

高齢者のための 心不全管理手帳

監修

東京都健康長寿医療センター 副院長 原田和昌 先生
循環器内科 部長 石川讓治 先生



受診時にお持ちください

氏名

No. .

はじめに

高齢心不全の患者さんへ

日本は世界で1、2位の長寿国であり、今では「人生100年時代」とも言われています。長生きであればこそ、ほとんどの人にがんや心臓病(心不全)、脳卒中が起こります。

しかし、いずれの病気にも様々なよいお薬や治療法ができたため、必ずしも寿命は短くはなりません。

心不全の方でも自覚症状がないことは多いのですが、からだに塩分や水分がたまると体重が増えてむくみが出たりするため、気づくこともあります。

また、風邪をひくと一過性に息切れや倦怠感が生じますが、心不全ではしばしばこれらの症状が、日々強くなったり軽くなったりします。

体重、むくみ、息切れや倦怠感のありなしなどを毎日記録して担当の先生に見せることで、次に病院に行った時に、薬の量を調節したり、薬を変更したりすることが可能になります。また、不摂生したあとにこれらの症状が出た場合には、自ら摂生することで症状がなくなることもあります。

病気があっても、不快な症状を感じることなく長生きするためには、薬をきちんと飲んだり、塩分や水分の自己管理や、血圧や体重を測定したりすることがとても大切です。この心不全手帳をご活用いただき、自分の体調に関する記録を毎日つけることで、たとえ病気があっても入院せずに元気に暮らせる可能性が広がります。



監修 東京都健康長寿医療センター

副院長 原田和昌 先生

循環器内科 部長 石川讓治 先生

あなたの情報①

まとめてメモしておきましょう

氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	
治療歴 (施行したものに○)	冠動脈ステント留置・冠動脈バイパス術・ 弁置換術・ペースメーカー・ 植え込み型除細動器

緊急連絡先	
氏名	
あなたとの関係	
住所	
電話番号	

介護施設名	
電話番号	
ケアマネジャー 事業所	
ケアマネジャー名	

あなたの情報②

まとめてメモしておきましょう

かかりつけ医	
医療機関名	
電話番号	

訪問看護	
事業所名	
電話番号	

保険など	後期高齢者 ()割
介護保険	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
身体障害者手帳	()級 障害名 【 】
療育手帳	()度
精神障害者 保健福祉手帳	()級
公費(難病)	病名【 】

日常生活自立度(認知機能低下のある場合)

I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

- I : 日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立
- II : 誰かが注意していれば自立(IIa: 家庭外、IIb: 家庭内)
- III : 介護が必要(IIIa: 日中、IIIb: 夜間)
- IV : 日常生活に困難さが頻繁に見られ、常に介護が必要
- M : 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、
専門医療が必要

認知症高齢者の日常生活自立度(厚生労働省2013年)

(https://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/dl/tp0215-11-11d.pdf)より抜粋作成

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立	J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	1.交通機関等を利用して外出する 2.隣近所へなら外出する
準寝たきり	A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない	1.介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2.外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ	1.車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2.介助により車いすに移乗する
	C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する	1.自力で寝返りをうつ 2.自力では寝返りもうてない

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準(厚生労働省2022年)

(https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077382.pdf)より作成

認知・生活機能

Assessment Sheet for Cognition and Daily Function-8 items (i.e. the Dementia Assessment Sheet for Community-based)
 (© 日本老年医学会2018)

ご本人の氏名：			
本人以外の情報提供者氏名：		(本人との続柄：)	
		1点	2点
A	もの忘れが多いと感じますか	1.感じない	2.少し感じる
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1.感じない	2.少し感じる
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1.まったくない	2.時々ある
2	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.まったくない	2.時々ある
3	一人で買い物はできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる
4	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる
5	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる
6	トイレは一人でできますか	1.問題なくできる	2.見守りや声かけを要する
7	食事は一人でできますか	1.問題なくできる	2.見守りや声かけを要する
8	家のなかでの移動は一人でできますか	1.問題なくできる	2.見守りや声かけを要する

DASC-8:

(1～8項目まで)の合計点

点/32点

参考:高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c)におけるカテゴリー分類とDASC-8の合計点の関係

カテゴリーⅠ(認知機能正常かつADL自立):10点以下

カテゴリーⅡ(軽度認知障害～軽度認知症または手段的ADL低下、基本的ADL自立):
11-16点

カテゴリーⅢ(中等度以上の認知症または基本的ADL低下または多くの併存疾患や機能障害):
17点以上

本ツールはスクリーニングツールのため、実際のカテゴリー分類には個別に評価が必要

スタッフが確認します

質問票(DASC-8)

Integrated Care System-8 items)

記入日 年 月 日

生年月日:	年	月	日(歳)	男・女	独居・同居
記入者氏名:			(職種:)		
3点	4点	評価項目		備考欄	
3.感じる	4.とても感じる	導入の質問 (評価せず)			
3.感じる	4.とても感じる				
3.頻繁にある	4.いつもそうだ	記憶	近時記憶		
3.頻繁にある	4.いつもそうだ	見当識	時間		
3.あまりできない	4.まったくできない	手段的 ADL	買い物		
3.あまりできない	4.まったくできない		交通機関		
3.あまりできない	4.まったくできない		金銭管理		
3.一部介助を要する	4.全介助を要する	基本的 ADL	排泄		
3.一部介助を要する	4.全介助を要する		食事		
3.一部介助を要する	4.全介助を要する		移動		

日本老年医学会:認知・生活機能質問票(DASC-8)
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/dasc8_01.pdf

※必ずマニュアルを読んでからご使用ください。

日本老年医学会:DASC-8使用マニュアル

https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/dasc8_02.pdf

- 以下の数値を、検査日とともに記載してください

検査日(月/日)	/	/	/	/	/	/	/
検査項目	/	/	/	/	/	/	/
BNP (pg/mL)							
NT-proBNP (pg/mL)							
リンパ球数 (/μL)							
アルブミン (g/dL)							
総コレステロール (mg/dL)							
ヘモグロビン (g/dL)							
クレアチニン (mg/dL)							

月/日	記入者宛先	コメント
/	⇒	
/	⇒	
/	⇒	
/	⇒	
/	⇒	
/	⇒	
/	⇒	

医療スタッフ連携ノート(薬剤)

- ▶ 聞き取り者(所属・氏名) :
- ▶ 回答者 : 本人 家族 その他()
- ▶ 調剤している方法 : PTP 一包化 粉碎 その他()
- ▶ 飲めない剤型 : なし あり()
- ▶ 薬の管理者 : 本人 (独居) 家族 その他
- ▶ 飲み忘れ : なし
あり → 飲み忘れやすいタイミング 朝 昼 夕 寝る前
その他()
- ▶ 使用薬剤 :
 - ACE阻害薬、ARB、MRA、ARNI()
 - β遮断薬() 利尿薬()
 - SGLT2阻害薬() sGC刺激薬()
 - 強心薬() HCNチャネル遮断薬()
 - その他()

● 報告・提案事項：飲み忘れ薬剤(頻度や理由)、気になる症状、提案内容など

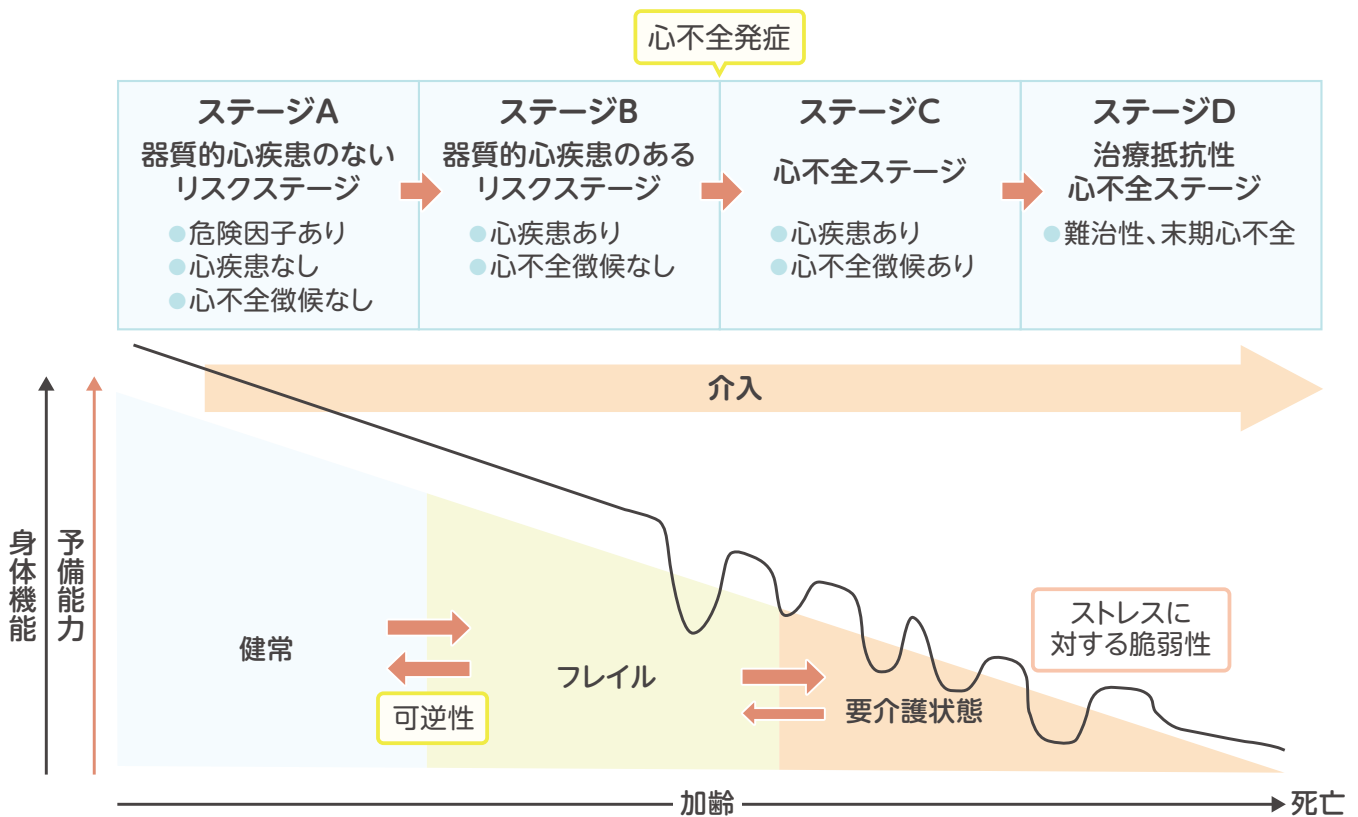
月/日	報告者or対応者 (所属・氏名)	報告・提案事項※
/		
/		
/		
/		
/		
/		

※対応者：報告者に対する返答を記載してください。

気になる症状：ふらつき、血圧低下、徐脈、脱水、悪心、嘔吐、下痢、めまい、出血、目のかすみ、まぶしさ、
空咳 など

心不全について

心不全のステージ分類とフレイルについて



脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について(厚生労働省2017年)
 (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf)より改変
 日米欧3学会合同コンセンサス・ステートメント: Eur J Heart Fail. 2021;23(3):352-380.を参考に作成

フレイル: 加齢に伴い、心とからだの働きが弱くなってきた状態のこと

あなたの状態に
 ✓ してください



30分以上楽に
 外出することができる



ゆっくりなら
 散歩が可能



歩行には
 杖を使用している



シルバーカーが必要



ひとりでの外出は難しい



車いすを使用

日常生活について

1. 受診の目安

♥ 心不全は、症状に気づいた段階で、早めに対応することが大切です

⚠️ すぐに受診が必要です

動かなくても息苦しい



何もしないのに
息苦しいわ

寝ると苦しいが、
からだを起こすと楽になる
(起坐呼吸^{きざこぎゅう})



寝たら
苦しくなった



座ると楽だわ

⚠️ 早めに受診が必要です

体重が
急に増えた

3日間に+2kg以上の増加
受診の目安の体重

()kg



足のむくみがある



動くと息苦しい



疲れやすい
食欲がない



2.心不全を悪化させないための生活

♥ 毎日、体重・血圧を測り、心不全の症状を確認しましょう

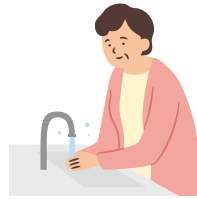
心不全手帳は、
病院を受診する時に持参し、
主治医や看護師に見てもらいましょう



♥ 感染対策を心がけ、感染症を予防しましょう

風邪や肺炎がきっかけで、心不全が急に悪くなることがあります

*マスクの装着、手洗い、うがいをしっかり行いましょう



高齢者は免疫力が低下し、尿の通り道から膀胱に感染し、尿路感染症を起こしやすくなります

*下着は毎日交換し、清潔に保つことも大切です

♥ 心臓に優しい入浴をしましょう

熱いお湯や長時間の入浴、急な温度変化は心臓の負担になります

*お湯の温度は40～41度

*湯船につかる時間は10分以内

*胸より下の深さで入るようにしましょう



また、浴室や脱衣所は事前に暖め、温度差を少なくしましょう

♡ 1日の飲水量を守りましょう(詳しくは15ページ)

水分のとり過ぎは、心臓に負担になります
しかし、食欲がない時や暑い日は、
脱水を起こしやすくなります

*毎日**500mLペットボトル2本程度**が
目安になります



♡ 薬は必ず飲みましょう(詳しくは26ページ)

薬を正しく飲むことで、
心不全の悪化を予防できます
飲み忘れがないように気をつけましょう



♡ 食生活にも気をつけましょう(詳しくは14ページ)

塩分のとり過ぎは、心臓の負担になります

*1日の塩分量は、**6g程度**にしましょう

一方、塩分を気にして、食事の量を減らしてしまうと、
栄養不足になってしまいます

***1日3食バランスよく食べる**ことも心がけましょう



♡ 疲れない程度にからだを動かしましょう(詳しくは18ページ)

必要以上の安静は、体力の低下につながります

*ラジオ体操やウォーキングなど、
無理のない運動を習慣にしましょう



食生活について

1. バランスのよい食事を心がけましょう

1日3回、毎食「主食・主菜・副菜」をそろえて食べることで、からだに必要な栄養素を過不足なく取り入れることができます

主菜
(たんぱく質)

肉、魚、卵、大豆製品など
からだを作る働きがあります

副菜
(ビタミン・ミネラル・食物繊維)

からだの調子をととのえるビタミン、
ミネラル、食物繊維などを
多く含みます



主食
(炭水化物)

ごはん、パン、麺類など
炭水化物を多く含みエネルギーのもととなります

2. 塩分と水分は指示量を守りましょう

塩分をとり過ぎると、からだの中に水分をため込みやすくなります。からだの中の水分量が増えると、高血圧やむくみの原因となり、心臓に負担をかけてしまいます。

減塩の工夫

塩分は1日6g※を目標にしましょう

※日本人の食事摂取基準2020年版(厚生労働省)

- ①汁物は1日1杯まで。麺類の汁は残しましょう
- ②漬物や梅干し、佃煮などは控えましょう
- ③調味料のかけ過ぎに注意
減塩調味料も取り入れてみましょう

塩6g(小さじ1杯)



料理に含まれる塩分量



みそ汁1杯
=塩分量1.5~2.0g



きゅうりぬか漬け1/3本(30g)
=塩分量1.6g



のり佃煮小さじ1杯(8g)
=塩分量0.5g

日本食品標準成分表2020年版(八訂)を基に算出

体重管理について

塩分のとり過ぎによるむくみがひどくなると、体重も増加します
定期的に体重を量り管理することが大切です
自分の目標体重は主治医に確認しておきましょう
急激に体重が増えた時は、主治医に相談しましょう



飲水について

厳しい飲水制限は不要ですが、水分のとり過ぎは心不全が悪化する原因の可能性があるとされています
ただし、飲水を控え過ぎても、脱水症になる危険があります
飲水量については主治医と相談して、心臓の状態に合わせた量をとるようにしましょう

飲水管理の工夫

例) 1日の飲水量が「1000mLまで」の場合
「500mLのペットボトル2本分」を目安にするとわかりやすいです



3. 栄養状態を良好に保つことが大切です

心不全を悪化させないためには、よい栄養状態を保つことが大切です
特に、たんぱく質は不足しないようにとることが重要です
主菜として毎食とることが理想ですが、それでも不足する場合は、間食としてとることや、料理を工夫してとることが必要です

1日にとりたい主菜の目安量

1日にとりたいたんぱく質の目標量

75歳以上 男性:68~90g 女性:53~70g

(日本人の食事摂取基準2020年版(厚生労働省)身体活動レベルI)

※例えば、下の6品目をすべて食べると、概ねたんぱく質70g/日をとることができます



豚ロース肉90g



生鮭(1切)80g



ツナ缶(1/2缶)35g



卵(1個)50g



納豆(1パック)50g



牛乳200g

間食の工夫

- ①1日1回、乳製品をとる習慣を作りましょう
牛乳コップ1杯(180~200mL)が1日の目安です
牛乳が飲めない方はヨーグルトでもよいでしょう

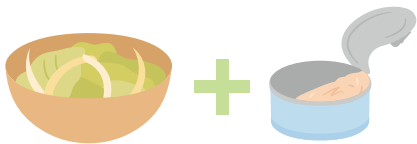


- ②市販の栄養補助食品を活用してみましょう
必要な栄養を少量でしっかりとることができます
固形、飲料、ゼリーと様々なものがあります
スーパーやドラッグストアで購入できるものも多く、味も多彩です



料理の工夫 ちょい足しのすすめ

- ①いつもの料理に「たんぱく質」をプラスします
たとえば、サラダに卵やツナ、鶏肉などをトッピング
野菜炒めは「肉野菜炒め」や「シーフード炒め」にしてみましょ
- ②きなこやスキムミルクを利用します
牛乳にきなこを加えて「きなこ牛乳」にすると手軽にたんぱく質アップ
スキムミルクをコーヒーや紅茶、カレー、スープ、オムレツなどに入れるのもおすすめです



ツナサラダ



肉野菜炒め



きなこ牛乳

★糖尿病、腎機能障害のある方は、たんぱく質のとり方に注意が必要です
主治医に相談しましょう

食欲がない時は？

体調が悪いなど、食欲がない時は食べやすいものを選んで食べることも必要です

食事量が減っている場合は主治医、看護師、管理栄養士に相談しましょう

著しく体重が減っている場合は、骨格筋や脂肪の減少が考えられます

筋肉量の減少は、心臓にも悪影響を与えます

食事量が足りていないかもしれないので、主治医、看護師、管理栄養士に相談しましょう



心不全と運動について

1.心不全と運動

心不全は必ずしも安静が必要なわけではありません
適切な運動は心不全の症状を和らげ、体力の向上や様々な病気の予防に効果があり、推奨されています^{1,2)}
大切なことは、安静にし過ぎず・無理をせず、ご自身に合った疲れない程度の運動を続けることです

運動を行わない方がよい時は？

下記のような症状がある場合、運動は行わず、必要に応じて受診しましょう

体重が
急に増えた
(3日間に
+2kg以上の増加)



足のむくみがある



動くと
息苦しい



疲れやすい
食欲がない



運動の注意点

- 空腹時や食後1～2時間以内は避け、薬の服用を済ませてから行いましょう
- 夏も冬も脱水に注意し、水分補給をしましょう(飲水量は主治医と相談してください)
- 夏は涼しい時間帯を選んで運動し、熱中症に注意しましょう
- 冬は防寒をしっかりとしましょう
- 運動中に足腰や胸の痛みが生じた場合は運動を中止しましょう
- 転倒予防のため、サンダルなどは避け、かかとのある靴を履きましょう

1) 心疾患における運動療法に関するガイドライン(JCS 2002)

2) 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(JCS/JACR 2021年改訂版)

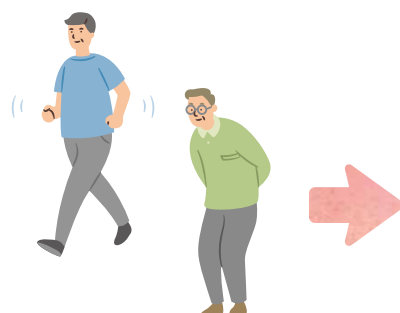
運動を継続するコツ

- 運動したことを心不全手帳に記録しましょう
成果をご家族や主治医に見せるのもよいでしょう
- ご家族や仲間と一緒に進むと継続しやすいです
- 「歯を磨いたら体操をする」など毎日同じ時間に行うと継続しやすいです

2.運動の実践

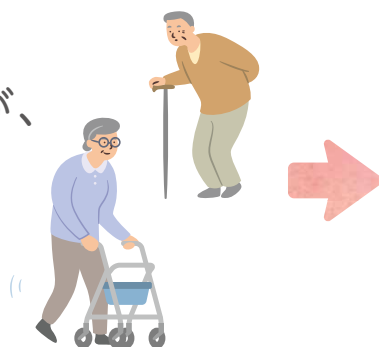
ご自身にあった運動を実施しましょう

- 杖などを使用せずに
30分以上楽に
外出することができる



Aコース
(20ページ)

- 30分以上の外出は大変だが、
近所であれば外出ができる
- 杖やシルバーカーを使用
している



Bコース
(22ページ)

- ひとりで外出は困難
- 運動時にご家族などの
見守りが必要



Cコース
(見守りで行うコース)
(24ページ)

1 体調チェック

- 血圧・脈拍はいつも通りですか？
- 体重増加、むくみはありませんか？
- いつもより強い息切れ、倦怠感はありませんか？

2 準備体操



①かかと上げ運動(10回 3セット)

- 座った状態でゆっくりとかかとを上げ下げしましょう



②膝伸ばし運動(左右各5回 3セット)

- つま先を手前に返しながら、左右交互にゆっくりと膝を伸ばしましょう



③ふくらはぎのストレッチ(左右各20秒 3セット)

- 机など安定したものに手をつけて行いましょう
- ふくらはぎが軽く突っ張る程度の姿勢で左右交互に行いましょう
- 勢いはつけず、呼吸を止めないように意識しましょう

- 3つの体操を5分程度かけてゆっくりと行いましょう
- からだが温まり、少し息が弾んできたなら運動の準備ができたサインです

3

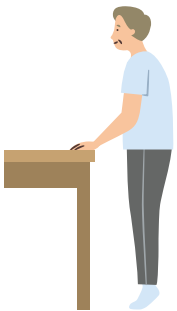
ウォーキング



- 「軽く息が弾む」、「軽く汗ばむ」程度の「ややきつい」と感じる速度で歩きましょう
- 5～10分程度から始め、20～30分を目指しましょう
- 「背筋を伸ばす」、「歩幅を広げる」ことを意識すると効果的なウォーキングになります
- 終了時は、急に運動をやめずに息を整えながら3～5分ゆっくりと歩きましょう

4

筋カトレーニング 3セット

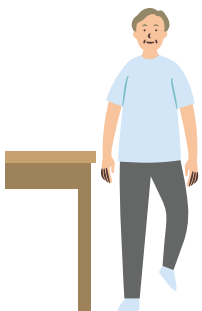


かかと上げ(20回)

- 机などに手をついて行いましょう
- 背筋を伸ばし、ゆっくりとかかとを上げ下げしましょう



片脚立ち(左右各1分)



- 転倒に注意して、必ずつかまるものがある場所で行いましょう
- 不安な場合は無理せず、机などに手をついて行いましょう
- 背筋を伸ばして、左右それぞれ1分を目指しましょう
途中何度足をついても構いません



スクワット(10回)



- 足を肩幅程度に開き、おしりを突き出しながら膝を曲げましょう
- 3秒かけて腰を下ろし、3秒かけて戻りましょう
- 呼吸を止めないように意識しましょう
- 不安定な場合は無理せず、机などに両手をついて行いましょう

1 体調チェック

- 血圧・脈拍はいつも通りですか？
- 体重増加、むくみはありませんか？
- いつもより強い息切れ、倦怠感はありませんか？

2 準備体操



①かかと上げ運動(10回 3セット)

- 座った状態でゆっくりとかかとを上げ下げしましょう



②膝伸ばし運動(左右各5回 3セット)

- つま先を手前に返しながら、左右交互にゆっくりと膝を伸ばしましょう



③ふくらはぎのストレッチ(左右各20秒 3セット)

- 机など安定したものに手をつけて行いましょう
- ふくらはぎが軽く突っ張る程度の姿勢で左右交互に行いましょう
- 勢いはつけず、呼吸を止めないように意識しましょう

- 3つの体操を5分程度かけてゆっくりと行いましょう
- からだが温まり、少し息が弾んできたなら運動の準備ができたサインです

3 ウォーキング



- 杖やシルバーカーなどを使っても構いません
- 快適な速度で歩きましょう。息切れや足腰の疲労が出たら休憩をとるサインです
- 5～10分程度から始め20～30分を目指しましょう
- 杖などを使わず30分休まずに歩行できるようになったら、Aコースへステップアップしましょう

4 筋カトレーニング 3セット



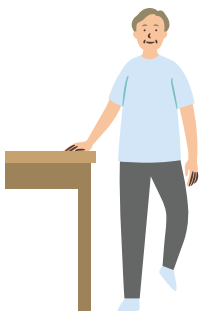
かかと上げ(10回)

- 机などに手をついて行いましょう
- 背筋を伸ばし、ゆっくりとかかとを上げ下げしましょう



片脚立ち(左右各30秒)

- 転倒に注意して、必ずつかまるものがある場所で行いましょう
- 不安な場合は無理せず、机などに手をついて行いましょう
- 背筋を伸ばして、左右それぞれ30秒を目指しましょう
途中何度足をついても構いません



スクワット(5回)

- 転倒に注意して、必ず机などに両手をついて行いましょう
- 足を肩幅程度に開き、おしりを突き出しながら膝を曲げましょう
- 3秒かけて腰を下ろし、3秒かけて戻りましょう
- 呼吸を止めないように意識しましょう



1 体調チェック

- 血圧・脈拍はいつも通りですか？
- 体重増加、むくみはありませんか？
- いつもより強い息切れ、倦怠感はありませんか？

2 準備体操



①かかと上げ運動(10回 3セット)

- 座った状態でゆっくりとかかたとを上げ下げしましょう



②膝伸ばし運動(左右各5回 3セット)

- つま先を手前に返しながら、左右交互にゆっくりと膝を伸ばしましょう



③ふくらはぎのストレッチ(左右各20秒 3セット)

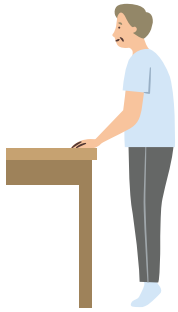
- 机など安定したものに手をつけて行いましょう
- ふくらはぎが軽く突っ張る程度の姿勢で左右交互に行いましょう
- 勢いはつけず、呼吸を止めないように意識しましょう

- 3つの体操を5分程度かけてゆっくりと行いましょう
- からだが温まり、少し息が弾んできたなら運動の準備ができたサインです

3

運動

3セット



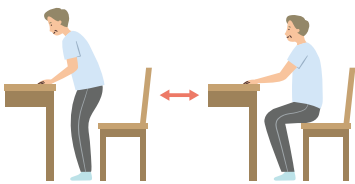
かかと上げ(10回)

- 机などに手をついて行いましょう
- 背筋を伸ばし、ゆっくりとかかとを上げ下げしましょう
- 疲労や息切れがある場合は、少ない回数でも構いません



片脚立ち(左右各30秒)

- 転倒に注意して、必ず机などに両手をついて行いましょう
- 背筋を伸ばして、左右それぞれ30秒を目指しましょう
途中何度足をついても構いません
- 不安定な場合は無理せず、背筋を伸ばして立つだけでも構いません



椅子からの立ち座り(5回)

- 机などに手をついて、ゆっくりと立ち座りしましょう
- 呼吸を止めないように意識しましょう
- 疲労や息切れがある場合は、少ない回数でも構いません

ご家族など、運動を見守る方へ

- 息切れや疲労の程度を観察しながら運動してください
少ない回数でも繰り返し行うことで効果は得られます
- 会話が乱れるほどの息切れが生じた場合は、休憩をとってください
- 歩行練習を行う場合は、杖やシルバーカーなど、使い慣れたものを使用し、転倒に注意しながら付き添ってください

心不全のお薬について

① 薬は指示通りに飲みましょう

- 副作用やいつもと違う症状(物忘れ、食欲低下、めまいなど)がありましたら教えてください
※いつ頃からどのような症状が出たかも併せてお知らせください
- 薬を勝手に中止すると心不全は悪くなりますので、症状がよくなっても薬は必ず続けましょう
- 心不全の薬と他の薬との飲み合わせは大切です
サプリメントや他の病気で薬をもらったらお申し出ください

② 飲み忘れが多い時は相談しましょう

- 飲めなかったこと、中断したことを遠慮なく医師や薬剤師に話しましょう
- 服薬カレンダー、ピルケースを利用するのも効果的です
一包化などについても医師や薬剤師に相談してみましょう
- 患者さんご自身や薬を管理してくれる人の生活スタイルに合った“飲みやすいタイミング”を見つけて、相談しましょう



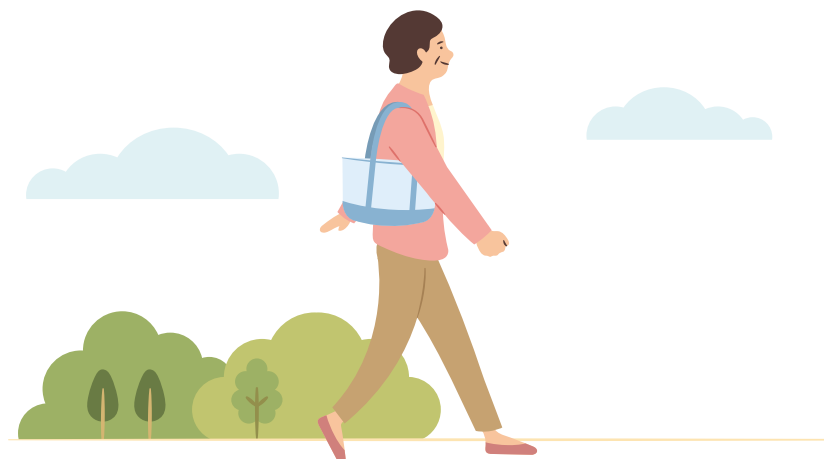
	朝	昼	夕	ねる前
月				
火				
水				
木				
金				
土				
日				

③ お薬手帳と心不全手帳と一緒に持ち歩きましょう (災害時も忘れずに)

- 家でも財布、携帯電話とともに常に一緒におきましょう
- 他の医療機関に行った時も必ず見せるようにしましょう



一緒に



心不全のお薬について

レニン・アンジオテンシン系抑制薬

- ACE(アンジオテンシン変換酵素)阻害薬
- ARB(アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬)
- ARNI(アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬)

心不全では心臓に負担をかけるホルモン(レニン・アンジオテンシン)が過剰に分泌されます。これらのホルモンの働きを抑えます。

あなたが飲んでいるお薬

ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬(MRA)

副腎から分泌され、体内の水分貯留や血圧上昇に関連するアルドステロンというホルモンの働きを抑えます。

あなたが飲んでいるお薬

β(ベータ)遮断薬

交感神経の緊張を和らげます。

あなたが飲んでいるお薬

HCN(エイチシーエヌ)チャンネル遮断薬

心臓の働きを悪化させることなく、心拍数(脈)をゆっくりにします。

あなたが飲んでいるお薬

【参考資料】

日本循環器学会(編集):心不全療養指導士認定試験ガイドブック改訂第2版, 南江堂, 2022.
大石醒悟ほか(編集):心不全治療薬の考え方, 使い方, 中外医学社, 2019.
日本心不全学会『心不全手帳』(2022年10月第3版)
関連薬剤の電子添付文書

心不全のお薬について

SGLT2(エスジーエルティーツー)阻害薬

尿中への糖と水分の排泄を増やします。

あなたが飲んでいるお薬

可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC)刺激薬

血管を拡張、心臓を収縮しやすくします。

あなたが飲んでいるお薬

利尿薬

からだにある余分な水分や塩分を尿として排出します。

あなたが飲んでいるお薬

強心薬/ジギタリス製剤

心臓の血液を送り出すポンプ機能を強化します。

あなたが飲んでいるお薬

その他 循環器疾患に使われるお薬

抗凝固薬/抗血小板薬

心不全の患者さんの中には、血の塊(血栓)ができやすい方がいます。
この血栓をできにくくします。

あなたが飲んでいるお薬

【参考資料】

日本循環器学会(編集):心不全療養指導士認定試験ガイドブック改訂第2版, 南江堂, 2022.
大石醒悟ほか(編集):心不全治療薬の考え方, 使い方, 中外医学社, 2019.
日本心不全学会『心不全手帳』(2022年10月第3版)
関連薬剤の電子添付文書

自分らしく生きていくための人生会議

もしもの時のために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合うことを人生会議(アドバンス・ケア・プランニング)と言います。



1. 人生会議の進め方

心不全は、よくなったり悪くなったりを繰り返し、進行していく病気です。治療を続けていく中で、これまで通りの生活が行えなくなる日が来るかもしれません。そんな時、私たち医療者は、あなたの希望を大切に、安心して過ごせる方法を一緒に考えさせていただきたいと思っています。

そのためには、あなたが常日頃、何を大事にどのような思いをもって治療に望んでいるかを、教えていただきたいと考えています。病状が悪くなってからでは、あなたの大切な思いを伝えることが難しくなってしまう可能性があります。

心不全が落ち着いている時から、もしもの時に受けてみたい医療やケアについて、ご自身で考え、家族や医療者に、その思いをお伝えください。

- 「今は考えたくない」「突然言われてもわからない」という気持ちの時は、無理に記入しなくて構いません。思いついた時にご自身の言葉で自由に記入してください。
- 状況とともに考えは変わることがあります。考えが変わった時は、その都度書き換えましょう。

(アドバンス・ケア・プランニング)について

2.具体的に考えてみましょう

自分が大切だと思っていることを書いてみましょう

例) ・()歳まで生きたい

- ・生活の質(口から食べる、話をする、家で過ごすなど)
- ・家族や友人との時間
- ・好きな()を続けること
- ・治療について自分で決めたい

気がかりや心配ごとは何でしょう?

3.人生会議を始めましょう

人生会議(日時: 年 月 日)

参加者	話し合ったこと



受きたい医療やケアについて考えてみましょう

告知について

- 病名やこれからどんな経過をたどるか教えて欲しい
- 知りたくない
- 今後のことを一緒に聞いて欲しい人()

もしも回復が難しい状態になったら

- できるだけ自然な形で最期を迎えたい(延命治療は希望しない)
- どんな状況になっても1日でも長く生きたい(延命治療を受けたい)
- 痛みや苦しさを和らげる治療を優先して欲しい
- わからない
- その他()

療養場所について(どこで過ごしたいか)

- できる限り自宅で過ごしたい
- 病院で過ごしたい
- 病院以外の施設で過ごしたい

自分の代わりに判断して欲しい人

自分で意思表示ができなくなった時に、判断を任せたい方を記入してください

氏名() 続柄・関係()

あなたを支える「心不全の医療」

地域包括ケアシステムのイメージ



あなたを応援してくれる人、支えてくれる人は誰ですか？

心不全にひとりきりで、立ち向かっていませんか？
あなた自身の力は、何よりも重要です。

ただ、心不全の予防には・・・
あなたを中心に、ご家族（それに近い大切な人）、
そしてあなたが暮らす地域の協力が不可欠です。

あなたを応援してくれる人、支えてくれる人は誰ですか？
その輪、その関係性が、心不全を予防します。



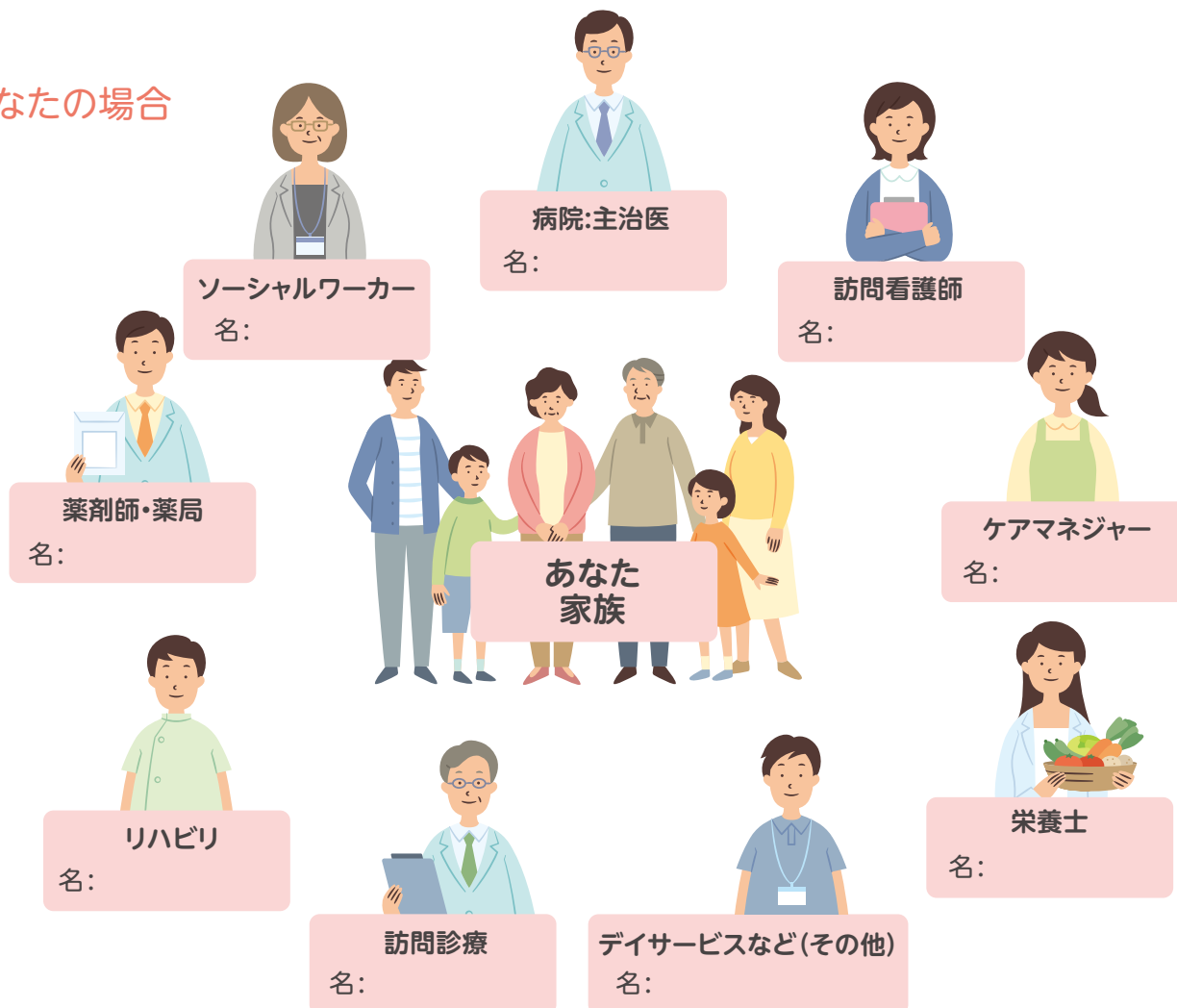
連携」について知っておきましょう

あなたの暮らしの地域包括ケアシステムを実際に描いてみましょう

参考例



あなたの場合



毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
		寝る前 (脈拍)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。さあ、始めましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。自分なりのペースがつかめてきましたか？

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。気になることがあれば、主治医に相談しましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
		寝る前 (脈拍)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら☑ (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら☑)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

毎日のあなたの状態

毎日の記録をつけると治療の励みになります。忘れることがあっても続けて

年	曜日	日	月	火	水	木	金
月/日		/	/	/	/	/	/
起床時体重(kg)							
血圧 収縮期/拡張期 (mmHg)		起床後 (脈拍)	/	/	/	/	/
		()	()	()	()	()	()
		寝る前 (脈拍)	/	/	/	/	/
		()	()	()	()	()	()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動したら <input checked="" type="checkbox"/> (A, B, C) ※コース名に○をつける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便回数(回)							
飲水量(mL)							
食事 (食べたら <input checked="" type="checkbox"/>)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬 (飲んだら <input checked="" type="checkbox"/>)		朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

いくことが大切です。引き続き、がんばっていきましょう!!

土	日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
/	/	/	/	/	/	/	/
()	()	()	()	()	()	()	()
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□

メモ

【監修協力者】

東京都健康長寿医療センター	看護師	堀川 由加里
同	管理栄養士	西元 博子
同	理学療法士	江渕 貴裕／山口 真依
同	薬剤師	島崎 良知／前田 陽平
同	ソーシャルワーカー	奥村 真木／川口 東子

【参考資料】

心疾患における運動療法に関するガイドライン(JCS 2002)
心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(JCS/JACR 2021年改訂版)
2021年 JCS/JHFS ガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療
急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)
AHA/ACC/HFSA心不全の管理のためのガイドライン(2022年改訂版)

医療機関名:

担当医師名:

電話番号: