

令和3年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
適切な介護予防ケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業

令和3年度

介護予防ケアマネジメント オンデマンド研修

別 冊 資 料

一般財団法人 長寿社会開発センター

NO. _____

利用者名 _____ 様

認定年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

計画作成者氏名 _____

委託の場合： _____

計画作成（変更）日 _____ 年 ____ 月 ____ 日（初回作成日 _____ 年 ____ 月 ____ 日）

目標とする生活

1 日	
-----	--

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 （背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と 具体策の提案	具体策についての 意向本人・家族
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無	アセスメント	専門家の提案した目標と具体策に対する 利用者の意向・意欲 等の反応を見る段階	
日常生活					
社会参加、対人関係・ コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無			
健康管理について		☐ 有 ☐ 無			

健康状態について

☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

--

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	閉じこもり 予防	物忘れ 予防	うつ 予防
予防給付または 地域支援事業	／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5

・ 支援計画書

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1	・ 要支援2	事業対象者
----------	---------	------	--------	-------

認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

担当地域包括支援センター：

1 年	
-----	--

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
	()					
ケアプラン						
	()					
●本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意が取れない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。 ●必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。						

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

地域包括支援センター意見

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名

事例の概要

氏 名：山本 春子 78歳（女性） 要介護状態区分：要介護Ⅰ（初回）⇒要支援Ⅱ（更新）

病 歴：令和2年6月10日（77歳）に肺炎で2週間入院（6/10～6/24）

家族構成：一人暮らし。

夫；3年前に癌で死去。

娘；高橋真由美（50歳）。専業主婦。遠方（大阪）に住んでいる。感染症流行もあって実家に帰ることもできず、心配している。

娘夫：高橋幸一（52歳）。会社員。

孫：高橋旬（19歳）。大学1年生。

生活歴：東京で生まれ育ち、25歳で銀行員の夫と結婚。28歳で長女出生。

子供が落ち着いてから料理教室の先生をしていた。

3年前に夫を癌で亡くしている。

夫を亡くした後、知人の紹介で、近所のいきいき地域サロンに参加していた。

1年程前に肺炎となり2週間の入院。その際に介護保険を申請し要介護Ⅰの認定。入院を機にめまいが出現。肺炎の入院と愛犬プリンの死が重なり、本人はとてもショックを受けている。

めまいが起きてから、サロンに出かけるなど外出することが無くなり、感染症の流行もあって、ほぼ自宅で過ごしている。

経 緯：1年前に肺炎となり、入院中に介護保険を申請し、要介護Ⅰの認定。

更新時に要支援Ⅱの認定となり、居宅ケアマネから包括センターに引継ぎを受けた。

主治医意見書：改善可能性あり。めまいについては、原因不明で不定愁訴の可能性が高い。

活動量をあげ、体力向上が必要。

※この事例は研修のために作成したものであり、あくまで架空のものです。
プロセスにおけるポイントを得るための題材にすぎません。
地域の実情に応じて運用が異なる場合があります。

基本チェックリスト

記入日：令和 3 年 6 月 1 6 日（水）

氏名	山本 春子	住所	東京都みなと区	生年月日	昭和18年 4月29日生
希望するサービス内容		訪問型サービス			
No.	質問項目			回答：いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか			☒ はい	1: いいえ
2	日用品の買い物をしていますか			0: はい	☒ いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			☒ はい	1: いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			0: はい	☒ いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			0: はい	☒ いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0: はい	☒ いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がってますか			0: はい	☒ いいえ
8	15分位続けて歩いていますか			0: はい	☒ いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか			☒ はい	0: いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			☒ はい	0: いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか			☒ はい	0: いいえ
12	身長 156.0cm / 体重 43.8kg (BMI = 18.0) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1: はい	☒ いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか			1: はい	☒ いいえ
15	口の渇きが気になりますか			1: はい	☒ いいえ
16	週に1回以上は外出していますか			0: はい	☒ いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			☒ はい	0: いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか			1: はい	☒ いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			☒ はい	1: いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか			1: はい	☒ いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1: はい	☒ いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった			1: はい	☒ いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる			1: はい	☒ いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			1: はい	☒ いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			1: はい	☒ いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする

利用者基本情報

作成担当者： 小林 愛

《基本情報》

相談日	令和 3 年 6 月 1 6 日 (水)	来 所 ・ 電 話	☒ 初回
		☒ その他 (訪問)	再来 (前 /)
本人の状況	☒ 在宅 ・ 入院又は入所中 ()		
フリガナ	ヤマモト ハルコ	性別	M・T・ ☒ S 18 年 4 月 2 9 日生 (7 8) 歳
本人氏名	山本 春子	女	
住所	東京都みなと区	TEL	0 3 (3 7 1 0) X X X X
		FAX	()
日常生活	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・ ☒ A1・A2・B1・B2・C1・C2	
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	☒ 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定・総合 事業情報	非該当 ・ 要支1 ・ ☒ 要支2 ・ 要介1 ・ 要介2 ・ 要介3 ・ 要介4 ・ 要介5 認定期限：令和 3 年 7 月 1 日 ~ 令和 5 年 6 月 3 0 日 (前回の介護度 要介護1) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト実施日： 年 月 日		
障害等認定	身障 () ・ 療養 () ・ 精神 () ・ 難病 ()		
本人の 住居環境	☒ 自宅 ・ 借家 ・ ☒ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室の ☒ 有 ☒ 無 ・ 住居改修の有 ☒ 無		
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ ☒ 遺族年金		
来 所 者 (相談者)	本人 ※前ケアマネ齊藤から引継ぎ	続 柄	本人
住 所	東京都みなと区		
緊急連絡先	氏 名	続柄	住所・連絡先
	㊦ ハシ マユミ 高橋 真由美	娘	大阪府 TEL. 06 (0000) 0000
	㊦ ハシ コウイチ 高橋 幸一	娘夫	大阪府 TEL. 06 (0000) 0000
	㊦ ハシ シュン 高橋 旬	孫	大阪府 TEL. 06 (0000) 0000
家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む) 日中独居 (☒ 有 ・ 無) 家族関係等の状況 感染症が流行してなかなか会えない。			

《介護予防に関する事項》

今までの生活	東京で生まれ育ち、25歳で銀行員の夫と結婚。28歳で長女出生。子供が落ち着いてから料理教室の先生をしていた。3年前に夫を癌で亡くしている。1年程前に肺炎となり2週間の入院。その際に介護保険を申請し要介護1の認定。入院を機にめまいが出現。肺炎の入院と愛犬プリンの死が重なり、本人はとてもショックを受けていた。			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	めまいが起きてから家にいることが多くなり、外に出かけることが無くなった。 感染症の流行によりほぼ自宅内で過ごしている。			紅茶 料理教室の先生（今はしていない） いきいき地域サロン「すいれん」参加（最近は行かなくなった） 愛犬プリン（1年前に亡くなる）
	時 間	本 人	介護者・家族	友人・地域との関係 外出することが無くなり、1年程前から友達との付き合いもなくなった。
	8:00	朝食	配食 ヘルパー 配食	
	12:00	昼食		
	16:00	入浴		
18:00	夕食			
21:00	就寝			

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病 名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経 過	治療中の場合は内容
令和2年6月10日	めまい	A病院	☆	Tel ▲▲▲▲	治療中 経過観察中 その他	服薬 検査をするも原因は不明
令和2年6月10日	肺炎	A病院		Tel ▲▲▲▲	治療中 経過観察中 その他	完治
令和2年6月10日	せん妄	A病院		Tel ▲▲▲▲	治療中 経過観察中 その他	入院中に見られたが現在は完治
					治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
ヘルパー 3回/週 買い物、掃除、入浴の見守り	配食サービス 毎日（昼・夜）

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏 名

NO. 1

利用者名 山本 春子 様 (男・女) 78歳

認定年月日 令和3年 6月 9日

計画作成者氏名 小林 愛

委託の場合:

計画作成(変更)日 令和3年 6月25日 (初回作成日 令和3年 6月25日)

目標とする生活

1日	めまいに気をつけて過ごす。
----	---------------

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と 具体策の提案	具体策についての 意向本人・家族
運動・移動について 1年前の入院後から転倒がある。めまいがあり立ち上がり時にふらつく。病院受診には行っている。	本人) めまいがあつて、なかなか外を歩く気にならない。	☒ 有 ☐ 無 めまいやふらつきがある。	1. 原因不明のめまいやふらつきがあり、家事ができなくなっている。また、めまいにより入浴時が不安である。	目標) ヘルパーのサービスを使いながら、今の状態を維持する。 具体策) 1. ヘルパーにより家事支援を受ける。 2. 食事は昼夜配食サービスを利用する。	本人) 今までと同じようにヘルパーさんに来てほしい。悪くならなければいい。
日常生活(家庭生活)について 買い物、掃除、入浴の見守りでヘルパーにより支援を受けている。食事は昼夜配食サービスを利用。	本人) 今まで通りのヘルパーを希望。	☒ 有 ☐ 無 めまいがあり、ヘルパーによる支援を受けている。			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 趣味は昔料理教室をやっていた。	本人) 昔は料理教室をやっていた。	☒ 有 ☐ 無 めまいやふらつきにより、できなくなった。			
健康管理について 通院して服薬は続けている。めまいの原因はわからない。	本人) めまいの原因はわからない。	☒ 有 ☐ 無 めまいがあり、原因はわからない。			

健康状態について

☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

転倒を繰り返しており、めまいという症状の中で気持ち的にしんどくなっている。

基本チェックリストの(該当した質問項目数) / (質問項目数)をお書き下さい。

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	閉じこもり 予防	物忘れ 予防	うつ 予防
予防給付または 地域支援事業	5 / 5	2 / 2	0 / 3	2 / 2	0 / 3	0 / 5

・支援計画書

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者
----------	---------	-----------	-------

認定の有効期間 令和3年 7月 1日 ~ 令和5年 6月30日

計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

担当地域包括支援センター： みなと地域包括支援センター

1年	転倒しないで、今の生活を続ける。
----	------------------

目標	支援計画					
	目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや家 族の支援、インフォーマ ルサービス(民間サービス)	介護保険サービス 又は地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス 種別	事業所 (利用先)	期間
提案通り。	(1)無理せずに、ヘルパーによる支援を受ける。		買い物、掃除(リビング、和室、寝室、トイレ、風呂)、入浴時の見守り。	訪問型サービス	H事業所	R3/ 7/ 1～ R4/ 6/30
	(2)栄養に気を付けて配食サービスを利用する。			配食サービス	S弁当	R3/ 7/ 1～ R4/ 6/30

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

--	--

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

原因のわからないめまいがあり、不安の中で過ごしていると思います。ヘルパーを利用しながら、今までの生活が維持できるように支援していきます。

原因のわからないめまいがあり、不安の中で過ごしていると思います。ヘルパーを利用しながら、今までの生活が維持できるように支援していきます。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和3年 6月28日 氏名 山本 春子

地域包括支援 センター意見	
------------------	--

上記計画について、同意いたします。

令和3年 6月28日 氏名 山本 春子

NO. 1

利用者名 山本 春子 様 (男 ・ ☒ 女) 78歳

認定年月日 令和3年 6月 9日

計画作成者氏名 小林 愛

委託の場合：

計画作成(変更)日 令和3年 6月25日 (初回作成日 令和 3年 6月25日)

目標とする生活

1日	歯の健康を保つため、歯のケアを毎日行う。
----	----------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族
運動・移動について 令和2年6月の入院後から転倒を繰り返している。めまいがあり立ち上がり時にふらつく。転倒に対する不安がある。歩行時はゆっくり伝い歩き。病院受診時は杖を使用し、タクシーを利用。	本人) なかなか外を歩く気にならない。あまり動かず静かに過ごしたい。 娘) 体力をつけて欲しい。	☒ 有 ☐ 無 めまいやふらつきにより外出の機会が減少し、運動量も少なくなり体力が衰えると共に、足の筋力も弱くなっている。	愛犬を亡くした喪失感やめまいやふらつきの身体不調により、外出意欲が低下している。日々の活動量が減少したこともあいまって食事量も減り、体力、下肢筋力とも低下し、転倒をくり返している。遠方の家族の力も借りながら徐々に日々の生活に自信を取り戻し、活動量をアップしていくことが必要である。	目標) 大阪にいる孫の成人式のお祝いに行く 具体策) 1. 専門職の指導のもと運動をして体力と筋力をつける。 2. 自宅でできる体操を教えてもらい続ける。 3. めまいやふらつきに注意し、ヘルパーによる支援を受ける。 4. 調子のよい日には自分で調理をする。 5. 入浴前後に娘さんへ電話し、1人で入浴する。 6. 活動の機会を作り、他者との交流機会を持つ	本人) 孫の成人式には直接会ってお祝いをしたい。めまいも心配だけど、そのためには、転倒しないように少しずつ運動を試みようと思う。サロンにも行けるようになったらうれしい。 台所に立って、料理を作るのは不安だから配食サービスは続けたい。でも調子が良い日は、昔みたいには無理だけど、何か作ってみます。ヘルパーさんに手伝ってもらえば大丈夫だと思う。入浴はいつめまいが起きるかわからないので、やはり誰かがいるときに入りたい。 娘) 最近元気がないので心配していました。体力をつけて、ぜひ大阪に来てほしいと思う。母の代わりに好きな食材を買って送るようにします。
日常生活(家庭生活)について 買い物、掃除など、ヘルパーにより支援を受けている。食事は昼夜配食サービスを利用。半分程度の摂取。半年で3kgの体重減少がある。入浴はヘルパー訪問時に週3回入っている。	本人) めまいにより風呂で倒れるのが心配である。今まで通りのヘルパーを希望。 食事はすぐにお腹がいっぱいになる。	☒ 有 ☐ 無 めまいによる不安が強く、筋力が低下している。活動量減により食事摂取量が減っている。活動量をアップすることで摂取量が高まる可能性がある。			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて サロン活動への参加もなくなり、知人との交流が無くなった。感染症の流行により家族と会う機会も減少。昨年、愛犬プリンを亡くしている。	本人) 気を使わない仲間と気晴らしでもできればいい。 娘) 感染症の流行で会いに行けない。	☒ 有 ☐ 無 愛犬の死や入院などにより、外出の機会が減少したこと、知人との交流もなく気持ちがふさいでおり、他者との交流が必要である。			
健康管理について めまいは検査や服薬を試したが原因は不明(不定愁訴と主治医から言われている)。通院して服薬は続けている。毎食後、口腔ケアを実施している。	本人) めまいがいつ起こるかわからないのが怖い。歯が衰えないように大切にしています。	☐ 有 ☒ 無			

健康状態について

☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

転倒を繰り返しており、めまいという症状の中で気持ち的にしんどくなっている。気持ちが少し晴れるような薬なども併せ持って活動量をあげることで、状態の改善が見込まれる。

基本チェックリストの(該当した質問項目数) / (質問項目数) をお書き下さい。

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	5 / 5	2 / 2	0 / 3	2 / 2	0 / 3	0 / 5

・ 支援計画書

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1	要支援2	事業対象者
----------	---------	------	------	-------

認定の有効期間 令和3年 7月 1日 ～ 令和5年 6月30日

計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

担当地域包括支援センター： みなと地域包括支援センター

1年	料理教室を再開する。
----	------------

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
提案通り。	(1)めまいやふらつきがある際は、無理をせず、落ち着いたら実施するように声をかける。	本人）自宅のできる運動を教えてもらい、自宅でも運動を実施する。	専門職による評価、体力・筋力をつけるための運動、自宅のできる体操の指導、送迎。	通所型サービスC（短期集中予防サービス）	F事業所	R3/ 7/ 1～ R3/ 9/30
			サロン）通所型サービスC終了後、継続して活動する機会の提供。本人の楽しみと知人との交流。	いきいき地域サロン	すいれん	R3/10/ 1～ R4/ 1/31
	(2)体重が減少しないように、自身が好きなものからでよいので作る機会を持てるようにしていく。	本人）調子の良い日には、1品料理を作る。 娘）本人宅に届くようにネットで食材を注文する。 配食サービス）昼・夜の食事の配達。状況により回数を減らしていく。	体調を確認し本人と一緒に1品調理をする。	訪問型サービス 配食サービス	H事業所 S弁当	R3/ 7/ 1～ R4/ 1/31
	(3)本人の不安に寄り添い、自身で家事ができるように声かけ、働きかけを行う。		買い物、掃除（リビング、和室、寝室、台所、トイレ、風呂）、入浴時の見守り。	訪問型サービス	H事業所	R3/ 7/ 1～ R4/ 1/31

【本来行うべき支援が実施できない場合】	総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント
受当な支援の実施に向けた方針 家族との電話のやり取りをしながら安否の確認をすることで、好きな時間に1人で入浴をすることが可能であると考えるが、今はまだ、めまいによる不安が強いことから、まずは通所型サービスなどを利用して、めまいの軽減および自信がついたら、取り入れてみる。	めまいが続いていることで、活動量が減り、気力や体力が落ちている状況が見られます。身体を動かす機会を取り入れた生活を送ることで、入院前のような暮らしができるように支援していきます。

地域包括支援センター意見	計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。 令和3年 6月28日 氏名 山本 春子
--------------	--

この研修で作成した事例のシナリオとなります。なお、映像化していないシーンも参考までに紹介します。

【訪問打診】利用者への電話によるインテークシーン

映像なし

春子「はい、山本です。」

小林「もしもし、みなと地域包括支援センターの小林です。先日はありがとうございました。その後、体調はいかがですか？」

春子「(元気がない様子で) …相変わらず、めまいがね。」

小林「なるほど、めまいも長く続くとお辛いですね。明日、ケアプランの内容のことで、山本さまのお宅にお伺いしようと思っておりましたが、日を改めた方がよろしいでしょうか？」

春子「いえいえ、いつものことだから。お約束通りでよろしいですよ。」

小林「ありがとうございます。」

小林「前任の方からも詳しく状況はお聞きしております。なるべく要領よく対応できるようにいたしますので、よろしくお願いいたします。ところで、山本さま、今、少しだけお話してよろしいでしょうか？」

春子「ええ、構わないですよ。」

小林「めまいが出るときって、何か前兆みたいなものっておありになりますか？」

春子「特にこれって、思い当たることはないのよねえ…。」

【利用者宅へ訪問】初回、利用者宅インテークシーン

映像あり

小林「こんにちは。みなと地域包括支援センターの小林です。」

春子「(声) はーい。ちょっと、お待ちくださいね。」

春子「はい、お待たせ。開いてるからどうぞ。」

小林「失礼します。」

春子「こんにちは。」

小林「こんにちは。小林と申します。」

春子「どうぞ、お上がりください。」

小林「お邪魔します。」

春子「このスリッパ、お使いください。」

小林「ありがとうございます。」

春子「さあ、こちらです。」

春子「どうぞ、こちらにお座りください。」

小林「ありがとうございます。」

【利用者アセスメント】利用者宅でのアセスメントシーン

映像あり

春子「お忙しいところ、すみませんね。あの、実は私ね、大のお紅茶好きなの…、それで美味しいお紅茶を淹れて差し上げたいと思ったんですけど…、これで良かったらどうぞ。」

小林「お気遣いありがとうございます。マイボトルを持参しておりますので、大丈夫ですよ。」

小林「ケアマネジャーの斉藤さんから山本さんへのこれまでの支援内容については、基本的なことは引き継ぎをいただいておりますが、私なりに山本さんのことをもう少し詳しく知りたいと思っております。大変申し訳ないのですが、こちらの基本チェックリストに、山本さんの主観で結構ですので、ご自身であてはまるな…と思う点について、『はい』『いいえ』のいずれかに○をしてもらえないでしょうか？」

春子「はい。字が小さいので、ちょっと待ってね…眼鏡をかけるから。」

春子「こんな感じでいかがでしょうか？」

小林「ありがとうございます。次に山本さんの基本的な情報についても、斉藤さんからいただいているものから変更があるか、確認させていただいてよろしいでしょうか？特に、緊急連絡先である娘さんの情報などに変更はないでしょうか？」

春子「別に変更はないわよ。」

小林「いま、山本さんにチェックをいただいたこの帳票ですが、これは体の機能が健康な時と比べてどれだけ弱ってきているかを、スクリーニングするものになっています。」

春子「これだけの項目で、それができるの？」

小林「はい。日常の生活を送るうえで大変なことが増えてきていないかを簡単にスクリーニングするものになっています。この 25 の質問項目は、日々の暮らしを営んでいく上で必要な機能というものをコンパクトにまとめているのが特徴の一つです。例えば、この 1 番から 20 番までの項目から 10 項目以上『1』にチェックが入っていると、生活を送る上での機能が低下している可能性があるというとらえ方ができます。他の項目と合わせてみていくと、何かしら早急に対策を練った方が良いことが見えてきたりします。」

春子「へー、そうなの？」

小林「ええ、山本さんに先ほどチェックいただいたものを確認したところ、生活全般の項目において 12 項目該当しておられます。また、6 から 10 番の項目は、下肢筋力の低下がないかを確認するものですが、ここはすべての項目が該当しておられます。」

春子「ええ。そう言われてみると、そうね。」

小林「この、6 番から 10 番は足の筋力とか、歩行能力などのチェックをする項目なんですけど、山本さんは、ここの項目はすべて『1』にチェックが入っています。ここを見てください。（基本チェックリストの項目を指す）『はい』『いいえ』に関わらず、『1』のチェック項目が多いと、『リスクが高い』『機能が落ちてきていますよ』というサインです。特に、注目したいのが、『この 1 年間に転んだことがある』『15 分続けて歩けない』『転倒に対する不安がある』という点です。」

ご高齢になっても、転倒しそうで、実はそう簡単には転倒はしないものです。ですので、少し山本さんは生活全般の衰えや下肢筋力等の衰えが気になるところですよ。」

春子「ああ。そう言われてみると、めまいが起きてから、家にいることが多くなったし、友達とのお付き合いもすっかりなくなりましたね。」

小林「そういった状況になったのは、かなり前にさかのぼるのでしょうか？」

春子「ええ、1年前くらいかしらね。」

小林「1年にもなるのですね。それは気持ちも落ちていきますよね。」

春子「そうねえ、そう言われてみると、そうね。娘も大阪で遠いし、気の合った友達と憂さ晴らしでもできればいいのだけど、どうも外を歩く気にならないのよ。臆病かしらね…。」

小林「いえいえ、そんなことはありませんよ。めまいもおありですし、不安に思うのは当然ですよ。もう少しお聞きしていいでしょうか？この1年に転んだことがあるところにもチェックが入っています。直近、転ばれたのはいつ頃でしょうか？」

春子「1か月くらい前ですかね。」

小林「1か月前ですか…。その時の状況を少し教えて頂いてよろしいでしょうか？例えば、どんな感じで転んだとか、何かにつまずいたとか、夜中トイレに向かう際に、ベッドから起き上がった際にちょっとクラクラしたとか、考えられるきっかけって何か思い当たることはおありでしょうか？」

春子「そうそう、あの時はね、下に敷いてあったリビングのカーペットにつまずいて…ね。」

小林「なるほど、そうでしたか。足がしっかりと上がっていなかったのでしょうか。カーペットの少しの段差でつまずかれる方、結構多いですので、気をつけないといけませんよね。」

春子「本当ね。」

小林「この1年をちょっと思い起こしてもらって、覚えているだけでどのくらい転んでいますか？」

春子「えーっと、4、5回ですかね。」

小林「結構、転んでおられるのですね。大事には至らなかったんでしょうか？」

春子「ええ、運も良かったし、骨粗しょう症じゃないので、結構骨も頑丈なのかもしれませんね。」

小林「そうなんですね。それは良かったです。」

春子「ええ。女性には多いんでしょう？転んだらお終いだっていわれてますものね。」

小林「女性は、骨折される方も多いので、気をつけないといけませんよね。」

春子「本当ね。」

小林「山本さん、話は急に変わりますが、やはり一番つらいのはめまいでしょうか？」

春子「ええ、めまいね、いつ起こるかわからないから怖いよ。」

小林「主治医の先生はめまいのことについて、何かおっしゃっていますか？いろいろ薬も試されたようにお聞きしています。様々な検査もされたと、斉藤さんから聞いておりますが。」

春子「そうね、検査もしました。でも特にそれっていうものが見当たらないそうよ。」

プリンが亡くなってからだから、先生は不定愁訴っておっしゃっているわ。特に、薬は指示どおりに飲んでますよ。」

小林「そうですか。それでもあまりスッキリはしないのですね。」

春子「ええ。まあね…。」

小林「そういえば、斉藤さんからは、サービスの内容は変更せず、現行のまま進めてほしいと依頼を受けております。ヘルパーさんのサービスをそのままにしておいてほしいとおっしゃっていると伺っていますが、買い物や掃除、調理など、休み休みに行うとか、できることは調子の良いときに実施してみるとか、そういった気持ちには、まだなれそうにありませんか？」

春子「そうね。めまいが怖くて、今まで通りヘルパーさんのお力をお借りしてって娘もそう考えているようです。」

小林「なるほど。山本さんのお気持ちはわかりました。めまいもあるし、ふらつきや転倒もあるので、あまり動かず静かに過ごしていただきたいというご意向なのですね。今回、主治医の先生に意見書を記載いただいておりますが、気持ちがふさいでいることもご心配されておられるようです。私としては、かなり活動量が減少しているので、体力や気力も衰えているのではないかと心配です。以前通われていたサロンにも行っておられないようですし、去年と比べて外出機会が減っていることも心配です。少し、悪循環の中に入ってしまったような印象を受けております。一方、良い部分もあって、口腔の機能は問題ありません。山本さんは、おそらく口腔衛生というか、歯の健康というものを意識しながら、今まで暮らしてこられたという印象を受けました。」

春子「あの、歯の衰えは老化につながるって言われましてね。ええ、気をつけています。自分の歯は…。」

小林「しっかりかむことができることは大切です。栄養にも影響してきますので…。それはそうと、やはり今の自宅で過ごし、ヘルパーだけのサービスというよりは、少し体力がつくようなことも合わせて行なっていくことが大切だと思うのですが、いかがでしょう？」

春子「それもそうね…」

小林「主治医の先生の意見書なども見せていただいても、転倒を繰り返されておられるし、めまいという症状の中で、気持ち的にしんどくなっておられるところもあり、気持ちが少し晴れるようなお薬なども併せ持って、活動を上げた方がいいかなと、先生も記載されていきますし…。」

春子「うーん。」

小林「そこでご提案なのですが、今までだったら、おうちに来てくれるサービスが中心で、それはそれで大事なことだったと思うのですが、元々料理がお好きだったということで、料理教室の先生もされておられたと聞いております。簡単な調理からでも少し始められたら良いかなと思ったりもしたのですが…いかがでしょう。」

春子「そうね…。」

小林「まだ、山本さんはお若いので、週に2回、短期間で良いので、体力をつけに送迎付きのサービスを利用されるのもいかがかなと思うのですが？山本さんのようにめまいがある方も通っておられます。今のままの暮らしを続けると、ます

ます足の筋力も衰えていく気がします。めまいが落ち着いても、今度は、足の力がなくて、外出しづらいことになる、それもまた、本末転倒のような気がしますので、お試しだけでもなさってみませんか？」

春子「うーん。そうね。娘とも相談して。」

小林「もちろんです。今すぐ決めていただかないといけないとは思っていませんので、まずは、ご紹介のみさせていただきますね。ちょうど動画をお持ちしておりますので、ご覧いただきますね。」

小林「山本さんのようにめまいがあったりとか、ふらつきがあったりとかで、『ちょっと外に出る自信がないんです』とおっしゃられる方も参加されているんですけど、ちょっとずつ体力が上がってきて、めまいの頻度が下がってこられている方もいらっしゃいます。娘さんの方にも私の方から、進めたいサービスについて、一度、ご連絡してみようと思います。」

春子「そうねえ。」

小林「今ですと、ヘルパーさんが来てお風呂ということで、週3回来ていただいておりますが、お風呂もですね、例えば、娘さんにお風呂に入る前にお電話を入れてもらって、そして、お風呂から上がったら、『上がったよ』と電話して安否を確認してもらうだけで、ご自身でお風呂に入れる可能性が生まれるかもしれません。そのあたりのことも主治医の先生と相談しながら、どうでしょうか？先々のことも考え、ちょっと挑戦してみる、今だからできることがあると思うのですが、どうでしょうか？」

春子「うーん、やってみようかしら…。」

小林「娘さんや主治医の先生とも話したうえで、良ければ、山本さんに合いそうなところをご紹介したいのですが。一緒に見学から始めてみませんか？」

春子「ええ、娘とも相談してみます。」

小林「よかったです。私の方から娘さんに一度ご連絡を差し上げて、ちょっと状況を説明させて頂こうと思います。よろしいでしょうか？」

春子「はい、よろしくお願いします。」

小林「ありがとうございます。」

【家族支援の依頼】遠方の家族への電話連絡シーン

映像あり

真由美「はい、高橋でございます。」

小林「もしもし、私、みなと地域包括支援センターで保健師をしております、小林と申します。真由美さんはいらっしゃいますか？」

真由美「はい、私です。」

小林「この度、お母様が『要介護1』から『要支援2』になられたことで、斉藤ケアマネジャーから地域包括支援センターの小林に担当が変わりました。どうぞ、よろしくお願いいたします。」

真由美「こちらこそ、よろしくお願いいたします。母からは、『要支援2』になったことは聞いておりますが…そもそも、なんで要介護1から要支援2に軽くなってしまったんですか？母の状態は何も変わっていないはずなのに。」

小林「前は、肺炎で入院して状態が落ち着いた際に認定調査をしておられます。そのときは確かに体力もすごく落ちていたのと、せん妄などの症状もおありだったため、要介護1の判定だったのではないかと思います。今回の更新では、状態が落ち着いていて、不調の原因もわかってきたので、状態の改善にも見込みがあるということで要支援2の結果になったのだと思います。要支援2になるということは、お母様は元気になれる可能性を秘めているということの表れなので、これはこれとして、喜んでいただきたいと思います。」

真由美「確かに肺炎で入院したときは、ずっと母が可愛がっていたプリンが死んじゃったことも重なって、落ち込みようはひどかったんです。あれから、時間がたって、母の気持ちも落ち着いたのかしら…。でも、介護度が下がったらヘルパーさんが来る回数が減ったりするんでしょう？」

小林「ご安心ください。ヘルパーの訪問回数も要支援2であったとしても必要であれば、週3回と以前と同様のサービス提供は受けることができますよ。」

真由美「ひとつ教えてください。斉藤さんから担当が変わったということは、今まで来てもらっていたヘルパーさんも変わってしまうんですね？」

小林「いえ、サービス提供してくださっている事業所は変わらなくて大丈夫ですよ。要介護1であると給付のサービスを利用することになりケアマネジャーがプランを立てるようになっておりますが、要支援になると地域包括支援センターが基本的にはプラン作成することになります。少し、面倒ですよ。」

真由美「ヘルパーさんたちが変わらないと聞いて安心、良かったわ～。感染症が流行っているから、なかなか母に会いに行けないでしょ？サービスが減らされたり、ヘルパーさんが変わったりしたら、母を見守る目がどんどん減ってしまうような気がしていたので…」

小林「それは、ご心配でしたね。」

真由美「大阪と東京でこれだけ離れていたら、どうしようもないことですしね。」

小林「いやいや、そんなことはないですよ。離れたご家族にもできることはありますよ。」

真由美「どういうことですか？」

小林「お母様はお風呂で倒れることを不安がっていて、今まではヘルパーさんが来ているときに入浴されていますが、例えば、お風呂に入る前後に娘さんと電話でやり取りをしてもらうことで、安否確認ができると思うんです。もう少し、めまいが落ち着いてからで結構ですので、娘さんからも遠方の家族にもできることとして、ご提案してもらえるとすごく良いかもしれません。」

真由美「なるほどねえ。母に話してみます。」

小林「ありがとうございます。それで、ちょっとご相談なのですが、お母様に体力をつけてもらえるように、短期間利用が可能な『通所型C』というサービスをお勧めしているのですが、少しは関心を示してくださったのですが、本格的にはまだ、気が進まない様子でいらっしゃいます。娘さんにも動画をお送りしますので、一度、こういったサービスなのか、ご覧いただければと思います。」

真由美「そうなんですね。ありがとうございます。」

小林「お母様が『体力をつけよう』と思われるような、目標にできるようなことって、何かないでしょうか。」

真由美「そうねえ…。あ、うちの息子、来年、成人式だわ！成人式のお祝いに大阪に

来てもらうというのはどうかしら？ まだ、半年先のことですけど…。」
小林「それ、いいですね！お孫さんのこと、とても大切に思っておられるようですし、娘さんからもお母様にそのことをお伝えいただくと良いと思います。」
真由美「そうですね、では、早速、明日にでも電話してみます。」
小林「ありがとうございます。よろしくお願いいたします。」

【目標設定】その人らしさを引き出す目標設定シーン

映像なし

小林「山本さん、調子はいかがですか。」
春子「ちょっと、昨日から良いのよ。娘から電話があって、なんかすごく心配してくれて…、いいものね、家族って。」
小林「離れているからとても心配だし、どんな応援ができるか？って、先日もおっしゃっていました。電話の内容、お聞かせいただいてもよろしいでしょうか？」
春子「『成人式のときにはおばあちゃんに大阪に来てほしい』って孫が言ってるって。『お母さんは“いやいや”言うけど、旬のお願いなんだから、小林さんが言ってた短期間・集中的に利用するサービス、試しに旬のためにも行ってみてよ』って、そんな話をしたの。だから、あなたがこの前来たときに言ってた、体力をつけるためのリハビリ？とか挑戦してみようかなって…体力をつけたら、プリンのお墓参りにも行けるわよね。」
小林「そうだったんですね。素敵ですね！成人式まで半年ありますもんね。山本さんはもともと頑張り屋さんだと伺っていますし、通所Cで、自宅でする運動も教えてもらって、体力をつけていきましょう。」
春子「そうね！」
小林「では、『半年後、大阪にいる孫の成人式のお祝いに行く』ということ为目标に、プランを作成することでよろしいでしょうか？」
春子「はい、お願いします。」

