

## 【提言】

### 3 日常生活で見つける

心房細動を早く見つけるためには日々自分の脈をチェックする習慣をつけることも大事です。そのためには「何が問題なのか」、「どうすればいいか」を理解してもらうための保健指導や市民啓発も欠かせません。

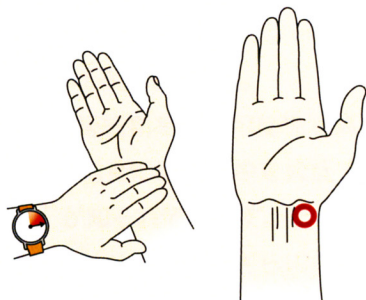
広島大学大学院医歯薬保健学研究院 成人看護開発学 教授の森山美知子さんは長年、保健医療行政、保健指導の現場、保健事業の評価・研究、人材育成などさまざまな立場で保健医療に従事してきました。近年は保険者から保健指導を受託する形で、「保険者による保健活動」を進める第一人者としても活躍中です。心房細動による脳卒中についても重要性を強く認識し、保健指導の現場で、心房細動の早期発見、心房細動患者への指導を実践してきました。ここではその具体的な取り組みについて教えていただきました。

#### 一般の人々に教える脈チェックと不整脈があった場合の対処方法

##### 1. 検脈の方法を教える

コツは、相手の利き手を取り、正しい位置に指を乗せることです。指は第2~4指の第1関節を直角に曲げ、血管（とうこつ 橈骨動脈）に対して垂直に当てます。脈の強度などきれいに触知することができます。

- ①手首で測ります。
- ②腕時計をしている手の人差し指、中指、薬指の3本を揃えて、腕時計をしていない手の手首より少し下（親指の付け根部分）に当てます。



「よくわからない」といわれたときは、「トク、トク、トク」と声に出してもらおうと、リズムの不整に気づくようになります。

電話やタブレット端末などを用いた遠隔指導でも、このように声に出してもらおうことで、リズムの不整が分かります。

次のような場面で測定してみましょう。

- 1日数回、気がついたとき
- 動悸がするとき
- 息苦しいと感じたとき
- 疲れたとき
- 運動したとき

朝晩の血圧測定時に一緒にチェックすると忘れません。

##### 2. 心房細動があり、これを放置するとなぜ危険なのかを教える

心房細動により血のかたまりができ、それが脳の血管に飛ぶことによって脳卒中を起こすことや心房細動によって引き起こされる体の症状を、イラストを用いながら、分かりやすく説明します。長嶋元巨人軍監督や故小淵元首相などが経験された脳卒中というと分かりやすいです。ちなみに、心臓のイラスト（模型）と心電図の波形を一緒に見せながら説明すると関心を持って聞いてもらえます。「ここまで専門的にしなくても」と医療者は思いますが、この説明に関心を示す患者は意外と多いのです。

- ・脳卒中の発症時の症状をイラストで教えておくと、記憶に残りやすいです。
- ・脳卒中の症状とすぐに救急車を呼ぶ必要があることを伝えます。

##### 3. 対処方法を教える

長期にわたって不整脈と付き合う方法と、急いで対処する状況と方法を教えます。

###### [1] 長期にわたって不整脈と付き合う方法

- ①循環器内科、内科などのかかりつけ医を受診させます。忙しい医師に、必ず「脈のリズム不整がある」ことを自分で伝えるように指導します。

- ② 自分の脈がどのようなリズムかを知ってもらいます。
- ③ 抗不整脈薬が処方されたときは、医師から注意点を聴き、検査のたびに、そのデータをチェックするように指導します。例えば、ワルファリンでは、プロトロンビン時間国際標準比 (PT-INR) が治療域内にあるかどうか検査のたびにチェックすること、なぜこれをしなければいけないのかを教えます。また、食べ合わせなど注意点も具体的に教えます。PT-INR の値は、年齢や基礎疾患、他の薬剤との併用などによって変化しますので、かかりつけ医に確認するように教えます。
- ④ 生活指導を行います。不整脈はストレスや高齢化で自然に起こると間違って認識している人が多くいます。高血圧や糖尿病などの基礎疾患や、肥満、多量飲酒や喫煙などの生活習慣が、心臓に負担をかけたり、刺激伝導系を変化させたりして心房細動を引き起こしていることも伝えて、生活習慣の見直しをしてもらいます。

## [2] 急いで対処する状況と対処方法

やみくもに恐怖心を与えるだけではいけません。脈の乱れや欠損が1分間にどのくらいであれば様子を見てよいのか、受診をしなければならないのかを説明します。また、症状によっても受診するタイミングを伝えます。短時間の意識消失やめまいが頻繁に起こる、頭や体がフワーっとする、労作時の息苦しさや、就寝時に横になると息苦しくなるなど、症状が出現したときには直ちに循環器科を受診してもらいます。

管理の指導と意識づけが重要です。

- ③ 経済的困窮者は、再発予防の行動変容（適切な食材の購入など）が難しい場合があります。
- ④ 脳卒中には、長年にわたって積み上げてきた生活習慣が影響しています。こうした生活習慣は、簡単に変えられるものではありません。さらに、置かれている生活環境（例えば、老老介護や若年世代との同居）により、生活習慣の安定的な管理が一層困難になる場合があります。

### 5. 一過性脳虚血発作 (Transient Ischemic Attack 以下、TIA) は放置される割合が高い

TIA は続く脳梗塞発症のハイリスクですが、診断が困難であること、症状の消失から受診につながらない、あるいは地域の診療所で診療が止まるケースも少なくなく、そのまま放置される危険性が高くなります。

#### ■ 新しい脳卒中発症・再発予防システムの構築の必要性

わが国には欧米の General Practitioner というような仕組み（住民登録制のかかりつけ医制度）がないことから、地域の医療機関が責任を持って患者を登録・疾病管理することは難しいです。そのため、**医療保険者を主体にした脳卒中患者登録・疾病管理システム**を構築することが有効です。

広島県呉市で実施している「脳卒中再発予防事業」の仕組みを紹介します。これは2014年度に開始されたばかりで、運用実績も少なく、効果もまだ測定できていません。

この仕組みでは、呉市国保が急性期病院・回復期リハビリテーション病院から、退院する患者（国保被保険者）の紹介を受け（患者登録）、本人とかかりつけ医となる地域の医師の同意を得た上で、脳卒中再発予防のためのプログラムを実施しています。実際の指導には、市が業務委託している疾病管理会社（DPPヘルスパートナーズ）が当たり、患者に連絡を入れ面談日程を確保します。その後は再発予防プログラム（6カ月）を実施します。プログラム

の中では、疾病管理看護師がかかりつけ医と連携をとり（指示書を受け、患者と医師とのコミュニケーションを促し）、地域連携パスを活用しながら（呉地域保健対策協議会は糖尿病、CKD、脳卒中などの疾患に共通して使用できる手帳型地域連携パス「健康管理手帳：地域総合チーム医療連携パス」を作成しました）、専門医との連携を行い、さらに薬剤師の服薬管理指導や歯科医の歯周病検診・治療の紹介を行っています。

つまり、疾病管理看護師によって退院直後から患者に再発予防教育が提供される仕組みで、医療保険者（呉市国保）が、患者登録やデータ管理、地域連携パスを活用した疾病管理（再発予防教育）を提供するということなのです。

#### ■ 基礎となった脳卒中再発予防研究

これまで述べてきた課題を解決し、脳卒中再発者数を低減するために、私たちは、厚生労働省科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「保健指導を中心とした地域における脳卒中及び心筋梗塞の再発予防システムとエビデンス構築に関する研究（H21—循環器等（生習）—一般—014）」（代表研究者：大森豊緑。2012年、2013年は代表：森山美知子に交代）の分担研究として、2010年度から「保健指導を中心とした地域における脳卒中の再発予防システムとエビデンス構築に関する研究」において、脳卒中の再発予防に向けた保健指導（6カ月間の疾病管理プログラム）の効果を検証する介入研究に取り組んでいます<sup>31)</sup>。

上述の呉市と同様の枠組みで（ただし、医療保険者は絡んでいません）、脳梗塞患者321人を病型別に介入群と対照群に無作為割付し、6カ月の再発予防プログラムを提供しています。2年間の追跡途中ですが、現在、再発者数は、対照群に比較して介入群が大きく減少しており、プログラムの有効性が示されています（この結果は2015年秋以降に公開される予定です）。

## 【提言】

### 2 「医師の連携」で診る

**かかりつけ医と循環器専門医が連携して心房細動治療を進めることで、治療内容もより適切になり、診療の負担も軽くなります。**

心房細動の管理は複雑で、循環器専門医でないとためらってしまう一方で、患者数は多く、専門医だけでは十分な対応ができません。現状では心房細動と診断されていても半数は抗凝固療法による脳卒中予防が行われていないと報告されています<sup>24)</sup>。かかりつけ医と循環器専門医が連携・役割分担をし「二人で診る」ことにより、この問題を乗り越えている事例を紹介します。

#### ■ 心房細動治療の担い手

心房細動は、高齢患者が多い診療科であれば、日常的に遭遇する疾患です。一方、心房細動の治療は、抗凝固療法（用量、出血の副作用の管理など）、併存心疾患の診断・管理、心房細動自体のコントロールなど、決して単純ではありません。心房細動と診断されていても、抗凝固薬で治療されているのは半数程度であり<sup>24)</sup>、抗凝固療法を受けていても、抗凝固薬の用量が不十分であることが多いことが知られています<sup>24)</sup>。では、心房細動患者は全て循環器専門医が診ればよいのかというと、患者数が多すぎてそれも現実的ではありません。

#### ■ 専門医とかかりつけ医の協力で

一つの解決方法は、病診連携、診診連携など「医師の連携」を活用すること、つまりかかりつけ医と循環器専門医が適宜連携をしながら心房細動患者の治療に当たる、ということです。これにより、かかりつけ医は安心して心房細動患者の治療に当たることができ、循環器専門医の外来の過剰な負担は解消され、「医師の連携」により相互にチェックされることで治療内容はより適切になり、患者の予後・安

心感・満足感も向上することが期待されます。

循環器専門医が心房細動患者の評価・治療方針の決定を行い、その後のフォローアップについても計画すること、心房細動患者が定期的に専門医を受診すること、の有用性は欧州心臓学会のガイドラインにおいても示唆されています<sup>32)</sup>。

安心して心房細動治療を行える体制が整っていれば、心房細動を日常診療で積極的に見つけていこうという流れも生まれてきます。このことから、心房細動を病診連携、診診連携を活用して診る体制づくりと、心房細動を「日常診療で見つける」取り組みは、両輪のように進めていく必要があります（P13 提言 1-2を参照）。

現状では、心房細動に関する病診連携の取り組みは、「伏見心房細動患者登録研究」で知られる京都市伏見区など、一部の地域で積極的に進められています。ここでは、2007年から心房細動に関して「循環型」の病診連携を行っている、静岡の「イーツーネット」の取り組みを紹介します。