

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」 事例紹介

ケース① 血糖コントロール

利用者情報	年齢	86歳	性別	女性	要介護度	3
-------	----	-----	----	----	------	---

利用者情報	年齢	86歳	性別	女性	要介護度	3
-------	----	-----	----	----	------	---

主な疾患 糖尿病（服薬・インスリン注射使用）

身体状況 移動自立。夫と外出することもある。

生活状況 同居

夫（要介護3 認知症）と長女（日中仕事。時々出張）の3人暮らし。

認知状況 認知症自立度：Ⅱ a

服薬・食事などの管理は促し声かけが必要。インスリン注射は行なえるが時間や量の判断が困難。

サービス導入経緯

介護者の長女が不在な時間が多く血糖管理ができない。訪問看護が2回/週訪問指導を行ない、訪問介護2回/週・通所介護2回/週の中でも服薬の促しをしているが、血糖値500を超えることもある。日々の服薬指示の徹底をするため、本サービス導入。

ケース①

サービス導入前の支援体制

	月	火	水	木	金	土	日	
6:00	* 朝食準備、朝の服薬投薬介助 * 昼食準備・昼以降のインスリン、服薬のセッティング 対応							娘が
12:00		訪問看護		通所介護	訪問看護	通所介護		
18:00	訪問介護	訪問介護						
0:00	自立のための家事支援 夕食準備支援							
備考								

ケース①

サービス導入 訪問看護指示書あり (介護保険)

	月	火	水	木	金	土	日	
6:00	← [血糖測定、インスリン投与、服薬介助娘対応 朝食準備 ⇒娘が準備] → ※娘が出張の際は定期巡回の回数を増やして対応							
12:00		訪問看護		通所介護	訪問看護	通所介護		
18:00								
0:00	定期巡回：血糖測定・インスリン投与の促し、薬のセット 昼食：ご飯80gと娘の作りおきのおかず配膳 夕食：夫が購入してきたお弁当を半分にわけて配膳							
備考								・オペレーションサービス ・随時訪問

ケース①

支援経過と効果

- ・今まで支援が行なえなかった時間に2回/日（20分程度）の定期巡回を計画。血糖測定・インスリン注射と服薬の促し・食事量の確認を実施。
 - ・導入時は毎回看護に状況報告していたが、連携が図れてきたためその後は一定の基準にあわせた報告へ変更。
 - ・サービス導入2週目：訪問看護2回/週⇒1回/週へ 定期巡回1回増やす。
サービス導入4週目：訪問看護が実施していた足浴をヘルパーへ引継ぎ。看護はケア短縮し対応することとなった。
- ◆血糖120～200の間で安定
訪問看護は今後1回/2週での支援に変更予定。

ケース② 退院後、身体状況の変化にあわせた支援

利用者情報	年齢	82歳	性別	女性	要介護度	4
-------	----	-----	----	----	------	---

主な疾患 肺気腫（バイパップ24時間装着）

身体状況 障害自立度：B1

自力での起きあがり困難。尿管カテーテル留置・オムツ交換介助。禁食・IVH挿入。

生活状況 同居（日中独居）

娘と二人暮らし。娘は仕事で日中不在。

認知状況 認知症自立度：I

サービス導入経緯

呼吸苦で意識消失して入院。肺気腫の診断がされ、重篤な状況で終末期と伝えられた。最期は自宅で生活したいという本人の希望あり。本サービス導入し自宅へ退院となる。

ケース②

サービス導入前の支援体制

	月	火	水	木	金	土	日	生活活動
4								起床 朝食 昼食 夕食 就寝
6								
8								
10			DS		DS			
12								
14		自費サービス						
16								
18								
20								
22	* 自費サービスの時間に家事全般支援							
24	* 長女、1回/週訪問							
2								

ケース②

サービス導入 訪問看護指示書あり（医療保険）

退院後、家族が不在になる日中を中心に定期巡回3回計画（排泄介助・体位交換・保清・体調確認）

退院後体調回復し、退院6日目：バイパップ終了し在宅酸素2ℓ／日へ。IVH抜去し経口摂取開始。

	月	火	水	木	金	土	日	生活活動
4								<p>生活活動</p> <p>* 家族対応</p> <p>経口摂取</p> <p>洗面</p> <p>経口摂取・部分浴</p> <p>* 平日日中独居</p> <p>洗面</p> <p>経口摂取</p> <p>* 家族対応</p>
6								
8						<30分>		
10	訪問看護		往診		訪問看護			
12						<60分>		
14						<30分>		
16								
18								
20								
22								
24								
2								

ケース②

支援経過

- ・不安や呼吸苦の訴えによるコールには必ず訪問し、声かけや医師の指示の実施。
 - ・経口摂取開始後のむくみを看護師へ報告。医師より心不全兆候のため水分摂取を減らすよう指示あり、氷を用いて水分量調整。
 - ・看護師の評価のもと、ベッド上清拭・部分欲から、ベッド上洗髪、シャワー浴実施と、体力向上にあわせて保清の支援方法を変更。PT導入時に介助方法再確認。ポータブルトイレの使用を目標として排泄介助の手順を変更。
- ◆退院6ヶ月目：介助のもと歩行器で室内移動。呼吸苦の不安軽減されコールがなくなっている。娘と外食に行きたいと希望している。訪問看護指示書は終了方向にある。

ケース②

サービスの効果

- ・「何かあれば来てくれる。」「いつでも人とつながる」という安心が、退院後の不安軽減になった。
- ・看護連携のもと、体調悪化への対応はもとより、回復していく体調にあわせて支援方法が速やかに変更でき、ADLの向上につながられた。
- ・ADLの向上にあわせてケア時間が短縮されたり、活動範囲の拡大によりケア時間が延びることがあるが、包括報酬の為、その都度サービス費用の確認をする手間がなく、本人の体調にあわせたケア時間の調整ができた。

ケース②

サービス導入前後の身体状況

	導入前（3月）	導入後（8月）
酸素	バイパップ装着 24時間	在宅酸素療法（2ℓ/分）
I V H	挿入	抜去
尿管カテーテル	挿入	* 今後抜予定
排泄	ベッド上パット交換	ポータブルトイレ使用（一部介助）
A D L	ベッド上ギャッチアップ	歩行器使用で室内歩行（見守り）
保清	ベッド上清拭・部分浴	シャワー浴（介助）
食事	禁食	ご飯2～3口・煮野菜 3食/日

ケース③ 効果的な支援時間帯のアセスメント

利用者情報	年齢	76歳	性別	男性	要介護度	2
--------------	-----------	-----	-----------	----	-------------	---

主な疾患	パーキンソン症候群・頰椎間狭窄症・高血圧・脳梗塞
-------------	--------------------------

身体状況	障害自立度 J 2
-------------	-----------

室内移動自立も、日内変動が激しく、筋肉の拘縮がみられるとイスからベッドへの移乗が困

生活状況	独居
-------------	----

家族の訪問は見られてない。

認知状況	認知症自立度 I
-------------	----------

サービス導入経緯	
-----------------	--

訪問介護事業所 5 回/週（家事援助）と、夜間対応型訪問介護での支援を受けていた。

夜間帯に転倒等で呼ばれることが多かったため、本サービスに支援を切り替えた。

ケース③

サービス導入前の支援体制

*訪問介護にて、移動介助・服薬確認・生活援助（掃除・買い物・洗濯）実施

	月	火	水	木	金	土	日	生活活動
4		訪問介護						起床
6								
8								食事・服薬
10								
12	DS (入浴)			DS (入浴)				食事・服薬
14								
16								食事・服薬
18								
20								就寝
22								
24							夜間対応型訪問介護	
2								

ケース③

サービス導入 訪問看護指示書無し

従来のサービス日時にて1～2回/日の定期巡回を計画。

(朝・夕の排泄介助・服薬確認、掃除・洗濯・買い物各1回/週程度)

朝7時に事業所よりコール機にて声かけ実施。

	月	火	水	木	金	土	日	生活活動
4								*毎朝7:00にコール 起床・食事・服薬 食事・服薬 食事・服薬 就寝
6								
8	<20>	<30>		<20>	<15>			
10								
12	DS (入浴)	洗濯・買い物		DS (入浴)				
14								
16		<30>						
18	<15>		<15>	<15>	<15>			
20		掃除						
22								
24	*洗濯はコインランドリー 終わった頃にとりに行く							
2	*月1回(水)薬受け取り							

ケース3

徐々に7時のコールの前に「動けない」「体がしびれている」と訪問要請が多いことを確認。

サービス導入24日目 訪問看護指示書無し

早朝に一回定期巡回を行い排泄介助を計画。また寝るため7時のコールは継続。

	月	火	水	木	金	土	日	生活活動
4	<15>							
6								起床
8								* 7:00・7:10にコール
10								食事・服薬
12	DS (入浴)			DS (入浴)				
14								食事・服薬
16								
18								食事・服薬
20								
22								就寝
24	*洗濯はコインランドリー 終わった頃にとりに行く							
2	*月1回(水)薬受け取り							

ケース③

支援経過

- ・早朝に体調確認の会話をする機会をコール機を用いて実施。朝の活動状況把握を行なう。
 - ・導入 2 4 日目：毎朝 6 時の排泄介助の追加提案。コールや随時訪問の実績から、早朝の排泄介助の導入が 1 日の活動開始の際の不安軽減に効果があると判断。
 - ・アセスメント実施した看護師の助言にて、脱水予防・体を冷やさな
いたための空調利用方法の工夫、移動介助は本人のタイミングを図
る声かけを実施することなど手順に加えた。
- ◆導入 1 ヶ月後：「動けない」というコールはあるが、積極的に動くようになる。食事の準備・片付け、訪問者の出迎えをしている。

ケース③

サービスの効果

- ・コール機での会話の環境を作ったことや、随時訪問により「動けなくなるとき」の不安が軽減され、積極的な活動につながった。
- ・訪問やコール対応の実績をもとに、目標や課題にたいして支援の効果がある時間に訪問調整することができた。
- ・訪問時の声かけで、薬の飲み残しがなくなった。
- ・課題の改善にむけて、看護師との情報共有により、体調管理・観察の視点を持った介護支援ができた。

ケース③

本人の様子

	導入時（8月1日）	導入後（8月末）
定期巡回サービス 訪問時の様子	・ベッド上で待っていることが多かった	・ヘルパー訪問時に玄関に出迎えをしたり、台所で洗いものをしていることが増えた
服薬	・自己管理はおおむね出来ていたが、体調が悪いときに飲み残しがあった	・声かけと確認の実施で、飲み残しなくなった
食事	・お菓子を手元に多くおいていることが多く、体の動きが悪いときにはお菓子を口にしていたことが推測された	・冷蔵庫の買い置きのお惣菜をレンジであたためて食事の準備をしている ・買い物支援の際にお菓子購入を頼まれることはない

ケース④ 痛みの為活動制限がある独居生活の支援

利用者情報	年齢	90歳	性別	女性	要介護度	2
-------	----	-----	----	----	------	---

主な疾患 右大腿部骨折（疼痛が継続）・骨粗しょう症・腰椎圧迫骨折・胸椎圧迫骨折

身体状況 障害自立度 A 2

杖歩行するも、右腰部痛が強く歩行時ふらつき転倒が時々みられる。
痛みが強く全く動けないこともある。

生活状況 独居

他県の長女が定期的に訪問。

認知状況 認知症自立度 III a

薬の管理など忘れることがある。

サービス導入経緯

胸椎圧迫骨折で入院後、老健にてリハビリ実施。痛みのため活動制限があり自宅での独居は困難
医師より伝えられた。本人は施設入所拒否。本サービスを利用し在宅へ戻ることとなる。

ケース④

サービス導入前の支援体制								
	月	火	水	木	金	土	日	生活活動
4								起床 朝食 昼食 夕食 就寝
6								
8			DS		DS			
10								
12		自費 サービス						
14								
16								
18								
20								
22	* 自費サービスの時間に家事全般支援							
24	* 長女、1回/週訪問							
2								

ケース④

サービス導入 訪問看護指示書無し

骨粗しょう症治療薬の皮下注射の実施を行なう必要がある。

1回/日定期巡回を計画（排泄介助・皮下注射実施促し・配膳・水分補給）。

	月	火	水	木	金	土	日	生活活動	
4								起床 朝食（自己注射・服薬） 昼食 夕食 就寝	
6			<40>						
8	<40>								
10			DS		DS				
12									
14		自費サービス							
16									
18									
20									
22	* 自費サービスの時間に家事全般支援								
24	* 長女、1回/週訪問								
2									

ケース④

サービス導入8日目 訪問看護指示書無し

朝の随時訪問が増えたため、6：00の定期巡回追加（排泄介助）

	月	火	水	木	金	土	日	生活活動
4	<20>							起床 朝食（自己注射・服薬） 昼食 夕食 就寝
6								
8			DS					
10								
12		自費 サービス						
14								
16								
18				<20>				
20								
22	* 自費サービスの時間に家事全般支援							
24	* 長女、1回/週訪問							
2								

ケース④

サービス導入24日目 訪問看護指示書無し

疼痛により、食事摂取が不十分。夕方の定期巡回（排泄介助・配膳・水分摂取）追加。

	月	火	水	木	金	土	日	生活活動	
4								起床 朝食（自己注射・服薬） 昼食 夕食 就寝	
6									
8			DS						
10									
12		自費サービス			自費サービス				
14									
16									
18									
20									
22	* 自費サービスの時間に家事全般支援								
24	* 長女、1回/週訪問								
2									

ケース④

支援経過

- ・ 1回／日の定期巡回のサービス開始後より、朝方に「起きられない」「トイレに行けない」とコールがあり随時訪問実施。
 - ・ 導入 8 日目：朝の定期訪問追加。随時訪問の実績から必要性を判断し本人へ提案。ケアマネジャーへ報告。
 - ・ 導入 24 日目：夕方の定期巡回追加。痛みのため食事準備ができず食事量減っていることを確認し訪問追加を提案。
 - ・ 今後：痛みが軽減し自立できれば支援を減らすことを検討しながら、ケアマネジャーと今後の本人の目標について検討していく。
- ◆ 導入 1ヶ月目：痛みが強いときは入院を希望することもあるが、入院すること＝施設入所の流れになるため、痛みと付き合いながら、本サービスを使い自宅で生活することを選択している。

ケース④

サービスの効果

- ・本人の体調にあわせて、訪問回数・時間を調整できること、「困ったときにきてくれる」という安心感から、痛みを持ちながらも自宅での独居生活の継続ができています。
- ・制度にしばられた支援内容や気に入ったヘルパー以外の訪問に抵抗強く、以前から利用している会社の指名したスタッフの訪問も継続しているが、随時訪問を含む対応で、複数のヘルパーの訪問に抵抗がなくなった。
- ・痛みがあると昼夜問わず、娘に連絡が入り、1時間かけて訪問をしていたことから娘も在宅の限界を感じていたが、本サービス利用により介護負担が軽減された。

ケース⑤ ターミナル支援～介護と医療連携～

利用者情報	年齢	57歳	性別	女性	要介護度	3
-------	----	-----	----	----	------	---

主な疾患 乳がん末期（9年前に発症。末期のため積極的治療せず通院のみ）

身体状況 障害自立度 B 1

乳癌の末期状態である。身体状況の急激な変化が予想される。

全身に強い痛みがあり、鎮痛剤による痛みの緩和が継続して行われている。

生活状況 同居

同居の母親は要介護3で3回／週透析通院中。母親も訪問介護・訪問看護サービスを受けている

認知状況 認知症自立度自立

サービス導入経緯

癌性疼痛によるADL低下、脱水、発熱あり、潰瘍の露出による傷の処置も必要な状況。母親を心配し入院を拒否し自宅療養をしていたがH24年7月周囲の判断にて強制入院となる。余命が少いと宣告され「少しでもいいので母と自宅で過ごしたい」という希望がでる。MSW中心に、病院・在宅の関係者で退院を計画。24時間の介護・看護連携が取れる体制で支援するため、本サービス導入。

ケース⑤

サービス導入 訪問看護指示書有り（医療保険）

6回／日の定期巡回計画（疼痛コントロールの服薬5回／日の徹底。食事・水分摂取）

	月	火	水	木	金	土	日	生活活動	
4	<5>							起床・朝食・服薬 昼食・服薬 夕食・服薬 服薬 服薬	
6									
8	<15>								
10									
12									
14	<15>								
16		訪問看護							
18	<15>								
20	<15>								
22									
24	<15>								
2									

ケース⑤

支援経過

- ・退院計画：病院・地域の関係機関と話し合い、急変時は病院へ搬送することを本人も含め確認し、連絡経路を決定。
- ・退院当日：疼痛が落ち着き食事とれたが、トイレ移動後動けなくなり、随時訪問要請あり対応答。痛みの訴えのコールには訪問し指示の屯用薬服用を支援。看護師・ケアマネに状況報告。
- ・退院翌日：ケアマネが社会的入院となっていた母親の退院支援を行い、二人で自宅にて夕食をとる。その後の訪問で38度の発熱・意識の低下が確認される。当初の話し合いどおり、看護師・医師へ連絡をつなぎヘルパーが救急搬送。翌日逝去される。

ケース⑤

サービスの効果

- ・自宅に戻ることには不安はあったが、コールを押したらヘルパーが来ることが確認できると「これなら安心」との言葉があった。
- ・24時間通して複数回の訪問とコール対応をする役割を通して、医療機関・地域の関係機関と、同じ目標にむけて連携が取れた。
- ・本人の体調変化にあわせて、予定されている支援の提供回数調整をこちらで担うことで、ケアマネがケアプラン変更のために帳票の再作成をするという負担が軽減され、社会的入院となっていた母親の退院支援をする時間も取れたと考える。

ケース⑤

医療と介護の連携

24 時間の連携

病院と地域の切れ目の無い支援

