

平成 29 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：平成 29 年 8 月 21 日(月) 18:30 ～ 20:00

場 所：ヒューアリティまきび「飛鳥」

- 【議 題】 (1) 急性心筋梗塞医療連携パス（安心ハート手帳）の検証
(2) 心不全パス策定について

【その他】 保健医療計画（心筋梗塞を含む心疾患）の掲載内容について

<発言要旨>

- 事務局 今年度一回目の会議。今年度は岡山県保険医療計画の見直し年であり、現在次期計画の策定中である。その中で 5 疾病の 1 つで「急性心筋梗塞」とされていたものが「心筋梗塞等の心血管疾患」と見直された。県としても心不全や大動脈解離などについても踏まえた上で医療提供体制を整備していく必要があると考えている。
- 会 長 岡山県では心筋梗塞地域連携パスという他県に誇れるシステムが出来上がっていると思う。県民のためにということで皆様方の意識が 1 つになっていることが大きい。実際に今一番医療費がかかっているのは循環器疾患で、今後心不全が増えてくることが予測されており、心不全に対する診療体制の確立が必要である。倉敷中央病院で走らせている手帳を参考にし、全県に広げるための手帳がようやく出来た。
- 本日は前半で心筋梗塞に関する安心ハート手帳の運用状況の確認、後半で心不全版の説明と検討をしていこうと思う。
- それでは議題 1 の急性心筋梗塞医療連携パス（安心ハート手帳）の検証について事務局から説明をお願いします。
- 事務局 事務局から、安心ハート手帳の現状と調査結果について報告する。
- まず、急性心筋梗塞医療連携パスの届出医療機関数の推移についてだが、半年で 10 件程度増加している。数は県南の医療機関に偏っている。また、全体ではかかりつけ医として届出のある病院が 50、診療所が 155 とおよそ診療所が 3 倍となっている。
- 平成 28 年度下半期の安心ハート手帳の調査結果について。

かかりつけ医療機関200のうち、パスを利用した医療機関は22機関しかない。

今回、急性心筋梗塞による入院患者数は494人。冬場調査なので多めとなっている。パス利用件数については、急性期病院では60%超えとかなり高く、院外紹介の件数も上半期に比べると100件近く増えている。

しかし、かかりつけ医療機関での件数が低く、実際にパスがどのくらい利用されているかというパス運用率は今回17.9%と近年の中ではだいぶ低い。急性期医療機関からかかりつけ医に患者が流れるのに多少の期間があることを考えると、次回調査も確認する必要がある。

自由記述について、利用があった医療機関からはおおむね良いという意見をいただいている。利用がなかった医療機関からは、患者さんが持参しないため利用がないというような実態について多く意見があった。まだまだ周知が足りていないということもあり、かかりつけ医側からのはたらきかけを高めるとともに急性期病院側でも地域連携室などと連携していけたら良い。また、利用基準などがわかりづらいであるとか、説明会があれば良いというような意見もいくつかあった。今年度は心不全パスの利用の説明会を計画しているので、このときに急性心筋梗塞についても併せて説明するよう考えている。

- 会 長 こういったものは利用率が下がりがちだが、定期的にアンケートをとるということは大きい。今回利用件数が伸びたのは榊原病院だが、なにかシステムをつくったのか。
- 委 員 周知展開が少ないということで、スタッフに周知をし直したことが大きいと思う。
- 会 長 病院から患者に手帳を渡すシステムが出来たが、それが使われていない。今日、先生方をお願いしたいのはかかりつけ医に行ったらそれを使うよう説明するという事。
- 会 長 次に、議題の2、心不全パスの策定に関して、まず事務局から説明してください。
- 事務局 心不全パスについて、大きな流れとして、まず前半に関係医療機関や患者情報などがあり、そのあと心不全についての説明が入っている。

後半に生活の記録ということで、患者を中心にかかりつけ医などがチェックするようにつくりになっている。

この会議の場で了承されたら、3,000部すぐに印刷をする予定。

- 会 長 策定ワーキンググループの方から説明しておくことはないか。
- 委 員 安心ハート手帳というのは、急性心筋梗塞でまず作ったものだが、それに習って岡山県が作ったものということで、表紙のレイアウトも心筋梗塞に準じ1つのシリーズとした。

サイズは前回からの流れでA5サイズとした。また、急性心筋梗塞は指導冊子と記入冊子が別だったが、今回は一冊にまとめたところが特徴。内容については倉敷中央病院のパスと、これまでの安心ハート手帳を参考につくっている。また、歯科関連についても項目として入っているのが特徴である。

- 会 長 それでは、皆さんにもう一回見てもらうために説明する。

1 ページ、関係機関一覧

これは、急性期医療機関、かかりつけ医療機関、運動施設等に加え、かかりつけ薬局が入っている。かかりつけ薬局は患者の診断名を知らないため指導がしづらいという現状があるが、こういう形で診断名を伝えることが出来れば、病院薬剤師と同じようにしっかりとした指導ができる。また、歯科を書いたのが特徴。

続いて2ページ、急性期医療機関からかかりつけ医療機関への申し送り事項
この中で一番重要なのは、一番上の体重である。むくみが一番とれたときの体重で自宅へお帰しするはずだが、そこから1キロ、2キロむくんでも全く自覚症状はないので太ったとってしまう。しかしそこは、これは太ったのではなくむくみだという意識を皆で持ち、この体重でいる限り心不全を起こさないという体重を知ってもらう必要がある。

3 ページ目、患者基本情報

これは心不全が一体どのような原因によるものかというところがわかるページになるが、2段目のところに心不全の原因で、高血圧、虚血性心疾患の次に拡張不全と書いてある。実は、今後これが激増していくため、かかりつけ医には、拡張不全を理解してもらわなくてはならない。これは脈が速くなったときに十分に血が心臓に入ってこなくて送り出せない状態であり、75

歳以上の心不全患者の多くはこの拡張不全である。

また、合併症だが、心房細動が今非常に増えてきているのでチェックする必要がある。次にある糖尿病の患者は、ある一定以上の年になると、半分は心不全。糖尿病は、血糖値の病気ではなく実は心臓の病気であると考えている。また、腎不全の方も非常に心不全を起こしやすい。主な増悪因子も、こういうことがあるとこの人の心不全が悪くなるということで、意識していただく必要がある。一つ一つこのように意味がある。

BNP、NT-proBNPは心不全のマーカーだが、低ければいいということでもなく、患者によって適正な値がある。ある一定以上低いと脱水、ある一定以上高いとこれも心不全という幅を知っておいて欲しいということを書いている。

症状安定時の心胸郭比、CTRも非常に重要で、これから大きくなると心不全が悪化したということがわかる。

目標体重は、先ほど言ったようにむくみがとれたときの体重ということで非常に重要である。このような意識をメディカルスタッフ全員が持つと、患者さんをいろんなシチュエーションで指導できると思う。

4 ページ、運動処方せん。

今、心不全といっても運動はした方が良い。筋肉を動かすことによって静脈還流がよくなる。そのため、やっていい運動ならさせるのが良いとされるがそのやっていい運動が個人によって違う。この運動の範囲であれば問題ないという共通意識を岡山県全体で持たなくてはならない。そしてそれがどのくらいの運動かということ日常生活に換算したのが、この下のMET Sである。心不全は運動させないというのはものすごく昔のコンセプトということを知って欲しい。

5 ページ、医療スタッフ連携ノート

これはどういうことを書いてもらうつもりでしょうか。

- 委員 これは、多職種スタッフの連携ノートで、紹介状まではいかない、簡単な連絡事項、あるいは、医療機関同士ではなくて、薬局と急性期病院、あるいは介護施設などとの連携ノートとして考えている。患者さんの再入院を予防するという大きな目標があるので、それに関係するようなことがあればここに書いていただいて、共有する。

○ 会長 増悪因子は個々の症例によって違うので、その原因の共通認識をみんなで持たないと、防ぐことができない。そのコミュニケーション欄になろうかと思う。

7 ページ。これは、心不全に関して非常にいろんな原因があるということで説明しているわかりやすい図である。

8 ページ。心不全の症状

息切れ、疲れやすい、動悸がするとある。

心不全の一つの特徴は、体に必要な血液が来ないということ。骨格筋に血液が十分にこなければ乳酸がたまる。そのため疲れやすくなる。すぐに血液が出てこないの、ちょっと動くだけで脈が速くなり、それを動悸がするという。

あとは、夜間頻尿を入れておいた方がいい。これを前立腺肥大、神経膀胱とよく診断されるが、心臓の機能が弱くなっているせいだというふうに認識しないと、いつまでたっても前立腺肥大の薬と神経膀胱の薬を飲んでいるという事態がおこる。このようなことをかかりつけ医、それからメディカルスタッフ全員が理解していると、一遍に解決がしやすくなる。さらに悪くなってくると、浮腫、息苦しさ、そして、体重が増えるということが起こるが、その手前で診断しなくてはならない。

9 ページ、心不全を悪くする原因

これは患者により様々なので、これをメディカルスタッフの方が突きとめてかかりつけ医に報告してほしい。

その下の図は、心不全が悪くなって入院し、急性期病院でしっかり治療して退院するが、そのときに活動の山がもとに戻らないということを表している。一旦入院すると、余力がなくなっているので、すぐ再入院しやすくなる。心不全の再入院を防ぐためには、余力のなくなった心臓をどのように維持するかが大事になる。

10 ページ、心不全の検査

レントゲンでよくCTR、心胸郭比というが、心不全の心臓の大きさが何を指すかという左心房の大きさである。そのような意味がわかって見ていくと、非常に重要な情報があることがわかる。心電図もBNP、NT-ProBNPも重要な指標であり、また、心エコーでは心不全の原因がわかる。運動負荷検査

で、この人はどのくらいまで運動していいのかが読める。

1 1 ページ、心不全の治療に使う薬

これはきちんと専門医が説明して使いこなしてもらうのが重要。人体は心不全の症状を、ポンプ機能が悪いのではなく出血や脱水だろうと判断する。そうすると、ナトリウムと水をためて、交感神経系を過剰に活性化させるようにはたらくので、心臓の具合が悪くなる。そのため、レニン・アンジオテンシン、アンドステロン系というナトリウムと水をためる経路と、交感神経系を緩める薬が必要になる。この理屈がわからないと正しい薬が出せないののでしっかり説明する必要がある。

1 3 ページは食事療法

この中で1つ重要なのは、塩分制限である。塩分制限と利尿薬は同じ治療だが、利尿薬は腎臓を悪くし、塩分制限は腎臓を悪くしない。それならば塩分制限が有用なはずだが、なかなか難しい。それはきちんと説明が出来ていないからであり、これをしっかり理屈として説明すれば患者は納得してくれる。

1 5 ページ、水分の取り方。

多くの場合、塩分制限だけでいいが、心不全が進行すると塩分制限してもむくんでくる方がいるので、水分のとり過ぎというのは注意するというポイントになる。

1 6 ページ。運動療法。

先ほど理屈は説明した。運動療法は心不全によく効くので、運動させるということとポイントを説明しているのがこのページである。

1 8 ページ。心の問題については岡先生説明いただければ。

- 委員 循環器専門医、あるいはかかりつけ医が患者さんを診る場合に、心の問題があった場合に、全員がいわゆる精神病院にかかるわけではないので、そこをいかに我々が診ていくかということになるわけだが、その選別や可能な治療があれば介入していこうということである。
- 会長 我々も忘れがちなポイントだが、患者からすると心不全という言葉でまず落ち込んでしまう。そして何もしなくなってしまうことがあり得るということを医療スタッフ側は知った上で、患者を助けるという姿勢が重要になってくると思う。

20ページからは日常生活について

ここに関しては、もう本当に患者に読んでいただきたい大事なことが書いてある。自己管理がしっかりできる人は、心不全の再入院は少ない。

23ページ、口腔ケア。ここは、大森先生、紹介していただけますか。

- 委員 心臓の病気を予防する上でも、口腔の状態を改善するのも大事だということと、やはり歯科治療というのは外科医療になるので、内服薬などの薬の問題をしっかり把握しなければ危ないので、今回の連携手帳にかかりつけ歯科まで入れたのは、非常にありがたいことかなというふうに感じている。
- 会長 歯科の管理ができない人はやっぱりいろんな薬の管理ができないということで、歯は大事であると。また、食事にも当然影響してくるので、その指導も重要になってくる。

24ページから生活の記録

最初の項目に体重がきているところが工夫されている。今回の最大の目標は心不全の再入院防止である。そうすると、やっぱり体重が増えないということと日々確認する必要がある。太るということはむくむということとイコールの場合が多々あるので、そこを患者さんに理解してもらうことが重要である。また、脈拍も意外と重要だが、心不全になると、脈拍が増え始める。そして、心不全の方は心房細動を発症しやすい。急に頻脈になると怖いということを書きだけでもかなり予防できるのでは。

このように、解説させてもらったが、本当によくできた手帳であり、これをそのままに説明すると患者理解も深まるのではないかなと思う。

この手帳に関して指摘等ありませんか。

- 委員 フレイルについて入っていないので、心不全の増悪因子にもなるということとをせっかくなら載せたかった。
- 会長 事務局いかがでしょう。
- 事務局 印刷の契約上、ここから大きな変更は難しい。
- 会長 フレイルは非常に重要だが、まずは配布をすることを重視して、第2版で入れていくということでどうか。
- 事務局 フレイルということについていうと、身体的、精神的、社会的な観点などいろいろな観点があり、どこから介入すればいいのかが非常に難しいところもある。問題意識はもっている。

- 委 員 生活の記録は「あなた」と「かかりつけ医」が担当するとあるが、ほとんどは患者が記入ということで良いか。
- 事務局 そう考えている。
- 委 員 上の欄の「体重」は目標体重ということか。
- 事務局 そのとおり。修正する。
- 委 員 目標飲水量は医師が指定するのか。なかなか難しいと思うが。
- 会 長 現実的にはなかなか飲水管理は難しい。重症心不全でなければそれほど関係してこない部分でもある。なので幅を持たせてある。
- 委 員 CTRやクレアチニンの日付は必要ないか。
- 事務局 検査日を記入できるよう括弧を追加する。
- 委 員 例えば、医師と本人が書くところをわかりやすくする提案として、かかりつけ医の部分の部分を緑色にするなどしてはどうか。

- 会 長 それではまた他にあれば順次ご指摘ください。
それでは運用にあたって地域連携診療計画書と心不全パスの使い方の説明を事務局お願いします。
- 事務局 地域連携診療計画書とは患者さんがこれからの見通しを立てるためのものだと考えていただければと思う。これが診療報酬をとる1つの要件となっている。あらかじめ連携医療機関が集まってこの計画書について検討する必要があるので、こちらの様式はあくまでひな形である。手帳のように医療機関に配布はしないが、ホームページで公開して各医療機関で変更して使用してもらえればと思っている。
それから運用マニュアルだが、急性心筋梗塞のパス開始時に作成したものを修正した。心不全について追加している。
また、医療機関のパス利用届出様式も添付している。
- 会 長 少し補足すると、急性心筋梗塞と心不全は、多分急性期病院の考え方が全く変わってくる。急性心筋梗塞は、カテーテル、インターベンションができる医療機関となるので限られるが、急性心不全はそうでない病院もたくさんやっているため、急性期医療機関という考え方ががらっと変わってくる。心不全パスについては新たに急性期病院として機能する病院に配って貰わなければならない、そのため、運用の仕方をもう一回説明し直さなくてはなら

ないということが1つ。

そしてもう一つは、この地域の連携診療計画書を使ってシステムを組んで運用すれば保険点数をとれるということが言われている。

例えば、今まで倉敷中央病院さんがされているシステムで運用すれば大丈夫なわけですね。

- 副会長 うちは毎月、心不全の連携の会議をやっていて、それに、開業医の先生にそのうち3回来てもらえれば制度上は可能となっている。恐らく12回のうちの3回ぐらいということであれば、参加されやすいと思う。
地域で岡山だったら岡山の病院がグループを組んでやるということなどが必要なかと思う。
- 会長 おっしゃるとおり。各病院がやりはじめると大変なことになる。
例えば毎月やるにしても、輪番制でその病院が連合を組んでやっても大丈夫であるというふうになれば、一挙に運用がしやすくなる。そのあたりの考え方としてはどこまで議論が進んでいるか、教えてほしい。
- 事務局 厚生局の見解としては、お互いに意見が双方向でとれるような会議の場であればグループ開催も可能というふうに聞いている。
- 委員 今回の改定で点数に関わってくるようになったので、そこがうまくまわれば運用率を改善する1つの手段になるのではないか。
例えば、今、脳卒中と大腿骨の連携の会を開いてる病院が、それに心臓もあわせてできるかと。ただ、この場合対象施設が少し違ってくる。
- 会長 うまく運用するために、次のシステムづくりが重要である。
これが、すぐにできるかどうかはともかく、まずシステムを走らせる土台はできたという認識だけ今日持ってもらえればと思う。
- 事務局 その説明も含め、備前、備中、美作の3カ所において、かかりつけ医だけでなく、薬剤師や看護師など多職種に向けて説明会を開きたいと考えている。
ひとつご意見いただきたいのが、心不全パスは説明会の前に急性期医療機関に幾らかずつもう配っておいてしまっても大丈夫か。
- 会長 配ってしまっても大丈夫と思う。説明会でも配って、来られなかったところには送付すればよい。
説明会では、心不全パスというものが出来て運用し始めることの説明。そして心不全に関しては、先ほど言ったように、難しく考えずに、まずこれだけ

できたら良いという説明をしようと思う。患者への説明は今後は多職種でや
っていかないといけないので、その方たちにもわかりやすくする必要があ
る。

- 会 長 では続いてその他、保健医療計画の掲載内容について。
- 事務局 これまで国の定める5疾病という中で、心臓については急性心筋梗塞だけ
を取り上げていたが、このたび心筋梗塞等の心血管疾患と改められた。
前回から大きく変わった部分として、慢性心不全、それから大動脈解離につ
いての記述が追加されており、それを踏まえた上で、県の計画も追記してい
る。

現状と課題について、疾患による死亡数は死亡原因の第2位になっており
そのうち急性心筋梗塞による死亡は1,020人、心不全による死亡は1,527人で
ある。予防対策として、特に心不全の再発予防について追記している。救護
・救急体制についてだが、救急体制については保健医療計画の中の救急医療
という項でも説明があるため、詳細な記載はしていない。

医療連携体制については、現状としては急性心筋梗塞のパスのみしか運用
できていないのでそう書いているが、計画見直しときには心不全のことが
書けると考えている。

施策の方向性には、心不全の予防対策についてと、大動脈解離について記
述を追加している。

岡山県の数値目標としては、パスの届け出機関数と利用件数を挙げてい
る。また、年齢調整死亡率だが、平成27年の急性心筋梗塞死亡率が岡山県
は高くなっている。心疾患全体の死亡率としては全国平均並みである。

- 会 長 急性心筋梗塞の死亡率が全国より高いのは信じにくい。岡山の心疾患に関し
ての医療のレベルは高いと思う。しかし、数字として出てしまっている。
- 副会長 心筋梗塞による死亡数が1,020人というのは岡山県の話か。
- 事務局 岡山県の数である。
- 会 長 発症数ではなく？多すぎる気がする。
- 事務局 この数字は人口動態統計の数値で、これは死亡届に書かれた傷病名で書かれ
ているので、検死の段階で心筋梗塞と書かれた数も入ってくる。
- 委 員 治療まで出来た急性心筋梗塞と、来られたときにほぼ亡くなっていて、おそ

らく心筋梗塞として死亡診断書を発行した数とでは、全く違う。

○ 会 長 わかりました。心臓突然死も入っているということ。

こういう数はやはり知っておかねばならないと思う。このような統計をとっていると、心不全に関して減っているかどうかを追うことが出来る。

日本循環器学会でも5年間で5%心疾患による死亡を減らそうという目標を立てた。法律には通らなかったが、それでも現場は動かなければならぬので、体制が出来たというのは本当に重要なことだと思う。再入院は患者のQOLを低下させる上に、医療費としても1回で80万～100万かかってしまうので医療資源も消費する。是非、推進していきたい。

他になにかあるでしょうか。

○ 委 員 1つ質問ですが、保健医療計画の中で、急性心筋梗塞の急性期や回復期として届出した医療機関が、心不全の場合には変わって来ることもあるがそれは重ねて届け出てもよいのか。

○ 事務局 これから検討しなければならないと考えている。事務的にきちんと整理をしなければならないという問題意識はあるが、保健医療計画に急いで載せるより、もう少し時間をかけて検討したいと思っている。

—閉会—