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。

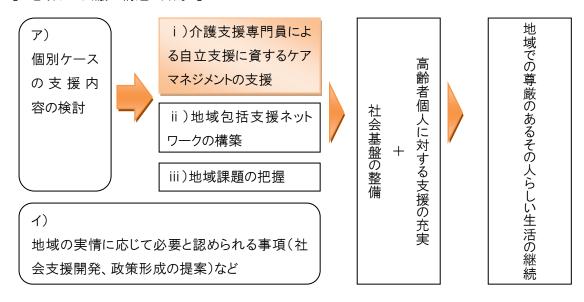
平成 27 年 12 月発行

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	
1800000 1800000000000000000000000000000	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	0.4.6° 5°
2. まとめ(集計結果等)	3・4 ページ
① 自立支援型地域ケア会議での検討結果	Г .° .
② 要介護度別の利用サービス	5ページ
	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	10 . 7
	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	
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	
【アセスメント動作分析】 12 事例	13~15 ページ
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
【アセスメント動作分析】 12 事例	13~15 ページ 15~19 ページ
【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例 【支援方法の気づき】 26 事例	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例	15~19ページ 19~24ページ
【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例 【支援方法の気づき】 26 事例	15~19 ページ
【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例 【支援方法の気づき】 26 事例 【地域活動創出の必要性】 7 事例	15~19 ページ 19~24 ページ 24·25 ページ
【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例 【支援方法の気づき】 26 事例 【地域活動創出の必要性】 7 事例 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	15~19ページ 19~24ページ
 【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例 【支援方法の気づき】 26 事例 【地域活動創出の必要性】 7 事例 ① 検討結果別 アセスメント表一覧 	15~19 ページ 19~24 ページ 24·25 ページ
【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例 【支援方法の気づき】 26 事例 【地域活動創出の必要性】 7 事例 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	15~19 ページ 19~24 ページ 24·25 ページ 26 ページ 27~38 ページ
【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例 【支援方法の気づき】 26 事例 【地域活動創出の必要性】 7 事例 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 【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例	15~19 ページ 19~24 ページ 24·25 ページ
【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例 【支援方法の気づき】 26 事例 【地域活動創出の必要性】 7 事例 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 【アセスメント動作分析】 12 事例	15~19 ページ 19~24 ページ 24·25 ページ 26 ページ 27~38 ページ
【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例 【支援方法の気づき】 26 事例 【地域活動創出の必要性】 7 事例 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 【アセスメント動作分析】 12 事例 【医療連携の気づき】 20 事例	15~19ページ 19~24ページ 24·25ページ 26ページ 27~38ページ 39~58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 】

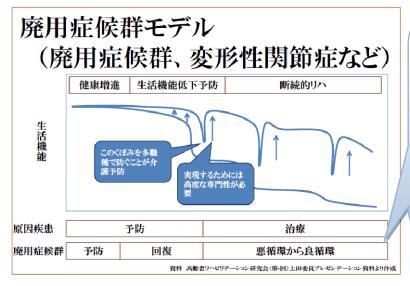


地域ケア会議の大きな分類には、ア)個別ケースの支援内容の検討、イ)地域の実情に応じて必要と認められる事項(社会支援開発、政策形成の提案)などの二つがある。

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。



年齢を重ね生活機能が低下。 生活機能が低下していく「くぼみ」 を防ぐことが介護予防で、転倒な どにより低下した生活機能を向上 させるためには、専門職による集 中的な支援が必要。

このくぼみを防いだり、くぼみを押し上げるため専門職による集中的な関わりで、介護サービス、医療系サービス等の適切な提供が可能となり、上の理想的な曲線になる。その取り組みのツールとして活用するのが自立支援型地域ケア会議である。

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、<u>単なる機能回復訓練ではなく、</u>心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理<u>念として、</u>存在する能力を最大限に発揮させ、<u>日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可</u>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

生活機能モデル (ICF、2001)

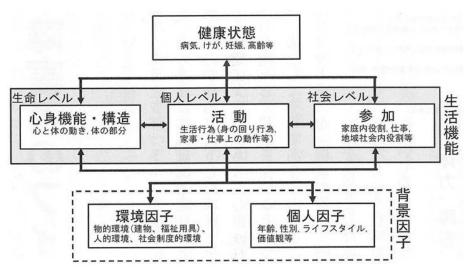


図-1 世界保健機関(WHO)推奨のICF 概念図

- 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。

高齢期の健康は、これらのすべてをあわせたもの



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。

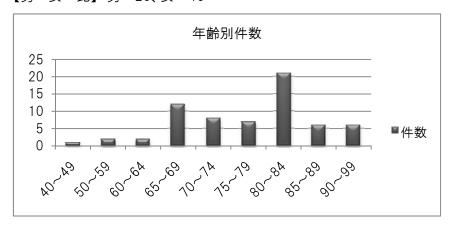
② 要介護度別の利用サービス

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
	2	7	護、訪問介護、通所リハビリテーションのみが多く、
	3	2	複数サービス利用は、住宅改修・福祉用具購入を
要支援 2	1	18	含んでいるため人数が増加している。
	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

ソーシャルキャビ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

健康寿命の延伸・健康格差の縮小

生活の質の向上

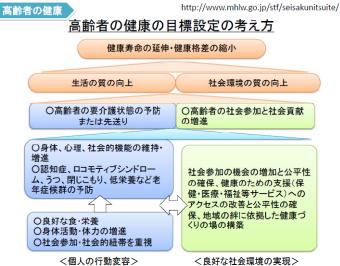
社会環境の質の向上

健康を支え、守るための社会環境の整備

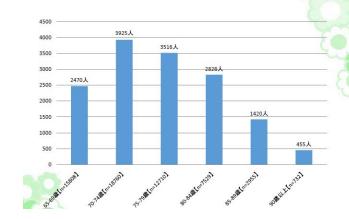
- 〈ソーシャルキャピタルの向上〉
- ①地域のつながりの強化
- 〈多様な活動主体による自発的取組の推進〉
 - ②健康づくりに主体的に関わる国民の割合の増加 ③健康づくりの活動に主体的に取り組む企業数の増加
 - ④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる 民間団体の活動拠点数の増加
- 〈健康格差の縮小〉
 - ⑤健康格差の実態を把握し、対策に取り組む自治体の増加

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





二次予防事業該当者数【年代別】



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

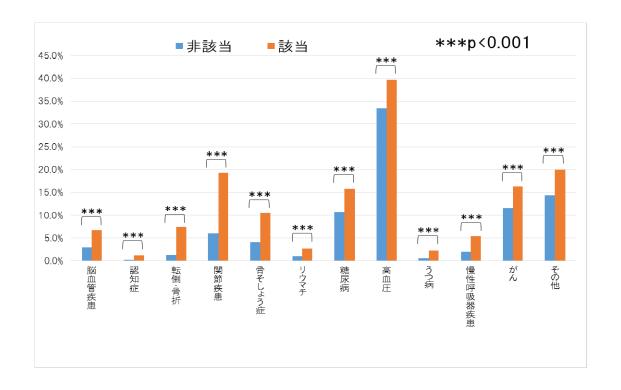
樺山 舞 1), 三上 洋 2), 神出 計 1)

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ご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。 0

施策化へのプロセス(-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

(诵所型介護予防事業)

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

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

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。

抽出した地域課題

身体機能が向上し、介護保険のサ 一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出 供者の関わりがなくなると孤立して しまう。

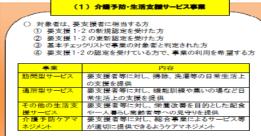
平成 27 年度 モデル事業

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)



平成 29 年度 介護予防・日常生活支援総合事業(案)



(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、地域やア会議等を通じて、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(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。

-34-34K	F 2-11F
介護予防把握事	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の
業	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	介護予防活動の普及・啓発を行う
発事業	(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	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行
動支援事業	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	介護保険事業計画に定める目標値の達成状
業評価事業	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	介護予防の取組を機能強化するため、通所、
ション活動支援	訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場、
事業	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
	発事業 地域介護予防活 動支援事業 一般介護予防事 業評価事業 地域リハビリテー

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)

【アセスメン	小期作分	'孙丁』 ひつ	ラ俊の文	、援の方向性	(合息形成内谷)	
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	支援のブ	方向性(1	合意形成内容	F)	
	本人が	歩けなく	なること	に不安を感し	ていることから A[DL・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	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	0.0	H 1/4	再十短 1	週1回	
	1	83	男性	要支援 1	予防通所介護	運動・マッサージ
	今後の	支援のブ	方向性(1	合意形成内容	F)	
	認知機	能の低	下が気に	なることから	タイミングをみて耳	専門医の受診も必要ではないで
	しょうか	ゝ。また信	輔関係	を構築しアセ	スメントするために	ら、本人や家族の話を聞き出す
	スキル・	やキーバ	ーソンを	見極める視り	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	6問題を引き出して	こあげてください。
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		0.0	, 14	# -	週1回	 掃除·買物
	2	93	女性	要支援 2	予防訪問介護	補助杖・入浴用いす購入、手すり設置
	会後の	支援のプ	 	L 合意形成内容	用具購入、住宅改修 	
				. =		でしたいという思いを尊重し、で
						・・向上していくことができると思
				= =		作とできない動作を分析・整理
		てはどう			, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	
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		0.5	- L/I		週2回	
	3	65	男性	要支援 2	予防訪問介護	調理・洗濯物干し・掃除・買物
	今後の	支援のブ	方向性(1	合意形成内容	7)	
	ストレス	くをかけな	ないよう、	負担にならな	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	由を一つずつ消去で	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	であれば消去法による原因の追
	究が困	難になる	ることから	5、医学的な研	確認をするため本 丿	、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	疼痛緩和・リハビリ
	3	07	女任	安义饭 2	予防通所リハ	(医療看護)週3回服薬確認・入浴
	今後の	支援のフ	方向性(1	合意形成内容	F)	
						楽」の基準を支援者間が共通認
						生が構築されている訪問看護師
	一の協力	を得かか	バムサート	/ス道 入時に	リハビリ職と 利田	者本人が認識できるような具体
				うでしょうか。	7C 744C(1971)	古十八八 吟味 くじるの ノの天 下

事例 1-6	 		1			
1 1 - 6		年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
, ,		0.0	, la	五七 原 0	週5回	┃ ┃ 掃除・買物・ゴミだし・薬の受け┃
	4	69	女性	要支援 2	予防通所介護	取り、運動
	入然 の	十垣の一			予防訪問介護 	
				合意形成内容 アハアナ —-		来る事と出来ない事を明確にす
						木の手と山木ない手を明唯に9 b作や動線の確認をしたうえで、
				_		ス提供者間で共有してみてはど
	うでしょ	- 1	C -3C			VILEN CITY CON CIOC
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					週1回	運動、手すりレンタル(トイレ)、浴室手
	7	69	女性	要支援 1	予防通所介護	すり・浴槽台購入
	会後の	支援の1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	 合意形成内容	用具貸与、用具購入	
						ていることから、筋力やひざの動
						可能にするためには、リハビリ職
						通認識を持つことで生活動作の
				てはどうでし		
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	買物
					予防訪問介護	其10
				合意形成内容		
						出来ること出来ないことを考え、
						と、めまいが起こることを前提に
					単れじ ふかはかっ	スプチスァレミ 投票! かぶに 丁字
		-				でできることを検討しながら支援
事例	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	すること 圏域	ニで少し 年齢	でも不安 性別	が解消される	と良いですね 。 利用サービス	サービス詳細
	すること	で少し	でも不安	が解消される	と良いですね。	
	すること 圏域 9	年齢 66	でも不安 性別 女性	が解消される	シと良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護	サービス詳細
	すること 圏域 9 今後の	年齢 66 支援のフ	でも不安 性別 女性 5向性(a	が解消される 介護度 要支援 1 合意形成内容	おと良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護	サービス詳細
	すること 圏域 9 今後の 生活の ように、	年齢 66 支援の7 作業の ・ 今出来	でも不安 性別 女性 方向性(a †から自	が解消される 介護度 要支援 1 合意形成内容 助具の工夫 とを細かく分	は を良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 等) などで糸口を探り、 対析し、今から出来	サービス詳細 運動 主婦としての役割を取り戻せる そることを予測しながら一つずつ
1-9	すること 圏域 9 今後の 生活の ように、 ステップ	年齢 66 支援のフ 作業の ・ 今出来	でも不安 性別 女性 方向性(で 中から自 でできる。	が解消される 介護度 要支援 1 合意形成内容 助具の工夫 とを細かく気 ことで目標に	bと良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 などで糸口を探り、 計析し、今から出来	サービス詳細 運動 主婦としての役割を取り戻せる そることを予測しながら一つずつ ないでしょうか。
1-9	すること 圏域 9 今後の 生活の ように、	年齢 66 支援の7 作業の ・ 今出来	でも不安 性別 女性 方向性(a †から自	が解消される 介護度 要支援 1 合意形成内容 助具の工夫 とを細かく分	は を良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 などで糸口を探り、 かがし、今から出来 近づいていくのでは 利用サービス	サービス詳細 運動 主婦としての役割を取り戻せる そることを予測しながら一つずつ
1-9	すること 圏域 9 今後の 生活の ように、 ステップ	年齢 66 支援のフ 作業の ・ 今出来	でも不安 性別 女性 方向性(で 中から自 でできる。	が解消される 介護度 要支援 1 合意形成内容 助具の工夫 とを細かく気 ことで目標に	は を良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 などで糸口を探り、 かし、今から出来 近づいていくのでは 利用サービス 週2回	サービス詳細 運動 主婦としての役割を取り戻せる そることを予測しながら一つずつ ないでしょうか。
1-9	すること 圏域 9 今後の 生活の ように、 ステップ	さで少し 年 66 支援ので 作学出プ 年齢 93	でも不安 性別 女性 中からるこ ができ別 女性	が解消される 介護度 要支援 1 合意形成内容 助具の工夫 とを細かく気 ことで目標に 介護度 要支援 2	は を良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 などで糸口を探り、 かけし、今から出来 近づいていくのでは 利用サービス 週2回 予防通所リハ	サービス詳細 運動 主婦としての役割を取り戻せる そることを予測しながら一つずつ はないでしょうか。 サービス詳細
1-9	すること 圏域 9 今後の 生活の ように、 ステップ 圏域	で 少し 年 66 支援ので 今出プ 年 第 93 支援ので 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第	でも不安 性 女 性 女 向 かいる で で 性 女 向 かいる が 性 女 向 性 女 に り き り し り し り し り し り し り し り し り し り し	が解消される 介護度 要支援 1 合意形の工夫 とをで目標に 介護度 要支援 2 合意形成内容	は を良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 などで糸口を探り、 かん、今から出来 近づいていくのでは 利用サービス 週2回 予防通所リハ	サービス詳細 運動 主婦としての役割を取り戻せる そることを予測しながら一つずつ はないでしょうか 。 サービス詳細 リハビリ
1-9	すること 圏域 9 今後の ように、 ステップ 11 今後族	で 年 66 支援 の の来が	でも 女 女 中 かいき 別 女 に かいき 別 女 向 かいき 別 女 向 かいき 別 女 向 かいき 別 女 向 が に も も に も に も に も に も も に も に も に も に も に も に も も に も も に も に も に も に も に も に も に も に も に も も に る に も に も る に も に る 。 に る に る に る に る に る 。 に る 。 に る 。 に る 。 る 。 に る 。 。 。 る 。 る 。 。 。 る 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。	が解消される 介護度 要支援 1 合意形の工夫 とをで目標に 介支援 2 会意形疎外感を	は を良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 などで糸口を探り、 などで糸口を探り、 がし、今から出来 近づいていくのでは 利用サービス 週2回 予防通所リハ 影) 感じている理由を	サービス詳細 運動 主婦としての役割を取り戻せる ることを予測しながら一つずつ はないでしょうか。 サービス詳細 リハビリ 明確にするためには、家族への
1-9	すること 圏 9 今後の 生活うに、 ステップ 11 今後族アプー	さで少し 年 66 支 作今アッ サ 93 支 同こ で で で で で で で で で で	でも 女 女 位 女 位 女 の かいき 別 性 女 向 かいき 別 性 女 向 かいき 別 性 女 向 が 族 大 の が た が は の が 、 の が 、 の が あ の が あ の の の の の の の の の の の の の	が解消される 介護度 要形成工夫 とをで目標に でうき援の内容 を変形の工人 とをでもできまり、 できまり、 できまり、 できまり、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では	は 良いですね。 利用サービス 週 1 回 予防通所介護	サービス詳細 主婦としての役割を取り戻せる さることを予測しながら一つずつ はないでしょうか。 サービス詳細 リハビリ 明確にするためには、家族への。家族のなかで本人の感じてい
1-9	すること 圏 9 今後の 生活うに、 ステップ 11 今後族アプー	さで少し 年 66 支 作今アッ サ 93 支 同こ で で で で で で で で で で	でも 女 女 位 女 位 女 の かいき 別 性 女 向 かいき 別 性 女 向 かいき 別 性 女 向 が 族 大 の が た が は の が 、 の が 、 の が あ の が あ の の の の の の の の の の の の の	が解消される 介護度 要形成工夫 とをで目標に でうき援の内容 を変形の工人 とをでもできまり、 できまり、 できまり、 できまり、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では	は 良いですね。 利用サービス 週 1 回 予防通所介護	サービス詳細 運動 主婦としての役割を取り戻せる ることを予測しながら一つずつ はないでしょうか。 サービス詳細 リハビリ 明確にするためには、家族への
事例 1-10	すること 圏 9 今後ある。 ステ域 11 今家アる疎域 圏	で年 66 支 作今ア 年 93 支 同チを 解 の の来 が り で り で り り り り り り り り り り り り り り り	でも 性 女 向かい き 別 性 (1) も で 性 女 向 かい き 別 性 (1) も と り い り い り る り る り る り る り る り る り る り と り と り と	が解消される 介 支 形の工 か 大 の 本 で 表 で 表 で 表 で 表 で 表 で 表 で 表 で 表 で で 表 で で 表 で で 表 で で ま で で な で で な で で で で で で で で で で で	はと良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 などで糸口を探り、 かん、今から出来 近づいていくのでは 利用サービス 週2回 予防通所リハ ではどうでしょうか 認できるための支持	サービス詳細 重動 主婦としての役割を取り戻せる ることを予測しながら一つずつ ないでしょうか。 サービス詳細 リハビリ 明確にするためには、家族への 。家族のなかで本人の感じてい 髪を模索してみてください。 サービス詳細
事例 1-10	すること 圏 9 今後の ように、 ステップ 一 今 後 族 ロー る 味 か こ で で か こ で で か こ で で か こ で で か こ で で で か こ で で で で	で 年 66 支 作 今アッ 年 93 天居 と 大 居 と 大 居 と 大 下 年 大 下 日 ・ 大 下 日 ・ ・ 下 下 日 ・ ・ 下 下 下 下 下 下 下 下 下 下 下 下 下 下 下 下 下 下 下	でも 性 女 向かい き 別 性 (1) も で 性 女 向 かい き 別 性 (1) も る る る る る る る る る る る る る る る る る る	が解消される 介 支 援 1 一	はと良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 などで糸口を探り、 などで糸口を探り、 がし、今から出来 近づいていくのでは 利用サービス 週2回 予防通所リハ 診じている理由を ではどうでしょうか 認できるための支持	サービス詳細 重動 主婦としての役割を取り戻せる ることを予測しながら一つずつ ないでしょうか。 サービス詳細 リハビリ 明確にするためには、家族への 。家族のなかで本人の感じてい 髪を模索してみてください。
事例 1-10	すること 圏 9 今 生 ようこ、 ステ域 11 今 家ア な疎域 12	で年 66 支 作今 プ年 93 支 同・感 年 86	でも 性 女 向かい き 別 性 (1) も と う い き 別 性 女 の か い き 別 性 女 の か い き り り る る る る る る る る る る る る る る る る る	が解消される 介 支 形の工 か 大 の 本 で 表 で 表 で 表 で 表 で 表 で 表 で 表 で 表 で で 表 で で 表 で で 表 で で ま で で な で で な で で で で で で で で で で で	はと良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 などで糸口を探り、 などで糸口を探り、 から出来 近づいていくのでは 利用サービス 週 予防通所リハ ぶじている理由を ではどうでしょうか 認できるための支援 利用サービス 週 1回 予防通所介護	サービス詳細 重動 主婦としての役割を取り戻せる ることを予測しながら一つずつ ないでしょうか。 サービス詳細 リハビリ 明確にするためには、家族への 。家族のなかで本人の感じてい 髪を模索してみてください。 サービス詳細
事例 1-10	すること 圏 9 今 生ようデ 域 11 今 家ア る陳域 12 今後	で年 66支作今プ年 93支 同 - 感 年 86のの来が ・ 13のしら消のの来が ・ 286の	で せ 女 向かい で 性 女 向かい で 性 女 向かい で 性 女 向かい き 別 性 の の の の の の の の の の の の の	が解消護 日本	は を良いですね。 利用サービス 週1回 予防通所介護 などで糸口を探り、 などで糸口を探り、 がし、今から出来 近づいていくのでは 利用サービス 週2回 予防じている理由を ではどうでしょうか 認できるための支援 利用サービス 週 予防通所介護 等)	サービス詳細 重動 主婦としての役割を取り戻せる ることを予測しながら一つずつ ないでしょうか。 サービス詳細 リハビリ 明確にするためには、家族への 。家族のなかで本人の感じてい 髪を模索してみてください。 サービス詳細
事例 1-10	する 今生よス圏 1 今家アる圏 12 今畑具体 12 今のの的	で年 66 支作今ア 支 同・感 支 作な 文 作 4 で 年 66 援 業 出 プ 齢 の しら 消 と の 内 来 プ か と が 解 齢 の の 内 来 プ か と で ま で も で か に か 解 齢 の の 内 来 プ か と で ま で か に か に か に か に か に か に か に か に か に か	で は 女 向かいで性 女 向が族、性 女 向やい 大別 性 性らるる別 性 性本の役別 性 性、動 な () () () () () () () () () (が解介 要 意見をで介 要 意が向や介 要 形の細目護 援 成外認を度 1 内表がに対する です	は 大き で で で で で で で で か で が で か ら の で で か ら の で が で か ら の で が で か ら の で で い る 理 由 を で は ど う で も し い る 理 由 を で は ど う で た め の 支 が で は ど う で た め の 支 が で き る た め の 支 が で で し ま っ で で し ま っ で で と で で で と 思 で で と 思 で で と 思 で で と 思 か に い る 理 か と の で と 思 か に い る で で と 思 か に い る で で と 思 か に い る で で と 思 か に い る で で と 思 か に い る で で と 思 か に い で で と 思 か に い で で と 思 か に い で で な と 思 か に い で す で と 思 か に い で で な と 思 か に い で で な と 思 い に い で す な と 思 い に い で す な と 思 い に い で す な と 思 い に い で す な と 思 い に か に い で す な と 思 い に か に か に か に か に か に か に か に か に か に	サービス詳細 主婦としての役割を取り戻せる そることを予測しながら一つずつ はないでしょうか。 サービス詳細 リハビリ 明確にするためには、家族への。家族のなかで本人の感じてい 爰を模索してみてください。 サービス詳細 柔軟体操、筋力増強(運動)

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	支援のス	方向性(1	合意形成内容	F)	
	浮腫や	筋力低	下を改善	するために、	出来ることと出来	そないことを細かく分析すること
	で、ポイ	「ントをお	り込んが	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	忍しながら	ら具体的なリ	ハビリにおける目標	き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)

上区原廷历						
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					週 5 回	体操·入浴、掃除·調理·入浴
	1	84	女性	要支援 2	予防通所介護	見守り・ゴミだし・洗濯干し、歩
				212 1332	予防訪問介護	行器・車いすレンタル、(医療訪りハ週 1
	-	古怪の	上の姓ん	L 合意形成内容	用具貸与	回:リハビリ)
						ションの内容を把握することで、
						効果の向上が望めるのではない
						よう旅行計画へのアドバイスもし
		てくださ(スルエルストころ うらく	
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					週2回	
	1	60	女性	要支援 2	予防通所介護	運動
	今後の	支援のス			3)	
	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	目標を設定し	なければ、いつまて	でも達成することができない状況
	1-02-2	ヘマはし	田八士	ト 目体的かぶ	まぱり挿を担げ ・	本人とサービス提供者間で共有
	トー語の	のではと	でいる。	・一大字では	主队日保で拘り、	4人とリーレク症状有间で共有
				でしょうか。	主成日保で拘り、	4人とリーに入徒代名间(代行
事例					利用サービス	サービス詳細
事例 2-3	すること 圏域	年齢	ではない 性別	かでしょうか。 介護度	利用サービス 週 2 回	サービス詳細
	すること	こが必要	ではない	へでしょうか。	利用サービス 週2回 予防訪問介護	
	すること 圏域	とが必要 年齢 86	ではない 性別 女性	かでしょうか。 介護度 要支援 2	利用サービス 週2回 予防訪問介護 _{用具貸与}	サービス詳細買物・掃除・通院介助
	すること 圏域 3 今後の	生が必要 年齢 86 支援のフ	ではない 性別 女性 方向性(1	かでしょうか。 介護度 要支援 2 合意形成内容	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具貸与} ミ)	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル
	すること 圏域 3 今後の 膝折れ	生が必要 年齢 86 支援のご	ではない 性別 女性 方向性(1)	かでしょうか。 介護度 要支援 2 今意形成内容 ば、押し車より	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具貨与} ジ)	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル 担が少ないと思われます。 買い
	すること 圏域 3 今後の 膝折れ 物に行	とが必要 年齢 86 支援のご があるの きたいと	ではない 性別 女性 方向性(1) であれば いう本	かでしょうか。 介護度 要支援 2 合意形成内容 ば、押し車より 人の思いから	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具質与} ぶ) 歩行器のほうが負 、買物の手段につ	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル
	すること 圏域 3 今後の 膝折れ 物に行 など本	とが必要 年齢 86 支援のご があるの きたいと	ではない 性別 女性 方向性(1) であれい いう本人 解を得る	かでしょうか。 介護度 要支援 2 合意形成内容 ば、押し車より 人の思いから	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具質与} ぶ) 歩行器のほうが負 、買物の手段につ	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル 担が少ないと思われます。買いいて電動カートや歩行器の導入
	すること 圏域 3 今後の 膝折れ 物に行 など本	とが必要 年齢 86 支援のご があるの きたいと 人の理解	ではない 性別 女性 方向性(1) であれい いう本人 解を得る	かでしょうか。 介護度 要支援 2 合意形成内容 ば、押し車より 人の思いから	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具質与} ぶ) 歩行器のほうが負 、買物の手段につ	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル 担が少ないと思われます。買いいて電動カートや歩行器の導入
2-3	すること 圏域 3 今後の 膝折れ 物に行 など本 ではな	とが必要 年齢 86 支援の ご があるの きたい理 外でしょ	ではない 性別 女性 方向性(であれい ないう本人 解を得る うか。	かでしょうか。 介護度 要支援 2 合意形成内容 ば、押し車より 人の思いから ことができれば	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具貨与} ジ) 歩行器のほうが負 、買物の手段につ ば、身体機能の改	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル 担が少ないと思われます。買いいて電動カートや歩行器の導入 善可能性を探ることができるの
2-3	すること 圏域 3 今後の 膝折れ 物に行 など本 ではな 圏域 4	とが必要 年齢 86 支援のご があるの きたい理 いでしよ 82	ではない 女性 女性 方であれい でする うか。 性女性 女性 ないう 本の 女性 女性 ない ない ない ない ない ない ない ない ない ない	かでしょうか。 介護度 要支援 2 合意形成内容 ば、押し車より 人の思いから ことができれば	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具貸与} ミ) は 歩行器のほうが負 、買物の手段につ ば、身体機能の改 利用サービス 用具貸与	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル 担が少ないと思われます。買いいて電動カートや歩行器の導入 善可能性を探ることができるの サービス詳細
2-3	すること 圏域 3 今後の 膝折れ なではな 圏域 4 今後の	さが必要 86 支援の があるのと かでしま 82 支援の	ではない 性 女 向 性 (1) (1) (2) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4	でしょうか。介護度要支援 2含意形成内容よ、押し車より人の思いからことができれば介支形成要形成内容会意形成内容	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具貨与} ジ 歩行器のほうが負 支行器の手段につ ば、身体機能の改 利用サービス 用具貸与	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル 担が少ないと思われます。買いいて電動カートや歩行器の導入 善可能性を探ることができるの サービス詳細
2-3	すること 圏域 3 今後がに本で 圏域 4 今後の 目標が	さが必要 86 支援のでもいで年 82 支援のでした。	ではない 女性 女 向 性 (1) (2) (2) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4	かでしょうか。 介護度 要支援 2 会意形成内容 よいから ことができれば の東京の表現の表現の表現の表現の表現の表現の表現の表現の表現の表現の表現の表現の表現の	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具貸与} ジ) 歩行器のほうが負 、買物の手段につ ば、身体機能の改 利用サービス 用具貸与 ジ)	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル 担が少ないと思われます。買いいて電動カートや歩行器の導入 善可能性を探ることができるの サービス詳細 歩行器レンタル
2-3	すること 圏域 3 今後の 物に行 なでは域 4 今後が ことで	が年86麦がきんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので大きんので<	ではない 女 向 か で 大 で 大 で 大 で 大 で 大 で た の た の の た の の の の の の の の の の の の の	でしょうか。 介護度 要 形	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具貸与} 沙 行器のほうが負 、買物の手段につ ば、身体機能の改 利用サービス 用具貸与 ジ こしても目指すべき ることを本人に理解	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル 担が少ないと思われます。買いいて電動カートや歩行器の導入 善可能性を探ることができるの サービス詳細 歩行器レンタル 姿が見えているのは素晴らしい
2-3	すること 圏 3 今 膝 物 な で 圏 4 今 目 こ 思 し、 医 4	さが 年 86 支がき人い 年 86 を 10 を 1	で は 女 向 の で か 大 で な り 大 で の で の の の の の の の の の の の の の	でしょうか。介護度要支援要形成車より人の思ができればク支形のが変度要形成本の会計のよりないできればとが族にとないととないとないとないまします。となったとなったとなったとなったとなったないこと </th <th>利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具貸与} ジ 歩行器のほうが負 満、身体機能の改 利用サービス 用具貸与 シ ことを本人に理解 3ことを本人に理解 3 ことを意識した</th> <th>サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル 担が少ないと思われます。買いいて電動カートや歩行器の導入 善可能性を探ることができるの サービス詳細 歩行器レンタル 姿が見えているのは素晴らしい解してもらうのは大変だったかと</th>	利用サービス 週 2 回 予防訪問介護 _{用具貸与} ジ 歩行器のほうが負 満、身体機能の改 利用サービス 用具貸与 シ ことを本人に理解 3ことを本人に理解 3 ことを意識した	サービス詳細 買物・掃除・通院介助 歩行器・つえレンタル 担が少ないと思われます。買いいて電動カートや歩行器の導入 善可能性を探ることができるの サービス詳細 歩行器レンタル 姿が見えているのは素晴らしい解してもらうのは大変だったかと

		年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
2-5	4	79	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所介護	ヨガ・体操(運動)
	今後の	支援のス	方向性(1	合意形成内容	!)	
	1111					討など痛みを軽減できる方法の
			_			支援できるように、まずは痛みの
 事例	圏域	年齢	- 冶医に 性別	確認しくみく 介護度	はどうでしょうか。 利用サービス	サービス詳細
2-6					週2回	
	4	86	女性	要支援 2	予防通所介護	バランス力と体幹を鍛える
				合意形成内容	•	
						いという現実を受け止められなく ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・
			•			ョ间(六行し、本人に伝んていて 合った運動ができる場所を提示
						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
2-7	9	86	女性	要支援 2	週2回	掃除·買物同行
	9	00	女性	安又饭 2	予防訪問介護 ^{用具貸与}	手すりレンタル
	今後の	支援のフ	方向性(1	合意形成内容		
						いるのは素晴らしいと思います。
	転倒の	不安を輔	怪減し、			くためには、歩くことの安定性が
		+4: 1	35-7:4 L	_ I L D L L L L L L L		32#/こむハナナ 36をかば1 ロチー
						困難になります。背を伸ばし足を はどうでしょうか
事例	上げて	歩くため	には歩行	丁器等の道具	の活用を検討して	はどうでしょうか。
事例 2-8	上げて 圏域	歩くため 年齢	性別	予器等の道具 介護度		はどうでしょうか。 サービス詳細
	上げて 圏域 6	歩くため 年齢 78	には歩 ん 性別 女性	了器等の道具 介護度 要支援 1	の活用を検討して 利用サービス 週 1 回 予防通所介護	はどうでしょうか。
	上げて 圏域 6 今後の	歩くため 年齢 78 支援のフ	には歩行 性別 女性 ち向性(a	7器等の道具 介護度 要支援 1 合意形成内容	の活用を検討して 利用サービス 週 1 回 予防通所介護 !)	はどうでしょうか。 サービス詳細 運動
	上げて 圏域 6 今後の 自宅で	歩くため 年齢 78 支援のフ オリジナ	には歩行 性別 女性 方向性(行 ル体操を	7器等の道具 介護度 要支援 ¹ 合意形成内容 1 時間も行	の活用を検討して利用サービス週1回予防通所介護○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	はどうでしょうか。 サービス詳細 運動 は素晴らしいことです。オリジナル
	上げて 圏域 6 今後の 自宅で 体操を	歩くため 年齢 78 支援のフ オリジナ リハビリ	には歩行 性別 女性 方向性(行 ル体操を 職が確認	一番等の道具 介護度 要支援 1 合意形成内容 1時間も行 なすることでオ	の活用を検討して 利用サービス 週 1 回 予防通所介護 :) っているというのは 太人に合ったアレン	はどうでしょうか。 サービス詳細 運動 *素晴らしいことです。オリジナル ・ジを加えることも出来ると思い
	上げて 圏域 6 今後の 自宅で 体操を ます。た	歩くため 年齢 78 支援のフ オリジナ リハビリ	には歩行 性別 女性 方向性(行 ル体操を確認 年後の目	一 不 で 大 悪 大 悪 大 悪 大 悪 大 表 形 成 内 窓 た も 意 形 成 内 で は に に に に に に に に に に に に に	の活用を検討して 利用サービス 週1回 予防通所介護 うているというのは 太人に合ったアレン 勢よく」というのか	はどうでしょうか。 サービス詳細 運動 *素晴らしいことです。オリジナル ・ジを加えることも出来ると思い が、変形が治りまっすぐな背中に
	上げて 圏域 6 今後で 体操を ます。だ なると	歩くため 年齢 78 支援のフォリジナ・ リハビリ にだ、一つ 認識され	には歩行 性別 女性 方向性(f ル体操を 職後の 目 ているの	一 	の活用を検討して 利用サービス 週1回 予防通所介護 うているというのは 太人に合ったアレン 勢よく」というのか	はどうでしょうか。 サービス詳細 運動 *素晴らしいことです。オリジナル・ジを加えることも出来ると思い が、変形が治りまっすぐな背中に 見えないこともあります。身体的
2-8	上げて 圏域 6 今後で 体操を ます。だ なると	歩くため 年齢 78 支援のフォリジナ・ リハビリ にだ、一つ 認識され	には歩行 性別 女性 方向性(f ル体操を 職後の 目 ているの	一 	の活用を検討して 利用サービス 週1回 予防通所介護 つているというのは 、人に合ったアレン 勢よく」というのか	はどうでしょうか。 サービス詳細 運動 *素晴らしいことです。オリジナル・ジを加えることも出来ると思い が、変形が治りまっすぐな背中に 見えないこともあります。身体的
2-8	上げて 6 今後宅を まな可じ 圏域	歩くため 78 支リンピー・1 を 議員 手齢	には歩行性 性女性 (1) (1) (1) (2) (2) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4	一番等の道具 介護度 要を表現の 一番である「容 である「である」でである「でである」である「である」である」でである。「でである」でである」ででいる。	の活用を検討して 利用サービス 週 1 回 予防通所介護 つているというのは 人に合ったアレン 勢よく」というのか つまでもゴールが、 てはどうでしょうか 利用サービス 週 1 回	はどうでしょうか。 サービス詳細 運動 *素晴らしいことです。オリジナルッジを加えることも出来ると思いが、変形が治りまっすぐな背中に見えないこともあります。身体的。
2-8	上げて 圏域 6 今後の 自宅操を ます。た なると に可能	歩くため 年齢 78 支援のフ オリジナリ にだ、され な目標で	には歩行 性別 女性 か体操を 職が確認 年後の 目 でいるの	一器等の道具 介護度 要支援 1 合意形成内容 ・1時間も行 窓するである「姿 であれば、い か確認してみ	の活用を検討して 利用サービス 週 1 回 予防通所介護 つているというのは 人に合ったアレン 勢よく」というのか つまでもゴールが、 てはどうでしょうか 利用サービス 週 1 回 予防訪問介護	はどうでしょうか。 サービス詳細 運動 *素晴らしいことです。オリジナルッジを加えることも出来ると思いが、変形が治りまっすぐな背中に見えないこともあります。身体的。 サービス詳細
2-8	上げて 6 今後で 体す。な に可域 6	歩くため 78 支オリハだ、 さ間 で 76	には歩行性 女 向体が後いるの である別 性 男	一番等の道具 介護度 要を表現の 一番である「容 である「である」でである「でである」である「である」である」でである。「でである」でである」ででいる。	の活用を検討して 利用サービス 週 1 回 予防通所介護 つているというのは 人に合ったアレン 勢よく」というのか つまでもゴールが、 てはどうでしょうか 利用サービス 週 1 回 予防訪問介護 用具賞与・住宅改修	はどうでしょうか。
2-8	上げて 6 今 自体する可 域 6 今 人 の 6	歩くため支オリンに表表リンに表表リンと表表リンと表表リンと表表リンと大いた大いた大いた表表リンと表表リンと大いた大いた表表リンと表表リンと表表リンと大いた大いた表現ります表現ります大いた大いた表現ります表現ります大いた大いた表現ります表現ります大いた大いたまままますままままます大いた大いたままままます大いたまままままますまままままままままままままます大いたままままままままままままままままままままままままままままままままま	には 生 女 向体が後いる り 性 サ には 女 向体が後いる り 性 サ に し に し の の る の の る の の の の の の の の の の の の の	一 器等の道具	の活用を検討して 利用サービス 週 1 回 予防通所介護 つているというのは 人に合ったアレン 勢よく」というのか でもゴールが、 てはどうでしょうか 利用 回 予防 問問 介護 用具貸与・住宅改修 に加する」ことはすく	はどうでしょうか。
2-8	上げて 6 今自体まなに圏 6 今人のののののののののののののののののののののののののののののののののののの	歩くた齢 支 オリンに	には 生 女 向体が後いる 別 性 大 の は 世 女 に は 世 女 に は も の は で あ せ 男 向 に で の る の の の の の の の の の の の の の	一 器等の道具	の活用を検討して 利用サービス 週 1 回 予防通所介護 つているというのは 大に合ったアレン 勢よく」というのが てはどうでしょうか 利 1 回 予開サービス 週 1 回 予開集資与・住宅改修 に対する」ことはすく 痛みをそのままに	はどうでしょうか。
2-8	上圏 6 今 自体まなに圏 6 後 て操する可域 6 後人み知 6 ののがり、	歩くた齢 支 オリンに	には 生 女 向体が後いる 性 男 向 に は 生 り 性 は で の は も の の る の り に の も ら の も る ら る る る る る る る る る る る る る	一 	の活用を検討して 利用サービス 週 1 回 予防通所介護 つているというのは 大に合ったアレン 勢よく」というのが てはどうでしょうか 利 1 回 予開サービス 週 1 回 予開集資与・住宅改修 に対する」ことはすく 痛みをそのままに	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
2-10	7	84	女性	要支援 1	週 1 回 予防通所介護	運動
	今後の	支援のス	方向性(1	合意形成内容	F)	
	腰痛が	自立を降	且害して	いるということ	こから、かかりつけ	医での物療や通所介護のリハビ
						込めないのではと懸念します。リ
						ります。リハビリ職のいる通所介
						けしてみてください。
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	支援のス		 合意形成内容		
	ふらつ	きの原因	が不明	であることから	う、 ふらつきが改善	きされてから筋力を向上するとい
		· · · · ·				でふらつきが軽減することもあり
						少し筋力の向上に着目して支援
						信に変えるため活動量を増やす
± /51				ごうでしょうか ^ =# #		11 12 = 14 tm
事例 2-12	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
				合意形成内容		
	重がか スでは	からなし	いようエ (的つな)	夫すれば正座	など関節を曲げる	がらなくなるので、曲げた足に体 動作は良いと思います。サービ られることがサービスからの卒業
 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		I I MP	112/33	71 100/00	週1回	, — , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
	8	81	女性	要支援 1	予防通所介護 ^{住宅改修}	運動、手が設置
	今後の	支援のス	方向性(1	合意形成内容	F)	
						ることは重要で、それに基づき専
						とや負担のかけない運動の提案
				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
		してくだ		^ =#+ -		11 12 = 17 tm
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	/- ⊪+	 要支援 1	週 2 回 予防通所介護	運動、掃除
	5	00	女性	安又抜 	予防通所介護 予防訪問介護	夕食の配食(毎日)
	今後の	支援のフ		L 合意形成内容		
					• •	川職などと一緒に自宅内でよくつ
	1					、つまづく場所でのポジションや
						乍ることができるのではないかと
		~ C 1	17000	- (、)在//工/	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	LACCU (CAN (PAA, UC)
	思いま		19 900		7-7 (9 0 17,702)	Face, (5.80) (18.80 %) C

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	F.C.	h;L		週2回						
	10	56	女性	要支援 2	予防訪問看護 ^{住宅改修}	手すり設置					
	今後の	今後の支援の方向性(合意形成内容)									
			_			2観念にとらわれてしまわないか					
						ことを再検討してはどうでしょう					
						ら一年後の目標を達成できなか 票なのかをリハビリ職に確認して					
		ロの汉里 どうでし。		(9。另件的	に達成り能な日常	示なりが とうべこう 戦に唯 心して					
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					週1回						
	10	71	女性	要支援 2	予防訪問介護	シャワーチェア購入					
	今後の	支援のフ		L 合意形成内容	用具購入 						
	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					
						るかなど、回復を実感できること					
						いでしょうか。今後、リハ職の関					
					定できるよう支援						
事例 2-17		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	運動					
	12	02	メエ	女义派 2	予防過別分喪 予防訪問介護	買物・調理・片付け・ゴミだし					
	今後の	支援のフ		 合意形成内容							
	圧迫骨	折を心暦	记して何	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					
						L夫等で、成功体験を積み上げ					
						ん。本人がやりたいと思っている					
= /n/				支援を工夫し ^ -** -*-		11 18- =¥/m					
事例 2-18	_ 圏域_	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細					
2-10	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7		L 合意形成内容							
						として訪問介護を利用するので					
						心」を手に入れることができるの					
	ではなり	いでしょ	うか。徐・	々にサービス	量を減らしてみるな	など状況を見ながら支援してはど					
	うでしょ		1	1 • • • • •							
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 		手すりレンタル					
					*						
					***	ナによる関わりで片手で使用で					
						す。また、支援の方向性を確定					
				犬の確認を行	· · · · - · - · - · -						

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								
						能性があるので痛みのコントロー				
	ルにつ	いて検討	してはと	ごうでしょうか	。また、疾患や痛る	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
	A /// -	<u></u>		<u> </u>		
				合意形成内容		
	円背と	膝痛の関	目係が気	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	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	に本人だ	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	っていくのでに	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					週 5 回	リハビリ
					予防通所リハ	掃除·買物同行·調理
	2	74	女性	要支援 2	予防訪問介護	
					予防訪問看護	服薬管理と栄養指導
					用具貸与	歩行器レンタル
	今後の	支援のス	方向性(1	合意形成内容	;)	
	このま	まの生活	を続けた	と場合の可能	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	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					週 3 回	7 W VP 41
	2	78	女性	要支援 2	予防通所介護	入浴·運動
			J 1 1 1 1		予防訪問介護	掃除
	今後の	支援のフ	L 5向性(:	 合意形成内容		
						夫のための選択肢を専門職とし
						己決定につながります。 ヘルパ
			-		人夫していることか	ら、自己決定できるだけの選択
	版を用	恵してあ	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
3-4	2	74	男性	要支援 2	週3回 予防通所リハ 予防訪問介護	下肢筋力向上 掃除·調理
	今後の	支援のフ		L 合意形成内容		
		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
					が前頭葉であれば	意欲の低下につながることから
	****			思います。		
事例		年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-5	3	66	女性	要支援 2	週 2 回 予防通所リハ _{用具貸与}	バランス力・体力づくり
	今後の	支援のス	方向性(1			
	支援さ	れる側で	はなく、	対等の立場で	でラジオ体操の仲間	間と散歩ができるまで改善し、自
						青らしいケースですね。生活が充
			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
± /DI	いでし		사쓰다	^ - # &	1 1 □ 1 1 7	11 1 °→ =¥ //m
事例	_ 圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-6	11	95	男性	要支援 2	週 2 回 予防訪問介護	掃除・ゴミだし
				合意形成内容		
						牧室に通うことが出来なくなった
						先を見据えた支援と、インフォー など外出の機会を増やす取り組
			でくださ		'0子王八仍参加'	なこが山の成去で垣でり取り組
事例	圏域	年齢	性別	↑。 介護度	利用サービス	サービス詳細
3-7	13	82	女性	要支援 1	週1回 予防通所介護	体操・入浴・カラオケ
	今後の	<u></u> 支援の7		L 合意形成内容		
						発生するであろうリスクを予測
			-			見点を含め在宅生活の継続を支
	援してい	いく必要	があるか	と思います。	そのためにも、区分	分変更申請の手続きが必要では
		しょうか。				
事例		年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-8	5	58	女性	要支援 2	週2回	運動
		00	メ注	女乂饭∠	予防通所介護 _{用具販売}	置型便座・シャワーチェア購入
	今後の	支援のス	方向性(1	合意形成内容		
	本人の	精神的	不安定な	は傾向から目標	票をあいまいにされ	1ていますが、本人が頑張りすぎ
						プローチをするために、役割を明
				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
	ではなり	いでしょ	つか。			

事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細					
3-9	5	47	女性	要支援 1	週1回	マシントレーニング					
					予防通所リハ _{用具販売・住宅改修}	腰掛便座購入・手すり設置					
				合意形成内容	•						
		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									
						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。							
■ 3-10	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細					
3-10	5	67	女性	要支援 2	週 2 回 予防訪問介護	整理整頓・掃除・買物・洗濯					
	A 144 00	十坪の一	<u>-</u>	^ & V & A &	用具貸与·住宅改修	手すりレンタル・設置・浴槽改修					
				合意形成内容 ルを確認した		訓練から動作訓練までが必要な					
						調味が多動TF訓練よくが必要な 多要があるのかを検討してはどう					
	でしょう	うか。本人	人が自分	の問題に向る	き合える、気づいて	てもらうための関わりや支援をお					
= h	願いし		M Dd	^ =# c-	7.IT II I I -	11 12 - =¥ /m					
事例 3-11	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス 週3回	サービス詳細					
0 11	5	79	男性	要支援 2	予防訪問介護 予防訪問介護	買物·掃除 療養指導·入浴介助					
		7.5	<i>7</i> 7 I.T.	女人)及 2	予防訪問看護	シャワーチェア購入・手すり設置					
	今後の	支援のブ	方向性(名	含意形成内容	用具購入:住宅改修						
	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。					
						るための時間が限られています					
						、るため、訪問看護師と相談しな 爰方法を検討してはどうでしょう					
	か。	V) 1/\ //U (- 76 (1 -7)	· 女LCixv	1人が17点が3人が	を7.7.2.2.1大き10ではこうでしょう					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細					
3-12		0.0	□ .k4∟	五十 ^位 0	週2回	 生活機能や食欲の維持					
	6	80	男性	要支援 2	予防通所介護 ショートステイ	家族不在時の食事・入浴					
	今後の	支援のフ	方向性(含	含意形成内容							
						ることに目を向けることで自信を					
						を持っていても社会的役割を見し					
				な又抜をお願 頂いします。	いしより。よた、病	状の予測から今後のリスクの予					
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細					
3-13	7	81	男性	要支援 2	週2回	マシントレーニング					
	今後の	支援のフ	5向性(4		_ 予防通所介護 ₹)						
					•	つではないかと思います。通所介					
						討してみてはどうでしょうか。ま					
)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	別しいしは	59.							

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	運動掃除
					予防訪問介護 _{用具貸与}	手すりレンタル
				合意形成内容		
	動しな	くてはと	思いなが	ら出来ないと	意欲が低下する。	かと思います。また、自分でも運 よりは、運動ではなく外出頻度を 減少に取り組んではどうでしょう
	か。		到里で	日でするほん、	加刀凶门气件主	パメントに4人でいたがしていると ノーしょ ノー
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	支援のス		L 合意形成内容		
	術後の	状態が」	見好であ	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
						1ます。年齢的にも若く、本人が
						い方向へ向かっているので、何か
	あれは か。	いつでも	支援する	ることか伝わる	ることで不安感の	軽減もできるのではないでしょう
事例	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
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	支援のス	方向性(1	合意形成内容	F)	
						ついて医師に原因を確認するな
						ようか。また、妻の職場に行く目
事例	圏域	年齢	とで本人	(の 息飲问上 ・ 介護度	につなかるのでは る 利用サービス	ないかと思います。 サービス詳細
3-17			土力」	月一月喪及	週2回	
0 17	9	68	女性	要支援 2	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
				合意形成内容		
						であることから、今の支援方法で
						反人を誘って外出できるなど、本 ・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	支援のス	方向性(1	合意形成内容	F)	
	将来に	対する	莫然とし	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
						まいやふらつきの症状について
				• • •	レできるものなのか	いどうか確認してから支援方法を
	考え(・	も良いの	ではない	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		77	- :h4+-	市士 坪 1	週1回	リハビリ
	9	77	女性	要支援1	予防通所リハ 住宅改修	手すり設置
	今後の	支援のフ	方向性(1	合意形成内容		
						ありますが、痛みもなく体重の減
	-			=		可能だと思います。不安の原因
						た。本人の気持ちに寄り添える 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	支援のフ		L 合意形成内容	- 11-14-1 - 11-14-1	
	地域活	動を制限	限してまっ	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
						用することは悪いことではありま
						い事等を明確に伝え、本人が抱
事例	圏域	年齢	性別	,てあげてくだ	さい。 利用サービス	サービス詳細
3-21		l Mh	「土かり	1 吱皮	週1回	
	11	94	女性	要支援 1	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	支援のス	方向性(1	合意形成内容	7)	
						られます。服薬管理ができること
						を周りが支援することで、本人の う本人の意向を尊重し、目標を
		吐音する		かりまり。山木	る事はしたいとい	つ本人の息門を専里し、日保を
<u></u> 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	運動
			_		予防通所介護	(注到)
				合意形成内容		こ.ロー※ \の機会も応归されて
						シャワー浴)の機会も確保されて きすることも介護予防だと思いま
						さ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	支援のフ	- 5向性(1	 合意形成内容	- 11-14-1 - 1-1	
	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
						できる場を設定し、喫煙場所まで
± /p)						むことも検討してみてください。
事例 3-24	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
				合意形成内容		
	本人の	意識や記	忍識がな	いことをして	もらうためのアブロ	1―チというのは大変困難である
	レ田ハ	ナナギ	医缺少。	1日かたの叶	ラかじ利田本ナー	が辛油オスセルのフプロ イセ
					言など利用者本人)ではないかと思い	、が意識するためのアプローチを N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
3-25	12	88	女性	要支援 1	週2回 予防通所リハ	リハビリ
	今後の	支援のス	方向性(含	合意形成内容	?)	
	本人が	望む行	動に到る	細かい分析し	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	で行うという目標で	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	は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	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
3-26	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	支援のス	方向性(含	合意形成内容	;)	
	サービス	スをリハし	ごりに変!	更したタイミン	ノグが良かったこと	で痛みが治まってきていると思
	います。	また、狷	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	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
4-1		7.0		_ , , _ ,	週 2 回	 下肢上肢のリハビリ
	2	70	女性	要支援 2	予防通所リハ	シャワーチェアー購入
	今後の	支援のス	方向性(1	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	ナ。通所	リハビリ	テーションの卒	紫も実現性がある	ると思いますが、サービスを卒業
	すること	とで相談	先の喪	失など、大きな	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	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
4-2	6	66	女性	 要支援 1	週 1 回	 運動
	0	00	メエ	女人派「	予防通所介護	(注到)
	今後の	支援のス	方向性(1	合意形成内容	;)	
	利用者	本人が	期間を定	めて自立する	ることを目標にされ	ιていること、その目標を達成す
	· ·					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	D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	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細
4-3					週1回	運動
	6	90	男性	要支援 1	予防通所介護	手すり設置
	- 440	支援の	上向州へ	 合意形成内容	全主改修	- , , , , , , , , ,
						のは素晴らしいですね。ただ同
						年代との交流ができないのはさ
	_		ね。最後	まで「王人公	」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	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細					
4-4	10	84	男性	要支援 1	週 1 回 予防訪問介護	掃除					
	今後の支援の方向性(合意形成内容)										
				- •		ているのではないかと思います。					
						孤独感が軽減するためのアプロ					
	, , , ,		利用者 本	人がサービス	ではない社会的で	つながりを実感できる支援をお願					
古瓜	いします 圏域	_	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細					
事例 4-5	图以	年齢	生別	川。武陵及	利用り一Cス 週 1 回	リービス詳細					
7 3	10	72	女性	要支援 1	週ー回 予防通所リハ	バランスカ、体力づくり					
	今後の	支援のブ	方向性(名	合意形成内容	3)						
				—		間と散歩ができるまで改善し、自					
						青らしいケースですね。生活が充					
			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					
市 / DI	いでし		ᄮᄱ	△₩曲	和田井 127	⊥L 15→ =¥ 6m					
事例 4-6	圏域	年齢	性別	介護度	利用サービス	サービス詳細					
4-0	11	95	男性	要支援 2	週 2 回 予防訪問介護	掃除・ゴミだし					
				合意形成内容							
						数室に通うことが出来なくなった					
						先を見据えた支援と、インフォー					
			利用しく てくださ		る与生への参加で	など外出の機会を増やす取り組					
 事例	圏域	年齢	性別	い。 介護度	利用サービス	サービス詳細					
4-7			「土力」		週1回						
. ,	13	82	女性	要支援 1	予防通所介護	体操、カラオケ、入浴					
				合意形成内容							
						発生するであろうリスクを予測					
	- • •					見点を含め在宅生活の継続を支					
				と思います。	そのためにも、区分	分変更申請の手続きが必要では					
	ないで	ノようか 。	1								

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	
通定理由			

		N.			○=自立、▲=一部介助、■=全介助		
	項目	自	立度		介助部分の説明、現状		
	室内歩行	〇 少し難り	LIV	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		
Α	外出頻度	〇 少し難し	LIV		し通院時のみ。 定期的に外出できていれば回数も記入		
D	排せつ	〇 少し難り	LIV	夜間のみポー	タブルトイレ使用、自分で処理失業等あればオムツ使用状況		
L	食事	〇 楽にで	きる		介助や声掛けが必要であれば記載。嚥下核況もは		
	入浴	〇 少し難り	LIV	手すりをつかま	り自立 介助の状況、浴槽の跨ぎ等		
	着脱衣	〇 少し難り	LIV	ふらつきはある	が自立 ズボンや靴下の着脱含む		
	掃除	▲ 改善可	能性低い	届むと腰痛のため	掲除機と拭き掲除をヘルバーが行うが、不用品の整理はされている。		
	洗濯	〇 少し難り	LIV	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、通知	版を利用 何が、どうして出来ていないのか		
1	調理	〇 少し難り	LIV	半関理品を利用し、3食用意している。			
A	ごみ出し	▲ 改善可	23 Min WA GO (W) MN 120 200 00				
D	通院	〇 少し難り	LIV	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	〇 楽にで	きる		飲み忘れや残薬があれば記載、巧嚴機能も含む		
	金銭管理	〇 楽にで		推	がしているのか、頼める人がいない場合も記載		
	電話	〇 少し難り		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	〇 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		
4	主な治療・	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		
疾患	観察中の疾	観察中	变形性膝関	節症	かかりつけ医に1回/月度受診。		
~	患	治療中	関節リウマ	F	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	意思伝達	できる					
知	もの忘れ	無	カレンダーに	お問予定等を	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]
	ー戸建て(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			一人暮らし。自宅の前が坂道。歩いて行ける距離
半年後 の目標		環境 因子	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。
ー年度 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					
^	室内歩行	- 1 - 少し業					11 20 TO 11 CO TO 11			
A	屋外歩行		<u></u> 可能性高い				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。			
L	外出頻度	少し業					回の買物や受診などに出かける。			
	排せつ	少し業	焦しい	トイレま	で間に	:合:	わず下着を汚すことが多い。			
	食事	楽にて	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	○ 少し糞	惟しい	上衣は	できる	がフ	ズボンは座位で片足ずつ行い時間を要する。			
1	掃除	■ 改善	可能性低い	夫が行	ってい	る。				
A	洗濯	■ 改善	可能性高い	夫が行	ってい	る。				
Ľ	買い物		可能性高い				転で行く。カートを支えに休み休み行う。			
	調理	○ 少し糞		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		可能性低い	夫が行		_				
	通院		可能性高い	夫の車	で往復	夏す	る。			
	服薬	単に								
	金銭管理	② 楽につ								
	電話	楽に			を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 が多い。	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	1.5					
<u></u>	お治療・観察	治療中	潰瘍性大胆	易炎			代で発症。ここ 10 数年は入院していない。			
	D疾患	治療中高血圧				内	服治療中			
				TOJIN						
	認知	可否等		現状						
	思疎通	できる								
も 0.)忘れ 	無	/\ _ _=m =	-	V (1.5	- 1/				
	家族構成図		住宅環境	Ē	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要目					
			戸建て。 四 小 ミ ナ 問 /-	. ⊏п. *	個人		潰瘍性大腸炎を 20 代で発症し、毎年、長 世界 200 代で発症し、毎年、長 世界 200 代で発症し、毎年、長 世界 200 代表による際して			
	_	1	路から玄関に		因子	_	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			
Ш	\square		い 4 段の石段 すり設置済み	-			習慣からか、日中も横になることが多い。両			
			りの配直点のた 関ポーチに				膝はきちんと伸展できず左膝は屈伸もでき			
	╮┌┤┌╌	¬ │。	IXIN TIC	1 +X (V)			ない。			
						-				
				環境		夫と二人暮らし。家事のほとんどを夫が担っ				
	1日 1日1回は屋外に出る。				因子	_	ている。夫は難聴で電話やチャイムの音が			
	の日信					聞こえない。もの忘れも最近ひどくなってい				
	半年後 1日1回は屋外に出る。					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				
の目	目標 ' ロ '	<u> </u>	-ш.∕о∘				話なども行つている。息子·娘は他巾任任 で、時々孫を連れて来るが、生活の支援は			
		 康状態を糾	<u> </u>	<u></u>)力をつ			難しい。自宅から少し歩くと急な坂道になる			
の目	7 135	出できるよう					る。			
<u> </u>							v ₀			

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

□ 日立度	<u></u>	目立、▲:一言	り川切、■・	王汀助					
日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日		項目	自	立度		介助部分の説明、現状			
□ ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	Α	室内歩行	○ 少し難	しい	下肢筋力	力低下が見られるが、ゆっくり独歩で歩行できる			
#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 着脱衣 少し難しい 持下に腰がけ、ゆっくり行う 素がってきる 入浴 少し難しい 持子に腰がけ、ゆっくり行う ま神の音の能性低い 『買い物 本 本 本 本 本 で	Ď	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			
食事 ○ 楽にできる	L	外出頻度	○ 少し難	しい		運動系デイ利用し、それ以外の日は近隣に犬の散歩を朝晩 10 分			
入浴		排せつ	○ 少し難	しい	腰痛のた	ためゆっくり			
着脱衣		食事	楽にで	きる					
掃除		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				
洗濯		着脱衣	○ 少し難	しい	椅子に服	要かけ、ゆっくり行う			
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		掃除	▲ 改善品	丁能性低い	家事はす	すべて妻が行っている			
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	Á	洗濯	▲ 改善品	丁能性低い	//				
正分出し ▲ 改善可能性低い 家事はすべて妻が行っている 息子が車で受診している 息子が車で受診している 息子が車で受診している ・ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		買い物	▲ 改善司	丁能性低い	//				
通院 ○ 少し難しい 息子が車で受診しているが、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		調理	▲ 改善日	丁能性低い	電子レン	<i>い</i> ジで食事を温めることはできる			
服薬 〇 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 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 月 2 回電車に乗って会いに行く。週 1 回運動系のディ利用している 疾患 名 現状 治療中 高血圧・高脂血症 服薬して管理。服薬の中に眠気の起こる薬がある		ごみ出し	▲ 改善司	丁能性低い	家事はす	すべて妻が行っている			
● 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 回運動系のディ利用している 疾患 経過 疾患名 現状 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。服薬のおこる薬があり。 観察中 不眠 現在、服薬中止 認知 可否等 現状 現在、服薬中止 認知 可否等 現状 現在、服薬中止 認知 可否等 現状 現在、服薬中止 別れにしてしまう。 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】 「関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 しない。 「とっているが、集合場所や過を間違うことが時々あり、その時はバ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。ブ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服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 大婦と次男の 3 人家族 次男が仕事をしていないと思われるがはつきり わからない。 「ディサービスを休まず利用して腰の 痛みを改善する。 「アイサービスを休まず利用して腰の 痛みを改善する。 「アイサービスを休まず利用して腰の 痛みを改善する。 「アイサービスを休まず利用して腰の にない と思われるがはつきり わからない。 住宅改修を進めても本人担否される。家族のブライドが高くて詳しいことが聞けない。食事面でパランスの良い献立を立てているか生活状況が認ってまていないと思われるがはつきり わからない。 「全改修を進めても本人担否される。家族のブライドが高くで詳しいことが聞けない。食事面でパランスの良い献立を立てているか生活状況が認ってまていないと		通院	○ 少し難	しい	息子が耳	車で受診している			
電話		服薬	○ 少し難	しい	服薬は自	日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			
社会参加		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			
疾患 経過 疾患名 現状 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 服薬にて管理。眠気のおこる薬があり。 根薬にて管理。眠気のおこる薬があり。 現代 現代 現代 現代 現代 現代 現代 現									
注象		社会参加		しい	月2回電	『車に乗って会いに行く。週 1 回運動系のディ利用している			
治療中 腰痛 服薬にて管理。眠気のおこる薬があり。 現奈中 現在、服薬中止 現代 現代 現代 現代 現代 現代 現代 現		疾患	経過						
中の疾患	<u></u>	7治療・組象	+		脂血症				
現在、版楽中止 現状 現状 現状 現状 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 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。 「生宅環境 【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】						服薬にて管理。眠気のおこる薬があり。			
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】 開静な住宅地の一戸建て。	"					現在、服薬中止			
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】 関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。 自宅内手すりなど住宅改修は行っていない。 「およい。」 環境 大婦と次男の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。 実施が中止して最近は服業していない。 またが出来ない。 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業していない。 またが出来ない。 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業していない。 またが出来ない。 で見いないと思われるがはっきりわからない。 でブ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。					<u>.</u>				
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】 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つきりわからない。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 大婦と次男の3人家族次男が仕事をしていないと思われるがはつきりわからない。 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。 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。									
関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。 1 日の目標 テレビ体操を朝昼 15 分ずつ行う。 半年後の目標	もの	忘れ	有						
ア建て。 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。 自宅内手すりなどではっていない。 「大いない。 「おりからない。を人と月 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。 「環境を次男の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。 「おいない。」 「オサービスを休まず利用して腰のの目標 高みを改善する。 「オサービスを休まず利用して腰のの目標 第みを改善する。 「おいてにおいる」 「おいない。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。		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。 自宅内手すりなど住宅改修は行っていない。 「ない。」 毎日デイサービスで習った運動やの目標 ディサービスを休まず利用して腰のの目標 痛みを改善する。 1 年後 フィーズに歩けるとうになる。 「ない。」 「おいっといるが、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。 「大婦と次男の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			閑	静な住宅地の	カー 個				
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。 「環境を次男の3人家族を別していないと思われるがはっきりわからない。 「ディサービスを休まず利用して腰のの目標が、ディサービスを休まず利用して腰の痛みを改善する。」 「年後」ないって、まけるようになる。「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。									
コックになって携帯電話持っていてもバックの奥底に 会では、ではい。 コ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 大婦と次男の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。 学年後 ディサービスを休まず利用して腰のの目標 痛みを改善する。 コ年後 スムーズに抜けるようになる			1 1		室が				
日宅内手すりなど 住宅改修は行っていない。 日宅内手すりなど 住宅改修は行っていない。 「おいっとで習った運動やの目標 テレビ体操を朝昼 15 分ずつ行う。 半年後 デイサービスを休まず利用して腰のの目標 痛みを改善する。 「1 年後 フィーズに抜けるようになる。 「日本後 フィーズに抜けるようになる。 「日本後 フィーズに抜けるようになる。 「日本後 フィーズに抜けるようになる。 「日本後 フィーズに抜けるようになる。 「日本改修は行っていない。 「日本の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服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。 「大婦と次男の 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。	l _								
住宅改修は行っていない。					-				
日					って				
田楽していない。 日日 の目標 テレビ体操を朝昼 15 分ずつ行う。 子年後 ディサービスを休まず利用して腰のの目標 痛みを改善する。 日本後 ストープに抜けるようになる 日本はるようになる 服薬していない。 日本後 ストープに抜けるようになる フループに抜けるようになる 日本はるようになる			いた	にい。		率直に話すことが出来ない。 不眠が続き精神科で多			
環境									
1日 毎日ディサービスで習った運動やの目標 テレビ体操を朝昼 15 分ずつ行う。 半年後 ディサービスを休まず利用して腰のの目標 痛みを改善する。 1 年後 ストープに振けるようになる									
の目標 テレビ体操を朝昼 15 分ずつ行う。 半年後 ディサービスを休まず利用して腰の の目標 痛みを改善する。 1 年後 スカープに振けるようになる				_					
半年後 デイサービスを休まず利用して腰の の目標 痛みを改善する。									
の目標 痛みを改善する。 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 は なん アンドル・アンドル・アンドル・アンドル・アンドル・アンドル・アンドル・アンドル・	1								
1 年後 スパープに歩けるようになる に対するとうになる に対する に対する			腰の						
1 年後 フループに振けるとうになる 湿が確認できていない		7113-7 C	改善する。						
の目標(ハー・ハングバッの)にある。			ー ズに歩けるト	ー うにかる					
	のE	標 ^	ハーツリめ	· ハー・ひ・0 ·		NOW HERDY CC CA 1994.0			

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	, נעם ולינו	自立					介助部分の説明、現状	
	室内歩行	〇少	<u>ロン</u> し難!		伝い歩	*		川切印力で就物、坑仏	
A	屋外歩行			<u>い</u> 能性高い	杖歩行				
Ľ	外出頻度			<u> 能性高い</u> 能性高い		チある	が	週に1回くらいはシルハ・カ・で買物に出かける	
	排せつ		<u>ーリ</u> し難!					ば、立ち座り可	
	食事		にで		当日からだ	71 73 70,) / U	は、立つ庄が引	
	_ 及 			<u>cる</u> 能性高い	ますいに	<u> </u>	7	浴槽立ち跨ぎ可	
	着脱衣		ローフ し難し		ふらつき				
	掃除			能性高い				ョユ 届く所は出来る。掃除機床面はヘルパーが行う。	
A	洗濯		<u>ロハ</u> し難!					の方に干す。	
A	買い物			能性高い				で、自分でも行きたい希望が大きい。	
L	調理		<u>ロハ</u> し難!					簡単な物を調理したり、準備できる。	
	ごみ出し		し難し					こまめにだすようにしている。	
			し難し		娘が同れ				
	服薬		にで		7L/0 [-]	1) 2	• ~ _	7 00	
	金銭管理		にで						
	電話		にで						
	社会参加				コーラス	、サー	クル	レには復帰する予定	
	疾患	経過			患名				
` , ,		観察中 右変形性胎		2関節症		H	26 年右股関節置換術施行後リハビリ入院		
	お治療・観察	治療中 虚血性心я				内	服・貼薬にて治療		
中中	の疾患	治療中緑·白内障		手術	l .				
	認知	可否等	等					現状	
意思	思疎通	できる		理解能力な	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	Ī	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】			
				ベーターあり		個ノ		H26 年春より右下肢痛が酷くなり、温泉病	
		N		ンに独居。		因一	子	院で治療を続けるが改善せず、年末に股関	
				解消手すり				節置換術を行う。屈むことが出来ず重い物	
		,		y であったが				が持てない。心疾患があるので、少しの動き	
				えんこう はんしん				で動悸がすることがある。術後である事、高	
	$\bigcirc \square$			。娘家族が				齢による下肢筋力の低下を認める。自立心	
				、通院など		T== 1:	±	が強く自分で何でもしたい希望ある。	
1 -	1		1-12	支援をしてく	(イレる。	環境		ご主人が亡くなって独居である。約 10 年前	
1 日		食べる。	因一	Г	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				
の日信				まがあり、日常的には支援は望めない。 - まがあり、日常的には支援は望めない。					
半年後 できる家事(洗濯・調理・手の届く所の の目標 片付けなど)を少しずつ増やし、週に 1 ·				日~の八日印印元の人次の主のなり。					
UVE		なと)をク 買い物に			呵(- ,				
1 &		貝い物に	-15\	0					
	干侈 コーラス ∃標	スや体操	サー	·クルを再開 [·]	する				
UJE	コ 1示								

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	É	 目立度		介助部分の説明、現状				
	室内歩行					大切の分の説明、現状 内伝い歩き			
A	屋外歩行		乗 <u>しい。</u> 可能性高い		り足でゆっくりと歩行				
Ĺ	外出頻度					め現在は外出頻度は少ない			
	排せつ	一 以日	移動が						
	食事		できる	10 . 10					
	入浴		<u> </u>			にいとの返事、奥様入院後は入浴なし			
	着脱衣		難しい	何とかり					
	掃除		可能性高い			り返しており、屈む動作に制限あり			
A	洗濯		可能性高い			せるが、干す動作に制限あり			
A D L	買い物		可能性高い			だが、物を持っての移動は難しい。妻も外出できない			
L	X 1/3		· 1 10 1 1 1 1 1 1 0			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	亍える 程	星度、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	0 少し	難しい	少量なら	ら出せる	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	必ずイ	ト助を行う			
	服薬	0 少し	難しい	自身で	行って	いる			
	金銭管理	〇 少し	難しい	通常は	妻が行	テい、小額は自身で			
	電話	○ 楽に	できる	身近に	携帯を	E置き、連絡にでる			
	社会参加	▲ 改善	可能性低い	自身より	自身よりの積極性なし				
	疾患	経過	疾	患名	見名 現状				
\	お治療・観察	観察中	てんかん	てんかん		服薬にて安定(75 日処方・薬のみ義弟受診)			
	み 戸療・観祭 り疾患	治療中 第8胸椎原		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)			
Τ.	が大心	治療中 骨粗鬆症				服や苦衷			
	認知	可否等				現状			
	思疎通	できる	ゆっくり話を	とすると理	すると理解可				
もの)忘れ	無							
	家族構成区		住宅環境	き	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等				
			f公社		個人				
۱ ـ			5 階建ての 1 [谐)	因子				
		- □ 3	LDK			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			
		ارت				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。				
1				環境	き 夫婦二人暮らし。妻の実家、兄弟が枚方在				
1 E	1日 1 (11) (11) (11)				因子	子 住のため 3 年程前に他市より転居。近隣に			
の目	の目標 しっかりと食事をする。					友人はいない。妻は肺がん、転移性骨腫			
半年後 他者の支援を受ける必要がないよう			ハようか		瘍、脳腫瘍にて平成26年より入退院を繰り				
		文及と文 をつける。	, W. X. X N . O.	. 0. 7.0		返している。(現在入院中)			
	11 -2 2 3		<u></u> 誰かの助けを何	告りずに					
			1年17.072011.1.4.1	ロソソー					
の目標 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

	- -	4 -	-					
	項目		<u>立度</u>	171	- 7 !-	.,	介助部分の説明、現状	
A	室内歩行	○ 少し難			ところどころ伝い歩き			
	屋外歩行					_	行。近隣のスーパーへは三輪自転車	
_	外出頻度		電車、/	バスを	机片	用できるが通院のみ		
	排せつ	楽にで						
	食事	② 楽にて						
	入浴	単にで						
	着脱衣	単にで						
1	掃除	▲ 改善司	丁能性高い	下肢痛に	こて出	来難	いところは夫が手伝っている。	
A	洗濯	単にで	きる					
A D L	買い物	○ 少し難	しい	両手にあ	丈を持つ	つと ₁	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	物を持つ	ての世	ト行	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	利月	Ħ	
	服薬	○ 少し難	しい	週1回	訪問	看護	またてセットし、問題なく服薬できている	
	金銭管理	〇 少し難	しい	買物の	支払し	いは	出来るが、細かな管理は難しい	
	電話	単にで	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	▲ 改善司	J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	名 現状			
		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		
	お治療・観察	治療中				かりつけ医に1回/月度受診し服薬治療中		
中の	の疾患	治療中	声			かりつけ医に1回/月度受診し服薬治療中		
		可否等					現状	
意見		できる	気持ちを伝	気持ちを伝える事は				
	<u>ぶん。</u>)忘れ	無		472 0 3-10		<i>770</i>	(17/1/19 1/2 (2) (2)	
017	家族構成図		·		【生	生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】		
	外 /// 中/// 区		<u>- はじぷみ</u> =建て	5	<u>_</u>		左膝痛と変形による左下肢痛にて歩行や	
) ′	Æ		因子		動作が不安定で転倒を繰り返している。近	
(0	\rightarrow				ر بکا		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	
	\bigcirc	_					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	
	\cup						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。)	
				}		녹	夫と二人暮らし。夫は月に 4~5 回仕事に	
1 -	 1日 の日標 リハビリを受けて家でも運動を続け			現場 因子		大と一人春らし。大は月に 4~5 回仕事に 行っている。本人の出来難い部分について		
			ける。	囚寸		は夫の支援がある。一人娘は近隣に住んで		
の日標					いるが、仕事で忙しく、あまり訪問はない。年			
	半年後						金が少ない事や家のローンの支払いがある	
のE	目標 っょりき		J.⊂.o. o.				金が少ない事や家のローンの支払いかのる ことでお金がかかる事はできないと言われ、	
1 4	年後 自転車	を使わず買	物に行ける。	ようにな			医療リハも途中で止められている。	
のE	目標 る。						区別プロ四甲で上のりもしてる。	
	<u> </u>							

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

\bigcirc :	○:目立、▲:一部介助、■:全介助									
項目自立度				介助部分の説明、現状						
Α	室内歩行	○ 少し難しい 伝い			云い歩き					
A	屋外歩行	▲ 改善可能性高い シ			シルバーカー使用					
L	外出頻度	○ 少し難	しい	週21	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	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I	こ座って	- 着脱				
I	掃除	▲ 改善可	『能性高い	股関節 要	の可動域	は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				
Ą	洗濯	○ 少し難	しい	大きな	\$洗濯物	かを干す場合はヘルパーが実施				
L	買い物	▲ 改善可	J能性低い	ヘルハ	パーに依頼	碩				
	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	かに不安がある。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	一包包	とされた	・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	の出し入	れは家族対応				
	電話	楽にで	きる							
	社会参加 〇 少し難しい		1 年前	1年前まで大正琴を習いに行っていたが今は行ってい						
	疾患	経過	疾	患名		現状				
\	よ治療・観察	治療中	関節症		週 1 回整形外科を受診(疼痛に対して座薬を使用)					
	D疾患	治療中	心筋梗塞			月 1 回循環器内科を受診、内服治療中				
7.0	が大心	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	思疎通	できる								
ŧσ	忘れ	無								
	家族構成図		住宅環境			氏機能の低下を引き起こしている背景・要因等】				
		2 階	i建て戸建て	•	個人					
$ \epsilon $			関外部介護		因子	骨密度が正常値以下と指摘されている				
		にて	「手すりを設置	置)		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				
	\bot					心筋梗塞再発に対する不安があり活動に対				
						して消極的				
1				•	環境	一人暮らし。近くに姉が住んでおり、いざという				
1 F	1日			因子	時には支援を受けることができるが、日常的					
	・ 目標 椅子に	座って足の	運動をする		, i	な支援には気兼ねがある。ゴミ収集の時間の				
	半年後				変更の度に訪問介護の時間調整が必要					
	+1& 標 屋外を	杖で歩行で	きるようになる	5						
	∓後 │ コ ╆舞 │ プラゴミ	が捨てに行	けるようになる	る						
WE	の目標									

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3	立度			介助部分の説明、現状			
Α	室内歩行	○ 少し難	○ 少し難しい 伝い歩			い歩き			
A	屋外歩行	▲ 改善可				歩行(ノルディックウオーキング用ポール使用)			
L	外出頻度	○ 少し難	しい	近所(り買物や	b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			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			
1	掃除	▲ 改善可	J能性低い	夫が体	本に負担	型の大きい掃除機かけなどは支援している			
A	洗濯	○ 少し難		干すの	りは夫な	行っている			
L	買い物	▲ 改善可	J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	間は立て	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	単にで	きる						
	金銭管理	単にで	きる						
	電話	単にで							
	社会参加	② 楽にで	きる	老人会	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	景名 現状 現状				
<u></u>	お治療・観察	観察中	変形性膝関	関節症		かかりつけ医に1回/3か月度受診している			
	D疾患	治療中	台療中 高血圧			かかりつけ医に1回/月度受診し、服薬治療中			
1 4									
	認知	可否等				現状			
	思疎通	できる							
もの)忘れ 	無	() I === I I		T				
	家族構成図		住宅環境			5機能の低下を引き起こしている背景·要因等】			
			階建てマン		個人	両変形性膝関節症術後のため屈むことが難			
16	\Box	0) (3 階(EV あり))	因子	しい。高血圧で、血圧が不安定になり、時折し			
						めまいあり。めまいでの転倒歴もある。			
Ιг									
				,	環境	マンション 3 階での生活			
1日 ノルディックウオーキングで散歩を		きをす	因子						
の目標 る									
半年後,									
		転倒しない							
1 4	手後			_					
	ー図 浴槽か 目標	ら一人で立っ	つことが出来	る					
	4 1/31								

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

○・日立、■・即川助、■・王川助								
	項目		立度			介助部分の説明、現状		
AD	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				
P	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				
1	掃除	○ 少し難しい		コロコロを使っている				
A	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	うてー	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	こ友人と会う。友人が訪ねてくれる。		
	疾患経過疾患		患名	患名				
+ +		治療中 脳梗塞				受診 1/2 週、服薬中		
	お治療・観察	治療中 糖尿病				受診 1/2 週、服薬中		
中中	D疾患	治療中 高血圧		受診 1/2 週、服薬中				
	認知	可否等		現状				
意思	思疎通	できる						
ŧσ)忘れ	無						
	家族構成図		住宅環境		【生活	5機能の低下を引き起こしている背景・要因等】		
		集合	合住宅 2 階		個人	3 年前に脳梗塞を発症、高血圧、糖尿病の		
		角原	角度のきつい階段		因子	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		
人						診、検査中		
$ \bigcirc $								
			血中	 				
1.5				環境	両親は早くに他界。姉とも20年前から音信不			
1 日			因子	通。未婚で協力者がいない。				
	の日保				仕事関係の友人なども、時々話し相手に訪しれているが疾院通いしている。			
	半年後 下肢筋力の低下を予防するために、					ねてくれるが病院通いしている。		
		天候を見ながら散歩を 10 タ						
L .	する							
	∓後 │ ┐╆ │ 杖を使・	ってスーパー	-(20 分)まで	で行く				
の目	標 「		.= - /3 / 64 4	- 1 - 1				

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

	<u> </u>			ェル <u>ッ</u> 工度			介助部分の説明、現状		
	 室内歩行	O 4			たい±	<u>+</u> +	开助印为少就明、统体		
A D				伝い歩き - 人での最か歩行けしていない					
Ľ	<u> </u>	▲ 改善可能性高い ▲ 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 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	▲ 改善可能性高い ○ 楽にできる			- 四/	迎 処	の送班で負物に打て以外、外面はしていない		
食事				子指揮4Uにようと者使用凶難 フォークにと授収 浴槽の跨ぎ困難 シャワーで済ませている					
	<u>入浴</u> 着脱衣		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			分僧の跨さ困難 ジヤゾーで済ませている			
		○ 楽にできる○ 少し難しい			ナボケっていて				
				大が行っている					
A		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					
L	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		<u>とし難</u>			テってい			
	通院	○ 少し難しい			大や姫	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	〇 第							
	社会参加		<u>とし難</u>			元々人づきあいは苦手			
				患名					
主力	よ治療・観察	治療中糖尿病				1回/月定期受診 内服治療中			
)疾患	観察中 子宮体癌			1回/月定期受診				
		治療中 糖尿病性絲		 問膜症					
	認知	可否	_				現状		
	思疎通	できる)						
もの	忘れ	無							
	家族構成図			住宅環境			舌機能の低下を引き起こしている背景・要因等】		
				団の2階		個人			
		1		図内に手すりはない		因子	ふらつきや握力の低下を引き起こしている。		
6			が、壁や柱が常				それによって、伝うものが少ない屋外での歩		
			の届く距離にある		5。		一行に強度の不安あり。外出機会減少に至る。		
	\leftarrow						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	夫と二人暮らし。調子の下ごしらえや洗濯干し				
	1日 指先の開閉と、椅子に座っての足			足踏	因子	は夫が手伝っている。			
の目	の目標 み運動を毎日 20 回続ける。					近くに娘が住んでいる。坂道に囲まれた土地			
	半年後 半年後、団地の周りを一周、散歩			歩す		に住んでいるため、外出には坂道を上り下りす			
の目標る。							る移動能力が必要		
1 年後 夫と歩いてスーパーまで買物に行			行け		1 回/週、娘が近隣スーパーへ車で送迎し、				
の目標(るようになる。					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

た時は家族が付き添いされる。					
図					
外出頻度					
#せつ					
食事 ○ 楽にできる 特に問題なし。					
入浴					
着脱衣 ○ 楽にできる 特に問題なし。 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: 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。 た時は家族が付き添いされる。					
掃除					
洗濯					
□ けいようにする。(本人の役割) □ では					
□ すいようにする。(本人の反割) □ であった。 (本人の反割) □ では関っている。娘さんの車で一緒に出かけのは買っている。 □ 調理 ○ 少し難しい 家族が行っている。 □ でみ出し ○ 少し難しい 家族が行っている。 □ でみ出し ○ 少し難しい 家族が行っている。 □ でおりにする。 などの反割) □ では、	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。 た時は家族が付き添いされる。	欲しいも				
 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。 た時は家族が付き添いされる。 					
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。た時は家族が付き添いされる。					
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。 た時は家族が付き添いされる。					
た時は家族が付き添いされる。					
	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				
1					
服薬 ○ 楽にできる 自己管理している。					
金銭管理 〇 楽にできる					
電話 ○ 楽にできる					
社会参加 〇 楽にできる					
疾患					
治療・観察 治療・観察 2005年					
土な石原・観察 治療中 脳梗塞 H21年 脳梗塞、内服中 中の疾患 パカト は限期は					
治療中 慢性胃炎 内服中					
認知可否等現功					
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 【生活機能の低下を引き起こしている背景・要	-因等】				
住宅街の戸建てに娘 個人 腰痛・右膝痛にてシップ。以前は転倒	あり、現				
★ 大婦と同居している。 因子 在は転倒はないが、5 月に歩いてい	た時、足				
1階は共有のダイニン 首を捻挫し受診している。骨には異常	なし、シ				
グ、浴室等、自室あり、プ処方される。 夫は 40 年前亡くなる	, 5°				
() り。2 階は娘夫婦の生					
環境 娘夫婦と暮らしているが疎外感を訴					
1日 因子 人会 1回/月参加している。娘夫婦 の日標 毎日家の周りを 30 分ほど歩く。 スリス 宗恵はほよんば始さんがしている。					
の日標 しいる。	'බං				
半年後					
の目標 世中 ・ 足を動かして連動をする。					
1 年後 自分の出来る自室の掃除を行って役					
の目標 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

<u> </u>	○:目立、▲:一部介助、■:全介助 									
	項目	自	立度			介助部分の説明、現状				
Α	室内歩行	○ 少し難	にい	家具	や壁を支	で持して移動 <u></u>				
AD	屋外歩行	▲ 改善司	丁能性高い	畑には	は古い手	押し車を押して行かれる				
L	外出頻度	▲ 改善司	丁能性高い	積極的	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	○ 楽にて	きる	洋式	洋式トイレで出来ている					
	食事	楽にで	きる	食べ	こくさや、	むせることなく食事される				
	入浴	少し難しいの かし難しい								
	着脱衣	○ 少し難	しい	座って	座って自分でズボンの履きかえが出来ている					
	掃除	○ 少し難	しい	掃除機	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					
À	洗濯	○ 楽にできる								
	買い物	楽にで	きる	家族I	こ頼んで	で買ってきてもらっていることもあるが、日用品の				
				も出来で						
				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	○ 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○ 楽にできる○ 少し難しい		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			自分	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					そ人会の旅行は参加できていないが友人との集				
					家族の	送迎で積極的に外出されている				
		経過		患名		現状				
主力	s治療·観察	治療中	右変形性胎		定	手術は不可で1日1回、痛み止めを服用				
	の疾患	治療中	変形性腰椎	隹症		手術は不可で1日1回、痛み止めを服用				
•										
	認知	可否等				現状				
	思疎通	できる	1			前など詳細に伝達することができる				
もの)忘れ 	無				管理ができている				
	家族構成区		住宅環境			5機能の低下を引き起こしている背景・要因等】				
	+6		敷地内に長		個人					
			が住んでいる。		因子					
			生、自宅建て			歩けなくなったり立つのが辛くなる。歩くと痛み				
			-め自宅近くの			が出てくるので、筋力を保つ必要性を感じて				
			ンに一人で仮	以仕よ		いる。今までは専業主婦と畑仕事をされてい *				
$ \perp$	u	い。				\[\frac{\tau_{\circ}}{\tau_{\circ}}.				
				,	環境	住宅周辺は段差が多く、道も狭いため、歩行				
1 E	ヨーデイサ-		動を参考に	して、	因子	が不安定になりやすい。緊急時の対応は家族				
の目標 自宅で行える体操を毎日行う。母屋			母屋		さんにより可能。バス停へ行くには大きな道路					
まで毎日散歩する。						を渡らなければならない。友人も多く交流があ				
半年	半年後					る。				
	■標 畑まで	行き、収穫化	F業ができる。							
1 4	▼後 駅へ公	共機関を使	い出かけ、友	支人と						
		気分転換が								
		1								

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

	○・日立、▲・一部介助、■・全介助								
	項目	自	立度			介助部分の説明、現状			
А	室内歩行 ○ 少し難しい 歩行			步行	器利用、	自宅内をすり足で歩く			
A	屋外歩行	▲ 改善	可能性高い	訪問!	ノハビリ服	寺、数回歩行器で近隣を歩く			
L	外出頻度	▲ 改善	可能性高い	長女の	の介助で	で車にて通院する程度			
	排せつ	○ 少し難	進しい	自宅の	目宅の廊下の手すり、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	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	維しい	シャワ	/一浴(E	自宅内浴室)			
	着脱衣 ○ 少し難しい ふらつ			ふらつ	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				
1	掃除	▲ 改善	可能性低い	両膝。	人工関係	節のため屈めない。夫が行い、娘さんたちが援助			
À	洗濯	○ 少し	洗濯に	洗濯は本人、干すのは夫					
	買い物	■ 改善	長女が	で期的	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	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	的に長る	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	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	きる難聴の		聴のため大きな声で行う			
	社会参加	▲ 改善可能性高い		筋力值	筋力低下、下肢浮腫あり				
	疾患 経過 疾患			患名		現状			
		治療中 腰椎ヘルニ		ニア		医療機関を受診、服薬管理			
主な	な治療・観察	治療中慢性肝炎、		高血圧	Ē	医療機関を受診、服薬管理			
中の	D疾患	観察中	左右人工	左右人工関節置擠		医療機関を受診、服薬管理、リハビリ			
		左大腿骨		頸部骨	折				
	認知	可否等				現状			
意思	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		aなどよ	く覚えて	いる			
	家族構成図		住宅環境		【生活	舌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	個人	平成 25 年、26 年に左右人工関節置換術、			
		庭	がかなり広ぐ	く、納	因子	平成27年に自宅庭で転倒し、左大腿骨頸部			
			、倉庫がある。)		骨折、手術を実施、転倒の可能性が大、歩			
			家			行困難もあるがリハビリに積極的に取り組み、			
			接して大きな	にスー		夫婦 2 人の生活を維持したい希望あり。しか			
		パ	一がある。			し、意欲が高いが転倒には常に注意は必要で			
						ある。			
					環境	超高齢の夫と2人暮らし。娘2人は同じ市内			
	1日				因子	に住む。特に長女は定期的に買物、受診の			
の目	の目標 大ところがの良事 スリ					支援を行っている。盆、正月、イベントな時は			
	半年後 家の周りを散歩、隣接のスーパーへ					孫家族まで集まり関係性は良い。			
の目	目標 買物								
1 左	手後	5年 754・	ナレか 会ぶっさ	- Z					
の目	目標 ┃ □ 帰りが	飛行、捺/こ	ちと外食ができ	` ත					

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

	○·日立、■· 即丌助、■·至丌助									
	項目	自	立度			介助部分の説明、現状				
Α	室内歩行	○ 少し糞	推しい	步行	歩行器で小刻み歩行、方向転換が難しい					
A	屋外歩行	▲ 改善	可能性低い	訪問!	ノハビリ眼	寺、歩行器で近隣を歩く				
L	外出頻度	■ 改善	可能性高い	ガイド	ヘルパー	ーとの外出(1/週)、通院、デイサービス				
	排せつ	○ 少し糞	推しい	方向軸	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	7一浴(^	トルパー見守り)				
	着脱衣	○ 少し糞	推しい	椅子(こ座って	している				
1	111111111111111111111111111111111111111			ヘル/	ヘルパーにて掃除機、本人は箒					
À	洗濯	▲ 改善	可能性低い	洗濯	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	主文、不	足分はヘルパー				
_	調理	▲ 改善	可能性低い	下処理	単はヘル	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	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=	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	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	ガイドヘルパーと銀行に行き、自分で出し入れする					
			○ 少し難しい		会話は問題ないが移動に問題あり					
	社会参加 〇 楽にできる 近			近隣。	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						
<u></u>	お治療・観察	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				
	み 戸療・観祭 り疾患	治療中 心臓病				医療機関を受診、服薬管理				
40	り矢忠	観察中 変形性膝膊		関節症		医療機関を受診				
	認知	可否等				現状				
意思	思疎通	できる								
もの)忘れ	無	カレンダー	に訪問	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】					
			戸建て		個人	自立に対する意欲が高いが、パーキンソン病				
) (/	ベリアフリー、	浴室	因子	の進行と変形性膝関節症による歩行困難。				
0		内	、玄関に手で	すり設		社交的、近隣との関係良好				
		丿 置)							
	·									
	$\vdash \cap \cap$	$-\Box$								
					環境	一人暮らし。40 年住んでいるので隣人が良く				
1日					因子	訪問してくれる。娘、息子は他府県に住んで				
ロ 食事作り						いるが関係は良い。パーキンソン病の受診同				
少日標						行している。ヘルパー週3回、デイサービス週				
	- 1 	埋のない筆	D囲で食事作	りをす		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				
	∓後 │ ¬ │ 家族と‐	一泊旅行				ービスでガイドヘルパーでの外出支援				
のE	の目標									

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				
^	室内步	·····································	0 4			摺り足	摺り足歩行、家具や壁を支持して移動				
A	屋外步		0 4				ノルデ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				
L	外出頻		0 4				買物 2~3 日おき、カラオケ 2/w、ボランティア 1/w、通院は夫				
				- /		が同行。デイ 2/w					
	排せつ)	0 4	シし難	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		O 4	〉し難	しい	水分、	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7	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							
						かなし	かないのと力が入らないので満足に洗えない。				
	着脱衣	ζ		〉し難			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				
Ţ	掃除						掃除は夫に頼む。ハタキはかけている				
A	↑ 洗濯 ○ 少し難しい				たい物は夫に頼む						
Ľ	買い物]		ンし難				で送迎、スーパー内はカートを押している			
	調理 ごみ出し			シし難				夫に切ってもらっている			
			○ 少し難しい				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		夫が重	車で同行					
	金銭管理 ○ 楽 電話 ○ 楽		〇 楽にできる								
			0 1111 100								
						1 - 4	>+p >+ m ++ /- 1.				
	社会参	≶加		とにで			ナイア に参	参加。海外旅行やカラオケにも行っている			
	疾患		経		疾患名			現状 脳梗塞右不全麻痺、言語障害、嚥下はかなり改善			
主な	お治療・	観察	治療中 脳梗塞		-		個快奉行小王林萍、言語障害、嚥下はかなり以音				
中の	D疾患		治療中 脂質異常療 観察中 腰痛		<u>E</u>						
	認知			_				現状			
音見	<u>~~~</u> 思疎通		可否等 できる				先 次				
	<u> </u>		無								
007	家族權	畫成図	****			【生活	「機能の低下を引き起こしている背景・要因等】				
	2N 11X 11			エレ	ベーター付き			若い時に脳梗塞を発症、右半身麻痺の後遺			
				ショ			因子	症、嚥下障害、言語障害等が残った。後遺			
(0)				室内	nはバリアフリ	 		症はかなり改善しているが、病気の受け入れ			
			J					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			
1								ప .			
1						•	1番1辛	土し日日 口尚仕汗けもしわもして草こして			
1 =	1 🗆			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						
	1日 毎日体操をする。				四丁	いる。大との関係もよく赤吸冶動や関東に任 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。			
一の目	∓後 ┃	中画館	館まで歩いていけるようにな			いる。		711-21-2 110			
	1 信										
	1 1/2				を流するための ろんなことに則						
の目	1 1/1/			кі-61.	ひんなことに歩	中怀で					
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

Μ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

		마기 別、■・			1 -1 1 - 11 - 11 11			
	項目		立度	(m) (h) (1)	介助部分の説明、現状			
A	室内歩行	○ 少し難			とり 4 点杖を利用、膝折れしやすく転倒を繰り返している			
D	屋外歩行	▲ 改善□	丁能性低い	ほとんどしない。 杖や手引き歩行では 1~2 行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□	丁能性低い		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		きる	夜間のみれ	ペータブルトイレ使用、自分で処理			
	食事	楽にて	きる					
	入浴	○ 少し難	しい	夏はシャワージ	谷。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	楽にて	きる					
					ックイックルワイハ・で自分で掃除していると言うが床はペタペタで掃るとは言えない。			
Ď	洗濯	単にで	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			
L	買い物	■ 改善す	可能性低い	ヘルパ-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	楽にて	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	以前はヘルパ ⁻ - -ト収集を申し	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 [。] 込んだ。			
	通院	▲ 改善	可能性低い	タクシーを利見	用して通院。近隣の医院へは車いす介助で行く。			
	服薬	楽にて	きる	ケースに 1	こ1週間分の薬を自分でセットし内服している			
	金銭管理	楽にて	○ 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			
		0 141 -1 7		とが出来ず他	者に頼む			
	電話 ○ 楽にできる		.=					
	社会参加		丁能性低い		り外出はない			
		経過		患名	現状			
主 力	おった。	治療中 両変形性服		漆関節症	1回/月通院、鎮痛消炎剤、両膝関節注			
)疾患)疾患	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			
	思疎通	できる						
もの	忘れ	無						
	家族構成図		住宅環境	【生	E活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】			
			当建て	個ノ				
			åへ行く階段にヨ 〃 ヰゞっ。。		子 ┃ 両下肢の浮腫あり、0脚気味			
	(0)		が、生活スペー 、2階に行く事に		転倒を繰り返している。			
1			い。玄関から門		BMI···31.86			
			て段の段差あり。		不平、不満、文句を言うことが多い。			
			部分の幅は80					
		を出	た後は急坂あり	。 環境	■ 竟 一人暮らし。(結婚暦なし)			
1 E	1			因-				
					支援や協力は難しい。昔の友人とは電話での			
半生	F後 1 週間	15.1回 捆1	重を押して引		交流のみ。近隣の人は鍵の預かりをしてくれ			
半年後 1週間に1回、押し車を押して近所を の目標 歩く。				1// C	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。			
のE		を利用して、 れるようにな	スーパーまで りたい。	で買物	駅近ではあるが、急坂があるため車イス介助			
<u> </u>	1.=1373	00-71-6	0		でも通れず回り道が必要			

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

		• – الطالطا			A DI +D // A = 1/ DD - TD //			
	項目		立度		介助部分の説明、現状			
A	室内歩行	○ 少し難			3月や壁を伝う			
D	屋外歩行	○ 少し難			云い歩き。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			
	+++	<u> </u>	:七フ	出で以前に比	べて減っている			
	排せつ	○ 楽にで						
	食事	O 楽にで		力 土 4 × 1 × × + 力	7.			
	入浴	○ 少し難		ーチェアを購え				
	着脱衣	○ 少し難			ボンなどの着脱は座って行っている			
1	掃除	○ 少し難	にい	浴室の掃除	等屈んでする掃除が困難 他は出来ている			
A	洗濯	○ 少し難	こしい	洗濯物を干	す姿勢が不安定だが本人がしている			
A D L	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	にい	荷物を持って	ての歩行は不安定。レンタルの歩行器を使用			
	通院	○ 少し難	にい	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	単にで	きる					
	金銭管理	楽にで	きる					
	電話	楽にで						
	社会参加	少し難		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		患名	現状			
主力	お治療・観察	観察中	変形性膝:					
	の疾患	観察中 偏平足		- I 1/2	近くの整形で週 1 回リハビリ(H24 手術)			
		観察中	右大腿骨骨					
	認知	可否等		現状				
	思疎通	できる						
ŧσ)忘れ	無						
	家族構成図		住宅環境		舌機能の低下を引き起こしている背景・要因等】			
			争な住宅街の					
			⋾建で、玄関					
	9-[や敷居など	, , ,	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			
			有。最寄の駅		はくなった。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			
			600m程の距		ついては今まで専業主婦で、本人が全ての家事を			
)		少の起伏が		行っており、家族に家事を頼みにくい。			
		が、	ほぼ平坦など	道				
1 -	<u> </u>							
1 E	ョー 以前の。 標	ように家事を	する。		「版を本人に住してゐり、家事をする音慣がめ 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			
半年後			とが出来る		行が困難になり、買物や電車に乗るのに不便			
・・・・・ で即士で行/こしが山立て			-~ H/N W		■ ・・・ハ・パリチャ・こうよう。 目 701 ~ 田 生して木 610 ハこう・リサー			
	の日保							
のE	+ 後		- 行く		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

	1百日	.,	一	- F			◇ H 却 八 の 当 田 ・ 日 上			
	項目	O 1	自立		<i>I</i> —, , ,	⊢ - ⊁ ⊓#	介助部分の説明、現状			
A	室内歩行		いし難			い歩き。腰背部に痛みがあり、少しずつの移動				
				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。						
			簡単7	な買物の	と受診。頻度は減っている。					
			移動7	が間にる	合わないときがあるためパットを利用されている					
	食事	O 導	影にで	きる						
	入浴	0 4	いし難	しい	シャワ	一浴が	中心。 住宅改修提案中			
	着脱衣	0 1	いし難	しい	イスに	腰掛け	て行っている。			
1	掃除	0 4	いし難	しい			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			
A	 洗濯	\cap $'$	 \ ##	1.1.			-いている。 -ながら行っている			
Ľ	_ <u></u>		いし難 いし難				となから行うといる は子に頼んでいる			
	調理		とにで		里いて	リリハム心	てて、一つでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ			
	<u> - 剛垤</u> ごみ出し		シし難		ゆっく	い休憩し	んながら行っている			
	通院		シし難				でいる。行き帰りで疲れてしまう			
	服薬		とにで		/ 1/12	14.171110	ででいる。自己がよりで派ができる。			
	金銭管理		とにで							
	 電話		とにで							
	社会参加			<u> </u>	以前は	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				
	在去多加		えてお	えておられる						
		経			患名		現状			
主力	お治療・観察	観察中 第8胸椎原				かかりつけ医に1回/月 通院中				
	D疾患	観察中 腰部脊柱管		言狭窄症		かかりつけ医に1回/月 通院中				
	=17 kp	77	- /-/-		1111/14					
<u> </u>	認知	可否				現状				
	思疎通)忘れ	できる 無	0							
₩,				A 与理接	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】					
	家族構成図		隹△	<u>住宅環境</u> 住宅3階。E	:\/右	個人				
				される。これではなし		因子	T20 年に第0個権圧迫負折、腰部骨柱官揆 窄症と診断された。円背気味で動作時には			
	(室内には多少の別近くのスーパーや		-		操作のでは、				
	_ `					なっており、長時間の歩行には、適宜休憩し				
Г		¬		~600mあるか			たり背中を伸ばしたりする必要がある。			
	\	<u> </u>		な道であり			以前までは「出かけよう」と思ったらすぐ行動			
) O L	_		♪が並行して! ◇ろ見は小か!			に移していたが、今はかなわず諦めがちにな			
		め交通量は少ない) °		ってきているとのこと。				
				•	環境					
1 E	1					因子				
	- 目標 ┃郵便物	を取り	こポス	トへ行く。			店し、駅付近まで買物に行かれている。これ			
		老しる	>1- 正	 加入して、 <u>/</u>	lyl 개		までは気軽に出かけておられたが不便を感じ			
	- 改 地域の 目標 つ活動			カロノくして、こ	<i>></i>		ておられる。息子と同居も就労中で近隣に住			
	1,11,11			関を利用し、	緑の		む娘も家庭を持っており、あまり支援は望めな			
					水の		L1°			
の目標 多いところ(植物園等)へ行く。										

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	O·目立、▲·	. 一即开助	」、■・土川助						
D	項目		自立度			介助部分の説明、現状			
外出頻度	A 室内歩行	ī 0 4	少し難しい	壁や	家具を伝	云う(手すり増設済み)			
外出頻度	D 屋外歩行		改善可能性高い	杖は化					
食事	┗ 外出頻原	度 〇 公	少し難しい	近隣の	の散歩(毎日)・週 1~2 回は電車で外出・通院は妻の車			
入浴	排せつ	0 4	少し難しい	ゆっく	り、壁を	支えに			
着脱衣 ○ 少し難しい	食事	0 }	楽にできる						
掃除	入浴	0 3	少し難しい	手すり	J設置				
洗濯	着脱衣	0 4	少し難しい	椅子	こ座って	て、時間がかかっても自分で			
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		0 4	少し難しい						
選択	A 洗濯	▲ ī	改善可能性高い	家事:	全般は耳	事業主婦の妻が行っている			
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 左半身に軽度マヒ 観察中 宮血圧 服薬により安定	□ 買い物	▲ ī	改善可能性高い	妻の耳	車でスー	-パーへ行きカートを押すと歩行が安定する			
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 塩窓中 原本 上半身に軽度マヒ 銀窓中 高血圧 服薬により完定			改善可能性低い	妻が行	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 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	ごみ出し	. 0 4	少し難しい	頼まれ	れれば目	=伝う			
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 塩窓中 原油圧 服薬により完定		0 4	少し難しい	近隣の	の医院に	は、ゆっくり歩いて。病院は妻の車で			
 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			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 超標塞 左半身に軽度マヒ 銀窓中 高血圧 服薬により安定		里 〇 🤄	楽にできる						
疾患 経過 疾患名 現状 主な治療・観察 超察中 脳梗塞 左半身に軽度マヒ 服薬により安定									
主な治療・観察中 脳梗塞 左半身に軽度マヒ	社会参加			現住所					
王な治療・観察・観察中・高血圧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	疾患			疾患名					
	主な治療・観	A4							
	中の疾患	観祭							
観祭中 小整脈 受診・服楽にて安定									
					現状にないだった。または毎日にははまます。				
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			る 頑固で目	説を曲に	げないが	、きっちり意思伝達はできる			
もの忘れ 無			/> 	1-	「仕工機化の低下ナコキセー」 アルフ北早 西田笠				
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	家族構造	成凶							
						脳梗塞 後遺症で左半身に軽度の麻痺が残			
					囚士	っており、筋力も低下しているため、歩行不安			
				2 階に		定だが、杖は使用していない。現在は、週 2			
		1	店至かめる。			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			
		L				川近い、自分でも散歩でヘトレックなど熱心にクーハビリを継続しておられる。何とか足の震えを			
Manage Manage		\mathcal{F}							
				晋 培	一昨年、脳梗塞で倒れるまで神戸で会社を				
	1日 白:	全国いの仕	<u> </u> 空街を毎口 20	分数步	4	経営されていた。現住所に移り住んで日が浅			
	_		- 17日で毎日 30	刀似少	ر اکا	いため地域とのかかわりは薄く、交友関係は			
ませんない 東の海転付されず 即まで			ヒハナケキの	7 . O L		遠方が多い。車の運転はされず、駅まで距離			
十一次 凶音貼よく少いて1]さ、ハノコノのと おちょため事の声光 畑に頼えにこれが土	'			コンのゼ		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	1 1-14					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			
の目標し、一人での行動範囲を広げる。 に在住し交流がある。	が日標 し、	一人での行	行動範囲を広げん	る。		に在住し交流がある。			

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	白	 立度			介助部分の説明、現状			
	室内歩行	O 少し難	オルワフ	が助部分の説明、現状 すり足での伝い歩き					
A	<u>至內少行</u> 屋外歩行		_{重しい} 可能性高い	杖歩行					
Ľ	外出頻度	▲ 改善		校歩行 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	■ 以音 · ○ 楽にて		メリンー	でかり	日し地院のか。よれに交方が貝彻で戦1月に四1月			
	食事	分果に少し		田書が	おい思	を圧迫するので一度に食べられない			
	_ 及事 入浴	○ 少し新 ○ 少し新		手すりを					
	着脱衣	○ 少し類				が自立(ズボンや靴下の着脱は腰痛が増強するため)			
	掃除		100・ 可能性低い			現、掃除機と拭き掃除はヘルパーが行う			
ΙL	洗濯	■ 以言・ ○ 少し難				せるように干場を改修済み。シーツはヘルパー援助			
A	買い物		<u>:CV*</u> 可能性高い			家に依頼、重い荷物を持つと腰痛増強あり			
L	調理	<u>■ 以音・</u> ○ 少し難				は座って行い、3食用意している			
	<u> </u>		<u>:CC:</u> 可能性低い			(荷物を持って歩けない)			
	通院		<u>の配性低い</u> 可能性低い	タクシー		# (H JN で J立 つ C み(), ゆ ∧ .)			
	服薬	■ 以音・ ○ 楽にて		777	נדעניזא				
	金銭管理	○ 来にで ○ 楽にで							
	<u> </u>	○ 来にで ○ 楽にで							
	社会参加		<u>- C る</u> 可能性高い	社交的 が	社交的な性格だが ADL の低下から老人会に参加できない。隣人記				
	江五夕加		.) UC IT IPI V	,	問はあり。				
	疾患	経過	疾	患名					
		観察中	変形性脊椎	<u> </u>		痛みの増強時のみかかりつけ医受診			
	お治療・観察	治療中			かかりつけ医に1回/月受診し、服薬治療中				
40	り疾患	治療中	中糖尿病		かかりつけ医に 1 回/月受診し、服薬治				
	認知	可否等		現状					
意思	思疎通	できる							
もの)忘れ	無							
	家族構成図		住宅環境		【生活	5機能の低下を引き起こしている背景・要因等】			
		-;	戸建て住宅		個人	第1腰椎·第11胸椎圧迫骨折後、変形性脊			
		(ſ	外階	因子	椎症に伴う腰痛。歩行が不安定で転倒・骨折				
			門扉から玄			┃ 再発への不安が強い。元々は社交的な性格 ┃			
		で・勝手口・トイ				で地域活動の経験や老人会に参加あり。			
		廊	下に手すり設っ	置)					
				環境	一人暮らし。車の往来が多い道を通ってしか				
│				因子	商店がない。長男嫁が週1回訪問し、買物及				
の目		-	ついでに玄関			びゴミ出しをする。(時々、長男が車で買物同			
		ポパー in 、 まで 3 往復				行)			
半生			<u>・/ w。</u> -パーまで歩し	ハて胃					
	標 物に行	_	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \					
	王後								
	1 141 117 2-	事に参加す	⁻ る。						
の目標 地域打事に参加する。									

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		地域包括支援センター松徳会
---------	--	---------------

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

	目立、▲.一部	117 130 · —	土力助						
	項目	自		介助部分の説明、現状					
A	室内歩行	楽にて	ごきる						
Ď	屋外歩行	○ 少し糞	性しい	杖歩:	杖歩行(身体の歪みがある)				
L	外出頻度	○ 少し糞	性しい	通院	通院・散歩・買物を含め週4回程度は外出している				
	排せつ	楽にて	できる						
	食事	楽にて	できる						
	入浴	○ 少し糞	性しい	右手小	指の骨折の	り影響から	ら洗身・洗髪動作が行いにくいが自立している		
	着脱衣	楽にて	できる						
1	掃除	○ 少し糞	崖しい	右手小	指の骨折の	り影響かり	ら雑巾を絞る動作が行いにくいが自立している		
À	洗濯	○ 少し糞	崖しい	右手小している		り影響か	ら洗濯物を干したり、畳む動作が行いにくいが自立		
Ĺ	買い物	▲改姜	可能性高い			ため荷物	めを持って歩くと不安定になり、転倒してしまうため		
	Q N	<u> </u>	-) HC IT IDI V	配送サ	ー ービスを利	用してい			
	調理	楽にて	できる	ご自身	身で調理?	を行って	ている		
	ごみ出し	○ 少し業	性しい		上り降りの「 るが自立し [・]		引みがでる。また手すりのみの支えになるため不安		
	通院	○ 少し糞	性しい	かかり	しつけ医に	は、休	憩しながら歩行して通院できている		
	服薬	楽にて	できる	ご自身	身で管理"	できてい	る		
	金銭管理	楽にて	できる	//					
	電話	楽にて	できる	問題	問題なく対応できている				
	社会参加	○ 少し糞	崖しい		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				
				一に参刀	に参加するのは苦手				
	. +	4△ √⊔					THUL		
	疾患	経過	不敷脈,田骨	疾患	名		現状 現状 現業治療力		
		治療中	不整脈・甲状	疾患 腺肥大	名高コレステロ	コール	循環器内科に月1回受診、服薬治療中		
	な治療・観察	治療中	根性坐骨神絲	疾患 腺肥大· 逐痛·変刑	名 高コレステロ が性腰椎症	コール	循環器内科に月1回受診、服薬治療中 かかりつけ医に2週間に1回受診		
		治療中		疾患 腺肥大· 逐痛·変刑	名 高コレステロ が性腰椎症	コール	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診 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、		
	な治療・観察	治療中	根性坐骨神絲	疾患 腺肥大· 逐痛·変刑	名 高コレステロ が性腰椎症	コール	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診 昨年立て続けにOP。小指は歪んでくっついてし		
中の	な治療・観察 D疾患 認知	治療中治療中観察中	根性坐骨神絲	疾患 腺肥大· 逐痛·変刑	名 高コレステロ が性腰椎症	コール	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診 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		
中 <i>0</i>	お治療・観察り疾患	治療中 治療中 観察中 可否等	根性坐骨神絲	疾患 腺肥大· 逐痛·変刑	名 高コレステロ が性腰椎症	コール	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診 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		
中 <i>0</i>	は治療・観察 D疾患 認知 思疎通 D忘れ	治療中 治療中 観察中 可否等 できる 無	根性坐骨神絲 胆管結成 OP	疾患 腺肥大・ 圣痛・変刑 後・右手	名高コレステロジ性腰椎症・小指骨折・	コール OP 後	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診昨年立て続けに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現状		
中 <i>0</i>	な治療・観察 D疾患 認知 思疎通	治療中 治療中 観察中 可否等 できる 無	根性坐骨神絲	疾患 腺肥大· 隆痛·変开 後·右手	名高コレステに が性腰椎症・小指骨折・	コール OP 後 機能の	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診 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		
中 <i>0</i>	は治療・観察 D疾患 認知 思疎通 D忘れ	治療中観察中できる無	根性坐骨神経 胆管結成 OP 住宅環境 レベーターなし	疾患 腺肥大· 隆痛·变开 後·右手	名高コレステロジ性腰椎症・小指骨折・	ロール OP後 機能の 変形が	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診昨年立て続けに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現状 低下を引き起こしている背景・要因等】		
中の 意思 もの	な治療・観察 D疾患 認知 思疎通 D忘れ 家族構成図	治療中観察中できる無	根性坐骨神絲 胆管結成 OP 住宅環境	疾患 腺肥大· 隆痛·变开 後·右手	名 高コレステロ が性腰椎症 小指骨折・ 【生活 個人	コール OP後 機能の 変形と 下され	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診昨年立て続けに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現状 低下を引き起こしている背景・要因等】 性腰椎症・根性坐骨神経痛からくる右がりの身体の歪みがあるため、歩行バラ		
中 <i>0</i>	な治療・観察 D疾患 認知 思疎通 D忘れ 家族構成図	治療中観察中できる無	根性坐骨神経 胆管結成 OP 住宅環境 レベーターなし	疾患 腺肥大· 隆痛·变开 後·右手	名 高コレステロ が性腰椎症 小指骨折・ 【生活 個人	コール OP後 機能の 変形と 下され	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診昨年立て続けに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現状 低下を引き起こしている背景・要因等】 性腰椎症・根性坐骨神経痛からくる右		
中の 意思 もの	な治療・観察 D疾患 認知 思疎通 D忘れ 家族構成図	治療中観察中できる無	根性坐骨神経 胆管結成 OP 住宅環境 レベーターなし	疾患 腺肥大· 隆痛·变开 後·右手	名 高コレステロ が性腰椎症 小指骨折・ 【生活 個人	ロール OP 後 機能の 下され ンスを	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診昨年立て続けに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現状 低下を引き起こしている背景・要因等】 性腰椎症・根性坐骨神経痛からくる右がりの身体の歪みがあるため、歩行バラ		
中の 意思 もの	は治療・観察 の疾患 認知 思疎通 の忘れ 家族構成図	治療中 制察中 可否等 できる 無 UR	根性坐骨神経 胆管結成 OP 住宅環境 レベーターなし 団地の 3 階	疾患 腺肥大· 隆痛·变开 後·右手	名高コレステに が推権症 小指骨折 個因子	コール OP 後 能 で 下 ン ス を 未 婚 る た く え く え く え く え く え え え え え え え え え え	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診昨年立て続けに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現状 低下を引き起こしている背景・要因等】 性腰椎症・根性坐骨神経痛からくる右がりの身体の歪みがあるため、歩行バラくずし、転倒の危険性がある。		
中の 意見 もの	は治療・観察 の疾患 認知 思疎通 の忘れ 家族構成図	治療中 制察中 可否等 できる 無 UR	根性坐骨神経 胆管結成 OP 住宅環境 レベーターなし	疾患 腺肥大· 隆痛·变开 後·右手	名高コレステロ が 大田 では 大田 できます は 大田 できまる は は は は は は は は は は は は は は は は は は は	コール OP後 能能の 変下され 未婚。 の3『	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診 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 現状 低下を引き起こしている背景・要因等】 性腰椎症・根性坐骨神経痛からくる右がりの身体の歪みがあるため、歩行バラーとずし、転倒の危険性がある。 一人暮らし。エレベーターのない団地		
中の 意思 もの 1 E	は治療・観察 の疾患 認知 思疎通 の忘れ 家族構成図	治療中 治療中 観察中 可否をる 無 エI UR	根性坐骨神経 胆管結成 OP 住宅環境 レベーターなし 団地の 3 階	疾患・腺肥大・ 変痛・変形 後・ 右手	名高コレステロ が 大田 では 大田 できます は 大田 できまる は は は は は は は は は は は は は は は は は は は	コール OP後 能能の 変下され 未婚。 の3『	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診 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 現状 低下を引き起こしている背景・要因等】 性腰椎症・根性坐骨神経痛からくる右がりの身体の歪みがあるため、歩行バラぞくずし、転倒の危険性がある。 一人暮らし。エレベーターのない団地皆に居住。兄弟は二人とも病気で支援を		
中の 意見 もの 1 E の 日 半4	おった。観察の表現のでは、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般	治療中 治療中 観察中 可否をる 無 エI UR	根性坐骨神経 胆管結成 OP 住宅環境 バーターなし 団地の 3 階 1 時間行う。 **いで、銭湯る	疾患・腺肥大・ 変痛・変形 後・ 右手	名高コレステロ が 大田 では 大田 できます は 大田 できまる は は は は は は は は は は は は は は は は は は は	コール OP後 能能の 変下され 未婚。 の3『	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診 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 現状 低下を引き起こしている背景・要因等】 性腰椎症・根性坐骨神経痛からくる右がりの身体の歪みがあるため、歩行バラぞくずし、転倒の危険性がある。 一人暮らし。エレベーターのない団地皆に居住。兄弟は二人とも病気で支援を		
1 日の日 半年の日	おった。 はおった。 はおった。 は、おった。 は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、	治療中 治療中 可否を 無 エI UR ストレッチを べえるようにな	根性坐骨神経 胆管結成 OP 住宅環境 バーターなし 団地の 3 階 1 時間行う。 **いで、銭湯る	疾患 腺肥大・ 療肥大・ 変 手 で 週	名高コレステロ が 大田 では 大田 できます は 大田 できまる は は は は は は は は は は は は は は は は は は は	コール OP後 能能の 変下され 未婚。 の3『	循環器内科に月1回受診、服薬治療中かかりつけ医に2週間に1回受診 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 現状 低下を引き起こしている背景・要因等】 性腰椎症・根性坐骨神経痛からくる右がりの身体の歪みがあるため、歩行バラぞくずし、転倒の危険性がある。 一人暮らし。エレベーターのない団地皆に居住。兄弟は二人とも病気で支援を		

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

	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

		部介別、■・							
	項目		立度			介助部分の説明、現状			
Α	室内歩行	○ 少し難	赴しい	杖歩征	行か手す	り利用。小刻み歩行			
A D L	屋外歩行	○ 少し難	赴しい	杖歩征	歩行。1 人で外出は可能、休み休みゆっくり歩く				
L	外出頻度	○ 少し糞	 しい			ーか長女が車で送迎。買物は杖歩行で週 1~2 回			
	排せつ	○ 少し糞	 しい	手すり	をつかま	り自立			
	食事	単にで	きる		でできる				
	入浴	○ 少し糞	 しい		をつかま				
	着脱衣	○ 少し糞				· 衣は被る物を利用。ズボン、靴下は座って行う			
I A	掃除	▲ 改善す	可能性高い		で屈むのか ペーが行う	「困難なため掃除機と拭き掃除、風呂、トイレ掃除を			
AD	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	○ 少し糞	 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	○ 少し糞	 しい	ご飯は	は炊いてい	vる。 気力や意欲低下している			
	ごみ出し	○ 少し糞	 €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	○ 少し歎	ELい	近所 <i>0</i> 一利用		け医は娘が仕事先なので送迎あり。その他はタクシ			
	 服薬	単にで	ごきる			-スで管理。飲み忘れなし			
	金銭管理	楽にて	ごきる	自分	自分で医療機関の ATM で行う				
	電話	単にで	きる	固定官	固定電話や携帯を利用				
	社会参加	単にで	きる	老人会	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			
`	5.公房. 知家	治療中	高血圧		かかりつけ医に 1 回/月に受診し服薬中				
	な治療・観察 D疾患	観察中 右脛腓骨骨		骨幹部	骨折後	骨折観血的整復内固定術(髄内釘)施行			
40	の矢忠					レントゲンで随時確認			
	認知	可否等			現状				
意思	思疎通	できる							
ŧσ)忘れ	無	物をどこに	置いただ	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 7	⋾建て		個人	65 歳まで印刷会社で営業事務をしていたの			
		(妻	その介護の時	宇に浴	因子	で、パソコンは得意。地域では、老人会で役			
		室	三週り・		員として書類作成を担当。同会で週3回近所				
			すり設置済み	設置済み)		の公園でグランドゴルフをしていた。また、家			
		本人で玄関・順				事全般、亡き妻の介護もしていた。H26 に原			
		() " '	室兼居間・降			付バイクを運転中に転倒し受傷。右脛腓骨骨			
٠		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	ランダに手すり	/設置		幹部骨折後で、屈んだり、起居動作ができな			
				,		UN.			
					環境	1 人暮らし。ゴミ出しは重い物は近所の人が			
1 E	古二, (五川 -	ないで室内:	を移動できる。		因子	会えば、手伝ってくれる。長女は、週1回程度			
	1 信	5.		J		訪問し家事や通院の送迎を支援している。			
		自宅周辺な	マスーパーにも	ら外出					
の目	目標 できる♪	こうになる。				東周り八川が「休日がたっていてがこいか			
1 4	手後 1 人で	通院や家事	4全般を行え	るよう		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」			
DΕ	目標 │にする。					ルノに参加する」			

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

Μ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

_		10 11 DJ 、■・							
	項目		立度			介助部分の説明、現状			
A D	室内歩行	楽にで							
P	屋外歩行		J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		週1[回程度、	駅周辺のスーパー、病院に行く。			
	排せつ	楽にで							
	食事	楽にで	きる						
	入浴	楽にて	きる						
	着脱衣	楽にて	きる						
	掃除	▲ 改善可	J能性低い	とく	浴室、玄	関前の掃除をしている。それ以外は長男嫁が支援			
À	洗濯	▲ 改善司	T能性低い	長男妇	家が支援				
L	買い物	○ 少し難	しい	長男嫁きてい		ご自分の嗜好品(押し車で運べる範囲)の購入はで			
	調理	▲ 改善□	丁能性低い			。不在の際は宅配を頼んでいる。			
	ごみ出し	▲ 改善□	J能性低い	長男家	家族が支	援			
	通院	○ 少し難	こしい			ナ医(整形)は一人で、隣駅の病院(内科)は長男嫁			
	 服薬	楽にで	<u></u> きる	が車で	·达型				
	金銭管理	楽にて							
	電話	楽にで							
	社会参加	少し難		老人会	<u></u> 会に年 2	回(敬老会、総会)参加している。			
	疾患	経過	疾患			現状			
		治療中	` 	かか	りつけ医に1回/週度受診。物療実施				
	お治療・観察	治療中 骨粗しょう郷				りつけ医に1回/月度受診し、服薬治療中			
中の	D疾患	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			71.312	現状			
童.5	 思疎通	できる				7000			
	<u></u> 忘れ	無							
017	家族構成図		上 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】			
			<u>- 建て</u> =建て		個人	変形性腰椎症のため腰痛がある。右膝にも			
	(\circ)		へこと 谐に上がるか	階段	因子	少し痛みがある。長い距離を歩く時や掃除を			
匚			音に玉がりん きに手すり、		Ξ,	する際に腰痛がひどくなる。寒い時期になると			
			がり框に踏み			血圧が高くなることがある。			
	┶╸┃ ̄		。)にで超り とにて設置						
	\bigcirc								
				,	T四1本	白豆が生の中時にも1ので町田田の店店は			
1 -	,				環境	自宅が坂の中腹にあるので駅周辺の病院や			
1 E	マの部	の掃除を行	う。		因子	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			
半生	 ∓後 1 週間(. 2 回け近	への公園まで	行き		品)、洗濯の支援を行っている。			
の目		を3周歩く。		11 6 1					
1 左	¥後 生涯学	習市民セン	ターまで映画	画を見					
		とができる。		/ 5					

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	<u></u> 立度			介助部分の説明、現状			
Α	室内歩行	○ 少し難		伝いた	伝い歩き				
Ď	D 屋外歩行 ▲ 改善可能性低い 5			5 行程度は歩行は可能だが、それ以上はふらつきもあり困難					
L					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	楽にて	きる						
	入浴	▲ 改善	可能性高い	浴槽な	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	E しい	ふらつ	きがあ	るが自立			
_	掃除	▲ 改善	可能性高い	妻が彳	うってい	ふ			
A	洗濯	○ 少し難	しい		うってい	-			
L	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		妻が行	うつてい	る、レンジで温める程度は行える			
	ごみ出し	○ 少し難			うってい				
	通院		可能性高い	電動	カートを	利用し自分で行っている			
	服薬	楽にて							
	金銭管理	○ 少し難				造い程度もらっている			
	電話	楽にて		712 100	難聴はない				
	社会参加	○ 楽にて			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				
	疾患	経過		患名		現状			
主な	な治療・観察	治療中糖尿病				月1回受診、服薬治療中			
	D疾患	観察中 高血圧		V, ⊥⊥ /₁ □	月1回受診、降圧剤服用しコントロール				
-	=== 4n	治療中帯状疱疹							
	認知	可否等				現状			
	思疎通	できる	口坐生工	こは支障はない年齢相応のもの忘れ程度					
₩,	忘れ								
	家族構成図		住宅環境			括機能の低下を引き起こしている背景・要因等】			
			戸建て(木造) 室内手すり、		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			
		· \	宝内テッツ、 手すり設置済			よる親指の壊疽にて転倒し、救急搬送されて			
			ナック欧直海 レの手すりと			おり、現在も歩行困難な状態は続いている。			
		_	段へ滑り止め			65人が正0少月四年が八窓は前0・50・0。			
			2000年 2000年 2000年	,					
		_ ' '	AL 1 /C	,					
					環境	妻と二人暮らし。自宅前、周辺が坂道。スー			
	1日 読書やパソコンを行う				因子	パー等駅までは歩いては行けない。妻が身の			
	の目標 読書やバブコンを行う					回りのことを全てしてくれている。長女は他府			
		事故が無い	ように公民館	官へ通		県に在住のため急な支援は困難。長男は何			
の目	目標 える					かあれば支援はしてくれる。 			
1 4	手後 紅笹の	写古た提撃	しに山まで行	 -1+					
の目	目標 私業の	サ共で烟形	·ОГ-ЩА С1]	いる					

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

Ο.	○:目立、▲:一部介助、■:全介助							
	項目	自	立度			介助部分の説明、現状		
Α	室内歩行	○ 楽にできる 股			節の痛る	みあり。体調によってふらつくことがある。		
A	屋外歩行	○ 楽にできる カ			使用			
L	外出頻度	単にで	○ 楽にできる					
	排せつ	○ 楽にできる						
	食事	楽にて	ごきる					
	入浴	楽にて	ごきる					
	着脱衣	楽にて	ごきる					
1	掃除	楽にて	ごきる	股関節	節の痛る	みあり。 前屈姿勢は困難		
À	洗濯	楽にて	ごきる					
A D L	買い物	楽にで	できる					
_	調理	楽にで	できる					
	ごみ出し	単にで	できる					
	通院	単にで	できる					
	服薬	単にで	できる					
	金銭管理	楽にて	できる					
	電話	楽にて	できる	聴力	氐下あり			
	社会参加	▲ 改善	可能性高い	夫の作	夫の他界後は地域老人会などには参加しようと思って			
	疾患	経過	疾	患名	現名 現状			
÷+	5.公房. 知家	観察中	乳がん術後	复		1回/1年、受診、経過観察		
	な治療・観察 D疾患	治療中	定		定期受診、内服薬処方を受けている			
70	が決忠	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	思疎通	できる	聴力低下な	が。聞	き返しか	である。		
ŧσ	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】			
			戸建て住宅		個人	夫の死去のストレスから聴力低下になり、主		
		自	宅内には段差	≧は少	因子			
	$\Theta + \Box$	ない	, \ ₀			会が必要との指示があり、通所サービスの利		
			隣には工場	景もあ		用が適切と説明を受け、介護保険の申請を		
		る。				行った。		
	$-\dot{\Box}$	$-\Box$						
			,	環境	<u> </u>			
1 =				マ 終た	因子			
	1日 毎日、読経や仏壇の手入れ、写経 の目標 行い、お経を覚える			ナルと	ر بنے	時々の来訪や電話連絡がある。		
15 (15 12 25 25 25			D LIE		長女宅には 1/週、本人が来訪し孫の帰宅			
	半年後 毎日、写経を60分間行い、膝の上げ の目標 下ろしの運動を行う			ソ上げ		後の面倒をみている。		
	1	り運動を行っ		14.				
			康状態を維					
の E		_	かけないように	生沽				
	をしてし	١ζ						

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

Μ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			
A	室内歩行		単しい		すり足歩行。夜間や壁や手すりを伝って移動			
			杖歩行。一度に歩ける距離が短くなってきている					
					買物、通院など週 2~3 日外出している			
	排せつ	○ 少し難しい				が痛い時は、拭く動作がつらい。尿とりパット使用		
	食事)難しい			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	0 少し)難しい			まり移動および浴槽出入りを行っている		
	着脱衣)難しい			い時は、ズボンの引き上げや袖通しが困難		
I	掃除		善可能性低い	調子を 受けて(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		
Ą	洗濯	〇 少し)難しい	洗濯村	幾からσ)洗濯物の引き上げが手首に負担がかかり辛い		
L	買い物	〇 少し)難しい	自力で	近くのス-	-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	0 少し	難しい	惣菜を る	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		
	ごみ出し	▲ 改善	善可能性低い	小袋し	か持てな	ないため、多量の時は隣人や息子が出してくれる		
	通院	〇 少し)難しい	道中位	可度もに	木憩を入れながら徒歩で一人で通っている		
	服薬	〇 楽に	こできる	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	〇 楽に	こできる					
	電話	0 少し	難しい	聞き耶	文りにくく	、聞き返しが多い		
	社会参加	0 少し	難しい	自治会	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	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
` , ,		治療中	リウマチ	F		2 週間に 1 度受診し、服薬治療中		
	な治療・観察	治療中変形性膝関		関節症		2 週間に 1 度受診し、服薬治療中		
中0	D疾患	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	思疎通	できる				1 2 2		
もの	·忘れ	無						
	家族構成図		住宅環境	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】		
			 戸建で道路から	玄関	個人			
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	まで 20 段の長		因子	節症もあり、1 年前と比べて足が上がりにくく踏ん張		
Ш	(\circ)		階段あり。			りもきかない事が多くなり、歩行や立ち上がりなど思		
	<u> </u>		玄関の上り框も	高く足		うように動けない事が多くなってきている。ここ6~7		
			台・手すりを設置	-		年の間で5回意識消失にて、救急搬送された。そ		
	\bot		ハる。居室内廊			の都度検査を行ったが、いずれも異常なしとの診		
		_	イレ・浴室にも			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		
			を設置	- •		出来でいた事ができなくなりできたと、冷ら込みがし		
					環境	自宅周辺は急な坂道。昨年に夫を亡くし独居。長		
			★た話	因子	男は週 1 回訪問しゴミ出しや買物などの支援を行			
			さる割		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、				
	∓後 │ □ 抽	連続して	歩けるようになる			ゴミ出しをしてくれたりよくお話しをする。一時期落		
の目						ち込みから閉じこもりがちであったが、今は自治会		
	∓後 │ 山に登り	りたい				や老人会の行事に積極的に参加するようになっ t		
の目	標 m゚゚豆	<i>//-</i> /				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

<u>():</u>								
	項目		自立				介助部分の説明、現状	
Α	室内歩行	▲ 改善可能性高い			伝いた	歩き、すり	足歩行。自宅内でも躓きや転倒がある	
A	屋外歩行			シルバ・	シルバーカー押して歩行できるが、時々休憩が必要。夫の見守りが必要			
L	L 外出頻度 ▲ 改善可能性高い 3		通院と	こ、ときど	き息子の車で買物に出かける			
	排せつ	〇少	し難し	しい	排せつ	動作は自立	Zしているが、歩行が不安定で間に合わないことあり	
	食事	〇楽	にで	きる	特に問	引題なし。	用事や片付けに支援が必要	
	入浴	〇少	·し難l	しい	手すり	は設置し	ているが転倒の危険がある	
	着脱衣	〇少	し難し	しい	椅子に	こ座ってタ	善脱しているが立ち上がりにふらつきあり	
1	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	
A D L	洗濯	▲改	善可	能性高い			込みは夫が行い、たたむことはできる	
L	買い物	▲改	善可	能性高い		: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 多い	
	調理	▲改	善可	能性高い			ビスを利用。朝・昼食は簡単なもので済ませる	
	ごみ出し			能性低い			なので夫が行う	
	通院			能性低い			-で受診。狭いところや院内での移動は見守りが必要	
	服薬	〇楽	にで	きる	服薬	動作も管	理も自立している	
	金銭管理	〇楽	にで	きる	金融村	幾関の出	し入れは夫や息子が代行。管理は可能	
	電話	〇楽	にで	きる				
	社会参加	▲ 改	善可	能性高い	意思通	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	<u> </u>	疾	患名		現状	
\	~ 公房 知家	観察中	Þ	胸腰椎多	発性圧決	迫骨折	かかりつけ医に月1回受診 服薬治療中	
	な治療・観察 D疾患	治療中 骨粗しょう!!		亩		かかりつけ医に月1回受診 服薬治療中		
Τ.	/大応	治療中	治療中変形性膝関		関節症		経過観察中	
	認知	可否	等				現状	
意思	思疎通	できる		やや難聴で	はあるが、会話は普通にできる			
ŧσ)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】		
				住宅		個人	2 年ほど前より何度も転倒を繰り返し、立位や	
		\neg		室・トイレ・玄	(関に	因子	歩行の持久力が低下し、歩行も不安定。	
				り設置済)			転倒に対する恐怖心もあり閉じこもった生活	
		-		髪物は1階川				
_	\bot			出入りできる	か段			
L		\cup $ $	差あ	りり。				
				環境	夫(要支援 1)と 2 人暮らし。夫は身体機能は			
1 E	①自宅	内での	移動:	がスムーズに゙	できる	因子	自立しているが認知力低下がみられる。自宅	
の目標 よう下肢筋力を向上させる。②人の		人と交		内は広くて段差も多い。近所に住む長男・次				
流しながらメリハリのある生活を送る			る		男の妻らが時々訪問し可能な時は買物を手			
	∓後 ∃標 転倒の	恐怖なく	(自分	で歩きたい			伝ったりしている。	
1 4	手後 見守り	なしでシ	ルハ゛・	<u></u>	屋外			
		できるよ		_ • ·	· <i>/</i> 王/I			
	7/1/2/13/0		· / · - · (

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

	百口	台 :	ナ 庄			クロガノの説明 1月14 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・
	項目		立度	V		介助部分の説明、現状
A	室内歩行	○ 少し難				具を伝って移動。廊下は杖を使用
	屋外歩行	○ 少し難				150 歩歩いては休憩している
_	外出頻度	○ 少し難				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	こ手すりと	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	丁能性高い	浴槽	を跨ぐ動作	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	行っている
1	掃除	▲ 改善可	J能性高い			-ズに歩けないため、床の掃除機・掃き掃除などは出
À						たり隅々の掃除は出来ない
P	洗濯	○ 少し難	しい	2階0	り物干しこ	こ洗濯物を持ってあがる事がつらい
_	買い物	〇 少し難	しい	生協る	を利用。そ	そのほかは家族に頼んでいる
	調理	単にで	きる	台所	こ立ちっは	ぱなしは出来ない。 椅子が必要
	ごみ出し	○ 少し難	しい	重いコ	ごは持て	てない
	通院	○ 少し難	しい	近所に	かかりつに	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	と関でゆっく	ら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	夏帰を望ん	しでいるが、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
→ +		観察中 両側形成2		不全性	投関節症	E 両股関節人工関節置換術後、痛みが残
	な治療・観察 D疾患					っている
40	が決忠					
	認知	可否等				現状
意思	思疎通	できる				
も の)忘れ	無				
	家族構成図		住宅環境		【生活村	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	個人	両股関節置換術を受けた後も痛みが強く、歩
			扉に3段階	段有)	因子	行が不安定である。
	\bigcirc		がり框・トイレと	☆浴室		
		一) に引	Fすり·浴室原	電を折		
		り畳	とみ式に住宅	改修		
Г	-					
					環境	近くにスーパーがなく、通っている病院も遠い
	1 日			因子		
の目	目標 ^{ヘメいり}	'艮い口は 2U 分程度歩く				
半年	手後	L LL 1 1 1 1 1 1 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2				
のE	目標 │ 杖を使り	わず歩けるよ	につになる			
1 4	手後 _{++ * /=} .					
	ー図 │ 杖を使: 目標 │	わず歩けるよ	になる			
_ ~/ E	- 175					

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

Κ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								
		り			るようでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ				
A	室内歩行								
Ľ	屋外歩行 外出頻度		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 日1日の予防のないはパイナス・エンス				
)通院のみ。娘が付き添っている				
				呼回かが	かるが、何とか一人で行えている				
	食事		できる	追似につか	易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				
	入浴		難しい						
	着脱衣		難しい		そってごくゆっくり行っている 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				
ļ	掃除		可能性高い						
Ą	洗濯		可能性高い	1	ている。たまに夫が取り入れてくれ、たたむのは本人				
Ĺ	買い物		可能性高い		行っている				
	調理		可能性高い		*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		可能性高い	娘が行って					
	通院		可能性高い	月に1度、	E、娘が付き添っている				
	服薬	楽に							
	金銭管理		できる						
	電話	楽に							
	社会参加		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		患名 					
主力	お治療・観察	治療中 第 12 胸椎		住上担骨折	かかりつけへ月1回の定期受診 内服治療中				
	の疾患	治療中 高血圧			II .				
		治療中不眠、ぜん		そく					
	認知	可否等			現状				
	思疎通	できる							
も 0.)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)				
	_		i建て 		国人 胸椎圧迫骨折により、コルセットで固定中。痛				
	$\bigcirc \vdash$		玄関上がり框	ほき 因	引子 みがひどく起き上がりや立ち上がりに時間を要				
`	✓ _	그 귤	り設置済み)		し、かがむ姿勢もとる事が出来ない。				
Ш	\bigcirc								
Ш	\coprod								
Ш		\							
				平	環境 夫は要支援状態、娘は就労中で帰宅時間が				
1 -				以子 子は安文族仏感、娘は処力中で帰七時間が 以子 遅い。二人の孫がいるが、家事を支援する事					
1日 ベッドまわりの片付け、はたきがけを			川り、ほたざん	バノを	は難しい。買物は娘が休みの日に行ったり、				
の目標(行う)				7 (8.1.	夫が自宅すぐ近くコンビニへ買いに行ってい				
	- 1		:機がけや調理	単が出	る。自宅近くに急な坂道がある。				
	目標 来るよう				v。ローしたい〜心でが足りです。				
		緒に趣味	の教室参加を	再開					
の目	の目標 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

○・日立、■・即川助、■・王川助									
	項目	自至	立度			介助部分の説明、現状			
А	室内歩行	○ 少し難	しい	薬の副作用	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				
A	屋外歩行	▲ 改善□	丁能性高い	杖歩行 付	き添し	いが必須であるが、最近1度タクシーで一人で通院する			
L	外出頻度	○ 少し難	しい	週 2 回デイ	サーヒ	ごス、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	単にで	きる						
	入浴	〇 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	〇 少し難	しい	ズボン、下	着や	り靴下は椅子に座って更衣する			
1	掃除	▲ 改善□	丁能性高い	浴室はへ	ルパ	一や娘が支援する			
À	洗濯	単にで	きる						
L	買い物	▲ 改善□	丁能性高い	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			
	調理	▲ 改善□	丁能性高い	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□	丁能性高い	資源ごみは 娘が支援す		『つまとめ自分で出すが、可燃ごみや古紙は階上の住民や			
	通院	▲ 改善可	丁能性高い		休みの	D時に通院付き添いしてもらっているが、難しい時は自費へ いる			
	服薬	単にで	きる						
	金銭管理	単にで	きる	お金の計算	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	単にで	きる						
	社会参加	○ 少し難	しい	デイサーヒ	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	· 長名	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
<u> </u>	よ治療·観察	治療中	· 通腫	薬	を隔日服用し寛解状態を維持している				
	D疾患	治療中	C 型肝炎		内	服にて安定している			
40	が決忠	観察中 骨粗しょう!!		走	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	思疎通	できる							
もの)忘れ	無	カレンダー	やメモに予え	ウ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	合住宅3階	個	人	多発性骨髄腫で薬を服用。その副作用か足			
	6		バーターなし		子	裏に違和感があり、移動動作は不安定で外			
	Θ	玄 [関、脱 衣 所	、廊		出の際は不安が大きい他、感染症にも注意			
		下、	浴室に介護	保険		が必要。また圧迫骨折を引き起こしやすい骨			
		で手	₣すり設置			粗しょう症である為重い物は持てない。			
(
`		-		I=	境	 1 人暮らし。 住宅は 3 階エレベーターなし。 娘			
1 「		ルクンター	1 ◆ # Wr IF '2		·児 子	「人春らし。住七はる隋エレハーダーなし。娘 が同じ住宅街に住み、通院や家事支援ある			
1 日			■まじ △	丁	が向し任七街に任み、通阮や家事又抜める が、教師であり、常時の支援は難しい。階上				
の目標 歩いて行く 半年後 近所のスーパーまで一人で行く				/ ± / S		の住民は古紙を出してくれる。			
	- I // - // - /	スーパーま	で一人で行く	(事が					
	想標 出来る								
	∓後 │ ┐-ѭ │ スーパ-	ーで買物でき	きる						
(ハ) E	目標 ハハ								

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	白	立度			介助部分の説明、現状
^	室内歩行	単にで				NI SOUMENT OF BUILDING
A	屋外歩行	少し難		息切れ	こするか	「独歩可。交通機関の利用可
L	外出頻度	単にで				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	単にで				
	食事	○ 少し難	しい	薬の畐	川作用で	で食思の低下ある
	入浴	単にで	きる			
	着脱衣	単にで	きる			
1	掃除	○ 少し難	しい	労作時	寺の息も	切れがある
À	洗濯	○ 少し難	しい	労作時	寺の息も	刃れがある
	買い物	単にで	きる	重い物	刃が持て	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	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	重い剝	f聞なと	ざは運びにくい
	通院	楽にで	きる	校区内	り程度に	は自分で車を運転して一人で受診
	服薬	単にで	きる			
	金銭管理	単にで	きる			
	電話	単にで	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		ダ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		患名 現状		
主 力	な治療・観察	治療中	慢性閉塞性	上肺疾 l	ŧ	気管支拡張薬による対処療法中
	の疾患					
•						
-4	認知	可否等				現状
	思疎通	できる				
€0,)忘れ - ウ ** # * 	無			V ↓L ∨	
	家族構成図		住宅環境			5機能の低下を引き起こしている背景·要因等】
∬ r	71	I	ラ建て 思物はリビング	, m #	個人	
			瞿物はリビング こ干す。	り削	因子	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
			ー⊤g。 さスーパー、た	55.451.1		る様に言われているが、通院や買物に利用し
		_	たろうへい。ん け医までは坂辺			ている。(昼間のみの運転)
		$\neg \mid \neg \mid$		-		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	
		\cup		t	環境	一人暮らし。近隣の方とは挨拶程度の付き合
				因子	い。息子は海外に単身赴任中。嫁は他府県	
の目標 し日々の活動量を増やす			. ,,,,, =		に在住しているが、長女に障がいがあり自宅	
半年後						を離れる事が難しく、緊急時以外の対応は難
	- k 旅行の 目標 旅行の	写真をまとぬ	 5 6			しい
	王後			\dashv		
	+ ^{1後} 写真集 目標	を完成させる	3			
_ √ / E	1 1水					

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

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

<u></u>	○·日立、▲·一部介助、■·奎介助								
	項目		自立度			介助部分の説明、現状			
Α	室内歩行	〇 少	し難しい	手すり	手すりなど何か掴んで歩いている				
AD	屋外歩行	▲ 改	善可能性高い	左半身	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	月に1回、夫と一緒に通院するときのみ				
	排せつ	〇 少	し難しい			尿とりパットを使用。時々失敗することがある			
					呑み込みが少し悪くなっている				
	入浴	〇 少	し難しい	左半身	身に麻り	車があり、長時間の歩行は難しい			
	着脱衣		し難しい	上着σ)着脱	などは夫に一部介助してもらっている			
1	掃除		善可能性高い	長時間	引の立	位が取れなくて夫が掃除を行っている			
A	洗濯	〇 少	し難しい	左半身	身に麻り	車があり洗濯干しはできない			
L	買い物		善可能性低い	1人で	外出で	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	が出来	なくて夫が毎日調理している			
	ごみ出し		善可能性低い	重たい	物が持	寺てないので夫がゴミだしを行っている			
	通院	〇 少	し難しい			たと一緒に通院する			
	服薬	○ 楽	こできる	飲みだ	これが	ないように自分自身で分包している			
	金銭管理		し難しい			テう事はできるが預金の出し入れは夫が行っている			
	電話		こできる		聞こえにくいこともなく会話はできる				
	社会参加		善可能性低い	1	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		患名					
主力	s治療·観察	治療中高血圧				月1回受診、服薬治療中			
	D疾患	観察中 急性硬膜で		下血腫	血腫 26年に発症。現在、経過観察中				
	認知	可否等	等			現状			
	思疎通	できる							
もの)忘れ 	無			7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			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				
	\bigcirc		浴室内は手す		因子				
			置している。廊			が、左半身に多少の麻痺が残っている。左半			
			イレには夫の介			身に少し麻痺があるために入院前のように元			
			険で手すりを取	り付け		気に動くことはできない。			
(\supset	\bigcirc \Box	ている	- 1					
				İ	環境	夫との二人暮らし。自宅周辺は昔ながらの住			
1日 自分自身でできる家事、食器を選			を運ん	因子					
の目標 だり洗濯などを行う。						近所付き合いも無くなってきている。			
			<u> °</u> 、れや植木の水	わりた					
	⊤隊 毋□、/ 目標 行う	メニップブノ	くする (- 100/100/7)へ	. (*5)2					
	1	くの小馬	まで歩いて行け	・ストラ					
		マンム区	は ころい (1][)	3007					
の目標 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

Η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

		י. ם , עם תיוו ב'ב				A DI +D // A =¥ DD TB.II/			
	項目		立度	介助部分の説明、現状					
A	室内歩行	○ 少し難	柱など何か物を掴んで伝い歩きをしている						
P	屋外歩行		『能性高い			てされるが、休憩することが多くなっている			
_						呈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		特に問題	夏はな	いが、便座の立ち座りが辛くなっている			
	食事	楽にで							
	入浴	○ 少し難	にい	浴槽の出	日入り	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			
1	掃除	▲ 改善可]能性高い			Qると腰に痛みが出るので掃除機がけはできない			
A	洗濯	○ 少し難	にい	ゆっくりて	ぎあるを	が洗濯を行っている			
	買い物	▲ 改善可	丁能性高い	宅配を利	川用し	たり、夫の送迎で買物に行く			
	調理	○ 少し難	こしい	長時間の	り立ち	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	かを持	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	にい	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	にい	服薬忘れ	このな	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	近所の力	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	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	現名 現状					
<u> </u>		治療中 脊柱管狭窄		 窄症		1ルセットを着用しないと痛みが出る			
	お治療・観察	治療中 末梢循環障		章害	原	原因不明の手足の痺れがあり検査中			
中中	D疾患								
	認知	可否等				現状			
意思	思疎通	できる							
ŧσ)忘れ	無年相応の物		物忘れはあ	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・				
		昔な	ながらの日本	家屋	固人	末梢循環障害(検査中)による手足の痺れや			
1 ($\bigcirc \top \Box$	で属	虱通しは良い。	, [因子	脊柱管狭窄症による腰・膝の痛みが強くなっ			
		上力	がり框などの	段差		ている。以前は家事などが行えていたが痛み			
			5り、廊下なと			が強くなって動けなくなっている。昼間は独居			
	\circ	└)は設置され	てい		になり自分自身で行えることが少なくなってい			
		ユ はい	١			て、家の中で過ごすことが多くなっている。			
				I	 環境	■ ■ 山の中腹に自宅があり、自宅周辺の道路は			
1 [1				^{录况} 因子	道幅も狭く急な坂があり、外出することが少な			
	1日				<u>니</u>	「となっている。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			
	- 1	くの公民館	まで歩けるよう	うにす		に公共交通機関もなくてバイクや自動車がな			
	想標 る					いと買物や通院をすることが出来ない。			
	∓後 │ 元気に	痛みかく歩け	トるようにした	(.)		▼ こ矢形(地別と)のここが田木の▼。			
の目	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

Μ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

Ο.	○・自立、▲・一部介助、■・宝介助									
	項目			自立	」 注度			介助部分の説明、現状		
Α	室内	步行	〇少	と難	しい	杖歩1	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			
A	屋外	步行	〇 少	と難	しい	步行	歩行器利用。就業時は会社の車を利用し通勤している			
L	┗ 外出頻度 ▲ 改善可能性高い 』			週に	2 日花	夜勤。昼間カラオケに出かける				
	排せつ)	〇 溴	ミにで	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		〇 溴	にで	きる					
	入浴		〇 少	心難	しい	ユニッ	小バス	ス、滑り止めマット、バスグリップ使用		
	着脱	衣	〇 溴	にで	きる	椅子I	こ腰カ	かけ、ゆっくり行う		
1	掃除		▲ 改	善可	『能性高い	円背。	両膝	漆、左かかとに痛み有。踏ん張れない		
À	洗濯		〇 少	し難	しい	室内	FUU	している		
	買い物	勿	〇 溴	にで	きる	近隣	こスー	ーパーがある。仕事帰りにも買物が出来る		
_	調理		▲ 改	香可	『能性低い	調理(の意名	欲なく、立位保持の工夫も無い		
	ごみ出	出し	〇少	と難	しい	步行	器を禾	利用し可能		
	通院		〇 溴	にで	きる	步行	器を禾	利用し可能		
	服薬		〇 溴	にで	きる	服薬征	後、メ	^メ モし管理している		
	金銭管	管理	〇 溴	にで	きる					
	電話		〇 溴	○ 楽にできる						
	社会参加 〇 楽にできる									
	疾患		経過	图	疾恩	息名	現状 現状			
<u>+</u>	な治療・	. 细皮	治療「		両変形性服	変形性膝関節症 消		消炎鎮痛処理		
	ょっぽう の疾患	既宗	治療中高血圧症				服薬にて管理			
11.0	77人心									
	認知		可否					現状		
	思疎通		できる)	理解力、判	断力有	1			
もの	<u>)忘れ</u>		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】		
					告街に近い ************************************		個。			
					皆建て集合信		因一			
	\bigcirc_{7}				ぱ(ワンルーム			掃除ができない。右、若い頃に失明。夜勤の		
)		ノ・バスユニッ ************************************			仕事をしている。判断力、理解力もあり会話も		
	\perp	Щ			バり框(ベストァ ·゛ヽ	下ンン		たくみ。人づきあいがよく毎日のようにカラオケ		
	\bigcirc	Ш		ヨンハ	,	- = -		や居酒屋に行く。喫煙・飲酒を好む(以前は		
				ぶ)	バ横(たった	っめつ	T==+	飲みすぎて転倒)外食が多い。		
1 -	<u>. </u>	ᄔᄱᄜ	+ 41 [中の田リナ#	- 1E -+-	環境 因			
	1日 歩行器を利用し、家の周りを散歩す			少す		実妹は他府県在住で、たまの電話連絡の				
	の目標る					み。訪問はない。商店街が近く、買物や食事				
	年後	室内で	も転倒し	んない	ように歩行っ	する		に便利。行きつけの喫茶店に2・3日行かない		
	はほ		- , , , ,					と店のママから安否確認の電話がある。後任		
		栄養に	偏りの	ないノ	バランスの良	い食		者が無いために経営者から依頼されて夜警		
の E	目標 ;	事をする	3					を続けている。		
<u> </u>								C 42017 C C C C C		

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

O:	○:目立、▲:一部介助、■:全介助							
	項目	E	自立度			介助部分の説明、現状		
Α	室内歩行	0 少し	難しい	すり足	と歩行にて	て、手すりや家具に掴まり移動		
A	屋外歩行	▲ 改善	善可能性高い だんしょう かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かい	膝折	れがあり、	立ち止まり動けない事も多い		
L	外出頻度	▲ 改善	等可能性高い	デイク	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	等可能性高い	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	等可能性高い	手の娘	厚れと震え	があり、背中や頭部・足先がきちんと洗えていない		
	着脱衣	0 少し	難しい	椅子I	こ座り、は	つつくり行う		
1	掃除	▲ 改善	等可能性高い だんしょう かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かい	手の狙	車れと震	えがあるが、出来る範囲で行う		
À	洗濯	0 少し	難しい	時間が	がかかる	が出来ている		
	買い物	▲ 改善	等可能性高い	ヘル/	ペー同行	で行く		
_	調理	▲ 改善	等可能性高い	体調に	よりヘルル	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	0 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	等可能性高い	体力值	低下や眩	量、ふらつきある時はタクシーにて通院する		
	服薬	▲ 改善	等可能性高い	毎週、	看護師が	iウォ-ルポ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	0 少し	難しい	携帯	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	〇 少し	難しい	デイク	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		
			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		
主な	3治療·観察				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			
中の	D疾患		HTLV-1	_	経過観察中			
			糖尿病	ダイ	エット指え	示があるが、服薬副作用で食欲増		
	認知	可否等			現状			
	思疎通	できる						
ŧσ	忘れ	有			夜逆転、思い違いが時々見られる			
	家族構成図		住宅環境			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		個人	筋力低下が著しいので、医師の指示でデイサービ		
	\bigcirc		が、1 階に転居		因子	スからリハビリの出来るデイケアに変更したことで、		
			手すり(浴室・ト			│ 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 │		
			玄関)設置済。			習慣がなかったことにより、弁当を取るが好き嫌い		
	\triangle	-	は以前から施設 めめられている。本			が多く長続きせず、栄養バランスが取り難い。薬の		
	\circ		30001000000000000000000000000000000000			副作用で食欲がましてしまいコントロールが難しい。医		
			川用して暮らしたい			師から体重を落とすように指示が出ているが食欲		
		強	強い。			にもムラがある。移動時転倒に注意が必要。昼夜		
					-m	逆転になりやすい。		
	_				環境	長年、音信不通であった長女の居場所が分		
1 E	-3-1731	定時に起	きて規則正し	〈生活	因子	かるも、その後も交流はない。次女は他市在		
の目	目標 する					住であるが、病気がちで精神的にも不安定でした。		
	手後 白宝で	# 50 1	10 分運動する			あり、日常の支援はできない。本人にも、迷惑 たいはもくない思いだちる。電話での思想答		
の目	目標 │ 日七℃	ひ、ザロー	ⅳ∪児建割りつ			をかけたくない思いがある。電話での相談等		
1 4	手後 手指の	痺れを改	善し、病状を約	持管		はしている。必要時には訪問してくれる。 		
の目	目標 │ 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

Υ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		
^	室内歩行	〇少	・し難しい	柱など	 ご支えにし				
A	屋外歩行	〇少	し難しい	ゆっく	り杖歩行				
L	外出頻度	〇少	し難しい	通院	や週 1 の	スー	パーへの買物程度		
	排せつ	〇楽	にできる						
	食事	〇少	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	〇少	し難しい	転倒夠	数回してお	らり一	人で入るには不安がある		
	着脱衣	〇少	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		
1	掃除	〇少	し難しい	腰痛和	があり屈む	`姿勢	か難しくふらつく		
À	洗濯	〇 楽	にできる						
L	買い物	〇楽	にできる	生協写	宅配利用				
	調理	〇楽	にできる						
	ごみ出し	▲ 改	(善可能性高い	2 階だ	いらゴミの :	集積	場に運ぶのが難しいのでヘルパーが行う		
	通院	〇楽	にできる						
	服薬	〇楽	にできる						
	金銭管理	〇楽	にできる						
	電話	〇楽	にできる						
	社会参加	〇楽	にできる	近隣位	近隣住民とは疎遠。週2回デイ利用				
	疾患	経過			疾患名				
<u></u>	な治療・観察	治療中関節リウマチ、				症	かかりつけ医に月 1 受診し服薬治療中		
	の疾患	観察中	中 第11 胸村	性圧迫 貿	計				
1 4					TO US				
	認知	可否			現状 現状				
	思疎通	できる							
もの)忘れ // Hi // -	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	偕	個人		がリウマチや脊柱管狭窄症等、痛みによっ		
(\bigcirc		独居のはなれる		因子		「動が制限されている。 【空声式 2 1 の えばれ 充て サット・		
			浴槽のレンタル体	•			インマック マップ インス インス インス インス インス インス インス		
			節約のために			話る	わる。		
(止めておられた コンロ使用	」ヒツト					
`			コノロ民用						
					環境	デイ	サービスで入浴するようになってから節約		
1 ⊨	1日 +- /5/11 - 4- /			因子	のた	めに浴槽レンタル、ガスの供給を休止中			
の目	の目標 転倒しないで暮らす 半年後 1日1回の散歩を心がける事で体力						こでは入浴されていない。 団地の階段が		
半年				で体力			て昇降ができなくゴミ捨てもできない。		
	∃標 を維持		, •				な は は は は は は は は は は は は は は は は は は は		
1 4	手後 趣味の	編み物	を継続すること	が出来		長女	ての定期的な関わりあり。		
	目標 る	1710 - 7 175							
	- /× U								

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・9	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

	-E-D		5 				
	項目	_	自立度			介助部分の説明、現状	
A	室内歩行		できる				
A D L	屋外歩行		難しい			が疲労を避けるために主に自転車を利用	
_	外出頻度		難しい	通院	や週 2 回程	星度のスーパーへの買物程度	
	排せつ		できる				
	食事	-	できる				
	入浴		できる				
	着脱衣	単に	できる				
_	掃除	▲ 改善	等可能性低い	膝に掘	氰いがあるႯ	事と家事に不慣れなため困難	
À	洗濯	楽に	できる				
	買い物	0 少し	難しい	自転車	車を利用す	れば出来る	
_	調理	0 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	0 少し	難しい	デイク	ア週2回:	利用 他者と話すことが億劫	
	疾患	経過		疾患名			
		観察中	咽頭がん術	所後	後 再発がないか定期的は検査を受ける		
	な治療・観察	観察中	脳動脈瘤				
中の	D疾患	治療中 変形性膝関		関節症·	·高血圧症	月 1 回受診し、内服治療中	
	認知	可否等					
意思	 思疎通	できる					
	<u></u>)忘れ	無					
	家族構成図		住宅環境		【牛活機	能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
	<u> </u>		<u> </u>			語で妻を亡くされた事のショックが大きく落ち込み	
] 		エレベーターな	:し)	因子 7	が続く。脳動脈瘤による意識消失があり、いつ倒れ	
	<u> </u>	=	手すりの設置は	なし		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	
L						を利用する事で不安がありながらも前向きになって	
	I					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	
						受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。	
			•		近隣住民とは元々付き合いがなく、ここ数年友		
1 F	└ 1 日 1 階の集合ポストに郵便物を取りに行		いに行	11. 20	人とも連絡はとっていない。デイケアに週 2 回通		
の目標(く			う事で運動機能を維持したり社会的交流の場が				
	半年後		1	可とか保てている。掃除のみで生活援助を週 1			
+ 1 の E	こう	を歩く事を	F再開する			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	
		れた自宅	で病に伏せる	事なく		が週末電話があったり月 1 回会う事ができてい	
の目	目標 │過ごす					5.	

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

Υ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

	○・目立、▲・一部介助、■・全介助							
	項目	自立	上度			介助	か部分の説明、現状	
A	室内歩行	○ 少し難しい 伝(伝い歩き			
ΙĎ	D 屋外歩行 ○ 少し難しい ゎ			杖歩彳	うもしくは	步行器和	利用、緩慢でありふらつき見られる	
L	外出頻度	▲ 改善可]能性高い	週2回]デイケア和	可用、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(カみPM	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	摂取重	が作は自立	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	衣類点	が背中に	引っ掛か	り上着の着脱のみ夫が一部介助	
1	掃除	■ 改善可	『能性低い	歩行不	安定、腰	痛及び膝症 かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん しゅうしゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう	痛あり前屈姿勢保持困難、夫が行っている	
À	洗濯	■ 改善可	『能性低い	両手を	を離しての)作業は	転倒のリスクが高い、夫が行っている	
D	買い物	▲ 改善可	『能性高い	荷物は	は持てなり	ハが、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	なび膝痛を	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	夫が彳	うっている	5		
	通院	▲ 改善可	『能性低い	一人で	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	眠剤な	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	しんどさを愿	Š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	
\	よ治療·観察	治療中 脊柱管狭窄		窄症·変	形性膝	関節症	1回/8週、内服治療中(整形外科)	
	みロ原・観祭 D疾患	治療中	ŧ			1回/月、内服治療中		
40	が決忠	治療中				1回/8週、内服治療中(循環器)		
	認知	可否等			現状			
意思	思疎通	できる	理解力問題	題なし。	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			
ŧσ)忘れ	有						
	家族構成図		住宅環境		【生活	機能の個	低下を引き起こしている背景・要因等】	
		一声	□建て(2 階	建て)	個人	元々よく話される明るい方、60 代で脳梗塞を勢		
110	\bigcirc	にき	そとの二人暮	らし。	因子		等後遺症はなかったが、精神的に不安定と	
	<u> </u>	寝3	室は 2 階(本	人希			科を受診。倦怠感、意欲低下が見られ自	
			であるが勾置		记がき		にもりがち。 膝痛あり活動量が減少、筋力体力低下が一	
	<u>,</u>	→ 11	(手すりあり))。			後要以上に動かない。	
			に公園あり。				出に誘うも「疲れる、しんどい、めんどくさい」	
			争な住宅街				里由で拒否。外出機会が少なく社会交流の	
			官前の交通量	量はさ			られている。	
			ぎ多くない。		環境		安定(イライラ・興奮)に対してグラマリールが	
	1日 身の回りのことや朝・夕の階段昇降、 の目標 ている時間を増やす等ご自身でできる			因子		れている。 眠気、倦怠感、呂律が回りにくい		
の目			きること		などみら く方向。	れ、服用回数を変更。少しずつ減らしてい		
<u>и</u> Я	を続ける		v+₁ '	1-> 5			が歩いて行ける距離にスーパー等なく夫の	
			·緒にホーム·	センタ		車で移動		
	標 一に行			44		長男、長	 長女ともに就労あり、他県に在住。 時折行き	
			持ち、近隣を	散步		来がある	る。各家庭あり、日常的な支援は難しい。	
のE	目標 │ すること	ができる						

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

Κ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	É	立度			介助部分の説明、現状		
^	室内歩行				つまづき・ふらつきあり、伝い歩き			
		 可能性低い		全盲のため、歩行一部介助必要				
L	712 113 12 12				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	〇 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	〇 少し	難しい	全盲(のため、オ	文服表裏間違えて着る事があり夫の見守り必要		
1	掃除	〇 少し	難しい	隅々る	まで出来	ていないが自力にて行っている		
Á	洗濯	楽に	できる					
A D L	買い物	■ 改善	可能性低い	夫が行	テっている	3		
	調理	0 少し	難しい	電子に	ンシ゛・ホット	プレートを活用 ガ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	一つている	3		
	通院	▲ 改善	可能性低い	家族の	か歩行ー	部介助必要		
	服薬	○ 楽に	できる	服薬な	なし			
	金銭管理	■ 改善	可能性低い	夫が行	すっている	るが、収支の把握はできている		
	電話	〇 少し) 少し難しい			し、音声にて対応		
	社会参加	▲ 改善	可能性高い	他者の	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	疫	患名				
+	な治療・観察	観察中 先天性弱初				定期通院なし 3 年程前から全盲		
)疾患)疾患	観察中 左変形性胎		殳関節 组	走	半年に1回通院		
					TOTAL			
	認知	可否等				現状 現状		
	思疎通	できる						
もの	忘れ	無	\ \ \		【生活機能の低また引もわり ブルスお見 亜田笠】			
	家族構成図		住宅環境			機能の低下を引き起こしている背景・要因等】		
			レベーターなし	-	個人	左変形性股関節症のため H25 年人工関節		
		l -	地 2 階 電にまませれ	,	因子	置換術施行。左足 2~3 cm短く、歩行バラン		
l		浴	室に手すりあり	^{')}		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 		
L	1日の目標身体を動かし、筋力・体力をつける半年後パソコンを活用して、外出の機会を			環境	夫、次男との3人暮らし。			
1 E			+ z	因子	同居家族就労のため昼間独居			
の目			/ ବ		通院等外出は娘が対応するが頻度は少な			
半年			会を増		い。友人が遊びに来たり、連絡を取り合ってい			
の目		、生活の幅	を広げることが	ができ		るが、近所付き合いは特にない。自力での階		
	る					段上り下りに不安がある。		
1 호		機会が増	え、生活に楽し	しみが				
の目	目標 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

<u></u>	○・自立、▲・一部介助、■・全介助							
	項目		立度			介助部分の説明、現状		
		○ 少し難		ふらつきあ	きあり			
D	屋外歩行	▲ 改善弓	丁能性高い	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		丁能性低い	通院とデイ	通院とデイサービス以外の外出はしていない			
	排せつ	楽にて						
	食事		丁能性高い	軟飯、すり	つぶ	しを行うなど工夫している		
	入浴	▲ 改善弓	丁能性高い	月2回の -	デイ⁺	サービスでの入浴		
	着脱衣	単にて				ママのまま1日過ごす事が多い		
1	掃除	▲ 改善す	丁能性高い	長男やヘル	レパ-	ーによる支援		
A	洗濯		丁能性高い	長男が行い	ハ、ス	k人が干す		
L	買い物		丁能性低い	ヘルパーた				
	調理		丁能性低い			で行う。ヘルパーによる調理		
	ごみ出し		丁能性低い			爰。本人同行の時もある		
	通院		丁能性低い			長女や長男の同行が必要		
	服薬	○ 少し難		長男による		•		
	金銭管理	○ 少し難				長男が引き出す		
	電話	単にて			長男が必要な連絡先を壁に貼り出し			
	社会参加		丁能性高い	l	デイサービスに月 2~3 回通所			
	疾患	経過	糖尿病	患名 現状				
<u></u>	お治療・観察	治療中			服薬管理。2~3 か月に 1 回の通院			
)疾患)疾患	観察中			点眼薬にて経過観察			
1 0								
	認知	可否等				現状		
	思疎通	できる						
ŧσ	<u>忘れ</u>	無	1			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			機能の低下を引き起こしている背景・要因等】		
			/ベーターのa			依存心が強い。糖尿病。熱中症による体調		
(\bigcirc	合(主宅	因·	子	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。		
		\neg				自宅に閉じこもることによる筋力低下		
	\vdash							
				環:	堷	独居。		
1 F	1日 /		因.		市内に長男が在住しているが就労のため週 1			
	1				~2回程度訪問し、支援を行っている。			
		早り合べこ	れる食材を増	もかま もかま		次女は隣県在住で就労しているが、通院の		
ー ー の E			れる良材を増 負やす。②次3			付き添い等で 1~2 か月に 1 回訪問してい		
0)			まです。②次: 帚りに買物に:			5.		
	月 月 月 月 月 月 月 月 月 月		市ツー貝 彻に	11/事				
1 4			外出する事だ	ができ				
	+後 の旅ぐ]標 る	ひこ 消し、	∕҆ӷ҆҆҇҆҇҆Ӥ҅҅҅ӯѺ҈҈ӬѦ					
UJE	11示 心							

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

Μ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

<u></u>	目立、▲.一言	叩儿叻、■・	土川切					
	項目	自立	立度			介助部分の説明、現状		
Α	室内歩行	○ 少し難	にい	狭い3	空間なの	で、どこかにつかまって歩いている		
A	屋外歩行	○ 少し難	にい	杖利	用や娘と	の外出が多い		
L	外出頻度	○ 少し難	にい	近所	こ娘が住	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	にい	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	骨折征	後の手が	挙がらなかったりすることがあるが自立		
	掃除				ご自身で	で行っている		
Á	洗濯	翟 ○ 少し難しい						
D	買い物	▲ 改善可	J能性低い	荷物を	を持って歩	ら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	にい	昼食に	簡単なもの	か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	J能性高い	娘のま	支援が必	要		
	通院	■ 改善可	J能性低い	娘同位	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	にい	飲みる	忘れ等の	確認のため娘の見守りが必要		
	金銭管理	○ 少し難	にい	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	的に不安	定な傾向		
	疾患	経過	疾	患名		現状		
\	よ治療・観察	治療中	パーキンソ	ン症候	群	内服にて経過観察中		
	カロ原・既祭 D疾患	観察中	脳動脈瘤征	析後		術後後遺症による高次脳機能障害あり		
中中	7 大忠	治療中	糖尿病、高	血圧				
	認知	可否等				現状		
意思	思疎通	できる	話のまとま	らなさに	なさはあるが、自分の意思は他人に伝えることはできる			
ŧσ)忘れ	無			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	合住宅 2 階		個人	左上腕近位端骨折後、歩行状態も悪いことが発		
		2 年	F後に建物を	朽化	因子	覚。その後脳動脈瘤が発見され手術となる。術後		
		ー の#	とめ立ち退き	の予		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		
		定が	がある。			イ女が非常に入さく、医者の品や概念的な理解が できないので、落ち込んだりパニックになることが多		
		L				い。新たにパーキンソンシンドロームの診断もつき、筋力		
	\cup	ノー				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。		
					環境	長年苦労した夫と別れ独居となっている。		
1 E	1				因子	集合住宅の2階に住んでおり、階段の昇降が		
	· 目標 1 日 1	回外にでる				難しくなっているが、引っ越しも難しい。娘によ		
		 <u></u>	の油はお客	針(ハ		る日常生活の支援がある。		
	, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	せす、目分)を行う	の決めた運	割(公				
		リを行う						
	∓後 遠出が	できる体力を	を持ちたい					
のド	目標 塩田が							

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

		白	 立度			介助部分の説明、現状
•	室内歩行	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		伝いさ	卡きにて	ゆつくり歩行可能
A	屋外歩行		: <u>CV:</u> 可能性高い			用と杖歩行にて歩行可能
Ĺ	外出頻度		可能性高い			はいが近隣の実家へは毎日通えている。またタクシー利用
	711-7712-				1回定期	
	排せつ	○ 少し難	しい			た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 これも
	食事	少し難	111		り自己にて	ま理動は残存しているが、自分でできている
	入浴	○ 少し難				はは動・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				活脱している
	掃除	○ 少し難				いるが、浴槽内の掃除は母親が支援
ÅD	洗濯		丁能性高い			込みはバランスを崩してしまうため母親が支援
P	買い物		丁能性高い			パーがないため、両親と車で行っている
_	調理					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	目分で行くことができている
	通院	▲ 改善□	丁能性高い	タクシ	一利用	にて可能
	服薬	単にで	きる	自己包	管理	
	金銭管理	単にで	きる	預貯金	金の出し	入れは母親が代行。管理は自己管理
	電話	単にで	きる			
	社会参加	▲ 改善司	丁能性高い	仕事作	中間との	分付き合いは続けている
	疾患	経過	疾	患名		現状
<u></u>	な治療・観察	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
	の疾患	治療中	高血圧·慢		全	かかりつけ医に月1回受診し、服薬治療中
		観察中	末破裂脳重	助脈瘤		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
	思疎通	できる				
もの	忘れ	有	八十四十		V / S	
	家族構成図		住宅環境			5機能の低下を引き起こしている背景·要因等】
			合住宅にて独		個人	
			ド室手すり設 ✓ 腰 掛 便 座		因子	にあるが、左半身麻痺が残っており歩行不安 定である。
		(済)		押 八		足である。
$ \bigcirc$						
Г						
	\cap			•		
\vdash	, <u> </u>				環境	近隣にスーパーがなく、行くまでの道も坂道の
1 E	, , , , , , ,		ヽビリ・ストレッ	ノチ体	因子	ため現状歩いて行くことが難しい。両親が近
	目標 操をする	る				隣におり必要時の支援は協力的
	手後 1 日 1	同外に出て	身体を動かっ	 -		
	1 惊	шинсц С	〜 Lt. C 到1/1, 2	,		
		を安定して	歩けるように	なりた		
の目	目標 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

Η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

		ירמ ולינו <u>.</u>				
	項目		立度		,	介助部分の説明、現状
A D	室内歩行	○ 少し業				う(手すり設置予定)
D	屋外歩行	○ 少し業				し休憩を入れながら歩行
_	外出頻度	○ 少し業				周2回通院 電車・タクシーを利用
	排せつ	○ 少し業		手すり	」設置 的	と関節に注意しながらゆっくり洋式トイレを使用
	食事	単にで				
	入浴	○ 少し業				手すりなし(改修工事予定)
	着脱衣	○ 少し業				(ことが難しい
1	掃除		可能性高い			取ること、下の方の物を扱うことが困難
A	洗濯	○ 少し業	崖しい			-ツなど)が困難
L	買い物	○ 少し業	崖しい	重い物	かが持てな	ない
	調理	楽にて	ごきる			
	ごみ出し	○ 少し業	性しい	EV なl	しの 5 階に	こ居住で1階のゴミステーションに持っていくことが困難
	通院	○ 少し業	崖しい	1人で	で徒歩と記	電車を使用 帰りはタクシーを使用
	服薬	単にで	できる			
	金銭管理	楽にて	ごきる			
	電話	楽にて	ごきる			
	社会参加	○ 少し業	崖しい	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		患名		現状
} +	お治療・観察	治療中	右大腿骨頸	頸部骨	折	週2回リハビリ中 月1回整形外科受診
	みの原・観祭 の疾患					
Τ,	75天芯					
	認知	可否等				現状
	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】
		エリ	ノベーターが <i>た</i>	ない 5	個人	60 歳まで仕事をしていた。活動的な方で、以前は
			建ての 5 階に	二一人	因子	エアロビクスや水泳をしていた。自宅階段で転倒し
			らし。			大腿骨頸部骨折で手術してから活動できていな
((0)		関、上がり框、			い。書道や水彩画をしており書道はカルチャ-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
			こ手すり設置			て教えるほどの説前で中に数固展が云に山展じ員 をとることがある。受傷により文化的な活動ができ
			式トイレに置き			ていない。正座ができないため書道に対して精神
			り設置。ベッド(室全面改修予)			的に集中できない。
			土工叫以炒了	Λ <u>.</u>	環境	夫と離別し一人暮らしが長い。
1 E		<u> </u>		% п.±	因子	子どもがなく姉妹も遠方である。
の目	ョ標 │毎日、月	目宅でのスト	シレッチに取り	組む		5 階までの階段がリスク
半生	手後					建物が古く段差がある。
	- № 楽しんで 目標 楽しんで	で書道を行	うことができる			
	手後 4447					
	+仮 杖なして 目標	で駅まで歩く	ことができる			
∪) E	コ 1示					

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

Υ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

		11-31-331		主 기 <i>功</i>			人比如八个影吧 担心		
	項目	O 15		<u>上度</u>			介助部分の説明、現状		
A	室内歩行	〇 淳			nstr ntz.	#1.TH#4	りの無さからどこまで歩けるか不明。 200m 程度が限界か		
	屋外歩行			『能性低い					
_	外出頻度			『能性低い	外出	は嫌いで	家に居るのが好き		
	排せつ	〇							
	食事	〇 第			NI 4				
	入浴		ル難		洗月	動作で思	切れあり、湯には浸かるが長く洗っていない		
	着脱衣		にで		<u> </u>	» A = /=:			
ļ	掃除			『能性低い		全て行い	自分でしたことがない。やる気もない		
A	洗濯			『能性低い	//	. =, ,			
Ľ	買い物			『能性低い			ことがない。荷物を持ち歩く事は困難		
	調理			『能性低い			自分でしたことがない。 やる気もない		
	ごみ出し			『能性低い			歩くことは困難		
	通院	▲ 라	善可	『能性低い	8月	から訪問語	診療が開始になる予定		
	服薬	O 4	>し難	しい	飲み	⊁忘れはお	きそうである		
	金銭管理		善可	「能性高い	自分	うでしたこと	がない		
	電話	〇 導	とにで	きる					
	社会参加			『能性低い	地域	丈との交流(は全くない。好まない		
	疾患	経ì	邑	疾患名			現状		
<u></u>	な治療・観察	観察		肺気腫			らの症状で通院中		
	の疾患	観察	<u> </u>	脳梗塞		脳内科の治療を受け、退院したばかり			
"									
	認知	可否					現状		
	思疎通	できる)				家族からのアドバイス等はきかない		
ŧσ)忘れ	無		ごく軽度の	もの忘				
	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】		
			一声	⋾建て		個人	肺気腫により軽労作で息切れがあり呼吸困難		
						因子	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		
	\perp						法の指導は受けているが、身につかず。頑固		
	\circ						なご気性で無口		
						環境	│ │長年連れ添った妻が月単位の余命宣告され		
1 E		おきの	<u></u> 上	 から座ってi	<u></u> ヨごさ		ている。表情には出さないが動揺されているこ		
	- ' .~			るようにする		,, ,	とが予測できる。娘さん方もご本人の気性が		
	手後	77 5 27	, , , ,	シタンニッ の			あり進んで生活上の説得はされず、会話も少		
	干後 目標 日に 1	度は近	所を	散歩する生活	舌		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		
			、徒步	で受診でき	るよう		も交流なし。		
のE	目標 になって	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		白弋	 Z度				介助部分の説明、現状
^	室内歩行	0 1	<u>ロー</u> 少し難		伝いさ	<u></u> たき		M PO TO COMPOSIT SOUND
A	屋外歩行		少し難				一八洪	に限られる
Ĺ	外出頻度		ァン <u>森</u> 少し難					やコンビニへの買物程度
	排せつ		シレ <u>スに</u> 終にで		X11947	NA POLO VICE	20	(コンピー (の)質 物性及
	食事		^{入にて} 終にで					
	入浴		^{入にて} 終にで					
	<u> </u>		ァート シレ難		祖 力階	き宝あり ほ	5折	 服を裏表で着用のため手伝ってもらうことがある
	掃除			<u></u>				のため困難、同居の家族が行っている
ΙL	洗濯			「能性低い 「能性低い	ין ביל שכן	キロい政	'用 ^v	がにの四葉、同店の多派が「」りている
A D L	 買い物			「能性低い 「能性低い		妻が行う。自	9 単	
L	貝()10		以 古 1.		っている			Stripping and St
	調理		收善可	『能性低い	同居の	の家族が	行っ	っている
	ごみ出し		收善可	『能性低い	//			
	通院	A	收善可	「能性低い	近隣へき添いる		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
	服薬	0 4	少し難	LU		<u>:</u> は自己管:	理。	
	金銭管理		グレスE 少し難					 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			<u></u> 「能性高い	難聴る	50困難.	本	人は電話に出ない。補聴器申請中
	社会参加			能性高い				回近隣カラオケに参加していたが、外出が困難となって
	III D M			11101111014	きて参え	加頻度は減	少し	ている
	疾患	経	過		疾患名			現状
<u></u>	お治療・観察	治療	中	糖尿病				月1回通院、内服治療中
)疾患	治療	中	糖尿病性網	網膜剥離	雛·緑内障	章	1回/2か月 通院点眼治療中
- 1 - 0	//C/EX	観察		心筋梗塞				1回/月 通院内服治療中
	認知	可召	等					現状
	思疎通	できる	5	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	なじ	ことが増えてきた
	家族構成図			住宅環境		【生活	機쉵	じの低下を引き起こしている背景・要因等】
				戸建		個人	視	力の障害や脚力の低下、膝・腰・肩などの
				関部分に 2~	~3 段	因子	痛	み、ふらつきもあり外出が怖いと感じている
				きあり。	576 M			、近隣程度は外出ができている。
		7		ハ浴室は住♀ すり設置済	E改修		難	聴あり。
ШГ				9 り設直済 Eは2階にあり	手す			
	_			設置されてお				
				はゆっくりとと		環境	E	男家族との同居で生活全般に支援があ
			いる	0		因子	る。	
1 E		ᆹᇴᇰ	<u></u> -	- H7/140+\				。 隣コンビニ店員が手引きしてくれて、店内でし
の目	∄標 ┃ 日モビ	山木句		こ取り組む				買物や ATM での金銭の出し入れを手伝っ
半年	F後 週 1~	2 回は	通院	 や買い物を兼	乗ねて しょうしょう			くれている。
の目	,— ·				, . ,			隣に趣味のカラオケを楽しめる場所があり、
1 4	F径							折参加が出来ている。
のE	コース	旅行に	出かり	ナることができ	きる		۱۰۰	21 2 25 E 21 E 21 E 21 E 21 E 21 E 21 E
_ ~ / L	- I/I							

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

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

	- -				
	項目	O 144	自立度	-UD - L	介助部分の説明、現状
A	室内歩行		こできる	すり足で小	刻み歩行
P	屋外歩行		し難しい	杖歩行	A = 1
_	外出頻度		し難しい		-ビ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		善可能性低い		げ下げは妻が介助している 排尿は尿瓶を使用
	食事		し難しい	水分はストロ	コーを使用しないとむせる 手の震えがみられる
	入浴		こできる		
	着脱衣	▲ 改	善可能性低い		げ下げは妻が介助している
1	掃除	■ 改	善可能性低い	家事は妻か	全般的に行う
A	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	家事は妻か	全般的に行う
	ごみ出し	■ 改	善可能性低い	//	
	通院	〇 楽	こできる	タクシーを利	间用
	服薬	〇 楽(こできる		
	金銭管理	〇 楽	こできる		
	電話		こできる		
	社会参加		こできる		
	疾患	経過		患名	現状
		観察中			
	な治療・観察	治療中			かかりつけ医に1回/月度受診し、服薬治療中
中位	の疾患				
中位	の疾患 認知	可否等	等		現状
	認知	可否等できる	等		現状
意思	1	可否等できる無	等		現状
意思	認知思疎通	できる 無	等 住宅環境	[生	現状 現状 活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】
意思	認知 思疎通)忘れ	できる 無			:活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】
意思	認知 思疎通)忘れ 家族構成図	できる 無	住宅環境	きバリ 個ノ	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 パーキンソン症候群による手の震え、小刻み
意思	認知 思疎通)忘れ	できる無	住宅環境エレベーター付	きバリ 個ノ	活機能の低下を引き起こしている背景·要因等】 、 パーキンソン症候群による手の震え、小刻み
意思	認知 思疎通)忘れ 家族構成図	できる無	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ	きバリ 個ノ	活機能の低下を引き起こしている背景·要因等】 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
意思	認知 思疎通)忘れ 家族構成図	できる無	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ	きバリ 個ノ	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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
意思	認知 思疎通)忘れ 家族構成図	できる無	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ	きバリ 個ノ	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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
意思	認知 思疎通)忘れ 家族構成図	できる無	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ	きバリ 個ノ ンの 5 因-	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。
意見もの	思疎通の忘れを放構成図	無	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ 階	きバリ 個ノ ンの 5 因- 環境	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 、 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。
意思 もの	認知 思疎通)忘れ 家族構成図	できる無	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ 階	きバリ 個ノ ンの 5 因- 環境	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 ハ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。 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
意思 もの	認知 思疎通)忘れ 家族構成図	無	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ 階	きバリ 個ノ ンの 5 因- 環境	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。
意見 もの 1 E	思疎通の忘れ家族構成図	できる 無 ジオ体持 本力をつ	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ 階	きバリ 個 ンの 5 因 - 環境	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。 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
意原 もの 1 E の E	認知 思疎通)忘れ 家族構成図	できる 無 ジオ体持 本力をつ	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ 階 な続けて妻と聞けたい 以外は最低 2,50	きバリ 個 ンの 5 因 - 環境	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。
意見 もの 1 E の目 半4	認知 思疎通 D忘れ 家族構成図 日 毎朝ラライ 日標 天候の 日標 は歩くよ	できる 無 ジオ 本力を も 本力 を つ にする	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ 階 な続けて妻と聞けたい 以外は最低 2,50	きバリ 個 ンの 5 因 環境 関物に 因 3 日	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。 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
意系 もの。 1 E の E	認知 思疎通 Disc	ジ本来がある。	住宅環境 エレベーター付 アフリーマンショ 階 な続けて妻と聞けたい 以外は最低 2,50	きバリ 個 フの 5 因 環 環物に	活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。 まと二人暮らし。 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

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

	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				
	東山上に ○ 窓にでも7			月 明 即 刀 少 武 明 、 現 仏				
A	<u></u>	○ 楽にできる○ 少し難しい長くき			く歩くことが出来ない事から、電動自転車で出かける			
Ľ	<u> </u>	○ 少し ^無				「木ない事から、电動日松早で山がける かけるが車とぶつかる、転倒する等が起こっ		
	が田頻度 排せつ			电别日	田の甲四月	がいるが事とかりかる、転倒する寺が起こ。	7(10	
	37. –							
	食事	○ 楽にて						
	入浴	○ 楽にて						
	着脱衣	○ 楽にて		T 0.17	/ · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1	
ļ	掃除		打能性高い	+の直	稲寺で掃防	余しにくい場所等は出来ずヘルパー支援を受け	けている	
A	洗濯	○ 少し難						
Ĺ	買い物	楽にて				行く。近くにスーパーがある事から不便!		
	調理	○ 楽にて		店を紹	怪営していた	た事もあり調理は出来るが手の不自由さり	よある	
	ごみ出し	○ 楽にて	きる					
	通院	○ 少し難		近くの	医院だが	、電動自転車で行く		
	服薬	単にで	きる					
	金銭管理	▲ 改善司	丁能性低い	手元	こあると使	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(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	美患名 現状 現状			
+ +			高血圧·糖尿病			内服治療中で落ち着いている		
	お治療・観察		両手指固約	<u>宿</u>		事故により右第 1・4、左第 1・4・5	固縮	
中	D疾患		前立腺がん	v		1/3 か月定期健診・内服治療中		
	認知	可否等						
意思	思疎通	できる						
もの	·忘れ	無						
	家族構成図		住宅環境		【生活機	幾能の低下を引き起こしている背景・要	因等】	
			*建てのハイ			以前は要支援 2 でディ2 回行けていたが		
		● 階が住居 1K の間取りで原			因子	要支援1でデイ1回しか行けなくなり、近くの	の公園で	
				子室も		ノルディックのポールでの歩行やヘルパー指導の		
			量程でかなり			等勧めるが、1 人では運動せず、主治医技		
_	\vdash		バを置いてむ			重減少も出来ずの状態が続く。3 月から要		
L		()	う移動スペー			となりディ2回に増した事で運動量は増え		
			ない。	716		わらず自分では運動できずの状態。自室		
		1.5%	٠, ٩٠٠			狭いからとすぐベッドに横になり寝てしまっ		
						デイに行って運動しているからと満足してし	まってい	
						న 。		
						市外で店をしていたが、妻を亡くしてか		
1 E	1日			因子	所に引っ越し一人暮らし。次女宅も込	丘い。部		
の目	の目標 自転車に乗って毎日出かける				屋は狭く移動スペースは少ないが、自	. –		
半生	半年後				ぐ近くに広い公園がある。スーパーと医	院は近		
。 のE	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	gまで落とす	-			いが坂道で歩道も少なく、車も多く危な	い。	
		回敏	で行く。Wt i	<u>た 61</u>				
	干後 干に数 目標 kgまで		C1JNo WL	04 کے				
UJE	11示 ぺるよじ	合C9						

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

		. ■ ۲۵۰ اردا				A DI +0 // A =V DD - 7D I	
	項目		立度			介助部分の説明、現状	
A	室内歩行	○ 少し難				い歩きになる	
þ	屋外歩行	楽にて			ま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		階段を降	引る時	まは一段ずつ降りている	
	排せつ	楽にて					
	食事	楽にて					
	入浴	○ 少し難		浴室内に	こつかる	まる所がないため住宅改修で手すり設置予定	
	着脱衣	楽にて					
1	掃除	○ 少し難		膝が曲に	げにくい	ため行いにくいが、すべて自分で行っている	
A	洗濯	○ 楽にて					
Ľ	買い物	○ 少し難				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	膝に痛みた もある	が出ない	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	
	ごみ出し	〇 少し難	ELI		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	対院の	ため自家用車を運転していく	
	服薬	楽にて	きる				
	金銭管理	楽にて	きる				
	電話	楽にて	きる				
	社会参加	○ 少し難	しい	膝が痛く階た	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た		
	疾患	経過	疾患	名		現状	
\	な治療・観察	治療中	両変形性腫	漆関節症	左膝	人工関節置換、右膝も手術を勧められている	
	D疾患						
7.0	万大 心						
	認知	可否等		現状			
意思	思疎通	できる					
ŧσ)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	ノベーター <i>が</i> た	ないマ 1	固人	両膝の変形と痛みのため外出を行うことが手間と	
	\bigcirc	ンシ	/ョンの 2 階音	『分で 』	因子	なっている。左膝に関しては人工関節を入れて痛	
			活している。、			みが少し軽減している。右膝は主治医に手術を勧	
			周辺は坂にな			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	
			丿、近くのスー			動や階段昇降に自身がついたので、違う訓練を希	
		」 に1	行く時にも急	.な坂		望している。	
		道	を歩く必要があ	ある。	 環境	一人でマンションの 2 階で生活をしている。	
1 E	<u> </u>				^{泉児} 因子	エレベーターがないため階段を使う必要がある。ま	
	□	回は階段を	上り下りする		의 J_	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	
		ン周辺を 3	周歩けるよ	っにな		出をするが、駐車場に行くまでも急坂になってい	
	目標 る					る。自宅浴室に手すりがないため浴槽を跨ぐ際に	
	手後 離島に	旅行に行く				転倒する危険性が高くなっている。手すり設置予	
IのE	目標 端端::					定	

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

<u> </u>	目立、▲·一部	المالكان •	土川助				
	項目	自立	上度				介助部分の説明、現状
Α	室内歩行				軽度麻痺あるも自立歩行可		
A	屋外歩行	▲ 改善可	『能性高い	寸近坂が	多く	、見守りを要する	
L	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	ニートショッ	ックを	を入浴時に起こしたため、見守り要
	着脱衣	○ 少し難					時間がかかるも自己にて可
1	掃除	○ 少し難		妻が行	テっている	,)	
A	洗濯	○ 少し難		//			
L	買い物	○ 少し難		//			
	調理	○ 少し難		//			
	ごみ出し	○ 少し難		//			
	通院	○ 少し難		妻同征			
	服薬		『能性高い	まれば	服薬漏	h.t.	り。残薬確認を妻も行っている
	金銭管理	○ 楽にで					
	電話	楽にで					
	社会参加		『能性高い			也者	どの交流が減少している
		経過	脳梗塞	疾患名	英患名 現状 現状		
主力	な治療・観察	治療中				服薬治療中(月1回受診)	
)疾患 O疾患	治療中				II .	
		治療中糖尿病					<i>II</i>
	認知	可否等					現状
	思疎通	できる					
もの	忘れ	無	()		「七江松むの何丁ナコキヤコ」マルス北目 亜田笠】		
	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・要題		
		一 戸頭	_	~~ —	個人		26 年脳梗塞。軽度左麻痺残るも介護保険
			が框、廊下、		因子		請にて「自立」。同年に脳梗塞再発。院内
_			以前妻が整				て1日 3,500 歩を目標にリハビリ。 入院中に
	$oxed{\top}$		後自費にて♪ ∶手すりあり。	以り刊			
	<i>)</i> \square	$\bigcup_{i \in I} i\rangle / i$	士 9 りめり。				費で通所利用検討も体験利用日に体調不
							にて中止。寒い時期でもあり「再度利用検
							時、改めて相談」となる。 の後、閉じこもり気味になり、また運動量の
						_	の後、闭じこもの気味になり、また運動量の一下もあり介護保険申請
					環境		トものりに護体映中詞 と二人暮らし。家事については妻が対応。
1 🗆			- E /\	^{現児} 因子		と一人春らし。	
			とり分	四丁		七周辺は坂が多い。 妾は日七近くで店をさ ている。 子どもは他府県に在住	
	11.1.11				10		
			5 分程度の)妻の			
のE	1.50 25	行〈					
	∓後 │ 妻の職	場へ一人で	計く				
の目	目標 安り職		- '				

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

		11-71-23		主 기 <i>功</i>]						
	項目	O 1		过度	/-, , ,	トナ / 羊 「	介助部分の説明、現状			
A					伝い歩き(義足装着)					
						装着)浮腫が強い時は車いす全介助				
	外出頻度			「能性高い			ービス週2回利用 まれに長男同行での買物			
	排せつ	O 少			時間(はかかる	が目立			
	食事		にで		>/> I-#-	- 5/ 18:1				
	入浴			能性高い			移動に一部介助必要(義足を外すため)			
	着脱衣		<u>とし難</u>				が自立(義足のためズボンの着脱)			
ļ	掃除		<u>}し難</u>			コを使っ	た掃除が主 長男の援助あり			
A	洗濯		とにで							
Ĺ	買い物			「能性低い			生協の個別配達(荷物を持って歩けない)			
	調理		ぎにで				②配食も利用検討中(精神的負担が大きい為)			
	ごみ出し		とし難				荷物を持って歩けない)			
	通院			『能性低い	タクシ	一利用				
	服薬		ぎにで							
	金銭管理	〇 海								
	電話	〇 海				スマホも活用				
	社会参加	〇第				元々社交的な性格 時折、友人が訪ねてくれる				
	疾患	経ì		疾患	名					
主力	お治療・観察		治療中 糖尿病			定	朝受診、服薬治療中			
	の疾患	治療中 骨粗しょうタ			//					
		治療		腎不全		"、制限食(腎臓食)				
	認知	可否	_				現状			
	思疎通	できる)							
も σ,)忘れ	無		=						
	家族構成図			住宅環境			機能の低下を引き起こしている背景・要因等】			
				集合住宅(個人	糖尿病性壊疽による右下腿切除後			
	\bigcirc $+$			りはほぼバリ		因子	義足装着のために歩行が不安定で転倒リス			
Ш				住宅改修未			ク高い。			
				劇とポーチ 音			また腎不全により全身浮腫が出現し易い。			
			段差	 きあり(15 cm:	程度 <i>)</i>		病識はあるが楽観的。			
						環境	長男と二人暮らし。まれに長男が休みの時に			
1 E	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		守り	因子	車いす介助にて買物の支援。					
	の目標 歩き機会を増やす			.ı //		自宅周辺は坂道が多く、歩道の整備なし。				
-	半年後					賃貸の集合住宅で浴室の住宅改修ができな				
	+版 │ 友人の	誘いが	あれば	ば駅まで出か	ける		l'o			
	* * *									
	〒後 │ ┐∰ │ 入院を	繰り返さ	ない							
U) E	1標 ハルと									

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

Η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	白、	 上度			介助部分の説明、現状			
	室内歩行	○ 少し難		つたい	<u> </u>	かまい出現時は立っていることも困難			
A	屋外歩行	○ 少し難			杖歩行				
Ĺ	外出頻度	▲ 改善可能性高い			1次少1」 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					
	排せつ	○ 少し難		膝に痛	みがある	るため立ち座りに時間がかかる			
	食事	楽にで							
	入浴	○ 少し難			につかま				
	着脱衣	○ 少し難			きはある	* *			
Ĭ	掃除		J能性低い			痛みがあり掃除機・拭き掃除はヘルパーが行う			
A	洗濯		「能性高い 「おせ高い			、時は洗濯物を運ぶ作業をヘルパーが行う			
Ĺ	買い物		『能性高い	が行う		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			
	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]能性高い			い時は夫が行っている			
	通院		『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							
	金銭管理	単にで			WW.				
	電話	楽にで				一対一のコミュニケーションに支障はない			
	社会参加		『能性高い		あり大勢の	のコミュニケーションが苦手。近隣住民との交流はある			
		経過	疾患 高血圧	名					
主な	お治療・観察	治療中		かかりつけ医に月 1 回受診、服薬治療中 間節症 かかりつけ医に月 1 回受診					
中の	の疾患	観察中 変形性膝関							
	 認知	治療中 自律神経		大調症	מימ	現状			
辛日		できる				坑 (人			
	<u> </u>	無							
00,	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】				
			<u> </u>		個人	変形性膝関節症による膝関節痛があり屈む			
	\bigcirc		を内に手すり	有り	因子	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			
$ \bigcirc $		$-\Box$				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			
		/							
	\bigcirc			+	環境	 夫婦二人暮らし。坂が多い地域で近隣の店			
1 =	1日			^{垛垸} 因子	大婦一八春らじ。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。				
	の目標 調理を続ける				L J	夫はがん治療中であり体調が万全ではない			
	王後					が、体調がよければゴミ出し・買物、通院の付			
	+は 世報 ひ孫に:	会いに行く				き添い等のサポートをしている。			
	王後					子どもが 2 人いるがいずれも遠方に居住して			
	+1g 今の状 目標	態をできるた	け維持したし	1		おり頻繁な支援は望めない。			
/ -	1 1/1								

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			
^	ウナルケーク ツーマナス					VI 592 HEAT AS MO-ATC -200-MV		
A D L	屋外歩行	○ 少し難しい ^½			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				:買物程	度		
	排せつ	楽にて	できる					
	食事	単にで	ごきる					
	入浴	楽にて	ごきる					
	着脱衣	楽にて						
Ţ	掃除		可能性高い	主にき	トがして	いる。簡単な片付け程度ならできる		
A	洗濯	○ 楽にて						
Ľ	買い物	○ 少し難				は 1 人で行ける。 重い物は夫や長男の協力が必要		
	調理	○ 少し糞		台所に	こ立つと	少し疲れが出るが 2/3 程度はできる		
	ごみ出し	楽にて						
	通院	少し業		月21	回、近 色	これの通院は1人で行ける		
	服薬	○ 楽にて■ 3.33		+ 185		4.57		
	金銭管理		可能性高い	天か官	管理して	いる		
	電話	○ 楽にて		月2回、夫と2人で老人会に参加				
	社会参加 疾患	少し業経過						
		観察中		患名のスクリ	5石 現代 ウス(胃癌) 月2回の定期受診、内服処方にて経過			
主な	注治療·観察	観察中 高血圧症		′ノヘ(目	1四/	月2回の定朔文診、内脈処力にて経過良好 //		
中の	D疾患	一				"		
	 認知	可否等				現状		
意見	 思疎通	できる				-50 DV		
	<u>ぶん</u> 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』				
			<u>ーーフャン</u> 戸建て		個人	長期入院により体力、下肢筋力が低下。回復		
		住	宅改修にて玄	関外	因子	傾向にあるが、現在 1 人での遠出はできてい		
		階.	段、自宅内階	段、卜		ない。多趣味でコーラス等のサークルに参加		
_		~ \l	ノ、浴室に手 ⁻	すり設		していた。		
	\cup \sqcup	-	済み					
					環境	 夫と二人暮らし。洗濯以外の家事のほとんど		
1 F	1日 の目標 1日1回は散歩に出かける 半年後 の目標 友人を誘ってコーラスに参加する				因子	のフォローは夫が行っている。		
の目				<u> </u>	坂道に囲まれた土地に住んでいるため外出			
			る		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			
1 全	- 44		-, ,,,,,-	-m /-		られ食事や買物の支援を行っている。		
のE	, <u> </u>		に出かける。 する	認知		近隣の友人も多く、外出を一緒にと誘ってくれ		
	の目標 症にならないようにする。					る方もいる。		

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

		白、	ケート				かの説明、現状			
	中中上/ ○			兄生/	カ血法亜		痛みがある。家具・壁での伝い歩き			
A	屋外歩行	○ 楽にで		独步	ノ皿ル心	へかん ()	用がかめる。家兵・至での伝い少さ			
Ľ	外出頻度	○ 楽にで			2 同钽度	(本)(本)	バスや電車			
	排せつ	○ 楽にで		廻に、	0 凹性皮	週間は	ハヘド电平			
	食事	○ 案にで		時 力を	時々むせることがある					
	_ 及 	○ 案にで		_			量しており、それをつかんで動作を行う			
	着脱衣	○ 案にで		701167	3727	りて以近				
	掃除	○ 果にも ○ 少し難		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			
ΙL	764 (1) (1)	<u> </u>	00.	事は自	分で行う					
Ą	洗濯	楽にで	きる		つ 2 階にあ	がって干す	け。布団はヘルパーや知り合いが来た時に干して			
L	= 1.7 tha		七フ	もらう	日本物で		1.			
	買い物	○ 楽にで					に通院で出た時はスーパーに立ち寄る			
	調理 ごみ出し	○ 楽にで					切っている。蓋をあけるとき時間がかかる			
		○ 楽にで			し、ゴミ当					
	通院	○ 楽にで			で通院。国					
	服薬	○ 楽にで			み服用。館					
	金銭管理	○ 楽にで			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	さ る	会の会長、自治会の行事や老人会の行事には参加						
		経過		疾患名 現状 環境の 現状 マンス						
主な	お治療・観察	観察中 腰痛、坐骨神				₩. ċ	痛みが強いときは点滴を行っている			
中の	の疾患	治療中 変形性両膝		利則业	、炙炒注1	11年11年	週1回リハビリで通院中			
	=51 Æn	治療中	高血圧症	<u>-</u>						
<u>≠</u> F	認知	可否等				Į.	况(人			
	思疎通)忘れ	できる 無								
40,	プライル 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・亜田等】					
	多族特別区			【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】						
			⋾建て ∶室内手すり	ı⊕.	個人 因子		坐骨神経痛、足先の冷感、痛み、右 みで重い物もって歩いたり、前に屈む			
	\bigcirc	済み					みで重い初もりで多いたが、前に出む 支障がある			
\		///	<i>r)</i>			到 IFIC.	文庫がある			
	\Box									
				環境	•	息子娘は他市にいる。就労中。				
	1日 一年六八				因子		の交流程度。自宅の前が坂道。訪問			
の目	- 1					介護が	1回/週掃除をサポート。			
半年	丰後 」 17人 144	1.1 L 4hb 5+								
Δ	半年後 の日標 掃除機かけ継続									
U)	(D) 日保						I			
	1	<i>i</i> - <i>i</i>								

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	É	立度			介助部	部分の説明、現状		
^	室内歩行	り少し		室内月	目のシルバ		- 20 21 (20 07)		
A	屋外歩行				目のシルバ				
L	外出頻度	り少し			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		できる		クトイレ				
	食事		できる	施設の	の食事、室	内ではお	茶を飲むくらい		
	入浴		難しい	-	1 程度施記				
	着脱衣	楽に	できる	椅子(;	こ腰かけて	 〔行う	-		
1	掃除	〇 少し	難しい	シ-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		
À	洗濯	楽に	できる	小さい	物は手洗	しい			
	買い物	0 少し	誰しい	シルバ	-カ-利用し	ス-パ-に¦	出かける時がある。 片道 20 分程歩く		
_	調理	〇 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	紙類和	呈度のゴミ	くらい自立	L		
	通院	0 少し	難しい	施設(の送迎車を	を利用し通	5院 1 /月		
	服薬	▲ 改善	可能性高い	火/遁	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	難聴む	あるがしった	かりしてい	る。郵便局へ行く		
	電話	〇 少し		難聴な	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	0 少し	<u>難しい</u>	施設区	施設内のイベント不参加、集団参加は苦手				
	疾患	経過				現状			
主 <i>t</i>	よ治療・観察	治療中狭心症·高		血圧・語	高脂血症		的受診1回/月度受診し服薬治療中		
	D疾患					血圧	自己測定している		
	認知	可否等				現	状		
	思疎通	できる	1. *** 1	/	ブートルナスが免れたれがたて、同じことが同じ書き出土て				
<i>もの</i>)忘れ 京佐# 本	有				-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			
	家族構成区		住宅環境				下を引き起こしている背景・要因等】		
			アハウス(3 階 気式調理器(聴。右股関節骨折後手術後周囲の る。読書や新聞を読んだり、広告紙		
Ш	\bigcirc	_	, 丸丸調理器1 ・、洋式トイレ				る。		
			、汗式ドラン・				能で相を備んで日至に店ることが多 系のサービスは行きたくない。		
			ランダ、食堂は	-		0 。 旭 / / .			
			, 洗濯室各[
			、ルルエロ・ 燥機付き	1,7,7					
							ハない。7人兄弟の5番目である。		
	1日 足首の運動をする。食堂までシ		ノルバ	因子		量亡くなっている。キーパーソンは甥			
の目		で行く					・他府県のため遠い。すぐ近くにスー		
	半年後 薬を忘れずに飲む				パーがな	ر _′ .			
の目	目標 楽を応	1071-KM化							
	手後 転倒し								
の目	目標 ┃ 転用し	φV'							

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

	百日	白、	・ 库			介助部分の説明、現状		
項目 自立度		1=1.54	ヒキスナル					
A				伝い歩きですり足。つまづくことも多い				
				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				
		3/10 3/10 E 12 1		日七月	自宅前は急な坂道であり一人で出ることはない。 週 2 回のディのみ			
	排せつ			◆ ★ 4				
	食事	○ 少し難				。義歯が欠けており咀嚼しにくい。歯科通院予定有		
	入浴		『能性低い	ナイに	て週2回0	Dシャワ-浴のみ。洗身は一部介助を受けている		
	着脱衣	楽にで			1 1 1% /1			
ļ	掃除	○ 少し難				力をみながら拭き掃除などされている		
A	洗濯	○ 少し難				に腰を伸ばして干すものは息子さんがされている		
Ľ	買い物		『能性高い		さんがされ			
	調理	○ 少し難		火のス	下始末あり	、息子さんの確認が必要		
	ごみ出し		『能性低い	息子さ	さんがされ	ている		
	通院		『能性低い			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	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	息子を	さんが管理	している		
	電話	▲ 改善可	「能性低い	集音	幾を使用し	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21	回のデイ以	人外外出の機会はない		
	疾患	経過	"		患名 現状			
\	↓治療·観察	観察中 冠動脈バイ		/パス術	Ť	1か月に1回受診		
	シロ 原・観祭 D 疾患	観察中 ペースメーカ		b一植え	込み術	1か月に1回受診		
70	がた	観察中 腰椎圧迫骨		骨折(追	去3回)			
	認知	可否等				現状		
意思	思疎通	できる こちらが聞き		きたいこ	とより自分	か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			
		一声	■建て(2階)	建)	個人	難聴。80 歳ごろ虚血性心疾患のためペース		
		1 階	に本人自室	2	因子	メーカー植え込み術を行う。医師から入浴を		
		自写	官前はかなり	J急な		許可されているが「前は入浴不可と言われた		
		坂道	直			ので怖い。シャワーは慣れている」とのこと。		
	\cup							
				•	T四 1本	ウスナ/(ウウ料数) kー 苺 k ウウギの		
1 -	,					息子さん(自宅勤務)と二人暮らし。自宅前の		
	1 日 っロ標 今まで続けてきた家事を行		『事を行う			急な坂道は本人に負担。歩いて行ける距離		
<u> </u>	半年後 毎日決められた家事を行い、3				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。			
の目		しつかり摂り	規則正しい生	E沽を				
	する							
1 5			勉強」である					
の目			家でこれから	っも頑				
	張りたい	1						

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	白	 立度				
	室内歩行	□ 4.○ 楽にで			月		
A		○ 楽にで					
Ľ	<u> </u>	-	ごさる 可能性高い	毒豆	とも難聴のため1人で外出せず。ヘルパ・同行で月に1~2	同	
					でトイレに行かずベッド上でビニール袋に排尿し居室に放置。退院後は		
	排せつ ○ 少し難し		-C61	傾向	と、「いと」が、ケースところが扱いの上に放置。 必然後は	W =	
	食事	楽にで	きる	酒とつ	O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	0	
	入浴	楽にて	きる				
	着脱衣	楽にて	きる				
1	掃除	▲ 改善□	丁能性高い	4月	まではヘルパーの掃除や片付けを拒否。少しずつ受け入れて	ハる	
À	洗濯	単にで	きる				
	買い物	▲ 改善司	丁能性高い	ヘルハ	ペー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食	מני	
_	調理	単にで	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	単にで	きる	施設	と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	楽にて	きる				
	電話	▲ 改善□	丁能性高い	難聴	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□	丁能性高い	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	ı	現状		
<u>+</u>	\$治療·観察	観察中	中 腎障害		内服なし		
	D疾患	観察中 貧血			内服なし		
- 1 - 0		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		
	思疎通	できる					
ŧσ)忘れ	有			ト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】		
_			ービス付高鮒				
Ш			カ2階に入居		因子 ■勧めて体験利用したが「頻尿なので」「もう年だり」 リハビリは必要ない」と希望せず。週に1回ヘル		
			レは居室に		胃怖以出去計画		
			堂や浴室はま	も用で	交流はない。カラオケ好きで施設内にも設備		
\perp) (当にある		るが、音が聞こえないため歌詞を見ながら歌っ		
	_				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 妻とは離婚し、子とは絶縁し音信不通。アパー		
	1日煙草を吸わず、お酒を飲まずに過の目標す		こ過ご	□ 因子 □ 一人暮らしをしていたが、不規則な生活できち 食事を摂らず飲酒、喫煙。職を探すも見つか			
	半年後 週に1回はコンビニへ歩いて行き、		き、自				
の目	目標 分で欲	しい物を選ん	しで買ってくる)	た。サービス付高齢者住宅に入居し、ヘルハ・・		
1 4	手後 大好き	なコーヒーを	飲むために	1人で	買物外出には消極的で、通院日以外は施設		
の目	■標 喫茶店	まで行ける。	ようになる		1 階と 2 階を行き来するのみの生活となってい	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	F	自立度			介助部分の説明、現状		
^	室内歩行		<u>ューク</u> 難しい	膝·腰(の痛みと筋に	万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		
A					移動する			
L	屋外歩行		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				株活動や取材旅行など外出できている		
	排せつ	○ 楽にできる		利尿剂	割服用に	て頻尿。失敗はない		
	食事		できる					
	入浴		難しい	_		作に関しては手すりや浴槽内椅子を利用		
	着脱衣		難しい			や靴下は椅子に座って更衣する		
1	掃除	■ 改善	序可能性低い			か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		
A	 洗濯	② 楽に	 :できる	室内-	うとしても拒 [:] エ!	三台 9 句		
L	 買い物		<u>- Ceる</u> 難しい					
			元 学可能性低い			軽蔑します」と言い、調理は拒否。配食も外出が多いので拒		
	のりと土			否	_ / @//,!014.			
	ごみ出し	■ 改善	可能性低い	資源二	゛ミは声かり	ヽ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	憂診している。 最近受診が月 1→2 回になっている		
	服薬	楽に	できる			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		
	A A4 775 TER	O 1411 - 1-17		している	るとヘルパ-の	の報告あり		
	金銭管理	楽に			ニーイ 1 + # - 1	:#L 11 m - 1 Av		
	電話		できる			帯も利用可能		
	社会参加	○ 楽に経過			時代の及.	え人や連歌の会、地域の老人会にも参加		
	疾患			疾患名		現状		
主な	な治療・観察	治療中高血圧·痛		自) (1)		2 週毎に受診し服薬治療中 入院治療にて軽快		
中の	D疾患	観察中 蜂窩織炎		、不会.	下	11 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		
	 認知	治療中 うっ血性心 可否等		小小王 -	下放子腥	建│2週毎に支診し服祭冶療中。 序腫は軽伏 現状		
辛日		できる						
	^{S.}	無						
₽v,	_{/巡れり} 家族構成図		 住宅環境		- 「仕げ機能の低下な引き却コープルス非見、亜田笠」			
	多族傳风区		性七環境		【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 * ***・*** 個			
			陌建でガ議へ の3階に住む		個人 因子	一スの確保も難しく長女が入院を機に生活動線を片付け		
Н			ングの同じほど			てくれた。中腰での作業が困難。ヘルパーが掃除の支援に		
			イレ、浴室に	-		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		
l —	$\neg \perp \vdash$		ひ、冶主に 设置。福祉用:			が片付けても元通りの状態。本人は家事をする気持ちも		
		() [※遭。歯症///3 ※槽内椅子と			無く嫌悪感もある。調理パンやアルコールを好み食生活		
			- 椅子を購入	- ()		の改善が必要であるが配食や炊飯も拒否。デイでの運動		
			ואן באוואי		環境	は日々の外出が忙しいと拒否。 一人暮らし。自宅は坂の中腹にあり、バス停やスー		
1 -	1				因子	パーへも坂道が続く。2 人の子供はいるが長男は		
	1日 の目標 玄関の郵便受けへ新聞を取りに?		-行く		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		
	半年後 週2回の趣味活動の外出ができるの目標 後の体重が 74 kgになる		き半年		応可能。校区福祉委員会の活動へも参加できて			
	12-111	重が 74 k				いることから、民生委員さんも定期的に見守りをし		
			成に向け、取材	才旅行		てくれている。		
の目	の目標 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

	<u>∃</u> <u> </u>	마기 助、■·							
	項目	自立	立度			介助部分の説明、現状			
Α	室内歩行	楽にで	きる	宅内に	は玄関の」	上がり框以外はほぼバリアフリーで独歩可能			
A D	屋外歩行	▲ 改善可	J能性高い	段差	時に足が引	一つ掛かることあり、付き添い見守りにて実施			
L	外出頻度	頭度 ▲ 改善可能性低い 週			回の短時間	間デイ、週末の次女との買物外出のみ			
				自己	こて着脱、	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	こ痺れが死	まっておりスプーン使用。箸は適宜練習中			
	入浴	▲ 改善可	J能性高い	シャワ	一浴のみ	、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			
1	掃除	■ 改善可	J能性低い	次女	が全て実施	色している			
À	洗濯	■ 改善可	J能性低い	//					
	買い物	▲ 改善可	J能性低い	次女と	上一緒に車	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	をしている。お茶は自分で入れる			
	ごみ出し	■ 改善可	J能性低い	次女だ	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	J能性低い	次女仆	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	こて服薬し	ているが、薬は次女が管理している			
	金銭管理		J能性高い	次女な	が管理してい	いるが、自身でも可能と思われるが機会がない			
	電話	単にで	きる	自己1	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	J能性低い	本人!	自身が他る	者との交流を苦手としており参加に否定的			
	疾患	経過	¥.		患名				
. ,		観察中 脳梗塞後遺		貴症		右片麻痺(軽度痺れ)			
	お治療・観察								
中の	の疾患								
	認知	可否等				, 			
意思	思疎通			ても特	<u>に問題なく</u>	く受け答えされている。			
ŧσ	· ・ 忘れ	無							
	家族構成図		住宅環境		【生活榜	幾能の低下を引き起こしている背景・要因等】			
		-	皆建ての一軸	T家で		平坦路は独歩でゆっくり移動できるが、小さな段差			
			大夫婦と同居			や砂利道などになるとふらつきが生じ、またバスや			
			皆に本人の音			電車の乗り降りなど、少し俊敏性を要する動作は、			
		by	、浴室、トイ	ン、玄		急ぐと動作が大きくなり、ふらつきが強く生じる。			
	\bigcirc	関に	こは手すりか	設置		国内外旅行や買物外出など以前は 1 人気ままに			
		され	ている。2 階	皆は本		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			
		人に	は一切使用も	Ŀ ず。		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。			
						宅内はほぼバリアフリーであるが、玄関から門、庭			
1 E	1日 身の回りのことを安全にこなし、庭 の目標 ある神棚のお参りが 1 人で出来る		庭に		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。				
	半年後 基本的な家事や神棚の世話が安全					神棚は庭、和室、台所(棚の上で梯子が必要)の3			
		人で出来るよ				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			
		いのもと、買				交通機関もハス停まで遠く、エットり迫もあり「人での外出は難しくなっている。			
1 4		いのもと、シ				同居の次女は仕事をしており、週末以外はなかな			
		物を楽しむこ	· -			か同行外出が難しい。			
, L		シープログ							

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

<u></u> 0.	<u> </u>		、■ · :						
	項目		自立	Z度			介助部分の説明、現状		
Α	室内歩行	0 4	いし難	しい	歩きた	ごしに痛みフ	が強い		
A	屋外歩行		女善可	「能性高い	杖があ	あれば数十	メートルは歩けるが、それ以上は困難		
L	外出頻度		女善可	「能性高い	タクシ	マ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	〇 ^漢	影にで	きる	移動	こは負担を	感じるが自立		
	食事	〇 導	とにで	きる					
	入浴	· ()	とにで	きる	手すり	を使って目	自立		
	着脱衣	〇 導	とにで	きる					
1	掃除	0 4	いし難	しい	床掃隊	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			
À	洗濯	0	いし難	しい	痛みな	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		次女位	次女の運転で出かけスーパーのカートにもたれて買物をしている				
	調理		女善可	「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	0 4	いし難	しい	杖を使	もって 集積層	所まで歩いて行くようにしている		
	通院		女善可	「能性高い	タクシ	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	等	○ 楽にできる						
	金銭管理	等							
	電話	等	とにで	きる					
	社会参加		女善可	能性高い	週1の いた	麻雀サークル	レに行き始めたが休止している。映画や演奏会も楽しんで		
	疾患	疾患 経過 疾患名					現状		
	、4、4 年 日 治療中 両変形性膝		泰関節組	定	整形外科に1回/月あるいは随時受診				
	な治療・観察 D疾患	治療	治療中 高血圧				かかりつけ内科医を1回/月受診		
70	が大忠								
	認知	可否	等				現状		
意思	思疎通	できる	, o	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		
ŧσ	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】			
			坂σ	上にあるー	-戸建	個人	両変形性膝関節症に伴い年に数回痛みが強		
	-		てに	. 1 人生活	してい	因子	くなり、その都度整形外科等で治療を受けて		
			1-1	「不安感が強	さくナトロ				
							いる。数年前に右膝半月板損傷の診断を受		
$\mid $		八	昨年	Fより次女宅	で過		け、今年には左膝の痛みが強くなり歩行が難		
c			昨 ^左 ごす	Fより次女宅 時間が多く	言で過 なる。		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		
		占	昨 ^年 ごす 次女	Fより次女宅 時間が多く な宅は要所に	ごで過 なる。 ニ手す		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		
		3	昨 ^年 ごす 次女	Fより次女宅 時間が多く	ごで過 なる。 ニ手す		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。		
Ċ			昨 ^年 ごす 次女	Fより次女宅 時間が多く な宅は要所に	ごで過 なる。 ニ手す	環境	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。 次女宅では娘がほとんどの家事をしてくれる		
1 E		t- &) [=:	昨年 ごす 次分 り設	Fより次女宅 時間が多く な宅は要所に 置されている	ぎで過 なる。 ニ手す る	環境因子	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。 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		
の目	■標 家族の	ためにこ	昨年 ごす 次分 り設	Fより次女宅 時間が多く な宅は要所に	ぎで過 なる。 ニ手す る	環境因子	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。 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		
の目	ョ標 ^{家族の} 年後 公共交		昨 ^会 ごす り設 ゴミ出	Fより次女宅 時間が多く な宅は要所に 置されている	ぎで過 なる。 ニ手す る ーたい	環境因子	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。 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		
の目	∃標 家族の		昨 ^会 ごす り設 ゴミ出	Fより次女宅 時間が多くなっては要所に できれている しだけは続け	ぎで過 なる。 ニ手す る ーたい	環境因子	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。 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		
のE 半 ⁴ のE	目標 家族の 手後 公共交 目標 たい	通機関	昨 ^年	Fより次女宅 時間が多くなっては要所に できれている しだけは続け	記で過 なる。 に手す たい になり	環境因子	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。 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		

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	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

		יועם וניוו				A -1 1-4324			
	項目		上 度			介助部分の説明、現状			
Α	室内歩行	○ 楽にで							
A D	屋外歩行	○ 少し難	しい	日常の)買物や間	牧歩は可能 として おおり おおり おおり おおり おおり かんしょう かんしょう かんしょう かんしょう かんしょう しんしょう しんしょく しんしょう しんしょく しんしん しんしょく しんしょく しんしょく しんしょく しんしょく しんしょく しんしょく しんしょく しんしゃ しんしょく しんしょく しんしょく しんしょく しんしょく しんしん しんしん			
_	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						
1	掃除	○ 少し難	しい	生活提	生活援助は休止中				
À D	 洗濯	〇 少し難	しい	物干し	の姿勢がと	りし負担			
D	買い物	○ 楽にできる							
_	調理	楽にで							
	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				
					I J C //				
		○ 楽にできる							
	 電話								
	 社会参加	○ 来にで		ハイキ	ング仙問	など多数おられる			
		経過		<u>/ / / /</u> 実患名		現状			
	<i></i>	治療中	外傷性肝損		<u> </u>	ほぼ完治の状態			
主な	よ治療・観察	<u>相源中</u> 観察中	共同的区		症状が軽減されず通院されてない				
中の	D疾患	既宗丁	うつ病			2年代が発展される。			
	 認知	可否等							
辛日	<u>芯~</u> 思疎通	できる				 			
	^医	無							
40,			 	【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】					
	家族構成図		住宅環境	> /-					
			前集合マンシ:	ョンに	個人	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			
	\Box	在信		- /45 00	因子	おり除の子値を受けられる。 胃は調子も民く回復 されている。 肝臓はほぼ完治。 人工呼吸器等の全			
	退院後に住宅改					身管理後状態は安定するが廃用に陥る。下肢筋			
			スメントを行	- の購		力低下があるが回復傾向にある。事故前は神経			
			ワーチェアー			内科に通院されていたが現在は通院されていな			
			Dみで改修は	行わ		い。負担であった買物や床掃除、重い物の洗濯も			
		ず。		- 1		出来ていると聞く。散歩や外出もされている。新し			
				Į.		い趣味も考えておられる。			
					環境	退院直後は買物、食事等の支援で、日々夫			
1 ⊨		で習ったスト	レッチや体操	を毎	因子	が訪問			
の目	□標 日してい	1<				掃除のみで予防訪問介護を利用されていた			
半年	F後	↓ _ + <i>±</i> □, _ /-	,			が、現在 ADL は回復され生活援助は休止			
の目	∄標 │ 局川植	物を観に行っ				中。通院は夫の支援がある。			
1 左	手後 山登り*	ー <u>ーー</u> ウハイキング	に主人と行り	ナるよ					
の目			·/\C]	, 55					
_ ~ / L	コホー ハーゆう	<i>,_</i> v							

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

Η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	7 度				介助部分の説明、現状
_	室内步行	<u></u> ∧ ≥		<u>- 没</u> 「能性高い	膝の痛	みが	あり階	皆段などは途中で立ち止まったり壁を伝ったりしている
A	屋外歩行			<u>飛出局。</u> 「能性高い				
L	外出頻度		<u>`ロー</u> 〉し難		公共交	通機	関を月	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	_	言で					
	食事		にで					
	入浴		にで					
	着脱衣		にで ##		ᄪᄱᄼ	-	+= 1	7人+※ナ 0 만 . エク毛+ ナフログ・1 + バエ / こ
								除機を2階へ移動する際は夫が手伝う
A D	_ 冼准 買い物							干しへの移動は階段昇降があり夫が手伝う なく最寄スーパーまでは夫が車で送り迎えする
L	調理		▲ 改善可能性高い ○ 楽にできる ○ 楽にできる ▲ 改善可能性高い					は、版句へ一ハーまでは大が単で送り迎えする 理している
	<u>調理</u> ごみ出し				分別も			
	 通院							,・ 5の場合は電車を乗り継いで行くため夫が付き添う
	服薬		にで			۱۸۱۸	J ZE.	100万円の電子で水が低くて目が100万円の
	金銭管理		にで					
	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		9 1,111 1 2 2			現役時代の友人や子・孫との交流を続けている。趣味は写		
	疾患	経過						現状
		治療	†	変形性膝膊			運動	かにより痛み緩和され、現在は湿布処方のみ
	お治療・観察							
中の	D疾患							
	認知	可否	等					現状
意思	思疎通	できる)					
もの)忘れ	無						ら時は念のため夫が付き添っている
	家族構成	図		住宅環境				機能の低下を引き起こしている背景・要因等】
				で住宅	. =!!:		人	65 歳までは仕事をしていたため、重い荷物を
	Θ Γ	1		と物干しは		因	子	運ぶことが多く、それが良い運動になってい
				引や水回りは				た。退職後しばらく運動の機会がなく、筋力低
	\vdash	۱	が必	るため階段	升降			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
		'	איינו	》 (4)				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)
					İ	環	 境	自宅から最寄り駅までは徒歩8分だが、近隣
1 E	自宅	 階段を途	中で	立ち止まらす	だに上		子	に商店や公共施設・運動施設などがない。あ
の目			. ,					る程度の移動能力がないと閉じこもりがちにな
半生	王後							ってしまう環境
	最寄	郵便局ま	で自	転車に乗って	〔行く			夫も退職して自宅にいるため、膝が痛んで難
	F 後							しい家事を手伝っている。
	「0 海に ⁷ 標	写真撮影	に行く					
/ -	- 1//							

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

Μ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	主力 吻 7 度			介助部分の説明、現状		
Α	室内歩行	〇少			壁伝し	ハにゆっく			
Ď	屋外歩行		し難				で外出はしていない		
L	外出頻度		し難				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	〇 楽	にで	<u>きる</u>					
	食事	〇 楽	にで	<u>=====</u> きる					
	入浴	〇 楽	にで	きる					
	着脱衣	〇 楽	にで	きる	ズボン	/、靴下に	は座って行う		
	掃除	■ 改	善可	能性低い	腰痛で	屈むのが困	B難なため掃除は隣に住む長男嫁が全面的に行っている		
À	洗濯	〇少	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	長男婦	長男嫁が行う			
_	調理	〇少	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	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 金銭管理 ○ 少し難しい		1週間	引分小分	けしてケースで管理。飲み忘れなし				
			金銭	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	改善可能性低い				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	弋がおら	ず老人会には参加しなくなった				
	疾患 経過 疾患					現状			
主 力	 主な治療・観察		治療・観察 治療中 気管支喘息		<u></u>	かカ	りつけ医に毎月受診し、服薬中		
	D疾患	治療中 高皿圧			//				
		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	等			現状がよりになった側がら話せているという			
	思疎通	できる				」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					り管理されている		
	家族構成図			住宅環境			機能の低下を引き起こしている背景・要因等】		
				男夫婦とは		個人	腰痛があり、屈むことが出来ない。歩行訓練		
	(隣)。住宅改修				時は 100m も歩けば腰痛が出て休憩が必要				
				おらず、門・			となる。右耳は聞こえない。メガネは使用して		
				ź差がある。2 ヾる階段には			いるが見えにくい。		
		<i>)</i>	上がりあり		- 9				
			ילמטי	7 0					
						環境	隣に長男夫婦が生活しており、本人の役割以		
1 E	I 🛶 47K 7,	ナ毎口の	==			因子	外は全面的に支援してくれている。しかし過剰		
のE	目標 ┃ └└└└└	を毎日行])				に支援することはなく、本人の役割や出来る		
半年	手後 足踏み	以外に	も体	操を教わり、	毎日		事は時間がかかっても本人のペースで出来る		
の目	目標 継続で	きるように	こなる	3			ように見守りを行っている。病院、スーパーも		
1 左	手後 週に 2	回以上、	. 息-	子と歩行訓網	東に行		近くにはなく、必ず家族の介助が必要である。		
	想標 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

	日立、▲.一	11 17 17 L	■・宝介助						
	項目		自立度			介助部分の説明、現状			
Α	室内歩行	〇 楽に	こできる						
AD	屋外歩行	〇 楽に	こできる						
_	外出頻度	〇 楽に	こできる						
	排せつ	〇 楽に	こできる						
	食事	〇 楽に	こできる						
	入浴	〇 楽に	こできる						
	着脱衣		こできる						
	掃除	〇 少し	難しい	腰と足	首に痛る	みあり			
A	洗濯	〇 楽に	こできる						
	買い物	〇 楽に	こできる	散歩を	兼ねて	行っている			
	調理	〇 楽に	こできる	惣菜等	惣菜等も利用				
	ごみ出し	〇 楽に	こできる						
	通院	〇 楽に	こできる	年に 1	回、健康	康診断のため病院に行っているのみ			
	服薬	〇 楽に	こできる						
	金銭管理	〇 楽に	こできる						
	電話	○ 楽にできる							
	社会参加	▲ 改善	▲ 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			
<u></u>	な治療・観察	観察中 高血圧症			年 1	回の受診			
	み	観察中 脂質異常症		<u> </u>	//				
-1.0		観察中 認知症			特に	-症状はない			
	認知	可否等	Ē			現状			
	思疎通	できる							
もの)忘れ	無	顕著な物が						
	家族構成図		住宅環境			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		個人	一人暮らしで自立心が強いが、徐々に体力や			
		7~8 年前に妻			因子	記憶力が衰え、何をするのも億劫になってき			
L		院してから一人				ている。独居、緊急時に不安を抱えている。			
		1 1	が続いている。						
\bigcirc		,, , ,	こ娘2人がいる						
			んど連絡を取る	る事も					
		= = =	会う事もない。	t		└────────────────────────────────────			
1 E	3				因子	い。趣味などの取り組みも一歩が踏み出せな			
	┇ □標 │毎日、1	時間程	度 6,000 歩歩	(, , ,	いでいる。			
		足首の増	 痛みが悪化しな	いよう					
		た 目 ひ 症		v .6)					
	午後								
	「☆ 病気を 標	しない生え	舌が送れている						
	- 1/4*								

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・	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

	□ □	11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
	項目	自立	立度			介助部分の説明、現状
Α	室内歩行	楽にで	きる	立ち座	とりに時間	間がかかるが支えなく歩ける
AD	屋外歩行	○ 少し難	にい	自立さ	歩行でき	るが腰痛があり 15 分以上になるとしんどい
L	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			
1	掃除	○ 少し難	しい	腰痛σ	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
À	洗濯	楽にで	きる			
	買い物	楽にで	きる	自転車	車で買物	がに行く
_	調理	単にで	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	単にで	きる			
	通院	○ 楽にできる		自転車	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	にい	近所0	り人と朝	ラジオ体操を公園でやっている
	 疾患	経過	疾患	名		現状
		治療中	高血圧		月	1 回定期受診中。薬自己管理できている
	お治療・観察	観察中	観察中 腰部脊柱管		宦	
中中	の疾患	観察中	観察中 変形性膝関			
	認知	可否等				現状
意思	思疎通	できる				
ŧσ)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】
		— F	■建てに息子	家族	個人	H19 年変形性膝関節症。H24 年に腰部脊柱
	\bigcirc	と同	居している。		因子	管狭窄症の手術を受ける。腰痛もあり、屈ん
Ш		1 階	皆での生活			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。
`		_				
1	\bot					
				ł		 ご主人が亡くなる前は二人でよくハイキングに
1 E	.				^{現児} 因子	こ主人がしくなる前は一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
	ョー┃ 目標┃毎日ラ	ジオ体操をす	する		四丁	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、
	年後 コ 振 毎日ラ	ジオ体操をす	する			昨年近所の人に誘われて近くの公園でラジオ
			. •			14181-4181-71.7
	手後ハイキ、	ノグに出かけ	·る			プラカ 体保の仲間に目り
の目	標 / (17.7	у (СШИЛ)	<u> </u>			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

○:自立、▲:一部介助、■:全介助

項目			介助部分の説明、現状				
				1-1.54	<u>-</u>	开切部分仍就明、現仏	
A	室内歩行	少し難しい		伝い歩き			
D	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			
I A	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			
Ą	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			
L	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	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		分別はできるがゴ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			
	マル	O 451 ##		を受けている		- たんぱき 本担 ルン 古時 ナイの 投手 バタ 切	
	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	〇 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	_		車を運転し絵画教室に行かれている。老人会等には参		
疾患		経過			15.		
主な	よ治療·観察	治療中 変形性膝関		判即 症	間節症 定期的に受診し、外用薬と関節注射		
中の	D疾患	観察中 大腸がん		= -			
	=== 4n	観察中 多発性脳板				TOUR	
* -	認知	可否等				現状	
	思疎通	できる					
₩,	忘れ	無			「上江州北のバエナコキヤコ」 マルス北目 東口		
	家族構成図		住宅環境	- / - / -		舌機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
			『建ての戸建て 『前に駐車スへ	-	個人	変形性膝関節症のため屈むことができない。	
				因子			
		でい	隣に長男家族が住ん Nる。				
	$\bigcup \bigcup \bigcup \bigcup$						
1				İ	環境	一人暮らし。歩いて行ける距離にスーパー等	
1 E	1日 足の力が弱らないように、膝に負担				因子	がない。物を持って歩くことが難しいため、ゴミ	
のE	「ロー」 たの力が弱らないように、膝に負む の目標 かけないで出来る体操を毎日行う					出しは訪問介護の支援を受けている。	
半生				_			
	半年後 腹筋と布団に寝た状態で足を上Ⅰ の目標 を毎日行う						
	0 日 1 年 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日						
	年後 今年も年に 回の親族との旅行 の目標 きたい			ן ו״⊃וו			
UJE	11年 でたい						

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	項目 自立度						
				1	11 4=	介助部分の説明、現状	
	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		
	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			
	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			
排也	_	○ 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	谷	○ 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			
着脑	兑衣	○ 少し難	にい	ズボンや靴下の着脱に時間がかかる			
掃隙	-	▲ 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			
A 洗濯	翟	○ 楽にできる		2日に一度は必ず洗濯している			
買し	小物	▲ 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	里	▲ 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	4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			
通際		▲ 改善可	丁能性低い	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	薬	▲ 改善□]能性高い	自己管	自己管理しているが、飲み忘れることが多い		
	浅管理	少し難			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		電話を受	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		
	 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				患名		現状	
		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	
主な治療							
中の疾患	表						
認	知	可否等		現状			
意思疎通		~) LI 7				現状	
意思疎通			意思表示に	よできる		現状	
意思疎通もの忘れ	通				そるが、	現状 メモを見ても内容が理解できないことがある	
もの忘れ	通	できる			· ·		
もの忘れ	通 l	できる 有	メモをとるこ	とは出来	· ·	メモを見ても内容が理解できないことがある	
もの忘れ	通 l	できる 有 平原	メモをとるこ 住宅環境	とは出来	【生活	メモを見ても内容が理解できないことがある 機能の低下を引き起こしている背景·要因等】	
もの忘れ	通 l	できる 有 平 日 浴材	メモをとるこ 住宅環境 屋の文化住宅	とは出来 E にくい	【生活 個人	メモを見ても内容が理解できないことがある 機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 左股関節の拘縮、足腰の痛みがある。立ち上	
もの忘れ	通 l	できる 有 平 	メモをとるこ 住宅環境 屋の文化住宅 曹が深く跨ぎ	とは出来 E にくい \浴し	【生活 個人	メモを見ても内容が理解できないことがある 機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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	
もの忘れ	通 l	できる 有 平 	メモをとるこ 住宅環境 屋の文化住宅 曹が深く跨ぎ り知人宅で <i>1</i>	とは出来 E にくい \浴し	【生活 個人	メモを見ても内容が理解できないことがある機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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	
もの忘れ	通 l	できる 有 平 	メモをとるこ 住宅環境 屋の文化住宅 曹が深く跨ぎ り知人宅で <i>1</i>	とは出来 E にくい \浴し	【生活 個人	メモを見ても内容が理解できないことがある機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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	
もの忘れ	通 l	できる 有 平 	メモをとるこ 住宅環境 屋の文化住宅 曹が深く跨ぎ り知人宅で <i>1</i>	ことは出来	【生活 個人 因子	メモを見ても内容が理解できないことがある機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。	
もの忘れ 家加	通 l	できる 有 平 	メモをとるこ 住宅環境 屋の文化住宅 曹が深く跨ぎ り知人宅で <i>1</i>	ことは出来	【生活 個人 因子 環境	メモを見ても内容が理解できないことがある機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。	
もの忘れ 家加 1 日	族構成図	できる 有 平原 浴れ ため てい	メモをとるこ 住宅環境 屋の文化住宅 曹が深く跨ぎ か知人宅でプ いる(週2回)	ことは出来	【生活 個人 因子	メモを見ても内容が理解できないことがある機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。 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	
もの忘れ 家加 1日 の目標	族構成図	できる 有 平 	メモをとるこ 住宅環境 屋の文化住宅 曹が深く跨ぎ か知人宅でプ いる(週2回)	ことは出来	【生活 個人 因子 環境	メモを見ても内容が理解できないことがある機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。 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	
もの忘れ 家加 1 日 の目標 半年後	族構成図毎日足	できる 有 平原 浴れ ため てい 踏み運動を	メモをとるこ 住宅環境 屋の文化住宅 曹が深く跨ぎ か知人宅でプ いる(週2回)	E にくい 人浴し	【生活 個人 因子 環境	メモを見ても内容が理解できないことがある機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。 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	
もの忘れ 家加 1日 の目標	族構成図毎日足	できる 有 平 浴 た て に 踏み運動を に パー 周囲	メモをとるこ 住宅環境 愛の文化住宅 が深く跨ぎ かん (週 2 回)	E にくい 人浴し	【生活 個人 因子 環境	メモを見ても内容が理解できないことがある機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。 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	
もの忘れ 家加 1 日 の目標 半年後	通 族構成図 毎日足 近くのス 歩に出	できる有	メモをとるこ 住宅環境 愛の文化住宅 が深く跨ぎ かん (週 2 回)	日本日本	【生活 個人 因子 環境	メモを見ても内容が理解できないことがある機能の低下を引き起こしている背景・要因等】 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。 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	

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。