

過疎地域における心不全再入院予防の取組

北海道国民健康保険団体連合会
医療介護連携支援企画本部

【要旨】

北海道中頓別町が北海道国民健康保険団体連合会の協力のもとで心不全再入院予防の取組を開始した。心不全再入院予防という具体的で緊急性の高い課題から医療介護連携を開始し、経験を蓄積しながら他の疾患を含めた包括的対応へと拡大して在宅医療の充実に役立てることを意図している。この意図を町内の医療介護の多職種が共有して企画会議や勉強会を重ね、患者の意見を反映して町独自の心不全手帳を作成した。今後はこの手帳を用いて患者の情報を多職種で共有し、体重測定支援や体重急増時の受診支援を行っていく。過疎地の小規模町村が心不全再入院予防に取り組む例は全国的に珍しく、今回の取組は高い価値を持つと考える。

【キーワード】

医療介護連携 過疎地域 心不全再入院予防

1 はじめに

高齢化に伴い心不全患者が急増して心不全パンデミックと言われている。心不全は退院後 1 年以内の再入院率が約 35 % と高く、再入院予防には医療と介護が連携した在宅での疾病管理が極めて重要である。

北海道国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）は道民の予防健康づくりの支援が重要な役割の一つであることから、心不全の全道的状況の調査と再入院予防の研究を開始した。そして、地域の実情に即した取組を行うためモデル市町村を募集したところ、中頓別町から応募があった。国保連合会の協力のもとで同町が心不全再入院予防に向けた医療介護連携を開始した経過を以下に報告する。

2 中頓別町の概要

中頓別町は北海道北部の内陸に位置する。人口は 1,472 人、高齢化率は 41.1 % である。¹⁾ 主要な産業は、酪農と林業である。

医療機関として町立の中頓別町国民健康保険病院（以下、「国保病院」という。）がある。常勤医師は 2 名、診療科目は内科及び外科、病床数は 20 床であり、16 床の介護医療院を併設している。²⁾他に町立の歯科診療所と民間の薬局がある。

介護事業所として町立の養護老人ホーム及び特別養護老人ホームがあり、訪問介護、通所介護を行う在宅サービスセンターを併設している。

心不全急性増悪による後期高齢者の入院は 2023 年で 14 例あり、そのうち 11 例が国保

病院への入院である。北海道全体では心不全急性増悪による後期高齢者の入院先の 68.0%が DPC 病院であるが、中頓別町の場合は町内の国保病院に入院する割合が高い。

3 経過の概要

(1) 町長との基本的な進め方の協議

国保連合会では 2022 年 3 月に「高齢の慢性心不全患者に係る在宅での望ましい疾病管理方法の研究報告」をまとめ、疾病管理の基本モデルや実地に用いるツール集を提案している。こうした基本モデル等を地域の実情に即して展開するためモデル市町村を募集したところ、中頓別町から応募があった。

取組が地域に根付いたものとなるように企画段階から町の主体性を大切にし、国保連合会は専門の見地からの助言や情報提供などで協力することを基本姿勢とした。

町長に面会したところ、「退院した高齢者が在宅生活に戻れずに都会の子供を頼って転居する例をいくつも見てきたため、在宅医療を充実したいと強く思ってきた。国保連合会の今回の事業を契機に良い方向に進めたい。」との考えが示された。国保連合会からは、心不全再入院予防という具体的で緊急性の高い課題から医療介護連携を開始し、経験を蓄積しながら他の疾患を含めた包括的対応へと拡大して在宅医療の充実に役立てることを提案し了承された。さらに具体的な第一歩として、医療介護の多職種が参加する心不全の勉強会を開催し、その中で毎日の体重測定と体重急増時の受診支援の重要性を強調することを提案し了承された。

(2) 医療介護関係者の問題意識の共有

2023 年 6 月に中頓別町において、町長と役場関係者、国保病院関係者、介護事業所関係者及び国保連合会職員の 17 名が参加して企画打合せ会議を開催した。

最初に町から町民の健康課題についての分析結果が報告され、後期高齢者 389 人のうち 151 人に心不全の既往のあることが示された。

続いて参加者が各自抱えている問題意識を話し合った。患者さんとの関係では、心不全発症前に介入しようとしても症状がないので納得されない、認知症のかたや高齢者独居のかた、高齢者夫婦のかたへの介入が難しいなどの意見があった。

連携の状況としては、町外の医療機関を受診している町民の情報が国保病院にない、退院しても在宅生活が困難な事例について関係機関の連携に課題があるなどの意見があった。

今後企画する勉強会への期待としては、症状がない人の心に響く指導方法やデイサービス職員にもわかりやすい心不全徴候の目安、連携に効果的なシートの事例、他地域での取組の効果などを知りたいとの意見があった。また、多職種の連携を進めるには膝詰めの会議を何度も重ねる必要があるとの意見があった。

まとめとして、心不全再入院予防の取組を契機に医療介護が連携する経験を蓄積し、他の疾患を含めた幅広い連携に発展させていく認識を共有した。

(3) 問題意識を踏まえた勉強会の開催

2024 年 1 月に町及び国保連合会の 32 名の参加者で心不全勉強会を開催した。

最初に国保連合会から、心不全は再入院を繰り返して悪化し生命を縮めること、うっ血による体重急増を捉えて早期に外来を受診すれば悪化を予防できること、そのためには体重測定支援や受診支援で医療と介護の連携が重要であることなどを説明した。

これに続く意見交換では、国保連合会から、①支援対象者のリストアップの方法、②リストアップした対象者に対する多職種での支援方法の2点を検討テーマとして提案した。

協議の結果、①については国保連合会がレセプトデータから抽出したリストと国保病院の情報を基に検討すること、②については町内でさらに具体的に協議することとなった。

(4) 症例検討の企画

2024年7月に23名の参加者で第2回企画打合せ会議を開催した。

国保連合会からは、国保病院の協力を得てレセプトデータから患者リストを抽出中であることを報告した。

町からは、連携の情報共有ツールとしてスマートフォンのアプリケーションソフトの活用を検討したが、高齢者が自分で体重を入力するのは難しいため再検討中との報告があった。

意見交換において、国保連合会から医療介護の多職種で中頓別町独自の心不全手帳を作成することを提案し、協議の結果、作成に取り組むこととなった。

次に、第2回の勉強会の企画内容を協議した。国保連合会からは町内の患者さんの事例に基づく症例検討を提案した。参加者がこれまで経験した事例を話し合う中でいくつかの着眼点が得られたことから、これを踏まえた症例検討を行うこととなった。

(5) 具体的な症例を題材とした勉強会の開催

2024年11月に15名の参加者で第2回心不全勉強会を開催した。

国保連合会からは、心不全入院歴のある後期高齢者をレセプトデータからリストアップし、介護サービスの利用状況と紐付けて町に提供したことを報告した。

町からは、中頓別町版心不全手帳の素案が示された。併せて、国保連合会が町に提供した心不全手帳作成の手引書の概要も町から紹介された。町独自の手帳を作成するねらいは、①毎日の体重などを記録して異常の早期発見、早期対応に役立てる、②チーム医療介護の情報共有に役立てる、③多職種が協議して手帳を作成する作業そのものが連携の下地をつくる、の3点である。

意見交換においては、町が患者さんの意見を踏まえて読み書きしやすい様式としたことが高く評価された。今後は情報共有と体重測定支援、受診勧奨支援を行いながら手帳を改良していくこととなった。

次に、町内の事例についての症例検討を行った。町からは検討例となった患者さんの過去20年にわたる既往や健診結果の説明があった。基礎心疾患や関連疾患の状況を検討した結果、体重測定時に立位が不安定となるリスクが考えられるため、支援方法の検討が必要と指摘された。さらに、高齢世帯であるため家族を含めた生活全般にわたる支援の検討が重要と指摘された。町がまとめた過去20年間の履歴はその有用性が高く評価された。

4 成果

成果の第一は、中頓別町で医療介護連携がスタートしたことである。人口 1,500 人弱の過疎地であり人口減少と医療介護資源の確保に悩んでいる同町が、国保病院、介護事業所のスタッフと共に連携の協議を重ねて心不全手帳を患者参加で作成した意義は大きい。全国的に見て心不全再入院予防に取り組んでいる地域は都市部の大病院が中心になっている例が多く、過疎地の小規模町村の取組は高い価値を持つと考えられる。

成果の第二は、この取組に国保連合会が協力し実地のノウハウを得たことである。国保連合会にはレセプトデータという重要な情報資源があり、これを用いて審査支払業務や保健事業を行ってきたが、医療機関と介護事業所の連携に協力した経験は初めてであり、全国的にも例のない取組である。地域の思いや実情を尊重しながら無理なく着実に取組を進める方法は、地域に密着した保険者団体として重要なノウハウになる。

5 まとめ

中頓別町での取組はスタートしたばかりであり、今後は取組と振り返りの中で連携を充実し、他の疾患を含めた包括的な対応へと発展させていくことになる。しかし、同町に限らず多くの地域では、多忙を極める現場の中で熱意と自助努力に支えられて取組を進めている現状にある。各地で医療介護連携が進むには、こうした努力が診療報酬や介護報酬で適切に評価される仕組みが必要と考える。国保連合会は保険者団体として診療報酬、介護報酬に関わる立場にあることから、各地域の取組の効果をデータ分析によって実証し、報酬改定のエビデンスとして国に伝えることも今後の重要な検討課題である。

1) 人口は 2024 年 12 月 31 日現在、高齢化率は 2024 年 1 月 1 日現在の住民基本台帳による。

2) 2024 年 4 月 1 日現在の状況