

開催日時：令和6年7月18日（木）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

出席者：第4地区民生児童委員協議会副会長 様、小浜地域包括支援センター 様、
かいな訪問看護ステーション 様、 様

ステップ訪問看護ステーション 様 当事業所：廣木、吉川

欠席者：合田外科院長 様、小浜自治会長 様、雅訪問看護ステーション
宝塚市介護保険課 様

報告内容

1、事業報告（令和6年2月～令和6年6月）

事業形態：4月より一体型休止、連携型のみの運営

利用者：平均 22名/月（前回より2名増）

平均年齢：89.1歳（男：88, 8歳、女：89.41歳）前回より高年齢

平均介護度：3.6（全国平均：3.2）重度と変わらず

家族構成：①独居—約72%、②昼間独居—約0%、③高齢者夫婦世帯—約9%
④家族と同居—18%

利用形態：ほぼ全員が訪問看護サービスを利用（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：8名

終了：看取り3名、施設入所3名、訪問介護へ移行1名

訪問件数：1,516件/月 随時訪問：22件/月

定期・随時訪問の増加（状態悪化に伴う内服回数の増加等）

随時対応：内容 排便の訴え、不安からの電話対応が主。

活動地域：3・4地区に集中

収 益：平均約550万/月。

2、自己評価・外部評価の報告

添付資料参照下さい。

I-(2)-5

合同カンファ実施。安全な食事介助とポジショニングについて看護師と介護士のグループで事例に沿って話し合い、次のケアに活かしていけるよう行った。

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。

3、質疑応答

(1)施設への終了理由は？定期巡回を利用して、ケアの不足を感じていたのか？

→一人で暮らすのは寂しい。施設だと誰かがいる安心感。ケアの不足ではない。

(2)定期巡回の受入状況は？

→ニーズによる。定期的な頻回な訪問が必要でなければ、受入れは可能。

訪問看護の協力があるからこそ、安心して訪問受けられる。

4、事例紹介

●意見交換

(かいな訪看) 眠剤等の薬を増量しがちになるが、薬の副作用での転倒を起こされる事を考えると、現状のケアが良いのかな、それしかないかなと思う。

(小浜包括) 認知症介護の相談が入ったケースでは、徘徊が酷いというものがあった。この方も、抑肝散とドネペジルを内服していた。少人数体制のデイ利用は続かず。高速入口まで徘徊した事もあり、精神科病院に薬剤調整で入院し自宅退院するもADL低下があり、その後施設入所されたケースあり。

質問：事例の利用者の転倒のリスクはあったのか？

返答：あった。サイズの大きいスリッパを履いていた。またスタッフにもスリッパを出してくれる。(※現在は、適正サイズ使用している)

(民生委員) 隣人を地域包括支援センターに繋いで、その後どうなったのか分からなかったケースがある。独居の方で、突然姿が見えなくなったため、心配になった。地域包括支援センターに相談したところ、別の居宅介護支援事業所に引き継がれており、担当のケアマネジャーよりショートステイ利用している事が分かった。民生委員は、地域包括支援センターに繋ぐまでとなるため、引継ぎ後にその住民がどうなったか分からない。直ぐに連絡取れないが、気になる。教えてほしいなどと思う。

(定巡) 今回のケースでは、みまもり会議に隣人の方が参加された事で、関係機関側は本人の行動をより詳細に聞く事ができ、隣人の方も本人のサービス利用状況を知ってもらえる機会となった。

(かいな訪看) 訪問先で、近所の方に「おじいちゃんどう？」と質問される事がある。利用者とその方の関係性が分からない分、どこまで伝えて良いものか戸惑う。

(定巡) 今回紹介したケースの場合は、地域住民の方々の支援・対応のお陰で、在宅生活が過ごせている。ただ、利用者が短時間で何度も訪問し、同じ事を繰り返し傾聴して対応される事があり、困っておられるのも現状。ショートステイ利用先でも対応に困っている事や環境を変える事が良くない事もあり、ショートステイ利用を中止する話がケアマネジャーからあった。しかし、そうなると地域住民の方の負担増となる事が懸念され、ショートステイは利用継続となっている。

(かいな訪看) 空腹感で不穏になるのか？

(定巡) 糖尿もあり、食べ切れる量の間食は用意している。空腹感を主とした訴えでの頻回訪問はない。

(かいな訪看) 寝れている？

(定巡) 真夜中の頻回訪問はなく、概ね夜間は眠れている様子。

(かいな訪看) 今回のケースを聞くと、認知症の通過点と思って様子観れるのかなと思う。

今後、2040年問題もあり認知症を患う利用者数は増加していくだろう。

(定巡) 要介護2や3の方(歩行等の活動ができる)の認知症ケアが大変と、定期巡回でも言われている。

(ステップ訪看) 当ステーション利用者でもある。介護や看護スタッフに攻撃しない関係性を築けているのでは。

次回開催予定日 令和7年 2月 27日(木) 14時～15時半

自己評価・外部評価 評価表

2024年7月18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
			できている	ほぼできている	できていないこと	全くできていない	コメント		
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「利用者等が在宅生活の継続」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	○						
(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	○						
	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られる機会等を確保している	○					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	○						
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	○					介護・看護合同カンファレンス6月に実施 安全な食事介助、ポジショニングについて	
(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	○						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

自己評価・外部評価 評価表

2024年7月18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				
			できている	ほぼできている	できていないこと	全くできていない	
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、改善案の提案等)を、サービスの提供等に適切に反映させている	○			前回、書面でのご意見なし	
(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	○				
(5) 安全管理の徹底							
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)	○			BCP作成済	
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	○				
II 過程評価 (Process)							
1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供							
(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・看護画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	○			認知症進行に伴うケア内容の見直し等	
	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、組み合わせ等が行われている	○			往診クリニック、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	
利用者等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	13	利用者等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	○			自立支援のためのプランの作成	

自己評価・外部評価 評価表

2024年7月18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				
			できている	ほぼできている	できていないこと	全くできていない	コメント
志向型」の計画の作成	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	○				

自己評価・外部評価 評価表

2024年7月18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		
			できている	ほぼできている ができていないこと 多くできていない			
(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	○				
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	○			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	
(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供							
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	○			『スマケア』『メディカルケアステーション』の活用、直接の申し送りを行う。	
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	○			同上	
(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	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	○				
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	○				

自己評価・外部評価 評価表

2024年7月18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				
			できている	ほぼできている	できていないこと	全くできていない	
	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	○				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							
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	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	○				
	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		○			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	○				『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							
利用者の在宅生活の継続に必要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)	○				配食業者の買い物代行やコープの個配等の活用の提案
	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)	○				

自己評価・外部評価 評価表

2024年7月18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				
			できている	ほぼできている	できていないこと	全くできていない	
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)	○				デイサービス事業所とSNSや電話、連絡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	○				ホームページ掲載
	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	○				
(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7月18日

タイトル	項目番号	項目	実施状況				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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		