

一世帯に二つの支援チームが関わって

話題提供：彦根愛知犬上介護支援専門員連絡協議会

ケアプランセンターどりーむ

主任介護支援専門員 辻 広美

事例概要

90歳代男性 要介護1

障害高齢者の日常生活自立度:A1

認知症高齢者の日常生活自立度:I

現病: 高血圧

イレウス(保存的治療)にて入院加療

(H28.1.14~2.18入院)

既往症: 幼少期 心臓弁膜症

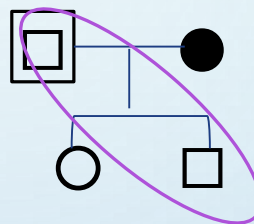
10歳代 結核 肺門リンパ腺炎

30歳代 心房中隔欠損と診断

60歳代 イレウス(外科的治療)

(80cm切除 単管吻合)

家族歴・ジュノグラムおよび生活歴



妻を早くに亡くし、男手ひとつで子供を育てる。

長女(60歳代)は他県在住。孫の面倒を見ているが、月2回程度帰省し、買い物や調理の援助や手続き等の支援を行う。

長男(50歳代)は知的障害Bランク 療育手帳保持者
障害者総合支援法にて、自立支援給付と地域生活支援事業を受給

- ・ヘルパーによる掃除援助
- ・移動支援による買い物介助
- ・週1回作業所

支援経過

“支援開始時“

地域包括支援センターより紹介（認定更新にて要支援→要介護）にて支援開始
支援開始当初、すでにサービス提供があり、本人支援のみを行う

“支援開始1ヵ月後“

電話で長男の担当相談員と挨拶を交わし、其々のサービスについて確認し、必要に応じで、情報交換を行うこととした

“入院”

イレウスで緊急入院。本人の支援者は、本人や長男の状況の変化を懸念

【入院情報提供】

入院時情報提供書を病院へ持参し、在宅の様子等を情報提供

本人：息子のことが心配。一人でちゃんと生活できるのやろうか・・・

息子：「ヘルパーさん来てくれるし・・・」

「姉ちゃんも来てくれるし・・・」

【連携】

入院先MSW、病棟看護師と退院に向けての情報収集・交換

主治医に治療、病状経過、在宅生活復帰に関しての情報収集

長男の担当相談員と情報交換

- ・本人の病状経過等、聞き取りした情報を提供
- ・長男の生活の様子、心身の変化について情報收受

【退院に向けての聞き取り】

入院先MSW、病棟看護師と退院に向けての情報収集・交換

退院カンファレンス日程調整

本人の思い: 息子の生活を支えているのは自分だと思っていたが、入院中息子は自分がいなくても頑張って生活できたことを考えると、自分も息子に支えられていたんやと気がついた。
今までは、デイサービスに行く理由が自分にはない。息子の心配もあり、そんなことを考える気にもならなかったが、これを機に外の人とも交流してみたい。家でお風呂に入るのも不安があったので、風呂も外で世話になりたいと思います。

【退院カンファレンスおよびサービス担当者会議】

退院カンファレンス

本人、長女

本人支援チーム(訪問介護 通所介護 福祉用具 介護支援専門員)

病院MSW、病棟看護師

【退院前】

長男の担当相談員と面談

退院カンファレンス・サービス担当者会議の内容を報告

それぞれのサービスおよびサービス内容をすり合わせ

【退院後】

長男の担当相談員と面談

在宅生活の様子を共有

長男の訪問介護サービス提供時に訪問し、在宅生活とサービスの様子を確認

まとめ・今後の課題

一軒の家で二つの支援チームが存在することは少なくはない。高齢世帯である場合は、特に存在することがあり得る。この場合、担当介護支援専門員は同一であり、チームメンバーも重なり合っていることが多いのではないだろうか。このようなチームの在り方は、担当介護支援専門員は情報をうまく集約でき、チームメンバーも、サービス担当者会議のみならず、支援の場で情報を収集・発信し、チーム内で共有することも容易いと言える。今回の事例では、介護保険制度、障害者総合支援法という二つの制度による支援チームが存在し、其々の制度に基づき支援を行っているが、家族支援という狭義の支援体制ではなく、1軒の家を支援するという観点からは、広義の支援体制の構築が必要と考える。

今回の事例では、支援チームを代表し、担当介護支援専門員・相談員の連携に留まってしまっていたが、今後は、1軒の家を支える支援チームとして、合同でサービス担当者会議の開催を行うことも必要であると考え。また、制度が違えども、顔の見える関係をつくり、手をつなぎ、専門職の支援がバラバラに提供されるのではなく、チームケアとして効果的な支援の提供と、「チームマネジメント」の実践ができるのではないだろうか。