

高齢者自身が主体的に
生活できるよう支援する
ガイドブック<別冊>

未来を拓げる実例集

本書は、川越市が推進する地域包括ケア自立支援事業の取組を通じて、本人・家族・支援者の対話を重ねながら、高齢者一人ひとりの望む暮らしの実現に向けた支援の実例をまとめたものです。

介護や支援が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けたいという思いは、多くの人に共通するものです。「何をして暮らしたいか」「どのような人生を続けたいか」を応援する自立（自律）支援の出発点は、支援者の判断ではなく、本人の思いに耳を傾けることから始まります。

本書に掲載した実例は、身体機能の回復だけでなく、生活行為の再獲得、生きがいや社会参加の回復、本人の意思決定の尊重など、自立（自律）を多角的に捉えた支援のあり方の例示となっており、その結果として、暮らしの未来を拓けることを示した内容となっています。

本書が、支援に関わる皆さまにとって、本人の声に立ち返り、より良い支援を考えるきっかけとなり、地域包括ケアのさらなる推進に資することを願っています。

高齢者自身が主体的に生活できるよう支援するガイドブック
(令和7年3月発行)の別冊実例集となります。



も く じ

日常生活行為の再獲得

- 事例 1** 目標に向けた支援プロセスを共有することで、本人・家族とともに食事の楽しみを広げることができた事例 2
- 事例 2** スモールステップで成功体験を重ねることで自信を育み、自分で見て買い物をしたいを叶えた事例 3

精神面への働きかけ

- 事例 3** 筋力アップからお遍路へ！～感謝の完歩～ 4
- 事例 4** 痛みへの対処法を身につける支援により、自己効力感を高め病人（心身的）から脱却できた事例 5

社会参加・地域とのつながり

- 事例 5** 障害のある息子においしいものを食べさせたい気持ち、自身の社会参加にもつながった事例 6
- 事例 6** 念願の墓参り～具体的な目標設定から意識の変化～ 7
- 事例 7** 閉じこもりからの脱却～母の笑顔が見たい～ 8
- 事例 8** 本人の思いに寄り添って～地域へつながる一歩とともに～ 9
- 事例 9** 心身の把握により、本人の運動意欲をさらに高め、行動範囲が広がった事例 10

対話で思いを言語化

- 事例 10** 「復職したい」の言葉に隠された言葉にできない不安を探求していく 11
- 事例 11** 本人の話を興味深く聴く支援により、本人の心が安定して、行動範囲が広がった事例 12
- 事例 12** 「自宅で生活したい」本人の思いに寄り添い、可能な限り自宅での生活を維持した事例 13

家族への支援

- 事例 13** 私ができるインフォーマル「米ニケーション」 14
- 事例 14** できる限り、ひとり暮らしを継続したい 15
- 事例 15** 退職後、住まいを中心とした生活への移行 16
- 事例 16** 排泄の世話など、家族に負担をかけたくない 17

事例

1

目標に向けた支援プロセスを共有することで、 本人・家族とともに食事の楽しみを広げることができた事例

キーワード

#目標設定 #家族・親族 #自宅でのトレーニング #セルフマネジメント
#介護保険サービスの卒業 #訪問リハビリ

本人・家族と経口摂取までの段階と中止基準を共有することで、食事に対してSTと同じ視点で観察・対応することができ、食事前の事前準備手技からの離脱と、安全な3食経口摂取を図ることができた。これにより、食事の楽しみを広げることができた。

対象者

70代 / 男性 / 要介護3

- ・妻と2人暮らし
- ・脳梗塞発症後、重度嚥下障害が残存。
- ・退院時は昼食のみ経口摂取、胃ろうによる経管栄養を併用。
- ・退院時は本人より3食経口摂取の希望あり。
- ・退院後、週1回訪問リハビリ（ST）を利用。

総合的課題

食事回数・食事形態・食べ方の制限あり。
食前の準備手技も行っており、自宅外での食事が難しい。

目標

- ①安全に3食経口摂取が可能となる。
 - ②食前の準備手技を実施しなくても食事ができるようになる。
- ⇒ 食事の楽しみを広げる

2週間後

【本人・家族・ST】

食事形態を確認。食材によって変化があるため、自宅にて、食事の形状や調理方法を検討・共有する。食事回数を増やす段階を確認し、誤嚥・肺炎兆候と中止基準を共有。

【本人】

食べ方、食事前の準備手技や自主練習の手順、中止目安を確認。“口の中でこうなったら飲み込む”という感覚を自身で確立される。

2か月後

昼食に加えて、間食・夕食を徐々に開始。食事回数や量の変化を本人・妻が伝えてくださる。訪問歯科にて、嚥下内視鏡検査（VE）を実施。食事内容によって、注意すれば制限なく食べることができるようになる。

5か月後

3食経口摂取へ移行。胃ろう抜管。食事のスピードが速くなっているとのことで、妻が適宜声掛けをされている。食事前の準備手技の中止を試みるが、痰がからむことが増えたとのことで再開する。

6か月後

イベントの際に『食べたいと思うものは食べられたよ』とコメントあり、本人・妻ともに喜んでいる。欠かさず自主練習をされている。

7か月後

再度食事前の準備手技を中止し、問題なく経過される。常菜摂取も確立され、外食も楽しめる。訪問リハビリ（ST）終了。

Point!! 

入院中

入院中の主治医、担当スタッフ、本人と今後の方針の共有を図り、自主練習の手順についても確認することで、スムーズに訪問リハビリへ移行することができた。

3食経口摂取までの段階と、中止基準の共有

ステップアップにあたっての段階付けと、中止基準を共有することで、本人・家族がよく状態を観察してくださりスムーズに進めることができた。

妻の工夫と声かけ

妻は、調理法などを工夫され、食べやすい食事を提供されていた。
また、妻より声掛けがされており、安定した食事場面がつくられていた。

具体的な目標

イベントの際の食事や外食など食べたいものや食べたい場面が明確にあり、具体的な対応を検討できた。

事例
2

スモールステップで成功体験を重ねることで自信を育み、自分で見て買い物をしたいを叶えた事例

キーワード #目標設定 #スモールステップ #セルフマネジメント #趣味 #訪問リハビリ

退院後の気持ちの様々な葛藤と、思うようにいかない生活の中、対話の中で「自分の食事を自分で作りたい」という気持ちを伺った。自分で食事を作るまでの工程を共有し、実践に向け段階的に成功体験を重ね、継続的な意欲の向上を図った。

対象者

60代 / 女性 / 要介護3

- ・ひとり暮らし。
- ・元々は活動的であり、自転車に乗って遠方まで買い物に行っていた。脳梗塞と膝の手術や肩の痛みで、ひとりでの外出は困難になっていた。
- ・家族は施設入所を検討したが、金銭的な事情により、自宅退院を本人と決められた経緯がある。

総合的課題

退院後、自宅内の移動はひとりで何とかできるが、外出はままならない状態。

目標

ひとり暮らしではあるが、自分のことは自分で行って過ごしたい。

⇒退院後の生活の中でできる限り自立した生活をしたい。

Point!! 

入院中

リハビリでは屋外歩行を行っていたが、実際の外出は、ひとりでは行っていなかった。そのため、自宅でのひとり暮らしの環境を見直し、整えることから支援を開始した。

本人の思い

病気になってから、ひとり暮らしの生活に不安が大きい。

本人の困りごと

入院前の状態と体調が変化。退院後、リウマチの疾患も見つかった。

痛みと寒さで活動低下

膝や肩の痛み、寒さにより、屋外歩行の意欲が低下。

意欲の引き出し

自宅周辺の地図と歩く距離が見える化し、目的のスーパーまでの距離を確認。段階を考えながら、徐々に距離を伸ばした。

1か月後

年末に退院。日曜日以外、毎日何かしらの支援（訪問介護、通所など）のある生活に戸惑いながら、自分で料理を作る意欲をもって過ごされる。

3か月後

訪問リハビリ利用時以外は、ひとりでは全く出掛けられない状態。家の中では折り紙を使った制作を楽しんでいる。また、意欲的に料理されている。「自分で見て、買い物したい」と希望が聞かれる。

4か月後

受診の結果、膝や肩の痛みの原因は関節リウマチとの診断。体調に合わせて、家の中の生活動作は何とか自分で行えている。痛みもあり、自発的な散歩は行っていない。

5か月後

訪問リハビリにて、歩行器を用いて屋外歩行練習を行い、徐々に歩行距離が延びる。関節リウマチの治療も継続しながら、体調維持も目標のひとつとされている。

8か月後

訪問リハビリにて、目標であった近所のスーパーに行くことができ、買い物をすることもできた。これからは近所の自治会館にひとりで行って、催しや活動に参加できることを目標とし、今後の楽しみとして取り組まれている。

事例

3

筋力アップからお遍路へ！～感謝の完歩～

キーワード

#親族・家族 #意欲・精神面 #介護保険サービスの卒業 #通所介護
#地域包括支援センター

家族の想う気持ちと、本人の生きがいの再獲得への強い気持ちを引き出し、目標設定を行った。支援者と家族が本人の変化を共有し、意欲の向上を図り、元気を取り戻すことができた。

対象者

80代 / 女性 / 事業対象者

- ・ひとり暮らし
- ・旅行が趣味で日本各地を飛び回るアクティブな日々を過ごされていた。
- ・旅行中に転倒して鎖骨骨折で入院。退院後も転倒が怖くなり、外に出なくなった。

総合的課題

気持ちの落ち込み。
退院後からの引きこもりで筋力・体力低下。

目標

筋力を向上し、また旅行に行きたい。
⇒ 生きがいの再獲得

1
か月後

普段の生活は自立しているが、自宅に引きこもってしまい覇気がない様子を心配した家族が、地域包括支援センターに相談。また明るく元気に活動することを目的に、通所介護を開始。

3
か月後

通所介護を利用開始したときには筋力の低下やふらつきがみられた。運動の負荷・回数は軽めに行い、身体を慣らしながら利用を継続された。徐々に、利用中に他の利用者とのコミュニケーションを取るようになり、自宅での自主トレーニングも定着された。

10
か月後

運動機会を持つことで、筋力や体力が改善。杖歩行から独歩に変わり、散歩や買い物ができるようになった。本人は状態の改善を自覚され、自信を取り戻した。

1
年半後

秩父のお遍路巡りを行い、健康祈願と施設への感謝と発展を祈願し卒業を発表。「他の方に柁を譲ります」との言葉を残し卒業され、転倒以前のように旅行を楽しめる日々を過ごされている。



Point!!

地域包括支援センターへの相談

本人の様子を心配した娘が、地域包括支援センターに相談。

本人との対話

「転倒が怖くて外を歩けない…。運動すれば筋力・体力はつくの？」という戸惑いの声があった。

コミュニケーション

通所介護を利用することで他者との会話をする機会が増えた。性格が以前の明るい状態に戻ってきた。

スタッフからの助言

機能訓練指導員による日常生活に合わせた運動を行うことにより、快適な生活を想像しやすく目標を具体的に立てることができた。

通所がゴールではない

自身の目標であった旅行ができるようになったことで卒業となった。その後はご自宅で自主トレーニングを行うことになった。

事例
4

痛みへの対処法を身につける支援により、自己効力感を高め病人（心身的）から脱却できた事例

キーワード #意欲・精神面 #介護サービスの卒業 #医師 #セルフマネジメント #自宅でのトレーニング #外来リハビリ

膝痛により活動量は低下していたが、外来リハビリを通じて原因を理解し、姿勢や動作の改善、筋力強化に取り組んだ。痛みへの対処法を身につけたことで不安が軽減し、自己効力感と活動意欲が高まった。

対象者

60代 / 男性

- ・会社員
- ・誘因なく膝の痛みを覚え、整形外科を受診。
- ・通勤時の歩行が苦痛。連続した運動ができないことをストレスに感じていた。

総合的課題 膝の痛みのため、通勤に支障あり。活動量も低下。

目標 疼痛の軽減と再発予防。

⇒ 疼痛恐怖心に対するセルフケア

1 か月後 整形外科医の診察の結果、骨関節系に大きな異常はなく、外来リハビリでの運動療法の処方が出た。理学療法では膝に負担をかけている姿勢・動作について評価、痛みの原因について共有した。

3 か月後 姿勢や動作を自ら修正する運動を継続し、併せて膝関節周囲の筋力強化にも取り組んだ。その結果、疼痛は軽減し、再発もなく経過した。原因を理解し、適切に対処できたことで不安が軽減し、活動量も以前より増加した状態で、外来リハビリは終了となった。

Point!!

心理的不安から受診

どうして痛みが出たのかという疑問は、今後さらにひどくなるのかという不安を引き出す。様子を見ることの恐怖心が受診を促す。

原因の理解による安心感の獲得

痛みの原因に対し、理解できることで、さらなる悪化への不安感は軽減する。

症状改善が自信へ

痛みが出た際、改善させる術を身につけることが自己効力感を高める。

事例
5

障害のある息子においしいものを食べさせたい 気持ちが、自身の社会参加にもつながった事例

キーワード #家族・親族 #趣味 #地域との交流 #地域包括支援センター

当初の本人の願いは、「息子を喜ばせたい」「料理のレパートリーを増やしたい」というものであった。料理教室に通い交流を重ねる中で、息子だけでなく、自身の喜びや社会参加にも繋がることのできた。

対象者

70代 / 男性

- ・「男の料理教室」の受講者。
- ・障害のある息子に毎食、食事を作っている。

総合的課題

食事メニューのマンネリ化。
息子が喜ぶ食事メニューが少ない。

目標

男の料理教室に参加し、作れるメニューが増え、息子が喜んでくれること。

⇒ 料理を通して家族との交流を深め、
生活の楽しみを広げる

1
か月後

障害のある息子に毎食食事を作っているが、メニューがマンネリ化している。息子が喜ぶメニューを覚えたいという理由から、地域包括支援センターの誘いを受けて、「男の料理教室」に参加される。

3
か月後

料理の写真を撮ったり、「ちょっとした盛り付けのコツを覚えたい」と発言されるなど、積極的に料理教室に参加した。質問時間では野菜の特徴を熱心に質問するようになり、参加者との交流も増加。

5
か月後

教室の回を重ねるごとに、息子が喜んでいてくれること・褒めてくれていることを、参加者に話すことが増えていった。料理を楽しくされていることが感じられた。

6
か月後

地域包括支援センターのスタッフとの関わりがきっかけで、いもっこ体操や地域活動などに参加し、自分自身のコミュニティを広げていくことができた。

Point!!

本人の思いを聴取

障害のある息子に料理を通じて喜んでもらえることを目標に、関わりを開始することができた。

現状の把握

普段どんなものを作っているのか、どんなものを食べることができるのかを聴取して、現状の共有を図った。

活動の成果が目に見える形で現れる

息子が褒めてくれることや参加者との交流を通じて、料理が楽しいと感じ、充実感が増している様子が見受けられた。

地域活動への橋渡し

教室を通して、息子のためだけでなく自分自身の社会的交流にも寄与した活動となった。

事例

6

念願の墓参り ～具体的な目標設定から意識の変化～

キーワード

#家族・親族 #目標設定 #セルフマネジメント #通所リハビリ #福祉用具
#ケアマネジャー

転倒を繰り返していたが、具体的な生活目標を立てたことでリハビリへの意識が変化し、転倒しなくなった。自信がついたことで外出への不安が和らぎ、行動への意欲も高まった。

対象者

80代 / 男性 / 要介護2

- ・妻、息子と3人暮らし。
- ・長年、自動車修理工場を営んでいたが、現在は息子が引き継いでいる。
- ・脳梗塞の後遺症で左片麻痺が残存しており、転倒を繰り返している。

総合的課題 具体的な生活目標もなく、外出の機会が少ない。

目標 弟が数年前に他界してしまった。何十年も行っていない墓参りがしたい。

⇒ 念願の墓参りを実現する

1週間後

自宅で転倒されたタイミングで、通所リハビリの利用目的を話し合う。後日、自宅にて担当者会議を開催（通所リハビリPT・福祉用具相談員・ケアマネジャー参加）。墓参りを目標とし、関係者のみで寺までの道のり、墓の場所を確認。実現に向けて、課題を確認する。

1か月後

墓場までの道のりを想定し、通所リハビリの実施内容を検討。数か月後、通所リハビリの担当PTより、概ね合格との評価が出る。本人と墓参りのスケジュールを決め、家族と日程の調整をしていただく。

2か月後

娘、担当PT、福祉用具相談員が同行し、セニアカーに乗って寺まで移動。寺から墓場までは石畳、不整地がある為、1本杖で移動。外柵に捕まりながら墓前まで行き、線香をあげる事ができた。

3か月後

夏場は暑さの影響で外出が難しく、予定していた2度目の墓参りは実施できていないが、「もういつでも行けるから大丈夫」と前向きな発言が聞かれた。

4か月後

通所リハビリへ行く目的意識が変化し、目標に向けての機能訓練や自宅での取組を行う事で転倒をすることがなくなった。目標の再設定をケアマネジャーと検討している。

Point!! 

転倒

転倒を機に、リハビリを実施する意義を改めてケアマネジャーと話し合った。

目標の設定

亡くなった弟の墓参りさえできていない寂しさ。「自分も墓前で手を合わせたい」という具体的な目標を設定。

課題に向けて

本人の課題に合わせたリハビリの実施。本人の意欲を引き出せた。

目標の実現

本人が娘に対して、墓前で先祖代々の説明を一生懸命話す姿が印象的！

意識の変化

目標達成できた事が自信に繋がった。リハビリへの意識が変わった事で取り組む姿勢にも変化があり、転倒することがなくなった。

事例
7

閉じこもりからの脱却～母の笑顔が見たい～

キーワード #親族・家族 #セルフマネジメント #趣味 #自宅でのトレーニング #通所介護

本人の不安な気持ちと娘の思いを受け止め、本人の「○○したい」気持ちを引き出す支援により、閉じこもり生活から抜け出すことができた。介護保険サービス利用日以外の日常でのセルフマネジメントにも繋がった。

対象者

80代 / 女性

- ・ひとり暮らし
- ・夫の他界をきっかけに、引きこもりがちな生活となる。夫が健在であった頃は、スポーツ観戦や食べ歩きなどの趣味を楽しみ、外出の機会も多かった。

総合的課題 精神的に落ち込み、人前に出るのが嫌になり家に閉じこもる生活を送っていた。

目標 外出できるようになる。
閉じこもり生活から抜け出せる。

⇒社会参加への第一歩

1か月後 通所介護の見学を娘が申し込む。当日、娘より「母が見学を拒否しているため伺えない」との連絡あり。そのため、サービスについて自宅訪問による説明を提案したところ、承諾を得る。

3か月後 自宅訪問の際、本人から「近所で通所介護に通っている方から、つまらないし行かない方がよいといった悪い印象を聞いた」との話が聞かれた。利用の有無に関わらず施設見学を試みないか提案をし、承諾を得た。

4か月後 娘と一緒に見学。他の利用者の様子を見て、イメージと異なっていたため、本人、娘ともに驚かれていた。本人から「私も頑張らないといけないうね」と前向きな発言があり、利用が決まった。

5か月後 娘は「まさか母がこんなに前向きになるとは思わなかった」と話された。

8か月後 利用当初は戸惑いや不安が見られていたが、利用回数が増えていくにつれ、笑顔が増え積極的にトレーニングに取り組み、自ら他の利用者とのコミュニケーションを図る姿も見られるようになり、「リハビリが楽しい」との発言が多くなった。自宅でもできる運動や趣味活動を実施されている。

Point!!

自宅訪問の提案

施設見学の断りの連絡が来た際に、そのまま拒否を受け入れるのではなく、家族の思いに寄り添う行動の提案ができた。

本人との会話

本人が通所介護の利用を不安に思っていることを確認した。

本人の意欲を引き出す

実際に取り組んでいる利用者を見ることで、私も同じようになれるかもしれないという希望を持つことができた。

かわり方

前向きな声かけや、利用に慣れるまで他の利用者とのコミュニケーションを図れるよう橋渡しを実施。

行動変容へ

他の利用者との交流をはじめとして、社会との接点を持つことで、精神的に前向きとなり、行動変容につながった。

事例
8

本人の思いに寄り添って ～地域へつながる一歩とともに～

キーワード #目標設定 #親族・家族 #地域との交流 #趣味 #スモールステップ #セルフマネジメント
#自宅でのトレーニング #通所介護 #福祉用具

本人の「歩きたい」という思いを出発点に、段階的な支援とポジティブな声掛けを重ねたことで、身体機能の向上だけでなく「外出への意欲」や「地域へつながり」を取り戻すことができた。

対象者

80代 / 女性

- ・夫とふたり暮らし
- ・尻もちをつき、腰椎圧迫骨折。その後、脊柱管狭窄症の診断を受ける。
- ・怪我をしてから外出するのが億劫になり、自宅内での生活が中心となる。

総合的課題

病状的（圧迫骨折、脊柱管狭窄症）に杖での長距離歩行が難しい

目標

『自宅から地域交流センターまで約750mを杖で歩けるようになりたい』
⇒ 地域活動への参加

1か月後

杖での外出を見越して、T字杖を準備される。しかし、杖での外出にはまだ不安があり、シルバーカーで夫と地域交流センターまで歩くことに挑戦される。外出が億劫だった本人から「外出するのが楽しみになってきた」との発言があり、気持ちに変化が見えはじめた。

3か月後

体力測定の結果、改善が確認された。表情が明るくなり、姿勢や歩行も自信に満ちあふれていた。家族からも褒められ、更にモチベーションが高まった様子が見られた。

4か月後

地域交流センターまで歩くことに挑戦され、夫の見守りのもと、杖歩行で地域交流センターまで行くことができた。たどり着くことができたという成功体験が、更なる自信につながる様子が見られた。

5か月後

意を決して、夫の見守りなしで、杖歩行にて地域交流センターまで歩くことに挑戦された。ゆっくりではあったが、無事にたどり着くことができ、これまでの努力が実を結んだことを実感されていた。

8か月後

地域交流センターまで杖を使うことなく歩けるようになり、体操や散歩が日課となられた。行動範囲も広がり、自宅から約1km先のかかりつけの皮膚科へも、徒歩で通院できるようになった。「次は温泉旅行に行きたい」と新たな目標に向けて意欲を見せている。

Point!!

本人との対話

「自宅から地域交流センターまで歩けるようになりたい」という前向きな思いを聞くことができた。この思いを実現させるための支援計画を立案した。

家族の声

息子から「以前に比べて姿勢が良く、若々しくなったね!」「歩幅も広くなったね!」と褒められた。

意欲の向上

3か月の利用を通じて、体力測定の結果が大きく改善。成果を実感したことで「次はもっと頑張りたい!」と意欲が高まった。

成功体験の積み重ね

家族の協力を得ながら「できない」から「できる」、「できる」から「できた」に変化した。

事例
9

心身の把握により、本人の運動意欲をさらに高め、行動範囲が広がった事例

キーワード #家族・親族 #目標設定 #趣味 #スモールステップ #セルフマネジメント #通所介護

体力やバランスの低下により外出に不安を感じていたが、支援者が目標及び本人の変化を共有し、意欲を高める働きかけを積極的に行った。本人のやりたいことが実現し、自己効力感が高まり、行動範囲の拡大にもつながった。

対象者

90代 / 男性 / 要支援2

- ・家族と一緒にいろいろな所へ旅行に出かけることが好き。運動意欲はとても高い。
- ・手術を受ける。身の回りのことはできるが、杖歩行で200mほどしか歩けず。外出が少ない。通所介護（半日型）の利用を週2回開始。

総合的課題

入院後で体力が低下し、バランス能力の低下がみられ、外出にも不安がある。病状や年齢的に運動負荷の設定が難しい。

目標

歩行が自立し、再び旅行に行けるようになる。
⇒ 意欲の維持、身体機能の向上

1
か月後

運動意欲がとても高く、本人と身体の状態を確認しながら話し合い、アセスメントの中で運動負荷・回数の調整を実施。通所介護として、低負荷・高頻度の運動が適していることと判断する。

2
か月後

自宅でのトレーニングを継続的に行い、日常生活の活動量が徐々に増え、近くのスーパー（片道500m）に歩行器具歩行で買い物に行くことができる。

4
か月後

筋力・体力が向上する。家族と富山県に行き、黒部ダムでの放水などを楽しまれた。疲れを感じることなく旅行を終えることができた。

5
か月後

血圧の変動等もあったが、家族とともに北海道旅行を楽しまれた。通所介護では運動に励まれていた。

6
か月後

活動量がさらに増え、市役所（片道4km）までバスと徒歩で行けるようになった。その姿にスタッフ、家族ともに驚いた。また、体力測定では、継続的に大きな改善がみられた。

Point!!

利用初期

手術後で体力の回復が必要な時期であったが、今後のやりがいについて話を伺う中で、「旅行に行きたい」という気持ちを聞くことができた。その思いをもとに、今後の目標を具体的に設定することができた。

本人との対話

今までに行った旅行先や今後行きたい場所などを聞き、意欲を高めていった。

運動負荷の設定

身体評価を基に、トレーニングの運動負荷・回数の設定をしつつ、2週間ごとに運動負荷の調整を行った。

身体→心と強くなる

体力低下で外出への不安があったが、身体機能の向上により、精神的にも安心して外出するようになる。

家族の支援

家族も、本人の気持ちを尊重されており、旅行へは必ず同行している。

事例
10

「復職したい」の言葉に隠された言葉にできない不安を探求していく

キーワード #目標設定 #復職 #セルフマネジメント #意欲・精神面 #通所リハビリ #ケアマネジャー

支援者は「仕事内容の明確化」、本人は「身体を理解」を深め双方がマッチする事で言語化の解像度が高まった。その結果、雇用元がはっきりと答えを出せる形で働き方を提案をする事につながった。

対象者

50代 / 女性 / 要支援2

- ・スーパーに勤務。
- ・関節リウマチ、脊柱管狭窄症の悪化により休職。
- ・仕事復帰を目標に通所リハビリ（半日型）を利用。

総合的課題

立位時間が延びると下肢に痺れが生じる。屈む、運搬業務で腰痛が生じる。

目標

契約時、ケアプラン目標に「復職」と記載。担当者会議で目標設定の再確認をする。

⇒ 復職に向けた心身機能の向上と目標の再確認を図る。

1か月後

本人から「元の職場に戻りたいとケアマネジャーに話したが、不安要素までは上手く伝えられなかった」との話あり。まずは、仕事内容を整理し何が悪化を招くのかを明確にした。

3か月後

整理していく中で、少しずつ本人の中で自身の身体への理解が深まり、「できる事、やらない方がよいこと」の判別をつけることができるようになっていけた。機能改善に向けたアプローチ、セルフマネジメントも同時進行で実施し、できる事の幅を少しずつ広げていった。

4か月後

整理したことで、自分で「続けられる働き方」を見出し、雇用元へ提示する事ができた。答えは「その働き方では難しい」という内容だった。

5か月後

落ち込むことなく、次の仕事を探されていた。「セルフレジで比較的軽い物を扱うようなお店だといいいかな」など、自ら提案をできるようになった。

Point!! 

契約時の目標

ケアマネジャーから「復職が目標です」と伺う。本人は「はい」と答える。そのときの様子から病状と仕事内容に不安があるのではないかと推察。

初回利用

復職が目標ではあるが、元の職場に戻れるかは不安と伺う。

仕事内容

重い物の品出しやレジ打ちなど身体の負担が大きい事が明らかになっていった。

雇用元との面談

はじめは腫れ物を扱うような雰囲気だったが可・不可を明確に提示したことではっきりとした答えをもらうことができた。

痛みの改善

自分の身体への理解が深まり痛む範囲、痛むタイミングを知り、自信をもって動く事ができた。

事例

11

本人の話を興味深く聴く支援により、 本人の心が安定して、行動範囲が広がった事例

キーワード #目標設定 #意欲・精神面 #訪問介護 #ケアマネジャー

支援者への不満に向いていた本人の視点が、困ったこと・やりたいことを周囲に伝え、できる方法がないかを模索する方へと視点が変わり、受援力が加わったことで、本来持っている強さ（自立心）がさらに高まった。

対象者

80代 / 女性 / 要介護2

- ・ひとり暮らし
- ・利き手を骨折し、日常生活に必要な家事や身の回りのことができず日常生活が困難になる。
- ・上記のため、訪問介護の利用を開始。

総合的課題 骨折により、ひとり暮らしが成立しない。

目標 部分的な援助を受けながら、ひとり暮らしを継続できる。
⇒ 訪問介護と支援内容のすり合わせ

1か月後

利用開始後、支援を受ける中で本人と訪問介護では家事のやり方が違うこと等を理由に、利用開始後に不満が爆発。ケアマネジャーが訪問。再度、本人ができること、できないこと（困っていること）を整理。

2か月後

1日のスケジュールを確認し、サービスの調整を検討。併せて、本人の成育歴、生活歴、人生観、価値観等を伺った結果、料理を生きがいにされていることが分かった。

3か月後

本人がもう一度作りたいと念願している料理があるものの、新機種の電化製品の使い方が分からず諦めていたことが分かった。生きがい支援として、訪問介護事業所に相談をし、新機種の電化製品の使い方の支援につながった。

Point!! 

思いを傾聴

自分のスタイルと同等の支援希望あり。支援とのギャップについて、そのままにせず傾聴し、改善を図った。

自分でできること

全てをしてもらうのではなく自分でできることは行い、「今、自分が困っていること」を明確にし、支援の内容を整理した。

価値観の理解

利用者ではなく、一個人としての価値観を知ること、大切に思っていることを共感し、次の支援のヒントを得ることができた。

事例
12

「自宅で生活したい」本人の思いに寄り添い、可能な限り自宅での生活を維持した事例

キーワード

#支え合い #趣味 #多職種 #家族・親族 #医師 #訪問介護 #サービス付き高齢者住宅
#ケアマネジャー #福祉用具 #清掃業者

本人の意思を尊重しながら、本人が今まで培った地域との繋がりを大事にしつつ、地域包括ケアシステムを意識して支援をしたことで、少しでも長く自宅での生活を送ることができた。

対象者

90代 / 男性 / 要支援1

- ・ひとり暮らし
- ・変形性腰椎症、多発性脳梗塞

総合的課題

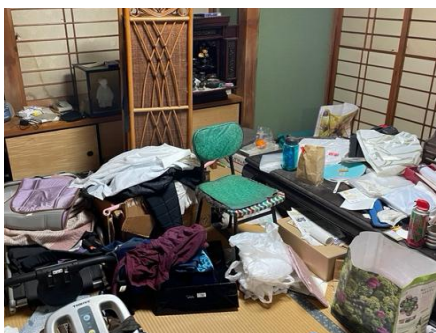
自宅内の衛生環境が保たれない。
歩行が不安定にて自宅内の移動が困難。
熱中症で救急搬送をくりかえす。

目標

転倒することなく過ごすことができる。
⇒ 生活環境を整える

1か月後

「足腰が悪くなり、生活の不安が出てきた」「通院している整形外科医から介護保険を申請するように言われた」「ときどき自宅に来てもらい、家の掃除をしてほしい」との希望が聞かれる。



3か月後

要介護等認定の申請をし、併せて、清掃業者に依頼し自宅内の清掃や家財整理を実施。趣味活動の仲間の見守りや、近隣住民の安否確認を得ながら、自宅での生活を継続される。

4か月後

要支援1の判定を受ける。週1回、掃除を中心とした訪問介護を利用開始。専門職の定期的な訪問で家事支援を受けることができ、安心される。

5か月後

路上での転倒や熱中症による救急搬送を繰り返す。本人と相談し、訪問介護の利用頻度を週2回へ増やし、自宅内の環境を整える。

8か月後

ケアマネジャーが調整し、県外に住む甥が支援を担うこととなった。本人・甥と相談の上、自宅でのひとり暮らしは困難と判断。ショートステイを経て、本人の故郷にあるサービス付き高齢者向け住宅へ転居することとなった。本人は、故郷に戻れることや近隣に多くの親戚がいることから安心感を持ち、納得の上で決断された。

Point!!

自宅の環境整備

サービス利用開始前に自宅内の清掃を専門業者に依頼し、環境整備を実施。本人の行動意欲向上を図る。

医師との情報共有

主治医意見書を作成した医療機関の医師との情報共有を図り、介護保険を申請。

互助を実感できる

地域の見守りや協力、友人や趣味活動の仲間の力が得られる。

自宅での生活を継続

多様な支援により、可能な限り自宅での生活を維持し、納得いくまで住み慣れた環境で過ごすことができた。

事例

13

私ができるインフォーマル「米ニケーション」

キーワード #親族・家族 #支え合い #趣味 #多職種 #お得意さん

サービスや地域資源の活用が難しい状態から、本人が日頃から大切にしていることをきっかけに、関係者が同じ方向を向いて前向きに取り組み、本人を見守りながら主体的な活動につながった。

対象者

70代 / 男性 / 要介護2

- ・妻とふたり暮らし
- ・工務店を退職後は、米作り中心の生活
- ・トラクター運転が得意で、畑を耕す役割を担っていた。
- ・ステージ4の肺がんを患い、入退院を繰り返す生活。本人は米作りを希望されるが、身の回りのことがやっとの状態。

総合的課題 病状的に、地域の多様な資源の活用が難しい

目標 支援方法が限られる中で、本人の「望む暮らし」である、米作りに携わることができる
⇒ 米作りにおける役割の再獲得

1か月後

入院中に、本人が稲の種を購入しており、米作りに対する想い・意欲が伺える。妻を説得し、米作りに携わることに了承を得る。

3か月後

息子がトラクターの運転免許を取得。お得意さんから米の値上げの話もらったが、「価格は据え置きとする代わりに、本人とお話しいただけないか」と相談し、快諾を得た。その後、お得意さんが複数名で来訪されるようになり、本人のコミュニケーション機会が増えた。

4か月後

米の種まきを家族総出で実施。本人は、現場監督として立ち会う。種まき後は、家族でお茶のみを実施。

5か月後

自らトラクターを運転し、畑を耕す。地域包括支援センターのリハビリテーション専門職の同行訪問にて、前向きな気持ちとなる。作業着に着替えて、畑仕事の現場監督やトラクターの運転を実施するようになる。



8か月後

20歳の孫との外食を楽しみ、うなぎを1人前完食。毎朝5時の散歩が日課となる。近所の友人と公園の東屋で世間話をするようになる。

Point!!

入院中

本人が稲の種を購入したことを家族と共有し、それを家族も覚えていたことで、本人の想いをすくうヒントとなった。

本人との対話

米作りに反対していた妻と合意形成。本人と家族が同じ方向を向くことができた。

息子からの声掛け

「お父さん、若く見えるね！」

リハビリ専門職の訪問

体力測定で現状確認と生活への助言が、行動変容のきっかけとなった。

主体性の尊重

目標や役割・生きがいを再獲得できたことで、家族の指示がなくても自ら動き始める生活習慣となった。



事例

14

できる限り、ひとり暮らしを継続したい

キーワード #親族・家族 #支え合い #近隣住民

課題を整理したことで、本人・家族の理解を得ることができた。また、家族に対して、地域資源の活用例等を示し、本人の思いを尊重する形で理解を得た。家族全員が、特定の支援者に負担が集中しないよう工夫した。

対象者

90代 / 女性 / 要支援2

- ・ひとり暮らしだが、近隣に妹が在住。
- ・本人が、認知症のある妹のキーパーソンを務めている。
- ・犬の散歩を通じて近所の人たちと交流がある。
- ・高血圧や骨折の既往があり、体調に合わせて工夫しながら自立した生活を送っている。
- ・体調不良のため受診したところ、関節リウマチの診断。

総合的課題 関節リウマチと脊柱骨折による立位不安定な状態、歩行時間の減少による筋力低下

目標 ひとり暮らしを続けるためにフレイルの解消。
⇒立位での家事動作が継続できる程度の体力をつける

1か月後 家からゴミ捨て場に歩いて行けなくなり、隣家がゴミ捨てを代行してくれるようになる。親族にひとり暮らしを反対される不安で、誰にも体調不良のことを打ち明けることができない状態だった。

3か月後 隣家が掃除機かけや買い物支援、安否確認を続けてくれた。本人は生活支援サービスを知っていたが、自分では利用しなかった。

5か月後 毎週の受診にも付き添いが必要なまでに状態が悪化していることが分かった。姪から親族に対して、本人の思いを尊重し、「できる人がみんなまで助け合って支えていこう」と説得した。通所リハビリや生活支援の利用を開始。毎週の受診は親族が同行し、帰り道に買い物や銀行など、本人の済ませたい用事を済ませることになる。この時期、自家用車を廃車する。

8か月後 受診や通所リハビリの利用に加えて、近隣の見守りが継続されている。親族の送迎で他市に住む友人とランチをするなど外出頻度が増加。SNSで連絡するようになり、親族は本人の状況を確認しやすくなった。妹に言いづらい依頼は姪にするなど工夫していた。

Point!!

気が付いたきっかけ

姪に腰痛で墓参りできないと話したことから疾病、困りごと、フレイル状況にあることが発覚した。

家族への思い

9人姉弟の長女で独身のため妹たちに迷惑をかけたくないと思っていた。数年前に揉めてから、姉妹の関係が希薄になっていた。

妹への思い

妹が訪問サービスを多く利用するようになり、自分が手伝えることが減ってしまったことを悔やんでいた。

自分でやりたい

「3食自分で調理して食事していたので、食材も自分で選んで買いたい」「あと10年はこの家で暮らしたい」という思いを尊重し、身内で支えることを決める。

自家用車の廃車

70歳代で買った車で買い物や受診をしていた。皆が同行できる仕組みを作ったことで本人は安心して車を手放すことができた。

事例

15

退職後、住まいを中心とした生活への移行

キーワード #親族・家族 #地域との交流 #スポーツジム利用仲間 #近隣住民

元気なうちは自分が老いていくこと、孤立することに実感は湧きにくい。そのため、自ら情報を得る機会も少ない。情報を提供し、自ら考えること、行動に移したことを賞賛されたことで次の行動の動機付けとなった。

対象者

70代 / 男性

- ・妻とふたり暮らし。
- ・70歳代前半まで、都内で就業しており週末のみ地元で過ごす。
- ・地域での交流がなく、家庭内の交流が中心。

総合的課題 生きがい・役割の不足、孤立リスク

目標 地域での交流機会の確保、役割の創出
⇒ 他者交流を通じた心身の充実

4か月後
スポーツジムの集団体操に参加するようになってから、会話する相手ができ、体操後に一緒に会食をする機会が増えた。また、自宅での園芸を通して近隣住民との交流も広がっている。

7か月後
市内体育館のスポーツジムへ入会。まずはマシントレーニングなど個別トレーニングで継続。夫婦揃ってウォーキングへ出かけるようになった。

Point!! 

就業と退職後の落差

就業時は心身ともに充実していたが、退職後は生活リズムや交流の機会が減り、活動量が大きく低下しやすい環境であった。

動機を見出せるかが鍵

目標や動機がない中での生活は心身の活動量が低下し、本人の能力を不必要にさげしてしまう恐れがあった。

行動の承認・自己効力感

チャレンジしたことへの賞賛、他者交流によって得られた新たな経験が刺激になった。

事例

16

排泄の世話など、家族に負担をかけたくない

キーワード

#親族・家族 #人生会議(ACP) #娘 #病院スタッフ

本人の性格を踏まえ、どのような最期を迎えるかを検討しながら、「自分のことは自分で」という、本人の望みを尊重するケアにつなぐ事ができた。見送る家族側も、最期まで本人の尊厳を尊重する事ができた。

対象者

80代 / 女性

- ・ 持病の間質性肺炎が増悪し、入院。
- ・ 夫を看取った体験から、本人の望む最期を、家族で検討してきた。
- ・ 「自分のことは自分でしたい」
- ・ 「無理に生きたいとは思わない。お父さんのところにいくだけやから、死ぬのは怖くない。ダメだと思ったら、そのまま自然にしてほしい」

総合的課題 本人の望む最期の迎え方

目標 最期まで自分のできることは自分で行う
⇒ 本人の自己決定の尊重

1
か月後

病状・入院後の経過を継続的に共有し、遠方に住む長女の考えた思いについても、確認した。

2
か月後

病棟看護師からの「しんどいからおむつでも大丈夫ですよ」という声掛けにも「自分のことだから」と意識がなくなる直前まで、ポータブルトイレを使用し、意識がなくなった翌日早朝に最期を迎えた。

Point!!

元気なうちから

平時から、どのような最期を迎えたいのか、人生観や死生観を含め雑談のように話をしていた。その内容を姉妹間で共有し、遠方に住む長女と、本人の性格を含めて話し合い、方向性を共有した。

本人の性格

子どもが困るようなことがあったら、自分の事を捨てても、子どもの幸せを願う性格。欲がなく、辛抱強い。生前の父は、「お母さんのそばにいたら、苦しいことも、辛いことも全部吸い取ってくれるんや」と話していた。

家族の時間

本人の状態から最期が近いと感じ、遠方に住む長女とリモートで顔を見ながら話をした。最期が近づいていたときは、医療処置を中止してもらい、最期まで家族のみが本人のそばに付き添い、声を掛けながら見送ることができた。

未来を拓げる実例集 作成部会

(五十音順・敬称略)

阿久澤 直樹	公益社団法人 埼玉県理学療法士会
阿部 亘佑	地域密着型通所介護 きらめきリハビリデイサービス 機能訓練指導員
池田 貴裕	社会福祉法人 川越市社会福祉協議会 副所長
伊東 雅子	公益社団法人 埼玉県歯科衛生士会
大野 将人	社会福祉法人 川越市社会福祉協議会 第2層生活支援コーディネーター
河野 亜弓	特定非営利活動法人 小江戸川越ケアマネジャー協会 理事
北村 裕子	一般社団法人 埼玉県言語聴覚士会
渋谷 正弘	通所介護 さわやか小堤リハビリデイサービス 管理者
清水 克子	公益社団法人 埼玉県歯科衛生士会
神保 美穂	公益社団法人 埼玉県栄養士会
高梨 雅子	社会福祉法人 川越市社会福祉協議会 第1層生活支援コーディネーター
田口 明子	公益社団法人 埼玉県栄養士会
太古 裕一	小規模多機能型居宅介護 ミモザ川越清水
中間 浩一	認知症対応型共同介護事業所 園 管理者
早見 篤	地域密着型通所介護 リハビリデイサービス ぴーすふる 管理者
平田 樹伸	一般社団法人 埼玉県作業療法士会
藤原 綾乃	地域包括支援センターかすみ センター長
伏木 涼太	医療法人瑞穂会 介護老人保健施設 瑞穂の里 理学療法士
益子 政江	特定非営利活動法人 小江戸川越ケアマネジャー協会 代表理事
宮坂 悟史	地域密着型通所介護 きらめきリハビリデイサービス西川越 管理者兼生活相談員
村田 賢弘	地域包括支援センターにし センター長
望月 裕美	一般社団法人 川越市薬剤師会
矢口 雅之	特定非営利活動法人 小江戸川越ケアマネジャー協会 理事
山内 大輔	一般社団法人 川越市薬剤師会 会長
山崎 美由紀	公益社団法人 埼玉県栄養士会

企画・発行 川越市

〒350-8601 埼玉県川越市元町1-3-1

介護保険課

地域包括ケア推進課

制作

埼玉県地域リハビリテーション・ケア サポートセンター霞ヶ関南病院

(川越比企圏域担当)

《令和8年3月発行》

