

サービスの調整が必要と 気づいたものがコーディネーター

上野 えりか

類型

高齢者一人暮らしのALS患者が、日常生活自立の困難を理由に、介護者を求めて急に転居したため、在宅ケアサービスのコーディネートが必要になった。

患者

78歳の女性、(ALS)

家族

転居により姉(81歳)と二人暮らし。本人に配偶者、子どもはおらず、姉の配偶者も死去、子どもも遠くにいるため、主介護者は高齢の姉一人。

経過：平成8年3月にALSと診断。専門病院で治療を受けるが、ADLの低下が著しく10か月程度で寝たきり(C-2)になった。呼吸障害、嚥下困難、構音障害あり。

地域特性

都市近郊の町で人口約4万3千人。在宅ケアサービスは比較的整備されており、平成8年の段階で3か所の在宅介護支援センターとホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ、訪問給食、24時間ヘルプなどのサービス利用が可能。

コーディネーター

転居するまでは訪問看護ステーションの看護婦、転居時は市町村保健婦、転居後はサービスの調整の必要性に気づいたものがコーディネーター。

コ-ディネート内容

訪問看護ステーションの保健婦から、転居時のサービス調整の依頼を受け、在宅介護支援センターと同伴訪問を実施。本人と姉に在宅ケアサービスを紹介。本人の病状不安定に加えて介護者が高齢なので、サービス利用が不可欠と判断。結果として、ホームヘルプサービス ベッド借用 介護手当の申請 おむつ支給の申請 身体障害者手帳の申請 特定疾患の認定 バックレスト付き車椅子の申請 補装具(カラー)の申請を行うことになった。また、ケアプランについては、本人、姉、主治医、病院看護婦、訪問看護ステーションの保健婦と看護婦、在宅介護支援センターのソーシャルワーカーと看護婦、ホームヘルパーに呼びかけてケース検討会を開き、ケアプランの作成・調整を行った。

サービスの内容

曜日	第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週	第 5 週
月	訪問診療 (PM)	訪問診療 (AM)	訪問診療 (PM)	訪問診療 (AM)	訪問診療 (AM)
火	在宅型ヘルプ (AM)	在宅型ヘルプ (AM)	在宅型ヘルプ (AM)	在宅型ヘルプ (AM)	在宅型ヘルプ (AM)
水					
木	訪問診療 (AM)	訪問診療 (AM)	訪問診療 (AM)	訪問診療 (AM)	訪問診療 (AM)
金					
土	在宅型ヘルプ (AM)	在宅型ヘルプ (AM)	在宅型ヘルプ (AM)	在宅型ヘルプ (AM)	在宅型ヘルプ (AM)
日					

このケアプラン作成以降、その時々で必要なサービスに気づいたものがコーディネーターとしてその調整に当たっている。

問題点と考察

- (1) 日頃から、地域の在宅ケアサービスの供給と選択肢の充実に心がけながら、サービスを実践している関係機関とうまく連携がとれていたことで、急なサービス調整作業をスムーズに実施することができた。
- (2) 在宅ケアサービスを一つのケアチームと考えるとき、お互いに、誰がコーディネーターになってもよい関係づくりと資質の研鑽を図っていくべきである。
- (3) 在宅ケアの必要な難病患者的の掘り起こしについて、情報を多く持つ保健所の協力が、ぜひ必要である。