第３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３年２月 12 日（金）　13 時 00 分～14 時 30 分まで
場　所	岩手医科大学創立 60 周年記念館　８階研修室
出席者	別紙「出席者名簿」のとおり
議事等	**協議事項** ・岩手県循環器病対策推進計画（仮称）の骨子について（案） **報告事項・意見交換事項** (1) 岩手県の循環器病に関する指標の推移について (2) 岩手県における心疾患診療について (3) 関係団体の主な循環器病対策の取組状況について **その他**

議事等

発言者	発言内容
鎌田 特命参事	ただいまから、「第３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鎌田と申します。本日の進行役を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。 本日の会議は公開となっておりますので、御了承願います。 なお、本協議会ですが、保健医療計画の見直しについて御意見をいただくため、11 月 20 日に書面で第２回協議会を開催しておりますので、集合形式での会議は２回目でありますが、本日の会議は「第３回協議会」となっているものです。 それでは、開会に当たり、岩手県保健福祉部長の野原から御挨拶申し上げます。
野原部長	皆様方におかれましてはお忙しいところ、第３回、実際の集合会議としては第２回になります、本協議会に御参集いただき誠にありがとうございます。 また、コロナ禍におきまして、日々それぞれのお立場でコロナ禍に対応しながら、循環器疾患対策に御尽力をいただいておりますことに関しまして、重ねて感謝申し上げます。 さて、第１回協議会で、来年度にかけて県の循環器対策推進計画を策定していくということで、御説明を差し上げまして、１回目は県の取組を御報告させていただきました。来年度に向けて計画づくりを進めていくわけですが、本日は、現在の指標、それぞれ循環器疾患、特に疾病、罹患などの状況がどうなっているのか、指標の推移について報告し、森野先生からは心疾患診療についてお話しいただきます。これまで脳卒中の県民会議があり、脳卒中についてはたびたび着目して取り上げてきましたが、心疾患といっても虚血性心疾患から心不全、不整脈と様々あり、臨床的にはアプローチも違うと思います。そういった点で岩手県の状況、対策について御報告をいただくことになっております。 また今回は、各関係機関で様々な取組を進めておられますので、その内容についても御報告いただきます。ぜひ委員の皆様におかれましては、予防、医療、就労支援のほか、様々な循環器疾患に係る普及啓発を様々な視点で盛り込んでおりますので、それぞれのお立場から御意見を頂戴

発言者	発言内容
野原部長	できればと考えております。本日はどうぞよろしくお願いいたします。
鎌田 特命参事	本日の出席委員についてですが、本日は代理出席も含め、18　名中 15 名の委員の御出席をいただいております。 なお、小笠原会長は急用により、本日は急遽欠席との御連絡をいただいたところです。その他の出席者については、お配りしている出席者名簿のとおりです。 紹介は省略させていただきます。よろしくお願いします。 また、第１回協議会において、学校での教育の重要性に鑑み、教育関係者の出席を求める意見があったことを踏まえ、今回から、教育委員会事務局保健体育課の遠藤指導主事が事務局側として出席しておりますので、御報告いたします。 それでは、議事につきましては、設置要綱第３第４項及び第５項の規定により、会長が不在の場合は副会長が議長を務めることとなっておりますので、以降の進行は本間副会長にお願いいたします。
本間副会長	それでは、次第により進めてまいります。円滑な進行に御協力をお願いします。 はじめに、岩手県循環器病対策推進計画（仮称）の骨子案について、事務局から説明をお願いします。
藤原 特命課長	岩手県医療政策室の藤原です。早速ですが、資料１により、計画の骨子案について御説明いたします。 １枚めくっていただき、表を御覧ください。右側に国の基本計画、左側に県計画の骨子案を記載しております。左側の流れについては、現行の第３次岩手県がん対策推進計画のものを参考として作成しております。おおむね、国の基本計画の構成をスライドさせておりますが、矢印で表しております相違点を中心に御説明いたします。 まず、研究など国が主体となる取組については、県計画に対応する項目は設けませんが、診療情報の収集・活用と脳卒中登録、心疾患登録など、関係する項目がある場合は、そこになるべく県内の取組を入れるようにしたいと思います。 次に、基本計画は二次予防をサービス提供体制に入れていますが、本県の取組の実情に合わせ、予防は４の１にまとめて整理しています。また、基本計画の４(2)⑧後遺症支援については、同じく本県の実情に合わせ、その要素を４の２(3)(4)に入れる形にしたいと思います。 なお、３の基本方針については、この先の協議会において、計画内容がある程度具体化した時点で御議論いただくため、例えばこんな感じのものになるだろうという仮のものを入れております。今回、骨子案について御了承いただけましたら、この先計画本文の作成作業に入り、来年度の協議会において、委員の皆様やそれぞれの専門医などの御意見をいただきながら、内容を取りまとめていきたいと考えております。 スケジュールは、来年度は３回の協議会を想定しており、春に現状把握や施策拡充の検討を進めて素案等を作成し、夏の第４回で素案、秋の第５回で中間案の後パブリックコメントを実施し、年明けの第６回に最終案を取りまとめ、議会報告を経て年度末に完成という想定をしておりますが、今年度同様、新型コロナの影響により変動する可能性もあります。 また、本日はこの後、森野委員に心疾患の診療体制についてお話をいただきますが、今後の本

発言者	発言内容
藤原 特命課長	協議会では、単なる県からの報告だけでなく、委員の皆様から、それぞれの専門や経験に基づくお話を交替で御報告いただくコーナーを設け、計画や進行管理の参考とする方向で、小笠原会長と相談いたしました。 次回は、小笠原会長から脳卒中医療のお話をいただき、その後、予防やリハビリ、公募委員さんの闘病体験などのお話を、順次お願いするシリーズ化を想定しています。当番になった際は、事務局から個別にお願いをいたしますので、御協力いただければ幸いです。説明は以上です。
本間副会長	ありがとうございました。ただいまの説明に対し、委員の皆様から何かございますか。 それでは、計画の骨子を本案のとおりとしてよろしいでしょうか。 異議がないようですので、この骨子をもとに、今後計画策定を進めていくこととしたいと思います。 続いて、「岩手県の循環器病に関する指標の推移」について、事務局から説明をお願いします。
海上 担当課長	それでは説明いたします。資料２を御覧ください。岩手県の循環器病に関する指標の推移について、代表的な指標を用い説明させていただきます。それぞれの指標について上段が岩手県のデータ、下段が国のデータです。 まず、脳血管疾患、心疾患とも、死亡数は概ね横ばいの傾向にあるものの、粗死亡率の算定の元となる人口が減少傾向にございますので、人口 10 万対の総死亡率は上昇傾向となっています。また当県の心疾患、脳血管疾患を全国と比較すると、粗死亡率が高く、令和元年度の粗死亡率では脳血管疾患の死亡率が高く全国ワースト２、心疾患がワースト４など、ここ５年間ですがワースト５位以内の状況が続いております。 続きまして年齢死亡調整率ですが、粗死亡率同様に高い状況にありまして、平成 27 年の実績値ですが、特に脳血管疾患において男性が全国ワースト３位、女性はワースト１位となっております。なお、年齢死亡調整率について厚生労働省が公表している全国の都道府県の数値ですが、公表されるのが５年に一度となっています。この表にあるとおり、直近の全国と比較できる、太囲みとしている平成 27 年のデータが、全国比較できる最新値となっています。それ以外の年度ですが、本県の場合、環境保健研究センターにおきまして、全国と本県の分を、独自に年齢調整をかけて算出した数値をこの表に入れているところです。 続きまして予防に関する指標です。40 歳以上を対象に実施しております、特定健康診査の受診率ですが、本県は全国同様上昇傾向にあります。全国に比べ高い割合で推移していますが、近年全国との差が年々縮まってきている状況です。直近の平成 30 年にはその差はわずかになってきている状況です。 また、特定保健指導の実施率ですが、増加傾向にあるものの全国に比べて低い割合で推移している状況にあり、ここが本県の課題になっています。 メタボリックシンドローム該当者の割合についてですが、本県は全国同様増加傾向にあります。そして全国よりも高い値で推移している状況です。メタボリックシンドロームの予備軍は、国と同程度で推移しています。 喫煙率です。こちらは３年ごとに、国民生活基礎調査の大規模調査のときに数値が出てくるわけですが、本県では男性の喫煙率が全国より高いデータが出てきています。実は全国で２番目に

発言者	発言内容
海上 担当課長	なっています。以上簡単ですが予防関係の御報告をさせていただきました。
高橋 医務主幹	医療政策室医務主幹の高橋宗康です。ただいま説明のありました循環器の指標について、若干コメントを加えさせていただければと思います。 先ほどの資料２を引き続き御覧ください。岩手県は全国と比較して脳血管疾患と心疾患の年齢死亡調整率が高いですが、両方とも減少傾向です。この次のページにありますカラーのグラフに、年齢調整死亡率の推移が脳血管疾患、裏に心疾患がありますので、御参照いただきながらお聞きください。特に脳梗塞に著明な結果が認められ、この 20 年間で３分の１に低下しているのは目覚ましい発展だと思います。 心疾患では、男性の年齢死亡調整率が、平成 17 年から 20 年にかけて 10%の低下を認めており、この時期の施策が大きな効果を示したと思います。心疾患の年齢死亡調整率を３疾患別に見ますと、岩手県では全国より死亡率が低いという結果でした。全体としては、年齢死亡調整率は高いのですが、３疾病に限っては岩手県では死亡率が低いという結果です。 これは３疾病以外のその他の心疾患、例えば不整脈が全体として死亡率を大きく占めるために、結果的に岩手県の年齢死亡調整率が全国より高いという結果を示していると考えられます。男女別に見ますと、脳血管、心疾患の年齢死亡調整率が男性で高いという結果は、全国的な傾向であると考えます。 先ほどの資料２の表に戻ってください。中段の健康寿命に関してですが、国と岩手県差は男女ともに１歳未満と僅差になっています。今後、国も状態に着目した疾病予防に取り組む方向性ですので、循環器疾病に関する機能低下の予防について、今後も健康寿命の延伸に貢献していければと思います。 下の予防に関してですが、男女共に受診率は高いですが、保健指導実施率は全国平均を下回っています。男性の喫煙率は減少傾向ですが、先ほど海上課長からの説明のとおり、高い喫煙率を示しております。メタボリック症候群も増加傾向です。これは保健指導実施率を上げて、予防対策を強くしていく余地があると考えます。 裏面を御覧ください。医療、リハビリに関してです。医療の面で見ますと、救急要請後の搬送時間が岩手県は全国と４分の差があります。岩手県は県土が広いこともあり、差が生じているのかもしれません。脳血管疾患、平均在院日数は減少傾向ですが、リハビリテーションの実施件数は上昇しています。治療後のリハビリを推奨している結果かと思います。虚血性心疾患の在宅復帰率は 90%以上と大きく、疾病後の社会復帰に向けた大きな成果かと思います。 全体として心疾患、特に虚血性心疾患は、心停止せず病院に搬送できれば、病院で治療し在宅に復帰できる可能性を示したと思います。そのため病院前の活動がキーになるかと思います。一方、脳血管疾患は近年の治療進歩により死亡率は低下しましたが、一度罹患すると在宅復帰は半分くらいになるということが分かりました。

発言者	発言内容
高橋 医務主幹	最後ですが、両疾病とも予防対策に取り組むのが大切だと思います。私からは以上です。
本間副会長	御説明ありがとうございました。ただいまの説明に対し、委員の皆様から何かございますか。御質問等ありませんか。
澤口委員	今、御説明いただきました「岩手県の循環器病に関する指標の推移」については、この計画においてこの指標の数値をずっと追っていくということですか。これをポイントとして、ピックアップし、例えば「健康 21 の指標」みたいにこれらをモニタリングしていくということですか。 そうであれば少しお話をさせていただきたい。実は今日皆さんのお手元にある国の基本計画と、ちょっと見比べをさせていただきました。さっきの資料１の表にあったのですが、その中の、４の個別施策のところで、「(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」という欄があります。国の計画を見たときに、ここの部分が結構国の中ではワイドとなっています。 特に、国の計画の中では、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康などの書き込みがありまして、今指標としてお話いただいた中に、いわゆる運動不足、不適切な食生活、喫煙は一部ありますが、岩手県としてオーシャライズされた数字が載ってないですよね。何を取り上げて食生活がうんぬんといえるのかというときに、やはり栄養士の立場とすれば、食生活の部分として「食塩摂取量の指標」は、国民生活基礎調査にもありますが、国民健康・栄養調査では毎年これが出ています。順位づけでは、岩手県は多いとランクを付けられております。ですから食生活の部分と、最低でも「食塩摂取量」をきちんとここに指標として上げていただきたい。 「運動習慣」についても、これも国民健康・栄養調査の中で毎年出ています。喫煙についても毎年出ています。この国民生活基礎調査は３年に１回です。確かにｎの数は多いのですが、どちらで推移を取っていくかということもまた判断かと思いますが、経過変化が分かるものがいいと考えます。 あと、環境保健研究センターが所管する「いわて健康データウェアハウス」の中で、正確な喫煙率が出ています。働く方々をターゲットとしたデータがあると思います。それを所管していて一番よく分かっていると思うので、県が保有するものだからこそ、データを取っていくことがとても大事だと思います。 それから、県と国の指標が並べてありますが、先ほど説明のあった脳血管疾患についても、ようやく 27 年に男性がようやくワースト３位になりましたとか、もう一つ下の段を設けていただいて、全国比や全国平均値を入れていただかないと、これは非常にわかりにくい表になっているのと思います。近似値がわからないのです。そして、また比較対象が国と県だけで比べてわかるものでしょうか。次のページの医療のところは特に、医師の数、県と国を比べてもどうなのかと思います。例えば、都道府県の平均が何人で、岩手県が平成 27 から 28 年の 70 人が少ないのが多いのかが分かる基準がなく、単に国と県の数値を比べてどうなのか、もう少し分かりやすい指標の示し方があると思います。 お話を戻しますと、運動不足、それから不適切な食生活について、きちんと入れていただくこと、それから子供たちの健康といった場合において、「朝食欠食」とか「子供の肥満の状況」と

発言者	発言内容
澤口委員	いうような、そばにある数字をきちっと拾っていただくことが、岩手県のこの計画の中で、とても大事なことだと思います。以上です。
本間副会長	ただいまの御意見に関していかがでしょうか
海上 担当課長	ありがとうございます。本日示した資料は、お話のとおり全て網羅すればよかったのですが、代表的な資料ということで取りまとめたものですので、その点は御了解いただきたいと思います。 今お話いただいたような、分かっているデータは、健康 21 プランの方でもデータを押さえておりますので、この協議会でも、どのような指標を追っていけばいいのかは、計画案を固めていく段階で、今お話したような部分も含めて御提案したいと思いますので、よろしくお願いいたします。
澤口委員	岩手県のデータハウスは、市町村や地域の方々に協力していただいて出している数字です。全国的にもやっている県はないので、岩手県オリジナルを大事に使っていただきたいと思います。
本間副会長	その他ございませんでしょうか。 本協議会では、今後の計画の策定に向け、それぞれの専門分野に関する取組などについて、委員の方々から毎回交替でお話いただく時間を設けたいと考えております。 今回は、「岩手県における心疾患診療」について、森野委員から説明をお願いします。
森野委員	岩手医大循環器内科の森野です。循環器の範囲は広いので、時間を 15 分間いただいていますので、かいつまんで、この 10 年の変化とこれからの課題というサブタイトルでお話させていただきたいと思います。 広いと申し上げても、循環器は、心筋梗塞と呼ばれている虚血性のものと、弁膜症、高血圧先天性、末梢動脈、大動脈、心筋症、不整脈などにカテゴリーが分かれております。よく使う心不全というのは、こういう病名とはちょっと違うものでして、これらから心臓の具合が悪くなっている状態を示すこともあり、それぞれから心不全は起こりうる。こちらがすごく増えているというイメージを持ってください。 日本循環器学会でも重点項目としている一つはこの心不全。高齢化に伴いどんどん増えており、こちらに対する対策をしましょうと。あとは虚血性心疾患、大動脈疾患、先天性心疾患、このあたりが、特に強く学会からも言われているところです。岩手県で、今回最終的に提案すべき大事な疾患に関することを、少し考える必要があると個人的に思っています。 そのような中で、一つだけ中心に話したいのが心筋梗塞です。心疾患は、日本人の死因全体の６分の１くらいを占めます。日本人の６人に１人が心疾患で亡くなると、その中の大体半分ぐらい、50%が心筋梗塞といわれていますから、10 人に１人くらいは心筋梗塞。この出席者の中からも３人ぐらいは、それがあってもおかしくないくらいポピュラーな病気です。 具体的には、冠動脈が動脈硬化を起こすのは、血管に傷がついたところにプラークがたまり血栓でどんどん詰まっていく。だから、この血栓を予防できれば、詰まらずにちょろちょろ流れることも可能なので、血をサラサラにする薬があるということです。 ちなみに、東京都はＣＣＵネットワークでしっかりとしたデータを持っています。これは 1982 年、今から 40 年前ですか。日本人は、心筋梗塞になると５人に１人が亡くなるというのが、我々

発言者	発言内容
森野委員	のスタートでした。 　その後、薬で血栓を溶かす治療が始まって、少し下がってきたんですが、劇的に改善したのが、このＰＣＩと書いている、カテーテルを使って詰まった血管を治療するものです。東京がいち早くこれを普及させたので、どの県よりも早く死亡率を下げることができて、大体 2000 年ぐらいからは６％前後ぐらいの水準です。逆に言うとこの 20 年はあまり変わってないということで、このあたりが、今の医療で行き着くある意味限界なのだろうと思います。もちろんこれを改善する必要はあり、当然いくつも方法が考えられております。 　これは具体的に我々がやった心筋梗塞のカテーテル治療ですが、進行した状態で、血管が詰まっている。我々はカテーテルを刺して、針金を入れて、風船とか、ステントという金属を入れて血を流す。この詰まった先には、これだけ大きな欠陥が実は隠れている。これが心筋梗塞の治療です。心筋梗塞の治療は、10 分でも 20 分でも早くやることで、死亡率がどんどん変わるといわれており、逆にいうと、この部分について、我々医療者が工夫してがんばると、死亡率を改善させることができる、マージンの大きな病気だということです。 　私もこのメンバーだったんですが、厚労省の研究班の資料です。日本の心筋梗塞について、ＰＣＩが何％ぐらい緊急で行われているかという値と院内死亡率を、これは 2015 年ぐらいのデータかと思いますが、横軸に緊急の実績を入れて比較しています。ここの丸はそれぞれの都道府県です。日本の医療は均てん化している、皆さんは考えておられたかと思いますが、実は、私もこれを見て若干びっくりしたんですが、地域でＰＣＩをやれる率が 70％から 90％まで、これだけ格差が存在します。今もそうです。この格差の中で、我々がずっとデータでみてきた東京都というのは、この一番上澄みです。ここを見て我々は議論してきたのですが、都道府県ごとにものすごいバリエーションがあります。当然、実施率が高くなればなるほど死亡率が下がる。はっきりとしています。これは研究として、やれる体制を作ってそれを早く提供できれば、多くの人が恩恵を受けるという、非常にわかりやすいものになります。かつての岩手県は多分、左上だったのが、多分中央くらいにきています。それが死亡率の改善に寄与していることははっきりと分かる。なぜそうかというと、心筋梗塞は実は 15 分、今の治療で血管を治す、Door to balloon。病院に来た時間から、血管を流すまで Door to balloon というしゃれた言い方をするのですが、これを見ていると、きれいに 15 分長くなるごとに院内死亡が増えていきます。日本でも 90 分を一つの目安にして、90 分以内にやったら、10 万円診療報酬が加算されるというニンジンをぶら下げて誘導していますが、そのくらい時間がとても大切になるわけです。 　ちょうど私が岩手医大に来たのは、2011 年、震災の年 10 月です。当時の岩手県を見ると、本当に少ない人数で何とかして、その緊急ＰＣＩができる体制がだいぶできてきた。先ほど説明のあったグラフの、死亡率が急に下がっているところがおそらく、岩手全体のＰＣＩができる施設をちょっと増やしたとことと関係するのだろうと予想しています。そうは言っても久慈から大船渡まで、道路で約 200km ありますが、これを東京の人に、東京から静岡の御前崎ぐらいですよっていうと、えっと言われますが、その間にＰＣＩができる病院が実はない。これは震災の影響ではなくて震災前からのことです。 　では、宮古とか釜石で心筋梗塞になったらどうするかというと、２時間かけて陸路搬送する。

発言者	発言内容
森野委員	時間がかかると助かるものも助からないです。これが当時の現状で、少なくとも、これをまず、すぐに改善しなければいけないというのが明確なゴールでした。 実際岩手に来てびっくりしたのは、心筋梗塞の心臓の壊死量が採血で分かるＣＰＫ値ですが、それが東京で見たことないくらい値の高い人がものすごくいる。それは搬送なども含め、治療開始までに時間がかかっていることを意味しています。 そうすると、今の心筋梗塞を含めて、急性冠症候群というのですけど、どこかの時間を短縮するにも、全部することは大変です。患者さんが痛いと思って病院に行くまでの時間、最初に診てくれた先生が、次の病院に送るまでの判断の時間、この間の搬送の時間、そして病院に来てからの Door to balloon。唯一我々にできることで、心筋梗塞全体の改善をするには、これらを全部良くしなきゃいけないので、資料の緑の線（Onset to Door 時間）をどうするかがものすごく重要でして、これは特に今後、皆さんと詰めていくことになるのではないかと思います。 ただ、搬送時間は、ドクターヘリができたり、実は岩手県では救急隊にものすごくいろんなこと導入してくれたりして、ある意味先進県になっていて、ほとんど５分ぐらいしか違わないので、それなりに配置されている。基幹病院は圏域に１か所しかないので、たらい回しが起きないです。ですからこの部分は、実はそんなに全国に比べ悪いわけではないと思います。 2011 年に来た後に、どうしたらいいかを考え、挙がってきたキーワードは資料のとおりです。データによる現状分析、県の発症登録とか、検診の強化、行政や民間活力の登用、地域連携、クラウド、ネットワーク、医者を増やしＰＣＩをできるようにするとか、喫煙率を下げる運動啓発、子供の食育、これらはその当時考えたことそのままですが、一介の病院の医者ができることはごくわずかな部分だけです。 ですから、全体を総合的に取り組むという機会が必要だと思いながら、ようやく、そういうチャンスが今来ていると実感しています。一緒に考えるパートナーがいないのが、当時の感覚でした。 とても大事なのは地域文化で、お医者さんの間、医療スタッフの間で、心筋梗塞の診療が、結構もたもたして時間をつぶしてしまうというのが、見ていてとても目につきました。それで早速取り組んだのは、例えば岩手医大の専用電話番号を入れてもらうと、院内のＰＨＳで自動的に我々につながるシステムを作りました。そうすると電話が直接かかってきて、僕もいつも出るようにしていました。皆だいたい１回か２回で電話を取って、患者さんどうぞ、という仕組を作りました。 岩手医大は救急隊の皆さんにとても不評で、救急車の受入れが悪いとずっとお叱りを受けてきたので、そこを超えて直接、当時の循環器センターに送ってもらうほうがいいだろうと思ったのがきっかけですが、こういう取組をしていくと、時間というのは皆の中で意識が変わっていきます。 あと、矢巾の岩手医大附属病院では、「Code AMI」という、心筋梗塞の患者が来ると全館放送を流して、これから緊急ＰＣＩの体制に入ることを皆に伝える取組を始めています。 最近、「Code stroke」脳卒中版を開始しまして、こういう取組をしているのは、岩手医大だけだと思います。それで全スタッフのスピード感を、とにかく意識改革をしていって、実は我々の

発言者	発言内容
森野委員	病院が移転してから、50 分を切っています。Door to balloon です。目標 90 分のところが 40 分台が出るようになっている。おそらく、国内最短になったのではないかと思いますが、さらに攻めるぞと皆に話している。ここで育った医者が各地に動いてきますので、その地域の文化が変わっていくことを期待しています。 地域の循環器医療の存続には、もはや、これからは発展というよりは、我々循環器医を増やすといっても、今より地域の病院を増やすということはあまり考えず、どうやって病院を残すか。それと、機能的にするかということです。我々循環医を増やすのは、入ってくる人増やして辞める人を減らすと単純ですが、そう簡単ではなく、これにかなり力を注がざるをえない。ただ入ってきた人を、とりあえずカテーテル治療できるメンバーを増やすということも大事で、研修の必修化に近い形で、心筋梗塞の救命ができるレベルぐらいまでは、だいたいの医師はいけるので、標準医療化にかなりスイッチしたというのがありました。 あと、医者を増やすにはどうするかいろいろ考えるのですが、現在、最新のカテーテル治療は岩手医大で全部できる状況になっていまして、ここに書いてある新規医療機器を全部持っている大学病院は、国内で我々のところしかないです。そのくらいのことをして初めて医者が入ってきて、入ってきた医者にこれもやらせるけど、その代わりこれもやってくれと。それで成り立っているのが我々の現状ではないかと思います。 こういう治療は、ある意味、半分くらいの方が県外の患者さんを治療していて、秋田、青森、宮城を中心に、北海道からも来られますが、そういう方に治療を提供する側面がかなりあります。なんとか毎年、ブルー（退局）はそんなに多くないのですが、入局数は最初の２年に 20 人ぐらい入って増えて、辞める人が極端に少ない。ケンカ別れするというのはほとんどなく、御自宅を継ぐとかですが、何とか 60 人ぐらい、この８～９年で増えたというのが我々の今の実態です。このメンバーが、かなりＰＣＩができるので、心筋梗塞を地域で治療できるようになっていると思います。 2020 年までの間に、常勤の病院が７つか８つでしょうか。常勤の病院を増やしました。入った者が大学に行くのではなくて、地域に出向いているということですが、これらの病院を含めた 15 の常勤関連病院を全部回すのがもう本当に大変でして、あんなに頭を下げて、家族と離れ離れにしてチームに行ってもらうというのを常に続けないといけません。これは、何かがずれれば人が辞めていきますので、去ってしまう所が空白になるということです。 特に最初にやったのは宮古病院で、ここに一つ置くことで、この 200km をおそらく管掌できるだろうということは明らかです。これをやるにあたって、実は県の方にもお願いをして、これだけのことをやるのに身を切らないというのはないでしょうとお願いして、自治医大の先生、本当は研修のターンには入らないのですが、出していただくという身を切る思いをしてもらい、ここを立ち上げた経緯がありました。 とにかく救急ですから、行政の役割がとても重要と本当に実感しています。ありがたいことに、ドクターヘリができてから、途中を介さずに、胸が痛いというと直接連れてくることをやっていただいています。これは、無駄足になることもあるのですが、命には代えられないと判断いただいているんですね。

発言者	発言内容
森野委員	また、地域からボトムアップでどんどん動いてきているのが心電図の伝送。今はこういう時代ですから、スマホやｉＰａｄなどから、心電図を救急車で取って病院に送ることできるのですね。我々が診断できますが、心筋梗塞などは、我々ではなくても、当然救急車の方も見れば大体分かる。どこの病院も、あらかじめこういう人が来ることが分かると、そのための治療の準備ができます。 これを二戸病院が最初に取り入れて大成功したのですが、それまでの Door to balloon は長く、200 分以上というのが二戸病院の現状でした。実際に外来をやっている先生が、事前に情報を得ることで、工夫して治療に早くようにしています。 伝送システムを導入することで、医者の数は変わっていませんが、ＤＴＢＴがどんどん短くなり、66 分は盛岡にある県立病院より短いかもしれません。なぜこのようなことが可能かいうと、前もって救急車から心電図がくると、この人は優先されると判断したら、軽症の患者さんから、薬だけ出して帰ってもらう人を募集する。そうやって、地域の１人を助けることに、ある意味割り切るやり方をする。そうでないと、この地域は成り立たないということです。これは日本全体の中でも成功例として注目されていて、しっかりと専門の先生が、県内あちこちで勉強会を、医大の方と２人でしていただいて、これに行政も入っています。全救急車に心電図の伝送システムを載せている医療圏を赤で示していますが、二戸、久慈、宮古、釜石、大船渡、この医療圏では全救急車に載っています。県土の半分くらいです。これはすごいことでして、この心電図伝送は日本一の先進県。おそらく二戸で起きたことが、各地域で起きていまして、宮古でも導入から少し経っていますが、治療までの時間が大幅に短縮しています。残るのはそんなに医療的に困っていない地域、新幹線沿線ですが、導入を進めるのは、長い意味で必要ではないかと思いますし、大変ありがたい。こんなに自治体の方々、救急隊の方々にお手伝いいただくことはなかなかないですね。 あとは震災後、沿岸の４つの病院とうちの大学との間で、カルテの共有をしています。今そこで治療をして困りました、どうしましょうという相談をすぐに、ネット上でできるようになっていて、我々はその動画を見ることができます。こういうインフラを、行政が用意してくれているので、我々の強みになっています。 そんなわけで、心筋梗塞の話を受けまして、ここだけは我々ががんばれば何とかなるということで取り組んだのですが、５年ごとの年齢調整死亡率ですが、平成 12 年、男性はワースト４、女性もワースト４です。それが年々改善して、平成 27 年のデータでは、男性は 27 位、女性は 33 位ですから、むしろ平均よりいいに岩手県もなってきていて、多分もうちょっと改善すると思うので、もう少しいいところまでいったら、そのへんで頭打ちになるだろうと思います。要するに、介入すると、ちゃんと結果の出る領域があって、それが多分心筋梗塞だということです。 他のデータでも、この丸の大きさが死亡率ですが、周辺各県は軒並みこの赤の丸が大きいですよね。これは下位４分の１に入っていますが、他の東北のデータを見ても、岩手県だけ割と死亡率が少ない。たぶん、今の医療のシステムが結果を出していることを、他でも見ているのだろうと思います。 このことを確認するのに、2015 年に県の予算をつけていただいて、心疾患登録事業を開始し、

発言者	発言内容
森野委員	医師会の先生方にお願いしてデータを集めていただいていますが、データを見るとよくわかります。データを毎年取っていて、これまでの推移がより細かく見えるのですが、結構はっきりしているのは、赤い点が大学と中央病院、中部病院、この３つはやはりいろいろな意味で、医療資源、人数に恵まれている地域で、それ以外にがんばっている我々の医局メンバーがいるところと、単純に死亡率を比べると、患者年齢が５歳ほど違っており、やはり岩手の中でも地方部は、高齢者が多くその分助からないということで単純比較はできませんが、比較的最近でも３倍の死亡率の違いがあります。 それなりにがんばっても、やはり沿岸だと、15%近い心筋梗塞の死亡率が現状です。それは高齢者を多く診ているということなので、他県のいろいろな教授陣とデータの話をすることが増えたのですが、３倍です。ＰＣＩのできる施設がなくなれば、簡単に死亡率が 25%ぐらいになってしまうと思うので、心電図伝送がこの隙間を埋めているに違いないと確信しています。 岩手の心疾患の年齢調整死亡率がどうかというと、大きく良くなったのは心筋梗塞で、これはそれを目指して取り組んだ結果が多分出ているのですが、心疾患全体ではそうでもないです。例えば不整脈及び伝導障害が 130%。その理由はよく分かりませんが、突然死の方を不整脈死としている可能性が高いと思いますが、減っていないですね。 その他はちょっと改善しているくらいで、実は日本全体から見ると、黒の直線が平成 27 年、赤色で岩手県を示していますが、非常に悪い。全体の心疾患としては依然としてワーストクラス、さっきワースト４位という説明がありました。 結局、医療ががんばれるところは良くなるのですが、それ以外は僕らががんばっても無力でして、食べ物から運動など皆さんの総力がなければ、絶対に改善しないと思います。 医療体制で評価改善できるのは心筋梗塞、これは全国並みにまできているので維持すればいいのですが、それ以外が簡単ではない。不整脈の専門医は非常に少なく、希望者が少なくて国内でも一番少ないのではないかと思います。そういったことが、単純に死亡率の結果として出ているものと分析しています。 最初にお話しした、2011 年に考えた点は今も全く一緒でして、いよいよ皆様方といろいろ知恵を絞って、何かできるところに来たので、10 年 20 年先に十分に改善すると思います。 今、世界で一番いいくらいなのが長野県の心臓死亡率で、あそこも 30 年ぐらい前は悪かったです。改善するにはそれなりの理由があるので、その先を見越して、いろいろ骨太にお願いできたらと思います。今お話ししたとおり、心筋梗塞はちょっとよくなっていますが、残りの 50%の改善を岩手県では早急に考えていかなければなりません。一つは心不全全体、大動脈解離。これは手術が必要な疾患で盛岡でしかできません。搬送時間がかなりかかっているので、どうするかということになります。先天性心疾患、これは政策医療ですが、生まれつき心臓に奇形をもっている子は 100 人に１人くらいいます。医療が進んだので、そういう子たちが 20、30、40 歳になりどんどん年を取っても生きられるようになりました。ただ、それを診る受け皿が実はありません。それについて大学にも準備しているんですが、これも一つ重要なところで、ここは政策医療だろうと思います。

発言者	発言内容
森野委員	最後になりますが、働き方改革の導入は全ての医療職種に関連があると思いますが、これは結構我々のところでは重要です。チームでカテーテルをやる学会があり、私はその理事をやっていまして、全国の 1000 くらいの施設に調査をしました。自分でデータを集計して改めて思いましたが、これは岩手県の医者の配置状況です。丸の大きさが人数で、３～４人くらいで、何とかこの地域にこれだけ置いています。青がカテーテルをやる人、オレンジがそうではない人。カテーテルをやる人は使い勝手がよく、あちこち外に出る傾向がありまして、カテーテルをやらない人は外で困るので、実は盛岡周辺に置いています。本質的なことが働き方改革で、24 時間緊急ＰＣＩをやるのに何人いたらいいのか、社会保険労務士と話していたのですが、大体６人から７人必要だそうです。全部だめですね。残るのはギリギリ中部病院くらい。これから働き方改革の中でどう対応していくか、更に集約するといっても、地域的には限界なので余程のことを考えていかないと、今の心筋梗塞の死亡率は急激に悪くなるということを、我々は覚悟しなければならないということを一方で御理解いただきたいと思います。これと同じ状況は、日本中全部そうです。東京と大阪、愛知くらいは違いますが、それ以外は多かれ少なかれこんな感じです。例えば海外との救命医療に溝が起きるとか、やむを得ないことですが、皆で考えていかなければいけないと思います。どうも御清聴ありがとうございました。
本間副会長	森野先生、多くに内容を非常に分かりやすく御説明いただきありがとうございました。 ただいまの説明に対し、委員の皆様から何かございますか。
平山委員	森野先生、ありがとうございます。大変努力されている最中ですね。 少し安心したような、本当にこの人数でがんばっておられ、感謝しているところでございます。 健康診断という点で、がんの場合は機会も多く、対がんセンター等があって、患者さんへのサービスの差があるように感じます。循環器病の場合でも県内の特定健康診断は 50%近くまでいっていますので、そんなに低いのではないのかなと思いますが、先生、予防という点を全般的にみられて、がんとの比較についてはいかがでしょうか。
森野委員	先生ありがとうございます。まさにこれがこの循環器疾患の難しいところで、がんはいろいろな医療機関で検査をして見つけてくるものです。なので、検査の網を深くすれば、深くするほど見つかってきます。その患者さんは、センターに集約するのはやりやすいです。患者さんが大きな病気になったら、自分で盛岡まで行こうとか、そう思うのが当たり前です。 ところが、脳卒中と心疾患の大半はあらかじめわからないです。検診をやって、あなたは心疾患が起こる可能性が普通の人より３倍ぐらい高いですよと、そこまでは言えますが、検診を受けた翌日に起きることすら予知はできない。ですから、これが起きたときにどうするか。そういう発想でしか多分今後もいかないと思います。広く予防するという意味で、がんとまた違う予防があって、改善できるところはありますが、途端に病気になってからは、全く違います。 ですからそこは、同じモデルがあまり当てはまらないということになると思います。確かに集約するにも、なかなか広い県土ではやりにくいですし、最低限度できるものを各地に置くことで、救える命がありますが、これを集約してしまう、完全に見捨てることになってしまいます。非常に難しいところですし、検診をいくらやっても、本当の病気の本質のとこまで入り込めないということだと思います。

発言者	発言内容
本間副会長	その他ございませんか。
鈴木委員	国保連の鈴木です。非常に先生方が、心疾患等の治療に一生懸命取り組まれていて、しかも行政と連携する体制が評価されているということについては、大変ありがたく思っております。 今の平山先生の話と関連しますが、この資料の中の、検診体制の強化・早期発見・早期介入に関連して、我々一般県民が、いわゆる早期発見に向けて、やれることがもうちょっとあるのではないでしょうか。先生の今の話だと、なかなか実は、検診しても分からないということですが、こういうことならもっと診てもらうといいということなど、早期発見、検診、気づきなどを啓発していく必要があると思いますが、そのあたりを御教示いただければと思います。
森野委員	ありがとうございます。まさに検診で、例えば糖尿がある、コレステロールは高い、メタボがある、タバコ吸っている。それだけでおそらく、その人も発症する危険度が、３つあったら、３倍ではないですね、大体指数関数的に出ます。３つあったら８倍くらい。そんな感じですが。それをもっときちんと言って、生活改善を求めるきっかけづくりは、やり方はいくらでもあるような気がしますので、県を通じて広くやっていただくといいと思います。 あとは、この検査を特定健診に取り入れたら、多分病気を早く見つけられたなと思うのが一つありまして、これは手と足の血圧を測る項目です。ＡＢＩというのですけど。これが異常になる方というのは、心臓や脳の血管病の保有率とかも大体３～４割ぐらいはあります。血圧を測ればいいわけですか、簡単なので、これを本当は特定健診に入れるのが望ましいと思います。自分たちでそれが岩手でどのくらいあるかというのを、実は震災後の仮設住宅にボランティアで、ＡＢＩを取りに行く活動をやって千人ぐらい取りました。そうしたら、すごく高い、10％ぐらいの方が、異常値が出てきました。その人たちは、普通にしていたら見つからないので、心疾患を突然発症して倒れる人たちの率が高いわけです。それをある自治体だけでも、先行的にモデルでやると、その地域の病歴は早めにスクリーニングされて、かなり死亡率低下に寄与するというのは、手応えとしてあります。大腸がんの死亡率を下げるために、検便をやっていますけど、あれと同じように発見できそうな感じです。それをどこかの地域でできないかということは、このような機会を通じて御相談したいと思っていた内容です。 ただ、皆さん受ける普通の検診に対して、どのぐらいの受けた人にインフォメーション出すかというやり方が、多分今よりももう少し親身というか強くというか、その切り口が大事と思います。
鈴木委員	ありがとうございました。検診項目の話もありました。例えばＮＨＫなどを見ていても、こういう症状で、かかりつけの先生に、こういうことを検査してくださいと頼んでもいいこともあるので、オプションを伝えるのも大切だと思いました。
本間副会長	その他ありませんか。
佐々木委員	森野先生、ありがとうございました。すごく抽象的な質問ですが、「文化」という言葉を先生は使っておられ、その医療の文化を変えることはすごいことだと思いますが、私たちも普段、健康づくりや公衆衛生活動をする上では、正しい知識を伝えても人は新しい行動ができない。これはコロナもそうですが、よくわかっているのですね。

発言者	発言内容
佐々木委員	先生方は本当に、死亡率を下げてくださっているのですが、罹患率をやはり下げなければならないという点では、先ほど澤口委員からもありましたが、一次予防という健康づくりの文化を皆で変えていかないと。先生は医療の中の文化を変えていかれましたが、その点を教えてもらえれば嬉しいです。
森野委員	医療はもうシンプルで、多くののデータがあって、早く治療を提供していれば人が助かることはかなり明確です。そのためにいろいろ仕組を改善することは、継続的にやりやすいです。自分にとってみても、コロナの中で、体形の維持が困難になっている現状を思うと、皆さんにそれをやれというのは、本当は簡単じゃないと思います。ただ、多分取り組んで、収穫的にやった結果が長野県だと思っておりますが、その伸びしろが岩手は大きいので、うまくやっていくと、もともと真面目でコロナにならない県民性の資質をそちらに向けると、すごく良くなると思います。 これだけは絶対やる必要があるのが、タバコだと思います。あまりにも喫煙に対する、禁煙をタブーする県というのは、ここが初めてですが、早くこれを何とかしないと。喫煙率は横にとって並べて、県の死亡率と並べるとほぼ相関します。ほぼ一緒ですね。単純に喫煙率を 10%下げることができたら、たぶん 10 年後には劇的に改善していることは明らかです。それを特別視するのを早く止めないとだめだと思います。
佐々木委員	そういう文化を、変えていかなければいけなということですね。
本間副会長	他はよろしいでしょうか。 それでは資料４「関係団体の主な循環器病対策の取組状況」について、事務局から説明をお願いします。
藤原 特命課長	資料４に基づき、関係機関の取組状況について御説明いたします。 この資料は、各委員が所属する団体の取組状況を情報共有し、今後の連携や取組内容の拡充に生かしていただくことを目的として作成したものです。来年度以降、第１回協議会で御説明した県の取組も合わせ、年度の最初の協議会において、内容を更新の上共有する予定です。 内容作成に当たりましては、団体推薦委員の推薦母体の取組を中心に御報告いただいたところです。改めて御礼申し上げます。特に県消防長会におかれましては、各消防本部の取組についても取りまとめいただきありがとうございました。 項目のくくりは先ほどの骨子案をベースとし、組織の並びは委員名簿順として整理しております。概要について簡単に説明いたしますので、詳細は後ほど御覧いただければ幸いです。 まず、１(1)の１次予防については、検診や各団体の専門分野を活かした一般市民向け研修会、健康講座、相談会が中心となっています。大勢の方を対象とする事業のため、今年度はコロナの影響で開催見送りとなったものも多数含まれております。 １(2)の２次予防については、健康診断や特定健康診査の受診率向上の取組が中心となっております。 １(3)の普及啓発については、次回からは１次予防と項目を統合したいと思いますが、照会時の項目で記載しております。こちらでは、主に広報紙の配布や市町村等への支援が盛り込まれております。

発言者	発言内容
藤原 特命課長	次に、２の医療提供体制についてですが、岩手医大の取組については、今回と次回、別途診療体制について御報告をいただく予定であるため、記載を省略しております。 まず、２(1)の救急搬送体制は、救急車の高規格化や、感染防止のためのオゾンガス発生装置の搭載、森野先生からもお話がありましたが、12 誘導心電図伝送システムの普及、救急救命士の人材育成等が各地域で行われています。 次に、２(2)の医療提供体制整備では、看護協会の認定看護師などに対する専門研修、栄養士会による、第１回でも御報告いただいた施設向けガイドラインの作成、歯科医師会の医科歯科連携の取組などがあります。 ２(3)は看護協会の訪問看護ステーションの運営、２(4)では、治療と仕事の両立支援に資する取組として、ガイドラインの作成やセミナー、研修会、相談会等が労働局や産保センターを中心に行われております。 ２(5)の小児・若年者向けについては、食生活に関する相談や予防検診などが行われています。 ３のその他では、医師会の登録事業や歯科医師会の連携関係を記載いただきました。 今回御紹介した取組のほかにも、各団体で多くの活動が行われているかとも思いますし、取組自体は循環器病に特化したものでなくても、テーマによって関連するものもあろうかと思います。今後、年度初めに前年度実績と当年度予定を照会させていただきますので、よろしくお願いいたします。説明は以上です。
本間副会長	ありがとうございました。続いて、意見交換に移ります。 ただ今説明のあった取組事項についての補足のほか、例えば循環器病対策について、皆にお知らせしたいこと、課題として感じていること、県内の循環器病対策として進めたいことなど、委員の皆様から忌憚のない御意見、御提言をいただきたいと思います。
平山委員	資料４で、いろんな団体の活動状況お話しいただきました。皆さんそれぞれ一生懸命活動していると思いました。 私の疑問は、この全体をコントロールするものが必要あるのかないのかという点です。まだわかりませんが、検診とか啓発活動とか、いろいろな健康指導などをされていますが、オーバーラップしたり穴があいていたり、ちょっと足りないところがあったり。がんの場合だったら、対がん協会がそういうことをしているかとは思いますが。 心臓病や脳卒中の場合、そういうような、皆さんが高所から見て、そういういろんな団体の調整をするようなものが必要という感じがしましたが、森野先生や県の方で何か教えていただければと思います。
藤原 特命課長	がんの場合、比較的取組がいろいろ出ておりまして、例えば各圏域にがん診療療連携拠点病院というものがあり、医療的な普及啓発をしているとか、予防に関しても、特に最近は、がん教育が学習指導要領に載るなどの動きが出ています。 循環器でも、いずれはそういった施策を参考に取組が進んでいくかと思いますが、現在はまだ国の基本計画ができたばかりの段階で、まさにこれから計画を組み立てて、その計画の中でこういったものが必要だろうという部分が整理され、それが計画の柱となって、その上で、関係機関が連携し、様々な取組を拡充していく流れになると思います。

発言者	発言内容
藤原 特命課長	その点では、まだ循環器に関してはがん対策に比べ、まだ発展途上かと思っております。答えになっているかわかりませんが。
本間副会長	森野先生のほうからも。
森野委員	平山先生、重要な御提案ありがとうございます。 まず、この循環器病対策基本法に対する都道府県の取組は始まっています。各地でいろいろな取組がありますが、これは小笠原先生が、脳卒中学会を率いている方の立場で、早い段階から県の皆さんと話し合っていることもありますが、たぶん実はどの県よりも、岩手県は一番進んでいると思います。今は、今度は何をしたらいいのかを僕に質問してくる、いろんな県の教授が多いわけですね。そのくらい、県も皆さんも前向きにこれに取り組んでいただいて、また、アウトカムをどこに置くかとなると、死亡率にせざるを得ませんが、現状日本のワーストですし。 そのため、取り組まなければいけないことたくさんあって、きっとそれぞれがやると、全部効果がおそらく一定は得られるにしろ、それを有効的にやらないとだめで、それにはこの組織がぜひ機能するように、がんばって働いていただければと思います。たぶん、すぐには結果が出ないのももどかしいのですが、５年 10 年先の数字から変わると思います。他の県ではできてないことが、もうすでにできている。あとはこの地域の皆さんの協力体制のすごさは、外から来た者にしかわからない。岩手県のポテンシャルはすごいと確信していますので、ぜひこれを元にですね、全体をオーガナイズするような活動をして、誰がどのくらいまで進んでいるかをシェアして、全く遠慮なく入っていただけると、それぞれみんな奮闘して、がんばっていただける人たちがそこにはいると思います。その人たちにしてみると、すごい援護射撃をもらった気がしますし、また更にやりがいが出てくると思いますので、これを活用してお願いしたいと思います。
本間副会長	その他ございませんでしょうか。終了は 14 時半を目途に考えております。どなたかいらっしゃいませんか。
菊池委員	岩手県看護協会です。 いろいろと団体ごとに、様々な取組がなされていると思います。この協議会に参加している団体は代表としてであり、データの捉え方については、数字的なものは岩手県全体を反映するものを把握することも必要です。例えば、市町村であれば、会議には２市町が参加していますが、自治体 33 の取組があります。また、看護協会として報告した 10 ページの内容、(3) 地域社会における患者支援の取組についても、看護協会が運営している訪問看護ステーションは３医療圏４か所、居宅介護支援援事業所は２医療圏２か所ですが、県内には訪問看護ステーションは 107 とか 108 ほどあります。そのため、岩手県内を反映するデータを捉える工夫が必要だと思います。岩手県内でどのように取り組まれているか、今回の資料は代表の委員が所属している所の現状だと思いますので、実情の把握や掲載の仕方には全数なのか事例なのか工夫をしていくことが必要だと思い、そのことを意見とさせていただきます。
本間副会長	その他ございませんか。
澤口委員	先ほど、各団体が効果的に一つになりながら動くということ、これは素晴らしいことだと思います。先生がお話いただいたように、岩手県は、脳卒中県民会議が機能して、意欲が高まって、関係団体プラス一般事業所、会社が自ら「うちも参加します」というという手上げ方式でやって

発言者	発言内容
澤口委員	いることは、すごいことだと思います。あれは脳卒中という看板は付いていますが、プラス心疾患も加えてやっていくとか、先ほど先生からお話のあった、手足の両方の血圧を測ることで、かなり予期ができる、状態が分かるというお話もいただいたので、そういうところを訪問しながらこの計画を作るだけではなく、県民に対する要望に向けていくのが、この集まりの本筋だと思います。その点を注視しながら、今後進める形にしてはいかがでしょうか。県の方でもそう考えていらっしゃるのかもしれません。 脳卒中県民会議はもう設立して、４～５年経ちます。その中身をもうちょっと幅広くして強化をするということ。それから、先ほど言っていただいた喫煙対策。これがなかなか進まないというところに、やはり柱をもう少し明確なものを立てて、やっていく方向性を出してはいかがでしょうか。
福士 総括課長	御意見ありがとうございます。御意見のとおり、県でも幅広く民間の事業者、各種団体さんにも参画いただいて、脳卒中県民会議をやっているわけですが、おそらくその目指す姿というのは、脳卒中に関わらず循環器疾患全般に関わる話だと思います。 今年はいろいろ、コロナの影響もあって、なかなかその会の活動が思うように進まなかった事情もありますが、こういう法に基づく計画を策定していく過程の中で、広がりを持っていければと県では考えております。 喫煙対策ですが、全くそのとおりでして、先ほど担当課長からもお話があったとおり、男性で見ると、全国２番目の高さということで、非常に深刻な問題だと思っております。受動喫煙防止ということで法が施行され、まさに該当する施設などでの受動喫煙対策は進んでおりますが、一方で、その喫煙そのものを減らしていく取組が今後さらに求められますので、意識して取り組んでいきたいと思います。
本間副会長	その他、これだけはという御発言はありませんか。 質問、御意見がひととおり出たように思います。事務局においては、本日皆様からいただいた御意見を踏まえて今後の循環器病対策や計画策定を進めるよう、また、委員の皆様方も、それぞれのお立場で、引き続き循環器病対策に取り組んでいかれますよう、よろしくお願いします。 次に「その他」ですが、委員の皆様から御発言があればお願いします。 ないようですので、事務局、お願いします。
藤原 特命課長	その他で一点ございます。参考資料２として添付しております、岩手県保健医療計画の今後の予定について簡単にお伝えいたします。11 月下旬に、第２回協議会として書面で中間見直し案についての御意見を多数いただき、ありがとうございました。御意見に対する回答については、以前差し上げたとおりですので今回は触れませんが、全ての御意見について個別に検討した上で、対応させていただいたところです。 なお、解決の難しいもの、全体の書きぶりなど医療計画全体への影響の大きいものなど、検討に時間を要するものについては、次期医療計画又は今般策定する循環器病対策推進計画に対する宿題と受け止め、今後の参考とさせていただきたいと考えております。 現在、保健医療計画については、パブリックコメントの終盤に差し掛かっており、今後、所要の修正を加え、脳卒中・心疾患を含む全体の最終案を、医療審議会に提出し御議論いただき決定

発言者	発言内容
藤原 特命課長	する予定となっております。完成版は、次回協議会で提供いたします。その内容が、今後の循環器病対策推進計画の土台の一つとなり、更に肉付けをしていくことになりますので、よろしくお願いいたします。
鎌田 特命参事	本間副会長、ありがとうございました。 また、委員の皆様には、長時間にわたり御協議いただきましてありがとうございました。 これをもちまして、第３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