

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：心疾患Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況にある時期）

・状態が安定から不安定な状況にある時期。
 ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職
1 再入院の予防	1-1 疾患の理解と確実な服薬	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的な診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・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の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気になる不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・今後の治療に関する本人・家族等の意向 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・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） ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常生活の水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常生活の食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・今後の治療に関する本人・家族等の意向 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・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 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など）の変化及びその理由 ・疾患と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） ・日常的な服薬の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、服薬の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・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）	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
		1-1-2 服薬支援	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 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性和医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され、適切な服薬が継続されるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常生活の水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常生活の食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常生活の水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常生活の食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、看護師、薬剤師、PT/PT/ST、介護職
		1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	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 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、併存疾患の把握と管理が必要。 ・併存疾患に関するかかりつけ医や看護師などの情報交換を行うとともに、併存疾患の管理に対する本人・家族等の理解を深める支援も重要。（※各疾患の個別的理解は本シートの対象外）	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・日常生活の水分摂取の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、服薬の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・日常生活の水分摂取の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、服薬の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、看護師、薬剤師、介護職
	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1 体重の管理	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 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・短期間で体重増加は症状の急性増悪を強く示唆するため、再入院や悪化防止のためには、本人・家族等による日常的な体重管理が重要。そのため、本人・家族等が体重管理に対する理解を深める支援が必要。 ・憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限を厳しくするとともに、速やかな受診が必要。	・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度 ・浮腫の有無 ・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） ・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など） ・体重の急激な変化に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（「急激な変化」の目安、「急激な変化」が発生した場合の対応方法など） ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・日常生活の水分摂取の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度 ・浮腫の有無 ・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） ・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など） ・日常生活の水分摂取の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
			5 適切な塩分量・水分摂取量の理解をうながす体制を整える	・過度な塩分量・水分摂取は心臓の負担となる。 ・本人・家族等がその人に必要な塩分量・水分量と日常的に摂取している塩分量・水分量を把握する体制を整えることが重要。	・塩分量・水分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分量・水分量） ・水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（水分量・塩分量の制限などに関する説明、日常生活における留意点など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）	・塩分量・水分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分量・水分量） ・水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（水分量・塩分量の制限などに関する説明、日常生活における留意点など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
		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	・過度な塩分量・水分摂取は心臓の負担となる。特に、心疾患のある方の場合には、「日常的な習慣」における塩分量摂取量が既に多い可能性が高いため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要。 ・本人・家族等が日常の塩分量・水分の摂取量を把握できる体制を整えることが重要。	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分量・水分量） ・食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・本人や家族等の食生活と食の好み ・本人の食事内容（回数、食事内容、食事量等） ・食事の調理者（外食や配達や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・日常生活（活動内容、休養、急急、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常生活の水分摂取の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・地域で利用可能な栄養に関する支援サービスの有無、状況	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分量・水分量） ・本人や家族等の食生活と食の好み ・本人の食事内容（回数、食事内容、食事量等） ・食事の調理者（外食や配達や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・日常生活（活動内容、休養、急急、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常生活の水分摂取の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職	
		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	・心機能が低下している人はからだに水分がたまりやすいため、心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限が必要。 ・排泄は病気の「バロメーター」にもなるため、本人の日常的な排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。そのため、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整える。	・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・尿意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度 ・日常生活の水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常生活の食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常生活の排便の状態（回数、タイミング、性状） ・日常生活（活動内容、休養、急急、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常生活の水分摂取の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常生活の排便の状態及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常生活の排泄の状態及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常生活の排泄の状態及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常生活の排泄の状態及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・尿意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度 ・日常生活の水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常生活の食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常生活の排便の状態（回数、タイミング、性状） ・日常生活（活動内容、休養、急急、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常生活の水分摂取の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常生活の排便の状態及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常生活の排泄の状態及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常生活の排泄の状態及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職	
		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	・血圧の適切な管理は、急性期と慢性期の予後改善にとって極めて重要。 ・本人・家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を整えることが重要。 ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。不整脈の発生状況の確認も重要。	・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上下限など） ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限） ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など） ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況 ・市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況	・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上下限など） ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限） ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況 ・市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職	
		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	・再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた医師の指導による適切な活動制限と安静が必要。 ・本人・家族等が疾患の特性や医師からの日常的な活動における制限の指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援が必要。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・日常生活の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（活動制限、安静の指示、判断の目安など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など） ・日常生活（活動内容、休養、急急、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度 ・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・日常生活の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（活動制限、安静の指示、判断の目安など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度 ・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
		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 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・高齢者は抵抗力の低下により様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一度疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したたりすることがあるため、感染症を予防することが重要。 ・本人・家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。	・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴） ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・感染症へのかかりやすさ ・家族等の背景（特に小さい子ども有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など ・疾患と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） ・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など） ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制	・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・家族等の背景（特に小さい子ども有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など ・疾患と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） ・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など） ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職	
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	・心疾患患者にとって生活における長時間の活動（例：旅行、墓参り、運動等）は急性増悪のリスクとなる。 ・本人・家族等が長時間の活動が必要な場合の注意事項への理解を深め、必要に応じて医師からの指示・指導に基づいた対応を行う体制を整える。	・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） ・日常生活の活動状況（日常生活での活動の機会、内容、負荷の度合い、活動量 ※リビテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・家族等や介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、家族等の生活リズムなど）	・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） ・日常生活の活動状況（日常生活での活動の機会、内容、負荷の度合い、活動量 ※リビテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・本人の状況や家族等が現在提供しているケアの内容	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職			

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：心疾患Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況にある時期）

・状態が安定から不安定な状況にある時期。
 ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目		相談すべき専門職
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本欄を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本欄を参照	
1 再入院の予防	1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1 負荷のかかる環境の改善	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 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・急激な気温の変化は、血圧が急激に上がるきっかけの一つである。血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要。 ・日常生活において、気温差が縮小されるような体制を整える。	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温環境、家具や物の配置、湿度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・環境改善に関する支援の必要性	・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温環境、家具や物の配置、湿度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々	看護師、PT/OT/ST、介護職
		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 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・強い負荷がかかるような動作（段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等）は、心臓への強い不可となるリスクがある。 ・自宅での行動の状況、強い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。	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・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） ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・環境改善に関する支援の必要性	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・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） ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・環境改善に関する支援の必要性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職	
2 生活機能の維持	2-1 ステージに応じた生活・暮らしの支援	2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	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 本人の日常生活における活動範囲、活動と参加の状況や、本人がどのような暮らしを望むのかを把握できる体制の整備。	・慢性心不全による活動量の低下は、患者のQOLと充実度を直接に低下させるため、その改善は治療の主要な目標である。活動能力に応じた社会的活動は始めるべきであり、ステージに応じた本人の活動・参加の範囲を維持・拡大できるように支援することが重要。 ・本人の日常生活における活動範囲、活動と参加の状況や、本人がどのような暮らしを望むのかを把握できる体制の整備。	・本人・家族等が望む生活・暮らし（1日/1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できている、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・望む生活と生活制限の間で本人・家族等が感じているシナジー ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よいる場所、そこまでの動線、日課など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会、頻度、内容、運動の時間など） ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（体の動かし方や体への負荷の制限など） ・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） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	・本人・家族等が望む生活・暮らし（1日/1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できている、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・望む生活と生活制限の間で本人・家族等が感じているシナジー ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よいる場所、そこまでの動線、日課など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会、頻度、内容、運動の時間など） ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止するなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ感などの目安）） ・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） ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		2-1-2 継続的なりハビリテーションの実施	15 必要なリ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 疾患の状況に応じた生活・暮らしの実現に向け、医療的なりハビリテーションやセルフケアの継続が重要。本人・家族等の意向を確認し、関連する他の専門職とリハビリテーションやセルフケアが継続できる体制を整える。 ・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、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ある。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など） ・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 ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む） ・（医療/介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間の情報共有の方法、共有する内容、情報共有のタイミング	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性 ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よいる場所、動線、日課など） ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む） ・実施中の生活支援サービスの確認（見直し（過剰支援になっていないか）	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職	
		2-1-3 入浴習慣の支援	16 入浴習慣や入浴環境を把握し、過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 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いると負担軽減効果により臨床症状の改善にも効果が示される。 ・本人の入浴への意向、入浴習慣・環境の把握、専門職からの指導を踏まえ、入浴を維持できる体制を整える。	・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か） ・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など） ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況 ・自宅の浴室以外における入浴（例：テイクサービス、訪問入浴など）の状況 ・サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容）	・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か） ・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など） ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		2-1-4 休養・睡眠の支援	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る体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害は循環器疾患のリスク要因であり、十分な休養を取らないと再入院のリスクが高まるため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援。 ・睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制の整備。	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、室温、寝具の状態など） ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、室温、寝具の状態など） ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		2-1-5 禁煙の実現の支援	18 禁煙を実現できる体制を整える	・喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者の禁煙は死亡率や再入院率の低減につながるため、医師からの指導内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、必要に応じて禁煙が実現できるような体制の整備。	・禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向 ・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど） ・疾患発症前の日常生活における喫煙量、タイミング ・禁煙の継続の有無 ・禁煙が実施できなかった場合の医師への報告方法	・禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向 ・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど） ・禁煙の継続の有無	医師、看護師、薬剤師、介護職
		2-1-6 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援	19 本人・家族等が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する	・退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要であり、自己管理能力を向上させ生活習慣を変えることで、予後の改善を目指す。 ・特に考慮しなければいけない生活習慣（例：飲酒、運動等）は、医師からの指示内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、生活習慣を変えることを本人・家族等が受け入れるよう支援。	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・飲酒に対する本人・家族等の意向 ・日常生活における飲酒の状況（飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒か自宅外での飲酒かなど） ・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） ・特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対的なものか、努力事項なのか） ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など） ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・飲酒に関する医師からの指示・指導の有無、制限の内容・程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いかなど） ・日常生活における飲酒の状況（飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒か自宅外での飲酒かなど）	医師、看護師、介護職
2 心理的支援	2-2 心理的支援	2-2-1 本人・家族等の不安の軽減	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	・抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、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。	・本人の抑うつや不安の程度 ・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・本人の心理状況や不安などの状況を主治医へ報告する方法 ・現在、本人や家族等が心理面での支えとして相手・内容の把握 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みを解決など）を提供しうる地域の社会資源の有無、状況 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・本人の抑うつや不安の程度 ・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・現在、本人や家族等が心理面での支えとして相手・内容の把握 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みを解決など）を提供しうる地域の社会資源の有無、状況 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	医師、看護師、薬剤師、介護職
		3-1 EOL(エンドオブライフ)に向けた準備	3-1-1 末期心不全のEOLケアの対応・準備の支援	21 末期心不全のEOLケアをどのようにするかを話し合う支援を行う	・入退院を繰り返す終末期には、今後の治療意向や最期の迎え方などに関する本人・家族等との十分な意思確認が必要。 ・そのため、本人・家族等が抱えている不安・恐怖やストレスの状況の把握の支援を検討。 ・また、末期心疾患の支援は、多職種が連携してチームで取り組むことが重要であり、専門職と連携した適切なアドバンス・ケア・プランニング（ACP）が行われる体制を整備。	・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の支えとして相手・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	・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の支えとして相手・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