

団体別会議で話し合われたこと

	課題	今後できそうな支援（網掛け部分はその職種ならではの支援）
医師会	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬管理ができていない。 ・病識の希薄さ。 ・不安定な生活リズム。 ・飲みあわせ（認知症薬と糖尿病（抗コリン剤））の相反性。 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医による本人教育や、関わる関係職種への協力要請。 ・教育的な入院も可能（しかし、入院してもすぐ飛びだすなど難航する）（こういう方への意識を高めていくことのむずかしさ） ・本人に接する関係者おのおのが、少しずつ本人の生活リズムを整える支援（例：通院・往診・訪看・デイ・ヘルプなど毎日関わる中で、食事や服薬の習慣づけ） ・特に「独居・認知症・金銭管理不安」の患者に対し、必ず関係者カンファレンスを招集するなど、医師を含め全職種の共通認識化。
歯科医・歯科衛生士会・あまつなぎ	<ul style="list-style-type: none"> ・硬いものが噛めないため、摂食障害ありとしてとらえる。 ・口腔衛生ができていない。 ・糖尿病悪化防止のため、血糖値コントロールが必要。 ・金銭管理 困りごとを訴える力がある 信頼できる人を求めている。 ・Bさんの存在を隠す理由は？ 一人暮らししたい意向。孫との関係。 ・認知症なのか、性格なのかわからない。被害妄想がない。 ・転倒をきっかけに生活が崩れた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科衛生士の介入（甘いものは柔らかいものが多い。硬い物を食べられるようにする） ・血糖値コントロールの補助的役割を歯科が担える（食べられる物を食べられるようにしていく） ・管理栄養士の介入で正しい食生活が送れるように。 ・ケアマネジャーが主治医に生活状況（食生活、服薬状況）をどう伝えるかがポイント。 ・孫が本人の身上監護や金銭管理を行う力があるかどうか把握する。 ・Bさんに金銭管理してもらってもよいかも。 ・認知症専門診断を受け、認知症の有無や程度を明確にする。
薬剤師会	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬管理が難しい。 ・糖尿病の血糖値コントロールがうまく行えていない。 ・金銭管理をどうしていくか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・1回/1日ヘルパー訪問による服薬確認＋薬剤師が居宅療養管理指導に入る。 ・薬を一包化したり、服薬カレンダーで管理。 ・ネシーナ錠 25mg 週1製剤に変更、あるいは主治医に1回/週トルリシティ注射を打ってもらう。 ・抗コリン薬は認知症が進行したり、意識がもうろうとすることがある。 抗コリン薬を中止しただけで認知症が改善するケースもある。 ・血糖値コントロールができれば認知症状が改善するケースあり。 ・成年後見制度の活用や保護申請の検討。 ・生活保護申請 持ち家があっても受けれるか。
栄養士会・保健福祉センター	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病のコントロールが悪い。 ・なぜ一人で生活したいのだろう？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の専門医を受診できるよう支援する。 ・好き勝手に食事を摂っているようだが、自分でコントロールするのは難しいだろう 本人が信頼している人から指導してもらう。 ・血糖値のコントロール不良が認知機能低下や湿疹、高血圧につながっていること、他の合併症も重なると、望んでいる一人暮らしができなくなるということを本人に理解してもらうよう支援する。 ・食事管理ができないのだったら施設に入る。施設がいやだったら規則正しい食生活を送ってもらうよう説得する。 ・ケアマネジャーから相談を受けたのであれば、ケース会議を設定する。 ・本人は困っていない。周囲の人がやってあげていることを、「できない」と、本人に伝えたら、自覚が出るかも。 ・孫に協力してもらえないか。

団体別会議で話し合われたこと

訪問看護 ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・本人に病識がなく糖尿病のコントロールができていない。 ・訪問看護は本人が健康的な生活を送るために重要であるが、本ケースのように訪問看護導入ができていないケースが多い。 ・訪問看護は単位数が高いため、訪問介護を増やすケースが多いのが現状。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護が介入する 身体アセスメント（食事量、内容、水分量、皮膚の状況、排泄）。 生活実態や病状を医師に報告し、体調に応じた指示を受ける。 本人の食事内容を把握し、必要な食事指導を行う。 訪問介護員にも適正な食材購入の協力を行う。 糖尿病の合併症について説明を行い、食事、運動、服薬が大切であることを継続して説明していく。 最初週1回で、落ち着いたら月2回訪問という方法もあるので、訪問看護導入を医師やケアマネジャーに勧めてほしい。 ・糖尿病があるので、定期的に歯科受診をすすめる。 ・生活にリズムをつけ、バランスのよい食事を摂るためにデイサービスを利用する。 ・バイタルチェックやバランスのよい食事を通して、健康への意識付けができる。
居宅事業所連 絡会 ケアマネジャ ー協会	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が困っていない。 ・病識がない。 ・転倒の危険がある。 ・糖尿病悪化の可能性がある。 ・認知症進行の可能性あり。 ・Bさんはどのような人柄なのか、頼りになるのかわからない。 ・管理人は金銭管理をどこまで支援しているのか。 ・Aさんのお金はどのような支出状況なのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・お金がない状態に一度なってみてから、手を差し伸べる。 ・認知症に関する専門医の診断を受ける ・元々の生活に関するアセスメントが必要。 ・Bさんに会って情報収集する必要がある。 ・金銭の支出状況について、具体的に把握する。 ・支援のたびに「ここで暮らし続けたいなら…」というキーワードで関わる。
PT・OT・ST	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖値コントロールが必要（糖尿病性の認知症の可能性あり）服薬、食事、運動の状況の把握が必要。 ・本人に現状の理解がない。 ・1年間で2回転倒している。 ・平成29年度までヘルパーをしていたことを踏まえると、平成29年の骨折で急激に悪化している隠れた持病があるのでは？ ・口腔ケアの必要性あり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・教育入院して在宅での環境調整 認知症機能の評価もできる。 ・状態を評価するため、医療職の関わりが必要（通所サービス、訪問看護）。 ・訪問看護で服薬、食事のコントロール。 ・次のイベントの際が介入のタイミング そのための準備が必要。 ・介入するためにBさんの協力を得られないか。 ・家屋環境、杖の適応を評価し、適切な福祉用具の提案。 ・神経内科、歯科医の専門医の受診につなげる。
ヘルパー協 会	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の金銭管理がどの程度できないのかわからない。 ・管理人が金銭管理をしている現状は変えるべき。 ・Bさんと連携をとる必要があるがBさんは何をしている人かわからない。 ・訪問介護は週3日だけで足りているのか。 ・通院は一人で大丈夫なのか（Bさんで行っているのか）。 ・骨折を数回しているから心配。 ・相続のことや、今後の整理も必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・まずはBさんにアプローチ。 ・Bさん及び管理人との連携、情報共有をする。 ・金銭管理のために後見人を立てることも検討。 ・Bさんの支援を前提とした暮らしの見直し デイの利用やヘルパーの訪問頻度を増やすなど。失禁もあるので、1回/1日は本人の様子を見れるようにしたい。 ・将来的に、持家をどうするか。いつまで一人暮らしを続けられるか見極めも必要。

団体別会議で話し合われたこと

社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭管理に問題がある。 ・食事の管理。 ・エレベーターなしの3階に居住し、将来が心配。 ・Bさん以外の近隣との関係性が不明。 ・家族構成が見えてこない（孫とは長女の子なのか）。 ・居住年数が不明。 ・金銭の使い道が不明。 	<ul style="list-style-type: none"> ・権利擁護事業の利用を説得する。 ・民生委員から説得、声かけはどうか（孫にもアクションしてみる）。 ・Bさんと一緒に集い場などで食事してはどうか。 ・配食サービスの利用。 ・マンション管理人からBさんに「支援者からの手紙」を渡してもらう。 ・いき百で筋力トレーニング。 ・いまの本人の幸せを維持する。
民生委員	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭管理の不透明さが最たる課題。 ・8万円/月の年金であり、経済的な余裕がない。 ・生活全般に見守りが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・社協や包括支援Cへつなぐ 成年後見制度や社協の金銭管理事業へ。 ・電子マネーを活用して孫への金銭流出を防ぐ。 ・医療扶助、介護扶助の単給で生活保護が受給できるかもしれないので、申請の相談に行く ・仕事とボランティアの中間的な立ち位置にある民生委員だからこそ、専門職にはできない利用者との関係構築ができる（見守りの頻度を増やすなど融通もきく）。 ・認知症 SOS ネットワーク登録をする。
地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭管理ができず、マンション管理人が行っている。 ・専門医への受診がない。 ・骨折の既往があるのにエレベーターのない3階に居住している。 ・血圧、血糖値のコントロールができていない（内服、食事管理ができていない）。 ・キーパーソンがはっきりしない（管理人さんとBさんとの関係性）。 ・孫がお金をもらいに来ている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・CMが主治医に現状を伝えて専門医につなげてもらう。 ・認知症の診断に応じて成年後見等を勧める。 ・Bさんについての把握を行う。 ・内服を一包化する等して服薬管理しやすくする。