

理事長 (総合施設長)	事務局			施設長 (部長)	次長	課長	主任	担当者
	事務局長	総務部長	総務課長					

会 議 録

ISC-5.5-01-04

部署名	訪問介護課		
名 称	介護・医療連携推進会議		
開催日	2017 年 8 月 25 日		
時 間	14:00 ~ 15:00		
会 場	いずみの館	記録者	南 真吾
出席者	相良、尾形、今富、東木、二木、江口、山野、今永		
	谷口部長、伊藤次長、瀧澤主任、橋本課長、和間主任、中島主任、南		

議 事 内 容

運営推進会議及び介護医療推進会議設置運営指針に基づき開催され、定員の過半数以上かつ外部構成員の過半数以上の出席が見られますので成立いたします。本日出席予定でした岩崎様、富岡様、有隅様は欠席となっておりますご了承ください。

1.会長挨拶（相良様）

2017年度 第2回介護・医療連携推進会議を開催の挨拶

毎日暑い日が続いておりますがお暑い中皆さんお集まりいただきまして誠にありがとうございます。今年は空梅雨、集中豪雨、猛暑ということでこのパターンで進んでいるようですがここに来て残暑で連日非常に暑い日が続いております。

毎日暑くて体調管理等大変と思います。

今日から鶴市のお祭りが今日から始まったということで雨乞いのお祭りですので雨が最近降らなかったなのでこの3日間でまとまった雨が降り涼くなればと思います。

今日は今年度第2回目の会議ということで1回目参加できず申し訳ありませんでした。

1回目の事例検討会をされたと事務局から聞いていますが、本日も事例検討をされるということで皆さんお立場からいろんな意見、いろんな発想を出していただいて有意義な会議にしていけたらと思います。

2.中津市市役所（今富様）

在宅医療介護連携の担当ということで毎回出席させていただいています。

今日もメンバーの中に医療介護連携の調査検討部会のメンバーもいらっしやっていますのでこの会が私にとっては勉強になる会となっております。

今後ともよろしく願いいたします。

議 事 内 容

中津市役所（東木様）

本来中尾の方が出席予定でしたが都合が悪く出席ができなかったので代わりに出席させていただきます。初めての会議ですので勉強させていただきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

3.いずみの園在宅サービス事業部部長 谷口部長

お暑い中会議に参加して頂きありがとうございます。

先日NTT総合研究所の方が来園され説明に来たのですが、来年が介護保険の報酬改定ということで、資料の一環としてオペレータの対応時間のアンケートを取りに来られました。昨年2月は三菱総合研究所からヒヤリングを受けて、今年の5月くらいに報告されたそうです。24時間在宅ケア研究会をうちの富永理事長が理事長をされており、9月には呼ばれる予定となっている。

今の定期巡回で使いやすい所、使いにくい所、どういうことをしているかなどいろんな方面から提案していきたいと思っている。また会議の内容を受け、地域の皆様にお知らせをしサービスの質の向上に努めていきたいと思っております。

4.定期巡回随時対応型訪問介護看護運営状況報告について（中島主任）

資料の2P目をご覧ください。（別紙2）

7月登録利用者数が62名。6月65名から3名減っています。今現在は64名となっています。毎月3～4名の廃止者がある中で7月は新規が少なかったと思われました。まだ広報活動を実施していく必要があると実感している。

入院等で登録はあるが実利用は60名です。P2を見て頂きたいのですが6月は62名で3026回 7月は3225回と利用者数は減っているが定期的な訪問は増えている。こちらは夏場に向け、空調管理や水分補給などで訪問回数を柔軟に増やしている結果だと数字から見て取れます。

しかしながら私の利用者ですが8/21朝ヘルパー訪問時、体調不良の訴えがあり救急車要請をし、市民病院へ搬送されました。結果は軽い脱水からくるものだろうと先生から言われました。私の方が夏場のアセスメントが足りなかったと反省しているところでもあります。

P3は随時訪問の件数等になっております。

排泄の訪問も多くありましたが体調不良も5回と多くなっています。

まだまだ残暑厳しいので訪問回数を見直し、入院しない・入所しないようなサービス提供に努めていきたいと思っております。

議 事 内 容

P4、5は地域への訪問と施設への訪問回数となっています。

5.自己評価・外部評価について（和間主任）

毎年自己評価・外部評価を行うことが義務付けられています。

今回私どもの方で自己評価の方を行いましたので、簡潔に説明したいと思います。

自己評価表より（別紙2）

P2 項目番号7番

自己評価の所にあります、昨年度のこの会議での助言によりアセスメントシートを変更しました。週刊プログラムを入れると分かりやすいのとのこと指摘を頂きましたのでレジメの最後のページに資料をつけさせて頂いております。

右下に週間プログラムをつけさせて頂くことで見やすくなっております。

P6 項目番号28番

医療連携推進会議の議事録をいずみの園のホームページにて記載しているところです。ぜひ一度ご覧になられてください。

P7 項目番号32番

任意評価項目となっておりますがなかなか難しく、今年度はリハビリテーションの専門職等派遣事業を積極的に利用しこの項目を達成していこうと考えていこうと考えています。自己評価として実施状況はできていない事の方が多く感じる。

・私どもの自己評価のコメントをご覧になって昨年同様皆様に外部評価コメントをいただきたいと思っています。次回は11月に開催予定ですので評価のコメントの記入をしてお持ちいただけたらと思います。

前回の事例についてご意見をいただきました。その後本人・ケアマネ・ご家族・福祉用具の方とも話合いを持つ機会があり、皆様から頂いた提案・ご意見をご報告させていただきました。ベッドなど配置換えの検討や電動車イスを試しに利用したいなど積極的に気持ちが前向きになりました。しかし試す直前に入院となり退院したと思ったら再度入院となり、何も出来ないまま施設入所となりました。ただ皆様の貴重なご意見の提案などは大変ありがたいとご家族・本人大変喜ばれていました。『生きる力になった』との事でした。

議 事 内 容

6.看護利用者報告連携状況について

なかつ訪問看護 山野様

連携4名おり、一人介護5だった方、睡眠時無呼吸症候群の方ですが夜間酸素マスクをつけるようになりこれにより、無呼吸が無くなり調子がよくなり介護度が5→4へ下がるということがありました。

リハビリやヘルパーとの連携を取りながら徐々に調子が良くなっています。

新規の方でなかなか薬の内服ができないとの事でヘルパーと協力して

きちんと薬を飲むという意識付けをし、週に1回血糖を下げる注射をしなくては行けない為家族とも連携を取っていています。

状態も良くなり、落ち着いてきています。

ご主人の方がガン末期で家に帰りたいとの事で、ご夫婦で生活ができるようヘルパーさんと協力していきたい。

もう一人は在宅酸素の方で、今は落ちついている方です。

最後の一人はサ高住の方でこの方もヘルパーが訪問時に異変に気付き、連絡を頂きました。現在は肺炎で入院しているが比較的軽く、もうすぐ帰ってくるのではないかと思います。やはりこうした連絡の所を密にしていきたいと考えています。

訪問看護ステーションあずき 今永様

アセスメント訪問は前回30名でしたが入院や入所で今回は27名です。

定期巡回連携型の方は前回の方が継続で1名の方が利用されている。

認知症、慢性心不全、高血圧がある方で足が動かない方ではあるのですが

自分では何でもできるし、悪いところはないと言って中々介護が受け入れられないといった状態が続いている。基本一人での訪問だがこの方に関しては

行けるときは2人で訪問に行き、一人がバイタルや記録している間もう一人が

話しながらケアができる体制を取り出してからは、清拭・足浴・爪切りなど

身体のケアをできるようになりつつあるのですが、まだ臭気がある状態が続いているので継続して行っていきたいと思っている。

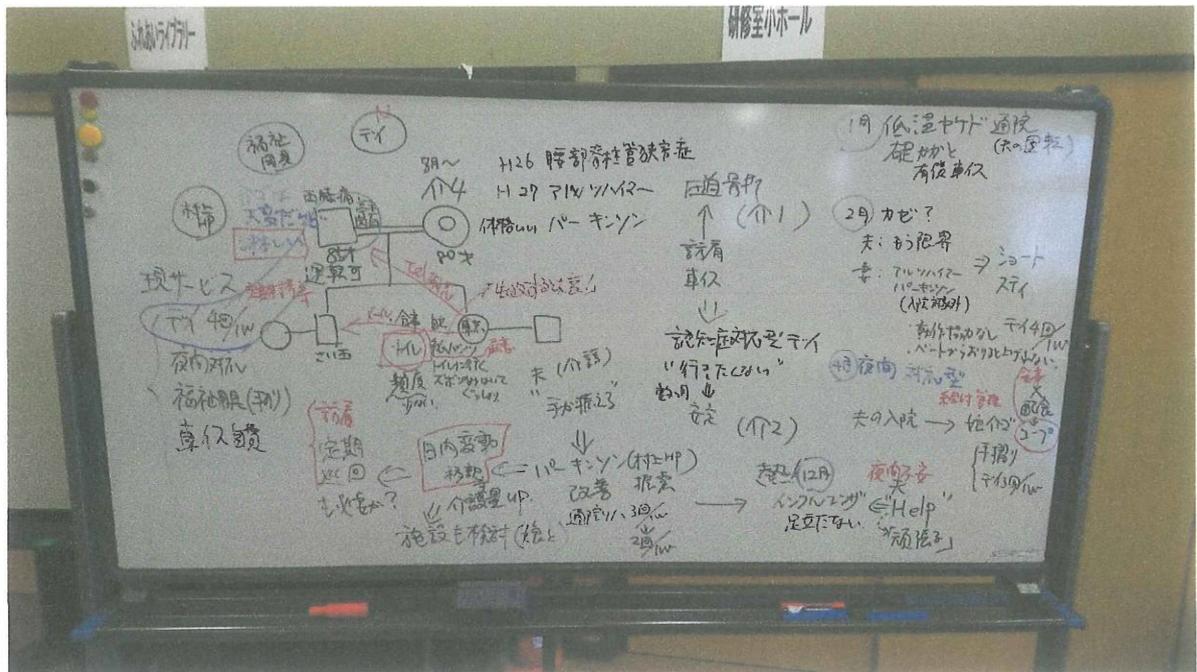
議 事 内 容

7.事例検討について

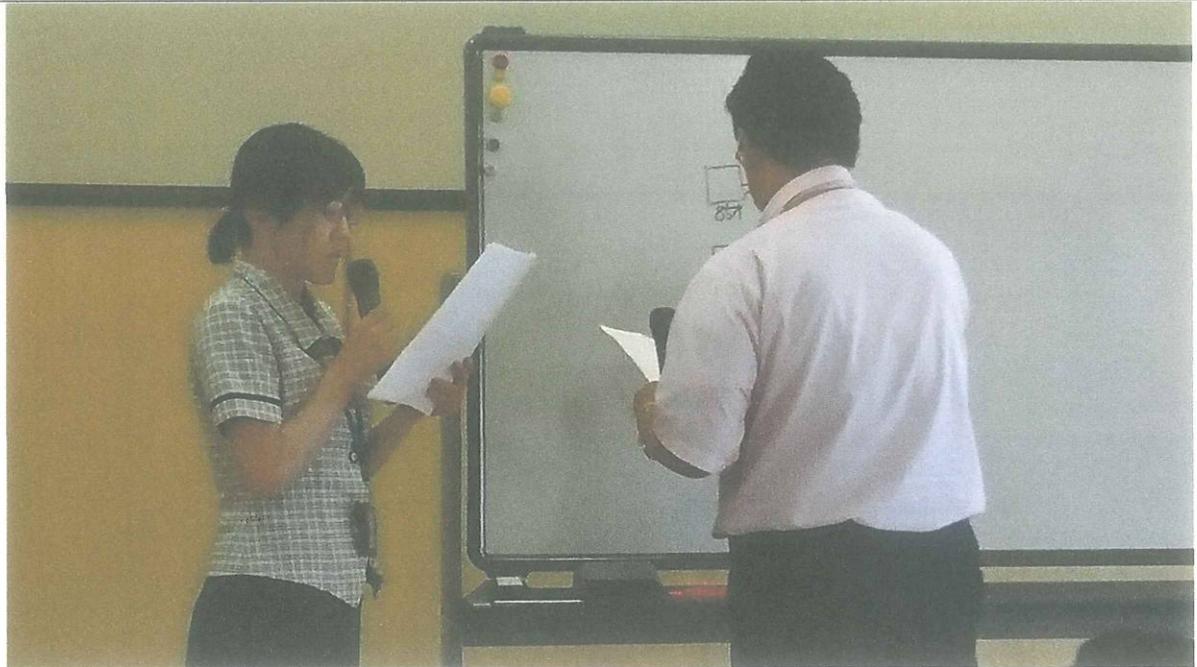
今回の事例検討はいずみの園介護保険センターの瀧澤主任にお願いしています。
定期巡回を利用するにあたり、利用する場合の難しい点などケアマネの視点からお話頂いて、難しい所や調整する事など教えて頂けたらと思います。

伊藤次長より

今回事例をまとめ、進行させていただきますいずみの園在宅サービス事業部の伊藤です。
事例提供は介護保険サービスセンターの瀧澤です。
ケアマネージャーがケアマネジメントをしていくうえでサービスの調整やどのような課題があり調整していくか、その中サービスの選択肢の中に定期巡回がどの位置で位置づけられているか。
今回のケースは定期巡回ではなく夜間対応型にしているケースです。
皆様に事例紹介をする中で・問題点を見出しながら一緒に考えていきたいと思ひます。
瀧澤さんが紹介する内容については下図となります。



議 事 内 容



議 事 内 容

事例に関する質疑応答

- ・今ご主人が困っていることは夜間一人でトイレに行って失敗することが困っている事なのか？それ以外はどうか頑張れるのか？
- 状態が良いときはそこまでないが、日によって歩行の移動の能力に差があるとの事で日によっては大丈夫ということもある。心配事は排泄面の支援。
トイレに行って紙パンツを両サイド引き破り、そのまま何も履かずに排泄し失敗した事。
- ・一週間に何回そうゆうことがあるのか？そこを毎回改善しようとするのであればご主人の負担が大きいのでは？
- 毎回というわけではなく、気が緩んだ時にそういうことがある。
身体的にきつい時に重なるとできないとなってしまう。
ご主人としては困りましたよーとは言っているのですが自分で出来ることはしている。
いまだご主人は判断に迷っているように思う。
- ・この方は排泄のコントロール、尿意はありますか？
- デイの職員からは定期誘導で行っている。以前のような訴えはなくなっているとの事。
寝る前にご主人が誘導している。
- ・夜間誘導しているとあるがそこでの紙パンツを新しく交換したり、チェックしたりご主人はしているのか？
ひょっとしたらご主人はそこに介入しておらず、紙パンツ、パットの大きさや定期的な確認の意味でもそろそろ切り替え時ではないかと思う。
今年になり不安定なことが続いているということは、体調管理・健康管理が出来て介護ができる状況を作っておかないと行けないのでは？
週に1回でも看護の目があれば違うのではないのでしょうか？
- ・夜間対応型の実績は？
- ご本人が普段はデイサービスで入浴しているがどうしても家で入浴したいとの事でシャワー浴を試みたが立ち上がれなくなり、ご主人では対応できなくなり訪問している。
- ・ご主人は夜の排泄が大変だと言われていたがそのコールはなかったのか？
- 5時間かかり大変だったと言われることがありますますが夜の排泄でのコールはありませんでした。
- ・パーキンソンの薬の管理は？
- 薬管理は全面的にご主人。
- ・パーキンソンのホーン・ヤールは？
3段階以上で医療での訪問看護も利用できるが？
- 確認できていない。
状態的には3はない。

議 事 内 容

・お金はあるのか？

→夫婦ともに務めており、所得で4段階です。

・子供との連絡は取っているのか？

→定期的に娘さんと長男さんも連絡を取り合っている。

・定期巡回となると複数回の毎日の訪問となるが家にあがることについてはどうですか？

→ご主人は良いが本人が台所に立たれることを嫌う。今でも聞けば何でも自分がしますというが出来ていない。居間に行こうとするとご主人が散らかっているからと見に行かせて貰えない。そういう面からみても外部から入られることに抵抗があるのではないかと。

・定期巡回を今後頭の中にあると思いますが、ほかのプランも考えていますか？

→小規模とかも検討したがその話をご主人したら考えてないと言われた。

・デイ週4回利用されているが定期巡回が入らないのでは？給付管理もケアマネさんにはネックになっているのではないかと？

→今のまま組むと給付から外れる可能性が高い。それだったら限度額気にしない小規模と考えていました。福祉用具がこれでは間に合わなくて、訪問看護も入れられなくなってしまうと考えている。

ただデイサービスや支援がごろっと変わることにはご主人はとても不安を感じている為小規模多機能は考えていない。

・基本夫婦としては在宅を希望していると考えてよいのか？

→迷いがありながらも奥様が施設に入ると一人だから寂しいという思いがある。

平成 27年度第 2回会議開催報告書

事業所	名称	いずみの園コールセンター24時間サービス介護医療連携推進会議			担当者	南 真吾	
	開催地	いずみの園 いずみ館					
開催状況	日時	2017年 8月 25日 (木) 14 : 00 ~ 15 : 00					
	区分	氏名	出欠	分野	区分	氏名	役職
	委員	岩崎 信一	出(欠)	利用者家族代表	事務局	谷口 弘美	在宅支援サービス事業部部長
		富岡 猛	出(欠)	地域住民代表		伊藤 保幸	在宅支援サービス事業部次長
		尾形 かおり	出(欠)	地域の医療機関代表		橋本 由美	訪問介護課 課長
		二木 久美子	出(欠)	地域の医療機関代表		和間 亜紀	訪問介護課 主任
		相良 康德	出(欠)	知見を有する者		中島 喬生	訪問介護課 主任
		江口 智佳子	出(欠)	地域包括支援センター		南 真吾	訪問介護課 面接相談員
		山野 英子	出(欠)	連携訪問看護ステーション			
		今永 亜希子	出(欠)	連携訪問看護ステーション			
		有隅 たまき	出(欠)	連携訪問看護ステーション			
		今富 玉緒	出(欠)	中津市職員			
		東木 郭晃	出(欠)	中津市職員			
開催概要							
1. 活動状況報告		別紙のとおり					
2. 会議録		別紙のとおり					
3. 委員の要望・助言・評価				4. 左記に対する事業所の対応、考え方			
いつまでに外部評価コメントを記入し提出したらよいのか。				次回会議までに自己評価を参照して頂き、コメントをお願いします。			
5. その他							

自己評価・外部評価 評価表

(別紙1)

タイトル 番号	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 ない こと が多い	全く でき ない		
I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]									
(1) 理念の明確化									
①	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	○				事業所に独自の理念を 掲示している。	
(2) 適切な人材の育成									
①	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	○				会議にて理念を唱和し ている。新入職員は理 事長より講義を受けて 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	○				年間計画に沿って1回 /月、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	○				職員の面談を行い、職 員が安全に訪問出来る 様、考慮している。	
②	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 有のための機会有、十分に確保されて いる		○			介護・医療連携推進会 議、担当者会議にて情 報の共有、理解を図っ ている。	

自己評価・外部評価 評価表

(別紙1)

タイトル 番号	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 ない こと が多い	全く でき てい ない		
(3) 適切な組織体制の構築									
①	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	○				経験やスキル、コミュニケーション能力に応じて配置している。常勤スタッフにて業務シフト調整を行っている。	
②	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	○				昨年度会議での助言によりアセスメントシートの変更（改善）をしている。（週間プログラムの取入れ）	
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備									
①	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	○				毎月モニタリング報告の提出。 状況の変化があった場合は各事業所への迅速な報告を行っている。	
(5) 安全管理の徹底									
①	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）	○				職員へ安全確保のためのグッズを配布。交通安全、消防、災害について研修会への参加。 緊急連絡網を作成している。	
②	利用者等の個人情報 の保護	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	○				個人情報同意書を作成、守秘義務の説明を行い同意を得ている。 職員研修を行っている。	

自己評価・外部評価 評価表

(別紙1)

タイトル 番号	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 ない こと が多い	全く でき ない		
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									
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	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	○				事業所独自のアセスメントを作成している。昨年度の会議にて見直しを行っている。	
		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	○				毎月アセスメントナースより報告書を頂いている。必要に応じて、排泄や水分・食事摂取量などを連絡ノートを用いて情報共有を図っている。	
②	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	○				ケアプランに添って自立支援が行える様にアセスメントしている。	
		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		○			重度化した利用者には訪問看護の指導・助言を受け、病歴に関し予測をたて訪問介護計画書に反映させている。	

自己評価・外部評価 評価表

(別紙1)

タイトル 番号	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 ない こと が多い	全く でき 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									
①	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	○				日常の様子観察により状態の変化が生じた時には他職種等に相談し訪問回数を増やしている。	
②	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	○				ヘルパー記録を電子化することにより、訪問計画作成者が直ぐに利用者等の状況や変化を把握できる様になっている為、適宜反映を行っている。	
(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供									
①	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	○				必要時に応じて個別にフローチャートを作り、緊急時等の対応に役立っている。	
②	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	○				アセスメントナースの報告書(1回/月)に記載されている。必要時には電話連絡により対応している。	
(4) 利用者等との情報及び意識の共有									
①	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		○			説明責任は十分果たしているが相手方の理解度を確認する必要がある。	

自己評価・外部評価 評価表

(別紙1)

タイトル 番号	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 ない こと が多い	全く でき てい ない		
②	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		○			説明責任は十分果たしていると思うが利用者が理解の再確認が必要。	
		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	○				状況の変化等については随時家族に報告している。	
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									
①	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		○			担当者会議で決めた日時で訪問を行いながら、必要時には再度担当者会議を行って頂き、支援内容等の変更を行っている。	
		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	○				地域サロンへの参加、担当者会議への民生委員の参加、宅配サービス（配食・買い物）などを活用している。	
②	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	○				モニタリング報告書や担当者会議・カンファレンス等で情報提供を行っている。	

自己評価・外部評価 評価表

(別紙1)

タイトル 番号	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 ない こと が多い	全く でき ない		
①	利用者の在宅生活の継続に必要となる、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）	○				シルバー人材派遣や有償ボランティア・福祉タクシーなどの活用など担当者会議にて検討している。	
		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）	○				必要に応じて退院時のカンファレンスに参加している。	
②	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）			○		契約時や担当者会議にて検討している。	
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									
①	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		○			議事録をいずみの園のホームページに掲載している。	
		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	○				行政の協力の元、民生委員の会合に参加し広報活動を行った。居宅等への広報活動も継続している。	

自己評価・外部評価 評価表

(別紙1)

タイトル 番号	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 ない こと が多い	全く でき ない		
(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									
①	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	○				地域ケア会議や認知症ネットワーク、研修会への参加を行っている。	
②	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	○				登録されている方のほとんどが地域で生活されている方である。	
③	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）			○		地域ケア会議や自立支援等の研修会などには参加しているがまちづくりに具体的な課題提起、改善策の提案は行っていない。今年度リハビリテーション専門職等派遣事業を積極的に利用している。	
III 結果評価 (Outcome)									
①	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	○				サービス利用により計画目標の達成が図られ、安定した生活を送れている方がいる。	
②	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	○				アンケートの結果、毎日の訪問や随時訪問により安心感を得られているとの多くの回答があった。	

2017年度第2回介護・医療連携推進会議

日時 2017年8月25日(金)
14:00～15:00

場所 中津総合ケアセンター
いずみの園 いずみ館

いずみの園コールセンター
24時間サービス

2017年度 第2回 介護・医療連携推進会議

2017年8月25日

14:00~15:00

いずみの園 いずみ館

議 題

1. 会長挨拶 相良 康徳

2. 中津市役所職員挨拶
介護長寿課 介護係 中尾 実沙

3. いずみの園 在宅サービス事業部 部長 挨拶 谷口 弘美

4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 運営状況報告 中島 喬生

5. 自己評価・外部評価について
前回事例検討利用者報告 和間 亜紀

6. 看護利用者報告・連携状況
連携・アセスメント訪問の現状報告
なかつ訪問看護 山野 英子
あずき訪問看護 今永 亜希子

7. 事例検討
いずみの園 在宅サービス事業部 次長 伊藤 保幸
いずみの園 在宅サービス事業部 主任 瀧澤 由美恵

8. 質疑応答

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 H29年度

2017.4~2018.3

利用者実績	H29年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総合計	月平均
	登録者	64	64	65	62										255
前月継続者	57	59	62	61										239	59.75
入院	2	1	1	2										6	1.5
保留	1	0	2	0										3	0.75
新規	4	4	3	1										12	3
廃止(月)	3	4	4	3										14	3.5
利用実績	61	63	62	60										246	61.5
利用率(%)	95.31	98.44	95.38	96.77											96.48
訪看利用者数	訪看利用	7	8	8	7									30	7.5
	アセスメント	57	56	57	55									225	56.25
	合計	64	64	65	62									255	63.75
利用世帯種別利用実績	地域訪問型	52	52	53	53									210	52.5
	住宅型	12	12	12	9									10	11.25
	合計	64	64	65	62									255	63.75
在宅世帯数	一人暮らし	35	37	40	36									148	37
	高齢者世帯	10	7	6	8									31	7.75
	家族同居	7	8	7	8									30	7.5
施設世帯数	一人暮らし	9	9	9	9									36	9
	高齢者世帯	3	3	3	1									10	2.5
	合計	64	64	65	62									255	63.75

定期巡回訪問実績		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総合計	月平均
地域訪問型	実施回数	2980	3125	3026	3225									12356	3089.0
施設型	実施回数	759	958	776	661									3154	788.5
	合計	3739	4083	3802	3886									15510	3877.5

要介護1	利用者数(人)	23	20	21	23									87	21.75	
	訪問回数(回)	709	726	810	907									3152	788	
	随時(回)	2	3	1	3									9	2.25	
	訪看	連携	0	1	1	1									3	0.75
		アセスメント	23	20	20	22									85	21.25
	生活状況	一人暮らし	16	15	17	19									67	16.75
高齢者世帯		6	4	4	4									18	4.5	
家族同居		1	0	0	0									1	0.25	
要介護2	利用者数(人)	17	20	18	19									74	18.5	
	訪問回数(回)	1097	1261	1147	1129									4634	1159	
	随時(回)	5	14	7	4									30	7.5	
	訪看	連携	3	3	3	3									12	3
		アセスメント	14	17	15	16									62	15.5
	生活状況	一人暮らし	11	16	16	16									59	14.75
高齢者世帯		4	3	3	2									12	3	
家族同居		2	1	1	1									5	1.25	
要介護3	利用者数(人)	11	9	9	10									39	9.75	
	訪問回数(回)	698	720	634	686									2738	684.5	
	随時(回)	2	4	0	1									7	1.75	
	訪看	連携	1	1	1	1									4	1
		アセスメント	10	8	8	9									35	8.75
	生活状況	一人暮らし	5	6	6	6									23	5.75
高齢者世帯		2	1	1	1									5	1.25	
家族同居		4	2	2	3									11	2.75	
要介護4	利用者数(人)	10	12	11	7									40	10	
	訪問回数(回)	929	953	801	909									3592	898	
	随時(回)	1	8	12	4									25	6.25	
	訪看	連携	2	2	1	1									6	1.5
		アセスメント	8	10	10	6									34	8.5
	生活状況	一人暮らし	6	7	7	4									24	6
高齢者世帯		2	3	2	1									8	2	
家族同居		2	2	2	2									8	2	
要介護5	利用者数(人)	3	3	3	3									12	3	
	訪問回数(回)	355	423	410	255									1443	360.8	
	随時(回)	0	0	0	0									0	0	
	訪看	連携	1	1	1	1									4	1
		アセスメント	2	2	2	2									8	2
	生活状況	一人暮らし	1	1	1	1									4	1
高齢者世帯		0	0	0	0									0	0	
家族同居		2	2	2	2									8	2	
平均介護度		2.3	2.8	2.7	2.6										2.6	
平均年齢		86.0	85.5	85.2	84.9										85.4	

随時実績

H29年度

1ヶ月あたりの平均随時回数 18 回

随時訪問実績		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総合計
随時訪問実績		10	29	21	12									72
随時訪問実績(内容)		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総合計
早朝(6:00 ~8:59)	排泄	0	1	1	0									2
	転倒	0	1	0	0									1
	体調不良	0	1	1	1									3
	その他	1	2	1	1									5
	合計	1	5	3	2									11
日中(9:00 ~17:59)	排泄	2	6	3	0									11
	転倒	2	1	1	0									4
	体調不良	1	4	1	5									11
	その他	1	3	0	2									6
	合計	6	14	5	7									32
夜間 (18:00~ 21:59)	排泄	0	1	1	0									2
	転倒	0	0	0	0									0
	体調不良	0	0	2	0									2
	その他	0	1	0	0									1
	合計	0	2	3	0									5
深夜 (22:00~ 5:59)	排泄	2	5	7	2									16
	転倒	0	0	0	0									0
	体調不良	0	1	2	0									3
	その他	1	2	1	1									5
	合計	3	8	10	3									24
訪問所要時 間(分)	平均	16	16	26	21									79
	最短	5	6	10	6									27
	最大	27	27	30	23									107
随時訪問実績(介護度別)		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総合計
早朝 (6:00~ 8:59)	要介護1	1	0	0	1									2
	要介護2	0	2	0	0									2
	要介護3	0	1	0	0									1
	要介護4	0	2	3	1									6
	要介護5	0	0	0	0									0
日中 (9:00~ 17:59)	要介護1	1	1	1	2									5
	要介護2	3	7	0	2									12
	要介護3	2	3	1	1									7
	要介護4	0	3	3	2									8
	要介護5	0	0	0	0									0
夜間 (18:00 ~ 21:59)	要介護1	0	1	1	0									2
	要介護2	0	1	1	0									2
	要介護3	0	0	0	0									0
	要介護4	0	0	1	0									1
	要介護5	0	0	0	0									0
深夜 (22:00 ~5:59)	要介護1	0	1	0	0									1
	要介護2	2	4	4	2									12
	要介護3	0	0	0	0									0
	要介護4	1	3	6	1									11
	要介護5	0	0	0	0									0

定期巡回随時対応型訪問介護看護【地域訪問利用者】実績

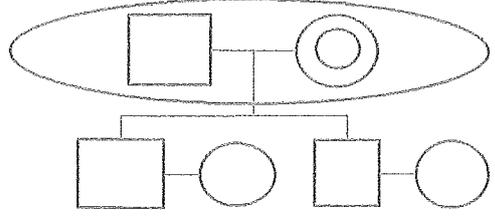
H29年度		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総合計	平均	
要介護1	利用者数(人)	20	17	18	20									75	18.75	
	訪問回数(回)	647	644	751	805									2847	711.8	
	訪問	連携	0	0	0	0									0	0
		アセスメント	20	17	17	20									74	18.5
	生活状況	一人暮らし	14	13	13	16									56	14
		高齢者世帯	5	3	3	3									14	3.5
		家族同居	1	1	1	1									4	1
要介護2	利用者数(人)	13	16	16	15									60	15	
	訪問回数(回)	868	918	778	770									3334	833.5	
	訪問	連携	2	3	3	2									10	2.5
		アセスメント	11	13	13	13									50	12.5
	生活状況	一人暮らし	8	12	12	12									44	11
		高齢者世帯	3	3	3	2									11	2.75
		家族同居	2	1	1	1									5	1.25
要介護3	利用者数(人)	8	7	7	8									30	7.5	
	訪問回数(回)	488	447	365	410									1710	427.5	
	訪問	連携	1	1	1	1									4	1
		アセスメント	7	6	6	7									26	6.5
	生活状況	一人暮らし	4	4	4	4									16	4
		高齢者世帯	1	1	1	1									4	1
		家族同居	4	2	2	3									11	2.75
要介護4	利用者数(人)	8	9	9	6									32	8	
	訪問回数(回)	810	788	722	883									3203	800.8	
	訪問	連携	2	2	2	2									8	2
		アセスメント	6	7	7	4									24	6
	生活状況	一人暮らし	5	6	6	4									21	5.25
		高齢者世帯	1	1	1	1									4	1
		家族同居	2	2	2	2									8	2
要介護5	利用者数(人)	3	3	3	3									12	3	
	訪問回数(回)	355	423	410	255									1443	360.8	
	訪問	連携	1	1	1	1									4	1
		アセスメント	2	2	2	2									8	2
	生活状況	一人暮らし	1	1	1	1									4	1
		高齢者世帯	0	0	0	0									0	0
		家族同居	2	2	2	2									8	2
平均介護度		2.3	2.3	2.3	2.1										2.3	
平均年齢		84.5	84.6	85.2	84.7										84.8	

定期巡回随時対応型訪問介護看護【施設訪問利用者】実績

H29年度		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総合計	月平均	
要介護1	利用者数(人)	3	3	2	3									11	2.75	
	訪問回数(回)	66	85	59	102									312	78	
	訪問	連携	0	0	1	1									2	0.5
		アセスメント	3	3	1	2									9	2.25
	生活状況	一人暮らし	2	3	2	2									9	2.25
		高齢者世帯	1	0	0	1									2	0.5
家族同居		0	0	0	0									0	0	
要介護2	利用者数(人)	4	4	4	4									16	4	
	訪問回数(回)	239	357	369	359									1324	331	
	訪問	連携	1	1	1	1									4	1
		アセスメント	3	3	3	3									12	3
	生活状況	一人暮らし	3	4	4	3									14	3.5
		高齢者世帯	1	0	0	1									2	0.5
家族同居		0	0	0	0									0	0	
要介護3	利用者数(人)	3	3	2	2									10	2.5	
	訪問回数(回)	212	277	269	276									1034	258.5	
	訪問	連携	0	0	0	0									0	0
		アセスメント	3	3	2	2									10	2.5
	生活状況	一人暮らし	2	3	2	2									9	2.25
		高齢者世帯	1	0	0	0									1	0.25
家族同居		0	0	0	0									0	0	
要介護4	利用者数(人)	2	2	2	1									7	1.75	
	訪問回数(回)	120	173	79	26									398	99.5	
	訪問	連携	0	0	0	0									0	0
		アセスメント	2	2	2	1									7	1.75
	生活状況	一人暮らし	1	0	0	1									2	0.5
		高齢者世帯	1	2	2	0									5	1.25
家族同居		0	0	0	0									0	0	
要介護5	利用者数(人)	0	0	0	0									0	0	
	訪問回数(回)	0	0	0	0									0	0	
	訪問	連携	0	0	0	0									0	0
		アセスメント	0	0	0	0									0	0
	生活状況	一人暮らし	0	0	0	0									0	0
		高齢者世帯	0	0	0	0									0	0
家族同居		0	0	0	0									0	0	
平均介護度		2.3	2.3	2.0	2.3										2.3	
平均年齢		87.5	86.4	84.8	86.0										86.2	

作成日	H29年 ●月 ●日	サービス開始日	H2●年 ●月●日	作成者	●● ●●
アセスメント理由	新規・更新 (その他(体調の変化))		介護支援専門員	●● ●●	
フリガナ		性別	男 女	生年月日	明治 大正 昭和
利用者名	●● ●●			●● ●● ●●	●● 歳
利用者住所	中津市●● 1234		電話番号	12-1234	
介護度	4	認定期間	H2●年10月 1日	~	H2●年 9月30 日
障害区分		日常生活自立度		日常生活自立度認知症	Ⅱa

家族状況
生活歴
病歴等



<介護者の状況>
息子二人とも、●●に住んでいる。交代で帰省し、●●病院の受診などを行っている。●●は、●●に携帯電話で頻回に連絡をとっている。

<既往歴等>
H●●.糖尿病
H●●.IPG電極交換、H●●.腰部脊柱管狭窄症
H●●.脳深部刺激術施行、H●●.パーキンソン病

<生活歴>
●●にて夫と共に長年●●等、●●を行い繁盛していた。H●●頃から手足口の振戦が始まりパーキンソン病発症。H●●脳深部刺激術施行。H●●頃から腰痛下肢痛により自立歩行困難になった。●●病院、●●リハビリテーションセンターへ入退院を繰り返した後、H●●末にサ高住●●に入所。日常生活動作が自力で行えないため、定期巡回サービスを利用開始スタート。H●●夏頃から体調を崩し始め、入退院を繰り返すようになった。

<現病歴>	医療機関	主治医
糖尿病	●●病院	●●
腰部脊柱管狭窄症	●●病院	●●
パーキンソン病	●●病院	●●
	●●病院	●●

移動： 自立・一部介助・全介助
車椅子移乗・移動は介助必要。這って移動することもある。

排泄： 自立・一部介助・全介助
布パンツ着用、トイレ移乗できないことが多い。居室内トイレを使用する際は、這って移動する。

着脱： 自立・一部介助・全介助
パンツを下げることは自力で行えるが、上げることは不十分。他着脱は全介助。

食事： 自立・一部介助・全介助
自力摂取出来るが口腔内残渣多い。寝姿勢で間食すると2時間以上口腔内に菓子が多量残っていることがある。

入浴： 自立・一部介助・全介助
浴槽のまたぎ動作できず、シャワー浴対応。

認知・コミュニケーションの状況
起き上がり動作や更衣手順を忘れることがある。

緊急時・家族の連絡先

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活の活動
深夜 4:00								
早朝 6:00								
午前 8:00		ヘルパー 8:00~8:30						起床 朝食
午前 10:00		訪問リハビリ			訪問リハビリ			
午後 12:00	ヘルパー	12:00~12:30						昼食
午後 14:00	ヘルパー入浴			ヘルパー入浴				
18:00	ヘルパー	17:00~17:30						夕食
夜間 20:00	ヘルパー	20:00~20:20						就寝
深夜 22:00								
24:00								

氏名	続柄	連絡先
① ●● ●●	長男	010-9876-5432
2 ●● ●●	次男	010-1234-5678
3		

部長	課長	事務員	責任者

