

「医療介護連携推進

のための多職種研修」

多職種によるディスカッション事例集

CASE 1 令和元年 6 月 13 日（木）実施

心身の機能低下がみられるケースの自立支援・重度化防止

CASE 2 令和元年 9 月 5 日（木）実施

慢性閉塞性肺疾患があるが自宅で生活を継続していきたいケース

CASE 3 令和元年 11 月 6 日（木）実施

糖尿病を発症し不規則な生活を送る方への支援

はじめに

本研修会は、医療介護に携わる専門職が参加し、事例によるディスカッションをもとに、高齢者の多岐にわたる生活課題に対して、多職種へのケアの視点を取り入れたチームアプローチ及び自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント実践力の向上と、各専門職の役割について相互理解を深めることで連携力の向上を図ることを目的として開催しています。

事例は架空の事例となりますが、各専門職より、当該事例への支援方法のみでなく、同じ疾患や同様のケースに対して「どのような支援ができるか。どのような支援が必要か。」について意見交換を行っています。自立支援・重度化防止やチームアプローチによる支援を実践していく中で非常に有益な意見が多く上がっています。高齢者支援にかかわる専門職の皆さまの、今後の支援にお役立ていただくと幸いです。

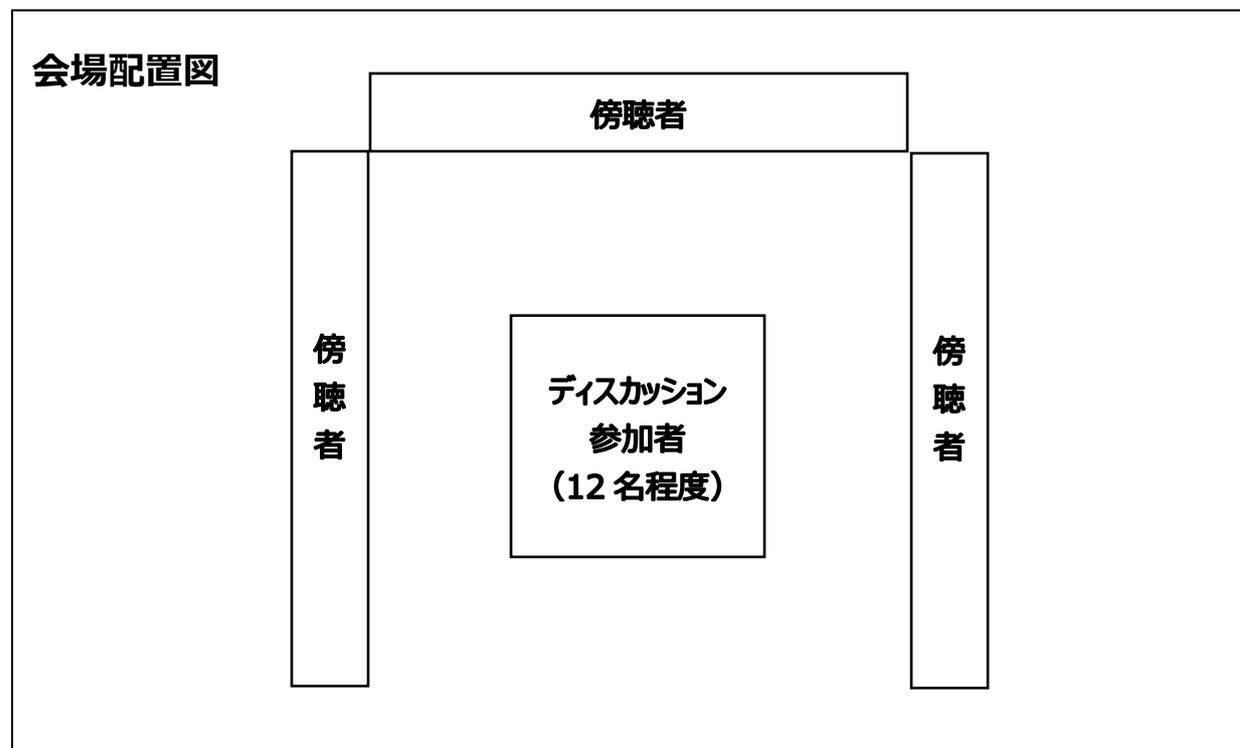
ディスカッションの形式

- ・事例をもとに多職種によるディスカッション

【ディスカッション参加職種】

医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士（栄養士）、ケアマネジャー、
リハビリ職、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー、退院支援看護師、包括・行政職員 等

- ・傍聴参加を設けることで、参加しやすい仕組みを取り入れています



CASE 01 (R1.6.13)

心身の機能低下がみられるケースの自立支援・重度化防止

ディスカッション参加者

内科医・整形外科医・歯科医師・薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士
作業療法士・訪問看護師・ケアマネジャー・地域包括支援センター



≪事例概要≫

| | |
|-----------------|---|
| 基本情報 | 80歳女性 要支援2 キーパーソンは夫(軽度認知症) 夫との二人暮らし 身長146cm 体重51kg |
| 原疾患 | 認知症 両下肢浮腫(栄養不良の為) 高血圧症 虚弱 脱水 高尿酸症 |
| 服用薬 | フェブリク20mg(2錠) カルプロック16mg(1錠) ドネペジルod錠5mg |
| ADL | 移動：室内は伝い歩き、外出時は夫につかまり歩行している。通院は病院のバスを利用し、夫と共にでかけており、買物は夫が行うことから通院以外に外出はしていない。 排泄：間に合わず下着のなかに失禁することがある。 入浴：一人で行っている。お湯で体を拭く程度で洗身は不十分。 節約のため浴槽のお湯は半分。全てお湯を入れ替えることはない。 食事：調理は本人の役割であるが、調理動作が困難となり、最近は魚の缶詰とお米とキムチのみ。時々、カップラーメン。果物に醤油をかけて食べる習慣がある。 歯の状況：前歯の上下8本自歯が残っており、義歯は使用していない。本人は毎日歯を磨いているとのことだが、夫は本人が歯磨きしている姿を見たことがない。奥歯は無いが食事は摂っている。 |
| 経済状況 | 夫と合わせて年金月10万円。節約しながら生活を送っている。 |
| 自宅の状況 | エアコンはあるが、電気代が高いと言いつ使用していない。 夏は熱風が入ると言い窓を開けず、扇風機を使用するのみ。 |
| 周囲の状況 | 車で30分位の所に一人息子がいるが、ほとんど実家に来ない。 夫は軽度認知症で、もともと頑固で人の話を聞こうとしない。 夫も筋力低下のため妻の介助は困難。 服薬は本人で行っているが、残薬が多く夫も軽度認知症が疑われ管理は困難。 夫婦共に病識なく、不定期の通院となっている。 |
| 生活歴 | 愛媛県生まれ、中学卒業後に単身岡山県の縫製会社に就職。趣味が手芸だったこともあり、縫製の仕事は好きだった。数年後大阪に移住し、勤務先の飲食店で夫と知り合い、結婚。夫の塗装業を手伝っていたが、長男が生まれてからは子育てに専念、調理や家事もきちんとこなしていた。夫の仕事が年齢とともに厳しくなり、収入も年々減少、切り詰めた生活となる。結婚当初から夫についていくタイプで反抗も喧嘩もすることなく、切り詰めた生活から外出も減り、家に引きこもる生活が当たり前になっていった。 |
| 本人、家族の意向 | 本人：多くを語ることはないが、独身時代の仕事のこと、子育てや家事をこなしてきたことは楽しそうに話す。 夫：できるだけ人の世話になりたくない。 |

多職種によるディスカッション内容



ケアマネジャー（どの点を意識してケアプランを作成するか？）

- ・栄養、口腔面を含めた医療面の強化。
- ・金銭面への配慮⇒本人の自立に対する能力を向上させ、自立した生活を送ることができるように、介護サービス以外の支援も考える。
- ・緊急時の対応⇒脱水もみられ、熱中症も危険性もある。
- ・介護予防の3本柱（筋力低下予防・低栄養予防・口腔内の健康）への支援。
- ・かかわり（プラン）によって、自立支援にもなるし、現状の要支援から介護が必要な状態にもなりえる。

| 職種 | 助言、意見内容 |
|--|---|
| 医師  | <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医との信頼関係を築いて、本人や家族に健康面からさまざまな支援の必要性を理解してもらってから、その後に多職種の支援が受け入れてもらえるのではないか？ ・診断はされていないが、認知症なのでは？⇒新しいことに対応するのは、しにくくなってきている。生活面の身の回りことや家事等ができなくなってきている。⇒毎回、声かけしないとできない。（歯みがきやケア等） ・1日をどう過ごしているのか？⇒通院以外は外に出ない。1日中、座っていることが多い。このままで要支援の状態が維持できるか？⇒外出の機会を作る。栄養士が買い物時に夫や本人にアドバイスをする機会があってもよい。お金をかけたくないのであれば、市の介護予防教室等をすすめてもよいのでは？ ・入浴できるのに、なんで外出しない？⇒1人で行っているのであれば、外出できるADLはある。転倒の不安があるから？ ・衛生面からお風呂の水を残しているのが、気になる。 ・自立支援のため、生活行為や生活習慣について今介入しなければ、今後重度化していく、ギリギリの状態。 |

| | |
|---|---|
| <p>歯科医師・ 歯科衛生士</p>   | <ul style="list-style-type: none"> ・前歯 8 本だけで、義歯なし。まず、すりつぶしができない。 ⇒義歯は作成した方がよいが、本人の作りたいという希望がなければ、うまく使えないことが多い。誰かにすすめられて作成しても、うまく義歯を使ってもらえない。 本人のモチベーションが大事⇒「おいしいものが食べたい」など・・・ 義歯は、作成してからあうまで、何回も受診が必要。 ・義歯を作らないのであれば、食形態の工夫が必要。 ※認知症の人⇒アルツハイマー型認知症は誤嚥の程度は、高齢者と同じ。 レビー小体型認知症やパーキンソン病は、誤嚥しやすい。飲み込みにくい。うまくかめていなくても、食べることは覚えている⇒窒息予防。食形態の工夫を。 ※自浄作用⇒夜、細菌感染になりやすい。唾液が少なくなり、乾燥しやすい。胃瘦の人も口を動かさないの、唾液の量が少なくなる。 ・口腔乾燥を防ぐには、唾液腺マッサージもあるが強く押しすぎてもよくない。パタカラやパンダの宝物と声にだしたり、すっぱいものを思い出すのも、唾液を出すのに効果的。 ・75 歳以上の無料健診も活用を。口腔機能の改善のきっかけとなる。 |
| <p>薬剤師</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・食事の内容からビタミンやミネラルが少ないことが予想できる⇒低 K 血症 ・低栄養状態⇒低アルブミン血症 ・本人や家族が検査値の意味が理解できなければ、ケアマネジャーが検査値とかが確認していただければ、支援につながる。 ・今回の事例の人の飲み薬は、まず 1 日 1 回どこかの時間で飲めればよい。 ・日にちがわかる人は、1 包化（7 日で 32 点）を行い、お薬カレンダーを活用することで、管理できる。 それでも飲み忘れがある場合は、誰かが確認することが必要。 ・残薬が多ければ、その残薬を薬局に持ち込み 1 包化してもらおうと、無駄な薬やお金を使わなくて済む⇒薬代の節約に・・・ ・Dr より、医院で一包化の指示ができる。 |

| | |
|---|--|
| <p>管理栄養士</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・金銭面で節約しているということを受容しながら、食事面へのアプローチを考える。 ・まず、実際食べている缶詰もカップラーメンも否定しない。 ・缶詰は、アレンジして料理ができる。（魚缶に野菜やチーズを足したら、タンパク質やビタミンが摂れる） ・カップラーメンは、うす味にできるよう提案。 ・口臭があったら、味が分からない⇒まずは、口腔ケアが必要。 ・水分を多く摂る食事をアドバイス。 <p>⇒上記のことをアドバイスしてくれる人にどのようにつなげていくか・・・</p> <p>⇒高血圧薬内服中、塩分を控えて、うす味の工夫を。</p> |
| <p>訪問看護師</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・浮腫があって、脱水⇒1日の水分量の確認、皮膚乾燥や傷等の観察が必要。 ・高血圧⇒バイタルサインの確認や服薬管理で看護師が支援できる。 ・BMI⇒24.7 痩せてはいないが、低栄養 栄養士と連携して支援できる。 ・清潔面⇒感染予防、入浴介助や口腔ケアは、歯科衛生士と連携して支援できる。 |
| <p>作業療法士</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・移動⇒バランス能力の低下 or 筋力低下 or 浮腫のどれなのか ・失禁⇒尿意はあるのか？ ・入浴⇒体を洗う持久力がないのか、関節が固いのか ・調理⇒どの段階が難しいのか ・認知症⇒見当識や短期記憶、その場の理解力はどうか 会話ができるのか？理解が難しいなら簡単な言葉がけでリハビリを行う ・子育てや家事をこなしてきたということなので、そこができるようにできるだけ能力を残していく |
| <p>地域包括 支援センター</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・ケア方針検討会（富田林市）⇒必要時、短期集中(3 か月間)で専門職の訪問が利用できる。 ・孤立した生活になりがち⇒民生委員、地域のサロン、ラジオ体操など。地域の力をかりる支援ができる。 |

参加者の状況

| | 職種等 | 機関・団体名 |
|-----------------|-----------|-------------------|
| ディスカッション 参加者 | 医師 | 富田林医師会 |
| | 医師 | 富田林医師会 |
| | 歯科医師 | 富田林歯科医師会 |
| | 薬剤師 | 富田林薬剤師会 サポート薬局 |
| | 歯科衛生士 | 大阪府歯科衛生士会 |
| | 管理栄養士 | とんだばやし地域活動栄養士会 |
| | 作業療法士 | 希望や訪問看護ステーション |
| | 訪問看護師 | 希望や訪問看護ステーション |
| | ケアマネジャー | ケアプランセンタートライズ富田林 |
| | ケアマネジャー | フォーライフケアプランセンター |
| | ケアマネジャー | 居宅介護支援事業 富田林病院 |
| | 包括・行政 | 第3ほんわかセンター |
| | 包括・行政（司会） | 第1ほんわかセンター |
| | 傍聴者 | 歯科衛生士 |
| 行政 | | 大阪府富田林保健所 |
| 管理栄養士 | | とんだばやし地域活動栄養士会 |
| 訪問看護師 | | 富田林病院訪問看護ステーション |
| ケアマネジャー | | 富田林医師会訪問看護ステーション |
| ケアマネジャー | | 菊水苑富田林ケアプランセンター |
| ケアマネジャー | | ケアはんどサポートセンター金剛 |
| ケアマネジャー | | ケアプランセンターさえずり |
| ケアマネジャー | | NISHIKI ケアプランセンター |
| ケアマネジャー | | 錦織荘ケアプランセンター |
| ケアマネジャー | | 菊水苑居宅介護支援事業所 |
| ケアマネジャー | | 居宅介護支援事業 富田林病院 |
| ケアマネジャー | | オレンジ荘ケアプランセンター |
| 包括・行政（書記） | | 河南町地域包括支援センター |
| 包括・行政（書記） | | 太子町地域包括支援センター |
| 包括・行政 | | 千早赤坂村地域包括支援センター |
| 包括・行政 | | 第2ほんわかセンター |

（順不同）

CASE 02 (R1.9.5)

慢性閉塞性肺疾患があるが自宅で生活を継続していきたいケース

ディスカッション参加者

整形外科医・歯科医師・薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士・理学療法士
訪問看護師・医療ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・地域包括支援センター



<<事例概要>>

| | |
|---------------------|--|
| 基本情報 | 80歳 男性 要支援2 息子との2世帯住宅 キーパーソン 妻 身長158cm 体重50kg (BMI=20.02) |
| 原疾患 | 慢性閉塞性肺疾患(肺気腫) 解離性動脈瘤術後(経観中) |
| 服用薬 | キプレスOD錠10mg(夕食後) スピリーバ吸入用カプセル18μg(1回/日 1吸入) フルティフォーム125エアゾール(2回/日 2吸入) |
| ADL | 移動:室内は手すりを持って移動、屋外は杖歩行。 排泄:排泄動作は自立しているが、自室からトイレの移動時、間に合わなくなりそうな時がある。 入浴:毎日入浴しているが、呼吸が疲れるため、妻が頭や背中を洗っている。 食事:妻がすべて用意。 歯の状況:総義歯。毎日、朝と夕に自分で義歯を歯ブラシで洗っている。 コミュニケーション:良好。意思決定は、自分でできる。 |
| 認定、サービス利用の状況 | 要支援2(H29~) 肺疾患で入退院を繰り返す 福祉用具レンタルのみ デイサービスを利用していたが、中断 |
| 周囲の状況 | 日中に家族は畑やお店に行っており、日中は1人のことが多い。 |
| 生活歴 | 家業の農業をしており、27歳で結婚。以後、農業中に骨折するまでは、農業の仕事に従事していた。現在は、体調のよい時は、畑に出向くが、すぐに息苦しくなってしまう。近所に友人も多い。 (家では喫煙できず、喫茶店でタバコを吸うのを楽しみにしていたが、平成30年からは、禁煙。) |
| 本人、家族の意向 | 本人:少しでも家族の役に立ちたいので、体調のよい時は畑に行きたい。 妻:日中1人でいる時間が長く、最近の入退院も年に数回あるので、家で留守番してもらおうのが心配な時は、お店に一緒にきてもらうことがある。 |

多職種によるディスカッション内容



ケアマネジャー（どの点を意識してケアプランを作成するか？）

- ・喫茶店に行く、畑に行く等の現在行っている楽しみを続けていけるようにする。
- ・呼吸苦があり過度な運動は負担になると思うが、ADLを維持する。
- ・妻の介護と仕事による負担についての検討が必要。
- ・訪問看護サービスを利用し、病状管理を行う。

| 職種 | 助言、意見内容 |
|---|---|
|  医師 | <ul style="list-style-type: none"> ・このケースでいえば、活動の制限につながった要因が慢性閉塞性肺疾患（COPD）による呼吸苦により運動量・活動量が低下しているのか、大腿骨頸部骨折や骨折後の活動量低下等による筋力低下によるものかの見立ても重要になる。 ・大腿骨頸部骨折した事が分岐点になっている。骨折後、生活において活動量を回復させるアプローチが必要。 ・活動量が減ったり、トイレが間に合わなくなってきたのは、呼吸苦が問題ではなく筋力・体力の低下が原因である。 ・呼吸器疾患があると、つい身体を動かすことに無理をしないようなかかわりになってしまいがちである。有酸素運動には酸素が多く必要なので適さないが、筋トレのような運動は酸素をあまり必要としない（無酸素運動）ので筋力低下改善のためのトレーニングは十分可能。 ・筋力をつけるトレーニングとして、スクワット（立ち上がり）やつま先立ち等の訓練を行う。 ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者は円背になる傾向があり、前傾姿勢になるとさらに呼吸の負担が大きくなる。前傾姿勢にならないよう心がけたり、腹式呼吸、簡単なリハビリとして、椅子に座って、大きく深呼吸をしながら両手を斜め上に上げ、背もたれにもたれて胸郭を拡げる運動も有効である。背中にタオルを挟むとより胸郭を開きやすくなる。 ・まだまだ知名度が低い呼吸リハビリがある。呼吸リハビリとは、骨格を見て胸郭の動きをよくする。疾患があっても呼吸が楽になり活動性の改善が期待できる。 ・円背の患者にも呼吸リハビリは有効。 ・呼吸リハビリの他に心臓リハビリ、腎臓リハビリ、脳血管リハビリ、運動器リハビリ、廃用性リハビリ等疾患別にリハビリの種類がある。かかりつけ医から富田林病院やP L病院にオーダーしてもらおうと外来で受けることができる。期間は30～60日と決まっている。 ・肺疾患がある場合は、感染症をおこすと重症化しやすいので、インフルエンザ、肺炎球菌等の予防接種等を受けるようにする。 |

| | |
|---|---|
| <p>歯科医師</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・義歯の方は噛むための筋肉が発達しない。噛む力が天然歯と比べて2割程度に落ちる。普通奥歯を噛みしめると側頭筋（頬の奥歯がある辺りの筋肉）が盛り上がってくるが、義歯の人は出てこない。 ・奥歯を噛みしめる事で力を出す事が出来るので、口腔機能の状態によっては、力が入らず運動や活動量の低下につながったり、リハビリの効果にも影響することが考えられる。 ・高齢者の場合、義歯を使用することで食事や生活改善を図りたいという意向を持っているかが重要である。義歯の調整には時間もかかり、根気も必要。勧められるがまま作っても、結局使用しないということも考えられる。 ・慣れていない義歯は、まずは食事以外の時に装着して慣れてもらうようにする。 ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者について、感染症の予防のため、歯周病の治療等口腔内細菌を増やさないよう歯科受診勧める。 |
| <p>歯科衛生士</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者は口呼吸になる人が多く、口腔乾燥によって感染症のリスクが高くなる。 ・活動性の低下により、筋力の低下、嚥下にも影響（飲み込みにくくなる）が出てくる。 ・食事時の姿勢に注意、吐き出す力も弱いので誤嚥しやすい。 ・口腔乾燥予防や口腔内の清潔保持のため、口腔状態のアセスメントや口腔ケアが重要。 |
| <p>薬剤師</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・内服の状況からみても、肺気腫に対して最大の処方がされている。 ・これ以上進行すると、肺胞がつぶれてうまく酸素が取り込めず、在宅酸素の適用になってくると思われる。 |
| <p>管理栄養士</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・骨折の予防、カルシウムを摂るために、乳製品を多く摂取して頂く。 ・感染症予防、疾患の重度化防止、栄養改善の観点から、食事時の姿勢はどうか、よく噛めているか、食事内容や食事時間など規則正しく栄養を摂る事が出来ているかのアセスメントが重要。 |
| <p>理学療法士</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）発症から時間が経っているので姿勢が悪くなっている可能性がある。 ・姿勢の改善、胸郭を拡げる運動や呼吸リハビリは有効。また、悪化防止の観点からも発症初期からリハビリを行うほうが効果的である。 ・喫茶店に行きたい、畑に行きたい等の目標が明確であるので介入しやすい。目標が不明瞭な場合はしっかりとアセスメントが必要。 ・呼吸状態、酸素の入り方等の確認をしながら、日常生活の評価を行い動作が楽に行えるようなアドバイスをする事も出来る。 |

| | |
|-------------------------|--|
| 医療ソーシャル ワーカー | <ul style="list-style-type: none"> ・心臓リハビリや呼吸リハビリの取り組みを行っている。医療では 60 日間を限度として呼吸リハビリを受けられる。 ・入退院時においては、在宅でも必要なリハビリが継続できるよう病院と在宅の連携が求められる。 |
| 地域包括 支援センター | <ul style="list-style-type: none"> ・口腔のチェックをCMはしにくいと思われるが、口腔アセスメントシート等あるので活用を図って欲しい。 ※アセスメントシートについては、富田林市のウェブサイト「医療介護連携ガイドライン」に掲載しており、ダウンロードが可能です。 |

参加者の状況

| | 職種等 | 機関・団体名 |
|-----------------|-------------|-------------------|
| ディスカッション 参加者 | 医師 | 富田林医師会 |
| | 歯科医師 | 富田林歯科医師会 |
| | 薬剤師 | 富田林薬剤師会 |
| | 歯科衛生士 | 大阪府歯科衛生士会 |
| | 管理栄養士 | とんだばやし地域活動栄養士会 |
| | 理学療法士 | カナン訪問看護ステーション |
| | 訪問看護師 | カナン訪問看護ステーション |
| | 医療ソーシャルワーカー | 大阪府済生会富田林病院 |
| | ケアマネジャー | 菊水苑富田林ケアプランセンター |
| | ケアマネジャー | オレンジ荘ケアプランセンター |
| | 包括・行政 | 太子町地域包括支援センター |
| | 包括・行政（司会） | 第1ほんわかセンター |
| 傍聴者 | 行政 | 大阪府富田林保健所 |
| | 医療ソーシャルワーカー | 大阪府済生会富田林病院 |
| | 歯科衛生士 | 大阪府歯科衛生士会 |
| | ケアマネジャー | ケアはんどサポートセンター金剛 |
| | ケアマネジャー | 居宅介護支援事業 富田林病院 |
| | ケアマネジャー | フォーライフケアプランセンター |
| | ケアマネジャー | NISHIKI ケアプランセンター |
| | ケアマネジャー | 錦織荘ケアプランセンター |
| | ケアマネジャー | 医師会訪問看護ステーション |
| | 訪問看護師 | 富田林病院訪問看護ステーション |
| | 訪問看護師 | リリーブ訪問看護ステーション |
| | 包括・行政 | 千早赤坂村地域包括支援センター |
| | 包括・行政 | 河南町地域包括支援センター |
| | 包括・行政（書記） | 第2ほんわかセンター |
| | 包括・行政 | 第3ほんわかセンター |

（順不同）

CASE 03 (R1.11.6)

糖尿病を発症し不規則な生活を送る方への支援

ディスカッション参加者

内科医・整形外科医・歯科医師・薬剤師・歯科衛生士
管理栄養士・理学療法士・訪問看護師・退院支援看護師
ケアマネジャー・地域包括支援センター



≪事例概要≫

| | |
|---------------|--|
| 基本情報 | 66歳男性 要支援2 キーパーソンは妻 妻と二人暮らし（子供はいない） 身長162cm 体重 63kg |
| 原疾患 | 糖尿病 高血圧（両下肢の浮腫顕著） |
| 服用薬 | ヒューマログ注ミリオペン300単位（眠前10） スーグラ錠50mg（朝） オサメルタンOD錠20mg（朝） ネキシウムカプセル20mg（朝） ビソプロールフルマ酸塩錠5mg（朝） セルニルトン錠（朝・昼・夕） エクア錠50mg（朝・夕） |
| ADL | 移動：自宅内は伝い歩き屋外はセニアカーに乗って月1回散髪しに行っている。 排泄：自立。 入浴：自立。（ただ、体を洗うのは面倒！ 浸かる程度で十分とのごとで洗身していない。） 食事：病院から食事制限。ご飯は美味しくない！ 自分の好きな菓子パン・チョコレートなどを食べている。 歯の状況）自歯。歯磨きするのは面倒！ 寝る前に磨く程度で歯磨きは不十分である。 コミュニケーション：意思疎通は図れている。 ※嗜好品：たばこ（1箱/日） 医師にやめるように言われているが、やめることができない。 |
| 担当医より | インスリン療法にて血糖コントロール中。現在は血糖コントロールはHbA1c8%台。糖尿病合併症の網膜症は発症していない。腎症1期、神経障害あり糖尿病中期。 |
| 認定状況・サービス利用状況 | 平成30年 要支援2 妻より「主人は自宅でごろごろしているだけ！薬の服用や自己注射もしない。決められた食事を摂らない。食生活・日常生活が不規則で本当に困っている。」と相談を受ける。規則正しく生活を送るためにもデイサービスを提案。体験まで結びつけることはできたが。結局、本利用となると「そんな所行きたくないわ。」と拒否。配食サービスも提案するが、「美味しくない食事にお金なんか出せるか。」と拒否。 ※管理栄養士から食事療法の指示はあるが、全く聞く耳を持たない。 |
| 周囲の状況 | 糖尿病を患ってからは物事に対し面倒・億劫と感じ何もする気が起こらない。家事は妻が行っているが、妻も糖尿病を患っているため負担が増している。 |
| 生活歴 | 大阪で生まれ。高校卒業後は鉄鋼の仕事をしてきた。24歳の時に結婚するが子供は作らず。二人で旅行など行き楽しく過ごしていたが。定年する1年ほど前に糖尿病を発症。その時から妻に強くあたり、妻の作る食事でも食べず。 |
| 本人、家族の意向 | 本人：自分のことは、ほっといてほしい。 妻：少しでも、食生活・日常生活ともに規則正しい生活を取り戻してほしい。 |

多職種によるディスカッション内容



ケアマネジャー(どの点を意識してケアプランを作成するか?)

- ・糖尿病がこれ以上悪くならないように、居宅療養管理指導で薬剤師に入ってもらおう。
- ・食事の教育入院が必要。
- ・デイには行かないが、下肢浮腫もあるため、訪問型サービスを導入する。
- ・ゆくゆくはデイサービスで洗身や運動をしてもらえれば。
- ・規則正しい生活をするためにも、本人の希望に沿ったデイを探す。
- ・自宅内は伝い歩きできているので、外出時はセニアカーではなく歩行器か押し車を使用してもらおう。
- ・夫婦で旅行に行けるように目標設定をする。

| 職種 | 助言、意見内容 |
|---|---|
| 医師  | <ul style="list-style-type: none"> ・定年はいつだったのか？7年でこの状態だと急激に悪くなった印象。 ・腎症Ⅰ期なのに、浮腫が顕著なのかなぜか？→運動不足 ・この人の性格から、教育入院ではその場限りになってしまうので、在宅で対応できる方法を考える。 ・主治医に相談し、注射や服薬をシンプルにする。 ・タバコはやめられないので、まずこの人にしてほしいことにしぼる。 ・妻の介護負担の軽減のためにも、まずは介護サービスを入れることが必要。 ・デイはなかなか行かないので、まずは訪問型サービスから始める等、本人が嫌がったら終わりにするのではなく、何度もアプローチしてほしい。 ・認知症があるかも。専門医にみてもらうように。(糖尿病患者は認知症が進行しやすい) ・明らかにフレイル。 ・ターゲットをしぼる必要がある。食事か運動か→運動から始める。 ・男性はデイサービスを嫌がるが、運動系なら行くかも。そういうデイを紹介する。ある程度専門的知識のあるところの方が良いかも。 ・糖尿病でも美味しく食べられるものがあることを知ってもらおう。 ・二人で旅行に行くためには足のむくみをとる必要がある。→運動の必要性 ・メンタルケアも必要なら、作業療法士に入ってもらっても良い。 ・集団よりマンツーマンの方が良いかも。 |

| | |
|---|---|
| <p>歯科医師</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・歯周病のケア、治療にあたっては、ブラッシングをするのが一番大事。 ・プラークコントロールで指導するときに1つは寝めるように。男性は寝められるのに弱い。 ・噛めるようになれば、おいしいものを食べられるようになる。 ・糖尿病の人は血が止まりにくいこともあるので、訪問ではなく受診に来てもらった方が良い。 |
| <p>歯科衛生士</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・月1回の散髪とともに、歯科受診もしてほしい。 ・糖尿病だと口腔乾燥し、味覚障害がでる。おいしく食べるためにも受診してもらおう。 ・本人は汚れている自覚がない。キレイになったさっぱり感を知ってもらおう。 ・セルフケアでも時短ができるよう電動歯ブラシを使用する等工夫する。 ・歯医者でキレイにしてもらった状態を持続していく。 |
| <p>薬剤師</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・セルニルトンは前立腺の薬であり、現状からは不要かも。 ・糖尿病の薬を朝・夕→朝のみに変更する。朝のみにしても、1日3食とってはいなさそうなので、1日の中のどこかで飲むようにする。 ・注射も1日1回にする。 ・薬は本当に必要なものだけにしぼる。 ・やる気を出すためにも、朝起きて服を着替えて、太陽の光を浴びる習慣をつけてもらう。 ・日帰りでも良いので、おいしい食事を食べに行ってもらおう。 ・本人がやりたいようにやっているように見せておいて、必要なケアを入れていく。 |
| <p>管理栄養士</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・妻の食事を食べないとあるが、口の状態から食べられないと思う。どうしても食べやすいチョコレートやパンになってしまうと思う。 ・口の状態を良くして、ごはんとおかずが食べられるようにして、タンパク質をしっかりとってもらおう。 |
| <p>退院支援看護師</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病特有の性格の人。自分に都合の良いところだけをとる傾向がある。 ・おそらく教育入院は入っていない。合併症の怖さを分かってもらわなければならない。 ・神経障害で歩くと足裏がピリピリして嫌なのだと思う。 ・歩くことで心肺機能が維持できるし、浮腫も良くなるので、運動が必要。 ・食後血糖を上げないことが大事なので、基礎インスリンで防いでいく必要がある。 ・どこまで注射や内服できているのかが気になる。 ・HbA1cが8なので、たいして食べてはいないと思う。 ・この人自身が一番何を気にしているか、そこをついていく。 ・本人に達成感を感じさせることが大事。今は上からおさえつけられていると感じている。 ・糖尿病の方が急激にHbA1cを下げると、血管が傷つくので、インスリンを調整するのであれば、一度検査をした方が良い。 |
| <p>訪問看護師</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・似たようなケースがあったが、本人はきっかけがなく、どうすれば良いか分からない状態だった。 ・1か月半集中して訪問看護と訪問リハビリを入れて、デイに行けるように支援している。 |

| | |
|---|--|
| <p>理学療法士</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・基礎体力はあるので、2か月ぐらいで自立できると思われる。 ・動く習慣をつければ一気に良くなる。 ・糖尿病教室等に妻と一緒に参加してもらい、本人の気持ちを引き出す。 ・仕事をしていたときの休日の過ごし方はどうだったか聞いてみる。 ・外出する機会がないと、身だしなみも整えない。妻と一緒に夕飯のメニューを考えたり、一緒に買い物に行くなど外出する機会をつくるように。 ・趣味は何か、そこからアプローチする。 |
|---|--|

参加者の状況

| | 職種等 | 機関・団体名 |
|-----------------|-----------|---------------------|
| ディスカッション 参加者 | 医師 | 富田林医師会 |
| | 医師 | 富田林医師会 |
| | 歯科医師 | 富田林歯科医師会 |
| | 薬剤師 | 富田林薬剤師会 |
| | 歯科衛生士 | 大阪府歯科衛生士会 |
| | 管理栄養士 | 富田林市地域活動栄養士会 |
| | 理学療法士 | 大阪府済生会 富田林病院 |
| | 訪問看護師 | 富田林訪問看護ステーション |
| | 退院支援看護師 | P L 病院 |
| | ケアマネジャー | 十人笑学校ケアサポート班 |
| | ケアマネジャー | ケアプランセンター カナン |
| | 包括・行政 | 第2ほんわかセンター |
| | 包括・行政（司会） | 第3ほんわかセンター |
| | 傍聴者 | ケアマネジャー |
| ケアマネジャー | | ケアプランセンター小川 |
| ケアマネジャー | | やすらぎの村富田林居宅介護支援事業所 |
| ケアマネジャー | | ケアプランセンターさえずり |
| ケアマネジャー | | ニチイケアプランセンター |
| ケアマネジャー | | NISHIKI ケアプランセンター |
| ケアマネジャー | | 城山病院ケアプランセンターとんだばやし |
| ケアマネジャー | | 医師会訪問看護ステーション |
| 行政 | | 富田林保健所 |
| 地域医療連携室 | | P L 病院 |
| 歯科衛生士 | | 大阪府歯科衛生士会 |
| 包括・行政 | | 第1ほんわかセンター |
| 包括・行政 | | 河南町地域包括支援センター |
| 包括・行政 | | 千早赤坂村地域包括支援センター |
| 包括・行政 | | 太子町地域包括支援センター |

（順不同）