

## 【総 説】

超高齢化地域での多職種による心不全地域連携  
～高齢化率39%の島根県江津市での取り組み

|       |    |                  |         |    |                     |                 |    |    |                   |
|-------|----|------------------|---------|----|---------------------|-----------------|----|----|-------------------|
| さ さ き | ひろ | ゆき <sup>1)</sup> | お だ わ ら | み  | ほ <sup>1)</sup>     | つ               | の  | かず | み <sup>1)</sup>   |
| 佐々木   | 拓  | 志                | 小田原     | 美  | 穂                   | 津               | 野  | 和  | 美                 |
| つ     | えだ | しのぶ              | ほん      | どう | ゆ か り <sup>1)</sup> | はら              |    |    | あゆみ <sup>1)</sup> |
| 津     | 枝  | 忍                | 本       | 藤  | 由香理                 | 原               |    |    | 歩                 |
| か     | ど  | とも               | やま      | ぐち | なお                  | と <sup>1)</sup> | まえ | だ  | あつ                |
| 嘉     | 戸  | 智                | 山       | 口  | 直                   | 人               | 前  | 田  | 篤                 |
|       |    | 啓 <sup>1)</sup>  |         |    |                     |                 |    |    | 慶 <sup>1)</sup>   |
| なか    | ざわ | よし               | た       | なべ | じゅん                 | や <sup>2)</sup> | た  | なべ | かず                |
| 中     | 澤  | 芳                | 田       | 邊  | 淳                   | 也               | 田  | 邊  | 一                 |
|       |    | 夫 <sup>1)</sup>  |         |    |                     |                 |    |    | あき <sup>2)</sup>  |
|       |    |                  |         |    |                     |                 |    |    | 明                 |

キーワード：心不全ポイント，心不全手帳，心臓リハビリテーション，緩和ケア

## 要 旨

高齢化が進む社会において、高齢者の心不全は増加し続けている。心不全患者の特徴は地域ごとに環境が異なるため、国内でも均一ではないと考えられる。本稿では高齢化率39.4%の島根県江津市にある当院と多職種による心不全地域連携の取り組みを示し、高齢化率の高い地域での心不全管理体制の構築における課題と展望について考察する。高齢心不全患者において、メディカルプロフェッショナルの積極的関与により、多職種チームでモニタリングを行っていく体制構築が重要である。

## は じ め に

高齢化が進む社会において、高齢者の心不全は増加し続けている。心不全の罹患者数は全国で120万人を超え、2030年には130万人に達すると推計されている<sup>1)</sup>。心不全の罹患率は高齢になるに従い増加し<sup>2)</sup>、高齢者の心不全は入退院を繰り返しながら、生活の質が低下していき、予後も悪く、医療経済的にも重大な影響を与えている<sup>3-4)</sup>。高齢

者では、心臓だけでなく、多くの併存疾患を抱えていることが多く、フレイルやサルコペニア、認知症といった問題も抱えている。こうした状況を背景に、医療機関のみならず地域全体で多職種が連携して心不全の早期発見や重症化予防、退院後の再入院を予防するための体制作りが急務となっている。

島根県の高齢化率(65歳以上)は令和3年(2021年)の時点で34.5%であり、全国平均28.9%よりも5.6ポイント高い<sup>5)</sup>。その中で島根県江津市は人口約22,000人で高齢化率は39.4%である。心不全患者の特徴は地域ごとに環境が異なるため、国内でも均一ではないと考えられる。本稿では高齢化

Kazuaki TANABE et al.

1) 島根県済生会江津総合病院

2) 島根大学医学部附属病院循環器内科

連絡先：〒693-8501 出雲市塩冶町89-1

島根大学医学部内科学講座内科学第四

率39.4%の地域と、その中にある当院との多職種による心不全地域連携の取り組みを示し、高齢化率の高い地域での心不全管理体制の構築における課題と展望について考察する。

### 済生会江津総合病院での 心不全診療について

済生会江津総合病院の病床数は280床、循環器内科医師4名、心臓リハビリテーション専任看護師4名、専従・専任療法士計17名というスタッフ構成で心不全診療に取り組んでいる。当院では、2010年に循環器包括的プログラムを作成し、急性

期から慢性期への継続看護の提供、また医師だけでなく多職種が連携し患者の在宅復帰を支援し、外来でも継続した療養支援を行ってきた。プログラムは修正を繰り返し、2022年度には地域全体で心不全患者を支援する仕組みとして心不全地域連携パスへと改変し、2022年8月から運用を開始した。また同時期より心大血管リハビリテーションも施設認定を取得し開始となった。

当院における2021年4月～2023年3月の2年間の心不全入院患者のデータを示す(図1)。2年間の心不全の総入院患者数は187名、平均年齢は86歳、年齢層としては90歳台が最も多く、80歳台と90歳台で約7割を占めていた。心不全の在院日数は平均25日であった。心不全入院患者の生活背景については、自宅からの入院が7割で、全体の約3割が独居であった。介護認定については要介護1以上が約6割となっており、要介護3以上の患者が約3割という比率であった。また認知症生活自立度についてもⅡ以上が約半数を占めていた。

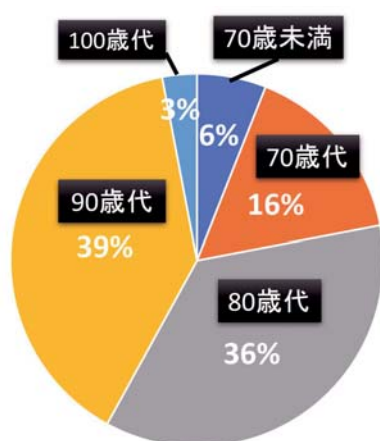


図1 2021年4月～2023年3月の2年間の心不全入院患者の年齢別割合

### 心不全ポイント・ 地域連携パスについて

当院では心不全の外来・入院診療において心不全ポイント（大阪心不全地域医療連携の会）の導

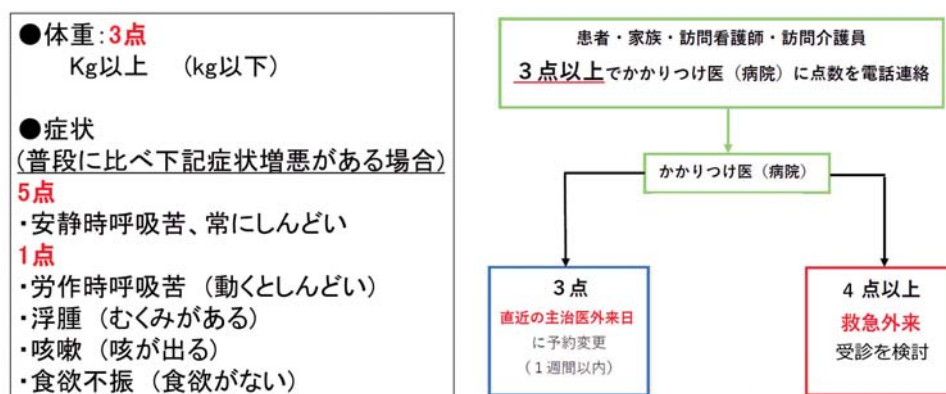


図2 心不全ポイントを用いた早期受診・早期介入の取り組み

入を行っている。心不全ポイントを元に、当院では体重と症状での評価で心不全悪化時の早期受診・早期介入を行っている(図2)。心不全地域連携パスは、No.1, No.2と2種類に分かれ、No.1では患者の経過を多職種で包括的に管理することで、心不全増悪の予防および長期予後の改善を図るためのツールとして活用している。連携パス No.1(図3)は横軸が左から在宅、入院、退院、外来と分かれ、経過を追って確認できるよ

うにしている。縦軸では、疾患管理や内服、栄養について記載されている。連携パス No.2(図4)では、主に運動療法について記載してあり、入院中のリハビリの進行については、急性期離床プログラムを用いている(図5)。江津市の心不全患者は高齢者が多く、元々の activities of daily living (ADL) が低いため、既存の離床プログラムでは介入が難しい状況があった。そこで、江津市の高齢化率や入院患者の ADL の状況を検討し、

図3 心不全地域連携パス (No.1)

図4 心不全地域連携パス (No.2)

| ステージ | 安静度            | 病棟                                           | デイケア             | リハビリ                     | テスト           |
|------|----------------|----------------------------------------------|------------------|--------------------------|---------------|
| 0    | ベット上安静         | ギャッジアップ<br>シルベスター法<br>清潔：清拭                  |                  | ベット上<br>ROM、SLR<br>キッキング | ギャッジアップ90度 5分 |
| 1    | ベット上フリー        | 食事：ギャッジアップ<br>排泄：ベット上<br>清潔：清拭（自力）           |                  | ギャッチアップ                  | 端坐位 5分        |
| 2    | 端坐位可           | 計1時間は端坐位<br>食事：端坐位<br>排泄：介助ポータブル             |                  | 端坐位<br>座位運動              | 立位 5分         |
| 3    | 立位・<br>ポータブル移乗 | 計2時間は坐位<br>食事：車椅子<br>排泄：介助ポータブル<br>清潔：介助シャワー | 参加OK<br>座位10～60分 | リハ室OK<br>移乗訓練            | 歩行 4m         |
| 4    | ベットサイド可        | 計3時間は座位<br>排泄：見守りポータブル<br>介助トイレ歩行            |                  | 歩行4～10m<br>(レベル1)        | 歩行 10m        |
| 5    | 歩行可            | 排泄：自力ポータブル<br>介助トイレ歩行<br>清潔：介助風呂             |                  |                          | 歩行 20m        |
| 6    | 室内トイレ可         | 排泄：自力トイレ歩行<br>清潔：病棟風呂（跨ぎ動作）                  |                  | (レベル2)                   | 歩行 40m        |
| 7    | 詰所まで可          | 体重自己測定                                       |                  |                          | 歩行 80m        |
| 8    | 棟内フリー          |                                              |                  | (レベル3)                   | 歩行 340m       |
| 9    | 院内フリー          |                                              |                  | (レベル4)                   |               |

図5 江津版急性期離床プログラム

「江津版急性期離床プログラム」を作成した。ステージをベッド上や端坐位、立位など9段階に細かく分けており、ADLの低い患者でも介入しやすいように工夫している。心不全ポイント導入や心不全地域連携パスなど共通の指標を用いて地域で連携し、心不全の早期治療や再増悪予防を目指し活動を行っている。

### 多職種による指導・連携について

高齢心不全患者の管理には心機能、心不全の治療状況や食習慣、運動・生活習慣に合わせてメディカルプロフェッショナルによる積極的な介入

を行うことが重要となる。当院では看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーションスタッフが連携し、高齢心不全患者の支援を行っている。

看護師からの集団指導では（図6）、血圧測定や体重測定の練習、心不全手帳への記載、浮腫の観察の練習などを行い、セルフモニタリングやセルフマネジメントの習得を目指している。集団指導が難しい患者は個別に同様の指導を行っている。心不全手帳には、療養指導の参加表を貼り、これまでどんな指導を受けたか、理解度はのかなどを確認出来るようにしている。

薬剤師からの指導は、心不全の薬の作用や副作用、飲み忘れ時の対処方法や、お薬手帳の活用方法、内服継続の必要性など説明をしている。講義後、薬剤師が参加患者一人一人の内服内容を確認し、本人からの質問に対する回答、注意点など伝えるなど個別にも対応している。入院前の内服管理に問題がなかったか情報収集し、入院前の管理方法や入院中に実施した認知機能評価、家族の支援体制などを参考に、退院後も継続可能な内服管理方法の検討を行い、患者毎に適した内服管理方



図6 看護師からの集団指導

法を指導している。

管理栄養士からの指導では、塩分制限や摂取カロリーなどバランスの良い献立の考え方や意識付け、栄養状態を維持するための食事や調理方法などについて指導している。

リハビリテーションスタッフの指導では、自身の適切な運動量の考え方、休憩の取り方などを説明している。集団指導では、介護予防や健康作りのために実施され、地域に普及している100歳体操を行っている。ADLや認知機能から集団指導が困難な場合は、個別に指導を行うか家族に指導を行っている。心不全増悪による再入院予防や長期生命予後改善のためには退院後の継続的な心臓リハビリテーションが重要であり、外来での心臓リハビリテーションの継続は今後の課題である<sup>6)</sup>。

入院中の心不全多職種カンファレンスでは、心不全地域連携パスを用いて多職種で支援方針を検討している。開催頻度は、対象となる患者がいれば毎週または、主治医毎に日程を調整し、必要に応じて臨機応変に開催している。

### 心不全地域連携

地域への啓発活動としては、かかりつけ医や地域の多職種に向けて心不全連携パスや心不全ポイントの運用方法についての説明会、意見交換会を定期的に開催しており、地域との連携強化を図っている。かかりつけ医は限られた検査を用いて心不全悪化を早期に察知する必要があるが、心不全地域連携パスや心不全ポイントを用いて、変化を見ることが重要性を強調している。

ひとたび退院すると、地域では入院中と異なり、医師、看護師、薬剤師、リハビリスタッフ、ケアマネージャーなどの専門職種がそれぞれ患者、家族と接触することになり、職種間での情報共有が

チーム医療構築の鍵となる<sup>7)</sup>。心不全管理においては、院外では塩分過多や過活動、感染症、服薬アドヒアランスの低下といった課題があり、セルフモニタリングでは認知機能低下のある高齢者、あるいは独居者では限界がある。高齢心不全患者において、メディカルプロフェッショナルの積極的関与により、多職種チームでモニタリングを行っていく体制構築が重要である。日本循環器学会の心不全療養指導士制度もこうした心不全地域連携を支援する重要な取り組みである。

### 終末期患者への対応

近年、超高齢患者あるいは重症心不全患者に対して、人生の最終段階でどのように過ごすか、Quality of LifeやQuality of Deathが重要視されるようになった<sup>8)</sup>。その一つの試みであるAdvance Care Planning（ACP）は、患者とその家族が病態を理解し、あらかじめ治療方針について話し合うことで、納得できる治療を受けるための重要なプロセスである<sup>9)</sup>。当院ではACPにつなげるための関わりについて、Patient Health Questionnaire-9（PHQ-9）<sup>10)</sup>を用いた精神面の評価や江津市の介護予防手帳のいきいき手帳の名前をもとに作成した「いきいきポイント」という評価スケールを用いて、患者から生きがいや人生でやりたいことなどを確認し、今の自覚症状や気持ちを点数化しACPへつなげるための一助としている。

### 結 語

入院中の病状の変化やADLの変化、食事摂取状況、多職種による指導内容といった詳細な情報を多職種チームで共有することにより、スムーズな退院と退院直後の心不全再増悪を防止できる可

能性を高めることができる。今後も高齢心不全患者が人生の最終段階に至っても、それぞれの望む場所で安心して暮らし続けられる地域社会の実現を目指していきたい。

## 文

- 1) Okura Y, et al. Impending epidemic: future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circ J* 2008; 72: 489-491
- 2) Shimokawa H, et al. Heart failure as a general pandemic in Asia. *Eur J Heart Fail* 2015; 17: 884-892
- 3) 日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン：急性・慢性心不全診療ガイド (2017年改訂版)  
[https://www.jcirc.or.jp/cms/wpcontent/uploads/2017/06/JCS\\_2017\\_tsutsui\\_h.pdf](https://www.jcirc.or.jp/cms/wpcontent/uploads/2017/06/JCS_2017_tsutsui_h.pdf)
- 4) Kaneko H, et al. Association between the number of hospital admissions and in-hospital outcomes in patients with heart failure. *Hypertens Res* 2020; 43: 1385-1391
- 5) 令和4年版高齢社会白書 (全体版). 内閣府ホームページ. <https://www.8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/index.html>
- 6) Kamiya K, et al. Nationwide survey of multidisciplinary care and cardiac rehabilitation for patients

## COI

本総説に開示すべき COI はありません。

## 献

- with heart failure in Japan - an analysis of the AMED-CHF study. *Circ J* 2019; 83: 1546-1552
- 7) 水野篤, ほか. 心不全における, かかりつけ医と多職種連携・協働における要点の探索—退院支援テンプレートの解析から見えてきたもの—. *心臓* 2020; 52: 594-605
- 8) 日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン：2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言. [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS\\_2021\\_Anzai.pdf](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS_2021_Anzai.pdf)
- 9) Allen LA, et al. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125: 1928-1952
- 10) Muramatsu K, et al. Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary General Hospital Psychiatry. 2018; 52: 64-69