

令和 4 年 9 月度 SOMPOケア 上石神井

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

- 事業所名 SOMPOケア 上石神井 定期巡回
- 日時 令和 4 年 9 月
- 場所 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、書面にて開催
- 目的
- ① 適正な運営を行う
 - 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
 - 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

■アジェンダ

	内容	担当	所要時間	開始時間	終了時間	資料
1	事業所概要					
2	利用実績：令和4年3月～令和4年8月					
3	ケース紹介「急激なADL低下された方の生活を支えたケース」					
4	「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告					SOMPOケア上石神井
5	「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告					SOMPOケア上石神井 サテライト
6	自己評価・外部評価のお願い					

■議事進行

議事録本来の開催予定日：8月31日



Innovation for Wellbeing

SOMPOケア

事業所概要

①事業所名	
SOMPOケア 上石神井 定期巡回	
②事業内容	
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	
③主なお問合せ受付 曜日/時間	
曜日	月曜日～金曜日
時間	9:00～18:00
④SOMPOケア 上石神井職員数(人)	
正社員	13 名
非常勤	8 名
合計	21 名
⑤利用者状況(人) 令和4年8月31日現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	17 名
訪問介護事業	60 名
居宅支援事業	210 名
合計	287 名
⑥事業所の特徴	
<p>SOMPOケアは、企業理念に掲げる「人間尊重」という考え方にに基づき、介護を必要とする皆さまお一人おひとりに寄り添う個別性の高い介護サービスを追求しています。</p> <p>介護において最も大切なのは、ご利用者さまの生きがいや充実感のある毎日を支えていくこと。そのために不可欠なのが、スタッフの高い専門性と豊かな心の態度です。誇りある人生を、誇りある仕事で支えていく。私たちはこれを「介護プライド」と位置づけ、真のプロフェッショナルを育む人材教育や更なるやりがいを醸成する処遇改善に取り組んでいます。</p> <p>そして、テクノロジーを最大限活用しながら、人は人にしかできないことを行う「未来の介護」を創り上げることを最大のミッションとして、介護サービスの品質向上と業務負担の軽減に取り組んでいます。</p>	

SOMPOケア上石神 井



事業所名: SOMPOケア 上石神井

事例

急激なADL低下された方の生活を支えたケース

87歳

要介護 3

(生活自立度 B2 : 認知症自立度 IIa)

都営住宅で認知症の妻との二人暮らし。数年前まで夫婦で水道業を営んでいた。近所に住む次女が仕事や持病を抱えながら買い物等の支援をされているが、急激にADL低下した父親と認知症の母親の介護を行なうには負担が大きくなった。服薬や食事がきちんと摂れなくなり、当初訪問介護を利用されていたが、転倒を繰り返すようになったため、定期巡回サービスを利用することとなった。

主な疾患	生活状況	高齢者世帯	身体状況
高尿酸血症 脊柱管狭窄症 高血圧 めまい	認知症の妻と二人暮らしで生活保護を受けている。近所に住む次女が仕事の合間に支援している		意思の伝達ができ、介護者とのやりとりも問題ない。急激に歩行困難となり、室内でも車いす使用。

看護連携	看護助言
定期巡回サービス導入時、アセスメントナースとして関わることとなる	寒暖差を体感で感じにくいいため、空調・水分等の調節や声掛けをし、熱中症・脱水に気をつけてください。また現病からくる筋力低下や下肢の浮腫により転倒が増えている可能性があるため、適宜医師と相談してください。

介護目標
①定期的にヘルパーが服薬介助・水分・食事提示を行うことで、体調悪化を防ぐことができる。 ②排泄介助の支援を受けることで、転倒予防ができる。 ③緊急端末機を設置することで、緊急時の対応が出来る、また安心して在宅生活を送る事が出来る。

週間計画① サービス計画

看護サービス 有

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
6:00							
12:00							
18:00							
22:00							

ポイント

■定期巡回サービス:

- ・12:15～
- ・19:30～

■ケア内容

- 服薬介助、水分・食事提示
- △排泄介助あるいはおむつ交換
- △更衣介助

■緊急コールによる随時対応、随時訪問
頻回あり

■訪問看護

月1回のアセスメント

■訪問診療利用

事例

支援経過 R4 年 8 月現在

- ・当初、認知症の母が薬の飲み忘れがあり心配と娘様から相談があった。訪問介護のサービス開始の前に、父が急に歩行ができなくなったと娘様から相談があり、お二人それぞれに訪問介護サービスを利用することとなった。朝は娘様が訪問し、昼と夜にヘルパーが訪問し、服薬・水分・食事提示を行なった。夫は毎日のように転倒するようになり、夜間対応サービスを追加し、お二人の生活を支えることとなる。
- ・ご本人尿意・便意あるため、車いすを足でこいでトイレに行かれるが、便座から立てなくなったり、便座と壁の間に身体が挟まったり、トイレ前やベッド脇で頻回に転倒するようになり、夜間対応の随時訪問が時間構わず増え、対応に苦慮するようになる。
- ・訪問介護+夜間対応のサービスを利用すると、2事業所間の連絡が困難となり直ぐに駆け付けができないため、夫のみ定期巡回サービスに一本化することとなる。
- ・デイやショートステイ先でのリハビリの効果は見られず、このまま在宅生活を継続するのは難しいと思われ、区分変更申請を行ない、入所を検討することとなった。

導入後の効果

基本的には1日2回の訪問ではあるが、妻からの緊急通報により、結果複数回ヘルパーが訪問するため、呼べばすぐに来てくれるとお二人とも安心されている。

本人・家族の様子

導入時

導入後

妻が水分や食事を準備してくれないので、ヘルパーさんが来てくれて有難い。

水分、食事を摂取できるようになり、転倒時等にも迅速に対応することにより、何とか生活を支えることができている。週2回のデイサービスも楽しみにされている。

今後の課題

ご本人の体調を見ながらニーズに合わせた援助を行っていく。

運営推進会議 議事録（標準例）

事業所名	SOMPO ケア 上石神井 定期巡回
所在地	東京都練馬区上石神井 4-1-5 成昇ビル1階
開催日時	令和 4 年 8 月 31 日 水 曜日 : ~ :
開催場所	
出席者内訳	ハーティーケア、フレンドリーサポート、SOMPO ケア上石神井 居宅支援事業所へ資料お渡しし、評価をいただいた。
主な議題	新型コロナウイルス感染症の影響により、書面開催となる。
活動報告	①事業所概要 ②利用実績 ③事例 について書面でお渡しした。
出席者からの評価	別紙評価表参照 概ね「ほぼ出来ている。」の評価をいただいている。
要望、意見および助言	利用者様にご案内するものの、現在利用している訪問介護や 訪問看護を替えることに抵抗を示されることが多いとのご意 見をいただいた。
その他	
次回の開催予定	日時：令和 5 年 2 月 21 日火曜日 14：00 ～ 15：00 場所：未定

自己評価・外部評価 結果報告書

練馬区高齢施策担当部介護保険課 宛て

提出日：2022年 11月 21日

サービス種別 (該当に○)	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
		(介護予防)小規模多機能型居宅介護		
		(介護予防)認知症対応型共同生活介護		
		看護小規模多機能型居宅介護		
事業所名	SOMPO ケア 上石神井 定期巡回			
事業所所在地	(〒177- 0044) 東京都練馬区上石神井 4-1-5 成昇ビル1階			
担当者名	柏木 澄子			
連絡先	電話	03-5927-2231	FAX	03-5927-2232
	mail	kamisyakujii_m@sompocare.com		

以下のとおり、資料を添えて提出します。

運営推進会議等での評価 実施日	令和 4 年 8 月 31 日
-----------------	-----------------

添付資料

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

(別紙1) 自己評価・外部評価 評価表

(介護予防)小規模多機能型居宅介護

(別紙2-2) 事業所自己評価

(別紙2-4) サービス評価総括表

(介護予防)認知症対応型共同生活介護

(別紙2の2) 自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール

看護小規模多機能型居宅介護

(別紙3-3) 運営推進会議における評価

※運営推進会議等を活用した評価の結果は、利用者およびその家族に対して配布するとともに、公表し、その公表した日から2年間保存してください。

【提出先】

練馬区 高齢施策担当部 介護保険課 事業者運営推進係

〒176-8501 練馬区豊玉北6-12-1 練馬区役所 東庁舎4階

電話：03-5984-4589 (直通) ファクシミリ：03-3993-6362

E-mail：KAIGO02@city.nerima.tokyo.jp

自己評価・外部評価 評価表【SOMPOケア上石神井 定期巡回】

項目番号	項目	自己評価				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	
		実施状況						
		できて いる	ほぼ できて いる	が できて いない こと	全く できて いない			
I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]								
(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	○				「人間尊重」を基本理念とし、お一人お一人に合わせたケアができるようサービスに努めている。	A
(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	○				毎月のカンファレンスで事例共有を行っている。	A
	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		○			個別年間研修計画に沿った研修や毎月のコンプライアンス研修は行っているが、オペレーターに特化した研修は行っていない	B
	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		○			サービス提供時の記録や職員からの情報収集により個々の職員の特長をつかみ、能力が活かされるよう配置している	B
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		○			電話連絡にて適宜行っている。今後は、自社看護の場合は、社内グループウェアにて情報共有をしているが、他社看護に関しては、適宜MCSなどのコミュニケーションツールを使用して情報共有しているケースもある。	A
(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		○			定期サービスを組んだ後でも、随時訪問サービスが多ければ、再度アセスメントを行って、柔軟に時間変更をしていけるよう努力はしているが、人出不足の為に柔軟にならない場合もある。	B
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		○			コロナ禍で書面開催が続いているため、定期的に在宅介護支援事業所に出向き要望等を聞き取っている	B
(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	○				社内専用アプリを全職員が使用して、日々の情報やご利用者様の変化を記載し、リアルタイムで確認している。	A
(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)	○				災害対策マニュアルを作成。緊急時にも対応に関してフローにし掲示している。また、安否確認メールが本社より一斉送信され、出勤可能な職員は分かるシステムになっている。	A
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	○				個人情報の取り扱いについては周知徹底しており、コンプライアンス研修も定期的に行われている。	B

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た、アセスメントが提案されている	○		アセスメントシートを作成し、計画を立てている。	A
	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	○		初回アセスメントと毎月のモニタリングの帳票をいただき、すり合わせをしている。	A
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	○		ケアプランに沿った計画を作成している。	B
	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の、「未来志向型」の計画の作成が志向されている	○		ケアプランに沿った計画を作成し、訪問看護と連携して状態把握を行い報告をしている。	B
(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	○		状態の変化に応じて、柔軟に増回できている。	A
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	○		毎月モニタリングを行い、変化の早期発見・状態報告が出来る。	A
(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	○		介護・看護間の連携が図れている。	A
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	○		看護アセスを元に、細かい指示も含め、良く指導、助言をいただいている。また、MCSを活用し適宜対応している	A
(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	○		契約時に説明させていただいているが、定期巡回の仕組みについて十分理解されているとは言えない	B
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	○		上記同様、契約時及び計画書作成時に説明させていただいている。	A
	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	○		電話連絡にて適宜行っている。	A
2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的なマネジメント						
(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	○		サービス内容や時間は適宜相談し、決定している。	A
	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	○		気付きの都度、ケアマネジャーに提案している。	A
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	○		積極的に情報発信し、共有できている。	A
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的な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、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)	○		利用者が在宅生活を継続できるよう、保険外サービス等について、担当者会議の際に提案させてもらっている	A

	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)	○			多職種連携が図れるMCSを活用し情報共有を行ない、切れ目のないサービスを提供している	A
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なとなる、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)	○			多職種連携が図れるMCSを活用し情報共有を行っている	A

(1) 地域への積極的な情報発信及び提案							
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		○		当社ホームページにて掲載。	A
	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		○		居宅支援事業所を訪ね定期巡回についての説明を行なっている	A
(2) まちづくりへの参画							
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		○		行政資料については閲覧しているが、職員全員に浸透できていない	B
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		○		人員配置も含めて、今後の課題と考えている。	A
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	
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	○	○		達成後、新たな目標を立てている。	A
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		○		ご利用者アンケートを実施している。	A