

令和 7 年 3 月 17 日

北見市保健福祉部 地域包括ケア推進担当

北見市医療・介護連携支援センター

1. 本事例集の目的と活用方法

- 1) 本事例集は自立支援型地域ケア個別会議における相談事例に対する参加した医療専門職の助言により、支援内容の変化や支援の結果(18 事例)をまとめたものです。本事例集の活用により、助言の視点や具体的方法を知ること、多くのケアマネジャーの方の支援内容の抜け、漏れを防ぐとともに疾病等が悪化せず生活を続けられるケアマネジメントの一助になればと考えます。
- 2) 本会議の事例は提出時すでに個人情報秘匿していますが、事例集作成にあたり、より多くの方へ供覧するため、事例タイトル、年齢、家族構成、生活歴等は更に変更、割愛しました。
- 3) ケースに対する医療専門職の助言内容、ケアマネジャーの支援内容の変化、そしてその結果を記載しました。記載にあたり、適切なケアマネジメント手法の基本ケア項目も掲載しました。各項目が個別具体的な事例の中でどのように扱われているかも参考になれば幸いです。
- 4) 適切なケアマネジメント手法の詳細についてはこちらをご覧ください。[「適切なケアマネジメント手法の手引き vol.2」](#)(株)日本総合研究所

2. 事例のタイトルと活用した適切なケアマネジメント手法の基本ケア項目

No.	事例タイトル	適切なケアマネジメント手法 基本ケア項目番号
1	疾病の再発予防のための自己管理体制の整備	#1: 疾病管理の理解の支援、 #41: 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
2	今後身体機能改善がないと思う家族への支援	#4: 転倒・骨折のリスクや経緯の確認、 #3: 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保、 #11: 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測、 #15: 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握、 #20: フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援 #23: 継続的な受診・療養の支援、 #24: 継続的な服薬管理の支援
3	望む生活・暮らしの意向の把握により、落ち着いた生活を送る支援	#5: 望む生活・暮らしの意向の把握、 #15: 本人の意思を捉えるためのエピソードの把握、 #16: 日常生活における意向の尊重、 #36: コミュニケーションの支援、 #37: 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備、。 #42: 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援
4	「できないこと」の解決から「挑戦」に焦点をおいた支援	#15: 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握、 #35: 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
5	本人の困っている症状に焦点をあてて訪問看護を導入した支援	#1: 疾患管理の理解の支援、 #7: 食事及び栄養の状態の確認

6	痛みへの対処と本人を取り巻く支援体制の整備	#3: 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保、 #6: 一週間の生活リズムとその変化を把握する事の支援、 #8: 水分摂取状況の把握の支援、 #27: 継続的なリハビリテーションや機能の維持の実施、 #43: 本人を取り巻く支援体制の整備
7	疾病理解と口腔ケアにより脱水につながっていたことを改善した支援	#22: 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援、 #23: 継続的な受診・療養の支援
8	本人の喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援で生活が改善した支援	#5: 望む生活・暮らしの意向の把握、 #15: 本人の意思を捉えるためのエピソードの把握、 #19: 将来の見通しを立てる事の支援、 #24: 継続的な服薬管理の支援、 #35: 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
9	望む生活・暮らしの意向の把握で本人の生活改善につながった支援	#5: 望む生活・暮らしの意向と把握、 #24: 継続的な服薬管理の支援
10	コミュニケーション手段の検討による意思決定の把握支援	#8: 意思決定支援体制の整備、 #36: コミュニケーションの支援
11	意欲を持って日常生活を送るための環境作り	#35: 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
12	他者からの承認が望む生活、暮らしの意向の把握につながった支援	#1: 疾患管理の理解の支援、 #2: 併存疾患の把握の支援、 #4: 転倒・骨折のリスクや経緯の確認、 #5: 望む生活、暮らしの意向の把握
13	丁寧な情報収集と整理で本人の意向が確認でき、近隣とのトラブルを解決した支援	#5: 望む生活・暮らしの意向の把握、 #6: 一週間の生活のリズムとその変化を把握することの支援、 #15: 本人の意思を捉えるためのエピソードの把握、 #19: 将来の生活の見通しを立てることの支援、 #37: 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備、 #44: 同意してケアに参画する人への支援
14	疾病リスクを共有し本人のセルフケア能力を向上する支援	#1: 疾患管理の理解の支援、 #7: 食事及び栄養の状態の確認、 #12: 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測、 #21: 水分の摂取の支援
15	丁寧な情報収集で早朝覚醒や食事量を改善した支援	#1: 疾患管理の理解の支援、 #2: 併存疾患の把握の支援、 #5: 望む生活・暮らしの意向の把握、 #20: フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援、 #23: 継続的な受診・療養の支援、 #26: フレイルを予防するための活動機会の維持、 #27: 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
16	丁寧な面談により継続的な服薬管理ができた支援	#5: 望む生活・暮らしの意向の把握、 #24: 継続的な服薬管理の支援
17	本人とともに取り組んだ疾病管理の支援	#1: 疾患管理の理解の支援、 #5: 望む生活・暮らしの意向の把握、 #14: 緊急時の対応
18	本人の意思を捉えることで認知機能や身体機能維持に繋がった支援	#15: 本人の意思を捉えるエピソード等の把握

事例:1 疾病の再発予防のための自己管理体制の整備	
基本ケア項目	#1:疾病管理の理解の支援、#41:将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 50代男性・要支援2・妻と二人暮らし ● 主な疾患：脳内出血（左軽度片麻痺）→左軽度片麻痺、高血圧 ● 利用サービス：訪問リハビリテーション（1回/週:60分） ● 生活歴：夫婦で自営業。左麻痺は改善しているが、計算能力、記憶力が低下。
相談内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 血圧、水分量、喫煙本数、食事のバランス等が把握できておらず、疾病の再発リスクがある。生活リズムが不規則である。 ● 本人や家族がどのような事に注目し、今後の生活を継続できる支援を検討したい。
専門職の意見	<p>#1:疾病管理の理解の支援。自分の体調を自分で把握できているか、自分で血圧を測って病院で診てもらおう。服薬を継続する事が重要。</p> <p>#24:継続的な服薬管理の支援、#25:体調把握と変化を伝えることの支援。自分の疾病の理解をする事や安静時の疼痛の緩和を図る処方薬の検討。</p> <p>#41:将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援。本人の強い意向が他にあるのではないか？妻が常に話に入っているのならば、一度ケアマネと本人2人のみで話す機会を設けるのも有効。</p> <p>#19:将来の生活の見通しを立てることの支援。これができなくなったら店の営業は厳しくなるといった事はあるか確認。</p>
取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 歯科受診を勧める。 ● 訪問リハ時、動作時の痛みがどの程度強くなるかを話し報告を求めた。 ● 血圧を毎日測って記録し、受診時に医師へ見てもらおう事を勧めた。 ● 普段の食事の内容を聞いた。（支援内容をどのように実施したか） ● 本人と二人で話す機会を設け、本人、妻に今後できなくなると今後の営業に影響する事を確認する。
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 血圧は毎日計測し記録しており安定している。 ● 歯科受診は話をして検討中ではあるが未受診。 ● 訪問リハ時、仕事中痛みが出る作業に助言もいただくが痛みが変わる事はない。 ● 時々徒歩で買い物に行く等有酸素運動を意識している。 ● 調理器具の使用が困難になった時、長時間立位ができなくなった時には営業は難しいと判明。
ケアマネジャーの気づき・今後活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 動作時と安静時に痛みの種類が違くと、効果のある薬も変わることが分かった。 ● 歯や日常的な食事での栄養、睡眠、運動などの疾病への関連性が分かり、広い考察や支援のきっかけとなった

事例:2 今後の身体機能改善がないと思う家族への支援	
基本ケア項目	#4: 転倒・骨折のリスクや経緯の確認、 #3: 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保、 #11: 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測、 #15: 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握、 #20: フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援、 #23: 継続的な受診・療養の支援、 #24: 継続的な服薬管理の支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 70代男性：要介護5・夫婦二人暮らし ● 主な疾患：脳出血(右被殻出血)・慢性腎不全・高血圧症・神経陰性膀胱 ● 利用サービス：訪問介護(月4回)、福祉用具貸与 ● 今後は特養の入所も見込み、既に申し込み済み。
相談内容	<p>#4:転倒・骨折のリスクや経緯の確認。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 家族は現状の身体機能改善の可能性を感じておらず、転倒や怪我の危険性を気にしている。しかし、より自立した生活を送る為の支援が必要と感じた。 ● 中途半端に動くことが出来るようになり、転倒や怪我をされても困るとの意向がある。 ● 立ち上がりや、乗降時の下肢筋力など、本人の身体機能の把握を行い、機能改善を図る為の機能訓練や、身体機能の測定の機会の確保が必要だがどう支援をすすめるか。
専門職の意見	<p>#3:口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保、#11:口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測。口腔ケア歯科受診に関するサービスや社会資源の提案をおこなってはどうか。</p> <p>#24:継続的な服薬管理の支援。内服薬内容について再確認し、腎臓疾患におけるカリウム値に関する情報の提供。</p> <p>#20:フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援</p> <p>#23:継続的な受診・療養の支援。皮膚科等の予定外の通院は娘の送迎も調整可能で有る事を妻へも説明行う。</p> <p>#15:本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握。家族や本人との会話の中から意向に対する方針等を見出す。</p>
取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 口腔内の状況及び口腔ケアについて確認。必要があれば歯科に関する支援の追加を図る。 ● 内服薬内容について再確認した。家族は理解されていたよう。 ● 身体機能の部分でのADL評価を提案。家族も必要無いとの意向があり実施していない。
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 24時間体制での対応や医療的助言者、リハビリと訪問看護も推薦したが、子どもの協力もあり、大丈夫だった。 ● 今後健康状態の変化、身体機能、認知機能の変化等が出てきた際に、サービス内容の変更等が生じると予測される。 ● 家族の協力のもと本人の楽しみである道内名所へのドライブや観光に行くことが出来ている。
ケアマネジャーの気づき・今後活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 誤嚥性肺炎の危険性と、歯科受診の必要性について、具体的サービスの提案が出来た。 ● ADLの改善は医療機関での身体機能評価等を勧めて行き、リハビリや、訪問看護等の介入を行い、在宅生活を継続する事が出来るように進めたい。また、今回の検討を通じ、本件以外の事例だが、訪問看護師からの具体的助言等を聞き、家族の安心感や安全の確保ができ、信頼して任せる事が出来る事を実感した事例もあった。

事例:3 望む生活・暮らしの意向の把握により、落ち着いた生活を送れる支援	
基本ケア項目	#5:望む生活・暮らしの意向の把握、#15:本人の意思を捉えるためのエピソードの把握、#16:日常生活における意向の尊重、#36:コミュニケーションの支援、#37:本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備、。#42:本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 80歳代 女性 要介護3 有料老人ホーム入居 ● 疾患:アルツハイマー型認知症、胸部大動脈瘤、発作性心房細動（ペースメーカー挿入） ● 利用サービス:、入浴、掃除・洗濯、デイサービス、福祉用具貸与
相談内容	#5:望む生活・暮らしの意向の把握。 一日中部屋にいと落ち着かず「どこかへ出かけないと」と言いウロウロする。誰かに呼ばれている・買わないといけないものがある等を訴える。スタッフが声かけると声を荒げる。どういう暮らしをしたいのかを見つける事で、落ち着いた生活を送れるのか。
専門職の意見	#15:本人の意思を捉えるためのエピソードの把握。 スタッフより情報収集を依頼してはどうか。 #16:日常生活における意向の尊重。 興味関心チェックリスト等を使用する。 #36:コミュニケーションの支援。 否定的な事を言わない。昔の苦勞話を聞く。 #37:本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備。 ホーム内での役割を見つける。 #42:本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援。 望む生活が分かっていないかもしれない。という視点でスタッフへ関わってもらうよう依頼。
取り組み	上記(専門職の意見)をスタッフとともに実施した。
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 大きな変化はない。以前からあったの「どこかへ出かけないといけない」という言動は減少した。たまに落ち着かないことはある。 ● 関係スタッフ全員でコミュニケーション方法の変更をケアマネジャーから依頼したことで、声かけが増えた。その結果、穏やかに対応してくれるような場面が増えたように思う。 ● 興味関心チェックリストを活用してみたが、「何でそんなこと聞くの」と機嫌が悪くなったのでやめた。入居スタッフから少しずつ聞いていく予定。
ケアマネジャーの気づき・今後に活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 助言により、コミュニケーション方法についてスタッフと検討の結果、以前より不穏になることが減少した。今後も訴えに肯定的に接し、否定的な事を言わない等のケアを依頼していく。 ● 望む生活を把握する前提として、そもそも本人が望む生活が分かっていないのではという助言もあった。望む生活自体を自覚していない場合もあり、対話やコミュニケーションを通じて気づいていない本人の意向を形成していく関わりを実施することも大切である。

事例:4 「できないこと」の解決から「挑戦」に焦点をおいた支援	
基本ケア項目	#15: 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握、 #35: 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 70歳代、男性。要支援1、兄弟と大人数で同居 ● 療育手帳B判定、前立腺癌、利用サービス:デイサービス1回/W、訪問介護2回/W ● まじめで素直な性格。定年まで就労。乗り物が好きで、若い頃からひとりで電車に乗りあちこち行った。数年前に北見へ転居後も変わらずバスに乗って外出している。
相談内容	<p>#15:本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握。 周囲の顔を伺う言動する場面を見かける。あたかも周りが望む「いい回答」を探っているように感じた。家族関係は良好だが、本人が本当に望むことは別にあるのではないかとケアマネジャーは考えた。どうやったら引き出すことができるか検討したい。</p> <p>#35:喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 自身の障害は理解しており「無理だよ」と自分を納得させていた。長年の経験から「ひとりでできること」を優先し無難にこなす生活をしているのではないかと考えた。新しい挑戦や成功の喜びを感じることがニーズではないかと考えた。すぐにあきらめるのではなく自信につなげる支援と家族への支援の方法を検討したい。</p>
専門職の意見	<p>薬剤師・看護師・歯科衛生士・理学療法士:解決を性急に求めない。時間をかけてよい。独りが好きで楽しめている。方もいることからそのままでもよいかもしれない。札幌へ行くことを目標としているが、札幌へ行って何をするかということも大切。北見で実施できる場合もある。</p> <p>作業療法士:興味関心チェックリストを試してはどうか。</p> <p>生活支援コーディネーター:町内会の役割を提案をしてはどうか。家族以外の地域の理解者を増やしていくのはどうだろう。</p>
取り組み	<p>興味関心チェックリストを活用した。</p> <p>本人と一対一の機会を設けられよう働きかけた。</p>
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 興味関心チェックシートを活用したところ、「座っていることができずよく怒られた」という昔の体験を教えてくれた。原因を掘り下げると足首の柔軟性がなく、曲げ伸ばしができないことが判明、家族へ伝えた。家族は、「しなかった」ではなく「できなかった」と気づいた。本人より、「自分もみんなと一緒に座りたい」と言う新たな思いが確認でき、整形外科を受診した。結果は廃用で固まっているとのことだった。リハビリをして柔軟性を出す取り組みを開始した。 ● 利用者二人きりで面談の機会は作れなかった。しかし興味関心チェックシートの活用の結果、長年本人の心の中にあったことが家族に理解してもらえた。以前に比べると「本人の気持ち」の表出機会が増えてきているように思う。
ケアマネジャーの気づき・今後活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族からも「今までできなかったこともどんどんして欲しいと全面協力しますとの発言もあった。ご本人の笑顔が増えた理由はそこにあるのかなと感じている。 ● ご本人の言葉や家族の気持ちからまだまだできることはたくさんあると感じていますが、一番はご本人が混乱しないよう積み重ねて「楽しい」という言葉が増えるような支援をしていきたいと思う。

事例:5 本人の困っている症状に焦点をあてて訪問看護を導入した支援	
基本ケア項目	#1:疾患管理の理解の支援、#7:食事及び栄養の状態の確認
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 80歳代、女性。要介護1、息子世帯と同居 ● 主病名：糖尿病、主な既往歴：脊柱管狭窄症、変形性膝関節症（両膝） ● 利用サービス:訪問介護（月7回）、福祉用具貸与（歩行器、手すり）
相談内容	<p>#1:疾患管理の理解の支援。HbA1cが高値で推移。インスリンが10単位指示だが、朝食を抜くことがあり、体調不良を訴える。食事を抜くことの危険性など糖尿病の理解を促し、低血糖症状を起こさない自己管理を向上させたい。</p> <p>#7:食事及び栄養の状態の確認。家族と食卓は別で孤食。自分で食事を作ることもあるが、好き嫌いが大きい。食べられる物がないと果物缶詰や果物など、本人が食べたい物を好んで食べている。1日の食事や、間食も含め、接触量を本人が把握できていないと感じた。本人と一緒に食生活について理解していきたい。</p>
専門職の意見	<p>#1:疾患管理の理解の支援。訪問看護を導入し、低血糖状態、インスリン量の確認。医師との橋渡しを依頼してはどうか。</p> <p>#7:食事及び栄養の状態の確認。朝食を抜くことがあること、食事量を確認し家族に協力をお願いするという方法はどうか。</p>
取り組み	<p>#1:疾患管理の理解の支援。 訪問看護導入について本人や家族へ提案した。訪問看護が訪問し体調確認、生活状況の把握、インスリン量のチェックなどのアドバイス、受診の際、医師から正確な情報が得られることを説明する。</p> <p>#7:食事及び栄養の状態の確認。 食事の内容や回数について確認し、病院受診への同行を家族へ依頼した。冷汗が出てのは低血糖の可能性があるので、食事は何を食べているか確認したいことを伝えた。家族に対し、朝食を摂らないことで、低血糖になっている可能性があり、朝食を摂るように促してもらいたいことや病院受診への同行を依頼した。</p>
利用者等の変化	<p>#1:疾患管理の理解の支援。 本人は体調不良をこのままいいと考えていたが自分でも対処することができなかつたことを悩んでいたことが分かった。訪問看護の導入について前向きな返事があった。</p> <p>#7:食事及び栄養の状態の確認。本人、家族へ同席してもらい朝食は蒸しパンを1個、昼食は梨、柿などの果物。夕食は里芋。間食は果実ミネラルウォーター600ml（100mlあたり31kcal）を飲んでしていると確認がとれ、偏っていたことが判明した。受診の際、医師へ身体状況や血糖値を伝え、医師からの指示を聞き対処することができるよう、家族へ同行してもらうことをお願いし、了承を得られた。</p>
ケアマネジャーの気づき・今後に活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 以前より訪問看護導入を勧めていたが、必要性について理解されていなかった。 ● 今回、低血糖症状など本人の対処できなく困っていたことに焦点を当てて説明でできた。これまで訪問看護サービスの内容を細かく伝えきれていなかった。アドバイスを頂き、訪問看護が開始できた。

事例:6 痛みへの対処と本人を取り巻く支援体制の整備	
基本ケア項目	#3: 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保、 #6: 一週間の生活リズムとその変化を把握する事の支援、 #8: 水分摂取状況の把握の支援、 #27: 継続的なりハビリテーションや機能の維持の実施、 #43: 本人を取り巻く支援体制の整備
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 80歳代、女性。要介護1、独居。主な疾患：脳梗塞、両膝痛腰痛、軽度認知症 ● 右半身に痺れ、膝と腰に痛み。立ち上がりや歩行にふらつきあり。杖の使用は無し。以前の帯状疱疹後の後遺症あり。 ● 利用サービス：訪問介護で家事支援、院内介助、買い物同行、訪問看護、福祉用具貸与。 ● 生活歴：専業主婦で夫は他界。家を行き来する友人がいる。仲間と麻雀を楽しむ。猫を飼っている、世話が生きがい。
相談内容	#6:一週間の生活リズムとその変化を把握する事の支援 処方薬の置き場、介護サービスの日時などを忘れていた。隣家に電話で話を聞くと「認知も無くしっさりされている」と言われたが、結局スケジュールをすっかり忘れていた。現状、普段一人でどうされているのか把握が難しい。
専門職の意見	<p>#3:口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保。処方薬の影響で口が乾き口腔機能の維持に影響を与える可能性がある。うがいの推奨と歯科受診を勧める。</p> <p>#6:一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援。独居の方であり、スケジュールをご自分で意識できるよう、自分で考えて書き込めるようお手伝いをしてはどうか、事業所の報告書で把握してはどうか。</p> <p>#8:水分摂取状況の把握の支援。脳梗塞と認知機能低下のリスク低減のため、ヘルパーと訪問看護の訪問時には、冷房を入れる事とお茶などを飲んで頂くよう促してはどうか。</p> <p>#27:継続的なりハビリテーションや機能の維持の実施。身体運動量が全体的に少なく体を動かす機会を設けた方が良い。</p> <p>#30:休養睡眠の支援。帯状疱疹の痛みによる寝不足では、ペインクリニックか皮膚科を受診し、痛みを止めて睡眠を改善してはどうか。</p> <p>#43:本人を取り巻く支援体制の整備。独居のため、有事対応の手段としてケアマネに連絡を頂けるよう麻雀仲間と繋がりを持ってはどうか。ガスコンロが自動消火するものかどうか、ストーブの安全対策の確認も必要。</p>
取り組み	<p>#3:口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保。受診を勧めたが、本人が拒否。</p> <p>#6:一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援。カレンダーに助言しながら書き込みをしてもらった。入居先の報告書で、外出状況、食事回数、排便状況、身なり、家の中の状況を記載してもらった。</p> <p>#8:水分摂取状況の把握の支援。ヘルパーと訪問看護師へ訪問時に口の渇きを確認して頂けるよう依頼した。</p> <p>#27:継続的なりハビリテーションや機能の維持の実施。デイサービスの提案をするが望まれず。</p> <p>#30:休養睡眠の支援。本人に提案して「痛みが強い時には考えます」との返答。訪問看護とへ</p>

	<p>ルパーとも共有した。</p> <p>#43:本人を取り巻く支援体制の整備。ケアマネから麻雀仲間の隣宅の友人に、事業所の電話番号を伝えた隣家の友人も、本人宅のカーテンの開閉や電気点灯等を普段から気にしていると確認した。</p>
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 皮膚科・歯科受診は「痛み強い時はヘルパーさんに行けますよ。」と伝え安心されている。冷房使用と水分摂取では脱水や体調不良を起こすこと無く、夏を過ごす事ができた。 ● ケアマネと隣家の友人で繋がりを持つことに、両人とも抵抗無かった。運動機会は「バス停まで歩く」とのこと。冬期間はやはり外出・体を動かす機会が減少するのでデイサービスの勧めは継続する。 ● カレンダーへの書き込を自身で行っている。時々日にち曜日間違えることはある。入所先からの報告で食事を自身で用意し一日3食摂られていることが確認できている。
ケアマネジャーの気づき・今後に活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 帯状疱疹の痛み改善による睡眠の改善、そのための皮膚科の調整まで気が回りませんでした。口腔機能維持を意識する事も無く、かかりつけ歯科への受診も調整したことはなかった。 ● ケアマネ一人ですべて把握することは到底できない事を実感した。多職種の意見を頂く事で、これまで確認していなかった事、調整不足だった事に気づく事ができた。

事例:7 疾病理解と口腔ケアにより脱水につながっていたことを改善した支援	
基本ケア項目	#22:口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援、#23:継続的な受診・療養の支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 男性、要支援1。独居 娘が道外在住。市内の知人が買い物や外出支援を手伝う。 ● 既往歴：閉塞性動脈硬化症、うっ血性心不全、腹部大動脈瘤 ● 利用サービス:訪問介護（週1回 調理支援）通所介護（週1回） ● 生活歴:左官業に従事。頑固だが、易怒性なく穏やか。言いたい事も言えず悶々とする事が多い。2年前より体調を崩し脱水にて緊急搬送し、入院中。自宅では食事量が極端に低下していた。
相談内容	<p>#22:口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援 主治医より「自宅では脱水繰り返している、健康管理出来ないし生活は難しい」と言われている。本人は自宅庭での作業や自分の好きな時間を過ごすことを希望。しかし食欲が湧かない状態を改善する必要があり、食事状況や口腔機能について、心理的な問題も何か無いかももう少し確認する必要があると思った。</p> <p>#23:継続的な受診・療養の支援 自宅での生活継続には心不全の再発予防や内服管理の確認が必要。本人の理解力はある程度あるので病気について本人の理解出来る様な支援も必要である。</p>
専門職の意見	<p>#23:継続的な受診・療養の支援 体調不良時にどのタイミングで相談をするかを共有する事が必要。また医療機関に相談、異常な血圧の数値や注意すべき症状について助言を受け、指示を元に本人と相談、確認をしてはどうか。</p>
取り組み	<p>#23:継続的な受診・療養の支援 医療機関に相談、異常な血圧の数値や注意すべき症状について助言を受け、指示を元に本人と相談、確認を行ったところ、体調不良時の判断は本人も分からない事が判明した。外泊時として、体調不良時は医療機関、ケアマネジャー、知人にへ連絡・相談する事とした。</p> <p>#22:口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援 現在入院中。口腔機能・栄養状態に関して再アセスメント、情報収集したところ、義歯が合わなくなっている事が確認された。外出対応にて歯科診療し、義歯を再作成中。</p>
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 2泊3日の外泊を実施。毎日の血圧測定、体調についてのメモをノートに記載する事した。実際には体調不良なく連絡は無かったが、血圧測定等は記載でき、服用の忘れもなかった。 ● 疾患を詳しく説明受け相談するべきタイミングを本人が理解できた。本人の安心と納得が深まったと思われる。 ● 医療機関で指示されたバイタル低下や症状をヘルパーと共有、退院後の体調不良時に連絡をもらう体制が出来た。
ケアマネジャーの気づき・今後活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関の看護師と相談し、本人・医療機関・担当ケアマネジャーとで課題が共有でき、安定した在宅生活を送る準備ができた。 ● 本人の病気に対する捉え方、認識の程度をしっかりと把握する必要があった。

事例:8 本人の喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援で生活が改善した支援	
基本ケア項目	#5: 望む生活・暮らしの意向の把握、 #15: 本人の意思を捉えるためのエピソードの把握、 #19: 将来の見通しを立てることの支援、 #24: 継続的な服薬管理の支援、 #35: 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 70歳代、女性。要介護1。夫、息子と同居。主な疾患：アルツハイマー型認知症、糖尿病、変形性膝関節症 ● 利用サービス：デイサービス(週2回)、ショートステイ、訪問介護(月1回程度)
相談内容	<p>#5：望む生活・暮らしの意向の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 調理や掃除等、家事全般が不十分で短期記憶に問題がある。服薬、金銭管理も曖昧で、入浴も不十分な状況にあるが、本人は自立して、夫の介護もできていると思っている。認知機能低下により、夫の生活に支障をきたしているのではないかと。 ● 本人は夫と共に在宅生活を継続したいと考えているものの、デイサービスやショートステイ等、介護サービスの利用に拒否を示す事が度々ある。独力のできる事が徐々に減少しており、家族の介護負担が大きくなっている。本人自身にできる事、できない事を理解していただき、支援や援助を受ける事が必要と考えた。
専門職の意見	<p>#19:将来の見通しを立てることの支援。息子が本人に認知症であることを伝えており本人も自覚している様子がある。本人、ご家族と一緒に自宅での生活をどの程度迄続けていけるか線引きをしていく。</p> <p>#24:継続的な服薬管理の支援。現在2つの病院から別々に処方を受けており、薬局へ相談し一包化の対応を検討してはどうか。また、朝、夕で薬や処方されているが、朝のみの変更をソーシャルワーカーや外来看護師を通じ医師に相談してみる。</p> <p>#35:喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援、#15:本人の意思を捉えるためのエピソードの把握</p> <p>本人の生活歴や成育歴、家族や親族及び本人から聞き取り、喜びや楽しみ、強みを把握する。できる事があれば、家族やデイサービス等で支援を行なう。また、今できている事に着目し、続ける事で本人の達成感を損なわないように支援する。</p>
取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 本人に尋ねたところ、物忘れが多くなった事、排泄介助や着脱介助が難しくなっていることを理解していた。 ● 夫と一緒にであれば、施設への入所も検討しており、自身の現在の心身の状態を理解していた。 ● 若い頃はバスガイドで歌を披露しており、デイサービス利用時のカラオケの時間に歌を誘ってみた。 ● 昔に家族でパチンコを楽しむ事があったとの事で、家族で対応できないか聞いてみた。 ● 医療機関のソーシャルワーカーに処方について相談した。
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● デイサービス相談員に話しをし、利用時にカラオケで夫と一緒に歌った。家族が「デイサービスでカラオケを歌っておいで」と送り出す事で、強い拒否はなくなった様子。また、週1回程度、生活に支障が出ない程度に家族が趣味のパチンコに連れて行くようになったため、本人もパチ

	<p>ンコに行ける日を楽しみにしている様子で、日にちや曜日を確認するようになった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関からの処方については近隣の調剤薬局に相談し対応していただいた。また、医師に夕方の薬の飲み忘れや誤薬が多い事を話しをすると、家族が確認しやすい朝のみの服薬に変更していただく事ができた。 ● 処方変更後は混乱していた様子があったが、薬カレンダーに「薬は朝だけになりました」と張り紙を貼っておく事で、本人も理解した様子。結果、薬の飲み忘れは少なくなり、忘れた際も家族が確認しやすくなった。
<p>ケアマネジャーの気づき・今後に活かせること</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知面の低下に着目し過ぎ、本人が今後どう生活したいかという、将来の見通しや本人の意向を十分把握していなかった。 ● 家族とパチンコや外出（ドライブ）する事で、本人の気分も良くなる様子。怒る事は今もあるが、頻度は減っている様子であった。 ● 薬を一包化してから、家族も確認ができるようになった。

事例:9 望む生活・暮らしの意向の把握で本人の生活改善につながった支援	
基本ケア項目	#5:望む生活・暮らしの意向と把握、#24:継続的な服薬管理の支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 90歳代、男性。要支援1 夫婦世帯 ● 主な疾患:脳梗塞(左半身軽度の麻痺)、糖尿病、高血圧症 ● 介護サービス:通所サービス(1回/週) ● 生活歴:65歳まで大工をしていた。室内には、必要なところには自分で手すりを設置済。
相談内容	<p>#5:望む生活・暮らしの意向と把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本人は運動したい、身体が弱ってしまうと困る。健康状態は自身で把握できており、体調も変わりなく過ごされている。盆栽、庭の手入れを続け、自宅に住み続けることを希望。しかし近所の息子は将来同居を検討しているが、話し合いはされていない。できるだけ現在の生活が続けるための支援を知りたい。 ● 主治医から自転車は乗らないことを注意されていたが何度か乗っておりやめて欲しい。
専門職の意見	<p>#5:望む生活・暮らしの意向と把握</p> <p>将来についての見通しを本人に聞いてはどうか。現在の生活と転倒した場合の生活を考えて、今は何が出来て今後は何が出来なくなるのかを把握する。</p>
取り組み	<p>#5:望む生活・暮らしの意向と把握</p> <p>#24:継続的な服薬管理の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本人に将来についての見通しを確認。病状が進行しないことも大切だと本人も理解し、服薬カレンダーを提案。カレンダーは場所をとるとのことので手に取りやすい服薬確認メモを作成。夫婦でチェックできることを目標とした。 ● 自転車にのり転倒する危険を本人に伝える。「転んだことは無いけど、怪我したら困るな。人が来たら止まっている。これからは冬になるし、そろそろやめるよ。」 ● 買い物は引き続き週1回は息子さんと一緒に行く。その後ケアマネと長女が面談。平日は長女が必要な物を頻回に購入してくれるようになった。
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 服薬チェックメモを活用、薬の飲み忘れはなくなった。定期受診時にも血圧や血糖値の検査結果表をケアマネに見せてくれるようになった。主治医からのコメントもケアマネに教えてくれる。 ● 転倒の危険について、自転車に乗ることも少なくなった。自宅を自分で建てており、自宅に対する愛着がある発言があった。怪我をしないことや健康に過ごすことが現在の家で暮らすためには必要との認識された。デイサービスへ何かあれば些細なことでも職員に伝えるようになった。
ケアマネジャーの気づき・今後活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 望む生活・暮らしの意向を把握することにより、先を見越した支援を行うことができた。これまでの生活状況やどんな仕事をしてきたか、今の生活に満足しているのかを聞くことで本人の意向に沿った支援が行えることが理助言として「ADOC」を教えていただき簡単な質問形式のことですので、機会があれば試してみたい。 ● ADOC (Aid for Decision-making in Occupation Choice : エードックと呼びます)とは、作業療法で目標とする作業を決める面接の際、クライアントと作業療法士とのコミュニケーションを促進するためのiPadアプリ。 ● http://adocproject.com/about-adoc

事例:10 コミュニケーション手段の検討による意思決定の把握支援	
基本ケア項目	#8:意思決定支援体制の整備、#36:コミュニケーションの支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 60歳代、女性、要介護3、妹と二人暮らし ● 主な病名:脳出血（高次脳機能障害） ● 利用サービス:通所リハビリ、訪問介護、福祉用具貸与、訪問看護（精神科：1回/週） ● 生活歴：結婚歴なし。会社員勤務。
相談内容	<p>#8:意思決定支援体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 脳出血の後遺症で見当識障害、記憶力低下や注意機能などの高次脳機能障害がある。また失語症でコミュニケーションが難しいが家族の希望で自宅退院。 ● 在宅生活は難しいとケアマネジャーは思っていたが数か月が経過し、落ち着いて生活が出来ている。しかし、この生活でいいのかどうか、本人の意向を聞くことが出来ておらず、どのように支援したらよいか。
専門職の意見	<p>#36:コミュニケーションの支援</p> <p>自宅へ戻ってから、支援を受けて出来ることが増えてきている。出来ることを確認して喜びを増やし、支援チームとして情報を共有する。意思確認を行うツールとして ADOC を利用してはどうか。ADOC（Aid for Decision-making in Occupation Choice：エードックと呼びます）とは、作業療法で目標とする作業を決める面接の際、クライアントと作業療法士とのコミュニケーションを促進するための iPad アプリ。 http://adocproject.com/about-adoc</p>
取り組み	<p>#36:コミュニケーションの支援</p> <p>出来ることを確認して喜びを増やし、支援チームとして情報を共有する。意思確認を行うツールとして ADOC を利用してみた。</p>
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● ADOC の利用:訪問時にツールとして持って行った。本人は「何をしたいか」の質問には答えることが出来ず、「好きなことは何か？」の質問に変更してみた。結果、サイドテーブル上の猫の絵、猫の本、猫のハンカチを指さし「ねこ」「ねこ」と満面の笑顔で答えられた。猫が大好きで、猫の話をするとうれしく過ごされているとご家族様にも伺った。デイケアでは拒否があった入浴が毎回出来る様になったと報告があり、ヘルパーは支援者を増やすことが出来そうになったと報告があった。少しずつ出来ることが増えている。
ケアマネジャーの気づき・今後に活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 本人のできる事が増えている。 ● 妹以外に本人に関わる人が増えてきている。各サービス事業所と情報を共有しチームで支援する重要性を感じた。 ● ケアマネジャーの出来る事には限りがあり、無力感に苛まれることもあるが、一人で抱え込まないことが大切と感じた。

事例:11 意欲を持って日常生活を送るための環境作り	
基本ケア項目	#35:喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 80歳代、女性。要介護3、息子夫婦と同居 ● 主病名:脊椎損傷、褥瘡 ● 利用サービス:訪問看護(週2回)、訪問介護(通院時)、福祉用具貸与
相談内容	<p>#35:喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 以前は自分で車いすに移乗して家の中を自由に動きまわり、外を眺めたり屋外に出たりしていた。褥瘡後のモニタリングでは、何もかも嫌になった、早く迎えが来て欲しいと話す。日中は一人で過ごし、話し相手がいない。通所サービスを利用して1回で中止。知らない人とする話がない、と言うが訪問時は1時間以上でも話し続ける。 ● 褥瘡に伴う入浴等の保清、家族や看護師の処置に対し、なんでも自分でできる、やりたいと拒否するようになり、なかなか完治しない。 ● 認知機能低下もみられ、このままでは更に重症化することが考えられる。今後の日常生活にどのように意欲を持ってもらうか、褥瘡への影響とリハビリの有効性が知りたい。
専門職の意見	<p>#35:喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援</p> <p>スポーツへの参加、食事を楽しむための料理等の手伝い、食事の他にお菓子・プリン・補助食品の提供、座位時間の確保に訪問リハビリ、総合的にサポートできる医師等の助言の活用など。</p>
取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● モニタリング訪問時に活動と清潔保持のため通所介護の利用を再度勧めた。 ● ベッド車いす間の移乗介助を含めて送迎可能で、機械浴のできる事業所を探し体験利用に進める。 ● 総合的にサポートできる医師については褥瘡、バルーンカテーテル管理がありどちらも対応できる医療機関、医師について検討する。
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 特に変化は見られていない ● 通所介護の利用には、少し前向きな返答聞かれたが、2度目の訪問時には忘れられていた。
ケアマネジャーの気づき・今後活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 体を動かすこと、スポーツができればと考えていたが、元々手先が器用で縫物が得意。出かけることより縫物をしている方が良いと言うようになってきた。 ● 訪問リハビリ、通所介護の利用まで問題は多いが少しずつ先に進めるよう話をしていきたい。

事例:12 他者からの承認が望む生活、暮らしの意向の把握につながった支援	
基本ケア項目	#1:疾患管理の理解の支援、#2:併存疾患の把握の支援、#4:転倒・骨折のリスクや経緯の確認、#5:望む生活、暮らしの意向の把握
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 90歳代、男性、要介護1、妻と2人暮らし。主病名：脳梗塞(軽度の右上下肢麻痺) ● 利用サービス：デイサービス週7回 ● 生活歴:自営業、町内で協議会や様々な役職を担う。面倒見がよく頼りがいのある人物。人の世話になることを申し訳ないと思っている。
相談内容	<p>#12:転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測</p> <p>自宅内外での転倒リスクがある。本人はリハビリを希望。転倒リスクを軽減するための方法、本人の意欲を引き出す方法等を参考にしたい。</p>
専門職の意見	<p>#1:疾患管理の理解の支援、#2:併存疾患の把握の支援。抗凝固薬の内服により転倒すると出血しやすく、脳出血等のリスクがあることをご本人・ご家族へ説明する。</p> <p>#4:転倒・骨折のリスクや経緯の確認。自宅内での杖の使用の有無、裏玄関での杖の使用の有無や自宅内での転倒、つまづきの有無について確認する。現在使用している杖は適切かどうか観察、確認する。</p> <p>#5:望む生活、暮らしの意向の把握。デイサービスでの役割を検討。今後どのような生活をしていきたいか情報収集する。</p> <p>できること、できないこと、やってみたいこと、我慢していることがないか等確認する。</p>
取り組み	<p>#1:疾患管理の理解の支援、#2:併存疾患の把握の支援、#4:転倒・骨折のリスクや経緯の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本人と長男の妻に施設内での右上下肢麻痺の様子と安寧に過ごされている内容を説明する。抗凝固薬の服薬のタイミングや内容を説明する。また、自宅で過ごされている時の生活導線から、転倒リスクやケガに繋がる箇所について確認をした。 ● 冬期間、杖で雪道を歩くことに不安があったため杖用アイスピックと冬靴を用意した。 <p>#5:望む生活、暮らしの意向の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ● これまでの地域活動や、地域の発展についてデイサービス職員から情報を収集した。 ● 帰省していた娘に施設内での様子を説明した
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 施設にいる時は心身共に安心していられる。自宅内では不自由な箇所は無いと話を伺う。 ● 本人は「杖に頼らないで歩く方がいい」と言う考えから「杖を使って転ばないように歩くことが大事だ」と変化があった。 ● 地域活動時代、会場の雰囲気づくり、集客の方法など「発破をかけてきたんだ」と誇らしげに話してくれ「地域での役割」を再確認していただき、さらに自信回復となった。 ● 娘から「きれいに片付けているね」「気をつけながらやってね」と承認と励ましの言葉をもらい喜んでいいるという変化が見られた。
ケアマネジャーの気づき・今後に活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療面からの疾病の再発予防、アプローチの仕方が不足していた。 ● 本人の強みを活かすこと他者からの承認が生きる力になると考えた。 ● 地域の力、多職種との連携で、支援者も学びが深化する。

事例:13 丁寧な情報収集と整理で本人の意向が確認し、近隣とのトラブルを解決した支援	
基本ケア項目	# 5:望む生活・暮らしの意向の把握、# 6:一週間の生活のリズムとその変化を把握することの支援、#15:本人の意思を捉えるためのエピソードの把握、#19:将来の生活の見通しを立てることの支援、#37:本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備、#44:同意してケアに参画する人への支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 80歳代、女性。要介護2、独居。主な疾患：アルツハイマー型認知症、脳梗塞 ● 利用サービス：通所介護（週4回）、訪問介護、緊急通報システム設置 ● 生活歴：管内転勤。定年後、現居所へ住む。性格は明るく、お話し好き
相談内容	<p># 5:望む生活・暮らしの意向の把握。ケアマネジャーから暮らしの意向を確認するが回答がそのたび変わる。心も揺れ動いていると考え、真意の把握、導く支援を検討したい。</p> <p># 6:一週間の生活のリズムとその変化を把握することの支援。家事（洗濯など）もしっかりやっている。薬も飲んでいると話すができていないことが多い。生活全体の一部しか把握できていないと思った。本人より施設へ入った方が良いかな安心できるかな〜と減多にない発言があり、不安要素が隠れているのではないかと考えた。</p>
専門職の意見	<p>#5:望む生活、暮らしの意向の把握 事業所からサービス提供中の様子を情報収集する。モニタリング訪問時に本人へ掘り下げて聞く。</p> <p>#15:本人の意思を捉えるためのエピソードの把握 好きな物、事や元々、好きだった物など、訪問時に時間を掛けゆつりと何気ない話から話し合う</p> <p>#19:将来の生活の見通しを立てることの支援 本人の関わりのある方から、本人が重要に思っていることを聴取する。</p> <p>#37:本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 近所の方が怒鳴り込んできたことがあった。どのような症状に対して行ったか近所の方、家族から聞き取り、共有する必要がある。ポジティブ・ネガティブ 正誤シートへ整理してはどうか。</p> <p>#44:同意してケアに参画する人への支援 モニタリング時、家族の話を引き出す機会を持ち、介護負担、介護不安の様子を伺う。</p>
取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 本人は「年を取り、独居でいることは話し相手もないから寂しい」「他者と話すことは好き、にぎやかなところ雰囲気が良い」と気持ちを聞けた。 ● 以前、近所の方が怒鳴り込むことに対し（ポジティブ・ネガティブ 正誤シート～事前に事実の正否のズレ、現実と異なる点があったこと）を整理し、家族と話し合った。
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 以前、近所の方が怒鳴り込むことに対し（ポジティブ・ネガティブ 正誤シート）により、ケアマネジャーから家族へアドバイスした。後日近所の方へ挨拶へった際、近所の方の誤った捉え方、解釈があったことが判明し関係が修復された。 ● 本人、家族を交えて話し合いを実施。最終的に本人から施設に入りたいと意向を確認することができ、グループホームホームへ入所することになった。
ケアマネジャーの気づき	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症の方は多角的な視点、関わりのある全ての方から情報、意見を収集することが必要。

事例:14 疾病リスクを共有し本人のセルフケア能力を向上する支援	
基本ケア項目	#1: 疾患管理の理解の支援、 #7: 食事及び栄養の状態の確認、 #12: 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測、 #21: 水分の摂取の支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 70歳代、男性。要介護2、妻と二人暮らし ● 主な疾患:脳梗塞、左膝複雑骨折、左肩腱板断裂、過活動膀胱 ● 利用サービス:通所リハビリ(週1回) 受診時の送迎、歩行器 ● 生活歴:建築関係に従事。10年前に脳梗塞を発症し退職。性格は温厚で人との交流やお話好き。
相談内容	<p>#1:疾患管理の理解の支援 脳梗塞を数回発症。更なる再発を防ぐ支援を検討したい。妻が毎日、減塩、バランスを考え食事を提供しており、水分量も確保されている。服薬も妻が管理している。今後の病状管理、生活で他に気を付けた方が良い事、やった事が良い事等を知りたい。</p> <p>#12:転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測 以前は1日8,000歩歩いたが、病気後は歩く速度も遅く、信号も時間内に渡れない。身体の痛みなく転倒防止に繋がる方法がないか検討したい。</p>
専門職の意見	<p>#1:疾患管理の理解の支援。 毎日、血圧測定、体調管理を行うように。</p> <p>#7:食事及び栄養の状態の確認。 食事のアセスメントを行い、食事量や水分の摂取量を確認し、体重の増減も確認する。</p> <p>#12:転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測。 膝の痛みの軽減の為、整形外科受診。</p> <p>#21:水分の摂取の支援。 妻に対しても負担が掛かる部分や大変な部分をアセスメントする。</p>
取り組み	上記の取り組みを実施
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 血圧測定が日課となり、ご自分で血圧、体重測定、記録を続けるようになった。 ● 妻も食事内容を見直し、水分も多く摂るように促している。 ● 整形外科の受診はまだ、行っていないが、屋外の散歩時にノルディックを使用。 ● 最初はバランスがうまく取れなかったが、慣れてくるとリズム良く歩く事が出来ている。
ケアマネジャーの気づき・今後に活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 自分の思考の整理にもなり、他者の意見を聞くことで、自分にはない工夫や対応の仕方を学ぶ事が出来た。また連携する事の強みを学ぶ事が出来た。

事例:15 丁寧な情報収集で早朝覚醒や食事量を改善した支援	
基本ケア項目	# 1:疾患管理の理解の支援、# 2:併存疾患の把握の支援、# 5:望む生活・暮らしの意向の把握、#20:フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援、#23:継続的な受診・療養の支援、#26:フレイルを予防するための活動機会の維持、#27:継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 70歳代、女性。要介護2、独居。主介護者は隣りに住む実妹。 ● 疾患：糖尿病、高血圧症、脂質異常症、運動器不安定症、低カリウム血症 ● 利用サービス：デイサービス（週2回）、福祉用具貸与、ショートステイ ● 生活歴：夫の死去後独居。昨年より物忘れが目立ち、妹の支援を受けている。
相談内容	<p># 5:望む生活・暮らしの意向の把握。日中はほぼ臥床状態。水分摂取量が多すぎて低カリウム血症を発症。現在はきっちり水分制限を行なっている。本人に何かしたいことがないのか聞いても「何もない。寝ているのが一番いい」と言われるが、そう思うのは病気からくるものなのか、精神面、生活環境等が影響しているのかを把握したい。</p> <p>#20:フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援。義歯を新しく作成したが、痛みがあり義歯の使用をやめた。食事形態を工夫したが食事量が減り、体重の減少も続いている。日中の活動量が少ないことも食欲の低下につながり、体力が低下する悪循環を招き、自宅での生活が難しくなる恐れがある。</p>
専門職の意見	<p># 1:疾患管理の理解の支援、# 2:併存疾患の把握の支援。認知症の影響もあるのかもしれないが、内科的な疾患もあるのかもしれないので、内科で疾患がないのか確認するのがよい。</p> <p>#23:継続的な受診・療養の支援。好きなものを食べられるように義歯を使ってみようと本人に思ってもらえるような働きかけ、口の機能が大事なので口の中をきれいにするように本人や周囲に気を付けてもらう、口の運動やマッサージを勧める。</p> <p>#26:フレイルを予防するための活動機会の維持、#27:継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施。現在の状態で運動をするのも難しいと思われるので、起きてトイレに行った時に手すりに掴まって立ち上がりの練習を10回行う等、簡単な運動から始めてはどうか。</p>
取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神科を受診し、レビー小体型認知症と診断を受けた。妹は睡眠リズムが乱れていることを改善したいと相談し、服薬調整しながら経過をみている。 ● 妹が義歯を使用するように促している。 ● 本人とどういったことなら日常生活の中で身体を動かすことができそうか話し合った。
利用者等の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 日中も寝ることが多いが、早朝に起きることは少なくなった。 ● 義歯を使用することで今までのように細かく刻まなくても食べられるようになってきて、本人も「この方が美味しい」と言われるようになってきた。 ● 座ったまま足踏み運動を行うことを提案し、1日に3～5回は行うことができるようになった。ベッド端の手すりです立ち上がりの練習を行うことも提案したが、まだ実施はできていない。
ケアマネジャーの気づき・今後活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 妹からの聞き取りで本人ができることを確認できた。活動量を増やすことを主に考えていたが、日常生活の中で無理なく取り組めることを本人と話し合っ一緒に考えることができた。

事例:16 丁寧な面談により継続的な服薬管理ができた支援	
基本ケア項目	#5:望む生活・暮らしの意向の把握、#24:継続的な服薬管理の支援
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 80歳代、男性。要介護。 ● 主な疾患:うつ病、前立腺がん、逆流性食道炎、慢性胃炎、膝痛、白内障、高血圧 ● 利用サービス:訪問介護週1回、乗降介助 ● 生活歴:会社員。数年前妻が死去。食事作りやパークゴルフなど活動的。温厚で、誰に対しても優しい性格で友人も多い。
相談内容	<p>#5:望む生活・暮らしの意向の把握 車がある事で自分の自由に趣味を楽しめる環境だったが、車が運転できなくなることで本人の望む生活ができなくなってしまい、精神状態が不安定になってしまうのではないかと思い相談。</p> <p>#24:継続的な服薬管理の支援 自己判断で薬をやめてしまっている。医師や薬剤師に相談することを勧めても同意が得られない。最近では認知機能の低下もある。薬の理解や、飲み忘れの心配もあり、体調不良に繋がるリスクが高くなっている。</p>
専門職の意見	<p>#5:望む生活・暮らしの意向の把握 車を手放すメリットデメリット、家族の意向を確認。協力を得られるかどうか、将来の準備に向けての共通認識をもつのはどうか。パークのみでなく、自宅周囲など外に出る機会の確保、デイケアやデイを検討するタイミングである事、調理・買い物はADLを保つために有益な事で、本人の強みを大切にすることはどうか。</p> <p>#24:継続的な服薬管理の支援 疾病の理解や再発予防、必要な薬の精査を医師または薬剤師へ相談。1日2食で痩せ気味なので食事の確認、薬の飲み方、肺炎・誤嚥防止・健康維持のための口腔ケアが重要。</p>
取り組み	上記の取り組みを実施
利用者等の変化	<p>#5:望む生活・暮らしの意向の把握 自分からもう運転は無理だと思い、車を手放す決断をされた。1月は歩いてパークに行こうと計画中。距離がある所へは、家族の送迎、夏は自転車を検討。電動自転車に買い替えようかと意欲的であった。デイサービスには拒否があった。</p> <p>#24:継続的な服薬管理の支援 薬局薬剤師へ相談。次回処方箋時に残薬も一緒に持って行ったら整理してもらえる事になった。薬剤師の訪問は拒否があったが、ご本人より薬局に頼んでみるわとの意向が確認できた。薬剤師からも、お金がかかるが一包化にしてみるのも良いのではとの事で、次回相談することになった。</p>
ケアマネジャーの気づき・今後活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● 本人も実は薬の多さや、飲み忘れに困っていたと本音をお聞きでき、一緒に解決しようという関心を持ってくれた。現在の支援内容を疑問に思ったり、掘り下げて聴き取りしていかなければならないと痛感した。ケアマネジャーの思い込みが多いことに気づいた。 ● 疾患や困りごと、サービス選択のみに焦点を合わせている事が多かったと反省。限られた時間で書類を作成せねばならぬが、丁寧にアセスメントしなければならないと感じた。

事例:17 本人とともに取り組んだ疾病管理の支援	
基本ケア項目	#1:疾患管理の理解の支援、#5:望む生活・暮らしの意向の把握、#14:緊急時の対応
事例概要	80歳代、女性。要介護2、独居 主病名:帯状疱疹、糖尿病、鉄欠乏性貧血、両変形性膝関節症、うつ血性心不全 利用サービス:訪問介護(週1回)、訪問看護(週1回)、通院介助、福祉用具貸与
相談内容	#1:疾患管理の理解の支援 貧血や心不全で入退院を繰り返しており、自宅でも関節や帯状疱疹の痛みからあまり動けない。心不全や糖尿病の病気もあり、あまり心配している様子がない。本人と病気の事であまり話をしていないように思った。
専門職の意見	#1:疾患管理の理解の支援 心不全に対するセルフモニタリングとして心不全記録・連携ノートをつけてはどうか。 #5:望む生活・暮らしの意向の把握 繰り返して本人の望む生活や好きな事や気にしている事を聞き取りしてはどうか。 #14:緊急時の対応 家族が遠方のことから、緊急時の連絡体制を整えておいてはどうか。
取り組み	#1:疾患管理の理解の支援 心不全記録・連携ノートを病院から頂き、訪問看護師から説明し本人に記載してもらった。訪問看護利用時やケアマネジャーが内容を確認する。次回医療機関への受診からは心不全記録・連携ノートを持っていく事になった。 #5:望む生活・暮らしの意向の把握 「息子の世話にならず、最後まで自宅で暮らす」が望む生活でした。息子の嫁と折り合いが悪いように可能な限り息子に頼らず生活したいことが確認できた。 #14:緊急時の対応 合鍵の管理方法について本人と話し合った。人目に付かない所に鍵を保管し長男のみに場所を伝える。様子がおかしい時には長男近所の方が鍵の場所を聞いて自宅内を確認するという内容を本人から提案を受け長男も含めて調整中。
利用者等の変化	上記の通り
ケアマネジャーの気づき・今後活かせること	● 毎月の訪問でも問題なく、あまりできる事はないと考えてい。特に疾病管理に関してケアマネジャーとしてできる事が思い付かなかった。新たに今回取り組めた。今回追加で行った支援は継続できるようにケアチームや本人と取り組んでいきたいと考えていく。

事例:18 本人の意思を捉えることで認知機能や身体機能維持に繋がった支援	
基本ケア項目	#15:本人の意思を捉えるエピソード等の把握
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 70歳代、男性。要介護2 夫婦二人暮らし。 ● 疾患：下行結腸癌、膀胱腫瘍（膀胱全摘、パウチ造設） ● 利用サービス：訪問看護隔週2回、福祉用具（特殊寝台と付属品） ● 生活歴：定年まで公務員。友人との交流も盛んだったが定年後はなくなる。大腸疾患の入院を機に認知症状が出現。
相談内容	<p>#15:本人の意思を捉えるエピソード等の把握</p> <p>面談時、相手の顔色を伺いながら話すことが多く、返答に困ると引き出しを開けて探し物をしたり席を立てしまう。面談に妻が同調すると急に表情が変わり（知らん、関係ない）などの言葉が多くなるため話が終わってしまう。妻の話だと普段は怒ったり、怒鳴ったりすることはなく家事支援も妻に協力的だと。訪問看護の支援時は穏やかだとのことで、本人にどのようにアプローチしたらよいか。</p>
専門職の意見	<p>#15:本人の意思を捉えるエピソード等の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ● いきなり外出する支援を進めるのではなく自宅の中での役割を増やす。妻の友人等の関りから接していく頻度を増やし、段階的に外出できる状態を作っていくのはどうか。 ● 家の中での役割や妻と一緒に外出（買い物等）する回数を妻と相談し増やしていく、日常生活の中で選択肢を増やし本人に選んでもらうなどの支援から始めてはどうか。
取り組み	上記の取り組みを実施
利用者等の変化	<p>#15:本人の意思を捉えるエピソード等の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ゴミ捨て等の他に掃除や食器洗い、料理を盛るお皿を選んでもらう等、妻が声掛けをしながら一緒に行動すると拒否なくできるようになった。買い物も一緒に行くことを増やすと一人で行く回数が減ってきた。 ● 本人が自宅で取り組んでいることを話してくれるようになり、過去の話をしつづつしてくれるようになった。デイサービスも妻と一緒に見学に行くところまでの話ができるようになった。
ケアマネジャーの気づき・今後活かせること	<ul style="list-style-type: none"> ● これまでは外出する支援のみを考えていたが、自宅での日常生活の中で選択肢を増やし積極的に取り組んでいくことで、生活に張りが出て認知機能や身体機能維持にも繋がっていることが分かった。 ● 今後は焦らず日常生活の中から取り組めることを探し段階を踏みながら進めていきたい。