

平成 27 年度第 2 回岡山県急性心筋梗塞医療連携体制検討会議 議事概要

日 時：平成 28 年 2 月 17 日(水) 18:00 ～ 19:30

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) 安心ハート手帳および冠動脈疾患～上手につき合うために～の改訂

【報告事項】 ・ 第 3 回おかやまハートフルウォーキングについて

【その他】 ・ 心不全対策について

< 発言要旨 >

- 会 長 まず、この安心ハート手帳について、様々なところで関心を集めている。香川県ではほぼ同じ形で導入し、岐阜県も参考にするとのこと。各県が取り組む際に、岡山の取組と冊子が注目され、活用されるのはとてもうれしいことである。今後我々のこのシステムを全県下みんなが知るシステムにしていくことが大事なので、その検証を本日举行いたい。
- 事務局 事務局から説明する。
- 配布資料 1 ページ目
急性心筋梗塞医療連携パスの届出医療機関数の推移だが、H 27 年 10 月 1 日の数字と比べると、県南東部で 8 医療機関、南西部で 1 医療機関、津山・英田医療圏で 2 医療機関、合計 11 医療機関が新規届出をしている。
- 配布資料 2 ページ目
岡山県庁HP 上での、安心ハート手帳アクセス件数は H 26 年 3 月頃から 100～200 件程度で推移している。
冠動脈疾患の冊子については右肩上がりで、28 年 1 月のアクセス件数は 608 件と非常に高く、関心を集めていることがわかる。
- 配布資料 4 ページ目
恒例のアンケート調査（平成 27 年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの実績）について報告する。
今回、急性期病院 13 医療機関のうち、回答があったのが 11 医療機関である。

問1 急性心筋梗塞による入院患者数は399人

(未回答医療機関の実績を見込んで推計すると410人程度)

前回は冬場の調査で444人だったため、夏場は冬より若干患者数が減るといふ傾向に合致している。

問3 パス利用件数について、利用が217人、院外紹介が157人、前回調査は利用が193人、院外紹介が140人だったので少し増えている。たまたまかもしれないが、運用体制が次第に整ってきているともいえる。

問5 その他要望だが、A5版の作成や、サイズに関する意見が多い。また、手帳を何度も開くととじ穴周囲が破れやすい、高齢の患者さんは新規ページをプリントアウトして追加するというのは難しい方が多いという現場からの意見があった。

配布資料6、7ページ かかりつけ医療機関に対するアンケート

163医療機関に送付し、回答が105医療機関、回収率64.4%

問1 安心ハート手帳利用の有無については

あり20医療機関 なし85医療機関 であった。

問2の連携した急性期病院は、岡山赤十字病院、心臓病センター榊原病院、倉敷中央病院などがあったが、特に倉敷中央病院は件数が倍増している。パスの情報量に関する問いは今回から削除している。

問3パスに関する意見としては、まずパス利用の医療機関から、手帳のサイズに関したものの、また、この手帳の存在で再発予防の意識があがると思うという肯定的な意見があった。

一方、その他の医療機関からの意見として、かかりつけ医療機関の中では実際に活用した例が少ないので使い方がわからないという意見、普及が進んでいないのではないかという意見も寄せられている。

配布資料3ページ パス運用率

急性期病院における院外紹介数と実際にかかりつけ医療機関にパスを持ってきた件数からすると、およそ4人に1人がかかりつけ医療機関に持ってきたのみであるという数字となった。

以上

- 会長 事務局の説明をふまえると、399人の心筋梗塞患者さんのうち217人がパスを利用してくれるはずだが、実際はきちんと持ってくる患者さんが少な

いということである。患者さんがかかりつけ医に持って来れば、悪いということがわかるけれど、持って来なければ把握できない。

- 委 員 紹介状等でパスを利用したということがわかるようにはなっていないのか。
- 会 長 ないかもしれない。
- 委 員 それであれば、なかなかわからない。
- 会 長 確かに、紹介された側からパスがあるのではないかと聞けない。

これは重要なこと。各病院の工夫で実行できそうなことである。

患者さんがただ持っているだけにしてはいけないということが明確になってきたということである。

次に安心ハート手帳、冠動脈疾患～上手につき合うために～の改訂に関して事務局から説明してください。

- 事務局 議題2の改訂について

これまでパスの改訂については、岡先生を中心に委員内で内容を詰めていただいた。

配布資料8ページ以降に最終的な修正原稿を掲載している。

23ページ以降に事務局からの細かな修正案をあげている。

3月中に印刷し、配布は4月になる可能性もある。

配布は前は各病院に希望部数の調査をかけたが、今回はこれまでのアンケート調査から、各病院の運用数がおおまかにわかるため、およそ3年分を送付する。また、かかりつけ医院には各1部ずつ送付する。

- 委 員 取りまとめた修正内容について説明する。

意見が多数あったサイズについてだが、安心ハート手帳のみA5判にしたいと考えている。冠動脈疾患～上手につき合うために～は患者指導冊子なので基本的には大きくは変わらない。以前この冊子を作った岡山心臓リハビリテーション研究会の先生方に一回修正を確認してもらっている。

今日の委員の方全員に見せることができおらず申し訳ない。

- 会 長 改訂ポイントを説明してください。

- 委 員 安心ハート手帳については手引き部分を簡略化した。また、パス計画書については現在のところ完全な承諾書は必要ないので、サイン程度という形にしている。

急性期病院、かかりつけ医療機関、運動施設、薬局という連携が理想なので

、現在のこの形は残そうと思っている。

治療の流れ、治療記録は大きく変わっていない。運動処方箋、管理目標も大きく変わらない。

日々の記録部分は、A5サイズに合うように枠数を減らし、体重グラフを削除することにした。

また、かかりつけの薬局が指導を記入するページを挿入している。

冠動脈疾患～上手につき合うためにという指導冊子については、文章の短縮化や、薬について「ワーファリン」から「ワルファリン」へ表記を変更した。そして、一番大きな変更だが、歯周病と心臓の関係というページを追加した。

- 会 長 今までファイル形式だったが、これはどういう形の印刷物か。
- 事務局 冊子形式にするのがいいと思っている。
- 会 長 よいと思う。
- 委 員 おそらくいつまでも予算があるというわけではないだろうから、今後ホームページからダウンロードということも考えるとその方がいいと思われる。
- 事務局 ファイル部分がコスト的に一番高かったので、そういう意味でもよいと思う
続いて事務局の変更点だが、主に字句の修正を行った。
加えて、急性心筋梗塞医療体制検討会議となっている部分が、正しくは「急性心筋梗塞医療連携体制検討会議」なのでそのように修正する。
また、最後の利用可能な施設という部分で、現在岡山市内の4施設を掲載しているが、はあもにい倉敷も掲載してほしいという依頼を受けた。
- 会 長 はあもにい倉敷の心臓リハビリテーション講座もいわゆるそのあと運動を続ける施設という形で加えてよいか
(異議なし)
それでは、ほかに気になる点があれば事務局へ連絡すること。

それでは次に、第3回おかやまハートフルウォーキングに関して事務局説明をお願いします。

- 事務局 県の補助事業で行っているおかやまハートフルウォーキングだが、前は津山中央病院が主催し、今回は岡山協立病院が主催した。
事務局も参加したので簡単に報告する。

10月18日、100人を超える参加者で朝9時から12時までウォーキングを行った。リタイアされる患者さんについても周りの医療スタッフが支えており実施することができた。

別添の記事のとおり朝日新聞の取材も受けニュース記事にもなり、一般への普及啓発にも役立ったと思う。

40万円の補助事業だが、これだけの広告をしようと思うとそれだけで40万円かかってしまうので、事業も行えて、かつ新聞に掲載してもらって普及にいい事業だと考えている。

来年度も予算要求はしていることをこの場で報告させてもらう。

○ 会 長 そういうコスト感覚は大事。新聞に出て、啓蒙になって、患者さんの言葉もきちんと出て、すばらしいと思う。

○ 委 員 朝日新聞の記者さんが、実際参加された上での記事だと聞いている。非常に理解があり、後日改めて作られた記事は岡山だけでなく中国版に掲載されたということである。

○ 会 長 このように定番のものになりつつある。今後増えてくる心疾患に運動で対応するというコンセプトを根付かせていくことは大事である。
何かありますか。

(特になし)

○ 会 長 続いて、前回の会議でも触れたが、心不全の対策について検討が必要ということで提案させてもらいたい。

まず心不全の現状について説明する。

・CCUについては心不全だらけである。今まではCCUは心筋梗塞になった人のモニタリングと集中治療のための部屋というたてりだったが、心筋梗塞の患者は翌日にはそこから出ていくのに比べ、高齢者の心不全はいつまでもいる。そしてその数が今増加しており、今後も増加が予想される。

・日本では死因別死亡数では悪性新生物が1位、心疾患2位、肺炎が3位であるが、がんについては体中のがんを全て計上した上での1位であり、心臓単品での死因2位と考えるととても多い。医者が悪いというわけではなく、患者がそういう生活をしてどんどん心臓を悪くしていついていけるといえる。

・心臓を原因とする死因では、心筋梗塞が心不全を上回っていたのは2000年までで、その後は心不全が上回り始めている。そして、その差がどんど

ん開いてきている。

- ・日本は人口減の時代に入ってきたので、人口が減ればそのうち死亡数も減ってくる。しかし、心臓を原因とする死亡は日本の現状でもまだ増えると予想される。

- ・高齢者になる心不全について、実は心不全であるにも関わらず、本当に症状が本格的に出るまで放置されている現状がある。

また、死因を年代別にみると70歳まではがんで死ぬ確率が高いが、75歳を超えると循環器、脳が原因の死亡が増えてくる。2025年問題と言われる団塊の世代が後期高齢者になる時代にはがん対策だけでは不足である。

- ・各病院へのアンケートから数値データをまとめたものによると、心筋梗塞は高齢化社会になっても数としては一定である。かかりつけ医の診察がすごくよくなって薬で防いでくれているのだと考えられる。

ところが、増えてきたのは心不全患者である。がんは確かになってしまったら不幸ではあるが、2週間くらい前まで比較的痛みさえコントロールしておけば元気である。しかし、心不全になると入退院を繰り返し、きわめてQOLも落ちる。そのため、心不全患者が増えると家族の負担、行政の負担、経済的負担がとても大きい。この対策を今とっておかないと、今後急性期病院だけに任せておくとパンクが予想される。

地域一体となってまず予防するということ、そして一旦退院した患者さんを絶対に次に入院させないというような根本的な戦略システムをとらないと医療コストや医者負担ばかりが増えていく。

このような対策を県としてとっているところはないはずである。ぜひこれは県として、全医療機関、全医療スタッフで取り組んでいきたい課題と思う。

システムをどうやって作っていくかという点については、啓発の冊子や医者との連携パスも必要だと思う。

しかし、かかりつけ医が心不全を専門外だから診ないというところが多い。循環器内科がパンクする前に、かかりつけ医が診れるような心不全の指導が必要であると同時に、薬の服用や塩分制限、運動の確認など多職種で患者さんに当たっていかないととても無理なので、システムづくりは早期の課題である。

倉敷中央病院がすでに冊子を作り対応しているのが素晴らしいと思う。そのあたりの話をしてもらえますか。

- 副会長 心不全患者がどんどん増えているのは全くそのとおりである。
会長の考えるような全県での取組は非常にいい提案だと思う。本来開業医の先生まで一緒にやるのが理想だが、現在我々がやっているのは、地域の循環器の専門の先生がいる7, 8病院と一緒にやるような形で始めたというところである。
色々な職種の人に関わることが大事なので、会合を開いていたり、また地域のいくつかの病院に心臓リハビリだけ診てもらおうようなこともやってもらっている。
次のステップは開業の先生にどうつなげていくかと思っている。
施設的に、予防というよりは再発再入院を減らすという試みをしているが、その中で心不全手帳というものを作成し、院内入院中の教育的ツールとして看護師などが使用している。
病院内で試算すると、心不全の患者さんの平均は80歳程度になる。認知症を併存している方も多く、心不全の患者さんで病院が埋まり、急性の他の患者さんに対応出来なくなることも予想される。地域と連携していい形で地域の専門病院に移ってもらったり再入院を予防するというのを協力していくということが必要だと思う。
- 会 長 心不全はやはり、自分が診ようと思う人でないとまず無理なので、かかりつけ医の中から手を挙げてもらってやりたいという人に教え込む、連携することになれば現実的に出来るのではないか。
- 副会長 心不全の患者さんの中にも、ある程度管理すれば再発のリスクが少ない方というのも少なからずいるので、そのあたりは開業医の先生と組んでやっていければと思う。
- 会 長 各病院の現状を聞いてみたい
- 委 員 症例の数は似ている。地域包括ケア病棟におろすので、あふれ返って困るところまでではない。
安心ハート手帳の日々の記録を心不全患者さんこそ毎日書くべき。
共同でこの心不全版を作ればいいと思う。毎日書くのは大変だと思うが。
- 委 員 量としては少ないが、比率はほとんど同じで心筋梗塞1に対して心不全3か

ら4程度。入院中の教育も相当手間がかかり、退院しても高確率で再入院される。地域における日々のフォローアップが必要。

- 委員 県北は高齢化が進んでおり、やはり心不全の患者さんの再入院が多い。原因は患者さん側にあると思っていたが、先日神戸の心不全専門の看護師さんの話では、医師を含めたスタッフ側の問題だと言われてしまった。指導についても手帳が活きるのではないか。
また、高齢者が多いので、医療プラス介護の組み合わせでのフォローが必要になるのではないかと思う。
- 副会長 訪問看護師を取り込む形が一つの方法論として大事ではないかと考えている。
- 委員 予防や一般の方への啓蒙も難しい。骨粗鬆症や認知症に比べて、心臓疾患について学びたいという意識が低い。
また、介護施設の看護職の意識を変える必要もあると思う。
- 会長 各委員が言われることはまさしく現場で感じていることで、医者では無理な部分がある。慢性心不全の場合、生活環境を知らなければならないので、看護師さんに関わってもらえればと思う。
- 委員 心不全は色々な病態があるいわゆる症候群でもあるので、開業医の先生は難しく感じていると思う。心不全を診るにあたって、共通認識としてどういう心不全があるかというものを細かく分類立てて捉えるということも大事だと思う。共通認識を持った上で多職種の方と話し合うと、抱えている問題がよく見えてくる。
- 会長 では、ここまでの議論を聞いて各立場から意見を伺いたい
- 委員 心筋梗塞が今増えていないのは、例えば高血圧やコレステロールや糖尿病が悪いというのが伝わって開業医の先生がコントロールしているからだ。それであれば、心不全の兆候をとらえるチェックポイントが整理され、チェックが開業医の先生でできれば、最初の介入・予防に協力してもらえないかと思う。
- 会長 まさしくそれがやりたいことの一つである。
専門外であっても診断に携わってもらえるように、啓蒙は重要である。
- 委員 在宅をされている先生はすごく熱心だが、そうでないと予防までしてくれるかどうかは疑問である。

- 委 員 多職種によるコントロールという点では保健所で取り組むことができるのではないかとぼんやりとイメージはしている。
- 委 員 実際に再入院しないために薬剤師は大切だと感じた。生活指導も薬局でもできるし、やらなければならない立場かと思う。患者さんのお宅に訪問看護師と一緒にいる現状があるので、指導ができればよい。
- 会 長 心不全の診断名があれば服薬指導がしやすいが、薬局側では現状では診断名がわからないようになっている。そこがわかれば指導してくれるのではないかと思う。
- 委 員 そのためにも晴れやかネットの啓発もしていきたいとは思っている。
- 委 員 理学療法士は運動という部分で関わることになる。実際にリハビリに来てもらってぴたりと再入院がなくなったというケースも多い。総合的に指導を受けられるのは大きい。また、理学療法士の中でも心不全を管理するスキルが十分でないなのでその啓発も必要。
- 会 長 今の話は薬を増やさなくても、リハビリで予防できたということで重要だと思う。
- 委 員 栄養の観点からは、入院日数が短く、なかなか関わりが持てていない。実際退院すると元通りになってしまうことが多い。
呉での体験談だが、個人病院の先生に循環器や心臓疾患の治療について、また薬の使い方や食事の指導をどうしているかを伝えて回っていた。そこで理解してくださる先生も多かったように思う。
- 委 員 運動指導は、今まで健常者を対象にしてきたが、疾患を持っている方に対する対応の仕方を勉強する必要があると思う。
- 会 長 心不全について数が爆発的に増えていて、また心筋梗塞よりはるかに手間がかかる病気であって、これをどうにかしなければならないという共通認識は持てたのではないかと思う。
この対策を県として立てていく形になればいいと思う。
提案だが、「岡山急性心筋梗塞医療連携体制検討会議」となっているが、急性心筋梗塞「等」とするのはどうか。
- 事務局 実際に対策を講じていくのに必要なことと思うので「等」を入れることとしたい
- 会 長 まずはこの組織を使いたいのでそこからスタートしたい。

また、県の予算が心筋梗塞としてとられているので、心不全に対するお金がない。しかし医療のプロとして手をこまねいているわけにはいかない。年2回の会議以外にボランティアに集まっていただくことがあるかもしれないがよろしいか。

(異議なし)

- 会 長 それでは4月から、倉敷中央病院の冊子を基本として連携パスの作成。もう一つは、システムをつくることができればいいと考えている。心不全というのは非常に大きなターゲットになるが、行政と医療スタッフがひとつに組んでやれたらよいと思う。出来れば次回来年度早めに会を開き、今度はどちらかという心不全をどうしていくかという案を持ち寄って考えていくということによろしいか。

(異議なし)

- 事務局 それでは閉会とさせていただきます。本日は長時間ありがとうございました。