

理事長 (総合施設長)	事務局			施設長	部長 (次長)	課長	主任	担当
	事務局長	総務部長	総務課長					
	22.5.9 永	22.5.06 菅本	22.5.6 菅本		22.5.06 伊藤	22.5.09 菅本	22.5.-5 和	22.4.-2 和

会 議 録

ISC-5.5-01-05

部署名	訪問介護課		
名 称	2021 年度 第 2 回 介護・医療連携推進会議		
開催日	2022 年 1 月 19 日		
時 間	14:00 ～ 15:00		
会 場	いずみの園会議室	記録者	和間 亜紀
出席者	介護・医療連携推進会議委員、事務局		

議 事 内 容

2021 年度 第 2 回 介護・医療連携推進会議

新型コロナウイルス感染予防のため、資料等を配布して実施。

委員の方々へは、2021 年度 自己評価表を配布し、2022.3.18 までに外部評価の記入を依頼した。

次回は、2022 年 3 月 24 日開催予定。

以上

2021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	和間 亜紀	
	開催地	いずみの園会議室					
開催状況	日時	2022年1月19日(水) 14:00 ~ 15:00					
	区分	氏名	出欠	分野	区分	氏名	役職
	委員	浦岡 由布子	(出)欠	利用者家族代表	事務局	伊藤 保幸	在宅サービス事業部部長
		富岡 猛	(出)欠	地域住民代表		橋本 由美	訪問介護課課長
		中山 美知代	(出)欠	地域の医療機関代表		和間 亜紀	訪問介護課主任
		松本 康弘	(出)欠	知見を有する者		山田 和恵	訪問介護課主任
		渡邊 大輔	(出)欠	地域包括支援センター		豊田 篤志	訪問介護課サービス提供責任者
		山野 英子	(出)欠	連携訪問看護ステーション		高倉 香織	訪問介護課面接相談員
		今永 亜希子	(出)欠	連携訪問看護ステーション			
		吉村 優一	(出)欠	連携訪問看護ステーション			
		太田 有美	(出)欠	連携訪問看護ステーション			
		河端 ハツエ	(出)欠	連携訪問看護ステーション			
		出欠					
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					
訪問看護ステーションより 内服薬の変更時等、連絡がほしい。アセスメントは1回／月訪問のため、正確な情報収集が困難なことがあった。		各サービス提供責任者(7名)に周知し、こまめに確認、連絡を行うようにした。ヘルパーの日々の訪問記録を閲覧できるように調整している。					
5. その他 新型コロナウイルス感染予防対策のため、会議は資料等を配布。							

2021 年度

第 2 回 介護・医療連携推進会議

2022 年 1 月 19 日

いずみの園コールセンター24 時間サービス

2021 年度 第 2 回 介護・医療連携推進会議

議 題

1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス内容及び運営状況報告
豊田 篤志
2. 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

なかつ訪問看護ステーション	山野 英子
あずき訪問看護ステーション	今永 亜希子
ふくろう訪問看護ステーション	吉村 優一
かわしま訪問看護ステーション	太田 有美
いずみの園訪問看護ステーション	河端 ハツエ

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 2021年度

2021. 4～2022.3

	2021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
利用者実績	登録者	67	61	61	63	61	63	64	65	65	64				
	入院	5	9	5	3	4	3	3	4	4	4				
	保留	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	新規	2	2	0	5	1	2	3	2	6	4				
	廃止(月)	3	1	1	4	0	3	4	1	1	6				
	利用実績	62	58	55	60	58	60	61	61	65	58				
	利用率(%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100				
	訪問利用者数	18	15	12	15	14	14	14	13	13	10				
利用世帯 種別 利用実績	アセスメント	44	40	43	45	44	46	47	48	48	50				
	合計	62	55	55	60	58	60	61	61	61	60				
	地域訪問型	61	54	54	59	57	58	59	59	59	58				
地域 世帯数	住宅型	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2				
	合計	62	55	55	60	58	60	61	61	61	60				
	一人暮らし	32	33	30	31	30	31	29	32	32	30				
施設 世帯数	高齢者世帯	12	10	10	11	11	9	9	9	9	10				
	家族同居	17	14	14	17	16	18	21	18	18	18				
	合計	62	58	55	60	58	60	61	61	61	60				

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	3827	3562	3222	3479	3341	3354	3442	3363	3494	3305			
施設型	実施回数	31	31	31	31	31	60	54	61	60	44			
	合計	3858	3593	3253	3510	3372	3414	3496	3424	3554	3349			

要介護1	利用者数(人)	22	23	22	22	23	21	22	25	25	25				
	訪問回数(回)	963	968	929	919	819	839	859	904	1113	889				
	随時(回)	0	8	3	4	8	2	3	8	6	11				
	訪問	連携	4	4	4	3	3	2	1	1	0				
		アセスメント	18	19	18	19	20	19	21	24	24	25			
	生活状況	一人暮らし	13	14	13	12	13	12	13	16	16	15			
		高齢者世帯	4	4	4	4	4	3	2	3	3	3			
		家族同居	5	5	5	6	6	6	6	6	7	7			
要介護2	利用者数(人)	19	19	18	18	17	19	19	19	19	18				
	訪問回数(回)	972	801	744	651	562	630	662	647	509	570				
	随時(回)	20	18	6	7	4	18	4	5	6	9				
	訪問	連携	8	8	7	8	7	8	8	8	6				
		アセスメント	11	11	11	10	10	11	11	11	12				
	生活状況	一人暮らし	12	12	11	11	11	12	13	13	12				
		高齢者世帯	5	5	5	5	5	4	4	4	4				
		家族同居	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2			
要介護3	利用者数(人)	7	4	4	6	4	6	7	4	4	7				
	訪問回数(回)	511	446	446	508	527	465	535	542	581	766				
	随時(回)	4	2	8	5	5	11	11	8	4	4				
	訪問	連携	2	1	0	1	0	2	1	1	1				
		アセスメント	5	3	4	4	4	6	5	3	6				
	生活状況	一人暮らし	5	4	3	4	2	3	2	2	3				
		高齢者世帯	0	0	0	0	0	1	1	0	1				
		家族同居	2	0	1	2	2	2	4	2	3	3			
要介護4	利用者数(人)	7	6	6	7	7	7	7	7	7	6				
	訪問回数(回)	564	559	546	709	742	734	783	821	765	710				
	随時(回)	18	9	5	2	1	5	12	16	13	16				
	訪問	連携	1	0	0	1	1	1	1	1	1				
		アセスメント	6	6	6	6	6	6	6	6	5				
	生活状況	一人暮らし	1	1	1	2	2	1	1	1	1				
		高齢者世帯	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
		家族同居	5	4	4	4	4	5	5	5	4				
要介護5	利用者数(人)	7	6	5	7	7	7	7	6	6	4				
	訪問回数(回)	848	819	588	723	626	686	603	510	526	370				
	随時(回)	22	16	9	4	5	31	24	12	6	4				
	訪問	連携	3	2	1	3	3	3	2	2	1				
		アセスメント	4	4	4	4	4	4	4	4	3				
	生活状況	一人暮らし	3	3	3	3	3	2	2	2	1				
		高齢者世帯	1	0	0	1	1	1	1	1	1				
		家族同居	3	3	2	3	3	4	3	3	2				
平均介護度		2.3	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3	2.3	2.1	2.1	2.1				
平均年齢		83.9	83.9	83.9	83.8	84.0	83.8	84.0	83.9	83.9	83.8				

随時実績

2021年度

1ヶ月あたりの平均随時回数

41.8 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
		64	53	31	12	23	67	54	49	36	29			
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 ~ 7:59)	排泄	5	2	2	0	0	5	5	3	1	1			
	転倒	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1			
	体調不良	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0			
	その他	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1			
	合計	5	2	3	1	1	7	5	4	2	3			
日中 (8:00 ~ 17:59)	排泄	21	11	15	4	2	7	15	14	9	11			
	転倒	2	2	4	1	1	2	1	0	2	0			
	体調不良	0	1	1	1	0	1	0	2	2	0			
	その他	5	4	2	2	4	4	6	1	1	4			
	合計	28	18	20	8	7	14	22	17	14	15			
夜間 (18:00 ~ 21:59)	排泄	6	4	1	0	0	2	3	5	0	3			
	転倒	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0			
	体調不良	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1			
	その他	4	1	0	2	0	0	0	3	1	0			
	合計	11	5	1	2	0	3	4	9	5	4			
深夜 (22:00 ~ 5:59)	排泄	11	9	6	1	1	16	4	3	0	3			
	転倒	0	0	1	0	0	0	0	3	1	3			
	体調不良	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0			
	その他	1	7	0	0	3	1	0	0	0	1			
	合計	12	16	8	1	4	19	5	6	1	7			
訪問所 要時間 (分)	平均	26.3	20.5	22.2	19.5	14.8	19	20.9	20.1	20.3	16.9			
	最短	3	6	4	5	2	4	5	5	5	2			
	最大	70	42	45	32	25	44	50	39	41	37			
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 ~ 7:59)	要介護1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2			
	要介護2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3			
	要介護3	0	0	5	0	0	0	0	2	1	1			
	要介護4	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1			
	要介護5	2	1	2	0	0	5	5	2	1	0			
日中 (8:00 ~ 17:59)	要介護1	0	2	3	0	0	0	1	4	0	1			
	要介護2	5	5	3	2	2	5	2	0	3	2			
	要介護3	3	2	2	4	2	1	4	0	0	0			
	要介護4	12	4	5	1	0	3	4	7	8	6			
	要介護5	7	5	9	1	2	5	11	6	3	5			
夜間 (18:00 ~ 21:59)	要介護1	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1			
	要介護2	4	2	0	0	0	0	0	1	2	1			
	要介護3	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0			
	要介護4	2	1	0	0	0	2	3	6	2	2			
	要介護5	3	1	0	1	0	1	1	0	0	0			
深夜 (22:00 ~ 5:59)	要介護1	0	3	0	0	0	0	0	1	0	1			
	要介護2	1	3	3	0	1	1	0	0	0	0			
	要介護3	1	0	5	0	1	0	2	1	0	0			
	要介護4	2	1	0	0	0	1	0	2	1	2			
	要介護5	8	8	0	1	2	17	3	2	0	1			

定期巡回随時対応型訪問介護看護【地域訪問利用者】実績

2021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)	22	23	22	22	23	21	21	24	24	25					
	訪問回数(回)	963	968	929	919	819	839	859	874	1082	889					
	訪 看	連携	4	4	4	3	3	2	2	1	1	0				
		アセスメント	18	19	18	19	20	19	19	23	23	24				
	生 活 状 況	一人暮らし	13	14	13	12	13	12	13	15	15	14				
		高齢者世帯	4	4	4	4	4	3	2	3	3	3				
		家族同居	5	5	5	6	6	6	6	6	6	7				
要介護2	利用者数(人)	18	18	17	17	17	19	19	18	18	18					
	訪問回数(回)	941	770	713	620	562	630	662	616	476	570					
	訪 看	連携	8	8	7	8	7	8	8	8	8	6				
		アセスメント	10	10	6	9	10	11	11	10	10	11				
	生 活 状 況	一人暮らし	11	11	10	10	11	12	13	12	12	11				
		高齢者世帯	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4				
		家族同居	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2				
要介護3	利用者数(人)	7	4	4	6	4	6	7	4	4	7					
	訪問回数(回)	511	446	446	508	527	465	535	542	581	766					
	訪 看	連携	2	1	0	1	0	0	2	1	1	1				
		アセスメント	5	3	4	4	4	6	5	3	3	6				
	生 活 状 況	一人暮らし	5	4	3	4	2	3	2	2	2	3				
		高齢者世帯	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1				
		家族同居	2	0	1	2	2	2	4	2	2	3				
要介護4	利用者数(人)	7	6	6	7	7	7	7	7	7	6					
	訪問回数(回)	564	559	546	709	742	734	783	821	765	710					
	訪 看	連携	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1				
		アセスメント	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5				
	生 活 状 況	一人暮らし	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1				
		高齢者世帯	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
		家族同居	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4				
要介護5	利用者数(人)	7	6	5	7	7	7	7	6	6	4					
	訪問回数(回)	848	819	588	723	626	686	603	510	526	370					
	訪 看	連携	3	2	1	3	3	3	3	2	2	1				
		アセスメント	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3				
	生 活 状 況	一人暮らし	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1				
		高齢者世帯	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1				
		家族同居	3	3	2	3	3	3	4	3	3	2				
平均介護度		2.3	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3	2.3	2.1	2.1	2.1					
平均年齢		83.7	83.7	83.7	83.8	84.0	83.8	84.0	83.9	83.9	83.9					

定期巡回随時対応型訪問介護看護【施設訪問利用者】実績

2021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)	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1					
	訪問回数(回)	0	0	0	0	0	30	31	30	31	31					
	訪問	連携	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
		アセスメント	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1				
	生活状況	一人暮らし	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1				
		高齢者世帯	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		家族同居	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
要介護2	利用者数(人)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
	訪問回数(回)	31	31	31	31	31	30	31	31	33	31					
	訪問	連携	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		アセスメント	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
	生活状況	一人暮らし	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
		高齢者世帯	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		家族同居	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
要介護3	利用者数(人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	訪問回数(回)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	訪問	連携	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		アセスメント	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	生活状況	一人暮らし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		高齢者世帯	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		家族同居	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
要介護4	利用者数(人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	訪問回数(回)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	訪問	連携	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		アセスメント	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	生活状況	一人暮らし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		高齢者世帯	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		家族同居	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
要介護5	利用者数(人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	訪問回数(回)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	訪問	連携	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		アセスメント	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	生活状況	一人暮らし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		高齢者世帯	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		家族同居	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
平均介護度		2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5					
平均年齢		94.0	94.0	94.0	94.0	94.0	89.0	89.0	89.0	89.0	89.0					

<居宅別利用者数>

2021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	合計	平均
いずみの園介護保険サービスセンター	11	9	10	10	9	10	9	9	9	10				
今津サポートセンター	15	12	12	11	10	11	10	10	10	10				
介護相談所たいじゅ	11	11	10	11	11	12	13	13	13	14				
介護保険相談センター三光園	3	3	3	2	2	1	1	1	0	0				
ケアプランセンター三光・本耶馬溪	3	3	3	4	4	4	4	3	3	5				
かわしま介護保険サービスセンター	9	10	9	10	10	11	11	12	12	10				
在宅連携ステーション三光	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0				
めぐみ				1	2	2	2	2	0	2				
つながるて	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1				
さつき苑	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3				
村上指定居宅支援事業所	6	6	6	7	8	7	8	9	9	5				
合計	62	58	55	60	58	60	61	61	61	58				

<施設訪問・人数>

2021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	合計	平均
・聖愛ホーム	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
・サービス付高齢者住宅ひだまり	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1				
合計	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2				

<訪問看護利用状況>

2021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	合計	平均
訪問看護ステーションあずき（連携型）	8	7	6	8	6	6	6	6	6	6				
訪問看護ステーションあずき（アセスメント）	23	21	22	23	25	24	24	23	23	27				
なかつ訪問看護ステーション（連携型）	4	2	1	1	1	1	1	0	0	0				
なかつ訪問看護ステーション（アセスメント）	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4				
いずみの園訪問看護ステーション（連携型）	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0				
いずみの園訪問看護ステーション（アセスメント）	7	7	7	7	7	7	8	8	8	7				
ふくろう訪問看護ステーション(連携型)	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3				
ふくろう訪問看護ステーション(アセスメント)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7				
かわしま訪問看護ステーション(連携型)	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1				
かわしま訪問看護ステーション(アセスメント)	4	5	4	5	3	5	4	7	7	1				
訪問看護ステーションシェルパ(連携)							1	0	0	0				
合計	62	58	55	60	58	60	61	61	61	60	0			

<他サービス利用件数> ※実利用者数

2020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	合計	平均
定期巡回のみ	19	16	14	15	15	16	17	16	16	14				
定期巡回・通所介護(いずみの園利用)	14	13	16	14	13	13	13	13	13	14				
定期巡回・通所介護(他事業所利用)	26	27	23	30	28	29	29	30	30	30				
定期巡回・通所介護・短期入所生活介護(いずみのみ)	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
定期巡回・通所介護・短期入所生活介護(他事業所含む)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0				
合計	62	58	55	60	58	60	61	61	61	60				

2. 看護利用者報告・連携状況

【医療法人三光会なかつ訪問看護ステーション】

連携型…3名

女性…80代 要介護5

寝たきりであるが褥瘡はなく、ムース食を介助にて摂取。ショートステイを利用しているが、コロナの感染拡大にて今後の利用が難しくなっている。

女性…80代 要介護1

訪看が1/w 狭心症、ワークファリン内服中にて服薬管理を行っている。認知症があり、ヘルパーは朝夕訪問で、服薬確認、誤薬しないよう確認が必要。デイサービスで、週2回入浴やリハビリの支援を受けており、ADL低下なし。認知症はほぼ進行していなく1人暮らしであるが安心して暮らしている。

女性…90代 要介護2（アルツハイマー型認知症、心不全）

以前はショートステイを利用していたが、鬱傾向になり現在は中止。夫を亡くしてから精神不安が強く体調不良を訴えることが多い。訴えを傾聴し精神的支援をしている。入浴介助をしているが拒否なく行えている。褥瘡があったが現在は完治。

【あずき訪問看護ステーション】

アセスメント…18名（内1名 三光園）

連携型…12名

女性…90歳 要介護3（多発性陳旧性脳梗塞、左右視覚障害）

状態観察と、内服管理で、週1回訪問を行っている。全盲だが、毎日ヘルパーさんが訪問に入っている為、服薬は確実に行えている。幻視症状や、物とられ妄想があったが、大きなトラブルは見られない。今後も精神症状に気を付けて行きたい。

女性…69歳 要介護1（うつ病）

服薬管理と入浴介助で週2回訪問を行っている。内服薬は、1週間分をケースにセットし、1日分ずつをヘルパーさんが渡すことで、確実に服薬が出来ている。入浴は、ほぼ見守り程度で良いが、一人では不安との事で、継続している。寒い時期は、お湯が出にくいと連絡があり、時間や日にちをその都度調整している。

精神疾患がある為、時折イラつきが見られているが大きなトラブルはない。

女性…89歳 要介護3（慢性心不全、高血圧症、慢性腎不全）

入浴介助の為、週1回訪問を行っている。訪問開始当初の1ヵ月のみは、入浴の拒否があったが、現在では拒否なく入浴する事が出来ている。以前は食欲がなかったが、秋ごろより食欲がでてきている。その為、6kg程、体重が増えている。体重が増えたことで、入浴後の息切れが見られている為、食事内容に注意していきたい。

女性…89歳 要介護1（認知症、多発性脳梗塞、閉塞性動脈硬化症）

内服薬は、以前は飲み忘れなく服用出来ていたが、最近では物忘れや、飲み忘れが

見られる様になっている。その為、状態が悪化する事がある。今後も、服薬管理と定期的な受診の支援を行っていく。

男性…90 歳 要介護 2 (アルツハイマー型認知症、陳旧性心筋梗塞、狭心症、高血圧症、完全房室ブロック、ペースメーカー植え込み後)

ヘルパーさんが毎回確認する事で確実に服用する事が出来ている。デイサービスの利用はしているが、羞恥心が強く、頑なに入浴を拒否している。在宅でも保清援助の声かけを行っているが、易怒性も見られ、介入が難しい状況である。今後も、利用者様のペースに合わせ、援助を行っていきたい。

女性…84 歳 要介護 2 (アルツハイマー型認知症、腰部脊柱管狭窄症、高血圧症)

ヘルパーさんが毎回確認する事で確実に服用する事が出来ている。意欲低下が目立つ様になり、寝て過ごす事が増えてきている。又、昨年から転倒する回数が増えている。体調不良を訴える事も多くなっているが、検査では異常が見られず、認知症の進行が原因と言われている。精神面のフォローも必要となっている。

男性…64 歳 要介護 1 (認知症、多発性脳梗塞、2 型糖尿病、足壊疽術後、狭心症、高血圧、脂質異常症)

毎回、薬やインシュリンは確認し手渡しをしているが、本人の気分で拒否をする為、100%と確実ではない。以前に比べると血糖値は安定し、インシュリンの単位も減ってきているが、セルフケアがほぼ確実に出来ていないため、声掛けを行うが、自分でできていると拒否する状況。部分清拭や、爪切り等、本人の気分次第で受け入れてくれる日もある。今後も継続して行っていく。

男性…93 歳 要介護 2 (認知症、高血圧症、便秘症、過活動膀胱)

服薬管理の為、週 1 回の訪問を行っている一時、本人が服薬を拒否する事があり、臨時で訪問する事があったが、最近は、拒否はなく、確実に服薬が出来ている。幻覚や妄想等の症状が目立っていたが、最近では表情が乏しく、口数も少なくなっている。専門の病院受診は出来ていない状況。精神症状にも注意して支援していききたい。

男性…86 歳 要介護 4 (総胆管結石、ロコモティブシンドローム、気管支喘息)

服薬管理、入浴介助の為、週 2 回の訪問を行っている。入浴時、ヒートショックを 1 回起こしたが、以降は気温差を少なくする様に対応し、問題なく自宅での入浴を継続する事が出来ている。服薬は、ヘルパーさんが毎日確認する事で確実に服用する事が出来ている。2～3 ヶ月に 1 回程度、ステント閉塞により入退院を繰り返している。発熱しても、本人に自覚がなく、足が立たなくなり、転倒し緊急コールを押している状況である。今後も定期受診の支援、異常の早期発見に努めていきたい。

男性…70 歳 要介護 3 (左側頭葉脳出血後遺症、陳旧性脳梗塞、高血圧症、心房細動 脳血管障害性パーキンソン症候群、2 型糖尿病)

服薬管理、入浴介助の為、週 2 回訪問を行っている。服薬はヘルパーさんが毎日確

認する事で確実に服用する事が出来ている。入浴も問題なく行なえている。以前は下肢の浮腫により歩行状態が悪く、転倒する事があり、入退院を繰り返していたが、最近では、下肢の挙上を自主的にする様になり、浮腫が軽減している。時々お酒を飲み過ぎ、フラツキや、転倒する事がある為、注意が必要。

女性…92歳 要介護2（慢性心不全、慢性気管支炎、陳旧性肺炎）

保清援助、状態観察等で週2回の訪問を行っている。令和3年12月29日に退院したばかり。退院後1週間程度は、自力でポータブルトイレの移動は出来ていたが、急に動けなくなり、寝たきり状態となる。看取り希望である為、訪問診療ができる、医師に変更予定。今の所、脈拍・心拍・呼吸・体温・血圧は安定しているが、倦怠感があり、入浴は拒否。その為、ベッド上での清拭、足浴、洗髪などを行っている。食事・水分もあまり取れず、今後状態悪化のリスクは高い。本人の希望に合わせ、援助を行っていききたい。

女性…88歳 要介護5（アルツハイマー型認知症、摂食障害、うつ病、誤嚥性肺炎、ラクナ梗塞）※三光園との連携

家族のこだわりが強く、対応が難しい部分もあるが、病状に大きな変化はなく、家族希望で約8ヵ月間、毎日点滴を行っている状況。定期巡回での毎日2回の訪問はあまり現実的ではないが、できる限り、家族の意向に沿えるように支援していききたい。

【訪問看護ステーションふくろう】

アセスメント…8名

連携型…5名

1名状態悪化にて緊急入院。認知症に加えて、家族の病状理解不足もあり、内服管理に難渋したケース。在宅復帰は難しい印象。退院することがあれば再度支援を行いたいと考えています。1名医療依存度の高い方に関して、こちらからの依頼も快く対応してくれ、助かっている。

10月から定期巡回利用開始となったアセスメント利用者様、頻回に転倒を繰り返している。

支援時の緊急対応を依頼するケースが想定される。その他の方については著変なし。以前依頼していた入院などの報告を頂けるようになって助かっています。

【かわしま訪問看護ステーション】

連携型…1名

男性…90歳 要介護5（慢性呼吸不全、うつ病、便秘症）

体調は安定して経過している。排便コントロールが上手くいかない事もあり、内服の調整方法を息子嫁へ指導しています。家族には迷惑をかけたくないという強い

思いがあるのがうかがえます。デイサービスの増回が望ましいと考えていますが、自宅の構造上送り出しに人ですが、かかるのと、本人の希望で話は進んでいない。

アセスメント…13名

女性…83歳 要介護2（腰痛圧迫骨折）

体調は安定して過ごせている。毎月の往診にて体調管理はできている。保清がなかなかできていない印象。デイサービスの利用ができれば一番良が…こちらからも促していきます。

女性…91歳 要介護4（左坐骨骨折後、高血圧、認知症）

昨年10月に1度入院をしているが、短期間で退院。一時的な血圧の上昇やSpO₂の低下がある。かかりつけ医へは受診し相談もできている。退院後、体調は安定している。家族の支援もあり生活に困ったことはないと話している。

女性…97歳 要介護3（心不全、胆管炎後）

昨年10月にデイサービス送迎中に骨折あり、2ヵ月程入院。入院中はリハビリを行っているの低下を娘さんが心配していました。体調は安定して過ごせています。会話時に喘息のような呼吸音が聞かれるため、引き続き体調管理が必要。

女性…85歳 要介護1（アルツハイマー認知症、骨粗鬆症）

体調は安定して過ごせており、看護師の訪問も快く迎えてくれる。コミュニケーションは可能だが、質問に言葉が出ない事、思い出せない事も多い。昨年11月頃白内障の手術を行っているが、経過は順調。血圧が高値だが、自覚症状はなし。経過を見ていく必要がある。

女性…82歳 要介護（脳出血後遺症による片麻痺、高脂血症、高血圧）

体調は安定して過ごせている。10月の訪問時、息子さんの話を聞く事ができた。トイレに行ったことを忘れ、何度も同じことを言い、口論になることもあるとのこと。息子さんの介護疲れも見受けられ、ショートステイを利用しながら息子さんのレスパイトを行っている。

女性…97歳 要介護3（心不全、胆管炎後）

昨年10月にデイサービス送迎中に骨折あり、2ヵ月程入院。入院中はリハビリを行っているの低下を娘さんが心配していました。体調は安定して過ごせています。会話時に喘息のような呼吸音が聞かれるため、引き続き体調管理が必要。

女性…74歳 要介護5（脳腫瘍術後、骨粗鬆症）

体調は安定して過ごせている。口腔内の定期的トラブルがある。歯科往診等の予定はない。現在のところ、食事の工夫をしているが、飲水時に飲み込みづらそうにすることがあるため、食事の際には経過観察が必要。

女性…82歳 要介護1（アルツハイマー認知症、乳癌術後、高血圧）

昨年12月より介入。難聴が強くコミュニケーションは筆談で行うことがある。内服管理は支援にて確実にできている。現在のところ、体調は安定し過ごせている。

デイサービスも拒否なく利用でき、娘さんの支援も受けながら生活ができている。

女性…91歳 要介護1（糖尿病、変形性腰椎症、狭心症、高血圧）

12月より介入。退院直後ということもあり、初回の訪問時には自宅生活を送ることが難しい状況だったが、ヘルパーと連携を行い、ショートステイを利用することになる。ショートステイ利用後はなんとか生活が送れている。自宅での生活が安心して送れるように関わっていきたいと考えています。

女性…87歳 要介護2（骨粗鬆症、高血圧、メニエール病）

体調は安定して過ごせている。腰痛はあるが、自製内です。玄関の掃除や洗濯干しをすることがある。腰痛は湿布で対応し、デイサービスでのホットパックで緩和している。自身で外出ができないため、ストレスもあるようです。傾聴しながら、安心して過ごせるよう支援の継続が必要。

女性…69歳 要介護4（右高血圧潜脳内出血、左上肢置換麻痺）

体調は安定して過ごせている。ムセ込みが多い。麻痺もあるため、誤嚥には注意が必要。夫の介護疲労が大きいようで、継続した支援が必要。

女性…87歳 要介護2（両側変形性膝関節症、骨粗鬆症、アルツハイマー型認知症）

入院することなく自宅で過ごせています。寒くなり、炬燵やエアコンを使用しているが、訪問時の室内の体感としては寒く感じるが多い。訪問時、環境整備を適宜行う必要がある。血圧の変動も大きいようで、引き続き、観察を行っていく必要がある。記憶障害があるため、本人から生活状況や身体状況を確認することが困難。こまめな連携が必要。

<要望>

内服薬の変更や新たなサービス開始などがありましたら、一報頂けるとたすかります。月に一回の訪問で本人様からの情報を正確に収集することが困難なことが多々ありました。正確にアセスメントし、情報をお伝えしていきたいと考えています。

利用者様が安心して過ごせるように、こちらも努力していきたいと思います。

よりよいサービスが提供できるよう、密な連携を図っていききたいと思っております。

今後とも宜しくお願い致します。

【いずみの園訪問看護】

連携型…2名

女性…79歳（アルツハイマー型認知症、高血圧、2型糖尿病）

10/4 左膝部腫れ、熱感、発赤あり、翌日、近医整形外科受診、左大腿骨骨折と診察される。

10/12 リハ職派遣による（いずみ理学療法士）体位交換の方法を家族、ヘルパーに指導する。食事は、エンシュアゼリー、とろみ水などを食し誤嚥などはない。排便状態は、間隔は長い、自力排便は確認される。しかし、定期的の訪問で排

便がない時は浣腸、排便を行っている。又、時折、嘔吐がある為、その都度状態観察、排便確認も行っている。現在、定期的に医師が往診、各支援を受けながら在宅生活を送っている。

女性…92歳（完全房室ブロック、ペースメーカー移植後、深部静脈血栓症、肺塞栓症）
独居（息子は遠方）両下肢浮腫は著しく両手足の冷感も強い。歩行は安定し内服薬も自己管理でき飲み忘れはない。しかし、11月中旬に転倒し打撲創の為、かかりつけ医にて治療する。その後も転倒でケガを負うが訪問看護にて処置し、治癒。現在も、歩行は不安定で転倒のリスクは高い。今後、定期的訪問で観察していく必要がある。

アセスメント…3名（入院…1名）

女性…特に変わりなく施設スタッフの支援を受けながら日常生活を送っている。

女性…92歳（骨粗鬆症、胸腰椎圧迫骨折、閉塞性動脈硬化症、認知機能低下）
初回訪問より受け入れはほぼ良好。血圧値が高値であるが自覚症状はない。認知症の為、金銭面に執着している。今後も状態観察を行いながら日常生活支援が必要である。しかし、体調不良の為現在入院中である。

男性…89歳（うつ病、高血圧）

豊前病院より訪問看護が導入されている。初回訪問より受け入れ良いが多弁。精神面では安定していたが、1/15、体調不良の訴えあり救急搬送（中津市民病院）され永眠。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

2021 年度 評価表

自己評価・外部評価

いずみの園コールセンター24 時間サービス

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。						
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	○					新人職員は新人研修に必ず参加し理念について学習。1回/年以上、理事長の講話もある。コロナ禍で毎月のヘルパー会議は書面開催することが多かったが各自で理念を唱和している。						
		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	○					年間計画に沿って1～2回/月、研修を行うようにしている。今年度は書面にて行う事が多く、研修資料配布を行った。						
		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	○					職員と責任者で面談を行い、職員の声に耳を傾け、各目の能力が發揮できる様な指導を行っている、配置を決定している。						
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が、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、ケースカンファレンスにおいて、情報の共有、理解を図るよう努めている。						

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	○				利用者のアセスメントを行い、適した人材の配置を行っている。			
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	○				コロナ禍において、今年度も書面による開催が続いているが、毎回得られた助言等をサービースに反映させている。			
(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、モニタリング報告書を介護支援専門員へ提出している。状況に変化があった場合は各事業所へ電話やメール等にて迅速に報告を行っている。			
(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、防災について研修会へのウェーブ参加。災害時対応マップを作製している。			
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	○				個人情報取り扱いについて（守秘義務等）職員研修を行っている。			

タイトル 番号	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	でき ない こと が多い	全く でき てい 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表を用いて、利用者のアセスメントを行っている。				
		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、つぎ合わせ等が行われている	○				毎月、訪問看護事業所よりアセスメント報告がある。排泄状況や水分・食事摂取量等を連絡ノート等で情報共有を図る事もある。また、必要時には同行訪問している。				
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をしている。				
		14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないよう、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	○				訪問看護師の指導・助言を受けながら、病歴等に関し予測をたて訪問介護計画書に反映させている。				
(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。特に夏季には、時間変更や訪問回数を増やし、水分補給や室温調整を行い熱中症対策を行っている。				

タイトル 番号	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	できていないことが多い	全くできていない	
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	○				ヘルパーの記録等を電子化することにより、訪問計画作成者が利用者の状況や変化をリアルタイムに把握できる様になっている。計画の反映がスムーズに行われている。
(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・効果的なサービスの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	○				必要に応じて個別にフローチャートを作り、緊急時等の対応や役割分担に役立っている。
②	看護職によるサービスの提供に関する指導、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。必要時には電話やメール連絡等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	○				契約時、重要事項の説明にて必ず行っている。
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	○				個々のサービス内容については、訪問介護計画書により説明を行い署名をいただいている。必要時には家族にも説明している。

タイトル 番号	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	でき ない こと が多 い	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	○				状況の変化等については随時家族に面会、電話、メール、FAX等にて報告・相談を行っている。
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体調や環境の変化等の情報を随時、ケアマネジャーと共有し、支援内容やサービス提供日時等の変更も共同で行っている。
		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	○				必要時には、近隣の方の見守りやボランティアの方々の活用を提案している。
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。
①	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）	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）	○				担当者会議やカンファレンスにおいて、シルバークリニックや有償ボランティア、福祉タクシーなどの活用等を多職種にて検討している。

タイトル 番号	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	できて いない ことが多い	全く できて いない	
		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)	○				担当者会議及び退院時のカンファレンス等にて多職種による検討や情報の共有を行っている。
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)	○				担当者会議等にて検討し共有している。
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		○			事業所内ホームページで閲覧できる様になっている。
		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		○			1回/月、各居宅や訪問看護事業所へサービス事例や効果等を紙面等で知らせている。
(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								
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、研修会等に参加し理解している。

タイトル 番号	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	でき ない こと が多 い	全 く でき てい ない	
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	○				サービスを利用されている方々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）		○			各種会議等にウェブ参加している。また、困難事例の研修等に積極的に参加し、提案を行う事もある。
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	○				計画目標を達成し、レベルを上げた目標に取り組みながら安定した在宅生活を送っている方もいる。
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	○				利用者へのアンケート調査にて、多くの方々より安心して在宅生活を送る事が出来ているとのことであった。