

## 令和5年度第2回 介護医療連携推進会議

事業所名：セリタのライフサポート 24

日 時：令和5年12月22日(金) 14時～14時30分

場 所：ぬくもりの里 篠ノ井

参加者：利用者ご家族様 柴沢地区区長様 長野市高齢者活躍支援課ご担当者様

篠ノ井総合病院 地域包括支援センター 所長様

セリタのライフサポート 24 管理者および介護スタッフ

セリタの訪問看護ステーション 管理者 施設代表 1名

### ○事業内容紹介

定期巡回随時対応型訪問介護看護は柔軟なサービス対応が可能なサービス。訪問介護等のサービスでは、2時間訪問の間隔をあける(2時間ルール)がありこまめな訪問が難しいことがあります。定期巡回随時対応型訪問介護看護ではルールに縛られず必要なタイミングでこまめに訪問することができます。

### ① 事業運営状況

・利用者の属性とサービス利用状況（令和5年10月末時点）

利用者数 20名

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
12	4	1	3	0	0

・サービス内容（令和5年5月分）

種別	件数	サービス内容（具体例）
定期訪問	2031	排泄介助・食事介助・掃除・洗濯・デイサービスの準備・水分提供・おやつの提供・食堂までの見守り誘導
随時対応	65	訴えの傾聴
随時訪問	150	排泄介助・転倒等の対応・買い物支援・リモコン操作・傾聴
訪問看護	203	服薬管理・症状観察・創処置・各種計測・訴えの傾聴・急変時の対応・主治医と連携・在宅酸素管理・バルンカテーテルの管理

・ 職員の状況

管理者	1名（計画作成者・オペレーター・介護職員兼務）
計画作成担当者	管理者兼務
オペレーター	介護職員と兼務（介護福祉士もしくはそれに準ずる資格、経験者が担当する）
介護職員	定期訪問・随時訪問 担当職員兼務 10名在籍
訪問看護	訪問看護事業所と兼務 6名在籍（うち2名は非常勤デイサービスと兼務）

○自己評価・外部評価 評価表

別紙資料の通り

皆様から寄せていただきました評価については鋭意検討し事業所運営に資するよう対応させていたければと考えています。

○事例紹介

定期巡回随時対応型訪問介護看護を利用してサービス付き高齢者向け住宅で看取りを行った事例

・対象利用者：107歳 女性 要介護4

主介護者の長男が埼玉在住で、長野で一人暮らしをしていたが、転倒を機に一人暮らしの継続が不可能になり令和2年4月にサービス付き高齢者向けへ入居した。あわせて定期巡回随時対応型訪問介護看護を利用開始する。入居当初は自分でトイレに行けていたが、徐々に心身機能の衰えを来し、都度支援の内容を家族・主治医・ケアマネと協議し支援を継続した。

令和4年10月ごろより食事摂取量の低下・全身の浮腫が悪化した。92歳の時に最後の迎え方について希望があり、その内容を受けて家族・主治医など関係事業所が協議し看取り介護を開始する。令和5年5月ごろよりさらに食事量の低下や浮腫みがあり、また眠っている時間が増えてきた。家族・主治医とも相談し、無理をせず穏やかに過ごせるように支援をしていくこととなる。その間、家族（長男・孫）も週に1度程度遠方から来訪し、一緒に体を拭いたりと一緒に介護を行う。

令和6年6月28日 逝去。旅立ちの衣装への着替えを家族と一緒にを行う。

・事例を通して（感想）

昔は家族の人数が多くて、家族が行うことをやっていただいで感謝しています。

元気な人を診るお医者さんや看護師さんも大変だけど、年寄りを看る介護の皆さんも大変ですね。

○質疑応答や事業所に対するご意見等

・サービスの質について(柴沢区 区長様)

Q.御社は複数の施設・事業所をお持ちですが、介護の水準は一定でしょうか。

A.定期的な人事交流やマニュアルの統一を図り、すべての施設で同じ水準の介護を提供できるように対応しています。

・BCPについて(ご家族様)

Q.自己評価・外部評価に出てくるBCPとは何でしょうか。

A.BCPとは業務継続計画といい、自然災害や感染症流行(主に新型コロナウイルス感染症)が発生した場合に備え、どのように事業を運営していくか業務の優先順位を決めて運営するための計画になります。令和6年4月より全事業所必須となるので現在のものを見直しています。

次回開催予定

令和6年6月予定

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					
				できている	ほぼできている	できていない	ほとんどできていない	全くできていない	
<b>I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]</b>									
<b>(1) 理念の明確化</b>									
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		○			年度ごと、事業計画を作成し職員へ理念の周知を行っている。 ・権利と意思を尊重しその人らしい生活を支援していきます。	
<b>(2) 適切な人材の育成</b>									
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		○			理念の理解やサービスの特徴について入職時とその後のOJTで周知に努めている	
		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、法人内外的研修を受ける機会等を確保している		○			オンライン研修システムの導入により、自己研鑽を行う環境づくりに努めている。	

タイトル番号	タイトル	項目番号	項目	自己評価					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	全くできていない	コメント			
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	○				○	介護記録の電子化により、事業所内の記録が確認できるため、利用者の生活状況を把握しやすい環境を整えている。		
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>											
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	○					○	変形労働時間制を取り入れ、サービス利用者のニーズに最大限答えられる人材配置を行っている。	
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	○					○	介護・医療連携推進会で頂いたご意見については事業所内で誠意検討している。	

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価					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	全 く で き て い ない			
<b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>										
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	○					記録電子化により、全職員が記録を確認できる。	
<b>(5) 安全管理の徹底</b>										
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)	○					緊急時や災害時に備えて法人・施設として避難訓練を行っており同参加している。又、次年度に向けてBCPも再度見直ししている。全車両にドライブレコーダー設置。事業所内に洪水土砂災害時のハザードマップを掲示している。	
②	利用者等の個人情報保護	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	○					カルテは鍵付きの書庫にて保管している。タブレットは必要時以外持ち出さない。パスワードを設定している。	

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					
				できている	ほぼできている	できていない	全くできていない	コメント	
<b>II 過程評価 (Process)</b>									
<b>1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供</b>									
<b>(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</b>									
①	利用者等の24時間の暮らし全体に着目した、介護・看護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		○			日中夜間帯で知りえた情報を基に計画の見直し、検討を行っている。	
		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				○	タブレット上情報共有している。状態変化時などの訪問時の注意点を毎日確認している。	
②	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「未来志向型」の計画の作成	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		○			ケアプランの内容に沿って計画作成している。残存機能を把握しケア内容を決めている。	

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						
				できている	ほぼできている	できていない	全くできていない	コメント		
		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、 「未来志向型」の計画の作成が志向されている		○			訪問介護でいう「身体介護」の見守り支援を位置づけられるように意識している。		
<b>(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し</b>										
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		○			○	ご利用者の状況変化に応じて必要なサービスを提供している。関係事業所へ適宜報告している。	
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		○			○	月に1回モニタリングを行い状況変化の早期把握は出来ており、速やかに対応できている。	



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						
				できている	できるほど	ことが多い	できない	全くできていない		
<b>(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供</b>										
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	○					一体型であり、役割分担は出来ている。急性期から看取り期まで協力しながら必要に応じて介護・看護の訪問を調整をしている。	
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	○					看護職からのアセスメントや日々の注意点をタブレット内で把握し適切に行っている。	
<b>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>										
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						○	契約時に情報共有、説明を行っている。緊急的にサービスが開始しないといけない場合後日の説明となる時がある。

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						
				できている	ほぼできている	できていることが多い	できない	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		○			適切な計画作成をしており利用者への説明と、同意の署名をいただいている。		
		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	○				その都度電話等により報告、相談している。		
<b>2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント</b>										
<b>(1) 共同ケアマネジメントの実践</b>										
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		○			毎月利用者情報を送付している。また、随時電話報告している。		
		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		○			生活状況の変化に応じて、福祉用具や医療サービスなどの提案を行っている。		

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価					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	ことが多い	できていない	全くできていない		
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		○				訪問回数が多い為、よりご本人の過ごし方が把握でき情報提供出来ている。月1回ケアマネジャーへ報告書を送り常に看護とも情報共有し、医療との連携に努めている。	
<b>(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</b>										
①	利用者の在宅生活の継続に必要な活の継続に必要な等に対する包括的なサポートついで、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）							
		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）							

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	できていない	全くできていない			
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）							
<b>3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画</b>										
<b>(1) 地域への積極的な情報発信及び提案</b>										
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		○				ホームページ上に掲載している。事務所内でも閲覧できるようになっている。	
		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		○				退院連携などでケアマネジャーから相談があった場合リーフレット等を用いて事業内容の説明をしている。	

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					
				できている	ほぼできている	ことが多い	できていない	全くできていない	
<b>(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</b>									
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			○		出来ているが更に理解を深めていきたい。	
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				○	地域の方のご要望として食事の時間帯の訪問についての要望が多く、現状の体制では訪問のご要望があってもお応えできていません。	
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）				○	地域の社会資源（インフォーマルサービス等）の情報収集をし、必要に応じて提案出来るように学習を深めていきたい。	

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					
				できている	ほぼできている	できていることが多い	できない	全くできていない	
<b>III 結果評価 (Outcome)</b>									
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		○				個別差はあるものの目標達成率は高い。退院後は定期巡回を利用し、改善されると普通の訪問介護に移行する場合もある。
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		○				ケアコールを押しは来てくれることで安心されている。何回介助に入っても料金が一律なのが安心だとしてご家族に言われたことがある。