

No.	開催日	性別	年代	家族構成	要支援	個別課題	助言/検討	モニタリング結果		
								プランの反映	助言結果に基づきプランへの反映	本人・家族の意識変化
R4-11	令和4年9月	男性	60代	独居	支援2	①隣人とのトラブルを抱えた生活保護受給者の精神的なフォロー	① 喫煙による口腔機能の低下 ② 他者との交流が出来る機会の確保 ③ 喫煙やギャンブルから離れられる時間の確保 ④ 配食サービス(栄養のバランスと再発防止) ⑤ 訪問介護の継続 ⑥ 目標を現実的なものに変更し訪問リハビリテーションの活用 ⑦ 内服薬の重複に注意(お薬手帳を活用し薬剤師に確認を取る)	なし 提案○	①③ 禁煙もしくは減煙について再提案した。 ②③⑥ やデイケアの提案をした。 ④ 配食サービスを利用したことがあったが、好き嫌いが多く一端中断。再度提案した。 ⑤ 訪問介護ができるサービス内容、目的をご本人に説明し理解していただいた。 ⑦ 薬の再確認を行い不明な部分は薬局に相談することを提案した。	本人: デイケアを考えている。タバコの本数も減らしている。薬についても薬局に問い合わせ整理することができた。
R4-12		女性	70代	夫と2人暮らし	支援2	①右半身麻痺があり、本人の自宅での役割が無くなってしまった ②排便コントロールが不良	① 定期歯科受診 ② 歯磨きの習慣 ③ 低栄養状態(間食を増やす) ④ 一緒に家事を行い自信を持たせる⇒生活リハビリへの移行 ⑤ 本人の役割を見つける ⑥ 薬剤の調整の検討	なし 提案○	① 義歯調整のためにも再受診を提案した。 ② 唾液分泌効果のため朝の歯磨きを習慣化することを提案した。 ③ よく噛んで食べること、3食以外の間食を取ることを提案した。 ④⑤ 調理や散歩などの生活リハビリを取り入れることや、自身の役割を見つけることを提案した。 ⑥ 排便コントロールのため、便秘薬や水分を多くとることを勧めた。	本人・家族: 介護提案を取り入れてくれた。
R4-13	令和4年10月	男性	70代	妻と2人暮らし	支援2	①精神疾患を抱えた妻との今後の生活について不安を抱える高齢者	① 定期歯科受診 ② 現在の生活リズムの維持 ③ 自立支援に向けて訪問看護の終了⇒外来受診への切り替え ④ 妻が退院後の役割分担の調整 ⑤ 社会参加⇒シルバー人材センターでの軽作業 ⑥ 喘息の症状に注意していく	なし 提案×	①②③④⑤ 提案しなかった。	無。
R4-14		男性	90代	妻、長男と3人暮らし	支援2	①日常生活習慣の改善が難しい家族	① 誤嚥予防リハビリの必要⇒声だしリハビリ ② 定期歯科受診 ③ 生活のリズムは確立されている、変更することの方がリスク ④ 趣味を活かせる場 ⑤ 服薬について薬剤師に相談(超短時間の睡眠薬の活用等)	なし 提案×	①② すでに受診済み。歯科医師より口腔機能に問題無しとのことだったので提案しなかった。 ③④⑤ 生活リズムの変化はリスクを伴うので提案しなかった。	本人: 生活リズムは現状のままだが、トラブル無く生活を継続できている。
R4-15	令和4年11月	女性	80代	独居	支援1	①独居生活を継続していくために生活環境の調整	① 訪問歯科 ② 身体機能と生活能力の維持が出来るようデイスサービスやフィットネスジムでの運動の機会の確保 ③ 今後について家族と事前に話し合いをすることを勧める ④ 気軽に専門職に相談できる場や方法 ⑤ 地域とのつながり	なし 提案○	① 現状では歯科受診を自力で通院できている。通院困難時、訪問歯科を利用することを提案した。 ②③ 運動の機会と住宅環境調整を提案した。また、服薬の確認を家族に依頼した。 ④⑤ 自身の居場所として地域の活動への参加を促した。	本人: 服薬管理、食事、口腔ケアへの意識や体を動かすことに興味が高まった。家族:生活状況の把握ができていなかった。服薬や歯科受診同行など家族の意識が高まった。
R4-16		女性	80代	長男家族と5人暮らし	支援2	①自立と活動の幅を広げることによる生活の質の向上	① 義歯の利用 ② 鉄分不足の確認 ③ 活動の幅を広げる ④ 薬剤管理	あり 提案○	① 再梗塞のリスク防止、誤嚥性肺炎予防に口腔ケアの必要性や、義歯も必要であることを説明し歯科受診を提案した。 ②③ 運動の機会や体重維持の為、家族に食事形態や栄養管理必要性について説明した。 ④ 服薬について医師に相談することを勧めた。	本人: 具体的な変化は見られなかった。
R4-17	令和4年12月	男性	70代	独居	支援2	①水頭症を抱えた自宅にこもりがちで地域との交流がない独居高齢者	① バランスの取れた食事と摂取量、血糖、体重のコントロール ② 定期受診 ③ 住宅評価(治療方法として手術両方を施行するか否かによっては生活環境面での評価や支援が必要になる) ④ 配食サービス ⑤ 服薬管理	あり 提案○	①④ 血糖や体重コントロールが改善できるよう、食事量や栄養バランスを考えた配食サービスを提案した。 ② 定期受診は娘付き添いで実施し、体調管理の為訪問看護を月2回導入することを提案した。 ③ 今後の治療方法によっては、リハビリが必要となることを考え、訪問看護サービス内容で月2回のリハビリを提案した。 ⑤ 訪問看護導入し服薬管理実施	本人: 手術療法に対し気が乗らなかったが、最近手術を考えている。食事内容について栄養面にも意識し摂取するようになった。
R4-18		女性	80代	長男家族と5人暮らし	支援1	①転倒、転落のリスクが高く、運動の必要性がある高齢者	① 義歯の利用 ② バランスの取れた食事摂取、体重コントロール ③ リハビリテーションの必要性を感じてない⇒歩行器を継続的に利用するのであれば購入方法を検討 ④ 痛みの度合によっては医師に相談(ご本人からうまく医師に伝えられない時は伝えられるよう工夫をする)	あり 提案○	① 義歯装着時に痛みが出現するため、歯科の定期受診を提案した。 ② 調理を自身で行ったり、惣菜や弁当を利用している。今後も体重コントロールや栄養バランスが必要であることを説明した。 ③ 歩行器購入と、週1回の通所介護サービスを提案した。 ④ 居宅療養管理指導(薬剤師)を提案した。	本人: 足のしびれが持続し転倒の危険リスクが高いので自転車の利用を中止した。少しでも前の生活へ近づけるよう、通所サービス利用を開始した。

No.	開催日	性別	年代	家族構成	要支援	個別課題	助言/検討	モニタリング結果		
								プランの反映	助言結果に基づきプランへの反映	本人・家族の意識変化
R4-19	令和5年1月	男性	90代	2人暮らし	支援1	①誤嚥性肺炎予防が必要な高齢者	① 専門職による誤嚥の指導(誤嚥の兆候に気づく) (加齢による呼吸筋の低下がみられる可能性が考えられる) ② 栄養補助食品の検討	なし 提案 ○	① 固いものから歯ごたえのある食べ物からしっかり食べるよう提案した。 ② ラコールを数回に分けて食べるよう提案した。 ③ デイサービスでの呼吸器リハビリを提案した。 ④ ラコールより濃度の高い栄養剤があることを説明し、主治医や薬剤師に相談することを提案した。	本人: よく噛んで食べている。バランスの取れた食事をとるようにした。
R4-20		女性	80代	独居	支援2	①医療や各専門職との連携が必要な高齢者	① ステロイド剤の処方による口腔内カンジタ等のリスクがあるため、訪問看護の導入 ② 食生活の改善⇒配食サービス ③ 薬剤師との居宅療養管理指導の検討 ④ 就寝環境の整備	なし 提案 ○	① 訪問看護の必要性について説明し提案した。 ② 配食サービスを提案した。 ③ 自宅療養管理指導(薬剤師)提案した。 ④ 訪問看護でのリハビリを提案した。	本人: 配食サービスは味が合わないので、食品の通販を利用している。訪問看護は必要な状態になったらお願いしたい。
R4-21	令和5年2月	男性	70代	独居	支援2	①不安を抱えている独居老人	① 相談窓口の案内 ② 傾聴ボランティアの活用 ③ サロン等での男の料理教室(通いタイプ)	未実施	ケアマネジャー退職の為、モニタリング未実施。	未実施。
R4-22		女性	70代	独居	支援2	①進行性難病を抱えた独居老人	① 転倒予防 ② 生活環境の調整 ③ 先を見据えた支援	未実施	ケアマネジャー退職の為、モニタリング未実施。	未実施。
R4-23	令和5年3月	男性	80代	妻、次男と3人暮らし	支援2	①医療依存度の高い高齢者	① ステロイド剤による口腔内炎症や細菌感染のリスクがあるため専門医の診察が必要 ② 1日3食バランスの取れた食事 ③ 理学療法士による呼吸リハビリ ④ 薬の一包化 ⑤ ステロイド剤による感染のリスク	なし 提案 ○	①⑤ ステロイド剤の常用で口腔内炎症や細菌感染のリスクがあるため専門医診察の必要性について提案した。 ② 妻が食事管理し、必要時主治医に相談しているため提案しなかった。 ③ 呼吸リハビリは本人が望まないため提案しなかった。 動作時の呼吸状態の負荷を軽減するために住宅改修を提案した。 ④ 服薬の管理はご自身が行えていたので提案しなかった。	本人: 歩行状態が安定し、気持ちが前向きになった。 住宅改修については時期を見て検討していきたい。 主治医との関係性も良好である。
R4-24		女性	80代	長女と2人暮らし	支援1	①難病を抱えた高齢者	① 車椅子でも対応できる環境整備がされている歯科や訪問歯科受診 ② 訪問看護の導入(咀嚼や嚥下機能の観察) ③ 難病の相談窓口案内 ④ 訪問リハビリへの転向、福祉用具の活用 ⑤ 医療機関との連携	なし 提案 ○	① 嚥下機能低下防止のための歯科受診や訪問歯科受診の提案をした。 ② 訪問看護を提案した。 ③ 難病相談支援センターを紹介した。 ④ サービス変更時、デイサービスの理学療法士との情報交換を提案した。 ⑤ 自宅療養管理指導(薬剤師)提案した。	本人: 訪問歯科受診を行うことにした。訪問看護はまだ必要ないと考えている。