

心不全ケアプランシートは

退院後のケアプランを地域と共有するシートです

①かかりつけ医に送る



3枚（ページ3.6.8）

②介護施設/事業所に送る



3枚（ページ4.6.8）

③患者さん/ご家族に説明し渡す



2枚（ページ5.7）

①心不全ケアプランシート、②教育資材を視聴するQRコード、③連携パスの説明用紙

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

- 教育資材を使い心不全教育と介護サービスの支援を行う



●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 心不全手帳を使い健康観察

- 血圧・体重・心不全症状の観察を教える



●心不全手帳

裏表紙に
相談目安の
体重を記載します

3 ケアプランを地域へ申し送る

地域とケアプランを共有し連携します



- ケアプランシートを使い、退院後の心不全ケアを計画
- ケアプランを患者さん/ご家族に説明
- 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



通所/訪問リハ



デイサービス



訪問看護

効果的なケアプランの作成を支援します

- シートを使い**情報収集、ケアプラン作成、申し送り**を行います
- 増悪予防とQOL向上のための**5つのケアプラン**を記載します



● ケアプラン作成の資料はQRコードから視聴します

(○○ ○○) さんの **心不全ケアプランシート**

記載例

1 患者さんの目標 (自宅の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、**フォーカ**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 □ 肉 □ 油 □ 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) を勧める ○ 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

- 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) (□ 徒歩 ■ 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
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 (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 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 □ 施設)



5つの心不全ケアプラン

1 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向上を目指しましょう。

2 心不全手帳で健康観察

- 心不全悪化の判断基準です
- 体重、BNP/NT-proBNPは、退院前の値を記載。

3 セルフケア教育

- 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」にそって計画

4 セルフケア・生活の支援

- 心不全パンフレット「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」を参考に計画

5 ACP

- 心不全パンフレット「第4話 心不全の人生会議とは」を参考に支援

ケアプランシートは3種類あり、かかりつけ医用に記入すると、介護施設/事業所に、患者/家族用に自動的に記入されます

1 患者さんの目標 ()**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 () kg ➡ () 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 () /NT-proBNP () pg/mL の2倍以上

**3 セルフケア教育****♥薬を飲み忘れない**

- (□薬袋 □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 ○ (□インフルエンザ □COVID19 □肺炎球菌) ワクチン接種を勧める

**4 セルフケアと生活の支援** 1-16の () 内に支援する人の略称を記入

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

- 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 ()**2 心不全手帳で健康観察** **最重要** (いずれか当てはまれば、かかりつけ医に相談)

- 安定期の体重+3kg () kg ➡ () kg
(急な体重増加は+2kg/1週間で相談)
- 息切れの悪化
- むくみの悪化

**3 セルフケア教育****♥薬を飲み忘れない**

- (□薬袋 □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 ○ (□インフルエンザ □COVID19 □肺炎球菌) ワクチン接種を勧める

**4 セルフケアと生活の支援** 1-16の()内に支援する人の略称を記入

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

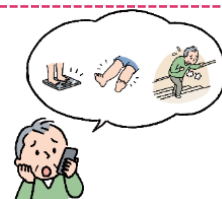
5 ACP

- 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！** **最重要** (いずれか当てはまれば)

- 安定期の体重+3kg () kg → () kg
(急な体重増加は+2kg/1 週間で相談)
- 息切れの悪化
- むくみの悪化

**3 心臓に優しい生活！****♥薬を飲み忘れない！**

- (□薬袋 □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) を心がける
- (□インフルエンザ □COVID19 □肺炎球菌) ワクチン接種

**4 あなたの心不全管理と生活を支えます！** 1-16 の () 内に支援する人の略称を記入

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

5 あなたの想いに寄り添い支えます！

- 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)



心不全ケアのコツを学びませんか！

＼ QR コードから動画・パンフレットの視聴ができます。／

- 1 かかりつけ医の皆様に
知っていただきたいコツ



- 5 患者さんご家族への
教育資料はこちら



- 2 介護施設・事業所の皆様に
知っていただきたいコツ



- 3 動画で気軽にコツを
学びたいかたはこちら



- 4 地域で知っていただきたい
介護サービス活用のコツ



＼ 動画・パンフレットの視聴方法 ／

1

お手元のスマートフォン・タブレットの
カメラで QR コードを読み込みます



2

視聴画面に移動します
再生ボタンをおして視聴します



心不全と上手に付き合うコツを 患者さん・ご家族一緒に学びましょう！

＼ QR コードから動画・パンフレットの視聴ができます。／

1 セルフケアのコツを学ぶ！

動画
約20分



2 フレイル予防のコツを学ぶ！

動画
約10分



3 パンフレットでコツを復習！



4 おうちで体を動かそう！

動画
約10分



＼ 動画・パンフレットの視聴方法 ／

1

お手元のスマートフォン・タブレットの
カメラで QR コードを読み込みます



2

視聴画面に移動します
再生ボタンをおして視聴します



鳥取県西部医師会 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



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」に認定しています。

連携病院での介入



かかりつけ医・介護施設・事業所での介入

