

視点

慢性心不全患者を地域で診る



福島県医師会理事

遠藤 教子

〈我が国における循環器病対策の経過〉

本邦において、慢性心不全患者の高齢化に伴う、心不全パンデミックの到来について警鐘されてから、約10年は経とうとしている。当時、2020年には慢性心不全患者は約120万人をこえるといわれ、2030年には130万人を超えると推察されている。¹⁾ 厚生労働省の報告（図1）によると我が国の死亡原因は悪性新生物（27.4%）が最も多く、ついで心疾患（15.3%）となっている。²⁾ また、介護が必要となった主な原因の構成割合においても、循環器病が21.2%を占めている。さらに、平成29年度傷病分類別医科診療医療費は30兆8,335億円で、その内循環器病が占める割合は6兆782億円（19.7%）と最多であることが報告されている。（図2）

我が国は健康寿命の延伸のために、さまざまな疾病対策に取り組んでおり、中でも循環器病の発症、罹患後の悪化の予防などが、それについて、さらに効果的であることは、上記の数値データからも明らかである。我が国

における循環器病対策は、平成15年の健康増進法施行、平成25年健康日本21（第二次）、最近では令和元年12月に「健康寿命の延伸を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が施行された。

その経過において、平成29年に、「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」の報告がされている。その中で、急性期の在り方と回復期～維持期の在り方について提示されており、中でも地域における取り組みについて報告がなされている点は、非常に重要である。（図3）本稿では特に、心疾患に注目し、今後の本県に期待される慢性心不全患者の治療における地域の取り組みの可能性について述べてゆく。（本稿では、循環器病や心血管疾患を慢性心不全の一原因ととらえ、「慢性心不全」の言葉を用いる。）

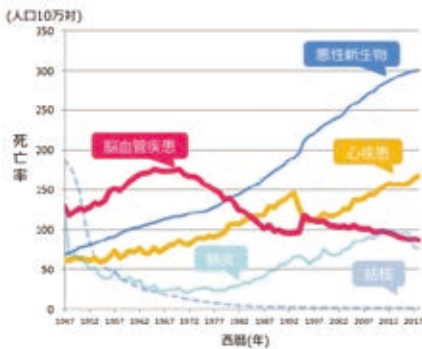
〈慢性心不全の回復期、維持期の治療の課題〉

慢性心不全は、さまざまな心疾患の行き着

我が国の死亡原因における循環器病の割合

- 心疾患及び脳血管疾患は、我が国における主な死亡原因である。
- 2018(平成30)年の人口動態統計(確定数)によると、心疾患は死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせた循環器病は、悪性新生物(がん)に次ぐ死亡原因である。

我が国における死亡率の推移(主な死因別)



出典：人口動態統計(1947～2018年(確定数))

2018(平成30)年の死亡原因内訳(%)

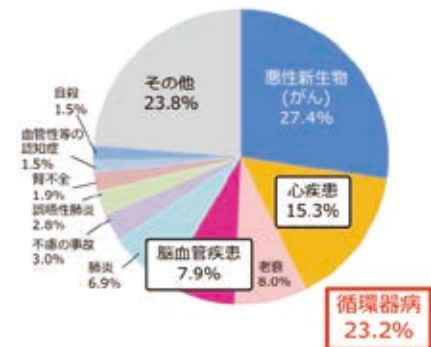
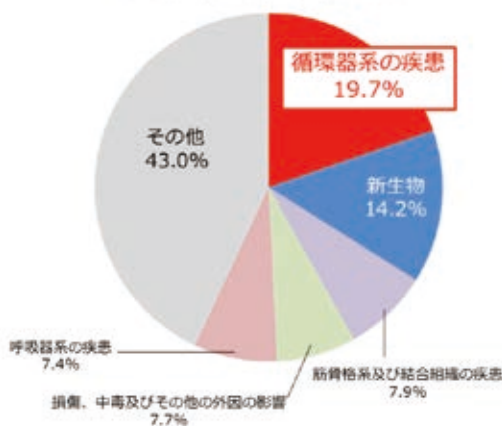


図1 循環器病の対策の現状等について 厚生労働省 がん・疾病対策課より引用

我が国の傷病分類別医科診療医療費(上位5位)

- 平成29年度傷病分類別医科診療医療費は、30兆8335億円。
- そのうち、循環器系の疾患(循環器病)が占める割合は、6兆782億円(19.7%)と最多。

医科診療医療費の構成割合



循環器系の疾患の医療費の内訳

疾患	医療費
循環器系の疾患	6兆782億円
高血圧性疾患	1兆7907億円
心疾患(高血圧性のものを除く)	2兆392億円
虚血性心疾患	7499億円
脳血管疾患	1兆8085億円
その他	4398億円

※傷病分類はICD-10 2013年版に準拠した分類による。

出典：平成29年度版国民医療費の概況

図2 循環器病の対策の現状等について 厚生労働省 がん・疾病対策課より引用

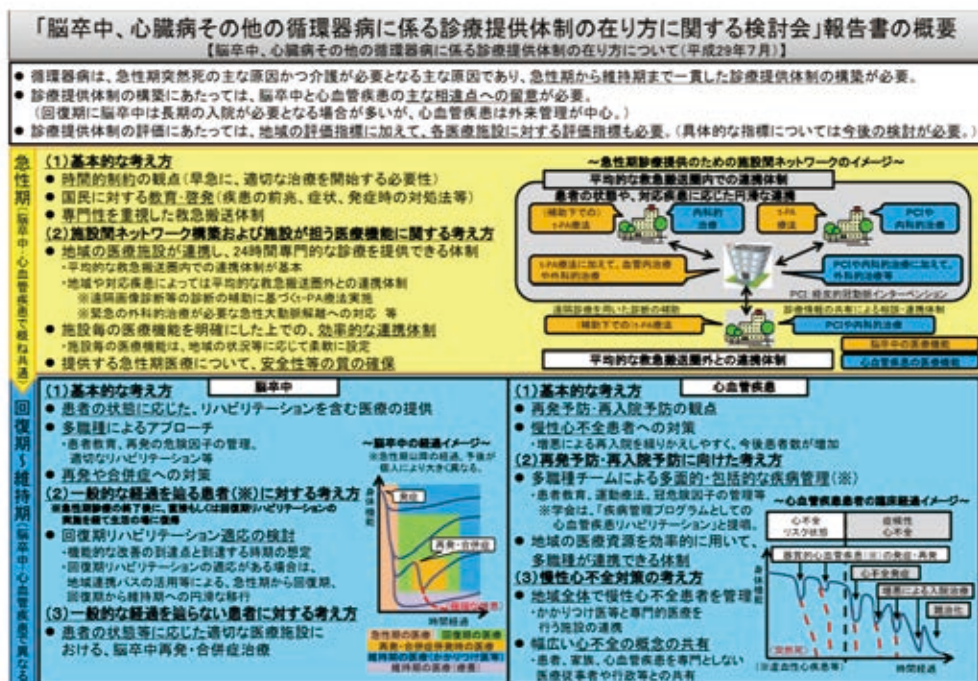


図3 循環器病の対策の現状等について 厚生労働省 がん・疾病対策課より引用

く先、すなわち終末像である。慢性心不全は一般的に、増悪と寛解を繰り返しながら、徐々に身体機能が悪化していく。その経過は、治療によって、症状や身体機能は改善することが多く、またその期間は長期に及ぶ症例も多く、予後予測がより困難であることがいわれている。そのような慢性心不全患者の治療において、大切なことの中に、1. 退院後の再入院防止のための包括的 disease management の実践、2. 増悪時のスムーズな治療、がある。それぞれについて、各医療機関においては、積極的に実践されてきているところであるが、いくつかの課題があることも報告されている。

1. 退院後の再入院防止のための包括的疾患管理の実践と課題

平成13年頃にはすでに、大都市圏の大学病院や急性期病院において、急性期心大血管リハビリテーション（以下、心リハ）が実施され、慢性心不全患者に対して再発予防・再入

院予防を目標とした疾病管理や疾患教育がなされてきた。20年ほど経た現在、本県においても、多くの急性期病院で取り組まれている。現在、心リハは、多職種チーム（医師、理学療法士、看護師、管理栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカー、臨床検査技師、健康運動指導士等）における多面的・包括的な疾病管理が推奨されている。³⁾ 具体的には、患者教育、運動療法、冠危険因子の管理等である。入院期間が短縮されてゆく今の医療環境において、それらを入院中に十分に実施することは難しく、外来において引き続き遂行されることが望ましい。外来心リハは、入院中に実施できなかったことについて補完できる場でもあり、多くの心疾患患者へ介入されることが望まれる。しかし、急性期病院の退院後の通院先は、必ずしもその病院とは限らない。ある程度の患者は、地域の診療所等において、その後の治療が行われていることが推察される。しかしながら外来心リハを行っている診

療所は、本県においてはまだまだ少なく、筆者の診療所を含め3診療所（郡山市2、会津若松市1）となっている。

回復期、維持期の心不全診療を、急性期以外の施設で実施する場合、通常の医療情報はもちろん、疾患教育の進捗度や、介護状況がどのようになっているかといった社会的情報も必要となってくる。厚生労働省「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」班の報告⁴⁾の一つでは診療所医師が、病院循環器内科医師に診療情報提供書に記載して欲しい質的指標を明らかにしている。1) 心不全の原因、2) BNPまたはNT-proBNP、3) 左室駆出率または心エコー、4) 体重、5) 患者および家族への心不全教育の内容、6) 身体機能、7) 日常生活機能の7項目が抽出され、「これら全てを診療情報提供書に記載している病院循環器内科医師は21.7%にしかすぎなかった」⁵⁾、と報告している。慢性心不全患者の回復期、維持期の治療を地域に依頼する際には、一定の情報が求められていることを確認し、かつ、効率良く診療情報提供書を作成できる手段の検討が必要であると考えられる。

2. 急性増悪時のスムーズな治療とその実践における課題

先生方におかれては、以下のような経験があたりではないかと推察する。急性期病院では「病床がいっぱいで急性増悪の患者を断らざるおえない状況があった」や、診療所では、「病院からの紹介患者（いわゆる逆紹介患者）であったが、『病床がない』、『紹介時から時間が経過していて新患扱いになる』などで断られてしまった」といった経験が、それぞれあたりではないだろうか。心不全増悪時にはスムーズな治療開始が大変重要であるが、その時の医療事情によって、お互いに苦労することがある。心不全の増悪の兆しに早目に気

づくことができれば、急な対応が減少することが期待される。これまで、本邦では慢性心不全の自己管理では、当該患者へ、日常的な疾病管理、具体的には、自覚症状、体重や血圧、脈拍数の確認といったいわゆるselfcare maintenanceの指導が中心であった。しかし、昨今では、「心不全増悪時に自ら行える対処方法」も指導することが重要で、その対応により入院を回避できる可能性があることが報告されている。(selfcare management)^{6) 7)} さらに、診療所担当医が、心機能破綻前に、適切な外来治療ができれば、入院を回避できる可能性があり、緊急的に病院へ依頼するような事態が減少することも期待できる。

退院後の患者への十分な疾病管理教育、そして、急変を未然に防ぐためには、診療所と、専門的医療を行う施設の日頃からの連携⁸⁾が必要で、目標とするのは、患者のselfcare maintenanceとselfcare managementをサポートし、地域全体で慢性心不全患者を診療する姿⁹⁾である。

以上のような課題を解決するには、施設間の情報共有を標準化し、医療情報と社会的情報を過不足なく把握できる体制と、患者の容態変化を、患者側も、医療、介護側も速やかに気づき対応できる体制の構築が挙げられる。

そのような体制構築の一案として、「心不全地域連携パス」があり、先行地域では、すでにモデル事業が始まっており、病院、診療所、そして介護領域の連携を推進する目的で運用されている。

〈心不全地域連携パス〉

心不全地域連携パスとは、その地域で慢性心不全患者の再発防止、再入院予防を達成するために、急性期医療機関と、地域の医師や医療・介護スタッフで役割分担、情報共有を行い、円滑な地域連携を進めるためのシステ

ムである。¹⁰⁾ 心不全地域連携パスは、効率的かつ効果的に地域の心不全診療の質を向上させるために役立つと考えられている。心不全地域連携パスを導入している先行地域はいくつかあるが、その中で、茨城県の心不全地域連携パスの取り組み¹⁰⁾、四日市医師会心不全連携推進委員会の取り組み¹¹⁾を参考に、その概要について解説する。

心不全地域連携パスでは、急性期担当施設、回復期担当施設、維持期担当施設（診療所を想定）といった役割分担がある。循環器領域においては、内服内容、デバイス治療の有無、手術の有無、リハビリの経過、心機能といった医療的情報と、介護サービスの有無、在宅医療の介入の有無、ACP（Advanced care planning）の状況といった社会的情報など、施設間でやりとりする内容が多岐にわたっている。そこで、一瞥してそれらの情報がわかる「患者情報シート」を診療情報提供書として、またはその一部として作成する。

「地域連携計画書」も必要である。それらの書類が施設間を行き来する。パスの導入により、診療情報が複数の機関でやり取りされることが想定され、パスの利用については患者の同意が必要である。患者側は、医療機関が準備した「心不全手帳」を用いて、自己管理を行い、診察時には医療機関に持参する。医療機関は心不全手帳から、患者の家庭での様子を確認できる。この手帳は、医療機関だけではなく、訪問看護ステーションなどの在宅医療系スタッフや介護施設（デイサービス等）のスタッフも確認し、早期に患者の体調変化に気づくことが可能になる。

四日市医師会心不全連携推進委員会では、パス構築に加えて実際の心不全診療についての資料も作成している。¹²⁾ 慢性心不全診療の、通常診療の流れ、患者指導のポイント、訪問看護師や介護系事業所との連携、増悪時の検査、専門医への相談の目安や、入院加療の目安など、についてQ & A方式で記載されてい

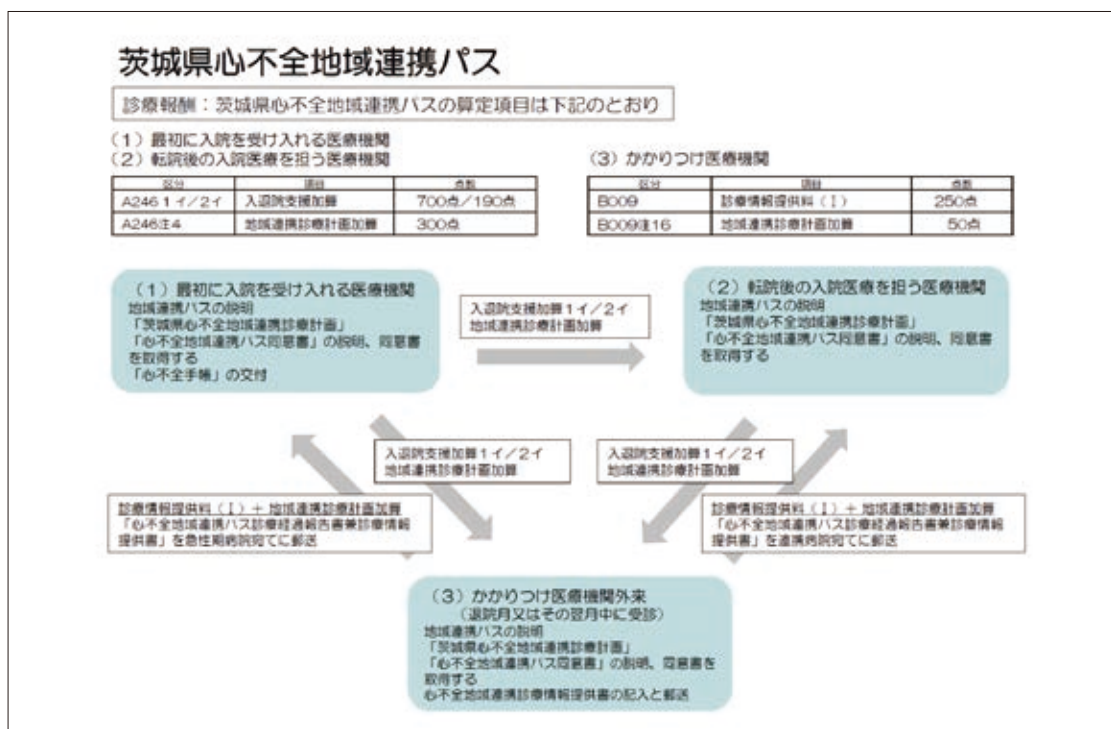


図4 茨城県地域連携パスの手引きより引用

る。慢性心不全患者を地域で診るためには、非循環器内科専門医の先生方の協力が必須である。このような資料は、円滑な連携構築の1ツールとなっているのではないだろうか。

このパスでは、地域連携診療計画加算を算定が可能（図4）であり、茨城県では、以下のように、各関係機関へ説明している。（以下茨城県地域連携パスの手引き^{10）}から抜粋）

急性期医療機関、回復期・療養期医療機関は、入退院支援加算の算定ができることが必要条件である。（生活期医療機関は不要）また、生活期医療機関は診療情報提供料（I）に係る地域連携診療計画加算の届出が必要。地域連携診療計画加算算定については、いずれの施設においても厚生局へ、以下の3点の届け出が加算算定前月までに必要である。

- ・特掲診療料の施設基準に関する届出書
- ・地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類
- ・茨城県心不全地域連携診療計画書

（脳卒中や大腿骨頸部骨折等の地域連携パスを使用している施設は、適用パスの種類が増えても新規届出不要である。）

地域連携診療計画加算算定のために各医療機関は、連携病院（急性期医療機関、回復期・療養期医療機関、生活期医療機関）と年3回の研修会が必要となっている。各地域におけるパス導入後の評価やその効果については、筆者が調べた範囲では明らかなものはまだなく、今後の報告が期待される。

〈これまでの連携をアップグレードした心不全診療〉

本県においては、福島県循環器病対策推進計画（第2期）が進行中で、心不全地域連携についても、協議がなされている。現在は県内どの地域においても、まだ心不全地域連携パスは導入されていない。実務を担う現場の医療従事者の一部からは、「实际的に、パスを構築するためには、複数の医療機関同士の

こおりやま心不全チェックシート情報ページ

【使用の流れ】

利用を勧める者

医療機関（病院、診療所）

訪問看護ステーション
訪問リハビリ等

利用者

患者本人、家族
訪問看護師、訪問リハスタッフ
介護従事者等

患者基本情報		疾患情報の概要		既往歴・入院歴		内服の変更点		社会的情報	
項目	内容	項目	内容	項目	内容	項目	内容	項目	内容
氏名	性別	年齢	病歴	既往歴	入院歴	内服薬	変更点	社会的背景	家族状況
住所	連絡先	職業	検査結果	手術歴	転院歴	処方薬	副作用	生活環境	介護状況
保険証番号	医師情報	診療科目	検査結果	手術歴	転院歴	処方薬	副作用	生活環境	介護状況
診療科目	医師情報	診療科目	検査結果	手術歴	転院歴	処方薬	副作用	生活環境	介護状況
診療科目	医師情報	診療科目	検査結果	手術歴	転院歴	処方薬	副作用	生活環境	介護状況

図5 第8回日本心臓リハビリテーション学会東北支部地方会シンポジウム2 遠藤教子

綿密な打ち合わせ、必要書類の作成、電子カルテの編成など、ハードルが高く、導入に踏み切れない」といった意見もある。しかし、本県において、いくつかの地域では、地域連携の基礎的な取り組みは行われている。郡山地域では、コロナ禍前に、「こおりやま心不全セルフチェックシート」を、循環器内科専門医や慢性心不全看護認定看護師などが中心となって作成し、郡山医師会により、発行されている。患者が体調を記載するページを中心に、医療従事者が医療情報、社会的情報を記入するページもあり、ひと目で情報共有ができるようになっている。（図5）患者向けに疾患教育や、増悪時に起こす行動等についても記載されている。市内医療機関に配布しており、現在は、急性期病院や循環器内科専門医の診療所を中心に使用されている。また、会津地区では会津若松医師会と、3基幹病院、地域の循環器内科専門医によって、「心不全情報シート」が作成された。入院施設からか

かりつけ医への情報提供が標準化され、非循環器内科医へ心不全の具体的な情報の共有が効率よくできるよう工夫されている。（図6）（今後汎用性をより高められるよう改訂予定と聞いている。）例にあげた2地域のように、本県の各医療圏におかれては、それぞれの施設間で、地域に適した病診連携、診診連携を築かれていることと思う。これまで培ったその関係性を活かし、その地域地域にあった、より円滑で、介護領域まで包括した地域連携へアップグレードし、持続可能な連携の構築が期待される。それにより、来たる心不全パンデミックへ備え、慢性心不全患者の自分らしい生活を最後まで支え、「慢性心不全患者を地域で診る」ことができる可能性がある。

参考文献

- 1) Shimokawa H, et al: Heart failure as a general pandemic in Asia. Eur J Heart Fail 17: 884-892, 2015.

会津地区「心不全情報シート」

【具体的な活用法】

- 1.入院施設からかかりつけ医への情報提供
- 2.非循環器内科医へ心不全の具体的な情報の共有

「心不全に関連した」情報
 発行した病院名、基礎心疾患、併存症、心房細動の有無、胸部写真での心胸比、心エコー所見（収縮率、弁膜症）
 血液検査データ（BNP、腎機能など）内服薬一覧

「生活」に直結する情報
 ADLや認知力、家族背景、介護の状況

「再紹介の目安や基準」
 症状増悪時の症状6つのうち2つ以上該当があれば紹介してください

竹田総合病院循環器内科 鈴木先生より資料ご提供、改定

図6 第8回日本心臓リハビリテーション学会東北支部地方会シンポジウム2 遠藤教子
竹田総合病院循環器内科 鈴木先生より資料提供

2) 循環器病の対策の現状等について 厚生労働省 がん・疾病対策課
<https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/000585305.pdf> 2025/04/30閲覧

3) 2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Makita.pdf 2025/05/07閲覧

4) Yoshiharu Kinugasa, Masagazu saitoh et al: Quality Indicators in Patient Referral Documents for Heart Failure in Japan. Int Heart J 2022; 63: 278-285

5) https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/results/results_6.php 2024/10月閲覧

6) Riegel B, Moser DK, Anker SD et al: Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2009; 120: 1141-1163

7) 中根英策. 大都市圏での高齢心不全患者の再入院防止を目的とした地域連携. 日本循環器学会専門医誌 2018; 27:36-42

8) 瀬在 明. 心不全パンデミックに向けての心不全地域連携における大学病院の役割. 日大医誌 2020; 79: 241-245

9) 地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究
<https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/> 2025/05/08閲覧

10) 茨城県心不全地域連携の手引き
<https://www.hosp.tsukuba.ac.jp/stroke-heart/wp-content/uploads/sites/18/2025/03/guide-Ibaraki-prefecture-regional-collaboration.pdf> 2025/05/08閲覧

11) 四日市心不全地域連携パス
<https://yokkaichi-med.com/common/download.aspx> 2025/05/08閲覧

12) 2023年 地域連携心不全Q & A かかりつけ医用. 四日市医師会心不全連携推進委員会
<https://yokkaichi-med.com/common/download.aspx> 2025/05/08閲覧

訂 正

(11) (10)の回答で補助金の増額を選択した方へ、具体的に希望する補助金
(現在は最大で4,000万円の1/2の2,000万円)

3,000万円	2
4,000万円	1
5,000万円	2
その他	3

●現状で良いと思いますが物価や診療報酬の変化に応じて対応していく必要があ

本会報5月号の「視点」において、8ページのアンケート調査結果(11)に誤りがありましたので下記のように訂正いたします。

- アンケート調査結果(11)「(10)の回答で補助金の増額を選択した方へ、具体的に希望する補助金」の回答について、(10)で「補助金の増額」を選択した3名の具体的に希望する補助金につきましては、下記の通りでございます。

3,000万円 2名、4,000万円 1名

- (10)で「補助金の増額」を選択した以外の方から具体的に希望する補助金を回答いただいた結果が、下記の通りでございます。

5,000万円 2名、その他 3名