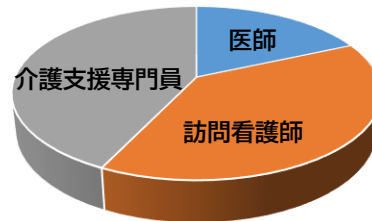


第8回 医師・訪問看護師・介護支援専門員の連携を深める研修会 報告書

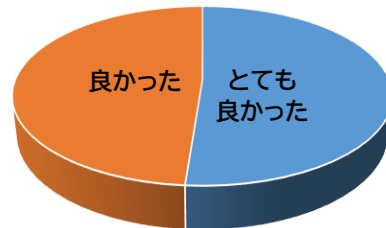
- 1 日 時 令和6年12月11日(水) 19:00~20:00
- 2 開催場所 荷揚複合公共施設 6階 多目的大会議室
- 3 内 容 「食べられなくなった方の支援どのようにしていますか？」
(1) グループワーク
(2) 発表
- 4 研修会参加者 49名

医師	9名(18%)
訪問看護師	19名(39%)
介護支援専門員	20名(43%)
合計	49名



- 5 アンケート集計結果 回答41名(回答率84%)
問1 研修会の満足度

とても良かった	21名(51%)
良かった	20名(49%)
合計	41名



満足と回答した理由(抜粋)

◆医師の意見

- ・活発な意見交換ができました。
- ・各職種の生の声を聞くことができた。

◆訪問看護師の意見

- ・他の事業所や他職種と話す機会があつて良かった。
- ・様々な視点からの事例への支援方法。
- ・考え方やアセスメントからの展開など多様な学びがあつた。
- ・サイコロを使うことで各グループで細かく事例が違ったため、発表を聞くのがとても勉強になった。

◆介護支援専門員の意見

- ・各専門職の方の考え方や意見を知ることができた。
- ・普段は話せない職種同士で話ができ良かったです。
- ・どのように連携を取ったらよいかの話ができた。
- ・具体例が示されていて、その方に必要なサービスを考える形式が良かったです。
- ・他グループの発表も詳しく聞けました。
- ・グループに分かれて話ができること、何でも言える雰囲気であること、業種それぞれの視点はあるが、より良い利用者の支援を一緒に考えること。
- ・選択的な事例は思った以上に楽しかった

問2 研修会で新たに得た気付き（抜粋）

◆医師の意見

- ・食事、食べることに對するリハビリ(STさん)の活動を聞いて勉強になった。
- ・スムーズな連携をとるためには、軸は”患者さんのため”ということを改めて考える必要があると感じた。
- ・個々のアセスメントに差があることを改めて理解した。

◆訪問看護師の意見

- ・往診時に訪看がいると連携が深まって助かるということを知り活かせると思った。
- ・顔の見える関係って大切ですね。
- ・食事のことなのでSTの介入は必要。STの業務を周知してほしい。看護師もできるようになるといいですね。
- ・家族がどこまで理解出来るか、家人に寄り添う事の大事さを感じた。
- ・立場によってまず気になることが違い、良かった。
- ・多職種での連携の重要性、本人・家族の意向を確認したうえで専門職が同じ方向を向いて関わっていくことが大切。
- ・社会福祉士さんの素晴らしさを感じました。
- ・在宅での生活が豊かになるために何が大切で、どのようなサービスを利用できるかなど視野が広がった。

◆介護支援専門員の意見

- ・お互い想いは一緒だという事がわかりました。
- ・ケアマネ側からも密に連携を図っていきたいと思った。
- ・改めて各専門職の立場で自信を持ち、対等に意見交換の必要性を感じた。
- ・様々な専門職の方からの視点を学べて、このようなケースはこの方法など参考になりました。
- ・医師、訪問看護師の視点から疾患で考えられる注意すべきことや、何をしなければならないか、たくさん意見が出ました。さすがだなと感じました。分からないことを質問しやすい関係性、信頼関係はチームを組むうえで大切だと思いました。
- ・専門職、先生によって同じ事例でも課題と感ずることや、視点が異なると改めて感じた。
- ・オブラートを5枚口の中に入れて誤嚥しやすい口腔内にし、自分たちが口腔機能低下の苦しさを知ることが大切だと改めて感じた。
- ・パーキンソン病に貼り薬があることがわかりました。
- ・このグループワーク自体が連携だと感じたスムーズにグループワークを行えたのはグループの方達の協力があつたからだと思う。日頃から協力しながら業務に取り組まれていると感じた。

6 グループワーク記録

食べられなくなった患者・利用者に対して医師・訪問看護師・介護支援専門員がどのように考え、対応するのかを共有し、職種理解と求められる連携について事例をもとに意見交換をしていただきました。

※事例は年齢・家族背景・疾患等をグループごとに選択しており、同じ事例はありません。

問題： 体重減少に伴い動きが悪くなってふらつきや転倒がみられるようになった。患者・利用者の望む支援に近づけるために、専門職種間でどのような連携が必要となりますか？

ワーク1： 医師・訪問看護師・介護支援専門員がどのように考えるのかを共有しましょう
今後どのような経過をたどり、本人にとってどのような不利益が予測されますか？

ワーク2： どのような支援や連携が必要になるのかを考えていきましょう

ワーク1を踏まえて支援の方向性、必要となる支援、それに伴い専門職種間でどのようなこと(連携)が必要ですか？

- ① 支援の方向性（患者・利用者の望む支援）
- ② ①の実現のため、どのような支援が必要となりますか
- ③ ②を行うために専門職種間でどのようなこと（連携）が必要となりますか

グループワーク記録

グループ番号 (1)

事例

選択カード①	B	年齢・性別	79歳・女性
選択カード②	C	家族構成等	独居:近所に長女家族、県外に長男家族 KP:長男 日常支援は長女
		本人の意向	自宅で過ごしたいが、周囲に迷惑をかけるようであれば施設入居も仕方ないと思っている。積極的な治療は希望されていなかったが、半年後の孫(ひ孫)の誕生を心待ちにしており変化が出てきた。
選択カード③	C	介護度	要介護3
		疾患	脳梗塞、右半身麻痺。自宅復帰するが、自宅での食事に困っている。
		食に関する現状	右利きであったため、左手での機能訓練中。なかなか思うように食べられず、手で掴めるものを好む。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】時折、むせることがある。トロミがあると安心。 【口腔内】セッティングで口腔ケアは実施できる
選択カード④	B	認知症の有無	なし

検討内容

ワーク1 各職種意見

医師

- ・脳梗塞の再発
- ・食事が摂れないのが問題、食事の栄養面、形態
- ・麻痺の悪化予防としてリハビリが必須
- ・薬の管理
- ・更衣は誰がするのか？
- ・買い物は長女？

訪問看護師

- ・排泄が気になる。
- ・独居のため何かあった時が心配。
- ・嚥下評価

介護支援専門員

- ・通所リハは3回/Wは行けるので昼はまかなえる。
- ・認知症はないので問題ないかもしれないが、緊急通報装置
- ・住環境：段差の有無、ベッドは？
- ・口腔内の状況

ワーク2 ①支援の方向性

- リハビリと嚥下評価。ST、OTの介入が大切
- 食事摂取をして体重UP
- 衣食住

ワーク2 ②必要な支援

- この時は、塩分は気にせずまずは食事!! 栄養補助食品の検討
- 配食サービス、訪看、通所リハの介入。住宅改修、ベッドの導入。
- 左手で食べられるように考える。
- 長女の支援(買い物)

ワーク2 ③必要な連携

- ケアマネジャーを中心に関係職種の顔の見える関係作り。
- 通所リハのスタッフとノートなどを活用した情報共有。

グループ番号 (2)
事例

選択カード①	C	年齢・性別	86歳 ・ 男性
選択カード②	B	家族構成等	同居(長男と同居)KP(長男)
		本人の意向	食事は息子が買ってきてくれる総菜を食べている。何も困っていないが、長男も仕事で忙しいから迷惑かけられないと思っている。
選択カード③	C	介護度	要介護3
		疾患	脳梗塞、右半身麻痺。自宅復帰するが、自宅での食事に困っている。
		食に関する現状	右利きであったため、左手での機能訓練中。なかなか思うように食べられず、手で掴めるものを好む。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】時折、むせることがある。トロミがあると安心。 【口腔内】セッティングで口腔ケアは実施できる
選択カード④	B	認知症の有無	なし

検討内容

<p>ワーク1 各職種意見</p> <p>医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嚥下力低下による誤嚥性肺炎のリスク有り <p>訪問看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体調管理、日々の体調管理をどのように行うか。デイ利用によりトータルケアを実施②緊急通報システム <p>介護支援専門員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・環境確認、受診ができていないか（キーパーソンの支援は？） 口腔ケア、誤嚥性肺炎のリスクなど
<p>ワーク2 ①支援の方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ご本人がどうしたいのか（自宅か、施設か）。息子さんの気持ちは？現状維持で良いと思っているのか要確認。 ○息子さんとどのような生活をしているのか ○呑み込みが悪い：①誤嚥性肺炎のリスク ②手でつかめる形態はリスクが高い ③惣菜でトロミは難しく栄養不足 ○体重減少：①疾患のアセスメント ②食事について（食事内容、三食摂れているのか） ○転倒リスク：家の環境整備（清掃、ポータブルトイレの片づけ） ○保清：入浴等できているのか ○排泄の対応：夜間の排泄対応は？ ○通所サービスの利用（デイケアとデイサービスの併用） ○ヘルパー利用：ヘルパーのデイケアへの送り出し、迎え入れ。
<p>ワーク2 ②必要な支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○QOLの向上 ○息子さんとコミュニケーションを取りながら、どこまでできるのか。息子さんとの連絡の取り方。 ○デイの利用：嚥下訓練（ST・OT）、体重測定や入浴、食事。 ○食事：エンシュアなどの栄養補助食品の活用。デイでしっかりと食事（通所で550cal摂取）をしてもらう。 ○転倒予防：歩行器、住宅改修、ADL低下防止 ○福祉用具（ベッド、立ちアップ）の使用 ○日中（独居）：見守りカメラの設置訪問リハや訪看などの介入で見守り
<p>ワーク2 ③必要な連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○当初に収入を確認 ○家族間、事業所間：ノートなどを利用して情報交換。方向性の統一 ○栄養面を医師と連携 ○エアコンの遠隔操作で家族が温度管理 ○緊急時：携帯を使用して訪看に連絡。医師の携帯番号を教え対応。アルソックはペンダントを使用する。 ○いつもと違う時

グループ番号 (3)

事例

選択カード①	D	年齢・性別	93歳・女性
選択カード②	B	家族構成等	同居(長男と同居)KP(長男)
		本人の意向	食事は息子が買ってきてくれる総菜を食べている。何も困っていないが、長男も仕事で忙しいから迷惑かけられないと思っている。
選択カード③	A	介護度	要介護1
		疾患	COPD:Hot 導入。労作性の息上がりがあり、活動範囲は狭い。 (HOT:障害3級以上)
		食に関する現状	食欲がわからない。一回の食事量が少ない。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】飲み込みはよい 【口腔内】乾燥傾向。齶歯もあり。
選択カード④	B	認知症の有無	なし

検討内容

ワーク1 各職種意見

医師

- ・本人と息子の意向は？
- ・虫歯のために食事が入らないのであれば治療も考える。
- ・現在 ADL は保っている。
- ・経済基盤は？

訪問看護師

- ・呼吸筋の低下による食事量の低下 → ADL 低下 → 褥瘡
- ・急変など、緊急時

介護支援専門員

- ・体力や筋力の低下 (ADL 低下)
- ・転倒や活動の低下
- ・同居のため、支援が少ない (家事は NG)

ワーク2 ①支援の方向性

- 本人と息子の意向確認：家か施設か (家で暮らしたいのか)、家の経済基盤などの確認
- 食べられない原因の確認：病気か虫歯か
- 日中 1 人の時間の空きに対する対応：要介護 1、人の目が入るサービスは必要か
- 息子のケア (精神的)

ワーク2 ②必要な支援

- 訪問看護師の利用・指導
- 医師や看護師から IC (病気や日中 1 人で過ごすことのリスク)
- デイサービスの利用 (週 1 回)
- 訪問歯科も必要？
- 見守りカメラ
- 障害者手帳の申込み

ワーク2 ③必要な連携

- 密な連携：担当者会議等で、本人の意向や病識、今後 ACP 会議を実施し、専門職間で同じ認識を持つておくことが大切。
- 各職の役割を認識し、本人と家族の意向に沿って同じ方向でケアを行っていく。
- 死に対する勉強：緊急時対応 (訪問看護師が入ればファーストコールで)

グループ番号（ 4 ）

事例

選択カード①	B	年齢・性別	86歳 ・ 男性
選択カード②	B	家族構成等	同居(長男と同居)KP(長男)
		本人の意向	食事は息子が買ってきてくれる総菜を食べている。何も困っていないが、長男も仕事で忙しいから迷惑かけられないと思っている。
選択カード③	B	介護度	要介護 2
		疾患	パーキンソン病:内服でコントロールしているが、寡動がみられ、活動性が乏しい。
		食に関する現状	誤嚥性肺炎を繰り返している。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】摂食嚥下機能の低下あり。飲み込みに時間がかかる。 【口腔内】食物残渣がみられる。残っている歯が少ない。歯磨きは自分でできない。
選択カード④	B	認知症の有無	なし

検討内容

<p>ワーク1 各職種意見</p> <p>医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内服のコントロールが重要。服薬の介助、確実な投与 ・口腔内のケアをお願いしたい <p>訪問看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体調管理：誤嚥性肺炎を繰り返すことで体力低下。口腔内保清 ・体重減少：環境による体重減少。体重の維持・増量 <p>介護支援専門員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「なにも困っていない」という裏付け、本音を聞き出す。 ・食欲低下、体重減少のアセスメント。活動量の確認 ・他の家族からの支援が得られるのか ・ADLの低下
<p>ワーク2 ①支援の方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> ○体重減少のアセスメント ○本人の希望を踏まえ、サービスの提供（訪問看護、ヘルパー、リハビリ、福祉用具、通所デイなど） ○口腔内清掃：訪問歯科の提案 ○家の中の動線（家屋調査）住宅改修：移動や入浴、その他の状態を見て必要なもの ○食事：配色の手配。栄養の偏りがあるため、形態の支援。栄養指導（基本内容の指導）。ST,OT,ヘルパー、医療での訪問看護の介入
<p>ワーク2 ②必要な支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○前向きになれるような援助：ケアマネジャーがマネジメントする ○医療の介入：訪問看護、ST、OT、PT ○介護の介入：ヘルパーの支援、デイサービスの利用 ○食事：3食の食事サポート。栄養指導（高タンパク、高カロリー食、エンシユア等の経腸栄養剤の活用） ○誤嚥予防：全身をほぐして（30分のリラクゼーション）姿勢保持、口腔ケア ○転倒予防：関節固縮予防 ○精神ケア（楽しみや生きがいなど）：散歩、息抜き、趣味、動物、おもちゃ ○住宅改修 ○排泄、保清ケア ○役割の見出し
<p>ワーク2 ③必要な連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医師がリハビリなどの支援状況を確認できる場。

グループ番号 (5)

事例

選択カード①	C	年齢・性別	86歳・男性
選択カード②	A	家族構成等	同居:夫婦二人(子供いない) KP:妻または夫
		本人の意向	出来るだけ夫婦で一緒に家にいたい。
選択カード③	B	介護度	要介護 2
		疾患	パーキンソン病:内服でコントロールしているが、暴動がみられ、活動性が乏しい。
		食に関する現状	誤嚥性肺炎を繰り返している。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】摂食嚥下機能の低下あり。飲み込みに時間がかかる。 【口腔内】食物残渣がみられる。残っている歯が少ない。歯磨きは自分でできない。
選択カード④	A	認知症の有無	軽度の認知症あり

検討内容

ワーク1 各職種意見

医師

- ・本人の意向：ACP。具体的に食事・排泄など、どこまで家族（妻）が頑張れるか。ADLの低下に伴い、いつまで通院するのか、妻が連れて行けるのか、訪問診療にいつ切り替えるのか
- ・通所・訪問等の支援の方向性：本人・家族が混乱するので、その都度みんなで一緒に考え整理していく。
- ・食事形態：トロミの評価、妻が作れるのか。栄養補助食品の提案
- ・パーキンソンがあるため、吸引の必要性とできない時の提案

訪問看護師

- ・体重減少。皮膚トラブル（褥瘡）。身体の悪化。ADLの低下。内服ができなくなる、内服管理。
- ・介護負担が増える：意欲低下→寝たきり→食事が難しくなることから、点滴や胃ろう

介護支援専門員

- ・運動機能の低下も考えられ、自宅での介護を希望されているが、入院・入所も考えなければいけない。
- ・子供がいないため、最終キーパーソンの決定権は誰にあるのか
- ・パーキンソン進行に伴い、転倒骨折が予測される。

ワーク2 ①支援の方向性

- 在宅前提：多少リスクがあっても本人やキーパーソンが望む生活が大事。
キーパーソンがどこまでできるのか、続けるための支援が必要。
- ACPを行い、食事・環境の整備・薬の調整・訪問リハビリの支援
- レスパイト：2人での生活上の不安や困りごとの把握
- 妻が出来る事を把握（食事準備、高カロリー食やトロミ食が作れるか）
- 主導権は本人・家族。各事業所、選択肢を伝える。本人・家族が満足するように連携する

ワーク2 ②必要な支援

- レスパイトを取りながら、キーパーソンの負担を減らしていく。
- 本人・キーパーソンの意向に沿って、いろんな選択肢を提示していく。
(訪問看護(状態観察)、訪問介護、ショートステイ、訪問リハの介入)
- ・ADL：通所リハ、福祉用具、ショートステイ
- ・医療対応：訪問看護、訪問リハビリ
- ・服薬支援：薬剤師の訪問(居宅療養管理指導)による薬の調整。嚥下状態で飲み薬から貼り薬へ変更
- ・食事：補助栄養。食事形態は管理栄養士による訪問(居宅療養管理指導)にて食事内容の提案。
- ・転倒予防：自宅改修し手すりの設置、歩行器の利用
- ・医療費の助成：区分変更

ワーク2 ③必要な連携

グループ番号（ 6 ）

事例

選択カード①	A	年齢・性別	67歳・男性
選択カード②	C	家族構成等	独居：近所に長女家族、県外に長男家族 KP：長男 日常支援は長女
		本人の意向	自宅で過ごしたいが、周囲に迷惑をかけるようであれば施設入居も仕方ないと思っている。積極的な治療は希望されていなかったが、半年後の孫(ひ孫)の誕生を心待ちにしており変化が出てきた。
選択カード③	C	介護度	要介護3
		疾患	脳梗塞、右半身麻痺。自宅復帰するが、自宅での食事に困っている。
		食に関する現状	右利きであったため、左手での機能訓練中。なかなか思うように食べられず、手で掴めるものを好む。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】時折、むせることがある。トロミがあると安心。 【口腔内】セッティングで口腔ケアは実施できる
選択カード④	A	認知症の有無	軽度の認知症あり

検討内容

ワーク1 各職種意見

医師

- ・医療の介入で食事摂取量のアップ
点滴、薬の処方。補助食品の活用。地域ケア病床等に入院して治療。デイケア等のサービスの活用。
- ・リスクとして誤嚥性肺炎

訪問看護師

- ・麻痺側の動きの低下。
- ・在宅でも医師の指示で訪看が点滴を行える
- ・ひ孫さんのことを話し、意欲の向上を図る。

介護支援専門員

- ・食欲低下のことを医療関係者に相談。
- ・訪問看護ステーションの介入
- ・自宅での訪問リハビリ
- ・不利益とならないように利用できる制度は活用する事。障害福祉サービス。

ワーク2 ①支援の方向性

- 家族の支援：インフォーマルとフォーマルサービスの活用
- 治療し、食事の摂取量を増やし在宅生活を継続
- 一時的に地域包括病床等入院し回復を目指す

ワーク2 ②必要な支援

- 医療と介護の密な連携
- 本人・家族の意向確認
- 医療サービスと介護サービス等の活用

ワーク2 ③必要な連携

- チームで動いているので、状況に応じて指揮を取っていくのはケアマネだけではなく役割分担が必要
- 患者さんの命を一緒に考え判断を医師へ連絡、患者さんを軸に話し合える関係性づくりが大切。信頼関係の構築、顔見知りになること。

グループ番号（ 7 ）

事例

選択カード①	B	年齢・性別	86歳 ・ 男性
選択カード②	B	家族構成等	同居(長男と同居)KP(長男)
		本人の意向	食事は息子が買ってきてくれる総菜を食べている。何も困っていないが、長男も仕事で忙しいから迷惑かけられないと思っている。
選択カード③	C	介護度	要介護3
		疾患	脳梗塞、右半身麻痺。自宅復帰するが、自宅での食事に困っている。
		食に関する現状	右利きであったため、左手での機能訓練中。なかなか思うように食べられず、手で掴めるものを好む。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】時折、むせることがある。トロミがあると安心。 【口腔内】セッティングで口腔ケアは実施できる
選択カード④	A	認知症の有無	軽度の認知症あり

検討内容

ワーク1 各職種意見

医師

- ・片麻痺があり長時間臥床しているのでは誤嚥性リスクが高い
- ・エネルギーが減って痩せの進行
- ・日中のサービスが大切ではないか

訪問看護師

- ・食べられる工夫・・・環境を整える、トロミの状態の把握
- ・リハビリの継続
- ・口腔状態の観察

介護支援専門員

- ・栄養指導が必要。息子さんの食事支援の雛型
- ・食欲がない原因の把握→検査が必要 脳梗塞再発のリスク

ワーク2 ①支援の方向性

- 認知症：進行を防ぐ。精神的な症状（うつ等）を見ていく必要。
- 食事：食べることを大切に、困っていることを改善（STの介入、口腔ケア、トロミ）
- リハビリ：筋力をUPして自分ができることを増やす
- 息子さんの同居でサービスに制限があるため、自費のサービスを活用
- 本人が困っていないと発言している

ワーク2 ②必要な支援

- 介護保険・・・配食、リハビリ（ST・OT）、日中のデイサービス、食事の支援

ワーク2 ③必要な連携

- 主治医、家族、本人、介入者での方向性の統一！きちんと話し合い本人の意欲を上げるプランの共有

グループ番号（ 8 ）

事例

選択カード①	C	年齢・性別	86歳・男性
選択カード②	B	家族構成等	同居(長男と同居)KP(長男)
		本人の意向	食事は息子が買ってきてくれる総菜を食べている。何も困っていないが、長男も仕事で忙しいから迷惑かけられないと思っている。
選択カード③	A	介護度	要介護1
		疾患	COPD:Hot 導入。労作性の息上がりがあり、活動範囲は狭い。
		食に関する現状	食欲がわからない。一回の食事量が少ない。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】飲み込みはよい 【口腔内】乾燥傾向。齲歯もあり。
選択カード④	A	認知症の有無	軽度の認知症あり

検討内容

<p>ワーク1 各職種意見</p> <p>医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・COPD が一番の問題：呼吸をするためにカロリーが必要。しかし食事量も低下しているため体重減少している。人一倍カロリーが必要。点滴では必要なカロリーは補えない、水分のみ。 <p>訪問看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺炎の危険性あり ・何を食べているのか ・日中の活動：活動減少は本人の意なのか、身体機能低下によるものか、生活環境によるものか <p>介護支援専門員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中の過ごし方 ・介護度の進行
<p>ワーク2 ①支援の方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> ○現状の能力を維持すること（長男に迷惑をかけたくない）
<p>ワーク2 ②必要な支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○アセスメントが重要 ○ヘルパー支援、デイサービスの利用を検討 ○食事：①理想の体重からみた時に、自宅や施設での食事量が適切かを最初の段階で確認しておくこと。不足していれば、足す必要がある。 <ul style="list-style-type: none"> ②栄養剤や栄養補助食品の活用 ③食事介助
<p>ワーク2 ③必要な連携</p>

グループワーク選択カード

基本設定

現状：・食欲がなくなり、この半年で体重減少が著しい。
・柔らかい菓子パンやバナナ、餡ものが好きで回転焼きやたい焼きは良く食べる。

●サイコロ、選択カード対応表

サイコロ	1	2	3	4	5	6	サイコロ	1	2	3	4	5	6
選択カード①～③	(A)	(B)	(C)	(D)	(B)	(C)	選択カード④	(B)			(A)		(B)

選択カード① 年齢、性別

(A) 67歳 男性 (B) 79歳 女性 (C) 86歳 男性 (D) 93歳 女性

選択カード② 家族構成、意向

(A)	家族構成等	本人の意向
	同居：夫婦二人（子供いない） K P：妻または夫	出来るだけ夫婦と一緒に家にいたい。
(B)	家族構成等	本人の意向
	同居：長男と同居 K P：長男	食事は息子が買ってきてくれる総菜を食べている。何も困っていないが、長男も仕事で忙しいから迷惑かけられないと思っている。
(C)	家族構成等	本人の意向
	独居：近所に長女家族 県外に長男家族 K P：長男 日常支援は長女	自宅で過ごしたいが、周囲に迷惑をかけるようであれば施設入居も仕方ないと思っている。積極的な治療は希望されていなかったが、半年後の孫（ひ孫）の誕生を心待ちにしており変化が出てきた。
(D)	家族構成等	本人の意向
	独居：家族はいない、親族とも疎遠 K P：なし	一人は不安だが、集団生活はしたくない。 食事は1日1、2食くらい何か食べればよいかなと思っている。

選択カード③ 疾患等全身状態

(A)	要介護1	疾患	COPD ：Hot 導入。労作性の息上がりがあり、活動範囲は狭い。
		食に関する現状	食欲がわからない。一回の食事量が少ない。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】飲み込みはよい 【口腔内】乾燥傾向。齲歯もあり。
(B)	要介護2	疾患	パーキンソン病 ：内服でコントロールしているが、寡動がみられ、活動性が乏しい。
		食に関する現状	誤嚥性肺炎を繰り返している。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】摂食嚥下機能の低下あり。飲み込みに時間がかかる。 【口腔内】食物残渣がみられる。残っている歯が少ない。歯磨きは自分でできない。
(C)	要介護3	疾患	脳梗塞、右半身麻痺 ：自宅復帰するが、自宅での食事に困っている。
		食に関する現状	右利きであったため、左手での機能訓練中。なかなか思うように食べられず、手で掴めるものを好む。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】時折、むせることがある。トロミがあると安心。 【口腔内】セッティングで口腔ケアは実施できる
(D)	要介護1	疾患	癌末期 ：大腸癌、食事を摂るとお腹が痛くなる。
		食に関する現状	食べたいと思い、口に入れるが、嘔気が出現。食べるとお腹が痛くなる。
		嚥下・口腔内の状態	【嚥下】問題なし 【口腔内】乾燥あり。ステロイド内服で口腔内カンジタあり。

選択カード④ 認知症の有無

(A) 軽度の認知症あり (B) 認知症なし