発行日2026年　11月　No.111

彦根市立病院

地域連携だより

彦根市立病院
〒522-8539　滋賀県彦根市八坂町1882番地
TEL : 0749-22-6050（代）

問い合わせ先　彦根市立病院　地域医療連携室
TEL : 0749-22-6053　FAX : 0749-22-6093

いつも大変お世話になっております。

地域とつなぐ、切れ目のない心不全診療

循環器内科部長（統括）
救急センター副センター長
医療安全推進室次長

下司（げし）　徹（とおる）



平素より当院循環器内科の診療にご理解とご協力を賜り、心より御礼申し上げます。また患者さんのご紹介ならびに退院後の継続診療にお力添えいただき、重ねて感謝申し上げます。

高齢化に伴い、心不全患者さんを地域で支える機会が増えています。心不全診療では、症状を改善する治療に加え、退院後の生活を支え、病状の変化に早く気づき、再入院を防ぐことが重要です。そのためには、患者さん・ご家族の自己管理を支援するとともに、病院と地域の医療機関が日々の変化や治療方針を共有する必要があります。

令和8年度の診療報酬改定でも、入院早期からの多職種による介入と、退院後の地域連携を通じた心不全の再入院予防が新たに評価されました。当院では、湖東地域唯一の心不全看護認定看護師が病棟から内科外来へ活動の場を広げ、「心不全看護外来」を立ち上げました。県内共通の「心臓病手帳」も活用し、治療と療養支援を継続していく取り組みを進めています。

本号では、その活動と多職種による支援、地域連携についてご紹介します。

かかりつけ医の先生方が患者さんの日常を支え、当院が専門的な評価や治療、療養支援を担うことで、安心して暮らし続けられる地域を目指したいと考えています。病状や療養上の課題について、どうぞお気軽にご相談ください。今後ともよろしくお願い申し上げます。



彦根市立病院　地域医療連携室
業務時間：月～金曜日：午前８時３０分～午後７時（但し水・木曜日は午後５時１５分）
　　土曜日：午前９時～午後１２時３０分
連絡先：地域医療連携室　TEL０７４９－２２－６０５３(直通)　FAX：０７４９－２２－６０９３

病棟から外来、そして地域へ―心不全看護認定看護師の活動

心不全認定看護師：柴崎　志保

心不全看護認定看護師とは

当院に心不全看護認定看護師が誕生してから、4年が経過しました。これまでの病棟での経験を活かし、現在は「心不全看護外来」での患者さんへの支援と、地域との連携強化に取り組んでいます。心不全看護認定看護師は、心不全の病態や療養生活に関する専門的な知識と技術をもち、患者さんが安心して療養生活を続けられるよう支援する看護師です。

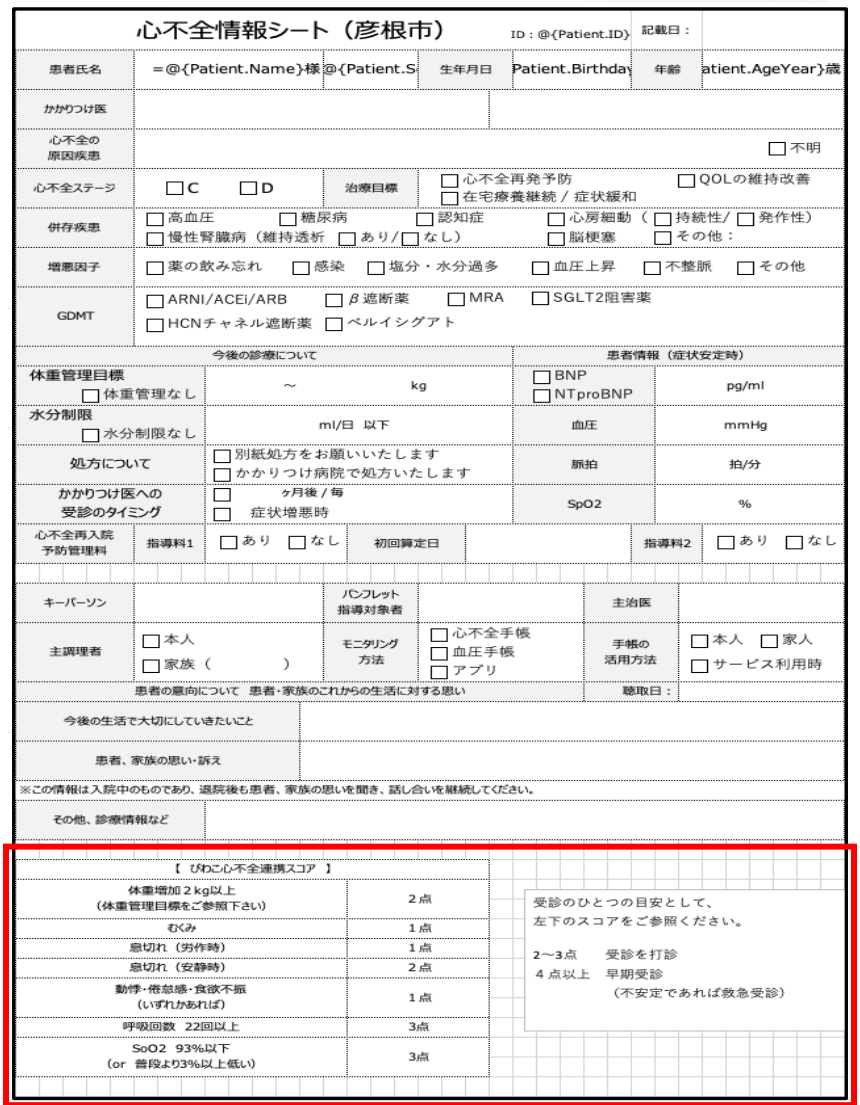


院内では病棟と外来のつなぎ役として

入院中から退院後まで一貫した支援を受けられるよう活動しています。当院のハートチーム（*）では、心不全患者さんの再入院予防を目指し、一人ひとりの病状や生活環境、ご本人の価値観に合わせた療養支援に取り組んでいます。入院中は、「心不全パンフレット」と県内共通の「心臓病手帳」を活用し、多職種が連携して療養指導を行っています。退院後も支援を継続できるよう、心不全看護外来や外来栄養指導へつないでいます。

＊当院において心不全患者さんを多職種で支援するチーム





地域連携では

「心不全情報シート」や、症状の変化から受診の目安を共有する「びわこ心不全連携スコア」の普及に取り組んでいます。また、院内スタッフへの教育、心不全療養指導士のスキルアップ、在宅医療・介護に携わるスタッフを対象とした勉強会も行っています。患者さんを地域で支える仲間とともに学び、支援の輪を広げていくことも、認定看護師の大切な役割と考えています。

退院後の暮らしを支える、心不全外来のチーム医療

心不全看護外来では、入院中に療養指導を受けた患者さんや、外来で継続的な支援が必要な患者さんを対象に、看護師と管理栄養士による療養支援を行っています。入院中のカンファレンスには外来スタッフも参加し、病状や生活上の課題、指導内容を共有しています。病棟での支援を外来へ引き継ぐことで、退院後も切れ目のないケアを目指しています。心不全看護認定看護師が病態と生活状況の両面から、患者さんの困りごとを確認します。体重・血圧の記録、症状の変化、服薬状況、食事や身体活動などを振り返り、無理なく続けられる方法を一緒に考えます。必要に応じて医師や薬剤師、理学療法士、管理栄養士と連携し、専門的な評価や指導につなげています。塩分・水分の調整についても、病状や治療方針に合わせて確認します。

外来栄養指導では、管理栄養士が普段の食事や調理環境を把握し、減塩だけでなく、必要な栄養を確保するための具体的な方法を提案しています。

病棟の心不全療養指導士による退院後の電話モニタリングも行っています。電話で体調や生活上の困りごとを確認し、必要な支援や受診につなげます。病棟と外来が連携し患者さんが自宅でも安心して療養を続けられるよう支援しています。



心不全看護外来は循環器内科の受診と併せて行っていますので、循環器内科へご紹介ください

心不全再入院予防継続管理料について（2026　診療報酬改定より）

心不全治療による再入院予防を推進する視点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合に、新たな評価がされるようになりました。心不全再入院予防継続管理料３の加算には届け出が必要です。12月10日には算定要件である研修会を開催します。

心不全再入院予防継続管理料1

1,000点

・入院中１回に限り算定
・心不全再入院予防チームの設置

心不全再入院予防継続管理料2

6回目まで700点/7回目以降225点

・1年を限度として月1回・外来で算定
・医師の指示のもと、心不全療養指導を個別に30分以上実施した場合に算定

心不全再入院予防継続管理料3

6回目まで400点/7回目以降225点

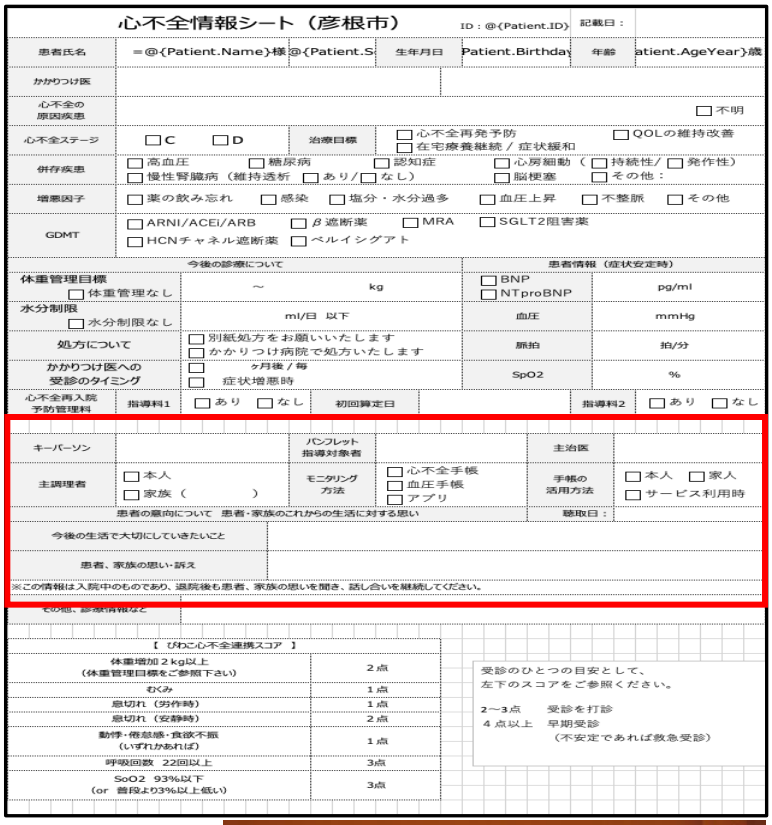
・1年を限度として月1回・外来で算定
・心不全再入院予防チームの設置
・管理料1または2の医療機関が開催する研修会への参加

地域の先生方とともに、心不全患者さんを支えるために

当院では、病棟・外来・地域の支援をつなぐため、情報共有と学びの機会づくりに取り組んでいます。日頃から心不全患者さんを診療されている先生方に、ぜひ、ご活用・ご参加いただきたい内容をご紹介します。

①心不全情報シートを改訂しました

診療情報に加え、入院中の療養指導内容や、退院後に継続していただきたい支援、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する情報を共有できるよう、心不全情報
シートを改訂しました。ACPとは、今後の治療やケアについて、患者さんの価値観や希望をもとに、ご本人・ご家族・医療者が繰り返し話し合う取り組みです。「心臓病手帳」や「びわこ心不全スコア」と併せて、受診の目安や療養上の課題、患者さんの
希望を共有し、地域での継続診療に役立てていただきたいと考えています。



心不全情報シート（彦根市）

ID：@{Patient.ID}　記載日：

患者氏名	=@{Patient.Name}様 @{Patient.S	生年月日	Patient.Birthday	年齢	atient.AgeYear}歳
かかりつけ医					
心不全の原因疾患					□不明
心不全ステージ	□C □D	治療目標	□心不全再発予防 □在宅療養継続 / 症状緩和	□QOLの維持改善	
併存疾患	□高血圧 □糖尿病 □認知症 □心房細動（□持続性/□発作性） □慢性腎臓病（維持透析 □あり/□なし） □脳梗塞 □その他：				
増悪因子	□薬の飲み忘れ □感染 □塩分・水分過多 □血圧上昇 □不整脈 □その他				
GDMT	□ARNI/ACEI/ARB □β遮断薬 □MRA □SGLT2阻害薬 □HCNチャネル遮断薬 □ベルイシグアト				

今後の診療について		患者情報（症状安定時）	
体重管理目標 □体重管理なし	～ kg	□BNP □NTproBNP	pg/ml
水分制限 □水分制限なし	ml/日 以下	血圧	mmHg
処方について	□別紙処方をお願いいたします □かかりつけ病院で処方いたします	脈拍	拍/分
かかりつけ医への受診のタイミング	□ヶ月後 / 毎 □症状増悪時	SpO2	%

心不全再入院予防管理料　指導料1 □あり □なし　初回算定日　指導料2 □あり □なし

キーパーソン		パンフレット指導対象者		主治医	
主調理者	□本人 □家族（　）	モニタリング方法	□心不全手帳 □血圧手帳 □アプリ	手帳の活用方法	□本人 □家人 □サービス利用時
患者の意向について 患者・家族のこれからの生活に対する思い				聴取日：	
今後の生活で大切にしていきたいこと					
患者、家族の思い・訴え					

※この情報は入院中のものであり、退院後も患者、家族の思いを聞き、話し合いを継続してください。

その他、診療情報など

【 びわこ心不全連携スコア 】

体重増加２kg以上 （体重管理目標をご参照下さい）	2点
むくみ	1点
息切れ（労作時）	1点
息切れ（安静時）	2点
動悸・倦怠感・食欲不振 （いずれかあれば）	1点
呼吸回数　22回以上	3点
SpO2　93%以下 （or　普段より3%以上低い）	3点

受診のひとつの目安として、
左下のスコアをご参照ください。

2～3点　受診を打診
4点以上　早期受診
（不安定であれば救急受診）

②市民公開講座を開催しました

循環器疾患への理解を深め、早期受診や日々の健康管理に役立てていただくため、年1回、市民公開講座を開催しています。今年度は10月3日に「高血圧」をテーマに開催しました。
約80名の参加者の皆さんも大変興味深く聴講いただきました。



③心不全療養指導に関する研修会のご案内

心不全再入院予防継続管理料３を取得されている先生方は必ず参加してください

日時：令和8年12月10日（木）18時から
日常診療に活かせる療養支援に加え、令和8年度診療報酬改定で新設された「心不全再入院予防継続管理料」と、地域での継続診療についてもご紹介する予定です。地域の先生方や医療スタッフの皆さまのご参加をお待ちしています。＊詳細は後日ご案内します。

増悪の徴候がみられたら、早めにご相談ください

息切れの増加、むくみ、体重増加など普段と異なる変化がみられた際は、早めにご相談、ご紹介ください。病状に応じた評価と治療を行い、重症化や再入院の予防につなげたいと考えています。今後も顔の見える関係を大切にし、地域の先生方と情報共有の方法を考えながら、患者さんの暮らしを支えてまいります。

彦根市立病院　地域医療連携室では、『地域連携だより』を読んでいただいた方のご意見・ご感想をお待ちしています。
地域医療連携室メールアドレス：chiren@hikone-hp.jp　までお寄せください。