

令和3年度第1回岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議 大動脈解離に関する部会

議事概要

日時：令和3年11月8日（月）19:00～20:00

Web会議（Zoom）

【議題】

- ・岡山県保健医療計画の中間見直しについて（報告）
- ・大動脈緊急症診療体制構築について
- ・その他

< 発言要旨 >

○会 長 岡山県内で大動脈緊急症に関して、拠点病院と準拠点病院を色分けし、できればダイレクトに拠点病院に運んでいただき、患者さんの救命を図っていきたいということで、この会を開催している。

まずは、次第に従い、2の議題（1）岡山県保健医療計画の中間見直しについて（報告）、事務局から説明をお願いします。

○事務局 資料は、1、2、3を準備いただきたい。

資料1は、「第8次岡山県保健医療計画」の中間見直しの概要を記載している。大動脈に関する記載は、四角の2つ目、「第7章 疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築」として、①心筋梗塞等の心血管疾患の医療 ・大動脈瘤及び解離について記載を追加している。

詳細が、資料2「第8次岡山県保健医療計画 中間見直しの内容 ～新旧対照表～」になる。2ページ目、左側に見直し後、右側に見直し前として、記載している。大動脈に関することは、1 現状と課題 （1）予防対策として、3つ現状を追記している。1つ目が、「平成30年（2018）年の大動脈瘤及び解離による死亡数は278人です。全死因に占める大動脈瘤及び解離の割合は1.2%（全国1.4%）で、全国よりも低い状況です。（平成30（2018）年人口動態統計）」である。2つ目が、「大動脈瘤及び解離の継続的な医療を受けている患者数は約千人と推計されています。（厚生労働省「患者調査」（平成29（2017）年）」である。3つ目が、「急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1～2%ずつ上昇すると言われています。そのため、迅速な診断と治療が重要です。」である。

（3）医療連携体制について、現状と課題を追記している。現状として「急性大

動脈解離においては、各医療機関が、対応可能な医療機関への搬送を行っています。」としている。課題として「急性大動脈解離は、発症後、早期かつ適切な治療が重要である死亡率の高い疾病であるため、速やかに専門的な治療を開始する体制整備及び救急搬送体制の充実を図る必要があります。」としている。

資料3 岡山県保健医療計画として、先ほどの資料2 追記内容を盛り込んだ資料となり、95ページ以降が「心筋梗塞等の心血管疾患の医療」について、記載されている。

昨年度、本部会で説明させていただいた内容と同様の見直し内容となっている。

○会長 保健医療計画の見直しが行われたということである。実際に、大動脈緊急症ということで、1次救急、2次救急のコンセプトから、大動脈緊急症と診断された場合、ダイレクトに拠点病院のほうに運ばれるようになったか、これについて確認したい。

オブザーバーで参加いただいている救急搬送体制連絡協議会の方から、現状について、教えていただきたい。

○オブザーバー 大動脈解離について、急性心筋梗塞との区別が、救急現場の段階では、救急隊で持っている機材等を利用しても、判別が非常に難しいところである。一くくりに、心疾患を診ることができる病院に搬送を行っているのが現状である。

○会長 これが、非常に難しいところだと思う。でき得れば、命を助けるために、ダイレクトに治療できる病院に運んでいただきたい。心疾患を診ることができる病院に、必ずしも外科医がいるとは限らない。どんどん診断が遅れていくと、助かる患者さんも助からなくなる。これが現状である。

診断を全て消防隊員、救急隊員の方に押しつけるわけにもいかない。ただ、こういう症例は、まず大動脈緊急症を疑い、拠点病院に運ぶというのは何ら問題ないと思う。大動脈解離と診断、若しくは、疑って拠点病院に運んだが、実は心筋梗塞であったといった、そういう方が良いと思う。

もう一回確認であるが、現状は、胸痛あるいは背部痛の場合は、心疾患を診ることができる病院に運んでいるということで良いか。

○オブザーバー そのとおりである。

○会長 これに関して、先生方から、ご意見いかがか。

○委員 救急搬送体制連絡協議会から説明があったように、救急の立場からすると、胸痛で、蓋を開けてみると、実は心疾患でない場合もある。例えば、気胸、食道の急性破裂ということもあるため、そういうこと全体を含めて許容いただき、今、会長が言われたように、それはそれでよかったというふうな発想があって初めて、心疾患、あるいは大動脈解離等を含めた、助けられる命というのが助けられていくんだ

ろうというふうに思っている。

○会 長       とても貴重な意見である。ここに参加されている施設が、そういうことに対して許容していただき、ウエルカムであるということでもいいのかどうかということである。そうすると、大分、物事は変わると思う。これは、すぐに変わるものではないが、先生方のご意見を伺いたい。

○委 員       診断は、救急レベルでは難しいと思う。大動脈解離は、必ずしも胸痛ではなく、うちの救急でも全く別の方向に行くこともよくある。診断がついた時点でどうするかというところにするしかないと思う。

○委 員       拠点病院があるということが、救急を受ける病院に認識されていて、それが体制化されていたら良いのではないかと思う。救急隊にその責を負わせるのは、無理ではないかと思う。

○会 長       その通りである。今、お伺いしたいのは、胸痛で、取りあえず助けることを考えれば、例えば、運んできて、これは違うのではないかという話も出るかもしれないが、それは許容範囲なのか、確定してから運んできて貰いたいのか。

○委 員       運んできていただいて、全然構わない。救急隊がそこまでするのは難しいと思うが、それはできるのか。

○会 長       それができないため、取りあえず拠点病院に運んでいただく。

○委 員       胸痛とか背部痛があれば、取りあえず拠点病院のほうに向かうという考えは、救急の方でできるのか。

○オブザーバー 胸痛と背部痛で拠点病院に運ぶとなると、かなりの患者数、かなりの台数の救急車が拠点病院に向かうということになってしまい、その拠点病院のキャパの問題が今度は生じてくるのではないかと思うが、いかがか。

○会 長       今までよりも何倍かに増える可能性があるということか。

○オブザーバー そのとおりである。

○会 長       承知した。ほかの施設はいかがか。

○委 員       胸痛・背部痛の方に、来ていただいても構わないが、その時点で、我々は心臓病専門病院となるため、例えば呼吸器疾患、気胸などの場合は、ほかの病院に転送ということになると思う。むしろ、問題は、心臓血管外科のないような施設に胸痛・背部痛が運ばれることが、多いと思うが、そういうときに、運ばれた先の病院に対し、拠点病院というのを周知し、認識してもらっておき、拠点病院へ運べば対応してもらえるということを、知っておいていただくのが良いのではないかと思っている。

消防隊に、解離や心筋梗塞と診断して、搬送して貰うのは、無理があると思うため、その辺は現状のままで、むしろ心臓外科あるいは循環器内科のない施設から、

次の転送先を早く確保できるようにするほうが現実的ではないかなと思ったが、いかがか。

○会 長 ほかの病院も伺いたい。

○委 員 県北は、当院しかない。この疾患だから駄目だとか言うことはない。解離は意外と死亡例が多く、当院も3年間で120例程度、A型解離が来て、6割程度は亡くなっている。よく慣れた救命士さんは、解離だと思えば事前に伝えてくる方もおられ、びっくりしたこともある。県北の場合は、当院しかないため、あまり悩むことはないと思う。

○会 長 その他、いかがか。

○委 員 今のところ、岡山県内で拠点病院は4つ、準拠点病院が3つという理解である。そうなると、胸痛・背部痛を全て、この拠点病院4つに運ぶということになると、現実的には、キャパシティーという問題で難しいというふうに思う。このため、先ほど、委員の先生も言われたように、準拠点病院あるいは外科のない循環器等を扱っている病院、医師側で、拠点病院、準拠点病院をしっかりと認識していただくということが、ベースとして最も大切と思う。理想的には、救急車の中である程度、例えば無線を使いながら、iPadを使いながら、診断をつけながら、拠点病院へ直接運ぶという、2本立てのような形で行く必要があるかと考えている。

○会 長 先生方の考え及び救急の考えが、これでよく分かったと思う。診断がつけば拠点病院のほうに運んでいただき、緊急手術に持っていく時間をできる限り短縮したい、拠点病院以外に運ばれた場合でも、できるだけ緊急に拠点病院へ搬送していただきたい。死亡例も多い、命に関わるということで、体制づくりが急務ということでは間違い。全ての症例が運ばれてきても、対応できないし、診断を当然、救急隊に押しつけることもできない。

そこで、救急隊の方がもしよければ、こういう症例は特に疑った方が良く、こういう症例は特に問題なさそうといった、救急隊の方に我々のほうからレクチャーの場を与えていただければ、我々の分かっているところを講演して、あるいは質問を受け付け、少しでも患者さんのトリアージに役立つ情報を与えることができるのではないかと考えている。

もしそういうことが、我々のほうから提案させていただく、アイディアが出た場合は、いかがか。

○オブザーバー 岡山県下の全ての消防本部の救命士が対象になると思う。そうなると、県の救急搬送体制連絡協議会（メディカルコントロール協議会）の作業部会がある。願ってもない話のため、この作業部会で一旦提案していただき、それから各地域、県南東部、県南西部、美作といった、その地域のメディカルコントロール協議会で実際

に講義をしていただくような調整をさせていただくという方法はあると思う。恐らく、どこの消防本部においても、講義や研修をしていただくというのは、願ってもないことだと思うため、よろしくお願ひしたい。

○会 長 先生方、もしそういう依頼があった場合、お引き受けいただけるか。

大丈夫そうである。

基本は全て、緊急事態となっている患者様のためであるため、ぜひそういう形で進めていくことができればと思う。

先ほどの中間見直しの内容に関して、ご意見等いかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 続いて、議題（２）大動脈緊急症診療体制構築について、事務局から説明をお願いしたい。

○事務局 資料４、５、６、７、参考資料１、２をご準備いただきたい。

資料４は、現在の大動脈緊急症診療体制について記載しているものである。昨年度、心臓血管外科標榜病院に対しアンケート調査を実施、本部会において、ご協議いただき、拠点病院を４病院、準拠点病院を３病院として位置づけている。

今年度、部会委員のご意見を伺いながら、資料５のとおり、心臓血管外科標榜８病院及び岡山県消防長会へアンケート調査を実施させていただいた。

その調査結果のとりまとめが、資料６である。回答の詳細については、参考資料１、２になる。

今年度の調査結果としては、心臓血管外科標榜８病院のうち、７病院から回答をいただいている。昨年度は、準拠点病院と位置づけていた、岡山大学病院が今年度は拠点病院として対応可能であるにご回答いただいている。また、津山中央病院が、昨年度は平日のみであれば拠点病院として対応可能としていたが、今年度は、拠点病院として対応可能にご回答いただいている。

資料７について、現在は（案）としているが、本部会において、協議いただき、周知したいと考えている「岡山県大動脈緊急症診療体制について」になる。岡山大学病院が拠点病院にご回答いただいているため、拠点病院が５病院、準拠点病院が２病院として、今年度の体制をご協議いただきたい。

先ほど、救急搬送体制連絡協議会からもご意見があったが、救急の方では、参考資料２のように、大動脈緊急症ということの判別が難しいにご回答いただいている。そこで、会長からも提案があったが、研修等の機会を設けてはどうかと考えている。また、先ほどご意見もあった、医療機関側に対する拠点病院、準拠点病院を周知することに関して、県内の病院、循環器系を扱うような診療所に周知を考えており、ご意見を伺いたいと思う。

○会 長        まず、拠点病院に関して、昨年度からの心臓病センター榊原病院、川崎医科大学附属病院、倉敷中央病院は実績もあり、そのまま良いのではないかと考える。今回、2つ変更があり、準拠点病院であった岡山大学病院が拠点病院とされている。そこに関して、副会長、いかがか。

○副会長        いろいろトレーニングをして帰ってきた若い先生たちも含めて、一年365日24時間という体制を整えた。しかし、外科で手術をするだけでなく、場所も必要になるため、救命救急センター、麻酔科、もちろん会長のところの循環器内科を含めて、お話をさせていただき、今後増えてくるであろう大動脈疾患に対して体制を整えるということで、人的なこと、入れる箱も少し整えさせていただき、ハードとソフト面が整ったため、今回、拠点病院で提出させていただいた。

先ほど、救急隊からもあったが、最初に胸痛だけで拠点病院に搬送していると、先ほど委員の先生も言われたが、オーバーフローしてしまうことを懸念している。ただし、今の体制からすると、救急搬送中に心電図の伝達、簡単な四肢の血圧の判定といったことが可能になるかと思っているため、その辺も含めて、患者さんを助けるという目的で、間に病院が挟まってくると、時間的なロスが非常に多くなる。搬送中のモニタリングというのも、ぜひ拠点病院の中では整えていただき、病院に到着したらすぐに診断から治療へと話を進めるようなことを岡山県でしていただければと思う。

○会 長        もう一つ、副会長にお伺いしたい。心臓血管外科の関連病院である岡山医療センターは、まだ準拠点病院ということで、良いか。

○副会長        拠点病院としても対応できるのではないかと思う。心臓血管外科医としては、恐らく整えられそうかとは思いますが、病院自体の箱の問題もあり、一年365日24時間というのは、難しい印象である。

○会 長        岡山赤十字病院が準拠点病院にもなっていないが、これはどうか。

○副会長        心臓血管外科医が、今2人になっており、これから恐らく準拠点病院になっていくかなという形である。今、川崎総合医療センターでトレーニングしていただいた先生が移ったため、循環器内科、救急も充実しており、心臓血管外科医だけの問題と考える。今後は、準拠点病院として対応できるようにはしたいと思っている。

○会 長        続いて、津山中央病院である。昨年度は平日のみという限定つきであったが、我々の願いとしても、患者さんの願いとしても、拠点病院になっていただきたいと思っていたところ、「平日のみ」が消えるということで、よろしいか。

○委 員        当院の場合は、平日のみといっても、当院しかないため、土日もある。当院でできるときは対応し、難しいときは心臓病センター榊原病院や岡山医療センターに転送する形で対応している。県北の病院の責任として、やらざるを得ないと思ってい

る。今、医者も増えてきて、解離などの手術も教えていってるため、今後は少しずつできていくのではないかと考えている。このため、一応全部受けるという形で回答している。

○会 長       ほかの施設から何か、ご質問等いかがか。

○委 員       津山中央病院について、アンケート結果を見ると、昨年、急性大動脈解離が2例しかないが、それは、先ほど言われたマンパワーの問題になるのか。拠点病院として対応する場合には、もう少し転送しないで実施できる体制が必要ではないかと思うが、いかがか。

○委 員       その通りである。実際、私一人で実施していたが、その当時、15例程度対応していた。しかし、体調の問題もあり、夜は対応しないという体制に変更した。今、新しく来た先生が、少しずつ始めてくれている。まだ、体制が完全にはできてない。当院の場合、解離について、夜中に対応することが多いこともあり、転送している場合も今のところ多い。症例を多く対応できていないのが、現状である。時間がかかるかもしれないが、県北の拠点病院は当院しかないので、一応受け入れて、対応できるときは対応する、できないときは県南で助けてもらうというような形で、少しずつ離陸していき、元の体制のような形に戻していきたいと思っている。

○委 員       夜中が厳しいのは、確かに分かる。もう一つは、自分たちのところで何か手術を行っていて、そこに来たケースはどうか。

○委 員       そういうことも、結構ある。そういうときは、心臓センター榊原病院に依頼し、医者についてきてもらっている。当院は、野戦病院であり、一般の手術、心臓の手術、内科がPCIを実施しているといった、誰もできないということが結構多くある。そういうときは、心臓病センター榊原病院にお願いして、来てもらう。長年のネットワークで、持ちつ持たれつのような感じでは、できている。委員の先生のところは、解離は夜が多いのか。

○委 員       必ず夜でもない、夕方以降が多い。

○委 員       当院は、ほぼ真夜中が多い。7時8時頃に来て、夜中から始める。ミッドナイト・サタデーナイト・サンデーナイトサージェリーと言うこともあり、そのようなものかと思っていた。長崎では、割合日中対応するという事も聞くため、地域によって差があるのではないかとしたりもする。論文等を読むと、解離の発症は大体夜中2時と書いてあったため、夜中になるのかとは思う。

○会 長       県北の患者さんのことを考えると、できるときは、津山中央病院に行くのは間違いない。これを準拠点病院という形にすると、すべて県南に運ぶということになるので、それは逆に、患者さんのためにもならない。体制を今、着々と整えておられるというのは、内科の側からも聞いており、先生のところの若手の心臓血管外科医

が育っているという話も聞いているため、それを期待して、数を増やしていただき、体制を整えていただくことになろうかと思う。

他にご質問等いかがか。

○副会長 川崎医科大学総合医療センターであるが、循環器に特化した集中治療室というのがゼロとなっている。これは、川崎医科大学総合医療センター自体が循環器に特化した集中治療室を持っていないという理解でよろしいか。

○委員 集中治療室は、きちんとしたものがある。循環器内科と麻酔科で管理しており、心筋梗塞、解離、救急をきちんと受けて、そこで診るという体制はある。ゼロで記載しているのは、私にはよく分からないが、実態としては確保している。

○副会長 このCCUという考えだが、我々のところも、体制が変わっており、今までCCUであったのが、ICUにしようという方向の動きがある。このアンケートで来年実施すると、来年はゼロということになるかもしれない。

アンケートはそういう意味で、今後は、少し変えても良いのではないか。集中治療室があるかどうか大事だと思う。

○会長 岡山大学も同じことが起きている。今までCCUは6床あり、ICUと同じフロアにあった。運用の仕方をもう少し弾力的にしたいということで、全部ICUの中にひっくるめるという形になった。そうすると、名前だけはCCUで残すよう言っているが、同じような運用になる。これは弾力的にベッドを運用するために必要なことだと思うので、今後、アンケートを取るときは、そういう形に変えたほうが良いのではないかと思う。岡山大学も、この基準でいくとゼロになってしまうかもしれない。その代わりに、たくさん救急患者さんが来たときは、ベッドを増やすが、それ以外のときは手術でも使用可能と、そんな形の弾力運用に、岡山大学病院もなっている。

ほかにいかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会長 では、岡山大学病院が拠点病院、津山中央病院が平日以外もできるだけ対応するように今後努力していくということで、お認めいただけるか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○会長 ありがとうございます。

続いて、次第の3 その他に移る、事務局からいかがか。

○事務局 岡山県循環器病対策推進計画策定について、進捗状況、今後のスケジュールについて報告させていただく。

資料の「岡山県循環器病対策推進計画（仮称）」の策定について、をご覧ください。

健康寿命の延伸等を図るために、脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法という法律が令和元年12月に施行されている。法律の中で、各県での循環器病対策の推進に関する計画の策定が義務づけられたことから、今回、県計画を策定するものである。

1 策定の方向性として、国が令和2年10月に策定した循環器病対策推進基本計画を基本として、本県の循環器病の予防に関する状況や、循環器病の患者等への保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況、循環器病に関する研究の進展等を踏まえるとともに、現行の県の第8次岡山県保健医療計画や第2次健康おかやま21等の既存計画との整合性を図り、策定をしていく。

2 計画の期間であるが、今回策定する最初の計画は、岡山県保健医療計画などの既存計画と内容について調和を図ることが望ましいことから、今の第8次岡山県保健医療計画が令和5年度までということもあり、終期を合わせて、令和4年度から令和5年度までの2年間とし、その後は6年ごとに計画を見直すこととしている。

3 計画の主な内容であるが、国の基本計画の内容も踏まえ、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実、循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備と研究推進、この3つを主な施策と考えている。

4 策定のスケジュールであるが、計画策定については、岡山県循環器病対策推進協議会を設置し、7月に1回目の協議会を開催、計画の骨子案について検討、10月に第2回目の協議会を開催し、計画の素案について検討していただいた。

今後は、11月中旬に計画の素案を公表し、パブリックコメント、意見募集を実施する。いただいた意見も踏まえて、3月までには計画を策定するという、流れになっている。

○会 長 対策基本法に基づき、県で協議会をつくり、先生方の多くも参加していただいているが、県で基本計画を策定している段階である。

ご存じの方は、よく知っておられると思うが、予算的な裏づけが全くない。重要なことは、今まで循環器あるいは脳卒中に関して、県がこれだけの計画を立てたことである。今後、予算的な措置が講じられれば、それに従って動いていくであろうし、県のほうも、循環器疾患、脳卒中の重要性に関して、法律的な裏づけがあるから動きやすくなっているということもある。政策的な位置づけという形でこの疾患が位置づけられた、これが法律の方だと思って良いのではないかと考えている。

例えば、移行医療センターについては、そのために職員を雇うのか、どこに設置するのかという話があったりするが、それもまだ予算的な裏づけができてないとい

うことである。ただ、その方向に今後向かおうとしているのは間違いないわけであるため、動ける範囲で動いてくださいということになるだろう。

基本計画に関して、もう一つ、県によって、かなり進捗状況が違っている。既に、二つ、三つの県はパブコメまで終わっているというところもあれば、約3分の1の県はほとんど手がついてないというところもある。その中において、岡山県は、割と早い段階で動いていただき、ここまで、取り組んできたということになる。

その他、いかがか。

○オブザーバー 最初の頃に話が出た、救急救命士に対する教育は、非常に大事だろうと思う。だが、救急救命士に診断をするように言うのは無理であるため、教育には協力したいと思う。

もう一つ大事なことは、送ってくださる病院の方々への教育である。委員の先生が言われた、4割程度、到着までに亡くなるというのは、これはおそらく、血圧の管理ができていないのだろうと思う。委員の先生のところに生きて到達すれば、まず助けてもらえるのを、向かっている間に破裂するというようなことが起きているのだろうと思う。ある紹介の先生は、A型解離で血圧80なので、カテコラミン投与しながら送りますということがあり、「とにかく血圧上げないでください、やめてください。」といったことがあった。当院ではルール100というのを適用しており、手術に入るまでに絶対100を超えてはいけないようにしている。このあたりの送ってくださる病院への教育というとおこがましいが、こういう管理をして送ってほしいということを徹底することも大事かというふうに聞いていた。

○会 長 極めて重要な指摘である。

まず、救急隊の方には、解離、あるいは大動脈緊急症というものを、ぜひ知っておいていただき、疑うだけで結構である。診断は当然のことながら不要であるが、高度な施設に搬送していただいたほうが間違いはない。そして、多くの方は、搬送先の施設で受け入れていただけるのではないかと思う。まず、そのための教育に関して、各地区で対応できるよう、皆様方のご協力をお願いしたい。

もう一つは、オブザーバーの先生が言われたように、多くの場合は事前に、循環器を扱えそうな、あるいはそれ以外のいわゆる救急のERなどに行ってしまうと思う。そこの先生方の教育というのは、極めて重要なのは事実である。それに関しては、各地区で、例えば県北、美作であれば津山中央病院、備中であれば倉敷中央病院、川崎医科大学附属病院、そして備前であれば岡山市内の救急病院がある。かかりつけ医を対象に、こういうレクチャーをずっと、継続的に実施している。最初は

急性心筋梗塞、それから心不全も入れて、いわゆる地域連携パスを含めたレクチャーをずっと、定期的で開催しているため、そういうところに大動脈緊急症も入れて、各地区で展開していただければ良いか考える。

ほかにご意見等いかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長      本日の協議内容をご検討いただき、各地区で研修会等依頼していただければ、我々、対応してまいりたい。

以上