

令和5年度 地域ケア個別会議 実施結果

高齢者あんしん相談センターふじみ苑

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
9月12日(火) 10:30～12:00 ぱれっと会議室1	介護支援専門員6名 サービス事業者5名 ほほえみーる1名 増進センター1名 高齢者福祉課2名 生活支援コーディネーター1名 高齢者あんしん相談センター4名 計20名	<p>事例①《ケース概要》 81歳男性、要介護2。妻と二人暮らし。多発性硬化症、脳梗塞、心房細動の既往歴がある。体調に波があり、全身浮腫んでいて、救急搬送でイムス富士見に搬送された事もあった。妻も体調が悪い日があり、本人の体調不良になかなか気付けない。米店の仕事を辞めてからは、趣味や生きがいは無い。家事は妻の指示があればこなす事ができる。足を一歩前に出すのが大変で、一人での外出は難しい。CMとしてはもう1日通所を増やしたいと考えているが、国民年金で経済的に厳しい。 サービス内容:通所介護週2回、ベッドレンタル</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 本人に関して、商業施設まで歩いて行くことができていますので、外に出る機会を作ってもらいたい。地域の体操教室に参加するのはどうか。また家の中でできる事を増やして、家の中の生活水準を落とさないことが大切。心不全があるので塩分過多の食事内容は心配、浮腫みやすいので、デイで体重チェックしてもらいたい。本人の楽しみを見つけられるよう支援者に関わってもらいたい。家族支援として、妻の精神的不安定さが見られている事や夫に対する理解を深めてもらう為に、増進センターのはつらつ教室に通ってもらうのはどうか。地域のボランティア団体に参加するなどして、それぞれが自分の時間を作ることも大切。</p> <p>事例②《ケース概要》 88歳女性、要介護1。長男と二人暮らし。関節リウマチ、骨折(腰・右大腿骨・左肩・座骨)の既往歴あり。最近のリウマチで体の調子を崩している。同居の長男は、長期出張で居ないこともある。買い物は長男と行く事がある。洗濯物を干す、簡単なゴミ出し、レンジの温めは可能。以前はミシンを使っていたが、手のこわばりがあり今はしていない。リメイクは得意。友人が歌舞伎に誘ってくれて見に行く事ができた。2年半前から長男に対してストレスを感じている様子がある。精神面が不安定で長男の介護力も乏しいので、今後どうなるのかケアマネとして不安に思っている。 サービス:訪問看護週1回(リウマチの皮下注射と入浴介助)、半日型通所介護週1回(機能訓練)、歩行器・車椅子・手すり・ベッドレンタル</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 社協の手芸サークルに裁断を手伝ってもらって、本人がやれる所をするという事はどうか。地域の活動グループに参加できれば趣味活動ができ、他者交流もできる。友人が力を与えてくれている。自分の意欲や行動範囲を広げられる方だと思うので、支援者が色んな方面から提案して、本人が何を受け入れるのかを検討していく。</p>
9月12日(火) 13:30～14:30 ぱれっと会議室1	介護支援専門員6名 サービス事業者2名 増進センター1名 高齢者福祉課1名 生活支援コーディネーター1名 高齢者あんしん相談センター4名 計15名	<p>事例①《ケース概要》 86歳男性。要介護2。独居。認知症(HDS-R 19点)、直腸癌術後、肺気腫、股関節痛がある。脳梗塞による右手の痺れがあるがADLはほぼ自立。80歳で当市転入。信仰宗教があり熱心に朝夕のおつとめをする。アパート契約や書類作成は教会の方が行っている。2ヵ月に1回ケアマネが受診同行。服薬は朝の一包化に調整。日中は寝転がってTVを見ている。体力低下あり、体調が悪いと転倒する。通所介護は、ストマのため個浴対応で制限があることでやめてしまった。好きなものしか食べないので栄養が摂れていない。体重が10kg減。金銭は、あればあるだけ使ってしまうので教会の方が2千円ずつ渡す。妻が亡くなり寂しいと飲酒の欲求あり。 サービス:訪問看護(ストマ管理)、訪問介護(食事準備)</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 本人が寂しいと言う原因をしっかりと聞き取りアセスメントすると、生活課題が見えてくるのではないかと。認知症もあるので、食事の声掛けや栄養面のサポート、買い物等の外出について考えてはどうか。圏域に移動販売とくし丸の話がある。買い物に出ることで地域の方の交流が増えるのではないかと。姪がいるが、今後後見人の必要性も出てくる可能性がある。</p> <p>事例②《ケース概要》 81歳女性。要介護2。夫は、就労で殆ど不在。頸椎症性脊髄症、糖尿病、高血圧症がある。階段から転落し寝たきりとなったが受診せず、褥瘡ができ不衛生な状態となって救急搬送。イムス富士見で3ヵ月のリハビリ後退院。入院中に知的障害疑いの指摘あり。本人も夫も病識が不十分。サービス事業所の変更を繰り返し、キャンセルも多い。羞恥心があり身体を見せることに抵抗がある。家の中は不衛生。 サービス:訪問看護(褥瘡、皮膚トラブル処置、服薬管理)、ショートステイ(不定期)</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 夫に何かあった時の契約や金銭管理についてあんしんサポートねっとの利用や親族との連絡も必要ではないかと。本人も自宅を豚小屋と言っている。一緒に誰かと掃除をするという提案はどうか。もともとの知的障害に認知も入っているのではないかと。対応の難しいケース。ショートステイは難しくても、訪問看護の継続は必要。関わる人がいなければどんどん劣悪な状況になることが予測されるので、サービスの継続は必要。関係機関との情報共有・連携が大事。</p>

12月12日(火) 13:30～15:00 ぱれっと会議室1	介護支援専門員6名 サービス事業者2名 増進センター1名 高齢者福祉課2名 生活支援コーディネーター1名 高齢者あんしん相談センター4名 計名16名	<p>事例①《ケース概要》</p> <p>92歳男性、要介護2。妻と二人暮らし。子供はいない。本人からの電話は成り立つが、こちらから発信する電話は内容が伝わらない。月1回程度、ソファーに座り損ねるなどの転倒をしており、表皮剥離やあざがある。妻は軽度認知症。弟が神奈川県だが付き合いはほとんどなく、成年後見制度や終活サポートセンターの支援が必要と感じているが、本人に制度の必要性が伝わっていない。サービス:通所リハビリ週1回、訪問看護週1回、福祉用具貸与</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》</p> <p>11月頃から状態が悪く、体調不良を理由に通所リハビリを中止している。難聴で話を通じない事もある。妻の認知症も進んでいる。補聴器は本人が拒否、訪問リハは提案したが本人が望まない。弟や包括の協力を得ながら、終活サポートセンターに繋がれるように支援が必要。高齢者はその時々を生き延びて、先々の事はピンと来ない。自分たちの為にお金を使えるように支援していく事が大事。</p> <p>事例②《ケース概要》</p> <p>91歳女性、要介護2。要支援2の夫と二人暮らし。夫に対して物盗られ妄想があり、認知症も進行している。夫の精神的負担が増えているが、通所サービスに繋がっていない。右股関節の人工骨頭置換術にて歩行が不安定。サービス:福祉用具貸与</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》</p> <p>洋裁が好きなので、デイサービスでキルト作品を作っている所を見学するのはどうか。本人が興味を示しそうなイベントを行なっている時に見学に行くのも良い。何がきっかけになるか分からない、デイの誘い方や誘う人を変えてみると良い方向に行く事がある。通所サービスに繋げるのが難しいのであれば、最初は訪問リハビリで人に慣れてもらうのはどうか。誰かが来ることで夫の負担も軽くなる。</p>
--------------------------------------	--	--