



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



左から

中根 英策 先生

公益財団法人田附興風会 医学研究所
北野病院 循環器内科 副部長

竹谷 哲 先生

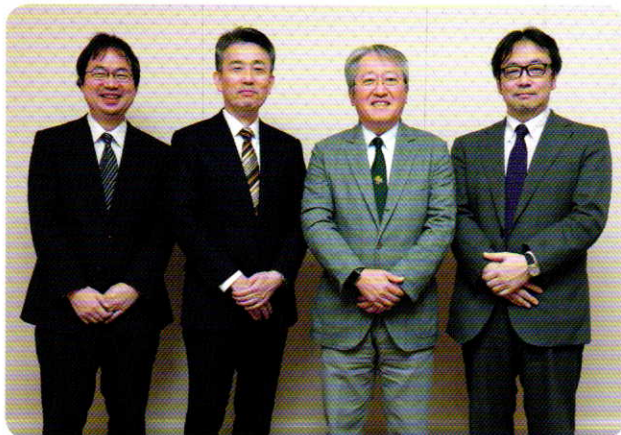
医療法人竹谷クリニック 院長
大阪心不全地域医療連携の会代表幹事

泉岡 利於 先生

医療法人社団 宏久会 泉岡医院 院長
一般社団法人都島区医師会会長

阿部 幸雄 先生

大阪市立総合医療センター
循環器内科 副部長



大阪心不全地域医療連携の会 (OSHEF)

～設立の経緯とその意義～

2016年8月から2017年5月にかけて4回にわたり厚生労働省により開催された「心血管疾患に係るワーキンググループ」では、「今後の増加が予想される慢性心不全患者について、地域全体で管理することを検討するべきではないか」、「慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返すため、回復期～維持期における再入院予防の対策と、増悪時の医療についても検討が必要ではないか」などの意見が寄せられ、地域における連携体制の重要性が再認識されました。

心不全増悪による再入院率が退院後6か月以内で27%、1年後では35%(JCARE-CARD研究)という状況を改善するには、どのような連携体制、取り組みが必要なのでしょう。今回は2017年に大阪心不全地域医療連携の会を立ち上げた4人の先生方にお話をうかがいました。

OSHEF立ち上げの経緯と3つの共通化ツール

竹谷 哲 先生(代表幹事)



都市部における心不全患者管理については、以下の4つの問題点が挙げられます。

- ①医療機関ごとに指導内容に多少の違いがある
- ②緊急時の対応や管理方法がそれぞれ異なる
- ③連携医療機関以外に入院となった場合、情報の再収集を要する
- ④診療所などの地域の医療機関は多様な疾患、パスへの対応を求められる

この課題を解決すべく、2017年から北野病院と大阪市立総合医療センターの協働で「心不全地域連携クリニカルパス」および「ハートノート」の編集を開始し、活動内容の啓発・普及を図るために立ち

上げたのが「大阪心不全地域医療連携の会」(Osaka Stops Heart Failure:OSHEF(オーシェフ))です。(ホームページ <https://oshefhp.wixsite.com/oshef>)

2015年から2017年における心不全患者さんのDPCデータを解析すると大阪府下での総退院数は13%増加し、平均在院日数は6%減少しています。この2つの数値を見ただけでも、患者さんが安心して療養を続けられる環境を整える必要があることが分かります。一方、病院では退院調整が進まず苦勞されていると伺いました。そこで北野病院、大阪市立総合医療センター、地域の先生方と危機感を共有することから始めました。会議を進めると、入院医療を担当する地域の基幹病院をはじめとした多施設多職種による患者教育、診療情報、評価方法の共通言語化が必要と分かりました。そこで共通のツールを作成することにしました。作成したのは、「診療情報の共通

化] (心不全地域連携クリニカルパス)、[患者教育の共通化] (心不全の知識や自己管理の方法を分かりやすくまとめたテキスト『ハートノート』)、[評価方法の共通化] (心不全ポイント自己管理用紙) です (図1)。心不全連携パスと心不全ポイントについては、阿部先生と中根先生からご説明いただけます。

さらに目標として5つの視点を掲げました。

1. 心不全の症状と搬送先医療機関の機能がマッチしているか
2. 地域医療機関の医療機能が明確になり、その情報が共有されているか
3. 病院間の情報共有と連携は円滑か
4. 患者・家族の自己管理の理解と評価・行動は許容範囲か
5. 患者・家族と多職種が共通の情報の下で判断や行動がとれているか

これらの視点は▽医療費の削減▽再入院の減少▽医療資源の活用▽安寧な療養生活といった目標につながります。

OSHEFの活動を2病院といくつかの開業医だけで実践するだけではもったいない。広く賛同者にお集まりいただきたいと、2017年6月から半年に1回のペースでボランティアで勉強会を開催していて、延べ参加人数は1,157人に達しました。さらに活動を広げた結果、現在では参加病院も増え、2020年末時点で27病院2,272例の患者さんが「ハートノート」を用いた指導を受けておられます。

現在は3つの共通化ツールとノウハウをパッケージ化して全国に拡大する活動も同時に進めています。2021年2月末時点で82病院で運用・導入の準備が進んでいます。またこの広がりを受けて、導入ノウハウを病院に提供するため大阪府看護協会などの協力を得て、「心不全連携マニュアル」も作成しました。現在は、集合研修や病院見学が難しくなったため、オンラインによる運用サポート・報告会・多職種カンファレンスなどを行っています。「ハートノート」などのツールを配るだけでは地域連携は進みません。基幹病院と開業医の先生方、後ほどお話しいただく都島区医師会の泉岡会長のようなリーダーシップを持つ地域医師会の存在も不可欠です。

図1 課題解決のための取り組み



心不全連携パスのワークフローとアンケート研究

阿部 幸雄 先生



竹谷先生と泉岡先生に「いろんな病院が独自に作った心不全連携パスを患者さんが診療所に持ってきては困ってしまう」と最初に言われたことを覚えています。

3つの共通化ツールを使用する流れですが、まず入院患者さんの中から心不全連携パスを導入する患者さんを決めて「ハートノート」を軸にした教育を行います。退院した患者さんは自己管理用紙への記入を行い、「心不全ポイント」を軸にした情報の共有と診療の連携を継続していきます。

診療情報を標準・共通化する心不全連携パスを機能させるには、病院と診療所の医師がやりとりしなければなりません。そのために心不全地域連携クリニカルパスが必要です。1枚目には退院後初回外来時の体重、血圧、脈拍数、心不全ポイントなどに加えて、かかりつけ医にお願いしたい継続診療内容、「必須」だと考えられる内服薬、飲水制限量、体重管理の幅などの項目を記載しています。コミュニケーションの不備により血圧が低下したことで心不全治療に必要なと思われる処方薬が中止になってしまうことがあるため「必須」という表記にしています。

2枚目には、連携するかかりつけ医に「1か月目」、「2か月目」と月単位の状況を記載していただけます。そして当該患者さんが再び病院を訪れる際に持参していただけます。

3枚目は、中根先生にお話しいただく「心不全ポイント」について、何点ならこうしてくださいという指示が書かれています。

こうした流れについて、当院におけるワークフローをご説明します (図2)。

最初に、多職種による心不全連携パス・カンファレンスの中で適応となる患者さんを選定します。カンファレンスは毎週木曜日の11:00から開催していて、医師、看護師、緩和ケア認定看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、MSW、地域医療連携担当看護師が参加します。

当院では、退院を急ぐ例、心不全連携パスの導入が難しそうな症例 (本人の理解不足、家族やコメディカルの支援体制が整っていない)、自宅退院ではなく療養型病院などに転院となる症例、心房細動-心不全例で洞調律化とアブレーションによって心機能の著明な改善が見込める場合など、状況が短期間で大きく変化する可能性がある症例——を除外基準にしていますので、心不全連携パスを導入しているのは、心不全入院患者の約半数ほどです。

導入する患者さんが決定すると、主治医に連絡を入れます。電子カルテにより数クリックで「4日間心不全パス」の指示が出せるようになっています。キーパーソンにも来院していただき、本人とキーパーソンに心不全教室と栄養指導、薬剤指導を行います。そして、看護師による自己管理用紙記入の指導を行っている間に、MSWが連携先となる診療所に連絡をして、心不全地域連携クリニカルパスで連携を行うことに対する許可をもらいます。