

## 介護支援専門員実務研修

更新・再研修7日目(3時間)

### ケアマネジメントの展開

#### 心疾患のある方のケアマネジメント

下巻テキスト P326～379

#### 第15章 ケアマネジメントの展開

##### ⑤心疾患のある方のケアマネジメント[4時間]

下巻P326

#### 第1節 疾患の理解[50分]

#### 【1 心疾患の特徴を理解する必要性】

### 目的

心不全につながる心疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援にあたってのポイントを理解する。

また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（心疾患がある方のケア）」の内容を理解する。

#### 第15章 ケアマネジメントの展開

##### ⑤心疾患のある方のケアマネジメント[4時間]

下巻P326

#### 第1節 疾患の理解[50分]

#### 【1 心疾患の特徴を理解する必要性】

### 修得目標

- ①心不全につながる心疾患の特徴について説明できる。
- ②心疾患のある方のケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援にあたってのポイントについて説明できる。
- ③心疾患のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ④心疾患を有する方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容を述べるができる。
- ⑤心疾患の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。

#### 第15章 ケアマネジメントの展開

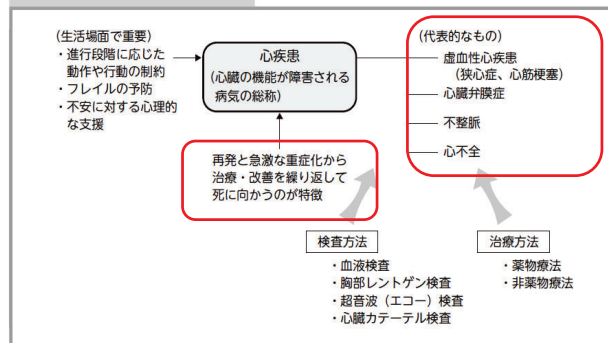
##### ⑤心疾患のある方のケアマネジメント[4時間]

下巻P326

#### 第1節 疾患の理解[50分]

#### 【1 心疾患の特徴を理解する必要性】

### 本節で学習することの概要



#### 第15章 ケアマネジメントの展開

##### ⑤心疾患のある方のケアマネジメント[4時間]

下巻P327

#### 第1節 疾患の理解[50分]

#### 【1 心疾患の特徴を理解する必要性】

### 1. 高齢者の罹患数が多い疾患であること

○心疾患とは、心臓の機能が障害される病気の総称

・心臓は休むことなく動き続けるポンプであり、同じリズムをできるだけ維持し続けて、全身に血液を送り酸素や栄養を循環させており、加齢に伴う影響が生じやすい臓器である

・加齢に伴う生理学的変化として、心臓内の四つの部屋（右・左の心房・心室）の出口にある弁の硬化が生じたり、高血圧症に伴い心臓の筋肉（心筋）が厚くなり、高齢者では弁膜症や心筋拡張障害の罹患率が増え、心房細動をはじめとした不整脈も生じやすくなる

・また、全身の血管の動脈硬化が進展している場合、心臓の筋肉に血液を送る動脈（冠動脈）にも狭窄・閉塞が生じ、心筋が血流（酸素）不足に陥る状態である虚血性心疾患（狭心症や心筋梗塞）が生じることがある

・高齢者が心疾患に罹患している割合は高く、高齢者の死因の第2位が心疾患になっている

#### 第15章 ケアマネジメントの展開

##### ⑤心疾患のある方のケアマネジメント[4時間]

下巻P327

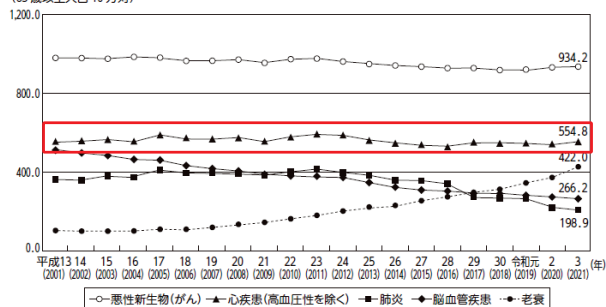
#### 第1節 疾患の理解[50分]

#### 【1 心疾患の特徴を理解する必要性】

### 1. 高齢者の罹患数が多い疾患であること

○主な死因別死亡率の推移（85歳以上）

(65歳以上人口10万対)



第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P328

第1節 疾患の理解[50分] 【1 心疾患の特徴を理解する必要性】

2. 再発と急激な重症化から治療・改善を繰り返して死に向かっていく経過をたどる特徴

○さまざまな心疾患によって、心臓のポンプ機能が低下した状態を心不全という

- ・心不全によって出現している症状を心不全症状という
- ・心不全は慢性と急性に分けられ、いわゆる“心不全”とは、慢性的に心臓の機能が低下している状態である慢性心不全を指す

・急性心不全とは、急に心不全状態になることを指すが、地域生活期（維持期）でみられる急性心不全のほとんどは、心房細動による頻脈の持続、過度な運動負荷、肺炎などの感染症の併発に伴って慢性心不全が急に悪化した「慢性心不全の急性増悪」となる

・慢性心不全の急性増悪をきたした場合、心不全治療によって心不全症状は改善しても、心機能の改善は部分的であり、急性増悪前の心機能より低下してしまい、次に急性増悪をきたすと、さらに段階心機能は低下する

・このように慢性心不全では、急性増悪を繰り返すたびに心機能は低下していき、最終的には心機能の悪化等により死に向かっていく経過をたどる

・そのため、慢性心不全の急性増悪を予防することが大切となる

第15章 ケアマネジメントの展開

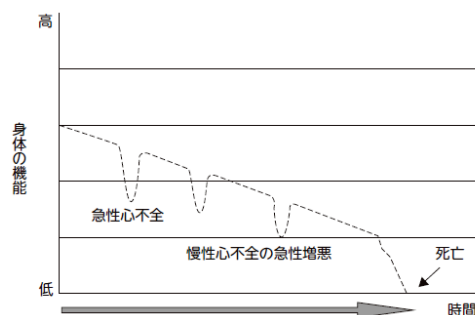
⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P328

第1節 疾患の理解[50分] 【1 心疾患の特徴を理解する必要性】

2. 再発と急激な重症化から治療・改善を繰り返して死に向かっていく経過をたどる特徴

○心疾患の経過



第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P328~329

第1節 疾患の理解[50分] 【1 心疾患の特徴を理解する必要性】

3. 進行段階に応じた動作や行動の制約とフレイルの予防の両立が生活場面で重要であること

○心疾患の進行段階によって、日常生活上の動作や行動の制約を行わないと心臓に負担がかかり、心不全が悪化してしまうことがある一方、高齢者では身体を動かさないことで、心身の機能が低下する状態である廃用症候群（生活不活発病）が生じやすく、サルコペニア（筋肉低下や筋肉量減少）からフレイル（虚弱）が進行する

- ・筋肉量減少は運動耐容能（体力）の低下を引き起こす
- ・慢性心不全に筋肉量減少が併発することで、運動耐容能の低下から労作時息切れや疲労感が強く、さらに活動しにくくなるという悪循環に陥ってしまい、要介護状態のリスクが高まる
- ・心臓に負担がかかりすぎないような生活動作や活動（例：なるべくゆっくり動くなど）を行いながら、できる限り不活発にならない生活を継続し、サルコペニア・フレイル予防を行うことが重要
- ・動きすぎると慢性心不全の急性増悪のリスクがあるため、活動量の塩梅の判断は難しいため、適切な活動量に関しては主治医と相談する

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P329

第1節 疾患の理解[50分] 【1 心疾患の特徴を理解する必要性】

4. 本人や家族の不安に対する心理的な支援も重要であること

○心疾患における治療目標は、心疾患の治療ではなく、心疾患を抱えながらなるべく自立した生活を継続することとなる

- ・心疾患を抱えている場合、労作に伴う呼吸苦を心配して過度な運動を制限してしまっている、家族が本人に対して過度な生活支援をしてしまい、結果的に本人が不活動になっている、薬の多さを心配して内服を控えてしまっているなど、本人や家族のさまざまな不安がみられることがある
- ・先行きを見通すことができる医療者とともに、本人や家族の不安に対する心理的支援を行っていくことが重要

第15章 ケアマネジメントの展開

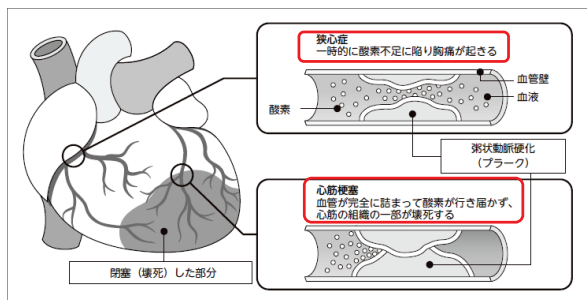
⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P329~330

第1節 疾患の理解[50分] 【2 心疾患の特徴と進行段階】

1. 心疾患の特徴

1) 虚血性心疾患



第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

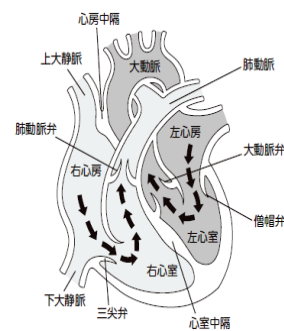
下巻P330~331

第1節 疾患の理解[50分] 【2 心疾患の特徴と進行段階】

1. 心疾患の特徴

2) 心臓弁膜症

心臓は四つの部屋（右・左の心房・心室）があり、各部屋の出口には膜でできた弁があり血液の逆流を防いでいる。心臓弁膜症では、弁が十分開きにくかったり（狭窄症）閉じにくかったり（閉鎖不全症）する。狭窄症では、弁が狭く血液が通りにくくなり、出口の狭くなった弁から血液を押し出そうとするため、心臓に圧力がかかって負担が増す。閉鎖不全症では、弁が閉まらなくて血液が逆流し、押し出そうとする血液の量が増えることで心臓の負担が増します。これらの病態によって心不全をきたす。



## 1. 心疾患の特徴

## 3) 不整脈

○不整脈とは、心拍数やリズムが一定でない状態のこと

・症状を呈さず治療を要さないものから、致死的な状態で早急に対処が必要なまでのものである

○高齢者で多くみられる最も代表的な不整脈に心房細動がある

・心房細動では、心房が有効に収縮しないので、心房から心室に十分血液を送れなくなり、心不全を発症する

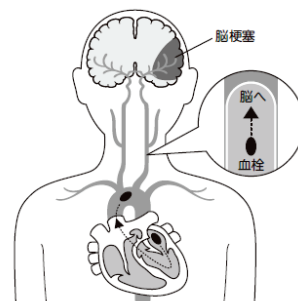
・さらに脱水や感染症発症時などに頻脈発作をきたし、動悸や呼吸苦などがみられたり、慢性心不全の急性増悪をきたすことがある

・また、心房細動では心房内で血液が淀んで血栓が形成されやすくなり、血栓が血管内を移動して脳に達し、脳梗塞を発症する可能性がある

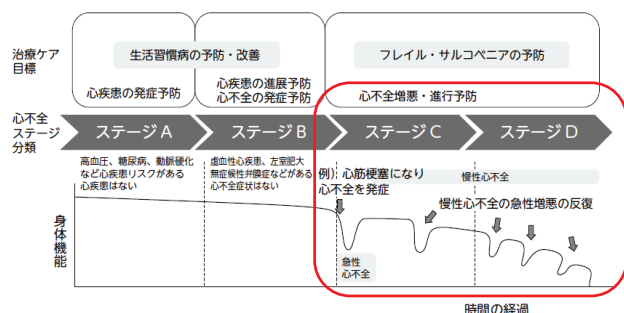
・心原性脳梗塞の予防として、抗凝固薬内服等の管理が行われる

## 1. 心疾患の特徴

○心房細動による血栓が原因の脳梗塞



## 2. 心不全の進行段階 図1 5-5-6



## 1. 心疾患の症状

## 1) 慢性心不全

○慢性心不全の急性増悪時の症状は、低血圧、尿量の低下、四肢冷感など

・このほか、肺に血液が停滞しておこる肺水腫により呼吸困難、起坐呼吸（臥位で呼吸困難が増悪し、起坐位で呼吸困難が軽減する症状のこと）などが引き起こされる

○慢性心不全の急性増悪の場合は、慢性心不全が徐々に悪化していく過程を症状の“変化”としてとらえることが可能

・慢性心不全悪化の際の初期症状として、下腿浮腫の増加、体重の増加、安静時の呼吸困難の悪化、食欲の低下、活気の低下などの変化が出現する

・日常生活に密接した場面でのこれらの変化を観察・把握して医療職に報告することで、本格的な急性増悪を予防することも可能

・慢性心不全の急性増悪時には、利尿薬などを用いた入院等による急性期治療が行われる

## 2. 心疾患の検査方法と診断

○体重の変化は体水分・脂肪・筋肉の組成の変化を反映します。慢性心不全の急性増悪では、全身をめくった血液が心臓に戻りにくくなり、静脈に血液が溜まることで下腿浮腫や体重増加が生じる

・心不全と診断名がついている場合は、月に1回以上は体重を定期的に測定することが、心不全の状態が変化している場合は、週1回以上の頻度で体重を測定することが望まれる

・体重計に乗りえないなど自宅で体重を測定できない要介護高齢者の場合は、通所介護や訪問入浴時の体重測定を検討する

・血液検査や胸部レントゲン検査では、心不全の程度を把握することができ、心電図検査では心房細動などの不整脈の診断や心筋梗塞の可能性を把握することができる

・超音波検査（エコー検査）では、心機能の計測や心臓全体の動きを把握することができ、弁膜症の診断が可能である

・狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患が疑われる場合は、心臓カテーテル検査で心臓の筋肉に血液を送っている冠動脈の詰まり具合を調べることで診断を行う

## 3. 薬物療法と非薬物療法

○治療は疾患やその状態により異なりますが、すべての心疾患患者において、心不全管理としての塩分制限および内服治療は基本となる

・心疾患・慢性心不全と診断されている場合、日常生活のなかで、利用者に下腿浮腫や体重の増加、安静時の呼吸困難の悪化、食欲低下、活気低下などの変化が出現していないかを観察し、変化が疑われる場合には医療職に相談することで、慢性心不全の急性増悪を未然に防ぐことが可能となる

・一方で、誤嚥性肺炎などの感染症の発症時に初めて心不全をきたし、心疾患に気づくことがあり、心疾患に対する治療やケア方針について主治医と相談する必要がある

・重度の大動脈弁狭窄症の患者では、便秘による怒責（いきみ）によって心臓に負担がかかり慢性心不全の急性増悪をきたすことがしばしばある

・慢性心不全患者は便秘になりやすいため、排便の際に力まないよう緩下剤の調整をあらかじめ行っておくなどの工夫が特に重要となる

#### 4. 動作や行動の制約

○心機能が低下している場合、可能な運動量などを医師などの医療職に確認して把握したうえで、日常生活動作の支援や運動プログラムなどを検討する

慢性心不全などは、急激な変化が起こり、重篤な状態になることも多いため、緊急時の対応なども確認することが望ましい

#### 本節で学習することの概要

高齢心不全患者（75 歳以上）の治療に関するステートメント  
（日本心不全学会）における高齢心不全患者の特徴\*

- ✓ Common Disease であり、その絶対数が増加してゆく。
- ✓ 根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患である。
- ✓ その大半が心疾患以外の併存症を有する。  
（感染症、脳血管障害、認知症、腎機能障害、運動機能障害等）
- ✓ 高齢者の心不全管理については、エビデンスと言えるデータは限られている。
- ✓ 服薬管理等の自己管理能力に限界がある事が多い。
- ✓ 個体差が大きい。



- 心不全患者の多くを占める 75 歳以上の高齢心不全患者の管理方針は、個々の症例の重症度、併存症の状態、社会的背景等の全体像を踏まえた上で検討することが推奨されている。
- かかりつけ実地医家等が地域で形成する診療体制を中心に、循環器専門医が所属する基幹病院が急性増悪時の入院治療、心血管疾患リハビリテーション等で連携・支援する体制を提言している。

※日本心不全学会 高齢心不全患者の治療に関するステートメント（2016 年 10 月）

- ・わが国において、心疾患は、介護が必要となった主な原因の構成割合において 5.1%
- ・一方で、死亡原因では14.8%、心疾患の年齢階級別患者数で患者数が増えるのは40歳代以上、75歳以上が全体の73%を占めており、介護保険の被保険者の年齢層と合致する
- ・心不全の急性増悪を防ぐには「生活習慣の改善」と「治療の継続」が重要で、実行できれば心不全の悪化を防ぎ、生活の質（QOL）の保持につながる一方、根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患であることから、状況に応じ緩和ケアが提供されることもあり、現に、人生の最終段階に緩和ケアを必要とする者の疾患別割合（成人）のうち、心疾患は38.5%を占めている
- ・「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（循環器病対策基本法）が、2018（平成30）年に公布され、行政や医療従事者、保健、医療または福祉の業務に従事する者の責務、国民の責務が定められている
- ・命にかかわる疾患を有する人へのケアであるという緊張感をもって機能すべく、心疾患のある人のケアマネジメントを正しく身につける必要がある

#### 1. 医療との連携の重要性

- ・心疾患に一度罹患すると、寛解してもその快癒の難しさから、医療との連携は必須
- ・心疾患のある人とののかかわりの多くは退院から始まり、その経過以下のようなになる

##### ①入院医療機関からの退院支援における連携

##### ②退院し在宅生活を送りながら受ける通院医療や訪問診療との連携

##### ③再入院に伴う入院医療機関との連携等

- ・心疾患は個性が高く、利用者によって病態も治療法もさまざま、医療機関では患者に合わせた個別化医療、多職種による多面的なアプローチが行われる

#### 1. 医療との連携の重要性

- ・心疾患に罹患した高齢者のなかには、発症前から高血圧や糖尿病等の生活習慣病がある人の割合が高く、複数の薬を服用することも多くある。そのため、飲み合わせなどの管理に薬剤師の介入や、食生活の見直しに減塩等、管理栄養士の介入も必要となる
- ・退院するまでにきわめて多くの医療職が患者の個性に応じながらかかわっている可能性が高いのが心不全の為、介護支援専門員は、誰に対して、どのような連携を求めるのか、あるいは求められているのかを利用者ごとに考えておく必要がある
- ・適切なケアマネジメント手法の疾患別ケアマネジメントのうち、とりわけ心疾患は最も医療との連携の密度が濃い疾患群である

#### 2. 再発および再入院の予防に向けた療養と日常生活の支援

##### ・心疾患が再発すると急激に状態が悪化する

- ・入院・治療を経ると心機能や日常生活自立度は、一定程度は改善するが、元の状態に戻ることは難しく、また状態が悪化することがある

##### ・何回か急激な状態悪化と改善を繰り返しながら、徐々に疾患の状況が進行していく特徴がある

- ・そのうえで、医療と連携し、生活上具体的に何についてどう留意したらよいかを理解し、利用者のセルフマネジメントをサポートする工夫が求められる



第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P339

第2節 心疾患のある方のケアマネジメント[60分]

【1 心疾患のある方のケアマネジメントの留意点】

3. フレイルを進行させない活動と参加の支援

○高齢心不全患者には特徴的な事柄がありますが、その一つに「低体力・虚弱（フレイル）」がある

・心疾患であるかどうかにかかわらず、要介護高齢者はたんぱくを含むエネルギー摂取不足等により慢性的な低栄養状態によって体重減少が、また、加齢による骨格筋変化等があいまってサルコペニアの状態に陥りやすい状況となっている

・さらに、心疾患のある利用者の場合、再発作への恐怖感から過度に安静に過ごしてしまい、体力や社会的活動が低下する場合もある

・精神的な面にも配慮しながら医師の指示の範囲内で、本人がこれまで送ってきた生活習慣や価値観を尊重した生活を送れること、生活歴に応じた社会的活動と参加が維持されるように支援する視点が必要となる

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P339

第2節 心疾患のある方のケアマネジメント[60分]

【1 心疾患のある方のケアマネジメントの留意点】

3. フレイルを進行させない活動と参加の支援

○高齢心不全患者の特徴 表5-5-2

合併症が多い

認知症を有することがある

うつ状態のことが多い

心房細動が多い

拡張機能障害が多い

女性が多い

動作が緩慢

低体力・虚弱（フレイル）

バランス機能が低下している

他人の意見を聞き入れるのに時間を要する

味覚障害がある

個体差が大きい

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P339～340

第2節 心疾患のある方のケアマネジメント[60分]

【1 心疾患のある方のケアマネジメントの留意点】

4. 本人や家族の心理的な支援

・慢性心不全により生じた活動能力の低下は、利用者の生活の質（QOL）と充実度をも低下させるため、それらを改善することが治療の主な目的となる

・介護支援専門員は、本人、家族等が抱えている不安・恐怖やストレスの状況把握を行い、他職種等と連携して情報交換し、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）が行われる体制を整えることで、本人の意思に則したエンドオブライフケア（EOLC）が提供される環境を整える

・心疾患のケアマネジメントでは、日常生活を支援する観点、エンドオブライフ（EOL）期に向けたACP という観点も踏まえつつ医療と連携した本人と家族の心理的な支援を行う

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P340

第2節 心疾患のある方のケアマネジメント[60分]

【2 心疾患のある方のケアにおいて想定される支援内容】

○心疾患のある人のケアマネジメントは、対象者の状態像の時期によりⅠ期とⅡ期がある

・適切なケアマネジメント手法では想定される支援内容が体系的に整理されており、各疾患別ケアについて大項目・中項目・小項目・想定される支援内容の順に確認する

|    | 適用対象とする時期                  | 大項目          | 想定される支援内容 |
|----|----------------------------|--------------|-----------|
| Ⅰ期 | 退院後の期間が短く、医療とのかわり強い状況にある時期 | 1 再入院の予防     | 1～13      |
|    |                            | 2 生活機能の維持・向上 | 14～21     |
| Ⅱ期 | 状態が安定から不安定な状況にある時期         | 1 再入院の予防     | 1～13      |
|    |                            | 2 生活機能の維持    | 14～20     |
|    |                            | 3 EOL 準備     | 21        |

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P340

第2節 心疾患のある方のケアマネジメント[60分]

【2 心疾患のある方のケアにおいて想定される支援内容】

・これらは、モニタリング時に確認するのではなく、アセスメントの段階から確認しておくことで、抜け漏れのないモニタリングになるだけでなく、生活の将来予測に基づくニーズ抽出やケアプラン作成にも役立つ

- ・【大項目】に対して、どのような【想定される支援内容】があるのか
- ・各項目の必要性は何か（支援の概要、必要性）
- ・何をアセスメントするのか（主なアセスメント項目）
- ・何をモニタリングするのか（主なモニタリング項目）
- ・【想定される支援内容】ごとに、どの職種に相談・依頼するのか（相談すべき専門職）
- ・（当初から想定される）モニタリングは何か

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P341

第2節 心疾患のある方のケアマネジメント[60分]

【3 医療との関わり】

1. かかりつけ医との連携および日常生活で療養を支える体制の構築

○心疾患のある人のケアマネジメントでは、Ⅰ期、Ⅱ期のいずれにも大項目に「再入院の予防」があるとおり、急激な状態の悪化が予測されますので、予防の対応は極めて重要

・特に、服薬、体重、水分・塩分、排せつ等の状況について医学的な管理が必要

・これらは基本ケアとも重複するが、基本ケアの視点だけでなく、心疾患とその人の状態に応じた管理が必要となるため、必ずかかりつけ医や循環器の専門医と連携する

・医療機関に入院から在宅生活に移行すると、誰がどのように管理するかで病状の予後が大きく左右されるが、医学的な管理が最重要で、その具体的な方法を本人や家族等の身近な人が理解し、継続的に管理できるようにすること、また、その利用者ごと個別の状況に応じた支援体制が組まれていることが大切となる

・かかりつけ医や循環器の専門医に加え、看護師、薬剤師、管理栄養士といった医療職、本人と家族等に代わって生活を支援する介護職等の支援体制、連携体制を構築することが、ほかの疾患以上に重要となる

## 2. 心疾患の進行段階に応じた療養方針の理解

○心疾患は根治が望めない進行性で致死性の高い悪性疾患で、一度心不全になると、生涯治療が必要となる

・再発し再入院すると治療は行われますが、心機能は必ずしも入院前と同じ状態まで回復するわけではない

・心疾患は急激な状態悪化（再発）と改善を繰り返しながら、徐々に疾患の状況が進行する特徴がある

・介護支援専門員は、可能な限り再入院を予防するような生活を送ることができるよう配慮するとともに、進行段階に応じた療養方針を理解し、医療との連携を密にしたケアマネジメントを展開することが期待される

## 3. 再発し急激に状況が悪化した場合の連絡体制の構築

○日頃から再発予防に配慮した生活を送ることが大切ですが、同時に本人や家族等が日常の状態と異常時の状態の両方を理解することで、異常の発見や病状の悪化の把握につながる

・本人と家族等の疾患に関する理解度を確認したり、急激に状態悪化した場合に的確な行動がとれるか、日頃から確認しておくことが大切となる

・並行して本人や家族等の支援体制を整え、かかわる医療職、介護職に加え、本人・家族等の同意を踏まえたうえで近所の人、友人、知人や、例えば配食サービスのスタッフ等本人にかかわる人と連携する

・心疾患の「悪化」とは、具体的にどのような状態なのかあらかじめ共有し、最初の連絡先は誰にするのかを決め、緊急連絡先の電話番号を誰もが見えるところに貼付し、連絡網や連絡体制を全員で確認する

・介護支援専門員は、このような連絡体制の調整を退院前までにかかりつけ医や看護師等と協働して必ず行い、関係者と確実に共有する

## 1. 本人や家族等における疾患および療養内容の理解状況の把握

○本人と家族等は、かかりつけ医をはじめとする専門職から、どのような点に留意しながら生活すべきかの指導を受けているが、それを覚えているか、理解できているかを確認する

・仮にしっかりと理解できていても、それを自分の生活に照らし合わせると、具体的にどの場面で、どのような行動になるのかを連動させることは難しい

・その人の心身状態、家族状況、使用している物、住環境などとともに、日当たりや気温・室温、空調の状況、トイレや浴室の環境、食の好みや習慣等によって実行可能性は異なる

・実際に生活しながら、本人にとってどのような調整が必要かを確認する

## 2. 自己管理能力の向上の支援

○医療機関に入院しているときには、医師や看護師等によって24時間管理されていますが、在宅での療養生活を主に管理する者は利用者と家族等となることから、利用者と家族等の自己管理能力を向上させることが何よりも大切となる

・介護支援専門員は、そのための支援を行うという観点を持ち自己管理能力を高める支援をチームで継続的に行う

## 3. 医師からの指示を踏まえフレイルを進行させない暮らし方の支援

○高齢心不全患者は、サルコペニアやフレイルの危険性が生じやすい状況にある

・心不全を経験した人は、再発や日常生活の負担を恐れて活動量が過度に低下させたり、周囲が心配し、過度な安静を求めたりする

・これらの要因が積み重なると、体力の維持（廃用予防）や社会的活動の維持とともに精神的な健康の維持をも妨げることになる

・状態の安定した慢性心不全では、安静によるデコンディショニングは運動耐容能の低下を助長するとともに、労作時の疲労感や呼吸困難等の症状を悪化させる要因となる

・そのため、かかりつけ医等の指示の範囲内で、本人のこれまでの生活を踏まえた社会活動と参加が行えるように支援することが重要である

・生活機能の維持には「心臓リハビリテーション」との連携を行う

・利用者が居住している地域の医療機関で心臓リハビリテーションを行っている場合には医師に相談のうえ積極的に連携する

## 4. 本人や家族に対する心理的な支援

○心疾患は、高齢者が発症しやすく、根治性が低く生命を脅かす疾患であることから、心疾患をかかえている患者と家族に対しては、緩和ケアの視点も大切となる

・緩和ケアは、痛みやその他の身体的問題、心理的問題、社会的問題を早期に発見して、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し和らげることで、QOLを改善するアプローチである

・介護支援専門員は、定期的に利用者と家族に対して面接を行う相談援助のプロフェッショナルとして、心疾患の特徴を理解した観察、多職種の助言に基づきながら心理的支援をする知識と技術をもち合わせていく必要がある

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P344

第2節 心疾患のある方のケアマネジメント[60分] 【5 活用しうる地域資源】

1. 医療系サービスとの連携と心疾患がある人のリハビリテーション・機能訓練等のフォーマルなサービス

・「生活習慣の改善」と「治療の継続」を実行できれば心不全の悪化を防ぎ、QOLを保持できるこのようなとき、**介護支援専門員には「再入院の予防」（大項目）を目指し、利用者が「基本的な疾患管理ができるように支援する」（想定される支援内容の1）に該当）ことが求められる（服薬、食事、運動、血圧や体重測定等の日常生活での健康管理）**

・介護支援専門員はかかりつけ医、循環器専門医の指導に基づくチームケアのなかで、利用者の個別の状況に応じ、疾患管理のできる生活環境と体制をつくらなければならない

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P346～  
347

第2節 心疾患のある方のケアマネジメント[60分] 【5 活用しうる地域資源】

2. インフォーマルな地域資源

○介護支援専門員は、特に心疾患と併存疾患によって生じる日常生活上の課題に対応する

・場合により環境によって生じる課題もあるが、これは心疾患に特有の視点ではなく日常業務のなかで対応しなければならない視点である

・異なることは、**心疾患の特徴に配慮した対応ができるか**で、例えば、**食事療法では医師や管理栄養士の指示に基づく塩分摂取量の食生活を送るために何ができるか**等

・減塩食への対応、メニューのバリエーション等を考慮し、一定期間で別の配食サービス事業所に変更することで飽きを防止し、食事摂取量を確保し低栄養を防ぐことにつなげられるために、複数の事業所を調べておく

・心疾患の発作をいち早く発見するため、単独、夫婦のみの高齢者世帯では、配食サービス事業所に弁当を配達する際、心疾患の発作と思われる状況がないか確認してもらったり、近所の人、知人等その人固有の人間関係を知ること、安否確認や発作時の対応に関する協力の可否について検討する

・発作が起きても、早く発見、対応が行われる体制をつくるにはフォーマルサポートだけではなく、地域の力（インフォーマルサポート）も重要で、本人と周囲の人々との関係性など、社会的・地域的背景を活かした対応が介護支援専門員には期待される

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P361

第5節 事例演習[60分] 【1 心疾患に関する事例】

◆事例の読み込み（テキストP361～367）

①基本情報に関する項目（P362）

②主治医意見書（P363・P364）

③課題分析標準項目（P365～P367）

個人ワーク（15分）

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P361

第5節 事例演習[60分] 【1 心疾患に関する事例】

◆Aさんの全体像をまとめましょう

個人ワーク（30分）

グループで意見交換・共有（10分）

発表

\*演習シート【全体像シート①】

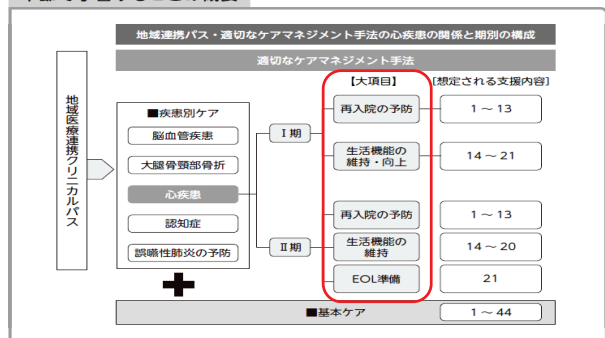
第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻  
P348

第3節 「心疾患のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解[50分]

本節で学習することの概要



第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]

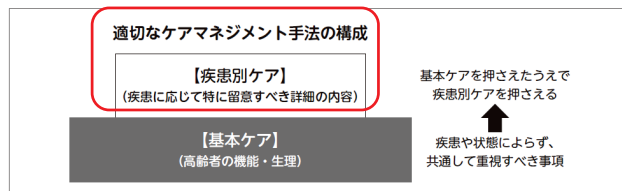
②アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻  
P271

第2節 アセスメントの理解[180分] 【1 アセスメントの考え方】

6. 適切なケアマネジメント手法との関連

再確認



## ○心疾患のある方のケアの項目

【Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期）】

| 大項目        | 中項目                  |
|------------|----------------------|
| 再入院の予防     | 疾患の理解と確実な服薬          |
|            | 自己管理能力の向上とリスクの管理     |
|            | 療養を続けるための環境・体制の整備    |
| 生活機能の維持・向上 | 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援 |
|            | 心理的な支援               |

【Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況にある時期）】

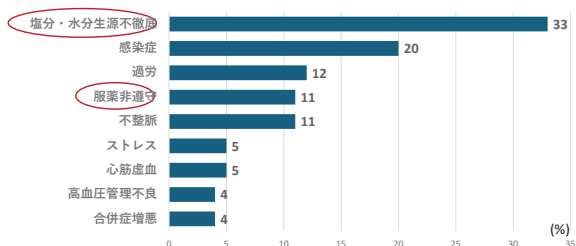
| 大項目     | 中項目                 |
|---------|---------------------|
| 再入院の予防  | 疾患の理解と確実な服薬         |
|         | 自己管理能力の向上とリスクの管理    |
|         | 療養を続けるための環境・体制の整備   |
| 生活機能の維持 | ステージに応じた生活・暮らし方の支援  |
|         | 心理的な支援              |
| EOL準備   | EOL（エンドオブライフ）に向けた準備 |

## 1. 疾患の理解と自己管理能力の向上およびリスク管理

○Ⅰ期、Ⅱ期ともに最初に〔想定される支援内容〕は〔Ⅰ疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える〕となっており、**心疾患の再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理について理解することが利用者と家族にとって欠かせず、それを理解することで、定期的な受診を維持し、治療の実効性を高めることができる**

- ・心疾患という病気に対する不安を低減し、必要以上に生活範囲や生活機能を縮小させることなく、その人にとっての生活改善を目指すことにつながる
- ・生活改善とは、医師から指示された服薬を確実に行うことをはじめとし、必要なたんぱく質やカロリー量を確保したうえで、適度な塩分・水分を摂取すること、浮腫の状況をいち早く確認できるよう毎日同じ条件のもとで体重測定をして体重管理すること、血圧測定、その人の今の状況にあわせた適度な活動等

## 心不全増悪による再入院の原因



(Tsuchihashi-Makaya M, et al: *Circ J* 2009;73:1893-1900)  
引用：日本心臓財団虚血性心疾患セミナー資料(2016年)

## 1. 疾患の理解と自己管理能力の向上およびリスク管理

- ・心疾患以外の併存疾患を安定した状態に保つこと、感染症への罹患を予防することは、心疾患の悪化リスクの低減につながる
- ・特に在宅生活を送る場合には24時間医療介護職がいるわけではなく、施設で生活していても、必要なケアについて本人が理解し合意しなければケアを展開できない場合もある
- ・このことから本人が自分の疾患を理解し、他者の介護を受けいれるなどの意思決定に基づき、自己管理やリスク管理の能力を高めることは大切で、本人の疾患に関する理解度を確認し、その理解を深められる支援を行う

## 2. 療養を続けるための環境・体制の整備

○心疾患は進行性かつ致死性の悪性疾患の為、利用者や家族が理解することが難しいが、理解はしていても実行が難しい場合には、療養を続けるための環境と体制を整備する

- ・しかし生活習慣はたやすく変えられるものではないため、その人のこれまでの日常生活、嗜好や価値観を丁寧に教えてもらい同時に、心疾患の管理が優先され過ぎるあまり、指導的になり、本人の生活の楽しみを奪い、本人が自分の生活を自分でコントロールしている実感を妨げたり、QOLを低下させることは避けなければならない
- ・医師、看護師、リハビリテーション専門職等の多職種と相談しながら、生活のなかで工夫する知恵を共有しつつ、その人にとって続けられる、しかし急激な悪化を防げるような支援策について話し合いを行う
- ・本人と家族が納得しながら進められるプロセスを確保し、介護支援専門員は、アセスメント、サービス担当者会議、多職種とのモニタリングを通じて、適切なケアマネジメント手法における基本ケアの〔基本方針〕「尊厳を重視した意思決定の支援」に常にかかわっている意識をもち、その実行を図る

## 1. 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援

○生活機能の維持・向上は、本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整えることから始まる

- ・これも基本ケアと連動し、「心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援」に紐づく
- ・心疾患を抱えながら、どのような生活機能を維持・向上させるのか、本人が何を望んでいるかが重要だが、専門職からみて明らかに大きな危険が伴う行動をあらかじめ確認し、本人の日常活動に伴って発生するリスクを判断できる体制を整備する視点も必要
- ・〔医療的なりハビリテーションを受けることができる体制を整える〕について、医療的なりハビリテーションは運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成される

○主要な目的は、

- ①心機能の改善②骨格筋機能改善③自律神経活性改善で、心臓リハビリテーションが展開されることとなる
- ・利用者の望む生活を実現するために、〔ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える〕必要がある基本ケアと重複する項目だが、心疾患のある人のケアマネジメントでは、特にリスク評価の結果を踏まえることに留意している



第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P351

第3節 「心疾患のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解[50分]  
[2 I期:生活機能の維持・向上]

2. 心理的な支援

○心疾患では抑うつや不安等の精神症状を抱えることがあり、不十分なソーシャルサポートでは、心疾患患者の予後に影響を与えることがあるため、精神的な支援の検討が必要

・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家に つなぐ体制の整備といった「精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える」ことが大切となる

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P352

第3節 「心疾患のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解[50分]  
[3 II期:再入院の予防]

○心疾患には二つの期（I期とII期）があることを理解し、その違いをあらためて確認する

○I期の大項目は二つ、II期は三つで【EOL準備】が追加される

・想定される支援内容の数はいずれも21項目だが、内容は少し異なる

・違いを理解し、期別にケアを分けて効果を出せるように学習しておく

○大項目【再入院の予防】では、I期とII期の想定される支援内容はすべて同じ

・前述した「1 疾患の理解と自己管理能力の向上およびリスク管理」（349頁参照）と「2 療養を続けるための環境・体制の整備」（350頁参照）を参考に、再入院の予防の重要性を再確認する

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P355

第3節 「心疾患のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解[50分]  
[5 II期:EOL(エンドオブライフ)に向けた準備]

○【EOL に向けた準備】は、II期にだけ設定されている大項目で、想定される支援内容は「末期心不全のEOL ケアをどのようにするかを心構えをする支援を行う」である

○終末期には増悪と寛解により入院を繰り返すようになる

・この時期は、今後の治療手段や見通し、終末期のことを本人や家族等に十分に説明のうえ相談し、意思確認を行う必要がある

・末期心疾患の支援体制を確立するためには、適切な薬物療法、自己管理の方法、支援体制の利用をうながすために、多職種が連携してチームとして取り組む必要がある

・末期心疾患患者の症状を安定させるためには、患者の身体的、神経学的、社会的、精神的な評価を頻繁に繰り返さなければならない

・ケアの目標は「症状のコントロールと生活の質を保持すること」「本人と家族等の精神的・情緒的支援を提供すること」へ移行していき、ACPIに取り組む時期でもある

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P355

第3節 「心疾患のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解[50分]  
[5 II期:EOL(エンドオブライフ)に向けた準備]

○介護支援専門員として行うアセスメントやモニタリング項目には次がある

- ☐ 今後の暮らし方に対する本人の意向
- ☐ 今後の治療に関する本人の意向
- ☐ EOLに対する家族等の意向
- ☐ EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況
- ☐ 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- ☐ 医師からの末期心不全の EOL ケアの実施状況（インフォームドコンセントの実施状況）
- ☐ 現在、本人や家族等が心裡面での支えとしている相手・内容の把握
- ☐ ACPIの実施状況、末期心不全時における医療及びケアの体制の確認

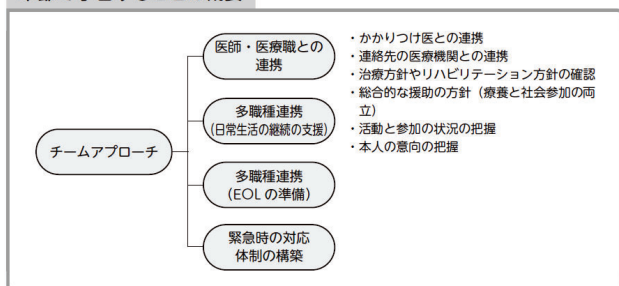
第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P356

第4節 多職種連携(チームアプローチ)による対応[20分]

本節で学習することの概要



第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P356～357

第4節 多職種連携(チームアプローチ)による対応[20分]  
【1 医師及び医療職との連携】

1. かかりつけ医との連携

○心疾患のある要介護者のケアマネジメントでは急激な状態悪化による再入院の予防がきわめて重要となる

・予防のためには、確実に服薬する、体重や水分・塩分の摂取および排せつ状況の管理等、医学的管理を確実に実行する支援体制が求められ、かかりつけ医や循環器科の専門医をはじめ、看護師、薬剤師、管理栄養士等の専門職との連携体制を構築することがほかの疾患以上に重要となる

○本人や家族等が心疾患に関する理解を深められるように説明を受けられる体制を整える必要があり、本人と家族等が自宅療養時の留意点、医療機器の使用法等への理解を深められるような説明や継続的な支援体制を整える必要性について、医師や医療職とも相談する

・心疾患は命にかかわる病気であるため、医療との連携が綿密かつ時宜にかなっていないと危険

・利用者自身が自らの疾病を理解できているのか確認し、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する等の方法もある

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻  
P357

第4節 多職種協働(チームアプローチ)による対応[20分]

【1 医師及び医療職との連携】

2. 連携先の医療機関および担当の専門医の確認と連携

○心疾患のケアマネジメントでは再入院の予防が重要であり、**確実な服薬、体重管理、水分・塩分の摂取と排泄状況の管理等、医学的な管理が確実に実施できるような支援体制の構築が必要**

・日常生活のみならず社会参加についても医師の指示の範囲内において、本人のこれまでの生活状況も踏まえた活動と参加が維持されるように支援することも重要

・心疾患では、かかりつけ医や循環器科の専門医を中心とし、看護師、薬剤師、管理栄養士といった専門職との連携体制を構築することがほかの疾患以上に重要である

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻  
P358

第4節 多職種協働(チームアプローチ)による対応[20分]

【1 医師及び医療職との連携】

○心疾患のある方のケアに関するチェックポイント

□ 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）

□ 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（**日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など**）

□ 日常的な療養に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での留意事項、**日常生活での制限の有無、判断の目安に関する説明、自己管理の実施方法**など）

□ 状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（**急変の判断の目安、急変時の対応方法**など）

□ 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻  
P358

第4節 多職種協働(チームアプローチ)による対応[20分]

【1 医師及び医療職との連携】

○心疾患のある方のケアに関するチェックポイント

□ 使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点

□ 心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など）

□ **処方薬の内容**（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など）

□ 医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P358～359

第4節 多職種協働(チームアプローチ)による対応[20分]

【2 日常生活の継続の支援における多職種協働】

2. **日常生活での活動と参加の状況の把握（モニタリング）**

○心疾患の増悪に関連する食事（水分・塩分）、運動、服薬、**血圧測定や体重測定の状況はモニタリングを継続する**

・本人と家族には、心理的な負担にも考慮しつつ確認を続けるが、並行して多職種からの客観的な情報も収集し続ける

・**得た情報は、かかりつけ医や関係職種に必要なタイミングで共有する**

・このようなモニタリングは、実施時点で確認を始めるのではなく、遅くともサービス担当者会議の時点で、どのような情報を、どの職種／サービス種別に、どのような条件設定で計測し、いつのタイミングで、誰に対して共有すべきなのかを伝え合意しておく

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻  
P359

第4節 多職種協働(チームアプローチ)による対応[20分]

【2 日常生活の継続の支援における多職種協働】

○サービス担当者会議等での情報の伝達

・体重測定は基本ケアにもある項目だが、心疾患では特にどのような点に留意して実施するのか

・退院時から何 kg 増加した時点で医師に報告するのか

・心疾患に配慮した体重の計測の方法は具体的にどうするのか

・自宅に体重計はあるか

・本人や家族だけで計測可能か

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻  
P359

第4節 多職種協働(チームアプローチ)による対応[20分]

【2 日常生活の継続の支援における多職種協働】

3. 本人の受け止めや意向の把握

○ケアの方針や具体的内容を検討する基点となるのは、本人の意向である

・心疾患に罹患したことや、医師等から説明された予後や今後の治療方針等を本人はどのように受け止め、どのような意向をもっているのかを丁寧に把握していく必要がある

・心疾患のケアマネジメントをめぐる意向には、さまざまなことがあるため、意向に関することは、一度だけ確認するのではなく、意向は変化するものだという認識のもと、継続して本人や家族に確認していく

・また、さまざまな職種や立場の人から把握している本人の意向についても確認しておく

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻  
P359

第4節 多職種協働(チームアプローチ)による対応[20分]

【2 日常生活の継続の支援における多職種協働】

3. 本人の受け止めや意向の把握

- ☐ 今後の暮らしに関する意向
- ☐ 今後の住まいの場に関する意向
- ☐ 今後の治療に関する意向
- ☐ 心疾患に配慮した居住環境などに関する環境改善やそこで行う動作に関する意向
- ☐ 入浴に関する意向
- ☐ 食事に関する意向
- ☐ 排せつに関する意向
- ☐ 嗜好品(喫煙・飲酒)に関する意向
- ☐ 運動
- ☐ セルフケアに関する意向
- ☐ 社会的活動に関する意向
- ☐ リハビリテーションに関する意向
- ☐ EOL(エンドオブライフ)に対する意向(EOLSに関する不安・恐怖・ストレス)

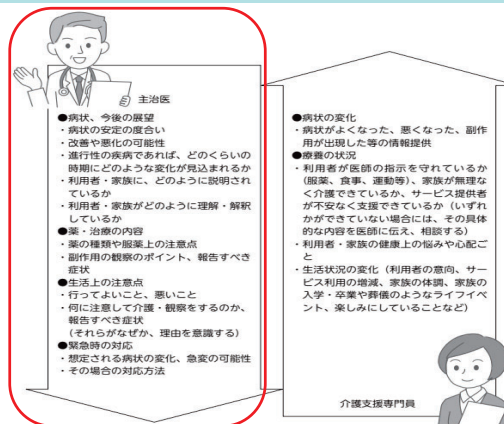
第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解[30分]

【2 医療専門職(医師以外)との連携】

上巻  
P540

再確認



第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P361

第5節 事例演習[60分]

【1 心疾患に関する事例】

【Ⅰ期(退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期)】

| 大項目        | 中項目                                                  |
|------------|------------------------------------------------------|
| 再入院の予防     | 疾患の理解と確実な服薬<br>自己管理能力の向上とリスクの管理<br>療養を続けるための環境・体制の整備 |
| 生活機能の維持・向上 | 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援<br>心理的な支援                       |

【Ⅱ期(状態が安定から不安定な状況にある時期)】

| 大項目     | 中項目                                                  |
|---------|------------------------------------------------------|
| 再入院の予防  | 疾患の理解と確実な服薬<br>自己管理能力の向上とリスクの管理<br>療養を続けるための環境・体制の整備 |
| 生活機能の維持 | ステージに応じた生活・暮らし方の支援<br>心理的な支援                         |
| EOL準備   | EOL(エンドオブライフ)に向けた準備                                  |

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P361

第5節 事例演習[60分]

【1 心疾患に関する事例】

◆「適切なケアマネジメント手法」心疾患Ⅰ期から必要な支援を考える

①Aさんの望む暮らし

②Aさんに重要だと思う「小項目」を考えてみましょう

\*演習シート【全体像シート①】

個人ワーク(①と②)20分

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P361

第5節 事例演習[60分]

【1 心疾患に関する事例】

◆「適切なケアマネジメント手法」心疾患Ⅰ期から必要な支援を考える

検討した「小項目」に対して、Aさんに「必要と考えられる支援内容・サービス種別等」を考えてみましょう

\*演習シート①

①と②「小項目」を共有し、「Aさんに必要と考えられる支援内容」をグループワークで考えてみましょう

グループワーク(30分)

発表

第15章 ケアマネジメントの展開

⑤心疾患のある方のケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P361

第5節 事例演習[60分]

【1 心疾患に関する事例】

例：例：1-2-1体重の管理

(必要と考えられる支援内容)

○定期的に体重測定ができる体制を整える

○体重測定が習慣化するまでは、サービス利用時(訪問看護・通所リハビリ等)に行う

例：2-1-6 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援

（必要と考えられる支援内容）

○生活習慣に関する理解度を、医師・看護師と把握し共有し、チームで支援を行う。

○生活指導（食事・塩分・水分等）を訪問看護で行う。

。

例：1-1-2 服薬支援

（必要と考えられる支援内容）

○ケアマネも含め、サービス事業所（訪問看護・通所サービス等）、自宅訪問の際に、薬が内服できているか、関係者全員が意識し、実際に確認する。

○起床時間、食事時間等の主な日常生活の活動を確認する。

○残薬を確認する

○受診後にカレンダーにお薬をセットする