

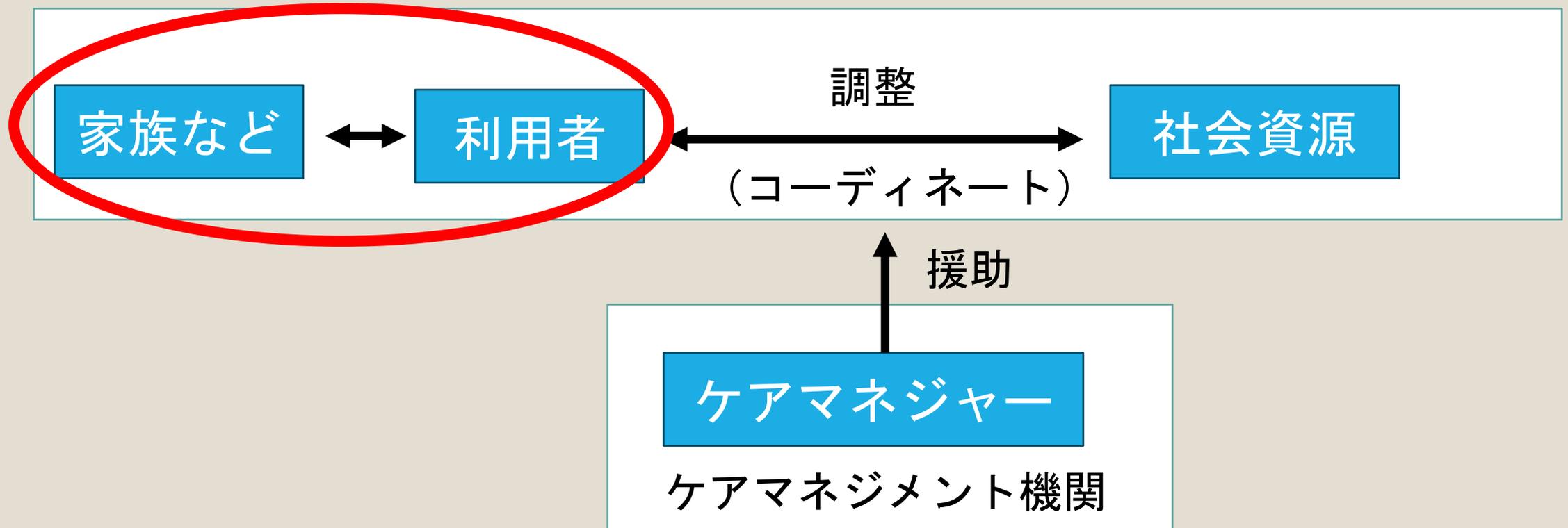
令和6年2月16日

ケアプラン点検事業研修会 苫小牧市

疾患と生活課題の 関係性について

北海道介護支援専門員協会
主任介護支援専門員 今野 るみ

ケアマネジメンツの構造



- 五訂介護支援専門員実務研修テキスト 長寿社会開発センター、2012、P 39 一部改変・加筆
- 元出典 白澤正和編著「介護支援専門員実践テキストブック」中央法規、1999

図3 「適切なケアマネジメント手法」の構成項目

- ① 基本ケアと疾患別のケアで構成。
- ② 基本ケアは、全ての利用者を支援するにあたり共通して重視すべき事項を整理。
- ③ 疾患別ケアは基本ケアを基盤に、その疾患の特徴を踏まえ、退院直後から安定するまで一定の期別（Ⅰ期、Ⅱ期）を設定し、その期に応じた想定すべき支援を整理。

疾患別・期別のケア（Ⅰ期・Ⅱ期）
疾患の特性に応じて特に留意すべきポイント
改善できる部分は改善し、悪化や重度化を防止

基本ケアを押さえたうえで疾患別・期別の特徴を押さえる

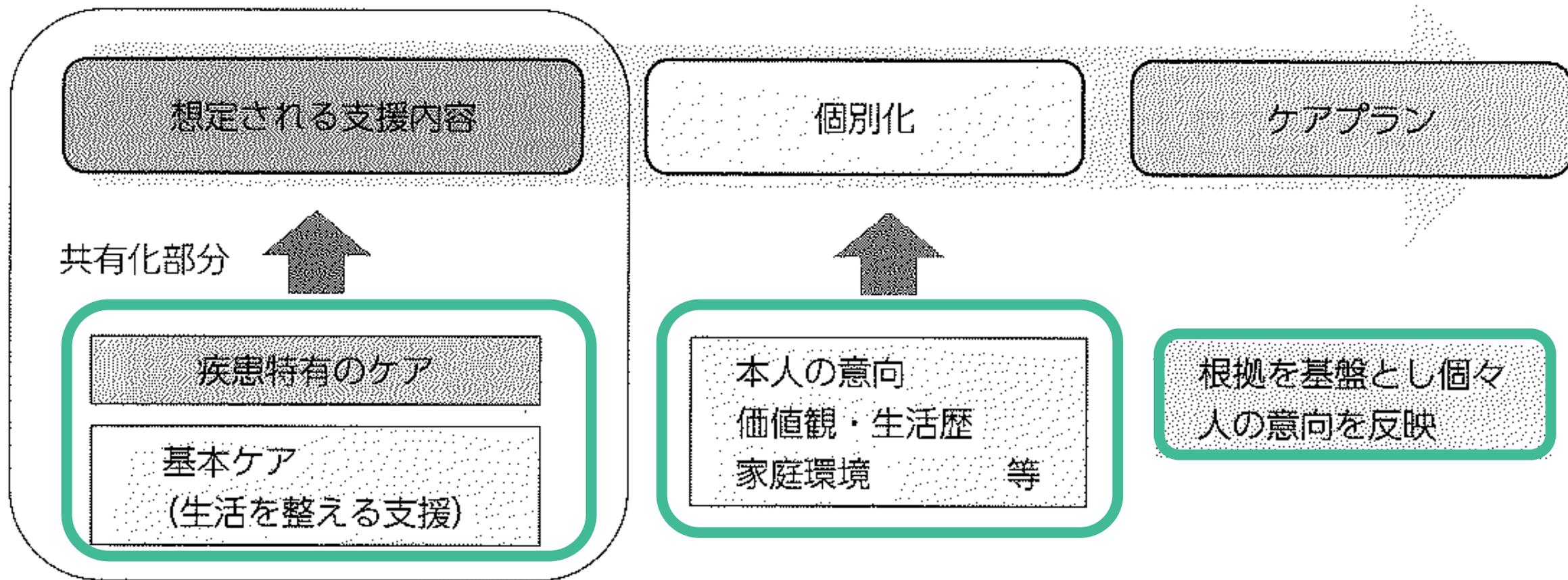


基本ケア（高齢者の機能・生理に着目）
生活の基盤を整え本人の望む生活を継続

疾患や状態に関係なく、共通して押さえておくべき事項

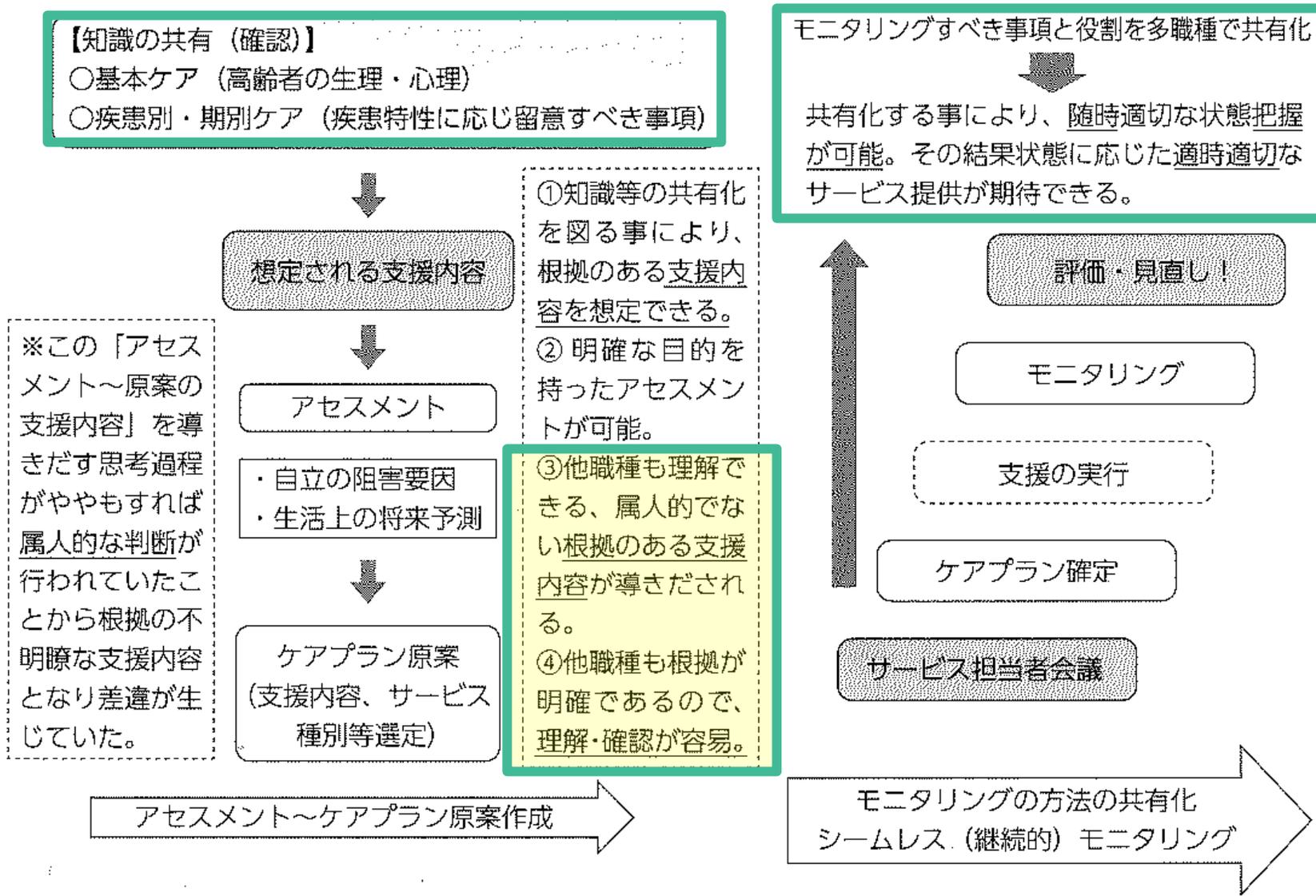
参考：日本総合研究所「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」報告書 2019年3月

図4 適切なケアマネジメント手法と個別化



※この手法が相当程度進んだとしても、利用者個々の意向、生活歴等同一のものではなく機械的に標準化を当てはめても全く意味をなさない。利用者の個別性・多様性を考えれば、個々のケアマネジャーの判断は必要不可欠。それを踏まえた上で当該手法を活用するという事が大切である。

図5 適切なケアマネジメント手法の全体図



概念及び図作成：平成28年厚生労働省 遠藤・石山

アセスメント

対象を客観的に調査し、評価すること。査定

**「どれだけでできていないか」
「どれだけ人の力を借りているか」**

何が原因でそうなっているのか？

そして、何はできるのか？

老企第29号

第2表 ① 『生活全般の解決すべき課題（ニーズ）』

利用者の自立を阻害する要因であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いの高いものから順に記載する。具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- ・利用者自身の力で取り組めること
- ・家族や地域の協力でできること
- ・ケアチームが支援すること

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。

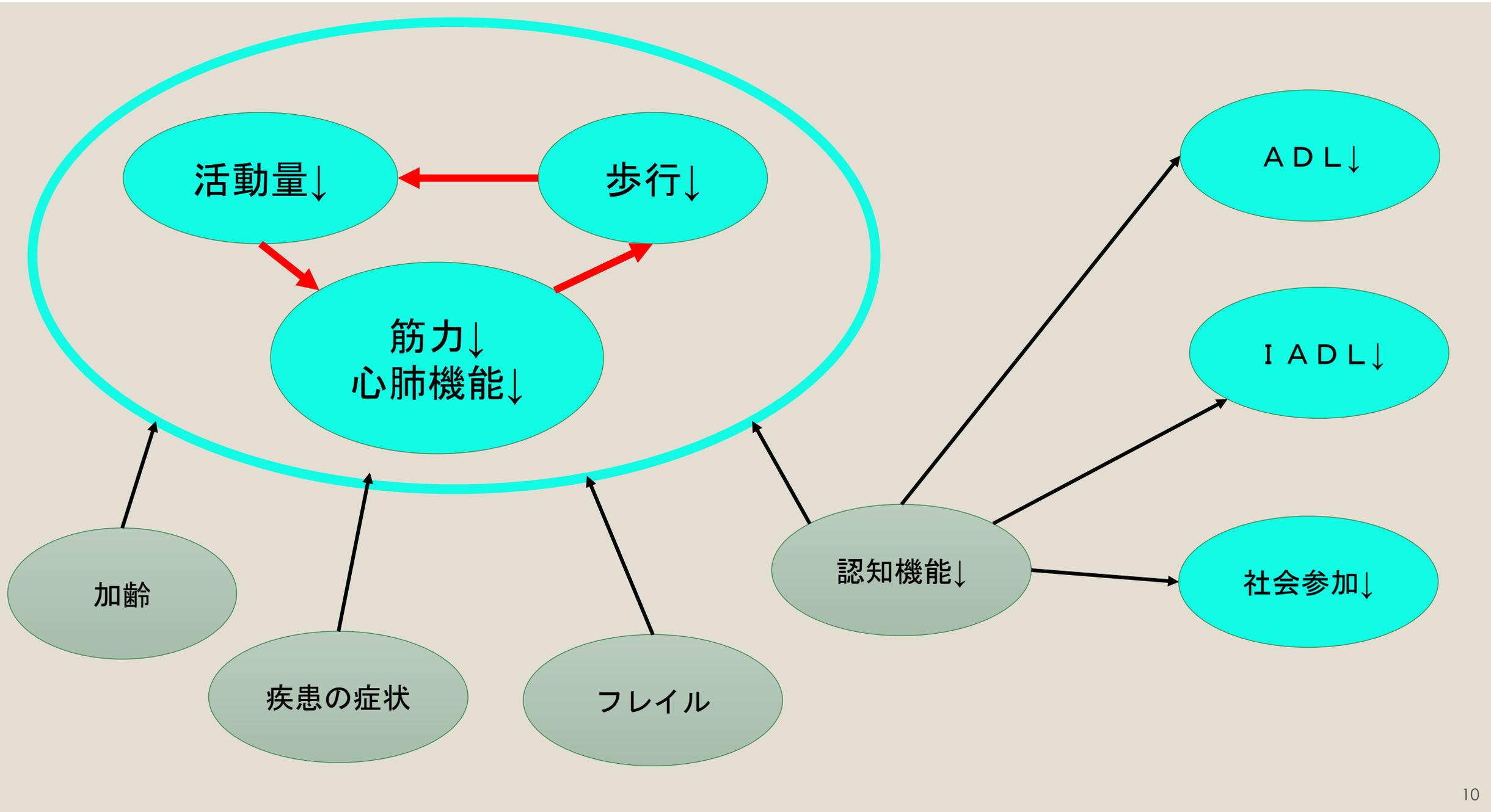
目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービス種別・頻度や期間を設定する。

「居宅サービス計画書標準様式及び記載要綱」 (老企第29号)からの抜粋

利用者の自立を阻害する要因等であって、ここの解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係も含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるのかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高い物から順に記載する



「利用者の自立を阻害する要因」がわかっていなければ、
解決すべき課題として記載できない

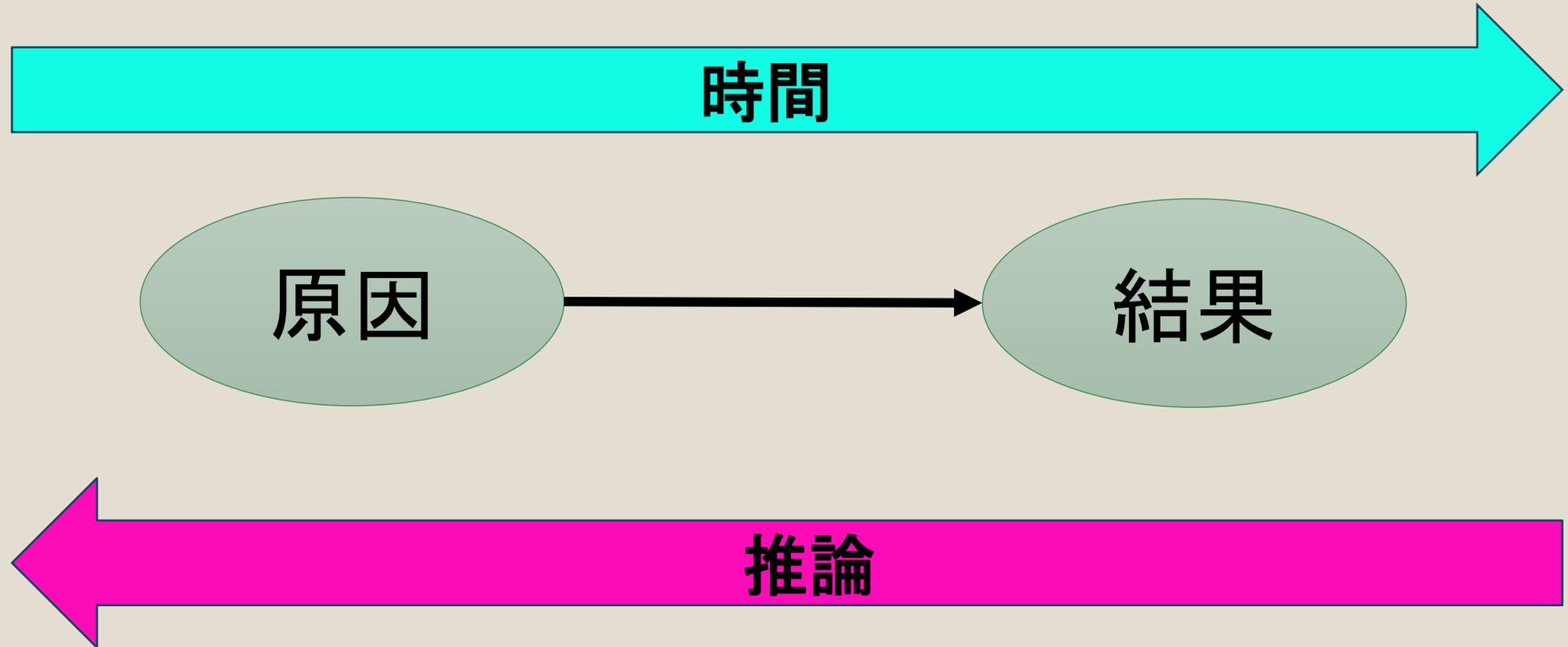


課題分析標準項目（老企第29号より）

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

【出典】平成11年11月12日老企29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」

原因分析



アセスメント

対象を客観的に調査し評価すること

情報分析

情報を集める

標準項目などで

分析する

原因や背景を明
らかにせよ

「課題」を定義する



どれを課題
として取り
上げる？

ケアプランに記載する
「解決すべき課題」
のターゲットは

『疾患の管理』
『活動』

『疾患の管理』

地域包括ケアシステムのイメージ

病気になったら…

医療

- ・急性期病院
- ・亜急性期・回復期
リハビリ病院

日常の医療：
・かかりつけ医
・地域の連携病院

通院・入院

通所・入所

介護が必要になったら…

介護

■在宅系サービス

- ・訪問介護 ・訪問看護
- ・通所介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・短期入所生活介護
- ・24時間対応の訪問サービス
- ・複合型サービス
(小規模多機能型居宅介護+
訪問看護)等

■施設・居住系サービス

- ・介護老人福祉施設
- ・介護老人保健施設
- ・認知症共同生活介護
- ・特定施設入所者生活介護等

住まい

- ・自宅
- ・サービス付き高齢者
向け住宅等

認知症の人

■介護予防サービス

- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー

相談業務やサービスの
コーディネートを行います

いつまでも元気に暮らすために…

生活支援・介護予防

老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO等

※地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内
に必要なサービスが提供される日常生活圏域
(具体的には中学校区)を単位として想定

なぜいま地域包括ケアシステム

複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人の増加

急性期医療を中心として構築されてきたヘルスケアシステム

長期ケアにかかわるサービスの断片化、医療的ケアと社会的ケアの連続性の欠如

健康概念の変化、支援観の変化

「治す」から「支える」へ

「住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続（Aging in Place）」

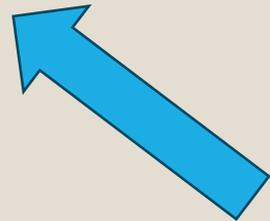
「生活の質の向上」

サービスのアクセス・質・利用者満足度・効率性を改善しながら実現するかもしれないシステムへの「期待」

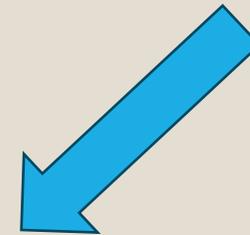
急性期ケア



慢性期ケア



長期ケア
(介護)



『疾患の管理』

悪化の可能性があることに対して
「利用者本人（家族）」が管理できているのか

入院しないように
自分の病気をコントロールできる
ことを支援する

高齢者の約6割が 3つ以上の慢性疾患を「抱えている」

2019年に東京都健康長寿医療センターが東京都後期高齢者約131万人の情報を分析

- ・後期高齢者の約8割が2つ以上の慢性疾患を併発
- ・後期高齢者の約6割が3つ以上の慢性疾患を併発

慢性疾患：高血圧、脂質異常症、糖尿病、心疾患、変形性関節症など

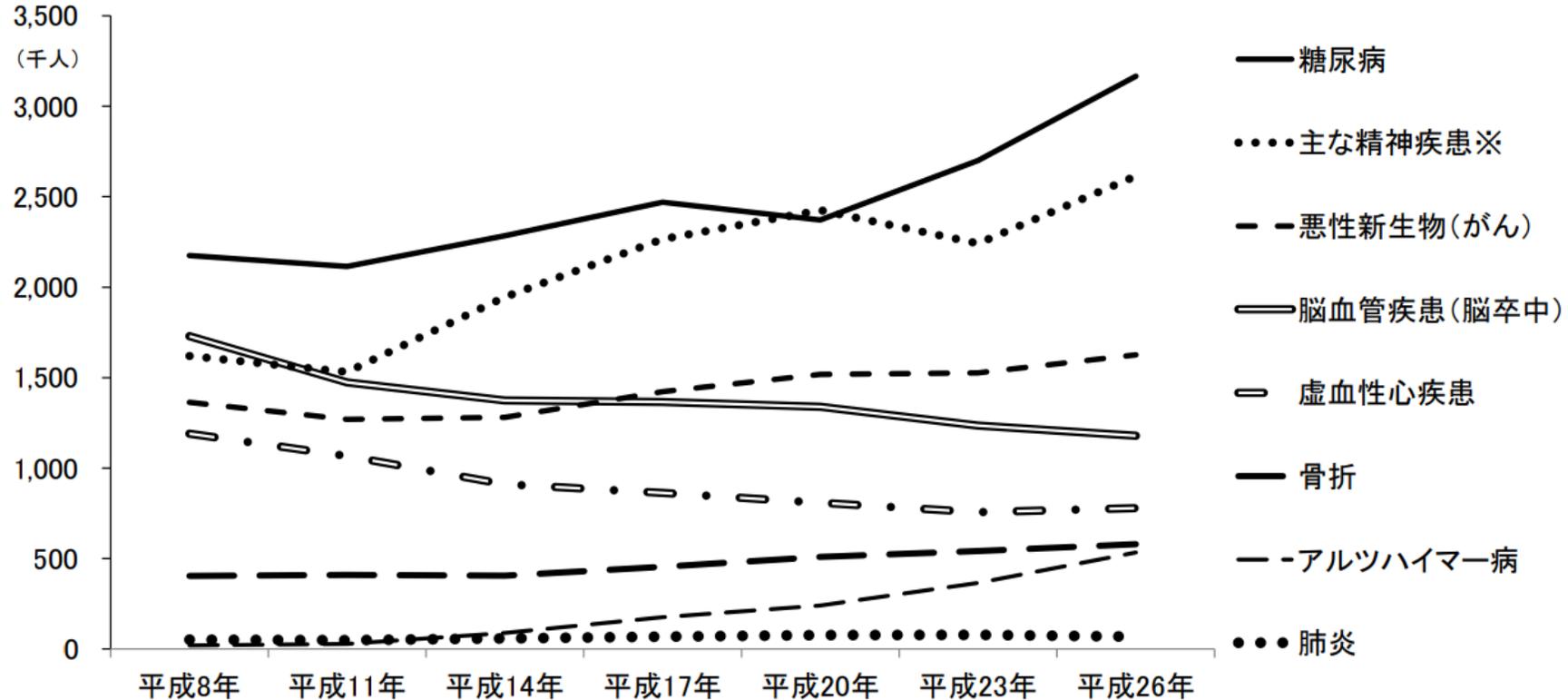
高齢者に多い疾患

- がん ★厚生労働省令和2年患者調査概況で最も多かった
- 認知症
- 転倒による骨折

- 高血圧
- 糖尿病
- 心疾患（狭心症・心不全）
- 脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）
- 肺炎
- 関節疾患（変形性関節症・圧迫骨折・脊椎狭窄症）

傷病別総患者数の年次推移

- 平成26年の総患者数としては、糖尿病が300万人と推計され、主な精神疾患（統合失調症、気分障害、神経症性障害等の合計）、悪性新生物（がん）、脳血管疾患、虚血性心疾患が続く。
- 骨折、アルツハイマー病が増加傾向で、肺炎は横ばい。



・患者調査(平成8年から平成26年)を元に作成。平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。
 ・総患者数は、次の式により算出する推計(総患者数=入院患者数+初診外来患者数+再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数(6/7))
 ※「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「気分[感情]障害」と「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の合計

医療計画における記載すべき疾病及び事業について(現行医療法より)

5疾病

(医療法第30条の4第2項第4号)

生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

(医療法施行規則第30条の28)

疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患とする。

5事業[=救急医療等確保事業]

(医療法第30条の4第2項第5号)

次に掲げる医療の確保に必要な事業(以下「救急医療等確保事業」という。)に関する事項(ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。)

イ 救急医療

ロ 災害時における医療

ハ へき地の医療

ニ 周産期医療

ホ 小児医療(小児救急医療を含む。)

へ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療

医療計画

平成28年6月15日
第2回医療計画の見直し等に関する検討会
資料2より一部改

- 基本的な考え方
- 地域の現状
- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・がん
 - ・脳卒中
 - ・急性心筋梗塞
 - ・糖尿病
 - ・精神疾患
 - ・救急医療
 - ・災害時における医療
 - ・へき地の医療
 - ・周産期医療
 - ・小児医療(小児救急含む)
 - ・その他必要と認める医療
- 居宅等における医療の確保
- 病床の機能区分ごとの将来の病床数及び居宅等における医療の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項
- 病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- 医療従事者の確保
- 医療の安全の確保
- 医療提供施設の整備目標
- 基準病床数
- その他医療提供体制の確保に必要な事項
- 事業の評価・見直し

なぜ、高齢になると様々な病気にかかる ことが増えていくのか？

- 臓器の老化
- 回復力の低下
- 生活習慣
- 筋力や活動量の低下

- 食事と運動、生活習慣

長年つちかっていた

- 複数の疾患を持つ

6割が3つ以上

- 悪循環の背景

たくさん

どんな情報を得るべきか

アセスメント

▲疾患のことは基礎的な知識 それとなんといっても主治医

自分が病気になったら調べるでしょ

//

知りたいでしょ

Dr.



▲生活を見ること！

何をしなきゃならない？

何をしてはいけない？

本人・家族がそれを できる？

//

できない？

治療

予防

自己管理

セルフケア

義務付けられた医療連携

- ▲主治医との連携におけるハードル
 - いつ聞けばいいのかわからない
 - 何を聞けばいいのかわからない
 - おっかない医者だと嫌だなあ

義務付けられた医療連携

▲連携の仕方

聞きやすい職種（人）にいつコンタクトを取れるか
どんな方法が望ましいか

例) 「診察に同席していいか」「メールかFAXがいいか」
「電話をしてよい時間帯」等

聞きやすい関係を日ごろから作る
受診同行加算を活用

義務付けられた医療連携

▲退院時、ケアプラン変更時は主治医の意見が必要
医療系サービスを導入している場合は必須

訪問看護

訪問リハ

デイケア

病気を知る

そして

生活を調整する支援内容

心疾患

- 心筋梗塞、弁膜症、不整脈、心房細動 → 心不全と直結
- 心臓の病気が悪くなったり、服薬を中止したりすると心不全になる



服薬管理

心疾患に対して ケアマネが気にかけてほしいこと

- 心不全のサインを知識として持っていよう
- 医師からの生活上の留意点そのまま**短期目標**に
- 医師から何を言ってもらいたいのか

食事の内容：何を控えて何を積極的に摂取すればよいのか

服薬：決して飲み忘れてはいけない薬

飲み忘れたら時間がずれても飲んでいいのか

食後の薬を食事を摂らなくても飲んでいいのか

活動量：運動負荷量の目安

入浴の可否：熱、血圧

悪化した時に考えられる症状は？

息切れ

むくみ

だるさ



心不全による「むくみ」「だるさ」に 気づく方法

- 足を10秒間押して、浮腫みをチェック
- 浮腫みのチェックは夕方よりも朝方に
- 浮腫みに気づいたときは体重のチェックを！
- 心不全によるだるさは「食欲」に出る

担当者会議
セルフケア・支援者
チームで気を付けていこう

体重と血圧の測定、どちらかしかできないとしたら、優先すべきはどちら？

- **血圧が一番大切**
- できれば毎日しっかり血圧測定
- **浮腫みがある場合は体重測定**
- 1週間で2kg増えた時は危険信号
- 足のすねを10秒押して、凹みが40秒戻らなかったら、浮腫みあり

「毎日血圧を測定する」

「週1回体重を測定する」

周径でも

動いたとき、前かがみになった時の呼吸に注目

- 少し歩いただけでハアハア 「労作時の息切れ」
- 今日は何かおかしい
- 椅子に座って靴を履くのが苦しい 「前かがみの呼吸困難」
- パルスオキシメーター

<支援内容>

「労作時の息切れ・前かがみの呼吸困難を留意して確認する」
「毎日パルスオキシメーターで酸素飽和度を測定・記録する」

減塩のアドバイス

塩分は表につける

塩気は舌で感じるので、食物の表面に塩分がついていればおいしく食べられるはず
醤油にドボンとつけるのではなく、スプレーで表面だけにつけると良い

好物を禁止しない

煎餅やポテトチップスが良く目の敵にされているが、以外に塩分は多くない
好物を禁止するのではなく、毎日少量を食べても良いという形にした方が、結果的には「塩分制限につながるかもしれない

1週間で調節する

塩分を摂りすぎてしまった日があれば、翌日は塩分控えめで我慢するとうように、1週間単位で塩分の調節をするという考え方もある

緊急時の連絡体制

- 病院へ行った方がよいかの判断
- 救急要請すべきかの判断
- まずは誰に連絡をするのか

支援内容に明記しておく

糖尿病

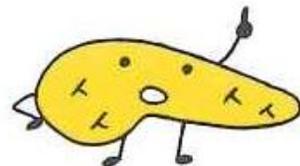
食事療法は糖尿病治療の基本

食事療法の目的

1. 健康な人と同じ生活を営むための必要かつ十分な栄養素を摂ること
2. 糖尿病状態下での全身の代謝異常を是正し、血糖、血中脂質、血圧などを良好に維持し、合併症発症・進展を予防すること

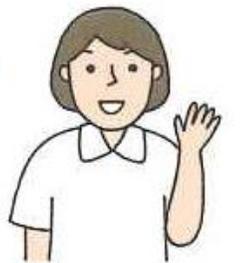
食事療法の基本

1. 適正なエネルギー量の食事
2. 栄養素のバランスのよい食事
3. 規則的な食習慣



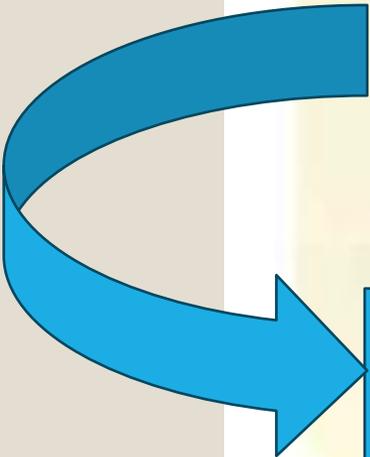
食事療法の目的を達成するために、患者さん1人1人の条件を考慮しながら、その人にとってより健康的な状態に近づけていくことが重要です。

ここでは主に、成人の2型糖尿病（インスリン非依存状態にある）患者さんを中心に考えた、食事療法について解説します。



食事療法の基本

1. 適正なエネルギー量の食事
2. 栄養素のバランスのよい食事
3. 規則的な食習慣

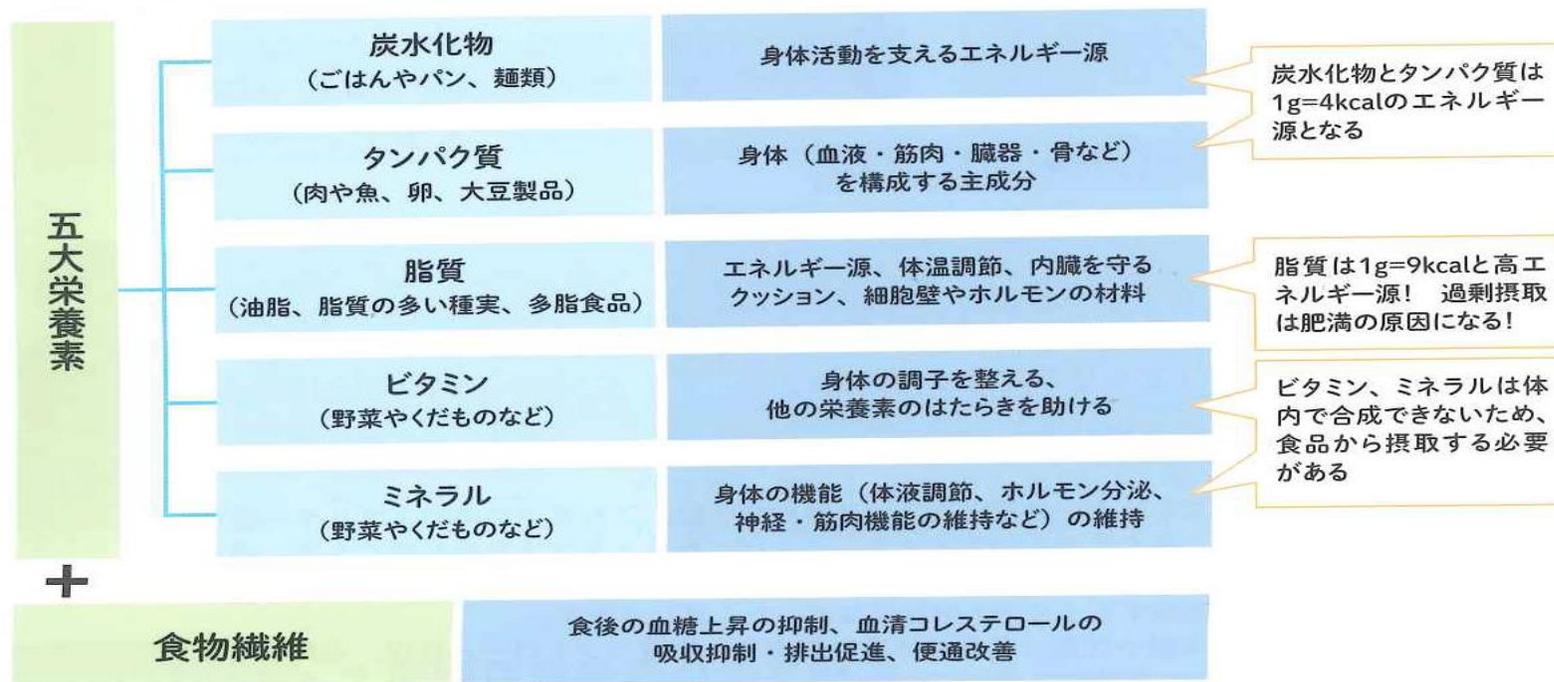


アセスメント

- ・ 誰が調理
- ・ 配食
- ・ 買ってきたもの（どんなもの？）

五大栄養素と食物繊維を過不足なく摂取する

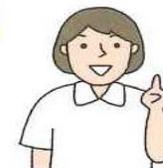
各栄養素と食物繊維のはたらき



各栄養素と食物繊維をバランスよく



日本の一汁三菜は、バランスのよい食事の代表です!



短期目標「栄養バランスの良い食事を3食摂取できる」

↓
支援内容は?

何をどう摂取すればいいのか

短期目標：「栄養バランスの良い食事を3食摂取できる」

具体的に何がどうだったら栄養バランスがいいと言えるのか



5大栄養素と食物繊維を摂る

日本の『**一汁三菜**』はバランスの良い食事の代表

さて どのような支援内容にしたらよいで
しょうか

合併症があると注意事項が追加

タンパク質

カリウム

塩分

制限

タンパク質制限は大変
医療専門職と連携して
食の管理を支援

合併症の内容、進展状況に合わせて実践する

①糖尿病腎症がある場合

タンパク質制限のポイント

1. 治療用特殊食品（低タンパク米、エネルギー・タンパク質調整食品など）を利用する
2. 食品を計量する
3. 少ない量でも多く見えるように工夫する（野菜と一緒に調理や、食材のみじん切りによるかさ増しなど）
4. おかずがなくても食べられる献立の工夫（チャーハンとスープなど）

カリウム制限のポイント

1. 野菜は茹でこぼす
2. 海藻類の摂取は控えめにする
3. くだもの摂取は缶詰を利用する
4. 干した食品の利用は少量にする
5. タンパク質制限を守る



こんなときどうする？

腎症の食事療法に戸惑い、受け入れられない場合

患者さんは腎症がないときは、摂取エネルギーが過剰にならないように、そしてバランスのよい食事をするように教わっています。しかし、腎症が進展すると、タンパク質制限が始まります。タンパク質制限に伴うエネルギー不足による異化亢進予防のため、炭水化物の量や脂質の量が増え、これまでとはまったく正反対の食事となることや、今まで聞いたこともない「カリウム」という言葉でも出てきて、とても戸惑います。

看護師は管理栄養士と連携を図り、患者さんの戸惑いを理解し、身体の状態と腎保護に必要な食事についていねいに繰り返し説明し、新たな食習慣をつくれるよう支援することが大切です。

合併症の内容、進展状況に合わせて実践する

②高血圧がある場合

高血圧の食事療法

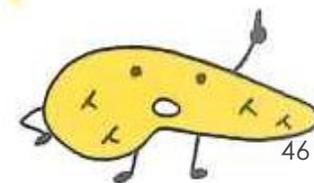
減塩のポイント

目標は1日6g未満

1. 漬け物は控える
2. 麺類は控えめにして、スープやつゆは残す
3. 味噌汁やスープは1日1回、半杯にする
4. 薄味に慣れる
5. 加工食品を避ける（新鮮な素材の味を楽しむ）
6. ドレッシングは使わず、香辛料や香味野菜、酸味を利用する
7. ドレッシングや醤油、ソースなどを使う場合、直接かけずに、小皿に出す
8. 外食、中食を利用する場合は、丼ものより定食を選び、少し残す気持ちで
9. 食品に含まれる食塩の量を確認する習慣をつける

セルフケア
&
調理は誰？

間食や飲酒を減らすこと、適正エネルギーを守ることも減塩につながります。



運動療法＝身体活動を増やすこと

身体活動と生活活動・運動の定義と関係

安静を避けNEATを増やすことが運動療法になる

身体活動

生活活動と運動を足したもの

生活活動

通勤や通学、仕事や家事など日常生活の中で身体を動かすこと

運動

ウォーキングやスポーツなど、健康管理のために意図的に身体を動かすこと

セルフケア
として生活活動

セルフケアとして生活活動

目標として「〇〇まで歩く」

IADLのできることリスト

回覧板
コンビニ
バス停
etc

できることをとりあげない

運動療法

③禁忌と注意が必要な場合がある

もっと知りたい！ 高齢者の運動療法

運動による効果は高齢者にとっても同様です。しかし、複数の疾患を有している人が多いため、運動によってそれらが悪化したり、心血管イベントが誘発される危険性があります。

運動前に必ずメディカルチェックを行い、運動前後のストレッチと水分補給、低血糖予防が大切になります。

運動の方法としては、有酸素運動・レジスタンス運動、バランス運動、ストレッチ運動のいずれもが勧められます。有酸素運動の場合、30分×2/日の歩行、4～5日/週以上を目標にします。



運動療法

③禁忌と注意が必要な場合がある

医師の意見を確認する

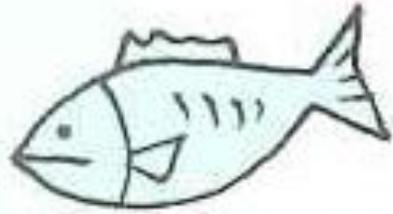
運動型デイ ➡ 運動強度をしっかりと打ち合わせ

デイケア・訪問リハより注意

低榮養



危険なサインを見逃さない!



「低栄養」を防ぐ



知識と視点



- Mさん（72歳、男性）
- 身長：162cm、体重：51kg、BMI：19.4

Mさんは、1年前にパーキンソン病と診断され、歩行が不安定になってきていた。食事量については、問題なかったが、1か月前に胆のう炎で2週間ほど入院し、退院時には体重が1kgほど減っていた。

退院後は、食欲が低下し、以前のように食事が進まず、小さい茶碗1杯分のご飯と、出された量の半分程度のおかずを食べるので精一杯となった。退院して間もない時期には、「退院後だから」と妻も気にしていなかったが、「食べたくない」「もういらぬ」という日が数日続き、妻も心配になってきた。

入院により足腰も弱っており、トイレ移動にも見守りが必要となった。体重を測ってみると、退院後の2週間で、さらに1kg痩せていることがわかった。



事例のポイント



- ① Mさんは1年前にパーキンソン病と診断された
- ② 退院後は食欲が低下し、食事量が減っている
- ③ 入院、退院後の食欲不振により、体重が減って

表 MNA-SFを用いたMさんのスクリーニング評価

評価項目	点数
過去3か月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく、嚥下困難などで食事が減少しましたか？ 0 = 著しい食事量の減少 1 = 中等度の食事量の減少 2 = 食事量の減少なし	1点 退院後に食事量減少あり
過去3か月間で体重の減少がありましたか？ 0 = 3kg以上の減少 1 = わからない 2 = 1～3kgの減少 3 = 体重減少なし	2点 1kgの体重減少あり
自力で歩けますか？ 0 = 寝たきりまたは車いすを常時使用 1 = ベッドや車いすを離れられるが、歩いて外出はできない 2 = 自由に歩いて外出できる	2点 自歩可能
過去3か月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？ 0 = はい 2 = いいえ	0点 胆のう炎
神経・精神的問題の有無 0 = 強度認知症またはうつ状態 1 = 中程度の認知症 2 = 精神的問題なし	2点 認知機能の低下、精神的問題なし
BMIまたはふくらはぎの周囲長 (cm) 0 = BMIが19未満 1=BMIが19以上、21未満 2=BMIが21以上、23未満 3=BMIが23以上 (ふくらはぎの周囲長) 0=31cm未満 3=31cm以上	1点 BMI=19.4

合計：8点（低栄養のおそれあり）

【スクリーニング値：小計（最大：14点）】

12～14点 栄養状態良好 8～11点 低栄養のおそれあり 0～7点 低栄養

『ケアマネジャー』
2022年8号9号
中央法規

パーキンソン病による食べる機能の低下に備える

食べ疲れしにくい食品や 少量で高栄養の食品

- ・ 食べる行為によって疲れやすくなっているかも
- ・ 少量で高栄養 油脂の多い食品摂取
→胆嚢炎：油脂の多い食品 ×
- ・ 疲れ対策：やわらかめ 口当たり 間食

柔らか食材・食べやすい果物
栄養補助飲料（脂質含有チェック）

好きな物
好きな料理
好きな食事環境 をリサーチ



事例のポイント



- ① Mさんは1年前にパーキンソン病と診断された
- ② 退院後は食欲が低下し、食事量が減っている
- ③ 入院、退院後の食欲不振により、体重が減って

- Yさん（68歳、女性）
- 身長：153.3cm、体重：49.7kg、BMI：21.1
- COPD、高血圧症 要介護1



Yさんは、夫が1年前に亡くなり、現在はひとり暮らしをしています。5年前にCOPDと診断され、大好きだったたばこもやめましたが、家事程度でも息切れしやすく、半年前から在宅酸素療法を取り入れています。また、食事は普通食で、いつも完食して

いるため、体重はあまり意識していませんでした。

週に1回デイサービスを利用しており、そこでの入浴や習字がYさんの楽しみになっています。Yさんはデイサービスの職員には次のように話しています。

「ここでは何もしなくても、おいしい食事が出てきてありがたい。みんなと食べられるのもうれしい。家じゃ、自分しかいないからね」

「買い物とか大変だから、生協の宅配便を利用しているの。骨なしの魚とか、レンジで温めればすぐに食べられるものもあるし、便利です」

事例のポイント



- ① ひとり暮らしができています
- ② 楽しみをもってデイサービスへ通っている
- ③ 食事はいつも完食しているため、
体重は意識していなかった

事例

COPDと診断されたが、生活は自立しているYさん

- Yさん（68歳、女性）
- 身長：153.3cm、体重：49.7kg、BMI：21.1
- COPD、高血圧症 要介護1



月1回のデイサービスでの体重測定
1年前と比べると-5kg
3か月前まで減少し続け

酸素療法は消費エネルギーを増大する
➡今後の体重減少予防必要

間食を活用する

ガスが溜まりやすい食品は避ける

主食・主菜・副菜のバランス
タンパク質

油脂は効率よくエネルギー補給ができる

事例のポイント

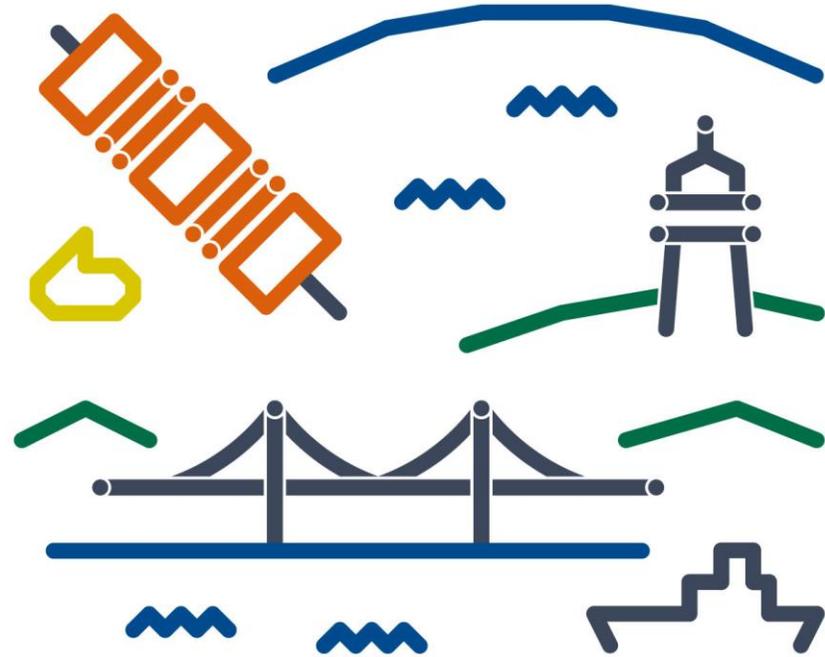
- ①ひとり暮らしができています
- ②楽しみをもってデイサービスへ通っている
- ③食事はいつも完食しているため、

体重は意識していなかった

『ケアマネジャー』

2022年8号9号

中央法規



 **Murooran**

室蘭が好き。みんなで創る、住み続けたいまち

ケアプランに記載する
「解決すべき課題」
のターゲットは

『疾患の管理』
『活動』

『活動』

A D L

I A D L

社会との関わり

課題分析標準項目（老企第29号より）

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

【出典】平成11年11月12日老企29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」

健康管理の視点で 生活活動をアセスメント

治療中？

予防したいの？

体調に気をつかう自覚ある？ ない？

アセスメントシート

生活状況を文章化する

なぜなら・・・

改善・維持したいのは生活状況だから

一部介助

全介助

という言葉を使わないで記入してみる

〈室内移動〉

- ・起居動作は自立。立位は5分くらいできる。
- ・家具などを伝いながら歩くか杖をついて歩く。
- ・杖をどこかに置いたまま歩いていることが1日に1回程度ある。

室内移動：歩行自立

屋外移動：介助者がいて歩行可能

入浴：洗身一部介助

〈屋外移動・外出〉

- ・一人では外出しない。娘が付き添う。買い物に週1回、受診に月1回。
- ・カートを押し200m位なら休憩なしで歩く。

〈入浴〉

- ・ヘルパーに見守りや腕を支えてもらいながら浴室まで移動している。
- ・浴室内は手すりにつかまりながら移動する。
- ・シャワーチェアに座って胸、太もも、陰部を自分で洗う。髪と背部、足先はヘルパーが洗う。
- ・ヘルパーに腰を支えてもらいながら自分でも手すりを持ちながら浴槽の出入りをする。
- ・手すりにつかまりながら浴槽内椅子に座り浸かる。
- ・ヘルパーに腰を支えてもらい、手すりにつかまりながら脱衣所の椅子に座りからだを拭く。

動作項目	○×	備考
拭き掃除		
雑巾(バケツ)を準備する		
雑巾をぬらし絞る		
かがむ、膝をつく		
拭く		
立ち上がる		
後片付け		
(紙モップやコロコロの場合)		
シートをセットする		
紙モップで拭く(隙間も)		
次の部屋に移動		
シートを交換する(捨てる)		
後片付け		
掃除機かけ		
掃除機を準備する		
コードを差し込む		
掃除機のスイッチを入れる		
次の部屋へ移動する		
後片付け		
トイレ掃除		
風呂掃除		

【服薬管理】 を因数分解

してみましよう

服薬管理

薬を手元に用意する	一包化でつらなっているものから切り取る
お薬カレンダーや仕分けボックスに配薬できる	今飲む分を用意する
袋を開ける・シートから取り出す	水を用意する
何の薬かわかっている	下剤だったら今飲むべきか飲まない方がいいか判断できる
飲んだかどうかを覚えていられる	空の袋を捨てずにとっておいて後で飲んだかどうかわかるようにしている
食事をとらなかったから食後の薬は飲まないと決めている	

【食の管理】 を因数分解

してみましよう

食の管理

食事の準備ができる	5大栄養素を意識した食事を準備できる
何を摂取しなければならないかわかっている	
炭水化物を摂っている	タンパク質を摂っている
脂質を摂っている	ビタミン・ミネラルを摂っている
食物繊維を摂っている	減塩を意識している
カップラーメンを食事としている	揚げ物お惣菜が多い
いたんだものは口にしない	冷蔵庫の弁当やおかずは温め直して食べている

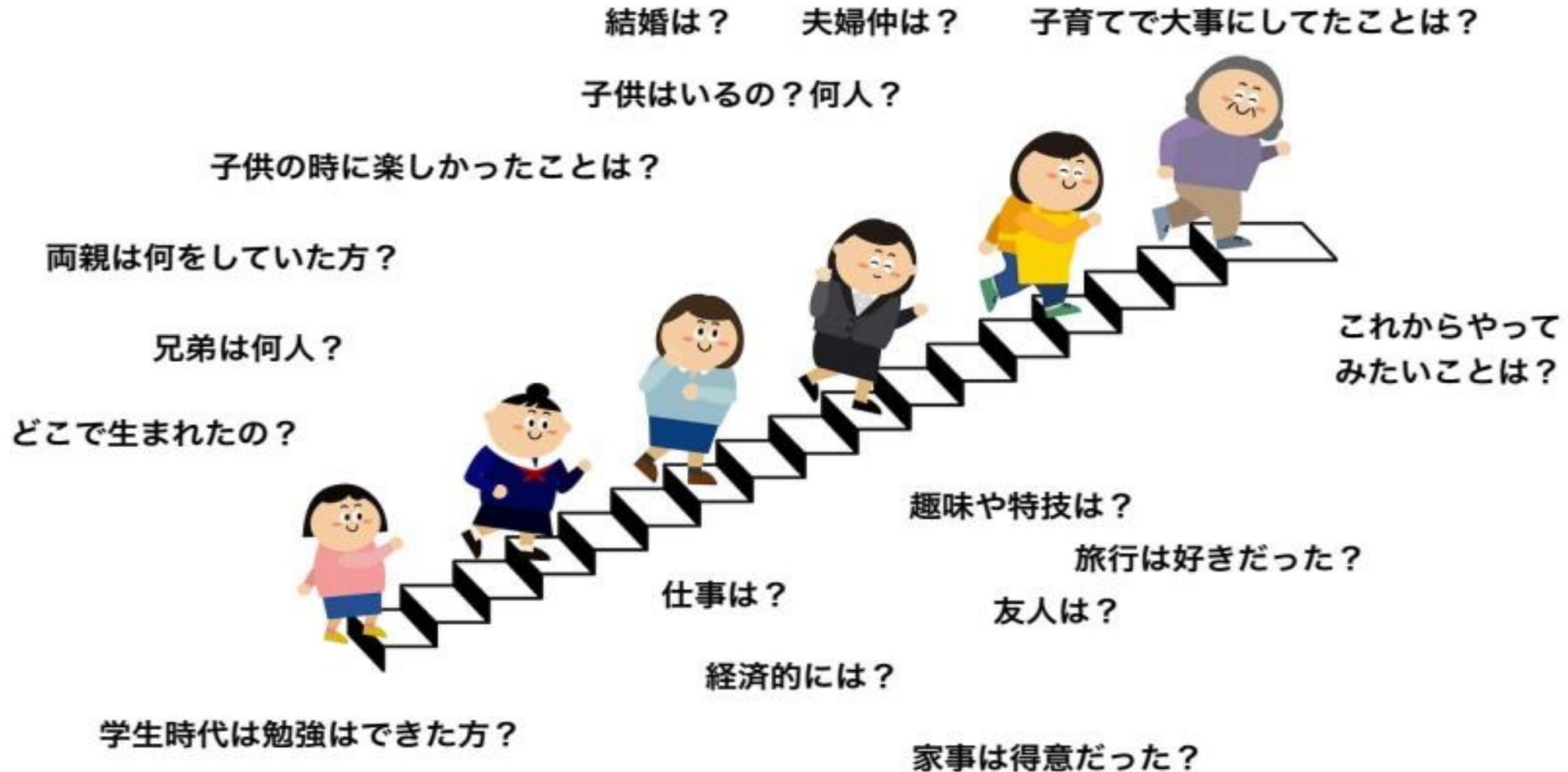
利用者の

「項目」に対する価値観を

考えたことありますか？

どう生きてきた方なのかを知る

～利用者は自分の人生物語の主人公～



どう生きてきた方なのかを知る

～利用者は自分の人生物語の主人公～

頑張れる

努力できる

ポジティブ

投げやり

ネガティブ

他人まかせ

子供の時に楽しかったことは？

結婚は？

子供はい

で大事にしてたことは？

両親は何

どこで生まれたの？

らやって
とは？

趣味や特技は？

旅行は

友人は

学生時代は勉強はできた方？

家事は得意だった？



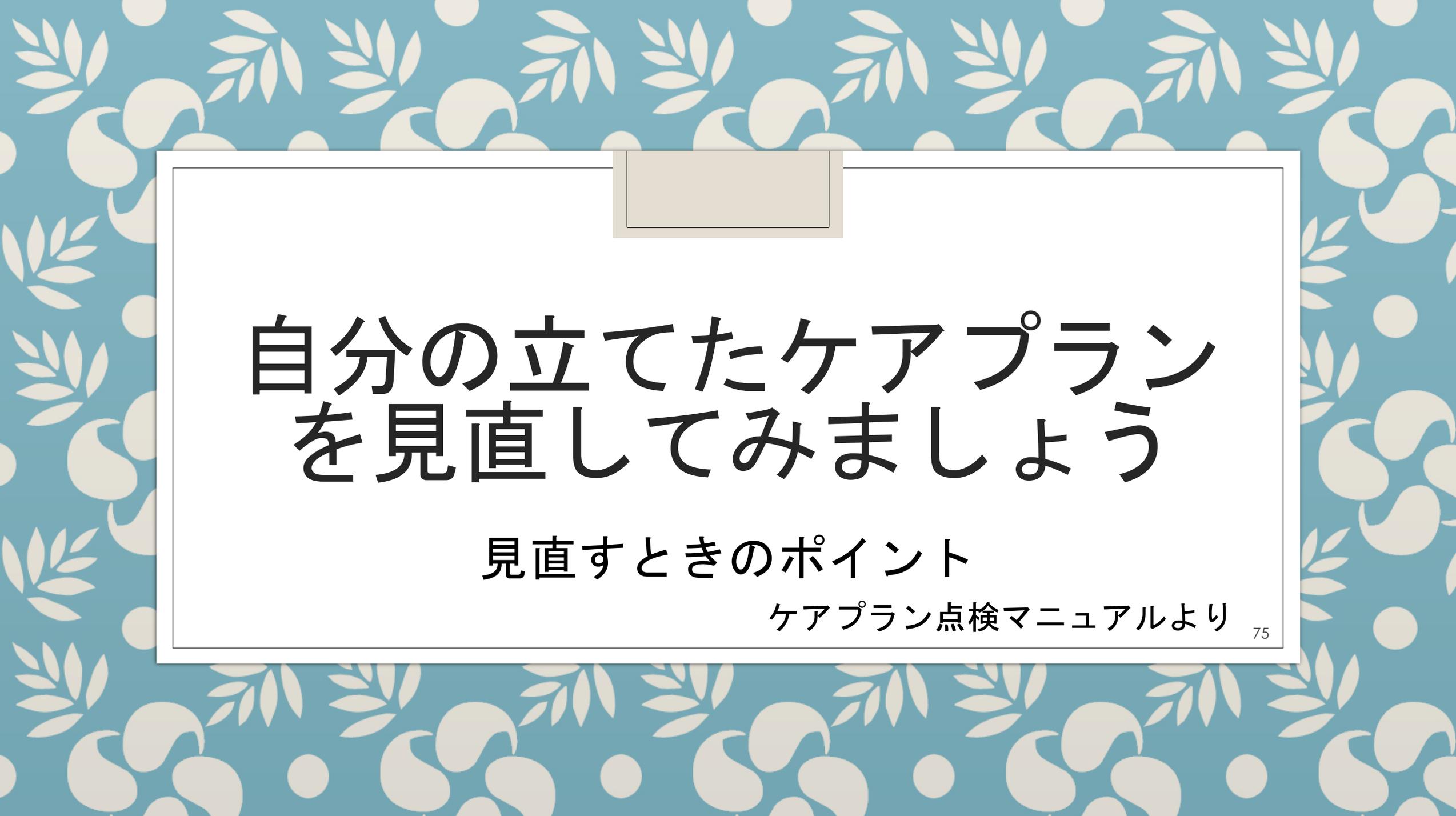
その人がその人であることの証明

どう支援したらいいか

生きてきた歴史

これからやってみたいこと

どう生きてきた方なのかを知りましょう



自分の立てたケアプラン を見直してみましよう

見直すときのポイント

ケアプラン点検マニュアルより

【基本情報】 押さえておくべきことは？

- 病歴・医師
- 病気に対する認識
- 主治医からどのように聞いているのか
- 治療の経過
- 生活上の工夫

【認定情報】 内容を確認している？

- 認定調査票の内容
- 最新の状態
- 認定情報の内容と異なる部分があった場合は？

自分の目で見て確かめる

【健康状態】 押さえておくべきこと①

- 複数の疾患や障害
- 「治癒」や「軽快」するもの
- 病気と「うまくつきあう」もの



改善か？



維持か？

【健康状態】 押さえておくべきこと②

- 各疾患の特徴的な症状

痛み

むくみ

熱っぽさ

自覚症状

尿量↓

- **ADL・IADL・精神面への影響**

めまい

息苦しさ

【健康状態】 押さえておくべきこと③

- 普段の健康状態
- 季節や天候、日内変動等
- 認知症や老人性うつ：朝夕に不穏
- 関節リウマチ：冬場や雨天で極端な痛み

【アセスメント】こんなことも気にかけて①

①その人なりの症状や暮らし方・疾患や障害との付き合い方

個別性を把握しよう

【アセスメント】こんなことも気にかけて②

②受容度

どのレベル？

生活への姿勢

【アセスメント】こんなことも気にかけて③

③往診・通院のサイクル

具体的に把握

プランに位置付け

【アセスメント】こんなことも気にかけて④

④生活を見る

疾患の症状と対応ばかりだと
生活の状態像が見えにくい

薬や処置＋支援・生活習慣見直し・環境調整・家族介護の視点

【アセスメント】 こんなことも気にかけて⑤

⑤メンタルと活動の関係

- 痛み・つらさ・心身機能と、生活習慣や人間関係、社会参加
- 「生活への意欲」

課題化

目標化

【アセスメント】 こんなことも気にかけて⑥

⑥食事・口腔

- 口腔状態と嚥下機能
- 誤嚥性肺炎
- 口臭
- コミュニケーションや社会参加への影響

【自分のマネジメントをチェックしてみよう】

①疾患名と症状や障害が、ADLやIADLに与える影響を把握しているか

入浴

食事

排泄

移動

買物

調理

掃除

金銭
管理

意思疎
通手段

【自分のマネジメントをチェックしてみよう】

② 普段の生活をちゃんと把握

- ・ 一日の生活リズム
- ・ 天候等の変化に伴う体調の変化
- ・ 伴うADLやIADLの日内変動
- ・ 血圧
- ・ 食事の量
- ・ 排泄 等

【自分のマネジメントをチェックしてみよう】

③ 治療方針や内容の把握

（往診・通院、服薬、疼痛の管理、生活改善・管理等）

- 本人および家族が健康状態をどのようにとらえているか
- 人間関係（家族、友人等）や社会参加への影響

【自分のマネジメントをチェックしてみよう】

④本人の役割（セルフケア等） ・ 家族の役割について
把握しているか

【自分のマネジメントをチェックしてみよう】

⑤疾患が及ぼすリスクや将来の予測を理解しているか

『居宅サービス計画書作成の手引』

七訂

財団法人 長寿社会開発センター

記載例 4

『疾患の管理』
健康意識
服薬・食事の自己管理

「積極的に医療と連携しましょう」 と言ってもね

連携することでのいただける加算

- ・ 特定事業所医療介護連携加算
- ・ 入院時情報連携加算
- ・ 退院・退所加算
- ・ 通院時情報連携加算
- ・ 緊急時等居宅カンファレンス加算
- ・ ターミナルケアマネジメント加算

「積極的に医療と連携しましょう」 と言ってもね

連携しましょうとされていること

- ・ 担当者会議に主治医等出席
- ・ 主治医等が会議を欠席する場合、事前に確認した内容を会議の場で正確に伝える
- ・ 医療系サービスをケアプランに位置付ける場合、主治医等の意見を求める
- ・ 医療系サービスをケアプランに位置付ける場合、主治医等にケアプラン交付
- ・ 日頃から主治医等と連絡の取りやすい方法や時間帯を把握して連携に努める

お医者さんとの連携

- できることから
- やりやすい方法を見つけるのもコツ
- 周りのお仲間と情報共有 「あの病院は…」 「あの医者は…」

結局は利用者さんの生活

どうしたいかという想い

どうあってほしいかという願い

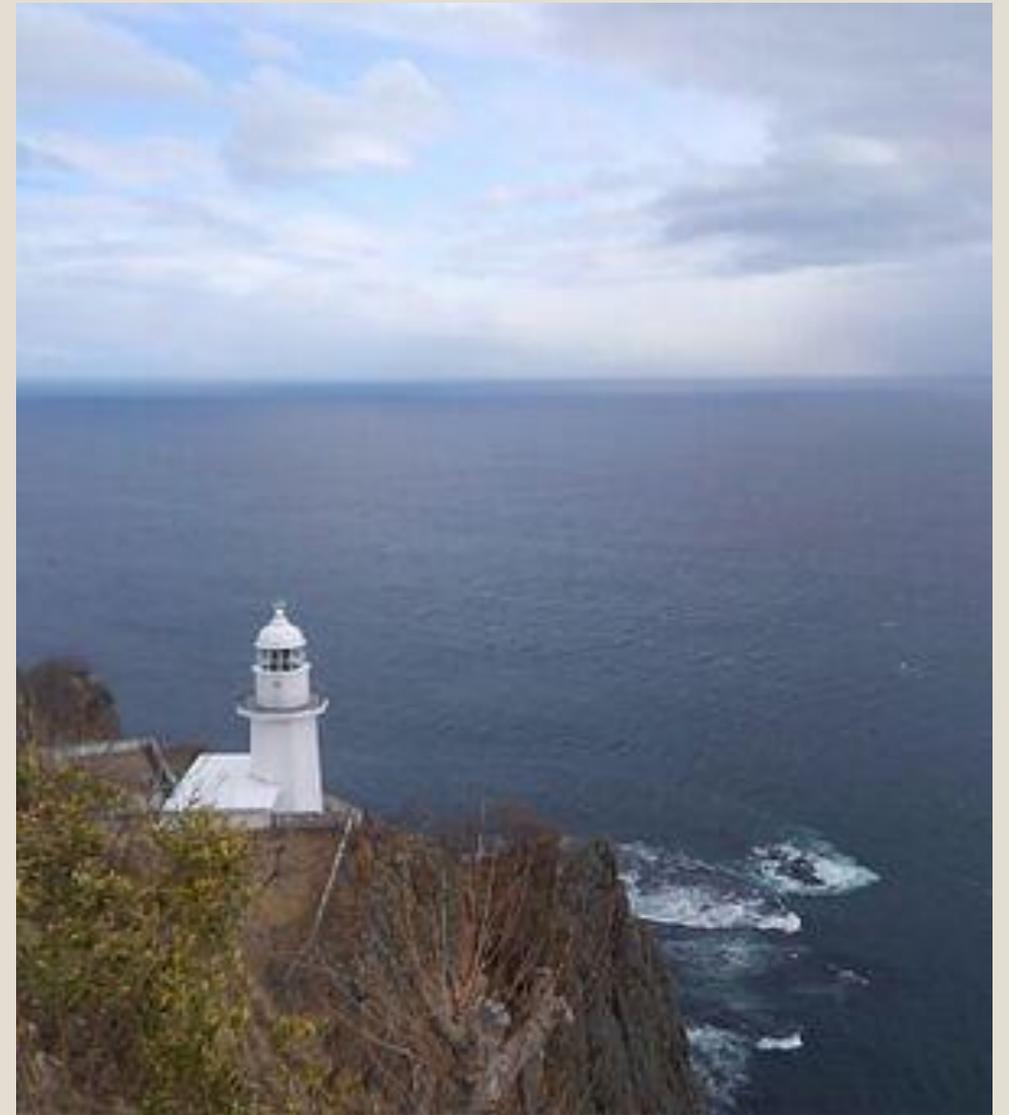
援助職としての在り方

疾患と生活課題

むろらん



この写真の作成者 不明な作成者は [CC BY](#) のライセンスを許諾されています



この写真の作成者 不明な作成者は [CC BY-SA-NC](#) のライセンスを許諾されています

お疲れさまでした



ご清聴
ありがとう
ございました