

松江市個別地域ケア会議 事例集

第4版（令和7年1月 改訂）

松 江 市

松江市地域包括支援センター

目 次

事例1	転倒をきっかけに閉じこもりになった	P1
事例2	電動四輪車の運転をやめたくない	P2
事例3	「生きていても仕方がない」	P3
事例4	ひきこもりの娘さんとの生活	P4
事例5	糖尿病の合併症で、調理が辛くなってきた	P5
事例6	高齢者施設に入居したら、地域との交流がなくなった	P6
事例7	このままでは体力低下や認知症が心配	P7
事例8	自分の目で見たい物がほしい	P8
事例9	自分でもっと調理や外出がしたい	P9
事例10	また散歩や地区の会に出かけたい	P10
事例11	「動きたい、少しでも良くなりたい」けど…	P11
事例12	したい生活をするために	P12
事例13	お酒との付き合い方	P13

事例14	買い物も食事も楽しみたい	P14
事例15	動くことが億劫でやる気が出ない	P15
事例16	自信を取り戻したい	P17
事例17	痛みと上手に付き合いたい	P19
事例18	家事と介護で、自分の時間がない	P21
事例19	同年代の友人が他界し、さみしい	P22
事例20	施設に入っても、地域とつながってみたい	P23
事例21	四季折々の風景写真を撮りに行きたい	P25
事例22	どうしたら歯科受診に行く気持ちになれるのかなあ？	P27
事例23	他人の意見を受け入れられない人へのアプローチ	P29
事例24	特技を生かして、人の役に立ちたい	P30
事例25	家族のために、料理は自分の役割として続けたい	P31
事例26	宅配弁当にあきたから	P32
事例27	妻のために、車の運転を再開したい	P33
事例28	不可解な行動の背景にあったのは	P34
事例29	男性の一人暮らし、血糖値が安定しない	P35
事例30	警戒されて、本音が聴けない	P36

事例について個人が特定されないよう、適宜改変しています。

事例1 転倒をきっかけに閉じこもりになった

安来マツさんはもともと腰痛があったが、先月転倒をした事をきっかけに腰痛が悪化し、外出を控えるようになり閉じこもり気味になっている。また、食欲もなくなり、調理を楽しむ気持ちになれないでいる。

アドバイス

訪問看護師

人と繋がり少ない人は食欲が落ちやすいです。なぜ食欲がないのか（体が痛くて食事が作れないのか、気持ちから食事が欲しくないのか等）食事アセスメントが必要です。また血液検査で栄養状態を知る事も大事な事なので、主治医と相談してみましょう。

管理栄養士

マツさんはBMIが17.5と低く低栄養状態で、体力・筋力が低下していると考えられます。タンパク質が少ないと筋肉もつかないので、タンパク質を意識して食事を摂るようにしましょう。

歯科衛生士

筋力が減ると歯茎も痩せて、入れ歯が合わなくなります。すると食事がしっかりと噛めず、柔らかい食材に偏りがちになり、低栄養や体力低下に繋がります。お口の状態もアセスメントしましょう。

理学療法士

腰痛の緩和が図れる家事の姿勢や動線、足台や椅子の利用等の指導、自宅で出来る筋力トレーニングの指導を受けられる訪問リハビリテーションサービスの利用を提案します。

その後

再アセスメントの結果、マツさんは、「腰痛の悪化」のため立っている事が大変になり調理が出来なくなっていた事が分かった。訪問リハビリテーションサービスを利用され、指導を受け短時間での調理や腰への負担の少ない動作ができるようになり、長時間立たなくてもよくなり腰痛の軽減につながった。

入れ歯が合わず、噛みにくくなっていることもわかり、歯科受診に行かれ、肉や魚等、タンパク質を意識した食事が摂れるようになった。体重も少し増え、気力も少しずつ戻ってきた。歩行器の選定を行い散歩に行くようになり、途中で近所の方と話やお茶に誘われる等交流も再開できた。

現在、マツさんは、以前のように買い物や調理を楽しむために体力づくりに前向きに取り組まれている。

事例2 電動四輪車の運転をやめたくない

松江太郎さんは電動四輪車を利用し、受診や買い物、用足し、畑に出かけている。家族は高齢になってきたことを理由に電動四輪車の運転をやめて欲しいと考えている。しかし、太郎さんは運転をやめる気持ちはない。

ケアマネジャーとしては、事故の心配があるものの、やめる事で活動の機会が減り、体力低下や意欲低下から閉じこもりになるのではとの心配もある。

アドバイス

臨床心理士・公認心理師

どうすれば運転をやめるのかではなく、どうすれば安全に運転ができるのかを太郎さんと一緒に考えてはどうでしょうか。一緒に考える事で運転ができなくなった時に太郎さんも納得しやすいと思います。

理学療法士

交通ルールが守れているか、身体機能や認知機能の確認、運転場面の動画を撮影して、太郎さんやご家族、福祉用具の担当者と一緒に安全運転ができているかを確認してみてもどうでしょうか。また、運転が出来なくなった時にどうするかを太郎さん・家族さんも含め、今から話し合っておくとよいと思います。

その後

家族の協力を得て運転場面の確認を太郎さんと一緒にする事ができ、どの場面に特に注意が必要なのか自覚されるようになった。

また、会議後、訪問リハビリテーションサービスを導入、身体機能の維持や運転に対しての助言を受け、事故なく電動四輪車の運転を続けている。

趣味の野菜作りは、今後、運転をしなくなった後の事を考え、庭に畑を移し楽しまれている。

BMI とは、体重 kg ÷ (身長 m × 身長 m) で算出される値で、低体重(やせ)や肥満の判定に用います。

日本肥満学会の基準では、18.5 未満が「低体重(やせ)」、18.5 以上 25 未満「普通体重」、25 以上が「肥満」に分類されます。

事例3 「生きていても仕方ない」

雲南次郎さんの娘さんが急死された。次郎さんはデイサービスを休みがちになり「生きていても仕方ない」等ネガティブな発言が多くなった。閉じこもりやフレイル予防のためサービス等の支援が必要と考えるが、次郎さんは「必要ない」と言われ利用に至らない。

アドバイス

臨床心理士・公認心理師

娘さんに先立たれ気持ちが沈んでいる次郎さんから、ネガティブな事を言われ返事に困られますよね。つらい状況にある人は、誰かに甘えたくなり、無意識的な心情です。甘えが満たされると元気になり、免疫力も上がります。

次郎さんは、援助者であるケアマネジャーに自分の辛い気持ちを聴いてほしいのだと思います。次郎さんの話にうなずきながら耳を傾けてあげてください。

その後

別居の家族とも相談し、ケアマネジャーと家族で次郎さんの話をゆっくり聴くようにした。

すると、次郎さんからネガティブな発言は少なくなり、少しずつ近所に出かけるようになられ、デイサービス利用も再開された。

ケアマネジャー自身も話を聴く事に徹した事で、次郎さんから自分の気持ちを話してもらえるようになり、次郎さんへの理解が深まった。

フレイルとは、年をとって体や心のはたらき、社会的な繋がりが弱くなった状態を指します。そのまま放置すると要介護状態になる可能性があります。早めに気づいて適切な取り組みを行う事で、フレイルの進行を防ぎ、健康に戻る事が出来ます。

事例4 ひきこもりの娘さんとの生活

長年ひきこもりの娘さんと2人暮らしの出雲タケさん。地域の方とのつながりも少ない。加齢に伴い歩きが悪くなり、買い物にでかけることができなくなった。

ケアマネジャーはヘルパーによる家事サービスを勧めるが、タケさんは娘さんに頼みたいからと断り続けている。しかし、娘さんに用事を頼んでもあてにならない。

ケアマネジャーとしては、一緒に暮らす娘さんが支援をすべきではと考え、娘さんに苛立ちを感じながら、タケさんの生活をどのように支えたらよいか悩んでいた。

アドバイス

臨床心理士・公認心理師

ひきこもっている娘さんにも、いろいろな理由があります。ひきこもるのも、なかなか辛いものですよ。

ケアマネさんも、タケさんの娘さんへの思いも大切にしながら、タケさんが身近な人とつながりが持てるように働きかけてみてはどうですか。

その後

ケアマネジャーは、助言が娘さんへの理解のきっかけとなり、娘さんにとらわれていた自分に気づき気持ちが軽くなった。そして、タケさんへのアプローチを違う視点で考える機会となった。

ケアマネジャーは改めてタケさんと向き合い、話し合いを重ねていくうちに、タケさんは声をかけてくれるご近所の福祉推進員さんに相談する気持ちなられた。買い物について困っていることを話すと、福祉推進員さんは移動販売車を自宅前まで呼んで下さり、タケさんは自分で買い物ができるようになった。

これがきっかけとなり、身近に相談できる近所づきあいが始まるにつれ、タケさんは、娘さんへの強い依存心も徐々に薄れ、今では前向きに明るく自分らしい生活を送れるようになった。

地域ケア会議に毎回、臨床心理士・公認心理師が参加されているのは、松江市の特徴です。

事例5 糖尿病の合併症で、調理が辛くなってきた

大田ウメさんは、糖尿病があり食事等に気を付けてきたが、右手の痺れや感覚障害が出てきて、調理が辛くなってきた。夫が支援しているが、献立に偏りがある。

夫の手伝いで徐々に本人が調理できるようになったが、野菜中心の食生活である。

ケアマネジャーは、食事の調理や栄養バランスを適切にするためにはどのように支援したらいいか困っている。

アドバイス

管理栄養士

滑りにくいシリコン系の調理器具や濡れ布巾をボールの下に敷くと滑りにくいです。包丁が使いづらい時は、カット野菜や魚の缶詰等を活用されるといいですよ。

また、野菜中心の生活であれば、低血糖が心配ですね。

薬剤師

糖尿病薬を服用しているので、野菜中心の食事の場合、高血糖よりも低血糖に気を付ける必要があります。

その後

ケアマネジャーは専門職からの助言をウメさんに伝えた。

ウメさんは、今まで、高血糖にばかり注意をしていたが、それぞれの助言から低血糖にも注意が向くようになった。

また、シリコン系の道具やカット野菜等を活用する事で調理がしやすくなった。

ウメさんの調理の意欲も出てきて、野菜だけではなく、たんぱく質もとるように心がけ、栄養に偏りが出来ないよう食事に気を付けられるようになった。



事例6 高齢者施設に入居したら、地域との交流がなくなった

江津ツルさんは、最近住み慣れた自宅から高齢者住宅の施設に引っ越しをした。今までは、近所の方と一緒になごやか会や地域の行事によく参加をしていた。

しかし、馴染みのない地域の施設に入居した事で、地域の事が良く分からず、また、地理的にも不慣れで一人での外出に不安があり、外に出かける事がなくなった。

アドバイス

コミュニティソーシャルワーカー（生活支援コーディネーター）

地区のサロンや公民館の喫茶があります。また、からだ元気塾も地域の方が参加されているので、顔なじみになるきっかけ作りになると思います。

施設入居者と地域の方との交流会の企画もあります。参加のご希望があれば、お繋ぎ出来るので声をかけてください。

臨床心理士・公認心理師

ツルさんの望み(やりたい事など)が、はっきりすると違う面が見えるかもしれませんよ。

主任介護支援専門員

ツルさんのやりたいことを聴く時に、今までどのような生活を送ってこれたのか生活歴をお聞きする中で、ツルさんの興味・関心があることや好きなことがわかってと思います。

その後

公民館活動の喫茶に参加されたのをきっかけに、地域の方と顔なじみになり、交流が持たれるようになった。

また、ツルさんのしたい事について、入居前の生活の話の中で、花を育てたい気持ちがある事が分かり、施設の花壇を使って花を育て施設内に飾られるようになった。

ツルさんの外出の不安が解消され、施設内での役割ができ、はつらつと生活されている。

事例7 このままでは体力低下や認知症が心配

浜田カメさんは社会的で、地区の会にも歩行器を利用しながら積極的に参加されていた。

1年前、引っ越しをされてからは友人との交流が段々と少なくなり、家に居る事が増えてきた。調理・洗濯などの家事は夫に手伝ってもらい、なんとか毎日されている。

しかし、ぼーっとしている事や物忘れも増え、心配した夫はデイサービスを勧めたが、利用には至らなかった。このままでは体力低下や認知症が進行するのではと心配している。

アドバイス

訪問看護師

1年で人が変わってしまったようですね。なぜそうなったのか原因を知ってケアする事が大事です。受診し、認知症なのかうつ病なのか等診断を受ける事が必要だと思います。

作業療法士

ご主人と協力して家事をされていますが、調理は頭を使う事が多く、洗濯は体を動かす等リハビリの観点から大事な事です。できた事を励まし認めてみてはいかがでしょうか。

その後

ケアマネは主治医に相談し、専門医を紹介され受診し、老人性うつと診断された。カメさんの、あまり出かけたくないとの気持ちを尊重し、自宅で夫と一緒に過ごす時間を増やした。

夫から、カメさんが行った家事に対し感謝を伝えるようになり、カメさんも笑顔が増えてきた。自分の役割として、毎日家事を続けている。

また、最近は、夫と一緒に買い物に出かけたり、友人と電話したり楽しめるようになった。

事例8 自分の目で見て買い物をしたい

益田三郎さんは、運転免許を返納し、バスに乗って買い物に行っているが、バス停が遠く荷物を持って歩くことが大変になってきた。毎回タクシーを使うのは経済的に負担だし、できれば買い物は自分の目で見て買いに行きたい。

アドバイス

理学療法士

適切な歩行補助具の選定をして利用する事や、リュックサックを利用し両手を空けると歩きやすくなりますよ。

コミュニティソーシャルワーカー（生活支援コーディネーター）

買い物の移送支援の仕組み作りをしている地区があります。ケアマネジャーから担当の民生児童委員等に声かけし、本人と地域の繋ぎ役をする事で、お住いの地区に移送支援の仕組みが出来た時に連携が取りやすくなると思います。

また、包括やコミュニティソーシャルワーカーがケアマネジャーと民生児童委員等とのつなぎ役ができますよ。気軽にご相談ください。

その後

リュックサックを利用するようになり、歩きやすくなり、バスに乗りやすくなった。買い物も、もうしばらく頑張れそうだと笑顔が見られた。

また、民生児童委員と顔がつながり、三郎さんが買い物に困る事があり、今後、地域で移送サービス等が出来れば利用したい意向があることを伝える事ができた。

法吉の一部地域では社会福祉法人が電動カートを利用し地域での移動支援を行っています。

R2年度に美保関町菅浦地区では、住民主体型移送サービスが始まって、地域の方が買い物や通院の移送支援をされています。

R3年度から松江市では、松江市高齢者移送活動支援補助金の事業が始まりました。島根町では、R3年6月から地元の社会福祉法人による福祉有償運送がはじまり、透析の方の通院支援を行っています。

事例9 自分でもっと調理や外出がしたい

益田一郎さんは事故のため、手先の動かしにくさや歩行の不安定さがあるが、電動車いすを利用し外出や好きな調理を続けている。最近段々と手先に力が入れにくくなり包丁を使う事や手先の事がしにくくなってきた。

また、外出して乗り物に乗る時に、周りの人に手伝ってもらう事に遠慮があり、気兼ねなく出かける方法はないかと考えている。

アドバイス

管理栄養士

グリップ包丁等、色々な自助具の活用はどうでしょう。また今は電気でできる自動調理鍋や多機能炊飯器のような便利な家電があるので、今からそういった家電に慣れておくことで、高齢になっても調理が続けやすくなると思います。また固い野菜はレンジで柔らかくしてから切る、ヘルパーさんに切ってもらいフリーザパック等に入れて冷凍するなどしておくですぐ使えて調理がしやすくなると思います。

コミュニティソーシャルワーカー

一郎さんが電動車いすを使って外出し地域に出かける事で、地域住民との関わりができて、障害についての理解が深まったり、平時の声掛けや災害時の支援に繋がったり周りの意識が変わるので、手段があるなら遠慮せずに出かける事も大事だと思いますよ。

その後

一郎さんと訪問リハビリテーション職員と一緒に自助具について相談しグリップ包丁と電気自動調理鍋を購入された。思っていたより楽に切れる事や調理する事が出来ると喜ばれ、「もっと自分でやってみたい」と意欲的に調理をされている。

外出についても、出かける事は好きだが誰かに迷惑をかけているのではと外出をためらう事もあったが、助言を聞いた事で気持ちが楽になり今は外出が楽しみになった。

ケアマネジャーも、介護保険や障害サービスで支援する考え方が多かったが、それ以外で利用できる資源はないかと意識を持つきっかけになった。

事例10 また散歩や地区の会に出かけたい

江津三郎さんは、歩行器を利用して散歩に行く事や地区の会に出かける事が楽しみだったが、引っ越し後は馴染みがない地域とコロナ禍のため、出かける機会が少なくなり、ベッド上で過ごす事が増えた。またベッドから立ち上がる時にお尻を擦るため褥瘡が出来てしまった。

褥瘡を予防しながら、散歩や地区の会を楽しむために出来る事について検討したい。

アドバイス

作業療法士

ベッドサイドのどの位置に手すりを設置するか、介助バーが適切かどうか、ベッド上をお尻ですべって移動しないよう再度検討してみてもはどうでしょうか。また、尿取りパットは後ろにずれるほど傷になりやすいので、やや前に当てるよう勧めてみてください。どこに傷が出来やすいか目視して検討すると良いと思います。

主任介護支援専門員

地区の交流の場として和やか寄り合いが1つあります。送迎の検討もしてくれるので、初めてでも出かけやすいかもしれません。また訪問リハビリテーションを利用し、ベッドからの立ち上がりの指導や自宅周辺の歩行訓練をしてみてもどうでしょうか。

その後

ケアマネジャーは遠慮があり褥瘡を見ていなかったが、助言が後押しとなり目視で確認。褥瘡の位置やベッドからの立ち上がりを再確認し、ベッド・手すりの高さを変えたところ、お尻を擦らずに立ち上がりが出来ようになり褥瘡が改善した。

ベッドからの立ち上がりについてデイサービスに相談したところ、自宅内で出来るごく簡単な運動の提案や、天気に合わせて屋外の歩行訓練を取り入れてくれた。褥瘡の痛みが軽減した事もあり、三郎さんは自宅での運動が無理なく続けられている事に自信を持ち、その後一人で近所を散歩されるようになった。

地区のなごやか寄り合いについては、コロナ禍が落ち着いたら参加したい気持ちでいる。

事例11 「動きたい、少しでも良くなりたい」けど

大田カメ子さんは50歳代で脳梗塞を発症。「動きたい」「少しでも良くなりたい」と通所リハビリテーション利用開始するも、その後「行く気持ちになれない」と利用休止。訪問リハビリテーションも利用に至らなかった。自宅では動く事が少なく、体重は増加傾向にあり、横になって過ごす事が増えてきた。このままでは病気の再発が心配される。

ケアマネジャーは、どのように関わればカメ子さんの意欲を引き出す事ができるのか悩んでいる。また活動量を増やし体重減少に向けて自宅で出来る事について知りたいと思っている。

アドバイス

作業療法士

活動量を継続して増やしていくために、初めは寝た状態で出来る運動を行い、出来るようになったら、次は椅子に座って出来る運動をするなど、少なくコンスタントに出来る事から始めてみてください。YouTubeの体操や運動を見ながらするのも良いと思います。また、できた成果を称える事で達成感もより感じられると思います。

管理栄養士

脂質を摂らない工夫（テフロン加工のフライパン等）、間食の菓子やパンをチーズ等に変更してみてもはどうでしょう。また牛乳は沢山飲むと高カロリーですので、1日200mlくらいにして、あとはお茶や水で水分補給してみてください。

その後

寝た状態でできる運動をカメ子さんと一緒に行い、短時間で簡単に出来る事から始めた。また主治医より運動するよう促された事もあり、訪問リハビリテーションを利用し、自宅でできる運動を続ける事が出来るようになった。リハビリ職員やヘルパーと話をする機会が増え表情も明るくなってきた。

食事に関しては、牛乳を減らす事ができ、ヘルパーに食材を気を付けてもらった事や配食サービスの利用もあり体重減少。カメ子さんは、やればできるという気持ちになられ、運動にも意欲的に取り組まれるようになった。

ケアマネジャーは、助言により選択肢が増え視点も広がった事で、本人との会話の幅が広がった。また細かく本人の成果を褒める事で本人のモチベーションアップに繋がり、意欲を引き出す事ができ、声のかけ方、関わり方で本人の意欲が変わる事を実感できた。

事例12 したい生活をするために

出雲ウメ子さんは夫の他界後、一人暮らしをしながら趣味のコーラスでデイサービス慰問や友人との行き来を楽しんでいたが、転倒・骨折を繰り返し、段差の多い自宅での生活は難しいと考え高齢者施設への入居を決めた。ウメ子さんは色々な事にチャレンジしたい方で、まだ介護保険を利用するほどではないとの気持ちもある。施設入居後も変わらず交流ができると思っていたが、コロナ禍の入居で不自由な事が多い生活となり、段々と部屋に閉じこもるようになった。

このままではウメ子さんのしたい生活が出来ず、意欲低下から身体機能の低下も心配される。

アドバイス

訪問看護師

施設の生活で、ウメ子さんの希望を全て叶える事は難しいと思いますが、ウメ子さんの楽しみを増やしていく事は大事だと思います。叶える事が出来る事と、そのための条件を提示し、支援者でそれを共有していく事で、ウメ子さんのしたい事が具体的に叶っていくと思います。

コミュニティソーシャルワーカー

こども食堂、なごやか寄り合い等があり、コーラス披露の場はあると思います。直接出かける事が難しければオンラインでの交流会のお手伝い出来ると思いますので、声をかけてください。

その後

ウメ子さんから「自宅に帰りたい」「ショッピングをしたい」等の希望があり、リハビリ職員、家族、主治医と相談し、一人でバスに乗れるよう訓練を行った。ウメ子さんの意欲もあり、一人でバスに乗り買い物に行けるようになり、自宅への一時帰宅や市内の親戚や友人宅を訪問する等活動範囲も広がっている。次は少し距離のあるお店へ出かける事を目標にしてリハビリを継続されている。

コーラスについては、コロナ禍が落ち着いてから出かけたいと考えており、その時のために練習を続けている。

事例13 お酒との付き合い方

松江五郎さんは仕事柄、お酒を飲む機会が多く、退職後も家の事を手伝いながら、お酒を楽しんでいた。1年ほど前に自宅で転倒、その後は食欲不振、閉じこもりがちになりお酒を飲む機会が増えていった。

家族やケアマネジャーは飲酒をやめるように言うも、五郎さんはやめる事が出来ず体重減少傾向。今後どのように支援していけばよいのか悩んでいる。

アドバイス

臨床心理士・公認心理師

断酒を全面に出すと関係性を作るのは難しいと思います。楽しみや興味が持てる事、五郎さんの思いを聴く事から始めてみるといいと思います。

主任介護支援専門員

断酒は難しいかもしれませんが、減酒を考えていくのはどうでしょう。お酒以外に興味の持てる物が出来ると良いかもしれません。したい事があれば訪問リハビリテーションを利用し、出来た達成感が持てれば意欲も出るかもしれません。

訪問看護師

五郎さんを支えてくれる人（友人や支援者）が増え、五郎さんの話を聴いてくれる人が増えると良いかもしれませんね。

管理栄養士

食事を摂ったり摂らなかったりしているので、まずは同じ時間に何かを食べるよう声かけをしてみてもいいでしょう。栄養バランスはその後でも良いと思います。

その後

主治医より「本人がやりたいと思う事から始めてみては」と助言をいただき、地域リハビリテーション事業で五郎さんの状態を評価してもらった。その中で五郎さんから「外出したい」「庭の世話をしたい」と希望を聞く事ができ、目標に向けたリハビリに取り組んでおられる。

また、五郎さん、家族さんの気持ちを聴く中でアルコール依存の専門医の受診ができ飲酒量を定める事もできた。食事について、朝食は摂らない事が多いが、昼・夕食は摂る事が増えてきている。

地域リハビリテーション活動支援事業とは、地域における介護予防の取組の強化を図ることを目的とし、委託を受けたリハビリテーション専門職がなごやか寄り合い活動等の住民主体の通いの場に出かけ、介護予防に関する助言や指導を行います。

事例14 買い物も食事も楽しみたい

雲南四郎さんは腎機能低下があり治療を受けている。栄養指導も受けられたが、ウイナー等の加工品を好まれるため、ケアマネジャーは病気の悪化を心配している。また果物も安かったからと大量に購入される事がある。

四郎さんは自分の目で見て買い物する事が楽しみになっており、続けて買い物には出かけてほしいと思うが、どうすれば加工品や果物の購入が少なくなるのかケアマネジャーは悩んでいた。

アドバイス

管理栄養士

加工品をやめる事が難しいのであれば、加工品を一度湯通しするのはどうでしょうか。

少しですが塩分が抜けるので、そのまま食べるよりは良いと思います。また、果物は毎日ではなく週2回にする等の提案をしてみるのはいかがでしょうか。

臨床心理士・公認心理師

「提案してもいいですか？」と前置きをしてから、こういう心配があり懸念しますがと伝える方法もあります。

その後

助言を参考に、「提案してもいいですか？」と前置きをして、塩分や果物の摂りすぎによる病気の悪化を心配していると伝え、加工品の湯通しや果物の量を減らす事について提案をした。四郎さんは「湯通しなら出来そう」と言われ、加工品を湯通しされるようになった。また果物の購入も減ってきている。

事例15 動く事が億劫でやる気が出ない

浜田次郎さんはリウマチを患っているが、自宅周辺を散歩したり、庭の手入れをしたり身体を動かしていた。しかし、やり始めるとついついやり過ぎてしまい、後から筋肉痛でしばらく動けなくなり、動かない事で体重が増加してしまう。最近は動く事が億劫になっている。リウマチの痛みもあり動く機会はさらに少なくなっており、このままでは活動量の低下だけでなく意欲低下の心配もある。

アドバイス

薬剤師

眠剤が年齢の割に多いので、倦怠感の原因になっているかもしれません。医師に今の状態を相談してみてもはどうでしょう。

管理栄養士

BMIが27.1と肥満状態です。体重を落とさないと膝への負担が大きくなり痛みが増し、ますます動きにくくなります。息子さんからの差し入れの内容を検討し、何が良いか助言されてみてはどうでしょう。乳製品や果物、水分をしっかり摂ると良いと思います。

主任介護支援専門員

可能であれば今ご利用のデイサービスで入浴を行うのはどうですか。湯につかるとリウマチの痛みが和らぐ事が多いので、痛みが楽になれば少しは動きやすくなると思います。

理学療法士

緊張性頭痛があると首や肩がこわばります。濡れタオルを電子レンジで温めてビニール袋に入れて温パックとして活用してみてもどうでしょう(火傷に注意必要です)

コミュニティソーシャルワーカー

地域活動が活発な地域でなごやか寄り合いが2つあります。近所に福祉推進員さんがおられるので、ちょっとした見守りや声掛け等もしてもらえるとと思います。地域の方とケアマネジャーさんの顔つなぎも出来るので声をかけてください。

その後

温パックや入浴について次郎さんに伝えたところ、デイサービスでの入浴に乗り気になり、デイサービスで入浴した日は動くのが楽になったような気がすると喜ばれている。動く事が億劫になっている事については、主治医や訪問看護に相談し、現在は薬を調整して様子を見ている。

また、ケアマネジャーが福祉推進員と繋がりを持った事で、地区のなごやか寄り合いに次郎さんを誘ってもらい出かけられるようになった。またそこから避難行動要支援者名簿の登録にもつながった。

松江市では、災害対策基本法に基づき、避難行動要支援者の支援にかかわる情報を記載した避難行動要支援者名簿を作成しています。

避難行動要支援者に対し、「避難行動要支援者名簿に記載されている情報を平常時から避難支援等関係者に提供すること」について同意確認を行っています。

同意した避難行動要支援者の名簿情報は、避難支援等関係者からの申請により提供され、平常時から災害時に備えた避難支援体制づくりに活用されます。また、避難行動要支援者名簿に記載されている情報について、災害発生時には避難支援等関係者へ提供し、避難支援や安否確認等に活用します。

※避難支援等関係者も被害にあう可能性があるため、災害時の避難支援が必ずなされることを保証するものではありません。また、避難支援等関係者は責任や義務を負うものではありません。

事例16 自信を取り戻したい

松江ボタンさんは、体操教室の指導者で、体力、筋力、骨密度も大丈夫だと自信を持っていたが、自宅で転倒し足を骨折した。この時に骨粗鬆症であることが分かり、とてもショックを受けた。こどもや周囲に迷惑をかけたくないと思いつつも、自信がないまま過ごしている。以前のようにハツラツとした生活を送ってもらうにはどうしたらいいか。

アドバイス

薬剤師

人間の骨はもろくなるが、可動域があるので運動は続けて、今の骨の状態を維持していけば日常生活に問題はないと思います。

体操について、人に教えたいのか、自分が体を動かしたいのか、どこまでを目標に持っていきたいのか、話をして共有しておくのは大事です。不安にならない様な声かけをしていくといいですよ。

臨床心理士

体操の先生でありながら、自分が骨粗鬆症だったのがショックだったんですね。このような生活が一変してしまう大きな出来事の後、誰もが元の自分に戻りたいと思うが、カウンセリングをしていくと、元の自分ではなく新しい自分になることに気づかれます。まだ、これから先の人生もある。どういう自分になっていくのがいいのか、夢や目標を共有していく話し合いが大事になります。人に教えていた方なので、「骨を作るような体操はありますか?」等、ケアマネがボタンさんに教えてほしいというスタンスで会話をすすめていくとよいと思います。

管理栄養士

体質や環境にもよりますが、食生活を見直す機会ととらえて、足りない物、偏りがなかったか等振り返ってみるといいですよ。リハビリをするとエネルギーを使うので、今までの食事では不足して、筋肉や体重が減ってきます。好きな物にプラスしていきながら、今まで食事が量が足りなくなかったのか、油を使った料理を食べていたか等確認していくといいです。

間食も栄養補給のチャンスです。例えば、乳製品等のヨーグルトにきな粉やスキムミルクを足して食べるとか。まずは、しっかり噛んで吸収を良くして、手軽な方法で継続しましょう。

アドバイス

作業療法士

骨粗鬆症外来がある病院もあるので、心配な方は受診されるといいですよ。運動で骨を強くしようと思えば、アスリート並みの運動が必要になります。やはり食事が大事です。体を動かして筋肉、骨に刺激があると、必要を感じてカルシウムを吸収します。また薬も大事です。運動も食事も薬も、続けないと成果が出ません。前のように生活したいことが具体的にイメージできたり、小さい目標の達成感を積み重ねてモチベーションを維持していくことが大切です。

歯科衛生士

食事をしっかり摂るために、歯周病の予防で歯科検診を受けると良いですよ。

その後

ボタンさんは、ケアマネジャーから専門職からの助言を聞き、自分の自立について考えられた。そして、こうなりたいという大きな目標「近くのコンビニに一人で行けるようになる」を自ら出すことが出来た。「自分もここからがスタートだ」と意気込んでおられる。毎日、楽しんで生活がされている。

ケアマネジャーは、ボタンさんと自立について考えるきっかけになった。また、「以前の自分を取り戻す事」をボタンさんと一緒に目指していたが、臨床心理士の「新しい自分や変わっていく自分を受け入れられることが大事」と助言をもらい、そこからどう進むか考えられるようになった。ケアマネジャーもボタンさんと共に、『これからだ』という気持ちで支援している。

事例17 痛みと上手に付き合いたい

マツさんは几帳面な方で体の痛みがあるが、動かなければ動けなくなるからと無理をして動いて、あとで痛みがひどくなっている。これまで、鎮痛剤は色々な医院で処方してもらっているが痛みがひどい時に飲んで処方箋通りには飲めていない。また、徐々に体重が減少し、以前に比べ歩ける距離も短くなり体力低下が心配である。

マツさんが自分の痛みと上手に付き合い自宅での生活が続けられるよう、どのように支援していけばよいか。

アドバイス

薬剤師

今処方されている痛み止めは即効性のある薬ではない。処方通りに飲んでおられないので効いてないかもしれません。きちんと飲めば痛み軽減すると思います。主治医に相談して、頓服として即効性のある痛み止めを処方してもらうと、動作後の痛み軽減できると思いますよ。

臨床心理士

痛みは本人が感じる事なので、否定的な事があると痛みが増します。几帳面な方は悪い所を見てしまう傾向があります。ただ、今はマツさんは痛みがあってもしたい事をしている、したい事が出来ているから、周りの人は「本人のやりたい事だから」と見守っておられます。「痛いけどやってしまう」と本人が笑えれば良いのではと思います。やりたい事をやっている間、痛みを忘れるのは根本的には良い方向だと思います。

管理栄養士

栄養バランスの偏りがあると思います。筋肉を作るたんぱく質が不足していると思います。転倒予防のためにも、たんぱく質が必要です。お嫁さんに差し入れしてもらったり、ご主人が調理されて好みに合わず食べられない時は、チンして食べられる冷凍食品等を利用していいですね。ほかに豆腐や茶碗蒸し等、買ってすぐに食べられる物を用意しておく、いざという時にさっと出して食べられる物(冷凍食品、レトルト食品等)を常備しておきましょう。間食は楽しみとしてもいいですが、乳製品を摂ってもらうとたんぱく質やカルシウム等の補給になります。1日のいつでも良いのでしっかり栄養を摂ること、1日のトータルで考えることが重要です。

アドバイス

訪問看護師

痛みがある事でADL低下、気力も低下、ネガティブ発言につながっていると思います。定期的な服薬管理が必要です。娘に協力を依頼して確認してもらうとか、薬カレンダーの活用はどうでしょうか。痛みの軽減については、楽しみを持てるなら、それをやる事で気分転換を図る、温める・冷やすどちらか合っている方をする、入浴や温泉に入る事で痛みの軽減になります。

コミュニティー・ソーシャル・ワーカー(兼務、生活支援コーディネーター)

お住まいの地域には住民主体の通所サービス2か所あり、他にもう1か所立ち上がります。体操や交流がメイン、緩やかに活動されている。送迎がないので娘さんに協力してもらえると利用できると思います。

主任介護支援専門員

本人の強み、楽しみを見つけて褒めていくと、気持ちも上向きになると思います。痛みの際は、つらい気持ちを傾聴すると良いと思います。

歯科衛生士

食べられる環境は大事です。入れ歯の調子が悪い時は受診しているので、すでにステップを1つ上がっておられます。歯つらつ健口教室が役に立つと思います。口だけでなく体重等総合的に診てもらえ、むせのトレーニングも入っています。1回200円で2回(月1回)利用できるのです、この松江市の事業を活用してみてください。

理学療法士

このままりハビリを始めるよりも、まずは栄養を摂って体力をつけてからリハビリをした方が良いと思います。

その後

マツさんが身体の痛みを気にしていたので、ケアマネはリハビリの検討をしていた。

しかし、理学療法士から「このままりハビリをするより、まずは栄養を摂って体力をつけてからリハビリをした方が良い」と言われたことや、管理栄養士から「3食いつでも良いのでしっかり栄養を摂ること。1日のトータルで考えること。」の助言や栄養補助食品を紹介し、マツさんと家族ともに共有をし、食事内容を見直すきっかけになった。

そして、ケアマネは生活全般を考えるようになった。

事例18 家事と介護で、自分の時間がない

サクラさんは、認知症の夫の介護、家事、自身の事に手を抜けない性格に加え、子どもからの服薬きちんとしたか、レトルト、冷凍、インスタント食品を摂っていないか、片づけてあるか等の確認がプレッシャーになっており、疲弊している。自分達を心配しての事とはわかっているが、プレッシャーにいらっている。

サクラさんは、「本当は大好きな韓国ドラマのDVDをゆっくりみたいなあ」「たまにはレトルト食品も食べたいなあ」と思っている。

アドバイス

管理栄養士

BMI 26 と高めなので、血圧も高く、息切れもするのでは。体を動かすのもしんどいのではないかと思います。あと2kg落とすとBMI 25 になるので、少し身体が楽になると思います。子どもさんの想いも尊重し、妥協点として、体重を落とす代わりに、好きな事をしたり、介護のストレスもあると思うので、ご褒美の日を作って、レトルト食品等を食べられるよう提案してみてもどうでしょうか。

臨床心理士

子どもさんや自分達のプレッシャーがあり動いておられますが、サクラさんの本音は休みたいと思います。必要なプレッシャー（しないといけない事）と、そこまでしなくてもよい事があると思うので、優先順位を決め整理すると良いかもしれません。優先順位の低い物をどうやって抜いていくのか、手放していくのか、それには専門家の助言を使うといいです。例えば、「先生がこう言っているから〇〇をやめる」とか、責任を外に持って行くとよいですよ。夫への言い訳、自分への納得にもなります。

その後

1日のスケジュールをサクラさんとケアマネジャーとで一緒に作成したところ、「寝てばかり」と夫に言われていたが、そうではなかった。見える化した事で、何時が忙しくて、何時が余裕のある時間帯か再認識できた。そのことで時間調整ができる様になり、夫が横になっている時間に、好きなDVDを見るなど自分の好きな時間に充てられるようになった。余裕ができた事で、休みがちな通所サービスに出かける様になり、膝の痛みに対する訓練や体操の助言を受け、自宅でもできるようになった。また受診にも行かれるようになった。一緒にスケジュール表を作った事で本人の時間の使い方や行動が分かり、助言もしやすくなった。

事例19 同年代の友人が他界し、さみしい。

90歳のチドリさんは、一人暮らしで、ヘルパーによる掃除、買物支援を受けている。自分の事は自分でしたい性格で、買物も自分で見て買いたい気持ちがあり、月1回タクシーで買物に行かれるが、購入品の持ち運びも一人では難しい。また、同年代の友人も他界され寂しさを訴えられ、最近は食欲が低下し食べる量が減ってきた。

チドリさんが、自宅での生活を続けるためにはどうしたらいいか。

アドバイス

管理栄養士

本人が頑張っているところを認め、一部出来合いの惣菜を取り入れてみる。そうめんや冷やし中華、飲むゼリー等摂りやすい物を取り入れる。飲む栄養補助食品などをおやつの時に飲んで栄養をフォロー。間食にも重点を置いて、おやつの際にも食べられると良い。

主任ケアマネ

訪問看護は24時間対応できるので、一人暮らしの心配が軽減されるかもしれません。昼食付き1日タイプのデイサービスの利用するとたくさんの人と一緒に楽しく食事ができますよ。また、12時半までに買い物した商品を、無料で夕方に配達してくれる店舗もありますよ。

コミュニティー・ソーシャル・ワーカー(兼務、生活支援コーディネーター)

お住まいの地域には、3,000円以上買い物をすると、タクシー券を補助する店舗があります。高齢者に慣れた運転手のいるタクシー会社がありますよ。

また、週1回公民館でからだ元気塾が開催されています。地域との新しいつながり作りのきっかけになるといいですね。

その後

チドリさんの希望で、からだ元気塾を利用する事になった。高齢のチドリさんがからだ元気塾に通っていることが、他の参加者の目標になり励みになっている。

また、食欲も改善し、近所の方とお茶のみに行き来するようになり、元気で過ごすことが出来ている。

ケアマネジャーは、介護保険サービスでの支援を考えていたが、地域資源が色々ある事を教えてもらい、地域資源の活用を考えるきっかけになった。地域資源の活用や、地域活動が人との繋がりや本人の生きがい、役割に繋がっていくと感じた。

事例20 施設に入っても、地域とつながっていたい

タカさんは、以前は地域のボランティアや地域の役を積極的に行い、地域と密接に関わってきた。90歳を過ぎてから病気がみつき、入院、手術を経て、退院後の一人暮らしに不安があり、退院と同時に自宅がある地域の高齢者施設に入居された。これからは体調に合わせて社会参加ができるといいなあと希望されている。

今後も住み慣れた地域で交流を図っていくために具体的にどのような支援があると良いか。また、節度をわきまえた自尊心の高い方で普段の会話もケアマネは緊張気味で、地域の活動を提案する際に提案の仕方によっては、タカさんのプライドを傷つけないか心配している。

アドバイス

訪問看護

心不全があるので、活動を外に向けていくときは、体調のタイミングを見る必要があります。体調の調整をしながら勧めると良いと思います。

臨床心理士

ケアマネさんが、タカさんの出来る事とプライドの匙加減に気づいているのはすごい事です。プライドが高い分、高齢や体調でできないのにやろうとしたり、したくないのにやってみたりすることは良くないです。また、社会の中で活躍している自分を大切に、自分自身のことは後回しにすることもあります。地域活動に取り組むことは慎重に勧めた方がいいです。まずは、新しい施設の環境に慣れて身の回りの事が充実してからが良いと思います。判断力はある方なので、「お願いします」に弱いかもかもしれません。「これこれこういう事で他の人の役に立つから、やってみませんか?」と伝えるとやる気のエネルギー出るのではと思います。プライドの高い方なので、今までの活動や今やっておられることを褒める、称える様に会話をするといいですよ。

理学療法士

高齢になって積極的に動く事はそこまで勧めなくてもよいのかもしれませんが。自宅近くの施設におられ、見える景色は見慣れた景色なので、「あそこの家電気ついてないけど大丈夫かな」と発見できる人かなと思います。子供達の見守り隊など、地域との関わりをお願いすると、意欲がでるのではと思います。

アドバイス

コミュニティ・ソーシャル・ワーカー(兼、生活支援コーディネーター)

イベントに参加する側というより、アドバイザー(顧問)という立場がいい方かもしれません。運営側の立場で地域に関わっている人もあるので、「あなたにしかできない事がある」と伝えることもできるかもしれません。まずは、今までされてきた活動を深く聴いて、どんなことが得意かやりたいかを知ることから話をしてもよいのかと思います。町内くらいまで分かれば詳細な地域の活動を伝えられると思いますよ。

管理栄養士

便秘になっているのは、水分摂取量が少ないかもしれません。本人は水分を摂っているつもりでも、冷暖房が入ると1日500mlを3本は摂って欲しいです。これからも元気であるためにも、会話のきっかけにも水分摂取について話題にしてはいかがでしょうか。

歯科衛生士

義歯が合わないこともあります。合わない入れ歯で食べられる物だけを食べていて、本人は入れ歯の調整の必要性を感じていないかもしれません。90歳代という年齢を考えると、慌てなくてもよいかもしれませんが、しっかり噛んで食べられることは元気の源です。後期高齢者検診や歯科の訪問診療もあるので、利用してもらい必要に応じた治療をお勧めします。

その後

水分を意識して摂るようにしたが、便秘が続き主治医に受診した。その時に食事についても相談した。タカさんが健康のためと思って食べていた物(じゃこ、ナッツ)について指摘あり、それをやめた事で体調が良くなった。そして、歩行器を使って近所のスーパーへ買い物に行かれるようになった。自宅近くのスーパーということもあり、以前の知人と買い物中に出会い話をするなど交流が復活し現在も続いている。

ケアマネは、プライドの高い方の接し方として「称えながら話を進める」という助言を実践し、話ができる様になった。今後もこの手法は活用しようと思っている。

事例21 四季折々の風景写真を撮りに行きたい

ツバメさんは、脳梗塞を発症し、右の手足に軽い麻痺が残った。入院中は気持ちの落ち込みがあってリハビリが思う様に進まない時期もあったが、退院後もデイケアに通い、現在は一人で歩けるようになった。去年は、娘さんと一緒に温泉旅行に行き、自信を取り戻された。次のツバメさんの目標は、自分の好きな時に一人でバスに乗って、趣味の風景写真を撮りに行きたいとやる気満々。

ケアマネが主治医に相談したところ「脳梗塞の後遺症で、高次脳機能障害があり、外出先で予測していなかったことが起きた時に柔軟な対応が難しいと思われる。バスを乗り継いででの一人の外出は難しいのでは」と不安視されていた。

ケアマネは、せっかく意欲的になられたツバメさんの気持ちを尊重しつつ、主治医の意見も考慮して、安全にツバメさんの望みを実現するために、どのように支援したらよいか悩んでいた。

アドバイス

主任ケアマネ

ケアマネさんは、本人の思いを叶えたいと色々考えておられる。一度には叶わないが、バスを乗り換えたり、風景写真を撮ったり、練習の時にご家族が同行して協力してくれる体制があると良いと思う。具体的に小さな段階的な練習、目標を立てながら最終的に本人が一人で行ける形になると良い。まずは、練習できることからやってみてはどうか。

訪問看護

危険認知が低下しているので、本人は元気な頃のようにできると思っている、家族も主治医も心配している。ある程度できる能力はあると思うが、遠方に行くにあたってどのようなリスクがあるのか、どういうところに気をつけた方が良いか等、具体的に本人に示す必要がある。昔はふらっと行っていた所でも、今はイベント的に考えて、実際は簡単な事ではないと自覚を持ってもらう事も必要だ。本人にもどんなリスクがあるか一緒に考えてもらう機会を作るとよい。

コミュニティー・ソーシャル・ワーカー(兼務、生活支援コーディネーター)

本人が、地域の中で自分の好きな事や活かせる事がないかと思われるのであれば、地域資源も含めて紹介できる。地域活動で本人が、やってみたい事など小さな事からでいいので、声をかけてくれれば一緒に考えられる。

その後

ケアマネはデイケアのリハ職に相談し、担当者会議の時に本人と家族も一緒に「バスを乗り換えて一人で遠くに外出する事のリスク」や「どうしたら安全に風景写真を撮りに行く事できるのか」家族や主治医が心配していることを伝え、どうしたらいいかツバメさんにも考えてもらった。その結果、家族にも協力してもらい安全面やできる事を確認しながら、ツバメさんの目標達成に向けて段階を踏んで進めることになった。

また、コミュニティーソーシャルワーカーに本人の趣味を生かせる場があるか相談したところ、公民館の文化祭等で写真の展示を相談できることを知った。早速、ツバメさんに提案したところ、昔の撮影した写真やフィルムを整理しながら、自慢の写真は額に入れて家に飾られることが増えた。地域の人に素敵な風景を見てもらう日を楽しみにしている。

現在、ツバメさんはバスの時刻表を確認して、駅まで行けるようになった。カメラの手入れをしながら、季節ごとの風景を写真に撮りに行きたいなあと話されている。

ケアマネは、目標を達成するための具体的な方法やリスクを本人にも考えてもらうことや、目標達成には家族の理解や協力が必要になってくるので、一緒に考えて納得できる方法を共有していくことの必要性を痛感した。

事例22 どうしたら歯科受診に行く気持ちになれるのかな？

モミジさんは、頼りにしていたご主人が亡くなられて一人暮らしになり、依存的で、できる能力はあるのに意欲がわかず行動に移せない状況におられた。

ある日、奥歯が1本抜けてしまい、大好きな漬物が食べることでできなくなった。歯医者に行かないといけないことは分かっているのに、なかなか受診に行かれず、ケアマネは「どうして歯科受診をしないの？」と聞くと「また、都合がいい時に行くから」の繰り返し。ケアマネは、だんだん、食べるものも軟らかいものになっていて体力が落ちるのではと心配していた。

アドバイス

歯科衛生士

抜けた歯が前歯であれば引きちぎる事が出来なくなる、奥歯だと噛んですりつぶす事が出来なくなる。1本抜けた事がきっかけで、他の歯も抜ける傾向がある。

口腔清潔は自立になっているが、パーキンソン病の方は手がしびれていて磨くことが上手にできない場合は、電動ブラシを勧める。歯が抜けた後の受診がないので、歯科にかかってない時間が長いと思う。義歯を見直す必要がある。食いしばる事が出来ないと転倒する傾向が強い。「歯科受診をなぜしないのか。」と聞くよりも、「どうしたら、歯科受診に行けるかなあ？」と聞いて、受診に行けない原因を見つけてモミジさんと一緒に解決方法を話し合った方がよい。

臨床心理士・公認心理師

依存的になられてケアに困るとの事。だからと言って放って置くと、何もしないのかな。必ず達成できる目標をケアマネと本人とで共有する。





例えば、歯医者に行く目標を立てたとする、どういうステップが必要なのか、明日までに予約しましょうねと本人に言って、最終目標とハードルの低い目標を立てて、実行するのを傍で見守るようにして達成できたら褒める。体が弱ってくると甘えが強くなることはよくある事。その甘えを満たしてあげるのは、してあげる事ではなく、励まされる事だと思う。目標設定が高いと諦めてしまうので、それなら自分もできるかなとイメージが持てることを目標設定し、励ましながらやっていく。

その後

ケアマネはモミジさんに、口腔内を清潔に保つことの意味や歯科受診の必要性について歯科衛生士からの助言を伝えた。そして、「どうしたら歯科受診に行くお気持ちになるのか」を尋ねた。すると、「最初の歯科受診の予約を取ってもらえれば、行けます。」と言われ、ケアマネが予約をすると、自分でタクシーを予約して歯科受診に行かれた。

ケアマネは、歯科受診の必要性を感じているのに、1歩を踏み出せないのはなぜか？と言うところに目を向け、モミジさんと一緒に考えることで道が開けることが分かった。意欲の引出しは、ただ自立を促すだけでなく、何が理由で行動に移せないのかを明確にし、サポートしていくことで意欲の引き出しにつながる事が実践を通して理解できた。

お口の体操は、どこの筋肉を鍛えているか意識しながらする+A1:E6と効果的です

発声	パ	タ	カ	ラ
意識するポイント	唇をはくように、上下の唇の端が開く	舌の先を上の前歯の裏につけて、舌の先を歯切れよく	舌の付け根を意識して、舌の奥をのどに押し付けるように	舌を丸めるように舌先をくるくるまわ
口唇や舌の動き	パパパパ 	タタタタタタ 	カカカカカカ 	ララララララ 
口唇や舌の筋力が弱ると	水分を吸ったり、飲むことが難しくなる	食べ物を舌で押しつぶせなくなる	飲み込みが悪くなって、むせるようになる	食べ物を丸めることができなくなり、のどに詰りやすくなる

事例23 他人の意見を受け入れられない人へのアプローチ

タカさんは、自宅で転倒を繰り返していて、主治医から住宅改修やリハビリなどのサービスを利用するように言われて承知された。しかし、訪問リハビリ、通所リハビリ、デイサービスの提案をしても、「週1回では意味がない。サービスを受けるくらいなら入院してリハビリを受ける」と言われ利用に至らない。タカさんは自分なりの考えがあり、他人の助言を受け入れられない。

自宅での転倒を繰り返しているので、いつか骨折して動けなくなるのではと、家族もケアマネも心配していた。

アドバイス

主任ケアマネ

一緒に受診に行き、医師、本人とも話をして、リハビリの必要性を本人に伝えるようにする。リハビリをしても効果を感じていないのかも。少しでも効果が出る事があれば前向きになるきっかけになるのでは。

理学療法士

短期集中サービス訪問Cを利用して、リハビリ職に住居環境や転倒予防の指導を受けて、転倒の回数が減ればリハビリの効果を実感できると思う。

臨床心理士・公認心理師

この方は他者の言う事を受け入れられない人。アドバイスを受けると、自分がその人よりも下になる、弱い立場の人間になると感じる方かもしれない。プライドの高い方ですね。このような方には、他人に決められたくないと思っておられるので、「I(アイ)」私(タカさん)を主語にして伝えるとよい。選択肢を自分で選んでもらうと、自分で決めたと思ってもらえる。

その後

ケアマネは、まずタカさんと一緒に受診して主治医と面談した。主治医から、リハビリの必要性について話してもらい、本人に理解してもらうことができた。

そして、短期集中の訪問Cを利用して、リハビリの必要性について実感してもらえた。次にリハ職からの勧めもあり、短期集中の通所Cを利用され、週1回のリハビリも効果があるとわかり、デイサービスの利用につながった。

ケアマネは、助言をもらいサービスの進め方を知ることができた。

事例24 特技を生かして、人の役に立ちたい

ツタさんは、なごやか寄り合いに行くのを毎回楽しみにされていた。ある日自宅で転倒し大腿骨を骨折し入院した。リハビリを頑張って家の中は手すりにつかまって歩けるようになったが、一人で外出は難しい。自宅で、趣味の手芸をして一人で過ごす事が多くなった。ツタさんは他者と交流を持ちたい、人の役に立ちたいと思っている。

また、ツタさんは難聴で話を都合の良いように解釈してしまい、話が行違うことがある。会話を楽しむために何かいい方法はないか、人の役に立ちたいとの思いを活かす方法はないかとケアマネは思案していた。

アドバイス

臨床心理士・公認心理師

人に物をあげることや、作ることが好きな人にとって、ダメと言われる事はさみしいと感じるものだ。それで意欲がなくなるのは避けたいと思う。作りたい、あげたいとの意欲が保てるようには、どうすれば良いか考える。役割感があると良いと思う。

コミュニティー・ソーシャル・ワーカー(兼務、生活支援コーディネーター)

心理士さんの話を聴いて、なごやか寄り合いや公民館の文化祭で披露する等、何か趣味で作られた作品を活用できればと思う。また、ツタさんが希望されればご相談ください。

主任ケアマネ

耳鼻科の受診も一つの手段。今の補聴器が合っているのかどうか診察を受ける。また、身体障がい者手帳の対象であれば、級によっては補聴器の補助があり、ツタさんにあった補聴器が購入できる。

その後

ツタさんは、ケアマネの働きかけで、通っているデイサービスや同じ法人の施設に、レクリエーション用のお手玉やティッシュボックスを寄贈された。感謝状をもらわれ、とても嬉しそうにされていた。ツタさんが「使ってもらえてうれしい」と言っておられ、ケアマネは「特技を生かして、役割を持ってもらえて良かった」と思った。

また、耳鼻科受診後、身体障がい者手帳を取得され、耳にかけるタイプの補聴器を購入することができた。ツタさんは、なごやか寄り合い等でおしゃべりを楽しんでいる。

事例25 家族のために、料理は自分の役割として続けたい

マツさんは、息子さんと二人暮らし。料理が得意で、毎晩息子さんが仕事から帰ってきてから一緒に食事を食べるのを楽しみにしている。持病の膝関節症が痛むことがあるが、息子さんの為にこれからも料理を作りたいと願っている。

ケアマネは、マツさんの今の生活を続けていくためには、どのような支援ができるのか悩んでいた。

アドバイス

訪問看護師

マツさんは、BMIが27.0ということで、変形性膝関節症があると膝に負担がかかり痛みの原因になるので、これ以上太らないようにした方が良い。食事もどんどん食べる方ではないようだが、もしかしたら、1日の量を食べ過ぎているかも。今の体重を維持していると、膝痛から整形外科受診が増えるのではないかと予測できる。外階段の昇降をするためにも、体重は減らした方が良い。

歯科衛生士

義歯になると、基本的に定期受診が必要。義歯の調整がすんだら治療終了というわけではない。転倒やバランスが崩れることは、義歯や噛み合わせが悪い場合に起こることが多い。歯科も整形外科も痛みがある時だけではなく、定期的に受診した方が良い。

管理栄養士 6か月後の評価会議での助言 「体重増加の課題について」

普段どんなものを食べているかレシピを書き上げてみるとよい。糖質や脂質が多いかもしれない。息子さんの帰りが遅いと、お腹が減っておやつを食べているかもしれない。柔らかい食事は満腹感が得られにくいから、食べ過ぎることもある。パン等は糖分が多い。よく噛んで食べる食事だと、いつもより少なくとも満腹感が得られる。

その後

ケアマネは、息子さんに地域ケア会議の結果を文書にして手渡し、歯科検診の大切さなどを伝えた。早速、歯科検診と整形外科に受診された。デイサービスでも口腔体操を積極的に取り組んでおられる。料理が好きなので、体重が少し増えているようで、体重管理が継続の課題として取組んでいる。

事例26 宅配弁当に飽きたから・・・

ワシさん(男性)は、脳梗塞の後遺症で左片麻痺と視力低下があるが、台にキャスターを付けて灯油を運べるようにする等いろいろな工夫しながら一人暮らしをしている。

朝食は自分で準備するが、食事は昼、夕食は配食弁当を利用している。食事は毎日なのでお弁当もワンパターンだと飽きる。お住いの地域は、弁当配達業者も限られている。ヘルパーに調理依頼することもできるが、今の要支援1では、掃除や買い物支援の他に調理の時間をとることが難しく困っている。何か良い案はないか？

アドバイス

作業療法士

食事の支援について、通所リハで食事を作るリハビリをする。通所リハスタッフが台所の環境の確認や環境整備をする。本人が何を作りたいか確認する。

主任ケアマネ

お弁当業者を昼・夜で変える等して飽きないように工夫する。カタログから食材や日用品を注文するのは網膜剥離があり字が見えにくいかもしれない。ライトハウスには、視覚障害者用の文字を拡大する器具を貸し出している。宅配には一人分の献立の食材を配達する業者もあるので、ヘルパーの買い物を減らして調理をしてもらってはどうか。

臨床心理士・公認心理師

工夫を楽しむような、新しいことにチャレンジする強みがある。頭をたくさん使って生活を楽しんでほしい。

歯科衛生士

「噛みにくい」「飲み込みにくい」等にチェックが入っている。口の機能(舌の機能)の低下があるかも。口の渇きは糖尿病の薬の関係があるかも。歯科受診の継続をしてほしい。

その後

お弁当を夜だけにして昼食は簡単な調理をされるようになった。炊飯や調理もやり方を考え、やりやすい方法を試行錯誤されている。

ケアマネは、「工夫を楽しまれる方」という心理士さんからの言葉で、ご本人への理解がとても深まった。出来ることは続けたい気持ちと、続ける方法を考え挑戦される姿勢を支援者で支えて行きたいと感じた。

事例27 妻のために、車の運転を再開したい

ジンさんは、胃腸の手術を受けて、体重が減りBMI16.3、筋力、体力が低下した。高齢でもあることから家族も近所も運転免許の返納を勧めたが、ジンさんは怒り出し家族は何も言えなくなった。ジンさんは、車を運転して妻と買い物や病院等に行きたいと強く希望されている。

ケアマネは、車の運転について、どのようにサポートして良いか悩んでいた。

アドバイス

臨床心理士・公認心理師

ジンさんは、唯一の男子で跡取りとして大切に育てられ、家の中では王様状態だったかもしれない。家族が本人の怒りが収まるまで放っておくという対応は良いと思う。怒りと認知症の症状とは区別する。ジンさんはなぜ運転にこだわっているのか、理由を聞いてみてはどうか？

作業療法士

免許返納については、運転免許センターに相談する。順調に生活リハビリが進んでいる。自分の役割を持っているので、リハビリも意欲的に取り組んでいるのだと思う。

管理栄養士

体重が減り、筋肉量も減っている。体力をつけるために、たんぱく質(肉・魚・卵・豆腐・豆・きな粉・ゼラチン・牛乳・チーズ・ヨーグルト等)を摂る。胃腸の手術をされているので、食事を分けて食べて、間食をフレンチトースト等にとよい。

その後

ジンさんは、地域の特性上、車がないと移動ができず、妻の受診送迎や買い物の為に運転したいという気持ちが非常に強かった。家族も本人は言いたしたら聞かないので、運転を許可して様子を見ることにされた。近くの病院から少し距離のある病院やスーパーへと、少しずつ距離を伸ばして運転を再開された。

運転再開できるようにと食事をしっかりとられ体重の増加あり。また、自宅でグランドゴルフのスイングや庭木の剪定、散歩など体力づくりをされてきた。結果、1つ2つと福祉用具を返却していかれ、12月には全て返却されてサービスを卒業された。

ケアマネは、後日、ジンさんは遠くから嫁いできた妻を守りたいという気持ちが強い方だとわかった。その気持ちが妻を受診に連れていけるように運転しなければという運転再開への原動力に繋がっていることに気づいた。本人の思いを確認し尊重しながら、最終的な運転の判断は息子たちに委ね、本人に運転をやめようと無理強いしないように、本人のやりたいことに向けて見守りながら関わっていくことを学んだ。

事例28 不可解な行動の背景にあったのは・・・

一人暮らしのロンさんは、脊柱管狭窄症が進行し足の痺れや痛みから買い物に行くのも苦労していて、主治医から手術を勧められているが拒んでいる。ある日、足の甲が腫れて主治医から内科受診を勧められ、自分で予約をされたが、当日食事を作る時間だからとキャンセルし、その後受診をされなくなった。

ケアマネは、ロンさんの困りごとに対してサービスや受診を提案しても、ロンさんからは相反する反応が返ってきて理解できず、本人との関わりに対してもややもやとして悩むことが多かった。ロンさんの不可解な行動にどう対応したら良いか困っていた。

アドバイス

臨床心理士・公認心理師

生活歴で、若い頃に大きな事故の現場に救出活動に入り、たくさんの悲惨な状況を目にされている。その後家族が亡くなられている。ロンさんには、PTSD(外的ショック)後遺症の特徴がみられる。ゲーム等に依存しているのもそのせいかもしれない。内科を自分で予約して夕食を作る時間だからとキャンセルする等一見不可解な行動もPTSDの症状にあてはまる。

対応として、不眠をコントロールする薬の処方を受ける。支援者は、トラウマを経験している人も、先の事を考えていることを認める。今できていること(エンパワーメント)を認めてあげる。本人は真剣に考えている事を理解して接する。

その後

ケアマネは、助言を受けて、本人の生活歴やPTSD傾向あることに気づくことができた。本人の背景を意識し、本人の思いを認めながら声かけや話をする心を心がけるようになり、本人と向き合いやすくなった。

その後、ロンさんは自宅での入浴がしづらくなり、入浴目的でデイサービスを利用開始され、デイサービスでカラオケを楽しんでいる。また、意識不明で救急搬送され、医師に内科受診を勧められたことをきっかけに、内科を定期受診されるようになった。

受診やデイ利用で体調が安定し、調理を自分で行うようになり配食弁当はほとんど頼まなくなった。

事例29 男性の一人暮らし、血糖値が安定しない

90歳のゲンさんは一人暮らし。糖尿病があるが、おやつを食事の代わりにしたり、外食が多く飲酒してはご飯を食べなかったり、薬を飲み忘れている。そのため、血糖値が高く、倦怠感や食欲不振などの症状も増え、ふらつきから転倒されることが増えた。体重も減少が続いている。ゲンさんは、毎月2週間、県外の娘さん宅に行っておごすことを楽しみにしている。娘さんは心配もあるが、父の気持ちを優先したい気持ちが強い。

ケアマネは、毎月娘さん宅に行けるように、食生活を改善し、血糖値が安定するにはどうしたらいいか悩んでいた。

アドバイス

臨床心理士・公認心理師

マイペースのゲンさんは、対人関係がうまいので一見受け入れてもらえそうだけど、正しい事のおしつけは苦手といった性格なので、正しい事を伝えつつ、例えば、「〇〇するには、どうしたらいいと思いますか?」と問いかけて、本人に考えてもらうようにすると、受け入れられやすくなります。また、娘さんは、お父さんに関わりたいと思っているのではと思います。

訪問看護師

男性は食生活の改善は難しい。第三者の介入が必要です。

管理栄養士

主治医の指示書があれば、訪問で食事指導ができる。娘さんも一緒に食事指導を聞いてもらうとよい。また、娘宅に滞在の間はしっかり血糖コントロールできるように、娘さんにも主治医の話を聞いてほしい。

歯科衛生士

定期的に口腔チェックを受けていることから、健康についての意識はもっている。すごい事なので、本人に是非褒めてあげたい。「定期的な口腔チェックを続けるように」伝えてほしい。

その後

受診同行をされた次女から、「父のアルコールを減らすにはどうしたらいいか」と相談あり、「ゲンさんと娘で話をしてルールを決めてみては?」とケアマネより提案した。親子で話し合い、赤ワインを月・水・金に飲むとルールを決められた。

ケアマネは、今までは本人に対して「〇〇すると良くないので、〇〇してみましょう」とケアマネから提案することが多かった。しかし助言を受けて、「〇〇するにはどうしたらいいと思いますか?」と主体的に考えてもらえるような声掛けをするようになった。本人たちが主体的に解決に向かえるように声掛けするよう意識している。

事例30 警戒されて、本音が聴けない

元調理師の次郎さんは、若い頃に脳梗塞で左片麻痺になられ、障がい者の機能訓練事業に通っている頃は同世代の中途障がいの方との交流もあり、できる事も増えて生き活きとされていた。しかし、リハビリの期間が終了してからは、介護保険や障がい者サービスを紹介したが、訓練事業の様な同世代と交流ができる事業所が無く、徐々に気持ちが沈んでいかれた。ケアマネに対しても今度は何を提案されるのか警戒されるように感じている。

ケアマネとの会話も進まなくなり、どう接していいか悩んでいた。

アドバイス

臨床心理士・公認心理師

サービスの提案をしても引いてしまわれるとのこと。そういう時は、雑談をするとよい。雑談の中にはいろいろな情報がある。ただ聴くだけ、その中に自発的な発言も出てくることもある。雑談には、癒しの効果がある。

管理栄養士

慢性腎不全があり、クレメジン(尿毒素を体外に排出する薬)を服用されている。左不全麻痺があり、カリウムを抜くために生野菜の湯でこぼし、絞ることがきちんとできているか心配がある。たんぱく質が30~40gで厳しい食事制限になっている。調理方法や湯でこぼし野菜の絞り方等一緒に確認するとよい。

その後

ケアマネは本人との関わり方について、臨床心理士さんの話は納得でき、訪問時は雑談を主にして、確認したいことを少しずつ盛り込んで会話を行うように心掛けた。

管理栄養士さんの慢性腎不全に関しての処方薬や調理面の助言はとても参考になった。早速、次郎さんに湯でこぼしの仕方等確認すると、調理は自身で可能であった。これをきっかけに、腎機能の検査を行ったことや透析についての話が聞けた。

主治医にも確認し、往診時の採血データから、一度精査をしておくタイミングであったことや、今は本人がしっかり管理できている状態なので、直ぐに悪化の可能性は低いが、数年後は透析に移行するようになると説明を受けた。そして、生活上の留意事項も確認もできた。

また、ケアマネは引き続き、次郎さんが行きたくなるような、若い中途障がいの方と一緒にできるリハビリや交流できる場所を探している。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5 未満	
体重減少率*	変化なし (減少 3%未満)	1 か月に 3～5%未満 2 か月に 3～7.5%未 満 3 ヶ月に 3～10%未満	1 か月に 5%以上 2 か月に 7.5%以上 3 ヶ月に 10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法	経口摂取	経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡	褥瘡なし		褥瘡あり

*体重減少率 = (通常体重 - 現在の体重) ÷ 通常体重 × 100

