

第5回 介護・医療連携推進会議報告

平成25年4月22日 16時～

ケア・オフィス 優 (介護看護課)

<出席者>

札幌・すがた医院 院長	菅田 忠夫 様
小樽市介護保険課 課長	森 貴仁 様
小樽市医療保険部 介護事業所担当主幹	生瀬 裕司 様
小樽市介護保険課 主査	須摩 敦子 様
中部地域包括支援センター 主任介護支援専門員	神代 亜美 様
中部地域包括支援センター 介護支援専門員	松田 記代子 様
ケア・オフィス 優 管理者	二丹田 早稲子
ケア・オフィス 優 介護福祉士	屋代 利恵子
ケア・オフィス 優 事務職員	齋藤 智世

1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス 集計報告

- ① 1月、2月、3月の集計
- ② 疾患の別
 - ・脳梗塞後遺症
 - ・心疾患
 - ・癌手術後
 - ・全盲（緑内障による失明）
- ③ エリア
 - ・高島～桜（現在訪問継続中の利用者居住範囲）
- ④ 中止者なし

2. 定期巡回サービス内容報告

- ① 排泄介助、ハルンバック尿廃棄
- ② 配膳、下膳
- ③ 内服介助、麻薬テープ交換見守り
- ④ 起床、就寝介助
- ⑤ 体位交換
- ⑥ 調理
- ⑦ 食事介助
- ⑧ 買い物
- ⑨ 清拭

⑩ 入浴介助

以前入浴介助を行っていた方は、現在はデイサービスでの入浴となっているが、今回ストマ造設されている利用者の方の入浴介助を実施。体力の低下が著しく、デイサービスの参加は無理と判断し、回復するまでサービスを行うこととしている。

⑪ デイサービス送り出し

最近、依頼増加しており、送り出し実施。

⑫ 点眼促し、介助

⑬ 通院介助（自費）

3. 随時対応サービス内容報告

- ・薬を間違えて翌朝分をのんでしまった。日付変更にて対応指示。
- ・体調不良あり、受診依頼にて手配。
- ・往診時の医者により救急搬送するので誰かついていくようにと連絡うけ、対応指示。
→老老介護のため夫の付き添いが難しく、主治医指示により訪問看護師が搬送に同行。
- ・定期訪問ヘルパーより転倒しているとの連絡。特に症状ないため様子観察とする。
- ・精神不安の訴え傾聴。
- ・ストマのパウチからの便漏れ（医療保険を看護師へ依頼）。

3月の実績からみると、お一人の利用者から1ヶ月41回のコールあり、精神的疾患があるため落ち着くよう会話をしたり、それでも落ち着かない場合は訪問対応も実施。受診病院は遠方のため同行は難しいが、受診時に主治医宛てのお手紙を持参していただき、現況報告やお薬の問い合わせなどの連絡を実施している。内服薬変更後、コールは全くなり、落ち着かれている様子である。

4. 随時訪問サービス内容報告

- ① 嘔吐したので片付けと更衣をしてほしい。
- ② トイレ誘導依頼
- ③ 排便介助

5. 訪問看護緊急対応内容報告

- ① 体調不良（嘔吐、胸苦、発熱、血圧上昇、倦怠感、不定愁訴）
- ② 医師による処方変更
→処方変更により内服薬の再セットのため訪問対応。

6. 現状問題

- ① 職員数の不足（継続課題）→更に看護師常勤兼務1名退転予定。求人誌へ掲載も全く反応なし。5月中旬～看護師パート1名勤務（知り合いのつてにて）
給与面及び登録制導入の検討が必要か
→人員が不足している状況は変わらず、従来の訪問介護・訪問看護サービスの依頼については、見合わせている状況。ただし、定期巡回サービスの依頼やそれに今後つながり得る依頼については、受け入れる方針。
- ② 介護度低いが訪問回数が多い、随時対応の回数が多い
- ③ ケアマネの認識が少ない

7. 広報活動

- ・4月11日付 介護新聞に掲載

→取材の際お聞きした話として、集合住宅を持たず在宅生活者を中心に定期巡回サービスを実施している一体型サービスは、他市の事業所と当社の2ヶ所程度。居宅を訪問するとなると、多方面への移動が伴うため、6～7人の利用者を受け持つのが限界か、という状況は同様のようである。

8. 問い合わせ状況

- ・介護度1の方、2時間毎への服薬を1日6回介助の他、生活支援の1時間訪問を数回希望あり
→最近介護度認定結果が出た方で、内服管理、食事介助等の予定で担当ケアマネジャーやご家族と相談中。主治医にも話を伺う予定。

9. サービスの活用方法として

- ・退院後の精神的不安や点眼などの手技確立のため、定期訪問回数を徐々に減らし、来月末にて終了予定の方がいる。定期巡回・随時対応型訪問介護看護は重度の方を主に考えられていたが、この様に通常サービスへの移行するために活用する方法も在宅支援において良い活用方法と実感している。
→ 実際利用されている方は、軽度の認定結果の方が多く、介護度5の方も現在は回復へ向かってきている状況。
それぞれの状況を把握し、サービス内容の見直し・回数増減等を見極め、ご自身でできることを支援することで、通常の訪問介護や訪問看護サービスへの移行を目指すことができ、そのために定期巡回を活用していただくことも良い支援方法であると考えられる。

10. 実地指導における指導内容

- ① 推進会議にご本人又はご家族の出席がない→お誘いはしているが、遠方、独居、老々介護などの理由で出席には至っていない。今後も依頼は継続していく。
→ 推進会議での会議内容はホームページに掲載しているので、ご家族にも見ていただきたいことも伝えている。
- ② ターミナル加算について了承を得て、記録を分けること→説明をした内容は記録をとっていたが、改めてサインは頂いておらず、記録紙を分けることを含め、検討していく。
→ターミナル期になるとサイン等を頂くことはタイミングが難しいが、しっかりとした説明と記録により対応をしていきたいと考える。
- ③ オペレーター、随時対応ヘルパーの勤務時間数が偏っている→高齢者住宅併設ではないため人数不足に加え夜勤の問題がある。日勤帯の看護師、ヘルパーへ兼務して頂き、バランス化を検討していく

11. 意見交換

12. 役員の方からの助言など

一番多い時で800回ほどの訪問回数で、現在で520回程度。しかし1回当たりの在宅時間が長くなっており、当事業所としても改善しなければならない点でもあるが、実際、サービス内容の検討、回数の変更等については、ケアマネージャーとの情報交換等のやり取りを頻回に行わなければならない。

(中部包括支援センター 神代様より)

実際、ケアマネージャー業務も同事業所内で一体的に行ってもらった方がサービスの導入から家族とのやり取りなどスムーズにことが運ぶことも多くみられる。

実際のところケアマネージャーも、担当が変わった方がいいのか？

また、家族の安心度、期待度など高いため、サービスへの要望が多くなることは予想できるのではないかと？

→ ケアマネージャーとの連携については、同事業所内である必要もなく、他の事業所の方でも十分説明した上で頻回なやりとりで特に問題ないとする。

看護師がモニタリングを1週間に1度行っているが、サービスの見直しをするにもなかなかご家族の要望等によりケアマネージャーとの話し合いでも解決しないことも多く見られている。

実際のところ、プランに則りながら、その中でも自分でできることを重視し、例えば、食事介助といっても手づかみであれば食べられる方には、おにぎりを用意して、ご自身で食べていただく工夫をするなどして、できることを維持できるよ

うな支援で行っている。それが回数の見直しにもつながると思われるが、回数を減らすということについては、ご本人やご家族、ケアマネージャーの安心を考えると減らすことには消極的になり、何度も来てほしいということで変更できないことがほとんどである。

(介護保険課 森課長より)

モデル事業の時とは違い、身体介助を中心とした短時間訪問から、現在は生活援助も含め多くのサービス内容が、このサービスには含まれている。

担当するケアマネージャーから、あれもこれもといったサービス依頼が来ると、サービスする側が維持できなくなることが考えられる。

その利用者にとって必要なのは何なのかということ、ケアマネージャーと情報交換をすることでサービスの必要性を判断することが重要である。

包括算定だから何でも行うということではないことを理解してもらう必要がある。

毎日訪問しているサービス提供者側の方がわかる部分も多くあるだろうから、看護師のモニタリング結果もケアマネージャーに逐一連絡し、計画作成責任者が主となりサービスの内容、回数、今後の方向性などサービス事業者側からケアマネージャーや本人・ご家族に提案していくことが必要ではないか？

→モニタリングの結果報告を密に行い、ケアマネージャーへの理解と連携を図っていきたい。

この推進会議には実際関わってくださっているケアマネージャーへ参加依頼をしていないため、次回以降参加していただけるよう呼びかけ、ケアマネージャーの実際の声を聴き、今後のサービスへ生かしたいと考える。