

2022年 3月 SOMPOケア上石神井  
定期巡回・随時対応型訪問介護看護  
第9回 介護・医療連携推進会議

■事業所名 SOMPOケア上石神井

■日時

■場所

■目的

## 書面開催

- ① 適正な運営を行うこと
- 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こと
- ③ 介護及び看護に関する課題について情報共有を行い、介護と看護の連携を図ること

### ■アジェンダ

	内容	担当	所要時間	開始時間	終了時間	資料
1	はじめに ごあいさつ					
2	介護・医療連携推進会議参加者のご紹介					
3	定期巡回・随時対応型訪問看護について					
4	サービスの提供状況の報告					
5	事例紹介					
6	サービスへの評価・要望・助言					
7	協議会メンバーからのご連絡					
8	外部評価					
9	閉会のあいさつ					

■議事進行

■議事録

介護・医療連携推進会議  
ご出席の皆様

## 介護・医療連携推進会議の目的

### 1. 介護・医療連携推進会議とは

「在宅での生活を継続」するために、地域の課題を共有し推進していく会議

### 2. 構成メンバー

～地域を様々な立場で支えている方々～

ご利用者・ご家族、地域住民の代表、地域の医師・医療機関の職員、市区町村職員、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、事業者等

### 3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは

単身・重度の要介護者等が、できる限り在宅生活を継続できるよう、「訪問介護」と「訪問看護」の連携の下で、適切な「アセスメント」と「マネジメント」に基づき、「短時間の定期巡回訪問」と「通報システムによる随時の対応等」を「適宜・適切に組み合わせて」提供する24時間対応の基幹サービスとして創設された。

#### 補足

- ・ 目的：「在宅生活の継続」
- ・ 手段：「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」

## 事業所概要

<b>①事業所名</b>	
SOMPOケア上石神井	
<b>②事業内容</b>	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業 訪問介護事業 居宅介護支援事業	
<b>③主なお問合せ受付 曜日/時間</b>	
曜日	月曜日～金曜日
時間	9:00～18:00
<b>④全事業職員数(人)</b>	
正社員	18人
非常勤	14人
合計	32人
<b>⑤利用者状況(人) 2022年2月現在</b>	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	14人
訪問介護事業	50人
居宅介護支援事業	237人
合計	301人
<b>⑥事業所の特徴</b>	
<p>介護度が上がり、さらに多くの介護が必要になった方へは、定額で安心の定期巡回随時対応サービスをお勧めします。</p> <p>住み慣れた居宅（自宅）を巡回して日常生活上の介護をお受けいただけます。</p> <p>居宅介護支援事業所も併設しておりますので、ケアプランも合わせてご相談下さい。</p> <p>訪問エリアは別紙にてご確認ください。</p>	



# SOMPOケア上石 神井 訪問エリア



## 利用実績(2021年12月～2022年2月)

利用者数推移	2021.12	2022.1	2022.2
月利用者数(延べ)	14名	13名	14名
新規サービス開始数	1名	1名	2名
サービス終了者数	2名	1名	0名
介護看護利用者数	8名	8名	10名
介護のみ利用者数	6名	5名	4名
平均介護度	4	4.2	4.1



定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

事例

退院直後のお看取りを支えるはずだったが、状態安定し訪問介護に移管したケース

82歳 男性 要介護4 (障害自立度: C2 ・認知症自立度 IV)

心不全にて救急搬送後、絶飲食となり入院されていた。入院中も状態なかなか安定せず、もう少し安定してから転院、もしくは退院を周囲はすすめるも、コロナ禍で面会も叶わない状況の中、妻の強い希望で主治医付き添いでの退院となった。退院当日より定期巡回サービス導入となる。

身体状況	生活状況	高齢者世帯	意識状態
82歳 急性心不全 退院後も痰吸引、酸素療法、点滴持続が必要で経口摂取不可。  不明 認知症	今回の入院前までは、自宅内歩行器を使用し排泄は概ね自立。妻は義父母の介護経験があったが、ご本人様は大柄で体格もよく、妻は華奢で小柄だが健康でご主人の介護もされていた		退院の移動中に何があってもおかしくない状況と言われていた意志疎通困難。発語困難ではあるが、帰宅された際、嗚咽され手を合わせ喜んでおられた。

週間計画 サービス導入時期 2021年12月～

ポイント

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
12:00							
18:00							
0:00							
6:00							

- ◆定期巡回訪問介護サービス 3回/日  
おむつ交換
- ◆訪問診療
- ◆訪問看護 医療保険特別指示書でほぼ毎日

- 状態安定後——
- ◆訪問入浴 1回/週

—— 定期巡回サービス

経過

- 入院中は絶飲食だったが、退院直後、在宅主治医により嚥下状態を確認し、少量ずつ再開可能と判断される。持続点滴も外し、定期的な痰吸引も様子見となった。徐々に経口摂取の量も増え、内服薬も可能となっていた。
- 奥様は高齢で小柄な為、負担が大きいと周囲は心配していたが、近隣在住の息子さんたちが連日交代で泊まり込み、在宅ワークの拠点として日中もご在宅され、ご家族一丸となって介護されることで、主介護者である妻の介護負担は心身ともに軽減されていた。
- ターミナルということだったが、予想に反して状態安定されていき、特別指示書継続非該当の予測となった。定期巡回を継続するためには契約している訪問看護事業所が連携契約する手続きが必要となる、もしくは定期巡回ではなく、訪問介護（出来高）に移管する方法と二通りあり、関係者協議の結果、訪問リハビリ（PT、OT）言語リハビリを導入する事を優先することで合意。
- 特別指示書終了と同時に3回/日の定期巡回ヘルパー派遣は終了、翌日から訪問介護が1回/日、訪問入浴導入、訪問リハビリ、言語リハビリ開始、2022.3月現在、食事量、食事形態も向上し、在宅生活を過ごすことができている。

結果

退院時、C2（自力では寝返りも出来ない）状態から、現在はC1（自力で寝返りをうつ）程度に回復しておられ、散歩ができることを目標にリクライニング車イスもレンタルされリハビリに励んでおられる。



(2021年度)

自己評価・外部評価 評価表

タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント	外部評価コメント A:評価できる B:まあまあ評価できる C:評価できない D:評価不能 (わからない)
			実施状況					
			できている	ほぼできている	できていないことが多い	全くできていない		
<b>I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]</b>								
<b>(1) 理念の明確化</b>								
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	○					A・・・10 C・・・0 B・・・2 D・・・0
<b>(2) 適切な人材の育成</b>								
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	○					A・・・10 B・・・2 C・・・0 D・・・0
	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			○	月1回の定例研修は実施されているが、項目にある専門技術に特化した研修の機会は確保できていない。		A・・・0 B・・・9 C・・・3 D・・・0
	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			○	事業としては未だ十二分な職員配置となっておらず検討の余地が無い状況である。		A・・・0 C・・・3 B・・・9 D・・・0
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		○				A・・・2 C・・・0 B・・・10 D・・・0
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>								
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			○	男性・女性希望など柔軟なサービス提供に至るほどの人材配置は対応できていない		A・・・0 C・・・3 B・・・9 D・・・0
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		○		コロナ禍により、書面開催となっており十分とはいえない状況であったが、適切に反映した事例もあり		A・・・4 B・・・8 C・・・0 D・・・0
<b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>								
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	○					A・・・9 B・・・3 C・・・0 D・・・0
<b>(5) 安全管理の徹底</b>								
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)		○		災害時の対応など全職員に周知されていない		A・・・4 B・・・8 C・・・0 D・・・0
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	○			鍵付き書庫での保管や専用廃棄BOXの設置等		A・・・7 B・・・5 C・・・0 D・・・0

II 過程評価 (Process)							
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、アセスメントが提案されている		○			A・・・2 C・・・0 B・・・10 D・・・0
	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、つぎ合わせ等が行われている	○				A・・・10 C・・・0 B・・・2 D・・・0
利用者等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	利用者等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		○			A・・・2 C・・・0 B・・・10 D・・・0
	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないように、利用者等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の、「未来志向型」の計画の作成が志向されている		○			A・・・3 B・・・9 C・・・0 D・・・0
(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		○		天候や体調不良時、年末年始等柔軟なサービス提供を実施している	A・・・11 B・・・1 C・・・0 D・・・0
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		○		1日複数回のサービス提供が主となっている為早期対応可能となっている	A・・・11 B・・・1 C・・・0 D・・・0
(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供							
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		○			A・・・12 C・・・0 B・・・0 D・・・0
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		○			A・・・11 C・・・0 B・・・1 D・・・0
(4) 利用者等との情報及び意識の共有							
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		○		十分であると断言しかねるため「ほぼできている」と自己評価している開始前に限定せず定期的なモニタリング等を通じて常に意識の共有を図っていく事を旨とする	A・・・3 B・・・9 C・・・0 D・・・0
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の努力がされている		○			A・・・12 C・・・0 B・・・0 D・・・0
	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		○			A・・・12 C・・・0 B・・・0 D・・・0
2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント							
(1) 共同ケアマネジメントの実践							
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		○			A・・・11 B・・・1 C・・・0 D・・・0
	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		○			A・・・10 B・・・2 C・・・0 D・・・0
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		○		サービス担当者会議欠席された他職種への積極的な情報提供としては改善の余地がある	A・・・5 B・・・7 C・・・0 D・・・0



(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							
利用者の在宅生活の継続に必要な 者、利用者等に対する包括的なサ ポートついで、多職種による検討	25	利用者の在宅生活の継続に必要な 、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)	○				A・・・10 B・・・2 C・・・0 D・・・0
	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)	○				A・・・10 B・・・2 C・・・0 D・・・0
	27	地域における利用者の在宅生活の継続 に必要な、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)	○				A・・・10 B・・・2 C・・・0 D・・・0
<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	○				A・・・10 C・・・0 B・・・2 D・・・0
	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		○		定められた発信に留 まっておらず、積極的 には至っていない	A・・・4 C・・・0 B・・・8 D・・・0
<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		○			A・・・4 B・・・8 C・・・0 D・・・0
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	○				A・・・11 C・・・0 B・・・1 D・・・0
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 や知見、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)				具体例がなく、割愛と した	
<b>Ⅲ 結果評価 (Outcome)</b>							
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	○				A・・・11 C・・・0 B・・・1 D・・・0
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	○				A・・・11 C・・・0 B・・・1 D・・・0