

令和6年度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6年8月21日（水）19：30～20：45

場所：ピュアリティまきび

【報告】

- (1) 令和5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) 岡山県大動脈緊急症診療体制について
- (3) 脳卒中・心臓病等総合支援センターについて
- (4) 災害時における循環器連携について

1 開会

新任委員紹介

2 会長・副会長選出

検討会議設置要綱第4条による会長・副会長の選出について、事務局案により、会長に上村委員、副会長に門田委員がそれぞれ選出された。

3 報告

【1 令和5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】

○事務局

(令和5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説明)

○会長

令和5年は、新型コロナウイルス感染症がほぼ一段落して、リハビリテーション等がとても活発に行われてきていることが、データから見て取れる。新型コロナウイルス感染症の流行時は、一時、院内院外ともにリハビリを抑制していたが、実際データを見ると、回復期の医療ニーズがどんどん大きくなってきている。

急性心筋梗塞版の安心ハート手帳は昨年度改訂し、心不全版は令和3年度に改訂している。

調査結果について、何かご意見、ご質問等はいかがか。

○委員

安心ハート手帳利用届出機関数の推移について、平成 26 年からのデータは、非常に貴重である。医療機関の地域差は不明だが、利用届出機関数と急性心筋梗塞及び心不全の発症率、再発率との相関についても、データがあればパスの効果を見る上で非常に参考になる。

○会長

調査結果については、アンケート調査を基にしており、県全体の発症率、死亡率等の統計とは独立したものである。県全体での死亡率は、著明に減少している傾向はないが、引き続きアンケート調査を行う必要はあると考える。

その他、特にパスの運用について、ご意見はいかがか。

○委員

調査結果を見ると、高齢者が使うことを考えれば、内容をさらに簡略にした方がいいという話がある一方、管理栄養士及び薬剤師の記載するところがないという意見もあり、非常に悩ましい。

○委員

患者と医師がその場で確認できるようにという趣旨であれば、次回改訂時に前向きに考えたい。

○会長

次回、改訂時に検討したい。

○副会長

本調査結果は、本検討会議の取り組みがいい形で影響を与えている部分もあるのではないかと。心不全パンデミックの中で、本県は急性心筋梗塞及び心不全があまり増えていない。診察をしていても、心不全の再入院が減っているように感じる。また、心臓リハビリテーションは、新型コロナウイルス感染症の影響もあるかもしれないが、着実に増えているのはいいことであると感じている。

○会長

調査結果で、心臓リハビリテーションを行っているかと回答している施設は、安心ハート手帳利用届出を行っている施設か。利用届出機関以外の心臓リハビリテーションを行っている施設は把握しているのか。

○事務局

調査結果の数値は、利用届出施設のみであり、利用届出のない施設については、把

握していない。

○委員

転院が多い心不全の患者の場合、回復期・維持期の病院で心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準が満たせず、診療報酬をとれていない施設が非常に多い。実際は、廃用症候群リハビリテーション料で心臓リハビリテーションを行っていると思われる。心臓リハビリテーションの必要性・重要性は徐々に大きくなっており、また心不全の患者も多い状況であるため、安心ハート手帳等を積極的に活用できる状況になればと思う。

○会長

心臓リハビリテーションの重要性が増しており、パスをより積極的に活用していきたい。

ITの活用についても、昨年度の検討会議で話が出たと思うが、スマホやタブレット等の活用についても運用がうまくできれば、経済的なメリットがあり、また多くの情報をやり取りしやすい。今後改訂する際は、ITの活用についても検討していきたい。

【2 岡山県大動脈緊急症診療体制について】

○事務局

(岡山県大動脈緊急症診療体制を説明)

○会長

大動脈解離もパンデミックと言われるほど、多くなっている。治療のためには、大規模なチームが必要であり、拠点病院の5病院が常に全ての患者を受け入れられる状態ではないとの意見が部会であった。6病院でしっかりと連携していきたい。

【3 脳卒中・心臓病等総合支援センターについて】

○委員

国の脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業に岡山大学病院が手を挙げさせていただき、採択されている。本事業の状況についてご説明させていただく。

国の循環器病対策推進基本計画において、脳卒中・心臓病等（循環器病）患者を中心とした包括的な支援体制を構築するため、多職種が連携して、総合的な取組を進めることとしているが、これまでに都道府県が医療計画などで実施している対策よりも幅広い内容であり、各医療施設で個々の取組はされているものの情報が行き渡っているとはいえず、全ての支援について、十分なレベルで提供することに対して課題があるとしている。これまでの国の事業は、医療が主であったが、本事業は、医療を超え

て一般的な予防や社会支援等に対して拡充する事業である。本取組を効果的に推進するため、専門的な知識を有し、地域の情報提供等の中心的な役割を担う医療機関に脳卒中・心臓病等総合支援センターを配置し、都道府県と連携しつつ、地域の医療機関と勉強会や支援方法などの情報提供を行うなど協力体制を強化し、包括的な支援体制を構築することにより、地域全体の患者支援体制の充実を図ることを目的としている。

具体的には、都道府県の循環器病対策推進計画等を踏まえ、自治体や関連する学会等とも連携しながら、以下の内容に関する事業を行う。循環器病患者・家族の相談支援窓口の設置、地域住民を対象とした循環器病に関する予防の内容も含めた情報提供・普及啓発、地域の医療機関やかかりつけ医を対象とした研修会・勉強会等の開催、相談支援を効率的に行うための資材の開発・提供、その他総合支援を効率的に行うために必要と考えられるものとしている。期待される効果としては、地域医療機関の診療及び患者支援機能の向上や、国民がワンストップで必要な情報を得られるとともに、より効率的かつ質の高い支援を可能とすることである。

本事業では、都道府県と脳卒中・心臓病等総合支援センターが連携し、地域の病院やかかりつけ医への勉強会や連携を行い、また患者や地域住民に対して情報提供や相談支援を行う。

脳卒中・心臓病等総合支援センターの現状だが、本事業は2022年度より始まり、今年度は、12都道府県が採択されている。3年で、37都道府県が採択されている。岡山大学脳卒中・心臓病等総合支援センターの開設は、7月1日に決定した。循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科、脳神経内科で各々の疾患に対する取り組みを行う。現在は、ホームページを作成しており、ホームページ完成後は、広く県民に周知できる体制をとり、今後市民公開講座等を行う予定である。

パンフレット等については、一般的なパンフレットは既に他県のセンターで作成されているものを活用し、不足している資材は作成する。

今後の運営に関しては、県とも相談しながら、しっかりと運営していきたい。

○会長

組織図にもあるが、本検討会議とも連携しつつ、岡山県全体の事業として成功に導いてもらいたい。

○副会長

我々が使えそうな資材があれば、使わせていただきたい。

○会長

本事業は2022年度から始まっているということだが、しっかりと運営されている事例等があれば、教えていただきたい。

○委員

都道府県と連携して、脳卒中・心臓病等総合支援センターの体制整備していきたい。

○会長

県と相談しつつ、進めていただきたい。

○委員

脳卒中・心臓病等総合支援センターに関与する職種について、心臓リハビリテーション指導士を追加してもいいのではないかと。心不全療養指導士は、日本循環器学会が増やそうとしているが少ない。資格として難しいのは、心臓リハビリテーション指導士であり、リーダーシップを持っているため、積極的に関与していただくという意味でも、検討していただきたい。

○委員

本事業は、患者を心臓リハビリテーション指導士等の専門職に繋ぐ役割が主になるため、様々な職種に関わってもらい、脳卒中・心臓病等総合支援センターを運営していきたい。

【4 災害時における循環器連携について】

○委員

現在、日本循環器学会中国支部の支部長は上村会長であり、支部に災害対策委員会を設置し、循環器病における岡山県内の連携、他県との連携について検討している。

2018年の大阪北部の地震では、重症患者が多く入院している大阪府の国立循環器病研究センターから患者を転院させなければならないという状況になった。また、冬の深夜に南海トラフ地震が発生した場合、岡山県では、死者が約3,000人、重症患者は約1,200人と想定されている。岡山県は、災害拠点病院が12病院あるため、単純計算で1病院100人を受け入れないといけない。災害が発生すると、医療ニーズの把握に時間がかかったり、対応できる人数にアンバランスが生じたりする。東日本大震災の際は、大学病院の院長が士気を上げて患者を受け入れた。

EMISという災害時に情報発信できるシステムがある。本システムは、災害時に病院から出したい患者数や支援状況等を入力することができる。また、県が作成しているGISというシステムで、浸水エリア等がある程度事前に分かっている。例えば、県南東部のところで、浸水した場合に、どれぐらいまで浸水するのか、そこに自家発電があるか等の検証を医療推進課と行っており、災害時の各医療機関の状況はあらかじめ想定している。

コロナ禍において、県庁で患者搬送等の支援を行ったが、小児、妊産婦は、限られた病院であった。疾患によっては特殊な医療機関しか受け入れられないことがあり、

調整が必要になる。

循環器の施設、特に研修指定病院になっている病院は、普段からの災害への意識づけをしてほしいので、アンケート調査を行っている。今後は、全ての県でアンケート調査を実施し、中国地方の循環器の連携について、今年の秋に開催する学会で、ディスカッションする予定。

最終的なゴールは、災害対策委員会のメンバーが、県から任命され、例えば循環器のリエゾンという形で県庁の本部に入る仕組みを作り、登庁して実際に医療機関間の患者搬送等をコーディネートするシステムが必要と考えている。

○会長

最近の南海トラフ地震のニュースを見ている、非常に大きな災害に繋がる可能性があり、災害時には入院している心臓病の患者だけでなく、震災に伴うストレスあるいは負担によってさらに、心不全や急性心筋梗塞の患者が多くなることもある。その際の、受け入れ体制を構築しておくことは重要な課題と思っている。

日本循環器学会中国支部に、各県で連絡が取れる病院のリストはあるが、実際には循環器病病院だけで動くことは不可能であり、やはり県とのコミュニケーションをうまく取れる体制が必要となる。

○課長

災害医療コーディネーターや災害薬事コーディネーター、小児周産期リエゾンは、現在、組織的に動いているが、循環器病については、学会の検討状況や先生方のご意見をふまえ、必要性、あり方について今後検討していきたい。

○会長

議題は、以上となるが、その他ご意見いかがか。

○委員

リハビリテーションに関する話だが、実際、急性期病院から転院する施設は、心大血管疾患リハビリテーション料の診療報酬を取っていない病院が非常に多い。リハビリテーションの診療情報提供書を送る場合、心大血管疾患リハビリテーション料の診療報酬を取っている施設は概ね内容を理解していただけるが、廃用症候群等の診療報酬をとっている施設は、運動の負荷料等があまり詳しくなく、困っているのではないかと思う。有志で県下でできれば統一に近い状況で、リハビリテーションの診療情報提供書のようなものの作成について、私から提案させていただいている。

後日、調査で心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準をとっていると回答している施設について、分かれば教えていただきたい。

○事務局

後日、情報提供させていただく。

○委員

先ほどの委員の話だが、災害時は命令系統について結構大変だった覚えがある。おそらく循環器内科は、循環器内科のネットワークで繋がると思う。救急の先生方、それ以外の様々なところに属されている病院関係の地域 DMAT 等の采配について、県等の行政機関が中心となってくれとありがたいと感じている。

○委員

前回令和4年の診療報酬改定で、回復期リハビリテーション病棟での心大血管リハビリテーション料の算定が可能となったが、休日循環器専門医の配置や心不全が適応病名に無いなどの施設基準が厳しく、両者の施設基準の相性が悪いという制度上の問題から、心臓リハを実施する回復期リハビリテーション病棟が増えない。自院もだが、高いレベルを求める心臓リハビリテーションを実施しながらも、保険点数の低い廃用症候群リハビリ料で請求している状況。今年度の報酬改定による改善を期待したが、何もなくて残念な状況と厚生労働省に伝えていただきたい。

回復期リハビリテーション病棟においては、急性期・DPC 病院では困難な最長3か月間の入院リハビリが可能。在宅での再燃再発防止を想定し、時間のかかる投薬コントロール（最適薬剤と量の選択）と同時に包括的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）を実施するに最適な環境と、行政は考えたと思う。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テーション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・慢性期/生活期の病院・病棟の役割分担が確立し、大きな成果を上げている。心臓病も同様に回復期の病棟を育てて活用されたいと思う。ちなみに回復期リハビリテーション病院・病棟が心臓リハビリテーションをしない、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、回復期リハビリテーション病棟の適応に明記されていないが、現状「廃用症候群」の病名で回復期リハビリテーション病棟に入棟可能。あと、不足する循環器専門医がタスクシフトできる「心臓リハビリテーション指導士・心不全療法指導士」は重要な存在だが、少ない。今後の増員は不可欠であり、ここに他県に無い独自の支援があれば、心大血管疾患医療連携に勢いが付くのではと思う。

あと気になることとして、循環器病対策推進計画は脳卒中と心臓病を合せたもので、根っこ（原因）は同じ血管病であり予防に重点を置くは理解できるが、回復期（リハビリ）の立場からすると、起こった障害（リハビリでは病気でなく障害を診る）はまったく異なる種類のもの、一つにすることが理解しづらい。ご理解、整理いただきたい。

○委員

回復期の対応疾患では心不全が認められていないことも大きな問題。心臓リハビリテーション学会が令和6年度診療報酬改定の際、お願いはしたが、結局認められなかった。

○副会長

幅広く岡山県全体で、急性期病院だけでなく受け入れてくださるかかりつけ医等の機運を高めることも重要と思う。

○委員

看護協会では、10月にまちの保健室をしている。県民への普及啓発したいパンフレット等があれば、提示することができる。

○委員

調査結果について、地域連携パスを持参した患者状況で、持参したが57施設で26%とまだまだ低いが、患者が持ってくるように何かもっといい工夫はないのかと考えている。様々な手帳があり、患者も大変であるが、医療機関側も持ってくるように進める良い方法がないかと考えている。

○会長

一番の肝になることだ。

ITの活用や最初に治療する医療機関が患者のモチベーションをあげるようなこと等も大切だ。やはり継続的に行わないとといけない。

○委員

感染性心内膜炎に対する口腔の感染管理は非常に重要であり、少し違うかもしれないが、認知症に関しても最近口腔の関わりが非常に分かってきている。私どもとしては、医科と歯科の連携は、もっと進めるように、皆様にご協力いただきたい。

以 上