

アンケート調査結果における主な自由記述

1. 医師票の調査結果における主な自由記述

標榜診療科（問 1-1-6）

- ・ ペインクリニック内科
- ・ 漢方内科
- ・ 緩和ケア内科
- ・ 神経内科
- ・ 内分泌代謝内科
- ・ 老年内科
- ・ 人工透析
- ・ 総合診療

居宅療養管理指導におけるケアマネジャーに対する主な情報提供方法（問 2-2）

- ・ 文書

療養上の共通目標を多職種間で決定・共有する機会として実施したことがあるもの（問 3-1）

- ・ 老人ホームでのカンファレンス
- ・ 書面による情報共有

薬剤師に対し助言・指導を期待した事項（問 3-7-1）

- ・ 食事の内容（メニュー）

居宅療養管理指導で指示報告を行うよう定められた職種を越えて連携した実績がある職種（問 3-8）

- ・ 地域包括支援センター職員、消費者センター職員、病院の MSW

多職種連携における課題と工夫（問 3-9）

多職種連携における課題と工夫

課題	工夫
各職種、各事業所で使用している ICT ツールが異なり、連携するために複数のアプリケーション等を利用しなければならず手間が増える上に見逃しが発生しやすい	出来る限り地域で共通のツールを使用した方が地域連携としての形が確立できると考え、定期的に多職種連携会議を開催し呼び掛けをしている
多職種が集合しての対面での情報共有が困難	ICT ツールを使用することで、非対面で情報共有がある程度できた

課題	工夫
独居、認知で薬の自己管理不可	訪問看護中心に薬剤師、ヘルパー、クリニックとの連絡を密にした
各種の介護・医療サービスがその枠を超えて患者を支えないと患者を全ての面で支えられない	経済的困窮状態にあった患者の情報を共有し、公的サービス等にもつなげ患者が安心して暮らしつづける体制を整えた
関わる職種が多く、連携して対処することが困難な例があった	個々の職種との関係でなく、多職種間でまとまりのあるようにするためにカンファランスを開いた
服薬の管理	家族へ相談
医療、介護の途切れない連携	講演会やグループディスカッションの場を作った
在宅における終末期医療に関する対応について関係者と情報共有	利用者の自宅に集まり対応について多職種と情報共有を行なった
介護報酬での居宅指導は算定せず。メール、FAX など連携は密にしている。介護スタッフは自院看護師と連携が多い	担当者会議、出席可能なスタッフにも声掛けて出てもらっている

社会資源につなげる利用者を初めにどの職種につなげることが多いか（問 4-2）

（該当する回答は無かった）

社会生活面の課題がある利用者をつなげる必要性を感じたことがある関係主体（問 4-3）

- ・ 消費者センター
- ・ 地域自治会
- ・ 福祉事務所

訪問診療などで情報を収集することがあるか／その他（問 4-4）

- ・ 病状の把握

社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例における課題と工夫（問 4-6）

社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例における課題と工夫

課題	工夫
精神疾患のため家庭内で孤立状態の患者様	地域包括へ連絡しご家族へ病気の理解ができるまで説明、精神科の入院へ繋げ治療完了と共に在宅での生活環境を整備し帰宅
息子が患者である父親の年金を使ってしまう	後見人をつけた
独居で通院や服薬の継続ができず認知症の疑いがあった	社会福祉協議会を通じて遠方の家族と連絡をとり、受診につなげた
高カリウム血症、腎不全おこし、連携病院に紹介入院	入院で軽快
若年認知症 服薬コンプライアンス・栄養管理不要	家族・ケアマネ等関係機関多職種とのカンファレンスを複数回行い情報共有
引きこもりぎみの息子と2人暮らしで、外部との接触がほとんどない	ケアマネジャーに働きかけて、デイサービスなどの利用を定期的に行うことになった

課題	工夫
精神症状や認知症などで、地域における社会生活の継続に支障が出た症例	社協や市役所などへ報告した
認知機能が低下し、お金の管理ができない	行政に協力してもらい、行政書士に参与してもらう
老衰で食事が取れなくなったが入院希望されず、最後まで自宅で過ごしたいと希望あり	訪問看護の利用を勧めた
脳出血後遺症による失調に加え精神疾患があり、閉じこもり傾向。極度の貧血があり内科的治療実施。親族のかかわりも薄く、室内の衛生環境も悪かったケース（生活保護）	地域包括支援センターに相談、担当者に関わってもらい室内の環境整備と生活支援を実施。その後精神科のフォローを受けられるようになった
90代独居女性、認知症あり。近隣に家族等はおらず、遠方の家族宅での同居やデイサービスの利用は拒否しているが、認知症の進行により独居生活が困難となってきた	訪問看護の導入やセコム設置による安否確認、ICTを用いた多職種連携で遠方の家族とも情報共有をしながら在宅生活を見守った。夏に熱中症になったことをきっかけに施設入所の運びとなり、慣れるまで時間を要したが、施設の生活にも慣れスタッフに見守られながら102歳の天寿を全うされた
疾患により自院で訪問看護を運営している診療所への紹介や長期療養型病院への入院が必要になり紹介したことがある	ケアマネジャーや訪問看護師との連携
ADL低下、全身状態悪化のため、家庭での介護が困難になった	入院可能な病院への紹介。デイサービスやショートステイの利用
高齢者への虐待の疑い	行政に相談しききとりしてもらった
訪問パートナーの夫が元々自営業であったが、健康状態が悪化し、仕事が出来なくなったことにより経済的に困窮し受診にも行けず、家賃も何ヶ月も滞納していた	訪問診療→当院 MSW→ケアマネジャー→地域包括支援センター等と情報をやりとりし、患者と夫が安心して暮らしつづけられるよう体制を整えた
介護する家族が介護負担で疲弊し、本人への介護が不十分になることがあり、訪問看護、介護を紹介し、家族の負担が軽減し、本人の介護が足り、家族の疲れ（身体的、精神的）が改善した	訪問系サービスの紹介により家族の負担が減り、改善された
コミュニケーションが困難な事例	一度他の医療機関に紹介する
高血圧や軽度認知症あるが疾患のせいではなくADL低下している患者。息子は一緒に住んではいるが仕事で日中おらず介護能力もなし。家ではハイハイ状態で移動し生活していた。一人では生活困難となり施設のショートに入ったが、自宅退院。施設では車いす全介助。自宅に退院したが、介護してくれる人がいないのでその後やはり生活困難となり調整必要になった	ショートに戻ることを提案したがベッドが満床で不可能。レスパイト入院調整したが、これと言って疾患がないのですぐ退院しなければいけない状態。レスパイト入院退院後はロングショートに入ることができ、その間にケアマネさんにて施設を探していただく方向性になった
認知症進行により通院不可能になりそうな症例の生活状況把握	地域包括支援センターとの情報共有
高齢となり家での介護者の体力問題で、家での介護不能	介護施設へ入所
ネグレクトが疑われる症例で行政・司法に連絡した	介護認定の期間をあえて短くすることで介入の機会を増やした
95歳の一人暮らしの女性。子供と連絡があまりない	近所の元看護師の協力でフォロー中

主な移動手段（問 5-1-4-1）

- ・ タクシー

介護力の状況（問 5-1-5）

- ・ 昼間独居

利用者の疾患等（問 5-1-10）

- ・ ACNA 関連疾患
- ・ 肝・腎
- ・ 高脂血症
- ・ 高血圧
- ・ 骨粗鬆症
- ・ 胃ポリープ
- ・ 大動脈弁狭窄
- ・ 過活動性膀胱
- ・ 食堂裂肛ヘルニア
- ・ 粘膜逸脱症候群
- ・ C 型慢性肝炎
- ・ 寝たきり
- ・ 心原性脳塞栓症
- ・ 深部静脈血栓症
- ・ 神経因性膀胱
- ・ 進行性核上性麻痺
- ・ 生体肝移植後
- ・ 前立腺肥大症
- ・ 帯状疱疹後神経痛
- ・ 転移性骨腫瘍
- ・ 変形性膝関節症
- ・ 慢性腎不全
- ・ 副腎過形成
- ・ 慢性腰痛

本利用者に訪問診療を導入した理由（問 5-1-11）

- ・ 家族・施設の希望

訪問した際に助言・指導した事項（問 5-1-14）

- ・ 薬剤に関する指導

利用者の日常生活上の留意事項(問 5-1-15-1)

- ・ 古い食品を食す可能性があり、食中毒に注意が必要
- ・ 食べられるものを摂取
- ・ 食事形態、ペースを考慮して誤嚥に注意する
- ・ 食事摂取の管理
- ・ 過食（炭水化物）に注意
- ・ ベッド上でのリハビリ・自主練習の指導
- ・ 排尿・排便状況を常に確認する
- ・ 転倒に注意
- ・ 出血に注意
- ・ 尿混濁時・発熱時は早めに抗菌製剤を内服させる
- ・ 肺炎などの感染症に注意
- ・ 膀胱炎の頻発
- ・ 糖尿病があるため、定期的な検査と服薬の確認
- ・ 糖尿病が有り、食事コントロールが必要であるが状況的には困難である
- ・ 糖尿病内服の遵守
- ・ 糖尿病があり食事に注意
- ・ ガン末期であり、呼吸状態に注意
- ・ 悪性腫瘍、循環器疾患あるため全身状態の急変に注意
- ・ 頸部悪性リンパ腫増大による疼痛に注意
- ・ 脳梗塞、関節リウマチあり日常生活困難
- ・ がん末期状態で有り、頻回の観察が必要
- ・ 疼痛コントロール
- ・ 脳梗塞、片麻痺、視野障害、呂律障害あり日常生活困難
- ・ 全身状態の管理・疼痛緩和・痴呆・寝たきり予防・褥瘡予防・病状観察・清潔保持・精神的援助
- ・ 慢性腎臓病、糖尿病、ペースメーカー植込み等の、基礎疾患がある為、バイタルサインの測定や体調変化の確認が必要
- ・ 腎障害あり、食生活の注意
- ・ 留置カテーテル（膀胱）の管理
- ・ パーキンソン病。慢性腎不全。変形性脊椎症のため姿勢が曲がり、立位、困難な状態。介助が必要
- ・ 心不全あり、服薬を規則的に
- ・ 水分・塩分制限（心不全に対して）、疼痛予防
- ・ 歩行や運動時の心臓への負担

- ・ 意志疎通不可能な状態で全面介助が必要。胃ろう
- ・ 病状の悪化の速度が上がる可能性が高い
- ・ 全身状態悪化。黄疸
- ・ 全身状態の管理・病状観察・痴呆寝たきり予防・精神的援助・装着医療器具の操作援助・管理
- ・ 転倒し圧迫骨折認知症があるため転倒に気を付ける
- ・ 座位保持困難あり、転倒等に注意
- ・ 這っての移動のため皮膚損傷の恐れあり
- ・ 円背が強いので留意
- ・ 意識状態観察、転倒注意
- ・ 転等、転落などに注意
- ・ 転倒など室内での事故がないように
- ・ 体重増加に注意
- ・ 右半身の片麻痺あるため、日常生活動作の注意、転倒予防
- ・ 転倒に注意服薬管理、食事・間食等に注意
- ・ 下肢筋力低下
- ・ 移乗訓練
- ・ 感染防止
- ・ 褥創部の除圧
- ・ 褥瘡に注意
- ・ 褥瘡の管理
- ・ 胃瘻の管理
- ・ 両下肢褥瘡処置
- ・ 寝たきり
- ・ 寝たきりのため褥瘡予防、関節拘縮予防、誤嚥予防
- ・ 寝たきりで全身の観察と管理を行う
- ・ 寝たきりの防止
- ・ ほぼ寝たきりで、コミュニケーションは困難
- ・ うつ病や認知症により気分変化が激しい為、見守りや助言等の精神面での支援が必要
- ・ 高次脳機能障害あり、生活全般に見守り・介助を要する
- ・ 精神状態の安定
- ・ 易怒性への対処
- ・ 健忘が強い
- ・ 認知症が高度なため転倒しないように気を付ける
- ・ 認知症が進んできているのと、体重が増加しているので、日々の状態変化を慎重に見守る

- ・ 認知症の進行
- ・ 徘徊
- ・ 徘徊による転倒注意
- ・ 夜間の不穏
- ・ 不穏に対する対応
- ・ 夜中の大声への対処
- ・ 高度認知症で、食事以外全介助を要する
- ・ 息子も精神障害と身体障害あり
- ・ 親族の支援が必要
- ・ 高齢者世帯のため見守りが必要
- ・ 日中独居であり転倒に注意
- ・ 親族の支援が必要
- ・ ADL の低下防止
- ・ 規則正しい生活の維持
- ・ 睡眠と起床後 3 食しっかり食べれるか
- ・ 呼吸状態の変化
- ・ 在宅酸素利用中
- ・ 酸素化の悪化ないか確認
- ・ 喫煙の管理
- ・ 現状全身状態は安定。転倒、気温差による体調不良に注意する
- ・ 食事療法の継続と急性期後のリハビリとその注意点
- ・ 人工呼吸器使用中で身体的精神的サポートを要する
- ・ 全身状態の管理・病状観察・痴呆寝たきり予防
- ・ 病状の変化、排便確認、意識状態確認、水分摂取
- ・ 便秘を長引かせない
- ・ 水分補給、室内温度管理、胸痛に注意
- ・ 脱水に注意する
- ・ 服薬をしっかりと継続
- ・ 脱水予防のため、しっかり水分摂取するように促す
- ・ 病状の変化、水分摂取
- ・ 入浴介助、介護者(妻)の援助
- ・ デイサービスを継続することによる状態の維持を推進
- ・ 外出への付き添い介助
- ・ 医療処置の手技等の確認が必要
- ・ 訪問看護師の介入
- ・ 急変時の対処

- ・ 入浴介助
- ・ 乾燥肌で体をかきむしるので注意が必要
- ・ 末梢の血流に十分注意を要する

利用者の社会生活面での課題(問 5-1-15-2)

- ・ デイサービスの利用
- ・ デイサービス利用を継続して他者との交流を
- ・ デイの利用が必要
- ・ 訪問リハビリによる起立訓練が必要
- ・ なるべく本人が望むような生活スタイル
- ・ ご家族だけでの介護では限界に近い為、自宅での生活が困難になりつつある
- ・ 介護者の継続
- ・ 主たる介護者である長男のこれ以上の負担がないかケアマネジャーと課題共有
- ・ 障害のある娘と2人暮らしで2人ともに支援の手が必要
- ・ 全介助の全てを妻一人で行っている
- ・ アルツハイマーの進行とADL低下による妻の介護負担増
- ・ 生活支援
- ・ リハビリ
- ・ 市の支援
- ・ 各種介護サービスの利用
- ・ 患者・家族が安心して暮らすための支援についての情報提供
- ・ 現状は落ち着いているので、日々の変化を見守りながら今後のことを考えている
- ・ 呼吸状態低下による肺炎の進行
- ・ 聴力低下にて意思の疎通が困難
- ・ 服薬指導
- ・ 誤嚥の予防
- ・ 変形性膝関節症、関節リウマチあり疼痛への対処
- ・ 在宅酸素療法
- ・ 自宅内転倒繰り返し、ADL低下
- ・ 室内歩行器利用もベッドからの転倒あり、今後在宅療養困難となる可能性あり
- ・ 精神面において、介護サービスの利用が困難
- ・ 精神面のケア
- ・ 意欲低下、食事介助
- ・ 次第に社会へ出て行っている時期。事故のないように気をつけている
- ・ コミュニケーションをとる
- ・ 近隣住民との交流が途絶えないように支援する

- ・ 他者との関わりの援助すること
- ・ 他者との交流を継続
- ・ 孤立
- ・ 閉じこもりであり、地域や通所サービスとの交流が必要
- ・ 閉じこもりの防止
- ・ 引きこもりにならないよう留意する
- ・ 独居
- ・ 独居であり、キーパーソンの家族の健康問題で介護ができなくなる可能性
- ・ 日中独居の時間がある
- ・ 利用者本人と仲の良い心の通い合える付き合いができるようにすること
- ・ 買い物等でインターネット利用しているができなくなった時の対処
- ・ 軽度の認知症があり、精神的にもうつ傾向で気分の浮き沈みがある
- ・ 認知症が進んできている状態なので、今までできていた事が出来なくなっている
- ・ 認知症が進行し理解できず攻撃的になる
- ・ 認知症の悪化
- ・ 認知症の異常行動がみられる。
- ・ 認知症も高度のため、デイ利用の継続
- ・ 意思疎通の困難

地域社会において必要な支援(問 5-1-15-3)

- ・ ヘルパーの利用
- ・ デイサービスの利用
- ・ デイサービスを定期的に利用できているので、継続できるよう見守り必要に応じて訪問看護、介護も検討していく
- ・ 施設入所も視野に看護、介護サービスを考えていく
- ・ 訪問看護、介護など必要に応じて回数増加を
- ・ 訪問看護、訪問リハビリの導入を検討中

ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法(問 5-1-16)

- ・ 書類持参
- ・ 診療レポート

2. 歯科医師票の調査結果における主な自由記述

居宅療養管理指導を実施するに至った理由（問 2-1）

- ・ 歯科医師会からの連絡
- ・ 自院の患者だから
- ・ 在宅歯科連携室からの連絡

居宅療養管理指導を行う必要性が高いと思う助言・指導（問 2-2-2）

- ・ 災害時などにおける配慮事項

居宅療養管理指導におけるケアマネジャーに対する主な情報提供方法（問 2-3）

- ・ 利用者を介して書類で提供
- ・ 家族に渡してもらう

療養上の共通目標を多職種間で決定・共有する機会として一度でも実施したことがあるもの（問 3-1）

- ・ 入所施設でのカンファレンス
- ・ 訪問先の施設職員との直接的な話し合い
- ・ 文書による情報共有
- ・ Web を通じた情報共有
- ・ ミールラウンド
- ・ 書類等を郵送してもらい記入し返送する

他職種と連携する上で利用したことがある手段（問 3-4-1）

- ・ 患家宅でのミーティング

歯科衛生士に対し助言・指導を期待した事項（問 3-5-1）

- ・ 口腔乾燥

薬剤師に対し助言・指導を期待する事項（問 3-6-1）

- ・ 指示通りの服薬

薬剤師に対し歯科医師への報告を期待する事項（問 3-6-2）

- ・ 多剤服用

居宅療養管理指導で指示報告を行うよう定められた職種を越えて連携した実績がある職種（問 3-7）

- ・ ケアマネジャー

多職種連携における課題と工夫（問 3-8）

多職種連携における課題と工夫

言語聴覚士と嚥下障害患者を共同で診た	嚥下内視鏡検査に言語聴覚士に同行していただいた
多職種連携について	市町村主体で多職種の顔の見える連携研修会を開催している
コロナで会えないため、顔の見える関係が作りにくい	今後 Zoom 勉強会などを行う
利用者の機能評価（嚥下関係）が不十分であることが多い	直接アセスメントを行いその意味について解説することで理解がやや進む
患者の希望日時になかなか添えなかったことがあった	ケアマネジャーに間に入ってもらい日程調整をした
日程が合わない	書面にて連携をとった
歯を抜くにあたり、歯科麻酔が身体的に可能かどうか	事前にお薬手帳を見ておくか、他科の先生のご意見をいただしておく
コロナ禍で対面が難しい場面があった	Zoom ミーティングで、他職種連携の連絡会議を行った
連絡体制が整っていないため、連絡に時間がかかる	ケアマネジャーを中心としてまずはすべてケアマネジャーに報告することとした
緊急を要する外科処置があり服薬状況により確認が必要になった	早急に主治医に確認を取り対処した

訪問診療などで情報を収集することがあるか／その他（問 4-4）

- ・ キーパーソンになる人の精神状態
- ・ 災害時対応

社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例における課題と工夫（問 4-6）

社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例における課題と工夫

利用者(患者)さんのキーパーソンにあたる同居の娘さんの精神状態が不安定な為、利用者(患者)さんが放置されてしまうようになってしまった症例	地域包括センターさんよりの元々紹介だったので、治療中も連携を取っていたので、結果は娘さんが介護を続ける事は無理であると判断し、施設に入居させた
骨粗鬆症で圧迫骨折している様子だった患者	訪問内科、リハビリにつなげた
不適切な食形態となっていたケース	患者（利用者）宅で直接に嚥下食の調整方法を指導した

利用者の疾患等（問 5-1-10）

- ・ アルコール依存症
- ・ 腰椎すべり症
- ・ 腎不全
- ・ 人工透析
- ・ 大脳皮質基底核変性症
- ・ 統合失調症
- ・ 脳性小児麻痺後遺症
- ・ 発達遅延
- ・ 変形性腰椎症

利用者の日常生活上の留意事項(問 5-1-15)

- ・ 会話が無い
- ・ 他者とのコミュニケーション
- ・ 部屋に籠りがちなので、できるだけ他者とのコミュニケーションを取るように
- ・ ベッド上での生活時間を少なくする
- ・ 体動の維持
- ・ 運動量が少ない
- ・ 屋内生活でも歩行の習慣
- ・ 機能低下を防ぐためのリハビリと口腔内ケア
- ・ 日常生活動作の維持
- ・ 服薬管理
- ・ 歩行訓練
- ・ 水分摂取
- ・ 歩行困難なため介助が必要
- ・ 補助器具を使用し口腔清掃状態の改善口腔清掃を行い、口腔機能の改善、維持向上に留意する
- ・ 外出回数を増やすこと。歩行の回数を増やす
- ・ なるべく口腔から食事を摂取して、機能低下を抑制する
- ・ うがいでむせる
- ・ 誤嚥の予防
- ・ 誤嚥性肺炎予防のための口腔衛生管理について
- ・ 嚥下がうまく出来ないので、誤嚥に気をつけるよう姿勢等の提案
- ・ 義歯の取扱い
- ・ 義歯の修理、調整を行い 口腔機能の改善などに留意する

- ・ 義歯の着脱について
- ・ 義歯を使っていないので食事のバランスに気をつけてもらう
- ・ 義歯を使って食事をしてもらう
- ・ 義歯を食べるための装具として使用する意義について
- ・ 家族と同居ではないので、本人自身での口腔清掃のやり方の指導
- ・ 口腔衛生管理
- ・ 口腔衛生状態
- ・ 口腔機能を維持する為に毎日の歯磨きや健康口体操の履行
- ・ 口腔乾燥を防ぐ目的でのこまめな水分補給について
- ・ オーラルフレイル防止のために積極的会話、カラオケ等の発声の促し、舌圧を用いた食塊のすりつぶし指示
- ・ 残存歯が多いので歯磨きうがいの励行。嚥下力を落とさないための食材の配慮
- ・ 歯磨きはご自分でしていますが、磨けてないところが多いので、気を付けてもらう
- ・ 自分一人では磨き残しがあるので、介助者の協力を得ること。また深呼吸、舌体操や口腔周囲筋訓練を毎日の日課にすること
- ・ 手指の動きが不十分で自身での清掃が困難
- ・ 食べ物の溜め込みが多いので必ず食事後に義歯を外して口腔清掃するように指導している
- ・ 普段の歯磨きについて説明
- ・ 清掃不良、咬合力強化
- ・ 嚙んで食事を摂る意欲が出るよう、引き続き舌の体操、口腔周囲筋の訓練を頑張ってもらおう
- ・ 麻痺により口腔内に多量食物残渣を認める
- ・ 食形態と姿勢。口腔衛生
- ・ 食後の口腔清掃
- ・ 飲み込みやすい食事形態について説明
- ・ 食事のバランス
- ・ 食事形態の普通食への向上
- ・ 寝たきりの為の食生活
- ・ 寝た状態の時間が長くなっている為、起きているときは舌運動、摂食嚥下の体操など行うよう提案
- ・ 転倒しやすい為移動時には介助が必要
- ・ 転倒に対する対策
- ・ 転倒防止についての動作
- ・ 認知視覚障害筋力低下
- ・ 認知症が進んでおり、施設の職員による見守りの回数を増やす

- ・ 認知症は安定しているので、現在の状態の維持
- ・ 病識の向上、医療、療育、介護上の必要なサービスを絶やさないこと
- ・ 生活環境の改善
- ・ 生命の維持
- ・ 昼夜の生活リズム
- ・ デイサービス拒否
- ・ 危険事項の排除
- ・ なるべく就寝前にケアをする
- ・ 移動に時間がかかるため補助が必要
- ・ 胃瘻摂食による感染症の多発
- ・ 一度言い出すとずっと同じことを言うので、常に経過観察

利用者の社会生活面での課題(問 5-1-15-2)

- ・ 移動が困難、金銭的な問題
- ・ 家族との関係
- ・ 家族のサポート
- ・ 家族の介護負担
- ・ 家族の体力
- ・ 主たる介護者の負担が大きい
- ・ 介護者である息子の負担
- ・ 介護者への支援
- ・ 家族間の連携、身体的機能の維持
- ・ デイサービスの回数を増やす
- ・ デイサービスの利用
- ・ 介護サービスの継続的な利用
- ・ 介護する家族の喫煙
- ・ 介護職員によるサポート
- ・ 他人への関心をもつ
- ・ 地域コミュニティへの参加
- ・ 近隣在住の親戚との交流
- ・ 社会との接点はほぼテレビだけである
- ・ 超高齢ゆえ社会生活はほぼ無い
- ・ 外出する機会と会話の機会を作る
- ・ 外出する機会を作る
- ・ 一人で外にはいけない
- ・ 外出援助

- ・ 移動の補助
- ・ 友人や施設職員との積極的交流の促し。コロナ感染への配慮
- ・ 行動域拡張
- ・ 寝たきりによるストレスがたまらないようにする
- ・ 手足を動かす
- ・ 歩行機能の維持
- ・ リハビリと経口摂取の改善
- ・ 姿勢調整、声掛け、口腔リハビリ
- ・ 口腔リハビリ
- ・ 要口腔ケア
- ・ 栄養がとれてるか
- ・ 行動に時間がかかるので常に見守りが必要
- ・ 適応障害がある為現状維持、悪化予防
- ・ 認知症が進行しているため常に介入が必要
- ・ 老人であるがジェンダー、周囲の理解
- ・ 声掛け、姿勢調整、口腔リハビリ
- ・ 杖で歩行の見守り
- ・ 見守り
- ・ レビー小体型認知症への周囲の理解不足
- ・ 公的サービスなどの制度面の情報把握、助言のタイミング
- ・ サービス提供者への指導

地域社会において必要な支援(問 5-1-15-3)

- ・ リハビリテーション
- ・ 移動サービス
- ・ サポートと駐車場
- ・ 介護施設の利用
- ・ デイサービスなど
- ・ ケアマネや言語聴覚士、作業療法士との連携
- ・ ヘルパー、ケアマネ、かかりつけ医、歯科医師、歯科衛生士との連携
- ・ 民生委員の補助
- ・ 他職種連携によるサポート
- ・ 医科との連携
- ・ 介護している娘へのサポート
- ・ 介護者に対するサポート
- ・ 近所との交流がもう少しあると安心である

- ・ 地域コミュニティへの参加の呼びかけ
- ・ 地域社会とは隔絶されているので、問題だと思う
- ・ 孤立しやすいため、人間関係の交流支援
- ・ 話し相手を増やす
- ・ 地域の見守り
- ・ 見守り、介助家族へのケア
- ・ 見守りサポート
- ・ 見守りや声掛け
- ・ 声かけ
- ・ 声掛けや見守り
- ・ 行動に時間がかかるので常に見守りが必要
- ・ 自立支援
- ・ 心のサポート
- ・ 日常的な口腔ケア
- ・ 認知症が進行しているため常に介入が必要
- ・ 良好な関係性の維持
- ・ 現在の介護の維持

ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法（問 5-1-16）

- ・ 書類
- ・ 家族に渡してもらう

3. 歯科衛生士票の調査結果における主な自由記述

居宅療養管理指導を実施するに至った理由（問 2-1）

- ・ 歯科連携室
- ・ 入居する施設からの依頼

居宅療養管理指導の具体的な助言・指導の実施状況（問 2-2-1）

- ・ 介護者との会話

療養上の共通目標を多職種間で決定・共有する機会として一度でも実施したことがあるもの（問 3-1）

- ・ 利用者が入所する施設でのカンファレンス
- ・ 文書
- ・ 書類を渡す

居宅療養管理指導で指示報告を行うよう定められた職種を越えて連携した実績がある職種（問 3-6）

（該当する回答はなかった）

多職種連携における課題と工夫（問 3-7）

多職種連携における課題と工夫

課題	工夫
訪問歯科は治療のみで定期的に必要ないという意見があった	歯科専門の口腔ケア、ミールラウンドや摂食嚥下運動等を行うことで、全身疾患、誤嚥性肺炎予防になる勉強会を行った
歯科領域に対する知識不足や意識の低さのために連携しにくい	定期的な勉強会をするよう企画し数回施行した
大量の服薬で身体状況の悪化	かかりつけ薬局、薬剤師が介入、減薬にて改善

訪問診療などで情報を収集することがあるか／その他（問 4-4）

- ・ 問診程度

社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例における課題と工夫（問 4-6）

社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例における課題と工夫

課題	工夫
義歯不適合、食欲不振に陥り、活動量および気力の低下	義歯修理、咀嚼機能改善後、栄養士介入にて快方
訪問依頼が介護者から直接電話であり、患者本人の現状の客観的把握が難しい事がある	ケアマネジャーや介護施設などに問い合わせ、全身状態、介護状態などの情報を得た

利用者の疾患等（問 5-1-10）

- ・ 腎不全
- ・ 人工透析
- ・ 多発性硬化症
- ・ BRONJ

利用者の日常生活上の留意事項(問 5-1-15)

- ・ 口腔ケアの実践の必要性和その内容の指導
- ・ 口腔機能の維持をしていくよう口腔内清掃を行い 誤嚥性肺炎の予防に努める
- ・ 口腔清掃
- ・ 食後の口腔清掃、義歯清掃
- ・ 片麻痺があるため 口腔ケアについての工夫など指導をし口腔機能の維持向上に努める
- ・ 胃瘻摂食による感染症の多発
- ・ 咀嚼障害に伴う食形態、顎骨壊死に対する衛生管理
- ・ 咀嚼障害に伴う食形態、認知機能低下による食欲不振
- ・ 残っている歯を守る為に義歯の使用を促す
- ・ 義歯の管理を細かに
- ・ 義歯の使用を拒否しているので栄養面で不足していないかサポート
- ・ 義歯の洗浄ができていない
- ・ 誤嚥、感染性疾患への対応
- ・ 誤嚥性肺炎の再発防止
- ・ 誤嚥性肺炎の予防
- ・ 飲み込みにくさ
- ・ 食事の時椅子にしっかり座る
- ・ 独居のため、車椅子から転倒しない環境作り
- ・ 転倒
- ・ 食事内容、転倒予防

- ・ 身体のリハビリ、身体機能維持
- ・ 身体機能維持
- ・ 身体的に困難
- ・ 身体的に日常生活困難ご家族の介護
- ・ 手指不自由に対する助言
- ・ できるだけ離床する
- ・ 活動量低下による筋力低下
- ・ 生活環境の改善
- ・ 生命機能維持
- ・ 足腰が弱くヘルパーさんの介助が必要
- ・ 発声を心がける
- ・ ダイエットの必要性
- ・ 体調の悪化
- ・ 体力低下もみられるため 経口摂取の継続が出来るよう口腔機能の維持向上に努める
- ・ 認知症により、日常生活困難
- ・ 認知症の進行に伴う口腔内及び義歯の管理
- ・ 認知症の進行のため常に介護が必要
- ・ 認知症進行を少しでも遅らせる
- ・ デイサービスの利用
- ・ デイサービス行くこと他者との触れ合い
- ・ 居室で孤立させない
- ・ 何時に薬を服用したか把握、転倒注意
- ・ 家族に暴言
- ・ 家族の協力が必要
- ・ 呼吸管理
- ・ 室温が高い。夏でも冬でも 30° 設定になってしまう

利用者の社会生活面での課題(問 5-1-15-2)

- ・ デイなどの外出
- ・ 定期的デイサービス利用
- ・ 散歩以外の過ごし方
- ・ ほぼ自宅で過ごしているため、社会と繋がりが無い
- ・ 他者とコミュニケーションをよく取る
- ・ 一人での行動は難しい
- ・ 一人で外出はできない
- ・ 身体的に困難

- ・ 寝たきりによるストレスをためないように指導
- ・ 介護者の負担軽減
- ・ 介護者への支援
- ・ 認知症のため社会復帰は難しい
- ・ 認知症の進行のため常に介護が必要
- ・ 認知度が少しずつ上がっている。1人で外出しようとするが、必ずヘルパーと行くように指導
- ・ 経済的困窮
- ・ 今の生活の現状維持
- ・ 転倒した際に連絡が取れるところがあるか
- ・ 難病支援制度の不備
- ・ 介護スタッフによる義歯預かり
- ・ 日常生活を常に見守らねばならない
- ・ 連携病院（歯科口腔外科）定期受診

地域社会において必要な支援(問 5-1-15-3)

- ・ コミュニティーへの参加
- ・ デイサービスの利用を増やす
- ・ 定期的デイサービス利用
- ・ 認知症進行時に施設入所を考慮する
- ・ 介護している娘のサポート
- ・ 介護者が高齢のため手助けが必要
- ・ 介護者の支援
- ・ 老々介護の支援
- ・ 精神的に不安定な時があるので心のケアをサポート
- ・ 摂食機能訓練
- ・ 日常生活を常に見守らねばならない
- ・ 介護
- ・ 認知症の進行のため常に介護が必要
- ・ 介護スタッフによる義歯の洗浄
- ・ ヘルパーの協力が不可欠
- ・ リハビリテーション
- ・ 移動サービス
- ・ 地域での見守り
- ・ 難病支援制度の不備

ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法（問 5-1-16）

- ・ 家族に渡してもらう
- ・ 書面

4. 薬剤師票の調査結果における主な自由記述

主なフォローアップの手段／その他（問 1-3-4-6）

- ・ FAX
- ・ 訪問
- ・ デイサービス訪問

週に2回以上訪問した場合における理由／単一の建物において訪問した利用者数が1人（問 1-4）

- ・ がん患者終末期のため
- ・ 癌終末期
- ・ 緩和在宅で注射製剤の交換のため
- ・ 末期患者で麻薬など、医師からの処方が頻回のため
- ・ 疾患が不安定のため
- ・ 新規でコンプライアンスが不良だった為、少し認知症が入っているため、14 日処方
- ・ 臨時処方 他病院受診

週に2回以上訪問した場合における理由／単一の建物において訪問した利用者数が2～9人（問 1-4）

- ・ 臨時処方

週に2回以上訪問した場合における理由／単一の建物において訪問した利用者数が10人以上（問 1-4）

- ・ 医師の訪問に同行、配薬のために訪問
- ・ 癌終末期、輸液ミキシング
- ・ 服薬する薬を一人一人管理しているため
- ・ 複数の科（医療機関）から処方箋が発行される。癌末期や中心静脈栄養を行っている患者

居宅療養管理指導にかかる業務として利用者に実施している事項／その他（問 2-1）

- ・ 求めがある時など
- ・ 薬の変更

居宅療養管理指導におけるケアマネジャーに対する主な情報提供方法（問 2-3）

- ・ 郵送もしくは FAX

ショートステイに入所した際の薬学的管理指導の実施状況／その他（問 2-7）

- ・ ショートステイから帰宅後の訪問対応
- ・ デイサービスでの宿泊者(永住、住民票もうつしてる)に居宅指導している
- ・ 一時帰宅中に、全工程を実施

療養上の共通目標を多職種間で決定・共有する機会として実施したことがあるもの／その他（問 3-1）

- ・ ケアマネジャーが、薬局に薬関連の相談にくる
- ・ オンライン

医師または歯科医師と時間調整をして一緒に訪問を行った際の業務内容／その他（問 3-3）

- ・ 初回訪問
- ・ 退院薬の確認

医師または歯科医師と時間調整をして一緒に訪問した際に居宅療養管理指導費または在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定を行わない場合がある理由／その他（問 3-6）

- ・ 定期的な往診同行で処方が出なかったため

医師に対し助言・指導を期待した事項（問 3-8）

- ・ 服用方法

居宅療養管理指導で指示報告を行うよう定められた職種を越えて連携した実績がある職種（問 3-10）

- ・ 福祉用具事業者

多職種連携における課題と工夫（問 3-11）

多職種連携における課題と工夫

課題	工夫
特に緩和ケアが必要な方の場合、多職種が意思統一をするための機会が、サービス担当者会議だけだとより詳細でタイムリーな対応がしにくい	利用者さんを中心に、LINE グループを作り情報共有した
ケアマネジャーがケアプランを自信をもって作れない	近隣の薬剤師にも声をかけケアマネジャーと薬の勉強会を企画して、それぞれ困っている事の情報共有をして地域課題をみつけ顔の見える関係づくりを行った
専門分野の違いによる、知識の違い。それぞれやれる事やれない事がある	丁寧な説明
薬についての疑問点を誰に聞いたら良いか分からないと言われた	電話等で頻繁に連絡し、疑問点があった場合にすぐに連絡が取れるように関係を構築した

課題	工夫
家族を通じて必要な薬剤と、訪問看護が必要とする薬剤に差異が生じて、用意した薬剤等で処置ができないなどの困難があった	訪看日誌等により情報交換を綿密に行うことにより、必要な薬剤、備品の準備に不備がないようなシステムを構築した
徘徊するので薬剤的な工夫をして欲しい	低血糖リスクがあるものについて整理し医師へ提案
訪看さんからの情報で病院での検査結果から、薬の内容を変更する必要がでてきたと思われると報告があった	訪看さんと連携を取り、今の残薬を持ち込んで貰い、先生に処方提案をして変更し服薬介助してもらうことができた
多職種との連絡が取りづらい	ケアマネジャーが中心となって連絡を取り合うが、ケアマネジャーの力量に左右される
離れた場所の施設や初めてのところは関係作りの時間を要する	日々の関わりの中で患者を共に支援して行く思いの共有や状況の確認をしてすり合わせをしていった
認知症で管理が難しい患者本人が、薬を看護師に預けたくないと主張、薬局での管理依頼あり	訪問頻度が高い看護師と服薬状況を電話で申し送りしながら管理状況を見守り指導を行った
脳梗塞後の高度脳機能障害のある患者で、介護保険、自立支援、障害者医療などを併用していたが、ケアマネジャーが介護保険以外には関わらないスタンスで、更新手続きが遅れ訪問看護などのサービスが一時利用できなくなり、患者本人も他職種も非常に困った	ケアマネジャー以外の職種（医師・訪問看護師・ヘルパー・薬剤師）で連携をとり、要望をケアマネジャーに伝え、手続き不備による本人の不利益が発生しないよう対策を講じた
双方事業所にいないことが多く、直接やり取りが困難	FAXなどで情報共有
顔の見える関係作り	タイミングを合わせて同時刻または少しだけ入れ替わりのタイミングで訪問するようにしている
体調の不安定	急な病態悪化時に 連携して救急医療に紹介
服用状況が悪い	訪問看護の際に服用状況を確認してもらう
薬剤師が訪問した際にどんなことをやっているかは指導しているのか見えないとの声	多職種の人が介入する場合は連携ノートを作成し薬局主導で他の介護者若しくは家族への伝言、注意点を共有
多職種の方と介護についての困りごとについて	見守りノートを作り困っていることやそれに対する意見を書き込む
コンプライアンス不良	介護士の訪問時間に合わせて訪問し、相談しながら薬剤のセットを行った
独居で服薬管理が困難な利用者に対してどのように服薬支援を行うかについて担当者会議で話し合った	他職種間で分担して自宅へ伺い利用者服用状況を確認することにした
薬局での業務など、わからないことも多く、どの様に連絡を取ると良いかに悩む事が多いという意見が多くあった	ケアマネジャーとの勉強会を含めた交流会を企画、実施をした。他職種が参加しているWEB を使った意見交換会に薬剤師会から会員に参加を促した
薬の服用に難がある利用者があり、多職種が訪問した際に薬を飲んでいなかった事例が報告された	各職種に薬の説明を行い、訪問時に飲み残しがある場合は、時間の確認とともに服用の可否について相談した
他職種から薬の効果や副作用、薬の服用のさせ方など専門的な情報を知りたいとの意見があった	携帯番号をお互いに知らせ、いつでも連絡が取れるようにした

課題	工夫
薬の服用漏れが多い患者に対し、多職種連携し服用漏れをいかに少なくするか	お薬カレンダーにお薬をセットする週に1回訪問し、服用状況を把握服用回数を医師と相談し、少なくした。服用しているか訪問ヘルパーに確認してもらった
2週間に1回の訪問だった。患者さんの混乱がありお薬カレンダーセットは毎週行うことになったが毎週の訪問は難しかった	週に2回訪問看護師さんが入るので連携して薬カレンダーセットを行うことにした
妄想癖のある患者さんで、関わるすべての職種に対して異なる発言をされており、聴く話聞く話が全て異なっていた	関係各所に報告書を発送、および SNS で共通認識を持った
処方変更があった場合に看護師、ヘルパーさんの訪問時の注意、対応方法の変更に関しての情報共有について	必要と思われる連絡事項を皆がみれるようなノートを用意して、訪問した方が記入する
処方箋をなくす、薬を多く飲んでしまう	医師が処方箋の受け渡しに関して本人にわからないように玄関などで保管してもらい、薬もヘルパーさんがそこから出して薬を渡す、などの箱を用意し、本人が触ることの無いよう工夫した

社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例における課題と工夫（問 4-5）

社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例における課題と工夫

課題	工夫
お薬の剤数を減らすことに成功した	バイタルを毎度測る事よりそれをもとに情報提供を行った
施設内にて他の利用者へ暴力を振るった患者	医師への処方提案と精神科医のコンサル依頼
奥様に先立たれ一人暮らしとなり、深酒するようになりうつ傾向が認められた	地域包括支援センターを介して、週1回の体操の会への参加を促した
心身の不安定さが増して抑うつ状態が強まった	介護関係者の見守りやかかわりの強化で改善が見られた
本人は自分がしっかりしていると思っているが残薬から服薬(吸入)が難しいと思われる方がいた。	訪問看護師と確認し、吸入の管理は看護師が行うことになった。その結果、きちんと服薬が出来、呼吸安定へつながった
来局日を何度も忘れ、同じ薬を何度ももらう患者がいた	地域包括センターの職員に相談。ただ最終的にはうまくフォローできず
息子と母の2人暮らしであったが、息子が粗暴な性格であり、時間経過とともに母への虐待が疑われる事象がたびたびおきた	ケアマネジャーへ暴行の跡と思われる傷について報告。その後、母は施設に入所となった
認知症の患者様でコンプライアンス不良。徘徊	地域の包括支援センターに相談。ご家族と連携
服用コンプライアンスの低下、独居である点など生活について不安がある患者	地域包括支援センターへの連絡と相談を依頼
訪問看護師が入浴介助をしてシャワー浴をやってきていたが、本人の足腰も弱ってきていたので風呂場まで行くことも困難となっていた	訪問入浴サービスの導入をケアマネに提案
虐待で介入できない家に居宅に入ることによって閉ざされた環境が開かれてきた	信頼されるように、傾聴を心がけてた

課題	工夫
パーキンソン病、認知症の進行により、引きこもりがちで、抑うつ症状が見られるようになった患者	電話によるフォローの機会を増やすことで会話の機会を増やし、抑うつ症状の軽減、飲み忘れの予防ができた
認知症の進行により、通院困難、排泄がうまくできない等がみられるようになった	医師、訪問看護師、ケアマネジャーと相談し、家族も交えて相談し、最終的には介護付き施設へ入所
独居にて通院困難例認知症で受診のリマインドしても忘れてしまう例など	高齢者支援センターに依頼、介護に繋がっていた
一人暮らしで夕方になると不安が募り、電話を掛けて来る。飲み忘れも多くなってきた	服薬カレンダーの工夫やデイケアに行く回数を増やしてもらったり、送迎時の声掛け確認をもらった。飲み忘れはあるが以前より笑顔が出てきた
通院困難な患者様	ケアマネジャーに連絡をし在宅ケアにつなげた
同じような質問を何度も繰り返す患者さん	受診医療機関へ連絡をして認知症の可能性を報告その後の家族やケアマネさん等との多職種との連携
服薬困難な独居の患者様に居宅療養指導に入ろうとしたが、息子さんに断られてしまった	ケアマネジャー、訪問介護は介入できるため、服薬についてアドバイスをを行い服薬管理をしていただいた
寝たきりの40代女性患者で在宅利用だったが、ケアマネがおらず、ピンポイントでのほしいケアが受けられておらずにいた	地域のNPO法人のボランティア団体を紹介し定期的な介護ではなく、ピンポイントでの利用ができた
薬局利用で認知機能低下が疑われる方	地域包括の担当者の方に情報提供
食事から塩分摂取を促す必要がある方	食生活について看護師と検討した
抗精神病薬長期服用による、パーキンソン病患者。家族による金銭の管理に揉め事が姉妹間であったり	ケアマネジャーを通じて薬局でのお支払方法を、変えることである程度揉め事がへった
薬の服薬への理解が困難になっている患者	家族同居しているが十分な助けが得られていない様子だった。ケアマネジャーや家族と連絡を取り、居宅療養管理指導が必要か？家族のケアのみで大丈夫か話し合い、家族が見守り、適宜状況を確認することになった
歩行困難で奥様が在宅をご希望、ご本人は大丈夫だと拒否	ケアマネジャー、地域包括支援センターの方と同行し、まずは顔見知りの薬剤師から介入してはどうですかと提案し、在宅にとりつけ。訪問看護はまだ拒否
認知症があり、電話などの対応が困難になり、訪問予定時間の事前連絡ができなくなった	門のカギを開けておいてもらい、いつでも居宅実施事業者が、敷地内へはいれるように対処。玄関は施錠。そうすることで訪問者に気づき、自宅に入れるようになった
脳梗塞の後遺症で家に引きこもりになり、外部との関係を意図的に遮断された患者	地域包括センターに連絡し、参加できそうな会があるか確認をし、進めた
認知症独居の方だが、家族様の意向が二転三転する為に積極的なサービス利用へと繋がらなかった患者	市からの委託で介入を開始したが、訪問を続ける事で顔を覚えてもらい、受診、介護保険導入、介護サービスの利用開始へと繋がった
親戚の家に居候し、服薬コンプライアンスが悪化した患者	親戚宅へ出向き、服薬管理調整を行った。さらに、処方変更提案等を処方医に進言し、多科受診をひとつの診療科へ変更とした
お薬代の支払いが難しくなった患者	医師に確認し、同効薬の薬価の安い薬に変更した。残薬整理し、服用漏れの薬を使用し、薬剤料の削減を行なった

課題	工夫
介護している夫のネグレクトが感じられた。エアコンやテレビが使えないようになっていくなど	エアコンのリモコンの場所や温度設定を確認したりし、ケアマネや訪問看護に情報共有した
認知症状の進行による購入品の期限切れなどの問題があった患者	ケアマネジャーと情報共有し、訪問介護の職員を含め購入品などの確認を行った
薬の管理ができておらず、認知機能の低下も認められる患者	地域包括支援センターへ連絡して、担当のケアマネジャーがつくことになった
独居の高齢者で身体機能も低下しており、奥さんが入院してから生活が限界になってきている。ご本人はこのままの継続を頑固に希望されている	他の職種と連携して、ご本人も渋々だが、入所の運びとなった
独居で、世界観が強く、ごみ屋敷化してしまう生活環境が続いている	ケアマネジャーを介してヘルパーに生活衛生面でもサポートできるよう、依頼した
独居でがん治療中、認知症が進行。食事をとること、お金の管理ができなくなっていた	ケアマネジャー、訪問看護師と連携。結果、がん進行し入院。病院でご逝去
高齢の一人暮らしで一人で生活していくことも受診も大変な患者	地域包括支援センターへ連絡して介護保険制度へつなげることで在宅で生活が続けることが出来ている
困った困ったとずっと話して居る方がいた	地域の支援センターへつなぎ、ケアマネジャーなどを通じて介護度の認定を受けられるようになった。認知の発症をしていた模様

主な移動手段（問 5-1-4-1）

- ・ タクシー

介護力の状況（問 5-1-5）

- ・ 本人が介護者
- ・ 隣の市にいる

利用者の疾患等（問 5-1-12）

- ・ CKD
- ・ アジソン病
- ・ アルコール依存症
- ・ アレルギー
- ・ アレルギー性鼻炎
- ・ うつ病
- ・ てんかん
- ・ ハンチントン病
- ・ リウマチ性多発筋痛症
- ・ 栄養不良
- ・ 加齢黄斑変性症
- ・ 過活動膀胱

- ・ 拡張型心筋症
- ・ 血液透析
- ・ 甲状腺機能低下症
- ・ 甲状腺腫
- ・ 高眼圧症による失明
- ・ 腰痛症
- ・ 脂質代謝異常
- ・ 肝疾患
- ・ 皮脂欠乏症
- ・ 高血圧症
- ・ 左下肢切断
- ・ 脂質異常症
- ・ 神経障害による四肢麻痺
- ・ 神経線維腫症
- ・ 人工透析
- ・ 腎機能低下
- ・ 腎臓血管炎
- ・ 腎不全
- ・ 貧血
- ・ 皮膚筋炎
- ・ 多発性筋炎
- ・ 精神疾患
- ・ 精神疾患（閉鎖病棟に入院歴あり）
- ・ 統合失調症
- ・ 多発性硬化症
- ・ 大腸憩室炎
- ・ 大脳皮質基底核変性症
- ・ 痛風
- ・ 透析患者
- ・ 頭部外傷後後遺症、遷延性意識障害
- ・ 難治性末梢神経障害
- ・ 難聴
- ・ 乳がん
- ・ 排尿障害
- ・ 肺動脈性高血圧症
- ・ 半身麻痺

- ・ 便秘
- ・ 本態性振戦
- ・ 妄想性障害
- ・ 鬱
- ・ 褥瘡
- ・ 廃用症候群

複数回訪問している理由／その他(問 5-1-13-8)

- ・ OTC や医療材料の提供
- ・ 家族の求め
- ・ 患者より希望があるため
- ・ 手が不自由なためカレンダーセット
- ・ 服薬カレンダーの都合
- ・ 精神疾患がありオーバードーズしたことがあるため
- ・ 複数の医療機関の処方があるため。
- ・ 本人希望
- ・ 麻薬の注射使用

フォローアップにおける業務内容／その他(問 5-1-13-10)

- ・ ショートステイ用薬剤準備
- ・ 体調の変化
- ・ 入院準備

訪問した際に実施した事項／その他(問 5-1-15)

- ・ 血圧の確認
- ・ 人にあげてないか

利用者の日常生活上の留意事項(問 5-1-16-1)

- ・ うつ症状があるため、食事や内服の確認をしっかりとこなう
- ・ とにかく不安
- ・ ふさがち
- ・ 易怒性あり
- ・ 虚言癖があるため(コメディカルで情報共有済)、特に利用者から聞く介護者に対する評価は真偽をしっかりと確認する必要がある。
- ・ 自殺未遂あり
- ・ 週3回の透析、全身の痒みによる QOL の低下生への意欲が低く死にたがっている

- ・ 精神が不安定、帰宅願望あり
- ・ 精神疾患ある為、介護の利用を拒否される
- ・ 精神障害により頻繁に錯乱し、特定の錠剤嚥下を拒否する
- ・ 精神的に不安定であり、食事もまともにとれない時期がある。内服薬も精神疾患の薬を服用しており、過剰服用など注意点がある
- ・ 認知ではないが、言動がおかしい。拒否はないがあたりが強い。服薬してる薬もどこかに捨ててしまう
- ・ 不安なく日々を過ごせるようにサポートする
- ・ 不安感が強い
- ・ 不穏症状がある時の服薬を含めた助言
- ・ インスリン注射使用中
- ・ パーキンソン症状により歩行がゆっくりなため、転倒しないように注意
- ・ パーキンソン病における症状発現時の対応
- ・ パーキンソン病により生活動作困難
- ・ パーキンソン病の進行
- ・ ろれつが回らないことがあるが、頭はしっかりとしているので話をきちんと聞く
- ・ 胃ろう患者。家族の介護負担が大きい
- ・ 胃瘻からの注入時のトラブル対応。不穏時の対応。皮膚トラブルの経過観察
- ・ 胃瘻のため、胃瘻チューブが外れていないか、胃瘻部に炎症が起きていないかの確認
- ・ 胃瘻のため、感染ケアに注意が必要
- ・ 血圧、膀胱炎、発熱
- ・ 心不全、糖尿病あり
- ・ 心不全による日常生活の制限
- ・ 糖尿病があるが甘いものを口にしてしまう
- ・ 糖尿病による下肢の壊疽あり。筋力の低下もあり入浴等身の回りの動作に部分的な介助が必要
- ・ 透析中のため水分制限が必要
- ・ 独居で糖尿病があるので食事管理が必要
- ・ 脳梗塞による半身不随。
- ・ 脳梗塞後遺症で失語あり
- ・ 排尿バルーンの使用状況。こだわりの緩和
- ・ 末期がん・老衰による QOL 低下
- ・ 末期がんなので、痛みを感じないような麻薬を医師と提案
- ・ 末期がんのため、痙攣等注意
- ・ 末期癌のため疼痛コントロール、副作用の確認
- ・ 高齢で骨粗しょう症であるため、転倒等による骨折に注意

- ・ ベット上での生活がほとんどで、屋内でも移動する時は歩行機を使用している
- ・ めまい、ふらつきなどの転倒リスクあり、体力低下あり認知症の夫の介護
- ・ もともと足が弱かったが骨折により更に歩行が困難に。自宅内に手すりが設置されているが、一人の時間が多いと転倒した際にすぐに救助出来るものがそばにいないため心配
- ・ 飲酒過多によるふらつき・転倒・脱水の予防夕食後寝てしまうことによるアドヒアランスの低下
- ・ 右上腕骨骨折の既往があり、歩行時の疼痛が残存。転倒リスクが高く、入浴や更衣に関しても全般的な介助が必要
- ・ 運動機能障害があるため、室内移動にも支障あり
- ・ 屋内外では支えなしで異動はできる、排泄、入浴自立首の後ろから肩甲骨にかけて難治性の痛みあり、痛みより動きは以前より緩和になり意欲低下あり、転倒危険性も医師より指摘あり
- ・ 下肢のむくみからの運動能力低下 便秘
- ・ 下肢疼痛による歩行困難のため、ADL 低下
- ・ 骨折などの悪化リスクの回避
- ・ 施設内にて基本的に自立での生活ができているが、歩行時杖を使用しており転倒に注意を要する
- ・ 視力や運動能力の低下に要注意
- ・ 小刻み歩行のため、転倒のリスクがある
- ・ 足が悪く外出ができない
- ・ 足が不自由なため転倒に注意、体重増加してきているので食事、運動にも気を付けること
- ・ 足腰が弱く車いす生活、外出時など注意必要
- ・ 転びにくいように段差をなくす
- ・ 転倒に注意
- ・ 転倒リスク、本人の理解度低下
- ・ 日中からの飲酒で深酒して、転倒しないように注意喚起が必要
- ・ 半身麻痺のため転倒に注意
- ・ 病状による歩行困難、日常生活苦慮
- ・ 歩行が困難
- ・ 歩行が不自由なため転倒などの危険がある
- ・ 歩行状態も悪いので転倒などに注意をする
- ・ 目眩、ふらつきによる転倒注意
- ・ ショートステイに行くと、褥瘡ができて帰ってくる点
- ・ ベッドからの落下後はひとりで起き上がれないため起床後のベッドからの移動に注意

が必要

- ・ ベッドで生活しており、導尿が必要なため尿路感染に伴う、緊急対応が必要な場合がある
- ・ ほぼ寝た切り状態の為、生活全般手助けがいる
- ・ 移動時の介助が必要
- ・ 施設入居でほぼ車いす生活。そのため褥瘡に注意必要
- ・ 自立して動けない
- ・ 自立生活が難しくなっている
- ・ 自力での移動が困難
- ・ 室内では杖をついての移動のため転倒に対する注意が必要
- ・ 車いす利用のため、独居での生活が困難。家族の援助か、施設入居か必要
- ・ 車椅子からの転倒もあり、骨折リスクあり
- ・ 車椅子での移動のため1人での外出は困難
- ・ 手足の震えがひどく、歩行困難
- ・ 寝たきり、全面介助のため、施設スタッフの痰の吸引、バルーンカテーテル処置の感染対策等が重要
- ・ 寝たきりに近く、補助具を使用しての歩行。便秘にも悩む
- ・ 寝たきりのため床ずれに注意
- ・ 脊椎損傷により身体が動かない
- ・ 独居であまり外出しない為、運動量の低下
- ・ 独居で介助なしには移動できない
- ・ 独居で高齢につき歩行困難。転倒に気をつける
- ・ 独居で手足の振えあり。介助が必要だが、外出を好まれるので車椅子で散歩される
- ・ 独居で足が悪く、家ではほとんど寝ている状態
- ・ 日常ベッド上での生活であり、排便もおむつ。排尿障害もきたしており排泄関連のトラブルが多い
- ・ 日中の活動率が下がっている
- ・ 半身不随の為日常動作に対して補助が必要
- ・ 麻痺があるため、室内移動も支障あり
- ・ 目が見えないので、ベットの上で生活している。トイレ、入浴、食事の介護が必要。旦那さんが介護をしているが、老老介護になっている
- ・ 薬局まで歩くのが足が痛くてつらい
- ・ 薬剤管理が年々困難となっているが、本人からはこれ以上の介入は拒否と主張
- ・ まだ在宅生活が始まったばかりなのでご家族も分からないことが多いため、都度説明が必要
- ・ 家族に協力が得られない点

- ・ 介護者が1人で老老介護のため、介護者の支援が必要
- ・ 介護者の困難を減らす
- ・ 介護者の疲労
- ・ 高齢者の2人世帯の為、見守りや声掛けが必要
- ・ 同居の家族はいますが介護には参加していないので独居と同じ状況である
- ・ 老老介護で車椅子の為、外出の困難
- ・ 配偶者の認知機能の低下の懸念あり
- ・ 嚥下機能が低下しているため誤嚥等に気を付ける
- ・ もの忘れが多くなっている
- ・ 一人暮らしのため、いざという時の連絡ツールの確保が必要
- ・ 一人暮らしのための安否確認、食事等の確認
- ・ 火の不始末と認知症の進行
- ・ 簡単な会話のみなら可能だが配偶者を介しての介入が主になる
- ・ 見当識障害がある
- ・ 思い付きで外出してしまう。自身の身体の事は、深く考えていない
- ・ 自分でどこにでも歩いて行ってしまうため、帰宅困難にならないよう注意する。ホームヘルパーの訪問予定日にも出かけてしまうためサービスが利用できず、食生活が乱れてしまっている
- ・ 重篤な認知症の為、相当量のメマンチン、ガランタミン等が処方されているにも関わらず動き回られるため、転倒に注意が必要
- ・ 水が出しっぱなしであったり、服薬や理解度にムラがある
- ・ 認知の進行による生活への影響
- ・ 認知機能が著しく低下している
- ・ 認知機能の低下あり、徘徊などに注意必要
- ・ 認知機能の低下がみられる。物事に対し一旦拒否がみられると強く拒否する傾向がある
- ・ 認知機能の低下が著しく、服薬管理の工夫が必要
- ・ 認知機能は年齢相応。ご本人は歩行がお好きで施設内を散歩されている。杖を使用しているが転倒に注意を要する
- ・ 認知機能低下の疑いがあるため、見守る必要がある
- ・ 認知症、糖尿病があるが一人暮らし。食事や服薬の管理がなかなかできないでいる
- ・ 認知症があり、身の回りの事がしづらくなってきている
- ・ 認知症があるが介護拒否な状態で何とか薬局は週1回訪問出来ている為包括に情報提供を続けている
- ・ 認知症がすすんでおり、1人で外出して迷子になることがある
- ・ 認知症が重度で短期記憶が保てない

- ・ 認知症の進行、食べ物でないものを口にしてしまうことあり
- ・ 認知症状が進行しており、補聴器をなくした際意思疎通が難しくなる
- ・ 疼痛コントロール不良なことが多く、痛みによる睡眠等への影響懸念
- ・ 栄養管理
- ・ 栄養失調
- ・ 褥瘡予防
- ・ 誤嚥に注意。錠剤飲めない
- ・ 好き嫌いが激しく、食事が偏る
- ・ 食事がとれていないので、内容の確認をする
- ・ 食事内容
- ・ 独居のため、食事が疎かになっている
- ・ 嚥下困難のため誤嚥に注意する
- ・ 徘徊することが度々、清掃困難、出入口の積雪
- ・ 医師から入院を勧められても断ってしまうため、処方回数が増えている
- ・ 医療用麻薬の摂取状況
- ・ 抗凝固薬での副作用の注意。怪我の注意
- ・ 抗精神病を服用しており、その副作用の発現の有無
- ・ 最近、耳が遠い
- ・ 在宅酸素療法患者のため行動に制限あり
- ・ 自己管理薬を間違えずに服用できているか
- ・ 自己判断で服用を調整することがある 周囲の意見を聞きにくい
- ・ 手足のしびれ等による動きの悪さ
- ・ 服薬アドヒアランス
- ・ 疼痛管理
- ・ 服薬カレンダーのセット状況を他の介護職と、見守る事、情報連携
- ・ 服薬コンプライアンス
- ・ 服薬コンプライアンス向上の為の助言
- ・ 服薬しやすい剤型を選ぶこと
- ・ 服薬と病気、転倒リスクなどのお体の状態に関係しない日常生活、社会生活、地域社会に関しては支援できていない
- ・ 服薬の意識が低いため飲み忘れが多い。食事も促されないと食べない
- ・ 服薬管理の形態を変えない。受診の時期を見計らって電話で受診勧奨
- ・ 服薬時間を守れない、過量服用を希望する傾向あり。妻への暴言がひどい
- ・ 本人の希望に沿った生活を送れるよう、聞き取り服薬について確認する
- ・ 毎日の様子を伺う人が必要
- ・ 眠前薬の飲み間違いが多い点

- ・ 薬でメンタルが落ち着いていれば、問題なし
- ・ 薬の飲み忘れや飲みすぎがないか確認
- ・ 薬の好みがあり、一包化しても自分の好きな薬しか飲まない
- ・ 薬を飲むのが苦手
- ・ 薬を過量に服用してしまう
- ・ 薬局まで歩くのが辛い
- ・ 曜日感覚無し。お薬カレンダーの上から順に飲む、という意識は可能
- ・ 2階に居室があるので階段降りてくるのが難しい
- ・ 96歳で一人暮らし、倒れた際に気づいてもらえない可能性あり
- ・ ADLの維持
- ・ ADLはなんとか行えてるが、言動がおかしい。コミュニケーションが取りづらいので、そこら辺の改善も必要
- ・ QOLの維持
- ・ COPDだが、独居のため、起床時やトイレに行くときに注意が必要
- ・ お酒とたばこの量をもう少し減らしたら良い
- ・ コロナによる入院歴あり。また、入院期間中に認知症新興に加え、下肢筋力も低下。入浴や排泄等にも全般的な介助が必要
- ・ ご高齢なので穏やかに暮らせるよう支える
- ・ トイレ
- ・ 飲酒
- ・ 運動や外出
- ・ 加齢黄斑変性で目が見えにくい
- ・ 家での生活、ショートステイでの生活、長期介護施設への入所も今後の課題
- ・ 介助が必要な状態
- ・ 介助なしでは日常生活が困難
- ・ 外出は介護者が必要
- ・ 外食が多く、肥満
- ・ 外用剤の使用が多めなため使い忘れないよう促す
- ・ 感染対策
- ・ 眼があまり見えていないので、介護施設での介助必要
- ・ 誤服用や飲みすぎを防ぐため、1週間ごとの薬剤セットと安否確認が必要
- ・ 自宅では概ね自立して過ごせているが、1人での外出などは不可
- ・ 自宅では自立、近隣の外出以外は介助が必要
- ・ 終末期
- ・ 身体機能の充実
- ・ 睡眠障害

- ・ 睡眠状況、精神面の状況、排便状況
- ・ 生活リズムの維持
- ・ 生活環境が不衛生で身体的にも精神的にも健康には良くないと感じる
- ・ 生活習慣の改善
- ・ 相互作用による自覚症状の発現
- ・ 他者とのコミュニケーションが少ない
- ・ 体調が安定しない
- ・ 脱水症状の予防のため水分をとる
- ・ 地域密着型通所介助施設に長期宿泊の方(実質自宅扱い)である。施設の薬の管理や施設職員の対応力がないため、薬局が介入することになった
- ・ 著しい視力低下に要注意
- ・ 独居、電車でよく出かける
- ・ 独居のため、服薬について確認する必要がある
- ・ 独居のため外部とのつながり、見守り、支援が必要である
- ・ 独居のため生活の管理几帳面なため精神的な関わり
- ・ 日常生活はヘルパーなど利用にて食事などとれている。耳の聞こえが悪く、意思疎通が困難な時がある。自宅での骨折歴もある
- ・ 日常生活や服薬の自己管理ができない
- ・ 排便についてかなり神経質
- ・ 排便状態
- ・ 背骨が大きく曲がっており、歩行困難
- ・ 発語は少ないが声掛け、指示には反応あり。体動が少ない為、褥瘡予防に気を付ける
- ・ 発熱と過料の痰による誤嚥のリスクのため絶飲食
- ・ 部屋の掃除ができない
- ・ 便秘傾向強い。浣腸でコントロール。しかしコントロールが難しい
- ・ 夜間の睡眠状態。排尿回数。排便コントロール
- ・ 様々な症状に対する薬剤使用の助言
- ・ 両膝の痛みによる不眠
- ・ 緑内障既往歴あり
- ・ 老人で体力ない。食べられない
- ・ 老年による足腰の機能低下
- ・ 疼痛緩和
- ・ 痺れ、痛み
- ・ 褥瘡の経過
- ・ 外出の機会が少ない、社会とのつながりがあまりない

利用者の社会生活面での課題(問 5-1-16-2)

- ・ 1人では動けないので、介助が必要
- ・ 2人の娘と夫が介護に追われる生活となっている
- ・ あらゆる方面でケアが必要
- ・ インスリン注射のサポート
- ・ お金の管理
- ・ いろんな職種で見守り、独居でも安心にらせるようにサポートが必要
- ・ お風呂に入っていない。清拭しかできない
- ・ このまま痩せていくと、フレイルなどの危険性がある
- ・ フレイル対策
- ・ コミュニケーションの取り方。声掛けをする
- ・ コミュニケーション不足およびそれによるセルフケア不足
- ・ コロナで親族との面会が減っている
- ・ コロナ禍で思うような社会生活が送れなくなってしまった
- ・ コロナ蔓延に伴い、スタッフ以外の他者（ほかの入居者含む）との会話の頻度下がっている
- ・ コンタクトを頻回できれば
- ・ ご主人の認知機能の低下
- ・ ご本人との連絡
- ・ ご本人は元気だと遠出してしまう傾向あり、自動車免許返納、公共交通機関を使っている
- ・ たまにわからなくなり混乱するときがある
- ・ デイサービスの継続
- ・ デイサービスの継続的な利用に関する経済的負担
- ・ デイサービスや通院にも介助が必要
- ・ デイサービスを利用中で継続必要
- ・ ふらっと外出し、その時に携帯電話を持たずに出てしまうので、行方不明になりやすい
- ・ ベッド上が長く発語が無い為コミュニケーションが必要
- ・ ヘルパーやケアマネの支援が無いと生活できない
- ・ まだ家には戻ってこれるが受診が出来なくなっている為拒否の状態からどう支援につなげるかが課題
- ・ リハビリ状況
- ・ リハビリ等ご本人のやる気があまりなく、意欲を出すにはどうしたらいいのかが課題
- ・ 意思疎通が少し難しく、孤立がち
- ・ 意思疎通のレベルが低くなってる
- ・ 易怒性があるため、対応を考えなければならない

- ・ 移動が困難、外出は車椅子が必要
- ・ 一人での外出は困難
- ・ 引きこもりにならないための援助
- ・ 飲み忘れ、飲みすぎあり
- ・ 運動不足
- ・ 奥様が施設に入居しており、完全独居
- ・ 下半身の動きが悪く、自立した外出ができない。自立した入浴が厳しい
- ・ 家に引きこもっているので散歩くらいには出かけられるようにしたいと同居家族の希望がある
- ・ 家族、親族の介護
- ・ 家族、訪問看護師など以外の人との関わりを持つこと
- ・ 家族の見守り
- ・ 家族も忙しいためなかなか家事等できず
- ・ 介護施設で対応中
- ・ 介護状況の変化
- ・ 介助が必要
- ・ 介助なしでは買い物に行けない
- ・ 会話自体は可能だがほぼ喋りたがらないため意思疎通に難あり
- ・ 外出が少なく、他者との関わりが少ない
- ・ 外出しないため、社会的に孤立している点
- ・ 外出するにあたって、受診、買い物などの支援
- ・ 外出はできないためデイサービスのみが外部との繋がりとなる
- ・ 外出は一人では難しい。支援が必要
- ・ 外出支援
- ・ 外出時の迷子や金銭の支払いなど
- ・ 外部との繋がり、見守り、支援などが必要である
- ・ 外部との接触が少ない。年齢的にも社会参加意識があると良い
- ・ 患者の自力で生活したい意識が強いが、疾患により生活動作困難。服薬管理も困難
- ・ 筋力の低下
- ・ 筋力低下も、進んでおり、手に力が入りにくくなっている
- ・ 近隣ご近所との関わり
- ・ 近隣の家庭とのコミュニケーションがうまくとれておらず、自立した生活の継続が困難になってきている
- ・ 金銭面
- ・ 孤食、フレイル
- ・ 孤立を防ぐ

- ・ 誤嚥のリスクの軽減
- ・ 腰・足が悪いが時間かければ自宅内自立歩行は可能
- ・ 錯乱による日常生活困難
- ・ 残された運動機能の低下予防
- ・ 施設に入居しているため施設内でフォローされている
- ・ 施設以外でのコミュニケーション
- ・ 施設内に新型コロナ感染が発生する等により居室隔離が実施され、認知機能の低下が懸念される
- ・ 施設入居における自立力の低下
- ・ 施設入居者や職員とのかかわりは良好な様子
- ・ 施設入居者以外のコミュニケーションが少ない
- ・ 視力低下に伴う転倒に注意必要
- ・ 自宅内整理
- ・ 自立できない息子の世話
- ・ 自力での移動が難しい
- ・ 車いすへの移乗などで転倒することもあり、自力での買い物が困難
- ・ 車の移動
- ・ 車椅子の移動
- ・ 週1回デイを利用しているが、それ以外では医師や薬剤師の訪問ぐらいしか社会とのかかわりがない
- ・ 食事
- ・ 食事などの時に人とかかわりをもつよう工夫する
- ・ 食事や着替えは自己にて行うが、排泄など自分では困難。同居の妻も高齢、杖を使うなど足腰に支障がある
- ・ 食事等しっかりおこなえているか確認
- ・ 食品の期限など、注意しておかないと期限切れのものを食されている可能性がある
- ・ 寝たきり 意思疎通困難
- ・ 寝たきりなので社会参加は難しい
- ・ 新型コロナ感染による居室隔離により、認知機能・運動機能の低下が懸念される
- ・ 身寄りが無く、独居
- ・ 身体が動かない、認知はないしっかりしている
- ・ 生活全般に介護が必要
- ・ 生活保護
- ・ 生活保護の為、市役所の職員の介入必要
- ・ 生活保護受給者
- ・ 足腰が悪いため家の中での生活の確保

- ・ 他者に攻撃性があるためトラブルなく共同生活を送ること
- ・ 他者への攻撃性
- ・ 多職種からの支援に乗り気ではなく、デイサービスやリハビリは拒否
- ・ 対人恐怖症
- ・ 単独で外出できず医療関係者以外 接触少ない
- ・ 単独で外出できず家族以外の接触が少ない
- ・ 旦那さんに負担が偏っている
- ・ 旦那様に先立たれ、認知機能の低下が進行している
- ・ 地域とのかかわりの減少
- ・ 長女家族との不仲
- ・ 通院、買い物などの外出の介助、家族以外の人との交流
- ・ 通院・買い物などを1人で行うことは難しい
- ・ 転倒しないこと
- ・ 東北の震災で被災してから、不安感がひどくなり、何をするにしても確認される
- ・ 統合失調症で老老介護の為、ご主人の体調
- ・ 動けない為、介助が必要
- ・ 同居されている方も認知が強く全てにおいて不安
- ・ 同居のご主人も高齢で歩行不自由な状態
- ・ 独居。お金の管理できない
- ・ 独居で家に籠りきりのため孤立しないようにする
- ・ 独居で食生活が乱れがちで、持病への影響が大きい
- ・ 独居につき他者とのふれ合いの必要性
- ・ 難聴であり、他との意思疎通にトラブルが生じることがある
- ・ 入浴
- ・ 入浴は嫌いでなかなか入らない時ありで皮膚の痒みなどもあり。衛生上や施設の他の利用者への影響も考慮
- ・ 認知が進行しており、施設内でも勝手に他者の部屋に入ったりするため、トラブルが生じやすい
- ・ 認知症で買い物が難しく、同じものを何個も買って来てしまい、廃棄になることが多い
- ・ 認知症のため外に出歩かない方がよい
- ・ 認知症の進行
- ・ 認知能力が低く独居のときはまわりともめている。現環境ではそれは見られないため、この状態の維持に努める
- ・ 認知介護への見守り
- ・ 廃用症候群の可能性あり

- ・ 買い物、掃除、整理など体力低下、ふらつきなどでできていない。1年近く隣人との電話、お茶などの関りなし
- ・ 買い物、通院などの移動手段が必要
- ・ 買い物等を自分で行えない
- ・ 半身マヒ
- ・ 不安感増強、抑うつがでてきている
- ・ 不穏傾向あり
- ・ 夫と二人暮らし。週2回デイケア利用のほかは自宅。娘家族が時々訪問。娘家族やデイケアでの会話などが気分転換になるが、外出は車椅子を車に乗せてとなるとなかなか難しい
- ・ 夫の軽度認知症でストレスあり話し相手は近隣の妹と夫。息子さんは九州
- ・ 夫婦と息子1人で生活しているが、息子に障害があり、息子のフォローが年々難しくなっている
- ・ 服薬のコンプライアンス
- ・ 閉じこもり
- ・ 歩行困難
- ・ 訪問診療受けられず
- ・ 末期がん・老衰によるQOL低下
- ・ 娘さんが同居しているが、外に出る機会が少ない
- ・ 夜間に施設を抜け出し徘徊したことあり。施設への徹底重要
- ・ 連絡が取れない
- ・ 老老介護であること
- ・ 老々介護で患者さんの奥様が疲労されていた
- ・ 徘徊あり、見守り必要
- ・ 疼痛緩和
- ・ 痒みの軽減と生きがいを見つける
- ・ 痙攣に伴う転倒があるので外に出ない方がよい

地域社会において必要な支援(問5-1-16-3)

- ・ QOLの維持
- ・ ケアマネジャーを含めた、積極的な介入が必要
- ・ コミュニティへの参加
- ・ コロナがあるので難しい面もあるが、家族との面会をもっと出来たらいい
- ・ コロナの為難しい面もあるがもっと地域の人とのかかわりが取れたらいい
- ・ ご家族に負担にならないように今後サービスを考える必要がある
- ・ ショートステイ等を案内。精神ケア的サポート

- ・ ショートステイ利用や居宅での介助
- ・ デイケアでのリハビリを行っている
- ・ デイケアなど社交の場を設けること
- ・ デイサービスなど外部との関わり
- ・ デイサービスなど社会との関わり
- ・ 訪問入浴
- ・ バリアフリーの推進
- ・ ヘルパーなどの様々な介護サービスを受けている
- ・ マスク・うがいといった感染対策
- ・ リハビリ
- ・ 移動時の介助
- ・ 移動手段の確保
- ・ 胃ろう、寝たきりのため、日常生活の介助が必要
- ・ 医療従事者の連携
- ・ 一人で出歩くことがあるため、地域での見守りが必要
- ・ 妻への暴言や暴力へのエスカレートを考慮し警察との連携が必要
- ・ 一人暮らしの為見守り、声かけ
- ・ 運動や音楽鑑賞等五感を刺激する場が提供できれば望ましいと考える
- ・ 家でマッサージチェアからほぼ動かず、たばこを吸う生活をしていたが施設入所で他人ともかかわりが少しできている
- ・ 家族に強く当たる易怒性あるため本人だけで無く家族へのフォロー必要
- ・ 家内外が乱雑なので、火の元など、見守りが必要と感じる
- ・ 介護する家族への援助
- ・ 介護をする夫も 90 歳と高齢。食事は配食サービスを好まれず、食事は自分で準備したり、有料のヘルパーさんに作ってもらったりしている。夫は自立しているため、2 人で一緒に入る施設がなかなかない
- ・ 介護者に対するフォロー
- ・ 介助込みでできることを維持する
- ・ 介助者の確保
- ・ 外出できるような場
- ・ 外部での多年齢者との接点をもてるような支援
- ・ 叶うならば、コロナで特に閉塞された高齢者施設がもっと開放的になればと思う
- ・ 筋力保持の体操などの実施
- ・ 近所付き合いや定期的な見回り
- ・ 近隣住民や警察官による見守り
- ・ 携帯に GPS 機能を付加

- ・ 継続的な服薬管理
- ・ 見守りや声掛け
- ・ 現在はないがデイサービスなどが利用できると家族の負担が減る可能性あり
- ・ 孤立を防ぐための声掛け
- ・ 交通手段の支援、食事等の日常生活の支援
- ・ 広く人と触れ合う機会を作る
- ・ 今ある支援をいかに有効にできるかが課題
- ・ 今後介護度が上がった場合に、抵抗がある訪問介護を受け入れてもらえるか
- ・ 施設でのリハビリなど
- ・ 施設に対して、徘徊防止グッズなどの提案
- ・ 施設の薬の管理のチェック
- ・ 施設への入所なども検討されている為、情報提供など
- ・ 施設外に出た時の見守り
- ・ 施設内での介助や薬剤調整などの支援
- ・ 自治会などに参加地域の見守り隊に登録し近くに頼れる方を作ることが目標
- ・ 自宅から施設等への移住
- ・ 自立を維持するための通いの場が必要
- ・ 社会的な関わりをつくること
- ・ 趣味のできる環境の提供
- ・ 週2のデイサービス以外にも支援が必要
- ・ 食事の管理
- ・ 食事等における日常生活の支援
- ・ 食生活のバランス管理
- ・ 心不全症状のフォロー
- ・ 新たな住居に引っ越しをするか、完全に施設でお世話になる方がいいと思うが近所に住んでいるご家族が許可してくれない
- ・ 身体が不自由なための支援が必要
- ・ 人とのかかわりがもっと増やせたらいい
- ・ 人とのかかわりが少ないため他人と会話などかかわる場を設ける
- ・ 人と関わる機会を増やす
- ・ 生活リズムの改善の手助け
- ・ 生活支援
- ・ 生活保護を受けている
- ・ 精神的に不安定であり、生きていくために必要な環境を整える必要がある。本人の精神的な状況により介入が困難な場合がある
- ・ 積極的な声掛けと社会参加

- ・ 相談ができる仲間づくりのために地域の会に参加していくことを目標
- ・ 息子に対する支援
- ・ 他者（施設外部、児童等）との積極的な交流が得られ、外の環境での散策が可能であれば望ましいと考える
- ・ 多職種による見守り
- ・ 体調に合わせたサービスの提供
- ・ 宅食などのサービス
- ・ 地域イベントへの参加
- ・ 地域の見守りが必要
- ・ 地域社会とのかかわりの場を提供する
- ・ デイサービスの利用
- ・ 定期的な専門医受診、医療・介護サービスの利用、地域住民の見守りや声掛け
- ・ 適切な鎮痛剤の提案と薬剤の適切な管理、服薬の支援
- ・ 転倒時の対応。それぞれの職種が把握し転倒防止や転倒後の支援を話し合うことが必要
- ・ 糖尿病患者用の宅配弁当の利用など
- ・ 動作補助をしつつ動かせる部位は動かしてもらう
- ・ 施設への入居を検討
- ・ 独居のため孤立しないための支援必要。台風や大雪などでの停電などの有無確認
- ・ 日常生活援助
- ・ 日常生活面での食事、排泄等の支援
- ・ 日々の食事やゴミ出しなどの支援
- ・ 入浴サービスを利用中で継続必要
- ・ 入浴介護など行っておりリハビリも介入している
- ・ 認知症で独居のため、あらゆる人で支える必要がある
- ・ 認知症に対する適切な理解ができる社会を作って関わっていただきたい。今は営利団体としての介護施設が全面的に負担を負っている状態ですが、可能であればもっとボランティア活動などを進めて、認知症患者への理解と手助けをしていただきたい
- ・ 買い物、食事の世話等が必要
- ・ 買い物の手伝い
- ・ 買い物の代行
- ・ 病院、薬局、ヘルパー以外に接触なし
- ・ 不安なく暮らせるように様々な職種が介入すること
- ・ 夫の体調は問題ないが、昨年入院したこともあり、老老介護が問題となりそう息子が夫妻のフォローをする事は難しいかと思うため、継続的なケアマネジャーさんのフォローが必要となる

- ・ 夫婦 2 人とも要介護状態。お互い支えあうことはなし。多職種によるそれぞれの支援が必要
- ・ 普段の生活が問題なく行えるよう、リハビリなども含めて行う
- ・ 服薬コンプライアンス改善による治療効果向上＝安定した日常生活を取り戻す事
- ・ 服薬コンプライアンス向上による治療効果の改善＝ADL 改善
- ・ 服薬支援と服薬管理
- ・ 服薬等で易怒性が治まるようにする
- ・ 歩行や移動のサポート
- ・ 補聴器
- ・ 訪問介護
- ・ 訪問介護利用あり
- ・ 本人、家族を孤立させないこと
- ・ 本人の希望通り支援をしてあげる
- ・ 本人は何も管理ができないので、多職種による支援が必要
- ・ 本来はデイサービスなどもいき、食事やリハビリの支援が受けれるように出来たらよいが本人の拒否をどう結び付けるかが課題
- ・ 本来は助けが必要だが、本人の拒否で地域包括も手が出せない状態
- ・ 毎日安否確認できるコミュニティ
毎日介護者が入れるようにケアプランを作る必要がある
- ・ 薬の管理
- ・ 薬剤の粉碎、適切に簡易懸濁できているかの確認
- ・ 疼痛コントロールによる QOL 向上

問 5-1-18 ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法／その他

- ・ 文書

5. 介護支援専門員票の調査結果における主な自由記述

開設主体（問 1-1-1）

- ・ 有限会社
- ・ 宗教法人
- ・ 合同会社
- ・ 社会医療法人

医師からの報告について／その他（問 2-1-1-1-8）

- ・ 医療介護専用コミュニケーションツール
- ・ 看護師が持参
- ・ 受診時
- ・ 多職種連携シート

歯科医師からの報告について／その他（問 2-1-1-2-8）

- ・ 受診時

歯科衛生士からの報告について／その他（問 2-1-1-4-8）

- ・ 受診時

療養上の管理及び指導を行っていく際の共通目標を多職種間で決定・共有する機会として実施したことがあるもの／その他（問 2-3）

- ・ メール
- ・ 計画書を持参し情報提供した
- ・ 計画書等の提出
- ・ 多職種連携シート
- ・ 同行時の相談
- ・ 有料老人ホームにて
- ・ 郵送
- ・ 連絡ノート

医師に対し利用者に向けて助言・指導することを期待したことがある事項／その他（問 2-4-1）

- ・ 本人家族への指導について
- ・ 緊急時について

歯科医師に対し利用者に向けて助言・指導することを期待したことがある事項／その他（問 2-5-1)

- ・ 食事の形態

居宅療養管理指導を行う薬剤師や薬局に今後さらに期待すること／その他（問 2-9)

- ・ ICT ツールを使った共有・連携
- ・ 薬の情報を本人や家族が捨ててしまった時はケアマネジャーが簡単にもらえるとありがたい
- ・ 処方内容の情報提供（特に変更時）

つなげた実績のある介護保険制度外の社会資源／その他（問 3-3)

- ・ あんしん電話
- ・ ゴミ収集
- ・ ペットの世話の業者、ボランティア
- ・ 区長さん
- ・ 社会資源の開発
- ・ 身元保証団体
- ・ 地区社協の家事支援サービス
- ・ 町内会・自治会活動
- ・ 通院時の有償ボランティア
- ・ 復職支援事業所
- ・ 訪問理容
- ・ 民間身元保証サービス
- ・ 民生委員、町内会

困難だと感じたことがある理由／その他（問 3-5)

- ・ トラブル時の対応が弱い
- ・ どんなサービスも担当者が高齢化しており、担い手が減っている。サービス選択ができなくなってきている
- ・ 移動手段
- ・ 介護保険サービスと違い情報開示がまちまちで、見つけるまでが大変
- ・ 介護保険外サービスの為高額であった
- ・ 外出の際の移動手段がない
- ・ 金銭的に負担が大きい時がある
- ・ 保険外だと費用がかかる
- ・ 経済的問題

- ・ 行政からの理解が得られない
- ・ 就労に関して
- ・ 責任問題
- ・ 利用者の同意