

大阪心不全地域医療連携の会(OSHEF)~設立の経緯とその意義~

医療法人竹谷クリニック 院長 大阪心不全地域連携の会代表幹事

竹谷 哲 先生

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」、「慢性心不全患者では、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。この問題に対応するためにOSHEF立ち上げをしました。

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 医療機刻ごとにJ盲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 連携医療後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「ハーとノート」の編集を開始し、活動内容の啓発普及を図るために立ちあげたのが「大阪心不全地域医療連携の

会 (Osaka Stops Heart Failure :OSHEF)です。

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%1 菌加し、平均在院回数は 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事磁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」(心不全の知識や自己管理の方法をわ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。

心不全連携パスと心不全のポイントについては、以下の 5 つの視点をあげました。

1. 心不全の症状と転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・行動は許容範囲内か

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 拠点病院といつつかの開業医だけで実践するのはもったいないと考え、2017 年 6 月から順次活動を広げています。

2020 年末時点では 27 拠点病院、2272 例の患者さんが「ハートノート」を用いた指導を受けるまでになっています。

現在は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。

福井県においても同様の取り組みが進むことを祈念しています。

(あらい内科クリニック 新井 芳行)