

第1回長野県循環器病対策推進協議会作業部会 会議記録 要旨

◇ 開催日時及び場所

令和5年7月 13 日(木)午後4時から午後6時まで
オンライン開催

◇ 会議構成員及び出席者

配布名簿のとおり

◆ 開会

(1)座長の選出について

事務局から桑原構成員を座長として推薦し、構成員の了承を得た。

(2)次期長野県循環器病対策推進計画の策定について

事務局から説明(資料1、2)

- ・今年度県が策定する、第3期信州保健医療総合計画の策定体制について説明。本作業部会で検討する、長野県循環器病対策推進計画は、信州保健医療総合計画に統合する形で策定。
- ・作業部会は、今年度2回の開催(7月、9月)を予定しており、今回はその1回目。

事務局から説明(資料3-1、3-2)

- ・計画の策定に向け、まずロジックモデルの作成を進めている。現在の計画においてもロジックモデルの考え方を採用しているが、次期計画ではより詳細なロジックモデルを作成する。
- ・指標の方針については、①医療計画全体の方針として、できるだけ数を絞る、②県での独自調査が困難なため、すでに公開されていて全国との比較が可能なもの、の2点を前提に、極力代表的な指標に絞る。
- ・構成員には、ロジックモデルに関する事前意見を聴取(資料3-2)。このうち、事務局対応を「3:要検討」としたご意見について、今日の会議の場でご議論いただきたい。

■ロジックモデルについて

事務局から説明(資料4)

- ・この場でご議論いただきたい論点を、5点ピックアップしている。「脳卒中・心疾患の両方に関わるもの」が3点と、「心疾患に関わるもの」が2点。番号順にご意見をお伺いしたい。

—[論点①コロナ禍における循環器病診療ではどのような問題があったか]—

青木構成員

当院(市立大町総合病院)では特に大きな問題はなかったが、多くの患者を受け入れている病院での問題をお伺いしたい。

露崎構成員

当院(浅間南麓こもろ医療センター)では、救急で脳卒中や心疾患かつコロナ疑いの方を受け入れていたが、現実には、コロナを発症しているケースはあまりなかった。

桑原座長

心疾患について。当院(信州大学医学部附属病院)では、心筋梗塞かつコロナの患者を受け入れていたが、問題なく診療できていた。

今村構成員

長野県では病院の集約化が進んでいることもあり、受入可能な病院が少ないため、搬送先の選択肢が少ないことが課題。地域の中核病院で、コロナ禍により受入停止していたり、救急部門が閉鎖していたりといった場合に、セカンドチョイスとなる病院がない。圏域内での搬送先の選択肢がなく、遠くの病院へ搬送しないといけなくなってしまう。循環器病の場合は、搬送に時間がかかることで、患者の不利益となってしまう。

矢崎構成員

当院(佐久医療センター)でも、心筋梗塞かつコロナ患者の受入についてシミュレーションしていたため、比較的対応できていた。循環器病棟にコロナ病棟ができたため、循環器患者が複数の病棟に散ってしまい、今までできていた対応ができなくなった状況があった。また、コロナ禍当初は、診断のために CT の稼働が増え、時間がかかった。全体的には、今までできていたチーム医療が難しくなったことが問題であった。

山本構成員

当院(飯田市立病院)では、当初ダイヤモンド・プリンセス号からの患者の受入れがあった。病棟を改修したため、病床数が減少した。不急の手術を延期して、救急患者を受入れたことで、特に対応に問題はなかった。消防署長と話したところ、病院側というより、救急側(メディカルコントロール)の方が大変な印象。救急車で陽性患者を運ぶと、人員交代になるため、人員の組み立てに苦労したとのこと。

吉岡構成員

課題を明確にするため各部署の聴き取りをおこなった。陽性例の緊急手術では十分なスペースのコロナ対応手術室の確保が難しく、他の手術室を空けるなど工夫が必要であった。また、開心術をおこなっている(人工心肺装置が使用可能な)手術室は対応に課題があった。血栓回収・冠動脈再灌流療法は血管造影室で施術するが、ヘパフィルターを使用するなど工夫した。また、手術室・血管造影室で full PPE 装着下の施術はスタッフの疲弊が大きかった。術後は ICU 陰圧室へ収容する。当院では 2020 年 5 月基幹災害センターに重症者専用のサテライト ICU を新設、2022 年には既存の EICU に陰圧室を設置するなど新たな設備整備を行った。他施設も手術室・血管造影室・ICU などコロナ対応には課題が多いと承知している。感染症例の脳卒中・心大血管疾患急性期対応について改めて各施設の現状把握が必要である。行政は感染症例の高度急性期治療(緊急脳血管・心大血管手術、血管内治療)に適切な対応が可能となるよう各医療施設への更なる支援が望まれる。

桑原座長

平時の役割分担を進める必要がある一方、有事・災害時における柔軟な役割分担を再考する必要がある。

—【論点②ロジックモデルにおける在宅リハビリの時期区分は回復期か、慢性期か】—

渡辺構成員

特に心疾患について、回復期の前期は入院で対応するが、後期については、退院して在宅生活の中で外来リハビリを行う。3～5か月ほどリハビリを行い、慢性期につないでいくことが重要。ロジックモデルにおいても、在宅リハビリについて回復期・慢性期の両方に入れてはいかがか。

事務局

回復期にも、慢性期と同様に在宅リハビリに関する項目を追加する。

—【論点③指標に専門医資格を含めるべきか】—

青木構成員

専門医数を指標とし、増加を目指すことは大切。だが、現時点でそこに指標を限ってしまうと、実際の医療状況を反映していない可能性はある。

桑原座長

同様の意見。現時点では指標として採用しないが、計画の本文に記載していただくことでいかがか。

渡辺構成員

同様の意見。

瀧間構成員

長野県が重点を置いていることを示すためにも、小児循環器専門医と成人先天性心疾患専門医の両方を指標として採用すべき。

桑原座長

循環器専門医については指標とせず、計画本文に記載。現在の計画には、成人先天性心疾患専門医数が指標として採用されているので、整合性を取るためにも、小児循環器専門医数を指標として採用しては。

—【論点④指標に「(中略)一般市民により心肺蘇生が実施された件数」を採用すべきか】—

須藤構成員

消防庁の消防白書(令和3年度)のデータによると、心肺停止患者は13万人弱、その内6割強の約8万人が心原性。その内3割が一般市民による応急手当が行われた症例。その症例の1か月後の生存率・社会復帰率がデータとして取られている。データの推移を見ると、令和元年までは改善傾向にあったものの、近年は悪化している。バイスタンダーによる応急手当は5割強で実施されているが、実施の有無により、生存率では2倍の開き、社会復帰率は3倍の開きがある。いまだ、バイスタンダー(救急現場に居合わせた人)による心肺蘇生法は重要。県内でもAEDは普及しつつあるが、山間地域の多い長野県ではAEDが近くにない状況もある。救急車が到着するまでの10分で何ができるか、ということが重要と考える。これらの観点から、現計画の指標と同様に、一般市民による心肺蘇生が実施された件数を指標としてはいかがか。

今村構成員

須藤構成員の意見に賛成。指標数を減らしたい思惑はあると思うが、心肺蘇生・AEDの2つの指標を入れるべき。

瀬戸構成員

心臓大血管の疾患の応急手当では、AEDの指標はあまり関係がない。

事務局

2つの指標を併記させていただく。

—【論点⑤指標に「慢性心不全認定看護師」等の専門コメディカルの人数を採用すべきか】——

渡辺構成員

心不全の治療には、看護師だけではなく、多職種が関わるのが重要。心不全療養指導士には、看護師だけではなくリハビリテーション専門職や栄養士・薬剤師等の多職種がいるため、指標としてはどうか。

矢崎構成員

心不全療養指導士は職種横断的な資格で、当院にも多く取得者がいる。慢性心不全認定看護師は取得するのが大変。一生懸命やった割には加算がつかないため、病院では下火になってきている。資格を持った方は優秀な看護師が多いので、その方を中心に多職種連携の核となっている状況ではある。資格を持っている数よりも、実際何をしているかという視点が重要。多職種連携というのは看護師だけではないので、看護師数を指標としても測れないのでは。

桑原座長

今回、厚生労働省の指針で指標例として出されているので、採用した流れではあると思う。

山本構成員

心臓リハビリテーション指導士は、急性期から介入してくれる職種。安全に心臓リハビリテーションができるため、医療の質の観点から、指標に入れるべきと考える。

心不全療養指導士は比較的簡単に取れるというのはその通り。異動が激しく固定してくれないので、資格の持ち腐れが目立つ面はあるが、現状では外来で維持期・慢性期にいろいろな指導をしてくれており、資格の指標とするのは妥当。

今村構成員

慢性心不全認定看護師について。認定看護師制度は国でオーソライズされたものではない。特定看護師であれば国の制度である。認定看護師という制度は別の形になる可能性はないのか。

桑原座長

認定看護師と特定看護師は合わせて取る形にはなっている。

吉岡構成員

国の指標例の考え方も、意味深くはある。なぜなら、コロナ禍で高度急性期・急性期の現場では看護師不足が深刻な状況である。この点についても看護部門の聴き取りをした。コロナ感染拡大後は、妊娠関連に加え陽性スタッフ・濃厚接触者・メンタルなど60~70名の(長期)欠勤者がいるので病棟スタッフの確保に追われている。コロナ患者・重症者を多く受け入れている施設ほどスタッフ不足が深刻である。したがって、資格の更新がままならない状況がある。先ほどの矢崎構成員・山本構成員の発言ともリンクするのはと感じる。

桑原座長

視点を変えて、脳卒中の分野ではいかがか。

草野構成員

脳卒中の分野では、脳卒中リハビリ認定看護師、という資格がある。一次脳卒中センターの施設要件にも入っているため、指標として適切。脳卒中療養相談士、という学会認定の資格もできた。この2つが参考になる指標。

桑原座長

脳卒中リハビリ認定看護師については、脳卒中ロジックモデルの指標に採用されている。今村構成員のご意見にあった、認定看護師の今後の推移がどうか、という論点は重要。ただ、認定看護師は長野県でまだまだ多くはない状況であるため、今回のロジックモデルにはそれぞれの資格数と国の指標例の4つを入れていただきたいと思う。事務局では対応が可能なか。

事務局

指標として4つ全て採用させていただく。どこの期に入れるのが適切か、アドバイス頂くことは可能なか。

桑原座長

国の指標例である「慢性心不全のケアに携わる看護師数」は、「再発・重症化予防期」に入っている。

渡辺構成員

包括的な心臓リハビリテーションの観点から、急性期と回復期の両方で必要な指標と考える。

桑原座長

まとめて「再発・重症化予防」に入れるということによろしいか。(異議なし)

他にご意見等ある場合は、後日事務局へメールを。

■コラムについて

事務局から説明(資料5)

- ・現在の計画から引き続き、次期計画にもコラムを掲載したい。
- ・コラム数は現状と同数。予防分野の新型コロナウイルス感染症に関するコラムを削除し、循環器病の緩和ケア・ACPに関するコラムを追加するのはいかがか。

桑原座長

事務局案に対するご意見ありますでしょうか。脳卒中の分野からはいかがでしょうか。

堀内構成員

特に意見ありません。

桑原座長

コラムの内容は事務局案のとおりによろしいか。(異議なし)

執筆について、渡辺構成員へお願いさせていただいてもよろしいでしょうか。

渡辺構成員

お引き受けします。

桑原座長

その他、会議事項に挙げられていない内容について、ご意見・ご質問があればご発言を。

山本構成員

前回、現計画を策定する際の検討会でも申し上げたが、小児の高コレステロール血症のスクリーニングに関して、なかなか具体的な指標が出てきていない。現実問題、このままでは解決しないように思う。例えば心電図検診には、手厚いフォローアップが各地でなされており、医療機関から学校へのフィードバックと、それを引き継ぐ仕組みがある。また、教育委員会主導で行われているメタボ健診では、コレステロール値のデータから、地域の医師会がアンケート調査という形で医療機関へ問い合わせ、受診を勧めている。家族性高コレステロール血症については、250～300人に1人、11～14歳くらいの間に治療を開始しなくてはいけない学童がいることを考えると、より強いメッセージのある指標を出せないものか。

桑原座長

家族性高コレステロール血症の早期発見について、重要な課題であると県でも認識してはいるが、コロナ禍もあり、他の自治体へ広まっていないのが実情。

山本構成員

前回の計画検討時にはこれでいいかなと思っていたが、なかなか受診率が上がらない。受診した児童には一生にわたる指導が入るため、非常に意義がある。行政が主体となった仕組みづくりが必要。日本で

小児の高コレステロール血症の診断率が低いのは、この辺りのことも関係しているのでは。確実に小児の時期にスクリーニングできれば、有病率に一致した治療ができる。強いメッセージとして、LDL 陽性率や治療率を指標としてはいかがか。

事務局(保健・疾病対策課長)

長野県の小児科医会でも重要な問題として認識されている。課題としては、学校健診で異常が見つかった場合には、紹介状ではなく学校から受診勧奨がされているが、その結果を行政が把握できない点がある。一方で、学校、小児科医に対する、ガイドラインの周知や啓発活動の重要性も考えている。ご指摘いただいた陽性率は重要な指標と考えるが、現時点で長野県全体の陽性率というものは、計画に数値として採用するには、県の状況が追いついていない。将来的には必要な指標であるが、現時点での指標としては、例えば、実際に治療を行うことが多い内科の先生に対する勉強会の回数だとか、先進的な飯田地区をモデル地区として進めることを計画本文に記載、ということを検討したい。実情にあった指標の検討に当たり、先生方には相談に乗っていただきたい。

桑原座長

指標としては事務局案のままとし、本文の中で施策についてより強調する、ということはいかがか。

山本構成員

現状を考えると、そこが落とすところかと思う。

矢崎構成員

前回の現計画検討時、今村構成員が、動脈硬化のリスクファクターとして、心房細動への介入についてお話しされていて重要だと思ったが、今回のロジックモデルに入ってきていない。非常に重要だと考えるが、県の見解は。

桑原座長

指標として示すことが難しいという問題はあるかもしれない。

事務局(保健・疾病対策課長)

非常に重要なご意見。心房細動への介入については、予防分野の話題となる。別会議体(予防分野の作業部会)で検討している状況であるため、今回のご意見を踏まえて検討させていただきたい。

今村構成員

家族性高コレステロール血症も心房細動も、予防分野の話題ではあるが、予防となると検討メンバーに医師が少ない。全員への啓発も大切だが、アウトカムに大きなインパクトがあるハイリスクグループ、例えば小児の高コレステロール血症や心房細動への介入が重要。場合によっては内服薬を出すとか、医師が介入する必要があるため、予防分野へ意見を出す医師がいてもいいと思う。小児の高コレステロール血症にはガイドラインが出ているので、ガイドラインに沿った管理がされている比率とか、心房細動で適応がある人が抗凝固薬を服用している比率、という指標が考えられ、実際はそれが一番アウトカムに直結する。医療の観点を予防分野の対策にも盛り込んでいただきたい。

桑原座長

予防分野に関しても、指標が難しい場合でも本文への記載を検討してほしい。

瀧間構成員

元木構成員が提出された事前意見について。多くが事務局で調整中と記載されているが、現計画に文言として入っていない、学校健診データのデジタル化と、義務教育からの心肺蘇生教育の充実については、特に計画本文に記載してほしい。厚生労働省と文部科学省が力を入れている分野でもある。

事務局

承知した。

関島構成員

小児の高コレステロール血症について。現在、厚生労働省の原発性の脂質異常症の研究班をやっているが、香川県での取り組みが紹介されており、先進的である。今回の計画に盛り込めるかはわからないが、今後の県の取組に参考にしてほしい。家族性高コレステロール血症はご両親に出ていることもあるので、家族ぐるみで治療することもできる。

桑原座長

事務局で、香川県の施策等を参考としてほしい。また、家族性の疾患については、お子さんの疾患を見つけることで家族のリスクを評価していくことも重要であるため、それも含めて本文への記載を検討してほしい。

事務局

検討させていただく。

今村構成員

指標全般について。指標に施設数が含まれている。医師数は増やした方がいいが、特に急性期においては、施設数は増やすことより集中させることが必要。中間アウトカムを満たすには、どこで発症しても専門的な医療を受けられるようにするため、専門施設のネットワークを作ることが大切。その視点がわかる指標を組み込んでほしい。昔はどの病院に搬送しても結果に大きな違いはなかった疾患でも、今は医療の進歩によって、一部の患者は専門的な治療を行える病院に早期に搬送すればほとんど後遺症が残らず回復する場合がある。

大動脈疾患では近くの病院での診断も必要だが、その他の心不全や脳卒中については、近くの病院へ早く運ぶことより、多少距離が遠くても、専門的な治療ができる施設にダイレクトに運ぶことが重要。また、搬送先に現場の心電図所見等が伝わり、搬送中に病院で受入準備ができることも重要。一方、慢性期は自宅の近くで治療を続けられた方がよいので集約化よりも分散が必要。急性期と慢性期で考え方を変えることが必要である。

桑原座長

急性冠症候群(ACS)だとドア・ツー・バルーンタイム(患者が病院に到着してから血流を再開させるまでの時間)という指標があるが、オンセット・ツー・バルーンタイム(発症してから血流を再開させるまでの時間)を指標として取るのは現時点では難しいと思う。こうした視点を計画本文に記載することについて、事務局で検討していただけるか。

事務局

検討させていただく。

◆ 閉会

事務局にご意見等あれば、E-mail 等でご連絡願いたい。次回の作業部会開催は9月中旬頃。日程が決まったら連絡する。

(了)