

# 令和2年度 介護・医療連携推進会議 議事録

## 【事業所名】

医療法人徳洲会 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 宇治徳洲会

## 【開催日】

2021(R3) 4月30日 (書面会議にて開催)

## 【書類送付先】

(別紙送付先参照)

## 【会議内容】

事例報告・運営状況

女性 79歳 要介護 4

既往歴:喘息、くも膜下出血、胆のう炎、敗血症

利用の経緯:夫婦2人暮らしで過ごされていたが、主介護者のご主人が体調不良のため入院なりサービス導入となる。

1日 3~4回 訪問、デイケア 週2回

別紙(参考資料1)参照

自己評価・外部評価 評価表

別紙(参考資料2)参照

構成員様からの意見

- ・運営状況について、1人あたりの1日の平均訪問回数がわかれば、利用状況わかりやすいと感じた。
- ・事例紹介については、サービスの利用により本人の状態が落ち着かれた様子がうかがえた。
- ・その他の事例で訪問看護を利用している事例を紹介していただくと、より参考になる。
- ・自己評価については、介護職・看護職の連携について、どのような場でどのような手段で情報共有しているのか、具体的な記載があればわかりやすいと感じた。
- ・以前は服薬指導と言っておられたが、服薬確認になおされた事に満足しています。
- ・歳と共に、状態が悪化して無くなれることは残念ですが、止められない仕方ない事です。その過程で少しでも安心してもらえ、笑顔や感謝の言葉が頂ける様に、辛いお仕事ですが頑張ってください。
- ・自己評価拝読させていただきました。特に申し上げることはございません。
- ・コロナ禍において、病院における日々の業務は大変なご苦労があるかと思います。その中で出来る支援連携をされているかと思います。私たち在宅部門と普段から病院との連携はできるだけ円滑に行えるように努めてコロナ禍で患者様との面会など実施出来ない状況下で十分な対応ができないこともあります。お互い連携を意識した対応が今後も出来ればと思います。
- ・自己評価については、適切な運営がされているかと思います。コロナ禍になり地域活動への参加が厳しかったと思います。引き続き連携体制の中で何か出来ればと思います。

# 介護医療連携推進会議

定期巡回・随時対応型訪問介護看護  
宇治徳洲会

管理者 池島 尊喜

# 定期巡回・随時対応サービスとは？



## ①定期巡回

訪問介護員が定期的に居宅を巡回し日常生活の支援を行う



## ②随時対応

オペレーターが利用者や家族からの緊急時通報・相談を24時間対応で行う



## ③随時訪問

訪問介護員が随時対応から訪問の要否判断に基づき利用者の居宅の訪問を行う



## ④訪問看護

訪問看護員が利用者の居宅を訪問して療養上の世話を行う

# サービスの対象者

- ▶ 要介護度1～5(要支援の方は対象外)

- ▶ 地域密着サービスのため宇治市住在の方

※当事業所のサービス実施地域(川西地域)

宇治市小倉町・榎島町・伊勢田町・宇治・琵琶台・折居台・天神台・白川  
神明・羽拍子町・南陵町・安田町・開町・広野町・寺山台・大久保町  
(その他の地域については要相談)

- ▶ 他の訪問看護・訪問介護・夜間対応型訪問介護事業所との併用は出来ません。

## 運営状況 (R2年4月～R3年3月)

総訪問件数 6750 件

定期訪問 6569 件

訪問看護 181 件

▪ 随時対応件数 44 件

• 平均介護度 約 3.4度

## ～事例紹介～

- 要介護 4 女性 79歳
- 既往歴：喘息、くも膜下血種、胆のう炎、敗血症
- 気管支喘息、狭心症を患っている。急性胆のう炎で入院、その後くも膜下出血発症。喘息悪化から肺炎を起こす事があり入退院繰り返す。気管切開施行、吸引も頻回であった。その後気切は閉じるが、嚥下状態悪化により腸瘻造設。御主人の手技獲得し退院となる。嚥下状態改善し注入食なし、全粥、刻み食、水分トロミ対応で経口摂取出来ている。
- 定期巡回サービス利用開始の経緯
- 夫婦2人暮らしで過されていたが、主介護者の御主人が、体調不良で入院となった為、サービス導入となる。以前から御主人と関係不仲のため市外に住む息子様と県外に住む娘様は、ほぼ関与できなかつたができることは協力すると言われる。
- 訪問診療： 月 1回

## ～支援経過～

- 御主人が入院された為、気持ちの落ち込みや不安が見られました。
- 1日4回ヘルパーの訪問、週2回のデイケア利用。
- トイレ誘導、更衣介助、食事セッティング、服薬確認、デイケア送り出し、迎え入れ、洗濯等支援
- 日中はテレビをみて過される。
- 室内は、歩行器にてトイレや洗面所までは移動可能です。
- 食事は、家族様が買い出しヘルパーがセットする。

## ～支援経過～

訪問当初は気分が落ち込んでおられたが、数回訪問すると徐々に笑顔見られるようになった。御主人の容体が心配で寝れない日があったり、食事の量が減った時もあったが、ヘルパー訪問やデイケア利用で気持も落ち着かれた。自身で出来る事(洗濯物や衣類の整理等)を、増やしています。トイレでの排泄、洗面所への移動は転倒なく移動出来ていて排泄でパットを汚す時はありますが、ヘルパーで洗浄や更衣のお手伝いし対応しています。

息子様も食事や日用品の買い出し等で関わりが増え、本人様の様子をみに来られます。





## ～まとめ～

本人様の気持ちの落ち込みが大きかったので、傾聴しながら支援させていただき自身でも出来ること増やしたり、少しずつ気持ちが前向きになって生活出来るようになりました。

一人の時に転倒や不安な事があれば、連絡すると対応出来るという安心感があると、家族様からお言葉を貰いました。

今回急な御主人の入院により、本人と家族様が不安でおられた中サービス利用で、安心して在宅生活が続けられた事例でした。

自己評価・外部評価 評価表(2020年度)

タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント	外部評価コメント
			実施状況					
			できて いる	るほ ぼで きて い	こで きて が多 くない	な全 くで きて い		
<b>I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]</b>								
(1) 理念の明確化								
サービスの特徴を踏まえた理念の明確化	1	当該サービスの特徴である「利用者等の在宅生活の継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するため、事業所独自の理念を掲げている	○				事業所内に理念の提示をしています。	
(2) 適切な人材の育成								
専門技術の向上のための取り組み	2	管理者と職員は、当該サービスの特徴および事業所の理念について、その内容を十分に認識している		○			入職時のオリエンテーションや適宜内容を説明している。	
	3	運営者は、専門技術(アセスメント、随時対応時のオペレーター)の判断能力などの向上のため、職員を育成するための具体的な仕組みの構築や、法人内外の研修を受ける機会等を確保している		○			年間研修計画を作成し勉強会を実施。院内での感染対策、医療安全等講習の参加を行っている。	
	4	管理者は、サービス提供時の職員の配置等を検討する際、職員の能力が最大限に発揮され、能力開発が促されるよう配慮している	○				自己能力評価やスキル等を考慮し配置を行っている。	
介護職・看護職間の相互理解を深めるための機会の確保	5	介護職・看護職の間で、利用者等の特性・状況に係る相互の理解・認識の共有のための機会が、十分に確保されている	○				適時状況の報告、連絡相談を行い情報の共有を行っている	
(3) 適切な組織体制の構築								
組織マネジメントの取り組み	6	利用者等の特性に応じた柔軟なサービスを提供するため、最適且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている	○				利用者の状態把握をし、柔軟な人材配置を行っている。	
介護・医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映	7	介護・医療連携推進会議を適時適切に開催すると共に、得られた要望、助言等(サービスの過少供給に対する指摘、改善策の提案等)を、サービスの提供等に適切に反映させている		○			ご意見、要望や助言等を参考にしサービスへの反映に務めている。	
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備								
利用者等の状況に係る情報の随時更新・共有のための環境整備	8	利用者等の状況について、(個人情報管理に配慮した上で)必要に応じて関係者間で迅速に共有できるよう工夫されている		○			ケアマネにはモニタリングや状況変化時に報告。関係者にも適時報告し共有に務めている。	
職員の安全管理	9	サービス提供に係る職員の安全確保や災害時の緊急体制の構築等のため、事業所においてその具体的な対策が講じられている(交通安全、夜間訪問時の防犯対策、災害時対応等)	○				災害・緊急時マニュアルを作成している。ライト、防犯ベル等を携帯し防犯対策をしている。	
利用者等に係る安全管理	10	事業所において、利用者等に係る個人情報の適切な取り扱いと保護についての具体的な工夫が講じられているとともに、管理者や職員において共有されている	○				個人情報取り扱いマニュアルを作成し、職員へ取り扱いや管理の指導をしている。	
<b>II 過程評価 (Process)</b>								

自己評価・外部評価 評価表(2020年度)

タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント	外部評価コメント
			実施状況					
			できている	るほ ぼ でき て い	こ ど き が 多 い な い	な い く で き て い		
(1) 利用者等の状況把握及びアセスメントに基づく計画の作成								
利用者等の24時間の暮らし全体に着目した、介護・看護両面からのアセスメントの実施	11	利用者等の一日の生活リズムに着目した、アセスメントが提案されている	○				適時アセスメントをし提案をしている。	
	12	介護・看護の両面からのアセスメントが適切に実施され、両者の共有、つき合わせ等が行われている	○				適時アセスメントをし共有相談を行っている。	
利用者の心身の機能の維持回復や在宅生活の継続に軸足を置いた「未来志向型」の計画の作成	13	利用者の心身機能の維持回復に軸足を置いた計画の作成が志向されている	○				利用者の目標が達成するようアセスメントし計画を作成している。	
	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないように、利用者の今後の変化を予測し、先を見越した適切なリスク管理を実現するための、「未来志向型」の計画の作成が志向されている		○			利用者の病歴から予想される新たな病状発生のリスクが軽減するよう、看護師から助言を貰い、未来予防に努めている。	

自己評価・外部評価 評価表(2020年度)

タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント	外部評価コメント
			実施状況					
			できている	るほ ぼ できて い	こ と が 多 い ない	な 全 く で き て い		
<b>(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し</b>								
計画上のサービス提供日時に限定されない、必要に応じた柔軟な定期巡回・随時対応サービスの提供	15	計画上のサービス提供日時以外であっても、利用者等の状況に変化が生じた場合は、必要に応じて新たに定期巡回・随時対応サービスの提供日時を設定するなど、柔軟な運営に努めている	○				利用者の状況の変化に応じて訪問回数やサービス内容の変更を実施している。	
継続したモニタリングを通じた利用者等の状況変化の早期把握と、計画への適宜反映	16	サービス提供を通じた、継続的なモニタリングによる、利用者等の状況変化の早期把握と、計画への適宜反映が行われている	○				毎月のモニタリングを行い状況変化を把握し適時サービスの計画を見直している。	
<b>(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供</b>								
介護職と看護職の相互の専門性を生かした柔軟なサービスの提供	17	より効率的・効果的なサービス提供を実現するため、介護職、看護職のそれぞれの専門性を活かした役割分担が行われている	○				業務内容に応じ役割分担している。	
看護職によるサービス提供に関する指導、助言	18	看護職から介護職に対し、疾病予防・病状の予後予測・心身の機能の維持回復などの観点から、指導、助言が行われている	○				必要時に随時報告し相談をし、指導助言を頂いている。	
<b>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>								
利用者等に対する当該サービスの趣旨及び特徴等についての十分な情報提供	19	サービスの開始前に、利用者等に本サービスが「利用者等の在宅生活の継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するためのサービスであり、訪問サービスは、その趣旨に沿って行われるアセスメントに基づき提供されることについて、十分な情報提供・説明が行われている	○				契約書、重要事項説明書等についての説明を行い、利用者等の同意を頂いてからサービスを開始している。	
利用者等との目標及び計画の共有と、適時適切な情報の提供	20	作成した計画の目標及びその内容について、利用者等に十分な説明を行うなど、共通の認識を得るための努力がされている	○				計画書に基づき、利用者等と目標の確認を行っている	
	21	利用者の状況の変化や、それに伴うサービス提供の変化等について、家族等への適時・適切な報告・相談等が行われている	○				状況の変化があれば、ケアマネ、家族へ連絡報告している。	
<b>2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント</b>								
<b>(1) 共同ケアマネジメントの実践</b>								
利用者等の状況の変化についての、ケアマネジャーとの適切な情報共有及びケアプランへの積極的な提案	22	ケアマネジャーとの間で、利用者へのサービス提供状況、心身の機能の変化、周辺環境の変化等に係る情報が共有され、サービスの提供日時等が共同で決められている	○				必要時ケアマネに状況の報告し、共にサービス内容等の検討をしている。	
	23	計画の目標達成のために、必要に応じて、ケアプランへの積極的な提案(地域内のフォーマル・インフォーマルサービスの活用等を含む)が行われている	○				利用者の状態により、その都度提案を行っている。	

自己評価・外部評価 評価表(2020年度)

タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント	外部評価コメント
			実施状況					
			できている	るほ ぼ でき て い	こ と が 多 い な い	な い で き て い		
定期的なアセスメント結果や目標の達成状況等に関する、多職種への積極的な情報提供	24	サービス担当者会議等の場を通じて、利用者等の状況や計画目標の達成状況について、多職種への情報提供が行われている		○			情報提供し共有をしている。	
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的マネジメントへの貢献								
利用者の在宅生活の継続に必要となる、利用者等に対する包括的なサポートについての、多職種による検討	25	利用者の在宅生活の継続に必要となる、包括的なサポート(保険外サービス、インフォーマルケア等の活用を含む)について、必要に応じて多職種による検討が行われている(※任意評価項目)		○			適時、他職種との連携をし提案している	
	26	病院・施設への入院・入所、及び病院・施設からの退院・退所の際などに、切れ目のない介護・看護サービスを提供するために、必要に応じて多職種による検討や情報の共有が行われている(※任意評価項目)		○			情報の共有を行っている。	
多職種による効果的な役割分担及び連携に係る検討と、必要に応じた関係者等への積極的な提案	27	地域における利用者の在宅生活の継続に必要となる、包括的なサポート体制を構築するため、多職種による効果的な役割分担や連携方策等について検討し、共有がされている(※任意評価項目)		○			適時、他職種との連携をし役割を分担している。	
3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画								
(1) 地域への積極的な情報発信及び提案								
介護・医療連携推進会議の記録や、サービスの概要及び効果等の、地域に向けた積極的な情報の発信	28	介護・医療連携推進会議の記録について、誰でも見ることのできるような方法での情報発信が、迅速に行われている		○			議事録は事務所受付に置き、外部の方が閲覧できるようにしている。	
	29	当該サービスの概要や効果等についての、地域における正しい理解を広めるため、積極的な広報周知が行われている			○		今年度は、あまりできなかった	
(2) 地域包括ケアシステムの構築に向けての、まちづくりへの参画								
行政の地域包括ケアシステム構築に係る方針や計画の理解	30	行政が介護保険事業計画等で掲げている、地域包括ケアシステムの構築方針や計画の内容等について十分に理解している			○		職員に伝達周知している。	
サービス提供における、地域への展開	31	サービスの提供エリアについて、特定の建物等に限定せず、地域へ広く展開していくことが志向されている			○		今年度は、あまりできなかった	
安心して暮らせるまちづくりに向けた、積極的な課題提起、改善策の提案等	32	当該サービスの提供等を通じて得た情報や知見、多様な関係者とのネットワーク等を活用し、介護・看護の観点から、まちづくりに係る問題認識を広い関係者間で共有し、必要に応じて具体的な課題提起、改善策の提案等(保険外サービスやインフォーマルサービスの開発・活用等)が行われている(※任意評価項目)						

自己評価・外部評価 評価表(2020年度)

タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント	外部評価コメント
			実施状況					
			できている	るほ ぼ でき て い	こ ど き が 多 い な い	な 全 く で き て い		
<b>Ⅲ 結果評価 (Outcome)</b>								
サービス導入後の利用者の変化	33	サービスの導入により、利用者ごとの計画目標の達成が図られている		○			複数回の訪問によりADL改善し目標達成している	
在宅生活の継続に対する安心感	34	サービスの導入により、利用者等において、在宅生活の継続に対する安心感が得られている	○				随時対応もあるので安心感があるとご意見いただいている。	