

◆ ケアマネジャーのための情報誌 ◆

ケアマネ SAPPORO

2014.8.1 発行

発行

一般社団法人
札幌市介護支援専門員連絡協議会

事務局

〒001-0010
札幌市北区北10条西4丁目1
SCビル2F

TEL 011-792-1811
FAX 011-792-5140

第89号

- P1~3. 一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会 会長 関 建久『連携とは「変わる」こと』
- P3~4. 知っ得「事例にみる課題分析の重要性と自立支援 パート2」
- P4. 今月のQuestion (札幌市Q&A)
- P5. 札幌市からのお知らせ『結核は過去の病気ではありません!』
- P6. KPC24 きらり★ポジティブケアマネジャー [ケアマネ奮闘記①~居宅介護支援事業所 はる清田 管理者 森 祐樹]
- P7. コラムVOL5 シーズネット理事長 奥田 龍人 [ケアマネ奮闘記②~介護付き有料老人ホーム パートナーハウス2号館 ホーム長 林口 充子]
- P7. こんにちは! 窓口(清田区)
- P8. ケアマネあるある! ~ちょっとした…ノンフィクション事故? ~



連携とは「変わる」こと

一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会
会長 関 建久(所属:道東脳神経外科病院)

【入院日数の短縮と在宅医療の推進】

介護保険制度ができ15年が経った。私が1998年に介護支援専門員試験を受験した当時は「制度あってサービスなし」などと揶揄されたものだ。現在はどうかろう。格段にサービス種類と量が増え、選択肢が増えた。介護支援専門員の皆さんが利用者や家族のニーズを的確に捉え、代弁してきた証だと言える。活動を1999年から開始した貴会の先見性と行動力に感服し、敬意を表する次第である。

2025年問題とは、高齢化率の増加、社会保障財源の確保と介護サービスの質という三つの要素の組み合わせとバランスをどう決着つけるかの問題である。欠かさないのは、要介護者の生活機能の維持を支える医療とのかかわりだ。医療保険制度も大胆な方策が実施されている。介護支援専門員の方と密接に関係するものは2つある。入院日数の短縮と在宅医療の推進だ。

【入院期間短縮に対応した既成概念の打破】

入院日数の短縮化とは「早く治して早く退院する」指向だ。急性期では疾患別のクリティカルパス(治療計画書)に基づき、治療手順は標準化されている。つまり「入院時に退院日が決定する」のだ。在院日数が長期化すると医療機関の収入は減少する。医師の胸三寸で治療計画が決められていた時代は過ぎた。今は「診断と治療計画への適応」に主眼が置かれ、あとは予定した計画に対する「実行(Do)」が病院内で粛々と展開される。

予定通りに治療とその結果が進めば問題はない。しかし相手は高齢者である。入院中に合併症が生じたり、認知機能が低下したりする。高齢者の入院にはリスクが伴う。「早く治して早く退院する」ことを医療機関と介護支援専門員が協力する新しい展開がこれから更に求められる。

当協会が2012年に介護支援専門員の皆さんを対象とした調査*1によると、退院前に医療機関から介護支援専門員へ連絡が無かった割合（退院連絡漏れ率）は全道44%に対し、札幌市では38%であった。数値の高低に関する評価は別にして、これをゼロにしていく取り組みが必要だと個人的には考えている。では連絡が漏れている方々はどんな方なのか。私は「要支援」の方だと思っている。つまり「病院は要支援を見つけられない」のではないかということだ。例えば月間1,000名以上の入退院がある大病院では、連携室の看護師やソーシャルワーカーは要支援者を見つけられない。いや「見つけられない」というより「そこまで手が回らない」という言い方が正確な表現だ。絶対的なマンパワーが足りないのだ。ではどうしたらいいか、足寄町の取り組みがヒントになる。

足寄町では、二次・三次救急患者は町から65キロ離れた帯広市内へ搬送される。従来は治療は終了しても医療機関との連絡調整が不十分だった。そのため町内の特養待機者は100名を超えていた。ところが平成20年より、足寄町国保病院の連携室や町内の地域包括支援センターから帯広市内の医療機関へ直接訪問し、医療機関の求めに応じ、早期から相談調整を開始した。その結果急性期病院から自宅への直接退院が増加。特養待機者も減少したというのだ。医療機関から早く連絡を受け、町の地域包括支援センターが出張って退院調整に取り組んだ結果である。連携とは「方法の変更」ではなく「既成概念の打破」である。

医療機関から早くに連絡をもらうにはどうしたらいいか。退院可能な日から逆算して医療機関に出向き、退院調整期間を拡大する仕組みをつくることだ。入院期間の短縮が求められる医療機関に対し、介護支援専門員側から協議を持ちかける絶好の時期が今、到来している。

医療機関側からの連絡を待つ受動姿勢から能動的に

医療機関へ入り込んでいく「変化」が求められるだろう。これに関しては貴会と共に、当協会も積極的に医療機関からの早期の連絡、連絡漏れゼロを目指した活動をしたいと考える。

【在宅医療の推進と越境する専門性】

退院調整と並び重要なのが在宅医療の推進だ。こちらは入院治療と異なり、日常的な高齢者特有の疾患に予防的に対応することが求められる。対象疾患は尿路感染症、肺炎や脱水などだ。在宅医療は急性疾患に対する治療より、健康状態を長く続けるための予防的対応に尽きる。よく聞く悩みは訪問診療医がいないとか、在宅を理解してくれる医師が少ないなどだ。しかし在宅医療は医師だけが主だとは思わない。確かに医師は在宅医療の要であるが、何もかにも医師へ相談したら医師の身がもたない。私は訪問看護師と薬剤師の知識と技術を大いに活用すべきだと思う。

私達の地区（北見市）では昨年、介護支援専門員の方を対象に「ケアプランに活かせる使える医療情報講座」*2を開講した。医師、薬剤師、看護師、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、ソーシャルワーカーらを講師に、医療機関から提供される医療情報を効果的にケアプランへ活用することを目的とした研修会である。特に介護支援専門員の方に好評だったのは「薬に関する相談を調剤薬局へしてもいいことが分かった」であった。剤形の見直しや薬の影響による心身機能の変化を医師に相談する前に調剤薬局の薬剤師に相談できること、相談方法も伝授した。「（薬剤師は）今後相談しやすい社会資源として活用できる」と好評であった。訪問看護師の講義後のアンケートでは「看護師や医療職が見るフィジカルポイント、医療職が知りたい情報、伝える方法のポイントを私達が知ることが有効だ、何を見ればいいか分かった」と好評であった。連携とは「役割の分担」ではなく「越境する専門性」である。

【おわりに】

医療と介護の連携が重要と言われる。何故連携が重要と言われるのか。それは人口減少と高齢化が進み、国の財源が不足するなかで、限りある医療介護資源を最大限活用しつづることが絶対必要だからだ。そのためには今までの方法では通用しないことを自覚すべきだと思ふ。制度が求めているのは、接点の乏しかった他職種（医療職）と協働した結果、医療介護分野の費用対効果が高まることだ。介護支援専門員がさらに重要な位置づけを獲得するためにはこの医療職との協働への努力が必要だ。どうすればよいのか。まず病院のソーシャルワーカーが地域との窓口となり、介護支援

専門員と協力して早期の退院支援を行うことだ。

次に介護支援専門員はケアプラン作成過程で避けていた医療面の問題について「どこから分からないか」を見定めることだと思ふ。連携とは自分から積極的に「変わる」ことだから。

*1「退院時連絡（医療機関から介護支援専門員へ）調査」第一報

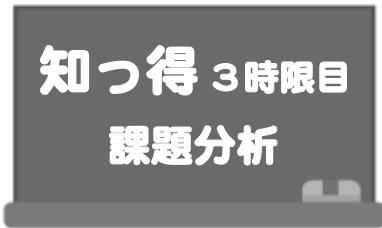
（北海道医療ソーシャルワーカー協会 HP より）

*2「ケアプランに活かせる使える医療情報講座」

（北見市医療福祉情報連携協議会 HP より）



ケアマネのためのスキルアップ情報コーナー 



事例にみる課題分析の重要性と自立支援 パート2

前回、Aさんの事例についてありがちな不適切なプランを紹介させていただきました。成功のプラン作成の鍵はどこにあるのでしょうか？ 前回の号と照らし合わせて今回のケアマネの適切な課題分析とプランをご紹介します。

担当ケアマネ②プラン(適切な課題分析)

リハビリの目的をどこに置くか、ADLの回復がどこまで可能かを検討し生活意欲に働きかける方法を検討。食事については、動作の障害と見ず「栄養」面から、食事の形態や周囲の状況のほか、「摂取の機能」を分析。Aさんが孤独や不安を感じるようになるように、楽しめる活動や満足できる役割を見つけることとします。

ADL	障害の要因と予測	主治医より、脳梗塞による明らかな麻痺はないので、リハビリにより歩行機能回復の可能性はある、との評価がある→当面の目標を決める
	ADL悪化の危険性	気分の落ち込みまではないが、リハビリへの意欲がない。体力低下と食事が進まないことで、全般的な機能低下がある→通所のみのリハから自宅や自室でのリハを検討
	ADL改善の可能性	自らの意思表示がほとんどないが、理解力は残されている→声かけ、会話を進め、信頼関係を築くようにする
栄養 食事	食事動作	食事動作を途中でやめてしまい、食事が半分程度→能力の問題ではない
	栄養の問題	好みのものを自分から訴えることがない。好きなものを聞くと和食で特に魚と言う。粥はきらいと言う。→普通食に切り替えられるか検討する
	摂食機能の問題	「かむ」「飲み込む」などの機能の評価→病院の時から粥を続けていたが、口腔問題や嚥下問題はなく、普通食に切り替える
社会的機能	社会的関りの変化(気分との関係)	発病前に地域のクラブ活動で、週1回生け花に通っていた→麻痺もなく、気分の回復によって生け花の活動を再開できる可能性がある(気分を回復するためにも再開を勧める)
	ADLの低下	生け花教室は歩いて行ける距離にあるが、歩行が不安定のため、一人では危険がある。→家族は日中不在のため、仲間の支援が得られるか、家族を通じて、検討してもらう。外出時に杖歩行を検討する。体にあつた杖を検討する



ニーズ	目標		援助内容	
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	サービス種別
粥食から普通食に切り替えて、美味しく食事がしたい	一人で食事が完食できる	美味しく食事を取ることができる	・粥食から普通食 ・魚を中心とした副食の提供 ・家族と会話をしながら食事する	娘 通所リハ
歩けるようになりたい	筋力が向上し、安定した歩行ができるようになる	リハ室や自宅でリハビリをすることができる	P Tによるリハビリ 自宅でのリハビリ（起き上がり・端座位）	通所リハ 訪問看護 家族
生け花を再開したい	仲間と一緒に生け花教室に通うことができる	野外での杖歩行が安定する	・仲間による送迎 ・生け花を玄関に飾る	仲間 Aさん 家族



その後Aさんは・・・

粥食から普通食に切り替えたことで徐々に食欲がもどり、体力が回復しました。それと同時に、周囲にも関心を持つようになり、通所リハスタッフや訪問看護との会話も増え「スーパーマーケットに買い物に行けるようになりたい」と自宅でのリハビリにも自ら進んで行うようになりました。

【学習のポイント】

- 成功への手がかりは食事にありました。Aさんは粥食が好きではなかったのです。娘も知っていましたが、病院では粥食だったのでその必要があると思ったのでした。しかし、普通食に戻すアセスメントの視点として①嚥下や咀嚼に問題がないか②口腔内に問題はないか、これらを判断する必要があります。
- その上で、食事形態の変更や食事時の環境を工夫することを検討します。体力が付き、杖歩行が安定するようになったら、生け花教室へ通ったり、スーパーへの買い物も可能と考えられます。
- リハについては通所リハのリハ教室での訓練だけではなく、無理のない程度に自宅でも実施することにしました。それによって自分でもできるという実感と自信が持てるようになるからです。
- 社会的機能の回復を検討する上で、以前行っていた活動と現在の活動状況への変化を把握し、Aさんがそのことをどうとらえているかを考えることが重要です。

書面の関係により2回に分けて課題分析の必要性を含め、ご利用者のプランを紹介させていただきました。アセスメントによる課題分析って本当に大切ですね。プランの内容もAさんの意欲も変えてしまいますね。

資料：「MDS方式によるケアプラン作成研修」
日本MDS学会「インターライ方式による
ケアプラン作成の方法」インターライ・ケア研修会



『今月のQuestion』は、本会のホームページで公開している札幌市Q & A等の情報を掲載します。今月も、会員ケアマネの疑問に対する札幌市介護保険課の回答を紹介します。なお、過去の札幌市介護保険課の回答につきましては、[ホームページ\(会員ログイン\)](#)からご覧ください。

札幌市ケアマネ連協ホームページ (<http://sapporo-cmrenkyo.jp/>)

『札幌 ケアマネ』で検索可能

Q1. 「介護保険者証」に関して、コピーをケアマネがとりますが、“デジカメ等での写真で撮影したものを事業所で印刷し「保険者証」の確認としている”というものは、認められるものなのか？

A1. 認められます。（個人情報ですので、デジカメ等の電子データへ保存する場合は、流出しないよう、取扱いにご注意下さい。）

会員ログイン後、ページの左側にある「お役立ちQ & A」からご覧ください。

※会員ログインのIDとパスワードは、郵便封筒に貼ってある住所シールに記載しています。

例：会員No.1 abcd ○○区支部 の住所シールの場合
→この例では、IDが『0001』の4ケタ、パスワードが『abcd』となります。

平成26年8月 札幌市介護保険課

札幌市からのお知らせ

結核は過去の病気ではありません！

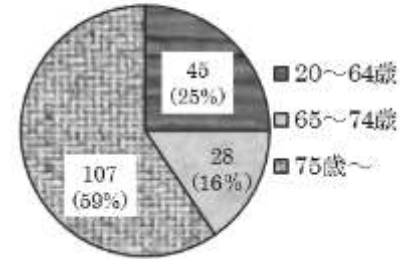
札幌市保健福祉局保健所感染症総合対策課 結核対策係 打越 奈緒

【結核について教えて！】

現在も日本では年間約2万1千人、札幌市では年間約180人が発病しており、決して過去の病気ではありません。

結核は「空気感染」によって起こります。しかし、結核菌は肺の奥深く（肺胞）まで到達しないと感染が成立しませんので、菌を吸い込んだ人がすべて感染するわけではありません。また、感染した場合にも結核は潜伏期間が長く、発病までに半年から数年以上かかります。さらに、通常は免疫機能が働いて結核菌の増殖を抑えるため、実際に発病まで至るのは10人に1～2人程度の割合です。

H24年新登録患者数(人)



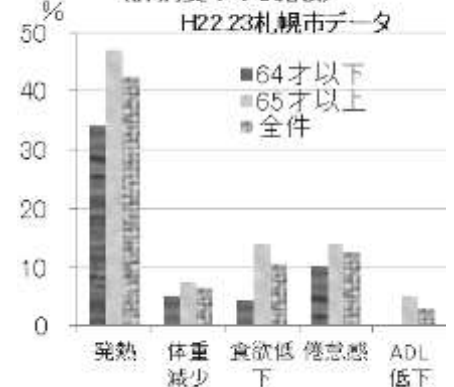
【なぜ高齢者に多いの？】

戦後まだ日本が結核高蔓延だった時代の影響で、高齢者の半数以上は既感染者であると言われています。これに加えて、糖尿病やがん、免疫抑制剤治療などによる免疫力低下が結核発病を促すことで高齢者の患者が多くなります。札幌市では新たに発生する結核患者のうち65歳以上の高齢者が70%以上を占める状況です。

また、65歳以上の高齢者においては咳、痰など明らかな呼吸器症状がなく全身症状（発熱、体重減少、食欲低下、倦怠感、ADL低下）で見つかる割合が多くなることも特徴です。症状が典型的でないために発見が遅れることがあり、結果的に周囲の人に感染させる可能性も高くなります。

平成25年に発生した患者さんのうち、市内13か所のデイサービスと4か所の介護保険事業所で利用者が結核と診断され、接触者健診（患者と接触のあった方に実施する健診）を実施しています。みなさんが支援している高齢者にも結核は起こりうるため、定期的な健康診断のみならず、日頃から全身状態の観察をすることが重要となります。また、結核既往歴のある人、糖尿病や人工透析、癌治療、塵肺などの免疫不全患者は結核発病のリスクが高くなりますので、発病リスクの把握も重要となります。

全身症状の年代別割合
(肺病変のある結核)



【支援中のサービス利用者が結核になったら？】

痰検査から結核菌が検出されない等、感染させる恐れのない場合、接触者健診は実施しませんし、これまでと同じ生活を続けて構いません。また、感染させる恐れのある場合、接触者健診の実施は保健所の調査の上、検討・決定します。なお、その場合にも、食器など物を介して結核がうつることはなく、部屋の換気を十分に行えば問題ありません。

また、結核の治療には6～9か月の服薬が必要です。保健所ではDOTS（直接服薬確認療法）による服薬支援を行っておりますが、サービス利用者が治療している間は服薬支援におけるご協力をお願いします。

毎年9月24日～30日は結核予防週間と定められています。結核の早期発見は本人の重症化を防ぐだけでなく、感染の拡大を防ぐためにも重要です。職場や札幌市で行われる健康診断を受け、1年に1回は胸部エックス線検査を受けましょう。

【問い合わせ先】

札幌市保健福祉局保健所感染症総合対策課結核対策係 622-5199

札幌市ホームページ <http://www.ci.ty.sapporo.jp/hokenjof1kansen/ftb00kekaku.html>

～ケアマネ奮闘記①～

居宅介護支援事業所 はる清田 管理者 森 祐樹

私は小樽のデイサービスで9年間生活相談員を勤めておりました。ケアマネージャーさんとは接する事が多かったのですが、いざ自分がケアマネージャーとして様々な社会資源を活用し、その人にとって生きがいのある生活を支援出来るか…。新しい職種への期待と不安が入り混じっている状態で引き受けました。

自分なりに勉強はした、あとは実践で学んでいこう、そう思っていました。がやはり実際に動いてみると、多種多様なサービスの中からその人に合ったサービスを提案していく責任の重大さを、身を持って実感しました。利用者さん中心である事は言うまでもなく、そのご家族や友人、近隣の方や今まで繋がっているサービス事業所等関係機関…全体を把握しながら、過去と現在と将来を見ながら関わっていく事の難しさ…。

失敗もありました。制度の複雑さや申請の方法で無知すぎる自分に苛立った事もありました。しかし、利用者さんに「ありがとう」「本当に助かります」と言った声をかけて頂けると、不思議と「よし、がんばろう!」という気持ち湧いてきます。法人内の同職種や清田区の関係機関の皆様、他事業所のケアマネージャーさんにご指導や助言を頂きながら、文字通り奮闘しております。

ケアマネージャーになってまだ3か月です。しかし得られたものはとてつもなく大きいものでした。楽しさも怖さも感じて日々ケアマネージャーの職務を突き進んでいきたいと思っております。



～ケアマネ奮闘記②～

介護付き有料老人ホーム パートナーハウス2号館 ホーム長 林口 充子

在宅のヘルパーから施設ケアマネとして働き始め、早いもので8年目になります。

当初、施設ケアマネとして戸惑っていた私に上司から「一人一人の居室をご自宅と思って考えて良いんだよ。」のアドバイス。

その想いでずっとケアプランを考えてきたように思います。

当施設では、色々なボランティアさんが来てくれて利用者様と関わって下さっています。利用者様の意向を色々取り入れて本当に楽しませてくれています。(ケアプランにも記載)

ある日のこと「ボランティアさんにお礼がしたい。」と利用者様からの声。「私も私も」と。そこで一緒に考えたのが感謝祭。利用者様一人一人ができることを一生懸命行い、飾り付けや手作りお菓子を準備しました。

当日は、大きな拍手の中、サプライズでボランティアさんを招き入れました。ボランティアさんの驚く顔、涙涙でくしゃくしゃです。

利用者様も涙を流しながら「いつもありがとう。ありがとう。」と。一緒に歌い踊り、一人一人と記念撮影。利用者様、ボランティアさん、スタッフ皆が涙涙の感動的な一日でした。

ご自宅に居るように利用者様の「したい。やりたい。」という主体性、個性を大切にしたいとの思いが、8年目にして結びついたように思えた出来事でした。

これからも、色々な方々に支えられていることに感謝をして、利用者様が言いたいこと、わがままが言える施設でありたいと思っております。



コラムVOL. 5 『日本ケアマネジメント学会に参加して』

NPO法人シーズネット理事長 奥田 龍人



7月19・20日と新潟県燕三条で日本ケアマネジメント学会が開催されました。燕三条（人口は燕市が8万人、三条市が10万人）で行うというのは、北海道でいえば帯広とかで行うような感じでしょうか。その県の中心地（新潟市）をあえて外した狙いは、大会長の丸田先生（新潟医療福祉大学副学長）が、大会長講演の中で「燕三条が物作り（刃物や金属の研磨など）の最先端の町であることを知っていただきたかった」と述べたように、これからの地域包括ケアがそれぞれの地域でその地域の特色を発揮して育むものだというメッセージであったそうです。全国から900名以上のケアマネジャーが参加して、大会テーマである「すべての人たちのためのケアマネジメント～ソーシャルワークの視点で考える～」を基調に講演、シンポジウム、研究発表（93演題）など充実した2日間でした。私も、「高齢者向け住宅での相談援助の向上～相談員養成研修を通して～」を発表させて頂きましたが、フロアからの鋭い質問にこの分野での関心の高さを改めて認識しました。

大橋謙策先生の記念講演「地域でその人らしく生活していく～それを支えるために～」は、ケアマネジメントが介護保険制度に位置づけられた高齢者のケアに特化したものではなくあらゆる人のためにあること、そして当事者から学ぶことで深化していくことが具体性をもって語られ、ケアマネジメントに携わるものにとって身の引き締まる内容でした。

また、市民公開講座では蓮池薫さんが「拉致という人権侵害～さまざまな家族への思い～」と題して自らの想像を絶する体験を基に講演され、「命以外全てを奪われた体験」の重みに胸を打たれました。蓮池さんは、生きて行くには夢を持つことが大事であること、その前提には「選択できる社会（人権）」があることを強調されました。蓮池さんのお話を聞いて、いかに私たちが「選択できる社会」に住んでいるかを思い知らされました。ケアマネジメントも本人に選択できること、本人の意思決定の支援をすることが問われます。私たちがその支援をするためにも、日本が選択できる社会であり続けるよう、私たちの日頃の努力が問われることを改めて胸に刻みました。

どんな学会でも参加することはいいものです。日頃の自分を全く違う空間で振り返るいいチャンスです。さらに発表することは自分の可能性を押し広げてくれます。会員の皆さんが、どんどん学会に参加し、発表にチャレンジしてくれることを期待します。



こんにちは！窓口

顔の見える関係をコンセプトに行政や地域包括支援センターの主任ケアマネなどケアマネジャーと関わりの深い方々をご紹介します。

清田区保健福祉課 保健支援係長 上野 泉 さん



清田区保健支援係に着任して2年目になりました上野です。介護保険制度の中核を担うケアマネジャーの皆様には日頃より大変お世話になっており、深く感謝しております。地域住民一人ひとりが自分らしい生き方を選び、安心して生活できるような清田区を目指して皆様と一緒に頑張っていきたいと思っておりますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

清田区第1地域包括支援センター
主任ケアマネ 高谷 公子 さん



包括が2箇所になり2年目、皆様にとってどんな存在になっているのでしょうか？頑張っても頑張っても終結が見え辛くなったりすることありませんか？そんな時、気軽に「一緒に考える仲間」として頂けるよう努めていきたいと思っております。今後ともよろしくお願いいたします。

清田区第2地域包括支援センター
主任ケアマネ 芦崎 祐公 さん



日頃よりご理解とご支援をいただき、感謝申し上げます。包括に配属となり、早2年半が経過しました。包括の主任ケアマネ機能とは一体何か？と奮闘する日々。皆様と一緒に「考え悩む」ということからスタートするのではないだろうか？と思いつつあります。「見える化」をモットーに支援困難なケースについて一緒に悩ませていただければ幸いです。これからも何卒よろしくお願いいたします。

ケ ア マ ネ あ る あ る

今回のお題は
「ちょっとした…
ノンフィクション
事故?」です。

ーケアマネから寄せられた声にコメントをつけてご紹介しますー

担当する高齢者の車が路上でエンスト。「早く支援に来てください、何をしていますのですか!ご本人さんレッカー車と呼ぶのを拒否していますので」と警察から居宅事業所に電話連絡。

ケアマネが現場到着。警察の方から「JAFを早く呼べばよかったのに…。このままなら違反になってしまうよ。」

ケアマネ「……」



あるあるって、JAFの調整までケアマネの仕事かい!

高齢者の方が徘徊をしていたので保護をしました。と警察署から居宅事業所へ電話連絡あり。「本人がそちらの名刺を持っていたので電話を掛けさせていただきました」とのこと。休日でしたが事業所に出勤して緊急連絡先の家族等に連絡。事なきを得ました。

あるある!その方、無事でよかったよね～。お守り代わりに名刺を持っていたことがラッキーだったよね～。でも本音を言うと平日だったらよかったのに～。と思っていない? 思っていない!さっすが～

警察署から居宅事業所に電話。人格障害のあるAさんが「包丁を振り回しています。早く来てください!」担当ケアマネが出向いて本人と話をして落ち着かれる。

帰り際に警察の方から「施設とかに早くに入った方が良いのではないですか」

ケアマネの心の声(言われんでも、わかってるわい!)



あるよね～。警察とケアマネ、業務内容をお互いによく知っていないと、こんな発言が出るよね～。

近くのスーパーから居宅事業所に電話連絡。〇〇さんの利用票がお店に落ちていましたよ。ケアマネが慌ててお店に出向いて回収。居宅事業所に戻って調べると先日、本人から捺印をいただいた利用票もある。本人に電話連絡をすると、「いつも持ち歩いていて落としてしまったの」

ケアマネ「……」

よくあるよね～って、これはないよ～。勘弁してくださあ～い。利用表を自分のスケジュール表として持ち歩いているのかなあ? でもね、スケジュール忘れていいから。せめて持ち歩くのなら上記の方のようにお守り代わりは名刺にして～。

民間の介護タクシーさんに高齢者住宅に住んでいる方の所に送迎のサービスを依頼、業者さんも確認不足で住宅の同じ敷地内にある施設で玄関外にいた認知症の方に「予約していた〇〇さんですか?」と質問。「はい」と返答したので、そのまま送迎。ケアマネの居宅事業所に当の本人から「まだこないぞ!」の苦情電話。介護タクシーさんに連絡しても、「送迎していますよ!」との反論。

ケアマネ状況が分からず板挟み……。

……ない、と思う……。

