

# 糖尿病在宅患者の 療養・介護支援ガイド

糖尿病をもつ人が在宅・地域で  
健やかに暮らすために

一般社団法人

臨床糖尿病支援ネットワーク

# はじめに

私どもは首都圏を中心に、およそ三十年余にわたり、広く糖尿病診療の質の向上と、糖尿病地域連携システムの構築に努力してまいりました。

この間の少子高齢化をはじめとする社会環境の急激な変化は、糖尿病患者さんの療養生活を保つ為のこれまでとは違った切り口の対応策を求めています。すなわち、医療の側面から進められてきた糖尿病地域連携システムの、療養生活を効率よく支援するための介護福祉関連職種との連携を包含したシステムへの再構築が喫緊の課題といえます。

限りある社会的リソースの活用を図り、個別対応を重視した効率的な療養生活支援を実現することが重要となってきています。そのためには関連する医療職・介護福祉関連職種の方々に、利用できる制度とリソースの情報共有を図り、スムーズな協力のもとに糖尿病診療を含んだ療養生活支援を行うことが必要です。

当法人はこれからますます大きい比重を占めてくる糖尿病の在宅医療の再構築を進めるために必要不可欠な情報共有のプラットフォームとしてこの「糖尿病在宅支援マニュアル」を作成いたしました。各職種にとって馴染みの薄かった情報へのアクセスを容易にするツールとして、療養生活支援を含んだトータルの糖尿病マネジメントの実現に有効利用していただければ望外の幸せです。



一般社団法人 臨床糖尿病支援ネットワーク  
代表理事 貴田岡 正史

## 上梓に寄せて

糖尿病は、入院から在宅、予防からリハビリテーション、そして生まれてから死ぬまで、人生全てのステージに関わる疾患なので、それをケアする専門職には、病気の知識だけでなく、生活全般に関する知識を持つことが求められます。しかし、これらの知識を簡潔にまとめたガイドブックはなかなか見当たりません。

そんな時に、この「糖尿病在宅患者の療養・介護支援ガイド」を活用してください。このガイドブックには、単に各職種の役割だけでなく、それぞれの職種が、医療保険、介護保険、多職種連携、糖尿病患者のケアにおいて何ができるか、何をしなければならないかを、簡潔かつ丁寧にまとめてあります。特に糖尿病在宅患者のケアに関わる医療・介護職には必携です。

東久留米市医師会長  
東京医科歯科大学臨床教授  
石橋クリニック院長

石橋幸滋



# 目次

医療と介護	01
糖尿病とは	03
病院医師の立場から	04
診療所医師の立場から	05
訪問診療医師の立場から	07
歯科医師・歯科衛生士の立場から	09
訪問看護師の立場から	11
病棟看護師・外来看護師の立場から	13
病院管理栄養士・地域管理栄養士の立場から	15
病院薬剤師・薬局薬剤師の立場から	17
介護支援専門員(ケアマネジャー)の立場から	19
訪問介護員(ヘルパー)の立場から	21
臨床検査技師の立場から	23
理学療法士の立場から	24
作業療法士の立場から	25
Q&A・症例	27

植木 彬夫	高村内科クリニック	医師	西村 一弘	駒沢女子大学	管理栄養士
近藤 琢磨	杏林大学医学部付属病院	医師	藤原 恵子	緑風荘病院	管理栄養士
森 貴幸	大和調剤センター	薬剤師	栗栖 啓充	多摩丘陵病院	薬剤師
小林 庸子	杏林大学医学部付属病院	薬剤師	細江 学	東村山市南部地域包括支援センター	ケアマネジャー
吉田 敦行	医療法人社団糖和会近藤医院	医師	仁平 光恵	介護センターきらら	ケアマネジャー
東郷 清児	医療法人社団医輝会 東郷医院	医師	櫻井 勉	公立昭和病院	臨床検査技師
五十里 一秋	東京都多摩府中保健所	歯科医師	天川 淑宏	東京医科大学八王子医療センター	理学療法士
豊島 麻美	武蔵野赤十字訪問看護ステーション	看護師	木村 壮介	社会医療法人財団石心会 埼玉石心会病院	理学療法士
菅原 加奈美	クリニックみらい立川	看護師	中野 ひとみ	医療法人社団医輝会 東郷医院	作業療法士

# 医療と介護

## 糖尿病を持つ人が在宅で健やかに暮らすためには

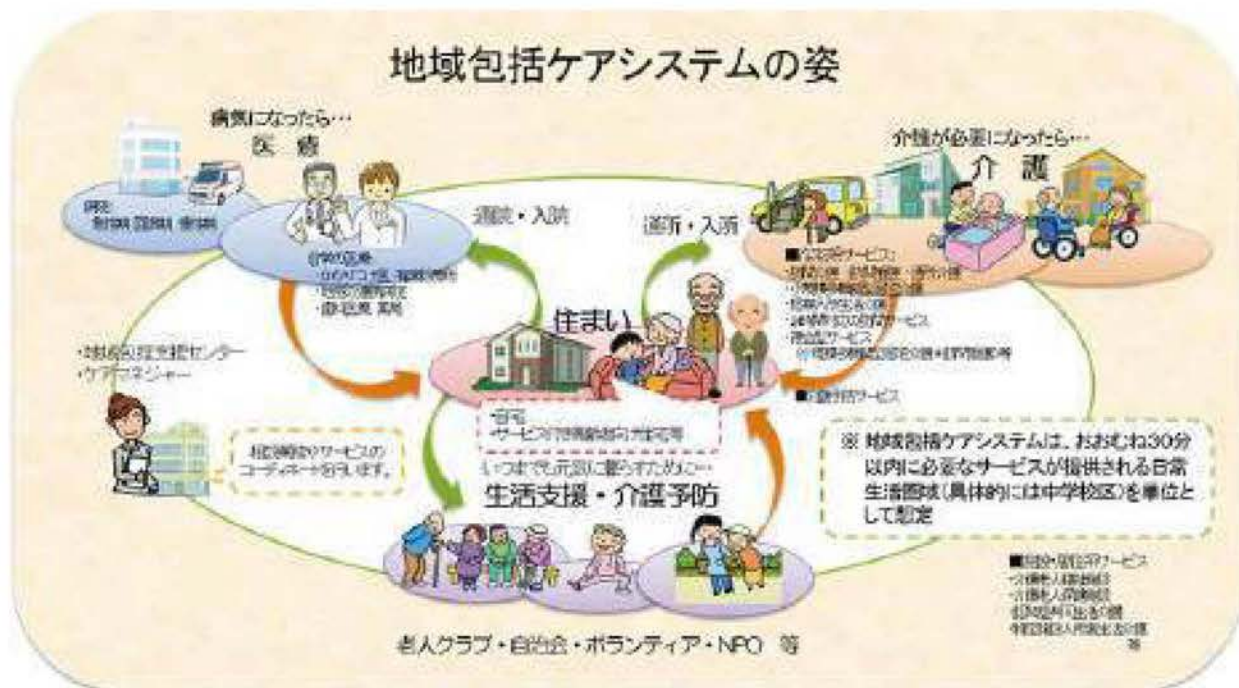
### Ⅰ 医療と介護

人は誰しも老いてきたとき住み慣れた家や地域に在り続けたいと思います。しかし、肉体的衰え、精神的変化とともに経済的变化、家族構成の変化、生活環境の変化などのなかで、地域で在り続けるには多くの支援や「助け」が必要です。高齢者が在宅で健やかに暮らすための「助け」には、自分自身で健康維持に取り組み、自発的に生活課題を解決していく「自助」、家族や近隣の友人、仲間やボランティアなどが互いに支え合い支援していく「互助」、医療や介護を医療保険や介護保険、あるいは年金などを通して行う「共助」、そして国がこれらの取り組みを構造的支える「公助」があります。(図1)

図1 4助



図2 高齢者が地域在宅で健やかに暮らすための地域包括ケアシステム



厚労省 平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書

この4つの助け「4助」が機能するには互いに連携を組んで行く仕組みが大切です。そのため国は地域包括ケアシステムの構想図を発表しています。(図2)このモデルに従い市町村単位でそれぞれの地域毎にシステム構築が始まっています。

この地域包括ケアシステムは医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師などの医療系の職種と介護支援専門員、訪問介護員などの介護系の人々が互いに情報を共有しながら高齢者を支えていくことで、高齢者が地域で過ごせるように、住まい、医療、介護、予防生活支援のサービスが一体的に提供されることを目指しています。

## 医療・介護職種の連携と公的保険制度による 地域づくりのための人と人の繋がり

### Ⅰ 糖尿病患者を取り巻く医療のネットワーク

糖尿病患者は1000万人を越えると報告されていますが、その60%以上は65歳以上の高齢が占めています。また糖尿病は生涯にわたる長い治療と療養が必要な疾患であり多くの糖尿病患者は毎日の生活の中で糖尿病の療養を続けています。また長い糖尿病経過の間に、眼疾患、腎疾患、心臓疾患あるいは脳血管障害などを合併することも多い疾患でもあります。このために糖尿病治療の場(医院や病院など)では、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士や健康運動指導士などのチーム医療と、内科医と眼科医、腎臓内科、循環器内科、専門医と一般内科医の医療連携などの多くのネットワークが形成されてきています。

### Ⅱ 在宅・居宅における介護の場での糖尿病患者への関わり

糖尿病患者の多くが高齢者となり治療も医療の場から介護の場にその場所が移ってきました。したがって糖尿病の治療や療養も在宅や介護施設での行われるようになり、医療者だけではなく介護の場の人々にも糖尿病療養の支援をお願いすることが多くなりました。しかし残念ながら国や地域における地域包括ケアシステムの絵は描かれていますが、そこに参画する人々は互いの自分の職種で何ができるのかが明確ではなく、また他の職種の方が何をしているのか知る機会は多くはありません。とくにこれらに関わる人々が糖尿病に対して何を支援しサポートできるのかが明確になっていませんでした。

### Ⅲ 本マニュアルの意図するところ

本マニュアルはそれぞれの職種がこれらのシステムを財政的に支える医療保険と介護保険の中でできることを中心に、「医療保険でできること」、「介護保険でできること」、「他職種と連携できること」、「糖尿病患者にできること」を述べています。

全ての内容の詳細を述べるには紙数が膨大になるので、基本的には出来ることを箇条書きにしました。また「ノート」にはそれぞれの職種から伝えたいことを述べました。

一部には代表的な症例を提示しましたので参考にしてください。

巻末にはQ&Aを載せました

**太字**で示されたの言葉はそれぞれのQRコードを読み込むことにより

詳細説明のページを開くことができます

用語集



**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

サイトトップ



# 糖尿病とは

## ・糖尿病とは？

血糖値が一定以上高くなる病気のことを糖尿病と呼びます。昔は尿しか糖が測れませんでした。今は血液が測れますので血糖値で糖尿病は診断されます。糖尿病は、空腹時血糖値が126mg/dLか食後血糖(随時血糖)値が200mg/dL以上で、1~2カ月の血糖値状態を反映する数値ヘモグロビン・エー・ワン・シー(HbA1c)が6.5%以上で診断されます(**糖尿病の検査・診断基準**)。一般的に、食事に関係なく調べた血糖(随時血糖)値が140mg/dL以上あれば何らかの「糖の異常」が存在しますので、医療機関での詳しい検査が必要になります。

血糖値が異常に高くなるのは、血糖を下げる作用をもつ**インスリンの相対的不足**が原因です。インスリンは膵臓のβ(ベータ)細胞で作られるホルモンで、全身に糖(ブドウ糖)を配ってエネルギーに変えることで、血液中の糖を下げる作用があります。膵でのインスリンの分泌が低下したり、全身でインスリンの効きが悪くなる(インスリン抵抗性)と利用できなくなったブドウ糖が血液中に余ってきます。これを「高血糖」と呼びます。糖尿病状態では、高血糖になり、糖からつくられるエネルギーが全身で不足することで、悪影響を及ぼします。

## ・糖尿病を持つ人の特徴

糖尿病の状態が極端に悪いと、著しい高血糖やその他の代謝異常により水を利用できなくなるため、尿量が増え(多尿)、そのため口が渇き(口渇)、たくさん水分をとるようになります(多飲)。放置しておくと、急激に体のバランスが崩れて、ひどい場合は意識障害や死に至ります(**糖尿病急性合併症**)。

そこまで極端に悪くなくても、長時間高血糖状態が持続するような人は、数年から数十年単位で全身で様々な病気が発症し、進展していきます。これを**糖尿病慢性合併症**と呼びます。

慢性合併症は、主に血管の病気のため、全身で起こる可能性があります。以前から糖尿病三大合併症と言われている、眼の病気(糖尿病網膜症)、神経の病気(糖尿病神経障害)、腎臓の病気(糖尿病性腎症)が代表的で、視力低下や失明、足のしびれや痛み、足の浮腫(むくみ)などの症状がそれぞれ出現しますが、重要な点として、これらの症状は合併症が進行しないとみられず、初期には全く自覚症状がありません。

糖尿病をもつ人が在宅で過ごす場合、高血糖が長く続くことでこれら慢性合併症を発症したり悪化・進行することが問題となってきます。

## ・糖尿病で気をつけること

糖尿病の治療には**食事療法**、**運動療法**、**薬物療法**があります。薬物療法は飲み薬による治療(内服療法)と注射による治療(インスリン療法など)があります。相対的に不足するインスリンを注射で補充するインスリン療法は自分で注射する自己注射が必要になるため、ご本人か家族が注射しなければなりません。法律では、一部の介護職の人(保健師や看護師)しか注射を代わりにすることができません。内服薬については、きちんと服用できないと血糖コントロールは悪化してしまいます。その一方、食事が摂れなくなったりすると、薬が効きすぎて血糖値が下がりすぎてしまう、いわゆる低血糖を起こす可能性がありますので、適宜インスリンなどの注射や内服薬を減量、中止する必要があります。状態の変化を察知し、介護職の方はケアマネジャーや主治医に適宜報告し相談する必要があります。

また、三大合併症以外にも、糖尿病では脳や心臓の血管病、足の壊疽、歯周病、骨粗鬆症、認知症、うつ、がんなど様々な病気を高頻度に併発することが知られています。

したがって、かかりつけ医(診療所)や在宅診療専門施設などと速やかかつ適切な連携が求められます。

用語集



太字部分はWEBサイトに解説が掲載されています。

サイトトップ



# 病院医師の立場から

## ・介護保険を使うためにできること

- 介護保険を使って介護保険サービスを受けるために**主治医意見書**を作成する

## ・医療保険を使ってできること

- 糖尿病治療の専門施設として、より専門的な検査や治療を行う
- 緊急時など近くのかかりつけ医(診療所)から紹介を受け、入院も含めた治療を行う
- **糖尿病合併症**について、各診療科の専門医と連携して治療する
- 状態が安定したら、かかりつけ医のところに戻って治療を行う(**逆紹介**)

## ・多職種と連携してできること

- 糖尿病専門医、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士及び健康運動療法士で構成される**糖尿病療養指導士**がチームとなって連携し、入院及び外来治療を行う
- 必要に応じて半年～1年に1回などの頻度で定期的に検査や診察を行う(**病診連携**)
- 定期通院困難な場合、院内の**医療連携室**を通じて、在宅医療専門施設を紹介する

## ・糖尿病患者に対してできること

- 糖尿病の型や状態を確認し、**食事療法、運動療法、インスリン療法**を含めた**薬物療法**など、専門的な治療を多職種との連携を通じて受けることができる
- 他の診療科と連携して、糖尿病のさまざまな合併症のチェックや治療を提供する
- 高血糖に伴う全身の異常や重症な低血糖など、糖尿病に関する緊急時の治療を行う

## ノート

病院医師は、他の診療科医師を含めて多職種との連携を通じトータルケアを心がけています。**高血糖、低血糖等に伴う緊急時**の対応など救急診療を行います。合併症や併存症により日常生活や治療が損なわれて社会資源の導入が必要だと判断した場合は、**一次判定**のもととなる主治医意見書を作成し介護保険の使用を進めます。

状態が落ち着いている方や通院困難の方は、病診連携を積極的に行い、かかりつけ医(診療所)や在宅診療専門施設を紹介しています。

なお、病院などの保険医療機関で介護保険を使って診療を受けることは原則できませんので注意が必要です。

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 診療所医師の立場から

## ・ 介護保険を使うためにできること

- 主治医意見書の作成

## ・ 医療保険を使ってできること

- 糖尿病の検査や診断
- 糖尿病の治療や、**食事療法**や**運動療法**を含む療養の支援
- 糖尿病以外のさまざまな疾患の診療
- 認知症の初期診療や、専門医療機関の処方引き継ぎ
- 骨密度測定や骨粗しょう症の治療、鎮痛薬の処方などによる寝たきりの予防 等

## ・ 多職種と連携してできること

- 糖尿病やその他の疾患を診療(院内の看護師や管理栄養士などと連携)
- 服薬状況の確認や処方調整(訪問する薬剤師などと連携)
- 生活状況や療養状況の情報共有や治療方針変更(訪問看護ステーション、ケアマネージャーなどと連携)
- 歯科の訪問診療と内科の診療の情報共有や治療方針のすり合わせ(歯科医院などと連携)
- 自宅での食事療法(訪問する管理栄養士などと連携) 等





## ・糖尿病患者に対してできること

- 検査(血糖値、HbA1cなど)
- 治療(食事療法や運動療法の指導、薬物療法、注射薬の処方や指導)等

### ノート

#### <糖尿病の多面性>

糖尿病の治療の三本柱は、**食事療法、運動療法、薬物療法**ですが、加齢、家族関係、睡眠衛生といったことも血糖値に影響します。さまざまな方法を活用し、知恵を出し合って、どのような方法で、どこまで血糖管理状態を改善させたらよいか話し合い治療に当たります。

#### <医療分担の広がり>

在宅への移行に伴い、一医療機関内のスタッフで実施してきたチーム医療を、複数の施設の多職種連携で担うようになります。また、糖尿病以外のさまざまな疾患に関しては、従来のかかりつけである糖尿病専門クリニックで診療してもらう、地理的により近い一般内科診療所を受診する、専門医療機関に紹介される、在宅医療専門医院が担当する、など様々です。診療所に対応できない問題に関しては、専門医療機関などに紹介します。

#### <介護保険との関わり>

病院、診療所等の医療機関(保険医療機関)は、疾病そのものに関して、医療保険を使って、医療を受けるところです。一方、疾病から派生する生活上の問題への対応は、介護保険で行うのが原則です。現在、当院で介護保険を使うことはありませんが、介護に関する全般的な相談にも、可能な範囲で応じるようにしています。

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 訪問診療医師の立場から

## ・ 介護保険を使ってできること

- **居宅療養管理指導**は在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが家庭を訪問し療養上の管理や指導、助言等を行うサービス
- ケアマネジャーに対して、**ケアプラン**の作成に必要な情報提供、主治医意見書の作成

## ・ 医療保険を使ってできること

- 定期的な**訪問診療**(在宅医療)、緊急時の往診
- **糖尿病の検査・診断・治療**
- 専門医への紹介

## ・ 多職種と連携してできること

- 他職種への必要なケアについてのアドバイス
- **低血糖発作**など、緊急時の対応についての指導やアドバイス
- 管理栄養士などと連携した食生活の指導
- 理学療法士や健康運動療法士などと連携した運動やリハビリテーションの指導
- **情報通信技術(ICT)**による情報の共有

## ・ 糖尿病患者に対してできること

- 糖尿病以外の疾患を含む、身体的・精神的な病気の全体像を把握し、常に適切な医療が提供されるよう調整する
- 生活状況の全体像を把握し、医療的な側面から、必要時にサポートやアドバイスを行う
- 家族関係や、家族の介護力及び健康状態を把握し、多職種と連携しながら適切な治療やケアができるようにサポートする
- 老衰やその他の重篤な疾患を合併しているとき、また、確実に死期が近い(**終末期**)と判断した際の、糖尿病治療の方針転換を適切に行う



## ノート

訪問診療は、基本的に患者宅を訪れて生活そのものを支えていく医療です。したがって在宅医が糖尿病患者を診る場合、糖尿病だけでなく糖尿病以外の疾患へもしっかりアプローチしてはなりません。そして、その人を取り巻く環境や、更には価値観や死生観などの内面についてもきちんと把握することが重要となります。それによって、医師が、病む人の人生の伴走者となり得るのだと感じています。

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 歯科医師・歯科衛生士の立場から

## ・介護保険を使ってできること

- 1 介護給付における**口腔関連サービス**
  - (1) 居宅系サービス
    - ① 訪問サービス：**居宅療養管理指導**
    - ② 通所サービス：**口腔機能向上**
    - ③ 特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護：**口腔機能向上、居宅療養管理指導**
  - (2) 施設系サービス  
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
・口腔衛生管理  
・**低栄養**リスク改善(低栄養状態を改善するための栄養・食事調整)  
・経口移行(経管栄養から経口栄養に移行するための栄養管理・支援)  
・経口維持(経口による継続的な食事摂取を進めるための支援)
- 2 予防給付における**口腔関連サービス**
  - (1) 施設系サービス
    - ① 訪問サービス：居宅療養管理指導
    - ② 通所サービス：口腔機能向上
    - ③ **介護予防**特定施設入居者生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護：口腔機能向上、居宅療養管理指導

## ・医療保険を使ってできること

- 1 歯科**訪問診療**
- 2 訪問歯科衛生指導
- 3 歯科疾患在宅療養管理  
・医科からの情報提供による在宅総合医療管理  
・栄養サポートチーム等と連携して口腔機能管理を実施
- 4 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理  
・**摂食嚥下障害**を有する患者に対する口腔機能の管理

## ・多職種と連携してできること

- 1 今ある歯や歯ぐきの健康を維持、改善する
- 2 清潔な口の中を長期間保つ
- 3 今の摂食嚥下機能を維持、改善する  
上記1-3により、それぞれの家庭環境を考慮して、生活の基礎となる「食生活」や「食事」を維持し、安定した在宅療養生活が送れるように支援する

## ・糖尿病患者に対してできること

- 1 高齢期に保持できる歯の数が増えている現状を鑑み、**むし歯**(特に、歯の根にできるむし歯)・**歯周病**の予防やむし歯・歯周病・入れ歯の不具合の治療を通して、咀嚼機能や嚥下機能を維持する
- 2 今ある歯や入れ歯を清潔にする方法を助言し、歯ぐきの健康を保つ。自分自身だけでは清潔にするのがむずかしい場合は、歯科医師や歯科衛生士が対象者の口の中を清掃して、家族に助言するとともに、関係職種と連携する
- 3 本人の全身状態・**摂食嚥下機能**や家族の介護力を勘案して、安心、安全に食事ができるように適切な食形態、食事姿勢、食事介助、食具等について助言する

上記1-3により、①**誤嚥性肺炎**・窒息・低栄養・脱水を予防し、②**食事療法**が円滑にできる環境を整備し、③摂食嚥下機能維持により**経口血糖降下薬**を服用しやすくして**薬物療法**における障壁を克服し、安定した療養生活を支援する

## ノート

1 特に、歯科と連携してほしいタイミングは次の3つです

- (1) 歯、歯ぐき、入れ歯等口の中に痛みや気になることがある時
- (2) 今ある歯や入れ歯の清掃が思うようにできない時
- (3) 食事中むせたり、固い食品が食べにくい等食事に困りごとがある時

2 歯科に関する相談先は次の5つです

- (1) 地元の歯科医師会
- (2) 市区町村の在宅医療・介護相談支援窓口
- (3) 市区町村の**地域包括支援センター**
- (4) 市区町村の高齢者関連担当部署
- (5) 市区町村の保健センター

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 訪問看護師の立場から

## ・介護保険を使ってできること

主治医により訪問看護が必要と判断され**訪問看護指示書**が発行された方で

- 65歳以上で要支援・要介護と認定された方の居宅に訪問し、必要な身体観察および療養上のケアや生活の指導をおこなう
- 40～64歳の医療保険加入者で**特定疾病**のうち、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症(**糖尿病慢性合併症**)の方で**要支援・要介護**と認定された方の居宅に訪問し、必要な身体観察および療養上のケアや生活の指導をおこなう

## ・医療保険を使ってできること

介護保険の認定を受けていないが主治医から訪問看護指示書が発行された方で  
(40歳未満の者および40歳以上の要介護認定者でない者)

- 要介護認定者のうち、末期の悪性腫瘍など「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合、必要な身体観察および療養上のケアや生活の指導をおこなう
- 要介護認定者のうち、急性増悪などのケースで**特別訪問看護指示書**の交付がある場合、必要な体調の観察および療養上のケアや生活の指導をおこなう

## ・多職種と連携してできること

生活支援の調整では、ケアマネジャーや**地域包括支援センター**の担当者を通じて、適切な**食事療法・運動療法・薬物療法**がより可能となるよう、現状の問題や達成可能な工夫点を共に考える。

- 食生活では指示カロリーの摂取量と内容に問題がある場合、それを支援するための相談
- 活動量の不足があれば、**サルコペニア・フレイル予防**として地域活動や**インフォーマルサービス**の情報提供やアドバイスをする
- 適切な内服管理が不可能な時は、訪問薬剤師のサービス等について主治医の指示を確認する
- 「いつもと違って具合が悪そう」と介護者が感じた時は、どこに助けを求めるかがわかるよう取り決めを確認する
- 治療費に対する不安があれば主治医に報告し、**経口血糖降下薬**やその他治療薬の見直しについて相談する
- 併存疾患を治療する医療施設からの求めに応じて、対象者の許可を得て在宅での糖尿病療養の情報を提供する

連携する医療職に対して

- 入院施設へは、在宅での療養の状況と残された課題について退院後初回訪問後の報告をする

## ・ 糖尿病患者に対してできること

- 実践中の医療行為（**インスリン製剤**や**GLP-1受容体作動薬**の自己注射）の手技指導や管理
- **血糖自己測定**の手技確認と**自己管理ノート**活用法の説明、**簡易血糖測定器**の取り扱い指導
- 医療廃棄物の廃棄方法の説明
- 経験に配慮した**低血糖**や**シックデイ**に合わせた具体的対処方法の説明
- 足病変の予防につながる足の手入れとセルフケア指導
- 主治医の指示に基づく適切な食事療法を行う上でのアドバイス
- 主治医の指示に基づく適切な運動療法を行う上でのアドバイス
- 内服薬の適切な管理方法の指導や薬剤師の活用についてのアドバイス
- **災害時の対応**について相談やアドバイス、自助・共助の推進
- 病状悪化時の連絡先や方法の相談と共有
- **終末期**に向けた在宅での療養に対する意思決定支援
- 家族や同居の重要他者への介護力の確認とアドバイス

## ノート

訪問看護では、対象者が、安定した体調を維持できるような、継続的な関わりが生活の中に自然に溶け込んでいくよう、個人の価値観に配慮することが重要です。そのためには対象者やご家族が「今の」糖尿病の状態を知り、生活の中で「ベストで納得できる療養方法」を共に考え続けることを目指しています。しかし、認知症や独居、老老介護にある環境下では、理想を求めすぎることに限界があります。

医療を在宅に持ち込む時、「その人らしさ」を疎かにせず、対象者の過去・現在・未来という生活過程を見据え、連続的なケアが提供できるよう介護側との連携をしていきたいと思えます。

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 病棟看護師・外来看護師の立場から

## ・介護保険を使ってできること

- 患者の状況により内服薬や注射薬を管理する
- 介護保険の申請、区分変更申請を適切な時期に患者、家族へ促す  
(市や病院の**医療相談員(MSW)**、退院調整に係る看護師等、相談窓口の情報提供)
- 介護保険の申請に基づき、**訪問看護**、**訪問リハビリ**、**デイケア**、**ショートステイ**、**訪問入浴**、**福祉用具貸与**の必要性を**多職種と連携**してアセスメントし提案する

## ・医療保険を使ってできること

- 医師の指示により以下の医療の必要性が判断され、患者、家族、多職種と共に内容等調整し看護の情報提供を行う
  - ①**訪問診療**
  - ②**訪問看護**
  - ③**特別訪問看護指示**(月14日)
- **退院時共同指導料**(退院後の療養生活に必要な説明及び指導を在宅を担う多職種と共に、文章で情報提供する)

## ・多職種と連携してできること

～病棟看護師～

- 介護保険利用の場合、ケアマネジャーが**ケアプラン**をたてるために必要な情報(アセスメント内容・患者・家族の意向)を伝え、早期から連携。入院前から支援している場合は入院後すぐに情報提供をしてもらう
- 退院前カンファレンスの開催(退院時共同指導料・**介護支援連携指導料**)  
家族・患者・在宅スタッフ・院内スタッフが一同に集まり、在宅療養へ移行するための情報共有・確認を行う(①病状経過②生活(食事)状況③患者家族の意向④サポートが必要と判断していること⑤在宅への課題)

～病棟・外来看護師～

- 医療管理上支援が必要と思われる場合、医師の指示を受け、訪問診療、訪問看護ステーション、ケアマネジャーに必要な看護の情報提供を行い連携していく
- 介護保険の申請が困難または申請を希望しない場合や、キーパーソン不在・独居・高齢・認知面で不安がある場合、本人の同意を得て**地域包括支援センター**へ連絡し多職種で情報共有をしていく



## ・ 糖尿病患者に対してできること

- 病棟では入院早期から患者とその家族と共に「自宅で今後も過ごしたいか」の患者の想い、意思を確認し、一緒に考えながら在宅調整を行っていく
- 外来においても高齢患者には年に1度は患者、家族に意思決定支援について考えてもらう

以下の内容は糖尿病患者のみならず、その家族や関わる在宅スタッフへも行う

- **インスリン製剤**や**GLP-1受容体作動薬**の自己注射患者に対する手技支援・保管・廃棄方法の説明
- **低血糖**の対処法の説明
- **糖尿病連携手帳**、**服手帳**、**血圧手帳**、**お薬手帳**の活用法
- **血糖自己測定**の手技確認・**自我管理ノート**活用法
- **フットケア**の対応
- **シックデイ**の対応
- 内服薬の適切な管理、管理困難時はお薬カレンダーや内服一包化を薬局へ依頼
- **災害**対応のための支援
- 病状悪化時の連絡先や方法の支援

## ノート

急性期の病棟では入院期間が短くなっている為、医療の提供と同時に生活の場に帰る事を早くから意識していく必要があります。今後の治療方針、患者・家族の想い、地域でこれまで支えてきた医療者やケア提供者(在宅チーム)と情報を共有し、調整していきます。入院ではインスリン治療を行い、退院後在宅では内服治療に戻り、血糖コントロールが悪化し入退院を繰り返していた、**高齢独居の糖尿病患者さんの症例**を紹介します。

【フットケア外来】

糖尿病の人は足のトラブルが起こりやすく悪化しやすいと言われています。

日ごろから足をよく見て、足のトラブルを予防することが大切です。

フットケア外来ではフットケアについての正しい知識、つめの切り方、保湿について等、糖尿病に詳しい看護師が支援しています。皮膚科で行っている外来もあります。

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 病院管理栄養士・地域管理栄養士の立場から

## ・ 介護保険を使ってできること

- 通所リハビリテーションや通所サービス(デイケア等)利用者および在宅系入居施設(サービス付き高齢者住宅等)利用者に対する**栄養状態**のスクリーニングが、6ヶ月に1回できる
- 上記栄養スクリーニングで栄養改善が必要と認められた利用者に対して、栄養改善のための指導が毎月1~2回できる
- 通所困難な利用者で糖尿病等の疾患があり、食事療法に難渋している利用者や栄養問題を抱えている利用者に対して、**居宅療養管理指導**における栄養の指導が毎月2回できる

## ・ 医療保険を使ってできること

- 外来通院中の患者で、**食事療法**に難渋している患者に対する**栄養食事指導**が毎月1回できる
- 糖尿病教室や減塩教室等の集団栄養食事指導が毎月1回できる
- 在宅療養者で通院困難な患者の**在宅患者訪問栄養食事指導**が毎月2回できる



## ・多職種と連携してできること

- ヘルパーなど介護職員から摂食状況や栄養状態を聴き取り適切な栄養食事指導を行う
- 理学療法士や健康運動療法士と連携し的確な**食事療法**、**運動療法**を遂行する
- 歯科医師と連携し**摂食嚥下機能**を評価したうえで食事内容を検討する

## ・糖尿病患者に対してできること

- ブドウ糖とインスリンの体内での働きを説明できる
- 栄養バランスのとり方を説明できる
- 食事中の糖質量や糖質の質、血糖値への影響について説明できる
- 生活状況に合わせた**食事内容のアドバイス**ができる
- 患者に適した配食サービスを選択することができる
- 高齢糖尿病患者に対しては、摂食嚥下状況に合わせた食事療法のアドバイスができる
- 買い物や食品の保管に関するアドバイスができる
- 料理教室や在宅訪問で調理指導ができる
- 災害用備蓄や**災害時**における食事の注意に関するアドバイスができる

## ノート

在宅療養をしている高齢糖尿病患者に対する栄養食事指導は、特定の栄養素等を制限することを避けて、現在の生活の維持向上を目的に行い、介護予防の観点も必要になります。

血糖値のコントロールのみに注視して、本人や家族の生活に悪影響を及ぼすことが無いよう、常に心掛けながら介入しています。**摂食嚥下状況に合わせた食事療法**を提供します。

食や栄養に関する問題があれば、その解決を目的に介入することが主体であり、本人の負担や家族並びに介護スタッフの介護負担が増えないように介入することが望まれています。

糖尿病を持った要支援・要介護高齢者が、少しでも長く住み慣れた地域で自立した生活が遅れるように、食事や栄養面からのアドバイスをしています。

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 病院薬剤師・薬局薬剤師の立場から

## ・ 介護保険を使ってできること

- 主治医の訪問依頼によって薬剤師は訪問することができる
- **居宅療養管理指導費**を医師の指示により訪問を行うことで算定できる
- 介護予防でも介護保険と同様のサービスを提供できる
- 介護サービスの単位には影響しない

## ・ 医療保険を使ってできること

- 介護保険の持っていない方で医師の指示により訪問することができる
- 年齢制限は特はない
- 薬局を利用できない患者が利用できる
- **在宅訪問薬剤管理指導料**である;薬剤師が訪問するときに算定する
- 訪問に要する交通費は別に必要となる場合がある

## ・ 多職種と連携してできること

- 服薬状況について薬剤師と多職種で連携することで向上する
- 自宅に訪問することで**残薬**の確認ができ、医療機関と残薬調整を行い患者負担並びに医療費削減に役立つ
- 患者を含めた連携が必要である
- 薬剤師は様々な職種からの諮問を受け入れることをしている
- **退院時共同指導**やケースカンファレンスなど医療と介護をつなぐ橋渡しができる

## ・ 糖尿病患者に対してできること

- **経口血糖降下薬**など内服薬の服薬指導
- **インスリン製剤**の注射指導・手技確認
- **GLP-1受容体作動薬**の注射指導・手技確認
- **血糖自己測定**の手技指導
- お薬カレンダーへのお薬のセット;薬局薬剤師は毎週、病院薬剤師は隔週
- 薬剤一包化と日付印字
- 副作用の確認
- 薬剤相互作用の確認
- 残薬調整
- **災害対応**のための備蓄薬管理

## ノート

- ・薬剤師は病院と薬局ではサービス費や調剤報酬が違うので、薬剤師の所属先に問合せてください。
- ・薬剤師はこれからもっと在宅訪問に力を注ぐ必要があると考えます。訪問することを生きがいに感じている薬剤師が増えてきています。そんな薬剤師と一緒に連携してみませんか？
- ・訪問してほしい場合、薬局に直接電話していただければ良いです。実施できない薬局もありますが、これから取り組んでいきたいけど、どこに声をかければ在宅ができるようになるかわからない薬剤師もいます。ケアマネジャーの方だけではなく訪問看護師や介護に携わっている方から声をかけていただくと、やる気も出ます。ぜひ薬剤師を活用してください。
- ・東京都の場合、**ひまわり(t-薬局インフォ)**から近くの薬局を検索できます。
- ・ぜひ病院薬剤師、薬局薬剤師をご活用ください。



用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 介護支援専門員(ケアマネジャー)の立場から

## ・ 介護保険を使ってできること

- **要支援・要介護**の認定申請の代行を行う
- 利用者が自立した生活を送れるよう支援する
- 介護、医療、福祉等の相談を受ける
- 生活状況や身体状況をアセスメントし目標を立て、介護保険のサービス、介護保険外のサービスを組み合わせ、適切な介護サービス計画案(**ケアプラン**)を作成する
- 利用者が自分に合ったサービス事業所を探せるよう情報を提供し、選択できるよう支援する
- サービス担当者と利用者、家族が集まる**サービス担当者会議**を開催し、利用者の目標に向かって各サービスが提供されるように共通認識を持つ
- 会議でケアプランの原案を必要があれば修正し確定する
- 1ヶ月に1度訪問し、利用者の状況に変化がないか、ケアプランと本人のニーズに相違がないか、目標が達成されているかを確認する(モニタリング)、必要があればケアプランの見直しを行う
- 40～64歳で特定疾病により要介護・要支援認定を受けた場合、利用調整を行う

## ・ 医療保険を使ってできること

- 医療保険を使ってできる事はない
- 医療保険を使ったサービスへの支援と情報共有はできる

## ・ 多職種と連携してできること

- 担当の**ケアマネジャー**(以下、ケアマネ)であることを主治医に伝え、連携を取りやすくする
- 医療系サービス(訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、等)を利用するときには、利用者の同意を得たうえで主治医等に意見を求め、意見を求めた主治医に対してケアプランを交付する
- **医療相談員**と連携を取り、利用者の疾病に対応する
- 利用者の身体状況や口腔内の状態、服薬状況について、主治医等に必要な情報伝達する
- 利用者が入院した時には、入院先の病院に対して情報を提供する
- 利用者が退院する時には、退院前カンファレンス等に参加し情報を共有する
- 利用者の薬に関する疑問があれば薬剤師に相談し連携する
- 利用者の食事に関する疑問があれば管理栄養士に相談し連携する
- 利用者の支援に関して、**支援チーム**の意識が統一できるように調整する
- 利用者の支援内容に変更が必要なときにはサービス担当者会議を開催する
- 利用者の支援に行き詰った時、包括支援センター等へ相談し解決を目指す
- 必要があれば事例検討会へ事例を提出し、保健・医療・福祉の多職種より意見を求める

## ・糖尿病患者に対してできること

- 40歳～64歳の医療保険加入者で**特定疾病**のうち、糖尿病性**神経障害**、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症(**糖尿病慢性合併症**)の方が介護が必要になり要支援認定・要介護を受けた時、適切な介護保険サービスの利用調整を行う
- 生活歴、家庭環境が違う糖尿病患者を支えるためにアセスメントを行う
- 食事、運動、薬物を含めた在宅での療養生活を支えるためのサービスの調整を行う
- **支援チーム**が一体となって支えていけるよう支援チームの調整役になる
- ケアマネ自身が糖尿病の知識を身につける

## ノート

**介護支援専門員**(以下、ケアマネ)は、要支援認定・要介護を受けた方の**ケアプラン**の作成を行います。作成に当たり、対象者と一緒にどんな生活を送りたいか、そのためにやるべきことは何かを一緒に考えます。そして、介護保険サービスだけでなく地域の資源であるインフォーマルサービスを含めたサービスを調整します。

・サービス利用前からサービスが開始された後もご本人、ご家族からの相談に対応します。

・ケアマネに必要なスキルの一つにコミュニケーション能力があります。

・ケアマネは基礎資格が必要であり、それぞれの資格で実務を経験した後に試験を受け合格し研修を受講することによりケアマネジメントを行うことができます。

・ケアマネは様々な知識を補うために様々な研修を受講し資質向上を目指します。

・ケアマネに相談すればその場ですぐに解決できるわけではありませんが、様々なサービスを調整したり、様々な関係機関と協力し解決に向け一緒に考えます。信頼されるケアマネになれるようにそれぞれ頑張っています。

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 訪問介護員（ヘルパー）の立場から

## ・ 介護保険を使ってできること

- **ケアプラン**に基づき**訪問介護計画書**を作成し実際にサービスを提供する
- **要支援・要介護**と認定された方に必要な身体介護、生活援助のサービスを提供する
- 定められた研修過程を修了し一定条件を満たすと、「たんの吸引」などを行うことが可能になる

## ・ 医療保険を使ってできること

- 医療保険を使ってできる事はない
- 医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、等）と訪問介護（**身体介護**）を併用して利用している場合、身体介護の利用料金が医療費控除の対象となる。

## ・ 多職種と連携してできること

- **サービス担当者会議**に参加し、**支援チーム**での情報共有を行う
- ケアマネジャーにサービスの利用状況を毎月報告する
- 利用者がスムーズに在宅生活を再開できるよう、必要があれば退院前カンファレンスに参加する
- 訪問看護師から、療養上の留意点などの情報提供を受ける
- 管理栄養士から、**食事療法**に関する留意点などの情報提供を受ける
- 理学療法士などから、リハビリに視点を置いた**運動療法**の情報提供を受ける

## ・ 糖尿病患者に対してできること

- **利用者の状況**、各種自己測定値（体重、血圧、血糖等）を把握し**サービス提供責任者**へ報告する
- 食事療法が必要な利用者に対しての買出し、調理を行う
- **経口血糖降下薬**等の服薬時や**インスリン製剤**や**GLP-1受容体作動薬**の自己注射時の見守り
- 使用済み注射針が安全に保管できているかの確認
- **透析を行っている方**に対しての**サービス提供**（特に帰宅後の支援）
- 足浴による清潔保持
- 散歩等の見守り
- 医療機関受診時の支援





## ノート

訪問介護事業所には、利用者40名に対して1名以上のサービス提供責任者が配置されており、**訪問介護員(以下:ヘルパー)**のスケジュール調整や利用者に関する情報を訪問介護員に提供しています。

スムーズなサービス提供ができるようにサービス提供責任者は、サービス担当者会議への出席や初回のサービス時に訪問介護員と同行したりします。

サービスが導入された後は、サービスの利用状況を把握し、家族やケアマネなどに報告します。

ヘルパーは、利用者にとって一番身近な存在であることが多いため、利用者の変化を最初に捉えることも多いです。その変化をサービス提供責任者へ伝え、サービス提供責任者から家族、ケアマネに伝えることによりスピーディーに支援チームが動くことが出来ます。

ヘルパーは、事業所内での研修などに参加し、糖尿病に関する知識を身につけます。

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 臨床検査技師の立場から

## ・介護保険を使ってできること

介護保険を使って介入することはできないが、在宅で医療保険を用いて種々のサポートができる

## ・医療保険を使ってできること

- **採血の実施**(在宅を含む)
- 心電図検査や超音波検査(血管エコーなど)
- **迅速臨床診断(POCT)**の実施とPOCT機器管理運営
- 感染予防のための検体採取(創部からの検体採取)
- 鼻腔、口腔からの検体採取(インフルエンザや溶連菌検査)
- 検査結果の集計、管理、精度確認

## ・多職種と連携してできること

- 検査データの共有化、システム化処理
- 次回検査の指示要請や訪問看護終了時にデータ管理、整理を補助すること
- 検査結果をもとに必要職種の方に報告を入れること

## ・糖尿病患者に対してできること

- 検査目的の説明、検体採取、検体の適切な処理・保存、迅速な検査実施、結果の説明
- **糖尿病の検査**に関する説明
- **血糖自己測定(SMBG)**の指導、実施確認
- **簡易血糖測定器**の保守点検
- POCT器を用いたHbA1c測定
- 医師の指示した検査の採血

## ノート

医療情勢の変化に伴い、医療必要度の高い患者さんも在宅で見ることが多くなっていくと思われれます。臨床検査技師は医師の指示は必要ですが採血業務を行う事も可能であり、POCT機器を持っていくことで医師の訪問前に検査を行う事が可能です。

感染予防のために皮膚や鼻腔・口腔からの検体採取ができます。

採血検体の適正な処理による検査結果の精度保証も高くなります。

状況に応じて超音波検査を行い、下肢動脈血栓の確認や頸動脈プラークの確認もできます。

医師の指示による医療保険での検査となりますが、検査結果の処理や報告、患者に対する説明なども可能であり、医師、看護師の業務軽減に寄与できます。

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 理学療法士の立場から

## ・介護保険を使ってできること

- 日常生活全般の身体的機能維持を目的としたリハビリテーションを**限度額**の範囲内で継続して受けられる。

## ・医療保険を使ってできること

- 往診医の指示のもと、基本的動作能力、応用的動作能力、社会的適応能力などの回復を図るための**訪問リハビリ**で指導
- 退院後1か月は訪問リハビリが行える

## ・多職種と連携してできること

- 訪問看護師(訪問機能訓練の必要性和実践について)
- 管理栄養士(食事に関わる姿勢等の関連について)
- 作業療法士(**IADL**に関する評価と機能訓練への情報共有)
- 言語聴覚士(言語訓練、口腔機能訓練、嚥下体操などへの情報共有と助言)
- 歯科医師(嚥下機能を評価)
- 介護福祉士、ケアマネージャー、ヘルパーおよび臨床心理士、医師  
(**サービス担当者会議**を介した関わり) 福祉用具専門相談員(福祉用具等の貸し出しなど)

## ・糖尿病患者に対してできること

- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症(**糖尿病慢性合併症**)は要介護認定の対象となる**特定疾病**に含まれるため40～64歳も認定可能である
- ADL**維持のための身体機能維持に必要な筋力トレーニング指導
- 糖尿病合併症**における運動の禁忌と安全な運動の指導

## ノート

理学療法士は、**介護予防事業**等において身体に障害のない者に対して、転倒防止の指導等の診療の補助に該当しない範囲の業務は、医師の指示は不要です。したがって、高齢糖尿病の対象者には、**運動療法**の1つとして地域などで教室を企画し開催することで、広義には、糖尿病運動療法の1つとして指導介入することが行えます。

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細



# 作業療法士の立場から

## ・介護保険を使ってできること

- 生活リズム(食や運動習慣、睡眠、空き時間の過ごし方等)に関する指導・援助を施設内、在宅(**訪問リハビリテーション**、**訪問看護**・**予防訪問看護(要介護1-5)**)で行う

## ・医療保険を使ってできること

- 「糖尿病」の診断名のみでリハビリテーションに対する医療保険適用はできないが、脳血管疾患、運動器疾患、廃用症候群、心疾患の方が糖尿病を併発している場合に、生活習慣や循環状態を評価し、生活リズムや習慣に関する指導をリハビリテーションプログラム内に組み込むことはできる

## ・多職種と連携してできること

- 医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師と情報を共有し、作業療法や生活プログラムを組み、実施した結果を共有し支援する
- 理学療法士、**言語聴覚士**と実施しているプログラムとその結果を共有することで、リハビリテーションや運動療法の方向性とビジョンを共有し支援する
- 管理栄養士と**食事療法**の指導内容を共有し、調理する際など具体的なサポートを行う
- 歯科医師**・**歯科衛生士**と**口腔衛生**、**咀嚼嚥下状態**を踏まえた生活指導・援助を行う
- ケアマネジャー、介護士と日常の情報を共有し、福祉用具の選定等の支援する

## ・糖尿病患者に対してできること

- 血糖自己測定(SMBG)**の結果や病状に合わせて、具体的な暮らし方や空き時間の過ごし方を提案する
- 必要に応じて、指示された食事内容で調理をサポートする

## ノート

病状の進行とともに感覚障害や視力の障害が重度になった場合は、自助具や福祉機器による援助や使用方法の指導を行い、住宅環境などを整備することで、日常生活活動(**ADL**)の自立を支援します。治療や療養に伴う様々なストレスに対して、作業療法を介して精神面の治療・援助も行います。

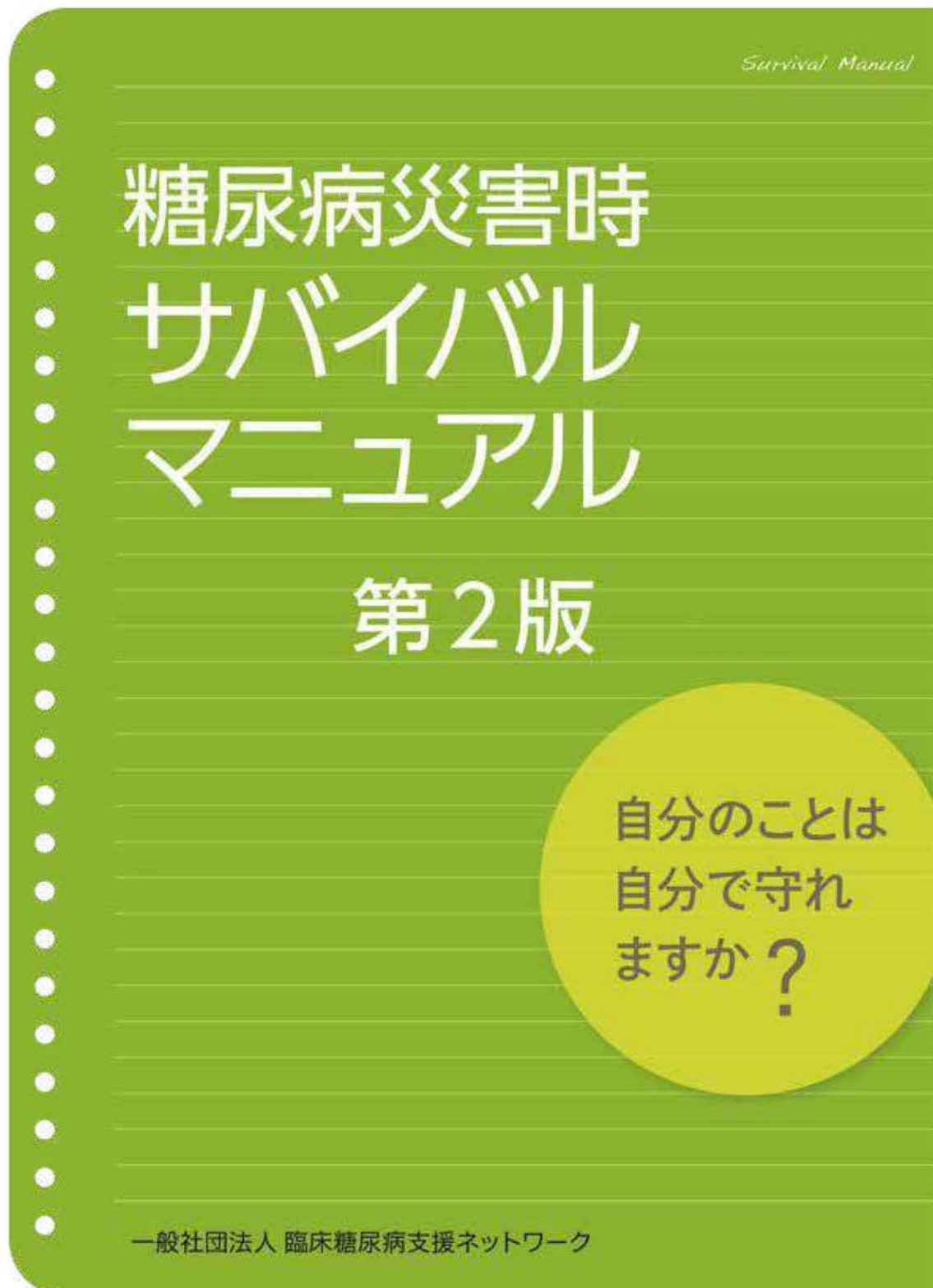
用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

職種詳細





※詳細は、当法人ホームページをご参照ください。

法人TOP



## Q1 介護保険と医療保険はどう違いますか？

- A1 医療保険は年齢に関わりなく全ての人々に病気や傷害があるとき、医師の指示のもとに行われる全ての医療行為に対して給付されますが、介護が必要な状況においても医師の指示があれば給付されます。一方、介護保険は65歳以上か特定疾患であれば40歳以上で介護が必要な状態となり、「介護を要する状態にある」との要介護認定(要支援1・2、要介護1～5の7段階)を認定された場合に適応されます。訪問看護サービスを受ける場合でも医療保険を使用する場合と介護保険を利用する場合では利用時間や回数、負担金なども異なります。

## Q2 1型糖尿病と2型糖尿病はどう違いますか？

- A2 糖尿病は膵臓のβ細胞から分泌されるインスリンの効果が健康人より低下しているため血糖値の上昇する疾患です。インスリン分泌の低下の原因としてβ細胞の疲弊老化による2型糖尿病と、自己免疫により膵β細胞が破壊され消滅した1型糖尿病があります。2型糖尿病では自己のインスリンが残っているので、残存インスリンの有効活用が重要で、これが食事療法、運動療法などの自己になります。1型糖尿病は自己のインスリンが無いので、インスリンの補充が治療の基本になります。

## Q3 糖尿病患者の介護で気を付けることは何ですか？

- A3 "糖尿病の治療では、血糖コントロールの目標や、糖尿病にとって好ましくない食品、薬物療法で注意すべきポイントなど、介護者に知っていてほしいポイントがあります。介護者の対応によって、糖尿病合併症を予防し、患者の病態が悪化するのを防げる場合があります。具体的には血糖自己測定のタイミングを教えることができ、低血糖に気づいたり、薬の飲み忘れを防いだり、創傷悪化を防止したり、食事や運動への意欲を高め、励ますことが可能です。  
糖尿病の治療では、食事摂取なく内服やインスリン投与をすると重症低血糖のような緊急の対応が必要な事態も起こります。介護者が対応策について知っていれば、効果的な処置ができます。"

## Q4 多職種連携は何で必要ですか？

- A4 "多職種連携では、患者に質の高い治療やケアを提供し住み慣れた地域で可能な限り自立した日常生活がおくれるよう、様々な職種の人々が共通の目的で連携、協働します。  
患者本人とその家族を中心に多職種がカンファレンス等で顔合わせをし、早期に連携体制をとることで、在宅へ向けての移行がより円滑で安心できるものとなります。在宅スタッフは、患者の病棟での医療情報を引き継いで実際に居宅生活を見守るなかで、再入院につながる不安要素はないかなどを察知できる立場にあり、多職種連携での情報共有により退院後の在宅療養中からご本人と家族を孤立させることなく、必要に応じて医療や地域へつないでいくことができます。"

用語集



この職種の詳細と、**太字部分**はWEBサイトに解説が掲載されています。

Q&A



# 症例

## ■ 症例1 お話好きだがナイーブな80代女性

80代、女性、2型糖尿病、要介護1、一人暮らし。長谷川式27点。娘と孫は筋ジストロフィー。明るくてお話好きだが、ナイーブな面もある。訪問看護、ヘルパー、訪問入浴による介助を受けている。201X年5月1日、加齢黄斑変性との診断、左目はほぼ見えない、右目も症状がある。外来通院していたが患者のADL低下により訪問診療開始。近くのコンビニにタクシーを呼んで買い物に出かけている。孫が1週間に1度泊まりにきて支援している。

身体所見・検査値 身長148cm、体重55kg、HbA1c8.5%、BP135/79、P59

処方薬1	デュラグルチド皮下注0.75mg	(糖尿病薬)	1キット/週 皮下に注射
処方薬2	オルメサルタン錠5mg	(血圧降下薬)	1錠
	グリメビリド0.5mg	(糖尿病薬)	1錠
	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg	(狭心症薬)	1カプセル/1日1回朝食後に(一包化)

独居で視力障害がありますので訪問入浴時などにヘルパーに、皮膚の異常などご本人にとって把握しにくい異常がないか確認してもらいます(ケアマネジャー)

狭心症などの冠動脈疾患が本当にあるのか確認します。低血糖対策の重要度が増すからです。一方、もしないならば、イソコロナールRが処方された経緯を確認し、中止が可能か慎重に検討します(診療所医師)

糖質に偏った食事内容であれば、医師に報告し、管理栄養士の訪問指導、配食サービス、栄養補助食品の使用などを提案します(外来看護師、管理栄養士)

私たちは  
こう考えます



Webページをぜひご覧ください。各職種の詳細コメント、症例の全体像のアセスメントなど、盛りだくさんです。

服薬状況の確認、副作用の確認、バイタルサインの確認などのために、1,2週間ごとに訪問できます。抗血栓薬が処方されていますので、出血傾向の確認をします。(薬局薬剤師)

サービスが複数介入しています。現状のサービスの見直しが必要かもしれません。ケアマネジャーに、サービス担当者会議の招集を提案します。介護者不在などの不安要素があれば、一定期間、地域包括ケア病棟への入院の必要性を相談します(訪問看護師)

症例2 「麻痺と認知症がある老々介護の1型糖尿病患者」

症例3 「お薬の飲み忘れにサービス提供者が気づいた例」

症例4 「復職希望の脳出血患者に病院と在宅チームが関わった例」

症例5 「高齢・独居・認知症のある患者へインスリン導入の例」

用語集



この職種の詳細と、太字部分はWEBサイトに解説が掲載されています。

症例





## 糖尿病在宅患者の療養・介護支援ガイド

糖尿病をもつ人が在宅・地域で健やかに暮らすために

編集・著作：一般社団法人臨床糖尿病支援ネットワーク

発行者：一般社団法人臨床糖尿病支援ネットワーク 代表理事 貴田岡 正史

制作：糖尿病在宅支援マニュアル作成プロジェクト

イラスト：のむらみみ

<事務局>

〒185-0012 東京都国分寺市本町2-23-5 ラフィネ込山NO.3-802号

(Tel)042-322-7468 / (Fax)042-322-7478