

平成30年度11月度 SOMPOケア上石神井
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
第3回 介護・医療連携推進会議

- 事業所名 SOMPOケア上石神井
- 日時 平成30年11月19日 火曜日 14時30分～ 15時30分
- 場所 上石神井南地域集会所 会議室2
- 目的
- ① 適正な運営を行うこと
 - ② 地域に開かれたサービスとする事で、サービスの質の確保と向上を図ること
 - ③ 介護及び看護に関する課題について情報共有を行い、介護と看護の連携を図ること

■アジェンダ

	内容	担当	所要時間	開始時間	終了時間	資料
1	はじめに ごあいさつ	松井	0:05			
2	介護・医療連携推進会議参加者のご紹介	松井	0:05			
3	定期巡回・随時対応型訪問看護について	下津佐	0:10			
4	サービスの提供状況の報告	松井	0:05			
5	事例紹介	松井	0:10			
6	サービスへの評価・要望・助言	各参加者より	0:05			
7	協議会メンバーからのご連絡	各参加者より	0:05			
8	自己評価・外部評価のお願い	松井	0:15			
	閉会のあいさつ	松井				

■議事進行 : 松井

■議事録 : 馬杉

介護・医療連携推進会議
ご出席の皆様

介護・医療連携推進会議の目的

1. 介護・医療連携推進会議とは

「在宅での生活を継続」するために、地域の課題を共有し推進していく会議

2. 構成メンバー

～地域を様々な立場で支えている方々～

ご利用者・ご家族、地域住民の代表、地域の医師・医療機関の職員、市区町村職員、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、事業者等

3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは

単身・重度の要介護者等が、できる限り在宅生活を継続できるよう、「訪問介護」と「訪問看護」の連携の下で、適切な「アセスメント」と「マネジメント」に基づき、「短時間の定期巡回訪問」と「通報システムによる随時の対応等」を「適宜・適切に組み合わせて」提供する24時間対応の基幹サービスとして創設された。

補足

- 目的：「在宅生活の継続」
- 手段：「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」

介護・医療連携推進会議_3回目

開催日

2018/11/19

時間

14:30~15:30

定期巡回事業所名

SOMPOケア上石神井

ご依頼の一覧

	所属機関	役職等	出席者お名前
1	地域包括支援センター等	上石神井地域包括支援センター	社会福祉士 松本 有紀 様
2	居宅介護支援事業所	フローラ石神井公園	介護支援専門員 田中 隆弘 様
3	居宅介護支援事業所	ハーティー・ケア	介護支援専門員 大谷 可奈子 様
4	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア中村橋	看護師 加藤 光恵
5	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア上石神井	介護支援専門員 三浦 恵子
6	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア上石神井	管理者 松井 栄美子
7	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア上石神井	計画作成責任者 柏木 澄子
8	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア上石神井	計画作成責任者 馬杉 愛
9	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア上石神井	訪問介護員 櫻田 琢磨
10	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア株式会社	練馬区エリア担当 下津佐 省一
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

事業所概要

①事業所名	
ジャパンケア上石神井	
②事業内容	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業 訪問介護事業 居宅介護支援事業	
③主なお問合せ受付 曜日/時間	
曜日	月曜日～金曜日
時間	9:00～18:00
④全事業職員数(人)	
正社員	20 人
非常勤	15 人
合計	29 人
⑤利用者状況(人) 平成30年10月現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	16 人
訪問介護事業	55 人
居宅介護支援事業	190 人
合計	261 人
⑥事業所の特徴	
<p>介護度が上がり、さらに多くの介護が必要になった方へは、定額で安心の定期巡回随時対応サービスをお勧めします。 住み慣れた居宅（自宅）を巡回して日常生活上の介護をお受けいただけます。</p> <p>居宅介護支援事業所も併設しておりますので、ケアプランも合わせてご相談下さい。</p> <p>訪問エリアは別紙にてご確認ください。</p>	

SOMPOケア上石神

井



利用実績(平成30年8月～平成30年10月)

利用者数推移	H30.8	H30.9	H30.10
月利用者数(延べ)	16名	15名	16名
新規サービス開始数	1名	0名	1名
サービス終了者数	0名	1名	0名
介護看護利用者数	14名	13名	14名
介護のみ利用者数	2名	2名	2名
平均介護度	2.7	2.7	2.9

事例

老老介護での在宅復帰を支援

78歳 男性 要介護5 (障害自立度:C2・認知症自立度:IV)

尿路感染症により10/3入院。四肢の拘縮強く、自己体動不可。退院後は日中独居となる時間帯がある。今後は通所も困難と考えられ、また、主介護者の奥様が始発で出勤されるため、早朝夜間帯のサービスが必要になることから定期巡回サービス導入となった。

身体状況	生活状況	意識状態
主病名： パーキンソン症候群 (H25.2～) 肝硬変 (H24.11～) 高血圧 (H24.11～) 今回の入院を機に 痰吸引/酸素療法/膀胱留置カテーテル となられた	今回の退院を機に戸建へ転居、娘も同居し3人暮らしとなるが妻も娘も就労されており、日中独居。入院前は主に通所介護を利用され、日常生活全般の介護は妻が担っていた。娘さんはノートタッチだったが、今後は分担し母を助けていきたいと考えている。	意思疎通困難。 時折発語あり。

週間計画 サービス導入時期 H30年10月～

ポイント

看護サービス(有)

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
12:00							
18:00			看護				
0:00							
6:00							

— 定期巡回サービス

- ◆定期巡回訪問介護サービス 3～4回/日
排泄介助(20分程度)
- ◆定期巡回訪問看護サービス 1/週
- ◆随時コールに関しては、ご家族により必要時コールを頂くことになる

経過

- 定期巡回介護では対応困難な痰吸引は、頻回ではなく、毎食前後に実施すればよい程度のため、ご家族が対応されている
- とろみ水分、ペースト食を全介助で召上げるが、ご家族へ誤嚥をしにくい姿勢などの注意喚起が必要と看護師からアドバイスあり、ご家族へ声かけ、促しリマインド、必要時介助を行う
- 当初、娘さんと2人で介護をするという理由で、サービス希望が1日1回ないし2回の訪問希望であったが、娘さんが身体介護に不慣れであることがわかり、サービス介入量を増回した
- 発語ほぼなく、表情も乏しかったが、自宅に戻られてからは、TVを見たり、うなづいたり、「はい」などの反応も見られ、表情も格段によくなられるも、誤嚥性肺炎により入院。

導入後効果

医療ニーズが高い方であるため、医療と看護、介護の24時間連携にて、熱発や皮膚トラブルも速やかに対応している。奥様は今回の在宅生活により、自宅で過ごすことが可能であると判断され、今回の入院でも療養型病院への転院は断り、在宅で看取るお気持ちになっておられる。

2018年度自己評価・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 A…評価できる B…普通 C…評価できない D…評価不能
			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		
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	○					A…7 B…0 C…0 D…0
(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	○					A…7 C…0 B…0 D…0
	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			○		各種研修は実施されているが、専門技術に特化した研修の機会は確保できていない	A…2 B…2 C…3 D…0
	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			○		事業としては発展途上である事が否めず、職員配置は手薄である	A…2 B…5 C…0 D…0
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		○			日々の連携に留まらず定期的なカンファレンス等の開催が出来るとうよいと考えている	A…4 B…3 C…0
(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			○		同姓介護の希望には添えない状況である	A…2 C…0 B…5 D…0
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		○			同姓介護の希望には添えない状況は続いている	A…3 B…4 C…0 D…0
(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	○					A…7 B…0 C…0 D…0
(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)			○		講習会等の実施なし。地域の避難場所の提示程度	A…1 B…5 C…1 D…0
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	○				鍵付き書庫での保管や専用廃棄BOXの設置等	A…6 B…1 C…0 D…0
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		○			全てのご利用者からの時間指定に対応は出来ていない	A…3 C…0 B…4 D…0
	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	○					A…7 C…0 B…0 D…0
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	○					A…6 C…0 B…1 D…0
	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			○		現象・現状を考えた計画書に留まる。	A…2 B…5 C…0 D…0
(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	○				天候や体調不良時、年末年始等、柔軟なサービス提供を実施している	A…7 B…0 C…0 D…0

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	○			1日複数回のサービス提供が主となっている為、早期対応可能となっている	A...7 B...0 C...0 D...0
(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	○				A...6 B...1 C...0 D...0
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	○				A...7 B...0 C...0 D...0
(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		○		十分であるといいかねる開始前に限定せず定期的なモニタリング等を通じて常に意識の共有を図っていく事を旨とする	A...4 B...3 C...0 D...0
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	○				A...7 B...0 C...0 D...0
	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	○				A...7 B...0 C...0 D...0
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	○				A...7 B...0 C...0 D...0
	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	○				A...6 B...1 C...0 D...0
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		○		積極的な情報提供というにはまだまだ改善の余地がある	A...2 B...5 C...0 D...0
(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、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)	○				A...7 B...0 C...0 D...0
	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)	○				A...7 B...0 C...0 D...0
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)		○			A...4 B...3 C...0 D...0
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	○				A...7 C...0 B...0 D...0
	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		○		定められた発信に留まっており積極的には至っていない	A...2 C...0 B...5 D...0
(2) 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		○		社会資源の活用などは不十分であり、まだまだ十分に理解しているとはいえない	A...3 B...4 C...0 D...0
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	○				A...7 B...0 C...0 D...0

<p>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</p>	<p>32</p>	<p>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）</p>					<p>具体例がなく割愛</p>		
<p>Ⅲ 結果評価 (Outcome)</p>									
<p>サービス導入後の利用者の変化</p>	<p>33</p>	<p>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</p>	<p>○</p>					<p>A...6 C...0 B...1 D...0</p>	
<p>在宅生活の継続に対する安心感</p>	<p>34</p>	<p>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</p>	<p>○</p>					<p>A...7 C...0 B...0 D...0</p>	

SOMPOケア上石神井 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 第3回 介護医療連携推進会議 記録

開催日	開催時間
2018年 11月 19日 (火)	14 : 30 ~ 15 : 30

■出席者

名前	所属	名前	所属
松本 有紀 様	上石神井地域包括支援センター	田中 隆弘 様	フローラ石神井公園
大谷 可奈子 様	ハーティー・ケア	櫻田 琢磨	SOMPOケア上石神井
下津佐 省一	SOMPOケア株式会社	松井 栄美子	SOMPOケア上石神井
三浦 恵子	SOMPOケア上石神井 (居宅)	馬杉 愛	SOMPOケア上石神井
柏木 澄子	SOMPOケア上石神井		

■審議事項

次回へ持ち越し

1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業について	<input type="checkbox"/>
2 サービス提供状況の報告	<input type="checkbox"/>
3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介	<input type="checkbox"/>
4 意見交換 (サービスへの評価・要望・助言)	<input type="checkbox"/>
5 協議会参加者からのお知らせ	<input type="checkbox"/>

■記録

司会 (松井)	2018年度11月 介護・医療連携推進会議開催と各自資料確認
1、	開会のあいさつ (松井)
2、	参加者様・当社社員自己紹介
3、	SOMPOケア株式会社概要 (パンフレット配布) SOMPOケア上石神井事業所概要 (別紙参照) 利用者様の安全安心が担保されるようなエリア策定をさせて頂いています。 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業についての説明 (下津佐) [資料参照] ●「みまもる」「予防する」「つながる」「かけつける」の4つが合わさった制度であり、1ヶ月定額制の包括報酬です。 (ショートステイやデイサービスをご利用されると調整額があるため、少し料金が変わるになるので、サービスを利用した全てのご利用者様が同じ料金ではない。) 例外もある。月の途中から始まった時やサービス終了時は、日割りになります。 ●各種加算のご説明 (総合マネジメント体制強化加算・サービス提供体制強化加算 (I)イ・市町村独自加算 等) ●ケアコール機を使用した時の通話料は、42円/分かかります。 ●連携先の看護師によるアセスメントを踏まえての計画作成となります。 ●訪問介護サービス同様、ケアマネジャーがケアプラン起こし、ケアプランのニーズと目標に沿って計画作成責任者が看護師のアセスメント、意見も合わせて介護計画書を作成、モニタリング評価をし、CMと相談しながら都度柔軟に計画を変更していく。 ●訪問リハビリ併用の注意点
4、	サービス提供状況の報告 (松井) [詳細資料参照] ・H30.8月～H30.10月の利用実績 15-16名 (サービス付き高齢者住宅の人数含む) ・平均要介護度 2.7-2.9

5、 定期巡回・随時対応型訪問介護看護のケース紹介（松井） [資料参照]

● 老老介護での在宅復帰支援ケース

田中様) 訪問診療 訪問看護は？鍵の取り扱いは？

松井) 訪問診療訪問看護共にご利用されています 訪問看護は自社グループ内の訪問看護を利用され 合鍵はキーボックスを貸出し対応しています

田中様) たん吸引はどのように？

松井) 入院中も食事の前後 念のため という形だったそうで退院後もお子様、及び訪問看護師の対応となっています

田中様) 訪問介護はできないですもんね・・・

松井) はい ただ今回のご利用様奥様はおおらかでヘルパー訪問時痰がごろごろされている？吸引されたか確認すると 「今日はまだやってない」

という様な対応だったので 注意喚起として定時のたん吸引はして下さるようお声かけをしていました

下津佐) 食事の適切な姿勢などリマインド声かけをしているとの事ですが 今回実際誤嚥性肺炎で入院されてしまっているのので 今後在宅に戻られ

た際にこういった対策を講じているのか 例えば食事や飲水に関してヘルパーが実際に介助し見ていただくなど具体的な支援が必要な状況

かと思えます

松井) 確かに 今回の入院はやはり・・・という気持ちになりましたので 今後在宅に戻られた際には今までと同じ支援をしていたら同じ状況を

繰返されてしまうことになるのでは・・・と思えます

下津佐) 食事に限らずお看取りとなれば体位変換の回数が増えたり痛みが増していくような場合 安楽な姿勢保持などご家族でもある程度

対応できることが望ましいし 看取る覚悟もご家族の心の準備として共に支援し手技などをお伝えしていくことは必要と思えます

松井) 今回退院された際には ご自宅でご家族と一緒に年越しなどもできるようヘルパー一同頑張っ て支援してまいります

田中様) 僕の担当している方で胃ろうにしたら痰が出ないからどうする？と言われた方がいました

松井) この方も胃ろうはすすめられたと奥様仰っていましたが お断りした経緯があったそうです

三浦) 必要があれば選択肢として胃ろう造設をすすめられる場合はあると思えます 胃ろうがいけないわけではないでしょうから・・・

下津佐) 胃ろうを経て経口摂取にもどられた方の報告もたまに聞きますね

三浦) 医療側だけでなくご本人はもちろん ご家族の懸命な努力が必要そうですね

松本) 今回初めて参加させていただいているんなお話が聞けてよかったです

下津佐) 定期巡回を利用されたことがないと どういったケースが適しているのか悩まれることあるかと思えます こちらでいろいろお話したように

まずはケースのご相談だけでも構いませんので是非お問合せ下さい お待ちしております

議事録作成

松井 栄美子

管理者
議事録確認

