# 2025年 地域連携心不全Q&A

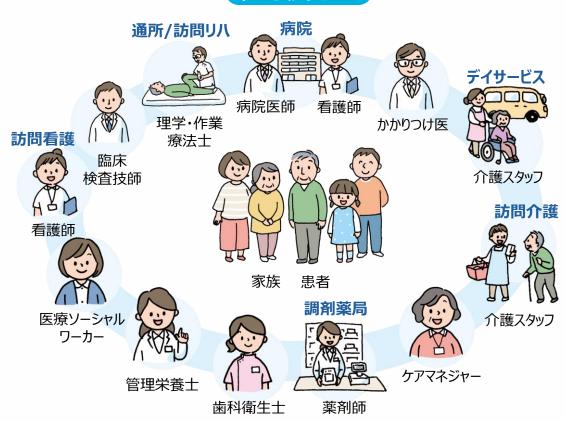
かかりつけ医用

発行·監修 鳥取県西部医師会 心不全地域連携パス委員会

# 患者さんを支え、寄り添う地域のチーム医療

先生も心不全チームの一員です/

# チームメンバー



# 心不全地域連携 2つのチーム目標

- ① 心不全の悪化を予防し、苦しい思いをさせない!
- 2 人生の最期まで患者さんが望む生活を叶える!

# 心不全ケアのコツを解説

- **Q1** ・・心不全地域連携の目標は?
- **O2** ・・心不全患者さんを観察するコツは?
- **O3** ・・心不全悪化を早く目つけるコツは?
- 04 ・・心不全悪化時の対応のコツは?
- **Q5** ・・心不全の薬物治療のコツは?
- 06 ・・心不全悪化を予防するコツは?
- **07** ・・セルフケア困難な患者さんに介入するコツは?
- ○8 ・・フレイルを予防するコツは?
- 09 ・・幸せな人生の最期を迎えるコツは?



# 心不全地域連携パスとは?

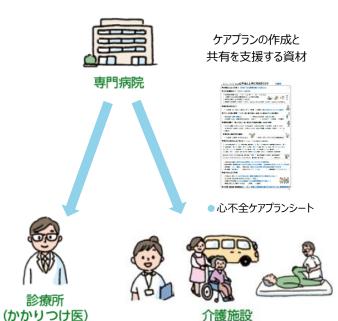
地域の「専門病院」「かかりつけ医」「介護施設・事業所」が連携し 心不全患者さんの暮らしを支える医療介護連携システムです。

#### 3つの共有で地域連携

## ● 患者さんの体調を共有

# 2 患者さんのケアプランを共有





# ❸ 心不全ケアのコツを共有



心不全と上手に付き合うコツを学ぶ QRコード

患者さん・ご家族用の 教育資材



心不全ケアのコツを学ぶ QRコード

医療・介護スタッフ用の 教育資材

## 連携病院

鳥取大学、山陰労災病院、米子医療センター、博愛病院、境港済生会病院

# 心不全地域連携パス協力医

鳥取県西部医師会は、心不全診療に関する研修をうけ、地域の心不全診療に 協力いただ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。



# 心不全地域連携パスのながれ

# 連携病院での介入

## 患者・家族への心不全教育・退院支援

## 心不全手帳の使い方を説明

教育資材を活用し、心不全教育と介護サービスの支援を行う。

血圧・体重・心不全症状の観察を教える









# ケアプランを地域に申し送る



- ○心不全ケアプランシートを使い、退院後の心不全管理と支援を計画
- ケアプランシートをかかりつけ医・介護施設・事業所に送る

# かかりつけ医・介護施設・事業所での介入

## 心不全手帳を使って健康観察

●外来・介護サービス利用時に、血圧・体重・心不全 症状の悪化がないか確認する



# ケアプランを参考に心不全ケア

●ケアプランシートとQRコードを活用して、地域で連携 して心不全管理と支援を行う















かかりつけ医

通所/訪問リハ

デイサービス

訪問看護

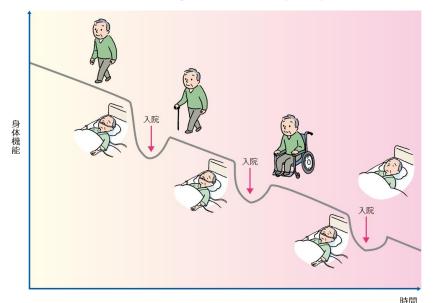
webページからご覧のかたはリンクテキストをクリック/タッチ



# 心不全地域連携の目標は?

## 心不全の悪化を防ぎ健康寿命・生命寿命を伸ばすことです

#### 心不全による入院のたびに体の機能は低下します



- 心不全患者さんは心不全が悪化する度 に苦しい思いをします。
- 治療で一時的に回復しても悪化前の状態 には戻らず、健康寿命と生命寿命は短くな ります。
- ●心不全悪化を予防し患者さんが望む生活 を実現するための管理ポイントや地域連携 の方法を提案します。



# 心不全患者さんを観察するコツは?



## 息切れ、浮腫に加え、体重、NP、頸静脈拍動をチェックします

### 1 体重

体重増加は体液貯留を反映します

#### 心不全の悪化?

安定期の体重+3kg (急な増加は+2kg/1週間)



# NP (BNPまたはNT-proBNP)

- 心臓の負担を反映します
- 息切れ・浮腫・体重増加を認める時測定
- 定期検査(3カ月に1回)

#### 心不全の悪化?

安定期の値の2倍以上

### 胸部XP·心電図

- 息切れ・浮腫・体重増加・NP増加を認める時測定
- 定期検査(6-12カ月に1回)

## 頸静脈拍動

うっ血(頸静脈圧↑)があると坐位で 頸静脈拍動が観察されることがあります

#### 心不全の悪化?

- 坐位で頸静脈の拍動+







# ○3 心不全悪化を早く見つけるコツは?

### 心不全手帳を活用します

- 「心不全手帳」は、心臓の健康状態を観察し、心不全悪化を早期発見するための手帳です。
- 連絡帳の機能もあります。患者さんへの教育や地域スタッフとのコミュニケーションにも活用します。

#### 心不全手帳の活用例

#### 1 手帳の記録

● 患者さんに血圧、体重、症状を心不全手帳に記録してもらいます。





#### 2 手帳の確認

● 外来・介護サービス利用時に手帳を持参し、体重増加などを チェックします。

月/日 体重(Kg)		3/30	3/31	4/1	4/2	4/3	4/4
		50.2	50.0	49.9	50.2	50.0	50.5
血圧 (mmHg) 脈拍 (回/分)	朝(起床時)	120/70 (65)		//8/7/ 重約50k		125/73 ( 4 )	131/65 (78)
	夜 (就寝時)	109/68	117/65 (70)	109/70		120/68	118/73 (79)









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

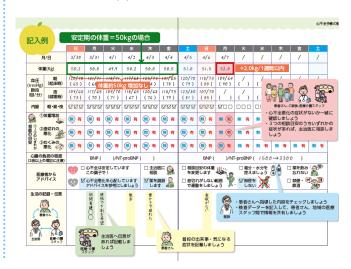
● 体重増加、息切れ、浮腫の悪化があればかかりつけ医に連絡。

#### 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の教育と地域のスタッフとの コミュニケーションを図ります



#### 「心不全手帳」の入手方法 /-

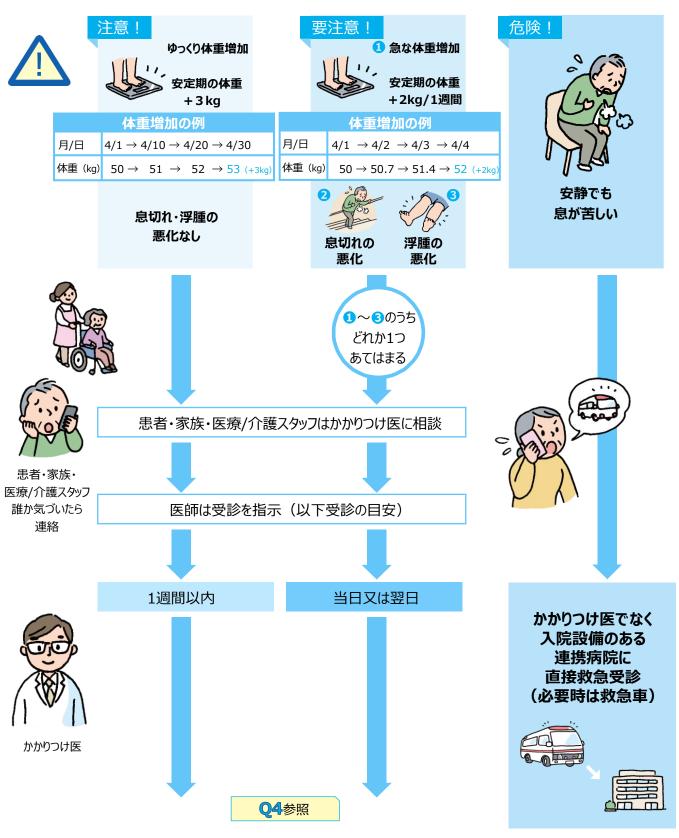
西部医師会急患診療所、境港日曜休日応急診療所にて 無料配布。西部医師会にご連絡ください。



動画で解説



# 以下の目安を、患者さん、介護施設・事業所に伝えています。 必要時受診を指示して治療をご検討ください。



医師は必要時、薬を調節、専門医に相談

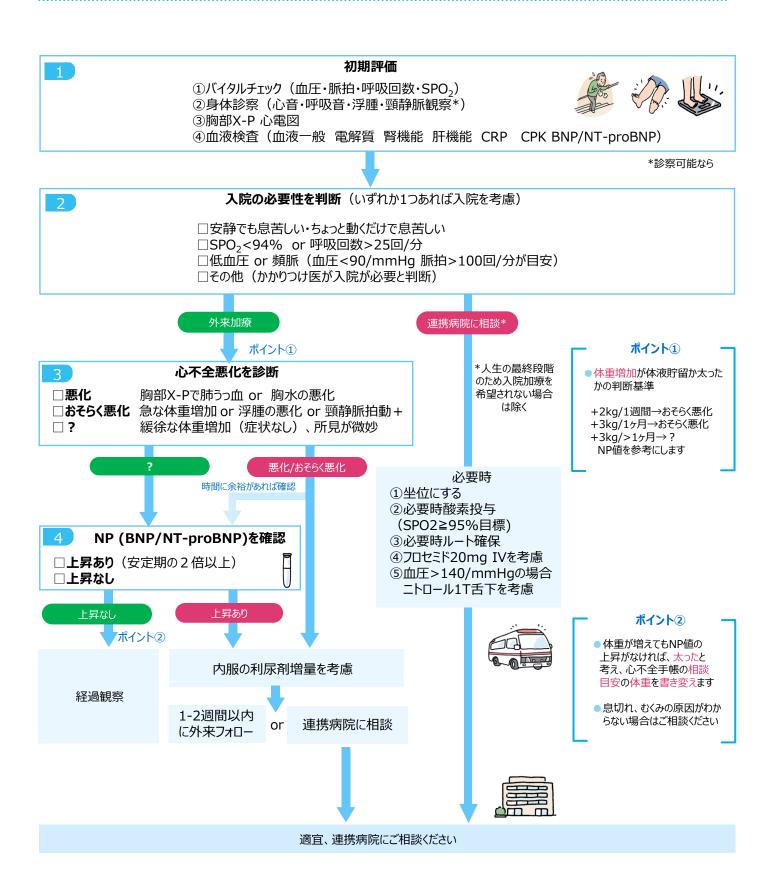




# 心不全悪化時(息切れ・浮腫・体重増加)の対応のコツは?



#### 応急処置として利尿剤を増量し、適宜、連携病院にご相談ください。



# 応急処置として、利尿剤を増量

#### A. ループ利尿剤を増量(1.5~2倍)

フロセミド20→30~40mg アゾセミド30→45~60mg



B. 必要時 フロセミド20mg IV 併用を検討 (体液貯留が強い場合)

#### ループ利尿剤の内服が高用量の場合 (フロセミド≥40mg or アゾセミド≥60mg)

十

トルバプタンを 飲んでいる





#### C. トルバプタンを増量

3.75→7.5→15mg (高Na注意)



#### D. アセタゾラミド or サイアザイドを併用

ダイアモックス 125-250mg フルイトラン 1mg(低Na 腎機能悪化注意)

#### トルバプタンを増量しても効果が無い 高Naで増量できない

- 高用量のループ利尿剤が効かない場合、トルバプタンなど別の作用機序の利尿剤を検討します。 (トルバプタンの処方には入院が必要です。連携病院にご相談ください。)
- 代替薬として、アセタゾラミドやサイアザイドも有効です。

## 早期外来フォロー or 連携病院に相談

### 1~2週間以内に外来フォロー or 連携病院にフォロー依頼

- 早期に外来フォローし、治療効果と電解質・腎機能をフォローします。
- 連携病院にフォローを依頼していただいて結構です。

# 悪化を繰り返さないために、原因を探す

- 利尿剤の増量はあくまで応急処置です。増悪因子を評価して原因を取り除くことが必要です。
- 増悪要因の精査など、適宜ご相談ください。

#### 医学的な介入が必要

- 虚血(心電図変化、CPK上昇)
- 高血圧⇒降圧 (外来血圧<130/mmHg目標)</li>
- 新規の心房細動、徐脈
- ●新規の心雑音
- 感染(発熱 CRP↑)
- 貧血の悪化
- ●ガイドラインに基づく心不全治療が不十分 心不全悪化をきたす薬剤が投与されている
  - ・・・・治療薬の最適化

**Q5**参照

#### 教育・支援が必要

- ●セルフケアの問題・・・・・・・・教育介入 (薬の飲み忘れ、塩分・水分の取り過ぎ、過労など)
- 高齢・独居・認知機能障害など・・・介護サービスの活用 (自己管理が困難、支援が不足) **07**参照
- ・増悪要因がない(病期の進行)・・ACP 緩和ケア



# 悪化させないために、気軽にご相談ください

#### 病状がすすんでいるサインを見逃さず ご相談ください

- 利尿剤の必要量が増えていく
- 血圧が低く、心保護薬の減量が必要
- ■BNP/NT-proBNPが経時的に上昇する
- 腎機能・肝機能が悪化する
- 体重減少(心臓カヘキシー)

2023 ACC Expert Consensus on Management of HFpEFを改変

### 定期メンテナンスで悪化を防ぎます ご相談ください

- ご希望の患者さんは定期的(1回/6-12ヶ月) に心機能・治療の評価を行います。
- 患者さんに心不全手帳・お薬手帳を持参するよう 説明してご紹介ください。



連携病院







かかりつけ医



# Q5 心不全の薬物治療のコツは?



### △ 心不全治療薬をできるだけ続け、心不全を悪化させる薬を控えます。

#### ガイドライン推奨の心不全治療薬を不用意にやめない

- 心不全悪化予防には、ガイドライン推奨の治療薬を副作用が許容される範囲で投与します。
- ACE-I/ARB、ARNI、β遮断薬は心保護作用があり、血圧が低めでも(90~100/mmHg)、症状(ふらつき・ めまいなど)がなければ原則継続します。血圧が過度に低い、症状がある場合は、Ca拮抗薬を飲んでいれば減量、 中止し、改善なければACE-I/ARB、ARNIを減量します。β遮断薬はできるだけ減らさず続けます。
- 専門的な薬剤の導入や、低血圧、腎機能悪化などにより薬剤の調節にお困りの時はご相談ください。

ガイドライン推奨の心不全治療薬			
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)	サクビトリルバルサルタン		
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	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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		

### 心不全を悪化させる薬剤(NSAIDS、プレガバリン、甘草含有の漢方など)を控える

注意が必要な薬剤	注意点
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[カリメート/アーガメイトゼリー/ロケルマ]を併用します。
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。心房細動では $1.6\sim2.6$ が目標値 $^1)$ です。納豆、青汁や薬剤(NSAIDs、抗生剤など)の相互作用に注意。
Ca拮抗薬、I 群不整脈薬	Ca拮抗薬(ジルチアゼム、ベラパミル)、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。
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、 Sick dayには必要時休薬を指示。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。

1)不整脈薬物治療ガイドライン(2020年改訂版



# ○6 心不全悪化を予防するコツは?

### 教育資材を活用し、患者さん・ご家族にセルフケアを学んでもらいます

- 心不全悪化の原因として、**セルフケア**の問題が多いため**教育介入**が不可欠です。
- 患者・家族への教育資材を活用して、教育の継続をお願いします。

#### ● 薬を飲み忘れない



#### ●適度な運動(無理しない)





#### 2 塩分・水分を取りすぎない







#### ❸ 禁煙·節酒



#### ⑥ 心不全悪化時に連絡・相談

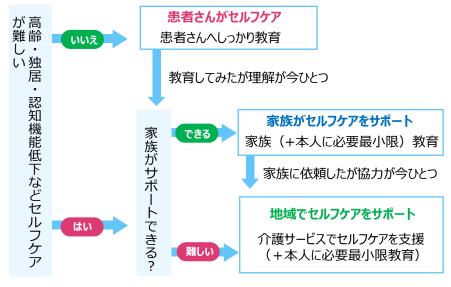




# セルフケアが困難な患者さんに介入するコツは?

# 教育資材を活用し、介護サービスの支援を行います

- 介護サービスの活用は、心不全悪化の予防に有用です。
- 介護サービスを活用した、心不全悪化を予防する方法を解説した資材があるのでご活用ください。









## フレイルを予防するコツは?



## 教育資材を活用し、食事と運動のコツを学んでもらいます

- 心不全の患者さんは、増悪を繰り返す度に、筋力や 身体機能が低下し、寝たきりのリスクが高くなります。
- フレイル予防には、バランスの良い食事、定期的な運動、 社会参加が重要です。
- フレイル予防のパンフレットや動画を活用しフレイル予防に 務めていただくようお願いします。





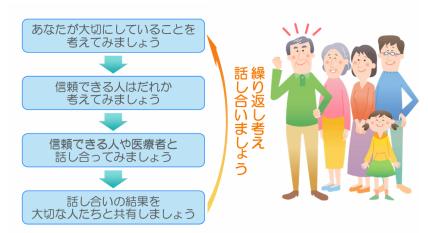
# 幸せな人生の最終段階をむかえるためのコツは?



# 人生会議: Advance care planning (ACP) が重要です

- ○心不全は癌と同じぐらい予後が悪いですが、治療やケアの選択を話し合う機会が少ないといわれています。
- ●もしもにそなえて、家族や医療者と人生の最終段階の希望を話し合い、共有する人生会議(ACP)を 行うことが推奨されています。
- ●連携パスにはACPを推進するための教育資材があります。また、心不全ケアプランシートには入院中に共有 したACPが記載されています。地域でACPをつなげていただけるようお願いします。

## 人生会議の進め方(例)





地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全診療構築のための研究 心不全教育スライド

# 心不全ケアプランシートは あなたの心不全ケアをサポートします

連携病院から送られてきたケアプランを参考に、地域で連携して心不全管理と支援を行います。

心不全ケアプランシート ( ○○ ○○ ) さんの 記載例 患者さんの目標(自宅でできる家事を続けて生活をしたい) 2 心不全手帳で健康観察 最重要 (いずれか当てはまれば、利尿剤増量や連携病院へ相談を検討) 安定期の体重+3kg (47)kg → (50)kg (急な増加は+2kg/1 週間で治療を検討) 。息切れの悪化、むくみの悪化(いずれか) 。安定期のBNP( 200 )/NT-proBNP(1000)pg/mLの2倍以上 3 セルフケア教育 ♥薬を飲み忘れない 。(■一包化 □薬カレンダー) 。注意点(食事がとれないときは、フォシーガを休薬しましょう ♥バランスの良い食事(1日3食、塩分を控え、主食と10食品をバランス良く摂取) 。(■主食 □魚 □油 ■肉 ■乳製品 □野菜 □海藻 □芋 □卵 □大豆 □果物 ■3食)の摂取を心がける 。(■味噌汁 ■漬物 □干物 □麺類の汁 □醤油・ソース □外食・惣菜 □練り物・加工肉)を控える 。 □宅配食利用 □食欲なく制限なし。□やせ注意\*。水分制限 ■なし(体重が増えれば控える) □あり( ) mL/日以下 (\*BMI<18.5:70 歳未満 BMI<20:70 歳以上) 注意点(筋力・筋肉をつけるためたんぱく質をとりましょう ♥適度な運動(週3日以上 楽~息がはずむ運動 小まめに休憩 慣れたら難易度アップ) ・バランス運動 難易度 (1.② 3)・太もも運動 難易度 (1.② 3)・ ふくらはぎ運動 難易度 (1.② 3) ・持久力運動 難易度 (1.23)・注意点 (転倒に注意しながら運動しましょう) ♥禁煙·節酒·感染予防! 。 (■節酒 □禁煙) を薦める 。手洗い・うがい・マスク・ワクチン接種を勧める 4 セルフケアと生活を支援 1-16の() 内に支援する人の略称を記入 1. 心不全手帳の記録 ( 自 ) 2. 手帳の確認、連絡相談 (デ·家 ) 3. 手帳を外来・介護事業所に持参する ( 家 ) 4. 内服の確認 (家) 5. 調理 (家) 6. 洗濯 (家) 7. 掃除 (家) 8. ゴミ出し (家) 9. トイレ (自) 10. 入浴 (デ) 11. 階段昇降 (一) 12. 買い物 (一) 13. 庭仕事 (一) 14. 農作業 (一) 15. 通院(家)(□独歩 ■杖・老人車 □車椅子 □バス・電車 □タクシー ■自家用車 □訪問診療) **自**=自立してできる 以下の支援が必要:**家**=家族( **長女** ) **看**=訪問看護 **リ**=訪問リハ **薬**=調剤薬局 **ヘ**=ヘルパー **デ**=デイケア/サービス **ケ**=ケアマネジャー **施**=施設 **他**=その他( )。生活の注意点( 家にひきこまらないようにしましょう 。経済·社会的的問題(娘さんと仲が悪い ) 。うつ・認知機能(軽度認知機能障害 MMSE23 点 ∘家族構成 (3 ) 人暮らし 家族の状況 (長女とその夫と同居 長女夫妻は共働きで日中不在 要介護度 (要介護1) 担当ケアマネ (○○さん) 介護事業所 (○○デイサービス 5 ACP ○ 大切なこと・想い ( 家族に迷惑をかけてまで長生きしたくない 。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ほしい)

。最期に過ごしたい場所 ( ■在宅

□病院

#### 5つの心不全ケアプラン

#### 目標の設定

- ●患者さんが望む生活の目標です
- ●心不全増悪を予防して患者さん のQOL向上を目指します

**Q1** 参照

#### 心不全手帳で健康観察

- 心不全悪化の判断基準です。
- 心不全手帳を確認し、悪化時は 利尿剤増量などをお願いします

Q2-5 参照

#### セルフケア教育

教育資材を使い、内服管理、 食事、運動、禁煙、節酒、感染 予防を学んでもらいます

06.8 参照

#### 4 セルフケア・生活の支援

高齢・独居・認知機能低下などで セルフケアが難しい患者さんを地域 で支えます

**Q7**参照

#### **ACP**

- 入院中に話し合ったACPです
- ●地域でACPをつなぎます

09 参照



# 連携資材は鳥取県西部医師会のHPから入手

#### ■ 地域連携パス

#### 関係様式

心不全連携パス/急性冠症候群地域連携パス/糖尿病・慢性腎臓病連携パス/

心不全連携パス

#### 3つの共有で地域連携

①患者さんの体調を共有 ⇒ 心不全手帳

②患者さんのケアプランを共有 ⇒ 心不全ケアプランシート

③心不全ケアのコツを共有

患者用教育資材はこちら ⇒ <u>心不全と上手に付き合うコツを</u> 学ぶQRコード

医療・介護スタッフ用 ⇒ <u>心不全ケアのコツを学ぶ</u> 教育資材はこちら ORコード







ORコードから以下の教育資材を視聴できます

#### 患者・家族用の教育資材



●心不全教育動画



●フレイル予防動画



● 心不全教育パンフレット



おうちで体を動かそう

#### 医療・介護スタッフ用の教育資材



●地域連携心不全Q&A



●介護サービスの活用方法Q&A



■地域連携YouTube動画



# 鳥取県西部医師会地域連携パス

で検索

