

第1回 介護・医療連携推進会議 レジюме

ステップこはま24hケアステーション

開催日時：令和7年7月24日（木）14時～15時

開催場所：介護老人保健施設ステップハウス宝塚 会議室

出席者：（宝塚市医師会）合田様、（小浜自治会長）吉村様、

（4地区民生児童委員副会長）西田様

（宝塚市介護保険課）梅田様、細井様（地域包括支援センター）安藝様

（訪問看護ステーションかいな）矢野様、北様

（訪問看護ステーション雅）合楽様

（ステップこはま訪問看護ステーション）水戸口様

（事業所出席者）廣木、吉川、長谷川

欠席者：訪問看護ステーションスイッチオン宝塚様、（家族）

議題内容

1、事業報告

利用者：平均 19名/月（前回より0.6名減）

平均年齢：88.8歳（男：85.8歳、女：87.8歳）女性の平均年齢高い

平均介護度：3.2（全国平均：2.6）介護度平均下がってきている

家族構成：①独居—約66%、②昼間独居—約0%、③高齢者夫婦世帯—約15%

④家族と同居—15%

利用形態：ほぼ全員が訪問看護サービスを利用(連携型・医療保険)。

連携型の訪問看護ステーションは、4ステーション。

新規9名

終了：看取り4名、施設入所2名、入院2名、既存のサービスに移行3名、

他事業所に移管1名

訪問件数：1,098件/月 随時訪問：45件/月

随時対応：内容 排便の訴え、転倒、不安からの電話対応が主。

活動地域：3・4地区に集中

収 益：平均約450万/月。前回より40万減。

2、自己評価・外部評価の報告 添付資料参照下さい。

I-(2)-5 訪問看護、訪問介護、定期巡回の3係で合同カンファレンスを6月に開催。接遇。コミュニケーションをテーマにして事例をもとにグループワーク実施。

II-1-(1)-14 夏場の脱水や熱中症予防のための空調の調整や、水分摂取量の確認、促しや介助の実施。

II-3-(1)-29 退院前カンファレンス等をきっかけに病院の相談員に定期巡回の情報提供を行っている。また夜間型サービスの開始や内容についても居宅介護支援事業所に周知活動を行っている。

事例紹介
困難ケース
添付資料参照

3、意見交換

かいな訪看：事例を聞いて、利用者とスタッフが合う合わないもあるので、お互いのことを考えてスッと切り替えることも1つの方法かと思った。

他事業所移行しようと思ったのは？

24h：2名のスタッフが受け入れ不可の為、スタッフ回らず、限界に近づいていた。この方は1日に4回の訪問で、訪問をとばすことは状態安定していて問題がないと言われてもプランが遂行出来ないことが辛かった。

かいな訪看：連携型と一体型の事業所は選べるのか？

24h：選べます。7月の利用者の受け入れは厳しい状況。8月にスタッフ1名増えれば受け入れる枠が増える。居宅介護事業所には営業活動を行っている。

かいな訪看：訪問看護事業所にも営業をかけてみては？

24h：訪問看護事業所にも、お声をかけていきたいと思います。

合田様：限られた人数で、1人の利用者の為に色々に対応を考えていくことが、大変な仕事だと感じた。

ステップこはま訪看：まだら認知症や難聴があり、コミュニケーションを図る中で、その時は了承されるが次の日には話が違っている。罵声を浴びせられたスタッフや出入り禁止になったスタッフ、それにより調整等の対応に悩まれた上司に対し、よくここまで頑張ったと思う。褥瘡が酷かったが、ヘルパーによる体位変換、食事介助、こまめな水分補給により完治。ここまで回復出来たのは、ヘルパーさんのおかげだと思います。すごく立派なケースだと思いました。

西田福会長：大変貴重なお話を聞けました。ありがとうございました。

雅訪問看護：こちらと同じように悩んだケースがありました。利用者の気持ちに寄り添いながら、スタッフを守り、適切な対応をとることが大切ですね。

小浜包括：CMを変更して、繋がってよかったケースだと思っていたが、その後のことが大変だということがわかった。改めて、包括内でもこのようなケースがあることを感じた。直接、自宅に伺うヘルパー、看護師、サービスを提供する中で厳しい言葉をかけられる現状がある。

介護保険課：スタッフ8名で月1000件回っていることに驚いた。どこまで在宅で本人の希望を叶えられるかをサービス機関で連携を図りながら一緒に考えていくことの大切さを感じた。

次回開催予定日

令和8年 2月 26日(木) 14時～15時半

自己評価・外部評価 評価表

2025年7月24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	
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	○			外部研修、オンライン研修参加	
	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	○			介護・看護合同カンファレンス6月に実施 接遇・コミュニケーションをテーマにグループワーク	
(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	○			ボランティアスタッフ応募なし スタッフで生活支援も対応	

自己評価・外部評価 評価表

2025年7月24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		
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	○				前回、書面でのご意見なし	
(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）	○				BCP作成済	
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	○				認知症進行やADL低下に伴うケア内容の見直し等	
	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	○				往診クリニック、連携先訪問看護ステーション・ケアマネジャーとSNSを使って連携強化	
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	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	○				自立支援のためのプランの作成	

自己評価・外部評価 評価表

2025年7月24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	
志向型」の計画の作成	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないように、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	○				夏場の脱水や熱中症予防のための空調の調整や水分摂取量の確認、促しや介助実施

自己評価・外部評価 評価表

2025年7月24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	○				日々の記録からも定期的にアセスメントを行い、計画への反映を実施	
(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	○				『スマケア』『メディカルケアステーション』の活用、直接の申し送りを行う。	
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	○				同上	
(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

2025年7月24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	○				体調変化時の報告、治療方針の確認、必要時訪問の調整等を行う。	
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		○			項目番号6と同じ。	
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	○				『スマケア』ソフトの閲覧機能も活用し情報提供を行っている。	
(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)	○				配食業者の買い物代行やコープの個配等の活用の提案	
	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

2025年7月24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		
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な、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)	○				デイサービス事業所とSNSや電話、連絡帳等で情報共有や提案等を実施 みまもり会議で民生委員さん等の情報共有の実施	
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	○				ホームページ掲載	
	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	○				退院前カンファレンス等をきっかけに病院の相談員に情報提供を行っている。居宅事業所にも夜間型サービスの周知活動を行っている。	
(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

2025年7月24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		
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	○				具体的な目標にすることで達成度をわかりやすく意識してたてている	
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	○					