枚方市福祉部高齢社会室

自立支援型地域ケア会議報告

平成 27 年 4 月～8 月（5 回）

自立支援に資するケアマネジメントを目的とした地域ケア会議として、毎月第 3 木曜日に高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）の事例（13 事例×5 か月＝65 事例）を、介護保険における自立支援の考え方「可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むよう配慮する」に基づき、介護予防とリハビリテーションの視点から「生活の改善の可能性に焦点を当てたケアマネジメントの考え方」について検討した。

そこから、「持てる生活能力」を維持し、できない部分の介護を支援するだけでなく、積極的に「自分の能力を生かし」、地域社会に積極的に参加するための、**個別支援の質の向上**と、地域ケア会議として**抽出した地域課題**についてまとめたものである。

平成 27 年 12 月発行

もくじ

はじめに･･･　地域ケア会議と自立支援型地域ケア会議
2 ページ

1.　自立支援型地域ケア会議の目的とリハビリテーションの概念
3･4 ページ

2.　まとめ（集計結果等）

①　自立支援型地域ケア会議での検討結果
5 ページ

②　要介護度別の利用サービス
5 ページ

③　事例分析
要介護度
男女比
疾患
5･6 ページ

二次予防事業対象者把握事業の分析結果
7･8 ページ

（参考）地域在住高齢者の機能低下に関する要因の検討
9 ページ

3.　個別支援の質の向上
10 ページ

4.　抽出した地域課題
11･12 ページ

5.　事例（アセスメント表、利用サービス、今後の支援の方向性）

①　検討結果別　今後の支援の方向性（合意形成内容）一覧

【アセスメント動作分析】 12 事例
13～15 ページ

【医療連携の気づき】 20 事例
15～19 ページ

【支援方法の気づき】 26 事例
19～24 ページ

【地域活動創出の必要性】 7 事例
24･25 ページ

①　検討結果別　アセスメント表一覧

アセスメント表記入例
26 ページ

【アセスメント動作分析】 12 事例
27～38 ページ

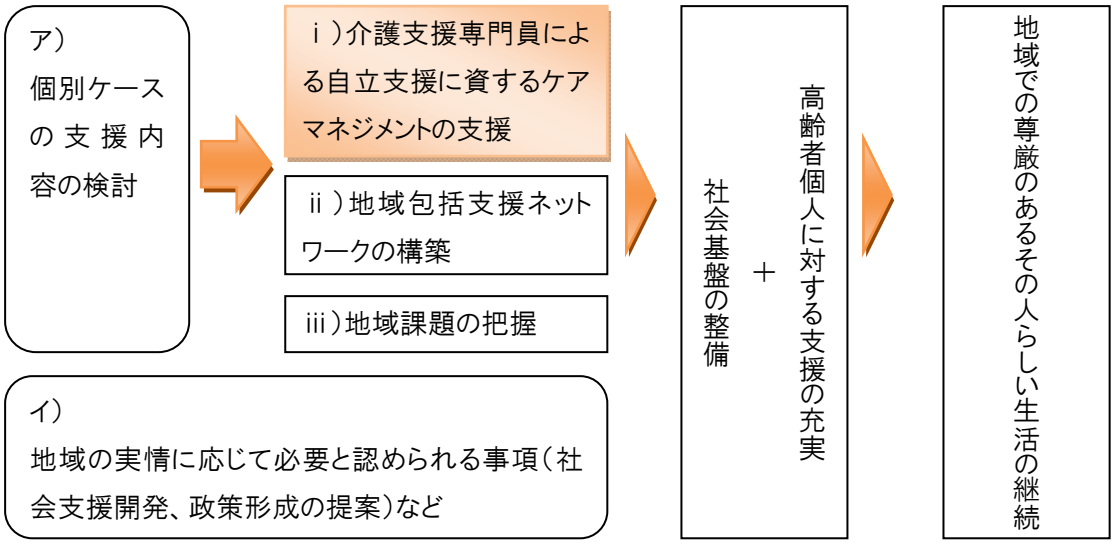
【医療連携の気づき】 20 事例
39～58 ページ

【支援方法の気づき】 26 事例
59～84 ページ

【地域活動創出の必要性】 7 事例
85～91 ページ

はじめに･･･　地域ケア会議と自立支援型地域ケア会議

【 地域ケア会議の構造と目的 】

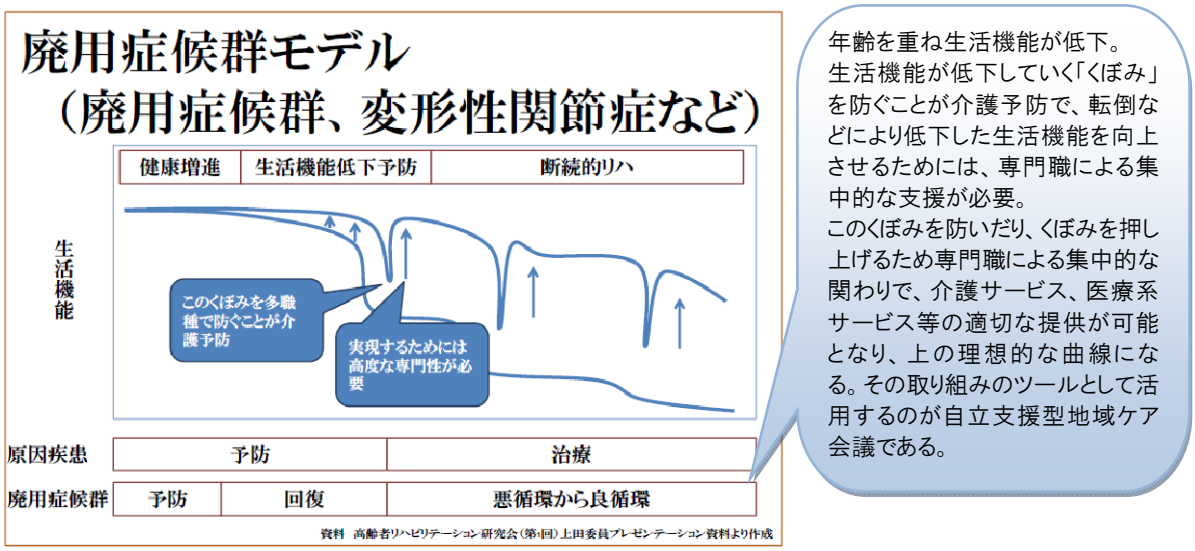


地域ケア会議の大きな分類には、ア）個別ケースの支援内容の検討、イ）地域の実情に応じて必要と認められる事項（社会支援開発、政策形成の提案）などの二つがある。

そのうち、ア）の個別ケースの支援内容の検討の役割のｉ）を担う会議として、自立支援型地域ケア会議を位置づけ、地域での尊厳のあるその人らしい生活が継続できる地域づくりに取り組んでいるものである。

生活に支障を抱える個人、家族への支援により QOL の改善、維持悪化の防止を図り平穏な人生のゴールへの支援に資すること、イコール介護保険制度の理念に基づく支援である。

そこで、「枚方市地域ケア会議運営方針（平成 27 年 3 月 24 日策定）」において市全体の地域ケア会議として位置付け、今後対象件数を拡大していく予定である。



1. 自立支援型地域ケア会議の目的とリハビリテーションの概念

要支援者は、ADL（日常生活動作）は自立し、わずかに IADL（買物・調理等の日常生活関連動作）の一部に援助を要する程度　ー　これが平均的な要支援者像

だから、利用者の「あるがままの状態への支援」ではなく、「自立支援のためのケアマネジメント」が大切であり、自立支援の働きかけを行わなければ、要介護化（重度化）していくことになる。

「要望」を解決するのではなく、「課題」を解決する。

「身体的自立」　自力で歩いたり、食事をしたり、トイレに行ったりすることができる。
⇒　損なわれると病気になる。
「精神的自立」　自分のおかれている状況を理解したり、物事を考えたりできる。
⇒　損なわれると生きがいを喪失する。
「社会的自立」　近所の人とのコミュニケーションや経済的に自立したりできる。
⇒　損なわれると孤独と貧困に陥る。

「課題」とは、「できないこと」や「してほしいこと」ではなく

- 損なわれている自立は、「身体的自立」なのか、「精神的自立」なのか、「社会的自立」なのか。
- 自立を阻害している要因が、「個人因子」なのか、「環境因子」なのか。
- 今の状態に着目するのではなく、今の状態に至る直接的および間接的な原因は何だったのか。を把握し、「普通の生活」「今までの生活」に戻れない要因を明らかにすること。

サービスを卒業することが目的ではなく、課題を解決すること（目標を達成すること）で、「普通の生活」「今までの生活」に戻れるようになり、その結果がサービスの卒業につながる。（認知症や後遺症等がある場合は、どこまで今までの生活に近づけるかが重要）

課題が把握できなければ、解決策が見いだせない！

そこで、「課題」を解決するために、最も効果的なアプローチが何なのかを助言者（アドバイザー）の専門的な意見を交え、解決の可能性を探り、検討することが自立支援型地域ケア会議である。

平成27年度の目的

① 様々な職種から専門的な意見を聴き、課題を解決するための手法や改善の方向性を見いだすための検討のプロセスをとおして、個々の支援者の視点が広がり、ひいては高齢者一人ひとりの生活の質の向上につながり、さらには、地域包括支援センターの質も向上していく。

② 個々のケース検討で終結するのではなく、ケース検討を重ねることで共通する課題や必要な資源の開発提言にもつなげていくこと。

③ この会議に提出した事例について会議内の意見や今後の支援方針を踏まえて、センター内の多職種で検討することで、さらにより良い支援につなげていくこと。

リハビリテーションの概念

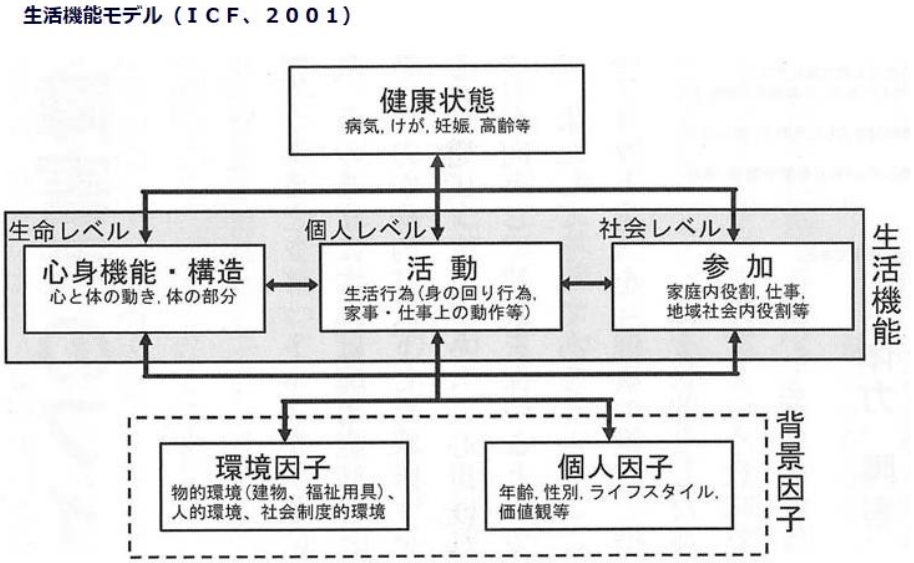
リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、存在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

高齢期のリハビリテーションに求められるもの

生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと。

注）個々の働きかけとは･･･心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境などへの働きかけ

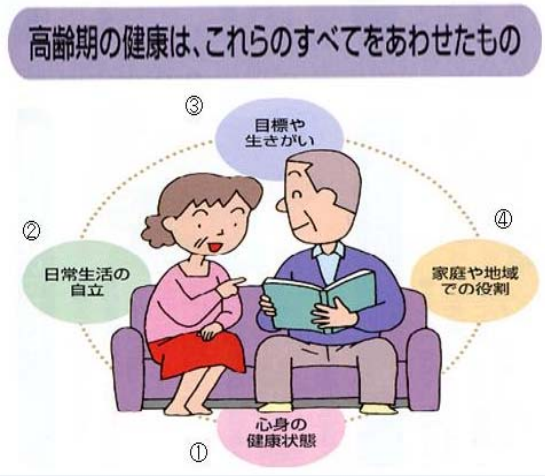
【出典】 平成 16 年 1 月　高齢者リハビリテーション研究会の報告書



図―1　世界保健機関（WHO）推奨の ICF 概念図

① 心身の健康状態
② 日常生活の自立
③ 目標や生きがい
④ 家庭や地域で役割

※個人の価値観や現存の環境要因により①～④のどれに重きをおくかはそれぞれに異なる。同時に①～④の健康項目ごとにリハ支援の目標があってしかるべき。これらと ICF の生命レベル（心身機能・構造）、個人レベル（活動）、社会レベル（参加）と照らし合わせ、ニーズの具体的な把握を介しいて、初期の段階から、最終的段階の過程でめざす目標と支援プランを導いていく。



図―2　4つのカテゴリーからなる「健康」（WHO 推奨の健康とは）

2. まとめ（集計結果等）

① 自立支援型地域ケア会議での検討結果

アセスメント･動作分析	12 事例	アセスメントや行為･動作の分析で、課題や目標をより明確化できるもの。
医療連携の気づき	20 事例	医師やリハビリ職と連携･協力することで、課題や目標をより明確化できるもの。
支援方法の気づき	26 事例	本人の意欲を向上するためのアプローチ方法の検討や、本人等への気づきを促すなど、異なる視点や考え方からの意見を聞き、支援者の手法･手段等が充実するもの。
地域活動創出の必要性	7 事例	地域での通いの場の必要性や、本人の生きがいや役割を見いだすための活動の必要性があったもの。

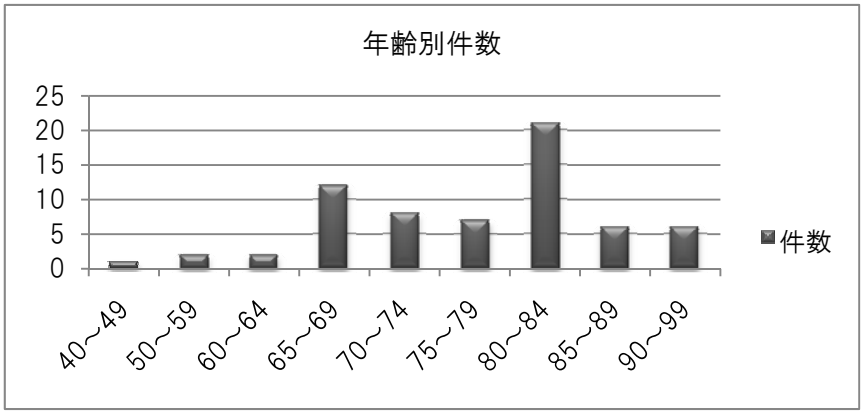
② 要介護度別の利用サービス

要介護度	サービス数	人数	内容説明
要支援 1	1	16	1 つのサービスしか利用していないのは、通所介護、訪問介護、通所リハビリテーションのみが多く、複数サービス利用は、住宅改修･福祉用具購入を含んでいるため人数が増加している。
	2	7	
	3	2	
要支援 2	1	18	
	2	14	
	3	6	
	4	2	

③ 事例分析

【要 介 護 度】 要支援 1＝25、要支援 2＝40

【男　女　比】 男＝20、女＝45



【疾　　患】

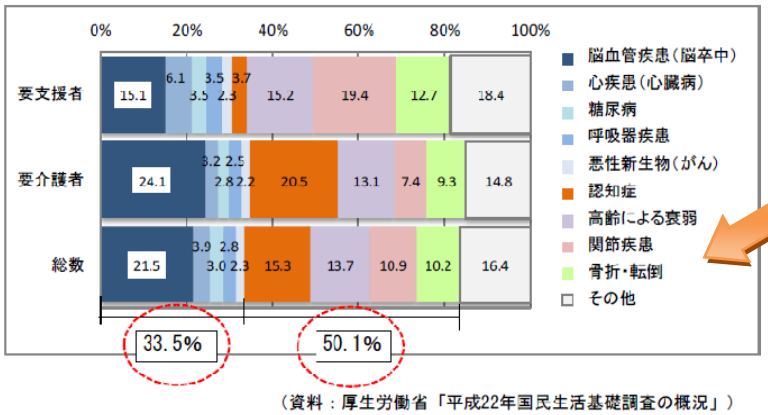
種類	疾患	女性	男性	合計	種類別合計
運動器系疾患	変形性膝関節症	14	3	17	
	骨粗しょう症	5	1	6	
	腰痛症	3	2	5	
	変形性腰椎症	3	1	4	
	脊柱管狭窄症	4	0	4	
	変形性股関節症	4	0	4	
	坐骨神経痛	2	0	2	
	関節リウマチ	2	0	2	44
循環器疾患	高血圧	15	11	26	
	不整脈	2	1	3	
	心筋梗塞	1	1	2	
	狭心症	2	0	2	33
代謝疾患	糖尿病	6	5	11	
	高脂血症	3	3	6	17
脳神経疾患	脳梗塞	3	5	8	
	脳動脈瘤	1	1	2	
	パーキンソン症候群	1	1	2	12
骨折	圧迫骨折	5	1	6	
	外傷骨折	4	1	5	11
眼科疾患	緑内障	2	1	3	
	白内障	2	0	2	
	糖尿病網膜症	1	1	2	7
がん	がん	3	3	6	6
精神科疾患	不眠	1	1	2	
	うつ病	2	0	2	4
呼吸器疾患	ぜんそく	1	1	2	2

提供事例における疾患のうち、運動器系疾患が一番多く、高血圧が一番多い疾病名であった。このことからも、軽度者は介護予防とリハビリテーションの視点による自立支援の重要性が伺える。

また、参考資料として、二次予防事業対象者把握事業（ひらかた高齢者保健福祉計画 21（第 5 期））の分析、それに関連して発表された国際地域看護学会資料（日本語要約）を掲載する。

二次予防事業対象者把握事業の分析結果

以下は、平成 24～26 年度の 3 年間(ひらかた高齢者保健福祉計画 21(第 5 期))に、65 歳以上の方で要支援･要介護認定を受けていない方へ基本チェックリストを送付し、大阪大学大学院と共同で分析を行い、基本チェックリスト結果という量的データを切り口にした地域課題分析の視点や具体的方法に重点を置いた報告内容の一部抜粋資料(参考値)である。



(資料：厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査の概況」)

介護が必要になった要因は、生活習慣病が 3 割、認知症や高齢による衰弱、関節疾患、骨折･転倒で 5 割

全国高齢者 20 年の追跡調査でも、女性に比べ男性は生活習慣病などに起因する疾患などから急激な状態悪化になる割合が高い。

(出典)秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想
『科学』岩波書店、2010

【ソーシャルキャピタルとは】

組織や地域社会における「信頼」「互酬性の規範」「ネットワーク」などによる連帯感･まとまり･問題解決力

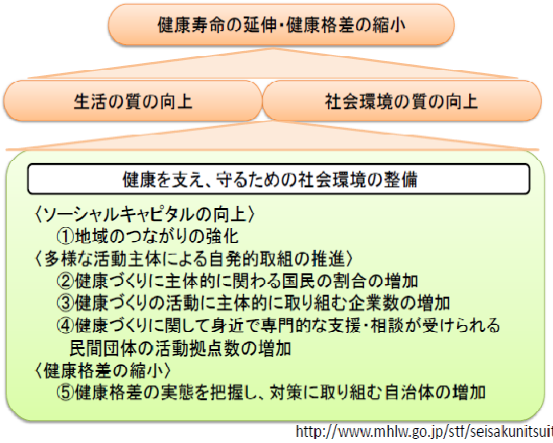
ソーシャルキャピタルの豊かさと健康状態の関係に関するこれまでの研究

絆の豊かな地域は高齢者の健康状態がよい

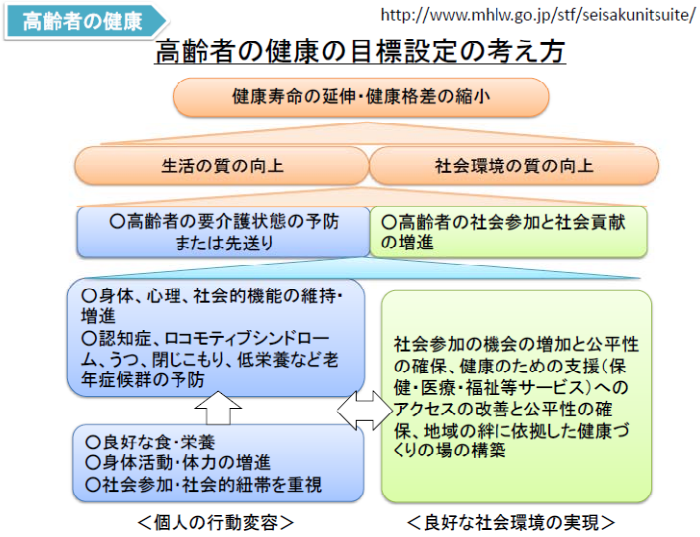
- 地域参加率が高い地域では、認知症リスク者率が低い
- 手段的サポート率が高い地域では、要介護認定率が低い
- 趣味関係グループの参加割合が高い地域は、うつ得点の平均値が低い
- スポーツ組織への参加率が高い地域では、転倒率が低い(3 倍差)(前期高齢者限定)

JAGES ホームページより

「健康を支え、守るための社会環境の整備」の目標設定の考え方



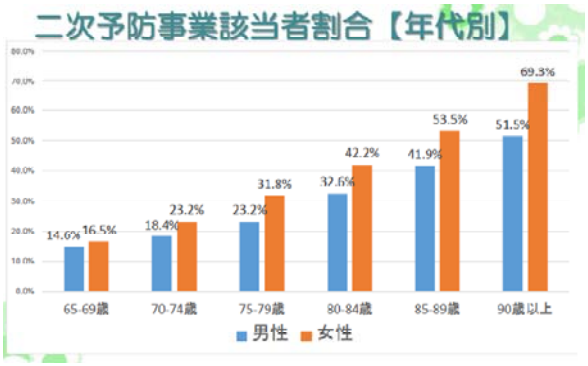
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/



平成 24～26 年度の基本チェックリスト回答結果から、二次予防事業に該当する年代としては、70～74 歳台が一番多く、前期高齢者は市民の人数が多いため、該当者の人数も多くなっている。

また、全回答者から二次予防事業に該当する割合としては、年齢が上がれば、二次予防事業該当者になる割合が上がる。

どの年代も、女性が該当する割合が高い。



独自アンケート結果からは、二次予防事業に該当するのは、現在治療中や後遺症のある病気がある方のほうが多かった。

社会参加や活動の機会が多い方のほうが二次予防事業に該当する割合が低い、平成 24 年度の二次予防事業対象者のうち、教室の参加者と不参加者がその後に要介護認定(要介護 1 以上)を受ける割合は、教室不参加者のほうが高かった。

地域在住高齢者の機能低下に関する要因の検討

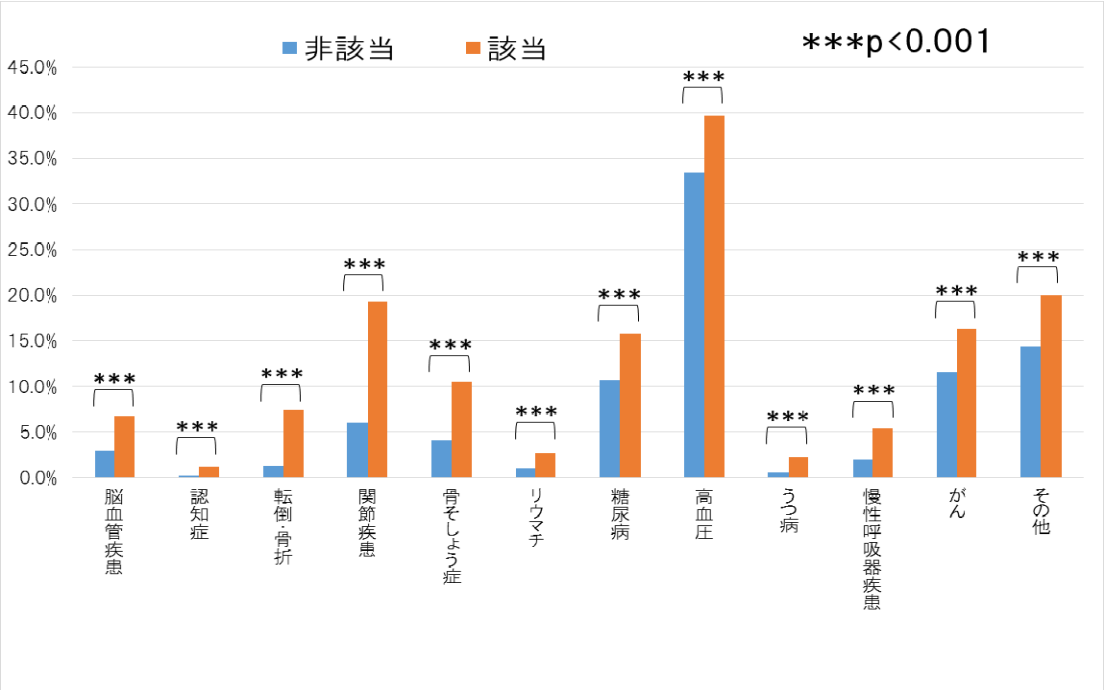
樺山　舞 1)，三上　洋 2)，神出　計 1)

1）大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻，2）大阪治験病院（元大阪大学大学院医学系研究科）

日本の人口約41万人都市部で、自記式郵送調査を実施した。調査期間は 2012~2013 年であり、市内在住の要介護認定申請を除く 65 歳以上の合計 56,608 名を対象とした。調査項目は、属性、基本チェックリスト 25 項目、枚方市独自の質問 10 項目（同居者の有無、疾患の有無と種類、就労有無、社会的活動の有無、市内居住年数等）である。機能低下（二次予防事業該当）に関連する要因を検討するため、該当・非該当を目的変数とし、男女別にロジスティック回帰分析を行った。

有効回答者数は41,115名（有効回答率72.6%）であり、平均年齢は72.0±5.9歳（男女共72.0歳）であった。介護二次予防事業に該当したのは 10,348 名（25.2%）であり、すべての年代において女性の該当率が有意に高かった。市独自の質問項目分析の結果、男女ともに高年齢、疾患有、市内居住年数（20 年未満）、就労無、社会的活動無が、また男性だけに同居者無が二次予防事業の該当にそれぞれ独立して有意な関連性を示した。男女ともに“疾患有”が最も強い関連性を示した。回答者の罹患疾患内容を男女別でみたところ、関節疾患、骨粗鬆症の割合が女性で有意に多かった。

女性、高年齢、疾患有り、市内居住 20 年未満、就労または社会的活動が無しの者、また男性では独居である場合は二次予防事業該当者であるリスクが高かった。今後、これら要因と因果関係を検討し、効果的な介護予防対策を展開する必要がある。



3. 個別支援の質の向上

高齢者が抱える心身面の課題、在宅、住宅、家族状況など環境面の課題など、その人を取り巻く全体的な状況を的確にアセスメントすることが「介護予防」「自立支援」への第一歩である。

本人や家族の言葉の真意を引き出すためにも、支援者として信頼関係を構築することはアセスメントをするうえで重要である。

利用者の自立を阻害する要因が環境因子なのか個人因子なのかを明確にし、それをどう解決・改善していくか、予後予測によってどの課題にどのようなサポートをすることが自立につながるのかを、多職種が専門性を発揮して支援者の後方支援を行うことを目的に、平成 27 年 4 月から 8 月の助言者（アドバイザー）は、市職員（PT1 名、OT2 名）の 3 名でスタートし、途中から枚方市地域包括支援センター運営等審議会会長を含め 4 名で実施してきた。

効果的な支援を行うために、本人がしたい動作を行うための助言、本人がやる気になる目標設定や、目標を達成できる具体的・効果的な支援の組み立てや関わり方の助言、動作や行為を分析することの必要性、諦めずに目標に向かって働きかける姿勢など多種多様な助言により、支援者の気づきを促し、支援者の知識やスキルの向上につながった。

多種多様な助言の内容は、各事例の「今後の支援の方向性」に記載されているが、地域包括支援センター職員に対するアンケートからも以下の意見があった。（一部抜粋）

- 痛みの原因や歩かなかった原因を掘り下げることにより問題点が明らかになることを再確認した。
- 生活の課題における根本的な原因は、本人が出来ないと思い込んでいるところというのは共感した。同様のケースはたくさんあると思う。
- 関節可動域に対してのアプローチについて、専門職からの意見がいただけたことがよかった。
- 理学療法士から膝の痛みに対する治療のタイミングがある事を学び大変参考になった。
- 家族の支援は自立支援型地域ケア会議には直接の関係ないのではないかと報告を控えめにしたつもりが、助言者に共感していただき心強く感じた。家族の力を再確認するきっかけになった。
- PT と OT の意見を伺って一つ支援の方向性が増えたことです。
- 「痛み」どこが？なぜ痛いのか？「しんどい」という発言に隠された本当の意味は？「排泄や、着脱衣が難しい」時間がかかるだけなのか？動き自体ができないのか？等、一つ一つの訴えと向き合い、原因に対しきちんと掘り下げていくことが大切だと改めて感じた。
- ケアマネのアセスメント力に着目し、阻害因子が何であるかを気づかせるような助言があり、それらの必要性を再確認し、「できること」「できないこと」を明確にするアセスメント、要望ではなく課題を抽出することの重要性が理解できた。
- 今以上に自力が見込めるとあるが、IADL の可能性が低いとしたのはなぜか。またそれが低いのは環境的な因子か個人的な因子か…など、質問の切り口が参考になった。

4. 抽出した地域課題

年齢が上がるにつれて地域で活動をしている人に同年代がいなくなり、介護予防通所介護（デイサービス）に行けば同年代の人がいる。身体機能が向上し、介護保険のサービスを利用しなくても日常生活が送れるが、介護保険のサービス提供者の関わりがなくなると孤立してしまう。など、地域で活動できる場所、集える場所がないため介護保険のサービスを継続している事例が複数あった。

また、近隣の支援を受けて在宅生活が継続できているが、その事例において関係者による予後予測や合意形成がなされていないことから、今の状態がいつまで継続できるのか不明瞭な事例もあった。

自立支援型地域ケア会議において、リハビリ専門職からの助言を受けたことで、動作や行為の分析・評価が必要であると気づいたが、リハビリ専門職の訪問をどこにどう依頼したら良いのか。そのような制度がない。利用者や家族と信頼関係を構築するための接遇スキルを向上する必要がある。地域包括支援センター職員全員を対象とした研修が開催できないか。など支援者のスキル向上による新たな課題も出てきた。

地域で活動できる場所や集える場所については、介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業として、平成 29 年4月の介護予防・日常生活支援総合事業の開始に先駆けて平成 28 年度から場所づくりに取り組むため、平成 27 年度にモデル事業（ひらかた元気くらわんか体操）を実施していく。

地域で集まっている場において、ひらかた元気くらわんか体操を実施することで、一人では続かない体操を続けることができる。その先には、ひらかた元気くわらんか体操を実施するために集まる場ができる。地域で活動できる場所や集える場所の創出を目指す取り組みにつながった。

体操の継続や活動の場の必要性については、従前の介護予防事業（二次予防事業等）においても、教室参加により身体機能等が向上しても教室終了後の行き先がないため前の状態に戻ってしまう。教室参加を希望するものの、教室の開催場所が遠い。自分で気をつけているからという理由から不参加となった二次予防事業対象者が、一年後二年後に要支援・要介護認定が必要となってくる。といったことから必要性を感じていたものの、この自立支援型地域ケア会議において、介護予防・日常生活支援総合事業の創設に先駆けて、真っ先に取り組むべき課題であるとの共通認識のもと、平成 27 年 11 月からのモデル事業実施に漕ぎけることができた。

支援者の接遇スキルの向上や、疾患も生活背景も似たようなケースが多いため重複する内容が多いといった意見から、似たようなケースをまとめた支援例の提示による支援者の選択肢の増大など、この他にも今後、様々な地域課題を抽出することで、一つひとつの解決策の検討を続けることが必要である。

施策化へのプロセス（一例）

介護予防事業

①一次予防事業

（高齢者元気はつらつ健康づくり事業等）

②二次予防事業

（通所型介護予防事業）

事業からみえてきた課題

①実施場所が遠く参加できない。

②教室終了後に継続して参加できる場がない。

二次予防事業　基本チェックリスト集計結果

- チェックリスト判定結果
- 枚方市独自項目
- アセスメント入力結果

抽出した地域課題

身体機能が向上し、介護保険のサービスを利用しなくても日常生活が送れるが、介護保険のサービス提供者の関わりがなくなると孤立してしまう。

自立支援型地域ケア会議

自立支援に資するケアマネジメントを目的とした地域ケア会議

平成 27 年度　モデル事業

平成 28 年度　先行実施

ひらかた元気くらわんか体操（一般介護予防事業）

柔軟性の

ラジオ体操第一

筋力向上・バランスアップの

ロコモ体操

脳の刺激（瞬発力・認知症予防）の

ひらかた体操

約 10 分でできるように効果的な体操3つをセット
ラジオ体操第一は毎朝テレビやラジオで毎日できる！

スタート支援として、体操の実技指導と体力測定を実施
継続して実施しているグループには、半年後にも体力測定を実施

一人なら続かないけど、皆と一緒ならできる！

いつもの集まりでセット体操を

↓

集まるために体操を

↓

地域での集いの場

平成 29 年度　介護予防・日常生活支援総合事業（案）

（1）介護予防・生活支援サービス事業

○ 対象者は、要支援者に相当する方
① 要支援 1・2 の新規認定を受けた方
② 要支援 1・2 の更新認定を受けた方
③ 基本チェックリストで事業の対象者と判定された方
④ 要支援 1・2 の認定を受けている方で、事業の利用を希望する方

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

（介護予防・生活支援サービス体制整備事業）
要支援者等に相当する方の必要とする、住民主体による各種の多様なサービスが適切に提供されるよう、地域ケア会議等を通じて、地域に不足する資源を把握し、地域包括支援センターと連携して、サービス基盤となる資源の開発・発掘・育成を推進

（2）一般介護予防事業

○ 対象者は、第 1 号被保険者の全ての方、その支援のための活動に関わる方
○ ひらかた元気くらわんか体操を中心に様々な介護予防事業を展開することで、体操・活動の場の拡充を図る。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる（基本チェックリストの活用）
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う（ひらかた元気くらわんか体操の普及、心の健康・からだの健康まつりの実施等）
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う（ひらかた元気くらわんか体操の継続支援）
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場、ひらかた元気くらわんか体操の評価等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

5. 事例（アセスメント表、利用サービス、今後の支援の方向性）

① 検討結果別　今後の支援の方向性（合意形成内容）一覧

【アセスメント動作分析】 の今後の支援の方向性（合意形成内容）

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-1	1	80	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所介護	運動・マシントレーニング
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	本人が歩けなくなることに不安を感じていることから ADL・IADL の向上が必要だと思いますが、膝の伸展や屈曲が難しい状態の原因を確認し、まずは排せつや入浴といった屋内での自立を確認したうえで外出できることを目標としてはどうでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-2	1	83	男性	要支援 1	週 1 回 予防通所介護	運動・マッサージ
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	認知機能の低下が気になることからタイミングをみて専門医の受診も必要ではないでしょうか。また信頼関係を構築しアセスメントするためにも、本人や家族の話を聞き出すスキルやキーパーソンを見極める視点も大切かと思います。状況の変化にも対応するのは大変でしょうが本人が抱えている問題を引き出してあげてください。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-3	2	93	女性	要支援 2	週 1 回 予防訪問介護 用具購入、住宅改修	掃除・買物 補助杖・入浴用いす購入、手すり設置
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	できないこととしてすべてを援助するのではなく、自分でしたいという思いを尊重し、できる動作やできる工夫を増やすことで、今の生活を維持・向上していくことができると思います。できることを増やすアプローチのため、できる動作とできない動作を分析・整理してみてはどうでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-4	3	65	男性	要支援 2	週 2 回 予防訪問介護	調理・洗濯物干し・掃除・買物
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	ストレスをかけないよう、負担にならないようにと何もしないのではなく、骨のもろさも考慮しながら、元気になれていない理由を一つずつ消去することで原因を追究していく必要があるかと思います。ただ、てんかんの症状が不明であれば消去法による原因の追究が困難になることから、医学的な確認をするため本人の受診が先決だと思います。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-5	3	67	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所リハ	疼痛緩和・リハビリ （医療看護）週 3 回服薬確認・入浴
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	楽に歩きたいという思いで目標を設定してしまうと、「楽」の基準を支援者間が共通認識することが難しいと思います。利用者本人との関係性が構築されている訪問看護師の協力を得ながらサービス導入時にリハビリ職と、利用者本人が認識できるような具体的な目標を定めてはどうでしょうか。					

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-6	4	69	女性	要支援 2	週 5 回 予防通所介護 予防訪問介護	掃除・買物・ゴミだし・薬の受け取り、運動
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	本人が出来ないと思っていても、一つの動作の中で出来る事と出来ない事を明確にすると、本人の自信につながると思います。ゴミ捨ての動作や動線の確認をしたうえで、どのような機能を向上させることが有効なのかをサービス提供者間で共有してみてはどうでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-7	7	69	女性	要支援 1	週 1 回 予防通所介護 用具貸与、用具購入	運動、手すりレンタル（トイレ）、浴室手すり・浴槽台購入
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	ノルディックウオーキング用ポールを利用して外出されていることから、筋力やひざの動きに改善がみられますが、一年後の目標である入浴を可能にするためには、リハビリ職による自宅内の動作確認を行い、本人と支援者が共通認識を持つことで生活動作の改善を図る取り組みをしてはどうでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-8	8	61	男性	要支援 1	週 1 回 予防訪問介護	買物
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	めまいや感覚障害など今の症状をアセスメントし、今出来ること出来ないことを考え、目標を設定する必要があるのではないでしょうか。また、めまいが起こることを前提に転倒リスクを軽減するための立ち位置など、今の状態でできることを検討しながら支援することで少しでも不安が解消されると良いですね。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-9	9	66	女性	要支援 1	週 1 回 予防通所介護	運動
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	生活の作業の中から自助具の工夫などで糸口を探り、主婦としての役割を取り戻せるように、今出来ていることを細かく分析し、今から出来ることを予測しながら一つずつステップアップができることで目標に近づいていくのではないでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-10	11	93	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所リハ	リハビリ
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	家族と同居しながら本人が疎外感を感じている理由を明確にするためには、家族へのアプローチから家族の意向を確認してはどうでしょうか。家族のなかで本人の感じている疎外感を解消し、役割や存在を確認できるための支援を模索してみてください。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-11	12	86	女性	要支援 1	週 1 回 予防通所介護	柔軟体操、筋力増強（運動）
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	畑での作業内容や、畑内での移動・動作を一つずつ確認することで、デイサービスでの具体的な出来ない動作に対するリハビリが出来ると思います。また、環境を整えることで畑作業が容易に出来ることもあるので、本人と一緒に考えていけると良いですね。					

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
1-12	13	84	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所介護 用具貸与	リハビリ 歩行器・手すりレンタル
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	浮腫や筋力低下を改善するために、出来ることと出来ないことを細かく分析することで、ポイントを絞り込んだ具体的な方法の提案ができるのではないでしょうか。また、本人の意向を確認しながら具体的なリハビリにおける目標を設定してはどうでしょうか。					

【医療連携の気づき】 の今後の支援の方向性（合意形成内容）

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-1	1	84	女性	要支援 2	週 5 回 予防通所介護 予防訪問介護 用具貸与	体操・入浴、掃除・調理・入浴見守り・ゴミだし・洗濯干し、歩行器・車いすレンタル、（医療訪リハ週 1 回：リハビリ）
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	パーキンソン病特有の症状と医療の訪問リハビリテーションの内容を把握することで、今後予測される事に対する検討やリハビリテーションの効果の向上が望めるのではないかと思います。目標である旅行が失敗経験にならないよう旅行計画へのアドバイスもしてあげてくださいね。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-2	1	60	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所介護	運動
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	脳梗塞の後遺症（嚥下障害・めまい等）を改善するためと頑張りすぎているのではと心配です。かなり改善しているのであれば、この先どこまで改善できるのかを専門職の関与で明確にし、可能な目標を設定しなければ、いつまでも達成することができない状況に陥るのではと思います。具体的な達成目標を掲げ、本人とサービス提供者間で共有することが必要ではないでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-3	3	86	女性	要支援 2	週 2 回 予防訪問介護 用具貸与	買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	膝折れがあるのであれば、押し車より歩行器のほうが負担が少ないと思われます。買い物に行きたいという本人の思いから、買物の手段について電動カートや歩行器の導入など本人の理解を得ることができれば、身体機能の改善可能性を探ることができるのではないでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-4	4	82	女性	要支援 2	用具貸与	歩行器レンタル
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	目標が具体的であることから、本人としても目指すべき姿が見えているのは素晴らしいことです。出来ない事を家族に委ねることを本人に理解してもらうのは大変だったかと思います。ただ、医療のリハビリが在宅生活を意識したリハビリになっているのかを確認し、医療担当者と本人の目標を共有することで目標の達成に向けた支援につながるのではと思います。					

<table>
<tr><td rowspan="3">事例
2-5</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>4</td><td>79</td><td>女性</td><td>要支援 2</td><td>週 2 回
予防通所介護</td><td>ヨガ･体操（運動）</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">痛みの原因が判明すると、コルセットの使用方法の検討など痛みを軽減できる方法の検討ができるかと思います。本人の活動したい思いを支援できるように、まずは痛みの原因について主治医に確認してみてはどうでしょうか。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
2-6</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>4</td><td>86</td><td>女性</td><td>要支援 2</td><td>週 2 回
予防通所介護</td><td>バランス力と体幹を鍛える</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">リハビリを目標にしてしまうと、発症前の状態に戻らないという現実を受け止められなくなってしまうことから、改善できる状態をサービス提供者間で共有し、本人に伝えていくことも必要かと思います。また、フィットネスなど本人に合った運動ができる場所を提示することで選択肢が広がり、本人の不安感が軽減されるのではないでしょうか。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
2-7</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>9</td><td>86</td><td>女性</td><td>要支援 2</td><td>週 2 回
予防訪問介護
用具貸与</td><td>掃除･買物同行
手すりレンタル</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">できる工夫をすることで、自分でできる家事が増えているのは素晴らしいと思います。転倒の不安を軽減し、外出できる自信を持っていただくためには、歩くことの安定性が必要ですが、円背であれば身体的に足を上げることが困難になります。背を伸ばし足を上げて歩くためには歩行器等の道具の活用を検討してはどうでしょうか。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
2-8</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>6</td><td>78</td><td>女性</td><td>要支援 1</td><td>週 1 回
予防通所介護</td><td>運動</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">自宅でオリジナル体操を 1 時間も行っているというのは素晴らしいことです。オリジナル体操をリハビリ職が確認することで本人に合ったアレンジを加えることも出来ると思います。ただ、一年後の目標である「姿勢よく」というのが、変形が治りまっすぐな背中になると認識されているのであれば、いつまでもゴールが見えないこともあります。身体的に可能な目標であるのか確認してみてはどうでしょうか。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
2-9</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>6</td><td>76</td><td>男性</td><td>要支援 2</td><td>週 1 回
予防訪問介護
用具貸与･住宅改修</td><td>掃除･洗濯･調理
手すりレンタル、手すり設置</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">本人の状況から「グランドゴルフに参加する」ことはすぐにでも出来ると思われますが、痛みが続いているのが気になります。痛みをそのままにしておくのではなく、痛みの原因を知り、痛みの軽減やコントロールができれば活動量が上がり、目標を達成しやすくなるのではないでしょうか。</td></tr>
</table>

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-10	7	84	女性	要支援１	週１回 予防通所介護	運動
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	腰痛が自立を阻害しているということから、かかりつけ医での物療や通所介護のリハビリを何年も続けておられますが、今のままでは改善が見込めないのではと懸念します。リハビリ職がかかわることで痛みの緩和ができることもあります。リハビリ職のいる通所介護への変更など痛みをコントロールする方法を再度検討してみてください。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-11	8	82	男性	要支援１	週１回 予防通所介護 用具貸与	マシントレーニング 手すり･電動カートレンタル
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	ふらつきの原因が不明であることから、ふらつきが改善されてから筋力を向上するというのではなく、筋力の向上を目的とした運動をすることでふらつきが軽減することもあります。現在の歩行状態から目標を達成するためには、少し筋力の向上に着目して支援する必要があるのではと感じます。本人のやる気を自信に変えるため活動量を増やす工夫を検討してみてはどうでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-12	8	74	女性	要支援１	週１回 予防通所介護	運動
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	膝関節症だからと曲げる動作をしなければ関節が曲がらなくなるので、曲げた足に体重がかからないよう工夫すれば正座など関節を曲げる動作は良いと思います。サービスではない社会的つながりや役割、生きがいを見つけられることがサービスからの卒業につながると思います。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-13	8	81	女性	要支援１	週１回 予防通所介護 住宅改修	運動、手すり設置
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	リウマチについては、医学的な所見やデータを把握することは重要で、それに基づき専門職が介入することで、本人の状態を見ながら休むことや負担のかけない運動の提案ができるのではないでしょうか。また、病状の進行を予測しながら環境の整備についても検討してください。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-14	5	85	女性	要支援１	週２回 予防通所介護 予防訪問介護	運動、掃除 夕食の配食（毎日）
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	転倒の不安を解消するため、サービス事業所のリハビリ職などと一緒に自宅内でよくつまづく場所を確認し、その場所に手すりを設置するなど、つまづく場所でのポジションやバランスを検討することで、足が上がりやすい状況を作ることができるのではないかと思います。					

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-15	10	56	女性	要支援 2	週 2 回 予防訪問看護 住宅改修	痛みの観察・動作リハ 手すり設置
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	体力や機能が向上しても 150 歩で休憩するという固定観念にとらわれてしまわないか心配です。痛みを緩和するためにも自宅で入浴できることを再検討してはどうでしょうか。また、本人が社会復帰を望み頑張っていることから一年後の目標を達成できなかった場合の反動が心配です。身体的に達成可能な目標なのかをリハビリ職に確認してみてはどうでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-16	10	71	女性	要支援 2	週 1 回 予防訪問介護 用具購入	掃除 シャワーチェア購入
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	本人が感じている機能低下というのが、下肢筋力の低下ではなく、痛みやバランスなど他の原因も考えられることから、座位がどのくらい保てるかなど、回復を実感できることにつながる時期に合わせた目標の共有が大切ではないでしょうか。今後、リハ職の関わりの中で状態に合わせた目標が設定できるよう支援をお願いします。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-17	12	82	女性	要支援 2	週 5 回 予防通所介護 予防訪問介護	運動 買物・調理・片付け・ゴミだし
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	圧迫骨折を心配して何もしなければ、さらに何も出来なくなる可能性があります。リハビリ職による動作の確認や調理器具などの配置場所の工夫等で、成功体験を積み上げることが本人の不安感の軽減につながるかもしれません。本人がやりたいと思っていることができるようになる支援を工夫しましょう。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-18	12	81	男性	要支援 1	週 2 回 予防訪問介護	掃除・調理・安否確認
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	一人暮らしに対する家族等の不安から「安心」の代替として訪問介護を利用するのではなく、訪問看護による呼吸リハを導入することで「安心」を手に入れることができるのではないでしょうか。徐々にサービス量を減らしてみるなど状況を見ながら支援してはどうでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-19	13	73	女性	要支援 2	用具貸与	手すりレンタル
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	要支援認定を受けている夫の負担が大きくなっているのではと思われます。本人もできる家事を行いたいと思っているのであれば、作業療法士による関わりで片手で使用できる調理器具の紹介など生活の工夫ができると思います。また、支援の方向性を確定するためにも医師に病状の確認を行いましょう。					

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-20	13	83	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所介護	運動
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	脊柱管狭窄症の症状と膝痛は別の要因ではないかと思われます。痛みが強くなっていることから、色々な痛みが重なり合ってしまっている可能性があるので痛みのコントロールについて検討してはどうでしょうか。また、疾患や痛みの状態から自宅での入浴についても検討してはどうでしょうか。					

【支援方法の気づき】 の今後の支援の方向性(合意形成内容)

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-1	1	69	男性	要支援 1	週 1 回 予防通所介護	運動・姿勢の矯正
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	円背と膝痛の関係が気になるところではありますが、本人から本音を聞きだすためにも信頼関係を構築することが大切かと思います。今の状況への対応ではなく、何が問題なのかに本人が気づき、地域の中で役割を果たすなど生きがいや役割を見つけられる支援をすることで、変わっていくのではないでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-2	2	74	女性	要支援 2	週 5 回 予防通所リハ 予防訪問介護 予防訪問看護 用具貸与	リハビリ 掃除・買物同行・調理 服薬管理と栄養指導 歩行器レンタル
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	このままの生活を続けた場合の可能性を示し、本人の気づきを促す必要があるのではないでしょうか。夜は早く寝るなど生活リズムを整えることについても難病支援の保健師の関わりで変化があることを期待したいです。長年の生活習慣を変えることは難しいとは思いますが、サービス提供者間で情報共有しながら支援をお願いします。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-3	2	78	女性	要支援 2	週 3 回 予防通所介護 予防訪問介護	入浴・運動 掃除
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	卒業にするにあたって考えられる課題を伝え、課題解決のための選択肢を専門職としてどれだけ提示することができるかによって、本人の自己決定につながります。ヘルパーの関わりにより少しずつ自信を取り戻していることから、自己決定できるだけの選択肢を用意してあげてください。					

<table>
<tr><td rowspan="4">事例
3-4</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>2</td><td>74</td><td>男性</td><td>要支援 2</td><td>週 3 回
予防通所リハ
予防訪問介護</td><td>下肢筋力向上
掃除･調理</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td colspan="6">本人が自分で決めることを少しずつ与えることで自信を取り戻し、意欲の向上につながるのではないでしょうか。支援者は、本人に寄り添い、諦めず根気よく関わり続けることが大切です。また、脳動脈瘤の位置が前頭葉であれば意欲の低下につながることから疾患の確認も必要かと思います。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">事例
3-5</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>3</td><td>66</td><td>女性</td><td>要支援 2</td><td>週 2 回
予防通所リハ
用具貸与</td><td>バランス力･体力づくり</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td colspan="6">支援される側ではなく、対等の立場でラジオ体操の仲間と散歩ができるまで改善し、自分の役割が出来たことで自信をもてるようになった素晴らしいケースですね。生活が充実していきていることから、支援されるだけのサービスは不要と本人が感じるのではないでしょうか。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">事例
3-6</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>11</td><td>95</td><td>男性</td><td>要支援 2</td><td>週 2 回
予防訪問介護</td><td>掃除･ゴミだし</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td colspan="6">年齢的にも ADL の向上を目標とするのではなく、絵画教室に通うことが出来なくなった時に絵画を続けることができる対策を検討していくなど先を見据えた支援と、インフォーマルサービスを利用してあきらめている写生への参加など外出の機会を増やす取り組みを検討してみてください。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">事例
3-7</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>13</td><td>82</td><td>女性</td><td>要支援 1</td><td>週 1 回
予防通所介護</td><td>体操･入浴･カラオケ</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td colspan="6">在宅での継続を希望しておられるのであれば、この先発生するであろうリスクを予測し、リスクへの対応策を検討することで、地域づくりの視点を含め在宅生活の継続を支援していく必要があるかと思います。そのためにも、区分変更申請の手続きが必要ではないでしょうか。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">事例
3-8</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>5</td><td>58</td><td>女性</td><td>要支援 2</td><td>週 2 回
予防通所介護
用具販売</td><td>運動
置型便座･シャワーチェア購入</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td colspan="6">本人の精神的不安定な傾向から目標をあいまいにされていますが、本人が頑張りすぎて失敗をするより、自信をつけるといった精神面へのアプローチをするために、役割を明確化して成功体験を積み重ねることで自信につながり、明確な目標の設定ができるのではないでしょうか。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">事例
3-9</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>5</td><td>47</td><td>女性</td><td>要支援 1</td><td>週 1 回
予防通所リハ
用具販売・住宅改修</td><td>マシントレーニング
腰掛便座購入・手すり設置</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">発症して 1 年が経過して麻痺が残存している状態で、発症する前の状態に戻るというゴールを本人が設定してしまうと、ゴールに到達できないと気付いた時の落差が心配です。リハビリに期待しすぎてリハビリが目標にならないように、本人が問題に気づいたときに寄り添える支援をお願いします。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
3-10</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>5</td><td>67</td><td>女性</td><td>要支援 2</td><td>週 2 回
予防訪問介護
用具貸与・住宅改修</td><td>整理整頓・掃除・買物・洗濯
手すりレンタル・設置・浴槽改修</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">医療でのリハビリのゴールを確認したうえで、機能回復訓練から動作訓練までが必要なのか、本人が望む動作をするためにリハビリを続ける必要があるのかを検討してはどうでしょうか。本人が自分の問題に向き合える、気づいてもらうための関わりや支援をお願いします。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
3-11</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>5</td><td>79</td><td>男性</td><td>要支援 2</td><td>週 3 回
予防訪問介護
予防訪問看護
用具購入・住宅改修</td><td>買物・掃除
療養指導・入浴介助
シャワーチェア購入・手すり設置</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">筋力低下があるものの肺気腫による呼吸苦から運動をすることは難しいと思います。妻が余命宣告されていることから信頼関係を構築するための時間が限られていますが、訪問看護師と本人の間で信頼関係が構築されているため、訪問看護師と相談しながら今の状況を見守り、妻亡き後の状況予測から支援方法を検討してはどうでしょうか。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
3-12</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>6</td><td>80</td><td>男性</td><td>要支援 2</td><td>週 2 回
予防通所介護
ショートステイ</td><td>生活機能や食欲の維持
家族不在時の食事・入浴</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">視力障害、聴力障害や年齢のこともありますが、出来ることに目を向けることで自信を取り戻すことができるのではないでしょうか。機能障害を持っていても社会的役割を見いだすことができるような支援をお願いします。また、病状の予測から今後のリスクの予防についても検討をお願いします。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
3-13</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>7</td><td>81</td><td>男性</td><td>要支援 2</td><td>週 2 回
予防通所介護</td><td>マシントレーニング</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">ADL が低下していることが意欲低下につながっているのではないかと思います。通所介護での機能向上が可能かどうかサービス提供者間で検討してみてはどうでしょうか。また、年齢と病気の進行による ADL の低下を本人が現実を受け止められるよう、先を予測した支援をお願いします。</td></tr>
</table>

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-14	7	80	男性	要支援 2	週 3 回 予防通所介護 予防訪問介護 用具貸与	運動 掃除 手すりレンタル
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	運動がなぜ続かないのか真意を把握することが大切かと思います。また、自分でも運動しなくてはと思いながら出来ないと意欲が低下するよりは、運動ではなく外出頻度を増やすことで活動量を増やすと捉え、筋力低下や体重減少に取り組んではどうでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-15	7	65	女性	要支援 1	週 1 回 予防通所介護 住宅改修	マシントレーニング 手すり設置
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	術後の状態が良好であるように見受けられることから、痛みが減ると自然に動くことができるようになるので、リハビリが必要なくなると思われます。年齢的にも若く、本人が前向きであることから、訪問リハから通所介護へと良い方向へ向かっているので、何かあればいつでも支援することが伝わることで不安感の軽減もできるのではないでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-16	8	77	男性	要支援 2	週 2 回 予防通所介護	マシントレーニング
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	利用者本人や家族が不安に思っているヒートショックについて医師に原因を確認するなど、不安解消へのアプローチが必要なのではないでしょうか。また、妻の職場に行く目的を設定することで本人の意欲向上につながるのではないかと思います。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-17	9	68	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所介護 用具貸与	マシントレーニング・入浴 車いすレンタル
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	目標を達成するためには浮腫など病状の安定が必要であることから、今の支援方法で良いと思います。ただ、自宅で入浴できる、本人から友人を誘って外出できるなど、本人に自信がつくような精神的なアプローチを工夫してみてはどうでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-18	9	85	女性	要支援 2	週 1 回 予防訪問介護	掃除・買物・洗濯
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	将来に対する漠然とした不安について話し合い、何が不安なのかを明確にして、その不安への対処法を検討してはどうでしょうか。また、めまいやふらつきの症状について医師に伝えたうえで、薬でコントロールできるものなのかどうか確認してから支援方法を考えても良いのではないでしょうか。					

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-19	9	77	女性	要支援 1	週 1 回 予防通所リハ 住宅改修	リハビリ 手すり設置
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	長期入院による体力・下肢筋力の低下ということではありますが、痛みもなく体重の減少もないのであれば、動くことですぐに回復することが可能だと思います。不安の原因は、ADL の問題ではなく心(意欲)の問題かもしれません。本人の気持ちに寄り添える関係づくりを構築することで改善の方向性が見えてくるのではないでしょうか。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-20	10	80	女性	要支援 1	週 1 回 予防訪問介護	掃除・布団干し・買物
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	地域活動を制限してまで訪問介護サービスの利用に固執する理由について、本人と話し合う必要があるのではないでしょうか。サービスを利用することは悪いことではありませんが、介護保険制度やサービスで出来る事と出来ない事等を明確に伝え、本人が抱えている問題を引き出してあげてください。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-21	11	94	女性	要支援 1	週 1 回 予防訪問介護 療養管理指導(薬局)	掃除・布団干し・シーツ交換 服薬管理
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	ADL・IADL からはほとんど自立している状態が見受けられます。服薬管理ができることでさらに状態の向上が見込めます。本人ができることを周りが支援することで、本人の自立を阻害することもあります。出来る事はしたいという本人の意向を尊重し、目標を再検討してください。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-22	11	97	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所介護	運動
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	サービスを利用することで生活のリズムができ、入浴(シャワー浴)の機会も確保されていることから、このままのサービスを利用して現状を維持することも介護予防だと思います。家族との関係が悪化しないよう、家族への支援も含めて対応をお願いします。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-23	11	82	男性	要支援 2	週 2 回 予防訪問介護	掃除・片付け・洗濯
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	外出するための手段はあるが、本人に意欲がない場合には、まず本人と信頼関係を築く必要があるのではないでしょうか。住居周辺で喫煙できる場を設定し、喫煙場所まで出かけるなど本人が出来ること、したいことから取り組むことも検討してみてください。					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-24	12	81	男性	要支援 1	週 2 回 予防訪問介護	掃除・片付け
	今後の支援の方向性(合意形成内容)					
	本人の意識や認識がないことをしてもらうためのアプローチというのは大変困難であると思いますが、医師や仲間からの助言など利用者本人が意識するためのアプローチを続けることが、自立支援につながるのではないかと思います。					

事例 3-25	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
	12	88	女性	要支援 1	週 2 回 予防通所リハ	リハビリ
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	本人が望む行動に到る細かい分析は素晴らしいですね。現在、家族と一緒に神棚の世話をしていることを、今後は一人で行うという目標ではなく、本人の状況から今できる家での役割を家族と一緒に考えて、具体的で簡単な目標とすれば成功体験につながるのではないでしょうか。					

事例 3-26	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
	13	80	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所リハ	歩行リハビリ
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	サービスをリハビリに変更したタイミングが良かったことで痛みが治まってきていると思います。また、痛みが増強したときの家族の支援が、家庭内で必要とされているという気づき、自信を取り戻すことができたのではないかと思います。急激な状態変化等の経過についてリハビリ職に伝えることで今後の対応につながるのではないでしょうか。					

【地域活動創出の必要性】 の今後の支援の方向性（合意形成内容）

事例 4-1	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
	2	70	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所リハ 用具購入	下肢上肢のリハビリ シャワーチェアー購入
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	目標が具体的であることから、本人としても目指すべき姿が見えているのは素晴らしいことです。通所リハビリテーションの卒業も実現性があると思いますが、サービスを卒業することで相談先の喪失など、大きな変化で本人が不安を感じないよう対応をお願いします。					

事例 4-2	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
	6	66	女性	要支援 1	週 1 回 予防通所介護	運動
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	利用者本人が期間を定めて自立することを目標にされていること、その目標を達成するため適切な支援が検討されていることから、自立支援のモデルになりうるケースかと思います。今後も本人の決めた期間での卒業を目指した支援をお願いします。					

事例 4-3	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
	6	90	男性	要支援 1	週 1 回 予防通所介護 住宅改修	運動 手すり設置
	今後の支援の方向性（合意形成内容）					
	家族の適切な支援により、自立した生活が送れているのは素晴らしいですね。ただ同年代が集まる場所が地域になく、デイサービスでしか同年代との交流ができないのはさみしいことですね。最後まで「主人公」として生きていくための関わりや支援を行えると良いですね。					

<table>
<tr><td rowspan="3">事例
4-4</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>10</td><td>84</td><td>男性</td><td>要支援 1</td><td>週 1 回
予防訪問介護</td><td>掃除</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">ADL が自立しているので、サービスが孤立予防になっているのではないかと思います。趣味の活動の再開や家族からの定期連絡などにより、孤独感が軽減するためのアプローチを検討し、利用者本人がサービスではない社会的つながりを実感できる支援をお願いします。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
4-5</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>10</td><td>72</td><td>女性</td><td>要支援 1</td><td>週 1 回
予防通所リハ</td><td>バランス力、体力づくり</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">支援される側ではなく、対等の立場でラジオ体操の仲間と散歩ができるまで改善し、自分の役割が出来たことで自信をもてるようになった素晴らしいケースですね。生活が充実していきていることから、支援されるだけのサービスは不要と本人が感じるのではないでしょうか。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
4-6</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>11</td><td>95</td><td>男性</td><td>要支援 2</td><td>週 2 回
予防訪問介護</td><td>掃除･ゴミだし</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">年齢的にも ADL の向上を目標とするのではなく、絵画教室に通うことが出来なくなった時に絵画を続けることができる対策を検討していくなど先を見据えた支援と、インフォーマルサービスを利用してあきらめている写生への参加など外出の機会を増やす取り組みを検討してみてください。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事例
4-7</td><td>圏域</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>介護度</td><td>利用サービス</td><td>サービス詳細</td></tr>
<tr><td>13</td><td>82</td><td>女性</td><td>要支援 1</td><td>週 1 回
予防通所介護</td><td>体操、カラオケ、入浴</td></tr>
<tr><td colspan="6">今後の支援の方向性（合意形成内容）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">在宅での継続を希望しておられるのであれば、この先発生するであろうリスクを予測し、リスクへの対応策を検討することで、地域づくりの視点を含め在宅生活の継続を支援していく必要があるかと思います。そのためにも、区分変更申請の手続きが必要ではないでしょうか。</td></tr>
</table>

② 検討結果別 アセスメント表一覧

このアセスメント表は、平成 27 年 4 月から会議を実施するにあたり独自に作成したものである。

会議を開催する中で、支援者が対象者をどのように捉え、どのような支援を行っているのか、また、なぜこの事例を提出するに至ったのかを分かりやすく表現するため、「タイトル」と「選定理由」を追加した。（当該報告内容では未記載）

また、当該報告内容において個人が特定されないよう、目標のうち具体的な場所の削除や疾患についても一部削除した。

【アセスメント表 記入例】

【 自立支援型地域ケア会議＿アセスメント表 】

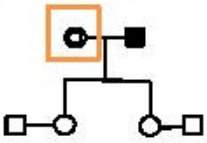
タイトル	ケースを一言で表現する	性別		事業所名称	
氏名かな		年齢		担当者氏名	
選定理由					

○＝自立、▲＝一部介助、■＝全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き どのように歩いているのか、すり足等あれば記載
	屋外歩行	▲ 改善可能性低い	杖歩行 福祉用具や介助の状況を記載
	外出頻度	○ 少し難しい	タクシーを利用し通院時のみ。 定期的に外出できていれば回数も記入
	排せつ	○ 少し難しい	夜間のみポータブルトイレ使用、自分で処理 失禁等あればオムツ使用状況も
	食事	○ 楽にできる	介助や声掛けが必要であれば記載。嚥下状況も含む
	入浴	○ 少し難しい	手すりをつかまり自立 介助の状況、浴槽の跨ぎ等
	着脱衣	○ 少し難しい	ふらつきはあるが自立 ズボンや靴下の着脱含む
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	屈むと腰痛のため掃除機と拭き掃除をヘルパーが行うが、不用品の整理はされていない。
	洗濯	○ 少し難しい	低い位置に干せるよう洗濯干し場を改修済み
	買い物	▲ 改善可能性低い	娘や生協、通販を利用 何が、どうして出来ていないのか
	調理	○ 少し難しい	半調理品を利用し、3食用意している。
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	隣家の方が出してくれる 分別が出来ない、出す日がわからないなども含む
	通院	○ 少し難しい	近所のかかりつけ医は一人で、大学病院は娘とタクシーで行く。
	服薬	○ 楽にできる	飲み忘れや残薬があれば記載、巧緻機能も含む
	金銭管理	○ 楽にできる	誰がしているのか、頼める人がいない場合も記載
	電話	○ 少し難しい	補聴器を使用していない時は、聞き取りにくく文節を区切り話す必要あり
	社会参加	○ 楽にできる	毎月川柳を投句。地域行事などの集団参加は苦手。

項目		経過	疾患名	現状
疾患	主な治療・観察中の疾患	治療中	高血圧	かかりつけ医に1回/月度受診し、服薬治療中
		観察中	変形性膝関節症	かかりつけ医に1回/月度受診。
		治療中	関節リウマチ	大学病院に2か月に一度通院し、服薬治療中

項目		可否・有無	現状
認知	意思伝達	できる	
	もの忘れ	無	カレンダーに訪問予定等を書き込んでいるが、時に書き忘れることもある。

家族構成図	住宅環境	【 生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等 】	
	一戸建て（浴室内自費で手すり設置済）廊下の掃きだし窓から洗濯物が干せるようにウッドデッキを取り付け	個人因子	座骨神経痛に伴う腰痛、両変形性膝関節症のため屈むことが出来ない。難聴
一日の目標		環境因子	一人暮らし。自宅の前が坂道。歩いて行ける距離にスーパー等がない。隣人がごみ出しやおかずの差し入れ等をしてくれる。二人の娘が交代で1回/週訪問し、買物をサポート。
半年後の目標			
一年度の目標			

事例 1-1 【アセスメント表】 **アセスメント動作分析**

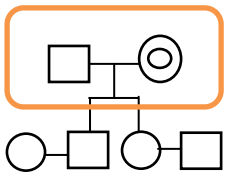
Sさん	80 歳・女性	担当	地域包括支援センター社協こもれび

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き。
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	杖を利用して短距離のみ歩けるが不安定で夫の手を借りる。
	外出頻度	○ 少し難しい	夫の運転で週 2 回の買物や受診などに出かける。
	排せつ	○ 少し難しい	トイレまで間に合わず下着を汚すことが多い。
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	▲ 改善可能性高い	月 1 回程度シャワー浴のみ。背中や足元は洗えない。
	着脱衣	○ 少し難しい	上衣はできるがズボンは座位で片足ずつ行い時間を要する。
IADL	掃除	■ 改善可能性低い	夫が行っている。
	洗濯	■ 改善可能性高い	夫が行っている。
	買い物	▲ 改善可能性高い	週 2 回、夫の運転で行く。カートを支えに休み休み行う。
	調理	○ 少し難しい	長時間の立位が難しく、出来合いの物や冷凍食品の温め、炊飯はできる。
	ごみ出し	■ 改善可能性低い	夫が行っている。
	通院	▲ 改善可能性高い	夫の車で往復する。
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	受話器が少し高い所にあり、膝立ちになるのに時間がかかる。
	社会参加	▲ 改善可能性低い	日中は居間のコタツで寝たり起きたりの生活。物を取る時は夫に指示することが多い。

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	潰瘍性大腸炎	20 代で発症。ここ 10 数年は入院していない。
	治療中	高血圧	内服治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境
	一戸建て。 道路から玄関に段差の高い 4 段の石段。 手すり設置済み。 玄関ポーチに 1 段あり。

1 日の目標	1 日 1 回は屋外に出る。
半年後の目標	1 日 1 回は屋外に出る。
1 年後の目標	今の健康状態を維持し、足腰の力をつけて外出できるようになる。

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
個人因子	潰瘍性大腸炎を 20 代で発症し、毎年、長期入院していたが、ここ 10 数年は入院しておらず症状は落ち着いている。しかし長年の習慣からか、日中も横になることが多い。両膝はきちんと伸展できず左膝は屈伸もできない。
環境因子	夫と二人暮らし。家事のほとんどを夫が担っている。夫は難聴で電話やチャイムの音が聞こえない。もの忘れも最近ひどくなっているが、大きな問題はなく、妻の身の回りの世話なども行っている。息子・娘は他市在住で、時々孫を連れて来るが、生活の支援は難しい。自宅から少し歩くと急な坂道になる。

本人が歩けなくなることに不安を感じていることから ADL・IADL の向上が必要だと思いますが、膝の伸展や屈曲が難しい状態の原因を確認し、まずは排せつや入浴といった屋内での自立を確認したうえで外出できることを目標としてはどうでしょうか。

事例 1-2 【アセスメント表】 **アセスメント動作分析**

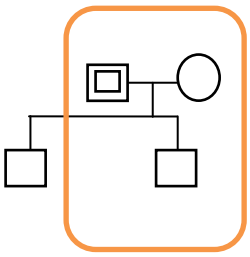
Yさん	83 歳・男性	担当	地域包括支援センター社協こもれび

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	下肢筋力低下が見られるが、ゆっくり独歩で歩行できる
	屋外歩行	○ 少し難しい	長くは歩けないがゆっくり独歩で歩行できる
	外出頻度	○ 少し難しい	週に 1 回運動系ﾃﾞｲ利用し、それ以外の日は近隣に犬の散歩を朝晩 10 分程度行う
	排せつ	○ 少し難しい	腰痛のためゆっくり
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	手すり設置を進めるが本人拒否している
	着脱衣	○ 少し難しい	椅子に腰かけ、ゆっくり行う
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	家事はすべて妻が行っている
	洗濯	▲ 改善可能性低い	〃
	買い物	▲ 改善可能性低い	〃
	調理	▲ 改善可能性低い	電子レンジで食事を温めることはできる
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	家事はすべて妻が行っている
	通院	○ 少し難しい	息子が車で受診している
	服薬	○ 少し難しい	服薬は自分で管理しているが、時々薬が床に落ちていることがある
	金銭管理	○ 少し難しい	月 2 回の外出時は自分で金銭管理できている
	電話	○ 少し難しい	自分でかけることはできる。難聴気味
	社会参加	○ 少し難しい	月 2 回電車に乗って会いに行く。週 1 回運動系のﾃﾞｲ利用している

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	高血圧・高脂血症	服薬にて管理。服薬の中に眠気の起こる薬がある
	治療中	腰痛	服薬にて管理。眠気のおこる薬があり。
	観察中	不眠	現在、服薬中止

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	自分の考えは伝えることが出来る。
もの忘れ	有	事務処理で株の配当金を自宅のコピー機でコピーして置き忘れて、換金せず期限切れにしてしまう。

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	閑静な住宅地の一戸建て。 一階部分に自室がある。 自宅内手すりなど住宅改修は行っていない。	個人因子	高血圧症・高脂血症・腰痛があり両下肢筋力低下が進み閉じこもりがち。もの忘れがあるがうつ病があるのかはっきりわからない。友人と月 2 回会っているが、集合場所や週を間違うことが時々あり、その時はパニックになって携帯電話持っていてもバックの奥底に入れて連絡する事も考えつかない状態。判断力・理解力の低下が見られる。プライドが高く自分の思いを率直に話すことが出来ない。不眠が続き精神科で多量の眠剤を服用していたが、家族が中止して最近は服薬していない。
		環境因子	夫婦と次男の 3 人家族 次男が仕事をしていないと思われるがはっきりわからない。 住宅改修を進めても本人拒否される。家族のプライドが高くて詳しいことが聞けない。食事面でバランスの良い献立を立てているか生活状況が確認できていない。

1 日の目標	毎日デイサービスで習った運動やテレビ体操を朝昼 15 分ずつ行う。
半年後の目標	デイサービスを休まず利用して腰の痛みを改善する。
1 年後の目標	スムーズに歩けるようになる。

認知機能の低下が気になることからタイミングをみて専門医の受診も必要ではないでしょうか。また信頼関係を構築しアセスメントするためにも、本人や家族の話を聞き出すスキルやキーパーソンを見極める視点も大切かと思います。状況の変化にも対応するのは大変でしょうが本人が抱えている問題を引き出してあげてください。

事例 1-3 【アセスメント表】 **アセスメント動作分析**

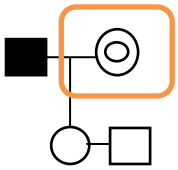
Yさん	93 歳・女性	担当	地域包括支援センター社協ふれあい

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	杖歩行
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	ふらつきあるが、週に 1 回くらいはシルバ゛-カ-で買物に出かける
	排せつ	○ 少し難しい	掴まる所があれば、立ち座り可
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	▲ 改善可能性高い	手すり使用にて、浴槽立ち跨ぎ可
	着脱衣	○ 少し難しい	ふらつきあるが自立
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	屈むと腰痛。手の届く所は出来る。掃除機床面はヘルパーが行う。
	洗濯	○ 少し難しい	座って伸ばし、下の方に干す。
	買い物	▲ 改善可能性高い	調理が好きなので、自分でも行きたい希望が大きい。
	調理	○ 少し難しい	座ってカットして簡単な物を調理したり、準備できる。
	ごみ出し	○ 少し難しい	ふらつきあるが、こまめにだすようにしている。
	通院	○ 少し難しい	娘が同行・送迎する。
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	▲ 改善可能性高い	コーラスサークルには復帰する予定

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	右変形性股関節症	H26 年右股関節置換術施行後リハビリ入院
	治療中	虚血性心疾患	内服・貼薬にて治療
	治療中	緑・白内障手術	

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	理解能力なども問題なし。
もの忘れ	無	予定を記入・確認

家族構成図	住宅環境
	エレベーターありのマンションに独居。過去に段差解消手すりの設置済みであったが、今回退院後に手すりの追加する。娘家族が市内におり、通院など必要時には支援をしてくれる。

1 日の目標	毎日、3 食きちんとバランスよく食べる。
半年後の目標	できる家事(洗濯・調理・手の届く所の片付けなど)を少しずつ増やし、週に 1・2 回は買い物に行く。
1 年後の目標	コーラスや体操サークルを再開する

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
個人因子	H26 年春より右下肢痛が酷くなり、温泉病院で治療を続けるが改善せず、年末に股関節置換術を行う。屈むことが出来ず重い物が持てない。心疾患があるので、少しの動きで動悸がすることがある。術後である事、高齢による下肢筋力の低下を認める。自立心が強く自分で何でもしたい希望ある。
環境因子	ご主人が亡くなって独居である。約 10 年前に娘の住む枚方市の現マンションに引っ越してくる。娘家族が市内在住。娘にも足の障害があり、日常的には支援は望めない。

できないこととしてすべてを援助するのではなく、自分でしたいという思いを尊重し、できる動作やできる工夫を増やすことで、今の生活を維持・向上していくことができると思います。できることを増やすアプローチのため、できる動作とできない動作を分析・整理してみてはどうでしょうか。

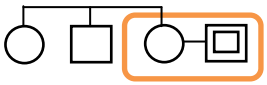
Mさん	65 歳・男性	担当	地域包括支援センター聖徳園

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	自宅内伝い歩き
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	すり足でゆっくりと歩行
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	腰痛があるため現在は外出頻度は少ない
	排せつ	○ 少し難しい	移動がつらい
	食事	○ 楽にできる	食事量が極端に少ない
	入浴	○ 少し難しい	浴槽が高く難しいとの返事、奥様入院後は入浴なし
	着脱衣	○ 少し難しい	何とか自身で行う
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	圧迫骨折を繰り返しており、屈む動作に制限あり
	洗濯	▲ 改善可能性高い	洗濯機を回せるが、干す動作に制限あり
	買い物	▲ 改善可能性高い	可能との返事だが、物を持っての移動は難しい。妻も外出できない時は友人が行う、生協を利用するなどしていた
	調理	▲ 改善可能性低い	温めを行える程度、レトルトの料理ができない。すべて妻がしていた
	ごみ出し	○ 少し難しい	少量なら出せるがゴミ当番は自治会の調整で飛ばしてもらっている
	通院	▲ 改善可能性低い	義弟が必ず介助を行う
	服薬	○ 少し難しい	自身で行っている
	金銭管理	○ 少し難しい	通常は妻が行い、小額は自身で
	電話	○ 楽にできる	身近に携帯を置き、連絡にでる
	社会参加	▲ 改善可能性低い	自身よりの積極性なし

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	てんかん	服薬にて安定(75 日処方・薬のみ義弟受診)
	治療中	第 8 胸椎圧迫骨折	コルセット着用、痛み止め服用(痛みの時のみ受診)
	治療中	骨粗鬆症	服や苦衷

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	ゆっくり話をすると理解可
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	府公社 (5 階建ての 1 階) 3LDK	個人因子	20 代はじめに、祭りでだんじりの先端に乗っていた際、鳥居に激突する事故に遭い、その後 10 年程てんかんの症状が続いた。最近 20 年は服薬にて安定し発作は起こってないが、無理をするとてんかん発作の恐れがあるため、ストレスをかけないようにと自宅内では横になっていることが多い。 妻が病気で伏せるまでは日常の家事全般は妻が行っており、全く行うことはなかった。
		環境因子	夫婦二人暮らし。妻の実家、兄弟が枚方在住のため 3 年程前に他市より転居。近隣に友人はいない。妻は肺がん、転移性骨腫瘍、脳腫瘍にて平成 26 年より入退院を繰り返している。(現在入院中)

1 日の目標	しっかりと食事をする。
半年後の目標	他者の支援を受ける必要がないような体の力をつける。
1 年後の目標	腰痛がなくなり、誰かの助けを借りずに生活をすること。

ストレスをかけないよう、負担にならないようにと何もしないのではなく、骨のもろさも考慮しながら、元気になれていない理由を一つずつ消去することで原因を追究していく必要があるかと思います。ただ、てんかんの症状が不明であれば消去法による原因の追究が困難になることから、医学的な確認をするため本人の受診が先決だと思います。

事例 1-5 【アセスメント表】 **アセスメント動作分析**

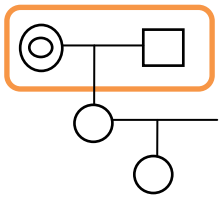
Mさん	67 歳・女性	担当	地域包括支援センター聖徳園

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	ところどころ伝い歩き
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖 2 本使用し歩行。近隣のスーパーへは三輪自転車
	外出頻度	○ 少し難しい	電車、バスを利用できるが通院のみ
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	下肢痛にて出来難いところは夫が手伝っている。
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	○ 少し難しい	両手に杖を持つと荷物が持てないため、必ず三輪自転車を利用
	調理	○ 楽にできる	
	ごみ出し	○ 少し難しい	物を持っての歩行は出来ないため夫が手伝っている
	通院	○ 少し難しい	電車、バスを利用
	服薬	○ 少し難しい	週 1 回訪問看護にてセットし、問題なく服薬できている
	金銭管理	○ 少し難しい	買物の支払いは出来るが、細かな管理は難しい
	電話	○ 楽にできる	難聴で聞きとり難いと本人談、しかし通話は問題なくできる
	社会参加	▲ 改善可能性低い	統合失調症による妄想有。言葉が出難い事を気にして交流には消極的

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	心性浮腫	かかりつけ医に 1 回／月度受診し服薬治療中
	治療中	高脂血症	かかりつけ医に 1 回／月度受診し服薬治療中
	治療中	統合失調症	かかりつけ医に 1 回／月度受診し服薬治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	気持ちを伝える事はできるが、理解力低下がある。
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て	個人因子	左膝痛と変形による左下肢痛にて歩行や動作が不安定で転倒を繰り返している。近隣関係から 30 年程前に統合失調症を発症、「隣から監視されている」「室内にカメラを設置されている」など妄想が強く、ほとんど入浴ができていない状況だが、本人は出来ていると言う。信頼関係が出来るまでは本人の本心を聞き取るのは難しい(2 年間訪問している看護師には本心を話す。)
		環境因子	夫と二人暮らし。夫は月に 4～5 回仕事に行っている。本人の出来難い部分については夫の支援がある。一人娘は近隣に住んでいるが、仕事で忙しく、あまり訪問はない。年金が少ない事や家のローンの支払いがあることでお金がかかる事はできないと言われ、医療リハも途中で止められている。

1 日の目標	リハビリを受けて家でも運動を続ける。
半年後の目標	今より楽に歩けるようになる。
1 年後の目標	自転車を使わず買物に行けるようになる。

楽に歩きたいという思いで目標を設定してしまうと、「楽」の基準を支援者間が共通認識することが難しいと思います。利用者本人との関係性が構築されている訪問看護師の協力を得ながらサービス導入時にリハビリ職と、利用者本人が認識できるような具体的な目標を定めてはどうでしょうか。

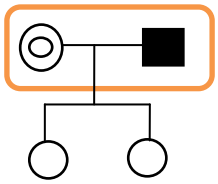
Sさん	69 歳･女性	担当	地域包括支援センター聖徳園なぎさ

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	シルバーカー使用
	外出頻度	○ 少し難しい	週 2 回通所介護 月 2 回程度受診(タクシー利用)
	排せつ	○ 少し難しい	間に合わない事があり、リハビリパンツを着用
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	手すりにつかまれば自立
	着脱衣	○ 少し難しい	椅子に座って着脱
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	股関節の可動域制限があり屈むことが困難。低い所や狭い場所は支援が必要
	洗濯	○ 少し難しい	大きな洗濯物を干す場合はヘルパーが実施
	買い物	▲ 改善可能性低い	ヘルパーに依頼
	調理	○ 少し難しい	
	ごみ出し	▲ 改善可能性高い	1 人で外に出るのに不安がある。ゴミのネットを持ち上げることができない。
	通院	○ 少し難しい	近医には一人で行かれるが、病院には家族が付き添っている
	服薬	○ 少し難しい	一包化された薬をお薬カレンダーを使用し自己管理している
	金銭管理	○ 少し難しい	銀行の出し入れは家族対応
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	1 年前まで大正琴を習いに行っていたが今は行っていない

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療･観察中の疾患	治療中	変形性膝関節症	週 1 回整形外科を受診(疼痛に対して座薬を使用)
	治療中	心筋梗塞	月 1 回循環器内科を受診、内服治療中
	治療中	うつ病	3 か月に 1 回神経内科を受診、内服中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景･要因等】	
	2 階建て戸建て (玄関外部介護保険にて手すりを設置)	個人因子	変形性膝関節症による膝に痛みがある 骨密度が正常値以下と指摘されている BMI＝24.98⇒関節への負担あり 鬱による精神状況の不安定⇒依存心が強い 心筋梗塞再発に対する不安があり活動に対して消極的
		環境因子	一人暮らし。近くに姉が住んでおり、いざという時には支援を受けることができるが、日常的な支援には気兼ねがある。ゴミ収集の時間の変更の度に訪問介護の時間調整が必要

1 日の目標	椅子に座って足の運動をする
半年後の目標	屋外を杖で歩行できるようになる
1 年後の目標	プラゴミが捨てに行けるようになる

本人が出来ないと思っていても、一つの動作の中で出来る事と出来ない事を明確にすると、本人の自信につながると思います。ゴミ捨ての動作や動線の確認をしたうえで、どのような機能を向上させることが有効なのかをサービス提供者間で共有してみてはどうでしょうか。

事例 1-7 【アセスメント表】 **アセスメント動作分析**

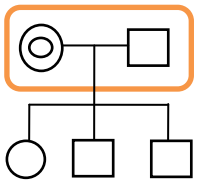
Sさん	69 歳・女性	担当	地域包括支援センター美郷会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き
	屋外歩行	▲ 改善可能性低い	杖歩行(ノルディックウオーキング用ポール使用)
	外出頻度	○ 少し難しい	近所の買物や散歩程度
	排せつ	○ 少し難しい	トイレに据え置き式手すりを設置することで可能
	食事	○ 少し難しい	お箸をしっかり持てず食べ物を落とすことがある
	入浴	○ 少し難しい	浴槽台を利用しても浴槽からの立ち上がりが出来ずシャワー浴のみ
	着脱衣	○ 少し難しい	ふらつきはあるが自立
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	夫が体に負担の大きい掃除機かけなどは支援している
	洗濯	○ 少し難しい	干すのは夫が行っている
	買い物	▲ 改善可能性低い	重いものは夫が買って来ている。生協も利用している
	調理	○ 少し難しい	長時間は立てないので体調を考えながら行っている
	ごみ出し	○ 少し難しい	重いものは夫が支援している
	通院	○ 少し難しい	膝の痛みを考慮しながらバスを利用し 1 人で行けるようになっている
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 楽にできる	老人会やノルディックウオーキングの講習などに積極的に参加している

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	変形性膝関節症	かかりつけ医に 1 回／3 か月度受診している
	治療中	高血圧	かかりつけ医に 1 回／月度受診し、服薬治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	15 階建てマンションの 3 階(EV あり)	個人因子	両変形性膝関節症術後のため屈むことが難しい。高血圧で、血圧が不安定になり、時折めまいあり。めまいでの転倒歴もある。
		環境因子	マンション 3 階での生活

1 日の目標	ノルディックウオーキングで散歩をする
半年後の目標	半年間転倒しないこと
1 年後の目標	浴槽から一人で立つことが出来る

ノルディックウオーキング用ポールを利用して外出されていることから、筋力やひざの動きに改善がみられますが、一年後の目標である入浴を可能にするためには、リハビリ職による自宅内の動作確認を行い、本人と支援者が共通認識を持つことで生活動作の改善を図る取り組みをしてはどうでしょうか。

事例 1-8 【アセスメント表】 **アセスメント動作分析**

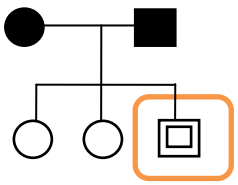
Yさん	61 歳・男性	担当	地域包括支援センターみどり

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き。眩暈がある時は座り込んでいる
	屋外歩行	▲ 改善可能性低い	杖歩行
	外出頻度	▲ 改善可能性低い	眩暈があるので必要以上は出かけられない
	排せつ	○ 少し難しい	尿意があいまいで失禁あり。リハビリパンツ着用
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	▲ 改善可能性低い	銭湯を利用。湯船にはつからず洗身のみ行っている
	着脱衣	▲ 改善可能性低い	転倒の危険性があるので壁にもたれズボンの着脱をしている
IADL	掃除	○ 少し難しい	コロコロを使っている
	洗濯	○ 少し難しい	少しなので出来ている
	買い物	■ 改善可能性高い	眩暈、ふらつきがあり杖を使用、荷物を持っての歩行が難しい
	調理	○ 少し難しい	立位時もふらつきがあるので簡単な調理で済ませている
	ごみ出し	○ 少し難しい	近くに捨てに行くので階段に気をつけて行っている
	通院	○ 少し難しい	杖を使って一人で行っている
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	病院受診時に友人と会う。友人が訪ねてくれる。

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	脳梗塞	受診 1／2 週、服薬中
	治療中	糖尿病	受診 1／2 週、服薬中
	治療中	高血圧	受診 1／2 週、服薬中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	集合住宅 2 階 角度のきつい階段	個人因子	3 年前に脳梗塞を発症、高血圧、糖尿病の治療中。麻痺はないが神経症状痺れがある。 数か月前から眩暈、ふらつきがあり、病院受診、検査中
		環境因子	両親は早くに他界。姉とも 20 年前から音信不通。未婚で協力者がいない。 仕事関係の友人なども、時々話し相手に訪ねてくれるが病院通いしている。

1 日の目標	毎日散歩を 10 分間する
半年後の目標	下肢筋力の低下を予防するために、体調、天候を見ながら散歩を 10 分する
1 年後の目標	杖を使ってスーパー(20 分)まで行く

めまいや感覚障害など今の症状をアセスメントし、今出来ること出来ないことを考え、目標を設定する必要があるのではないでしょうか。また、めまいが起こることを前提に転倒リスクを軽減するための立ち位置など、今の状況でできることを検討しながら支援することで少しでも不安が解消されると良いですね。

事例 1-9 【アセスメント表】 **アセスメント動作分析**

Hさん	66 歳・女性	担当	地域包括支援センターアイリス

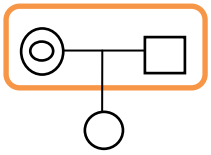
○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	介助者の支え必要 一人での屋外歩行はしていない
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	1 回／週 娘の送迎で買物に行く以外、外出はしていない
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 少し難しい	手指痺れによって箸使用困難 フォークにて摂取
	入浴	○ 少し難しい	浴槽の跨ぎ困難 シャワーで済ませている
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	夫が行っている
	洗濯	○ 少し難しい	本人が衣類を夫に渡し、夫がベランダに干している
	買い物	○ 少し難しい	1 回／週 娘の送迎で近隣スーパーへ 店内はカートを押して歩行
	調理	○ 少し難しい	手指痺れにより握力低下 包丁使用に強度の不安あり
	ごみ出し	○ 少し難しい	夫が行っている
	通院	○ 少し難しい	夫や娘が付き添っている
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	元々人づきあいは苦手

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	糖尿病	1 回／月定期受診 内服治療中
	観察中	子宮体癌	1 回／月定期受診
	治療中	糖尿病性網膜症	1 回／月定期受診 点眼処方

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図



住宅環境

公団の 2 階
室内に手すりはないが、壁や柱が常に手の届く距離にある。

1 日の目標	指先の開閉と、椅子に座っての足踏み運動を毎日 20 回続ける。
半年後の目標	半年後、団地の周りを一周、散歩する。
1 年後の目標	夫と歩いてスーパーまで買物に行けるようになる。

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】

個人因子	四肢末端に痺れと感覚鈍麻あり、歩行時のふらつきや握力の低下を引き起こしている。それによって、伝うものが少ない屋外での歩行に強度の不安あり。外出機会減少に至る。手指については、巧緻性の低下もあり、財布から札を出したり数えたりする動作にも困難が生じている。
環境因子	夫と二人暮らし。調子の下ごしらえや洗濯干しは夫が手伝っている。 近くに娘が住んでいる。坂道に囲まれた土地に住んでいるため、外出には坂道を上り下りする移動能力が必要 1 回／週、娘が近隣スーパーへ車で送迎し、買物の支援を行っている。

生活の作業の中から自助具の工夫などで糸口を探り、主婦としての役割を取り戻せるように、今出来ていることを細かく分析し、今から出来ることを予測しながら一つずつステップアップができることで目標に近づいていくのではないでしょうか。

事例 1-10 【アセスメント表】 **アセスメント動作分析**

Yさん	93 歳・女性	担当	地域包括支援センターあおぞら

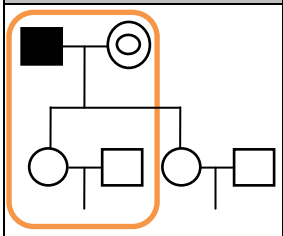
○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	手すりがあれば利用する程度
	屋外歩行	○ 楽にできる	杖・シルバーカー使用し出かけている
	外出頻度	○ 楽にできる	近所への外出は一人でできる。毎日散歩している。
	排せつ	○ 楽にできる	特に問題なし。
	食事	○ 楽にできる	特に問題なし。
	入浴	○ 楽にできる	特に問題なし。
	着脱衣	○ 楽にできる	特に問題なし。
IADL	掃除	○ 楽にできる	自室のみ自分で掃除機をかける。
	洗濯	○ 楽にできる	洗濯物を取り出し、濡れた衣類のしわを伸ばし家族が干しやすいようにする。(本人の役割)
	買い物	○ 少し難しい	ほとんど家族がしている。娘さんの車で一緒に出かけ欲しいものは買っている。
	調理	○ 少し難しい	家族が行っている。
	ごみ出し	○ 少し難しい	家族が行っている。
	通院	○ 少し難しい	シャトルバスを利用して一人で定期的通院しているが捻挫した時は家族が付き添いされる。
	服薬	○ 楽にできる	自己管理している。
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 楽にできる	

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	狭心症	定期受診 1／月
	治療中	脳梗塞	H21 年 脳梗塞、内服中
	治療中	慢性胃炎	内服中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	公的書類は家族の支援
もの忘れ	無	

家族構成図



住宅環境

住宅街の戸建てに娘夫婦と同居している。1 階は共有のダイニング、浴室等、自室あり。2 階は娘夫婦の生活スペース

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】

個人因子	腰痛・右膝痛にてシップ。以前は転倒あり、現在は転倒はないが、5 月に歩いていた時、足首を捻挫し受診している。骨には異常なし、シップ処方される。夫は 40 年前亡くなる。
環境因子	娘夫婦と暮らしているが疎外感を訴える。老人会 1 回／月参加している。娘夫婦は退職している。家事はほとんど娘さんがしている。

1 日の目標	毎日家の周りを 30 分ほど歩く。
半年後の目標	毎日手・足を動かして運動をする。
1 年後の目標	自分の出来る自室の掃除を行って役割を持って生活する。

家族と同居しながら本人が疎外感を感じている理由を明確にするためには、家族へのアプローチから家族の意向を確認してはどうでしょうか。家族のなかで本人の感じている疎外感を解消し、役割や存在を確認できるための支援を模索してみてください。

事例 1-11 【アセスメント表】 **アセスメント動作分析**

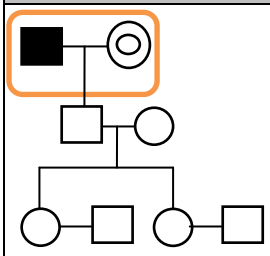
Mさん	86 歳・女性	担当	地域包括支援センター大潤会

○：自立、▲：一部介助、■：全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	家具や壁を支持して移動
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	畑には古い手押し車を押して行かれる
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	積極的に外出されるが、長時間の歩行は不安が大きく
	排せつ	○ 楽にできる	洋式トイレで出来ている
	食事	○ 楽にできる	食べにくさや、むせることなく食事される
	入浴	○ 少し難しい	
	着脱衣	○ 少し難しい	座って自分でズボンの履きかえが出来ている
IADL	掃除	○ 少し難しい	掃除機は辛いのでクイックルを使用したり出来る範囲でできている
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	○ 楽にできる	家族に頼んで買ってきてもらっていることもあるが、日用品の買物も出来ている
	調理	○ 少し難しい	自分で簡単なものを作れている。夕食はお嫁さんが作ってくれる
	ごみ出し	○ 楽にできる	
	通院	○ 少し難しい	家族の車での送迎協力があるがバスを使って一人でも通院できている
	服薬	○ 楽にできる	自己管理できている
	金銭管理	○ 楽にできる	預貯金の出し入れができ買物での支払いも出来ている
	電話	○ 楽にできる	自分で電話番号を調べて電話をかけることが出来る
	社会参加	○ 少し難しい	送迎のない老人会の旅行は参加できていないが友人との集まりは家族の送迎で積極的に外出されている

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	右変形性股関節症	手術は不可で 1 日 1 回、痛み止めを服用
	治療中	変形性腰椎症	手術は不可で 1 日 1 回、痛み止めを服用

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	行動での地名や友人の名前など詳細に伝達することができる
もの忘れ	無	カレンダーでスケジュール管理ができている

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	同敷地内に長男夫婦が住んでいる。 現在、自宅建て替えのため自宅近くのマンションに一人で仮住まい。	個人因子	右股関節痛があり、杖歩行で調整。 長く立っていると太ももの後ろが張ってきて、歩けなくなったり立つのが辛くなる。歩くと痛みが出てくるので、筋力を保つ必要性を感じている。今までは専業主婦と畑仕事をされていた。
1 日の目標	デイサービスでの運動を参考にして、自宅で行える体操を毎日行う。母屋まで毎日散歩する。	環境因子	住宅周辺は段差が多く、道も狭いため、歩行が不安定になりやすい。緊急時の対応は家族さんにより可能。バス停へ行くには大きな道路を渡らなければならない。友人も多く交流がある。
半年後の目標	畑まで行き、収穫作業ができる。		
1 年後の目標	駅へ公共機関を使い出かけ、友人と過ごし、気分転換ができる。		

畑での作業内容や、畑内での移動・動作を一つずつ確認することで、デイサービスでの具体的な出来ない動作に対するリハビリが出来ると思います。また、環境を整えることで畑作業が容易に出来ることもあるので、本人と一緒に考えていけると良いですね。

事例 1-12 【アセスメント表】 **アセスメント動作分析**

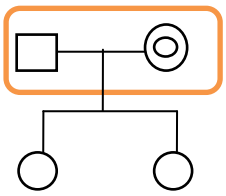
Kさん	84 歳・女性	担当	地域包括支援センター東香会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	歩行器利用、自宅内をすり足で歩く
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	訪問リハビリ時、数回歩行器で近隣を歩く
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	長女の介助で車にて通院する程度
	排せつ	○ 少し難しい	自宅の廊下の手すり、トイレ内(設置型)を利用。Pトイレは利用せず
	食事	○ 楽にできる	食材は主に長女が買物、すきな献立を 2 人分作る
	入浴	○ 少し難しい	シャワー浴(自宅内浴室)
	着脱衣	○ 少し難しい	ふらつきがあるため、椅子に座ってしている。靴下は夫に依頼
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	両膝人工関節のため屈めない。夫が行い、娘さんたちが援助
	洗濯	○ 少し難しい	洗濯は本人、干すのは夫
	買い物	■ 改善可能性高い	長女が定期的に買物をしてくれる。野菜などは畑や近所からもらう
	調理	○ 楽にできる	煮物や簡単な調理、昔から作っている料理はできる
	ごみ出し	■ 改善可能性高い	夫がしている
	通院	▲ 改善可能性低い	定期的に長女が車で送迎
	服薬	○ 楽にできる	かかりつけ医から内服薬を処方
	金銭管理	○ 少し難しい	通帳の管理は自分で、出し入れは家族に依頼
	電話	○ 楽にできる	難聴のため大きな声で行う
	社会参加	▲ 改善可能性高い	筋力低下、下肢浮腫あり

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	腰椎ヘルニア	医療機関を受診、服薬管理
	治療中	慢性肝炎、高血圧	医療機関を受診、服薬管理
	観察中	左右人工関節置換術 左大腿骨頸部骨折	医療機関を受診、服薬管理、リハビリ

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	難聴のため大きな声で会話する
もの忘れ	無	曜日、日程などよく覚えている

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	敷地が広い一戸建て庭がかなり広く、納屋、倉庫がある。 旧家 隣接して大きなスーパーがある。	個人因子	平成 25 年、26 年に左右人工関節置換術、平成 27 年に自宅庭で転倒し、左大腿骨頸部骨折、手術を実施、転倒の可能性が大、歩行困難もあるがリハビリに積極的に取り組み、夫婦 2 人の生活を維持したい希望あり。しかし、意欲が高いが転倒には常に注意は必要である。
1 日の目標	夫と 2 人分の食事づくり	環境因子	超高齢の夫と 2 人暮らし。娘 2 人は同じ市内に住む。特に長女は定期的に買物、受診の支援を行っている。盆、正月、イベントな時は孫家族まで集まり関係性は良い。
半年後の目標	家の周りを散歩、隣接のスーパーへ買物		
1 年後の目標	日帰り旅行、孫たちと外食ができる		

浮腫や筋力低下を改善するために、出来ることと出来ないことを細かく分析することで、ポイントを絞り込んだ具体的な方法の提案ができるのではないでしょうか。また、本人の意向を確認しながら具体的なリハビリにおける目標を設定してはどうでしょうか。

事例 2-1 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

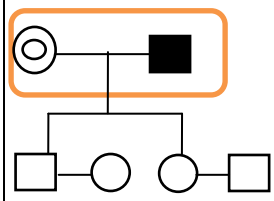
Kさん	84 歳・女性	担当	地域包括支援センター社協こもれび

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	歩行器で小刻み歩行、方向転換が難しい
	屋外歩行	▲ 改善可能性低い	訪問リハビリ時、歩行器で近隣を歩く
	外出頻度	■ 改善可能性高い	ガイドヘルパーとの外出(1／週)、通院、デイサービス
	排せつ	○ 少し難しい	方向転換がしにくい。夜は尿瓶使用
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	▲ 改善可能性低い	シャワー浴(ヘルパー見守り)
	着脱衣	○ 少し難しい	椅子に座ってしている
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	ヘルパーにて掃除機、本人は箒
	洗濯	▲ 改善可能性低い	洗濯は本人、干したり、取り入れはヘルパー
	買い物	▲ 改善可能性低い	生協注文、不足分はヘルパー
	調理	▲ 改善可能性低い	下処理はヘルパー、包丁は難しいが調理ハサミで野菜をカットする
	ごみ出し	■ 改善可能性高い	分別はできる。ヘルパー支援、最近、ゴミサポート利用
	通院	▲ 改善可能性低い	パーキンソンは娘同行。内科、整形外科は移送サービス利用
	服薬	▲ 改善可能性高い	1／月訪問看護により残薬確認
	金銭管理	▲ 改善可能性高い	ガイドヘルパーと銀行に行き、自分で出し入れする
	電話	○ 少し難しい	会話は問題ないが移動に問題あり
	社会参加	○ 楽にできる	近隣との交流がある。デイを楽しんでいる

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	パーキンソン病	医療機関を受診、服薬管理とリハビリ
	治療中	心臓病	医療機関を受診、服薬管理
	観察中	変形性膝関節症	医療機関を受診

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	カレンダーに訪問予定等記入

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て (バリアフリー、浴室内、玄関に手すり設置)	個人因子	自立に対する意欲が高いが、パーキンソン病の進行と変形性膝関節症による歩行困難。社交的、近隣との関係良好
1 日の目標	食事作り	環境因子	一人暮らし。40 年住んでいるので隣人が良く訪問してくれる。娘、息子は他府県に住んでいるが関係は良い。パーキンソン病の受診同行している。ヘルパー週 3 回、デイサービス週 1 回。医療で訪問看護月 1 回、訪問リハビリ週 1～2 回。訪問マッサージ週 1 回。障害サービスでガイドヘルパーでの外出支援
半年後の目標	毎日無理のない範囲で食事作りをする。		
1 年後の目標	家族と一泊旅行		

パーキンソン病特有の症状と医療の訪問リハビリテーションの内容を把握することで、今後予測される事に対する検討やリハビリテーションの効果の向上が望めるのではないかと思います。目標である旅行が失敗経験にならないよう旅行計画へのアドバイスもしてあげてくださいね。

事例 2-2 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

Cさん	60 歳・女性	担当	地域包括支援センター社協こもれび

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	摺り足歩行、家具や壁を支持して移動
	屋外歩行	○ 少し難しい	ﾉﾙﾃﾞｨｯｸｽｷｰｽﾃｯｷの杖 2 本を支持して外出時は夫が同行
	外出頻度	○ 少し難しい	買物 2～3 日おき、カラオケ 2/w、ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ 1/w、通院は夫が同行。デイ 2/w
	排せつ	○ 少し難しい	冬の早朝は思うように体が動かないため夫が見守り
	食事	○ 少し難しい	水分、酢の物、しゃべりながら食べると誤嚥しやすい
	入浴	○ 少し難しい	手足が思うように動かせないので工夫している。髪は手が届かないのと力が入らないので満足に洗えない。
	着脱衣	○ 少し難しい	ズボンを下ろしすぎると自分一人ではできないので夫の介助
IADL	掃除	○ 少し難しい	掃除機や拭き掃除は夫に頼む。ハタキはかけている
	洗濯	○ 少し難しい	大きい物や重たい物は夫に頼む
	買い物	○ 少し難しい	往復は夫が車で送迎、スーパー内はカートを押している
	調理	○ 少し難しい	固い野菜等は夫に切ってもらっている
	ごみ出し	○ 少し難しい	家の中のゴミは集めるが、マンションのゴミ捨て場には夫が行く
	通院	○ 少し難しい	夫が車で同行
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 楽にできる	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱに参加。海外旅行やｶﾗｵｹにも行っている

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	脳梗塞	脳梗塞右不全麻痺、言語障害、嚥下はかなり改善
	治療中	脂質異常症	
	観察中	腰痛	

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	エレベーター付きマンション 室内はバリアフリー	個人因子	若い時に脳梗塞を発症、右半身麻痺の後遺症、嚥下障害、言語障害等が残った。後遺症はかなり改善しているが、病気の受け入れができず、季節の変わり目で体調不良が起こるたびに気持ちが不安定になり不穏状態になる。
		環境因子	夫と同居。日常生活は夫と協力して暮らしている。夫との関係もよく余暇活動や関東に住む姪を訪ねて旅行も行っている。デイサービスに週に 2 回。

1 日の目標	毎日体操をする。
半年後の目標	映画館まで歩いていけるようになる。
1 年後の目標	いろんな年代の人と交流するための話題が豊富になる様にいろんなことに興味を持っていたい。

脳梗塞の後遺症(嚥下障害・めまい等)を改善するためと頑張りすぎているのではと心配です。かなり改善しているのであれば、この先どこまで改善できるのかを専門職の関与で明確にし、可能な目標を設定しなければ、いつまでも達成することができない状況に陥るのではと思います。具体的な達成目標を掲げ、本人とサービス提供者間で共有することが必要ではないでしょうか。

事例 2-3 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

Mさん	86 歳･女性	担当	地域包括支援センター聖徳園

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩きをしたり 4 点杖を利用、膝折れしやすく転倒を繰り返している
	屋外歩行	▲ 改善可能性低い	ほとんどしない。杖や手引き歩行では 1～2㍍程度しか歩けないため、院内などはシルバーカーを利用
	外出頻度	▲ 改善可能性低い	1 回/月、タクシーを利用して通院。乗降時は介助が必要。3～4 回/月、近隣接骨院へ車いす介助で行く。
	排せつ	○ 楽にできる	夜間のみポータブルトイレ使用、自分で処理
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	夏はシャワー浴。1 日おきで洗身も自分で出来ると言うが清潔感がない
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	軽い掃除機やｸｲｯｸﾙﾜｲﾊﾟｰで自分で掃除していると言うが床はﾍﾞﾀﾍﾞﾀで掃除ができているとは言えない。
	洗濯	○ 楽にできる	2～3 日に 1 回、自分で洗濯し 1 階のベランダに干している
	買い物	■ 改善可能性低い	ﾍﾙﾊﾟｰに依頼。馴染みの店に電話で注文し配達をしてもらう事もある。
	調理	○ 楽にできる	自分で煮炊きをしている。調理の下ごしらえは椅子に座ってやっている。
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	以前はﾍﾙﾊﾟｰによる支援。今は収集時間が変更になり、本人がふれあいｻﾎﾟｰﾄ収集を申し込んだ。
	通院	▲ 改善可能性低い	ﾀｸｼｰを利用して通院。近隣の医院へは車いす介助で行く。
	服薬	○ 楽にできる	ケースに 1 週間分の薬を自分でｾｯﾄし内服している
	金銭管理	○ 楽にできる	少ない年金なのになかなか節約できない。お金の引き出しは郵便局に行くことが出来ず他者に頼む
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	■ 改善可能性低い	通院以外の外出はない

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療･観察中の疾患	治療中	両変形性膝関節症	1 回／月通院、鎮痛消炎剤、両膝関節注
	治療中	高血圧	1 回／月通院、内服中
	治療中	甲状腺機能低下症	1 回／月通院、内服中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景･要因等】	
◎	2 階建て 2 階へ行く階段に手すりはあるが、生活スペースは 1 階で、2 階に行く事はほとんどない。玄関から門扉までは数段の段差あり。アプローチ部分の幅は 80 ｾﾝﾁ。門を出た後は急坂あり。	個人因子	両変形性膝関節症による膝の痛みあり。 両下肢の浮腫あり、O脚気味 転倒を繰り返している。 BMI･･･31.86 不平、不満、文句を言うことが多い。
1 日の目標	毎日、郵便ポストまで行く。	環境因子	一人暮らし。(結婚暦なし) 妹、弟はいるが交流はほとんどなく、日常的な支援や協力は難しい。昔の友人とは電話での交流のみ。近隣の人は鍵の預かりをしてくれたり差し入れをしてくれるなど友好的。 年金が少なく経済的に困窮している。 駅近ではあるが、急坂があるため車イス介助でも通れず回り道が必要
半年後の目標	1 週間に 1 回、押し車を押して近所を歩く。		
1 年後の目標	押し車を利用して、スーパーまで買物に行かれるようになりたい。		

膝折れがあるのであれば、押し車より歩行器のほうが負担が少ないと思われます。買物に行きたいという本人の思いから、買物の手段について電動カートや歩行器の導入など本人の理解を得ることができれば、身体機能の改善可能性を探ることができるのではないでしょうか。

事例 2-4 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

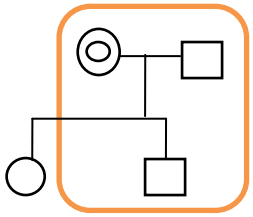
Sさん	82 歳・女性	担当	地域包括支援センター聖徳園なぎさ

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き。家具や壁を伝う
	屋外歩行	○ 少し難しい	伝い歩き。レンタルの歩行器や杖を使用
	外出頻度	○ 少し難しい	公共交通機関を使っての外出に不安を感じている。通院が主な外出で以前に比べて減っている
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	自立だが洗身姿勢からの立ち上がり、浴槽の跨ぎが不安定。シャワーチェアを購入
	着脱衣	○ 少し難しい	自立だが、ズボンなどの着脱は座って行っている
IADL	掃除	○ 少し難しい	浴室の掃除等屈んでする掃除が困難 他は出来ている
	洗濯	○ 少し難しい	洗濯物を干す姿勢が不安定だが本人がしている
	買い物	○ 少し難しい	荷物を持っての歩行は不安定。レンタルの歩行器を使用し本人が行う。
	調理	○ 楽にできる	
	ごみ出し	○ 少し難しい	荷物を持っての歩行は不安定。レンタルの歩行器を使用
	通院	○ 少し難しい	電車やバスを使って通院しているが乗り込むとき等に不安を感じる
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	以前していた趣味活動(謡曲等)は公共交通機関を利用しなくてはいけないので、最近は行けていない。

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	変形性膝・足関節症	近くの整形で週 1 回リハビリ
	観察中	偏平足	近くの整形で週 1 回リハビリ(H24 手術)
	観察中	右大腿骨骨折後	H27 年に手術。術後は近くの整形でリハビリ

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境
	閑静な住宅街の古い一戸建で、玄関の上り框や敷居などの段差有。最寄の駅までは 600m程の距離で多少の起伏があるが、ほぼ平坦な道

1 日の目標	以前のように家事をする。
半年後の目標	一人で駅まで行くことが出来る。
1 年後の目標	主人と二人で旅行に行く。

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
個人因子	もともと変形性膝・足関節症があり、歩行は不安定で自転車で移動。H26 年に自転車で転倒し大腿骨を骨折し手術を受け、支えがないと歩行が出来なくなった。また長時間の歩行が困難で、休み休みでないと駅まで行く事が出来なくなった。家事については今まで専業主婦で、本人が全ての家事を行っており、家族に家事を頼みにくい。
環境因子	本人が専業主婦だったので、家族は家事全般を本人に任しており、家事をする習慣があまりない。自宅近くは住宅街で、商店などは無い。健康な時には問題の無かった距離の歩行が困難になり、買物や電車に乗るのに不便を感じるようになった。

目標が具体的であることから、本人としても目指すべき姿が見えているのは素晴らしいことです。出来ない事を家族に委ねることを本人に理解してもらうのは大変だったかと思います。ただ、医療のリハビリが在宅生活を意識したリハビリになっているのかを確認し、医療担当者と本人の目標を共有することで目標の達成に向けた支援につながるのではと思います。

事例 2-5 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

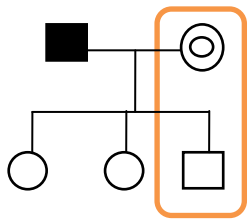
Kさん	79 歳・女性	担当	地域包括支援センター聖徳園なぎさ

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き。腰背部に痛みがあり、少しずつの移動
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	こまめに休憩したり背中を伸ばしたりが必要。買物のときはオシャレなカートを使っている。
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	簡単な買物と受診。頻度は減っている。
	排せつ	○ 少し難しい	移動が間に合わないときがあるためパットを利用されている
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	シャワー浴が中心。住宅改修提案中
	着脱衣	○ 少し難しい	イスに腰掛けて行っている。
IADL	掃除	○ 少し難しい	屈む動作がしんどいのでコロコロを利用したり、すべてを完璧にしようとは思わないようにされたりしている。
	洗濯	○ 少し難しい	ゆっくり休憩しながら行っている
	買い物	○ 少し難しい	重いものは息子に頼んでいる
	調理	○ 楽にできる	
	ごみ出し	○ 少し難しい	ゆっくり休憩しながら行っている
	通院	○ 少し難しい	バスを利用している。行き帰りで疲れてしまう
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	▲ 改善可能性高い	以前は老人会に入られていたが現在は退会中。また復帰して活動したいと考えておられる

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	第 8 胸椎圧迫骨折	かかりつけ医に 1 回／月 通院中
	観察中	腰部脊柱管狭窄症	かかりつけ医に 1 回／月 通院中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境
	集合住宅 3 階。EV有 住宅改修歴はなし。 室内には多少の段差有 近くのスーパーや駅までは 5～600mあるが概ね平坦な道であり複数の道路が並行しているため交通量は少ない。

1 日の目標	郵便物を取りにポストへ行く。
半年後の目標	地域の老人会に再加入して、少しずつ活動を始める。
1 年後の目標	電車などの交通機関を利用し、緑の多いところ(植物園等)へ行く。

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
個人因子	H25 年に第 8 胸椎圧迫骨折、腰部脊柱管狭窄症と診断された。円背気味で動作時には腰背部痛がある。体力が落ちて疲れやすくもなっており、長時間の歩行には、適宜休憩したり背中を伸ばしたりする必要がある。 以前までは「出かけよう」と思ったらすぐ行動に移していたが、今はかなわず諦めがちになってきているとのこと。
環境因子	交通機関の乗り場がバス・電車ともに、自宅から距離がある。近隣にあったスーパーが閉店し、駅付近まで買物に行かれている。これまでは気軽に出かけておられたが不便を感じておられる。息子と同居も就労中で近隣に住む娘も家庭を持っており、あまり支援は望めない。

痛みの原因が判明すると、コルセットの使用方法の検討など痛みを軽減できる方法の検討ができるかと思います。本人の活動したい思いを支援できるように、まずは痛みの原因について主治医に確認してみてはどうでしょうか。

事例 2-6 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

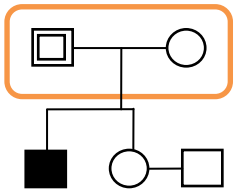
Tさん	74 歳・男性	担当	地域包括支援センター聖徳園なぎさ

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	壁や家具を伝う(手すり増設済み)
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	杖は使わず、ゆっくりと何度も休憩を入れながら歩行
	外出頻度	○ 少し難しい	近隣の散歩(毎日)・週 1～2 回は電車で外出・通院は妻の車
	排せつ	○ 少し難しい	ゆっくり、壁を支えに
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	手すり設置
	着脱衣	○ 少し難しい	椅子に座って、時間がかかっても自分で
IADL	掃除	○ 少し難しい	自室の片付け程度は自分で行う
	洗濯	▲ 改善可能性高い	家事全般は専業主婦の妻が行っている
	買い物	▲ 改善可能性高い	妻の車でスーパーへ行きカートを押すと歩行が安定する
	調理	▲ 改善可能性低い	妻が行っている
	ごみ出し	○ 少し難しい	頼まれれば手伝う
	通院	○ 少し難しい	近隣の医院は、ゆっくり歩いて。病院は妻の車で
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	現住所に転居して日が浅く、倒れるまで他県で仕事をしていた

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	脳梗塞	左半身に軽度マヒ
	観察中	高血圧	服薬により安定
	観察中	不整脈	受診・服薬にて安定

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	頑固で自説を曲げないが、きっちり意思伝達はできる
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	駅から遠い閑静な住宅街の一戸建て 階段が急で、2 階に居室がある。	個人因子	脳梗塞 後遺症で左半身に軽度の麻痺が残っており、筋力も低下しているため、歩行不安定だが、杖は使用していない。現在は、週 2 回運動系デイサービスに一度も休むことなく通い、自分でも散歩やストレッチなど熱心にリハビリを継続しておられる。何とか足の震えを治して自転車に乗れるようになりたい。
1 日の目標	自宅周りの住宅街を毎日 30 分散歩する。	環境因子	一昨年、脳梗塞で倒れるまで神戸で会社を経営されていた。現住所に移り住んで日が浅いため地域とのかかわりは薄く、交友関係は遠方が多い。車の運転はされず、駅まで距離があるため妻の車送迎に頼るところが大きいが、妻も体調がすぐれないため自力で歩けるようトレーニングしておられる。娘家族が同市に在住し交流がある。
半年後の目標	図書館まで歩いて行き、パソコンのセミナーに参加する。		
1 年後の目標	平坦で安全な道で自転車の練習をし、一人での行動範囲を広げる。		

リハビリを目標にしてしまうと、発症前の状態に戻らないという現実を受け止められなくなってしまうことから、改善できる状態をサービス提供者間で共有し、本人に伝えていくことも必要かと思います。また、フィットネスなど本人に合った運動ができる場所を提示することで選択肢が広がり、本人の不安感が軽減されるのではないでしょうか。

事例 2-7 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

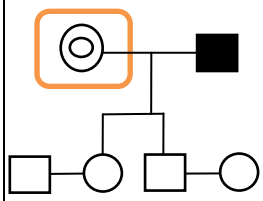
Nさん	86 歳・女性	担当	地域包括支援センターアイリス

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	すり足での伝い歩き
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	杖歩行
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	タクシーを利用し通院のみ。まれに長男が買物や銀行に同行
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 少し難しい	円背があり胃を圧迫するので一度に食べられない
	入浴	○ 少し難しい	手すりをつかまり自立
	着脱衣	○ 少し難しい	時間はかかるが自立(ズボンや靴下の着脱は腰痛が増強するため)
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	屈むと腰痛出現、掃除機と拭き掃除はヘルパーが行う
	洗濯	○ 少し難しい	低い位置に干せるように干場を改修済み。シーツはヘルパー援助
	買い物	▲ 改善可能性高い	長男や長男嫁に依頼、重い荷物を持つと腰痛増強あり
	調理	○ 少し難しい	切る動作などは座って行い、3 食用意している
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	長男嫁に依頼(荷物を持って歩けない)
	通院	▲ 改善可能性低い	タクシー利用
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	▲ 改善可能性高い	社交的な性格だが ADL の低下から老人会に参加できない。隣人訪問はあり。

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	変形性脊椎症	痛みの増強時のみかかりつけ医受診
	治療中	高血圧	かかりつけ医に 1 回／月受診し、服薬治療中
	治療中	糖尿病	かかりつけ医に 1 回／月受診し、服薬治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て住宅 (介護保険にて外階段門扉から玄関まで・勝手口・トイレ前廊下に手すり設置)	個人因子	第 1 腰椎・第 11 胸椎圧迫骨折後、変形性脊椎症に伴う腰痛。歩行が不安定で転倒・骨折再発への不安が強い。元々は社交的な性格で地域活動の経験や老人会に参加あり。
		環境因子	一人暮らし。車の往来が多い道を通ってしか商店がない。長男嫁が週 1 回訪問し、買物及びゴミ出しをする。(時々、長男が車で買物同行)

1 日の目標	朝起きてベッド上で足の運動をする。新聞を取りに行くついでに玄関～郵便受けまで 3 往復する。
半年後の目標	1 か月に 1 回スーパーまで歩いて買物に行く。
1 年後の目標	地域行事に参加する。

できる工夫をすることで、自分でできる家事が増えているのは素晴らしいと思います。転倒の不安を軽減し、外出できる自信を持っていただくためには、歩くことの安定性が必要ですが、円背であれば身体的に足を上げることが困難になります。背を伸ばし足を上げて歩くためには歩行器等の道具の活用を検討してはどうでしょうか。

事例 2-8 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

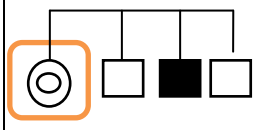
Mさん	76 歳・女性	担当	地域包括支援センター松徳会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖歩行(身体の歪みがある)
	外出頻度	○ 少し難しい	通院・散歩・買物を含め週 4 回程度は外出している
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	右手小指の骨折の影響から洗身・洗髪動作が行いにくいが自立している
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	右手小指の骨折の影響から雑巾を絞る動作が行いにくいが自立している
	洗濯	○ 少し難しい	右手小指の骨折の影響から洗濯物を干したり、畳む動作が行いにくいが自立している
	買い物	▲ 改善可能性高い	身体に歪みがあるため荷物を持って歩くと不安定になり、転倒してしまうため配送サービスを利用している
	調理	○ 楽にできる	ご自身で調理を行っている
	ごみ出し	○ 少し難しい	階段の上り降りの際膝に痛みがでる。また手すりのみの支えになるため不安定になるが自立している
	通院	○ 少し難しい	かかりつけ医には、休憩しながら歩行して通院できている
	服薬	○ 楽にできる	ご自身で管理できている
	金銭管理	○ 楽にできる	〃
	電話	○ 楽にできる	問題なく対応できている
	社会参加	○ 少し難しい	社交的ではあるが転居してきた経緯があり、既存の団地の集まり等に参加するのは苦手

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	不整脈・甲状腺肥大・高コレステロール	循環器内科に月 1 回受診、服薬治療中
	治療中	根性坐骨神経痛・変形性腰椎症	かかりつけ医に 2 週間に 1 回受診
	観察中	胆管結成 OP 後・右手小指骨折 OP 後	昨年立て続けに OP。小指は歪んでくっついてしまったため医師より再手術を勧められているが、もういいと本人は拒否している

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	エレベーターなし UR 団地の 3 階	個人因子	変形性腰椎症・根性坐骨神経痛からくる右下さがりの身体の歪みがあるため、歩行バランスをくずし、転倒の危険性がある。
1 日の目標	自宅でストレッチを 1 時間行う。	環境因子	未婚。一人暮らし。エレベーターのない団地の 3 階に居住。兄弟は二人とも病気で支援を求めることは出来ない。
半年後の目標	電車とバスを乗り継いで、銭湯まで週 1 回通えるようになる。		
1 年後の目標	姿勢よく杖なしで歩けるようになる。		

自分でオリジナル体操を 1 時間も行っているというのは素晴らしいことです。オリジナル体操をリハビリ職が確認することで本人に合ったアレンジを加えることも出来ると思います。ただ、一年後の目標である「姿勢よく」というのが、変形が治りまっすぐな背中になると認識されているのであれば、いつまでもゴールが見えないこともあります。身体的に可能な目標であるのか確認してみてはどうでしょうか。

事例 2-9 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

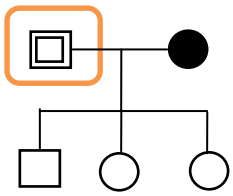
Mさん	76 歳・男性	担当	地域包括支援センター松徳会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	杖歩行か手すり利用。小刻み歩行
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖歩行。1 人で外出は可能、休み休みゆっくり歩く
	外出頻度	○ 少し難しい	通院時はタクシーか長女が車で送迎。買物は杖歩行で週 1～2 回
	排せつ	○ 少し難しい	手すりをつかまり自立
	食事	○ 楽にできる	自分でできる
	入浴	○ 少し難しい	手すりをつかまり自立
	着脱衣	○ 少し難しい	右肩や肘痛で上衣は被る物を利用。ズボン、靴下は座って行う
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	痛みで屈むのが困難なため掃除機と拭き掃除、風呂、トイレ掃除をヘルパーが行う
	洗濯	▲ 改善可能性高い	階段で 2 階に物を持って上がるのが困難。取り入れは可能
	買い物	○ 少し難しい	ネットスーパーを利用。軽い物なら可能。重い物は持てない
	調理	○ 少し難しい	ご飯は炊いている。気力や意欲低下している
	ごみ出し	○ 少し難しい	プラゴミなら楽にできる。重い物は近所の支援あり
	通院	○ 少し難しい	近所のかかりつけ医は娘が仕事先なので送迎あり。その他はタクシー利用
	服薬	○ 楽にできる	小分けしてケースで管理。飲み忘れなし
	金銭管理	○ 楽にできる	自分で医療機関の ATM で行う
	電話	○ 楽にできる	固定電話や携帯を利用
	社会参加	○ 楽にできる	老人会で役員をしている(グランドゴルフは来年参加予定)

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	高血圧	かかりつけ医に 1 回／月に受診し服薬中
	観察中	右脛腓骨骨幹部骨折後	骨折観血的整復内固定術(髄内釘)施行 レントゲンで随時確認

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	物をどこに置いたか、たまに置き場所を忘れる。

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	1 戸建て (妻の介護の時に浴室・トイレ・ベッド廻り・手すり設置済み) 本人で玄関・廊下・寝室兼居間・階段・ベランダに手すり設置	個人因子	65 歳まで印刷会社で営業事務をしていたので、パソコンは得意。地域では、老人会で役員として書類作成を担当。同会で週 3 回近所の公園でグランドゴルフをしていた。また、家事全般、亡き妻の介護もしていた。H26 に原付バイクを運転中に転倒し受傷。右脛腓骨骨幹部骨折後で、屈んだり、起居動作ができない。
		環境因子	1 人暮らし。ゴミ出しは重い物は近所の人が会えば、手伝ってくれる。長女は、週 1 回程度訪問し家事や通院の送迎を支援している。

1 日の目標	転倒しないで室内を移動できる。
半年後の目標	1 人で自宅周辺やスーパーにも外出できるようになる。
1 年後の目標	1 人で通院や家事全般を行えるようにする。

事例タイトルが「仲間が待っているグランドゴルフに参加する」

本人の状況から「グランドゴルフに参加する」ことはすぐにでも出来ると思われますが、痛みが続いているのが気になります。痛みをそのままにしておくのではなく、痛みの原因を知り、痛みの軽減やコントロールができれば活動量が上がり、目標を達成しやすくなるのではないでしょうか。

事例 2-10 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

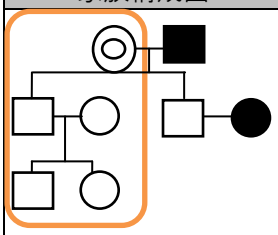
Mさん	84 歳・女性	担当	地域包括支援センター美郷会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	
	屋外歩行	▲ 改善可能性低い	押し車使用。腰痛があるので、長い距離を歩く時は腰痛ベルト着用
	外出頻度	○ 少し難しい	週 1 回程度、駅周辺のスーパー、病院に行く。
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	トイレ、浴室、玄関前の掃除をしている。それ以外は長男嫁が支援
	洗濯	▲ 改善可能性低い	長男嫁が支援
	買い物	○ 少し難しい	長男嫁が支援。ご自分の嗜好品(押し車で運べる範囲)の購入はできている。
	調理	▲ 改善可能性低い	長男嫁が支援。不在の際は宅配を頼んでいる。
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	長男家族が支援
	通院	○ 少し難しい	近所のかかりつけ医(整形)は一人で、隣駅の病院(内科)は長男嫁が車で送迎
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	老人会に年 2 回(敬老会、総会)参加している。

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	変形性腰椎症	かかりつけ医に 1 回／週度受診。物療実施
	治療中	骨粗しょう症	かかりつけ医に 1 回／月度受診し、服薬治療中
	治療中	高血圧	病院(内科)に 1 回／月に通院し、服薬治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て 2 階に上がるが階段の壁に手すり、玄関上がり框に踏み台を自費にて設置	個人因子	変形性腰椎症のため腰痛がある。右膝にも少し痛みがある。長い距離を歩く時や掃除をする際に腰痛がひどくなる。寒い時期になると血圧が高くなることがある。
1 日の目標	家の前の掃除を行う。	環境因子	自宅が坂の中腹にあるので駅周辺の病院やスーパーに行く際に坂道がある。同居している長男家族が調理、掃除(一部)、買物(日用品)、洗濯の支援を行っている。
半年後の目標	1 週間に 2 回は近くの公園まで行き、公園内を 3 周歩く。		
1 年後の目標	生涯学習市民センターまで映画を見に行くことができる。		

腰痛が自立を阻害しているということから、かかりつけ医での物療や通所介護のリハビリを何年も続けておられますが、今のままでは改善が見込めないのではと懸念します。リハビリ職がかかわることで痛みの緩和ができることもあります。リハビリ職のいる通所介護への変更など痛みをコントロールする方法を再度検討してみてください。

事例 2-11 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

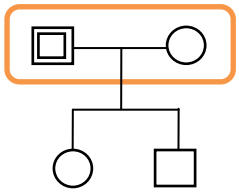
Nさん	82 歳・男性	担当	地域包括支援センターみどり

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き
	屋外歩行	▲ 改善可能性低い	5 ﾒｰﾄﾙ程度は歩行は可能だが、それ以上はふらつきもあり困難
	外出頻度	○ 少し難しい	電動カートを利用し、通院や公民館、スーパーへも行っている
	排せつ	○ 少し難しい	昼夜ともに介助無く何とか行えている
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	▲ 改善可能性高い	浴槽が深いため一人で入るのは困難なため妻の見守りが必要
	着脱衣	○ 少し難しい	ふらつきがあるが自立
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	妻が行っている
	洗濯	○ 少し難しい	妻が行っている
	買い物	▲ 改善可能性高い	通販を利用したり、ご自分でもコンビニ等で好きなものは購入している
	調理	○ 少し難しい	妻が行っている、レンジで温める程度は行える
	ごみ出し	○ 少し難しい	妻が行っている
	通院	▲ 改善可能性高い	電動カートを利用し自分で行っている
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 少し難しい	妻が行い、小遣い程度もらっている
	電話	○ 楽にできる	難聴はない
	社会参加	○ 楽にできる	趣味が多く、公民館へは毎週電動カート利用して行っている

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	糖尿病	月 1 回受診、服薬治療中
	観察中	高血圧	月 1 回受診、降圧剤服用しコントロール良好
	治療中	帯状疱疹後神経痛	服薬後副作用あり、処方中止し経過観察中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	日常生活には支障はない年齢相応のもの忘れ程度

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て(木造) 浴室内手すり、外階段手すり設置済み。 トイレの手すりと室内階段へ滑り止めテープ設置予定	個人因子	平成 2 年頃より帯状疱疹後神経痛があり、自宅内で転倒を繰り返し、H27 年には糖尿病による親指の壊疽にて転倒し、救急搬送されており、現在も歩行困難な状態は続いている。
		環境因子	妻と二人暮らし。自宅前、周辺が坂道。スーパー等駅までは歩いては行けない。妻が身の回りのことを全てしてくれている。長女は他府県に在住のため急な支援は困難。長男は何かあれば支援はしてくれる。

1 日の目標	読書やパソコンを行う
半年後の目標	転倒や事故が無いように公民館へ通える
1 年後の目標	紅葉の写真を撮影しに山まで行ける

ふらつきの原因がふめいであることから、ふらつきが改善されてから筋力を向上するというのではなく、筋力の向上を目的とした運動をすることでふらつきが軽減することもあります。現在の歩行状態から目標を達成するためには、少し筋力の向上に着目して支援する必要があるのではと感じます。本人のやる気を自信に変えるため活動量を増やす工夫を検討してみてはどうでしょうか。

事例 2-12 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

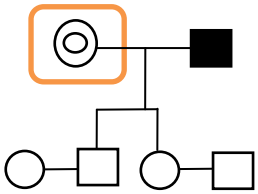
Hさん	74 歳・女性	担当	地域包括支援センターみどり

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	股関節の痛みあり。体調によってふらつくことがある。
	屋外歩行	○ 楽にできる	カート使用
	外出頻度	○ 楽にできる	
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 楽にできる	股関節の痛みあり。前屈姿勢は困難
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	○ 楽にできる	
	調理	○ 楽にできる	
	ごみ出し	○ 楽にできる	
	通院	○ 楽にできる	
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	聴力低下あり
	社会参加	▲ 改善可能性高い	夫の他界後は地域老人会などには参加しようと思っている

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	乳がん術後	1 回／1 年、受診、経過観察
	治療中	骨粗しょう症	定期受診、内服薬処方を受けている
	観察中	白内障	右眼のみ手術(H15)、左眼手術予定

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	聴力低下あり。聞き返しが多い。
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て住宅 自宅内には段差は少ない。 近隣には工場もある。	個人因子	夫の死去のストレスから聴力低下になり、主治医から他者との交流や身体を動かせる機会が必要との指示があり、通所サービスの利用が適切と説明を受け、介護保険の申請を行った。
1 日の目標	毎日、読経や仏壇の手入れ、写経を行い、お経を覚える	環境因子	独居 長男家族は他市、長女家族は市内に居住。時々の来訪や電話連絡がある。 長女宅には 1／週、本人が来訪し孫の帰宅後の面倒をみている。
半年後の目標	毎日、写経を60分間行い、膝の上げ下ろしの運動を行う		
1 年後の目標	病気と付き合い健康状態を維持し、子ども達に迷惑をかけないように生活をしていく		

膝関節症だからと曲げる動作をしなければ関節が曲がらなくなるので、曲げた足に体重がかからないよう工夫すれば正座など関節を曲げられる動作は良いと思います。サービスではない社会的つながりや役割、生きがいを見つけられることがサービスからの卒業につながると思います。

事例 2-13 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

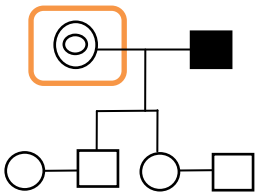
Mさん	81 歳・女性	担当	地域包括支援センターみどり

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	すり足歩行。夜間や壁や手すりを伝って移動
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖歩行。一度に歩ける距離が短くなってきている
	外出頻度	○ 少し難しい	地域集会場、買物、通院など週 2～3 日外出している
	排せつ	○ 少し難しい	肩関節や手首が痛い時は、拭く動作がつらい。尿とりパット使用
	食事	○ 少し難しい	箸が持ちにくい時は、スプーン・フォークを使用。水分摂取時よくむせる
	入浴	○ 少し難しい	手すりにつかまり移動および浴槽出入りを行っている
	着脱衣	○ 少し難しい	関節痛がひどい時は、ズボンの引き上げや袖通しが困難
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	調子を見て週に一回は掃除機をかけている。拭き掃除などは息子の支援を受けている
	洗濯	○ 少し難しい	洗濯機からの洗濯物の引き上げが手首に負担がかかり辛い
	買い物	○ 少し難しい	自力で近くのスーパーに行っている。荷物は手に持てないためリュックを使用
	調理	○ 少し難しい	惣菜を買う事が多いが、手首に痛みがない時は出来るだけ作るようにしている
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	小袋しか持てないため、多量の時は隣人や息子が出してくれる
	通院	○ 少し難しい	道中何度も休憩を入れながら徒歩で一人で通っている
	服薬	○ 楽にできる	多種の飲み薬があるが、飲み忘れや間違いはなく自己管理できている
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 少し難しい	聞き取りにくく、聞き返しが多い
	社会参加	○ 少し難しい	自治会行事に週 1～2 回参加。落ち込みが強い時は閉じこもる

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	リウマチ	2 週間に 1 度受診し、服薬治療中
	治療中	変形性膝関節症	2 週間に 1 度受診し、服薬治療中
	治療中	高血圧症	2 か月に 1 度受診し、服薬治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境
	戸建で道路から玄関まで 20 段の長い外階段あり。 玄関の上り框も高く足台・手すりを設置している。居室内廊下やトイレ・浴室にも手すりを設置

1 日の目標	1 日 1 回は体操などをして身体を動かす
半年後の目標	5 分間連続して歩けるようになる
1 年後の目標	山に登りたい

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
個人因子	平成 26 年にリウマチの診断を受ける。変形性膝関節症もあり、1 年前と比べて足が上がりにくく踏ん張りもきかない事が多くなり、歩行や立ち上がりなど思うように動けない事が多くなってきている。ここ 6～7 年の間で 5 回意識消失にて、救急搬送された。その都度検査を行ったが、いずれも異常なしとの診断で原因は不明のままである。病気の進行により、出来ていた事ができなくなってきたと、落ち込みが強い時がある。
環境因子	自宅周辺は急な坂道。昨年に夫を亡くし独居。長男は週 1 回訪問しゴミ出しや買物などの支援を行っている。長女は夫の親を介護しているため、なかなか訪問する事ができない。隣人との関係は良く、ゴミ出しをしてくれたりよくお話しをする。一時期落ち込みから閉じこもりがちであったが、今は自治会や老人会の行事に積極的に参加するようになった。

リウマチについては、医学的な所見やデータを把握することは重要で、それに基づき専門職が介入することで、本人の状態を見ながら休むことや負担のかけない運動の提案ができるのではないでしょうか。また、病状の進行を予測しながら環境の整備についても検討してください。

事例 2-14 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

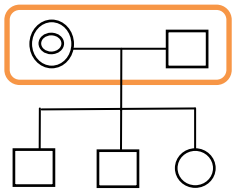
Sさん	85 歳・女性	担当	地域包括支援センターサール・ナート

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	▲ 改善可能性高い	伝い歩き、すり足歩行。自宅内でも躓きや転倒がある
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	シルバ-カ-押して歩行できるが、時々休憩が必要。夫の見守りが必要
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	通院と、ときどき息子の車で買物に出かける
	排せつ	○ 少し難しい	排せつ動作は自立しているが、歩行が不安定で間に合わないことあり
	食事	○ 楽にできる	特に問題なし。用事や片付けに支援が必要
	入浴	○ 少し難しい	手すりは設置しているが転倒の危険がある
	着脱衣	○ 少し難しい	椅子に座って着脱しているが立ち上がりにふらつきあり
IADL	掃除	■ 改善可能性低い	立位、歩行が不安定で掃除機や拭き掃除はヘルパーが行う
	洗濯	▲ 改善可能性高い	干すことや取込みは夫が行い、たたむことはできる
	買い物	▲ 改善可能性高い	息子と外出して買物に出かけるが立位や歩行が負担で最近は代行してもらうことが多い
	調理	▲ 改善可能性高い	毎日配食サービスを利用。朝・昼食は簡単なもので済ませる
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	一人では困難なので夫が行う
	通院	▲ 改善可能性低い	近距離でもタクシ-で受診。狭いところや院内での移動は見守りが必要
	服薬	○ 楽にできる	服薬動作も管理も自立している
	金銭管理	○ 楽にできる	金融機関の出し入れは夫や息子が代行。管理は可能
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	▲ 改善可能性高い	意思疎通は可能。思うように外出できず閉じこもり気味

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	胸腰椎多発性圧迫骨折	かかりつけ医に月 1 回受診　服薬治療中
	治療中	骨粗しょう症	かかりつけ医に月 1 回受診　服薬治療中
	治療中	変形性膝関節症	経過観察中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	やや難聴ではあるが、会話は普通にできる
もの忘れ	無	年齢的なもの忘れはあるが生活に支障はない

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	戸建住宅 （浴室・トイレ・玄関に手すり設置済） 洗濯物は 1 階リビングより出入りできるが段差あり。	個人因子	2 年ほど前より何度も転倒を繰り返し、立位や歩行の持久力が低下し、歩行も不安定。 転倒に対する恐怖心もあり閉じこもった生活
		環境因子	夫（要支援 1）と 2 人暮らし。夫は身体機能は自立しているが認知力低下がみられる。自宅内は広くて段差も多い。近所に住む長男・次男の妻らが時々訪問し可能な時は買物を手伝ったりしている。

1 日の目標	①自宅内での移動がスムーズにできるよう下肢筋力を向上させる。②人と交流しながらメリハリのある生活を送る
半年後の目標	転倒の恐怖なく自分で歩きたい
1 年後の目標	見守りなしでシルバ-カ-を押して屋外歩行ができるようになりたい

転倒の不安を解消するため、サービス事業所のリハビリ職などと一緒に自宅内でよくつまづく場所を確認し、その場所に手すりを設置するなど、つまづく場所でのポジションやバランスを検討することで、足が上がりやすい状況を作ることができるのではないかと思います。

事例 2-15 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

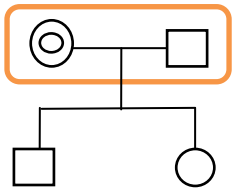
Nさん	56 歳･女性	担当	地域包括支援センター大阪高齢者生協

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	狭い場所は家具を伝って移動。廊下は杖を使用
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖使用するが 150 歩歩いては休憩している
	外出頻度	○ 少し難しい	今までは週 2 回の通院を行っていたが、現在は月に 1 回程度
	排せつ	○ 少し難しい	トイレに手すりと補高便座を設置し、立ち座りがしやすくなった
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	▲ 改善可能性高い	浴槽を跨ぐ動作ができず、シャワー浴のみ
	着脱衣	○ 少し難しい	下衣は座って行っている
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	屈む動作やｽﾑｰｽﾞに歩けないため、床の掃除機･掃き掃除などは出来ず、物をどけたり隅々の掃除は出来ない
	洗濯	○ 少し難しい	2 階の物干しに洗濯物を持ってあがる事がつらい
	買い物	○ 少し難しい	生協を利用。そのほかは家族に頼んでいる
	調理	○ 楽にできる	台所に立ちっぱなしは出来ない。椅子が必要
	ごみ出し	○ 少し難しい	重いゴミは持てない
	通院	○ 少し難しい	近所にかかりつけ医がなく、今までは行きは息子が送り、帰りは公共交通機関でゆっくり時間をかけて帰ってきた
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	仕事復帰を望んでいるが、現在は痛みと動作が緩慢なため難しい

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療･観察中の疾患	観察中	両側形成不全性股関節症	両股関節人工関節置換術後、痛みが残っている

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景･要因等】	
	2 階建ての一戸建て（門扉に 3 段階段有）上がり框･トイレと浴室に手すり･浴室扉を折り畳み式に住宅改修済	個人因子	両股関節置換術を受けた後も痛みが強く、歩行が不安定である。
		環境因子	近くにスーパーがなく、通っている病院も遠い

1 日の目標	天気の良い日は 20 分程度歩く
半年後の目標	杖を使わず歩けるようになる
1 年後の目標	杖を使わず歩けるようになる

体力や機能が向上しても 150 歩で休憩するという固定観念にとらわれてしまわないか心配です。痛みを緩和するためにも自宅で入浴できることを再検討してはどうでしょうか。また、本人が社会復帰を望み頑張っていることから一年後の目標を達成できなかった場合の反動が心配です。身体的に達成可能な目標なのかをリハビリ職に確認してみてはどうでしょうか。

事例 2-16 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

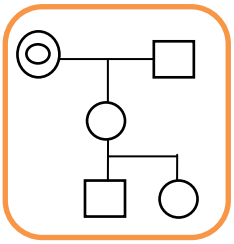
K さん	71 歳・女性	担当	地域包括支援センター大阪高齢者生協

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	痛みがあるため、ごゆっくり伝い歩き
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	介助者の支え必要。一人での外出はしていない
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	月 1 回の通院のみ。娘が付き添っている
	排せつ	○ 少し難しい	時間がかかるが、何とか一人で行えている
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	湯船につかる事が出来ず、シャワーチェアを使いシャワー浴実施
	着脱衣	○ 少し難しい	椅子に座ってごくゆっくり行っている
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	本人居室は訪問介護で。ベッドから手の届く範囲で本人がハタキがけ実施
	洗濯	▲ 改善可能性高い	娘が行っている。たまに夫が取り入れてくれ、たたむのは本人
	買い物	■ 改善可能性高い	夫、娘が行っている
	調理	▲ 改善可能性高い	仕事が休みの日は娘が行っている。簡単なレトルト食品を購入している
	ごみ出し	■ 改善可能性高い	娘が行っている
	通院	▲ 改善可能性高い	月に 1 度、娘が付き添っている
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	趣味活動等、現在は行く事が出来ていない

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	第 12 胸椎圧迫骨折	かかりつけへ月 1 回の定期受診　内服治療中
	治療中	高血圧	〃
	治療中	不眠、ぜんそく	〃

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	戸建て （玄関上がり框は手すり設置済み）	個人因子	胸椎圧迫骨折により、コルセットで固定中。痛みがひどく起き上がりや立ち上がりに時間を要し、かがむ姿勢もとる事が出来ない。
1 日の目標	ベッドまわりの片付け、はたきがけを行う	環境因子	夫は要支援状態、娘は就労中で帰宅時間が遅い。二人の孫がいるが、家事を支援する事は難しい。買物は娘が休みの日に行ったり、夫が自宅すぐ近くコンビニへ買いに行っている。自宅近くに急な坂道がある。
半年後の目標	今まで通り、掃除機がけや調理が出来るようになる		
1 年後の目標	夫と一緒に趣味の教室参加を再開する		

本人が感じている機能低下というのが、下肢筋力の低下ではなく、痛みやバランスなど他の原因も考えられることから、座位がどのくらい保てるかなど、回復を実感できることにつながる時期に合わせた目標の共有が大切ではないでしょうか。今後、リハ職の関わりの中で状態に合わせた目標が設定できるよう支援をお願いします。

事例 2-17 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

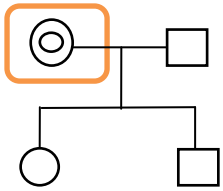
Nさん	82 歳･女性	担当	地域包括支援センター大潤会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	薬の副作用か足裏に違和感あり、すり足歩行で手すりや壁を伝い歩く
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	杖歩行　付き添いが必須であるが、最近 1 度タクシーで一人で通院する
	外出頻度	○ 少し難しい	週 2 回デイサービス、月 1 回通院。たまに友人が送迎してくれ外出する
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	不安が強いので体調が良い時に合わせ、また娘やヘルパーが在宅時行う
	着脱衣	○ 少し難しい	ズボン、下着や靴下は椅子に座って更衣する
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	浴室はヘルパーや娘が支援する
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	▲ 改善可能性高い	圧迫骨折を起こしやすい骨粗しょう症である為重い物は持てずヘルパーが行う
	調理	▲ 改善可能性高い	簡単な調理は自立。その他は週 3 回ヘルパー利用している
	ごみ出し	▲ 改善可能性高い	資源ごみは少しずつまとめ自分で出すが、可燃ごみや古紙は階上の住民や娘が支援する
	通院	▲ 改善可能性高い	娘の仕事が休みの時に通院付き添いしてもらっているが、難しい時は自費ヘルパーを利用している
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	お金の計算は出来るが銀行等高額な金額は娘が管理している
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	デイサービスや友人の付き添いがあれば参加できる

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療･観察中の疾患	治療中	多発性骨髄腫	薬を隔日服用し寛解状態を維持している
	治療中	C 型肝炎	内服にて安定している
	観察中	骨粗しょう症	重い物を持つ事や急な動作は特に注意している

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	カレンダーやメモに予定を書き込めば問題ない

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景･要因等】	
	集合住宅 3 階 エレベーターなし 玄関、脱衣所、廊下、浴室に介護保険で手すり設置	個人因子	多発性骨髄腫で薬を服用。その副作用か足裏に違和感があり、移動動作は不安定で外出の際は不安が大きい他、感染症にも注意が必要。また圧迫骨折を引き起こしやすい骨粗しょう症である為重い物は持てない。
1 日の目標	スーパーに行く途中の横断歩道まで歩いて行く	環境因子	1 人暮らし。住宅は 3 階エレベーターなし。娘が同じ住宅街に住み、通院や家事支援あるが、教師であり、常時の支援は難しい。階上の住民は古紙を出してくれる。
半年後の目標	近所のスーパーまで一人で行く事が出来る		
1 年後の目標	スーパーで買物できる		

圧迫骨折を心配して何もしなければ、さらに何も出来なくなる可能性があります。リハビリ職による動作の確認や調理器具などの配置場所の工夫等で、成功体験を積み上げることが本人の不安感の軽減につながるかもしれません。本人がやりたいと思っていることができるようになる支援を工夫しましょう。

事例 2-18 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

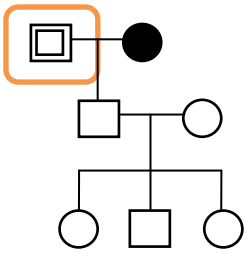
Mさん	81 歳・男性	担当	地域包括支援センター大潤会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	
	屋外歩行	○ 少し難しい	息切れするが独歩可。交通機関の利用可
	外出頻度	○ 楽にできる	外出時は電動自転車か自家用車を使用し週 4 回程度買物や老人会に参加
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 少し難しい	薬の副作用で食思の低下ある
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	労作時の息切れがある
	洗濯	○ 少し難しい	労作時の息切れがある
	買い物	○ 楽にできる	重い物が持てないので自家用車で買物に行く
	調理	○ 少し難しい	調理はできるが、自分の好きなものしか調理しない
	ごみ出し	○ 少し難しい	重い新聞などは運びにくい
	通院	○ 楽にできる	校区内程度は自分で車を運転して一人で受診
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	固定電話までの移動で息切れし会話がしにくくなる
	社会参加	○ 楽にできる	ﾀﾞﾝｽｻｰｸﾙで講師をしている(週 1 回)写真倶楽部(月 1 回)

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	慢性閉塞性肺疾患	気管支拡張薬による対処療法中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て 洗濯物はリビングの前庭に干す。 駅やスーパー、かかりつけ医までは坂道	個人因子	慢性閉塞性肺疾患の為、動作時の息切れが強い。定年退職後は地域活動をされていたが今はしていない。家族から車の運転をやめる様に言われているが、通院や買物に利用している。(昼間のみの運転) 社交ダンスの指導、退職した会社の OB 会の写真倶楽部に所属
1 日の目標	体調に合わせて毎日屋外に出る様にし日々の活動量を増やす	環境因子	一人暮らし。近隣の方とは挨拶程度の付き合い。息子は海外に単身赴任中。嫁は他府県に在住しているが、長女に障がいがあり自宅を離れる事が難しく、緊急時以外の対応は難しい
半年後の目標	旅行の写真をまとめる		
1 年後の目標	写真集を完成させる		

一人暮らしに対する家族等の不安から「安心」の代替として訪問介護を利用するのではなく、訪問看護による呼吸リハを導入することで「安心」を手に入れることができるのではないでしょうか。徐々にサービス量を減らしてみるなど状況を見ながら支援してはどうでしょうか。

事例 2-19 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

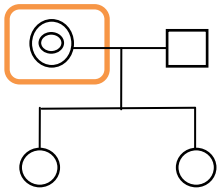
F さん	73 歳・女性	担当	地域包括支援センター東香会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	手すりなど何か掴んで歩いている
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	左半身に麻痺があり、長時間の歩行は難しい
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	月に 1 回、夫と一緒に通院するときのみ
	排せつ	○ 少し難しい	夜間時には尿とりパットを使用。時々失敗することがある
	食事	○ 少し難しい	呑み込みが少し悪くなっている
	入浴	○ 少し難しい	左半身に麻痺があり、長時間の歩行は難しい
	着脱衣	○ 少し難しい	上着の着脱などは夫に一部介助してもらっている
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	長時間の立位が取れなくて夫が掃除を行っている
	洗濯	○ 少し難しい	左半身に麻痺があり洗濯干しはできない
	買い物	▲ 改善可能性低い	1 人で外出できないので、夫が食料品などを買いに行かれる
	調理	▲ 改善可能性低い	調理が出来なくて夫が毎日調理している
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	重たい物が持てないので夫がゴミだしを行っている
	通院	○ 少し難しい	月に 1 回、夫と一緒に通院する
	服薬	○ 楽にできる	飲み忘れがないように自分自身で分包している
	金銭管理	○ 少し難しい	自分自身で行う事はできるが預金の出し入れは夫が行っている
	電話	○ 楽にできる	聞こえにくいこともなく会話はできる
	社会参加	▲ 改善可能性低い	自分自身で外出できなくなっているのでほとんど参加していない

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	高血圧	月 1 回受診、服薬治療中
	観察中	急性硬膜下血腫	26 年に発症。現在、経過観察中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	年相応の物忘れはあるが、日常生活に支障はない

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て 浴室内は手すりを設置している。廊下やトイレには夫の介護保険で手すりを取り付けている	個人因子	26 年に急性硬膜下血腫を発症して 5 か月ほど入院した。入院中にリハビリを行っていたが、左半身に多少の麻痺が残っている。左半身に少し麻痺があるために入院前のように元気に動くことはできない。
1 日の目標	自分自身でできる家事、食器を運んだり洗濯などを行う。	環境因子	夫との二人暮らし。自宅周辺は昔ながらの住宅街でご近所の方も高齢になり、だんだんと近所付き合いも無くなってきている。
半年後の目標	毎日、庭の手入れや植木の水やりを行う		
1 年後の目標	自宅近くの公園まで歩いて行けるようにする		

要支援認定を受けている夫の負担が大きくなっているのではと思われます。本人もできる家事を行いたいと思っているのであれば、作業療法士による関わりで片手でしようできる調理器具の紹介など生活の工夫ができると思います。また、支援の方向性を確定するためにも医師に病状の確認を行いましょう。

事例 2-20 【アセスメント表】 **医療連携の気づき**

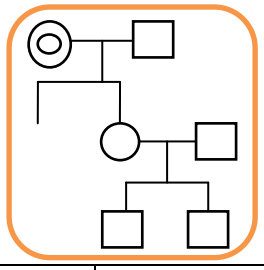
Hさん	83 歳・女性	担当	地域包括支援センター東香会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	柱など何か物を掴んで伝い歩きをしている
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	歩行器を使ってされるが、休憩することが多くなっている
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	週に 2・3 回程度歩行器を使ってリハビリなどで外出する
	排せつ	○ 少し難しい	特に問題はないが、便座の立ち座りが辛くなっている
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	浴槽の出入りが辛くなりシャワー浴を行っている
	着脱衣	○ 楽にできる	ズボンの着脱が辛くなっている
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	前傾姿勢を取ると腰に痛みが出るので掃除機がけはできない
	洗濯	○ 少し難しい	ゆっくりであるが洗濯を行っている
	買い物	▲ 改善可能性高い	宅配を利用したり、夫の送迎で買物に行く
	調理	○ 少し難しい	長時間の立ち仕事ができないので簡単な事しかできない
	ごみ出し	▲ 改善可能性高い	重たい物を持っての歩行が出来ないので家族が行っている
	通院	○ 少し難しい	近くの診療所まで歩行器を使い休憩しながら通院している
	服薬	○ 少し難しい	服薬忘れのないようにお薬カレンダーを使って自己管理している
	金銭管理	○ 少し難しい	家族が年金を引き出して小額の金額は自分自身で管理している
	電話	○ 楽にできる	近所の方を友人と電話をしている
	社会参加	○ 楽にできる	サロンには参加していないが、近所の方が自宅に来て話をしたりしている

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	脊柱管狭窄症	コルセットを着用しないと痛みが出る
	治療中	末梢循環障害	原因不明の手足の痺れがあり検査中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	年相応の物忘れはあるが、日常生活に支障はない

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	昔ながらの日本家屋で風通しは良い。 上がり框などの段差があり、廊下などに手すりは設置されていない	個人因子	末梢循環障害(検査中)による手足の痺れや脊柱管狭窄症による腰・膝の痛みが強くなっている。以前は家事などが行えていたが痛みが強くなって動けなくなっている。昼間は独居になり自分自身で行えることが少なくなっていて、家の中で過ごすことが多くなっている。
1 日の目標	1 日、1 回外に出かける	環境因子	山の中腹に自宅があり、自宅周辺の道路は道幅も狭く急な坂があり、外出することが少なくなっている。昔からの集落で近所の方もお互いに高齢になり交流も少なくなっている。周りに公共交通機関もなくてバイクや自動車がないと買物や通院をすることが出来ない。
半年後の目標	自宅近くの公民館まで歩けるようにする		
1 年後の目標	元気に痛みなく歩けるようにしたい		

脊柱管狭窄症の症状と膝痛は別の要因ではないかと思われます。痛みが強くなっていることから、色々な痛みが重なり合ってしまっている可能性があるので痛みのコントロールについて検討してはどうでしょうか。また、疾患や痛みの状態から自宅での入浴についても検討してはどうでしょうか。

事例 3-1 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

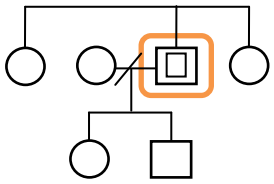
Mさん	69 歳・男性	担当	地域包括支援センター社協こもれび

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	杖歩行。下肢浮腫あるが足首を動かす運動を継続している
	屋外歩行	○ 少し難しい	歩行器利用。就業時は会社の車を利用し通勤している
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	週に 2 日夜勤。昼間カラオケに出かける
	排せつ	○ 楽にできる	手すりはないが補高便座で立ち上がりの補助が出来ている
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	ユニットバス、滑り止めマット、バスグリップ使用
	着脱衣	○ 楽にできる	椅子に腰かけ、ゆっくり行う
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	円背。両膝、左かかとに痛み有。踏ん張れない
	洗濯	○ 少し難しい	室内干ししている
	買い物	○ 楽にできる	近隣にスーパーがある。仕事帰りにも買物が出来る
	調理	▲ 改善可能性低い	調理の意欲なく、立位保持の工夫も無い
	ごみ出し	○ 少し難しい	歩行器を利用し可能
	通院	○ 楽にできる	歩行器を利用し可能
	服薬	○ 楽にできる	服薬後、メモし管理している
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 楽にできる	

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	両変形性膝関節症	消炎鎮痛処理
	治療中	高血圧症	服薬にて管理

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	理解力、判断力有
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	商店街に近い 4 階建て集合住宅の 1 階(ワンルーム) ﾄｲﾚ・バスユニット型 上がり框(ﾍﾞｽﾄﾎﾟｼﾞｼｮﾝﾊﾞｰ) ベッド横(たっちあっぷ)	個人因子	両変形性膝関節症のために痛みが有る。円背、左かかとにも痛み有。中腰が辛く浴槽の掃除ができない。右、若い頃に失明。夜勤の仕事をしている。判断力、理解力もあり会話もたくみ。人づきあいがよく毎日のようにカラオケや居酒屋に行く。喫煙・飲酒を好む(以前は飲みすぎて転倒)外食が多い。
1 日の目標	歩行器を利用し、家の周りを散歩する	環境因子	独居 二度目の妻とも離婚。子どももいるが疎遠。実妹は他府県在住で、たまの電話連絡のみ。訪問はない。商店街が近く、買物や食事に便利。行きつけの喫茶店に2・3日行かないと店のママから安否確認の電話がある。後任者が無いために経営者から依頼されて夜警を続けている。
半年後の目標	室内でも転倒しないように歩行する		
1 年後の目標	栄養に偏りのないバランスの良い食事をする		

円背と膝痛の関係が気になるところではありますが、本人から本音を聞きだすためにも信頼関係を構築することが大切かと思います。今の状況への対応ではなく、何が問題なのかに本人が気づき、地域の中で役割を果たすなど生きがいや役割を見つけられる支援をすることで、変わっていくのではないでしょうか。

事例 3-2 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

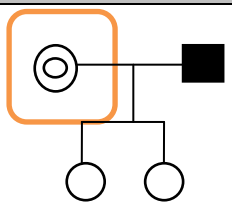
F さん	74 歳・女性	担当	地域包括支援センター社協ふれあい

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	すり足歩行にて、手すりや家具に掴まり移動
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	膝折れがあり、立ち止まり動けない事も多い
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	デイケア週 2 回、週に 1 回買物、他通院
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	▲ 改善可能性高い	食欲低下がみられる時、月に 1 回くらい点滴治療
	入浴	▲ 改善可能性高い	手の痺れと震えがあり、背中や頭部・足先がきちんと洗えていない
	着脱衣	○ 少し難しい	椅子に座り、ゆっくり行う
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	手の痺れと震えがあるが、出来る範囲で行う
	洗濯	○ 少し難しい	時間がかかるが出来ている
	買い物	▲ 改善可能性高い	ヘルパー同行で行く
	調理	▲ 改善可能性高い	体調によりヘルパーと一緒に作る。簡単な物を自分で作る事もある
	ごみ出し	○ 少し難しい	普段は出来ている。体調によりヘルパーにお願いする
	通院	▲ 改善可能性高い	体力低下や眩暈、ふらつきある時はタクシーにて通院する
	服薬	▲ 改善可能性高い	毎週、看護師がｳｫｰﾙﾎﾟｹｯﾄにｾｯﾄする。時々間違い飲み忘れあり
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 少し難しい	携帯電話であるが、持って出る事を忘れる事が頻回にある
	社会参加	○ 少し難しい	デイケアのリハビリ・通院・買物に行くくらい。娘の訪問あり

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患		皮膚筋炎	慢性症状により震戦、痺れ筋力低下あり。四肢末梢部は変色・変形がみられ、冷感や痺れ感・痛み、強張りがあり力が入らない
		HTLV-1	経過観察中
		糖尿病	ダイエット指示があるが、服薬副作用で食欲増

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	有	服薬忘れ、昼夜逆転、思い違いが時々見られる

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	団地の 5 階であったが、1 階に転居した。手すり(浴室・トイレ・玄関)設置済。医師からは以前から施設入所を勧められている。本人は自宅で介護保険サービスを利用して暮らしたい思いが強い。	個人因子	筋力低下が著しいので、医師の指示でデイサービスからリハビリの出来るデイケアに変更したことで、入浴介助が出来ずしっかり洗えていない。食事面でもバランス良い食事が減っている。元々調理の習慣がなかったことにより、弁当を取るが好き嫌いが多く長続きせず、栄養バランスが取り難い。薬の副作用で食欲がましてしまいｺﾝﾄﾛｰﾙが難しい。医師から体重を落とすように指示が出ているが食欲にもムラがある。移動時転倒に注意が必要。昼夜逆転になりやすい。
		環境因子	長年、音信不通であった長女の居場所が分かるも、その後も交流はない。次女は他市在住であるが、病気がちで精神的にも不安定であり、日常の支援はできない。本人にも、迷惑をかけたくない思いがある。電話での相談等はしている。必要時には訪問してくれる。

1 日の目標	毎朝、定時に起きて規則正しく生活する
半年後の目標	自宅でも、毎日 10 分運動する
1 年後の目標	手指の痺れを改善し、病状を維持管理する

このままの生活を続けた場合の可能性を示し、本人の気づきを促す必要があるのではないでしょうか。夜は早く寝るなど生活リズムを整えることについても難病支援の保健師の関わりで変化があることを期待したいです。長年の生活習慣を変えることは難しいとは思いますが、サービス提供者間で情報共有しながら支援をお願いします。

事例 3-3 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

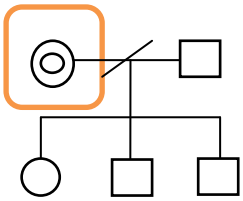
Y さん	78 歳・女性	担当	地域包括支援センター社協ふれあい

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	柱など支えにして移動
	屋外歩行	○ 少し難しい	ゆっくり杖歩行
	外出頻度	○ 少し難しい	通院や週 1 のスーパーへの買物程度
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 少し難しい	リウマチ症状が強い時は箸を使う事が難しい
	入浴	○ 少し難しい	転倒数回しており一人で入るには不安がある
	着脱衣	○ 少し難しい	リウマチ症状が強い時は衣服は被り物で対応している
IADL	掃除	○ 少し難しい	腰痛があり屈む姿勢が難しくふらつく
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	○ 楽にできる	生協宅配利用
	調理	○ 楽にできる	
	ごみ出し	▲ 改善可能性高い	2 階からゴミの集積場に運ぶのが難しいのでヘルパーが行う
	通院	○ 楽にできる	
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 楽にできる	近隣住民とは疎遠。週 2 回デイ利用

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	関節リウマチ、脊柱管狭窄症	かかりつけ医に月 1 受診し服薬治療中
	観察中	第 11 胸椎圧迫骨折	

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	府営団地の 2 階 独居 浴槽のレンタル休止中 節約のためにガスも止めておられカセットコンロ使用	個人因子	関節リウマチや脊柱管狭窄症等、痛みによって行動が制限されている。 母子家庭で 3 人の子どもを育て苦労したとよく話される。
		環境因子	デイサービスで入浴するようになってから節約のために浴槽レンタル、ガスの供給を休止中 自宅では入浴されていない。団地の階段が怖くて昇降ができなくゴミ捨てもできない。 近隣住民との関わりはないが友人はおられる 長女の定期的な関わりあり。

1 日の目標	転倒しないで暮らす
半年後の目標	1 日 1 回の散歩を心がける事で体力を維持する
1 年後の目標	趣味の編み物を継続することが出来る

卒業にするにあたって考えられる課題を伝え、課題解決のための選択肢を専門職としてどれだけ提示することができるかによって、本人の自己決定につながります。ヘルパーの関わりにより少しずつ自信を取り戻していることから、自己決定できるだけの選択肢を用意してあげてください。

事例 3-4 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

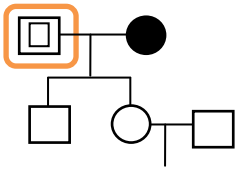
Hさん	74 歳・男性	担当	地域包括支援センター社協ふれあい

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖なしで歩けるが疲労を避けるために主に自転車を利用
	外出頻度	○ 少し難しい	通院や週 2 回程度のスーパーへの買物程度
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	膝に痛いがある事と家事に不慣れなため困難
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	○ 少し難しい	自転車を利用すれば出来る
	調理	○ 少し難しい	炊飯は出来るが調理はしないためおかずを購入
	ごみ出し	○ 楽にできる	
	通院	○ 楽にできる	
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	デイケア週 2 回利用 他者と話すことが億劫

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	咽頭がん術後	再発がないか定期的は検査を受けている
	観察中	脳動脈瘤	〃
	治療中	変形性膝関節症・高血圧症	月 1 回受診し、内服治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境
	府営住宅の 3 階 (エレベーターなし) 手すりの設置はなし

1 日の目標	1 階の集合ポストに郵便物を取りに行く
半年後の目標	河川敷を歩く事を再開する
1 年後の目標	住み慣れた自宅で病に伏せる事なく過ごす

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
個人因子	癌で妻を亡くされた事のショックが大きく落ち込みが続く。脳動脈瘤による意識消失があり、いつ倒れるかという不安を抱えている(発症してから 5 年間で 4 回程倒れている、ここ 1 年程はない)デイケアを利用する事で不安がありながらも前向きになってきたが昨年咽頭癌の診断を受け切除術を行う。この頃から何事も「どうでもいい」「なぜ癌になった」と投げやりな自身を責めるような状態となり、意識低下が大きくある。
環境因子	近隣住民とは元々付き合いがなく、ここ数年友人とも連絡はとっていない。デイケアに週 2 回通う事で運動機能を維持したり社会的交流の場が何とか保てている。掃除のみで生活援助を週 1 回利用。簡単な調理ができる。長男は行方知れず。長女は隣市に住み定期的な支援はないが週末電話があったり月 1 回会う事ができている。

本人が自分で決めることを少しずつ与えることで自信を取り戻し、意欲の向上につながるのではないでしょうか。支援者は、本人に寄り添い、諦めず根気よく関わり続けることが大切です。また、脳動脈瘤の位置が前頭葉であれば意欲の低下につながることから疾患の確認も必要かと思います。

事例 3-5 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

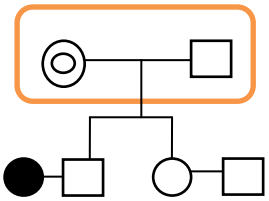
Y さん	66 歳・女性	担当	地域包括支援センター聖徳園

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖歩行もしくは歩行器利用、緩慢でありふらつき見られる
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	週 2 回デイケア利用、通院は夫付き添い要。買物に誘うが拒否が多い
	排せつ	○ 少し難しい	夜間のみ P トイレ使用、下剤服用時は間に合わないことがある
	食事	○ 少し難しい	摂取動作は自立だが、食事の途中でも「しんどい」と言い横になる
	入浴	○ 少し難しい	銭湯で週 2 回、足元が怖いと話すが転倒なし。デイでの入浴は拒否
	着脱衣	▲ 改善可能性高い	衣類が背中に引っ掛かり上着の着脱のみ夫が一部介助
IADL	掃除	■ 改善可能性低い	歩行不安定、腰痛及び膝痛あり前屈姿勢保持困難、夫が行っている
	洗濯	■ 改善可能性低い	両手を離しての作業は転倒のリスクが高い、夫が行っている
	買い物	▲ 改善可能性高い	荷物は持てないが、夫が誘い気分が乗れば運動を兼ねていく
	調理	■ 改善可能性低い	腰痛及び膝痛あり長時間の立位困難、夫が行っている
	ごみ出し	■ 改善可能性低い	夫が行っている
	通院	▲ 改善可能性低い	一人での外出困難、移動手段は夫の車、診察時付き添い要
	服薬	▲ 改善可能性低い	眠剤あり、夫にて管理、袋から出しテーブルに置く
	金銭管理	■ 改善可能性低い	夫にて管理
	電話	■ 改善可能性低い	しゃべるのがしんどいと言い電話には出ない
	社会参加	▲ 改善可能性高い	大勢の中にいるとしんどさを感じる。しかし元々社交的でおしゃべり好きだった

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	脊柱管狭窄症・変形性膝関節症	1 回/8 週、内服治療中(整形外科)
	治療中	精神不安定	1 回/月、内服治療中
	治療中	不整脈	1 回/8 週、内服治療中(循環器)

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	理解力問題なし。ただ話すのが面倒くさいと返事をしないことがある
もの忘れ	有	

家族構成図	住宅環境
	一戸建て(2 階建て)に夫との二人暮らし。寝室は 2 階(本人希望)であるが勾配がきつい(手すりあり)。 近くに公園あり。 閑静な住宅街 自宅前の交通量はさほど多くない。

1 日の目標	身の回りのことや朝・夕の階段昇降、座っている時間を増やす等ご自身でできることを続ける
半年後の目標	月 1 回ご主人と一緒にホームセンターに行く
1 年後の目標	歩こうという意欲を持ち、近隣を散歩することができる

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
個人因子	元々よく話される明るい方、60 代で脳梗塞を発症し麻痺等後遺症はなかったが、精神的に不安定となり精神科を受診。倦怠感、意欲低下が見られ自宅に閉じこもりがち。 腰痛や膝痛あり活動量が減少、筋力体力低下が顕著。必要以上に動かない。 夫が外出に誘うも「疲れる、しんどい、めんどくさい」などが理由で拒否。外出機会が少なく社会交流の場が限られている。
環境因子	精神不安定(イライラ・興奮)に対してｸﾞﾗﾏﾘｰﾙが処方されている。眠気、倦怠感、呂律が回りにくいなどみられ、服用回数を変更。少しずつ減らしていく方向。 ご本人が歩いて行ける距離にスーパー等なく夫の車で移動 長男、長女ともに就労あり、他県に在住。時折行き来がある。各家庭あり、日常的な支援は難しい。

よく話をされる明るい方に戻り笑顔で外に出ることができるような支援をするためには、支援者と友好な信頼関係を築きながら、本人自身が今の状況や問題に気づき、少しずつでも問題に向き合っていくことが意欲の向上につながっていくのではないでしょうか。

事例 3-6 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

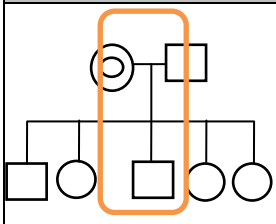
K さん	65 歳・女性	担当	地域包括支援センター聖徳園

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	つまづき・ふらつきあり、伝い歩き
	屋外歩行	▲ 改善可能性低い	全盲のため、歩行一部介助必要
	外出頻度	▲ 改善可能性低い	全盲のため、自力外出できない
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	手すりをつかまり自立 シャワー浴が多い
	着脱衣	○ 少し難しい	全盲のため、衣服表裏間違えて着る事があり夫の見守り必要
IADL	掃除	○ 少し難しい	隅々まで出来ていないが自力にて行っている
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	■ 改善可能性低い	夫が行っている
	調理	○ 少し難しい	電子ﾚﾝｼﾞ・ﾎｯﾄﾌﾟﾚｰﾄを活用 ｶﾞｽの調整が難しく火傷することあり
	ごみ出し	■ 改善可能性低い	夫が行っている
	通院	▲ 改善可能性低い	家族の歩行一部介助必要
	服薬	○ 楽にできる	服薬なし
	金銭管理	■ 改善可能性低い	夫が行っているが、収支の把握はできている
	電話	○ 少し難しい	電話番号登録し、音声にて対応
	社会参加	▲ 改善可能性高い	他者の見守り・介助があれば可能 外出の機会がほとんどない

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	先天性弱視	定期通院なし 3 年程前から全盲
	観察中	左変形性股関節症	半年に 1 回通院

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	エレベーターなし 団地 2 階 浴室に手すりあり	個人因子	左変形性股関節症のため H25 年人工関節置換術施行。左足 2～3 ㎝短く、歩行バランス悪く、歩行時つまづき・ふらつきある。自宅内自立歩行。生まれつき弱視。3 年程前に全盲となってから、意欲低下がみられ自宅に閉じこもるようになる。外出は介助が必要
1 日の目標	身体を動かし、筋力・体力をつける	環境因子	夫、次男との 3 人暮らし。 同居家族就労のため昼間独居 通院等外出は娘が対応するが頻度は少ない。友人が遊びに来たり、連絡を取り合っているが、近所付き合いは特にない。自力での階段上り下りに不安がある。
半年後の目標	パソコンを活用して、外出の機会を増やす等、生活の幅を広げることができる		
1 年後の目標	外出の機会が増え、生活に楽しみが増える		

ガイドヘルパー等の利用で活動範囲を広げるための支援と、全盲の協会などで関係者団体から情報を入手することで生活の楽しみを増やすことができるのではないでしょうか。ただ、左足の状態については、医師に確認することが必要かと思われます。

事例 3-7 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

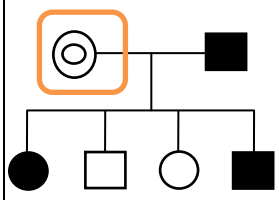
Sさん	82 歳・女性	担当	地域包括支援センター聖徳園なぎさ

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	ふらつきあり
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	通院やデイサービス通所時には家族や職員が付き添う
	外出頻度	▲ 改善可能性低い	通院とデイサービス以外の外出はしていない
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	▲ 改善可能性高い	軟飯、すりつぶしを行うなど工夫している
	入浴	▲ 改善可能性高い	月 2 回のデイサービスでの入浴
	着脱衣	○ 楽にできる	自宅ではパジャマのまま 1 日過ごす事が多い
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	長男やヘルパーによる支援
	洗濯	▲ 改善可能性高い	長男が行い、本人が干す
	買い物	■ 改善可能性低い	ヘルパーが週 2 回支援
	調理	▲ 改善可能性低い	炊飯のみ自身で行う。ヘルパーによる調理
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	ヘルパーが支援。本人同行の時もある
	通院	▲ 改善可能性低い	ふらつきあり、長女や長男の同行が必要
	服薬	○ 少し難しい	長男による分薬
	金銭管理	○ 少し難しい	本人が管理し、長男が引き出す
	電話	○ 楽にできる	長男が必要な連絡先を壁に貼り出し
	社会参加	▲ 改善可能性高い	デイサービスに月 2～3 回通所

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	糖尿病	服薬管理。2～3 か月に 1 回の通院
	観察中	緑内障	点眼薬にて経過観察

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	予定はカレンダーに自身で記入。同じことを何度も繰り返すことはある

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	エレベーターのある集合住宅	個人因子	依存心が強い。糖尿病。熱中症による体調不良から、食欲低下や嚥下困難をおこす。 40 代から自歯はなく、歯茎で食事を行う。 自宅に閉じこもることによる筋力低下
1 日の目標	自宅でできる体操を毎日行う	環境因子	独居。 市内に長男が在住しているが就労のため週 1～2 回程度訪問し、支援を行っている。 次女は隣県在住で就労しているが、通院の付き添い等で 1～2 か月に 1 回訪問している。
半年後の目標	①食事量や食べられる食材を増やすことで体重を 2 kg増やす。②次女との月 1 回の通院の帰りに買物に行く事ができる		
1 年後の目標	お孫さんと一緒に外出する事ができる		

前向きな発言や食事内容の改善がみられ、本人が自分の問題に向き合えていることから、上手くアプローチできる時期を見極めることで、更なる改善が見込めると思います。また、出来ていることや改善していることをまわりから本人に伝えることも大切だと思います。

事例 3-8 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

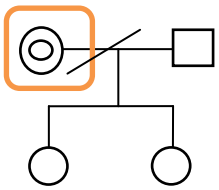
Mさん	58 歳・女性	担当	地域包括支援センターサール・ナート

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	狭い空間なので、どこかにつかまって歩いている
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖利用や娘との外出が多い
	外出頻度	○ 少し難しい	近所に娘が住んでおり、散歩以外の外出は付き添ってくれる
	排せつ	○ 楽にできる	和式から洋式便座にすることで自立
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	回数を自分で決めてゆっくり入浴することは可能
	着脱衣	○ 少し難しい	骨折後の手が挙がらなかったりすることがあるが自立
IADL	掃除	○ 少し難しい	何とかご自身で行っている
	洗濯	○ 少し難しい	〃
	買い物	▲ 改善可能性低い	荷物を持って歩くことが難しくなっており娘から支援を受けている
	調理	○ 少し難しい	昼食に簡単なものは作るが調理はほとんどしない。日曜以外配食利用
	ごみ出し	▲ 改善可能性高い	娘の支援が必要
	通院	■ 改善可能性低い	娘同伴で受診することが多くなっている。病状の理解難しい
	服薬	○ 少し難しい	飲み忘れ等の確認のため娘の見守りが必要
	金銭管理	○ 少し難しい	今のところはできているが娘の見守りが必要
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	精神的に不安定な傾向

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	パーキンソン症候群	内服にて経過観察中
	観察中	脳動脈瘤術後	術後後遺症による高次脳機能障害あり
	治療中	糖尿病、高血圧	内服にてコントロール

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	話のまとまらなさはあるが、自分の意思は他人に伝えることはできる
もの忘れ	無	短期記憶が低下している。不安等が多い時には記憶力も低下してしまう

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	集合住宅 2 階 2 年後に建物老朽化のため立ち退きの予定がある。	個人因子	左上腕近位端骨折後、歩行状態も悪いことが発覚。その後脳動脈瘤が発見され手術となる。術後高次脳機能障害も確認されている。疾患に対して不安が非常に大きく、医者の話や概念的な理解ができないので、落ち込んだりﾊﾟﾆｯｸになることが多い。新たにﾊﾟｰｷﾝｿﾝｼﾝﾄﾞﾛｰﾑの診断もつき、筋力低下や疾患による歩行状態の不安定さを自覚し、ますます不安が大きく、混乱もしてしまうため活動性が低下してしまっている。
1 日の目標	1 日 1 回外にでる	環境因子	長年苦労した夫と別れ独居となっている。 集合住宅の 2 階に住んでおり、階段の昇降が難しくなっているが、引っ越しも難しい。娘による日常生活の支援がある。
半年後の目標	無理をせず、自分の決めた運動(公園 3 周)を行う		
1 年後の目標	遠出ができる体力を持ちたい		

本人の精神的不安定な傾向から目標をあいまいにされていますが、本人が頑張りすぎて失敗をするより、自信をつけるといった精神面へのアプローチをするために、役割を明確化して成功体験を積み重ねることで自信につながり、明確な目標の設定ができるのではないでしょうか。

事例 3-9 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

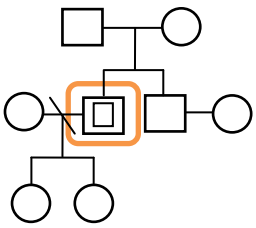
Sさん	47 歳・男性	担当	地域包括支援センターサール・ナート

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩きにてゆっくり歩行可能
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	左足装具着用と杖歩行にて歩行可能
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	長距離歩行は難しいが近隣の実家へは毎日通えている。またタクシー利用にて月 1 回定期受診
	排せつ	○ 少し難しい	自宅トイレが和式のため屈む動作がとり辛く不安定となるため、腰掛便座を購入により自己にて可能
	食事	○ 少し難しい	左手の不随意運動は残存しているが、自分でできている
	入浴	○ 少し難しい	手すり設置により移動・跨ぎ動作が安定し自己にて入浴できている
	着脱衣	○ 少し難しい	椅子に座って着脱している
IADL	掃除	○ 少し難しい	概ね自立しているが、浴槽内の掃除は母親が支援
	洗濯	▲ 改善可能性高い	干すことや取込みはバランスを崩してしまうため母親が支援
	買い物	▲ 改善可能性高い	近隣にスーパーがないため、両親と車で行っている
	調理	■ 改善可能性高い	栄養バランスや減塩に気をつけた食事を母親が提供
	ごみ出し	○ 少し難しい	杖使用にて自分で行くことができている
	通院	▲ 改善可能性高い	タクシー利用にて可能
	服薬	○ 楽にできる	自己管理
	金銭管理	○ 楽にできる	預貯金の出し入れは母親が代行。管理は自己管理
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	▲ 改善可能性高い	仕事仲間との付き合いは続けている

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	脳内出血	かかりつけ医に月 1 回受診し、経過観察中
	治療中	高血圧・慢性心不全	かかりつけ医に月 1 回受診し、服薬治療中
	観察中	末破裂脳動脈瘤	かかりつけ医に月 1 回受診し、経過観察中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	有	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	集合住宅にて独居（浴室手すり設置、トイレ腰掛便座購入済）	個人因子	脳内出血後、リハビリの継続により改善傾向にあるが、左半身麻痺が残っており歩行不安定である。
1 日の目標	病院で教わったリハビリ・ストレッチ体操をする	環境因子	近隣にスーパーがなく、行くまでの道も坂道のため現状歩いて行くことが難しい。両親が近隣におり必要時の支援は協力的
半年後の目標	1 日 1 回外に出て身体を動かす		
1 年後の目標	長距離を安定して歩けるようになりたい		

発症して 1 年が経過して麻痺が残存している状態で、発症する前の状態に戻るというゴールを本人が設定してしまうと、ゴールに到達できないと気付いた時の落差が心配です。リハビリに期待しすぎてリハビリが目標にならないように、本人が問題に気づいたときに寄り添える支援をお願いします。

事例 3-10 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

Hさん	67 歳・女性	担当	地域包括支援センターサール・ナート

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	壁や家具を使う(手すり設置予定)
	屋外歩行	○ 少し難しい	1 本杖を利用し休憩を入れながら歩行
	外出頻度	○ 少し難しい	リハビリのため週 2 回通院 電車・タクシーを利用
	排せつ	○ 少し難しい	手すり設置 股関節に注意しながらゆっくり洋式トイレを使用
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	浴槽が深い、手すりなし(改修工事予定)
	着脱衣	○ 少し難しい	靴下、靴を履くことが難しい
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	高い所の物を取ること、下の方の物を扱うことが困難
	洗濯	○ 少し難しい	大きい物(シーツなど)が困難
	買い物	○ 少し難しい	重い物が持てない
	調理	○ 楽にできる	
	ごみ出し	○ 少し難しい	EV なしの 5 階に居住で 1 階のｺﾞﾐｽﾃｰｼｮﾝに持っていくことが困難
	通院	○ 少し難しい	1 人で徒歩と電車を使用 帰りはタクシーを使用
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	書道の活動をしていたができていない 近所付き合いは挨拶程度

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	右大腿骨頸部骨折	週 2 回リハビリ中 月 1 回整形外科受診

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	エレベーターがない 5 階建ての 5 階に一人暮らし。 玄関、上がり框、リビングに手すり設置予定。 洋式トイレに置き型の手すり設置。ベッド使用。 浴室全面改修予定	個人因子	60 歳まで仕事をしていた。活動的な方で、以前はエアロビクスや水泳をしていた。自宅階段で転倒し大腿骨頸部骨折で手術してから活動できていない。書道や水彩画をしており書道はカルチャーセンターで教えるほどの腕前で年に数回展示会に出展し賞をとることがある。受傷により文化的な活動ができていない。正座ができないため書道に対して精神的に集中できない。
		環境因子	夫と離別し一人暮らしが長い。 子どもがなく姉妹も遠方である。 5 階までの階段がリスク 建物が古く段差がある。

1 日の目標	毎日、自宅でのストレッチに取り組む
半年後の目標	楽しんで書道を行うことができる
1 年後の目標	杖なしで駅まで歩くことができる

医療でのリハビリのゴールを確認したうえで、機能回復訓練から動作訓練までが必要なのか、本人が望む動作をするためにリハビリを続ける必要があるのかを検討してはどうでしょうか。本人が自分の問題に向き合える、気づいてもらうための関わりや支援をお願いします。

事例 3-11 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

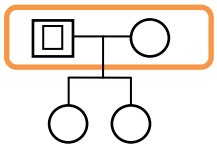
Y さん	79 歳・男性	担当	地域包括支援センターサール・ナート

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	
	屋外歩行	▲ 改善可能性低い	呼吸苦と下肢筋力の無さからどこまで歩けるか不明。200m 程度が限界か
	外出頻度	▲ 改善可能性低い	外出は嫌いで家に居るのが好き
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	洗身動作で息切れあり、湯には浸かるが長く洗っていない
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	■ 改善可能性低い	妻が全て行い自分でしたことがない。やる気もない
	洗濯	■ 改善可能性低い	〃
	買い物	■ 改善可能性低い	自分で殆どしたことがない。荷物を持ち歩く事は困難
	調理	■ 改善可能性低い	妻が全て行い自分でしたことがない。やる気もない
	ごみ出し	■ 改善可能性低い	ゴミを手に持ち歩くことは困難
	通院	▲ 改善可能性低い	8 月から訪問診療が開始になる予定
	服薬	○ 少し難しい	飲み忘れはおきそうである
	金銭管理	■ 改善可能性高い	自分でしたことがない
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	▲ 改善可能性低い	地域との交流は全くない。好まない

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	肺気腫	H26 年からの症状で通院中
	観察中	脳梗塞	脳内科の治療を受け、退院したばかり

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	確固たる意思表示あり、ご家族からのアドバイス等はきかない
もの忘れ	無	ごく軽度のもの忘れあり

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て	個人因子	肺気腫により軽労作で息切れがあり呼吸困難になりやすい健康状態。長年の運動不足で両下肢の筋力低下もあり。効果的な呼吸方法の指導は受けているが、身につかず。頑固なご気性で無口
		環境因子	長年連れ添った妻が月単位の余命宣告されている。表情には出さないが動揺されていることが予測できる。娘さん方もご本人の気性があり進んで生活上の説得はされず、会話も少ない。遠方で常時の支援も期待できず、近隣に親しく付き合える関係者がなく、民生委員とも交流なし。

1 日の目標	日中寝起きの生活から座って過ごす時間の方を多くできるようにする
半年後の目標	日に 1 度は近所を散歩する生活
1 年後の目標	かかりつけ医へ徒歩で受診できるようになっている

筋力低下があるものの肺気腫による呼吸苦から運動をすることは難しいと思います。妻が余命宣告されていることから信頼関係を構築するための時間が限られていますが、訪問看護師と本人の間で信頼関係が構築されているため、訪問看護師と相談しながら今の状況を見守り、妻亡き後の状況予測から支援方法を検討してはどうでしょうか。

事例 3-12 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

K さん	80 歳・男性	担当	地域包括支援センター松徳会

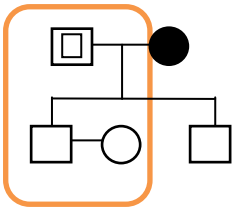
○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き
	屋外歩行	○ 少し難しい	押し車使用、近隣に限られる
	外出頻度	○ 少し難しい	近隣病院の通院やコンビニへの買物程度
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 少し難しい	視力障害あり、時折服を裏表で着用のため手伝ってもらうことがある
IADL	掃除	■ 改善可能性低い	視力障害や腰痛のため困難、同居の家族が行っている
	洗濯	■ 改善可能性低い	〃
	買い物	▲ 改善可能性低い	長男の妻が行う。簡単な物は近隣コンビニで店員に手伝ってもらいながら行っている
	調理	■ 改善可能性低い	同居の家族が行っている
	ごみ出し	■ 改善可能性低い	〃
	通院	▲ 改善可能性低い	近隣へは 2～3 回休憩しながら 1 時間半かけ行っている。その他は家族の付き添い有
	服薬	○ 少し難しい	服薬は自己管理。
	金銭管理	○ 少し難しい	自己管理。金銭の出し入れはコンビニ店員に手伝ってもらい行っている
	電話	▲ 改善可能性高い	難聴あり困難、本人は電話に出ない。補聴器申請中
	社会参加	▲ 改善可能性高い	月 1 回老人会、週 1 回近隣カラオケに参加していたが、外出が困難となってきて参加頻度は減少している

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	糖尿病	月 1 回通院、内服治療中
	治療中	糖尿病性網膜剥離・緑内障	1 回/2 か月　通院点眼治療中
	観察中	心筋梗塞	1 回/月　通院内服治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	難聴のため聞き間違いもあり、大事なことは家族が手伝うようにしている
もの忘れ	有	もの忘れや日にちがわからないことが増えてきた

家族構成図



住宅環境

2 階戸建
外玄関部分に 2～3 段の段差あり。
トイレ・浴室は住宅改修で手すり設置済
自室は 2 階にあり、手すりは設置されており階段昇降はゆっくりと出来ている。

1 日の目標	自宅で出来る体操に取り組む
半年後の目標	週 1～2 回は通院や買い物を兼ねて近隣を散歩する
1 年後の目標	近場に旅行に出かけることができる

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】

個人因子	視力の障害や脚力の低下、膝・腰・肩などの痛み、ふらつきもあり外出が怖いと感じているが、近隣程度は外出ができている。 難聴あり。
環境因子	長男家族との同居で生活全般に支援がある。 近隣コンビニ店員が手引きしてくれて、店内での買物や ATM での金銭の出し入れを手伝ってくれている。 近隣に趣味のカラオケを楽しめる場所があり、時折参加が出来ている。

視力障害、聴力障害や年齢のこともありますが、出来ることに目を向けることで自信を取り戻すことができるのではないでしょうか。機能障害を持っていても社会的役割を見いだすことができるような支援をお願いします。また、病状の予測から今後のリスクの予防についても検討をお願いします。

事例 3-13 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

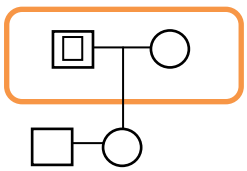
Eさん	81 歳・男性	担当	地域包括支援センター美郷会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	すり足で小刻み歩行
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖歩行
	外出頻度	○ 少し難しい	受診とﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ程度で以前行っていた買物にはいかなくなった
	排せつ	▲ 改善可能性低い	ズボンの上げ下げは妻が介助している 排尿は尿瓶を使用
	食事	○ 少し難しい	水分はストローを使用しないとむせる 手の震えがみられる
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	▲ 改善可能性低い	ズボンの上げ下げは妻が介助している
IADL	掃除	■ 改善可能性低い	家事は妻が全般的に行う
	洗濯	■ 改善可能性低い	〃
	買い物	■ 改善可能性高い	以前は妻の買物に同行していたが最近は億劫になっている
	調理	■ 改善可能性低い	家事は妻が全般的に行う
	ごみ出し	■ 改善可能性低い	〃
	通院	○ 楽にできる	タクシーを利用
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 楽にできる	

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	変形性腰椎症	
	治療中	パーキンソン症候群	かかりつけ医に 1 回/月度受診し、服薬治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	エレベーター付きバリアフリーマンションの 5 階	個人因子	パーキンソン症候群による手の震え、小刻み歩行あり。震えを抑える薬を服用開始したことで動きが緩慢になり意欲低下もみられたため、現在は量を減らしている。
		環境因子	妻と二人暮らし。 以前は妻と一緒に歩いてスーパーに買物に行っていたが、最近は億劫になっている。 家事は妻が全般的に行い、同じマンションに住む娘夫婦のサポートもある。

1 日の目標	毎朝ラジオ体操を続けて妻と買物に行ける体力をつけたい
半年後の目標	天候の悪い日以外は最低 2,500 歩は歩くようにする
1 年後の目標	1 年後も記念日には妻と一緒に食事に出かけられる体調を維持したい

ADL が低下していることが意欲低下につながっているのではないかと思います。通所介護での機能向上が可能かどうかサービス提供者間で検討してみてはどうでしょうか。また、年齢と病気の進行による ADL の低下を本人が現実を受け止められるよう、先を予測した支援をお願いします。

事例 3-14 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

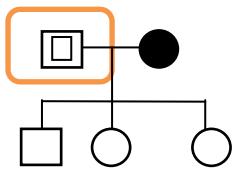
Y さん	80 歳・男性	担当	地域包括支援センター美郷会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	
	屋外歩行	○ 少し難しい	長く歩くことが出来ない事から、電動自転車で出かける
	外出頻度	○ 少し難しい	電動自転車で出かけるが車とぶつかる、転倒する等が起こっている
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	手の固縮等で掃除しにくい場所等は出来ずヘルパー支援を受けている
	洗濯	○ 少し難しい	
	買い物	○ 楽にできる	電動自転車で行く。近くにスーパーがある事から不便はない
	調理	○ 楽にできる	店を経営していた事もあり調理は出来るが手の不自由さはある
	ごみ出し	○ 楽にできる	
	通院	○ 少し難しい	近くの医院だが、電動自転車で行く
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	▲ 改善可能性低い	手元にあると使ってしまうため次女が全て管理している
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 楽にできる	地域の集まりや老人会への参加は出来ている

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患		高血圧・糖尿病	内服治療中で落ち着いている
		両手指固縮	事故により右第 1・4、左第 1・4・5 固縮
		前立腺がん	1/3 か月定期健診・内服治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境
	2 階建てのハイツの 1 階が住居 1K の間取りで居室も 3 畳程でかなり狭い。ベッドを置いてある事から移動スペースは少ない。

1 日の目標	自転車に乗って毎日出かける
半年後の目標	Wt67 kgまで落とす
1 年後の目標	年に数回繁華街まで行く。Wt を 64 kgまで落とす

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
個人因子	以前は要支援 2 でﾃﾞｲ 2 回行けていたが、その後要支援 1 でﾃﾞｲ 1 回しか行けなくなり、近くの公園でﾉﾙﾃﾞｨｯｸのﾎﾟｰﾙでの歩行やﾍﾙﾊﾟｰ指導の太極拳等勧めるが、1 人では運動せず、主治医指示の体重減少も出来ずの状態が続く。3 月から要支援 2 となりﾃﾞｲ 2 回に増した事で運動量は増えたが、変わらず自分では運動できずの状態。自室にいると狭いからとすぐﾍﾞｯﾄﾞに横になり寝てしまっている。ﾃﾞｲに行って運動しているからと満足してしまっている。
環境因子	市外で店をしていたが、妻を亡くしてから現住所に引っ越し一人暮らし。次女宅も近い。部屋は狭く移動スペースは少ないが、自宅のすぐ近くに広い公園がある。スーパーと医院は近いが坂道で歩道も少なく、車も多く危ない。

運動がなぜ続かないのか真意を把握することが大切かと思います。また、自分でも運動しなくてはと思いながら出来ないと意欲が低下するよりは、運動ではなく外出頻度を増やすことで活動量を増やすと捉え、筋力低下や体重減少に取り組んではどうでしょうか。

事例 3-15 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

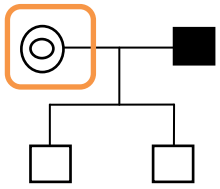
C さん	65 歳・女性	担当	地域包括支援センター美郷会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	独歩。時々伝い歩きになる
	屋外歩行	○ 楽にできる	杖歩行。以前はふらつきが大きかったが今は軽減している
	外出頻度	○ 少し難しい	階段を降りる時は一段ずつ降りている
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	浴室内につかまる所がないため住宅改修で手すり設置予定
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	膝が曲げにくいため行いにくいが、すべて自分で行っている
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	○ 少し難しい	荷物を持って階段を上がることが手間となっている。生協を活用
	調理	○ 少し難しい	膝に痛みが出ないように注意をしている。友達がおかずを持ってきてくれる時もある
	ごみ出し	○ 少し難しい	ゴミを持って階段を下りるため時間がかかる
	通院	○ 少し難しい	遠方の病院のため自家用車を運転していく
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	膝が痛く階段を使うことが制約になっている。最近は少し出歩けるようになった

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	両変形性膝関節症	左膝人工関節置換、右膝も手術を勧められている

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	エレベーターがないマンションの 2 階部分で生活している。マンション周辺は坂になっており、近くのスーパーに行く時にも急な坂道を歩く必要がある。	個人因子	両膝の変形と痛みのため外出を行うことが手間となっている。左膝に関しては人工関節を入れて痛みが少し軽減している。右膝は主治医に手術を勧められている状況。 訪問看護によるリハビリを受けていたが、坂道の移動や階段昇降に自身がついたので、違う訓練を希望している。
1 日の目標	1 日 1 回は階段を上り下りする	環境因子	一人でマンションの 2 階で生活をしている。 エレベーターがないため階段を使う必要がある。また、マンションが丘に建っているため建物から出たら坂道(急坂)ばかりとなっている。自家用車で外出をするが、駐車場に行くまでも急坂になっている。自宅浴室に手すりがないため浴槽を跨ぐ際に転倒する危険性が高くなっている。手すり設置予定
半年後の目標	マンション周辺を 3 周歩けるようになる		
1 年後の目標	離島に旅行に行く		

術後の状態が良好であるように見受けられることから、痛みが減ると自然に動くことができるようになるので、リハビリが必要なくなると思われます。年齢的にも若く、本人が前向きであることから、訪問リハから通所介護へと良い方向へ向かっているので、何かあればいつでも支援することが伝わることで不安感の軽減もできるのではないでしょうか。

事例 3-16 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

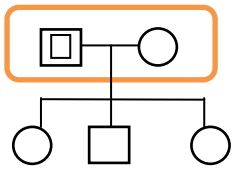
K さん	77 歳・男性	担当	地域包括支援センターみどり

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	左軽度麻痺あるも自立歩行可
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	自宅付近坂が多く、見守りを要する
	外出頻度	○ 少し難しい	
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	▲ 改善可能性高い	以前ヒートショックを入浴時に起こしたため、見守り要
	着脱衣	○ 少し難しい	ボタンの着脱には時間がかかるも自己にて可
IADL	掃除	○ 少し難しい	妻が行っている
	洗濯	○ 少し難しい	〃
	買い物	○ 少し難しい	〃
	調理	○ 少し難しい	〃
	ごみ出し	○ 少し難しい	〃
	通院	○ 少し難しい	妻同行
	服薬	▲ 改善可能性高い	まれに服薬漏れあり。残薬確認を妻も行っている
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	▲ 改善可能性高い	外出の機会、他者との交流が減少している

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	脳梗塞	服薬治療中(月 1 回受診)
	治療中	高血圧症	〃
	治療中	糖尿病	〃

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	戸建 上がり框、廊下、浴室には以前妻が整形疾患後自費にて取り付けた手すりあり。	個人因子	H26 年脳梗塞。軽度左麻痺残るも介護保険申請にて「自立」。同年に脳梗塞再発。院内にて 1 日 3,500 歩を目標にリハビリ。入院中に介護保険申請も「自立」 自費で通所利用検討も体験利用日に体調不良にて中止。寒い時期でもあり「再度利用検討時、改めて相談」となる。 その後、閉じこもり気味になり、また運動量の低下もあり介護保険申請
		環境因子	妻と二人暮らし。家事については妻が対応。自宅周辺は坂が多い。妻は自宅近くで店をされている。子どもは他府県に在住

1 日の目標	自宅内のエアロバイクでの運動を 5 分行う
半年後の目標	見守りにて徒歩にて 5 分程度の妻の職場へ行く
1 年後の目標	妻の職場へ一人で赴く

利用者本人や家族が不安に思っているヒートショックについて医師に原因を確認するなど、不安解消へのアプローチが必要なのではないでしょうか。また、妻の職場に行く目的を設定することで本人の意欲向上につながるのではないかと思います。

事例 3-17 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

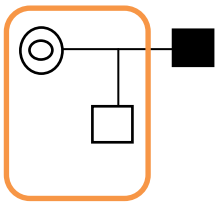
Kさん	68 歳・女性	担当	地域包括支援センターアイリス

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き(義足装着)
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	杖歩行(義足装着)浮腫が強い時は車いす全介助
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	通院、デイサービス週 2 回利用 まれに長男同行での買物
	排せつ	○ 少し難しい	時間はかかるが自立
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	▲ 改善可能性高い	浴槽の跨ぎや移動に一部介助必要(義足を外すため)
	着脱衣	○ 少し難しい	時間はかかるが自立(義足のためズボンの着脱)
IADL	掃除	○ 少し難しい	コロコロを使った掃除が主 長男の援助あり
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	▲ 改善可能性低い	長男に依頼 生協の個別配達(荷物を持って歩けない)
	調理	○ 楽にできる	制限食(腎臓食)配食も利用検討中(精神的負担が大きい為)
	ごみ出し	○ 少し難しい	長男に依頼(荷物を持って歩けない)
	通院	▲ 改善可能性低い	タクシー利用
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	スマホも活用
	社会参加	○ 楽にできる	元々社交的な性格 時折、友人が訪ねてくれる

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	糖尿病	定期受診、服薬治療中
	治療中	骨粗しょう症	〃
	治療中	腎不全	〃 、制限食(腎臓食)

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	賃貸集合住宅(1 階) 室内はほぼバリアフリー(住宅改修未) 玄関とポーチ部分に段差あり(15 ㎝程度)	個人因子	糖尿病性壊疽による右下腿切除後 義足装着のために歩行が不安定で転倒リスク高い。 また腎不全により全身浮腫が出現し易い。 病識はあるが楽観的。
1 日の目標	毎日明るく過ごす。食事制限を守り、歩き機会を増やす	環境因子	長男と二人暮らし。まれに長男が休みの時に車いす介助にて買物の支援。 自宅周辺は坂道が多く、歩道の整備なし。 賃貸の集合住宅で浴室の住宅改修ができない。
半年後の目標	友人の誘いがあれば駅まで出かける		
1 年後の目標	入院を繰り返さない		

目標を達成するためには浮腫など病状の安定が必要であることから、今の支援方法で良いと思います。ただ、自宅で入浴できる、本人から友人を誘って外出できるなど、本人に自信がつくような精神的なアプローチを工夫してみてはどうでしょうか。

事例 3-18 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

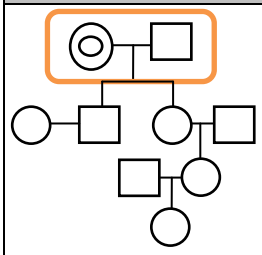
Hさん	85 歳・女性	担当	地域包括支援センターアイリス

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	つたい歩き、めまい出現時は立っていることも困難
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖歩行
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	めまいが出ることが不安で短時間の外出にとどまる。体調が良ければ近隣へ買物に行く
	排せつ	○ 少し難しい	膝に痛みがあるため立ち座りに時間がかかる
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	手すりにつかまり自立
	着脱衣	○ 少し難しい	ふらつきはあるが自立
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	ふらつき、膝の痛みがあり掃除機・拭き掃除はヘルパーが行う
	洗濯	▲ 改善可能性高い	ふらつきが強い時は洗濯物を運ぶ作業をヘルパーが行う
	買い物	▲ 改善可能性高い	ふらつき、膝の痛みがあり重い物を持って帰ることが困難な場合はヘルパーが行う
	調理	○ 少し難しい	ふらつく時は休み休み行っている
	ごみ出し	▲ 改善可能性高い	ふらつきが強い時は夫が行っている
	通院	▲ 改善可能性低い	タクシーで行っている。夫の体調が良ければ夫が付き添う
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	難聴であるが一対一のコミュニケーションに支障はない
	社会参加	▲ 改善可能性高い	難聴であり大勢のコミュニケーションが苦手。近隣住民との交流はある

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	高血圧	かかりつけ医に月 1 回受診、服薬治療中
	観察中	変形性膝関節症	かかりつけ医に月 1 回受診
	治療中	自律神経失調症	かかりつけ医に月 1 回受診、服薬治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て 浴室内に手すり有り	個人因子	変形性膝関節症による膝関節痛があり屈む動作が困難。自律神経失調症に伴うめまい・ふらつきが出現した時は立っていることも困難。疾病を抱えた夫と二人暮らしであり、将来に対する漠然とした不安がある。難聴
1 日の目標	調理を続ける	環境因子	夫婦二人暮らし。坂が多い地域で近隣の店舗等へ行くにあたりバリアとなっている。 夫はがん治療中であり体調が万全ではないが、体調がよければゴミ出し・買物、通院の付き添い等のサポートをしている。 子どもが 2 人いるがいずれも遠方に居住しており頻繁な支援は望めない。
半年後の目標	ひ孫に会いに行く		
1 年後の目標	今の状態をできるだけ維持したい		

将来に対する漠然とした不安について話し合い、何が不安なのかを明確にして、その不安への対処法を検討してはどうでしょうか。また、めまいやふらつきの症状について医師に伝えたうえで、薬でコントロールできるものなのかどうか確認してから支援方法を考えても良いのではないでしょうか。

事例 3-19 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

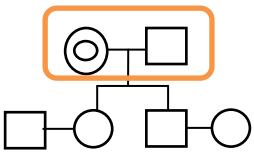
K さん	77 歳・女性	担当	地域包括支援センターアイリス

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	
	屋外歩行	○ 少し難しい	近隣であれば 1 人で自立して歩行可能。電車はバスを使用した外出は夫や長男の協力が必要
	外出頻度	○ 少し難しい	通院と買物程度
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	主に夫がしている。簡単な片付け程度ならできる
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	○ 少し難しい	近所のｽｰﾊﾟｰへは 1 人で行ける。重い物は夫や長男の協力が必要
	調理	○ 少し難しい	台所に立つと少し疲れが出るが 2/3 程度はできる
	ごみ出し	○ 楽にできる	
	通院	○ 少し難しい	月 2 回、近医への通院は 1 人で行ける
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	■ 改善可能性高い	夫が管理している
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	月 2 回、夫と 2 人で老人会に参加

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	癒着性イレウス(胃癌)	月 2 回の定期受診、内服処方にて経過良好
	観察中	高血圧症	〃

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て 住宅改修にて玄関外階段、自宅内階段、トイレ、浴室に手すり設置済み	個人因子	長期入院により体力、下肢筋力が低下。回復傾向にあるが、現在 1 人での遠出はできていない。多趣味でコーラス等のサークルに参加していた。
1 日の目標	1 日 1 回は散歩に出かける	環境因子	夫と二人暮らし。洗濯以外の家事のほとんどのフォローは夫が行っている。 坂道に囲まれた土地に住んでいるため外出には坂道を上り下りする移動能力が必要 同市内に長男が住んでおり週 1 回は帰って来られ食事や買物の支援を行っている。 近隣の友人も多く、外出を一緒にと誘ってくれる方もいる。
半年後の目標	友人を誘ってコーラスに参加する		
1 年後の目標	1 人で友人と食事に出かける。認知症にならないようにする。		

長期入院による体力・下肢筋力の低下ということではありますが、痛みもなく体重の減少もないのであれば、動くことですぐに回復することが可能だと思います。不安の原因は、ADL の問題ではなく心(意欲)の問題かもしれません。本人の気持ちに寄り添える関係づくりを構築することで改善の方向性が見えてくるのではないでしょうか。

事例 3-20 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

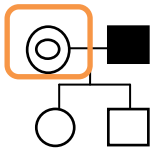
T さん	80 歳･女性	担当	地域包括支援センター大阪高齢者生協

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	足先の血流悪く冷えて痛みがある。家具･壁での伝い歩き
	屋外歩行	○ 楽にできる	独歩
	外出頻度	○ 楽にできる	週に 3 回程度 通院はバスや電車
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	時々むせることがある
	入浴	○ 楽にできる	浴槽が深く手すりを設置しており、それをつかんで動作を行う
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	屈むと腰に痛み、床拭き、ﾄｲﾚ、風呂掃除は訪問介護が対応、その他の家事は自分で行う
	洗濯	○ 楽にできる	少しずつ 2 階にあがって干す。布団はヘルパーや知り合いが来た時に干してもらう
	買い物	○ 楽にできる	週 1 回生協の宅配。駅に通院で出た時はｽｰﾊﾟｰに立ち寄る
	調理	○ 楽にできる	包丁は工夫して固い物を切っている。蓋をあけるとき時間がかかる
	ごみ出し	○ 楽にできる	ゴミだし、ゴミ当番は自立
	通院	○ 楽にできる	1 人で通院。電車やバスを利用
	服薬	○ 楽にできる	朝のみ服用。飲み忘れはない
	金銭管理	○ 楽にできる	出かけた時に銀行等利用している
	電話	○ 楽にできる	電話やメールは頻回に行う
	社会参加	○ 楽にできる	会の会長、自治会の行事や老人会の行事には参加

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療･観察中の疾患	観察中	腰痛、坐骨神経痛	痛みが強いときは点滴を行っている
	治療中	変形性両膝関節症、変形性脊椎症	週 1 回ﾘﾊﾋﾞﾘで通院中
	治療中	高血圧症	

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景･要因等】	
	一戸建て （浴室内手すり設置済み）	個人因子	腰痛、坐骨神経痛、足先の冷感、痛み、右肩の痛みで重い物もって歩いたり、前に屈む動作に支障がある
		環境因子	独居、息子娘は他市にいる。就労中。 電話での交流程度。自宅の前が坂道。訪問介護が 1 回／週掃除をサポート。

1 日の目標	ご飯づくり
半年後の目標	掃除機かけ継続
1 年後の目標	旅行に行く

地域活動を制限してまで訪問介護サービスの利用に固執する理由について、本人と話し合う必要があるのではないでしょうか。サービスを利用することは悪いことではありませんが、介護保険制度やサービスで出来る事と出来ない事等を明確に伝え、本人が抱えている問題を引き出してあげてください。

事例 3-21 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

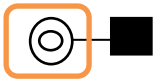
Nさん	94 歳・女性	担当	地域包括支援センターあおぞら

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	室内用のシルバーカー
	屋外歩行	○ 少し難しい	屋外用のシルバーカー
	外出頻度	○ 少し難しい	施設の送迎車を利用し通院、帰りに果物等買物してタクシー利用
	排せつ	○ 楽にできる	自室のトイレ
	食事	○ 楽にできる	施設の食事、室内ではお茶を飲むくらい
	入浴	○ 少し難しい	月に 1 程度施設のお風呂利用
	着脱衣	○ 楽にできる	椅子に腰かけて行う
IADL	掃除	○ 少し難しい	シーツ交換・布団干しヘルパーが行う。ご本人壁飾りやお花を部屋に飾っている
	洗濯	○ 楽にできる	小さい物は手洗い
	買い物	○ 少し難しい	シルバーカー利用しスーパーに出かける時がある。片道 20 分程歩く
	調理	○ 少し難しい	施設の食事。お茶を飲むくらい
	ごみ出し	○ 楽にできる	紙類程度のゴミくらい自立
	通院	○ 少し難しい	施設の送迎車を利用し通院 1／月
	服薬	▲ 改善可能性高い	火/週に薬剤師が薬をセット。お薬カレンダーに残薬あり
	金銭管理	○ 楽にできる	難聴あるがしっかりしている。郵便局へ行く
	電話	○ 少し難しい	難聴なので短い単語にて伝える。電話が入ると点滅する装置を付けている
	社会参加	○ 少し難しい	施設内のイベント不参加、集団参加は苦手

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	狭心症・高血圧・高脂血症	定期的受診 1 回/月度受診し服薬治療中
			血圧自己測定している

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	有	お薬カレンダーにセットするが飲み忘れがある。同じことを何回も説明する

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	ケアハウス(3 階) 電気式調理器付流し台、洋式トイレ手すり付、洗面、押し入れ、ベランダ、食堂地下 1 階、洗濯室各階あり乾燥機付き	個人因子	高齢。難聴。右股関節骨折後手術後周囲の鈍痛がある。読書や新聞を読んだり、広告紙を使って籠や箱を編んで自室に居ることが多い。通所系のサービスは行きたくない。
		環境因子	子どもはいない。7 人兄弟の 5 番目である。兄弟全員亡くなっている。キーパーソンは甥夫婦だが他府県のため遠い。すぐ近くにスーパーがない。

1 日の目標	足首の運動をする。食堂までシルバーカーで行く
半年後の目標	薬を忘れずに飲む
1 年後の目標	転倒しない

ADL・IADL からはほとんど自立している状態が見受けられます。服薬管理ができることでさらに状態の向上が見込めます。本人ができることを周りが支援することで、本人の自立を阻害することもあります。出来る事はしたいという本人の意向を尊重し、目標を再検討してください。

事例 3-22 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

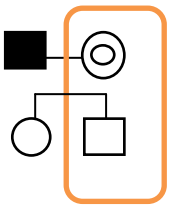
T さん	97 歳・女性	担当	地域包括支援センターあおぞら

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩きですり足。つまづくことも多い
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖使用。長距離は車いすを息子さんが押す介助をしている
	外出頻度	▲ 改善可能性低い	自宅前は急な坂道であり一人で出ることはない。週 2 回のﾃﾞｲのみ
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 少し難しい	食事摂取は自立。義歯が欠けており咀嚼しにくい。歯科通院予定有
	入浴	▲ 改善可能性低い	ﾃﾞｲにて週 2 回のｼｬﾜｰ浴のみ。洗身は一部介助を受けている
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	毎日少しずつ体力をみながら拭き掃除などされている
	洗濯	○ 少し難しい	腰痛あり、高い所に腰を伸ばして干すものは息子さんがされている
	買い物	▲ 改善可能性高い	息子さんがされている
	調理	○ 少し難しい	火の不始末あり、息子さんの確認が必要
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	息子さんがされている
	通院	▲ 改善可能性低い	自分で予約をとることができない。息子さんとﾀｸｼｰで通院
	服薬	○ 楽にできる	便秘がちで下剤を自己管理で使用あり。失敗があっても自分で始末する
	金銭管理	▲ 改善可能性低い	息子さんが管理している
	電話	▲ 改善可能性低い	集音機を使用しているが電話での会話は困難
	社会参加	▲ 改善可能性低い	週 2 回のデイ以外外出の機会はない

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	冠動脈バイパス術	1 か月に 1 回受診
	観察中	ペースメーカー植え込み術	1 か月に 1 回受診
	観察中	腰椎圧迫骨折(過去 3 回)	

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	こちらが聞きたいことより自分が話したいことを延々と語る
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建て(2 階建) 1 階に本人自室 自宅前はかなり急な坂道	個人因子	難聴。80 歳ごろ虚血性心疾患のためペースメーカー植え込み術を行う。医師から入浴を許可されているが「前は入浴不可と言われたので怖い。シャワーは慣れている」とのこと。
		環境因子	息子さん(自宅勤務)と二人暮らし。自宅前の急な坂道は本人に負担。歩いて行ける距離にスーパー等あるも、道中は交通量が多く歩道のない箇所がある。

1 日の目標	今まで続けてきた家事を行う
半年後の目標	毎日決められた家事を行い、3 度の食事をしっかり摂り規則正しい生活をする
1 年後の目標	「生きているうちは勉強」であることを心がけ、歩ける限り家でこれからも頑張りたい

サービスを利用することで生活のリズムができ、入浴(シャワー浴)の機会も確保されていることから、このままのサービスを利用して現状を維持することも介護予防だと思います。家族との関係が悪化しないよう、家族への支援も含めて対応をお願いします。

事例 3-23 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

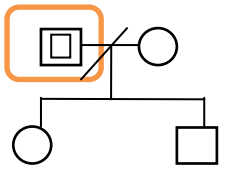
Y さん	82 歳・男性	担当	地域包括支援センターあおぞら

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	
	屋外歩行	○ 楽にできる	
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	両耳とも難聴のため 1 人で外出せず。ヘルパ-同行で月に 1～2 回
	排せつ	○ 少し難しい	頻尿でﾄｲﾚに行かずﾍﾞｯﾄﾞ上でﾋﾞﾆｰﾙ袋に排尿し居室に放置。退院後は改善傾向
	食事	○ 楽にできる	酒とつまみの生活で 1 日 3 食食べる習慣がなかったが入居後問題なし。
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	4 月まではヘルパ-の掃除や片付けを拒否。少しずつ受け入れている
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	▲ 改善可能性高い	ヘルパ-に買物代行を頼むことが多い。自分で商品を選び支払は可能
	調理	○ 楽にできる	食べ物を温める。お湯を注ぐなど簡単な調理は可能
	ごみ出し	○ 楽にできる	施設内の決まった場所に捨てている
	通院	○ 少し難しい	受診日の理解や車への乗降は問題なし。移動に見守り要
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	▲ 改善可能性高い	難聴のため聞き取れない。電話をかけることはできる
	社会参加	▲ 改善可能性高い	難聴のため筆談が必要となり他者とのｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝは少ない

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	腎障害	内服なし
	観察中	貧血	内服なし
	治療中	排尿障害	膀胱の結石除去後、排尿時の痛み消失。内服治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	有	日が経つと聞いた内容を忘れたり勘違いすることはあるが助言すれば納得する

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	サービス付高齢者住宅の 2 階に入居 トイレは居室にあり、食堂や浴室は共用で 1 階にある	個人因子	居室に閉じこもりがちのため通所サービスの利用を勧めて体験利用したが「頻尿なので」「もう年だからリハビリは必要ない」と希望せず。週に 1 回ヘルパ-と買物外出を計画。難聴のため他者との積極的な交流はない。カラオケ好きで施設内にも設備はあるが、音が聞こえないため歌詞を見ながら歌っている。禁酒禁煙を約束しているが、何回か守れず注意されている。禁断症状でイライラや間食が増え、手の震えが止まらなかったが、軽減している。
		環境因子	妻とは離婚し、子とは絶縁し音信不通。アパートで一人暮らしをしていたが、不規則な生活できちんと食事を摂らず飲酒、喫煙。職を探すも見つからず賭け事に浪費して生活が苦しくなった。自宅はゴミで埋もれて泥にまみれ腐敗臭がして虫が湧いていた。サービス付高齢者住宅に入居し、ヘルパ-との買物外出には消極的で、通院日以外は施設内の 1 階と 2 階を行き来するのみの生活となっている。

1 日の目標	煙草を吸わず、お酒を飲まずに過ごす
半年後の目標	週に 1 回はコンビニへ歩いて行き、自分で欲しい物を選んで買ってくる
1 年後の目標	大好きなコーヒーを飲むために 1 人で喫茶店まで行けるようになる

外出するための手段はあるが、本人に意欲がない場合には、まず本人と信頼関係を築く必要があるのではないでしょうか。住居周辺で喫煙できる場を設定し、喫煙場所まで出かけるなど本人が出来ること、したいことから取り組むことも検討してみてください。

事例 3-24 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

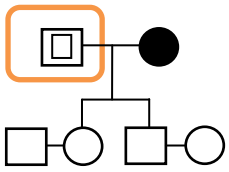
Tさん	81 歳・男性	担当	地域包括支援センター大潤会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	膝・腰の痛みと筋力低下から両下肢の動きが緩慢で、ふらつきもあるため壁伝いに移動する
	屋外歩行	○ 少し難しい	動作が緩慢であるが杖無く独歩可。バスや電車を利用できる
	外出頻度	○ 楽にできる	週 2 回は趣味活動や取材旅行など外出できている
	排せつ	○ 楽にできる	利尿剤服用にて頻尿。失敗はない
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	浴槽の跨ぎ動作に関しては手すりや浴槽内椅子を利用
	着脱衣	○ 少し難しい	ズボン、下着や靴下は椅子に座って更衣する
IADL	掃除	■ 改善可能性低い	足腰が悪く屈む動作が難しいためヘルパーが週 2 回支援中も書類が散乱し片付けようとしても拒否する
	洗濯	○ 楽にできる	室内干し
	買い物	○ 少し難しい	沢山の荷物を持てないので毎日食べる分だけ買物へ出かける
	調理	■ 改善可能性低い	「家事をする男は軽蔑します」と言い、調理は拒否。配食も外出が多いので拒否
	ごみ出し	■ 改善可能性低い	資源ゴミは声かけでまとめるが可燃ゴミも含めヘルパーが支援する
	通院	○ 楽にできる	バスにて定期受診している。最近受診が月 1→2 回になっている
	服薬	○ 楽にできる	自己管理できるが旅行中は頻尿になると困るので利尿剤を飲まず自己調整しているとヘルパーの報告あり
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	固定電話も携帯も利用可能
	社会参加	○ 楽にできる	大学時代の友人や連歌の会、地域の老人会にも参加

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	高血圧・痛風	2 週毎に受診し服薬治療中
	観察中	蜂窩織炎	入院治療にて軽快
	治療中	うっ血性心不全・下肢浮腫	2 週毎に受診し服薬治療中。浮腫は軽快

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	5 階建て分譲マンションの 3 階に住むエレベーターなし。トイレ、浴室に手すり設置。福祉用具では浴槽内椅子とシャワー椅子を購入	個人因子	家の中は重要な本や書類など物で溢れており、生活スペースの確保も難しく長女が入院を機に生活動線を片付けてくれた。中腰での作業が困難。ヘルパーが掃除の支援に入っているが片付けると場所が解らなくなるので触らないでと、掃除は最低限生活ができる範囲のみである。息子が片付けても元通りの状態。本人は家事をする気持ちも無く嫌悪感もある。調理パンやアルコールを好み食生活の改善が必要であるが配食や炊飯も拒否。デイでの運動は日々の外出が忙しいと拒否。
		環境因子	一人暮らし。自宅は坂の中腹にあり、バス停やスーパーへも坂道が続く。2 人の子供はいるが長男は他府県で長女は海外赴任先にて年に数回しか訪問が無いため、常時の支援は難しいが緊急時は対応可能。校区福祉委員会の活動へも参加できていることから、民生委員さんも定期的に見守りをしてくれている。

1 日の目標	玄関の郵便受けへ新聞を取りに行く
半年後の目標	週 2 回の趣味活動の外出ができ半年後の体重が 74 kgになる
1 年後の目標	研究テーマの作成に向け、取材旅行に出かける事が続けられる

本人の意識や認識がないことをしてもらうためのアプローチというのは大変困難であると思いますが、医師や仲間からの助言など利用者本人が意識するためのアプローチを続けることが、自立支援につながるのではないかと思います。

事例 3-25 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

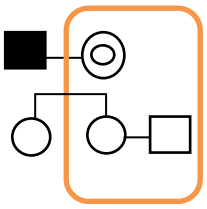
Sさん	88 歳・女性	担当	地域包括支援センター大潤会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	宅内は玄関の上がり框以外はほぼバリアフリーで独歩可能
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	段差時に足が引っ掛かることあり、付き添い見守りにて実施
	外出頻度	▲ 改善可能性低い	週 2 回の短時間デイ、週末の次女との買物外出のみ
	排せつ	○ 楽にできる	自己にて着脱、座り立ち等の動作、後始末もできている
	食事	○ 少し難しい	右手に痺れが残っておりスプーン使用。箸は適宜練習中
	入浴	▲ 改善可能性高い	シャワー浴のみ、次女の見守りにて実施。浴槽は使用せず
	着脱衣	○ 少し難しい	座った状態で自己にて出来ているが時間は少しかかっている
IADL	掃除	■ 改善可能性低い	次女が全て実施している
	洗濯	■ 改善可能性低い	〃
	買い物	▲ 改善可能性低い	次女と一緒に車で出かけて買物をしている
	調理	■ 改善可能性高い	次女が全て実施している。お茶は自分で入れる
	ごみ出し	■ 改善可能性低い	次女が全て実施している。ゴミを持って 1 人での歩行は不安定
	通院	▲ 改善可能性低い	次女付き添いにて通院。車で片道 20 分程度
	服薬	▲ 改善可能性高い	自己にて服薬しているが、薬は次女が管理している
	金銭管理	▲ 改善可能性高い	次女が管理しているが、自身でも可能と思われるが機会がない
	電話	○ 楽にできる	自己で友人や親類に電話をかけられている
	社会参加	▲ 改善可能性低い	本人自身が他者との交流を苦手としており参加に否定的

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	脳梗塞後遺症	右片麻痺(軽度痺れ)

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	電話においても特に問題なく受け答えされている。
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境
	2 階建ての一軒家で次女夫婦と同居 1 階に本人の部屋があり、浴室、トイレ、玄関には手すりが設置されている。2 階は本人は一切使用せず。

1 日の目標	身の回りのことを安全にこなし、庭にある神棚のお参りが 1 人で出来る
半年後の目標	基本的な家事や神棚の世話が安全に 1 人で出来るようになり、娘さんの付き添いのもと、買物などが出来る
1 年後の目標	付き添いのもと、ショッピングセンターでの買物を楽しむことができる

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
個人因子	平坦路は独歩でゆっくり移動できるが、小さな段差や砂利道などになるとふらつきが生じ、またバスや電車の乗り降りなど、少し俊敏性を要する動作は、急ぐと動作が大きくなり、ふらつきが強く生じる。 国内外旅行や買物外出など以前は 1 人気ままに行かれていたが、右片麻痺により軽度の痺れがあり、外の歩行時の引っ掛かりが出ることもあり 1 人での外出は不安が大きい(庭先でも) 右半身に軽度麻痺があり、細かい動作が難しい。
環境因子	宅内はほぼバリアフリーであるが、玄関から門、庭には手すり等が無く、石畳、砂利などで歩行にふらつきが生じやすい。 神棚は庭、和室、台所(棚の上で梯子が必要)の 3 か所あり、いずれも難所になっている。 交通機関もバス停まで遠く、上り下り道もあり 1 人での外出は難しくなっている。 同居の次女は仕事をしており、週末以外はなかなか同行外出が難しい。

本人が望む行動に到る細かい分析は素晴らしいですね。現在、家族と一緒に神棚の世話をしていることを、今後は一人で行うという目標ではなく、本人の状況から今できる家での役割を家族と一緒に考えて、具体的で簡単な目標とすれば成功体験につながるのではないでしょうか。

事例 3-26 【アセスメント表】 **支援方法の気づき**

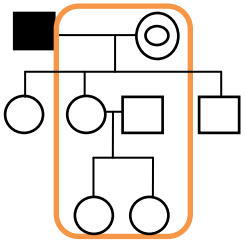
C さん	80 歳・女性	担当	地域包括支援センター東香会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	歩きだしに痛みが強い
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	杖があれば数十メートルは歩けるが、それ以上は困難
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	タクシーで受診している。週末には娘家族と出かけている
	排せつ	○ 楽にできる	移動には負担を感じるが自立
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	手すりを使って自立
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	床掃除に負担があり家族の支援を受けている。モップ等利用
	洗濯	○ 少し難しい	痛みが強い時は家族の援助を受けている
	買い物	▲ 改善可能性高い	次女の運転で出かけｽｰﾊﾟｰのｶｰﾄにもたれて買物をしている
	調理	▲ 改善可能性高い	家族に任せているが調子の良い時は家族のために得意料理を作ることもある
	ごみ出し	○ 少し難しい	杖を使って集積所まで歩いて行くようにしている
	通院	▲ 改善可能性高い	タクシーを使って受診している。随時娘も付き添っている
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	▲ 改善可能性高い	週 1 の麻雀サークルに行き始めたが休止している。映画や演奏会も楽しんでいた

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	両変形性膝関節症	整形外科に 1 回/月あるいは随時受診
	治療中	高血圧	かかりつけ内科医を 1 回/月受診

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	周りの人に気を遣いすぎ、言いたいことも言えず一人で悩む事が多い
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境
	坂の上にある一戸建てに 1 人生活していたが不安感が強くなり昨年より次女宅で過ごす時間が多くなる。次女宅は要所に手すり設置されている

1 日の目標	家族のためにゴミ出しだけは続けたい
半年後の目標	公共交通機関を利用できるようになりたい
1 年後の目標	気ままな一人旅(温泉、社寺拝観)をしたい

【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
個人因子	両変形性膝関節症に伴い年に数回痛みが強くなり、その都度整形外科等で治療を受けている。数年前に右膝半月板損傷の診断を受け、今年には左膝の痛みが強くなり歩行が難しくなる。痛みが軽い時は駅まで歩き、電車で出かけることもあったが、現在 1 人での外出ができないため焦りも感じている。
環境因子	次女宅では娘がほとんどの家事をしてくれるので読書をして過ごすことが多い。1 人で奈良や京都の名所に恒例で出かけているところがあったが、最寄り駅まで 20 程度の距離を歩くことが負担になっている。

サービスをリハビリに変更したタイミングが良かったことで痛みが治まってきていると思います。また、痛みが増強したときの家族の支援が、家庭内で必要とされているという気づき、自信を取り戻すことができたのではないかと思います。急激な状態変化等の経過についてリハビリ職に伝えることで今後の対応につながるのではないでしょうか。

事例 4-1 【アセスメント表】 **地域活動創出の必要性**

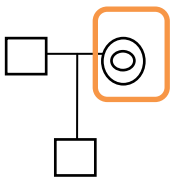
A さん	70 歳・女性	担当	地域包括支援センター社協ふれあい

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	
	屋外歩行	○ 少し難しい	日常の買物や散歩は可能
	外出頻度	○ 少し難しい	ハイキング等の計画中
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	シャワーチェアーを利用中
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	生活援助は休止中
	洗濯	○ 少し難しい	物干しの姿勢が少し負担
	買い物	○ 楽にできる	
	調理	○ 楽にできる	
	ごみ出し	○ 楽にできる	
	通院	○ 少し難しい	ご主人の付き添いで通院
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 楽にできる	ハイキング仲間など多数おられる

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	外傷性肝損傷術後	ほぼ完治の状態
	観察中	うつ病	症状が軽減されず通院されてない

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	駅前集合マンションに在住 退院後に住宅改修のアセスメントを行うがシャワーチェアーの購入のみで改修は行わず。	個人因子	昨年登山中に滑落事故。肝臓、脾臓、胆のうの一部切除の手術を受けられる。胃は調子も良く回復されている。肝臓はほぼ完治。人工呼吸器等の全身管理後状態は安定するが廃用に陥る。下肢筋力低下があるが回復傾向にある。事故前は神経内科に通院されていたが現在は通院されていない。負担であった買物や床掃除、重い物の洗濯も出来ていると聞く。散歩や外出もされている。新しい趣味も考えておられる。
		環境因子	退院直後は買物、食事等の支援で、日々夫が訪問 掃除のみで予防訪問介護を利用されていたが、現在 ADL は回復され生活援助は休止中。通院は夫の支援がある。

1 日の目標	リハビリで習ったストレッチや体操を毎日していく
半年後の目標	高山植物を観に行く
1 年後の目標	山登りやハイキングに主人と行けるようになりたい

目標が具体的であることから、本人としても目指すべき姿が見えているのは素晴らしいことです。通所リハビリテーションの卒業も実現性があると思いますが、サービスを卒業することで相談先の喪失など、大きな変化で本人が不安を感じないよう対応をお願いします。

事例 4-2 【アセスメント表】 **地域活動創出の必要性**

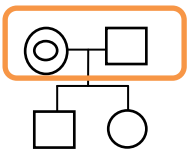
Hさん	66 歳・女性	担当	地域包括支援センター松徳会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	▲ 改善可能性高い	膝の痛みがあり階段などは途中で立ち止まったり壁を伝ったりしている
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	平坦なところは 10 分程度の歩行が可能。段差は掴まる所が必要
	外出頻度	○ 少し難しい	公共交通機関を用いての外出も近い場所であれば概ね 1 人で出来るようになった
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	概ね自立。掃除機を 2 階へ移動する際は夫が手伝う
	洗濯	○ 少し難しい	概ね自立。物干しへの移動は階段昇降があり夫が手伝う
	買い物	▲ 改善可能性高い	近隣に商店がなく最寄スーパーまでは夫が車で送り迎えする
	調理	○ 楽にできる	自分で 3 食調理している
	ごみ出し	○ 楽にできる	分別も問題ない
	通院	▲ 改善可能性高い	医療機関が遠方の場合は電車を乗り継いで行くため夫が付き添う
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	目的に合わせて自由に連絡を取る事ができる
	社会参加	○ 楽にできる	現役時代の友人や子・孫との交流を続けている。趣味は写真

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	変形性膝関節症	運動により痛み緩和され、現在は湿布処方のみ

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	医師からの病状説明がある時は念のため夫が付き添っている

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	戸建て住宅 寝室と物干しは 2 階 居間や水回りは 1 階にあるため階段昇降が必須	個人因子	65 歳までは仕事をしていたため、重い荷物を運ぶことが多く、それが良い運動になっていた。退職後しばらく運動の機会がなく、筋力低下を感じてスポーツジムへ行ったが不適切な運動により膝の痛みが悪化し、歩行能力の低下、階段昇降や屋外での活動低下がみられる。昨年より運動特化型デイに通い始め歩行能力は向上している(駅まで徒歩 10 分⇒8 分)
		環境因子	自宅から最寄り駅までは徒歩 8 分だが、近隣に商店や公共施設・運動施設などがない。ある程度の移動能力がないと閉じこもりがちになってしまう環境 夫も退職して自宅にいるため、膝が痛んで難しい家事を手伝っている。

1 日の目標	自宅階段を途中で立ち止まらずに上り下りする
半年後の目標	最寄郵便局まで自転車に乗って行く
1 年後の目標	海に写真撮影に行く

利用者本人が期間を定めて自立することを目標にされていること、その目標を達成するため適切な支援が検討されていることから、自立支援のモデルになりうるケースかと思います。今後も本人の決めた期間での卒業を目指した支援をお願いします。

事例 4-3 【アセスメント表】 **地域活動創出の必要性**

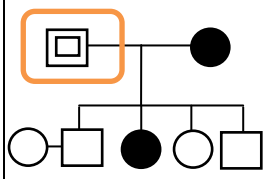
Mさん	90 歳・男性	担当	地域包括支援センター松徳会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	壁伝いにゆっくり移動
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖歩行。1 人で外出はしていない
	外出頻度	○ 少し難しい	通院時は家族の車で付き添い有。週末に家族と歩行訓練に出かける
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	ズボン、靴下は座って行う
IADL	掃除	■ 改善可能性低い	腰痛で屈むのが困難なため掃除は隣に住む長男嫁が全面的に行っている
	洗濯	○ 少し難しい	洗濯は自分のペースで行い 2 階の干場まで上がって干している
	買い物	▲ 改善可能性低い	長男嫁が行う
	調理	○ 少し難しい	朝ごはんは自分のペースで行い、昼・夕は嫁が運んできてくれる
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	屈むことが出来ないので長男嫁が行っている
	通院	■ 改善可能性低い	家族が必ず付き添う
	服薬	○ 楽にできる	1 週間分小分けしてケースで管理。飲み忘れなし
	金銭管理	○ 少し難しい	金銭管理は自分で行っているが、銀行へは家族が行っている
	電話	▲ 改善可能性低い	本人はほとんど電話に出ない。必要時は長男嫁が行う
	社会参加	▲ 改善可能性低い	同年代がおらず老人会には参加しなくなった

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	気管支喘息	かかりつけ医に毎月受診し、服薬中
	治療中	高血圧	〃
	観察中	腰痛症	かかりつけ医に毎月受診し、湿布利用

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	右耳の聴力がほとんどなく、左側から話すことにより問題ない
もの忘れ	無	日記をつけ、生活をしっかり管理されている

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	長男夫婦とは別家(隣)。住宅改修は行っておらず、門・玄関に段差がある。2 階へ上がる階段には手すりあり。	個人因子	腰痛があり、屈むことが出来ない。歩行訓練時は 100m も歩けば腰痛が出て休憩が必要となる。右耳は聞こえない。メガネは使用しているが見えにくい。
1 日の目標	足踏みを毎日行う	環境因子	隣に長男夫婦が生活しており、本人の役割以外は全面的に支援してくれている。しかし過剰に支援することはなく、本人の役割や出来る事は時間がかかっても本人のペースで出来るように見守りを行っている。病院、スーパーも近くにはなく、必ず家族の介助が必要である。
半年後の目標	足踏み以外にも体操を教わり、毎日継続できるようになる		
1 年後の目標	週に 2 回以上、息子と歩行訓練に行ける		

家族の適切な支援により、自立した生活が送れているのは素晴らしいですね。ただ同年代が集まる場所が地域になく、デイサービスでしか同年代との交流ができないのはさみしいことですね。最後まで「主人公」として生きていくための関わりや支援を行えると良いですね。

事例 4-4 【アセスメント表】 **地域活動創出の必要性**

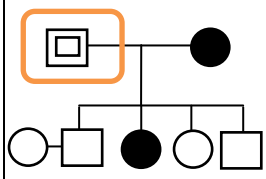
Mさん	84 歳・男性	担当	地域包括支援センター大阪高齢者生協

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	
	屋外歩行	○ 楽にできる	
	外出頻度	○ 楽にできる	
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	腰と足首に痛みあり
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	○ 楽にできる	散歩を兼ねて行っている
	調理	○ 楽にできる	惣菜等も利用
	ごみ出し	○ 楽にできる	
	通院	○ 楽にできる	年に 1 回、健康診断のため病院に行っているのみ
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	▲ 改善可能性高い	カラオケが好きなのでカラオケ店に行こうと思っている

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	観察中	高血圧症	年 1 回の受診
	観察中	脂質異常症	〃
	観察中	認知症	特に症状はない

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	顕著な物忘れはない

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	持家一戸建て 7～8 年前に妻が入院してから一人暮らしが続いている。市内に娘 2 人がいるがほとんど連絡を取る事も会う事もない。	個人因子	一人暮らしで自立心が強いが、徐々に体力や記憶力が衰え、何をするのも億劫になってきている。独居、緊急時に不安を抱えている。
		環境因子	一人暮らしが長く、相談したり話し相手もない。趣味などの取り組みも一歩が踏み出せないでいる。

1 日の目標	毎日、1 時間程度 6,000 歩歩く
半年後の目標	腰痛の足首の痛みが悪化しないよう動作に気をつける
1 年後の目標	病気をしない生活が送れている

ADL が自立しているので、サービスが孤立予防になっているのではないかと思います。趣味の活動の再開や家族からの定期連絡などにより、孤独感が軽減するためのアプローチを検討し、利用者本人がサービスではない社会的つながりを実感できる支援をお願いします。

事例 4-5 【アセスメント表】 **地域活動創出の必要性**

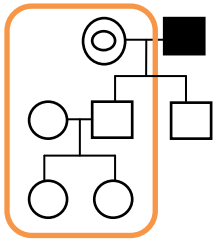
Mさん	72 歳・女性	担当	地域包括支援センター大阪高齢者生協

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 楽にできる	立ち座りに時間がかかるが支えなく歩ける
	屋外歩行	○ 少し難しい	自立歩行できるが腰痛があり 15 分以上になるとしんどい
	外出頻度	○ 楽にできる	デイや買物など週 1 回以上は外出している
	排せつ	○ 楽にできる	
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 楽にできる	
	着脱衣	○ 楽にできる	
IADL	掃除	○ 少し難しい	腰痛のため掃除機をかけるのがしんどいが休み休みかけている
	洗濯	○ 楽にできる	
	買い物	○ 楽にできる	自転車で買物に行く
	調理	○ 楽にできる	嫁と一緒に調理する。次男が帰宅時は主として食事を作る
	ごみ出し	○ 楽にできる	
	通院	○ 楽にできる	自転車で行く
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	近所の人と朝ラジオ体操を公園でやっている

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	高血圧	月 1 回定期受診中。薬自己管理できている
	観察中	腰部脊柱管狭窄症	
	観察中	変形性膝関節症	

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	一戸建てに息子家族と同居している。 1 階での生活	個人因子	H19 年変形性膝関節症。H24 年に腰部脊柱管狭窄症の手術を受ける。腰痛もあり、屈んだり立ち上がりに時間がかかる。自立歩行も 15 分以上になると休憩しないと歩けない。
		環境因子	ご主人が亡くなる前は二人でよくハイキングに出かけていたが今は行けていない。自転車には乗れるのでデイケアや買物などは自転車で出かけている。閉じこもりの傾向があったが、昨年近所の人に誘われて近くの公園でラジオ体操に参加している。

1 日の目標	毎日ラジオ体操をする
半年後の目標	毎日ラジオ体操をする
1 年後の目標	ハイキングに出かける

ラジオ体操の仲間に自ら声かけし、散歩の主催者となった。

支援される側ではなく、対等の立場でラジオ体操の仲間と散歩ができるまで改善し、自分の役割が出来たことで自信をもてるようになった素晴らしいケースですね。生活が充実していきていることから、支援されるだけのサービスは不要と本人が感じるのではないでしょうか。

事例 4-6 【アセスメント表】 **地域活動創出の必要性**

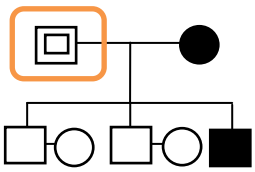
Hさん	95 歳・男性	担当	地域包括支援センターあおぞら

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	伝い歩き
	屋外歩行	○ 少し難しい	杖または押し車使用
	外出頻度	○ 少し難しい	車を運転して通院や買物には行っているが歩いての外出はない
	排せつ	○ 少し難しい	夜間は間に合わず衣類を濡らすこともある。自身で処理
	食事	○ 楽にできる	
	入浴	○ 少し難しい	浴室内の移動や浴槽の跨ぎ動作は手すりにつかまり自立
	着脱衣	○ 少し難しい	膝の痛みがありズボンや靴下の着脱時は椅子に座って行っている
IADL	掃除	▲ 改善可能性低い	膝の痛みのため屈む動作が困難。しゃがまないとできない掃除は訪問介護で支援を受けている
	洗濯	○ 少し難しい	低い位置に干す等自分で干せるよう工夫している
	買い物	▲ 改善可能性低い	車を運転し自身で行っているが重い物を運ぶのが負担
	調理	○ 少し難しい	座ったまま調理できるよう工夫されている
	ごみ出し	▲ 改善可能性低い	分別はできるがｺﾞﾐｽﾃｰｼｮﾝまで持って行くのが難しいため、訪問介護の支援を受けている
	通院	○ 少し難しい	車を運転して行くが駐車場から病院までの移動が負担
	服薬	○ 楽にできる	
	金銭管理	○ 楽にできる	
	電話	○ 楽にできる	
	社会参加	○ 少し難しい	車を運転し絵画教室に行かれている。老人会等には参加無

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	変形性膝関節症	定期的に受診し、外用薬と関節注射
	観察中	大腸がん	
	観察中	多発性脳梗塞	

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	
もの忘れ	無	

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	2 階建ての戸建て住宅 自宅前に駐車ｽﾍﾟｰｽ有 近隣に長男家族が住んでいる。	個人因子	変形性膝関節症のため屈むことができない。
		環境因子	一人暮らし。歩いて行ける距離にスーパー等がない。物を持って歩くことが難しいため、ゴミ出しは訪問介護の支援を受けている。

1 日の目標	足の力が弱らないように、膝に負担をかけないで出来る体操を毎日行う
半年後の目標	腹筋と布団に寝た状態で足を上げるを毎日行う
1 年後の目標	今年も年に 1 回の親族との旅行に行きたい

年齢的にも ADL の向上を目標とするのではなく、絵画教室に通うことが出来なくなった時に絵画を続けることができる対策を検討していくなど先を見据えた支援と、インフォーマルサービスを利用してあきらめている写生への参加など外出の機会を増やす取り組みを検討してみてください。

事例 4-7 【アセスメント表】 **地域活動創出の必要性**

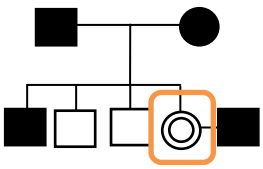
K さん	82 歳・女性	担当	地域包括支援センター東香会

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目		自立度	介助部分の説明、現状
ADL	室内歩行	○ 少し難しい	ゆっくり歩行。家具を伝ったり、杖を使うときもある
	屋外歩行	▲ 改善可能性高い	1 本杖を使用。脚長差、破行あり 10 分以上続けて歩くのは辛い
	外出頻度	▲ 改善可能性高い	週 2 回知人宅で入浴。週に 1 度仏花を買いに行く。月 1 回通院
	排せつ	○ 少し難しい	便器にしゃがみにくい
	食事	○ 楽にできる	宅配弁当を昼に頼み、昼・夜と 2 回に分けて食べている
	入浴	○ 少し難しい	浴槽が深くまたぎにくい。知人宅で週 2 回入浴
	着脱衣	○ 少し難しい	ズボンや靴下の着脱に時間がかかる
IADL	掃除	▲ 改善可能性高い	不用品が整理できない。掃除機の使い方がわからない。拭き掃除は出来る
	洗濯	○ 楽にできる	2 日に一度は必ず洗濯している
	買い物	▲ 改善可能性高い	仏花は自分で購入。日用品・食料品は週に 1 回従妹が購入
	調理	▲ 改善可能性低い	調理が出来ない。電子レンジの使用方法がわからない。宅配弁当を毎日利用
	ごみ出し	▲ 改善可能性高い	分別が出来ず従妹が行っている。玄関先には出せるが集積場所へはご近所が支援
	通院	▲ 改善可能性低い	バスの乗り方、行き先がわからない。従妹付き添いで月 1 回受診
	服薬	▲ 改善可能性高い	自己管理しているが、飲み忘れることが多い
	金銭管理	○ 少し難しい	預貯金の出し入れは出来るが、引き出したお金を失くしてしまうことがある
	電話	○ 少し難しい	電話を受けて会話することは出来る。宅配弁当は電話で頼んでいる
	社会参加	○ 少し難しい	地域行事には誘ってもらえば行く事もある

疾患	経過	疾患名	現状
主な治療・観察中の疾患	治療中	アルツハイマー型認知症	月 1 回従妹が付き添い受診。服薬治療中

認知	可否等	現状
意思疎通	できる	意思表示はできる
もの忘れ	有	メモをとることは出来るが、メモを見ても内容が理解できないことがある

家族構成図	住宅環境	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	平屋の文化住宅 浴槽が深く跨ぎにくいため知人宅で入浴している(週 2 回)	個人因子	左股関節の拘縮、足腰の痛みがある。立ち上がりや屈む動作に時間がかかる。アルツハイマー型認知症で物忘れが進んでいる。薬の飲み忘れがあり 1 人では受診は出来ない。編み物やカラオケが好きだった。
1 日の目標	毎日足踏み運動を 15 回行う	環境因子	30 年前に夫が亡くなり子供はおらず独居である。市外に住む従妹が週に 1 度訪問し、掃除や買物をサポート。近所の方が買物時など声をかけてくれるが、誰だか思い出せない、わからないことがある。店を営んでいた時は来訪者が多かったが閉店後は近隣との関わりが減った。
半年後の目標	近くのスーパー周囲を 1 周、毎日散歩に出かける		
1 年後の目標	従妹と育った町を半日ぐらいかけて一緒に散策できる体力・筋力をつける		

在宅での継続を希望しておられるのであれば、この先発生するであろうリスクを予測し、リスクへの対応策を検討することで、地域づくりの視点を含め在宅生活の継続を支援していく必要があるかと思います。そのためにも、区分変更申請の手続きが必要ではないでしょうか。