

第65回

21世紀の医療連携

私たちが目指す西宮市の循環器診療新システム：夢をどう実現化しようか？

増山 理

はじめに

救急患者のたらい回しが社会問題となり、新聞・テレビを賑わすようになって久しい。某県では10以上の病院に受け入れられず、結局、遠くの病院に受け入れられたが、時すでに遅しであった、というようなニュースもあった。こういうことは私たちの周囲では起こっていないのか、というと決してそういうわけではないようである。ニュースになるのは氷山の一角であり、数病院に受け入れを断られた、というような話は私たちの身近でも頻繁に起こっている。

兵庫医科大学病院循環器内科の医療体制

私が勤務する兵庫医科大学病院は阪神南地区にある西宮市（面積100.18km²、人口約48万人）の西端に位置する。1,006床（一般病床947床）を有する阪神地区の基幹病院の一つである。循環器内科の救急病棟としてはCCU7床を有し、阪神地区の循環器（救急）医療の中核を担っていると自負している。実際、CCUは私たち兵庫医科

大学循環器内科と冠疾患科の混成チームで頑張っている。いわゆる胸痛を主訴として送られてくる急性冠症候群、大動脈解離などの循環器救急疾患だけでなく、最近では呼吸困難などを訴える慢性心不全の急性増悪や失神を主訴に搬送されてくる致死性不整脈の患者も多い。冠インターベンションはもとより、補助循環を用いた重症心不全の治療やカテーテルアブレーション（電気的焼灼術）、植え込み型除細動器の植え込みなども含めた高度の循環器診療体制を構築している。さらに、心臓疾患だけではなく、末梢動静脈の狭窄や閉塞に対するカテーテルインターベンションをも積極的にやっている。最近では造影剤を用いずに、血管内超音波法を駆使した下肢動脈の狭窄や閉塞の治療も行ったり、静脈血栓症においてフィルターを装着したりもしている。単に冠動脈疾患だけでなく、循環器疾患広範において高度な医療レベルの達成・維持に腐心しているところである。

西宮市の循環器救急医療

さて、そういう私たちの頑張りだけで、西宮市の循環器診療、とくに救急医療をやっているかというところ、そう簡単にはいかない。例えば、突然の胸痛を起こした患者さんは救急車を呼ぶ、またはかかりつけ医に相談する。当然、救急車は患者さんまでできるだけ早く、近くの循環器救急病院に運ばなければならぬ。また、かかりつけ医は心筋梗塞をはじめとする重症な救急疾患だと思えば、救急病院に連絡し、できるだけ早く搬送しなければならぬ。ここで重要なことは、「時は金なり」ならぬ「時は命なり」である。急性心筋梗塞では少しでも早く冠動脈の再疎通が得られたほうが生命予後がいいことが分かっているのである。とすると、西宮市ぐらいの面積・人口を有するところでは、まずは循環器救急を受け入れられる病院が少なくともいくつか以上なければならぬ。残念ながら、西宮市の現況は理想からほど遠い。西宮市内に常時循環器救急を扱える病院は数えるほどもないのである。その結果、現在では救急車は多

くの患者を市外の病院に搬送せざるを得ない状況が続いている。もちろん兵庫医科大学病院CUIは常時心臓救急患者を受け入れられる体制にあるが、地理的な問題などにより実際には一部の患者しか受け入れてないのが実情である。

急性心筋梗塞患者の退院後の診療

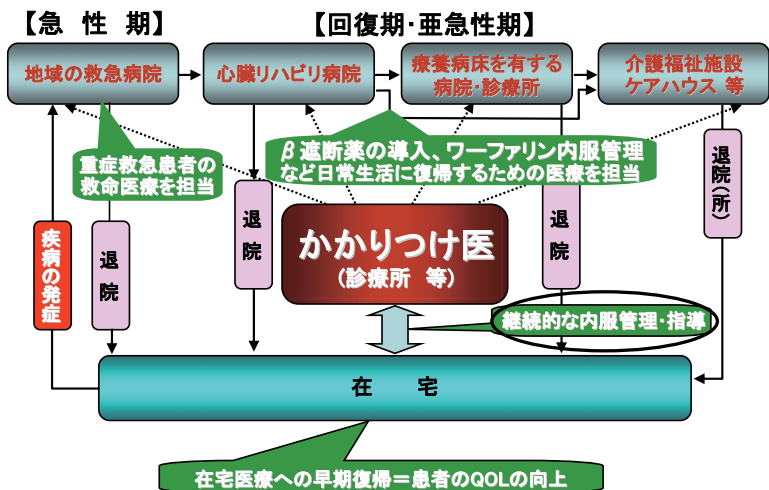
現在、多くの急性心筋梗塞患者はクリニカルパスに沿った治療を受け、1〜2週間後には退院できる。もちろん不幸にして重症の合併症により、より高度な医療ができる病院に搬送されねばならない場合もある。そういう患者は地域の基幹病院で対応されるわけである。しかし、多くの患者はリハビリもそこそこに、退院し、日常生活に戻ることになる。その後は元の、または新たなかかりつけ医によってフォローされることになる。その場合には、定期的に循環器専門医による診察を受けるのが理想である。私たちの病院でも逆紹介を推進しているとはいえ、実際には退院後も循環器救急病院で投薬を受ける、または受けたがる患者

が少なからずいる。また、逆に病院・医院のいずれにも通わなくなる患者も一方では少なからずいる。

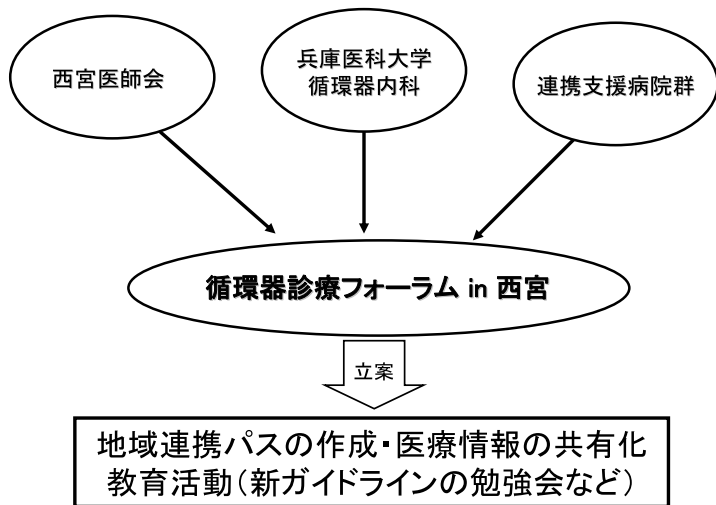
循環器診療フォーラム in 西宮

病診連携、病病連携を推進することは重要である。連携を推進することにより、患者を点（病院、診療所）で受けるのではなく、線（連携）で受けることが可能となる。私たちはそれをさらに進めて、病院・診療所を含めた相互連携（面）で患者を受けることができれば、それは循環器疾患の診療システムとして完成度が高く理想に近いものではないかと考えた（図①）。そこで、そのような診療システムを推進する目的で、循環器診療フォーラム in 西宮という組織を今から1年半前に立ち上げた（図②）。フォーラムが中心となって、循環器科を標榜されている先生方の卒後教育に供する目的で教育的な色彩の濃い講演会を年間10回程のペースで行っている。また、病院の先生方と診療所の先生方の距離を短縮し、風通しをよくす

①急性心筋梗塞の診療ネットワークの例



②循環器診療におけるネットワークが必要！



る目的で、循環器診療マップ in 西宮を毎年発行している。これは顔写真入りの自己紹介の冊子であり、病院の先生方には病院およびご自身の循環器診療の特徴について記載していただいた。一方、診療所の先生方については、ご自身によりどのような循環器疾患のフォローが可能であるかを記載していただいた。逆紹介が推進されている昨今であるが、例えばワーファリンコントロールをしている患者を逆紹介しようと思っても、循環器内科を標榜されている先生すべてがワーファリンコントロールをされているわけではない。その辺を明記していただくことにより、逆紹介がスムーズにいくのではないかと期待している。

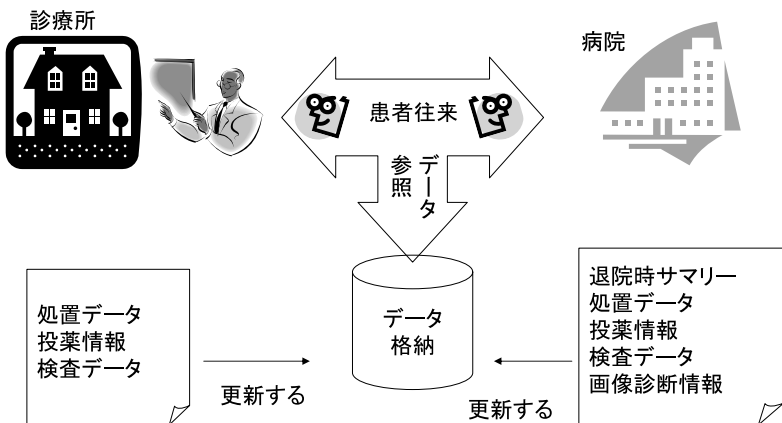
診療情報共有システム

本フォーラムが最も実現したいと考えていることは地域連携クリニカルパスの構築と、診療情報共有システムの構築である。地域連携クリニカルパスについては、まず急性心筋梗塞後の管理に關して、ワーキンググループを作って、作成中であ

る。しかるに、最重要視している診療情報共有システムの構築については、いろいろな問題に直面しなかなか進んでいないのが現状であるが、私たちが構築しようとしている診療情報共有システムの概要を最後に簡単に説明したい。現在、病院間または病院・診療所間の診療情報の提供は紙ベースでされていることが多い。最近、いろいろな画像診断情報についてはCD・ROMに焼き付け、それを介して行われることが多くなってきた(図③)。

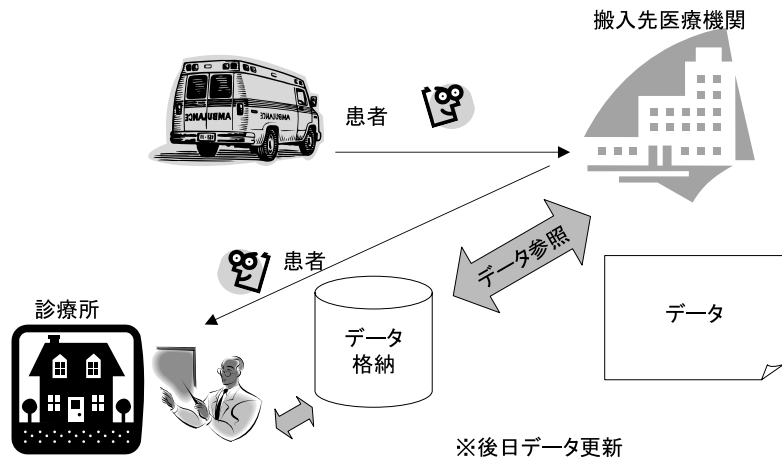
緊急性がない場合には、これらのやり取りは非常にうまく行われているように思われる。ところが、時間外に突然急に強い胸痛が生じ、近くの救急病院に運ばれたりした場合にはどうであろうか? そういう場合にはかかりつけ医に連絡し、そこから救急病院に連絡して搬送される場合もある。その場合にはかかりつけ医からある程度の情報は伝達されることになる。ところが、時間的な余裕がない場合や直接救急病院を受診するような場合には、救急担当医はその患者の今までの

③ 通常時



④ 緊急時

搬入先病院に初診の場合でも
登録患者であればデータ閲覧可能



情報が知らされないままに診療にあたらざるを得ない。そういう場合に、理想的には重要な診療情報ないし画像情報がどこかに保存されており、そこから自由に引き出せるシステムがあれば、非常に役立つことが期待される(図④)。また、循環器疾患患者はかかりつけ医により、きめ細かくフォローされていても、1年に1回なり2回なり、専門の病院で画像診断を含めたある程度の検査を行うことが望ましい。場合によっては、冠動脈造影を含んだ侵襲的な検査・治療が必要な場合もある。そういうときに、診療情報を共有できるシステムが構築されておれば、かかりつけ医も専門病院で行われた検査を直接参照して、患者のフォローにあたることができよう。今後、点や線ではなく、面で地域の循環器診療を促進するには、診療情報共有システムの構築が重要だと考えるゆえんである。

(兵庫医科大学 内科学循環器内科 教授)