石川県立中央病院
Ishikawa Prefectural Central Hospital
2026年10月号
vol. 23

患者総合支援センターだより

【特集】
心不全パンデミックと地域連携



約50%
当院の心不全入院のうち
再入院が占める割合



約半数
再入院のうち
1年以内の再入院

P.2 医師の視点
P.3 看護師の視点
P.4 理学療法士の視点
P.5 おわりに 勉強会の案内

血管病センター長　安田　敏彦（循環器内科）

近年、急速な高齢化に伴い心不全患者数は増加の一途をたどり、「心不全パンデミック」と呼ばれる状況となっています。気付かないうちに進む心不全を早期に発見し、悪化による再入院を防ぐためには、病院と地域医療機関（かかりつけ医）の緊密な連携が不可欠です。

今号では、心不全患者さんの再入院予防に向けた当院の取り組みと地域の先生方へのお願いを、医師・認定看護師・理学療法士の3つの専門的な視点から、全５ページの特集としてご紹介します。



■ 心不全パンデミックと地域連携の重要性 【医師の視点】

一度心不全を発症した患者さんでは、その後の「再入院」をいかに防ぐかが重要な課題となります。当院でも心不全入院の約半数が再入院であり、そのうち約半数は1年以内の再入院です 。

こうした状況を踏まえ、令和8年度診療報酬改定では慢性心不全の再入院予防に対する評価が新設されました。当院では多職種チームで以下の取り組みを行い、早期退院と再入院予防に努めています。

＜当院で多職種が連携して実施する包括的プログラム＞

- **心機能評価・原疾患の精査**：的確な診断に基づく治療方針の決定
- **治療の最適化**：ガイドラインに基づく薬物療法および非薬物療法の実施
- **リスク評価**：再入院や運動耐容能低下のリスクを多角的に評価
- **心臓リハビリテーション**：急性期からの早期回復・筋力低下予防
- **栄養・食事指導**：管理栄養士による塩分管理や低栄養対策の個別指導
- **薬剤指導**：薬剤師による正しい服薬方法の指導とアドヒアランス（服薬維持）確認

※院内の多職種（医師、看護師、薬剤師、リハビリ技師、栄養士など）による「心不全再入院予防チーム」が中心となり、院内横断的に取り組んでいます。

■ 地域の先生方へのお願い：早期相談・紹介基準

再入院を防止するためには、日常診療の中で患者さんの小さな変化を早期に捉え、介入することが不可欠です。日常的に経過を観察いただく中で、特に以下の変化がみられた際には、自覚症状が強くなくても、お早めに当科（循環器内科）へご相談・ご紹介ください。

① 1週間で2kg以上の急激な体重増加がみられたとき（体内の水分貯留のサイン）
② NT-proBNP または BNPの値が、前回比で30～40%以上増加したとき

■ 急性期・回復期・在宅をシームレスに繋ぐ「地域連携プロセス」

STEP 1 自宅療養	STEP 2 かかりつけ医	STEP 3 変化キャッチ	STEP 4 当院へ紹介	STEP 5 地域への逆紹介
体重・症状のセルフケア	日常の定期健診・経過観察	体重2kg増加やBNP30-40%上昇	速やかな相談で専門治療の介入	状態安定後に円滑な回復期転院

当院は高度急性期病院として、重症心原性ショック症例にもECMOやImpella（補助循環用ポンプカテーテル）等を用いて救命対応しています。しかし、心不全診療は急性期治療だけでは完結しません。急性期を脱した段階で回復期・維持期の医療機関（地域の先生方）へ円滑にバトンを繋ぎ（逆紹介）、地域全体で支える体制づくりが不可欠です。

■ 慢性心不全患者さんの再入院予防に向けて 【看護師の視点】

～看護と地域とのつながり～

心不全は増悪と寛解（悪化と改善）を繰り返す進行性の高い疾患です。再入院を防ぐためには、入院中の患者・家族教育と、退院後のご自宅での生活調整・継続フォローアップ、そして地域の先生方や多職種との密接な連携が重要となります。

■ 「石川県心不全地域連携パス・手帳」を活用した多職種での教育内容

① 体重・血圧・症状の記録習慣づけ

毎日の数値を手帳に記録することで、患者さん自身が「自分の健康を守る主体」となるセルフモニタリング意識を高めます。

② 急激な体重増加（2kg/週以上）時の対応

体内の水分が滞留している初期症状に患者さん自身で気付き、直ちに医療機関に相談・受診できるよう具体的な危険信号を指導します。

③ 管理栄養士による塩分管理・食事指導

おいしく続けられる塩分制限（1日6g未満）のコツや、低栄養を防ぐためのバランスの良い食事構成について実生活に即して指導します。

④ 薬剤師による服薬指導と中断リスク説明

処方薬の正しい役割を理解し、自己判断による服用中断の危険性（悪化につながること）を丁寧に解説し、アドヒアランス（自発的服薬）を高めます。

⑤ 理学療法士による運動習慣の継続支援

心臓に過度な負担をかけず、骨格筋を維持するための安全な自宅用個別運動メニューを処方・実践します。

■ 再入院リスクの高い「退院後2週間」を乗り切る時間軸フォロー

退院後の自宅生活への移行期は、生活習慣の乱れや不安から再入院リスクが高まる「重要な時期（特に退院後2週間以内）」です。患者様が持参される「石川県心不全地域連携パス・手帳」を活用し、多職種全体で以下のタイムラインに沿って継続的なセルフケア・観察を支援します。

退院日 ～ 初回	退院後 2週間以内	退院後 1年以降
手帳を用いた自己管理開始 ご自宅での測定・記録ルーティンを定着させるスタートライン	【重要な時期】 環境変化による心不全悪化のリスクが高い2週間。体重増加や浮腫に注意	地域一体での継続サポート かかりつけ医・訪問看護等と連携し、生活習慣の悪化を防ぎ、継続的に支援します

■ 心不全患者の入院関連機能障害予防とフレイル対策【理学療法士の視点】

～「心臓」だけでなく「全身」の動く力を支えるリハビリテーション～

高齢者の心不全治療において、「心臓だけを診ていては、上手くいきません」。全身の骨格筋低下を伴う「入院関連機能障害（HAD）」の予防と、加齢に伴い心身が衰える「フレイル」への対策が、最新の心不全ガイドラインでも重要視されています。理学療法士の視点から、当院の取り組みをご紹介します。

高齢心不全患者の HAD（入院関連機能障害）発生率	退院時の 廃用症候群・ADL（活動）低下率
37.1%	**55.5%**
入院による急激な安静臥床が原因で、元々の身体機能が損なわれるリスク	半数以上の患者が、退院時に元の生活動作レベルを下回ります

（日本循環器学会　2025改訂版心不全ガイドライン、 p 181より引用）

■ 当院での超早期リハビリテーション介入と複数回（２人体制）介入

① 48時間以内の超早期リハビリ介入：ICUやECU入室中の患者さんでも、禁忌がなければ可能な限り早く（48時間以内）早期離床や運動を開始します。一般病棟では、病棟専従の理学療法士が48時間以内に運動機能・ADL評価、管理栄養士が栄養評価を行います。

② 複数回リハビリ（2人体制）：病棟専従PTと個別担当PTの2人体制を敷くことで、リハビリ室だけでなく病室内での離床回数を増やし、ベッドでの長時間の臥床状態を防ぎ、HAD予防に努めています。

■ ご自宅で簡単・安全にできる運動指導：「カーフレイズ」

入院患者さん全員に「入院時フレイル評価」を実施。特に、ふくらはぎの第二の心臓機能を強化し、ふらつきや転倒を防ぐセルフエクササイズ「カーフレイズ」の指導に注力しています。

STEP 1 いすの背をつかむ	STEP 2 ゆっくりかかと上げ	STEP 3 ゆっくりかかと下げ	目標回数 10～15回 × 2～3セット
いすやテーブルの背などに、両手で軽くつかまり立ちをします	ゆっくりと、つま先立ちをするよう、かかとを上へと引き上げます	ゆっくりと、かかとを下ろしていきます	毎日コツコツ行うことで、ふくらはぎのポンプ機能と下肢筋力を効果的に鍛えます

■ 心不全パンデミックに対する地域連携のこれから

心不全パンデミックの時代に、入院で身体機能が落ちてしまう「入院関連機能障害（HAD）」を防ぐために、次の2点が大切です。

HAD予防① 入院しないこと

当院でも石川県版心不全手帳を用いて再入院予防教育を行い、手帳に沿った無理のない運動を勧めています。手帳やアプリ・歩数計の記録をご覧いただき、運動習慣を聞いて褒めていただくことが、継続と自己管理に最も効果的です。

HAD予防② 早く退院すること

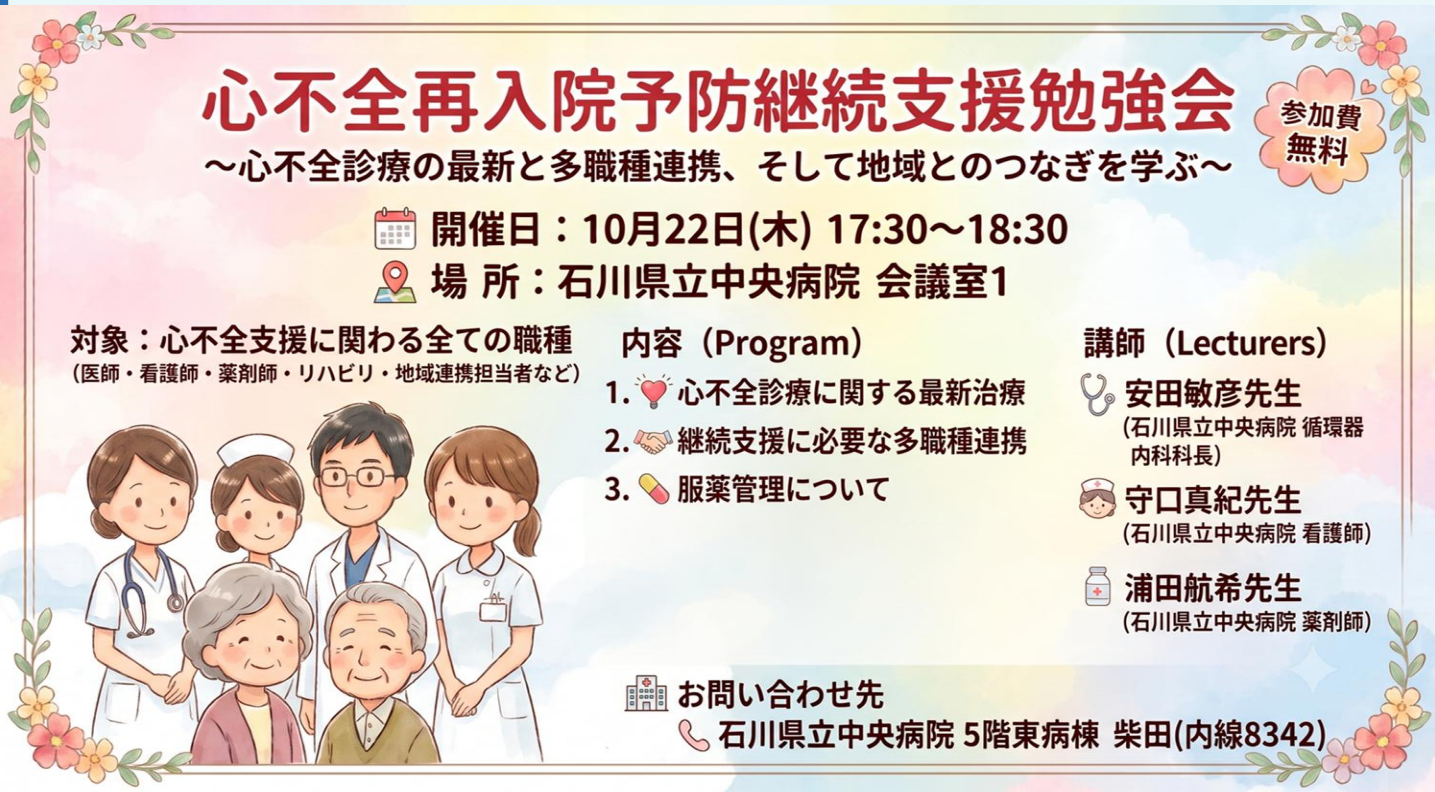
急性期病院に標準的な運動療法ができる方はほとんど入院していません。今後の心臓リハビリの主役は外来・在宅です。先進地域ではIoTや遠隔リハビリ、クラウド型の情報共有により、院外でも安全で質の高い運動療法が可能になってきました。私たちの地域でも協力して、そのような連携ができる日を楽しみにしています。

■おわりに

「不全パンデミックという大きな課題に対峙するためには、これまで以上に地域の先生方との緊密な連携が重要です。

皆様と協力しながら、地域全体で心不全患者さんを支えていければと考えております。

今後ともご支援とご協力をお願い申し上げます。



【編集・発行】石川県立中央病院 患者総合支援センター
〒920-8530 石川県金沢市鞍月東2丁目1番地　Tel.076-238-7852　Fax.076-238-0505
メールアドレス：siencenter@ipch.jp