

■タイトル 地区支部からのお知らせ

■内容

ハートノートの内容紹介や貴院での活用の実際等、ハートノート普及による心不全患者のケアの充実に関する内容

■入稿

1. 心不全の現状

現在日本には、およそ 120 万人の心不全患者がいると言われ、「心不全パンデミック」は世界的な問題となっています。あらゆる心疾患が原因となり、心不全を発症すると完全に治ることはほぼありません。心不全は、急性増悪と緩解を繰り返しながら徐々に悪化していき、やがて終末期を迎えます。(図1.)

心不全治療の目標は再入院の防止です。心臓の機能は入院を契機に悪化します。入院が必要なほど心臓に負担がかかると、入院して治療しても心臓の機能は入院前のレベルまで戻るのが困難です。心臓の機能の悪化だけでなく、入院による長期臥床は、下肢筋力の低下や嚥下機能の低下、認知機能の低下等のあらゆる機能の低下も招き、それは入院前のレベルに戻るのには困難です。

患者さんの予後や QOL を維持・改善する為には、心不全の増悪による再入院を防止することが重要となります。症状コントロールを行いながら、できるだけ通常の日常生活を長く送れるよう支援することが、私たち医療者に求められていることなのです。

2. ハートノート<sup>TM</sup>

心不全をコントロールするには、患者さん自身が病気を知り、日常生活の中で、「すべきこと」「してはいけないこと」を守ること、そして、自分自身で心不全悪化の兆候に気づき、正しい受診行動を行うことが重要です。しかし、同じ心不全に対する患者指導であっても必ずしも同じ内容の指導が行われているわけではありません。そしてその内容を相互に共有する機会もほとんどないのが実情です。

「ハートノート」<sup>TM</sup> (図2) は、「大阪心不全地域医療連携の会」(OSHEF) で発案された心不全での再入院を減らすための自己管理ツールです。このツールでは、心不全についてわかりやすく解説し、正しい知識をもてるよう作成されています。これにより医療機関は統一した患者教育の実施が可能となります。患者さんたちは、毎日の体重、脈拍、自覚症状に対して心不全ポイントを付け、自分の病状を評価することで、早期受診や緊急受診などの判断基準とすることができます。また、患者の方々のご自身の体調を積極的に把握することで、再入院を回避できると期待されています。

### 3. 心不全をみんなで支える

ハートノートは、地域循環型連携マニュアルとして、患者を支えるあらゆる職種が連携して患者のセルフモニタリングを支え、適切に対処できるように支援するツールです。今後はこのツールを皆で活用していくことが求められます。しかし、心不全管理を行うのは患者本人や家族です。医療側が環境を整えるだけでなく、患者自身に心不全管理の主役は自分であるということを理解してもらい、積極的な参画を促すことが重要です。

城南地区では、心不全患者を地域全体で支える取り組みとして、心不全治療を行う医療機関による心不全連携の会を立ち上げました。JONAN Heart Failure Medical Collaboration♡：通称 JHeC♡（ジェヘック）（図3）では、医師中心のコアメンバー会と、メディカルスタッフ会を運営し、地域全体で心不全患者を見守る体制の構築を目指しています。高齢多死社会となっていく日本において、目指す姿は、「ときどき入院、ほぼ在宅」です。心不全患者においても、主たる療養の場は住み慣れた地域、在宅であることは言うまでもありません。出来るだけ長く、その人らしく自立した生活を送れるようにみんなで支援していければ、こんな素晴らしいことはありません。患者にかかわる私たちが連携し、患者の「生きるを支える」ケアの実践をしていきたいと思っています。

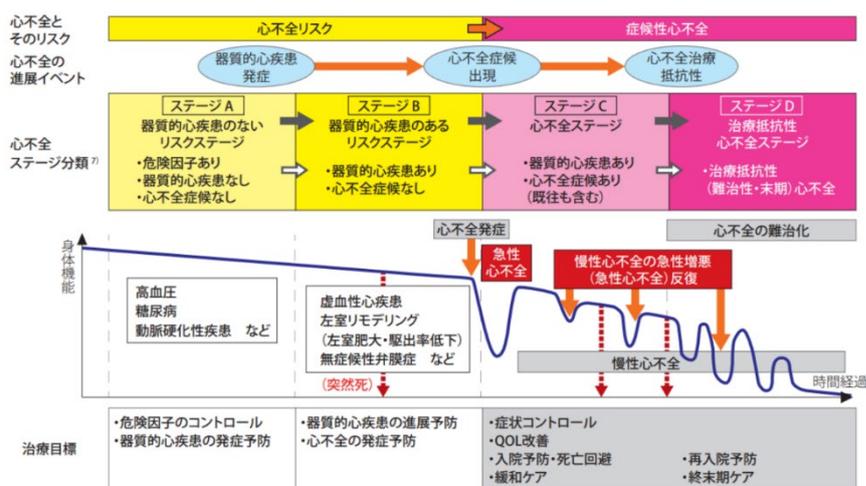
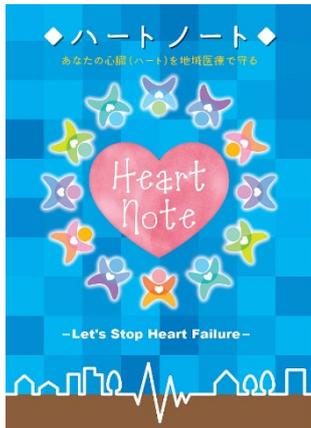


図1. 「急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）」

[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017\\_tsutsui\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf)



**心不全を知る**

- 心不全とはどんな病気 ..... 4
- 治療を継続する必要性 ..... 5
- 再入院を減らす必要性 ..... 7
- 心不全の原因となる病気は? ..... 10
- 心不全を悪くするきっかけは? ..... 11

**地域全体で診る**

- 地域全体で診る ..... 12
- 患者さんの生活に密着した医療を提供します ..... 13
- 心不全の緩和ケアについて ..... 14
- かかりつけ医を持ちましょう ..... 16

**心不全の自己管理**

**退院後**

- 退院してからの心不全管理 ..... 34
- 知っておきたい知識
  - 心不全の運動療法やリハビリテーション ..... 35
  - 心不全のお薬 ..... 41
  - 心不全の食事と栄養管理 (塩分量など) ..... 50
  - 歩行を軽減しよう ..... 39
  - サポート体制 ..... 52
  - 歩行をさたえる運動 ..... 40 (介護ウェア)

心不全ポイント自己管理用紙の注意点 (記載用紙)

曜日に合わせて日付を記入してください

血圧と脈拍を記入します  
脈拍が120以上の場合  
**4点**

入院をした際に経験した息苦しさと同じような症状

症状があっても普段と変わりがなければ 無

月/日	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重 (kg)	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
血圧 (mm/Hg)	/	/	/	/	/	/	/
脈拍 (回/分)	120	110	110	110	110	110	110
安静時の息切れ・息苦しさ	有	無	有	無	有	無	有
外出・入浴・自給の制限	有	無	有	無	有	無	有
むくみ	有	無	有	無	有	無	有
吐きけ	有	無	有	無	有	無	有
夜尿頻下	有	無	有	無	有	無	有
合計点	1点	0点	1点	0点	1点	0点	1点
個別	有	無	有	無	有	無	有
運動 (10分×2回)	有	無	有	無	有	無	有
薬の服	朝	昼	朝	昼	朝	昼	朝
水の量 (mL, cc)							

**5点以上** すぐにかかりつけ病院救急外来受診  
**4点** 当日、また翌日外来受診 (主治医以外の日でも受診必須) **3点** 4点時の  
**3点** 1週間以内に受診 (主治医以外の外来でも可) **2点** 4点時の  
**2点** 4点の確色、かかりつけ またはかかりつけ病院を受診 **0点** 付けてください

表紙の予定外受診の体重と比較して **3点** または **0点**

有がいくつかあっても **1点**

合計点は必ず記載!  
受診のタイミングがわからない

図 2. ハートノート TM



図 3. JHeC ロゴマーク