

医療法人社団 森と海東京 東京蒲田病院  
慢性心不全看護認定看護師  
石原 由香利

当院は大田区西蒲田に位置する 180 床のケアミックス型病院です。2016 年に東京都 CCU ネットワークに加盟しました。循環器科、特に心臓インターベンションを強みに 365 日 24 時間体制で救急受け入れを実践しています。私は本年 4 月より、慢性心不全看護認定看護師（以下、CN と略す）として活動を開始しました。現在、心不全在宅療養支援に力を入れて活動しています。



### 【施設間の垣根を越え、心不全患者さんを支援するハートノート™】

日本の高齢化は増加の一途を辿り、それに伴い心不全患者の増加が推測されています。心不全患者の繰り返す再入院による病床運用への負担増加、在院日数の長期化などはこれまでも多くの地域で指摘されてきました。そもそも、地域に心不全患者を診る基盤が構築されていないのが現状です。

地域における心不全患者管理の問題点は、①医療機関ごとに指導内容に違いがある、②緊急時の対応や管理方法が医療機関ごとに異なる、③連携医療機関以外に入院となった場合、新たに情報収集が必要であり煩雑になる、④診療所は多様な疾患や複数パスへの対応がある、⑤受診のタイミングの判断が難しい、以上5つが挙げられます。対策として『共通の情報共有手段+患者指導方法+管理方法』が必要とされています。1)

そこで、品川区大田区が属する区南部医療圏では医師会（品川区医師会・荏原医師会・大森医師会・蒲田医師会・田園調布医師会※順不同）の協力のもと、東京都城南地区での心不全地域連携を目的に JHeC（JONAN Heart Failure Medical Collaboration ジェヘック）が設立されました。現在、品川区と大田区の 14 施設が加盟し活動をしております。その中で『共通の情報共有手段+患者指導ツール+管理方法』として使用しているのが「ハートノート™」です。（写真1）



※ハートノートの詳細は、南部地区支部からのお知らせ 2023.10.4 「ハートノートのご紹介」でも詳しくお話しされているので、こちらもご参照ください。

[https://www.tna.or.jp/wp-content/uploads/2023/10/20231004\\_south\\_info\\_heartnote.pdf](https://www.tna.or.jp/wp-content/uploads/2023/10/20231004_south_info_heartnote.pdf)

共通のツールである「ハートノート™」は、心不全の生活改善指導を実施した患者さん及び地域支援者の方々にお渡ししています。生活改善の工夫や内服薬の説明などが網羅された青の「ハートノート™」と、日々の体重や血圧・脈拍の変化を記載し、心不全症状を数値で表し受診行動が取りやすく工夫された白の「心不全ポイント自己管理用紙」の2冊で患者さんのセルフケア・アセスメントを支援しています。施設看護師・訪問看護師の方々からは「以前、急激な体重増加や両下肢浮腫の出現があったにもかかわらず、自覚症状が乏しくて受診のタイミングを逃してしまった事例があったが、ハートノートは症状が点数

化されているので在宅でも自信を持って受診を促すことができました。」「医師にポイントを押さえた報告ができた。」「わかりやすくヘルパーさん達とも情報共有しやすい。」などの意見をいただいております。

**【認定看護師としての地域連携と継続看護】**

心不全の再入院の主な患者側要因として、①塩水分制限の不徹底、②治療薬服用の不徹底、③過労、④身体的・精神的ストレスが挙げられます。2) この結果からみても、入院中から患者さんの生活改善指導が重要であることがわかります。

実際の指導手順です。入院後治療と並行して、できるだけ早期に生活改善指導が開始されます。CNが生活改善に向けた情報収集と指導計画を立案します。特に患者さんの生い立ちや生活背景の情報は必須で、そこから塩分摂取状況や健康に関する患者さんの意識を知ることができます。情報を精査し、栄養や運動については多職種連携で取り組み、患者さんやご家族を中心に地域と密接な関係を保ちながら看護を展開しています。

70歳代女性患者 Aさんの事例を紹介します。退院時、Aさんご主人、娘さんご夫婦、6歳のお孫さんでお迎えに来ていただきました。そこで退院指導は、ご家族を交えて実施することになりました。お孫さんは元々おばあちゃん子で、Aさんと久しぶりの再会を喜んでおられました。指導の中でお孫さんに「おばあちゃんのこと、よろしくお祈りしますね。お薬飲んだか聞いてあげてくださいね。」とお話ししたところ、以来内服確認はお孫さんの役目となったそうです。

1年を経過した今も、毎朝「バアバ、お薬飲んだ？」と確認し、内服が済むとお孫さんが内服確認のシールを貼ってくれます。(写真2) お孫さんは「バアバは、ぼくが守ってあげるね。」と頑張ってくれているそうです。お孫さんが毎朝声を掛けてくださることによって、同居するご家族全員が協力してAさんを守って下さっています。※Aさんには掲載の許可を頂いております。写真にはお孫さんのお誕生日メッセージが書かれています。

他にも、ハートノートの空欄にその日の天気や囲碁の勝敗記録、食事のメニューや運動量など、患者さんが自分に合った方法で、ハートノートを日記や、闘病記として継続して活用されており、心不全の生活改善で必要な「セルフケアモニタリング・アセスメント」の一助となっております。

受診行動が必要とされる点数になったときに、患者さんやご家族、地域支援者の方々から連絡を受け、速やかに受診できるように地域と病院をつなぐ重要な役目を果たし、心不全増悪の早期発見・早期治療介入に貢献していきたいと考えております。

**【心不全患者さんの人生そのものを理解し看護を展開する】**

心不全看護は、患者さんの生活環境や人生観などを総合的に理解し、患者さんが心不全と折り合いをつけながら、患者さんやご家族が希望する生活いわゆる「その人らしい人生」が送れるように支援していく



ことです。そのためには患者さんの生き立ち、生き様など膝を突き合わせて傾聴し、その人らしさを見つけていくことが重要となります。時には、医師の治療方針と患者さんやご家族が希望する生活が異なることもあります。そのような時に病棟看護師を巻き込んでカンファレンスや面談を実施し、地域支援者と協働で「心不全と折り合いをつけながら、その人らしい人生」を送れるように看護を展開しております。

### 【慢性心不全看護認定看護師の役割と今後の活動】

認定看護師の大きな役割として、看護実践、指導、相談対応・支援の3つの柱があります。地域連携については3つ目に挙げた「相談対応・支援」を充実させ、地域支援者の皆さんと連携して患者さんやご家族が望む生活を守っていきたいと考えております。そのために、JHeCの仲間を増やすことと「ハートノート™」の普及が第一の目標です。皆さんも一度、JHeCのホームページをご覧ください。(図1)



(図1)

今後の活動については、心不全患者の災害時看護を考えております。マスコミで南海トラフ地震や首都直下型地震の備えなどの情報が多く取り上げられています。慣れない避難生活やストレス、内服薬の不足など災害の発生は心不全増悪要因です。定期受診時の患者さん面談を通して、日頃からの備えと、いざという時の心構えについて指導を行っていきたいと考えております。

### 【引用文献】

- 1) JHeC ホームページ <https://jhec-heart.com/> 「心不全地域連携について」
- 2) Tsuchihashi M, Tsutsui H, Kodama K, et al. Clinical characteristics and prognosis of hospitalized patients with congestive heart failure a study in Fukuoka, Japan. Jpn Circ J. 2000;64:953-9