

令和5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	7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	妻、2人世帯。トイレ後の汚しなどについて、本人はできていると思っ ていても、妻からはできていない、妻が精神的に疲労しているケース。		
年齢・性別・介護度	78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	
踏み込んだ内容を入れると本人らしいケアプランになる。拡張型心筋症、心原性脳塞栓の持病があり、疾患の再発予防を計画に入れ食事、水分、塩分を入れると、本人、家族、多職種にわかりやすいケアプランになる。 トイレの汚しなどは自宅での状況等を訪問リハで3ヶ月ほど個別訓練を入れるとわかりやすいのではないか。その後はデイサービスに引き継ぐ。 妻の疲労については、包括病棟でレスパイト入院もある。体重含め栄養管理、リハビリを行うこともできる。			
研究ケース	7年前に移住し四女と2人世帯。週5回デイケアを利用しているが、お菓子の間食が多く体重増加があるケース。		
年齢・性別・介護度	98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	
心筋梗塞、腰椎圧迫骨折の既往、膝痛にて入院、老健入退所の繰り返しはあるが、最近1年は落ち着いている。病状管理をデイケアでも行っているなら2表に入れるとわかりやすい。 超高齢なので、ACPIについて考える必要がある。今後の悪化したイメージを持っていると慌てないようになる。普段の会話の内容を主治医に伝えていく。家族にもイメージしてもらう必要もある。 心疾患、膝痛に関して、デイケア法人の栄養士にカロリー計算ができないだろうか。 ケアプランに膝痛の「体重減少」のためのリハを位置づけることで、デイケアでも意識しやすい。年齢的にも筋トレよりも体重減少を行ったほうが良い。			

開催月	7月開催(第2回)	専門職講師	主任介護支援専門員、薬剤師
研究ケース	独居。被害妄想などあり、四女以外の子供たちは距離を置いている。血管性認知症、虚血性脳血管疾患、腰椎側弯症、左股関節痛がある。物忘れ外来受診するも身体も元気で認知症の自覚なく、薬漬けになると服薬を拒否しているケース。		
年齢・性別・介護度	83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	
服薬拒否に関しては人と服薬ではなく、人と人との信頼関係を構築していく。関係性が重要。リスクもあるので、利用者が信頼を寄せる者や手段について関係者みんなで考える。 本人は家事や炊事など身の回りのことは行えるので、出来ている事を入れ目標を具現化し利用者らしいケアプランにするとよい。調理は認知症予防になるので続けてほしい。 冷蔵庫を見せてくれるのは信頼関係が築けているから。			
研究ケース	有料老人ホーム入居。週5回デイサービス、週2回在宅マッサージ利用中。プレドニン服用中で副作用や今後可能性のある副作用について確認したいケース。		
年齢・性別・介護度	65歳・女性・要介護3	ケアマネジメントの内容・助言等について	
全身性エリテマトーデス、脳出血後遺症による右半身麻痺、失語症。 プレドニンは副腎を化学合成した万能薬。副作用は浮腫、易感染、肺炎、骨粗鬆症、消化器に潰瘍がしやすい(口内炎など) いつも元気で過ごしていきたいというニーズについて、具体化すると本人らしいケアプランになる。本人が健康維持のため普段続けていることをプランに盛り込むとよい。 「居宅サービス計画作成の手引き」など原点に戻ることも必要。 巻き爪に関しては、フットケア利用する方法もあり、手順を指導してもらえることもある。 片側だけの浮腫は腎機能など疾患によることが考えられるので、主治医、薬剤師に相談すること。			

令和5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	8月開催(第3回)	専門職講師	主任介護支援専門員、管理栄養士
研究ケース	精神疾患の長男、知的障害のある次男と3人暮らし。脳梗塞後遺症による高次脳機能障害、認知機能低下があるケース。		
年齢・性別・介護度	81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>ケアプラン2表に課題分析したものを目標に取り入れると良い。目標に食の楽しみをいれると本人に伝わりやすい。長男、次男の支援者とケアマネが繋がりをもち支援すると良い。</p> <p>糖尿病認知症のある在宅高齢者に対する食の支援方法については、食器のサイズを決めてカロリーコントロールするために食べる量を整える工夫をする。調味料を減らすために減塩のものや味の素のスマ塩（だしの味がきいて）、見た目が薄味に見えないよう焦げ目をつけると良い。長男、次男との食事を一緒に作る時に本人の分を最初に取り分けし、味付けを後にすると良い。</p>			
研究ケース	独居生活で慢性腎不全、高尿酸血症、低栄養があり脱水での入退院を繰り返しているケース。		
年齢・性別・介護度	90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>アセスメントの空白部分はサービス事業所等から聞き取りして埋めていくと良い。アセスメントの分析結果をケアプランに反映させると連動性が出てくる。</p> <p>食事状況・口腔機能の再アセスメントを行い本人に合った支援を検討する。低価格食材（島豆腐、冷凍野菜）を検討すると良い。</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
研究ケース	外出時、失神転倒を繰り返したことをきっかけに認定申請し、サービス提案するも「そうですね」と返答するも実際には拒否があり、意欲低下もあって本人の思いを引き出しにくいケース。		
年齢・性別・介護度	90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>意欲低下の要因は何か。疾患からか、鑑別するためDr.に確認が必要。薬の副作用による倦怠感がある可能性もある。医療デイのOTの評価をケアプランに入れるのも良いのではないかと。「興味・関心シート」の活用、昔の話を聞くと意欲が出る場合もある。</p> <p>本人の思いが言語に表さないことについて、利用者は自分の人生の諦めがあるのではないかと、このような場合、より頻回に訪問するなど、利用者に向き合い、何気ない会話を通じて傾聴し共感し、利用者本人を尊重するナラティブアプローチ（注）をすることで、利用者が自己肯定感を持って、信頼関係を構築できるのではないかと。アセスメントにおいて、アルブミンを含め栄養面、活動量、食事の環境、噛み合わせについて確認が必要。ケアプランの目標は具体的にすること。</p> <p>注：「ナラティブ・アプローチ」</p> <p>相談相手や患者などを支援する際に、相手の語る「物語（narrative）」を通して解決法を見出していくアプローチ方法です。1990年代に臨床心理学の領域から生まれましたが、現在では医療やソーシャルワークなどの分野でも実践されています。ナラティブ・アプローチの中でも、特に相談者の自主的な語りを重視する実践的な心理療法は「ナラティブ・セラピー」と呼ばれます。</p>			
研究ケース	プライドが高く、昔気質の為自覚のないハラスメントがあり、失禁はあるがリハビリパンツ着用、通所先での入浴拒否があり家族負担があるケース。（1年前に表情が乏しいことから専門医を受診し、アルツハイマー型認知症の診断があるが処方はない。）		
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>妻、息子2人世帯。左比較出血による右片麻痺（H14）、糖尿病、心房細動。</p> <p>受診が1年前以降ないならば専門医の受診を勧める。処方される可能性はある。認知面でのハラスメントの可能性はある。失禁について排尿評価はどうか。入浴に関して、デイサービスのレクなどで、入浴時に必要な動作を模倣的動作で確認すると良いのではないかと。</p> <p>排泄、入浴ともに利用者本人と家族の捉えの違がある。利用者理解があれば、家族の限界値（最悪パターン）事例を出して予想してもらうようにしたらどうか。目標について、具体的に評価しやすいものにする。</p> <p>「毎日を楽しむ」に関しては、自宅でも行うこと。計画に医療、薬状況を入れておくことより良い。本人に決定してもらうこと。</p> <p>※2年前は署名をきれいにできていたが、現在はできないことから、空間失認、構成障害があると考えられる。今後、座りそこねるなど注意が必要。</p>			

令和5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、作業療法士、薬剤師
研究ケース	夫、長男、次男と同居。アルツハイマー型認知症、右大腿骨頸部骨折の既往があり、不定愁訴による頻回の救急外来、眠前薬の過剰摂取がある。また、家族間で介護への理解に相違があるケース。		
年齢・性別・介護度	88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>認知症を基本に対策を検討してみてもどうか。長谷川式認知症スケール（HDS-R）でどの部分の機能が落ちているか確認できるため、そこからアプローチしてみると良い。</p> <p>眠前薬を1錠で効かないとき2錠飲む過剰摂取について、主治医と相談し0.5錠半分の量を処方してもらうのはどうか。また、薬への依存に関しては偽薬の利用を主治医と相談すると良い。</p> <p>高血圧について、ふらつきに影響する為、血圧管理をすること。</p> <p>家族で集まることが難しい場合にはテレビ電話やSNSの活用を検討してみると良い。役割がないことが不定愁訴につながることもあり、本人が楽しみを持てるような機会を作ると良い。</p>			
研究ケース	エレベーターなしのアパート2階に独居で身寄りなし。腹部大動脈瘤、脳梗塞後遺症、高次脳機能障害、椎間板ヘルニア、帯状疱疹後神経痛の既往があり痛みの訴えが強く、また、インターネットで不必要な買い物され金銭管理に課題があるケース。		
年齢・性別・介護度	88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>整形外科等でMRIを受け痛みの原因を精査してみると良い。痛いから動かないとなる意識を変えるため他者が教える。痛みが軽減できる動き方を専門職に評価してもらうと良い。</p> <p>金銭管理について、欲求のコントロールが出来ないのは本来の性格なのか、高次脳機能障害の影響なのかでアプローチの方法が異なるのでそこを見極めて対応する。</p> <p>身寄りないので現段階から緊急時の対応を検討しておくとも良い。また、支援者間で本人への声掛けの仕方を統一すること。</p> <p>本人の生活リズムであるインターネットで買い物される時間帯や不安定になる時間帯を把握し、なるべくその時間帯に他者から声掛けすると冷静になれる。</p> <p>高次脳機能専門のデイケアを検討すると良い。</p>			

開催月	9月開催(第6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	高齢者賃貸住宅にて独居。認知症で意欲低下があり、著しく食事をとらないため低体重（元々体重45Kgが現在は33kg）、清潔保持行動がとれない。3人の子供間で施設入所と在宅生活の希望があり、担当ケアマネは在宅生活が可能と判断するケース。		
年齢・性別・介護度	75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>体重減少に関して、リハビリを行うと体調を崩すこともある。一人だから食べなくても良いと思うならば、他者と一緒に食事をとるなど工夫するとよい。エンシュアを利用できない場合、ゼリー、アイスなど他の補助食品を取り入れることも訪問リハと相談すること。</p> <p>服薬管理、水分量等はカレンダーに記載するなど、本人の行動記録を残すことで達成感を促す。家族も把握することができる。</p> <p>訪問リハの活用から通所リハに移行できるようにアシストしてはどうか。外出の機会、身なりの整えや食欲も出ることもある。認知症は関わり方で異なる。利用者は社交性があるので、もう少し在宅生活が続けられるよう家族に理解を求めていく。</p>			
研究ケース	エレベーターなし4階借家にて独居。ウェルニッケ脳症、糖尿病（性足壊疽左第2、3切断）、閉塞性動脈硬化症の既往。薬の過剰摂取などによりADL低下もあり階段昇降困難。要支援から区分変更となったが、変更前からのサービスを継続したままで良かったのか、ケアマネから引っ越しや施設入所を勧めるも、利用者は在宅生活を続ける意向があるケース。		
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>※事例提出後、2か月ほど入院された後、有料老人ホームに入居。</p> <p>慣れたサービスを利用できるのは良いが、立ち上がり時ふらつきがあるならば、環境整備をして転倒を回避する必要がある。</p> <p>利用者は自身の身体機能をどれくらい把握されているか心配。できるところできないところは施設側と共有して穏やかな生活ができると良い。外出する機会は減るため、利用者の意向を聞き取り支援すること。</p>			

令和5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	10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	拡張型心筋症、心不全、上行結腸癌、重症筋無力症、関節リウマチの既往があり姉と同居。ケアマネとして医療系サービスの必要性を感じているが導入に至っていないケース。		
年齢・性別・介護度	66歳・男性・要支援2	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>主治医に病気の予後について確認する。自立支援の視点も大事だが、階段昇降も含めて運動しすぎることによって疾患や動作上の疲労につながることもあるので医師に確認すると良い。外来リハビリの担当から本人の情報を聞き取りすると良い。ケアマネとして病気に対する理解、本人に寄り添う姿勢、共感することが大切です。</p> <p>また、薬の副作用等、本人の健康状態を把握することも必要です。居宅サービス計画書第1表の課題分析の結果に、医療、訪問サービスの必要性について記載することにより検討していることがチームで共有することができる。重症化予防の為に今後のリスクを予測しながら必要なサービスを説明することが大事。</p>			
研究ケース	2型糖尿病、脳梗塞後遺症、高血圧症、アルツハイマー型認知症の既往があり妻と二人暮らし。認知面や下肢筋力の低下により妻の介護負担が増えているケース。		
年齢・性別・介護度	85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>利用されている通所リハビリで専門職から足の出しづらさの評価を確認され、何をするために歩きたいのか等、具体的な目標を設定すると良い。</p> <p>病院受診前にリハビリ専門職から身体や認知面の情報を聞き取りした情報を医師に伝えると良い。</p> <p>アセスメントにおいて、歩行動作の場合、巻き爪が原因で足が上がらないのか？足を上げる能力はあるのか？能力はあるけどやっていないだけか？等、疾患や動作毎に細かく評価することでリハビリのプログラムが変わるので、詳細に評価し専門職へ情報提供すると良い。</p> <p>主介護者の介護のやり方や疾患に関する理解度によって本人の状態が変化することもある。せっかちな主介護者に関して性格なのか、理解力低下によるものかを見極める必要がある。</p>			

開催月	10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	EV付きアパート4階に独居。高血圧症、多発性脳梗塞などの診断あるが、通院及び服薬は拒否。買い物、外出時などの支援は親族による献身的に支援があり、身の回りのことはおおむね自立。自由な気質で他者とコミュニケーションを楽しまれ親族の関係性は良好なケース。		
年齢・性別・介護度	96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>医療との関りがほぼない状況において、訪問診療は医師が本人に合わせた対応をしてくれる。現在は親族対応されているので、今後の状況をみて導入を検討すると良い。訪問介護と共に家事動作が出来るなら、「生活機能向上加算」を検討すると良い。</p> <p>社会との関りが少なくなっているので、デイケアなどで本人の役割を持つと良い。「興味関心チェックリスト」の利用やデイケア利用時の水分補給時に「一言挨拶して・・・乾杯」の声掛けも良い。</p> <p>栄養面の検査結果から、透析予防で、たんぱく質の摂りすぎ予防、代謝のためビタミンB6、サツマイモやバナナ等、食物繊維の摂取として全粒粉入りパン、カップ麺は減塩商品を選択すると良い。尿酸値も高いので豆乳でない水分補給が望ましい。</p> <p>本人の性格から専門職等の他者に褒められると話を聞いてくれると思うので、訪問診療からの訪問栄養士を利用すると良い。</p>			
研究ケース	EVのないアパートに独居。腰椎圧迫骨折後、老人保健施設入所を経て在宅に戻る。身の回りのことは可能だが、食事摂取量の低下、腰痛の悪化予防が必要。近隣にいる親族は外国籍の為、コミュニケーションに課題があるケース。		
年齢・性別・介護度	91歳・女性・要介護3	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>本人の本心を関係者で共有しておくこと。居宅サービス計画第1表に、アセスメントの「階段昇降」を入れると良い。</p> <p>外国籍の親族とは、LINEの翻訳機能でやり取りが可能で、対応できること、できないことを把握することで役割を明確にできる。リスクマネジメント、クライシスマネジメント対策が取れる。</p> <p>コルセットがないと座位が困難なら過度な運動はできない。デイサービス利用しつつ、階段昇降など自宅内の動作については痛みのコントロールを目的に訪問リハビリを入れると良い。生活の導線目的であれば作業療法士が良い。容易な自転車運動やYouTubeを活用した体操を取り入れるのも良い。訪問介護と一緒に家事をし「生活機能向上加算」を検討してはどうか。</p> <p>脂質異常症の服薬については、副作用に食思低下などもあるので注意が必要。</p> <p>APCについては「ちゅいしーじー那覇」の中の「命しるべ」の活用。英語版介護保険の手引きは他保険者などにもあるので、参考にすると良い。</p>			

令和5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	11月開催(第9回)	専門職講師	主任介護支援専門員、管理栄養士
研究ケース	脳出血(左半身麻痺)、高血圧の既往があり、誤嚥性肺炎や尿路感染症による入退院を繰り返す度にADLが低下し、入院後より嚥下機能の低下もみられミキサー食に変更になったケース。		
年齢・性別・介護度	84歳・男性・要介護4	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>アセスメントについて現状の問題にとどまっている為、未来志向(QOL)の視点を持つことも大事。例えば本人の趣味から目標を立ててみると良い。</p> <p>どのくらいの頻度で家族の介入があるのか確認し、チームで共有する。</p> <p>認知機能や脳卒中予防にもなるので1日の水分量を把握しアセスメントに落とし込み管理していくと良い。</p> <p>経済的負担に関して特別障がい者手当等の各種制度を検討し情報提供すると良い。</p> <p>ミキサー食にすると食材の量が膨らむため、普通食に比べて2~3割栄養が減少する為、カロリーアップの工夫が必要になる。</p> <p>市販のものだと、MCTオイルがお勧め。ごま油やオリーブオイルでも良い。</p> <p>たんぱく質の強化も必要になる。たんぱく質パウダーは食事に混ぜても味が変わらず大さじ一杯で卵1個分のたんぱく質が摂取できる。</p> <p>食材では、良い油が入っていて高カロリーなアボカド、スクランブルエッグや温泉卵がお勧め。</p> <p>褥瘡予防にはたんぱく質、ビタミン、亜鉛、鉄が良く、食材では人参、じゃがいも(マッシュ)、果物、鶏レバーがお勧め。</p> <p>褥瘡の改善回復にはカキ(海の物)がお勧め。</p> <p>痰や唾液に良いのは甘酒で胃腸強化や腸内環境を良くする。おちょこ一杯分を1日3回取ると良い。</p>			
研究ケース	2型糖尿病、慢性心不全、前立腺肥大症、虚血性心疾患、腎盂腎炎の既往があり妻と二人暮らし。介護負担、夫婦共依存があるケース。		
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>居宅サービス計画書2表のニーズ欄に利用者が主体的、意欲的に取り組み、前向きな気持ちを引き出す内容にすると良い。</p> <p>認知機能が衰えている方は30分程度の午睡をすると穏やかに過ごせるようになることがある。</p> <p>共依存に陥っている場合自己肯定感の低下が考えられる。その際、対象の方を下の名前で呼び(ネームコーリング)ことや労うことが有用。</p> <p>介護者がショートステイを拒否する場合、介護者に問いかけて介護負担が増大した際の最悪の事態をイメージしてもらい自身で考えてもらうことが大事。また、最初の手立てとして、3泊4日から提案し、拒否する場合、2泊3日、1泊2日と減らしていくと利用の同意を得やすくなることもある。</p> <p>毎月の体重確認が必要。間食の力カオの量の確認が必要。おやつ工夫をすると良い。チーズ系のおやつだとたんぱく質も取れるのでお勧め。今後も血液検査のデータに注意すると良い。</p>			

開催月	11月開催(第10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	足が不自由な夫、統合失調症の長女と3人世帯で、本人は統合失調症、アルツハイマー型認知症の疾患があり、デイサービス利用するも現在は中断し、意欲低下で外出もなく終日横になって過ごされ、今後身体的に問題がでる懸念があり、外出の促しを検討したいケース。		
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>自立支援サービスで利用している訪問看護と連携すると良い。</p> <p>今後考えられる心身状況は、筋力低下、可動域制限、喫煙習慣から心肺機能の低下、BMIは27と肥満。急に運動を行うと膝腰痛の懸念があり、専門職を介入させて段階的な支援が必要。現状は運動を導入するための活動を見つけることが先。訪問リハビリの利用や、本人のやりたいことを把握する「興味・関心シート」を活用すると良い。</p> <p>起きている時間が食事などであれば、外食の機会を持つための運動を訪問リハで位置づけることもできる。</p> <p>横になっている状態を統合失調症の陰性症状と判断する傾向もあるが、喫煙習慣から心肺機能の低下も考えられる。長寿検診で「肺に影がある」が未受診、通常定期受診がないので、訪問診療の検討、訪問看護とも相談を行うと良い。意欲低下が統合失調症か認知症なのか鑑別して、どちらのケアを行っていくか方針が決まる。</p> <p>提供資料：心肺機能と運動の指標として「ヒュージョーンズの分類」「NYHAの分類」アルツハイマー型認知症の進行状況として「ばすと」</p>			

令和5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	1月開催(第11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	アパートで妻と2人暮らし。2型糖尿病・慢性腎不全・脳梗塞後遺症・頸椎狭窄術後、神経障害の既往があり、今後本人が生きがいを持って暮らせるよう、主体的に取り組めるケアプラン作成や活動の提案をしたいケース。		
年齢・性別・介護度	68歳・男性・要介護4	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>病気になる前の本人の生活状況や役割を確認され、また、周囲に頼られることがある本人の強みから主体的に取り組めることを引き出し目標設定してみる。</p> <p>興味関心チェックシートの活用、本人との雑談の中から本人の興味あることを見つけ、ケアプランに位置付ける目標に繋がれるか検討する。</p> <p>本人の言葉をケアプランの中に取り入れることが大事で、そこからサービスを組み入れる。</p> <p>訪問リハビリを導入し階段昇降や屋外歩行の練習をする。</p> <p>転倒に対する不安は誰にでもあり、転倒を完璧に防ぐことは難しい。</p> <p>転倒後の立ち上がり方法や転倒後の介助の仕方が分かれば不安が軽減するので、それをサービスに組み込むと良い。</p> <p>疾患の管理、食事の管理、運動や主治医との連携も重要である。</p>			
研究ケース	夫と2人暮らし。アルツハイマー型認知症、高血圧、高コレステロール、発作性心房細動、膝・腰・肩痛があり、県外在住の家族が認知症の進行を心配されているケース。		
年齢・性別・介護度	82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>社会との繋がりを持つことが大事。</p> <p>目標に対するサービスの妥当性を評価すると良い。</p> <p>疲れやすい事に関しては疾患からくることもあるので、主治医に状況を報告し連携を取ることが大事。</p> <p>認知症の方は刺激が多いと疲れやすくなることもある。話しかけられた言葉を理解するのに精神的に疲労することがあるため、理解しやすいよう簡潔にして伝える。</p> <p>スイミングでの運動量の評価を行ってみると良い。</p> <p>スイミング仲間や地域の協力により交通手段の確保ができないかインフォーマルサービスを発掘する。</p> <p>服薬、食事、体重管理が大事になる。</p> <p>認知症は進行する病気なので、それを食い止めようとすると本人や周りも苦しくなることがある。どのようにサポートするか、楽しく生活を送れるかに視点を置き支援すると良い。</p>			

開催月	1月開催(第12回)	専門職講師	主任介護支援専門員、管理栄養士、薬剤師
研究ケース	独居。末期腎不全、2型糖尿病、高血圧症、胆道系酵素異常などの既往。週3回維持透析。通販のサプリメントの飲みすぎで肝障害の経緯があり、訪問看護導入まで服薬もできていなかった。病識が乏しく、食事制限を厳しくすると怒るため主治医もカリウムの異常な高値以外は厳しく制限することはできないケース。		
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>課題が多く大変なケースであり、事業所内で相談すること。支援はケアマネが行うが、実際は本人の努力になるため、何から先にできるか一つずつ段階的に進んでいく視点を持つと良い。本人の価値観も大切にしつつどう考えているか聞いて支援すると良い。利用される訪問看護など専門職に助言を仰いで良い。</p> <p>水分摂取量は守りやすいようにしているのは良い。</p> <p>病状改善は困難なため食事は現状維持。カリウムの摂取に気を付ける必要がある。透析していれば週に一回は検査があるのでデータを確認すると良い。大きな透析室では栄養士がいて、透析中に栄養指導を受け食事を見直すアドバイスを得ることができる。(医療算定あり)処方薬局が「●●薬局」「▲▲薬局」などであれば、ワンコインで栄養指導を受けることができる。</p> <p>データ提供。キッセイ食品腎機能食材(レトルトなど)</p> <p>サプリメント、健康食品、複数受診の服用については★★薬局であれば処方薬局でなくても相談は無料で受けられる。服用の仕方についての相談もできる。</p>			
研究ケース	妹と2人世帯。胸椎後縦靭帯骨化症、頸部・腰部脊柱管狭窄症、高血糖、高血圧の既往。後縦靭帯骨化症の手術入院、リハビリ転院後施設入所を言われていたが、強い希望で在宅生活を始め1年が経過。退院時20kg減量するも、その後8kg戻り過体重。一人での移乗は困難だが、年齢も若いいため今後の人生をについて考えていきたいケース。		
年齢・性別・介護度	64歳・女性・要介護3	ケアマネジメントの内容・助言等について	
<p>体重測定は毎月したほうが良い。体重測定が困難であれば、腹囲測定を行い1cmで1kg。記録を付けると効果的。一日の摂取カロリーは1400kcalが妥当。体重を落とさないと身体機能は維持できない。何を食べたか記録する。一日130kcal(コンビニのおにぎり1個:150kcal)程度控えれば、半年で3kgは落ちる。現在一度にうどん2玉とのことだが、ご飯は200g、うどんは1玉程度の量にする。妹さんと励ましながら一緒にダイエットは良い。油、ひき肉特に豚は4割が油なので控えると効果的。受診先の■■クリニックには栄養士が在籍しているので栄養指導の相談ができる。3日から1週間食べたものを記録して相談すると指導しやすい。書面にしたほうが効果的。指導は減らすのではなく代替えし満足するような指導が得られる。</p> <p>自宅で寝ていることが多いならば、難病指定もあるので、デイサービスが休みの時に自宅でトイレができるように訪問看護などリハビリを難病医療助成の利用はどうか。</p>			