

令和3年度第2回 千葉県循環器病対策推進協議会 開催結果

1 日時 令和4年3月28日（月） 午後6時から午後7時5分まで

2 開催方法 オンライン開催（Zoom）

3 出席委員

（委員：総数20名中15名出席）

本宮委員、別所委員、小林（英一）委員、小林（欣夫）委員、小林（士郎）委員、古口委員、中村（文隆）委員、松宮委員、立野委員、寺口委員、浅野委員、田中委員、高原委員、角南委員、金江委員（順不同）

※武山委員、中村（由明）委員、松村委員、大上委員、大野委員は所用により欠席

4 会議次第

（1）開会

（2）挨拶

（3）委員紹介

（4）議事

ア 千葉県循環器病対策推進計画の策定について

（5）閉会

5 会議概要

○委員紹介

- ・ 新たに千葉県歯科医師会の高原委員を迎えたことを紹介。

○千葉県循環器病対策推進計画に関する主な意見について

- ・ 今回の会議において会議資料が膨大であったが、確認をする時間が短く、資料を検討することが難しかった。もう少し早く資料を送付してもらえなければ詳細な検討ができないことは問題である。
- ・ 委員の意見が反映されていない箇所もあり、訂正が必要と思われる部分も未だ多数あると感じる。それぞれの分野において専門家がもう一度ブラッシュアップしてから再度協議会で議論するべきではないか。
- ・ ロジックモデルの中で、心不全超初期症状の認知割合の増加があるが、この項目は発症した際に救急車を呼ぶ時間を短縮するためのものなので、超初期症状は不適當ではないか。息切れしただけで皆が救急車を呼んでしまうと医療崩壊してしまうため、急性心筋梗塞と大動脈緊急症の初期症状の認知割合に変更するべきである。
- ・ 救急搬送の項目の用語について、現場活動時間や病院照会時間等は同じ時間を別の

言葉で表している箇所もあり分かりにくいのではないかと。現場到着時間～現場出発時間等で用語を統一した方が良いのではないかと。

- 予防の指標における受診率について、千葉県の特徴として特定の疾患をもった人の受診率が悪いといったデータもある。単なる受診率ではなく、高血圧や糖尿病などの特定のリスク因子を持った方の受診率を確認した方が良いのではないかと。データについては標準化レセプト出現比（SCR）が公表されているため、活用できると思う。
- ロジックモデルの簡易版のページにおいて、指標だけでなく、増減等の方針も入れるべき。
- 急性大動脈症候群と大動脈緊急症という重複した単語があるため、統一した方が良いのではないかと。
- 医療提供状況について十分提供できているかどうかを確認できるようにするべきではないかと。
- 本計画において就労支援や両立支援は非常に重要な項目だと思う。計画においては回復期病棟の就労支援をしている率をとろうとしているとのことだが、急性期の病院において直接退院する患者さんも重要と思うので、そちらを把握する方法を検討して欲しい。また、実施率ではなく、各病院が実施した数を確認すれば伸びているということも分かるのではないかと。
- 病院が決まってから病院収容までの時間は病院の過密さと比例しているように感じるが、現場到着から現場出発までは市によって全然傾向が異なるため、更に解析がすすむと良いのではないかと。
- 現場滞在時間のばらつきについては、一般的に郡部の方では対応可能な病院の数が少ないため、交渉回数は少なく現場滞在時間は短いですが搬送距離が長くなる傾向にあり、都市部では対応可能な病院の数が多くなるため交渉回数も多く現場滞在時間が延びてしまうが搬送距離は短くて済むという傾向があると思う。そのため、交渉回数のデータを計画に記載すると分かりやすくなると思われる。
- 評価指標について、治療に関する項目の内、各治療を提供できる医療機関がある医療圏という項目があり、現状、全ての医療圏で提供可能な医療機関があるため、現状維持という目標がたてられているが、目標として不適当だと思われる。
- 急性大動脈症候群は24時間対応できることが重要となるため、日本循環器学会では大動脈緊急症拠点病院について提唱している。こういった評価指標をいれるかも含めて関係委員でよく検討できるようにしてほしい。