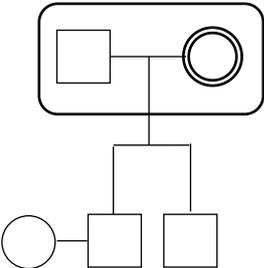


事例①：体調悪化により筋力と認知機能の低下が出てきた高齢者	
関わりを想定している職種・機関・行き場等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域高齢者交流サロン ・ 地域介護予防拠点 ・ かかりつけ医（整形外科） ・ 認知症専門医 ・ 地域包括支援センター ・ 理学療法士（介護予防通所リハビリテーション） ・ 作業療法士（短期集中予防支援訪問サービス） ・ 管理栄養士（短期集中予防支援訪問サービス） ・ 福祉用具貸与事業所 ・ 認知症カフェ ・ 認知症の人と家族の会 ・ 男性介護者のつどい
事例の概要	
年齢・性別	80代前半 女性
自立度等	要介護認定未申請 障害高齢者の日常生活自立度 A2程度 認知症高齢者の日常生活自立度 I程度
家族構成 家族との関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 80代前半の夫と2人暮らし。 ・ 夫は自立。夫は若い頃から仕事一辺倒で家事や子育て、近所付き合いを本人に任せていたが、本人が難しい部分が出てきてからは手伝うようになってきている。「若い頃に苦労させたので、自分にできることはやってあげたい」と思っている。本人が外出する際は、夫が運転をしている。 ・ 息子が2人おり、1人は海外在住で年1回程度帰省する。もう1人は東京在住で、1か月に1回程度様子確認の電話はあるが、帰省は盆と正月のみ。 
居住環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 団地内の小さな庭付きの一戸建て（2階建て）。玄関前に数段の段差あり。夫が庭で家庭菜園をしている。 ・ 団地内の公共交通機関は、ルート・便数共に限られており、自家用車かタクシーで外出する人が多い。 ・ 団地内に集会所や公園があり、サロンやグラウンドゴルフ等が活発に開催されている。
今までの生活・性格等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広島市で出生。卒業後、市内の企業に就職。同じ企業に勤めていた夫との結婚を機に退職し、専業主婦をしてきた。子どもが中学生になってから、清掃やスーパーでの惣菜づくりなどのパートを続けてきた。70

	<p>歳のときに2階のベランダに洗濯物を干そうとして転倒し、右手首を骨折したことをきっかけにパートを辞め、以降はまた専業主婦をしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 明るくおしゃべり好きの性格で、近所の方と交流することが多かったが、退職してからは地域高齢者交流サロンや地域介護予防拠点などにも参加していた。また、元々おしゃれをするのが好きで、年数回友人と市内中心部の百貨店に出かけることを楽しんでた。 ・ 新型コロナウイルス感染症流行時に団地内の活動が全て休止となつてから、自宅でソファに横になってテレビを見て過ごす時間が長くなった。コロナが5類になり地域活動自体は再開したが、会場まで歩いていくしんどさと膝の痛みから、参加を再開できていない。 ・ 最近は立って調理を続けることがしんどいため、座って準備をしている。また、鍋を持ったり硬いものを切ったりするときは夫に手伝ってもらっている。本人は料理好きで、自分が家族の健康を守ってきたという自負もあり、料理はできる限り作り続けたいと思っている。 ・ 最近、たまに薬を飲み忘れることや、外出時にいつも同じ服装をしていること、以前ほど段取りよく調理できず、おかずの品数が減ってきたことを夫が気にしている。また、本人は、半年間で体重が3kg減少し、BMIが18.0kg/m²になった。 		
現病歴・既往歴	判明時期	病名等	治療状況
	68歳	白内障	両目とも手術を実施、現在は通院していない。
	70歳	橈骨遠位端骨折 変形性膝関節症 骨粗鬆症	ギプス固定で手術はなし。医療で3か月リハビリ実施。 現在も月1回受診し、骨粗鬆症の薬と鎮痛剤をもらっている。
※ 内科的な通院はなし。			
事例として想定される関わり	<ul style="list-style-type: none"> ○ 整形外科受診時、付き添いで来ていた夫から、本人の最近の家での様子が気になることについて、かかりつけ医に相談あり。 → かかりつけ医から本人の自宅近くの認知症専門医に相談後、認知症専門医の病院を紹介された。 ○ 夫の付き添いで本人が認知症専門医のいる病院を受診し、軽度の認知機能低下の診断あり。 → 認知症専門医から、今後定期的に経過をみていくことと、要介護認定を申請して介護予防に取り組むことについて提案あり。地域包括支援センターを紹介された。 ○ 本人と夫が地域包括支援センターに相談、要介護認定を申請し、要支援2の認定が出る。 → 地域包括支援センター職員が介護予防ケアプランを作成 サービス担当者会議で目標と役割を共有した。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防通所リハビリテーション(理学療法士)(週2回) 		

理学療法士による下肢の筋力向上を中心としたリハビリと自宅でのセルフケア（紙に書いて渡し、夫とも共有してもらう）、他の参加者との交流を提案した。

- ・ 短期集中予防支援訪問サービス（作業療法士）
（2週間に1回、3か月間）

転倒予防と、調理が続けられるための自宅及び自宅周囲の環境整備や福祉用具の使用について助言を行い、集会所までの道のりの確認と歩行補助具を使って行く行き方を提案した。

- ・ 短期集中予防支援訪問サービス（管理栄養士）
（2週間に1回、3か月間）

本人の嗜好・摂取状況等を確認し、実践可能で効果的な食生活改善に関する助言、指導を行った。

- ・ 介護予防福祉用具貸与
作業療法士から提案された福祉用具を貸与した。

- ・ 地域高齢者交流サロン（月1回）

本人の希望を確認した上で、地域包括支援センター職員がサロン運営者に参加の再開について相談したところ、来なくなったことを心配されていたことが分かり、同じサロンに参加している近隣住民がサロンのある日に誘いに来てくださることとなった。

- ・ 認知症カフェ（月1回）

地域包括支援センター職員が本人・夫に提案したところ参加意向があり、カフェ代表者をつないだ。その後、夫婦で参加している。

● 今後

- ・ 体力・筋力の回復状況をみながら、地域介護予防拠点（週1回）にもつないでいく。
- ・ 現時点では夫の参加希望がないが、本人と夫の状態をみながら、必要に応じて認知症の人と家族の会や、男性介護者のつどいへの参加を調整していく。