

平成24年第1回岡山県急性心筋梗塞医療連携検討会議 議事概要

日時：平成24年8月21日(火) 19:00～20:40

場所：ピュアリティまきび 3階飛鳥

【協議】

- (1) 会長及び副会長の選出について
- (2) 岡山県急性心筋梗塞医療連携検討会議の公開について
- (3) 岡山県急性心筋梗塞医療連携体制の整備状況について
- (4) 岡山県急性心筋梗塞地域連携クリティカルパスの策定について
- (5) 岡山県急性心筋梗塞クリティカルパスワーキング委員の選定について

<発言概要>

- (1) 会長及び副会長の選出について 事務局説明

会長に伊藤委員、副会長に門田委員を選出

○会長（挨拶）

現在、典型的な心筋梗塞は減少しており、死亡率も減少してきているが軽症の心筋梗塞は増えている。確実に言えることは、良い医療を提供すれば患者は間違いなく良くなる、つまり医療システムの問題であるということ。心筋梗塞は発症すれば一流の大きな病院が治すものだと考えられてきたが、それ以前に予防ができるということがはっきりしてきた。今回地域連携パスを作ることにあたって皆さんに心に刻んでもらいたいことは、（心筋梗塞は）発症するということは理由があるので、次にやらないようにするために医者だけでなく看護師、理学療法士、栄養士、薬剤師等が地域医療に根差した形で取り組むことで患者の予後は明らかに変わる。つまり心筋梗塞の治療は、現場に根差したものであるという意味で、地域連携クリティカルパスという発想があるという理解のもとで会議を進めていきたい。

- (2) 岡山県急性心筋梗塞医療連携検討会議の公開について 事務局説明

○委員 これからやろうとしていることは、マスコミや県民にも周知したいこと。こういった取り組みをしているということを広く知ってもらいたいという姿勢で良いと思う。

（異議なし）

○事務局 次回以降、傍聴の手続きを行う。また今回の議事録は県のホームページ

ージに公開する。

○委員 もし会議を妨害するような傍聴人が来たらどうするのか。

○事務局 傍聴規定により、そういった人は事務局で排除する。

(3) 岡山県急性心筋梗塞医療連携体制の整備状況について

○事務局 資料10ページにある医療連携体制図を平成22年度に作っていた
だき、これにより急性心筋梗塞の医療連携が進められている。11ページには連携体制図に示した急性期・回復期・再発予防などを担う医療機関を掲載している。急性期には9つの医療機関から届け出があり県南東部が6、県南西部が2、津山・英田で1、回復期も9つで県南東部が8、県南西部が1、再発予防は27で県南東部が18、県南西部が6、高梁・新見が2、真庭が1となっている。これらの医療機関の連携をクリティカルパスというツールを使ってやろうというのが会議の主旨のひとつである。パスについては、県南東部において「岡山心臓リハビリテーション研究会」が心臓リハビリテーションという観点から「安心ハート手帳」等を作っており、こういったものを参考にできないかと思っている。

○会長 急性期（医療機関）で本当に重要な治療をできる医療機関は偏っている。偏っているために地域に帰すときに地域に同じような医療体制がないと再発してしまう。生活指導もできないということがあってはいけないので、全県で一定レベルの医療ができるようにしないといけない。ここにクリティカルパスを作らなければいけない現状がある。

(4) 岡山県急性心筋梗塞地域連携クリティカルパスの策定について

○事務局 死因別でみると心疾患の死亡率は2番目となっている。平成7年から男女とも減少傾向で全国とさほど変わらない。心疾患の年齢調整死亡率は全国的にみても岡山県は上位に位置しているが、急性心筋梗塞で見ると岡山県の死亡率は、平成22年では男性が全国29位、女性は35位であり上位に位置していない。死亡率の低下と再発予防の取り組みが必要と思っている。心臓リハビリテーション研究会が作ったパスを土台として委員方に検討をお願いしたい。

○会長 岡山県は心臓に関しては全国トップクラスと信じていたが、心筋梗塞になると良くないことがわかった。いよいよこの課題に取り組まなくてはならない。循環器、もっと言えば心臓リハビリテーションの分野ほ

ど多職種の方が関わっている領域はないと個人的には考えている。決して難しいものではないのだが、医者が薬を出して運動制限しなさいと言うだけでは解決しない分野なので、多くの専門分野の方が関わらざるを得ないというのが実態である。そこで心臓リハビリについての具体的なイメージを各委員に共有してもらうために津山中央病院の岡委員にレクチャーをお願いしたい。

○岡委員 （「心筋梗塞の再発予防を成功させるための医療連携システムの構築」についてパワーポイントにより説明： 別添資料参照）

(要 旨)

- ・急性心筋梗塞のクリティカルパスと心臓リハビリテーションは密接につながっている。
- ・心臓リハビリテーションとは運動療法、食事の指導、禁煙の指導、薬の指導、患者教育を含む心理的サポート等を包括的に含んだ多職種連携によるチーム医療と定義され、標準的な薬物治療に匹敵する重要な治療の要素である。
- ・急性心筋梗塞の連携クリティカルパスは現在全国で様々なものが作られている最中であるが、運動指導等を含んだパスの運用例は少ない。また脳卒中のパスが一方向であるのに比して心筋梗塞のパスは双方向であるのが特徴。
- ・急性心筋梗塞の連携クリティカルパスの最大の目標は心疾患後の生命予防あるいはQOLを改善させることであり、その手段として急性期の病院とかかりつけ医が情報共有し、役割分担を行う。また各分野の協力体制が不可欠であり、それを担う行政の役割も極めて大きい。
- ・急性心筋梗塞は診療報酬算定上の整備が進んでおらず、それゆえ全国的に取り組みが遅れているが、逆に言えば今がチャンスともいえる。

○会 長 心臓リハビリテーションの意義が理解できた。心筋梗塞の患者は入院しているときには言うことをきいてくれるが、退院するとまた同じことを繰り返す。重要なことは、急性期の治療が終わって、かかりつけ医にお渡しするとき、同じコンセプトを持って治療を継続してもらうこと、結果再発を防止するという姿勢を取り続けることである。しかもこれは医者だけの仕事ではなく、多職種が情報を共有しながら行っていくこと。

心筋梗塞は様々な動脈硬化の中で一番最初にやってくる。心臓、頭、足という順序ではなかったかと思う。要は心臓さえ予防していればあとは大丈夫ということ。

○委員 一方向でなく双方向でやっていくのが重要で、定期的に長期に亘ってやっていくという視点がポイント。それぞれの医者がそれぞれの思いでやるというのは必ずしも良いことにならない。心筋梗塞は再発予防、心不全の問題、不整脈という3つのポイントが定期的に確認されて、その情報が共有されていないといけない。定期的に患者に来ていただいて確認するというような長期的な視点をパスには盛り込んでほしい。

○会長 生活習慣病ですから定期的にチェックを行うことは重要だと思う。循環器の医者といっても個人の興味はバラバラで、かかりつけ医にお返しする際も、どの医者に診てもらったかで状況は異なることが多い。これでは絶対駄目で、パスのようなシステムによってその部分を支える必要がある。

○委員 自分たちの病院は心臓リハビリというシステムが充実していないし、また通院という形でもやれていないので、今後良いシステムが作れればと思う。

○会長 外来リハビリは難しい。しかし中ではできなくても指示することはできると思う。この取り組みがそのきっかけになれば良い。

(5) 岡山県急性心筋梗塞クリティカルパスワーキング委員の選定について

○会長 今年度中に県としてパスのひな形を作り、全県下の医療関係者等にその主旨を伝えるところまでを行うと聞いている。本日集まっていた委員は各専門分野のオピニオンリーダーの立場で、各領域あるいは地域にそのコンセプトを広げ、教育をしていただきたい。ただしそれをやる前にまずツールとしてのパスを作らないといけないということなので、「岡山心臓リハビリテーション研究会」のパスを土台として、これに各分野、各地域からの意見を盛り込んだ形で完成させ、年内にお披露目していくという作業を担うワーキンググループメンバーを選考する必要がある。時間も少ないので、この場で会長を選考しておきたいと思う。個人的には土台となる「岡山心臓リハビリテーション研究会」のパス作成に主として携わった岡先生が適任と思うがいかがか。

(満場一致で決定)

次に各委員は検討委員会委員が所属する組織から推薦してもらいたいが、いかがか。

- 委員 検討会議の委員がワーキングを兼ねるのは問題ないか。
- 会長 問題ない。逆にワーキング委員にある程度の決定権がないといけないと考えている。持ち帰りでは間に合わないので、その場である程度責任を持って決定してもらわないといけない。
- 委員 ワーキングは目安として何回程度を想定してるのか。
- 会長 土台となる（心リハ研の）パスは、ひな形としてベーシックなことは網羅されていると思っている。まずは主旨をご理解いただいた上で不足する部分を補うような作業になるので、2, 3回程度になるのではないか。
- 委員 開業医にパスの記載をしてもらうのが最も大変で、そこをどうするかが問題である。医者にとっても、カルテに加えてパスも書けというのでは負担が大きい。
- 委員 よその県のパスには、患者さんが書いて病院とかかかりつけ医に持ってくるというのがある。生活習慣病だったら自分で評価していくという姿勢も大事。双方向で医者と患者のそれぞれが書いて評価しあうという形態はいかがか。
- 会長 全部医者が書いていると患者に参加意識がなくなる。自分が書いてチェックしてもらうという事は重要。そういうところをワーキングで協議してもらいたい。一番困るのは、作ったのはいいが誰も使わないということ。ワーキングメンバーにはコンセプトを共有して実を伴ったものを作ってもらい、各委員には各地域やそれぞれの領域でそれを広げてもらいたい。

以上で協議事項が終了したので、事務局にお返しします。

○事務局 （閉 会）

委員の皆様には非常にタイトな日程になると思われるが、よろしくお願ひしたい。