



平成30年4月開設予定



看護小規模多機能型居宅介護

かんたき ゆいまーる の利用について

看護小規模多機能ってわかるけど、どんな風に使えばいいの？どんな事してくれるの？
といった問題に事例を通してガイドします。ご利用の参考にしていただければ、幸いです。

目次

- 1 81歳 男性 退院直後の在宅復帰支援
- 2 88歳 女性 がん末期の在宅生活支援
- 3 78歳 女性 医療ニーズの高い認知症者支援
- 4 82歳 男性 独居高齢者の糖尿病管理
- 5 102歳 女性 老々介護のレスパイト
- 6 72歳 女性 利用拒否・老々介護のレスパイト
- 7 80代 女性 夫婦一緒の支援・レスパイト

利用申込書は平成29年12月より配布開始予定です。

正式な受付は平成30年2月下旬を予定しておりますが、それ以前は仮申し込みとして受け付けます。

お問い合わせ 株式会社 アンジェル 「かんたき ゆいまーる」開設準備室 唐津・齋藤まで

電話 025-383-0505 FAX 025-383-0506

1 81歳男性 退院直後の在宅復帰支援

- ・退院直後から2か月間は泊りを継続提供。その後、訪問を中心に在宅復帰
- ・家族の不安を解消するサービス提供方法を検討・相談
- ・家族と外部サービスとの役割分担を明確にし、家族へは吸引等の処置の実施

基本情報

世帯構成	妻、長男の妻、その子供（孫）と同居				
介護力	主たる介護者は長男の妻。時間帯によっては介護可能。				
要介護度	要介護5				
障がい高齢者の日常生活自立度	C2（一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいても介助を要し、自力で寝返りもうたない）	認知症高齢者の日常生活自立度	I（何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。）		
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・悪性新生物 ・パーキンソン病 ・脳梗塞 ・心不全 ・腹部大動脈瘤 ・大動脈弁閉鎖栓				
必要な医療処置	・胃ろう ・バルーン留置カテーテル ・たんの吸引 ・褥瘡の処置（真皮に達する褥瘡） ・服薬管理 ・浣腸 ・摘便				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		

介護者や家族も医療依存度の高い利用者に対し、在宅介護での不安をもっている。

しかし、本人及び家族の強い要望により在宅療養を希望されサービス開始となる。

<サービス利用開始直後>

約2か月間、連続して泊りのサービスを受ける。家族の不安解消、受け入れ態勢構築のための準備期間として行う。また、吸引については、定時での処置ができないため、家族の協力が不可欠であること、及び方法を学んでいただき、訪問時間以外で吸引が必要な場合は、ご家族に協力していただける体制を構築する。

<2か月経過後、自宅へ>

体への負担が大きい為、通いではなく、なるべく自宅でケアをうけられる、訪問主体のサービスで提供実施。

また、訪問看護は医療保険で連日ケアに入る。

また、家族が不在になるときは、適宜泊りを活用し、家族の負担が増えすぎないようにサービスを調整し、ご本人のQOLの向上、及び家族の生活も支援する。

看護小規模多機能型居宅介護サービスから切り替えることも検討したが、病状悪化時やターミナル期などの支援を考え、サービス継続を希望される。

※このかたの場合、パーキンソン病、真皮に達する褥瘡をお持ちなので、訪問看護は介護保険ではなく、医療保険での対応になります。

※ゆいまーでは特殊浴槽を配備していますので、清拭だけでなく事業所での入浴も可能です。

2 88歳女性 がん末期の在宅生活支援

- ・退院後、通いの場で医療処置を行い、在宅での医療処置の不安を解消
- ・利用者の心身の負担、病状に応じてサービス提供パターンを柔軟に変更
- ・発熱や痛みの対応は主治医との密な連携・連絡で対応

基本情報

世帯構成	長男夫婦、孫一人				
介護力	主たる介護者は長男の妻。常時介護可能				
要介護度	要介護3				
障がい高齢者の日常生活自立度	A 2 (屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない。外出頻度が少なく日中も寝たきりの生活)	認知症高齢者の日常生活自立度	II a(日常生活に支障をきたしするような症状・行動や意思疎通の困難さがあっても見守りがあれば自立できる)		
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	一部介助	全介助	一部介助	全介助	全介助
主な傷病	・右上顎腫瘍術後 癌性疼痛				
必要な医療処置	・胃ろう ・たんの吸引 ・創傷処置 ・服薬管理 ・疼痛管理				
ターミナル期	ターミナル期である	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		
特記事項	右顔面麻痺。疼痛コントロール中				

病院から退院する際、経口摂取が困難だったが、サービスを利用しながら在宅で生活できるのではないかと

家族の強い要望でサービス開始となる。病状の説明などは、病院にお願いした。

<サービス利用開始直後>

週3回の通いと週2回の訪問看護（医療保険）で計画し、サービスを提供したが、通いサービス後、本人がとても疲れてトイレにいけなかったり、発熱が続いたりするため、訪問看護主体のサービスへ変更となる。しかし、家族は在宅介護に大きな不安を抱えており、特に医療処置に対する不安が大きかった。訪問看護主体のサービス提供に切り替えたが、処置については通いの際に医療処置を実施することにした。

<最近の状況>

当初計画を変更し、通いの時に医療処置をおこなっていたが、痛みの増強や体力低下もあり、通いは難しい状況のため、1日3回の訪問看護で、ケアを実施。

胃ろうや発熱、痛みへの細かな対応を行う。医師とも密な連携を実施。

また、家族に対して夜間の急変時の対応方法を伝えることで、夜間の不安解消につながる。

日々の援助のなかで、体調と相談し、通いのサービスを取り入れ、家族の負担軽減にもつなげる。

また、変化していく状況のなかで、家族からの相談に対しての助言や情報提供を行うことができるのが、看護小規模多機能型介護の利用効果でもある。

※顔なじみの職員がいつでも対応する事ができ、本人、ご家族への安心にもつながります。

※ご本人の状態と相談し、通いのサービスを入れられるところに、看護小規模多機能型居宅介護の利便性があります。

3 78歳女性 医療ニーズの高い認知症者支援

- 医療ケアの必要な認知症の利用者に対し、原疾患の進行に合わせた支援を実施
- 強い利用拒否に対し、馴染みの職員が対応することで、通いや泊りが利用可能に

世帯構成	夫婦のみの世帯				
介護力	主たる介護者は夫（77歳）。常時介護可				
要介護度	要介護4				
障がい高齢者の日常生活自立度	B2（屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。介助により車いすへ移乗する。）	認知症高齢者の日常生活自立度	IIIa(日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが日中を中心にみられ、介護を必要とする。)		
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・進行性核上性麻痺 ・意識消失発作 ・脳梗塞後遺症 ・認知症				
必要な医療処置	・留置カテーテル ・褥瘡の処置 ・服薬管理 ・摘便 ・リハビリテーション				
ターミナル期	ターミナル期でない	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		
特記事項	予測できない意識消失発作を頻回に起こすようになった。				

病状が重く医療ニーズが高い方だが、サービス利用に強い拒否があり、また認知症の症状も悪化し、家族のレスパイトへの対応が必要となる。同じ職員が通い、泊り、訪問のサービスを提供でき、顔馴染みの関係をつくりやすく、サービス利用の拒否を緩和しやすい状況となり、サービス利用開始となる。

※進行性核上性麻痺 大脳に関する難病 主な臨床症状としては、転びやすい、眼の動きが悪く下を見ようとしてもうまくできない、しゃべりにくい、飲み込みが悪い、認知症といった症状がみられます。

<サービス利用開始直後>

環境の変化に慣れず、強い拒否があるため、訪問看護と兼務している看護師が馴染みの関係構築のため、週1回の通い、週2回の訪問看護からスタートし様子を見ることにした。看護師が対応することにより、生活支援だけでなく、必要な医療処置・リハビリテーションも合わせて実施できた。

<最近の状況>

職員が変わることなく、馴染みの職員が対応することにより、本人も安心され、通いの回数も増え、泊りもできるようになった。

サービスの頻度が増えることにより、家族も介護負担が軽減され、看護小規模多機能型居宅介護の利用のよ

さを実感している。

本人は寝たきりの状態であり、主病の進行による経口摂取低下、栄養状態の低下がみられ、褥瘡の処置が必要であり、通いの回数は増えても訪問看護（医療保険）も組み込み対応する。

※顔なじみの職員がいつでも対応する事ができ、本人、ご家族への安心にもつながります。

※ゆいまーるでは、嚥下機能の悪い方のために、きざみ食、やわらか食、ムース食も対応可能です。

4 82歳男性 独居高齢者の糖尿病管理

- ・住まいの整備、清潔保持、食事管理、生活全体の支援ができた。
- ・看護小規模多機能型居宅介護の利用で、インスリン注射・糖尿病管理が可能となった。
- ・利用者の生活全体の支援ができることが、職員にとっての成長・喜びでもある。

基本情報

世帯構成	独居				
介護力	介護できる人はいない				
要介護度	要介護1				
障がい高齢者の日常生活自立度	B2（屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。介助により車いすへ移乗する。）		認知症高齢者の日常生活自立度		IIIa(日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが日中を中心にみられ、介護を必要とする。)
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	一部介助	見守り	一部介助	全介助	全介助
主な傷病	・糖尿病				
必要な医療処置	・インスリン注射				
ターミナル期	ターミナル期でない	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		
特記事項	特になし。				

他居宅介護支援事業所からの紹介ケース。当サービス使用前は、週1回の訪問看護（服薬管理）と訪問介護を利用していた。週1回の訪問看護ではインスリン注射はできていない状況だった。

住居内は、便や尿汚染があり、不衛生な状況・環境であった。また、サービス利用前の住居はアパートの2階に住んでおり、階段も狭く降りることも難しく、本人が外出を諦めてしまうこともあった。

生活保護の方なので、行政と連携し転居を検討した。事業所隣接のアパートに転居することとなり、手続き

や引越しなども看護小多機の職員が手伝ったため、利用者も喜び、サービス開始前からスタッフを受け入れることができた。

<サービス利用開始直後>

週2回の通い、それ以外の日は午前中に訪問介護で朝、昼の食品（スーパー等で買い物した物）をとどけ、夕食は配食事サービスを利用。服薬管理で週1回訪問看護を利用。しかし、インスリン対応もできず、食事の管理も十分にできなかった。

<最近の状況>

住居が事業所の隣接という事もあり、通いを週3回に変更、通いの日以外は施設の食事を配食する。朝食の配食の際に清潔確保を行う。この時に安否確認もできる。また、通いの送迎時に掃除やごみ捨てを行う。更にインスリン注射を行い、また、生活全般を支援できるので糖尿病の管理が容易になり病状の悪化を防止することができる。

※顔なじみの職員がいつでも対応する事ができ、本人、ご家族への安心にもつながります。

※ゆいまーでも3食、配食サービスを行えます。

※ゆいまーでは、糖尿病のかたのためのカロリー調整食も対応可能です。

5 102歳女性 老々介護のレスパイト

- ・体調の波に合わせて支援方法を柔軟に調整
- ・レスパイトを目的とした通いと泊りを中心にサービス提供

基本情報

世帯構成	実娘と2人暮らし。		
介護力	主たる介護者は娘（75歳）常時介護可。		
要介護度	要介護4		
障がい高齢者の日常生活自立度	B2（屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲa(日常生活に支障をきたすような症状・行

	位を保つ。介助により車いすへ移乗する。)			動や意思疎通の困難さが日中を中心にみられ、介護を必要とする。)	
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	見守り	全介助	全介助	一部介助
主な傷病	・脳梗塞後遺症 ・鼠径ヘルニア ・アルツハイマー型認知症				
必要な医療処置	・褥瘡の処置 ・服薬管理 ・浣腸 ・摘便 ・リハビリテーション ・鼠径ヘルニア用手陥のう				
ターミナル期	ターミナル期でない	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		
特記事項	特になし。				

入退院を繰り返しており、訪問看護、デイケア、通所リハを利用していた。褥瘡があり、その状態は改善したがADLの低下に伴い介護負担が増加、レスパイトを目的として自費でデイケアの泊りサービスを利用していたが回数が増える中、看護小規模多機能型居宅介護に切り替えることとなる。

<サービス利用開始直後>

週5回の通い、うち1日泊り。通いの無い日を訪問看護提供。レスパイトが目的のため、通いと泊りを中心としたサービス提供。通いでは行事も楽しんでおり、食事はミキサー食が必要だが、セッティングすれば自力摂取が可能。下剤による排便コントロールを行っていた。

<最近の状況>

介護負担も大きいことから泊りを週2回に。通いを使わない日は2日訪問看護が対応。排便コントロールやヘルニア陥のう、皮膚のケアを実施。皮膚科の往診介助に対応している。通いでは、本人の状態に合わせて食事量や介護量を調整したり、疲れている要であれば横になって休息をとってもらう。

102歳と75歳であり、介護者の負担が大きく、定期的な宿泊利用で休息することができる。介護者はゆっくりと睡眠をとることができ、介護を継続して頑張れると話している。また、介護者にとり、職員が一緒

に看てくれて情報共有もできているという安心感は大きい。本人が事業所で楽しそうにしていることが嬉しいとの事。

※顔なじみの職員がいつでも対応する事ができ、本人、ご家族への安心にもつながります。

※ゆいまーるでは、近隣の診療所の受診支援も実施します。(皮膚科、人工透析等)

6 72歳女性 利用拒否・老々介護のレスパイト

- ・強いサービス利用拒否のある要介護者とも、通い・泊り・訪問を一体的に提供できることで、なじみの関係を作りやすい。
- ・老々介護の夫の介護負担を軽減するために泊りを活用

基本情報

世帯構成	夫婦のみの世帯				
介護力	主たる介護者は夫。常時介護可。				
要介護度	要介護5				
障がい高齢者の日常生活自立度	J2 (何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で近所なら外出する。)	認知症高齢者の日常生活自立度		II a(家庭外での日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられるが、見守りがあれば自立できる)	
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・パーキンソン病 ・四肢麻痺				
必要な医療処置	・腸ろう ・たんの吸引 ・ネブライザー ・浣腸・摘便 ・服薬管理 ・リハビリテーション				
ターミナル期	ターミナル期でない	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり 誤嚥性肺炎で入退院を繰り返している。		
特記事項	特になし。				

パーキンソン病が進行する中で、手足が自由にならない上、コミュニケーション障害により伝えたいことを相手に理解してもらえないストレスにより、感情的になることが多く、夫婦二人暮らしで夫の負担が大きかった。更に医療依存度が高いうえ、サービス利用拒否が強いこともあり、看護小規模多機能型居宅介護サービスを利用することになる。

<サービス利用開始直後>

医療保険による訪問看護と週1回の通いからスタート。すこしずつ職員との関係づくり行いながらサービ

スを提供していった。

<最近の状況>

全てのサービスを顔馴染みの職員が対応することから、事業所にもなれ、週2回の泊り、週1回の訪問介護、毎日1回以上の訪問看護を提供することにより、夫の負担軽減ができています。

なじみの職員がサービスを一体的に提供するので、拒否の強い方と関係づくりも他のサービスよりは容易になりやすく、本来必要なサービスの利用を促進することができる。

※顔なじみの職員がいつでも対応する事ができ、本人、ご家族への安心にもつながります。

7 80代夫婦 夫婦一緒にの支援・レスパイト

- ・透析が必要な妻と認知症の夫。異なる医療・介護ニーズを有する夫婦を一緒にの場所、事業所で支援することができるが、看護小規模多機能型居宅介護の良さ
- ・泊りの利用で、娘の介護負担も軽減

基本情報

世帯構成	夫婦と娘夫婦。				
介護力	主たる介護者は娘。時間帯によって介護可。				
妻の状況					
要介護度	要介護1				
障がい高齢者の日常生活自立度	A 2 (屋内での生活は概ね自立しているが介助なしに外出は難しい。外出の頻度は低く日中もほぼ寝たきりの生活)	認知症高齢者の日常生活自立度	II b (日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられるが、見守りがあれば自立できる)		
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	見守り	自立	見守り	見守り	見守り
主な傷病	・慢性腎不全 ・ I型糖尿病性腎症 ・心房細動				

必要な医療処置	・人工透析 ・インスリン注射 ・服薬管理				
ターミナル期	ターミナル期でない	病状の安定性・ 悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		
特記事項	特になし。				
夫の状況					
要介護度	要介護1				
障がい高齢者の 日常生活自立度	A 1 (屋内での生活は概ね自立しているが 介助なしに外出は難しい。介助により外出し 日中はベッドから離れて生活している)	認知症高齢者の日 常生活自立度	II b (日常生活に支障をきたすような症状・ 行動や意思疎通の困難さが多少みられるが、 見守りがあれば自立できる)		
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	見守り	自立	見守り	見守り	見守り
主な傷病	・慢性閉塞性肺疾患 ・両変形性膝関節症 ・変形性腰椎症				
必要な医療処置	・服薬管理 ・便通コントロール				
ターミナル期	ターミナル期でない	病状の安定性・ 悪化の可能性	安定・悪化の可能性少ない		
特記事項	特になし。				

妻は週3回透析治療が必要で、夫は認知症であった。夫婦2人で暮らすには難しく、娘も仕事があり常に両親をみることは難しい状況だった。さらに、妻は透析が必要なため、ショートステイ利用が難しく、夫は認知症の為病院への入院は難しい。夫婦そろってサービスを受けられる場所が無い。これらを勘案し、夫婦それぞれに対応したサービス提供を実施できる、看護小規模多機能型居宅介護の利用を開始した。

<標準的なサービス提供パターン>

妻は週3回(火・木・土)透析を実施しており、通いのサービス時に病院へ行き、透析終了後そのまま通いのサービスを利用する。週末(金土日)は泊りを夫婦で利用。その際は、事業所より病院へ行き、その後通い、泊りとなる。また、月に1回服薬管理で、訪問看護を利用。

夫にも月1回訪問看護を利用。認知症があるため、介護が必要な夫は、妻の透析日は通いを利用している。

夫婦で異なる、医療・介護ニーズであっても対応が可能であり、このサービスを利用することにより、娘への介護負担の軽減、利用者の生活の安定につながっている。

※ゆいまーでは、人工透析の方に対するタンパク制限食も対応可能です。

※通いや泊りの無い日でも、ご希望により3食お食事をお届けすることが可能です。

※人工透析の通院も、通いの送迎時に合わせて対応可能です。

8 80代女性 認知症でがん末期の独居者支援

- ・認知症でがん末期の独居の人の在宅生活を「通い」「泊り」「訪問」を組み合わせる支援
- ・在宅療養支援診療所と連携して支援体制を整備

基本情報

世帯構成	独居				
介護力	主たる介護者はいない。				
要介護度	要介護5				
障がい高齢者の日常生活自立度	C 2 (1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。自力では寝返りもうたない)		認知症高齢者の日常生活自立度		III b (日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが夜間を中心に見られ、介護が必要)
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助

主な傷病	・乳がん。骨移転。皮膚移転。		
必要な医療処置	・看取り期のケア ・創傷処置 ・服薬管理 ・疼痛の看護 ・浣腸 ・摘便 ・リンパマッサージ ・皮膚移転部のケア		
ターミナル期	ターミナル期	病状の安定性・ 悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり
特記事項	両乳房切除後。全身にリンパ浮腫あり。認知症の進行もあり、妄想やつじつまの合わないことをいう。		

退院後、訪問看護、訪問介護（別法人）、居宅介護支援（別法人）で支援してきたが、訪問介護事業所が閉鎖し、介護支援事業所からも当法人に任せたいとの申し出があり、同一法人（当法人）で、訪問介護、看護、居宅介護支援を実施する。

がん末期の症状が進行し全身状態が悪化に伴い、認知症の症状も悪化していった。入院したくないとのことで、看護小規模多機能型居宅介護でケアを実施する。また、金銭管理の支援のために日常生活自立支援事業につなぎ、亡くなった後のことについても聞き取りを実施し、看取りに向けたケアに入る。

<サービス提供開始直後>

週5日の通い、2日の泊り、空いている日は訪問介護、看護を組み合わせるケアを実施。なるべく一人の時間を少なくするように、看護小規模多機能型居宅介護以外の自費の訪問介護も合わせて自宅でもいる時間の確保に努めた。

<終末期>

がんが進行するなかで、具体的な症状とケア内容について検討し、入院も選択肢として考えられたが、主治医を病院から在宅支援診療所に変更し、往診が受けられるようにし、看取りを行う体制を整えた。このころは連日泊りとなる。事業所で自然の形の看取りができたなら一番良いだろうと、リクライニング車いす替え、ぎりぎりまでロビーにでたり、入浴や食事行えたりと、本当に楽で自然な感じで亡くなったと思う。

本人の望むかたちで、終末期を迎えられた。

※ゆいまーるでは、在宅支援診療所を紹介することも可能です。ご相談ください。

9 80代男性 通いで利用してきた馴染みの場所で看取り支援

- ・介護者も疾病を抱えており、介護負担がかからないように支援
- ・延命治療は行わず、昏睡状態になってからは、泊りで過ごす。地域に身近な馴染みの場所であり、本人も家族も安心して最期までの時間を過ごす。

基本情報

世帯構成	妻、娘、孫2人と同居				
介護力	主たる介護者は妻。常時介護できるが、持病があり負担はかけられない。				
要介護度	要介護5				
障がい高齢者の日常生活自立度	C2(1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助が必要。自力では寝返りもうたない)	認知症高齢者の日常生活自立度	M(著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門的治療を必要とする)		
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・パーキンソン病 ・アルツハイマー型認知症				
必要な医療処置	・看取り期のケア ・たんの吸引 ・注射・点滴 ・褥瘡の処置 ・服薬管理 ・浣腸 ・摘便				
ターミナル期	ターミナル期	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		
特記事項	特になし。				

主たる介護者の妻が緑内障の手術で入院中、特別養護老人ホームのショートステイを利用していた。退院後の妻が、認知症で夜間にせん妄のある本人の介護を行うことは難しいため、サービス利用となる。また、同居している娘家族は仕事や学校があり、介護にかかわることができなかった。

<サービス提供開始直後>

介護者の状況により、泊りから開始。認知症の症状により、様々な動きがあったが、スタッフは無理に止めず、見守る対応をとった。またパーキンソン病のため、時間ごと(1日5回)服薬が必要な薬があり、薬のコントロールも必要だった。自宅は近く、妻は自転車で事業所に行くことができた。最初の1週間は泊りで対応し、その後、週3回の通いと訪問介護、医療保険による訪問看護で対応していた。

<終末期>

介護者に心疾患があるため、本人の状態悪化後は泊り中心の利用に切り替えた。その後徐々に覚醒する間隔が長くなり、2日間覚醒しないため病院搬送となるも、延命治療は行わないため、退院。その後、主治医を訪問診療に切り替える。ほとんど覚醒しないため、送迎もむずかしく、連日の泊りを利用する。覚醒したときに水分や薬を勧め、状況を見て清拭、排便のコントロール、皮膚処理、マッサージ、ROMも継続して実施。延命治療は望んでいなかったが、せめて水分はと1日に500ml×2の点滴実施。殆んどねむられていたが、まれに頷いたり、笑顔をみせてくれたりとした。浮腫もでてきた為、点滴を1本に変更。約2か月間妻は一日何回も来所し、最期を看取った。

家族は事業所で状態を見ていてくれることに安心感を得ていた。本人が元気なときは、通いを楽しみにしており、最期を馴染みの場所で過ごせたことは喜ばれているようだった。最後の2か月間で妻は事業所職員と話をし精神的な負担を軽減することができたようだ。

※なじみの場所、職員、住み慣れた地域だからこそ、本人・家族にとって安心して最期を迎えられる。

10 70代男性 病院・診療所医師・薬剤師を含む多職種連携での退院・在宅支援

- ・本人の自宅に戻りたいという気持ちを尊重し、当事業所が中心となって、病院医師、診療所医師、薬剤師など多職種連携して在宅生活を支援
- ・心地よい生活音のある近所の事業所であることが、看取りの時期まで、本人、家族に自宅と変わらぬ安心感をあたえる。

基本情報

世帯構成	妻、娘、孫2人と同居		
介護力	主たる介護者は妻。時間帯によって介護できる人がいる。		
要介護度	要介護5		
障がい高齢者の日常生活自立度	B 1 (屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体。介助により車いすに移乗する)	認知症高齢者の日常生活自立度	III a (日中を中心に日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ介護を必要とする)

ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・40代 糖尿病 ・60代 急性心筋梗塞（植え込み型除細動器）、胃がん ・70代 左人工関節、圧迫骨折、白内障、肺炎、左側下顎骨腫瘍				
必要な医療処置	・看取り期のケア ・中心静脈栄養の管理 ・たんの吸引 ・ネブライザー ・酸素療法 ・インスリン注射 ・服薬管理（含麻薬） ・疼痛の看護 ・摘便 ・簡易血糖測定				
ターミナル期	ターミナル期	病状の安定性・ 悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		
特記事項	特になし。				

左下顎のがんが見つかり急速にADLが低下した。事業所に相談があった時は肺炎により入退院を繰り返した後で、ベッドからトイレまでどうにか歩ける程度で、自宅での暮らしは厳しそうな状況。しかし、本人は自宅での生活にこだわっており、自宅から歩いて3分の事業所という事で納得してサービス利用開始。

<サービス提供開始直後>

診療所医師に訪問診療を依頼したが、病院の口腔外科医師との信頼関係があり関係を切りたくないとのことで、診療所医師の理解を得て、病院の受診も継続。本人が通院できないときは、妻の代理受診ですます。状態が悪く入院を勧められたが本人は断る。平日は泊りを利用し、週末は自宅で過ごす。妻は自宅から近いこともあり、毎日長時間にわたり事業所で過ごし、夫の介助を実施。薬の量が増えてきて、妻だけでは管理が難しくなったので、事業所のもってきてもらい、看護師と一緒に整理をする。

<終末期>

肺炎から発熱し再入院。本人の希望を実現するための段取りをつける。泊りを連泊で利用。入院中に中心静脈栄養を増設。その後体調の良い日は自宅へいき、不安があれば泊りを利用した。往診の際は看護師が立ち会い、家族の聞きもらしや疑義が無いようにサポートを実施。また薬剤師とも連携し、新処方薬と中止薬の管理や薬の管理、薬の情報を家族や事業所に伝えてくれ、情報共有ができた。

最期の時間は思いでの好きな曲をかけながら、ベッドサイドで家族が思いで話を本人に語りかけていた。亡くなった際、信頼関係のあった医師が事業所にきて、最期までいた個室で除細動器をはずしてくれた。

※なじみの場所、職員、住み慣れた地域だからこそ、本人・家族にとって安心して最期を迎えられる。
 ※ゆいまーでも普段から医師、薬剤師と連携しておりますので、このような医療連携は可能です。

11 70代女性 疼痛管理、その日の体調に応じて、泊り・帰宅の柔軟な対応

- ・寝たきりの状態で退院。緩和ケアにより、疼痛コントロールと穏やかな時間を過ごすために利用
- ・疼痛の状況など体調に合わせ、急遽泊りとしたり、調子がよければ自宅へ帰るなど、日々、柔軟に対応

基本情報

世帯構成	長女、長男と同居				
介護力	主たる介護者は長女。時間帯によって介護できる人がいる。				
要介護度	要介護5				
障がい高齢者の日常生活自立度	B2 (屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体。介助により車いすに移乗する)	認知症高齢者の日常生活自立度	I (何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している)		
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・悪性胸膜中皮腫				
必要な医療処置	・看取り期のケア ・酸素療法 (酸素吸入) ・服薬管理 (含麻薬) ・疼痛の看護				
ターミナル期	ターミナル期	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		
特記事項	特になし。				

寝たきりの状態で退院。本人家族にとって、急な体調変化であり介護保険も初めての利用だった。家族はフルタイムの仕事をしており、在宅での介護力に不安のあることから、サービス利用となる。疼痛コントロールと穏やかな時間を過ごすことが目的。

<サービス提供開始直後>

長女は朝7時に出勤、夜7時頃に帰宅の生活で、日中独居状態。しかし、自宅に帰りたい。泊りはあまり利用したくないとの意向のため、日中は通いを利用し、夕食後家族の戻る時間に自宅へお送りする。長女も事業所へ寄れる際には本人と個室で夕食を一緒に食べるなど娘と共有の時間を作れるように配慮した。また、往診の際には看護師が立ち会い、自宅往診の場合は看護師が訪問し、往診前に清拭をするなど整え、医師に状況を伝え、薬の量を変えるなどのコントロールなども実施した。

<終末期>

通いや泊りの無い日も電話等で容態や服薬状況、食事状況の確認を実施。疼痛管理をしていたが、倦怠感が強く、食事量も2～3割程度だった。連泊予定でも本人の体調が良ければ家族と相談し、帰宅するなど柔軟な対応を行った。疼痛のため入浴はできなかったが、陰部洗浄、手浴・足浴、清拭、ベッド上での洗髪、美容師の娘と協力してベッド上でヘアカットするなど、本人、家族と相談し、その都度体調にあったケアを実施。最後の往診は自宅で受け、娘が作ったうどんを食べたいと、うどんを口にした。翌日具合が悪くなり、その2日後に亡くなった。最期の2日間は事業所の居室に2人の息子と娘、親しい近所の方に見送られた。

※なじみの場所、職員、住み慣れた地域だからこそ、本人・家族にとって安心して最期を迎えられる。
 ※ゆいまーでも普段から医師、薬剤師と連携しておりますので、このような医療連携は可能です。
 ※看護小規模多機能型居宅介護であるからこそ、柔軟な対応が可能です。ゆいまーでもこのような対応をさせて頂きたいと思っております。

12 60代男性 胃ろうの管理、介護者支援

- ・家族による胃ろうの管理が困難になり、同法人の小規模多機能型居宅介護から移行
- ・家族の介護力を把握しながら、柔軟に通いや訪問、泊りで支援を実施。

基本情報

世帯構成	妻、次女と同居				
介護力	主たる介護者は妻・次女。時間帯によって介護できる人がいる。				
要介護度	要介護4				
障がい高齢者の日常生活自立度	B2 (屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体。介助により車いすに移乗する)		認知症高齢者の日常生活自立度	IV(日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を必要とする)	
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・脳梗塞→左内頸動脈狭窄→内膜剥離→意識障害→左麻痺				
必要な医療処置	・胃ろう ・リハビリテーション				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性はなし		
特記事項	妻は進行性の難病で、認知機能・ADLに著しい低下がみられる。・本人は左麻痺、言語障害等の疾患を抱えており、妻は難病を抱えながらも見守りや声掛け（アー、ウーの声のトーンで表現）を行っている。 ・同居の次女は就労しており、介護を全面的に担うには不安がある。				

サービス利用開始前は、同法人の小規模多機能型居宅介護を利用し、家族が胃ろうの注入をしていた。家族が出来ない場合は、訪問看護を利用していたが、区分支給限度額基準額を超え、介護保険以外の自費で支払う月があったため、費用を捻出するため働かざるを得ない状況になった。このため、胃ろうを注入できる家族がいなくなり、サービスを開始することとなる。

<サービス提供開始直後>

- ・胃ろうの担当を朝は妻が、日中は訪問や通いのサービスで対応する。夕は訪問介護を利用する。
- ・難病の妻が担当をしているが、手順を間違えてしまうこともあるので計画的に訪問（看護）し、手順を見守り、本人の状況確認を実施。家族が不在の際は、泊りを利用する。
- ・毎日の訪問（介護）、週2日の訪問（看護）、週3回の通いを主なスケジュールとした。

<最近の状況>

- ・基本のサービスに変更はない。
- ・妻の難病も進行しているが、見守りをうけながら胃ろうはできる。
- ・本人は、片麻痺はあるが筋低下はほとんど見られず、ADLも維持できている。

妻にとっても不安時や混乱時にいつでも相談ができる場所があることで、精神的な安定につながっている。

妻の不安が強い際には緊急訪問を行っている。両親を支えている次女も就労しながら無理なく介護を行うことができている。看護・介護のサービスを使用しても**料金が一定**なので金銭的不安がない。通いも馴染みの職員が対応するので、早くなじむことができる。

※なじみの場所、職員の対応で、本人・家族にとって安心してケアを受けられる。

※ご家族を支えることも利用者の安心した生活を継続させるために大事な支援です。

13 80代女性 介護職員と看護職員の協働

- ・医療依存度の高い利用者に対し、看護職員が介護職員と一緒にケアを行い、介護職員の不安を解消
- ・家族の希望をかなえられるよう、最期は自宅に移動しての看取り

基本情報

世帯構成	娘（60代）				
介護力	主たる介護者はいない。娘は持病があり、常時の介護は困難。				
要介護度	要介護5				
障がい高齢者の日常生活自立度	C2（一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。自力で寝返りも出来ない）	認知症高齢者の日常生活自立度	III a（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが日中を中心にみられ、介護を必要とする。）		
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・アルツハイマー型認知症 ・間質性肺炎末期状態（在宅酸素使用）				
必要な医療処置	・看取り期のケア ・カテーテル（尿道留置カテーテル等） ・たんの吸引 ・ネブライザー ・酸素療法（酸素吸入） ・注射・点滴 ・創傷処置 ・服薬管理 ・疼痛の看護 ・摘便 ・リハビリテーション				
ターミナル期	ターミナル期である	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		

家族は間質性肺炎の末期症状で入退院を繰り返し、いつ呼吸が止まってもおかしくないと説明はうけていた。また娘には持病があり、ショートステイを利用しながら介護をしていた。皮膚トラブルがあり、連日処置が必要など、医療依存度が高い為、サービス利用開始となる。

<サービス提供開始直後>

- ・家族の要望もあり、泊りのサービスから開始。医療依存度が高い利用者に対し、介護職員の不安が大きかったが、看護職員と一緒にケアを行う事で、徐々に慣れていけるようにした。
- ・皮膚状態が悪い為、連日シャワーでの清潔保持を行う。また皮膚が弱いので、移乗シートを利用した。

<終末期>

- ・呼吸状態の悪化に伴い、看取り期に入る。家族と相談し、泊りサービスで対応し、最期は自宅で看取りたいとの方針で決まる。
- ・初めて看取りを経験するスタッフもいるなかで、看取りの経過を書いたパンフレットを用いて、介護職員が看取りに対する覚悟ができるような時間を持った。

・家族の体調不良もあり、家族が泊まるという形で看護小規模多機能型居宅介護で過ごし、最期の日、呼吸が止まりそうな状況で家族を呼び、その後家族の希望で看護職員付添いの元自宅へ帰り息を引き取った。

利用者にとって、医療依存度は高くとも通いや泊りを利用できることで、自宅に閉じこもる生活ではなく、社会参加が可能になり、他者との交流を図る機会を持つことができる。家族にとっては、このような利用者を自宅で看たいと思っても、家族だけでは看られないという思いがあるが、レスパイト機能があることで、施設入居を選択せず、自宅で看取ることができる。

**利用者を支え、家族を支え、事業所で、地域で支えあう。
それが「ゆいまーる」の精神です。**