

胸痛を訴える急性冠症候群患者の病診連携の実際

弓倉 整

弓倉医院（東京）／院長

本日は2例の自験例と、これから必要とされるであろう心筋梗塞等の心疾患における地域医療連携のパスの概念についてご説明させていただきます。

1. 症例呈示

【症例1】64歳 男性

症状を訴えて来院された方ではなく、区健診を受診された方です。健診時に私のほうから「変わったことはございませんか」と尋ねたところ、主に起床時の、前胸部から心窩部にかけての「冷や汗が出るような」不快感が1カ月前から発現していることをお話しされました。基礎疾患にLymphomaがあり、某がん専門病院で経過観察をされていますが、私の医院には初診です。

現症は、血圧164/90 mmHg、身長175 cm、体重76 kgで、胸腹部理学的所見異常なし、安静時心電図正常範囲、WBC 7400、RBC 495万、TC 216、HDL 68、TG 136、BS 101と、血圧以外のリスクファクターはありません。

心電図（図1）は特に問題はなかったのですが、「朝方の違和感」ということで冠攣縮性狭心症の可能性を否定できず、ホルターを取らせていただきました。その結果、解析センターから「ST上昇あり」ということで、その部分のファクスを送って

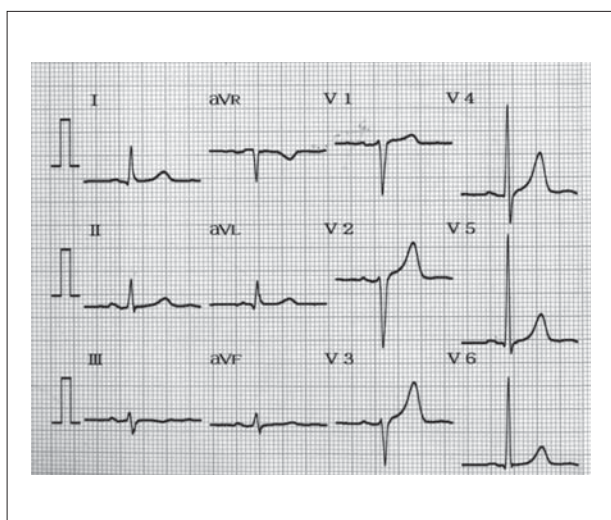


図1 【症例1】心電図所見

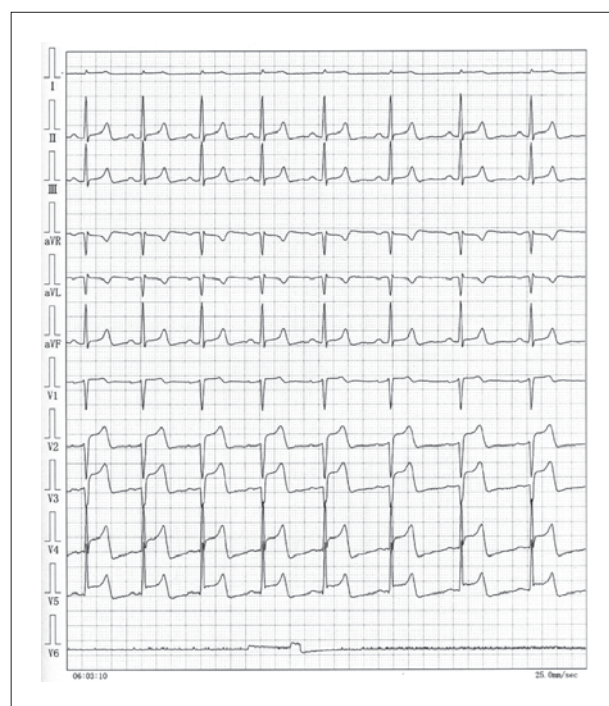


図2 【症例1】ホルター心電図

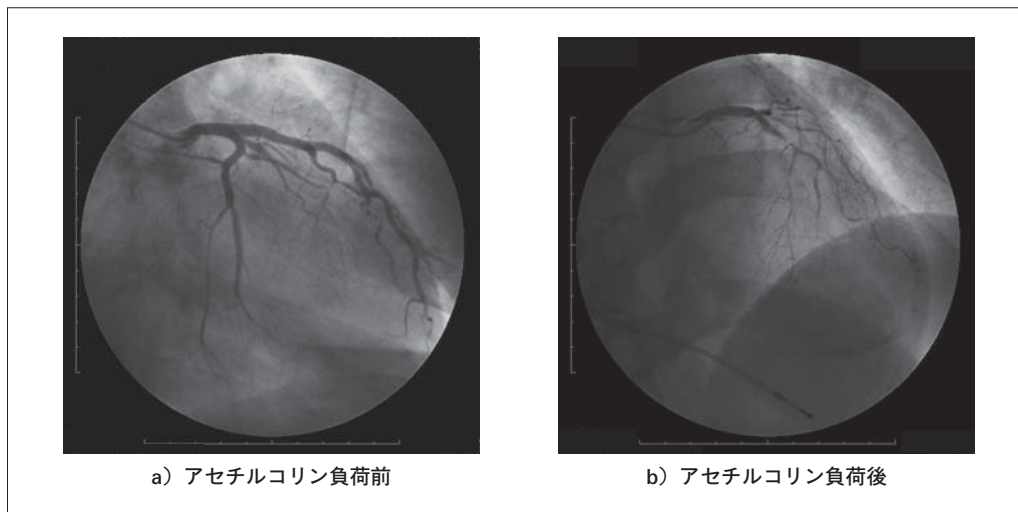


図3 【症例1】血管造影所見 (LAD)

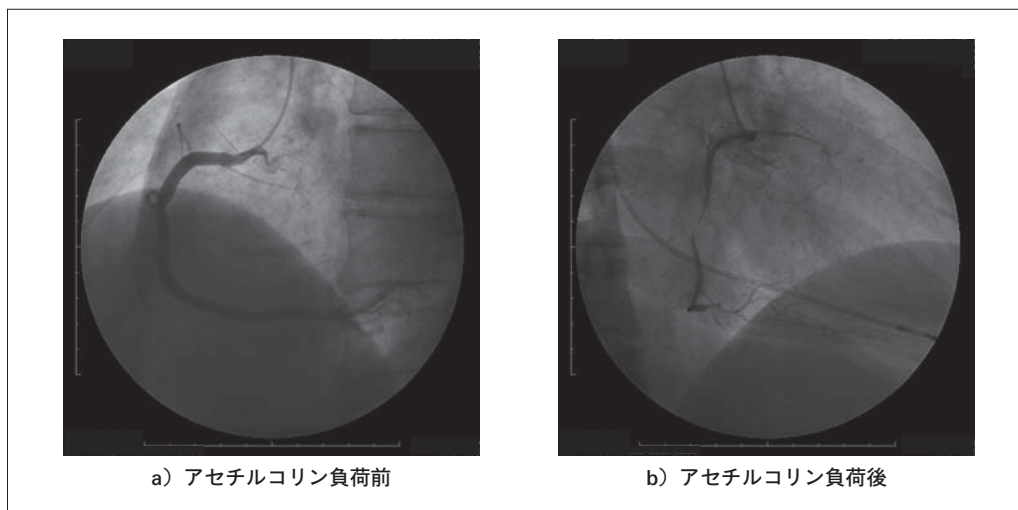


図4 【症例1】血管造影所見 (RCA)

いただきました。図2が12誘導のホルターの結果ですが、 $V_1 \sim V_5$ でSTが上昇しており、よく見るとII, III, aV_F も上がっているのですが、主に前胸部誘導に上昇が認められます。

すぐに大学病院に紹介し血管造影を行ったところ、ノーマルコナリー(図3a)ですが、アセチルコリン負荷によりLCXが写らないような、びまん性のdiffuseなスパズムが現われました(図3b)。右のコナリーでは、2番に若干細いところがあるもののノーマルコナリーと判断できますが(図4a)、アセチルコリン負荷により2, 4番で強いスパズムが認められました(図4b)。

診断としては「左右冠動脈の攣縮による異型狭心症」で、現在当院にてカルシウム拮抗薬による管理

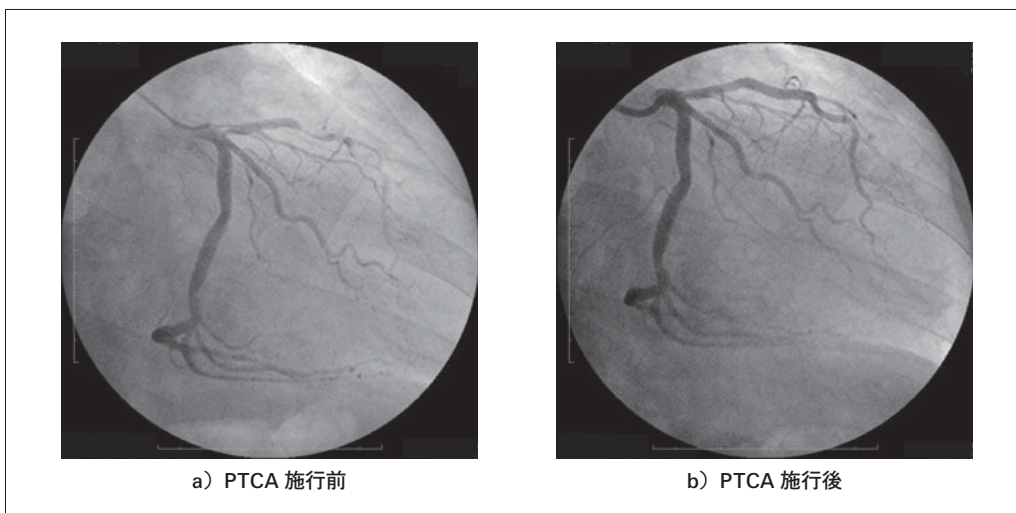
を継続中です。normal-coronary-artery (NCA) の患者さんは、症状が安定している間は原則として専門病院での虚血評価は行わず、当院で外来管理しております。

【症例2】46歳 男性

つぎに呈示する症例は、労作時の胸痛を主訴とする比較的分かりやすい症例です。低HDL血症、高TG血症で加療していたものの、この3年間は治療を自己中断しており、喫煙(15本/日)もあります。10日ほど前からの労作時の前胸部～のどの痛み～頭痛を訴え受診されましたが、「労作で誘発、安静で改善」というところが特徴的です。血圧150/100 mmHg、胸腹部理学的所見異常なし、安静時心電図正常範囲で、血圧と喫煙の2つがリスク



図5 【症例2】心電図所見



a) PTCA 施行前

b) PTCA 施行後

図6 【症例2】血管造影所見 (LAD)

ファクターです。

安静時心電図に異常なく (図5), 症状から典型的な労作性の不安定狭心症を考え, 大学病院に送りカテーテルを施行していただきました。図6aに示すように左の6番が99%狭窄, その後のフローがほとんどない状況でしたが, PTCAによりよく拡がっております (図6b)。右のコロナリー (図7) は若干低形成ですが, 特に問題はありません。

最近の傾向を反映して, この方も薬剤溶出性ステント留置後4日で私の病院に戻られましたが, その時に発疹を訴えられました。アスピリンとクロピドグレルが処方されておりそれによる薬疹を疑いましたが, 病院に情報提供し検討された結果, 同時に処方されていたプロトンポンプ・インヒビターによるものであることが判明し, 抗血小板薬とともに継続

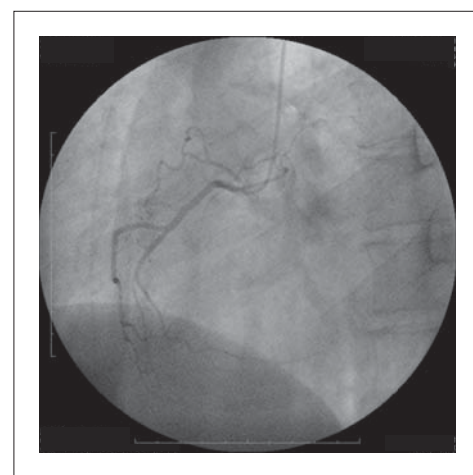


図7 【症例2】血管造影所見 (RCA)

しています。不安定狭心症では特に早期退院例が多く、この発疹も病院入院中には現れておりませんでしたので、こうした点も含め緊密な病診連携は重要であると思われます。

2. 急性冠症候群の医療連携で大切なこと

私の考える病診連携のシステムについてお話させていただきます。

急性冠症候群の医療連携で一番大切なのは、①いかに早く急性期の患者を専門医に送ることができるか、② 定期において専門医とかかりつけ医との間の連携をいかに取るか、ということです。①については、システムとして東京都ではCCUネットワークがありますが、ドクターズ・ラグをできるだけ減らすためにはかかりつけ医の生涯教育が必要であり、受け入れ体制の整備も必要です。一方、②については、システムとして「地域医療連携クリティカルパス」の作成が急務と考えます。

専門病院からかかりつけ医に対しての「診療情報提供書」は、できるだけ詳しいほうが良いと思います。受け取る側にも多少の温度差があるかもしれませんが、循環器を標榜するかかりつけ医としては、やはり情報に乏しいと困る場合があります、造影検査の画像添付はぜひ行っていただきたいと思います。逆紹介・返送時には、患者さんが必要とする治療内容についての情報提供は必須です。

したがって、「地域連携パス」として必要とされる項目は、専門医から提供すべきは、専門施設でなければ知りえない情報（運動負荷、ホルター、心エコー、心筋シンチ、CT、MRI等の高度医療）についてであり、一方、かかりつけ医が提供できる情報は、「日常診療範囲内で、無理なく提供（記載）できるもの」ということになるかと思えます。

ここで“Critical Path”一般について少しおさらいしておきます。パスとは「プロジェクトや一連の事業を達成するとき、ある目的を達成するために、プロジェクトのスケジュールを決定づける重要なタスクの流れのこと」であり、したがって「目的に到達するために、達成されるべきタスクの中身と順序が定められているもの」、ということになります。ですから、パスは「診療の手引き」や「ガイドライン」ではないのですが、この点を混乱されている方も多いように思います。また、パスは疾患によっ

て、「一方通行型」（脳卒中など）と「ループ型」（心筋梗塞や糖尿病など）に分けられます。

地域連携パスの現状での問題点としては、まずその地域の医療資源に左右される点があります。また、がんであれ脳卒中であれ、東京都で受診される患者の約4割は東京都外に居住されていますので、そうした患者動線を含む地域特性もあります。ですから、とくに東京都では「患者動線が広い」という点をいかにコントロールするかが大事になります。

パスの設計についてですが、傾向として「誰がみても非のつけようのないパス」が目指されるようです。しかし、あまり項目が細かいと、患者管理上必ずしも必要ではない項目も多く含まれるでしょうし、何より記載の手間が大変です。ですから、自動車で言えば、「ロールスロイス型ではなく、大衆車型」、私は「スケルトン」と言っていますが、そうした誰でも使えるタイプのパス設計が良いのではないかと思います。

パスの円滑な運用のためには、なによりも医療関係者の熱意が必要です。そもそも計画策定病院や計画管理病院でさえパスを発行していないという現状があります。まずは発行することがパスの普及への入り口ですので、ぜひ医療関係者に熱意を持っていただきたいと思います。

一方、患者さんの側からみたパスの問題点ですが、専門病院を退院し、その後はかかりつけ医で診療を続けるということ自体で、「追い出されるのではないか」「見捨てられてしまうのではないか」と考える方がいらっしゃいます。ですから、発症前の健康な状態からの啓発活動、東京であれば、普段からの区民・都民への啓発活動が重要で、それにより病気になる前に、十分に「地域医療の連携」についてご理解いただくことが必要であろうと考えます。

また、国の政策誘導との齟齬が指摘されますが、少しずつですが保険の問題は緩和されつつあり、さらなる条件緩和を求めていきたいと思えます。パスが基幹病院による患者の「囲い込み」につながるのではないかと危惧される方もおられますが、これはイギリスのように受診する病医院を政府が制限するようなかたちではなく、あくまでもシームレスな、効率を優先する医療連携の作成です。もちろん患者さんが望めばパスを拒否することもできますので、これが基幹病院の囲い込みにつながることはない

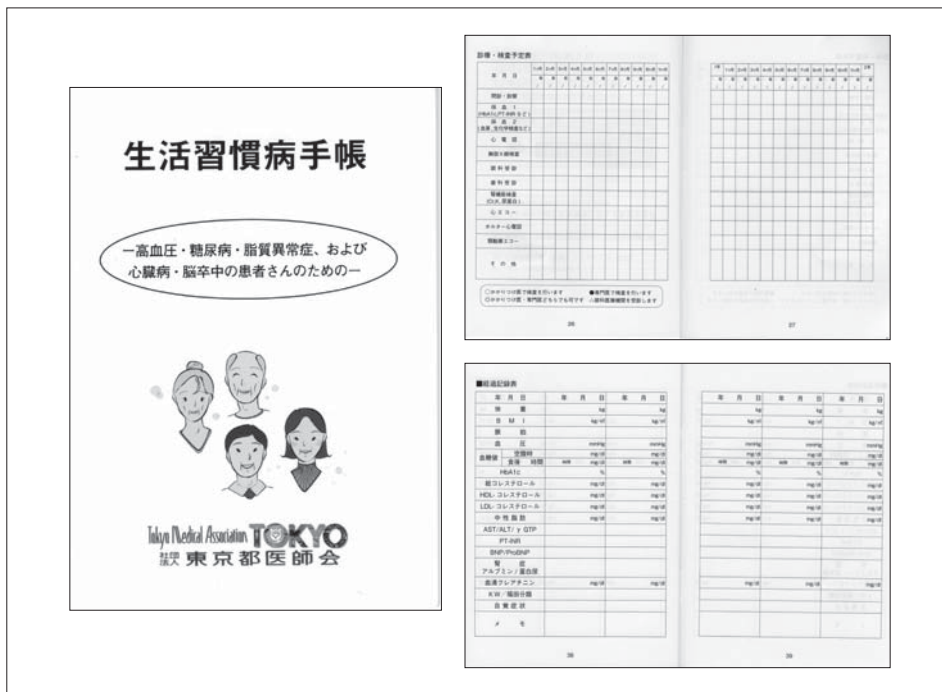


図8 生活習慣病手帳（東京都医師会）

ご理解いただければと思います。

現状の病診連携は、かかりつけ医と専門病院の間での診療情報書の提供となっています。つまり、「患者不在」とも言えるわけで、これは若干パターンリズムな医療ではないかとも考えます。実際の、個々の患者さんは、外国に行くことも、糖尿病や整形外科的な疾患など他の病気で別の医療機関を受診することもあります。つまり、リアルワールドでは、あくまでも患者さんが中心であり、循環器専門医とかかりつけ医の連携はそこごく一部でしかありません。高齢化が進めば在宅医療も考えなくてはならず、訪問看護ステーションや介護施設等との連携も必要になります。ですから、「医療連携」と言った場合には、それらすべてを包摂する、患者さん中心のネットワークの中に位置づけるべきであるというのが私の提起です。いわば Narrative Based Medicine というかたち、「病気が患者さんのすべてではなく、病気は患者さんの人生の一部である」というかたちでの連携の構築を進めるべきであると思います。

そこで必要とされる、基幹病院の専門医とかかりつけ医の間をつなぐ医療ツールの要件としては、①多忙な診療の合間に簡単に記載でき、多くの医師間で共有できるもの、② 共通言語と共通理解および

情報交換が可能で、③ 同時に患者さんにも情報を共有できる患者参加型、かつ、④ 訪問看護・介護・メディカルソーシャルワーカーなど、多職種の方々とも情報を共有できるツールであることが望ましいと思います。

図8は、私が東京都医師会の役員の時に作ったものです。ループ型パスを意識し、患者さんが携帯されます。いわゆる血管病とその原因になる生活習慣病を対象とし、内容はできるだけシンプルなものにしました。これと「お薬手帳」の2冊を持参していただければ、必要な医療情報が入手可能となります。中に受診カレンダーがあって、いつ、どの時点で受診し、どういう検査をするのかということが記載できます。「経過記録表」も最小限の内容にとどめ、多忙な診療の間でも記載できる内容を目指しました。この手帳の活用をお考えになりましたら、ぜひ東京都医師会にご請求いただければと存じます。

まとめ

急性冠症候群の医療連携には、早急に適切な医療機関に送れる体制づくりが必要です。さらに、患者さん中心の医療連携ネットワークの構築が必要で、その情報の整理と適切なクリティカルパス、医療ツールの普及が望まれます。

コメント

山科（座長） 弓倉医院院長の弓倉整先生より、症例呈示に加え、急性冠症候群とその背景にある生活習慣病などを含めた迅速かつ適切な病診連携と、それによる患者中心の管理が必要であるという点を、東京都医師会での急性冠症候群の医療連携パスの活用も含めてお話しいただきました。

弓倉先生は昭和54年日本大学医学部卒、日本大学医学部第二内科に入局され、附属板橋病院に勤務されています。平成元年米国オハイオ州ライト州立大学を卒業されていますが、昭和63年に宇宙開発事業団副主任開発部員として毛利衛宇宙飛行士の健康管理に携わられたという興味深い経歴をお持ちです。平成5年足立田園クリニック（旧足立田園病院）勤務を経て平成8年弓倉医院を開設、院長をお務めです。板橋区医師会理事、東京都学校保健会専

務理事、平成18年からは日本医師会の生涯教育委員会の委員、副委員長を務め、現在は学術企画委員などの要職に就いておられます。

心筋梗塞患者には、そればかりではなく、糖尿病、脂質異常症、肺気腫、肝臓病、胃潰瘍等々たくさんの方の合併症を有する方も多くいらっしゃいます。トータルにはかかりつけ医で診ていただき、必要に応じて連携パスを用いつつ患者さんを専門施設にご紹介いただくというシステムが理想的でしょうか。

弓倉 やはり、いわば「全人的な医療」を行うという意味では、かかりつけ医が軸となるのが良いと思います。専門病院は、都内であれば「2～3カ月おきの受診」というかたちになってしまいますが、患者さんはその病気をもちつつ日々の生活を送られます。やはり風邪を含むさまざまな細かな体調管理が必要になりますので、かかりつけ医と上手に連携していただければと考えています。