

「アドバイザー活用のすゝめ」

【現状・課題】

課題解決型の個別地域ケア会議は随時開催しており、毎月地区連絡会議で情報提供をしている。
しかし、自立支援型の個別地域ケア会議の開催に至っていない。また、センター内職員でも自立支援型の会議によるサービスの広がりを経験したことがない。

理由としては・・・

- ・自立支援型個別地域ケア会議のケース選定が難しい。
- ・アドバイザーとの調整などの事前の準備が大変。
- ・介護支援専門員からの開催希望がない。
- ・アドバイザーを使うとプラン作成にどのような効果がわかるか分からない。

【工夫】

- ・困りごとからアドバイザーを選定するだけでなく、アドバイザーの得意分野から課題ケースを選定した。アドバイザーの日程調整が大変なことから、同日に2事例同じアドバイザーの会議開催を行い調整の効率化を図った。
- ・会議開催後センター内職員に会議の結果と成果を報告し、センター内にて自立支援やセルフケアに向けた利用者への支援が必要なケースがないか再検討し自立支援型個別地域ケア会議開催へ繋げた。

【取組内容】

①アドバイザー活用した個別地域ケア会議の実施

- ・栄養士～低栄養、糖尿病食の食事管理
- ・歯科衛生士～義歯合わず食事摂取困難、歯科未受診
- ・言語聴覚士～構音障害、嚥下機能低下

②セルフケアに向けた個別地域ケア会議

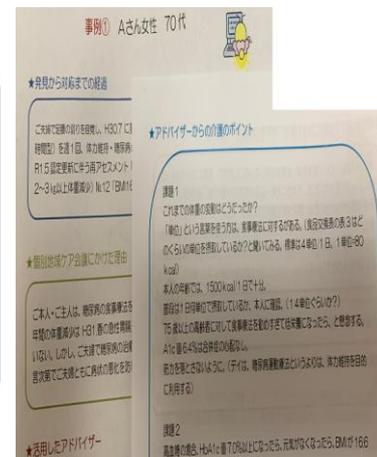
就労意欲がある利用者に対し、障がい者就業・生活支援センターに参加を依頼し就労に向けて手続き方法などの助言を受けた。

【結果】

- ・自立支援型個別地域ケア会議を活用した好事例集を作成
- ・介護支援専門員が多角的視点でアセスメントすることができるようになった。
- ・利用者の就労に至っていないが、新たな関係機関と相談できる関係が構築され連携の幅が広がった。

【今後】

地域の居宅介護支援事業所へ好事例集を配布しアドバイザー活用の普及啓発を行うことに！！



アドバイザー活用 好事例集



札幌市地域包括支援センター
高齢者相談

札幌市南区第1地域包括支援センター

令和元年11月

事例① Aさん女性 70代



★発見から対応までの経過

ご夫婦で足腰の弱りを自覚し、H30.7に要支援1の認定を受けた。通所型独自サービス（短時間型）を週1回、体力維持・糖尿病の運動療法目的で利用開始。
R1.5認定更新に伴う再アセスメント「基本チェックリスト」で、No.11が「はい」（半年で2～3kg以上体重減少）No.12「BMI16.6」で、栄養改善が必要となっている。

★個別地域ケア会議にかけた理由

ご本人・ご主人は、糖尿病の食事療法を適切にご夫婦でされているとの自負が強く、また半年間の体重減少は、H31.春の急性胃腸炎が原因と言っており、栄養改善の必要性を感じていない。しかし、ご夫婦で糖尿病の治療中であり、食事療法への意欲があるので、適切な助言次第でご夫婦ともに病状の悪化を防げる可能性があると思ったため。

★活用したアドバイザー

管理栄養士



★解決したい課題

- 課題1：我流での食生活を継続することで、病状の悪化が予測されるので、BMIをこれ以上減らさず維持できる方法を知る。
- 課題2：栄養指導の再教育をするタイミングを理解する。
- 課題3：食事のアセスメントに対する視点が不足しているので、食事のアセスメントに対する視点を明確にできる。

★現在のサービス

- ・フォーマル 通所型独自サービス（週1回）
- ・インフォーマル 近隣の老人クラブに参加（月1回）

★アドバイザーからの介護のポイント

課題 1

これまでの体重の変動はどうだったか？

「単位」という言葉を使う方は、食事療法に対するがある。(食品交換表の表3ほどのくらいの単位を摂取しているか？と聞いてみる。標準は4単位/1日。1単位=80kcal)

本人の年齢では、1500kcal/1日で十分。

普段は1日何単位で摂取しているか、本人に確認。(14単位ぐらいか？)

75歳以上の高齢者に対して食事療法を勧めすぎて低栄養になったら、と懸念する。

A1c値6.4%は合併症の心配なし。

筋力を落とさないように。(デイは、糖尿病運動療法というよりは、体力維持を目的に利用する)

課題 2

高血糖の場合、HbA1c値7.0%以上になったら、元気がなくなったら、BMIが16.6の現状を下回ったら。

課題 3

筋力をつける、低栄養を防ぐ。

たんぱくが多いと腎機能低下が起きる。腎機能は加齢で低下するので注意する。

エネルギーを確保するために、主食を摂取する。タンパク質は適量摂取する。

高齢で味蕾細胞が減るので、あまり濃い味にしないようにする。(醤油はかけないでつけて摂取する、魚の種類を変える(塩焼きを控えるなど)、みそ汁は1日1食にするか汁を半分にするなど)

★その他

北海道栄養士会栄養ケアステーションのパンフレットを受け取る。

(居宅療養管理指導の栄養士訪問の利用、地域での講演会等の対応が可能、との内容。)

★個別地域ケア会議にかけた担当ケアマネの感想

本人が「単位」という言葉を使い食事療法をしていることだけで、食事については十分配慮していると思っていたが、具体的に主食・主菜は何単位なのか、等、細かくアセスメントする目安が分かったため、現状の食生活がどうか詳しく知ることができるといった。また、アドバイザーの助言内容を本人に伝えることで、食事療法に気をつけすぎて体重が減少してしまう可能性を減らせる効果があるので、体重や体力を維持しながら適切な食生活を送れるよう伝えていきたい。



★今後の介護計画について

体重が減少せず、糖尿病の療養ができ、体力を保ってご夫婦での生活を送れるよう、支援する。



事例② Bさん女性 80代



★発見から対応までの経過

他居宅から引き継いだケース。
以前から低栄養状態が続いており、ふらつきや転倒が多く転倒の連絡が何度もある。本人からも食欲がなく、好き嫌いも多いために体重が増えず困っているとの相談を受ける。

★個別地域ケア会議にかけた理由

偏った食生活を送り、好むものしか調理しない。サプリメントで足りない栄養を補っていると語られるが、今後も体重は減少が懸念されるので、専門家から意見を伺いたいと考え会議を活用する。

★活用したアドバイザー

管理栄養士



★解決したい課題

課題 1：食欲が湧かない中でも、十分な栄養が摂れる食べ方を知る。
課題 2：体力維持・体重維持につながる食べ方、調理方法を学ぶ。
課題 3：サプリメント、栄養補助食品の有効的な摂取方法について知る。

★現在のサービス

・フォーマル 通所サービス (2/W) 訪問介護 (3/W) 生活援助 (掃除・買い物)
・インフォーマル 娘さんの買い物支援

★アドバイザーからの介護のポイント

課題 1

朝起きたら1時間以内に食べる等、食事を習慣化する。主食をしっかりと食べることができることが何よりも大切であるため、缶詰等利用した小豆ご飯、さつまいもご飯を作ると食べやすく、栄養価も高い。パンと牛乳とミニトマト、お餅2枚をきなこ等につける等、限られたパターンでも続けることが有効。

課題 2

1日3食摂取する。毎食主食、主菜を摂取する。いも類、野菜果物の摂取。火を使わない簡単料理レシピを(別表)ケアマネジャーからも進める。

課題 3

3食を習慣的に摂ることが優先であること、サプリやエンシュアは補助的に使用する物であることを、担当ケアマネジャーよりご本人に伝える。

★その他

栄養状態以外の原因があることを意識し、転倒等に注意していく。
受診による、関節感覚機能や認知機能など

★個別地域ケア会議にかけた担当ケアマネの感想

ご本人に話し合った結果をお伝え、栄養価が高い簡単レシピをお渡ししたところ、大変喜ばれた。また、今後規則正しく3食食べる努力をしたいと前向きな発言があった。サプリやエンシュアに頼らない食事の必要性や栄養価の高い食べ物、食事量や食事の時間について学べたことによって、ご本人だけではなく、他の利用者様の支援にも生かせる有意義な会議だったと思う。



★今後の介護計画について

食事の量、内容やタイミングをモニタリングしていき、体重の推移を確認していく。また担当者会議にてヘルパーにも個別地域ケア会議の内容をお伝えし、買い物や調理支援に生かして支援を行っていく。



事例③ Cさん男性 80代



★発見から対応までの経過

新規担当ケース。

本人は食べ物の噛みづらさと細かい食べ物でのむせ込むことがあるが、このままでいいと思っている。しかし家族としては、食事のときにむせこみや、食べ残しが続いており心配だと相談にいたる。

★個別地域ケア会議にかけた理由

5年程まえに、脳梗塞を発症、構音障害が残存している。そのご医療機関で嚥下・構音障害などの評価は実施しておらず、医療機関受診に備え現状の問題点を明確にするために専門アドバイザーを活用することになった。

★活用したアドバイザー

言語聴覚士



★解決したい課題

- 課題 1：むせこみがおこらない食事のとり方、食事の形態を知る。
- 課題 2：嚥下の専門評価をしてもらい、自宅で取り組めるリハビリの指導を受ける。
- 課題 3：医療機関での評価やリハビリの指示などの必要性を確認する。

★現在のサービス

- ・フォーマル 通所サービス（1/W）
- ・インフォーマル

★アドバイザーからの介護のポイント

課題 1

口の開き具合や舌の動きを確認し、飲み込む力はあるが奥歯がないので、噛む力がなく前歯が差し歯で壊れたらと思うと力を入れて噛めず、まるのみしていることがわかり。はじめに歯科の受診が必要である。

課題 2

「鏡を見ながらゆっくり口を動かす」「1口につき 10～30 回咀嚼する」などの自主練習も必要であるが、生活を楽しみながら取り組める、老人クラブなどの会話の機会を得られる活動を増やすために外に出ることが重要である。

課題 3

かかりつけ医に嚥下のことを伝え、6ヶ月に1度評価してもらった方が良い。さらに病院にいるリハビリ職に介入してもらい助言をもらえるように連携を調整した方が良い。

★その他

なし



★個別地域ケア会議にかけた担当ケアマネの感想

専門職から具体的にアドバイスいただき、利用者も理解しやすかった。

★今後の介護計画について

アドバイスいただいた通り、プラン更新時に主治医に嚥下検査の必要性を確認する。



事例④ Dさん男性 70代



★発見から対応までの経過

脳梗塞の後遺症から構音障害・流涎あり、これまで専門的なりハビリは金銭的な余裕もできなかった。最近は他者と話す機会も少なく、活動したい気持ちはあるが、構音障害・流涎など気になり参加に二の足を踏んでしまう気持ちをモニタリングで把握する。

★個別地域ケア会議にかけた理由

これまでは積極的に外出していたが、徐々にその頻度が減ってきており、我流のリハビリではなく、アドバイザーから指導を受け、専門的なりハビリが導入されるように、個別地域ケア会議を活用した。

★活用したアドバイザー

言語聴覚士



★解決したい課題

課題 1：専門的なりハビリを指導して欲しい。
課題 2：流涎などの予防や対処方法があるなら教えて欲しい。

★現在のサービス

・フォーマル ??
・インフォーマル

★アドバイザーからの介護のポイント

課題 1

(1日3回 食後に義歯を外した上で口に水を含み、10秒ためる。この動作を3セット行う) 痛みのある義歯を使用して筋肉がこわばっているので外して行うこと、口唇を閉じる力が弱いと隙間ができ垂れてくるので、口をぎゅっとしめることに注意をするようにアドバイスを受ける。

課題 2

義歯が合っていないことが刺激になって流涎が増えていると考えられ、義歯の調整が望ましく歯科受診の検討をすすめられた。

課題 3

かかりつけ医に嚥下のことを伝え、6ヶ月に1度評価してもらった方が良い。さらに病...

★その他

なし



★個別地域ケア会議にかけた担当ケアマネの感想

通所リハビリなどを勧めていたが、費用負担の面で導入ができなかった。普段本人が一人で行える訓練やリハビリを教えてもらうことができた。本人がその後の自宅で訓練を実施しており、本人も満足している。実際に訪問した際も流涎が少なくなっていた。

★今後の介護計画について

このまま経過をみる。訓練については声掛けをしていく。歯科については随時情報提供行う。プラン更新時に、主治医に個別地域ケア会議で指導し流涎が少なくなったことを報告する予定。



事例⑤ Eさん女性 80代



★発見から対応までの経過

上の入れ歯が合わず、入っていない。入れ歯に挟まり痛みあり。硬い物が食べにくくなった。

歯医者に1年前から通院。

食事は食べているも、体重減少傾向。

嚥下は問題なく、むせこみ等なし

★個別地域ケア会議にかけた理由

入れ歯の管理方法を学び、しっかりと食事をしたい。

★活用したアドバイザー

歯科衛生士



★解決したい課題

課題1：歯科医への関わり方、伝え方のポイントがわかる。

課題2：義歯の管理方法がわかる

課題3：口腔、歯（義歯）に対するアセスメントや支援ポイントがわかる。

★現在のサービス

- ・フォーマル
- ・インフォーマル

★アドバイザーからの介護のポイント

課題1

・最良策は本人・家族から伝えてもらうこと。訪問診療をしている先生なら話ができる可能性があるが、一般の歯科の先生なら地域の方から連絡来ると驚く可能性あり。予約を取るときに付き添いできるか、家族から話を伝えられるかどうか聞いてみたほうが良い。

・歯科医を変えるのも良い。歯科医の中でも専門分野が分かれている。義歯作成が得意な先生もいるので診てもらうのも良い。

この場で紹介はできないが、札幌市歯科医師会に連携窓口がありそこで紹介してもらう方法もある。かかりつけの歯科医を持つことは大事。

課題2

基本、日中は装着し、食後は洗う。寝るときだけ外して洗浄剤につけておく。義歯を洗う時には義歯用のブラシを使用する。部分義歯用の洗剤を使うと良い。総義歯用の洗剤を使うと金属の部分が変色してしまう。

義歯を外したままだと力が入らず、踏ん張れないため、前のめりになり、転倒の可能性がある。

緩衝材は種類にもよるが熱に弱いのでお茶を飲んだことで取れやすくなることもある。できれば歯科でつけてもらうのがいい。義歯は70度以上のお湯につけると変形するのでしてはいけない。電子レンジで温めるのもいけない。

課題3

食事がどれくらい食べられているか、噛んで痛くないのか、むせがあるか、飲み込みが弱くなっていないか、歯科検診を受けているか、義歯かどうか確認する。

★その他

なし

★個別地域ケア会議にかけた担当ケアマネの感想

義歯を電子レンジにかけたり、お湯につけたりして柔らかくしていることが判明し、思いもよらない管理をしている事に驚いた。義歯が合わない方には管理方法を何う必要があると感じた。ご本人様も、温める事がダメだと知らず、会議に出席してとても勉強になったと話されている。



★今後の介護計画について

歯科受診は継続中。不適切な管理をやめ、義歯の調整を継続していく。時々状態を伺う予定。



事例⑥ Fさん女性 80代



★発見から対応までの経過

H30.11 月末転居で、介護予防マネジメントとして担当開始した、要支援 1 の直営ケース。
(通所型独自サービス短時間を週 1 回利用。)
R1.5 月再アセスメントの基本チェックリストで、No.13「半年前比固いものが食べにくい」と。

★個別地域ケア会議にかけた理由

No.13「半年前比固いものが食べにくい」の理由を本人に尋ねると、抜いた歯の根が残っており、時々歯茎が痛くなるため、口腔外科通院を考えていると発言していた。
歯科受診にあたり、専門家に意見を聴きたいとCMが思ったため。

★活用したアドバイザー

歯科衛生士



★解決したい課題

課題 1：歯茎の痛みがあるが、現在の口腔状態で硬い物が食べられる方法を知りたい。
課題 2：歯茎の痛みの原因の、考えられる要因の確認。
課題 3：歯茎が痛くなった時の、痛みの軽減方法の確認。
課題 4：歯科受診の目安がわからない。

★現在のサービス

・フォーマル 通所型独自サービス（週 1 回）
・インフォーマル 娘の買物同行（週 1 回）、軽費老人ホームでの食事提供や生活上の相談対応

★アドバイザーからの介護のポイント

課題 1

治療が前提として必要。痛みのない方の歯で噛んでもらうか、できる限り小さくして食べてもらうことで歯への軽減ができる。

課題 2

義歯が合わないだけでなく、歯自体の病巣によるものの可能性あり。受診にて義歯を見てもらうだけでなく、口腔の病気についても確認してもらう必要あり。いきなり口腔外科の受診は紹介状が必要と言われるので、まずはかかりつけ歯科医を受診し、かかりつけ歯科医が口腔外科紹介の必要性を検討する。

課題 3

痛み止めを飲む以外にも、軟膏を塗布することも必要も一時的。口腔状態を清潔に保ち、受診をして痛い箇所の治療が重要。噛む力が衰えると口内の筋力低下・脳の刺激が減り血流も悪くなる恐れがあるので、1品だけあえて硬い物を食べるよう努める必要はある。

課題 4

通常の食事摂取時に痛みを感じた時・義歯を入れただけで痛む時・体重減少の時に歯科受診が必要。本人が口腔内の状態を知っている必要がある。半年 1 回、少なくとも年 1 回は歯科健診を勧める。

★その他



奥歯できちんと噛めないと、歩行時に歯を食いしばれないので、前傾姿勢となり転倒しやすくなる。転倒する人は歯の状態を見る必要もある。

口腔内を清潔に保つことでインフルエンザ等を予防できる。

札幌市歯科医師会の電話相談専用ダイヤルで、症状に合った治療をする近隣の歯科を紹介していただける。

口臭の原因は口腔内だけでなく、膿栓の可能性もある。(膿栓除去は耳鼻咽喉科受診を勧める。)

義歯は、歯磨き粉禁、熱湯禁、落下禁。義歯洗浄時は、シンクに水を張り落下の衝撃を減らす。

ティッシュにくるみ間違えて捨てないように。ガーゼの上に置くなど工夫を。

舌磨きの習慣はいい。同じ方向でブラッシングを。(押し引きするブラッシングは味蕾が壊れて味覚障害になる。)

歯科受診時には、お薬手帳を持参するように。

★個別地域ケア会議にかけた担当ケアマネの感想

「硬いものが噛みづらいが口腔外科をそのうち受診する」と話す本人に対し、本人の意向を傾聴するにとどめていたが、アドバイザーの助言通り、まずはかかりつけ歯科を受診し相談するように本人に勧める必要がある、という認識を持つことができた。会議で受けた助言内容を本人に伝え、適切な歯科受診につなげられるようにしていきたい。



★今後の介護計画について

噛みづらさを確認し、体重が減少せず一定の食事摂取量を維持できているか、また、歯科受診し適切な治療を受け、口腔機能を維持できているか、モニタリングの都度確認していく。

