

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

2022.10

No. **93**

基本理念

人道、博愛、奉仕の赤十字精神に基づき、医療を通じて、地域社会に貢献します。

基本方針

- 1 最適で質の高い医療を提供し、患者に優しい病院を目指します。
- 2 多職種によるチーム医療を実践し、安全・安心な医療を提供します。
- 3 地域の医療機関、保健・介護・福祉と連携を図り、急性期医療・専門医療を実践します。
- 4 災害医療、国際救護活動の充実を図り、赤十字事業を推進します。
- 5 将来を担う人材の確保と育成に努めます。
- 6 一人ひとりが生き生きとし、働きがいのある病院を目指します。
- 7 健全経営の維持に努めます。

第16回

地域医療連携フォーラム

『地域共生社会ってなに？』
～地域で誰もが支え合う社会の実現に向けて～

日時／令和4年8月21日(日)

13時～15時30分

参加人数／177名

ライブ配信(Zoom ウェビナー)

開会挨拶

松山赤十字病院 院長 西崎 隆



松山赤十字病院は
大正2年(1913年)に
開設され、本年度で創立
109年を迎えました。
この間「人道の赤十字
精神」にもとづき、地
域の基幹病院として地
域医療を担ってまいり

ました。この長い歴史の中で、25年前に1つの大きな転換点がありました。それまで当院は病院内ですべての段階の医療を完結させる「病院完結型医療」を行っていましたが、地域の医療機関及び施設がそれぞれ役割を分担し連携して医療を行う「地域完結型医療」へと大きく舵を切ったのです。当院は急性期医療を中心とした医療を担い、回復期及び慢性期となった患者さんは連携により転院をお願いしてまいりました。その結果、平均在院日数は約30日から約10日へ短縮、病床数は820床から585床へと縮小し、ニーズの変化に対応してまいりました。

この「地域医療連携フォーラム」は、当院の連携の取組みについて市民の皆さんに広くご理解いただくことを目的に平成16年(2004年)から開催しています。コロナ禍の影響で3年ぶりの開催となりましたが、未だコロナ禍第7波の中であり、今回はウェブ形式で開催させていただきました。

新病院の建築に関しては、限られた敷地で現地建替のため長期間の工事が必要であり、平成26年(2014年)の起工式から早8年が経過いたしました。通院される患者の皆さん、近隣の皆さんにはご

迷惑ご不便をおかけしておりますが、何卒ご理解とご協力の程お願い申し上げます。現時点では、最終段階となる外構工事を12月に終え、来年1月にグランドオープンを予定しています。新病院は、近い将来起こるとされる南海トラフ地震を見据え免震構造とし、最新の医療機器と585床の清潔で快適な療養環境を備え、ICU・HCUを20床と以前のほぼ2倍に増床し、高度な急性期医療を担う病院として発展してまいりました。

今回のフォーラムのテーマは「地域共生社会」といたしました。「地域共生社会」とは聞きなれない言葉ですが、平成28年(2016年)に国が打ち出した社会ビジョンです。言い換えますと「地域で誰もが互いに支え合う社会の実現を目指す」でしょうか。この「地域共生社会」というビジョンが必要となった背景は、ご存じの様に、我が国は人類史上前例のない「少子高齢化、人口減少社会」を迎え、様々な問題に直面しています。介護の分野では介護を支える人材の確保が年々困難になっていますし、地域に目をむけると希薄化する人間関係により、孤独死など様々な問題が浮き彫りになってきました。このような問題の解決には「地域で誰もが互いに支え合う社会」の実現が不可欠と考えられたのです。本日は、専門家の意見に耳を傾けながら「地域共生社会」の実現に向けて今日からできることを一緒に考えていきたいと思います。

最後に、皆さんにとって本フォーラムが意義あるものとなりますことを願い開会のご挨拶とさせていただきます。



本日は松山赤十字病院の第16回地域医療連携フォーラムがこのように開催されますことを心からお慶び申し上げます。新型コロナウイルス感染症が猛威

を振るい感染者が増大し日々の診療がひっ迫している中、ご準備をいただきました西崎院長、蔵原副院長をはじめ、病院スタッフの皆さまのご苦勞にお礼を申し上げますとともに、お招きいただきましたことを心より感謝申し上げます。

松山赤十字病院は昨年南棟が完成し最新鋭の病院に生まれ変わりました。従来から患者さんが多く、とても忙しい地域の基幹病院ですが、現在、コロナ陽性患者の入院を受け入れる重点医療機関として、新型コロナウイルス感染症に昼夜を問わず懸命に対応していただいております心から感謝いたします。愛媛県では連日3,000人を超える感染者が報告されており、先が見えない状況ではあります。医療はひっ迫しており、基礎疾患をお持ちで入院が必要な高齢者の入院先が見つからないような状況になっております。また松山では先日救急車がすべて出動してしまい空いている救急車が一台もない、いわゆる医療崩壊に近い状況になってしまいました。医療従事者の感染も増加しており、通常の医療が提供できない状況になっております。医療従事者、行政、保健所も必死で頑張っている状況となっております。感染者数を減らすことが重要であり、視聴されている市民の皆さんにおかれましては、換気や手指消毒などの基本的感染予防の徹底、重症化予防効果が認められている3回目、4回目ワクチン接種を切にお願いしたいと思います。

さて、本日のテーマは「地域共生社会」となってお

ります。聞きなれない言葉かもしれませんが、サブタイトルにありますように地域で誰もが支え合う社会のことです。

少子化、超高齢化社会、人口減少を迎えている現在、住み慣れた地域・住み慣れた家で最後まで暮らせる「地域包括ケアシステム」を構築していかなければなりません。松山市医師会でも重要な課題と考えております。現在、高齢者における地域包括ケアシステムの構築に協力しておりますが、国が提唱している高齢者だけでなく、障がい者や子育てへの支援など地域共生社会に向けた地域包括ケアシステムを構築する取り組みは重要であり、行政と連携して医療側の体制作りを進めていく必要があります。

当会では以前より、松山歯科医師会や松山薬剤師会、介護・福祉分野の方々と連携しており、引き続き多職種連携を強めて地域包括ケアシステムの実現に努めたいと考えております。なお本日のシンポジウムでは第二部で戸梶副会長から当会の取り組みについて報告させていただくことになっております。

本日のフォーラムを通して、地域共生社会について市民の皆さまが理解を深めていただくことを祈りまして私の挨拶とさせていただきます。

プログラム

《敬称略》

● 挨拶 13:00~

開会挨拶 松山赤十字病院 院長 西崎 隆
来賓挨拶 松山市医師会 会長 矢野 誠

● シンポジウム 13:10~

『地域共生社会ってなに？～地域で誰もが支え合う社会の実現に向けて～』

第1部 地域包括ケアシステムの構築と地域共生社会の実現

座長 松山赤十字病院 副院長 蔵原 晃一

『地域で誰もが支え合う社会の実現に向けて』

社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ相談役 武藤 正樹

よこすか地域包括ケア推進センター長

第2部 地域共生社会実現に向けた包括的な支援体制を考える

座長 松山赤十字病院 第一循環器内科部長 盛重 邦雄

松山赤十字病院 看護副部長 長谷部 徳恵

『生活困窮者支援における社協の役割』

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会地域福祉部地域福祉課 課長 八木 俊幸

『地域共生社会に向けてケアマネジャーにできること～個の支援から始める～』

愛媛県介護支援専門員協会 会長 矢川 ひとみ

『松山市医師会における在宅医療・地域包括ケアシステムへの取り組み』

松山市医師会副会長 戸梶内科医院院長 戸梶 泰伸

『夫のかたわらで、妻として看護師として看取る』

社会医療法人石川記念会HITO病院 在宅医療連携拠点センター 大原 かおり

● 閉会挨拶 15:25

松山赤十字病院 副院長 蔵原 晃一

「地域で誰もが支え合う社会の実現に向けて」

社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ相談役 武藤 正 樹
よこすか地域包括ケア推進センター長

横須賀にありますが、日本医療伝道会衣笠病院グループの武藤と申します。本日は主に、地域包括ケアシステムの歴史と展望についてお話ししたいと思います。

まず地域包括ケアシステムの歴史についてご紹介します。地域包括ケアシステムは、住まいを中心として、医療、介護、生活支援介護予防、これをパッケージ化して届けるシステムです。「Aging in Place」、介護が必要になっても住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるように整えていくということです。地域包括ケアの原点は広島県尾道市の公立みつぎ総合病院における寝たきり予防です。1970年代に、脳卒中と心筋梗塞の高齢患者が、自宅退院後寝たきりになって再入院するケースが多いことを問題視され、看護や医療を在宅に出前するサービスを開始。1980年代から町の保健福祉センターと病院の健康管理センターとの統合や介護施設の併設、1993年頃には在宅改修も実施されています。また、住民ボランティアによる福祉バンクを作る等、住民参加にも力を入れています。病院を核とした保健福祉の総合的な体制を築かれており、非常に先見性のあることでした。制度としての定着は、2000年の介護保険のスタートが契機で、2006年の介護保険法改正により地域包括支援センターが設置されました。地域包括ケアは介護保険サービスの中核として、様々な地域包括ケアシステムができてきました。ここで記憶に留めていただきたいのは、地域包括ケアは病院の専門職の地域活動から始まったということです。極めて多数の多職種・専門職者のいる病院という資源、これを地域にどう

やって還元するか考えなければなりません。地域とともに歩む病院、そして地域に貢献する病院でないと生き残れません。

次に地域密着型サービスについてご紹介します。地域密着型サービスは地域包括ケアになくしてはならないサービスで、市町村が指定監督を行うサービスです。要介護者が住み慣れた地域で生活することを支えるために、現在10の地域密着型サービスがあります。地域密着型サービスの中の看護小規模多機能型居宅介護は、利用者の状態に合わせて通所から宿泊への変更、場合によっては看取りまでの柔軟なサービスができます。定期巡回・随時対応型訪問介護看護は24時間サービスと呼ばれ、地域におけるナースステーションのようなものです。療養通所介護は常に看護師による観察が必要な利用者のデイサービスで、家族の介護負担が軽減して在宅療養を継続できたという事例もあります。地域包括ケアシステムの推進には、在宅限界をいかに引き上げるかが課題です。こうした在宅限界を引き上げるという点においても地域密着型サービスは重要です。しかし、介護報酬の見直しもされていますが、なかなか普及しない現状があります。市町村でないとできない、きめ細かく地域を包み込んでいるような地域密着型サービス、これを増やしてもらうことが大事だと思います。現在、介護離職が10万人と言われており、これ以上介護離職が増加すると日本の経済が成り立っていきません。そういう意味でもこうした地域密着型サービスが大事であるということを強調したいです。2020年に「新型コロナで医療が変わる」という本を執筆しました。この中でも地域密着型サービスのことを取り扱っていますのでぜひともご参考にしていただければと思います。

(文責 長谷部)

「生活困窮者支援における社協の役割」

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会地域福祉部地域福祉課 課長 八木 俊幸



私が所属する社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会（愛称、社協）は、民間の社会福祉活動を推進することを目的とした、営利を目的としない民間組織です。活動の中で貧困や生活困窮という問題が色々な場面で出てきます。生活困窮とは、様々な理由で日本国憲法第25条に定める健康で文化的な最低限度の生活を営むことができなくなる「一歩手前」の方のこと

だと理解していただければと思います。生活困窮者自立支援制度の目標は「生活困窮者の自立と尊厳の確保」と「生活困窮者支援を通じた地域づくり」です。生活困窮者の地域生活を支える視点と、生活困窮者を支える地域をつくる視点の両方が求められます。

社協では、生活福祉資金貸付制度やその他多くの事業を展開しながら、地域にある様々な問題や課題を解決するために福祉や医療などの関係機関、行政、地域福祉活動を展開する団体、地域住民などとの協働による「地域づくり」を行っています。そうすることで生きづらさを感じる人が少なくなり、誰もが豊かに安心して分け隔てなく共に生活していくことができる社会、いわゆる「地域共生社会」が実現できると考えています。

「地域共生社会に向けてケアマネジャーにできること～個の支援から始める～」

愛媛県介護支援専門員協会 会長 矢川 ひとみ

地域包括ケアシステムは、高齢者の暮らしを住まいを中心に、医療、介護、生活支援を日常生活圏域で提供できる仕組みです。これらをコーディネートする役割として、地域包括支援センターとケアマネジャーが位置づけられています。

個の支援を通して、地域に視点を向けた支援、また行政や他の職能団体との協働が非常に重要だと考えています。生活の継続性から考えるとやはり個の支援の積み重ねになるのではないのでしょうか？

地域共生社会とは、地域住民や地域の多様な主体

が我が事として参画し、丸ごと繋がることで住民一人一人の暮らしや生きがいを地域とともに作っていく社会であると言われています。私が具体的にイメージをしているのは、認知症の人が安心して生活できる地域。災害が起こったときにスムーズに避難ができて、その後の生活再建ができる人との繋がりでないかと思っています。元気で生き生きとした高齢者が増えるように、心豊かな人生が送れるように、これからもケアマネジャーとして活動していきたいと思っています。

「松山市医師会における在宅医療・地域包括ケアシステムへの取り組み」

松山市医師会副会長 戸梶内科医院院長 戸梶 泰伸

松山市医師会では、平成4年から在宅医療に取り組み、医療・介護に関わる多職種、行政と連携を行っています。平成27年には地域包括ケアの構築を目指し、在宅医療を支援するための拠点としての相談窓口の役割を担うため、松山市在宅医療支援センターを設置しています。在宅医の支援と在宅医療に関連する各医療機関および多職種との連携、そして市民に対する在宅医療の相談窓口を三本柱としております。

市民に対する在宅医療の相談窓口として、市民からの相談業務、出前トークや市民公開講座も開催しております。相談業務ですが、相談時間は平日の9時から17時、センター職員の看護師と社会福祉士が対応します。相談内容は在宅医療全般についてですが、内容によっては関係部署を紹介させていただ

くこともあります。また、松山市医師会と松山市のホームページをリンクさせ、在宅医療に取り組む医療機関についての情報を公開しておりますので、ご参考にしていただければと思います。

地域包括ケアシステムの構築には、医療・介護・福祉・行政を含む多職種の連携が必要です。高齢者中心の地域包括ケアシステムから、地域共生社会への発展が望まれます。この地域包括ケアシステム、地域共生社会の主役は市民の皆さんです。自助・互助を含め、それぞれが各地域でできる工夫をすることが大切です。それをサポートできるような体制の構築に向けて、松山市医師会も在宅医療の推進・普及・顔の見える多職種連携を進めていきたいと思っております。

「夫のかたわらで、妻として看護師として看取る」

社会医療法人石川記念会HITO病院 在宅医療連携拠点センター 大原 かおり

私の夫は、工作中的転落事故により鎖骨と肋骨を骨折、頸椎を損傷しました。その後徐々に麻痺が進行し、嚥下も困難となり、検査の結果、筋萎縮性側索硬化症と診断されました。看護師とケアマネジャーの経験から、家で療養したいとの夫の意向を躊躇なく受け入れることができました。しかし、訴えの多い主人に挫折し、「いい加減にして」と言いそうになるときもしばしばありましたが、そんなことを言うと一生後悔すると涙と一緒に飲み込んだことを覚えています。なんととっても、毎日訪問看護師さんが来てくれる安心感が私を支えてくれました。チャイムが鳴るとあの頑固だった主人の表情が柔らかくなったことを覚えています。

転落事故から10ヶ月というあっという間の、苦しくてつらい在宅での看取りでした。主人は最後まで喋れ、自分のことを伝えられたことがせめてもの救いでした。看護師として大切な家族として、本人の望むような最期を看取ることができたと思っています。主人を支えてくれた病院や在宅サービスの皆さんの支援のおかげです。

主人は元気な頃から、自分がもし体が不自由になつたらこうしてほしいと話していました。皆さん死はまだまだ先のこと、今の自分には関係ないと思っているかもしれません。私もそうでした。しかし、医療依存度の高い療養者を受け入れるには家族の心構えも必要です。話し合ってください。そして地域と手を繋ぎ合ってください。

看護師である私が、妻として支えられる側を経験したからこそ伝えられることだと思い、今日の講演に臨みました。

(文責 長谷部)





ALアミロイドーシスについて：ALアミロイドーシスとは、免疫グロブリン（血液中や組織液中に存在する蛋白質）の産生異常が原因となり発症する疾患です。単clone性に異常増殖する形質細胞から産生されるmonoclonalな蛋白（M蛋白）に由来するアミロイドが細胞間質に沈着、不溶化し、様々な臓器障害を引き起こします。

本邦における発症年齢中央値は65歳で、65歳以上の割合が64%と高齢者に多い疾患といえます。年間発症率は100万人あたり4.2人と報告されていますが、疾患認知の向上や診断検査の確立により近年は増加傾向にあります。

アミロイドが沈着している標的臓器によって症状は異なります。腎臓であれば浮腫や体重増加、ネフローゼrangeの蛋白尿などが見られます。心臓であれば疲労感や呼吸苦といった自覚症状から壁肥厚（心エコー）や低電位（心電図）などの検査異常を認めるものまで様々です。消化器であれば多くは下痢症状を呈しますが、便秘やイレウスなど閉塞症状を認める症例も散見されます。単一臓器への沈着は1/4に過ぎず、多くは複数の臓器障害が初発時に認められます。

ALアミロイドーシスの予後：症状は症例により多岐にわたりますが、生命予後に直結する標的臓器の多くは心臓であり、アミロイドーシスのstage II期以上では死因の8割以上を心臓死が占めます。無治療だと、診断からの50%生存率は13ヶ月と非常に早い疾患進行であり、臓器機能温存のためには早期の確定診断および治療介入が不可欠です。

ALアミロイドーシスの診断：合致する臨床症状があり、M蛋白の存在が証明されるとALアミロイドーシスの可能性が示唆されますが、野生型ATTRアミロイドーシスの10%～39%にM蛋白が検出されるとの報告もあり、確定診断には病理検査でのアミロイドタイプングが必須です。臓器障害が出現している部位からの生検が望ましいとされますが、患者状態や侵襲性を考慮して腹腔脂肪吸引生検や十二指腸生検など比較的安全に施行できる生検でも高いアミロイド検出率が報告されています。

ALアミロイドーシスの治療：全身性アミロイドーシスに対し、抗CD38抗体のダラツムマブとシクロ

ホスファミド、ボルテゾミブ、デキサメタゾンを用いた治療（D-CyBorD）が2021年8月末に国内承認を取得しました。第Ⅲ相試験（ANDROMEDA study）では、心臓病期stage II bを除外した未治療全身性ALアミロイドーシス患者において、対象群に対する血液学的奏効率、臓器奏効率の優越性が確認されました。

従来、ダラツムマブは500～1,000mlの生理食塩水に希釈し数時間かけて持続点滴投与されていましたが、ヒアルロン酸分解酵素を配合した皮下注射製剤が使用可能となりました。これにより投与時間の大幅短縮や薬剤過敏反応（infusion related reaction=IRR）の減少のみならず、心合併症の多いアミロイドーシス患者へのrisk軽減につながりました。今後は自家移植適応症例における初回治療選択や心臓病期high risk症例などにも適応拡大の可能性がありさらなるdata蓄積が待たれています。

身体所見と検査異常

腎臓：浮腫、体重増加、蛋白尿（ネフローゼrangeの蛋白尿）
心臓：労作時呼吸苦、疲労、低血圧、心室壁肥厚、低電位
 （初期は頻出率の維持された拡張型心不全を呈することが多い）
肝臓：肝腫大、ALP高値
消化管：下血、嘔気、食欲不振、腸閉塞、吸収不良
末梢神経：温痛覚を主体とした低下、神経伝導速度異常
自律神経：起立性低血圧、下痢、便秘、尿原障害
関節、乾癢：手指管状関節、shoulder pad sign
舌：巨舌
皮膚：紫癜症様肥厚、結節、紫斑、raccoon eyes
その他：分泌腺やリンパ節などの慢性腫大や筋の慢性肥大

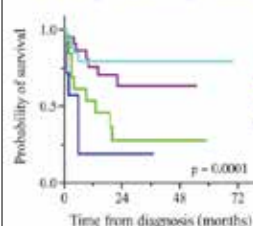


ALアミロイドーシス診療ガイドライン 2020年版より抜粋
 単一臓器への沈着は約1/4に過ぎず、
 2臓器(36%)、3臓器(39%)と複数の臓器沈着を呈することが多い

早期診断の重要性

Eur J Haematol 2021 Oct;107(4):449-457.

77症例に関して心不全症状出現時から診断までの期間で下記の4群に分類し観察
 ・0-6ヶ月 ・7-12ヶ月 ・13-18ヶ月 ・19ヶ月以上（観察期間中央値26ヶ月）



・臓器機能温存のために早期診断および治療介入が必要



1. 高血圧診療ガイドライン 2019

2019年に改訂された、「高血圧診療ガイドライン 2019」では、より厳格な降圧目標値が設定されました(130/80mmHg未満)。一方、わが国の高血圧者(推計4,300万人)のうち、(旧)降圧目標値である140/90mmHg未満を達成している者でさえ、1,200万人(28%)足らずであると推計されています。そのため、より有効な降圧薬治療を目指して、以下の4項目を念頭に、降圧薬選択を行っております。

- ① 体液量増加型あるいは血管抵抗上昇型(パンパン型 vs ギュウギュウ型)
- ② 降圧薬による圧-利尿曲線の変化
- ③ 降圧薬によるレニン-アンジオテンシン系の変化
- ④ 二次性高血圧

2. 二次性高血圧：原発性アルドステロン症(図1～図3)

原発性アルドステロン症(PA)は治療可能な二次性高血圧であり、かつ、本態性高血圧よりも脳心血管病、慢性腎臓病が高頻度なことから、適切な診断と治療が必要です。PA診療アルゴリズムは、①スクリーニング→②機能確認→③病型診断→④治療、の4つのプロセスからなっています(図1)。各プロセスにおいて、2015年度から開始された多施設共同研究(JPAS・JRAS)(当科も参加)により、世界でも類のないPAレジストリが構築され、わが国独自のエビデンスが創出され、2021年に、PA診療ガイドラインが改訂されました。主な改訂ポイントを概説します。

(1) 採血条件における変更点(図2)

- ・ 早朝/空腹/安静臥床(30分)→ 随時/座位
- ・ カルシウム拮抗薬/α遮断薬に変更→血圧や低カリウム血症の管理を第一優先

降圧薬の種類により偽陽性や偽陰性を呈する可能性があるため、原則CCBあるいはα遮断薬に変更後に採血を実施することが推奨されるが、血圧や低カリウム血症の管理を優先して、継続のままで実施可能と変更されました。**(重要：β遮断薬とMRBは使用不可。変更必須。)**

【注意事項】

- ・ ARB/ACEI：PAC抑制、レニン上昇から、偽陰性の可能性あり
- ・ 利尿薬：レニン上昇から、偽陰性の可能性あり
- ・ β遮断薬：レニン抑制から、偽陽性の可能性あり
- ・ MRB：レニン上昇、PAC上昇から、判定困難

(2) スクリーニング判定基準における変更点(図3)

- ・ アルドステロン濃度(PAC)120pg/ml(RIA法)→PAC60pg/ml(CLEIA法)で陽性



【注意事項】

- ・アルドステロンとレニンの比(ARR) > 200
→ ARR > 200のまま

PAC測定法がRIA法からより特異性の高いCLEIA法に変更となり、CLEIA法ではRIA法より測定値が低値を示すことから、 $PAC \geq 60 \text{ pg/ml}$ で陽性と判定と変更されました。

- ・CLEIA法による至適カットオフ値が確立するまでは、ARR100~200を「ARR境界域」と位置付け、ARR100~200かつ $PAC \geq 60 \text{ pg/ml}$ も暫定的に陽性とし、低カリウム血症や副腎腫瘍の有無、年齢などを考慮して、機能確認検査の実施の要否を個別に検討することとされています。
- ・スクリーニング段階で、①低カリウム血症(血清カリウム濃度 $< 3.5 \text{ mEq/L}$)、② $PAC > 100$ (CLEIA法)、および③レニンが検出限界以下のすべてを満たす場合は、機能確認検査を省略してPAの確定診断が可能です。

3. 当科での診療体制(図4)

スクリーニング陽性の場合、機能確認検査から病型診断に進んでゆきます。

当院では、アルドステロン濃度/レニン蛋白の測定が院内で可能となり、約2時間で検査結果が判明します。その結果、ほとんどのケースで、1回の受診で診断・治療方針を決定することが可能となり、患者さんの負担が大幅に軽減されています。少しでもPAを疑う場合は、是非、当科にご紹介ください。機能確認検査が陽性の場合(PA確定)、病型診断後に治療方針を決定します。治療開始後は、状態の安定化を確認して紹介元にお返しします(内服治療の場合、状態安定まで、約3か月程度)。

図1

アルドステロン症診療アルゴリズム

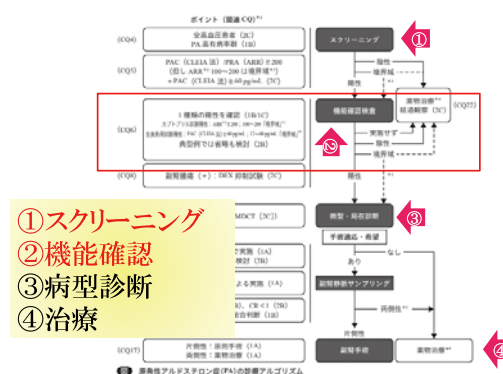


図2

スクリーニング採血条件の改訂項目

- Point 3 採血条件は早朝空腹時の安静臥位後が望ましいが、スクリーニングでは随時座位で行って良い(2C)
- Point 4 降圧薬の種類により偽陽性や偽陰性を呈する可能性があるため、カルシウム拮抗薬やα遮断薬に変更後にスクリーニングを実施することが推奨される(2C)。しかし、血圧や低カリウム血症の管理を第一優先として適切な薬物治療下でスクリーニング検査を実施する(1B)

■原則は早朝・空腹・安静臥床→随時・座位でも可

■CCB/α遮断薬に変更→降圧薬の変更は不要
(β遮断薬/ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬は、変更必要)

図3

スクリーニング及び機能確認検査の陽性判定基準



図4

松山赤十字病院のアルドステロン診療

ほとんどのケースは、1回の受診で完結
(●9時受診(空腹)→13時頃に結果説明、治療方針決定)

- 検査内容
・カプトリル負荷試験施行; 前・60分・90分の3ポイントで採血
・(カプトリル負荷試験陽性なら単純CT施行)

* 検査後、1時間30分で結果判明; 昼食 可 / 外出 可
* 費用; 7,000円~11,000円(3割負担)



アミロイドーシスとは

アミロイドーシスは、線維状に絡まった異常タンパク質(アミロイド)の組織への沈着が引き起こす臓器機能障害です。心臓にアミロイドが沈着して、心機能障害を引き起こし、心不全を発症すれば心アミロイドーシスと診断されます。アミロイドーシス患者さんの生命予後は、心不全の程度に左右されることが多く、心不全を見落とさないことは、本疾患を診療する上で非常に重要です。

心アミロイドーシスは意外に多い

心臓にアミロイドが沈着すると、心筋壁厚が厚くなってきます(図1)。この肥厚は、心筋細胞の肥大ではなく、アミロイドの沈着が原因です。肥厚した心筋は、収縮力が維持されていても、アミロイドの沈着により拮抗しにくくなっていること(拡張障害)が多く、この時点から心不全の発症に注意が必要です。心房細動などの不整脈を合併することも多く、進行すると収縮障害を来し、重度の心不全症状を呈するようになります。診断から死亡までの平均生存期間は、沈着するアミロイドの種類によって異なりますが、数ヶ月から数年と言われており、極めて予後不良の疾患です。心アミロイドーシスは、長らく希少疾患と考えられ、一般医家には、さほど注目されて来ませんでした。ところが、近年、従来から考えられてきた以上に、本疾患の患者数が多いことが分かってきました。特に高齢者においては決して希少ではなく、心肥大を呈するケースでは積極的に鑑別すべき疾患であると考えられるようになってきました。

アミロイドーシス治療薬の登場

心アミロイドーシスが注目される理由の一つに、画期的な治療薬が登場したことが挙げられます。タファミジスというその治療薬は、全てのアミロイドーシスに効果があるわけではなく、トランスサイレチン(TTR)というタンパク質が異常集積するアミロイドーシス(ATTR)に対してのみ有効です。TTRは、四量体で安定化して存在することで、本来の役割を果たしますが、ATTR心アミロイドーシスでは、四量体TTRが不安定化・異常タンパク化して、心筋壁に沈着します。タファミジスは、四量体TTRを安定化させて、心臓への沈着を防ぐことで効果を発揮します(図2)。心アミロイドーシスのうち、ATTR型は比較的頻度が高く、心アミロイドーシス患者さんの多くで、本剤の投与により、その病期の進展を食い止めることが出来ると期待されています。薬価の非常に高い薬剤ですが、有効性の期待される患者さんに本剤を確実に届ける努力が我々に求められています。

まずは心不全を疑うことから

心アミロイドーシス患者さんを見逃さないためには、何より心不全を疑うことが重要です。心不全を疑えば、心電図や心エコーなどの検査で、心アミロ

イドーシスに気づくチャンスが生まれます。心筋壁肥厚を認める一方で、肥大型心筋症などとは異なり、全体的に低電位な心電図が特徴です。

ATTR心アミロイドーシスでは、ピロリン酸シンチグラフィ(図3)という検査の感度・特異度が高いことが分かっており、診断も容易です。ATTR以外のアミロイドーシスに関しても、原疾患や心不全に対する治療が日々進歩しています。治療効果を得るためには、早期発見・早期治療が重要であり、高齢化社会における日々の診療で、心アミロイドーシスは是非念頭に置いて頂きたい疾患です。

図1 心アミロイドーシスで認められる心筋肥厚

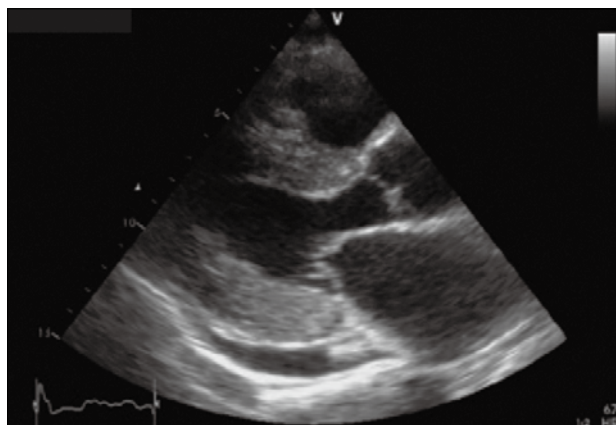


図2 ATTRアミロイドーシス治療薬タファミジスの作用機序

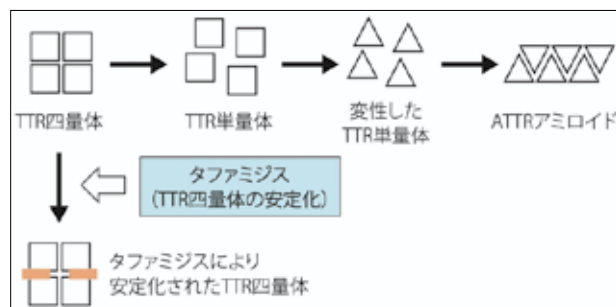
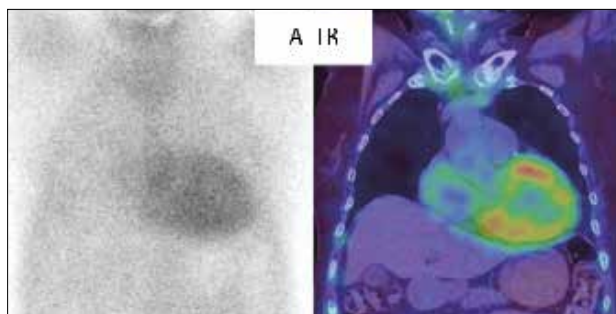


図3 ATTR心アミロイドーシスのピロリン酸シンチグラフィ



* 図は、日本循環器学会 2020年版 心アミロイドーシス診療ガイドラインから抜粋。



本邦における平均寿命は2018年時点では男性81歳、女性87歳であるが制限なく日常生活を送ることができる健康寿命は男性72歳、女性75歳となっており平均寿命と大きな差がある。何らかの生活の支障や介助が必要となる原因として骨折、転倒による運動器の障害は約25%を占めており、骨粗鬆症による骨折は要支援、要介護の大きな原因となっている。70歳以上では女性の半数以上が骨粗鬆症を有しており、骨粗鬆症性骨折の中でも最も身体機能への影響を及ぼす骨折である大腿骨近位部骨折も高齢化に伴い年々増加している。また、最初の大腿骨近位部骨折後1年間において、骨粗鬆症薬物治療が行われた割合は約18%と低く、反対側の大腿骨近位部骨折を生じる（二次性骨折）患者も多く認められる。そのような背景があり今年の診療報酬の改定で二次性骨折予防継続管理料を算定できるようになった。これは大腿骨近位部骨折に対し手術加療を行った患者に対して二次性骨折の予防を目的として骨粗鬆症の計画的な評価、治療を行った場合に算定できるものであり、急性期病院で算定するとリハビリ病院、クリニックでも算定できるようになっており、地域を挙げて二次性骨折を予防していこうとするものである。また、大腿骨近位部骨折は手術の遅れが患者の生命予後に影響するためガイドラインでも早期手術が推奨されている。そのことから今回の改定では75歳以上の患者に対して受傷後48時間以内に手術を行い二次性骨折予防を行った場合には緊急整復固定加算、緊急挿入加算が算定できるようにもなった。これら二次性骨折予防や速やかな手術を行うため、当院でも骨粗鬆症リエゾンサービスを多職種で連携して開始した。現在のメンバーは整形外科医、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、医事課、連携室であり、入院中に歯科による口腔内評価、骨密度測定を行い、骨粗鬆症治療を開始あるいは骨粗

鬆症薬内服中の場合は必要であれば内服薬の変更を行っている。また、術後早期のリハビリ、栄養指導、転院先への検査結果・治療内容の伝達により早期離床、栄養状態の改善、骨粗鬆症に関する情報の共有ができるようにしている。早期手術に関しては、各科の協力のもと手術に必要な受診マニュアルや準備のマニュアルを作成し、受傷後に手術を安全かつ早期に行えるような体制をとっている。

まだ運用を始めたばかりで足りない点も多いとは思いますが、患者の生命予後やADL改善には二次性骨折予防と早期手術は欠かせないものであり、今後も改良を加えてよりよいシステムにしていきたいと思っている。

大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

(新) 二次性骨折予防継続管理料

イ 二次性骨折予防継続管理料 1	1,000点	(入院中1回・手術治療を要する一般病棟において算定)
ロ 二次性骨折予防継続管理料 2	750点	(入院中1回・リハビリテーション等を要する病棟において算定)
ハ 二次性骨折予防継続管理料 3	500点	(1年を標準として月に1回・外来において算定)

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

高齢者の大腿骨近位部骨折に対する適切な治療を提供する観点から、骨折脱臼の手術（大腿）に対する緊急整復固定加算及び人工骨挿入術（股）に対する緊急挿入加算を新設する。

(新) 緊急整復固定加算 4,000点

(新) 緊急挿入加算 4,000点

【算定要件】

- 75歳以上の大腿骨近位部骨折患者に対し、適切な術前評価を行い、受傷後48時間以内に骨折部位の緊急固定を行った場合に、所定の日に加算する。
- 一連の手術過程において区分番号「B001」の「イ」の「イ」二次性骨折予防継続管理料1を算定する場合に1回に限り算定する。
- 当該手術後は、早期離床に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて適切な二次性骨折の予防を行うこと。
- 診療報酬明細書の備考欄に算定した日時及び手術を開始した日時を記載すること。

FLSクリニカルスタンダード

FLSのチームメンバー

FLSのチームメンバーは、医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカー、介護福祉士などであり、各施設の状態にあわせた多職種の協働と、そのための連携教育が重要である。

当院の骨粗鬆症リエゾンサービス

定期会議：整形外科、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、医事課、連携室

各内科
歯科（全身麻酔の術前評価、骨粗鬆症内服前）
放射線技師（DEXA）

発行責任者 / 副院長（患者支援センター所長）蔵原 晃一

編集 / 松山赤十字病院・患者支援センター 〒790-8524 松山市文京町1番地

TEL 089-926-9527 FAX 089-926-9547 <http://www.matsuyama.jrc.or.jp/>