

第2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8月21日 (木) 10時～

場所 三重町芦刈1464 ホームケアステーションI.C

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
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
あしたこよみ 管理者	山内 和彦 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. R6.7月～R7.7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月	4月	5月	6月	7月	8月
		3	4	8	10	12	11	12	14	15	15	16	16	15	15
性別	男	2	2	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	2
	女	1	2	5	7	9	9	9	11	12	12	13	13	12	13
年齢別	95～100											1	1		
	90～94					1	1	1	1	4	4	1	1	1	1
	85～89	2	2	3	3	4	4	4	6	5	5	5	6	6	5
	80～84	1	2	4	4	4	3	4	4	5	5	5	5	5	5
	75～79				1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
	70～75			1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	65～69														
	60～64														1
要介護度別	1			2	3	4	4	7	8	9	7	7	6	6	6
	2	3	4	6	7	7	7	5	6	6	8	7	8	8	7
	3									1	1				1
	4											2	2	1	1
	5					1									
認知症の有無	あり	1	1	5	6	8	7	9	10	11	10	11	10	9	8
	年相応	2	3	3	4	4	3	3	3	5	6	5	6	6	6
独居か同居	独居	3	4	8	8	10	8	8	9	9	10	10	11	11	10
	同居				2	2	2	4	4	5	6	7	6	5	6
病気別	糖尿病(インスリン注射あり)	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
	末期癌	1	2	2	2	2	1								
	抗癌剤							1	1	1	1	1	1	1	1
	ステロイド薬					2	2	2	2	2	2	1	1	1	1
	人工透析	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	重度の喘息					1	1	1	1	1	1	1			
	重度の心疾患					1	1			1	1				
	HOT		1	1	1	1	1			1	1				
	ターミナル期	1	2	2	2	2	1					1	1		
	看取り					1							1		
麻薬使用	1	1	1	1	2	1									

介護面 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

医療面 内服管理、麻薬管理、体重管理、在宅酸素管理、看取り支援、栄養指導

利用者の特徴

前回の会議時と同じであるが、要介護度は低いが認知症がかなり重度の人が多いはかわらず。

特に短期記憶障害が著明（記憶の維持が5分ももたない）、内服、食事、家事など生活全般の支援が必要。

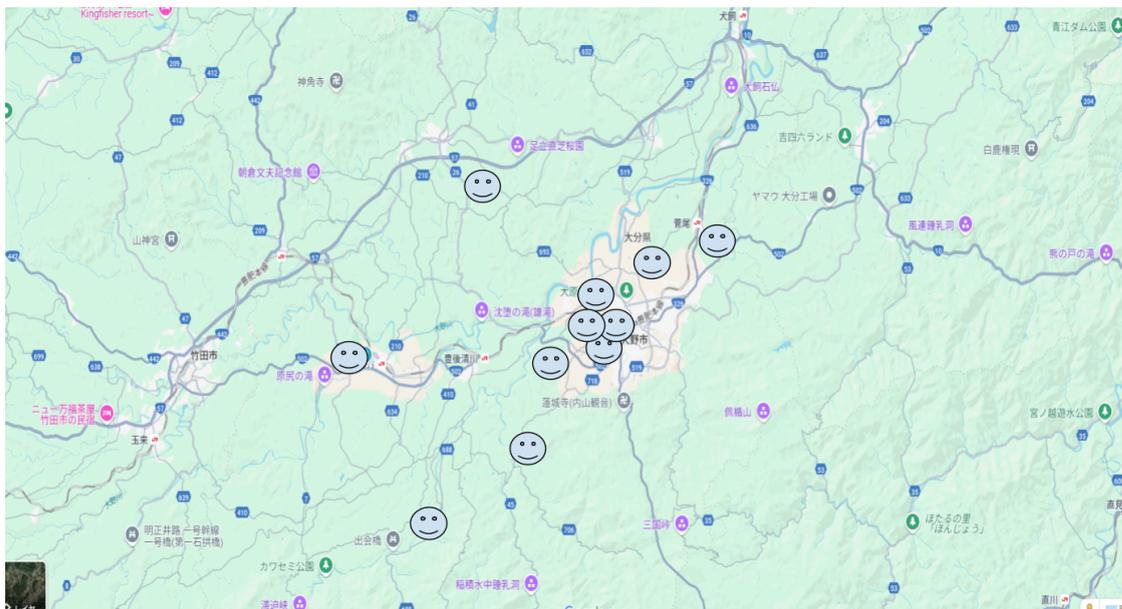
そのため、要介護度は低いサービス提供時間が長く必要になる傾向である。

逆に要介護3以上となり身体的ケア、特に時間ごとのおむつ交換が必要なケースは1日数回の支援が毎日必要であるが1回の訪問時間は短時間となる傾向にある。家族の同居の有無によっても異なってくるが、家族が仕事しながら在宅介護を継続するパターンが要介護3以上の人には多く、また同居も多い。そこには家族の思い、金銭的な理由と理由は様々。

1年間の終了者数と終了理由

11月	1名	永眠
12月	1名	急変し入院。入院先で永眠
3月	1名	夫が知的障害が認知症傾向にあり、ヘルパーにくわを振りかぶったり、福祉用具レンタル分を破壊したりという問題行動あり。
	1名	急変。肝臓がんの発見。家族も農家で農繁期であるため自宅での介護継続を断念。
4月	1名	急変。もともと重度の心不全。呼吸困難。入院先で永眠。
	1名	CMのアセスメント不足。本人も高齢でパニックになりやすく、またサービスを必要と望んでいないため介入困難。
5月	1名	CMが同居家族がいるのにヘルパーによる掃除・洗濯を希望。要望は同居家族からでなく遠方の嫁からのサービス依頼。本人、家族もできており、支援の必要性のないサービス依頼のため断ったところ、サービスを変更しヘルパーをいれる。市にも介護保険状適正なのか問い合わせ対応を依頼。
6月	1名	永眠
7月	1名	月25～28日ほどショートステイ利用をするようになり家族が残りに対応するようになった。
8月	1名	永眠→事例

2.利用者の分布状況



R7.7月現在

三重町	12名	緒方町	1名	朝地町	0名
千歳町	0名	犬飼町	0名		
清川町	1名	大野町	1名		

3. 事業所間や家族との連携方法、安否確認方法など（前回の資料と同じ）

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

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。

*生産性の向上・・・

少子高齢化による生産年齢人口の減少により、介護分野に関しても生産性の向上を問われるようになってきている。

自社サービス併用による生産性向上の取組

- ①GPSアプリ活用：認知症高齢者の所在確認がしやすいので、行っても不在であること、また探し回ることを削減。
- ②配食：安否確認と食事支援の併用。調理支援から配食へ変更した利用者の11月と4月の訪問記録を評価し調理支援よりも一箇所で調理をして配食することで訪問時間を減らすことに成功。

4. 症例報告

A：病院で身体拘束をしないと治療できないほどの認知症で孫が学校、仕事、家事をしながら看取った事例

96歳女性。壊疽性胆管炎で入院し胆管ドレナージ、点滴、膀胱留置カテーテルなど管類がつながり、高度の認知症がありチューブ類を自己抜去するため身体拘束をされていた。高齢のため手術適応でなく、認知症のため食事も減少し、看取り期に入ったと主治医より病状説明。孫の希望で在宅看取りを希望。主治医からは移動だけでも状態急変のリスクはあると説明あり。家族の状況としては、孫は仕事、家事（中学生のこどもあり）、資格取得のため専門学校に通っていた。

その上でどのようにして生活を維持しつつ在宅で看取りを行うかということを経験者、担当CMと相談、リスクマネジメントをしながら、退院へと向けて調整をしていった。

帰宅当日は徘徊し落ち着きがなかったが、翌日より気分も落ち着き、通所リハを利用し夜間は家族の見守りで在宅生活を過ごす。ただ胆管炎による発熱を急に起こすため、通所リハの継続も困難となり、自宅で24時間生活することとなる。転倒や状態悪化のリスクもあったため、定期巡回特有の1日複数回の訪問を活用し、日中は1時間～1時間半のペースでトイレ誘導や口腔ケア、食事介助といったケアを毎日継続。途中脳梗塞を発症し、寝たきり状態へと状態が急変するが家族の精神面のフォローをしつつ、最後へむけてのケアを継続。

約1ヶ月という期間ではあったが、孫自身の生活も大幅な変更をすることなく、本人も苦痛なく最後を迎えられた。

ポイント：入院時は身体拘束をされるほどの認知症だったが、自宅へ帰ってからは徘徊などの認知症状も初日のみで、転倒もせず不眠もほとんどなく人間らしい生活を送りながら最後を迎えられた。

通常のヘルパー、訪問看護では回数や訪問時間による金額の増額、2時間ルールなど縛りがあるが、定期巡回であったため月額で訪問回数の制限もなくオールマイティに対応できた定期巡回の力を発揮できた看取りとなった。

家族も最後は付添いの希望強く仕事を休まれたが、仕事、家事、学校と生活を維持したまま看取りを行うことができた。

B：食堂事業を活用しデイサービスへつなげた事例

80才女性。認知症で独居のため、食事を食べなく痩せてきている、内服が飲めないといった状況でどうにか改善できないかとCMより依頼し介入開始。最初1～2週間は、本人と信頼関係を気づきながら、家族とノートで情報の共有を行いアセスメント。誰かと一緒に食事をすれば食事摂取量も通常量摂取することが判明し、原因としては認知症に伴う孤食が原因の食欲不振と判明。家族へ当社の高齢者食堂の話をして、最初は家族同席で参加。活動にも積極的に参加され、他者との交流も順調。家族も可能なときは家族と一緒に食事をするを積極的にこなしてくれている。3ヶ月ほど様子を見て食堂にも問題なく出てこれることからCMへデイサービスの利用を提案。食堂にも参加している利用者と同じデイサービスへ行くことで顔なじみがいる環境で受け入れられるように支援。7月中旬より正式にデイサービスをまず週1回より開始。

ポイント：最初は定期巡回で食事の声かけなどをして様子を見ていたが、お客さんが来ているときに食事をするかというところから無理な状況。ただ家族からの情報を見る限り誰かと食事すると食べることから、高齢者食堂の目的にも掲げている“孤食”が原因と判断できた事例。当社独自のサービスへつなぎ、家から連れ出すことに成功し、他者との交流に楽しさを感じ自分でも家にいるのはよくないと言い始める。そこからデイサービスへつなぎ、規則正しく生活し食事をするという当たり前の生活へと改善中の事例である。

C：食堂事業を活用しはじめ排泄能力が改善した事例

73歳女性。独居。糖尿病。正常圧水頭症で下肢筋力低下、もともとヘルパーで長く介入。定期巡回介入後、夜間の排泄がうまくいかず布団、掛布団、毛布などすべて濡れるほどで尿取りパッドやポータブルトイレを調整しながら対応。食堂事業開始時より食堂が気に入って毎週休まず参加。そうしていくうちに、夜間の尿失禁などのトラブルがなくなっていく。

ポイント：食堂参加により同年代と関わるが増え、精神的な変化があったのか。食堂でマニキュアをしたら、付け爪もするようになり、女性としての身だしなみの部分に刺激がされた様子。

D：毎日訪問しているので急な冷暖房の故障でも自社サービスを併用し熱中症などを予防する事例

①暖房の故障

認知症で独居。息子は福岡在中。山間部に住んでおり、雪が降る場所。認知症があり石油ファンヒーターのトラブルが多々あり故障。息子もすぐに対応できず、当社の無料貸出のセラミックファンヒーターで即日対応し風邪などを予防。

②冷房の故障

夫と二人暮らし。7月初旬に夜間冷房が急に入らなくなったと急に故障したパターン。電気屋へ行くがクーラー繁忙期にて工事に10日以上かかると言われた。当社の無料貸出の移動式クーラーで即日対応し熱中症を予防。

ポイント：環境面による風邪、熱中症などは高齢者には致命的である。毎日訪問し生活環境も把握していること、また在宅の利用者に起こり得るリスクマネジメントを開業当初より考え行動しているため、迅速に対応が可能で予防ができています。

E：急変し救急搬送依頼したが、救急隊が主治医でなく他の医療機関に搬送したケース

88歳女性。夫と二人暮らし。ポータブル交換、服薬などで毎日介入。夫も高齢で視力障害あり。朝の8時の訪問時にヘルパーが意識レベル低下、嘔吐を発見し、看護師連絡。救急搬送指示し、救急隊連絡。救急隊より到着まで心肺蘇生指示。救急隊到着後、ヘルパーより主治医はA病院であることを伝える。看護師も到着し状況説明。A病院でなくB病院に搬送すると救急隊より。看護師からの状況報告依頼あり。看護師がB病院へ行き状況報告。A病院と情報共有の中でなぜB病院に搬送となったかという話になり、救急隊へ確認したところ、本人の状態含めた現場状況で判断し、設備の整っているB病院に搬送したとの返事。結果として搬送数日後に永眠。

家族は以前B病院で本人を診てもらった際に不信感を覚えており、なぜA病院でなくB病院に搬送になったのかという言葉も聞かれている。結果的に医療体制に対して憤りを感じ悔いを残す結果へととなっている。ただ6月中旬まで施設入居していたが、自宅へ帰ることができ、2ヶ月夫と過ごすことができただけでも本人、家族にとってはそれが救い。ICさんがなかったら家は無理だったのでとても感謝しているというお言葉をいただきました。

◎自分の家族の場合や・地域としてこういう場合があると知ったときあなたはどう思いますか？

どういう地域であってほしいですか？

- ①救急隊の判断として、救命第一のため、状況に応じて主治医以外に搬送する可能性がある。
- ②高齢者はほとんどかかりつけ医があり、家族も当然ながら主治医との信頼関係ができています。
- ③A病院も救急搬送の受け入れをしていないわけではない。
- ④もともと不信感のあった病院に搬送され、結果的に亡くなった。
- ⑤88歳という年齢のため、治療に成功したとしても、元の状態に戻るとは限らない。

5. 顧客満足度調査

利用者・家族に対して・・・調査用紙配布し回収。＊初期配布数の管理をしていなかったため回収率出せず。

定期巡回	ご利用中の利用者	6件
	家族	5件
訪問介護	ご利用中の利用者	9件
	家族	3件
訪問看護	ご利用中の利用者	12件
	家族	2件
訪問看護・訪問介護両方	ご利用中の利用者	2件
	家族	0件
空白	ご利用中の利用者	6件
	家族	0件
	不明	1件

関係各所に対して・・・Googleドキュメント活用しスマホで回答できるようにして関係各所へFAX送信。自由回答とした。またMCSを活用し、リンクから回答できるようにした。不特定多数を対象としたので回収率は出せず。

居宅ケアマネージャー	4件
医療連携室	1件
薬剤師	1件
看護師	2件

内容は別紙参照。

6. 今後の課題

CMへの周知はだいぶ進んできており、利用したことがあるCMも増えてきている。①ただ何でもしてくれるといった過剰なサービスの要求があったり、②利用者に何が必要なのか、何が困っているのかというアセスメントをしっかりとせず、CMが安心だという理由で定期巡回サービスを依頼してくる、またはサービス内容を変更してくるといった事例が2例発生している。

①に関してはグレーゾーンについてサービスを変更するといったことも見られたため市に相談に行ったほどで、介護保険料の無駄遣いにもつながっている事例と感じている。税金を使ってサービスをしているということを踏まえ、しっかり適正化を目指して対応してほしいところである。

定期巡回サービスを利用すれば施設にまだ入らなくても・・・という利用者が多く残念な状況。

また医療機関、CMが施設を促すケースも非常に多い。

施設にいたほうが安全、安心という部分は医療機関、家族としての安心感が大きい部分でもあるが、色々ある介護サービスを試してみる前に限界を決めてしまって施設に入るパターンは少なくない。

施設勤務も経験している自分からすれば、やはり家にいるほうが生き生きとしているのは間違いない。

認知症の進行具合、BPSDといった症状の出現も施設や医療機関のほうがはるかに多い。

入院が長期化することでADLが低下し在宅に帰れなくなるパターンも非常に多い。

自分達の課題としては「家で死ぬまで生活するためのサービス」として「家で死ぬこと」を不安とさせず、当たり前のこととできるようにサービスを広報し、自分達がそれを実践して周りと共に共有できるように地道に事業をしていくことである。

***複数名訪問に対する加算がない。場合によっては二人で対応しないといけない場合もあり、そこがコスト上の問題がある。**

開催日時 令和7年8月21日

参加者

氏名	所属機関	役職
倉本奨史	Individuality Care	代表取締役
中村真哉	Individuality Care	副社長
豊後大野市役所	高齢者福祉課	介護保険係 伊東様
豊後大野市地域包括支援センター		後藤様
福島病院医療連携室		佐保様
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	
あしたこよみ管理者	山内 和彦様	

4. 症例報告

E:事例についての意見や質問

後藤氏：救急隊はかかりつけ医を優先してくれている気がする

佐保氏：家族と救急隊との話にずれがあった？

山内氏：救急隊の判断がそれほど緊急性を要するものであったのではないかな？

芦刈氏：救急隊（消防）と事例共有する機会を設けてみてはどうか？

伊東氏：はっきりとこっちがいいと決めることは難しいと思う。病院側の対応、受け入れ時の判断など、主治医と確認ができたはずでは？

後藤(政)氏：救急隊はまず冷所内のボトルをみるのでは？

倉本：見守りボタンの普及は出来ている。現状医療・介護連携の中に消防は入っていない現状あり。(医師会が入っているが)今後消防との情報共有や、事例共有の機会を設ける必要ありか。

6. 今後の課題について

芦刈氏：豊後大野版の独自色を出していいのでは？(介護枠の使い方について)全国でやっていないようなことをブチ上げる。

伊東氏：独自政策は難しい。介護保険料は大分で2番目に多い。年間60億円

倉本：自費事業の拡大について説明

佐保氏：病気は良くなったがADLは下がった。これは家族にとって「良くなった」と言えるのか？
家族が考える「良くなった」を病院側が考えなければならない。

山内氏：安心サポート以外のサービスが無いと・・・
利用者の権利擁護まで関わらないといけない事例あり。
ケアマネがどこまで担わないといけないのか・・・

記録：中村