

域・活

いき・いき れんけい

連携

2023年11月発行



座談会企画

岡山大学病院／川崎医科大学／
川崎医科大学総合医療センター／
倉敷中央病院／心臓病センター榊原病院／
津山中央病院

「急性心筋梗塞医療連携パス
安心ハート手帳」を用いた
地域医療連携の
取り組み

座談会企画：岡山大学病院／川崎医科大学／川崎医科大学総合医療センター／倉敷中央病院／
心臓病センター榊原病院／津山中央病院

「急性心筋梗塞医療連携パス 安心ハート手帳」 を用いた地域医療連携の取り組み

岡山県は、2013年に「急性心筋梗塞医療連携パス 安心ハート手帳」を作成して地域医療連携に活用してきたが、10年が経過したことから、2023年に大幅な改訂を実施した。また、全県で統一した「急性心筋梗塞 医療連携フロー」を作成し、心筋梗塞治療の向上を目指している。同手帳改訂のポイントや今後の地域医療連携について、今回の改訂に関わった先生方にお話しいただいた。

[取材日：2023年 9月 6日] ＊記事内容、所属等は取材当時のものです。



(左から)
岡 岳文先生 津山中央病院 循環器内科 副院長
上村 史朗先生 川崎医科大学 循環器内科学 主任教授
伊藤 浩先生 川崎医科大学 総合内科学3特任教授・
川崎医科大学総合医療センター 内科部長
門田 一繁先生 倉敷中央病院 副院長・循環器内科 主任部長
廣畑 敦先生 心臓病センター榊原病院 循環器内科 副院長
三好 亨先生 岡山大学病院 循環器内科 講師

「急性心筋梗塞医療連携パス 安心ハート手帳」改訂のポイント

伊藤 最初に三好先生から改訂版のポイントについて説明をお願いします。

三好 今回改訂したのは「急性心筋梗塞医療連携パス 安心ハート手帳」(以下、「安心ハート手帳」と)「冠動脈疾患 上手につき合うために」の2冊です。これらの冊子とは別に「急性心筋梗塞 地域連携フロー」(以下、「地域連携フロー」)も新たに作成しました。



急性心筋梗塞医療連携パス
安心ハート手帳¹⁾



冠動脈疾患
上手につき合うために¹⁾

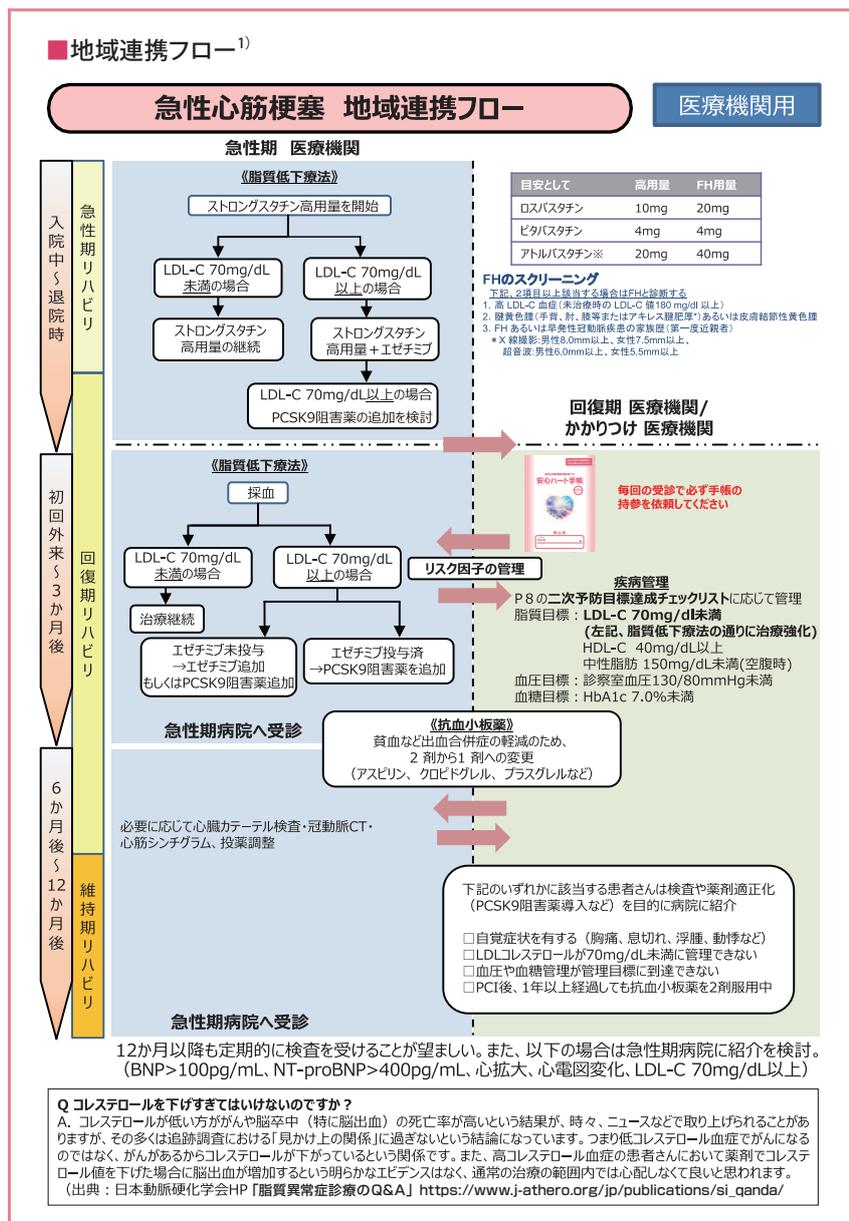
「安心ハート手帳」の改訂に関しては、実際に使用している看護師、薬剤師、管理栄養士、開業医の先生にも参加してもらい、現状に合わせた内容に修正するとともに、患者さんに書いてもらう項目をより記入しやすくなる工夫をしました。また、急性期病院とかかりつけ医双方の意見を取り入れ、医療連携パスとして活用しやすくなるように尽力しました。

「冠動脈疾患 上手につき合うために」では、食事療法は管理栄養士さんに協力してもらいました。薬剤の状況が以前から大分変わりましたので、当院の薬剤師、病棟薬剤師にも参加してもらい、「お薬」の項目は全面的に改訂しました。

今回新規に作成した「地域連携フロー」は、A4判1枚のフローシートで、急性期病院に入院してから退院／退院後3カ月まで／6カ月から12カ月までのフローを、急性期医療機関と回復期医療機関／

かかりつけ医療機関に分けて示したものです。リハビリの時期も併記しました。

今回の改訂目的の一つは、二次予防のリスク管理の強化です。近年、脂質管理はProprotein convertase subtilisin / kexin type 9阻害薬(以降PCSK9阻害薬)など新しい薬が増え、「かかりつけ医の先生の所で増量してください」と言っても判断が難しい部分もあります。ですから3カ月ぐらいのところまで1回、急性期病院が責任を持ってフォローする必要があります。その後も高リスクの1年から2年の間は急性期病院がサポートする体制をつくり、リスク管理等、再発防止の徹底も必要です。「地域連携フロー」はその流れを確認するための



ものです。また、これが今回の改訂で一番大事なことですが、患者さんに「安心ハート手帳」を持って来てほしいということを随所に入れて強調しました。再発予防のためにはセルフアセスメントが重要です。患者さん自身が体重や血圧を評価することの重要性を理解するためにも、「安心ハート手帳」を使ってもらいたいです。地域医療連携も「安心ハート手帳」が使えないとなかなかうまくいかないで、退院時に有用性をしっかりお話して、かかりつけ医の先生と共に「安心ハート手帳」で医療連携を行なう形をつくっていただきたいと思います。

伊藤 三好先生、ありがとうございました。これまで、落ち着いたら地域に帰して終わりではなく、定期的

フォローしている病院もありましたが、それをシステムとしてやっていきたいと思いますということですね。また、2023年に改訂されたアメリカ心臓協会(AHA)の慢性冠症候群(CCS)ガイドラインでも生活習慣の改善を強調しています²⁾。患者さんも医者任せでは駄目で、自分事だと認識してほしいという思いも改訂に含まれているということでした。

心筋梗塞患者のフォローアップにおける「安心ハート手帳」の活用

伊藤 次は「安心ハート手帳」の活用についてです。まず、各施設での心筋梗塞患者のフォローアップのタイミングについて、患者指導の工夫や退院時の介入をどのように行っているか、管理



目標値、投薬薬剤などを急性期病院とかかりつけ医でどのように医療連携しているかなど、お話しいただきます。では、上村先生から。どうされているでしょうか。

上村 私たちの施設では、急性心筋梗塞あるいは急性冠症候群(ACS)は退院後1カ月目と3カ月目に受診してもらい、体調に変化がないか、心電図で変化がないかなどを確認しています。その後は地域の医院で診ていただくのですが、その際は、「心臓疾患を診ます」と手を挙げてくれている医療機関が岡山県内に154施設³⁾ありますので、できるだけ患者さんの住所に近いところに通えるよう体制を整えています。

岡 患者指導の工夫についてですが、当院では「安心ハート手帳」を急性心筋梗塞の患者さんのほぼ全員に配っています。退院時は多職種の関わりが非常に大事ですので、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリスタッフ、心筋梗塞に対する一貫した指導と患者さん個々に寄り添った指導を行なっています。退院後はできるだけ外来でリハビリを続けてほしいのですが、

津山市には外来でリハビリできる施設が当院しかないもので、遠方の方はなかなか通えないのが課題です。

門田 以前は高齢者や腎機能の低下などリスクの高い患者さん以外は、退院1年後にフォローアップの心臓カテーテル検査(CAG)に来てもらっていたのですが、脂質管理が十分ではありませんがありました。また、かかりつけ医の先生に「退院3カ月後に抗血小板薬を2剤から1剤にしてください」とお願いしても、患者さんも先生も不安でなかなか変えづらい状況でした。そこで、現在は退院3カ月後に受診してもらい、抗血小板薬の処方変更の他に、コレステロール値や血糖値を把握し、管理目標値に到達していない場合には治療薬の変更や追加の検討なども行っています。1年後には必要に応じて心臓カテーテル検査、冠動脈CT、心筋シンチグラムなどを行ないます。やはり退院3カ月後に受診してもらうことが、これからの高度急性期の専門施設の役割だと思います。

廣畑 当院では、心筋梗塞の患者さんは若い方から90歳を超える高齢者までいますが、全ての患者さんに「安心ハート手帳」を使えるわけではありません。病気の理解がある程度でき、「安心ハート手帳」を自分で使うことが可能な患者さんに対して入院中から指導しています。今後どのように生活習慣を変えてもらうかといった患者教育に「安心ハート手帳」は役立つと感じています。一方、これまでは退院時に「安心ハート手帳」を患者さんに渡してもそれで終わってしまい、その後の活用が難しかったのですが、今回の改訂で患者さんが簡単に書き込めるようになり、かかりつけ医の先生にも有効に活用してもらえないかと期待しています。

また、門田先生のご指摘通り、近年、急性期の循環器病院に求められる役割は変わってきています。以前はカテーテル治療をしても、退院後にステントの再狭窄がそ





伊藤 先生方、ありがとうございます。実は私は、この「安心ハート手帳」が糖尿病治療を変える可能性もあると考えています。急性期心筋梗塞において糖尿病の血糖目標はHbA1c7.0%未満とされており、一次予防ではHbA1cを下げることを考えて薬を出していますが、心血管リスク低下のために使用できるGlucagon-Like Peptide-1受容体作動薬(以降GLP-1受容体作動薬)やsodium / glucose cotransporter 2阻害薬(以降SGLT2阻害薬)も出てきま

れなりの確率で起こりましたので、定期的に心臓カテテル検査でフォローする必要性がありました。しかし最近ではステントも良くなり、さまざまな薬剤も登場しましたので、それらをうまく調整することが急性期病院に求められています。かかりつけ医の先生方に脂質低下療法を理解してもらうという意味でも、「地域連携フォロー」は非常に役立つのではないのでしょうか。

三好 急性期病院は急性期の治療はもちろんですが、その後の再発予防、二次予防にも以前に増して力を入れていかなければならない時代に来ていると感じています。私たちに求められているのは、本当の再発予防についてでしょう。そのための道具として薬剤も増え、急性期病院で調整できることも増えています。しかし、かかりつけ医の先生にとっては難しい部分もありますので、二次予防の方向性をしっかり決めることも私たちの担当範囲に入っていると思います。

「安心ハート手帳」については、かかりつけ医の先生に戻した後も患者さんが失くさずにいてもらえるか不安もあります。1年後に「安心ハート手帳」を持って受診する患者さんは非常に少なく、使わずに途中で失くしてしまうことも多いのではないのでしょうか。「安心ハート手帳」は自己管理の意識付け、動機付けのためのツールですので、ずっとでなくても一定期間は使ってもらえるように1カ月、3カ月、1年という単位でフォローし、効果が現れればきちんと評価して患者さんにフィードバックするなど、できることを行なっていきたいと思っています。

した⁴⁾。糖尿病の薬はこれまで糖尿病専門医に任せきりでしたが、今後は糖尿病の薬も循環器内科医が主導していかないと、本当のメリットが享受されないのではないかと考えていますが、いかがでしょうか。

上村 その通りだと思います。心血管疾患の背景にある糖尿病に関するエビデンスや一部のGLP-1受容体作動薬やSGLT2阻害薬において、長期的な予後のデータが出そろってきて²⁾、GLP-1



受容体作動薬やSGLT2阻害薬を中心に治療が行なわれるようになってきました。

三好 急性期心筋梗塞の患者さんで糖尿病の治療が不十分な場合には、入院中にGLP-1受容体作動薬などの導入開始を検討してもよいのではと考えています。

伊藤 これからは私たちの守備範囲も広がり、関わる領域も増えてきます。それらは全て患者さんのためということだと思います。

退院1年後の慢性冠症候群(CCS)のフォローアップ

伊藤 続きまして、急性冠症候群(ACS)発症1年後のフォローアップについてお話を伺っていきます。1年

後は慢性期になってきますが、慢性冠症候群 (CCS) をどのような視点で診ているのか、また、1年後のフォローアップにおける地域医療連携あるいは多職種連携についていかがでしょうか。

上村 私たちの施設では患者さんの退院時に、1年後の予約を取ってもらっています。以前は心臓カテーテル検査 (CAG) のために来てもらいましたが、今は脂質管理を含むリスク管理が目的です。ACSの患者さんはCCSの素地を持っていると考えてフォローしています。全体的なリスク管理を緩めることは全く考えていません。脂質管理に関しても、LDL-C70mg/dL未満をそのまま継続してもらいます*。



岡 先生方が言われるように、必ずしもフォローアップのCAGだけではなく、12カ月を過ぎた維持期以降も、かかりつけ医の先生方の多くは何らかのフォローを希望していますので、年1回でも急性期病院で診るシステムができればよいと思います。地域医療連携という観点からも、急性期病院とかかりつけ医の医療連携は維持期以降も継続してほしいですね。

門田 当院は、退院1年後に再狭窄等の高リスク患者さん以外はCAGを行いません。それ以降、心筋梗塞や狭心症の患者さんを1年ごと定期的に診ていくのはなかなか難しい状況です。実際に心筋梗塞で左室駆出率 (LVEF) が低下しているような患者さんは1年ごとにフォローしていますが、

それ以外は、かかりつけ医で何かあったら当院で診るという方法を取っています。

これまで議論してきた視点とは異なりますが、CCSでは運動も重要で



あることが先ほど伊藤先生の話に出たアメリカ心臓協会 (AHA) で慢性冠症候群 (CCS) ガイドライン⁵⁾にもあります。「歩きましょう、階段を使いましょう、人と会いましょう」などが推奨され、運動には心血管イベントを減らす効果があるため「安心ハート手帳」は運動療法を勧めるツールとしても使えるのではないのでしょうか。

上村 運動習慣を身に付けることで、健康に対する意識も全体的に高くなるのが期待できます。運動を意識すると食事にも気を使うようになり、服薬についても守る意識が高くなるように思います。

伊藤 「安心ハート手帳」にも歩数を書く欄がありますので、「必ず書いてください」と指導するのも大事ですね。万歩計を購入してもらうなどでも意識付けできるかもしれません。退院までの運動療法もリハビリスタッフだけでなく、医師、看護師も含めた医療スタッフ全員で取り組み、退院後は外来で3カ月後、1年後にチェックすることが重要になります。

門田 私たちの施設では、地域医療連携で心不全、心筋梗塞、外科手術後の患者さんに心臓リハビリを行なってもらうことに取り組んでいます。診療報酬の枠の問題で難しいところもありますが、運動習慣をセットで考えるのは大事です。

岡 保険診療では回復期リハビリまで認められており、維持期は保険外診療なので、患者さん自身でスポーツ施設やふれあいセンターなどの活動に参加することが望まれます。やはり運動習慣があるかどうかで随分違ってきますので。

伊藤 そうなれば、最初に三好先生がおっしゃっていたセルフアセスメントができている証にもなりますね。

岡 「安心ハート手帳」が活用できている間に運動習慣を身に付けて、一生続けてもらうことが理想ですね。

伊藤 廣畑先生いかがでしょうか。

廣畑 当院でも退院1カ月後と3カ月後に来てもらい、12カ月以降は年1回ぐらい外来を受診することが、かかりつけ医の先生との医療連携という意味でも望ましいです。心筋梗塞を発症した患者さんの再発リスクが高いのは間違いありませんので、そうした意識を持てる

よう、できるだけ年1回来てもらおうようにしています。一方で患者さんも長命になり、20年前にPCI(経皮的冠動脈インターベンション)を行なった患者さんが今も毎年来るというケースも珍しくなくなりました。患者数が非常に増えて、全ての患者さんに1年ごとのフォローは難しい状況になっています。

三好 当院の場合、8カ月から12カ月にはほとんどの患者さんが慢性期に入っているため、その時点でのリスク管理は先生方と同様です。私は心臓リハビリに力を入れていることもあり、CPX(心肺



運動負荷試験) 検査を3カ月後から慢性期移行後も定期的に行なっています。AT(無酸素性作業閾値)を見て、患者さんごとに適した有酸素運動を指導しています。こうした運動は維持期リハビリの時期になると思いますが、それまでもそれ以後も運動が大事だと、患者さんが来院したときに急性期病院でも説明することが重要です。また、「安心ハート手帳」を使ってかかりつけ医の先生と心臓リハビリについても1年後、2年後、3年後とシェアできればよいですね。

廣畑先生のお話にもありましたが、何年先までフォ

ローするかについては悩むところですが、少なくとも5年間はフォローしていますが、10年目くらいからは年齢などを考慮して検討します。ただ、5年前と今ではガイドラインや治療方針も変わりますので、お伝えする機会は定期的にとった方がよいでしょう。

伊藤 非常に大事なご指摘だと思います。最新のガイドラインの情報をかかりつけ医の先生にお伝えするためにも、やはり定期的に来てもらうことは重要ですね。

今日は先生方に熱いディスカッションを交わしていただき、ありがとうございました。今回改訂した「安心ハート手帳」を基に、患者さんが病気を自分自身の課題として受け入れ、行動変容を起こしてもらえるように、県を挙げて取り組んでまいりたいと思います。

* LDL-C70mg/dL 未満にするべき患者は二次予防の「急性冠症候群」、「FH」、「糖尿病」、「冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む)」の4病態のいずれかを合併する場合に考慮する。(日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版, p70-71)

[引用文献]

- 1) 提供: 岡山大学病院 循環器内科 三好亨先生
- 2) Salim S. et al, Circulation. 2023;148(9):e9-e119
<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000001168>
- 3) 岡山県 心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関一覧 (R5年9月26日更新)
- 4) 2022年 JCS ガイドライン フォカスアップデート版 安定冠動脈疾患の診断と治療
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2022/03/JCS2022_Nakano.pdf
- 5) David E. Winchester, et al, JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY. 2023;82(9):956-960
<https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2023.06.006>



ノバルティス ファーマ株式会社