



特別養護老人ホームみちのく荘

まるめろ通信

新春特別号

【まるめろ通信 / 第86号】

発行日 / 2012年 1月 29日
発行 / 青森社会福祉振興団
みちのく荘 0175 (23) 1600
みちのく金谷デイ 0175 (23) 0771
城ヶ沢みちのく荘 0175 (24) 3163
脇野沢いこいの里 0175 (31) 5611
Eメール / marumelo@michinokuso.or.jp

むつ市十二林

- クリニック（内科、リハビリテーション科）
- 特別養護老人ホームみちのく荘の増設（20名増→定員80名）
- リハビリテーションセンター
- 在宅サービスステーション
- （通所リハビリテーション）
- （訪問看護・訪問介護・訪問入浴介護・居宅介護支援）



医療、福祉、文化が融合された「新しい街」、2012年秋誕生！

むつ市金谷

- ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設（定員29名）
- 地域交流ホール



みちのく荘介護ネットワーク



- 特別養護老人ホームみちのく荘（定員60名）
TEL 0175-23-1600
- みちのくヘルパースクール
TEL 0175-23-1600
- みちのく訪問看護ステーション
TEL 0175-23-6000
- みちのく中央デイサービスセンター
TEL 0175-23-0711
- グループホームまるめろ（全個室・定員9名）
TEL 0175-23-0611
- ケアハウスみちのくグリーンリブ（全個室・定員20名）
TEL 0175-23-0500

- みちのく荘総合ケアセンター（居宅介護支援事業所）
TEL 0175-23-7070
- むつ市地域包括支援センターみちのく（みちのく在宅介護支援センター）
TEL 0175-23-7930
- みちのく訪問入浴介護ステーション
TEL 0175-23-9100
- みちのく訪問介護ステーション
TEL 0175-23-9100



「みちのく荘の Mascot」
「まるめろちゃん」です。



- みちのく金谷デイサービスセンター（一般・予防型）
TEL 0175-23-0771
- みちのく金谷デイサービスセンターまるめろ（認知症対応型）
TEL 0175-23-0772



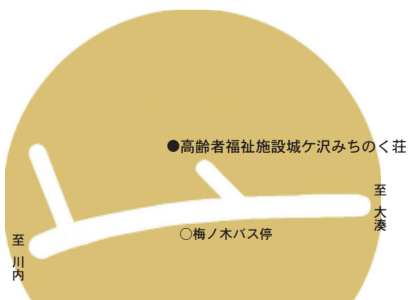
- 高齢者福祉施設城ヶ沢みちのく荘（ショートステイ 定員25名）
TEL 0175-24-3163



- 特別養護老人ホームいこいの里（全個室・定員30名）
- いこいの里ショートステイ（定員10名）
TEL 0175-31-5611
- むつ市脇野沢高齢者福祉施設いこいの里（居宅介護支援事業所）
- いこいの里デイサービスセンター
- いこいの里在宅介護支援センター
TEL 0175-44-2690



- 特別養護老人ホームみちのく荘 / みちのく訪問看護ステーション
- みちのく中央デイサービスセンター
- ケアハウスみちのくグリーンリブ
- グループホームまるめろ
- みちのく荘総合ケアセンター / むつ市地域包括支援センターみちのく訪問介護ステーション / 訪問入浴介護ステーション



- 高齢者福祉施設城ヶ沢みちのく荘
- みちのく荘総合ケアセンター
- むつ市脇野沢高齢者福祉施設いこいの里



- 特別養護老人ホームいこいの里
- むつ市脇野沢高齢者福祉施設いこいの里

水産物・青果物・食肉・冷凍食品等の卸売

有限会社
ニッシヨク
NISSYOKU

青森県むつ市大曲二丁目13-35
電話 (0175) **22-7222**
FAX (0175) **22-7081**

**第2回 下北文化会館
サークル活動発表会**

平成24年3月3日(土)・4日(日) **フェスティバルで
景品GET!**
於: 下北文化会館 [入場無料]

3日 展示部門(展示ホール) 10:00~17:00
舞台発表部門(大ホール) 14:00~16:00

4日 展示部門(展示ホール) 10:00~15:30
舞台発表部門(大ホール) 14:00~16:00

下北文化会館 指定管理者 株式会社 東京堂
〒035-0072 むつ市金谷一丁目10-1
tel 22-8411 fax 22-8414 http://shimobun.com

想像以上にコンパクト
日産ジューク



株式会社 **むつ日産**
むつ市大字田名部字赤川ノ内並木110-4 TEL. 0175-22-2284

暮らしの水を安全に。



下北環境保全株式会社
0120-221834
0175-22-1834
0175-22-1806

快適な環境づくりのお手伝い

○介護用品のレンタル・販売
(車いす・ベッド・リハビリ機器他)
○住宅改修

株式会社 **シルバーサービス**
〒035-0033 むつ市横町2-9-13
TEL 0175-22-9511

海・山なくして、下北半島は語れない。


総合食品卸問屋
大市
株式会社

青森県むつ市若生町一丁目13番1号
TEL **0175-33-8138**
FAX **0175-22-0733**

**オレンジリングを
取得してみませんか?**

みちのく荘総合ケアセンターでは、認知症サポーター養成講座の開催地域を募集しています。認知症サポーターとは、認知症の人や家族を温かく見守る応援者です。受講者全員に認知症サポーターの証としてオレンジリングを進呈します。

(問い合わせ)
みちのく荘総合ケアセンター
0175(23)7070 担当/工藤



やさしい街づくりを応援しています。

わたしの家族は天下一。
辛いことも楽しいことも、いつも家族が一緒だった。

木村 ヨコさん 昭和3年(辰年)1月1日生まれ 84歳 / むつ市中野沢出身



お孫さんとの一枚。幼いころから変わらないこの素敵な笑顔を見ることが大好きな木村さんです。

夫と離れ、初めは寂しい思いもしましたが、時々会えるので、今は自分の家と同じくらい安心して暮らしています。

お正月は寒いので帰宅しませんが、お盆には子供たちも実家に集まりみんなで過ごします。

家族が集まると賑やかで、美味しい物もいっぱい食べられて、楽しさでいっぱいです。一緒に寝る娘たちには、「かあさんは寝言がすごい」と笑われますが、その時が一番賢い時間となっています。

今年も仲良しの利用者、職員と一緒に、特養みちのく荘で、めでたく新年と誕生日を迎えた木村ヨコさん、その瞳は元旦のお日様のようにキラキラと輝いていました。

記/村林 優里

私の小径

特養みちのく荘に入居している木村さんにとっての誕生日は家族がそろった一年で一番楽しい正月元旦です。家族みんなでもちつきをし、薪ストーブのまわりに集まって、煮しめやタラ汁、そば、紅白なますを作りました。

「正月でめでたいから、父親がそうやって届けを出したのかもしれない。」

と言います。

昭和26年、知人の紹介で夫勝美さんと結婚。戦後まもなく、5人の子供を育てるために、田んぼや畑、養蜂・養鶏・酪農など、様々な仕事をしました。

夫が出稼ぎの間は女手ひとつの家を守り、「着るものは何でもいい。お金が無くて、子供に食べるものだけは我慢させたくなかった。心も体ものびのび育ってほしい。」と思い、冬場は新聞や郵便配達もしました。

草取りが得意で、庭はいつも四季色とりどりの花でいっぱい。季節の山野草を摘みに行ったりは花屋に納めるなどして、苦しい生活の中でも働くことに喜びを感じていました。

子供たちが巣立ってからの楽しみは、お正月に帰省する孫に会うことでした。

「二百円玉がある時は、孫にアイスやジュース、鉛筆やノートを買ってあげたというつもりでコツコツ貯めたよ。普段は会えないから、正月に来てビニール袋いっぱいのお小銭をみて、目をまん丸にして喜ぶ孫の顔を見るのがなにより楽しみなんだ。」

平成10年12月30日、脳梗塞で倒れ入院。微熱が続き充分なりハビリができず、退院後もひとりでは思うように動けなくなったため、老人保健施設やショートステイの利用を経て、特養みちのく荘へ入居することになりました。

第6回(第2部)シリーズ③
デンマーク医療・福祉研修

法人では、昨年度9月と今年度5月に2班編成でデンマーク研修を実施しました。今号では第2班(医療リハビリ研究チーム)の報告、シリーズ第3弾を紹介いたします。

みちのく荘は、平成24年秋に新規事業を立ち上げます。今回の研修は、医療・福祉・文化を包括した新規事業をむつ市に構築するためです。

4日目

訪問看護ステーション/佐々木則子

【回復期総合病院】
エルシノア市(首都コペンハーゲンから車で約1時間)にある「セントフテ総合病院」の内科(老人科・リハビリ科)を訪問しました。

デンマークでは、市民一人ひとりに家庭医がついています。家庭医が専門的な検査や入院が必要と判断した場合に、救急病院や回復期病院へ紹介し、通院・入院します。脳卒中や糖尿病などで救急病院に入院した方が、遅くとも5日目には回復期病院へ転院してきます。

救急病院入院から48時間以内で、医師・作業療法士・理学療法士・看護師などの専門



美術館のような外観のセントフテ総合病院です。



フォローホームナースは利用者の自宅でトイレ・風呂・食事・室内外の移動など、その方の在宅での生活をチェックします。在宅生活に支障がある場合は、再度病院に戻ることもあります。

「フォローホームナース」の満足度は高く、利用者からは「安心して退院できる。」「とても助かった。」などといった声が聞かれ、今まで利用を拒否した方はいないということです。「フォローホームナース」の指導を受けた方は再入院の確率が低く、予防医療としても非常に有効な手法となっています。

外来通院は、病気の再発や別の病気を引き起こす危険性があるなど、継続してフォローが必要な方に対して、脳卒中発症後のリハビリや、糖尿病、肥満などといった生活習慣病の改善・予防指導を目的に行われます。入院中から退院後計画をたてて本人にきちんと説明し、本人に通院の意思があるかしっかりと確認します。

デンマークでは、自己決定が徹底して尊

職チームによる診断や回復計画、データの準備が徹底して行われ、その情報はネットワークで迅速かつ確実に回復期病院や家庭医などに伝えられます。

入院期間は10日間程度で、寝たきりになる人はほとんどなく自宅に帰っていきま

す。入院中は、作業療法士や理学療法士が本人へ直接リハビリ指導を行うほか、看護師やケア職員に対しても、本人ができる所を活かせる介助方法を指導します。また、高齢者の円滑な在宅復帰を目的に、「フォローホームナース」と呼ばれる経験豊富なペテラン看護師が配置され、退院に向けての生活相談や、処方薬・処置など在宅療養面のチェックを行い、退院時は本人と一緒に自宅へ同行します。



患者を搬送する車輿には救急車のほか、緊急病院から回復期病院への移動など、車中で治療の必要がない患者を搬送するための専用車輿もあります。

重されているとともに、それに伴う責任があることを国民が理解しているため、今までも外来通院を断ったり途中でやめたりした方はいないそうです。

通院は目標を達成するまで3〜5回程度行われ、本人の意欲維持のために、家族も同席していました。

来院時は理学・作業療法士、看護師などが対応し、状態確認やリハビリ、処方薬管理から精神面の援助までを一体的に行います。家庭医や在宅サービスとの連携も充分とれているので、通院終了後の家庭医への移行も円滑に行われています。

どの職種にもある程度の権限が与えられているので、理学・作業療法士、看護師それぞれの判断で指導にあたっています。的確な診断・判断力といった専門性が求められ、プロ意識の高さを感じました。