

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えぶりわん鶴瀬Nisi

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
7月21日(木) 13:30～15:00 鶴瀬西交流 センター 多目的室	介護支援専門員5名 サービス事業者4名 生活支援コーディネーター0名 増進センター1名 高齢者福祉課2名 高齢者あんしん相談センター3名 計15名	事例①《ケース概要》 84歳女性。要介護1。独居。夫がH21年他界、ショックから不眠や頭痛に悩まされ栗原医院に入院。退院したが症状悪化し越谷の病院に入院。退院後川越にあるプールでのリハビリを受けていたが、失禁が多くなり家族負担軽減を考え市内のデイに変更した。 通所介護2回/週、福祉用具貸与(玄関先手すり)、居宅療養管理指導(服薬ロボット)利用。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・デイを変えて自立心が芽生えている。不安材料(失禁)が軽減された。 ・踏み台型の手すりをレンタルで設置し、両方に手すりがありしっかり握れている。 ・服薬ロボットを導入し、ほぼ指示通り服薬でき、うつからの不安は軽減されている。薬剤師から減薬を主治医に提案して調整している。 事例②《ケース概要》 78歳女性。要介護1。夫と2人暮らし。夫はほぼ毎日アスリエに行っている。1人で外出すると戻れなくなり、散歩など夫と一緒にいる。買物以外の家事は本人が行っている。長女が毎日電話をくれ精神面をサポートしている。 通所介護2回/週利用。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・夫とは持ちつ持たれつの関係でお互いの気持ちの支えが生活の安定に繋がっている。感情失禁で不機嫌になることが多く話を傾聴していくことが大切である。 ・夫が入院になった場合はショートを検討する。介護保険サービス利用中。長女は協力的で今後も精神的フォローも含めて支援をお願いする。 ・認知症が進行して家事が自分できなくなった時に代替え支援を受け入れる体制を取る必要がある。地域との関わりが薄いので連携を少しずつ図っていく必要があるのではないか。
8月25日(木) 13:30～15:00 鶴瀬西交流 センター 多目的ホール	介護支援専門員4名 サービス事業者3名 生活支援コーディネーター0名 増進センター1名 高齢者福祉課1名 管理栄養士2名(内1名は傍聴) 高齢者あんしん相談センター4名 計15名	事例①《ケース概要》 80歳男性。要介護1。妻と2人暮らし。長女、長男は近隣におり買物等をしている。R4年5月頃急に歩行状態が悪くなり、転倒のリスクが高くなったので通所リハビリを利用。すり足、前のめり歩行、トイレが間に合わないため紙パンツ使用。 通所介護2回/週利用。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・週2回のデイにてマシンで足踏み練習を行っているが膝の痛みを忘れてしまい職員が注視している。ひとりでの移動は危険なため職員を呼ぶようにしているが、ひとりで移動することがあり、見守りを強化している。妻の協力を得ながら一緒にトレーニングを行えるような環境を整える必要がある。 ・口数が少ないと噛む力も弱まってくる。よく噛んで食べる食習慣をつけるためメニューの検討をお願いする。 事例②《ケース概要》 74歳男性。要介護2。妻と2人暮らし。子どもはいない。妻は熱心に介護するが空回りしている状況。下行大動脈瘤手術後、経過良好。入浴困難のため訪問看護介入中。昔行った先の地図を飾って眺めている。口数が少なく、妻のおしゃべりが気に入らず嫌な顔をする時がある。 訪問看護(入浴1回、訪問リハ2回)3回/週、特定福祉用具販売(シャワーチェア購入)、福祉用具貸与(特殊寝台、付属品、サイドテーブル)利用。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・排便コントロールは内服にて回復。食事は妻が準備しバランスが良い。しっかり噛んで食事ができるように形態も注意してほしい。喉の筋力を鍛えることと歯科受診の検討をお願いする。 ・病状が安定してきたので自立に向け、妻が全部やるのではなくできることは何か話し合いをお願いする。

<p>12月22日(木) 13:30～15:00</p> <p>鶴瀬公民館 第3集会室</p>	<p>介護支援専門員4名 サービス事業者3名 生活支援コーディネーター0名 健康増進センター1名 高齢者福祉課2名 歯科衛生士1名 高齢者あんしん相談センター2名</p> <p>計13名</p>	<p>事例①《ケース概要》 75歳男性。要介護1。妻と2人暮らし。医師であった。R1年頃より物忘れが見られ検査しアルツハイマー型認知症と診断された。妻が熱心に散歩や外食に連れ出しているが記憶に残っていない。 既往歴:アルツハイマー型認知症、糖尿病、高血圧、高脂血症、髄膜炎。 通所リハ3回/週、ショートステイ1泊2日を隔週。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・本人のストレングスは何か。レクに積極的で、スポーツ系が得意なのでそれを生かして自信を取り戻してほしい。 ・妻の話をCMが傾聴、CMも抱え込まず市や包括に相談をしてほしい。 ・妻が夫の認知症のことをまわりに話せていない。地域で支えられるようにオレンジカフェ、認知所サポーター養成講座の活用をしてもらいたい。</p> <p>事例②《ケース概要》 87歳女性。要介護2。独居。80歳まで人形劇のボランティアをしていた。片付けが苦手で自宅は物でいっぱいである。起床時間が遅く、デイやヘルパーのキャンセルが多い。 既往歴:心不全、腰椎圧迫骨折、腰部脊柱管狭窄症、糖尿病、高血圧。 通所介護1回/週、訪問介護1回/週。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・服薬については食事時間に合わせて処方してもらえるような工夫をしてはどうか。 ・起床が遅いのであれば、ヘルパーの時間変更も検討しても良いのではないかと。 ・本人の生活スタイルに合わせる工夫が必要。小規模多機能の提案をしている。 ・本人、家族とも情報を共有し支援の必要性を検討する。□ ・歯科衛生士から糖尿病の方は口が乾きやすく、自分の歯で食事が美味しく食べられるようにかかりつけの歯科に通院すると良いとアドバイスがあった。</p>
---	---	---