

【事例-①支援経過】

支援経過	5月13日～ 利用開始 ◇退院前カンファレンス:コロナ禍のため実施できず。ケアマネが地域医療室（MSW）より情報収集（退院前にサマリーもらう等） ◇サービス担当者会議の開催:退院前・退院日当日に開催。訪問看護は、特別訪問看護指示書の交付受け、医療保険で訪問 ①5月13日～ 退院後2週間 ・ご家族の不安はなかなか払拭できず、交代で泊まり込みが続く。看護師やヘルパーからも家族と話をし、少しずつ家族の訪問を減らすこととなる。ご家族滞在中も独居を想定して見守りのみを行い、本人も少しずつ自信をとりもどす。 ・緊急端末の練習を毎訪問時行ったが覚える事は困難であり断念。携帯は何とか覚えていたこともあり、練習し使用可能になる。 ②退院後1ヶ月 ・夜の安否に対して家族の不安強かったため、夜に本人に安否確認の電話を開始。特に本人も不安はなく、食事、口腔ケアも全て済まされ、ゆっくりテレビ鑑賞していると落ち着いている。家族もその様子をスマケアで確認し、少しずつ安心できるようになった。「自宅での生活にも慣れてきました」と穏やかに過ごされる。 ③退院後2ヶ月（8月上旬） ・夜中に倦怠感や発汗などの訴えの電話が入るようになる。また、8月5日起床時にトイレに行こうとして室内で転倒、右前腕に皮膚剥離。さらに翌日には一時的な発熱もみられ急激なADL低下となる。介護保険は区分変更となる。1日3回の訪問に変更する。食事はセッティングすれば摂取可能。Pトイレは最初は全介助だったが少しずつ自立となる。訪問看護は特別訪問看護指示書の交付を受け、2週間医療保険で訪問(体調確認、創処置、入浴介助評価、環境調整等)に切替。 ・一人になることへの不安が日に日に増していく。そのため、多い時は事業所に1日10回ほどのコールもある。内容は「しんどい」「目が覚めてどうしていいかわからない」「布団がかけられない」「トイレに行けない」等。娘様にも電話され、娘様の疲れや不安も増えていく。 ・主治医からは「衰弱がベースとなっており、採血結果は未だだが、医学的に元気になるものではない。以前のような生活はできないと考えるし、今の状況が続くのかなと思われる。抗不安薬等の処方転倒のリスクもある。同居できない・常に誰かとなれば家政婦つけるとかあるが、それはケアマネに相談しては」という話を娘様たちにされた。
その後	本人も「自宅で一人は不安、誰かがいるところがいい」と入所を希望される。家族も、新型コロナでの面会制限や高齢で何があるかわからないことも踏まえた上で、「本人が少しでも安心して過ごせるなら今は入所させてあげたい」と意見が一致になり、老健入所となる。看護師より看護サマリーを提供。 施設入所後も、頻コールは続いており、家族にも時間問わずに連絡していた様子。携帯電話は、充電も兼ねて夜間お預かりとしている。 「次はどうしたら良いでしょう？」の訴えも見られている。トイレは夜間Pトイレ設置、時折普通のトイレへ誘導する事もあり。依存的な発言が多い。簡易ピアノに少し触れたりしているようだが、意欲的にはなっていない。
事例のポイント	・自宅に帰りどこまで本人ができるのかを見極めながら支援の量の調節し、少しずつ自立に向けたプランにしていけることができた。 ・本人の急激な状態変化があっても柔軟に対応することができ、また少しずつ自立に向けた支援内容にすることもできた。 ・不安からの電話は多くあったが、話を聞くだけで落ち着くこともあれば、声からしんどさ等が伺え随時訪問することで本人、家族も安心することができた。家族もスマケアで活動の記録を毎日確認し情報共有も行い離れても様子がわかり、不安軽減することができた。 ・電話対応、随時訪問を行っても一人の時間は長い。そのため、本人もこのまま自宅で過ごすか入所するかを悩んでいた。悩んだ末に、納得して入所できた。