

当院における介護支援専門員の役割

茨腎会 太田ネフロクリニック

○及川 広美 高橋 智仁 二階堂 剛史 酒井 伸一郎

はじめに

当院では透析患者の高齢化に伴い、筋力の低下や合併症によるADL低下、認知機能の低下等で要介護となるケースが増加している。自宅での生活に不安を抱え、施設への入所を希望するも受け入れ困難なのが現状である

方法

1. 平成26年9月より居宅介護支援事業所を設立後の
介護申請から施設入所までの流れ
2. 2名の症例報告
3. 当院全患者232名の要介護度と施設入所状況

(通常) 介護申請から施設入所までの流れ

介護相談 → 市役所へ介護申請届出 → 認定調査 → 認定決定

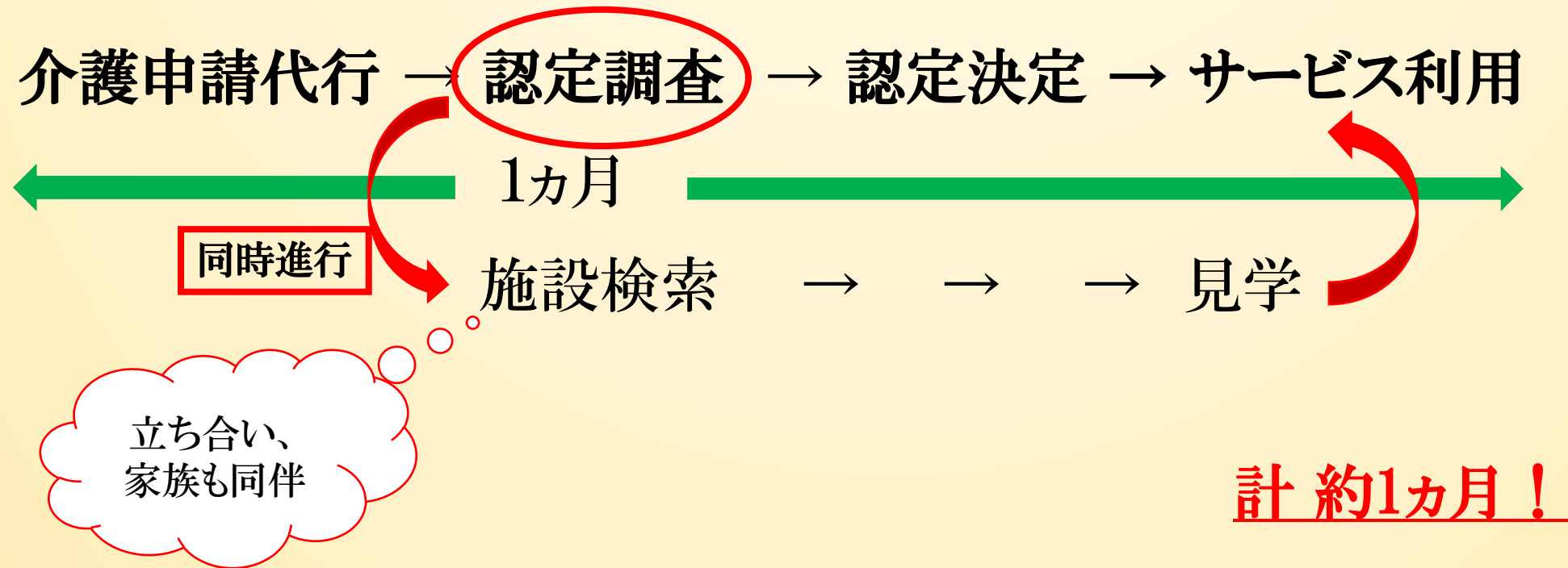
← 1カ月半～2カ月 →

→ 施設検索 → 申し込み → 契約 → 入所(サービス利用)

← 1カ月 →

計 約3カ月を要する!

(当院) 介護申請から施設入所までの流れ



症例報告1

S.Kさん 81歳 女性 要介護4 HD歴14年9か月

既往歴：角膜潰瘍、白内障、認知症、腰椎骨折術後

家族構成：夫と娘夫婦と孫1人の5人暮らし（娘夫婦は介護に非協力的）

H27年3月 腰痛あり歩行困難になり、介護申請しておらず申請へ

同年5月 自宅で転倒し、腰椎圧迫骨折のため日病入院

日病のソーシャルワーカーと
情報交換し、家族と面談で
足を運ぶ

翌月退院し、当院転院予定だったがリハビリ目的で施設入所

症例報告2

T.Hさん 79歳 女性 要介護5 HD歴9年11か月

既往歴：てんかん、脳梗塞、胃瘻

家族構成：夫と息子と孫2人の5人暮らし（家族は介護に非協力的）

H26年6月 食欲不振、痙攣みられ当院入院し経管栄養開始

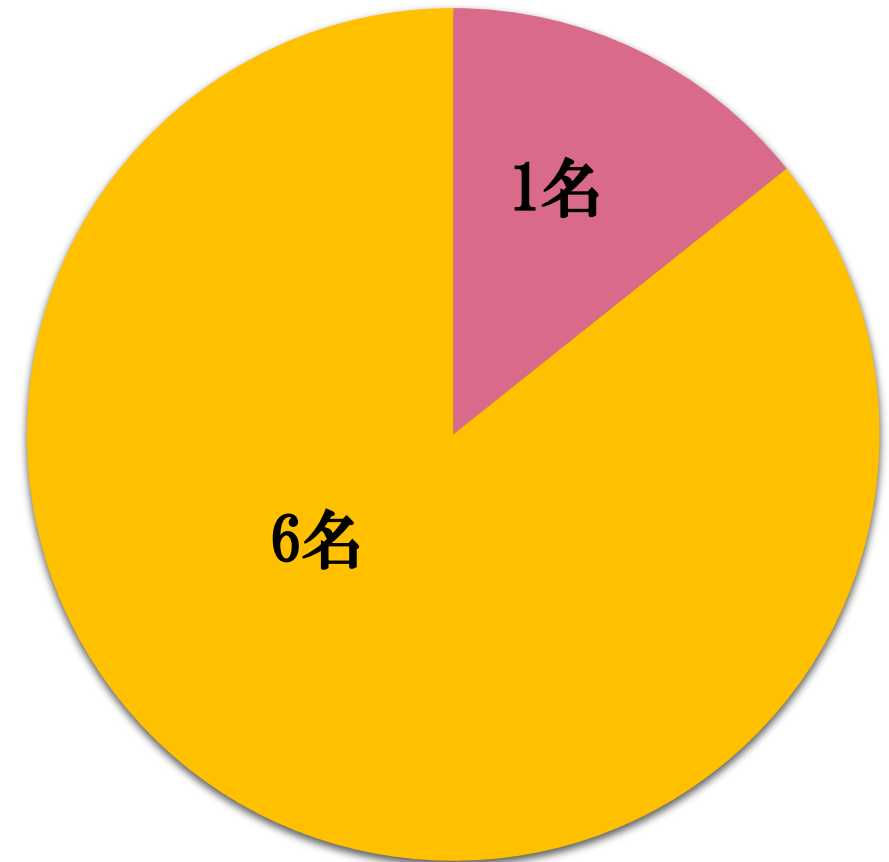
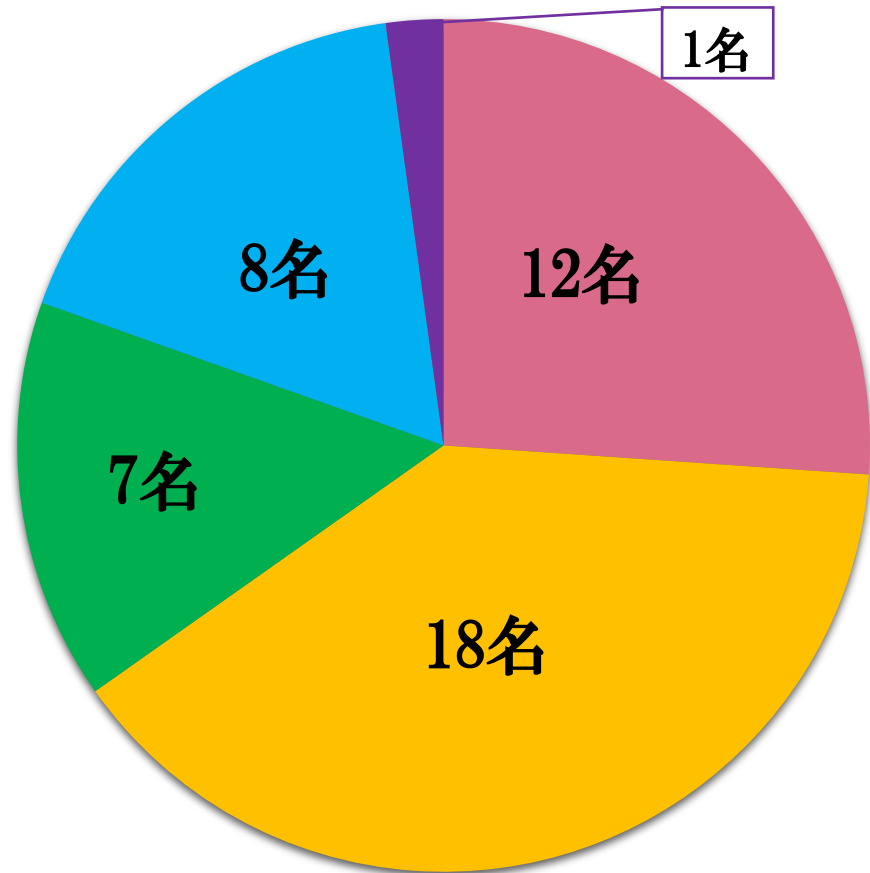
同年9月 脳梗塞で寝たきり、嚥下困難にて胃瘻作製し、介護申請へ

H27年3月 全身状態安定し、経口摂取可能となり施設入所



家族が介護に非協力的なため、施設入所申請を当院ケアマネが代行！

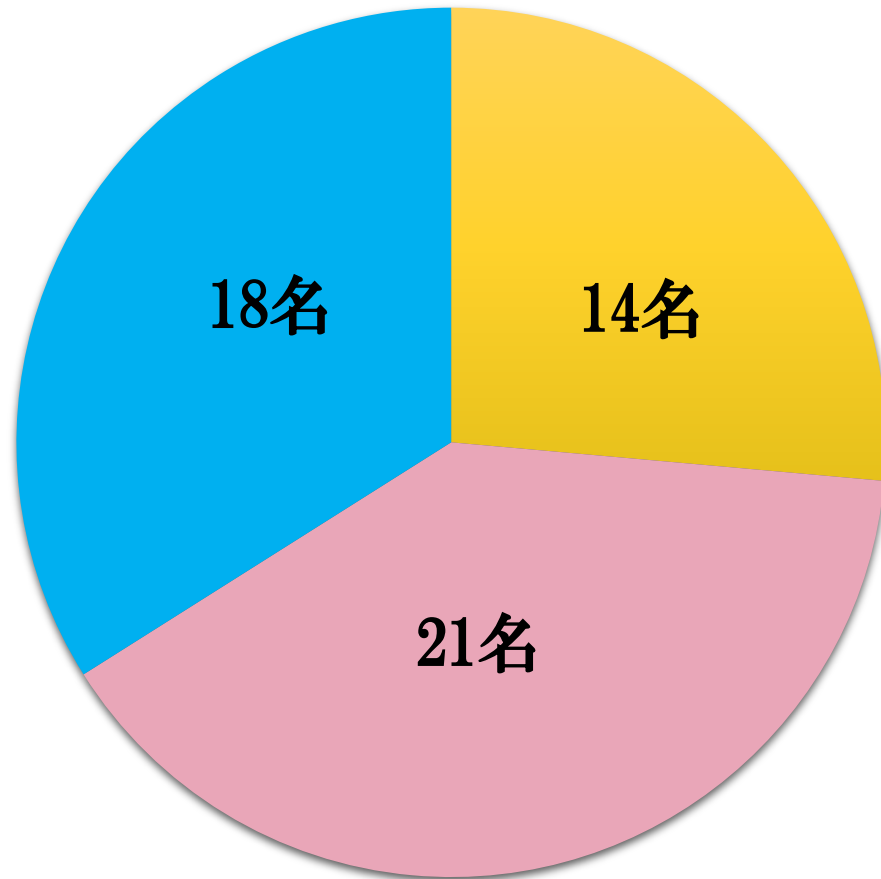
当院全患者における要介護度状況(53名中)



■ 要介護度1 ■ 要介護度2 ■ 要介護度3 ■ 要介護度4 ■ 要介護度5
軽度 → 重度

■ 要支援1 ■ 要支援2
軽度 → 重度

当院全患者における施設入所状況(53名中)



■施設入所 ■在宅サービス ■残り

施設入所(14名)内訳

特養入所3名

特養入所待ち、ショートステイ利用3名

グループホーム1名

サービス付高齢者7名

在宅サービス(21名)内訳

デイサービス、デイケア、福祉用具、
ショートステイ、訪問看護、訪問介護等

残り(18名)内訳

支援の方や要介護申請を受けていても、自宅での生活が行えている現段階での利用は必要ない方

おわりに

当院専属の介護支援専門員の介入により、介護申請から施設入所がスムーズになり、家族の負担軽減に繋がった。施設間で情報交換を密にし急変時当院が即対応することで、安心して介護が受けられるようになった