



お住まい相談員

みなさんこんにちは、老人ホームをお探しの方をお手伝いするウチシルベです。厳しい暑さが続く毎日ですが、気がつけば暦も7月となりました。いよいよ夏本番ですが、体調など崩されていませんか。ウチシルベでは、「大切な家族のために老人ホームを探したい」「何から始めればいいのか分からない」といったご相談に、今月も誠心誠意対応中です！いつでもお気軽にご相談ください！

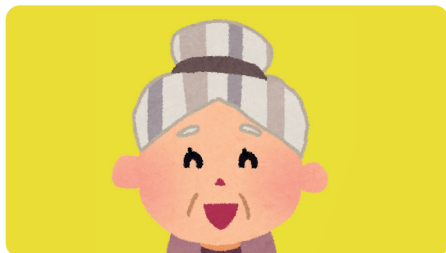
ご相談事例

暑さで体調を崩して入院するケース

【ご本人】

女性Aさん(88歳)

一人暮らし/要介護1



今回のご相談は、知人のソーシャルワーカーさんからウチシルベのことを聞いた、というご家族さまでした。

ご入居を希望されているのは、88歳で要介護1のお母さま。ご主人を亡くされてから認知症が少しずつ進み、食欲も落ちていたタイミングで入院されたそうです。ちょうど暑くなってきた時期に水分をあまり摂れておらず、脱水状態になってしまったとのことでした。

こうした「夏の暑さの中でエアコンをつけずに過ごしてしまい、体調を崩す」といったケースは、ウチシルベにもよく寄

せられるご相談です。昔に比べて気温がぐっと上がってきているのに、高齢の方の中には「まだエアコンはいらないかな」と昔の感覚で過ごしてしまう方も多いのかもしれません。

入院当初に比べると少しずつAさんの体調にも回復がみられましたが、食欲にムラがあったり、認知症がさらに進んでいる様子も見られました。退院後にご自宅に戻り、一人での生活を続けるのは難しい...ということで、ご家族が施設探しを始められたそうです。

私たちは、入居されるご本人の状態やご家族の希望をお聞きしたうえで、複数の施設をご提案しています。今回は、ご親戚近くに住んでいるエリアをご希望だったので、その地域にある2つの施設をご紹介します。見学の日には、遠方からご家族も駆けつけてくださって、みなさんで支えようとしている姿がとても印象的で、私自身も

「しっかりサポートしよう」と気持ちがキュッと引き締められました。

見学に訪れた内の1施設は、内覧会2日目の新しい施設。新しい施設ということもありお部屋も選ぶことができ、ご家族にとっても安心材料になったようです。なかでも一番安心されたのは、スタッフの皆さんの対応がとても丁寧だったこと。ご家族からは「信頼できる場所を選んであげたい」という強い思いが伝わってきました。

見学した2施設の内、ご家族の希望もあり内覧に訪れた施設への入居が決定しました。入居の際には「本当に良い施設を紹介していただきありがとうございます」と何度も言っていただき、私も胸がいっぱいになりました。この仕事をしていてよかったと改めて実感できた、心に残るご紹介となりました。

対応エリア **全国対応**

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅探しはウチシルベにおまかせ下さい。



0120-253-347

受付時間 平日9:00~18:00

※TELもしくは裏面のFAXにでもお問い合わせいただけます。

ソーシャルワーカー・ケアマネージャーの皆さま!



老人ホーム探しは、ウチシルベにおまかせください!

相談
無料

0120-253-347

お住まい相談員がすべて完全無料で対応します!

日頃よりウチシルベをご利用いただき、ありがとうございます。「夫婦二人で入居したい」「他県の施設へ入りたい」「5日後にでも入居したい」「身元保証人がいない」「生活保護を受けている」「医療依存度が高い」「予算10万円以下」などなど…施設探しの専門家として、ケアマネージャー・ソーシャルワーカーさんの業務をサポート! どんなご相談でも構いません。ご相談からご入居まで、すべて無料でサポートします。まずはお気軽にお問い合わせください。

ご相談から入居までの流れ

ご相談	ご提案	ご見学	ご検討	ご契約
まずはお電話をください。ご予算やお体の具合、ご希望のエリアをお聞かせください。	お客様のご希望に合った住宅をいくつかご紹介いたします。	弊社相談員と待ち合わせをし、ご希望物件を実際に見学していただけます。お車での送迎も承ります。	弊社相談員のアドバイスを参考に、ご家族様とご本人様でじっくりお話し合いご検討ください。納得いかなければ再度ご提案いたします。	ご希望に合う住宅が見つければご契約していただき、いよいよ新しい生活のスタートです。

↓ ご興味のある方は下記の項目をご記入いただき、弊社までご返送ください ↓

365日
24時間受付



FAXから

0466-23-1130

お住まい	〒	—	都道 府県	市区 町村	年齢	才
要介護度	要支援1 / 要支援2 / 要介護1 / 要介護2 要介護3 / 要介護4 / 要介護5					
現在の状況	【年金】 万 / 月			【生活保護】 受給中(区・市) 申請予定		
希望エリア	第一希望		第二希望		第三希望	
必要な医療・介護ケア	なし / 透析 / 在宅酸素 / 胃ろう / 認知症 インスリン自己注射可 / インスリン自己注射不可 その他()					

ご記入者 病院・事業所名: _____ 担当者様氏名: _____

ご連絡先 電話番号: _____

頂いた内容を元に、こちらからご連絡させていただきます。