

## 令和4年度 在宅医療・介護連携に関する相談内容と対応

| 相談者               | 相談種別    | 相談内容                                                                                                                                                                                                          | 対応                                                                                                                                |
|-------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 調剤薬局<br>薬剤師       | 医療連携    | 病院薬剤師と薬局薬剤師の情報共有ができていないように思う。入院中の処方箋の情報がないため、薬局薬剤師は退院後の薬剤管理が困難なケースがある。また、退院時にかかりつけ薬局に声がかからないため、情報共有ができず連携が取りづらい状況がある。施設入所の場合も同様である。                                                                           | 病院薬剤師と地域の薬局や薬剤師が抱える現状と課題を把握し、支援体制を整えていくことをお伝えした。                                                                                  |
| 医療関係者<br>(6件)     | その他     | 相談窓口はどのようなものか。何を相談すればいいのか教えてほしい。                                                                                                                                                                              | 医療・介護関係者を対象に、医療・介護連携に関することや社会資源等の相談を受け付けている。相談内容に応じた情報提供を行い、スムーズに連携・調整が図れるよう支援していく。また、地域の医療・介護連携における現状と課題を把握し、支援体制を整えていくことをお伝えした。 |
| 診療所<br>看護師        | 医療・介護連携 | 訪問診療や往診時に多職種間での情報共有等がスムーズにできない。医療・介護の連携を図りたいが、相手のことがよく分からず連携を取りにくい部分もある。どうしたらいいか分からない。何かできることはないか。                                                                                                            | 連携がうまくいかないケースを共有した。必要な支援体制についてヒアリングを行い、連携強化のための体制構築、顔の見える関係づくり、多職種研修会などを開催することをお伝えした。                                             |
| 地域包括支援センター<br>看護師 | 医療・介護連携 | 「足がむくみ、体調も悪く、一人の生活に不安があるため総合病院に入院希望したが必要ないと断られた。在宅医からショートステイを利用するよう勧められたが、どうしたらいいか」と独居高齢者の家族から相談があり、『体調不良時のショートステイ利用はお勧めしない。主治医に相談し、地域包括ケア病棟の利用もできると思う』と助言したが、地域連携室を通して相談するように助言したほうがよかったか。また、レスパイト入院は利用できるか。 | 入退院に関することは地域連携室を通して相談した方がスムーズに調整できるのではないかと回答した。また、レスパイト入院の利用条件や同じような事例でレスパイト入院を利用したケースを情報提供した。                                    |

| 相談者                    | 相談種別      | 相談内容                                                                                                                                                                                                             | 対応                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地域包括支援センター<br>ケアマネジャー  | 医療機関の情報提供 | 過体重により膝が悪く手術をするしかないが、リスクもあると言われている方。体重管理のための入院を希望しご本人自ら病院に相談したが、主治医(整形外科)の許可がないと入院できないと断られた。現在は膝の痛みが増悪し救急搬送され入院しているが、近々退院する予定である。ご本人は体重管理を望んでいるが、教育入院できる病院や退院後の生活をどうしたらよいか教えてほしい。                                | 退院後の通院による体重管理や支援方法について、整形外科と内科のある病院で診療を一本化しフォローしてもらってはどうかと提案した。また、ダイエット教育入院ができる可能性のある病院や肥満外来のある病院、病的肥満に対して保険適応で手術している病院を情報提供した。                                                                          |
| 地域医療連携室<br>医療ソーシャルワーカー | 社会資源の情報提供 | 当院に入院歴がある患者が腹痛を訴えては救急車で来院し処方帰宅の状況が続いている。卵巣腫瘍の疑いがあり当院では精密検査ができないため、専門医の診察を予約するが受診できていない。受診するよう何度も説明するが、知的・発達障害もあり理解が難しい。ご家族はご本人と疎遠のため対応したらいいか。何か利用できるサービスを教えてほしい。                                                 | 担当ケアマネジャーに当該患者の状況を確認した。対象疾患に対する手術や薬物療法を行っている医療機関を情報提供した。また、通院介助サービスや介護タクシーの利用ができること、身体障害者手帳・療育手帳保持者の福祉に関する支援、福祉タクシー乗車券等の情報を提供し、手続きの窓口をお伝えした。                                                             |
| 地域医療連携室<br>医療ソーシャルワーカー | 退院支援      | 血糖コントロールのため入院中の高齢者で、在宅時は低血糖で再々救急搬送されていた。入所していた老健がインスリンの管理が難しいため受け入れ不可となり、他施設を検討予定だったが、ご本人やご家族は在宅を希望している。しかし、担当ケアマネジャーから「在宅は難しいのではないか」との意見があった。なるべくご本人やご家族の意向に沿って退院調整をしたいがどう支援したらいいか。                             | 在宅療養を検討するには、ご家族がインスリン管理ができる状態かどうか評価する必要があること、急変時の体制を整えておく必要があることをお伝えした。在宅のかかりつけ医を持ったほうがいいことをお伝えし、当該患者の居住エリアで在宅インスリン療法の継続的な管理指導が可能な訪問診療医を情報提供した。ケアマネジャーが在宅は難しいと考えている理由やご本人・ご家族の意向を確認し、療養場所を検討してはどうかと提案した。 |
| 地域包括支援センター<br>保健師      | 社会資源の情報提供 | 独居高齢者で市外の病院へ転院し、入院費は義姉が払っている。義姉より「いつまで払うのか。私が払えなくなったらどうなるのか」と相談があった。義姉は周囲に相談しているがすぐに忘れてしまい、説明しても理解できずに堂々巡りな状態。その他、協力を得られそうな人はいない。入院先の相談員に患者本人の通帳から引き落とすように手続きしてほしい、義姉とも話をしてほしいと依頼しているが難しいかもしれない。解決策や使えるサービスはないか。 | 口座振替の可否や義姉との話の進捗状況について、入院中の病院の相談員に確認すること、かけはしや成年後見制度を活用すること、自包括の社会福祉士と情報共有し成年後見制度の手続き等の支援をしてはどうかと提案した。また、支援が難しい場合は重層的支援推進室に相談できることをお伝えした。                                                                |

| 相談者                   | 相談種別           | 相談内容                                                                                                                                                                                                                                                                  | 対応                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地域包括支援センター<br>保健師     | 医療・介護連携        | 「包括担当の患者が転院したので、基本情報をFAX又は郵送してほしい」と病院から連絡があった。包括は入院情報提供加算を算定できない中で情報提供することは負担になる上、基本情報は病院が聴取するものではないかと伝えると「回復期病院も転院での受け入れは連携加算請求できない。急性期病院から情報提供してもらえず、入院前の情報収集のために居宅等をお願いしている」との回答であった。FAXは情報漏洩のリスクから使用したくないと伝えると郵送でもいいと言われたが、コスト面で難しい。HM-BOXについて確認したところ使用していないとのこと。 | HMネットやHM-BOXの利用促進を進めるとともに、円滑に情報共有できる他の仕組みを検討する。また、急性期病院から回復期病院に転院する場合において、居宅等からの入院時情報を提供できないのは何故かを確認し、改善できる点はないか検討すると回答した。                                                        |
| 居宅介護支援事業所<br>ケアマネジャー  | 介護サービス事業所の情報提供 | 要介護5の寝たきりで、デイケアやショートステイを利用中の利用者が入院中で、在宅へ向けて退院調整中である。1日を通して喀痰吸引が必要で、介護者のレスパイトのため夜間も喀痰吸引できるショートステイを教えてほしい。                                                                                                                                                              | 登録特定行為事業者一覧を情報提供した。あくまで事業所として喀痰吸引できる手続きを取っているだけで、実際に可能かどうかは事業者を確認する必要があることをお伝えした。                                                                                                 |
| 地域包括支援センター<br>ケアマネジャー | 医療機関の情報提供      | 病院を受診しては、自分の思う診断をしてくれないと医師に不信感を抱き、処方薬を自己中断し病院を転々としていて、その度に包括に電話相談がある。同じことを繰り返し継続通院や服薬に至らない。「頸椎狭窄症とうつ病を同時受診できる病院を教えてほしい」と家族から相談があったが、包括では病院の紹介は難しいので教えてほしい。包括がどこまで関わったらいいか分からず、中立的立場で相談できる窓口はないか。                                                                      | 地域医療連携室に精神科と他科を同時受診する場合の流れなどを確認し、医療相談ができる相談窓口と併せて情報提供した。治療や服薬調整について医師と相談しながら継続通院する必要性を伝え、今後についてご本人・ご家族と話をしてはどうかと提案した。また、自包括の保健師、市保健センター、その他関係機関と情報共有し、いつでも対応できるようにしておいてはどうかと提案した。 |
| 地域包括支援センター<br>ケアマネジャー | 医療機関の情報提供      | 「入院中の療養型病院のケアに不安があるため、病院を変えたい。どこかいいところを教えてほしい」とご家族から相談があった。どこか教えてほしい。また、病院が転院先を探してくれるのか。                                                                                                                                                                              | 現時点でご本人の状況やご家族のニーズが分からないため、療養者本人の状態や受けているケア、ご家族が不満に思っていることやニーズなどを具体的に聞き取りしたうえで療養の場を検討してはどうかと提案した。病院や施設へ転院となれば、入院中の病院の相談員が調整すると思うと回答した。                                            |

| 相談者                  | 相談種別      | 相談内容                                                                                                                                                                                                                                  | 対応                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居宅介護支援事業所<br>ケアマネジャー | 医療機関の情報提供 | 右橈骨遠位端骨折、感染症罹患中の利用者で、最近食事がとれなくなり総合栄養食品を補助的に摂っている状態である。感染症罹患中のため訪問できず、ご家族との電話で状況把握している。ご家族はできるだけ家で頑張りたいと言っているが、このまま食事が摂れなくなったら栄養状態も悪くなるため入院した方がいいと思うが、感染症罹患中でも受け入れ可能な病院はあるか。また、入院できない場合に利用可能な訪問系のサービスはあるか教えてほしい。ケアマネジャーから医師に連絡してもいいのか。 | 現状を把握し、医療の視点から緊急性があるか判断する必要がある。かかりつけ医に連絡し、現状の確認と今後の治療や在宅療養について相談し、ご本人とご家族を交えて検討してはどうかと提案した。また、医療機関への入院の可否や入院までの流れ、訪問看護を利用する際の注意事項や受け入れ条件、感染管理認定看護師の対応などについて情報提供した。                                                                                                           |
| 居宅介護支援事業所<br>ケアマネジャー | 医療・介護連携   | 右大腿部頸部骨折で手術した利用者。在宅に帰る前提で地域包括ケア病棟へ転院したが、ご家族より「自宅に帰っても転倒するかもしれない。家ではみれないから何とかしてほしい」と相談があった。ご家族が在宅に帰ることを納得した上での転院だったが、実のところ納得していなかった。本人とは面会ができていない。地域医療連携室から入院期日が提示されており、どうすればいいか。                                                      | ご本人の状態を把握するために面会してはどうか。可能であれば主治医に出席してもらい、医療ソーシャルワーカーやご本人・ご家族を交えた話し合いの場をもち、今後の対応を検討してはどうかと提案した。また、入院中にご本人・ご家族の意向を医療機関と情報共有ができていればよかったことをお伝えした。相談者の意向をふまえて担当医療ソーシャルワーカーに面談依頼をし、今後について調整した。                                                                                     |
| 訪問看護ステーション<br>看護師    | 医療・介護連携   | 医師に訪問看護指示書を書いてもらえない。医師と話もできない状況で困っている。医師と話ができるようにつないでほしい。                                                                                                                                                                             | 地域包括支援センターと情報共有を行い、利用者の状態及びサービス利用状況を確認した。今回の経緯について、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、地域包括支援センターで情報整理を行い、ケースの振り返り、課題の共有、今後の対応について協議した。<br>協議した内容をふまえて医師と面談し、状況確認および訪問看護ステーションの意向を伝え、連携調整を図るとともに今後の地域医療について引き続きの協力を依頼した。<br>後日、地域包括支援センターとケースを振り返り、介護保険サービスの使い方や提供方法について再確認した。今後意見交換する場を設定する。 |

| 相談者                    | 相談種別           | 相談内容                                                                                                                                                          | 対応                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問看護ステーション<br>看護師      | 介護サービス事業所の情報提供 | 障害のある方で通所系サービスやグループホームなどを利用しながらご家族が生活支援をしている。現在骨折で入院中。ご家族は退院後も可能な限り自宅での生活を続けたいとの思いがある。24時間対応可能な介護サービス事業所を知りたい。                                                | くれ福祉のお役立ちサイト（しゅってクレ）の概要やサイトの活用方法について説明し、資料を送付した。<br>また、24時間対応可能な介護サービス事業所について、呉市ホームページにも掲載されていると回答した。                                                                                                       |
| 地域医療連携室<br>医療ソーシャルワーカー | その他            | 院内で災害避難訓練を実施した際に、「帰宅困難者などを受け入れる福祉避難所は呉市にあるのか」「災害発生時の行政との連携はどのようにするのか」などが話題に上がった。<br>病院として地域の事情を把握しておきたい。呉市の福祉避難所や災害発生時の行政との連携について教えてほしい。また、問い合わせ窓口があれば教えてほしい。 | 現時点で病院から直接避難できる福祉避難所はなく、災害発生時は、基本的に①自宅へ帰る②一般的な避難所へ避難③福祉避難所へ避難という選択肢がとられると回答した。<br>災害発生時の行政との連携について、危機管理課が窓口となり、対策本部を設置し指揮対応する。高齢者の対応は高齢者支援課が行い、障害者の対応は障害福祉課が行うなど、様々な対策班を設置して対応する。避難所については、地域協働課が窓口になると回答した。 |