

# 地域のかかりつけ医と多職種のための 心不全における 介護サービスの活用方法 Q&A

厚生労働科学研究費補助金  
循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業



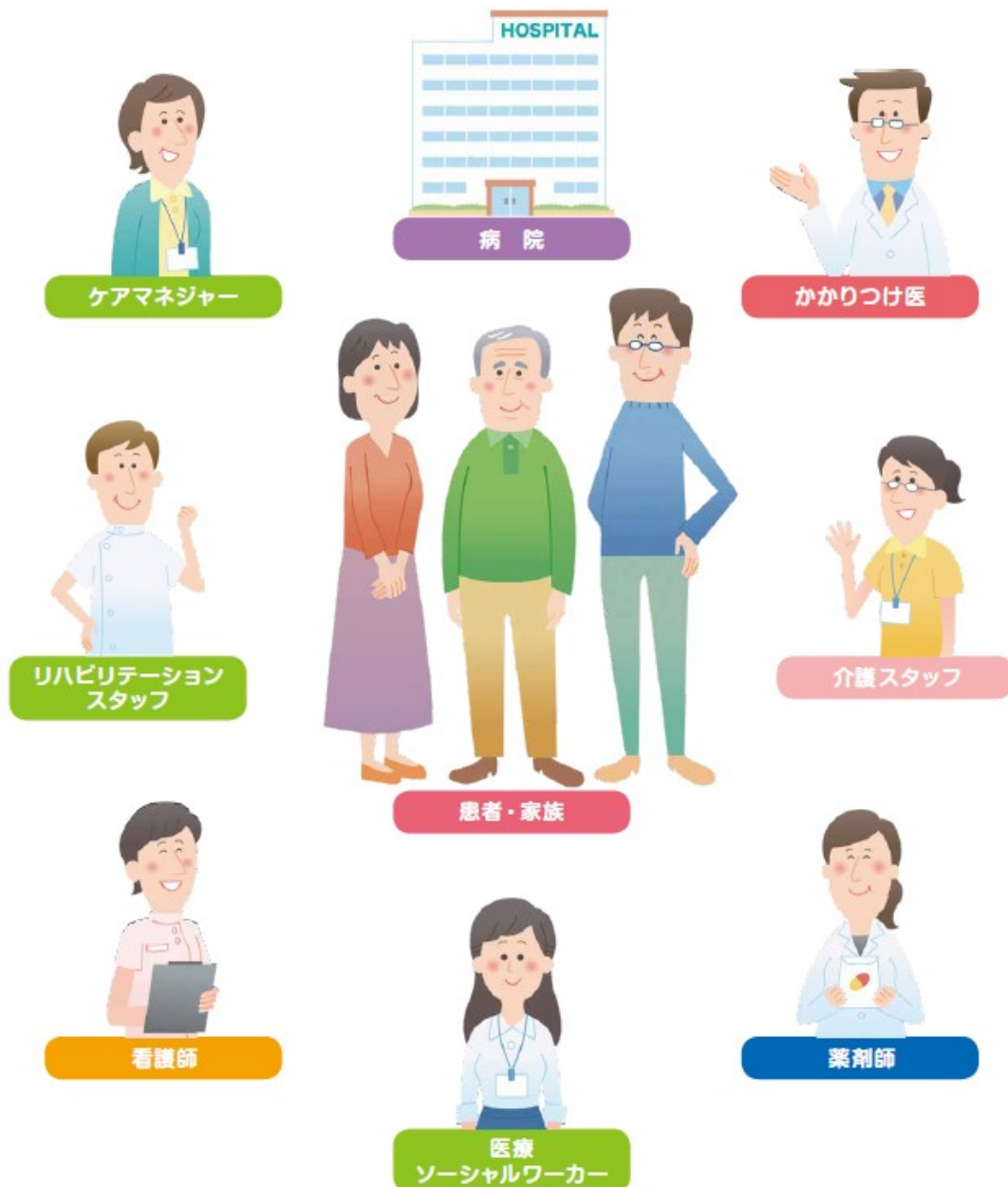
編 集

「地域におけるかかりつけ医等を中心とした  
心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班

## はじめに

この冊子は、心不全患者さんが心不全悪化で入院せず、住み慣れた地域で自分らしい生活が送れるための介護保険サービス（以下、介護サービス）を使った支援の方法をまとめた手引きです。

地域の医療・介護スタッフみんなで患者さんが望むケアと一緒に考えていきましょう。



Q1

## どのような心不全患者さんに 支援が必要？

高齢 独居 認知症 ADL/IADL低下  
介護者不在といった患者さんは…

薬の飲み忘れ、  
体調チェックも  
忘れがち



食事は  
コンビニ弁当  
などで  
食塩摂取過多



体力低下に加え、  
家事などで  
バタバタするため  
心臓に負担

筋力低下で  
転びやすい



心不全悪化や  
転倒による外傷など  
入院リスクが高くなります





Q2

## 介護サービスを使った 心不全管理と生活支援の方法は？

### その1 介護サービスを使い薬剤管理

#### 訪問薬剤管理指導

- 薬剤師が自宅に訪問
- お薬カレンダーに薬をセットしたり、  
飲み忘れがないか、薬の管理をサポート
- 薬の管理・相談や副作用をチェック
- 薬の確認や、服薬の調節をかかりつけ医に提案



#### 訪問看護

- 看護師が自宅に訪問
- お薬カレンダーに薬をセットしたり、  
飲み忘れがないか、薬の管理をサポート



### その2 介護サービスを使い栄養管理

#### 訪問介護

- ホームヘルパーが自宅を訪問
- 調理、食材の買い物を支援



#### 訪問栄養指導

- 管理栄養士が自宅を訪問
- 食事に関する相談・栄養状態を評価



#### 訪問歯科衛生指導

- 歯科衛生士などが自宅を訪問
- 歯や口のケア
- 飲み込みの訓練



### その3 介護サービスを使い 心臓にかかる負担を軽減

#### 通所リハビリ（デイケア） 訪問リハビリ

- リハビリにより身体機能, 生活機能を改善して心臓の負担を軽減
- 心臓の負担軽減のための福祉用具の選定や動作方法の指導
- 転倒によるけがの予防



#### 訪問介護

- 体に負担が大きい家事を支援することで心臓への負担を軽減

---

### その4 介護サービスを使い 心不全悪化の症状を見逃さない

#### 通所介護（デイサービス）

- 日帰りで利用できる介護サービス
- 食事・入浴の支援, 体調をチェック



#### 訪問看護

- 看護師が自宅に訪問
- 体調をチェック



Q3

## 介護サービスの利用に 後ろ向きな患者さんへの対応は？

自分で  
まだできる

デイサービスは  
まだはやい



ヘルパーの助け  
はいらない

### サービスを断る理由と心配事は？



自分でまだできる  
理由：頑張ればなんとかなるだろう

介護サービスは受けたくない  
理由：人に迷惑をかけたくない  
他人を家に入れるのはやはり心配  
部屋を掃除しないといけないし

でも、入院を繰り返し体力が低下した  
一人暮らしを続けることが不安



## サービスを断る理由と心配事を確認して 必要性を説明しましょう



心配事

1

自分でまだできるけど介護サービスは必要ですか？



心不全は急に悪くなるので、もしもに備え、  
介護サービスが利用できるようにしておく  
と安心です。



心配事

2

迷惑をかけたくない 人が家に入ると不安  
掃除していない



介護サービスを使い、心不全の悪化を予防する  
ことで、自立した生活を長く続けられます。  
結果的に、周りに迷惑、負担をかけずに済みます。  
専門の資格を持った方が伺うので安心ですよ。  
掃除もお願いできますし、片づいている必要は  
ないですよ。



心配事

3

一人暮らしを続けることが不安



住み慣れた家で自立して暮らせるように、  
患者さんにあった介護サービスを一緒に考え、  
手続きなどをお手伝いします。

## Q4 介護サービス利用までの流れは？

### 1 要介護認定の申請

患者さんがお住まいの市区町村の窓口で要介護認定（要支援認定を含む）の申請を行います。地域包括支援センターなどの代行で手続きをすることも可能です。



### 2 認定調査・主治医意見書

市区町村などの調査員が訪問して心身の状態を確認するための認定調査を行います。主治医が心身の状況について意見書を作成します。

主治医意見書の書き方について▶p10 Q5へ



### 3 審査判定

調査結果および主治医意見書に基づき、介護認定審査会で要介護度の判定が行われます。

### 4 認定

認定結果を申請者に通知します（通常は申請から結果通知まで30日程度かかります）。認定は要支援1・2、要介護1～5までの7段階および非該当に分かれています。



## 5 居宅／介護予防サービス計画の作成

介護サービスを利用する場合は、  
居宅／介護予防サービス計画（ケアプラン）  
の作成が必要となります。  
地域包括支援センターまたはケアマネ  
ジャーと一緒に利用する介護サービスの計  
画を立てます。



## 6 介護サービス利用の開始

ケアプランに基づいたさまざまな  
介護サービスが利用できます。

介護サービスについて▶p4 Q2へ



## Q5 主治医意見書の記載方法は？

### 1. 傷病に関する意見

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| (1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |
| 1. 心不全                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 発症年月日( 令和 2 年 1 月 7 日頃)  |
| 2. 陳旧性心筋梗塞                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 発症年月日( 平成 22 年 1 月 7 日頃) |
| 3. 腎不全                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 発症年月日( 令和 2 年 1 月 7 日頃)  |
| (2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                     |                          |
| (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)<br>心不全増悪による入院リスクが高く、ADLや認知機能低下の恐れがある                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |
| (3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容<br>(最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)                                                                                                                                                                                                              |                          |
| 虚血性心疾患による慢性心不全の患者で、<br>数年前に妻が他界し、独居となってから認知機能の低下、<br>内服薬の飲み忘れが目立つようになった。<br>次第に外出頻度が減り、洗濯、掃除、調理などの<br>家事全般の動作での息切れがみられるようになった。<br>令和2年1/7に呼吸苦が増強し、心不全増悪の診断で入院となった。<br>利尿剤等による治療で状態は安定し、1/21に自宅に退院したが、<br>1/30に心不全増悪で再入院となった。<br>入退院の繰り返しで筋力が低下し、病棟内での数mのトイレ移動で息切れが出現する。<br>認知機能の低下も進み、食事や服薬などの自己管理を行うことが難しくなっている。 |                          |

### Point

1. 心不全の急性増悪などで、積極的な医学管理を必要とすることが予測される場合は「不安定」を選択し理由を記載。
2. 病状の経過に加え、心不全により引き起こされた生活機能低下や家族内での役割の喪失、社会参加の機会の減少などについて具体的に記載。

#### 4. 生活機能とサービスに関する意見

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                      |                                        |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| (1) 移動                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      |                                        |                                                 |
| 屋外歩行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 自立               | <input type="checkbox"/> 介助があればしている    | <input type="checkbox"/> していない                  |
| 車いすの使用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 用いていない                      | <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している   | <input checked="" type="checkbox"/> 主に他人が操作している |
| 歩行補助具・装具の使用 (複数選択可)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 用いていない           | <input type="checkbox"/> 屋外で使用         | <input type="checkbox"/> 屋内で使用                  |
| (2) 栄養・食生活                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |                                        |                                                 |
| 食事行為                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 全面介助          |                                                 |
| 現在の栄養状態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 良好                          | <input checked="" type="checkbox"/> 不良 |                                                 |
| → 栄養・食生活上の留意点 ( 1300kcal、塩分制限6g程度、食事に応じて制限緩和、補助栄養の対応 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      |                                        |                                                 |
| (3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |                                        |                                                 |
| <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input checked="" type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊<br><input checked="" type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ( )                      |                                                      |                                        |                                                 |
| → 対処方針 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |                                        |                                                 |
| (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                                        |                                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                      |                                        |                                                 |
| (5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |                                        |                                                 |
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療<br><input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導<br><input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ( )                                                                                                                       |                                                      |                                        |                                                 |
| (6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                                        |                                                 |
| ・ 血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 定期的な血圧測定が必要 ) ・ 移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 長距離移動、外出では車いす使用 )<br>・ 摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 減塩食、食事に制限緩和 ) ・ 運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 息切れない範囲で小まめに休憩する )<br>・ 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )<br>・ その他 ( 基準の体重47kg。1週間以内で2kg以上の体重増加や、息切れ、浮腫の増強などあれば相談 ) |                                                      |                                        |                                                 |
| (7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |                                        |                                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |                                        |                                                 |

#### 5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

|                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (心不全の患者の場合)                                                                                                                                                                                                        |
| 心機能、筋力の低下により息切れが目立ち、家事や日常生活動作全般で介助が必要な状態である。認知機能も低下しており、食事や服薬などの自己管理を行うことが難しくなっている。独居で子供は県外のため日常生活を支援できる家族がいない。ヘルパーによる家事援助や訪問看護による自己管理のサポートで再入院予防や緊急時対応が期待できる。自宅家屋は段差が多く、手すりもない。転倒予防や過負荷による心不全増悪予防のため自宅の環境整備が望ましい。 |

#### Point

- 日常生活における心不全管理の具体的な内容は、介護の必要性に繋がるため記載が望ましい。  
・ 体重・血圧管理 ・ 食塩管理や水分管理 ・ 運動制限による介護の必要性 など
- 特記すべき事項に、個別ケースにおいて介護を必要とする重要事項を記載する。  
・ 家族背景 ・ 家屋環境 ・ 疾患の悪化を防ぐのに必要なサービスの理由  
・ 軽度者で車いす、特殊寝台が必要と判断される場合は、その必要性を医学的所見として記載する など



## Q6 介護保険での介護サービスの利用料は？

自己負担額は、所得に応じて料金の1～3割となります。

今回は例として、自己負担が1割の場合をあげています。自己負担の割合は、「介護保険負担割合証」で確認することになります。

| 介護度  | 支給限度額      | サービス利用例                                                                                           | 料金<br>(1割負担の場合) |
|------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 要支援1 | 50,320円/月  | 訪問看護(60分)1回/週                                                                                     | 約4,500円/月       |
| 要支援2 | 105,310円/月 | 訪問看護(30分)2回/週<br>デイサービス(9:30～16:30)2回/週                                                           | 約8,000円/月       |
| 要介護1 | 167,650円/月 | 訪問看護(30分)2回/週<br>訪問リハビリ(40分)1回/週<br>デイサービス(9:30～16:30)2回/週                                        | 約15,000円/月      |
| 要介護2 | 197,050円/月 | 訪問看護(30分)2回/週<br>訪問リハビリ(40分)1回/週<br>デイサービス(9:30～16:30)2回/週<br>ショートステイ6日/月<br>車いす、介護用ベッドなど福祉用具     | 約20,000円/月      |
| 要介護3 | 270,480円/月 | 訪問看護(60分)2回/週<br>デイサービス(9:30～16:30)2回/週<br>ショートステイ6日/月<br>訪問診療2回/月(居宅療養管理指導)<br>車いす、介護用ベッドなどの福祉用具 | 約22,000円/月      |
| 要介護4 | 309,380円/月 | 訪問看護(60～90分)3回/週<br>ヘルパー(60～90分)3回/週<br>訪問入浴1回/週<br>訪問診療2回/月(居宅療養管理指導)<br>介護用ベッド、褥瘡予防マットなどの福祉用具   | 約34,700円/月      |
| 要介護5 | 362,170円/月 | 訪問看護(60～90分)4回/週<br>ヘルパー(60～90分)7回/週<br>訪問診療2回/月(居宅療養管理指導)<br>介護用ベッド、褥瘡予防マットなどの福祉用具               | 約37,000円/月      |

- ※1 病状やADL、ケアの必要性、利用者のセルフケア能力、家族の介護力などによって内容、頻度などは検討が必要です。
- ※2 食事摂取や排泄動作が自立、ないしは同居家族のサポートのもと行えることを前提としたサービスプランです。
- ※3 要介護4～要介護5は、外出レベルでの心不全増悪を前提に外出系サービスをなくし、訪問系サービス中心のプランとしています。

## 介護サービス利用例（1割負担の場合）

### 要支援1の場合のケアプランで…

| 月    | 火 | 水 | 木                                                                                                                                           | 金 | 土 | 日 |
|------|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
|      |   |   | <b>訪問看護（30分）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・体調チェック</li> <li>・心不全徴候の有無の確認</li> <li>・緊急時対応</li> <li>・生活における留意や受診などの助言</li> </ul> |   |   |   |
| 利用料金 |   |   | 約 <b>4,000～4,500</b> 円/月                                                                                                                    |   |   |   |

### 要介護1の場合のケアプランで…

| 月                                                                                                                                                                                                      | 火                                                                                                                                | 水                                                                                                                           | 木 | 金                                                                                                                              | 土                                                                                                                           | 日 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>訪問リハビリ（40分）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリ</li> <li>・心不全徴候の有無の確認</li> <li>・生活における留意や、生活環境に関する助言</li> </ul>                                                                        | <b>訪問看護（30分）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心不全徴候の有無の確認</li> <li>・体重、血圧チェックなど</li> <li>・生活における留意や受診などの助言</li> </ul> | <b>通所介護（午前9時30分～午後4時30分）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・体重、血圧チェック</li> <li>・入浴介助</li> <li>・レクリエーション</li> </ul> |   | <b>訪問看護（30分）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心不全徴候の有無の確認</li> <li>・体重、血圧チェック</li> <li>・生活における留意や受診などの助言</li> </ul> | <b>通所介護（午前9時30分～午後4時30分）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・体重、血圧チェック</li> <li>・入浴介助</li> <li>・レクリエーション</li> </ul> |   |
| 福祉用具レンタル                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                             |   |                                                                                                                                |                                                                                                                             |   |
| <b>電動ベッド（軽度者への例外給付）</b><br>要支援および要介護1の対象者がレンタルできる対象用具は一部のみとなります。<br>ただし、対象介護度に合致しない軽度者であっても、医師の意見に基づき福祉用具の利用対象に該当すると判断され、保険者である市区町村が特に必要と認めた場合は介護保険を利用し、対象用具のレンタルが可能です。<br>かかりつけ医、担当のケアマネジャーに相談してください。 |                                                                                                                                  |                                                                                                                             |   |                                                                                                                                |                                                                                                                             |   |
| 利用料金                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                             |   | 約 <b>15,000</b> 円/月                                                                                                            |                                                                                                                             |   |

※4「居宅療養管理指導」を利用することで、看護師以外の多職種（医師や歯科医師、薬剤師、管理栄養士など）も居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行うことも条件が揃えば可能です。

## 執筆者一覧

### 研究代表者

磯部 光章（公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院 / 東京医科歯科大学）

### 心不全介護サービス QA 作成ワーキンググループ

池亀 俊美（公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院）

伊東 紀揮（ゆみのハートクリニック）

江口 利信（社会医療法人祐愛会織田病院連携センター）

織田 良正（社会医療法人祐愛会織田病院総合診療科 / 連携センター）

加藤真帆人（医療法人社団潮友会うしお病院循環器内科）

衣笠 良治（鳥取大学医学部統合内科医学講座循環器・内分泌代謝内科学分野）

小林 晶子（長野県教育委員会保健厚生課）

齋藤 慶子（ゆみのハートクリニック）

齊藤 正和（順天堂大学保健医療学部理学療法学科）

関下 禅美（株式会社龍生堂本店クスリの龍生堂薬局調剤事業部）

瀬藤 亮太（松江赤十字病院）

根井あずさ（東邦大学医療センター大橋病院）

服部 絵美（白十字訪問看護ステーション）

堀部 秀夫（医療法人社団ゆみの）

水野 篤（聖路加国際病院循環器内科・QI センター）

宮本 昭彦（中高歯科医師会）

宮本 喜高（宮本歯科医院）

渡辺 徳（JA 長野厚生連北信総合病院）

### 編集協力

早坂由美子（公益社団法人 日本医療社会福祉協会）

（五十音順 所属は 2020 年 9 月現在）

### 〔利益相反〕

本冊子の作成にあたって執筆者の利益相反は研究班の website (<https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/>) にて公表します。



地域のかかりつけ医と多職種のための心不全における介護サービスの活用方法 Q & A  
2021 年 2 月 5 日発行

---

編 著 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業  
「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班  
URL: <https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/>

研究代表者・発行人

磯部光章  
公益財団法人日本心臓血圧研究振興会 附属 榊原記念病院  
〒183-0003 東京都府中市朝日町 3-16-1  
TEL: 042-314-3111 FAX: 042-314-3133

制 作 ライフサイエンス出版株式会社  
〒105-0014 東京都港区芝 3-5-2  
TEL: 03-6275-1522 FAX: 03-6275-1527

---

© 2021 「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班

本冊子は研究班 website から無料でダウンロード可能ですが、著作権等は研究班に帰属します。

転用等に当たっては研究班事務局（下記連絡先）までご連絡ください。

連絡先: 厚生労働科学研究費補助金 研究班事務局  
公益財団法人日本心臓血圧研究振興会 附属 榊原記念病院内  
〒151-0053 東京都渋谷区代々木 2-5-4  
Tel & Fax: 03-3375-3116 E-mail: [kigarashi@hq.heart.or.jp](mailto:kigarashi@hq.heart.or.jp)



本冊子は、  
[https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/download\\_guide/](https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/download_guide/)  
または QR コードからアクセスできます。