

第7回事例検討会 2022.02.16

場所：zoom 開催 時間：15 時半～16 時半

参加者：小規模多機能ホーム〇〇〇（A 様/取締役・ケアマネージャー）
 〇〇〇地域ケアプラザ（B 様/包括主任ケアマネージャー）
 ぼやあ樹松本町（ケアマネージャー C、管理者 D）、
 ぼやあ樹神大寺（管理者 E） ぼやあ樹平川町（ケアマネージャー F）
 ぼやあ樹新子安（請求事務 G）
 ぼやあ樹相談窓口（相談窓口 H）、総括（石川社長）
 ケアマネ部会長（ケアマネージャー J）、事務（K）

【1】今回の事例検討会は、弊社ケアマネ部会長のケアマネージャー J が事例を準備しました。事前宿題として、事例の読み込み、強み弱みの洗い出しをお願いし、当日、1 人ずつ強み弱みを、順番に発表しました。

～発表風景～

ホーム 挿入 レイアウト 参照 校閲 表示 セクション 表のツール 表のスタイル

表のツール

標準 見出し 1 見出し 2 見出し 3 見出し 4 新スタイル 検索と置換

要介護度（実際の要介護度と異なる場合があります）		要介護度： 要介護 2
主 訴	【相談内容】 M居宅支援事業所のCMより電話あり。 本人のサービスに対する要望が多く、介入できるヘルパーが限られるようになり、サービスが制限されてしまうため、1人暮らしの不安が増大している。本人としては、障害を抱えている息子との同居を望んでいるが難しいことも理解している。将来も見据えて小規模で泊りやデイを利用しながら生活支援ができないか。 【本人・家族の要望】 【本人】施設にはいりたいけどタバコはやめたくない。 自分ができることは全部やってほしい。家全部の掃除と、買い物をしてほしい。たばこを買ってきてほしい。 デイサービスは支度しなきゃいけないのに早く迎えにくるから行きたくない。 自分の心配をしてほしい。	
生活歴・生活状況	【生活歴】 横浜市鶴見区にずっと暮らしている。 工場勤務でライン作業をしていた。 夫がまだ健在だった時までは動くこともでき、飲み友達8人で毎日飲み歩いていた。 夫が亡くなってから、外に出ることも少なくなり動けなくなってきた。 動けなくなり息子の面倒をみるのが出来なくなり施設に預けた。	【家族状況】 夫は7～8年前に逝去 息子が1人いるが知的障害あり、障害者GHに入所している。（月1日だけ昼間に本人宅に行く）

- 【2】発表後、zoom のブレイクアウトルーム機能を使用し、
2 グループに分かれ、課題と目標の設定を話し合いをしました。



A グループ	〇〇〇CP (B 様)、ぼやあ樹平川町 (ケアマネージャー F) ぼやあ樹新子安 (請求事務 G)、ぼやあ樹相談窓口 (相談窓口 H)
B グループ	小規模多機能ホーム〇〇〇 (A 様)、ぼやあ樹神大寺 (管理者 E) ぼやあ樹松本町 (ケアマネージャー C、管理者 D)、石川社長

- 【3】ブレイクアウトルームで打ち合わせ後、各グループより、課題と目標を発表しました。

- 【4】再び、ブレイクアウトルームでグループに分かれ、問題点の洗い出し、対処法の話し合いをしました。

- 【5】各グループで話し合い後、再び集まり、問題点と対処法を発表しました。

～A グループ～

現状の目標 (～する、～なる) 問題改善への目標、1つまで		家事に対する不安を取り除けるようになる		現状の目標の達成率 100%になった場合次回までに新しい目標を設定し、考えてくる	%
問題点と改善点 ケア内容 本人・家族の希望をカタチにするための最重要問題・改善すべき点、1つまで	問題点 (～が出来ない、～がない)		改善点・ケア内容		
	①つたい歩きのため台所で立って調理ができない ②つかまらないうちで立ってられない ③長い時間立ってられない ④歩くとき、ふらつきがあり家事が制限されてしまう ⑤転ぶのを覚悟して洗濯している ⑥腰痛があり掃除ができない ⑦包丁が使えない ⑧買い物に行けない		①座って調理ができる環境をつくる ②必要箇所に手すりを設置する ③座ってできる環境をつくる ④〃 ⑤物干し台を本人の高さに合わせる ⑥腰痛の治療を提案する。介助を受けながら本人と一緒に掃除をする。本人に負担とならない掃除方法を提案する。掃除に対する意欲を確認する。 ⑦調理ばさみなどを使用して、できないところを介助する ⑧ヘルパーが代わりに買い物に行く。		

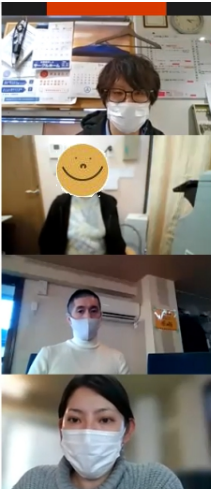
～B グループ～

現状の目標 (～する、～なる) 問題改善への目標、1つまで		課題: 同居するのができないということを理解するのが難しい 目標: 息子さんとうすれば同居できるか共有して一緒にプランを立てていく。		現状の目標の達成率 100%になった場合次回までに新しい目標を設定し、考えてくる	%
問題点と改善点 ケア内容 本人・家族の希望をカタチにするための最重要問題・改善すべき点、1つまで	問題点 (～が出来ない、～がない)		改善点・ケア内容		
	①息子さんに知的障害がある ②本人が動けないため面々がみれない ③次に何をしたいかをこちら側が理解していない ④息子さんの知的障害のレベルが分からない ⑤息子さんがヘルパーさんに物を投げける		①④⑤知的障害のレベルを知る ②③本人が息子に何をしたいかを理解し明確にし、共有してケアに繋げる。		

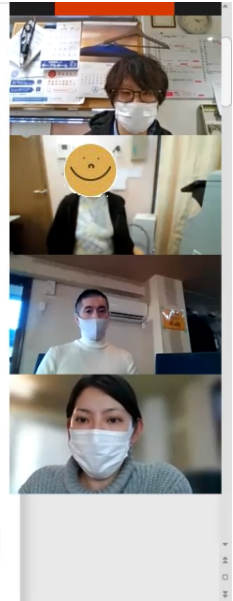
【6】発表後は、事例を準備したケアマネージャーJが、実際の取り組みについて話しをしました。

～報告風景～

利用者名	性別	生年月日	住所
S 様	女性	昭和13年生まれ	横浜市鶴見区
要介護度（実際の要介護度と異なる場合があります）			要介護度： 要介護 2
主 訴	【相談内容】 M居宅支援事業所のCMより電話あり。 本人のサービスに対する要望が多く、介入できるヘルパーが限られるようになり、サービスが制限されてしまったため、1人暮らしの不安が増大している。本人としては、障害を抱えている息子との同居を望んでいるが難しいことも理解している。将来も見据えて小規模で泊りやデイを利用しながら生活支援ができないか。 【本人・家族の要望】 【本人】施設にはいりたいけどタバコはやめたくない。 自分ができることは全部やってほしい。家全部の掃除と、買い物をしてほしい。たばこを買ってきてほしい。 デイサービスは支度しなきゃいけないのに早く迎えにくるから行きたくない。 自分の心配をしてほしい。		
生活歴・生活状況	【生活歴】 横浜市鶴見区にずっと暮らしている。 工場勤務でライン作業をしていた。 夫がまだ健在だった時までは動くこともでき、飲み友達8人で毎日飲み歩いていた。 夫が亡くなってから、外に出ることも少なくなり動けなくなってきた。 【家族状況】 夫は7～8年前に逝去 息子が1人いるが知的障害あり、障害者GHに入所している。（月1日だけ昼間に本人宅に行く）		



+



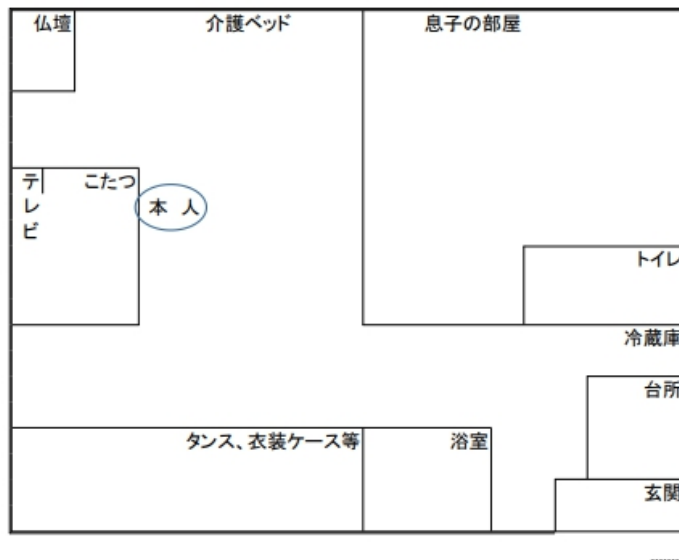
実際に用いた資料

事例検討会 資料①

※プライバシーの保護や人権等に配慮した記載内容にしてください。研修終了後は、適切な処分をお願いします。

利用者名	性別	生年月日	住所
S 様	女性	昭和13年生まれ	横浜市鶴見区
要介護度（実際の要介護度と異なる場合があります）		要介護度： 要介護 2	
主 訴	【相談内容】 M居宅支援事業所のCMより電話あり。 本人のサービスに対する要望が多く、介入できるヘルパーが限られるようになり、サービスが制限されてしまうため、1人暮らしの不安が増大している。本人としては、障害を抱えている息子との同居を望んでいるが難しいことも理解している。将来も見据えて小規模で泊りやデイを利用しながら生活支援ができないか。 【本人・家族の要望】 【本人】施設にはいりたいけどタバコはやめたくない。 自分ができないことは全部やってほしい。家全部の掃除と、買い物をしてほしい。たばこを買ってきてほしい。 デイサービスは支度しなきゃいけないのに早く迎えにくるから行きたくない。 自分の心配をしてほしい。		
生活歴・生活状況	【生活歴】 横浜市鶴見区にずっと暮らしている。 工場勤務でライン作業をしていた。 夫がまだ健在だった時までは動くこともでき、飲み友達8人で毎日飲み歩いていた。 夫が亡くなってから、外に出ることも少なくなり動けなくなってきた。 動けなくなり息子の面倒をみることも出来なくなり施設に預けた。		【家族状況】 夫は7～8年前に逝去 息子が1人いるが知的障害あり、障害者GHに入所している。（月1日だけ昼間に本人宅に行く）
病 歴	【経過・病歴等】 COPD 高血圧 慢性胃炎 気管支喘息 骨粗しょう症 慢性気管支炎 低カルシウム血症		【主治医】 Sクリニック 月1回 ケアマネが通院同行している。
障害高齢者の日常生活自立度		自立・J・J2・A1・A2・ B1 ・B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度		自立・ I ・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
経済状況		厚生年金（月約10万）・生活保護（月2万5千円）	
保険・他法情報	生活保護	現在利用しているサービス	訪問入浴 週1回 ヘルパー 週1回1時間半 配食週5日夕食（横浜市の配食事業）

課題分析 標準項目	状 態
健康状態	痰がらみがあり（自己排痰可能）、食べ物が飲み込みづらい。医師からはタバコが原因と言われているが、本人は絶対に認めない。 右手小指が骨やけどをした影響でしびれがあり動かさづらい。
ADL	自宅内は壁を使って伝い歩き。外は数mなら4点杖歩行。それ以上は息切れ、ふらつきあり歩行が困難。つかまれば床からの立ち上がり可能。
IADL	金銭の管理は自身でできるが、銀行に行くことができない。洗濯は自身でなんとかできているが、本人は「転ぶの覚悟で仕方なくやっている」とのこと。腰が痛いので掃除はできない。ご飯を炊く、味噌汁を作る（包丁は×）などの簡単な調理は可能。 薬力レンダーに1週間分セットすれば自身で内服可能。
服薬管理	認知症はないが思い込みがあり、一度認識してしまうと忘れない為、被害妄想のようにすることがある。
認知	話好き。はっきり物事を伝えるため、口調がきつくて聞かざる。
コミュニケーション能力	昔は仲の良い友達とよく飲みに行っていたが、皆歳をとり出掛けなくなった。たまに近隣の友達が顔を出してくれる。
社会との関わり	自立。失禁なし。
排泄・排便	問題なし
じょうぶさ・皮膚の問題	義歯使用。自費数本あるが、故障になっている。やけど痕が合わなくなってきたとの本人談。
口腔衛生	摂食動作自立。飲みものは食べられない為、配食はソフト食にしている。
食事摂取	なし
周辺症状	なし
介護力	アパートの1階。玄関段差20cm。4畳半が2部屋あるが、1部屋は息子が帰ってきたときに使ってからと本人は使用せず。 介護ベッド使用。普段はこたつに入ってベッドに寄りかかって座っている。
住環境	・息子が知的障害あり。施設で暮らしているが、月に1回帰国帰省する。息子が帰宅時、ヘルパーがいると驚いて泣きだすことがあった。 ・以前のヘルパーは自費サービスとなっており、たばこを買いに行ったり、息子の部屋を掃除したりもしていた。
特別な状況	



ケアマネージャーJの取り組み発表



調整

まず、ご本人の希望の聞き取りを行なった際、前のヘルパーさんはあれもこれもやってくれた、とご本人が話されたことから、そこの調整から始まりました。

全ケアマネさんに確認したところ、たばこを買ってきてほしい、息子の部屋を掃除してほしい、という要望に対して、介護保険上でできなかったため、自費サービスを入れていたそうです。回数を増やしてほしいと要望がありましたが、費用面など考え、出来なかったとのこと。小規模多機能も多少の融通はききますが、介護保険上の訪問介護以上のサービスはできません。ご本人に説明をし、ご理解いただきましたが、納得は難しかったです。自費サービスを入れ回数を増やす要望も、生活保護受給での生活のため、支払いが出来ない状況でした。

たばこの問題

問題として、第一にたばこの購入です。

ご本人の希望としてあるように、生きがいになっているものを、サービスが変わることを理由に、突然取り上げるわけにもいかず、直接購入できるところをネットで探し、電話注文で宅急便で届けてくれるタバコ屋さんを見つけました。

ご本人に説明し、大きな紙で、タバコ屋さんの電話番号、注文条件を渡したところ、ご理解いただけて、直接やりとりしていただくことに成功しました。

今では、ご自身の管理しているお金のあるタイミングで、自分で注文できています。

買い物に関して

ご本人と、訪問時や訪問日以外に、「今から買ってきて」ということは行わないとお約束しました。訪問日に買い物リストとお金をお預かりし、次の掃除に来る訪問日の前に買って持っていくお約束をしました。こちらは守られています。

洗濯に関して

しばらく自分でやる、とのことでした。訪問で伺ったときに取り込むなどお手伝いが必要であれば、自分から言う、ということになりました。

掃除に関して

回数と時間、場所をご本人とお話しして、紙に書いてお約束しました。

週3回、ご本人の生活するスペースの中から希望する場所（居間、台所、トイレ等）を毎回聞き取りして掃除を行なっています。

介護保険上でできないご本人の生活スペース以外（息子さんの部屋）に関しては、息子さんが入所されているグループホームの相談員さんに連絡しました。ご本人の意向を伝えたところ、息子さんに関することはこちらで対応します、とのことのお返事がいただきました。

その旨ご本人に説明し、納得されました。

入浴に関して

現状デイサービスに対しての嫌悪感が強く出ているため、デイサービスでの入浴は難しいと判断しました。令和3年の法改定で明記されました、小規模多機能での「事業所負担での訪問入浴は可能」というルールを活用し、事業所間で委託契約を結び、ご本人には今までのサービス通りの訪問入浴を、引き続き依頼し、週1回訪問入浴されています。

「心配してほしい」というご要望に関して

本人のもうひとつの希望である、「心配をしてほしい」に関しては、元々話し好きであるS様にとっては、独居で話し相手もなく、身体的にも衰えを感じている不安に対しての発言なのではないか思い、ぼやあ樹からご本人へ毎日電話を入れ、長い時間ではありませんが、安否確認と世間話を行うようにしました。

実際、サービスが変わってすぐは、訪問ヘルパーに対し、「前のヘルパーはなんでもやってくれたのに」という発言が毎回聞かれ、不機嫌な様子でしたが、慣れてきてからは、「ありがとね～」と笑顔で送り出してくれるようになりました。

また、この方の要望は他にも多くあって、キリがない方でしたが、ご本人の要望をただ単に言われるがままに行うのではなく、介護保険でできること、その他でお金になるべく掛からずにできるサービスを駆使して、ルールを守りながらも、なるべくご本人の希望に近く、双方に負担がかかりすぎないプランを作成しました。



総評



相談窓口H

基本的にはご利用者さんの要望に沿ってプランを作っていくのはどこも同じです。希望だけ聞くのではなく、本人の生活も含めてトータルのマネジメントができるのが、小規模の強みではないでしょうか。小規模だけやればよいのではなく、居宅もケアマネも最終的にプランを考えるのは同じです。ぼやあ樹ケアマネージャーも毎月やっていくことで、お互いやりとりして見えてくるものがあります。この感覚がひとりでも多く広がって、作っていただけたらいいと思います。



石川社長

介護、医療、福祉従事者として、サービスや希望とプランのすり合わせは絶対に必要です。でも、一人ひとり心の中で、この方はこうなってほしいという想いがあると思います。そこを事例検討会やひとつひとつのケースを含めて、大切な希望をカタチにしてもらうことが私たちの役割です。ひとつずつ種をまくことが、結果的にお客様と私たちが大切にしているものの橋渡しになります。思い出したときに、実行してもらえたらと思います。

今回は6/15（水）に事例検討会を予定しております。

お忙しい中恐れ入りますが、次回もご参加の程、どうぞよろしくお願い致します。