



心不全地域連携

JHeC♡とは？



城南地区から心不全連携の未来へ！

JHeC♡とは？

東京都城南地区での**心不全地域連携**のために設立されました！

JONAN
Heart Failure Medical
Collaboration

通称 **JHeC♡**
ジェヘック

【協力医療団体】 ※順不同

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

【入会医療団体】 ※順不同、2024年8月現在

池上総合病院、NTT東日本関東病院、大崎病院 東京ハートセンター、大田池上病院、大田病院、大森赤十字病院、昭和大学病院、東京蒲田医療センター、東京蒲田病院、東京品川病院、東京都立荏原病院、東京労災病院、東邦大学医療センター大森病院、牧田総合病院

城南地区から

心不全連携の未来へ！

品川区 ... 区の鳥 「ゆりかもめ」

大田区 ... 羽田空港 「飛行機」

背景 ... 東京湾

心電図 ... 5色で5つの医師会を表現

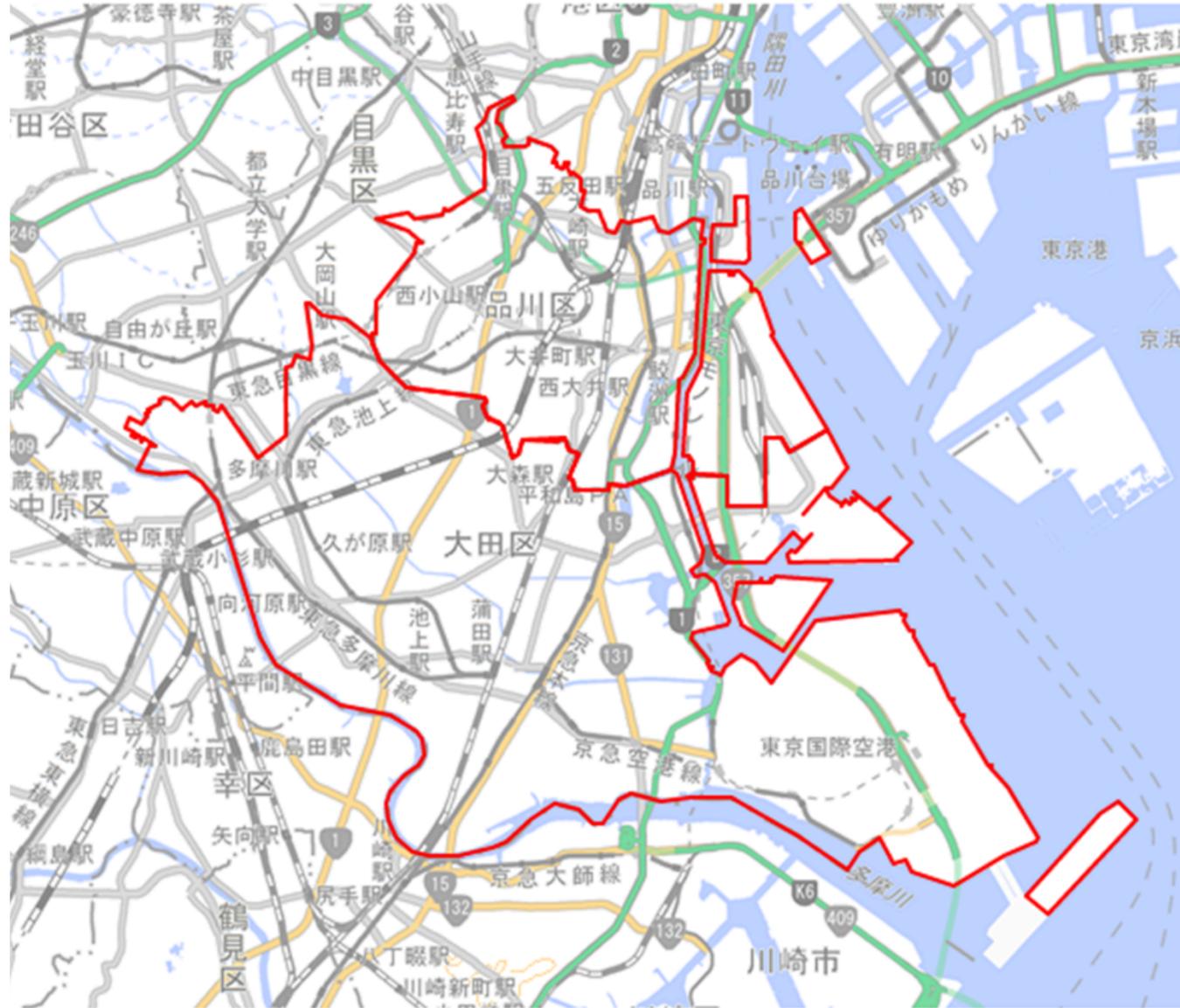


心不全自己管理ツール

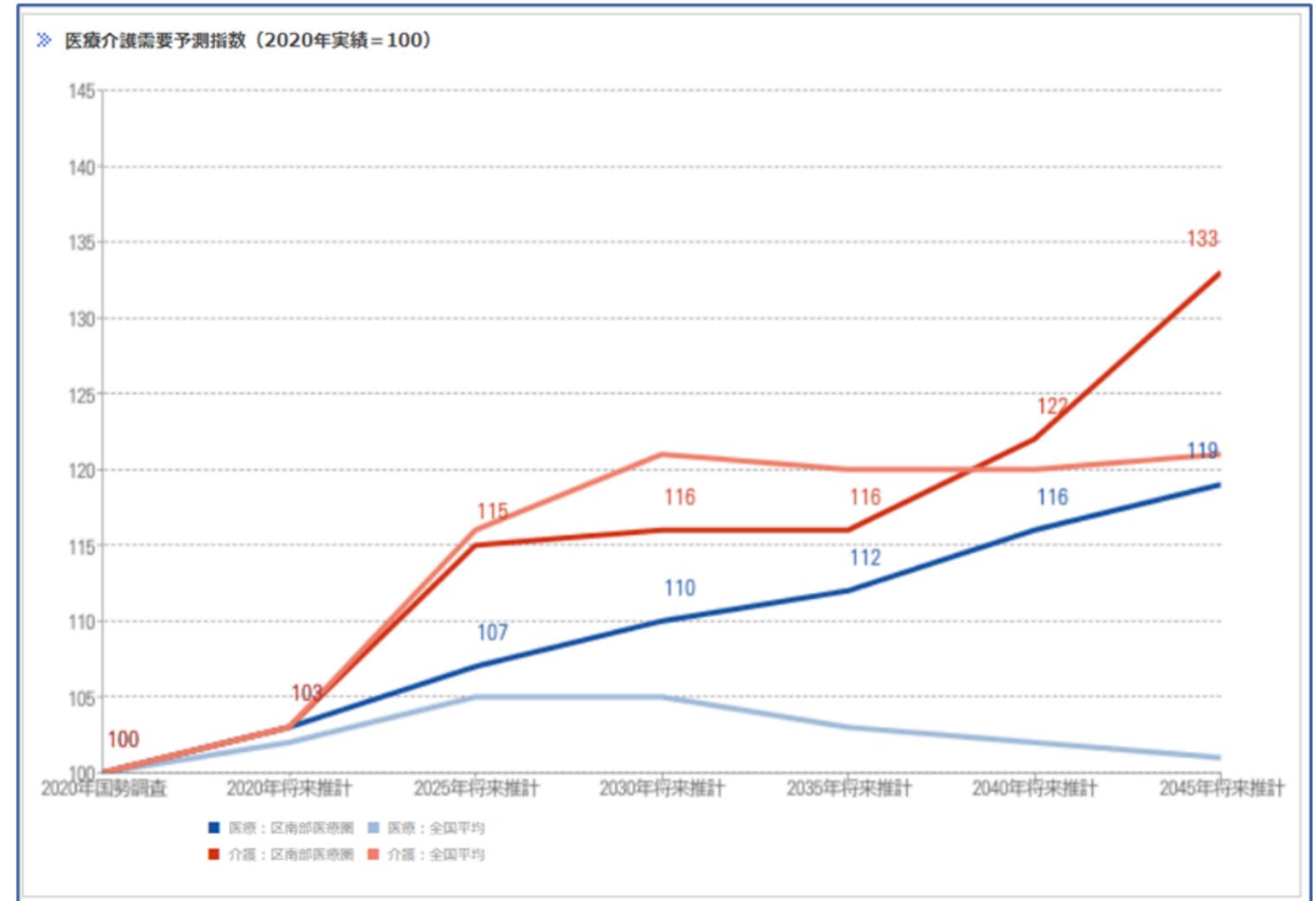
『ハートノート®』の導入目的と

JHeC♡ 設立について

区南部医療圏



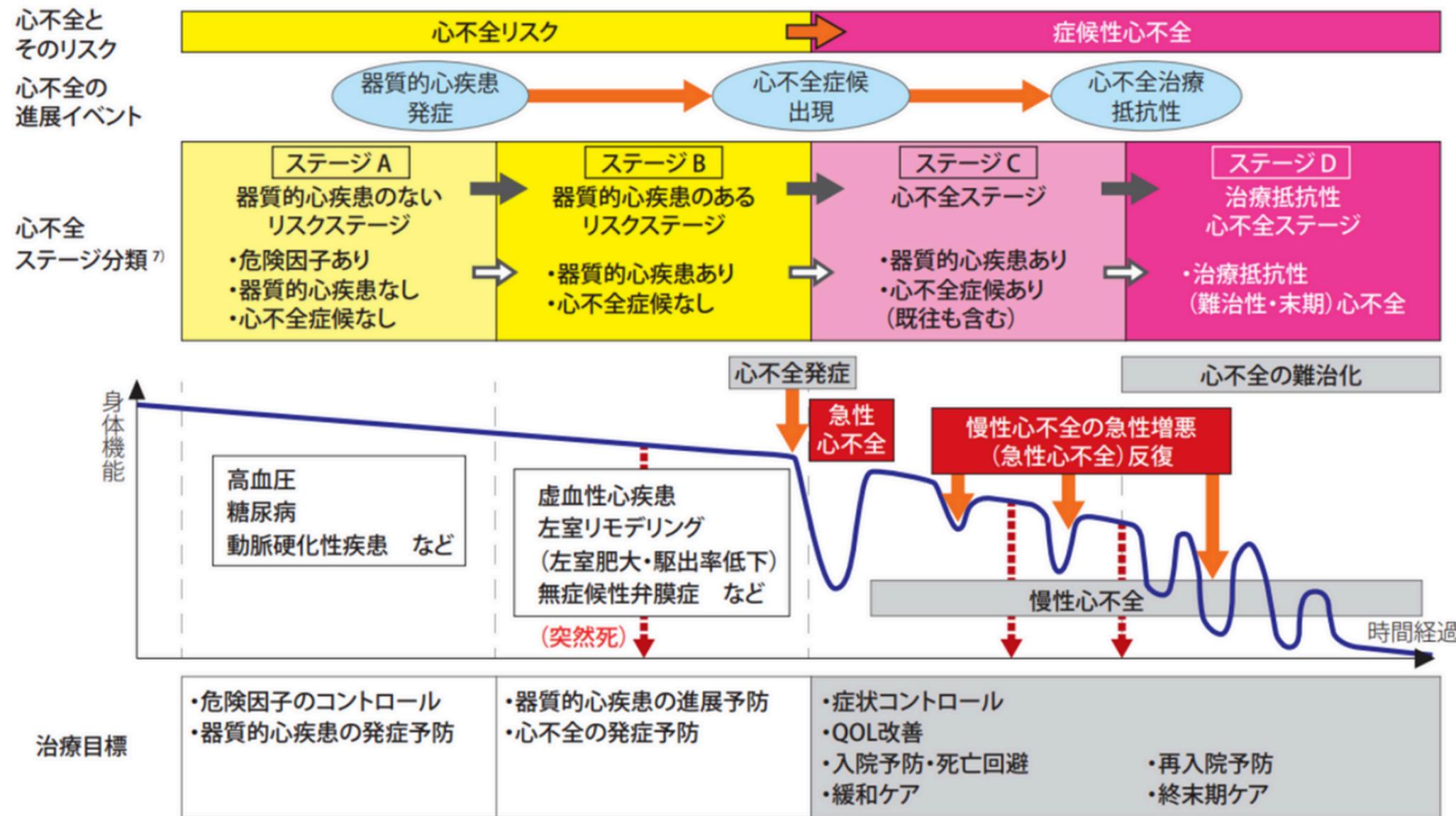
▲ 区南部医療圏の地図 (品川区・大田区)



▲ 医療介護需要予測指数で2020年実績=100としたグラフ

医療介護需要とともに
全国平均と比較しても
右肩上がりとなっている

心不全とそのリスクの進展ステージ



世界的な問題

心不全

パンデミック

心不全と診断された時には、すでに『ステージC』となっていることが多いです。
心不全は治りません。患者さんの予後・QOLを維持・改善する為には、心不全の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、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、私たちに求められている使命です。

心不全地域連携の重要性

背景

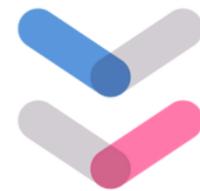
- 高齢化に伴う、心不全患者の増加
- 心不全患者の繰り返す再入院による病床運用への負荷増
- 在院日数の長期化
- 地域に心不全患者を診る基盤がない

目的

- 心不全患者の在院日数の短縮と再入院の削減
- 在宅治療に向けた病・病連携および病・診連携の確立
- 自己管理を中心とした患者教育の標準化

都市部地域における心不全患者管理の問題点

- 医療機関ごとに指導内容に違いがある
- 緊急時の対応や管理方法が医療機関ごとに異なる
- 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
- 診療所は多様な疾患や複数パスへの対応がある
- 受診のタイミングの判断が難しい



共通の

情報共有手段・患者指導方法・管理方法 が必要！

共通ツールとして...

心不全地域連携クリニカルパス

診療情報の標準化

心不全地域連携クリニカルパス (兼診療情報提供)

患者氏名	性別	生年月日
患者番号		
基礎心疾患		
左室射血分数	%	不整脈の合併
心不全増悪因子	<input type="checkbox"/> 飲水 (または塩分) 過多 <input type="checkbox"/> 内服の中断・減量 <input type="checkbox"/> 感冒や感染症 <input type="checkbox"/> その他 ()	
アウトカム(目標)	I: 心不全増悪の予防	II: QOLの改善・維持

〇〇病院 ← 貴院 (かかりつけ医) へお願いしたい継続診療内容

診療日: 年 月 日

全身状態

体重	kg
血圧	mmHg
脈拍	拍/分
整	<input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整
BNP または NT-Pro-BNP	Pg/ml

※ 必須だと考えられる内服薬

ACE阻害薬またはARB ARNI β遮断薬 MRA イブuprofen

体液量バランスに応じた量・種類の利尿薬 抗血小板剤 1剤 抗血小板剤 2剤 抗凝薬

脂質異常症治療薬 (LDLコレステロールの目標値:)

SGLT2阻害薬 その他 ()

<飲水制限> 1日 ml以下

<体重管理目標値> 至適体重: kg

※ kg以上は利尿薬で調整をお願いします。

※ kg未満または kg以上では予定外来診/バリアンスシートに基づき対応をお願いします

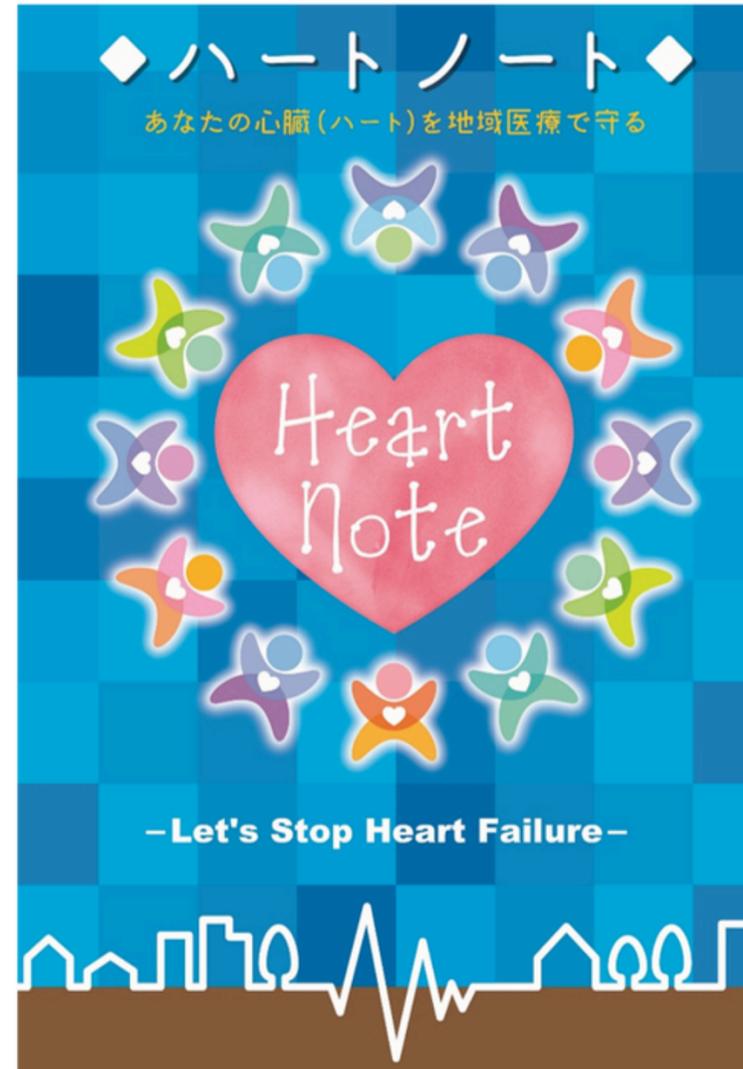
【その他、〇〇病院担当医からの診療情報提供】

医師名: _____

〇〇病院 循環器内科 主治医 → 貴院 (かかりつけ医)

ハートノート®

患者教育の標準化



自己管理用紙

評価方法の標準化

心不全ポイント管理記録用紙

メモスペース

月/日	/	/	/	/	/	/	
曜日	月	火	水	木	金	土	日
入院をした際に経験した息苦しさ	3点:0点						
安静時の息切れ・息苦しさ	5点:0点						
外出・入浴・階段の息切れ	有	無	有	無	有	無	有
自覚症状の悪化	有	無	有	無	有	無	有
せき	有	無	有	無	有	無	有
食欲低下	有	無	有	無	有	無	有
合計点							
不眠	有	無	有	無	有	無	有
運動(〇か×で記入)							
薬のんだ	朝		昼		夜		夜
水分量(mL, cc)							

メモスペース

5点以上 すぐにかかりつけ病院救急外来受診

4点 当日、または翌日外来受診(主治医以外の日でも受診必要)

3点 1週間以内に受診(主治医以外の外来でも可)

※ 3,4点の場合、かかりつけ医 またはかかりつけ病院を受診

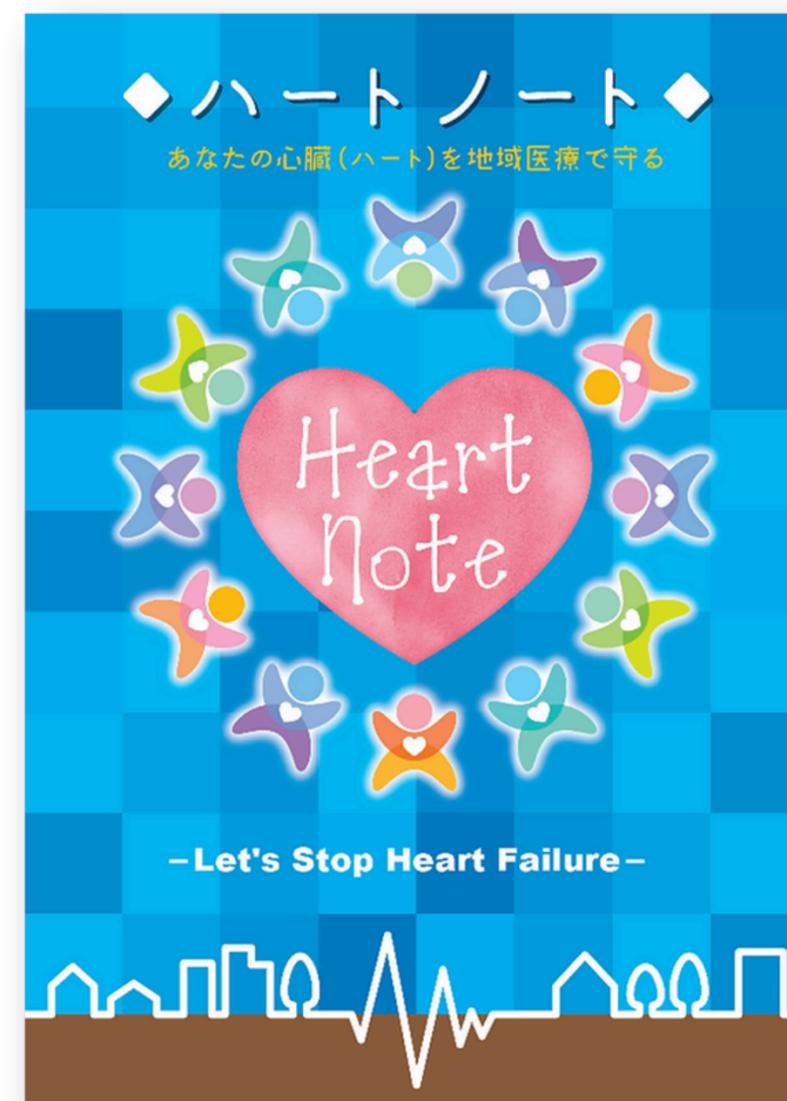
3点、4点時の早期受診を心がけてください

必ず記載! 受診のタイミングが分からない

『ハートノート®』とは？

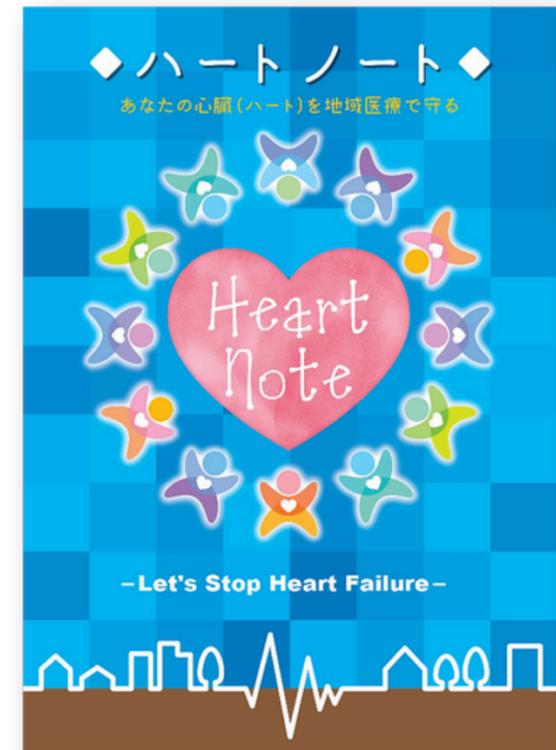
「大阪心不全地域医療連携の会」
《Osaka Stops Heart Failure (OSHEF)》で考案された
心不全患者のための自己管理ツール

患者が自身の体調管理を
積極的に行うことで
再入院を回避する



『ハートノート®』の使い方

入院から外来まで、かかりつけ医と 統一した心不全管理指導を行う



- ① 入院中にハートノートの記入方法を習得することができる
- ② 入院中に自宅での心不全管理方法を検討し、管理可能な方法を構築することができる
- ③ 継続した心不全管理を行う上での問題・課題点を入院中に抽出し、解決することができる
- ④ 入院中の指導内容・退院後のケアポイントを明記（外来看護枠）することで、外来でも継続的に管理指導ができる
- ⑤ 病院・かかりつけ医・地域スタッフが同様の情報を共有することで、通院治療を中心とした心不全管理を受けることができる
- ⑥ 病院・かかりつけ医・地域スタッフが同様の情報を共有することで、緊急時すぐに対応することができる

『ハートノート®』の構成：自己管理用紙の記入方法

- 体重 (Kg)
- 血圧 (mmHg)
- 脈拍 (回/分)
- 横になれないほどの息苦しさ
- 自覚症状
 - △ 外出・入浴・階段の息切れ
 - △ むくみがひどくなる
 - △ せき
 - △ 食欲低下

心不全ポイント管理記録用紙

メモスペース

月/日	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重 (kg)							
外来受診 (回)	3点:0点						
入院をした際に経験した息苦しさ (回)	/	/	/	/	/	/	/
安静時の息切れ・息苦しさ (回)	4点:0点						
外出・入浴・階段の息切れ	有	無	有	無	有	無	有
むくみがひどくなる	有	無	有	無	有	無	有
せき	有	無	有	無	有	無	有
食欲低下	有	無	有	無	有	無	有
合計点							
不眠	有	無	有	無	有	無	有
運動 (○か×で記入)							
薬のんだ	朝		昼夜		朝昼夜		朝昼夜
水分量 (mL, cc)							

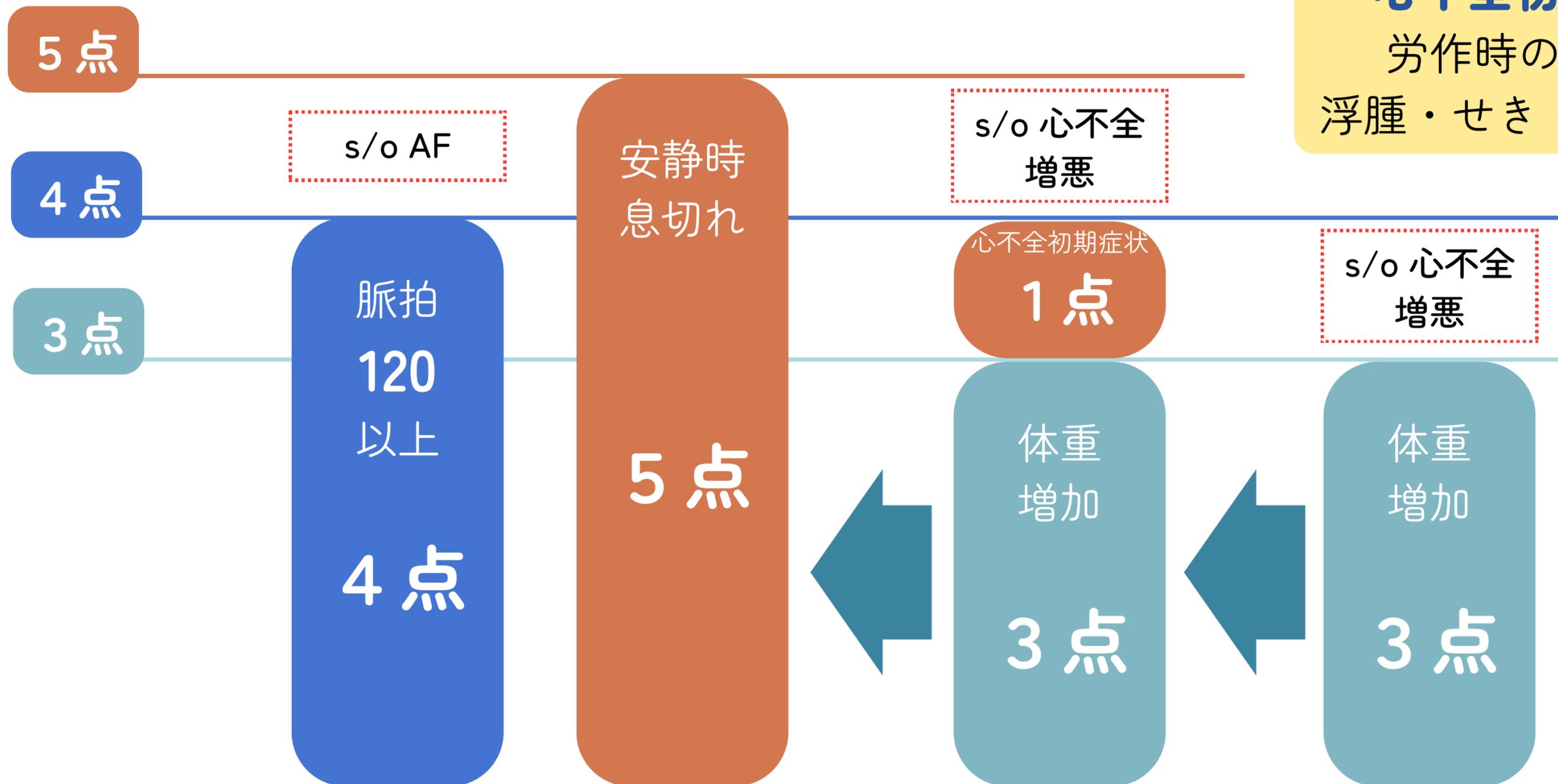
メモスペース

5点以上 すぐにかかりつけ病院救急外来受診
 4点 当日、または翌日外来受診 (主治医以外の日でも受診必要)
 3点 1週間以内に受診 (主治医以外の外来でも可)

3点、4点時の早期受診を心がけてください

※3、4点の場合、かかりつけ医 またはかかりつけ病院を受診

心不全ポイント



心不全初期症状
労作時の息切れ
浮腫・せき・食欲低下

JHeC♡では、5点以上の緊急受診は夜間でも必ず診察を行う

退院時 ～ 外来・地域へ

退院時

- ・ 教育を外来・地域へつなぐ

外来

- ・ 病棟から引き継がれたことを実践する
- ・ 退院後に新たに生じた問題がないかを確認し、次回診察時に明確に引き継ぐ

施設や地域

- ・ 個々の生活に沿ったセルフケア支援
- ・ 身体症状の変化に気づき対処方法がとれるように支援
- ・ 定期的な受診行動を支援

YouTube 『JHeC♡公式チャンネル』



過去に開催した講演動画やハートノート®の活用方法、慢性心不全について理解を深めるための動画などを公開中！ぜひご活用ください！

YouTube
チャンネルは
[こちら](#)



QRコードからも！



心不全ポイント自己管理用紙：練習問題①

患者さん	78歳・女性
病名	陳旧性心筋梗塞
予定外受診体重	48kg 以上
血圧	95/55
脈拍	65 回/分
体重	46.5kg
患者からの聞き取り	息切れなし 浮腫なし 咳なし 食欲低下なし

月/日	月	火	水	木	金	土	日
曜日							
体重 (kg)	3点:0点						
安静時の脈拍 (回/分)	4点:0点						
安静時の息切れ・息苦しき	有	無	有	無	有	無	有
外出・入浴・階段の息切れ	有	無	有	無	有	無	有
自覚症状の悪化	有	無	有	無	有	無	有
せき	有	無	有	無	有	無	有
食欲低下	有	無	有	無	有	無	有
水分量 (mL, cc)	1点:0点						
合計点							
不眠	有	無	有	無	有	無	有
運動 (0から記入)							
薬のんだ	朝経夜						
水分量 (mL, cc)							



ハートノートを使用した患者の概要

H氏 72歳 男性
既往歴: 虚血性心筋症、高血圧、糖尿病、慢性腎臓病、脂質異常症
家族: 妻・次男と3人暮らし 長男は別居
仕事: 3年前に退職 元JR職員 人事や教育等の仕事
ADL: 自立・内服自己管理

2022/12/10 心不全増悪にて緊急入院
12/10-13CCU 12/13一般病棟へ転棟 12/27退院
ハートノートによる指導開始 指導に対し積極的
外来へ引き継ぎ実施

退院後、ハートノートで「心不全ポイント 5点」のため妻とともに予定外受診し
2023/1/23 心不全増悪にて再入院



『JHeC♡』に関するお問い合わせや
ご協賛に関するお問い合わせなどは
事務局までご連絡ください

《事務局》

〒141-8625

東京都品川区東五反田5-9-22

NTT東日本関東病院 医療連携室

TEL：03-3448-6192（直通）

MAIL：info@jhec-heart.com

Thank you!