

2020年度 SOMPOケア 光が丘 定期巡回

定期巡回・隨時対応型訪問介護看護

## 介護・医療連携推進会議

■事業所名	SOMPOケア 光が丘 定期巡回
■日時	2021年3月末 コロナウィルス感染症により書面にて開催
■場所	
■目的	<ul style="list-style-type: none"><li>① 適正な運営を行う</li><li>② 地域に開かれたサービスとする事で、サービスの質の確保と向上を図る</li><li>③ 介護及び看護に関する課題について情報共有を行い、介護と医療の連携を図ること</li></ul>

## ■ アジェンダ

■議事進行

中止の理由：新型コロナウィルス感染拡大している状況を鑑みて会議を中止する事といたしました。



# SOMPOケア光が丘 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 介護医療連携推進会議 記録

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

事業所名: SOMPOケア光が丘

### T 様

#### 事例

86歳 男性 要介護 5 ( 生活自立度 B : 認知症自立度 IV )

2021年1月、H病院より退院され在宅へ戻られる。時期詳細不明、左頬に転倒により擦り傷あり。独身、独居。結婚をされず3食外食をするなど好き勝手に過ごされていたと義理の妹様より情報がある。時期詳細は不明だが肋骨を複数骨折され痛みで動くことが出来ず紙おむつにて尿失禁等が見られる。背広がほしい等同じことを繰り返す発言もあるが、コロナはどうなった等の社会情勢を気に掛ける発言も聞かれる。横を向くなどの簡単な指示動作は可能。昨年ぐらいからおかしな言動をすることがあり、病院に通院し今後異常があれば入院していくと話していたがそれも本人拒否してしまい現在診療所の往診、訪問看護、定期巡回サービスが開始している。

身体状況	生活状況	意識状態
既往歴：肋骨骨折（時期不明） レバー小体型認知症（時期不明） 気管支拡張症 高血圧症	義理の妹	意思疎通可能な部分あり。
現病歴：肋骨骨折（時期不明） レバー小体型認知症（時期不明） 気管支拡張症 高血圧症		

看護連携	看護助言
<ul style="list-style-type: none"> <li>寝たきり状態に伴い、皮膚トラブル、認知症状悪化。</li> <li>認知症に伴い理解を得ることが出来ず体動による転倒のリスク。</li> <li>水分や食事が十分にとれない事による脱水。</li> <li>誤嚥性肺炎のリスク。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>水分や食事摂取量の観察。</li> <li>オムツ交換をし排泄が定期的に出ているかの観察。</li> <li>痛みの増悪や精神状態悪化等、情報共有連携。</li> </ul>

介護目標
転倒転落のリスクの軽減、排泄・皮膚トラブル等のお困りごとの支援を行う。またご病気に関しては訪問診療・訪問看護との連携を図り、早期に対応できるよう支援を行い、日常の動作を通じて身体機能の低下を防ぎご本人様の在宅生活を維持できるよう実現していく。

週間計画①	サービス導入 令和3年 1月～						
	看護サービス: <input checked="" type="radio"/> 有 ( <input type="radio"/> 介護保険 )						
7:30	月	火	水	木	金	土	日
	起床介助						
9:30							
11:30							
14:00							
	訪問看護				訪問看護		
17:30							
0:30							
	就寝介助						

定期巡回訪問 排泄介助・食事準備介助・服薬介助  
洗濯・更衣介助は適宜対応

ポイント
定期巡回サービス 毎日 排泄（1日4回）日中・夜間は随時対応 排泄介助/服薬/食事準備・介助（1日3回） 水曜日、毎全身清拭 その他随時訪問、1日5回訪問。
訪問看護 週2回
往診 月2回
必要時の買い物・掃除はご家族のインフォーマル。 薬のセットは訪問看護対応。定期訪問以外の時間は、ご家族が食材を届けにきている。

## 事例

### 支援経過 令和3年1月現在

【令和3年1月】随時コール…内容、濡れていますので宜しくお願ひします、ちょっと教えて頂けますか、等。「飲み物がほしいのですが」とのコールあり。オムツから陰茎が出ており放尿したと思われる。全身尿汚染あり、オムツ内での排尿に関して抵抗がありベッド下、床をめがけて排尿行為あり。排尿されることを我慢される傾向が見られる。その日の状況により、体位変換動作時に肋骨付近強い痛みの訴えがある日もあれば、強い痛みはあるが、食事を召し上がっている時は痛みが消失している状況もあり、痛みの箇所については具体的な場所が特定できない状況もある。随時コールは計12回。

【令和3年2月】随時コール…内容、チャージをしたい、そろそろ帰りたいんですが、虫をとってゴミを捨てて下さい、相談させて下さい、お尻に穴があきました、内容不明なコールもあり等。2月初旬、定期訪問扈直ぐに、ご本人様の両腕を抱えた義理の妹様と真向かいの家の方が外から戻られる。玄関外扉の段差に本人様が座っていたので真向かいの方がどうしたのか尋ねると義理の妹様の家まで連れてって欲しいとの事で連れて行き、戻って来たとの事。その後、本人様興奮状態で、「Kちゃんは何も分かっていない、この建物は僕が死んでもKちゃんのものにはならないですから」等話をされる。看護へ報告情報共有をする。現状1人で外へ出るのは危険が大きいため、定期訪問以外の時間帯1日4回コール機へかけて安否確認を行う。その後、1人で行動を起こす事はなし。随時コールは計42回。

### 導入後の効果

レビー小体型認知症があり（時期不明）、様々な症状（パーキンソン症状、幻視、レム睡眠行動障害、自律神経症状、認知機能などの変動等）がみられ多岐にわたり様々な所の観察が今後必要となってくる。現状は初期症状でベッドから転落リスクは高く、排泄の問題もあったが定期巡回を導入し、適正なコール対応、状況把握ができ医療機関との連携も素早い行動をとることができた。

本人・家族の様子	導入前	導入後
自宅での生活の不安感、随時頻回コール、転倒転落等。		随時頻回コールは継続してありますが、定期訪問以外の時間帯1日4回コール機へかけて安否確認を行い本人様の不安感は減少している傾向にある。ご家族からも24時間介護に入るにあたり不安や心配が減ったと安堵の声をいただいている。医療機関との連携もあり安心につながっている。

### 今後の課題

在宅生活にての不安感は減りつつはあるものの、在宅生活を維持していくために転倒・転落に注意をし、レビー小体型認知症についての知識・理解が必要となる。医療機関・ケアマネジャー・家族と相談をしつつより良い在宅生活を継続していくように取り組んでいく。

# SOMPOケア 光が丘 集計データ

## 2021年3月

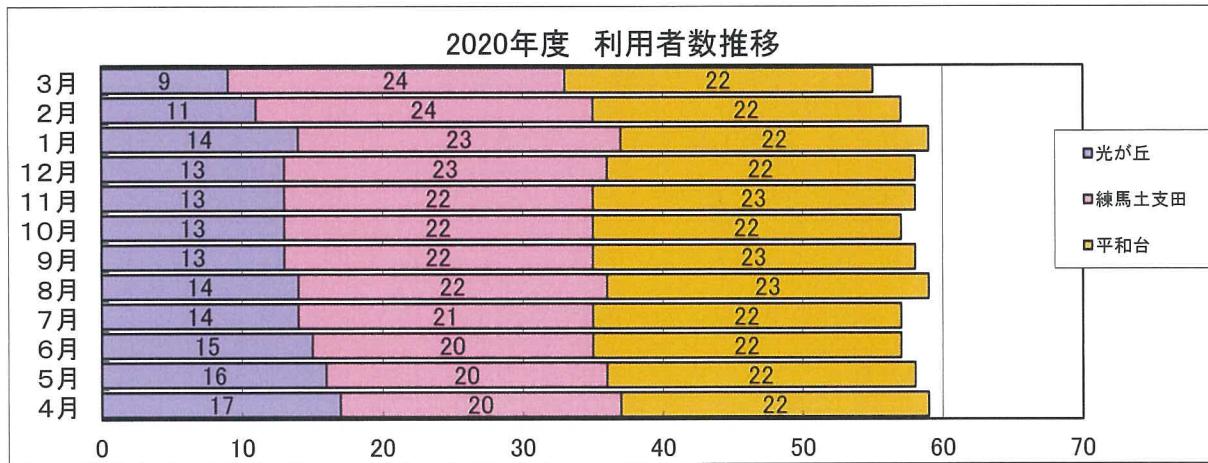


**SOMPOケア**

※本集計データは、2020年4月～2021年3月までの利用者累計数及び同期間の請求実績を基に算出したデータです。

【1、年間利用者数推移】

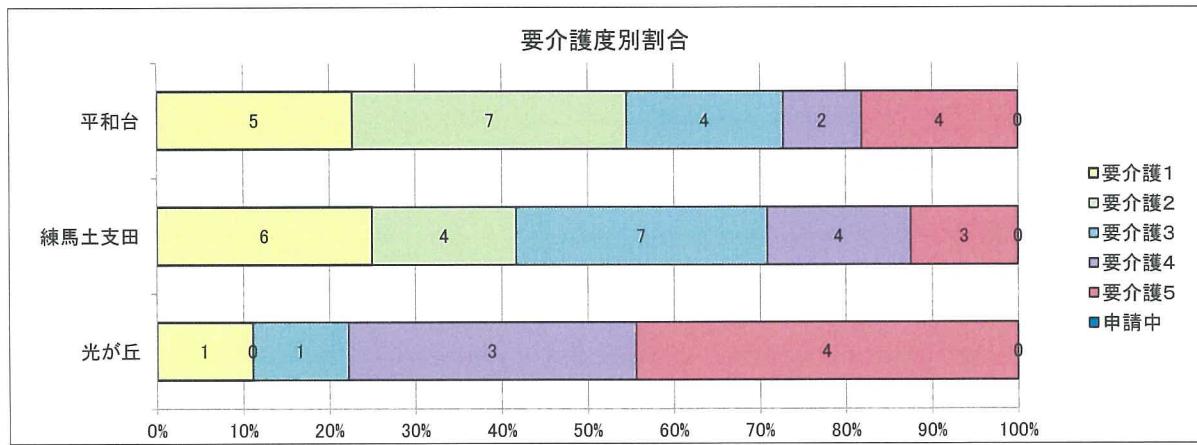
★利用者数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
光が丘	17	16	15	14	14	13	13	13	13	14	11	9
練馬土支田	20	20	20	21	22	22	22	23	23	23	24	24
平和台	22	22	22	22	23	23	22	23	22	22	22	22
合計	59	58	57	57	59	58	57	58	58	59	57	55



【2、要介護度別利用者数】

要介護度別（人）

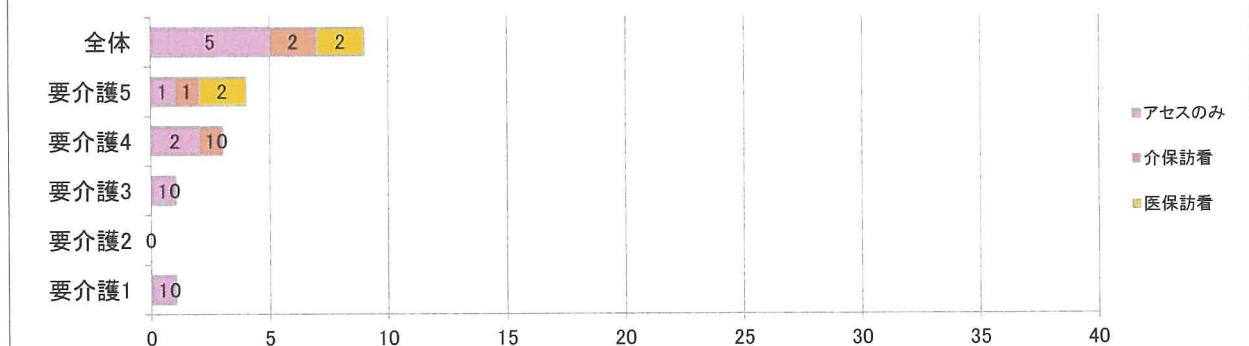
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	合計	平均要介護度
光が丘	1		1	3	4	0	9	4.00
練馬土支田	6	4	7	4	3	0	24	2.75
平和台	5	7	4	2	4	0	22	2.68



【3、訪問看護等利用状況】

光が丘	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	全体
アセスのみ	1		1	2	1	5
介保訪看				1	1	2
医保訪看					2	2
合計	1	0	1	3	4	

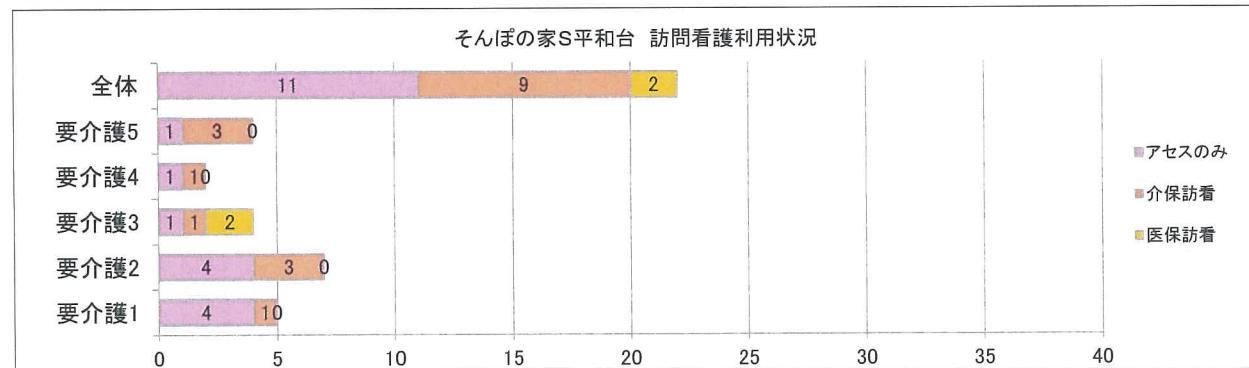
定期巡回(在宅) 訪問看護利用状況



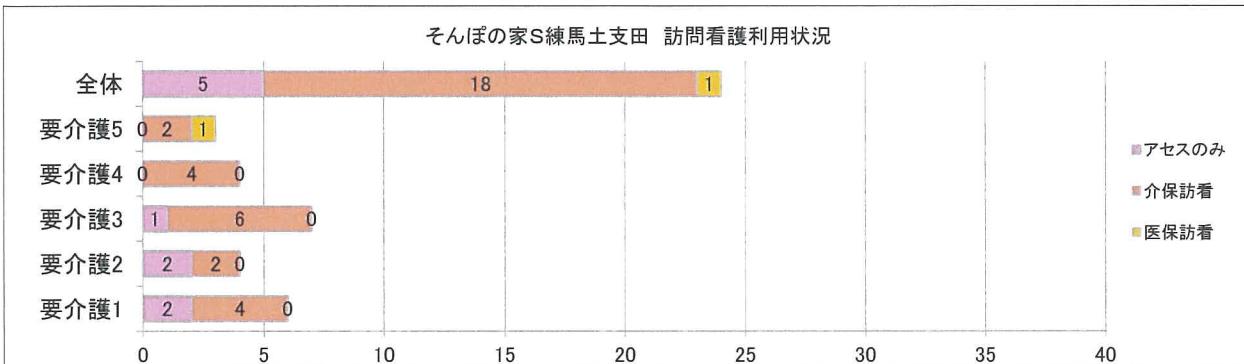
6

平和台	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	全体
アセスのみ	4	4	1	1	1	11
介保訪看	1	3	1	1	3	9
医保訪看			2			2
合計	5	7	4	2	4	

そんぽの家S平和台 訪問看護利用状況

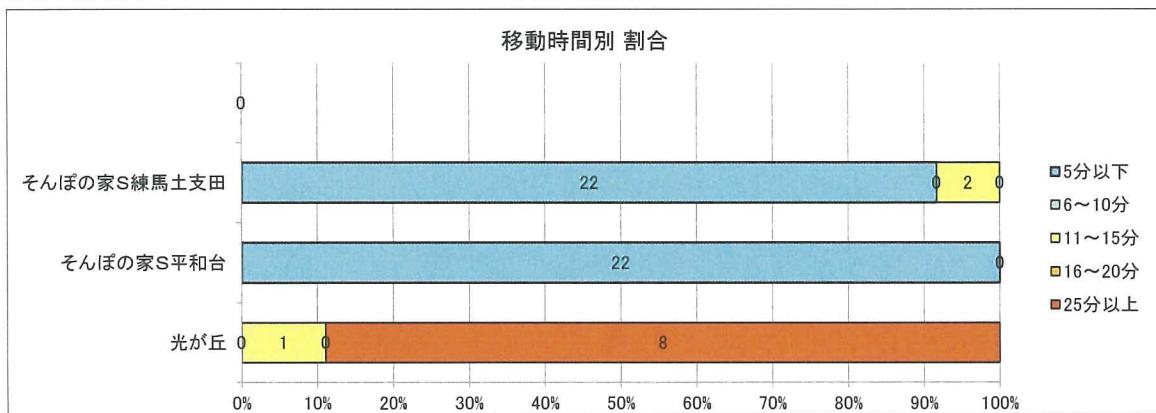


練馬土支田	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	全体
アセスのみ	2	2	1	0	0	5
介保訪看	4	2	6	4	2	18
医保訪看	0	0	0	0	1	1
合計	6	4	7	4	3	21



#### 【4、移動時間（分）】

	5分以下	6~10分	11~15分	16~20分	25分以上	合計
光が丘						
そんぽの家S平和台	22		1		8	22
そんぽの家S練馬土支田	22	0	2	0	0	24
	0	0	0	0	0	0



**自己評価・外部評価 評価表(SOMPOケア光が丘 定期巡回)**

項目番号	項目	自己評価					外部評価コメント A:評価できる B:ほぼ評価できる C:評価できない D:評価不能
		できている	ほぼできている	がで多きいていること	全くできないこと	コメント	
<b>I 構造評価(Structure) [適切な事業運営]</b>							
(1) 理念の明確化							
サービスの特徴を踏まえた理念の明確化	1	当該サービスの特徴である「利用者等の在宅生活の継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するため、事業所独自の理念を掲げている			<input type="radio"/>		事業所独自ではなく会社としての理念を掲げている。「人間尊重を基本とし安心、安全、健康に資する最高品質の介護サービスの提供し世界に誇れる豊かな長寿国日本」  A:1名 B:3名 C:0名 D:1名
(2) 適切な人材の育成							
専門技術の向上のための取り組み	2	管理者と職員は、当該サービスの特徴および事業所の理念について、その内容を十分に認識している			<input type="radio"/>		年間計画に沿って研修に参加しています。(職責により年間計画異なる)  A:1名 B:2名 C:0名 D:2名
	3	運営者は、専門技術(アセスメント、随時対応時のオペレーターの判断能力など)の向上のため、職員を育成するための具体的な仕組みの構築や、法人内外の研修を受ける機会等を確保している			<input type="radio"/>		年間計画に沿って研修を受講しており職員のキャリアで研修内容を変化させている。  A:2名 B:1名 C:0名 D:2名
	4	管理者は、サービス提供時の職員の配置等を検討する際、職員の能力が最大限に発揮され、能力開発が促されるよう配慮している			<input type="radio"/>		職員能力により稼働を調整をしている。  A:2名 B:1名 C:0名 D:2名
介護職・看護職間の相互理解を深めるための機会の確保	5	介護職・看護職の間で、利用者等の特性・状況に係る相互の理解・認識の共有のための機会が、十分に確保されている			<input type="radio"/>		自社では社内メール他者では電話やノートを利用し情報共有を行っている。  A:2名 B:1名 C:0名 D:2名
(3) 適切な組織体制の構築							
組織マネジメントの取り組み	6	利用者等の特性に応じた柔軟なサービスを提供するため、最適且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている			<input type="radio"/>		稼働状況に合わせシフトを作成や人材配置を行っている。  A:2名 B:2名 C:0名 D:1名
	介護・医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映	7	介護・医療連携推進会議を適時適切に開催すると共に、得られた要望、助言等(サービスの過少供給に対する指摘、改善策の提案等)を、サービスの提供等に適切に反映させている			<input type="radio"/>	
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備							
利用者等の状況に係る情報の随時更新・共有のための環境整備	8	利用者等の状況について、(個人情報管理に配慮した上で)必要に応じて関係者間で迅速に共有できるよう工夫されている			<input type="radio"/>		個人情報を開示する場合には同意を得てから開示を行っている。  A:2名 B:2名 C:0名 D:1名
(5) 安全管理の徹底							
職員の安全管理	9	サービス提供に係る職員の安全確保や災害時の緊急体制の構築等のため、事業所においてその具体的な対策が講じられている(交通安全、夜間訪問時の防犯対策、災害時対応等)			<input type="radio"/>		災害時のマニュアルを整備している。 災害時には本社にて危機管理室が設置される。  A:3名 B:1名 C:0名 D:1名
	利用者等に係る安全管理	10	事業所において、利用者等に係る個人情報の適切な取り扱いと保護についての具体的な工夫が講じられているとともに、管理者や職員において共有されている			<input type="radio"/>	
<b>II 過程評価(Process)</b>							
1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供							
(1) 利用者等の状況把握及びアセスメントに基づく計画の作成							
利用者等の24時間の暮らし全体に着目した、介護・看護両面からのアセスメントの実施	11	利用者等の一日の生活リズムに着目した、アセスメントが提案されている				<input type="radio"/>	生活歴や1日の生活1か月の生活、1年の生活の把握ができないお客様がいる。  A:1名 B:2名 C:1名 D:1名
	12	介護・看護の両面からのアセスメントが適切に実施され、両者の共有、つき合わせ等が行われている			<input type="radio"/>		看護アセスも含め介護でのアセスを実施し計画書を作成している。  A:2名 B:2名 C:0名 D:1名
利用者の心身の機能の維持回復や在宅生活の継続に軸足を置いた「未来志向型」の計画の作成	13	利用者の心身機能の維持回復に軸足を置いた計画の作成が志向されている			<input type="radio"/>		お客様の中には維持回復がアセスメント状困難な方がいる(進行性疾患等)  A:1名 B:3名 C:0名 D:1名
	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないよう、利用者の今後の変化を予測し、先を見越した適切なリスク管理を実現するため、「未来志向型」の計画の作成が志向されている			<input type="radio"/>		重症化した場合には医療依存度が高くなる傾向にある。(例ガン末期、バーリンソン)  A:1名 B:2名 C:1名 D:1名
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し							
計画上のサービス提供日時に限定されない、必要に応じた柔軟な定期巡回サービスの提供	15	計画上のサービス提供日時以外であっても、利用者等の状況に変化が生じた場合は、必要に応じて新たに定期巡回・随時対応サービスの提供日時を設定するなど、柔軟な運営に努めている			<input type="radio"/>		急遽通所を休まれた場合や通院に行かれた際には振替や随時にケアを提供している。 また、予定がない場合でも柔軟に訪問しています。  A:4名 B:0名 C:0名 D:1名

継続したモニタリングを通じた利用者等の状況変化の早期把握と、計画への適宜反映	16	サービス提供を通じた、継続的なモニタリングによる、利用者等の状況変化の早期把握と、計画への適宜反映が行われている		○		状態変化が短期的な場合には計画書は変更していない、長期に対応が必要な場合にはCMへCPの変更依頼を行い計画も変更をしている。	A:4名 B:0名 C:0名 D:1名
<b>(3)介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供</b>							
介護職と看護職の相互の専門性を生かした柔軟なサービスの提供	17	より効率的・効果的なサービス提供を実現するため、介護職、看護職のそれぞれの専門性を活かした役割分担が行われている		○		看護のアセスメントを基に介護にてアセスメントを行っています。	A:1名 B:3名 C:0名 D:1名
看護職によるサービス提供に関する指導、助言	18	看護職から介護職に対し、疾病予防・病状の予後予測・心身の機能の維持回復などの観点から、指導、助言が行われている	○			日常的に看護へ相談・助言を頂いている。	A:3名 B:1名 C:0名 D:1名
<b>(4)利用者等との情報及び意識の共有</b>							
利用者等に対する当該サービスの趣旨及び特徴等についての十分な情報提供	19	サービスの開始前に、利用者等に本サービスが「利用者等の在宅生活の継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するためのサービスであり、訪問サービスは、その趣旨に沿って行われるアセスメントに基づき提供されることについて、十分な情報提供・説明が行われている	○			利用前にお客様、家族様へ利用サービスを行っている。	A:4名 B:0名 C:0名 D:1名
利用者等との目標及び計画の共有と、適時適切な情報の提供	20	作成した計画の目標及びその内容について、利用者等に十分な説明を行うなど、共通の認識を得るために努力がされている		○		計画作成責任者にて説明をしています。	A:3名 B:1名 C:0名 D:1名
	21	利用者の状況の変化や、それに伴うサービス提供の変化等について、家族等への適時・適切な報告・相談等が行われている		○		適宜、電話、連絡ノート、メールを利用し報告、相談をしています。	A:2名 B:1名 C:0名 D:2名
<b>2.多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント</b>							
<b>(1)共同ケアマネジメントの実践</b>							
利用者等の状況の変化についての、ケアマネジャーとの適切な情報共有及びケアプランへの積極的な提案	22	ケアマネジャーとの間で、利用者へのサービス提供状況、心身の機能の変化、周辺環境の変化等に係る情報が共有され、サービスの提供日時等が共同で決められている		○		月1回のモニタリングでの報告に加え、体調変化時には電話にて連絡をしています。	A:3名 B:1名 C:0名 D:1名
	23	計画の目標達成のために、必要に応じて、ケアプランへの積極的な提案(地域内のフォーマル・インフォーマルサービスの活用等を含む)が行われている		○		必要に応じて提案をしています。(嗜好品購入等)	A:2名 B:1名 C:0名 D:2名
定期的なアセスメント結果や目標の達成状況等に関する、多職種への積極的な情報提供	24	サービス担当者会議等の場を通じて、利用者等の状況や計画目標の達成状況について、多職種への情報提供が行われている		○		計画作成責任者の参加	A:3名 B:1名 C:0名 D:1名
<b>(2)多職種連携を通じた包括的・継続的マネジメントへの貢献</b>							
利用者の在宅生活の継続に必要となる、利用者等に対する包括的なサポートについての、多職種による検討	25	利用者の在宅生活の継続に必要となる、包括的なサポート(保険外サービス、インフォーマルケア等の活用を含む)について、必要に応じて多職種による検討が行われている(※任意評価項目)					
	26	病院・施設への入院・入所、及び病院・施設からの退院・退所の際などに、切れ目のない介護・看護サービスを提供するために、必要に応じて多職種による検討や情報の共有が行われている(※任意評価項目)		○		退院前カンファレンスへの参加 入院先へのお見舞いをしています。	A:4名 B:0名 C:0名 D:1名
多職種による効果的な役割分担及び連携に係る検討と、必要に応じた関係者等への積極的な提案	27	地域における利用者の在宅生活の継続に必要となる、包括的なサポート体制を構築するため、多職種による効果的な役割分担や連携方策等について検討し、共有がされている(※任意評価項目)					
<b>3.誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画</b>							
<b>(1)地域への積極的な情報発信及び提案</b>							
介護・医療連携推進会議の記録や、サービスの概要及び効果等の、地域に向けた積極的な情報の発信	28	介護・医療連携推進会議の記録について、誰でも見ることのできるような方法での情報発信が、迅速に行われている		○		弊社HPにて掲載をしています。	A:1名 B:1名 C:1名 D:2名
	29	当該サービスの概要や効果等についての、地域における正しい理解を広めるため、積極的な広報周知が行われている		○		人員不足のため積極的な広報はできていない。	A:2名 B:1名 C:1名 D:1名
<b>(2)まちづくりへの参画</b>							
行政の地域包括ケアシステム構築に係る方針や計画の理解	30	行政が介護保険事業計画等で掲げている、地域包括ケアシステムの構築方針や計画の内容等について十分に理解している		○		定期的な集団指導への参加 整備計画を把握しています。	A:4名 B:0名 C:0名 D:1名
サービス提供における、地域への展開	31	サービスの提供エリアについて、特定の建物等に限定せず、地域へ広く展開していくことが志向されている		○		・事業所から概ね片道20分未満のエリアにて展開しています。 (20分以上になると随時対応での訪問が厳しくなるため)	A:4名 B:0名 C:0名 D:1名
安心して暮らせるまちづくりに向けた、積極的な課題提起、改善策の提案等	32	当該サービスの提供等を通じて得た情報や意見、多様な関係者とのネットワーク等を活用し、介護・看護の観点から、まちづくりに係る問題認識を広い関係者間で共有し、必要に応じて具体的な課題提起、改善策の提案等(保険外サービスやインフォーマルサービスの開発・活用等)が行われている(※任意評価項目)					

III 結果評価（Outcome）							
サービス導入後の利用者の変化	33	サービスの導入により、利用者ごとの計画目標の達成が図られている	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	目標達成のため状況に あったサービス提供できる ように努めています。 A: 2名 B: 1名 C: 0名 D: 2名
在宅生活の継続に対する安心感	34	サービスの導入により、利用者等において、 在宅生活の継続に対する安心感が得られて いる	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	お客様より、こんなサービ スが合って良かったとのお 声を頂いております。 A: 2名 B: 1名 C: 0名 D: 2名