

開催日時：令和6年2月22日 14時～15時

開催場所：介護老人保健施設ステップハウス宝塚 会議室

参加者：宝塚医師会副会長様、小浜自治会長様、第4地区民生児童委員協議会副会長様、
宝塚市介護保険課給付係ご担当者様、小浜地域包括支援センター管理者様

当事業所：管理者、計画作成責任者1名

欠席者：連携先訪問看護ステーション(4)

報告内容

1、事業報告（令和5年8月～令和6年1月）

利用者：平均 20名/月（前回と差異なし）

平均年齢：87.42歳（男：87歳、女：87.42歳）前回より高年齢

平均介護度：3.9（全国平均：3.2）重度と変わらず

家族構成：①独居一約68%、②昼間独居一約9%、③高齢者夫婦世帯一約14%
④家族と同居一14%

利用形態：ほぼ全員が訪問看護サービスを利用(一体型・連携型・医療保険)。

連携型の訪問看護ステーションは、4ステーション。

新規：7名

終了：看取り1名、老衰1名、施設入所2名、入院1名

訪問件数：1,272件/月 介護：1,219件/月 看護：53.6件/月

定期・随時訪問の減少（体調安定による随時訪問の減少など）

随時対応：内容 排便の訴え、不安からの電話対応が主。

医療保険：8月～11月は体調悪化に伴い、毎日点滴実施必要あり訪問。退院時等の特指示。

活動地域：3・4地区に集中

収 益：平均約517万/月。

新型コロナウイルスについて

訪問時の対応は、マスク・ビニールエプロン着用。口腔ケア・食事介助時は
フェースシールド使用。

2、自己評価・外部評価の報告

添付資料参照下さい。

I-(2)-3

新型コロナウイルスが5類に下がったこともあり、外部も出て研修受講できるようになっている。
対面式の研修も積極程に受講していきたい。

I-(2)-5

合同カンファ実施。終末期の介護看護、ACPについて実施。看護師主体で終末期の状態の勉強会と看護師と介護士のグループで1つのテーマで話し合い、次のケアに活かしていけるよう行った。

I-(5)-9

災害時に職員の安全確認、かつ利用者の優先順位つけても本当に訪問が出来るか。
ステップハウス老健が福祉避難所になっているが応援もどうするか。

BCP作成したが、作りっぱなしにならないよう検討中。

II-(1)-12

SNSでDr、訪看、CMとやりとり増えている。タイムリーな情報共有にできている。往診の結果等も共有できている。現在宝塚医師会が推奨しているMCSを活用中。

II-(2)-29

前回の会議後、第4地区民生児童委員協議会副会長様より定期巡回の事例を共有して下さったきっかけで、12月に民生委員様向けに認知症と定期巡回の理解(事例紹介)の講義をさせてもらった。講義後に生の意見もお聞きでき参加できて良かった。今後も地域への発信ができるよう、お声かけしてもらえると有難い。

高校にも前年度につづき、出前講座を行っている(若年層への介護と看護のアピールの一環)。受講生は保育士、看護師、俳優、消防士等の専門コース希望者。紹介DVDの中で、高齢者から「帰れ」と言われることがあるという話に衝撃が大きく、怒られ慣れていないからか、その質問が多い。やってあげたい気持ちが強いようだが、決められた時間の中で決められた事をするという自立の話にも驚きがある様子。講師の私達が楽しく仕事しているのが伝わったと意見もみられた。

ACPについて

在宅利用者に対して介護士や看護師が訪問した際に、意識がない時の対応に困る事が現状。人生会議や本人の意志決定の確認する事で本人が望む事ができるよう支援していきたい。医師会から安心キット配布されているが、上手く活用しきれていないのも現状。以前、ある利用者が腹痛や腸閉塞があり、精査入院を主治医がすすめた。本人は独居で家族とも疎遠、認知症もあるが入院はしたくない。病院に行かないと生命の危機。何とか説得して受診できたが、大腸がんも見つかった。病院からどうするかを再度問い合わせがあり、1年前に訪問看護が聞き取りしていた内容を伝えた。病院側は参考にはするが、1年も前であること、家族の同意もないことで決定は難しいと。

上記のケースもあり、別紙いざという時のために 終末期医療に関する意思確認書 を作成。フリー回答にすると希望が分かりづらくなる可能性あり、選択肢をしぼってチェック式にしている。皆様にご意見伺いたい。

小浜自治会長様

項目2の食べられなくなったら何もせず、自然のままを希望するというのは餓死という状況か。可能なのか。

⇒可能。無理に食べる事で誤嚥のリスクもあることと、体に負担になる場合がある。

宝塚市医師会副会長様

項目は網羅できていると思われこれぐらいかと。効力がどれくらいあるかとなると何とも。

本人だけでなく、家族間での意見統一も必要。本人はこう言っているが家族はどうかの確認も必要。

管理者

日本人は死をタブーとしている傾向強く、この話をすると縁起でもない等言われる事もあり。ただ、定期巡回は独居が多く常時家族がいるわけではないため、聞き取りしていこうと思う。

3、質疑応答

前回の議事録に関する質問

① 事例報告の方の場合、ケアが開始されたきっかけはケアマネさん？後見人さん？

- 計画作成責任者 定期巡回介入は、ケアマネジャーから。定期巡回前は訪問介護、訪問看護利用しておられ、その導入のきっかけは近隣の方から包括に、身なりの不衛生と雑草を食していると、連絡が入ったことがきっかけであった。
- ② 訪問初期、ご本人の受け入れが難しかったようですが、どのような会話のやりとりが功を奏したのか、とても興味深い。こういう事例は他にもあると思うが、成功例など皆で共有されているのか？
- 計画作成責任者 ヘルパーと伝えても理解難しいため、「先生から薬預かってきました」「昨日の約束通り今日も来ましたよ」等、色々言葉かけで対応することがあった。またその内容をスタッフ間でも共有し、声掛けは色々工夫した。
- 管理者 利用者が、訪問した事を忘れる場合もあり、時間置いて再訪問すると落ち着く事もあり、何度も訪問できる定期巡回の良さがある。主治医に内服の回数も相談ができ、この方はまずは1日1回なら受け入れ可能と判断で調整してもらった。
- ③ 自治会長 薬は自宅に置いている？内服した事を忘れて飲み過ぎる事はないか。
- 管理者 人によっては見えない所に置いたり、触る事がない人は服薬カレンダーにする等行っている。

その他ご意見、ご質問

小浜包括支援センター所長

包括は要支援対象のため、定期巡回と直接的に関わる事は少ない。事例の中で、既存サービスから定期巡回に移行の話があったが、定期巡回の魅力や強みはまだまだケアマネジャーには浸透していない。

要介護3以上でしか使えない等の間違った理解もある。ケアマネジャー向けに説明等理解が深められる機会があればと感じる。

第4地区民生児童委員協議会副会長

民生委員で災害時の安否確認のシミュレーションを行った。民生委員一人当たり5~20名程の要援護者あり。実際に訪問ではなく、玄関前まで。実際に災害が起きれば通れない道路もあることや、救助が必要なとき、ケアマネさんに連絡が必要な時はどこに連絡先があるか等の課題があがった。安心キットの中に連絡先を入れるのはどうかと意見もあった。情報の更新が課題。

何かあった時は近隣の方の協力になるので、顔を合わせて知り合いになっていることが重要。コミュニティ開催の公園清掃に参加される方は変わりなく、近隣の顔合わせの機会が必要。

小浜自治会長

参加率を高めるには、何か配る事で参加者増えないものか？

火事の際に家族人数を把握して消防隊に伝える事で、消火活動が早く始められた事があり。同居家族人数の把握をしているが、それに合わせて何かあった時に一人で逃げられるかも確認している。必要に応じて民生委員さんにも情報共有している。

次回開催予定日

令和6年 7月 26日(木) 14時~15時半 (1時間程度を予定しています)
介護老人保健施設ステップハウス宝塚 会議室

自己評価・外部評価 評価表

2024年2月22日

		実施状況				自己評価	外部評価コメント
		全くできていない	できていないこと	ほぼできていない	できている		
I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]							
(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	<input type="radio"/>				
(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	<input type="radio"/>				
	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	<input type="radio"/>			外部研修、オンライン研修参加	
	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	<input type="radio"/>				
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	<input type="radio"/>			介護・看護合同カンファレンス1月に実施(終末期の介護看護、ACP)	
(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、最良且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている	<input type="radio"/>			ボランティアスタッフ応募なし スタッフで生活支援も対応	
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	<input type="radio"/>			前回、書面でのご意見なし	

タイトル

項目番号

項目

実施状況
全くできていない
できていないこと
ほぼできていない
できている

コメント

外部評価コメント

自己評価・外部評価 評価表

2024年2月22日

タイトル	項目番号	項目	実施状況				自己評価		外部評価コメント
			できていない	ほぼできていない	できていない	ほぼできていない	コメント	コメント	
<p>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</p> <p>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</p>									
	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	<input type="radio"/>						
<p>(5) 安全管理の徹底</p> <p>職員の安全管理</p>									
	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身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)	<input type="radio"/>				BCP作成中		
	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	<input type="radio"/>						
<p>II 過程評価 (Process)</p> <p>1. 利用者等の状況把握及びサービスメントに基づいた計画の作成</p> <p>(1) 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</p>									
	11	利用者等の1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	<input type="radio"/>				食事摂取量低下等のケア時間の見直しや変更実施		
	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、つぎ合わせ等が行われている	<input type="radio"/>				在診クリニック、連携先訪問看護ステーション、ケアマネジャーとSNSを使って連携強化		
	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	<input type="radio"/>				自立支援のためのプランの作成		
	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	<input type="radio"/>						
<p>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</p>									

自己評価・外部評価 評価表

2024年2月22日

タイトル	項目番号	項目	自己評価				外部評価コメント
			実施状況	できていないこと	全くなされていない	コメント	
			できていない	ほぼできていない	全くできていない		
	15	(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し 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	○				
	16	継続したモニタリングを通じて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	○			日々の記録からも定期的にアセスメントを行い、計画への反映を実施	
	17	(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供 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	○			『スマケア』『ケアカレンダー』『スマセッション』の活用、直接の申し送りを行う。	
	18	看護職によるサービス提供に関する指導、助言	○			同上	
	19	(4) 利用者等との情報及び意識の共有 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	○				
	20	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	○				

自己評価・外部評価 評価表

2024年2月22日

タイトル	項目番号	項目	自己評価				外部評価コメント	
			実施状況	コメント	外部評価コメント			
			できていない	ほぼできていない	ほぼできている	できている		
	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	<input type="radio"/>				体調変化時の報告、治療方針の確認、必要時訪問の調整等を行う。	
2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント								
(1) 共同ケアマネジメントの実践								
	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	<input type="radio"/>					
	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(地域内のソーシャル・インクルージョンサービスの活用等を含む)が行われている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			項目番号6と同じ。	
	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	<input type="radio"/>				『スマケア』ソフトの閲覧機能も活用し情報提供を行っている。	
	(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							
	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র্ম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)	<input type="radio"/>				配食業者の買い物代行やコープの個配等の活用	
	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)	<input type="radio"/>					

自己評価・外部評価 評価表

2024年2月22日

タイトル	項目番号	項目	実施状況				自己評価	外部評価コメント
			全くできていない	できていないこと	ほぼできていない	できている		
	27	地域における利用者の在宅生活の継続に必要なとなる、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)		○			デイサービス事業所とSNSや電話、運 営帳等で情報共有や提案等を実施 民生委員さん等の情報共有の実施	
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			○			
	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		○			12月に民生委員さん向けに認知症と定期巡回の理解についての講義開催	
(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			○			
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		○				
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

2024年2月22日

タイトル	項目番号	項目	実施状況				自己評価	コメント	外部評価コメント
			できている	ほぼできている	できていないこと	全くできていない			
Ⅲ 結果評価 (Outcome)									
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	<input type="radio"/>				具体的な目標にすることで達成度をわかりやすく意識してたてている		
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	<input type="radio"/>						