

## 利用者の“できた!!”を増やす 支援例



# 掃除編



1

### －事例紹介－

- 年齢・性別 | 87歳・男性
- 家族構成 | 独居
- 認定 | 総合事業対象者
- 総合事業  
利用開始時期 | H29.1～
- 既往歴等 | 高血圧症 腰椎圧迫骨折(H28.11)
- 経過等 | 3年前に妻を亡くし、以後独居。

H28年11月、段差を踏み外して尻もちをつき転倒、  
腰椎圧迫骨折で1ヶ月入院。

退院後も、腰痛は持続、また自信を失い閉じこもり  
気味となった。その結果、ふらつきや生活動作での  
身体的負担が大きくなった為、介護保険を申請。

2

# 基本チェックリスト



利用者さんに聞き取るよ。  
(ケアマネorサービス提供責任者に確認するよ)。

No	質問項目	回答		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
No. 1~5の合計			4	
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がってますか	0. はい	1. いいえ
	8	15分間位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
No. 6~10の合計			5	
栄養状態	11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ
	12	身長(165cm) 体重(63kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI (=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	0. いいえ
No. 11~12の合計			0	
口腔機能	13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
	15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
No. 13~15の合計			0	
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
認知	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
No. 18~20の合計			0	
No. 1~20の合計			11	
うつ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ
No. 21~25の合計			3	

3点以上

10点以上

## 生活機能評価（例：H29年1月）



利用者さんに聞き取るよ。

自立度	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる (普遍的自立)	少し難しい (限定的自立)	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
自立度	○1	○2	△1	△2	×1	×2
	事前	事後予測	備考（現況）			
ADL	室内歩行	○2	○1	ふらつきあり。退院したばかりで体力低下気味。壁伝いに歩く。		
	屋外歩行	○2	○1	独歩、ふらつきあり。転倒への不安から屋外歩行はほとんどしていない。		
	外出頻度	△2	○1	退院後受診時のみ。 入院前はゲートボールに週2日参加していた。		
	排泄	○1		自分で行う。失敗した事はない。		
	食事	○1		普通食。3食きちんと食べている。		
	入浴	○2		自宅お風呂であれば入浴可能。		
	着脱衣	○1		時間は少しかかるが、一人で行えている。		

4

## 生活機能評価（例：H29年1月）



利用者さんに聞き取るよ。

自立度	事前	事後予測	備考（現況）	
	IADL	掃除	△1	○2
洗濯		△1		1週間分をまとめて洗濯している。自分で行う時もあるが、ほとんど、長女が来た時に長女が行っている。
買い物		△1		長女が週に1回必要な物を買ってきてくれる。
調理		△1		ご飯は炊いている。 週5日配食サービスを利用。
整理		○2		整理している。
ごみ出し		○2		重たいものは難しい。
通院		△1		長女の付き添いにて通院。
服薬		○1		自己管理、飲み忘れなし。
金銭管理		○1		自分のお金は管理している。
電話		○2		家族には自分から電話をかける事ができる。
社会参加		×1		退院後は、ゲートボールに参加出来ていない。

5

# ヘルパーの支援の様子

ADL・IADL課題整理表を活用して、工程分析をし、どこに課題があるかを整理



利用者さんに聞き取るよ。

ヘルパーさん

掃除：事前（△1）→事後（○2）

工程	自立度	支援内容	動作工程イメージ	目標
道具をとりに行く	<input type="checkbox"/> 普遍的自立 <input checked="" type="checkbox"/> 限定的自立 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い全介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い全介助	動作の実施 <input type="checkbox"/> 声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 道具の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 運動の実施 <input type="checkbox"/> マニュアルへ	・伝い歩きで行くことができる。 ・支えなしに歩く事に本人は不安がある。 ・道具を置いている場所に行くまでは捕まるところがある。	<input checked="" type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 声掛けのできる <input type="checkbox"/> 部分介助のできる
道具を準備する	<input type="checkbox"/> 普遍的自立 <input checked="" type="checkbox"/> 限定的自立 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い全介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い全介助	動作の実施 <input type="checkbox"/> 声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 道具の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 運動の実施 <input type="checkbox"/> マニュアルへ	 <p>目的の場所まで移動する</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 声掛けのできる <input type="checkbox"/> 部分介助のできる
目的の場所まで移動	<input type="checkbox"/> 普遍的自立 <input checked="" type="checkbox"/> 限定的自立 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い全介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い全介助	動作の実施 <input type="checkbox"/> 声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 道具の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 運動の実施 <input type="checkbox"/> マニュアルへ	 <p>掃除道具をとりに行く・準備をする</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 声掛けのできる <input type="checkbox"/> 部分介助のできる
姿勢を変える	<input type="checkbox"/> 普遍的自立 <input type="checkbox"/> 限定的自立 <input checked="" type="checkbox"/> 改善の可能性の高い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い全介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い全介助	動作の実施 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 道具の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 運動の実施 <input type="checkbox"/> マニュアルへ	 <p>姿勢を変える・掃除をする・姿勢を戻す</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 声掛けのできる <input type="checkbox"/> 部分介助のできる

(株)ライフリー デイサービス楽

掃除 : 事前 (△1) → 事後 (○2)

工程	自立度	支援内容	動作工程イメージ	目標
掃除をする	<input type="checkbox"/> 普遍的自立 <input type="checkbox"/> 限定的自立 <input checked="" type="checkbox"/> 改善の可能性の高い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い全介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い全介助	動作の実施 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 道具の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 運動の実施 <input type="checkbox"/> マニュアルへ		<input checked="" type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 声掛けでできる <input type="checkbox"/> 部分介助でできる
姿勢を戻す	<input type="checkbox"/> 普遍的自立 <input type="checkbox"/> 限定的自立 <input checked="" type="checkbox"/> 改善の可能性の高い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い全介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い全介助	動作の実施 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 道具の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 運動の実施 <input type="checkbox"/> マニュアルへ	<p>・中腰、かがむ姿勢は痛みがあり、あまりしないようにしている。</p> <p>・棚の下や台所等の掃除はヘルパーが行う。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 声掛けでできる <input type="checkbox"/> 部分介助でできる
ごみの処理をする	<input type="checkbox"/> 普遍的自立 <input checked="" type="checkbox"/> 限定的自立 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い全介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い全介助	動作の実施 <input type="checkbox"/> 声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 道具の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 運動の実施 <input type="checkbox"/> マニュアルへ		<input checked="" type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 声掛けでできる <input type="checkbox"/> 部分介助でできる
道具を片づける	<input type="checkbox"/> 普遍的自立 <input checked="" type="checkbox"/> 限定的自立 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い全介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い全介助	動作の実施 <input type="checkbox"/> 声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 道具の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 運動の実施 <input type="checkbox"/> マニュアルへ		<input checked="" type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 声掛けでできる <input type="checkbox"/> 部分介助でできる
部屋に戻る	<input type="checkbox"/> 普遍的自立 <input checked="" type="checkbox"/> 限定的自立 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い一部介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の高い全介助 <input type="checkbox"/> 改善の可能性の低い全介助	動作の実施 <input type="checkbox"/> 声掛け <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 道具の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 運動の実施 <input type="checkbox"/> マニュアルへ		<input checked="" type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 声掛けでできる <input type="checkbox"/> 部分介助でできる

## 課題／支援の方向性

### □ 本人の思い

退院したばかりで体がきつい。入院前に比べることが少なくなった。  
前のようにゲートボールに行けるようになりたい。

### □ 総合的課題

- ①腰痛や生活不活発による筋力低下があり、長時間立位保持困難のため以前出来ていた掃除が実施出来ていない。
- ②下肢筋力低下と腰痛があり、閉じこもりの生活になっている。

□ 1日の目標 : 毎日めじろん元気アップ体操をすることができる。

□ 3ヶ月後の目標 : 掃除機を使って居間の掃除ができる。

### □ 利用サービス

総合事業訪問型サービス（週1回、掃除 協同作業・見守り）

総合事業通所型サービス（週1回）

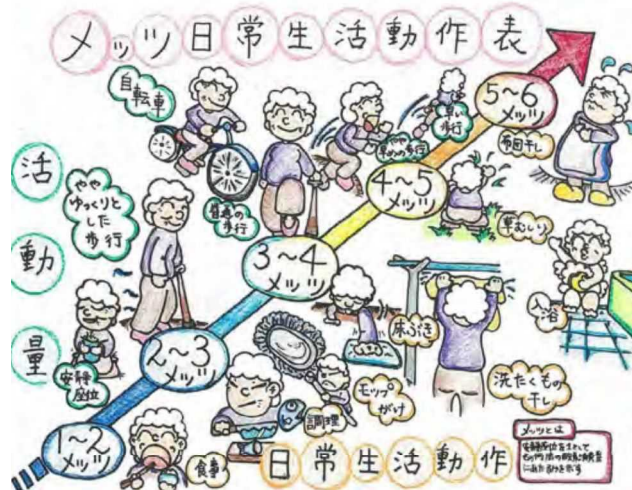
8

## ヘルパーの関わりの様子



説明（意識付け）をするよ。

### ➤ 掃除実施の意識付け（メッツ日常生活動作表の活用）



◎ 様式：マニュアルP18

◆パンフレットを用いて、「掃除は4メッツに該当し、1時間に4km歩くくらいの運動になります。再びゲートボールに行くための良いリハビリになりますよ」と説明し、意識付けを行った。

9

## ヘルパーの関わりの様子



実践するよ。

### ➤ 道具や掃除方法の工夫 (道具の使い分け、掃除実施場所の拡大)

立位で棚を拭く



モップ



掃除機



◆ まずは支えを持ちながら立位で棚の水拭き→立位に自信がいたらモップがけ→筋力・バランス能力がUPしたら、掃除機へと移行していった。

\* 掃除場所についても、まずは生活場所の居間からはじめ、出来るようになったら廊下や台所へ掃除場所を拡大していった。

## ヘルパーの関わりの様子



実施状況を確認/声掛けをするよ。

### ➤ 「めじろん元気アップ体操」の声掛け



◆ 10種類すべての体操実施を促す。



11

## ヘルパーの関わりの様子



実践するよ。

### ➤ ヘルパーが行う掃除

台所の掃除



居間の机の下の掃除



◆ 台所や机の下など出来ないところはヘルパーが支援

\* 「掃除機を使って居間の掃除ができる」という目標が達成されれば、次はヘルパーがしている場所の掃除ができるように、目標をステップアップしながらの支援を視野にいれている。

## ヘルパーの関わりの様子



冷蔵庫など目に入る場所に貼り、実施状況の確認・声掛けをしよう。

### ➤ 目標及び実施状況を利用者や支援者間で共有

#### 【 掃除 】 「できた！！」活動チェック表

	1/12	1/19	1/28	2/4	2/11	2/18	2/25	3/4	3/11	3/18
棚を水拭きすることができる。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
声掛けで、居間の掃除をモップで行うことができる。			○	○	○	○	○	○	○	○
声掛けで居間の掃除を掃除機で行うことができる。								○	○	○
めじろん元気アップ体操を実施することができる		○	○	○	○	○	○	○	○	○
今日のできた！！活動度	1	2	3	3	3	3	3	4	4	4
私の目標 : 掃除機を使って居間の掃除ができる。										

© 様式:マニュアルP17



## ヘルパーの関わりの様子



利用者の情報や変化を  
みんなで共有しよう。

### ➤ 他サービスとの連携

■ケアマネとサ責で同伴訪問をし、訪問系ADL・IADL課題整理表を活用し、工程分析、生活課題を整理。

■通所介護スタッフに、自宅での「めじろん元気アップ体操」の実施状況や、掃除の様子等を報告する。

本人の筋力向上に合わせて、通所介護スタッフの助言によりめじろん元気アップ体操も「弱」→「強」へ運動の負荷を上げていった。

**通所介護事業所やケアマネと、情報交換・連携を行い、利用者の状態に合わせて支援内容を適宜ステップアップ**

## 支援経過（例：H29.1月～3月）

	支援内容	本人の様子
1月	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス利用開始。(通所、訪問)。</li> <li>ケアマネとサービス提供責任者で同伴訪問。訪問系ADL・IADL課題整理表を活用し、課題の整理、支援内容の決定。</li> <li>掃除は、まず水拭きから提案。</li> <li>メッツ日常生活動作表を使って掃除実施の意識付け。</li> <li>めじろん元気アップ体操の実施を提案。</li> <li>通所では、下肢筋力強化訓練の実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>メッツ日常生活動作表を用いた説明を聞き、掃除への意欲が高まる。ヘルパーの声掛けがあれば、指示された場所を意欲的に水拭きを行う。</li> <li>めじろん体操はパンフレットを見ながらゆっくり行う。途中疲れてしまい、10種類すべての実施は難しい。</li> </ul>
2月	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス利用継続。</li> <li>通所では、下肢筋力強化訓練に加え、掃除機使用に向け応用動作訓練も開始。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>めじろん体操はヘルパーが支援に入らない時も自分ですることが増えてきた。</li> <li>歩行時のふらつきが軽減、モップ掃除は以前よりスムーズに実施することができた。</li> </ul>
3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>めじろん体操は弱→強へ変更を提案。(通所職員より助言あり)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>モップ掃除は居間に加え、廊下や台所も行うようになった。</li> <li>掃除機も見守りで居間をかけることが出来るようになった。</li> </ul>

## 支援のポイント

- 🌸 「訪問系ADL・IADL課題整理表」の活用
  - ▶ 課題の整理や利用者の出来る・出来ない に合わせた支援内容の決定
- 🌸 「できた！！活動チェック表」の活用
  - ▶ 目標の可視化
- 🌸 メッツ日常生活動作表を活用
  - ▶ 生活不活発病からの脱却の意識付け
- 🌸 ケアマネ・通所介護との連携
  - ▶ 下肢筋力向上の取組支援（筋力向上に合わせ負荷量UP）  
本人の状態に応じた支援内容の決定

16

## 利用者の“できた”を増やす 支援例



### 食事管理編



#### －事例紹介－

- 年齢・性別 | 82歳・女性
- 家族構成 | 独居
- 認定 | 総合事業対象者
- 総合事業  
利用開始時期 | H29.4～
- 既往歴等 | 糖尿病（服薬治療）、変形性膝関節症
- 生活歴等 | 農業をしながら5人の子を育てる。



2年前に夫をがんで亡くし、以後独居。半年前までは週3日、近所の人とまんじゅうを作り、道の駅で販売していたが、両下肢の痛みやしびれ等があり、引退。近所に兄弟が住んでおり、週に1回は遊びに来る。

□ 現在の生活 | 食べることが好き。糖尿病の病識が薄く、好きな物ばかり食べている。半年で、3.5kgの体重増加。（BMI 27）膝の痛みの訴えが以前に比べ多くなっている。

# 基本チェックリスト



利用者さんに聞き取るよ。  
(ケアマネorサービス提供責任者に確認するよ)。

No	質問項目	回答		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
No. 1~5の合計			2	
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がってますか	0. はい	1. いいえ
	8	15分間位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
No. 6~10の合計			4	
栄養状態	11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ
	12	身長 ( 148 cm) 体重 (60kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI 27.4 (=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	0. いいえ
No. 11~12の合計			0	
口腔機能	13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
	15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
No. 13~15の合計			1	
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
認知	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
No. 18~20の合計			0	
No. 1~20の合計			8	
うつ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ
No. 21~25の合計			3	

3点以上

## 生活機能評価 (例 : H29.4月)



利用者さんに聞き取るよ。

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる (普遍的自立)	少し難しい (限定的自立)	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
自立度	○1	○2	△1	△2	×1	×2

		事前	事後予測	備考 (現況)
A D L	室内歩行	○2	○1	手すりや壁を伝い歩き。歩行時ふらつき見られる。
	屋外歩行	○2	○1	自宅近くのコンビニ (300m) まで杖をついて行くことができる。(途中1回立ち止まる)
	外出頻度	○2		買い物と病院受診。
	排泄	○1		自立している。
	食事	○2	○1	食事は自立しているが、食事管理はできていない。
	入浴	○2		浴槽のまたぎがしづらいが一人でできている。ふらつきあり。
	着脱衣	○2		イスに座って行う。

## 生活機能評価 (例 : H29.4月)



利用者さんに聞き取るよ。

		事前	事後予測	備考 (現況)
I A D L	掃除	○2		ぞうきんがけは出来ない。手の届く範囲をハンディークリーナーで掃除をする。
	洗濯	○2		時間はかかるが自立。
	買い物	○2		自宅近くのコンビニへ行く。足りない物は、兄妹に連れて行ってもらう。
	調理	△1	○2	以前はしていたが、長時間の立位が難しく現在はご飯を炊く程度。お総菜に頼ることが多い。
	整理	○1		整理されている。
	ごみ出し	○2		自分で行う。
	通院	○2		タクシーで通院。一人で行けている。
	服薬	○1		自己管理出来ている。
	金銭管理	○1		自己管理出来ている。
	電話	○1		兄弟に電話をかけることができる。
	社会参加	○1		月1回、地区の集まりに参加。

## 課題・支援の方向性

### □ 本人の思い

まんじゅう作りをしようとした時は張り合いがあったが、膝が痛くて作業がきつくなり辞めてしまった。今は、膝が痛まんようになるべく安静にしている。膝さえ痛くなくなれば、前みたいにまんじゅう作りに行きたい。

### □ 総合的課題

- ①肥満・変形性膝関節症に伴う痛み・しびれにより活動が制限されたことによる、廃用性の筋力の低下。
- ②糖尿病の内服は出来ているが、食事管理が出来ていない。  
体重増加傾向（BMI27）で、糖尿病重症化の可能性。

□ 3ヶ月後の目標：体重を1kgおとすことができる。

□ 1日の目標：毎日、体重計測をすることができる。

### □ 利用サービス

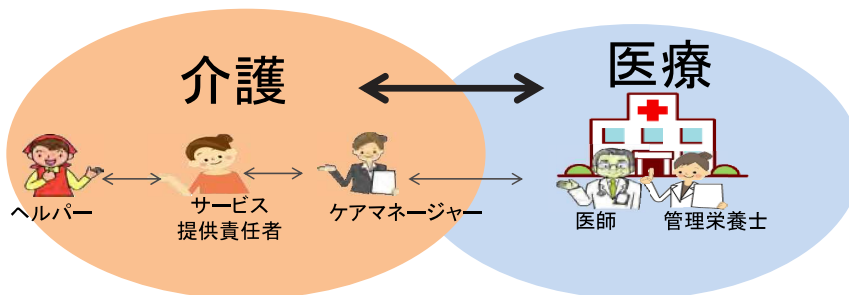
総合事業訪問介護サービス（週1回、調理・掃除 協同作業・見守り）  
総合事業通所介護サービス（週1回）

## ヘルパーの関わりの様子



専門職と連携するよ。

### ➤ かかりつけの主治医・管理栄養士との連携（医療・介護の連携）



◆ケアマネをとおして医師・管理栄養士に糖尿病の管理について指示を仰ぐ。

#### 医師・管理栄養士からの指示

- ①半年くらいで体重を3kgおとしましょう。
- ②ヘモグロビンA1cは8.1で高値。食事内容の見直しを。



医師・管理栄養士

◆ケアマネから次回病院受診時に医師及び管理栄養士から食事指導を依頼。

# ヘルパーの関わりの様子



糖尿病の勉強をするよ。

## 訪問介護事業所で糖尿病の勉強会の開催

糖尿病に気をつけている方への対応

糖尿病とは・  
食べ物や飲み物を消化して作られるブドウ糖は、血液によって全身に運ばれ身体を動かすエネルギーになります。ブドウ糖の量をコントロールしているのはインスリンというホルモンです。このインスリンが不足したり働きが悪く血液の中のブドウ糖が必要以上に多くなった状態を糖尿病といいます。

糖尿病になる原因

- ①食べ過ぎによる肥満
- ②運動不足による肥満
- ③食物繊維の摂取不足
- ④遺伝・ストレス等

糖尿病の症状 (このような症状はわりと悪化してから出ることが多い)

- だるい・眠れやすい
- 尿の量・回数が増える
- 急に体重が減る
- 喉が渇く

そのまま放置していると合併症を引き起こします

- 糖尿病性神経障害**  
手足のしびれ、痛み、無性に気がいらいとような末梢神経障害や立ちくらみ・背のむだれ・発汗異常や自律神経障害の症状も出てきます
- 糖尿病性網膜症**  
目の奥にある網膜の血管に障害が起こり視力が低下し、ときには失明することもあります。
- 糖尿病性腎症**  
長い間糖尿病の状態していると腎臓内の血管に障害が起こり働きが悪くなります。悪化すると人工透析で血液を新しくしたり体の不要なものを排出しないといけなくなり、身体にも経済的にも負担が大きくなります

合併症をふせぐためには・

- ①自分にあったエネルギー量の食事
- ② 減塩
- ③脂質異常症の予防
- ④ 食物繊維の摂取量を増やす

訪問介護で毎日対応できる方は少ないです。ほとんどがご本人か、ご家族により日々の食事療法をしないといけません。ご家庭で、できる方法をケアマネージャーや主治医と一緒に見つけて、継続できるものを行動してください。合併症にはさせない！！ようにしましょう

○事業所内で糖尿病勉強会を開催。(テキスト：マニュアル)

○合併症を防ぐための調理支援のポイント等の確認



◆関わるヘルパー全員で同じ方向性で支援ができるよう共通認識を図った。

# ヘルパーの関わりの様子



ツールの紹介、活用状況を確認するよ。

## 「またくちにやさしいわ」活用を助言。食事摂取バランスの傾向を可視化

「簡単！食事バランスチェックシート」 ま・た・く・ち・に・や・さ・し・い・わ

		月	火	水	木	金	土	日	合計
し 主食	朝	○	○	○	○	○	○	○	7
	夜	○	○	○	○	○	○	○	7
い いも	朝	○	○	○	○	○	○	○	7
	夜	○	○	○	○	○	○	○	7
ま 豆類	朝	○	○	○	○	○	○	○	7
	夜	○	○	○	○	○	○	○	7
た 卵類	朝	○	○	○	○	○	○	○	7
	夜	○	○	○	○	○	○	○	7
ち 乳製	朝	○	○	○	○	○	○	○	7
	夜	○	○	○	○	○	○	○	7
に 肉類・ハム	朝	○	○	○	○	○	○	○	7
	夜	○	○	○	○	○	○	○	7
さ 魚類	朝	○	○	○	○	○	○	○	7
	夜	○	○	○	○	○	○	○	7
く 果物	朝	○	○	○	○	○	○	○	7
	夜	○	○	○	○	○	○	○	7
や 野菜	朝	○	○	○	○	○	○	○	7
	夜	○	○	○	○	○	○	○	7
わ 海藻	朝	○	○	○	○	○	○	○	7
	夜	○	○	○	○	○	○	○	7
体重kg		59.0	59.2	59.9	57.9	57.9	57.9	57.9	

☆一週間で気づいたこと☆

- しい が多い少ない  
多い人はエネルギーの摂り過ぎに注意。少ない人はエネルギー不足に注意。
- またくちにさ が多い少ない  
多い人は肥満に注意。少ない人は身体をつくる栄養素(たんぱく質)がたりないです。
- く・や・わ が多い少ない  
多い人はです。続けましょう。少ない人は食物繊維・ビタミンの不足に注意。
- 体重の変化はありましたか？  
増えた ・ 減った  
増えすぎた人は肥満に注意！！減った人は低栄養に注意！！
- おやつはどんなものを食べましたか？  
あんぱん、まんじゅう、果糖、乳ボロ、果糖

主食といもに○が多いわあ。エネルギーの摂りすぎですかね～？和菓子をよく食べるから体重が増えるんかなあ。



◎ 様式：マニュアルP45

# ヘルパーの関わりの様子



本人が自分で出来るように支援するよ。

## ➤ 「グリセミックインデックス」にチェックを入れてもらい、食事摂取バランスの傾向を可視化。

(※グリセミックインデックスとは、食品の中で血糖値をあげやすいもの)

### ①自分にあったエネルギー量にするポイント

血糖を上げやすい食品に注意しましょう  
 ・血糖値を上げるのは主に糖質です  
 ・糖質とは・・・炭水化物（ご飯・パン・麺等）のなかで食物繊維を除いた部分のこと  
 ・グリセミックインデックス (GI) とは・・・  
 食品中の糖質が血糖値を上昇させる程度を数値で表したもので、  
 ・糖尿病の方は・・・  
 グリセミックインデックスが高い食品が多くならないように気を付けましょう

食品	GI値	野菜・芋・豆類	果物	豆類	芋類	穀類・雑穀類	
あんパン	84	じゃが芋	89	レーズン	64	グラニュー糖	100
フランスパン	42	人参	70	パイナップル	64	氷砂糖	100
食パン	50	山芋	74	果物缶詰	62	上白糖	100
ピーマン	27	とうもろこし	69	スイカ	59	三温糖	107
餅	84	かぼちゃ	64	ブルーベリー	56	黒砂糖	98
クロワッサン	82	里芋	63	バナナ	54	ドラゼミ	94
白米	83	栗	59	巨峰	49	チョコレート	90
うどん生	79	さつまい芋	54	メロン	40	せんべい	88
赤飯	76	ごぼう	44	もも	40	はちみつ	87
チョコレート	74	香煎	31	柿	26	大福	87
ラーメン	72	たまねぎ	29	さくらんぼ	36	キャラメル	85
そうめん	67	トマト	29	リンゴ	34	ドーナツ	86
スパゲッティ	64	オクラ	27	キウイ	34	かりんとう	83
白粥	56	長ネギ	27	ブルーベリー	33	クラッカー	69
そば生	58	タケノコ	25	みかん	32	カスラ	68
玄米	55	にら	25	オレンジ	30	アイスクリーム	64
雑穀米	54	ピーマン	25	いちご	28	ホットケーキ	59
全粒粉パン	49	なす	24	アボカド	26	プリン	51
						ゼリー	45



日頃よく食べているものに黄色のマーカーをつけてもらう。

あら。あんパンが一番上にかかれちる。あんパンは血糖値をあげやすいけん太ってしまったんかなあ。



◆血糖値を上昇させる食品を意識。食材選びを自分自身で判断できるよう、意識付け。

◎ 様式: マニュアルP36

# ヘルパーの関わりの様子



調理方法を紹介するよ。

## ➤ 電子レンジで出来る簡単調理や調理方法の工夫を紹介

簡単レンジ調理 肉豆腐



簡単レンジ調理 魚煮つけ



電子レンジ料理は簡単やねえ。私でも出来そうね〜。



(例) 調理方法の工夫



ゆでる



網焼き



蒸す



煮る



炒める



揚げる

← 素材の脂が流れてエネルギーダウン

→ 調理に油を使うとエネルギーアップ

◎ 様式: マニュアルP35.37



# ヘルパーの関わりの様子



実施状況を確認&声掛けをするよ。

## ➤ 自宅での運動定着への支援

2) 慢性的に膝の痛みがある方の場合 ※立ち座りでも痛みがある場合

めじろん 元気アップ体操：膝伸ばし・膝上げ 左右各10回ずつ



2) 慢性的に膝の痛みがある方の場合 ※立ち座りで痛みがない場合

めじろん 元気アップ体操：椅子立ち座り・つま先立ち 各10回ずつ



様式：マニュアルP28.29

◆マニュアルから「膝の痛みがある方への体操」を紹介。  
体操が定着するまでは、体操の声掛けとともに実施状況の確認を実施。

## 支援の経過


	支援内容	本人の様子
4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用開始(通所、訪問)。</li> <li>・デイサービスでは下肢筋力強化と体重減少を目標に運動プログラムの実施。</li> <li>・ケアマネは、糖尿病の治療状況や留意事項を主治医伺い。</li> <li>・ヘルパー事業所でマニュアルをテキストに糖尿病の勉強会を実施。</li> <li>・ヘルパーは調理支援(食材選択の意識付け)。</li> <li>・またくちにやさしいわの活用をすすめる。</li> <li>・グリセミックインデックスを一緒につけてみる。</li> <li>・レンジを使ったヘルシーレシピの提案。</li> <li>・自宅での運動定着に向け、自宅でのホームプログラムの提案。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体重60kg。</li> <li>・糖尿病については「薬を飲んでいるので大丈夫」と本人。病識はあまりなかったが、「グリセミックインデックス」をつけ、血糖値のあげやすい食品を多く食べていることに気付かれる。</li> <li>・「またくちにやさしいわ」の記録開始。</li> <li>・「運動は苦手なんです」と本人、自宅での運動はやりたがらない。</li> </ul>
5月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用継続。</li> <li>・病院受診時に、病院の管理栄養士より食事指導。</li> <li>・ヘルパーはメニューやレシピの提案を行い、見守りを行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体重59kg(−1kg)。</li> <li>・「またくちにやさしいわ」は忘れずに記録。</li> <li>・毎日記録をし、結果が目に見えることで、栄養バランスの偏りや普段の食傾向を実感。</li> <li>・買物に行く際、「またくちにやさしいわ」で不足している食材を意識して買うようになった。</li> <li>・デイサービスでは運動を意欲的に実施。自宅でもヘルパーの声掛けがあると、運動を実施するようになる。</li> </ul>
6月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用継続。</li> <li>・ケアマネより月1回公民館で開催されている調理教室を案内。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体重57.2kg(−2.8kg)。</li> <li>・膝の痛みが以前に比べ軽減し体が少し軽くなったと本人。</li> <li>・コンビニのお総菜を買う頻度が減少。(週6回→週2回)</li> <li>・ヘルパーが支援に入っていない日も、自分で電子レンジで蒸し料理をよく作るようになる。</li> </ul>

## 関わる支援のポイント

 **主治医・管理栄養士との連携**

 **事業所内での糖尿病勉強会**

支援者全員が統一した方向性での関わり

 **「またくちにやさしいわ」やグリセミック  
インデックス等の活用**

利用者の食習慣を可視化することで、振り返る機会  
となり、自己管理の意識付け

 **簡単に作れる手軽な料理からチャレンジ**

成功体験 → 調理へのハードルを下げる

## 利用者の“できた!!”を増やす 支援例



### 歯科・栄養編



#### －事例紹介－

- 年齢・性別 | 84歳・男性
- 家族構成 | 独居
- 認定 | 総合事業対象者
- 開始期間 | H29.5～ ※初回利用
- 既往歴等 | 肺炎、腰痛、脳梗塞(H27.マヒなし)
- 生活歴 | 元学校教諭、退職後は地域の役員等を行っていた。  
妻は認知症で、昨年施設へ入所。妻が入所するまでは、  
介護と簡単な家事は自分で行っていた。1回/週、隣市  
に住む娘の支援あり。
- 経過等 | H29年2月肺炎で入院し、3週間後に退院。  
退院後も微熱が続き、日中横になって過ごすことが多  
くなる。自宅で閉じこもりの生活になっている事を娘  
が心配し、介護保険の申請に至る。





利用者さんに聞き取るよ。  
(ケアマネorサービス提供責任者に確認するよ)。

No	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
No.1~5の合計		4	
運動機能	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
	7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がってますか	0. はい	1. いいえ
	8 15分間位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
	9 この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
	10 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
No.6~10の合計		4	
栄養状態	11 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ
	12 身長(163cm) 体重(49kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI 18.4 (=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	0. いいえ
No.11~12の合計		1	
口腔機能	13 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
	15 口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
No.13~15の合計		3	
閉じこもり	16 週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
認知	18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
	19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
	20 今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
No.18~20の合計		0	
No.1~20の合計		14	
うつ	21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
	22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
	23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
	24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
	25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ
No.21~25の合計		2	

3点以上

2点以上

10点以上

## 生活機能評価（例：H29.5月）



利用者さんに聞き取るよ。

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる (普遍的自立)	少し難しい (限定的自立)	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
自立度	○1	○2	△1	△2	×1	×2

		事前	事後予測	備考（現況）
A D L	室内歩行	○2	○1	伝い歩き。
	屋外歩行	△1	○2	杖使用。 杖を使用したら片道50mは歩行可能。
	外出頻度	△1		病院受診のみ。 車はあるが、家族に止められ使用していない。
	排泄	○1		自立。失敗なし。 早めにトイレに行くように注意している。
	食事	△1	○2	たまにむせる 軟らかい形態の食事が多い。（麺、パン） 部分義歯が合わず、ほとんど装着していない。
	入浴	○2		浴槽内に手すりあり。背中の中の洗身はやりづらさを感じているが、一人で行えている。
	着脱衣	○2		ズボンは椅子に座って着脱。

3

## 生活機能評価（例：H29.5月）



利用者さんに聞き取るよ。

		事前	事後予測	備考（現況）
I A D L	掃除	△1		体調の良い日は、手の届く範囲をコロコロで掃除をする。
	洗濯	△2		娘に洗濯機を回し、干す作業をお願いしている。 取り込みは自分で行う。
	買い物	△2		娘が買ってくる。車の運転をしていた頃は、自宅から600M先のスーパーに一人で買い物に行っていた。
	調理	△1	○2	麺類は自分でゆがいて食べることができる。 娘がおかずを作り置きしてくれる。
	整理	○2		居間の机の上は整理されている。元々、物は少ない。
	ごみ出し	○2		自宅前がゴミ集積場。自分で出すことができる。
	通院	△2		娘の介助にて通院。
	服薬	○1		自己管理出来ている。
	金銭管理	○1		自己管理出来ている。
	電話	○2		家族には自分から電話をかけることができる。
	社会参加	×2		老人会や地区の集まりは参加できていない。

## 課題・支援の方向性

### □ 本人の思い

娘に迷惑をかけたくない。出来るだけ自分のことは自分でしたい。でも今は体力に自信がない。熱が出やすく、すぐに疲れたり、こけそうになる。昔のようにご飯もあまり食べきらん。

### □ 総合的課題

- ①生活不活発による下肢筋力・体力の低下
- ②食形態や食事バランスの偏りに伴う体重減少（低栄養）
- ③義歯不適合と口腔清掃不良に伴う誤嚥性肺炎の繰り返しによる体力の低下

### □ 利用サービス

- ✓ 総合事業訪問サービス（週1回、調理 協同作業・見守り）
- ✓ 総合事業通所サービス（週1回）
- ✓ 口腔マネジメント（週1回、歯科衛生士の訪問・口腔指導）

## ヘルパーの関わりの様子



専門職と連携するよ。

### ➤ 歯科衛生士の訪問に同行（専門職との連携）

#### □ 歯科衛生士の訪問に同席

歯科衛生士のアセスメントにより、口腔清掃不良、義歯不適合による食事量減少以外に脳梗塞の後遺症による飲み込みにくさがある事を学ぶ。

#### □ 歯科衛生士からの指示（ヘルパーの支援内容について）

はみがき実施への声掛け及び実施状況を確認してください。  
お口の筋力を向上させ、飲み込み等をよくするため、「ぶくぶくうがい」と「ブローイング」の2つは毎日行うよう声掛けをお願いします。歯科受診勧奨もしてください。



歯科衛生士

#### □ 歯科衛生士からの助言内容をサ責に報告し、支援に入るヘルパー全員で共有。

# ヘルパーの関わりの様子



本人が自分で出来るように支援するよ。

## 歯磨きの方法を紙で示しながら具体的に指導（やる事の見える化）

歯磨き 口腔清掃 器具の手入れ 器具の消毒 器具の乾燥

本人様！お口元気で心身UP

### 4 器質的口腔ケア（残存歯・舌の清掃の仕方）

在宅で簡単にできるポイントを押さえましょう

1) 清掃効果を上げる器具の使い方のポイント

①歯ブラシは毛先の黒くなった部分を使用し歯と歯の隙間にしゅうり毛先が出ています！

②歯間ブラシは歯と歯の間の歯面に塗布するように使用します

③フロスは歯間に縦方向に引き入れよう！歯と歯の隙間にしっかりと入り込み歯垢を落とします

④舌ブラシは舌の表面を優しく磨きましょう！歯垢が溜まりやすい舌の裏面も磨きましょう！

⑤舌ブラシで磨く手前をやさしく磨き歯垢が落ちやすくなります

洗面所の壁に掲示

歯磨き 口腔清掃 器具の手入れ 器具の消毒 器具の乾燥

### 5 器質的口腔ケア（義歯の管理）

在宅で簡単にできるポイントを押さえましょう

1) 義歯の洗い方

ポイント  
義歯をシンクに落とさないように注意してください。シンクに水を溜めておいてください。

注意！ してはいけないこと！！

歯磨き剤をつけて磨くと、研磨剤が細かい傷をつくり、歯肉の腫れになります。

義歯の材質は樹脂のため、熱いお湯で洗うと変形することがあります。入れ歯が合わなくなる原因になります。義歯が合わなくなる。

2) 管理の方法

1日、義歯2～3時間くらいは外し、水を溜めた容器で保管しましょう。夜間は義歯を外して休ませても構いませんが、夜間頻尿にトイレに行くなど条件によっては、転倒リスクを回避することも必要です。

※注意！  
歯磨き剤を入れていないため、口内に歯磨き剤が残ると、残存歯に影響がでることがあります。（舌事員）  
夜間頻尿し、口中に歯磨き剤をためるリスクもありますので、歯科衛生士にお尋ねください。

# ヘルパーの関わりの様子



ちゃんと出来ているかを確認するよ。

## 健口記録の活用

さんの目標

焼肉を食べる

目標を達成するためにすること

<input type="checkbox"/>	ブラッシング	3回/日	<input type="checkbox"/>	「グロ-イェク」	1回/日
<input type="checkbox"/>	義歯清掃	3回/日	<input type="checkbox"/>	「ぶくぶくうがい」	1回/日
<input type="checkbox"/>	健口体操	回/日	<input type="checkbox"/>		回/日
<input type="checkbox"/>	だ液腺マッサージ	回/日	<input type="checkbox"/>		回/日

できた ○  
しなかった ×

1	2	3	4	5	6	7
×	×	○	×	○	×	×
8	9	10	11	12	13	14
×	○	○	○	×	○	×
15	16	17	18	19	20	21
○	○	○	×	○	○	○
22	23	24	25	26	27	28
○	○	○	○	○	○	○
29	30	31				
○	○	○				

（この1ヶ月の感想など） 例）歯磨きを毎日行った。  
歯磨きの後は口の中がスッキリした。

## 目標・実施状況の可視化



関わるヘルパーで統一したケア・説明を実施



〇〇さん、健口記録はできていますか？  
食後の歯磨き、今からしませんか？  
歯と歯の間は、フロスや歯間ブラシを使うとより汚れが落ちやすいですよ。



本人のセルフケア能力の高まり

## ヘルパーの関わりの様子



声掛けするよ。

### ➤ 誤嚥予防、口の機能強化のため訓練

#### 30秒のブクブクうがい実施

ブクブク



(効果)

- 口唇の閉鎖を強くする、飲み込みを良くし、食べ物の漏れをふせぐ
- 口の周りの筋肉や頬筋を強くする・飲み込みを良くし嚙む力を強くする 等

#### ブローイングの実施

コップに水を半分程度注ぎストローで強く吹いています



(効果)

- 咳反射(誤嚥防止)に必要な腹筋を強化

## ヘルパーの関わりの様子



声掛け(意識付け)を行うよ。

### ➤ 歯磨き・調理実施の意識付け。

→上肢・下肢の訓練にもなっている事を説明。

#### 歯磨き



#### 調理



ヘルパーさん

〇〇さん、立って歯磨きをしたり、料理をすることは**下肢筋力の強化**につながりますね。また、歯磨き動作や包丁を使ったりすることは、**上肢の動きの訓練**にもなるんですよ。1日3回の歯磨きや調理の実施が習慣づけば、1日の中で**体を動かす時間も増えて**、知らぬ合間に**体力UP**ですね！！



## 支援経過（例：H29.5～7月）

	支援内容	本人の様子
5月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用開始。（デイ、ヘルパー、歯科衛生士訪問）。</li> <li>・デイサービスでは、下肢筋力向上プログラムの実施。上記に加え、ホームプログラム指導あり。</li> <li>・歯科衛生士の訪問（ヘルパー同席）。               <ol style="list-style-type: none"> <li>①口腔アセスメントの実施 本人とヘルパーへ口腔清掃や口腔体操の助言。</li> <li>②歯科医院受診勧奨</li> </ol> </li> <li>・ヘルパー               <ol style="list-style-type: none"> <li>①調理は、栄養状態をあげるために、とろみのあるゼリーのよ うなカロリーアップ出来る食材も食べるよう助言。</li> <li>②歯磨き及び口腔体操、運動の実施状況確認、声掛け。</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・デイの次の日は体がきついと言うが、行くのを楽しみにしている。</li> <li>・歯磨きは、ゆったりやらなかったり。健口記録の記入も忘れることあり。</li> <li>・歯科医院受診し、義歯調整開始。（受診にはタクシー利用し、一人で受診）</li> </ul>
6月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用継続。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩行は足がしっかりしはじめ、転倒への不安が軽減。</li> <li>・歯磨きや口腔体操も定着しつつある。</li> </ul>
7月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・義歯の調整終了。</li> <li>・3ヶ月後の評価にて、デイサービス職員が自宅訪問、生活動作の確認。</li> <li>・調理時の姿勢や、散歩のルート等について助言。</li> <li>・ケアマネからは、地区の公民館で行われているめじろん体操教室の紹介。</li> </ul> <p>→総合事業から卒業</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食べる時は義歯を装着するようになる。</li> <li>・しっかりかめるようになり、食事内容が充実。孫の誕生日会で焼き肉を食べることができた。</li> <li>・「歯磨きをすると口の中が気持ちいいなあ」との発言も聞かれ本人も効果を実感。</li> <li>・自宅周囲の散歩を行うようになり、外出の機会も増加。</li> </ul>
8月		<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅周囲の散歩を継続。</li> <li>・地区の公民館で開催されているめじろん体操教室に参加し、体力の維持・向上を図っている。</li> </ul>

## 関わる支援のポイント

### 歯科衛生士、歯科医との連携

- ・義歯の調整を行ったことで、痛みが軽減、食べる食材の幅が広がった
- ・歯科衛生士の訪問に同行し、アセスメント内容や指示・注意事項を確認して具体的課題に応じた声掛けを実施

### しっかり食べられる口をつくる支援

- ・義歯の調整や口の体操の実施の声掛け
- ・低栄養からの脱出(カロリーのあるものを食べやすい形態で摂取)  
→口腔状態、栄養状態が良くなることで誤嚥性肺炎の予防につながった

### パンフレットの掲示・健口記録の活用

- ・マニュアル資料を活用することで、ヘルパーが具体的な助言・声掛けが出来るようになった
- ・健口記録で実施状況を確認しながら、声掛け（意識づけ）を継続することで、歯磨きやぶくぶくうがいの実施定着につながった

12

