

令和4年度 那覇市要介護者重度化防止等ケアマネジメント研究会 開催一覧

開催月	5月開催(第1回)	専門職講師	主任介護支援専門員、理学療法士
研究ケース	新型コロナウイルス感染後、外出や人との関りが持てずに精神的ストレスや心身の機能の低下がみられるケース。		
年齢・性別・介護度	80歳・女性・要介護1	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>認知機能、身体機能の低下を考えると、理学療法士としては外出し、ストレス軽減も図ってほしい。家族へのアプローチとしては通所や公民館などが行っている、感染対策を家族に情報提供し安心材料をお伝えしてはどうか。それでもダメなら訪問リハの利用を検討してはどうか。料理や家事動作の確認、室内での動線を見て住宅改修、手すりの検討を行うことが可能である。第三者を入れることで刺激にもなり認知面での予防にもなる。</p> <p>親と娘の関係性を考え、疾患の特徴も考慮する。サービス計画書の短期目標は具体的に、達成可能で評価しやすいものを設定すること。達成時に本人のモチベーションも上がる。</p>			

開催月	6月開催(第2回)	専門職講師	主任介護支援専門員、作業療法士、管理栄養士
研究ケース	母親の死去で独居生活となり、喪失感と生活内でできないことがあり課題の多いケース。通所利用を希望。		
年齢・性別・介護度	75歳・男性・要介護2	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>言語障害はあるが、文字が読めるなら自宅で家事など本人ができるように文字で表示する方法もある。(電化製品などに順番番号を表示)</p> <p>高血圧、高コレステロールに対し重度化防止の面から食習慣を改善する。昼夕食は通所、配食利用、朝食が課題。和食、納豆、減塩インスタント味噌汁、卵かけご飯などサイクルメニューを検討。減塩を心掛けること。</p> <p>本人がこれまでどのような生活を送ってきたかを聞き取り、アセスメントし、今後どのような生活を送りたいのか把握しプランに落とし込むこと。</p>			
研究ケース	コロナ禍にて外出機会の減少、訪問者の自粛で閉じこもり、認知機能の低下や意欲低下が顕著になったケース。		
年齢・性別・介護度	94歳・女性・要介護1	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>作業療法士会の家族向けの認知症パンフレット(声掛け、対応の仕方)家族向けなので専門用語はなく解りやすい。よかったら利用してはどうか。認知症では、できないことに目を向けるのではなく、できることに目を向ける。作業療法士会から認知症リハビリ手引きがあるのでこれも利用してはどうか。</p> <p>認知症の悪化防止として調理が良いとされている。食事は「バランス良く」と言われるが主食1品、主菜1品、副菜1~2品組み合わせ、そろっているとよい。</p> <p>コロナの影響で通所事業所が休止となった場合の代替サービスとして、すぐに調整は難しいので平時から他の通所も併用利用してもいいのでは。認知症に対する家族の理解を得るために、地域の認知症カフェの利用、治療薬に関しては薬剤師を居宅療養管理指導としてケアチームに入れるとよい。ケアマネの負担が軽減する。訪問介護を入れることにより、ヘルパーさんと調理することで喜びを感じ、本人の生きがいとする料理でおもてなしをすることができる。本人の意欲を支えることが大切。</p>			

開催月	7月開催(第3回)	専門職講師	主任介護支援専門員、理学療法士
研究ケース	腰椎圧迫骨折や認知機能低下、意欲低下などの影響で介助や見守り支援を要することが増えているケース。		
年齢・性別・介護度	88歳・女性・要介護2	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>排泄はトイレで行いたいのが、夜間1時間おきに頻尿のため、娘の介護負担が大きい。ポータブルトイレは片付け等管理が負担。夜間オムツの選択もあるが、おむつの使用を始めると認知機能が低下する。リハの視点からは問題がズボンの上げ下げは、体幹の立位バランスなのか、手の握力の問題なのか、問題を掘り下げて分析すると改善策が見えてくる。ズボンの上げ下げにフォーカスをあてると、訪問リハの検討も良いと思われる。身体の視点からは薬剤の副作用も考えられないか。シューグレン症候群治療薬の副作用に頻尿がある。主治医または薬剤師に相談すると良い。</p>			
研究ケース	関節痛、腰部脊柱管狭窄症等で体に痛みがある。痛みが軽減する生活を送りたいというケース。		
年齢・性別・介護度	93歳・女性・要介護2	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>全身の痛みが原因不明。痛み止めは薬疹が出て内服できない。元看護師であり自己判断等がないよう、主治医との連携、またはセカンドオピニオンを通しての受診等模索してはどうか。活動に関して、コロナ禍で自宅にいては体力が低下していく。訪問リハを検討してはどうか。痛みの緩和に対して動作の工夫や適切な福祉用具の利用等アドバイスももらえる。外部からの訪問があると刺激にもなる。訪問リハを卒業したら地域の通いの場に繋げると理想的である。</p> <p>プランには痛みの緩和、介護負担の軽減の二つをあげる。専門用語は使わずに、本人、家族がわかりやすい表現にすること。</p> <p>本人家族の希望で歩行器と車いすのレンタルがあるが、二種類必要であることがニーズから読み取りにくい。必要性を記載すること。保険者にも確認を取ると良い。</p>			

開催月	8月開催(第4回)	専門職講師	主任介護支援専門員、作業療法士、管理栄養士
研究ケース	緑内障、視力障害があり、転倒リスクの高いケース。		
年齢・性別・介護度	91歳・男性・要介護1	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>体力の維持向上のため通所系のサービスを希望されている。認知症状に対し「できないことに目を向けるのではなく、できることに目を向けよう。」認知症リハビリ手引きの紹介。本人のストレンスを活かし、役割を持たす。長期にわたり咳、痰の症状がありリハビリができない。原因がわからないので医療との連携も継続すること。筋力低下に対したんぱく質を意識して摂る。おやつやヨーグルト等でプロテインが摂取できるので勧めてもよいのでは。食事を3食きちんと摂取できれば水分は1リットルとれる。飲める分は水分やゼリーを摂る。咳、痰が改善できる食材の紹介。症状にあわせて漢方薬の相談も良いのでは。夫婦で夕飯を作るのは良いこと。</p> <p>高齢なので、座りながらの調理、包丁を使わない食材。手でちぎれるキノコ類、レタス、豆腐を使用すれば野菜とたんぱく質が取れる。</p> <p>パソコンが使えるので認知症予防、運動などができるサイトを案内してはどうか。数年後には視力障害が進行していくことに対して、今から屋内の整理など環境を整備していくことも課題に挙げていくこと。</p>			
研究ケース	昼夜逆転し、夜間帯に妄想や徘徊があり家族は負担を感じているケース。		
年齢・性別・介護度	91歳・女性・要介護2	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>同世代の方と交流を通し、楽しみが持てる生活を送りたいという家族の意向。アルツハイマー型からレビー小体型認知症と診断。認知症への家族の理解や対応等、家族向けのパンフレットを紹介。本人に役割を持たす。食事時の手の震えは自助具の利用や選択を検討。手で食べられる工夫も行う。食べる意欲はあるので、食事は一人で食べるのではなく、家族や誰かと声をかけながら食べると安心して食べることができる。食器や食形態を検討するのも良い。通所での食事の情報交換など、本人の食事摂取が減らない工夫が必要。安全面から考えると寝ているのを起こしてまで飲水、食事の摂取は勧められない。寝ている時間が増えているがてんかんの薬の副作用はないか。薬剤師の娘と相談してはどうか。現在、週2回の通所利用だが、徐々に回数を増やしていく予定である。</p> <p>銭湯を営んでいたのが、会話の中で頭のトレーニングを行うのも良いのでは。入浴料、二人分は？三人分は？など。</p> <p>引越越しによる新しい環境で通所のサービスに繋がったことは良いこと。本人と一緒に居心地の良い環境を考えてみてはどうか。プランにはその人らしさを盛り込むといいものになる。</p> <p>認知症家族会等、今はネットで検索できる時代なのでどんな活動を行っているかみてもらってもいいのではないかな。ケアマネ一人で抱え込まないで医療連携、地域との連携、家族との連携など行っていくとよい。</p>			

令和4年度 那覇市要介護者重度化防止等ケアマネジメント研究会 開催一覧

開催月	9月開催(第5回)	専門職講師	主任介護支援専門員、理学療法士
研究ケース	薬剤性パーキンソン症候群、右不全麻痺、脳血管性認知症、高次機能障害あり日常生活に支障あり。通所リハビリを行いながらADL向上を目指すケース。		
年齢・性別・介護度	66歳・女性・要介護1	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>薬剤性パーキンソン症候群を引き起こす薬剤は内服を止めると症状が改善するケースがある。老健入所中に薬剤の調整を行う方法もある。転倒を繰り返すため環境整備を検討。歩行器が室内でうまく利用されているか。転倒を繰り返すと、本人の自信も喪失してしまうので、家具の配置や手すりの掴みどころを増やす検討も必要である。</p> <p>本人が何をしたいのか、役割は何なのか、プラン作成で夫に気を使い情報が聞き取りづらいのであれば、家から離れたところ、通所の職員からも得られるのではないかと。次のステップ、目標のヒントになる。</p>			
研究ケース	夫が施設入所以降、生活に張りがなくなり気力が低下した。実兄の他界を境に外出頻度の減少、意欲低下、活動量の低下に伴う廃用リスクが顕著となったケース。		
年齢・性別・介護度	87歳・女性・要介護1	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>膝の痛み、腰の痛み等、痛みがあると活動量も減り、気持ちも落ち込みがちになる。痛み止めの調整、追加等も主治医に相談してはどうか。また、生活の中で、ベッドの使用や膝に負担のかからない椅子の高さの調整や選定等、環境整備の検討も効果がある。</p> <p>具類も膝を守ることができるので、今後検討することがあるかもしれない。現在施設での面会はできないので、夫の入所する施設で本人はショートステイを利用することにより、夫との時間を過ごすことができる。という方法もある。</p> <p>活動的な方なので、昔話を聞きながら本人のモチベーションをあげる目標を設定する。「年だからもういいさー」と言われるが、要支援、介護1で力のある方は会話の中からヒントを得て、プランに活かしていくこと。</p>			

開催月	10月開催(第6回)	専門職講師	主任介護支援専門員、作業療法士、管理栄養士
研究ケース	胸椎圧迫骨折により入院され、退院後は息子と2人同居されるも、自宅内はゴミが散乱し片付けられていない場所で横たわる生活するなど衛生面の課題と転倒の懸念があるケース。		
年齢・性別・介護度	87歳・女性・要介護2	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>本人病院受診がないこと、本人の血圧及び認知症の問題とあわせて、息子の健康状態にも懸念あり。本人の医療受診とあわせて息子も受診が必要と思われるので、那覇市内ある認知症のサポート医の先生や、地域包括支援センターには認知症の初期支援員がいるので相談すること。</p> <p>栄養状態が良いとは言えない。食事面を見直しすることにより、血圧や腰痛の具合にも少なからず影響もあり改善に繋がる。</p> <p>日々の食事だけでは不足しがちなたんぱく質の取得すること。加工食品は塩分摂取が多くなってしまふ。卵とか牛乳をスーパーで安い曜日に購入できるといった情報を息子へ提供し、また、利用者の栄養状態を順序だてて説明するとよい。</p>			
研究ケース	本人、夫、子の世帯でデイ以外の日中は独居に近い状態で本人は腰部脊椎管狭窄症、腰椎椎体骨折、両側変形性膝関節症の病歴があり、腰、膝に痛みをかかえるケース。		
年齢・性別・介護度	93歳・女性・要介護1	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>転倒予防について、家の中の移動する際の歩行器の利用状況、導線や動作の確認を行い、通所リハの方に評価してもらおうとよい。認知機能面の評価をきちんと行い、早めに専門医へ繋げること。</p> <p>食事面について8割10割取られているが、体重減少あるので食べ残し食べこぼさないか、しっかり口の中に入れて取れているか。また、デイでは取れていても自宅ではどうか、普段食べていたものが食べなくなっていないかを把握すること。主治医にも相談して栄養補助食品の摂取も検討するとよい。</p> <p>医療機関との情報共有は今後大事になってくる。ACP（アドバンスケアプランニング）とあって、今後のことをご家族含めどう考えていくか介護支援専門員として把握しておいた方が今後の支援がスムーズにいく。</p>			

開催月	11月開催(第7回)	専門職講師	主任介護支援専門員、理学療法士
研究ケース	1月に心臓弁膜症の人工弁の取替え手術をし、3か月後に退院され、現在週3回デイサービスに通いつつ、妻が入所する施設へ自分の足で歩いて訪問したい目標をもっているケース。		
年齢・性別・介護度	86歳・男性・要介護2	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>手術前は毎日妻の施設へ歩いて訪問していたが、現在体力の低下の為100メートル歩くことが出来ない。日常生活の活動で体重の増減や体調面を注視して観察をすること。受診の際にケアマネも同行して主治医へ心臓への負担に配慮した運動や負荷が可能か意見を聴き、通所とも情報共有するとよい。また、訪問リハを入れ、自宅内で入浴や排泄、日常活動の出来ることを評価していただくと、手すり設置等で転倒のリスクが軽減し本人及びご家族の安心感につながる。通所に専門職がいるならば相談するとよい。</p> <p>ケアマネは医師へ聴くことに苦手意識がある。工夫として、質問する項目を箇条書きにし一問一答で聴くと情報収集しやすい。医師との関係も築けて通所と情報を共有しやすくなる。また、先生を味方にして先生から本人へ助言して欲しいことを伝えるのも有効な手段だと思います。</p> <p>様式について。アセスメントシートの沖縄県版を活用することにより、本人ができることの過程が見えてくるので分析力が向上する。また、介護保険最新情報No.958より計画書の最新版が取得可能なので活用するとよい。目標設定も最初は家の近所を歩けるようになる、次は100メートルという段階的に上げることを意識すると本人も計画書みてリハビリ頑張ろうという気持ちに繋がる。</p>			
研究ケース	インスリン注射を定時に行い、低血糖の予防が必要であり、通所サービスが当初週5回、現在週3回の利用するが、本人とご家族の思いに相違がみられるケース。		
年齢・性別・介護度	84歳・男性・要介護1	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>認知症状もあり、以前インスリン注射を自身で何度も打ってしまうこともあった。対策として自宅では家族が管理し器具等は1回分をテーブルに設置し、量は妻が確認のうえ自身で行う。しばらくして不安になるときは、家族が声掛けすると安心される。デイでは冷蔵庫に保管し、職員が必要な準備を行い自身で行う。</p> <p>ケアマネが担当した当初と現在で認知症状の変化について。デイで失禁があること、歩行時に正面から観察して右側は動くが左側動かなくだらっとすることが気になる。自宅での失禁は無し。通所に看護師や作業療法士がいるのは強みなので気になる点あれば相談しアドバイスをいただくとよい。低血糖は怖いので認知症状が進行すると何か予測しないことがあるかも。ヘルパーや訪問看護を導入して在宅生活が継続できるとよい。</p> <p>通所の回数、家族は週5回希望されるが本人は週3回を希望。ケアマネから本人・ご家族の意向を聞き取りし、それぞれの立場から思いを相互に伝え知るところをきっかけにすり合わせして歩み寄りができることよい。間を取って週4回を提案するなど、数か月期間おいてから話すると進むタイミングが来る。</p> <p>計画書について。本人の趣味のゴルフフレンジへ行く目標を取り入れ、妻も一緒に月1回行くことを設定するとモチベーションが向上する。他事例として、元マッサージ師が、通所の職員に対しマッサージの施術を継続させたところみるみる元気になったケースも。本人の意向を取り入れ、計画に位置づけし本人と目標を明確にして共有するとよい。</p>			

令和4年度 那覇市要介護者重度化防止等ケアマネジメント研究会 開催一覧

開催月	12月開催(第8回)	専門職講師	主任介護支援専門員、作業療法士、管理栄養士
研究ケース	2世帯住宅の2階に独居、3階に息子夫婦が生まれ、簡単な家事は可能であるが転倒を繰り返し精神的に落ち込みやすくなっている。処方薬が多く、血糖、血圧、不眠、不安の内服があるケース。		
年齢・性別・介護度	92歳・女性・要介護1	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>食事にたんぱく質を積極的に取り入れるとよい。朝日を浴び、朝食でたんぱく質を取ると15時間後にセロトニンが分泌されて眠りやすくなるという研究結果もある。また、孤食というのも食欲低下の原因になるので、一緒に食べることができる環境作りを検討するとよい。</p> <p>不眠について要因を具体的に評価する必要がある。不眠症以外の診断もあるかもしれないので、かかりつけ医の心療内科の医師の意見を求めるとよい。</p> <p>どんな生活を送りたいか具体的に評価できたらプランに組み込める。アセスメントではご自身はできることは自分でやる方で、今まで出来ていた掃除や洗濯、調理とか家事をやりたい意欲を持っている。転倒のリスクに繋がる。</p> <p>転倒に対する不安から落ち込みやすいのならば、転倒の不安を取り除くために転倒しない環境調整や身体能力の確認が必要で、洗濯物を洗濯機から取り出す動作、干す動作、鍋や食器を取る動作など実際の生活関連動作を通所のPTに評価していただいてアドバイスを計画に取り入れるとよい。</p> <p>落ち込みやすい本人にとって自信を持たせることが大事。できることからスタートして自分ができたことを評価してあげられると本人は楽しい。毎日家で運動する目標とするならば、どこまでか、何分するかなど、より具体的に視覚でも分かるようにすることで本人に目標を持たせてあげる。達成に向け意欲向上に繋がるし、達成できたことを褒めてあげる。</p>			
研究ケース	市営住宅に本人と娘の二人暮らしで、自宅で転倒され入院中に介護認定を受け、退院後は在宅で福祉用具や通所介護サービス利用されているケース。		
年齢・性別・介護度	91歳・女性・要介護2	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>口腔状態について、入れ歯を使用されているが最近無くされた。受診して入れ歯を使用して食事とれるようになれば、たんぱく質、鉄分を積極的に取るようにするとよい。歯がないと口腔機能低下してしまうため、おしゃべりや趣味の唄を歌うことを続けること。</p> <p>歩行について、義歯の調整は必要で奥歯に力を入れないと立てない。利用者はピックアップウォーカー及び多点杖の貸与を受けているが、認知症状もあり杖を忘れ家の中を独歩されることがあるならば、独歩できる環境を整えることを検討するとよい。</p> <p>入院前と退院後では変化があるので、娘がサポートできることについて確認しておくこと。娘の介護負担は大きくなると在宅は厳しくなる。今後予測されることを家族と情報共有しておくことで、家族は心構えができる。少しのSOSも見逃さないようにする。</p> <p>本人が今できることを情報収集し、目標を計画に位置付けること。</p>			

開催月	1月開催(第9回)	専門職講師	主任介護支援専門員、作業療法士
研究ケース	妻、娘2人と同居。自宅で転倒し救急搬送され脳梗塞の診断。全身的な筋力の低下で、今後も転倒のリスクが増えるケース。		
年齢・性別・介護度	92歳・男性・要介護1	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>家族は身体介護に不慣れであり緊急時の対応も課題がある。</p> <p>脳卒中再発予防の対策を取る。水分摂取も重要になる。主治医に1日の水分摂取量を確認し、実際の摂取量を把握し促すこと。</p> <p>入院になりそうなリスク、転倒、栄養、口腔等、日常生活を把握しリスクマネジメントとして家族と共有、予防していく。</p> <p>今後の人生の過ごし方、生活に対する意向を聞き取り、本人の言葉で目標を設定する。家族から本人の意欲的になることを聞き出しプランに入れ込むと、意欲向上につながるかもしれない。興味関心シートの活用も良い。</p> <p>フェイスシートの「本人の健康状態」、「住居等の状況」を正確にきちんと記入すること。プランのアドバイスに繋がらない。</p>			
研究ケース	夫を亡くした事とコロナ禍も重なり自宅に閉じこもりがちになり心身機能低下がみられ、娘の介護負担が大きくショートステイを利用しているケース。		
年齢・性別・介護度	91歳・女性・要介護2	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>身体機能の維持、在宅生活の維持のために転倒、脳疾患、循環器疾患、転倒等アクシデントを起こさないよう重度化防止する事が娘の介護負担軽減につながる。地域とのつながりがあるのでインフォーマルサービスとして本人の趣味や興味のあることを活かせる場を探す。地域包括や自治体の協力を得るのも良い。その中で参加と役割が把握できればACP聞き取りに繋げる事ができるかもしれない。認知症に対する今後の対応を家族で周知する。施設入所に対して娘は罪悪感を抱いているが、在宅でできること、できないこと、できたことの達成感を明確にし、施設でできることを提案するののも一つの方法。緊急通報の提案として介護保険外のサービス警備保障会社等を利用することもいいのではないかな。</p>			

開催月	2月開催(第10回)	専門職講師	主任介護支援専門員、作業療法士、管理栄養士
研究ケース	エレベーターなし3階アパートに独居。糖尿病、慢性腎不全等の持病があり今後透析予定。病院受診や食事面で課題があるケース。		
年齢・性別・介護度	84歳・女性・要介護2	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>透析食では①減塩、②たんぱく質摂取量、③カリウム、リン等のミネラルコントロールが大事。調味料を工夫したり、加工食品を控える。どうしても食べたいものは、1回で食べる量を制限するとよい。</p> <p>重症化しやすい病気の為、主治医との連携をとることが重要。姪が買い物しているようだが、本人と一緒にいくことも検討してはどうか。今後の病状によりADLの低下が予測されるなら、主治医も交えて透析後の移動方法を話し合っておく必要がある。</p> <p>短期目標に本人がやっていることを入れてもよい。ケアプラン第3表に本人の生活全般が見えるように記載するとよい。</p>			
研究ケース	糖尿病、水頭症、脳腫瘍等の持病や右上腕骨折後の在宅生活について気を付けたい点があるが、本人にうまく伝わらないケース。		
年齢・性別・介護度	74歳・女性・要介護1	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>野菜不足が懸念されるためコンビニ等も活用しながら摂れるように工夫する。沖縄県栄養士会のホームページにコンビニで購入できるバランスの良い食事の組み合わせの資料があるので参考にするといい。どうしても間食してしまう際はカロリーが少ないものや食物繊維が多く入っているものを選ぶとよい。</p> <p>本人の好きなことを活かして目標に入れてみる。右上腕骨の回復具合を確認しながらトレーニングや日常生活動作の方法をデイサービスのPTと相談する。ケアプランの署名を本人に書いてもらおうと認知症の進行度合い等わかることがある。第3表に介護サービス以外の事も入れてみてはどうか。</p>			