

# 特別養護老人ホームを核とした ノテ地域包括ケアと医療連携



つしま医療福祉グループ

代表 対馬 徳昭

# 【1】社会福祉法人ノテ福祉会

□本部 札幌市清田区真栄434番地6  
アンデルセン福祉村内

□設立 昭和58年5月

□職員数 1070名（平成28年1月1日）

□エリア 札幌市(7区)、乙部町、東京都(2区)

□事業所数 65ヶ所(H28.1.1現在)

特別養護老人ホーム	5	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	3
介護老人保健施設	1	訪問介護	3
介護付有料老人ホーム	3	訪問看護	3
サービス付き高齢者向け住宅	4	通所介護	5
ケアハウス	1	通所リハビリテーション	1
認知症対応型グループホーム	4	地域包括支援センター	2
小規模多機能型居宅介護	21	介護予防センター	1
居宅介護支援事業所	5	就労継続支援A型事業所	2
セントラルキッチン	1	合計	65

高齢者の約65%は

住み慣れた家での生活を望んでいる



その願いを実現するために

1994年（平成6）年2月札幌で

「24時間在宅ワープケア事業」開発・実践



2006（平成18）年「夜間対応型訪問介護」

2012（平成24）年「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」



国の制度に

病院を退院して自宅に戻る予定の利用者



ノテ地域包括ケア 総合相談センター



介護保険の認定

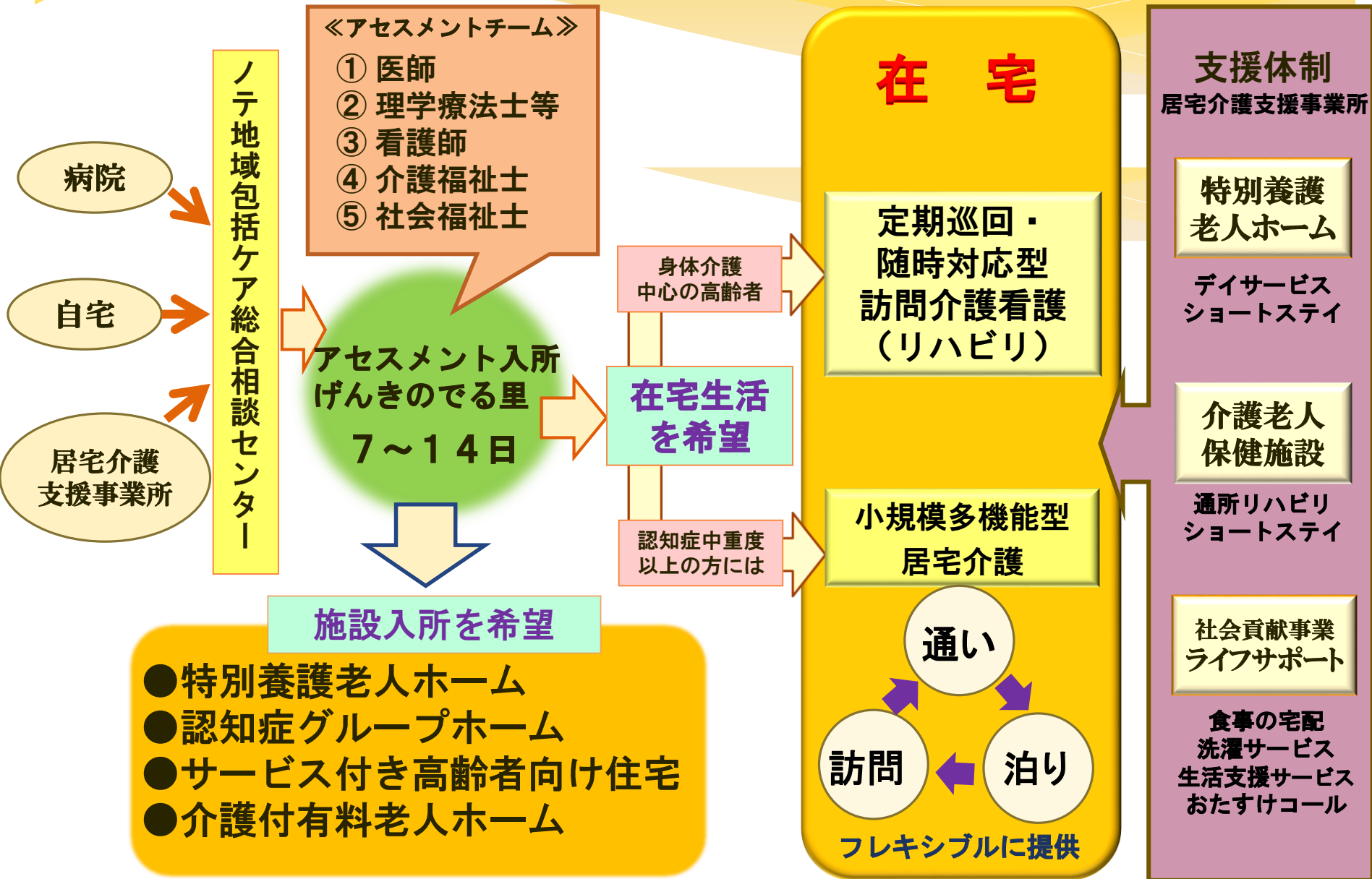
要介護1~5



介護老人保健施設にアセスメント入所

(ニーズを把握したケアプランの作成)

# ノテ地域包括ケア体制



# 開発中の「アセスメントシート」

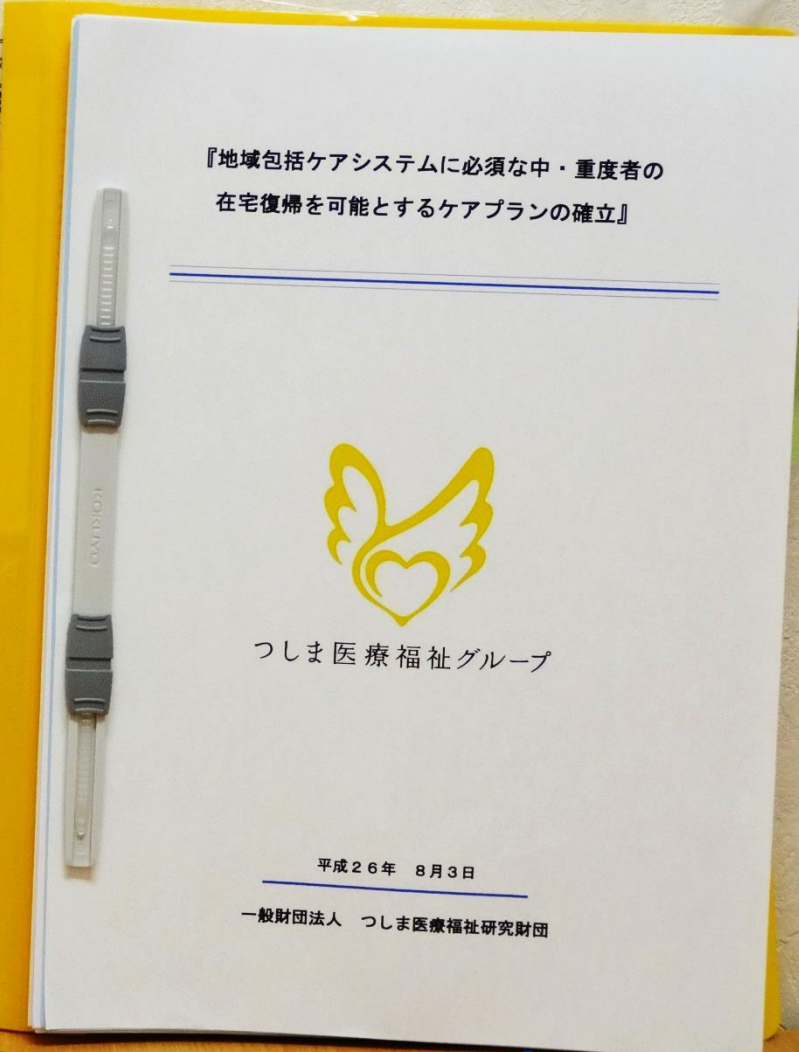
アセスメント総括表 1

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (要介護 \_\_\_\_\_) 作成

<p>&lt;傷病名&gt;</p> <p>1. _____ 発症年月日( )</p> <p>2. _____ 発症年月日( )</p> <p>3. _____ 発症年月日( )</p> <p>その他 _____</p> <p>特別な医療</p> <p>点滴の管理 □ 中心静脈栄養 □ 透析 □ ストーマの管理 □ 酸素療法 □ レスビレーター</p> <p>実質切離の処置 □ 疼痛の看護 □ 経管栄養 (栄養の種類)</p> <p>特別な対応</p> <p>モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) □ 精神の処置</p> <p>失禁への対応</p> <p>カテーテル(エンドカテーテル、留置カテーテル等)</p>	<p>利き腕(□右 □左) 身長=_____cm、体重=_____kg</p> <p>(過去6ヶ月の体重変化: □増加 □維持 □減少)</p> <p>□四肢欠損(部位: _____)</p> <p>□麻痺</p> <p>□右上肢(程度: □軽 □中 □重) □左上肢(程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□右下肢(程度: □軽 □中 □重) □左下肢(程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□その他(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□筋力の低下(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□関節の拘縮(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□関節の痛み(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□失調・不随意運動(上肢 □右 □左 下肢 □右 □左 体幹 □右 □左)</p> <p>□褥瘡(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□その他の皮膚疾患(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p>	<p>本人の意向</p> <p>&lt;暮らしへの意向、介護が必要な場合の希望、亡妻の葬儀・宗教、経歴&gt;</p> <p>健康管理上の病気の特性上なのか、その</p>
<p>日常生活自立度</p> <p>障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)</p> <p>□自立 □J1 □J2 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度</p> <p>□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M</p>	<p>中核機能</p> <p>・記憶障害 □問題なし □問題あり( )</p> <p>・見当識障害 □問題なし □問題あり( )</p> <p>・理解・判断力障害 □問題なし □問題あり( )</p> <p>・実行機能障害 □問題なし □問題あり( )</p>	<p>医療・栄養</p> <p>&lt;認知症のタイプ傾向の対応&gt;</p> <p>&lt;症状の見直し現在の重症度&gt;</p>
<p>身体状況</p> <p>□歩行 □杖 □柵 □歩行補助具 □車いす □その他</p> <p>□排便 □火の始末 □その他</p> <p>&lt;その他特記事項&gt; *不慣れになる</p>	<p>排泄</p> <p>・排泄動作: ( ) 回数: ( ) 回/週</p> <p>・排泄回数: 尿( ) 回/日 便( ) 回/週</p> <p>・オムツ等の使用: ( )</p> <p>&lt;その他特記事項&gt;</p>	<p>排泄・栄養</p> <p>食へることによる咽下・嚥下、口腔ケアでの</p> <p>入浴方法や好みの整髪剤、毎日みだし</p>
<p>居室</p> <p>居室の状況 健康状態 □良好 □不良 □負担 □重い □普通 □低い</p> <p>代替者: (□無 □有) □本人との関係</p> <p>仕事: (□有 □無) 意欲: (□有 □無) &lt;介護知識・技術: (□有 □無)&gt;</p> <p>&lt;介護に関わる時間・内容等&gt;</p>	<p>居室環境</p> <p>・持家 □借家 □階段(□有 □無) □本人の居室: ( ) 階</p> <p>・エレベーター(□有 □無)</p> <p>・通常の移動、移乗及び生活行為でのリフトとなる箇所</p> <p>□玄関までのエレベーター □玄関の上り階段 □廊下 □居室</p> <p>□お風呂 □トイレ □キッチン □洗面所 □浴室</p> <p>□洗濯機 □洗濯機 □洗面所 □廊下</p> <p>&lt;住宅に係る特記事項&gt;</p>	<p>本人・家族・経済: 介護</p> <p>本人: 住居、経済、介護</p> <p>特別な状況</p>

自立度評価基準: FIM 1~7点

評価者: 医師( ) 看護師( ) ヲリビ( ) 介護福祉士( ) 社会福祉士( ) 管理栄養士( )



ケアプラン (原案) までチームで作成

# 【要介護3 アセスメント入所前のケアプラン】

## 週間サービス計画表

	月	火	水	木	金	土	日
4:00							
6:00							
8:00							
10:00	訪問介護	訪問介護	通所リハビリ	訪問介護	訪問介護		
12:00							
14:00							
16:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

不定期:短期入所

# 【要介護3 アセスメント入所後のケアプラン】

## 週間サービス計画表

	月	火	水	木	金	土	日
4:00							
6:00	定期巡回						
8:00		通所 リハビリ				通所 リハビリ	
10:00	訪問看護		定期巡回	訪問看護	定期巡回		訪問看護
12:00	20分		20分				20分
14:00	訪問リハビリ				訪問リハビリ		
16:00	20分				20分		
18:00	定期巡回						
20:00							
22:00	定期巡回						

福祉用具貸与: 介護用ベッド

このほかにサービスが必要な時はケアコールによる随時サービス