

第2回 公開ケア会議

主な意見（発言要点録）

1. 事例1について

（事例概要）

基本情報	・氏名： K.U.	・年齢： 85 歳	・性別： 女性
	・住所地： 福岡県内	・要介護度： 要介護2	・居住状態： 同居
	・認定の有効期限： 平成 25 年 1 月 1 日～平成 26 年 12 月 31 日		
	・寝たきり度： B1	・認知症程度： I	
検討したいポイント	【要介護度の改善後のさらなる自立支援】 リハビリの経過が順調で認定の更新では要介護度が改善する見込みだが、その後の継続的な自立支援のために、どのようなプランを描けば良いか		
事例の要点	<ul style="list-style-type: none"> 平成 24 年 12 月の認定更新で要介護3→要介護2になった。 心臓病の既往があり不定期に動悸が出るが服薬コントロールにより落ち着いてきた。そのため、以前は動悸が不安で外出を控えていたが、現在は団地3階の自宅と、別棟の1階の次女宅の間を歩いている。 動悸のために入浴できないことも多い。入浴時も浴槽の跨ぎ越しや洗身を次女が介助。 排尿について、尿意はあるがトイレまでの移動が間に合わないことによる失敗があり、本人・次女の相談により、夜間のみおむつ利用。 病状管理と下肢筋力の維持増進により、トイレまでの移動、入浴動作に改善が期待できる。 もの忘れが多くなっており、服薬管理や火元管理が困難。 団地が高台にあり前が坂道のため、通院は次女とともにタクシー利用。その他外出時も義息子の車で移動するが、外出先でも降りずに車で待っていることが多い。 閉じこもり傾向を改善し外出機会を増やすことで、認知症症状の悪化防止や薬の飲み間違えの改善が期待できる。 左顔面麻痺により口角下がり、医師から「肺炎の原因になる」との指摘があったため義歯の利用をやめているため、食事の時に食べこぼしが多い。 現在は通所リハ(週1回)利用。 		
事例担当者	・担当介護支援専門員の業務経験年数:2年		

< 緒方委員より事例概要の紹介 >

東内委員

・リハビリが順調で介護度が改善傾向。継続的な自立支援のためにどのようなプランを描けばよいか。課題整理表の ADL、IADL の項目を中心に、現在の状況、今後の見通し、判断した根拠などについて、何か欠落点や質問があれば指摘いただきたい。

村井委員

- ・86歳女性ということだが、何か生活の目標はないのか。家事に満足を感じていたという記載はあるが、課題整理表では、掃除、洗濯は全介助となっている。心不全があっても自立できるところがあると思うが、介護支援専門員としてどう考えるか。

東内委員

- ・村井委員は、身体状況を踏まえて改善可能性があるかとみている。意欲との関連で、もう一度、家事を行うことができるのではないかと指摘だが、緒方委員いかがか。

緒方委員

- ・昔はそうであったが現状は次女が家事を実施している。次女としては、母親の手出しが邪魔だと感じているようだ。介護支援専門員が次女とコミュニケーションを十分にとれていない。

水村委員

- ・主症状で、心不全による動悸、ネフローゼ症候群による両下腿浮腫とあるが、病気によるものと筋力低下によるものとどちらの原因からきているのか。そのあたりが整理されれば、今後の日常生活行為の拡大につながる。

緒方委員

- ・この方の場合、心臓そのものに疾患があるのではなく、腎疾患、ネフローゼからきている心疾患ということだ。したがって腎疾患の治療がADLの改善等につながっている。

岡島委員

- ・閉じこもりがちになっているとのことで、生活の質という面が気になる。認知症、服薬が難しくなっているという状況なので、二つが合わさった時に改善は可能なかどうか検討する必要があると思う。

福田委員

- ・認知症について、診断はついているのか、診療科はどこか。また薬の飲み忘れということで、飲み忘れ防止の工夫はどうなっているか。

緒方委員

- ・診断はない。現在は開業医にかかっている。

東内委員

- ・認知症による飲み忘れを、課題として追加する必要があるという意見が出た。ケアの内容は、後ほど議論することとしたい。

青木委員

- ・服薬について、お薬カレンダーの活用で改善しているのではないか。

東内委員

- ・服薬について、「一部介助」「改善可能」とあり、判断した根拠の部分に「お薬カレンダーを使用して管理」と記載がある。どのような状況か補足して欲しい。

緒方委員

- ・今はお薬カレンダーを使い、次女の声かけがあれば自分で飲める状況になっている。

東内委員

- ・他に、生活全般の解決すべき課題で、漏れや追加があればご指摘頂きたい。

青木委員

- ・ネフローゼ症候群への対応について、医師から水分、塩分、たんぱく質などの制限についてと低栄養に

対しての助言があったかどうか教えて欲しい。

緒方委員

- ・その点は十分に情報収集できていないので、担当の介護支援専門員に伝えて補足する。

水村委員

- ・認知症の診断がついていない。経過をみれば、まず心臓の既往があって、動悸によって外出を控えるようになって、閉じこもり、物忘れが起こるようになった。認知症ととらえるよりも、まずは心疾患の影響を考え、その上で、認知症としての物忘れ等があるのかどうかを考えていく方が良いと思う。

緒方委員

- ・心疾患はかなり改善されている。閉じこもりは下肢筋力の低下によるものだと思う。

村井委員

- ・水分コントロール次第で認知機能が低下することがありうるため、管理を誰がどのようにしていくのが課題になると思う。
- ・入浴については、入り方や福祉用具の導入などでかなり改善すると思われる。
- ・移動については、手引きが必要との記載がある。誰かがいないと動けない状況であり、この点も課題に挙げられるのではないかな。

東内委員

- ・移動が課題だということだ。他にないかな。

桂委員

- ・薬の飲みすぎは、物忘れが原因とされている。やはり認知の部分の問題が大きいのではないかな。

東内委員

- ・ここまでの意見を踏まえて、解決すべき課題について整理したい。まず動悸があって、入浴に不安がある、室内移動に課題がある。外出できなくて、生活が楽しくないということだ。
- ・入浴や室内移動は、下肢筋力低下の影響が非常に大きい。物忘れ、薬の飲み忘れは、認知機能の低下が原因だが、IADL にはあまり影響を及ぼしていない。この部分は、重症化予防の視点でよいと思われる。意見にはなかったが、私が思うに食べこぼしについても、左顔面麻痺や誤嚥が考えられ、口腔ケアなどの必要性が出てくる。
- ・次に、ケアプランの2表について検討していきたい。短期目標とそれを達成するためのサービス内容・種別について意見をお願いしたい。

福田委員

- ・服薬管理については、日常的にきちんと飲めるかという視点が重要だ。自分で管理ができる、ということが目標になると思う。日々の内服管理と、通院して病状のコントロールをすることは、分けて目標設定しても良いのではないかな。
- ・在宅で入浴時に動悸がある。心臓病による不整脈には危険な不整脈もあるので、病状の管理が必要だと思う。一定期間でも良いので、自宅で入浴前後の病状管理ができる訪問看護が入ったほうが良いのではないかな。

東内委員

- ・通所リハでは管理がなされているが、在宅での生活につなげる際に訪問看護を入れるべきという指摘だ。他にいかがかな。

桂委員

- ・私も訪問看護を入れるべきとの指摘に同感だ。短期目標に服薬管理が入っているため、本来ならば薬剤師が入ることも有効だと思う。ただし、ある程度はお薬カレンダーでコントロールできているということなので、今はそこまで必要ないかもしれない。低血圧によるふらつきも考えられるため、バイタル確認を考えれば、訪問看護による指導も考えられる。

緒方委員

- ・訪問看護の必要性は感じていたが、自己負担の点で家族から拒否が出た経緯がある。

東内委員

- ・そのあたりが、この事例から示唆される地域の課題の一つになる。家族の拒否には、経済性がアセスメントできていて支払いができないパターンと、介護にはお金を使いたくないというパターンと、色々ある。前者ならば地域の中で助成事業が必要なかどうかという話になる。
- ・ここでは経済性は別にして、必要なかどうかという点に限って言えば、訪問看護は必要ということではないか。

緒方委員

- ・必要だと思う。

東内委員

- ・他にいかがか。

青木委員

- ・BMIを見ると痩せすぎであり、低栄養が考えられる。主治医意見書でも低栄養のリスクが指摘されているところであり、低栄養の改善を目標に入れてほしい。

東内委員

- ・重要な指摘だ。具体的には個別プランの中で、例えば通所では介護職全体でアセスメントをすること、かかりつけ医には血清アルブミン値などで低栄養かの判断をしてもらおうといったことが考えられよう。その結果を踏まえて、誰がどのように食べさせるかをチームで考えていくと良い。

村井委員

- ・サービス内容について、「入浴介助」ではなく、「入浴の自立支援」とした方が良い。移動についても、通所リハで練習して、在宅でも同じことができるようにすることが大切だ。入浴の環境整備についても、通所で効果が出たことを在宅で継続できるような支援が必要だ。あくまでも自宅で出来るようにするための取り組みが必要なのであって、介助ではないということだ。

岡島委員

- ・この方の意欲を上げたい。団地の中で花をつくっていたようなので、生活の質という点で追加できないか。

東内委員

- ・ここまでの意見をまとめたい。ケアプラン2表の短期目標は、課題整理表の予後予測で挙げた点が達成できるということになる。疾病管理ができるということを個別の目標に入れたほうが良いのではという指摘があり、そのために訪問看護の効果的投入という意見があった。
- ・安心して入浴という点で、通所リハで入浴動作の訓練をするということを盛り込んでという指摘、それを在宅でも継続できるような支援をとという意見があった。また、ケアの定着という点では、今までの指摘にはなかったが、家族向けのレクチャーも出来ればよいのではないか。
- ・洗濯物を干すなど家の中の社会的役割の点から、室内移動を向上させるという視点が出てきて、最終

的には意欲の向上につながる。

水村委員

- ・楽しみのある生活という意味で、もし花の世話をすることであれば、例えばどの程度歩けるようになることを目指すのかといった具体的な目標設定を行えると良い。

東内委員

- ・通所リハで身体機能を上げたとして、それを自宅での生活にどのようにフィードバックできるのかの視点が大切ということだ。さらに、友達がいないのであれば、関係づくりの支援が必要になる。
- ・このプランの場合、疾病管理、入浴や移動、口腔機能の3点に加え、生活面の状況確認を押さえれば、良いモニタリングになるのではないか。

2. 事例2について

(事例概要)

基本情報	・氏名: Y.H.	・年齢: 66歳	・性別: 男性
	・住所地: 福岡県内	・要介護度: 要介護3	・居住状態: 同居
	・認定の有効期限: 平成24年10月1日～平成26年9月30日		
	・寝たきり度: B	・認知症程度: IIb	
検討したいポイント	【1年以上同じケアプランであることの評価・見直し】 療養上管理すべき事項が多いが、本人に改善意欲が低く、同じプランのまま1年以上経過している。妻が何かにつけて手を出しており、本人の改善意欲の低下につながる懸念がある。		
事例の要点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳梗塞の既往があり左不全麻痺、上肢拘縮あり。加えて心臓疾患、糖尿病(インスリン療法) ・ ケアプラン作成時(平成24年9月)はうつ病の療養(薬物療法)があったが、現在(平成24年12月)は症状が改善し落ち着いている。 ・ 家事はほぼ全て妻が行い、ADLは外出、更衣、入浴が一部介助。排泄は紙パンツ使用。 ・ 食事制限とインシュリン指示量が守れず糖尿病コントロールが不良で、病状不安定。 ・ 左不全麻痺、過食や間食による過体重、下肢筋力低下傾向により、転倒リスクがある。 ・ 慢性心不全に加えて、リハビリ意欲が低く、リハビリが進行していない。 ・ 現在は通所リハ(週4回、入浴動作の確認と下肢筋力の維持訓練)、訪問介護(身体・週2回)、訪問看護、福祉用具貸与(特殊寝台)を利用。 		
事例担当者	・担当介護支援専門員の業務経験年数:2年		

<緒方委員より事例概要の紹介>

東内委員

- ・同じプランのまま、1年以上が経過している。もちろん必要なプランであれば1年以上同じプランでも問題ないわけだが、今回は見直しが必要ということだ。妻が過干渉の傾向も見られるということである。
- ・先ほどと同じように、課題整理表のADL、IADLの項目を中心に、課題抽出の妥当性、捉え方についてご意見をお願いしたい。

桂委員

- ・血糖コントロールに関連して一つ確認したい。処方リストにある14剤の薬は、全て1つの医療機関から処方されたのか、複数の医療機関から処方されたのか。飲み合わせにやや問題のある薬もあるので、気になる。

緒方委員

- ・1医療機関からの処方だと聞いている。

東内委員

- ・処方の内容は課題の一つと言えるだろう。ケア会議の場で薬剤師から意見が出たということ踏まえて、主治医に確認してもらいたい。

村井委員

・66歳男性で1日の大半をベッドで過ごし、座っていても30分たつとすぐにベッドに、という生活を送っている。まだ若いので生活を良くする余地が大きい。この方の生活の目標は何か。

東内委員

・この方の意欲向上に資する目標設定できないのかという指摘だ。サービスを入れてモニタリングをして、生活歴や趣味を把握した上で、意欲の面に配慮した目標設定ができるかどうかということだが、いかがか。

緒方委員

・今は孫に会いに行くことが楽しみであり、そのためにリハビリをしていこうという計画を立てている。

岡島委員

・この方の生活歴の記述の中にパソコンが好きでホームページを開設しているとの記載がある。ここを押さえてはどうか。

緒方委員

・パソコンの話は訪問しても出てこないため、現状が十分に確認できていない。

東内委員

・糖尿病の管理ができていないことが課題の一つ。さらに、動作時に息切れ、動悸で転倒のリスクがある。また、そのために入浴ができない。結果として閉じこもりがちということも課題だろう。他にいかがか。

桂委員

・インスリンのコントロールを朝に行っている。睡眠薬を飲んでいるので、起床時間によっては翌朝まで眠たい状況が考えられる。細かなことだが、朝にインスリンを打つという時間帯がよいのかどうか検討が必要ではないか。

東内委員

・脳血管性認知症による判断能力低下でインスリンの管理ができないということも考えられるのではないか。

・また、過体重、左不全麻痺、下肢筋力低下によって、転倒のリスクがあると整理されているが、これでよいか。九州地区の習慣より妻の過干渉傾向という環境因子もあって、閉じこもりになっていると考えられる。

村井委員

・ほとんどが「維持」のためのプランになっている。まだ若い人なので、できないことの介助ばかりだと意欲低下につながる。麻痺があるにしても、日常生活動作の大部分はできるようになる部分があると思うので、ぜひとも自立できるという面を強調した方が良い。

東内委員

・室内移動、入浴、排泄について、見守りレベルまで行ける可能性が十分にあるとの指摘だった。このようにどうなる見通しが立つか、ということがないとサービスが効果的に入らない。

・今指摘のあった作業療法の視点、薬剤の視点を踏まえて、ケアプランの第2表の短期目標の設定、サービス内容について、指摘があればどうぞ。

岡島委員

・短期目標に、自分で体重測定ができるということを入れてはどうか。

東内委員

・過体重なので、体重を落とすプランに加えて、水分や栄養の摂取で認知能力を改善させるサービスの

有効性も考えられる。

福田委員

・長期目標について。「脳梗塞の再発を防ぎ、血糖値がコントロールできる」という目標設定の中には、2つのことが混在している。分けて設定した方が良い。

東内委員

・長期目標の書き方について。脳梗塞を起こさないための重症化の予防と、糖尿病のコントロールのために日々の生活の中でどのような支援を行うかの視点についての指摘だった。他にどうか。

青木委員

・食事療法、栄養管理の観点から、サービス内容の中に管理栄養士または保健師が加わって、情報共有とチームケアをする必要があると思う。今現在は訪問看護が入っているが、週1回ということもあり、管理栄養士または保健師の訪問指導を活用した方がよいのではないかと。

東内委員

・サービスを変更した方がよいのではないかと重要な指摘だ。

村井委員

・通所リハでは、生活行為の訓練をしてほしい。自宅でもトイレに行けるような支援や、入浴の自立支援があると良い。

・また、福祉用具について、現在はすべて介助型の用具が入っているのが気になる。折角通所リハで自立支援の訓練をしているのだから、例えば車いすも介助型以外のものを選べるのではないかと。

・なお、通所リハの中でも、PT、OT など誰が指導を行うかで異なる。個別プランに関わるが、適切な職種が適切なケアをしているか確認すべきだ。

東内委員

・職種に関しては、ADL に得意な職種、IADL に得意な職種など、様々ある。利用者の状態像ごとにグルーピングができて通所リハならよいが、そうでない場合に課題とケア内容のミスマッチが起こる。

緒方委員

・自宅内でのリハは、訪問看護がレクチャーしている。

村井委員

・通所リハと在宅でのリハが繋がっていないのではないかと。どのような動作をしたらどう改善するか、どのような環境を整えるかも含めて、通所と在宅はセットで考えていくほうがよいと思う。

・この方は旅行で写真を撮るのが好きだが、脳梗塞でできないという状況だ。例えば通所リハで、作業療法としてカメラの操作のリハなども行いながら、意欲向上も考えていってはどうか。

岡島委員

・通所でやったことを、家族も含めて在宅で継続するという指摘は大変重要だ。意欲向上という点で、写真を撮ることに加えて、写真を持参してアルバム作りということを短期目標に入れてはどうか。

福田委員

・一点確認だが、現在の訪問看護によるリハについて、訪問看護師が行っているのか、訪問看護ステーションに在籍しているPT や OT がやっているのか。

緒方委員

・訪問看護師が行っている。

東内委員

・今指摘されている作業療法士の視点、看護師の視点など、様々な視点を踏まえたチームケアができる体制があるかどうかについては、地域の課題の一つとして挙げられるだろう。

桂委員

・トイレへの移動について一つ指摘したい。利尿薬や下剤を飲んでいるので、回数が多いために億劫になっていることもあるのではないか。回数を確認して、場合によっては利尿薬や下剤を減らす相談を主治医にすることも、自立支援の一つの方法ではないか。

東内委員

・糖尿病コントロールに課題がある背景に、判断能力の低下があるようだ。そこに対する支援は大丈夫か。家族の声掛け、見守りだけで十分だろうか。

緒方委員

・訪問看護と家族による管理・助言が行われている。

東内委員

・服薬管理と健康管理が課題ということなので、例えば短時間であっても頻回にサービスが入って管理していくことも考えられるのではないか。サービスがあるかどうかという地域の課題が別にあるが、例えば定期巡回・随時対応型訪問介護・看護の導入なども考えられるのではないか。

・麻痺があるなかで、通院に対する支援はどうか。

緒方委員

・この方はボトックス療法に熱心である。しかし、通院が大変だということで、1 か月間入院して治療を行っている。ボトックス療法は良いのだが、入院による下肢筋力低下が気になっている。

東内委員

・治療の継続と、廃用が進むことをどう考えるかということだ。これは治療の選択について、利用者本人も含めてサービス担当者会議でしっかり議論することが必要だろう。

・ここまでの部分で少しまとめたい。まず、先ほど指摘されている個別プランの中でのケアの内容については、今回の事業所が作っている個別計画書では分かりにくい。個別計画書の中でサービス提供計画が1 か月ごとに区分されていて、どの段階にあるかをしっかり書かれていればよいが、実際には様式がバラバラで、詳細なケア内容がまったく書かれていない場合もある。これも地域の課題の一つだろう。例えば、自治体で共通様式をつくることもできよう。

・福祉用具については、再アセスメントが必要ということだった。

・最後に、物忘れへの対応、もし認知症であればその重症化予防に関して、何か意見は。

福田委員

・確定診断につなげないといけないのではないか。

東内委員

・診断のために認知症専門病院への受診勧奨をしたいが、今の主治医である開業医にどう話をつければよいか。良いつなぎ方はないか。

桂委員

・居宅療養管理指導で薬剤師が入り、薬剤師から主治医に言ってもらうのも一つの方法だ。

水村委員

・主治医に言いやすいという意味では訪問看護も考えられる。看護師が日常生活上の行動について専門的視点で観察し、その結果を主治医に報告することが良いと思う。あるいは、地域にある認知症疾患医療

センターを活用するという事も考えられる。

岡島委員

・この方は 66 歳で先が長いので体重を落とすことが必要だと思う。パソコンが使えるということなので、グラフ化などをして楽しみながら体重を落としてもらうよう工夫を提案するのも良いのではないかと。

東内委員

・ここまでで議論し残した点として、事例の要点にある「リハ意欲が低い」ということをどう考えるか。事業所を変えればよいのか、ケアの内容が明確になって個別計画書が出てくればよいのか、引き続き精査してほしい。

・また、食事の内容の確認も必要だろう。それによって栄養の改善や配食サービスを活用する可能性といった視点が出てくる。さらに、動作の練習によって、入浴の自立を促すという視点が示された。

・その他、アセスメントできていない点として、脳出血による高次機能障害で失語があるのかどうかという観点もあろう。引き続き医師の意見も聞きながら情報を集めることとしてほしい。意欲の側面では、この方の楽しみであった写真を撮るといふことにどうつなげてケアプランを修正できるかが、介護支援専門員の腕の見せ所だ。他に何かないか。

水村委員

・この方の場合、訪問介護が単発で入っている意味が分からない。何らかの介助が必要ということで使っているのであれば、どのような支援を行えば自立につながるかチームとして情報共有しないと、廃用を助長してしまう。

緒方委員

・家族が働いているので、その間の介助と聞いているが、詳細は分からない。確認する。

東内委員

・最後の訪問介護の点については精査が必要だ。

・今日議論してもらったように、ケアプランの中でどういうケアをすれば効果的か、多職種による助言をすることがケア会議の目的だ。それによって、6 か月後、1 年後の目標の達成に向けてどう支援するかということが明確になる。さらに今日の 2 事例から地域に必要なサービス、施策の示唆もいくつか得られた。

以上