

令和5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 議事概要

日時：令和5年7月11日（火）19：00～20：30

場所：サンピーチ岡山

【議題】

- (1) 令和4年心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における診療状況調査
- (2) 第9次岡山県保健医療計画（心血管疾患）について
- (3) 安心ハート手帳改訂ワーキンググループについて
- (4) 第2次岡山県循環器病対策推進計画の策定について

< 発言要旨 >

（令和4年心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における診療状況調査結果を事務局より説明）

（会長）

急性心筋梗塞の新規入院患者数が大体岡山県で年間1000人強となっているが、この患者数については間違いのないと思われる。

また、心不全がその4倍の4000人ぐらいとなっているが、急性期医療機関のみの数字であり、実際には他の医療機関でも診察を行っているため、もっと多いと思われる。心不全は一度発症すると再発が非常に多い病気である。

大動脈解離が400人弱となっている。

急性心筋梗塞と心不全については、岡山県は全国で唯一、両方に対して全県統一地域連携パスを作成して患者に渡しており、医療が均てん化してどの地域でも同じレベルの医療が受けられるようにと考えているが、患者が受診時に持参しないという問題がある。もしかすると手帳の存在を知らない医師もいるかもしれない。

これらが3疾病、特に心筋梗塞に対する実態となっている。

これらの実態についてご意見はいかがか。

（オブザーバー）

数が確かに多く、心不全、急性心筋梗塞を発症した後に様々な疾患が合併して、複数の診療科に通院しているため、内科としてもサポート、コンサルテーションが必要であ

り、やはり心疾患に対して学ばないといけないと感じている。

(会長)

心不全は common disease と言われている。common disease というのは、特に内科医であれば診ていただきたいもので、誤嚥性肺炎と同じレベルになっている。

しかし、内科医にとっては、心不全のハードルが高いようである。心不全は、様々な機関で実際に診療されている患者が多く、管理体制ができていないと厳しい。今後管理体制をどのように構築していくのかが、各医師が思慮する部分になるかと思われる。

(第9次岡山県保健医療計画(心血管疾患)について事務局より説明)

(会長)

今後、パスを改訂予定だが、パスに関する目標値を削除することについて違和感を感じるが、理由を再度ご説明いただきたい。

(事務局)

現在連携パスについては、医療推進課から希望する医療機関に配布をしているが、急性期医療機関やかかりつけ医療機関に登録していない医療機関からも、配布の希望がある。まずはそれらの医療機関に登録をしていただくことが必要かと考えており、急性心筋梗塞医療連携パスの参加届出医療機関数について、把握をしていきたいと県では検討している。また、パスの目標が3件あることから残りの2件について、目標から削除してはどうかという提案である。

(会長)

パスの配布数等の調査については、今後も統計を取る予定と考えてよいか。

(事務局)

その予定である。

(会長)

配布数の把握ができるのであればよい。

(3) 安心ハート手帳改訂ワーキンググループについてご報告をお願いしたい。

患者に配布はするけれども、診察に持参しないという現状があり、診療に役立っているのか疑問がある。

全県統一パスについて、さらに実効性のあるものにしたいと考え、心不全パス、心筋梗塞パスに関して、それぞれのワーキンググループでまとめていただいた。本日はたた

き台としての案を提示していただく予定としており、ご議論いただきたい。

まずは心不全版から説明をお願いします。

(オブザーバー)

ワーキンググループでの検討内容について、ご報告させていただく。

ワーキンググループにご参加いただいた皆様には、感謝申し上げます。

ご意見を参考にセルモニタリングツールの案を作成した。

安心ハート手帳心不全版については、今回改訂予定はないため、セルフモニタリングツールを手帳に挟むことを予定している。セルフモニタリングをすることにより、心不全の再入院を抑えることを目的としている。

例えば自覚症状、むくみ、疲れやすさ、食欲低下という自宅で観察可能な症状を1点とし、薬の飲み合わせや塩分・水分の摂りすぎ、体の動かし過ぎ、過度の飲酒という1点や2点の状態を自身で振り返っていただく。

3点4点になると、それらの症状に加え、頻脈等の症状が出現を記載しており、近くのかかりつけ医等に、当日もしくは1週間以内に受診していただき、重症化を防げないかと考えている。

5点以上となると、安静時において息苦しさが出現する、頻脈、体重の2キロ以上の増加等、すぐにかかりつけ医を受診するレベルとしている。

青・黄・赤と三つに分け、セルフモニタリングツールを患者に配布することを検討している。

この場で更に改訂すべき点や抜本的な改訂等ご意見いただきたい。

(会長)

これまでの手帳では、患者が体調を記載する箇所はあっても、出現する症状に対し、対処方法がわからないという問題があった。そのため、患者に対処方法を示してはどうかということである。

(副会長)

脈拍の120や100から119という数値について、実際に患者が測定できるのかが疑問である。高齢の患者が増えており、脈拍の測定が難しい方もいるのではないか。

(オブザーバー)

高齢の患者は、自己測定が難しいため、血圧計で血圧を測定した際に示される脈拍で判断していただくことになると思われる。

(委員)

脈拍については、パルスオキシメーター等でも測定可能かと思われるが、家族に測定してもらい、あるいは、脈拍 120 の場合は、10 秒間の数値を測定し、そこから算出してもよいのではないかと思われた。

(オブザーバー)

確かに 1 分間測定しなくても、確認できる。

10 秒だと 20 であるため、10 秒間で 20 と記載を加えたい。

(会長)

認知症を有していれば、体重計で体重を測定すること自体が難しい場合もある。

そういった場合は訪問看護で測定していただく、何らかのサービスを利用した際に、まずは測定するという形にしてどこかでチェックするようにしていただくことが必要かと感じている。

セルフチェックがしっかりできれば、再入院は減らすことができると感じている。

(オブザーバー)

1 点や 2 点の軽症の際に、自身で振り返ることや 3 点や 4 点の際に受診すると再入院が少し減るのではないかと感じている。

(委員)

大変良い試みだと感じた。

自己測定が難しい場合は、かかりつけ医等や訪問診療医に、評価を依頼すればよいと思う。

(委員)

自己測定や家族に測定を依頼することについてだが、そのような方は何らかのケアを受けている方が多い。

デイケアや、訪問看護等で測定してもらえばよいと思うが、手帳を渡していることを知らせることが大事かと思う。

地域連携の基本的なところかと思うが、患者が持参しているという申し送りが基本的に大事かと思われた。

(会長)

これまでの発想であれば、かかりつけ医と患者と急性期病院だったが、ケアを提供する施設にも知ってもらわなくてはいけない。

(副会長)

ケアマネージャーを対象にウェブで啓蒙活動を行っているが、かなり良い評価をいただいている。確かに医療介護との連携をしていただくと非常にいい形になるのではないかと思う。

(会長)

心不全患者でもCPXができる年齢とできない年齢では、全く違う。高齢になると、心肺運動負荷試験ができない場合が多い。

そのため、高齢者が利用する介護施設にアピールすることは、とても重要だと感じる。

(委員)

数値は後に集計できることが良いと思う。入院時に点数によってどうだったのか、わかるようにすればよいかと感じた。

そのためにも、この手帳を常に持参いただくことは、必要だと思う。セルフアセスメントを実施することで、入院が減らせたのかどうかをぜひ知りたい。

(オブザーバー)

病院にアンケートを実施した際に入院時の点数についてご確認いただきたい。

(会長)

続いて、安心ハート手帳急性心筋梗塞版の説明をお願いしたい。

(オブザーバー)

今回、2018年から両方とも改訂がなかった、心筋梗塞版、冠動脈疾患版の改訂を行った。

心筋梗塞版の安心ハート手帳の内容を中心に改訂し、冠動脈疾患版はガイドラインの内容に合わせて改訂した。

心筋梗塞版については、症状が出現しないように、患者と医療機関が一緒に自己評価結果を見ることができるよう記載部分に反映した。

また、心筋梗塞等の医療連携体制の中で、急性期医療機関と回復期医療機関を繋ぐ地域連携クリティカルパスがあるが、岡山県では、クリティカルパスは、連携時に運用されていないと理解していたのでそれに相当するものを作ることにした。

心筋梗塞地域連携フローをご覧いただきたい。

患者の退院時に紹介状に添付いただくことを想定し、かかりつけ医の心筋梗塞に対するフォローの内容を具体的に記載した。

主に脂質に関する内容が多くなっているが、脂質改善が確実に効果があると考えてい

るため、急性期病院での、脂質低下について具体的に記載している。

LDL コレステロールについて、70 を基準として組み立てている。退院後の医療機関との連携内容については、手帳の持参を依頼してくださいと赤字で記載している。

手帳がうまく活用できていないことについていつも話題になっているため、随時、手帳を持参するように患者に伝えることを強調している。

退院後3ヶ月後ぐらいまでは、急性期病院の責任として脂質管理の目処を立てることを想定している。そのため急性期病院を退院後に外来を受診し、脂質管理の方針が70未満の目途が立った時点でかかりつけ医に返し、かかりつけ医に1年間フォローアップしていただき、1年後も定期的に再検査いただくことを想定している。抗血小板療法の調整を必ずしていただきたいという形のフローを作っている。

脂質管理と抗血小板療法に加えて、その他に血圧や血糖管理に関してかかりつけ医療機関に記載している症状があれば、急性期医療機関に紹介することも記載している。コレステロールを低下することを強調しているため、コレステロールの下げすぎについて、Q&Aの形で記載している。

想定している運用方法は、手帳を渡す際に一緒に患者に渡すことに加えて、この地域連携フローを県のホームページからダウンロードできるようにして、誰でも活用できるようにしたいと考えている。

次に手帳だが、4ページのあなたの治療の流れについて少し内容を改訂している。地域連携フローに合わせて退院後1から3か月、退院後6から12か月、12ヶ月以降と期間を区切り、それぞれで役割を記載しているが、必ず手帳を持参してくださいと赤字で強調している。

6ページの運動処方箋に関して、この後に実際にメッツ表を入れた方がわかりやすいという意見があったため、日常活動エネルギー所要量を追加した。

7ページの心筋梗塞の管理目標値については、現在の状況に沿って改訂した。

BMIは現在、必ずしも22がベストではないとされており、年齢等に合わせて、目標を決めるべきとなっている。そのため、一律に22とするのではなく、患者のBMI値を記載することができるようにした。

また、HbA1cも7.0未満が基準値となっているが、高齢者に関しては必ずしも7.0未満ではないため、そのことを記載し、脂質に関して基準値を記載し、LDLコレステロールに関して、70未満と明記した。

以前は、血液検査でプラビックスについて触れているが、プラビックスは現在は活用されていないことが多いため、削除している。

8ページ、二次予防の目標達成チェックリストについては、情報を凝縮し、目標を達成するまでの過程を見る形にまとめている。基本的にかかりつけ医が記載し、患者と一緒に確認するものになっている。

次に患者がセルフアセスメントを行うあなたの日々の生活記録についてだが、メモの

欄を小さくし、医療者からのコメントについて追加した。

また、血圧や脈拍をもう少し上段にし、運動の有無、服薬状況を記載する欄を追加している。

目標の達成具合をチェックできるよう、1ページで1週間としており、約3ヶ月は最低でも記載できるようにしたいと考えている。

手帳と地域連携フローを照らし合わせて、患者の退院後の管理について、急性期病院とかかりつけ医のどちらが主体になって何をするのかをはっきりさせたいと考えている。

これまで問題となっている点は、急性期病院がかかりつけ医に、退院後の管理方法について、紹介状を記載しても、その通りにしていない現状があることや、抗血小板剤の中止時期を記載していても、中止せずに服用していることが頻回に起きていることから、急性期病院が患者に合ったタイミングを考慮して、管理するべきかと考えている。冠動脈疾患の手帳の改訂は、食事療法の定義等、新しいガイドラインに沿って表記方法を変更している。食事の注意点やお薬の内容も修正しているが、現在は使用されていないものを削除し、抗凝固薬に関してはワーファリンとDOACをまとめている。また、ARBをARNIに変更している。また、脂質異常症治療薬については、資料のとおり修正している。また、禁煙についても一部改訂した。

(会長)

脂質管理がかなり重要であるため、急性期病院で3ヶ月以内に脂質低下療法をきちんと行うこととかかりつけ医もその目標値を達成し続けているかを確認する。

また、「冠動脈疾患を上手に付き合うために」は改訂されているので、メディカルスタッフがこれを基に入院中の患者に説明していただくと良いと思われる。

この改訂に関して、ご意見いかがか。

(副会長)

抗血小板薬等の薬剤は急性期病院からかかりつけ医に退院時に3か月後の変更をお願いすると、実際に3か月後にかかりつけ医の先生が変更されないことも少なくなかったように思う。

提案のあった3ヶ月は非常に良い期間ではないかと感じる。

基本的にACSの患者は退院後3ヶ月後に受診してもらい、まずは脂質管理を行い、そのあとに血糖管理などの他の管理を行っている。

内服薬の変更については専門病院が行わないと、かかりつけ医は基本的に変更を行ってくれないと感じている。

(委員)

良く改訂されていると感じる。

年齢によって目標体重が違っていると記載することは良いことだと感じた。

追加して、例えば受診時体重や注意してほしい体重も明記すると体重に患者の注意が向くし、受診の目安となる体重を加えてもよいかと感じた。

(委員)

プラビックスについて、2週間に1回程度の記載があるが、現在、そこまで行っていないのではないかと。

(オブザーバー)

削除をしている。

(委員)

手帳を毎回持参するという記載は、重要であり、当然だと思うが、様々な手帳があることから、全ての手帳を持参するようにと患者に何度も言わないと持参しないと思う。

心筋梗塞の管理目標内に糖尿病管理目標があるが、HbA1c が 7.0%未満は当然だと思うが、65 歳以上の高齢者で認知機能の低下や ADL の低下を考慮して、目標値が 8 から 8.5% 未満は正しいのか。

(オブザーバー)

高齢者の糖尿病の診療ガイドラインから引用している。

高齢の方、特に認知機能に問題がある方には現在、インテンシブな経過は、推奨されていないと、高齢者糖尿病診療ガイドラインに記載されていた。

(委員)

その内容は承知しているが、65 歳以上で認知機能が低下や ADL が低下という内容は、現実とはかけ離れているように感じる。

(オブザーバー)

ガイドラインから引用しているため、勝手に記載内容を変えることはできないが、少し気になっている。

あくまでも手帳のため、変更は可能であると思えるため、ご意見を参考に現実に沿ったものにしたい。

(会長)

アメリカの老年学会の見解を基に、ガイドラインは記載されていると思われる。

Choosing wiselyのもと、ストイックな血糖コントロールは勧めないということがアメリカの糖尿病学会もしくは老年学会から示されていると思う。ご参照いただきたい。

(オブザーバー)

75歳もしくは80歳と現実に沿ったものに修正したい。

(委員)

このサイズはカバンに入れやすく、高齢者にとって読みやすい。

複数の手帳がファイル等で1冊にまとめると私のカルテ1冊になり、患者や医療関係者が書き込んでどうか。

患者は持っているだけで安心となり、自分のカルテであれば大切にしているのではないかと感じた。

(オブザーバー)

患者と医療関係者の良いコミュニケーションツールになると思う。

いろんな疾患にも応用できるし、スマホ等の電子媒体でまとめられればいいのではないかと感じた。

(会長)

公表時期はいつ頃を予定しているか。

(オブザーバー)

本日、ご意見いただいた箇所については、約2週間程度で修正し、ご承認が得られれば、印刷等の契約手続きを行う予定。

10月もしくは11月に使えるように考えているが、校正作業に時間がかかると業者から返答があれば、完成次第公表したいと思う。

(会長)

他に意見等いかがか。また意見があれば、県もしくは各担当の先生にお伝えいただきたい。

(第2次岡山県循環器病対策推進計画の策定について事務局より説明)

(会長)

計画を進めるには、安心ハート手帳を活用することが肝だと思われる。

介護現場等、生活の場において、活用しやすいようにすることが必要かと感じる。

(委員)

急性心筋梗塞の年齢調整死亡率だが、岡山県は全国と比較すると高いということが以前から言われているが、特に県北は高いと言われている。実際に我々も統計をとったことがあるが、心停止で来院した場合、循環器内科で診察していないにも関わらず、亡くなった患者は急性心筋梗塞という病名になっていることが多いようである。

取扱い方法について県内での統一方法を考えており、他の病院ではどうしているのか教えていただきたい。

(委員)

他に原因が見つかる場合はその病名を記載していたが、そうではない場合は、心筋梗塞としていた時代はあったようだ。以前と比べて減ってはいる様子。

(会長)

心筋梗塞の発症数は、岡山県も全国と同程度だが、病院にたどり着かずに亡くなっている症例や急性期病院に搬送されずかかりつけ医で亡くなった方、救急車内で亡くなっている方は、年齢等で心筋梗塞とカウントされてしまっている場合が多いのではないかと。

(委員)

循環器内科がカテーテルを実施したにも関わらず、残念ながら亡くなったという症例もあるが、救急隊員が採血を実施し、トロポニンが陽性だったから心筋梗塞としたという事例も多く見られている。

(会長)

例えば受診時には、日数が経過した心筋梗塞を有している 90 代の患者にカテーテルをするかという話をしないといけないのか等の問題もあり、今後高齢者への治療が課題だと思う。

(委員)

先ほどの SMR の問題だが、医療計画に出てくる平成 25 年から平成 29 年は全国と比較すると本県は約 2 倍程度になっている。

CPA で搬送された事例が、処置も行われて心筋梗塞と診断されている症例が相当数あることは確かである。

しかし、医療アクセスについては、県北は医療アクセスが非常に難しく、病院まで辿り着いていないことが SMR に反映されているのであれば、問題であり、先ほどの見解も検討する必要がある。

(会長)

循環器病対策推進協議会でも県北と県南の医療格差や、かかりつけ医の高齢化の問題等が話題になった。

手帳は、県北と県南の医療の均てん化を行う上での1つのツールになると思う。特に心不全は、医療機関に対処方法を知っていただき、実効性のあるものにしようとしている。

(委員)

2022 診療報酬改定において回復期リハビリテーションを要する状態として、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」が追加され、回復期リハビリテーション病棟において3か月間の入院リハビリが可能となった。急性期 DPC 病院では困難である入院での時間をかけての包括的心臓リハビリテーション(多職種協働での運動療法、学習活動・服薬栄養等の生活指導・カウンセリング)を実施するにおいて最適な環境と、行政は考えたと思われる。

心大血管リハビリテーション料施設基準 I をクリアしている回復期リハビリ病棟を有する病院も県内にいくつかある。同じく循環器病である脳血管障害領域においては、急性期・回復期・生活期診療の流れの中、役割分担が確立している。心疾患も同様に回復期の病棟を育てて活用してはと思う。ちなみに回復期病院が心臓リハをしない、又はできない一番の壁は循環器医の確保にある。なお、今後パンデミックが予想される「慢性心不全」は、今のところ上記回復期リハビリ病棟の適応状態から外されているが、「廃用症候群」の状態として回復期リハビリ病棟で3か月入院可能となっている。

(会長)

非常に重要な観点だと思う。

(委員)

地域連携フローについて、3か月という期間は重要だと感じる。

急性期病院での入院期間は短縮化されており、以前は、多職種で、時間をかけて行うことができていたが、現在は、早く退院してしまう。

3か月間は責任をもって、入院中に行ったことをもう一度外来で行うということを検討することが大事かと思う。

(会長)

私から提案があるのだが、循環器疾患は、がんに次ぐ死因となっており、75歳以上の死因では、圧倒的に心不全が多い。

合併症が多いために、心疾患は、内科医にも関心を持っていただかないといけない。

そのため、総合内科医に今後委員として加わっていただきたいと思うが、皆様いかがか。

(拍手)

(オブザーバー)

本日は、たくさんの意見を聞き、貴重な機会となった。

今後、微力ながら、協力していきたい。

(会長)

それでは、事務局にお返しする。

(事務局)

本日は、お忙しいところご参加いただき、感謝申しあげる。