

ケアマネジャーの役割

病院から自宅へ退院する事が決まっても、今まで通り自宅で過ごす事ができるのか、不安を感じられる方は多くいらつしやいます。

例えば「腰椎圧迫骨折によりベッドに寝たきり状態」といった日常生活全般的に支援が必要な方、「退院後は医療ケアが必要と医師から説明を受けたが、家族は日中就労していて対応できない」など、入院をきっかけに介護や医療ケアが必要になるケースが考えられます。まず、退院に不安がある方は病院内にある医療連携室の医療ソーシャルワーカー(MSW)に相談しましょう。ここでひとつ重要なことがあります。本人がまず、

要介護認定を受けているという事です。入院中でも要介護申請して認定を受けることは可能です。さらに、ケアマネ

ネージャーまで選んでおくといいでしょう。本人や家族の希望が確認できたら、MSWとケアマネジャーが情報連携を行い、「退院前カンファレンス」と呼ばれる会議を開催します。患者様、ご家族様、医師、看護師、薬剤師、セラピストなどの専門家も加わって安心して在宅での生活が送れるように支援していきます。自宅で暮らしながら受けられる介護サービスとして「訪問介護」(ホームヘルプサービス)や、「訪問リハビリテーション」、「訪問看護」などがあります。「退

院前カンファレンス」が

終わったら、ケアマネジャーがケアプランを作成し、退院後スムーズにサービスが利用できるような連絡調整を行います。ケアプランが確定し、介護サービスが始まってからでも介護サービスの利用が問題ないか確認し、改善が必要であればサービス内容の見直しも行います。

介護に関するご相談はやすらぎの村居宅介護支援事業所のケアマネジャーまでご連絡下さい。

やすらぎの村

富田林居宅介護支援事業所
ケアマネジャー 坂口 弘也

