

令和5年度 退院調整相談支援における困難事例（高齢者サポートセンター）

年齢	性別	世帯	依頼元	概要	対応
80代	女性	同居	家族	<p><b>介護保険申請手続き及びサービスの暫定利用について対応に苦慮した事例</b></p> <p>てんかんにより救急病院入院。夫が来所し、介護保険申請の手続きを希望。夫の了承を得て高サポから病院の相談員に連絡し、主治医意見書の記載を依頼するが、救急病院であるため対応できず。退院後は介護保険の訪問リハビリ導入となったため、高サポにてケアプランの作成をしてほしいと依頼あり。暫定利用の場合、高サポでは対応不可なことを説明したところ納得されず、対応に苦慮した。また、訪問リハビリの指示書については、退院後に他病院に受診してもらいそこで作成してもらう予定とのことだった。</p>	<p><b>関係各所との連携による状況整理</b></p> <p>本人のかかりつけであるクリニックに高サポから主治医意見書作成依頼し、対応していただいた。ケアプランについては介護保険の流れを説明し、こちらでケアマネ受託事業所の選定をし、ケアマネ調整をした。訪問リハビリの指示書はケアマネに事情説明し、ケアマネと相談員で連絡していただくように対応依頼した。</p>
70代	女性	独居	CM	<p><b>サービスの暫定利用について、関係者内での情報整理が困難だった事例</b></p> <p>生活保護受給中。 血糖コントロール不良にて入院。入院中にMSWにて介護保険申請実施。ADLは自立しており非該当のリスクもある中、病院が提示した退院条件は「訪問看護を週3回入れること（暫定利用）」。病院からの依頼で担当を引き受けたケアマネが、不安を抱え高サポに相談。</p>	<p><b>制度について情報共有を図るよう助言</b></p> <p>ケアマネへ、制度について再度生保CWか病院MSWに投げかけてみることを助言。退院後は特別看護指示書が出て医療保険にて訪問看護使用、約1か月後に介護保険に切り替えた。認定結果要支援1。介護保険へ切り替え後は週1回訪問看護利用中。</p>
70代	-	同居	-	<p><b>サービス利用を拒否している呼吸器疾患の方の退院支援</b></p> <p>高齢世帯。精神疾患の子どもと行方不明の子どもあり。同居人は理解力が低く、混乱するとパニックになったり、支援を拒否したりする。本人の弟は知的障害で近隣県にある施設に入所中。本人は呼吸器疾患のため近隣県病院入院中で、「退院しても面倒をみられない、助けてほしい。」と同居人から相談。 労作時に強い呼吸苦があり、ベッド上安静の指示あり。在宅酸素導入が必要とのこと。介護保険は未申請。 訪問診療は入ることができたが、介護サービスは拒否。</p>	<p><b>訪問診療の導入</b></p> <p>介護保険申請代行。認定調査立ち合い。訪問診療及び介護サービスの必要性があると判断し、ケアマネを含めて調整を行った。しかし、同居人の理解力の低さからも拒否が続き、困ったことがあるとパニックになり、高サポが呼びだされる。同居人を説得しながら訪問診療につないだ。必要に応じてケアマネにつないでもらうよう訪問診療に依頼。</p>
60代	女性	同居	-	<p><b>サービス利用を拒否している精神疾患の方の退院支援</b></p> <p>70代夫との高齢・生活保護世帯。 本人は40年来の統合失調症で精神手帳1級。夫は統合失調症ではないが精神手帳2級あり。夫婦で殴り合いの喧嘩をしたことを機に虐待ケースとして対応していたところ、夜間本人が不穏になった際夫が警察通報し精神科病院に入院。入院後もしばらく独語や不穏行動が続いたが、夫は拘束されているストレスだと言い、入院や退院後のサービス導入への受け入れが良くない状態であった。</p>	<p><b>サービス導入の支援</b></p> <p>退院前カンファレンスを開催。最初は夫を交えずに医師、MSW、生保CW、高サポの関係者のみで支援方針のすり合わせを行った。訪問看護などのサービスの導入を退院の必須条件とし、改めて夫も交えた場で説明。了承を得た。訪問看護は医療保険にて介入。介入当初本人・夫共に難色を示していたがCWより退院の条件であったこと説明し納得される。高サポにてケアマネを調整し、通所型サービスを提案。一時拒否を見せたが見学にて気に入り現在は順調に利用ができています。</p>
80代	女性	同居	-	<p><b>家族の介護力が乏しい、がん末期の方の支援</b></p> <p>病院外来看護師からの相談。乳がん末期。自宅で転倒後自力歩行困難となる。病院では治療対象ではなく入院できない為どうしたら良いかの相談。 高齢世帯。生活は本人主導。室内は物が散乱し自分の定位置のみ空間がある状況。客観的に見て介護力はなく、本人が希望する在宅療養はできない。又相談時、熱発・褥瘡もあり緊急性を要した。K Pは長男（近隣県在住）1回/月程度顔を見に来る程度。次男（市内在住）は1回/週の買い物サポートのみ。 長男との連絡手段は「メール」のみであるため、正確な情報が伝わりにくい。在宅介護支援や、施設入所の可能性を含めた話し合いや金銭的支援に関しても消極的。</p>	<p><b>関係各所との連携</b></p> <p>病状に対する理解力が乏しいため、本人や夫には「末期がん」という事が理解されていない。K Pである長男に、病院からの病状説明に同席し正確な情報共有をしてもらう。 高サポでは包括支援病棟を持つ病院の入院調整を行う。緊急性を要する状況であるため、長男に電話連絡するが、仕事で理由に関わる事をしない。次男とは病院での退院調整会議時直接話す事は出来たが、支援は出来ないと言われた。入院中に「要介護3」の認定が下りる。褥瘡の状態も持続。ケアマネ調整、訪問診療・訪問看護の調整を行い在宅療養となる（主介護者は夫）。 長男は、夫（父親）とSNSでのやり取りだけで、面会や病状説明には来ない。ケアマネ介入後も長男とのやり取りはSNSのみ。介護サポートには介入しない。介護力のない夫の介護サポートの結果、再入院となってしまう。</p>
-	女性	独居	-	<p><b>認知機能低下がみられる清潔保持が困難な独居女性の退院支援</b></p> <p>転倒し動けなくなり、救急要請し入院。 高齢女性、独居、身寄りなし、認知機能低下。 自室はノミが多くおり汚染。 入院前後、体動困難で家賃を未払い。 ペット（猫・亀）あり。</p>	<p><b>介護保険及び後見人手続きの支援</b></p> <p>介護申請し、退院後は小規模多機能利用。ケアマネ引継ぎ。 認知機能低下のため、退院後の意向が定まらず、丁寧な聞き取りを行う。 今後、後見人つく予定。 家賃は大家さんと相談。近所の方が持って行ってくれる対応となった。 本人入院時に保護猫活動をしている方と偶然出会い、入院時に猫と亀を預かってくれた。</p>
80代	女性	-	-	<p><b>虐待の可能性がある方の退院支援</b></p> <p>圧迫骨折で外来受診し、病院MSWから虐待の可能性があり社会的入院となったケース。 病院MSWの考える分離保護に至らず、退院後の受け入れ先を探すことが難しかった。 病院MSWとの関係構築にも苦慮した。</p>	<p><b>親族や市川市生活サポートセンターそらとの連携</b></p> <p>ショートステイを利用。積極的介入を促す親族の協力をいただきながらリハビリ病院への転院に至った。 同時に50代息子の支援に自立相談支援機関窓口「市川市生活サポートセンターそら」と連携し介入。退院に向けて病院で複数回カンファレンスを実施した。 認定結果が要介護となり、高サポケアマネから居宅ケアマネに移行して、サービス調整をし、在宅復帰となった。</p>