

# 家族の介護がやってきた

---

ケアマネジャーがお手伝いします。

ケアセンターいこい  
指定居宅介護支援事業所  
小野寺 和恵

# こんな時にケアマネ登場！

退院後、どうしたら？

介護保険の認定結果が届いたけれど・・・

一人で生活するには不安が・・・

自宅で入浴することが大変・・・

リハビリをして元気になりたい

# 《入院》 ・ ・ 急に退院と言われた が ・ ・ ・

- 病院によっては、医療相談室があります。そこには医療相談員がおります。  
～まずは相談を～
- 介護保険の申請の方法の説明
- 必要に応じて制度についての説明
- 退院後に自宅に戻るか施設を検討するか等の意向確認をされると思います。



## 介護保険申請後

⇒ケアマネジャーを選ぶ



→退院後について本人、家族等と一緒に相談します。意向確認や在宅に戻る場合は生活環境の確認、関係機関との調整等。

その後、退院に向けてカンファレンス（話し合い）をします。

ここで事例を紹介します！



# 余命告知あり・・・家に帰りたい

- 66歳 男性 要介護4  
癌が骨転移し、腸に癒着
- 3月6日 A病院入院しており、来週退院予定  
と家族より相談あり。介護保険申請中
- 3月8日 本人に意向確認後、自宅訪問し環境の  
確認（福祉用具配置等も考慮して）  
左下腹部処置のため訪問看護指示あり

- 3月13日 カンファレンス（体調の良いうちに退院するよう指示あり）
- 3月16日 退院。疼痛ややあり。食欲なし。本人の好きなアイスを数口摂取。
- 3月30日 経済的負担もあり訪問看護中止の希望あり、処置は妻が行う。
- 4月11日 歩行器でトイレまで移動可能となり食欲も出てきた。デイサービスでの入浴をいつも楽しみにされている。
- 5月22日 パウチ装着のために入院

- 7月20日に退院したが、食欲なくプリンやアイスを数口食べて過ごす。
- 訪問時に「デイサービスの職員元気？」  
「でも、もう行けないけどね・・・」と本人さんからの言葉。
- 7月30日 病院にて他界される。

### ◎私達にできること・・・

ご本人や家族に寄り添い傾聴すること。  
医療機関との連携



病院

デイ  
サービス

本人・  
家族

訪問看護

福祉用具

ケアマネ  
ジャー

# 機能訓練をして、社会復帰したい

- 73歳 男性 要介護4
- 入院生活が長く、手足の拘縮や筋力の低下
- 起き上がりも着脱も自力ではできない  
⇒ “自分でできるようにになりたい”
- 退院後はデイサービスで入浴を・・・（自宅  
で入浴する方法を訓練しながら）
- 併せてデイサービスで機能訓練も実施  
⇒ 2年後・・・要介護2
- 外を一人で散歩できるようになりました！！



退院時：病  
院との連携

福祉用具・デイ  
サービス（入  
浴）・機能訓練

機能訓練  
福祉用具

家族や友人  
の協力

機能訓練  
継続中





# 認知症・・・どうしよう

- 64歳 女性 独居 Mさん
- アルツハイマー型認知症
- 県外に住む娘さんより相談あり
- 物忘れが多くみられるようになり、食事の作り方を忘れてたり服薬管理が難しくなってきた
- 時折、近くに住む親戚宅まで歩いて行くが、道路を横断する時に左右確かめずに渡る。
- ごみの分別方法がわからないので、混ぜて持って行ってしまう。
- 犬の散歩をして転倒したなどなど



地域住民  
民生委員

医療  
(専門医)

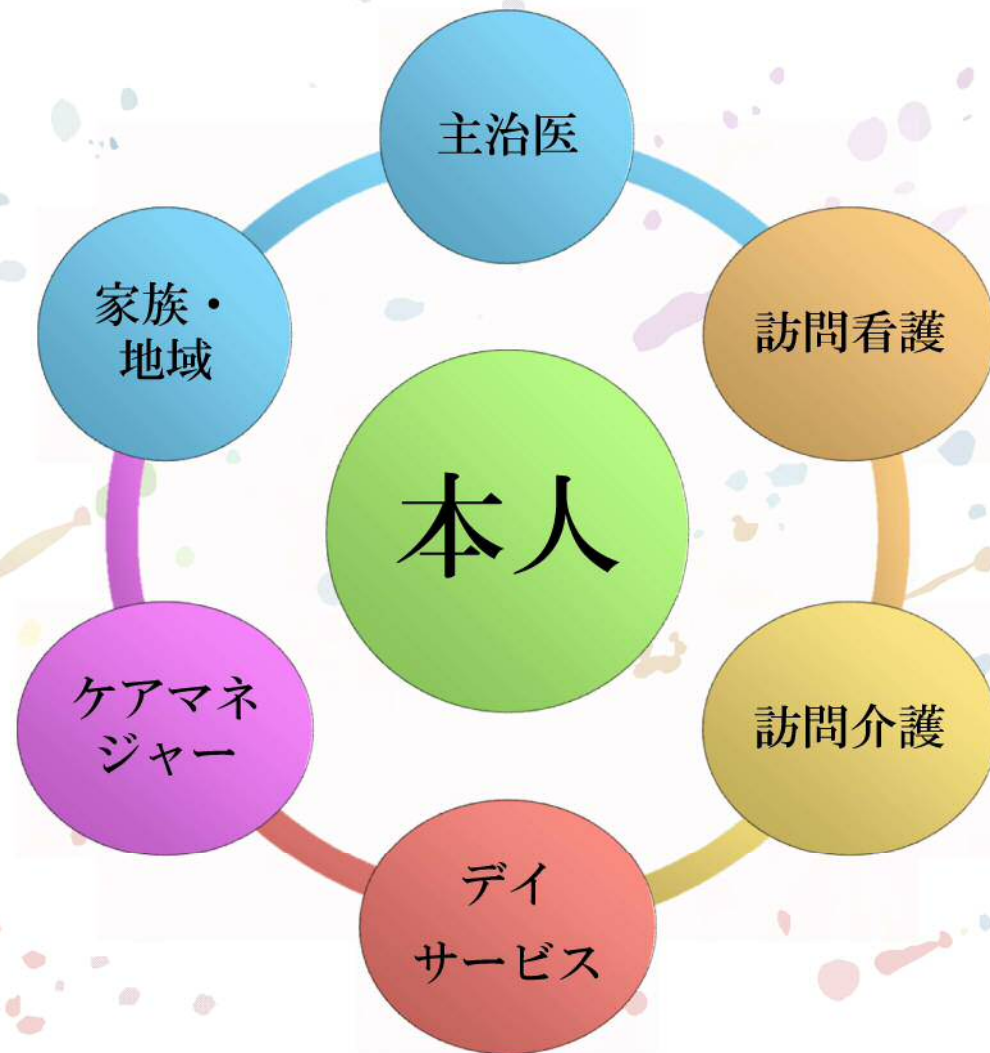
本人

ヘルパー・  
デイサービ  
ス

ケアマネ  
ジャー

## 一人暮らし... 糖尿病

- 83歳 男性 要介護1
- 糖尿病にてインシュリン施行
- 調理が困難で、糖尿病の進行予防も含めヘルパー利用をしている。
- 訪問看護により糖尿病の管理をしているが、認知機能低下によりインシュリン自己注射が段々困難となってきた。
- 施設入所は希望しない。今後は・・・





## 家族は大丈夫と言うけれど・・・

- 80歳 男性 長男と二人暮らし
- 妻が急逝後、本人も体調を崩す
- 食事の支度は妻が行っていて、本人は作ることはしなかった。ご飯だけ食べたり、冷蔵庫の中の残り物を食べたりの生活が多かった。
- 長男に食事のことを確認すると・・・
- 「大丈夫。俺より食べていますから」と返答
- その後、入退院を繰り返すように・・・
- 様々な方法を促すが、「大丈夫！このままで」

本人

家族

ケアマネ  
ジャー・介  
護事業所



とりあえずケアマネジャーは・・・  
介護が必要になったら相談する人

- 介護保険を申請したけど・・・
- デイサービスってどんなところ？
- 家で最期まで看取りたい・・・
- 施設に入りたいけど・・・

★各関係機関の方々との調整をします。

# ケアマネジャーと医療との連携

診察・  
入退院時の情報共有

介護保険申請時の意見書

主治医

訪問看護指示書  
リハビリ等利用時の  
診療情報提供書

軽度者福祉用具貸与時の  
意見書

## 医療のアドバイスを・・・

- ケアマネジャーの基礎資格は介護福祉士が多いです。
- 医療用語を頑張って覚えるよう日々努力していますが・・・
- 退院時などに今後予想できる症状と対処方法について、在宅生活の中での注意点を教えていただきたいと思います。



## 地域の協力

- 夫が転んで起き上がれなくなったけど、誰かに手伝ってほしい
- 隣の〇〇さん、元気かしら？
- ゴミを捨てたいけれどもも持っていくことができない
- 迷子になってしまい、家に帰れない

地域の皆さん一人一人の助け合いが大切です。

## 在宅での介護を続けていくために

### 介護保険が始まった頃

- 訪問診療に携わる医師は旧一関市内で僅かでした・・・
- なかなかお願いしづらかった。

### 現在は・・・

- 在宅に訪問して下さる医師が多くなってきております。  
「いわい西」等
- IZAK（一関市在宅緩和ケア支援ネットワーク）・・・医師や看護師、行政関係者・福祉サービス事業所、薬剤師、一般市民等が連携

在宅での介護を続けるために・・・

- 自宅で安心して看護・介護をしていくために各関係機関の多くの人達が応援してくれます！

“まずは相談してみましよう。”





## これからの課題・・・

- 地域で安心して暮らしていくための医療体制
- ちょっと困った時のご近所の協力
- 誰もがなりうる認知症・・・
- みんなでできること
- 医療・介護・行政の連携により地域住民の皆さんがよりよい介護ができるための体制作り

# ケアセンターいこい 指定居宅介護支援事業所

- 介護支援専門員

一関 6名

平泉 1名

『信頼・親身・進取』  
をモットーに  
頑張っています！



ご清聴、ありがとうございました。

