

## 8 月度学術講演会

日 時 令和 8 年 8 月 29 日 (土)

演 題 慢性心不全患者の予後改善を目指して—心不全再入院予防の地域連携—

講 師 富永病院 心臓病センター 稲垣 正司

出席者数 37 名

担 当 富永良子

共 催 ノバルティスファーマ株式会社

### はじめに

心不全は高齢化とともに患者数が増加している代表的な循環器疾患であり、いわゆる「心不全パンデミック」は現在も重要な医療課題となっている。わが国では 2024 年の心疾患による死亡者数は約 22.6 万人に達し、そのうち心不全による死亡は大きな割合を占める。また、心不全は一度発症すると増悪と回復を繰り返しながら進行する疾患であり、入院を繰り返すこと自体が、その後の予後を規定する重要なイベントとなる。

急性心不全では、院内死亡率が約 10%、退院後 1 年以内の死亡率が 20～40%、さらに退院後 1 か月以内の再入院率が 20～25%とされ、退院後早期は特に重要な時期である。EPICAL2 コホートでは、初回急性心不全入院から生存退院した患者の約 6 割が 1 年以内に再入院を経験し、再入院後にも死亡が認められている。わが国の研究においても、心不全による入院歴が多い患者ほど、全死亡または心不全再入院の発生率が高いことが示されている。したがって、心不全診療においては急性期の救命だけでなく、退院後の再入院をいかに防ぐかが、長期予後改善のために極めて重要である。

### 慢性心不全の標準治療

心不全診療では、症状が出現してから治療するだけではなく、心不全に至る前段階から危険因子や構造的・機能的な心疾患を把握し、病態の進行を抑制することが重要である。2025 年改訂版心不全診療ガイドラインでは、心不全のステージに応じた予防・治療が示され、生活習慣の管理、危険因子への介入、構造的・機能的な心疾患の治療が基本となる。BNP・NT-proBNP による評価についても、心不全の可能性や循環器専門医への紹介を考慮する基準が示されており、早期発見・早期介入が重要である。

症候性心不全、とくに左室駆出率が低下した HFrEF では、薬物療法の進歩により予後改善が期待できるようになった。現在の標準治療では、ARNI または ACE 阻害薬・ARB、 $\beta$  遮断薬、MRA、SGLT2 阻害薬といういわゆる「4 本柱」を適切に導入し、忍容性を確認しながら早期に最適化することが重要である。さらに、うっ血に対する利尿薬などを組み合わせ、患者の病態に応じて治療を調整する。2025 年改訂版ガイドラインでは、HFrEF のみならず HFmrEF、HFpEF についても病態に応じた薬物療法が整理されている。

一方、実臨床では標準治療薬の導入・増量が十分に行われていないことが課題である。本邦の 2025 年度 JROAD-DPC データでは、心不全患者に対する入・退院時の処方割合は、ACE 阻害薬/ARB/ARNI が 68.3%、 $\beta$  遮断薬が 69.3%、SGLT2 阻害薬が 48.5%、MRA が 62.0%であった。したがって、単に薬剤を処方するだけではなく、入院中から退院後まで継続的に治療を見直し、可能な範囲で GDMT を導入・漸増していく体制が必要である。

### 心不全再入院を防ぐための移行期管理

心不全患者において特に注意すべきなのが、入院治療を終えて退院した直後から 3～6 か月程度までの「脆弱期」である。この時期には、入院中に改善したうっ血が再び増悪する可能性があり、薬剤調整、生活環境の変化、服薬状況、食事・水分管理、身体活動など、さまざまな要因が再入院につながる。

2025 年改訂版心不全診療ガイドラインでは、非代償期から代償期への移行に際して、入院中から退院後まで継続した管理を行うことが示されている。具体的には、体重、身体所見、BNP/NT-proBNP などによるうっ血評価、心不全の原因・増悪因子の評価、GDMT の早期導入・最適化、療養指導、退院支援・退院調整などを入院中から開始する。そして、患者情報やケア計画を外来・地域へ確実に申し送り、退院後も継続したケアを行うことが重要である。退院後は 14 日以内を目安とした早期外来フォローを行い、増悪時には受診間隔を短縮して密に状態を評価する。セルフケア教育や療養支援も退院後まで継続し、多職種による介入には外来心臓リハビリテーションを活用することが推奨されている。

再入院予防には、単一の介入だけではなく、患者を継続的に支えるシステムそのものが重要である。看護師主導の移行期ケアについては、16 件の RCT を対象としたシステマティックレビューで、10 研究において再入院率の低下が認められている。特に、心不全に関する専門的知識を持つ看護師による退院後の自宅訪問、対面での状態評価・服薬確認・生活指導、さらに一定期間の高頻度な電話・訪問によるフォローが有効な介入として示されている。

また、心臓リハビリテーションは全死亡を大きく減少させる効果は明確ではないものの、再入院を減少させ、QOL を改善することが示されている。栄養指導や薬剤師による介入についても、心不全患者の継続管理を支える多職種介入として重要である。さらに、退院後 7 日以内または 14 日以内の早期外来受診は 30 日以内の再入院を減少させ、入院中と同じ医師によるフォローの効果が大きいことも報告されている。

### 病院と地域の連携

心不全患者の長期管理では、急性期病院だけで患者を抱え続けるのではなく、かかりつけ医、循環器専門医、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士などがそれぞれの役割を担い、患者を地域全体で支えることが重要である。過去の研究では、プライマリ・ケア医と循環器医が共同でフォローする患者では、プライマリ・ケア医単独のフォローに比べ、1 年間の死亡または心不全イベントが少ないことが示されている。また、日本の京都うっ血性心不全患者レジストリを用いた研究でも、病院のみの

フォローアップと比較して、病院と地域の医療機関による共同フォローアップで良好な転帰が示されている。

このような「シェアード・ケア」の考え方では、病院から地域へ一方的に患者を紹介するのではなく、患者の状態や治療計画を共有し、必要時には専門医療へ速やかに戻すことのできる双方向の連携体制が求められる。心不全専門チーム・サービス、多職種介入、早期外来フォロー、計画的な外来フォローアップなどを組み合わせることで、再入院予防につながることを示されている。一方、遠隔モニタリングについては研究結果が一致せず、現時点では有効性のエビデンスは限定的である。

### **令和 8 年度診療報酬改定と今後の地域連携**

令和 8 年度診療報酬改定では、「心不全再入院予防継続管理料」が新設され、入院中から退院後までを一連の流れとして心不全患者を継続的に管理する仕組みが示された。管理料 1 では入院中に再入院予防を立ち上げ、退院後 3～6 か月以内の脆弱期には専門外来で個別に継続管理する管理料 2、その後の慢性期には地域外来で継続管理する管理料 3 という流れが想定されている。

管理料 3 では、心不全指導経験を有する医師、看護師・保健師の配置に加え、管理栄養士との連携が求められ、薬剤師や理学療法士の配置も望ましいとされている。これは、心不全再入院予防を医師個人の診療技術だけに依存するのではなく、多職種が協働して地域で継続的に患者を支える体制へと転換していくことを意味する。

### **おわりに**

心不全患者の予後改善には、急性期入院中の治療を成功させるだけでは不十分である。第一に、ガイドラインに基づく GDMT を早期に導入し、患者の状態に応じて継続的に最適化すること、第二に、再入院リスクが高い退院後早期からうっ血、服薬、生活状況などを丁寧に評価すること、第三に、多職種による移行期ケアと、病院・かかりつけ医・地域医療とのシームレスな連携を構築することが重要である。

心不全再入院予防は、単なる「再入院を減らす取り組み」ではなく、患者の生命予後と QOL を改善するための継続的な疾病管理である。令和 8 年度診療報酬改定によって、入院中の再入院予防から専門外来、さらに地域での慢性期管理までをつなぐ制度的基盤が整備された。今後はこの仕組みを活用し、急性期病院と地域の医療・介護・多職種が共通の治療目標を持ち、患者を地域全体で支える心不全診療体制を構築していくことが求められる。