

医療と介護の連携により 心不全の再入院を予防する —北海道発の新たな試み—

心不全は高齢化とともに増加し、かつ、入院加療して退院しても再入院する人が多いことから、北海道国民健康保険団体連合会(以下「本会」という)では、医療と介護が連携して再入院を予防する方策を研究し、報告書をまとめました。本年度からは、ご協力いただける地域を募り、報告書で提案した予防方策を共に実地で試行して、その結果をもとに改良を重ねて普及に適したものとすべくモデルプロジェクトを開始しています。

心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です。心不全は高齢化とともに増加しており、令和2年の全国の患者数は約120万人と推計されています。また、心不全に至る手前の基礎心疾患がある患者数は、その5倍以上とも推定されています。本道では、要支援・要介護認定者34万人のうち、20万人が何らかの心疾患の診療を受けていることが国保データベース(KDB)の分析でわかっています(令和2年度、1号被保険者)。

心不全パンデミック

心不全患者の急激な増加は「心不全パンデミック」と表現され、治療や介護に要する負担が大きくなることが危惧されています。国は平成30

年に循環器病対策基本法を制定し、北海道も令和3年に北海道循環器病対策推進計画を策定して対策を進めています。

再入院率の高さ

心不全は、急性増悪しても入院加療により症状が寛解すると、患者さんもご家族も「治った」と思いがちです。しかし、急性増悪をくり返すたびに心機能は徐々に悪化します。17ページの「心不全日記帳」の図参照。退院後1年以内に再び急性増悪して再入院する人は約3割もいます。

再入院の誘因は、基礎心疾患の悪化だけでなく、塩分・水分制限の不徹底や薬の飲み忘れなど、予防可能

な生活上の因子が半分を占めることがわかっています。

疾病管理の重要性

心不全パンデミックに備えるには再入院を予防することがポイントです。そのために、患者さんへの生活指導や病状変化のモニタリングを医師、看護師、薬剤師などの多職種で



研究会に臨む委員ら＝令和3年10月、国保会館

行う「疾病管理」が提唱されました。しかし、退院後の在宅療養については医療の届きにくいことから、介護サービスとの連携をどのように行うか、試行錯誤が続いています。

医療と介護の連携方策を研究

このため、本会では「在宅で療養する高齢の慢性心不全患者さんに対して医療サービスと介護サービスが連携して疾病管理を行うための具体的な方策」を検討しました。

検討にあたっては、多職種の7人の委員11名(簿参照II)による研究会を令和2年10月に設け、14回に及ぶ研究会での文献調査や症例検討を経て、令和4年3月に報告書をまとめられています。

研究報告書の概要

報告書の第1のポイントは「在宅での疾病管理の基本モデル」の提案です。在宅で療養する高齢の慢性心不全患者さんについて多職種で取り組む疾病管理の基本型と留意点をまとめています。

第2のポイントは「現場実践を支援するためのツールBox」の提案です。多職種で疾病管理を行ううえ



北海道国保地域医療学会で説明する本会の伊藤一輔研究委員

でのチェックポイントや情報共有様式、研修材料など14本のツールを作成しました(16頁参照II)。

第3のポイントは「連合会による医療機関や介護事業所への支援活動」の提案です。レセプトデータなどを活用しての再入院率の算出や地域連携の基礎的データの提供、診療報酬・介護報酬改定に向けた国への要望活動などを掲げています。

これらは先行研究にも類のない「北海道発」の提案です。

モデルプロジェクトの展開

以上の研究報告を受け、本会では3年計画のモデルプロジェクトとして、「心不全パンデミックに対する高齢の慢性心不全患者の再入院予防」を目指した医療・介護の連携活動の支援に取り組むこととしました。また、その状況や成果を逐次検証し、他の疾患を含めた医

療・介護連携の展開へと応用していくこととしました。

モデルプロジェクトの中核となるのは、「地域の医療機関、介護事業所、市町村と協働した実地研究」です。ご協力いただける地域とともに検討し、基本モデルや「ツールBox」を地域の実情に合わせた形で試行、改良していきます。去る6月18日の北海道国保地域医療学会では、本会の伊藤一輔研究委員から基本モデルや「ツールBox」の説明と協働の呼びかけを行っています。

期待される効果

これらの取り組みを通して、心不全患者さんの予後や「QOL」(生活の質)が良好に保たれることはもちろん、医療・介護サービスの質の面では基幹病院の負担が軽減されるとともに、地域のかかりつけ医や介護事業所の活動の場が充実することが期待されます。さらには、再入院の予防により、結果として医療費の適正化につながることも期待されます。地域の皆さまとともに力を合わせて、心不全パンデミックを乗り越えていきたいと思えます。

本誌記事でご興味をお持ちになっただ方はぜひ本会まで、「一報ください」。

研究会委員(敬称略。令和2年10月1日～令和4年3月31日)

- | | | |
|----|-------------------------|--|
| 座長 | 伊藤 一輔
今村 啓 | 医師、国立病院機構函館病院名誉院長、医学博士
大阪府国民健康保険団体連合会審査部審査管理課長
(令和3年3月31日をもって委員退任) |
| | 及川 啓明
川添恵理子
菊池まち子 | 新ひだか町保健福祉部医療・介護対策室長
地域看護専門看護師、北海道医療大学看護福祉学部講師
保健師、北海道国民健康保険団体連合会介護サービス
苦情処理委員 |
| | 古郡 修 | 北海道保健福祉部高齢者支援局長(令和3年3月31日
まで)、北海道保健福祉部健康安全局長(令和3年4月1日
より) |
| | 出光 英哉 | 北海道国民健康保険団体連合会常務理事(令和4年3月
31日まで) |

問い合わせ先

北海道国民健康保険団体連合会
総務部保健事業課地域医療支援係
(医療介護連携支援企画本部事務局)
〒060-0006
札幌市中央区南2条西14丁目
011-231-5161(内線1320)
E-mail hokenjisyoka@hokkaido-
kokuhoren.or.jp

(ツール7)

心不全日記帳

このようなときは、担当医又は看護師に連絡してください。

- 体重が数日で2kgほど増えた
- 普段より動くと息切れがする
- 足がむくんできている
- 食欲がない、体がだるい

受診等の際は、この日記帳をご持参ください

はじめに

心不全は完全に治ることはなく、入院して良くなったように思えても再び悪化して再入院することが少なからずあります。そして、下図のように何度も入院を繰り返すと、身体の機能はますます低下していきます。

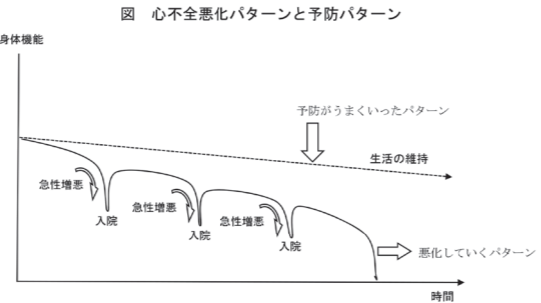
心不全の悪化を防ぐには、定期的に診察を受け、薬をきちんと服用するとともに、医師から指示された生活の注意事項（塩分を制限する、タバコを吸わない、適度に運動するが無理はしないなど）を守り、もし悪化の兆候が見られたときは、すぐに医師や看護師に相談することが大切です。

この「心不全日記帳」には、毎日の体重、血圧、脈拍、体温、服薬、歩数を記入します。これらの値は診療の際の参考になります。特に体重が急に増えたときには、心不全の悪化が考えられますので医師や看護師にすぐに相談してください。

また、生活メモは、自由に記載できる欄です。気になることや医師に相談しておきたいことをメモしておくとういでしょう。また、病気のことだけでなく、生活の記録（買い物に出かけた、孫が来た、墓参りに行ったなど）でもいいし、感想（楽しかったこと、疲れたなど）や俳句や川柳などでもよいでしょう。

この日記をつけることが日課となって在宅療養にリズムが生まれるとともに、ご家族や主治医・スタッフとの輪ができることで、在宅療養生活を継続させていくことができます。医療機関への受診や介護施設等の利用時には、この日記帳を持参して医師や看護師、介護スタッフに見せていただければ、診療やケアのための重要な情報源となります。

なお、連携されている医療・介護関係者の方がお気づきの点やご本人、ご家族へのメッセージ、他のスタッフへの連絡事項などを記入するページも設けておりますのでご利用ください。



スタッフからのメッセージ、連絡事項等

年月日	記入者及び宛名	メッセージ、連絡事項等
・	(記入者) (宛 名)	
	(記入者) (宛 名)	
	(記入者) (宛 名)	
	(記入者) (宛 名)	
	(記入者) (宛 名)	
	(記入者) (宛 名)	
	(記入者) (宛 名)	
	(記入者) (宛 名)	

※メッセージ、連絡事項等を別業とする場合、〇ページの「メッセージ、連絡事項 貼付場所」に貼付願います。

※ 令和4年4月から令和5年3月までの1年間、記録できるものとする。

4月 APRIL 卯月 2022 (令和4年)									
1 金 先負	体重	kg	血圧 (脈拍)	度 ()	体温	度	服薬 (〇か×で記入)	歩数	歩
	生活メモ								
2 土 仏滅	体重	kg	血圧 (脈拍)	度 ()	体温	度	服薬 (〇か×で記入)	歩数	歩
	生活メモ								
3 日 大安	体重	kg	血圧 (脈拍)	度 ()	体温	度	服薬 (〇か×で記入)	歩数	歩
	生活メモ								
4 月 赤口	体重	kg	血圧 (脈拍)	度 ()	体温	度	服薬 (〇か×で記入)	歩数	歩
	生活メモ								
5 火 先勝	体重	kg	血圧 (脈拍)	度 ()	体温	度	服薬 (〇か×で記入)	歩数	歩
	生活メモ								
6 水 友引	体重	kg	血圧 (脈拍)	度 ()	体温	度	服薬 (〇か×で記入)	歩数	歩
	生活メモ								
7 木 先負	体重	kg	血圧 (脈拍)	度 ()	体温	度	服薬 (〇か×で記入)	歩数	歩
	生活メモ								

注意：体重が数日で2kgほど増えた、息苦しさある、足にむくみがあるなどの症状がある場合、早めに医師に相談してください。

基本モデル

高齢の慢性心不全患者さんに係る在宅での疾病管理の基本モデル

【基本事項1：目的】(何をしようとするか)
 ○ 在宅で療養する高齢の慢性心不全患者さんを対象に、心不全の進行を遅らせ、急性増悪を予防し、増悪した場合でも早期対応により再入院を回避して、患者さんの予後及び QOL を良好に保つことを目的として、疾病管理 (疾病をコントロールし適切に対応するための患者支援) を行います。

(留意点)
 ・ この目的を患者さんやご家族と共有し、患者さんを中心としたケアを行うことを疾病管理全体の基調とします。
 ・ 疾病管理の目的を達成した結果として、急性期病床の負荷の軽減を含む医療経済面の効果を期待します。

【基本事項2：体制】(どんな仕組みを準備するか)
 ○ 疾病管理を行うため、主治医と在宅の患者さんとの間を、多機関・多職種が連携したチームにより継続的につなぎます。

(留意点)
 ・ 主治医は、基幹病院とクリニックの医師が協力した複数の主治医であることも想定に含めます。
 ・ 多機関は、主治医の基幹病院やクリニックを必須とし、訪問看護ステーション、薬局、訪問介護事業所、通所介護事業所、地域包括支援センターなどを想定します。
 ・ 多職種は、医師、看護師を必須とし、さらに薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー、保健師、ケアマネージャー、ヘルパーなどを想定します (心不全療養指導士が含まれていればさらに望ましい)。
 ・ チームは主治医の個別的・包括的な指示・指導に基づき活動することとします。
 ・ 継続的につなぐ機会として、訪問、電話連絡など患者さんとの接点を十分設けるとともに、患者さんやご家族の不安や相談に応えることのできる窓口を設けておきます。
 ・ 個々の患者さんに応じて多機関・多職種が随時連携する柔軟な形を想定します。このため、活動しながらチームを育てていく発想が必要です。
 ・ また、多機関・多職種が相互にどのような情報を求めているかを研修やカンファレンスなどの機会を通じて日頃から理解しておく必要があります。

注：医療における「患者」は、介護サービスにおいては「利用者」ですが、本稿では「患者」で統一しています。

ツールBox

現場実践を支援するためのツール Box

【はじめに】
 北海道国民健康保険団体連合会が設置した「医療と介護を通じた疾病管理による重症化・重度化予防研究会」では、在宅で療養生活を送る高齢の慢性心不全患者さんの再入院を予防するため、「高齢の慢性心不全患者さんに係る在宅での疾病管理の基本モデル」を考案しました。
 この基本モデルは一つの理想型ですが、理想型をいきなり実地展開しようとしても大変かもしれません。そこで、今すでに現場で行われている医療や介護の実践の中に、心不全の疾病管理を加味する手法を各種ツールの形で考えてみました。
 これらのツールを使ったり参照していくうちに、皆さんの実践はだんだんと基本モデルに近づいていき、患者さんの再入院予防につながることを期待されます。

【ツールの一覧】
 このツール Box には次のものが入っています。

- 1 取組を始めるにあたってのスリーポイント・アドバイス
 - 2 在宅支援体制検討のためのフローチャート
 - 3 在宅チームをつくるモデル的なステップ
 - 4 症例検討会で心不全患者さんの在宅ケアを検討する際の着眼点
 - 5 症例検討会での意見交換の参考例
 - 6 体重測定支援のための連携確認シート
 - 7 心不全日記帳
 - 8 先週と比べての状態確認シート
 - 9 主治医と在宅チームのこれだけは知りたい・知らせたい情報
 - 10 心不全患者さんの療養と生活が折り合うよう支援する際の留意点
 - 11 在宅チーム振り返りシート、医療機関振り返りシート
 - 12 包括的なリハビリテーションへのステップアップ・プラン
 - 13 退院して他地域での在宅療養に移行する際の連携フローチャート
 - 14 専門的な資源が少ない場合の在宅支援体制の検討例
- 付録：既存の ICT ツールの紹介

ツール7：心不全日記帳

(1) ねらい
 毎日測定した体重は記録用紙に記入し、その値の変化を患者さん本人やご家族、在宅チームが観察して、もし主治医からあらかじめ示された目安に該当したときは、直ちに看護師を介して主治医に連絡し、指示を仰ぐ必要があります。
 また、血圧や脈拍、一日の歩数についても毎日の値を記録しておくことで主治医の判断に役立てることができます。
 さらに、患者さん本人が感じたい体の調子やその日の生活行動、在宅チームからの気付きなどを併せて記録しておくことで、主治医が在宅療養の状態を知るための貴重な情報源にもなることが期待されます。
 このようなことから、情報収集・記録・共有ツールとして心不全日記帳を考案しました。

(2) ツールの内容
 「心不全日記帳」の様式を図に掲げます。
 この日記帳は、1週間を1ページとし、体重、血圧、脈拍、体温、服薬、歩数、生活メモを記載します。
 そのほか、在宅チームからの気付きや患者さん、ご家族へのメッセージ、他のスタッフへの連絡事項などを記載できるページや、緊急時の連絡先などを記載するページも設けています。
 患者さんやご家族、在宅チームが日々の様子についての情報を共有しながら在宅生活を続けるとともに、必要に応じて速やかな受診に結びつけるため、この日記帳を活用することが期待されます。
 また、医療機関の受診や通所介護施設の利用に際してはこの日記帳を持参し、在宅療養の状態を知るための情報源として活用することが期待されます。

(3) 使用にあたってのアドバイス
 この「心不全日記帳」は、記載事項をできるだけ少なくした方が患者さん本人にとって記入しやすく長続きするものと考えてデザインしています。
 また、生活メモの欄を設けて、日常生活の様々な活動や気になること、医師に相談したことなどを自由に書けるようにしています。この欄に書く内容は病状だけに限るものではなく、生活の記録（買い物に出かけた、孫が来た、墓参りに行ったなど）でもいいし、感想（楽しかった、疲れたなど）でも、俳句や川柳などでもよいでしょう。患者さんにとってこの日記をつけるのが日課となって生活にリズムが生まれることが期待されます。
 療養と生活の折り合いは継続的な疾病管理に重要な要素ですが、そのためには患者さんのことをよく理解する必要があります。この日記帳を活用しながら、ご家族や在宅スタッフそして主治医が患者さんの理解を深め、患者さんを支えて在宅療養生活を継続させていくことが望まれます。