

令和5年度第2回 介護・医療連携推進会議

定期巡回随時対応型訪問介護・看護サービス内容・事例紹介



ホームヘルプステーション北星

計画作成担当者:中西

定期巡回・随時対応型訪問 介護看護サービスとは？

住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の包括的な支援として位置づけられています。

定期巡回と随時訪問・緊急対応を組み合わせた**24時間365日切れ目ないサービス**を提供します。

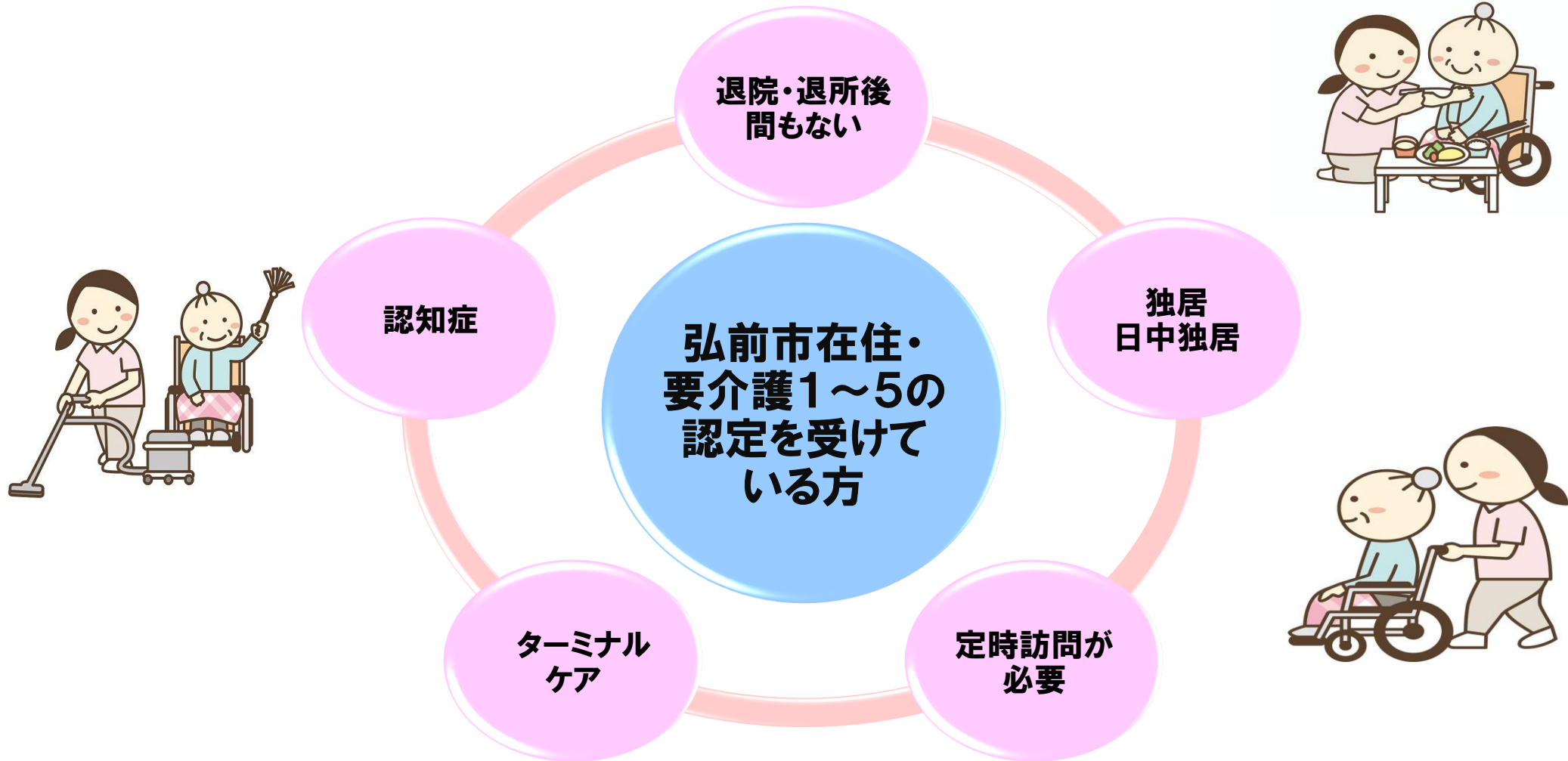
「**365日、ご自宅でこころのままに**」を理念にサービス提供しています。

地元新聞社に取り上げて
頂きました！

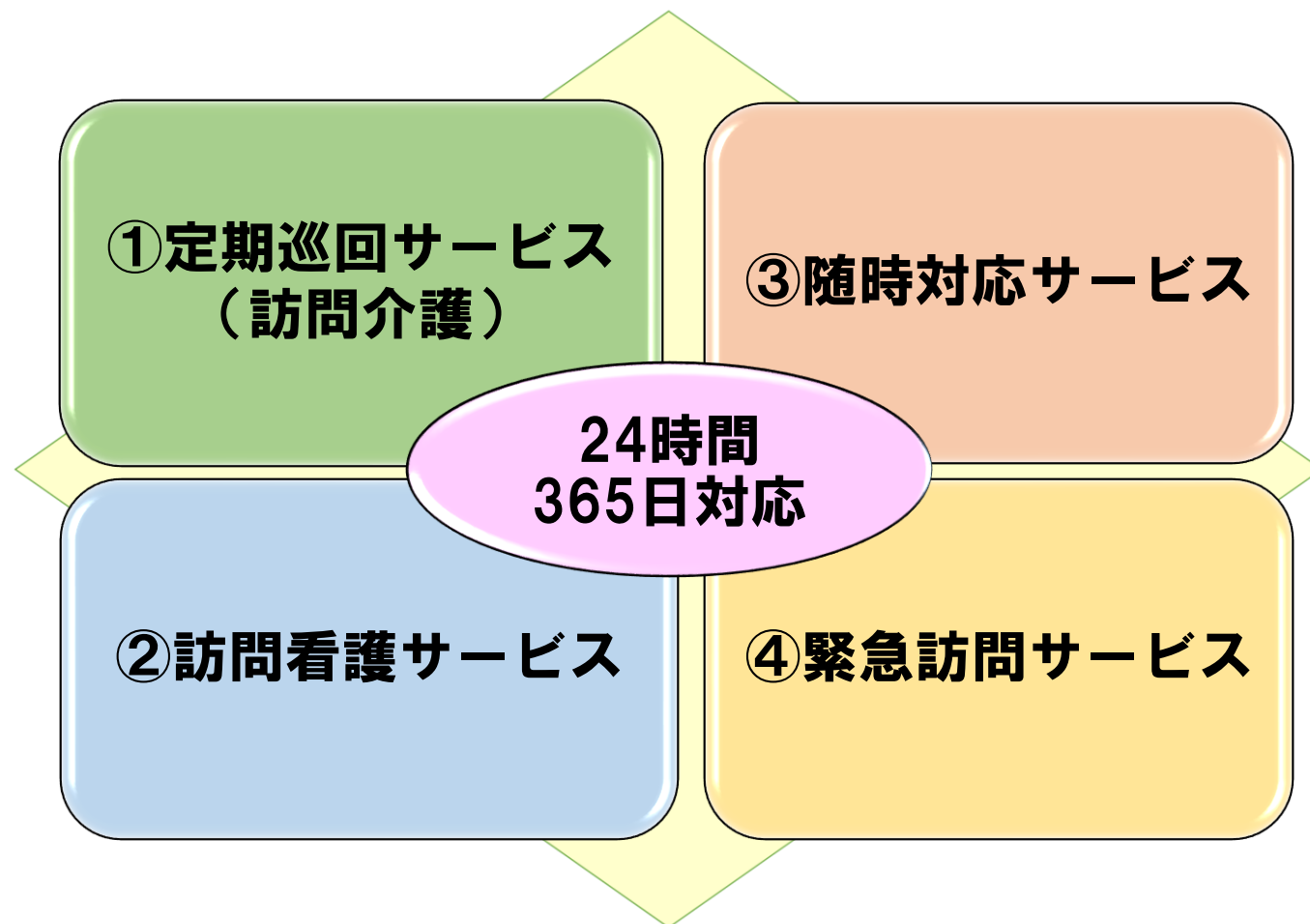


【令和4年9月4日陸奥新報掲載】

①定期巡回サービスの利用対象者



②定期巡回サービスの特徴



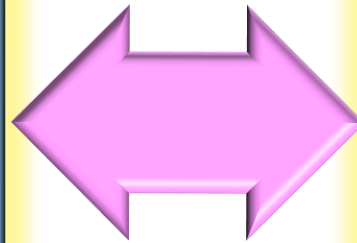
【緊急通報システムとキーボックス】



③訪問介護と定期巡回サービスの違い

【訪問介護】

- ・訪問時間・回数による算定
- ・訪問回数の制限あり
- ・ケアプランによる時間制限あり
- ・2時間ルールあり
- ・看護師によるアセスメントなし
- ・予定にない訪問はケアマネジャーに連絡が必要
- ・緊急通報システムとの連動なし
- ・利用状況の確認が難しい



【定期巡回】

- ・**定額報酬制度**
- ・1日**複数回の訪問**可能
- ・ケアプランによる時間制限なし
- ・**2時間ルールなし**
- ・看護師によるアセスメント実施
- ・事業所判断や本人希望による**随時対応**が可能
- ・**緊急通報システムと連動**
- ・利用状況や実績の確認が容易

④定期巡回サービスの介護報酬

	1割負担 (単位)	通所 利用減算 (単位)	1日当たり 日割 (単位)	初期加算	当社加算 (限度額範囲外)	訪問看護利用 (単位)
要介護1	5697	-62	187	1日30単位 × 開始日から 30日間	・総合マネジメント加算 (月1000単位)	2954
要介護2	10168	-111	334		・サービス提供体制加算II (月640単位)	
要介護3	16883	-184	555		・処遇改善加算I (総単位数×13.7%)	
要介護4	21357	-233	703		・特定処遇改善加算II (総単位数×4.2%)	
要介護5	25839	-281	850		・ベースアップ加算 (総単位数×2.4%)	3754

⑤定期巡回サービス利用時の制約

- ・現在利用している訪問介護や訪問看護の切り替えが必要となる。
- ・サービス利用限度額の関係上、他のサービス利用が制限される。
- ・現在、調理を対応できるヘルパーがない。
- ・受診介助(訪問介護)が保険外対応。



⑥よくある質問

介護度に応じた訪問回数の制限はありますか？

- ・回数制限はありません。利用者様の状態に応じたサービス提供が可能です。

サービスを利用すると担当しているケアマネジャーが変更になりますか？

- ・ケアマネジャーの変更はありません。そのまま担当して頂きます。

サービス提供の範囲はありますか？

- ・随時コールから概ね30分以内に当事業所から駆け付けられることが条件となっています。

独居の方のみが対象ですか？

- ・同居家族がいてもサービス利用可能です。個別ケースで対応します。

他のサービスとの併用は可能ですか？

- ・通所系・短期入所・福祉用具・訪問入浴等併用できます。乗降介助との併用も可能です。訪問介護の身体介護や生活援助との併用は基本的にできません。

通院はどのように対応していますか？

- ・基本的には訪問介護の乗降介助で対応します。院内介助が必要な場合は自費対応になります。

⑦定期巡回サービス導入後の声

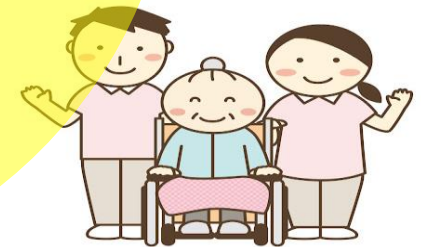


【ケアマネジャー】

- ・利用者様の体調の変化生活の様子やニーズが細かく知ることができる。
- ・随時対応や随時訪問をしてくれるので安心。
- ・事業所や医療従事者との連携がとりやすい。
- ・報告書等FAXのやり取りが少なく、助かる。

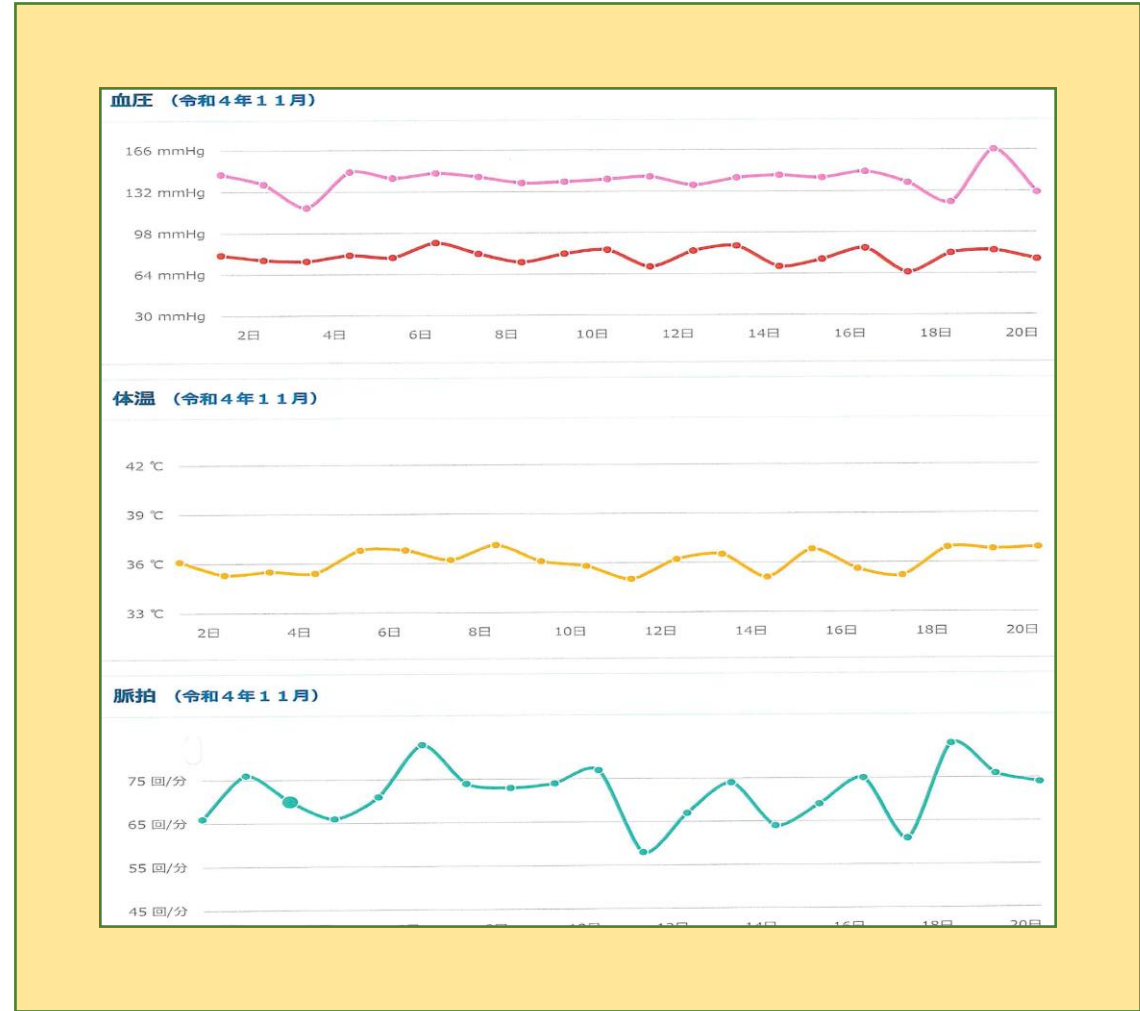
【利用者様・ご家族様】

- ・住み慣れた自宅で安心して生活できる。
- ・家族不在の時も安心。
- ・緊急通報システムがあるので安心。
- ・生活リズムに合わせて訪問してくれる。
- ・随時訪問など柔軟に対応してくれて助かる。



⑧スマケア記録

1月2日(水) 07時13分	08時54分	特記① バイタル確認、体温高目。便失禁有り、ご家族様ご協力して頂き、リハビリ、パット交換、臀部洗浄、軟膏塗布。着替えをして、車椅子にて居間に行き朝食。ご飯、お味噌汁、魚の煮付け、筋子、醤油昆布、塩辛を食べられました。少食だが、味噌汁完食。口腔ケアし、ベッドへ横になるが、尿失禁有りリハビリ、パット、下衣交換する。声掛けしサービス終了。
1月2日(水) 11時46分	13時09分	特記① 声掛けし部屋に入室。シーツまで尿汚染有り。リハビリ、パット交換、下衣交換。シーツ、タオル、尿取りシート交換。車椅子に移乗し、居間で昼食介助。うどん、おにぎり、味噌汁、りんごを食べる。少食。口腔ケアしベッドへ横になる。午後Dr.が来るから、身だしなみを気にしておりました。声掛けし、後片付けし、玄関に行くと、ご家族様がお帰りになりましたので、挨拶をしサービス終了。
1月2日(水) 14時00分	14時31分	特記① 往診があり、同席するために訪問。 足の発赤は現在の処置を継続してほしいとの事。子宮脱やおむつのかぶれにもアズノールの塗布してほしいとあり。血尿は、濃縮尿のようだが、発熱もあり、膀胱炎かもしれないので、薬を処方してみるとの事でした。 現在、お茶を飲んでいるが、カフェインが含まれているため、できれば水やスポーツドリンクを飲ませた方が良くアドバイスあり。食欲も低下していることを伝え、様子を見るようにとの事です。 次回は11/16に訪問予定です。



【導入事例①】

・80代女性。要介護1。1人暮らし。認知症あり。ADLは自立。近所の方が身の回りのお世話をしていたが、引っ越しにより対応ができなくなるため定期巡回サービスを利用開始。食事は声掛けをしないと食べず、服薬(朝食後1回)もできていない様子。自宅内も賞味期限切れの食材等が大量にあり、整理整頓できていない。

デイサービスは週2回(火曜・金曜)利用。金銭管理や通院は知人の方が実施。

毎日 8:15~

・バイタルチェック・服薬確認・配下膳・外出準備(火曜・金曜)

毎週月・水・木・土 13:00~

・安否確認・掃除・洗濯・買い物代行



【利用後の生活の様子】

- ・毎朝訪問し、服薬確認を行うことで飲み忘れなく服薬できている。
- ・自宅内の整理整頓も少しずつ実施し、ヘルパーと台所で食事を一緒に準備して食べることができるようになる。
- ・買い物代行は知人の方にプリペイドカードを用意してもらい対応。
- ・緊急通報なし。最初はヘルパー訪問に拒否が見られたが、慣れてくると拒否もなくなり、訪問時に喜んでくれるようになる。
- ・デイサービス利用も、拒否は見られるが、促しや声掛けを行い、休みなく利用できている。

【導入事例②】

・70代男性。要介護3。家族(妻・次女)と3人暮らし。パーキンソン病と右腕神経損傷による麻痺あり。その日によって動きにばらつきあり。施設入所も考えたが、経済的な問題から定期巡回サービスを利用。食事の用意や掃除、洗濯等のご家族様が対応するが、おむつ交換や転倒時等の対応は難しい。

デイサービスは週2回(水曜・土曜)、福祉用具でベッド、手すり等レンタル。通院はご家族様が対応。

毎日 8:00～

- ・安否確認・バイタルチェック・トイレ誘導・おむつ交換(汚染時)・服薬確認・口腔ケア・外出準備(デイサービス利用時)

デイサービス利用日以外 13:00～

- ・安否確認・トイレ誘導・おむつ交換(汚染時)・服薬確認

毎日 20:00～

- ・安否確認・トイレ誘導・おむつ交換(汚染時)・服薬確認



【利用後の生活の様子】

- ・自宅内での転倒が頻回にみられ、その都度緊急通報あり、多い日は1日3～4回。サービス利用開始時は夜の訪問はなかったが、転倒する回数が多いため追加。追加後は緊急通報の回数減。
- ・服薬もきちんとできている。訪問看護師から口腔ケアの実施を依頼され、毎朝実施。
- ・体調の良い日はトイレ誘導し、トイレで排泄できている。
- ・デイサービスも休まず利用できている。

【導入事例③】

・70代男性。要介護3。1人暮らし。月・水・金透析治療のため通院。ADL低下あり、歩行状態も不安定。排泄も失敗することが増え、着衣やシーツ類の汚染がみられる。病識なく、体重管理できず入退院を繰り返している。処方薬も全く服用していない。自宅内はゴミが散乱している状態。施設入居を勧められるも、ご本人様拒否し、定期巡回サービス利用開始。買い物や金銭管理等は知人が対応。

透析通院は乗降介助を利用。ベッド、歩行器は福祉用具レンタル。

毎朝 8:00～

・リハパン交換・服薬介助・バイタルチェック・外出準備・洗濯・後片付け

毎昼 14:30～

・リハパン交換・服薬介助・入浴介助(火・土)・掃除・洗濯

毎夕 19:30～

・服薬介助・戸締り



【利用後の生活の様子】

- ・服薬管理を行い、きちんと服薬することができるようになった。また、日々の体調変化や生活の様子を居宅事業所とスマケアで確認することにより、体調維持に繋げることができている。
- ・水分の声掛け継続し、透析治療も継続できている。
- ・自宅内も片付き、動線も確保され、転倒なく生活できている。入浴も少なくとも週1回はできている。
- ・知人の方の協力を得ながら、在宅生活を継続できている。

【導入事例④】

・70代女性。要介護5。夫と2人暮らし。自営業のため、市外に住む息子さんが毎日訪問。ターミナル(胃癌、リンパ節転移、腹膜播種)。最期は自宅で過ごしたいと退院を希望。夫も介護に対する不安あるため、定期巡回を利用。バルンカテーテル留置。ストマ造設。仙骨部に軽度の褥瘡あり。

週1回訪問診療、医療保険で毎日訪問看護利用。福祉用具でベッドレンタル。

毎日 11:30～

・バイタルチェック・尿・ストマ廃棄・清拭・陰部洗浄・食事介助等

毎日 16:00～

・バイタルチェック・尿・ストマ廃棄・清拭・陰部洗浄・食事介助等

毎日 20:30～

・尿・ストマ廃棄等



【利用後の生活の様子】

- ・退院後は訪問看護事業所と連携しながら対応。ストマの処理のしかたやレスキューの管理に対して、訪問看護師の方から教えてもらい、ヘルパーと共有する。スマケアでバイタル、尿量、排泄量等の情報も共有。
- ・食欲のある時は、食べたいものを少量でも摂取してもらう。
- ・清拭や陰部洗浄等も体調をみながら実施。
- ・息子さんや夫の協力を得ながら、最期まで自宅で生活。

【MEMO】