

第1回 定期巡回随時対応型訪問介護看護 ホームケアステーションI.C 医療介護連携会議

開催日時 令和7年1月30日（木）9時～

場所 三重町芦刈1416 高齢者・子ども食堂／カフェ「おI.C イイッー」

参加者 所属	氏名
株式会社IndividualityCare 代表取締役	倉本 奨史
ホームケアステーションI.C管理者	中村 真哉
ホームケアステーションI.C主任	高瀬 かおり
ヘルパーステーションI.C管理者	藤田 才子
豊後大野市役所 高齢者福祉課 介護保険係 様	
豊後大野市地域包括支援センター 様	
医療法人新生会 福島病院 地域連携室 様	
三重町民生児童委員協議会会長	後藤 政義 様
芦刈地区区長	芦刈 次郎 様
居宅介護支援事業所 豊志 管理者	波多野 由美 様
利用者家族代表	小野 秀美 様

議題： ホームケアステーションI.C活動報告と今後の課題
～当地域における医療・介護連携の強化～

1. Individuality Care 創業の経緯と現在の活動概要

令和5年12月よりみえ病院の配食事業撤退、ヘルパーステーション縮小、JAヘルパーの閉鎖、ほか居宅介護事業所の閉鎖など、ヘルパー・ケアマネージャーなど地域を支える専門職の今後の衰退を予測し倉本・中村の声かけで、にこにこ訪問看護ステーション職員一同、JAヘルパー職員一同が法人から独立し令和6年7月より訪問介護、訪問看護、定期巡回随時対応型訪問介護看護を開始。開業時より約70名の利用者が豊後大野市の他佐伯市、臼杵市、大分市と事業所を利用している。
24時間365日、住み慣れた家で死ぬまで生活するための医療・介護支援を提供することを最大の理念とし、企業理念～I.C7箇条～を掲げ、現在は在宅高齢者の健康維持のためには食事環境の確保が必須と考え高齢者食堂事業の普及と、そこを拠点とした新たな超地域密着型介護サービスのあり方を模索中。

2. 7月からのホームケアステーションI.Cの利用状況

利用者計		7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
		3	4	8	10	12	11	12	13
性別	男	2	2	3	3	3	2	3	3
	女	1	2	5	7	9	9	9	10
年齢別	95～100								
	90～94					1	1	1	1
	85～89	2	2	3	3	4	4	4	5
	80～84	1	2	4	4	4	3	4	4
	75～79				1	1	1	1	1
	70～75			1	2	2	2	2	2
要介護度別	1			2	3	4	4	7	7
	2	3	4	6	7	7	7	5	6
	3								
	4								
	5					1			
認知症の有無	あり	1	1	5	6	8	7	9	10
	年相応	2	3	3	4	4	3	3	3
独居か同居	独居	3	4	8	8	10	8	8	9
	同居				2	2	2	4	4
病気別	糖尿病(インスリン注射あり)	1	1	1	2	2	2	2	2
	末期癌	1	2	2	2	2	1		
	抗癌剤							1	1
	ステロイド薬					2	2	2	2
	人工透析	1	1	1	1	1	1	1	1
	重度の喘息					1	1	1	1

重度の心疾患					1	1		
HOT		1	1	1	1	1		
麻薬使用	1	1	1	1	2	1		

内容 内服支援、デイ送りだし、迎え入れ、体調管理、排泄介助
調理、掃除など生活支援全般

利用者の特徴

要介護度は低いが認知症がかなり重度の人が多く。特に短期記憶障害が著明（記憶の維持が5分ももたない）であるため、薬が飲めない、食事もしているか怪しい → 結果 痩せて弱って転倒し介護度が上がる。

独居の場合がほとんどであり、結果として在宅生活継続困難となることが予想できる。

同居といっても高齢夫婦世帯であったり、病気により医療・身体的な支援が多いことがほとんど。

医療的な支援が必要な場合は通常のサービスでは介護保険だけでは賄えないが、包括報酬であるほうが十分な支援ができる。

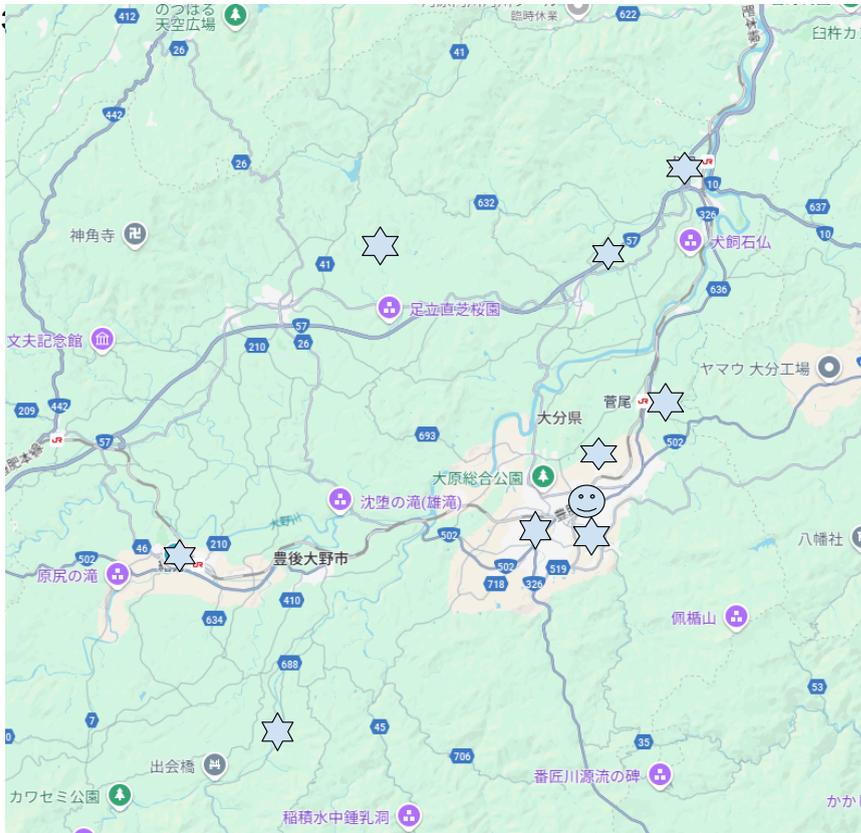
個人ごとに必要な介護量は異なるが、毎日継続支援が必要な人ほど包括報酬のほうが金銭的負担も少ない。

医療的視点が毎日入ることで異常の早期発見や、病状悪化を防ぐことが可能。

このような特徴の人が多いため、生活・身体・医療・収入・キーパーソンの有無といったところで全体的にアプローチしていくことを必要とするのがほとんどである。ただ初期介入以降は生活面に合わせて訪問頻度などを微調整していき生活に支援を溶け込ませることができるので長期的に状態を維持したまま在宅生活が過ごせることが多くなる。

7～1月現在の終了者数と終了理由

- 11月 1名 永眠
- 12月 1名 永眠
- 1月 1名 1ヶ月の短期入居



- 三重町 8名
 - 千歳町 1名
 - 清川町 1名
 - 緒方町 1名
 - 犬飼町 1名
 - 大野町 1名
- ここ半年で豊後大野市の広範囲に展開。

3. サービス費用の違い

利用できる単位数

- 要介護 1 16765 単位
- 要介護 2 19705 単位
- 要介護 3 27048 単位

「利用できる単位数」の単位の中から使用

「利用できる単位数」には含まれない単位

要介護 4 30938 単位
 要介護 5 36217 単位

例：当社のヘルパーを毎日利用する

身体1生活1・II 身体30分生活30分	1日 340	単位	30 日	10200	単位
処遇改善加算				2285	単位
合計				12485	単位
個人負担（1割）				12485	円

訪問介護と訪問看護を併用し毎日利用した場合は
23133 円

例：当社の訪問看護を毎日利用する

訪看I 2 30分	1日 471	単位	4 日	1884	単位
訪看I 1 20分	1日 314	単位	26 日	8164	単位
緊急時加算	月 600	単位		600	単位
合計				10648	単位
個人負担（1割）				10648	円

ただし、単位数が20248 単位のため要介護1、2は単位数超過で10割負担となる。

例：当社の定期巡回（訪問介護＋訪問看護）を毎日利用する

要介護 1				7946	単位
要介護 2				12413	単位
要介護 3				18948	単位
要介護 4				23358	単位
要介護 5				28298	単位
処遇改善加算					
要介護 1	月	2265 単位		2265	単位
要介護 2	月	3265 単位		3265	単位
要介護 3	月	4729 単位		4729	単位
要介護 4	月	5717 単位		5717	単位
要介護 5	月	6824 単位		6824	単位
緊急時加算	月	325 単位		325	単位
マネジメント加算I	月	1200 単位		1200	単位
サービス提供体制加算II	月	640 単位		640	単位
個人負担（1割）					
要介護 1				12376	円
要介護 2				17843	円
要介護 3				25842	円
要介護 4				31240	円
要介護 5				37287	円

包括報酬であるため個人負担、保険負担も通常よりも安く抑えることが可能。

サービス内容によるが生活保護利用者やサービス必要量の多い要介護度の高い高齢者は定期巡回型へ移行することで市の税制負担を抑えることにもつながる。

4. 事業所間や家族との連携方法

家族との共有

連絡ノートを使用し交換日記方式で情報を共有。

遠方の家族や働いている家族も多いのでライン、メールなどでお互いが確認できる時間帯でやりとりし情報共有している。

事業所間

デイ、透析：ノートの共有が多い。

医療機関：報告書、電話連絡、医師他関係スタッフとの直接対話

ケアマネージャー：報告書、電話連絡

5. 当社独自サービスとの併用

無料GPSの貸出：認知症の方の安否確認・所在確認。

本人：GPS本体を持ってもらう。

スタッフ：業務用タブレット内にアプリを入れ訪問前に確認など。

家族：適宜確認。

利点：行方不明防止。家族も一人で見守るより複数で見守ったほうが見守りの目が増えるためストレスの軽減ができる。

呼び出しボタンがついているので、緊急コールとしても使用可能。

無料キーボックス

合鍵をいれるケースを貸出、緊急時などに家の中に入る手段の確保。

高齢者食堂・配食の利用

定期巡回の欠点である単位数制限によるデイの使用回数制限を補うことと、食事支援など生活支援を別サービスで補いスタッフの生産性を向上させる。

他にもネット回線を利用できればつながる緊急コールなども無料でレンタル可能。

6. 症例報告

1：認知症、独居、息子は海外在住でも家で看取りが出来た事例

84才男性。77才頃から認知症にてにこにこ訪問看護ステーション利用。妻、次男には先立たれており当時息子は福岡在住していたが80才のときにフィリピンへ移住する。移住前は息子とも喧嘩が多く息子は世話を焼きたがらなかった。倉本を頼ってにこにこまで徘徊することが多く1日2、3回訪ねてくることも。食事を食べてない、何をすればいいかわからんと認知症で忘れていくことを理解しつつもその恐怖と戦いながら生活していた。倉本の独立を喜んでくれ、当社を利用。

令和6年5月に末期腎がんが発覚。病状の進行とともに食欲低下が著明となり、痩せていく。

友人2人のサポートを中心にまわりの支援を受けながらなんとか生活。

息子ともラインのビデオ電話でやり取りし、親子のコミュニケーション支援。息子もフィリピンとの往復をしながら在宅で看取することを望む。11月上旬に本人、息子、倉本で生家である坂ノ市を散策。

11月26日に家で息子に看取られ永眠する。

ポイント：医療保険の訪問看護を併用しながら、生活支援をしていくこと。

配食を利用していたが、末期癌で食事が食べれなくなって配食を食べず外に出ることが増えたが、配食業者はそれを体調不良と捉え関係者へは報告しない。倉本や友人が本人の嗜好や考えを理解していたため好むものを支援し3ヶ月それで過ごす。どのように苦痛なく過ごすためにするか、疼痛評価をし脱水を起こさないよう水分摂取を効率的に行うよう誘導していくことで最後まで自分のしたい生活をした事例。

2：肺癌末期、麻薬服用による疼痛コントロールをしながらぎりぎりまで家で生活した事例

80才女性。息子は大阪在住。娘は大阪在住。余命宣告から1年無事に生活できるギリギリまで家にいるという本人の希望を最大限まで叶えるために医療保険と併用し支援。疼痛、呼吸苦により食欲低下が出現。医師からも入院を再三勧められるが拒否。呼吸苦の悪化で本人より入院の時期が来たと12月になり入院し12/23永眠する。

ポイント：ADLはよいため要介護2の判定で必要な介護サービスをいれるのが足りない状況。

医療保険と併用しつつ、身体的な負荷のかかりやすい家事や入浴支援をサポートしていくことで本人が決めた目標に到達できた事例。

3. コロナにより市営住宅内で倒れレスキュー隊が出動した事例

80才女性。認知症で市営住宅4階に要介護4の夫と住んでいたが、夫の病状悪化、施設入居にて独居となる。主に内服支援で介入。ごみの分別が出来ず周囲の人にも迷惑をかけることあり。

デイの休みの日がわからず毎日デイまで歩いていくので、毎朝夕訪問しデイの送り出しや休みの声かけ。

9月朝の訪問時、新聞を取っておらず。GPSも動いた形跡はなく、チャイムを押すが反応がない。

鍵も施錠されており、中から本人のうめき声が聞こえる状態。

転倒骨折で動けない、脳梗塞などの可能性を考え、早急に消防署へ連絡しレスキュー隊の出動要請。

レスキュー隊が隣人宅の外より回り込み救出。玄関前で意識が朦朧としている状態であった。

福島病院へ搬送もコロナ陽性診断のため入院できず在宅へ。息子さんが栃木から帰宅するまで

頻回訪問し対応。

ポイント：毎日同じ時間に同じスタッフが訪問していたのでいつもと違う行動ですぐに異常があることが

察知できた事例。さらに緊急的な医療対応もすぐに動けるので息子さんが返ってくるまで支援も可能。

7. 今後の課題

・ケアマネージャーがサービスの使い方がわからないという意見が多く初回利用時には必ずプランをどうすればいいかという問い合わせがある。利用方法やプランへの反映といった部分の周知が必要。

逆に一度使ったケアマネージャーは2、3人と利用につながっている。

医療、介護両方の視点を持っているケアマネージャーは的確に問題点を把握しているし、それを解決するために定期巡回を選択するという明確な目的を持っているケアマネージャーが多い。

逆に医療・介護の視点が弱いケアマネージャーは定期巡回の必要性を伝えても伝わらないことが多く医師から病状説明時にサービス変更の話があったり病状が悪化して間に合わずどうしようもない場合も

数件あった。ケアマネージャーの判断力に左右される点が多いことが問題点と感じている。

☆緊急の課題☆

ケアマネージャーが定期巡回型サービスの必要性を感じ、家族へ提案し了承。

医療機関へ定期巡回の利用の流れを説明し、訪問看護指示書の依頼をしたところ、

主治医が自医療機関の訪問看護を使えというふうに言ってきた。とケアマネージャーより。

医師としては自医療機関の訪問看護を利用することで医療サイドの連携が取りやすいという考え。

家族間でのキーパーソンが誰か定まっていないことも原因だった様子。

ケアマネージャーとしてはヘルパー、訪問看護が一体型のほうが利用者に対する対応力の違いがあるという考え。

方法としては「連携型」として、医療機関サイドの訪問看護ステーションを連携型事業所として登録すれば

対応も出来なくはないが、当事業所にはメリットがない。

メリットがない理由・・・当社は看護師は正式にヘルパーとしても登録しているので、ヘルパーの時間でも医療判断ができる。

このため、他事業所の訪問看護が介入したときに考え方が違う事業所が入った場合に「自分たちであればここまでできるのに」

というジレンマが発生する。そしてこれが離職などにつながるストレスへと蓄積されていく。

利用者にとってのデメリット：連絡・対応の速度と対応力の差が生じてくる。

第一回 医療介護連携会議議事録 令和7年1月30日実施

開催場所 参加者	資料参照
会の進行	資料の順に沿って倉本代表が説明する
質疑応答 今後の課題	<p>Q.食堂の開催頻度は？交通手段はどうするのか？ボランティアを募るのか？特別食への対応は？</p> <p>A.開催は現在のところ週2回（水・金）で開催。交通手段については当事業所スタッフで送迎を実施、食堂から10分圏内（菅尾、内山、紫雲荘辺りまで）。特別食への対応は原則しない。ヘルパー業務の調理での工夫レベルの対応は可能。普段から定期巡回で紹介しているからこそできるその人に合った食形態の変更には柔軟に対応していく。基本的には定期巡回の利用者に絞ってサービス提供。誰でもいいとなると、情報が収集できず、禁止食材やアレルギー情報、疾患や内服情報、嚥下やADL、認知機能の状態も分からない。そのため事故などのリスクが高まるため。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・取り組みとして非常に関心が高く、地域に大きく貢献できると思うが、まだまだ定期巡回が普及しておらず、サービスの使い方が分からないケアマネ、医師にどう伝え、どう理解を得られ、協力してもらえかが課題。 ・区長さんから。地域の関心も非常に高いです。地区の役員会で是非説明して欲しいと要望あり。⇒予定を調整し実施させていただく方向で返答する。 ・この地区に他にサロンは無いのか？⇒地域の高齢化が著しく、サロンを運営する人材がいない。などの理由で現状この周辺に定期開催されているサロンは無い。 ・人員確保はどうするのか？⇒この事業を足掛かりに地域の雇用にも貢献できるようにしたい。ヘルパー資格が必要ない調理スタッフや食材提供の農家契約など。当事業所は学生の受け入れも行っており、若い学生にも訪問看護、在宅医療の啓発活動を行い、看護学生のアルバイトや職場体験などを通して看護師として様々なかわり方ができること、自分の看護観に合った働き方ができるような環境を整えていきたい。

作成者：中村 真哉