

# 事例紹介

## 【 事例 1 】

○ 対象者 女性 80歳代 ○ 相談者 市内長女

### 〈ケース概要〉

長年自営業を営んでおり、閉店後は社交的な生活を送っていたが、外出の機会が少なくなっていた。最近では電話で同じ内容を繰り返している。「困っていることはない」というが認知面の症状が心配であるとの内容

### 〈チーム員初回介入時の様子〉

包括職員による地域高齢者の訪問という理由で介入、受け入れは良好。

DASC 結果、32点（近時記憶、問題解決、一部の家庭内外の IADL に評価該当）

「思い出せないことがある」と話す。「困っていることはない、何でも自分でできる」とも話す。室内はやや散乱気味。

認知症の診断はない。心臓・関節疾患ありタクシーで通院中。複数の内服があり残薬が合わない。視力低下もあり室内で転倒をしたことがある。

身体の清潔保持は保たれている。金銭管理は可能。

以前は草花の観賞が好きであったが、現在はTVを見て過ごすことが多い。

### 〈チーム員会議の検討結果〉

- ・基礎疾患の服薬管理ができていないため、今後身体的機能に影響がでる可能性がある。  
⇒ かかりつけ医へ相談し服薬管理の整理（チーム員）
- ・認知症の鑑別診断は本人のプライドから今は無理に受診勧奨しない。  
⇒ 主治医との調整（チーム員）
- ・視力、身体能力から転倒リスクが高く、室内環境の整理が必要。  
⇒ 本人へ生活のしやすさや利点を説明、住宅改修や福祉用具の選択（チーム員・包括）
- ・本人ができること、したいことを把握していく。  
⇒ 内容により娘も含め、関係者で役割分担し支援

### 〈支援結果〉

- ・服薬管理は、一包化とお薬カレンダーの活用や家族の電話勧奨で、ある程度自己管理が可能となる。
- ・主治医、お孫さんの促しにより鑑別診断を実施、結果はMCI。
- ・栄養のバランスにやや偏りがあり、配食サービスを週2回開始となる。
- ・要介護申請により、段差の解消、手摺りの設置により転倒のリスクが軽減される。
- ・娘さんの勧奨により、包括職員と一緒に認知症予防を目的に認知症カフェ（ほっとカフェ）へ参加。

### 〈残された課題、今後期待される支援〉

- ・MCI の段階であり、症状の程度や生活への支障等把握していく必要がある。家族との連携を続けていく。
- ・地域には集いの場として町内会主催のサロンがあり、認知症に関する理解を広めることによって、本人が参加しやすい状況になると思われる。

## 【 事例 2 】

○ 対象者 女性 70歳代後半 ○ 相談者 担当ケアマネジャー

### 〈ケース概要〉

夫婦世帯，以前アルツハイマー型認知症の診断後，その後の定期通院に繋がっていない状態で，年々症状は進行している印象。住宅改修の支援のみであり，在宅サービス導入の必要性を感じるが受け入れが難しい状況である。夫も持病を抱えており，妻の介護に追われ通院も不規則になってきている。

### 〈チーム員初回介入時の様子〉

担当ケアマネジャーと同伴訪問。

DASC-21 結果，62点（近時記憶，見当識，問題解決，家庭内外の IADL に評価該当）

DBD13 結果，21点（アパシー，常同行動）

J-ZBI\_8 結果，16点，社会的支障あり

物忘れが多く，自分の思いを伝えることが困難である。アパシーや整形疾患により，ADL が低下している。夫の介護があり生活が維持されてる状況。夫と離れることへの不安が大きい。昔の写真や絵へは笑顔が見られる。

### 〈チーム員会議の検討結果〉

・他者との交流に不安がある。

⇒ チーム員との信頼関係の構築（チーム員）

・通院が中断されており，夫と協力を得ながら定期通院が必要である。

⇒ 受診同行（チーム員）

・夫の負担軽減となるよう適切な介護方法への支援が必要である。

⇒ 歩行時の介助方法，本人の生きがい等含めた日常の関わりの工夫（チーム員）

・夫のレスパイトも兼ね，受診後の様子をみながら介護サービス導入の検討

⇒ 夫とともに必要なサービスを検討 夫は通所型を希望している（チーム員・包括）

### 〈支援結果〉

・受診，投薬等の効果によるものか表情や反応が以前より豊かになる。

・夫の適切な介護方法により，安全な移動が可能となり，夫婦での外出ができるようになった。

・通所型サービス利用が開始され，表情よく過ごすことができている。

### 〈残された課題，今後期待される支援〉

・中等度以上の認知症であり，今後在宅支援への限界の見極めが必要となってくる。状況に変化が生じた場合，すみやかな対応が必要（必要時包括も介入）

・日頃，民生委員は気にかけてくれている。近隣住民等，地域での理解者がもう少し増えれば，夫婦にとってはさらに生活しやすい環境になると思われる。この地域で認知症サポーター養成講座を開催してはどうか。

### 【 事例 3 】

○ 対象者 男性 70歳代後半 ○ 相談者 民生委員

#### 〈ケース概要〉

妻とは数年前に死別し独居生活。訪問すると室内の物を隣人が盗んでいったなどの発言が多く聞かれるようになった。市外に娘さんがいる。

#### 〈チーム員初回介入時の様子〉

民生委員と同伴訪問。

DASC-21 結果、38点（近時記憶、問題解決、一部家庭外の IADL に評価該当）

昔の仕事話を楽しそうに話してくれる反面、同じ話を繰り返したり、隣人からの物盗られを訴える。

買い物や食事保清面はある程度自立、通院歴はない。健診結果、胸部レントゲンと血圧が検査必要となっている（訪問時血圧測定190/94 mmHg）。顔色は良く、食欲もある。室内はある程度整理されている。

#### 〈チーム員会議の検討結果〉

- ・現状の健康状態の確認が必要である。
- ⇒ 健診結果から内科外来への受診同行、鑑別診断の必要について相談（チーム員）
- ・物忘れもあるが、自分で行えることもたくさんある。
- ⇒ 上記をすすめながら、自分でできること、楽しみにしていること、支援が必要な部分の見極め、必要に応じ在宅サービスや見守り支援体制をすすめていく（チーム員・包括）
- ・特定の人のみへの物盗られ妄想疑いがあり、近隣トラブルに発展する可能性もある。
- ⇒ 家族の関わりの程度、他に信頼を寄せている人の把握、隣人からの情報収集、隣人への理解、必要時協力依頼（包括）

#### 〈支援結果〉

- ・物の紛失防止として目印となるシールの活用により、日用品への混乱は少し解消されている。
- ・内科通院、内服が開始され基礎疾患は状態安定となる。
- ・隣人への訴えはあるが、隣人の理解も得られトラブルまでには発展していない。
- ・隣人もできる範囲で見守りが可能となり、市外の娘（定期電話、訪問）、民生委員、包括による見守り体制が構築された。
- ・趣味（将棋）は把握できたが、将棋相手への物盗られ妄想も考えられたため、在宅での楽しみには至っていない（介護支援いきいきポイント事業在宅ボランティアも検討したが）。
- ・日常はある程度自立できているが、最近になり金銭管理が難しくなっており、ADLもやや低下してきている。

#### 〈残された課題今後期待される支援〉

本人のADLや趣味、認知症症状に合わせ、介護サービスの導入が必要と思われる。

見守り体制は構築されたが、金銭管理に懸念が生じてきている。まずは娘さんの意向を確認しながら権利擁護支援を視野に入れる必要がある。

