

# 別紙 (課題10)

## 模擬地域ケア会議 シナリオモデル

居宅介護支援事業所からの相談事例をもとに開催された、一部、住民の参加もある「拡大版サービス担当者会議」のようなイメージの地域ケア会議を想定しました。

長岩 謹製

メンバー	南部地域包括支援センター	佐藤さん (司会・主任介護支援専門員)
	居宅介護支援事業所	小野さん (ケアプランセンターまゆまる)
	利用者の長女	落合さん
	町内会長	高橋さん
	民生委員	塩崎さん
	訪問介護事業所	浅田さん (サービス提供責任者)
	通所介護事業所	高梨さん (生活相談員)
	市役所	立松さん

包括支援	<p>本日はお忙しい中、地域ケア会議にご出席いただきありがとうございます。南部地域包括支援センターの主任介護支援専門員の佐藤です。</p> <p>今回、認知症があり要介護2の渡部（わたなべ）春子さんを支援しているケアプランセンターまゆまるの小野ケアマネジャーから、来月以降の渡部さんの支援方法について相談を受けました。</p> <p>お手元の「事例の概要」にありますように、利用者の渡部さんは、ご自身も要介護状態でありながら、要介護5の夫の介護をしてきました。これまで四日市に住む長女の落合さんが遠距離介護をすることで、ご夫婦の在宅生活が成り立ってきましたが、長女さんのご主人が体調を崩され、これまでのように頻繁に実家に来ることは難しくなりました。そこで、地域の方々のお力もお借りしながら、渡部さんの在宅生活を支える手立てを考えようと思い、本日、皆さんにお集まり頂いております。</p> <p>早速ですが、まずはメンバーの自己紹介から始めますので、順番に所属とお名前を言ってください。</p> <p style="text-align: center;">(順番に、役名と名前を言ってもらう)</p> <p>それでは、渡部さんの状況等について、担当ケアマネジャーの小野さんからご説明頂きます。なお、本日お配りしている資料のうち、渡部さんのお名前の入っているものは個人情報ですので、この会議が終わりましたら回収します。また、ここで話題となった渡部さんやご家族に関する情報は、プライバシーに関わるものですから不用意に口外しないようお願い致します。</p> <p>それでは、小野ケアマネジャー、お願いします。</p>
------	---

小野 ケアマネ	<p>小野です。よろしくお願いします。渡部さんの状況等は、お手元の「事例の概要」「週間サービス計画表」を参考にしてください。(説明は略す)</p> <p>この度、四日市に住む長女の落合さんが、今までのように来られなくなるということでケアプランの見直しを行いました。</p> <p>渡部さんは、現在、要介護2の認定を受けており、これまで通所介護をほぼ週2回利用され、娘さんがいない時には週3回の訪問介護を保険外利用も含めて併用し、生活してこられました。今後は、当面、通所介護を1回増やして週3回に、また訪問介護は夕方、毎日利用して頂くようにしたいと考えます。また、日曜日は午前も訪問する計画とさせて頂きました。</p>
地域包括	<p>ありがとうございます。訪問介護と通所介護での支援となっていますが、これまでの訪問介護利用時の様子はいかがでしたか？</p>
浅田 サービス 提供責任者	<p>はい。訪問介護事業所の浅田です。春子さんのお宅にはご主人の在宅介護が始まった約4年前からお邪魔しています。</p> <p>はじめの頃は春子さん自身もご主人のお世話ができましたので、私どもの訪問介護と高梨さんの所の通所介護でご主人の介護がやりくりできていたのですが、先ほどご紹介があった通り、昨年春以降にご主人の介護度が上がり、春子さんも介護疲れで体調を崩され、四日市から娘さんに泊まりに来て頂くようになりました。春子さんはそれほど身体介護が必要な状態にはないので、娘さんが来られた時には私どもがそう関わる必要がないものですから、事業所としてはご主人の介護を中心に行っていました。娘さんが帰られると、ご主人は短期入所に入っていることが多かったものですから、私どもはまたケアプランに沿って春子さんの支援をして参りました。</p> <p>今回、娘さんがこれまでのように来られないということになりましたので、改めて小野ケアマネジャーさんと春子さんのADL、IADLについて娘さんと一緒に確認しました。「今さら自分ではできない」と言っていた春子さんですが、調子の良い時にはトーストを焼いたり、電子レンジでおかずを温めることもでき、ポットのお湯でお茶を入れることもできることがわかりました。あまりできることを見つけると介護度が下がるような気がしますので、ちょっと申し上げにくいのですが……ただし、膝の痛みやめまいを訴えることがありますので……依然として心配はあります。</p> <p>また、失礼ながら、認知症……春子さんの場合は、認識力、判断力、推理力はあるのですが、記憶力というか……やはりすぐに忘れてしまうという感じですので、心配なところは多々あります。</p> <p>でも、当面、食事の準備はある程度、ご自分で出来ることがわかったので、訪問介護では、生活援助全般と春子さんが薬を飲んだかどうかの確認をしたいと思います。</p>

地域包括	なるほど、ケアマネジャーの小野さんとIADLなどを再評価して頂いたことを元に、計画を見直して下さったわけですね。 今、浅田さんから認識力、判断力、推理力はあるのですが、記憶力が云々（うんぬん）という話がありました。長女の落合さんは主治医からどのようにお聞きですか？
長女 落合さん	はい。お世話になります。長女の落合です。よろしく申し上げます。 主治医というか、今は第一病院に行っているのですが、診断としてはアルツハイマー病で、海馬の委縮が目立つとは言われました。身内なので、どうしても昔と比較してしまい情けなくなることが多いのですが、ケアマネジャーの小野さんや訪問介護の浅田さんと一緒にアセスメントというのに参加して、母が自分でできることは、まだ結構あるなぁとは思いました。
地域包括	ありがとうございます。高梨さん…これまで通所介護での様子はいかがでしたか？
通所介護 高梨相談員	通所介護事業所の高梨です。通所介護では一通りのメニューを提供し、参加して頂いていますが、あまり集団の中には入りたくないという思いがあるように感じています。レクリエーションをはじめ、通所介護では、どうしても集団で行動して頂くプログラムが多いので、性格的に馴染みにくいのかもしれません。 私どもとしては、これまでのように娘さんが来られないとなると、お迎えに行った時に準備ができていないのか、朝の訪問介護等で準備のための支援はして頂けないものかという点がやや気になります。
地域包括	通所介護の高梨さんが懸念されている点については、小野さんいかがですか？
小野 ケアマネ	その点については、訪問介護が毎夕入りますので、前日に翌日の準備をし、春子さんに、翌日、通所介護に行くことについての確認、念押し、準備の促しをして頂くように、訪問介護の浅田さんと調整しました。
地域包括	高梨さん、いかがですか？
通所介護 高梨相談員	わかりました。私ども通所介護としては、送迎時に準備ができていないと困るものですから、もし不都合があったら、その時に改めてご相談させていただきます。
地域包括	ところで、先ほど通所介護では、集団プログラムに馴染めないようだとの話がありましたが、落合さんはお母様から何かお聞きになっていますか？
長女 落合	はい……。お世話になっていながら、大変申し上げにくいのですが……。母は思いのほか、プライドが高いところがあり、もともと人から指示をされたりするのを嫌がります。また、昔からそれほど社交的なほうではありませんでした。
通所介護 高梨相談員	そうですか。言いにくいかもしれませんが、落合さんの方で、お母様から私どもへのご不満などお聞きになっていましたら、この際、是非、仰って（おっしゃって）頂けませんか？

長女 落合	はい。（戸惑いながら）……。以前、「幼稚園みたいなのは嫌だ…」って言ったことはあります……。
地域包括	落合さん、言いにくいことを、ありがとうございます。 高梨さんとしては、いかがですか？
通所介護 高梨相談員	ありがとうございます。ご不満を抱きながらご利用頂くことは、大変心苦しいです。私どもが気づかずに、結果的に参加を強要してしまっている面があるかもしれません。無理に集団プログラムにご参加頂くことは、しないようにしたいと思います。 ただ、1日に20人以上の利用者がお見えになるものですから、なかなか個別にはご対応できない面があります。関わり方については、引き続き考えさせていただきます。
長女 落合	すみません。よろしく申し上げます。
地域包括	ところで、以前は、木曜会という地域の会合に参加していたとお聞きしていますが、これについて少し話題にさせてください。町内会長さん、何かご存知ですか？
町内会長 高橋	町内会長です。私が直接関わっているわけではありませんが、昔の無尽講（むじんこう）の流れで気の合う仲間がご飯やお菓子などを持ち寄ってやっている集まりだと思えます。今風に言えば、まあ「女子会」みたいなものかと思えます。
地域包括	なるほど。落合さんは木曜会については、何かお聞きになっていますか？
長女 落合	はい。「また、木曜会に行きたい」と独り言のように言うのは、何度か聞いています。参加者も、ほぼ同年代の方で、皆さん歳はとってはいるようですが、母の親しい人が多いようです。父が入所することで、父の介護からは解放されるので、また行かせてあげられればと思います。でも、認知症の症状が出て、皆さんに迷惑をかけることがないか……。心配です。
地域包括	小野さん、木曜会への参加を、インフォーマルな支援として加えてみることはいかがですか？
小野 ケアマネ	ちょっと念頭になかったのですが、お聞きしていると潜在的にご本人の意向があり生活の質の向上にも繋がるもののように思いますので、検討に値すると思えます。
地域包括	ありがとうございます。インフォーマルな支援の一つとして、ここでも検討してみたいと思います。 ケアプランから他に話題が移ってきていますので、先ほど小野さんからご提示があったケアプランの見直しについては皆さんにご承知頂いた上で、ここからは春子さんについての地域支援の可能性について取り上げていきたいと思えます。 今、話題に上った木曜会への参加については、もちろん、改めてのご本人の意向を確認することが大前提ですが、皆さん、どのようにすれば参加できると思えますか。

民生委員 塩崎	いいですか。民生委員の塩崎です。幸い、私が木曜会のリーダーをしている細川さんを知っていますので、私から春子さんの現況と受け入れについて相談してみたいと思います。でも、認知症のことについては、どう言えば良いでしょうか？
地域包括	「どう言えば良いでしょうか？」というのは、民生委員さんとしては、①春子さんのプライバシーの問題を気にされているということと、②リーダーの理解を得るためにはどのような話し方をすればいいか、教えて欲しいということですね。
民生委員	ええ。そうです。
地域包括	とても、大事なことですね。 落合さん、お母様のプライバシーに関わる場所ですが、いかがですか？
長女 落合	はい。そうですね……。正直なところを言えば、認知症のことは黙っておいて頂くわけにはいかないでしょうか……。それでは、マズイとのことでしたら、母が受け入れられるようなかたちでご説明を頂けるとありがたいと思っています。 もし、認知症ということで仲間外れにされたり、受け入れられないような場合は、母が傷つくことになりますので……。無理せずに、諦めようと思います。
地域包括	では、民生委員の塩崎さんには、大変お骨折り頂きますが、どうか木曜会のリーダーの細川さんに丁寧にお話ししてみてくださいませようお願いします。
民生委員 塩崎	わかりました。やってみます。私、去年、福祉センターで認知症サポーターなんやら講座を受けました。その時、勉強したことが生かせれば良いなと思います。でも不安もあるので、また色々教えてください。
地域包括	わかりました。よろしく申し上げます。 さて、今回、渡部さんの事例を出させて頂くにあたって、ケアマネジャーの小野さんを通じて長女の落合さんからあらかじめ心配な事をいくつかあげて頂いたのですが、その中で、①定期受診のこと、②戸締りのこと、③ごみ出しのことがあがっていました。残りの時間で、この3点を取り上げたいと思います。落合さんから改めてお話し頂けますか？
長女 落合	はい。心配なことは沢山ありますが、今、包括さんからご紹介頂いた3つが最も気がかりです。①受診については、今は第一病院に行っていますが、今後、付添などができなくなりますので、できれば往診などして頂ける先生をご紹介頂けないかと思っています。②戸締りの件は、何せ認知症がありますから……。③ごみ出しについても、これまで、私が来た時にまとめて出していましたので、これからはどうしたものかと思っています。
地域包括	なるほど。わかりました。 この3点について、小野さんの方では、どのようにお考えですか？

小野 ケアマネ	はい。①受診については、今のところ、月1回ですので、落合さん以外のごきょうだいで交代してとも思ったのですが、やはり皆さん、お住まいがご遠方ですので、無理があります。したがって、この際、在宅療養支援診療所の先生などをお願いしてはどうかと考えています。②戸締りについては、ご承知の通り、介護保険ではなかなか対応が難しいのです。今後、訪問介護に伺った際に施錠されていて家に入れられないということも考えられるかと危惧しています。③ごみ出しについては、訪問介護で少し援助してもらいたいと考えていますが、介護保険サービスだけで完結しないことも大切かと思っています。
民生委員 塩崎	度々口出ししてすみません。民生委員です。ごみの話ですが、私が関わっている一人暮らしの人で、市の「何とか回収」の対象になっている人がいますが、それを利用すれば少し助かるように思いますが……。該当しませんか？
地域包括	塩崎さんが言うのは、ごみステーションまで持っていくことが困難な人が自宅前に置いて良いという、市の「こまやか回収」のことですね。要介護2なので対象になると思いますが、市役所の方、いかがですか？
市役所 立松	はい。要介護2は対象になりますが、渡部さんの場合、近隣の協力が望めないから仕方がないのか、あるいは、頑張ってお自身でごみ出しをしてもらうことにADLや自立を高める意味があるか考えるのか、このあたりは、どうでしょうか。例えば町内会長さん、いかがですか？
町内会長 高橋	うーん。町内で協力できる可能性がないわけではないような気もしますが……。ここで私の一存でお返事するわけにはいきませんので……。ちょっと……。
地域包括	町内会長さん、お気遣いありがとうございます。 もし、町内会の会合でお諮（はか）り頂けるようでしたら是非お願いしたいと思えます。落合さんのご了解を得た上で、私か小野さんが同席して、春子さんの状況をお話しさせて頂いても構いません。小野さん、よろしいですね。
小野 ケアマネ	はい。基本的に訪問介護でも対応するつもりですが、ご近所の協力が得られれば、助かる面もあります。是非、ご検討頂きたいと思えます。
民生委員 塩崎	渡部さんがお住まいの地区は、ご近所福祉ネットワーク委員会の見守り活動もありますので、その委員会でお手伝いいただける可能性も含めてお考え頂いてはどうでしょうか。 あまり私が出過ぎるのもどうかと思いますが、間に入ることもできると思えます。

地域包括	<p>では、ごみ出しの件は、訪問介護で対応することとしつつ、近隣の方やネットワーク委員会のご協力を得ることについても追求してみることにしたいと思います。</p> <p>また、受診の件は、落合さんから第一病院の先生に事情をお話して、ご相談してみてください。また、結果は、小野さんにご報告いただくようお願いいたします。</p>
長女 落合	はい。
地域包括	さて、残る戸締りの問題ですが、落合さん…何度もすみませんが、改めてどのような点を心配されているのか、お話し頂けませんか？
長女 落合	<p>はい。物騒な世の中なので、押し売り、押し買い等の消費者被害も含めて、心配は尽きません。それから、ヘルパーさん達はカギを預かってくれないとのことでしたので、訪問時に母がいつもカギを開けられるとは限らないし……開けっ放しでは物騒ですし…。何かあった時のために、お隣にカギをお預かり頂き、戸締りを頼んでみようと申うのですが、いつも忙しそうですので、これまで頼むタイミングがなかったものから……。</p>
浅田 サービス 提供責任者	<p>訪問介護の浅田です。久しぶりの出番です。私たちが把握している範囲では、春子さんは朝起きると玄関のカギを開け、夕方の私達が帰る時にはカギを閉めます。今のところ、大体自分でできています。でも、確かに以前、何度か訪問時にカギが閉っていたことがありました。その時には外から電話をかけて開けてもらいました。</p> <p>もし、近所の方にご協力頂けるのであれば、春子さんに何かあってカギを開けられない時に、カギを借りに行けるので助かります。ヘルパーは、複数の担当者が交代で訪問していますが、全員身分証明や名札を身に付けています。</p>
町内会長 高橋	お隣の方との付き合いの程度はわかりませんが、ご近所で気心の知れた方はどなたでしょうかね？
長女 落合	ちょっとわかりません。
地域包括	今日、決めるのは難しいと思いますので、春子さんご本人からもお話を聞いた上で、改めて検討することにしましょう。
市役所 立松	<p>市役所、立松です。話が飛んじゃいますが、この際、介護保険課が所管している「認知症見守りネットワーク事業」や「徘徊高齢者家族支援サービス事業」、福祉課が所管している「避難行動要支援者登録事業」も利用して頂くと、娘さんも少し安心されると思います。会議の後で、説明させていただきます。</p>

小野 ケアマネ	<p>ケアマネとしても、ひとり暮らしの方のカギの管理の問題は、ちょっと頭の痛い問題です。渡部さんのケース以外でも、これまで、結構、あいまいになっている問題だと思います。</p> <p>すみません。ちょっとこのタイミングでの発言ですみませんが、火曜、木曜、土曜は、日中のサポートがないものですから、このあたりでも地域の支援が得られればありがたいと思っています。</p>
民生委員 塩崎	ネットワーク委員会の見守り活動でみてもらえるかどうか、いっぺん委員長さんに尋ねてみますから、ケアマネさんには追って連絡させていただきます。
小野 ケアマネ	助かります。お願いしておきながらすみませんが、あまり代わる代わる人が出入りするのはいままでの間かなというのがありますので……。
地域包括	<p>ありがとうございます。そろそろまとめたいと思います。</p> <p>今日の地域ケア会議では、渡部さんの事例を取り上げ、来月以降の支援体制を確認させていただきました。</p> <p>基本的には、小野さんが立てられたケアプランに沿って、フォーマルな支援が入りますが、①木曜会への参加を模索する件については、塩崎民生委員さんにお骨折り頂くこととします。なお、仮に木曜会に行けることになった場合でも、春子さんの状態から察するところ、前日の夜か、当日の朝に「木曜会に行くんだよ」という連絡を誰かがして下さる必要があります。ここは長女の落合さん等ご家族で分担されるのか、どなたかにお願いできるのか、木曜会への参加を重視するのであれば、春子さんがきちんと通えるためには、いずれか決めた方が良いでしょうと思います。</p> <p>②ゴミの問題については、町内会長さんにお骨折り頂き、町内の会合でお諮り（おはかり）頂くことにしました。この会合には、ケアマネの小野さん、塩崎民生委員さん、また私ども包括も同席させて頂く用意がありますので、その必要性や是非については、町内会長さんの方でご判断頂ければと思います。同席するまでもないことであれば、それでも結構でございます。また、最後に小野さんからお話があった日中独居になる日の対応については、塩崎さんからネットワーク委員会にお尋ね頂くこととします。</p> <p>③受診の件は、第一病院の先生に言い出しにくい面があるかもしれませんが、落合さんご自身でよろしくお願い致します。もし、不安があれば、先生への伝え方等については、ケアマネジャーの小野さんに率直にご相談ください。</p> <p>では、今日の会議は、ここまでにしたいと思います。</p> <p>長時間、ありがとうございました。</p> <p style="text-align: right;"><b>ここでいったん終了！</b></p>

週 単 位 以 外 の サ ー ビ ス	短期入所生活介護						
	月	火	水	木	金	土	日
深夜	4:00						
早朝	6:00						起床 朝食 服薬
午前	8:00						訪問介護
	10:00						
	12:00						
午後	14:00						層食 服薬
	16:00						
夜間	18:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	夕食 服薬
	20:00						
深夜	22:00						就寝
	24:00						
	2:00						
	4:00						

<続き> なお、市役所から地域ケア会議では、個別事例の検討で終わらずに、できるだけ地域課題を抽出するように心がけられています。

そこで、私なりに今日の内容から、地域課題を上げるとすれば、次の5点があげられると考えます。

1つは、

2つ目は、

3つ目は、

4つ目は、

最後に

これらについては、折をみて、上部の会議体である「地域ケア推進会議」の方にあげて行きたいと思います。今日は長時間、ありがとうございました。

地域支援計画(案)

ニーズ	目標	実施内容	担当・役割	場所
			長 女 (挨拶訪問) 民生委員 (訪問) 町内会長 (訪問・会合での依頼) 居宅介護支援事業所 訪問介護事業所	地域内 (近隣訪問等)
	利用者の生活圏域で、認知症の理解が醸成される。	①当面、近隣住民の理解が得られるようお願いをする。 ②地域住民 (町内会+α) を対象とした勉強会等を開催する。	町内会長 (提案、召集) ネットワーク委員会 (企画支援等) 民生委員 (参加促進・声かけ) 訪問介護事業所 (講師等) 通所介護事業所 (講師等) 認知症の人と家族の会 (協力) 認知症サポーター (協力) 地域包括	集会所等
認知症・ひとり暮らし高齢者を見守る。	利用者の生活圏域で安否の確認及び利用者の変化が観察できる。	①利用者の日課・生活パターン等を把握し、安否を確認する。 ②木曜会への参加をサポートする。 ③緊急時等に備えて鍵を預かれるようにする。 ④ゴミ出し等のサポートをする。 ⑤避難行動要支援者制度を活用する。 ⑥周辺症状が出た時に、適切に対応する。	訪問介護事業所 通所介護事業所 子ども達 (電話・不定期訪問等) 民生委員 ( ) 近隣住民 ( ) ネットワーク委員会 ( ) 認知症サポーター 木曜会メンバー 子ども達 (電話等) 民生委員 ( ) 町内会長 ( ) 地域包括 ?????? 訪問介護事業所 町内会 ( ) 市役所 ( ) 町内会 ( ) 民生委員 ( ) 近隣住民 居宅介護支援事業所 新たな主治医	自宅 (観察) 木曜会会場 自宅 (こまやか回収)

健康を維持し、認知症の周辺症状を落ち着かせる。	適切な健康管理がなされる。	①服薬を促し、確認する。	訪問介護事業所 通所介護事業所 居宅介護支援事業所 子ども達 (電話等)	自宅
		②定期的な受診ができる。	新たな主治医 子ども達 (電話等) 訪問介護事業所 居宅介護支援事業所	自宅
		不安を増幅させない生活が営める。	子ども達 (電話・不定期訪問等) 訪問介護事業所 居宅介護支援事業所 木曜会	自宅 木曜会会場
支援者間での情報共有がタイムリーに行われる。	必要に応じた情報交換と役割の調整ができる。	小地域ケア会議 (仮称) を随時開催する。	関係者一同	集会所等

## 事例の概要

担当ケアマネジャー	ケアプランセンターまゆまる 小野				
利用者名	渡部 春子	性別	女	年齢	83歳
事例のタイトル	夫の施設入所と遠距離介護者（長女）の事情が重なり、急ぎケアプランの見直しを必要とする事例				
事例の概要	<p>利用者の渡部春子さんは、4年前の5月から85歳の夫（要介護2）の介護を始めた。当時、利用者自身も要支援2であった。その後、夫の夜間せん妄が激しくなり、一時、遠方に住む子ども達が交代で遠距離介護をしていた。</p> <p>去年の春には、夫が脳梗塞を発症して寝たがり（要介護5）になり、やがて、利用者も介護疲れからか、手足の痛み、腰痛が増悪した。去年の5月頃には頻回にめまいを起こし、自身もベッド上で過ごす時間が増え、要介護2の認定を受けた。この頃から、四日市に住む長女が頻回に泊まりに来て、両親の世話をするようになり、本人は通所介護と訪問介護（長女が来ない時）、夫は訪問介護、短期入所（長女が来ない時）を利用して在宅生活を維持していた。</p> <p>先月、長女から夫が体調不良になったため、来月以降遠距離介護が出来なくなるとの申し出があった。利用者の夫は、現在、短期入所中の施設が営む介護医療院に入所することが決まっている。</p>				
主 訴	<p>〔本人・家族の主訴・希望・要望等〕</p> <p>本人)自分たちのことは心配しなくてもよい。長女にはご主人のことを一番考えてほしい。夫のことは施設にお願いする。自分自身の体調も考えていろいろ迷ったが、短期入所を利用しながら一人暮らしをしてみようと思う。今さら、知らない土地に移るのは嫌だ。</p> <p>長女)事情が変わって遠距離介護が出来なくなり心苦しい。本人にとって何が一番良いか考えて安心できる生活を送って欲しい。経済的な面は私達（子ども達）が分担して支援するつもりだが、母はあまり私達に面倒をかけたくないと思っているようだ。</p>				
	〔生活歴〕	〔家族状況〕			
	<p>四国の出身。2歳年上の夫と結婚し、専業主婦で5人の子を育てた。夫が転勤族で関西周辺で転居を繰り返した。定年退職を機に現住所に家を持った。夫の退職後は近くに畑をかりて家庭菜園をしたり、木曜会（地域の女性の集まり）に参加していた。</p>	<p>□：男性 ○：女性</p>  <p>長女 四日市 次女 高松 長男 東京</p>			
	〔経過・病歴等〕	〔主治医のコメント〕			
	<p>既往歴：胆石手術 現病歴：高血圧症 糖尿病 めまい 腰痛症 変形性膝関節症 (最近、心臓が悪いと言われた)</p>	<p>心臓が悪いので畑に出たりしないようにとの指示がある。</p> <p>〔投薬内容〕</p> <p>コディオ配合錠E X (1×朝食後 1錠) 高血圧 アマリール1mg錠 (1×朝食後 0.5錠) 糖尿病 ノルバスク5mg (1×朝食後 1錠) 高血圧、狭心症予防 ツムラ牛車腎気丸エキス (2×食間 5g) 下肢痛、腰痛、かすみ目、排尿困難、かゆみ サンコハ点眼薬0.02% 5mg アスタット軟膏 (足の爪に塗布) メリスロン錠6ng (3×毎食後) めまい</p>			
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度	A2	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱ b	
要支援、要介護度	要支援 1・2 要介護度 1・②・3・4・5				
利用者の保険・他法情報	・医療保険：後期高齢者医療保険				
これまで利用していたサービス	通所介護：週2回（火・金） 訪問介護：週3回（月・水・木の夕方）*ただし、長女が来ない時のみ・一部、自費利用				

課題分析の概要	健康状態	高血圧症、糖尿病、めまい、腰痛症、変形性膝関節症 最近心臓が悪いと言われた。 要介護5の夫の介護をし、その疲れからか、手足の痛み、腰痛が増悪している。
	ADL	寝返り：可 起き上がり：可 立ち上がり：可 移乗：可 歩行：可 着脱衣：やや時間がかかる時があるが、自力できる。時間に余裕がない時には介助を要する。 入浴：浴槽の出入り、立ち上がり時に心もとない時がある。自分で入ることは少ない。
	IADL	調理：自分でもできるが、長女や訪問介護員が行ってきた。 掃除：自分でもできるが、長女や訪問介護員が行ってきた。 買い物：一人の時は自分で行く時もあるが、不要な物を買ってくることが多い。 金銭管理：自分でもできるが、通帳は長女が管理している。 服薬状況：一包化されたものを長女が仕分けし、長女や訪問介護員が適宜確認している。
	認知	以前から使用していた炊飯器、電子レンジ、オーブントースター、洗濯機の操作はできる。 ATMの暗証番号を覚えておくことが出来ないが、財布の管理はしている。
	コミュニケーション能力	やや聞き取りにくい。
	社会との関わり	夫婦ともに四国の出身で近くに親戚はない。 木曜会には、夫が要介護になるまで行っていた。仲の良かった人が多く、また行きたいという意向がある。
	排尿・排便	トイレに行って一人で始末ができる。
	じよく癩・皮膚の問題	なし
	口腔衛生	総入れ歯 自分で義歯を外して洗浄剤に入れ、水道水ですすいで装着することが出来る。 食後にお茶を飲み、口をすすぐことを習慣にしている。
	食事摂取	セティングすれば箸を使って一人で食することができる。
BPSD	著明ではないが、一人歩き（徘徊）がみられる。	
介護力	去年の5月より要介護1と認定され、長女が四日市から来て遠距離介護をしてきたが、長女の夫が健康を害したため来月から来られなくなる。長女の不在時は、訪問介護等を利用してきた。	
居住環境	高度成長期に造成された住宅地 築30年ほどの平屋建て 4年前の5月に夫が退院して在宅生活に戻る際に住宅を改修した。家屋には、電磁調理器等が導入されている。	
その他	夫は、去年の3月に脳梗塞を発症し、要介護5の状態になった。関係者から施設入所を勧められたが、夫の「最後まで自宅で暮らしたい」という思い、春子さんの「自宅で暮らしたい」との思いを受容し、長女の遠距離介護と介護保険サービスの組み合わせて在宅介護をしてきた。現在、夫は短期入所利用中で、今後、そのまま介護療養型医療施設に入所予定である。	