

第17回基町・幟町圏域多職種連携会議 2026.5.15 グループワーク 事例

【事例】

高齢者本人：89歳女性 独居 要介護3 東京に一人娘がいる。最期まで自宅で過ごしたい。

病名：慢性呼吸不全 COPD（在宅酸素療法 2.0～2.5L/分カニューラ）

骨粗鬆症 脊椎病的骨折 年齢相応の認知機能の低下あり。

ADL：移動は杖歩行。室内はふらつきあるも伝い歩き。食事は自立、排泄はPトイレで自立。

（障害高齢者の日常生活自立度：B1、認知症高齢者の日常生活自立度：IIa）

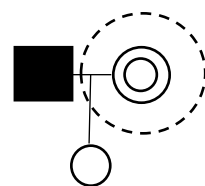
かかりつけ医：訪問診療 かかりつけ歯科：なし

口腔状態：歯 18本（上6本、下12本）、重度の歯周病と多数のう蝕あり、義歯なし。残根状態の歯が多く、右奥上下の第2大臼歯と上下左右4本の犬歯だけが咬合している以外は噛み合っていない。

栄養面：レトルトなどやわらかいものを食べている。 アルブミン値：3.2g/dL

（服薬情報）

スピオルト吸入 1日1回2吸入	（気道閉塞症を和らげる）
ビスホス製剤 週1回	（骨粗鬆症治療薬）
カルボシステイン 500mg 3T 3×N	（去痰薬）
エディロール 75μg 1C 1×M	（骨粗鬆症治療薬）
セレコキシブ 100mg 2T 2×MA	（抗炎症薬）
ムコスタ 2T 2×MA	（胃炎）
デエビゴ 50mg 1T 1×vds	（睡眠薬）
アムロジピン 5mg 1T 1×M	（降圧剤）



【経緯】

令和○年5月	肺炎や転倒を繰り返し、独居での在宅生活が徐々に厳しい状態となったため、A病院に入院した。入院中に在宅医療関係者も集まり、DNRオーダー（患者の容態が急変して心停止してしまっても、心肺蘇生を行わないこと）を確認した。
（8か月経過） 令和△年1月	本人・家族より、自宅での生活の希望が強かったため、ケアマネジャーがサービスの調整を行い、A病院を退院した。 退院後のサービス：主治医訪問診療（1回/月）、訪問看護（1回/週）、訪問介護（毎日）、訪問リハ（1回/週） デイサービス（2回/週）、居宅療養管理指導で薬剤師介入

※訪問診療の医師、訪問看護、ケアマネジャーは医療介護連携システムを活用し、本人の心身状況や支援状況などの情報共有を随時行っていたが、訪問介護やデイサービスはそのシステムを使用しておらず、状況に変化があった際など、ケアマネジャーを通じて情報共有を行うためタイムラグが生じていた。

【検討課題】

（多職種連携・ICTに求めるもの）

- ・本人、家族及び全ての関係機関が医療介護連携システムを導入した場合、どのような連携が期待できるか。各専門職からみた実際に起こりうるリスクなどを想定して話し合ってください。
- ・時間が余った際には、システムを導入するにあたっての課題などについても話し合ってください。



※講師の先生の発表内容を踏まえた、検討課題とする予定です。