

令和6年度 第2回 ナザレ園定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

介護・医療連携推進会議 次第

日時 令和7年3月21日(金) 14:00より

場所 ナザレ園ひらのテラス

1、 開 会

2、 議 題

- ① 事業報告
- ② 自己評価・外部評価について
- ③ 質疑・ご意見
- ④ 次回開催日時について

令和7年度 第1回 令和7年 月 日(金) 開催予定

3、 閉 会

令和6年9月~令和7年3月までの利用開始・終了の説明

令和6年

9月【24T】 男性 86歳 要介護5 養護施設

令和6年9月~利用開始

毎日1日4回訪問:トイレ介助、排泄介助、軟膏塗布、水分補給、
入浴介助(随時)、デイサービス利用

8月29日(木) 誤嚥性肺炎で入院後、退院し、利用開始となる。

9月21日(土) 転倒2回、ろれつが回らなくなり、昼食前にブレインハート受診。

受診結果1~2日前に小脳に梗塞があったとの事。帰園され様子観察。

9月30日(土) 居室にて転倒され、後頭部にたんこぶができていた。様子観察。

10月11日(金) 慶和病院受診。急性腎盂腎炎の為入院

10月25日(金) 退院

11月11日(月) 発熱37.7℃。慶和病院受診。帰園され様子観察。

12月29日(日) 居室にて転倒。頭部に傷あり。看護師対応にて処置。

令和7年3月17日(月) 慶和病院受診され入院(うっ血性心不全、急性気管支肺炎、褥瘡
の為)

令和6年

10月【24U】 女性 77歳 要介護5 養護施設

令和6年10月~利用開始

毎日1日4回訪問:排泄介助、軟膏塗布、水分補給、
入浴介助(随時)

10月7日(月) 日常的に発熱。夜間38.0℃。朝方熱が下がる。何度も受診しているが原因不明。仙骨に褥瘡。

10月8日(火) 夕方—KT38.0°C コロナール服用・クーリング

19:50—KT36.7°C

以降毎日発熱を繰り返しています。

11月19日(火) 受診し血液検査を行ったが、異常なし。

発熱を繰り返すのは体温調整機能がうまくいっていない為との事。

11月29日(金) 腎部褥瘡悪化。ポケットができた。

12月3日(火) 慶和病院受診。(褥瘡による発熱のため)そのまま入院

1月21日(火) 慶和病院の療養病棟へ行かれる為、訪問終了。

令和6年

10月【24V】 女性 86歳 要介護3 養護施設

令和6年10月~利用開始

毎日1日4回訪問:排泄介助、軟膏塗布、水分補給、

入浴介助(随時)

12月5日(木)入浴の着脱時に意識消失。看護師確認、一過性の貧

血とのこと。意識戻り酸素濃度も異常なし。

12月9日(月) 血尿、食欲不振のため慶和病院受診。点滴のみ行い帰園。異常なし。

12月26日(木) 血尿が続いている為、慶和病院受診。腎盂腎炎の為入院。

令和7年1月7日(火) 老衰の為お亡くなりになりました。

令和6年

12月【24W】 女性 75歳 要介護3 旦那様と同居

令和6年12月16日~利用開始

毎日1日3回訪問:バイタルチェック、排泄介助、食事介助、水分補給、

服薬介助、清拭、鍵お預かり

訪問診療、訪問看護、訪問入浴利用

肺がん末期、CVポート(右ソ径部)

12月20日 発熱 38.1℃ 血圧 78/49

訪問看護より・・・酸素吸入、抗生剤処方されたとのこと。食事、服薬は対応しなくてよいとの事。軽く水を含ませたガーゼを口元にあてる位での事。

12月23日(月)ケアマネより5時58分にお亡くなりになったとの連絡あり。

令和6年

12月【24X】 女性 75歳 要介護2 家族同居・日中一人

令和6年12月20日(金)~利用開始

1日2回の訪問:バイタルチェック、排泄介助、服薬介助、水分補給、全身清拭
(週2回)、更衣介助、鍵お預かり

月に2回ショート利用

家族に対しての拒否があり必要な介護、支援が出来ない為利用開始となりました。

令和7年

2月【25A】 女性 95歳 要介護2 独居

令和7年2月20日(木)~利用開始

H31年1月~予防訪問、R6年6月~訪問介護、定期巡回へ移行となった

1日1回の訪問:月・木 買い物

火・水・金・土・日 安否確認、バイタルチェック、掃除、洗濯の声掛け。

AM10:18訪問 両戸、鍵閉まってお入り浴中の為PM訪問すると伝える。

PM13:11 訪問 雨戸、鍵閉まったまま声掛けに返答無し。遠方の妹様連絡するも留守電の為、伝言残す。警察へ通報。本人物音に気が付き無事を確認。

入浴時に低体温症の状態。看護師対応にて身体を温める。緊急でナザレエン養護施設へ数日間お泊まりをして頂くよう対応。

翌日、発熱、咳がある為受診し入院予定となりました。

令和7年

3月【25B】 女性 91歳 要介護4 盲老

令和6年3月1日(土)~利用開始

1日4回の訪問:排泄介助、水分補給、入浴介助(月・木)

・令和6年9月1日に転倒し左手首を骨折。骨折は治癒したもののADLが著しく低下。排泄や移乗で全介助の状態となっているため利用開始となりました。

3月【25C】 女性 91歳 要介護4 盲老

令和6年3月1日~利用開始

1日4回の訪問:排泄介助、水分補給、入浴介助(月・木)

・身体機能の低下や認知機能低下のため、利用開始となりました。

令和6年【17G】 女性 86歳 要介護5 息子様と同居

令和6年10月4日 利用終了

平成29年11月9日(木)~利用開始

1日3回~4回訪問

バイタルチェック、排泄介助、食事準備、服薬介助、水分補給、軟膏塗布、口腔ケア、洗面介助、病院対応

デイサービス利用

令和6年10月4日(金)

7:30 訪問 息子様対応にて朝食時、水分が飲み込めずうとうととしているとのこと。健側の手はグーパーできるがよだれが出る。脳梗塞が心配のため、息子様様子を見ているとのこと。

10:53 訪問 排泄介助対応。一点を見ており、瞬きをし問いかけに反応なし。表情が硬い様子。

18:00 訪問 息子様が救急車を呼び協同病院へ搬送。点滴施行し脳出血はないとのこと。帰宅の方向へ。

19:49 頃 息子様より連絡があり。自分の車には乗せられない為、迎えに来てほしいとのこと。協同病院へお迎えに伺う。

10月5日(土) 息子様対応にて勝田病院へ受診されるとのこと。脳梗塞のため入院となる。

11月11日(金) 全身に麻痺あり、今後自宅での生活は無理とのこと。訪問終了となりました。

令和6年【22N】 女性 95歳 要介護4 養護

令和4年9月2日(金)~利用開始

1日4回の訪問:排泄介助、水分補給、軟膏塗布、入浴介助(火・土)

10月8日(火) 体調不良の訴えあり、病院受診される。腸炎と診断あり、点滴施行される。

10月9日(水) 腹痛の訴えあり。夜間嘔吐3回あり。朝受診し、腸閉塞のため入院。

10月12日(土) 病院にてお亡くなりになったとのこと。訪問終了となりました。

令和6年【23A】 女性 95歳 要介護5 養護

令和4年2月から訪問介護にて入浴介助開始

→令和4年11月より定期巡回へ移行

1日4回の訪問:排泄介助、水分補給、服薬介助(眠剤対応)、入浴介助(火・土)、コール1日に数十回あり(夕方~夜間頻回)

7月22日(月) Drより胸水が溜まっているとのこと。

9月10日(火) 臀部に褥瘡あり、看護師対応にて処置。食欲低下、意欲低下、嚥下状態悪化

10月11日(金) ナザレ園特養へ入所

令和6年【24S】 女性 99歳 要介護2 独居

令和6年12月1日(日) 利用終了

带状疱疹(右足)になってから状態が落ち、腰の痛みもあり利用開始となりました。

1日1回の訪問:排泄介助、食事配膳、水分補給、服薬介助、掃除、ごみ出し、鍵お預かり

デイサービス

12月2日(月)~ショートステイ利用。その後サービス付き高齢者住宅へ

令和7年【24M】 男性 95歳 要介護4 養護

令和7年1月27日(月) 利用終了

1日4回の訪問:排泄介助、水分補給、デイサービス利用

1月19日(日) 臀部に褥瘡、食欲低下、意欲低下

1月27日(月) 慶和病院へ入院→退院後療養病棟へ

令和7年【22K】 女性 86歳 要介護4 盲老

令和7年2月16(日) 利用終了

1日4回の訪問:排泄介助、入浴介助、水分補給、デイサービス利用

2月17日(月) 特養入所

【当法人内での利用者数】 令和7年3月現在

○ナザレ園居宅介護支援事業所からの利用者⇒12名

○他居宅介護事業所からの利用者⇒5名

○ナザレ園養護老人ホームの利用者⇒6名

○盲老人ホームの利用者⇒4名

右図の説明

体調不良から入退院を繰り返す方、入院後に施設へ入所される方がおりました。短期間だけでも自宅で過ごされたいと戻られお亡くなりになる方もおりました。今後も施設の方や自宅で生活されている方をサポートして参りたいと思います。

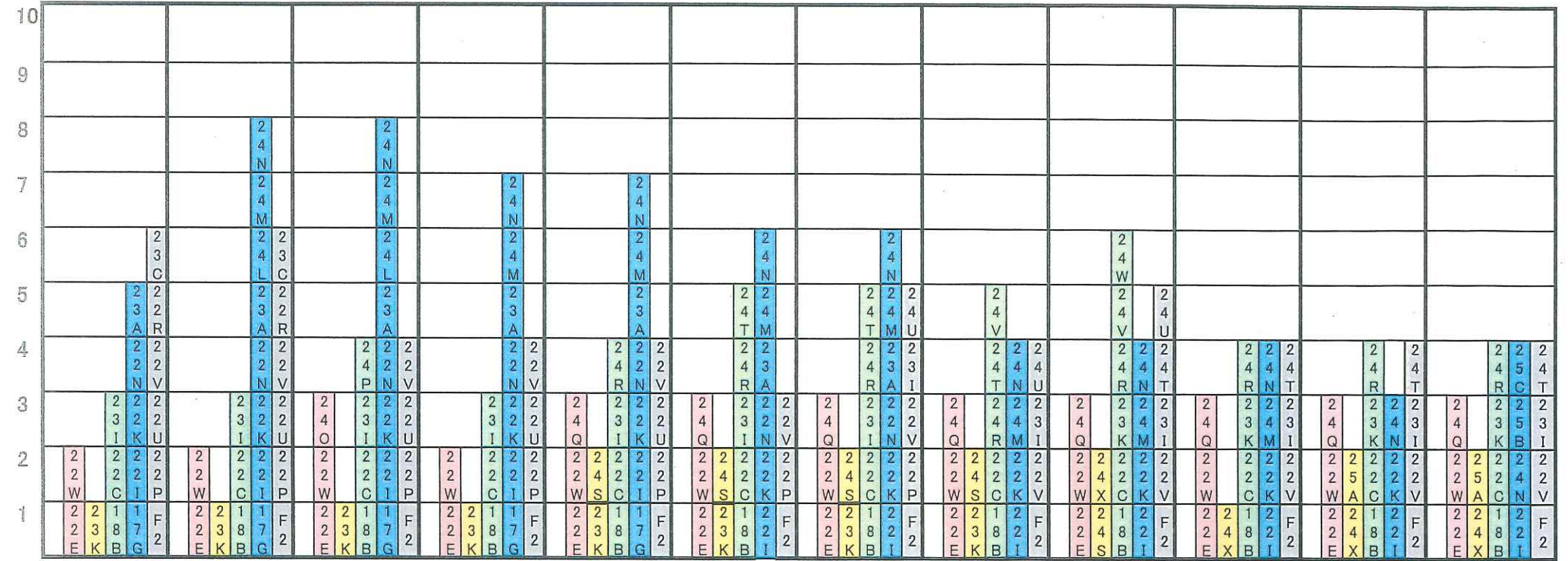
今後も新規利用者様の受け入れを積極的に行ってまいります。

【年度別定期巡回利用者人数】

	2014~2020	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年
新規利用者数	104名	22名	24名	11名	13名	3名
前年の継続者	12名	12名	8名	19名	15名	14名

* 事故・器物破損はありませんでした。

令和6年度 介護度別・月別利用人数



(ウ)

4月 合計(17名) 5月 (20名) 6月 (20名) 7月 (17名) 8月 (20名) 9月 (19名) 10月 (21名) 11月 (18名) 12月 (20名) 1月 (16名) 2月 (16名) 3月 (17名)

要介護1
 要介護2
 要介護3
 要介護4
 要介護5

令和6年度 自己評価・外部評価 評価表

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	るほどできてい	こまごまできていない	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	11名				法人の基本理念に基づき、事業所独自のヘルパーが心得るべき内容を目の付く所に掲示した。	
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	11名				サービスの特徴を生かした介護支援を心掛けている。	
	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	11名				外部の研修への参加(オンライン・Zoom)、法人内外の研修へ参加。個人ごとのオンライン研修を全職員へ実施する。	
	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	○				法人の基本理念に基づき、事業所独自のヘルパーが心得るべき内容を目の付く所に掲示した。	
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	○				スマケアシステムにより、ケア内容や身体状況の確認ができる。利用者様の情報交換を適宜行い報告・連絡・相談している。	
(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	○				24時間対応の為、シフトにもとずき出勤時間の調整等利用者様の状況に応じ対応に努めている。	
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	○				委員より頂いた意見等を生かす為、他の事業所とも協力し合い改善に取り組む。定期巡回の利用者増につなげたい。	
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備								

令和6年度 自己評価・外部評価 評価表

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	るほ ぼで きてい	こ どが 多い ない	全 く でき てい		
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	○				スマケアシステムの活用による関係者との情報共有と、システムを閲覧できない方への対応として、自宅ノートを作成し記入をしている。	
(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)	○				4月からBCP(業務継続計画)を策定した。対策や備蓄の補充、継続的な研修や訓練を実施し改善と更新をしていく。	
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	○				・利用者様個人ファイル等は、鍵のかかる棚に保管。 ・個人情報の取り扱いについて十分配慮するよう指導されている。	
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	○				利用者様の状態に合わせて、必要時には、提供時間の変更を行いケアマネに報告・相談している。	
	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	○				1ヶ月に1回看護師によるアセスメントを行い、適宜、情報の共有をしている。	
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	○				サービス担当者会議に出席し、利用者様が在宅において安全に安心して生活が継続できるよう、利用者様を主体とした計画作成している。	

令和6年度 自己評価・外部評価 評価表

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	るほ ほで きてい	こで とぎ が多い ない	な全 くで きてい		
	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	○				利用者様が出来る事は見守り安全に行って頂き、状態の観察と同時に必要な提案を行っている。	
(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	○				随時コール対応し、必要に応じヘルパーが訪問しています。提供時間や訪問回数の変更等も柔軟に対応している。	
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	○				都度、訪問時に心身の状況の確認・記録を実施し状況の変化時には速やかに関係事業所に連絡し早期対応をしている。	
(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	○				利用者様の身体状況に不安がある際は、看護師へ連絡し状態を確認して頂くなど、密に連携を図っている。	
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	○				病状の観察や介護手順など、必要時に看護師より指示・指導を受けている。	
(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	○				<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の中で必要なサービス内容を決める ・利用者様に説明し同意を頂き計画書に署名と捺印を頂く。 ・状態の変化に伴い、必要時には計画の見直しを行います。 	

令和6年度 自己評価・外部評価 評価表

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	るほほできている	できていない	全くできていない		
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	○				計画書の内容を説明し、理解して頂き、計画に基づきサービス提供に当たっている。	
	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	○				状態・状況の変化があった場合には、家族等へ報告・連絡を行うと共に変更があった場合は調整し同意を得てサービスの提供をしている。	
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	○				サービス開始時に、計画された内容に基づきサービスの提供を行うが、体調変化などがあった場合、本人・家族・ケアマネと相談し変更を行い対応している。	
	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	○				利用者様の変化に伴い、デイサービス利用やショートステイ利用について提案したり、密に報告を行っています。	
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	○				担当者会議への参加や、身体状況など、密に報告、不参加時には照会にて状況や対応について報告している。	
(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)	○				急な受診など、対応が必要になった場合、保険外の自費サービスを利用できる事を伝え依頼があった場合は訪問の空き状況により対応している。	

令和6年度 自己評価・外部評価 評価表

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	るほどできてい	できていない	全くできていない		
	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)	○				退院時カンファレンスなど、病院で行う場合にも出来る限り出席し、関係者との連携を図るようにしている。情報の収集や提案を頂きサービス提供に活かせるようにしている。	
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)	○				在宅生活を継続するために、協力できることがあれば積極的に関わっていきたいと考えている。	
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	○				推進会議の記録に関しては、ファイルにつづり全職員に周知している。議事録については事務で作成しホームページへ掲載している。	
	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	○				他の事業所と共に、定期巡回についてのパンフレット等を作成し周知活動が出来るようにしていきたい。	
(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	○				代表者が集団指導に参加しているが、皆が内容を周知できるよう事業所内研修を行う。	
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	○				地域全体で訪問可能な限り、サービス提供している。	

令和6年度 自己評価・外部評価 評価表

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	るほほできてい	こできてが多いない	な全くできてい		
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)	○				保険外サービスとして必要時には、対応できるよう検討して行き、地域に係る課題の検討会などにも参加していきたい。	
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	○				計画に添った介護支援を行い、本人の出来る事を尊重し、達成できるよう支援している。	
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	○				何かあったらヘルパーが来てくれると言う安心感があるようです。	