

第2章

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

～事例集～



【事例①-1 基本情報】

介護度		要介護 5	年齢	88	性別	女性
家族状況	家族構成	夫と息子と同居			関係	良好
	状況	夫と息子との3人暮らし。息子は日中就労。夫が献身的に介護されているが、高齢で介護による疲労強い。				
	定期巡回への理解・意向	本人	理解は困難だったが、ヘルパーが訪問する事で安心感はある。			
		家族	自身も高齢で、持病の腰痛あり、介護が不安。			
疾病	腰椎圧迫骨折、高血圧、うつ					
	服薬	朝・昼・夕 内服薬あり。夫が内服介助を行っているが、時々飲み忘れあり。				
ADL	<p>移動は歩行器使用されているが、膝折れあり。歩行時は、見守りと必要時身体を支える等、軽介助が必要。移動時はコルセット着用。ベッドや椅子からの立ち上がりは軽介助要。排泄は、日中リハビリパンツ、パット使用。調子のよい時はトイレに行く。<small>【更新済み】</small>夜間リハビリパンツ、吸収量の多いパット使用。</p> <p>食事は自立。夫が調理配膳を行っており、食卓テーブルで摂取。</p>					
依頼経緯	以前は、毎日散歩や簡単な調理、皿洗いなど身の回りで出来ることは行っていたが、圧迫骨折後の痛みで、筋力低下・うつ状態となりベッド臥床することが多くなる。長男は日中就労しており、主な家事や介護はご主人が行っているが、持病の腰痛あり。夫への依存が強く日中・夜間共に大声で呼ばれることも多く、夫の疲労強くなり、本サービスを利用することとなる。					
開始時のプラン	<input checked="" type="radio"/> 一体型 <input type="radio"/> 連携型 ※〇をお願いします					
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・腰椎圧迫骨折による筋力低下・うつ症状あり、ベッド臥床することが多くなっている。 ・夫の介護負担が軽減できるようにサポートしていく。 				
	定期巡回での支援の方針	<p>ベッドで過ごす事が多くなっており、下肢筋力の維持・向上を図り、歩行器で寝室からリビングまでの往復が出来るように歩行時に見守り、軽介助を行う。1日3回訪問し、排泄介助や食事・服薬の声かけを行い、日常生活の活性とともに夜間は良眠出来るように支援する。</p>				
開始時の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・1日3回(朝・昼・夕)訪問。夕方～朝にかけては息子もトイレ誘導や食事の促しなどを対応。移動時はコルセットを着用し、歩行器でトイレ誘導し排泄介助。ズボンの上げ下ろし介助必要。パットに尿汚染あれば交換。 ・毎訪問時、食卓に誘導し朝食はバナナ・ヨーグルト・栄養補助食品を配膳し、見守りとお声かけを行う。昼食は夫が配膳し、夕食は息子が仕事から帰ってくるので対応。 ・内服薬は、夫も確認がしやすいように服薬カレンダーに変更し、毎訪問時服薬の有無を確認する。朝と夕は洗面所に行って口腔ケアの見守りを行う。入浴と家族の介護負担軽減の為、水曜日と土曜日にデイサービスを利用開始となる。 ・看護師は、病状管理と排便コントロールの為に週1回入り、セラピストも週1回ストレッチ、筋トシ、立位の訓練を実施。 ・福祉用具は、歩行器、外出用の車椅子、デイ利用時のスロープ、ベッドのマットレスをレンタル。昼夜共に大声で夫を呼ばれるので、夫も対応に困っており、その時はオペレーターに連絡し、相談・随時訪問ができることを伝える。 <p style="text-align: right; font-size: small;">※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。</p>					

【事例①-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝								
午前	訪問看護		デイ		セラピスト	デイ		排泄介助・食事配膳・服薬確認 トイレ・食卓へ移動
午後			Dr訪問診療 月2回					排泄介助・服薬確認 トイレ・食卓へ移動
夜間								排泄介助・服薬確認 トイレ・食卓へ移動
深夜								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

【事例①-3 支援経過】

<p>支援経過</p>	<p>① サービス初日～4週間 歩行器歩行は、安定しているが時々膝折れがあるので、ヘルパーが少し支えている。トイレに行ってから食卓まで移動し、食事を摂られる。服薬は夫がされているが時々飲み忘れがあるので、毎訪問時、ヘルパーで確認している。デイサービスは、気の合う利用者もおられ、脳トレや絵を描くなど楽しまれている様子。日中・夜間共に大声で夫を呼ばれることに関しては、変化はないがさみしくて話をしたいからではないかと考えられる。便秘傾向で、看護師による下剤の調整や排便の処置を行っている。</p> <p>②開始4週間～1ヶ月半 ヘルパーが3回入ることによって、トイレ・食事等、日中起きている時間が増え、夜間よく眠るようになり、夫を呼ぶことも少なくなった。デイサービスでの様子を確認し、カラオケに参加しているとの情報を聞き、ヘルパー訪問中に一緒に唄を歌ったり、コミュニケーションを短時間の中でも行えるようにしていく。歩行時、足が前に出ないことがあるので、セラピストにヘルパーでも簡単なリハビリが出来ないか相談し、毎訪問時に本人の体調を考慮してストレッチを行うこととなる。</p> <p>③開始1ヶ月半～2ヶ月半 リハビリの成果からか、歩行器歩行も安定しトイレも見守りのみとなり、また、夜も良く眠るようになったことで夫の腰痛も軽減しているので、昼のヘルパー訪問を減らし、夫に昼の歩行時の見守りを依頼し、もし不安があればいつでも連絡をするように伝える。ヘルパーとのかかわりの中で、本人の表情も穏やかになり時折笑顔もみられるようになる。</p> <p>④開始2ヶ月半～3ヶ月半 ヘルパー訪問時、発熱・顔面黄疸の症状あり、採血にて炎症反応、肝機能障害見られADL低下。夫は、入院せずこのまま自宅で看取りたいと考えておられたが、夫の倦怠感が増えてきており、病院受診し検査したところ、癌が見つかりすぐに入院となる。息子も仕事があるので本人をみるのが困難で日中一人にさせるのは不安な為、緊急ショートを利用するかたちとなる。</p>
<p>その後</p>	<p>夫が高齢の為、積極的治療はしない方向となった。自宅に帰ってきてても本人の介護ができるか不安が大きい。ショートステイ中、発熱あり入院され、現在、特別養護老人ホームに入所された為、サービス終了となる。</p>
<p>事例のポイント</p>	<p>当初は、腰椎圧迫骨折により、ベッドで過されていることが多くなり、昼夜共に不穏な状態だったが、ヘルパーの訪問により排泄・食事等歩行器で移動する回数も増え離床の促しが出来、生活動作・下肢筋力の維持向上・精神面の活性・夜間の良眠につながった。また、デイサービスに週2回行くことで、社会参加、外との関わり、保清が出来る。夫の腰痛や介護負担の軽減・休息にもつなぐことが出来た。病状の悪化に伴うADLの低下はあったものの、日中の生活リズムを取り戻すことができた。</p>

【事例②-1 基本情報】

介護度		要介護 1	年齢	60歳代	性別	男性
家族状況	家族構成	独居			関係	良好
	状況	独居。車で20分のところに妹家族あり。離婚歴あり、実子2名いるが疎遠。				
	定期巡回への理解・意向	本人	体調に気を付けながら、いままで通り自分でできることをしながら暮らしたい。			
		家族	妹：サービスを受けながら安心してすごせるようにしてあげたい。			
疾病	アルツハイマー型認知症 糖尿病					
	服薬	服薬：朝食前・朝食後・昼食前・夕食前+昼直前のインスリン注射				
ADL	自立					
依頼経緯	<p>数年前に離婚してからは独居で暮らしていた。認知症の進行あり、服薬とインスリン注射ができなくなり糖尿病の悪化あり。また日中は不在にしていることが多く、どのように生活しているか不明瞭であったため、定期巡回に依頼があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・服薬確認 ・インスリン注射の見守り ・生活状況の把握 					
開始時のプラン	<input checked="" type="radio"/> 一体型 <input type="radio"/> 連携型 ※○をお願いします					
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の進行あり。記憶障害・判断力の低下・失行があり、服薬・インスリン注射ができず病状が悪化している。 				
	定期巡回での支援の方針	<p>ヘルパー：朝・昼・夕の訪問を行い、服薬確認・インスリン注射の促しと生活状況の把握を行う。 看護：2週間の特別指示でインスリン注射の管理を実施後、定期巡回一体型で週一回の訪問を継続。</p>				
	開始時の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・比較的受け入れは良好。訪問しても不在のこともあり。 ・薬は声掛けをしないと内服できない。血糖測定・インスリン注射は自分でできるが、血糖測定と注射の手順がわからなくなり見守りが必要な状況。 ・買い物や食事はできている。お風呂には入れておらず、自分で清拭をしている。排泄の失敗はない。 				
※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。						

【事例②-2-1】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝	ヘルパー							服薬確認・生活の把握
8:00								
午前	看護師 ヘルパー							インスリン管理 <small>服薬確認・生活の把握・インスリン注射の見守り</small>
10:00								
12:00								
午後								
14:00								
16:00	ヘルパー							服薬確認・生活の把握
18:00								
夜間								
20:00								
22:00								
深夜								
24:00								
2:00								
4:00								

【事例②-2-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝	ヘルパー							服薬確認・生活の把握
午前	ヘルパー	デイ	看護師		デイ			服薬確認・生活の把握・インスリン注射の見守り
午後		デイ						
夜間								
深夜								
2:00								
4:00								

【事例②-2-3】

	4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	24:00	2:00	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動	
深夜																						
早朝		ヘルパー																				服薬確認・生活の把握・目薬
午前				ヘルパー																		服薬確認・生活の把握・インスリン注射の見守り・目薬
午後																						
夜間																						白内障手術のため目薬
深夜																						白内障手術のため目薬

【事例②-3 支援経過】

支援経過	<p>①訪問開始当初～2か月目 訪問に対しては受け入れ良好。血糖測定、インスリン注射の手順があいまいで、看護師で本人の能力に合わせた手順書の作成を行う。昼の訪問はヘルパーも同行し、手順の確認を一緒に実施。手順書を見ながらできるようになり、毎日の看護師の訪問からヘルパーの見守りにサービスを変更する。薬は開始当初はほとんど内服できておらず毎回促しを行っていた。カレンダー管理から一日管理に変更し、普段座るところに服薬シートをテーブルに貼りつけ見えるように管理することで内服できるようになる。夜の訪問を終了する。</p> <p>②2か月～半年 デイサービスを開始したが馴染めず、2か月足らずで利用終了。服薬ができるようになったことで血糖コントロール良好になり、昼のインスリン注射が中止となる。朝の降圧剤の効果もあり減薬される。訪問を減らすと服薬が確実にできないことから、朝・昼の訪問は継続。職員の訪問にもなれ、不在であることが減少する。</p> <p>③半年～10か月 両目の白内障の手術の時は、1日4回の点眼のため朝・昼・夕・夜の訪問を実施する。自分でできないことが増えたことでBPSDが強く表れ始める。感情失禁や妄想が増え始め、本人・家族の希望もあり一旦入院し専門的な治療を受けることになる。通院していた精神科に入院となる。</p>
その後	<p>現在精神科入院中。妹様の判断で、退院したらそのままサ高住へ入居し見守りのある中での生活を送る予定となる。</p>
事例のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・通院していた病院でアルツハイマー型認知症との診断。どのような生活をしているか全く見えない状況から、一日複数回の訪問で生活状況を把握。アセスメントしながら訪問回数の増減を図ることでBPSDが緩和でき、数か月は安定し過ごすことができた。 ・ヘルパーと看護師が一体となり、毎日のインスリン注射が安定的に実施できた。服薬管理も確実にできたことで病状の安定が図れ、インスリン注射が中止となり本人の負担が減少。また結果的に希望していたサ高住への入居もやすくなった。

【事例③-1 基本情報】

介護度		要介護2		年齢	89歳	性別	女性	
家族状況	家族構成	独居				関係		
	状況							
	定期巡回への理解・意向	本人	独居は寂しいが、このままの生活を続けたい。					
		家族	最終的には施設をと思っているが、本人が入所を嫌がっている。					
疾病	認知症・三叉神経痛の視力障害・時々うつ症状・高脂血症・声帯浮腫・子宮筋腫							
	服薬	有						
ADL	ほぼ自立							
依頼経緯	お盆に息子様が帰省された際、本人様の認知症が進んでいることに驚かれ、あんしんすこやかセンターに相談の上、精神科に受診される。5～10分程度の記憶保持が困難、不安感やストレスにより体調不良を引き起こされるため、見守りをメインに服薬確認も併せて依頼される。							
開始時のプラン	一体型 ・ <u>連携型</u> ※○をお願いします							
	課題	・ 転倒防止や体調維持を図りながらアクシデントを防いでいく。						
	定期巡回での支援の方針	定期的に訪問し、安否確認、心身の状態把握、服薬確認する。本人様の出来る役割や家事などしながら無理なく生活が続けられるように支援する。						
	開始時の状況	本人様が転倒され顔面打撲されたことがきっかけとなり、訪問を開始。独居の為、一日三回訪問し確実に服薬出来るよう介助。体調が優れない時は、随時対応を行った。生活のリズムが整ってきて外出されるようになってきたので、アセスメントを行いサービスの調整をした。						
※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。								

【事例③-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
4:00								
6:00								
8:00								安否確認・服薬
10:00								
12:00								外出・買い物付き添い
14:00								
16:00								掃除・足浴・体操
18:00								安否確認
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

※月1回 看護のアセスメント

【事例③-3 支援経過】

支援経過	<p>①初日～4週間 ご自身で正しく服薬が出来ないため訪問時に服薬介助を行い、体調の変化に注意し必要な時は家族やケアマネジャーに連絡を取りながら、適切な対応を行った。生活のリズムが整ってきて外出されるようになったが、右足の痛みが出てからは再び自宅に居ることが多くなった。本人様も痛みの軽減を望んでおられ、足浴や体操をしながら信頼関係を築いていった。</p> <p>②4週間～1ヶ月半 右足の痛みも軽減し、外出の機会が増えたので、アセスメントし、1日1回の定期巡回の訪問に変更して確実に服薬出来るようにした。このことにより、本人様の自由な時間が増えた。</p> <p>③1か月半～3か月半 心臓肥大により肺が小さくなってきている影響で息切れの症状が増えており、アセスメント後、1日2回の定期巡回にして頓服を服用して頂いた。意欲的に外出されたり、庭の手入れをされていた。</p> <p>④3ヶ月半～半年 夏になり体調に波があるものの、水分補給をして頂き1日1回の体操は欠かさず行われた。体調が優れない時は随時回数を増やすなどの対応をし、皆さんが来てくれるだけでうれしい、気分が晴れます等、お喜びの声が聞かれた。</p> <p>⑤半年～1年 信頼関係も出来てきたようで、職員と料理をするなど表情も穏やかになり、家の中に居ると気が滅入ると外出されたり笑顔を多くみられるようになった。</p>
その後	<p>体調に波があることは変わりなく、それに伴う気持ちの浮き沈みあるが、訪問時、不安や心配事に対し助言や傾聴することにより安心されている。このことにより信頼関係が出来てきたなど実感できた。認知症の症状は徐々に進んでいるようで、火の元の管理が難しくなったこともあり最近料理をしなくなったが、毎日の日課で買い物に出掛けられ、好みの総菜を購入されている。歩行は安定しているが、不慮の転倒による打撲や骨折が稀にあり、その都度ケアマネジャーや家族と連絡を取り、随時対応をした。体重の変動にも気を配り、栄養補助食品の提案をした。摂取に抵抗なく、体調もある程度安定している。また、デイサービスへ行くことを拒まれることが多かったので、送り出しも対応するようになり、順調に参加されるようになった。</p>
事例のポイント	<p>サービス開始当初は、自宅内に他人が入ることに抵抗が見られたものの、訪問回数を重ねることで信頼関係が築かれたと実感できた。アセスメント等、利用者の心身の状態把握をし、その時々に必要なサービスを定期的または随時の訪問をすることで安心して在宅で過ごされている。</p>

【事例④-1 基本情報】

介護度		要介護2→5（区変）	年齢	74歳	性別	男性
家族状況	家族構成	妻、長女、長男			関係	妻と別居
	状況	過去にDVあり、妻と別居状態				
	定期巡回への理解・意向	本人	不安はあるが、1度帰ってみたい			
		家族	過去のDVがあり2人の生活は怖い。同居は難しいが見捨てるようなことはしたくない。			
疾病	肺癌、脳転移、骨転移、癌性髄膜炎					
	服薬	フェントステープ（1日1回張り替え）、ナルラピド（頓服薬）				
ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレまでの歩行は、つたい歩きでなんとか歩行できていた。ふらつき、筋力低下あり、転倒リスクあり。 ・脳転移あり、短期記憶障害や見当識障害あり。頭痛の訴えも多い。 					
依頼経緯	<ul style="list-style-type: none"> ・癌治療で入院していたが、ターミナル期で、本人が自宅へ戻りたいという意思があり、家族も同意され退院の意向。 ・コロナ禍でケアマネジャーも面談ができておらず。詳しいADL状況はわからない。 ・別居の妻と娘も泊りはできないが、週2～3回の支援は出来るとの事。本人の意向を組んでサービス依頼あり。 ・独居のため1日4回（朝、昼、夕、夜）、食事の確認、排泄介助、フェントステープ張り替え。 					
開始時のプラン	一体型 連携型 ※○をお願いします					
	課題	・痛みのコントロール、転倒リスク				
	定期巡回での支援の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・1日4回（朝、昼、夕、夜）食事準備、口腔ケア、排泄介助（必要時）、フェントステープ貼り替え。 ・体調変化を自分で痛みの訴えなど出来難いので、排便状況や食事状況などの状態観察しました。 ・妻と長女は市外に居住で週に数回買い物や掃除などの支援がありました。 				
	開始時の状況	退院された当日より、転倒され、額にこぶがで、その後もトイレまで歩行はされるものの戻れずにトイレ内におられたり、途中で倒れていたり擦り傷や打撲をされていた事もあり、その度に訪問看護に連絡し、相談や訪問を依頼していた。				
※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。						

【事例④-3支援経過】

支援経過	<p>2020年5月～利用開始</p> <p>①初日～4日目 1日4回と随時訪問で対応</p> <p>②5日目に区分変更申請 安否確認の訪問回数を0時と4時2回増やし1日6回訪問する</p> <p>③6日目～ 嚥下状態低下、食事介助、排泄も介助が必要になる</p> <p>④22日目 妻、長女、ヘルパーに看取られ永眠される。</p>
その後	<p>亡くなられたあと、しばらくしてから奥様と娘様が事務所に来られ、「自宅で看取れてよかったです。ありがとうございました。」とお礼の言葉を頂戴した。</p>
事例のポイント	<p>コロナ禍の中での退院となり、家族やケアマネジャーも面会もできず、詳しいことが何もわからないまま、サービス開始となる。</p> <p>訪問初日に、顔に大きなこぶを作られ、その後も、訪問に行くたびに転倒されたりケガをされていたので、毎回何が起きているのかとひやひやしながら訪問した。</p> <p>1週間もすると、今まで自力で摂取できていた食事が喉を通らず介助も必要で、トイレもポータブルトイレを設置しましたが、どうしてもトイレに行きたいようで、トイレに行っては戻れなくなっていた。その後はトイレにも行けなくなりオムツとなり、オムツ交換が必要になった。最期はヘルパーの腕の中で家族様が見守る中、看取りをした事例でした。</p>

【事例④-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝								
午前	4:00							
	6:00							
午後	8:00							食事準備、排泄介助
	10:00							
夜間	12:00							食事準備、排泄介助
	14:00							
深夜	16:00							食事準備、排泄介助
	18:00							
	20:00							健康チェック
	22:00							
	24:00							
	2:00							
	4:00							

※医療での訪問看護を状況により2~7/W利用

【事例⑤-1 基本情報】

介護度		要介護 2	年齢	83歳	性別	男性
家族状況	家族構成	妻、娘家族4人と同居			関係	本人と娘家族は良好。本人の妻と娘の折り合いが
	状況	娘家族4人と同居しているが、娘と妻の折り合いが悪いこと、娘が仕事で日中不在であることから、本人の世話は妻が全て行っている。				
	定期巡回への理解・意向	本人	家で過ごしたい。			
		家族	今回、妻が入院した。退院して戻ってくるまで、生活リズムを崩さず日々を過ごして欲しい。仕事や子育てで多忙なため、母親の代わりに介護は出来ないなので、助けて欲しい。			
疾病	神経因性膀胱、心不全、認知症					
	服薬	バイアスピリン (100) 1T、タケブロンOD (15) 1T、サイロック (100) 1T、アーチスト (10) 0.5T、アーチスト (1.25) 1T、ダイアート (30) 1T、ラコール				
ADL	食事は自力摂取可能。歩行の安定性は日によって差があるが、調子がいいと見守り歩行可能。調子が悪いと足が立たず、車椅子を使用する時もある。便意は時々あり、ベッドサイドのポータブルトイレに自分で行く事もある。入浴はデイサービスで実施している。					
依頼経緯	主介護者である妻は認知症があるが、本人のウロバック内の尿破棄や排便後の始末、食事提供等は全て担っている。しかし、娘が金銭管理をし始めたことで、妻の娘に対する被害妄想が強くなり、関係が崩れる。そんな中、娘への粗暴行為があり、精神科に緊急入院となった。日中独居となってしまったため、定期巡回（介護のみ）開始となる。					
開始時のプラン	一体型 ・ 連携型 ※〇をお願いします					
	課題	娘は仕事や子育てで多忙なため、母親の代わりに介護は出来ない。本人は神経因性膀胱により尿バルーンカテーテルを留置しており、以前から尿路感染症を繰り返している。				
	定期巡回での支援の方針	娘は早朝から夜まで仕事で不在。日中独居の為、1日4回（朝・昼・夕・夜）訪問し、起床、排泄介助、整容、食事配膳や水分摂取を促し、就寝介助を行い、在宅生活が送れるように日常生活を整える。もともと夕食は15時～16時頃、就寝は18時頃だということで、それまでの生活リズムに合わせて介入する。				
	開始時の状況	日中独居のため、1日4回（朝・昼・夕・夜）訪問し、起床、排泄介助、整容、食事配膳や水分摂取を促し、就寝介助を行った。18時台の訪問は家族がいる時は、スキップすることもあった。尿路感染症を繰り返していたとので訪問する度にウロバック内の尿の観察は行う。				
※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。						

【事例⑤-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝								
4:00								
6:00								
8:00								起床、整容、尿破棄、配膳、服薬
午前								
10:00								
12:00								尿破棄、配膳
午後								
14:00								
16:00								尿破棄、配膳、洗濯
夜間								
18:00								就寝
20:00								
22:00								
深夜								
24:00								
2:00								
4:00								

※体調の変化によって、看護が訪問し観察・処置

【事例⑤-3 支援経過】

支 援 経 過	<p>① サービス初日～4か月</p> <p>サービスへの受け入れは良好。ケアコール端末の誤報が時々あったが、落ち着いて過ごせていた。それまで食事は認知症の妻が準備していた事もあり、ラーメンや牛丼等、偏った食事になっていたが、本サービスが入るようになり、冷凍の高齢者用お弁当を利用するようになる。排便の状態からも、栄養バランスが整ったことが分かる。また、スタッフが関わる度に水分摂取を促すので、排尿の性状は良好な状態が保たれていた。少し体調が優れないと、座位の傾きが増えたり、歩行が不安定となる傾向にあった。</p> <p>② 開始4か月～6か月</p> <p>開始4か月目に泌尿器科の定期受診があり、尿道カテーテル入れ替えると血尿が出る。翌日には、歩行不安定になった。夕方、38℃台の発熱あり。事前に指示のあった抗菌剤を服用。その翌日は微熱、翌々日には平熱に戻る。開始後6か月目に再度38℃後半の発熱あり受診。抗菌剤の処方後、発熱後2日で解熱。今後も、尿路感染症による発熱が時々あると予測され、かかりつけ医と連携できることもあり、本サービスの介護のみの利用から看護ありへと変更した。</p> <p>③ 開始6か月～1年5か月</p> <p>本人の状態は安定し、尿路感染症の再発なく経過。発熱後は朝食が、栄養補助飲料になっていたが、現在は軽食を食べれる日も増える。自分で室内を歩いていることも増えた。活動的になり転倒も時々見られるようになった。新型コロナウイルスに感染し、入院。本サービスは終了となった。</p>
そ の 後	急性期の病院入院後、療養型病院へ転院。在宅復帰するかは決まっていない。
事 例 の ポ イ ン ト	定期巡回開始前から尿路感染症を繰り返し起こしており、入院に至る事もあった。ご本人は我慢強く、認知症も軽度にあることから、身体の不調を訴えることがしにくかった。毎日関わるスタッフが、本人の様子に小さな変化があることをキャッチし、発熱時に速やかに対応することで、重症化を防げた事例である。

【事例⑥-1 基本情報】

介護度		要介護5	年齢	96歳	性別	女性
家族状況	家族構成	夫、娘(R2逝去)、娘婿と同居。キーパーソン：孫			関係	良好
	状況	夫も要介護状態で認知症。娘は精神疾患あり、娘婿と4人で同居していた。キーパーソンである孫がご本人様、夫、娘の支援を行っている。				
	定期巡回への理解・意向	本人	意思の疎通不可			
		家族	孫：毎日の食事など、仕事もしているので行えない。介護サービスを利用して、在宅サービスを継続させてあげたい。			
疾病	脳梗塞、左片麻痺、高次機能障害、緑内障					
	服薬	・ファモチジン ・酸化マグネシウム ・テオドールドライシロップ ・モンテルカスト ・ツロプテロールテープ ・アンプロキソール ・クロピドグレル錠 ・レミニール ・フェキソフェナジン				
ADL	全介助。意思の疎通不可。車いすでの座位保持可能。左片麻痺。おむつ使用（尿意、便意なし）。経口摂取（ミキサー食）。水分トロミ使用。咀嚼、嚥下共に日によって波あり。					
依頼経緯	指定訪問介護を利用していたが、介助量増加、事業者側の人員状況により臨時対応が困難となり、定期巡回を利用開始。排泄、食事、服薬確認を3食後行ってほしい。並行して入浴目的でデイサービスを利用。					
開始時のプラン	<input checked="" type="radio"/> 一体型 <input type="radio"/> 連携型 ※○をお願いします					
	課題	ご本人様全介助状態であり、同居家族がいるものの介護力なく、食事介助、排泄介助など日常的支援が必要。				
	定期巡回での支援の方針	1日4回訪問し、排泄介助、服薬確認、食事介助を行い、介護者の負担軽減を図る。				
	開始時の状況	全介助の排泄・食事・服薬介助・口腔ケアのみ希望で、介護のみでのサービス開始。サービス変更前に入っていた訪問介護事業所よりサービスの引き継ぎを受ける。状態的には安定しているが、誤嚥、褥瘡のリスクがある。入浴目的でデイサービスを利用されているが、自宅マンションにエレベーターがない為、デイスタッフと共に階段昇降介助を行い、デイ送り出しも行う。				
※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。						

【事例⑥-3 支援経過】

支 援 経 過	<p>①初日～2年 ADL、嚥下状態の変化などもなく過ごされている。季節の変わり目などに肺炎疑いで入院される事もあるが、2週間程度で退院される。退院後も、ADLなど変わらない。</p> <p>②2年～2年4ヶ月 嚥下状態、食事摂取量が低下しているが、毎食7～8割の摂取はされている。夏に誤嚥性肺炎で入院され、退院後吸引と褥瘡の処置が必要となり、定期巡回の介護のみ+医療保険での訪問看護開始。</p> <p>③2年4ヶ月～2年7ヶ月 褥瘡改善し、吸引手技を家族が習得した為、定期巡回の介護のみに戻すが、食事摂取量にむらがあり、熱発も時折みられた為、定期巡回の看護付きでのサービスを検討。ご家族様の要望でサービス開始のタイミングをみている間に、ご自宅でご逝去される。</p>
そ の 後	
事 例 の ポ イ ン ト	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護5の方であっても、自宅で最期を迎えることができる。 ・定期巡回介護のみ、定期巡回介護のみ+医療保険での訪問介護、定期巡回看護付きと入り方のご利用者様の状況に合わせた、サービス提供方法のバリエーションがフルに活用された。

【事例⑥-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝								口腔ケア
午前	8:00~8:50 9:10~9:25	8:00~8:50	8:00~8:50	8:00~8:50 9:10~9:25	8:00~8:50	8:00~8:50	8:00~8:50	排泄介助、食事介助、服薬確認 デイ送り出し
午前		11:30~12:20	11:30~12:20		11:30~12:20	11:30~12:20	11:30~12:20	
午後								
午後	17:00~17:20			17:00~17:20				デイ迎え入れ
夜間	18:00~18:50	18:00~18:50	18:00~18:50	18:00~18:50	18:00~18:50	18:00~18:50	18:00~18:50	排泄介助、食事介助、服薬確認 口腔ケア
深夜								
深夜	22:00~22:20	22:00~22:20	22:00~22:20	22:00~22:20	22:00~22:20	22:00~22:20	22:00~22:20	排泄介助
深夜								
深夜								
深夜								
深夜								
深夜								
深夜								
深夜								

※介護のみの時は、月1回看護のアセスメント。医療保険での訪問看護にて、点滴・褥瘡の処置、家族への痰吸引のレクチャーを行う。

【事例⑦-1 基本情報】

介護度	4	年齢	91歳	性別	女性
家族状況	家族構成	1人暮らし			関係
	状況				
	定期巡回への理解・意向	本人	自分の家に帰りたい		
		家族	退院後は施設に入所していたが面会もできず、家に帰らせてあげたい。自宅で看取りをした		
疾病	R 1.9.30一過性意識消失後 11.1小脳梗塞で入院				
	服薬	リクシアナ錠60mg 臨時でダルム散・屯用でベミン			
ADL	立位不可、車いすでの座位は可能だが、全身機能低下あり。				
依頼経緯	在宅支援センター、ケアマネジャーより依頼あり。 家族様のご親戚が他の区で定期巡回サービスを利用していたこともあり、定期巡回でのサービス希望。				
開始時のプラン	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">一体型</div> ・ 連携型 ※○をお願いします				
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅に戻り、本人様・ご家族様が安心して過ごすことができる。 ・ 状態悪化しないよう体調・ご様子の観察。 			
	定期巡回での支援の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅で安楽に過ごしていただく。 ・ 食事はミキサーで食べやすくする。 ・ 本人様がうどんが大好きで毎日食しておられたとの事なのでうどんをミキサー食にする。 ・ 状態の観察、褥瘡がひどくならない様に観察、看護師との情報共有で悪化を防ぐ。 ・ 家族様の心身に配慮。 			
	開始時の状況	<p>1日3回の訪問（朝・昼・夜）</p> <p>朝 安否確認・排泄介助・軟膏塗布・食事準備・食事介助・服薬確認・口腔ケア・部分清拭</p> <p>昼 安否確認・排泄介助・軟膏塗布・食事準備・食事介助・口腔ケア・口腔ケア</p> <p>夜 安否確認・排泄介助・軟膏塗布・食事準備・食事介助・口腔ケア・口腔ケア</p> <p>その他、適宜全身清拭・更衣</p>			
※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。					

【事例⑦-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝								
午前								
午後								
夜間								
深夜								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

※医師の特別指示書により、医療保険で毎日訪問看護が訪問

【事例⑦-3 支援経過】

支 援 経 過	<p>12月9日：自宅に戻り本人様、家族様ともとても喜んでおられ本人様から息子さんへ「ありがとう」のお言葉があった。支援開始直後は食事をミキサー食にして摂取しておられたが量は少なかった。うどんが好物とのことでミキサー食にして提供する。</p> <p>12月13日： 極わずかな表皮剥離あり</p> <p>12月14日： 1日で褥瘡悪化</p> <p>12月15日： ミキサー食が摂取できなくなりゼリーやトロミ付きのコーヒー召し上がるも少し飲む程度</p> <p>12月16日： 6：56 声掛けに反応薄い</p> <p>12月16日： 20：00 声掛けに反応薄い 排尿なし 背部・下肢さすると開眼される</p> <p>12月16日： 22：00すぎ 家族様より息が止まったと連絡あり、看護師とヘルパー2名で訪問しエンゼルケアさせていただく</p> <p>12月16日： 23：00すぎ 訪問診療医師により死亡確認</p>
そ の 後	
事 例 の ポ イ ン ト	<p>施設だとコロナの影響で面会もできず、本人様の家に帰りたという希望を家族様が叶え、自宅に戻ってから毎日長男様が夜は泊まり、次男様も横浜から帰ってこられた。</p> <p>たった数日しか自宅で過ごすことができなかったが「本人様が大好きな自宅に帰ってくることができて家族と過ごせたこと」「看取りができたことについては家族様は良かった」と仰った。</p> <p>こちらとしてはもっとできることがなかったかと後悔もあるが、最期にエンゼルケアをさせていただいたことでお亡くなりになってからも学ばせていただいたことに心から感謝している。</p>

【事例⑧-1 基本情報】

介護度		要介護 2		年齢	88歳	性別	男性
家族状況	家族構成	独居				関係	良好
	状況	デイサービスを1/W利用されるが休む事が多く、服薬が出来ず血圧が高い。					
	定期巡回への理解・意向	本人	歩行困難で体調も悪く一人で暮らすには不安がある。介護の手を借りても最後まで家で暮らしたい。				
		家族					
疾病	脳梗塞・糖尿病・高血圧症						
	服薬						
ADL	歩行が不安定で、家の中でも転倒が多く外出時には、電動バイクを使用されるが乗る際に体勢崩し転倒。						
依頼経緯	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定訪問でサービス開始。 ・ ごみ屋敷で水回り（トイレ・浴槽）など一面がカビ状態で配管工事が必要となる。対応面でも対応できず不衛生な状態。 ・ デイサービスを1/W利用しているが、休みがちで部屋中が尿臭。 ・ 服薬も出来ず、歩行が困難となり転倒が多くなった。1日複数回の訪問が必要になり巡回サービスへ移行となる。 						
開始時のプラン	<input checked="" type="radio"/> 一体型 <input type="radio"/> 連携型 ※〇をお願いします						
	課題	<p>人柄はよく受け入れ良好、羞恥心が強く、自分で出来る事は何でもしたいと思っている。</p> <p>しかし、服薬するにも、手の震えや位置が定まらず、床に錠剤を落としてしまう。その結果、血圧が高くめまいがあり下肢筋力低下のため転倒が多い。</p>					
	定期巡回での支援の方針	<p>開始1日目から2週間は、アセスメントを行い何が出来るかを見極め、出来ていないところの声掛けから始めた。服薬・リハビリパンツの交換など手助けが必要で、一人での生活に不安もあり日々の経過観察をした。</p>					
	開始時の状況	<p>病院での診察結果、脳梗塞で言葉の呂律が回らず、下肢筋力低下と食事のバランスが悪く、体重増加による膝の痛みがある。1日2回、服薬・更衣・リハパン交換の訪問から開始。何とかトイレには行けるが、リハビリパンツ内の汚染が多くズボンの更衣が難しい。</p>					

【事例⑧-3 支援経過】

支援経過	<p>①サービス初日～2週間 （1日1回の服薬+週2回・掃除・洗濯）</p> <p>毎朝、電動バイクを使用し喫茶に行かれる為、朝食後を見計らい電話を使って服薬の声掛けをする。夕方の訪問時、血圧測定と服薬確認、陰部洗浄、リハビリ交換。</p> <p>日中は、週2回で簡単な掃除・洗濯。</p> <p>②開始2週間～1ヶ月（1日2回+週2回・掃除・洗濯）</p> <p>血圧が下がらない、規則正しい服薬ができていないのでは、との事で朝の訪問を開始。</p> <p>その後、血圧が安定し部屋の状態も落ち着く。</p> <p>③1ヶ月～</p> <p>落ち着いた頃に、外出先にて転倒・その後、自宅にて転倒を繰り返し骨折にて入院となる。</p>
その後	
事例のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅で転倒、救急搬され「大腿骨転子部骨折」とのこと。手術後、リハビリをされ退院する予定。 ・ 退院後は、定期巡回を希望される。退院時のADLの状況によりプラン検討予定。

【事例⑧-2】		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00								排泄介助・服薬・血圧測定
	10:00								
	12:00								
午後	14:00								掃除・洗濯・更衣
	16:00								
夜間	18:00								排泄介助・服薬・血圧測定
	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

【事例⑨-1 基本情報】

介護度		要介護4		年齢	87歳		性別	女性		
家族状況	家族構成	独居。親族は岡山県に甥がいる。					関係			
	状況	結婚歴あるが若いころに離婚しその後独身。 岡山に甥がいるが交流ほぼなし。								
	定期巡回への理解・意向	本人	早く家に帰りた。家に帰ったら自分でできると思う。退院後に不安があるのでできるだけたくさんヘルパーに来てもらいたい。							
		家族								
疾病	高血圧 股関節痛									
	服薬									
ADL	自宅で転倒し股関節痛の訴えあるが骨折認められず。痛みからかADL 徐々に低下し動けなくなり入院。退院時は軽介助でポータブルトイレ移乗可能。見守りで歩行器にて歩行可能となる。									
依頼経緯	<p>退院時、病院からは施設入所を何度も勧めるが本人は断固として在宅の希望あり。</p> <p>入院前の訪問介護利用時より依存が強く、担当サ責や訪問看護に電話を頻回にかけ「困っている。すぐ来て！」というため訪問するが訪問すると心配がない状態が多かった。訴えとADLが合致しないため、退院にあたってADLがわかりづらく、柔軟な対応ができる定期巡回の方が合うのではないかと依頼あり。</p> <p>本人に説明するが理解が得れず「私は家に帰ったらできるから、今まで通りでいい」と言われる。ご本人の合意が得れないため、指定訪問でサービスが入る予定で退院。</p> <p>退院直後に「できない。」「誰か来てくれないと夜はどうしたらいいの」と不安多く、夕方の自宅でのカンファレンスで定期巡回への切り替えの話をする。「それがいい。」と合意を得て定期巡回導入となる。</p>									
開始時のプラン	一体型 ・ 連携型 ※〇をお願いします									
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定訪問時ヘルパーへの拘りが強く担当サ責に依存。定期巡回をうけいられるかが一番の課題。 ・ 不安からくる頻回コールが予想され「すぐ来て！」と言われた場合の対応方法について ・ 訪問看護にも頻回コールあり今までは対応していたと聞く。包括報酬の訪問看護から断られないか心配がある。また毎週訪問リハビリと、訪問看護の対応を今後どうするのか。 ・ 通所サービスを強く拒んでいたので入浴をどうするか。 ・ 自宅では特殊寝台を使用せず、以前から使用している木枠のベッドまたは布団で過ごすとのこと。タッチアップはあるが排泄をどのようにするのか。（移動手段） 								
	定期巡回での支援の方針	<p>ご自身でできる部分に着目して依存のないような援助を心がける。特定の介護者で対応せず、ご本人の気持ちに寄り添いながら、多数のスタッフがかわっていく。電話は自分でできているため、ご本人の混乱がないようにコール器は様子を見ながら設置する。</p>								
開始時の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護 1/w （第一週目のみ看護あとはリハビリ）。 ・ 定期巡回は4/日（朝、昼前、夕方、夜間）を予定していたが、退院日翌日には排泄は自分で行っているとわかりご本人と相談して3/日（朝、昼、夕）とする。好き嫌いが激しいため配食弁当は難しいと判断。サービスへの理解が乏しく、ご本人の混乱を避けるためにも計画作成責任者を担当サ責が行い、3/Wの買い物、掃除含めた家事援助も入院前に入っていたヘルパーのまま継続し様子を見ることとする。 ・ 援助内容は主に服薬、排泄確認、清拭、配下膳を含めた生活援助など生活全般。 									

※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。

【事例⑨-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜 4:00								
早朝 6:00								
午前 8:00	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	
午前 10:00					訪問リハ			第1週目は訪問看護
午前 12:00								
午後 14:00	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	
午後 16:00								
夜間 18:00	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	
夜間 20:00								
深夜 22:00								
深夜 24:00								
深夜 2:00								
深夜 4:00								

【事例⑨-3 支援経過】

支援経過	<p>①退院直後 心配していた排泄もご自身でトイレに行かれている様子があり、ご本人は「動けない。何もできない。」というが、下着内の汚れはなかった。</p> <p>②退院後2～3日後 這っている移動していることを確認。トイレで排便の跡あり。ご本人は「動けない」というがその後は伝い歩きをされているのか、冷蔵庫内のものが減っていたりする。長年一人で気ままに暮らされていたこともあり、ご本人と相談し必要時は随時訪問を行うことで、定期訪問は、朝、夕方の2回に減らして様子を見ることとする。以前から来ている往診医に対しては不信感あり、服薬は拒否傾向にあるため時間をかけて介助が必要。服薬を強く勧めると怒りだすため、服薬準備し促すが、拒否があるときはご本人に任せることが多くなる。</p> <p>③開始3ヶ月頃～ 徐々にADLは上がるが、突然ぬいぐるみの犬をみて「（飼っている）犬が死んだ」と泣きながら獣医の往診を依頼したり刺身を供えたり、幻視幻覚等出現しパニック状態で精神的に落ち着かず、主治医に往診依頼。精神科受診の紹介状を書いてくれたが、本人が頑なに受診を拒む。症状は精神的不安に加え食欲も落ち、体調悪化傾向にあったため看護師と相談。看護師より往診医に相談し精神安定剤が追加になる。各ヘルパーには確実な服薬介助を最重要事項として申し送り、薬の効果がみられ落ち着いてくる。この間、精神状態に応じて随時訪問をしている。</p> <p>④開始4ヶ月頃～現在 現在でも時々幻覚があるが、以前のように激しい症状は見られずますます落ち着いて生活されている。入浴はすべてのサービスでの介助を拒否。ディや訪問入浴もその時は「そんなんあるんか。いいな」といわれるが、いざの時になると「体調が悪い。死んでしまう。」と断る。清拭で対応している。サービス開始より約10か月経過したが体臭を感じないため、体調に応じて、夜一人でシャワー浴？をしているのではないかと推測される。</p>
その後	<p>骨折しADLが低下。施設入所の話も出るが、ご本人は拒否。引続き、在宅生活継続のための支援を行う。</p>
事例のポイント	<p>随時コールに関しては、精神不安定期を除いては、退院直後から訪問介護の時の方が頻回コールがあった位、訪問看護、定期巡回ともにも電話されず、落ち着いておられる。</p> <p>指定訪問を10年以上使い、そこからの移行検討時に、ケアマネやスタッフからは「『決まった時間』『決まったヘルパー』『長時間滞在型の訪問介護』でないと混乱するのではないかと感じていたことは杞憂に終わった。定期巡回を導入してみると、心配をよそに意外とスムーズに行くケースも多くある。</p> <p>このケースに関してもコール時は「次は何時に行く」「心配だったら行こうか」と、話をすると安心して待てる様子で「いつ電話してもいい安心感」が精神的安定につながり、波はあるもののADLが持続できていると感じる。</p> <p>退院時の自宅でのADLは院内では想像にすぎず、独居の場合も家族同居の場合も心配がある。1日のうちのいろいろな時間（決まった時間でない）に訪問すること、多人数の介護者がかかわることで、ぼんやりとながらも全体像がみえ、退院後住み慣れた自宅で、安心して安定した生活が送れるまで数日でも定期巡回で乗り切り、卒業していく事を目標にすることは在宅生活継続のためのキーポイントになったと感じている。</p>

【事例⑩-1 基本情報】

介護度		要介護 4	年齢	91	性別	女
家族状況	家族構成	長男と同居			関係	親子
	状況	長男は朝9時～17時半まで仕事（月～土）、日曜は昼から外出				
	定期巡回への理解・意向	本人	認知機能低下、判断力や理解力はなし			
		家族	自宅で介護を希望			
疾病	アルツハイマー型認知症、脳梗塞、左大腿部頸部骨折術後 2015年頃から物忘れが増え、会話は不成立となり2017年頃から家事全般ができなくなる。2018年に脳梗塞発症するが麻痺はない。2020年3月に左大腿部頸部骨折、術後から寝たきりとなる。					
	服薬	アムロジンOD錠 (5mg) 1T (朝)、ピオフェルミン3g3包 (朝昼夕)				
ADL	寝たきり状態で全介助。寝返りにはできないが、柵を持って左右に向くことあり。					
依頼経緯	2017年頃から夫（2019年永眠）の定期巡回訪問中であったが、妻（本人）の認知機能低下となり、同居の長男から在宅介護希望あり、夫と本人の2名の訪問をしていた。夫の没後から、本人の認知機能低下が著しくなった。					
開始時のプラン	一体型・連携型 ※〇をお願いします					
	課題	長男が日中不在（昼間独居）のため、安否確認、生活支援、危険回避などの必要がある。				
	定期巡回での支援の方針	全介助が必要で、朝昼夕の食事セットと食事介助、排泄介助（月2～3回は、看護師が浣腸実施）、体位交換、口腔ケア（毎食）、服薬介助、お泊りデイ（週1回土日）の準備とデイとの連携				
	開始時の状況	2017年訪問開始当初は、徘徊が頻回で近所の方からのクレームがあった。職員は通勤前にご本人の自宅前を通り、不在の有無をチェックしていた。不在時は周辺を探す。また、近所の方に声をかけ、不在の状況を確認して必要なら職員に応援を要請する。本人の移動範囲や行動が分かっているので、捜索することができた。夏場は側溝で座り込んだ状態を発見することが2回あった。				
※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。						

【事例⑩-3 支援経過】

支援経過	<p>①訪問開始2017年～ 当時は、ある程度の疎通性もあり、理解力もあった。デイサービス以外の食事、排泄誘導、服薬介助を1日3～4回、訪問していた。</p> <p>②2018年春頃～ ひとりで近所や近くの病院あたりまでの外出をしていた。訪問時に不在で、スタッフと探しに行き、発見しては一緒に帰ることを何度か繰り返していた。また、夏の炎天下にうずくまった状態で発見することもあった。</p> <p>③2019年秋頃～ 認知症の進行も早くなり、日常生活の支援、身体ケア、環境整備、排泄ケアとその管理など、1日3～4回の訪問は継続していた。</p> <p>④2020年2月頃～ 急に端座位になったまま立ちとうとしなくなり、介助すると痛みを訴えるようになり、往診医診察後、病院で左大腿部頸部骨折と診断、手術となる。2020年3月～入院</p> <p>⑤2020年8月～ 退院され、在宅生活が始まる。全介助で退院直後は、端座位保持もできていたが、寝たきり状態になる。</p>
その後	<p>2021年1月～1月末現在 食事介助、排泄介助など現在も1日3～4回の訪問を継続中。傾眠時間が長く、覚醒も困難な日が続いたり、また、覚醒良好な日があったりと、日により差があるが、食欲の極端な定価はなく、覚醒時には8割ほど召し上がる。時々、一言二言つぶやいて話すこともあり、表情が豊かな日もある。 褥瘡：座骨部（現在は完治）、仙骨部（現在処置中）にあり。</p>
事例のポイント	<p>昼間独居、認知症、徘徊、寝たきりの状態の経過であった。活動性があった徘徊の時期は、訪問は1日3～5回以上になることもあった。近隣の方々と連携をとり、連絡を事業所宛にいただくこともあった。</p> <p>私たちスタッフが、近隣の方と身近に接することが必要であり、その理解を得ることも大切である。また、家族にも理解と協力を得たことで、徘徊等による大きなトラブルになることもなかった。</p> <p>その後、寝たきりとなった現在、1日3～4回の訪問で支援を継続している。褥瘡発見も早期であり、治療も早期に行うことで14日間ほどで軽快した。現在（1月末）の褥瘡も軽快状態にある。</p> <p>必要に応じて、随時訪問を行うことで、安全な日常生活を維持できていると感じている。</p>

【事例⑩-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝	在宅確認 食事・口腔ケア・服薬					デイ	デイ	
午前								
午後								
夜間	食事・口腔ケア・服薬							
深夜								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00	食事・口腔ケア・服薬							
14:00								
16:00	排泄							
18:00	食事・口腔ケア・服薬							
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

※服薬確認・水分補給・褥瘡の処置・排便コントロール(3~5日)での訪問看護利用

【事例⑪-1 基本情報】

介護度	要介護3	年齢	81歳	性別	女性
家族状況	家族構成	独居		関係	
	状況	・本人は最初の夫と結婚するが死別。その後再婚するが前夫と離婚し現在は一人暮らし。 ・長男は結婚し、施設入所をしている父親（本人の前夫）の成年後見人となっており、遠方のため本人への協力は難しい。 ・次男は近隣に住んでいる。今までは本人に対して関わりを拒否していたが、本人の入院がきっかけとなり病気の理解も深まり、本人が希望する在宅生活の継続を希望している。平日は仕事があるため身の回りの支援は難しいが、休日は買い物の支援をして関わりを持っている。			
	定期巡回への理解・意向	本人	確認できず		
		家族	出来る限り母の意向（自宅での生活）を叶え、お任せしたい。あまり金銭的に余裕がない。		
疾病	腰椎椎間板ヘルニア（不詳） 両変形性膝関節症（平成18年） 変形性腰椎症（平成25年） 腰椎圧迫骨折（平成30年3月17日～平成30年5月31日入院）アルツハイマー型認知症（平成30年3月27日確定診断）				
	服薬	【毎食後】 ・アンブラー錠100mg ・ドルナー錠20μg 【朝食後】 ・ランソプラゾールOD錠15mg「DK」 ・メロキシカム錠10mg「アメル」 ・クラシエ仰肝散加陳皮半夏エキス細粒3.75g ・デノタスチュアブル配合錠 ・ロスバスタチンOD錠2.5mg「サワイ」 ・アリセプト錠10mg ・マグミット錠330mg（調整） 【眼前】 ・ロゼレム錠8mg 眼前 【1日1回足先へ塗布】 ・プロスタンディン軟膏0.003% 10g			
ADL	起居動作：一部介助 移動：一部介助 屋内は伝い歩きor介助、屋外は車いす 移乗：一部介助 食事：自立 普通食 箸使用 更衣：一部介助 排泄：一部介助 日中はトイレ誘導、夜間はオムツ 入浴：デイサービスにて一部介助 整容：一部介助				
依頼経緯	○転倒し腰椎圧迫骨折受傷後、在宅生活を続ける上で定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが必要と判断され依頼を受ける。 ・退院後は移動が不安定な為、再転倒のリスクがあった。 ・内服管理がご自身では出来ない為、疼痛コントロールやその他の既往に対する内服治療が困難。 ・独居の為、安否確認が必要。 ・排泄に誘導が必要。 ・整容、口腔ケアが一部介助。 ・食事の準備が困難。 ・役場や警察・消防・救急要請等へ電話をしてしまう。また、息子、親戚、ケアマネ等へ頻回に電話をかける。 ・次男様の関わりが弱い。				
開始時のプラン	一体型 ・ 連携型 ※○をお願いします				
	課題	退院後はADL低下、認知症の進行が著しい為、それに応じた支援、介入内容が必要。			
	定期巡回での支援の方針	認知症の影響で毎日に攻撃的であったり、感情的であったりする為、その時々で対応が必要。また、次男様が週末に買物（冷凍食品やパン、レトルトのご飯）のみで関わる為、生活上全般的に支援が必要だが、その中で工夫、必要最小限のサービス提供を行っていく。			
開始時の状況	・退院と同時に電話を撤去しケアコールを設置する事で、各所への電話が無くなり、随時対応に繋がった。 ・適切に内服ができるようになった。 ・3食セットし食事が摂れるようになった。 ・失禁する事がほぼ、なくなった。 ・洗濯の支援を行えるようになった。 ・独居での生活が成り立った。				
※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。					

【事例⑩-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝								
午前								
午後				デイ				
夜間								
深夜								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

【事例⑪-3 支援経過】

支 援 経 過	<p>① サービス初日～4週間 見慣れないヘルパーが家を出入りする為、介助や声かけに拒否がほぼ毎回あった。また、ヘルパーへの暴言や手を振り払う等が見られた。電話を撤去し各所への電話が無くなったが、ケアコール端末で何度も通報されていました。ヘルパーが訪問時に介入する事で食事・内服が行えた。 訪問の頻度は朝・昼・夕・眠前の4回</p> <p>② 開始4週間～1か月半 徐々にヘルパーの介入に慣れ、拒否、頻回な通報は減少する。訪問時に食事や水分補給や内服を行えるようになり、生活のリズム、体調・精神の安定に繋がった。</p> <p>③ 開始1か月半～ 本人の状態が安定しているため、現状の訪問頻度とタイミングで継続中。</p>
そ の 後	
事 例 の ポ イ ン ト	<p>退院当初精神的にも体調的にも拒否や頻回な通報があったが、訪問を繰り返す事で、本人の精神状態も落ち着き、体調的にも安定した。 今後も看護・Drと協力しながら支援していきたい。</p>

【事例⑫-1 基本情報】

介護度	1	年齢	85	性別	女	
家族状況	家族構成	娘様2人（神戸市と東京都にお住まい）			関係	良好
	状況	夫と二人暮らしをされていたが、夫がご逝去されご本人様はサービス付き高齢者向け住宅に入居				
	定期巡回への理解・意向	本人	なし			
		家族	父がずっと介護してきて状況がわからない。臨機応変に対応してほしい。			
疾病	アルツハイマー型認知症、葉酸欠乏症					
	服薬	介護職員が介助にて服薬				
ADL	歩行自立、聴覚視力問題なし。 入浴動作等もご自身でできる。 食事自立。旦那様のご逝去するまではご自宅で調理もされていた。					
依頼経緯	夫が存命中に自分が死んだ後の妻の介護が心配でサービス付き高齢者向け住宅を内覧されご自身が亡くなったらここに住んで頂くよう遺言された。今後どうなるかわからないため状態にあわせて柔軟なサービスができる定期巡回の説明をして了解を頂いた。 夫がご逝去され葬儀が終わった次の日に入居されサービスが始まった。					
開始時のプラン	一体型 ・ 連携型 ※○をお願いします					
	課題	夫がご逝去された為、今後どのようになるかわからない。				
	定期巡回での支援の方針	週2回入浴と毎食の食堂への送迎と就寝の服薬介助のサービス開始。 1日平均6コマのサービスを行っていた。				
	開始時の状況	開始時は住む家も変わりお部屋の場所も理解できないのではとご家族様の不安があり、1日複数回入って支援を行うことになった。 夫がご逝去されたことを受け入れておられず、夫を探されていた。私はどこにいるのと不安でサ高住内を歩かれていたりされていた。 特に19時以降は不穏が続き、他の入居者様のお部屋を訪ねられて不安を口にされたり、食堂へ降りてこられお米をくださいとお話をされていた。お米については、夫の夕食を作らないといけなかったことからの発言だった。 入浴については問題なくできており、排泄介助もはいていたがご自分でトイレにいかれ失敗もなかった。				
※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。						

【事例⑫-3 支援経過】

支援経過	<p>①開始時から1ヶ月 排泄介助については毎回汚染がない状況。食堂の場所についても1週間ほどで場所を覚えられてご自分でこれるようになった。 眠前薬については寝ている時と寝ていない時があるがその都度対応をしていた。 不穏についてはその都度対応を行い、状態が悪い時は看護と相談し頓服薬の内服を行った。 また不穏でご家族様に1日何度も電話をするようになった。</p> <p>②2か月目～4か月目 排泄介助と食堂の送迎が不要になったことから、入浴介助と眠前薬服薬介助のみに変更になった。 不穏の状態も続いているがお友達ができたみたいで笑顔が増えるようになった。また認知症専門のデイサービスにも行くようになった。しかしながら夜間ご家族様への電話の回数が減らず1日複数回かけている状態。</p> <p>③5か月目～7か月目 眠前薬を飲まなくても寝て頂けるようになったため、眠前薬の服薬介助のサービスもなくなり週2回の入浴介助のみになる。 6か月目ぐらいの頃デイサービス利用中にデイ離接あり。警察が徘徊しているご本人様をみつけ保護する。 心療内科の先生を受診され薬変更になる。 また食後お腹が空いたと降りてこられることが多くなったことからご家族様に間食としてカップラーメンを依頼。夕食後降りてこられたさいに召し上げて頂くようになった。ラーメンをはじめると不思議と夕食後の徘徊がなくなりご家族に電話もされなくなった。</p> <p>④8か月目～ 排泄失敗が増えるようになった。今まで布パンツだったのをリハビリパンツに変更。1日2回排泄介助に入るようになった。 デイサービスにもリハビリパンツを持って行くこともあり、デイに行く日は排泄とデイの送り出しサービスも追加となる。</p>
その後	<p>現在は状態が安定している。排泄介助についても朝はリハビリパンツが汚染していることが多いが、夕方は汚染していないことが多い。1日1回の排泄に変更するか検討中。 電話の回数も減り、お友達とお話されることが多くなった。 電話の回数が減ってご家族様は当初喜ばれていたが、最近は電話がないことが寂しくなり逆にご家族様からご本人様にお電話をされることが多くなった。</p>
事例のポイント	<p>夫がご逝去して落ち着かない間でのサービス開始となる。 その方の状態を常に把握してその時その時にあわせてサービスを柔軟に変えていく対応を行っていった。</p>

【事例⑫-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
4:00								
早朝								起床介助(排泄、口腔、更衣)
6:00								
8:00								食堂送迎
午前								
10:00								
12:00								排泄介助、食堂送迎
午後								
14:00								入浴
16:00								
18:00								排泄介助、食堂送迎
夜間								
20:00								就寝介助(排泄、口腔、更衣)
22:00								眠前薬服薬(寝ていたらなし)
深夜								
24:00								
2:00								
4:00								

【事例⑬-1 基本情報】

介護度	要介護3	年齢	74	性別	女性	
家族状況	家族構成	独居			関係	良好
	状況	同区内に実妹が居住。通院や金銭管理は実妹が行っている。				
	定期巡回への理解・意向	本人	体調に気を付けながら自分で出来る事はしていきたい。これからも家で生活をしたい。			
		家族	実妹：自分たちで出来ることはこれからもサポートしていきたい。食事のことがきがりです。			
疾病	血清反応陽性関節リウマチ・2型糖尿病・糖尿病性腎症・高血圧・認知症・両変形性関節症					
	服薬	朝・夕 1日2回 服薬確認 認知症のため別室で保管 ・居宅療養管理指導にて訪問配薬				
ADL	移動・動作：室内杖歩行、室外車椅子 食事：自立、咀嚼に問題あり、形態：粥 排泄：一部介助、トイレ・夜間はポータブルトイレ 整容：一部介助 入浴：一部介助 デイサービスにて週3回					
依頼経緯	独居で認知症の進行に伴い、服薬が出来なくなり、ADL・気力・食欲の低下から体重が減少し、体調も不安定になったためサービス導入となる。確実な服薬や食事の見守り、排泄介助など行い、また身体状況の変化に伴いサービスを提供し、体調の安定を図るため依頼された。					
開始時のプラン	一体型 <input checked="" type="radio"/> 連携型 <input type="radio"/> ※○をお願いします					
	課題	・独居。認知症の進行あり。記憶力、判断力の低下。ADL、気力、食欲が低下。服薬ができず、状態悪化。体重の減少あり。 ・身長140cm 体重 31kg（半年間で6kg減少）				
	定期巡回での支援の方針	自分で出来ることはしたいと希望されているため、本人の思いを尊重し、支援を行う。確実な服薬、規則正しい食事の摂取、排泄介助や身体の保清、自宅で安心して過ごしていただけるよう緊急時の対応などを行う。				
	開始時の状況	指定訪問介護サービスを利用されていたが、定期巡回サービスに移行したケースである。気力、体力の低下から、利用開始月いっぱいはいはデイサービスを休み、翌月からは週3回デイサービスを利用する予定。定期巡回にて、朝、昼、夕の訪問で服薬確認、食事の準備と摂取の見守り、排泄介助、移動の見守り、身体の保清など行う。日中はリハビリパンツ使用。夕方にはテープ式おむつとパットを使用。ポータブルトイレもあるが意欲低下から使用していないため、訪問時にはトイレまでの移動やポータブルトイレの利用を促す。通院や金銭管理など、ご家族の支援がある。				
※別シートにスケジュールの記入もお願いいたします。						

【事例⑬-2】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
4:00								
6:00								
8:00	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	
午前								
10:00								
12:00	定期巡回	デイサービス	定期巡回	デイサービス	定期巡回	デイサービス	定期巡回	
午後								
14:00								
16:00								
18:00	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	
夜間								
20:00								
22:00								
24:00								週3回デイサービス
深夜								福祉用具 手すり・車いす
2:00								訪問配薬 隔週
4:00								定期受診月1回

※月1回は看護によるアセスメント

【事例⑬-3 支援経過】

支 援 経 過	<p>① サービス開始時</p> <p>指定訪問介護サービスからの移行で、認知症の進行のため、服薬が出来ず、食事が摂れていない状況。急激な体重の減少があり、ADLの低下が顕著であった。ご家族との関係は良好、状態悪化を心配され、指定訪問介護サービスでは対応できない随時訪問のできる定期巡回サービスに移行した。服薬確認のため定期訪問を朝、昼、夕で実施。薬は本人が移動させたり多く飲んでしまう恐れがあり、薬剤師と相談し別室の押し入れで管理する。</p> <p>買い物代行・食事準備・配膳、食事の促し、下膳・水分補給・排泄の声掛け・おむつ交換・陰部洗浄・清拭・更衣・環境整備などを実施。緊急時はコール対応で随時訪問を行う。</p> <p>食事は食欲がないので、少量の粥から始める。ご本人は温厚な方で、サービスの受け入れはスムーズであったが、食事が不安定なため、職員間で情報を共有し少しずつ食事が安定するように支援する。</p> <p>以前はポータブルトイレの使用が出来ていたが、意欲低下によるADLの低下で使用出来ない状況であった。訪問時に誘導し、一部介助で排泄ができるように支援する。デイサービス利用開始までは、身体の保清も行う。</p>
そ の 後	<p>②10日目～現在</p> <p>食事も増え、配食サービス利用も検討することが出来るようになる。また、デイサービスも予定通り週3回の利用に向けて意欲も向上してきた。介護職員に甘えることもあるが、出来るだけ、自分で出来ることはしていただくように声掛けを行った。</p> <p>食事が増えたことと、確実な服薬、定期的な訪問にてADLも向上し、ポータブルトイレの使用につながって来た。</p> <p>サービス提供から1か月半で食欲もしっかりあり、デイサービスや配食サービスの利用で、安定した日常生活が送れるようになった。</p>
事 例 の ポ イ ン ト	<p>サービス提供当初は、意欲低下により、体重の減少、ADLの低下が見られた。定期巡回サービス導入で、確実な服薬を行い、認知症状も落ち着き、病状の安定が図れ、職員の毎回の情報共有から適切な支援が行えた。提供開始から1か月半ほどで、定期訪問により生活のリズムが整い、食欲も増進し、身体能力の回復も認められた。訪問介護サービスから定期巡回サービスに移行し、順調に回復されたケースである。</p>