

(事例1) 外出時の転倒予防のための体操と糖尿病の食事管理を開始した事例

本人(80代・女性)
夫・娘と3人暮らし

- 腰痛症、高血圧症、糖尿病、高脂血症、低栄養性下痢症、胆のう・膵臓・脾臓・耳下腺手術

要介護度(要支援2)

- 同伴前のケアプランは
 - 介護予防通所介護(歩行訓練、下肢筋力強化)
 - 総合支援事業(めじろん元気アップ体操)

現状維持・悪化予防に向けた課題

- 半年間の入院による廃用症候群の改善
- 複数の疾患に対するリスクマネジメントを行いながらの運動機能向上への支援
- 服薬状況の確認と管理への支援
- 本人の認知機能の把握と、認知機能を心配している家族への支援

同伴訪問時の訪問看護の助言内容

- ① 退院後の健康状態の観察と助言
 - 血圧、浮腫、ふらつきの有無等を観察
 - 本人へ
 - ・現在、状態が安定していることを伝える
 - 介護職員へ
 - ・支援が必要な状態、観察ポイントを説明
 - 認知機能の確認、支援
 - 本人へ
 - ・「物忘れが気になる」という発言を踏まえ認知症簡易評価テストをタイムリーに実施
- ② 適切な服薬と状態の安定に向けた看護
 - 本人の服薬と管理状況
 - 本人へ
 - ・日付を自ら書いていることを評価
 - 介護職員へ
 - ・カレンダー等に薬の置場を書くことを助言
 - 残薬の確認方法について説明・助言
- ③ 在宅リハビリテーションへの助言、指導
 - 本人の状態に応じたリハビリ・体操の指導
 - 本人へ
 - ・疾患のリスク管理を行い、自宅の椅子、壁などの室内環境を活かした実技指導
 - 介護職員へ
 - ・介護職員訪問時のリハビリへの声かけ、指導やリスク管理の方法について説明
- ④ 日常生活の看護
 - 自宅で自ら血圧・体重測定、体重管理を行えるための働きかけ
 - 本人へ
 - ・自宅にある血圧計・体重計・お茶碗を用い毎日の測定方法について説明と指導

同伴訪問後のご本人等の状況

□ 本人

- ① 現在の認知機能が確認でき、安心して日常生活を過ごすことができています。
- ② 転倒予防のため自宅でのリハビリの必要性を理解し、自宅で行える体操を開始した。
- ③ 糖尿病の悪化予防のため主食(ご飯)を適量摂取できるよう工夫を開始した。
- ④ 入院前の状態に戻り、それを維持するための療養生活への意欲が向上した。
- ⑤ 状態変化時に訪問看護を導入することを承諾できた。

※ 家族、ケアマネジャー、訪問看護は、本人の気持ちを尊重しながら、心身の状態に応じてタイムリーに対応できる体制を整えることができた。

■ 同伴後のケアプランは

- 介護予防通所介護(歩行訓練、下肢筋力強化)
- 総合支援事業(めじろん元気アップ体操)
- サロンの利用



介護保険からの卒業と悪化予防をめざした自立支援型ケアプランへ

(事例2) 独居認知症者に多職種連携で服薬管理が可能になった事例

本人(80代・女性・独居)

- 高血圧・腎疾患・貧血・アルツハイマー認知症で治療中
- 上記疾患と環境により、血圧、食事、服薬管理ができない 介護保険申請

要介護度(要介護1)

■ 同伴前のケアプランは

- 訪問介護(ホームヘルパー)
(6回/週)
- 血圧測定
- 料理、食事介助
- 服薬の準備、確認
- 通所介護(2回/週)
- 居宅管理指導(薬剤師1回/月)

現状維持・悪化予防に向けた課題

- 認知症のため、服薬が不確実で血圧が安定しない。
- 調理は行うも味覚が劣り、減塩できない。
- 独居である。家族が遠方に居住しており、支援が受けにくい。
- 居宅管理指導(薬剤師)を利用しているがうまく活用できていない。

同伴訪問時の訪問看護の 助言内容

①健康状態の観察と助言

- 本人を観察し、ヘルパーが血圧測定
→介護職員へ 血圧記録の工夫を助言

②治療促進、検査、服薬への看護

- 本人の服薬状況と血圧の関連性を判断
→介護職員へ 本人に応じた服薬方法の工夫
→主治医へ 服薬状況について説明し、服薬時間の変更(昼→夜間)

③療養環境改善への助言、指導

- 本人の服薬状況を多職種で協議
→薬剤師へ 服薬の飲み合わせ時間の確認
薬剤の一包化
→家族へ 夜間の服薬を毎日電話で確認
→介護職員へ 服薬終了の薬の空袋確認

④日常生活の看護

- 自ら調理をする際の、減塩方法について検討
→介護職員へ 本人が減塩を意識できる声かけや張り紙の内容を助言

同伴訪問後のご本人等の状況

□ 本人

- ① 家族の声かけで、腎疾患の治療薬の夜間の服薬が確実にになった。
- ② 家族は、本人に電話を入れることで、本人との介護の絆ができる。
- ③ 多職種連携で在宅療養継続への意欲が向上した。

■ 同伴後のケアプランは

- 訪問介護 (6回/週)
- 通所介護 (2回/週)
- 居宅管理指導 (1回/月)



自立支援型ケアプランへ

(事例3) 訪問看護の助言により、適切な生活支援や生活習慣の改善につながった事例

本人(80代・女性・長男・孫と同居)

- 心不全・狭心症・胃癌術後・鬱状態・変形性膝関節症にて通院中
- 歩行状態が悪くふらつきあり、リハビリ希望で介護保険申請

要介護度(要支援1)

- 同伴前のケアプランは
- 通所リハビリテーション(1回/週)

※訪問介護導入予定

現状維持・悪化予防に向けた課題

- 心不全・狭心症があるが、**服薬が確実に行えていない**。近々ヘルパーが開始されるにあたり、安全に支援が行えるよう、症状の有無や程度、通院時の検査データ等、**医療的なアセスメントを行う必要**があった。
- 同居家族がいるが食事は一人で食べるが多く、**不規則な食生活から、低栄養・貧血をきたしている可能性**があった。

同伴訪問時の訪問看護の助言内容

①健康状態の観察と助言

- バイタルチェックを行い、狭心症症状を確認
→本人・家族へ
 - ・貼薬を確実に使用すれば大丈夫と伝え、貼り方や部位を丁寧に説明。
 - ・病院での検査結果をもらうよう依頼。
 - ・その他、日常生活に関する助言(食事・水分摂取やうがい・手洗い等)
- 介護職員へ
 - ・ヘルパー訪問時や通所時にバイタルチェックを行うこと、測定結果は受診時、主治医に提示できるように記録することを助言
 - ・受診時の検査データは悪化していないか継続的に確認することを助言
 - ・その他、ヘルパー訪問時に必要な観察項目について助言(服薬、食事、水分摂取、排泄、感染予防等)

②治療促進、服薬への看護

- 服薬状況の確認と助言
→本人・家族へ
 - ・飲み忘れを防ぐよう服薬管理の工夫の仕方(日付の記入やウォールポケット)を提案

③療養環境改善への助言

- 浴室環境の把握、安全に入浴するための方法検討
→本人、家族、介護職員へ
 - ・状態維持のための福祉用具の利用を提案

同伴訪問後のご本人等の状況

□ 本人

- ① ひとりでも毎日きちんと**服薬ができる**ようになり、状態安定。ヘルパー訪問時に継続して血圧を測定し、確認している。
- ② 全般的に**意欲が向上**、前向きになった。
- ③ 家事やリハビリ等を積極的に行うようになり、**歩行や動きが改善**。ヘルパー訪問時の調理と食事や、1日2回の自宅でのリハビリを自ら進んで行っている。
- ④ 活動量が増加したことで、**食事量が増え、体重も増加**、健康的になった。

服薬や運動、規則正しい食習慣が当たり前のこととして習慣化され、健康的で元気に毎日を過ごされている。

■ 同伴後のケアプランは

- 訪問介護(2回/週)
- 通所リハ(1回/週)



(事例4) 訪問看護の導入により適切な受診と夫の介護負担軽減につながった事例

本人（70代・女性） 夫と2人暮らし

- ▶ 不明熱（複数回）、腰痛症、本態性高血圧症、高コレステロール血症（歯槽膿漏治療）

要介護度（要支援1）

■ 同伴前のケアプランは

- 介護予防通所介護（週1回）
- 医療リハビリ（物理療法）（週1回）

現状維持・悪化予防に向けた課題

- 何らかの症状が出現するたびに**重複多受診を繰り返す**
- **認知機能の確認と専門医への受診勧奨が必要**
- 多受診に伴う服薬内容の確認・**適切な服薬管理**
- 在宅での運動機能向上の取組への支援、リスク管理
- **夫の介護疲労の軽減、緩和**

同伴訪問時の訪問看護の 助言内容

①健康状態の観察と助言

- ▶ 本人の訴えと症状を詳細に把握
 - 本人へ
 - ・本人の主體的な症状と、訪問看護が把握した客観的な症状を伝え、本人の安心感を増加
 - 介護職員へ
 - ・本人の訴えだけでなく、表情・顔色等から状態を把握するための観察ポイントを説明

②適切な治療、検査、服薬への看護

- ▶ 各医療機関からの投薬内容を確認し、適切な服薬に向けて本人へ説明・助言
 - 本人へ
 - ・薬の重複投与があるため、服薬が望ましい薬、服薬時間を説明
 - ・薬手帳の確認と、次回受診時に主治医へ投薬内容の相談を助言
 - ・認知機能把握のため、自宅でスクリーニングテストを実施

③日常生活の看護

- ▶ 自宅でできるリハビリ・体操の実地訓練
 - 本人へ
 - ・痛みの改善に向けた体操方法の説明と実施方法の確認

④介護者の相談対応とねぎらい

- ▶ 介護者の悩みと負担感の軽減への対応
 - 介護者へ
 - ・本人への支援における悩みと改善可能な方法を一緒に検討
 - ・介護者の心身の状況把握、ねぎらい

同伴訪問後のご本人等の状況

□ 本人

- ① 不定愁訴、症状不安定にて重複多受診であったが、訪問看護の正式導入により症状出現時に受診前の相談対応が可能となり、適切な受診・治療につながる
- ② 服薬の種別・投与量・置き場を理解し、適切な服薬につながる

□ 介護者

- ① 訪問看護の正式導入により、介護者の心身の負担感が軽減し、介護の継続への意欲が向上

※訪問看護による24時間体制での相談・ケアの開始により、本人・夫の安心感が増し、在宅での継続療養への意欲と実施に寄与

■ 同伴後のケアプランは

- 介護予防通所介護（週1回）
- 医療リハビリ（物理療法）（週1回）
- 訪問看護（週1回）



在宅療養継続に向けた自立支援型
ケアプランへ

(事例5) 多職種連携により独居脳出血後遺症者の通所リハビリ利用につながった事例

本人(60代・男性・独居)

- 高血圧・脳出血後遺症で左半身麻痺で治療中
- 上記疾患により、病院で8ヶ月間リハビリを行い、退院後リハの継続ができない
- 生活習慣が不規則、体重がコントロールできない 介護保険申請

要介護度(要支援1)

■ 同伴前のケアプランは

- 訪問介護(ホームヘルパー)
(2回/週)
- 血圧測定
- 料理、食事介助
- 掃除

現状維持・悪化予防に向けた課題

- リハビリの中断と不規則な生活習慣から体重コントロールができず、体重のオーバー状態
- 服薬は処方されているが、指示どおりに服薬しない。
- 脳出血の再発の危険がある。
- 独居であり、闘病の意欲がない。
- 禁煙できない。(1日に40本喫煙)

同伴訪問時の訪問看護の助言内容

①健康状態の観察と助言

- 血液検査データ、脂肪肝、糖尿病の有無を含め全身状態を観察し、脳出血再発予防に向けた課題を整理
- 本人へ

- ・現在の生活と疾患の関連について説明。
- ・通所リハ利用を提案し意向を確認

②治療促進、検査、服薬への看護

- 本人の服薬状況と血圧の関連性を判断
- 主治医へ
- ・服薬状況を報告し、薬の整理を相談
- ・リハビリ再開に向け、諸検査と指示を確認
- 本人へ 薬の作用及び必要性を説明

③療養環境改善への助言、指導

- 本人及び介護職員へ
- ・自宅でもリハビリが継続できるよう環境整備に向けた助言

④日常生活の看護

- セルフ Medikation(※)の意識を高めるための方法を検討
- 本人へ

- ・本人の生活食事について、食べたものを記録し、食事内容の確認を確認
- ・喫煙について、減数し禁煙への努力

→介護職員へ

- ・本人のセルフ Medikationの意識を高めるための声かけ内容を助言

→通所リハ職員へ

- ・適宜運動機能評価の実施しリハビリの成果を本人へ伝え、意欲を継続させるよう助言

同伴訪問後のご本人等の状況

□ 本人

- ① 通所リハに積極的に参加するようになった
- ② 自宅でもリハビリに積極的に取り組む
- ③ 薬が整理され、確実に服薬できるようになった
- ④ 毎日の生活が意欲的になる
- ⑤ 禁煙は、通所リハの参加時はできるが、自宅では喫煙は持続している
- ⑥ 食事の見直しはできていない

■ 同伴後のケアプランは

- 訪問介護 (2回/週)
- 通所リハ (1回/週)



自立支援型ケアプランへ

※セルフ Medikation: 自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること

(事例6) 褥瘡は治らないと諦めていたが治り日中活動量がアップした事例

本人 (70代後半・男性・妻と2人暮)

- じん肺、呼吸不全、虚血性心疾患、後縦靭帯骨化症、視力低下 (黄斑色素変性・白内障)、数年来の殿部褥瘡
- 呼吸苦、動悸、四肢しびれ、ふらつき、食事の呑み込み難さあり
- 緊急用に自宅酸素あり

要介護度 (要支援2)

■ 同伴前のケアプラン

- 福祉用具 (歩行器・除圧クッション) 貸与

現状維持・悪化予防に向けた課題

- 3医療機関(4科) 受診 10種以上の服用 (抗不安薬・眠剤含)
- 数年来の殿部褥瘡があり姿勢保持が苦痛 (ケアマネに創部を見せない) 治らないものと本人・家族も諦めていた
- 立ち上がり困難な座面の低い椅子使用
- 呼吸苦と動悸により、日中居間に座ることが多く、意欲低下も見られる
- 入浴は妻の介助で月1回程度、清拭週2~3日 (妻は変形性膝疾患、転倒により骨折数回)

同伴訪問時の訪問看護の 助言・実施内容

- ① 褥瘡・健康状態の観察、保清への援助
 - 褥瘡観察
 - 入浴による褥瘡改善効果説明 (褥瘡用テープの紹介)
 - 本人が入浴をためらう要因把握
 - 安心して入浴できることを支援 (前後の健康観察・入浴介助等)
- ② 本人・家族の病識確認
 - 主治医の指示事項のフィードバック (呼吸器・循環器的に活動量を上げた方がよいこと、白内障の手術もOK)
- ③ 療養環境改善への助言・指導
 - 健康状態に合致した福祉用具の選択 (立ち上がり容易な椅子について福祉用具業者への助言)
- ④ 日中活動量を上げるための工夫
 - 入浴頻度を上げて活動量アップ
 - 下肢等筋力・握力アップ運動の紹介
- ⑤ セルフケア力を上げる助言
 - 自己血圧測定のタイミング
 - 服薬を容易にする工夫



自立支援型ケアプランへ

同伴訪問後のご本人等の状況

□ 本人

- ① 歴代担当ケアマネに見せなかった褥瘡を初回訪問時に訪問看護師に見せる。
 - ② 継続的に訪問看護が入ることを了解
 - ③ 入浴をためらう気持ちの表出
 - ④ 訪問看護師の声かけで、安心して入浴
 - ⑤ 睡眠の質向上
 - ⑥ 状態に応じた福祉用具により、姿勢保持・移動が容易になり活動量増加
- ※ 貸与椅子にマッチしたテーブル・握力アップのためのボールを自費 購入
- ⑦ 自ら介護予防に取り組む (下肢筋力・握力アップの体操実施)

□ 家族

- ① 入浴は面倒くさいからではなく、入浴時の死亡 (ヒートショック) への恐怖であることを知る
- ② 本人の転倒時、支えられず共倒れになると不安を感じながら介護していたので、安心

■ 同伴後のケアプランは

- 訪問看護 (週1回)
- 福祉用具貸与追加 (座面可動式椅子)

本人・家族・ケアマネを悩ませていた褥瘡が治ったことへの驚きと喜び! (本人・家族・歴代ケアマネ)

訪問看護って寝たきりのような病気の重い人に行くものと思いついてた。訪問看護に来てもらって本当に良かった! (本人・家族)