

宮崎県循環器病対策推進協議会 会議概要

1 日時

令和5年2月13日(月)午後6時30分から午後8時まで

2 場所

宮崎県防災庁舎2階 プレスルーム

3 出席者

・委員

大田元委員、海北幸一委員、金丸吉昌委員、黒木教裕委員、児島慎也委員、
塩見一剛委員、下大園浄司委員、竹島秀雄委員、花田智委員、濱畑美奈子委員、
林正太郎委員、古川貢之委員、又木真由美委員

※欠席3名(牛谷義秀委員、落合秀信委員、柴田剛徳委員) (50音順)

・関係各課

医療政策課、国民健康保険課、長寿介護課、障がい福祉課担当職員

・事務局

健康増進課

4 会長選出

委員の互選により金丸委員が会長に選出された

5 議事

宮崎県の循環器病対策の推進について

6 議事について委員からの主な意見

○宮崎県の循環器病の現状、本県の取組について

委員) 本県の健康寿命は全国平均より長く、平均寿命は伸びておらず、不健康である期間が短いこと、心疾患や脳血管疾患の受療率が高いこと、死亡率が全国より高いことの関連性を解析しているか。1年間取組みを行い、何も変わっていないことが示されているが現状で良いか。死亡率が高く、健康寿命が長く、平均寿命が伸びていない理由は、患者が受診するタイミングが遅れ、重症化してから受診するパターンが多いと推察する。市民公開講座など特に宮崎市や県全体で一次予防に努めていく必要がある。

委員) 特定健康診査実施率の目標値70%について本県の現状値はほとんど変化がないが、どう改善するか。一番低い宮崎市をまず改善させるべきである。

県) 御指摘のとおり国民健康保険の特定健康診査実施率は宮崎市が一番低い。令和元年度に宮崎市が本人自己負担を無料にしたことで実施率は上がり、県全体の実施率も1%上がる程の効果があったが、令和2年度は感染症流行により県全体として減少している。山間部は実施率70%を超える市町村があり地域ごとに差がある。令和5年度は国の都道府県国保ヘルスアップ支援事業により、国保の目標60%に達していない市町村を対象に未受診者の特性に合わせた受診勧奨通知事業を実施するためプロポーザルの準備を進めている。

委員) 医療体制の充実にまだ問題がある。心血管疾患のクラウド型12誘導心電図伝送システムの導入は件数的に増えていない。

県) 宮崎市消防局管内で導入されているが、新たな導入について必要があると判断されれば医療圏ごとに支援していくことが考えられる。

委員) 情報発信や関心を高める何かが必要である。ピワテクという健康アプリを周知している自

治体があり、有効活用し知識や関心を持ってもらうような取組を行っていた。

委員) 医療提供体制において施設設備整備の支援は非常に良いことだが、人材確保についても県が協力してほしい。また、現場では患者が増えてさばけないような状況であり、重症患者の手術は3ヶ月待ちの状態もある。医療機関内の交渉だけで手術数を増やすことはできず、循環器病に力を入れるのであれば、例えば県と医療機関で話し合うことがあると良い。

県) 救急医療機関の機能分化・連携促進のため医療機器等を整備したい場合、内容によっては補助対象になる場合があり、全額ではなく2分の1の補助であるが御相談いただきたい。

委員) 現在、宮崎大学病院と高千穂・えびの・串間の3つの医療機関をシナプスZEROというアプリで繋ぎ、画像のやり取りを行っているが、医療機関にいる時しか画像が見られない。JOINという遠隔画像読影システムのアプリは、スマートフォンでCTやMRIのデータが確認できるシステムであり、リアルタイムに患者の画像情報や医師からの問い合わせが確認でき、現在は宮崎大学病院だけで活用しているが、県病院等にも導入できれば、県全体でマンパワーが少ない中でもカバーできる医療体制がとれる。山口県・北海道がJOINを導入し、数少ない医師が、幅広い県内の医療体制を支える取り組みを行っている。導入には初期費用がかかり、毎年維持コストがかかる。取り組みを県内全体に広げたい。

委員) 医師数は全体的に少なく、ある程度パワーセンターに人を集めながら専門医を早期に育て、地方に還元する形が大事である。県に残る医師を増やすという課題がある。循環器内科も心臓血管外科も全国平均で言うとほぼ一緒であるが、へき地や山間地域・県北地域は手薄になっている現状がある。

委員) 心不全患者は今後増えることが予想され、大動脈解離や心筋梗塞の患者を助け、元の生活に戻っていくためにはリハビリの充実が必要である。リハビリ施設を増やすことは大変だが、昨年から増えてないことは今後大きな課題である。

委員) 心大血管疾患リハビリテーションの施設基準におけるハードルは高い。他県では、立ち上げる施設を補助する県や、心臓リハビリテーション指導士や心不全療養指導士の資格取得をサポートする県がある。リハビリテーションは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士だけではなく、看護師・薬剤師・栄養士等の多職種連携が必要である。県主導で多職種連携が図れるような研修や枠組みを作してほしい。

委員) 介護施設において、コミュニケーションツールとしてアプリを導入し、何かあれば画像や動画を投稿し連絡するなど、医師と看護師だけではなく、事務・薬剤師・理学療法士等多職種連携を図っている。情報活用のシステム作りは取り組むべき課題である。

委員) 本県は医師数が足りない、或いは偏在がある。脳外科は急性期の医療で忙殺され、それ以外の所に力を配分できない。キャリア形成プログラムによって学生達が育っていくが、まだ10年以上かかり現有勢力でやらざるを得ない。循環器病に付随した養成プログラムを県とタイアップして立ち上げれば医師が確保できるのではないか。

委員) 宮崎県循環器病対策推進計画は総括的な内容を盛り込んでいるが、第2期はできることの優先順位をつける必要がある。予算の裏付けや行政のサポートがあると動きやすい。

委員) 本協議会が立ち上がった時、予防から治療まで広範囲な部分をカバーするのは大変と感じた。予防と医療の対策のどちらを県の施策として重要視するか。未治療者や治療中断者に対する受診勧奨を促進するためのシステムは素晴らしい。宮崎市に対して、予防に対して積極的に参加できるような策が何かないか。血圧を放ったらかしで悪化して受診する人も多い。

県) 宮崎県循環器病対策推進計画は、発症予防から急性期・回復期・維持期と非常に幅広い部分の計画になっており、来年度は計画改定に向けて御意見を伺いながら、どこに重点的に力を入れるかなどの観点も含め検討したい。

委員) 健診や歯科受診が進まないのはコロナだけが原因ではない。啓蒙活動として県民公開講座を行い、糖尿病と歯周病の関係を周知している。糖尿病連携手帳は歯科受診が強調され一歩

進んでいる。多職種連携を強化し、県民へアピールをしていく必要がある。

委員) 訪問看護ステーションにおいてタブレットを使用することで土日や緊急時に医師と連絡でき有難いと聞く。そういったシステムが広がっていくと良い。循環器病はお酒の問題が背景にあると思われる。宮崎県は酒税が上位で消費量も多い。背景に色々な問題があるため全体を見ないと対策は困難と感じる。

委員) 家族や近くにいる方、実際経験した方が周りに言ってあげることが一番近くでできることと思う。

委員) 内科的な疾患、糖尿病、高血圧、脂質異常症などが多く、どうにかできないか、県が主導で何かできることはないか。

○脳卒中・心臓病総合支援センターモデル事業について

委員) 宮崎大学病院であれば心大血管疾患リハビリテーションは引っかかるが、その他の項目はほぼ満たしている。県が相談すれば考えたかもしれない。相談窓口は人件費等の形で設定しなければならず非常に辛い所である。誰がやるか、労力が費やされる。1回立ち上げると初年度しか国のバックアップはなく、翌年からは独自に病院でという内容で難しいと思い、意見は出さなかった。

○国の第2期基本計画(案)の項目、今後のスケジュール(案)について

委員) 第2期の基本計画(案)でリハビリテーション等の取組が上位に上がっているが、具体的な取組を考えているか。心大血管疾患リハビリテーションが実施できる医療機関数を増やす目標について、具体的にどこの病院がターゲットになるか。国が上げたから県も上げるというだけでなく、具体的に何をするか考えるべきである。

県) 現時点で具体的なターゲットの病院はない。リハビリテーションに関しては、県として明確にこれが出来ているというものが無い。今後の計画改定に向けて、何をやっていくべきかということも含めて協議させていただきたい。

委員) 本県がやるべき取組は一次予防である。循環器病の根本は生活習慣病である。本県はメタボ率が全国より高い。生活習慣病や肥満も含めて改善していくことが大事である。重症化する前に早期発見し、改善していくことが一番大事であり、県全体でやれることである。医師不足と言われるが、軽症のうちに留められれば、対応できるものはたくさんある。重症化し急性期医療を行った後、大事なのがリハビリテーションであり、社会復帰できるような体制を整えることを県で上手く取り組められればロジックモデルの最終目標に少し到達できる。

委員) 本協議会は非常に有意義だが、ここだけで決まっても他の医療や連携に繋がらない。宮崎県全体として共通認識を持って取組めるようなシステムが必要である。計画だけ立てても実効性が伴わないと難しい。