

梅子さんとケアマネジャー 2



今日は梅子さんのお孫さん、ケンタ君、夏休みになったので、おばあちゃんの家に行くことになりました。お母さんと一緒に梅子おばあちゃんのおうちに遊びに行きます。

「又、巣鴨へおばあちゃんと一緒に行きたいな。」ケンタ君は楽しそうに言います。今日は真夏日で外はとても暑いです。ケンタ君、帽子かぶろうね！

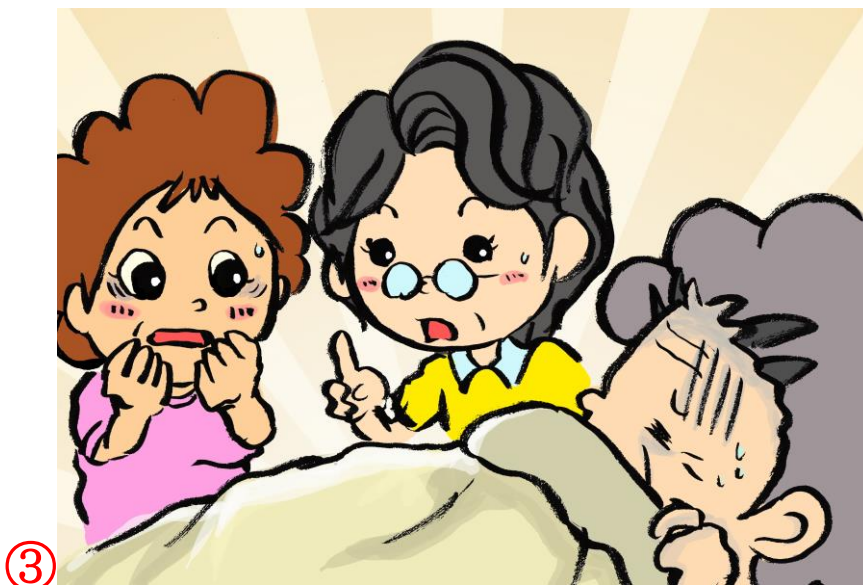
梅子さんのうちに着きました。ケンタ君がベルを鳴らします。しばらく待ちましたが中から返事がありません。何度もベルを鳴らしても、応答がないので、お母さんは持っていたかぎを使って中に入りました。



すると梅子さんはベッドで苦しそうに唸っています。「おばあちゃんどうしたの？」梅子さんととても苦しそうです。「なんだか調子が悪い」そう言うとケンタ君が声掛けをしても応えず、眠ってしまいました。様子がおかしいので、お母さんがケアマネジャーの松子さんに連絡をしました。

「なんだか、おばあちゃんの様子がおかしいのですが、どうしたらよいですか？」

「すぐに梅子さんのお宅に行きます！」ケアマネジャーの松子さんの頼りになる声が聞こえました。



20分程すると松子さんが訪ねてきました。松子さん、早速梅子さんに話をしますが、あまり受け答えができず、梅子さんはぼーっとしているようです。

「もしかすると熱中症や脱水の可能性もあるので、救急車を呼びましょう。」

松子さんの素早い対応で、救急車を呼びました。



④

近くの病院に緊急搬送された梅子さん。点滴がつながれました。治療をしてくれた先生が娘さんとケンタ君に話しかけます。「水分が足りなかったようですね。脱水症状を起こしています。これから、2週間ほど点滴治療で様子を見ますよ。」

体重1kgにつき30ccのお水 



梅子さん→50kg
500ミリペットボトルの水

 × **3本必要!**

⑤

人間は一日に、自分の体重1kg当たり30ccの水を飲まないと脱水になってしまうので、意識もなくなることがありますから、特にお一人で暮らしているお年寄りには気をつけないとね。」ケンタ君もお母さんも一安心。

「梅子おばあちゃん、早く良くなってね」ケンタ君は梅子さんの手を握って話しかけました。

「心配掛けてごめんね」梅子さんはケンタ君の頭をなでて答えました。



⑥

梅子さんが入院をしてから1週間ほどたったある日、松子さんの勤めるケアマネジャーの事務所に一本の電話が入りました。

「はい、マイタウン居宅支援事業所です。」

「私、天神病院の在宅支援相談員(メデイカルソーシャルワーカー)の石野といいます。梅子さんの退院の件でお電話させて頂きました。」話の内容は梅子さんの病気が良くなったので、そろそろ退院を考えているが、入院のため歩行状態があまり良くなく、トイレも看護師さんに見守りをしてもらわないと、転ぶ危険があるとのことでした。退院に向けてカンファレンスを行うことになりました。



⑦

カンファレンスとは病院などで、患者さんの病気をどのように治すか会議を開く事ですが、ここでいうカンファレンスは退院して自宅で生活する時に、どのような支援が必要なのかを話し合う場所で、最近では在宅復帰の際、ケアマネジャーも一緒に退院に向けての話し合いに参加をする事が多くなっています。



⑧

当日、松子さんは病院に行き、先生や担当の看護師、リハビリの先生、娘さんなどとお話をしました。入院してから、食欲が落ち、歩行も不安定だとのこと。

また、先生から特殊寝台(介護用ベッド)や在宅でのリハビリ(訪問リハビリ)を行って、日常生活の身体状況を入院前の状態に戻すことを勧められました。その間、食事の準備やら、家族が対応できない場合はヘルパーさんを派遣したほうがよいということも先生からお話をされました。



⑨

松子さんはご家族に同意してもらい、介護保険で、区分変更をかける事になりました。

区分変更とは介護保険の利用者が認定調査を行った時より、状態が悪くなった際、正しい、認定を再度行うための認定調査を行うことができる仕組みです。本来なら、認定期間中は同じ介護度で認定期間をすごしますが、今回のように、状態が悪化した場合は再調査をする事が出来るのです。ケアマネジャーさんに相談すると代行申請をしてもらえます。

松子さんは梅子さんが退院するまでの間に、先生に言われたこと、娘さんの言った事を参考に、在宅のケアプランを立て直すことにしました。しかし、調査が終わって、結果が出るまではあまりたくさんのサービスを入れると、介護保険の限度額から出てしまう可能性があり、限度額から出てしまうとその分は1割負担が10割の負担になってしまうので、経済的にも本人の負担する金額が増えてしまい、生活を圧迫する可能性もあります。調整をするのはとても難しい作業です。(R7年4月現在、一年の収入に応じて、1割、2割、3割負担の方がおります。)



⑩

松子さんはご家族に毎日、娘さんが来て、梅子さんの身の回りの世話ができるのかを確認しました。「私は仕事を持っているので、毎日とは来られないかもしれない。でも、なるべくおばあちゃんのところに来るようにします。」

松子さんは娘さんに「退院したとき、ご自宅で担当者会議を開きましょう。」と伝えました。「そんな事をしないといけないんですか？」娘さんはちょっとめんどくさそう。すると松子さん「担当者会議とは梅子さんを中心として、家族やサービス担当者によるチームを作り、皆で一緒に梅子さんが元気におうちで暮らせるよう、チームの誰が何を担当して支援するのか具体的に作る場なんです。介護保険の更新時や区分変更をかけたとき支援の内容が変わる時)には開催します。梅子さんが自宅で暮らすためですから、自宅で開催しましょう。退院の時、バタバタして大変だと思うけど、協力をお願いします。」

⑪



梅子さんが待ちに待った退院の日です。病院に迎えに行ったケンタ君もお母さんもみんな梅子さん宅に戻ってきました。
そこに松子さんがやってきました。「退院おめでとう！良かったね、梅子さん」松子さんととてもうれしそうでした。



⑫ そのあと、ヘルパーの責任者の人。訪問看護の責任者の人。福祉用具の担当者、続々と訪問してきました。進行役はケアマネジャーの松子さん。「まずは初めてお目にかかる方もいるので自己紹介からはじめましょう。」梅子さんはたくさんの方が来たので、少し緊張気味。自己紹介が終るといよいよ本題に入ります。梅子さんがこれからご自宅でどのような生活や目標を持って過ごせるか。何を楽しみに生きていくか、そのためにはどうしたらよいか等、細かくお話し合いをしていきます。「まだ足元がふらついて、以前みたいに転んだらどうしよう、トイレに間に合わないこともあるし、おうちでお風呂も入りたいけど転んで、又骨折をしたら嫌だし、不安だわ」梅子さんが不安そうに言います。松子さんがすかさず「梅子さん、これからここにいる人たちがいろいろかかわっていきますよ、梅子さんは一人ではないの。梅子さん、元気が戻ったら何を一番したい？」



⑬

すると今まで黙っていたケンタ君が「僕はまた、おばあちゃんと一緒に巣鴨のお地蔵さんに行ってみたい！」と言いました。すると梅子さんも「そうだね、以前みたいに杖をついてでもよいから、ケンタと一緒に巣鴨に行きたいね」と話しました。「それは楽しみだわね。ぜひまた、一緒に行けるようになるとよいわね。私たちもみんな、巣鴨に行けるように協力をするわ」と松子さん、これならきっと梅子さんは元気になれると確信しました。



その他にも日常生活での、洗濯物や買い物などをどうするか、娘さんがどこまで協力できるかなどを話し合います。幸い、娘さんが一日おきぐらいに何とか来るようにして食事や買い物、洗濯もしてもらえとのことでした。

松子さんは話し合いの結果をまとめ、ケアプランを作成しました。

これが、梅子さんにこれから元気になってもらい、孫のケンタ君と一緒に巣鴨に行けるようにする計画書です。難しい言葉で言うとその書類は居宅サービス計画書と言います。ケアプランの事です。

ケアプランは1表～3表まであり、1表には本人や家族の意向、これからどのように生活をしたいかを記入して、総合的な援助内容を記載する表です。2表はさらに1表を具体的に記載して、必要性のある課題を書き、それに対する、目標を決めて、(長期と短期目標を設定) その目標に向けてどんなサービスが必要か、介護保険の利用で行うのか、事業所はどこなのか、どのくらいの頻度でどのくらいの期間をかけて行うのかを細かく記載します。

3表はその1週間予定表です。このケアプランが利用者やご家族に承認されないと、介護保険を利用してサービスを使えないので、とても大切な書類になります。



⑮

松子さんは計画書を説明して、梅子さんが納得すると、梅子さんより、署名と捺印をもらいました。これで、計画書を交付します。明日から、毎週、訪問のリハビリの先生が週二回ほど自宅に来て、自宅で、足の筋力をつけ、また、以前みたいに、安心して歩けるよう訓練をします。ヘルパーさんも週二回ほど、歩行や立位が安定するまで、自宅で入浴して転ばないように入浴の介助や見守りをしてくれます。浴室は滑るので転んでしまい、また骨が折れては大変です。梅子さん最初は恥ずかしそうでしたが安全に自宅で入浴ができるので安心した様子です。また、娘さんが来られない日はヘルパーさんが買い物をして食事の用意も一緒にする事になりました。



あれから1ヵ月が過ぎました。梅子さんの区分変更の結果は要介護2になりました。松子さん今日は定期訪問で梅子さんのおうちに伺う日です。ケアマネジャーは最低、月に1回、自分の担当の利用者さんの自宅に訪問をして、計画の達成度を確認することになっています。これをモニタリングと言います。

「梅子さん、こんにちは」「あら、松子さん、」松子さんは現在の梅子さんの様子を確認します。「リハビリは順調に進んでいますか?」「おかげで、だいぶ上手に歩けるようになってきたわ。先生もハンサムだし。いい人を紹介してくれてありがとね。」「おトイレは間に合っていますか?」「退院した時は週に1, 2回間に合わなかったときがあったけど、今はでたいな—と思ったらすぐにトイレに行けば間に合うようになったのよ」「あらそれはよかったですねえ。ケンタ君と一緒に巣鴨に行けるのはそう遠くはないかも知れませんね。梅子さん、ゆっくりでいいから無理しないで、行きましょね!」松子さんは梅子さんが順調に回復している姿を見てホッとしました。



⑪

梅子さんが退院をしてから半年が経ちました。梅子さんは家族やリハビリの先生、ヘルパーさんに支えられて、自宅の中では杖もなく、歩けるように回復しました。今日も、松子さんが訪問に来ました。

「みんなのおかげで、だいぶ良くなったわ。もう、ヘルパーさんがいなくても一人で食事の準備もできるし、入浴できると思うの。」「そうですね、ヘルパー事業所からも一人で出来る事がだいぶ増えてきたと報告がありましたよ。リハビリの先生に聞いて、大丈夫だったら、ヘルパーさんの訪問は中止にしましょう。」

「もう少しで、ケンタとの約束守れるかな。」「暖かくなるころにはケンタ君と一緒に巣鴨に行けるようになるとよいですね。きっと、ここまでよくなったのは家族や、私たちの力だけではなくて、梅子さんがケンタ君と一緒に巣鴨に行きたいという気持ちが、前向きな力を与えてくれたのだと思いますよ。ケンタ君にも感謝ですね！」梅子さんの顔がほころびました。



春はもうすぐそこまで来ています。梅子さん、ケンタ君と一緒に巣鴨に行けるようになるために、今日も、リハビリを続けています。

おしまい。