

# 令和4年度 介護・医療連携推進会議(後期) 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・場所】

令和5年3月25日・コロナウイルス感染拡大防止のため文章送付にて開催

## 【参加者(書面送付先)】

(別紙参照)

## 【会議内容】

1、令和4年下半期実績報告

(別紙参照)

2、運営状況報告

事例紹介

(別紙参照)

3、自己評価・外部評価

(別紙参照)

## 【構成員様からの意見】

・コロナ禍で思うように活動が出来なかった時期あると思いますが、5類へと移行になり新たな生活様式になっていくと思います。引き続きご利用者の健康、体調管理にご留意いただきながら、ご利用者様にとってより良い支援の提供をお願いいたします。

・細やかな情報提供有難うございます。定期巡回のサービスが地域に定着していることが伺えます。

サービスの自己評価・外部評価については特に意見はありません。

連携推進会議が対面で出来るようになることを楽しみにしております。

・運営状況報告について

訪問件数について、訪問介護全体の中で訪問介護(随時)の割合が前年に比べ、増えているようですが、何か要因があるのでしょうか。

回答:利用者の状態の変化に応じて、定期訪問以外で随時訪問をしたことで前年より増えた。

・事例紹介について

利用者の状態の変化による定期巡回サービスへの移行の様子がわかりました。今後とも在宅生活の継続ができるような適切なサービスの提供をお願いいたします。

・今回の会議までに、前回の会議で出た他の構成員からの意見や事業所の回答を記載した議事録があれば、

意見も書きやすいと感じた。

・自己評価・外部評価について

書面開催なものもありますが、今回提出いただいた資料のみですと外部評価の判断が難しいところがあります。

今後も書面開催をするのでしたら、参考に事業所自己評価も資料添付いただけると外部評価を行いやすくなるかと存じます。また、今回「出来ないことが多い」とされたもののうち「今年度は、あまりできなかった」とコメントされた項目(29、31)はどんな点ができていないと感じ、改善策をどのようにお考えか教えていただければ幸いです。

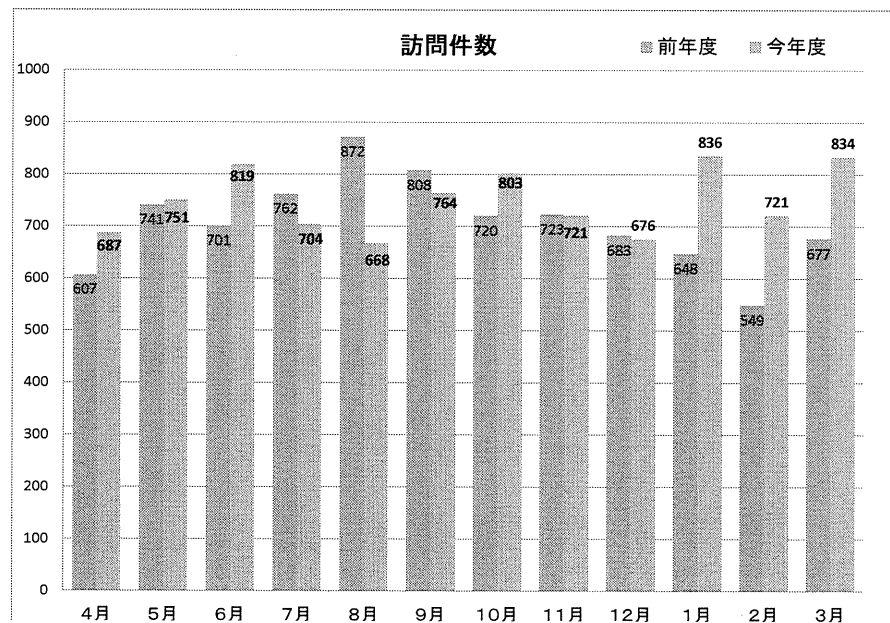
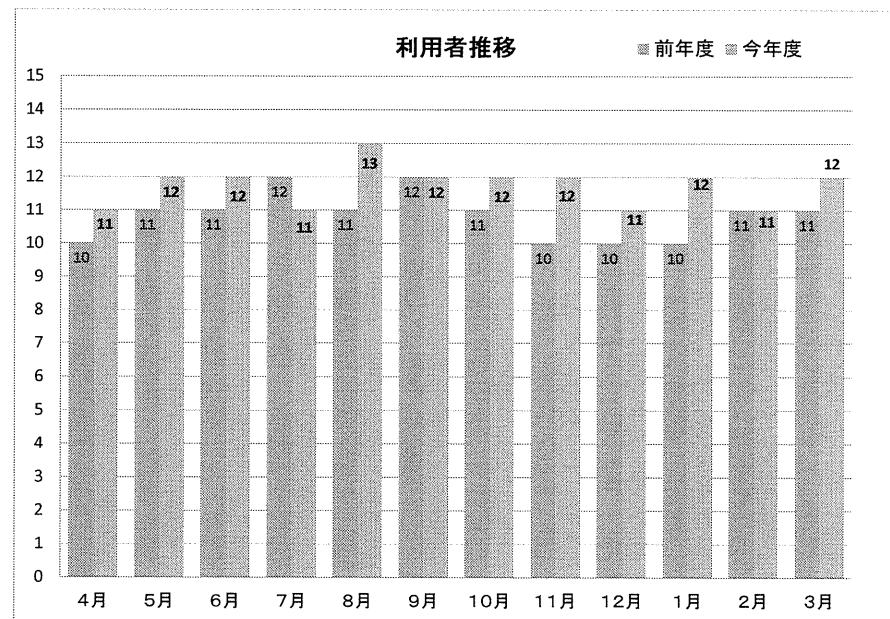
回答: 自己評価 評価表の項目29・31については、今年度も推進会議が書面開催でしたので地域に広報周知が思うようにできなかったため、「出来ないことが多い」に評価し、「今年度は、あまり出来なかった」としました。以前のように推進会議が対面で開催できるようになれば地域の方も参加していただきサービスの内容をお伝えしていきます。地域の方に周知できる方法を検討していきます。

利用者数	R4年												R5年			合計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月				
今年度利用者数	11	12	12	11	13	12	12	12	11	12	11	12	141			
(内男性)	3	4	4	4	6	5	5	5	5	5	4	4	54			
(内女性)	8	8	8	7	7	7	7	7	6	7	7	8	87			
前年度利用者数	10	11	11	12	11	12	11	10	10	10	11	11	130			
(内男性)	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	4	3	28			
(内女性)	8	9	10	10	9	10	9	7	7	8	7	8	102			
前年対比	1	1	1	-1	2	0	1	2	1	2	0	1	11			

利用者介護度別	R4年												R5年			合計
	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	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	15			
要介護2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	42			
要介護3	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	18			
要介護4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	42			
要介護5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24			
平均介護度	3.27	3.08	3.08	3	3.15	3.17	3.17	3.08	3.18	3.08	3.18	3.08	3.13			

訪問件数	R4年												R5年			合計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月				
訪問介護(定期)	676	732	783	666	636	745	782	697	653	792	677	785	8624			
訪問介護(随時)	2	10	19	24	17	3	6	5	6	24	25	26	167			
訪問看護(定期)	9	9	16	14	15	16	15	19	17	20	18	22	190			
訪問看護(随時)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3			
合計	687	751	819	704	668	764	803	721	676	836	721	834	8984			

訪問件数	R3年												R4年			合計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月				
訪問介護(定期)	587	718	671	738	848	785	707	711	666	633	538	664	8266			
訪問介護(随時)	4	7	6	3	3	2	0	0	4	3	1	0	33			
訪問看護(定期)	16	15	24	21	21	20	13	12	13	12	10	13	190			
訪問看護(随時)	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2			
合計	607	741	701	762	872	808	720	723	683	648	549	677	8491			



## ～事例紹介～

要介護 4 男性 92歳 一人暮らし 隣町に姪御さん

既往歴：慢性心不全、胆管結石、腰椎圧迫骨折

1日2回 朝・夕訪問

デイサービス 週2回

### <サービス利用となった経緯>

今までは訪問介護での週2回訪問で利用されていましたが、転倒し腰の痛みがあり体動困難となりトイレに行けず、食事も摂れなくなった為、定期巡回サービスの利用に変更となりました。

### <本人・家族の思い>

本人様：腰や足が痛いため、トイレにも行けなくなり何もできないので、毎日誰か来てくれると助かります。

姪ご様：自分の親の事も見ていて、毎日の訪問はできない。一人で生活していくのはとても不安があると思いますので、できるだけ多く誰かが訪問してくれると安心します。

### <支援内容>

オムツ交換 食事のセット（配食弁当） 服薬 更衣、清拭

掃除、洗濯

デイサービスへの送り出し、迎え入れ

### <サービス利用後の様子>

腰の痛みがあり思うように動けず不安な発言ありましたが、ヘルパーの訪問に安心されたようで笑顔見られました。不安から緊急のコールが頻回にあり、対応すると安心される事が何度もありました。

オムツ交換時出来る範囲で体交動作に協力してくれるようになり、

お食事はセットすれば自力で摂取出来るようになり、当初は食欲もあまりなく徐々に食欲が出てきて「何か美味しいものないか」と、言われています。腰の痛みが落ち着いてきましたので、デイサービスの利用を再開する事ができました。本人様もデイサービスで、お風呂に入る事が楽しみだと言われ、それと毎日誰かが来てくれると、安心すると笑顔で話されます。

現在転倒もなく過されておりサービス利用継続し、在宅生活を送られています。

自己評価・外部評価 評価表

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	ほ ぼ で て い る	と が 多 い こ こ	い 全 く で て い な い		
<b>I 構造評価 (Structure) 【適切な事業運営】</b>								
<b>(1) 理念の明確化</b>								
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	○				事業所内に提示をしている	
<b>(2) 適切な人材の育成</b>								
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、e-ラーニング等にて研修を行っている	
	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	○				同事務所内の為適時状況の報告、連絡相談し情報の共有を行っ	
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>								
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、最適かつ柔軟な人材配置(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	
<b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>								
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	
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	

自己評価・外部評価 評価表

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	ほぼできている	できていないことが多い	全くできていない		
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>								
(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	○				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、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		○			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、予防に努めている	

自己評価・外部評価 評価表

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	ほぼできている	できていない	全くできていない		
<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の変更や随時訪問を実施している	
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	○				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	



自己評価・外部評価 評価表

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	ほぼできている	できていないことが多い	全くできていない		
	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	
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	
<b>(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</b>								
利用者の在宅生活の継続に必要な、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な、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な、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	
<b>3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画</b>								
<b>(1) 地域への積極的な情報発信及び提案</b>								
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と、ホームページで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	
<b>(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</b>								
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			○		職員に伝達し周知に努めている	
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	

自己評価・外部評価 評価表

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	ほぼできている	できていることが多い	全くできていない		
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)			○		問題点や改善策の提案が必要。関係者との連携を図り、情報共有に努める	

自己評価・外部評価 評価表

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	ほぼできている	できていない	全くできていない		
<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	○				頻回の訪問で計画目標達成している	
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	○				毎日の訪問と随時対応もあるので安心感があるとご意見いただいて	