

広島県における 「心筋梗塞・心不全地域連携パス手帳」の使用方法

—医療従事者用—

要点

- ・心筋梗塞・心不全地域連携パス手帳（以下、心不全手帳）は心臓病をもつ広島県民の健康の保持増進のために開発された手帳です。
- ・心不全手帳は、心臓病をもつ患者さんの病状や日々の経過を目に見える形にしたものです。
- ・心不全手帳は、自己管理手帳としてのほたらきのみならず、患者さんと患者さんに関わるさまざまな職種間のコミュニケーション（連携）を図る役割があります。

1. 心不全手帳の開発と使用目的

広島県では心臓病を持つ患者さんが年々増加していることを受けて、平成 23 年度から県の政策の一つとして、「心不全地域連携体制構築事業」が開始され、心不全手帳の使用を推奨しています。心不全手帳は心臓病をもつ患者さんやご家族が、自宅で病気を管理しながら、安心して地域で生活ができるように、自己管理に活かしたり、医療・介護領域の担当者間の連携を円滑に図ったりする目的で作られた手帳です。患者さん（ご家族）が医療・福祉サービスを受ける際には、この手帳を担当者に見せるよう伝えて下さい。

2. 心不全手帳の特徴

心不全手帳には、①携帯しやすい、②病気を管理できる（セルフモニタリング）、③生活の中で気をつける内容を集約できる（合併症を含めたトータル管理）、④規則的な生活習慣を身につけることができる（自己効力感を高め、行動変容を促す）、等の特徴があります。心不全手帳は「患者さんの病状や日々の経過を目に見える形」にした「自己管理手帳」であり、患者さんと患者さんに関わる多職種、多職種間の連携ツール（情報の共有）です。

3. 心不全手帳の使用方法

心不全手帳（図 1）の使用方法について説明します。

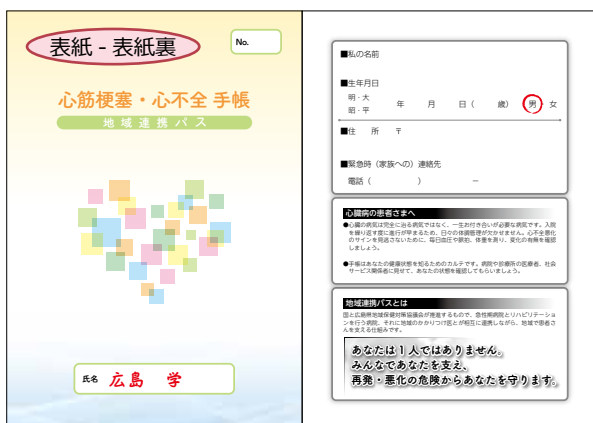


図 1 心筋梗塞・心不全手帳

表紙・表紙裏：氏名、連絡先を記載する欄です。プライバシーを気にされる場合は、裏表紙に氏名を書いてもらいます。

P2：かかりつけの医療機関・リハビリテーション実施施設・かかりつけ薬局・介護支援専門員・訪問看護ステーションの施設名や連絡先、担当者氏名、介護・福祉サービスの利用状況を記載してもらいます。

P2-3

●私の病名 **陈旧性心筋梗塞後 心不全**

●私の心臓の血管の詰まった場所・病変の部位
●治療の方法と治療部位
●治療を受けた心臓の領域

#6 : 90%
#7 : 99%
#8 : 100%
#11 : 50%

●私の入院中の経過
入院時は虚血性心疾患による心不全、入院後の検査で、左冠動脈の病変あり。(左前下行枝閉塞がみられました(が、右冠動脈から側副血行路あり)左前下行枝にステントを留置して血管を広げる治療をしています。

患者さんがどこの医療機関にかかり、どのような社会サービスを受けているかを、一目で確認することができます。

P3 : 患者さんの病名、入院中の治療状況を記載する欄です。患者さんが自身の病気をしっかりと理解できるように、主治医に記載を依頼して下さい。

P4-5

●私の生活習慣上の問題点 (重要な項目を3つ程度選択する)

肥満 (身長 171cm 体重 62.05kg BMI 21.22)

●私の体質管理に必要なこと (毎日の生活に必要な項目を3つ程度選択する) ※定期検診、内服は忘れずにしましょう。

塩分 (1日 6g)

タバコを吸う () 禁煙 ()

飲酒 ()

運動不足 ()

睡眠不足 ()

ストレス ()

その他 ()

P4 : (上) 心機能、心不全の増悪因子 (高血圧、不整脈、腎臓病、糖尿病など)、全身状態を記載する欄です。(下) 患者さんの生活習慣について確認し、改善を要する項目を確認する頁です。患者さんと一緒に生活を振り返りましょう。

P5 : 心臓病の増悪予防に必要な自己管理項目です。患者さんが実施できる内容を、優先順位などを考えて3つ程度選択して下さい。

P6-7

●メモ ※お薬手帳のコピーを貼るなど、自由に記述ください。

●メモ ※お薬手帳のコピーを貼るなど、自由に記述ください。

●メモ ※お薬手帳のコピーを貼るなど、自由に記述ください。

P6-7 : 内服薬を記載するページです。薬の量が多い患者さんは、処方シールのコピーや薬の説明用紙を貼布したり、お薬手帳に輪ゴムをかけて挟んだりする方法もあります。

P8-9 連携パス (検査結果)

●病院 ●医師 ●診療所/病院 ●医師

検査項目	検査機関	望ましい値	記入例	連携時の状況				
				月	日	検査済み	結果あり	結果なし
血糖値	任意に記載下さい	6.0以下	7.5					
コレステロール値		150以下	180					
尿酸値		6.0以下	7.0					
BUN (mg/dl)		10以下	24.0					
血清クレアチニン値		1.0以下	1.4					
Hb		11.0以上	11.2					
糖化ヘモグロビン値		6.5以下	6.8					
中性脂肪 (mg/dl)		150以下	180					
A1C		7.0未満	6.2					
尿酸値 (mg/dl)		6.0以下	6.8					
腎臓病			72					
腎臓病ステージ			(-)					
Na		135-145mg/dL	138					
K		3.5-4.5mg/dL	4.2					

P8-9 : 診療所や急性期病院で施行された各種検査結果 (血液検査、胸部レントゲン、冠動脈造影など) を経時的に記載する頁です。患者さんの体の状態や病状を、経時的に確認し、把握することができます。患者さんが自分で検査データの変化を確認できるように、「私に大切な検査項目」をチェックします。改善が見られている項目については、自己管理が上手く実施できていることを承認・称賛して下さい。努力を正しく評価されると、患者さんの自己管理意識や自己効力感 (やればできるという自信のこと) は高まります。

● 医師 電話相談パス (健康管理上の目標)

P10-11

病院 ●● 医師 ●● ●● 診療所/病院 ●● 医師 ●●

受診前		受診時		受診後	
チェック項目	記入人	記録の状態	年月日	年月日	年月日
食事	食事摂取の状況 ● 摂取量 (g) 記録 ● 摂取回数 (回/日) 記録 ● 摂取回数 (回/日) 記録 ● 摂取回数 (回/日) 記録 ● 摂取回数 (回/日) 記録	● 記録 ● 記録 ● 記録 ● 記録 ● 記録	● 年月日 ● 年月日 ● 年月日 ● 年月日	● 年月日 ● 年月日 ● 年月日 ● 年月日	● 年月日 ● 年月日 ● 年月日 ● 年月日
薬	服薬状況 ● 服薬回数 (回/日) 記録 ● 服薬回数 (回/日) 記録 ● 服薬回数 (回/日) 記録 ● 服薬回数 (回/日) 記録	● 記録 ● 記録 ● 記録 ● 記録	● 年月日 ● 年月日 ● 年月日 ● 年月日	● 年月日 ● 年月日 ● 年月日 ● 年月日	● 年月日 ● 年月日 ● 年月日 ● 年月日
運動	運動量のモニタリング ● 歩数 (歩/日) 記録 ● 歩数 (歩/日) 記録 ● 歩数 (歩/日) 記録 ● 歩数 (歩/日) 記録	● 記録 ● 記録 ● 記録 ● 記録	● 年月日 ● 年月日 ● 年月日 ● 年月日	● 年月日 ● 年月日 ● 年月日 ● 年月日	● 年月日 ● 年月日 ● 年月日 ● 年月日

P10-11: 病院で受けた栄養 (食事)、薬、禁煙、運動 (活動量) に関する教育内容を記載する欄です。在宅では病院で (入院中に) 受けた治療や教育内容に関する情報が得られにくいことが多く、対応方法の統一や継続を支援することが難しい現状にあります。生活上の注意点は、患者さん一人一人で異なります。急性期病院スタッフは、病院で評価した内容を記載して下さい。在宅スタッフは、患者さんが記載内容を、自宅で継続できているか確認し、難しい場合は工夫について話し合ってください。

● 医師 電話相談パス (健康管理上の目標)

P12-13

病院 ●● 医師 ●● ●● 診療所/病院 ●● 医師 ●●

● 正しい体重の測り方

● むくみの観察方法

● 心不全管理に必要な知識

● 医師、電話相談のタイミング

● ボルグスケール

レベル	呼吸	心拍	感覚
7	静かに寝て居る	0/分	静かに寝ている
8	少し歩ける	20	少し歩ける
9	少し歩ける	30	少し歩ける
10	少し歩ける	40	少し歩ける
11	少し歩ける	50	少し歩ける
12	少し歩ける	60	少し歩ける
13	少し歩ける	70	少し歩ける
14	少し歩ける	80	少し歩ける
15	少し歩ける	90	少し歩ける
16	少し歩ける	100	少し歩ける
17	少し歩ける	110	少し歩ける
18	少し歩ける	120	少し歩ける
19	少し歩ける	130	少し歩ける
20	少し歩ける	140	少し歩ける

P12:(上) 正しい血圧、体重の計測方法と、むくみの観察方法が記載されています。これらは、日々の自己管理に必要な技術です。(下) 心臓病の管理に必要な知識です。患者さんには、医療者から説明を聞いたらチェックをするように説明して下さい (もちろん、医療者が☑しても構いません)。同じ内容が、

医療者用のページ (P62) にもありますので、医療者は患者さんに説明した後にチェックして下さい。これらの頁は、患者さんへの教育や説明の有無を確認することができ、説明の漏れを予防したり、教育の引き継ぎに役立てることができます。

P13:(上) 心臓病の増悪を示すサイン (心不全症状) です。これらの症状や兆候が見られたら、病院への受診や電話相談を勧めして下さい。過去に同様の症状を体験している患者さんは、心臓の動きが低下している可能性が高いので、特に注意が必要です。患者さん自身が過去に体験した症状と照らし合わせて、病気に対する理解を深め、異常時の早期発見、早期対処に繋げて下さい。(下) ボルグスケールは2種類ありますが、どちらを使用しても構いません。患者さんは生活上のイベント、感冒、労作 (動きすぎやストレス) などで、体調変化を来しやすくなります。スケールを活用して日々の変化を確認し、体調の変化を客観的に観察するように説明してください。

● 医師 電話相談パス (健康管理上の目標)

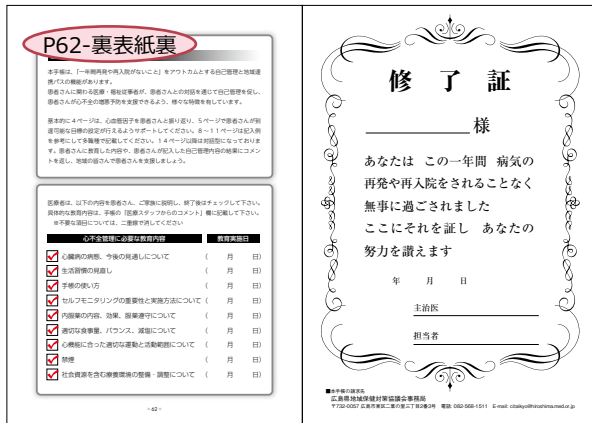
P14-15

病院 ●● 医師 ●● ●● 診療所/病院 ●● 医師 ●●

日	体重 (kg)	血圧 (mmHg)	歩数 (歩)	服薬 (回)	症状	医師	看護師	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	栄養士	社会福祉士	その他
1日	67.2	110 / 62	72	70	なし	●	●	●	●	●	●	●	●	●
2日	66.8	126 / 72	68	70	なし	●	●	●	●	●	●	●	●	●
3日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
4日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
5日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
6日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
7日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
8日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
9日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
10日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
11日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
12日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
13日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
14日						●	●	●	●	●	●	●	●	●
15日						●	●	●	●	●	●	●	●	●

P14-15: 健康管理に必要な体重、血圧、服薬、歩数・運動、自覚症状、血糖値 (糖尿病患者) を記載する頁です。まず、毎月の健康目標を決めます。目標は患者さんが日々の自己管理として実践できる、達成可能な目標を設定しましょう (スモールステップ法)。

日々の計測した値と併せて、自覚症状、私が気付いたこと・心配なことなど、生活上のイベントを記入してもらいます。血圧や体重と生活や気づきを照らし合わせて見ることで、患者さんは自分の体に適した生活様式の調整ができるようになります（データとの対話、セルフモニタリング）。また、医療者からのコメント欄には、患者さんが行った自己管理行動（モニタリング）の結果に対する助言など、ポジティブなフィードバックを（賞賛）を記載して下さい。患者さんとこのやりとりを繰り返すことで、患者さんの自己効力感を高め、自己管理技術の獲得や自己管理の定着・継続に繋げることができます。



P62 : (上) こちらは、医療・福祉従事者の皆様へのメッセージです。(下) 患者さんに心臓病の増悪予防に関する教育(説明)を行った後にチェックして下さい。

裏表紙裏：修了証が掲載されています。1年間、再入院することなく経過できた際は、主治医から自己管理に関する努力を讃えられ、修了証が贈られます。これは、患者さんが1年間、病気を上手くコントロールして生活を送ることができた証です。引き続き、自身の健康に合わせた生活習慣を送れるよう、自己管理が継続されるよう、2冊目を渡して下さい。

4. 心不全手帳を使用した方の声

この手帳を活用した患者さんからは、「自分の健康管理に役立っている」「身体のトータルチェックができるから良い」「体重を見ながら食事量を調整できる」などといった声が挙がっています。

5. まとめ

心臓病は進行性の病態ですので、早い時期から患者さん自身の生活に合った自己管理習慣を獲得することが、重症化予防のみならず、QOLの維持・向上に繋がります。心不全手帳が、一人でも多くの患者さんの健康的で自分らしい生活を叶えるための一助となりますように、心よりお祈りいたします。

【引用・参考文献】

- 1) 木原康樹編. 心不全ケアチーム構築マニュアルー広島発・チームの作りかたと地域連携の道のり. 大阪府, メディカ出版, 2016, 60-65.