

地域連携心不全情報共有シートとは？

心不全管理と支援方法を、患者さんご家族、かかりつけ医、介護施設/事業所と共有するための申し送りシートです

かかりつけ医に送付



3枚 (ページ3.6.7)

介護施設/事業所に送付



3枚 (ページ4.6.7)

患者さん/ご家族に説明し渡す



1枚 (ページ5)

- 心不全情報共有シート (かかりつけ医用) (P3)
- 心不全地域連携パスマニュアル (P6-7)
- 心不全情報共有シート (介護施設/事業所用) (P4)
- 心不全地域連携パスマニュアル (P6-7)
- 心不全情報共有シート (患者/家族用) (心不全と上手に付き合うコツ) (P5)

心不全情報共有シートは3種類あり、かかりつけ医用に記入すると介護施設/事業所用、患者/家族用にも自動的に記入されます。

心不全地域連携パスの流れ

1 患者・家族への心不全教育・退院支援

- 教育資料を用い心不全教育と介護サービスの導入(必要時)を行います



●心不全教育動画



●心不全教育パンフレット



●心不全における介護サービスの活用方法Q&A

2 心不全手帳の使い方の説明

- 血圧・体重・心不全症状の有無を毎日記載してもらいます。相談目安の基準を説明します。



裏表紙に相談目安の体重を記載します

●心不全手帳

3 地域への申し送り

情報共有シートで地域と情報を共有し連携します

- 地域連携情報共有シートに心不全管理と支援方法を記載して患者さん/ご家族に渡し説明します (ページ5)
- 情報共有シートをかかりつけ医 (ページ3.6.7)・介護施設/事業所 (ページ4.6.7)に送ります



かかりつけ医



通所/訪問リハ



デイサービス



訪問看護

心不全情報共有シートの記入方法

- 支援に必要な5つの情報を地域に申し送り連携します
- パスの詳細は地域連携心不全Q&A、E-learningを参照

鳥取県西部医師会地域連携パス で検索



● 地域連携心不全Q&A

● 心不全E-learning

(○ ○ ○ ○) さんの **心不全情報共有シート**

記載例

1 患者さんの目標を叶える！ (自宅のできる家事を続けて生活をしたい)

2 心不全悪化を見つける！ (どれか1つあれば悪化の疑い)

- 安定期の体重+3kg (47) kg ⇒ (50) kg 以上
1週間で2kgの急な体重増加は3kg未満でも悪化の疑い
- 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

最重要！
まずはこの記入から



3 患者教育で悪化を予防する！

♥薬を飲み忘れない！

- (■一包装 □薬カレンダー) ○ 注意点 (食事がとれないときは、ファンガを休業しましょう)

♥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, 2, 3) ○ 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 心不全管理と生活を支援する！ 1-16の () 内に支援する人の略称を記入

- 心不全手帳の記録 (自)
- 手帳の確認、連絡相談 (デ・家)
- 手帳を外来・介護事業所に持参する (家)
- 内服の確認 (家)
- 調理 (家)
- 洗濯 (家)
- 掃除 (家)
- ゴミ出し (家)
- トイレ (自)
- 入浴 (デ)
- 階段昇降 (一)
- 買い物 (一)
- 庭仕事 (一)
- 農作業 (一)
- 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

へ=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 () - =普級しない

- 職業 (無職) ○ 生活の注意点 (家にひきこもらないようにしましょう)
- 経済・社会的問題 (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 想いに寄り添い支える！

- 大切なこと・思い (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 □施設)



5つの情報を申し送りましょう

1 目標を申し送る

- 患者さんが望む生活の目標を記載します。地域連携で患者さんのQOL向上を目指しましょう。

2 相談目安を申し送る

- 体重、BNP/NT-proBNPは、心不全のコントロールがついた退院前の値を記載します。

3 教育内容を申し送る

- 心不全教育パンフレット「第3話心不全の自己管理とは」「フレイルを予防するコツ」を参考にします。

4 支援方法を申し送る

- 心不全教育パンフレット「第5話 介護サービス利用のすすめ」、心不全における介護サービスの活用方法Q&Aを参考にします

5 ACPを申し送る

- 心不全教育パンフレット「第4話 心不全の人生会議とは」を参考に入院中に話し合ったACPを記載します

1 患者さんの目標を叶える！ ()

2 心不全の悪化を見つける！ (どれか 1 つあれば悪化の疑い)

最重要

- 安定期の体重+3kg () kg ➔ () kg 以上
1週間で 2kg の急な体重増加は 3 kg 未満でも悪化の疑い
- 息切れの悪化、むくみの悪化 (いずれか)
- 安定期の BNP () /NT-proBNP () pg/mL の 2 倍以上



3 患者教育で悪化を予防する！



♥薬を飲み忘れない！

- (一酸化 薬カレンダー) で管理 ◦ 注意点 ()

♥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 ()



♥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. 2. 3) ◦ 注意点 ()



♥禁煙・節酒・感染予防！

- (節酒 禁煙) を勧める ◦ 手洗い・うがい・マスク・ワクチン接種を勧める



4 心不全管理と生活を支援する！ 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 () 2. 手帳の確認、連絡相談 () 3. 手帳を外来・介護事業所に持参する ()
4. 内服の確認 () 5. 調理 () 6. 洗濯 () 7. 掃除 () 8. ゴミ出し () 9. トイレ ()
10. 入浴 () 11. 階段昇降 () 12. 買い物 () 13. 庭仕事 () 14. 農作業 ()
15. 通院 () (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 () 看=訪問看護 リ=訪問リハ 薬=調剤薬局
 ハ=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 () - = 普段しない

- 職業 () ◦ 生活の注意点 ()
- 経済・社会的問題 () ◦ うつ・認知機能 ()
- 家族構成 () 人暮らし 家族の状況 ()
- 要介護度 () 担当ケアマネ () 介護事業所 ()

5 想いに寄り添い支える！

- 大切なこと・想い ()
- もしもの時、自分の想いを代弁してくれる人 ()
- 治療に対する希望 ()
- 最期に過ごしたい場所 (在宅 病院 施設)



1 患者さんの目標を叶える！ ()

2 かかりつけ医へ相談する！ (どれか1つあれば) **最重要**

- 安定期の体重+3kg () kg ➔ () kg 以上
1週間で2kgの急な体重増加は3kg未満でも相談
- 息切れの悪化
- むくみの悪化



3 患者教育で悪化を予防する！

♥薬を飲み忘れない！

- (一包化 薬カレンダー) で管理 ◦ 注意点 ()



♥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 ()



♥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. 2. 3) ◦ 注意点 ()



♥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 心不全管理と生活を支援する！ 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 () 2. 手帳の確認、連絡相談 () 3. 手帳を外来・介護事業所に持参 ()
4. 内服の確認 () 5. 調理 () 6. 洗濯 () 7. 掃除 () 8. ゴミ出し () 9. トイレ ()
10. 入浴 () 11. 階段昇降 () 12. 買い物 () 13. 庭仕事 () 14. 農作業 ()
15. 通院 () (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 () 看=訪問看護 リ=訪問リハ 薬=調剤薬局
 へ=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 () - =普段しない

- 職業 () ◦ 生活の注意点 ()
- 経済・社会的問題 () ◦ うつ・認知機能 ()
- 家族構成 () 人暮らし 家族の状況 ()
- 要介護度 () 担当ケアマネ () 介護事業所 ()

5 想いに寄り添い支える！

- 大切なこと・想い ()
- もしもの時、自分の想いを代弁してくれる人 ()
- 治療に対する希望 ()
- 最期に過ごしたい場所 (在宅 病院 施設)



1 目標を叶えましょう! ()

2 かかりつけ医へ相談しましょう! (どれか1つあれば) **最重要**

- 安定期の体重+3kg () kg → () kg 以上
- 1週間で2kgの急な体重増加は3kg未満でも相談
- 息切れの悪化
- むくみの悪化



3 心臓に優しい生活をしましょう!

♥薬を飲み忘れない!

- (一酸化 薬カレンダー) で管理しましょう ◦ 注意点 ()



♥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 ()



♥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. 2. 3) ◦ 注意点 ()



♥禁煙・節酒・感染予防!

- (節酒 禁煙) を心がける ◦ 手洗い・うがい・マスク・ワクチン接種



4 毎日の生活をみんなで支えます! 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 () 2. 手帳の確認、連絡相談 () 3. 手帳を外来・介護事業所に持参する ()
4. 内服の確認 () 5. 調理 () 6. 洗濯 () 7. 掃除 () 8. ゴミ出し () 9. トイレ ()
10. 入浴 () 11. 階段昇降 () 12. 買い物 () 13. 庭仕事 () 14. 農作業 ()
15. 通院 () (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=患者さんが自分で行う 以下の人が支援する: 家=家族 () 看=訪問看護 リ=訪問リハ
 薬=調剤薬局 ハ=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 ()

5 あなたの想いに寄り添います!

- 大切なこと・想い ()
- もしものとき、想いを代弁してくれる人 ()
- 治療の希望 ()
- 過ごしたい場所 (在宅 病院 施設)



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」が心不全手帳を使って連携する医療介護連携システムです。



●心不全手帳



●地域連携心不全情報共有シート



●地域連携心不全Q&A

●心不全E-learning

1 心不全手帳を使い体調を共有

- 心不全手帳は患者さんの**体調**を地域で**共有**する資料です。
- 患者さんは手帳を記録し、外来・介護事業所に持参します。**心不全悪化**がないか手帳を**確認**しましょう。
- 連携メモ欄**を使い、地域で**コミュニケーション**をとります

2 情報共有シートを使い心不全管理を支援

- 心不全情報共有シートは心不全管理と支援方法を記載した連携病院からの**申し送り**です。
- 情報を共有し**切れ目のない支援**を行いましょ

3 心不全Q&A・E-learningで心不全を学ぶ

- 地域連携心不全Q&A、心不全E-learningは**心不全管理**と**支援方法**を学ぶための資料です
- 各教育資料は**西部医師会**の**HP**から入手できます

鳥取県西部医師会地域連携パス で検索



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。

心不全情報共有シートを用いて支援

(○○ ○○) さんの 心不全情報共有シート

記載例

1 患者さんの目標を叶える！ (自宅のできる家事を続けて生活をしたい)

2 心不全悪化を見つける！ (どれか1つあれば悪化の疑い)

最重要！
まずはこの介入から

- 安定期の体重+3kg (47) kg → (50) kg 以上
- 1週間で2kgの急な体重増加は3kg未満でも悪化の疑い
- 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 患者教育で悪化を予防する！

♥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. 2. 3) 。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 心不全管理と生活を支援する！ 1-16の () 内に支援する人の略称を記入

- 心不全手帳の記録 (自)
- 手帳の確認、連絡相談 (デ・家)
- 手帳を外来・介護事業所に持参する (家)
- 内服の確認 (家)
- 調理 (家)
- 洗濯 (家)
- 掃除 (家)
- ゴミ出し (家)
- トイレ (自)
- 入浴 (デ)
- 階段昇降 (一)
- 買い物 (一)
- 庭仕事 (一)
- 農作業 (一)
- 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
 へ=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 () -- =普段しない

- 職業 (無職) 。生活の注意点 (家にひきこもらないようにしましょう)
- 経済・社会的問題 (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 想いに寄り添い支える！

- 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 □施設)

5つの支援を行いましょう

1 目標達成を支援

- 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向上を目指しましょう

2 心臓の健康観察を支援

- 心不全悪化を判断する基準です。
- 心不全手帳を外来・介護事業所で確認しましょう。
- 心不全Q&Aを参考に心不全悪化時の対応を行いましょう

3 患者教育を支援

- 入院中の指導内容です
- 内服管理、食事、運動、禁煙、節酒、感染予防を御指導ください

4 自己管理と生活を支援

- 自己管理と生活の支援方法です。
- 介護サービスを利用する患者さんは、かかりつけ医と介護事業所で心不全手帳を使い連携しましょう

5 意志決定を支援

- 入院中に話し合ったACPです
- 地域で適宜アップデートしましょう

心不全悪化時の相談窓口

かかりつけ医はこちら

- 平日・日中 ▶ ○○ TEL : ××-××-××××
- 夜間・休日 ▶ ○○ TEL : ××-××-××××

介護施設・事業所はこちら (○○病院に通院の患者さん)

- 平日・日中 ▶ ○○ TEL : ××-××-××××
- 夜間・休日 ▶ ○○ TEL : ××-××-××××

○○病院以外に通院の患者さんは、かかりつけ医に相談し、
 かかりつけ医と連絡がとれない場合、○○病院にご相談ください