

脳卒中・心臓病等総合支援センター モデル事業の活動報告について

脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業

1.27 厚労省HP
脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業の公示について
「事業概要」

令和7年度当初予算案 72百万円(2.2億円) ※()内は前年度当初予算額

※令和6年度補正予算額 1.1億円

1 事業の目的

- 循環器病対策推進基本計画で、脳卒中・心臓病等(循環器病)患者を中心とした包括的な支援体制を構築するため、多職種が連携して、総合的な取組を進めることとしているが、これまでに都道府県が医療計画などで実施している対策よりも幅広い内容であり、各医療施設で個々の取組はされているものの情報が行き渡っているとはいえず、全ての支援について、十分なレベルで提供することに対して課題がある。
- この取組を効果的に推進するため、専門的な知識を有し、地域の情報提供等の中心的な役割を担う医療機関に脳卒中・心臓病等総合支援センターを配置し、都道府県と連携しつつ、地域の医療機関と勉強会や支援方法などの情報提供を行うなど協力体制を強化し、包括的な支援体制を構築することにより、地域全体の患者支援体制の充実を図ることを目的とする。

2 事業の概要・スキーム

【事業創設年度：令和4年度、補助率：定額(10/10相当)】

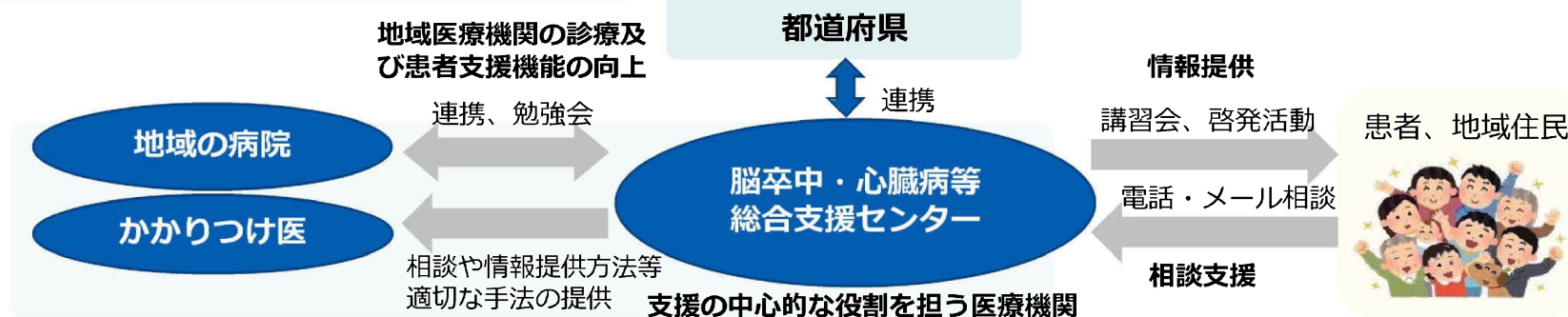
- ＜事業の概要＞ 都道府県の循環器病対策推進計画等を踏まえ、自治体や関連する学会等とも連携しながら、以下の内容に関する事業を行う。
- ・循環器病患者・家族の相談支援窓口の設置(電話、メール相談を含む)
 - ・地域住民を対象とした循環器病について、予防に関する内容も含めた情報提供、普及啓発
 - ・地域の医療機関、かかりつけ医を対象とした研修会、勉強会等の開催
 - ・相談支援を効率的に行う、資材(パンフレットなど)の開発・提供
 - ・その他、総合支援を効率的に行うために必要と考えられるもの

＜期待される効果＞

- ・地域医療機関の診療及び患者支援機能の向上が可能となる
- ・国民がワンストップで必要な情報を得られるとともに、より効率的かつ質の高い支援が可能となる

脳卒中・心臓病等総合支援センターのイメージ

本モデル事業の有効性を検証した上で、好事例として横展開を図る等により将来的に全国に広げることを検討



3 実施主体等

- ◆実施主体：各都道府県において、脳卒中・心臓病等の循環器病に対する中心的な役割を担う医療機関
- ①先天性疾患に対する診療、外来リハビリテーション、緩和ケア等、循環器病に対する総合的な診療を行える施設であり、地域の病院、かかりつけ医などとも密接に連携が取れること②自治体との密な連携が取れ、循環器病の後遺症を有する者に対する支援及び治療と仕事の両立支援・就労支援を行っていること
- ◆箇所数：10箇所(うち6箇所分は令和6年度補正予算により措置)
- ◆事業実績：令和6年度応募数20医療機関、採択数14医療機関(12都道府県)
- 令和5年度応募数27医療機関、採択数16医療機関(15府県)
- 令和4年度応募数32医療機関、採択数12医療機関(10府県)
- 合計37都道府県で事業開始
- ◆1箇所あたり：1,800万円程度

第2期循環器病対策推進基本計画 概要

全体目標

2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少

Stroke Care Professionals Association -Japan 大分県支部



SCPA-J都道府県支部設置(準備中を含む)

一般社団法人日本脳卒中医療ケア従事者連合
Stroke Care Professionals Association Japan (SCPA-Japan)

【基盤】循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備 循環器病の診療情報を収集・活用する公的な枠組みの構築

1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

- 循環器病の発症予防及び重症化予防
- 子どもの頃から国民への循環器病に関する正しい知識(循環器病の予防、発症早期の適切な対応、重症化予防、後遺症等)の普及啓発の推進
- 循環器病に対する国民の認知度等の実態把握

3. 循環器病の研究推進

- 循環器病の病態解明、新たな診断技術や治療法の開発、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発の推進
- 科学的根拠に基づいた政策を立案し、循環器病対策を効果的に進めるための研究の推進

2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

- ① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進
- ② 救急搬送体制の整備
- ③ 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築
- ④ リハビリテーション等の取組
- ⑤ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援
- ⑥ 循環器病の緩和ケア
- ⑦ **社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援**
- ⑧ 療養と仕事の両立支援・就労支援
- ⑨ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策
- ⑩ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

脳卒中連携プラットフォーム; 全ての患者さんの発症-急性期-亜急性期-回復期-慢性期を 1本の線で連結

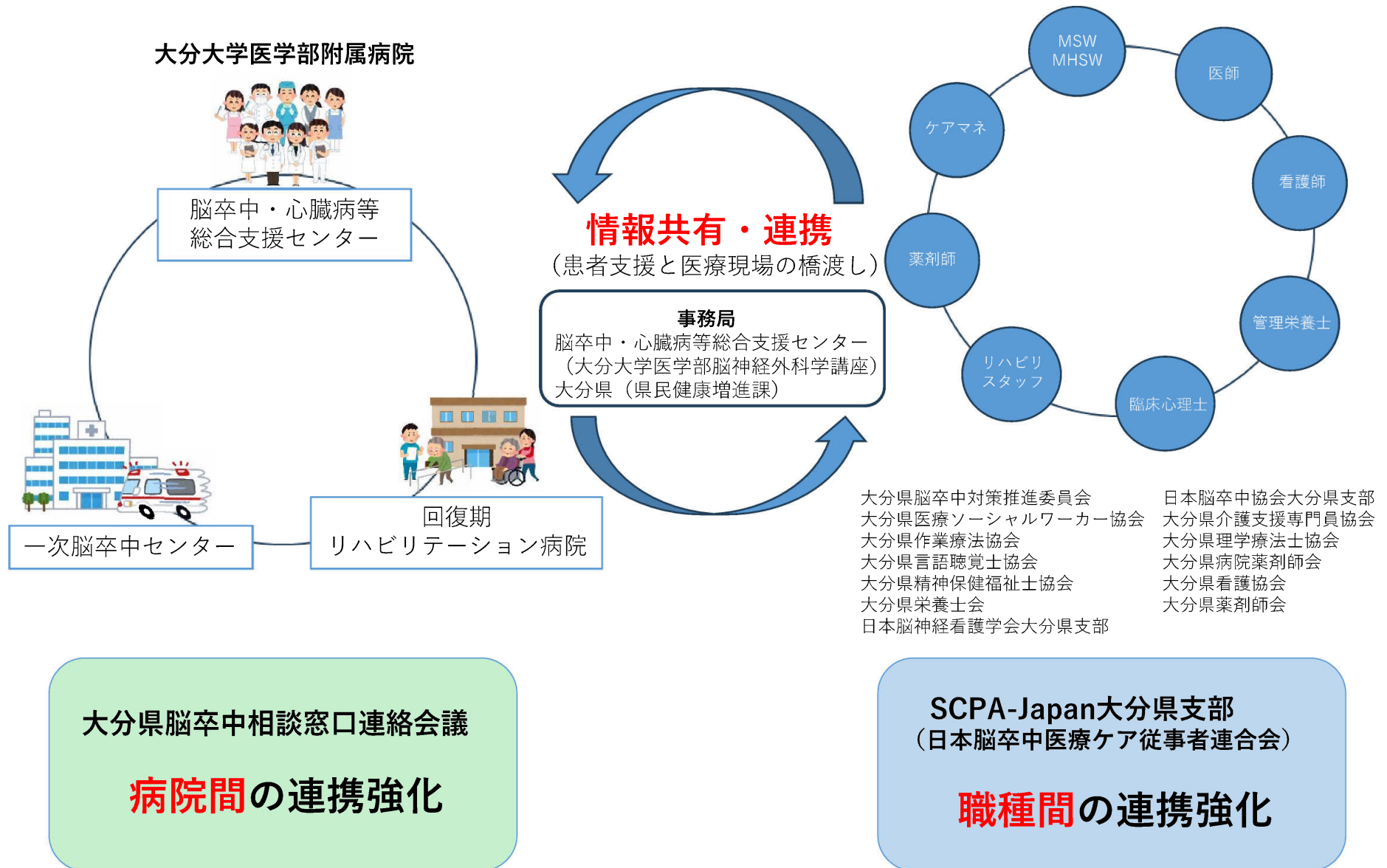


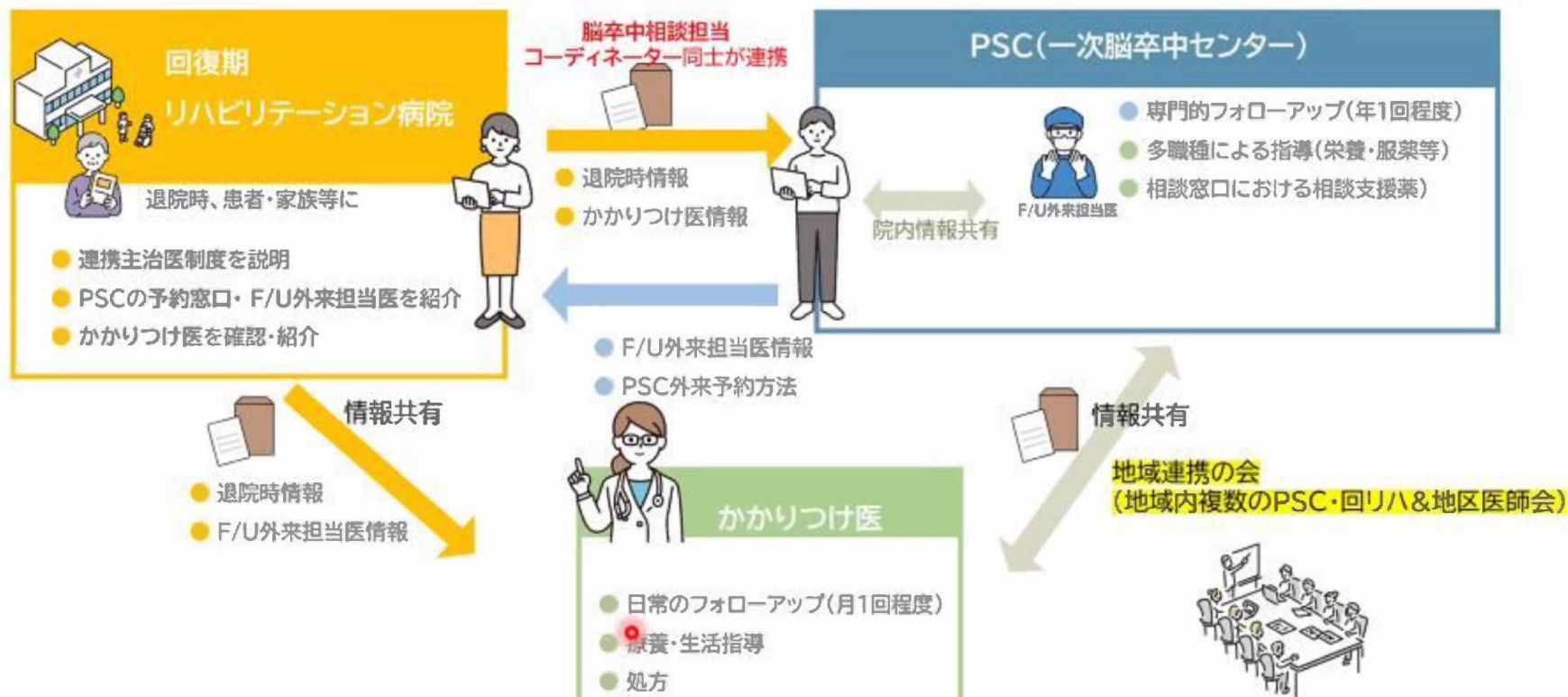
循環器病対策推進基本計画の**患者支援に関する重点施策**を

各都道府県のハブとなって**行政・地域医療機関・各団体**と連携して進める

SCPA-Japan大分県支部と大分県脳卒中相談窓口連携会議をプラットフォームにした情報共有

両方が連携することで、患者・家族と医療現場の情報を共有し、切れ目ない支援を実現する





90 機関

脳卒中連携主治医制

生活期におけるかかりつけ医

登録のご案内

脳卒中生活期におけるかかりつけ医登録について

「脳卒中生活期におけるかかりつけ医」として、京都府内全ての一次脳卒中センターおよび連携リハビリテーション病院において、患者・家族等に情報提供・紹介させていただきます。

① 登録は、京都府医師会連合会に申し込んでいただきます。

※ 参考情報

① 「京都府医師会連合会」のホームページから登録

② 「京都府医師会連合会」のホームページから登録

③ 「京都府医師会連合会」のホームページから登録

④ 「京都府医師会連合会」のホームページから登録

⑤ 「京都府医師会連合会」のホームページから登録

⑥ 「京都府医師会連合会」のホームページから登録

⑦ 「京都府医師会連合会」のホームページから登録

⑧ 「京都府医師会連合会」のホームページから登録

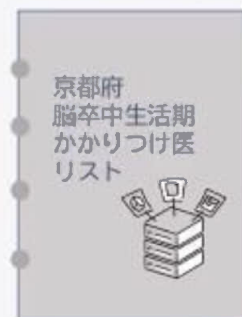
⑨ 「京都府医師会連合会」のホームページから登録

⑩ 「京都府医師会連合会」のホームページから登録

かかりつけ医整備のプロセス



情報収集・リスト化イメージ



(収集情報)

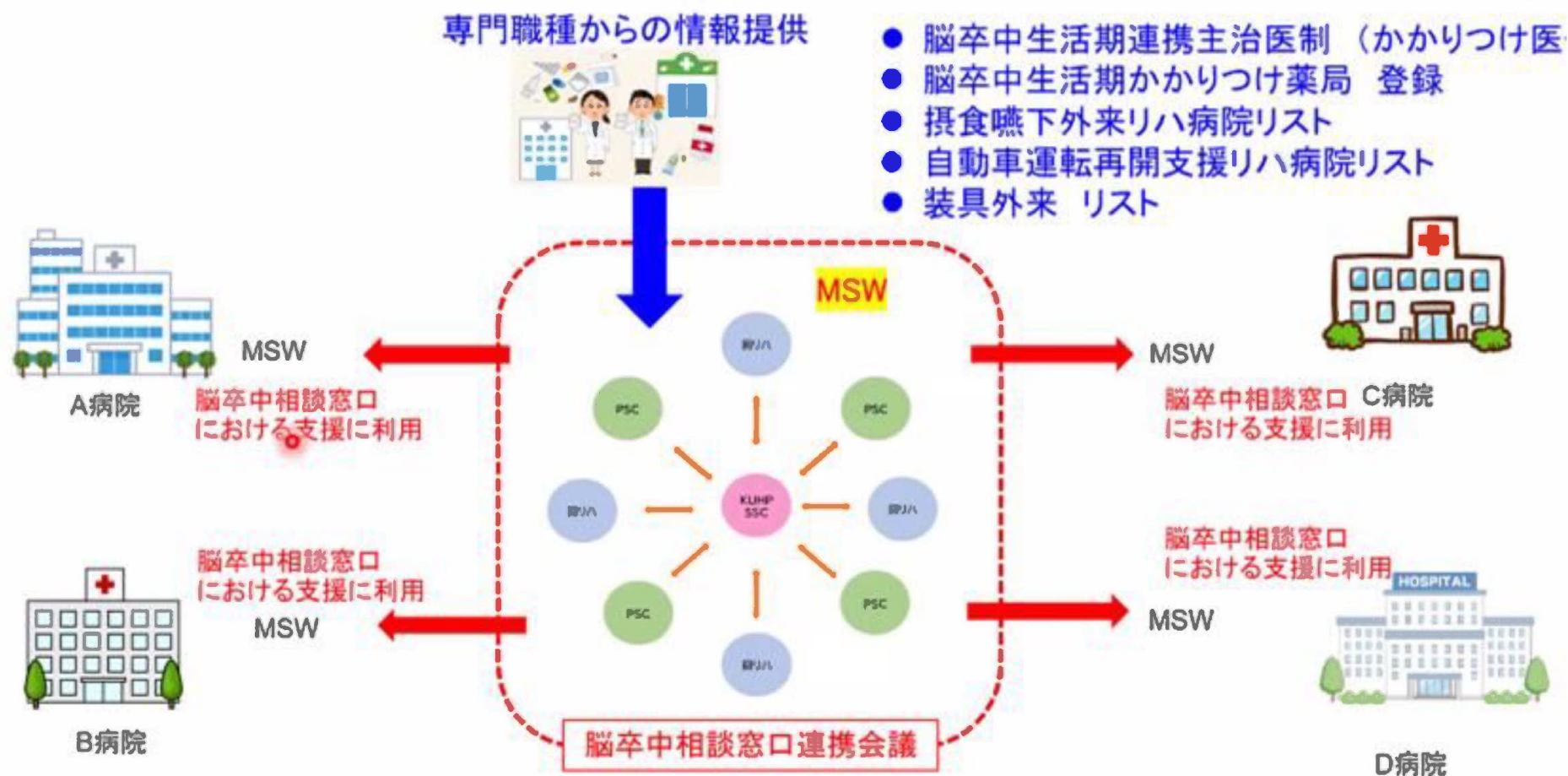
1. 医院基本情報
2. 登録医師の専門分野・所属医師会
3. 対応可能な処置・医療行為等
 - 3-1. リハビリテーション実施
 - 3-2. 終末期対応
 - 3-3. 訪問診療・往診対応・対応エリア
 - 3-4. 在宅栄養管理

これらの情報を エリア別にリスト化

相談支援担当者・ 療養関係者が患者の 状況に応じて紹介

SCPA-Japan 宮本理事長/京都支部

SCPA-Japan府県支部と脳卒中相談窓口連携会議をプラットフォームにした 専門職種情報の提供





大分大学医学部附属病院
大分県脳卒中・心臓病等総合支援センター

お問い合わせ

HOME

センターに
ついて

相談窓口

よくある質問

医療関係者
の方へ



大分大学医学部附属病院
大分県脳卒中・心臓病等総合支援センター

私たちは脳卒中・心臓病の患者さん、
そのご家族に対する「包括的な支援」を行います。

大分県脳卒中・心臓病等総合支援センターでは脳卒中・心臓病の患者さんやそのご家族に対して、様々な支援を行っております。
ダミーテキストダミーテキストダミーテキスト

ダミーテキストダミーテキストダミーテキストダミーテキストダミーテキストダミーテキストダミーテキストダミーテキ
ストダミーテキストダミーテキストダミーテキストダミーテキストダミーテキストダミーテキストダミーテキスト



News 新着情報

2025.11.20

2025年度年報を公開しました

2025.10.20

脳卒中療養相談士のご案内

2025.10.20

ホームページがオープンしました

Event イベント情報

2025.11.20

【2025/12/25開催】市民公開講座のご案内

2025.10.20

【2025/10/05開催】心臓リハビリテーションのご案内

2025.10.20

【2025/08/12開催】脳卒中市民公開講座が開催





外来フォローを受けて
る患者がいる。そうし

脳卒中患者支援で課題に感
じていること

(大分県看護協会)

看護協会では、直接の従事者ではないので医療機関（急性期病院、地域包括ケア病院、回復期病院等）の課題をどのように集約すれば効果的にできるのか。また、循環器病の予防等の棲み分けをどのようにするか。

(大分県医療ソーシャルワーカー協会)

一番感じるのは、回復期を過ぎて維持期になった高次脳機能障害の患者について。医療と介護の連携。ある患者の中には、入院中は困らなかったが、自宅退院後就労や生活に支障をきたす患者がいる。そうし

(大分県言語聴覚士協会)

た方の相談対応をどこに繋げるか課題と感じている。

・医療保険では疾患別リハ料による提供期間が限られるため、発症後数年経過してADLやQOLの変化が生じた際に再度医療保険でのリハサービスを受けたいとの希望があっても行えない。

・復職支援の困難さ（職場との調整）。

・発症後数年経過している人の補装具の調整ができていない（急性期や回復期の時点で処方・作製しているが、その後の生活期では専門職とのつながりが途絶え、経時的変化への対応ができていない）。

(大分県理学療法士協会)

就労支援の具体的な取り組み事例の共有、就労支援の取り組みについての広報、退院後の低活動による廃用症候群、運動支援、療養期における機能回復の機会の減少、身体機能の変化に伴う補装具の作成後の調整

脳卒中相談窓口連携会議58施設100名以上・SCPA-japan大分県支部会議12職能団体

大分大学医学部附属病院

大分県脳卒中・心臓病等
総合支援センター

脳卒中相談窓口 心臓病相談窓口

大分県心不全包括ケアカンファレンスの紹介



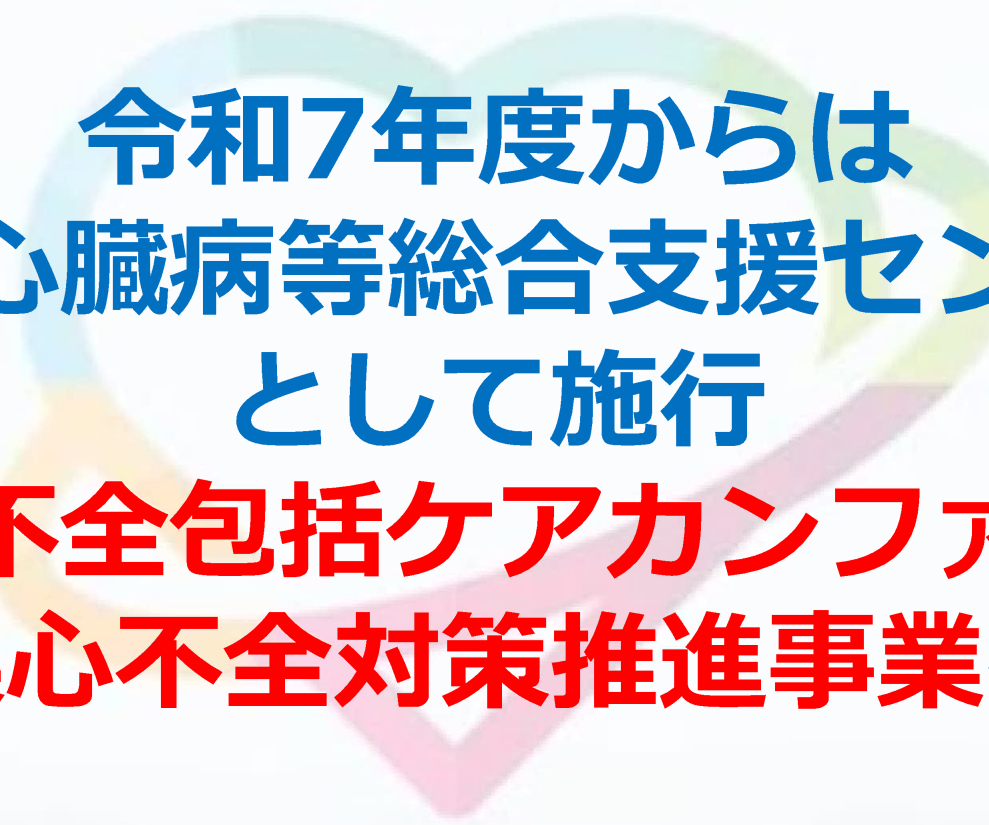
大分県心不全包括ケアカンファレンス

大分県心不全包括ケアカンファレンス設立

- ・ 設立日時 2019年4月1日
- ・ 大分県において、これからの超高齢社会における心不全包括ケアの連携体制を構築、整備し、多職種による心不全治療のあり方を研究・実践して、心不全包括ケアの質を高めることにより、心不全患者さんのQOLを向上させ、健康寿命の延伸に貢献することを目的に、「大分県心不全包括ケアカンファレンス」（協議会）を設立する。
- ・ 幹事 （2025年3月1日現在）

・ 会長 大分大学医学部循環器内科・臨床検査診断学講座 ・ 副会長 大分県厚生連 鶴見病院 ・ 副会長 臼杵市医師会立コスモス病院 ・ 副会長 国東市民病院 ・ 幹事 吉賀循環器内科 ・ 幹事 杉谷診療所 ・ 幹事 ハートクリニック ・ 幹事 大分大学医学部循環器内科・臨床検査診断学講座 ・ 幹事 大分大学医学部リハビリテーション部 理学療法士 ・ 幹事 黒木記念病院 診療看護師 大分県心不全療養指導士会会長 ・ 幹事 大分市医師会立アルメイダ病院 慢性心不全看護認定看護師 ・ 事務局長 社会医療法人関愛会大東よつば病院	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">教授</td> <td>高橋 尚彦</td> </tr> <tr> <td>副院長</td> <td>財前 博文</td> </tr> <tr> <td>副院長</td> <td>舩友 一洋</td> </tr> <tr> <td>院長</td> <td>野邊 靖基</td> </tr> <tr> <td>院長</td> <td>吉賀 攝</td> </tr> <tr> <td>院長</td> <td>井上 雅公</td> </tr> <tr> <td>院長</td> <td>小野 隆宏</td> </tr> <tr> <td>特任助教</td> <td>米津 圭佑</td> </tr> <tr> <td></td> <td>兒玉 吏弘</td> </tr> <tr> <td></td> <td>原 光明</td> </tr> <tr> <td></td> <td>高橋 啓介</td> </tr> <tr> <td>院長</td> <td>立川 洋一</td> </tr> </table>	教授	高橋 尚彦	副院長	財前 博文	副院長	舩友 一洋	院長	野邊 靖基	院長	吉賀 攝	院長	井上 雅公	院長	小野 隆宏	特任助教	米津 圭佑		兒玉 吏弘		原 光明		高橋 啓介	院長	立川 洋一
教授	高橋 尚彦																								
副院長	財前 博文																								
副院長	舩友 一洋																								
院長	野邊 靖基																								
院長	吉賀 攝																								
院長	井上 雅公																								
院長	小野 隆宏																								
特任助教	米津 圭佑																								
	兒玉 吏弘																								
	原 光明																								
	高橋 啓介																								
院長	立川 洋一																								

**令和 2 年度から令和6年度まで
5年間
大分県心不全包括ケアカンファレンス
が
大分県心不全対策推進事業の委託業務
を受託**



令和7年度からは
脳卒中・心臓病等総合支援センター事業
として施行
大分県心不全包括ケアカンファレンスが
大分県心不全対策推進事業を継続

大分県心不全包括ケアカンファレンス 大分県心不全対策推進事業

ハートノート 心不全ポイント自己管理用紙の導入

心不全包括ケアの啓発と患者指導の標準化

～「大阪心不全地域医療連携の会」のご支援と連携～

心不全ポイント自己管理用紙

心不全ポイント自己管理用紙

I D

名 前

自分の身体について、毎日記録し、
心不全管理に役立てましょう。この記録は、主治医の
治療の参考にもなり、あなたの治療にも役立ちます。
受診の時には、必ず主治医に見せましょう。

●あなたの状態 月 日 継続・変更

◆水 分 量 mL/日

◆起床時体重 kg台が最適

■ kg以上なら、
朝に頓服用 錠追加で飲む

■ kg以上なら、水分を控える

★予定外受診の体重

kg以上、または kg以下

 Let's Stop Heart Failure

内 容：患者自身の状況を管理するための自己管理用紙

対 象：患者さんの自己管理用

心不全包括ケアに関わる医療・介護従事者が、患者指導を行う際に使用

配布先：地域中核病院に配備し患者さんに指導後に配付

2020年12月から配布

～「大阪心不全地域医療連携の会」のご支援と連携～

自己管理用紙の記入方法

- ① 起床後に排尿を済ませる
- ② 体重測定・血圧・脈拍測定
- ③ 日中に自覚症状の有・無をチェックし点数を付けましょう

月/日	9/29	
曜日	月	
体重 (kg)	※受診が必要な体重は別紙参照	55.6
	3点	0点
血圧 (mm / Hg)	朝	122/64
	夕	122/72
脈拍 (回 / 分)	80	120 回以上
	4点	0点
横になれない程の息苦しさ	有	無
	5点	0点
自覚症状	有	無
外出・入浴・階段の息切れ	有	無
むくみがひどくなる	有	無
せき	有	無
食欲低下	有	無
有が何個でも 1点	1点	0点
合計点	1点	

受診が必要な体重は60 kg

心不全の自己管理

心不全ポイント自己管理用紙

I D

名前

自分の身体について、毎日記録し、心不全管理に役立てましょう。この記録は、主治医の治療の参考にもなり、あなたの治療にも役立ちます。受診の時には、必ず主治医に見せましょう。

●あなたの状態 月 日 薬 続・変 更

◆水分量 mL/日

◆起床時体重 kg 台が最適

kg 以上なら、

朝に頓服用 錠追加で飲む

kg 以上なら、水分を控える

★予定外受診の体重

kg 以上、または kg 以下

Let's Stop Heart Failure

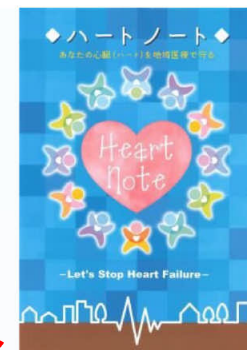
13点満点
でも
0点がベスト

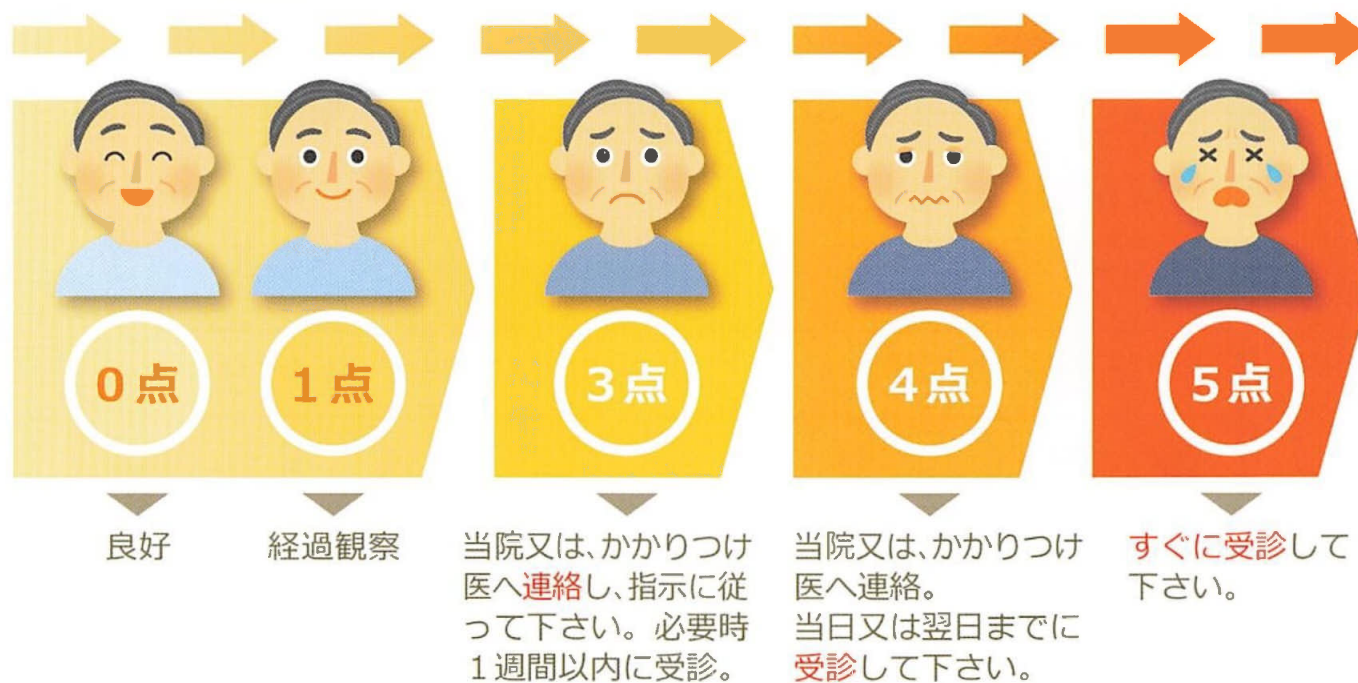
心不全が悪くなると
体重が急速に増える 3点

心不全が悪くなると脈拍が増える
脈拍が早い状態が続くと心不全になる 4点

横になっても苦しいのは重症心不全 5点

心不全の症状で重要なのは、
動いたときの息切れ、呼吸困難
むくみ（浮腫）
咳
食欲低下 どれかひとつでも1点





合計点を必ず記入し、3点以上となった場合は当院又は近医へ連絡し、指示に従い受診しましょう。




実際の心不全ポイント自己管理用紙の記録

心不全ポイント自己管理用紙

I D

名前

自分の身体について、毎日記録し、心不全管理に役立てましょう。この記録は、主治医の治療の参考にもなり、あなたの治療にも役立ちます。
受診の時には、必ず主治医に見せましょう。

●あなたの状態 月 日 継続・変更

◆水分量 mL/日

◆起床時体重 kg 台が最適

■ kg以上なら、
朝に朝服用 錠追加で飲む

■ kg以上なら、水分を控える

★予定外受診の体重

kg以上、または kg以下

 Let's Stop Heart Failure

心不全ポイント管理記録用紙

月/日	2/24	2/25	2/26	2/27	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重 (kg)	54.0	54.3	54.2	54.6			
表紙の★予定外受診の体重 3点	3点:0点	3点:0点	3点:0点	3点:0点	3点:0点	3点:0点	3点:0点
血圧 (mm/Hg)	100/55	102/56	122/65	118/66	/	/	/
脈拍 (回/分)	74	76	75	72			
120以上 4点	4点:0点	4点:0点	4点:0点	4点:0点	4点:0点	4点:0点	4点:0点
安静時の息切れ・息苦しさ	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)
5点:0点	5点:0点	5点:0点	5点:0点	5点:0点	5点:0点	5点:0点	5点:0点
自覚症状の悪化	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)
外出・入浴・階段の息切れ	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)
むくみ	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)
ひどくなる	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)
せき	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)
食欲低下	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)
有4つでも1点	1点:0点	1点:0点	1点:0点	1点:0点	1点:0点	1点:0点	1点:0点
合計点							
不眠	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)	有(無)
運動 (○か×で記入)							
薬のんだ	朝昼夜	朝昼夜	朝昼夜	朝昼夜	朝昼夜	朝昼夜	朝昼夜
水分量 (mL, cc)							

合計点

5点以上 すぐにかかりつけ病院救急外来受診

4点 当日、または翌日外来受診(主治医以外の日でも受診必要)

3点 1週間以内に受診(主治医以外の日でも可)

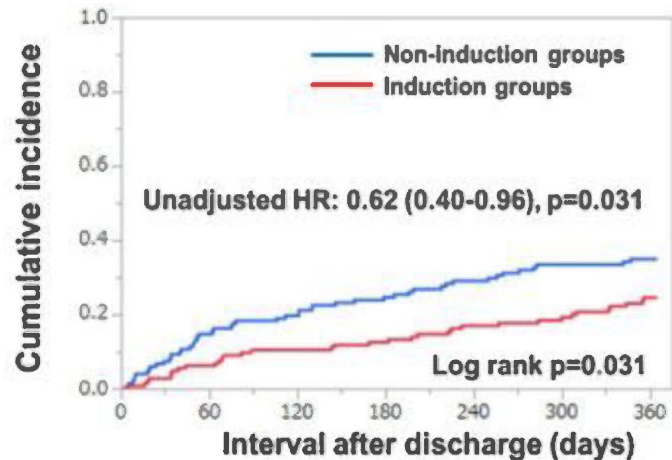
※3、4点の場合、かかりつけ医 または かかりつけ病院を受診

3点、4点時の早期受診を心がけてください

Original article

Association of the induction of a self-care management system with 1-year outcomes in patients hospitalized for heart failure

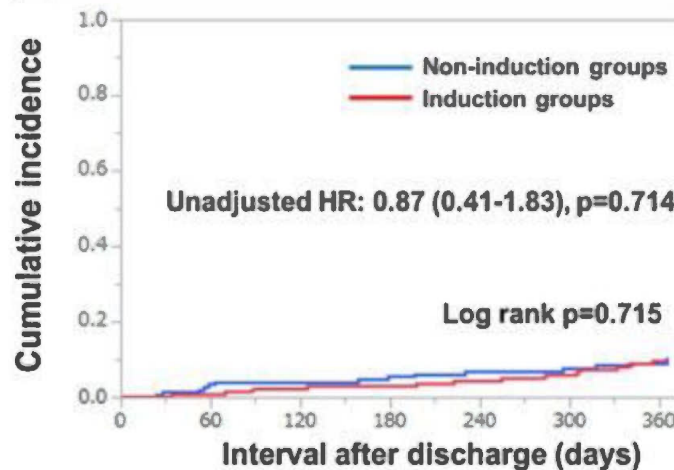
(A) A composite of all-cause death or HF readmission



Interval	0 day	180 days	1 year
Non-induction groups			
N of patients with at least 1 event		36	50
N of patients at risk	153	105	86
Cumulative incidence (%)		24.6	34.9
Induction groups			
N of patients with at least 1 event		18	34
N of patients at risk	153	122	98
Cumulative incidence (%)		12.6	24.5

(B)

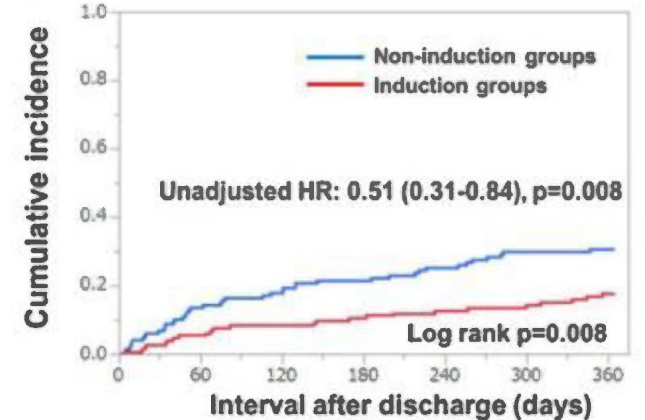
All-cause death



Interval	0 day	180 days	1 year
Non-induction groups			
N of patients with at least 1 event		8	15
N of patients at risk	153	133	123
Cumulative incidence (%)		5.5	10.6
Induction groups			
N of patients with at least 1 event		4	13
N of patients at risk	153	136	119
Cumulative incidence (%)		2.8	9.5

(C)

HF readmission



Interval	0 day	180 days	1 year
Non-induction groups			
N of patients with at least 1 event		31	43
N of patients at risk	153	105	86
Cumulative incidence (%)		21.4	30.6
Induction groups			
N of patients with at least 1 event		15	24
N of patients at risk	153	122	98
Cumulative incidence (%)		10.6	17.7

J Cardiol. 2021 01; 77(1):48-56.

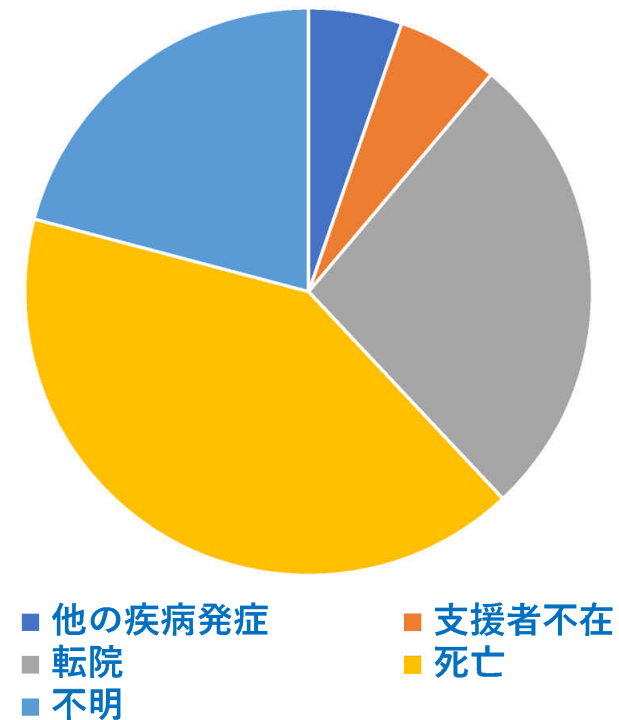
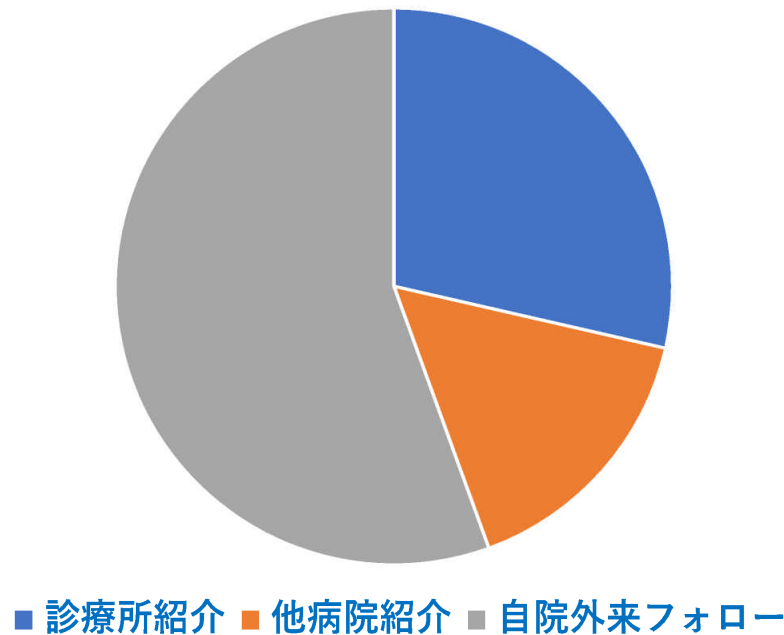
2025年2月28日までの導入 2794例

32医療機関からの回答/41医療機関 ～2025年2月28日

2026年1月25日現在、2025年12月末までのデータを集計中

導入症例 2794症例

中止理由 584/2794 20.9%



大分県心不全包括ケアカンファレンス事務局集計 事務局作成

大分県におけるハートノートを用いた 心不全管理とアウトカムの評価

米津 圭佑¹, 山崎 大央¹, 立川 洋一², 原 光明³, 高橋 啓介⁴, 児玉 吏弘⁵, 小野 隆宏⁶, 舩友 一洋⁷, 財前 博文⁸, 野邊 靖基⁹, 吉賀 攝¹⁰, 井上 雅公¹¹, 高橋 尚彦¹

1. 大分大学医学部 循環器内科・臨床検査診断学講座 2. 社会医療法人関愛会 大東よつば病院 3. 訪問看護ステーションORINAS 4. 大分市医師会立アルメイダ病院 5. 大分大学医学部附属病院 リハビリテーション科 6. 医療法人優心会 ハートクリニック 7. 臼杵市医師会立コスモス病院 8. 大分県厚生連鶴見病院 9. 国東市民病院 10. 吉賀循環器内科 11. 杉谷診療所

（背景）

日本の地方都市である大分県は人口約110万人、高齢化率34%である。2020年12月より心不全症状の定量化と早期受診の促進を目的とした心不全自己モニタリングシステムを導入した。心不全の自己モニタリングとセルフケアは有用とされているが、それでも心不全再入院や死亡といった有害事象を経験することがある。そのようなハイリスク患者の同定が求められる。

（目的）

本研究では、心不全教育（ハートノートおよび心不全ポイント自己管理用紙を使用）を受けた後に、心不全による入院もしくは死亡に至ったハイリスク患者の臨床的特徴を比較検討する。

（方法）

2020年12月から2024年5月にかけて、大分県内で心不全自己管理用紙を使用した患者のデータを後方視的に収集した。患者背景の統一のために、13の心臓カテーテル施行施設から計1,231例を登録した。心不全ポイントは、Nakaneらの既知のシステム通りで、体重増加は3点、心拍数>120回/分は4点、心不全兆候（労作時呼吸困難・浮腫・咳・食欲低下）は1点、安静時呼吸困難は5点とし、合計点数に応じて受診タイミングを指示した。心不全による入院または全死因死亡の有無によりイベント群と非イベント群に分類した。

項目	全体 (n=1231)	イベント群 (n=308)	非イベント群 (n=923)	p value
年齢 (歳)	79 (70–86)	84 (77–89)	78 (68–84)	< 0.0001
男性 (%)	710 (58)	169 (55)	541 (59)	0.258
BMI (kg/m ²)	22.4 (20.0–25.1)	21.5 (19.1–23.9)	22.7 (20.4–25.4)	< 0.0001
収縮期血圧 (mmHg)	123 (108–139)	119 (105–139)	124 (109–139)	0.1006
心拍数 (bpm)	77 (66–90)	75 (64–88)	77 (66–91)	0.0914
洞調律 (%)	756 (61)	147 (48)	609 (66)	< 0.0001
入院中の自己管理用紙導入 (%)	1132 (92)	287 (93)	845 (92)	0.3988
自己記載 (%)	1029 (83)	227 (74)	802 (87)	< 0.0001
独居 (%)	259 (21)	70 (23)	189 (20)	0.0148
要支援・要介護 (%)	269 (22)	97 (31)	172 (19)	< 0.0001
フレイルスコア (中央値)	3 (2–5)	4 (3–6)	3 (2–4)	< 0.0001
握力 (kg)	22 (16–29)	18 (14–24)	23 (17–30)	< 0.0001
趣味活動あり (%)	352 (41)	56 (31)	296 (43)	0.0022
初診時NYHA 3または4 (%)	547 (49)	171 (61)	376 (45)	< 0.0001
LVEF (%)	47 (31–62)	48 (35–63)	47 (33–61)	0.0932
HFrEF (%)	504 (41)	124 (40)	380 (41)	0.7894
虚血性心疾患 (%)	327 (26)	68 (22)	259 (28)	0.0441
慢性腎疾患 (CKD) (%)	815 (66)	246 (81)	569 (62)	< 0.0001
認知症 (治療中) (%)	87 (8)	31 (12)	56 (7)	0.0276
初診時ヘモグロビン (g/dL)	12 (11–14)	12 (10–13)	13 (11–14)	< 0.001
初診時HbA1c (%)	6.0 (5.7–6.5)	6.1 (5.8–6.6)	6.0 (5.7–6.5)	0.2053
初診時クレアチニン (mg/dL)	1.1 (0.8–1.4)	1.35 (1.01–1.83)	0.99 (0.81–1.31)	< 0.0001
初診時NT-proBNP (pg/mL)	2377 (931–5548)	4635 (2174–10578)	1898 (698–4616)	< 0.0001
退院時Barthel Index	95 (80–100)	85 (70–100)	95 (80–100)	< 0.0001

項目	全体 (n=1231)	イベント群 (n=308)	非イベント群 (n=923)	p value
追跡期間 (月)	12.0 (4.0–20.0)	15.0 (7.0–24.0)	11.5 (4.0–19.0)	< 0.0001
直近NYHA 3または4 (%)	85 (6.9)	67 (22)	18 (2)	< 0.0001
直近ヘモグロビン (g/dL)	12 (11–14)	11 (10–13)	13 (11–14)	< 0.001
直近クレアチニン (mg/dL)	1.1 (0.9–1.6)	1.53 (1.17–2.25)	1.06 (0.86–1.38)	< 0.0001
直近NT-proBNP (pg/mL)	899 (336–2450)	3002 (1078–9092)	710 (238–1668)	< 0.0001
心不全ポイント自己管理用紙の中止 (%)	252 (20)	152 (49)	100 (11)	< 0.0001
全死因死亡 (%)	120 (48), n=252	120 (100)	0 (0)	
転居・転院 (%)	79 (31), n=252	20 (7)	59 (7)	
直近の内服薬				
ACE阻害薬/ARB/ARNI (%)	748 (61)	144 (47)	604 (65)	< 0.0001
β遮断薬 (%)	838 (68)	191 (62)	647 (70)	0.0091
MRA (ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬) (%)	677 (55)	158 (51)	519 (56)	0.1456
SGLT2阻害薬 (%)	655 (53)	154 (50)	501 (54)	0.2103
経口ループ利尿薬 (%)	664 (54)	222 (72)	442 (48)	< 0.0001
経口抗血小板薬 (%)	350 (28)	67 (22)	283 (31)	0.0027
経口抗凝固薬 (%)	548 (45)	162 (53)	386 (42)	0.0012

(表1. 患者背景および転帰の群間比較)
 連続変数は中央値 (第25–75パーセンタイル) で、カテゴリ変数は数および割合 (%) で示した。

(表2. 心不全再入院および全死因死亡に関する単変量および多変量ロジスティック回帰解析)

予測因子	単変量オッズ比 (95%CI)	単変量p値	多変量オッズ比 (95%CI)	多変量p値
年齢 ≥80歳	2.37 (1.87–3.00)	<0.0001	1.36 (1.02–1.82)	0.0379
男性 (vs. 女性)	1.05 (0.92–1.20)	0.4284		
低BMI (<18.5)	1.73 (1.30–2.28)	0.0001	1.36 (1.03–1.81)	0.0317
非洞調律	1.78 (1.42–2.22)	<0.0001	1.47 (1.14–1.89)	0.0032
自己記載 (vs. 非自己記載)	0.41 (0.32–0.57)	<0.0001	0.69 (0.50–0.94)	0.0189
独居	1.12 (0.86–1.46)	0.3963		
初診時NYHA 3–4 (vs. 1–2)	1.65 (1.32–2.06)	0.0001	1.40 (1.08–1.82)	0.0016
LVEF <40% (vs. ≥40%)	0.90 (0.72–1.12)	0.3568		
虚血性心疾患 (IHD)	0.75 (0.54–0.98)	0.0357	0.99 (0.73–1.35)	0.9568
eGFR <60 ml/min/1.73m ²	2.03 (1.53–2.70)	<0.0001	1.87 (1.31–2.67)	0.0006
ヘモグロビン <13.0 g/dL *	2.23 (1.76–2.85)	<0.0001	1.65 (1.24–2.19)	0.0005
NT-proBNP >3416 pg/mL *	1.82 (1.44–2.31)	<0.0001	1.73 (1.33–2.26)	<0.0001
Barthel Index <80 (退院時) *	2.14 (1.72–2.69)	<0.0001	1.65 (1.28–2.14)	0.0001
認知症	2.03 (1.40–2.93)	0.0002	1.01 (0.68–1.58)	0.8086

* カットオフ値はROC解析により算出した。オッズ比および95%信頼区間 (CI) を算出した

（まとめ）

1,231名の対象患者（年齢中央値79歳、男性58%）のうち、12か月間の追跡期間中に25%が心不全による入院または死亡を経験した。イベント群は、非イベント群と比べて高齢でフレイルが強く、BMIが低く、CKDと貧血の合併が多く、NYHA分類も高かった。身体機能、自己モニタリングの実施、社会的関わりがいずれも低下していた。イベントの主要な予測因子は、80歳以上の年齢、低BMI、非洞調律、初診時NYHA分類3～4、CKD、貧血、NT-proBNP高値（初診時 >3416 pg/mL）、退院時のBarthel Index低値であった。

（結語）

高齢化が進む日本の地方都市において、心不全自己モニタリングは80%の患者で継続されたが、高齢、低BMI、高NYHA分類、CKD、貧血、初診時NT-proBNP高値、退院時Barthel Index低値の患者はHFによる入院や死亡のリスクが高かった。これらハイリスク群に対する集中的介入により、転帰の改善が期待される。

大分県循環器病対策推進体制

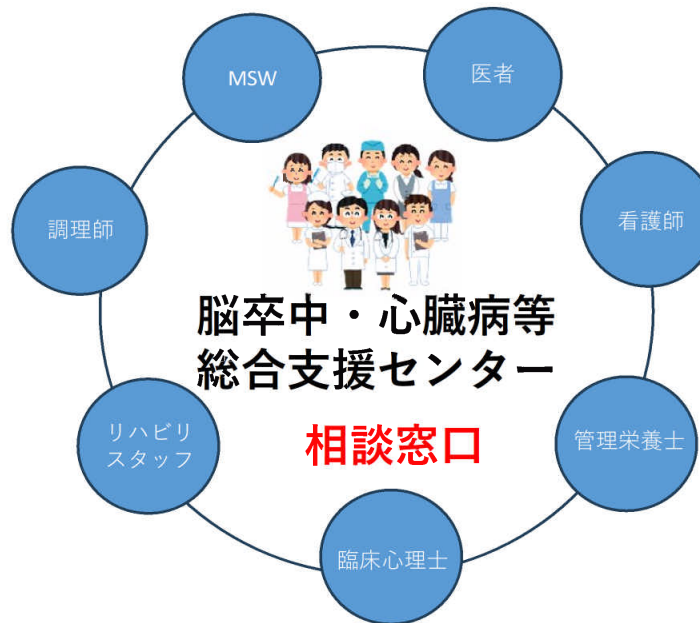
地域包括ケアシステム

大分県



連携

大分大学医学部附属病院



- ①循環器病患者・家族の相談支援窓口の設置
- ②地域住民を対象とした循環器病について、予防に関する内容を含めた情報提供、普及啓発。
- ③地域の医療機関、かかりつけ医を対象とした研修会、勉強会等の開催
- ④相談支援を効率的に行う、資材の開発・提供

連携
情報提供
学習会



急性期医療機関



リハビリテーション



地域医療機関
かかりつけ医

連携
相談
支援
情報共有



患者・患者家族



地域住民



学校・職場



介護者等