

地域で備えて予防する！

# いわゆる 心不全パンデミック

## 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。

## 心不全パンデミックの心配

心不全は高齢者に多い病気です。

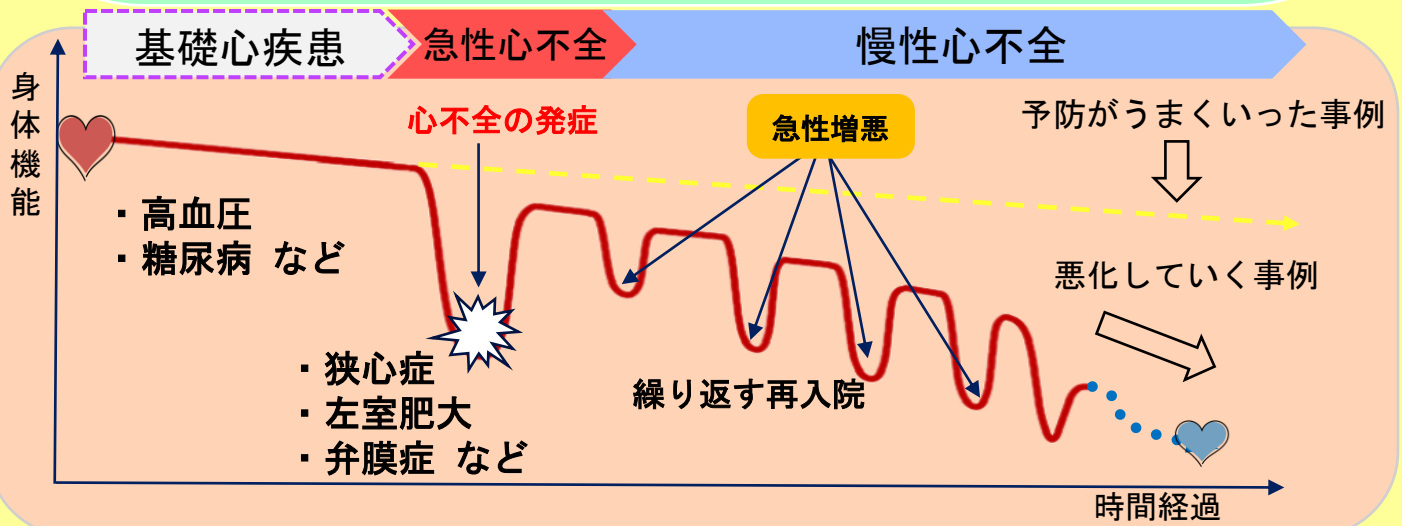
全国の患者数は約120万人、年間1万人増加しています。  
超高齢社会を迎えて、心不全患者数の大幅な増加が心配です。



## 再入院の予防を！

心不全の再入院率は退院後1年間で約35%にもなります。

**この再入院をいかに予防するかがポイントです。**



## 急性増悪の原因は？

✓ 基礎心疾患の悪化 (高血圧・狭心症・不整脈など)

✓ 薬の飲み忘れ、自己判断による薬の中断

✓ 塩分・水分の摂りすぎ

✓ 過度の運動・労作

**予防可能なものが約半数！**

再入院の予防には疾病管理が有効です。



受診の目安は？

一人、または家族で対応できるか不安...



特に高齢の患者さんには、医療と介護の

**「多機関・多職種連携したチーム」**が必要です。

北海道国民健康保険団体連合会では、

高齢心不全患者さんの急性増悪を防ぎ

再入院を予防して穏やかに在宅生活を送れるように

医療と介護の連携案を作成しました！

# 高齢の心不全患者さんを地域でみるために



実地研究にご協力いただける  
地域(市町村)を募集しています。



行政

多機関・多職種の間に入り  
**まとめ役**を担ってほしい！



多職種

医療と介護の  
連携チーム

各郡市  
医師会



多機関

・病院  
・クリニック  
・訪問看護ステーション  
・介護事業所 等

・医師・看護師  
・薬剤師・保健師  
・管理栄養士  
・ケアマネジャー 等

## 連合会による医療機関や介護事業所への支援活動

- ・連合会が地域の医療機関、介護事業所、市町村と協力して実地研究を行い、基本モデルやツールBoxを用いて再入院予防の効果を検討します。
- ・また、地域の皆さんに有益な助言やデータなどの情報を提供します。

## (提案1) 疾病管理のための基本モデル

- ・医療と介護の連携チームが共通認識を持って取り組めるよう、心不全の疾病管理の基本型と留意点を整理したものです。
- ・医療と介護の連携チームで主治医と在宅の患者さんを継続的に繋ぎ、再入院を予防して、QOL(生活の質)を良好に保ち、予後を改善します。

## (提案2) 現場実践を支援するためのツールBox

- ・疾病管理を行う上でのチェックシート、フローチャート、情報共有様式などが14本あります。

(例) 「心不全手帳」(体重測定連携確認シート等)  
体重の急な増加(1日で2kg以上)に備え、目安の数値を  
(設け超えたときは主治医などに相談できるようサポート)



詳しく説明しますので  
興味のある方はお気軽に下記までお問い合わせください。

【事務局】  
〒060-0062

札幌市中央区南2条西14丁目  
北海道国民健康保険団体連合会 保健事業課地域医療支援係  
電話 (011) 231-5161 内線1320

北海道国民健康保険団体連合会

