



BAYER Medical News

バイエル薬品がお届けする
最新の医療政策情報です

地域と繋がる医療の架け橋

発行・編集:バイエル薬品株式会社 マーケットアクセス本部 / 制作協力:木村情報技術株式会社



浅川 哲也 先生
山梨厚生病院
院長補佐・副院長

梅谷 健 先生
山梨県立中央病院
循環器センター
統括部長



今日の治療が未来のアウトカムにつながる ～山梨県における心房細動の医療連携～

人口の高齢化に伴って有病率が上昇する心房細動の患者数は年々増え続け、現在の患者数は100万人を超えていると言われています。

心房細動によって発生した血栓が心原性脳塞栓症を引き起こすことを防ぐために、薬物療法に加えて全国的に拡大しているのがカテーテルアブレーション(心筋焼灼術)です。

そこで今回は、山梨県内における心房細動治療の9割以上を手掛けている山梨厚生病院副院長の浅川哲也先生と、山梨県立中央病院循環器センター統括部長の梅谷健先生に、タイプが異なる2施設でのアブレーション治療の実際や病診連携、かかりつけ医の先生に対する期待などについてお話をうかがいました。

新たな薬物療法をきっかけに アブレーション治療が拡大

—2つの病院でアブレーションが急増している背景・理由などについてお聞かせください。取り組む以前はどのような課題や共通認識、危機感があったのでしょうか。

浅川先生 当院では1992年からアブレーションを始めました。件数が増加したのは、早い時期から心房細動のアブレーションを手掛けてきたからだと思います。“急増”した背景には、約10年前から投与が可能になったDOACの発売を機に、心房細動に対する啓発活動が循環器専門医以外の非専門医並びに患者さんにまで広がったことが挙げられます。啓発活動が広がった結果として、かかりつけ医の先生からの紹介が増え、アブレーションの件数増加につながりました。

心房細動に対してアブレーションを始めた当時の課題は、他のアブレーションと比較した成功率や合併症をいかにコントロールするかということでした。そのため、著名な先生から何度も技術的な指導を受けました。

当時は、このまま症例が増え続けたら対応しきれないという危機感を抱いていましたが、梅谷先生の山梨県立中央病院が積極的にアブレーションに取り組まれるようになったことで解決

しました。今の危機感は、県内でアブレーションを実施する施設をさらに増やさなければならないということです。

梅谷先生 いま浅川先生からお話があったように、浅川先生の山梨厚生病院から県内のアブレーション治療が始まり、当院は体制を整え、安全性を考慮したうえでアブレーションを開始しました。心房細動に対するアブレーション件数の増加は全国的な傾向ですが、ありふれた病気だと見過ごされていたものが「治療できる」という認識が変わったこと、特に、著名人による治療の体験談や心房細動から脳梗塞になってしまった政治家などがメディアで紹介されたことにより、アブレーションという治療の認知度が上がったと思います。

患者さんもネットなどで調べているようで、「アブレーションできるんですか?」と聞かれることがよくあります。丁寧に説明すると、患者さん側も躊躇なく受け入れてくれる印象があります。

課題は増える患者さんへの対応ですね。1件あたり3時間くらいの時間を要するため院内・院外ともに対応の仕方を工夫する必要があります。

浅川先生 患者さんのなかには一概に「心房細動はアブレーションをすれば治る」という認識で来院される方も少なくないので、心房細動には発作性心房細動と持続性心房細動があり、後者にはさらに長期持続性心房細動があり、長期化するほど

成績が悪くなるという話をしています。服薬アドヒアランスが重要であることや、心不全、脳梗塞、さらには再発を起こす確率なども説明し、納得のうえで受けていただいています。当院の患者さんは山梨県立中央病院とは異なり、治療後も当院で診療を継続しなければならないケースが多いため、長いお付き合いになることも併せて患者さんにご家族には説明しています。

——いま浅川先生から2つの病院の違いについて触れていただきましたが、それぞれの病院における循環器診療の強みについて教えてください。



梅谷 健先生
(山梨県立中央病院)

梅谷先生 当院は公的かつ県内では中核の施設と位置づけられているため、県内の施設からの紹介患者さんが多く、かかりつけ医の先生との連携が取れて、良い循環ができていると思います。また、山梨大学から心臓病や不整脈などに携わる専門性の高い医師を派遣していただいていることもあり、県内ではマンパワーにおいて非常に恵まれた環境のなかで診療を行うことができます。さらに救急部門も充実しているため、循環器系の疾患も夜間を含めて救急部門が対応しています。アブレーションのオペレーターは3人いるため、負担が1人に偏ることがありません。

浅川先生 梅谷先生のお話をうかがって、非常にうらやましい思いです。当院は民間病院であり、紹介率もそれほど高くないため、心房細動の患者さんを積極的に集める必要があります。講演会などで地域の医師会にうかがう際にはアブレーションの適応などについても説明して、その有用性について理解していただくように努めました。当院の強みは、県内では早期に導入した心臓リハビリテーションが軌道に乗っていることです。心房細動の治療は脳梗塞の予防とともに、心不全の予防が重要になります。心不全に関して心臓リハビリテーションを併用することで両病態に対する治療が可能になります。

患者さん自身がリハビリテーションを行うことで良くなっていることを実感していることに加え、心不全の入院回数が減る効果も期待できることから、今後もリハビリテーションには力を入れていこうと思っています。

——山梨県の脳血管疾患による死亡数が2013年以降減少傾向にあるのは、アブレーション治療によるものが大きいとお考えでしょうか。

梅谷先生 脳血管疾患には脳出血も含まれますが、確かに脳出

血はかなり減っている印象があります。それに対して脳梗塞については当院の脳外科のデータも確認しましたが、減っていることは確認できませんでした。仮に脳梗塞が減っていたとしても、それはアブレーションよりもDOACの影響の方が強いと思います。

浅川先生 私も梅谷先生と同意見です。アブレーションが脳梗塞を減少させたことを証明するには、その前に心房細動の患者さんが減少していなければなりません。ワルファリンの時代には出血性脳梗塞を数多く経験しましたが、DOACの時代になり脳出血が減っていることは実感しています。

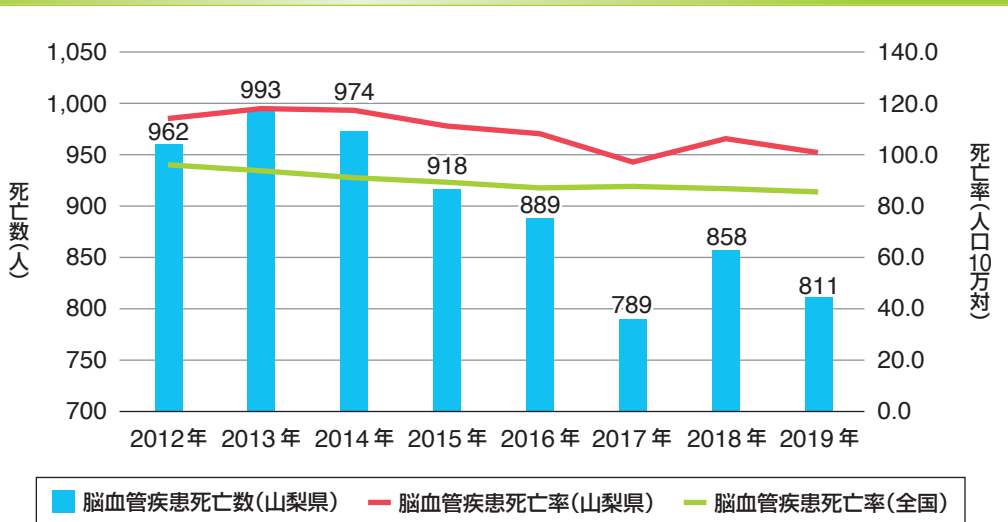
かかりつけ医との病診連携

——山梨県立中央病院が位置する「中北区域」と、山梨厚生病院が位置する「峡東区域」では、現状や今後の医療提供体制に違いがあるかと思います。それぞれの地域の特徴について、どのように捉えられていますでしょうか。

梅谷先生 山梨県立中央病院は、県内で唯一ドクターヘリを導入していて、医療圏を問わず県内全域をカバーしています。先ほど述べたように、急性の虚血性心疾患の患者さんが集まりやすい環境にあります。ドクターヘリ以外であれば、東部は山梨厚生病院に紹介されるケースが多いと思いますが、甲府市を中心とした中北医療圏の患者さんを紹介していただいています。

浅川先生 笛吹市、甲州市を含む峡東医療圏に加え、富士・東部医療圏からも患者さんをご紹介いただくことが多々あります。おそらく、山梨県立中央病院よりも診ている患者さんの年齢層がやや高いと思います。若い患者さんと異なり、手術時間を短くすることを考えなければなりません。そのため、当院では発作性ないしは短期持続性心房細動に対しては、高周波アブレーションと比べて短時間かつ合併症の少ないクライオアブレーション(冷凍焼灼術)を第一選択としています。また、紹介以外の患者さんも多く、逆紹介できる医療機関も限られること

図1 脳血管疾患による死亡数及び死亡率



山梨県 平成30年人口動態統計 第33表:脳血管疾患死亡数・率、性・年次別-全国、山梨より作成

から、年々増加している外来患者さんへの対策が今後の課題です。

—— 病診連携や最近の診療報酬改定で評価が高まっている入退院支援の取り組みについてお聞かせください。他の医療機関(例えばかかりつけ医の先生方)とは、どのような情報共有を行っているのでしょうか。

梅谷先生 当院には「患者支援センター」という部署があります。同センターは従来の地域医療センターと入退院センターを統合した組織として2017年に設置されました。同センターが、地域のかかりつけ医の先生方とコミュニケーションを取らせていただいています。実際にアブレーション治療を行った患者さんの経過観察についてもセンターを通じて共有させていただいたり、患者さんご自身に書類をお渡しして、かかりつけ医の先生に渡していただいています。かかりつけ医の先生から同センターへは電話一本で予約が取れるようにしていますし、直接専門医に電話をいただくこともあります。さらに、連携を取っている医療機関には年に1回は訪問させていただき、病診連携上で困っていることなどをヒアリングしています。この訪問には、院長と看護師、事務員などのスタッフが携わっています。

地域医療支援病院として高い紹介・逆紹介率を維持するには、紹介しやすい病院づくりが求められます。また、県内の医療の質向上を目的としたWEBによる「地域連携研修会」を月1回開催しています。

浅川先生 山梨県立中央病院のようなシステムの構築が理想的ですが、当院ではFace to Faceの関係でかかりつけ医の先生方と“ホットライン”でいつでも連絡ができるようにしています。しかし、コロナ禍で病診連携が停滞してしまった感があるので、withコロナ時代の仕組みを構築する必要性は感じています。



浅川 哲也先生
(山梨厚生病院)

しています。患者さん側も例えば費用面のことなど、医師に聞きづらいことを含めて相談できるのでメリットが大きいと感じています。

患者さんの負担割合はそれぞれ違っていて医師が詳細まで把握できないため、説明された金額と違っていたというトラブルが起こりがちですが、当院ではセンターのMSW(Medical Social Worker: 医療ソーシャルワーカー)が担当しているので問題ありません。心房細動の患者さんに対するアブレーションの説明も、センターの看護師が担っています。各職種の業務の効率化が実現して、働き方改革にもつながっていると実感しています。

—— 症例検討(例えば心房細動の起点が肺静脈でない場合など)はチーム医療や多職種連携においてどのように実施されているのでしょうか。

梅谷先生 個々の症例についてはアブレーション前後に医師と看護師、臨床工学技士、放射線技師のチーム医療でディスカッションしていて、症例によっては医師同士で検討を重ねることもあります。

浅川先生 当院も同様です。潜在性脳梗塞の患者さんについては脳外科医と連携していて、また心不全の患者さんは心臓リハビリテーションの理学療法士と連携して、外来での心臓リハビリテーションを実施しています。

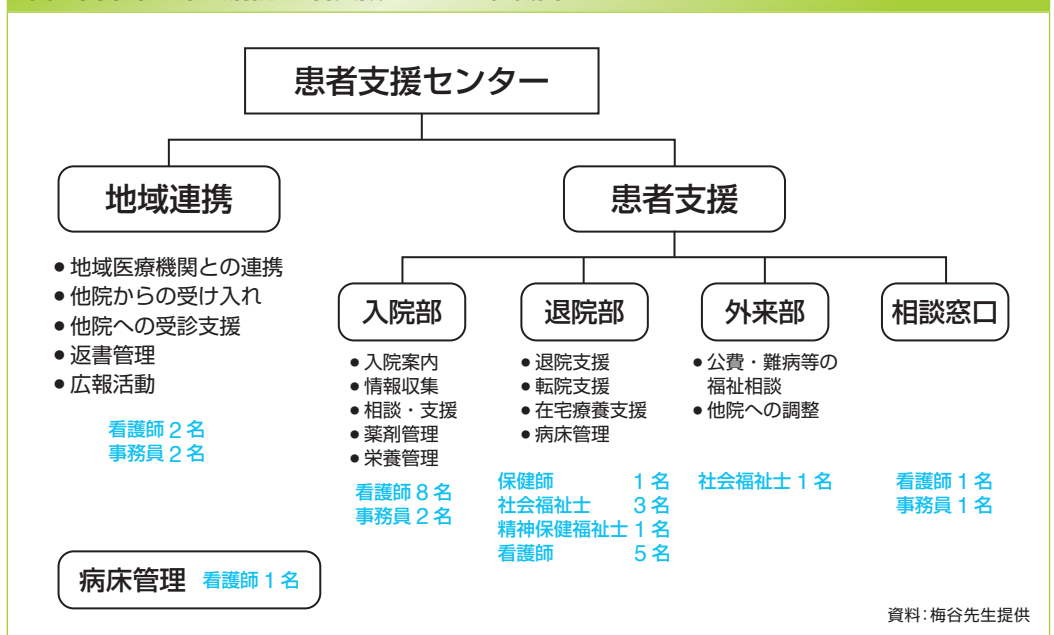
—— 逆紹介を含めた、かかりつけ医の先生方に対する期待についてお聞かせください。

浅川先生 DOACの登場により脳梗塞はかなり予防できるようになったかもしれませんが、心房細動そのものを治療しない限り、もうひとつの問題である心不全による入退院のスパイラルから脱することはできません。一方、発作性、あるいは1年程度以内の短期持続性心房細動であればアブレーションによる

—— 患者支援センターにおけるチーム医療、多職種連携について教えてください。

梅谷先生 以前は内科の患者さんは内科で説明を受け、外科の患者さんは外科で説明を受けるという形でしたが、今はセンターがその役割を担っています。患者さんが日常的に飲んでいる薬や手術前の休薬に関してはセンターの薬剤師から説明をもらいます。医師は「患者支援センターで説明を受けてください」と患者さんに伝えるだけで済みます。書類に関しては事務職員が漏れないかなどのチェックを

図2 山梨県立中央病院 患者支援センター 組織図



資料：梅谷先生提供

治療成績は比較的高く、さらに最近のアブレーションに関する治療機器の性能が飛躍的に向上したことで、安全性が向上し、手技時間も短縮できています。かかりつけ医の先生方には、心房細動を早期に発見していただき、アブレーション実施施設への紹介を迅速にさせていただくことが、今後10年、20年先の慢性心房細動の患者さんの減少につながると確信しています。

梅谷先生 アブレーション治療に適応する患者さんがいれば、山梨厚生病院が当院にご紹介いただくという流れはできました。お引き受けする立場としては安全性に加え、再発率をいかに下げていくかが課題になります。かかりつけ医の先生方は、自分が紹介した患者さんが良くなったかどうかを肌で感じられると思いますので、その期待に応えたいという思いです。また、アブレーション治療を続けてきて最近実感しているのは、心不全の患者さんが減っているということです。脳梗塞が減っていないのでなかなか捉えづらいのですが、心房細動がコントロールされると心不全で再入院する患者さんが減ります。そういう意味では、アブレーションは心不全治療における非常に強力な治療になります。

しかし、心房細動が長く続いた状態で、心臓の機能が落ちてしまってから心不全の受診をするケースが多いのが実情です。もう少し早く心房細動の治療を行っていただければ、心臓の機能を落とさずに済むはず。実際にアブレーション治療を行って心臓の機能が元に戻ってくるケースに遭遇することが増えています。拡張型心筋症の原因が心房細動だったということもあり得るので、早期にご紹介いただくことが患者さんのためにもなります。浅川先生がお話された通りだと思います。

最近ではApple Watchを見せてくれる患者さんが増えました。心房細動の兆候がある不規則な心拍リズムを検知して知らせてくれる機能を持っているデバイスです。無症状の患者さんにどう介入するのかは、今後の心房細動治療の課題になりますが、Apple Watchのようなデバイスが一役買うかもしれません。

浅川先生 梅谷先生が指摘されたように安全性が重要であることは間違いありませんが「どこまで攻めるか?」ということも課題として挙げられます。安全性だけを重視してしまうと再発率が高くなってしまいますし、再発率を防ぐために攻めすぎると合併症が多くなってしまいます。このあたりの駆け引きが悩ましいところです。

——先ほど、服薬アドヒアランスのお話が出てきましたが、アドヒアランスを良くするための工夫については日本老年医学会などから示されています。連携のなかでも服薬管理、アドヒアランスの改善については共有されているのでしょうか。

梅谷先生 入院した患者さんには、ほぼ全員薬剤師による介入があり、止めてはいけない薬には赤丸をするなど丁寧な説明が行われています。外来の患者さんに対しては、ひとつの薬局に

まとめて処方箋を持って行くことを願うするほか、高齢の患者さんへの処方数は5種類を超えないように心がけています。もちろん、服用回数を少なくすることも考慮します。薬に関するかかりつけ医の先生方との連携も「お薬手帳」を通じて行っています。

当院の院外処方箋には検査値が印字されていることもあり、薬局からは頻りに疑義照会があります。

浅川先生 例えばDOACには1日1回のもものと2回のもものがあります。アドヒアランスのことを考えれば1日1回の方が良いと考えるかもしれませんが、それぞれのDOACには特長があり、決して同じものではありません。ただし、介護者が朝しか服薬させることができない要介護の高齢者の場合は、1日1回の薬剤を選択することを考慮します。連携先のかかりつけ医の先生と情報共有しながら決めていくことになります。

今後の山梨県における心房細動治療の課題と目標

——今後の課題や目標についてお聞かせください。

梅谷先生 当院におけるアブレーション治療の件数は、この3年で年間300件前後で推移しています。これ以上増やすのは物理的に難しいのが実情です。浅川先生が採用されているクライオアブレーション件数を現在よりも増やせば、全体の症例数を増やすことができるかもしれません。当院では現在、クライオアブレーションを全アブレーション症例の15%程度行っていますが、これを30~40%に増やせば、手技時間の短縮にもなり、もう少し多くの症例を治療できるかもしれません。当院での手技時間は、おおよそクライオアブレーションで1.5~2時間、高周波アブレーションで2~2.5時間です。一方、5、6年の長いスパンで考えると、カテ室を増やすことができれば急性疾患も断らずに対応できると考えています。

個々の患者さんに関しては、無症状で見逃されている患者さんが突然脳梗塞を起こすような事態をなくしたいと思っています。検診を充実させるなど、心房細動の早期発見とアブレーション治療へのアクセスをさらに身近にすることが目標のひとつです。患者さんの負担を軽減するテクノロジーの進歩にも期待しています。

浅川先生 当院もカテ室がひとつなので年間300件前後が限界だと感じています。しかし、今後も心房細動の患者さんは確実に増えます。我々2病院以外に積極的にアブレーション治療に参加していただく施設が県内に増えてほしいと願っています。発作性、短期持続性心房細動のアブレーションを積極的に行うことにより、四半世紀先の山梨県における慢性心房細動を激減させ、脳梗塞、心不全の減少に寄与することを目標としたいと思います。



発行・編集：バイエル薬品株式会社 マーケットアクセス本部
大阪府大阪市北区梅田2-4-9 プリーゼタワー
<https://byl.bayer.co.jp/>