

ご自宅でも施設にいるような  
手厚いケアを提供します



栄公会の  
訪問介護・看護

# 定期巡回 サービス



## 事例集

一人ひとりの『その人らしさ』を大切に

本事例集には、日々のかかわりの中で生まれた気づきや工夫  
そして想いが詰まっています。

これからの介護をより豊かにするヒントとしてご活用いただければ幸いです。

栄公会グループ  
栄公定期巡回

- ・ヘルプステーション栄公
- ・訪問看護ステーションナース栄公

TEL : 072-434-8751  
〒598-0013 大阪府泉佐野市中町3丁目4-5

栄公会の  
訪問介護・看護

# 定期巡回 サービス



## ～定期巡回随時対応型 訪問介護・看護～

介護職員と看護職員が連携し、通常の定期的な訪問はもちろん24時間体制の元、必要に応じて自宅に訪問します。  
高齢でお一人暮らしの方や緊急的な対応が見込まれる方などご相談いただければ柔軟に調整させていただきます。



## サービス内容

### 対象者

- ・ 泉佐野在住
- ・ 要介護1～5の方

### ・ 訪問介護サービス

1日の間に複数回自宅を定期的に訪問します。  
例：服薬確認・更衣介助・排泄介助など

### ・ 訪問看護サービス

必要な場合、医師の指示に基づき、定期的に看護師が自宅に訪問します。

### ・ 随時訪問サービス

相談を受けたオペレーターが緊急訪問の必要があると判断した場合に、昼夜問わず介護職員や看護師が自宅に訪問します。

### ・ 随時対応サービス

ご利用者やそのご家族からの相談を24時間受け付けており、専門知識を持ったオペレーターが対応します。

### ・ お弁当宅配サービス

必要な方には昼食・夕食時愛情のこもった手作りのお弁当をお届けします。 ※追加料金なし  
食事形態相談可



# 対応事例一覧

飲み忘れゼロへ一訪問支援で支えた安心の暮らし

83歳 女性

P01へ

家族と支援者の連携で実現した最期までの在宅生活

79歳 男性

P02へ

進行するALSに寄り添い続けた在宅生活の継続支援

72歳 男性

P03へ

“二人で暮らしたい”を支えた見守りつなぐりの力

82歳 男性  
83歳 女性 ご夫婦

P04へ

重度認知症の方を支える介護支援と家族負担軽減による在宅生活の継続

83歳 女性

P05へ

見守り支援により実現した安心した在宅生活と家族の就労継続

77歳 女性

P06へ

服薬管理と生活支援により実現したパーキンソン病の在宅生活の安定

86歳 男性

P07へ

服薬管理支援と傾聴による不安軽減で実現した在宅生活の安定

89歳 女性

P08へ

“来てほしくない”から“来てくれて安心”へ変わった関わり

86歳 男性

P09へ

多職種連携による医療的ケアを伴う在宅生活の安定と支援体制の最適化

79歳 男性

P10へ

ヘルパー主導による多職種連携を通じた在宅生活の安定

98歳 女性

P11へ

独居高齢者の脱水予防と生活管理支援による在宅生活の安定化

95歳 女性

P12へ



H様

83歳 女性

要介護1 独居

主な疾患 脳梗塞、認知症

POINT!!

飲み忘れゼロへ—訪問支援で支えた  
安心の暮らし

## 定期巡回の 支援内容

訪問頻度  
毎日

朝 8:00

服薬介助

バイタル測定

昼 12:00

安否確認

お弁当配達

※薬は事業所管理

## 導入前の課題

服薬管理がありご利用者ご自身では十分に行えない状況があり、飲み忘れや服薬ミスにより体調管理に影響を及ぼす可能性がある。

## 本人・家族の希望

認知症があり、服薬の管理ができない、家族では対応が難しい。また住み慣れた家での生活を安定して送ってほしい。



## 支援後の 変化

当初は訪問時に不信感がみられ、表情も険しい様子があったが、毎日の訪問を継続する中で徐々に受け入れていただけるようになり、会話の中で笑顔もみられるようになった。また、事業所で管理している薬を訪問時にヘルパーが持参し提供することで、服薬ミスがなくなり、適切な服薬が行えるようになった。

さらに、毎日のバイタル測定により体調管理ができ、心身ともに安定がみられた。

I様

79歳 男性

要介護4 妻と2人暮らし  
主な疾患 肺がん定期巡回の  
支援内容訪問頻度  
毎日

朝 8:00

排泄・更衣  
□腔ケア等

昼 13:30

排泄介助

夕 18:30

排泄・更衣  
□腔ケア等

金曜日のみ

15:00

シャワー浴  
バイタル測定家族と支援者の連携で実現した  
最期までの在宅生活

## 導入前の課題

肺がんにより体力や身体機能が低下しており、食事・排泄・入浴など日常生活動作を自身で行うことが難しい状況である。しかし、「住み慣れた自宅で生活を継続したい」という希望が本人、妻からあり在宅生活を維持するための支援体制の確保が課題となっている。

## 本人・家族の希望

自宅で安定して暮らしてほしい。また出来ることを増やし介護の軽減も図りたい。

支援後の  
変化

定期巡回ヘルパーの介入により、身体介助を実施し、家族の介助負担の軽減を図った。また、妻に対する介助方法の助言・指導を行うことで、食事介助など家族が介助に携わる機会の増加につながった。さらに、訪問看護との密な連携のもと、体調面での支援を行い、安心して在宅生活を送れる体制を整えた。その結果、家族と支援者の協働により、本氏は最期まで自宅での生活を継続することができた。

Y様

72歳 男性

要介護4 妻と2人暮らし  
主な疾患 筋萎縮性側索硬化症

## 定期巡回の 支援内容

訪問頻度  
毎日

朝 7:40

起床介助

朝 8:40

排泄介助

更衣介助

昼 11:30

移乗介助 お弁当配達

夕方 16:30

移乗介助 お弁当配達

随時

受診時の送り出し

迎え入れ

POINT!!

## 進行するALSに寄り添い続けた 在宅生活の継続支援

### 導入前の課題

ALSの進行により筋力低下がみられ、食事・排泄・移動などの日常生活動作が困難となる可能性がある。また、呼吸機能低下やコミュニケーションの困難が生じる場合もある。医療的ケアや介護支援を受けながら在宅生活を継続していくことが課題である。

### 本人・家族の希望

だんだんと動けなくなっている。本人・家族ともに安心して在宅生活を送りたい。

### 支援後の 変化

定期巡回ヘルパーの介入により、適切なタイミングでの排泄・食事・清潔ケアが提供できるようになり、生活リズムの安定につながった。

また、訪問看護とのこまめな情報共有や、転倒・体調不良時の臨時対応により、状態変化にも迅速に対応できる体制が整った。

その結果、体調の安定と家族の安心感の向上につながり、本人の希望である在宅生活の継続を実現することができた。



## 1様ご夫婦

夫82歳 妻83歳

夫要介護2 妻要介護3

夫婦2人暮らし

主な疾患 夫 悪性リンパ腫  
妻 アルツハイマー型認知症定期巡回の  
支援内容

訪問頻度 毎日

朝 8:30

朝食準備 更衣介助  
服薬介助 デイの準備  
デイの送り出し

昼 11:30

お弁当配膳 服薬介助  
安否確認

夕 16:30

お弁当配達 服薬介助  
安否確認

夜 20:00

就寝介助 服薬  
戸締り

随時

体調不良時や転倒時など  
ヘルパー自費にて  
病院付き添い、  
送迎、散髪送迎など“二人で暮らしたい”を支えた  
見守りとつながりの力

## 導入前の課題

夫婦で施設に入られていたが在宅での生活を望まれ帰宅。妻は重度の認知症があり、夫が中心となって介護をする予定でしたが、夫自身も持病があり、食事準備や服薬管理が難しく、さらにデイサービスの利用日や受診日を忘れることもあり、生活管理面での支援が必要。

## 本人・家族の希望

住み慣れた自宅で生活を送りたい。安全に安心して過ごしてほしい。認知症の両親の生活をサポートしてほしい。

支援後の  
変化

在宅生活の継続にあたり、外出による不在時の対応等の課題が見られ、救急対応や警察介入、近隣住民の協力を要する場面もあった。GPSの導入により居場所の把握が可能となり、迅速な対応が図れるようになった。

加えて、配食弁当の活用や服薬管理、更衣介助、デイサービス利用時の送り出し支援等により、食事・服薬・身だしなみ・通所準備まで一貫した生活支援が可能となった。その結果、生活リズムの安定と社会参加の継続につながり、日常生活の安定と安全性が高まり、在宅生活の継続を実現することができた。

〇様

83歳 女性

要介護3 娘と2人暮らし

主な疾患 認知症  
右大腿骨頸部骨折後

## 定期巡回の 支援内容

訪問頻度  
毎日

朝 8:30

排泄介助 更衣介助  
移乗介助(車いすへ)

昼 13:00

排泄介助  
移乗介助(ベッドへ)

昼 15:30

起床介助  
移乗介助(車いすへ)

夕 18:00

更衣介助  
移乗介助(ベッドへ)  
排泄介助

POINT!!

## 重度認知症の方を支える介護支援と 家族負担軽減による在宅生活の継続

### 導入前の課題

認知症を発症し進行している状況で、見当識・短期記憶が著しく低下されている。歩行が困難なことから車いすでの生活。排泄や食事、更衣など生活面で全て介助が必要である。娘の介護負担軽減が必要。

### 本人・家族の希望

出来る限り住み慣れた自宅で長く穏やかに生活させてあげたい。排泄や移動、移乗、更衣の手伝いをしてほしい。

### 支援後の 変化

ヘルパーの介入により娘の介助負担は軽減され、レスパイトの確保および気分転換の機会の創出につながっている。また、重度化に伴い二人介助での対応や訪問看護との連携を図ることで、安全かつ適切なケア提供体制を構築した。これにより精神的負担の軽減が図られるとともに、ご本人においても過度な負担なく安定した日常生活を送ることができている。



## H様

77歳 女性

要介護3 娘と2人暮らし  
主な疾患 頸椎症性脊髄症

### 定期巡回の 支援内容

訪問頻度 毎日  
娘仕事時

昼 12:00

お弁当配膳  
服薬確認  
安否確認

夕 17:00

お弁当配達  
安否確認

火・金 7:40

デイの準備  
デイの送り出し

POINT!!

## 見守り支援により実現した安心した 在宅生活と家族の就労継続

### 導入前の課題

娘が日中仕事で不在となるため、母親が一人で過ごす時間があり、安全面や体調面において不安がある状況である。

### 本人・家族の希望

両手足の痺れはあるが、自分の出来ることはこれからも続けたい。留守の間、母の様子を見てほしい。



### 支援後の 変化

見守り体制の構築により、娘は就労中も安心して勤務が可能となっている。

また、デイサービス利用時の送り出しや配食弁当の活用、安否確認、コミュニケーションの機会確保により、日中の生活リズムの維持と孤立の予防が図られている。

これにより、ご本人の不安軽減と生活の安定につながり、安心して在宅生活を継続できている。

M様

男性 86歳

要介護4 二世帯住宅

基本妻と2人暮らし(夜は娘もいる)

主な疾患 パーキンソン病

## 定期巡回の 支援内容

訪問頻度  
毎日

朝 8:00

排泄介助

更衣介助 服薬介助

昼 12:00

排泄介助 安否確認

昼 15:30

排泄介助 服薬介助

安否確認

デイの迎え入れ

夕 19:00

更衣介助 排泄介助

服薬介助

POINT!!

## 服薬管理と生活支援により実現した パーキンソン病の在宅生活の安定

### 導入前の課題

パーキンソン病、動作緩慢や筋固縮により立ち上がり・歩行・方向転換が困難、転倒のリスクあり。また更衣や排泄などADLの低下、誤嚥のリスクもある。服薬管理が複雑で自己管理が難しい。日内変動あり生活リズムが不安定。

### 本人・家族の希望

パーキンソン病があり妻の介護負担が大きいので身の回りのことを助けてほしい。

### 支援後の 変化

パーキンソン病治療薬は1日3回の服用が必要であり、朝・昼はヘルパー、夜間は娘様による支援体制により、服薬管理は確実に実施できている。また、おむつ交換や更衣介助、服薬介助、お弁当の配食等の日常生活支援により、清潔保持と栄養管理、服薬の継続が図られている。これにより症状の維持および体調管理が安定し、妻との在宅生活の継続が可能となっている。



O様

女性 89歳

要介護1 独居

主な疾患 認知症

定期巡回の  
支援内容訪問頻度  
毎日

朝 9:00

服薬介助 デイの準備  
安否確認

昼 12:00

お弁当配達 安否確認

夕 17:00

お弁当配達 安否確認  
服薬介助

随時

不安時対応  
銀行付き添い  
・週1~2 掃除  
・月2回 受薬服薬管理支援と傾聴による不安軽減で  
実現した在宅生活の安定

## 導入前の課題

自身での服薬管理が困難であり、内服の飲み忘れや重複により薬が多く残っている状況がみられる。また、片付けが難しく、生活環境の整理整頓が行き届いていない。不安が強く、気になる事があると同じ内容を繰り返し訴えたり、同じものを重複して購入してしまう様子がみられる。

## 本人・家族の希望

適切に服薬できるようにしてほしい。不安軽減の為、傾聴と共感的な声掛けを行っていただき安心して過ごしてほしい。

支援後の  
変化

訪問時の服薬確認およびヘルパーによる服薬管理により、確実な内服が実施できており、体調は概ね維持されている。一方で、不安増強時には同様の訴えが反復してみられるため、傾聴を中心とした関わりにより安心の確保に努めている。また、掃除や買い物、銀行への付き添いなど生活全般の支援を行うとともに、ご近所トラブルに対しても適宜介入し、生活環境の安定化を図っている。これらの継続的な訪問支援により、不安の訴えは徐々に軽減傾向にある。

## H様

男性 86歳

要介護2 独居

主な疾患 肝機能障害

認知症

### 定期巡回の 支援内容

訪問頻度  
毎日

朝 7:45

服薬介助 朝食声掛け  
透析時(週3回)送り出し

昼 12:00

お弁当配達 安否確認

夕 17:00

お弁当配達 安否確認

随時

週1回 掃除  
必要時 買い物

POINT!!

“来てほしくない”から“来てくれて安心”へ変わった関わり

### 導入前の課題

家事ができない（調理、買い物、掃除、ゴミ出しなど）  
病状が進行しないよう、栄養バランスいい食事、確実な服薬、体調管理が必要。ヘルパーの訪問に対し拒否的な言動がみられる。

### 本人・家族の希望

生活援助の利用により、清潔保持と規則正しい生活を送れるように、在宅生活を支えてほしい。



### 支援後の 変化

定期巡回により、配食弁当・安否確認・服薬介助・掃除や買い物支援を継続的に実施したことで、生活基盤と健康管理の両面が安定した。また、日々の関わりの中で体調変化などの異常を早期に発見できる体制が整い、安心して在宅生活を送れる環境が構築された。当初みられていたサービスへの拒否感も徐々に軽減し、「来てほしくない」から「来てくれて安心」へと変化。現在では笑顔も見られ、円滑なサービス提供が可能となっている。

〇様

男性 79歳

要介護5 妻と2人暮らし  
主な疾患 胃癌 糖尿病  
脊椎管狭窄症

## 定期巡回の 支援内容

訪問頻度  
毎日

朝 9:30

排泄介助 □腔ケア  
更衣など

昼 13:30

排泄介助

夕 18:00

排泄介助

利用初期

毎日1回以上  
看護師訪問 医療的ケア  
妻への経管栄養や吸引の指導  
週2回 訪問リハビリ

POINT!!

## 医療的ケアを伴う在宅生活を 多職種連携で支える

### 導入前の課題

経皮経食道胃管による経管栄養や痰吸引など医療的ケアが日常的に必要。また排泄や口腔ケア、移動、移乗などの日常生活全般において介助が必要。主に妻が対応しなければならなかったため、身体的・精神的負担が大きい。さらに、急変時への対応体制の確保も重要である。

### 本人・家族の希望

妻の介護負担が大きいいため、身体介護や医療的ケアの支援を受けながら、自宅での生活を継続していきたい。

### 支援後の 変化

排泄・更衣などの身体介護やデイサービスの送り出し支援に加え、訪問看護と連携した医療的ケアを継続することで、在宅でも安心して生活できる体制が整備された。また、関わりを通じてご家族の介護力も向上し、対応できることが増えたことで介護負担の軽減（レスパイト）にもつながった。その結果、状態の安定と支援体制の変化により、定期巡回サービスから卒業し、より生活に即したヘルパー支援へと移行することができた。



POINT!!

F様

女性 98歳

要介護2 息子夫婦同居  
主な疾患 不安定狭心症

## 定期巡回の 支援内容

訪問頻度  
土曜日以外

昼 12:00

お弁当配達  
健康チェック  
(血圧・体重・検温)

昼 13:00

月・木 入浴介助 掃除

夕 16:00

安否確認

火曜日

訪問リハビリ

## 体調管理とリハビリ連携による 在宅生活事例

### 導入前の課題

同居家族が就労により不在となる時間帯があり、その間の安否確認に不安がある。また、日中の食事準備や摂取が不十分となる可能性がある。さらに体力・筋力の低下がみられており、日常生活動作の維持・向上のためにリハビリの実施が必要な状況である。

### 本人・家族の希望

急な体調不良時にも家族不在時を含め安心して過ごせる環境を整えたい、また現在出来ていることを維持、継続していきたい。

### 支援後の 変化

ヘルパーが入浴介助や掃除等の日常生活支援に加え、バイタル確認や日々の観察を行うことで、体調変化を早期に把握し、異常の早期発見・早期対応につなげることができた。また、その情報を訪問看護やリハビリ職へ共有することで、状態に応じた迅速かつ適切な対応が可能となった。さらに、訪問リハビリと連動した支援により身体機能の維持・向上が図られ、日常生活の安定につながっている。これらの支援により、家族不在時でも安心して過ごせる環境が整い、在宅生活の継続が可能となった。



Ｔ様

女性 95歳

要介護1 独居

主な疾患 認知症

## 定期巡回の 支援内容

訪問頻度  
毎日

昼 11:30

お弁当配達

健康チェック(検温)

水分補給 空調管理

夕 17:00

お弁当配膳

水分補給 空調管理

POINT!!

## 独居高齢者の脱水予防と生活管理支援による在宅生活の安定化

### 導入前の課題

水分摂取量が不足しており、脱水のリスクがある。また室温の調整が適切に行われておらず、体調への影響が懸念される。さらに食事量や栄養バランスにも課題がある。

### 本人・家族の希望

体調を崩さず、これからも元気に一人での生活を続けたい。

### 支援後の 変化

毎日訪問し、水分摂取の声掛けや摂取状況の確認、室温の調整、食事の準備を継続的に行った。その結果、水分摂取量が安定し脱水のリスク軽減につながり、また室温管理が適切に行えるようになり、体調の変動少なくなった。さらにお弁当を届けることで食事量の確保と栄養バランスの改善がみられ、全身状態の安定・向上につながっている。



