

2-1

特集 仕事の流儀 業務別に見る “これがうちの心不全チーム”

心不全地域連携パス ～東の声を聞く～



辻 紀子 (長野県厚生農業協同組合連合会 北信総合病院 看護部 循環器センター、慢性心不全看護認定看護師、心臓リハビリテーション指導士)

渡辺 徳 (長野県厚生農業協同組合連合会 北信総合病院 循環器センター長、循環器内科 部長)

point

- 慢性心不全患者の再入院の誘因は、在宅管理により改善できる！
- 入院したら退院を見据えて早期に準備を開始することで、スムーズな退院につながる！
- 病院・地域・介護・福祉と、顔の見える情報交換を行うことで患者を支える！

はじめに

慢性心不全患者の再入院率は高く、その要因には心疾患としての進行・悪化よりも、塩分・水分摂取の調整を含む食生活・栄養管理、守られない薬剤管理、アドヒアランスの不良といった予

防可能な問題が多く挙げられます。さらに高齢者では、入院による環境の変化と治療管理によって、認知能力やADLが低下することがあります。そのため退院後には、患者以上にその家族がモ

ニタリングを行っていく必要があります。在宅医療チームと入院医療チームは身体的な問題だけではなく家庭的な問題を考慮し、在宅生活を

継続する必要があります。そのためには、病院と地域の介護福祉が連携して患者を支えていくことが重要です。

地域連携パスの運用方法

北信州心臓血管病地域連携パスのシステム

本院がある北信州は、山間に農村が散在し、観光と農業を主産業とする人口10万弱の地域であり(図1)、高齢化率は2015年で29.5%と超高齢社会となっています。本院は、心臓血管病を専門的・総合的に診ていますが、北信州地域では病院専門医と地域診療所(かかりつけ医)の両者が不足しています。このような医療資源の少ないなかで、数十分～1時間以上をかけて病院に通っている患者もいます。通院自体が負担となっているケースもありました。

そこで私たちは、少ない医療資源を生かし、専

門的かつ標準レベルの医療を供給するために“地域連携パス”を使用することとし、地元の医師会と協働して、独自の連携システム「北信州心臓血管病地域連携パス」(図2)を開発しました。このパスは、かかりつけ医と病院循環器専門医の2人が主治医となり、心臓病患者を近隣の診療所と地域基幹病院で同時に診ていく循環型連携パスです。さらにコメディカルと介護福祉関係者を巻き込んで、周辺地域に拡大して運用してきました。これにより、心不全を再増悪させないための包括的かつ持続的な診療を、病院から切れ目なく在宅環境に提供します。そして心不全患者が、その人らしい在宅生活を享受できるように支援することを目的としています。

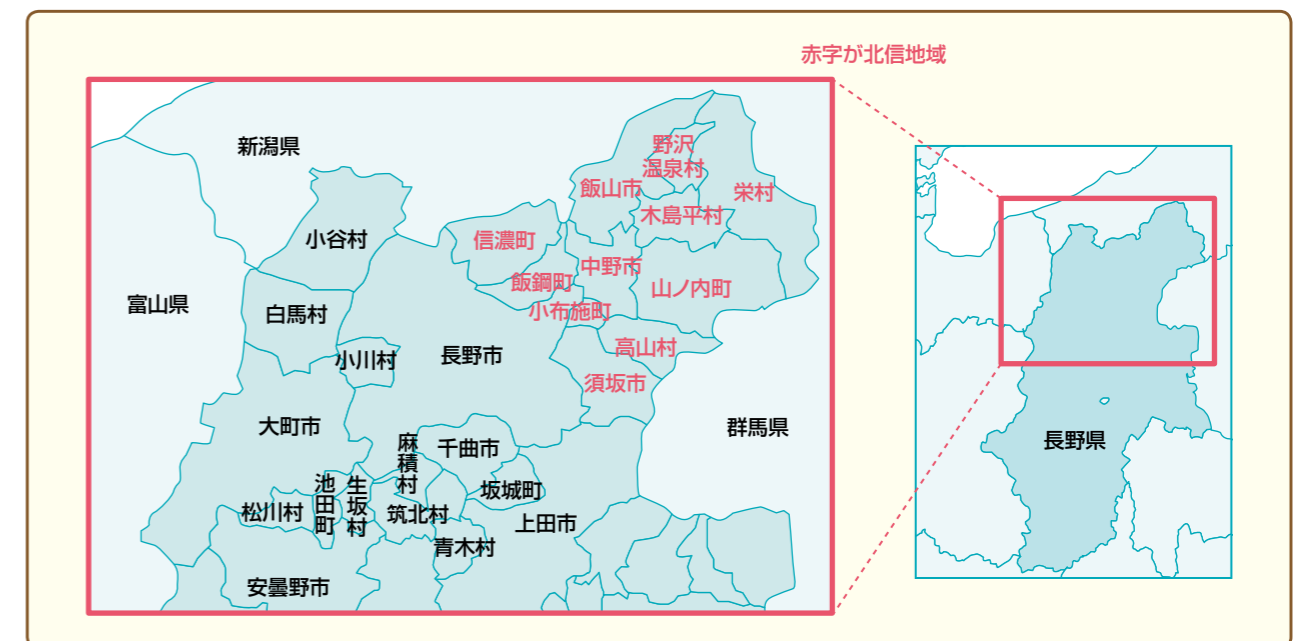


図1 北信州地図