

# 介護職との密な連携

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の強みを活かした取り組み

MANA訪問看護ステーション

けあらぼ24船橋行田

伊崎 藍

# 目次

- 1, はじめに（定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは）
- 2, 症例紹介
- 3, 支援内容
- 4, まとめ

# 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応サービスは  
住み慣れた地域で最  
期まで暮らせる仕組

定期巡回サービス

連絡

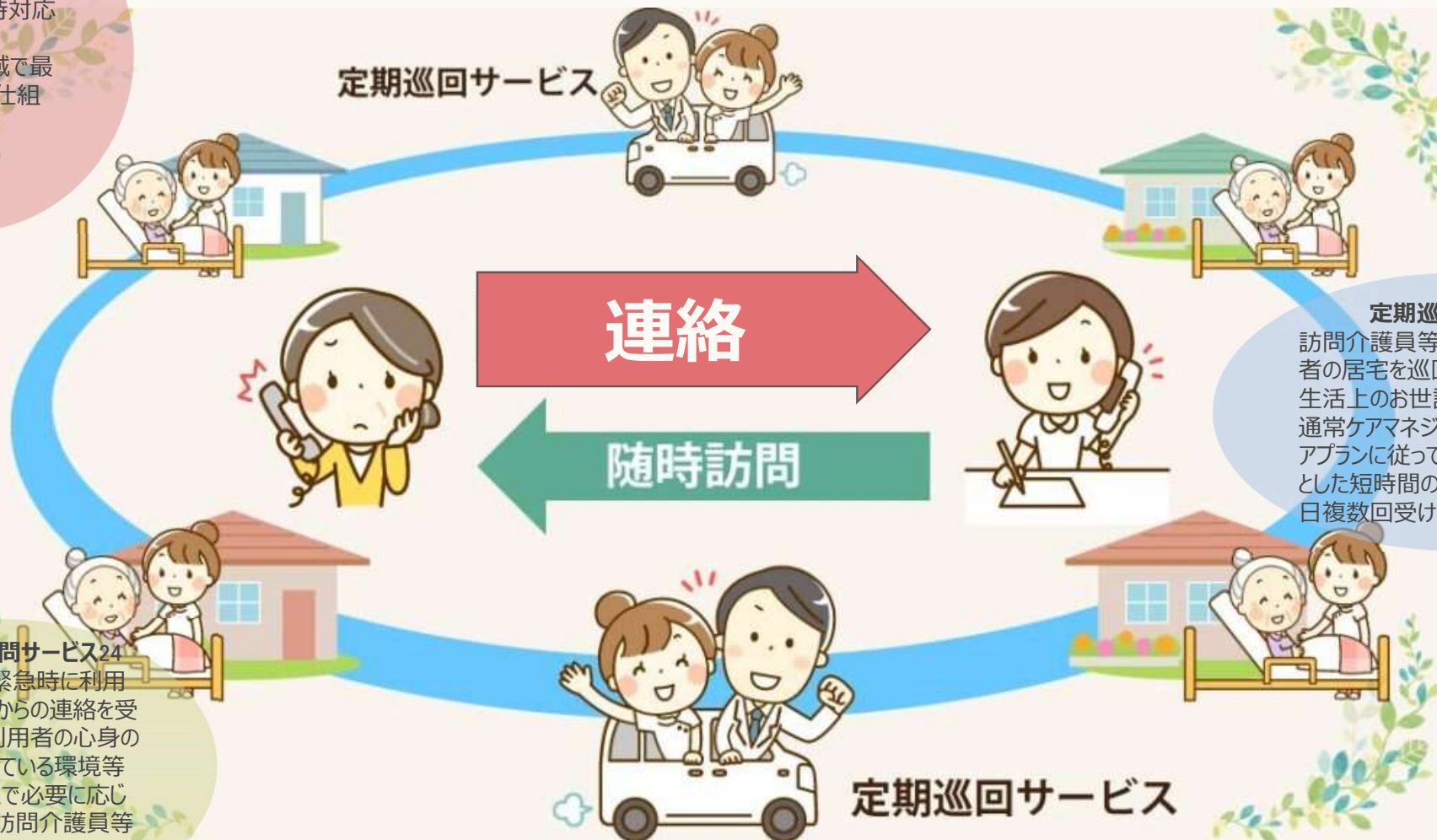
随時訪問

定期巡回サービス

訪問介護員等が定期的に利用者の居宅を巡回して行なう日常生活上のお世話のこと。利用者は通常ケアマネジャーが作成するケアプランに従って身体介護を中心とした短時間の介護サービスを1日複数回受けることができます。

随時対応・訪問サービス24時間365日、緊急時に利用者または家族からの連絡を受け付けます。利用者の心身の状況や置かれている環境等を把握したうえで必要に応じて相談援助・訪問介護員等の訪問もしくは看護師等による対応などを行ないます。

定期巡回サービス



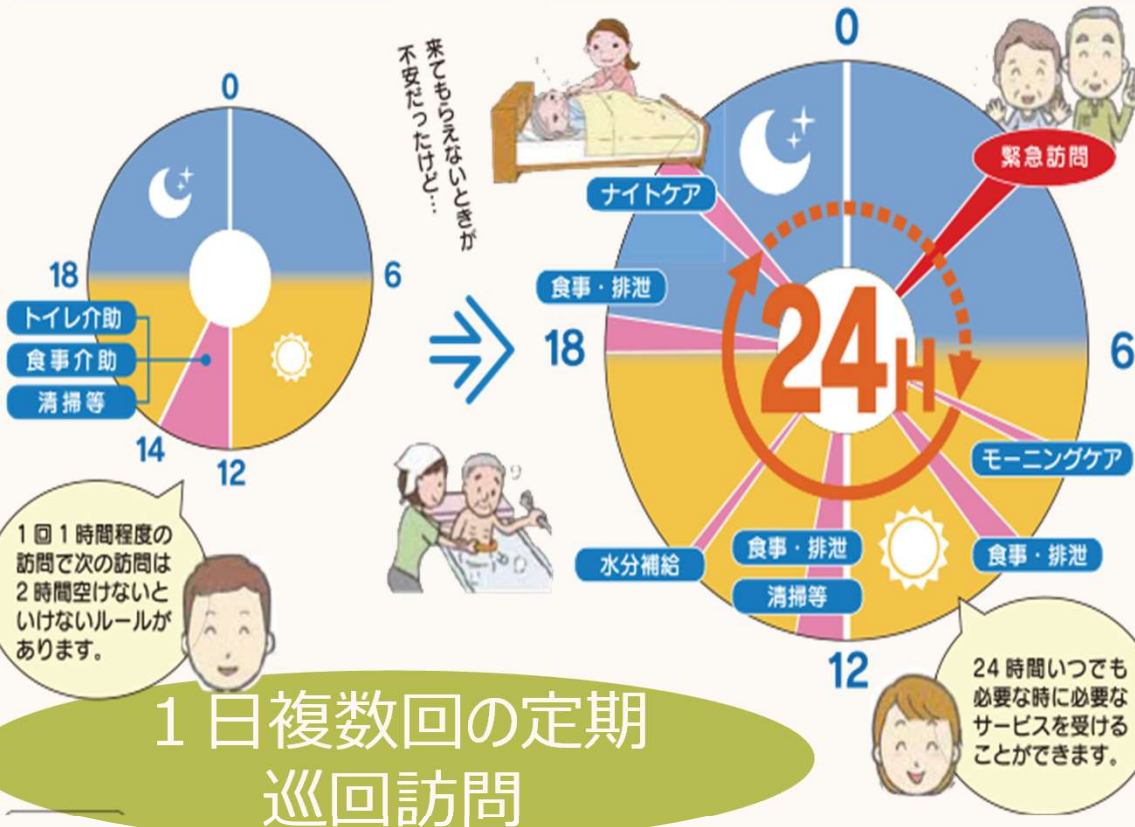
# 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の強み <sup>4</sup>

そのとき必要なケアを、こまめに訪問して対応!!

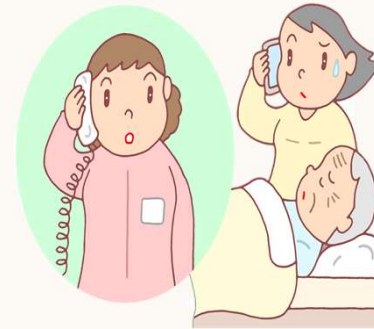
例えば… 一日のサービス提供事例では…

従来型の訪問介護サービス例

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の訪問介護サービス例



訪問看護事業所と同一建物であるため、常に情報共有ができ夜間であっても相談ができる。



365日  
24時間  
緊急コール  
にて対応

3つのサービスがセットで安心。  
介護度に合わせた定額制のサービス!

# 利用者紹介

- A氏 90歳代後半 男性 要介護3

**【既往歴】**前立腺肥大、大動脈弁生体置換術後、高血圧、高尿酸血症、**アルツハイマー型認知症**

## **【家族構成】**

- 妻（80歳代）
- 息子夫婦（自宅で文房具屋を経営）
- 孫夫婦と子（夫婦共働き、孫は自宅の文房具店と夜間バイトをしている）

主介護者はお孫さん かなり協力的で介護力はある。

しかし、排泄介助だけはしたくないと当初より言っていた。

## **【サービスの利用】**

訪問診療：2回/月      訪問看護：1回/週      訪問リハ：1回/週

定期巡回型介護：毎日、1日3～5回状態に合わせて介入



# 1,経過

202X年 11月

高齢に伴い訪問診療医が開始となり、生活していく中で認知機能低下が見られようようになる。

認知機能の低下に伴いADLが徐々に低下。自分で外出なども出来なくなってきたため、ご家族より訪問看護によるリハビリを希望され利用開始となる。

202X年 4月

排便処置や白癬のケアなどの処置が増え、提供時間内にリハビリまで実施することが難しい状況となってきた。

その為、ADL維持目的で週に1回理学療法士が介入し下肢の運動や歩行訓練など開始する。

この頃より、トイレが頻回になったり指示が入りづらくなったり、声を荒げるようになったりと認知機能の低下がみられるようになった。また、下肢の浮腫が目立つようになり右外踝に褥瘡が発生する。

## 2,経過

202X年 5～6月

褥瘡の悪化、排泄介助量が増える。

また夜間尿の回数も増え始める。

落ち着かない日々が増え、何度も繰り返し同じ話しをしたり、怒り出したりと著しい認知機能の低下がみられた。

この頃より、ご家族だけでは対応しかねる状態となっていた為、施設を待つまでの間、夜間も対応している定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用を希望され、6月より介入開始となる。

# 3,経過

202X年 8～9月

夜間せん妄になり、深夜になると妻を大声で呼ぶようになった。その為、介護を深夜にも介入することとし、夜間家族が対応してきたことを介護士に移行した。同時にショートステイの利用も開始する。

202X年 10月

更に認知症の症状が進行、活動量も減ってきたためADLの低下がみられるようになる。トイレには自分で行きたいため、頻回に歩き回り、自宅やショートステイ先で転倒を繰り返すようになった。結果、大腿骨転子部骨折を来とし、1か月ほどの入院となった。



## 4,経過

202X年 12月

退院となったが、長期入院に伴い更に認知症が進行。ほとんど全介助となり、活気もなく意思疎通も難しい状況となった。嚥下機能も低下し、入院前は軟飯・軟菜食を食べていたが、ゼリー・ペースト食となってしまった。<sup>9</sup>  
また、長期臥床に伴い褥瘡の悪化が見られていく。

202X年 2月

深夜に多量の嘔吐を来し、介護士が緊急訪問、吸引等の処置を行うが、お孫さんの希望にて緊急搬送され、搬送先で誤嚥性肺炎、敗血症の診断にて同日永眠される。

# 問題点

# 1

骨折による  
長期臥床に  
関連した  
認知機能の低下

# 2

認知機能低下に  
伴うADL低下に  
関連した褥瘡形成

# 3

認知機能低下に  
伴う嚥下機能低  
下

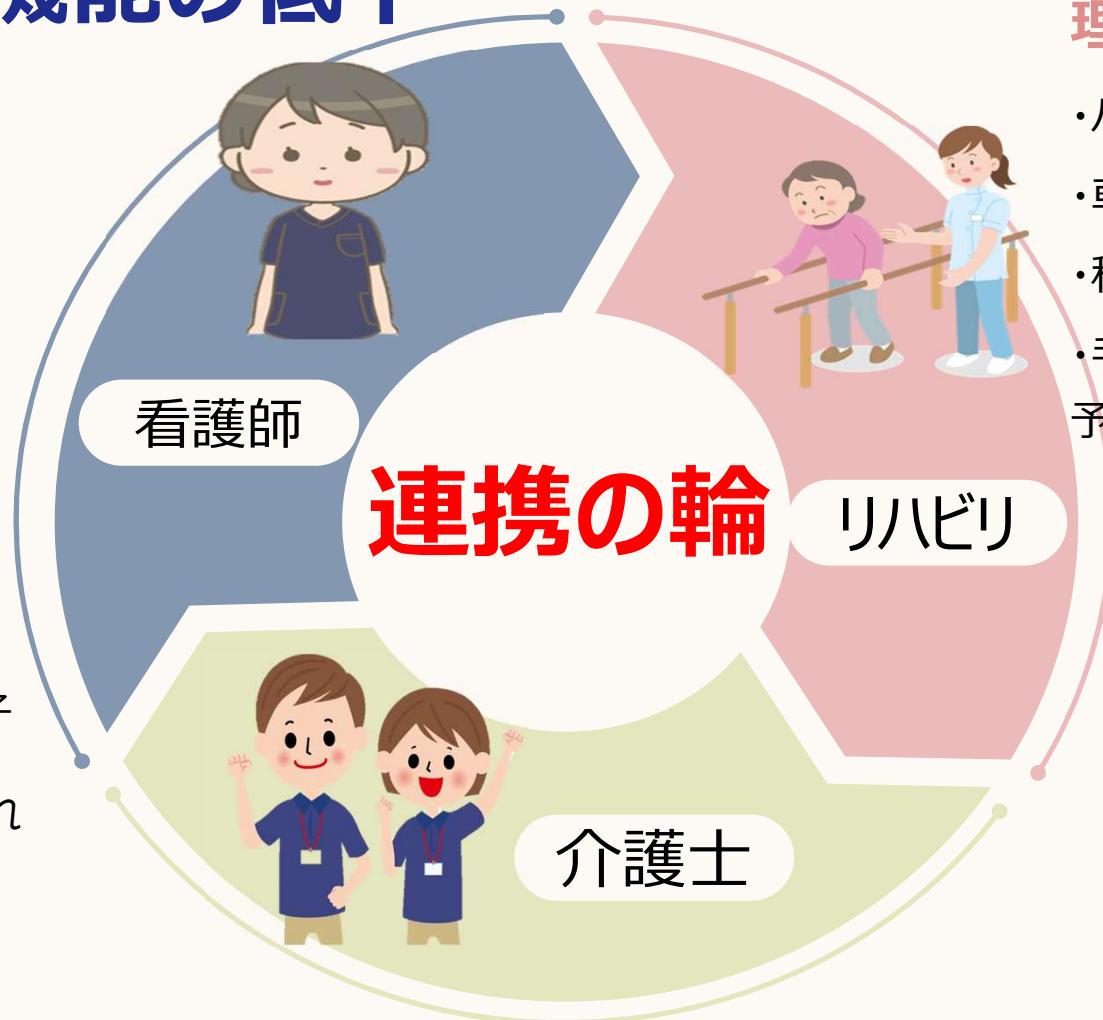
# # 1 骨折による長期臥床に関連した 認知機能の低下

## 看護師が行ったこと

- ・バイタル測定
- ・認知機能の評価と共有
- ・不穏時の服薬指導

## 介護士

- ・介入毎にベッドUPや車椅子  
移乗
- ・手先を使った遊びを取り入れ  
る（ブロック、マグネット貼り、  
ボール投げetc）



## 理学療法士が実施したこと

- ・バイタル測定
- ・車椅子移乗
- ・移乗動作の指導
- ・手先やを使った認知機能低下  
予防の提案と指導

能低下

# # 2 認知機能低下に伴うADL低下に関連した褥瘡形成

## 看護師が行ったこと

- ・バイタル測定
- ・褥瘡処置
- ・処置内容を家族、介護士へ指導

看護師

## 介護士

- ・身体的評価と共有
- ・ポジショニング
- ・褥瘡処置の援助

介護士

連携の輪

リハビリ

## 理学療法士が実施したこと

- ・身体的評価
- ・ポジショニング
- ・拘縮予防のリハビリ

看護師・介護士へ共有と指導。

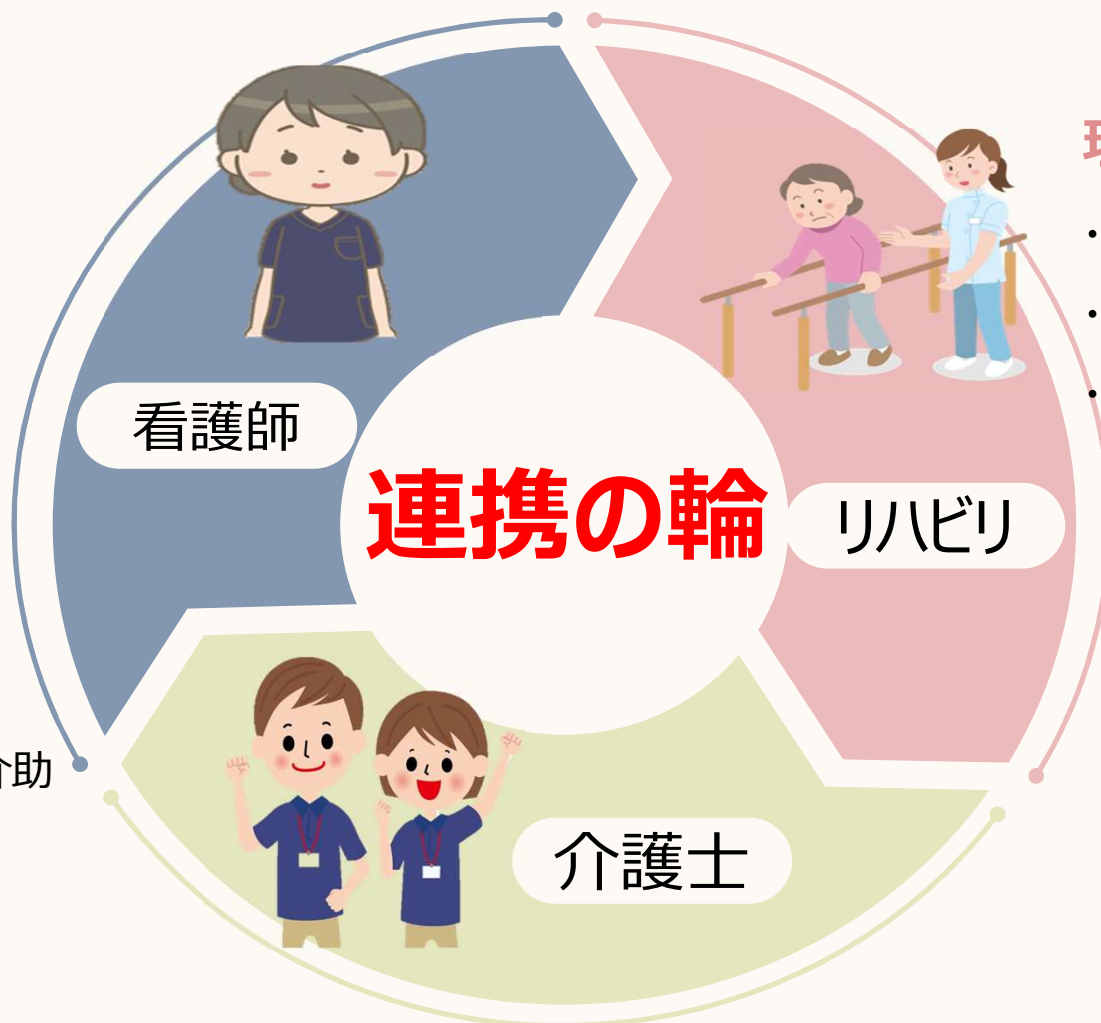
# # 3 認知機能低下に伴う嚥下機能低下

## 看護師が行ったこと

- ・バイタル測定
- ・指導のもと水分等の摂取介助
- ・吸引

## 介護士

- ・医療者から指導のもと食事介助
- ・吸引
- ・緊急時体動



# まとめ

- ① 変わりゆく状態変化の中で、定期巡回を導入し、その特徴を生かす事で訪問回数を増減し、緊急時対応ができるようになった。
- ② 訪問看護事業所と密な連携をとる事で、看護師や理学療法士から病状に合わせて必要な指導を介護士に行うことができ、在宅では管理が難しい状態でも、療養を継続することが出来た。
- ③ 状態変化が起きた際に、その都度迅速に連絡を取り合い、タイムリーに対応することができた。
- ④ 転倒時など家族が困ったときや不安な時に緊急コールですぐに対応することで、不安の軽減や介護負担の軽減につながった。



# ご清聴ありがとうございました

MANA訪問看護ステーション

けあらぼ24船橋行田

住所：船橋市山手3-14-5

電話番号：047-407-2718

FAX: 047-407-2719