

現場実践を支援するためのツール Box

【はじめに】

北海道国民健康保険団体連合会が設置した「医療と介護を通じた疾病管理による重症化・重度化予防研究会」では、在宅で療養生活を送る高齢の慢性心不全患者さんの再入院を予防するため、「高齢の慢性心不全患者さんに係る在宅での疾病管理の基本モデル」を考案しました。

この基本モデルは一つの理想型ですが、理想型をいきなり実地展開しようとしても大変かもしれません。そこで、今すでに現場で行われている医療や介護の実践の中に、心不全の疾病管理を加味する手法を各種ツールの形で考えてみました。

これらのツールを使ったり参照していくうちに、皆さんの実践はだんだんと基本モデルに近づいていき、患者さんの再入院予防につながることを期待されます。

【ツールの一覧】

このツール Box には次のものが入っています。

- 1 取組を始めるにあたってのスリーポイント・アドバイス (P3-5)
 - 2 在宅支援体制検討のためのフローチャート (P6-7)
 - 3 在宅チームをつくるモデル的なステップ (P8-9)
 - 4 症例検討会で心不全患者さんの在宅ケアを検討する際の着眼点 (P10-11)
 - 5 症例検討会での意見交換の参考例 (P12-14)
 - 6 体重測定支援のための連携確認シート (P15-17)
 - 7 心不全日記帳 (P18-26)
 - 8 先週と比べての状態確認シート (P27-28)
 - 9 主治医と在宅チームのこれだけは知りたい・知らせたい情報 (P29-30)
 - 10 心不全患者さんの療養と生活が折り合うよう支援する際の留意点 (P31-32)
 - 11 在宅チーム振り返りシート、医療機関振り返りシート (P33-35)
 - 12 包括的なリハビリテーションへのステップアップ・プラン (P36-37)
 - 13 退院して他地域での在宅療養に移行する際の連携フローチャート (P38-39)
 - 14 専門的な資源が少ない場合の在宅支援体制の検討例 (P40-41)
- 付録：既存の ICT ツールの紹介 (P42)

【各ツール共通のねらい】

各ツールは次の考え方でつくりました。

1 シンプルなツールとなるよう心がけました

これらのツールは現場の実務を補助するためのものです。あれ？どうしたらいいんだろう？と思ったときに役立つように工夫しました。また、書き込む負担を軽くするために、できるだけシンプルなものとしました。

2 これらのツールは「ひな形」です

医療・介護の実情は地域によって様々です。患者さんの状態もケースバイケースです。実際に使う人たちが話し合っ、使いやすいように改良してください。これらのツールは「ひな形」であり「発想のヒント」なのです。

3 まず一歩から始めましょう

始めから全てを完璧に行おうとしても大変です。取りかかりやすい一歩から始めて、軌道に乗ったらグレードアップしていきましょう。

以下のツールの中では、まず体重測定ができるように支援することが心不全の再入院を予防する効果的な一歩と考えています。体重測定をどうやって支援したらよいかを考えるうちに、他の機関や職種との連携の糸口も見つかるのではないのでしょうか。

4 療養と生活の折り合いを意識しましょう

在宅での療養生活を続けるためには、医学的な必要性と本人・家族が希望する生活との折り合いが重要です。以下のツールには、折り合いを考えるうえでの情報の収集や対話、支援のヒントなどを盛り込んでいます。

これらのツールは決して義務的なものではなく、どれか使えるものから使ってみるといいうやり方でよいのです。現場実践でのひと工夫としてご活用されることを期待します。

ツール1：取組を始めるにあたってのスリーポイント・アドバイス

(1) ねらい

本研究会の議論や文献調査の中で、多機関・多職種の連携を進めるうえでポイントとなる点がいくつか見つかっています。それらは見過ごされがちな、小さな心がけのようでありながら、実は大きな効果が期待できるものでもあります。この小さくて大きなポイントを、在宅チーム向けと主治医の先生向けに整理しました。

(2) ツールの内容

「取組を始めるにあたってのスリーポイント・アドバイス（在宅チーム用）」を表①に、「(主治医の先生用)」を表②に掲げます。

在宅チーム向けには、患者さんを前向きに支え続ける、患者さんとともに振り返る、あせらずに積み重ねる、の3点を掲げました。

主治医の先生向けには、連携づくりはみんなのメリット、具体的な指示が助かる、心不全は要介護度が軽く認定されがち、の3点を掲げました。

(3) 使用にあたってのアドバイス

掲げた項目は、取組に向けた意識を高めるための考え方（患者さんを前向きに支え続ける、あせらずに積み重ねる、連携づくりはみんなのメリット）や、かなり大きな効果が期待できるのに見過ごされがちなこと（患者さんとともに振り返る、具体的な指示が助かる、心不全は要介護度が軽く認定されがち）を整理したものです。後ろの各種ツールにも、これらに関係することが出てきます。3つのポイントをいつも頭の隅に置いて取り組んでいただくとよいでしょう。

(注)

なお、ここでは「在宅」を「患者が自宅または家族等の居宅において日常生活を営んでいる状態」と定義しています。

また、「在宅チーム」とは、訪問診療、訪問看護、訪問介護、通所介護に携わる医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー、保健師、ケアマネージャー、ヘルパーなどの多職種が連携して活動するものを想定しています。

取組を始めるにあたってのスリーポイント・アドバイス (在宅チーム用)

1 患者さんを前向きに支え続ける

患者さんに遵守してもらいたいことがあるとしても、暮らしの中ではそれがしたくてもできないことがあります。そうしたときは、できなくなっている背景や理由を探索して、できていることは支持し、頑張っていることは賞賛し、できないところはどうかやたらできるようになるんだらうかと、患者さん自身が前に向かう気持ちになれるよう、支え続けることが大切です。

もしかすると、支え続けてもずっとできないかもしれないけれども、何度も繰り返して支え続けるプロセスを大切にしてください。

2 患者さんとともに振り返る

体重の変化は数字でわかりますが、息切れや倦怠感は、「いつものことだから」「年だから仕方ない」と思って患者さんが我慢している例もあるようです。増悪して再入院となった時期の振り返りを一緒に行って、増悪時にはどういう状況になるのか患者さん自身も気づけるよう工夫するのも一つの方法です。その際は、「トイレに行くだけで息切れがひどくて歩けなくなった」など、具体的な状況を思い出してもらって、その人に応じた目安にするのがよいでしょう。

3 あせらずに積み重ねる

年齢、病気の理解度、認知機能、家族構成と家族支援の状況、医療機関や介護事業所の支援体制などにより、具体的な支援の仕方は大きく変わることと思います。あせらずに、一例一例、個々の支援を積み重ね、好事例を蓄積することによって、より良い支援の仕方が見えてくると思います。

(ツール1：表②)

取組を始めるにあたってのスリーポイント・アドバイス (主治医の先生用)

1 連携づくりはみんなのメリット

心不全の患者さんが増加し、急性期病院の循環器の先生方はかなり疲労困憊されていることと思います。急性期医療で命を救った患者さんが地域のクリニックの先生や多職種との連携によって在宅で適切に療養し、再入院せずに過ごせれば、患者さんにも医療機関にも大きなメリットがあります。ぜひ連携づくりに取り組んで下さい。

2 具体的な指示が助かる

多機関・多職種の連携では情報を具体的に伝えることが大切になります。急性期病院の先生が地域のクリニックの先生に紹介状をお書きになるときには、体液量が正常であるときの体重、入院時の利尿薬の反応性などの情報をお書きいただくと助かります。また、訪問看護指示書には、体重の確認や予約外受診すべき病態に関する具体的な指示をお書きいただくと助かります。

3 心不全は要介護度が軽く認定されがち

心不全の患者さんは、身のまわりのこともゆっくりなら自ら可能であるため、要介護度が軽く認定されがちです。しかし、独居や老老介護などで介護力が低下している場合は、日常の身体活動が過負荷になり急性増悪するケースがあります。このため、介護保険申請の主治医意見書をお書きになる際は、心不全の病状、身体機能、認知機能、介護者の情報を適切にご記載いただくのが宜しいかと思えます。

(参 考)

「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班（磯部光章代表）による「地域のかかりつけ医と多職種のための心不全における介護サービスの活用方法 Q&A」では、主治医意見書の記載方法について具体的な様式例に沿った詳しい解説があります。<https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/>（2021年10月閲覧）

ツール2：在宅支援体制検討のためのフローチャート

(1) ねらい

患者さんの在宅療養を支援する体制を検討するにあたっては、患者さんのセルフケア能力に差があることや、セルフケア能力が不足し支援が必要であっても介護サービスをまだ利用していない患者さんもいることを考慮する必要があります。このような多様なケースそれぞれについて適切な在宅支援体制を検討していくための手順をフロー図の形で整理しました。

(2) ツールの内容

「在宅支援体制検討のためのフローチャート」を図に掲げます。

まず、患者さんを知ることが出発点で、患者さんの状況を、病状だけでなく思いや希望、ご家族や生活の状況などを含めて把握します。

そのうえで、在宅でのセルフケアに支援は必要かを検討します。本人にセルフケア能力が十分あれば支援がなくてもよいでしょうし、本人の能力が十分でないとしてもご家族の協力があれば外からの支援は必要ないかもしれません。このような場合は、患者さんへの指導を行ったうえで、定期的な外来受診を設定します。そして、それ以降の外来受診のつど、セルフケアの状況を分析・評価し、支援の必要性を再検討します。

支援が必要な場合は、要介護認定を受けているかどうかを確認します。認定を受けていない場合は、外来または訪問診療・訪問看護（医療保険）で継続的に支援します。そして、定期的にセルフケアの状況を分析・評価し、必要に応じて認定の申請を支援します。認定の申請にあたっては、「取組を始めるにあたってのスリーポイント・アドバイス」（主治医の先生用）で紹介した主治医意見書の記載方法の解説もぜひ参考にしてください。

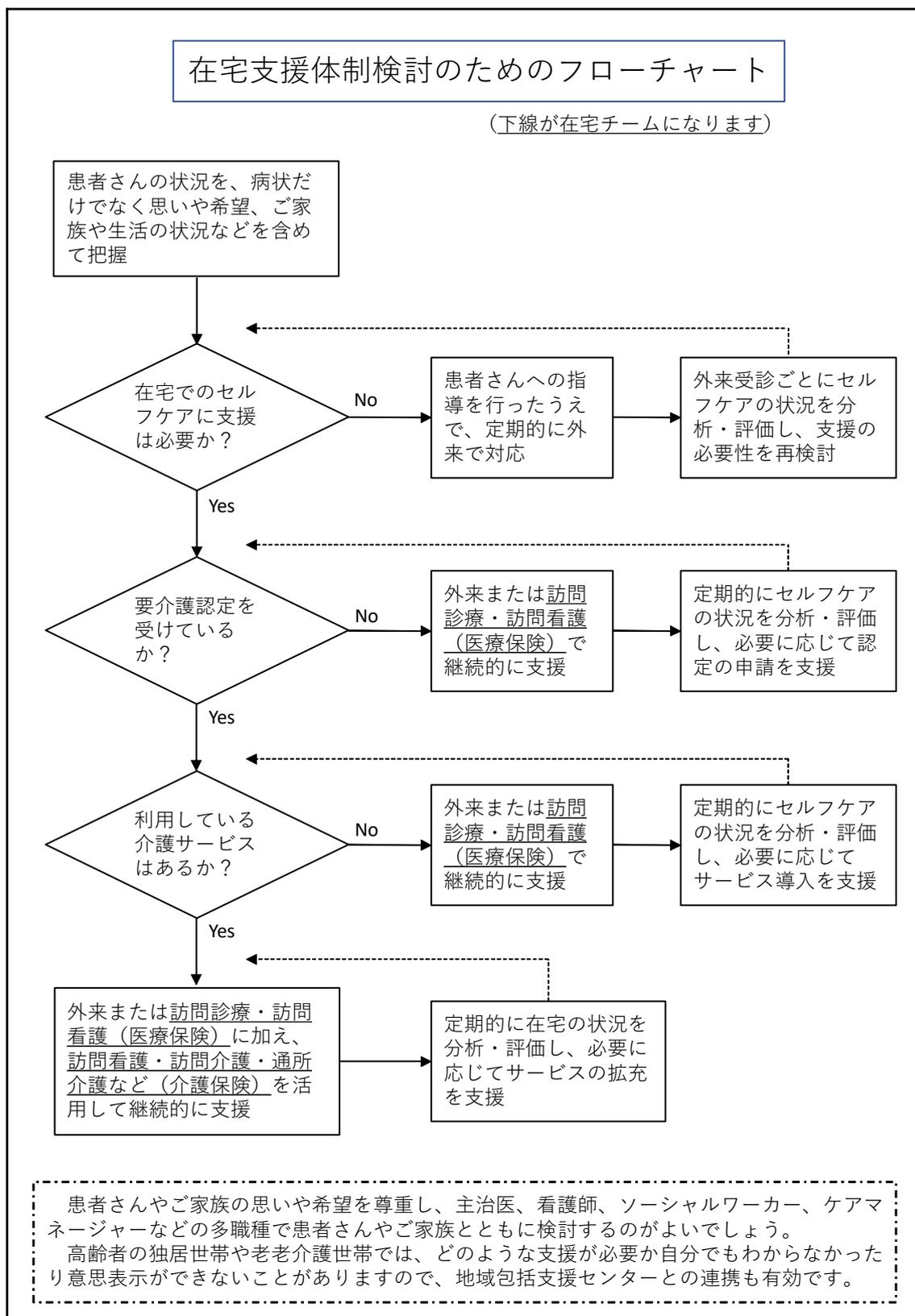
このようにして、フロー図に沿って検討していくことで、必要性に応じた在宅支援体制を構築することができます。検討にあたっては患者さんやご家族の思いや希望を尊重し、主治医、看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャーなどの多職種で患者さんやご家族とともに検討するのがよいでしょう。また、高齢者の独居世帯や老老介護世帯では、どのような支援が必要なのか自分でもよくわからなかったり意思表示できなくなっていることがありますので、そのような場合は地域包括支援センターと連携することも有効です。

(3) 使用にあたってのアドバイス

このフロー図は、患者さんのセルフケア能力や介護サービス利用状況に応じて的確な対応を行うためのものです。また、それと同時に、セルフケアの状況を繰り返し分析・評価し、必要に応じてさらに踏み込んだ支援に入っていけるよう組み立てています。

分析・評価にあたっては、「セルフケアの能力が不十分」で終わらせるのではなく、患者さんがやりたくてもできない事情や背景、環境などを理解し、患者さんやご家族を含めて一緒に考えることが大切です。

(ツール2：図)



ツール3：在宅チームをつくるモデル的なステップ

(1) ねらい

在宅療養においては、多職種チームとして最初からフルメンバーが顔合わせをして潤沢な体制でスタートすることはあまりなく、多くの場合は、患者さんの必要に応じて随時サービスが追加されることが想定されます。このようなケースにおいて、徐々に連携が強化され、チームらしくなっていく過程を一つのモデルとして図式化しました。

(2) ツールの内容

「在宅チームをつくるモデル的なステップ」を図に掲げます。

ステップは5段階になっており、ステップ1は、患者さんが退院し、病棟から定期的な外来に患者さんが引き継がれた状態です。

ステップ2では、外来看護師やケアマネージャーの調整により、訪問看護、訪問介護、通所介護などの在宅サービスが患者さんの必要に応じて随時追加されていきます。しかし、この段階では、在宅サービスの各メンバーはお互いのことをまだよく知らない状態です。このため、後述する心不全日記帳などに各サービスの連絡先を記載しておき、他のサービスのメンバーの目にも触れるようにしておきます。

ステップ3では、記載された連絡先を各サービスのメンバーが随時確認し、他のサービスのことを意識して、再入院防止に向けた連携に努め始めます。

ステップ4では、体重増加など急性増悪の徴候発生時や、後述する振り返りのカンファレンスの開催などを通じて、実際に各サービスのメンバー同士が連絡を取り合い、密に連携する経験を積んでいきます。

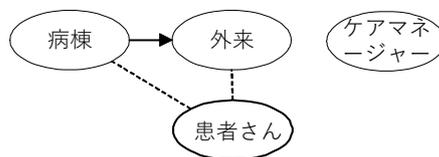
ステップ5では、密に連携する経験を実際に積んだことで、チームの一体感が生まれ、サービスをより良いものにする取組が進んでいきます。その成果は、後述する振り返りシートにも反映していくこととなります。

(3) 使用にあたってのアドバイス

在宅療養においては、最初からチームのフルメンバーが定まって顔合わせをすることはあまりなく、多職種チームは徐々に形成されていくことが想定されます。しかも、誰がチームリーダーか決まっているわけではなく、チームの名簿が作成されているわけでもないと思われれます。このような緩やかな体制の中で、無理なく自然体で連携を強化し、チームらしい活用内容としていくイメージが頭に描けるよう、モデル的なステップとして図式化しました。多機関、多職種の皆様には、現状や今後の展開を考えるうえでイメージの整理に使っていただければ幸いです。

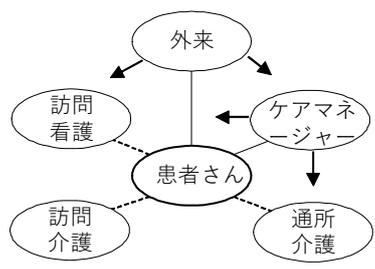
在宅チームをつくるモデル的なステップ

Step 1 患者さんが退院する
定期的な外来が設定される



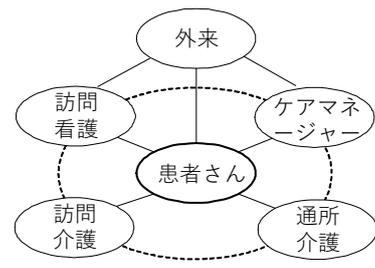
Step 2 在宅療養のためのサービスが随時追加される

追加されたサービスの連絡先は心不全日帳などに記載する



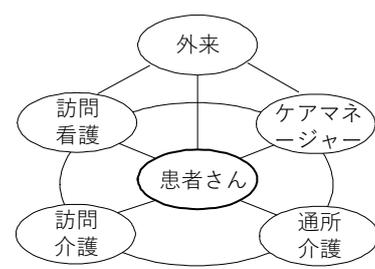
Step 3 随時追加されたサービス同士で他のサービスを意識し、連携に努め始める

記載された連絡先を各サービスの担当者が確認する



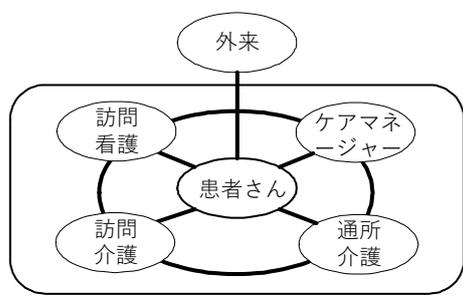
Step 4 急性増悪の徴候発生や振り返りのカンファレンスなどを通じて、サービス同士が密に連携する経験を積む

急性増悪の徴候発生やカンファレンスなどで連絡を取り合う



Step 5 密に連携する経験を積むことでチームの一体感が生まれ、ケアがより良いものになっていく

振り返りシートに反映していく



ツール4：症例検討会で心不全患者さんの在宅ケアを検討する際の着眼点

(1) ねらい

心不全の急性増悪を防ぎ再入院を予防するには、主治医と患者さんの間を多職種チームで継続的につなぐことが必要です。また、その際には、心不全の病態も患者さんの生活実態も多様でケースバイケースであることによく留意し、多職種が包括的な視点で分析・評価とケアを行い、治療と生活が折り合うように支援していくことが重要です。

こうした点を、具体的なケースに即して、比較的少人数のディスカッションの中で学びとり、多職種の連携を育てる意味で、症例検討会は絶好の機会です。この症例検討会が実りあるものとなるよう、高齢の心不全患者さんの在宅ケアについて検討を深めるための着眼点をまとめました。

(2) ツールの内容

「症例検討会で心不全患者さんの在宅ケアを検討する際の着眼点」を表に掲げます。

患者さんの病態や家族構成などの基本情報は、どの症例検討会でも必須の事項ですが、このツールでは、特に高齢の心不全患者さんの在宅ケアを検討するうえで役立つプラスアルファの着眼点を整理しました。

着眼点の内容としては、まず、療養と生活が折り合う支援を行うこと、そのために、患者さんをご家族を理解することを掲げました。

次に、再入院を予防するため、過去の再入院の要因を分析することや、体重測定の実施を行うこと、急変時の対応を準備しておくことを掲げました。

さらに、フレイルも考慮し、日常生活活動や運動、栄養に関する事項を掲げました。

そして、最後に、総括的なものとして、多職種の連携を掲げています。

(3) 使用にあたってのアドバイス

症例検討会は、今後に向けて役立つものを学びとるための共同作業として運営することが基本です。症例検討会を何度も経験しながら、着眼点をさらに深いものとしていくことで、個々の専門職やチーム、組織としてのノウハウの蓄積が期待されます。

症例検討会については、一つだけの正解はなく参加者がいろいろ工夫する過程こそが正解と考える、との見解もありますので、この点も参考にしてください。(三宅厚子、佐藤幸人：心不全の技あり症例検討. *Heart nursing* 27 (1) : 86, 2014)

(ツール4:表)

症例検討会で心不全患者さんの在宅ケアを検討する際の着眼点

着 眼 点	深 め 方 の 例
患者さんご家族を理解することに着目した深め方	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんやご家族の人となりうかがえるエピソードは何か？ ・ふだんはどのように過ごしているか？ ・生活歴や人間関係で注目する点はどのようなことか？ ・患者さんについて前向きに考えられる点は何か？ ・患者さんご家族の思いにすれ違いはあるか？ ・サービスの利用に拒否感はあるか？
療養と生活の折合いに着目した深め方	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんご家族は心不全の療養を理解できているか？ ・療養と生活が折合うよう、どのような対話や支援、提案を行ったか？ ・全てはできない中で何を優先したか？
過去の再入院の要因に着目した深め方	<ul style="list-style-type: none"> ・過去の再入院の要因についてどのような分析を行ったか？ ・分析結果に基づいて治療やケアをどう見直したか？
体重の測定支援に着目した深め方	<ul style="list-style-type: none"> ・体重測定がなぜ重要か患者さんご家族は理解しているか？ ・ご自分で体重が測定できない場合どのように支援したか？ ・体重計がない場合はどのように対応したか？
急変時の対応に着目した深め方	<ul style="list-style-type: none"> ・急変時の判断基準は、この患者さんの場合どのようなものか？ ・急変したことがあった場合に在宅でどのように対応したか？ ・急変の予兆は、いつどのように察知したか？ ・急変に備えた事前の話し合いはどのように行ったか？
フレイルに着目した深め方	<ul style="list-style-type: none"> ・フレイルやサルコペニアをどのように評価したか？ ・日常生活での負荷量はどのように評価したか？ ・適度な運動を行うため、どのような方策を講じたか？ ・患者さんの栄養状態をどのように評価したか？ ・減塩と低栄養防止をどのように調整したか？
多職種連携に着目した深め方	<ul style="list-style-type: none"> ・本人目線で取り組もうとしたとき、何に焦点を置いて連携したか？ ・多職種の協力が効果を発揮したのはどんなときか？ ・多職種の協力を保つ工夫は何かしているか？

ツール 5：症例検討会での意見交換の参考例

(1) ねらい

多忙な職種の人たちが参加する症例検討会は、ひとつの症例あたり 15 分から 20 分程度で検討することが多いようです。そのため、症例検討会の冒頭で行う症例報告は 5 分間程度の簡潔なものとし、その後の意見交換のなかで参加者が自分の関心事項を質問して報告者から実情や考え方などを引き出していくこととなります。また、他の参加者も、こうしたやりとりを聞いて、ほかの職種の人がどのようなことに興味を持ち、どんな考え方をしているか知ることができます。このようにして、多角的に物事を見たうえで、さらに自分が気付いた点などを発言することで議論を深めていくとよいでしょう。

このようなやりとりのひとコマを本研究会での症例検討から抜き出し、参考例としてアレンジしました。

(2) ツールの内容

「症例検討会での意見交換の参考例」を表に掲げます。

症例検討会で想定される議論のうち、特に体重測定、運動、栄養について、患者さんやご家族の理解度や希望、人となりなどと照らし合わせながら検討する例をお示しします。もちろん症例検討会での議論はこれに尽きるものではなく、また、このように議論しなければならぬというものでもありませんが、症例検討会に参加したことがないかたでもイメージが描けるよう、ツール化しました。

(3) 活用にあたってのアドバイス

患者さんやご家族の心の内をたった一つの質問で知ろうとしても難しいでしょう。その人の実生活を時間をかけて観察し、心の内が現れてくる幾つものエピソードを総合することで「そのひと像」がふくらんでくると思われます。

このツールでは、「本人は風邪くらいでは病院に行かないと言って渋った」、「本人も家族もこの時まで心不全の知識は全くなし」、「本人は、食べる量を減らして来月の予約日まで様子を見ると言って渋った」、「家族に心不全の知識があったため、説得して受診」、「猛暑で散歩を控えたところ、食欲と歩行能力が低下」、「家族が食事に気を配ったところ食欲が回復」、「介護認定区分の変更申請をしたが、結果通知は要支援 2 で変わらず」、「本人または家族が主治医から話を聞くまたは文書でもらって、介護事業所につないでほしい」、「本人は医療サービスには積極的だが介護サービスには気乗り薄」、「家族がリハビリサービスを勧めたところ、自分で散歩を再開」など、患者さんやご家族の思いや希望、苦労や工夫などがうかがえるエピソードをいくつもちりばめています（該当部分には下線を引いています）。意見交換のひとコマ以外にも、多くの気付きが得られるのではないのでしょうか。そしてまた、このような観察ができる点で、在宅ケアは素晴らしい可能性を持っていると前向きに捉えてみてはいかがでしょうか。

(ツール5:表)

症例検討会での意見交換の参考例

① 報告者からの症例報告

(本人のプロフィール)

- ・90代男性、慢性心不全、高血圧、狭心症、肺気腫。
- ・妻は他界。現在、息子夫婦と同居しているが、日中は一人で過ごすことが多い。
- ・要支援2。介護サービスは利用していない。
- ・散歩を日課としている。杖を突きながらの6分間の歩行距離は約120m。
- ・食事は息子夫婦が作っている。肉、赤身魚、青身魚、煮魚は食べない。
- ・服薬は自分で几帳面に管理している。

(病状)

- ・2019年1月、呼吸苦により受診。気胸と診断。ドレナージ。6日後に退院。
- ・2019年2月、夜間39度の発熱と呼吸苦で同院に救急搬送し再入院（本人は風邪くらいでは病院に行かないと言って渋ったが、家族が病院に電話して症状を説明し、119番。）SpO₂90%、胸水、足に浮腫、心肥大。肺炎及び心不全と診断（本人も家族もこの時まで心不全の知識は全くなし）。11日後に退院。毎日体重を測るよう指示あり。
- ・2019年8月、夕刻に発熱と呼吸苦。3度目の入院。体温39度。SpO₂92%。胸水。心肥大。肺炎及び心不全と診断。7日後に退院。
- ・2020年は安定。
- ・2021年1月、体重が2日で1.5kg増加したため、予約外で受診（本人は、食べる量を減らして来月の予約日まで様子を見ればいい、と言って渋ったが、家族に心不全の知識があったため、説得して受診）。少量の胸水。心不全の数値悪化（NT-ProBNP1300）。利尿薬増量。
- ・その後、数日おきの外来受診で経過観察。状態落ち着く（NT-ProBNP600）。
- ・以後は1か月に1回の頻度での外来受診に戻り、利尿薬も以前の量に戻る。
- ・2021年7月の猛暑で散歩を控えたところ、食欲と歩行能力が低下。体重も低下。
- ・家族が食事に気を配ったところ、11月、12月で食欲が回復。歩行能力もやや回復。

(リハビリの検討)

- ・歩行能力が低下してきたため、2021年10月に主治医の勧めで介護認定区分の変更申請をしたが、結果通知は要支援2で変わらず。
- ・地域包括支援センターに相談したところ、要支援でもリハビリサービスの利用は可能で、送迎付き通所も訪問リハビリもあるとのこと。心不全との関係は、本人または家族が主治医から話を聞くまたは文書でもらって、介護事業所につないでほしいとのこと。
- ・家族がリハビリサービスの利用を勧めたところ、本人はサービス利用に気乗り薄で、自分で散歩を再開。

② 意見交換のひとコマ

(医師) このかたは、心不全と肺気腫があるので、息切れがあっても肺気腫によるものか心不全によるものか鑑別して対応することが必要です。体重が急に増えるのは心不全の一番わかりやすい徴候です。体重が急に増えたのですぐに外来を受診し、利尿薬の調整でうまくコントロールできた例です。

(スタッフ A) ご家族は体重測定の重要性をどのように知ったのでしょうか？

(報告者) 何のために体重を測るのかは、当初ご本人もご家族もわかっておらず、その後、ご家族が心不全手帳の解説を読んで理解したため速やかな受診につながりました。

(医師) 高齢者の場合、ご家族の協力が重要なポイントになります。しかし、ご家族であっても、何から何まで理解するのは難しいので、まずはポイントを絞って、こうしてくださいと簡潔に分かりやすく伝えるところから始めるとよいでしょう。

(報告者) 今回、外来受診で事なきを得たことから、ご本人も体重測定の重要性に気付いたようで、今ではご本人が進んで主治医に体重の記録を説明しています。

(スタッフ B) 短期間で3回入院した背景として過活動は考えられませんか？

(報告者) 直接には感染症ですが、その時期は奥さんの介護や看取りで心労が重なったようです。昔気質の、信念のある頑固なかたで、頑張り過ぎることがあります。

(スタッフ B) そういうご本人の思いを前向きに捉えながらサービスの要否や内容を検討するといいいですね。ただ、ご本人の思いが強くてご家族が苦勞してはいませんか？

(報告者) 気苦勞が多いようですので、注意して見守っています。

(スタッフ C) 食事に気を配った、とありますが、どんな工夫をしたのでしょうか？

(報告者) 食事を作っているのはご家族で、塩分を控えるよう主治医から指導されていたので、気をつけていたそうです。しかし、暑さで活動量が落ちて食欲も低下したので、減塩には目をつぶって、梅干しなど本人が好きなものを用意したそうです。

(医師) それでいいと思います。減塩も大切ですが、高齢者の場合はフレイル予防も大切です。何を優先するかケースバイケースで考える必要があります。

ツール 6：体重測定支援のための連携確認シート

(1) ねらい

立ち上がって間もない在宅チームが活動に取り組む最初のテーマとしては、「体重測定が毎日できるよう支援する」ことが最も適当と思われます。その理由としては次の4つがあります。

- ① 体重の急激な増加は心不全増悪の明らかな指標であり、早期の対応に役立つ。
- ② 体重は数値で出てくるため、記録や判断に主観が入らない。
- ③ 体重測定は複雑な作業を要しない。
- ④ 習慣化されることで患者さんの意識が高まり、リズムが生まれる
- ⑤ 取りかかりやすいテーマから入ることでチームの連携を進めやすい。

この体重測定支援において各機関、各職種に行っていただくことよい事項をチェックシートの形で整理しました。

(2) ツールの内容

「体重測定支援のための連携確認シート」を表に掲げます。

シートは、病棟用、外来用、在宅チーム用の3つに分けて、関係職種に行っていただくことよいことを整理しています。冒頭には、各機関、各職種が協力して達成する共通目標として「体重を毎日測り、体重増加時には受診できるよう患者さんやご家族を支援する」ことを掲げています。体重測定支援を開始するにあたって、これから行うことをこのシートで確認していただくことよいでしょう。

(3) 使用にあたってのアドバイス

体重測定は、患者さんへの指導も患者さんの実践も十分行われているとはいえ現状にあることが各種研究で報告されています。体重測定が毎日行われ急性増悪の徴候をいち早くつかむことができるようになれば、再入院予防の効果が期待できます。

このシートは、体重測定の実効性を高めるため、①患者さんの病状やセルフケアの状況を繰り返し分析・評価すること、②体重の変化に応じた早期の対応を行うこと、③受診の目安を体重の数値で示すなどわかりやすい指導を行うこと、④病棟と外来と在宅チームの間での情報提供や在宅チーム内での情報共有を行うこと、の4点を重視した組み立てとしています。

また、在宅チームの介護職では、実際の測定への声かけや補助など、患者さんの日常に密着した役割を記載しており、これは介護職ならではの強みと考えます。

(ツール6:表)

体重測定支援のための連携確認シート

【共通目標】

体重を毎日測り、体重増加時には受診できるよう患者さんやご家族を支援する。

【病棟用】

医師、看護師	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 患者さんの病状やセルフケア能力に応じた指導内容を立案する。<input type="checkbox"/> 退院後の毎日の体重測定を患者さんに指導する。<input type="checkbox"/> 心不全日記帳等の記録用紙を患者さんに渡す。<input type="checkbox"/> 体重増加時には受診するよう患者さんに指導する（目安を数値で示す）。<input type="checkbox"/> 受診先がどこになるかを患者さんと確認する。<input type="checkbox"/> 病状、患者さんのセルフケア能力、患者さんへの指導内容、受診の目安、その他在宅での留意事項等を外来や在宅チームに情報提供する。
--------	---

【外来用】

医師、看護師	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 病棟からの情報を受領する。<input type="checkbox"/> 心不全日記帳等に記載された体重を確認する。<input type="checkbox"/> 測定できているときは褒め、できていないときはその事情を分析し、患者さんとともに考える。<input type="checkbox"/> 測定結果に応じた医療的対応を行う。<input type="checkbox"/> 体重増加時には受診するよう患者さんに指導する（目安を数値で示す）。<input type="checkbox"/> 休日、夜間、予約外の受診の連絡方法を患者さんに示す。<input type="checkbox"/> 病状、患者さんのセルフケア能力、患者さんへの指導内容、受診の目安、その他在宅での留意事項等を在宅チームに情報提供する。
--------	---

【在宅チーム用】

<p>医師、看護師 (訪問診療・ 訪問看護)</p>	<p><input type="checkbox"/>病棟、外来からの情報を受領する。 <input type="checkbox"/>訪問看護計画の中に体重測定支援を位置づける。 <input type="checkbox"/>訪問時、心不全日記帳等に記載された体重を確認する。 <input type="checkbox"/>測定できているときは褒め、できていないときはその事情を分析し、患者さんとともに考える。 <input type="checkbox"/>測定結果に応じた医療的対応を行う。 <input type="checkbox"/>外来受診が必要になった場合に連絡調整を支援する。 <input type="checkbox"/>体重増加時には受診するよう患者さんに指導する（目安を数値で示す）。 <input type="checkbox"/>休日、夜間、予約外の受診の連絡方法を患者さんに示す。 <input type="checkbox"/>病状、在宅での状況を外来に情報提供する。 <input type="checkbox"/>在宅チーム内の情報共有を促進する。</p>
<p>ケアマネージャー</p>	<p><input type="checkbox"/>訪問診療も訪問看護もない場合は病棟、外来からの情報を受領する。 <input type="checkbox"/>ケアプランの中に体重測定支援を位置づける。 <input type="checkbox"/>在宅チーム内でのカンファレンスを設定する。 <input type="checkbox"/>介護サービスを調整する。 <input type="checkbox"/>受診が必要になった場合に連絡調整を支援する。 <input type="checkbox"/>測定できていない事情を分析する際に協力する。 <input type="checkbox"/>訪問診療も訪問看護もない場合は在宅での状況を外来に情報提供する。 <input type="checkbox"/>在宅チーム内の情報共有を促進する。</p>
<p>介護職(訪問介護)</p>	<p><input type="checkbox"/>毎日忘れずに測定するための患者さんへの声かけを行う。 <input type="checkbox"/>患者さんが自力で体重を測定・記録できない場合に補助する。 <input type="checkbox"/>測定された体重が受診の目安に達しているか判断する。 <input type="checkbox"/>受診が必要になった場合に連絡調整を支援する。 <input type="checkbox"/>測定できていない事情を分析する際に協力する。 <input type="checkbox"/>在宅チーム内の情報共有を促進する。</p>
<p>介護職(通所介護)</p>	<p><input type="checkbox"/>毎通所時に体重測定と記録を行う。 <input type="checkbox"/>測定された体重が受診の目安に達しているか判断する。 <input type="checkbox"/>受診が必要になった場合に連絡調整を支援する。 <input type="checkbox"/>測定できていない事情を分析する際に協力する。 <input type="checkbox"/>在宅チーム内の情報共有を促進する。</p>

ツール7：心不全日記帳

(1) ねらい

毎日測定した体重は記録用紙に記入し、その値の変化を患者さん本人やご家族、在宅チームが観察して、もし主治医からあらかじめ示された目安に該当したときは、直ちに看護師を介して主治医に連絡し、指示を仰ぐ必要があります。

また、血圧や脈拍、一日の歩数についても毎日の値を記録しておくことで主治医の判断に役立てることができます。

さらに、患者さん本人が感じた体の調子やその日の生活行動、在宅チームからの気付きなどを併せて記録しておくことで、主治医が在宅療養の状態を知るための貴重な情報源にもなることが期待されます。

このようなことから、情報収集・記録・共有ツールとして心不全日記帳を考案しました。

(2) ツールの内容

「心不全日記帳」の様式を図に掲げます。

この日記帳は、1週間を1ページとし、体重、血圧、脈拍、体温、服薬、歩数、生活メモを記載します。

そのほか、在宅チームからの気付きや患者さん、ご家族へのメッセージ、他のスタッフへの連絡事項などを記載できるページや、緊急時の連絡先などを記載するページも設けています。

患者さんとご家族、在宅チームが日々の様子についての情報を共有しながら在宅生活を続けるとともに、必要に応じて速やかな受診に結びつけるため、この日記帳を活用することが期待されます。

また、医療機関の受診や通所介護施設の利用に際してはこの日記帳を持参し、在宅療養の状態を知るための情報源として活用することが期待されます。

(3) 使用にあたってのアドバイス

この「心不全日記帳」は、記載事項をできるだけ少なくした方が患者さん本人にとって記入しやすく長続きするものと考えてデザインしています。

また、生活メモの欄を設けて、日常生活の様々な活動や気になること、医師に相談したいことなどを自由に書けるようにしています。この欄に書く内容は病状だけに限るものではなく、生活の記録（買い物に出かけた、孫が来た、墓参りに行ったなど）でもいいし、感想（楽しかった、疲れたなど）でも、俳句や川柳などでもよいでしょう。患者さんにとってこの日記をつけるのが日課となって生活にリズムが生まれることが期待されます。

療養と生活の折り合いは継続的な疾病管理に重要な要素ですが、そのためには患者さんのことをよく理解する必要があります。この日記帳を活用しながら、ご家族や在宅スタッフそして主治医が患者さんの理解を深め、患者さんを支えて在宅療養生活を持続させていくことが望まれます。

(ツール7: 図)

心不全日記帳

このようなときは、担当医又は看護師に連絡してください。

- ・ 体重が数日で2 kgほど増えた
- ・ 普段より動くと息切れがする
- ・ 足がむくんできている
- ・ 食欲がない、体がだるい

受診等の際は、この日記帳をご持参ください

はじめに

心不全は完全に治ることはなく、入院して良くなったように思えても再び悪化して再入院することが少なからずあります。そして、下図のように何度も入退院を繰り返すと、身体機能はますます低下していきます。

心不全の悪化を防ぐには、定期的に診察を受け、薬をきちんと服用するとともに、医師から指示された生活の注意事項（塩分を制限する、タバコを吸わない、適度に運動するが無理はしないなど）を守り、もし悪化の兆候が見られたときは、すぐに医師や看護師に相談することが大切です。

この「心不全日記帳」には、毎日の体重、血圧、脈拍、体温、服薬、歩数を記入します。これらの値は診療の際の参考になります。特に体重が急に増えたときには、心不全の悪化が考えられますので医師や看護師にすぐに相談してください。

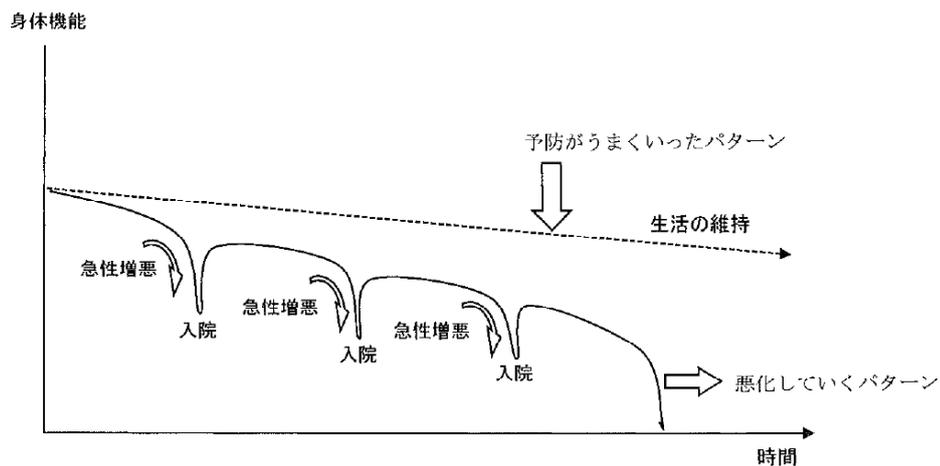
また、生活メモは、自由に記載できる欄です。気になることや医師に相談しておきたいことをメモしておくとういでしょう。また、病気のことだけでなく、生活の記録（買い物に出かけた、孫が来た、墓参りに行ったなど）でもいいし、感想（楽しかったこと、疲れたなど）や俳句や川柳などでもよいでしょう。

この日記をつけることが日課となって在宅療養にリズムが生まれるとともに、ご家族や主治医・スタッフとの輪ができることで、在宅療養生活を持続させていくことができます。

医療機関への受診や介護施設等の利用時には、この日記帳を持参して医師や看護師、介護スタッフに見せていただければ、診療やケアのための重要な情報源となります。

なお、連携されている医療・介護関係の方がお気づきの点やご本人、ご家族へのメッセージ、他のスタッフへの連絡事項などを記入するページも設けておりますのでご利用ください。

図 心不全悪化パターンと予防パターン



※ 令和4年4月から令和5年3月までの1年間、記録できるものとする。

4月 APRIL 卯月 2022 (令和4年)

1 金 先負	体重 kg	血圧 (脈拍) / ()	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩
	生活メモ				
2 土 仏滅	体重 kg	血圧 (脈拍) / ()	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩
	生活メモ				
3 日 大安	体重 kg	血圧 (脈拍) / ()	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩
	生活メモ				
4 月 赤口	体重 kg	血圧 (脈拍) / ()	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩
	生活メモ				
5 火 先勝	体重 kg	血圧 (脈拍) / ()	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩
	生活メモ				
6 水 友引	体重 kg	血圧 (脈拍) / ()	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩
	生活メモ				
7 木 先負	体重 kg	血圧 (脈拍) / ()	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩
	生活メモ				

注意：体重が数日で2kgほど増えた、息苦しさある、足にむくみがあるなどの症状がある場合、早めに医師に相談してください。

※ 令和4年4月から令和5年3月までの1年間、記録できるものとする。

3月 MAR 弥生 2023 (令和5年)

25 土 大安	体重	kg	血压 (脈拍)	/ ()	体温	度	服薬 (○か×で記入)	朝・昼・夕	歩数	歩
	生活メモ									
26 日 赤口	体重	kg	血压 (脈拍)	/ ()	体温	度	服薬 (○か×で記入)	朝・昼・夕	歩数	歩
	生活メモ									
27 月 先勝	体重	kg	血压 (脈拍)	/ ()	体温	度	服薬 (○か×で記入)	朝・昼・夕	歩数	歩
	生活メモ									
28 火 友引	体重	kg	血压 (脈拍)	/ ()	体温	度	服薬 (○か×で記入)	朝・昼・夕	歩数	歩
	生活メモ									
29 水 先負	体重	kg	血压 (脈拍)	/ ()	体温	度	服薬 (○か×で記入)	朝・昼・夕	歩数	歩
	生活メモ									
30 木 仏滅	体重	kg	血压 (脈拍)	/ ()	体温	度	服薬 (○か×で記入)	朝・昼・夕	歩数	歩
	生活メモ									
31 金 大安	体重	kg	血压 (脈拍)	/ ()	体温	度	服薬 (○か×で記入)	朝・昼・夕	歩数	歩
	生活メモ									

注意：体重が数日で2kgほど増えた、息苦しさある、足にむくみがあるなどの症状がある場合、早めに医師に相談してください。

スタッフからのメッセージ、連絡事項等

年月日	記入者及び宛名	メッセージ、連絡事項等
・ ・	(記入者) (宛 名) 様	
	(記入者) (宛 名) 様	

※メッセージ、連絡事項等を別業とする場合、○ページの「メッセージ、連絡事項 貼付場所」に貼付願います。

医療機関・介護事業所などの連絡先

医療機関・介護事業所名	住 所	電話番号	担当医師名等

緊急時対応連絡票

<small>(ふりがな)</small> 本人氏名		男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
自宅住所	〒	
電話番号	自宅	
	携帯	

緊急時連絡先(家族等)

<small>(ふりがな)</small> 氏 名		
間 柄	配偶者・その他 () (同居/別居)	
勤 務 先		
電話番号	勤務先	
	携 帯	

メッセージ、連絡事項等 貼付場所

令和 年 月 日

貼付場所

令和 年 月 日

貼付場所

ツール 8：先週と比べての状態確認シート

(1) ねらい

患者さんの体調は、体重だけでなく、しんどさ・息切れや、むくみなど様々な点に現れます。特に高齢の心不全患者さんの場合には適切な体液量の幅が少なく、そのコントロールが難しいため、体調の変化を在宅チームが観察し、変化をつかみとって主治医にいち早く情報をつなぐことが重要です。このような観察を行う際に用いるツールとして記入形式のシートを考案しました。

(2) ツールの内容

「先週と比べての状態確認シート」の様式を表に掲げます。

このシートは、先週と比べた状態を観察者が患者さんやご家族と対話しながら確認し、記入します。記入項目は、しんどさ・息切れ、むくみ、体重、薬の飲み忘れ、食欲、本人が前向きに頑張ったこと、その他本人のお話、観察者から見て気付いた点です。

「先週と比べて」という名称のとおり、シートへの記入は週一回程度を想定しています。傾向をつかむには週一回程度でも十分であり、毎日の記入では負担になる一方、二週間以上間隔が空くと記憶があいまいになるためです。

観察の結果、急性増悪の徴候が考えられるときは、直ちに看護師に連絡をとることを推奨します。

また、このシートは患者さん宅に備え付けて保存し、外来受診時や訪問診療時に患者さんが持参して医師や看護師に見てもらうことで、診療の際の参考になることが期待されます。

(3) 使用にあたってのアドバイス

このシートは患者さんの体調を観察し、主治医につないで薬剤の調整など治療に役立てていただくためのツールですが、それと同時に、記載にあたって患者さんとの対話をうながす要素も持っています。「心不全日記帳」とも照らし合わせながら患者さんと対話し、観察者としての気づきを整理するとよいでしょう。

「観察者から見て気付いた点」は、病状の変化はもちろんですが、患者さんの思いの変化や、患者さんやご家族の頑張った点、強みと考えられる点など、今後の前向きな取り組みにつながる着眼点も大切にしてください。

観察者として在宅チームの中の誰が記入するかは、在宅チームで話し合っ決めてよいでしょう。記入者は一人に固定しつつ記入内容をチームで相談してもよいし、記入者が週替わり、月替わりで交代するのもよいでしょう。患者さんを囲む在宅チームの輪が出来て、療養生活がより良いものになることが期待されます。

(ツール 8 : 表)

先週と比べての状態確認シート

_____年 月 日作成 (患者さん氏名) 様

項 目	先週と比べてどうですか？ (思い当たる理由があれば含めて記載)
しんどさ、息切れ	
むくみ	
体 重	
薬の飲み忘れ	
食 欲	
本人が前向きに 頑張ったこと	
その他、本人の お話	
観察者から見て 気付いた点	

(観察者 所属 ・ 氏名)

ツール9：主治医と在宅チームのこれだけは知りたい・知らせたい情報

(1) ねらい

在宅での支援内容は患者さんの個別性と病状に応じて異なるため、主治医と相談し、指示・指導を受けながら調整することになります。こうしたことから、在宅チームの多職種は、ケアを通じて患者さんの日常をよく観察し、主治医の判断に資するよう看護師を通じて患者さんの思いや在宅の情報を伝える必要があります。このような双方向の情報連携を行ううえで特に重要と思われる伝達事項をシートに整理しました。

(2) ツールの内容

「主治医と在宅チームのこれだけは知りたい・知らせたい情報」を図に掲げます。

このシートは、再入院予防のために重要度が高いと思われる項目をリストアップし、主治医から在宅チームに伝えるべき情報を上段の枠に、在宅チームから主治医に伝えるべき情報を下段の枠に記載しました。

医療機関においては、主治医を中心に院内多職種チームを組むことが多くなっているため、今後は、院内チームと在宅チームの間での情報の受発信になっていくと思われます。

(3) 使用にあたってのアドバイス

双方向の情報連携を行うとしても、主治医（院内チーム）も在宅チームも多忙なのが通例ですので、連携する情報はポイントを絞ったものとするのが望まれます。

医療機関への連絡や外来受診をすべき症状や状態は、急性増悪の徴候が現れたときにいち早く対処するための、緊急性の高い項目です。在宅チームが徴候の把握と緊急対応に協力することは非常に重要です。

生活上の増悪因子のコントロールがうまくされているかの情報も非常に重要です。特に高齢の心不全患者さんの場合には適切な体液量の幅が少なく、薬剤をこまめに調整しなければ急性増悪を容易に來してしまう難しさがあります。主治医は増悪因子の情報を在宅チームに伝え、在宅チームはコントロールがうまくいっているかどうかを定期的に、あるいは変化があった場合は随時、主治医に伝えることが求められます。

主治医は基礎疾患などの基本情報を在宅チームに伝え、在宅チームはこれら基本情報と患者さんの生活実態、生活環境を照らし合わせながら、療養と生活が折り合うよう支援を行います。その際に、例えば、庭仕事が好きな患者さんでは、前屈みになっての作業を続けることは急性増悪のリスクになりますが、大切な希望は叶えたいとも思います。そこで、医学的に見てどのような対応や助言ができるかなど、具体的な形にして主治医や院内チームに問い合わせるとよいでしょう。急性増悪を予防しつつ患者さんにとって満足できる療養生活を送れるようにすることは、主治医も望んでいることですから、気兼ねなく問い合わせるとよいでしょう。

(ツール9: 図)

主治医と在宅チームの
これだけは知りたい・知らせたい情報

【主治医（院内チーム）から在宅チームへ】

- ①医療機関への連絡や外来受診をすべき症状や状態（体重増加など）
- ②患者さんについて把握されている生活上の増悪因子
- ③基礎疾患、病態像、医学的管理状況などの基本的情報（変化があった場合にも情報更新）
- ④
- ⑤



【在宅チームから主治医（院内チーム）へ】

- ①医療機関への連絡や外来受診をすべき症状や状態になったときの状況報告（すみやかに。「先週と比べての状態確認シート」などの情報も活用）
- ②患者さんの生活上の増悪因子がうまくコントロールされているか（定期的に。変化があった場合は随時）
- ③患者さんの生活との折り合いを考えるうえで医学的にどう対応や助言ができるかの問い合わせ（具体的に。随時、気兼ねなく）
- ④
- ⑤

再入院を予防する観点から、重要度が高いと思われる項目をリストアップしています。

ツール 10：心不全患者さんの療養と生活が折り合うよう支援する際の留意点

(1) ねらい

療養と生活の折り合いは、療養生活を継続していくうえでとても大切です。そのためには、心不全という病態の特性に留意しつつも、患者さんの思いや希望をもとに、患者さんやご家族とともに前向きに考えて、患者さんの生きる力を引き出していくことが大切です。こうした取組を進めていくうえで特に重要な留意点を整理しました。

(2) ツールの内容

「心不全患者さんの療養と生活が折り合うよう支援する際の留意点」を表に掲げます。

どの病気であっても、療養と生活が折り合うように考える際は、患者さん、そしてご家族も含めた思いや希望がもともになることは変わらぬ基本です。しかしまた、心不全は急性増悪を繰り返して命を縮める病であることには十分な注意が必要です。急性増悪の危険性を常に念頭に置きながら、日々の暮らしが満足のいくものとなるよう支援するための考え方を、順を追って押さえたのがこのシートです。「心不全日記帳」、「先週と比べての状態確認シート」、「主治医と在宅チームのこれだけは知りたい・知らせたい情報」など他のツールとも併せてご活用ください。

(3) 使用にあたってのアドバイス

心不全は急性増悪を繰り返して命を縮める病ですから、適切な疾病管理が行われなければ「生きたい」、「苦しみたくない」という、生命体としての人間の恐らく最も根源にある願いが閉ざされることとなります。しかし、状態が安定してくると、満足した生活を送りたいという希望が前に出てきます。また、患者さんにとって、どうしてもしたくないことや、やりたくてもできないことなどのジレンマもあります。

医療職は心不全の予後についての知識があるため、「生きること」と「苦しめないこと」を優先して判断したくなりますが、いま生きている日常が満足のいくものとなるよう模索しながら過ごすこともまた、患者さんにとって大切な人生です。

「療養と生活の折り合い」を、「医療職と患者さんの折り合い」として捉えるのではなく、患者さんの「いのち」の願いと「日々の人生」の願いが前向きに両立できるよう、専門職の知識とノウハウを活用して提案し、助言し、患者さんの生きる力を支援する営みだと考えてみてはどうでしょうか。

心不全患者さんの療養と生活が折り合うよう支援する際の留意点

【 1 患者さんの思いや希望がもともになることは変わらぬ基本 】

どの病気であっても、療養と生活が折り合うように考える際は、患者さん、そしてご家族も含めた思いや希望がもともになることは変わらぬ基本です。そのうえで、心不全という病をよく理解し、状況に応じた対応を心がけることが大切です。

【 2 心不全は急性増悪を繰り返して命を縮める病であることに注意 】

心不全は急性増悪を繰り返して命を縮める病であることに注意する必要があります。療養上の医学的必要性は、この急性増悪を回避することに主眼があります。急性増悪になると、「生きたい」、「苦しmitakくない」という、日常あまり表出されない根源的な希望が前面に出てきます。この希望をかなえるためには、在宅チームが主治医との情報連携を日頃からよく図っておくことが大切です。

【 3 日常の療養においても一律にいかないことが多い 】

患者さんが安定した状態であれば、満足のいく日常生活を送るための支援が求められます。しかし、心不全の複雑な病態から、療養上の対応自体が一律には決められないことも多くあります。例えば、塩分の過剰摂取は体液量を増加させ、心臓の負担となりますが、一方で、低栄養も心不全の予後を悪化させます。あまりに薄味では食事の楽しみがなくなるかもしれないうえ、療養上の必要においても、今は減塩を優先する状態なのか、低栄養の回避を優先する状態なのかを考えなければなりません。

【 4 多職種で考えることが大切 】

以上のような問題を解決するためには、療養と生活のいずれの観点についても多職種で知恵やノウハウを持ち寄ることが重要です。医学的にどう対応できるかは、主治医に相談することも大切です。症例検討会で様々なケースを学習することも有効でしょう。そして、多職種の中で誰がキーマンとなって対応の調整をしていくかを考えましょう。

【 5 できることを具体的に提案して患者さんを支える 】

そのうえで、患者さんの前では、駄目出しや制約をかける否定的な姿勢ではなく、今できていることを支持し、がんばりを賞賛し、やりたいけれどできないことを一緒に考えて、一つでもいいからできることを見つけて具体的に提案するという、前向きな調整を心がけてください。急性増悪のリスクがあることを常に念頭に置きつつも、患者さんが満足のいく人生を生きていけるよう支えましょう。

ツール 11：在宅チーム振り返りシート、医療機関振り返りシート

(1) ねらい

基本モデルは、「目的」（何を得ようとするか）を掲げたうえで、「体制」（どんな仕組みを準備するか）と「活動」（どんな働き方をするか）を示し、節目ごとに「評価」（振り返ってさらに改善する）を行う組み立てとなっています。この評価を、医療機関や在宅チームが簡便に行いつつ、他の事例とも比較可能にするため、標準的な様式を考案しました。

(2) ツールの内容

「在宅チーム振り返りシート」を表①に、「医療機関振り返りシート」を表②に掲げます。

医療機関振り返りシートの中の「心不全再入院率」は、連合会が算出し医療機関に提供することを検討しています。

在宅チーム振り返りシートは、患者さんが退院して在宅チームが活動を始めてから3か月ごとに主治医に提出し、主治医による在宅状況の把握に役立てるとともに、各チームの振り返りシートを集計のうえ医療機関振り返りシートと併せて分析することにより、今後の改善に向けた基礎データとして活用することが考えられます。

在宅チーム振り返りシートの中のチェック項目は、前掲の「心不全日記帳」や「先週と比べての状況確認シート」を参照することで根拠となる事実を示すことも可能です。

シートは、カンファレンスなどで多職種が話し合っただけで作成することが望ましいですが、在宅チームが一堂に会することが難しい場合は、持ち回りによる作成もありうるでしょう。

(3) 使用にあたってのアドバイス

現場の作業負担を軽減するため、数値による指標は連合会が算出を検討している再入院率のみとし、それ以外の項目は、チェックを入れる形式でワンペーパーにまとめました。

簡便なシートではありますが、①再入院の予防という効果と、その効果をもたらすエビデンスが明確な各種の活動を組み合わせて分析・評価を行うこと、②再入院率という量的な結果を示しつつ、その結果を左右する各種の活動を質的項目で多面的に分析・評価することにより、医療の質を評価する基本的な方法論に沿ったものとしています。

介護事業所においては、自所関わったチームのシートを集計することにより、自所に関係する再入院率を算定し、自己評価を行うことも可能になります。

一定の実績を蓄積した後は、このような振り返りを在宅チームが行うためのカンファレンスや、医療機関がこれらのシートを集約し分析する作業を診療報酬や介護報酬で評価するよう、連合会から国に提案することも考えられます。また、診療報酬や介護報酬で評価されるまでの間、連合会がシートの集約や分析を支援することも考えられます。

(ツール 11 : 表②)

医療機関振り返りシート

年 月 日 (医療機関名)

【心不全再入院率】					
当院 (	年)	退院後 3 か月以内	%	1 年以内	%
(	年)	退院後 3 か月以内	%	1 年以内	%
(	年)	退院後 3 か月以内	%	1 年以内	%

(参考) 全道 (	年)	退院後 3 か月以内	%	1 年以内	%
【主治医と在宅の心不全患者さんを継続的に繋ぐため当院がいつも行っていること】					
<input type="checkbox"/>	定期的な外来受診の予約	<input type="checkbox"/>	訪問看護師との連携		
<input type="checkbox"/>	電話や訪問での指導	<input type="checkbox"/>	ケアマネージャーとの連携		
<input type="checkbox"/>	外来看護師による相談機能	<input type="checkbox"/>	多職種カンファレンスの開催		
<input type="checkbox"/>	クリニックとの連携	<input type="checkbox"/>	()
【在宅での心不全の疾病管理のため当院がいつも行っていること】					
<input type="checkbox"/>	患者さんのセルフケア能力の定期的な分析・評価				
<input type="checkbox"/>	過去に再入院した場合の要因分析				
<input type="checkbox"/>	服薬、運動、栄養などを含めた包括的な指導				
<input type="checkbox"/>	心臓リハビリテーションの実施調整				
<input type="checkbox"/>	ご家族との調整や支援				
<input type="checkbox"/>	社会資源の導入支援				
<input type="checkbox"/>	病状や生活状況の変化に応じた指導内容の調整				
<input type="checkbox"/>	受診の目安となる体重増加の数値を患者さんに示す				
<input type="checkbox"/>	休日、夜間、予約外の受診の連絡方法を患者さんに示す				
<input type="checkbox"/>	心不全日記帳等の記載状況の確認と励まし				
<input type="checkbox"/>	在宅管理の留意事項を在宅チームに指示・情報提供				
<input type="checkbox"/>	在宅での管理状況を在宅チームから把握				
<input type="checkbox"/>	患者さんが他地域での在宅生活に移行する場合の医療機関の紹介				
<input type="checkbox"/>	(
)
【今後に向けた課題や取組】					
(記入内容連絡先 所属 氏名)					

ツール 12：包括的なリハビリテーションへのステップアップ・プラン

(1) ねらい

心不全患者さんに対する包括的心臓リハビリテーションの効果には多くのエビデンスがありますが、在宅の患者さんにはまだまだ普及が進んでいない現状にあります。その理由としては、①医療保険が適応となる病態や期間が限られていること（退院後 150 日までが基本）、②医療保険の施設基準を充たす施設が限られていること（道内で 54 施設。日本心臓リハビリテーション学会ホームページ <http://www.jacr.jp/web/everybody/hospital/>、2021 年 10 月閲覧）、③入院中に心臓リハビリテーションが行われても退院後に週 1～3 回の外来リハへの通院が難しいこと、などがあります。

一方、介護保険のサービスでは、心疾患に特化してはいませんが、心身機能の回復や日常生活の自立を目的としたリハビリテーションが広く行われ、送迎付きの通所サービスや訪問サービスのように利用しやすい形態となっています。

また、高齢の心不全患者ではフレイルが高率で合併しており（60～82%）、心不全との悪循環が懸念されることから、フレイル予防も重要な課題となっています。

このような状況を踏まえ、心臓リハビリテーションを行うことが望ましいものの施設へのアクセスや期間などで医療保険の利用が難しい在宅の高齢慢性心不全患者さんにおいて、フレイル予防の必要性が併せて認められる場合は、フレイル予防を主目的として介護保険を活用したリハビリを導入し、これを心不全疾病管理の中に組み込んで包括化していくプランを考えました。

(2) ツールの内容

「包括的なリハビリテーションへのステップアップ・プラン」を表に掲げます。

最初に Step1 として、在宅の日常生活での運動負荷を分析・評価し、過負荷になっている状況があれば取り除き、安静にし過ぎているなら適度に身体を動かすよう指導します。

そのうえで Step2 として、患者さんにフレイル予防の必要性がある場合は、介護保険を活用したリハビリを検討します。

Step3 として実際に導入する運びとなった際は、介護事業所に患者さんの状態に応じた留意事項を伝え、介護事業所からは毎回状況報告を受けます。

Step4 では、定期的にカンファレンスを行い、介護事業所のスタッフも含めたチームとしての活動に高めていくとともに、カンファレンスの内容を踏まえサービスを調整します。

(3) 使用にあたってのアドバイス

このプランは、フレイル予防を主目的として介護保険のリハビリを導入した場合に、カンファレンスを通じてリハビリと他の在宅ケアを多職種で調整することで、心不全の包括的なケアを実現しようとするものです。

こうした連携の経験を積むことで、地域の介護事業所が在宅チームの一員となり、リハビリの質的量的な水準がさらに充実していくことが期待されます。

(ツール 12 : 表)

包括的なリハビリテーションへのステップアップ・プラン

<p><前提条件> 心臓リハビリテーションを行うことが望ましいが、施設へのアクセスや期間などで医療保険の利用が難しい在宅の高齢慢性心不全患者さんが対象</p>
<p>Step 1 日常生活の運動負荷を評価 【在宅チーム+院内チーム】</p> <p>① 過負荷になっていないか？ (例) 家事の負担 → ご家族の協力や家事援助サービスの導入</p> <p>② 逆に、過剰な安静になっていないか？ → 心不全でも適度に身体を動かすのは有効であることを指導</p> <p>③ 過負荷を避けつつ、適度に身体を動かす生活を患者さん、ご家族とともに検討</p>
<p>Step 2 介護保険でのリハビリの検討 【在宅チーム+院内チーム+ケアマネージャー】</p> <p>① フレイルのリスクを評価 (身体、栄養、心理・社会面)</p> <p>② フレイル予防の必要性がある場合には介護保険を活用したリハビリを検討 (例) 送迎付き通所リハ、訪問リハなど。栄養や心理・社会面の課題がある場合はデイサービスとの組合せも検討</p> <p>③ 心不全患者さんが安全にリハビリを行える体制にあることを介護事業所と共に確認 (例) 理学療法士または看護師により運動中の監視を行うこと 息切れ・むくみの有無、血圧・脈拍を運動前及び運動中に確認すること など</p>
<p>Step 3 介護保険でのリハビリの導入 【在宅チーム+院内チーム+ケアマネージャー+介護業所スタッフ】</p> <p>① 主治医の指示・指導のもと介護事業所に患者さんの状態に応じた留意事項を伝達 (例) 運動負荷の許容値、運動中止の条件、急性増悪の確認方法、緊急時の対応など</p> <p>② 介護事業所による定期的なリハビリの実施</p> <p>③ 介護事業所から毎回の状況報告を受け主治医とも共有 (例) 運動の内容・強度・時間、息切れ・むくみの有無、血圧・脈拍の状況 など</p>
<p>Step 4 カンファレンスの実施とケアの調整 【在宅チーム+院内チーム+ケアマネージャー+介護業所スタッフ】</p> <p>① 定期的にカンファレンスを実施 (例) 在宅チームのカンファレンスに介護事業所のスタッフが参加、または、介護事業所のカンファレンスに在宅チームのスタッフが参加</p> <p>② カンファレンスの内容を主治医に伝え必要に応じてリハビリと他の在宅ケアを調整</p>

ツール 13：退院して他地域での在宅療養に移行する際の連携フローチャート

(1) ねらい

北海道内では離島や過疎地など専門的な資源の少ない地域が多いことから、心不全で基幹病院に入院している患者さんが退院し、他地域での在宅療養に移行する場合には、患者さんが地元（患者さんが退院後に居住する地域）に戻ってから在宅サービスの導入を調整し始めても、簡単には資源のやりくりがつかないことがあります。このため、退院調整のなかで地元の関係者と早めに連絡を取り合い、在宅サービス導入の調整を開始することが望めます。このような観点から、他地域の関係者とどのような手順で連携をとるかをフロー図の形で整理しました。

(2) ツールの内容

「退院して他地域での在宅療養に移行する際の連携フローチャート」を図に掲げます。

在宅での疾病管理は、主治医に相談し、指示・指導を受けながら行うことが基本です。地元でかかりつけ医となる医療機関を紹介することが前提となります。

次に、患者さんが要介護認定を受けているかを確認します。認定を受けている場合は、地元でのサービス導入の調整役となるケアマネージャーがいるかどうかを確認します。

そのようなケアマネージャーがいない場合や要介護認定を受けていない場合は、地域の地域包括支援センターに連絡し、調整役を紹介していただきます。

そのうえで、調整役のかたにかかりつけ医と相談していただき、在宅でのサービス（医療保険、介護保険）の導入を調整することになります。導入された後は、在宅でのサービスを担う職種の人たちが在宅チームになっていきますので、新たなチームに必要な事項を引き継ぎます。

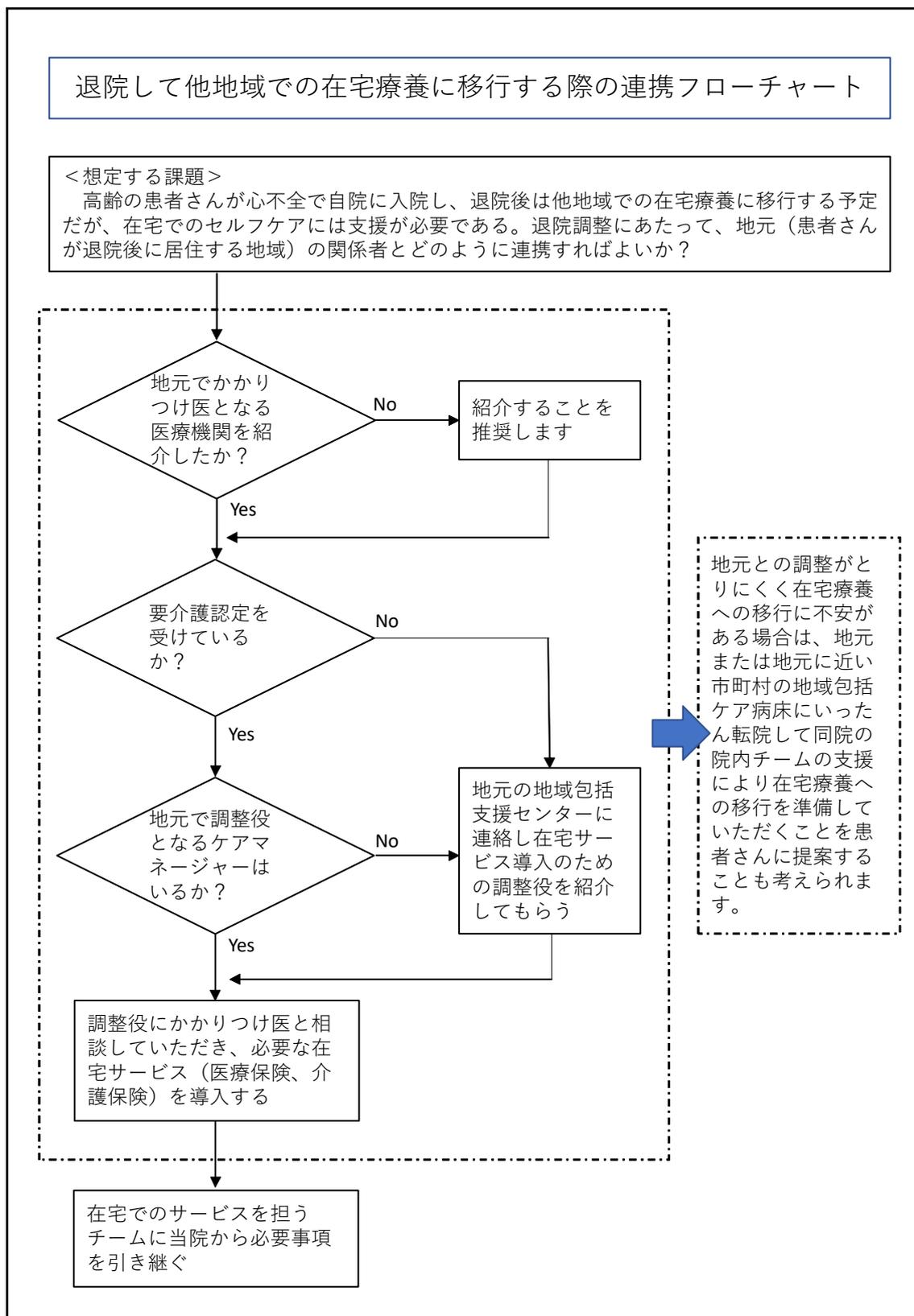
なお、地元との調整がとりにくく在宅療養の移行に不安がある場合は、地元または地元に近い市町村の地域包括ケア病床にいったん転院して同院の院内チームの支援により在宅療養への移行を準備していただくことを患者さんやご家族に提案することも考えられます。

(3) 使用にあたってのアドバイス

離島や過疎地などでは訪問診療や訪問看護を受けることもままならない状況があります。退院支援の中でこうした地元事情に配慮していただくことはとても重要です。

また、近年は資源の少ない地域の自治体病院や国保病院などでも病床を地域包括ケア病床に転換するところが増えており、在宅療養への移行準備のためにも活用できます。こうした連携の経験を積み重ねることで、都市部の基幹病院－地元の地域包括ケア病床－地元の在宅療養関係者という一連の連携協力関係ができ、心不全の患者さんに対するケアがより良いものとなっていくことが期待されます。

(ツール 13 : 図)



ツール 14：専門的な資源が少ない場合の在宅支援体制の検討例

(1) ねらい

離島や過疎地など専門的な資源が少ない地域では、高齢の心不全患者さんが基幹病院から退院して地元で在宅療養生活を始めるにしても、少ない資源をどのようにやりくりして支援を行うか、関係者が苦心することが多くあります。このような場合に対応を検討する参考として在宅支援体制の検討例を作成しました。

(2) ツールの内容

「専門的な資源が少ない場合の在宅支援体制の検討例」を表に掲げます。

このツールは、基幹病院で心不全の入院加療の後、在宅生活に復帰した高齢者であって、「在宅支援体制検討のためのフローチャート」を勘案すると何らかの在宅サービスの導入が必要な患者さんを想定した対応策です。

医療体制としては、地元のかかりつけ医に月1回程度外来受診を予定し必要に応じて往診があること、入院加療した基幹病院は3か月ごとの外来受診などのサポートを予定し急変時の受け入れも可能であることを前提としています。このような前提が整っていない場合は、在宅で急性増悪が起きたとしても医療機関での対応に手間どる恐れがありますので、この前提条件は整えていただくことを推奨します。

そのうえで、専門的な資源が少ない中での着眼点として、「最小資源最大効果」の視点に立って、①毎日の体重測定と記録の支援及び②急性増悪の徴候がある場合の連絡対応から支援できるようにすること、さらに、すでに導入されている介護サービスがある場合は、そこに心不全の視点を加えることを提案しています。

そして、導入例として、訪問介護、通所介護での活動内容と、訪問看護での活動内容を例示しています。

(3) 使用にあたってのアドバイス

心不全では、血液を循環させる心臓のポンプ機能がうまく働かなくなると、肺や腎臓など他の臓器にまで影響を及ぼします。血液の循環に異常が現れると、うっ血を起こし、体内に血液中の水分が滞留します。うっ血を放置しておくと、心臓への負荷がさらに強まり、ますます悪循環に陥って入院加療が必要になってきます。

このうっ血は、体重の変化によっていち早く捉えることができます。具体的には、心不全患者さんの体重が2～3日で急に2kg以上増えたときは、急性増悪による体内のうっ血が疑われます。このとき、外来で利尿剤を増量するなどの治療を行えば、うっ血の改善と再入院の回避が期待できます。これが体重測定がなぜ重要なのかの理由です。

ただし、医師は体重の増加だけで判断するのではなく、息切れやむくみの状態など全身を観察し、血圧、脈拍などを測定して、必要な場合は血液検査も行って診断します。このため、もし訪問看護師が訪問し患者さんの状態を観察できれば医師の負担は軽減され臨機の対応も可能となるのですが、訪問看護サービスが導入できない場合は、その分、かかりつけ医により機動的な対応をしていただく必要が生じることになります。

(ツール 14 : 表)

専門的な資源が少ない場合の在宅支援体制の検討例

<p><想定されるケース></p> <ul style="list-style-type: none">○ 基幹病院で心不全の入院加療の後、在宅療養に移行する高齢者である。○ 「在宅支援体制検討のためのフローチャート」を勘案すると何らかの在宅サービスの導入が必要である。○ 地元のかかりつけ医に月 1 回程度外来受診を予定し必要に応じて往診も可能。○ 入院加療した基幹病院は 3 か月ごとの外来受診などのサポートを予定し急変時の受け入れも可能。
<p><専門的な資源が少ない中での着眼点></p> <ol style="list-style-type: none">1 「最小資源最大効果」の視点に立ち、次の 2 つから支援できるようにする。<ol style="list-style-type: none">① 毎日の体重測定と記録ができるよう支援する。② 急性増悪の徴候がある場合は速やかにかかりつけ医または看護師に連絡する。2 すでに導入されている介護サービスがある場合は、そこに心不全の視点を加える。
<p><支援の導入例></p> <p>A <u>まず訪問介護、通所介護を導入する。</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ ヘルパーが訪問のつど体重測定を支援する（声かけ、測定の支援、記録の支援）。○ デイサービスで利用のつど体重を測定し記録する。○ ヘルパー及びデイサービス職員は、患者さんの体重がかかりつけ医から指示された目安を超えていないか確認し、超えている場合はかかりつけ医または看護師に速やかに連絡する。○ 状況に応じて、ヘルパーやケアマネージャーが外来受診に同行する。 <p>B <u>医学的な対応が頻回に必要な患者さんには訪問看護を加える。</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ 訪問看護師が週 1 回程度訪問し、体重測定を支援する。○ 訪問時に体重測定結果や血圧、脈拍、むくみ、息切れなどの状況を見て対応する。○ 急性増悪の徴候がある場合は、かかりつけ医に連絡する。○ かかりつけ医から訪問看護師に必要な指示を行う（利尿薬の頓用、受診の指示など）。○ 状況に応じてかかりつけ医と連携して対応する（臨時の訪問看護など）。 <p>※ 近隣に訪問看護ステーションのない地域では上記 A のみでの対応となるが、その場合は、体重増加など急性増悪の徴候に対して速やかに対応できるよう、かかりつけ医とあらかじめ調整する。</p>

【付録：既存の ICT ツールの紹介】

各種の研究で紹介され、実績のある ICT ツールの例をご紹介します。

① 患者さん自身による測定結果を遠隔でモニタリングする ICT ツール

心不全の急性増悪は、数日のうちに悪化することがあるため、月に一回程度の定期外来受診では増悪の徴候を見つけるのに限界があります。このため、在宅の患者さんが体重、血圧等を自分で定期的に測定し、電話等で主治医または看護師に報告する研究が以前から国内外で行われてきました。これらの研究では、単にデータを主治医等に送るだけでは予後改善の効果は明瞭ではなく、データを活用し患者さん自身が測定結果を自ら振り返ることを支援するなどしてセルフケアを強化することが重要との見解があります。（横田卓：ICTによる心不全の次世代型疾病管理．循環器内科 83 (2) : 133-137, 2018)

このような振り返り機能をもつ ICT ツールとしては、「みまもり帳」（北海道大学と（株）日立製作所の共同開発、スマートフォン、タブレット端末用アプリ）などの例があります。

② 多職種間で連絡調整を行う ICT ツール

在宅での医療・介護サービスでは、各サービスが日にちや時間をずらして在宅に入ることが多いため、連絡調整は電話で行われることが多くありました。しかし、各職種とも多忙なため、電話に出ることができないなどの課題があったことから、近年では、非公開型で医療介護分野専用の SNS により動画、画像、文書などの情報を送受信し共有する方法が活用されています。

このような連絡機能を持つ ICT ツールは各社で開発され、多くの使用事例があります。新型コロナウイルスへの対策として対人接触を必要最小限にする観点から、ICT ツールは今後益々活用が進むと考えられます。また、患者さんの様子を動画で送信することは、多職種での判断をさらに的確に行うために有用な方法と考えられます。

③ 在宅での生体情報を院内で一括してモニタリングする ICT ツール

COVID-19 を契機に、在宅での生態情報を院内の端末で一括して遠隔モニタリングする取組も始まっています。医療・介護用ベッドを製造している企業の開発したセンサー付きベッドを患者さん宅で使用することで、患者さんの睡眠、覚醒、呼吸数、心拍数などの生態情報を病院内の端末から確認するとともに、患者さん宅を訪問した訪問看護師から伝えられる情報に加え、タブレット端末で下肢の浮腫や頸静脈怒張の有無、尿量、患者さんの表情などを確認することで、遠隔診療という形で心不全の薬剤調整などを行っている事例があります。

ただし、事例の報告者は、デジタル技術の現場での活用は簡単なものではなく、直接的なかかわりによる患者、家族との信頼関係の構築が必須、と付記していますので、この点も参考にしてください。（織田良正、本村壮、西山雅則：地域の高齢者医療におけるデジタル技術の活用．老年内科 4 (1) : 70-77, 2021)