

読む得! 在宅医療と介護の連携

～身近な事例から～ 第1回

「かかりつけ医師」と「ケアマネジャー」

足腰が弱り通院が難しくリハビリと訪問診療を始めたケース

要介護2^(※1)の認定を受けている男性(80代後半)は介護サービスを利用し、杖のレンタルと自宅玄関などに手すりを設置しています。現在、糖尿病と高血圧のため月1回かかりつけの医院に通院していますが、腰痛がひどく、また足腰の筋力も弱まり転倒することが多く、妻も体を支えられなくなってきたため、通院も難しい状況です。

医師の往診^(※2)、ケアマネジャー^(※3)の介護サービス計画の見直しにより、週1回のリハビリを始めました。また、通院できない間は、医師が自宅に月1回の訪問診療^(※4)に来ています。男性は表情も明るくなりリハビリにも励んでいます。



☆ポイント☆ 通院ができなくなったとき、まずはかかりつけ医師やケアマネジャーに相談してみましょう。

身体の状態や介護の状況に応じ、訪問診療や適切な介護サービスが受けられます。

(※1) 要介護度。介護認定を受けると自立・要支援・要介護に区分される

(※2) 通院できない方の要請を受けて、医師がその都度訪問して診療を行うこと

(※3) 介護サービスを利用する際、サービスの計画や調整を行う専門職

(※4) 計画的・定期的に医師が訪問して診療を行うこと

第2回は歯科医師・薬剤師編を予定しています。

☎ 高齢者支援課 ☎ 7185-1112