

令和元年度第1回岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議 議事概要

日時：令和元年8月16日（金）18:00～19:30

場所：ピュアリティまきび2階 「ルビー」

【報告】

- ・「安心ハート手帳の利用届」と「医療連携体制を担う医療機関の医療機能届」の統合について
- ・「安心ハート手帳」別冊の作成について

【議題】

- (1) 医療連携体制を担う医療機関における診療状況・安心ハート手帳の運用状況について
 - ① 調査項目の見直し
 - ② 平成30年度の実績
- (2) 第8次岡山県保健医療計画の次期見直しに向けた課題について
 - ・大動脈解離への対応について

【その他】

- ・「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」について

<委員交代>

○事務局 県南東部主要病院から心臓病センター榊原病院の山本委員にかわり、廣畑委員、岡山県保健所長会から川井委員にかわり、西田委員にご就任いただいている。

<発言要旨>

○会長 「安心ハート手帳の利用届」と「医療連携体制を担う医療機関の医療機能届」の統合、及び「安心ハート手帳」別冊の作成について、事務局から説明願いたい。

○事務局 左肩に報告資料「安心ハート手帳の利用届」と「医療連携体制を担う医療機関の届出」の統合について（結果）と記載された資料をお出してください。

本調査の背景として、医療機能届と安心ハート手帳の届出が別々の運用となっており、管理側、届け出側、双方にとってわかりにくい状態であったため、昨年度の検討会に諮った上で統合することとなった。

図のように、今までの医療機能3区分、急性期、回復期、再発予防と、これに該当しない医療連携パスだけを担う医療機関については、かかりつけ医療機関として位置づける形で2つを統合させていただいた。

平成30年12月にハート手帳の届け出を行っている202の医療機関に対して区分確認のための調査を行い、回答があった医療機関に関しては、急性期、回復期、再発予防、かかりつけのそれぞれの区分に位置づけ、回答がなかった医療機関については、みなしとしてかかりつけ医療機関として登録をさせていただいた。

届出制度統合後の区分別医療機関数については、急性期を担う医療機関が12から13、回復期を担う医療機関が15から23、再発予防を担う医療機関が55から93医療機関に増加している。かかりつけについては、以前は区分がなかったため、160という現在の数字を記載している。参考資料1ページから実際の医療機関について一覧を載せているので、ご覧いただきたい。

続いて、安心ハート手帳の別冊の作成について説明させていただく。

患者が日々の健康状態を記載する欄がいっぱいになった場合には、今までは急性期病院で記載していた記録を新しい手帳に転記するか、新しい手帳と古い手帳2冊持ち歩く必要があった。そこで、別冊として、今までの手帳に挟み込んで持ち歩ける患者自身が記載する部分のみを作成することを昨年度の検討会でお諮りした。

本日は、別冊が完成したので、ご報告させていただいた。

○会長 次第3に移る。医療連携体制を担う医療機関における診療状況・安心ハート手帳の運用状況について、事務局から説明願いたい。

○事務局 右肩に議題(1)①、②の資料をお出してください。平成30年調査票と昨年度の29年度調査票になる。

資料の議題(1)②のとおり、平成29年度までは安心ハート手帳の利用状況調査を実施してきたが、昨年度の検討会において、安心ハート手帳の利用状況に加え、心疾患に関する治療状況についても調査を実施していくこととなり、資料の議題(1)①のとおり、平成30年調査を実施した。

調査期間について、平成29年度までは年度を上半期、下半期に分けて調査を実施していたが、今回から回答する医療機関の負担軽減を図ることから、JROADと調査期間を合わせて1月1日から12月31日までの年単位として調査を実施した。このため、昨年度の平成29年度下半期と調査期間が重なっている部分もある。

調査項目については、適宜委員の皆様にご連絡をさせていただいたが、急性心筋梗塞、心不全、大動脈解離に関する治療状況、及び安心ハート手帳の利用状況についてとしている。

○会長 どの施設も今までの調査票でなれていると思うが、平成30年から調査項目や調査内容が変わっている。余り変えると混乱するが、循環器を扱っている施設であれば日本循環器学会というJROADのアンケートを必ず出している。JROADのアンケートを提出しないと、認定施設の継続ができない。今回、JROADのアンケート調

査に準じた形で、受け入れ件数や症例数を報告いただいたことで、余り負担にならない形にしたつもりである。各施設において、調査を提出する際、大丈夫だったか。

○委員 津山中央病院では、安心ハート手帳のパスの運用実態は、看護師が一番よくわかっていたので、看護師にお願いした。その他のJROADにかかわるものは、医事課で調査できたので、なれなかったが、データは出やすかったと思っている。

○委員 倉敷中央病院では、大変という話は聞かなかったので、対応できたと思っている。

○委員 川崎医科大学附属病院では、パスをまとめてくれている先生がいる。その他、JROADのデータを使っている先生がいるので、適切にやってくれたと思っている。

○会長 集めるデータに関して少し危惧していた部分もあるが、これで大手を振って、また調査ができる。あまり苦勞なく、新しい調査に移行できたようである。

○事務局 調査結果について、説明させていただく。

右肩に議題(1)③と書いてある資料と参考資料をお出してください。

表紙に平成30年医療連携体制を担う医療機関における診療状況 調査結果としているが、今回から年度ではなくて、年単位の調査としている。

1ページ目であるが、平成30年1月1日から12月31日までを調査期間としている。対象医療機関は、急性期を担う医療機関として病院が12、診療所が1の13医療機関であり、全ての医療機関から回答をいただいた。回復期、再発予防、かかりつけ医に関しては、対象病院が73、診療所が184、回答機関数としては病院が66で90.4%、診療所が177で96.2%という結果であった。あわせて調査対象機関が270に対して回答機関数が256であり、94.8%の回収率である。

調査方法は、今まで同様、文書で送付し、ファクスにて回答をいただいた。

続いて2ページ目であるが、安心ハート手帳の利用届出数については、医療連携体制を担う医療機関の医療機能届と統合を行ったため、急性期13、回復期23、再発予防93、かかりつけ医160となっている。医療連携体制を担う医療機関の医療機能届出医療機関数の推移については、折れ線グラフをご覧頂くと、徐々に増加していることがお分かりいただけると思う。

続いて3ページ目であるが、急性期を担う医療機関である病院12、診療所1の13医療機関における調査結果になる。新規入院患者について、急性心筋梗塞1,033人、心不全の初発による入院1,861人、初発以外による入院1,396人、大動脈解離374人であった。心不全に関して、医療機関により初発による入院と初発以外による入院を分けて抽出ができない医療機関があり、その場合には、全て初発による入院として計上いただいている。

調査の際には、検査入院等を含めて記載できるように、その他の項目や、入院後の状況が不明の場合も想定されたため、不明という欄を設けていたが、全ての医療機関

がその他、不明という回答がゼロであったため、結果票にはその他や不明という欄は載せていない。

入院患者のうち、安心ハート手帳等の適応症例に該当する患者は、全ての医療機関で使用していると回答があり、適応症例の患者に地域医療連携パスの交付の有無は、全員交付が3医療機関、一部の患者に交付が10医療機関であった。一部の患者に交付理由は、安心ハート手帳のことを知られなかったのが2医療機関、患者の理解が得られなかったのが4医療機関、忙しくて手が回らなかったのが3医療機関であった。合併症や死亡例には交付していない、退院が早かった、認知症で患者、家族の管理が難しい等の場合には、患者を選定して交付しているという医療機関の回答があった。

続いて4ページになる。地域医療連携パスを交付した患者数が2, 127人であり、その内訳として急性心筋梗塞版465人、不全版1, 235人、その他として自院等で作成したパス等463人であった。調査を行う段階では、地域医療連携パスの内訳を合計すると、交付した患者数として調査項目を作成したが、地域医療連携パスと自院で作成したパスの2つを1セットとして交付している医療機関があり、調査票の下に記載している式とは合致しない結果となっている。

入院患者について、専門的治療等実施状況である。心大血管疾患リハビリテーション5, 753人と一番多く、続いて冠動脈インターベンション(PCI)4, 524人、カテーテルアブレーション2, 124人という治療実施状況であった。

地域連携診療計画加算の算定件数については、急性期を担う13医療機関のうち、6病院、933件が算定されている結果であった。

安心ハート手帳を始めとする医療連携ツールの改善に向けた自由記載には、患者のADLや生活様式、社会背景など、共有の記入場所があれば良いという意見や、運用は進みつつあるが、より一層の周知が望ましい、ほかの病院との連携が見えにくい、オーバービューパスに社会資源の利用の記載ができる部分がないため、どのような生活を送っていたか読み取れない場合があるというような意見をいただいた。

ここまでの急性期を担う医療機関からの回答であり、続いて、5ページ目からである。回復期、再発予防、かかりつけ医療機関を担う全257医療機関のうち、回答のあった病院が66、診療所177の合計243医療機関、回収率94.6%の集計結果報告になる。

入院及び外来受診患者についての指導状況等について、心臓ペースメーカーの指導管理が48施設、実施人数として1, 196人。心大血管疾患リハビリテーションが16施設1, 196人。栄養食事指導については、外来栄養食事指導が57施設2, 801人、入院栄養食事指導が、50施設3, 347人、集団栄養食事指導が6施設59人であった。これらの項目については、急性心筋梗塞、心不全、大動脈解離の患

者に関する実施数を計上するよう記載要領にも記載していたが、算定した全ての疾患の実施数を計上している医療機関が多く見られたことと、医療機関により病名を選定して実施数の計上ができない医療機関があり、3疾患以外の疾患が含まれた実施数であることをご了承ください。

地域医療連携パスを持参した患者状況については、いた64施設、いない158施設、不明17施設、無記入4施設であった。患者自体がいない医療機関が多数あったため、いないと回答した医療機関が多くなっている状況である。

地域医療連携パスを持参した患者がいたと回答した医療機関のうち、紹介元の医療機関を調査している項目になる。倉敷中央病院が32施設152人と多く、倉敷中央病院が交付した急性心筋梗塞版手帳を持参したと回答した医療機関が14施設28人、心不全版が14施設30人、倉敷中央病院が自院で作成している手帳を持参したと回答した医療機関が6施設73人であった。次いで、心臓病センター榊原病院、岡山赤十字病院、岡山市立市民病院、津山中央病院の順で、交付された手帳を持参する患者が多かったという結果であった。

6ページであるが、地域医療連携パスを始めとする医療連携ツールの改善に向けての自由記載には、運用方法の改善として、患者自体がいない、少ないと回答した医療機関が複数あった。心疾患で紹介しても、病院サイドがハート手帳を発行していないや施設の方に手帳を配付、利用の有無について質問があった。利用する患者の基準が不明という意見や通常診療で十分対応できているという回答があった。要望、提案として、周知が必要なのではないか、診療報酬算定の方法を教えてもらいたいといった意見があり、そのほかには、医療従事者に活用の周知用のパンフレットなどをつくってもらいたいという希望、安心ハート手帳を利用している、便利、今後活用してみたいといった意見をいただいた。

7ページからは調査票をつけている。事務局からは以上です。

○会 長 これだけの医療機関が心不全や心筋梗塞の患者にしっかり対応していただくと、すばらしいシステムになると思う。安心ハート手帳の心不全版について他県の先生から、「シンプルでわかりやすい。BNPを一番上に書いてあり、BNPを下げていくことが重要である、自分の絞れる体重かどのくらいなのか非常にわかりやすく書いてある。書く内容が非常にミニマムで最低限の情報なので、書きやすい。これは非常に良い。是非採用したい。」という話をいただいた。心不全学会でも、心不全手帳をつくっているが、シンプルさや書きやすさにおいては、この安心ハート手帳は、非常にすぐれていると思っている。

ただいまの事務局からの説明に関して、質問等はいかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 1年の患者数がわかるということは非常に大きい。資料3ページをご覧くださいと、心筋梗塞の患者数が大体1,000である。人口10万当たり50というのが大体相場であるため、大体人口200万弱の岡山で1,033、そのような数である。心不全の初発による入院と初発以外による入院を足すと、3,100を超える。大体JROADで心不全は、心筋梗塞の3倍である。このことから、心不全も大体数字があっている。それに比べて大動脈解離は、私も今まで余り実数は知らなかったが、374、このくらいの実数で対応していただいていることを想定しながら物事を進めることができるのは大きいと思う。

続いて4ページをご覧くださいと、急性心筋梗塞と心不全のトータル4,000人程度の患者さんがいる中で地域連携パスを交付した患者数は、2,127人。地域連携パス導入当初は、余り交付していなかった現実からすると、現在は半分以上の方に交付されているということで、結構患者に行き渡ってきていると思うが、持ってきていない人が多いというのは、本当は患者が持ってきているのではないかと考えている。県内各地区で、かかりつけ医にレクチャーを実施し、地域連携パスを渡しているので、患者に聞いてくださいとお願いしている。このため、地域連携パスは大分行き渡ってきていると思っている。

積極的に実施しているのが倉敷中央病院、心臓病センター榊原病院、岡山赤十字病院等々で、そのような地域との連携を大事にしている病院が積極的に利用されている実態もよくわかった。

今後は、各地域で実施していただいている講演会を通じて、是非かかりつけ医の先生に、「こういうのを渡しているから、是非患者に聞いてください。患者が持ってくる、出してくれるのを待つのではなく、是非聞いてみてください。」と言っていたと、患者も記載しないといけない、先生に見せないといけないと患者自身の自覚が高まると思う。

ここまでで、ご質問等がいかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 次の議題(2)に移る。第8次岡山県保健医療計画の次期見直しに向けた課題について、事務局のほうから説明願いたい。大動脈解離の対応について、今まで我々も取り上げてこなかったが、重要疾患の中に入ってきたので、岡山県としても対策を考えていかなければいけない。

○事務局 右肩に議題(2)と記載している資料と参考資料をお出してください。

今回の調査において平成30年の大動脈解離の患者数、新規で374人という結果であった。今回、大動脈解離に関する医療連携体制について委員の皆様にご相談させていただきたい。

参考資料 23 ページから、第 8 次岡山県保健医療計画の抜粋を載せている。29 ページからは、厚生労働省通知である「疾病事業及び在宅医療に係る医療体制について」の抜粋を載せている。これは、県が保健医療計画を策定する際の指針となる通知になる。35 ページから大動脈解離について記載されているが、岡山県保健医療計画の中には、大動脈解離に関する内容を十分に盛り込めていない現状がある。そこで、令和 2 年度に実施する保健医療計画の見直し、中間評価において、大動脈解離に関する医療連携体制を考えていきたいため、今回皆様のご意見を伺いたい。

資料の議題（2）をご覧頂きたい。厚生労働省からの通知において、心血管疾患の代表的な疾患である急性心筋梗塞、大動脈解離、慢性心不全の発症、転帰がどのようなものであるかと記載されている。今まででは急性心筋梗塞のみであったが、大動脈解離、慢性心不全についても医療連携体制を考えていくこととなっている。

平成 29 年 7 月に「脳卒中・心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制のあり方について」取りまとめがなされているが、急性期において心不全は内科的治療が中心、急性心筋梗塞は、P C I（冠動脈インターベンション）が中心、大動脈解離は、外科的治療が中心とされている。このため、大動脈解離については、急性心筋梗塞、心不全とは異なり、別で議論をさせていただく方が良いのではないかと考えている。

今回の提案だが、岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議設置要綱をご覧頂きたい。第 7 条に部会として、検討会議は必要に応じて部会を設置することができるとなっていることから、この設置要綱に基づき、第 7 条の部会を大動脈解離については設置させていただき、ご意見を伺いたいと考えている。部会で議論した結果を、検討会議で皆様に提示させていただき、ご意見を伺いたい。

委員の皆様のご意見はいかがか。以上である。

○会 長 事務局から説明があったが、臨床の現場では、大動脈解離とわかれば、それ相応の施設に搬送して治療するというのが、今までなんとなくだが、なされていたと思う。しかし、今回県としては、診療体制を整備するよう国から通知が出たこともあり、今までのことを見える化することになると思う。検討会議は、内科医ばかりだが、大動脈解離は外科が中心というのは、少し違和感がある。外科適用がある場合は、外科の先生にお願いするが、適用がなければ内科医で診ているのが実状である。

大動脈解離を余り知らない方もおられると思うため、説明させてもらう。参考資料 36 ページをご覧ください。大動脈解離の医療、急性大動脈解離の治療が記載されている。簡単に説明すると、車が急に暴走してぶつかり、運転手が死亡していた事故が過去にあったが、剖検してみると大動脈が解離を起こしていた。これは、大動脈が縦に裂けて、頭に行く血管が一挙に潰れてしまっていた。縦に裂けるため、血流が行かなくなってしまうことで、死に至る。あるいは、そうでなくても、裂けることによ

て一挙に破れて胸腔内に血液が大量に出て死に至るといった突然死も起こす病気である。しかし、基本的には、記載してある通り、大動脈解離の治療は、厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、大きく分けて解離の部位によって変わる。

Stanford A型と記載してあるが、これはスタンフォード大学がつくった分類である。基本的には上行大動脈から割れているというのがStanford A型であり、内科的治療でしばらく診ていると、外科的な手術をするより予後が不良であった。なぜなら、大動脈基部から割れているため、心膜内で穿破した場合は、心膜液貯留で一挙に心臓がとまってしまう、あるいは大動脈弁逆流を起こすことから、ショックになりやすい。もう一つは胸腔内穿破が起こることによって、手術をするほうが予後が良いとされている。

Stanford B型については、どちらかといえば下行大動脈を中心としたものであり、これは手術をする場合と内科的治療の場合でも予後が変わらないとされている。悪い割れ方をしない限り予後が変わらないということで、内科的治療となる場合が多い。このように、大動脈解離の場所によって、基本は内科治療か緊急手術かと分けている。

循環器疾患を専門に診ている施設であれば、Stanford A型かB型かについては、すぐにCTを撮ることで診断できる。胸が痛い、背中が痛いと言われてきた場合、すぐCT撮影を行い、A型、B型を診断し、治療方針を決める。緊急手術が必要な場合、外科医がおらず、手術できない医療機関でも、CTがあれば診断はできるということだが、そうでないケースが多々ある。

例えば、循環器専門病院に搬送すれば問題ないが、専門病院に搬送するまでが問題になると思う。このため、専門病院に搬送するまでのシステムをどのように構築していくかになると思う。

そこに関して、専門病院の先生方、いかがか。

- 委員 倉敷中央病院では、手術が当院でできない場合、心臓病センター榊原病院にお願いするようなこともある。確かに外科の先生方がいい形で受けもらえるような体制についての検討は、外科の先生にも加わってもらうことが大事ではないか。
- 委員 心臓病センター榊原病院では、以前はStanford B型は内科で診ていたが、慢性期に瘤化したり、解離が塞がらない場合は、積極的に外科がステントグラフト的な治療をすることが多いため、結果的には急性の動脈解離は全部外科が診ている状況である。
- 委員 川崎医科大学附属病院では、診断がついて搬送がある、あるいは当院で大動脈解離の診断がついた場合、最初の初期時点で外科と協働して治療方針を決めている。B型

多いため、B型の初期は内科で診ている。A型であれば、外科で管理している。慢性期になり、B型でも落ちついてきた時点で、内科でフォローするか、外科でまた再治療を考えるかという流れであるため、やはり外科と内科とのチーム医療というのが大切であると思う。そういう観点では是非外科医にも入っていただくというのはある。

○委員 津山中央病院では、心臓血管外科の人数が少ないが、急性期も受けてもらっている。内科と外科で、基本内科が最初に診るという形だが、緊急手術にならなかった場合には、循環器で診ながら、虚血があったりすると、緊急手術になるということで、内科と心臓血管外科の協働でしている。

その他、あくまで治療した方の連携ということになると思うが、CPAで来た患者を調べてみたら、解離があったというようなこともあるため、データを集めようと思った場合、治療には至らなかったが、心肺停止で来た患者で、結局A型解離だったというような形を何らかの方法でカウントできるようなシステムがあれば、なお良いのではなかと思う。

○会長 治療となると、当然外科医の意見も聞く必要がある。岡山県下で1年間に400例弱とはいえ、重なるときには重なるものである。外科にお願いするという緊急度の高い症例が多いため、医療連携体制をどのような形で県全体として運用していくのかということと、先ほどの委員の先生の指摘も大事になってくる。突然死の中に大動脈解離の方がいて、実際に今までも自動車事故等が起こっていた。

そして、もう一つは、背中が痛いといっただけでかかりつけ医に行った場合にどうするかということである。診療連携体制となると、専門病院に搬送するまでをどうするかということまで考えていかなければならない。この場合、かかりつけ医といった手術ができない医療機関も含めて、どのような形で診療連携体制を組んでいくかについて、部会を基本に検討していくという形にしたいと思うが、よろしいか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○会長 診療連携体制の中身については部会で検討するというので進めさせていただきたい。事務局から、追加の説明等はあるか。

○事務局 部会のメンバーや今後のスケジュールについては、会長と相談しながら進めさせていただきたい。

○会長 もう一つ、県で考えると、備前、備中、美作地域がある。各地域でシステムが違うと思うため、そういった地域性も考慮しながら、整備していきたいと思う。

手術ができる病院が県南にあるからといって、津山から全部県南に搬送するわけには、到底いかない。緊急治療になるため、必要であればヘリコプターを使う等、いろんなシチュエーションを考えていきたいと思う。

私が聞いた話で、熊本の島の話である。島の人口は10万程度であり、循環器内科

医が5人、しかし実働2人である。そうすると、夜間も2人でP C Iを交代でしている。そこに大動脈解離の患者が来た場合、昼間であればヘリコプターが飛ぶが、夜間はヘリコプターが飛ばないため、救急車で本土まで搬送する必要がある。1人が救急車で患者について本土まで搬送する場合、もう一人の医師しか残っていない。大動脈解離というのはそういう代物である。突然起こるため、計画が立たない上に、搬送するときは必ず医師がついていなければいけない。そうなった場合、その間の地域の医療はどうなるのかということが、大動脈解離という緊急の病気である。

そのように、日に1例、2例の疾患であったとしても、その中でS t a n f o r d Aの緊急手術を要するものは、年間半分もないと思う。年間100例あるかどうかだが、その100例が極めて重要な実態があるということを考えてシステムを整備していく必要があると思う。

各地区の地域性を考慮しながら検討していきたい。

続いて、議題の4、その他に移る。「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」、昨年12月に制定されている。事務局から説明願いたい。

○事務局 その他①と②の資料をお出してください。

いわゆる循環器病対策基本法が、昨年12月10日の衆議院本会議において全会一致で可決成立し、去年12月14日に公布をされている。公布日から1年以内に施行することとされているが、今のところ施行日というのは不明であり、法律が成立して公布されている状態になっている。

その他②が、成立した法案の全文になっている。その他①で、法律の概要を説明させていただく。

法律の目的は、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することとなっている。

基本理念として、（1）国民の理解と関心を深めること、（2）循環器病患者に対するサービスが継続的かつ総合的に提供されるようにすること、（3）研究を推進することである。この（1）（2）（3）の3本柱が基本理念として決められている。そのための責務として、国、地方公共団体、医療保険者、国民、保健・医療・福祉業務の従事者のそれぞれの果たすべき役割も理念と一緒に示されている。

条文の第8条以降の話になるが、目的や理念を果たすために何をしていくのかということが示されている条項が出てくる。循環器病対策推進基本計画等と循環器病対策推進協議会等、2つの項目について少し補足説明をさせていただく。

循環器病対策推進基本計画等は、法律の7の条文だが、（1）は政府が循環器病対策推進基本計画を策定することが定められている。その上で（2）は各都道府県で国の基本計画、それぞれの地域の状況を踏まえて、都道府県の循環器病対策の推進計画

を策定するように決められている。国の基本計画と、都道府県の推進計画、それぞれ策定後少なくとも6年ごとに見直しをうよう記載されている。

循環器病対策推進協議会は、国の基本計画、都道府県の推進計画の内容について意見を聞くための機関としてつくるように定められている。国と都道府県で書きぶりが少し違っており、国は、厚生労働省に循環器病対策推進協議会を置くとなっているため、必ずこの協議会をつくっておくことが義務づけられる。これに対して都道府県は、協議会を置くように努めなければならないという、いわゆる努力義務規定になっているため、都道府県に関しては、協議会を新しくつくらなければいけないということではなく、例えば今日お集まりのこの検討会議、それからこの協議会と対をなすような位置づけで脳卒中の連携体制検討会議というものを設けさせていただいているが、この2つのそれぞれの検討会議を協議会にかわるものとするのも法律上は可能となっている。これが県のほうの協議会のあり方である。

計画に、具体的にどのような内容を盛り込んでいかなければいけないのか、いつごろ策定作業に入って、いつまでに計画をつくらなければいけないのかということについては、今後法律の施行の時期に合わせて恐らく国のほうから何らかの指針がまた示されるものと考えている。現時点では、厚生労働省にも問い合わせをしたが、この法律の条文以外に示されていないため、今後、動きがあれば都道府県のほうに連絡しますという回答であった。これらの動きがあった時点で、また委員の皆様方には適時情報提供させていただきたいと思っている。

計画について協議会を立ち上げて、練っていくのか、あるいはこちらの検討会議で協議会にかわり議論をいただくかについても、今後、他県の状況も見つつ、検討しながら情報提供させていただければと思う。

本日は、情報のご紹介のみとなってしまいが、事務局からは以上である。

○会 長 この法律について、少し補足すると、最初、脳卒中が対策基本法をつくろうとした。がん対策協議法ができてから、非常に協力も進んでおり、予後データも出るようになってきているが、脳卒中単独の疾患では認められないということで、循環器と一緒にやらないかと声をかけられ、循環器と脳卒中、一緒になる形で、できたものになる。

循環器疾患は、非常に患者数が多い病気であること、良い治療法を見つけるためにはデータをきちんと使えるようにするというコンセプトがあり、基本理念がまさしくそうで、まず一番に循環器疾患とは、生活習慣病の要素が非常に強いということである。循環器疾患になると生活習慣を変える必要があるということで、予防と啓蒙であるが、これは国が後押ししなければ、学会レベルでは到底できない。2番目は、システムである。これが、この検討会でもしていることである。診療システムをきっちりつくる。3番目が研究である。がんの研究が一気に進んだのと同じように、循環器疾

患者は、非常に多いため、もう少し研究費があると、より研究が進むというようなことがある。

そして、国では循環器病対策推進協議会を置くということで、循環器学会においてもワーキングを次々つくっている。人材育成のところにかかわっているが、脳卒中はかなり先につくっている。循環器も、ほぼ同時期に人材育成に関して実行に移る状態で作っている。

救急診療に関しては一緒であり、脳卒中も、循環器も基本は循環器疾患であるが、脳と心血管疾患は別々という考え方である。一緒にできたら思うが、現状は別々である。しかし、変性疾患と違うため、予防や啓蒙に関しては、一緒にできればと思っている。

脳卒中学会において、各都道府県で対策委員会の委員長及び副委員長を決める方向で進んでおり、循環器学会においても委員長、副委員長を決めるよう指示があった。岡山県においては、委員長が私、副委員長は川崎医科大学病院の先生と岡山大学の循環器外科の先生にお願いしているところです。

12月の施行に向け骨組みをつくっているというところである。従来からのからの対策基本法もそうだが、骨組みができたところで、実際に動き始めて、それから成果が出るまでには大分まだ時間がかかる。国民に対しても啓蒙という形でより情報を伝えやすくなり、データもとりやすくなる。我々のような試みをより県民に伝えるいいチャンスになったと思う。

以上だが、何かご質問等はいかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 議題は以上だが、他にいかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 今後、委員の先生方にまた色々とお仕事を振るかと思うが、是非ご協力をお願いしたい。

以上