

# 第66回西部在宅ケア研究会

超高齢社会で急増する心不全

心不全とは？

## 「心不全パンデミック」 を地域で乗り切る

心不全パンデミックとは？

～我々も「心不全ケアチーム」の一員です～

### 事例紹介

「皆で広げよう！心不全ケアの和 ～事例を通して～」

訪問看護ステーションなんぶ幸朋苑

管理者 武良 恵美子 さん

### 講演

「明日から実践！心不全の地域連携  
ーケアスタッフが主役ですー」

鳥取大学病態情報内科学 講師 衣笠 良治 先生

心不全による入院患者数が、2012年から16年まで毎年1万人ずつ増加しているという調査があります。心不全患者は高齢者が多いため、団塊の世代に次いで人口の多い団塊ジュニア世代が高齢者となる2035年をピークに、患者数・死亡者数増加、医療費増大、病床不足、医師不足などで医療体制が疲弊する「心不全パンデミック」に陥ると危惧されています。

### グループディスカッション

心不全手帳を用いた患者さんの体調共有と  
増悪時の対応について仮想の事例を通じたの検討など

心不全手帳です！



申し込み不要  
参加費無料

★当日、ご参加いただいた皆様へ  
心不全ケア3点セット  
(心不全手帳・心不全Q&A・申し送りシート)を進呈します！

日時・会場

令和元年7月10日(水) 午後7時～9時

ぴあべール米子 米子市両三柳103 TEL 0859-39-2222

主催・問い合わせ先

西部在宅ケア研究会 米子市久米町136番地 TEL 0859-34-6251 FAX 0859-34-6252

後援：鳥取県西部医師会・鳥取県西部歯科医師会・鳥取県薬剤師会西部支部 西部在宅ケア研究会 検索

# 第66回 西部在宅ケア研究会 例会

超高齢社会で急増する心不全

## 「心不全パンデミック」を地域で乗り切る

～我々も「心不全ケアチーム」の一員です～

日時:令和元年7月10日(水)午後7時～9時

会場:ぴあべール米子

### ----- プログラム -----

19:00 開会

司会 なかむら医院 院長 仲村広毅 先生

19:05 事例紹介

「皆で広げよう！心不全ケアの和 ～事例を通して～」

訪問看護ステーションなんぶ幸朋苑 管理者 武良恵美子 さん

19:15 講演

「明日から実践！心不全の地域連携 ～ケアスタッフが主役です～」

鳥取大学病態情報内科学 講師 衣笠 良治 先生

20:00 グループディスカッション

20:45 質疑応答

20:55 アンケート記入

21:00 閉会

**西部在宅ケア研究会ホームページ**

<http://www.seibu.tottori.med.or.jp/isikai/care/index.html>

**西部在宅ケア研究会**

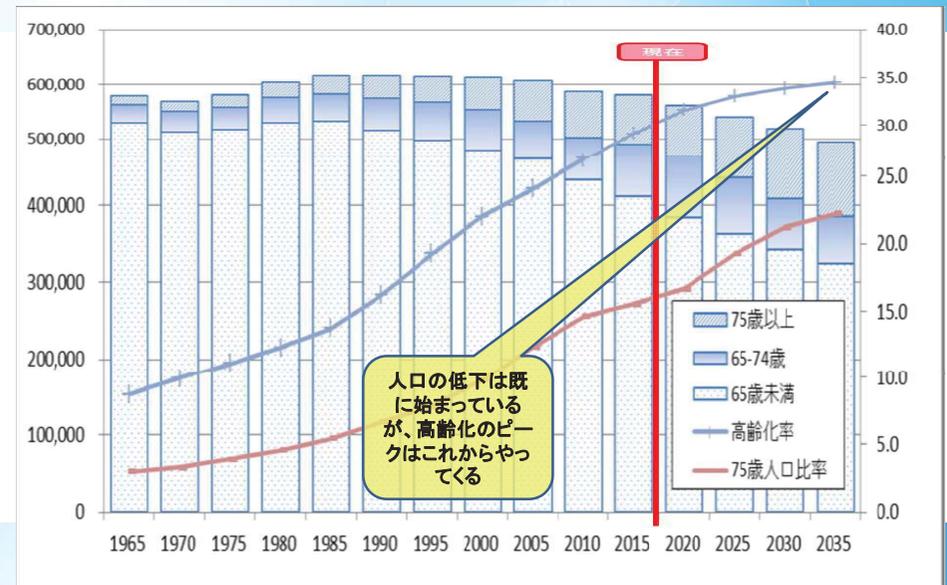
後援：鳥取県西部医師会 鳥取県西部歯科医師会 鳥取県薬剤師会西部支部

# 皆で広げよう! 心不全ケアの和 ~事例を通して~

令和1年7月10日

訪問看護ステーションなんぶ幸朋苑  
武良 恵美子

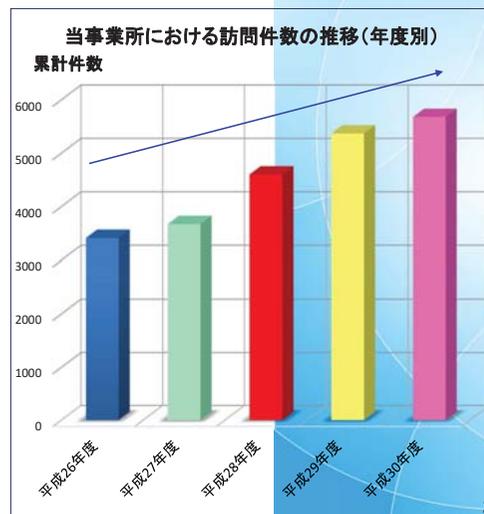
## 鳥取県の人口と高齢化



## 訪問件数の増加と疾患の複雑化

- ・高齢化による疾患の複数化・多様化
- ・高齢化による疾患の進行
- ・高齢化による身体機能の低下
- ・社会背景・家族背景に関連した基本的な介護力の不足
- ・経済的理由

等の様々な要因の関与



## 介入時には疾患・既往症に**注目**を!

### 高齢化による疾患の複数化・多様化



循環器系の疾患はその機能から  
身体に連動作用を及ぼす

更なる状態悪化をまねき易い

## 事例紹介

- ・87才、女性
- ・要支援2(介入時)
- ・支援依頼内容

### ADL低下に対してリハビリ支援依頼

- ・既往症 顕微鏡的多発血管炎  
ステロイド糖尿病  
間質性肺炎  
誤嚥性肺炎  
骨粗しょう症  
高血圧症

5

## 〈処方薬(家人管理)〉

- ・プレドニン10mg 1回2錠 朝食後
- ・ダイフェン 1回0.5錠 朝食後(月・水・金)
- ・トラゼンタ(5) 1回1錠 朝食後
- ・シュアポスト(0.5) 1回0.5錠 昼・夕食前
- ・スピリーバ吸入用カプセル(18) 1回1カプセル
- ・ホクナリンテープ(2) 1回1枚 1日1回

6

## 介入経過

- ・平成31年4月3日 初回訪問  
ADL評価のためリハビリ・看護師同行訪問 訪問はリハビリ職員が1回/週

### 〈訪問時のバイタルサイン〉

体温 36.5℃  
脈拍 50台後半/分(不整+) ⇒ **トイレ歩行後 98回/分に上昇**  
血圧 104/58mmHg  
SPO2 96% ⇒ 98% (**トイレ歩行後に呼吸速迫あり**)  
浮腫 **顔**、四肢に認められる(少し前まで顔の浮腫は無かったとの家族情報あり)

〈主訴(心肥大の指摘の既往ありと本人より情報あり、家族は把握していない)〉

咳嗽 時々+  
胸部絞扼感(時々) 少しすると軽快

### ※リハビリ職員へのアセスメント指示

- ・呼吸状態や脈拍の変動に対する注意・観察を十分に行う
- ・BWの経時的チェックが必要
- ・今後訪問時に状態悪化している様子あれば看護師に連絡をする

### ※家族へのアドバイス

- ・心臓への負担感が懸念されるので、体調の増悪あれば看護師の訪問導入必要と説明。  
⇒ 家族の同意在り。

7

平成31年4月10日 訪問2回目

### 〈訪問時のバイタルサイン〉

体温 36.1℃  
脈拍 70台後半~90台/分(不整+)  
⇒ **リハビリ支援後 110台/分に上昇**

血圧 110/67mmHg  
SPO2 96% ⇒ **リハビリ支援後 94%に下降するも1分位で改善**  
座位での足上げ10回実施で呼吸苦出現

### 〈主訴〉

- ・前日4/9の夜眠れず、何度も起きていた。体調良くない、と。

8

平成31年4月17日 訪問3回目

〈訪問時のバイタルサイン〉

体温 37.0°C

脈拍 70台～100台/分で変動多い(不整+)、橈骨動脈触知圧微弱

血圧 110/70mmHg

SPO2 98%～96%で変動大きく、不安定

訪問時既に喘鳴あり。水平臥床では呼吸苦強く、起坐呼吸で多少軽減あり。端座位で足背チアノーゼ出現。

〈主訴〉

・夜間眠れず、10分おきに起きていた、と。

9

平成31年4月17日

看護師の緊急訪問(リハビリ職員より連絡を受け訪問)

〈訪問時のバイタルサイン〉

体温

脈拍 140台～160台/分で変動多い(不整+)

血圧

SPO2 96%～89%で変動大きい

呼吸速迫あり、肩呼吸状態(努力様呼吸)

〈主訴〉

・横になる(臥床する)とえらい(辛い)、と。



これら経時的な状況と症状から心不全増悪の可能性大と評価

10

フォローアップを受けていた病院・該当科へ連絡



救急搬送決定。入院後 該当科⇒循環器内科へ紹介、転棟。  
うっ血性心不全の診断で約40日の入院加療後退院。

11

退院後の状態管理のために.....

退院前カンファレンス開催(退院1週間前)

- ・カンファレンス時点でのADLなどの身体機能状況の確認
  - ・必要な介護支援の確認・調整
  - ・退院後の注意点の確認
  - ・退院日の調整
- 等を検討



退院後

- 訪問介護・・・排泄支援と家人への支援伝達・指導
  - 訪問看護・・・体調管理、緊急対応、療養指導
  - 通所介護・・・入浴等の保清支援、体重測定、家人の日中の介護負担軽減
  - ケアマネ・・・利用者本人の状況・サービスの状況を確認、調整
- 等

等

12

- ・心不全ノートを各サービスで記載・共有
- ・各サービス間での通常よりのこまめな情報共有



- ・退院後約3週間経過。
- ・難病の加療による糖尿病があるも、体重変動は+1kg前後で推移中。
- ・心不全兆候の再燃は今のところ出ていない。

①多様化・複雑化する状態のアセスメントには予測視点や包括的な判断が必要 ⇒ 早期に医療視点での介入を!

②関わる支援側がチームとしてアセスメントに必要な情報や視点を共有することが重要



地域連携・心不全Q&A

地域連携・心不全Q&A

心不全と上手につきあうには

心不全で入院経験のある方  
お守りさん

明日から実践！心不全の地域連携  
-ケアスタッフが主役です！-

鳥取大学医学部病態情報内科学分野



衣笠 良治



STEP1 学ぼう！  
心不全とはどんな病気？

WHAT IS HEART FAILURE?

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

心不全は  
どんな病気？



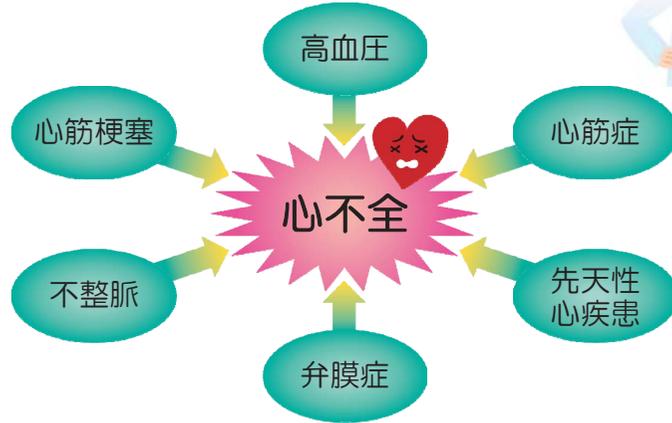
心不全とはどんな病気？

心不全と上手につきあうコツ

心不全とは  
心臓の機能が悪いためにむくみや息切れが起こり  
だんだん悪くなって、生命を縮める病気です。



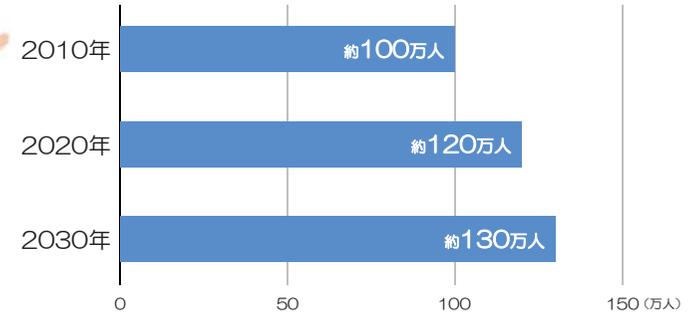
心不全は高血圧、心筋梗塞など  
様々な疾患が原因となります



心不全で苦しんでいる患者さんは年々増えており  
心不全パンデミックといわれています

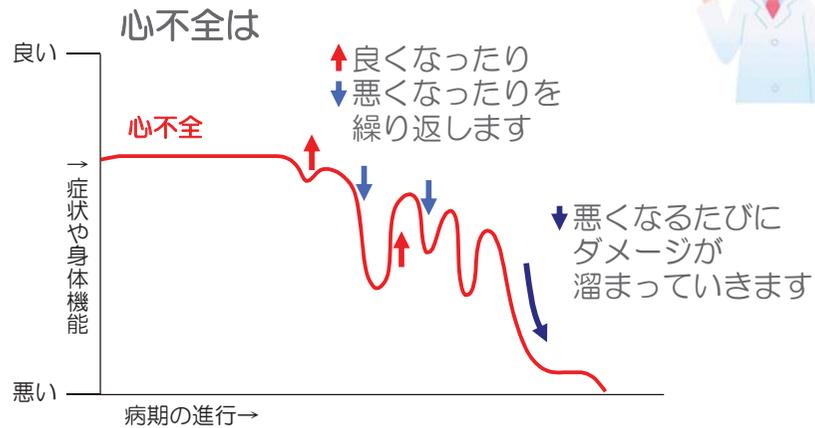


心不全患者さんの推定総数



Okura Y, et al. Circ J 2008; 72: 489-491.

なるべく心不全を悪くしないように  
することが大切です



Murray SA et al. BMJ 2005; 330: 1007-11 より改変引用

心不全と  
上手につきあうコツ



## 普段の生活で 心不全を悪化させる原因は

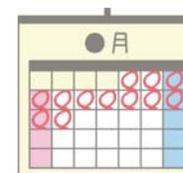


- ✗ 薬の飲み忘れ
- ✗ 塩分のとりすぎ
- ✗ 過労・運動不足
- ✗ 喫煙・お酒の飲み過ぎ
- ✗ 感染（かぜ・肺炎）
- ✗ 我慢して受診しないなど

すべて自分で注意することで防げます

## その1 薬を飲み忘れないように しましょう

- 症状が良くなってもお薬をやめると心不全が悪くなります。
- 毎日、続けて飲むことがとても大切です。



## その2 塩分をとりすぎないように しましょう



- 減塩の目標は**1日6g未満**です。
- 塩分をとり過ぎると身体に水が溜まり、心不全増悪の原因となります。



## 減塩のコツ

-  ✓ 汁物は1日1杯まで。麺類の汁は残す。
-  ✓ 漬物は控える。
-  ✓ 煮物は1食1品程度。和え物や酢の物を選ぶ。
-  ✓ レモンや酢など酸味を生かす。
-  ✓ 加工食品より、旬の新鮮素材を使う。

### その3 適度な運動をしましょう



- 適度な運動は心不全悪化の予防に有効です。普段から運動を心がけましょう。



- ただし、息切れを強く感じるきつい運動は逆に心不全を悪化させるので、注意しましょう。

13

### 運動のコツ ウォーキングの場合



- ✓ ゆっくり開始し、息がはずむ程度の速さで歩きます。
- ✓ 1日5～10分から開始し、徐々に30分程度まで増やしましょう。
- ✓ 週に3～5日を目安に行いましょう。

- 医師の指示のもと行い、心不全悪化の症状がある時は運動を控えましょう。

14

### その4 禁煙・節酒を心がけましょう



15

### 禁煙に挑戦してみましょう



- タバコは血圧・脈拍の上昇や不整脈を引き起こし心臓の負担となります。

- 周りの人が吸っていても影響を受けます。ご家族のかたも禁煙に協力しましょう。



16

### 節酒を心がけましょう



- お酒を飲む方は、休肝日を作り適量にとどめましょう。



#### アルコールの適量（エタノール20g）の目安

ビール	500ml（中瓶1本）
日本酒	180ml（1合）
ワイン	200ml（ワイングラス2杯）
ウィスキー	60ml（ダブル1杯）

日本高血圧学会の飲酒量目安 20～30g以下（女性は10～20g以下）

### その5 感染予防を心がけましょう



- 外出後はうがいと手洗いをしましょう。



- 肺炎球菌ワクチン・インフルエンザの予防接種をうけましょう。

### その6 心不全の悪化を認めたら 医師・看護師に相談しましょう

心不全はどのように悪化するのでしょうか？



注意!	要注意!	危険!
 体重増加 (症状なし)	 体重増加 + 息切れの悪化 むくみの悪化	 安静でも 息が苦しい

- 体に水がたまり体重が増える
- この時点では症状なし
- 軽い心不全症状が出現
- 我慢していると…
- 心不全症状が増強
- 我慢できず…



救急入院

### もし、心不全が悪化しても…

<b>注意!</b>  体重増加 (症状なし)	<b>要注意!</b>  体重増加 + 息切れの悪化 むくみの悪化	 外来に 相談・受診・治療	 救急入院
----------------------------------	---	---------------------	----------

無症状、もしくは軽い症状の早い段階で悪化に気づき外来受診・治療を受けると心不全増悪を防げる可能性があります。

悪化を見逃さないために 毎日体調をチェックする



✓ 体重測定

✓ 血圧測定

✓ 息切れ・むくみの確認

毎日確認  
しましょう

悪化を見逃さないために 心不全手帳に体調を記録する



2017年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
体重	55.0	55.0	55.0	55.0	55.0	55.0	55.0	55.0	55.0	55.0	55.0	55.0
血圧	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70
息切れ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
むくみ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
医師受診												
看護師受診												
入院												
死亡												
備考												

心不全手帳の入手方法は日本心不全学会のホームページをご参照ください。  
<http://www.asas.or.jp/jhfs/topics/shinhuzentechou.html>

- 体重・血圧・症状の有無を心不全手帳、もしくはお使いの血圧手帳に記載して変化がないか確認しましょう。
- 手帳を受診時に持参して医師・看護師にもあなたの体調に変化がないかを見てもらいましょう。

このような体調の変化がある場合は  
医師に相談して必要時受診しましょう



早めに相談・受診しましょう

- ✓ 動いた時の息切れ
- ✓ ここ数日の急激な体重増加
- ✓ 足のむくみの悪化

すぐに連絡・受診しましょう

- ✓ 安静時に息苦しい、寝ると息苦しい
- ✓ 血圧が低くフラフラする

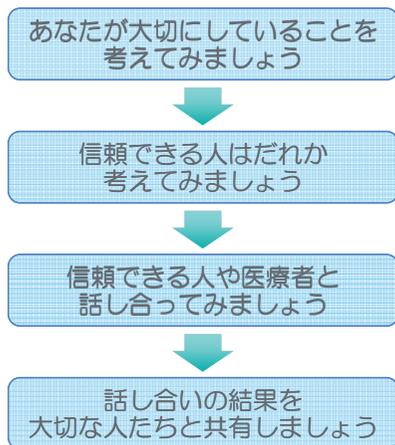
その7 もしもに備え、  
人生会議をおこないましょう



人生会議(アドバンス・ケア・プランニング)のすすめ

講演「明日から実践！心不全の地域連携—ケーススタディが主役です—」 衣笠良治先生

## 人生会議の進め方（例）



繰り返し考え話し合ってみよう



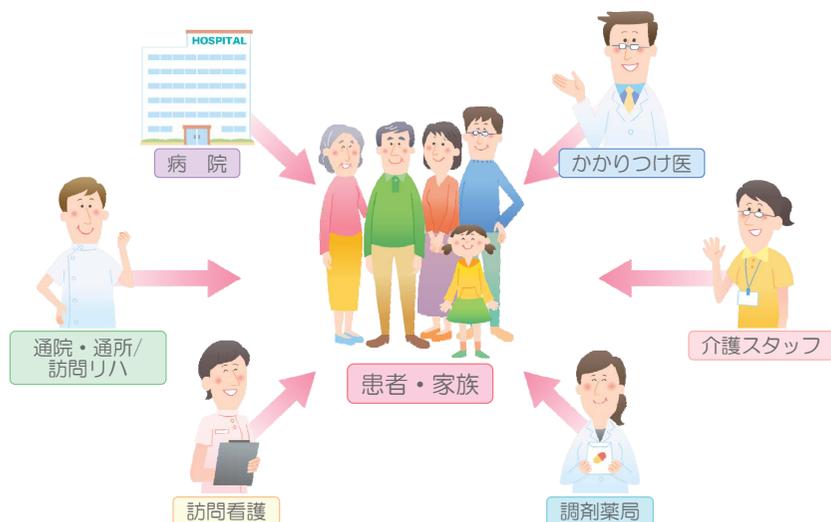
厚生労働省 ~人生の最終段階における医療・ケアについて話し合ってみませんか?~  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000405126.pdf>を参考に作成

心不全と長く付き合っていくうちに辛い、苦しいときがあるかもしれません。



でも、あなたは一人ではありません。

## 地域の医療・介護スタッフみんながあなたを支えてくれます



## 最後におさらいです

心不全と上手につきあう7つのコツは…

- ✓ 1. 薬を飲み忘れない
- ✓ 2. 塩分を控える
- ✓ 3. 適度な運動
- ✓ 4. 禁煙・節酒
- ✓ 5. 感染予防
- ✓ 6. 心不全悪化の症状を認めたら 医師・看護師に相談する
- ✓ 7. 人生会議をおこなう



全てを最初から完璧にやろうと思わず、医師・看護師と一緒に優先順位を決めて、できることから始めましょう。

## まとめ STEP1 学ぼう！

### 心不全とはどんな病気？

1. 心不全とは心臓の機能が悪いためむくみや息切れが起こりだんだん悪くなって、生命を縮める病気です。
2. 心不全で苦しんでいる患者さんは年々増えています（心不全パンデミック）
3. 心不全は良くなったり、悪くなったりを繰り返し、悪くなるたびに体にダメージがたまります。心不全を悪化させないことが重要です。
4. 患者さんが心不全と上手に付き合うには自己管理と人生会議が重要。ケアスタッフも 共有して、患者さんを支えましょう。



## STEP2 学ぼう！ 心不全の地域連携！ケアスタッフが主役です

TO LEARN COLLABORATIVE IN HF

## 心不全の地域連携がなぜ必要？

### 現在、心不全がかかえる二つの問題点



## 心不全の問題点一つ目

### 心不全はあふれるように急増（心不全パンデミック）



## 高齢化の影響で

心不全入院患者は10年で約2倍増加



Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

33

## あふれる心不全に対して

鳥取は循環器専門医の数が限られている



鳥取県60名

VS



循環器専門医



東京都2098名

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

34

## 循環器医と非循環器医

連携した診療が不可欠な時代に



循環器医



かかりつけ医

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

35

## もう一つの心不全の問題

心不全患者の高齢化



Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

36

## 心不全患者の年齢は

この10年で平均3歳上昇



Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

37

## 高齢心不全は

自己管理を一人で行うことが難しい



患者さんが  
心不全と上手に付き合う  
自己管理のコツを  
実践できない

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

38

## 家族のサポートは？

独居・老々介護 患者さんを支える家族が不在



Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

39

## 高齢心不全を地域で支えるには

患者さんに身近に接するケアスタッフとの連携が不可欠



Department of Molecular medicine and therapeutics, Tottori University

40

## 非循環器医・ケアスタッフも含めた地域全体で

### 心不全患者さんを支えることが必要な時代に

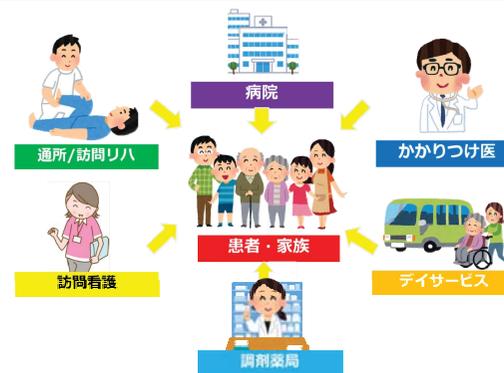


Department of Cardiovascular medicine, Tottori University 

41

## 地域全体で

### 心不全チームとして患者さんを支える！



Department of Cardiovascular medicine, Tottori University 

42

## 心不全の地域連携

### 現状の問題は？



Department of Cardiovascular medicine, Tottori University 

43

## 患者さんの情報・体調共有がうまくいかず

### 心不全増悪で入院

症例 80歳台男性 認知症あり

心不全増悪で鳥取大学に入院。退院後は、近くの病院でフォローとなった。  
1回/週デイケアの利用があり。退院時の体重57kg。

退院後の最初の外来受診時に、体重61kg(+4kg)と増加。  
しかし、病院・デイケアに退院時体重の情報共有がうまくいってなかった  
ため体重増加がわからず、このときは処置はなし。

その2週間後、外来受診時に体重がさらに7kg増加。心不全増悪として、  
外来で治療するが反応なく入院。

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University 

44

### もし、心不全が悪化しても…



無症状、もしくは軽い症状の早い段階で悪化に気づき外来受診・治療を受けると心不全増悪を防げる可能性があります。

しかし  
この症例のように高齢の患者さんが

自分の体調を評価することは難しい



### 体重の情報を地域で共有できていれば

体重増加を見つけることで心不全増悪を早期に察知



患者・家族・医療/介護スタッフ  
誰か気づいたら連絡

測定間隔  
・家で毎日  
・デイケア/サービス  
訪問看護毎回

増加の判断基準  
・基準体重+3kg以上  
・急な体重増加  
(+2kg以上/1週間以内)

このような問題を解決するため  
鳥取西部医師会と共同で

地域連携パスを作成



参加施設

- ・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

# 地域の連携・共有を実現する3つのツール

地域連携・心不全 Q&A  
-医師編-

心不全手帳

心不全申し送りシート

# 地域連携 1つ目のツール

## 心不全手帳

心不全手帳

登録時にお持ちください

日本心不全学会

# 心不全手帳は

## ①患者教育のツール

### 心不全とはどんな病気ですか?

心不全とは、心臓の機能が弱いために息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなって、生命を脅かす病気です。高血圧や糖尿病、肥満、動脈硬化などは、心臓の病気の大きなリスクです。やがて、心筋梗塞、心不全、弁膜症など、いろいろな心臓の病気を引き起こして、心不全となります。

### 心不全のサインの観察

こんなときはイエローカード!  
心不全が悪くなっています。水分・塩分は減らす必要があります。医師と相談してください。生活を見直しましょう。

● 体重増加  
この数日で体重が増えていますか?  
● 呼吸が苦しくなりました。  
● 胸が締め付けられる感じがしました。

● 足のむくみ  
足はむくんでいますか?  
● 足のむくみを減らすには、足のむくみを減らす薬を処方していただきます。  
● こんでいた足、むくみが減ります。

### 心不全の自己管理のコツ

# 心不全手帳は

## ②患者さんの体調を共有するツール

### 毎日の記録②

年	日	月	火	水	木	金	土
月/日	/	/					
体重(kg)							
血圧(mmHg)							
息切れ	有・無						
むくみ	有・無						
自覚症状	有・無						
寝た	有・無						
運動	有・無						
服薬チェック	有・無						

メモ

患者さんが  
・ 毎日の体重・血圧  
・ 自覚症状を記載

全部記載する必要はありません。  
体重だけでもO.K

## 心不全手帳を使い 地域で心不全の悪化をチェック

### 地域連携パスの一番の目玉

患者さんは毎日の  
体重を心不全手帳に記録

外来・介護サービス利用時に持参  
手帳をかかりつけ医・  
ケアスタッフにみてもら

本人が体重測定・記載ができない  
場合はスタッフがかわりに測定・  
記載。  
体重の経過をみんなで共有する  
ことが目的

かかりつけ医  
訪問看護  
デイサービス

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

53

## 心不全手帳で

### 患者さんの体調をみんなで共有

毎日の記録 (13)

月/日	日	月	火	水	木	金
9/23	24	25	26	27	28	
体重 (kg)	47.4	48.0	48.1	49.2	49.3	49.4
血圧 (mmHg)	朝 (132/82) 寝る前 (67)	朝 (136/80) 寝る前 (65)	朝 (140/78) 寝る前 (70)	朝 (142/78) 寝る前 (72)	朝 (144/80) 寝る前 (68)	朝 (144/78) 寝る前 (68)
自覚症	息切れ むくみ	息切れ むくみ	息切れ むくみ	息切れ むくみ	息切れ むくみ	息切れ むくみ
疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

+2kg/5日間

- 急な体重増加心不全悪化？
- 息切れはどうだろう？
- むくみはどうか？

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

54

## 悪化が疑われたら

### 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

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

55

## さらに、心不全手帳は

### ③患者さん・地域でのコミュニケーションツール

運動チェック  
服薬チェック  
睡眠チェック  
食事チェック  
排便チェック  
水分チェック  
その他

医療スタッフ連携ノート

指導  
水分は1500mlまでに控えま  
しょう

賞賛  
この調子でがんばりましょ

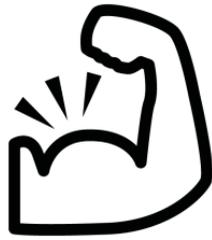
連絡  
便秘で下剤を希望さ  
れています

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

56

## 心不全手帳を用い 情報共有・コミュニケーション

### 地域のチームカアップ！！



Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

57

## 地域連携 2つ目のツール

### 地域連携心不全Q&A

#### 地域連携・心不全 Q&A

・メディカル・ケアスタッフ編

▶ 患者さんを支え、寄り添う地域のチーム医療  
医療・介護スタッフも心不全チームの一員です



医療者・ケアスタッフ向けの  
心不全の取り扱い説明書  
いわゆる「トリセツ」  
医師編  
メディカル・ケアスタッフ編  
の二つを作成

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

58

## ケアスタッフのための

### 地域連携 6つのコツを解説

▶ 目標を達成するための 6つのコツ

- ① 患者教育で心不全悪化を予防！ → Q 2 参照
- ② 心不全悪化を見逃さない！ みつけたら連絡！ → Q 3 5 参照
- ③ 心不全手帳を使い地域のチームカアップ！ → Q 4 参照
- ④ もう怖くない！ 心不全のリハビリ → Q 6 参照
- ⑤ 心不全患者さんに入浴を楽しんでもらいたい！ → Q 7 参照
- ⑥ 患者さんの想いを共有！ 人生会議をはじめよう！ → Q 8 参照

地域連携・心不全Q&A メディカル・ケアスタッフ編 P1

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

59

## 地域連携 3つ目のツール

### 心不全申し送りシート

( ) さんの心不全と上手に付き合うコツ

- 目標 ( )
- かかりつけ医への相談 (どれか 1つあれば)
  - ・ 基準体重+3kg 以上 ( ) kg → ( ) kg
  - ・ 基準体重+2kg 以上/1 週間以内
  - ・ 息切れ・むくみの悪化
- 薬を飲み忘れない！
  - ・ 管理方法 (  一包化  薬カレンダー ) ・ ( ) が管理。

個々の患者さんの心不全と  
上手に付き合うコツの具体  
的な内容を記載したもの。  
紹介状添付用  
心不全手帳用の2通を用意

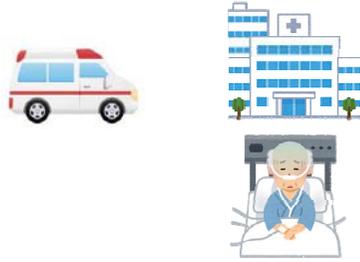
地域連携・心不全申し送りシート

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

60

# 心不全パスの運用方法

## 心不全で入院 状態が落ち着いたら・・・

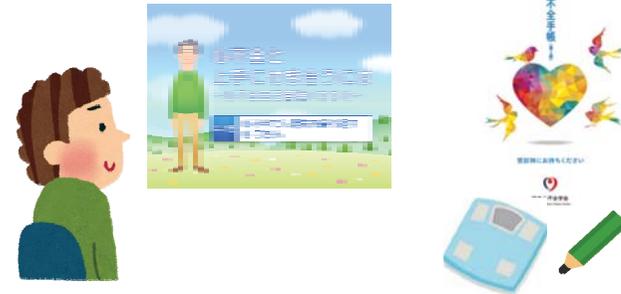


### 参加施設

- ・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

# STEP 1

## 患者・家族へ教育・心不全手帳への記録を練習



# STEP2

## 退院時に申し送りシートを記入・手帳にシートを貼る



- ( ) さんの指導・申し送り
- 項目 ( )
  - 心不全対策への理解
    - 基準体重 ( ) kg ( ) kg (+3kg)
    - 1週間で+2kgの体重増加
    - 息切れ・むくみの悪化
  - 薬を飲み忘れない
    - 管理方法 (口→目化、口薬→レンジ等) ( ) 計量機
  - 水分・食分を数値化する
    - ( ) 計量機
    - 水分制限 ( )



# STEP3

## 紹介状・看護連絡票と一緒に心不全Q/Aと申し送りを送る



かかりつけ医    デイケア/サービス・訪問看護

## STEP4

### 心不全手帳を使いみんなで体調をチェック



患者さんは毎日の  
体重を心不全手帳に記録



外来・介護サービス利用時に持参  
手帳をかかりつけ医・  
ケアスタッフにみてもらおう



本人が体重測定・記載ができない  
場合はスタッフがかわりに測定・  
記載

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

65

## 心不全地域連携パス

### 地域に良いパスを送り・みんなでゴールを目指す



地域全体で目指すゴールは？

- ①心不全悪化を予防して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幸せな生活を叶える！

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

66

## 皆さんが 心不全地域連携パスの主役です

### 一緒に心不全患者さんをハッピーにしましょう



Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

67

## まとめ STEP2 学ぼう！

### 心不全の地域連携！ ケアスタッフが主役です

1. 心不全患者は高齢化が進んでおり、自己管理をおこなうことが難しい。ケアスタッフのサポートが不可欠。
2. 3つのツールを使って心不全地域連携  
①心不全手帳 ②心不全Q&A ③心不全申し送りシート
3. 心不全の地域連携の目標は  
・心不全悪化を予防して苦しい思いをさせない！  
・人生の最期まで患者さんが望む幸せな生活を叶える！
4. 地域連携の主役はかかりつけ医とケアスタッフです！

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

68



### STEP3 実践！ グループワークで地域連携！

TO PRACTICE COLLABORATIVE CARE IN HF

Department of Cardiovascular medicine, Tottori University

69

- 家族のサポート：息子は東京在住で世話できない
- 介護保険：申請未。本人は認知症の自覚はなく、生活できると思っている。
- 経済力：貯蓄はあり、経済的には困っていない。
- 入院前の生活状況：車を運転して丸合で総菜を購入。車の運転もできると思っている。300m先にコンビニがある（運動耐容能が改善すれば利用可能）
- 入院中のリハビリ：独歩100m、階段昇降4-5段可能
- 家は2階建て一軒家。寝室は2階。手すりなどはなし。
- 食事：妻が亡くなってから朝食は食わず、朝昼兼用ご飯は自分で炊くが、おかずは総菜を購入。塩分摂取が多め。
- 内服状況：朝、昼、夕の3回/日 食事回数が減ったことで飲み忘れも多い（食事をしてないので食後の薬を飲んではいけないと思っている）
- 体重測定：最近では忘れがちで、記載がないことが多い
- 交通手段：家から50mのところバス停があり。
- 地域とのつながり：自治会長の経験もあり、顔見知りが多い。

71

### 症例

心 守さん 75歳

心筋梗塞をきっかけに慢性心不全となり通院中の患者さんです。1年前に奥さんを亡くし、現在独居。



最近認知症がすすみ薬の飲み忘れや、これまでできていた体重のモニタリングも忘れるようになっていたようです。

自己管理ができなくなり、一か月前に心不全増悪で総合病院に入院となりました。症状は軽快し退院予定です。  
独居で自己管理に不安があるため、介護サービス導入を検討しております。

70

### 検討課題1

心 守さんが心不全悪化で再入院しないために、どのような介護サービスを利用し、連携を考えますか？  
みなさんでいろいろアイデアをだしましょう。

### 検討課題2

介護サービス利用時に心不全手帳を確認したところ以下のような経過でした。みなさんどのような対応を考えますか？

年		日	月	火	水	木
月/日		9/23	24	25	26	/
体重(kg)		47	48	48.8	49.5	
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍回/分)	127/82 (67)	/	140/70 (70)	142/90 (85)	/
	寝る前 (脈拍回/分)	/	/	/	/	/

72