

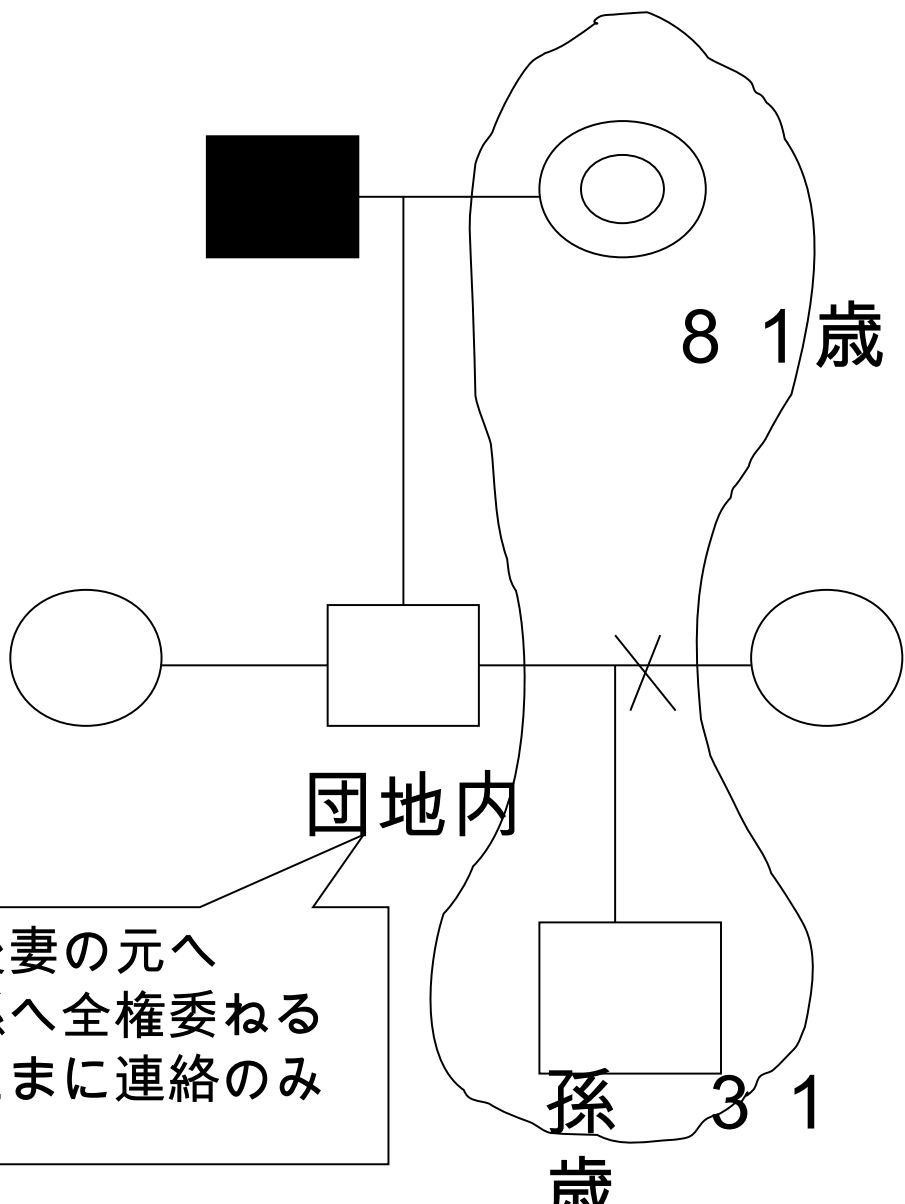
「ライフラインのストップ！！」

～ 困難事例を通して
チームケアを考える～

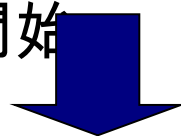
ケアセンター / ヘルパーSTかんまち

佐藤・西田・馬渡・畠中

< 事例 >



- ・ 生活困窮→地域で問題
- ・ 民生委員
- 地域包括支援センターへ
- ・ 包括職員
- 生活保護申請
- 受給開始



- ・ 介護保険の申請を！！
- ・ 準寝たきり
- ・ 主治医なし
- ・ 孫：虚言癖あり、女性苦手
- ・ ライフラインのストツ

<アセスメント>

>

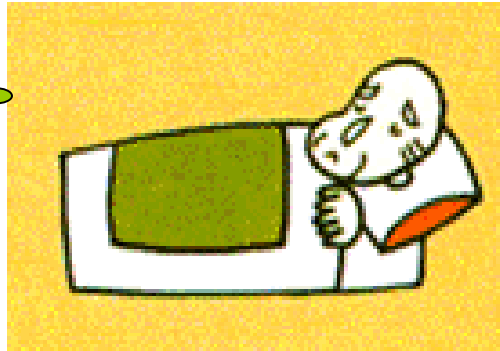
生活保護開始

水・ガス・電話

使用不可

主治医なし

食パン
2枚食べた
よ・・・



水は父が
ペットボトルで
運んできます。

洗濯物大量
便器の汚れ

8月 真夏 入浴×→異臭
冷房あるが、利いている
の？

扇風機（微風）

トイレまで這っ
て・・・
転倒・打撲・失禁・尿
臭
白内障で目が霞ん
で・・・

優先順位は？

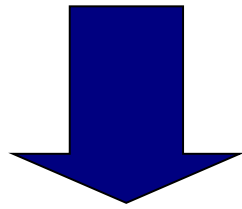
< 対応 / 検討 >

① 身体状況（疾患）

孫が某病院へ行ってきました！

先方へ確認するも受診歴なし。（虚言癖）

（孫は当てにできない！！）



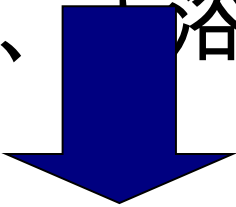
意見書も必要だが、

どうせ連れて行かないであろう。

訪問診療の検討。→説明し同意を得る。

< 対応 / 検討 >

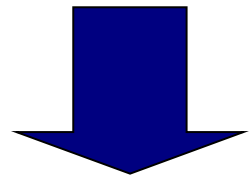
② A D L ・ 生活 ・ 住環境

- ・ 布団で就寝
- ・ 起居動作明らかに困難。伝い歩きや這って移動。
- ・ 食事、排泄、浴。

- ・ 特殊寝台 / 住宅改修
- ・ 訪問介護
- ・ 通所系サービス それぞれ検討、調整。

< 経過 >

- ・ 8月某日 内村川上内科 受診（CM送迎）
- ・ 諸検査施行。
- ・ 脱水・胸腹水等、入院へ。約1カ月後退院。



退院時カンファ（担当者会議）

訪問診療 / デイサービス / 訪問介護 / 福祉用具

ライフラインの回復は？→電気のみ。

< 退院時 >

生活保護

水・ガス・電話

使用不可

主治医あり



米 5Kgあり。
食材の購入

水は僕が
運んできます。

洗濯物大量
便器の汚れ

要介護2

訪問診療 / 特殊寝台
/ 手すり / デイサービスへ

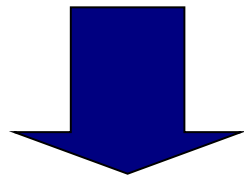
ADL改善。
見守り程度。

< サービス開始後

>

○ヘルパーSTより

- ・水がないと支援が出来ない。
- ・保護費が尽きると食材が何もない・・・
- ・失禁！！オムツも無い。



救援したい気持ちはある。

食材、持っていくのは簡単であるが、甘えが出る。

孫の力に期待・・・

でも、やっぱり．．．

①水の持参



②かぼちゃ 1個（レンジで調理）



③リハビリパンツ 10枚



これだけは持って行っちゃいました。

< 現在 >

- 退院後、再入院。
- 電話が通じないので都度、訪問にて確認。
しかし、最近、孫の不在が多い
- 水は復旧。
- 明らかかな介護力（認識）不足。孫もクローン病あり、返事はするが、あまり興味がないのでは？
- 認知症（長谷川＝7点）あるが、3食、摂取できれば、まだまだ在宅可能では？
- GHよしの村へ申し込み、小規模利用中。

< 考察 >

ケアマネの振り返り。

優先順位を誤った。生活視点ではなく、医療機関へ

早急な受診を行うべきであった？と思う。

- ・ 2ヶ月前までは庭弄り、墓参りが出来ていた。
- ・ 急激な身体能力は認知？生活環境？と見た。
- ・ 相談の慢性化（介護相談と捉える。）

※医療及び多種の介護サービス（各種）が法人内に

あることにより、ひとりで抱え込まないで済んだ。

<まとめ

>

支援困難事例へのアプローチ

○少ない情報の中で最優先は？

○本人の把握（その人らしさ）

○アセスメントの重要性

○チームケア・チーム作り