

つかってみて

本当に良かった

24時間緊急対応が可能なサービス

定期巡回・随時対応型  
訪問介護看護

# 事例集

親に薦めたい！自分が使いたい！  
最期の棲家は自宅だった！



愛犬のコタロウが傍にいてくれた  
猫のミーコが寄添ってた  
最期まで家族の声が聞こえる



よこはま地域ネット24

横浜市健康福祉局介護事業指導課





横浜市地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

# 事例集



よこはま地域ネット24  
横浜市健康福祉局介護事業指導課





# はじめに

横浜市では日中・夜間を通じて高齢者の在宅での生活継続を支援するため、計画的に定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を全 18 区に整備しています。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本的な考え方は、単身・重度の要介護者であっても、在宅を中心とする住み慣れた地域で、尊厳と個別性が尊重された生活を継続することが出来るような社会環境の整備にあります。

そこで、本サービスは、在宅の要介護高齢者の日常生活を支えるために必要な介護・看護サービスを包括的かつ継続的に提供するものであり、「地域包括ケア」の仕組みを支える基礎的なサービスとして位置づけられたのです。

本誌は、起床から就寝、深夜まで 24 時間に渡って介護サービスと看護サービスが安定的に提供されることで包括的に支えられ、住み慣れた我が家で生活が継続できている事実を具体的な事例を示しながらお伝えしていきます。

実は、私の母は病院を渡り歩きながら 5 年間にのぼる入退院を繰り返しておりました。母の口癖は「家に帰りたい」でした。

衰弱が酷く食事も摂らなくなっていました。母は「家に帰りたい」と言うばかりです。家族会議で、最期は家で看取ろうという事に成ったのですが、結局父は、病院の先生を説得できませんでした。家に帰れないことを告げると母は夜通し泣いていたそうです。母との別れがきたのは、その三日後でした母の見舞いに行った帰り母は私に「サヨナラ」と言うのです。

その会話が最期でした。連絡を受け病院に行くと母は既に地下 1 階の霊安室に運ばれていました。

深夜には病院を出て、メモリアルホームに移され 2 日後には葬式が行われ、結局母が家に帰れたのは 5 日後でした。

そして、そんな母を追うように 3 年後父も膵臓癌でなくなりました。

どこまで仲の良い夫婦だったのでしょうか。

そんな私も介護の仕事をしておりましたので、スタッフの力を借り、24 時間に渡って、父の介護を手伝っていただき、父は在宅で看取ることが出来ました。

昭和時代のように在宅で葬式を上げ、近所の人たちが、供養作りを手伝いに来てくれ、台所では親戚や知人らで思い出話に花が咲いていました。

父は幸せだったと思います。

そして、母の帰りたかった思いを、今は定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが叶えてくれることを、私は知っています。

ですので、本誌を読まれる方々に定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの素晴らしさが伝わることを祈願しております。

本誌の出版に際しては、横浜市健康福祉局高齢健康福祉部の助成を受けました。

よこはま地域ネット 24

横浜市定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者連絡協議会

会長 羽田野政治

# 目次

## はじめに

## 第1章 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの基礎知識

- 1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスに求められること**
  1. サービスの利用イメージ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
  2. サービスの利用対象者像・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
  3. サービス利用のチェックシート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
  4. サービスシート1・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10  
サービスシート2・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
- 2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを利用するには**
  1. サービスを利用するには・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
  2. サービス利用料【一体型】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
  3. サービス利用料【連携型】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14

## 第2章 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事例

- 1 退院後より在宅生活の継続を行っているケース**
  1. 特別養護老人ホーム芙蓉苑・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
  2. ジャパンケア横浜戸塚 定期巡回・随時対応型訪問介護看護・・・・・・・・・・・・・19
  3. 柵の大樹ケア24・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
- 2 重度の要介護者の在宅生活を支えながら終末期ケアを行ったケース**
  1. 若竹大寿会 訪問介護 東白楽・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
  2. フルライフ本郷台・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30
  3. 銀鈴の詩ケア24・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33
- 3 認知症高齢者の在宅生活を支えているケース**
  1. 桜樹の森ケア24・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・38
  2. デリバリーケア・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41
  3. 定期巡回ゆい港北・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44
- 4 医療を要する方へ訪問看護事業者と連携支援したケース**
  1. 若竹大寿会 訪問介護 東白楽・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・49
  2. 横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護つるみ・・・・・・・・・・・・・52
  3. カリヨンたまプラザ在宅サービスステーション・・・・・・・・・・・・・55
- 5 利用者ニーズに対応する・その他のケース**
  1. デリバリーケア・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・60
  2. 横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護かなざわ・・・・・・・・・・・・・63
  3. 銀の舞ケア24・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・66

## 第3章 夜間対応型訪問介護サービスの基礎知識

### 夜間対応型訪問介護サービス

1. 夜間対応型訪問介護サービスの利用イメージ・・・・・・・・・・71
2. サービス利用対象者像・・・・・・・・・・72
  - 対象者
  - サービス内容
  - その他、訪問介護、訪問看護、訪問医との連携
  - サービス料金

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事業者一覧

おわりに

# 第1章

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの基礎知識

---

### 1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスに求められるもの

---





## 1-2 サービスの利用対象者像

### ●要介護1～5の要介護者

要介護1・2の要介護者に対しては、1日複数回の定期訪問や随時の対応により安心感の提供ができます。

要介護3以上の要介護者の在宅生活の限界点を引き上げることを前提として在宅生活が継続できるように介護サービスと看護サービスによる安定的な提供ができます。

### ●認知症高齢者

心身の状況について介護・看護の視点から継続的にアセスメントを行い継続的アセスメントに基づき、1日複数回の訪問により・・・

- ・適切な食事内容の確保
- ・服薬の確認及び管理
- ・排泄時の清潔保持
- ・心身の状況の変化の定期的な確認

などが可能であることから認知症高齢者の在宅生活を支えることができます。

### ●医療依存者および療養者

介護と看護が情報共有しながら一体的にサービス提供が出来ることで、

- ・利用者に対する定期的なモニタリング
- ・定期的なアセスメント
- ・訪問看護指示書に基づくサービス提供
- ・体調急変時の医師との連携

による効果的かつ柔軟なサービス提供が可能であることから、医療依存者や療養者の在宅生活を支えることができます

### ●その他、訪問看護・訪問医との連携

訪問看護事業所と連携して介護・医療による在宅ケアが可能です

在宅医による在宅医療総合管理と連携して在宅ケアが可能です

機能強化型在宅診療支援診療所と連携して、重症度の在宅ケアが可能です



# 1-3 サービス利用のチェックシート

訪問介護と訪問看護が一体的にまたは密接に連携しながら、24時間の巡回訪問を行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを早く使っていれば、どれだけ、家族介護の負担を軽減できたことでしょうか。

チェックシートを活用して、ケアマネジャーと一緒に定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの検討をしてみましょう。

## チェックシート



- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 家族介護に疲れた          | <input type="checkbox"/> 施設入居待ち             |
| <input type="checkbox"/> 服薬の管理が出来ない        | <input type="checkbox"/> 経済的に施設入居は難しい       |
| <input type="checkbox"/> 排泄介護の回数が増えてきた     | <input type="checkbox"/> 退院後の施設が決まっていない     |
| <input type="checkbox"/> 一日中ベッド上で過ごしている    | <input type="checkbox"/> 認知症なので施設入居が難しい     |
| <input type="checkbox"/> ひとり暮らしなのでもしもの時が不安 | <input type="checkbox"/> 最期まで自宅で暮らしたいと願っている |

### 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準

#### 生活自立度

- J 1  交通機関などを利用して外出する  
2  隣近所へなら外出する

#### 準寝たきり

- A 1  介助にて外出する  
2  日中寝たり起きたりの生活をしている

#### 寝たきり

- B 1  車いすに移乗する  
2  介助にて車いすに移乗する
- C 1  日中ベッド上で過ごし、寝返りを打つ  
2  自力では寝返りも打たない

### 認知症高齢者の日常生活自立度 判定基準

- I  日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している
- II  行動や意思疎通の困難さが多少見られても自立している
- IIa  時々道に迷う  
買い物や金銭管理にミスが目立つ
- IIb  服薬管理ができない  
電話の対応や留守番ができない
- III  行動や意思疎通の困難さが時々見られ介護が必要
- IIIa  着替え、食事、排泄が上手く出来ない
- IIIb  徘徊、失禁、奇声、火の不始末  
不潔行為などがある
- IV  行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ常に介護が必要
- M  せん妄、幻覚、妄想、興奮などがあり専門医療を必要とする

# 1-4 生活シート① 日常生活動作のチェック

日常生活の動作を確認しておくこと、このサービスを適時・適切に組み合わせて、必要なタイミングに必要な量と内容のケアを一体的に提供することができます。

- ①このシートを使って、生活を記録してみましょう
- ②このサービスを使うときに、ケアマネジャーにお渡し下さい

	項目	自立	自立 準備のみ	見守り	限定的 な援助	広範囲 な援助	最大の 援助	全面 依存
BADL 基本的 日常生活動作	入浴							
	個人衛生							
	更衣							
	歩行							
	移動							
	トイレへの移乗							
	トイレの使用							
	ベッド上の可動性							
IADL 手段的 日常生活動作	食事の用意							
	家事一般							
	階段の昇降							
	買物							
	外出							
APDL 日常生活 関連 動作	字を読む							
	電車に乗る							
	金銭管理							
	薬の管理							
	電話の利用							

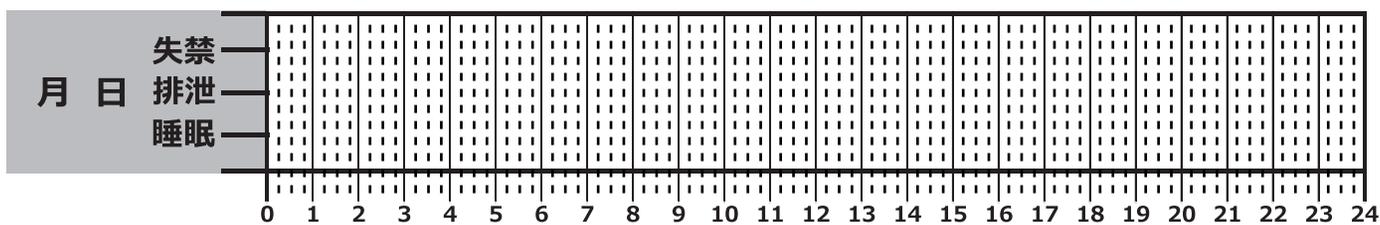
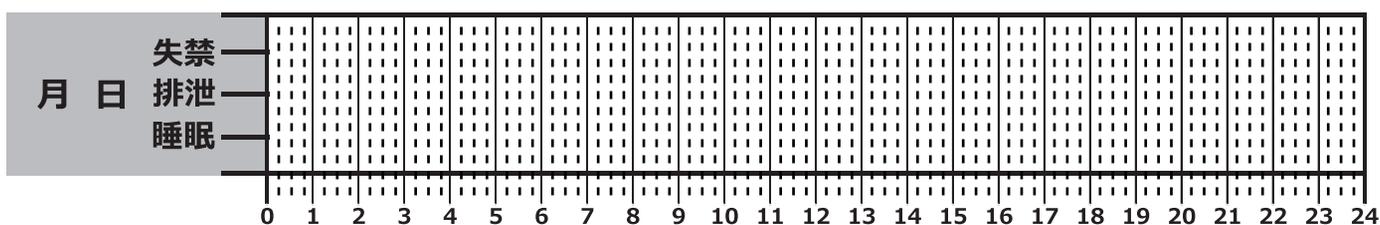
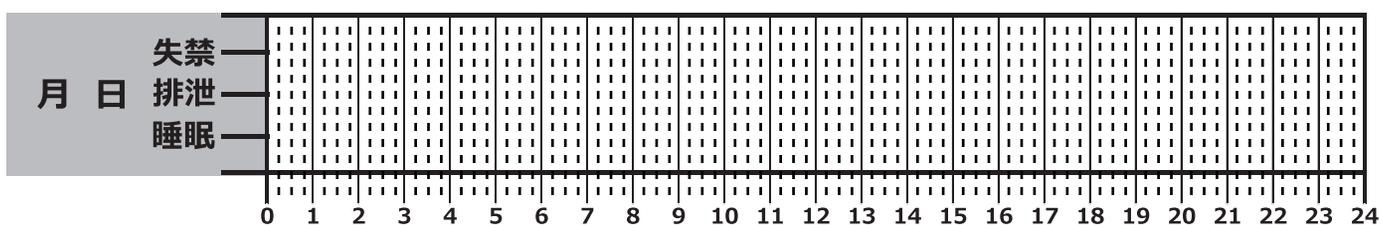
- ◆自立：全ての動作ができる。
- ◆自立・準備の援助のみ：動作の一部ができない。
- ◆見守り：時間をかければできる。
- ◆限定的な援助：手順に戸惑っている。
- ◆広範囲な援助：時間をかけてもできない。
- ◆最大の援助：動作のほとんどができない。
- ◆全面依存：全ての動作ができない。



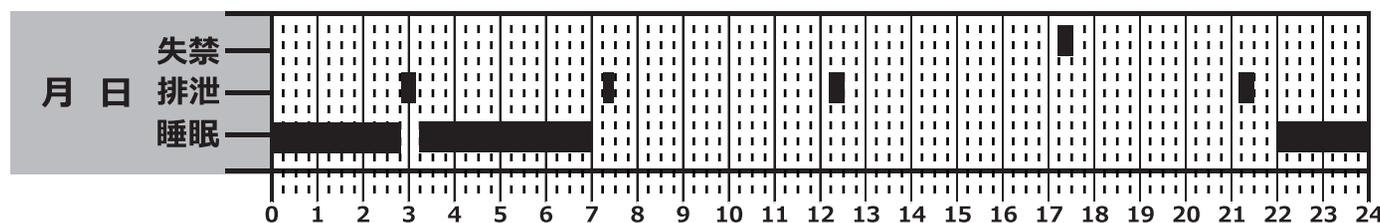
# 1-5 生活シート② 睡眠・排泄状況チェック

睡眠・排泄のパターンを記録することで、生活リズムを確認することができます。  
睡眠・排泄のパターンから得られた生活リズムによって、適切なアセスメントを行い短時間の定期巡回の訪問や随時の対応を組み合わせ、1日複数回の「必要なタイミング」で「必要な量と内容」のケアを一体的に提供しています。

- ①このシートを使って、睡眠・排泄状況を記録してみましょう
- ②このサービスを使うときに、ケアマネジャーにお渡し下さい



## 記入例



2

**24 時間巡回型訪問サービスを利用するには  
(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)**



## 2-1 24時間巡回型訪問サービスを利用するには 要介護1～5の認定を受けた方で在宅生活の継続を希望される方



## 2-2 サービス利用料金【一体型】

平成27年度版



	一体型事業者	
	介護・看護利用者	介護利用者
要介護1	9,180 円	6,292 円
	8,255 単位	5,658 単位
要介護2	14,342 円	11,232 円
	12,897 単位	10,100 単位
要介護3	21,891 円	18,648 円
	19,686 単位	16,769 単位
要介護4	26,986 円	23,588 円
	24,268 単位	21,212 単位
要介護5	32,692 円	28,528 円
	29,399 単位	25,654 単位

## 2-3 サービス利用料金【連携型】

平成27年度版



	連携型事業者	
	介護利用者	看護利用者
要介護1	6,292 円	3,264 円
	5,658 単位	2,935 単位
要介護2	11,232 円	3,264 円
	10,100 単位	2,935 単位
要介護3	18,648 円	3,264 円
	16,769 単位	2,935 単位
要介護4	23,588 円	3,264 円
	21,212 単位	2,935 単位
要介護5	28,528 円	4,154 円
	25,654 単位	3,735 単位

## 第2章

### 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事例

---

#### 1 退院後より在宅生活の継続を行っているケース

---

病院から退院し、在宅生活の継続を希望される場合には、介護サービスに加え看護サービスの安定的な提供が重要になります。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスでは、介護職員と看護職員が情報を共有しながら一体的にサービスを提供していくことで、定期的なモニタリングやアセスメント、訪問看護指示書に基づく医療サービス提供を始め、随時コールによる体調急変時の対応などが可能になることにより、退院後でも安心して在宅生活が継続できるのです。

なお、事業所に看護職員を配置していない場合でも外部の訪問看護事業所との緊密な連携により対応する機能を確保しています。

この3事例は、利用者の了解を得て「病院から退院した利用者」のサービスの様子をまとめたものです。

# 1-1 退院からの在宅復帰に向けて

## 特別養護老人ホーム芙蓉苑



年齢 86歳  
 性別 女性  
 要介護度 5  
 障害生活自立度 A2  
 認知症自立度 IIb  
 世帯構成 独居

### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・デイサービス
- ・福祉用具貸与
- ・家族介護



### 看護サービス

- ・訪問看護指示書によるサービスはありません
- ・利用者に対するモニタリングおよびアセスメント
- ・介護職員に対するケア上の助言
- ・オペレーターとして看護ニーズに対する助言

### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・夜間、家族が帰宅した後も安心して過ごしたい
- ・トイレに行く際に転倒の可能性が高くなるので注意したい
- ・就寝薬がきちんと飲めるようにしたい

### サービス利用までの導入経緯



ある日、ご本人の実娘より地域包括支援センターに緊急連絡が入りました。自宅で転倒して動けないとのこと。そこで、地域包括支援センター職員は救急搬送を手配しつつ居宅介護スタッフと共に急行しました。身体状態から近隣の病院へ救急搬送され、そのまま入院となってしまいました。実は数日前に家族より地域包括支援センターで介護保険の認定に関して相談を受け、まさに認定を受ける段階でもあったのです。そこで、このタイミングを機に、多職種によるカンファレンス会議が家族・入院先の医師・看護師・包括支援センター職員・ケアマネジャー計画作成担当者間によって開かれました。その結果、他区に住んでいる実娘が、店舗（実家）に通っていたこともあり、日中の介護力はあることが分かったのですが、夜間は完全に独居となることもわかりました。そのため退院後という事もあり、夜間の安否確認を主目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを利用することになったのです。

### 利用者の状況（ケース詳細）

#### 【身体状況・現病】



- ・活動性が低下し、知らないうちに筋力が落ちてしまい、歩くことも、立つことすら出来ない状況になっていました。
- ・関節の動きも悪く、歩行がおぼつかず転倒のリスクも高まっていました。
- ・精神的に落ち込んで、うつ傾向になっていました。（心療内科に受診）



#### 【生活状況】



- ・自宅兼店舗の2階部分が生活空間でした。
- ・店番で実娘が、他区から通っているので日中は介護を手伝うことができていました。
- ・夜間は独居状態でした。
- ・ほとんど寝たきり状態のため、居室環境は乱雑に散らかされていました。

#### 【意識状況】



- ・基本的な受け答えは可能でした。
- ・時折、支離滅裂な言動や軽度な意識の混濁があり、妄想、幻覚が出現することがあるなど、せん妄状態になっていました。
- ・今がいつなのか、ここが何処なのかの見当識の障害が目立ちました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 店舗の忙しくなる繁盛時間や家族対応ができない日は随時にサービス時間を追加して対応する

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	---	---	---	---	---	---	---
7:00	---	---	---	---	---	---	---
8:00	---	---	---	---	---	---	---
9:00	■	●●●	---	●●●	---	---	---
10:00	---	---	---	---	---	---	---
11:00	---	---	---	---	---	---	---
12:00	---	●●●	---	---	---	---	---
13:00	---	---	---	---	---	---	---
14:00	---	---	---	---	---	---	---
15:00	---	---	---	---	---	---	---
16:00	■	●●●	---	●●●	---	---	---
17:00	---	---	---	---	---	---	---
18:00	---	---	---	---	---	---	---
19:00	---	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	■	---	---	---	---	---	---
23:00	---	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	---	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

9:00～9:45  
トイレ誘導・朝食準備・服薬介助  
デイサービス送り出し

12:00～12:30  
昼食準備・トイレ誘導

16:30～17:00  
夕食準備・トイレ誘導・服薬介助

22:00～22:30  
服薬介助・トイレ誘導・水分補給  
軽食摂取・義歯洗浄漬け置き  
ベッドメイク・パジャマ更衣

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 朝・夕の介護負担軽減のためサービス追加

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	---	---	---	---	---	---	---
7:00	---	---	---	---	---	---	---
8:00	■	---	---	---	---	---	---
9:00	■	---	---	---	---	---	---
10:00	■	---	---	---	---	---	---
11:00	■	---	---	---	---	---	---
12:00	■	●●●	---	---	●●●	---	---
13:00	■	---	---	---	---	---	---
14:00	■	---	---	---	---	---	---
15:00	■	---	---	---	---	---	---
16:00	■	■	---	---	■	---	---
17:00	■	■	---	---	■	---	---
18:00	---	---	---	---	---	---	---
19:00	---	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	■	---	---	---	---	---	---
23:00	---	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	---	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

9:00～9:45  
トイレ誘導・朝食準備・服薬介助  
デイサービス送り出し

12:00～12:30  
昼食準備・トイレ誘導

16:30～17:00  
夕食準備・トイレ誘導・服薬介助

日・水はデイサービスを利用

22:00～22:30  
服薬介助・トイレ誘導・水分補給  
軽食摂取・義歯洗浄漬け置き  
ベッドメイク・パジャマ更衣

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・当初要介護5と認定されて、筋力低下が顕著でした。サービス利用は初めてであり、本人はうつ傾向で心療内科にも通っていたため、外部から人が来ることに本人がどう感じるかが家族にとっては懸念になっていました。しかし、実際にサービスを提供する中で、時間を掛けながら徐々にコミュニケーションが取れるようになりました。
- ・就寝前の服薬管理と安否確認、パジャマ更衣を基本とし、必要に応じてトイレ誘導を行いました。また、店舗の繁忙期などには、臨時に日中の食事の用意やトイレ誘導などの活動も行いました。
- ・事業所併設のデイサービス利用開始時は戸惑っており、なかなか集団になじめない様子でしたが、ヘルパーが時折顔をのぞかせて様子を確認する事で、顔なじみのスタッフが近くに居るという安心感もあり、次第に慣れていきました。
- ・一度だけ、深夜に錯乱状態になり、窓から庭を伝って外に出てしまい近所の警察に保護されることが有りました。そこで、連携先の訪問看護事業所に相談したところ、風邪薬を服用していないか確認するよう指示がありました。精神安定剤との飲み合わせの問題もあるとの情報を頂き家族に確認したところ、当日の昼間に風邪気味だったので市販薬を飲ませたとのことでした。医師に確認したところ、市販薬の服用を中止するよう指示があり、その後は安定し落ち着きを取り戻されています。
- ・ご家族は「まさか自分の飲ませた風邪薬が元でこんな事になるとは・・・」という自責の念を持ちながらも「直ちに対応して頂き、原因が分かって本当に良かった」と定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの利用に更なる安心感を得たとおっしゃっていました。

## 導入後の効果

- ・短時間の訪問により、身体的負担を軽減できたとともに、居室の環境を整えることが出来、落ち着いて生活が送れるようになりました。
- ・毎晩介護士が訪問するのが楽しみになり、生活に張合いが持てるようになってきました。結果、心身共に活動的になり認定更新後では、要介護5から要介護4に改善されました。

## 今後の課題

- ・訪問リハビリや通所介護の追加を検討していますが、区分支給限度額との兼ね合いがあり、現在は保留となっています。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

家族は、「介護サービスには入って頂きたいけど、どこまでお願いできるのか、頼める範囲が分からない」ので、どうしてよいか分かりませんでした。

しかし、家族は住み慣れた自宅で介護サービスを利用して介護を受ければ、自分たちの負担も軽減できるのではないかと考えていたようです。

本人は、「今まで一人でやってこれたのに介護士さんや看護師さんたちは何をしに来るのか？」といった感覚を持っておられました。でも、病院や施設に入るのは嫌だし、家族に負担をかけるのも嫌なので、自宅で生活できるのであれば、介護士さんや看護師さんのサービスを受けようと思っていたようです。

本人も年だから、病気だからと思っていることが多く、起き上がろうとすると目が回りふらつくなど生活も不活発になっていました。



### 導入後 After

夜間に定時巡回の訪問があることで、就寝前の服薬管理ができるようになりました。その結果、不安愁訴や幻覚症状が出現なくなり、落ち着いて生活できるようになりました。

夜間のトイレも、サービス提供時間に済ませるようにしたので転倒の心配もなくなりました。

日中は、生活機能の低下を予防するため、食事やトイレ誘導時などに自分にできることを積極的に取り入れて活動的に動いていただいています。

また、必要な時は、随時コールを押せば対応してもらえるとという安心感が生まれ、本人・家族共に独居生活を継続する支えとなっています。



# 1-2 退院からの在宅復帰に向けて

## ジャパンケア横浜戸塚 定期巡回・随時対応型訪問介護看護



年齢 80歳  
性別 男性  
要介護度 5  
障害生活自立度 B1  
認知症自立度 I  
世帯構成 家族同居

### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・訪問看護（介護保険対応）
- ・デイサービス



### 看護サービス

- ・身体状態確認
- ・服薬セットと確認
- ・定期的なモニタリング



### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・食事が定期的に摂取でき介助者による見守りのもと本人のペースに合わせ、急がず、少量づつ時間をかけて食後 30 分程度座位を保ち誤嚥を予防する
- ・定期的に服薬介助が出来る
- ・身体保清ができ皮膚状態の確認 排泄等が出来る
- ・緊急時対応にて医療への連携が出来る
- ・身体状況に合わせて医療から助言をもらえる

### 利用者の状況（ケース詳細）

#### 【身体状況・現病】



- ・寝たきり状態から、リハビリにより立位と座位をとれるまで回復していました。
- ・食べ物の間違って肺に入ってしまった誤嚥性肺炎を患っていました。
- ・脱水傾向にあり、起立性低血圧や静脈血栓症などを引き起こしたり、尿路感染症や褥瘡などにもなる可能性がありました。
- ・精神機能の低下も見られましたので声掛けを頻繁に行う状況でした。



#### 【生活状況】



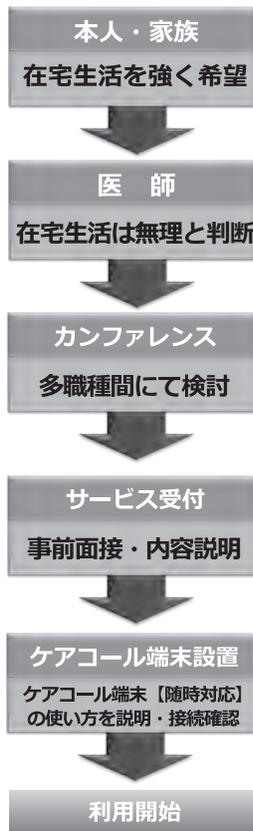
- ・奥様は高齢でしたが、炊事や洗濯などの家事仕事は、介護スタッフに協力をして行っていました。
- ・ご自宅は、古い家のためバリアフリー環境は整っていませんでした。
- ・居室内は、介護スタッフにより整理整頓をしっかりとこない、十分な換気もしました。
- ・居室の照明にも配慮し、適度な明るさを保ちました。

#### 【意識状況】



- ・基本的な受け答えは可能でした。
- ・立位座位が取れるようになったので、手すりの位置や家具や物品の位置を確認して転倒防止に努めました。
- ・植物や思い出の写真に加え、自分の作品を飾り、外が見えるようにして居心地が良いように模様替えをしました。

### サービス利用までの導入経緯



脳血管障害が原因で機能的に嚥下障害をおこして呑み込みが悪くなって誤嚥性肺炎となり、入院中でしたが、本人は以前より在宅生活を強く希望されていました。主治医は、在宅で介護するにしても支援者が高齢であり、住宅・生活環境も高齢者介護を行うには不十分で適しておらず、日常生活におけるADL（日常生活動作）の低下や認知症の症状から来る服薬の飲み忘れや家庭内での相次ぐ転倒もあったこと、ましてや食事時の誤嚥が反復していることも考えると、本人が望む在宅生活を送ることは無理だと判断していました。しかし、誤嚥反射もしっかりしていたので、本人の強い在宅復帰への希望を尊重し、多職種間で今後についてのカンファレンスを行い、在宅生活を送る事となりましたが、退院後、日常生活を営むためにどのようなケアが必要なのかを継続的にアセスメントする必要がありました。特に嚥下状態やADLの低下などの心身の状況の変化を定期的に観察する必要がありました。そこで、1日複数回の訪問による適切な食事内容の確保や服薬の確認など在宅生活を支えるうえでも有効性がある当該サービスを担当ケアマネージャーの紹介にて利用する事となりました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 安全な食事と確実な服薬管理

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00	■	■	■	■	■	■	■
10:00							
11:00							
12:00	■	■	■	■	■	■	■
13:00							
14:00				■			
15:00							
16:00							
17:00							
18:00	■	■	■	■	■	■	■
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00	■	■	■	■	■	■	■
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

9:00～9:30  
排泄介助・服薬介助・食事

12:30～13:30  
排泄介助・服薬介助・食事

18:00～19:00  
排泄介助・服薬介助・食事

1:30～2:00  
排泄介助

週1回訪問看護

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 入浴のためのデイサービスを追加

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00	■	■	■	■	■	■	■
10:00							
11:00							
12:00	■	■	■	■	■	■	■
13:00	■	■	■	■	■	■	■
14:00				■			
15:00							
16:00							
17:00							
18:00	■	■	■	■	■	■	■
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00	■	■	■	■	■	■	■
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

9:00～9:30  
排泄介助・服薬介助・食事

12:30～13:30  
排泄介助・服薬介助・食事

18:00～19:00  
排泄介助・服薬介助・食事

1:30～2:00  
排泄介助

週1回訪問看護  
月・金はデイサービスを利用

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・ ほぼ寝たきり状態でしたが、在宅復帰に向かって食事摂取時の食べ方を病院にて指導されながら、同時に下肢筋力のリハビリも行い座位や立位まで回復し退院されました。
- ・ 在宅生活に於いて「服薬管理」と「誤嚥」が一番懸念されていたので、食事時と服薬の際には介護スタッフ見守りの基、支援を行う事で確実な服薬や誤嚥を引き起こす事なく食事を召し上がる事ができ安心した在宅生活を送っていました。
- ・ 食事は、少量づつ口の中へ入れ、よく噛んでゆっくり飲み込むことから始めました。本人はどうしても口の中に入れてもすぐに飲み込んでしまうため介護士が常に見守りバ行（パ、ピ、プ、ペ、ポ）を繰り返す発音トレーニングを一緒に行う声掛けを何度も行いました。
- ・ 排泄はベッド上にてオムツ交換時洗浄・清拭を行いました。ベッドにて座位が取れることもあり足浴や全身清拭を行いましたが「風呂に入りたい」と何度も訴えてました。
- ・ 1日4回の訪問介護・週1回の訪問看護・2週間に1回の往診医による24時間サービスで様子を見ながら、入浴も出来るようにデイサービスも視野に入れていく方向でスタートしました。
- ・ 本人から「介護を使わないで自分で出来ることはやりたい」との希望があり、状態も安定されていることから、サービスの見直しを検討しました。  
経済的な問題もあったので、当該サービスを終了し、夜間対応型訪問介護とデイサービス利用となりました。
- ・ 数か月後、特別な問題もない為、夜間対応型サービスも終了となりデイサービスのみで在宅生活を継続中です。

## 導入後の効果

本人が希望されていた在宅生活を送れている事で、全ての事に関して意欲的になられ、退院から2週間後には、介護スタッフ付き添いの基、トイレまで歩行していける程に日常生活動作が向上しました。  
食事に関しても、トロミを使用し、小さいスプーンを使っていましたが、箸を使って召し上げられる位まで改善しました。

## 今後の課題

本人は自立支援に向けて意欲的ではありますが、転倒の危険や急変時の事、本人同様、家族も高齢で要介護状態の長男も同居されていることから、しばらくはケアコール機器はそのまま活用して、定期巡回サービスから夜間対応型訪問介護サービスへと移行し、今後の安否も含め見守り強化を図り対応を継続する事にしました。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

家族は、「本人の意向を聞いてあげたかったが、高齢な上に息子は病気を患っていて（パーキンソン）介護出来る状況ではなく、経済面でも余裕がなく困っていました。始めてケアマネジャーさんと当サービスの管理者、その他のスタッフさんが家に集まって、サービス担当者会議を行い、夫の今後の生活に関して、起床維持の対応や食事や排泄の介助、服薬の介助時の注意点など、色々相談している姿を見て、本人が望んでいた家での生活を送っていける」と思っていたようでした。

また、寝たきり状態で身体を使わなかったことから機能低下を起こして廃用性症候群傾向が考えられたので、体力だけでなく意欲や記憶力の低下がないかをしっかりアセスメントしました。



### 導入後 After

ある日いつものように訪問すると「さっきトイレに行ってきた」「夜中にも自分で行ってきたんだ」と笑顔でお話されました。介護スタッフが状態確認として見守ると自分でベッドからの起き上がりから、立位歩行までができていました。

食事摂取量も増え始め、飲み込みも声掛けなしでご自分から「ゆっくりだよね?」と話しながらか召し上げられるまでに改善されました。

入浴のためデイサービスに週二回行かれるようになり「お風呂が楽しみなんだ」と表情も明るくなりました。



# 1-3 退院から在宅復帰に向けて

## 柵の大樹ケア 24



年齢 68歳  
性別 男性  
要介護度 1  
障害生活自立度 A2  
認知症自立度 IIb  
世帯構成 独居

### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・訪問看護（介護保険対応）



### 看護サービス

- ・服薬管理
- ・インスリン手技確認
- ・利用者に対するモニタリング
- ・介護職員に対するケア上の助言



### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・本人によるインスリン注射が的確でない為、サービス支援により血糖値の安定を図りたい。
- ・合併症等の早期発見に留意して、安心した在宅生活が過ごせるよう支援する。

### サービス利用までの導入経緯



長年、糖尿病・高血圧を患っており、2年前に妻と離婚。ここ1年は長男とも疎遠で、独居生活でした。

食事は、摂ったり摂らなかったりで、糖尿病も悪化し入院となりました。

入院以前は、血糖測定・インスリン注射の手技は問題なかったのですが、糖尿病の悪化に伴いアルツハイマー型認知症を発症し物品が何処にあるのか忘れたり、意欲の低下から身だしなみを構わなくなり、服薬やインスリン注射も面倒になり投与をしない時が頻繁にありました。

食事についても、配食サービスを利用しているのですが、食べたり食べなかったり、一人になることを嫌って自分で買い出しに出てしまうことも多々ありました。

そこで、インスリン投与管理及び規則正しい食生活と食事内容の管理、血糖値を安定化させるため、継続的アセスメントに基づく1日複数回の訪問ができる当該サービスが適しているということになり利用開始となりました。

また、本人が通院を嫌っている為、週1回看護サービスが入り身体疾患の観察を行うなど心身の状況に応じたサービスを提供しました。

### 利用者の状況（ケース詳細）

#### 【身体状況・現病】



- ・一部手伝うところはありましたが、ほぼ自立でした。
- ・買い物や通院なども一人で出掛けるが、歩行の際、足が上がりやすく歩く速さがゆっくりでした。
- ・糖尿病で、インスリン注射を行っていました。
- ・高血圧
- ・アルツハイマー型認知症のため、自分が描けず相手の顔が理解できない時がありました。



#### 【生活状況】



- ・妻と離婚、長男とは長年疎遠で独居生活でした。
- ・インスリン注射が面倒になり投与をしない時が多々ありました。
- ・配食サービスを利用していますが、自分で買い出しを行い高カロリー食を摂る等、不規則な食生活をしていました。
- ・やる気が起きないため、引きこもり状態でした。

#### 【意識状況】



- ・コミュニケーション能力は良好で日常生活に支障はない様子でした。
- ・インスリン投与の手順や数時間前の記憶が著しく低下している時がありました。
- ・記憶障害や見当識障害などのため、周囲の状況を正しく理解できず、常に不安な状態が続き、イライラしていました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 一日複数回のインスリン投与の確認を確実に行う

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	---	---	---	---	---	---	---
7:00	---	---	---	---	---	---	---
8:00	■	■	■	■	■	■	■
9:00	---	---	---	---	---	---	---
10:00	---	---	---	---	---	---	---
11:00	---	---	---	---	---	---	---
12:00	---	---	■	---	---	---	---
13:00	■	■	■	■	■	■	■
14:00	---	---	---	---	---	---	---
15:00	---	---	---	---	---	---	---
16:00	---	---	---	---	---	---	---
17:00	---	---	---	---	---	---	---
18:00	■	■	■	■	■	■	■
19:00	---	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	---	---	---	---	---	---	---
23:00	---	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	---	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

8:00～8:30  
血糖値・食事状況確認  
インスリン投与等見守り確認

13:00～13:30  
血糖値・食事状況確認  
インスリン投与等見守り確認

18:00～18:30  
血糖値・食事状況確認  
インスリン投与等見守り確認

週1回訪問看護

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 夕方帯の注射を本人に任せ、更なる自己管理の促し・支援に特化し訪問回数を調整

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	---	---	---	---	---	---	---
7:00	---	---	---	---	---	---	---
8:00	---	---	---	---	---	---	---
9:00	■	■	■	■	■	■	■
10:00	---	---	---	---	---	---	---
11:00	---	---	---	---	---	---	---
12:00	---	---	■	---	---	---	---
13:00	---	---	---	---	---	---	---
14:00	■	■	■	■	■	■	■
15:00	---	---	---	---	---	---	---
16:00	---	---	---	---	---	---	---
17:00	---	---	---	---	---	---	---
18:00	---	---	---	---	---	---	---
19:00	---	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	---	---	---	---	---	---	---
23:00	---	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	---	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

9:30～10:00  
血糖値・食事状況確認  
インスリン投与等見守り確認  
前日分の状況確認

14:00～14:30  
血糖値・食事状況確認  
インスリン投与等見守り確認  
夕方帯のインスリン針準備確認

週1回訪問看護

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・ 家族とも疎遠で、独居生活となっていました。そのため、糖尿病にも患っていたにもかかわらず日々の生活が不規則になり、糖尿病の悪化で再入院の恐れがありました。
- ・ 当初は、お薬ケースで服薬セットを行っていたのですが、うまく管理できていない状態でした。
- ・ ご本人は、糖尿病の悪化から認知症状となり近時記憶障害から数分前のことを忘れてしまうので、薬の飲み忘れやインスリン投与の忘れ防止の為、ご自分でも確認でき且つ、定期巡回で訪問した職員でも確認できるようにお薬ボックスを導入して、インスリン針と薬を同じボックスに入れる管理方法に変更しました。
- ・ インスリンのやり方も自己流で、時間もまちまちで注射をする場所も同じため皮膚も固くなっていました。そこで、インスリン手技の適切なアドバイスをお伝えしました。

## 導入後の効果

- ・ 定期巡回で一日複数回、訪問する事で不規則な生活スタイルを改善することが出来たので生活の安定化が図れました。
- ・ 服薬や食事などの日常生活上で行われる介護ニーズをしっかり支援・補助する事で、一日複数回の訪問サービスというメリットを最大限に活かして在宅生活を支えることが出来ました。
- ・ 介護・看護サービスを一体的に提供することで、介護職が日常の生活情報を看護職に提供・情報を共有し連携する事で、看護サービスでは情報をもとに判断、病状変化を迅速にとらえることが出来ました。
- ・ その結果、目的を絞った介護・看護ケアに繋がったという意味でも、当該サービスの特徴が活かされたと言えます。
- ・ また、家族側にも独居時に定期的に訪問してくれることや急遽、何かあった時に連絡や相談、訪問して対応をしていただけるという安心感が提供出来たことで、本人や家族が安心して在宅生活を送る事に繋がりました。

## 今後の課題

現在、訪問介護・看護スタッフで服薬管理・介助を行っておりますが、今後、アルツハイマー型認知症の進行に伴い記憶や認知機能の低下が進む可能性があるため、定期的な服薬と接種が困難となる状況が想定されます。そのような懸念も含め、計画作成責任者から担当ケアマネジャー及びかかりつけの主治医とケア会議などを行い、内服型または長時間作用型インスリン製剤に変更できないかの提案をしていき介護・医療連携をしながら、継続的に本人の状態に応じたケア計画の見直しを適宜・適切に実施していく予定です。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

本人は、まだ覚えている自分の楽しかった時代をよりどころにして、その気になって生きているので、介護・看護サービスに対する拒否はなかったものの、自身の生活スタイル（服薬も含む）にこだわりがあり、そのスタイルを大きく崩す事を嫌がられていました。

新しいものの付加や予測が困難で、医療職としての看護師からの助言は、逆効果で全く助言を受けつけない事もありました。

また、見当識がひどくなると本人の存在感も薄れてしまい、自分の名前や年齢さえ忘れることがありました。

家族とも疎遠だったため、他人を認識せず、見知らぬ人や意見が合わない人に対して、不機嫌になったり、糖尿病のコントロールがうまくいかず体調を崩すと不満や怒りから攻撃性になることもありました。



### 導入後 After

本人の間違いを受容しながら「なじみの人間関係」を作り、生活スタイルを尊重しつつ、自然の流れでそれとなくアドバイスを行うよう心がけました。

そうする事で、徐々に本人との信頼に繋がりと、助言を聞き入れていただけるようになりました。

アルツハイマー型認知症による記憶や認知が低下している状態もあり、インスリンを打ったつもりでも忘れていたという事も見受けられましたが、訪問看護によるさり気ないサポートにより、こちらから声掛けをしなくてもインスリンを自発的に打つことが出来るようになりました。



## 1 退院後より在宅生活の継続を行っているケース

一日複数回の定期訪問によるサービス提供を行い、在宅生活を包括的に支えるとともに、利用者の心身の状況について介護・看護の視点から継続的にアセスメントを行っているスタッフです。



同塵会 特別養護老人ホーム芙蓉苑



ジャパンケア横浜戸塚



秀峰会 桐の大樹ケア 24

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事例

---

### 2 重度の要介護者の在宅生活を支えながら 終末期ケアを行ったケース

---

要介護3以上の要介護者や重度の要介護者の在宅生活の限界点を引き上げるために、一日、複数回の定期訪問ニーズや随時の対応を行い、重度になっても在宅生活を支えることが出来るよう介護職・看護職が情報共有を行い対応しています。

重度在宅ケアでは、利用者の心身の状態の変化に応じて柔軟なサービスを提供することに努めています。

そのため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスでは、利用者からのコールに対応する一定の知見と実務経験を有するオペレーター職員を配置し利用者の介護・看護ニーズに適切に対応しているのです。

これにより定期巡回に加え、随時の対応や訪問が可能となり重度の利用者のケアや終末期ケアが可能となりました。

この3事例は、利用者および家族の了解を得て「重度および終末期の利用者」のサービスの様子をまとめたものです。

## 2-1 重度介護者やターミナルに対する取り組み

若竹大寿会 訪問介護 東白楽



年齢 89歳  
性別 女性  
要介護度 5  
障害生活自立度 C2  
認知症自立度 IIIb  
世帯構成 独居

### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・訪問看護（医療保険対応）
- ・デイサービス
- ・ご家族が交代で夜間見守り



### 看護サービス

- ・終末期（ターミナル）余命宣告あり
- ・訪問看護は毎日（朝・夜で訪問）利用



### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・関係医療機関（訪問看護等）との連携・情報の共有を行う
- ・デイサービスを利用することで、廃用症候群（引きこもり）の予防を行う
- ・ご家族のもとで安らかな最期を迎える
- ・緊急時・急変時の迅速な対応を行う

### 利用者の状況（ケース詳細）

#### 【身体状況・現病】

- ・アルツハイマー型認知症の診断がありました。
- ・以前の知識や体験がなくなってしまう、現在との比較や関連付けが出来ませんでした。
- ・療養時間が長いため、手足や身体、頭も使っていないため刺激も含め残っている能力まで鈍ってきていました。
- ・大腸がんで終末期（余命宣告あり）



#### 【生活状況】

- ・一人暮らしをされており、家族は息子さんが2人いました。
- ・退院後、介護スタッフの訪問がない時間帯は息子さんが付き添われ、夜間帯は交代で泊まりながら付き添いをされていました。
- ・家族も介護に協力的だったので、環境は比較的、整理整頓されていました。

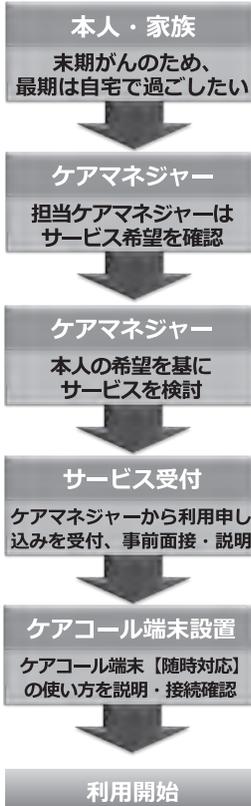


#### 【意識状況】

- ・退院時は意識明瞭だったのですが、日を追う毎に徐々に覚醒されている時間も少なくなり、声掛けに対しても反応なくなりました。
- ・アルツハイマー型認知症の末期状態でもあり、自ら話したり、動いたりすることがなくなりクレッチマー症候群になり混迷、昏睡となりました。



### サービス利用までの導入経緯



ケアマネジャーより、大腸がんの方のターミナルケアの相談がありました。相談内容は、現在は「大腸がん」で入院して抗がん剤の治療中ですが、終末期を迎えており、本人の死への恐怖も含め、好きなように行動したり、好きなように食べたり、人生の最後は満足感が得られるような自立した生活を送りたいという強い願いに今後、積極的な治療はせずに退院して自宅療養でターミナルケアができないかという問い合わせでした。

しかも、自宅には本人以外誰も住んでおらず夜間は家族介護ができるものの日中は独居の状態のため、在宅でターミナルケアが行える唯一のサービスは定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスしかないということでの問合せでした。サービスの依頼内容は、1日3回の定時巡回型訪問で排泄介助と食事介助のニーズに対応してほしいという依頼でした。

死期が近い方に対して、1日複数回の訪問や随時の対応によって肉体的・精神的ケアが可能になり在宅生活の限界点を引き上げることが出来るからです。訪問看護は医療保険で利用すること、退院前に入院先の病院で事前のモニタリングを実施して、サービス開始となりました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント ①サービスの併用で、本人が一人の時間をできる限り少なくする ②家族の不安軽減

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

7:15～7:45  
排泄介助・朝食介助・服薬介助

17:30～18:00  
デイサービス迎え入れ  
排泄介助・夕食介助

21:00～21:30  
排泄介助・就寝介助

毎日デイサービス利用

1日2回訪問看護

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 食事が少なく、徐々に摂取が難しくなってきたため、水分補給と排泄ケアを中心に行う

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

7:15～7:45  
排泄介助・水分補給

13:30～14:00  
排泄介助・水分補給

17:30～18:00  
排泄介助・水分補給

21:00～21:30  
排泄介助・水分補給・就寝介助

1日2回訪問看護

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・退院後、本人が自宅で一人になる状況を、出来る限り少なくするように、デイサービスを利用しながら定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを1日3回利用しました。主に排泄と食事介助の支援が中心でした。
- ・入院中から食事は少なかったとのことでしたが、退院後も状況は変わらず、徐々に食事を召し上がることで出来なくなりました。食量と体力の低下に伴い、退院6日目でデイサービスの利用は中止となりました。
- ・そして、自宅療養へ切り替えて対応することになりました。
- ・本人の状況も覚醒されている時間が徐々に少なくなり、声掛けに対して返答がなくなっていました。
- ・ご家族と相談し、1日の訪問回数を3回から4回に増やし、サービス内容は排泄介助、水分補給、安否確認としました。
- ・介護スタッフの訪問がない時間帯や夜間帯にはご家族が交代で付き添って下さり、本人も安心されている様子でした。そこで、サービス利用時はその人らしく過ごせるように配慮しました。
- ・最期の日も、本人の希望であった家族に看取られながら、安らかに永眠されました。

## 導入後の効果

- ・本人が自宅で一人になる状況が出来る限り少なくなるように、デイサービスを利用しながら定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを利用され、介護スタッフの訪問がない時間帯や夜間帯は家族が交代で付添うことで最後まで自分らしくいられる時間が持てたことで本人も安心されていました。
- ・訪問看護が医療保険で導入できたことや、家族が非常に協力的だったことで、本サービスとしても情報共有や連携がスムーズに行えました。
- ・また、ケアマネジャーと共同マネジメントが出来たことで、本人と家族の希望に添えたサービスを提供することができました。

## 今後の課題

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを機能的にかつ安心してご利用して頂くには、訪問介護や訪問看護だけで情報共有をするのではなく、介護を行っている家族とも情報を共有してチームで共に生活を支えることが大切です。
- ・このようなチームアプローチが出来る本サービスには、利用者の介護ニーズに対応するために介護サービスと看護サービスが一体的に提供できる体制があり効果的かつ柔軟にサービス提供ができることにあります。
- ・ゆえに、在宅生活を維持・継続していくケアには家族の協力が得られることが重要であり課題とも言えます。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

入院していれば、ケアはすべて医療者（主に看護師）がやってくれます。ところが退院して家にいるとそういったケアも基本的には家族が行わなければなりません。本人の自宅に戻りたいという最後の願いで急に退院が決まったこともあり、家族はパニック状態で「自分はケアなんてできない」「どうしていいかわからない」という不安だらけの状況でした。しかし、本サービスの導入が決まり、毎日・複数回、介護と看護の専門スタッフが訪問し援助することをタイムスケジュールで説明したところ、毎日の生活や自分のできる介護の範囲が具体的にイメージできるようになり、ターミナルケアで生活を支えるチームの一員として前向きに関わって下さるようになりました。



### 導入後 After

日を迫る毎に食量と体力が低下していき、家族が心の準備ができるよう、状態の変化について訪問看護師からご家族に丁寧な説明を行うことで、ご家族の不安が和らぎ少しずつ心の準備をされていたようです。家族からは、病院に毎日通うのは大変だったし、横になることもできず椅子に座って朝を迎えたこともあったそうです。また、他の入院者に迷惑にならないかと気を使うこともあり、家に帰れば「大丈夫かな」と心配になり眠れないこともあったのですが、このサービスを使ったことで肉体的にも自宅で看ているほうが意外と楽だったといわれていました。最期の日も、本人の希望であった家族に見守られながら、安らかに永眠されました。



## 2-2 重度介護者やターミナルに対する取り組み

### フルライフ本郷台



年齢 89歳  
性別 男性  
要介護度 5  
障害生活自立度 C2  
認知症自立度 IIa  
世帯構成 家族同居

#### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・往診
- ・訪問看護（介護保険対応）
- ・家族による生活援助
- ・訪問入浴



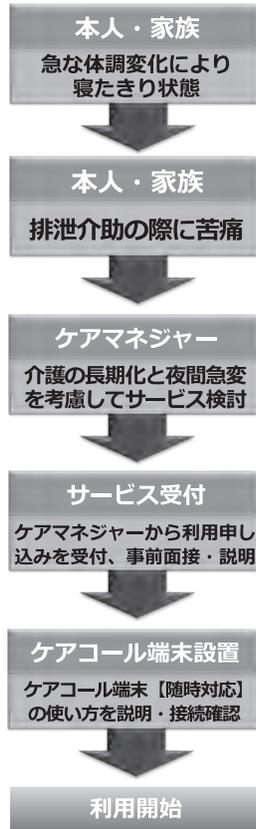
#### 看護サービス

- ・初回アセスメント同行、水分量、食事量をご家族より伺い、適切な量を指示

#### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・ご本人にも被介護者として協力が得られるようになり、ご本人、ご家族共に長期の介護生活が無理なく穏やかに過ごせるよう支援
- ・ご家族の介護負担軽減及び、体調の変化、急変による不安解消に努め、在宅にて安心して過ごせるよう支援

#### サービス利用までの導入経緯



背中が曲がり前屈姿勢から、安静にしていることや活動性が低下して日中も傾眠することが多くなっていました。

特別な疾患は無かったのですが、生理的な変化として廃用症候群のような、状態が現れ、年末急に体調を崩し、気がついた時には起きることも歩くこともできず「寝たきり」の状態になってしまいました。

また、過度に安静であったために筋肉はやせ衰えて、関節の動きが悪くなってしまい、体位交換時の痛みや排泄時の姿勢維持が出来ず介助の際には、かなりの苦痛があり暴れてしまう事などから二人介助が必要となってしまい訪問介護では対応が難しい状態になっていました。

全身状態も悪化していて、このまま寝たきり状態にしておくとも下肢筋肉は萎縮したり、関節が拘縮してしまうだけでなく、静脈血栓や尿路感染、誤嚥性肺炎になる可能性もあり介護の長期化も予想されるだけでなく、夜中の急変も考えられ24時間医療との連携をしながら、1日複数回の訪問により、適切な食事内容の確保や利用者の状態の変化に柔軟に対応できる定期巡回・随時対応型訪問介護看護の導入となりました。

#### 利用者の状況（ケース詳細）

##### 【身体状況・現病】



- ・基礎疾患なし
- ・背中が曲がり骨の突起がある事から仰向けの体制が苦痛になっていました。
- ・寝たきりの状態が続き、両腰骨周辺の褥瘡、足の浮腫、側面の褥瘡ができかけていました。
- ・臥床が長いため、筋肉がやせおとろえて廃用性筋萎縮になっていました。



##### 【生活状況】



- ・ほぼ寝たきりでした。
- ・昼は車椅子にて過ごすか、車椅子上でも寝ている事が多く傾眠傾向でした。
- ・食事は全介助にて召し上がるが、栄養剤や果物が中心でした。
- ・意識混濁もあったので、環境への配慮はありませんでした。

##### 【意識状況】



- ・昼夜ほぼ目をつむっていました。
- ・車椅子へ移乗した際には目を開け、問いかけにうなずいたり、時には声を出して返事をします。
- ・ベッド上でも時々声掛けに返事ありました。
- ・軽度の意識混濁のため、話ことばも混乱した言葉使いで、目には見えない何かが見えているような仕草がみられました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 朝夜はご家族の協力をいただきヘルパー 1 人で対応、落ち着くまでは 2 人での対応を行う。  
日中はコール端末を利用し、ご家族の不安解消に努める。

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00	■	■	■	■	■	■	■
8:00							
9:00	●●●						
10:00	■	■	■	■	■	■	■
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00	■	■	■	■	■	■	■
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00	■	■	■	■	■	■	■
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

7:00～7:30

排泄介助

11:00～11:30

排泄介助（2人対応）

16:00～16:30

排泄介助（2人対応）

21:30～22:00

排泄介助

週1回往診

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 昼のサービスに足浴を追加。  
訪問看護から直接指示を受け、足の浮腫、水虫、褥瘡の予防、処置をヘルパーへ指示。

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00	■	■	■	■	■	■	■
8:00							
9:00	●●●						
10:00	■	■	■	■	■	■	■
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00	■	■	■	■	■	■	■
17:00							
18:00	■						
19:00							
20:00							
21:00	■	■	■	■	■	■	■
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

7:00～7:30

排泄介助

11:00～11:40

排泄介助・足浴・車椅子移乗

16:00～16:30

排泄介助・ベッドへ移乗

21:30～22:00

排泄介助

週1回往診

週1回訪問看護

週1回訪問入浴

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・日中はヘルパー二人対応にて一日4回の訪問介護を行い、訪問看護はアセスメントのみにてスタートしました。
- ・ご本人が介助に慣れてきたこと、ヘルパーへ苦痛を軽減する介助方法の指導によりヘルパー一人での対応が可能となりました。
- ・介助時は上着をかけ、両手は上着を握ってもらう。声掛けを行い、次の動作の準備をご本人が行えるようにしました。
- ・介助前のご本人の体制の確認、仰向けの状態が辛い事から仰向けの状態での介助時間が少なくなるよう配慮しました。
- ・訪問看護からのアセスメントを元に、褥瘡予防のため11時に車椅子へ移乗、16時にベッドへの移乗を行いました。
- ・訪問入浴導入。血圧の関係で入浴時間の変更あり、訪問介護の時間とで調整をつけました。
- ・訪問看護の導入。看護師と共に訪問をし、足の浮腫、水虫、褥瘡の予防、処置について直接指示を受けました。
- ・11時のサービスに足浴、薬塗布を追加、サービス時間を30分から40分へ変更。看護師が介護士に同行し、指示を行いました。
- ・ご家族から食事量、誤嚥に関して、不安の訴えがあり、訪問看護へつなぎアドバイスを受けました。
- ・奥様一人での食事介助は誤嚥の可能性もあるので中止し、飲み込んだことを確認する方法をお伝えしゆっくりと介助を行うようアドバイスを行いました。

## 導入後の効果

- ・連携する訪問医師と訪問看護師より、直接、計画作成担当者が指示を受け介護スタッフへ指示を出すことにより、素早く対応ができ、家族への不安の解消へとつながりました。
- ・日々変わる体の状態に合わせた計画変更が可能であり、訪問入浴の中止などにも急遽介護スタッフの対応が可能なので、家族の負担を減らすことができました。
- ・短時間で複数回の訪問により、家族の不安や今困っている事を伺い、本人だけでなく家族の状態も確認する事ができました。
- ・家族からの相談については、介護方法は介護スタッフが指導、医療関係については訪問看護スタッフへ繋ぎ不安の解消へとつながりました。

## 今後の課題

- ・家族の介護負担や不安（特に食事に関して食事量や食事形態、食事介助は誤嚥の危険あり）に対し、訪問看護スタッフより支援方法のアドバイスを提供出来るようにする。
- ・家族へのサポート体制と足の浮腫、褥瘡の改善を目指した本人の支援計画について継続したモニタリングによるケアのチームアプローチが重要だと感じました。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

廃用性症候群であり本人自身での体位交換ができないため、両腰骨あたりに皮むけ（褥瘡）がありました。身体症状は、知らないうちに進行しておりすでに「起きれない」「歩けない」などの状態になっていました。そのため食事においても、誤嚥傾向になっており呑み込みが悪く水分摂取もままならない状態でした。筋肉も痩せ衰えており、関節の動きも悪く少しの体位交換にも苦痛の声を上げていました。今までは、何もなく安静にしていると思っていた家族も活動性が低下したことで、急な生理的な変化と体調の変化に生活も変わってしまい、先の見えない不安に動転している様子で、この先の生活にも不安の訴えがありました。



### 導入後 After

筋肉が萎縮したり、関節が拘縮したりすることを予防するため、サービス提供時に出来るだけ寝たきりを存続させないように車椅子を使って座位時間を増やしたり、ベッド上で上肢や下肢を動かす運動を行いました。その結果、寝たきりの状態から、昼は車椅子にて過ごすことができるようになり、褥瘡の軽減、目を大きく開け笑顔も見られるようになりました。排泄介助にも慣れてきた様子で、以前のような苦痛の声はなくなりました。家族もまだまだ不安はあるようですが、相談できる窓口が増えた事や、困った時にかけつけてくれる当該サービスの利便性により安心感から落ち着きを取り戻しているようです。



## 2-3 重度介護者やターミナルに対する取り組み

### 銀鈴の詩ケア 24



年齢 77歳  
性別 女性  
要介護度 5  
障害生活自立度 J1  
認知症自立度 I  
世帯構成 独居

#### 利用サービス（社会資源含む）

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・ 訪問看護（医療保険対応）
- ・ 福祉用具貸与
- ・ 家族による買い物及び掃除等の生活支援

#### 看護サービス

- ・ 週に5回、乳癌患部の処置、褥瘡処置、排便管理、困難時排便コントロール、服薬管理

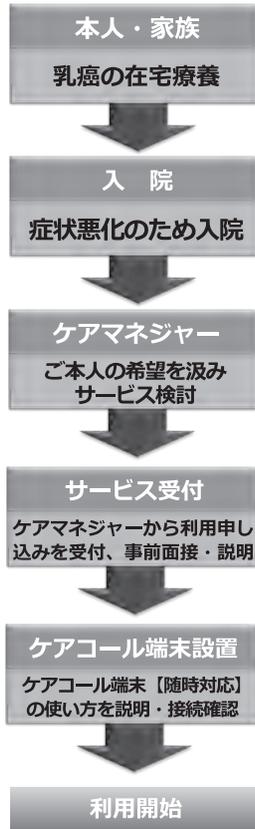


#### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・ 腫瘍の感染予防
- ・ 浸出液および出血の確認と清潔保持
- ・ 疼痛による苦痛の緩和
- ・ 家族の介護負担の軽減
- ・ ターミナルケア



#### サービス利用までの導入経緯



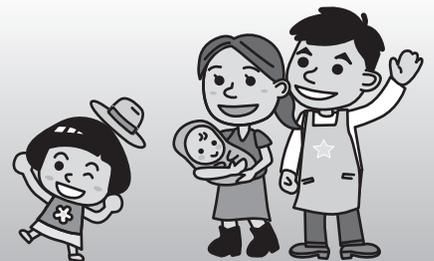
乳癌と診断され余命わずかになってしまい最後を我が家で過ごしたいという希望で在宅療養を行っていました。主な介護者（長女）は就労中であり遠方に別居しているため、週3回程度の介護を仕事帰りに行うことが精一杯でした。また、介護保険を使つてのサービスでは週2回訪問介護で生活援助を行い、加えて週2回訪問看護でシャワー介助と患部処置を行っていました。その後、日増しに患部が悪化し浸出液が増えだし室内の環境も悪いためか、マゴットセラピー（銀八エの幼虫が壊死組織を食べること）のように患部よりウジがわくという状態になっていました。訪問診療医より衛生状態も考えてレスパイト入院を勧められ入院となりました。入院中にベッド上での生活が長くなり寝たきりになり、排泄も自身でできなくなってバルーン装着となりました。そのうえ個室利用のため、ご家族の経済的負担が大きくなっていました。『自宅で最期を迎えたい』という希望を汲み退院となり、在宅で乳癌の進行と継続的な病状の変化観察と不測の事態時に即対応できる体制が整っている当サービスが導入となりました。

#### 利用者の状況（ケース詳細）

##### 【身体状況・現病】



- ・ 乳がん末期の状態でした。
- ・ 癌患部が成長し浸出液が増えていました。
- ・ 食事…当初は自分で摂取、利用後半は全介助になりました。
- ・ 移動…寝たきり状態でした。
- ・ 排泄…バルーン、排泄は全介助で行いました。
- ・ 時折…認知症状は物忘れがある程度でした。



##### 【生活状況】



- ・ 乳癌と診断され在宅療養を行っていました。
- ・ 主な介護者は長女でしたが、遠方に在住の為、ほぼ独居状態での生活でした。
- ・ 猫を飼育されており、室内環境が悪化していました。
- ・ レスパイト入院（一時的入院）により介護負担を軽減しましたが、入院費で経済的負担が掛かっていました。

##### 【意識状況】



- ・ 言葉の受け答えは出来ており、意思疎通には特段問題はありませんでした。
- ・ 意識していないと寝込んでしまいますが、呼び掛けにはすぐに反応します。
- ・ 時折、物忘れがあり戸惑っている様子がうかがえました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 状態観察・見守りをメインに、排泄介助、水分補給、配下膳、服薬介助を 30 分で行う

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	---	---	---	---	---	---	---
7:00	---	---	---	---	---	---	---
8:00	■	■	■	■	■	■	■
9:00	---	---	---	---	---	---	---
10:00	---	---	---	---	---	---	---
11:00	---	---	---	---	---	---	---
12:00	---	---	---	---	---	---	---
13:00	■	■	■	■	■	■	■
14:00	---	---	---	---	---	---	---
15:00	■	■	■	■	■	■	■
16:00	---	---	---	---	---	---	---
17:00	---	---	---	---	---	---	---
18:00	■	■	■	■	■	■	■
19:00	---	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	---	---	---	---	---	---	---
23:00	---	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	---	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

7:50～8:20  
安否確認・バイタルチェック  
排泄介助・陰部洗浄・体位交換  
部分清拭・配下膳・食事介助  
水分補給・服薬介助・見守り

13:00～13:30  
同上

18:20～18:50  
同上

月～金 訪問看護

ご家族が定期的買い物と掃除

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 継続してサービスを提供

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	---	---	---	---	---	---	---
7:00	---	---	---	---	---	---	---
8:00	■	■	■	■	■	■	■
9:00	---	---	---	---	---	---	---
10:00	---	---	---	---	---	---	---
11:00	---	---	---	---	---	---	---
12:00	---	---	---	---	---	---	---
13:00	■	■	■	■	■	■	■
14:00	---	---	---	---	---	---	---
15:00	■	■	■	■	■	■	■
16:00	---	---	---	---	---	---	---
17:00	---	---	---	---	---	---	---
18:00	■	■	■	■	■	■	■
19:00	---	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	---	---	---	---	---	---	---
23:00	---	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	---	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

7:50～8:20  
安否確認・バイタルチェック  
排泄介助・陰部洗浄・体位交換  
部分清拭・配下膳・食事介助  
水分補給・服薬介助・見守り

13:00～13:30  
同上

18:20～18:50  
同上

月～金 訪問看護

ご家族が定期的買い物と掃除

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・定期巡回が毎日3回(朝・昼・夜)生活援助と身体介護を行い、状態の変化(食事、水分摂取量・排泄量と色・痛みの状態・出血状況・皮膚状況・精神状況)を含む全身観察等を日々記録し、看護スタッフと家族との間で情報共有を図りました。
- ・夜間帯は必要に応じ緊急コールにて随時対応を行いました。定期的な訪問診療と、訪問看護が医療で週5日(日中1回)入り、全身観察と患部の処置、清拭、服薬管理等を行いました。入院中より食欲低下が顕著で、あまり食されないことが多いので、嗜好品をメインに本人の選択による配膳メニューを提案し、家族の協力を得て好きな物を購入、食形態の工夫を図る事で、一時的に食欲向上にも繋がりました。
- ・その後、嚥下機能低下に合わせ、随時食形態の変更も行き、訪問看護にて痰吸引の用意も行いました。
- ・状態は仙骨部位が褥瘡になり、エアマットを導入、患部の悪化(乳癌が進行)から、浸出液だけでなく、患部からの出血も見られ、看護にて処置を行い、定期巡回時、出血を確認した時は直ぐに看護スタッフに繋がりました。
- ・その後、レスパイト入院で輸血等を行いました。退院後、次第に痛みも増してきたので、主治医の指示の下、用意されてる痛み止めの頓服薬を服薬させ記録に残しました。いつ大量出血するかも分からない状況下で、急変時の対応方法を常に家族の意思確認と合わせ、主治医、看護師、介護士で見直しや確認を行いました。看取りに向けての心のケアは、本人だけでなく、家族にも目を向け、介護・看護スタッフが一体となり終末期の受け入れ体制を整えました。
- ・次第に水分も取れなくなり、覚醒時間も短くなっていきました。状態の変化を受け止め、少しでも不安を拭えるよう、心のケアを中心に寄り添い、安心出来る声掛けを行いました。
- ・本人の生活リズムと負担を考慮し、訪問回数はそのまま、滞在時間を状態変化に合わせて増やしていきました。
- ・最期は本人、家族の希望通り、自宅で眠られているように逝去されました。

## 導入後の効果

- ・「自宅で最期まで」の想いを叶える事が出来たのは、定期巡回・随時対応型サービスを通じて、家族、介護、医療が一体となり、安心感と信頼感で繋がり、向き合えた結果であると言えます。
- ・馴染みの職員が複数回の訪問を行い、心の込もった安心したサービスを提供し生活を支える。それが、今後の高齢社会を支える在宅サービスであると確信しました。

## 今後の課題

本人と家族の望む『在宅での看取り』を達成する為には、介護スタッフだけでなく家族・親族にもターミナル期における心身状態の変化や疾患、薬物等の知識を分かりやすく伝え理解を深めていただく必要があります。そのため、家族も含めて皆さんが多忙中、いかに効率よく情報共有と連携をして行くかが良質なチームケアには必要不可欠だと思います。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

乳がんの皮膚浸潤によりカリフラワー状になった腫瘍からは、浸出液とともに時折少量の出血がみられ圧迫止血をしていたものの、徐々に貧血も進んできました。

その後も、浸出液が多く臭気も増強して、清潔保持が出来ておらずマゴットセラピー(銀八工の幼虫が壊死組織を食べること)のように患部よりウジがわくという状態になっていました。本人には認知症があり、ロキソニンの服用とフェントステープ貼付などの薬の飲み忘れが見られていました。また、疼痛の訴えも時々ありました。

日常生活動作(ADL)の低下によりベッド上での生活が多くなり寝たきりとなりオムツ使用となっていた他、室内環境の悪化や維持が保たれておらず、食事量の減少も見られていました。



### 導入後 After

乳癌の腫瘍が悪化し患部からの出血量が多くなり、臭気も強くありましたが、介護スタッフが訪問時に汚染状況を観察して、必要に応じて看護スタッフが訪問するように対応しました。服薬管理と介助を行うことで薬物の確実な投与が可能となりました。

また、疼痛時はレスキュー(緩和医療)の使用で疼痛コントロールも出来ました。定期巡回の訪問介護スタッフにて環境整備を行いながら室内を清潔に保ち、オムツ交換も定期的に行い、清潔保持と皮膚状態の観察が継続的に出来るようになりました。

また、食事・飲水介助を行い、摂取状況の把握に努めると共に必要に応じて、食形態を変更し誤嚥防止にも努めました。

結果、1日複数回の定期訪問と医療職との連絡体制の確立で、家族は週末のみの介護となり、表情にも明るさが戻り介護負担の軽減が図れました。



## 2 重度の要介護者の在宅生活を支えながら 終末期を行ったケース

継続的なアセスメントに基づき、施設におけるケアと同様、軽度の要介護者から重度要介護者まで、利用者の心身の状況に応じて、サービス提供時間の長さやタイミングを柔軟に変更しながら必要なサービス提供を行ってくださっているスタッフです。



若竹大寿会 訪問介護 東白楽



フルライフ 本郷台



秀峰会 銀鈴の詩ケア 24

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事例

---

### 3 認知症を支える介護のケース

---

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは、実際に訪問を行っている介護職員や看護職員によるチームが行う継続的アセスメントに基づき、1日のサービス提供のタイミングなどを決定して対応しています。

こうした継続的なアセスメントに基づき、1日複数回の訪問により、適切な食事内容の確保や服薬の管理、排泄時の清潔保持を始め、心身の状況の変化の定期的な確認などが可能になることから、認知症高齢者の在宅生活を支える上でも、24時間の定期巡回型訪問サービスが有効であることが分かっています。また、認知症高齢者のサービスに当たっては、専門職による研修を行い、認知症ケアの技術を学び心身の状況に応じた配慮に心掛けています。

この3事例は、利用者と家族の了解を得て「認知症高齢者が在宅生活を継続している」サービスの様子をまとめたものです。

# 3-1 認知症を支える介護

## 桜樹の森ケア 24



年齢 82歳  
性別 男性  
要介護度 3  
障害生活自立度 B2  
認知症自立度 IV  
世帯構成 高齢者世帯

### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・訪問入浴



### 看護サービス

- ・定期的なモニタリングによるアセスメント
- ・訪問看護指示書によるサービスはなし
- ・利用者に対するモニタリング及びアセスメント
- ・介護職員に対するケア上の助言
- ・オペレーターとして看護ニーズに対する助言

### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・定期・随時での排泄介助
- ・ご本人・ご家族が安心して在宅生活を送っているように支援する
- ・感情に働きかけ、言葉だけでなく、優しい仕草や温かいまなざしなど感情面に働きかける

### 利用者の状況（ケース詳細）

#### 【身体状況・現病】



- ・アルツハイマー型認知症で健忘症が前景にあり、記憶の障害だけでなく、わからなくなったという認知の障害も含んでいました。
- ・最近の記憶に障害があり、話の中身が自分の生活の歴史を昔にさかのぼって忘れていきました。
- ・生活のすべての場面で介助、または全介助が必要でした。



#### 【生活状況】



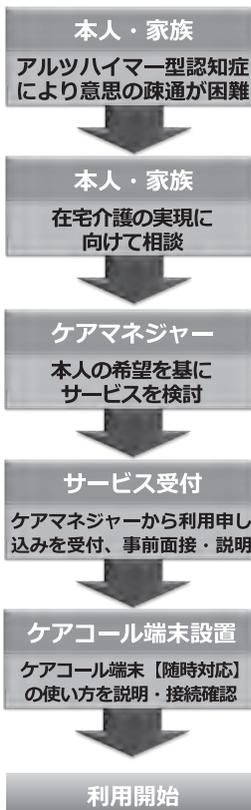
- ・10年前、バイク事故により頭部の手術を受けていました。
- ・2年前より認知症を発症しアルツハイマー型認知症の診断がつかしました。
- ・起こることを次から次に忘れ、会話もできませんでした。
- ・歩くことが出来ず、一日中ベッドで過ごされており、尿意、便意の自覚はありませんでした。

#### 【意識状況】



- ・認知症のためか、軽度の傾眠状態 (somnia) が続き、声掛けすると開眼しますが注意力は持続しないなど、昏迷状態もありました。
- ・本人の意向は確認出来ない状態でした。
- ・時折、本人から「自宅に帰りたい」との発言がありました。

### サービス利用までの導入経緯



入院中に、アルツハイマー型認知症が進行してしまい本人の穏やかな性格は変わらないものの、直面するものに対して、認識しなくなり、個々のものはわかっているが、意志の疎通や会話は困難な状況でした、起こることを次から次に忘れるので、日常生活における動作（ADL）もベッド上生活となってしまう、筋肉が衰えて排泄も自力で出来なくなり介助が必要な状態となりました。

同居している奥様と息子様夫婦は、在宅生活はあきらめて施設入所を考えていました。そんな中、本人より「家に帰りたい」とポツリと話されたことをきっかけに、家族が在宅生活実現に向けての相談をケアマネジャーにされ、定期巡回・随時対応型サービスを知られました。そこで、退院後の日常生活を支えるために必要な食事内容の管理や排泄時の清潔保持など自立支援を目的とし、介護ニーズに合わせて必要なタイミングに訪問の回数や時間帯を柔軟に出来ることに安心感を持ち、さらに困った時の随時コールや随時訪問が可能なサービスであることに家族は安堵され、退院し当該サービスを利用することを決断されました。

## サービス計画 (継続アセスメントに基づく変更前)

ポイント 生活と排泄リズムをはかるためにを1日5回訪問を行う

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00	■	■	■	■	■	■	■
9:00							
10:00							
11:00	■	■	■	■	■	■	■
12:00							
13:00							
14:00	■	■	■	■	■	■	■
15:00							
16:00							
17:00							
18:00	■	■	■	■	■	■	■
19:00							
20:00							
21:00	■	■	■	■	■	■	■
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

8:00～8:30  
排泄介助・口腔ケア

11:30～11:50  
排泄介助

14:30～14:50  
排泄介助

18:30～18:50  
排泄介助

21:30～21:50  
排泄介助

週1回訪問入浴

## サービス計画 (継続アセスメントに基づく変更後)

ポイント 排泄時間に合わせた1日4回の訪問に調整

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00	■	■	■	■	■	■	■
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00	■	■	■	■	■	■	■
15:00							
16:00							
17:00	■	■	■	■	■	■	■
18:00							
19:00							
20:00							
21:00	■	■	■	■	■	■	■
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

8:30～9:00  
排泄介助・口腔ケア

14:30～14:50  
排泄介助

17:30～17:50  
排泄介助

21:30～21:50  
排泄介助

週1回訪問入浴

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・開始当初は排泄介助、移乗移動介助にて1日5回、訪問しました。7日目、排泄や生活リズムが解り4回の定期訪問に変更しました。  
適切な時間でのオムツ交換により、尿漏れや皮膚トラブル無く過ごされました。
- ・認知症状を考慮し、健忘により事態の一貫性・連続性を絶たれているので、本人の気分の良い時を見計らい口腔ケアや車いすへの移乗を行った所、穏やかな表情で1日を過ごされるようになり、生活リズム(概日リズム)が整い始めました。
- ・息子様より「高齢の母と、日中二人きりになるのは不安」との訴えが有り。1日4回の巡回の内、3回は日中とし、不安が軽減出来るよう時間調整を行いました。
- ・10日目、介護職員がケア時に身体の異常に気付き、速やかに救急要請へ繋ぐことが出来、診察の結果、腸閉塞による胃液の逆流から誤嚥性肺炎で入院することになりましたが、大事に至らず入院加療後再び在宅に帰ることが出来ました。

## 導入後の効果

- ・当初は困難と思われていた在宅生活が、1日複数回の定期訪問により認知症であっても在宅生活を包括的に支えることが出来ました。また、利用者の心身の状況に応じた介護と看護の視点から継続的アセスメントができ、細やかな支援が可能となり、本人の希望を叶えられました。
- ・家族は、在宅生活は無理だと考え、施設入居を考えていました。定期巡回サービスを利用することにより、在宅でも施設同様なサービスが可能になったことに驚きを感じていました。
- ・自宅で気を使わず顔なじみの介護スタッフと相談しながらケアができることは、いつでも父の顔も見れるので、安心して生活出来るようになったと喜んでいました。

## 今後の課題

当該サービス導入により、本人の希望である在宅復帰については達成できました。しかし、高齢である本人の相次ぐ入院生活によるADLの低下や廃用症候群の診断も有り、少しでも維持させ改善を目標に、訪問介護と訪問看護間の連携をより強化して緊急時にも迅速な対応を心がける必要があると感じました。また、拘縮予防等を考慮し訪問リハビリの導入や家族(妻)の介護負担の軽減にも配慮して、ショートステイの利用も視野に入れて検討する必要があると考えます。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

家族に、介護物品の用意、準備への戸惑いや不安が有りましたので、訪問介護スタッフや担当ケアマネジャーより、説明をさせて頂いていただきました。

自宅の居室環境の整備やアドバイスを家族と共に協力しながら準備しました。

アルツハイマー型認知症は、新しいものの付加や予測が困難で先が見えないこともあり、今自分が何をやっているのかが描けないため、家族でさえ分からなくなっていました。

しかし、本人はまだ覚えている時代をよりどころにして現在と思いながらその気になって生きているので、

「家に帰りたい」が口癖になっていました。家族は、そんな本人の間違いを受容しながら本人を安心安住させることを願っていました。



### 導入後 After

24時間のサービスは介護と看護のスタッフがチームにより継続的アセスメントに基づき、サービス提供を行っているので、たとえ認知症であっても、安心・安住させることが出来ます。

こうしたマネジメントを行うには、担当ケアマネジャーと計画作成責任者との間で「共同マネジメント」の形で密接に連携を図っており、家族を含め、訪問介護・看護スタッフと情報共有を進めつつ、利用者ニーズに即したケアプランを作成して、自分の生き方を失わせないようにしました。また、家族のご要望や不安・疑問に対しても速やかに対応することに努めたことで、家族にとっても安心していただける環境と関係性の構築も出来ました。



## 3-2 認知症を支える介護

### デリバリーケア



年齢 81歳  
性別 女性  
要介護度 3  
障害生活自立度 B1  
認知症自立度 IIa  
世帯構成 独居

#### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・訪問看護（介護保険対応）
- ・認知症対応型通所介護
- ・福祉用具貸与



#### 看護サービス

- ・糖尿病や認知症があり、服薬管理・栄養状態の確認を中心に今の健康状態を維持できるようにサービスを行う
- ・介護スタッフには、健康を維持するためのケアや観察のポイントをアドバイス

#### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・生活のリズムを整える（概日リズム障害）
- ・良質な睡眠を目指す
- ・身体機能及び体調の維持



#### 利用者の状況（ケース詳細）

##### 【身体状況・現病】



- ・2型糖尿病を長年発症しており、アセスメントから食べ物も高脂肪食やご飯などの炭水化物が好物でした。
- ・運動不足もありましたが、遺伝性なのか血糖値がなかなか下がらない状態が続いていました。
- ・夫が亡くなったころから記憶障害が顕著になりアルツハイマー型認知症と診断を受けましたが、コミュニケーションは良好でした。
- ・その他、狭心症

##### 【生活状況】



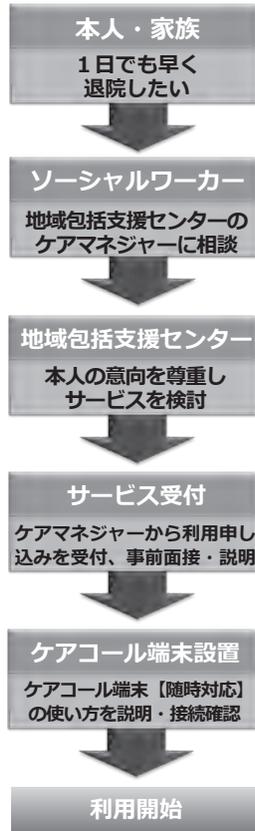
- ・長年介護していた夫が2年前に亡くなり独居生活となりました。
- ・近所の人たちの協力や訪問介護サービス、通所サービスを使って一人暮らしを続けていました。
- ・ゴミ箱のものを集めては、部屋の中にしまい込むなどの収集癖があり、室内は散らかっていました。

##### 【意識状況】



- ・食事の管理ができず、暴飲暴食をしていて、認知障害から異食もありました。
- ・自宅にいるにもかかわらず、帰宅願望があり、もっともらしい態度で振る舞いながら、笑顔で挨拶しながら家を出ていくことが度々ありました。

#### サービス利用までの導入経緯



ゴミ箱の中の物や落ちていた物を拾い集めることがしばしばあったのですが、ある時、本人が突然、異食により呼吸困難を起こして救急車で搬送されました。搬送された病院にはベッドが無く、民間の救急病院に再搬送され強制的に特別室に入れられてしまいました。2型糖尿病や狭心症などの既往もあったので様子観察も含め検査・加療を目的に入院が長期化しました。生活のほとんどがベッド上となり、急激に認知症状の進行がみられ、夜間奇声を上げたり院内を徘徊する行動も認められるようになりました。本人は、夕方になると落ち着かなくなり1日も早く家に帰りたいという気持ちから、無理やり病院を抜け出すなどの行動を起こすことがしばしばみられるようになったため、地域医療連携室のSW（ソーシャルワーカー）は老人ホームや施設など、あちらこちらを探しましたが、こちらも空きがない状態でした。困ったSWが地域包括支援センターのケアマネジャーに相談、認知症に対応でき、在宅で病院並みのサービスが可能ということから当該サービスの導入となりました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 生活状況の把握と共に食事・排泄を中心に生活のリズムを整えるプラン

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00	■	■	■	■	■	■	■
8:00							
9:00	■	■	■	■	■	■	■
10:00							
11:00							
12:00	■	■	■	■	■	■	■
13:00							
14:00							
15:00		■					
16:00							
17:00	■	■	■	■	■	■	■
18:00			●●●			●●●	
19:00							
20:00	■	■	■	■	■	■	■
21:00							
22:00							
23:00						●●●	
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

7:00～7:30  
起床介助・排泄介助・食事の促し

9:00～9:30  
食事量の確認・服薬・排泄介助

12:00～12:30  
排泄介助・食事の促し

14:00～14:15  
食事量の確認・服薬・排泄介助

17:00～17:30  
排泄介助・食事の促し

21:00～21:30  
就寝介助・食事量の確認・服薬

週1回訪問看護

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 生活のリズムを崩さないように声掛け（RO）を中心に出来ることは自ら行って頂くプラン

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00	■	■	■	■	■	■	■
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00	■	■	■	■	■	■	■
13:00			■	■		■	■
14:00			■	■		■	■
15:00		■	■	■		■	■
16:00	■	■	■	■	■	■	■
17:00							
18:00							
19:00							
20:00	■	■	■	■	■	■	■
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

7:00～7:30  
起床介助・排泄介助・食事の促し

12:00～12:30  
排泄介助・食事の促し

17:00～17:30  
排泄介助・食事の促し

21:00～21:30  
就寝介助・食事量の確認

週1回訪問看護

週2回認知症デイサービス

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・退院直後の1週間は、介護と看護スタッフが連携して訪問介護サービスにて生活(概日)リズムの把握のため、日中は2時間おきに15分程度6~8回訪問しました。
- ・睡眠センサーを用いて睡眠状態の把握も行いました。
- ・本人の介護ニーズや日常生活動作(ADL)の把握では、知的機能や行動観察評価などで残っているセルフケア能力(自省力)を導き出していきました。
- ・継続的アセスメントをおこない、担当ケアマネジャーに報告し、ケアマネジメントの立案を本人の介護ニーズに沿って計画作成責任者とケアマネジャーとで共同マネジメントでケアプランの作成を行いました。
- ・その結果、定期サービスは1日6回、朝7時、更衣と整容などの起床介助と排泄介助、9時、服薬管理と食事量の確認及び身体介助、12時、14時、17時に15分~30分間程度、生活支援と排泄などの身体介護に入りました。
- ・21時には就寝介助に入り30日間の様子を確認しました。
- ・緊急コールによる、随時対応を行いましたが、随時訪問することはなく対応のみで回数も減り最終的にはコールもなくなりました。

## 導入後の効果

- ・認知症状が落ち着き生活リズムが整うことで、夜間の睡眠もとれるようになってきたので、プランを変更し日中デイサービス(認知症デイ)の利用を週2回入れることが出来ました。
- ・夕暮れ時の帰宅願望には、不機嫌になる傾向もあるので、サービス時間を夕暮れ時の17時代に30分ほどケアに入り夕食前のひと時を一緒に過ごせるように配慮しました。
- ・夕食が済むと落ち着きが戻るなので、就寝前のひと時を団らんにあて、生きるより所を与え食事内容も確認しました。

## 今後の課題

訪問回数が減ったと同時に1人での時間も多くなるため、食生活が乱れないように今後も継続して見守りや声掛けを行っていくことや転倒予防にも力を入れていく必要があります。

また、病状の安定を保つためにも医療職との連携も欠かせないこと、昔の習慣的に認知して会得したり、体得した技能的な手続き記憶(趣味・嗜好・運動)を利用して刺激を与えリハビリやレクリエーションに利用するケアを行う予定です。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

生活状態の把握ができていなかったこともあり、食事・排泄を中心にサービスに入りながら、日常生活動作(ADL)を確認し、何が出来て何が出来ないのかを把握することに努めました。

始めは、定期的な巡回だけでは不安もあり随時対応のコールがありましたが、コールをすれば対応や訪問してくれることが安心につながった様子で徐々にその数が減ってきました。

また、生活の様子やリズムもわからなかったため、眠りスキャンというセンサーをベッド内に入れて、睡眠の状態を把握し生活(概日)のリズムを確認しました。

また、排泄の時間の確認と水分の摂取量を測りました。

馴染みの関係を作りつつ趣味・嗜好品なども聞き出し役立てました。



### 導入後 After

ADLの確認から、服薬など声掛けを行えば自力でできることもたくさんあることが分かり、声掛けにて現実見当識訓練を行ったところ認知症状も軽減しました。

朝の起床介助時に必ず光を浴びるように窓のカーテンを開け窓を数分あけました。

そして、起床から排泄の順序を守り生活のリズムを崩さないように関わることで規則正しい生活が送れるようになってきました。生活の中に楽しみを増やすために認知症対応型通所介護への利用も始まり、サービス開始時よりも笑顔が増えています。

生活の中に決まった日課を与えて、少しでも時間付けを得れるように配慮したところ、安心・安住を図ることができ食事の管理もスムーズになり血糖値も下がってきました。



# 3-3 認知症を支える介護

## 定期巡回 ゆい港北



年齢 94 歳  
性別 女性  
要介護度 5  
障害生活自立度 B2  
認知症自立度 IIIb  
世帯構成 日中独居

### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・訪問看護（介護保険対応）



### 看護サービス

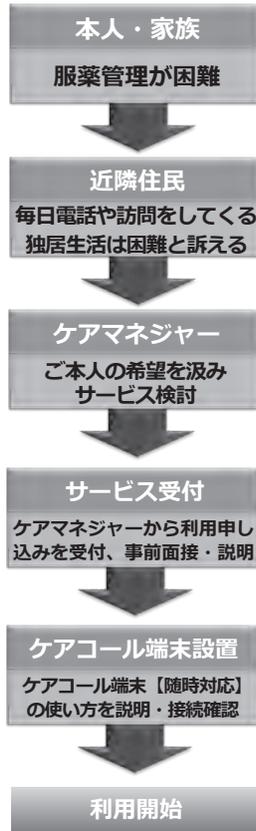
- ・週 1 回、服薬管理・身体管理
- ・ご本人の心配される身体（血压）状況などへのアドバイスを行う。
- ・利用者に対するモニタリングおよびアセスメント
- ・オペレーターとして看護ニーズに対する助言



### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・定期巡回サービスにおける介護と看護の連携で、確実な服薬と食事・生活の安定を支援する

### サービス利用までの導入経緯



94 歳の高齢で、アルツハイマー型認知症で高血圧症の既往歴があるにもかかわらず、マンションの 2 階にて一人暮らしをしていました。週 2 回の訪問介護を利用していましたが、服薬管理が困難であることと、記憶の障害で以前の健忘期間の体験や昔の知識がなくなっていて、起こることを次から次に忘れてしまい、経過時間の把握が困難になり毎日のように隣近所に電話や訪問をしてしまう生活でした。本人の様子から、現在の時間・場所・状況は把握できていないのですが、とても話がじょう舌で、演技性もあり間違った見当づけで、わからなくても勘違いのもとに自分なりに思い込んで話すので、介護者や近隣者には理解できないことがしばしばありました。自尊心を傷つけられるものなら、攻撃的になる始末に独居生活は困難ではないかと、近隣者より訴えがありました。本人は自宅で暮らし続けたいとの強い要望がありました。また、記憶が過去のつらかった時に戻ると涙ぐんで、その時の口惜しかったことに固執している様子がかえることから、何とか在宅で最後までケアが出来ないとケアマネジャーのはからいで定期巡回型訪問サービスの利用となりました。

### 利用者の状況（ケース詳細）

#### 【身体状況・現病】

- ・アルツハイマー型認知症の診断は出ていたのですが、進行はゆっくりとしていて時間や場所の見当識も中度程度でした。
- ・記憶障害は顕著でしたが、会話やコミュニケーションはしっかりとしており、会話の理解もありました。
- ・しかし、勘違いを自分なりに思い込んでおり、時折、妄想になることもありました。
- ・その他、高血圧症



#### 【生活状況】

- ・マンション 2 階で独居生活をしていました。
- ・昔の習慣的に認知して会得した、料理づくりや掃除、洗濯などは手続き記憶として覚えており、問題なく生活の中で上手にこなしていました。
- ・作話が多く、じょう舌で近隣者とトラブルになるケースもありました。



#### 【意識状況】

- ・自分が何かをしようと思ってもうまくできないという能力の低下に対して、病識を意識し、不安やイライラ感（焦燥感）が強まる傾向でした。
- ・一般的に意欲低下がみられました。



## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 飲み忘れを防ぐため、毎朝服薬確認を行う

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

9:00～9:30（月・木）  
服薬確認・バイタル測定  
生活援助

9:00～9:30（水・金・土）  
服薬確認・バイタル測定

週1回訪問看護

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 骨折後、訪問回数を3回とし、食事・排泄・服薬介助を行う

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

9:00～9:30  
排泄介助・食事介助・服薬介助  
バイタル測定

12:00～12:30  
排泄介助・食事介助

18:00～18:30  
排泄介助・食事介助・服薬介助  
就寝介助

週1回訪問看護

週1回デイサービス

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・ 2回 / 週の訪問介護利用の際に、朝・昼・夕の薬が 1/2 服用されていない事がありました。
- ・ 看護スタッフと相談の上、降圧剤（朝・夕）を 1回 / 日の合剤に変更しました。
- ・ 病院と薬が変わった事に困惑し、不安感からコールが続きました。
- ・ 薬が合剤に変更になったことや病院が変わったことを繰り返し説明したり、きちんと服薬されてるカレンダーを見ることで安心され落ち着きました。
- ・ 服薬管理・身体観察・看護相談を行いながら、市販の食事から、塩分低めの調理を行い、食品管理を行う中で、血圧の安定もみられてきました。それに伴い精神面の安定もみられるようになり、落ち着いて在宅での生活が継続できています。
- ・ しかし、自宅マンション内外にて ADL 低下から、転倒・骨折が続き、歩行器利用が困難（認知機能低下の為）となり、グループホームの利用となりました。

## 導入後の効果

- ・ 継続的なアセスメントに基づく 1日複数回の訪問介護・看護サービスにより、適切な食事内容の確保や服薬の管理、身体観察など、身体の変化の定期的な確認が可能になったことで、アルツハイマー型認知症の在宅生活を支えることが出来ました。
- ・ 本人は、直面するものに対しては認識があまりなく、個々のものは分かっているのですが、全体としての意味が分からず、一つ一つを丁寧に説明しなければ納得しない状態でした、しかし、馴染みの訪問介護スタッフが定期的に来てくれるので安心し、心配なく暮らせるようになりました。
- ・ その後、加齢に伴い筋力の低下から転倒するようになりました。

## 今後の課題

- ・ 毎日の服薬管理と導入前から行っている生活援助サービスですが、独居である以上、本人の変化に対応出来るのは介護士であることは間違いありません。
- ・ 身体状況や認知症状の変化をタイムリーに把握し対応できるように、日頃より専門職と連携を取ってチームアプローチしていく必要があります。
- ・ 当該サービスを導入する事により、本人の「自宅で暮らし続けたい」との希望通り、出来る限り継続して来ましたが、加齢による日常生活動作（ADL）の低下から転倒・骨折を繰り返され、徐々に認知症の進行もみられたので、当該サービスは終了しました。
- ・ 本ケースのように地域包括ケアシステムの推進には、本人が住み慣れた地域で馴染みのある関係を維持しながら、地域内でサポートできる環境・連携が必要不可欠であるといえます。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

今まで、アルツハイマー型認知症というハンディキャップを持ちながらも、その中で何とか一生懸命に生きようと努力してきたことが、だんだんできなくなって困惑し、単なる記憶障害から、わからなくなったという認知の障害も強く現れてきていました。

その一つが、今まで利用されて来た訪問介護サービスから定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスへ変更になったことでした。

まず、サービス内容の変更などが理解できず、不穏になることが多々ありましたが、本人の心のペース（感じ方、考え方、安心の仕方）に合わせ、自分なりの生き方を続けさせることに配慮し、介護・看護スタッフは、

チームで継続的にアセスメントを行い 1日のサービス提供のタイミングを決定し 介護ニーズに即した ケアプランを ケアマネジャーと共に 作成しました。



### 導入後 After

家族より「定期巡回型訪問サービスを利用しているのでも遠方にも安心できるし、生活にもリズムがついて認知症の症状も良くなっている」と言っていました。

本人は、個性が残っていて人見知りや人選びもあり意にそわないと不平、不満から暴言や暴力になっていましたが、介護スタッフが毎日サービス（定時訪問）に来ることやケアコールで呼ばれるとすぐに駆けつけてくれる（随時訪問）などで「馴染みの関係」になることが出来ました。本人に合わせて対応することで、安心や満足感の形成が出来ただけでなく信頼につながりました。

また、廃用症候群の予防を重点的に行っていたのですが、心身共に加齢により機能が衰えてしまい家族の意向によりグループホームに移行しサービス終了となりました。



### 3 認知症高齢者の在宅生活を支えるケース

一日複数回の定期訪問に加え、利用者からのケアコールを受けた場合に、利用者の心身の状況などを踏まえコール内容を総合的かつ的確に判断し、必要な対応を行うことにより認知症高齢者や重度高齢者の在宅生活の継続と安心感の提供を行っているスタッフです。



秀峰会 桜樹の森ケア 24



認知症高齢者研究所 デリバリーケア



株式会社ゆい 定期巡回ゆい港北

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事例

---

### 4 医療を要する方への訪問看護事業者と連携支援したケース

---

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事業者は実際に訪問を行っている介護職員と看護職員のチームが行う継続的アセスメントに基づいて、一日のサービス提供のタイミングなどを決定しています。

こうしたマネジメントを行うことにより、より効果的な介護ニーズに合わせたサービスが提供や介護職員や看護職員の効果的な投入が可能となります。

また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事業所には、介護職員と看護職員が配置され、介護サービスと看護サービスを一体的に提供できる体制になっています。

それだけでなく、事業所に看護職員を配置することが困難な場合でも、外部の訪問看護事業所との密接な連携により、こうした機能を確保しています。

この3事例は、利用者と家族の了解を得て「介護職と看護職の連携による利用者ニーズに即した」サービスの様子をまとめたものです。

# 4-1 医療を要する方への訪問看護との連携支援

## 若竹大寿会 訪問介護 東白楽



年齢 87歳  
性別 女性  
要介護度 4  
障害生活自立度 C2  
認知症自立度 III  
世帯構成 独居

### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・訪問看護（医療保険対応）



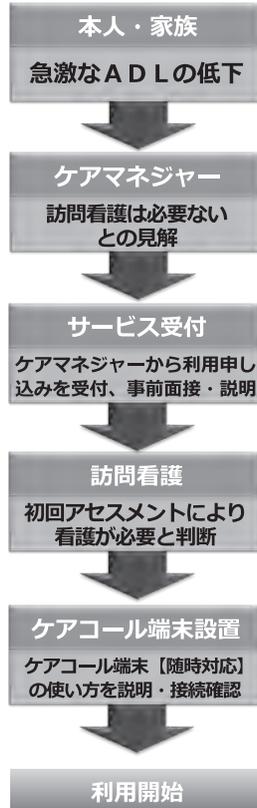
### 看護サービス

- ・褥瘡・带状疱疹・肺結核により左肺摘出  
在宅酸素使用、脱腸・低栄養等一連の  
病状に対応、処置をするため医療保険にて  
一日1～2回の訪問を行う

### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・栄養をしっかり摂り褥瘡予防と治療
- ・廃用性筋萎縮の予防および廃用性骨萎縮の予防
- ・洗浄・清拭を行い身体の清潔を維持
- ・風邪や誤嚥性肺炎の予防
- ・便秘の確認、低体温症の予防および改善

### サービス利用までの導入経緯



ケアマネジャーより、寝たきりで安静状態が長く続いたため、生活が不活発となったことから急激に心身の機能低下を招いてしまい、日常生活動作（ADL）が低下して、1日のうち身体介護だけでも複数回の訪問を要する状態となってしまった方の相談がありました。当初、ケアマネジャーは看護の必要性はないとの見解でしたが、初回アセスメントで尋ねたところ、その状態は、寝たきりで筋肉が廃用性萎縮を起こしており排泄も出来ず、食事の準備から介助、服薬、オムツ交換から身体整容までの全般の支援および介助が必要な状態でした。また、加齢により鼠径部が弱くなってヘルニア（脱腸）も起こしていました。しかも、寝たきりから床ずれ（褥瘡）もかなり進行しており、在宅酸素や低栄養などの症状も伺えることから、在宅生活の継続には介護サービスに加え看護サービスの安定的な提供が必要との判断を行い、同行した訪問看護ステーションより介護職と看護職が情報を共有しながら連携し一体的にサービスが提供できる定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの導入となりました。

### 利用者の状況（ケース詳細）

#### 【身体状況・現病】



- ・肺結核で左肺を摘出し乳癌の既往がありました。
- ・過度な安静状態が長時間が続いたため、寝たきりとなり筋肉がやせ衰えて関節の可動域が悪く全身の身体機能の低下から廃用症候群となっていました。
- ・心機能の低下もあり、在宅酸素を3L/分使用、鼠径ヘルニア（脱腸）で下腹部の肥大もあり仙骨部に褥瘡もできている状態でした。
- ・精神状態の悪化が見られることから医療を要する看護中心のケアが必要でした。

#### 【生活状況】



- ・アパートの2階で一人暮らしをしていましたが、サービス導入の2週間程前頃から急激に日常生活動作（ADL）が低下し寝たきりの生活となってしまいました。
- ・筋肉はやせ衰えて萎縮し、足は細くなって可動域は狭まり、足などを動かそうとすると痛みが生じるなど、サービス導入時には起き上がることもできなくなっていました。

#### 【意識状況】



- ・サービス開始前のアセスメントでは、介護スタッフの声掛けに対して答えることができていました。
- ・サービス開始時は意思疎通が難しい場面も見られ精神的な落ち込みからうつ状態になり、やる気の喪失もみられました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 栄養をしっかり摂り褥瘡を軽減、洗浄・清拭を行い身体の清潔を維持する

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00	■	■	■	■	■	■	■
10:00							
11:00							
12:00	■	■	■	■	■	■	■
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00	■	■	■	■	■	■	■
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00	■	■	■	■	■	■	■
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00	■	■	■	■	■	■	■

### サービス計画内容

0:00～0:30  
排泄介助・水分補給・安否確認

5:00～5:30  
排泄介助・水分補給・安否確認

9:00～10:00  
食事介助・口腔ケア・排泄介助  
水分補給・服薬介助

12:00～13:00  
食事介助・口腔ケア・排泄介助  
水分補給

17:00～18:00  
食事介助・口腔ケア・排泄介助  
水分補給・服薬介助

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 継続してサービスを提供

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00	■	■	■	■	■	■	■
10:00							
11:00							
12:00	■	■	■	■	■	■	■
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00	■	■	■	■	■	■	■
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00	■	■	■	■	■	■	■
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00	■	■	■	■	■	■	■

### サービス計画内容

0:00～0:30  
排泄介助・水分補給・安否確認

5:00～5:30  
排泄介助・水分補給・安否確認

9:00～10:00  
食事介助・口腔ケア・排泄介助  
水分補給・服薬介助

12:00～13:00  
食事介助・口腔ケア・排泄介助  
水分補給

17:00～18:00  
食事介助・口腔ケア・排泄介助  
水分補給・服薬介助

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・訪問開始より仙骨部に褥瘡があり、低栄養による悪化がみられたため、3食の食事（栄養）の確保と排泄介助や身体の保清のための清拭を目標に支援を行いました。
- ・1日複数回訪問することにより、食事介助での栄養摂取や排泄介助での身体保清が行えるようになり、一時的に褥瘡の改善がみられましたが、その後、帯状疱疹になり痛みを伴うことになってしまいました。
- ・本人が体位変換時にベッドから転倒するなど新たな課題がでてきたため、訪問看護ステーションのスタッフとカンファレンスを行い対応について検討、緊急時の判断やバイタルサイン、体温や血中酸素飽和度の基準値の確認など訪問看護スタッフとの連携を密に図りながら支援を行いました。
- ・ご本人も「今までのように自分で何でもできるようになりたい」と話していましたが、急な日常生活動作（ADL）の低下によりサービス開始から1週間程で意思疎通ができない状態となりました。
- ・その後、栄養面、褥瘡の改善がみられ、ADLが一時的に向上し意思疎通ができる場面もありましたが、発熱が続き、食事の摂取もほとんどできなくなり、意思疎通も難しくなりました。
- ・状態変化から4日後、ご自宅で永眠されました。

## 導入後の効果

- ・終末期に、看護スタッフから介護スタッフへ今後予想される予後の状態について詳細なアドバイスがあったことで、介護スタッフも安心してサービスに入り、ご本人の状態に合わせた的確な対応をすることができました。
- ・結果、在宅生活に必要な介護・看護サービスが提供でき、介護スタッフと看護スタッフが情報を共有しながら一体的に連携を持って必要なサービスが提供できました。

## 今後の課題

- ・今回、定期巡回型訪問サービスを導入するにあたり、事前アセスメントを介護事業者が先行で行ったため、既往歴、現病歴以外の病状に気づくことができず、サービス導入直前に連携している訪問看護ステーションのアセスメント情報により病状を発見することで、急遽サービス内容を変更することになりました。
- ・今後の課題として、事前アセスメントを行う際は連携している訪問看護ステーションと行き、利用者の今の状況・状態を医療・介護の両面で把握した上でスムーズなサービス導入に繋げていくことが必要だと考えます。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

過度な安静状態が長時間続いたことにより、筋肉がやせ落ちてしまい全身の身体能力や精神状態が悪化、褥瘡もあり低栄養による悪化がみられていました。

独居で家族はいないため、緊急連絡先は遠方の甥でしたが、介護への協力はありませんでした。

既に本人は、筋肉の衰えから「起きれなくなり」「歩くことも出来ません」でした。肺結核により左肺を摘出したせいもあり、廃用症候群と相まって在宅酸素を使用していました。

栄養管理や排泄時の清潔保持、心身の状況の変化の確認も取れない状態で、バイタルからは、心機能の低下も疑われました。



### 導入後 After

サービス開始後、1か月ほどで褥瘡の改善がみられ、日常生活動作（ADL）も一時的に向上し、一人暮らしでもあったので、定期的に複数回ケアに入れることを利用して、なるべく同じスタッフが心の拠り所となれるよう出来る限り声掛けを多く行い、困らせるような質問は避けて昔の自慢話などを聞くようにしました。その結果、意思疎通もできるようになりましたが、発熱による状態変化から4日後、自宅にて永眠されました。

家族は、ケアマネジャーを介して電話連絡で利用者の情報は伝えていたものの遠方のためもあり、永眠されるまで関わることはありませんでした。



## 4-2 医療を要する方への訪問看護との連携支援

### 横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護つるみ



年齢 72歳  
性別 女性  
要介護度 5  
障害生活自立度 C2  
認知症自立度 I  
世帯構成 高齢者世帯

#### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・往診
- ・訪問看護（医療保険対応）・訪問マッサージ
- ・訪問入浴 ・介護タクシー

#### 看護サービス

- ・抗がん剤治療後の体調管理
- ・膀胱留置カテーテルの管理
- ・排便コントロール
- ・廃用症候群の予防と  
下肢深部静脈血栓による変化の観察

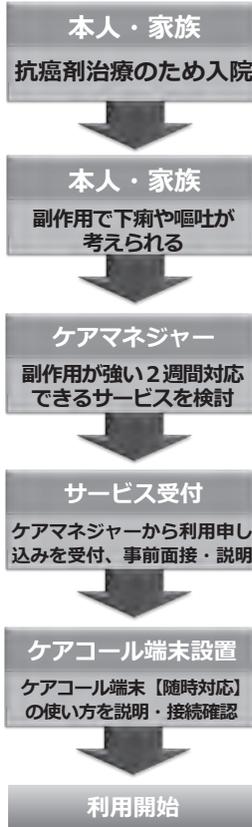


#### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・身体の清潔を保持し、拘縮した身体にならないよう介護と医療が連携し、スピリチュアルケア（生きがいを持たせるケア）も行いながら、苦痛なく最期の時まで住み慣れた家で過ごせるための援助を行う。

#### 利用者の状況（ケース詳細）

#### サービス利用までの導入経緯



子宮頸がんの治療で入院中の方の退院後についてケアマネジャーより相談がありました。現在は子宮頸癌の抗がん剤治療で入院中ですが退院の日程が決まり、退院後の抗癌剤の副作用として下痢や嘔吐が考えられること、また、夫が高齢で、介護力が弱く在宅でケアができるかということでした。

内容は、退院時に膀胱留置カテーテルを挿入してくるようになっていたこと、夜間や日中突然、下痢や嘔吐の症状が出たときの随時対応が可能かどうか、特に夜間が心配とのこと。退院後2週間は副作用が強いため、見守りと随時対応ができるという精神的な安心感も必要とのことでした。

もともと本サービスは、要介護3以上の要介護者の在宅生活の限界点を引き上げることを前提として、1日複数回の定期訪問ニーズや随時の対応により、病院からの退院者が在宅でケアを受けられるよう介護職員と看護職員によるチームで効果的なサービスを介護ニーズに合わせて必要なタイミングに必要な量と内容のケアを提供するサービスです。

むしろ、このような方のケアを行うためのサービスだということでサービス開始となりました。

#### 【身体状況・現病】



- ・子宮頸がんの抗がん剤治療（6クール実施予定）の副作用が一番不安なようでした。
- ・抗癌剤の影響で下痢や吐き気などの副作用になるので、1日3回の定期訪問と排泄介助時にはケアコールでの随時訪問が必要でした。
- ・副作用はたいがい長期にわたることはないので、早い時期の体力の回復を手伝いました。

#### 【生活状況】



- ・夫との2人暮らしでした。
- ・近所に娘がいますが、就労の為、介護に参加することは難しいようでした。
- ・食事は夫が用意していたので、嘔吐を和らげる工夫として食事介助の際は少量ずつ気分の良い時に食べるようにし、食事の際は水分摂取を控え、ゆっくり時間をかけて、よく噛んで食べるようにアドバイスしました。

#### 【意識状況】



- ・特に問題はありませんでした。体がだるそうなので、十分な休息と睡眠を取り入れるようにし、ゆっくり体を動かすようにしました。
- ・運動は、抗がん剤を打った日は避けるように指導しました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 訪問時間の調節をご本人とご家族に確認しながら行い、サービス導入時の戸惑いが少なくなるようにする。

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	---	---	---	---	---	---	---
7:00	---	---	---	---	---	---	---
8:00	---	---	---	---	---	---	---
9:00	■	■	■	■	■	■	■
10:00	---	---	---	---	---	---	---
11:00	---	---	---	---	---	---	---
12:00	---	---	---	---	---	---	---
13:00	■	■	■	■	■	■	■
14:00	---	---	---	---	---	---	---
15:00	---	---	---	---	---	---	---
16:00	---	---	---	---	■	---	---
17:00	---	---	---	---	---	---	---
18:00	■	■	■	■	■	■	■
19:00	---	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	---	---	---	---	---	---	---
23:00	---	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	---	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

9:00～9:30  
排泄介助・整容介助・水分補給

13:00～13:20  
排泄介助・清拭・水分補給

18:30～18:50  
排泄介助・水分補給

週1回訪問看護

週1回往診

週1回訪問マッサージ

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 薬疹や下痢、食欲不振の症状が出ているため、水分摂取や皮膚トラブルをおこさないように注意し、体調の変化に早く気が付き医療との連携を更に密にとる。

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	---	---	---	---	---	---	---
7:00	---	---	---	---	---	---	---
8:00	---	---	---	---	---	---	---
9:00	■	■	■	■	■	■	■
10:00	---	---	---	---	---	---	---
11:00	---	---	---	---	---	---	---
12:00	---	---	---	---	---	---	---
13:00	■	■	■	■	■	■	■
14:00	---	---	---	---	---	---	---
15:00	---	---	---	---	---	---	---
16:00	---	---	---	---	---	---	---
17:00	---	---	■	---		---	---
18:00	■	■	---	---	---	---	---
19:00	---	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	---	---	---	---	---	---	---
23:00	---	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	---	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

9:00～9:30  
排泄介助・整容介助・水分補給

13:00～13:20  
排泄介助・清拭・水分補給

18:30～18:50  
排泄介助・水分補給

週1回訪問看護

週1回往診

週1回訪問入浴

週1回訪問マッサージ

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・抗がん剤治療のための入院後は、2週間ほど排便が断続的に続き嘔気もみられました。1日3回の定期訪問をしており、特に夜間、排便があった時は、ケアコールによる随時訪問を行いました。
- ・朝の訪問時には、尿の廃棄とともに尿測を行い、看護スタッフは主にバルーンカテーテルの管理、排便コントロール、リハビリ等にあたりました。
- ・皮膚疾患ができやすかったため、抗がん剤治療中は入浴ができず、看護師・介護士と、共通認識を持って清拭・陰洗を行い清潔を保持しました。テープの止め方・ガーゼのあて方について看護師より指導があり、水疱等ができるのを防ぎました。
- ・ベッド上の生活が続いているため、下肢筋力がほとんどない状況なので、軽い運動を兼ねて看護師と訪問マッサージでリハビリをすることにより、体力の回復を目指しゆっくり体を動かしながらポータブルトイレでの排泄を行えるように目標を設定し、サービスを行いました。
- ・本人も家族も住み慣れた家での最期を望まれていましたが、病状の進行とともに不安な表情を見せる夫のことを心配し、本人が長女と相談した結果、緩和病棟へ入院することが決まっていたのですが、発熱により意識レベルが低下したため、訪問看護師が家族と訪問医に相談し救急搬送となりました。
- ・入院したことで意識レベルが改善され、本人から「やはり家に帰りたい。」との強い希望があり、ご家族は帰宅の決断をされました。
- ・訪問看護師から今の状態と今後予測される病状変化の説明を受け、緊急時の連絡体制の確認を行い、自宅での最期を迎えるための体制を整えました。
- ・昏睡状態での帰宅となりましたが、翌朝ご家族に見守られおだやかな最期を迎えることができました。

## 導入後の効果

- ・ケアコールによる随時対応と1日4回訪問する介護スタッフや訪問看護師が、毎回ご本人とご家族の様子に合わせて声をかけ傾聴することで、日々の心の負担の軽減につながりました。
- ・ケアコールに対応するオペレータは一定の知見を持つ実務経験者なので家族も安心していただいております。

## 今後の課題

- ・終末期にあたり、本人や家族が抱くであろう「病状の悪化による予測を超える事態に対する不安」への対応として、ホスピス（緩和病棟）の情報提供も含め、本人・家族を中心としたチームカンファレンスとチームアプローチを適宜実施することで安心と信頼を更に深める為の体制整備に努めたいと思っております。
- ・核家族化が進む中での親族間の緊急時の確実な連絡体制の確保も今後の課題といえます。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

本人は自分が癌に罹ったことに治療中でさえ納得が出来ていない様子でした。

子宮頸がんの進行による急激な身体状況の変化があり、抗がん剤治療を受けながら退院後初めて介護保険サービスを利用することとなりました。

副作用の不安もあり、下痢や嘔吐の心配が付きまわっていたようです。

それだけでなく、全身倦怠感があり動くこともできなくなっていました。治療に伴うストレスもあってか倦怠感は一層悪化しているようでした。

そんな中での在宅介護は、排泄介助を中心に急なサービス利用開始でもあったため、本人も家族も戸惑いが

みられていました。元来、自分で何でもやるタイプだったので、誰かに何かをしてもらうことに逆に抵抗があったようです。



### 導入後 After

子宮頸がんの治療中は、常に出血があり医師からの指示で1日3回の陰部洗浄が必要な状態でした。

他人から介助されるという不安感と羞恥心に配慮しながら、今までの生活スタイルを崩さないタイミングで定期訪問できるように本サービスの特徴を生かし、本人と家族に確認しながら、介護ニーズに合わせ細やかに時間の調整を行いました。

そのため、ご本人にもご家族にも、訪問する介護スタッフに対しての信頼感も生まれ介助を受けるという戸惑いや不安感がやわらいだ様子で笑顔も多くみられるようになりました。



## 4-3 医療を要する方への訪問看護との連携支援

### カリヨンたまプラーザ在宅サービスステーション



年齢 81歳  
性別 女性  
要介護度 5  
障害生活自立度 C2  
認知症自立度 IV  
世帯構成 日中独居

#### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・訪問看護（医療保険対応）
- ・訪問歯科 ・訪問マッサージ
- ・訪問入浴 ・福祉用具貸与



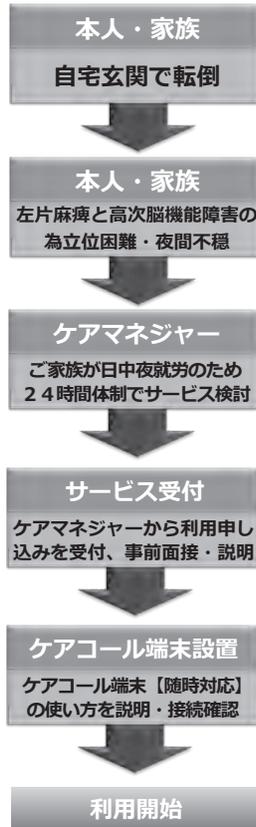
#### 看護サービス

- ・嚥下機能低下・認知機能低下に関連した誤嚥性肺炎のリスク状態の確認
- ・日中独居であることと認知機能が低下していることに関連したセルフケア不足に対する対応
- ・胆石があり時折痙攣や熱発があるため、健康管理及び体調不良への対応実施
- ・四肢関節の拘縮へのリハビリ実施

#### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・住み慣れたご自宅で安全で安心した生活が送れるよう、必要な支援を行う
- ・生活リズムを維持し、心身共に穏やかに過ごせるよう支援
- ・誤嚥性肺炎をおこさないための食事介助
- ・自分でできている日常生活動作は継続する

#### サービス利用までの導入経緯



ある日、自宅玄関で転倒し、救急車にて病院に搬送されました。  
外傷性くも膜下出血・急性硬膜外血腫の診断を受け、左片麻痺と高次脳機能障害のため立位困難となり夜間不穏もありました。  
退院の目途が立つものの、2世帯住宅で同居している家族全員日中夜間共に就労しており実質独居状態となってしまう状態でした。  
身体機能も麻痺のため使わなくなっており、嚥下機能の低下から誤嚥性肺炎のリスクもあり、体調の急変も考えられました。特に注意力や集中力の低下から、感情や行動の抑止が効かないなどの高次脳機能障害の影響が強く記憶や認知の機能に大きな障害も出ているようでした。  
このような方の在宅生活を維持させるためには、継続的アセスメントを行う必要がありました。  
1日複数回の定期訪問によるサービス提供が可能な本サービスは介護ニーズの把握と在宅生活を包括的に支えながら、継続的なアセスメントを行うことが出来るサービスであるため、24時間体制の本サービスの利用に至りました。訪問看護においては、訪問介護利用の2か月後より利用となりました。

#### 利用者の状況（ケース詳細）



##### 【身体状況・現病】

- ・外傷性くも膜下出血・急性硬膜外血腫・左片麻痺と高次脳機能障害のため立位困難・夜間不穏急性胆管炎・胆のうがん・肝浸潤・てんかんの既往がありました。
- ・過去にインフルエンザA型と診断、経鼻経管栄養対応となるも、経鼻カテーテルを自己抜去され経口より摂取開始されていました。
- ・注意力や集中力の低下が顕著で、感情や行動の抑制が難しく生活に支障をきたしていました。

##### 【生活状況】



- ・音楽が好きで、口ずさむこともありました。
- ・関西出身で、現在は2世帯住宅で長女と孫2人と同居していました。
- ・家族は皆、不規則な仕事のためほぼ独居状態で、家族介護者はいない状態でした。
- ・睡眠と覚醒の生活リズムが崩れていました。

##### 【意識状況】



- ・高次脳機能障害から記憶障害があり、連続した自覚的な経過時間の把握が出来ず、退院時は大きな声をあげるなど独り言が聞かれました。
- ・短い会話は可能な時もありましたが、体調の確認などは出来ませんでした。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 異常の早期発見・早期対応ができるようにし、ご家族さまや医療職との連携を密接に取り、症状の改善を図る。

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	---	---	---	---	---	---	---
7:00	■	---	---	---	---	---	■
8:00	---	---	---	---	---	---	---
9:00	---	---	■	---	---	---	---
10:00	---	---	■	---	---	---	---
11:00	---	---	---	---	---	---	---
12:00	---	---	---	---	---	---	---
13:00	---	---	---	---	---	---	---
14:00	■	---	---	---	---	---	---
15:00	■	---	---	---	---	---	---
16:00	---	---	---	---	---	---	---
17:00	---	---	---	---	---	---	---
18:00	---	---	---	---	---	---	---
19:00	■	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	---	---	---	---	---	---	---
23:00	■	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	■	---	---	---	---	---	■
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	■	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

5:30～5:45（土日は3:00）  
排泄介助

9:00～10:00（土日は7:30）  
排泄介助・食事介助

14:00～15:00  
排泄介助・食事介助

19:00～20:00  
排泄介助・食事介助

23:00～23:15  
排泄介助

週1回訪問看護

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 異常の早期発見・早期対応ができるようにし、ご家族さまや医療職との連携を密接に取り、症状の改善を図る。

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	■	---	---	---	---	---	---
7:00	■	---	---	---	---	---	---
8:00	---	---	---	---	---	---	---
9:00	---	---	---	---	---	---	---
10:00	---	---	---	---	---	---	---
11:00	---	---	■	---	---	---	---
12:00	■	---	---	---	---	---	---
13:00	■	---	---	---	---	---	---
14:00	---	---	---	---	---	---	---
15:00	---	---	---	---	---	---	---
16:00	---	---	---	---	---	---	---
17:00	---	---	---	---	---	---	---
18:00	---	---	---	---	---	---	---
19:00	■	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	---	---	---	---	---	---	---
23:00	■	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	■	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

3:00～3:15  
排泄介助

6:30～7:30  
排泄介助・食事介助

13:00～14:00  
排泄介助・食事介助

19:00～20:00  
排泄介助・食事介助

23:00～23:15  
排泄介助

週1回訪問看護

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・サービス利用開始から、現在まで、日中3回夜間2回計5回の定期訪問を行い食事介助、排泄介助などの身体介護を中心に行なっています。
- ・てんかん発作により、入院加療することもありました。それにより抗てんかん薬を朝・夕食後に各2錠が処方され服用したところ、開始7日目より傾眠傾向が顕著になられ、それに伴いほぼ全量摂取していた食事摂取量が平均19%ほどに低下しました。後日往診にて、往診医より意識レベルの低下、呼吸確保のため、内服薬の調整が必要と診断され、入院し内服薬を調整することとなりました。
- ・退院の目的が立ち、退院カンファレンスに訪問看護師が参加し、受け取った「退院時共同指導書」を基に、自宅へ戻った時の対応、役割分担等について、訪問介護スタッフと看護スタッフで事前に話し合いを行いました。
- ・退院後は日々変わる状態変化の定期的な観察の申し送り、対応の変化の情報共有と役割分担の再調整のため、訪問介護スタッフと訪問看護スタッフで対面によるケア会議や法人内のイントラネットを通じて相互に確認や調整を行いました。
- ・退院後一時経管（経鼻）にて栄養・水分を摂取していましたが、経鼻管を自己抜去してしまい、医師と家族とのムンテラにて「経鼻カテーテルの再挿入は異物として、本人も違和感や苦痛が強い。再挿入は本人も希望されないとされる」と判断し、再挿入はせず栄養・水分の摂取は経口にて行われることとなりました。
- ・経口摂取への移行に伴い看護師より「現在、歯科医師、歯科衛生士の評価を受け本格的なリハビリの可能性を模索中ですが、飲み込み方（嚥下）を思い出させるためにも、無理のない範囲でサービス提供時にゼリーを経口摂取させて欲しいが可能か」と相談を受けました。訪問介護スタッフと訪問看護スタッフにて経口摂取が可能か否か話し合いを行なった結果、応急的対処として経口にてゼリーを摂取することとなり、歯科医師・歯科衛生士・看護師による嚥下評価に訪問介護スタッフも参加することとなりました。
- ・嚥下評価に先立ち、訪問介護より歯科医師、歯科衛生士に対し入院以前の状態の情報提供を行い、歯科医師にて嚥下状態の確認が行われました。それを踏まえて歯科医師より訪問介護スタッフへ、嚥下状態の説明、経口摂取時の姿勢の指導、口腔ケアの指導が行われました。情報は法人内イントラネットを活用し関係各部署へ申し送りが行われ専門職連携にて安心して在宅で過ごしています。

## 導入後の効果

- ・連絡ノートや電話、面談等の既存の情報交換に加えイントラネット（事業所内ネットワーク）などの先端機器と既存の方法を組み合わせ活用し、スムーズで明確な情報管理を実施しました。
- ・それにより、状態が日々変わっても、ニーズに合わせた適切なケア遂行ができるようになりました。

## 今後の課題

- ・家族全員が日中夜間共に就労されており、心身の疲労が目立ちますが、生活支援は家族が行いたいとの強い希望がありました。
- ・これを継続できるよう、家族の心身の疲労の見極めと家族の疲労がご本人への不具合にならないよう、注意して見守る必要があると考えられました。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

家族は、本人が退院して来たとしても、くも膜下出血などによる左片麻痺もあり立つこともできず、夜間には不穏な行動をとることや経口摂取をしている母をどうやって在宅で介護してよいかのわからない状態でした。

サービス導入時には、家族（長女・孫）の間で、どのような支援や援助が必要で、退院後の家族の役割に関しては、どうしてよいかなどの向かい入れる体制の再構築がなされていませんでした。

その為、家族ごとに介護に関する意見はあるものの、それぞれ本人に対する思いや支援の意向が異なり、家族間での情報共有が

なされないまま退院の日を迎えることになりました。

家族の仕事が不規則なため日中はほぼ独居状態になってしまいます。

そのため、家庭内での支援や援助情報の伝達にも不具合が生じていました。



### 導入後 After

本人との短い会話が可能な時に意思を確認してその情報をもとに、どんなケアを行うか、どんなケアが望まれているのか（介護ニーズ）などを家族も含めてサービス担当者会議を開いて話し合いました。

モニタリング時の情報共有や申し送りからの日中の様子など、家族介護を中心に各種調整を行いました。

そのため、できる限り多くのタイミングで家族と事業所との話し合いの場を設けました。

そして、ケアアプローチを通じて、それぞれの家庭内での役割を明確化し、家族間での介護への思いをとりまとめたことで情報共有が出来るようになり、ご本人を中心とした家族と事業所間におけるチームケアが確立されました。



## 4

**医療を要する方への訪問看護事業者と  
連携支援したケース**

日中帯を中心に定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス提供を行い、起床から就寝までの在宅生活を包括的に支えるとともに、発症頻度は少ないながらも、確実に存在する深夜帯のニーズに対応するため、24時間の対応体制を確保しながらサービス提供を行っているスタッフです。



若竹大寿会 訪問介護 東白楽



横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護つるみ



中川徳生会 カリヨンたまプラーザ在宅サービスステーション

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事例

---

### 5 利用者ニーズに対応する・その他のケース

---

利用者のニーズに対応する必要性があり、また移動時間の短縮が効率的な運営を行う上で重要になることから、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事業所は、自宅から30分程度の範囲に事業所が配置され、各地域及び住民の特性に応じたきめ細かなマネジメントを行っています。

こうしたマネジメントを行うことにより、より効果的な介護ニーズに合わせたサービスの提供や介護職員や看護職員の効果的な投入が可能となります。

そこで、ケアマネジャーは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事業者と「共同マネジメント」の形で密接に連携を図り、医師や薬剤師、栄養士、理学療法士などのサービス提供事業者との情報共有を進めつつ、利用者のニーズに即したケアプランを作成することになっています。

この3事例は、利用者と家族の了解を得て「利用者ニーズに即した」サービスの様子をまとめたものです。

## 5-1 利用者ニーズに対応する・その他のケース

### デリバリーケア



年齢 82歳  
性別 女性  
要介護度 4  
障害生活自立度 A2  
認知症自立度 IIb  
世帯構成 独居

#### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・訪問看護（介護保険対応）
- ・福祉用具貸与
- ・団地の自治会・老人会・ボランティア
- ・家族介護



#### 看護サービス

- ・背中に褥瘡が出来やすく、体位交換や発赤などの観察について指導
- ・低カリウム血症の食事療法について、食事を担当する地域の方、家族・介護職に食事療法の資料を配布し指導、発熱が続いた時期があるため、ケアマネと連携を取りながら訪問時間を増やし、バイタル測定、クーリング、体位交換を実施

#### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・低カリウム血症を意識した食事療法
- ・服薬の飲み忘れを防ぐ
- ・夜間の体位交換による褥瘡の改善

#### 利用者の状況（ケース詳細）

##### 【身体状況・現病】



- ・何度か転倒を繰り返しており、腰痛がある為、室内を2本杖で移動していました。
- ・背中に治癒したばかりの褥瘡があり時折、掻痒感と痛みがありました。
- ・ベッド上での寝返りには一部介助が必要ですが、本人も自ら体を動かし協力していました。
- ・日中、寝ていることが多く活動性が低下していました。
- ・現在、低カリウム血症の治療中。

##### 【生活状況】



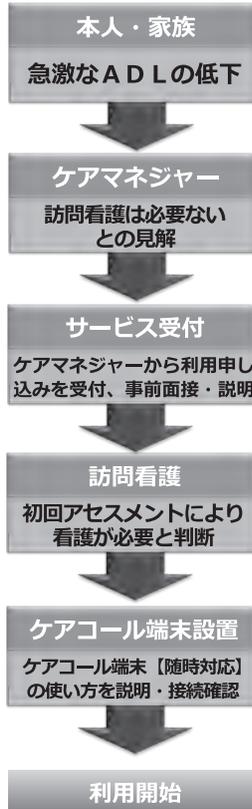
- ・団地の3階で一人暮らしをしています。
- ・近隣区には長女が住んでおりキーパーソンとして定期的に（週一回）訪問しています。
- ・近所の方とは仲が良く、友人やボランティアなどの訪問者が毎日のように来ていました。
- ・室内は比較的整理されており、本人も清潔好きでした。

##### 【意識状況】



- ・知的機能検査 HDS-R は 21 点で記憶の障害は軽度でした。
- ・数分前のことが分からなくなる近時記憶の低下が顕著でした。
- ・気力の低下や適切な感情表現の低下も見られ抑うつ傾向でしたが、会話は良好でした。

#### サービス利用までの導入経緯



外出時に転倒し、救急車で搬送され、アルツハイマー型認知症と低カリウム血症であることが分かりました。病院から退院後、日中の訪問介護と地域のボランティアや友人の協力で、見守られながら生活していたのですが、体のだるさや認知症状の進行もあって、傾眠が強くなり日中も寝るようになってしまい、筋肉は急激に衰え、腰や足の関節の痛みも強くなりベッドから起き上がれなくなるという悪循環になってしまいました。

結果、トイレや食事、入浴も一人で出来なくなるなど日常生活に支障が出て本人もですが、地域の人も困っていました。

介護を手伝ってくれるボランティアや友人などは来てくれる時間が不規則で、顔馴染みではあるものの支援方法や介護技術は人それぞれ違っていたため、失禁させてしまうことも度々ありました。本人も栄養が摂れなくなって体力が落ち、ケアマネジャーは、訪問介護サービスの回数を増やしましたが、医師より食事療法と服薬の指示が出たことで、1日複数回の訪問介護が必要となり、独居だったことも含めケアコールでいつでも専門知識を持つオペレーターと話が出来て緊急時には訪問介護スタッフが対応してくれることから、本サービスが開始されました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 信頼関係を築くため、60分の訪問で低カリウム血症を意識した調理を行う

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	---	---	---	---	---	---	---
7:00	---	---	---	---	---	---	---
8:00	■	■	■	■	■	■	■
9:00	---	---	---	---	---	---	---
10:00	---	---	---	---	---	---	---
11:00	---	---	---	---	---	---	---
12:00	■	■	■	■	■	■	■
13:00	---	---	---	---	---	---	---
14:00	---	---	---	---	---	---	---
15:00	---	---	---	---	---	---	---
16:00	---	---	---	---	---	---	---
17:00	■	■	■	■	■	■	■
18:00	---	---	---	---	---	---	---
19:00	---	---	---	---	---	---	---
20:00	---	---	---	---	---	---	---
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	---	---	---	---	---	---	---
23:00	---	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	---	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

8:00～9:00  
起床介助・食事作り・排泄介助  
服薬確認

12:15～13:15  
起床介助・食事作り・排泄介助  
服薬確認

17:30～18:30  
起床介助・食事作り・排泄介助  
服薬確認

カリウムを意識した調理  
訪問時バイタル測定

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 地域の友人という貴重なコミュニティを有効活用ながら、友人たちでは難しい服薬介助や食事づくりなどを中心に行う

	日	月	火	水	木	金	土
6:00	■	■	■	■	■	■	■
7:00	■	■	■	■	■	■	■
8:00	---	---	---	---	---	---	---
9:00	---	---	---	---	---	---	---
10:00	---	---	---	---	---	---	---
11:00	---	---	---	---	---	---	---
12:00	---	---	---	---	---	---	---
13:00	---	---	---	---	---	---	---
14:00	---	---	---	---	---	---	---
15:00	---	---	---	---	---	---	---
16:00	---	---	---	---	---	---	---
17:00	■	■	■	■	■	■	■
18:00	■	■	■	■	■	■	■
19:00	---	---	---	---	---	---	---
20:00	■	■	■	■	■	■	■
21:00	---	---	---	---	---	---	---
22:00	---	---	---	---	---	---	---
23:00	---	---	---	---	---	---	---
24:00	---	---	---	---	---	---	---
1:00	---	---	---	---	---	---	---
2:00	---	---	---	---	---	---	---
3:00	---	---	---	---	---	---	---
4:00	---	---	---	---	---	---	---
5:00	---	---	---	---	---	---	---

### サービス計画内容

6:20～6:30 服薬介助

7:00～7:15 食事作り

8:00～8:10 服薬介助

12:00～12:10 服薬介助

12:50～13:00 服薬介助

17:00～17:10 服薬介助

17:30～17:45 食事作り

18:30～18:40 服薬介助

20:00～20:30 就寝介助

3:15～3:20 排泄介助  
背中褥瘡の除圧の為の体位交換

カリウムを意識した調理

訪問時バイタル測定

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・「近隣の友人が傍にいて支えてくれる、住み慣れた自宅で暮らし続けたい」という目標に対して、最初は本人の趣味・嗜好を理解し「その人らしさ」を確認しながら、信頼関係を築くために60分の訪問で、一緒に食事作りをしたり食事摂取などを観察して日常生活動作から残存能力を確認してサービスを開始しました。
- ・介入当初は「腰や足の痛みのためベッドから起き上がれなくなって辛い」という訴えがあり、トイレや食事を一人でできずに困っていました。
- ・痛みを取り除き、身の回りのことが出来るようになり、「趣味の老人会のカラオケなどに早く参加したい」を目標にA氏の状態をアセスメントしながら、ラポール形成を大切に支援に入りました。その後、アセスメントを元にサービスの時間や内容を適宜組み直していきました。
- ・近隣の友人という貴重なコミュニティがすでにあつたため、これを有効活用しながら、看護師、管理栄養士など専門職との役割分担を行い、友人たちでは出来ていなかった、服薬の管理、食事内容の確認、就寝介助と毎日細かくサービスを行い、生活のリズム作りや日常の生活作業が習慣化できるよう支援するなどの個別ケアを実施しました。
- ・発熱や身体の痛みなどの体調変化に合わせて、家族が宿泊した際の介護指導として、適宜随時訪問を行いました。
- ・その後、熱発と血圧低下がみられケアマネジャーと連携し、家族付き添いにて受診。尿路感染と診断され入院となり、在宅生活が困難と判断され、そのまま施設入所となりました。

## 導入後の効果

- ・カラオケに参加したり、料理を自ら作るという意欲的な行動や言動がみられるようになり、嫌がっていた通院も促されることなく自力で行こうとするまでになりました。
- ・フォーマル（公的サービス）とインフォーマル（ボランティアなどの民間サービス）が適切に役割分担し連携をとることによって、住み慣れた地域で利用者の生活が、より充実し個別性のある安心したものになりました。

## 今後の課題

- ・今回の事例では、すでに、在宅生活が地域のコミュニティの支えで何とか成り立っていました。
- ・そのコミュニティを活かしながら、必要なケアを見極めて介入する事に配慮したことで、ご利用者の意欲や、自立に良い方向で働いたと感じました。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

住み慣れた地域で、仲の良い友人に囲まれて自宅で暮らし続けたいと願っており、家族も離れて一人暮らしを続ける母のことが心配で仕方がなかったのですが、本人の意思を尊重して、ここで生活が継続できることを応援していました。

外出時に転倒し入院してから一人暮らしに不安を感じていましたが、個性もしっかり残っており、人見知りや不平、不満などもしっかり主張できるし、団地にいる限りには仲間意識も強くあり個別的な対応も可能で、友人との共通点（話題や行為）を通して交流もあるため、精神的には安定していました。家族も施設に入れてまで介護する気にはなれず安心できるサービスを探していました。

しかし、動かなくなったために筋肉をはじめ関節や心身共に使わない機能が衰えていたことはめぐえませんでした。



### 導入後 After

家族は、体調の変化が常に確認されており、その状況に応じて、すぐに介護計画が変更され、その細かい報告と状態がICT機器（情報通信技術）によってリアルタイムに家族の携帯電話に報告があることに驚いていました。

そして、家族も介護に参加できたことや、気軽にケアマネジャーや介護スタッフとも意見交換出来たり、自分のケアへの思いを伝えることも出来たし、心配事の相談をオペレーターの方に聞いてもらったので、遠く離れていても安心してケアをお任せ出来たことに感謝していました。



## 5-2 利用者ニーズに対応する・その他のケース

### 横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護かなざわ



年齢 84歳  
性別 男性  
要介護度 2  
障害生活自立度 A2  
認知症自立度 自立  
世帯構成 独居

#### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・福祉用具貸与
- ・訪問入浴



#### 看護サービス

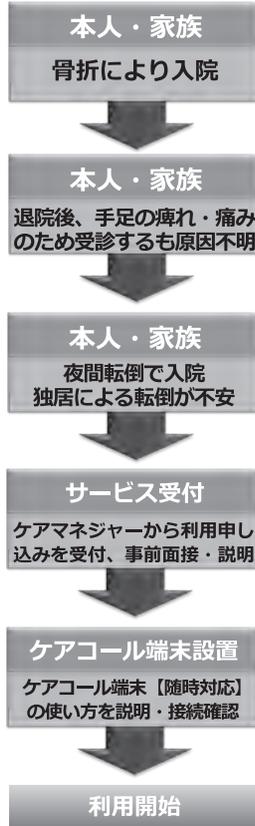
- ・訪問看護指示書によるサービスはありません
- ・利用者に対するモニタリングおよびアセスメント
- ・介護職員に対するケアの助言
- ・オペレーターとして看護ニーズに対する助言

#### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・体調の変化に注意をしながら日常生活を見守っていく
- ・転倒時には、ケアコールにより随時対応を行う
- ・定期的な訪問時に出来る限り声掛けし、人とのかわりが薄れないようにし、精神機能の低下を防ぐ
- ・適切な食事内容の確保や服薬の管理を行う

#### 利用者の状況（ケース詳細）

#### サービス利用までの導入経緯



寝返りが打てないほどの激しい痛みから、胸椎圧迫骨折と診断され入院しました。骨折をする前までは、自身の周辺に関しては自立しており、家事一切も自分で行っていました。しかし、入院中のベッド上での安静期間が長かったこともあり退院後は歩行・立位共に介助が必要となってしまい訪問介護が導入されました。本来、胸椎圧迫骨折後のフォローは生活習慣病の見直し、改善が大事になってきます。そのため、心身の状況について継続的なアセスメントを行い、適切な食事内容の確保や服薬の管理が大切になるのですが、定期的に1日複数回の訪問が出来ておらず、在宅でも安静臥床を余儀なくされていたせいか、しばらくして心機能の低下から手足の痺れと関節拘縮の痛みから受診したところ廃用症候群の予防をすることとなりました。その後、脚力・手力共に低下のため、起居動作が困難となり、夜間に転倒され入院となってしまいました。退院後、独居で転倒の危険も多々あるので、できるだけ寝た状態を存続させないよう座位時間を増やしたり、人とのかわりが薄れないようベッド上で軽い運動を行ってほしいということから、当サービスの利用開始となりました。

#### 【身体状況・現病】



- ・腎機能に異常があり治療中でした。
- ・腎臓の働きが悪くなっているため、血圧が上がってきていました。
- ・自覚症状がないので尿の色や体のむくみに気を付けました。
- ・胸椎圧迫骨折で入院しました。
- ・適切な食事内容の確保や服薬の管理など生活習慣の見直しと改善を図りました。



#### 【生活状況】



- ・妻を早くに亡くしてしまい一人暮らしの生活が長く続いていたせいか、自分の身の回りのことは、食事も含め、すべて自分でやっていました。
- ・入院する前までは近所のコーヒーショップに毎日通うのが日課でしたが、退院後は行かなくなりました。
- ・家族介護は、市内に住む娘と区内に住む息子が朝と夜定期的に訪問されケアしていました。

#### 【意識状況】



- ・特に問題はありませんでした。入院時のベッド上での安静時間が長かったせいか、廃用症候群を引き起こしてしまいました。
- ・筋力低下もありましたが、起立性低血圧によるふらつき転倒や軽度の意識混濁から混乱したこともありました。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 食事の提供と雨戸の開閉

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

6:00～6:20  
配膳・下膳

10:00～10:20  
配膳・下膳

17:00～17:20  
配膳・下膳・戸締り

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 食事の提供 通院時の着替え 掃除・洗濯

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

6:00～6:30  
配膳・下膳

10:00～11:00  
洗濯・掃除

17:00～17:30  
配膳・下膳・戸締り

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・転倒による、胸椎圧迫骨折のため入院され、退院後、それまで自立されていた家事や排泄行為が困難になり、訪問介護の利用が開始されました。
- ・手足の力が入らなくなり起居動作が困難状態となり、夜間帯にたびたび転倒され、家族や介護スタッフが早朝に訪問するまで転倒した状態のまま発見されることなどが頻回となり大事を取って入院となりました。
- ・退院後、転倒の危険があり、訪問介護だけでは介護ニーズを補えきれず、また本人が必要最小限のサービスを希望していることもあり、短時間ですが一日のうちに必要な回数の訪問が定期的に行き、緊急時にも随時の対応が出来る本サービスを提案し、本人の了解を得て当サービスの導入となりました。
- ・本人は、サービス移行当時に必要な事のみを行う短時間のサービスに対して戸惑い、抵抗感がありましたが、再度、本サービスの趣旨を説明し、朝・昼・夜の3回の訪問を、必要に応じてサービス時間を延ばし、朝・夜の1日2回の定期訪問に変更しました。
- ・また、洗濯・掃除の生活援助を週に1回計画に組み入れることで納得を得られました。
- ・定期巡回の介護スタッフにも慣れ、体調も安定し、転倒することもなく過ごされていましたが、その後、誤嚥も起こすようになり心機能の低下から病気が見つかり、治療のため入院となり、サービス終了となりました。

## 導入後の効果

- ・日常生活で困難な動作（腕を上げる、立位不安定）の手助けを本人の自立の意向にそって最小限行うことで、在宅生活を行うことができました。
- ・安否確認や転倒時の迅速な随時訪問によって、身体面・精神面の安定が得られました。
- ・緊急時はケアコールにてオペレーターが対応したことで安心していました。

## 今後の課題

- ・本人へ、転倒時や急変時のケアコール通報の方法を丁寧に説明して積極的に活用をお願いしたり、家族による発見時の迅速な対応方法の指導協力をお願いし密な連携を図りました。
- ・たとえ就労されている家族であっても、定期的なアセスメントに基づく介護サービスと看護サービスが包括的かつ継続的に提供されているので、家族の都合により必要なタイミングに家族介護として参加することができることは、家族の介護への思いと絆の再確認につながると考えられました。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

本サービスは、在宅の要介護者の日常生活を支えるために必要な介護サービスと看護サービスを包括的に行い、継続的に提供する「地域包括ケア」の仕組みを支える基本的なサービスです。

そのため、本人は、本サービスへ移行した当初、看護スタッフがやってきて「してほしいこと」を聞いたり（モニタリング）介護サービスと看護サービスが連携を図りつつ短時間に何回も決まった時間にケアに来てくれることが不思議なようでした。

しかも、必要な時に必要に応じて来てくれるので、今までの訪問介護と全然違くと戸惑いを感じられ逆に落ち着かなくなり抵抗感がありましたが、ベッド上での生活が中心だったこともあり顔見知りの人が毎回、来てくれるのですぐに慣れ、よく話すようになりました。



### 導入後 After

家族も、就労しながら毎日訪問されていましたが、朝・夕は当該サービスが入ることにより、平日の家族介護を減らすことができ介護負担の軽減に繋がりました。

土日は、家族が主に対応いただくなど、家族とサービス事業所間での連携を深め、本人が安心して在宅生活を送っていただくことができました。

また、日中の独居時でもケアコールを受けて心身の状況を踏まえたうえで、必要な対応を行ったことにより、本人も家族も安心できたといっていました。



## 5-3 利用者ニーズに対応する・その他のケース

### 銀の舞ケア 24



年齢 78歳  
性別 女性  
要介護度 5  
障害生活自立度 A2  
認知症自立度 Ⅲb  
世帯構成 家族同居

#### 利用サービス（社会資源含む）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・デイサービス
- ・福祉用具貸与



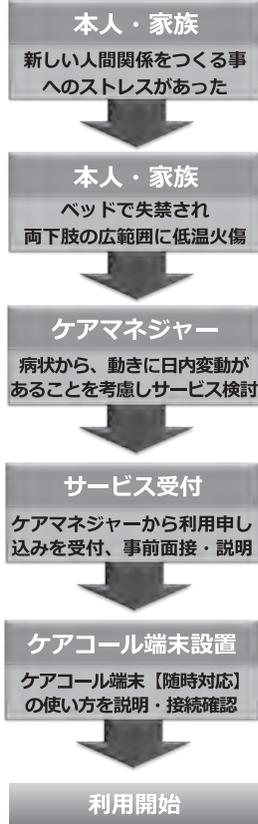
#### 看護サービス

- ・訪問時の状況  
(失禁時で濡れて動けていないなどの生活環境)
- ・内服状況  
(訪問時に内服確認、薬の飲み落としや忘れの有無)
- ・低温火傷処置の状態  
(包帯が外れている時は訪問時巻き直し)

#### 介護サービス・看護サービスの目標

- ・服薬洩れがないよう確認し、症状が改善し安定した生活が送れるよう支援していく
- ・居室内環境の清潔保持を整備する
- ・ご本人、ご家族とコミュニケーションをとり信頼関係を築く

#### サービス利用までの導入経緯



以前、在宅でケアを受けていた時に、訪問介護を行っていたサービス担当者とうまくいかずに途中でサービスを終了した経緯があり、訪問介護に対するイメージが非常に悪い状況でした。訪問介護事業所を変更してのサービス利用もケアマネから提案していましたが、新しい人間関係を作る事へのストレスもあるということで拒否され利用されませんでした。

しかし、パーキンソン症状の進行と薬のコントロール不良により身の回りの手伝いが必要な状況となっていました。

そんなある日、助けてほしいとケアマネへ本人から電話連絡があり、訪問するとベッドで失禁され、両下肢広範囲に多数の水疱形成がみられました。

自身の力で寝返りがうてず、電気敷き毛布による低温火傷と思われました。

パーキンソン症状の進行から動きに日内変動もあるため、定期的に1日複数回介護スタッフが入る必要がありました。

また、生活のリズムを作ることも重要でしたが、本人の希望から「長時間の滞在」を避け短時間の複数回のケアが行える本サービスによって安心感を提供しました。

#### 利用者の状況（ケース詳細）

##### 【身体状況・現病】



- ・パーキンソン病（不随意運動あり）による手足の震えがありました。
- ・筋肉もこわばり固くなって動作が遅くなっていました。
- ・姿勢も前かがみになり、小刻みな歩行で歩きづらい状態でした。
- ・移動では、伝え歩きは可能なのですが、1歩目が出ない「すくみ足」が強いため車いすを使用していました。
- ・会話は正常に保たれているのでコミュニケーションは良好でした。



##### 【生活状況】



- ・長男と同居（自営業で就労時間が不規則）
- ・訪問介護サービスを受けていましたが担当者とうまくいかずサービス終了した経緯がありました。
- ・パーキンソン病のため一人で寝返りを打てない状態であり電気毛布による低温火傷と思われる両下肢に水疱形成がありました。
- ・体が思うように動かないため、居室内の整理整頓が出来ていませんでした。

##### 【意識状況】



- ・自律神経系の障害により、唾液量が増えてよだれをたらすことが多くありました。
- ・便秘や立ちくらみ（起立性低血圧）も頻回にありました。
- ・意思疎通は問題はないのですが、うつ傾向で、意欲がなく、時折、幻覚・幻聴も見えているようでした。

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更前）

ポイント 服薬の確認・介助と転倒リスクを防げるよう環境整備を心掛ける。  
出来ないところをお手伝いし自身で行える時間を増やし自信や意欲を失くさないように支援する

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

8:20～8:50  
安否確認・更衣介助・排泄介助  
体位交換・部分清拭・配下膳  
水分補給・服薬介助・見守り  
バイタル測定

17:30～18:00  
同上

週1回訪問看護

週1回デイサービス

## サービス計画（継続アセスメントに基づく変更後）

ポイント 継続してサービスを提供

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

### サービス計画内容

8:20～8:50  
安否確認・更衣介助・排泄介助  
体位交換・部分清拭・配下膳  
水分補給・服薬介助・見守り  
バイタル測定

17:30～18:00  
同上

週1回訪問看護

週1回デイサービス

■ 定期巡回 訪問介護

●●● 随時対応・訪問

||| その他

■ 定期巡回 訪問看護

●●● 在宅医療

## 支援経過

- ・サービス導入前は、以前の訪問介護サービスでうまくいかなかった経緯から、介護スタッフに対して悪いイメージを持っていました。
- ・他者との交流を避けており、他の支援者が介入しない期間が長かったため、生活環境も荒廃していました。
- ・ご本人は、パーキンソン病で身体がうまく動かせる時と動かせない時があることで、不安を抱えていました。
- ・主介護者であるご長男においても、就労中で就労時間が不規則ということから、介護に対して限界を感じており、独居時間が長かったため、見守り不足から失禁や低温やけどを起こしていました。
- ・サービス導入後は、1日複数回の訪問によりパーキンソン病の状態観察と兼ねてより課題であった「服薬の確認」を確実にを行う事を目標にサービスを行い、状態の安定をはかりました。
- ・訪問介護で以前うまくいかなかった事を考慮し、傾聴や話し掛けでご本人との信頼構築に力を入れるようにしました。
- ・看護スタッフとの連携を密に行うことで、「幻視・幻聴」の際にはどのような対応方法が良いのか、介護スタッフにアドバイスをを行うことで、適切なケアにつなげました。
- ・また、低温やけどの患部処置についての情報共有を行い、対応しました。

## 導入後の効果

- ・居室が片付いており過ごしやすい環境に近づいており、失禁でシーツまで汚してしまう事が少なくなりました。
- ・内服の飲み残しが減少し、今までよりもきちんと飲めるようになりました。
- ・訪問看護やケアマネへ助けてほしいと体調の不調の電話が多くなりましたが導入後から殆どなくなりました。
- ・低温火傷治癒傾向
- ・パーキンソン体操を行い進行の軽減を図りました。

## 今後の課題

- ・現在、当該サービスをご利用いただいたことにより、他者との関わりに対する不満や不安は軽減されてきているので、良好な関係性を維持する為、間違いを許容し、生きる頼りのよりどころに介護スタッフがなれるように努め、安心・安住させることに心がけることです。
- ・本人は勿論のこと、キーパーソンである家族（長男）との信頼関係の構築もしっかりと継続していくことが必要であると考えます。
- ・長男による支援協力の拡大も徐々に視野に入れていただけるよう、レスパイトを含めた支援計画をケアマネジャーと共に連携しながら検討していく予定です。

## 本人・家族の様子

### 導入前 Before

パーキンソン症状に伴う幻覚や幻聴の訴えが、夜間2時間おきに家族（長男）の携帯電話に頻回にあり、家族側も精神的にイラつき寝不足になっていました。

仕事も忙しく、フォローしようにも出来ない状況にあり、自分の事は自分でやらしてもらわないと困るとの思いが募っておりとても疲れている様子でした。

本人も以前の訪問介護スタッフに対する悪いイメージが強くあり、また、新しく訪問介護スタッフとの人間関係が煩わしいので、本当は来てほしくないと言っていました。

しかし、パーキンソン症状の進行も早く手足の震えは片側から両側へと進行しており、筋肉のこわばり（筋固縮）や1歩目が出ないすくみ足、小刻み歩行から方向転換や寝返りが打てなくなっていました。姿勢も前屈姿勢になってしまいました。



### 導入後 After

パーキンソン病の薬の管理を定期的に訪問するたびに、きちんと行ったことで、幻聴や幻覚などの心理症状の訴えが少なくなりました。

本人からも家族に「着替えしましょう」と朝夕誰かが来てくれて「お姫様になった気分ですよ」「私は元気だから大丈夫よ」と連絡が入るようになり、介護スタッフの名前まで覚えているほどの変化が見られました。

ケアコールを使って、オペレーターの看護師やケアマネジャーへの精神的な不安や落ち込みによる相談コールはサービス開始時には頻回にありましたが、サービス導入後、定期的に介護・看護スタッフがケアに入るとなると、ほとんど電話はなくなり安心して暮らせるようになりました。



## 5 利用者ニーズに対応する・その他のケース

単身・重度の要介護者やたとえ認知症であっても、在宅を中心とする住み慣れた地域で、生活が継続できるように在宅生活を包括的に支える観点から、利用者の介護ニーズに対応するための介護サービスと看護サービスを一体的に提供しているスタッフです。



認知症高齢者研究所 デリバリーケア



横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護かなざわ



秀峰会 銀の舞ケア 24

## 第3章

### 夜間対応型訪問介護サービスの基礎知識

---

#### 夜間対応型訪問介護のサービス

---

夜間対応型訪問介護は、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を、24時間安心して送ることができるよう、夜間帯に訪問介護員が利用者の自宅を訪問します。「定期巡回サービス」と「オペレーションセンターサービス」と「随時訪問サービス」の3種類のサービスがあります。定期巡回は、夜間帯の18時より翌朝8時まで定期的に訪問を行い排泄の介助や安否確認などのサービスを受けることができます。

(※事業所により20時から翌朝6時までの場合もあり)

オペレーションセンターサービスでは、随時、利用者からの通報を受け、通報内容に応じて、随時訪問サービスが必要かどうかを判断し、必要なサービス提供へとつなげることが出来ます。(加算により24時間受付が可能)

随時訪問サービスでは、ベッドから転落して自力で起き上がれない時や夜間に急に体調が悪くなった時などに、訪問介護員を呼んで介助を受けることができます。(加算により24時間受付が可能)

ただし、夜間対応型訪問介護は、要支援1・2の人は利用出来ません。

# 1 夜間対応型訪問介護サービスの利用イメージ

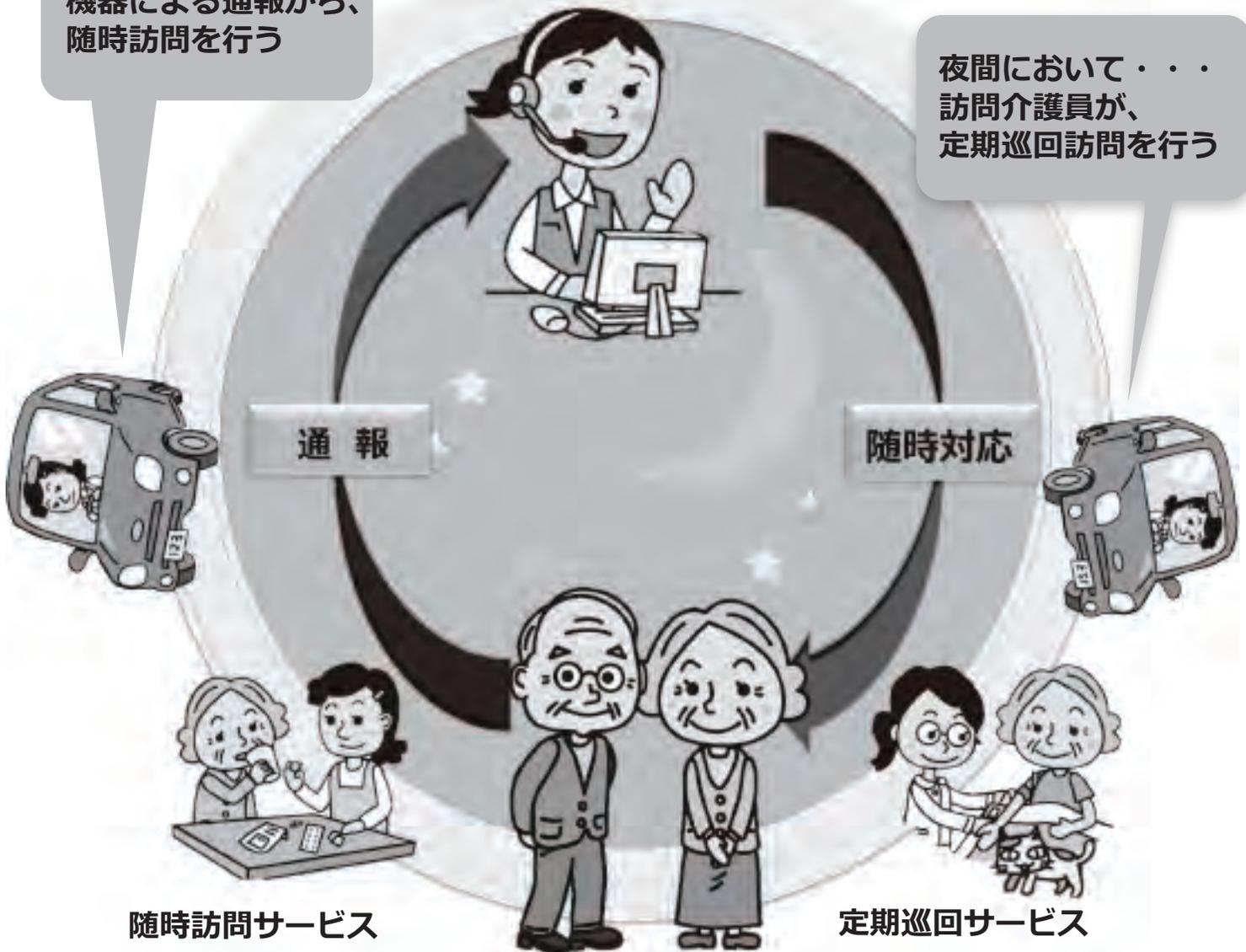
夜間の定期巡回・緊急時の訪問や対応を行うサービスです。

夜間において・・・  
利用者からの通報により、  
随時訪問が必要かを判断する。

夜間において・・・  
利用者からの電話や  
機器による通報から、  
随時訪問を行う

オペレーションセンターサービス

夜間において・・・  
訪問介護員が、  
定期巡回訪問を行う



夜間対応型訪問サービス

(18時から翌朝8時までの定期巡回・随時対応型訪問介護サービス)

※事業所により20時から翌朝6時までの場合もあり

## 2 サービスの利用対象者像

### ●対象者

要介護 1 以上の認定を受けた方

### ●サービス内容

#### 定期巡回サービス

定期的に利用者の居宅を巡回して行う夜間対応型訪問介護です。

#### オペレーションセンターサービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス同様

あらかじめ利用者の心身の状況、その置かれている環境等を把握したうえで、利用者からの通報を受け、通報内容をもとに訪問介護職等の訪問の可否等を判断するサービスです。

#### 随時訪問サービス

オペレーションセンターからの随時の連絡に対応して行う夜間対応型訪問介護です。

### ●その他、訪問介護・訪問看護・訪問医との連携

ご利用の訪問介護サービスと連携して  
在宅ケアが可能です

訪問看護事業所と連携して介護・医療による  
在宅ケアが可能です

在宅医による在宅医療総合管理と連携して  
在宅ケアが可能です



### ●サービス利用料金

項 目		単 位 数		自己負担額
夜間対応型 訪問介護費	基本夜間対応型訪問介護費 専用端末により緊急時に利用者からの 連絡が受けられる体制を取っている場合	1月につき	981単位	1,091 円
	定期巡回サービス	1回につき	368単位	410 円
	随時訪問サービス 一人で訪問した場合	1回につき	560単位	623 円
	随時訪問サービス 二人で訪問した場合	1回につき	754単位	839 円
24時間通報対応加算		1月につき	610単位	679 円

## これまでの1対1の訪問から、チームケアの訪問へ

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事業者は  
あなたの街の地域密着型サービスとして存在しています

### 北部地域

カリヨンたまプラーザ 在宅サービスステーション	507-3400
わかたけ 24 ケアステーション青葉	507-7712

デリバリーケア	949-0201
都筑区医師会 24 時間在宅ステーション	914-6325



ジャパンケア横浜長津田	988-4855
横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護みどり	929-5708

定期巡回 ゆい港北	560-3671
榎の大樹ケア 24	642-8309

### 中央地域

若竹大寿会 訪問介護 東白楽	488-5300
榎の大樹ケア 24	620-4447

横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護つるみ	510-4390
銀河の詩ケア 24	521-7110

横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護にし	287-1718
銀鈴の詩ケア 24	594-9531



桜樹の森ケア 24	720-6663
フルライフ横浜	250-1865
おひさまネット 24	315-7779

ジャパンケア横浜関内	227-9210
銀杏の大樹ケア 24	306-9161

# いつでも安心ケアコール

住み慣れた家で、その人にとって適切な介護・看護サービスを  
24時間受けながら地域での生活が可能になりました

横浜市福祉サービス協会  
訪問介護看護せや

369-7116

## 西部地域



銀の舞ケア 24

364-9955

横浜市福祉サービス協会  
訪問介護看護あさひ

360-3290

豊穡の大地ケア 24

442-6610

フルライフ保土ヶ谷

340-2338

花の生活館ケア 24

810-5115

横浜市福祉サービス協会  
訪問介護看護いずみ

286-0016

ジャパンケア横浜戸塚

856-1637

希望の大樹ケア 24

443-5021

戸塚共立 結の杜  
ヘルパーステーション

827-3502

## 南部地域



特別養護老人ホーム 芙蓉苑

822-5911

瑞穂の大地ケア 24

349-4040

磯風の謡ケア 24

353-8881

フルライフ磯子

750-1105

ハートケア磯子

754-2911

横浜市福祉サービス協会  
訪問介護看護かなざわ

780-5135

陽光の大地ケア 24

349-4410

フルライフ本郷台

890-4322

横浜市福祉サービス協会  
訪問介護看護さかえ

890-5106

# おわりに

平成 27 年 6 月の新聞報道によると、『2025 年時点の病院ベッド数を現在よりも 16 万～ 20 万床減らし、高齢化で増え続ける医療費を抑える狙いから、手厚い医療を必要としない 30 万～ 34 万人を、自宅や介護施設での治療に切り替える』との政府目標が報じられました。

平成 25 年に実施した「横浜市高齢者実態調査」によると、要介護者の 70.4%の人が「在宅介護サービスを利用しながら、自宅で暮らし続けたい」と回答しています。

在宅で生活する要介護者にとって、訪問介護と訪問看護が連携し、一日複数回の柔軟な対応が可能な「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は、頼りになる有用なサービスの一つです。

横浜市では現在、36 事業所が開所し、各区 2 箇所サービスを提供しています。今後も事業所の整備を進めるとともに、必要としている方に、必要なサービスを提供できるよう、更に広報・利用普及に努めていきます。

利用者数が見込量より伸びていない現状には、いくつかの原因があると考えられます。

- (1) 地域のケアマネジャーや地域包括支援センターの職員、病院の医療ソーシャルワーカー等への PR 不足。
- (2) 定期巡回・随時対応型のサービスに高い介護力と経験が求められ、それに見合う介護人材が不足し利用者増につながらない。
- (3) 平成 24 年に創設された新しいサービスで、サービスの特徴やメリット、どのような方に適したサービスなのか、はつきりしていない。
- (4) 介護と医療の連携が必要なサービスですが、地域の医療機関や訪問看護ステーション、ケアマネジャーや包括支援センター等との連携を密にしたチーム作りがまだ不足している。
- (5) 24 時間・365 日、多様な利用者のニーズに対応するために、質の高い介護人材の確保が急務なこと等があげられます。

利用者の生活リズムや状態の変化に柔軟に適應することで、より真価を発揮するサービスです。医療ニーズのある中重度の方や退院直後の不安定な方への対応だけでなく、「柔軟で適應力がある」というメリットをより活かしていくことにより、多様な地域ニーズにさらに対応できる可能性があります。

もう一つは、「地域包括ケアシステム」の基盤となる中心的なサービスであること。

すべての事案に対して単独で成り立つ万能なサービスではないために、利用者を真ん中にして、地域の中でネットワークを作ることが重要です。様々な医療・介護サービスを繋いでいく、地域包括ケアシステムの基盤となるサービスです。そのため、地域のすみずみまで根を張っていくように、大きく育てていきたいと考えています。

この事例集が、地域でご利用者・ご家族を支える医療関係者、ケアマネジャー、包括支援センター、介護サービス事業者をはじめ、多くのおみなさまのお役に立てれば幸いです。

平成 27 年 9 月

横浜市健康福祉局 高齢健康福祉部 介護事業指導課

# よこはま地域ネット 24

## 横浜市定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者連絡協議会一覧

サービスエリア	事業所名	住所
青葉区	カリヨンたまプラザ在宅サービスステーション	青葉区新石川3-14-5
	わかたけ24ケアステーション青葉	青葉区奈良4-6-12
都筑区	デリバリーケア	都筑区茅ヶ崎中央20-14 松本ビル3階
	都筑区医師会24時間在宅ケアステーション	都筑区牛久保西1-23-4
港北区	定期巡回 ゆい 港北	港北区日吉本町1-27-37
	樺の大樹ケア24	港北区綱島西1-10-10 第5吉田ビル3階
緑区	ジャパンケア横浜長津田 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	緑区長津田みなみ台1-38-4
	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護みどり	緑区中山町306番地の5 静銀中山ビル3階
鶴見区	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護つるみ	鶴見区鶴見中央1-28-2ニッコービル1階
	銀河の詩ケア24	鶴見区鶴見中央4-32-1 UNEXビル801
中区	ジャパンケア横浜関内 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	中区相生町2-42-3 横浜エケレントX VIIビル5階A区画
	銀杏の大樹ケア24	中区山下町252番地 グランベル横浜ビル3階EF
南区	フルライフ横浜	南区山王町3-24-8 港横浜ビル4階
	桜樹の森ケア24	南区通町4-94 神奈中弘明寺ビル2階
	おひさまネット24	南区大岡5-14-21
西区	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護にし	西区平沼1-39-3 三石ヨコハマビル301
	銀鈴の詩ケア24	西区平沼一丁目1番15号 ルピナス平沼2階
神奈川区	若竹大寿会 訪問介護 東白楽	神奈川区平川町2-4 ヤマザキビル2階
	桐の大樹ケア24	神奈川区西神奈川1-9-2 グレース竹和壺番館2階
瀬谷区	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護せや	瀬谷区三ツ境1番地の5 ヒルトップ壺番館201号室
旭区	銀の舞ケア24	旭区二俣川1-2 二宮ビル302
	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護あさひ	旭区二俣川2-85-1 ジブラルタ生命二俣川ビル3階
保土ヶ谷区	豊穡の大地ケア24	保土ヶ谷区和田1-13-1 朋和ビル201
	フルライフ保土ヶ谷	保土ヶ谷区岩井町1-7 保土ヶ谷駅ビル6階
泉区	花の生活館ケア24	泉区弥生台13-4 横山ビル202
	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護いずみ	泉区和泉中央南4-1-3武藤ビル2階
戸塚区	ジャパンケア横浜戸塚 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	戸塚区戸塚町145 秀文堂ビル202
	希望の大地ケア24	戸塚区品濃町545-30 クライテリア東戸塚1階
	戸塚共立 結の杜 ヘルパーステーション	戸塚区下倉田町1157-1
港南区	特別養護老人ホーム芙蓉苑	港南区下永谷4-21-10
	瑞穂の大地ケア24	港南区日野5-1-25 ライオンズマンション1階
磯子区	磯風の謡ケア24	磯子区磯子3-8-20 リバティ磯子1階
	フルライフ磯子	磯子区磯子3-3-21 磯子江戸徳ビル1階
	ハートケア 磯子	磯子区広地町7-12
金沢区	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護かなざわ	金沢区泥亀1-17-15 大西第3ビル2階
	陽光の大地ケア24	金沢区釜利谷東2-3-10 いしかたビル4階
栄区	フルライフ本郷台	栄区公田町596-7 橋本ビル201
	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護さかえ	栄区桂町728番地の1 セルディ本郷台1階

**つかってみて  
本当に良かった  
24時間緊急対応が可能なサービス**

定期巡回・随時対応型  
訪問介護看護

# 事例集

発行

編集 羽田野政治 小林央 五十嵐健一 藤田公二

発行者 よこはま地域ネット24

横浜市定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者連絡協議会

〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡 1-2 菱興新高島台 4階 A

電話 045-534-6750

発行所 横浜市健康福祉局高齢健康福祉部介護事業指導課

〒231-0017 横浜市中区港町 1-1

電話 045-671-3466

あなたの街の

24時間緊急対応が可能なサービスが

これまで以上の安心を約束してくれた

定期巡回・随時対応型  
訪問介護看護

事例集