第 11 回岩手県循環器病対策推進協議会　開催結果及び会議録

開催概要

日　時	令和６年 10 月 24 日(木)　14 時 00 分～16 時 00 分
場　所	エスポワールいわて　3 階特別ホール
出席者	別紙「出席者名簿」のとおり
議事等	〔議事〕 （１）　報告事項 　ア　循環器病対策の取り組みについての報告 （２）　協議事項 　ア　岩手県循環器病対策推進計画の最終評価について 　イ　12 誘導心電図伝送システムについて 　ウ　循環器病に対する予防について 　エ　循環器病における在宅医療について （３）　その他

議事等

発言者	発言内容
菊池地域医療推進課長	開会に先立ちまして資料の確認をさせていただきます。 本日の会議資料は、事前にメールで送付しておりますけれども、会場におきまして、構成員の皆様方に配布しております端末内に準備しておりますので確認いただければと思います。 端末の方には６つのフォルダおよびファイルが保存してあります。資料０から資料６というファイルになりますので、確認をお願いします。 また、会場の机の上には、岩手産業保健総合支援センター様、それから岩手労働局様からいただいた資料を配付しておりますので御確認願います。 不足等がございましたら事務局へお声がけいただければと思います。 端末の方も大丈夫でしょうか。
菊池地域医療推進課長	ただいまから、「第 11 回岩手県循環器病対策推進協議会」を開会いたします。 私は、岩手県医療政策室の菊地と申します。よろしくお願いいたします。 本日の会議は、公開による開催とさせていただいておりますので、よろしくお願いいたします。 それでは開会に当たりまして、野原企画理事兼保健福祉部長から御挨拶を申し上げます。
野原企画理事兼保健福祉部長	構成員の皆様におかれましては、大変お忙しいところ、11 回となりますまた今年度１回目となります岩手県循環器病対策推進協議会に御出席また Web で御参加をいただきまして、誠にありがとうございます。 また日頃よりそれぞれのお立場で、本県の循環器病対策の推進に御尽力、また御支援をいただいておりますことに関しまして、重ねて感謝を申し上げます。 さて昨年度は、第２期となります岩手県循環器病対策推進計画を本協議会において取りまとめをいただいたところでございます。本年度は第２次計画のスタートとなった年という事になります。本日は行政、関係団体の様々な取り組みについてご報告させていただきます他、前期の第１期計画の最終の評価等につきまして御協議いただくことになっております。

発言者	発言内容
	構成員の皆様におかれましては、忌憚のない御意見をいただければ幸いでございます。どうぞよろしくお願いいたします。
菊池地域医療推進課長	本日の出席についてでございますが、本日は構成員 18 名中代理出席も含めまして、16 名の御出席をいただいております。 また、今年３月の前回協議会の後、構成員の交代がございましたので御紹介させていただきます。 岩手県消防長会の瀬川　浩樹（せがわ　ひろき）様です。本日は代理として盛岡地区広域消防組合消防本部警防課の田沼（たぬま）様に御出席いただいております。 岩手県国民健康保険団体連合会の髙橋　勝重（たかはし　かつしげ）様です。 岩手県看護協会の冨山　香（とみやま　かおり）様です。 岩手県栄養士会の吉岡　美子（よしおか　よしこ）様です。 また、オブザーバーといたしまして、岩手労働局の漉磯（すくいそ）健康安全課長様、並びに岩手産業保健総合支援センターの萩野（はぎの）専門職に御出席いただいております。 さらに、本日は、県立二戸病院から酒井（さかい）救急医療科長にも、御参加いただいております。酒井先生からは、後ほど、「12 誘導心電図伝送システムについて」御説明いただきます。 次に、県側の出席者を紹介します。 野原企画理事兼保健福祉部長です。 吉田医療政策室長です。 日向（ひむかい）参事兼健康国保課総括課長です。 その他関係職員が出席しておりますので、よろしくお願いいたします。
菊池地域医療推進課長	それでは早速議事に移らせていただきます。 議事につきましては、設置要綱第３第４項の規定によりまして、会長が議長を務めることとなっておりますので、以降の進行につきましては小笠原会長にお願いをいたします。
小笠原会長	それでは、次第により進めてまいります。円滑な進行なのですが、質問があった場合にはどしどし質問していただければと思います。よろしくお願いします。 はじめに、報告事項の「循環器病対策の取組についての報告」を事務局から説明をお願いします。
神田医務主幹	岩手県保健福祉部医療政策室の神田です。よろしくお願いします。着座にて失礼いたします。 では皆様、まず資料１の方を御準備ください。資料１になります。 こちらですけれども循環器病対策の主な取り組み状況ということでして、岩手県、それから関係団体、市町村等の取り組みをまとめさせていただいているものでございます。 毎年多くの団体様から、状況を確認しておりまして、資料の方も非常に長いものとなっておりますので、ポイントをかいつまんで御説明させていただきます。 ページを進んでいただきまして 1 ページ目以降が岩手県の取り組みとなっておりまして、まとめさせていただいております。 5 ページ目からは、関係団体の取り組みということで、御紹介をさせていただいております。 右端にそれぞれの取り組みの実績値、或いは計画値等を載せておりますけれども、各団体様とも、これまでの取り組みを継続或いは拡充されて、循環器の取り組みをさらに発展させていただいているというところでございました。

発言者	発言内容
	一部の数字につきましては低下傾向なものもありましたけれども、状況確認しましたところ、コロナ前までは例えば、リーフレットの配布ということで、実績値としては高かったんだけれども、コロナ以降を受けまして、リーフレットの配布ではなく、対面形式での活動に変更したことによって数字上は確かに下がったのですけれども、戦略的な面と申しますか、やり方も変更伴っての数字上の減少だったり、あとはその対象を変更、例えば女性に向けた取り組みに変更するといった対象の変更などが、数字としては下がっているというような取り組みもあったのですけれども、何か取り組みに際しまして、なかなか取り組みが困難になってというような、そういう問題があっての取り組みの遅滞が起こったというものはございませんでしたのでそのことについては御報告させていただきます。 こちらの 5 ページ以降が関係団体の取り組みとなっておりまして、ページを進んでいただきますと、15 ページからは、市町村の取り組みを御紹介させていただいております。 こちらに関しましても、先ほどの関係団体の取り組みの状況と同様でございまして、各市町さんともそれぞれの地域での課題等を抽出しまして、それに対する取り組みを継続して行っていただいているということが、今回の調査でわかったところかと考えております。 こちらにつきましても非常に分量が多いものとなっておりますので、詳細につきましては、今回の協議会の資料を後日ホームページでも公開させていただきますので、そちらもあわせて御確認いただければと思います。 最後 33 ページからは、消防機関の取り組みということでございまして、12 誘導心電図伝送システムの進捗状況こちらを毎年まとめさせていただいております。 今年度の変化としましては、奥州消防本部、それから遠野消防本部で、新たに 12 誘導心電図電送システムの機器の方が、行われたというふうな報告がございました。 実際の運用については現在準備中とのことでしたが、前向きに進んでいるという御報告をいただいております。 その他、盛岡消防本部様ですが、もともとは紫波救急隊での運用のみだったのですけれども、それを地域全体への運用に向けて、こちらの取り組みを現在進めているという報告をいただいております。 最後が救急講習の実績を、載せたものでございます。 事務局からは以上となります。
小笠原会長	はい、ありがとうございます。 これクラウドサーバーを使ったもの出ている、今増えていますね。本当は JOIN、メーカー名ですけど全部繋がってもいいのではないか思うぐらい繋げられるはずなので、色々なところが、各行政主体なのでなかなか難しいところがあるかもしれませんが、そうするともうちょっと情報共有できるのではないかなと、私見てました。 御意見、御質問等、ございますでしょうか。よろしいでしょうか。 御質問、御意見等なければ、次に移らせていただきます。 次に、協議事項の岩手県循環器対策推進計画最終評価について、それから 12 誘導心電図伝送システムについて、循環器に対する予防について、循環器病における在宅医療について御説明を４つ続けてとりあえず続けて説明して、質問は 1 つずつあとから受けたいと思います。 ではお願いいたします。
神田医務主幹	はい。よろしくお願いいたします。 では皆様続きまして資料 2 の方を御準備ください。

発言者	発言内容
	循環器病対策推進計画第１期の進捗状況最終評価となります。 1 ページ目、2 ページ目にそれぞれの目標と、それの達成状況或いはもともとの基準値からの変化、改善、悪化、変化なし等々が記載してあるものでございます。 それらを合計しまとめたものが、2ページ目の一番下のところにございます。 一番右側の数値ございますがこちらが達成した目標値として、こちらが未達成であったもの、それから数値として、改善したもの、悪化したもの、横這いであったもの、がそれぞれについて、載せさせていただいているものでございます。 一番左、こちらは、数値目標だけでなく、増悪、或いは改善といった数値変化も含めました、すべての目標指標の進捗のまとめとなっています。 こちらの初回の計画ですけれども、令和４年の３月に策定されたものでございまして、それから、まだ 2 年しかたっていない、或いはその後、2 年間コロナによって、なかなか取り組むこと進めるところも難しかった状況もあったのかなというふうに考えております。 次にそこから下に進んでいっていただきまして、それぞれの各分野の目標値、内容や状況などを記載させていただいているものになります。 こちらにつきましても、多くの目標値、指標がございますので、特徴的なものをかいつまんで御説明させていただきたいと思います。 ページ進んでいただきまして、５ページでございます。 上から４つ目です。Ｂの４、こちらが救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間、こちらが示しているかと思います。 こちら令和元年度の数値が岩手県では平均 43.8 分。令和４年度に関しましては平均 48.2 分と、やはりこちらに関しましてはコロナの状況もあって、搬送までの時間が伸びているところかなというふうに考えております。 ただ、こちらについては全国等も同じ状況になっておりまして、全国値で見ますと、令和元年度は、およそ全国との差が４分程ございまして、岩手県の方が約４分程平均の収容時間が長くなっているという状況だったのですけれども、令和４年度は全国との数値の差が縮まりまして、全国の平均値が 47 分、岩手県は 48 分ということで、全国との差が約１分にまで縮まっているという状況でした。 こちらにつきましては、やはり岩手県の医療体制、救急医療体制の中で、良い連携をうまく連携体制をうまく構築した結果、コロナの中でも、そこまでの搬送時間延長には繋がらず、非常に良い連携ができた証拠などではないかなというふうに考えております。 続きまして、特徴的なものを数値といたしましたＢの 10 番、脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数、こちらが、レセプトの数値を用いて ＳＣＲというのが、いわゆる偏差値のような数字で出しているのですけれども、全国平均と同じであれば 100 という数字になりまして、全国平均よりも件数が多ければ 100 を超える、全国平均よりも少なければ 100 を下回るというような数値になっております。 御覧いただきますと、もともと令和元年度が 75 だったところが、令和 3 年には 37 まで低下しているところですけれども、こちら嚥下訓練をやっていないということではなくてこちらの算定のもとになった指標が、摂食機能療法こちらの算定を取っているかどうかというところが、こちらの指標を使われているのですが、この指標算定、摂食機能療法によって算定自体が、非常に多くの医療者スタッフが参加していないとなかなか算定が難しいものになっておりまして、その状況とかもあった上で、なかなか算定ができなかった。何を申し上げたいかと言いますと、決して嚥下訓練をやっていないというわけではなくて、

発言者	発言内容
	そこは積極的に医療機関さんではやっていただいているのですけれども、ただ数字上としては、表れてはいなかったというところ、そこを強調してお伝えさせていただければと考えております。 さらに進んでいただきまして、大きな数字に変化があったところとしましては、６ページ目Ｃの 114 番になります。応急手当普及啓発講習受講者数、こちらになりますけれども、令和元年度では 1,000 人を超える参加者のところ、令和 4 年度では 500 人を切るような状況となっておりまして、こちらに関しましてはやはり純粋にコロナの影響であったかなと考えています。 ですので、5 年以降に従いまして、こちらの数値も令和元年のレベルに戻るよう努力していければというふうに考えております。 資料 2 に関しましては以上となります。
小笠原会長	では次に行ってください。12 誘導心電図伝送システムについてお願いします。
県立二戸病院 酒井敏彰 救急医療課長	酒井です。聞こえますか。 今日は貴重な時間をいただきましてありがとうございます。 二戸病院の循環器科酒井といいます。 今回はですね循環器対策基本法の推進会議の方で、伝送システムの方ちょっと話をして欲しいという、依頼がありましたので話をしたいと思います。 岩手県の循環基本法、これちょっとホームページから取ってきたのですけどもこの中でも 12 誘導の心電図ですね、伝送システムの導入の促進というふうな話が書かれてはいるのですけど、なかなか進んでいないような状況があったのかなと思っていました。なので、医療政策室の方と今ちょっとかけ合って、導入システムをできるだけ県内に広めて欲しいということを相談したところ今回こういった時間をいただけることになりました。 皆様、心筋梗塞の事をわかっている方もいるかと思いますけれども、ちょっとだけ説明させていただきますと、心筋梗塞というふうなのは血管、心臓血管が詰まってしまって神経壊死する病気です。 こういった壊死をすると心不全を起こしたり破裂をしたり、不整脈で命を落とす可能性がありますので、早めの治療が必要だと。 そのときの診断の 1 つとして、心電図でＳＴ上昇というふうなのがありますので、これを見つけることで少し早く治療ができるのではないかなと思っています。 心筋梗塞の治療というのはどういうことかっていうと、心筋が壊死する前に再還流療法、通常 6 時間以内とは言われていますけれどもこういった経皮的冠動脈形成術というふうなのを行うというのが、一般的に行われております。 今、大体県内の基幹病院ではこういった冠動脈形成術が行われていて、早期の心筋梗塞の治療というのに繋がっているということです。 今回我々が始めたプレホスピタル 12 誘導心電図伝送システムのことをちょっとお話させていただきます。 プレというのは前というふうなホスピタリティの病院で 12 誘導心電図というのは、通常の心電図モニター救急隊が使っているような心電図モニターではなくて、標準 12 誘導心電図いわゆる病院でとるような心電図のことを言います。 これが病院の前で 12 誘導心電図、病院でとるような心電図をとることによって、心電図を病院に伝送して、早期に診断するというふうなシステムになっております。 我々が使っているのはこんな感じで、このぐらいの大きさでこういうふうにつけて心電

発言者	発言内容
	図をつけて、このタブレットみたいなのに飛ばして、ブルートゥースこれ救急隊ですね救急隊の持っているタブレットにブルートゥース飛ばしまして、そこからうちのメール方式というのでメールで飛ばしています。 これが循環器の医者が持っているタブレットですけれどもこういうふうに、12 誘導心電図がわかるというふうな形になっています。 最近はちょっとシステムが変わりまして、ちょっとこういうふうなまたちょっと変わったシステムになりましたけど、救急車の中でこういうふうにタブレットを置いてということで、こういうふうに置いてちょっと形が変わりましたけど、送信機の形が変わりましてこういったので、飛ばしているというような形になっています。 12 誘導で運用方法ですが胸痛がありました。救急隊の要請があります。そうすると救急車が向かうのですけれどもそこの段階で、患者さんが、その症状に合わせて我々が作った心電図伝送の基準に合った人を、これの心電図をとってタブレット送ります。 メールで病院の方と循環器の医者の方にメールで送信データを飛ばしまして、そこで循環器の医者が診断をすると、診断をした時にそのまま心筋梗塞だというふうな話であればそのまま病院に向かうというふうなシステムになっています。 そうすると大体その救急車が搬送患者さんのところに行って、病院まで来るのに大体 30 分 40 分かかるので、その分、早く診断ができてというふうなそのあとの処置にも繋がるというような形になっています。 従来のＰＣＩですね、冠動脈形成術の流れですけども発症して救急隊接触して、救急隊が搬送して病院に到着します。患者さんが到着し、そこで当直医が診て病歴聴取だったり心電図取ったり採血をしたりとかしていて、心筋梗塞だという形になりますとそこから循環器の医者を呼び出して、冠動脈形成術にＰＣＩ の適用だというふうになるとそこからまたスタッフを呼び出して、招集でかなりちょっと時間かかるというふうな形になっています。 これ全体の時間が総虚血時間といって救急隊が接触してくれることがファーストメディカルコンタクトツーデバイスタイムというふうな話でいいます。 今回ちょっと問題になるのはこのドアツーバルーンタイムといって、患者さんが病院に到着してからバルーンですね冠動脈形成術をやるまでの時間のことがちょっと今回、キーワードになってきますので、ここの時間、病院に来てから、広げるまでの時間のことを、ドアツーバルーンタイムって言いますこれがちょっと次出てきます。 こういったドアツーバルンの短縮ってこういうふうな時間を短縮するのがいいよというふうには言われていますけどもそれはなぜかというとこういった長期予後を見てみると、ドアツーバルンタイムが短ければ短いほど予後がいいというふうに言われています。 岩手県内でもこれ伊藤先生がちょっと調べた結果ですけれどもやっぱり 90 分以内の方が死亡率が低いというふうに言われています。 全国的にもこれちょっと 2013 年の治療なのでちょっと古いですけれども、ここでもやっぱり早い方が死亡率が低いというふうに言われています。それで大体ドアツーバルーンタイムというのはどういうものか、どのぐらいかというと、全国のセンター病院とかだと、大体 64 分ぐらいで 8、9 割近くがほぼ、90 分以内に収まっているというふうな話なのですが、これが地方病院、うちの病院でもできるかというふうな話はちょっとこれ、今度検証してみます。 なかなかやっぱりこういうふうに病院前で心電図をとることが予後に関係するので、そういった電送システムとか入れた方がいいというふうに言われているのですけどなかなか

発言者	発言内容
	進まないのが現状でした。 　そういったのを踏まえて、ガイドラインとかにも実は救急隊によるプレホスピタル 12 誘導心電図の執行と医療機関への伝送方法を含む救急体制をおのおのの地域で構築するというふうなのは、概要にも書かれてはいるのですけれど、実際は導入されているところが少ないというふうな形になっています。 　2020 年の蘇生のガイドラインでも一応ここに書いてあります。救急隊心電図伝送化を推奨するというふうに書かれてあります。早期再灌流が必要というふうなのがこれはもう明らかでドアツーバルーンを短くするというのも患者さんの予後に繋がるということはわかっていますので、それを実現するために伝送システムが有用ではないかというふうな話になっています。 　これ伝送システムが当院でやる前ですね、やる前のＰＣＩ 施行例でありますけども、大体ドアツーバルーンタイム中央値が 135 分で、90 分以内達成率が 11 分ですね、11 分。 　救急車で来た患者さんでもほぼ本県の大きい病院の症例とほぼ同じような状況でした。これ多分森野先生が二戸にいらした時にちょっとこうまとめたデータなのですけど、これを見てちょっと我々もちょっと愕然としたようなところでした。やっぱり地方病院ではなかなかやっぱり 90 分というのは難しいのかなというふうなのが正直なところでした。 　ということでドアツーバルンタイムを縮めるために伝送システムを入れたというわけではなかったのですけれど、2013 年の方に消防の方から 12 誘導伝送システムという話がありまして、ＭＣ協議会とかを入れて検討してというふうな話で、ガイドラインにも記載されているので準備をして入れましょうということで、2014 年の 3 月 11 日に一戸分署だけで導入しております。 　その結果いいものだということで 2015 年の 8 月 1 日には二戸圏域、5 つの圏域ありますけどもすべてで導入となっております。 　で、導入後になったらどうかという話で、救急隊が接触した時点でもう心電図をとります。心電図をとることで循環器の医者が判読をして、心筋梗塞だというと、病院に着いた時点で循環器の医者がもう、すぐ診断ができるというふうな状況になってます。そこでＰＣＩ のスタッフとかも招集はしていますのですぐＰＣＩに移れるというような形になっていまして、診断までの時間が短くなるのでこの分時間短縮になるというふうな話になっています。病院に来てからの時間の短縮になりますのでこれがドアツーバルンの短縮というのに繋がったというふうに思っております。 　実際に二戸病院の実績というのをちょっとお話させてもらいますと、伝送のシステムを導入するのはいいのですけれども誰をどういった形で心電図をとって送るかというふうなのを考えたときに、二戸病院の患者さん、心筋梗塞の患者さんの主訴を全部まとめてみました。そうすると胸部症状もあるのですけど、意識消失だったりとか、呼吸困難とかそういったのもありまして、こういったカシオペア基準というのを自分たちで独自に作りまして、この基準に合致したのを送るというふうな形にしておりました。そうすると救急隊は迷わなくて済むのかなと。あとは漏れが少なくなるということでこういった形で基準を作ってやっていました。 　実際こういったドアツーバルンの推移を見てみますと、PCI を始めた時期が 215 分ですね中央値ですけども、だんだんだんだんそれなりには短くなってきているのですけれど、大体ここら辺ですね森野先生が二戸にいらっしゃるあたりから、少し良くなってましたけどもそのあと、こういった電送システムを導入することでさらにドアツーバルンタイムが短くなって、これ 2020 年のデータですけども 52 分というふうな形になってます中央値で

発言者	発言内容
	52 分。90 分以内の達成率は 100%ということで、救急車で搬送された心筋梗塞に関してはすべて 90 分に達成しているというような状況になっています。さっき見せましたけどもこういったスライドで、中央のセンター病院に匹敵するような結果が残せたということになっております。 岩手県ではこういった電送システムを入れているのが二戸、久慈、宮古、釜石、大船渡市、今ちょっと中部の方でも始めていますけど、そういったところで全県とはまだいかないですけど、盛岡もちょっと今度、今考えているところですけども、全県に広がりつつあるというような状況になっています。二戸以外のことはどうかって話になると、二戸以外で宮古とか医大とかのデータもちょっといただいていましたけども、宮古病院もやっぱり 81 分というふうな形になっていますし、医大の方でも、転送システムがあると、やっぱり全体的にドアツーバルーンタイムが短くなっているということが明らかだという。 搬送距離長い地域うちらみたいな過疎地でも有効だし、医大とかでもドアツーバルンの短縮には転送は有効ではありそうだというのがこれでわかると思います。 県内いろいろ広まってはいるのですけれど、実際にどのぐらいの面積かっていう話になってみると、カバー率ちょっと見てみますと、二戸、久慈、宮古というふうな話だと面積は３割ぐらいなのですけど人口は 15%しかカバーしていないと。ここに釜石、大船渡が加わって、面積は 41%それでも 3 割以下 4 分の 1 ぐらいの地域、人口しかカバーしてないと。これに中部が入ると、面積は 6 割ですけどこれでも半分にいかないと。今度盛岡が導入するという話なので盛岡を導入すると。面積は 8 割ぐらいになって、人口も 8 割ぐらいカバーできるというふうな形になっているので、ぜひ全県に広めて、100%、面積 100%人口が 100%カバーできるようにできれば皆、県内どこでも、こういった転送の恩恵が受けられるのではないかなというふうに思っております。 これ森野先生からいただいたスライドですけどもこれを見ても、やっぱり県内の心筋梗塞の死亡率がかなり高かったのですけど、こういっただんだんだんだん死亡率が下がってきています。これに、伝送もひとつ絡んでいるのではないかというふうな話でお話をいただいていました。 再灌流率も上がってきていますし、死亡率も下がってきているというふうな話。 実際我々が入れている新しくですね導入したやつっていうのはこういったノラブというグッドケアという会社のやつでやってました。 これはメール方式もできますしクラウド方式もできますし、リアルタイム伝送方式もいろいろ選択肢があるというふうな状況です。 あとは今メールでも飛ばすことができるのですけど、これクラウド方式にすると JOIN、医大とかは中央病院とかにも入っていますこの JOIN というふうな連携をして、チャットというふうな形で送れるというふうな形になっています。 もともとその JOIN というのは、脳外科の領域で画像診断というふうなのに有用だということで、いろんな医療機関導入されているのですけど、実はそれ同時にチャットと繋がるということで、心電図電送にも使われるというふうな形になっています。 一体複数人でもできますし、というふうな話ですね。いろいろグループを作ることによってグループ内で情報を共有できたりとか、病院間同士でも同じように JOIN を入れていると、そういったチャットでコンサルトとかもできるという話でした。これに今 12 誘導の心電図を載せていました。 実際にはこれタブレットですけどここに Join のアイコンがあるんですけど、これに伝送が飛んでくるとこういうふうに数字が出てきて、これを開くと続きまして救急隊の方か

発言者	発言内容
	ら出てくるのはこういった電送されていますよ、とファイルが届きましたよって話になっています。これを開くと、こういった画面が出てきましてこれ、いわゆるラインと同じような感じですよね。こういった画面が出てきて、これ飛んできました。それを開くと、こういったファイルが飛んでくる。これが送られてくる 12 誘導の心電図になっています。 さっきラインというふうなお話しましたけどこういったコメントもできます。お互いにコメントすることもできますし、非常に有用ではないかなというふうに思っています。 全件導入に向けてということで 10 年前に二戸病院で始めたのですけど、そこからいろいろなところで、県内で入れてもらえるようにということで、平成 30 年に医療政策室の担当者の方と協議をして、こういった研修会をやって県内未導入地域にこういった形で研修をし、色々な良さを伝えるような形ではやっていました。 アンケートを取ったりとかもして、どういったのが問題かというふうなのを洗い出して、それが解決できるようにというふうにやってきましたけれども、どうもやっぱり費用の問題がちょっと大きいのかなとか、あとは消防と病院間のちょっとずれがあるというふうな話がありました。 課題としてはこういった費用負担が問題だったり医療側の問題だったり消防側の問題だったりのＭＣ協議会の問題であったりとかそういったのが出されてきまして、いろいろ課題をというふうな話で相談はしていました。 医療側とか消防側とかは何とかコミュニケーション入れてできるのですけれど、一番ネックになるのはやっぱり費用の問題が一番ネックになっていました。 こういった脳卒中、循環器疾患基本法というのがあるので、もしかしたらそこで少し導入に対して、少し支援をいただければなというふうな話で、ちょっと医療政策室の方にはかけ合っていましたけれども、なかなかちょっと難しいような状況かなというふうに思っております。 こういったのを踏まえてこの間、７月 10 日、こういった試みをちょっと新聞の方で取り上げてもらいまして、一面に掲載をしてもらったという形になっています。 ちょっと具体例というか、一応自分たちだけではなくて他のところにもこういった伝送システムがあると有用じゃないかという症例がありましたので、ちょっとそれだけ紹介させていただきます。 主訴は胸痛ですね、畑仕事している最中に胸が苦しくなって吐き気があって、めまいがしてということで救急要請がありましたと。 現着時に胸痛があるってことで心電図電送されていました。Ⅱ、Ⅲ、aVf でＳＴ上昇があって心筋梗塞診断、その場で診断されました。 当院に搬送されるのですけれども、このとき二戸病院が手薄でちょっとカテーテルの治療ができないということで、医大に搬送した方がいいだろうということで、この心筋梗塞とわかった時点でもうドクヘリの方にも要請をかけていました。 救急車内でこういった心電図でＳＴ上昇しているので、心筋梗塞だろうということで対応ができないで本来であればそこの場からドクヘリで飛ばしたかったのですけど、患者さんが二戸市内ということなので、二戸病院に運ばれてきました。 発症して救急要請があって、ST 上昇があるということでドクヘリに連絡して病院に到着した時にドクヘリを呼んでいましたので間もなくドクヘリが二戸病院の方に来るという形になっています。 そこから医大ヘリポートしてカテ室搬入して、ファーストデバイス、バルーンかけたまでの時間という話になっています。

発言者	発言内容
	病院着いてからの時間は 38 分、当然早いですね。ファーストメディカルコンタクトが 132 分ということでちょっと長いですけど、総虚血時間、患者さんが発症してから虚血が解除できるまで時間が 126 分ということで、これガイドラインは 120 分というふうな話で言われていますのでそれに匹敵すると。地元の病院じゃなくてドクヘリを使って、100ｋｍ近く離れたところでの治療になりましたけれども、それでもこういった形でガイドラインに近いような結果が出たというふうな話になっています。 こういうふうなのを使うと、全県で医者が不足しているような地域はドクヘリ救急車というふうな箱で直接ＰＣＩ できるような病院に運べるので、より効率的にいけるのではないのかなというふうに思っています。 県内で講演会とかもやっていますし、こういった心筋梗塞啓発活動というのをやらなきゃならないし、あとはちょっと財政的にどこの財政も厳しいので何とかならないかという働きかけをやっています。 県内で同一システムを作ると、こういったソフト経理とのやりとりとかもできますし、例えば二戸だったら久慈と連携をしながら、例えば久慈がちょっと手薄だったときには二戸に久慈の患者さんを運んでもらうとか、八戸に運ぶとかそういった形でいろいろやっていました。 さっきのように、当然、日中であれば、天気がよければドクヘリで大学に運んで大学の方で治療してもらうということもできるのではないのかなというふうに思っております。 これがそのシステム統一に向けての話なのですけれども、病院で試行した心電図はこんな感じで、12 誘導があります。で二戸病院に搬送された心電図についてはこういうふうな形になっていまして、ほぼ同じですね、病院でとるのと同じです。ただ、今度盛岡で入れるような伝送システムに関しては、こういった 12 誘導なのですけど 3 列ずつになっていますので見られなくはないですけどちょっと普通の心電図とちょっと読みづらいところがあるのかなと。こういった意味でも、その伝送する心電図をとるシステムを導入しとけば全県同意統一で導入しておくとより診断にしやすくなるのかなというふうには思っています。 あとはその心筋梗塞になってからの話はどうだという場合なのですけど、基本的にはやっぱり心筋梗塞になる前の段階も大事だということで、ちょっとこれ伊藤先生の方からこういう話もしてくれって言われたのでしますけども、心筋梗塞になる前に苦しくなる、胸が苦しくなるって人が半分ぐらいいると、こういうふうな人も救えるようなシステムで前ぶれのうち使用できるような形が必要じゃないかなというふうな話もちょっと言っていました。 あとはちょっとこれおまけですけども、そういった心電図を判読するのに、当直の先生とかがなかなか難しかったりとかすることがありますので、ちょっともしＡＩとかいうふうなものを使って何とかならないかということで、県立大学の土井先生の方とちょっと相談をして、伝送された心電図を読めるようなＡＩのシステムをちょっと開発の方でやっていました。まだ完成ではないのですけど、いずれアプリか、みたいな形にして、伝送システムと一緒にセットでできればいいかなというふうに思っていました。 これもちょっと一面に、ちょっと大谷より大きく写してもらって、子供には自慢していましたけども、一応こんなこともやっていました。 以上です。ありがとうございました。
小笠原会長	はい、ありがとうございました。 これはわかりやすいお話でした。質問は後から、質問受けます。先生ちょっと待ってい

発言者	発言内容
	てください。 　それでは、3つ目行きます。3つ目は、循環器病に対する予防について、お願いします。
保健福祉部健康国保課高橋主任主査	岩手県保健福祉部健康国保課の高橋と申します。 　私の方から、資料4、循環器病に対する予防について説明させていただきます。 　座って説明させていただきます。 　循環器病に対する予防についてということで、まず1ページ目は、現状と課題ということで、ここに掲げているものについては、本年3月に策定されました、健康いわて21プラン（第三次）から抜粋したものです。白丸が現状、黒丸が課題ということで整理しております。 　まず1つ目、脳卒中、心疾患の年齢調整死亡率の低下ですけれども、令和2年の本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率につきましては、都道府県別には男女ともにワースト1位となっております。心疾患につきましても男女ともワースト6位となっているところです。 　ということから、減塩をはじめとする食生活の改善や歩行等による生活活動量増加などの各種対策に取り組むことが必要と考えているところであります。 　また、65歳未満の若年者層から、すでに全国よりも年齢調整死亡率が高いということが見られることから、若年者層への予防の働きかけも必要と考えております。 　次に、高血圧の改善についてですけれども、令和4年度の本県の20歳以上の高血圧の者の割合については男性21.7%、女性20.4%となっているところです。 　高血圧につきましても脳血管疾患や心疾患などのあらゆる循環器疾患の危険因子となっているといいますから、その予防のために、血圧の適性化、特に家庭血圧が重要視されているということから、この普及を図ることが必要と考えているということであります。 　その他、脂質異常症の減少やメタボリックシンドロームの該当者及び予備軍群の減少等に取り組む必要があると考えております。 　最後に、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の向上、についてですけれども、本県の受診率につきましては、58%となっておりまして全国よりも高い状況にはありますけれども、国の指針に掲げる70%に対してはまだ低い状況となっておりますので、高血圧などのリスク保有者の早期発見のために、特定健康診査受診率、或いは特定保健指導の実施率の向上が必要と考えているところであります。 　2ページ目お願いします。 　2ページ目以降については県の主な取り組みを、紹介させていただきます。 　1つ目としましては、生活習慣の改善などの普及啓発、実践運動の推進ということで、まず1つ目、脳卒中予防県民会議運動の推進ということで、脳卒中死亡率全国ワーストワンからの脱却と健康寿命の延伸を目指して、平成26年に岩手県脳卒中予防県民会議の設立しているところでございます。 　こちらの取り組みとしまして、生活習慣の改善に係る普及啓発や、会員の自主的な取り組み等を促進する官民が一体となって取り組みを推進しているところでございます。 　2つ目は、「いわて減塩・適塩の日」キャンペーンの実施ということで、毎月28日をいわて減塩・適塩の日」といたしまして、県内スーパー等で減塩メニューの試食やメニューの配布などを実施しているところでございます。 　次に健康的な食事の推進ということで、こちらとしましては、管理栄養士や保健師などを対象とした「健康的な食事推進マスター」の養成或いは、食生活の改善を推進する取り組みを進めているところでございまして、今年度新規の取り組みといたしましては、野菜

発言者	発言内容
	摂取量の増加に向けた取り組みという事で、ベジメータという機械を活用しまして、野菜摂取量を数値化して、見えるようなものを使いまして、健康づくりに取り組んでいるところでございます。 次に禁煙受動喫煙防止の対策といたしましては、禁煙支援マスターであります保健所長による企業等の喫煙防止担当者に対する、リーダー研修会の開催や、地域における禁煙・防煙教室の開催などを実施しているところです。 次に、県民の健康づくりに向けた取り組みということで、県民の方の平均歩行数のアップを目標にしまして、安全で楽しく歩けるウォーキングコースを広く公募しまして、マップを作成して、いわて健康情報ポータルサイトの方で公開しております。 また、これに関しては今年度新たな取り組みといたしまして、「いわて vitality（バイタリティ）ウォーク」ということで、こちらは包括連携協定を結んでおります住友生命さんの御協力のもと、歩行数の計れるアプリを使用しまして、そのアプリで歩数に応じてポイントが獲得できて、そのポイントが目標値を超えると、コンビニなどの飲み物のチケットなどがもらえるというような事業を進めております。 次に健康経営の推進ということで、健康経営に積極的に取り組む事業所などを「いわて健康経営認定事業所」として認定して、取り組みを支援しているというところがあります。 こちらは今年度の優秀な事業者を表彰するという取り組みの中に、取り組みとして「いわて健康経営アワード」というのがあるのですけれども、そちらの中に「脳卒中予防対策特別賞」というものを新設しているというところでございます。 その他、血圧の関係では、事業所の方に血圧計を貸し出しまして、血圧管理を支援する血圧管理サポート事業ですとか、3 枚目に行きまして、心筋梗塞の前兆の症状などについて知ってもらい、早期の受診を促す「STOP　MI キャンペーン」などを推進しているところでございます。 2 つ目、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の向上の取り組みといたしましては、受診率の向上に向けて、研修会などを開催しておりますし、3 つ目の脳卒中登録事業、心疾患登録事業の実施につきましては、平成 2 年度から地域脳卒中登録事業、平成 28 年度からは地域心疾患登録事業ということで、岩手県医師会へ委託して事業を実施しているところでございます。 説明は以上でございます。
小笠原会長	はい。ありがとうございました。 それでは最後に 4 つ目ですね、循環器病における在宅医療についてお願いいたします。
神田医務主幹	はい、よろしくお願いいたします。 それでは資料 5 の準備をお願いします。資料 5 になります。 在宅医療に対する県の取り組みについて御説明いたします。 現状と課題ですけれども、在宅医療患者への訪問診療、訪問看護等を担う医療従事者の確保や育成等が必要であり、地域内で患者の急変時の対応や，看取りなどにも対応できるよう、在宅緩和ケアを担う医療機関、急性期医療機関や介護老人保健施設等との医療・介護サービス連携体制の構築というものが求められております。 また、県内で在宅医療については、この 1 ページ目の下の方に、図を載せておりますけれども、今後も患者数の増加が見込まれている分野となっておりまして、これに対応できます体制を整備する必要があるというふうに考えられております。 2 ページ目に進んでいただきますと、昨年度皆様に御協力いただきまして策定しまし

発言者	発言内容
	た、第二期岩手県循環器病対策推進計画の中にございます図をこちら載せておりますけれども、こちらでも回復期維持期といったところの対策の重要性、さらには下の方にありまして在宅医療についての支援、こういったものも計画の中でも重要なポイントとして位置付けております。 3ページ目に進んでいただきまして、そういった第二期の計画の目標値も在宅の指標別に、訪問診療の実施件数など合計10項目ございまして、在宅医療に対する取り組みが重要であるという認識をしております。 またそのうち、現時点では7項目において、全国値よりも低くなっておりまして、今後ますます在宅の取り組みを進めていく必要があるというところがわかるかと思います。 4ページ目以降が、それに対する県の取り組みの方を御紹介している部分となります。1つ目ですけれども、訪問看護総合支援事業というものでございまして、在宅医療を推進するにあたり、中心となります訪問看護ステーションの体制強化を図るため、訪問看護総合支援事業というものを岩手県看護協会様へ委託を行っております。 そちらの委託を受けまして、岩手県看護協会では、今年度、訪問看護総合支援センターを立ち上げまして、在宅医療の推進に取り組みを行っていただいているところです。 こちらの訪問看護総合支援センターですけれども、3つの目的、7つの事業で地域の訪問看護提供体制の安定化を図るというようなものでございまして、どういった目標機能かと申しますと、下の方に記載がございます。経営支援、人材の確保、訪問看護の質の向上、それぞれの目的に合わせた合計7つの機能を、こちらをポイントとして挙げて、こういった支援センターの活動をしている、この活動を通しまして訪問看護ステーション、ひいては在宅医療をさらに活発に活動していけるように取り組みを進めているところでございます。 5ページ目に進んでいただきますと、本県の訪問看護ステーションの状況について、図にまとめております。 数字上はやはり増加傾向となっておりまして、訪問看護の県内への充実が図られているところはあるのですけれども、一方先ほど計画でお示ししましたように、全国値と比較してもまだまだ低い部分もございますので、さらに在宅の取り組みを進めていく必要があると、いうふうに考えております。 また今年度の訪問看護事業所数、訪問看護ステーション数につきましても下の方に表で載せております。 下の方に訪問看護事業所数がない市町村も載せておりますが、例えば八幡平市でありましたら、八幡平市立病院様が訪問看護やっているなど、決して訪問看護事業所がないからといって、訪問在宅医療を受けられないっていうわけではないのですけれども、1つの指標として訪問看護ステーションが、やはり少ない、或いはない地域もまだまだあるにはあるので、今後在宅取組の強化が必要であるっていうふうなことがわかるかと考えております。 6ページ目に進んでいただきまして、これは県の取り組みの2つ目のものとなります。在宅医療において、積極的役割を担う医療機関。こちらは、昨年度3月に策定しました県の保健医療計画内にて、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応，看取りといった在宅医療に必要な役割を担う医療機関を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として位置付けております。 こちらの医療機関につきましては、以下の取組事項をポイントに、きちんと少なくとも1つは行っている、そういった医療機関ということになっておりまして、県としましては、

発言者	発言内容
	そういった医療機関さん、後は医療機関と連携しております訪問看護ステーションを対象に、在宅医療に必要な医療機器の整備に要する経費を補助する、そういった設備整備補助を今年度より開始しております。現在募集中で、という状況でございます。 　さらに、3つ目の県の取り組みでありますけれども、在宅医療に必要な連携を担う拠点ということでございまして、そちらも昨年度末策定の保健医療計画内にて、在宅医療の推進に必要な機能と、地域で確保するために活動する市町村等を、在宅医療に必要な連携を担う拠点として位置付けを行っております。こちらの拠点ですけれども、以下の①から⑤の、少なくとも1つの取組は行っているそういった団体様を拠点として指定しております。今後、こういった拠点の活動内容について拠点どうしの情報交換を行う場等を設ける、そういったこと等を通しまして拠点の活動を活発化させる、そういった取り組みを県では予定しております。 下の方には医療機関数、拠点数を参考として載せております。 資料5については、以上となります。
小笠原会長	はい。ありがとうございました。 4つの資料を御紹介いただきましたが、最初からいきますとまず1つ目の、岩手県循環器対策推進計画の第1期目の最終評価について御質問等ございますでしょうか。 　さっきあった嚥下訓練の話を聞いて1例なのですけど、保険診療の要綱が変わると結局こういう数字で変わってしまうのですよね。そういうことですよね。これロジックモデルなのですが、いつもここらへんが問題になって、関係ない規模の数字が変わって、意味ないのじゃないかっていう話がありますが、本当に国も考えて欲しい。これもともと国が推奨したものですから厚生労働省が。ちょっと考えて欲しいなと私もずっと使えないだろうということですよねっていうのがちょっとありますけど、ちょっとここで一言文句を言いたかったのですけど。ここで言ってもしょうがないですよね、これに関しては。これはよろしいでしょうか。 　いいですか。それでは2つ目に行きます。2つ目の12誘導心電図伝送システムについて、これについてご質問等ございますか。 　これ、私が質問したいのですが、酒井先生、お金の話なのですけど。多分これは県から貰うのは絶対無理で、県にはお金ありませんので。 　これ学会からですね、私、昨日厚労省のがん疾病対策室と直接話をしてきてこういう文句ガンガン言ってきたのですけど。これ多分学会から一定の金をつけろと言えば、おそらく、これが全国展開どうしているのかちょっとわからないのですけど、そう言うと、今がん疾病対策にはチャンスなのです、話聞いてくれるんですよ、課長は。 　ぜひそれをやってもらえば、地域構想やらせたくないのかって言えば多分出来ると思うので、これ今がチャンスかなと、ちょっと1つ一言。 　あともう1個これすごくいい先生良かったのは、これグレイスリスクスコアを作りましたよね。要するにこういう人に心電図をつけるのだと。これ凄く大事だなと私思っています。救急隊がクリアに点数化してこれだったら心電図つけるっていう、実はそれが無いと多分救急隊も困るのじゃないかなと思っているので。これすごくグレイスリスクスコアでも実はすごく大事なので。脳卒中の場合もあるのです血栓回収のためのスコアが、すごくシンプルで。これなんかもすごく大事なことだと思いながら私は聞いていました。
県立二戸病院 酒井先生	そうですね、やっぱり何が導入するのに問題かっていうと、やっぱり救急隊が結構迷って、本来つけるべき人につけられないというのがやっぱり困るかなと思ってそういった基準を作ってみました。そういう基準を用いると、ちょっとやっぱりスコアは多くなるので

発言者	発言内容
	すけれども、やっぱり漏れは今のところはゼロですね。
小笠原会長	これを全県に県内全部に広げるというのは森野先生ないですか。スコアをつけるのが。
岩手医科大学内科学講座循環器内科分野森野禎浩教授	基本的には、各消防が。県ではないユニットなので、多分それぞれの考えがあると思うのですけれども。実際これは我々の教室のところがほとんど進めていて、酒井先生が作られたカシオペア、それをやっているところもあれば、もう少しですね、そこまで言うと多くの人がとられ過ぎてちょっとパニックになるかもしれないという、ちょっと厳しめなスコアにしている。多分2つあるというか。 で、やっぱり心筋梗塞っていう特殊な状況だけは、その医療体制で救命率が劇的に変わると。ここだけなのです。そのあとまた長い目で見ると、岩手県で心筋梗塞になった人は長生きできない可能性があるのですけど。 その場の救命についてはもともとワースト5ぐらいだったのがほぼ多分トップ10になっていて、これ簡単に言えば、旅行者が東北のどこで旅行してなるよりも岩手県でなった方が助かるという状況になっていて、その最大の要素というのは、特に沿岸と県北ですとか一番医療を受けにくいところがほぼ網羅、全ての地域を網羅していて、ドアツーバルンタイムが日本中どこの施設ともほぼ同等なのでできるのです。 本当に重症の心筋梗塞っていう人、患者さんが大体数パーセントいるのですが、そこはやっぱり物量が必要で、大学病院ですとか中央病院とか人がいるとこでないとやっぱり救命率変わってきてしまうので、そこはもう搬送するという救急搬送をするということを始めていまして、何とかそこについては、おそらく日本でもかなりの所にもう今きていると思うのですが、是非人を増やすことはもう、ちょっと医者を増やすのは無理なので、この仕組みあと一息入れれば。実はもう岩手県全部高くなって、それは日本全体からしたら圧倒的に進んでいるのです。もうちょっとやると、多分そこに到達できるので、余りにも壮大すぎて、もう一息です。 盛岡市の方はすでにおそらく6割か7割ぐらいの救急車にはさっきの代わりのシステムがあるのですが、我々的にはもうそれでも十分なので、それをとりあえず送っていただくっていうことを、もうですね、かなり近日中に始めようと今お声がけをやりとりしている最中でして、それでちょっと成功体験を積んで余裕があればやっぱり立派な仕組みですし、なくてもそれをとりあえず動かし続ける、ということがすごく大事だと思います。
小笠原会長	はい、ありがとうございました。 今日消防の方がいますが、実は消防を動かすのも消防って総務省の消防局ですよね。あそこものすごい上下関係で、体育会系なのです。総務部長がやれって言うと全国の実は消防やらなきゃないようなものなのです。何でこんなことを知ったかというと、さっきグレイスリスクスコア、要するに病院のスコアってありましたけど、脳梗塞の血栓回収できるのは、実は全国の救急隊が総務省からやれって命令が行ったのです。それは実は国の命令で、我々簡単なものを作ったのです。 こういう患者さんは血栓回収やる時運んでくる治療するセンター、それをそしたら一挙に救急隊に全部それから、使っているかどうかは別として、これをやりなさいっていうものは、救急隊たしかやっていたはずなので、そういうふうな仕組みなんですがその総務省消防庁とか体育会系です、ものすごく。なので、学会から進んでやると、実はできないことはない。ただ救急学会をちょっと通さなきゃ駄目なのです。そういう仕組みになっていることがわかりました。 ありがとうございました。

発言者	発言内容
	そしたら3つ目いいですか。 3 つ目、循環器病に対する予防について、このことに関して御質問等ございませんでしょうか。 これ私ちょっと質問したかったのですけど。 1 ページ目の最後の、医療機関未受診者の受診推奨、実はこれが一番今問題で、我々のところの健康診断は 100%受けるのですけど、私もそうなのですが、赤紙が来たときに、じゃあそれを受診するかと言われると、受診しないのです。 特に、男は働けと思ったらこの辺がなかなかしてくれないので、この辺を進めるような。私はペナルティーをつけるべきだといつも思っているのですけど、受診しなかったら。結局そこでしないから、病気して金使うわけです。だからやっぱりその辺のところをただやれって言っても人間やらないので、インセンティブじゃなくて、ペナルティーをつけるようなことをしてしまった方が、結局は医療費が下がって、下がると言っちゃうのですけど。すごくアグレッシブな意見なのですけど、この未受診者を受診させるってことに関して何か意見ありませんか。何かいい方法で受診させる。
健康国保課 参事兼総括課長 日向　秀樹	はい。健康国保課、日向と申します。実は受診をしないということに対して保険者の方で、例えば私どもが加入しております地方公務員の共済組合など、全国から来る交付金が減額をされるとかペナルティーがありまして、そこで一生懸命受診勧奨してるっていう実情がございます。色々な組合で違うこともあるかと思いますがそういう事例もございますので、私共としても受診勧奨を強めていくという方向で取り組みをしています。 よろしいでしょうか。
小笠原会長	はい。わかりました。厚生局が入ったときに一応言われるのは、100%受診するのは健康者当たり前だと。そうじゃなくて問題は 2 次受診を今進めろと強く厚生局から言われるので、よくわかりました。今までがそんなことになっているということが。 よろしいでしょうか。 そでは４つ目の循環器病における在宅医療についての、御質問御意見等ございませんでしょうか。 これも私はあるのですけど。 １ページ目の、急変時ですよね。要するに在宅でいる方々が、急変したときにどこに行けばいいか。 これ実はすごく問題になっていて、結局 2 つ問題があって、在宅で急変が起こるというのは、一番最初の再発の話ですけど、最初に循環器病になった時に、その疾患の薬を含めた生活習慣、こうしなさいっていうのが、結局回復期で止まるのですよ。行かないのですよ、開業医の先生の所に、ましてや在宅の施設では全く行かないですよ。多分回復期から今ここで言われたとしても、回復期から維持期の施設にいる方でもらったことは多分ない。そうすると薬の情報がちゃんと伝わらないと。それで再発する。例えば飲んで欲しい薬を飲んでいない、これは結構あると分かっているのです。 もう 1 個は、実際に再発したときに、どこに行けばいいか、特に施設にいるとわからないです。実は私、おとといそういうことの質問を受けましてある施設から、実はそれ岩手医大にかかった人なのですけど、どこに運ばれたかというと中央病院に運ばれたのです。恐らく中央病院に運ばれてもいい迷惑だと、何で岩手医大で診ているのにって、そういう情報がちゃんと伝わっていない。何かあればこの人はここに運ぶのだというようなものを、繋がりをですね。何を言っているかというと、急性期、回復期、維持期ってやっぱりもうちょっと、その繋がりがぶった切れている。全国そうなのです。国もわかっているの

発言者	発言内容
	です。ただそれが、どうすれば繋げられるのかまず全然わかってない。 今電子カルテをつなげるとか何とか言っていますけど、現実的には無理で在宅にそんなものはありませんので、設備とか。だからやっぱりその辺をもうちょっと合理的なっていうか、金をそんなに使わずに、疾患仮プログラムって言い方するんですけど、急性期から維持期にこういうふうにしてくださいよというもの。これは看護師さんと薬剤師さん、或いは栄養士さんそういう方々を医者だけの問題ではないので、その方がどういう風にすればいいのか食べ物もそうです。 それはずっと維持期、回復期から維持期の生活期まで繋がるような、システムができれば駄目だと思うのですけど、紙だとどっか行っちゃうのです。だからといって電子でやると、使えないところもあるのです。でもそれは何だ。 この先考えないと、結局はまた医療費を使ってしまうということになるので、ぜひそこのところ、でもおそらくこれは、いろんなその急性期、回復期、維持期も全部関わっている職種の方々が集まってやらないと、解決できない問題だと思うのですが、ある 1 つのところだけでは多分できないものだと思うので、その辺をぜひちょっと考えていきたい。できれば金掛けないように。 昨日この話がでて、厚労省とお話したのです。わかっているのですけど厚労省ができないのですよね、金がないもので。すぐ金出せとかいわれて、なのでおそらく県はこれわかっていると思う。各領域の今日集まっている方、職種の方はよくこの辺はわかっていると思うのでぜひこれもう、繋げることをぜひ考えていきたいというふうに思います。よろしくお願いいたします。 よろしいでしょうか。 類君が一番よくわかっているのじゃないかなと思っています、そういうこと。 よろしいでしょうか。この辺は。 はい。では２，３，４、５を全部通してご質問、ご意見等ございますでしょうか。 はい。ではこの方針で、今の皆さんに発表する方針で、取り組みで、このままやっていただく、進めていただくということにいたします。 それではその他に移りますが、構成員の皆様から、委員の方々、他に全く別の話でもいいのですけど、御意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。 それでは岩手県産業保健総合支援センターの萩野専門職、それから岩手県労働局の漉磯健康安全課課長から資料提供と説明をしていただけるという事で、よろしいでしょうか。 はい、どうぞ。
岩手労働局健康安全課長 漉磯　寿	ありがとうございます。 岩手労働局健康安全課の漉磯と申します。 会場に行って御参加いただいている方々のみ、リーフレットを配布させていただいております。事業と仕事の両立という支援がございまして、そのシンポジウムで 11 月 19 日、東京で実施することで、という資料になっております。 こちらの資料につきましては、もう参加申込書の場所についてはですね、URL があるのですが、これは会場参加用の URL になっております。 会場の皆様には、別途 1 枚白い紙がついておりますので、後程 11 月になりますと Web 参加の方が入るという予定になっております。という紹介であります。 それからもう 1 つすいません。 先ほど、先生の方から健康診断を受けさせる提案がございました。 職場の健康診断のことで、御紹介させていただきます。

発言者	発言内容
	職場の健康診断というのは、会社の事業者が健康診断を実施するというのが発生しています。健康診断、1 次検診なのですけれども、その中で、4 つの項目、血圧、血中脂質、血糖、肥満、この 4 つすべてが異常値となった場合には、労災保険の方の 2 次健康診断給付というもので、健康診断を無料で 1 回受けることができる、さらには保健指導を受けることができるということがございます。 4 つの項目ではなくて、3 つだったっていうような場合には、産業医の意見があれば、同様の給付を受けるということができますので、御紹介させていただきます。
小笠原会長	ありがとうございました。話しておきます。 よろしいでしょうか。はい、どうぞ。
岩手産業保健総合支援センター 萩野とも子	失礼します。 岩手産業保健総合支援センターから参りました、保健師の萩野と申します。 よろしくお願いします。 すいません皆様のお手元にはですね、こちらのクリアファイルの方、配布させていただいております。治療と仕事の両立支援というものなのですけれど、この Word を耳にしたことがありますでしょうか。 この循環器対策の話聞いていましたが、やはり 1 次予防、2 次予防、めちゃくちゃ大事っていうのがすごくよくわかるのですが、この治療と仕事の両立支援は３次予防の方になります。 実際、意外と多いのですが、働いている方で、患っている方、結構、がんの話聞きますよね。メンタルとか。でも、心疾患が一番多いです。 で、ですね、厚労省の令和 4 年度の国民生活調査によりますと、心疾患が 144 万人でもメンタル 118 万、がん 50 万。脳卒中 36 万というふうになっております。 何が言いたいのかと申しますと、やはり１次予防、２次予防をしっかりやったとしても、3 次予防でどうしても復職支援とか、早く早期復職っていうところになりますと３次予防の方が出て参ります。 治療と仕事の両立支援の中には、療養就労支援指導料の対象に心疾患も入っておりますので、もしですね、やはり働いている方の中で、心疾患になっても働きたい方もやっぱりいらっしゃいますので、そういう方がいらっしゃった場合、ぜひ産業保健総合支援センターの方を活用していただきたいなというふうに思います。 どうぞよろしくお願いします。 どうもありがとうございました。
小笠原会長	ありがとうございました。 会社の方これわかっていますか。 実はこれこの前、この話を厚労省としゃべったのですけど、わかっていないのですよ、これがあることそのものが。実は脳卒中医も、1 割もわかっていないですね。両立支援があってそれを保険点数が取れる。わかってないのですよ。だからやっぱりまだ、あなたが悪いって言っている訳じゃなくて、医者が悪いのですけど医者も全く理解してない。 それからもう 1 つは、会社もですね。本当にこれわかっているのかなという気がするのでこの辺の、もうちょっとこう、何て言いますかね。大々的に簡単に僕よく言いますけど、金使って働かないよりは、両立支援で会社行って税金払ってくれと。 これがもともと国の方針ですので、やっぱりこれをちゃんと仕事をしてもらうってことはすごく大事なこれ話なので、これからの先の人口減を考えている。というのでもうちょ

発言者	発言内容
	っと、いろんな職種にコマーシャルしていただきたいという私のお願いです。
岩手労働局健康安全課長 　漉磯　寿	はい、このコマーシャルの方は行政の責任です。今後も進めていきます。
小笠原会長	お願いいたします。ぜひそういう会社とか、医者ですよね。 あることを知らないですよね。「なんですかそれ、両立支援は」ですよ。これ本当の話です、そうですよね多分。だから、またといったとこですから。 私もこの仕事をして始めて知りました。大変申し訳ないです。一緒でございます。 今日はどうもありがとうございました
いわてリハビリテーションセンター 副センター長 阿部　深雪	すいません今のサポートセンターの方にお伺いしたいのですけども、申請にあたって、事業所の規模とか、関係ありますか。
岩手産業保健総合支援センター 萩野とも子	今のところ特に関係はございませんで、やはりですね、50 人以上の事業所だと産業医の選任、産業医の先生がいらっしゃるところだと、結構進みやすい部分もなきにしもあらず、ただ、事業所は事業所でですね、例えばトップの方がすごく頭がやわらかくて、いやうちの職員を絶対やめさせないっていうふうな社長もいらっしゃるのも事実です。 特に、人数が足りませんので、そういったやはり大事な社員をね、いつまでもやっぱり大事にしたいなっていうふうな、そういう事業者さんがいらっしゃればですね、ぜひ応援したいと思っております。
いわてリハビリテーションセンター 副センター長 阿部　深雪	はい、ありがとうございます。 事業所さんをふやすようにちょっと行政の方に頑張っていただきたいなと思います。 うちも復職支援、この言葉が出る前から、うちらリハビリテーションセンターなので、すごくたくさん支援をしておりました。 やっと国はこういうことを出し始めたなと思ったけど、先生の話によると内容わかってやっているわけじゃないと、いうことですので、少なくとも岩手県、頑張ってやっていきたいなと思いますのでよろしくお願いします。
萩野とも子	ありがとうございます。
小笠原会長	ずっと苦労して、できたリハセンターからの意見です。 よろしいですね皆さん。 そしたら、事務局からはよろしいですか。
事務局	はい、ありません。
小笠原会長	それでは議事をこれで終了させていただきます。 マイクの方をお返しいたします。 皆さん御協力ありがとうございました。
山崎地域医療推進課長	小笠原会長どうもありがとうございました。 また、構成員の皆様におかれましては長時間にわたりまして、ご協議いただきまして、大変ありがとうございました。それでは以上を持ちまして第 11 回岩手県循環器病対策推進協議会を終了いたします。 本日は誠にありがとうございました。