

令和元年度訪問の多いケアプラン地域ケア個別会議報告書

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
ケアプラン提出数	6	4	0	0	4	0	6	0	1	0	1	0	22
地域ケア個別会議 実施プラン数		2	2		2		2		2		2		12

	地域ケア個別会議の論点	検討内容	今後の保険者としての取り組み
1	独居であるが、キーパーソンの干渉が強いケースの自立支援の在り方について	息子のこだわりが強く、なかなかサービスの利用につながらない事例。用意されている食材や環境が適切でない中、いかに能力を維持していくかが課題。 息子を説得したうえでデイの利用につなげていけるとよいが、そのためには主治医などの周りの環境をうまく利用することも必要である。	
2	要介護4、有料老人ホーム入所者に必要なサービスについて	要介護度が高い状態で、特別養護老人ホーム特別養護老人ホームへ入所するのではなく、有料老人ホームを利用し続けることの是非を含めて、どのようなサービスを利用していかを検討していく中で、ポータブルトイレの利用など、できるだけ体を動かすことで機能維持を図ることや、有料老人ホームのサービスをケアプランにも入れ込んでいくことで、より実態に沿ったプランが作成できる。	
3	施設からの要求が過剰な場合のプラン	施設から過剰な訪問介護サービスの利用を求められた事例。担当ケアマネがそれをそのまま受け入れるのではなく、施設担当者、看護師、包括を交えて検討しなおし、より利用者の実態に沿ったマネジメントができたことは素晴らしい。 居宅支援事業所内での情報共有や、主治医、理学療法士等の専門職を交えた検討ができると調整がしやすいのではないかと。	市によるサービス担当者会議への専門職派遣の検討
4	うつ症状により状態が変わる有料老人ホーム利用者	うつ病を原因とした、体調に波があるケース。水虫の悪化があるが、風呂には週1回しか入らないため、毎日の足浴と薬の塗布のため訪問介護を使っている。 調子が悪いサイクルは動きが緩慢になるが、ゆっくり出会っても自分で動けるほうが良い。話好きであることから、ケアマネが傾聴を行うことで、信頼関係を築けていた。鬱症状の緩和にインフォーマルサービスの傾聴ボランティアを活用してみてもどうか。 また、子供がおらず、キーパーソンも高齢であることから、早めに今後のことを話し合っておく必要がある。	

	地域ケア個別会議の論点	検討内容	今後の保険者としての取り組み
5	要介護4、有料老人ホーム入所者の自立支援について	<p>アセスメントが良くできており、施設入所であっても、自立支援の視点でケアマネジメントが行われている。また、サービス担当者会議を軸にし支援を共有できる仕組み作りが行われていて素晴らしい。</p> <p>このケースのような予後予測に合わせた課題整理と多職種連携によるケアマネジメントが行えると良い。</p> <p>課題としては、サービスとサービスの間隙時間をどうするか。また、特養への移行をどうあっせんしていくかがあげられる。</p>	
6	意欲低下が著しい、有料老人ホーム入所者の生活支援について	<p>ケアマネが状況・サービス等をしっかり把握できている、アセスメントが良くできているケース。また、本人との信頼関係の醸成も進んでいる。</p> <p>最大の課題としては、本人の意欲低下とどう向き合い、機能維持をしていくか。”自分でできること”、”楽しいと思うこと”を見つけていくことが大切。</p> <p>このケースにおいても、サービスとサービスの間隙時間をどうするか。また、特養への移行をどうするのかは課題となっている。</p>	
7	特例：養護老人ホーム入所者について(1)	<p>高齢であるが、介護度に改善が見られた方。生活はほぼ自立している。</p> <p>本人の状態をよく把握できており、適したケアプランが組まれている。</p> <p>本人の性格が難しいことについてもケアプランに入れ込むこと、また、外部のインフォーマルサービスの利用も検討されたい。熱発による長期臥床による身体機能低下に対しては、福祉用具貸与も検討していきたい。</p>	
8	特例：養護老人ホーム入所者について(2)	<p>本人の希望を尊重し、生活を維持していくことに、介護サービスだけでなく、施設職員によるインフォーマルサービスによって懸命に支えられているようだ。</p> <p>今の生きがいとなっている喫茶をなくすことが不安であること、また特別養護老人ホームへのネガティブな思いは理解できるが、より本人の状態に対して適した施設への誘導が今後の課題。</p>	
9	独居で、軽度の方の転倒後の経過的支援について	<p>独居となってから、屋外で転倒、骨折後のケース。別居の娘が発見したとき、一昼夜屋外で倒れていたことから、家族の希望として見守りのウェイトが大きい。</p> <p>徐々に立ち直りかけている現状が見て取れるが、活動量を増やす事が本人の自立支援につながるので、体を動かすことをプランに盛り込んでいけるといい。</p>	

	地域ケア個別会議の論点	検討内容	今後の保険者としての取り組み
10	介護者のネグレクトが疑われるケース	<p>長男と二人暮らしで、介護者となっている長男のネグレクトが疑われるケース。 本人は入所が適切かと思われるが、長男へのアプローチや支援についても課題が残る。 家族の支援に関しては、ケアマネや居宅介護支援事業所だけでなく、包括や市役所とも情報を共有し、対応していく必要がある。</p>	市役所部署間での情報共有
11	有料老人ホームにて看取りを受けているケース	<p>要介護度も高く、看取り状態で有料老人ホームに入所しているケース。生活全般にわたり介護が必要で、訪問介護の回数が多くなった。アセスメントが細やかに行われており、必要なプランを立案できている。 本人の残された能力の維持のほかに、車いすでの散歩、家族等との会話など、メリハリのある生活を送ることを盛り込むとより良いという意見があった。 施設での看取りが今後も増加することが予測される中、多職種連携を密にしていく必要がある。</p>	多職種連携の橋渡し
12	前担当から引き継いでから日が浅いケース	<p>有料老人ホームに入所されている本人に帰宅願望があるが、状態としては悪化しており、帰宅がかなわないと思われるケース。前担当者からケースを引き継いで間がなく、自宅状況や身体状態の把握が少し不十分であるものの、家族、本人の要望、施設側の都合をうまくプランに落とし込んでいる。 最終的なゴールの設定をどうするか、本人と家族ともすり合わせをし、自宅復帰も視野に入れるのならば、自宅の現状把握にも心を配る必要がある。</p>	