

令和4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 むさしの

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
5月12日(水) 13:30～15:00 場所:南畑公民館2階会議室	介護支援専門員6名 サービス事業者3名 社会福祉協議会1名 増進センター作業療法士 1名 高齢者福祉課3名 高齢者あんしん相談センター5名 計19名	<p>事例①《ケース概要》 86歳女性。要介護1。89歳の夫(要介護1)と2人暮らし。夫は高血圧と骨粗しょう症の既往があり、2回/週デイサービスと1回/週ヘルパーを利用。子供はいない。書類の手続きやお金の管理は都内に住む妹が行う。令和3年2月、左下肢麻痺が出現し救急搬送され、脳出血の診断。6月に自宅退院となる。月に1度、都内に住む妹の訪問あり。夫婦ともに要介護認定を受けており、緊急時や今後どちらかが独居となった場合に、地域でどうやって支えていくことができるのか、考えていく必要がある。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・あんしんサポートネットなど公的な支援を今後検討しても良さそう。・ご近所とうまくつながり、買い物一緒に連れて行ってもらえたり、電気をつけっぱなしなら連絡してくれるような地域がある。それまでの付き合いが大事だが、介護サービス以外の繋がりをしっかり活用できているのでCMとしては安心。地域の方に、CMの連絡先等も共有すると安心。・お元気な時からもしもの時についてお話し、終活ノートなどのツールを活用していくことも必要。 ・地域の目の一つであるサロンが感染予防のため休止していたり、高齢化による協力員離れがある。地域のサロンの活動再開や、新たな協力員の育成を考えていく必要がある。</p> <p>事例②《ケース概要》 94歳男性。要介護1。千葉県生まれ。タクシー会社、歯医者で働き、65歳で定年退職。退職後は妻と旅行や趣味を楽しんでいた。妻は闘病の末25年前に亡くなった。令和3年、令和4年にうっ血性心不全で入院。それを機に車の運転をやめた。自宅前に階段が15段あり、呼吸苦や筋力低下のため、自力で上り下りが出来なくなった。通院は娘夫婦で支援し、買い物は訪問介護で支援をしている。娘は小児麻痺があり頻回な訪問や支援は難しい。当初、暫定で支援を行ってくれる事業所が無く、買い物代行はケアマネジャーが行っていた。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・人と話すことが好きなので外出したい気持ちはあるが諦めている(自宅前の階段)・通所型のサービス(通所リハビリやデイサービス)はまだその段階ではないと本人が拒否→訪問型のリハビリにて、外の階段昇降など、生活に合わせたリハビリを行っていくことはどうか。 要支援や暫定で受け入れてくれる訪問介護事業所が不足している状況。金銭的に余裕があれば、民間の家事代行サービス等を紹介しつつ、公的なサービスまで繋ぐことを検討する。ご家族の直接的な支援が難しくとも、資金援助など間接的な支援を得て、民間の有料サービスを利用することもできる。なるべくケアマネジャーが業務内容から外れた支援をしなくて済むような介入が必要。また、困っていることに対しての直接的な支援だけでなく、自立支援という面から、今後予測される問題も考えながらの支援が必要。→市や社会福祉協議会、地域包括支援センターでネットでの買い物講座などを行い、高齢者一人一人がネットを使いこなすことができれば、利用できるサービスの幅が広がるのではないかと。</p>
6月29日(水) 13:30～15:00 場所:南畑公民館2階会議室	介護支援専門員5名 サービス事業者3名 高齢者福祉課2名 増進センター作業療法士1名 歯科衛生士1名 高齢者あんしん相談センター5名 計18名	<p>事例①《ケース概要》 89歳女性。要介護1。独居。隣に次男夫婦居住。次男妻が介護者。65歳くらいから全盲。薄明り位見えていたが、現在は光も見えなくなっている。デイサービスの利用は見えない事での不便さがあり、利用を終了。現在の介護保険サービスは訪問介護にて買い物支援の利用中。また障がい者支援の同行支援を利用し、週1回2-3時間、隣駅まで歌の練習に通う。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・水物でのむせ込み出現してきている。栄養面の偏りの点。→コロナ禍になり歯科のメンテナンスに行けなくなっている。食事形態やとろみ材の情報提供及び指導。主食摂取できているがタンパク質の摂取が少ないので改善できるよ良い。⇒セルフコントロールができるよう歯科受診(同行の支援)、訪問歯科利用の検討。食事形態はゼリーなどの半固形や食べやすいものを摂取。増進センターの嚥下指導教室(10月から全10回コース)基本的には自身で通える方が対象。申し込みすれば受講可能。訪問介護で調理を一緒に行っていく事もいいのでは。少人数制のデイサービス導入等での食事提供での栄養確保も良さそうである。</p>

		<p>事例②《ケース概要》</p> <p>88歳女性。要介護1。夫は老健に入所中。独居。長女家族が近隣在住。夫の介護疲労からうつ病と診断され、精神科に入院。現在は月1回の定期受診での内服コントロールにて在宅生活を続けている。介護保険サービスは訪問介護による共同家事、買い物同行の利用中。筋力低下から屋内歩行が不安定になり、訪問看護による傾聴や体操などのリハビリの導入、通所サービスを週2回利用している。一人で寂しい、死んだほうがましなどの悲観的な発言あり。調理は出来るようになってきたが体力低下が顕著。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》</p> <p>・精神状態の悪化にて悲観的な発言の増大。金土日のサービス利用がないが娘たちが交代で通っている。⇒訪問看護の社名が見えないように隠して訪問してほしい。長女次女は喧嘩になってしまう。⇒何人か職員が関わるように対応中。ショートステイなどは慣れて利用してくると、女子会のような賑やかな関係性を持って会話されていることもあるので家族間では難しいことも利用者同士仲良く利用されるようになったら生活も良い方向になるというが。配食サービスでの栄養面の配慮や、デイサービスやショートステイ利用にて栄養面の安心にも繋がると思われる。</p>
<p>9月26日(火) 13:30～15:00 場所:南畑公民館2階会議室</p>	<p>介護支援専門員4名 サービス事業者3名 薬剤師1名 生活支援コーディネーター1名 作業療法士2名 高齢者福祉課4名 高齢者あんしん相談センター5名</p> <p>計20名</p>	<p>事例①《ケース概要》</p> <p>86歳女性。要介護1。夫と三女の孫息子との3人暮らし。三人の娘が居たが、長女と次女は本人が若いころに亡くなっている。</p> <p>平成27年に左上顎肉癌手術を行い、放射線治療を終えている。その後、嚥下機能に低下が見られている。また手術の影響で左肩が上がりづらいこともあるが、孫の世話が生き甲斐となっており、身の回りや家事などは現在も行っている。家族からは自分のために時間を使ってほしいという希望があり、本人も食欲低下や外出機会の減少が見られていることが課題となっている。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》</p> <p>口腔内に麻痺があり、体重の減少が堅調。身体状況を改善したいという本人の意欲はあるも、各専門職やサービスと繋がっていないのが課題と思われる。食事形態の見直しのほか、ST等と相談したうえで、口腔機能の訓練を開始した方がいいのではないか。また舌が下がると飲み込みが大変になるので、普段から口蓋に舌をつける意識を持つなど、日々の中で出来る取り組みも重要と思われる。</p> <p>その他、家族以外との目立った交流は見られず。他者と食事をする機会などを持つことで、食事を楽しみADLを維持する要因となりえるのではないかと。</p> <p>事例②《ケース概要》</p> <p>81歳男性。要介護2。東京生まれ静岡育ち。サラリーマンや教師などの職を勤めて定年まで働いていた。妻と長女との3人暮らし。長男は長野県在住。</p> <p>平成25年に脳梗塞を発症し、後遺症による上下肢の麻痺あり。車が趣味でよく旅行などを楽しんでいた。麻痺はあるも、本人の拘りが強く必要と思われるサービスはあまり利用していなかった。庭の手入れなど、自分で出来ることは行っていたが、最近ではそれらも難しくなり、ADLの低下をきっかけに訪問看護、歩行器、特殊寝台の利用を開始した。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》</p> <p>様々な疾患や流行病の影響から身体を動かす機会が減り、体力の低下と腰痛が顕著。義歯の噛み合わせが悪く、食事でも大変だが、本人の拘りからか歯医者にかかっていない。</p> <p>自宅内での生活が中心であり、現状は何とか生活できている部分も大きい。ただ本人の拘りと相まって話し合いでは生活像に変化をもたらすことが難しい。元々は外で歩くことを好んでおり、関わりを持った当初は自身自ら外へ出掛けていた。趣味だった写真撮影も活動しなくなっている。</p> <p>現状を振り返ると、受診以外では外に出る機会がほぼない現状。以前デイサービスを提案した際は見送りとなっていた。</p> <p>ADLの改善に注目しがちだが、回復したあとで何をしたいかという本人の意欲につながる目標が必要ではないか。一緒に住んでいる家族へ協力を要請したうえで、本人の意欲向上を念頭に置き、地域との関わりを持っていく必要がある。</p>