

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]
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】

下巻P326

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

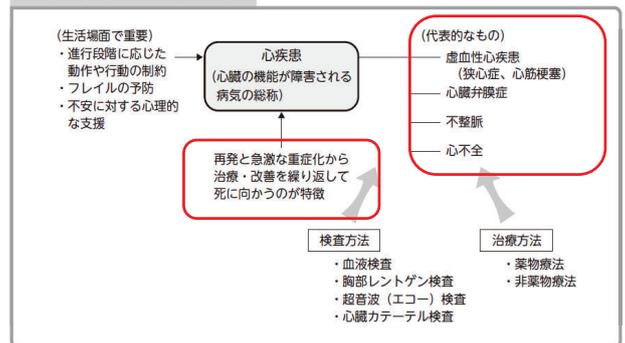
- ①心不全につながる心疾患の特徴について説明できる。
- ②心疾患のある方のケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援にあたってのポイントについて説明できる。
- ③心疾患のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ④心疾患を有する方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容を述べる事ができる。
- ⑤心疾患の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。

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】

◆虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)、心臓弁膜症、不整脈などがあり、それぞれの疾患が原因となり、心機能が悪化し、心拍出量が低下した状態を**心不全**という

◆心不全とは

・心臓の「全身に血液を送り出す」機能が低下した状態を表す名称であり、あらゆる心疾患の終末期像といえる

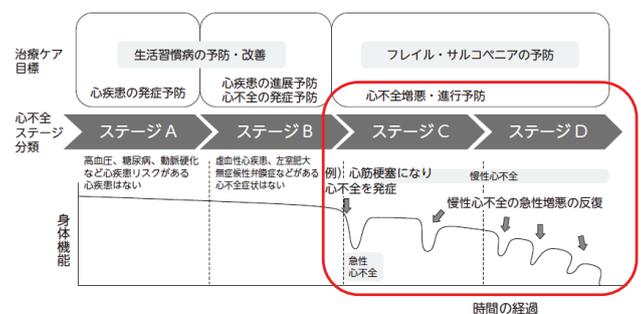
➡心不全の状態を引き起こす
原因疾患が存在する

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P332

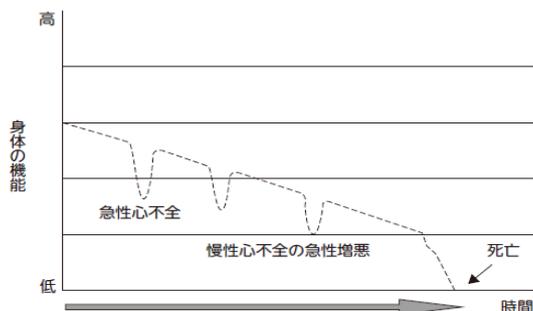
第1節 疾患の理解[50分] 【2 心疾患の特徴と進行段階】

2. 心不全の進行段階 図15-5-6



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



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慢性疾患である。
- ✓ 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）

1. 心疾患のある方のケアマネジメントの留意点

1. 医療との連携の重要性

2. 再発及び再入院の予防に向けた療養と日常生活の支援

3. フレイルを進行させない活動と参加の支援

4. 本人や家族の心理的な支援

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かかわりの多くは退院から始まり、その経過以下のようになる

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

・心疾患は個別性が高く、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高い疾患群である

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

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、本人がそ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

3. フレイルを進行させない活動と参加の支援

表15-⑤-2 高齢者心不全患者の特徴

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

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

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

・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

・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

・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

4 生活場面での支援

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運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

4 生活場面での支援

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、利用者や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

4 生活場面での支援

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

・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

4 生活場面での支援

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

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

◆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）

生活史

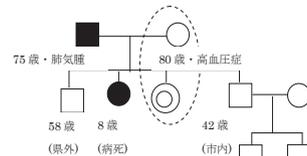
《生活史》

- ・主な既往歴・職歴・生育歴・結婚・出生など家族状況の移り変わり、転居の歴史など主なエピソードを書き込む
- ・生活歴・職歴・家族の歴史を重ねる
- ・どのような家族の中で生まれ育ち、どのような家庭を作り、どこに住み、どのような仕事をして、どのような人たちと関わりを持ち、そして今
- ・施設・GHなどに入所される以前の暮らし・・・
- ・どのように生きて、これから先どのように生きていきたいと思っているのか
- ・その人の生き方・考え方・対処の仕方・価値観を知る
～そこから、何がみえてくるか～

令和5年度介護支援専門員実務研修講義資料より
25

家族構成図・ジェノグラム

《ジェノグラム》家族構成図²⁾



- ・左から第1子、第2子・・・と順に書く
- ・本人は◎や二重の口で表す
- ・本人を中心に同居家族、別居家族を書き込む
- ・両親・兄弟姉妹など三世代を目安に
- ・年齢、疾患治療名、居住地等必要な情報を書き込むとよい《余白をうまく活用》
- ・別居の場合、距離と訪問頻度、交流の様子なども書き込むとよい
- ・生活歴を重ね合わせながら、描く
- ・ジェノグラムに、線の太さ、破線、葛藤線などを用いて関係線をいれるとファミリーマップになる

令和5年度介護支援専門員実務研修講義資料より
25

アセスメントの総括(全体像のまとめ)

◆アセスメントの仕上げとして、利用者さんはどういう人なのか(利用者の理解)、今、利用者さんはどのような状況にあるのか(起きている問題の理解)、その背景には何があるのかを過去から現在までの核となる情報をつなぎ合わせ、その全体像を描き文章化(言語化)していく。

令和5年度介護支援専門員実務研修講義資料より

全体像を描くとは

- ①Aさんはどのような方ですか
- ②Aさんとご家族に今起きていることは何ですか
- ③Aさんとご家族は、その状況をどのように捉え、どのように対処されていますか
- ④Aさんと家族はどのように生活されていますか
- ⑤Aさんの今の状況とそれに対するAさんの思い、ご家族の状況と今の思いをどのようにケアマネジャーとして理解していますか
- ⑥課題・ニーズは...

*** Aさんの強さとご家族の強さも捉える**

令和5年度介護支援専門員実務研修講義資料より

第15章 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【4時間】

第5節 事例演習【60分】

【1 心疾患に関する事例】

下巻P361

◆Aさんの全体像をまとめましょう

個人ワーク (25分)

グループで共有 (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

◎心疾患のある方のケアマネジメント【4時間】

第5節 事例演習【60分】

【1 心疾患に関する事例】

下巻P361

これまでの生活

Aさん、72歳、男性

- ・B県H市生まれ。地元の大学卒業後、建築士として建築会社に就職。
- ・26歳で結婚し、3人の娘をもつ。独立して建築会社を立ち上げてからは働きづめだったため、妻には苦勞をかけたようである。
- ・地元で会社を立ち上げたため、古くからの仲間や地域との関係は良好。消防団活動のリーダーも務めていた。リーダーを退いてからも、月1回の会合・飲み会に参加。
- ・子どもが独立してからは妻と二人暮らし。妻は血圧が高く、糖尿病があり、1週間に1回は近くのクリニックに通院している。

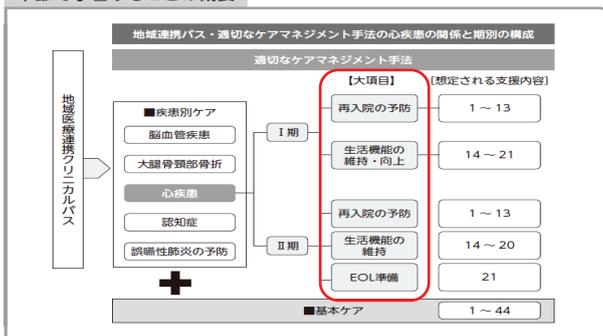
これまでの生活

- ・ 60歳のときに、健康診断で循環器の受診を勧められていたが、そのまま放置。5年後（65歳のとき）、仕事の休憩中にたばこを吸っていると心臓に強い痛みがあり、救急搬送され、急性心筋梗塞と診断を受けて冠動脈ステント留置術、6日間入院した。
- ・ 退院後はたばこをやめ、少しずつ仕事量も軽減し（事務・監督）、三女の婿に会社をほぼ任せるようになる。令和5年、コロナ禍で会社の経営が不調となったこともあり、心労が重なり、再びたばこを吸い始める。

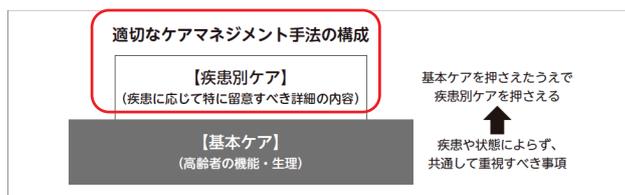
支援に至る理由

- ・ 72歳のときに再度胸痛が出現。不安定狭心症のために緊急入院し、冠動脈ステント再留置術を行う。
- ・ 本人は「家に帰ってできるだけ仕事を手伝いたい」「消防団の仲間と飲み会（ほどほど）にも行きたい」と希望している。
- ・ 退院に向けて治療の継続と生活習慣の改善が必要となり、ケアマネジメントを依頼することとなった。

本節で学習することの概要



6. 適切なケアマネジメント手法との関連



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

○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
	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

第15章 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[4時間]
 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] 下巻P353

○心疾患のある方のケアの方針、想定される支援内容の期別の比較

Ⅰ期		Ⅱ期	
大項目	想定される支援内容	大項目	想定される支援内容
1	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	1	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
2	服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える	2	服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える
3	併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える	3	併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える
4	体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える	4	体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える
5	適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える	5	適切な塩分・水分摂取量の理解をうながす体制を整える

第15章 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[4時間]
 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] 下巻P353

再入院の予防		再入院の予防	
6	食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	6	食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える
7	その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	7	その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える
8	血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	8	血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える
9	活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	9	活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える
10	感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える	10	感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える
11	長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える	11	長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える
12	気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える	12	気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える
13	強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える	13	強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える

第15章 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[4時間]
 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] 下巻P353

生活機能の維持・向上		生活機能の維持・向上	
14	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	14	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
15	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	15	必要なりハビリテーションとセルフケアを継続できる体制を整える
16	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	16	入浴習慣や入浴環境を把握し、適度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える
17	入浴習慣や入浴環境を把握し、適度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える	17	休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える
18	休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える	18	禁煙を実現できる体制を整える
19	禁煙を実現できる体制を整える	19	本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいられるよう支援する
20	本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいられるよう支援する	20	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
21	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	21	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

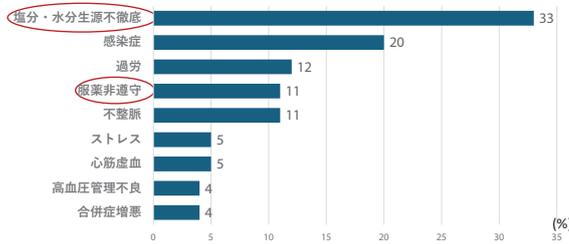
第15章 ケアマネジメントの展開
 ◎心疾患のある方のケアマネジメント[4時間]
 第3節 「心疾患のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解[50分]
 [1 Ⅰ期:再入院の予防] 下巻P349

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「1 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や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**

・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て適度な活動等**

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)

第15章 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[4時間]
 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]
 [1 Ⅰ期:再入院の予防] 下巻P349~350

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うと同時に、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

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

・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

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

○【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

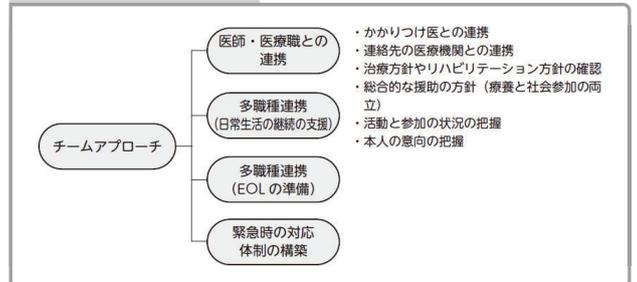
・ケアの目標は「症状のコントロールと生活の質を保持すること」「本人と家族等の精神的・情緒的支援を提供すること」へ移行していき、ACPIに取り組む時期でもある

○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、本人や家族等が心理面で支えとしている相手・内容の把握
- ACP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

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]

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】

下巻 P356~357

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泄状況の管理等、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

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]

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】

下巻 P357

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]

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】

下巻 P358

○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)

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]

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】

下巻 P358

○心疾患のある方のケアに関するチェックポイント

□ 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)

□ 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)

□ 医療的なり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]

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】

下巻 P358~359

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態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、実施時点に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]

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】

下巻 P359

○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

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

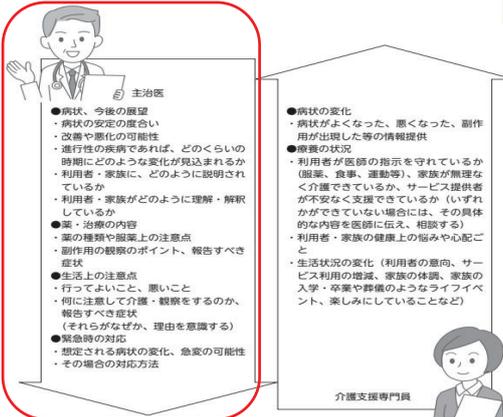
・心疾患に罹患したことや、医師等から説明された予後や今後の治療方針等を本人はどのように受け止め、どのような意向をもっているのかを丁寧に把握していく必要がある

・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

3. 本人の受け止めや意向の把握

- 今後の暮らし方に関する意向
- 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)

再確認



【1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・向上	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

◆「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【演習シート①】

個人ワーク(①と②) 20分

◆「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

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(20分)

発表

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

振り返り

◆演習を通しての、気づき

- ・グループワーク(10分)
- ・発表