

地域との連携

年1回の地域向け学習会の開催

地域の困りごとへの対応(白線の引き直しなど)

3. 定期巡回サービス

1. 運営状況と体制

スタッフ体制: デイサービスと兼務するスタッフを中心に運営。他拠点の閉鎖に伴う利用者・職員の受け入れにも対応している。

専門性の活用: 看護師、管理栄養士、リハビリ職などの専門職が在籍。ただし、介護業務の比重が大きいため、専門スキルを最大限発揮できる環境づくりが今後の課題。

2. ICTを活用した多職種連携

スムーズな情報共有と医療連携のため、複数のデジタルツールを導入している。

SLACK(スラック): 職員間のリアルタイムな情報共有や朝礼の補完に使用。

MCS(メディカルケアステーション): 医師・看護師・ケアマネジャーが連携するチャットツール。現場の状況を医師へ即座に報告し、指示を仰ぐ体制を構築。

Garoon(ガルーン): 社内のスケジュール管理やケアマネジャーとの情報共有に使用。

3. サービスの質と柔軟な対応

ケア会議の徹底: 看護師やリハビリ職が必ず参加し、利用者の予後予測やリスク管理に基づいた計画を作成。

柔軟な随時訪問: 「転倒した」「受診の送り出しをしてほしい」といった突発的なニーズに対し、テレビ電話での状況確認や臨時訪問で対応。

自立支援: アスナラ独自の「基本ケア」に基づき、利用者が「できること」を維持できるよう声掛けを重視。

4. 内部評価で見えた課題

教育体制: 外部研修への案内が一部の職員に行き届いていない。緊急時のマニュアル周知をさらに徹底する必要がある。

部署間連携: 定期巡回チーム内では共有がスムーズだが、他部署への情報伝達が漏れるケースがある。

過度な要望への対応: サービスの趣旨(定期巡回)を超えた過度な要求を受けることがあり、契約時の丁寧な再説明が求められている。

5. 意見交換と地域連携

転倒リスクの実態: 利用者家族より「転倒すると起き上がれず、設置されたテレビ電話まで辿り着けないこともある」という実体験が共有された。夜勤スタッフや周囲の助けにより事なきを得た事例を通じ、24時間見守りの重要性を再確認した。

以上

2025年7月13日

あすならホーム恋の窪 2025年度第1回運営推進会議 議事録

介護・医療連携推進会議
定期巡回随時対応型訪問介護看護
運営懇談会

あすならハイツ恋の窪
10:30~11:00

1. 運営推進委員

<恋の窪1丁目自治会長>	欠席
<大安寺西民生児童委員>	欠席
<三笠地域包括支援センター>	杉原様(三笠包括センター長)
<地域ドクター医療関係薬剤師>	嶺井様(みねい歯科)
<利用者・家族>	森田様 前田様 毛利様
<ならコープ>	欠席
<まちかどネット恋の窪代表>	欠席
ハイツ恋の窪職員 各部門管理者	施設長 仲村 事務長 山尾 (デイサービス)山村 (定期巡回)森本 (ケアプランセンター)欠席 (ショートステイ)欠席
司会進行	山尾
議事録作成	山尾

2. 協同福祉会からの報告 (前回の会議以降)

- ① あすならハイツ恋の窪
 - ・あすならサロン 0と5のつく日につき6回の実施
 - ・こども広場 月水金の週3回の実施
 - ・ユニバーサル就労 ハイツ恋の窪ショートステイで1名(週2日)就労しています。
 - ・BCP(事業継続計画)に基づく防災避難訓練の実施
 - ・社会福祉法人こぶしの会「こっから」でおやつ・食パンの購入
 - ・Kao 毎週火曜日に洗剤の量り売りに来られます。
 - ・走るデパ地下 7月24日14時~
 - ・7月19日 サポートハウスにて映画 8月は子ども食堂とあわせて集まる機会を検討中。

3. 恋の窪定期巡回随時対応型訪問介護看護

	男性	女性	人数合計
要介護1	4(2)	23(17)	27(19)
要介護2	10(7)	9(8)	19(15)
要介護3	1(1)	5(5)	6(6)
要介護4	3(3)	5(5)	8(8)
要介護5	2(1)	1(1)	3(2)
合計	20(14)	43(36)	63(50)

- ・訪問リハビリ※PT 訪問 6月 24件
- ・平均介護度 2.0

(2025年7月13日現在)

現在登録数は63名 その内、体調を崩され入院されている方が1名
訪問した際に様子の違いに気づき、主治医の先生に連絡。緊急で往診に来てくださり、先生とご家族さんの協力のもと、救急搬送することになり、現在入院されている。

夜中に外に出られたり、近所の家の玄関をノックされたりした方がおられた。
その近所に住まわれている方が気にかけて、訪問した際に声をかけてくださり、日中に相談するところとして、あすならハイツ恋の窪の連絡先を伝えた。現在、家族さんの協力のもと、どのように見守っていくか話し合い、連携をしていく。

介護事故

服薬ミスが多いため、服薬ミス「誤薬」を防止に関する対策会議を部署内で行った。
思い込みと確認不足、情報共有の不足、管理方法の問題が挙げられ、それぞれの対策として、朝、昼、夕で色分けしたり、目で見てわかるカードを作成したりして、確認不足を防ぎ、お互いに声を掛け合い、口頭での確認をすることで情報共有不足を解消し、事務所で看護師が管理している薬のルールを明確にすることで、間違っヘルパーが薬を持ち出すことを防いでいくと話し合った。配薬のマニュアルにもある、日付や名前の読み上げも徹底していくと決めた。

4.

定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスの運営状況報告および意見交換

【サービス概要と利用状況】

登録者数は63名(うち1名入院中)。利用者は女性が圧倒的に多い。

要介護1・2の利用者が多く、安否確認や掃除・買い物といった生活支援が中心。一方で、必要に応じて1日に複数回の排泄・食事介助も実施している。

利用回数に制限はなく、利用者の状態に応じて柔軟にサービスを提供できる点が特徴。

【看護・リハビリとの連携】

登録者63名のうち50名(約8割)が看護師の訪問を利用しており、体調管理や服薬確認、医療機関連携を担っている。

理学療法士2名が在籍し、看護利用者のうち24名に対して訪問リハビリも提供している。

【事例報告】

緊急時対応事例：訪問したヘルパーが利用者の普段と異なる痛みの訴えに気づき、速やかに主治医に連絡。主治医が往診し、救急搬送を手配した結果、大事に至らずに済んだ。日々の訪問により、細かな変化を察知できた好事例である。

地域連携事例：利用者が夜間に近隣の家を叩いて回る等の行動があり、心配した近隣住民から事業者へ相談があった。これを受け、家族の同意のもと、近隣住民に事業者の連絡先を伝え、地域全体で見守る連携体制を構築できた。

【課題報告：服薬事故とその対策】

発生事案：翌朝の薬を夕方方に誤って服用させるなどの服薬ミスが複数件発生した。

原因分析：

スタッフの慣れによる思い込みと確認不足。

スタッフ間の情報共有の不足。

服薬管理を看護師に任せきりにし、ヘルパーが管理状況を把握していなかった。

確認の徹底：配薬マニュアルに基づき、利用者の名前、日付、服用タイミングを声に出して本人と共に確認する手順を徹底する。

視覚的工夫：時間帯ごとに薬袋を色分けする、注意喚起カードを用いるなど、誤認を防ぐ工夫を導入する。

情報共有の強化：記録だけでなく口頭での確認も行い、スタッフ間の情報共有を密にする。

管理体制の共有：ヘルパーも看護師による薬の管理方法を把握し、チーム全体で誤りを防ぐ。

方針：今後も事故発生時には速やかに原因を分析し、対策を講じる会議を開き、事故ゼロを目指す。

【意見交換】

歯科医師からの要望： 往診の依頼があった際、事前に利用者の口腔内の状況を写真で送ってもらえれば、よりの確な準備(機材選定など)ができるため、情報共有を密にしてほしいとの要望があった。

事業者側の対応： 情報セキュリティに配慮した法人用メールアドレスを活用し、医療機関との連携を強化していく方針を示した。

利用者家族からの意見：

実際にサービスを利用している家族から「99歳の母が快適に暮らしており、サービスに満足している」との感謝の言葉があった。

一方で、別の利用者からは「会議の開催趣旨が事前に十分に伝わっていなかった」との指摘があり、今後の案内方法の改善が課題として挙げられた。

4. 今後の予定

外部評価の実施： 11月頃、サービス品質向上のため利用者・家族へアンケート調査を実施する。

第2回運営推進会議の開催： 2026年1月か2月頃に、アンケート結果や外部評価を踏まえた第2回の会議を開催する予定。詳細は後日通知する。

以上