

ハート 心をつなぐ診療連携 ～沖縄県心不全連携ツールの活用～



令和7年2月21日(金)
翔南病院 循環器内科 渡慶次竜生

(県委託事業)心不全に係る地域連携体制構築事業



1

これからの心不全診療連携の在り方

地域のかかりつけ医のための
心不全診療ガイドブック



沖縄県・沖縄県医師会

これからの診療連携の在り方

Key Points

- 急性期病院・慢性期病院・かかりつけ医療機関の役割分担を明確にした連携体制による切れ目のない心不全対応が必要である。
- 高齢心不全の特性を理解し、生活支援を含む多職種との連携が必要である。

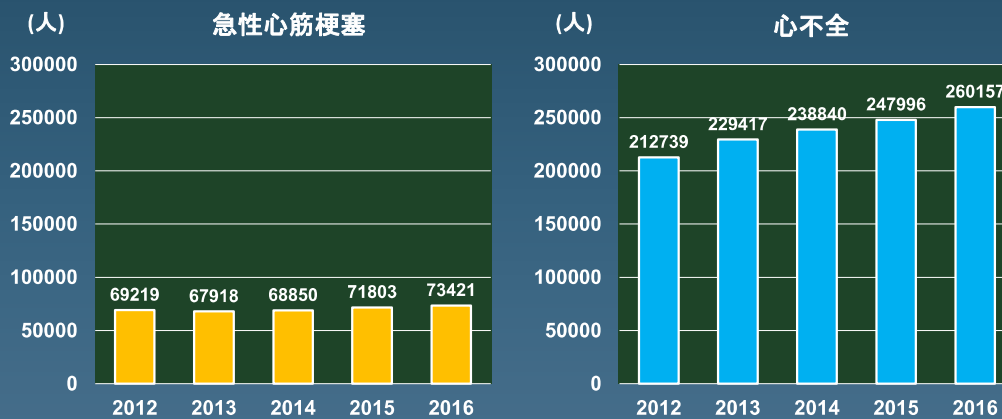
急性期病院では治療と定期検査、慢性期病院では心臓リハビリ、かかりつけ医や在宅医は安定期の心不全管理や日常的な健康管理、保健指導、場合によっては終末期対応など専門医療機関とかかりつけ医が連携を図りながら切れ目のない心不全対応を行う役割が求められています。



2

急性心筋梗塞と心不全

●日本循環器学会が行っている「循環器疾患診療実態調査(JROAD)」のデータ



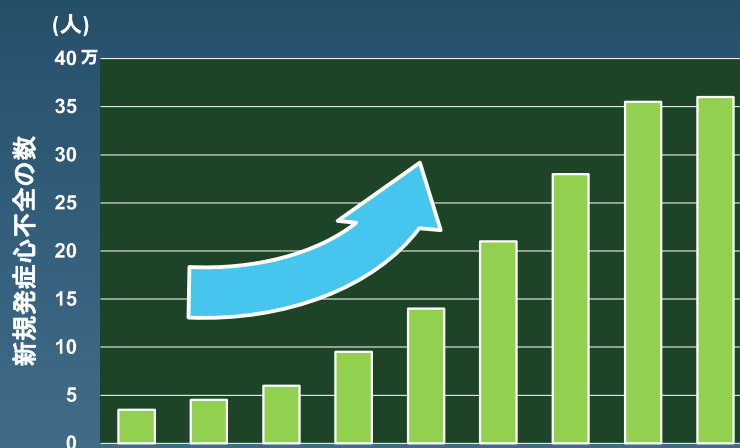
心不全入院は毎年1万人ずつ増加

(Yasuda S et al. *Circulation*. 2018;138:965-967.)



3

新規発症心不全数の推移



年	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	(年)
高齢者の割合(65歳以上)	4.9	5.7	7.1	9.1	12.1	17.4	23.0	29.1	31.6	(%)
総人口	83.2	93.4	103.7	117.1	123.6	126.9	128.1	124.1	116.6	(100万人)

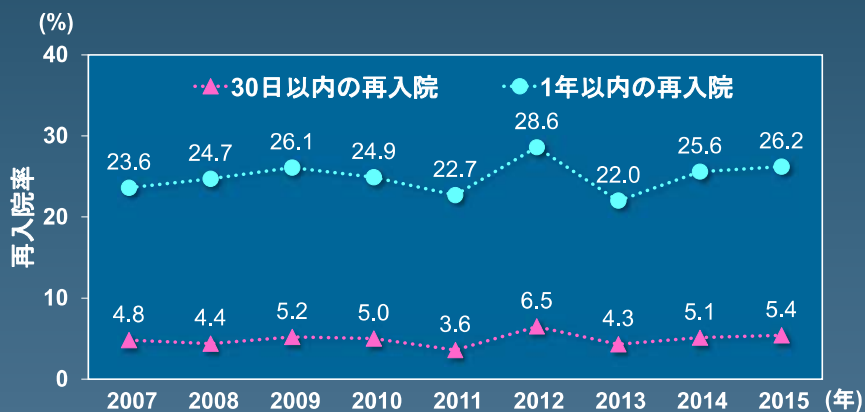
(Shimokawa H et al. *Eur J Heart Fail*. 2015;17: 884-892.)



4

急性心不全患者の再入院率

- 2007年～2015年に行われた日本の急性心不全レジストリ(ATTEND、WET-HF、REALITY-AHF)に登録された日本人急性心不全患者9075例。
- 退院後30日及び1年以内の再入院率の推移を検討。



退院後1年以内に約4分の1が再入院

(Shiraishi Y et al. J Am Heart Assoc. 2018;7:e008687.)

5

急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携

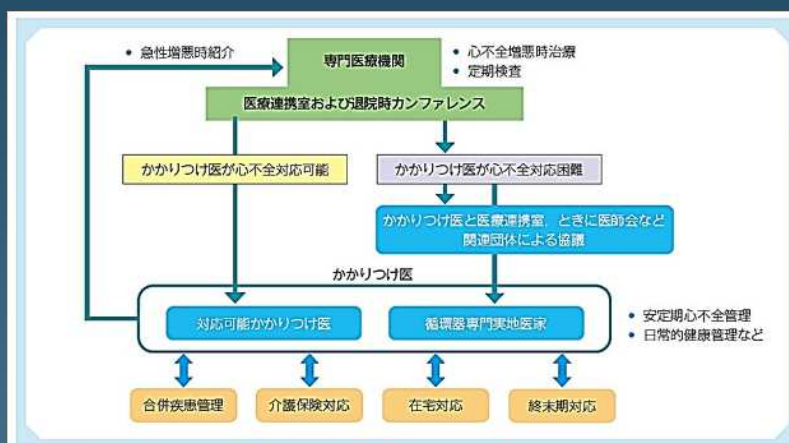


図1 専門急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携フローチャート

急性期病院に入院した心不全患者が退院する場合、本来のかかりつけ医が安定期の心不全治療に対応困難な場合は、退院時カンファレンスや医師会を通じて心不全対応可能な実地医家や在宅医を探してもらい、かかりつけ医の子承のもとで安定期心不全治療を、その医療機関で行ってもらうことも考慮する。

(心不全に係る地域連携体制構築事業、地域のかかりつけ医の心不全診療ガイドブック、沖縄県医師会、2022;1.)

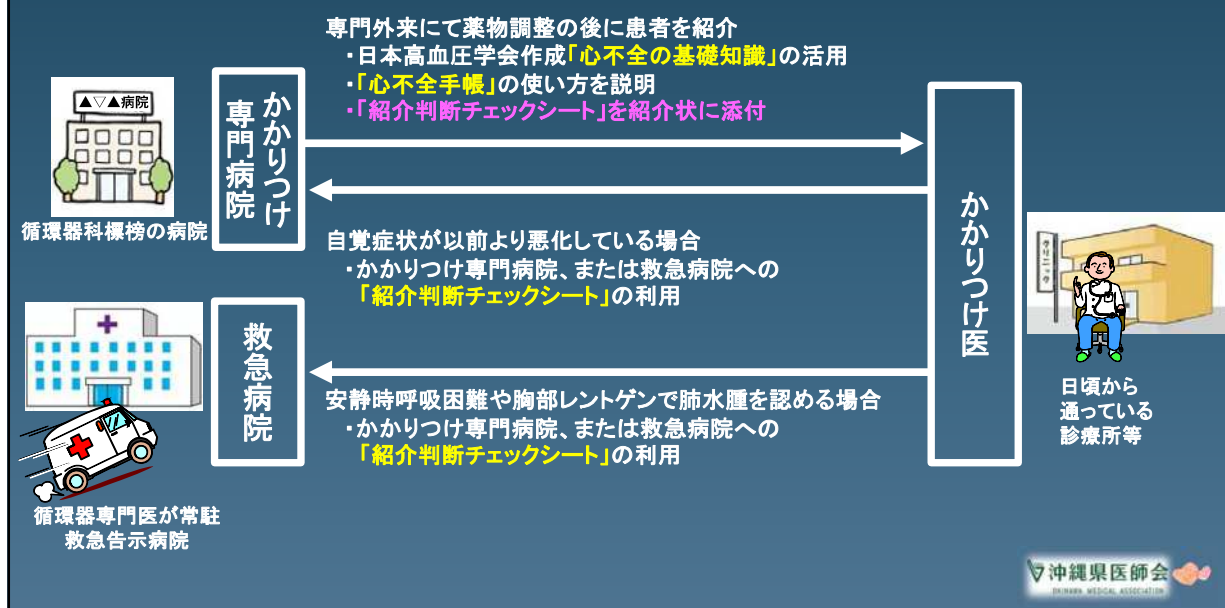
6

沖縄県心不全連携ツール

1. 心不全地域連携運用フロー
2. かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート
3. 心不全患者への基礎知識説明シート
4. 心不全手帳
5. 参加方法

7

心不全地域連携運用フロー



8

沖縄県心不全連携ツール

1. 心不全地域連携運用フロー
2. かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート
3. 心不全患者への基礎知識説明シート
4. 心不全手帳
5. 参加方法



9

かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート

- | | |
|--|--|
| ☐ 安静時の息切れ・息苦しさ
☐ レントゲン所見：肺水腫 | } いずれかに該当する場合、
直ちに救急病院外来受診 |
| ☐ レントゲン所見：胸水が以前より悪化
☐ レントゲン所見：心拡大が以前より悪化
☐ 管理目標で設定した予定外受診の体重
☐ 脈拍(回/分)120以上 | } いずれかに該当する場合、当日または
翌日かかりつけ専門病院外来受診 |
| ☐ 労作時息切れが以前より悪化
☐ むくみが以前より悪化
☐ 咳が以前より悪化
☐ 食欲低下が以前より悪化 | } 2つ以上該当する場合、当日または
翌日かかりつけ専門病院外来を受診 |



10

沖縄県心不全連携ツール

1. 心不全地域連携運用フロー
2. かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート
3. 心不全患者への基礎知識説明シート
4. 心不全手帳
5. 参加方法



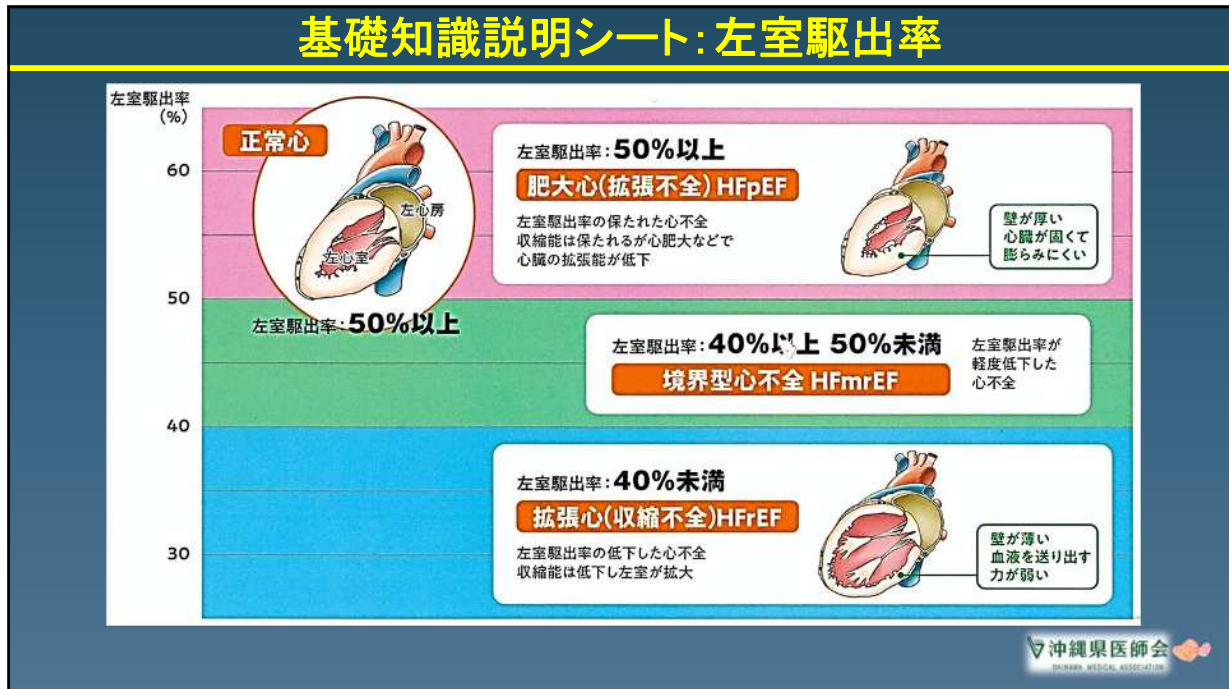
11

心不全基礎知識 説明シート



12

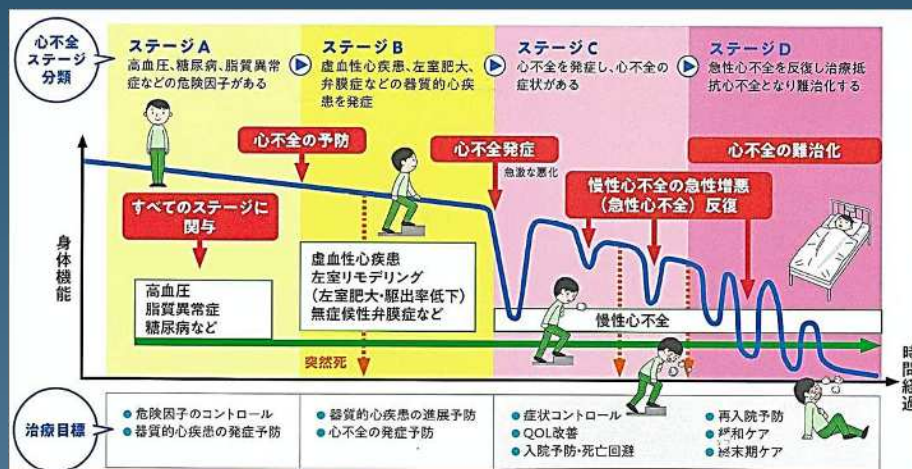
基礎知識説明シート: 左室駆出率



13

基礎知識説明シート: 心不全の進展ステージ

心不全とは、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です。



14

心不全教育スライド

厚生労働科学
研究費補助金

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

ホーム
home
新着情報
news
心不全教育スライド
ダウンロード
download
心不全診療ガイドブック、心不全における
介護サービスの活用方法Q&A
download
研究成果
results
関連情報
relation
研究班について
about
お問い合わせ
contact



心不全教育スライドダウンロード



1. 入退院エピソードの紹介
2. 心不全の説明
3. 自己管理について
4. 人生会議
5. 介護サービスについて

<https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/download/>



15

沖縄県心不全連携ツール

1. 心不全地域連携運用フロー
2. かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート
3. 心不全患者への基礎知識説明シート
4. 心不全手帳
5. 参加方法



16

沖縄県心不全手帳



17

沖縄県心不全手帳: はじめのページ

お願い

医療機関受診の際には、
 ● 心不全手帳
 ● お薬手帳
 を必ず持参し、見せてください。

メッセージ

心不全手帳「毎日の記録」は、心不全が悪化してきたことに早く気づき、すみやかに受診することをサポートするために必要不可欠なものです。

毎日欠かさず記録し、受診の前に必ず主治医に見せてください。

また、あなたの状態をみんなで見守るためにも、ご家族だけでなく、訪問看護やケアマネジャー、デイケアなど利用しているサービスの方にもこの手帳を見せてください。

主治医からのひと言

病歴名

ID

名前

あなたの状態

月 日 曜日・変更

1日の飲水量 mL

起床時体重 kg 台が最適

kg 以上なら

朝に頓服用 追加で飲む

kg 以上なら 水分を控える

▶▶▶ 予定外受診の体重

kg 以上、または kg 以下

身長: cm

体重: kg

基礎疾患 (主治医記録)

18

沖縄県心不全手帳：患者情報のページ

あなたの情報 本人・介護情報		あなたの情報 医療情報	
あなたの情報	氏名：_____ 生年月日：____年__月__日	かかりつけ医	施設名：_____ 電話番号：_____ 主治医：_____ 患者番号：_____
家族などの 緊急連絡先	① 氏名：_____ 連絡先1：_____ 氏名：_____ 連絡先2：_____	かかりつけ 専門病院	施設名：_____ 電話番号：_____ 診療科目：_____ 担当医名：_____ 患者番号：_____
	② 氏名：_____ 連絡先1：_____ 連絡先2：_____	外来 心臓リハビリ	施設名：_____ 電話番号：_____ 担当医名：_____
誰が管理している のは、誰ですか？	自分自身 / 家族() / 看護士() その他()	かかりつけ薬局	施設名：_____ 電話番号：_____
ケアマネジャー	担当医名：_____ 電話番号：_____ 施設名：_____	訪問看護 ステーション	施設名：_____ 電話番号：_____ 担当医名：_____
デイケア デイサービス	施設名：_____ 電話番号：_____ 担当医名：_____		
	施設名：_____ 電話番号：_____ 担当医名：_____		
	施設名：_____ 電話番号：_____ 担当医名：_____		
		救急病院	
		① 施設名：_____ ② 施設名：_____ ③ 施設名：_____	

19

沖縄県心不全手帳：毎日の記録

毎日の記録		年							月						
月/日		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
体重 (kg)															
血圧 (mmHg)	朝	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	寝る前	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	せき	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○が×で記入)															
お薬 チェック	朝	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	昼	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	夕	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

受診の目安

何もしくなくても息切れ・意欲低下 → 救急病院の受診

・ 予定外受診の体重となった場合
・ 尿量 (日/分) 120以上
・ 外は時・入浴時・排便時毎時の息切れが以前より悪化
・ むくみが以前より悪化
・ せきが以前より悪化
・ 食欲低下が以前より悪化

→ 早めの受診

20

受診の目安

受診の目安

何もしなくても息切れ・息苦しさ

- ・ 予定外受診の体重となった場合
- ・ 脈拍（回／分）120 以上
- ・ 外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
- ・ むくみが以前より悪化
- ・ せきが以前より悪化
- ・ 食欲低下が以前より悪化

救急病院の受診



早めの受診



沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

21

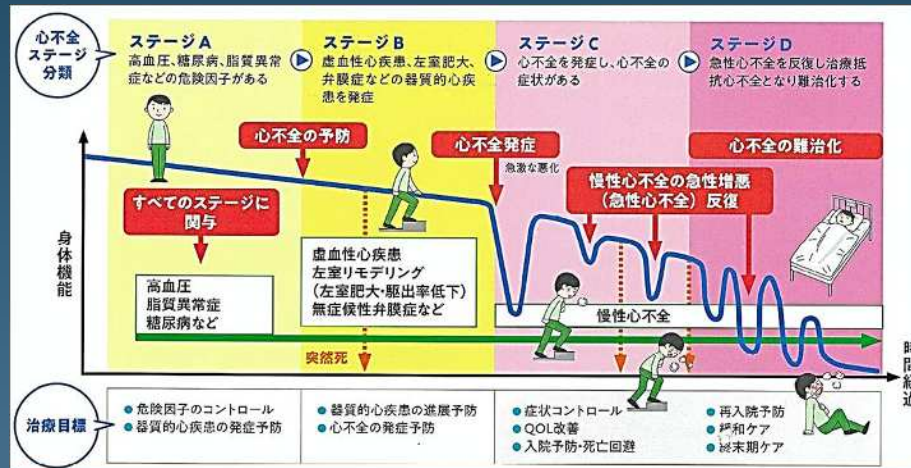
様々な心不全手帳・連携ツール



沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

22

心不全手帳を渡すタイミング(心不全ステージ)



駆出率低下のステージB ステージC・D

沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

23

心不全手帳を渡すタイミング(医師)

医師(循環器内科)

ステージC



◎ 心不全初発:カテーテルで冠動脈造影

・有位狭窄なし:冠動脈造影の結果説明時

・冠動脈形成必要:治療後の説明時

◎ 心不全再発:退院前に面談の時間を設ける

沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

24

心不全手帳を渡すタイミング(医師)

医師(循環器内科・心臓血管外科)

ステージB

心不全症状ないが心機能低下傾向

◎ 経皮的冠動脈形成術後

◎ 冠動脈バイパス術後

◎ 弁膜症治療後



沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

25

心不全手帳を渡すタイミング(看護師)

看護師

◎病棟:検温の際に、手帳の書き方を教える

◎外来:手帳持参時に記入状況を確認する

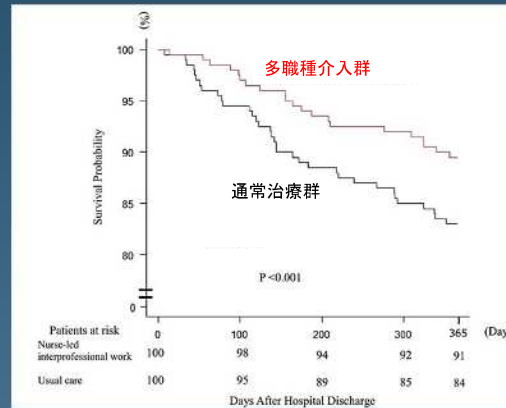


沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

26

心不全患者に対する看護師主導の多職種介入の効果

- 2014年～2020年に大阪の急性期病院に入院した65歳以上の心不全患者(多疾患併存)
- 平均年齢80歳(男性62%)、多職種介入群200例・通常治療群200例



多職種介入で死亡率 7%改善

(Saizen Y et al. *Am Heart J Plus.* 2024;38:100361.)



27

心不全手帳を渡すタイミング(栄養士・リハビリ)

管理栄養士

◎ 栄養指導の時間を利用

理学療養士・作業療法士・言語聴覚士

◎ 心臓リハビリ介入時(運動記入欄チェック)

入院時に介入し、外来でも継続可能



28

心不全手帳を渡すタイミング(薬剤師・MSW)

薬剤師

- ◎ 自宅での内服状況を確認・記入欄の説明
→ポリファーマシー(多剤併用)の確認

医療ソーシャルワーカー

- ◎ 心不全手帳を退院後の生活支援に活用



29

心不全手帳活用の工夫

- ・ 「心不全手帳」を渡す職種を増やす
主治医、看護師、リハビリ職種、管理栄養士、
薬剤師、医療ソーシャルワーカー 他
→心不全療養指導士、心臓リハビリ指導士
- ・ 検査技師・医療事務(受付対応)など、
多くの医療従事者に周知してもらう



30

心不全療養指導士



全国 5200名

資格取得条件: 日本循環器学会に所属する医師を除く、コメディカルスタッフ
看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、公認心理師、
臨床工学技士、歯科衛生士、社会福祉士の国家資格を有すること



31

沖縄県心不全療養指導士ネットワーク



県内の心不全療養指導士 71名

- ・療養指導士同士の情報や知識共有
- ・地域連携含めた療養指導介入



32