

令和6年度 第2回 ナザレ園サポート24 常陸太田事業所

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)介護・医療連携推進会議

日時：令和7年3月13日（木）14：00～

場所：ナザレ園サポート24 常陸太田事業所

1 開 会

2 議 題

- (1) 事業報告（実績）
- (2) 自己評価・外部評価 評価表について
- (3) 質疑・ご意見
- (4) 次回開催日時について
- (5) その他

3 閉 会

＊令和 6 年 10 月から令和 7 年 3 月までの事業報告（実績）

10 月 【24 名】

① 新規（再開） （80 代・女性・要介護 1）

令和 5 年 1 月 自宅で転倒され大腿部頸部骨折にて入院

2 月 退院後グループホームに入所となり利用終了となる

グループホームでの生活で心身状態が安定され、ご本人の強い希望で

自宅に戻り利用再開となる

支援内容：1 日 2 回 安否確認・体調確認・服薬確認・水分補給・調理など

11 月 【24 名】

新規・利用終了者なし

12 月 【24 名】

① 終了 （80 代・女性・要介護 1）

ヘルパー訪問時に倒れた状態で意識喪失していた。

救急搬送にて入院となる

ご家族より退院後は施設入所を予定しているとのことで利用終了となる

＊訪問介護 3 か月→定期巡回 4 か月 利用

② 休止 10 月①の利用者

病院受診にて軽い肺炎との診断

医師の勧めでそのまま入院となり利用休止となる

1 月 【23 名】

① 終了 （100 歳以上・男性・要介護 3）

認知症進行しており、ご家族の話し合いの結果、

施設入所を希望され利用終了となる

＊1 年 11 ヶ月 利用

② 終了 （80 代・女性・要介護 1）

寝室で倒れているところをご家族が発見し救急搬送、入院となる。

ご本人も以前から自宅での生活に不安を訴えていた

退院後は施設入所予定とのことで利用終了となる

＊訪問介護 2 年→定期巡回 1 年 2 ヶ月 利用

③ 終了 (80代・女性・要介護1)

ご家族が仕事忙しく、病院受診対応できず年末より服薬が切れ、
薬の服用が出来ず持病悪化、その他体調も崩され年始に検査入院となる
自宅への退院は難しく施設に入所となり利用終了となる

*1年 利用

④ 終了 (80代・女性・要介護1)

食事・服薬拒否が続き入院となる。近くに住むご家族は、
自宅での生活に限界を感じ退院後は施設入所予定となり利用終了となる

*訪問介護3年→定期巡回2年6か月 利用

⑤ 休止 (80代・女性・要介護1)

発熱・食欲低下が続き病院受診し、入院となり利用休止となる

⑥ 休止 (90代・女性・要介護1)

発熱後、持病悪化し入院となり利用休止となる

⑦ 再開 10月①の利用者

点滴治療にて持病落ち着く 認知症・せん妄症状あり院内を歩いてしまわれ
持病の状態も良くなったので退院して欲しいと病院から連絡あり、自宅に戻られ
利用再開となる

2月 【21名】

① 新規・終了 (80代・男性・要介護3・老夫婦世帯)

末期の癌 看取り対応にて訪問開始
利用1日で急変され昇天にて利用終了となる

② 新規 (80代・女性・要介護1)

デイ利用日(週3日)のみ他の事業所の訪問介護が介入していたが認知症進行し
内服忘れが多くなってきたため毎日の内服確認・安否確認が必要と近隣に住む
ご家族から依頼あり訪問開始となる

支援内容:1日2回 安否確認・内服確認・体調確認・バイタルチェック・
水分補給など

③ 新規 (80代・男性・要介護3)

インフルエンザにて入院し退院後利用開始となる

支援内容：(体調確認・バイタルチェック・モーニングケア・排泄介助・
水分補給・清拭(週1回)更衣 など

④ 終了 (90代・女性・要介護2)

訪問時転倒しており救急車要請、大腿部骨折にて入院となる

退院後は施設入所予定とのことで利用終了となる

*4年5か月 利用

⑤ 休止 (90代・女性・要介護1・老夫婦世帯)

訪問時に顔面蒼白・吐き気・便失禁見られ家族・ケアマネに連絡する
急須・紙コップに灯油臭あり誤飲した可能性があったため救急車要請
搬送にて入院 利用休止となる

⑥ 再開 1月⑤の利用者

点滴・投薬治療にて状態改善され退院にて利用再開となる

3月 【20名】

① 再開 1月⑥の利用者

点滴・投薬治療にて状態改善され退院にて利用再開となる

② 再開 2月⑤の利用者

状態改善し退院したが、退院後ショートステイ利用

自宅の環境を整えてから自宅に戻られ利用再開となる

*令和6年度 新規利用者

令和6年4月～令和6年9月

3件

令和6年10月～令和7年3月

4件

合計7件

その他

*苦情相談 0件

＜考察＞

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者の多くが独居や高齢者世帯であり、体調不良による入院に伴う心身機能の低下によって、在宅復帰が難しくなってしまうケースが多かった。

家族などの介護力が乏しい状況で日常生活全般の介護量が増えてしまうと、例えば 1 日複数回の定期巡回による訪問を行っても在宅生活継続は困難となってしまうため、日頃より体調変化の早期発見だけでなく家族や関係機関との連携を図りながら利用者の心身機能が維持できるような取り組みを積極的に行っていく必要性を感じた。

また、家族やケアマネジャーと利用者の急変時の対応やどのような状態になった場合に在宅生活が困難になるのかなどについて事前に具体的に話し合い共通認識しておく重要性も感じた。

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
件数	23	22	22	21	24	23	24	24	24	23	21	21

令和6年4月～令和6年9月
令和6年10月～令和7年3月

合計7件

3D bar chart showing monthly precipitation in mm. The y-axis represents precipitation in mm, ranging from 0 to 25. The x-axis shows the months from April to March. The bars are stacked with orange, red, and green segments.

Month	Precipitation (mm)
4月	21.5
5月	19.5
6月	19.5
7月	19.5
8月	23.5
9月	21.5
10月	24.5
11月	24.5
12月	24.5
1月	21.5
2月	19.5
3月	18.5

[illegible]

地区別利用者数

	太田地区 9 名	機初地区
	西小沢地区	幸久地区
	佐竹地区 3 名	譽田地区 4 名
	佐都地区	世矢地区 2 名
	河内地区	
	久米地区 2 名	郡戸地区
	金郷地区	金砂地区
	山田地区	染和田地区
	天下野地区	高倉地区
	小里地区	賀美地区

令和 7 年 3 月 13 日現在