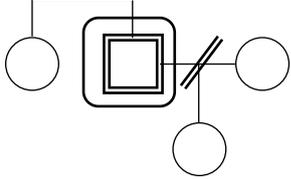


事例②：認知機能の低下があると思われるが、医療・介護につながっていない高齢者

<p>関わりを想定している職種・機関・行き場等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民生委員 ・ 地域包括支援センター ・ 認知症初期集中支援チーム ・ 認知症専門医 ・ かかりつけ医（認知症サポート医） ・ 看護師（訪問看護サービス） ・ 薬剤師（居宅療養管理指導） ・ 管理栄養士（かかりつけ医所属） ・ 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー） ・ 通所介護サービス ・ 歯科医師 ・ 訪問介護サービス ・ 高齢者配食サービス ・ 高齢者地域支え合い事業（地域の見守り）
<p>事例の概要</p>	
<p>年齢・性別</p>	<p>70代前半 男性</p>
<p>自立度等</p>	<p>介護認定未申請 障害高齢者の日常生活自立度 J2程度 認知症高齢者の日常生活自立度 IIb程度</p>
<p>家族構成 家族との関係</p>	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在は1人暮らし。妻と娘が1人いたが、娘が若い頃に離婚し、その後連絡が取れていない。 ・ 隣の市に住む妹が月2回通って本人の身の回りの支援をしていたが、2週間前に妹自身が骨折したために支援が難しくなった。 </div> </div>
<p>居住環境</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平地にある、昭和時代に建てられた一戸建てに住んでいる。 ・ 自家用車を1台所有しており、自宅の駐車場に置いている。 ・ 近隣には、同じく昭和時代に建てられた一戸建てや、オートロックやエレベーターのないアパートが多い。 ・ 地域のサロンなどは、自宅から少し離れたところにある集会所で行われているが、参加者は女性が多い。
<p>今までの生活 ・ 性格等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広島市で生まれる。関東の大学に進学後、東京の企業に就職し、営業職として全国を飛び回っていた。 ・ 65歳まで勤め、退職後空き家になっていた実家に戻ってきた。近所づきあいは、すれ違ったら会釈をする程度。町内の人が集まる場所は苦手なため、地域活動には参加していない。 ・ 自分では調理をせず、妹が持参するおかずか、コンビニで買って来たものを食べていた。夜は晩酌をするため、ご飯は食べず、おかずやおつ

	<p>まみを少し食べている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 500m先のコンビニには車を運転して行っており、菓子パン、カップラーメンなどすぐに食べられるものと、煙草とお酒を購入している。煙草：10本/日、飲酒：350mlのビール缶/日（夜）。 ・ プライドが高く、カッとなりやすい性格。自分の考えや長年続けてきたことは変えたくない思いがある。 ・ 独居高齢者であるため民生委員が月1回訪問していたが、出て対応する日と出てこない日があった。 ・ 自宅に停めている車に、こすったような傷が多くついていることや、最近ゴミ出しをしている様子がないこと、本人とすれ違った際にかなり臭いがしたことから、心配した近隣住民から民生委員に連絡が入った。 		
現病歴・既往歴	判明時期	病名等	治療状況
	不詳	高血圧 糖尿病	以前指摘されたことがあるが、仕事が忙しい時期で通院を中断し、そのままになっている。
	50代	脳梗塞	仕事中に発症し、リハビリをして退院。見て分かるような麻痺は残らなかった様子。退院後は通院していない。
事例として想定される関わり	<p>○ 近隣住民からの連絡を受け、民生委員が地域包括支援センターに相談し、センター職員と同行訪問。本人が出てこられたが、室内に上がることは拒否あり。玄関先で話をする中で、糖尿病などの治療を中断していることと、認知機能低下と思われる症状があるが、病識がない（又は認めたくない）と思われる発言を聞き取る。その後地域包括支援センター職員が何度か訪問するが、介入拒否あり。</p> <p>→ 地域包括支援センターから認知症初期集中支援チームにつなぎ、支援開始。訪問を重ねる中で、信頼関係を築くことができ、記憶に自信がなくなることがあり不安があったこと、長男であるため実家を守りたい思いがあることを聞き取ることができた。自宅でできるだけ長く暮らし続けるために本人を説得し、介入から約半年後によりやく受診と医療的なサービス導入の同意を得た。</p> <p>○ 認知症専門医を受診し、脳血管性認知症の診断を受けた。血圧と血糖値のコントロールができていないことも判明したため、その後はかかりつけ医（認知症サポート医）が経過観察を行うことになった。</p> <p>かかりつけ医からは、訪問看護の利用と薬剤師の訪問、管理栄養士の栄養指導を勧められた。また、要介護認定を申請し、要介護1の認定が出た。</p> <p>→ 居宅介護支援事業所につなぎ、ケアマネジャーがケアプランを作成した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護サービス（週2回） 疾患管理及びかかりつけ医との連携 		

- ・ 居宅療養管理指導（薬剤師）
服薬指導及びかかりつけ医との連携
- ・ 通所介護サービス
入浴介助及び保清
- ・ 管理栄養士による指導
栄養評価及び栄養指導、通常購入している店舗での食品置き換え・追加等の助言

● 今後

本人の受入れ状況をみながら、以下のような調整を行っていく予定。

- ・ 運転免許については、ケアマネジャーがかかりつけ医と相談しながら自主返納に向けて対応する。また、返納後の本人の移動手段について、地域包括支援センターが地域ケア会議などを活用し検討していく。
- ・ 長期間にわたり歯科受診が途絶えていることに加え、現在の食事内容が「食べやすさ」が基準となっていることから口腔機能の低下が疑われる点、さらにセルフケアのみでは十分な口腔衛生管理が行えていないと考えられる点、そして糖尿病と歯周疾患の関連性も踏まえ、介護支援専門員及び看護師から歯科受診を提案し、歯科につなぐ。
- ・ ケアマネジャーが本人の趣味や特技などからシニアサークルやボランティアなどを提案し、地域との交流を促す。
- ・ 1人では家事が難しい部分が出てきているため、訪問介護サービスを導入し、できる部分は自分で行ってもらいながら、家事支援を行う。
また本人の状態によっては、高齢者配食サービスの利用も検討する。
- ・ 高齢者地域支え合い事業のネットワークがある地域であり、近隣住民による緩やかな見守りを行う。