

令和5年度第4回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会会議録

1 日時:令和5年11月27日(月)午後6時30分から午後7時30分まで

2 場所:宮城県庁行政庁舎9階 第1会議室

3 出席委員 (五十音順、敬称略)

石井 正、遠藤 智之(Web)、遠藤 英徳、川本 俊輔、熊谷 浩司、齋木 佳克、
佐藤 昌司、篠崎 毅、鈴木 利一、高橋 一揮、寺崎 弘子、寺嶋 秀夫、
藤森 研司(Web)、安田 聡

4 会議録

(司会)

会議に先立ちまして、皆様をお願いいたします。本会議はウェブ会議システムを併用して開催しております。ウェブ会議システムで参加されている方におきましては、カメラは常時オンにし、マイクのミュートを解除いただき、ご発言願います。また、協議会は情報公開条例第19条の規定により公開とさせていただきます、本日の議事録と資料につきましても、後日公開させていただきます。

傍聴の方々をお願いいたします。会議中は進行の支障になるような言動を一切禁止いたしますので、ご静粛に傍聴願います。

(司会)

次にお配りしております資料を確認させていただきます。会議資料は次第、出席者名簿、資料1から資料4までございます。

皆様よろしいでしょうか。

それでは、ただ今から、令和5年度第4回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会を開催いたします。

開会に当たりまして、保健福祉部副部長の大森よりご挨拶申し上げます。

(大森副部長)

第4回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会開催にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

本日は御多忙のところ、御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。また、委員の皆様には、本県の保健医療行政の推進につきまして、日頃から御指導、御協力をいただいておりますことに深く感謝を申し上げます。

さて、本日は、第2期計画の中間案について御審議をいただく予定でございます。中間案

につきましては、素案段階からこれまでの議論を踏まえ、加筆修正したほか、委員の皆様から臨床現場などの写真を多くご提供いただき、県民視点でのわかりやすい計画案としております。画像データをご提供いただきました委員の皆様におかれましては、この場をお借りして厚く御礼を申し上げます。

本日は、本県の大動脈瘤や大動脈解離の治療実績について調査分析をしていただきました東北大学の赤松准教授に参考人としてご参加をいただき、ご報告をいただけることになっております。

大動脈疾患による治療は一刻を争うものなので、本県においても速やかな搬送体制の構築が喫緊の課題となっております。赤松先生に置かれましては、調査分析にご協力いただき、感謝を申し上げます。

本日も限られた時間ではございますが、委員の皆様には、それぞれの専門的な見地から忌憚のないご意見をいただきますようお願い申し上げます。挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしく願いいたします。

(司会)

ここからの進行につきましては、安田座長をお願いいたします。よろしく願いいたします。

(安田座長)

座長の東北大学循環器内科の安田でございます。

これからは、次第に沿って進めさせていただきたいと思っております。初めに、議事(1)宮城県循環器病対策推進計画(第2期)の中間案について、事務局の方からご説明をお願いいたします。

(事務局)

事務局健康推進課の小野寺です。第2期計画の中間作成のポイントについて、資料1により説明させていただきます。資料はモニターにも表示しております。

スライド番号1をご覧ください。

こちらは前回の会議でもお示ししましたが、第1計画と第2計画の構成がどのように変わったのかをお示したものです。大きな変更はございませんが、新設された項目や順番の並べ替えなどがございました。

スライド番号2をご覧ください。

こちら前回の会議でお示しさせていただきましたが、第2期計画の素案を作成するにあたって、第1計画から変更した点について、8つのポイントに絞って、事務局から提案をさせていただき、委員の皆様にご承認いただいたところです。

スライド番号3をご覧ください。

本日は、前回の草案から中間を作成するにあたって変更した点につきまして、ご覧の要点に絞って報告させていただきます。

スライド番号4をご覧ください。

前回でも説明させていただきましたが、第2期計画では、「県民視点でわかりやすい計画」をコンセプトに、レイアウトを大幅変更し、図や写真を多く取り入れております。

その後、本日ご参加いただいております委員の皆様から写真をご提供いただきまして、追加をしております。

スライド番号5をご覧ください。

こちらの資料は、文字が小さいので、これからは資料2の中間案の冊子を見比べながら、ご覧いただければと思います。資料2では、62 ページになります。

救急体制の整備には、ご覧のような写真をイメージ画像として加えております。また、74ページの医療提供体制の構築にも、図や写真などを入れて、臨場感を出しております。

スライド番号6をご覧ください。資料2では、76ページになります。

本日ご参加されています齋木先生から写真を御提供いただき、医療現場の写真を多く取り入れました。

可能な限り写真やポスターなどを入れて、文字だけの紙面にならないよう工夫しております。

スライド番号7をご覧ください。資料2では、41ページになります。

宮城県民の健康状態について、ご覧のようにイラスト化し、不健康な生活習慣がメタボ、不整脈、動脈硬化になることを川の流に例えて、一目で分かるよう工夫しております。

スライド番号9をご覧ください。

素案の段階では、各データが未更新でしたが、今回最新値にすべて更新しております。その際、以前委員からご指摘ありました客体数を明確化するようにとのご指摘がございましたので、n数として入れております。また、特に課題のある指標につきましては、全国比較が可能となるように、グラフを追加しております。

資料2ですと 15 ページの方になりますが、メタボの割合を示しております。

スライド番号 10 をご覧ください。

同様に塩分の摂取量につきましても、全国比較できるようにグラフ化しております。

スライド番号11をご覧ください。資料2ですと 23 ページになります。

国立保健医療科学院が公表しているものです。そのうち宮城県のデータを取り出したものになります。

脳血管疾患の死亡率が全国に比べて高いということは、前回の会議でもお示しましたが、その高さの度合いが全国的に見てどうかをグラフに表しています。

例えば、脳内出血は、こちらのスコアでいいますと、偏差値70相当ということで、全国トップクラスに悪いということが分かります。

また、隣の24ページをご覧ください。脳血管疾患の年齢調整死亡率が全国値より高い状況が続いているということは、前回の会議でもお示しましたが、その全国との差がやや広がっているということが、こちらの変化率がプラスになっていることから分かります。

本県のおかれている状況をより詳細にお伝えするために、今回からこちらのデータを追加しております。

スライド番号12をご覧ください。資料2では、35ページになります。

死亡率のデータは、以前からありましたが、発症データは、これまでありませんでした。

そこで脳卒中の発症を宮城県脳卒中発症登録から、心筋梗塞の発症を宮城県急性心筋梗塞調査報告書から引用しております。

ご覧のとおり、脳卒中のうち脳梗塞の発症割合が高いとことと、心筋梗塞では、若い男性の発症が多いということがわかります。

スライド番号13をご覧ください。

今回から各圏域の状況を第9節として新設しております。

二次医療圏、保健所圏域別のデータについてグラフ化し、圏域により課題にあることを記載しています。

スライド番号 14 をご覧ください。

主な追加事項、変更内容になります。

スライド番号 15 をご覧ください。

一次予防の項目は、前回の素案には反映されておりましたが、中間案から関連政策であります、みやぎ 21 健康プランの内容を記載しております。

スライド番号 16 をご覧ください。

第3次みやぎ21健康プランの目標値で、今のところ案になりますが、本計画と同じ目標値を掲げることとなっておりますので、中間案にも同じ目標値を記載しております。

特に、塩分摂取量の目標値が変更しております。

スライド番号17をご覧ください。資料2では、69ページになります。

第2計画には、脳卒中の受入れ医療機関として、救急搬送実施基準に掲載の医療機関を掲載しておりましたが、今回から実際に常時受け入れている病院を記載することとし、日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターを記載することとしております。

スライド番号18をご覧ください。資料2では、71ページになります。

第1期計画には、急性心筋梗塞の受け入れ医療機関のリストは掲載されておりましたが、しかし、前回の会議で委員の方から、実際にどの病院が受け入れているのか病院名を出してほしいとのご意見がございました。そこで、今回から本県の急性心筋梗塞調査報告書において、実際に心筋梗塞に受け入れがあった病院を記載するようにしております。

スライド番号19をご覧ください。資料2では、72ページになります。

こちら第1期計画に掲載していませんでしたが、大動脈瘤及び解離の受け入れ病院を記載しました。

本協議会と東北大学病院独自で調査したものですが、本日参考人としてご参加いただいております赤松先生から後ほど詳しくご報告いただく予定です。

スライド番号 20 をご覧ください。

医療提供体制の構築です。前回の会議で委員の方から文言の整理を行うようご指摘がありましたので、修正しております。

スライド番号21をご覧ください。

患者等の適切な情報提供・相談支援の項目になります。

今回から患者会と脳卒中・心臓病等総合支援センターの連携について明記しております。

写真は患者会の方からご提供いただきました。ありがとうございました。

スライド番号22をご覧ください。

第2期計画から新設された感染症と災害の項目になります。

本日もご参加の石井教授と相談の上、ご覧のとおり記載しております。

循環器病に特化した内容ではありませんが、災害時に、循環器リエゾンの任命を検討するとの文言が加わっております。

スライド番号23をご覧ください。

地域医療計画との関係になります。

スライド番号24をご覧ください。

中間案6ページに記載してありますとおり本計画は、宮城県地域医療計画と一体的に策定しております。

医療計画の第5編第2章に、脳卒中と心筋梗塞の項目があり、この内容については、本計画と同じ内容になっているということがございます。

スライド番号25をご覧ください。

医療計画には、基本的事項のみ記載し、循環器計画には、具体的事項を記載するという整理になっております。

スライド番号26をご覧ください。

医療計画の脳卒中の項目になりますが、現状と課題には、循環器計画に記載した課題を集約化したものを記載しております。

同じようにスライド番号27では、心筋梗塞も同じような書きぶりになっております。

スライド番号28をご覧ください。

取り組むべき政策には、脳卒中、心筋梗塞ともに循環器計画に記載しております分野ごとの課題と政策の項目名のみを記載しております。具体的な内容は循環器計画を見てくださいということになっています。

スライド番号29をご覧ください。こちらの最後のスライドになります。

今後のスケジュールですが、本日の懇談会でご了承いただきました中間案につきましては、この後、パブリックコメントを実施し、広く県民の皆様の意見を伺います。また、県議会へ中間案の報告をする予定でございます。

事務局からの説明は以上です。ご審議のほどよろしくお願い致します。

(安田座長)

ありがとうございました。ただいま事務局からの説明につきまして、ご意見、ご質問等ございませんでしょうか。

今回は、紙面充実、それからデータの更新、見やすく、そしてより最新のデータを追加しております。

それから、宮城県の地域医療計画との関連性、抜粋ということになりますけれども、これも組み入れていただいているというところ、中間の改定のポイントとなっています。

わかりやすい内容にということでしたが、本懇話会において、最初に患者会の皆様の方から、特にご指摘があったものと記憶しています。

中身というか、読みやすくなっているかということに関して、鈴木委員いかがでしょうか。

(鈴木委員)

だいぶ、わかりやすくなったと思っています。ありがとうございます。

(安田座長)

高橋委員いかがでしょうか。医療関係の団体としてご意見をお願いします。

(高橋委員)

前回に比べて、非常にカラフルですし、この表が何を示しているのかもわかりやすく、誰がみても非常にわかりやすくなっているかと思います。

(安田座長)

寺崎委員、いかがでしょうか。

(寺崎委員)

写真や表なども整理されていて、とても見やすくなりましたし、やはり、対策はしっかりやっ
ていかななくてはいけないということ、みんなに知ってもらうためにも、データがわかりやす
く伝わるようになったのではないかと感じました。

(安田座長)

寺嶋委員、いかがでしょうか。

(寺嶋委員)

とても見やすくなって、素晴らしい内容だと思います。

じっくり見させていただきましたが、2点だけ指摘させていただきます。

23ページの表ですけども、これ表をみて、男性と女性のデータになっていますが、同じよう
な表で37ページにも、男性は黒丸、女性にひし形の白丸という凡例を同じように入れたほ
うがいいと思います。

(事務局)

記載が漏れていました。修正させていただきます。

(寺嶋委員)

70ページですが、グラフに院内死亡率と書いていますが、本文には急性期死亡率(30日以内の院内死亡率)と書いてあります。

院内死亡率が30日以内と普通に言われますと、心筋梗塞以外の病気も含めて病院で亡くなった方とイメージしてしまいます。

用語の統一などを検討した方がいいかと思います。

(安田座長)

ここは、ご指摘のように院内死亡率という形で統一することで対応したいと思います。

直接病気に関係したということで、医学的には、30日以内とか詳細に説明も入れるのですが、ここでは、むしろわかりやすく統一する方向で修正を加えていきたいと思っています。

寺嶋委員、大変貴重なご意見ありがとうございました。

特に、今回41ページとみると、なぜこの対策が必要かということ、イラストでわかりやすくまとめていただき、大変工夫があるかと思っています。

県民の方にわかりやすく見ていただける内容になったという点では、評価できるのではないかと思います。ありがとうございました。

続きまして、データを見やすくということに関して、前回、藤森先生からご指摘があった点かと思っています。

客体数、母数の方をきちんと示してほしいというご意見だったと思いますが、藤森先生、いかがでしょうか。

(藤森委員)

東北大の藤森でございます。客体数を加えていただいて、データの信頼性がよく見えるようになったかなと思います。

例えば、その食塩の摂取量があったかと思いますが、客体数はすごく少なく、サンプリング数としてどうなのかと思いますが、少ないということも分かりました。

計画は大変充実したものになったかと思っています。

(安田座長)

遠藤先生、脳の方からいかがでしょうか。

(遠藤委員)

私から写真なども提供させていただきましたし、グラフも非常に良くなったかと思っています。

また、血栓回収などができる施設という意味で、一次脳卒中センターを今回地図に載せていただきました。

前回の地図に載った施設は、少し曖昧なところがありましたが、施設を絞って、しっかり治療できるところを見せることができたかと思っています。

また、データが整理されて良くなったかと思ってます。

(安田座長)

心臓血管外科領域から齋木先先生、いかがでしょうか？

(齋木委員)

前回からの変更点、また追加点に関して事務局から説明いただきましたけど、その趣旨、すべてよろしいかと思えます。

全体的にですが、やはり宮城県の不健康な生活習慣、これを全面的に打ち出していただき県民の暮らしに役立てていただければ、いい資料になるかと思えます。

我々医療現場にいまして、本当に痛感しています。10年前、20年前と比べられないくらい宮城県の方は、若くして循環器病を発症する方が増えています。

現場として強い危機意識を持っています。是非、一次予防対策を続けていただければ、我々もできる限り協力していきたいと思っていますので、さらに強化いただければと思います。

(安田座長)

ありがとうございます。今回のスライド 22 ページに感染症拡大、災害時の有事の対策ということで石井先生にコメントをいただいておりますけども、これでよろしいでしょうか。

96 ページから 97 ページとなりますが、災害医療コーディネーターをサポートする循環器リエゾンの任命を検討するということですが。

(石井委員)

異論ございません。

(安田座長)

東北医科薬科大学の遠藤先生、全体を見られていかがでしょうか。

(遠藤智之委員)

大変わかりやすくなっていて、私から特にコメントはありません。

良くなっていると思います。

(安田座長)

熊谷先生いかがですか。

(熊谷委員)

私も本当に見やすくなっているかと思いました。

特に41ページ目です。このイメージ本当にわかりやすいなと思っています。
全体を見ても良くなっています。

(安田座長)

川本先生いかがでしょうか。

(川本委員)

38ページ39ページに、各療圏のデータをまとめて出していただいているので、宮城県全体としてのデータばかりではなく、自分の住んでいる所はどうか、自分たちはどうなっているのかが、すごくよくわかるようになっています。

(安田座長)

佐藤委員いかがでしょうか。

(佐藤委員)

細かい話で申し訳ないですが、写真を提供させていただいた関係で、59ページから61ページまでに当協会の名前が入っていますが、全国健康保険協会宮城支部なので、宮城県とは入らないので、その訂正をお願いします。

また、59ページの上の写真と60ページの一番下の写真は、当協会の職員が撮影したものです。ある健診機関が健診を行っている会場に行き行って撮った写真をその健診機関の了解をいただいて、提供したものです。

そこに健診機関の名前を入れる必要があるかどうか、明日確認し、ご連絡差し上げます。

それからもう一つですが、60ページの真ん中のポスターの表示に、宮城県保険者協議会作成と書いていただくのは構わないですが、このポスターは保険者協議会ではなく、私どもの協会が作ったポスターですので、下の二行目の記載は誤りですので、整理して頂きたいと思います。

保険者協議会の事業を取り上げたいならば、別な絵に変えていただく必要があるかと思えます。

(安田座長)

59ページの写真は、どこで撮影したか、入れた方がいいでしょうか。

(佐藤委員)

健診機関の名前が入っても問題ないですが、確認します。

(安田座長)

篠崎先生、全体を見られていかがでしょうか。

(篠崎委員)

特に異存ございません。

断然、改善されて、素晴らしいと思いました。

(安田座長)

追加項目で、県の健康増進計画である第3次みやぎ21健康プランについても、大きく変わってきたということですが、これに関しては藤森先生からコメントいただいてもよろしいですか。

(藤森委員)

その前、二次医療圏別の数字をとということで、ずいぶん努力していただいたかと思います。

例えば、39ページから40ページに二次医療圏ごとの SMR を出していただきました。

これを見ると、例えば、おそらく宮城県の脳血管疾患の SMR が高いのは、むしろメタボの問題よりは、医療へのアクセスの問題なのかと見えてきますので、ぜひメタボ状況に関しても、二次医療圏別に出していただけると、要素分解ができるかと思いました。

可能なレベルで結構ですので、二次医療圏別の健康状態に関しても出していただければと思います。

そして、地域医療計画のつなぎという意味では、二次医療圏ごとの課題と対策というのをまとめていますので、ぜひ循環領域に関しても、二次医療圏ごとの課題と対策をまとめていただいて、1ページか2ページに押し込んでいただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

(安田座長)

ありがとうございます。メタボは、データにおいても、大きな課題ですので、少なくとも、そのデータを反映させながら、課題をまとめることを、ご検討いただきたいと思います。

最後の4番目の宮城県地域医療計画との関係、これは地域医療計画の循環器領域の抜粋ということになりますので、これは確認というか、お目通しいただくような形かと思いますが、皆様よろしいでしょうか。

藤森先生からは二次医療圏ごとの課題を、コメントとして明確にというご意見をいただきましたが、他によろしいでしょうか。

それでは、医療計画の中間案につきましては、本計画と一体的に策定し、医療計画には基本事項を記載し、本計画には具体的事項を記載するというにしたいと思います。

また、特にご意見をいただきました点につきましては、私の方にご一任いただきまして、座長と事務局において修正し、中間案とさせていただきたいと思いますが、一任いただけますでしょうか。

(各委員)

－異議なし－

(安田座長)

皆様、ご承認いただきまして、ありがとうございます。では、そのように進めさせていただきたいと思います。

続きまして、報告事項となります。

第2回の本懇話会におきまして、お話をさせていただきましたが、循環器病には大きく分けて、脳卒中、心筋梗塞などの心臓病、そしてもう一つ、大血管系の病気というものがございます。

この大動脈関係の治療は、一刻を争うもので、速やかな緊急搬送の体制の構築が必要なものとなっています。

本日、ご欠席ですが、東北大学病院副院長の亀井教授の方から、県内の大動脈瘤・解離の治療状況について、本懇話会において調査をしてはどうかというご提案をいただき、県と東北大学の方で、県内の病院の調査をしていただきました。

そこで、本調査の分析をされました東北大学の赤松准教授に、本日は参考人としてご参加いただき、本日特別にご報告いただけることとなりました。

それでは、赤松先生、よろしく願いいたします。

(赤松参考人)

東北大学の亀井教授の下で血管外科を担当しております赤松と申します。

本日は大変恐縮ですが、宮城県における急性大動脈疾患診療体制構築に向けたアンケート結果ということでお話しさせていただきます。

まず、急性大動脈疾患のご説明から参ります。

急性大動脈疾患とは、迅速に診断して、適切な治療をしなければ死に至る大動脈の疾患ということで、代表的なものとして急性大動脈解離と大動脈瘤破裂を挙げることができます。

スライド番号3の左側をご覧ください、急性大動脈解離のご説明から参ります。

この疾患は、齋木先生、川本先生がご専門の領域であります。胸部大動脈に好発します。大動脈は太い一本の管で、そこから各臓器に向かう枝を出します。そして、動脈の壁の構造は3層になっておりますが、この層の中に裂け目が出来て色々な症状を引き起こすのが大動脈解離という病気です。

具体的には、真ん中の層に裂け目ができ、そこに、心臓からの血流がどんどん入ることによって、裂け目、いわゆる解離が広がる事で症状が出て参ります。

この裂け目により、通常の血液の流れが悪くなりますと臓器虚血に陥って命を落とすということになりますし、また、この裂け目により、壁がもろくなっていくと、そこから大出血ということになります。

大動脈解離の急性期の症状にはいろいろなものがあります。

右側の画像をご覧ください。こちらは、実際の患者さんの CT 画像になります。この患者さんは、下行大動脈の部分に解離ができています。

ここに解離ができる患者さんは、例えば脊髄虚血、内臓虚血、下肢の虚血症状など血流が悪くなった場合には、緊急手術ということになります。

そうでなければ、血圧が上がりすぎないように調節したり、循環を管理したりという内科の先生の力が発揮されたところでもあります。

一方、心臓に近い上行大動脈というところに解離ができた患者さんは、脳梗塞、心筋梗塞などの心虚血、心臓の周りに出血が及んで、心臓が動けなくなる心タンポナーデなどに発展するなどして生命の危険が高いため、基本的に緊急手術の対象ということになります。

以上のことから、急性大動脈解離の治療は、手術のテクニカルなところと、内科的な管理を含めまして、病院の総合力が必要になります。

そして、スライド右側の大動脈瘤破裂ですが、こちらは、腹部大動脈に起こりやすいと言われています。

破裂の原因は色々言われていますが、はっきりしたことは、男性であるとか年齢が増すと、喫煙などが挙げられます。

この瘤ができるだけでは、命を落とすということはありませんが、瘤が大きくなると、膨らました風船がいつかポンと割れるように破裂して出血死するということが、この病気の怖いところでもあります。

スライド番号4は、この疾患がどのような年齢層に表れてくるかを示したデータで、いずれの疾患も70代をピークに出てくるということになりますが、特に大動脈解離を含めて、働き盛りの年齢に好発すると言われています。

現場で診療しておりまして、いろいろな課題というものが見えてきますが、病診連携の点から課題について、述べさせていただきます。

まず、患者さんが自宅で発症し、救急車を呼んで、一件目の病院で CT での診断を受けて、二件目の病院で治療を受けるというような流れのモデルとします。

救急隊は、患者さんを診て、その症状、重症度に応じて搬送先を選べるというわけではなく、地方の病院ですと、まず CT 検査できるかわからないようなところに搬送依頼があって、そこから転送するなど、一刻を争うところでも、こういった状況が今もなお続いています。

実際に緊急手術となると、一件目の病院で診断がつき、二件目の病院で受け入れて治療するという流れになりますが、その際に、患者さんと一緒に CT 画像のデータが CD-ROM などの記録媒体データになって来ますが、救急搬送の間にデータを見ることはできませんので、患者さんの診断もつけることができません。

また、病院のセキュリティ上、CD-ROM のウイルスチェックが必須で、チェックに 20~30 分かかり、それが終わってから CT 画像を見るということで、すぐに疾患をつけることが難しい状況です。

また、手術を行う病院のことですが、これに対して質的担保というのは、今のところ日本の医療制度ではありません。

例えば、この手術は、5年ぶりですという病院に命を預けることもあり得るとというのが現状です。

次に、手術をする医療機関内での手術までの流れにも課題があると思います。

例えば、夜間に大学病院のような高度医療機関に患者さんが運ばれて、その時の当直医の先生や救急医の先生が CT で、これは大動脈解離が疑われるというところで、心臓血管外科の先生が呼び出されます。

そして、自宅から来た心臓血管外科の先生は、CT 画像を診て、これは手術が必要だと判断しても、麻酔科の先生や ICU、そして手術室の看護師さんそれぞれに電話をかけて、手術できるかどうか確認し、その返答を待つという流れになっています。

場合によっては、大きな病院になればなるほど、この判断に時間がかかり、大体 20 分や 30 分かかることもあります。

この間に患者さんはどんどん状態を悪くするということになります。

もう一点ですが、例えば、最初に診察した先生が CT を撮って、大動脈離かどうか疑わしいが、分からない場合には、心臓血管外科の先生に来てもらって診察してもらうということになりますが、その場合、診断が外れている場合もあります。

これは仕方がないことですが、それにより、心臓血管外科の先生の労力であるとか、人件費の無駄が生まれます。

もし病院で得られた CT 画像を自宅にいる医師が読むことができれば、大きく改善されると言えます。

いろいろとお話させていただきましたが、急性大動脈疾患治療に求められることは、これは循環器疾患全般に言えることでもありますが、迅速な覚知、搬送、診断、そして、安全かつ高度な治療の提供ということになります。

また、基本法に記載されてありますように、治療後のリハビリ、緩和ケアの円滑な移行というものも必要だと言えます。

これが、どこの圏域でも365日提供でき、医師の働き方改革と両立して実現するということになさなければいけません。

宮城県のこういった課題を克服し、有効な施策を考えるためのデータをということで安田先生、亀井先生、齋木先生、そして石井先生の御高配によりまして、アンケートを実施させていただきました。

アンケートの内容は、本来は各病院に治療法等を細かく聞くということも一つ重要なところかもしれませんが、各施設の手術経験数が治療成績に大きく影響するというエビデンスが学会でも認識されておりますので、そのことを踏まえて、過去3年間の手術件数のみ聴取しました。

4医療圏の主な病院にアンケート調査をしまして、これは県の事務局の皆様のおかげで、回答率 100%という結果でございました。ありがとうございます。

結果は、スライド番号11、12のとおりです。

はじめに腹部大動脈・腸骨動脈瘤に関して申し上げます。

左側に記載してあります未破裂大動脈手術に関しては、これは定期手術の実績がどれだけあるかというところを見ております。

右側の破裂性動脈瘤の手術、これは緊急事態にどれだけ対応してきたかという実績を示しています。

その下の開腹や EVAR これはイーバーと読みますが、これは開腹手術とカテーテル治療、それぞれの術式をどれだけ経験しているかを示しています。

そして、右側の手術総数は、それぞれのすべての総和であります。上から順番に宮城県内で数多く経験しているところから順番に並べています。

これを見ますと、左側の未破裂動脈瘤は、学会では一般的に10例以上治療を行ってれば、動脈瘤の治療は、ある程度経験していると認識されています。

しかし、定期手術を10例以上行っているところでも、右側の破裂手術におきましては、3年間実績のない施設もありますので、緊急医療体制の構築にあたっては、こういったところご留意いただければと思っています。

続きまして、スライド番号 12 です。大動脈解離の手術件数になります。

こちらは、10例以上行っている施設が少ないという現状です。

A 型解離と B 型解離というものに分けて統計をとっております。

以上で、私の方からの報告を終わります。

(安田座長)

赤松先生、大変貴重な報告ありがとうございました。

わずか数ヶ月で、この内容をまとめていただき本当に感謝申し上げます。

ただいまの赤松先生からご説明、ご発表につきまして、皆様からご質問等ございませんでしょうか。齋木先生、いかがでしょうか。

(齋木委員)

急性大動脈疾患に対する説明、それから宮城県における大動脈疾患に対する治療の現状と課題をそれぞれ挙げていただきましたが、本当にそのとおりで、現実を反映しているものだと思います。

症例数については、症例の多いところは成績が優れていて、少ないところは厳しい成績であるという学会レベルでの報告があったとのことですが、今回は、治療成績までは調査しなかったということでした。

この件については、私どもで、循環器病対策推進計画ができたことにより、3年ほど前に独自に患者さんの重症度を勘案した成績調査を実施しました。

結果から言いますと、症例数が一定水準あるところは成績は優れていました。

死亡率の全国平均を1とした場合、上位の施設は0.5、つまり、全国平均の半分の死亡率、倍の患者を救っているという結果でした。

症例が少ない施設に関しては、全国平均値の1.0に対して、1より大きくなっています。

症例数が少ないので、1症例の治療の成否が、統計上の治療成績に与える影響は大きくなるのですが、そのような結果を得ています。

そういうことを踏まえて、現状をさらに進化させて、地域拠点化、病院のさらなる集約化を進めなければならないというのが現状かと思います。

それに関しては、単純にはいきません。様々な複雑な問題があります。しかし、進めていかなくてはいけないと思っています。

また、先ほど赤松先生からお話のあった医療機関連携、受け入れの状況です。まさにこういったことが日常茶飯事で起きています。特に11月以降になりますと、急性大動脈解離の発生頻度が高まります。今年は、1日に4件発生するという日もあって、そういう場合は、さすがに厳しい現状です。4例以上になると、県内ではさばき切れなく県境をまたいで搬送されるという実例もありました。宮城県として、そういう事態はあってはならないと認識しますが、現状として、逼迫時に患者さんの行き場がなくなるような体制を皆で知恵を出し県の協力を得てやっていきたいと思っています。

さらに、問題の1つにあげられた件ですが、患者が来るまで情報が共有できないということは確かにありました。宮城県には MMWIN というシステムがありまして、実はこれ、数億円単位の予算で構築されたものだと聞いています。しかし、十分議論しないで運用していましたが大学病院の方で、体制を改善し、今ではかなり MMWIN が使えるようになってきました。しかし、ハードルがあって個別の患者の同意が得られないといけません。これが一秒一刻を争うときには、かなり難しいです。特に意識がない時など。

また、もう一つのハードルであった他院の情報ですが、具体的な名前をあげますと、みやぎ県南中核や石巻赤十字病院は、我々大学の職員が向こうの非常勤職員となることで、遠隔にある病院の診療情報が見えるように改善しました。それによって、最初に担当した病院のデータを確認できることで、迅速に確定診断できるので、MMWIN をさらに有効に活用するにはどうしたらよいか検討しています。

もう一点、他院の診療情報を見ることができるのは院内にいる当直医師のみであるということです。働き方改革の時代ですので、院外にいても常時に見られるという仕組みになると、より正しい正確な診断が早くつきます。これは、卒後3年目の当直医、20年目の医師では全く診断が変わることがあるのです。院外においても情報を得られるにはどうしたらいいか考えなければいけないと思います。

(安田座長)

齋木先生ありがとうございました。

調査を担当された石井先生、よろしいでしょうか。

(石井委員)

その問題1と問題2が併せて解決すればいいかと思いますが、発症してから施設で治療を受けるまでのフローが、選択と集中で、実際に対応できる施設になるべく早く搬送できるよ

うな仕組みを宮城県の方で構築していただけるといいのかと思います。

もう一点は今、齋木先生がお話していましたが、結局、画像情報のやりとりが、時間かかるということなので、医師の在宅での診断も含めて、情報共有のあり方、それもできれば、予算化し、すぐにできるような仕掛けがもし構築できれば、この二つの課題は解決に向かうことができるかと思いました。

個人的には、可能であれば、ぜひ予算措置を考えてほしいと思います。

(安田座長)

川本先生、いかがでしょうか。

(川本委員)

齋木先生、石井先生がおっしゃったことで、急性大動脈疾患だけではなくて、脳卒中、それから心筋梗塞の時の心電図であるとか、そういうものを専門医がどこにいてもチェックでき、どこに搬送するべきかというアドバイスができる体制が、宮城県としてできれば、この急性大動脈疾患だけではなくて、多くの緊急性の高い疾患すべてに効果がでるのではないかと思います。

こういう声は前々からあったかと思いますが、ぜひこれを機会に動き出してほしいです。

(安田座長)

ありがとうございます。今回、赤松先生にこの調査をお願いして、本県の現状を再認識いただけるデータになったと思います。

そして、何よりも今回、このアンケート調査結果を資料2の72ページに、大動脈瘤及び解離の受入れ医療機関のリストという形で、非常に重要な情報を反映させることができました。これは、第1期計画にはなかった大変貴重なデータを、第2期計画の中に反映することができたということで、赤松先生、亀井先生、それから石井先生、齋木先生、川本先生、皆さんに御礼申し上げたいと思います。貴重なデータをまとめていただき、ありがとうございます。

最後に皆様から何かございますか。

今後は、スライド29ページにあるスケジュールのとおり進んでいくものと思いますので、この点ご確認ください。

以上で議事は終了と致します。

本日は円滑な会議の進行にご協力いただきまして、誠にありがとうございました。それでは、進行を司会の方にお返しいたします。

(司会)

安田座長、進行いただきまして、誠にありがとうございました。また、委員の皆様貴重なご意見を賜り、誠にありがとうございました。本日の内容につきましては、後日、会議録として、

委員の皆様へ送付致しますので、内容の確認について改めてご協力をお願いいたします。それでは以上をもちまして、令和5年度第4回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会を終了いたします。

本日は長時間にわたり大変ありがとうございました。

(終了)