

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

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



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、フラスコを休薬しましょう**)

♥バランスの良い食事 (1日3食、塩分控えめ、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 □手 □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 ◦ 自宅配食利用
- □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 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) (□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 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
 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 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
 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 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) ワクチン接種を受ける



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 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 かかりつけ医の皆さまに
知っていただきたいコツ



2 介護施設・事業所の皆さまに
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



5 患者さんご家族への
教育資材はこちら



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



心不全地域連携パスのご案内

心不全地域連携パスとは

地域全体で患者さんを支え、切れ目のないケアを提供する連携プログラムです。心不全の悪化を防ぎ、健康寿命・生命寿命の延伸を目指します。

◎ 連携の3つの矢

📖 心不全手帳	📄 心不全ケアプランシート	📱 QRコードシート
		
<h4>地域の見守りツール</h4>	<h4>心不全ケアの共有ツール</h4>	<h4>知識強化ツール</h4>
<ul style="list-style-type: none"> 患者さんが体調を記録し、心不全悪化を防止 医療・介護スタッフもチェックし地域で見守り かかりつけ医への相談目安（裏表紙参照） <ul style="list-style-type: none"> 息切れやむくみの悪化 体重が3kg増加 急激な体重増加(+2kg/1週間)は、3kgに達する前に相談 <p>→ QRコードシートから増悪時の対応を学べます</p>	<ul style="list-style-type: none"> 心不全増悪予防と生活支援のケアプランを共有 シートに沿って、地域で統一したケアを実践します。 <ul style="list-style-type: none"> BNP、体重のモニタリング セルフケア教育 医療と介護の連携サポート ACP（アドバンス・ケア・プランニング） <p>→ QRコードシートから各ケアの方法を学べます</p>	<ul style="list-style-type: none"> 最新の心不全ケア情報にアクセス 動画で心不全ケアのポイントをわかりやすく解説： <ul style="list-style-type: none"> 医療・介護用と患者・家族用資料を用意 忙しい現場でもシートを渡すだけで患者教育が可能

✂ 3つの矢で医療・介護連携



① 連携のポイント

患者さんの心不全手帳を確認し、体重増加や症状悪化の兆候を見逃さないようにしましょう。増悪兆候があれば、介護スタッフはかかりつけ医に相談、かかりつけ医は利尿剤増量や必要時連携病院に相談することで、再入院を防ぐことができます。

① 詳細はQRコードシートを参照

患者さんが安心して地域で療養できるよう支援していきましょう



鳥取県西部医師会心不全地域連携パスで検索

