

**第22回**

**介護・医療連携推進会議**

**定期巡回随時対応型訪問介護・看護**



**2021年9月16日(木)**

**社会福祉法人愛和会 訪問介護ステーションあいわ**



# WEB会議 出席者照会



地域の医療関係者  
地域住民の代表者  
地域の医療従事者  
当該事業について知見を有する者  
当該事業について知見を有する者  
豊中市役所  
中央地域包括支援センター  
緑地地域包括支援センター  
事業者  
事業者  
事業者  
  
事業者  
事業者

あいわ診療所 医院長 伊藤 成規先生  
校区福祉委員 会長 泉谷 洋三 様(欠席)  
株式会社アピスファーマシー 薬局長 朽尾佳奈様  
ケアプランセンター 奏 大槻 洋介 様  
有限会社みらい 代表取締役 岡田 牧子様  
福祉部長寿政策課(欠席)  
井口 牧子様  
寛山 穂月 安藤 努  
ケアハウス花みずき 施設長 長尾雅子  
ケアプランセンター豊中南 管理者 茶谷 恵子 岩切 恵子  
ケアプランセンターあいわ 土本 美子 福嶋 久子  
西川 みか 森本 有里  
あいわ訪問看護ステーション 管理者 寺崎玲子  
訪問介護ステーションあいわ 長尾敏 藤井和代

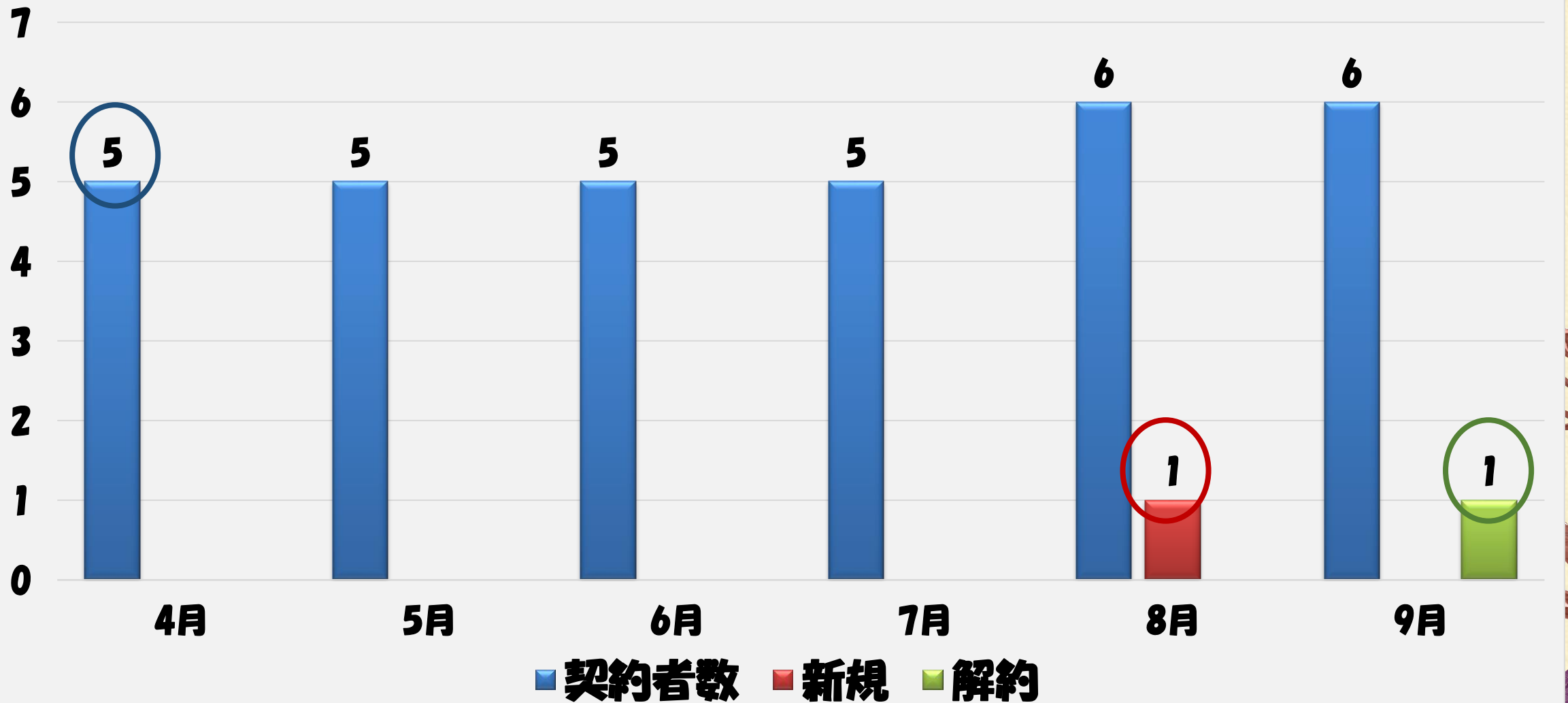


# 次第

- ✦ **2021年4月から9月までの実績**
- ✦ **事故報告**
- ✦ **随時訪問内容**
- ✦ **特別訪問看護指示書内容**
- ✦ **事例報告**
- ✦ **介護・医療連携**
- ✦ **職員として苦勞する点**
- ✦ **課題と今後の展開**
- ✦ **意見交換・質疑応答**

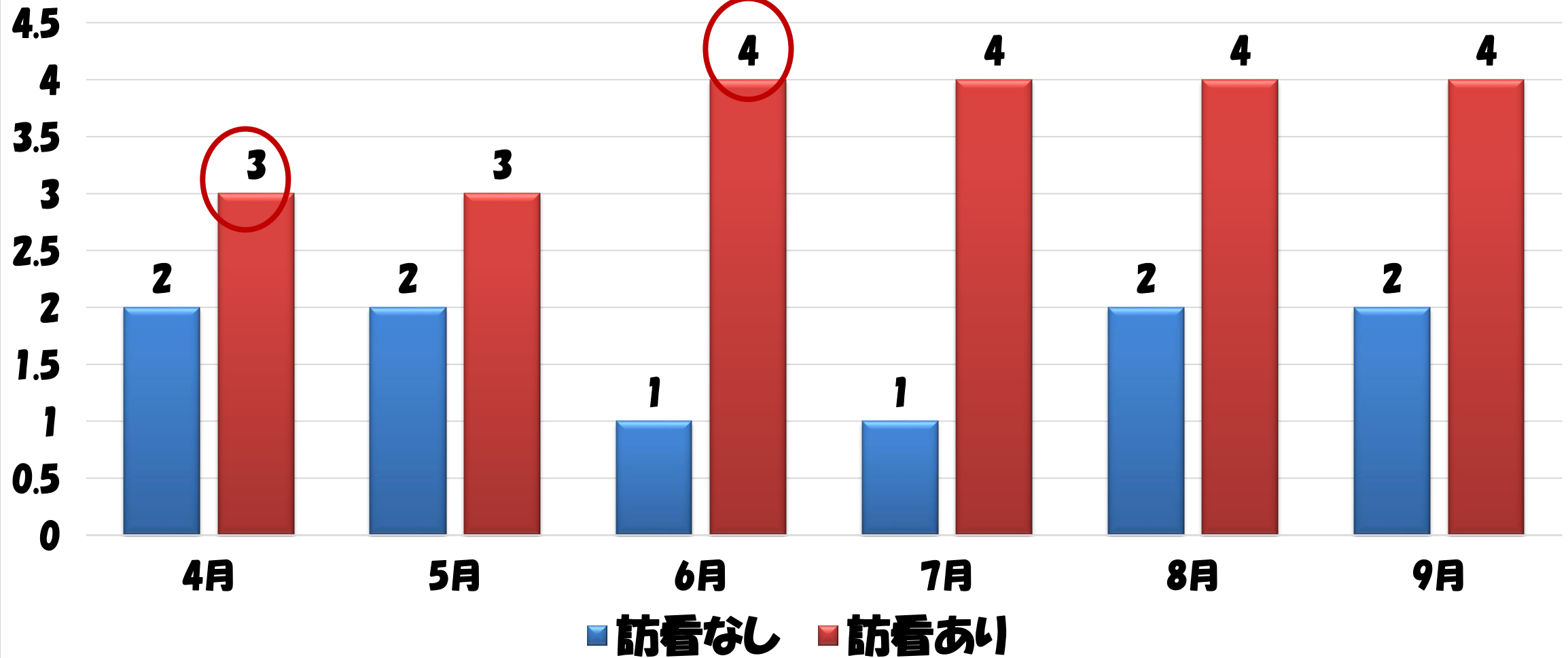
## + 2021年4月から9月までの実績

### 2021年4月からの契約者数推移



## + 2021年4月から9月までの実績2

### 訪問看護利用者数推移

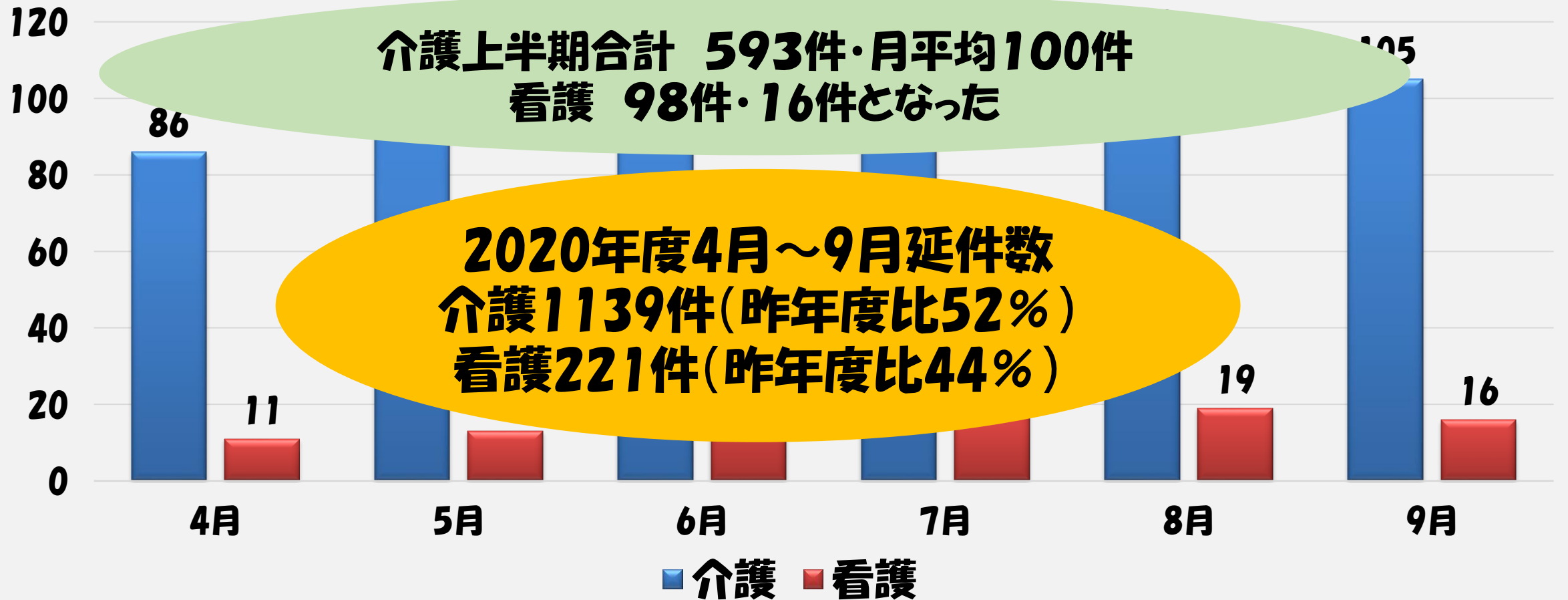






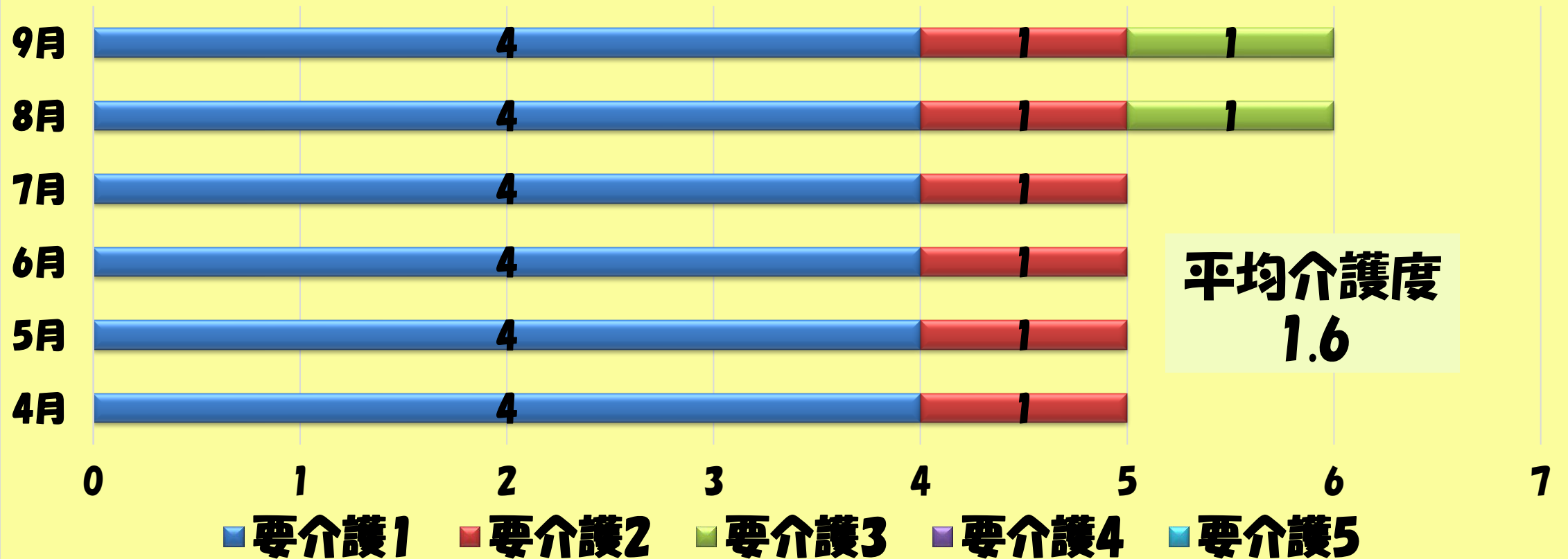
## + 2021年4月から9月までの実績3

### 4月からの延べ件数推移



# ✦ 2021年4月から2021年9月までの実績4

## 介護度別推移



## + 事故報告

## + 随時訪問内容



	介護	看護	件数	理由
6月5日	○		1	左足の親指が痛いとの連絡あり確認のため訪問
7月18日	○		1	見当識障がいあり混乱されておい訪問
合計			2	

## + 特別訪問看護指示書内容

特別訪問看護指示書	件数	理由
8/29~9/11(K病院)	9	全身状態の観察・服薬管理
9/1~9/30(T在宅医)		褥瘡予防、排便コントロール、腹部処置、バイタルチェック、保清、服薬管理、療養指導、爪切り、拘縮予防



## ✦ 特別訪問看護指示書内容訪問詳細

	介護	看護	件数	内容
8月30日		○	1	往診の立ち合い、状態観察
8月31日		○	1	状態観察
9月1日		○	1	夜間転倒され熱発されたため状態確認
9月1日		○	1	採血・PCR検査・摘便
9月1日		○	1	点滴
9月2日		○	1	点滴
9月3日		○	1	吸引・点滴
9月4日		○	1	状態観察・摘便
9月6日		○	1	エンゼルケア
合計			9	



## 事例報告



### 利用者

**U・H氏 要介護3 男性 86歳**

**・腹部大動脈瘤 ・VPシャント術後 ・虫垂炎 ・前立腺肥大  
・認知症 ・正常圧水頭症**

### 導入までの経緯

**再発性誤嚥性肺炎、摂食機能障害、廃用症候群、認知症があるが、本人、家族の希望で最後まで在宅で過ごす希望があった。**

### 生活状況

**妻(心疾患あり)娘(就労中)孫(アルバイト)日中独居。ADL車いす移乗軽介助、車いす離床1時間程度、認知機能低下、指示入りにくく簡単な返答は可能。食事はペースト食、咀嚼なく丸呑み。痰多量、便秘傾向、排泄はオムツにて全介助。**

## 事例報告 2

愛媛県青野出身。8人兄弟の3番目。結婚し一男次女をもうける。現在妻と次女と次女の娘と4人暮らし。長女は尼崎在住で交流もあるが長男とは疎遠になっている。同じマンションや近所に兄弟家族が住んでいて交流している。

大工として79歳まで現役で働いていた。元々酒は飲まず人付き合いも消極的で仕事一筋に真面目。仕事が終わるとまっすぐ帰宅し、一家だんらんの時間を大切にしてきた。次女親子と道教になったときは、自宅マンションのリフォーム工事を自身で行った。ヘビースモーカーだったが74歳できっぱり禁煙した。引退後は妻と共に孫の世話をしたい兄弟家族と交流を楽しんでいた。

H29年頃より少しずつ歩行状態が悪くなってきたが、毎日、緑地公園までの散歩を欠かさず行っていた。H30年12月頃、妻の入院をきっかけに認知症状が出現。散歩に出掛けたまま家に戻れなくなり、知人に連れ帰ってもらったり、警察に捜索願をだしたこともあった。さわ病院受診し、水頭症と診断され、手術を受ける。のちに腹部大動脈瘤、認知症の診断を受ける。





## 事例報告 3



**入院中**

**痰が多く、一日4回程度吸引実施。点滴施行。ペースト食全介助。**

**退院に向けての課題**

**再発性誤嚥性肺炎、摂食機能障害等のため食事に注意が必要。痰が多く、自己排出できずらい。認知機能低下により協力を得られないため基本動作全般に介助を要する。妻は心疾患のため介助不可、娘は就労のため日中不在、孫はアルバイトで不在であり、介護支援が必要**

**退院後**

**定期巡回導入**

**一日3回の訪問で排泄介助、食事介助、服薬介助、口腔ケア、陰臀部洗淨、清拭、更衣**

**看護師による全身状態の観察、服薬管理、排便コントロール、保清、療養指導、褥瘡予防**

**PTによる拘縮予防**

# 事例報告 4



U・H氏 訪問時間									
	8/29(日)	8/30(月)	8/31(火)	9/1(水)	9/2(木)	9/3(金)	9/4(土)	9/5(日)	9/6(月)
9:00	退院日 家族対応				ヘルパー		看護	家族対応	0:08 永眠
10:00		ヘルパー	ヘルパー	看護		ヘルパー 看護			
11:00				看護					
12:00									
13:00			ヘルパー		ヘルパー	ヘルパー			
14:00		ヘルパー		看護	リハビリ(評価)				
15:00		看護	看護						
16:00									
17:00		ヘルパー	ヘルパー		ヘルパー	ヘルパー			
18:00									



## 事例報告 5



### 支援経過

- ・退院計画：病院・地域の関係機関と話し合い、急変時は病院へ搬送することを家族も含め確認し、連絡経路を決定。
- ・看護連携のもと、体調悪化への対応はもとより、体調にあわせて支援方法が速やかに変更でき、家族の安心につながった。
- ・看護の訪問後、発熱の症状あり、在宅医へ連絡、在宅医からK病院への連絡、搬送は家族が断り、在宅での看護となる。
- ・PCR検査陰性、血液検査結果を受け、誤嚥性肺炎との診断、3日間の抗生剤の点滴開始。

### 定巡導入開始8日目

- ・日付が変わった0:08、家族から呼吸が止まったとの連絡あり、在宅医、看護訪問。ご逝去となった。



# 介護・医療連携1

地域

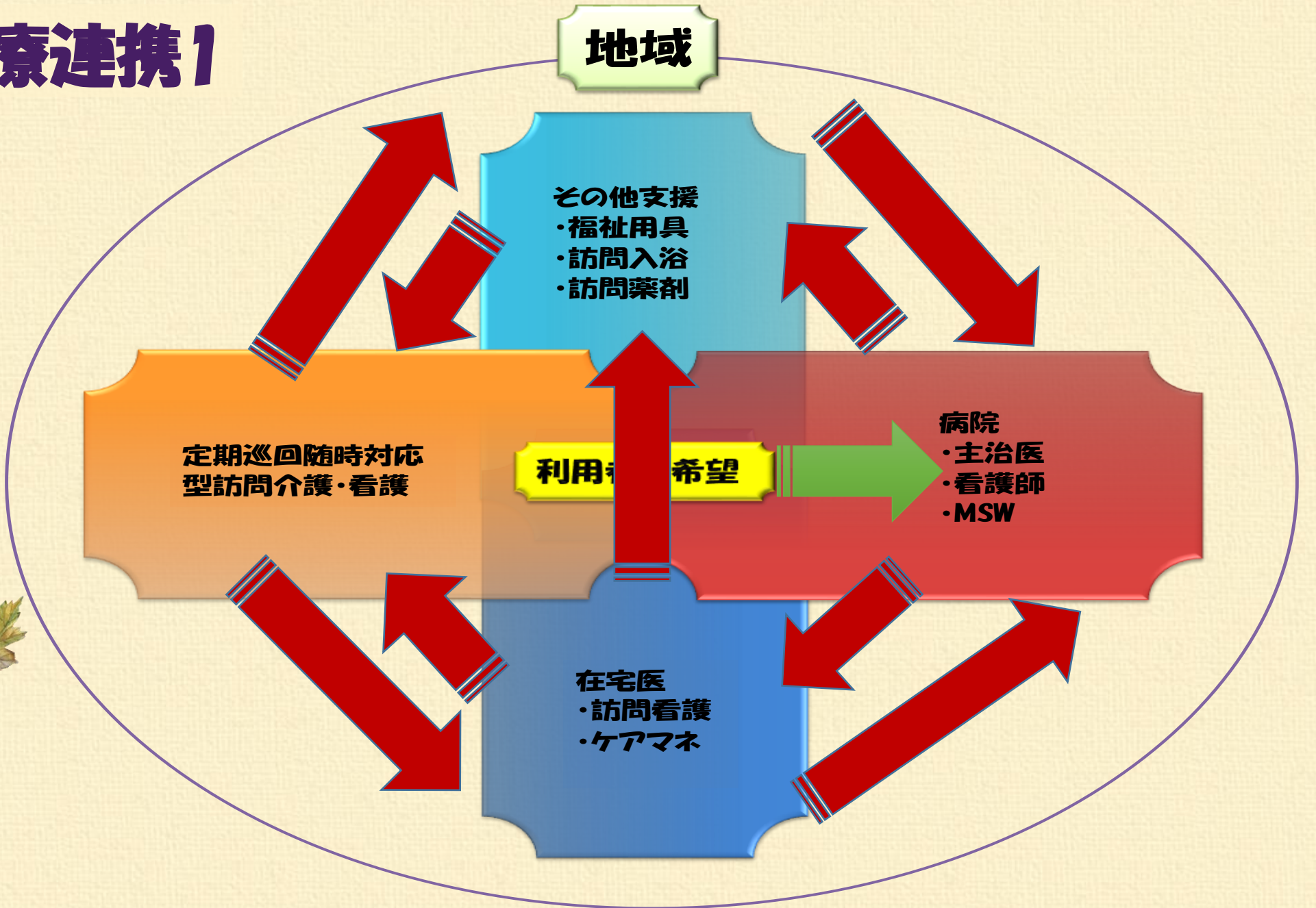
その他支援  
・福祉用具  
・訪問入浴  
・訪問薬剤

定期巡回随時対応  
型訪問介護・看護

利用希望

病院  
・主治医  
・看護師  
・MSW

在宅医  
・訪問看護  
・ケアマネ





## ✦ 介護・医療連携2

**MCSを活用させてもらいながら、密に連絡を取り、事業所内でも毎日U・H氏については朝の様子、昼の様子、夕の様子を細かく連絡を取り合い、退院後の集中ケアで元の在宅での生活を取り戻してもらえるようサービスを行った。短い期間ではあったが、一体型の強みになったのではないかと考える。**



## **+ 職員として苦勞する点**

**人員の確保、急な訪問の追加調整に時間を費やす。**

**身体介護が中心となるサービスであるので登録ヘルパーの介護技術、判断力、医療的知識が必要なため、研修会を開催しているが、高齢化の波もあり実践に結び付きにくい。**



## ✦ 課題と今後の展開

他事業所ケアマネより定期巡回についてよく知らないのですが・・・と問い合わせが入る。

定期巡回についての勉強会等を開き、周知していく。

近辺の定期巡回事業所の介護・医療連携推進会議に参加できる機会を作る。

定期巡回サービスと地域とのかかわりを強めていくために地域包括を中心に、民生委員や校区福祉委員等とのつながりを強めていく。例えばふれあいサロンへの参加や定期巡回開始時の報告等から始めていく。

# + 意見交換・質疑応答

