等で出かけていって、一次予防の対策を広げないと、今の医療機関で手が回るかどうかは厳しい。

【委員】高知県は、ストラクチャー・プロセス・アウトカムを使ったロジックモデルを 2013 年にはすでに用いており、施策がどのような問題を解決しようとしているのかを示す目標が設定されている。保健所等地域でどういう方をターゲットにするかがすごく大事である。次の急性期医療にも関連するが、脳卒中で翌日になってやって来る方の要因等、高知県の悉皆調査から計 3 万数千人のデータをもらって解析している。

「Area Deprivation Index」といい、単身かつ高齢で年金生活してる方や家がレンタルの方は、急性期には医療機関等へのアクセスをなかなかしないというデータがすでに出て、今論文にしているところである。それをみると、高齢の単身の方、要するに郡部や村落に住まれている方に、どうやって情報を届けていくかという啓蒙アイデア、啓蒙方法が必要である。委員長がおっしゃっているのも啓蒙方法で、どういう人材を活用していくかということである。街にいる者は良いが、山のほう、細い道の奥にいらっしゃる方にはどう啓蒙していくかという具体的なものが必要である。そういった活動が高知県でどうなってるのかは、あまり知らないが、何かいい方法があればと思う。次の、急性期患者を早く病院にアクセスさせるというところも、結局そこだと思う。

【委員長】その他、予防のことについて意見はないか。

【委員】高知県版ということで、「お酒を飲むために頑張って仕事をしている」という感じがあるので、それを少し変える方向で考える必要がある。10 分でも運動してからお酒を飲みに行く等、県民の考え方を少し変えるようなものを盛り込む健康づくりも必要と考える。

【委員長】具体的取り組みについて、第 2 回委員会で整合性をとっていくことになる。今日は、いろんな意見があって助かると思うため、引き続き意見をお願いする。

ｲ　保健、医療サービス提供体制の充実について

【委員】データを解析し、課題を抽出して、そのアウトカムを見ながらまた推進していくことになると思うが、デー

タ集積が大変である。心疾患のデータについて、Door to Balloon 時間等出しているが、ごく一部の情報提供しかお願いできていないのが現状である。本来ならもっと細かいデータをとっていけば、もう少しいろんなことが解析できるかもしれない。そこをどうするか。データはとても大事だと思う。データ集積をするそのシステムを構築していくかどうか、当然お金もかかるし、やれるならやりたいと思うが、登録事業は考えているか。

【委員長】第3節で話すことになると思う。

【委員】承知した。プレホスピタルに関しては、ここで議論するというよりも、救急医療体制の会を中心にやっていただいたほうがいいと思う。現実的には、救急隊の方は心筋梗塞とか急性心不全の時は、急性心筋梗塞治療センターになるべく運ぶような体制はすでに構築されてるのではないかと思う。

【委員】高知県は地理的に不利であるが、Door to Balloon 時間はおそらくどこも短くなりつつあると思う。反面、発症から病院までの時間が、なかなか短くならない。最近は平成 27～28 年と比べるとだいぶ短くなってるデータがあるが、やはり限界はあると思うので、先程もあったがこれも共通で、個人への啓蒙が必要になってくると思う。

【委員】Door to Balloon 時間は、社保と国保のレセプトで請求したらバルーンの時間を書かなきゃいけないので、それで集めようとしたら、集められると思う。

【委員長】現状のデータでは、Door to Balloon はカテーテル治療を行っている病院しか分からないが、つかんでいる。急性心筋梗塞治療センターにかからないような心筋梗塞患者も多く、データ収集が必要である。

【委員】高知県は心筋梗塞の死亡率が高いため、それを改善するためには、心筋梗塞のデータが必要である。Door to Balloon は集めているが、その他のデータがない。

【委員長】脳卒中の急性期医療に関して、何かあるか。

【委員】脳卒中は、県からの要請で、あき総合病院に脳外科医師を派遣している。おかげさまで人が増えてくると、まずストラクチャーとして、あき総合病院が脳卒中センターとなった。次、プロセスとしてどれだけ救急隊に信用されてそこに患者さんを入れるかということで、急性期のアウトカム項目が何個か満たされるような体制になってきている。県行政のおっしゃったことをそのまま素直に聞いたら、やっぱり良く考えられてて上手に出来てるなというのを肌で感じた。

　ここから先は、ストラクチャーとしてこれ以上病院を増やすわけにはいかない。心筋梗塞もおそらくそうであると思うが、どうやって病気の判断のつかない知識のない患者さんを、医療機関にアクセスしやすくするかという、物理的なアクセスより精神的なアクセスが重要である。家族がいれば「ちょっとおかしいよ。行っておいで。」って言われて行くが、お金も年金だけで高齢で一人暮らしとなると、もう自己判断でやめてしまうということがどうしてもある。そのため、「高知家お薬プロジェクト」等と高知大学の地域協働学部の学生が一緒に何かする等、一個一個の末梢血管にまで赤血球が流れていくような啓蒙が出来れば良いと思う。

【委員】おそらく、啓発活動等が全然やられていない。継続していかないといけないため、そうすると予算も含め、もう少し長期的な計画を立てないといけないと思う。薬局も、お年寄りの集まりみたいなところもあるのかもしれないが、いろんなところに啓蒙しないとなかなか難しいと思う。

【委員長】薬剤師の立場から何かあるか。

【委員】今は連携で情報をいかに薬局の薬剤師に渡すかというところを、保健所単位、薬剤師会の支部単位で一生懸命やっているが、人材育成等レスポンスがないというところが結構多い。それなりのサポートをして周りの薬局等から返ってくるが、それが普遍的になって継続的になるというのは、難しい。今までいろんなことをやってきたが、いつも跳ね返されてきた。その継続性ということで ICT が出てきたので、活用を進めているところではある。介護であれば高知家@ライン、その他あんしんネット、脳卒中連携パス等については、病院では一生懸命やっているが、なかなかレスポンスがないことが課題である。

【委員長】脳卒中の回復期について、何か発言はあるか。

【委員】t-PA や血栓の除去は、だいぶうまくいっていると感じる。リハビリをする時に、以前と比べても圧倒的に軽症の方がきて、その部分がうまくまわっていると現場で実感している。最初のアクセスをどうするかというこ

とが、これから重要になってくるし、急性期・回復期で非常にうまくまわってる中で、あまりに軽いためにご自分の病気に対して自覚を持たないまま地元へ戻ってしまう。そのため、再発予防という部分での医師会の役割が今後さらに必要になってくると自覚をしている。

【委員長】理学療法士の立場から、発言はあるか。

【委員】心大血管リハビリテーション料を算定しているSCR値というデータがあったが、確かにシビアな患者は急性心筋梗塞治療センターに集まるが、軽症の方であれば多くの医療機関で治療しているのが現状だと思う。診療報酬の話をここでしても仕方ないが、施設基準が非常に厳しく、多くの施設で算定できていないところが現状としてあり、実際は多くの医療機関に心大血管の患者さんが運ばれていることになる。

脳卒中に関しては、急性期と回復期の連携は非常に進んでいるが、問題となっているのは回復期を出られて維持期になったときに、介護保険の領域でのリハビリのサービスが、医療機関でやっているリハビリのサービスとガラッと大きく変わってしまうところがある。そこで患者さんが戸惑ってリハビリを離れてしまうようなことが多くあるというのが現状と思う。これもやはり診療報酬の問題であるが、介護認定を受けられている方が180日を過ぎてしまうと、医療保険の外来リハビリテーションが受けられないということになっており、介護保険のほうでリハビリを行うということで、今まで個別でリハビリをやってた患者さんが、集団予防の中に入っていくということに抵抗感を持たれて、リハをやめてしまうような方が多くいるように思う。

【委員】高知県は回復期の病棟が非常に多いが、回復期のデータが県に集約されていなかったため、一昨年から、どんな患者さん、脳血管疾患に対してどのような訓練を行い、どういう状況になっているかというデータ収集を高知大学の下で行っている。ただ、新型コロナが起こってしまったがために、昨年度から今年度にかけてのデータがちょっとイレギュラーが起こりそうという情報もあるが、地道に集めていこうと思っている。

高次脳機能に関して、失語症の方が高知県に何人いるのかという実人数でさえつかめていない現状がある。そういうデータがないところで施策を行い、高知県言語聴覚士会が支援者養成をしているが、なかなか非常に難しいということがある。レセプト等でも良いが、高知県に一体高次脳機能障害の人や失語症の人が何人いるのかという調査から、まずは始めていただけると非常にありがたい。

心疾患に関しては、回復期に上がってこず、地域包括ケア病棟があるところはそこにいくと思うし、脳血管疾患と心疾患では病棟が違ってくる可能性もあるということを、付け加える。

【委員長】心臓関係の先生方にぜひまたご意見を聞きたいが、心リハの特に遠隔地の慢性期、ほぼ回復期状態が多いので、そこの対策をどう施策に盛り込むか。高知市内の急性期や慢性期はある程度まわっているが、ちょっと離れたらほぼリハビリが出来ないので、かかりつけ医の理解をどう得られるかも重要である。

次に、在宅と介護支援のところで意見をいただければと思う。

【委員】いかに医療との連携を図っていくのかというところが、とても重要だと思っている。今、在宅復帰をする中での課題としては、コロナの関係もあり、医療との連携、特に患者さんとの面会やカンファレンスへの参加が難しくなっているというのが現状である。また、全体的に入院の在院日数が少ないというところで、病院も退院日ありきの状況でこちらに相談をされ、在宅への受け入れの準備が不十分なまま帰るということが、比較的あると思う。特に、入院前から関わってる利用者さんに関しては、入院時から退院に向けての相談検討というところは進めていくが、今まで関わっておらず、発症されて認定を受けられて退院をされるという方については、十分な対応が出来てないというのが現状である。帰ったあとも、再発防止であるとか再入院を防ぐというところは重要にはなってくるが、医師から注意事項や意見を聞きながら在宅の対応をしていくが、在宅で長期になっている中の微妙な変化や状況が変わる中、定期的に通院をされたりする中で、いかに平時でもかかりつけ医との情報交換を行うかということも重要になる。今ICTが出来て、高知家@ケアラインやあんしんネットを使えるようになっているが、まだまだ普及していない状況である。そういった形でタイムリーな情報交換が出来れば、再発防止や再入院を回避するところに役立つと思う。またケアマネジャーから、実際に現場でケアされる介護の方に、ケアプランを通じて注意事項等を伝えていけると考えている。

【委員】訪問看護は在宅医療を支えるために非常に重要な役割を果たしているが、先ほども課題にあったよう

に、高知県は本当に高齢者の一人暮らしや高齢のご夫婦だけの世帯、またどちらかに認知症があるなど、在宅で療養するときの管理や、病状の把握をして適切な受診につなげることが難しい状況にある。そういうところでは、訪問薬剤師にも関わっていただいて管理をしているが、訪問看護とか訪問介護が24時間継続的に関わることは出来ないので、そこをいろんな職種が繋ぎながら、やはり異常早期発見しながら、早期に医療機関に繋ぐ、地元のかかりつけ医との連携も必要になる。栄養士は訪問栄養という形で、いろんな職種が入っていくことで異常早期発見とか、次に繋げていく機会になると思い、やはり看護だけでは限界があると感じている。

【委員長】他に意見はないか。それでは次のパートに移る。

ウ　循環器病対策を推進するために必要な基盤整備について

【委員】虚血性心疾患及び脳血管疾患等を起こさないためにどうするか。実際発症した方々の検査値を見ても、非常に血圧が高いわけでもなく、糖尿病がそんなに悪いわけでもない方が多い。40歳代前半の発症例に至ってはほとんど病気のない方（病気と意識されない軽度の異常のもの）が多い。資料には糖尿病や高血圧の割合が示されているが、非常に軽症からの発症の方も多く、インスリン抵抗性の亢進状態からの発症を考えれば、想像以上に軽症な状態で進行している可能性が高い。働き盛りの発症を予防するためには、治療に入っていく前の状態のハイリスク者の把握及び介入が重要であり、ここ数年学会や原著論文等でも報告を続けている。やはり生活習慣をまずは改善していけるよう動機付けが大切であり、健診機関としても日頃努力しているところである。毎年高知県の報告書を拝見して、課題にはあがっていてもそれに対して具体的な対策が見えてこない。現状では、二次三次予防の課題が多いが、リスクとしてほとんど自覚のない若い人たちへ一次予防としてアプローチしていく上で、職域への対策が必要である。中小規模事業所がほとんどを占める高知県においては保健指導がなかなかうまく実施できない現状はあるが、同時に積極的にアプローチしていく方法論を検討する必要がある。発症例の検討は従来から続けてきており、10～20年遡ってみた場合、やはり生活習慣の乱れが原因となるデータ異常の影響が大きいことがわかってきており、血圧や耐糖能異常が初期の発症のタイミングもわかってきており参考になるかと思う。今の高知県を考えると、若い人たちへの予防が重要と考えている。

【委員長】第3節は「必要な基盤整備」となっているが、基本法では研究と言われているが、項目名を「研究」としない理由はあるのか。例えば、先程の話にもあった予防法や新しい薬を使った研究等、基本法の3番は研究推進を必ず盛り込むことが、大きな主題であるというように言われている。それでいいのかどうかご検討頂ければと思うが、いかがか。

【事務局】研究ということで国は書いているが、他県の計画を見ても「基盤整備」となっているところが多く、都道府県の役割としては、データを集約しながら、研究機関に渡して研究していただくこともあり、この2年間というときには「基盤整備」とタイトルを変えた。

【委員長】実際この2年間でいろんなことができるとは思わないが、研究支援でも良いので、盛り込んでもらった方が良いと思う。

【事務局】承知した。先程委員がおっしゃったインスリン抵抗性の検査値があがっているということについては、現在大阪大学に分析をお願いしており、昨年度から分析をしている。途中経過になるが、20歳の時から10キロ以上体重増加した人の割合が高知県は高いということで、高知県はそういったところから動脈硬化を起こしたり、糖尿病を起こしたりという分析結果も出つつある。

【委員】20ページ「後遺症を有する者等への支援の強化」というところで、脳卒中・循環器病対策基本法に、脳卒中からくるてんかん（症候性てんかん）が入っている記憶があり、(3)でもいいので、脳卒中によるてんかんという項目を入れた方が、啓蒙する意味でもいいのではないかと思うため、ご検討いただきたい。

【事務局】承知した。脳卒中や心疾患で大きくまとめているが、その他循環器で必要な疾病については付け足す必要があると思うため、ここは高知県として取り上げるべき疾病じゃないかということで後日助言をいただ

ければと思う。
【委員長】他に意見はないか。
【委員】予算はどれくらいか。お金がないといろいろなことが出来ないと思うが。
【事務局】県で作る計画であり、この３月末に策定するとして、来年４月からはスタートすることになる。今現在意見をいただければ、次年度の事業、予算として計上することは検討できる。
【委員長】がん対策基本法のように、国から補助がきてそれを使ってということではなく、我々が立てた計画に対してサポートしてくれるというかたちであるようだ。
【事務局】循環器対策基本法が出来た関係で、今年度より国の２分の１補助事業ということで、新たな事業が立ち上がっている。県は事業計画を作って国に補助金を出していただくことはできる。ただ全額国費ではない。
【委員】関連するデータやグラフを、出典を明らかにして、啓蒙に使えるパワーポイントを無償で使わせるとか、そういう教育システムを作るということをすれば啓蒙しやすいんじゃないかと思う。データを取るのはかなり大変であるし、これを有効利用してもらったらいいのではないかと思う。
【委員長】他に意見はないか。なければこれで協議を終了する。