

今日から実践！



# 心不全 地域連携 ハンドブック

〔編著〕 衣笠良治

医療法人寛謙会 在宅ケアクリニック米子

中外医学社

## はじめに

「心不全パンデミック」—この言葉が医療現場で叫ばれるようになって久しくなりました。超高齢社会を迎えた我が国において心不全患者数は爆発的に増加しており、入退院を繰り返しながら徐々に悪化していくこの疾患は、患者さんご本人とご家族の生活を脅かすだけでなく、地域の医療・介護提供体制にも大きな負荷をかけています。

心不全は急性期病院の中だけで完結できる疾患ではありません。病院から生活の場へとシームレスにつなぎ、増悪を防ぐ「地域連携」が不可欠であり、昨今の診療報酬改定で「心不全再入院予防継続管理料」が新設されたことも、地域一丸となり再入院を防ぐことの重要性を国が強く認識した結果にほかなりません。

私自身、長年にわたり鳥取大学において、重症心不全診療の最前線に立ってきました。補助人工心臓（LVAD）や心臓移植といった高度な集学的治療を要する患者さんのマネジメントに加え、多職種チームによる介入や地域連携の有用性を広く発信してきました。また、日本循環器学会の「心不全ガイドライン」の作成や、「心不全療養指導士」制度にも従事し、全国的な診療の質向上に努めてまいりました。

しかし、この声が届くのは主に病院であり、地域の医療介護スタッフにはまだ十分届いていません。また、急性期病院は目の前の高度な急性期治療をこなすだけで手一杯で、退院後の生活までには十分目が届いているとはいえず、地域での生活基盤が崩れれば、患者さんは再び救急搬送されてきます。この悪循環を断ち切るためには、病院からの指示を待つのではなく、地域が主体となって動く体制へ

とパラダイムを転換しなければなりません。

患者さんの「生活を守る」のは他でもない地域の役割であり、地域社会そのものが自立して心不全マネジメントを担っていく必要があります。患者さんが住み慣れた場所で、その人らしい人生を最期まで送れるよう社会全体で支える「People-centered care（市民中心のケア）」です。その思いから、私は2026年4月、大きな節目を迎えました。大学病院を離れ、在宅医として地域医療の現場へと飛び込んだのです。自らが地域社会に入り込み、地域主導で草の根からパンデミックを終息させる——それが私の新たな挑戦です。

本書は、こうした強い問題意識を共有する、全国の心不全診療・ケアのエキスパートたちとともに創り上げた一冊です。実践の中で培われた貴重なノウハウと工夫を、出し惜しみすることなくすべて共有していただきました。急性期から在宅、医療から介護福祉まで、あらゆる職種が一つのチームとして「自立した地域」を創り上げるための、極めて実践的な道しるべです。

地域医療・介護の最前線で日々奮闘されている多くのスタッフの皆様の手には本書が届き、明日のケアの力強い武器となること、そして、一人でも多くの心不全患者さんが地域で安心して暮らせる社会が実現することを心より祈念しております。

2026年7月

編集責任者 衣笠良治

# 1 高齢心不全パンデミックの地域への影響

## キーポイント

- ▶ 高齢化の進行により、心不全は地域社会全体が直面する「災害レベルの慢性課題」となっている。
- ▶ 高齢心不全患者の増加は、医療だけでなく介護・在宅・家族を含む地域資源全体に大きな負担をもたらす。
- ▶ 心不全の発症および増悪の多くは、病院外、すなわち地域の日常生活環境の中で生じる。
- ▶ 心不全地域連携の本質は、専門性という強みを、情報共有と協働によって結びつけることにある。

## はじめに

わが国は世界に類を見ない速度で高齢化が進行しており、それに伴って心不全患者数は年々増加しています。心不全は高齢者に多く、再発・増悪を繰り返しながら長期にわたり生活に影響を及ぼす疾患です。このため近年では、心不全は単なる循環器疾患ではなく、地域医療や介護を含めた社会全体の課題として捉えられるようになってきました。

特に高齢心不全患者では、多疾患併存やフレイル、認知機能低下、社会的孤立などが重なりやすく、急性期医療のみで完結することは困難です。入退院を繰り返す過程で生活機能が低下し、介護サービスや在宅医療との連携が不可欠となる一方で、地域における支援体制は必ずしも十分に整備されているとはいえません。

一方、心不全は発症前から病態が進行する連続的な疾患であり、早期発見や適切な生活管理により、その進展や増悪を抑制できる可能性があります。服薬管理、栄養状態の維持、身体活動の確保、日常生活の中での小さな変化への気づきは、病院ではなく地域でこそ実践される介入です。

このような背景から、心不全診療は「病院中心」から「地域連携型」へと大

# 2 高齢心不全患者が抱える 多様な問題と地域連携

## A Multimorbidity(複数疾患併存) × 地域連携

### キーポイント

- ▶ 高齢心不全患者の多くは多数の併存疾患を抱えており、心不全は全身性疾患として理解する必要がある。
- ▶ 併存疾患とフレイルは相互に影響し合い、心不全の増悪や再入院リスクを高める。
- ▶ 心不全患者が抱える課題は複数診療科にまたがり、診療の断片化が生じやすい。
- ▶ 複数科・多職種が連携した包括的な地域での疾患管理が不可欠である。

### はじめに

高齢心不全患者の診療において重要な特徴の一つが、多数の併存疾患（multimorbidity）を同時に抱えていることです。心不全は単一臓器の疾患として発症・進展するというより、加齢、動脈硬化、代謝異常、慢性炎症、臓器予備能低下などが複合的に関与する全身性症候群として理解されるべき病態です。そのため、心不全の地域連携を考える際には、心機能評価や薬物治療のみならず、併存疾患、身体機能、生活機能、社会背景を含めた包括的な視点が不可欠となります。

### 高齢心不全患者における併存疾患の特徴

#### 1 ▶ 多数の併存疾患を抱える

地域住民を基盤とした研究や心不全入院患者を対象とした解析により、心不全患者の大多数が複数の併存疾患を有していることが示されています。

# 1 多職種チーム介入は 予後・QOL 改善に不可欠！



## キーポイント

- ▶ 多職種チーム介入は世界的に推奨されている包括的心不全ケアの基本手法である。
- ▶ 多職種による包括的心臓リハビリテーションは心不全患者の予後と QOL を改善させる。
- ▶ 心不全ケアにおける問題点と方針を共有するための多職種カンファレンスが重要である。
- ▶ 多職種による急性期、回復期、維持期の継続的な心臓リハビリテーションが地域で実践される環境整備が必要である。

## はじめに

“心不全パンデミック”とも評される患者数の増加を受け、心不全患者の急性期から慢性期に至る管理体制の構築は、今や重大な医学的かつ社会的課題となっています。心不全は、服薬アドヒアランスの悪化、生活習慣の乱れ、過労やストレスなどの生活環境因子が引き金となって急性増悪する難治性の病態です<sup>1)</sup>。したがって、頻回入院を避けるためには、日常生活におけるきめ細やかなサポートが望まれます。医学的な薬物・非薬物治療に加え、運動療法、食事療法、患者自身の生活是正と自己管理支援、周囲の見守りを強化する環境社会支援などによる“減負荷療法”が重要です。単独職種でそれらすべてを遂行するのは不可能であり、患者に関わるさまざまな職種の協働が必須となります。

## 多職種チーム医療の効果

### 1 ▶ 多職種チーム介入の位置づけ

心不全管理における多職種チーム介入は、海外およびわが国のガイドライン

## 4

# 最適な心不全治療できてますか？ ガイドラインに準じた薬物療法の総論と重要性



## キーポイント

- ▷ 心不全のガイドラインにおいて、ガイドラインに準じた薬物療法（GDMT）の導入および至適用量への調整を、できるだけ早期に行うとされ、推奨クラス I，エビデンスレベル A となっている。
- ▷ すべての心不全患者が GDMT の恩恵を受け得る時代になりつつある。
- ▷ 臨床医に求められているのは、何を知っているかではなく、どこまで実践できているかである。

## はじめに：心不全治療の現在地

心不全は「final common pathway」と呼ばれるように、さまざまな心疾患の終末像であり、患者数・医療費ともに増加の一途をたどっています。日本では超高齢社会を背景に心不全パンデミックが現実化しつつあり、推計では 2030 年には 130 万人に達するとされます<sup>1)</sup>。詳細については、I 章を参照してください。こうした中で、ガイドラインに準じた薬物治療（guideline-directed medical therapy: GDMT）の実践こそが、生命予後と QOL/ADL の改善に直結する鍵とされています。

しかし現場を見渡すと、GDMT が十分に導入・維持されていない症例も少なくありません。入院中に一部の薬剤が導入されても、退院後の増量や継続がなされない、あるいは血圧や腎機能への懸念から導入をためらうケースも多い一方で、clinical inertia（臨床的惰性）と呼ばれる現象もあり、課題はたくさんあります。そこで本稿では、GDMT の基本構成とその重要性、そして実臨床における課題と対応策について総論的に整理します。

# 5 減塩・水分制限の誤解を解く！ 個別化した栄養介入



## キーポイント

- ▷ 栄養状態の悪化は心不全の再入院リスクを高めるため、早期の評価と適切な栄養介入が不可欠である。
- ▷ 塩分管理、水分管理は画一的な指導ではなく、“個別化”が重要である。
- ▷ 体重変化を把握し、多職種が連携して栄養管理を継続することが必要である。

## はじめに

心不全患者の栄養管理は、心不全発症および再入院予防において極めて重要な要素です。特に高齢心不全患者では、食欲低下、体重変動、サルコペニアや低栄養などが問題となり、適切に評価・介入しなければ短期間で状態が悪化することがあります。これまで心不全治療の中心は薬物療法や循環動態の管理でしたが、近年は栄養状態の把握とその改善がQOL向上および予後改善につながることが明らかになってきました<sup>1)</sup>。

一方で、実臨床では「減塩 6 g 未満」「水分 1,000～1,500 mL」といった患者への画一的な食事指導が患者の生活状況やセルフケア能力と合わず、かえって食欲低下や脱水を招くケースも見られます。2025年改訂の心不全診療ガイドラインでは、減塩・水分制限について従来の画一的な基準から、患者背景に応じた個別化を重視する方向へと変更されました<sup>2)</sup>。

本稿では、心不全患者の栄養状態をどのように評価し、どのように管理・介入していくかについて、実践的な視点から整理します。さらに、減塩や水分制限に関する誤解を解き、心不全患者における“現実的で継続可能な栄養介入”をどのように組み立てるかを述べます。