

第9回 介護・医療連携推進会議 議事録

ステップこはま24hケアステーション

書記 : 計画作成責任者

開催日時 : 平成29年12月7日(木) 14時~15時半

開催場所 : 北棟 レクルーム

出席者 : (宝塚市医師会) (小浜自治会長) (民生児童委員) (連携訪問看護ステーション所長)
(護保険課) (地域包括支援センター所長)
(事業所出席者) 訪問サービス課副課長、管理者、計画作成責任者

欠席者 : 家族

○議題1 連携型についての振り返り

(連携先訪問看護ステーション管理者様より)

連携利用者数は、現在1名利用。11月は新たに2名、3名利用していた。そのうちの1名が要介護5。自宅で転倒が増える・食事が摂れない状況の為、定期巡回に移行。急激なADL低下と潰瘍の悪化もあり、主治医の判断にて入院となる。

主治医と訪問看護との連携がうまく図れず、医療に切り替えて頻回の訪問が出来なかった。低温火傷の状態が、申し送りの時より悪化していたこと、定期巡回の開始が週末からだったこともあり、訪問したヘルパーからの連絡相談で指示はしたが、もっと細かい指導が必要だったと思う。

一体型のケースだと同じ事業所内ですぐに情報が入り、連携が図りやすいが、連携型だと電話でのやりとりだけで、ヘルパー側からもどこまでの事を訪問看護に連絡したらよいか、そうしていると発見が遅くなったり、急激に状態が悪化したケースは特に連携が難しくなってしまうのではないかと。その為には、タブレットの導入(訪問看護ステーションで導入はしているがなかなか活用しきれていない)で情報の共有、画像の確認等ができるので、連携の一つとしてこのような工夫も必要かと思う。今後、連携型に関しての連携を図るにはどうしたらいいのか課題。

(管理者)

訪問看護ステーション様の今回の提案を受け、定期巡回のスタッフ間でもケースの振り返りを行った。訪問看護と主治医が、どのようなやりとりを行っていたかが分り辛かった。定期巡回開始が週末ともあって、ご本人の低温火傷の状態が悪化し、水分も摂れていなかった事に関し、今すぐに訪問看護ステーション様に連絡をしても良いものか悩んだ末、思いきって連絡した。連絡すると、すごく丁寧に対応してくださり、とても安心した。その後の様子も連絡頂き報告も出来たという点では、連携に繋がり良かったと思う。日々変化する状態をどのように共有し繋げていくかが大事。オペレーターの仕組みもしっかりと訪問看護ステーション様に伝えておくと、気兼ねなく報告ができたのでは。訪問開始時に顔合わせをし、情報を共有しても良かった

たのでは。他のケースで、リハビリに関して理学療法士スタッフに情報の確認をしたところ、非常に丁寧に教えて頂けたので状態の把握が出来た。一体型の訪問看護の受入れが難しいなか、訪問看護ステーション様が受けて下さりとても感謝している。これを機に連携を密にしていけたらと思う。

(計画作成責任者)

創部からの浸出液が多く保護剤が剥がれており、状態がどんどん悪化していたことに不安を感じた。訪問看護ステーション様に週末だったこともあり、連絡をして良いものなのか悩みましたが、状態の悪化もあり、連絡し対応して下さってとても安心した。創部の画像を送る事ができたら、現状をより細かく把握し対応出来たのではないかと思った。

(民生児童委員)

看護師とヘルパーとの間で壁はないですか？話し掛づらくないですか？

(計画作成責任者)

同事業所の看護師とヘルパーのお部屋が一緒ということもあり、何かあればすぐに相談できる環境です。ただ、こんなことで相談をしても大丈夫なのか躊躇することはあります。

(訪問サービス課 副課長)

ヘルパーが、最低限度自分たちで必要範囲内で判断が出来るところは責任を持って行い、必要な部分は看護師や医療関係者に報告をして指示をもらったりしている。そこの選択・判断が難しいところだ。看護師とヘルパーとの関係性は非常に大事である。

○議題2. 事業内容。運営実績報告書を基に説明。

- 1 1月より入院や他事業所移管で利用人数が減っている。
- 1 1月末現在で利用者18名。
- 1 2月は新規2名。

○議題3. 自己評価の報告

I - 5 10/12 合同カンファレンス実施。事業報告とグループワーク。次回 1/25。

I - 6 ケア時間の集中や訪問回数増による人員配置が課題。
深夜1時の定時訪問開始⇒1カ月実施、評価後は23時へ変更。

II - 17 項目番号12と同様。

II - 15 人員不足もあり、調整が困難になりつつある。
随時訪問は概ね行なえている。

II - 28 迅速とは言い難い

○議題4. 外部評価・質疑応答

(地域包括支援センター所長) 11月で深夜の時間帯(22時～5時)の訪問が増えたのは？

(管理者) 一つは、23時の定期訪問(オムツ交換・水分補給)が月半ばまでであった事。このケースは、家の事情で入院となった。もう一つは、ターミナルの利用者で夜間にかけて発熱・体温上昇傾向になる事が多く、夕方と夜間の訪問で38.0℃以上あれば訪問看護に連絡・指示を仰ぎ、解熱剤服用または挿肛し、深夜帯に随時訪問していた。訪問看護は、ヘルパーの報告内容によって、必要時緊急訪問している。

(地域包括支援センター所長) その場合、主治医との夜間の連絡は？

(管理者) このケースの場合、24時間連絡・往診が可能な在宅医。

(地域包括支援センター所長) 訪問看護の利用がないケースもあるか？

(管理者) 訪問看護の利用がないケースもある。そのようなケースは、月一回看護師がモニタリングに行き、状態観察・計画作成責任が立てたプランが、本人の状態とマッチしているのか・ケアが行えているのか確認をしている。

(宝塚市医師会) 連携型と一体型の違いは？

(管理者) 連携型は、他の訪問看護の事業所と連携してサービスを提供すること。
一体型は、1つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供すること。

(管理者) 市のホームページで地域密着型事業者の公募が掲載されていたが、定期巡回の申し込みはあるのか。

(宝塚市介護保険課) 現時点では言えないが、公募はしている。以前からも申込みが無い訳ではないが、受理に至らない事もあった。人員の確保はやはり、難しいようだ。

次回開催予定

平成30年3月8日(木) 14時 ~ 15時半の予定
ステップハウス宝塚1階会議室

自己評価・外部評価 評価表

平成29年12月7日

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	○					
(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	○					
	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	○					
	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	○					
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	○				10/12 合同カンファレンス実施。事業報告とグループワーク。次回1/25。	
(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	○				ケア時間の集中や訪問回数増による人員配置が課題。深夜1時の定時訪問開始⇒1カ月実施、評価後は23時へ変更。	
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	○					

自己評価・外部評価 評価表

平成29年12月7日

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	ができていないこと	全くできていない	
(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	○				
(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)	○				
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	○				
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	○				
	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	○			病状変化に伴う、ケア内容の変化の速さに関する、申送りの確実性が必要。	
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	○				
	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	○				

自己評価・外部評価 評価表

平成29年12月7日

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	ができていないこと	全くできていない		
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し								
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	○					
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	○					
(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	○				病状変化に伴う、ケア内容の変化の速さに関する、申送りの確実性が必要。	
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	○					
(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	○					
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	○					

自己評価・外部評価 評価表

平成29年12月7日

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	ができていないこと	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	○					
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	○					
	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	○					
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	○					
(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)	○					
	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)	○					

自己評価・外部評価 評価表

平成29年12月7日

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	できていないこと	全くできていない		
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)						
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		○			迅速とは言い難い。	
	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			○			
(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								
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		○				
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	○					
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)						

自己評価・外部評価 評価表

平成29年12月7日

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	ができていないこと	全くできていない	
Ⅲ 結果評価 (Outcome)							
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	○				
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	○				