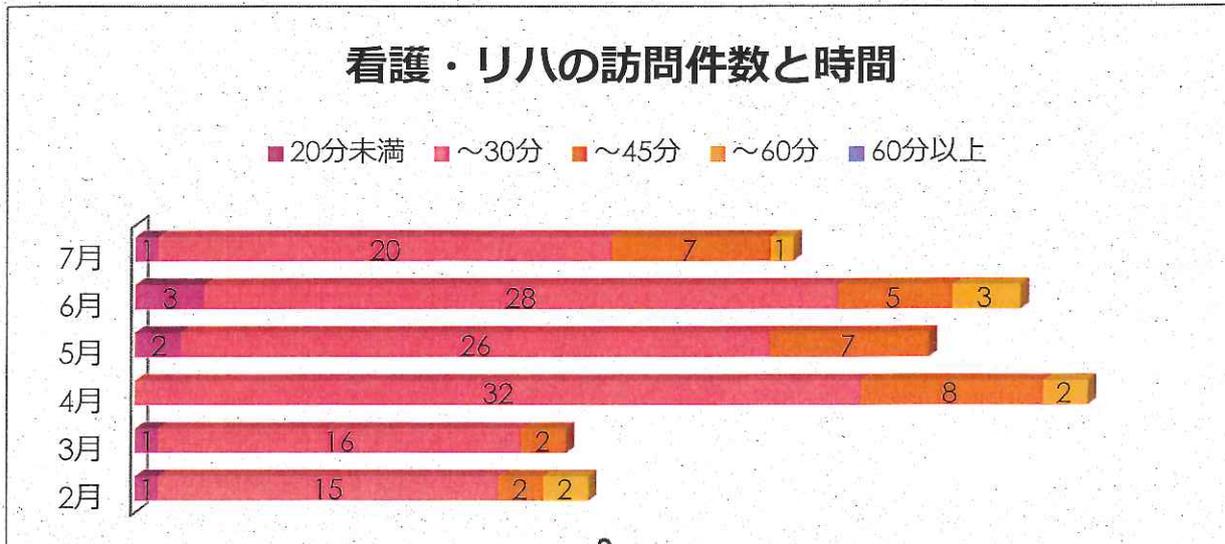
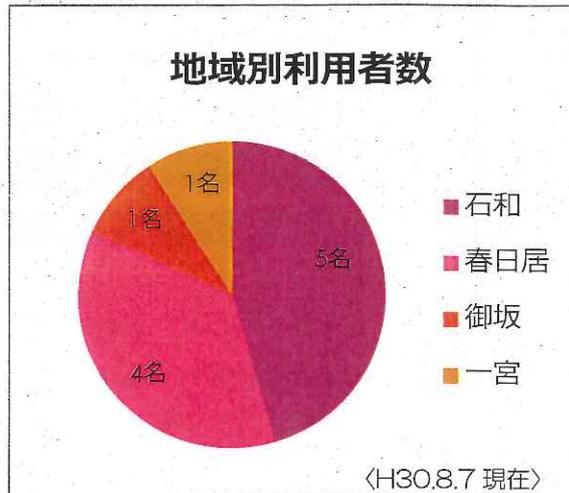
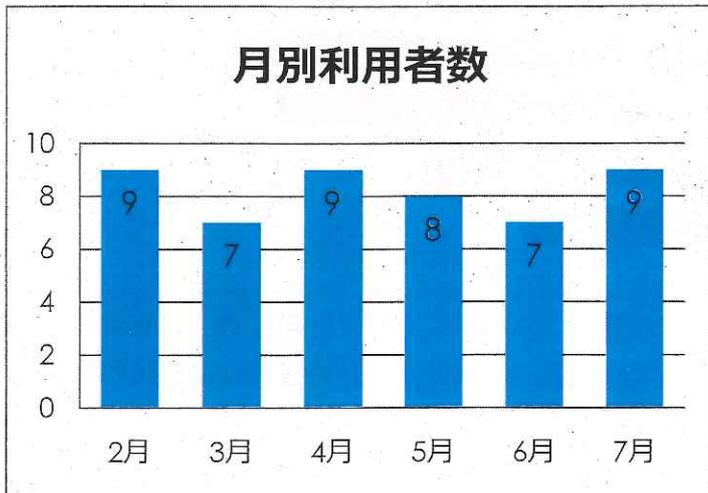
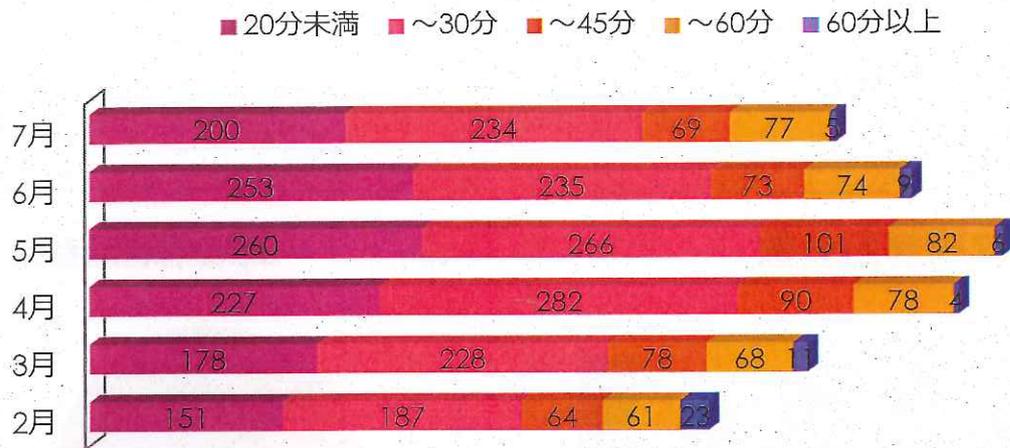


◇定期巡回・随時対応型サービス

1. 利用状況・訪問状況



1回あたりの訪問時間



・6ヶ月のデータから、訪問時間の割合に大きな変化はみられないが、2月に60分を超過する訪問の割合増加あり。嚥下機能の低下によって飲み込みに時間がかかり食事介助に時間がかかってしまったことが要因と考えられる。

※現在の登録者：11名（内2名は、介護老人保健施設を利用中と入院中）

※8月利用者：9名 訪問件数：724件+α（見込み）

8月中旬～新規利用者1名サービス開始予定

2. サービス利用者状況（今年度サービス開始利用者の様子等）

氏名 性別・年齢	居住地域等 要介護度	サービス実施状況
M・E様 女性 78歳	石和 (同居家族あり) 要介護5	<p>《定期巡回介護のみ》</p> <p>介護訪問2～3回/日 オムツ交換 食事介助等</p> <p>※詳細は事例紹介で説明します</p> <p>・その他サービス ⇒ 訪問診療2回/月 通所介護3回/週 医療保険の訪問看護（褥瘡処置のため）</p>
T・H様 男性 77歳	春日居 (独居) 要介護2	<p>《定期巡回介護・看護》</p> <p>介護訪問2～3回/日 内服確認 食事の準備（買い物）洗濯等 訪問看護1回/週 薬のセット 排便コントロール等</p> <p>定期的な受診ができず（通院の自己中断のため）糖尿病が悪化。入院加療し血糖値安定したが、退院するにあたって内服薬の管理や排便コントロールが必要であるため定期巡回サービス利用へ。（5/7～）</p> <p>こだわりの強さ（性格）や認知症の進行もあり、当初はスタッフの訪問に対して大声で怒鳴るなど拒否的であったが、一日複数回の訪問を根気よく続けることでスタッフとの信頼関係が構築できたケース。サービスを継続することで荒れていた生活環境も整備されてきた。ただし下肢筋力の低下や認知症の進行に伴う喪失感が強く焦りやイライラ感あるた</p>

○課題と対策

退院するにあたって、病院スタッフから家族に対して介助方法の指導や生活上のアドバイスを
行なったが、家族の理解が不十分であるとの情報あり。在宅ではケアマネジャーを中心に、在宅
医や訪問看護、通所介護、福祉用具貸与事業所等、多くの在宅サービス事業所や職種間で積極的
な情報交換や緊密な連携を図りながらサービス提供していくことが総合的な援助の方針とした。

・褥瘡の悪化を防ぐ（褥瘡の完治）

具体的な対応

- ①統一したケアが行なえるように積極的な情報発信・交換
- ②食事・水分摂取量や排泄量を共有できるようにチェックシートを作成
- ③看護スタッフとの情報交換や対応の検討
- ④リハスタッフへの評価依頼（体圧分散評価とポジショニング等）
- ⑤福祉用具や栄養士との連携（エアマットの設定、介護食の検討）
- ⑥ケアマネジャーへの情報提供

・家族の介護力をアップ（自宅で生活を続けたい・外出させてあげたい）

具体的な対応

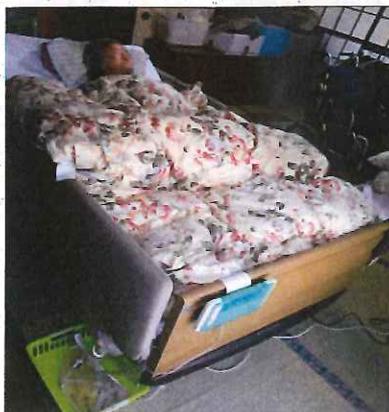
- ①継続的な家族への介助指導・アドバイスや相談対応
(食事・水分介助 オムツ交換 移乗介助 口腔ケア等)
- ②自宅での様子（夜間の睡眠等）が把握できるようチェックシートの作成



<摂取量・排泄量チェックシート>



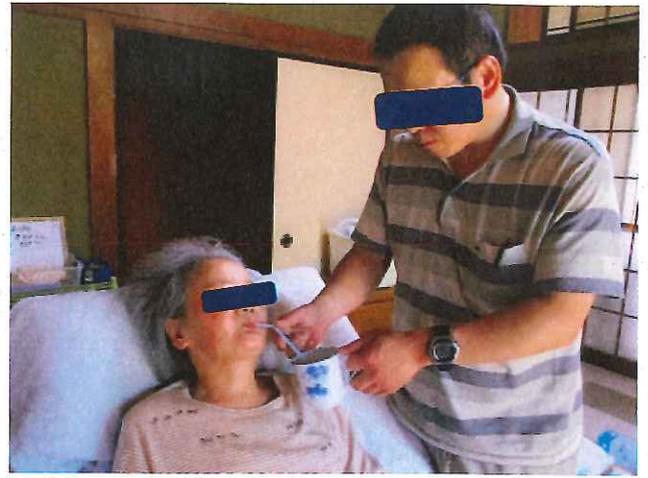
<様子観察シート（夜間の睡眠等）>



●臥床時のバルンパックの位置

●エアマットの操作方法





＜スタッフの複数回訪問と介助指導＞

○結果

- ☆食事・水分介助（トロミの使用）ができるようになった
- ☆夕食時の食事介助は、退院時から今日まで家族だけで対応
- ☆ベッド操作が手順通りにできるようになった
- ☆移乗介助ができるようになり、受診日の朝の訪問が必要なくなった
- ☆褥瘡の処置ができるようになった
- ☆オムツ交換ができるようになり、土日の夜の訪問が必要なくなった
- ☆☆褥瘡が完治しつつある☆☆☆ (6×5.5cm⇒4×4cm⇒3.5×3cm⇒2.5×1.8cm⇒0.5×0.8cm)



4. 現状の課題と解決策（改善案）

- ①利用者（訪問件数）の増加と利用者のニーズ（訪問時間）に応じたスタッフの確保
 - ⇒部内の介護スタッフに兼務をかけ、祝祭日や夜間の訪問に対応している
 - ⇒シフト制を導入し、早朝や夜間の訪問にもこれまで以上に柔軟に対応できるよう整備を進めている
- ②定期巡回サービスの普及（なかなか周知されない）
 - ⇒地域のケアマネや病院スタッフ向けのサービス説明会の開催を検討
 - ⇒これまで以上の営業・宣伝・周知活動について実施の検討
- ③訪問効率が悪い（実際のサービス以外の移動や記録に時間がかかる）
 - ⇒システム導入を検討中
 - ⇒地域別に利用者を分け効率的な訪問コース（ルート）を設定していく

2018年度 第1回 介護医療連携推進会議

- 日 時 2018年 8月 9日(木) 10:30～
- 場 所 甲州ケア・ホーム 会議室
- 参加者 14名
地域住民代表: 民政委員、区長、区長、社協理事
笛吹市 : 関係部署職員、3名
施設側 : 施設長、部門長、課長、事業所長、事務部長、事務長
事務局 : 事務課職員

1. 在宅支援センター 甲州ケア・ホーム 施設長挨拶

本日 協議をしていただく「甲州定期巡回随時対応型訪問介護看護ステーション」は、関係各位の周知活動やケアマネの理解が進んだことなどにより徐々に利用者が増加しております。本日は、事業所の利用状況を報告させていただきますので、皆様の一層の理解を深めていただくことと、運営に対して忌憚のないご意見をいただければ幸いです。よろしくお願い致します。

2. 事業概要について

在宅支援部 事業所長から、資料に基づき 現在の利用状況が説明された。
特に事例紹介では、写真を多用し状況が説明された。

3. 質問や意見など

- Q1. 今年の夏は異様な暑さだが、熱中症になる利用者はいなかったか？また その対策は
A1. 夜間にACを止めたことにより具合が悪くなった方がいて、看護師が対応したケースが1件あった。
対応として、スタッフは訪問の都度、水分補給に配慮している。また、訪問サービス利用者はほとんど ACを利用されている。
- Q2. トロミを使用しているようだが、水だけだとうまく摂取できないのか？
A2. 水だけだと気道に入り誤嚥となるおそれがある。トロミの付け方は、言語聴覚士や看護師が、利用者の状況に応じて助言を行う。現在のトロミは味覚を変えることなく使えるものがある。
- Q3. この事例だと、褥瘡が大幅に改善しているが、どの程度の期間を要したのか？
A3. 3～4か月程度である。

笛吹市からの意見→本サービスの利用により好結果が得られた事例。こうした事例が普及につながらないものか？利用者の状況の改善は、事業所の取組とスタッフの介護力向上にもつなげられるので、事業者連絡会などで報告したい。他の訪問系事業所にも伝えていくことについて相談させてもらいたい。

事業所から→家族から「どんなサービスなのか最初はよく分からないが、使ってみたら、すごく良いサービスである。安心することができた」と言われたので、いろいろな機会に発信していきたい。

4. 部門長 まとめの言葉

本日はご出席ありがとうございました。皆様からの貴重なご意見をもとに市とも協力して進めていきたい。この事業は、マンパワー不足も一つの課題であるが、法人として、またグループとして考えていくことが必要だと考えている。また、マンパワー不足の解消にもつながるようにIT化も検討していきたい。今後ともご指導をお願いしたい。

以上