定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　摂津ひかり２４時間ケアセンター

第 25 回　　介護・医療連携推進会議議事録

日　時：2025 年 7 月 15 日　14 時 00 分～15 時 30 分

場　所：摂津老健ひかり 9 階会議室

出席者：摂津市高齢介護課職員　２名

地域包括支援センター　１名

民生委員　７名

事業所　摂津市保健センター　２名

ケアプランセンターたんぽぽ　１名

ゆららケアプランセンター　１名

せっつ桜苑居宅介護支援事業所　１名

社会福祉法人成晃会

摂津ひかり 24 時間ケアセンター

理事長　１名

摂津ひかり病院　リハビリ　１名

訪問看護師　２名

相談員　１名

特養ひかりケアプランセンター　４名

老健ひかりケアプランセンター　２名

老健ひかり　事務次長　１名

摂津ひかり 24 時間ケアセンター　３名

合計 30 名

1　2025 年 1 月から 2025 年 6 月までの実績報告

2　開設から現在までの事業の検証

3　事例報告

4　介護医療連携について

5　随時訪問の内容

6　前回の参加者の声

7　本日の意見交換・質疑応答

1　2025 年 1 月から 2025 年 6 月までの実績報告

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
契約者数	8 名	9 名	10 名	9 名	8 名	8 名
実利用者数	8 名	9 名	10 名	8 名	8 名	8 名
職員の人数	5 名	5 名	5 名	5 名	5 名	5 名
総訪問数	626 回	574 回	693 回	684 回	712 回	645 回
日中	259 回	231 回	223 回	268 回	274 回	262 回
夜間	367 回	343 回	470 回	426 回	438 回	383 回
随時訪問総数	4 回	1 回	1 回	0 回	3 回	4 回
日中	3 回	1 回	0 回	0 回	1 回	1 回
夜間	1 回	0 回	1 回	0 回	2 回	3 回

・往診・訪問看護

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
登録者数	8 名	9 名	10 名	9 名	8 名	8 名
訪問看護	7 名	6 名	6 名	6 名	6 名	7 名
往診	5 名	4 名	5 名	4 名	4 名	5 名

2　開設から現在までの事業の検証

・累計利用者総数は 1359 名

2025 年 1 月～6 月における利用終了者の終了理由

・一般訪問介護へ移行　　３名

・入院　　２名

3　事例報告

【認知症の A さんを取り巻く環境事例】

76 歳　男性（独居　身寄りなし）　要介護度 2

訪問回数　3 回/日　　往診　1 回/月　　訪看　2 回/月

A さんには老健ひかりのケアマネジャーがついている。そして A さんは認知症の為、金銭管理が難しく、保佐人さんが管理している。

日常のお世話は、私たち摂津ひかり２４時間ケアセンターが１日３回サービスに入っている。

往診は摂津ひかり病院院長が、月１回 A さん宅に訪問している。

同じく、医師の指示のもと、訪問看護が月２回訪問しているので、A さんに何かあれば、介護と医療をつなぐことが出来ている。

他に A さんは老健ひかりのデイケアに週１回通われ、月１回いやし園のショートステイに行かれている。ここまでが公的な保険を用いたサービスでフォーマルサービスという。

そして、家族や友人、地域など保険を用いない支援をインフォーマルサービスという。

A さんのインフォーマルサービスとして配食弁当を利用されており、昼と夜の 2 回/日、配達をしてくれている。

特にふれ愛弁当は、A さんに何かあればケアマネジャーもしくは、私共に、電話をくれたりして、安否確認をしてくれている。

これは、ふれ愛弁当が、３分間サービスを実施されている為である。

A さんの家のお隣の方は、定期的な町内で行う家の前の溝掃除を A さんに代わり、好意的にしてくれている。

近所の酒店は A さんの昔からの馴染みのお店で、A さんは時々訪ねられ、店の方は好意的に話し相手をしてくれている。

最後に地域の方も非常に大きな役割をして頂くこともある。

以前 A さんが、家から少し離れた公園まで出かけてしまい、帰り方がわからなくなり、通りかかった地域の人に「家の帰り方がわからない」と A さんが言うと、警察に連絡してくれ、警察官が自宅まで送り届けて頂いたこともあった。

以上のように私共だけでは難しいことも、沢山の方々が携わって頂けることで、認知症の A さんが住み慣れた自宅で長く暮らしていける、まさに共生社会の実現に向けて、このような事例がある事を知ってもらう為にこの事例を紹介した。

【認知症の B さんと訪問看護の連携事例】

89 歳　男性（長男と２人暮らし）　要介護度 5

訪問回数　6 回/日　　往診　1 回/月　　訪看　2 回/月　　訪問入浴　1 回/週

私共が定期訪問をした時に、起こったことで、B さんがベッドから転落されているのをヘルパーが発見し、その時の状況を管理者に報告を行った。

意識レベルや全身チェック、痛み等確認し、体温、脈拍、呼吸、血圧などのバイタルサインを測り、いつ、どこで、誰が、何を、なぜ、どのようになど詳しく、訪問看護へ繋ぐ。

今回は、頭部に赤みがあり、携帯で B さんの頭部の写メを取って貰う。それをバイタルサインなどの結果と一緒に訪問看護へ連絡し、同時にケアマネジャーにも連絡を行った。

ケアマネジャーは、おぐまクリニックと息子様へ連絡し、訪問看護は、B さん宅へ訪問して頂くこととなる。

訪問看護がおぐまクリニックへ結果報告し、息子様へ結果報告し、そしてケアマネジャーにも結果報告を行い、私共にも報告を頂く。同時にケアマネジャーからも報告受ける。

結果どうだったか今後どのようにするかを摂津ひかり２４時間ケアセンターで、情報共有している。

在宅で暮らしていく上で医療と繋げるには、訪問看護が重要になっている事を知ってもらう為にこの事例を紹介した。

4　介護・医療連携について

・連携している医師・訪問看護師・PT・栄養士・ケアマネジャー・相談員と行っている事前カンファレンス、ケース会議（月１回)、多職種会議（月１回)、勉強会（月１回）認知症カフェに参加（１回／２月）についての説明を行う。
・日常の連携として、訪問看護師と当センター介護員は 24 時間電話連絡が取れる緊急時連絡体制を確保している。
・認知症カフェでの相談内容として、認知症の方とどのように接したらよいか（同じことを何度でも言う)、母と最近会話が出来なくなってどうしたらよいか、などがあるが一番心に残ったのは、「認知症の事を知っている人にただただ話を聞いて欲しかった」、「今日はここに来て良かった」、「話を聞いてもらえてありがとうございました」と話された事を紹介した。

5　随時訪問の内容

1 月～6 月（全 13 件）
・排泄介助の希望あり。(3 件)
・配食弁当に異臭の訴えあり。
・アラームが止まらないと訴えあり。
・ケアマネに連絡したいと訴えあり。
・パンツの中がチクチクしてパンツを履き替えたいと訴えあり。
・暑くて寝られないとの訴えあり。
・娘より熱発していると連絡あり、訪問看護へ連絡し、頓服を内服し様子をみるよう指示あり。翌日には体調が戻っている。
・娘より、不穏な様子だったと連絡あり。
・血尿が出ているとコールあり。(2 件）訪問看護へ連絡し、Dr.指示にて病院へ精密検査加療入院となる。
・１人で家にいるのは寂しいと不安の訴えあり。

6　前回の参加者の声

2025 年 2 月に開催した第 24 回介護・医療連携推進会議の参加者の声を紹介した。

＜勉強会＞

- 再度、認知症に対して再認識できた。
- 言動のなぜを考えて行かねばならないと思った。早速認知症の人と話すのに役立った。
- 信頼関係が大切だと再認識できた。（スーパーの話に心打たれた）
- 安心して聞け、聞き取りやすかったしスピードも丁度良かった。

＜介護医療連携推進会議＞

- 事例が、印象に残り良かった。
- 良い事例があるのなら、悪い事例が、あっても良かった。
- アンケート調査はいつどこで、誰に対しての事なのか、目的など明記した方が良かった。
- 読み手に関して、ただ読むだけではなく、パートごとに説明し、まとめた方が良かった。
- 倫理的配慮は、何に対してのことなのか、口頭で説明があればよかった。
- アンケート調査はいつどこで、誰に対しての事なのか、目的など明記した方が良かった。

＜他＞

- 全体の時間は、きっちり終えていて、丁度良かった。
- 民生委員さんの困りごとが言える場ができ、Dr.から直接アドバイスして貰える貴重な時間になった。

7　本日の意見交換・質疑応答

・摂津としての強みになるインフォーマルの施策を作っていかなければならない。
市として力を入れていきたいのは認知症の人と接する機会がある方に対して、認知症とは？
を広く周知していきたいと考えている。マンパワーが足りないので、地域の方々の協力を頂けたらとてもありがたい。

・包括で担当している利用者は要支援の方なので 24 時間ケアセンターに依頼は無い。
が、相談をたくさん受ける中で、薬の改善の事例などを前回聞いていたので、色んな場面で関わりを持っていきたい。

・今回の事例のＢさんは、経済的な理由で入所は難しい。（施設は家より費用が３倍）
息子様はダブルワークをされているが、それでも難しい。限度額があるので一般のヘルパーでは点数が足りないので、定期巡回を利用させてもらった。１日に６回訪問してくれて

いるので、本人や息子様の生活が成り立っている。転落にもすぐに気づき、訪問看護や医療に繋げてくれたので息子様も安心できている。
・３名の担当利用者が定期巡回を利用されているが、共通しているのは、生活が安定すること、薬が処方通りに内服できること、体調が安定し、活動的になることである。
一時的に利用するのも非常に有効であると感じている。
・介護度５は本来であれば、施設に入所すべき。在宅でみるためにはよほど良いケアプランでなければ難しい。在宅支援をしっかり行うことで、高齢者の救急や医療費を減らす事ができる。
馬場 Dr.が定期巡回はバイタルを測定してくれて、医療との連携も理解していると褒めてくれていた。
ケアカンファレンスで Dr.や看護師に質問や相談が出来る、強い仲間がいるのが定期巡回の強みである。
・医療との連携が上手くいった事例を見て参考になった。２時間おきに痰吸引が必要な方がいるが、訪問看護では限界がる。今後ヘルパーが出来たらありがたいと思う。
→その為には、ほぼ全員が、喀痰吸引等研修を受講し、座学で知識を得て修了する必要がある。その後、実施研修を経て、出来るようになる。
人員不足もあり、現状は難しいが、今後の課題としていく。