

心不全の薬薬連携

「心不全フォローアップシート」の活用方法



西条中央病院 薬剤部

心不全患者のQOL維持と再入院予防のために

普段の生活で
心不全を悪化させる原因は

- ✕ 薬の飲み忘れ
- ✕ 塩分のとりすぎ
- ✕ 過労・運動不足
- ✕ 喫煙・お酒の飲み過ぎ
- ✕ 感染（かぜ・肺炎）
- ✕ 我慢して受診しないなど

自分で注意することで防げる可能性があります

- ✓ 1. 薬を飲み忘れない
- ✓ 2. 塩分を控える
- ✓ 3. 適度な運動
- ✓ 4. 禁煙・節酒
- ✓ 5. 感染予防
- ✓ 6. 心不全悪化の症状を認めたら
医師・看護師に相談する

服薬指導のみならずセルフケアの指導（心不全の療養指導）を行う必要があります。
また、心不全の療養指導は単回ではなく繰り返し行うことが重要です。

心不全の急性増悪の早期発見と受診勧奨

もし、心不全が悪化しても…



- 体に水がたまり体重が増える
- この時点では症状なし
- 軽い心不全症状が出現
- 我慢していると…
- 心不全症状が増強
- 我慢できず…



無症状、もしくは軽い症状の早い段階で悪化に気づき外来受診・治療を受けると心不全増悪を防げる可能性があります。

心不全の急性増悪時の適切な初期対応は予後を改善するため、**症状に応じて受診勧奨**を行ってください。また、**増悪時に受診できるよう普段から指導**をしておくことも重要です。

セルフケアの指導

悪化を見逃さないために 心不全手帳に体調を記録する

悪化を見逃さないために 毎日体調をチェックする



受診時にお持ちください

一般社団法人
日本心不全学会
The Japanese Heart Failure Society

毎日の記録 **記入例** を参考に、記入しましょう。

2022年		日	月	火	水	木
月/日		6/5	6/6	6/7	6/8	6/9
体重(kg)		59.0	59.0	58.8	58.6	58.5
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍回/分)	110/72 (68)	112/80 (72)	119/79 (78)	105/69 (62)	123/83 (66)
	寝る前 (脈拍回/分)	111/71 (66)	120/85 (68)	108/69 (70)	105/72 (63)	110/72 (65)
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	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
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)		○	×	○	○	×
服薬チェック	朝	✓	✓	✓	✓	✓
	昼	✓	✓	✓	✓	✓
	夕	✓	✓	✓	✓	✓

メモ



✓ 体重測定

✓ 血圧測定

✓ むくみ・息切れの確認

毎日確認が必要

心不全手帳 (日本心不全学会)

心不全 フォローアップシート

心不全患者のQOLの維持と再入院の予防
のためには

・ 患者への療養指導と支援の反復

・ 増悪時の早期発見と受診勧奨

の2つは必要不可欠。

これらは入院中の患者教育のみならず退院以降も継続した教育・支援が必要。

そこで、**心不全フォローアップシートを作成し保険薬局に協力を依頼**

西条中央病院薬剤師が心不全入院患者の退院時まで「次回の外来受診以降に保険薬局にて心不全のフォローアップを行うこと」の同意を患者または家族から得て適応。

フォローアップシートと可能な限り薬剤管理サマリーをかかりつけ薬局へ送付して開始

部分は西条中央病院の薬剤師が記載

御中

報告日

年

月

日

心不全フォローアップシート兼トレーシングレポート(服薬情報提供書)

担当医	科	先生	保険薬局名称
患者ID			TEL
患者氏名			FAX
聴取日時	月	日	時 分
対象	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ()		この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告

退院後再診予定: 年 月 日 前回心不全入院: 年 月 日

退院時体重: kg

●薬を飲み忘れることはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> よく忘れる ()
●塩分の摂り過ぎに注意していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●汁物は1日1杯までにし、 麺類では汁をのこすようにしていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●外食や加工食品を控えていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●禁煙はできていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●節酒はできていますか？ (目安: 日本酒1合、ビール500mL)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●過労しないよう注意していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●適切な運動はできていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●毎日体重の測定を行っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (kg)
●毎日浮腫の確認を行っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●体重はここ数日で急激に増えてないですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●足のむくみはないですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●労作時の息切れはないですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●就寝時の呼吸苦はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●心不全増悪時の受診の目安を知っていますか？ (1週間で2kgの体重増加、浮腫の悪化、 息切れの悪化、夜間・安静時の呼吸困難)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●NT-proBNPまたはBNP いずれかを○で囲み数値を記載	NT-proBNP ・ BNP pg/mL (年 月 日) NT-proBNP ・ BNP pg/mL (年 月 日)

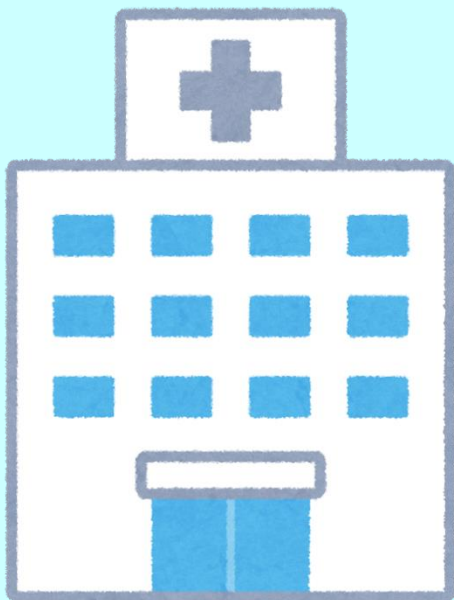
【詳細情報・指導内容・処方提案など】

【医師記載欄】

記入日 月 日 記入者

心不全フォローアップシート

退院後の心不全フォローアップを
保険薬局で行うことの同意取得



西条中央病院

(退院時薬剤情報連携加算 60点)

心不全フォローアップシート
薬剤管理サマリー



記載済の心不全フォローアップシート

心不全フォローアップシートで
療養指導を実施



保険薬局

(服薬情報等提供料 1 30点)
(調剤後薬剤管理指導料 2 60点)

心不全フォローアップシート兼トレーニングレポート(服薬情報提供書)

担当医	科	先生	保険薬局名称
患者ID			TEL FAX
患者氏名			担当薬剤師
聴取日時	月	日	時頃
対象 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ()			この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告

退院後再診予定： 年 月 日 前回心不全入院： 年 月 日
 退院時体重： kg

● 薬を飲み忘れることはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> よく忘れる ()
● 塩分の摂り過ぎに注意していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 汁物は1日1杯までにし、 種類では汁をのこすようにしていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 外食や加工食品を控えていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 禁煙はできていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 節酒はできていますか？ (目安：日本酒1合、ビール500mL)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 過労しないよう注意していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 適切な運動はできていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 毎日体重の測定を行っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (kg)
● 毎日浮腫の確認を行っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 体重はここ数日で急激に増えてないですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 足のむくみはないですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 労作時の息切れはないですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 就寝時の呼吸苦はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 心不全増悪時の受診の目安を知っていますか？ (1週間で2kgの体重増加、浮腫の悪化、 息切れの悪化、夜間・安静時の呼吸困難)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● NT-proBNPまたはBNP いずれかを○で囲み数値を記載	NT-proBNP ・ BNP pg/mL (年 月 日) NT-proBNP ・ BNP pg/mL (年 月 日)

どちらか一つでも「はい」が聴取された際は受診勧奨してください

保険薬局が聴取、記載

保険薬局薬剤師は
次回受診以降
青枠内を聴取、記載
して
病院へ提出

【 詳細情報・指導内容・処方提案など 】

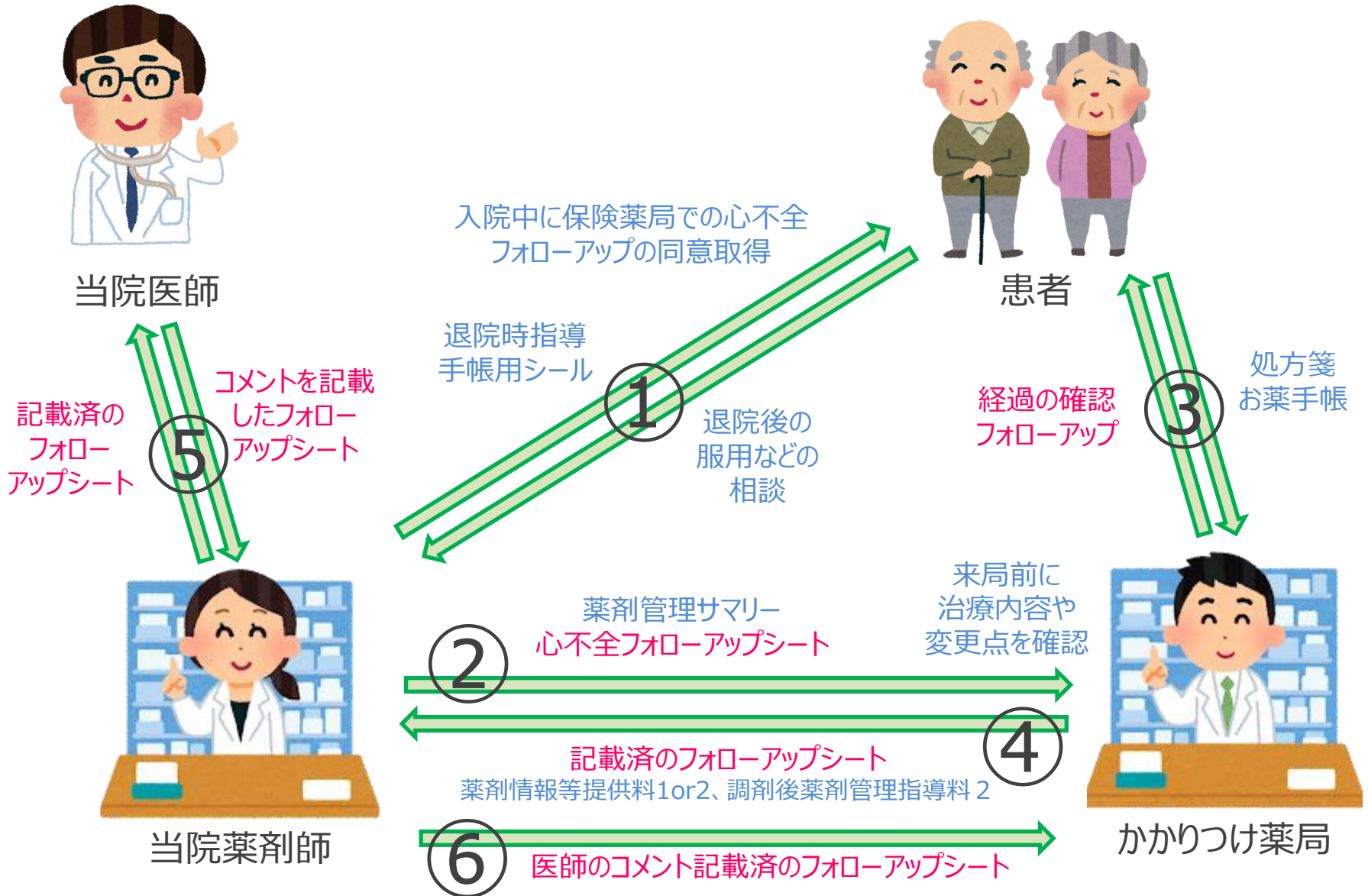
【 医師記載欄 】

記入日 年 月 日 記入者

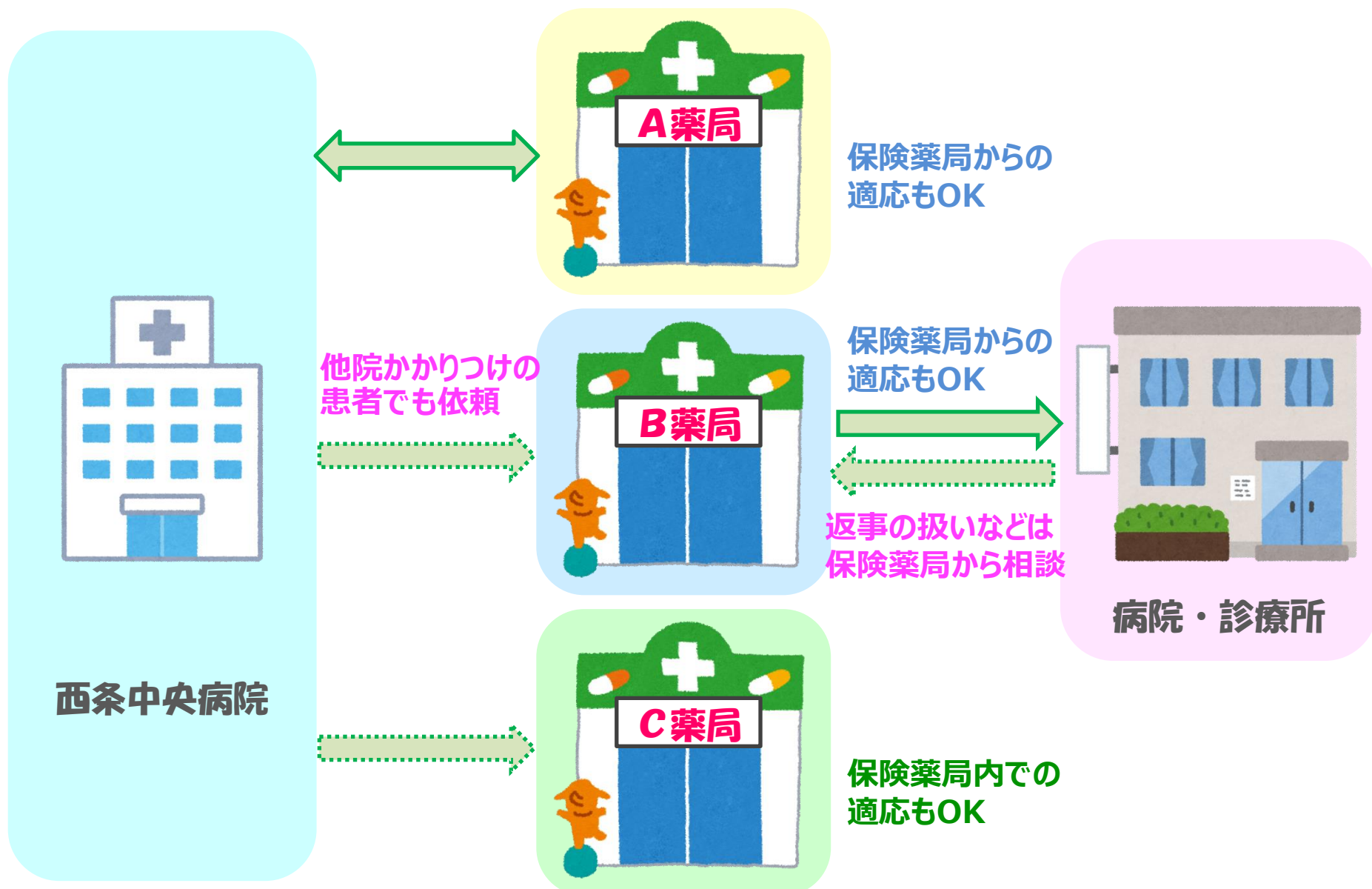
医師が記載

病院医師は赤枠内に
コメント記載後、
保険薬局へ提出

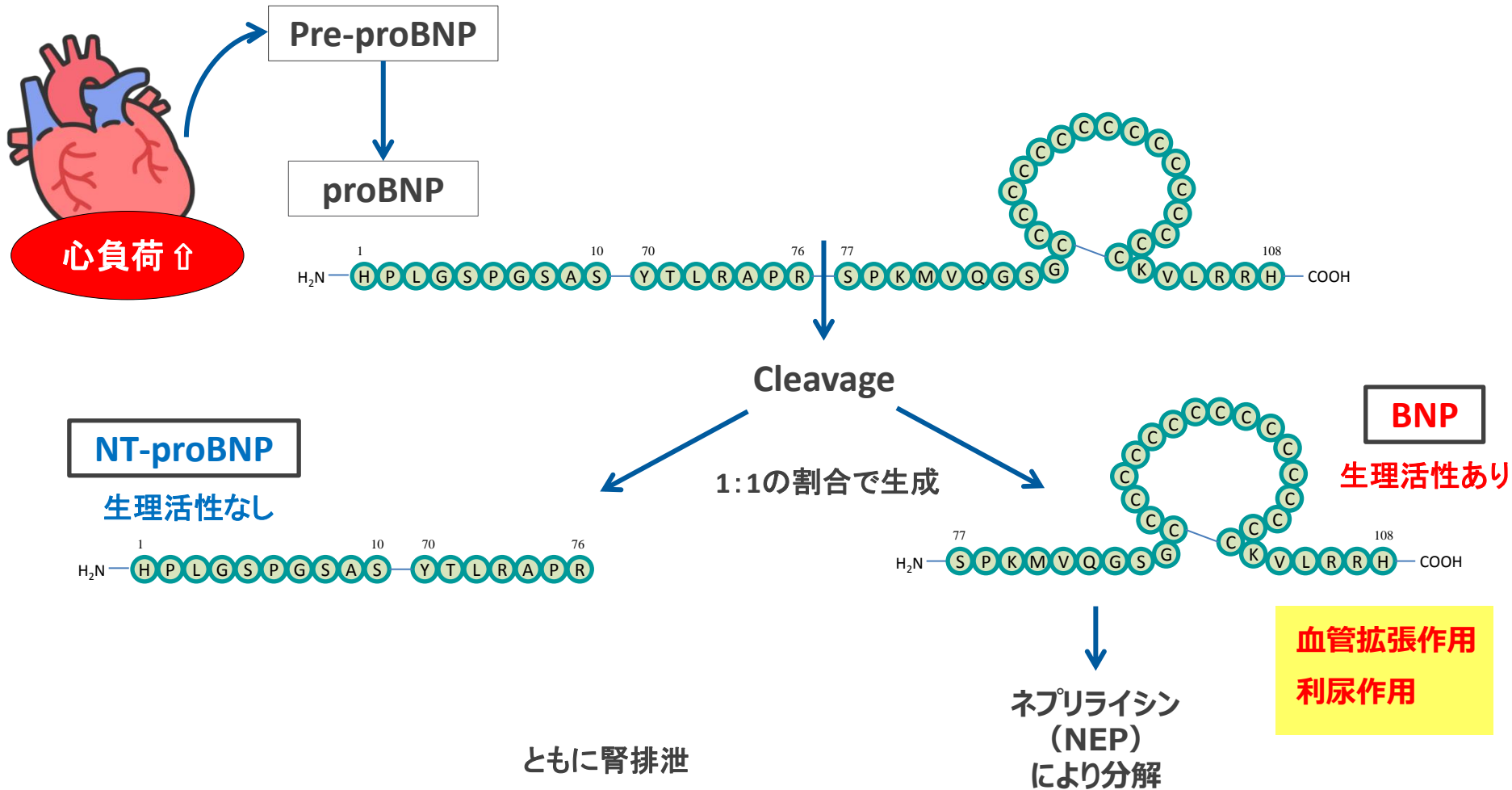
心不全の薬薬連携・病薬連携



心不全フォローアップシートの応用



NT-proBNP と BNP の産生



NT-proBNP と BNP の特性について

	NT-proBNP	BNP
対象検体	血清、血漿	EDTA血漿
基準値	≤55 pg/mL	≤18.4 pg/mL
血中半減期	120分	20分
腎障害の影響	大	少
加齢の影響	大	少
溶血の影響	無	有
サクビトリンの影響	無	有 [※]

- ※ BNPはネプリライシン（NEP）により分解される。
サクビトリンはNEPの作用を阻害することでBNPの分解を抑制する。
そのためサクビトリン投与後にはBNPの上昇がみられることから、BNP値の解釈に注意が必要。