

第10回 オンライン	1月開催	居宅介護支援事業所	主任 介護支援専門員	作業療法士	84歳 男性 要介護1	右肩関節炎疑いに伴う稼働域制限があり、食事、排せつ、入浴や更衣動作に支障があるケース。 肩の稼働域が45度程度上がるので思いのほか悪くない。見立ては医師の判断によるが、利用者の好物である沖繩そばを思うように摂取できず短くカットしてスプーンで食べる状況について、お箸で麺を持ち上げ口に運ぶ一連の動作では、肘、腕、肩の運動がある。例えば腕のひねり回転できないと自然に肩を持ち上げる動作となり食べこぼしの要因となる。水入りペットボトルを使った腕ひねり運動を取り入れトレーニングすることで状態改善に繋がるので活用するとよい。(別添 動作説明資料の提供) 利用者は野球観戦が趣味でボール投げをしたい意向がある。ボールを下から前へ投げた動作は、トレーニングを兼ねていてたいへん良い。リハビリの基本動作と利用者の興味関心のあることを組み合わせると良い。 那覇市福祉バス『ふくちゃん号』の活用について、バスのルートが増えることに期待し地域の声を届ける。 利用者は地域との交流が盛んで関係性も良好。コロナ禍で現在希薄なりつつあるが、例えば小学生のお孫さんがいれば、仕事で培った器用さを活かし工作等交流を介した生きがい作りや認知力低下の予防につながる。	
		居宅介護支援事業所			86歳 女性 要介護2	自宅内で腰椎圧迫骨折し入院リハビリを経て退院。コルセット装着及び杖を使用し自宅内は補修した手すりをつたい歩き移動しており、転倒への不安を抱えているケース。 利用者、家族がコロナ禍で訪問サービス利用を避けたい意向あり。自宅内で軽い運動と週1回デイで移動及び歩行訓練していたが、現在はコロナ感染拡大状況を受けて中止している。 週1回通所のリハビリだけでは下肢筋力の維持は厳しい。家族の自宅への介入拒否についても訪問リハの必要性を説明し利用者に必要な選択してもらうこと。利用者の自宅での役割を把握し、ケアプランへの記載を漏れなく行うこと。 自宅内でコルセット外すことが多いのはトイレし辛いことが要因にある。下肢の運動について、(別添 動作説明資料)説明。利用者へ資料渡すだけではやらないことが多いので、家族の協力や外部から入ってもらう。その他テレビの座ってのラジオ体操なども取り入れると良い。身体を動かすことが大事。 骨折する前と後の変化について、以前は料理を自身で行っていたが全くやらなくなり、現在は長男夫婦が担当。入浴も手を貸すことになり、外出も付き添いがないと出来なくなった。 利用者本人の意向を聞き取りすること、配偶者は妻の料理を食べたいかなど家族からも情報収集すると良い。コロナ禍でアセスメントも難しいが、他居宅事業者と連携しうまく実施できている介護支援専門員等から助言を受けると良い。また、アセスメント資料について、沖縄県介護支援専門員協会の様式を活用すると流れを可視化できケースの相談や作成のしやすさ、繋がりが増えるようになる。一人ケアマネで大変でしょうが協会会員であること活用し協会から様々なアドバイスを受けると良い。	
第11回 オンライン	2月開催	居宅介護支援事業所	主任 介護支援専門員	理学療法士	84歳 女性 要介護2	めまい症状で入院し、退院後もふらつきが残り廃用性の両下肢筋力低下し転倒リスクがあり、また、全盲、高血圧症及び糖尿病を疾病し同居者によるサポート(インスリン注射を朝昼夜3回)が必要なケース。 利用者の同居者が仕事の合間で朝食夜食事準備と服薬管理され、また、入浴や排せつも介護されている状況について、下肢へのフットケアも必要で二人だけでは難しいので同居者負担軽減の面からも訪問看護、訪問リハを取り入れながら同居者の相談できる第三者を交えることも検討する。 利用者はデイサービスへ参加に意欲的で複数事業所体験するも全盲もあり外は合わないと感じて現在は通所サービス利用なし。訪問サービスから入り徐々に対人交流に慣れさせてみて自身が出来ること増やし自信を持って、達成感を感じることが出来ることよい。 アセスメントからケアプランや会議議事録まで綺麗にまとめられ、利用者のこの生活を大事にしたい気持ちや自立支援、自己決定の面で確りとらえられていて、介護支援専門員の手本のようなでした。	
		居宅介護支援事業所			73歳 女性 要介護2	独居生活され自宅内で転倒し左大腿骨頸部骨折の手術をされ、入院生活後は廃用性筋力低下がみられ、歩行不安定で転倒リスクが高く日常生活動作に支障があるケース。 退院後、下肢筋力低下に伴うリハビリを必要と考える中デイケアじゃなくデイサービスを選択されているが、退院後三か月間は短期集中リハ加算が付けられるので、転倒予防や身体機能をあげるためにリハビリスタッフと機能訓練や環境調整で密に関わりを築けていた良かった。家ではつたい移動のようですが、利用者宅で動線の確認や環境確認の為にリハビリスタッフが自宅へ向いて転倒予防の支援も可能なので検討すること。 診療情報提供書より認知機能面の低下が伺えることについて、日常生活の様子から大丈夫だろうと安易に判断せず、認知症専門の受診し評価されるように。独居なので緊急時に緊急通報装置を扱えるか、配食サービスや〇〇、新聞配達等誰か安否確認ができる支援を取り入れもよい。 利用者の病識について理解されていることと、ケアマネとしてモニタリングしやすい指標として血糖値の手帳をつけてみたり、服薬確認体制を整えて、今後の重度化予防のためにイメージすると良い。今後もし病状の変化や悪化に対し、医療系のサービスとして訪問看護や薬剤師の管理指導も良いのでいずれかのタイミングで検討を。 包括支援センターの保健師さんと情報共有していた必要な時一緒に動いてもらうと良い。認知症の初期集中チームというのが包括支援センターにあると思うので話を繋げておいて、必要なとき医療機関の受診で経過を追うこともできますので今後に向けて検討を。 通所介護にて入浴加算IIの算定を生活相談員と検討すること。 住宅改修について、現在利用はありませんが、今後転倒予防の観点から手すりや段差解消の点で、計画にいれなくともアセスメントのほうに環境因子として載せておくこと、プランの見直しの時に検討材料になる。 緊急通報装置について、主治医の診断書が必要であったりや心疾患を持っている方とか要件がありますので、市役所包括グループに独居等事情を踏まえ相談され、また、地域のサービスの活用やふれあいコール活用して情報交換すると良い。	
第12回 オンライン	3月開催	居宅介護支援事業所	主任 介護支援専門員	作業療法士	82歳 女性 要介護2	新型コロナ感染、圧迫骨折、憩室炎にて入院を繰り返し、現在、通所等利用なく、引きこもりの生活を送るケース。 パーキンソン病は経過がゆっくりだが、パーキンソン症候群はいろんな疾患があり、予後が悪い。主治医と連携を取り、対応していき、必要時リハビリ専門職との連携も取ること。腰痛に対する対応は圧迫骨折なら自主トレ、負荷調節を行っていく。憩室炎が悪化しないよう栄養指導、ストレス軽減を検討する。トイレは自分で行いたいという本人の希望をかなえてあげるため、転倒予防、歩行器の室内使用の評価、住宅改修を早めに行うこと。 本人の意向を確認しアセスメントを行い、家族からのサービス希望を検討すること。予後予測、健康維持の面から、本人が意識して自宅をやっていることを継続させ、外出の機会も作ってあげること。 本人のできることや家族の役割をプランに落とし込むと評価しやすくなる。	
		居宅介護支援事業所			86歳 女性 要介護2	視力障害にて外出の機会が減った。物忘れが増え、何度も家の鍵を失くしている。自宅内での移動が可能ため本人は介護サービスの必要はないと思っているケース。 認知症、自立支援で訪問看護を利用。精神科看護であれば、作業療法士が所属されている。作業療法士にて自宅の環境を整え、認知レベルの評価が行える。家の中で過ごすことが多ければ、訪問看護の回数を増やすことも検討してはどうか。認知機能の低下があれば医師に相談、アドバイスを受けられるかもしれない。それによって対応できるサービスがあるかもしれない。本人から外出の希望があるので、家族の支援を依頼。外出をすることで刺激が得られ、認知機能の低下予防や、運動機能の維持に繋がる。できることは維持し、安全に行うことを検討すること。 息子のために食事作り、洗濯をする。本人の役割があることで生活の意欲に繋がる。本人のできること、役割をプランに組み込むとよい。プランの目標期間設定が長期と短期の期間設定が一緒である。短期目標は長くても6か月で位置づけ、定期的にモニタリングを行う。短期目標は小さな目標、達成可能な目標に設定すること。運動は必ずしも外でなくてもよい、送迎がなくてもよい。自宅で安全に運動を行えば良い。外で行うことは刺激になることがよい。送迎がなくても家族で外出支援を行うとよい。	