まんがで分かる在宅療養の実際

住み慣れたわが家で療養生活を始めることを選んだ2人の事例を紹介します。在宅療養はどのような準備が必要か、どのような人たちが支えるか、スタートから在宅療養の生活の実際が分かるようにまとめました。

事例❶ 脳梗塞の麻痺が残る Sさんの場合

退院後に自宅で療養生活 …… P.4

事例❷ 一人暮らしで認知症？ Mさんの場合

地域の力で認知症を支える …… P.7

在宅療養を支えるネットワーク …… P.10

相談窓口一覧　高齢者支援総合センター …… P.12
高齢者みまもり相談室

在宅療養のこと、介護保険のこと、認知症のこと、介護を支える家族の困りごとなど、何でも相談ください。

在宅療養を支えるメンバー …… P.14

在宅療養を支えるネットワークのメンバーの皆さんからのひとことメッセージや、在宅療養をすすめる上でのポイントをまとめました。

元気なうちからかかりつけをもちましょう …… P.14

医師 …… P.15

歯科医師 …… P.16

薬剤師 …… P.17

訪問看護 …… P.18

訪問リハビリテーション …… P.19

ケアマネジャー
ホームヘルパー P.20

在宅療養お役立ち情報 …… P.21

よくある質問 …… P.23

事例❶ 脳梗塞の麻痺が残る Sさんの場合

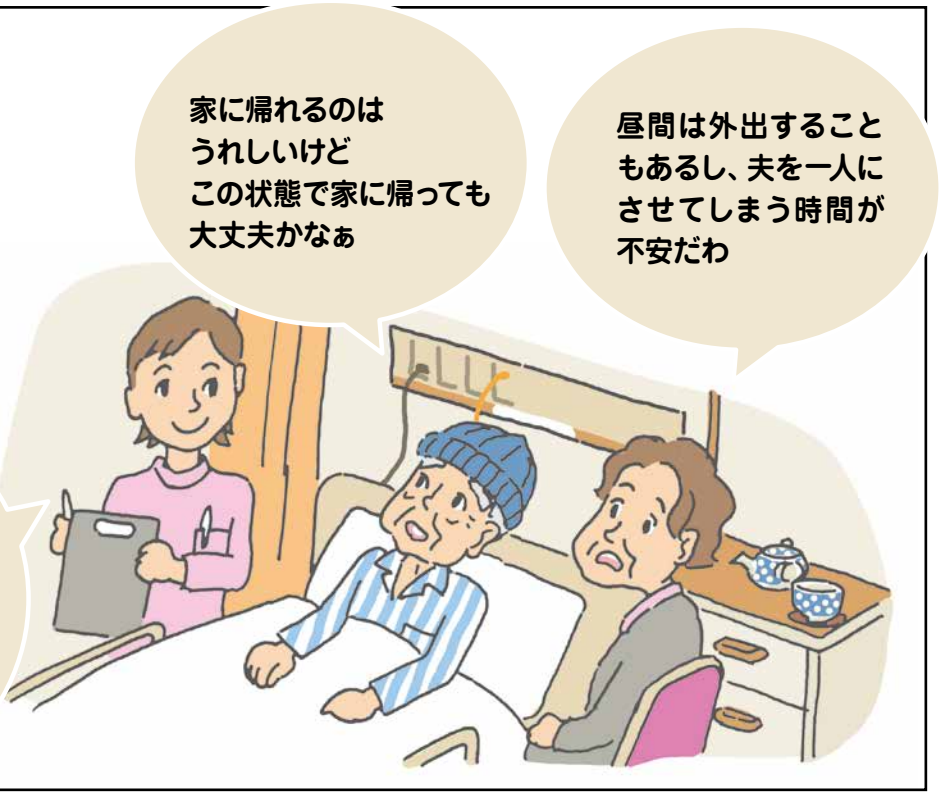
退院後に自宅で療養生活

75歳のSさんは1か月半前に脳梗塞を発症し救急車で病院に搬送されました。治療は終了したものの半身に麻痺が残り、リハビリを開始。何とか良くなりたいと頑張ったおかげで、順調に回復をしてきました。

退院後の自宅での療養に向けた話し合いが始まります。

1 病室にて

身体の左側に麻痺が残っているSさん。自宅でもリハビリを続けていけるか、家族は不安です。Sさんも家に戻りたいのはやまやまですが、家族への負担が心配です。



2 相談 病院の医療相談室にて

医療ソーシャルワーカー（MSW）（10ページ参照）に退院後の相談

医療ソーシャルワーカーに自宅の状況や退院後の希望を相談します。

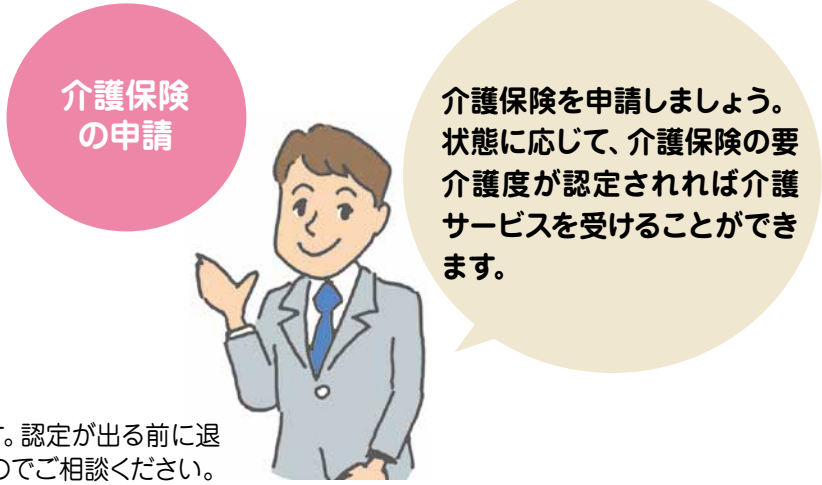
医療ソーシャルワーカーは病院の職員で、患者が退院するときに様々な問題の相談に乗ります。医療ソーシャルワーカーがいない病院では主治医や担当看護師に、ご相談ください。

3 退院準備

介護保険の申請など準備を進めます

医療ソーシャルワーカーは、Sさんが退院したあと、自宅で療養ができるように準備を進めます。まず高齢者支援総合センターに連絡をして介護保険の申請をすることにしました。

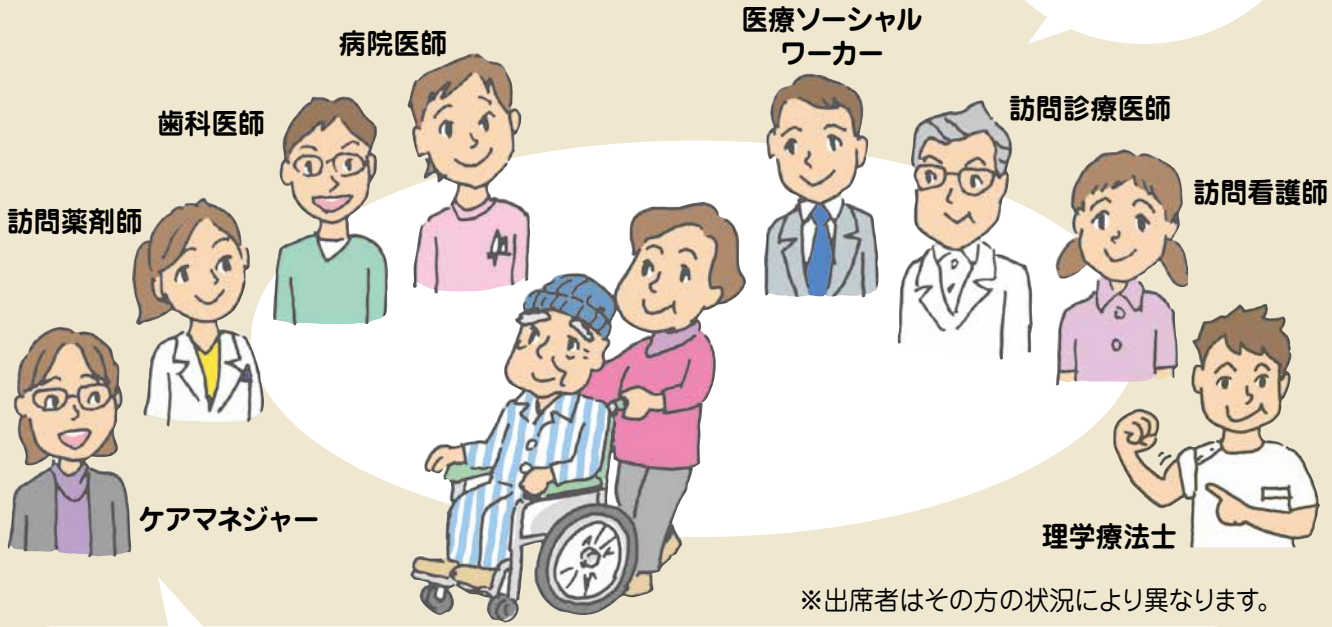
※介護保険の認定が出るまでに1か月程度かかります。認定が出る前に退院する場合も、サービスを利用できる制度がありますのでご相談ください。



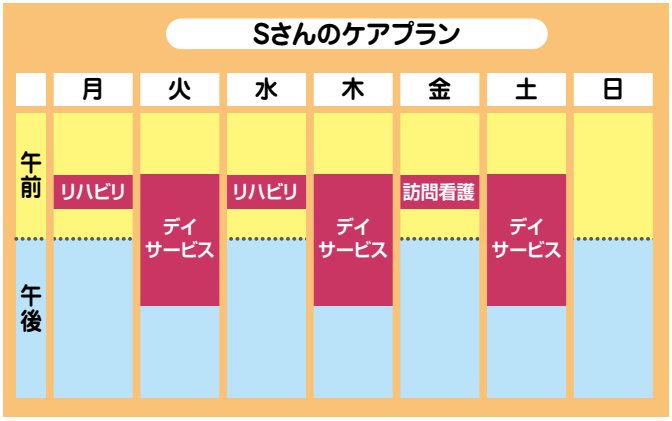
4 情報共有

退院に向けた関係者の情報共有

退院前に、患者さんと関係者で退院に向けた意見交換をします。できるだけ安心して在宅療養ができるように、病気の状態や経過、在宅療養に必要な支援やサービスについて「墨田区標準様式多職種連携情報シート」等で情報を共有します。



※出席者はその方の状況により異なります。



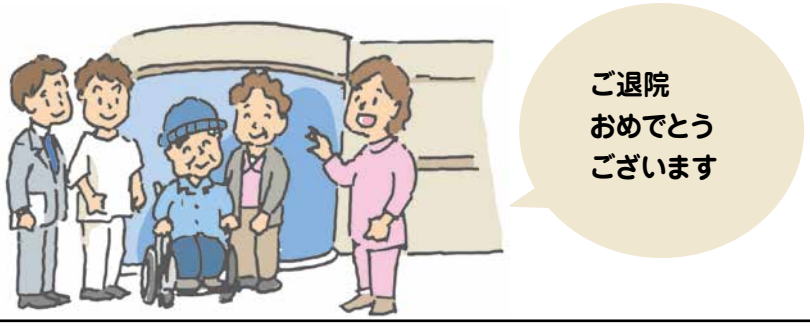
Sさんのケアプラン

審査の結果、Sさんは要介護3と認定され、ケアマネジャーがケアプランづくりを進めました（20ページ参照）。

Sさんには秋に行うお孫さんの結婚式に出たいという目標があります。この目標を達成するために、訪問看護、訪問リハビリ、デイサービスなどを利用するケアプランを立てました。

5 退院

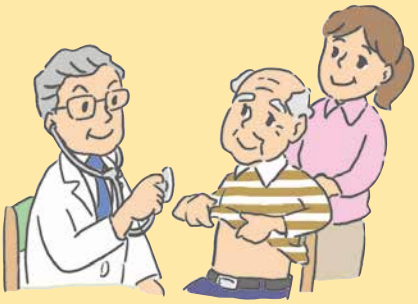
いよいよ退院。自宅での療養生活が始まります。



6 在宅療養スタート

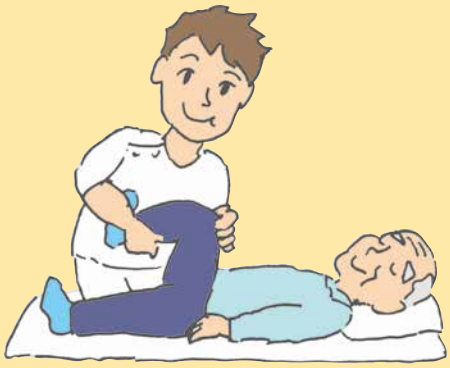
住み慣れた地域で安心して生活できるよう、関係者が連携し在宅療養を支えます。

Sさんの場合、身体の半分に麻痺があることから、保たれている機能で元の生活に戻れるようリハビリ中心の支援を行うことにしました。

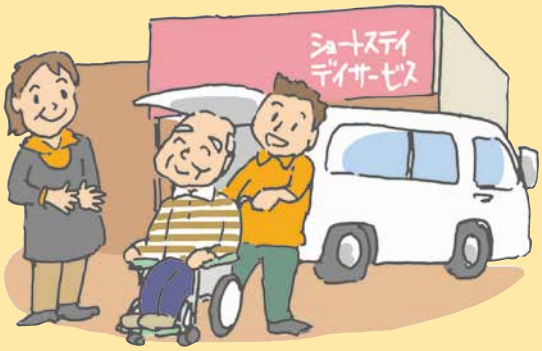


訪問診療医師や訪問看護師が、Sさんと家族の身近な存在として医療、療養について相談に乗ります。

Sさんは麻痺のため、薬が飲みづらいと感じることがありました。薬剤師が訪問して、飲み方を工夫したり、飲みやすい薬に替えます。



理学療法士が、日常生活で必要となる、座る、立つ、歩くといった基本動作の回復や維持のサポートをします。



デイサービスやショートステイを利用することで、家族の介護負担を軽減することができます。

歯科医師が、治療や口腔ケア、入れ歯の調整等を訪問して行います。

その後…　「孫の結婚式に出たい」という目標に向けて、懸命にリハビリを頑張った結果、Sさんは、杖をついて歩けるまでに改善しました。

当日、家族に支えられながら結婚式に出かけて行きました。

Sさんはずっと自宅で過ごしたいと思いました。そのためにはどうしたらいいのか考えました。

（26ページへ）

事例❷ 一人暮らしで認知症？ Mさんの場合

地域の力で認知症を支える

Mさんは結婚して墨田区に60年前に嫁いできました。自営業のご主人と仕事をしながら二人のお子さんを育て、お子さんは区外に住んでいます。ご主人は10年前に亡くなり現在は一人で暮らしています。

朝、近所の民生委員のHさんが声をかける場面から始まります。

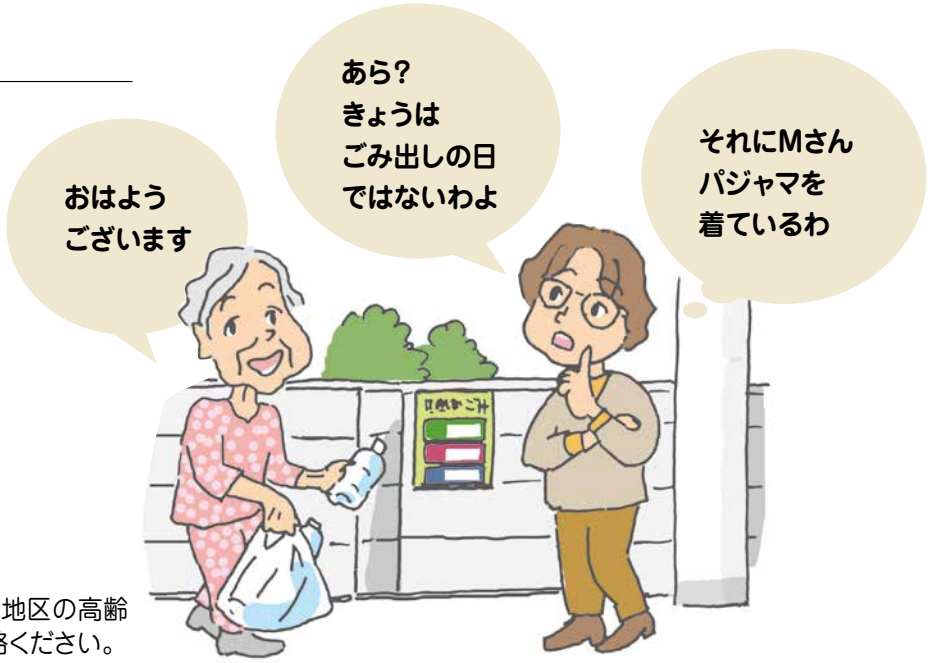
1 気づき

「認知症かも？」地域の方々の気づきから

民生委員のHさんは、このごろMさんがごみ出しの曜日を間違えていることに気づきます。几帳面なMさんなので、Hさんは不思議に思いました。「ひょっとして認知症?」

地域の方々が「いつもと違う、ちょっとおかしいな」と気づくことから、認知症発見につながる場合もあります。

※身近な人の変化に気づいたらお住まいの地区の高齢者支援総合センター（12ページ）へご連絡ください。



2 相談

Hさんは、高齢者支援総合センターに相談します。

※相談者のプライバシーは守られます。

3 訪問

高齢者支援総合センターの職員が、Hさんと一緒にMさんのお宅を訪問することになりました。認知症の可能性があるかどうかを確認します。

※訪問者はケースによって異なります。

4 認知症診断

高齢者支援総合センターの職員はかかりつけ医とも相談して、Mさんの受診のために認知症疾患医療センター※へ同行しました。

※墨田区の認知症疾患医療センターは中村病院です
（03-3611-9740 専用電話）

5 介護保険の申請

アルツハイマー型の認知症と診断されたので、介護サービスが受けられるよう、介護保険の申請を進めることにします。息子さんも一緒に今後のことを相談に来ました。

母は
すみだを離れたくないと
言っております
可能な限り母が
住み慣れたまちで
暮らすことができれば
と思います

6 地域ケア会議

高齢者支援総合センターで地域ケア会議を開催

Mさんは要介護2に認定され、ケアマネジャーがケアプランを作成しました。その後、介護サービスだけでなく、地域で支えていくためにそれぞれの役割を確認しました。

Mさんのケアプラン

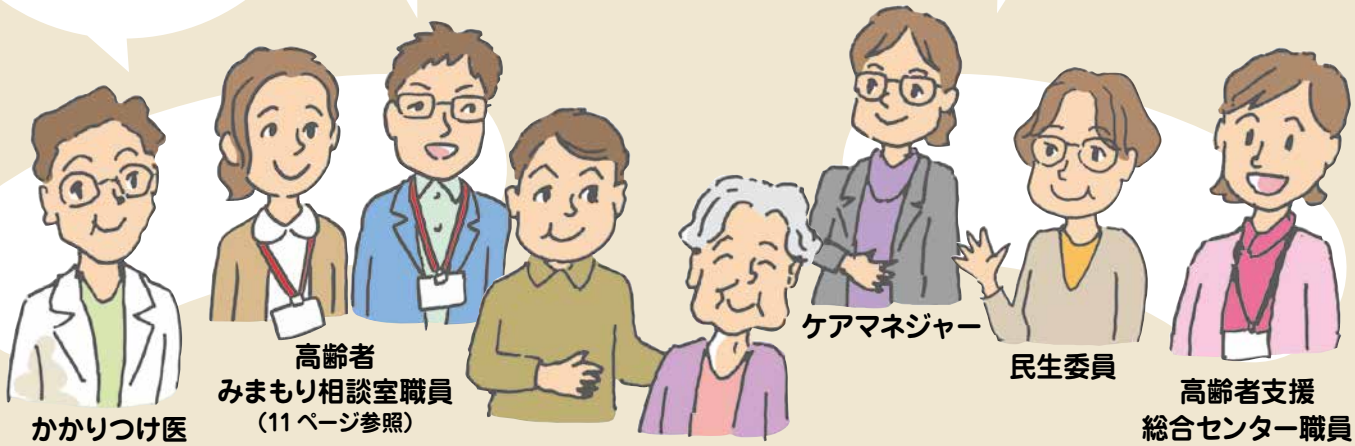
	月	火	水	木	金	土	日
午前	訪問看護						
午後		ヘルパー		ヘルパー		ヘルパー	

Mさんのケアプラン

週3回、ヘルパーが買い物や調理、掃除をMさんと一緒に行い、自分でできることを増やす計画です
週1回、訪問看護を利用して健康チェック、薬の確認、食生活の改善に向けた指導を行う予定です

治療を続けることで
認知症の進行を
遅らせることが
期待できます
通院が難しければ
訪問診療もしますよ

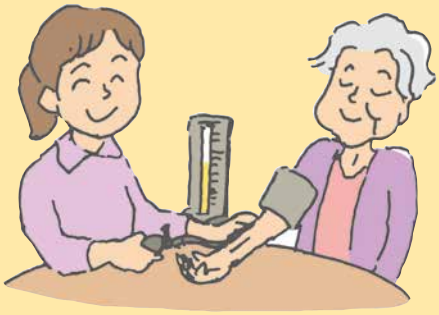
地域の方々に見守
りの協力をしてもら
うようにしましょう



7 地域で支える

離れて住んでいる娘さんの支援も受けながら、自宅で生活していくことにしました。専門家や地域の方との連携と「認知症ケアパス」で、サービスの流れを知ったことが、大きな安心感につながったようです。

まずは家族をはじめ周囲の人たちが、認知症について理解し、協力し合うことからスタートします。



訪問看護で、健康チェック、薬の確認、食生活の改善に向けた指導をします。

認知症ケアパスとは

認知症という病気についての説明や、対応のポイント、認知症の人やその家族が活用できるサービスや制度等についてわかりやすくまとめられています。一人一人の生活機能障害の進行にあわせて、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、イメージしやすくなります。

https://www.city.sumida.lg.jp/kenko_fukushi/koureisya_kaigohoken/ninchisyo/index.html

ヘルパーと一緒に買い物に行ったり、家事をしたりすることで日中の生活を支えます。

訪問薬剤師が薬についての相談に乗ります。薬を飲み忘れたり、重複して飲んだりしないよう、お薬カレンダーを使います。

「救急医療情報キット（21ページ参照）」を冷蔵庫の中に入れておきます。いざというときに救急隊員が、かかりつけ医や緊急連絡先を確認できます。

介護について気軽に話ができる場「ほっとカフェ」や、認知症に特化した「オレンジカフェ（22ページ参照）」に参加します。

その後…

町会が主催する花見の会に、民生委員の方に誘われて参加するなど、地域で安心して暮らしています。