

北埼玉在宅医療連携室における主な相談対応事例(令和3年4月～令和4年1月)

	相談者	対象者	相談内容		対応	備考
			用件	概要		
1	県内総合病院	患者 63歳 男性	地域における嚥下リハビリについて	市内在住で、がんによる嚥下障害あり。胃ろうを造設し、経管栄養を実施。経口摂取の望みがあるため、言語聴覚士が介入。地域において、在宅で嚥下リハビリが受けられる場所はあるか。	介護保険のサービスでは、訪問、通所ともに言語聴覚士が常駐しているリハビリ施設はなく、通院が可能であれば、言語聴覚士が在籍する医療機関があることを情報提供した。	
2	居宅介護支援事業所	利用者 89歳	退院後の支援体制について	小学生の孫が本人を介護する、いわゆる「ヤングケアラー問題」で高齢者相談センター及び行政が介入。施設入所を目的にPEG(胃ろう)造設するもMRSE(メチシリン耐性表皮ブドウ球菌)の陽性が判明し、施設入所が困難となった。入院先の医療機関で複数の施設を当たったものの受入可能な施設がなく、退院後の在宅サービスの調整をお願いしたい。	在宅では、栄養注入、吸引、保清が主になると思われた。入院先の医療機関に本人の状態、PEG注入状況、長女の介護が可能な範囲を確認するとともに、入院・入所ができない理由を把握した上で、在宅サービスを調整した。訪問看護が複数回介入することで、必要なケアを確保できることを提案した。	
3	登録医	患者 88歳 女性	訪問診療開始時の医療・介護の連携について	認知症による摂食困難、発熱、服薬拒否があり訪問診療の依頼を受けた。初回訪問時に行き、医療・介護の連携について調整をしてほしい(患者情報の登録、多職種による情報共有)。	初回の訪問診療にケアマネジャーと同行。本人の状態を確認し、医師から7日間の点滴指示があった。訪問看護の導入についての説明(料金、頻度、提供する看護内容等)を行い、了解を得た上で、訪問看護ステーションの情報を提供し、当該ステーションとの調整を行った。	MCSで患者情報のグループを作成し、関係者で情報を共有しながら支援した。
4	居宅介護支援事業所	利用者	医師との連携方法について	通所リハビリ(デイケア)の利用者が、血圧変動が大きく、たびたびサービスの利用途中で帰宅となる状況。隣市の総合病院の主治医に指示を仰ぎたいが、「医療と介護の連携 連絡票」は活用できるか。	総合病院の場合は、医師数も多く、電子カルテの導入などで「医療と介護の連携 連絡票」のFAX送信では連携できないと言われているため、利用者の退院時に関わった相談員又は地域連携室に連携手段を確認して主治医に繋いでもらうのがよいと助言した。	
5	居宅介護支援事業所	利用者	透析の通院先について	介護老人保健施設に入所し、協力病院へ透析通院中の利用者。まもなく在宅療養へ移行し、平日はショートステイ、週末は自宅療養を検討中。自宅の近くで透析治療が可能な医療機関はないか。	自宅の近くで通院可能な医療機関を情報提供した。透析の通院先については、現在通院中の病院の相談員と連携し相談をするよう勧めた。	

	相談者	対象者	相談内容		対応	備考
			要件	概要		
6	居宅介護支援事業所	利用者	療養支援体制ベッドの利用について	東日本大震災の際にベランダから転落し、脳挫傷。要介護5で意思疎通が困難、寝たきり状態、胃ろう造設、リクライニングでの座位は可能、登録医が往診中である。療養支援体制ベッドを利用したい。	新型コロナウイルス感染症が落ち着いたら、月2回程度、定期的に利用したい意向。MCSにて療養支援体制ベッドの案内を送付するとともに、希望する入院先の確認と移送に係る費用負担の説明を依頼した。	
7	居宅介護支援事業所	50歳代女性	多問題を抱える方の支援の方向性について	多問題(認知症、独居、身寄りなし)を抱え、夜間に大声を出すなど近隣住民からの相談もあり、高齢者相談センターが介入している。今後どのように相談を進めていったらよいか。	ケアマネジャーとともに情報の整理及び関係者の役割の整理を行った。それにより、不足している情報や今後予測される状況、必要となる対応等を共有し、それぞれ関係機関と協働していくことを確認した。	
8	医療機関	患者 82歳男性	がん末期における訪問診療について	多発性骨髄腫、アミロイドーシスの終末期。在宅看取りを希望しており、退院予定。緩和ケアと看取り対応な往診医を教えてほしい。	地域で対応可能な医師と在宅専門クリニックの情報提供を行った。また、本人及び家族の意向確認を依頼した。	急変などの状況変化リスクが高く、在宅専門クリニックが介入し退院した。
9	居宅介護支援事業所	利用者 70歳代男性	退院後にリハビリを継続できる転院先について	自宅で転倒し、全身打撲及び恥骨骨折により入院中。治療・介護に拒否反応があり、近日常に強制退院となる可能性あり。排泄自立の状態であれば在宅療養が可能と思われる。リハビリ(退院後を含む。)が受けられる病院へ転院を検討しているが、どのように対応したらよいか。	転院先の病院を調整するための情報(本人の身体状況及び意向)を得るため、入院先の医療機関の相談員との連携や、可能であれば本人との面談を勧めた。	
10	居宅介護支援事業所	利用者 80歳代男性	訪問看護の利用について	独居で、心疾患のため専門病院へ通院中。うつ傾向があり、不安が強い。体調変動もあり、特に突然の腹痛及び下痢が出現することがある。不安や具合が悪くなった時に相談できるサービスとして訪問看護の利用は可能か。	対応は可能であり、次回の専門病院への受診の際、医師に訪問看護の利用の意向を伝え、指示書を作成してもらえるとよいことを伝えた。	