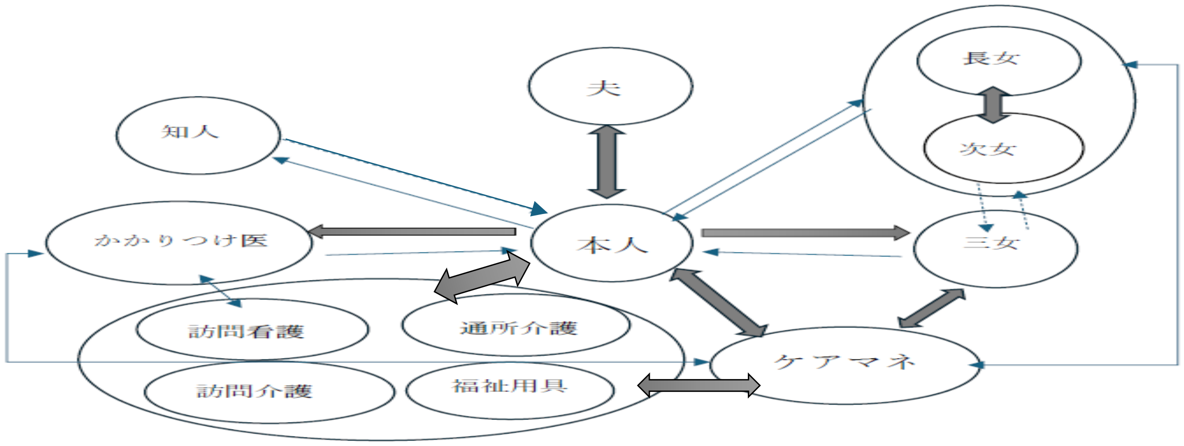
表題：病状の悪化、服薬忘れがあり、処方内容変更にともない、家族・医療機関・関係事業所との関りや連携が増えることで、病状が安定してきた事例

概要：服薬忘れが増え、糖尿病が悪化傾向にあった。通院は自家用車運転し行っていたが、難聴、理解力低下もあり医師から訪問看護の同行受診依頼あり受診行った。3人の娘が、夫の入院をきっかけに連絡を取り合い、家族、訪問看護、通所、訪問介護と連携を行い、自立した生活を目指した。

基本情報：Mさん、女性、80代前半、要介護1、（自立度J1、Ⅱb）
夫婦二人暮らし。娘が3人県外遠方と市外に在住。頻繁な帰省は難しく、時々電話で安否確認行う程度。長女・次女は連絡を取り合っているが、三女は姉たちとは疎遠になっている。補聴器をしていても耳の聞こえが悪く、電話も聞き取りにくく、理解できないまま返答してしまう。数年前から物忘れがあり、薬の管理が困難になり週1回訪問看護利用。外出の機会や入浴支援で週1回通所利用、配食弁当を週3回利用している。通院は市内総合病院で家から約30㎞あり、自家用車運転し通っている。
夫も社会参加通所サービス利用し週1回外出しているが、介護保険を利用することが不快なため、休みがちで、妻にも休みを強要する部分がある。（娘にお金を残してあげたいという気持ちが強い。娘は自分達の為に使ってほしいと話す）運転免許はない、外出は妻の運転。



疾病・既往：冠動脈バイパス術後、労作性狭心症、高血圧症、糖尿病、脂質異常症
左下肢閉塞性動脈硬化症、骨粗鬆症、

身体状況：夫婦二人で、協力して生活していた。膝や腰痛もあり、1回の通院で、整形外科、循環器内科、糖尿病内科にかかっている。難聴もあり、理解力も低下していることから、医師より受診の際はどなたか同行してほしいと依頼があるようになった。今まで家族の支援はほとんど受けておらず、自分で運転し通院。念のため、運転時は夫も付き添うが、病院に着いたら夫も他の科へ受診のため別行動となっている。
服薬カレンダーを利用しているが、服薬忘れが増え始めた。血糖チェックも朝・夕でするよういわれているが、朝しかできない状況で、血糖値が上昇。本人も糖尿病の悪化により、視力低下し、それにより運転ができなくなると感じ、不安に思っている。

支援経過

【1期】　医師より訪問看護の看護師へ、同行受診の依頼あり

令和〇年４月２日　医師より訪問看護へ受診の立ち合い依頼あり。訪看ＮＳが立ち会う。服薬忘れがあり、血糖コントロールができていない。（HbA1c10.7）血糖値を下げる内服薬中止し、血糖値を下げる注射薬（週１回皮下注射）への変更。訪問看護が週１回対応することとなった。経過観察のため２週間後の受診の際は、本人の理解力が乏しいため、ケアマネ同行で受診してほしいと、医師より依頼ある。本人は一人より誰かが一緒のほうが安心と話されている。令和〇年４月16日同行受診することとする。

ケアマネの関わり

・4/2の受診で処方の変更あり、各事業所と情報共有行い、通所では血糖チェック表の確認行い、異常があればすぐに連絡することとした。本人に確認するが、血糖チェックが抜け落ちている等、チェックの必要性を理解できていなかった様子。
・今まで通院に関りがなかった子供さんへ、連絡行う。本人が長女、次女は遠方で、心配かけたくないとのことで、身体状況の事は三女へ連絡してほしいと希望あり、市外在住の三女に受診の同行依頼行い、今後は三女が同行することとした。三女は、上二人とは疎遠になっており、連絡はとれないとのことで、長女へは本人から連絡をとっていただくようにした。
・4/16同行受診。三女と話し合い、今後は三女が病院で落ち合って毎回同行することとした。
・受診の内容や日々の事を各事業所、家族と共有し、少しずつ服薬忘れが減り、血糖値も安定してきた。（HbA1c8.4）

【2期】夫の入院にともない、家族全体での連携が必要になる

令和　〇年　11月夫が入院となり、その間独居となるため、一度長女、次女も帰省。入院中の生活について話合うこととなる。長女、次女の思いは、ショート利用や長女の所で過ごしてほしい。三女は本人が望むようにしてほしい。本人は、家が良いが、家族の心配も分かるのでショートも検討したいとのことだった。

ケアマネの関わり

・長女、次女が帰省した際担当者会議開催、本人の意向を踏まえ、訪問介護を導入（週４回）、通所介護の利用日数を増やす（週１回→2回）、配食弁当の利用を増やす事（週3→毎日）とした。三女へは電話報告行った。本人へは間違えのないように、月の利用カレンダーを渡し、１日１日事に×印を付けてもらうようにした。日にち間違えは減少した。
・父親の入院までに家族で良く話し合っていただくために、子供同士で連絡を取り合ってもらうようにした。（ライングループ作成）必要な事だからとすんなり受け入れられた。キーパーソンを長女とし、情報共有行い、長女から全員へ伝わるようになった。
・情報共有していく中で、一人での生活である面ホッとされている所もあるが、食事に関しては抑制ができず、血糖値が不安定になっている。（HbA1c8.9）インスリンの自己注射チェック、指導、栄養管理指導に同行し各事業所と共有。食べられる量を再度知り、本人も食事に気を付けるようにすると話される。
・夫が退院することとなり、本人はサービスの継続希望あったが、夫の反対もあり訪問介護を週4→週３配食弁当は毎日→週３へ変更。通所介護（週２回）、訪問看護（週１回）は継続利用とした。

【３期】　血糖値が高く新薬導入

血糖値が高く、医師より今後の事を話し合いたいと同行受診の依頼あり。再度同行行う。認知機能低下から、インスリン製剤の注射自己投薬（１日/1 回）が今後１か月から１年未満で難しくなると考えられる。基礎インスリン製薬を週１回投与へ移行する方法を打診される。本人は、「自分ではインスリンを打てているが、食べる量や内容がダメなのかなぁ」と心配されている様子伺えた。

ケアマネのかかわり

・新薬のため、経過観察の通院が増えること、本人が間違えて打たないように今までのインスリン製剤注射薬の返却方法、新薬の管理方法、新薬の開始時期を決めてほしいと依頼あり、各事業所と話し、開始日や保存方法等決定した。本人は、薬の変更の受け入れは良く、戸惑う事はなかった様子伺えた。

・食べるものの見直しを行った。間食で食パン一枚食べられていたため、半分にすることや、低血糖時のブドウ糖の服薬方法を、通所の看護師や訪問看護と協力して何度も言い伝えてもらうよう依頼した。本人は、何回聞いてもブドウ糖の服薬の量やタイミングが理解できていなかったが、何度も伝えることで、間違えずに飲めるようになった。

・経過観察の通院は自身の運転はやめてほしいと家族の希望あり、タクシー利用を進められ、料金も送付される。通院当日、タクシー利用されるが、料金が高いので、次回からはバスで行くこととされる。

【４期】　血糖値の上昇により視力低下あり、運転と今後の移動について

本人や夫の通院は長距離の為運転はしないでほしいと長女が心配されている。タクシー料を送金され通院することがあったが、金額的に高額になるため、夫が反対。今後の通院や買い物支援について話し合うこととなった。血糖値は新薬が始まって約半年でずいぶん安定してきており、サービス事業所の声掛けもあって、服薬忘れもほとんどない状態になった。(HbA1c8.3)

ケアマネのかかわり

・本人の思いとしては、タクシーが楽だが、お金がかかるため夫が反対する。(娘の支援も受けたくない)長距離の運転は不安なので町内のバス停までなら運転はしたいと話される。娘はできるだけ運転してほしくない、夫は車がないと困ると話される。今後どうするか話し合い、買い物支援で訪問介護を導入、通院はバス停までタクシーを利用することや、知人に頼むこととした。近場への買い物等の運転は継続。

・毎回通院の前日までに本人に行き方を確認。三女へ連絡を行った。

血糖値が落ちついてきたため、白内障の手術が可能とのことで、三女が眼科と糖尿病内科を調整された。眼科の手術の為入院することとなる。

ケアマネのかかわり

・訪問看護へ入院時の薬のセット依頼行う。各事業へ連絡調整。入院退院時、経過観察通院の移動方法確認。経過通院までは運転が禁止の為、買い物支援の調整行った。しかし、内緒で運転されていた様子。
入院中、家にいる夫の心配をされており、訪問行い三女へ報告、三女から本人へ報告していただいた。
免許更新が近々あり、更新予定とする。

ケアマネジャーとして学んだこと、自立支援に効果があったと思うこと

1. 医療機関、各サービス事業所との連携

病状の悪化や、本人の難聴・理解力の低下から、家族、訪看やケアマネが同行受診し医療機関とも情報共有することで、関係者が統一した話ができ、本人に戸惑いなく新薬の導入ができた。服薬忘れ等で病状が不安定だと生活リズムも乱れることがあるが、今回、サービスが整うことで服薬が確実にでき、病状が安定し生活リズムも整ったのでないかと感じる。医療機関を含めた情報共有が必要だと改めて実感した。

2. 家族とのかかわり

今まで夫婦二人で過ごされており、年に数回の帰省や電話連絡のみで、娘同士も連絡を取り合うような感じではなかった。父親の入院で、母親が短期間ではあるが一人暮らしになる事をきっかけに娘同士の関係が修復でき、入退院の手続きや一人暮らしに伴いサービスの導入の際もスムーズに行えた。また、普段は遠方におられる家族は、両親の事は心配で、不安に感じていると話されていたが、今回家族全員と関わりを持ち、情報共有することで、本人・ご家族の安心にもつながり、通院や電話確認などの支援も継続的に行ってもらえることとなった。今後もこまめに連絡を取り合いたいと考える

3. 今までできていることを、取り上げない、拒否しない

短期間でも一人暮らしになる際に、ご家族の意見として、入浴は通所で行ってほしいと依頼ある。本人は家で入れるという思いもあった。また、夫が退院しても配食弁当を毎日頼む案も出されたが、本人の意見を尊重し家での入浴や調理を否定（禁止）するのではなく、継続してもらうことで、本人も生活意欲がわいていたと感じた。薬のお薬カレンダーへのセットも本人と訪看さんが一緒に行うことで、服薬するという自覚、忘れず飲めているという自信に繋がって、継続できていると考えます。

4. 今後の病気の状況や、リスクについて考えておく

同行受診することで、医師の意見を直接聞き、今後の病状等、本人・家族共に理解ができたように思う。漠然と免許更新する気でおられたが、年齢や病状を考え運転も控えていかなければならない。そのために介護保険の使えるサービスを利用しながら、今後も夫婦二人での生活を継続できるよう支援していきたい。