

彦根市立病院

地域連携 だより

彦根市立病院

〒522-8539 滋賀県彦根市八坂町1882番地

TEL: 0749-22-6050(代)

問い合わせ先 彦根市立病院 地域医療連携室

TEL: 0749-22-6053 FAX: 0749-22-6093

業務時間: 月～金曜日 午前8時30分～午後7時

但し木曜日は午後5時15分

土曜日 午前9時～午後12時30分

あけましておめでとうございます



安心とめくもりのある病院をめざして

病院長 中野 顯



皆様、新年あけましておめでとうございます。
 新しい年が始まり、健康と幸福が満ちる一年となることを心よりお祈り申し上げます。
 新型コロナウイルス感染症との戦いは、その発生から約4年が経過しようやく一段落しました。新型コロナウイルスは、我が彦根市立病院にも繰り返し多大な苦悩と試練を与えましたが、1600名余りの入院患者を受け入れることができ、感染症指定医療機関・地域医療支援病院として湖東地域における中心的役割を果たすことができたと考えております。これらはひとえに使命感にあふれた彦根市立病院スタッフ一同の献身的な働きがあったからこそ深く感謝するとともに誇りに思っております。医師会の先生方におかれましても、外来診療・休日診療所の運営など多大なご理解とご協力を頂きましたことを心から感謝申し上げます。感染拡大期に救急医療を含めた通常医療を制限せず行うことの困難さなど多くの問題点も明らかとなり、病院組織として改善すべき課題が明確化した部分もありましたので今後の病院運営に生かしたいと考えています。
 さて、昨今の少子高齢化により、特に地方における医療の形態は大きく様変わりしています。多く

の併存疾患をお持ちの高齢患者が大幅に増加し、一方で医療を支える勤労世代の人数は明らかに減少しています。地域の病院、診療所、介護施設が互いに連携し、急性期医療・回復期医療・長期療養・リハビリ・介護などを効率よく分担する体制が必要です。彦根市立病院は急性期を担当する病院として、他の医療機関との連携をさらに深め、互いに共存・持続可能な地域包括ケアシステムを構築することを目標とします。地域連携センターも更なる体制強化をはかり、ITを有効活用することで、遅滞なく患者さんのサポートができるようにしていきたいと考えています。地域の先生方にも今まで以上のご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

いよいよ本年4月から働き方改革による医師の時間外労働時間上限規制がはじまります。この難題をクリアするためには、一緒に働いてくれる医師を増やすことが重要です。幸い、昨年からは脳神経内科・眼科の常勤医に来ていただくことができました。本年も一緒に働いてくれる仲間がさらに増えるように魅力ある病院をめざします。

本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。



心不全連携 ～当院での取り組み～



◆心不全の現状と動向



『心不全パンデミック時代』
到来

高齢化に伴い、心不全患者は2035年までは増え続け、132万人まで増加と言われています。

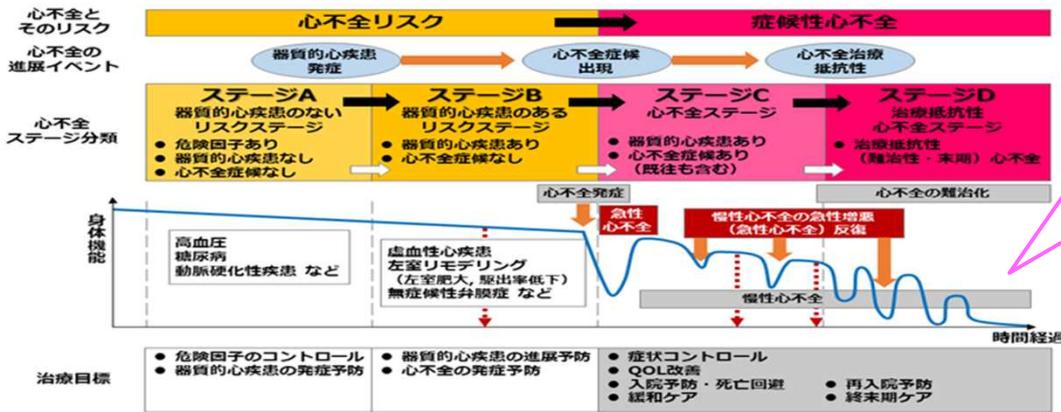
加齢に伴い、慢性的に心臓の機能や筋肉が衰えてしまうことや、併存疾患が増加することにより、**心不全**はどなたにでも起こり得る疾患です。このため、心不全の発症を予防していくことや心不全発症後は**症状悪化に早期に対応し重症化を予防**していくことが重要になります。

心不全は「心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気」と定義されています。



◆心不全進展ステージ

心不全の重症度ステージ



心不全は増悪と寛解を繰り返しながら、病状は少しずつ進行していきます。

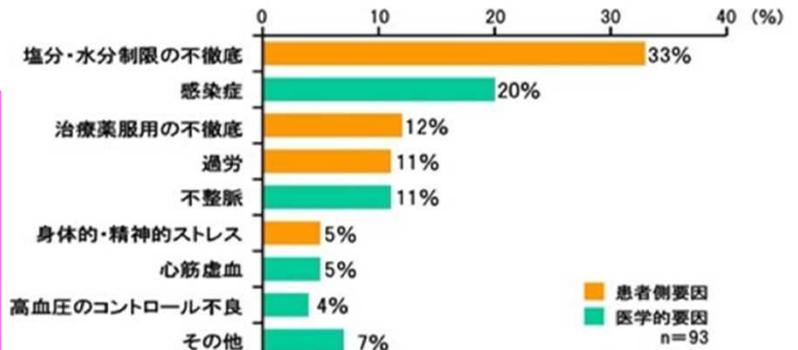


日本循環器学会 急性・慢性心不全ガイドライン（2017年改訂版）

心不全の進展に関しては「ステージC」になると心不全の増悪と寛解を繰り返し、徐々に運動耐容能が低下していく経過をたどり、「ステージD」へと移行し癌や老衰などの経過とは異なる病みの軌跡をたどります。

◆心不全再入院の原因

医学的要因に関しては治療介入が必要ですが、**患者側の要因**に関しては、入院中からの患者さんや家族さんへ適切な指導介入を行い、退院後も意識していただくことで、**再入院予防に繋げることができる項目**になります。このため、心不全再入院の予防には入院中の介入だけでなく、**退院後も継続した支援が必要**になります。



(Tsuchihashi M, et al : Jpn Cir J 2000;64:953-959より改変)

◆当院での活動内容は

当院では、退院後も心不全患者さんが住み慣れた環境でご自身らしく生活できるように、**心不全多職種チームで療養支援**を行っています。また、退院後も心不全と上手く付き合っていけるように、増悪時にどのように対応すると良いのかなど、**退院時には受診の目安を示し、心不全地域連携へ向けた取り組みも開始**しています。



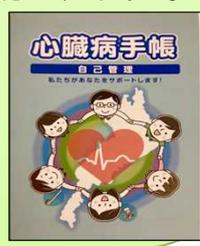
心不全パンフレット指導

- ・退院後の自己管理によって、**入退院の繰り返しを予防**することを目的に多職種（看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士）から生活指導を行い、**退院後の自己管理**を支援しています



心臓病手帳の配布

- ・入院時から心臓病手帳を導入し、記入方法や手帳の必要性の説明、外来受診時に持参してもらいます
- ・自宅での状態を**医療者と共有するツール**として活用できます
- ・医療者が手帳の内容を確認し、外来時の指導に活用していくことが理想！
- ・当院では滋賀県が作成している「心臓病手帳」を活用しています



心臓病教室

<対象者>
虚血性心疾患患者
外来心臓リハビリ通院対象患者
(弁膜症術後、心不全など)

- ・多職種（看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士）による 隔週で集団指導を行っています
- ・生活指導だけでなく、患者さん同士が意見交換できる場になることを目的としています



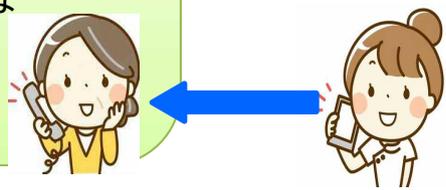
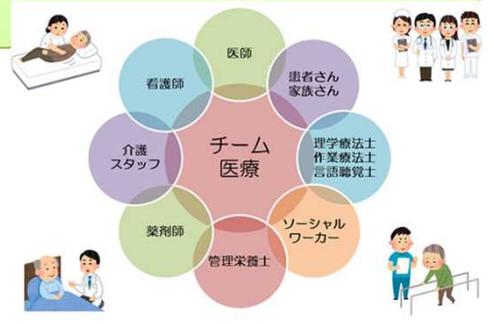
心不全カンファレンス

- ・病態や治療が複雑な患者や退院調整が難しい患者をピックアップし、主治医、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、検査技師、MSWの多職種でカンファレンスを行っています
- ・**退院目標**や、**患者本人が大切にしていることを共有**できる場です

退院後の電話訪問

注目!

- ・入院中に療養支援を行った心不全患者に対し、**退院後1~2週間目の再入院リスクが高まる頃に、電話訪問を行うことにより、心不全増悪、再入院を予防する目的で今年度より開始**しています
- ・まだまだ、実施件数は少ないですが、今後は件数を増やし、退院後のフォローの充実を図っていきたいと考えています



心不全情報シートの作成

- ・2022年4月から当院を退院する心不全患者へ退院時に発行しています
- ・患者の退院時の状態や、症状増悪時の受診の目安をかかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、患者とその家族が共有できます
- ・退院後、心不全の悪化に早期に気がつき、内服調整や早目の入院を行うことで、重症化しないことを目的にしています
- ・退院時の診療情報提供書や看護サマリーに同封しています

びわこ心不全連携スコア

体重増加2kg以上	2点
むくみ	1点
息切れ 労作時	1点
息切れ 安静時	2点
動悸・倦怠感・食欲低下 (いずれかあれば)	1点
呼吸回数 22回以上	3点
SpO2 93%以下 (or 普段より3%以上低い)	3点

心不全 情報シート (彦根市) ver.4

患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年齢	歳
かかりつけ病院	病院ID: <input type="checkbox"/>				
心不全の原因疾患	<input type="checkbox"/> 不明				
心不全ステージ	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	治療目標	<input type="checkbox"/> 心不全再発予防 <input type="checkbox"/> QOLの維持改善 <input type="checkbox"/> 在宅療養の継続/症状緩和		
併存疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心房細動 (□持続性/□発作性) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 (維持透析 □あり/□なし) <input type="checkbox"/> その他:				
増悪因子	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 塩分・水分過多 <input type="checkbox"/> 血圧上昇 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他				
ADL (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立/Ⅰ (ほぼ自立) <input type="checkbox"/> Ⅱ (要介助) <input type="checkbox"/> Ⅲ (車いす) <input type="checkbox"/> Ⅳ (寝たきり)				
認知症の程度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Ⅰ (ほぼ自立) <input type="checkbox"/> Ⅱ (意思疎通多少困難) <input type="checkbox"/> Ⅲ (意思疎通困難) <input type="checkbox"/> Ⅳ (常に介護) <input type="checkbox"/> M (専門医療)				
キーパーソン	記載日	主治医			

患者情報 (症状安定時)	今後の診療について
血圧 mmHg	体重管理目標 <input type="checkbox"/> 体重管理なし ~ Kg
脈拍 拍/分	水分制限 <input type="checkbox"/> 水分制限なし ml/日 以下
<input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP pg/ml	処方について <input type="checkbox"/> 別紙処方をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> かかりつけ病院で処方いたします。
左室駆出率 (EF) %	かかりつけ病院への受診のタイミング <input type="checkbox"/> 月後 / 毎 <input type="checkbox"/> 症状増悪時
心胸郭比 (CTR) %	受診の一つの目安として、左下のスコアをご参照下さい。 2-3点 受診を検討 4点以上 早期受診 (不安定であれば救急受診) その他 「いつもと違う」時は、受診を検討して下さい。
SpO2 %	
その他 診療情報など	

【びわこ心不全連携スコア】	現在内服中の心不全治療薬/主な治療薬
体重増加 2kg 以上 (体重管理目標をご参照ください)	<input type="checkbox"/> ACE-I/ARB <input type="checkbox"/> 抗アルドステロン薬 <input type="checkbox"/> β遮断薬
むくみ	<input type="checkbox"/> ARNI <input type="checkbox"/> SGLT2 阻害薬 <input type="checkbox"/> 経口強心薬
息切れ 労作時	<input type="checkbox"/> ループ利尿薬 <input type="checkbox"/> トルバプタン
息切れ 安静時	<input type="checkbox"/> 抗凝固薬 (□ワルファリン/□DOAC)
動悸・倦怠感・食欲低下 (いずれかあれば)	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> メトホルミン
呼吸回数 22回以上	<input type="checkbox"/> その他 注意を要する薬剤:
SpO2 93%以下 (or 普段より3%以上低い)	上記薬剤には、体薬・用量調節に際して注意が必要なものが含まれます。ご不明な点がございましたら、お気軽に「かかりつけ病院」にお問い合わせください。

2、3点 かかりつけ医を早期に受診、もしくは当院主治医の外来を早期に予約

4点以上 <症状がひどくない時> 当日にかかりつけ医を受診、
もしくは数日以内に病院の予約受診

<症状がひどい時> 当日に病院を救急受診

※ 当院循環器内科受診の目安としてください！



◆心不全患者のACP (Advance Care Planning)

・心不全は増悪と寛解を繰り返しながら、少しずつ進行していく疾患であり、終末期の判断が困難なことも多いです。そのため、患者の「予後」に焦点を当てるのではなく、患者・家族のニーズに応じて、患者のQOLを損ねている問題点の整理を行い、症状や社会的問題、精神心理的問題などに対する、多職種サポートや必要な意思決定支援・ACPを考えていくことが重要です

・入院中だけで患者の意思決定支援を行うことは難しく、患者の思いを病院と地域で繋ぎ、より良いケアに繋げていきたいと考えています

当院には心不全看護認定看護師1名、心不全療養指導士6名、心臓リハビリテーション指導士3名が在在中。お気軽にご相談・ご連絡ください

『心不全情報シート』のご確認よろしくお願ひします

ご自身で手帳に記入出来る心不全患者へ、入院中に心臓病手帳の配布を行なっていますので、診察の際に血圧や体重などの変化をご確認頂けたらと思います

