2023年9月27日
四日市医師会
心不全地域連携説明会

四日市でこれから始める心不全地域連携
心不全相談診療所および
心不全地域連携パス協力医について

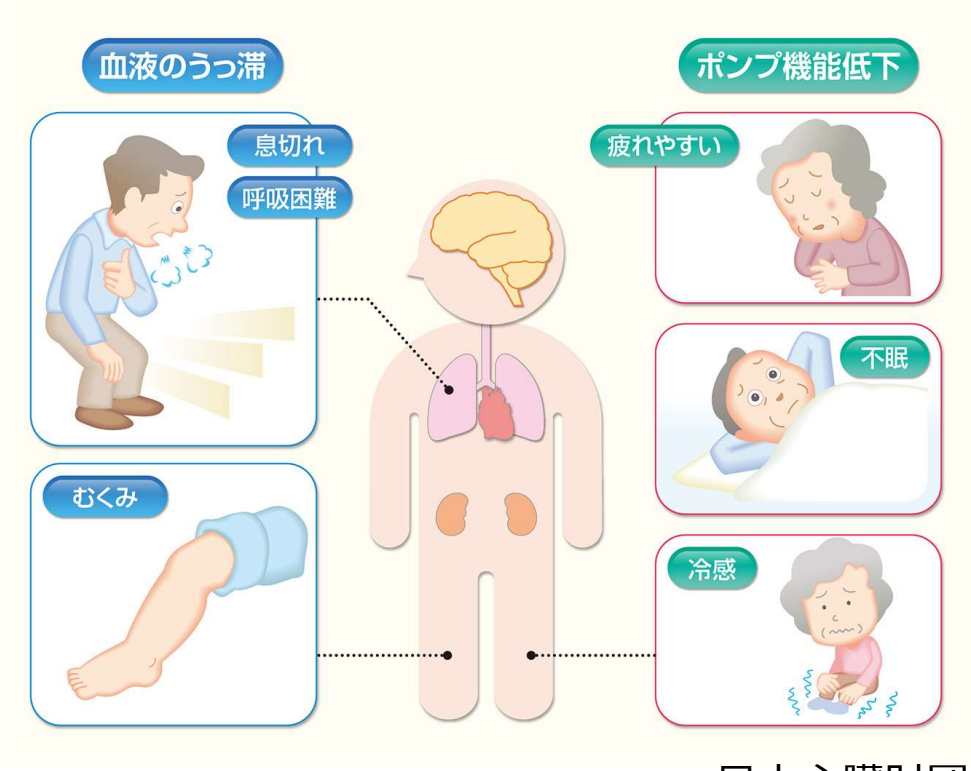
四日市内科ハートクリニック
三原裕嗣

本日の内容

- 心不全地域連携がなぜ必要か
- 四日市心不全地域連携パスのご説明およびご協力のお願い

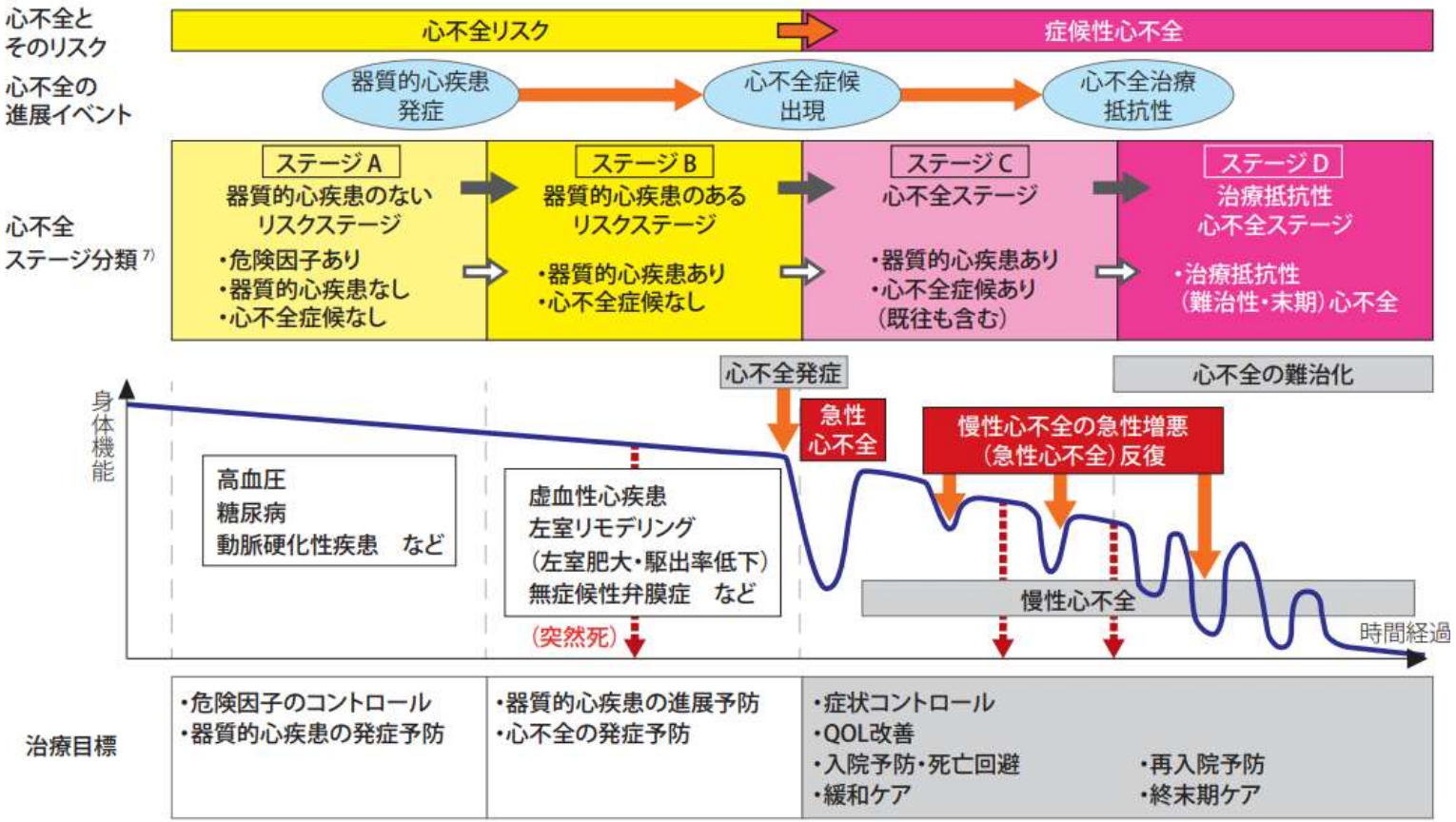
心不全とは

『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』



日本心臓財団ホームページより

心不全のステージ



2017年急性・慢性心不全診療ガイドライン

本邦における心不全患者の現状

- 心不全患者の約70%が75歳以上の高齢者であり、今後患者数が増加することが予測されている。
- 心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化する悪循環が特徴であり、 患者の約20～40%は1年以内に再入院する[1,2]。

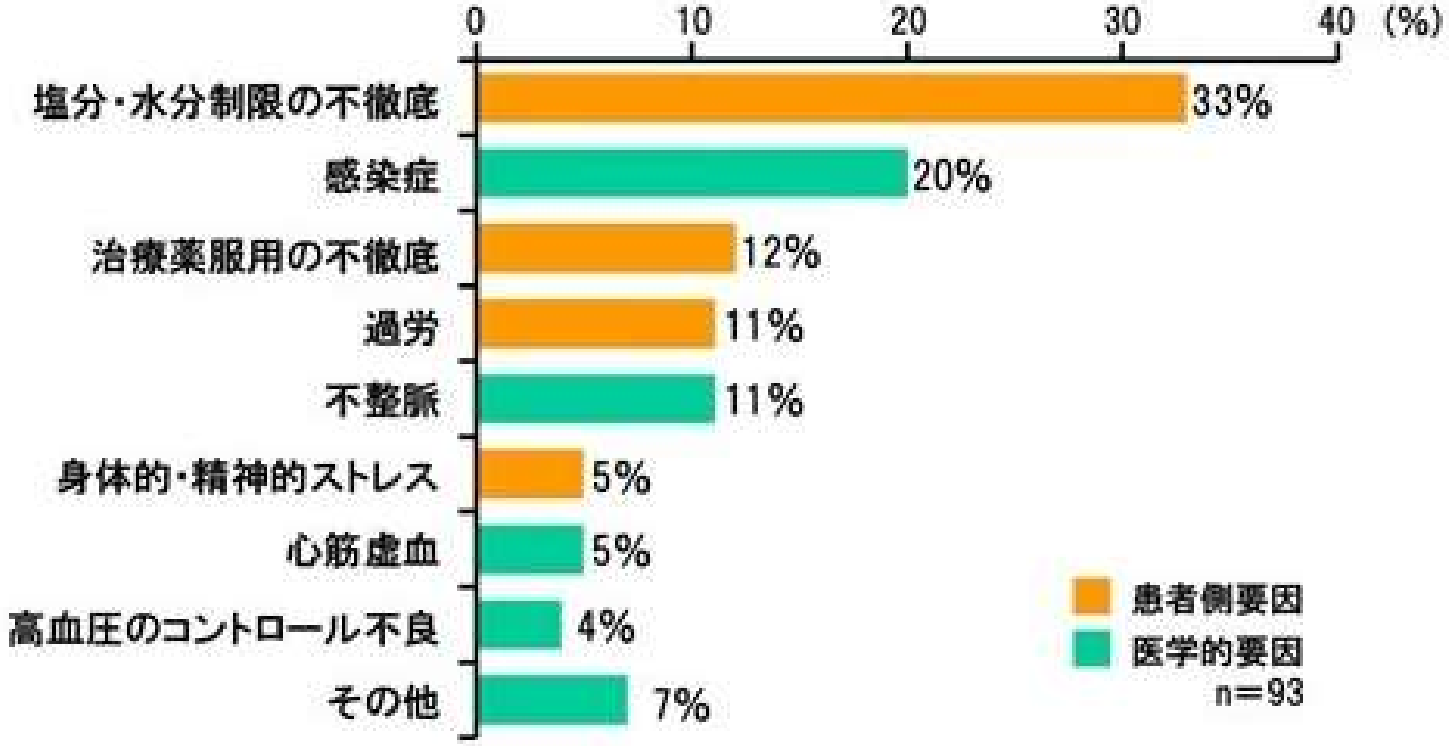
1: Circulation Journal.2006; 70(12): 1617-1623
2: Circulation Journal.2015; 79(11): 2396-2407

高齢心不全患者（75歳以上）の治療に関するステートメント

- ✓根治が望めない進行性かつ命の関わる病気である。
- ✓多くが、心疾患以外の他の病気がある。　（感染症、脳血管障害、認知症、腎臓病、運動機能障害等）
- ✓服薬管理等の自己管理能力に限界がある事が多い。
- ✓病気だけでなく、社会的背景も踏まえた全人的ケアが必要である
- ✓かかりつけ医を中心に、心臓専門医がいる病院での入院治療や心血管疾患リハビリテーションで連携支援が必要

日本心不全学会 高齢心不全患者の治療に関するステートメント（2016年10月）

心不全は再入院の理由



(Tsuchihashi M,et al : Jpn Cir J 2000;64:953-959より改変)

心不全は自己管理が重要

- ➢血圧、体重管理
- ➢食事
- ➢薬の管理

✓ 高齢者心不全患者では、服薬管理等の自己管理能力に限界がある場合がある

✓ ご本人が出来ない場合は、ご家族や介護者のサポートが必要

✓ 介護保険のサービスをうまく利用することが重要

心不全の疾病管理

- 多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援
- 症状モニタリング
- 心不全増悪の高リスク患者への教育支援と社会資源の活用：独居者、高齢者、認知症患者に対して

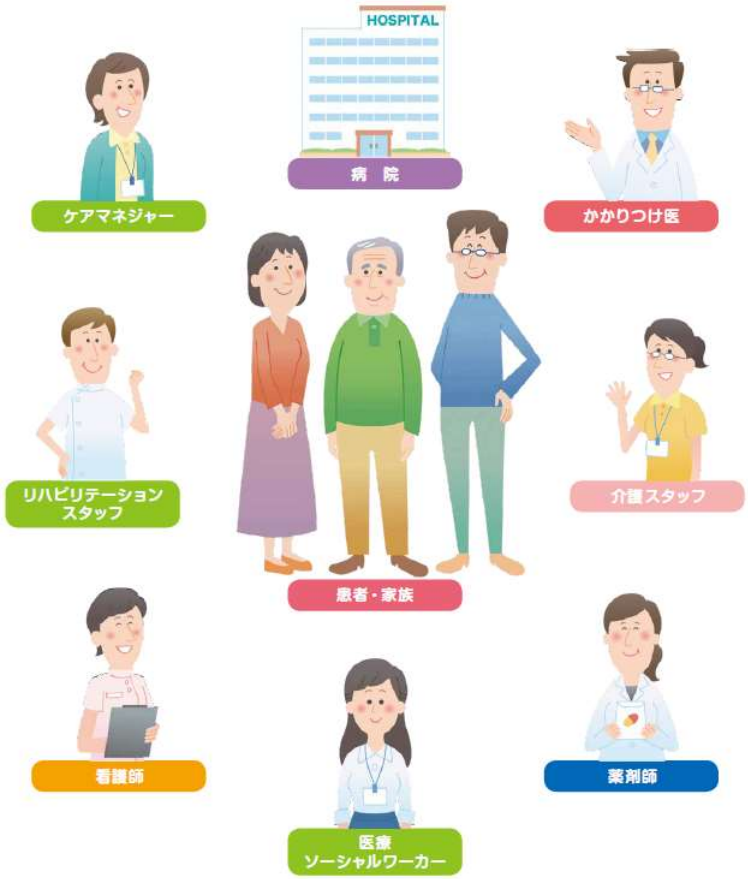
推奨クラス（I）

日本循環器学会　心不全ガイドライン2017

表 75　心不全に対する疾病管理の推奨とエビデンスレベル

	推奨クラス	エビデンスレベル	Minds 推奨グレード	Minds エビデンス分類
多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育，支援：患者および家族，介護者に対して	I	A	A	I
退院支援と継続的フォローアップ	I	A	B	I
禁煙	I	C	B	IVb
症状モニタリング	I	C	C1	VI
精神症状のモニタリングと専門的治療	I	B	B	II
心不全増悪の高リスク患者への教育支援と社会資源の活用：独居者，高齢者，認知症合併者などに対して	I	A	A	I
1日6g程度の減塩食	IIa	C	C1	VI
節酒	IIa	C	C1	VI
感染症予防のためのワクチン接種	IIa	C	B	IVb

地域で支える心不全診療



「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班

地域のかかりつけ医と多職種のための心不全における介護サービスの活用方法Q&A

四日市心不全地域連携の会

四日市心不全地域連携の会設立の主旨

- 高齢者の心不全は増加の一途をたどっています。心不全パンデミック
- 近年とくに冬場の心不全入院増加により毎年急性期病院の入院病床満床

この地域の循環器病床を確保して、循環器救急医療をとめない！

そのためには

① 早期発見、早期治療により入院を減らす

② 後方病院への転院や早期退院の道も作ってベットをコントロールする

地域のリソースをしっかり活用して心不全診療をより良い形にする

Kick-off meeting　2022年７月

病院看護師さん
- 高齢者の心不全では服薬管理　塩分管理だけでは管理できない患者がいる
- 便秘管理で心不全予防できた例もある．成功例をみなで共有する機会も必要
- 短期入院での退院のタイミング　退院時カンファレンスが難しい

訪問看護師さん
- 訪問看護でも心不全患者多い
- ケアについて迷うこともある　勉強会があったら参加したい

ケアマネージャーさん
- 癌と異なりパターンではない、心不全の患者の多様性
- ケアマネージャーさんの理解が必要　勉強会が必要
- 心不全では入院したらいけないのを知らなかった
- 2-3日後に退院が決まる、ちょっと待ってくださいよ

心不全地域連携の会の構成

① 心不全連携推進委員会（コアメンバーの会）
　全体の方針決定，勉強会，必須研修会の企画立案
② 心不全地域連携パス部会
　心不全地域連携パスを作成する
③ 心不全地域連携パス協力医の会
　病院，診療所の医師間の連携のやり方などの情報交換
④ 看護部会
　病院看護師，診療所看護師，訪問看護師が情報共有，症例検討など
　心不全地域連携の円滑な運用と心不全看護の質を高める研修を行う
⑤ 理学療法士部会
　病院や診療所で心臓リハビリテーションを行う理学療法士や訪問看護ステーションで訪問リハビリを担当する理学療法士が参加
⑥ 薬剤師の会
⑦ 介護部会
　ケアマネさん，ヘルパーさん，介護施設施設長さん，デイサービス責任者の方

活動記録

2022年11月　四日市医師会内、心不全連携推進委員会設置

同年12月末　第1回心不全連携推進委員会開催（委員長佐藤浩生先生）

2023年1-3月 パス部会第1-3回

同年4月末 第2回心不全連携推進委員会

同年6月　介護関係者ヒアリング

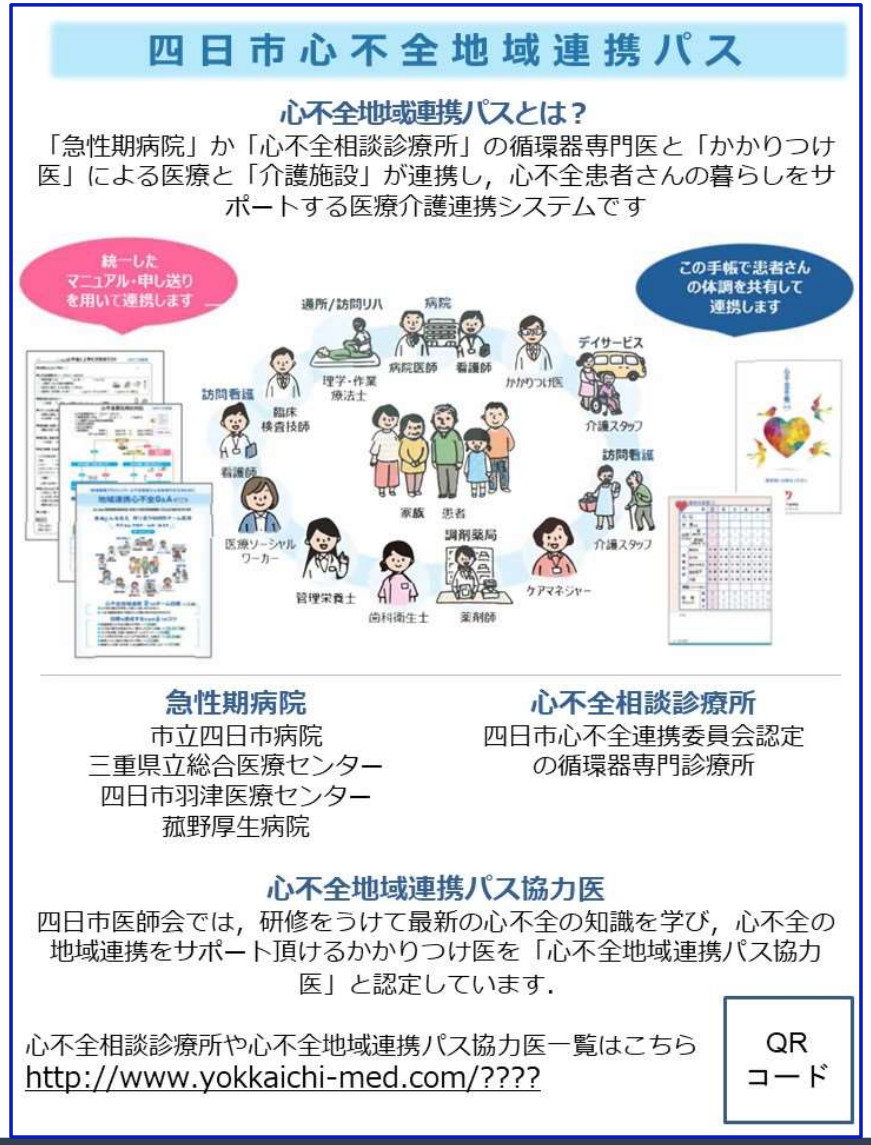
同年7月　情報共有シート完成

同年8月　医師会会員に心不全地域連携パス協力医、心不全相談診療所へ協力の可否意向調査

心不全地域連携パス制度

心不全診療の質向上のため

四日市市と3町の急性期病院（4 病院）と心不全相談診療所の循環器専門医とかかりつけ医である心不全地域連携パス協力医（略して、パス協力医）が連携して医療を行い、暮らしをサポートする介護関係者と連携する医療介護連携



心不全地域連携パスの使い方

①心不全手帳、②地域連携心不全情報共有シート、③地域連携心不全Q and Aの３つの連携資材を用いて、病院、かかりつけ医、介護施設で患者さんの情報と心不全管理のノウハウを共有して連携するシステムが心不全地域連携パスです

連携病院での介入

1 患者さん・ご家族に動画を用いて心不全教育を行う 介護サービスによる支援を検討する

・患者さん・ご家族に心不全教育動画を視聴してもらい心不全の自己管理の方法を学んでもらいます。
・高齢、家族のサポートが得られない患者さんには介護サービスの利用を検討します。

教材の詳細はP13を参照

● 心不全教育動画 ● 介護サービス活用方法Q&A

2 患者さんご家族に心不全手帳の使い方を説明する

・患者さん・ご家族に心不全手帳を使った体調の観察・記録の方法を説明します。
・入院中から手帳への記載を練習します。

● 心不全手帳

3 心不全情報共有シートを用いて指導の振り返りを行う

・心不全情報共有シートに生活の注意点を記入します（かかりつけ医用、介護施設用、患者・家族用の３種類があります）。
・患者・家族用のシートを患者さん・ご家族と一緒に確認し指導の振り返りをおこないます。
・相談・受診の目安シートを心不全手帳に貼り医療機関への相談・受診の目安を手帳で共有できるようにします。

● 心不全情報共有シート
（かかりつけ医用・介護施設用・患者・家族用）

4 心不全情報共有シートと心不全Q and Aを用いて地域に申し送りを行う

・紹介するかかりつけ医、介護施設に、情報共有シートと心不全Q and Aを紹介状に添付して送り、患者さんの情報と心不全管理のノウハウを地域で共有します。

● 地域連携心不全Q and A
（かかりつけ医用・介護施設用）

かかりつけ医・介護施設での介入

5 心不全手帳を用いて地域で連携する

具体的な連携方法を、Q1-Q11で説明します

・心不全手帳を用いて患者さんの体調（血圧、体重、自覚症状）を共有します。
・心不全Q and Aと情報共有シートを参考にして、心不全管理をおこないます。

月／日		6／2	6／3	6／4
体　重(kg)		59.0	59.0	58.8
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回／分)	110/72 (68)	112/80 (72)	119/79 (78)
	寝る前 (脈拍 回／分)	111/71 (66)	120/85 (68)	108/69 (70)

かかりつけ医　通所/訪問リハ　デイサービス　訪問看護

資料

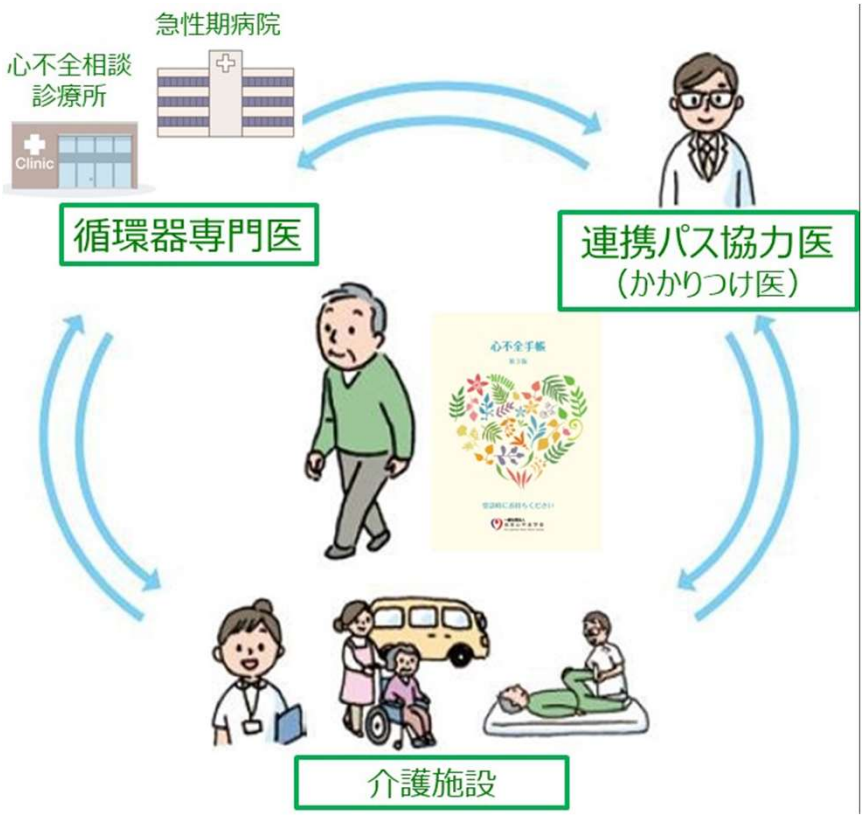
- ✓ 心不全手帳
- ✓ 心不全情報共有シート
- ✓ 地域連携心不全Q＆A

3つの共有で地域で連携

- 患者さんの体調を地域で共有
- 患者さんの情報を地域で共有
- 心不全管理のノウハウを地域で共有

3つの共有その１

患者さんの体調を地域で共有



患者さんに心不全手帳を持参してもらい、
状態を記載する

毎日の記録 記入例を参考に、記入しましょう。

2022 年		日	月	火	水	木	金	土
月／日		6／5	6／6	6／7	6／8	6／9	6／10	6／11
体　重(kg)		59.0	59.0	58.8	58.6	58.5	58.8	58.8
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回／分)	110/72 (68)	112/80 (72)	119/79 (78)	105/69 (62)	123/83 (66)	110/70 (69)	118/72 (79)
	寝る前 (脈拍 回／分)	111/71 (66)	120/85 (68)	108/69 (70)	105/72 (63)	110/72 (65)	108/69 (82)	105/80 (73)
自覚症状	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)
	疲れやすさ	(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
	不眠	(有)・無	(有)・無	有・(無)	(有)・無	(有)・無	(有)・無	(有)・無
運動 (○か×で記入)		○	×	○	○	×	×	○
服　薬 チェック	朝	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
	昼	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
	夕	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

メモ

四日市内科ハートクリニック　　医師
診察日：　月　日（　曜日）
状態：安定・軽快・悪化：
体液量：正常・多い・少ない
体重　kg, BNP　/NT-proBNP
胸部X線：異常なし・胸水
肺うっ血・心胸郭比
処方変更：なし・あり

脈が乱れていた

デイサービスでは元気にリハビリされております。

2018年第2版
A5サイズ
（横148mm×縦210mm）

教育用ページ
心不全の治療や日々の生活のガイドになります

医療スタッフ連携ページ
心不全患者さんを支援する医療スタッフが連携に活用します

記録用ページ
日々の体調の変化や服薬、運動などを記録します

心不全学会ホームページからダウンロード可能

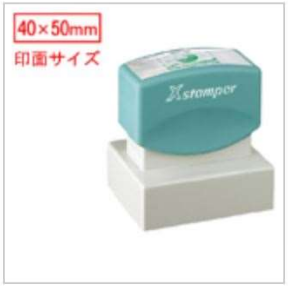
毎日の記録 記入例を参考に、記入しましょう。

2019年		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月／日		6／2	6／3	6／4	6／5	6／6	6／7	6／8	6／9	6／10	6／11	6／12	6／13	6／14	6／15
体　重(kg)		59.0	59.0	58.8	58.6	58.5	58.8	58.8	57.9	57.8	57.5	57.8	57.6	57.7	58.0
血圧(mmHg)	朝(脈拍 回／分)	110/72 (68)	112/80 (72)	119/79 (78)	105/69 (62)	123/83 (66)	110/70 (69)	118/72 (79)	111/71 (73)	120/85 (82)	115/72 (65)	122/88 (63)	108/80 (70)	113/75 (68)	120/80 (66)
	寝る前(脈拍 回／分)	111/71 (66)	120/85 (68)	108/69 (70)	105/72 (63)	110/72 (65)	108/69 (82)	105/80 (73)	111/70 (79)	113/75 (69)	110/70 (66)	120/80 (62)	105/69 (78)	115/72 (72)	111/71 (68)
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	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	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	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・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動(○か×で記入)		○	×	○	○	×	×	○	○	○	○	×	○	○	○
服薬チェック	朝	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
	昼	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
	夕	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

メモ

シャチハタをお渡しします
急性期病院、心不全相談診療所、パス協力医

注文内容詳細

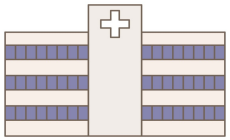
商品名	シャチハタ　Xスタンパー角型印4050号
品目名	シヤチハタ角型印汎用
インキ色	黒
部材	
デザイン	四日市内科ハートクリニック　医師 診察日：　月　日（　曜日） 状態：安定・軽快・悪化： 体液量：正常・多い・少ない 体重　kg, BNP　/NT-proBNP 胸部X線：異常なし・胸水 肺うっ血・心胸郭比 処方変更：なし・あり

四日市内科ハートクリニック　医師
診察日：　月　日（　曜日）
状態：安定・軽快・悪化：
体液量：正常・多い・少ない
体重　kg, BNP　/NT-proBNP
胸部X線：異常なし・胸水
肺うっ血・心胸郭比
処方変更：なし・あり

3つの共有その2

患者さんの情報を地域で共有

急性期病院　**心不全相談診療所**



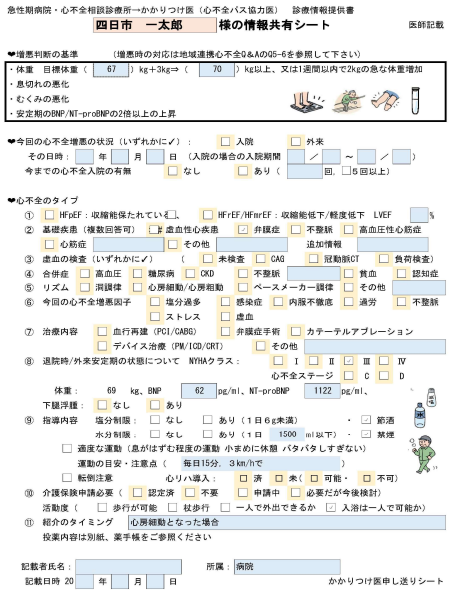
循環器専門医

医療・介護スタッフ向けの心不全管理と連携のマニュアルです

情報共有シート

連携パス協力医（かかりつけ医）

介護施設



急性期病院・心不全相談診療所→かかりつけ医（心不全パス協力医）　診療情報提供書

四日市　一太郎　様の情報共有シート　医師記載

❤増悪判断の基準　（増悪時の対応は地域連携心不全Q&AのQ5-6を参照して下さい）

・体重　目標体重（ 67 ）kg+3kg⇒（ 70 ）kg以上、又は1週間以内で2kgの急な体重増加
・息切れの悪化
・むくみの悪化
・安定期のBNP/NT-proBNPの2倍以上の上昇

❤今回の心不全増悪の状況（いずれかに✓）：　☐ 入院　☐ 外来
その日時：　年　月　日　（入院の場合の入院期間　／　～　／　）
今までの心不全入院の有無　☐ なし　☐ あり（　回、☐5回以上）

❤心不全のタイプ
① ☐ HFpEF：収縮能保たれている、　☐ HFrEF/HFmrEF：収縮能低下/軽度低下　LVEF　%
② 基礎疾患（複数回答可）　☐ 虚血性心疾患　☑ 弁膜症　☐ 不整脈　☐ 高血圧性心筋症
☐ 心筋症　☐ その他　追加情報
③ 虚血の検査（いずれかに✓）　（　☐ 未検査　☐ CAG　☐ 冠動脈CT　☐ 負荷検査）
④ 合併症　☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ CKD　☐ 不整脈　☐ 貧血　☐ 認知症
⑤ リズム　☐ 洞調律　☐ 心房細動/心房粗動　☐ ペースメーカー調律　☐ その他
⑥ 今回の心不全増悪因子　☐ 塩分過多　☐ 感染症　☐ 内服不徹底　☐ 過労　☐ 不整脈
☐ ストレス　☐ 虚血
⑦ 治療内容　☐ 血行再建（PCI/CABG）　☐ 弁膜症手術　☐ カテーテルアブレーション
☐ デバイス治療（PM/ICD/CRT）　☐ その他
⑧ 退院時/外来安定期の状態について　NYHAクラス：　☐ Ⅰ　☐ Ⅱ　☑ Ⅲ　☐ Ⅳ
心不全ステージ　☐ C　☐ D
体重：　69　kg、BNP　62　pg/ml、NT-proBNP　1122　pg/ml、
下腿浮腫：　☐ なし　☐ あり
⑨ 指導内容　塩分制限：　☐ なし　☐ あり（1日6g未満）　・　☐ 節酒
水分制限：　☐ なし　☐ あり（1日　1500　ml以下）　・　☑ 禁煙
☐ 適度な運動（息がはずむ程度の運動 小まめに休憩 バタバタしすぎない）
運動の目安・注意点（　毎日15分、3km/hで　）
☐ 転倒注意　心リハ導入：　☐ 済　☐ 来（☐ 可能・　☐ 不可）
⑩ 介護保険申請必要（　☐ 認定済　☐ 不要　☐ 申請中　☐ 必要だが今後検討）
活動度（　☐ 歩行が可能　☐ 杖歩行　☐ 一人で外出できるか　☑ 入浴は一人で可能か）
⑪ 紹介のタイミング　心房細動となった場合
投薬内容は別紙、薬手帳をご参照ください

記載者氏名：　所属：病院
記載日時 20　年　月　日　かかりつけ医申し送りシート

四日市心不全地域連携の会

3つの共有その3

心不全管理のノウハウを地域で共有

患者・家族向けの教育資材です

●心不全教育動画

●心不全教育
パンフレット

介護サービス導入の
マニュアルです

●心不全における介護
サービスの活用方法
Q&A

医療・介護スタッフ向けの
心不全管理と連携のマニュアルです

●地域連携心不全Q&A

「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の
診療提供体制構築のための研究」研究班サイトより

「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」のホームページ

四日市心不全地域連携の会

四日市心不全地域連携の会

心不全地域連携パス

対象患者さん：心不全患者さん全て、特に認知症合併例や高齢心不全患者で，自分で心不全手帳を記載することや，服薬管理/食事制限などのセルフケアが自立していない患者さんに導入する

役割

①急性期病院

　心不全で入院した患者や，外来通院している心不全患者を対象として，多施設と連携して心不全診療を行いたい場合に立ち上げる.

市立四日市病院，三重県立総合医療センター，四日市羽津医療センター、菰野厚生病院

②心不全相談診療所

　心不全病態評価が行えて、治療方針を立てられる専門診療所　登録は手上げ制で，心不全地域連携推進委員会で認定する。情報共有シートを作成し、パス協力医や介護関係者に渡す。

③心不全地域連携パス協力医（パス協力医）

専門の科に関係なく、かかりつけ医として看護や介護関係者との連携をしながら日常の患者ケアを行う。心不全悪化の早期発見を担う。

急性期病院、心不全相談診療所の役割

- 専門医として、心不全の診断し、治療方針を決定する。心電図、レントゲン，心エコー検査、運動負荷検査（必須ではない）を行い、心不全病態評価が行う。
- 情報共有シートを作成（医師と看護師から）し、パス協力医への情報提供書に添付する
- ケアマネージャーに介護関係者用の情報共有シートを渡す
- パス協力医とともに、定期的（1-6か月毎）に診察し、心不全手帳を用いて患者の体調を共有し、情報共有シートや心不全Q and A を参考に心不全管理を行う。
- 心不全悪化時の対応を行う。
- 年１回の必須研修会と、年１回は四日市心不全地域連携の会が指定する講演会へ参加し、知識のアップデートを図る。
- 連携患者さんのリストを半年に１回、心不全推進委員会に報告する

心不全相談診療所のメリット

①パス協力医から紹介が来ます。

②急性期病院から逆紹介が来やすくなります。

③院内に心不全相談診療所の表示をすることができます。

④急性期病院に心不全相談診療所として登録されます。

⑤四日市医師会のホームページに心不全相談診療所として
　掲載します。

パス協力医の役割

- 専門の科に関係なく、急性期病院や心不全相談診療所の循環器専門医の診療と平行して、かかりつけ医として看護や介護関係者との連携をしながら日常の患者ケアを行う。
- 情報共有シートに示された治療目標（体重など）に従い、心不全Q and A を参考に、心不全手帳を用いて患者の体調を共有しながら治療を行う。心不全悪化の早期発見を担う。
- 家族や介護関係者からの心不全悪化の連絡を受け初期対応を行う。必要時は急性病院や心不全相談診療所へ診療を依頼する。
- そのために心不全診療についての知識のアップデートが必要。
- 年１回の必須研修会と、年１回は四日市心不全地域連携の会が指定する講演会へ参加し、知識のアップデートを図る。

パス協力医のメリット

①最新の心不全に関する知識が得られます。

②急性期病院から逆紹介が来やすくなります。

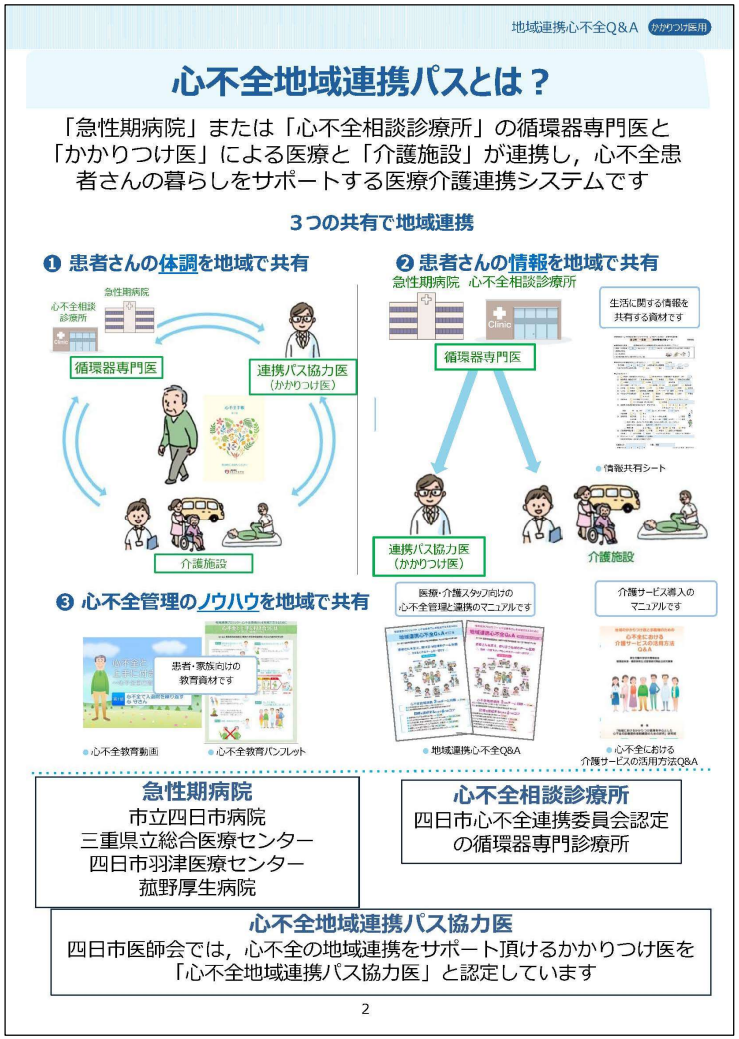
③院内にパス協力医の表示をすることができます。

④急性期病院にパス協力医として登録されます。

⑤四日市医師会のホームページに心不全パス協力医として掲載します。

心不全の連携はバトンパス型から併走型へ

地域連携心不全Q＆A　かかりつけ医用



地域連携心不全Q&A かかりつけ医用

心不全地域連携パスとは？

「急性期病院」または「心不全相談診療所」の循環器専門医と「かかりつけ医」による医療と「介護施設」が連携し，心不全患者さんの暮らしをサポートする医療介護連携システムです

3つの共有で地域連携

❶ 患者さんの体調を地域で共有

急性期病院
心不全相談診療所
循環器専門医
連携パス協力医（かかりつけ医）
介護施設

❷ 患者さんの情報を地域で共有

急性期病院　心不全相談診療所
循環器専門医
生活に関する情報を共有する資材です
情報共有シート
連携パス協力医（かかりつけ医）
介護施設

❸ 心不全管理のノウハウを地域で共有

患者・家族向けの教育資材です
医療・介護スタッフ向けの心不全管理と連携のマニュアルです
介護サービス導入のマニュアルです

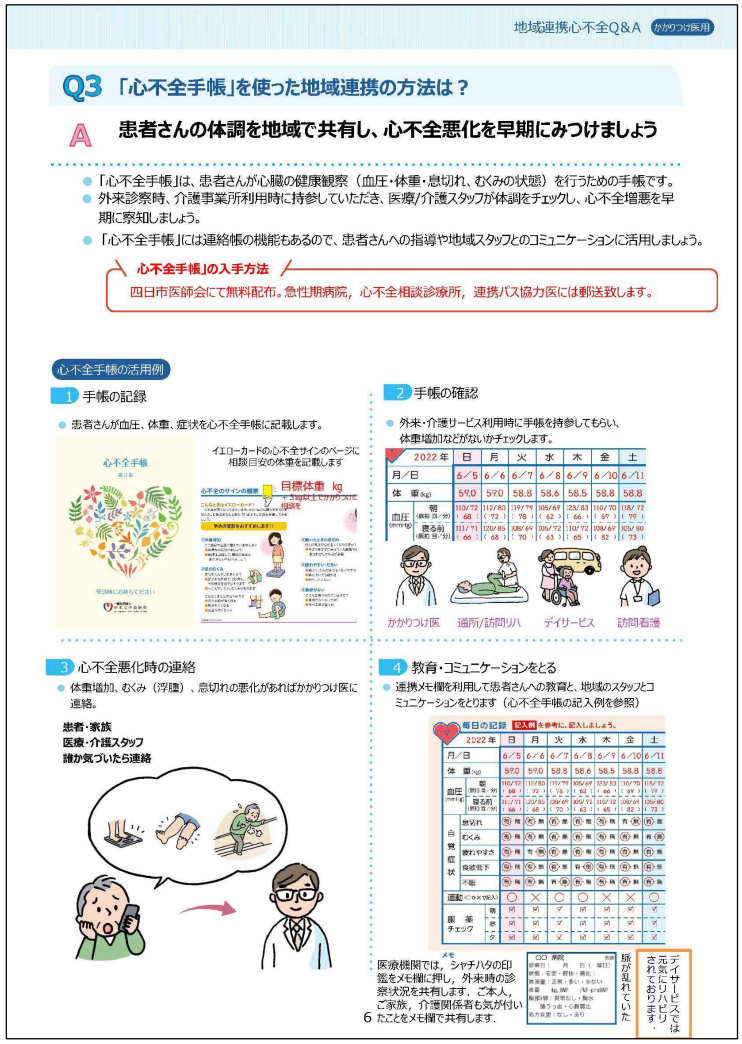
- 心不全教育動画
- 心不全教育パンフレット
- 地域連携心不全Q&A
- 心不全における介護サービスの活用方法Q&A

急性期病院
市立四日市病院
三重県立総合医療センター
四日市羽津医療センター
菰野厚生病院

心不全相談診療所
四日市心不全連携委員会認定の循環器専門診療所

心不全地域連携パス協力医
四日市医師会では，心不全の地域連携をサポート頂けるかかりつけ医を「心不全地域連携パス協力医」と認定しています

2



地域連携心不全Q&A かかりつけ医用

Q3 「心不全手帳」を使った地域連携の方法は？

A 患者さんの体調を地域で共有し、心不全悪化を早期にみつけましょう

- 「心不全手帳」は、患者さんが心臓の健康観察（血圧・体重・息切れ、むくみの状態）を行うための手帳です。
- 外来診察時、介護事業所利用時に持参していただき、医療/介護スタッフが体調をチェックし、心不全増悪を早期に察知しましょう。
- 「心不全手帳」には連絡帳の機能もあるので、患者さんへの指導や地域スタッフとのコミュニケーションに活用しましょう。

心不全手帳」の入手方法
四日市医師会にて無料配布。急性期病院，心不全相談診療所，連携パス協力医には郵送致します。

心不全手帳の活用例

1 手帳の記録
- 患者さんが血圧、体重、症状を心不全手帳に記載します。

イエローカードの心不全サインのページに相談目安の体重を記載します
目標体重 kg
＋3kg以上でかかりつけ医相談を

2 手帳の確認
- 外来・介護サービス利用時に手帳を持参してもらい、体重増加などがないかチェックします。

かかりつけ医　通所/訪問リハ　デイサービス　訪問看護

3 心不全悪化時の連絡
- 体重増加、むくみ（浮腫）、息切れの悪化があればかかりつけ医に連絡。

患者・家族
医療・介護スタッフ
誰か気づいたら連絡

4 教育・コミュニケーションをとる
- 連携メモ欄を利用して患者さんへの教育と、地域のスタッフとコミュニケーションをとります（心不全手帳の記入例を参照）

毎日の記録 記入例を参考に、記入しましょう。

医療機関では，シャチハタの印鑑をメモ欄に押し，外来時の診察状況を共有します．ご本人，ご家族，介護関係者も気が付いたことをメモ欄で共有します．

○○ 病院
診察日：　年　月　日（　曜日）
検査：安定・動脈・貧血
表面蓋：正常・赤い・白さい
体重　kg/日　/kg-pr日
脈拍/頻：異常なし・脈欠
強うっ血・心胸郭比
利尿薬：なし・あり

服が乱れていた

デイサービスでは元気にリハビリされております

6

四日市心不全地域連携の会

地域連携心不全Q＆A　かかりつけ医用

Q8 心不全悪化を繰り返さないための心不全治療は？

A ガイドラインに基づく標準的心不全治療の継続とアップデートが必要です

- 心不全悪化を予防するには、ガイドラインに基づくエビデンスのある心不全治療を実践することが不可欠です。
- RAS系阻害剤（ACE-I/ARB、ARNI、MRA）、β遮断薬は降圧薬でもあり心保護薬でもあります。血圧が低めでも（90～100/mmHg）ふらつき・めまいなどがなければ原則継続いただくことをお薦めします。
- 血圧が過度に低い、めまいふらつきなどの症状がある場合は、Ca拮抗薬を飲んでいる患者さんでは最初に減量、中止し、改善なければ次にACE阻害薬/ARB、ARNIの減量を考慮します。β遮断薬は慢性期に心機能を改善し血圧が上昇することが報告されているので、できるだけ減らさず維持しましょう。
- 心不全治療薬は下記のように年々進歩しています。増悪を繰り返す場合はもちろん、症状がなく落ち着いていてもが予後改善のため治療のアップデートは必要ですのでお気軽にご相談ください。

		HFrEF	HFpEF
アンジオテンシン変換酵素阻害薬（ACE-I／アンジオテンシン受容体拮抗薬（ARB）	エナラプリル、ロサルタンカリウム、リシノプリル、カンデサルタン、バルサルタン etc	○	△
アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬（ARNI）（ACE-I/ARBから切り替え）	サクビトリルバルサルタン （BNP上昇作用があるのでNT-proBNPの測定を推奨）	○	△
β遮断薬	カルベジロール、ビソプロロール	○	?
ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬（MRA）	スピロノラクトン、エプレレノン	○	△
SGLT2阻害剤	ダパグリフロジン、エンパグリフロジン	○	○
HCNチャネル遮断薬 （心拍数≧75bpmの場合）	イバブラジン	△	?
可溶性グアニル酸シクラーゼ刺激薬	ベルイシグアート	△	×

HFrEF：左室駆出率が低下した心不全 HFpEF：左室駆出率が保たれた心不全 ○：推奨 △：考慮可 ？：確立されない ×：無効

Q9 心不全悪化などの副作用に注意が必要な薬剤は？

A NSAIDS、プレガバリン、漢方（甘草含有)など注意が必要です

ジギタリス	高齢者、腎機能低下、低カリウムの患者ではジギタリス中毒（徐脈、食欲不振、悪心、嘔吐）に注意。ジゴキシンの血中濃度が0.8ng/mLを超えないよう調節します。
RAS系阻害薬	腎機能増悪、カリウム上昇をきたすことがあるので定期的に血液検査でフォローしましょう K上昇時は、減量もしくは、血清カリウム抑制剤［商品名：カリメート/アーガメイトゼリー/ロケルマ］を併用し対応します。
NSAIDs、漢方（甘草含有）、プレガバリン	NSAIDS、プレガバリンは体液貯留、腎障害の副作用が問題となるので可能であればアセトアミノフェンなどの使用をご検討ください。甘草は体液貯留に注意が必要です。
ワルファリン	１回/月 PT-INRを確認します。心房細動では1.6～2.6が目標値[注6] となります。食品（納豆、青汁）や薬剤（NSAIDs、抗生剤など）の相互作用に注意が必要です。感冒などで処方するときには注意。
Ca拮抗薬、Ⅰ群不整脈薬	Ca拮抗薬のジルチアゼム、ベラパミルや、Ⅰ群抗不整脈薬（ピルジカイニド、ジソピラミドなど）は心抑制作用があるので心不全患者では投与を控えます（心機能が正常の患者では投与可能です）
SGLT2阻害剤	尿路感染症や、経口摂取低下時には正常血糖ケトアシドーシス（悪心、嘔吐、腹痛など）に注意し、必要時休薬を指示。高齢者ではサルコペニアの進展に注意。
DOAC（直接経口抗凝固薬）	腎機能障害がある場合腎機能に応じて減量・中止が必要になるので、添付文書などをご確認ください。

注6）不整脈薬物治療ガイドライン（2020年改訂版） 日本循環器学会/日本不整脈心電学会合同ガイドラインp.52

Q6 心不全悪化時の初期治療は？

A 応急処置として利尿剤を増量します

- うっ血の悪化がみられたら利尿剤を増量します。増量の目安は、ベースで服用中のループ利尿剤の1.5～2倍（フロセミド20mg→30～40mg）、体液貯留が強ければ適宜フロセミドのIVを併用します。
- フロセミド40mg or アゾセミド60mg以上内服している場合、ループ利尿剤を増やしても効きにくいので、トルバプタン（サムスカ）の導入を検討します（入院が必要ですので連携病院にご相談ください）。
  すでにサムスカを内服している場合、Naが高くなければサムスカを増量します（3.75→7.5→15mg)。
- サムスカの導入が難しい場合、代替薬には、サイアザイドやアセタゾラミド（フルイトラン1mg、ダイアモックス125mg）、SGLT2阻害剤があります。サムスカと併用しても利尿効果が期待できます
- 利尿剤を増量しても症状の改善に乏しい、腎機能が悪化する、BNP/NT-proBNP値が下がらない、利尿剤の必要量が多いなどあれば、適宜ご相談ください。
- 利尿剤の増量はあくまで応急処置のため、増悪要因に対する介入や治療の最適化を検討します。

Q7.8 参照

Q7 心不全増悪因子の評価と介入は？

A 医学的な要因と生活の要因を評価して介入しましょう

- 心不全悪化の原因として、医学的な要因、生活の要因が関与していることが多いため、原因を探り適宜介入が必要です
- 明らかな増悪要因がないにも関わらず増悪を繰り返す場合は、人生の最終段階が予想されます。 Q13参照
- 増悪要因に対する介入にお困りの時や、増悪要因が明らかでない場合は適宜ご相談ください。

医学的要因

- 冠動脈疾患・・・心電図変化、CPKを確認
- 血圧のコントロール不良・・・外来血圧<130/mmHg目標
- 不整脈・・・心電図を確認
- 感染・・・CRPを確認
- 貧血・・・Hbを確認
- ガイドラインに基づく心不全治療が不十分・・・ Q8参照
- 心不全悪化をきたす薬剤の投与・・・ Q9参照

生活の要因

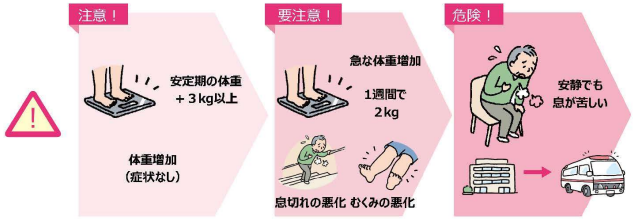
- 自己管理の問題・・・ Q10参照
  - 薬の飲み忘れ
  - 塩分・水分の取り過ぎ
  - 過労
  - 喫煙、アルコールの過剰摂取など
- 認知機能低下で管理が困難・・・ Q12参照

地域連携心不全Q＆A　介護施設・事業所用

Q2 心不全悪化を見逃さないためにどうすればいいですか？

A 介護サービス利用時に、体重増加や息切れ・むくみの増強がないかを確認しましょう。

- 心不全は、心臓の働きが悪くなるため、体に水がたまりやすくなります。体に水がたまると体重が増えるため、体重増加は心不全の症状が出る前から出現する心不全悪化の重要なサインです。
- 症状が出る前の段階で悪化を見つけられれば、心不全による再入院を予防できる可能性があります。
- 急な体重の増加、むくみ、息切れといった心不全症状が出はじめると急速に悪くなるため、迅速な対応が必要となります。



心不全悪化を確認する3つのポイント

体重増加

- 体重測定→家で毎日行いましょう。
  デイケア/デイサービス・訪問看護の時は、毎回測定しましょう。

  →心不全の悪化？：安定期の体重＋3kg以上、もしくは1週間で2kgの急な体重増加

むくみ

- 足の甲、もしくはすねを指で5～10秒間押さえます。
  →指の跡が残るようなら、むくみがあります。

息切れ

- 今まで大丈夫だった距離でも歩くと息が切れる。
- 横になると苦しいが座ると楽になる。
- 何もしていないのに息苦しい。

Q3 「心不全手帳」を使った地域連携の方法を教えてください。

A 「心不全手帳」を使い患者さんの体調を共有し、地域でコミュニケーションをとりましょう。

- 「心不全手帳」は、患者さんが心臓の健康観察（血圧・体重・息切れ、むくみ）を行うための手帳です。
- 外来診察時、介護サービスの利用時に持参していただき、医療/介護スタッフが体調をチェックし、心不全増悪を早期に察知しましょう。
- 「心不全手帳」には連絡帳の機能もあるので地域でのコミュニケーションをとりましょう。

「心不全手帳」の入手方法

西部医師会急患診療所、境港日曜休日応急診療所にて無料配布。西部医師会にご連絡ください。

心不全手帳の活用例

1 手帳の記録

- 患者さんが血圧、体重、症状を心不全手帳に記載します。

2 手帳の確認

- 外来・介護サービス利用時に手帳を持参してもらい、体重増加などがないかチェックします。

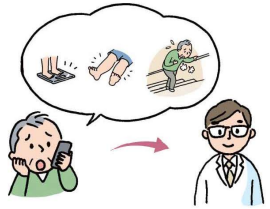
2022年	日	月	火	水	木	金	土
月／日	6／5	6／6	6／7	6／8	6／9	6／10	6／11
体重(kg)	59.0	59.0	58.8	58.6	58.5	58.8	58.8
血圧(mmHg) 朝（動悸 息／分）	110/72 (68)	112/80 (72)	119/79 (78)	105/69 (67)	123/83 (66)	110/70 (69)	118/72 (75)
血圧(mmHg) 寝る前（動悸 息／分）	111/71 (66)	120/85 (68)	108/69 (70)	105/72 (63)	110/72 (65)	109/69 (82)	105/80 (73)

かかりつけ医　通所/訪問リハ　デイサービス　訪問看護

3 心不全悪化時の連絡

- 体重増加、むくみ（浮腫）、息切れの悪化があればかかりつけ医に連絡。

患者・家族
医療・介護スタッフ
誰か気づいたら連絡



4 手帳でコミュニケーションをとる

- 連携メモ欄を利用して患者さんへ教育と、地域のスタッフとコミュニケーションをとります（心不全手帳の記入例を参照）。

毎日の記録　記入例を参考に、記入しましょう。

2022年	日	月	火	水	木	金	土
月／日	6／5	6／6	6／7	6／8	6／9	6／10	6／11
体重(kg)	59.0	59.0	58.8	58.6	58.5	58.8	58.8
血圧(mmHg) 朝（動悸 息／分）	110/72 (68)	112/80 (72)	119/79 (78)	105/69 (67)	123/83 (66)	110/70 (69)	118/72 (75)
血圧(mmHg) 寝る前（動悸 息／分）	111/71 (66)	120/85 (68)	108/69 (70)	105/72 (63)	110/72 (65)	109/69 (82)	105/80 (73)
自覚症状 息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
自覚症状 むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
自覚症状 疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
自覚症状 食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
自覚症状 不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動（ウォーキング等）記入	○	×	○	○	×	×	○
服薬チェック 朝	済	済	済	済	済	済	済
服薬チェック 昼	済	済	済	済	済	済	済
服薬チェック 夕	済	済	済	済	済	済	済

メモ

医療機関では，シャチハタの印鑑をメモ欄に押し，外来時の診察状況を共有します．ご本人，ご家族，介護関係者も気が付いたことをメモ欄で共有します．

腸が乱れていた

デイサービスでは元気にリハビリされております．

四日市心不全地域連携の会

生活情報シート

かかりつけ医／介護施設
（診療所看護師さん、介護施設のスタッフさん）

↓

急性期病院／心不全相談診療所

双方向の情報共有目指して！

かかりつけ医/介護施設　→　急性期病院・心不全相談診療所　紹介用

四日市　一太郎　様の心不全生活情報シート

通常の紹介状（診療情報提供書）に添付してご紹介下さい。
診療所の看護師さんや介護施設のスタッフさんが記載してください.

以下の質問にお答えください. 当てはまるものにはレ点をつけて下さい.

①今回の心不全増悪の原因として疑われるもの（複数回答可）

☐ 塩分過多　☐ 薬が飲めていない　☐ 過負荷　☐ 過労・ストレス　☐ 飲水過多
☐ その他 ［　　］

②薬は忘れず飲めていますか？（どれか1つ選んでください）

☐ すべて自己管理でほぼ飲み忘れない　☐ よく忘れる/数日間休薬することがある
☐ 以下の工夫や他者のサポートで服薬管理している（当てはまるものすべてを選んでください）
→ その工夫は？　☐ 一包化　☐ 薬カレンダー　☐ その他 ［　　］
→ 誰がサポートしてくれますか？
☐ 家族 ［　　］　☐ 訪問看護師　☐ 訪問薬剤師　☐ 介護士（ヘルパー）施設の職員
☐ その他 ［　　］

③心不全手帳をつけたり、セルフケアは出来ますか？（どれか1つ選んでください）

☐ 自分で出来る　☐ 出来ない　（誰にサポートしてもらいますか？→ ［　　］）

④運動の習慣はありますか？

☐ ない　☐ ある（具体的に： ［　　］）

☐ 以下は生活チェックシートを参照、それがない場合はご記載ください。

⑤普段の外出の頻度はどの程度ですか？（どれか1つ選んでください）

☐ ほぼ毎日外出する　☐ 週に数回程度は一人で外出する　☐ 月に数回外出する程度
☐ 一人では外出できない　☐ 自宅/施設内で過ごす　☐ その他 ［　　］

⑥日常生活（食事・着替え・入浴・排泄など）は自立していますか？

☐ 自立　☐ 介護あり
（どなたが介助しますか：
☐ 家族　☐ 介護関係者　☐ 施設スタッフ　☐ その他 ［　　］）
介護ありの場合　→（具体的に： ［　　］）

⑦その他家族関係やこの方の共有すべき情報を教えてください。

注意点（ 本人、家族とも認知症の進行を心配されている。家族関係良好 ）
経済的問題（ 年金生活 ）
家族構成（ 2 ）人暮らし　同居の家族（ 夫 ）　関係性など（ 良好 ）
要介護度（ ☑ 要支援 ［　　］／ ☑ 要介護 ［　　］／ ☑ 申請中）
担当ケアマネ（ きききき ）　利用施設（ くくくく ）

記載者氏名： ［　　］　（関係： ［　　］　所属： ［　　］）
記載日時 20［　　］年［　　］月［　　］日　　心不全生活情報シート

四日市心不全地域連携の会

情報共有シート

急性期病院／
心不全相談診療所
（医師記載）

↓

心不全パス協力医

急性期病院・心不全相談診療所→かかりつけ医（心不全パス協力医）（診療情報提供書に添付してください）

四日市　一太郎　様の情報共有シート　　医師記載

❤増悪判断の基準（どれか1つあれば）　（増悪時の対応は地域連携心不全Q&AのQ5-6を参照して下さい）

・体重　目標体重（ 67 ）kg＋3kg⇒（ 70 ）kg以上、又は1週間以内で2kgの急な体重増加
・息切れの悪化
・むくみの悪化
・安定期のBNP/NT-proBNPの2倍以上の上昇

❤今回の心不全増悪の状況（いずれかに✓）：　☐ 入院　☐ 外来
その日時：　年　月　日　（入院の場合の入院期間　／　～　／　）
今までの心不全入院の有無　☐ なし　☐ あり（　回，☐ ５回以上）

❤心不全のタイプ
① ☐ HFpEF：収縮能保たれている）、　☐ HFrEF/HFmrEF：収縮能低下/軽度低下　LVEF　%
② 基礎疾患（複数回答可）　☑ 虚血性心疾患　☑ 弁膜症　☑ 不整脈　☑ 高血圧性心筋症
☑ 心筋症　あああ　☑ その他　いいい　追加情報
③ 虚血の検査（　☐ 未検査　☐ CAG　☐ 冠動脈CT　☐ 負荷検査（　）
④ 合併症　☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ CKD　☐ 不整脈　☐ 貧血　☐ 認知症
⑤ リズム　☐ 洞調律　☐ 心房細動/心房粗動　☐ ペースメーカー調律　☐ その他
⑥ 今回の心不全増悪因子　☐ 塩分過多　☐ 感染症　☐ 内服不徹底　☐ 過労　☐ 不整脈
☐ ストレス　☐ 虚血
⑦ 治療内容　☐ 血行再建（PCI/CABG）　☐ 弁膜症手術　☐ カテーテルアブレーション
☐ デバイス治療（PM/ICD/CRT）　☐ その他
⑧ 退院時/外来安定期の状態について　NYHAクラス：　☑ Ⅰ　☑ Ⅱ　☑ Ⅲ　☑ Ⅳ
心不全ステージ　☐ C　☐ D
体重：　69 kg、BNP　62 pg/ml、NT-proBNP　1122 pg/ml、
下腿浮腫：　☐ なし　☐ あり
⑨ 指導内容　塩分制限：　☑ なし　☑ あり（１日６g未満）　・　☑ 節酒
水分制限：　☑ なし　☑ あり（１日　1500 ml以下）　・　☑ 禁煙
☐ 適度な運動（息がはずむ程度の運動 小まめに休憩 バタバタしすぎない）
運動の目安・注意点（ 毎日朝夕1回ずつ10分，家の周り2週 ）
☐ 転倒注意　心リハ導入：　☑ 済　☑ 未（ ☐ 可能・ ☐ 不可）
⑩ 介護保険申請必要（ ☐ 認定済　☐ 不要　☐ 申請中　☐ 必要だが今後検討）
活動度（ ☐ 歩行が可能　☐ 杖歩行　☐ 一人で外出できるか　☐ 入浴は一人で可能か）
⑪ その他紹介のタイミング　心房細動となった場合
投薬内容は別紙、薬手帳をご参照ください

記載者氏名：　所属：
記載日時 20　年　月　日　　かかりつけ医用情報共有シート

四日市心不全地域連携の会

情報共有シート

急性期病院／心不全相談診療所（医師記載）

↓

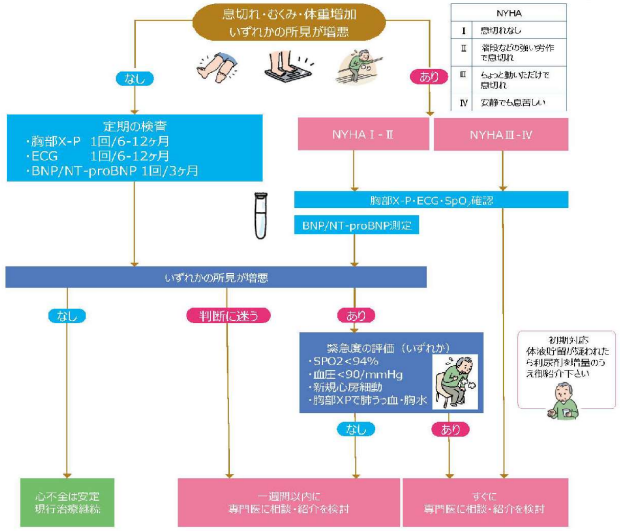
心不全パス協力医

急性期病院・心不全相談診療所→かかりつけ医（心不全パス協力医）

心不全悪化時の対応

❤心不全増悪かも（どれか1つあれば）

- 体重　・目標体重 67 ）kg＋3kg⇒（ 70 ）kg以上
  - ・1週間以内で2kgの急な体重増加
- 息切れの悪化
- むくみの悪化
- 安定期のBNP/NT-proBNPの2倍以上の上昇



- 安静でも息苦しい（NYHAⅣ）、ちょっと動いただけで息苦しい（NYHAⅢ）、spo2が低い、血圧が低い、心房細動などの新規不整脈の出現、胸部XPで肺うっ血、胸水の増悪がみられる場合はすぐにご相談ください
- 体重増加、むくみなどの体液貯留の合併が気がわれたら、利尿剤を増量したうえご紹介ください（増量の目安：ベースで服用中のループ利尿剤の1.5～2倍、例：フロセミド20mg→30～40mg）。
- 体重が増えても心不全増悪所見がない場合は、単純に太ったと考え基準体重を見直し変更します。

相談窓口

平日・日中　（　　）TEL:（　　）

夜間・休日　（　　）TEL:（　　）

情報共有シート

急性期病院／
心不全相談診療所
（看護師記載）

↓

心不全パス協力医

急性期病院・心不全相談診療所→かかりつけ医（心不全パス協力医）（診療情報提供書に添付してください）

生活チェックシートがある場合は、その写しも添付してください

四日市　一太郎　様の情報共有シート　　看護師記載

❤認知症の有無　☐ なし　☐ あり　（　　）

❤指導内容

☐ セルフケア　目標体重　67 kg、

☐ 血圧測定（家庭血圧計：☐ あり　☐ なし　→　購入予定：☐ あり　☐ なし）

☐ 心不全手帳の記録　☑ 本人 ☑ 他（次女）手帳確認と相談連絡役（次男）

☐ 過負荷を避けましょう（例：農作業や排便時の努責など）（とくに　　）

負担なく活動できる範囲（PTさんの意見も参考に）（　　）

日常生活レベルの運動制限の有無：☑ なし　☑ あり（連続歩行200メートルまで）

（上記は掃除、洗濯などの家事や買い物、庶仕事などで心不全が悪化する場合に記載してください）

☐ 栄養指導に関して　食事の調理者（　　）　☑ 宅配食利用

栄養指導受講の有無　本人（☐ 有　☐ 無）、　調理者（☐ 有　☐ 無）

指導のポイント（麺類に注意，汁は残すように）

☐ 服薬管理に関して　服薬指導の有無　本人（☐ 有　☐ 無），

一緒に指導を受けた方（　　）

（☑ 薬袋　☑ 一包化　☑ 薬カレンダー）で管理　誰が確認するか（長男）

指導のポイント（　　）

☐ 排泄、入浴などの注意点（便秘と努責排便に注意、入浴は首までつからず胸の高さまで）

☐ そ　の　他（　　）

❤想いをみんなで共有！

◦ 大切なこと・想い（ううう）

◦ もしもの時、自分の想いを代弁してくれる人（長女）

◦ 治療に対する希望（たくさんの機械がついた治療や胃瘻はやめて欲しい）

◦ 最期に過ごしたい場所（☑ 在宅　☑ 病院　☑ 施設　☑ その他：ホスピス）

介護保険にんてい関係者に協力が必要な場合は担当ケアマネジャー

❤その他家族関係やこの方の共有すべき問題を教えてください。

担当ケアマネ（きききき）　☐ 以下は生活チェックシート参照

注意点（本人、家族とも認知症の進行を心配されている。家族関係良好）

経済的問題（年金生活）

家族構成（2）人暮らし　同居の家族（夫）

関係性など（良好）

要介護度（☑ 要支援　／　☑ 要介護　／　☑ 申請中）

利用施設（くくくく）

記載者氏名：　　所属：

記載日時 20　年　月　日　　かかりつけ医用情報共有シート

日常生活レベルの運動制限

四日市心不全地域連携の会

情報共有シート

急性期病院／心不全相談診療所

↓

介護関係者

急性期病院・心不全相談診療所→介護関係者用

四日市　一太郎　様の情報共有シート　　介護関係者用

ケアマネジャー　　様

介護施設　　ご担当者　　様

❤増悪判断の基準　（どれか1つあれば、かかりつけ医に連絡してください）

・体重　目標体重（ 67 ）kg+3kg⇒（ 70 ）kg以上、又は1週間以内で2kgの急な体重増加

・息切れの悪化

・むくみの悪化

❤心不全の診断名および状態について

・診断名　☑ 虚血性心疾患　☑ 弁膜症　☑ 不整脈　☑ 高血圧性心筋症

☑ 心筋症　ああああ　☑ その他　いいい

・退院時/外来安定期の状態について　NYHAクラス：　☑ Ⅰ　☑ Ⅱ　☑ Ⅲ　☑ Ⅳ

NYHAクラスについて　Ⅰ：息切れなし、Ⅱ：強い労作で息切れ（坂道歩行や階段、早歩きなどで）

Ⅲ：ちょっと動いただけでも息切れ（トイレ歩行や着替えなどで）、Ⅳ：安静でも息苦しい

体重：　69　kg　，　むくみ：　☐ なし　☐ あり

❤薬を飲み忘れない！　（☑ 薬袋　☑ 一包化　☑ 薬カレンダー）で管理，（ 長男 ）が確認

❤心不全手帳に日々の記録をしよう！　記載する人：　☑ 本人　☑ 他（ 次女 ）

手帳確認と相談連絡役（ 次男 ）

心不全手帳を外来や介護施設に持参して見てもらう（　　）

❤バランスの良い食事！　食事の注意点（ 麺類に注意，汁は残すように ）　☑ 宅配食利用

塩分制限：　☑ なし　☐ あり（１日６g未満）

水分制限：　☑ なし（体重が基準をこえたら控える）　☑ あり（ 1500 ）mL/日以下

❤適度な運動！（楽～息がはずむ程度の運動　小まめに休憩　バタバタしすぎない）

運動の目安・注意点　（ 毎日朝夕1回ずつ10分，家の周り2週 ）　心リハ導入：　☑ 済　☑ 未

日常生活レベルの運動制限の有無：　☑ なし　☑ あり（ 連続歩行200メートルまで ）

（上記は掃除、洗濯などの家事や買い物、庭仕事などで心不全が悪化する場合に記載されます）

❤排泄、入浴の注意点（ 便秘と努責排便に注意、入浴は首までつからず胸の高さまで ）

❤嗜好品、感染予防も重要！（　☑ 節酒　☑ 禁煙）を勧める　☐ 手洗い・うがい・ワクチン接種

❤想いをみんなで共有！

◦ 大切なこと・想い　（ ううう ）

◦ もしもの時、自分の想いを代弁してくれる人（ 長女 ）

◦ 治療に対する希望　（ たくさんの機械がついた治療や胃瘻はやめて欲しい ）

◦ 最期に過ごしたい場所（　☑ 在宅　☑ 病院　☑ 施設　☑ その他：　ホスピス ）

その他（ご自由に記載してください）

記載者氏名：　　所属：

記載日時 20　年　月　日　　介護施設用情報共有シート

四日市心不全地域連携の会

情報共有シート

急性期病院／
心不全相談診療所

↓

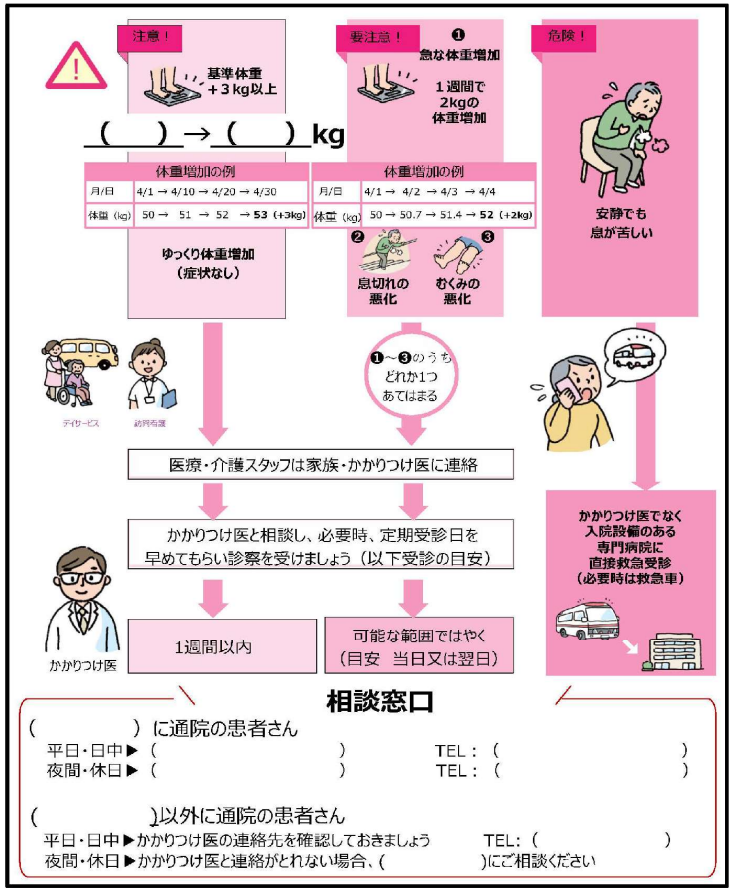
介護関係者

急性期病院・心不全相談診療所→介護関係者用

心不全悪化時の対応

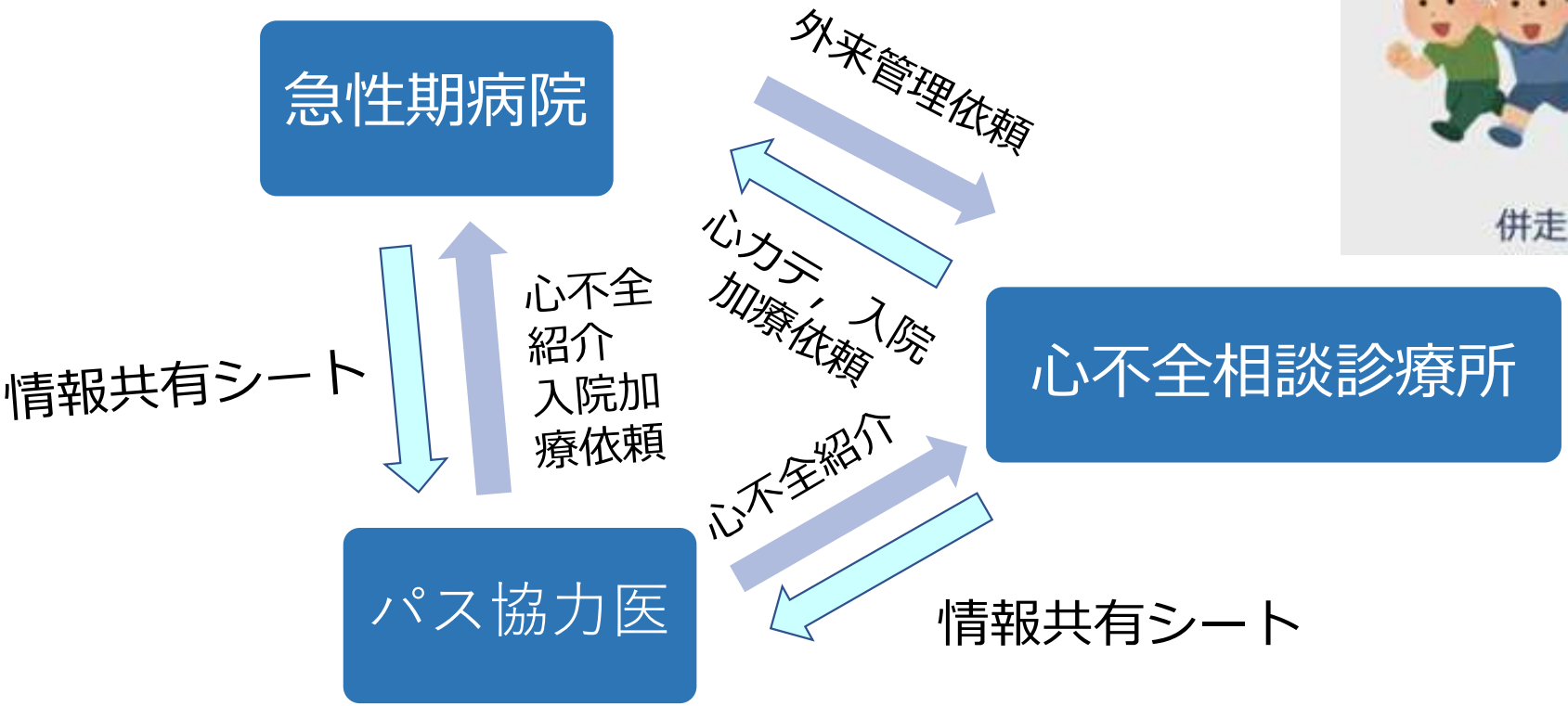
体に水がたまっていない目安の体重は（ 67 ）ｋｇです

急に体重が増えたら，太ったのではなく水がたまっている可能性があります



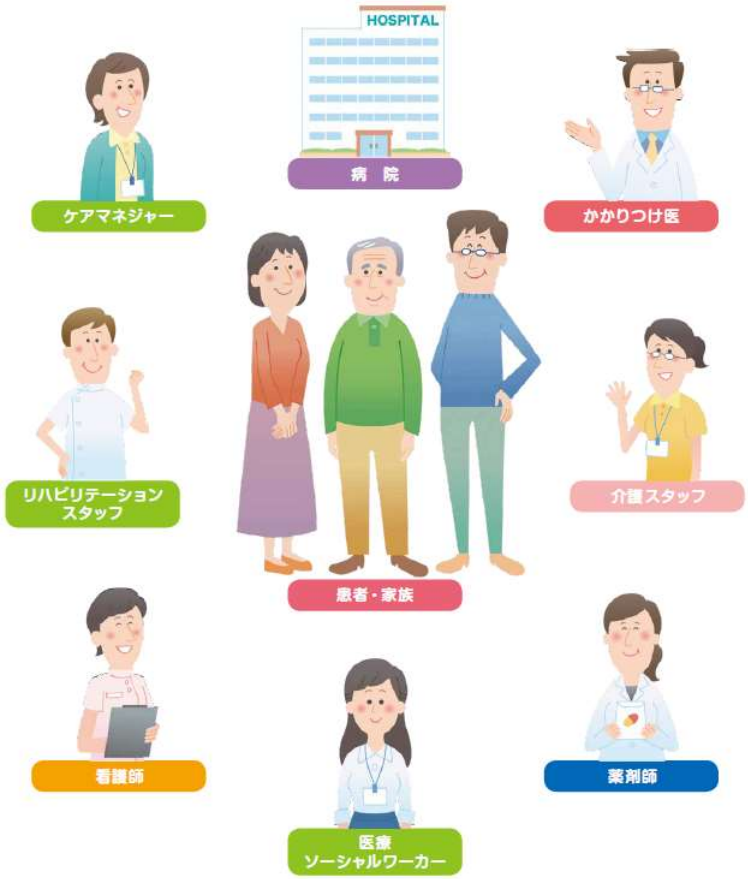
四日市心不全地域連携の会

心不全地域連携パス協力医制度
運用イメージ



基本的にかかりつけの協力医と循環器専門医の併診
急性期病院，心不全相談診療所で継続して検査，心不全療養指導

地域で支える心不全診療



「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班
地域のかかりつけ医と多職種のための心不全における介護サービスの活用方法Q&A

四日市心不全地域連携の会

皆さま、是非

ご協力宜しくお願い致します