

## 令和5年第3回岡山県循環器病対策推進協議会 議事概要

日時：令和6年1月31日（水）18:00～18:50

場所：オンライン（Zoom）

### <発言要旨>

#### 1 開会

#### 2 挨拶

#### 3 議題

##### （1）第2次岡山県循環器病対策推進計画（素案）

（事務局）

資料1である。

前回の協議会でご審議いただいた「第2次岡山県循環器病対策推進計画（素案）」について、パブリックコメントを募集したが、県民からの意見はなかった。また、令和5年12月に令和2年の都道府県別年齢調整死亡率が公表されたことなどから、それらを踏まえ、計画（案）をとりまとめた。

「1 パブリックコメント実施結果」であるが、意見の募集期間は（1）のとおり11月21日から12月20日までで、（2）意見件数は0件であった。

「2 素案からの変更点」は資料2のとおりである。

「3 今後のスケジュール」は、3月下旬に計画策定、4月1日付け施行予定である。

資料2は計画（素案）からの主な変更点である。

資料3は変更内容を反映した計画（案）である。

計画案6ページの「循環器病の死亡状況」について、脳血管疾患、心疾患のそれぞれの年齢調整死亡率の推移を示しているが、令和5年12月1日付けで、厚生労働省から令和2年都道府県別年齢調整死亡率が公表された。死亡率を算定する際に使用する基準人口について、これまでは昭和60年モデル人口が使用されていたが、現実の人口構成とは異なっており、今回から、高齢化を反映した平成27年モデル人口に改訂された。

そのため、6ページの年齢調整死亡率の推移についても、平成27年モデル人口の数値で、最新値の令和2年の値までの推移に修正している。

また、17ページの「循環器病を予防する健診の普及や取組の推進」だが、特定健康診査受診率や、特定保健指導実施率の記載について、健診の実施率（受診率）、保健指導の実施率（終了率）と表現の見直しを行っている。同時進行で策定中の第3次健康おかやま21の（案）の記載内容に準じたものである。

20ページの「救急搬送体制の整備」だが、同時進行で策定中の第9次保健医療計画（案）の内容に合わせ、修正を行った。

30ページである。前回協議会で、委員から、心血管疾患リハ施設数について、心大血管疾患リハビリテーション料をとって実施している施設数が不明ではないか、とのご意見をいただいたので、計画案に、地方厚生局へ届出を行っている医療機関数を追記した。

32ページである。地域包括ケアシステムに係る表現について、これまでに構築したものを今後、深化・推進していくという第9期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保健事業支援計画（案）の内容に準じて修正した。

36ページである。各疾患の年齢調整死亡率の現状値を、最新の令和2年値に修正した。それに併せ、令和11年度末の目標値を修正している。

目標値については、脳血管疾患、脳梗塞の目標値は、令和2年の都道府県別年齢調整死亡率の値で、男女それぞれで最も死亡率の低かった自治体の数値を6年後の目標値として設定した。

一方、心疾患、急性心筋梗塞の目標値は、岡山県の死亡率について、過去の推移の平均を用いて目標値を設定した。

大動脈瘤及び乖離は、過去20年間で最も低い値を目標値として設定した。

事務局からは以上である。

(会長)

2点伺いたい。

まず30ページだが、脳卒中、循環器疾患の患者を支援し、地域医療で受け入れるため、シームレスなリハビリテーション体制を整備するにあたり、急性期病院だけではなく、回復期病院においても心大血管疾患リハビリテーションを積極的にやっていただきたいということで、県内には35施設ということだが、委員の意見はどうか。活動している施設がこれくらいと考えると良いか。

(委員)

35施設で、心大血管疾患リハビリテーション料届出をしているとなると、活動していると考えると良いのではないか。

(会長)

急性期病院は間違いなくリハビリを行っていると思うが、心不全となると、実施できる回復期病院はあまりないような気がするが、どうか。

(委員)

この35機関は急性期病院と、岡山市、倉敷市ほどのいわゆる大きな急性期病院ほどではないにしても、地域で急性期を受け入れている施設が該当すると思われる。いわゆる回復期病棟という分類は、おそらくこの35に入っていないものもあるのではないか。

(会長)

この35施設で、県内に空白地がなく、カバーできていると考えてよいか。

(委員)

県北に心大血管疾患リハ施設はほぼなく、津山中央病院ぐらいかと思う。

(会長)

岡山県は県南と県北では全く事情が違い、県南でも岡山市、倉敷市に集中して、西と東は乏しくなる。

そういった地域の医療をどう均てん化していくかが大きな課題になるだろう。

続いて36ページだが、注目していただきたいのは、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率である。

男性が70.4、女性は31.4の現状を、男性は66.8、女性は24.2を目指すということだが、人口10万対の年齢調整死亡率は、全国ダントツ1位であり、不思議なことに、心疾患の年齢調整死亡率は男女とも全国アベレージである。

本当に岡山県は急性心筋梗塞が駄目なのではないか、というデータだが、参考資料の都道府県別一覧を見ていただきたい。

岡山県の心疾患の死亡率は男性32位、女性22位であり、死亡率の高い順位なので、都道府県別では良いほうになる。

ところが、急性心筋梗塞は男性70.4、女性は31.4とダントツ1位である。

ちなみに、すぐ上の島根県だが、男性13.8、女性8.6である。

鳥取県は男性35.3、女性14.9である。これほど岡山県では多くの方が急性心筋梗塞で亡くなっているのかということになる。

これは推測であるが、山形県の数値を見ていただきたい。

山形県は急性心筋梗塞の死亡率が男性56.1で2位、女性24.2で5位である。

山形県も多いが、気付いたことがある。

実は、山形県は急性心筋梗塞のネットワークが整備されているところであり、以前あるデータが出されていた。

急性心筋梗塞と診断された患者は、2割が亡くなるというデータになる。

東京都にはCCUネットワークがあるが、そこでの死亡率は7%で、山形県の診療体制が整備されていないのではないかと議論があった。

それは、見ているものが違ったということであり、東京都の場合は、CCUという急性期病院に運ばれた患者の死亡率が7%であったということで、搬送前に亡くなったケースは含まれない。山形県は積極的にそういったところも拾い、診断を確定させていった。そうすると、心筋梗塞の死亡率が56.1ということで、積極的に死因を確定させると心筋梗塞での死亡がこれだけあったという解釈だろうということである。

そうすると、岡山県は努力していないから心筋梗塞の死亡率が人口10万対で70.4という数字ということではなく、おそらく、しっかりと確定診断をしているのだと思う。

だから、突然死においても、単なる突然死、あるいは単なる心不全死とせずに、原因が急性心筋梗塞であるかどうかしっかり診断しているので、このような数字になったのではないかと思う。

逆に岡山県の周辺県が低いのは、いわゆる心不全死とか、突然死に片付けている症例が多いからではないか。

そのため結局、心疾患全体の死亡率では岡山県は結構良い一方で急性心筋梗塞がダントツに悪いのはそういうことだが、県の目標としては、過去の推移等から設定し、少しでも死亡率を下げたいこうということだにご理解いただければと思う。

それ以外の疾患は比較的、診断が正確につくので、岡山県の数字は悪くない。

計画で設定された目標値について、脳神経血管に関してはどうか。

(副会長)

この目標値自体は妥当かと考える。

ただ脳血管疾患は、ここ20年ほど順調に死亡率が下がっているので、今後更に下げるのは様々な工夫や努力が必要かと思う。

(会長)

続いて心疾患に関して、ご意見はどうか。

(委員)

会長の意見は非常に的確であり、一般的に日本全体で、急性心筋梗塞で入院した患者の院内死亡率は5%から8%ほどだが、病院に搬送されない患者も見積もったときの心筋梗塞の死亡率は、実は40%と言われている。これは、日本冠疾患学会で様々なデータを集め、日本の平均をとるとそうなる。そのため、現実には各都道府県の統計の取り方が非常にばらついてるといえると思う。

岡山県のこの死亡率でさえ、実際の心筋梗塞の死亡率よりも更に下回ると言えるのではないかと、思う。

そのため、どこに目標を持っていくかは、実際なかなか難しいところがあり、岡山県の心筋梗塞の診断能力が高ければ高いほど、死亡率は上がってしまうのではないかと、思っている。今後の目標として、より悪い数値を示すことは現実的には理解が得られないので、6年間で1割程度減少という目標は、政策としては良いかと思う。

(会長)

各都道府県でこれほど心筋梗塞の年齢調整死亡率が違うということは、驚くべきデータかと思う。

岡山県は、岡山県の基準で下げる、ということで良いのでは、というご意見をいただいた。

大動脈瘤に関して意見はどうか。

(委員)

大動脈瘤に関しては、24時間、365日受け入れるというシステムで、部会の体制が始まり、救急隊員の方たちに非常に努力していただき、診断率としては高まり、それに伴い救命率は高まっているかと思う。

ただ、どうしても医師の補充について、県や施設でマネジメントできるわけではないので、少しその辺りのばらつきが出てくるかと思う。

そうすると、いつも県の方に話しているが、2029年の年度目標に向かって、県は何をしていくのか、県民に向かって何を指導されるのか、ということを感じている。

健診率が上がってきてはいるが、6ページの死亡率の推移を見ると、脳血管の死亡率に関して全国に比べ低いことは分かるが、心疾患の死亡率は、令和2年で女性が全国平均に比べ高くなっている。その辺りの事実を、県はどこに因子があると見ているかを伺いたい。

要するに、健診率が上がってきたにもかかわらず、死亡率が全国に比べ高くなっている原因は、これも会長が言われたような統計処理の違いで、こういうデータとなったものと考えているのか。

(事務局)

統計の数値に関する原因までは、現時点では分かりかねる。計画素案策定の際にお示ししたロジックモデル等でどこに原因があるのかについてある程度確認はしているが、やはり原因を究明することは現状できていない。急性心筋梗塞等の連携検討会議などで委員の皆様からご意見をいただくなどして、原因を究明してまいりたい。

(委員)

しかし、そこが分からないと目標値が設定し難いのではと思う。

自分達が何をすれば良いのか、健診率は上がってきているデータでよく分かったが、何をその次にするのかどうか、栄養管理が良いのかどうか、救急搬送も非常に整理されてきてお

り、脳神経内科外科の先生達の脳疾患に対する様々な横割りの連携を、心疾患でさらに深めた方がいいのかどうか、そのあたりのファクターをある程度示すことで、数値目標だけではなく、今後それをどうやっていくかの目標を定めた方が、よりはっきりすると思う。

(会長)

委員のおっしゃるとおりで、要するに、数字を下げたいがそのためには何をすべきかだ。

それがいろいろと文章には書いてあるが、どこを強調し目標を設定するかだが、それがロジックモデルということになるのだろう。

計画を策定し、ロジックモデルを作成したが、それを検証する段階までは来てない。

ロジックモデルの良いところは、ある項目を改善したら、この項目の数値がこういう結果になった、という成果が見えることである。例えば健診率が何%上がったら、この項目が良くなった、例えばコレステロール値がこれだけ下がったら良くなった、という結果がでる。

ロジックモデルは第1次計画を策定した令和3年度から引き続き作成しているので、委員の疑問には、そのロジックモデルの当てはめた数字がどう良くなれば、結果こうなったということが出てくるので、それが答えになるのではないかと期待している。

ただ、私が感じるのは、脳血管疾患心疾患の死亡が減少し、予後も良くなっているが、結局、人は何かで亡くなる。

私の勤務する施設でも感染症が多い。結局、感染症や認知症でどうしようもなくなり、栄養不良になって亡くなってしまう。

結局、患者が幸せな形で亡くなるためにどうしたら良いのかが分からなくなっている。

そこで、健康寿命を延ばすことももう一つの大事な目的であり、健康寿命を延ばせるように回復期のリハビリテーションをしっかり行い、それで健康寿命をできるだけ伸ばしながら、循環器病の予後を改善させることも目的に行かなければならないと思う。

続いて、その他で、事務局から何かあるか。

(事務局)

厚生労働省の「脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業」について情報提供させていただく。

この事業は、

- ・循環器病対策推進基本計画で、脳卒中・心臓病等（循環器病）患者を中心とした包括的な支援体制を構築するため、多職種が連携して、総合的な取組を進めることとしているが、これまでに都道府県が医療計画などで実施している対策よりも幅広い内容であり、各医療施設で個々の取組はされているものの情報が行き渡っているとはいえず、全ての支援について、十分なレベルで提供することに対して課題がある。
- ・この取組を効果的に推進するため、専門的な知識を有し、地域の情報提供等の中心的な役割を担う医療機関に脳卒中・心臓病等総合支援センターを配置し、都道府県と連携しつつ、地域の医療機関と勉強会や支援方法などの情報提供を行うなど協力体制を強化し、包括的な支援体制を構築することにより、地域全体の患者支援体制の充実を図ることを目的とする。

というものであり、令和4年度にセンターモデル事業が開始された。どういう事業を行うかであるが、2事業の概要・スキームのとおり、自治体や関連する学会等とも連携し、

- ・循環器病患者・家族の相談支援窓口の設置（電話、メール相談を含む）

- ・地域住民を対象とした循環器病について、予防に関する内容も含めた情報提供、普及啓発
  - ・地域の医療機関、かかりつけ医を対象とした研修会、勉強会等の開催
- などを行う。

3 事業の実施主体については、各都道府県において、脳卒中・心臓病等の循環器病に対する中心的な役割を担う医療機関となっており、補助額については、一箇所あたり、1,800万円程度で、既に令和4、5年度の2年間で25府県で事業が開始されている。

令和6年度のモデル事業について、1月25日に厚生労働省のホームページにて公募開始の公示があったので、協議会で周知するものである。

(会長)

今後の循環器病対策をどう推進していくか、その中心的なものとして総合支援センターを作っていただきたいということで国が支援するものであり、設置のために1,800万円を補助しようというものである。

国の補助は単年度で間違いないか。

(事務局)

そうである。センターの設置、導入に関しての補助金である。

(会長)

職員を雇用すると、人件費を出し続けなければならない。ただこれは、国としては是非全都道府県に設置したいと考えているようだ。

令和4年度に32医療機関が応募し、岡山大学も応募したが、残念ながら採択されなかった。昨年度は体制の都合で申請しなかった。本日の協議会には、岡山大学の新たな教授3名がオブザーバーで参加されており、新しい発想で岡山大学の方で応募していただきたいと考えるが、いかがか。移行期医療も関係すると思うがどうか。

(委員)

岡山県は少し特殊な事情があり、県立病院がない。

そうすると、県と脳卒中心臓病等総合支援センターが密接に連携する医療機関について、どこが良いか、ということであり、国立大学なのか、独立行政法人なのか、そのあたりを県で明確にしていきたいと思っている。移行医療や小児慢性特定疾病もそうだが、様々なところで、医療機関と県がもっと密接に繋がるようなシステム作りをまず構築し、それから担っていくべきだと思っていたが、どうか。

(会長)

とても重要な指摘である。

多くの県が応募し、基本的にはその県の国立大学が中心となっている自治体がほとんどである。

大事なポイントは、単年度予算でセンターを設置したところで運営できないことだ。

やはりそこは、県民を救うための事業でもあるので、県と一緒にあって、ある程度様々な形のバックアップをしていただかないとすぐ潰れてしまう。

一昨年の応募の際も、県からもバックアップをお願いするという形で応募したと記憶しており、まずは枠組みを県ともすり合わせたうえで応募していただくのがよいと思う。

本日オブザーバーとして参加していただいた先生方、よろしいか。

(オブザーバー)

難しい課題ではあるが頑張りたい。

(オブザーバー)

前回提出の経緯等も伺いながら、脳神経外科として少しでも尽力したいと思う。

(オブザーバー)

非常に重要な課題かと思うので、積極的に貢献していきたいと考える。また、学内の先生と連携をとりながら、どういう枠組で進めていけるのか相談しながら進めてまいりたい。

(会長)

岡山県では、成人先天性心疾患の支援センターもここに入れたいという希望もあり、これは岡山県の特徴になると思うので、ぜひ良いものを考えていただくとともに、県の方にも、是非バックアップをお願いしたい。

私からは以上である。

(事務局)

計画の最終案は、今後、事務局から県議会の委員会へ報告することになっているが、県議会委員会で修正意見があった場合の対応については、会長に一任させていただいてよろしいか。

併せて、文章上の細かい字句等の修正が生じた場合にも会長一任でお願いしたい。

( 異議なし )

以 上