

第2回 介護・医療連携推進会議 レジюме

ステップこはま24hケアステーション

開催日時：令和7年3月13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：（小浜自治会長）吉村様、（4地区民生児童委員副会長）西田様

（宝塚市介護保険課）村上様、（地域包括支援センター）安藝様

（連携先訪問看護ステーション）訪問看護ステーションかいな様

訪問看護ステーション雅様 訪問看護ステーションスイッチオン宝塚様

ステップこはま訪問看護ステーション様

（事業所出席者）廣木、吉川、槇

欠席者：（宝塚市医師会）合田様、（家族）

議題内容

1、事業報告

利用者：平均 20.4名/月（前回より1.6名減）

平均年齢：88.8歳（男：90.1歳、女：87.6歳）男性の平均年齢高い

平均介護度：3.6（全国平均：2.6）全国平均は下がっているが前回同様重度

家族構成：①独居—約63%、②昼間独居—約0%、③高齢者夫婦世帯—約15%

④家族と同居—21%

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11名

終了：看取り3名、施設入所4名、入院5名、夜間のみⅢへ移行1名

訪問件数：1,288件/月 随時訪問：18件/月

随時対応：内容 排便の訴え、転倒、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496万/月。前回より50万減。

2、自己評価・外部評価の報告

添付資料参照下さい。

I-(2)-5 訪問看護、訪問介護、定期巡回の3係で合同カンファレンスを1月に開催。
認知症の症状を言語化して伝えることをテーマに事例をもとにグループワーク実施。

II-1-(1)-12 SNS(主にMCS)を活用して連携先訪問看護ステーションや主治医、
ケアマネジャーとのやりとりが増え、情報共有も早く連携強化できている。

II-2-(2)-27 みまもり会議に参加した際に、出席された民生委員さんとも情報共有
行っている。集合住宅の認知症利用者の対応でお困りの近隣の方とも情報共有行っている。

II-3-(1)-29 県の連絡協議会より依頼を受け、11月に伊丹西高、1月に丸橋

小学校、2月に安倉中学校に出前講座実施。

・丸橋小学校の講座では介護についてクイズ形式で講座を行い、実際に車椅子等介助用品を使用し体験をしてもらった。介護看護業務等にも興味を持ってもらうことが出来た。

安倉中学校では、事例をもとに介護の業務紹介をおこなった。介護体験として、麻痺を想定した衣類の交換や、立ち上がり動作の介助を体験してもらった。

3、事例紹介

細やかなサービス調整の難しさ

添付資料参照

4、意見交換

かいな訪看：基本にご利用者からの最初の連絡は定期巡回でよいのか、それとも身体的な事は看護、それ以外はヘルパーと分けておいた方がよいのか？分け方をどういう風にご利用者へ説明したらよいのか？

こはま 24h：ご利用者には最初の説明の際に基本的には定期巡回に連絡するように伝えている。身体的な事で急を要する際は直接連絡してもらって大丈夫と伝えている。認知症の方や高齢者夫婦等には定期巡回へまず連絡するように伝えている。ご利用者の中には上手に使い分けされている方もいる。事業所によって連絡方法も異なることもある為、他事業所との連携の際はカンファ等の際確認してもらった方がよいのではないかと。

かいな訪看：CM等との相談で24hを利用した方がよいのではないかと提案した際、利用したことがない定期巡回の業務内容が詳しくないCMには繋がられない事も考えられるが、定期巡回の周知はどのように行っているか？

こはま 24h:CMの勉強会等で定期の事例等を紹介した。CM事業所に1人でも利用してもらい利用したCMから発信して周知行っていけばよいなどと思う。今年度からの夜型の訪問が始まったことについてはFAX等で各事業所に周知している。CM協会でも定期巡回の周知の為に研修を実施していく話がある。看護等からCMへ定期巡回を提案する際は、まずは定期巡回に相談連絡してもらうように伝え周知して貰いたい。

ただ、現状はどの事業所もCMへのアプローチ不足なのは課題であり、去年より市内の定期巡回事業所で集まる機会もあり、そこでの話し合いをCM部会等に発信していければと思っている。夜間訪問も広めていきたい。

雅訪看:夜間訪問はどういった業務内容か？

こはま 24h：21時～6時までの訪問時間であり、一か月の基本単位決まっていれば訪問はなくてもオペレーター費用はかかってくる。訪問があれば都度費用はかかり積み上げ式の形になっている。家族がいない夜間等の訪問や、転倒等の緊急時に訪問していく形となっている。サービス併用のメリットはあるが、夜間型訪問になるので時間外の緊急時等は定期巡回での訪問はない。夜間訪問時間帯に関しては事業所ごとの設定となる。こはま 24hでは、状態よくなった利用者があり定期巡回終了ではなく夜間訪問に切り替えたが、再度状態悪化した際は定期巡回で訪問出来る様に柔軟に対応していけるようにしている。

市内の他定期巡回事業所にも夜間訪問の意見聞いていきたいと思っている。収益の部分を見ると定期巡回と夜間型をバランス良く訪問出来ればと思っている。

かいな訪看:スマケアを確認してほしいと意見もあるが、MCSを活用してスマケアを確認しなくてもタイムリーに情報共有はしていけないかと思っている。

こはま 24h:ヘルパーもどこまで報告すればよいのかも迷うところではあり、訪看とのある程度の決まり事出来ていれば発信しやすいかなと思う。

吉村様:要望に応えるために色々な問題があるのだと思った。各家庭それぞれの生活時間があり、色々な人の訪問に負担を感じる家庭もあるのかと思うが大変な業務であることを確認できた。訪問した際に利用者が応答ない時はどうされているのか?

こはま 24h:一度時間を置いて再訪問したりや、キーボックス設置したり等で対応している。定期巡回は包括算定なので再訪問に支障はないが、他サービスは困ることがあると思う。

西田様:立場的には利用者との繋がり役なので、CMとの繋がりは大事にしていきたいとおもっている。サービスに繋げることができても、その方が利用後どうなっているのかが分からなくなっていく事もある。その後どうされているのかの情報をCM含めヘルパーさんからの情報も共有出来たらと思っている。

次回開催予定日

令和7年 7月 24日(木) 14時~15時半

自己評価・外部評価 評価表

2025年3月13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	が 多 い	で き て い な い こ と	全 く で き て い な い	
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	○					
(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1月に実施 認知症の症状を言語化するをテーマに	
(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

2025年3月13日

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	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	○				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	○				認知症進行やADL低下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、つき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

2025年3月13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	が多い	できていないこと	全くできていない	
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	○				看護師からの助言を計画書に反映	

自己評価・外部評価 評価表

2025年3月13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	
(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	○			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

2025年3月13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	が多い	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								
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	○					
	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。
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	○					『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なとなる、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)	○					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

2025年3月13日

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	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 みまもり会議で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		○			兵庫あんしんネット24(県の定期巡回連絡協議会)の依頼を受け、訪問看護、訪問介護についての出前講座を11月に伊丹西高、1月に丸橋小学校、2月に安倉中学校へ実施	
(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

2025年3月13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	が多い	できていないこと	全くできていない	
コメント								
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	○				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	○					

事例紹介

～細やかなサービス調整の難しさ～

ステップこはま24hケアステーション

吉川由紀

事例紹介

基本情報	
本人	79歳 男性 介護3 介護3割負担 医療2割負担
疾患	横行結腸癌(終末期予後未告知)、転移性肝腫瘍、転移性肺腫瘍
家族構成	70代妻、長男(軽度知的障害)の3人暮らし 近くに妻の姪がおり、妻の相談相手
経緯	抗がん剤治療していたが、ADL低下あり緩和病棟に入院。 自宅で過ごしたいと本人の希望あり在宅へ。 妻が病院スタッフより排泄介助や食事介助の指導は受けた。 退院日の前日にCMより定期巡回に依頼あり、退院日に契約・開始。 訪看は入院前から介入あり。 妻は夫のそばを離れることの方が不安あり、夜間はベッドの横に 布団敷いて寝ると。妻は不眠もあり、睡眠導入剤を処方されている。

介入日(1/8)相談時の週間予定

毎日 看護師
毎日 2回ヘルパー
週1 訪問入浴
(今から調整であり
初回この時点で不明)

月に2回
訪問診療(往診)
訪問薬剤師

	月	火	水	木	金	土	日
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							

状態の変化

時系列	内容
1/10(ケア開始2日後)	本人の状態安定。 妻より早く休みたいので夜のケア中止依頼。 →翌朝パッド当て方など問題なし。
1/13(ケア開始5日後)	夜の訪問終了後にまた便が出たと連絡あり随時訪問。
1/14(ケア開始6日後)	朝のケア時に倦怠感強く、意識あるが閉眼状態。 食事、水分、服薬も難しい。 看護師と連携して、午後看護師訪問。 長く滞在して対応され、妻も疲弊しており、夜のケア中止依頼。

状態の変化

時系列	内容
1/15(ケア開始1週間)	受け答えは可能で全身清拭と更衣対応。胃部不快感の訴えが増え、少量の嘔吐が繰り返し起こる。
1/17(ケア開始9日後)	夕方にたまたま妻に電話すると、今多量に嘔吐していると話あり、随時訪問。清拭、更衣、シーツ交換等、対応し落ち着く。 このあと夜も訪問するも、落ち着いておりケア不要と退室する。
1/18(ケア開始10日後)	訪問入浴の予定だったが、嘔気持続しており中止される。次回は1/22の予定。

家族の意向

1/19(日) 妻から看護師に相談。

夜の訪問が今は不要になっており、オムツ交換等自分でできるようになっている。

今後のヘルパーについてCMに相談したいと意向があることをSNSにて報告を受ける。

CMの意向

1/20 CMより 訪問介護のヘルパーを朝のみにして調整し、定期巡回を1月末で終了。

事業所からは、現状本人の状態から予後そこまでない可能性であること、急激な状態変化も予測されること、新しいサービスの介入での負担等を伝え、一度病状について主治医や看護師から妻に話された方がいいこと提案。

CMから看護師に確認。看護師も同意見であり、定期巡回継続必要と。同日の午後の往診時に看護師立ち合い、予後3～6週間程度であると妻に説明する。

担当者会議(1/22ケア開始2週間後)

参加者	妻、CM、訪看管理者、24h管理者
妻より	午前は調子がいいが、午後は寝ている。 無理に起こさず、タイミングみてケアしたい。
定期巡回より	夜21時は寝ていることも多い。 看護師が14時前後に介入しており、18時台にヘルパーの時間変更可能、または朝のみでその後は随時訪問が可能であること伝える。
訪看より	24h事業所や主治医と連携がしっかりとれており、本人の状態も考慮してサービス事業所の変更は得策ではない。
CMより	気を遣う本人の性格上、また新しい人との関わりはさらなる負担になることが不安。現状のサービスがいいか。

担当者会議

妻の考え

みなさんの話を聞き、今のヘルパーさんも本当によくしてくれているのでこのままを希望。

姪が費用面も気にしてくれていて、簡単に朝だけのヘルパーさんに変えたらいいと言ったのでそうかなと思った。

1/20 先生からも予後の話あり、このままのサービス継続でいきたいと意向あり。

17時頃にほとんど毎日姪がきて、それも疲れる。

18時以降は不要。ヘルパーの定期訪問は朝のみとなる。

担当者会議

意向確認後サービスの確認

①本人、妻、長男の生活時間の確認

介入時に22時就寝とのことで21時訪問に設定したが、18時の夕食後あわただしく、片付け、長男、妻と入浴してヘルパーが来るのを待っていたため負担が大きかったことがわかる。

②保清について

訪問入浴を一旦中止としたため、今後の保清をどうするか。この確認時に妻は涙しながら、清拭や更衣依頼したかったがどのタイミングで言えばいいかわからなかった、上手く言い出せなかったと。→本人の体調に波が大きいいため、曜日決めずに看護師で洗髪、ヘルパーで週2回清拭、更衣、週1回シーツ交換とする。

振り返り

- ①事前準備できないまま介入となり、家族の生活スタイルの聞き取りが不足していた。
- ②状態変化にとらわれ、保清についての対応の検討が遅くなった。
- ③訪問するスタッフも、状態の把握、通常のケアに気をとられ、決まったケアしか対応できず、保清の不足に気が付かなかった。
- ④訪問看護や主治医とはSNSを活用して密に情報共有でき、妻へ一緒にアプローチをしてもらうことができた。



ご清聴ありがとうございました