事例１．医療系サービスの導入

Aさん　80歳代　男性　慢性心不全　臥床傾向

新規申請で要介護１（心不全の状態が不安定）

新たにケアマネ担当

本人は、「リハビリがしたいので、知り合いが通っている近くの通いの施設（デイケア）を利用したい。」と希望。

家族は、「通いの施設（デイケア）だけでなく、体調面が不安なので看護師にも来てほしい。」と希望。

家族の同意を得て、松江市に要介護認定等情報提供を申請。「サービス提供時における医学的観点からの留意事項」、「その他、特記すべき事項」には留意点、制限の記載がないことを確認。

本人、家族の意向に沿って希望する事業所（デイケアと訪問看護）と調整を行い、事業所からは受け入れ可能と返事をもらった。

その後、主治医に連絡票で診療報提供書と訪問看護指示書の依頼をした。主治医からは「なぜリハビリが必要と判断したのか？」「心不全があり負担がかかるが誰がリハビリの可否や内容を判断するのか？」「訪問看護は必要と思う」と質問、意見を受ける。

事例２．介護保険区分変更申請

　Bさん　80歳代　男性　要介護2　自立度A2　認知度Ⅱａ

高血圧症、糖尿病、認知症

妻と２人暮らし　市内の長男夫婦が支援

本人は、在宅生活を希望

妻も一生懸命に介護しているが負担を感じている。金銭的余裕はない。

　通所介護(デイサービス)週2日　訪問リハビリ週1回　福祉用具貸与（手すり）利用

7月19日(金)　妻がデイサービスに「元気がないので休ませる」と電話。

　　　　　　　デイサービスからケアマネに電話報告。

　　20日(土)　食欲不振で19日から粥1杯、お茶1杯。長男と内科(主治医)を受診。

点滴施行。

主治医からケアマネに連絡（状態や訪問看護の提案など）なし。

　　22日(月)　ケアマネが妻に電話。妻より「昨晩から立てなくなり、支えろと言われてもできない。オムツにしているが、それも大変」。

　　　　　　　ケアマネが自宅訪問。本人は「食べたくない、体に力が入らない。しんどい」。ケアマネは妻に状態悪化にて介護保険区分変更申請を提案、同意される。

　　23日(火)　ケアマネより主治医意見書依頼をFAXする。

主治医は、状態悪化から現病の悪化や新たな疾患の合併などの検討が必要と判断し病院紹介。検査の結果、脱水、腎不全が見つかり入院となる。

　　24日(水)　入院したことを妻がケアマネに電話連絡。