

平成23年度

24 時間定期巡回・随時対応 訪問介護モデル事業報告書

平成24年3月

社会福祉法人 小田原福社会

24時間対応定期巡回・随時対応サービスモデル事業報告書

1 モデル事業の目的

在宅の要介護者に対し、介護と看護の連携のもとで、24時間対応の定期巡回サービスと通報システムによる随時対応サービスを適宜、適切に組み合わせて提供し、高齢者が住み慣れた地域の在宅で、安心して生活を継続するための、効果的な訪問介護サービス提供のあり方について検証を行う。

① これまでの訪問介護の現状

- ・訪問介護は報酬が出来高払いであり、利用者負担が大きい。
- ・現状では、全国平均1日0.6回の僅かなサービス利用である。
- ・体調の不安・不眠などの、精神的な不安に対する支援ができない。
- ・現行の「緊急時訪問介護」は、連絡があってから24時間以内の訪問でよく、緊急事態に対応するサービスではない。
- ・また、「緊急時訪問介護」は身体介護サービスのみに限られている。
- ・ケアプランに無い生活援助サービスの提供は、介護保険外で自費負担となる。
- ・「24時間対応」できる訪問介護事業所はきわめて少ない。
- ・勤務条件に適合できるヘルパーの確保が困難。

② これまでの訪問介護から見えている課題

- ・24時間の安心を保障するサービスが受けられない。
- ・訪問介護は回数に制限があるため、家族の負担軽減を解消するには、通所介護や短期入所の利用が中心にならざるを得ない。
- ・1日複数回の訪問が難しいため、状態が重くなると施設入所指向にならざるを得ない。
- ・本人の意向よりも家族の意向が優先されている。
- ・限られた人員のヘルパーの有効活用ができない。

これまでの訪問介護は、上述した現状のもとで多くの課題を抱えており、その解決をはかるため、1日複数回、定期的に巡回訪問して必要な介護サービスを提供し、24時間の通報システムと随時対応により、在宅療養の限界点を高め、単身重度の要介護者であっても在宅生活を可能にする、新たな訪問介護看護サービスの提供を試行した。

2 モデル事業の利用者に関する事項

(1) 要介護度等の変化

- ・モデル事業実施期間において、認定更新の対象者が6名あったが、全員変更なしであった。(8 ページ No.3.7.11.13.21.25) また、区分変更の対象者1名は要介護3から要介護5に変更となった。(8 ページ No.15)
- ・障害高齢者の日常生活自立度が向上した者 10名
(8 ページ No.4.8.11.13.19.20.23.25.27.28)
- ・認知症高齢者の日常生活自立度が向上した者 5名
(8 ページ No.3.4.17.20.27)

(2) 本事業におけるサービス利用の継続の希望 (家族の希望も含む。)

- ・8 ページ参照

(3) 終結者の理由

理由	内容	備考 8 ページ参照
グループホーム入所	家族都合により自宅売却。認知症あり。	別紙No.2
アセスメントより	1 か月間の訪問により薬の管理が出来るようになる	No.5
介護拒否	一日に複数回の訪問にストレスが溜まり自宅に入る事を拒否	No.6
グループホーム入所	不安が強くなり近隣よりクレームが出た為	No.8
体調回復	肺炎による体調不良が回復し、家族介護が可能となる	No.12
家族不在時の利用	同居家族が旅行で不在時の利用であった	No.18
家族対応	別世帯の娘家族と同居になり家族対応可	No.19
他サービスにて対応	配食サービス開始にて食事対応	No.27
特養入所	介護者に認知症あり。虐待ケースと判断	No.29
入院	3名	No.10.22.24
入院後病院にて永眠	3名	No.1.4.9.
自宅にて永眠	3名	No.14.15.16

3 定期巡回サービスに関する事項

(1) 実利用者数・要介護度・平均要介護度

・8, 9 ページ参照

平成 23 年 3 月～平成 24 年 2 月 実利用者総数 31 人 (男性 11 人 女性 20 人)

要介護度別割合

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
人数	9 人 (29%)	7 人 (22.5%)	7 人 (22.5%)	4 人 (13%)	4 人 (13%)	31 人

世帯別割合

世帯	独居	日中独居	老々	日中老々	同居	合計
人数	18 人 (58%)	2 人 (7%)	1 人 (3%)	6 人 (19%)	4 人 (13%)	31 人

年齢別割合

年齢	65～75	76～80	81～85	86～90	90以上	合計
人数	5 人 (16%)	7 人 (22.5%)	7 人 (22.5%)	8 人 (26%)	4 人 (13%)	31 人

(2) 月訪問回数・一日あたり訪問回数

・9 ページ参照

(3) 1 件当り要した滞在時間等

	平均滞在時間	最長滞在時間	最短滞在時間	平均移動時間
時間	13.1 分	30 分	5 分	7.8 分
内容	3 月～2 月の平均	排泄介助・更衣	服薬介助	地図参照

4 随時対応サービスに関する事項

連絡のあった時間帯・内容および講じた措置

- ・ 10、11 ページ参照

随時対応時間帯別割合

時間帯	6:00～8:00	8:00～13:00	13:00～18:00	18:00～22:00	22:00～6:00	
通報回数	2回	18回	6回	2回	9回	37回
出動回数	2回 (13%)	9回 (56%)	1回 (6%)	1回 (6%)	3回 (19%)	16回

5 事業全体に関する事項

(1) 事業の実施に当たり特に留意したこと

- ・ 利用者及び家族・ケアマネジャーに対し、ケアの時間についての説明
訪問時間が多少ずれることがあることや、提供時間はおおよそ予測するが、実際にかかった時間となりケアが終了次第退出すること等を理解してもらった。
- ・ 状況によってケアの時間が15分以上になっても、必要なケアは行うことを利用者及び家族、ケアマネジャーに説明するなど、これまでの滞在型の訪問介護との違いを納得して貰えるよう留意した。
- ・ 随時対応に対して即応する必要性があるため、事業所の拠点から30分以内での移動距離の範囲において実施することとした。
- ・ ヘルパーの意識転換について。
これまでの長い間に身につけて来た、訪問開始時間やケアに要する時間が、一律ではないことを事業内容から理解してもらった。
- ・ 効率的な移動ルートの確保のため、訪問介護員の判断で巡回の訪問順の変更を可能とした。(A→B→C→D ⇒ B→C→A→D)
- ・ 2012年4月以降の対応について
訪問介護事業所が2事業所訪問している利用者に対し、4月以降は定期巡回を選択する場合は1事業所になること、また、4月以降はこれまでの「訪問介護」と「定期巡回」の同時利用は出来ないことを説明した。

(2) 事業の実施により得られた効果等

① 自立支援

- ・服薬管理を1ヶ月の間、本人と共に行い、一人で出来るという自信が持てて自立することができた。
- ・以前は1日に1回の訪問介護の利用であったが、モデル事業により3回の訪問となり、オムツ交換ではなくトイレ誘導ができたことで自立してトイレに行くことが出来るようになり、本人の意識向上と身体の清潔の保持ができるようになった。

② 体調の改善

- ・毎年、暑くなると脱水を起こし入院を繰り返していたが、今年は訪問時にこまめに水分補給をすることが出来、入院せずに自宅で過ごすことができた。

③ 在宅生活の継続

- ・同居の家族が旅行で留守にする間、家族は短期入所の利用を考えていたが、ご本人は拒否していた例では。今回の巡回訪問で家族は安心して外出ができ、何よりご本人の意向にそった自宅での生活を送ることができた。
- ・訪問する時間を少しずつずらしたことで、自宅での一日の生活リズムが把握でき、デイサービスに行きたくない理由を把握することができた例。(いつもなら寝ている時間に起こされ、出かける準備をしなければいけなかった。)実際に訪問しながらサービス提供のタイミングを決定することができた。
- ・医療関係者から「家族の介護力を考えると在宅生活は無理でしょう」と言われていたが、1日に必要な回数の訪問ができるため、家族は安心して退院することを決めた例。なお、退院直後は訪問回数を増やして対応した。

④ 医療との連携

- ・随時対応の訪問時に、本人の状態を細かく観察できたため、ケアマネジャー・医師へ状態変化の報告ができ、処方薬の変更により症状が緩和された例。
- ・訪問看護師とヘルパーが同時刻で訪問することで、援助中に気を付けなければいけないことや、注意点を伺うことができた。顔の見える関係が出来たことで電話連絡も密に行えるようになり、訪問中に変化があったときには、ヘルパーから直接訪問看護師へ連絡し早急な対応ができるようになった例。

- ・看取りのケースについては、介護と看護の電話だけのやりとりになってしまうと、家族が「蚊帳の外」になってしまうため、家族を介して可能な内容については伝言を頼むなど工夫をした。

⑤ 自立度の向上

- ・頻回の訪問により、トイレ誘導などの日常生活の中でのリハビリによりADLが向上したと考えられる例。
- ・体調不良の原因がわからず意欲もなく笑顔もなかった方が、随時コールによって体調不良の内容が細かく分析でき、処方薬の改善により、通院時の帰りに外食を楽しんだり、笑顔で話をされるようになった例。
- ・転倒を繰り返しているご利用者に1日3回訪問することによって、転倒の場所やその時の状況を詳しく聞くことができ、ケアマネジャーへ報告し適切な住環境の整備が出来たことで、自宅内の移動が一人で可能となった例。
- ・人との頻回な接触や会話などにより、日常の不安を除去したり、脳の活性化を図ることができ、認知症の症状の改善が可能と考えられる例。

⑥ 自宅での看取り

- ・モデル事業実施期間中、3名の方を自宅で看取ることができた。2名は同居家族が居られたため、排泄介助・水分補給が主な援助内容であった。ご家族にも役割を持って頂くことで、『最期まで自宅で看取れた』という充実感があつたと考えられる例。

ご家族からは「この巡回サービスがなかったら自宅で看取れなかった」、「床ずれを作らずに最期までいられたのは、看護師さんとヘルパーさんのお蔭」と感謝の言葉を頂いた。実際訪問しているヘルパーも、本人・家族の希望を叶える援助ができたという充実感があつた。

⑦ ヘルパーの資質向上

- ・利用者の一日の生活に複数回継続的に係わることで、訪問時間の変更やケア内容の変更を提案できる力がつき、専門性の向上にもつながり、やりがいを感じられている。

(3) 今後の課題

① 地域との連携

・ADLの向上に伴い、行動範囲が広がったが、一人で家に居るのが不安で日に何回も近隣の家に行き、近所の方の苦情もあってグループホームへ入所された方がいる。1日複数回訪問しても介護保険だけでは補えきれないところがあるので、地域の協力や連携がなければ支えきれないのが現状。地域の理解を深めて頂くための工夫が必要であると考ええる。

② インフォーマルサービス

・身体介護サービスを中心とした一日複数回のサービスということで、生活援助のサービスの訪問も一体的に提供されるが、全てを訪問介護で支えることは人員を有効な活用という点で考えると難しいところである。配食サービスや食材の配達など、インフォーマルサービスの利用も必要と考える。

③ 訪問看護の役割

・訪問看護の月定額の単位数で考えると、1週間に1回1時間の訪問でも通常の訪問看護より低額になってしまう。ヘルパーが対応できる内容は、看護師の指導を得ながら移行することにより、ヘルパーの技術向上にもなり、訪問看護の有効な人員の活用が出来るのではないかと考えられる。

24時間巡回型訪問サービス 利用者一覧表

平成23年3月1日～平成24年3月31日

	利用者	年齢	介護度		①	②		③		疾患名	看護利用	備考
			開始時	終了時		開始時	3月末又は終了時	開始時	3月末又は終了時			
1	■	■	5	5	同	C1	C1	Ⅲb	Ⅲb	糖尿病・脳梗塞	○	3/1～開始 5/1入院(肺炎)～6/18退院 7/6入院 1/20永眠
2	■	■	3	3	独	J2	J2	Ⅱa	Ⅱa	認知症	×	3/1～開始 6/15終結 自宅売却に伴いGH入所
3	■	■	3	3	同	A2	A2	Ⅱa	I	認知症	×	3/1～開始
4	■	■	4	4	同	B2	A2	Ⅳ	Ⅲb	認知症・高血圧	○	3/1～開始 5/25入院(蜂窩織炎)7/18永眠
5	■	■	1	1	独	A2	A2	自立	自立	脳梗塞・大腸癌	×	3/5～開始3/31終了
6	■	■	2	2	独	A2	A2	I	I	認知症	×	3/1～開始 9/30終了
7	■	■	1	1	独	J2	J2	自立	自立	不安神経症 頸椎性脊髄症	×	3/1～開始
8	■	■	3	3	独	A1	J2	Ⅲa	Ⅳ	認知症	○	3/1～開始 4/2終了GH入所
9	■	■	3	3	独	A2	C2	Ⅱa	Ⅲa	統合失調症	○	3/1～開始 6/18入院(肝膿炎)7/12退院 8/25入院 10/31永眠
10	■	■	1	1	独	A2	A2	Ⅱb	Ⅱb	認知症・狭心症	×	3/7～開始 3/9入院(心不全)
11	■	■	3	3	独	A2	A1	Ⅱa	Ⅱa	アルツハイマー型認知症	×	3/21～開始
12	■	■	4	4	同	C1	C1	I	I	脳梗塞	○	3/30～開始 4/6終了体調回復家族対応
13	■	■	2	2	独	B1	A1	自立	自立	うつ病	×	5/1～開始
14	■	■	2	2	独	B1	B1	I	I	肺癌	○	5/1～開始 5/17永眠
15	■	■	3	5	同	C2	C2	Ⅲa	Ⅲa	脳血管性認知症	○	5/24～開始 9/18永眠
16	■	■	4	4	同	C1	C2	Ⅲa	Ⅲa	老衰	○	6/1～開始 11/14永眠
17	■	■	1	1	独	J2	J2	Ⅱb	Ⅱa	アルツハイマー型認知症	×	6/12～開始
18	■	■	1	1	同	自立	自立	自立	自立	狭心症	×	6/22～6/28利用 (家族が旅行で不在の間ののみ)
19	■	■	1	1	独	A2	J2	Ⅱa	Ⅲa	大腸癌・高血圧	×	7/11～開始 8/31終了
20	■	■	3	3	独	A2	A1	I	自立	腰椎圧迫骨折	×	7/9～開始
21	■	■	2	2	独	J2	J2	I	I	C型肝炎・肝性脳症	○	8/5～開始 8/8入院 8/26退院 12/21入院 1/10退院 2/15入院
22	■	■	5	5	同	C1	C1	Ⅲb	Ⅲb	横行結腸癌	○	10/12～開始 11/21入院
23	■	■	2	2	独	A2	A1	Ⅱa	Ⅱa	認知症	×	11/3～開始
24	■	■	2	2	独	A1	A1	Ⅱa	Ⅱa	くも膜下出血後記憶障害	×	11/17～開始 12/23入院
25	■	■	3	3	同	C2	C1	I	I	大腸癌	○	11/25～開始
26	■	■	1	1	独	A1	A1	自立	自立	肺癌	○	12/6～開始
27	■	■	1	1	独	B1	A1	Ⅱa	I	後縦靭帯骨化症	×	1/18～開始 訪問介護と配食にて対応可と判断
28	■	■	2	2	同	B2	A1	I	I	腰椎圧迫骨折	×	1/6～開始 1/26～2/19リハ入所
29	■	■	4	4	老	B2	C1	Ⅲb	Ⅲb	アルツハイマー型認知症	×	2/1～開始 2/18特養入所(虐待ケースと判断)
30	■	■	1	1	同	J2	J2	Ⅲa	Ⅲa	認知症	×	2/1～開始
31	■	■	5	5	同	C1	C1	Ⅳ	Ⅳ	肺癌	○	2/22～開始 3/28入院
32	■	■	4	4	同	C2	Ⅳ	C2	Ⅳ	多臓器不全	×	3/7～開始 3/13 永眠
33	■	■	2	2	独	A2	I	A2	I	認知症	×	3/1～開始
	平均	88.5	2.5	2.6								

- ① 世帯状況 独:独居 老:老々 同:子の家族と同居
- ② 障害高齢者の日常生活自立度
- ③ 認知症高齢者の日常生活自立度

月別利用者一覧表

平成23年3月1日～平成24年3月31日

	利用者	月訪問回数												端末	巡回時ケア内容※	
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月			3月
1	■	63	63	2	38	21	/	/	/	/	/	/	/	/	○	排泄・水補・口腔ケア
2	■	58	53	49	49	/	/	/	/	/	/	/	/	/	○	服薬
3	■	84	86	81	78	86	77	79	86	82	81	85	81	81	○	排泄・服薬
4	■	141	152	120	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	○	排泄・食事
5	■	33	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	×	服薬
6	■	58	58	66	61	62	62	60	/	/	/	/	/	/	○	排泄
7	■	58	56	57	57	57	58	56	57	56	58	59	58	62	○	服薬
8	■	76	5	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	○	食事・排泄
9	■	101	97	93	55	76	86	/	/	/	/	/	/	/	○	排泄・服薬
10	■	6	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	○	食事・服薬
11	■	32	86	86	79	124	120	120	124	114	108	104	100	106	×	食事
12	■	19	31	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	×	排泄
13	■	/	/	92	97	92	92	88	90	86	74	93	86	93	○	排泄・食事
14	■性	/	/	24	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	○	排泄・水補
15	■性	/	/	25	92	88	94	56	/	/	/	/	/	/	○	排泄・水補
16	■性	/	/	/	84	85	84	81	83	36	/	/	/	/	×	排泄
17	■性	/	/	/	14	21	22	24	31	30	31	29	29	31	○	服薬
18	■性	/	/	/	10	/	/	/	/	/	/	/	/	/	×	服薬
19	■性	/	/	/	/	56	93	/	/	/	/	/	/	/	×	服薬・水補
20	■性	/	/	/	/	40	47	44	44	40	31	50	38	43	○	食事・服薬
21	■性	/	/	/	/	/	20	86	90	89	56	63	42	120	×	食事・服薬
22	■性	/	/	/	/	/	/	/	41	19	/	/	/	/	×	排泄
23	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	33	34	39	37	35	○	食事・水分
24	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	30	42	/	/	/	×	服薬
25	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	12	63	60	38	65	×	排泄・服薬
26	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	/	28	34	37	39	○	HOT確認
27	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	22	/	/	×	食事
28	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	60	12	32	○	排泄・食事
29	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	83	/	○	排泄
30	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	60	62	×	排泄・服薬
31	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	30	62	×	排泄
32	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	16	×	排泄
33	■性	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	62	×	食事・排泄
月合計訪問回数		729	687	695	714	808	855	694	646	627	606	698	731	909		
月平均訪問回数		23.5	22.9	22.4	23.8	26.1	27.6	23.1	20.8	20.9	19.5	22.5	25.2	29.3		
実利用人数		12名	10名	11名	12名	12名	12名	10名	9名	12名	11名	12名	14名	15名		

※ 安否確認・体調確認・環境整備 毎回あり

随時対応サービス内容一覧表

平成23年3月1日～平成23年6月30日

月	通報時間	コール内容	連絡に対して講じた措置
3月	11:00	排泄の失敗。オムツ交換の依頼	待機のヘルパー15分後到着。排泄介助
	10:00	ベッドから降りてしまい戻れなくなった。	巡回のヘルパー5分後到着。立位介助
4月	9:30	応答なしのため訪問	待機のヘルパー15分後到着。電話と間違えて押した様子。介護者より、今後緊急の時は介護者が連絡するので応答がないときには出動はなしとなる。
5月	2:20	誤報	
	12:30	誤報	
	16:40	誤報	家族からのコールではないため、誤報と判断。介護者より端末は外したい希望あり、緊急の時は家族からの電話連絡で対応することとなる。
	10:45	誤報	
	9:20	誤報	
	10:25	誤報	
	8:11	オムツ交換してほしい	間もなく巡回の訪問ため緊急出動せず
	11:56	トイレで立ち上がれなくなった	間もなく巡回の訪問ため緊急出動せず
	11:20	気分不快、頭痛、嘔気の訴え	待機のヘルパー8分後到着。立位介助・体温測定 体温37.4℃ 水分多めにとるように説明
	3:15	誤報	
	13:00	お昼を食べていない	待機のヘルパー10分後到着。排泄・食事セット・水分補給 通院のため訪問中止になっていたが、ご家族の都合で通院が中止になっていた。
6月	8:00	膝が曲がらず椅子に座れない。	間もなく巡回の訪問ため緊急出動せず
	10:00	後ろの椅子が見えなくて怖くて座れない	待機のヘルパー14分後到着。座位介助
	11:30	足が棒のようで動かなくて倒れそう。	待機のヘルパー14分後到着。トイレ誘導・座位介助
	14:20	足が痛くて座れない	待機のヘルパー14分後到着。トイレ誘導・座位介助
	10:00	足が痛くて倒れそう	待機のヘルパー15分後到着。トイレ誘導・座位介助

随時対応サービス内容一覧表

平成23年7月1日～平成24年2月29日

月	通報時間	コール内容	通報に対して講じた措置
7月	22:20	誤報	
	16:50	ケアマネジャーに連絡がとりたい	ケアマネジャーから連絡を入れる旨を伝える
	4:10	誤報	
	18:35	足が痛くて動けない	待機のヘルパー23分で到着 トイレ誘導 座位介助
	10:45	ケアマネジャーに連絡がとりたい	ケアマネジャーから連絡を入れる旨を伝え終了
	23:20	誤報	
8月	7:45	膝が曲がらずに椅子に座れない	間もなくヘルパーが訪問する旨を伝える
	13:20	誤報	
9月	15:05	明日の配食を断るのを忘れた	事業所から中止の連絡をしておく旨を伝える
10月	18:15	巡回の人がまだこない	間もなくヘルパーが訪問する旨を伝える
11月	3:45	なんだかよくわからなくなった。	2分ほど会話して、ご本人より「大丈夫、もう寝るわ」と言われ終了する
12月	3:10	応答なし	折り返しの電話をするが応答なし。待機ヘルパー25分後到着。喉の苦しみと吐き気の訴えあり。バイタルチェック。水分補給すると本人落ち着いたため退出
	4:45	助けて。すぐに来て。	こちらからの問いかけに回答せず、「すぐに来て」との事。21分後待機ヘルパー到着。酸素吸入器のマスクが外れた状態にあり、意識が朦朧としていた。すぐにマスク装着し様子を見る。しばらくし落ち着かれた。
1月	8:20	電気がつかない。寒くて体が動かなくて起き上がれない	7分後待機ヘルパー到着。電気アンカが入っていなかったため、体が冷えていた。コンセント入れて部屋を暖める。水分をセットし退出。
	7:35	停電ですか？電気が消えて酸素が止まってしまったのですぐに来て欲しい。	20分後待機ヘルパー到着。椅子に座り携帯用の酸素ボンベ使用している。ブレーカーが落ちていたため復旧し、酸素本体の電源を入れ携帯用から取り換える。
	1:15	応答なし	折り返しの電話にて連絡。「苦しい」と訴え。13分後待機ヘルパー到着。酸素チューブから2ヶ所エア漏れあり。ガムテープにて応急処置。
2月	10:20	ヒーターをつけたら火がおかしくなっている。早く来てほしい	10分後待機ヘルパー到着。ヒーターは切れている。一度コンセントを抜き点火。異常なし。
	10:45	ヒーターがおかしい気がする。	息子様に連絡する旨伝える。

参考資料

- ・モデル事業サービス提供事例(3例)のサービス提供票
- ・障害高齢者の日常生活自立度判定基準
- ・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
- ・24年1月26日付 モデル事業に関する「読売新聞全国版掲載記事」
- ・24年3月5日付 モデル事業に関する「時事通信社 解説特信記事」
- ・24年4月1日付 モデル事業に関する「朝日新聞神奈川版掲載記事」

事例2 O様 ████████ 要介護3 老々世帯 現病名:顕微鏡的多発性血管炎(難病)

立位や歩行はできるが、長期入院により見守りがないと転倒の危険がある。

夫と二人暮らしも、夫は朝4時から昼過ぎまで就労している。起床後と朝食後の服薬が難病のため必要。

食事摂取量の低下が見られ、夫以外の他人の声掛けで摂取することがある。

	3月2日(月)	3月3日(火)	3月4日(水)	3月5日(木)	3月6日(金)	3月7日(土)	3月8日(日)	備考	
7:00	服薬介助・洗面 食事セット	服薬介助・洗面 食事セット	服薬介助・洗面 食事セット	服薬介助・洗面 食事セット	服薬介助・洗面 食事セット	服薬介助・洗面 食事セット	服薬介助・洗面 食事セット	起床時の服薬介助 洗面時立位見守り 朝食セット	
8:00									
9:00	食事・服薬確認	通所介護	食事・服薬確認	食事・服薬確認	食事・服薬確認	通所介護	食事・服薬確認	食後の服薬確認 服薬忘れがある 食事の声かけ	
10:00									
11:00	排泄見守り		排泄見守り	排泄見守り	排泄見守り		排泄見守り	排泄見守り	排泄の声かけ
12:00									夫婦宅時間
13:00									
14:00			訪問看護師訪問					2週に1度連携先 訪問看護師の訪問	
15:00									
16:00									
17:00									
18:00									
19:00	食事・服薬確認	食事・服薬確認	食事・服薬確認	食事・服薬確認	食事・服薬確認	食事・服薬確認	食事・服薬確認	食事摂取量確認し 食事を促す	

事例3 Y様 ████████ 要介護3 夫・娘と同居 現病名:尾骨骨折・左変形性膝関節症
 尾骨骨折の痛みで、現在ベッド上での生活。
 娘は就労あり、夫も高齢な為身体に痛みがある。
 毎朝9時30分に排便があるようにコントロールしており、食事はセットすれば摂取可能。

	3月2日(月)	3月3日(火)	3月4日(水)	3月5日(木)	3月6日(金)	3月7日(土)	3月8日(日)	備考
7:00								9時30分頃の 排便後に訪問
8:00								
9:00	排泄介助	排泄介助	排泄介助	排泄介助	排泄介助	排泄介助	排泄介助	姿勢が整えば自立 摂取できる
10:00								
11:00								
12:00	排泄介助 食事の姿勢保持	排泄介助 食事の姿勢保持	排泄介助 食事の姿勢保持	排泄介助 食事の姿勢保持	排泄介助 食事の姿勢保持	排泄介助 食事の姿勢保持	排泄介助 食事の姿勢保持	
13:00					訪問入浴介護			
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00	排泄介助	排泄介助	排泄介助	排泄介助	排泄介助	排泄介助	排泄介助	
19:00								食事前に訪問 体調確認しトイレ 使用

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	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 (1) 交通機関等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	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 (1) 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 (2) 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランクB	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。 (1) 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 (2) 介助により車椅子に移乗する。
	ランクC	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。 (1) 自力で寝返りをうつ。 (2) 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判定基準」

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
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はほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	度々道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、又は時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、はいかい、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ。
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ。
M	著しい精神症状や問題行為あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

本判定基準は、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について)(平成18年4月3日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)の別添)による。