

令和2年4月～令和2年9月までの事業報告（実績）

4月 【15件】

新規 なし 利用終了 なし

5月 【15件】

新規 ・男性 60代（要介護5）独居 訪問介護利用中3か月間入院
要介護2→要介護5
退院後定期巡回に切り替え
利用終了・男性 80代（要介護2）独居 → 施設（老健）入所

6月 【17件】

新規 ・女性 70代（要介護2）就労中の夫と二人暮らし
・男性 80代（要介護1）独居
利用終了・なし

7月 【19件】

新規 ・女性 80代（要介護5）訪問介護→定期巡回へ
軽度認知症の夫と夫婦2人暮らし
・女性 80代（要介護3）独居 病院から退院
利用終了・男性 60代（要介護5）就労中の妻と二人暮らし
体重増加にて自宅介護・デイ利用困難
となり減量目的にて施設（特養）入所

8月 【20件】

新規 ・女性 70代（要介護4）精神疾患のご家族と同居 病院から退院
・女性 80代（要介護3）独居 要支援1→要介護3
総合支援→定期巡回
転倒にて骨折し入院、退院後ご家族宅で暮らす
が自宅に戻りたいとの強い希望にて帰宅
定期巡回に切り替える。
利用終了・女性 90代（要介護2）施設（グループホーム）入所
・男性 60代（要介護5）利用キャンセル多くケアマネ・ご本人と話し合
い訪問介護サービスに戻る。

9月 【21件】

新規 ・男性 80代（要介護4）末期がん入院中 自宅に戻りたいとの強い希望
にて退院。利用開始となる。
軽度認知症の妻と2人暮らし

・女性 90代（要介護4）独居 退院後近隣に住むご家族が支援していた
ご家族も就労しており支援が困難となり利用開始
利用終了・女性 70代（介護4）精神疾患のご家族の症状が悪化 ご本人も体調を
崩し病院に再入院となる。

・男性 80代（介護4）家族との話し合いで再入院となる
利用中止・女性 70代（介護2）高次脳機能障害・精神疾患もありヘルパーへの
暴力行為が酷く介入困難となる。
ご家族と話し合い、しばらくヘルパー訪問休む
ことになる。

その他：水府地区からの新規依頼が1件あったが、距離が片道30分あるため
訪問困難にてお断りする。

<事例1> 女性 70代 要介護2 R2年6月利用開始

1日1回：安否確認・バイタルチェック・洗面介助・更衣・水分補給

利用前は地域密着型のサービスを利用していたが数回の利用で止めてしまう。
また、同居の夫もケアマネや施設職員の話に聞く耳持たず一方的に解釈し説明
も困難だったと担当ケアマネより話があった。

ご主人が事業所に来所し相談を受ける。「今は自分が面倒を見ているが自分が入
院し不在になった時が困るのでヘルパーさんに訪問してもらい今のうちから慣
れてもらいたいのでお願いしたい」との話であった。

ケアマネ変更にて訪問開始となる。訪問当初から拒否みられたが「市から頼ま
れてきた」と説明し、バイタル測定のみを実施。徐々に訪問時間を延ばし慣れ
ていってもらい洗面介助や清拭・更衣介助・水分補給等のサービス提供ができ
ようになる。ご主人より、しばらく入っていないとの事で入浴介助の依頼が
ある。入浴介助を試みたところ態度が急変する。その後から訪問時に玄関に仁
王立ちになり「帰れ！なんで来るんだ！」と怒りだし、訪問拒否が始まってし
まう。ケアマネから病院受診を勧めてもらい脳神経外科受診するが投薬も1日1
回ご主人が内服させるとの事だったが、「拒否するから飲ませていない」と内服
しておらず、精神科の受診も勧めるが、「前にも受診したが、言われることはい
つも同じだから…」とご主人の協力が得られず、再受診には至らなかった。徐々
にご本人の表情も険しくなり、水分補給の準備をすると放り投げてしまったり、
職員を叩く、背後から蹴とばす等の暴力行為があり、帰る際には車に石を投げ
たり、鎌を持ち出し振り回すなど危険行為がみられた。

介入困難となりケアマネ・家族と相談し利用休止となる。

<事例2> 女性 70代 要介護4 R2年8月利用開始。15日間利用

1日4回：排泄介助・水分補給・洗面・整容・清拭・更衣介助・食事配膳

肺がんにて入院 自宅への帰宅願望ありご家族宅に退院する。ご家族も精神疾患があり、訪問看護・ケアマネと連携を取りながら訪問開始となる。ご本人の状態は落ち着いていたがご家族の躁鬱が酷くなる。ご本人より「家族を見ると私がおかしくなりそう。施設か緩和ケアで楽しく話などしながら穏やかに過ごした方が娘のためかな？」とご家族不在時にヘルパーに相談がある。訪問時間を増やしご家族の負担軽減に努めた。

利用開始 2週間ほどでご本人の体調が崩れ肺炎の疑いにて救急車にて病院搬送されそのまま再入院となる。その後のご家族の状態が心配であるがケアマネが対応している様子。

<事例3> 男性 80代 要介護4 R2年9月利用開始。15日間利用

1日4回：バイタルチェック・排泄介助・口腔ケア・食事配膳・摂食介助・買物

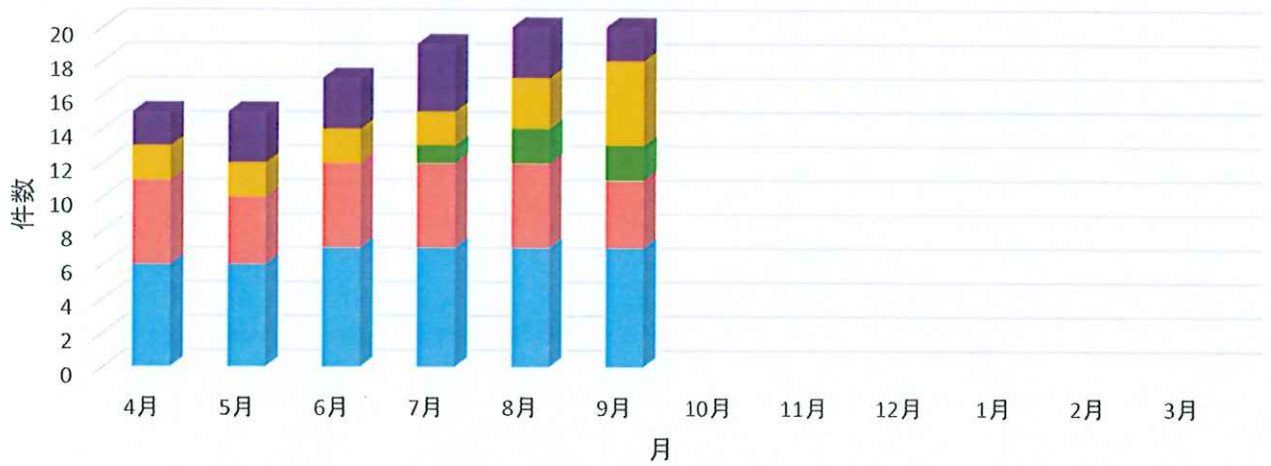
胃がん末期にて入院 帰宅願望あり軽度認知症がある妻のいる自宅へ退院する。ご家族も看取り希望にて訪問看護と連携しながら訪問開始となる。食欲もあり状態落ち着いていたが1週間もすると妻とのけんかが多くなりヘルパー訪問時仲裁することもあった。「疲れた。思い通りにならないので入院した方がお互いのため」とご家族と話し合い再入院となる。入院5日後に急変し昇天される。

利用者を在宅で支援していくためには、家族の直接的・間接的サポートが必要だが、家族の健康状態に問題があったり、精神疾患を有していたりするなど、いわゆる複合的課題を抱えているケースが増えてきている。8050問題などが社会的課題として取り上げられているが、利用者だけでなく、その家族をも支援していく体制を関係機関と連携を図りながら構築していくことが重要だと思う。

家族には今までの歴史があり、家族それぞれの価値観がある。家族の介護力や習慣を理解し、また、家族間の力関係なども意識しながら、利用者の支援を行っていくことが大切だと感じた。

要介護者が家族内にいるということは、それまでの家族関係が変化することであり、そのことによって、家族全体や家族個々人にどのような影響や変化が生じる可能性があるのかをチームで共通認識を持ちながら支援していくことが重要だと思った。

令和2年度介護度別 月別利用人数

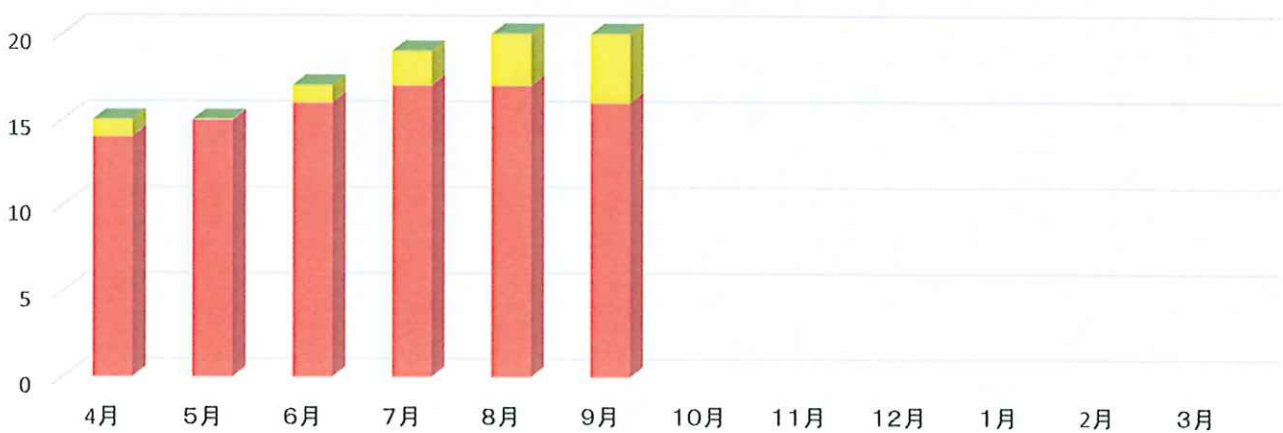


利用人数 件数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
要介護1	6	6	7	7	7	7						
要介護2	5	4	5	5	5	4						
要介護3	0	0	0	1	2	2						
要介護4	2	2	2	2	3	5						
要介護5	2	3	3	4	3	2						

4月～9月

新規契約者数 合計10件

地域別利用者件数



地区別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
件数	15	15	17	19	20	20						
太田	14	15	16	17	17	16						
金砂郷	1	0	1	2	3	4						
水府	0	0	0	0	0	0						
里美	0	0	0	0	0	0						