

令和5年度第1回岡山県循環器病対策推進協議会 議事概要

日時：令和5年7月11日（火）18:00～18:55

場所：サン・ピーチOKAYAMA

【議題】

- (1) 岡山県の循環器病の現状について
- (2) 「第2次岡山県循環器病対策推進計画」の策定について

< 発言要旨 >

1 開会

各委員紹介

2 会長及び副会長選出

協議会設置要綱第5条による会長・副会長の選出について、事務局案により、会長に伊藤委員、副会長に八木田委員がそれぞれ選出された。

○会長 令和5第1回岡山県循環器病対策推進協議会であるが、この会議で何ができるかという、急性期から慢性期までの循環器病の診療体制をどのように県と一緒に構築していくか、他分野の先生方が来られているので、建設的な話し合いができればと思う。

3 議題

○会長 議題（1）「岡山県の循環器病の現状について」と、議題（2）「第2次岡山県循環器病対策推進計画の策定について」、内容に関連性があるので、まとめて事務局から説明願いたい。

○事務局 議題1の「岡山県の循環器病の現状について」、続けて議題2の「第2次岡山県循環器病対策推進計画の策定について」説明した。

最初の資料1「岡山県の循環器病の現状について」であるが、参考資料1の「岡山県循環器病対策推進計画」をご覧いただきたい。

2ページの2の計画の「基本方針」だが、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実を図ること等により、「平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指す、としている。

この基本方針に掲げている健康寿命の延伸や、年齢調整死亡率について、現在の岡山県の状況がどういったものかということ資料1にまとめている。

「1健康寿命」だが、岡山県の健康寿命は、直近の令和元年で、男性は72.28歳、女性は76.04歳である。平成22年の健康寿命と比較して、男性で2.62歳、女性で1.76歳伸びている。男性の健康寿命は全国平均より低い、平成22年からの伸びで見れば、全国平均と比べても延伸傾向にある。

次に「2平均寿命と健康寿命の比較」だが、岡山県の平均寿命は、令和2年で、男性81.90歳、女性88.29歳であり、都道府県別の順位では男性は10位、女性は全国1位だった。一方、令和元年の健康寿命の都道府県別の順位では、男性は35位、女性は14位だった。平均寿命と健康寿命の差は、男性9.62歳、女性12.25歳だが、全国値の男性8.81歳、女性12.22歳と比べて、どちらも上回っている。

次に「3死因別死亡割合」だが、岡山県の死因別死亡割合のうち、心疾患15.0%と脳血管疾患7.0%で、合わせると死亡割合の22.0%を占めている。

心疾患の死亡割合は、全国と比べて同程度で、脳血管疾患は、全国と比べて低い。

次に「4.死因別の年齢調整死亡率」だが、心疾患、脳血管疾患ともに、年齢調整死亡率は年々減少傾向にある。

続けて、資料2「第2次岡山県循環器病対策推進計画の策定について」である。

1「策定の趣旨」だが、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第11条第1項の規定に基づき、本県の循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するため、「岡山県循環器病対策推進計画」を令和4年3月に策定した。

この県計画は、令和6年度からの新たな保健医療計画等との調和を図ることができるよう、令和5年度までの計画期間であることから、令和5年3月に策定された国の「第2期循環器病対策推進基本計画」を踏まえ、第2次県計画を策定するものである。

2「計画の期間」は令和6年度～令和11年度の6年間である。

3「計画の構成」は、(1)の基本方針が「平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸」「循環器病の年齢調整死亡率の減少」、(2)の主要な施策は、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実、循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備と研究推進、(3)の評価の実施は、指標を設定し、毎年度評価を行うこととしている。

4「策定の考え方」だが、国の基本計画の変更点や関係する諸計画との調和も踏まえ、それから、ロジックモデルなどのツールも活用し、策定する。

国の第2期基本計画については、参考資料の2-1に概要、2-2に計画本文を添付している。第1期基本計画から2年半での見直しであり、大きな変更点はなかったが、主な見直し内容は「感染症発生、まん延時や災害時等の有事においても、医療の確保を適切に図ることができるような医療提供体制の整備を進める」「遠隔医療や情報の連携を進め、医療者の労務環境の改善や業務の効率化等へつなげられるよう、デジタル技術の積極的な活用を推進する」などである。

こういった点をふまえ、県の今後の方向性だが、「感染症発生、まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用するための体制整備を検討」し、「診療の地域格差を解消し、均てん化を進めるため、デジタル技術の活用も含め連携体制の構築を検討」する。

「5策定のスケジュール」だが、今後、9月頃までに、各委員からの意見等を踏まえ、計画素案を検討する。その後、10月頃、第2回協議会で計画素案を協議し、11月～12月パブリック・コメントを実施、令和6年2月頃、第3回協議会で最終案を協議し、3月に計画策定・公表という流れになる。

資料3「第2次岡山県循環器病対策推進計画の骨子（案）について」である。

現計画の策定から2年しか経っておらず、国の基本計画も今回大きな見直しは行っていないことから、県計画の骨子案も、現計画からほぼ変更はない。

計画の構成については、現計画と同じ項目で構成している。

現計画からの変更点としては、「4、分野ごとの現状・課題と主要な施策」（2）の保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実について、項目4以降の順番を、国の基本計画に合わせて疾患の時系列に並び替えている。

また、の項目3「救急医療の確保をはじめとした循環器病にかかる医療提供体制の構築」について、「デジタル技術の活用等」という文言を追記している。

これら骨子案の内容について、今後、項目ごとに委員のご意見を伺うなどし、ロジックモデルなども活用しながら、素案策定に向けて、内容を検討していく。

ロジックモデルを作成する際の指標で代表的なものを参考資料3として添付している。

参考資料4「岡山県循環器病対策推進計画の進捗状況等」は「岡山県心筋梗塞等医療連携体制検討会議、脳卒中連携体制検討会議」において報告し、評価を行う計画の進捗状況である。

以上が第2次岡山県循環器病対策推進計画の策定についての説明である。

○会長 大事なことは、来年度、令和6年度からの計画を今年度に策定しなければならないということだ。

本日はその第1回目ということで極めて重要な位置づけである。

資料2の2ページ「策定スケジュール」の7月協議会が今回であり、計画骨子案を協議とあるが、先ほどは事務局から説明があったが、これだけでは協議はしていない。

資料に方向性と書いてあるが、計画内容はあまり多くの箇所を修正できるものでもないが、国や県からの変更点でも、例えば、災害やコロナの発生時等の対応を考えていくことも重要だが、やはり二番目の項目が非常に重要になってくると思う。

診療の地域格差を解消し、均てん化を進めるため、デジタル技術の活用も含め、連携体制の構築について検討する、とあり、こういうことに対し、本日は様々な立場の委員が来られているので、どのようなことを今考えてらっしゃるのか、あくまでブレインストーミングという形で結構なので、今お考えになっていることを伺いたい。

○委員 循環器分野が専門であるが、第一次計画の作成時と、今回第二次の策定時で大きく違うのは、この何年間かの新型コロナ感染症の中で、やはり生活習慣がすごく乱れてしまったり、健康診断、特定健診に行けなかったという県民がかなり増加しているのではないかと思う。そのツケが、今後循環器病患者の増加に繋がってくるのではないかと危惧している。

がんの領域でもがん検診の受診率がかなり低くなり、患者が増加しているというデータもあり、糖尿病患者が増加しているデータもあるので、そういう観点で、やはり検診をよりきちんと受けていただくということをもう一度見直すという点を強調する、患者の増加ということが可能性としてあるので、そこにどう対応していくかも策定のポイントかと思う。

○委員 リハビリテーション分野であり、特に心疾患が関係しているが、国でも言っている遠隔医療という中で、やはり心臓リハビリテーション学会で、この遠隔リハビリテーション、心臓リハビリテーションというものは、一部の大学等が補助金で進めてはいるが、実際診療報酬として取ることになるはまだ壁が厚い。これができればいいと思うが、今後の課題かと感じている。

また、そもそも循環器病対策推進協議会が、あまりにもまだ世間的に知られていないと感じている。第一次計画が策定された際、関係職種へ策定について周知しようとしたが、計画自体が知られていなかった。もう少し、何らかの形で、特に医療関係職種の方には発信をした方がよいのではないかと強く感じる。

○委員 心臓血管外科、循環器分野だが、遠隔医療学会の理事をしており、遠隔医療及び均てん化に関しては発言したいことが多くある。

診療報酬に関して、対面に比べて遠隔では87%と、令和5年3月の政府の方針で示されたが、依然として、初診再診も含めてかなり抑えられている。

こういう状況の中で、遠隔医療を、均てん化し進めるということに関し、医師会の開業医の先生がどう思われているか、だと思う。

遠隔医療というのはご存知のように、距離感がない状態で診察ができる。今の状況の中では、様々なデジタル技術を使い、実際に体に触ってなくても、温度が分かったり、聴診ができたり、ある程度デジタル技術で補完することも可能になってくる。

ただ、それを様々な技術や多くの企業がある中で均てん化できるか、ということだ。様々な機器の開発が先行しているが、医療制度が追いついていない現状がある。遠隔医療学会で今中心に行われてるのが、セキュリティに関してであるが、セキュリティ対策に膨大な費用がかかるのが実状である。

地域格差をなくすことは良いと思うが、本県では、地域の医者がいないような場所もあり、岡山大学の場合は、デジタル田園都市国家構想プロジェクトを現在行って検討しているが、そういう中で、このデジタル技術の活用が様々に乱立しており、それを均てん化させることはまだ発展途上である。

そこに医師会の先生方が診療報酬も含めて遠隔医療に関して認めてくるかになるので、均てん化を地域に投げかけられると非常に難しい。現時点では遠隔医療も含め、県下の医師数は多いが、非常に地域格差があり、県北と県南で地域ではかなりの差がある。

だが、それを進めていく上で、岡山県循環器病対策推進計画と、岡山大学が推進しているデジタル田園都市国家構想、その辺りをうまくコラボしながら答えを見つけていくと全国のモデルになってくるのでは、と期待もしているが、均てん化は少し難しいかと思う。

○委員 県医師会の立場から一番話をさせていただきたいところは、今、委員から話があったように、医師の偏在ということが非常に大きな問題になっており、働き方改革の中で、来年度からは様々な仕組が変わる。医師の配置については、特に救急で、9-17時で終わらない診療科についてはやはり人材が不足している事実があり、救急に携わる医師の欠員が出ているのが実情だ。

特に問題は、県北は開業医では高齢の先生が多くおられ、70歳以上が多く、80歳を超えて現場で頑張っておられる先生もいるが、そういう方々にこれ以上負荷をかけていいのかどうか、ということがある。特に、久米郡医師会では、3月31日に医師会が解散に追い込まれてしまった状況があり、今やはり開業医の廃業が非常に進んでいる。地域によれば30%ぐらい開業医が廃業している地域もあるので、そういった中で均てん化ができるのかが大きな問題かと思う。

そういった地域だと、今も休日当番や予防接種、健診等で日々の診療業務の中でも応援が必要な地域もあり、特に高齢の医師は、今マイナンバーへの対応も難しい。高額な投資をし、マイナンバー対応機器を導入するわけだが、そういう医師は今後、そう長く続けるわけではないので、そこまで設備投資しないといけないのかという話もある。

またマイナンバーに関しては、高齢の患者は往診が結構あり、自院にくる場合は良いが、往診の場合はそういったマイナンバーの機器が使えないというような現場の声もある。

はっきり申し上げると、岡山県内で無医師地区が広がってきたような現状だと認識をしているので、その中で果たして皆が力を合わせてどうバックアップしたら良いか、人材確保という重要な課題だが、その前にマンパワーをどう配分していくのかを考えないと絵に描いた餅に終わるのでは、と非常に懸念している。

○委員 今までは急性期、回復期、慢性期と縦の連携体制の中で、慢性期の医療機関も対応してきたが、三位一体改革、医師の偏在、地域医療構想等でガラッと変わり、病院協会も混乱している。

水平連携という言葉があるが、高度急性期等の大型医療機関はしっかり地域完結型の医療が構築することもできるが、地域密着型の医療施設では、在宅医療等との連携もやっていく必要があり、役割もはっきりと変わってきている。

そういった点も考慮していただきながら、計画策定を進めていただきたい。

○委員 ケアマネジャーの視点からは、在宅及び施設でもサービスの利用控えや欠員が目立っている。特に通所サービスが顕著であり、高齢者が感染予防のために通所介護や通所リハビリの利用を控えるケースが多く見られた。

介護保険の申請自体、今はかなり申請数が多くなっているようだが、コロナ禍では控えられてきた。以上により、この数年で心身機能の低下と療養管理ができてない状況が問題になっている。

その上で、岡山県のケアマネ協会でもよく問題になるのが、地域によって岡山倉敷は良いが県北になるとサービスがなかなかない、ということだ。訪問診療していただける先生も少ない地域も多数あり、自宅での療養管理を要望してもマンパワーが不足している地域が増えていると思う。現場でどのように連携ができるか、ご指導いただきたい。

○委員 歯科で出来ることは、多職種連携という立場で、慢性期における循環器病患者に歯科からサポートすることは可能である。

また、予防的な面では、歯周病と循環器病の関連性も大いにあり、予防的な話で協力ができるかと思う。

○委員 保健医療計画の医療の指標だが、こちらを今まで脳卒中連携体制検討会議で見ってきたが、t-PAの項目だけが出ており、指標があまりにも少なく、現場でPDCAを回そうすればとしても、t-PAはここ数年達成した数値を追いかけているので、現場ではPDCAが回らない。

少し指標を変えて、例えば回復期まで含めたような指標として、日本脳卒中学会で集計しているmRSの3ヶ月後の資料が出ており、実際にその数字を見てみると、岡山県がデータの的には全国的にかなり下回っているというデータも最近出ている。

次の計画でそういった項目をもう少し具体的に取り込めるような計画を作ったらどうか。

○委員 急性期病院で栄養指導を行っており、情報機器を使用した栄養管理を3年前から試しているが、なかなか高齢者が対象の場合、情報機器に慣れてないため、断られることが多く、情報機器を使用した栄養相談はあまり利用されていない状況だ。

心臓病や脳卒中は、高齢者が多いので、必要な方に栄養相談のデジタル化を進めたとは思いますが、自分たちだけではどうしても難しいところがあるので、どうすれば良いかが今の課題である。

○委員 患者の立場からは、遠隔地などでは、やはりサービスの提供を充実させることが重要かと思う。

○委員 脳神経外科学会では、均てん化委員会というものがあり、岡山県の脳神経外科医のデータでは、南高北低が明らかである。特に北部は医師の高齢化が問題になっており、高齢

化した先生が全て急性期から対応している、という現状がある。

脳外科学会自体も問題を感じており、一つは人員を配置するというのが一番現実的ではあるが、専門医プログラムを使って若い医師を配置するという動きもなかなかうまく機能しない。

もう一つは医療圏を組み替え、例えば県北部であれば、より近い鳥取県に搬送するという他県との連携は、学会として今地図を少し作り変えているという現状があり、学会の活動が一つ参考になるのではと思う。

デジタル化では「JOIN」が現実的かと思うが、導入に非常に高額な費用がかかるので、病院としても障壁が多。国や県で何かサポートがあれば、そういった方法としてデジタル化による均てん化を図るということも案としてあるかと思う。

○委員 県北の保健所長ということで、先ほど切実な地域の問題は、他の委員からも意見があったが、少し付け加えると、診療所の先生方が高齢化しており、およそあと数年でこれぐらいの診療所が無くなるだろうということも分かっている。今診療している先生方も不採算の状況でやっていただいているという本当に医療を面として提供することが極めて難しくなってくるという状況だと思う。

そんな中で循環器病という切り口で、保健医療計画の策定もあり圏域の津山中央病院の先生方や医師会の先生方と話す機会があるが、やはりコロナで起きた救急搬送困難の問題は非常に大きかった。津山・英田県域は人口あたりの搬送困難数が県内で最も悪く、極めて厳しい状況になり、県南にも大変お世話になったと思っており、根本的な問題はいろいろあるが、やはりコロナ以外の急性疾患、特に循環器を中心として、どう病院間の連携を図っていくか、結局は出口の問題で詰まって、津山中央病院がどうしても受けないといけない症例が受けづらくなったという事実があるので、しっかり地域で話して行く必要があると考えている。

○委員 看護師でも地域偏在の問題はあり、医師がいないと看護師も同時にいないという現状がある。

県北では、看護師も高齢化しており、明らかに平均年齢が10歳ほど県南とは違う。

県北は訪問看護についても、担当圏域が広がるため、効率的に次の在宅へ行くことが非常に難しく、件数を回れない問題も発生しているようだ。

また、女性が多い職業であり、育児、出産、結婚や働き方改革もあり、夜勤免除など、訪問看護で24時間対応というところで、なかなか夜勤ができる看護職がいなく、結局訪問看護だけでなく、介護施設などでも、限られた人たちが夜勤をし、疲弊し、辞めたくなくなってしまう、だが辞めさせてもらえず、50代、60代で夜勤を頼まれたりと、本当にモチベーションが落ちてきている、ということがあり、全国的にも看護職の直近の離職率が11.6%で、コロナの影響があるにせよ、近年まれに見る非常に高い状況にある。

看護協会でも、県北の医療をどうしたら良いかは考えてるが、足りない医師や看護師をそ

れぞれ少しずつ出すより、セットで出すようなシステムがあれば良いのではないかと思う。医師と薬剤師と看護師、三つ揃えて何か運用できないのか、という考えを示しているところだ。

○委員 薬剤師も同様であり、国の第8次医療計画の中に薬剤師の確保が、初めて言葉が盛り込まれたように、非常に薬剤師が不足している。

保険薬局の薬剤師は多いが、特に病院の薬剤師が全国的に非常に少ない状況にある。

それを踏まえ、デジタル技術の活用は非常に重要かと思う。

また、オンラインの服薬指導ができる薬局も増えてきており、少しずつ慣れてきているとは思いますが、やはり薬局側も、デジタル技術の対応はまだまだであり、ところがありまして、電子お薬手帳や電子処方箋はどうなるのか等、しっかり対応していきたいと考えている。

○委員 県のメディカルコントロール協議会、消防側の観点からは、救急搬送の場合、いわゆる救急搬送の実施基準というものが、岡山県メディカルコントロール協議会の中で策定されており、その中では心肺停止、重症外傷、脳卒中、心疾患、これら四つの搬送基準が決められているが、搬送基準の中身の内容と、この計画の整合性をしっかりとる必要があると考える。

例えば、今現在搬送基準には医療機関リストというのがあり、脳卒中でいえば、TPAに対応できる病院のリストはあるが、血栓回収に対応できる病院のリストはないような状況であり、この辺りをしっかり踏まえて今後はこの計画にのっとり、救急搬送がスムーズにできるようにリストを整備していくことが私達の課題であると考えている。

○副会長 既存のシステムをうまく使うということが非常に大事で、岡山県も様々な部分で既存のシステムがあるのでそれをうまく使うことだ。

そのバックアップとなるのが基本計画の位置づけかと思う。

計画も策定から1年少しで、PDCAサイクルも1周りしていないが、日本脳卒中学会では、一次脳卒中センターの3ヶ月予後初めて全国集計し、公表されており、全国平均に比べて岡山が振るわない。その原因を調べるため、現在、脳卒中分野では、まさにPDCAサイクルが全力で回っている状況であり、2023年度末の指標をしっかり出していくことが一つかと思う。

また、御指摘があった、計画の周知が出来ていないということである。がん対策基本法は知っているが、循環器病対策基本法は知らないという方も多く、広報活動と今後考えてもらいたい。

○会長 一通り意見を伺うと、特に県北、均てん化がキーワードであり、やはり県北にも、たくさん県民がおり、その方々のことを考えなければいけないが、それを支える医療スタッフの高齢化、減少が問題であり、それを補うためのデジタル化ということで書かれているの

だと思いが、デジタル化すら、委員の意見では現状難しいのではという話である。

もう一つは、デジタル化だけでは患者を救えないところもあり、どう進めていけばよいか。様々な分野でそういうことが問題になってことを共通で意見が出たということは非常に大きなことだと思う。

まずこのようにして問題が出てきたことから、少しでもそれを解決するためにどうするか、先ほど脳卒中で県をまたいだ医療の話があったが、そういう発想も今後、我々は持たないといけない。

○委員 一つ加えたい。移行期医療支援センターについては、難病対策等とは違い、やはりその小児期から成人に至る支援は計画の骨子の一つであり、ぜひ作っていただきたいと思う。

○会長 今日はブレインストーミングという形で委員から様々な意見をいただいた。

それに関し、ここにいる委員の方々から実際に案を出していただかなきゃいけない。

次の会議では、もう少し時間を取り具体的に検討していきたいと思う。

以 上