

# 令和5年9月 介護・医療連携推進会議 アジェンダ

- 事業所名 SOMPOケア 在宅老人ホーム西東京
- 日時 令和5年9月29日金曜日13時00分～14時00分
- 場所
- 目的
- 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	所要時間	開始時間	終了時間	資料
1	開会のあいさつ		13:00	13:05	
2	介護・医療連携推進会議の参加者の紹介		13:05	13:15	
3	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 事業所概要		13:15	13:20	
4	サービス提供状況の報告・検討会・事例検討		13:20	13:45	
5	質疑応答		13:45	13:55	
6	閉会のあいさつ		13:55	14:00	

- 議事進行 SOMPOケア 在宅老人ホーム 西東京 定期巡回 和田
- 議事録 SOMPOケア 在宅老人ホーム 西東京 訪問看護 村上



Innovation for Wellbeing

SOMPO ケア

関係者各位

## 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。

### 4. 在宅老人ホームとは

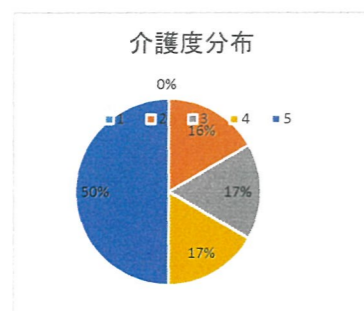
在宅にしながら老人ホームなどの施設と同等の安心をお持ちいただくためのサービスを提供する。そのために、自費サービスと介護保険を組み合わせることで、その方の希望する生活を支えることを目標とする。

## 事業所概要

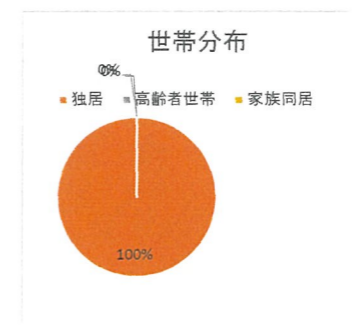
<b>①事業所名</b>	
SOMPOケア 在宅老人ホーム 西東京 定期巡回	
<b>②事業内容</b>	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業 夜間対応型訪問介護事業 訪問介護事業	
<b>③主なお問合せ受付 曜日/時間</b>	
曜日	月曜～金曜
時間	9:00～18:00
<b>④全事業職員数(人)</b>	
正社員	45 人
非常勤	47 人
合計	92 人
<b>⑤利用者状況(人) 令和3年8月末現在</b>	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	42 人
夜間対応型訪問介護事業	人
訪問介護事業	
合計	42 人
<b>⑥事業所の特徴</b>	

No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	主な疾患			導入目的	定期巡回の主なサービス		利用 開始日	終了・一時 中止日	終了・一時 中止理由	居宅介護支援 事業所名	介護保険 訪問看護利用	医療保険 訪問看護利用	訪問看護事業所	訪問診療
					(障害)	(認知)		1	2	3		1	2								
1			86	3	A2	II b	独居	パーキンソン病	甲状腺機能亢進症	慢性硬膜下血腫	内服・移動含め複数回援助が必要な為	内服	移動	2023/9/1			在宅老人ホーム西東京居宅介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京訪問看護	わかさクリニック三鷹
2			91	4	A1	II b	独居	高血圧症	椎間板ヘルニア		内服・排泄含め複数回援助が必要な為	内服	排泄	2023/8/1			在宅老人ホーム西東京居宅介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京訪問看護	村山中央病院
3			82	1	J2	II b	独居	脊椎圧迫骨折	うつ病	両膝変形膝関節症	内服援助が複数回必要な為	内服		2023/8/1			在宅老人ホーム西東京居宅介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京訪問看護	双泉会クリニックねりま
4			91	4	A2	II b	独居	高脂血症	高血圧症		内服・排泄援助が複数回必要な為	内服	排泄	2023/7/1			在宅老人ホーム西東京居宅介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京訪問看護	村山中央病院
5			84	2	A1	II b	独居	腰椎変性側弯症	腰椎圧迫骨折	慢性硬膜下血腫	内服援助が複数回必要な為	内服		2023/9/3			在宅老人ホーム西東京居宅介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京訪問看護	わかさクリニック三鷹
6			97	4	B1	II b	独居	変形性脊椎症	うっ血性心不全	胸腰椎圧迫骨折	内服・排泄援助が複数回必要な為	内服	排泄	2023/7/1	R5. 8. 13	特定施設 転居の為	在宅老人ホーム西東京居宅介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京訪問看護	城北さくらクリニック
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					

介護度	
1	1
2	1
3	1
4	3
5	0

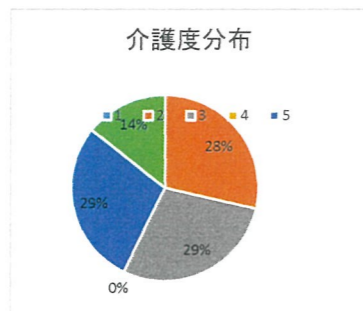


世帯分布	
独居	6
高齢者世帯	0
家族同居	0

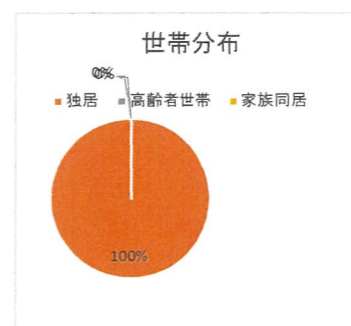


No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	主な疾患			導入目的	定期巡回の主なサービス		利用 開始日	終了・一時 中止日	終了・一時 中止理由	居宅介護支援 事業所名	介護保険 訪問看護利用	医療保険 訪問看護利用	訪問看護事業所	訪問診療
					(障害)	(認知)		1	2	3		1	2								
1			89	2	A2	III a	独居	アルツハイマー型認知症	高血圧症	過活動膀胱	アルツハイマー型認知症にて、服薬管理が曖昧になってきた為	服薬管理	入浴・清掃	2023/2/26			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	ねりま西クリニック
2			101	4	B2	IV	独居	脳梗塞	糞便性腸閉塞	便秘症	介護保険限度額超過に伴い経済的負担を減らす為	排泄援助	入浴・掃除	2023/4/17			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	村山中央病院
3			91	2	A1	II a	独居	アルツハイマー型認知症	脊柱管狭窄症		転倒後、自身で排泄管理が出来ず援助を導入の為	排泄援助	服薬援助	2023/3/15			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	かなざわファミリークリニック
4			93	1	A1	II a	独居	高血圧	便秘		処方薬を飲んだり飲まなかったりと服薬管理ができない為	服薬援助		2023/8/1			介護サービスセンター かたくり南大泉			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	なし
5			85	1	A2	III	独居	アルツハイマー型認知症	糖尿病	胃・胆のう摘出	服薬管理が出来ず、飲みすぎたりしてしまう為。また水分など促さない摂取量が少ない様子がある為	服薬援助	水分補給促し	2023/7/1			イーアシスト居宅介護支援事業所			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	なし
6			87	5	B2	III	独居	脳梗塞後遺症(高次脳機能障害・右上下肢麻痺)	てんかん	骨粗鬆症	右半身麻痺があり、排泄や入浴・掃除・服薬など援助が必要な為	服薬援助	排泄援助	2023/2/26			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	村山中央病院
7			97	4	B1	II a	独居	パーキンソン症候群	脊柱管狭窄症	高血圧	年齢と共に動きが衰えており移動や服薬、入浴など援助が必要な為	服薬援助	排泄援助	2023/3/3			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	村山中央病院
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					

介護度	
1	2
2	2
3	0
4	2
5	1

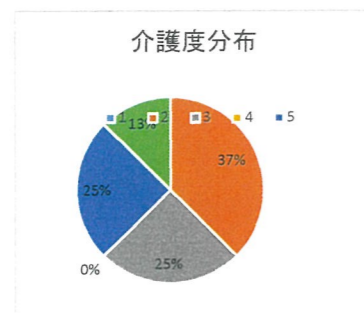


世帯分布	
独居	7
高齢者世帯	0
家族同居	0

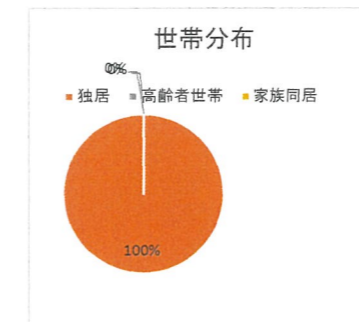


No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	主な疾患			導入目的	定期巡回の主なサービス		利用 開始日	終了・一時 中止日	終了・一時 中止理由	居宅介護支援 事業所名	介護保険 訪問看護利用	医療保険 訪問看護利用	訪問看護事業所	訪問診療
					(障害)	(認知)		1	2	3		1	2								
1			92	2	J2	I	独居	不整脈	不眠症	左右大腿骨骨折	内服・移動含め複数回援助が必要な為	入浴	掃除	2023/7/1							
2			99	4	B1	II b	独居	なし			移動含め複数回援助が必要な為	排泄	食事介助	2023/4/1							
3			89	4	B1	III a	独居	甲状腺機能低下症	細胞性リンパ腫	正常圧水頭症(初見)	内服・移動含め複数回援助が必要な為	排泄	移動	2023/9/1							
4			92	2	A1	IV	独居	高血圧	高脂血症	子宮脱	内服・入浴含め複数回援助が必要な為	内服	入浴	2023/4/1							
5			95	1	J2	I	独居	骨粗鬆症			内服・移動含め複数回援助が必要な為	内服	移動	2023/5/1							
6			84	5	A2	I	独居	頸椎性脊髄症			内服・移乗含め複数回援助が必要な為	排泄	移乗	2023/4/1							
7			96	1	A1	I	独居	慢性硬膜下血腫	右変形性膝関節症		内服・入浴含め複数回援助が必要な為	内服	入浴	2023/6/1							
8			96	1	A1	I	独居	膝関節症	高血圧		入浴援助、看護との連携転倒予防必要な為	入浴	掃除	2023/9/1							
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					

介護度	
1	3
2	2
3	0
4	2
5	1

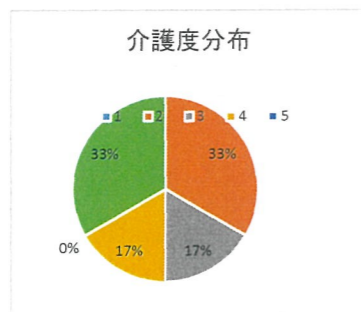


世帯分布	
独居	8
高齢者世帯	0
家族同居	0

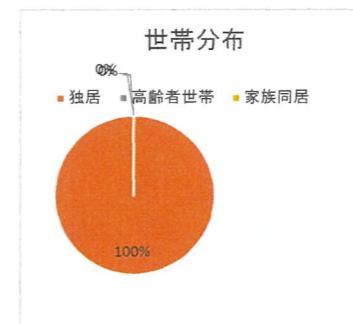


No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	主な疾患			導入目的	定期巡回の主なサービス		利用 開始日	終了・一時 中止日	終了・一時 中止理由	居宅介護支援 事業所名	介護保険 訪問看護利用	医療保険 訪問看護利用	訪問看護事業所	訪問診療
					(障害)	(認知)		1	2	3		1	2								
1			81	5	B1	自立	独居	うつ病	パーキンソン症候群	便秘症	内服・排泄含め複数回援助が必要な為	排泄	内服	2023/7/1			在宅老人ホーム西東京 訪問看護	有り	有り	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	村山中央病院
2			90	5	A2	II b	独居	アルツハイマー型認知症	腰部脊柱管狭窄症	気管支喘息	内服・排泄含め複数回援助が必要な為	排泄	食事介助	2023/7/1			在宅老人ホーム西東京 訪問看護	有り	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	村山中央病院
3			95	3	A1	II b	独居	認知症	高脂血症	両上肢関節リウマチ	認知症状が進んでしまい移動介助が頻繁に必要な為	移動介助	入浴	2023/8/1			在宅老人ホーム西東京 訪問看護	有り	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	村山中央病院
4			101	1	J2	自立	独居	右股関節OPE後の後遺症	脊柱管狭窄症	高脂血症	内服援助が複数回必要な為	内服	掃除・洗濯	2023/8/1			在宅老人ホーム西東京 訪問看護	有り	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	村山中央病院
5			98	1	A1	自立	独居	高血圧	便秘症	老年症候群	内服援助が複数回必要な為	内服	入浴	2023/8/1			在宅老人ホーム西東京 訪問看護	有り	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	村山中央病院
6			91	2	A2	I	独居	胃炎・逆流性食道炎	脂質異常症	不眠症	内服・排泄含め複数回援助が必要な為	内服	入浴	2023/8/18			在宅老人ホーム西東京 訪問看護	有り	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	村山中央病院
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					

介護度	
1	2
2	1
3	1
4	0
5	2

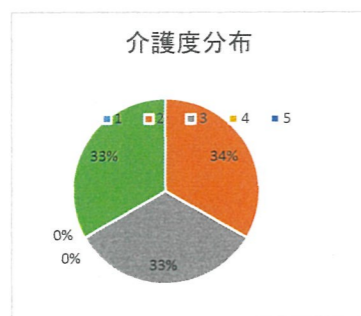


世帯分布	
独居	6
高齢者世帯	0
家族同居	0



No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	主な疾患			導入目的	定期巡回の主なサービス		利用 開始日	終了・一時 中止日	終了・一時 中止理由	居宅介護支援 事業所名	介護保険 訪問看護利 用	医療保険 訪問看護利 用	訪問看護事業所	訪問診療
					(障害)	(認知)		1	2	3		1	2								
1			85	5	A2	IV		アルツハイマー型認知症	変形性膝関節症	高血圧症	内服・排泄含め複数回援助が必要な為	内服	排泄	2023/7/1			在宅老人ホーム西東京居宅介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京訪問看護	村山中央病院
2			87	1	A2	II b		脳梗塞後遺症	腰部脊柱管狭窄症	高血圧症	内服・移動含め複数回援助が必要な為	内服	移動	2023/8/1			在宅老人ホーム西東京居宅介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京訪問看護	村山中央病院
3			93	2	A1	III		レビー小体型認知症	高血圧症		内服・移動含め複数回援助が必要な為	内服	移動	2023/9/1			在宅老人ホーム西東京居宅介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京訪問看護	岡田医院
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					

介護度	
1	1
2	1
3	0
4	0
5	1

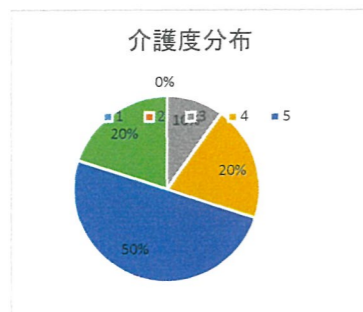


世帯分布	
独居	0
高齢者世帯	0
家族同居	0

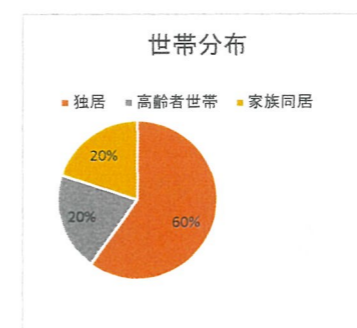


No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	主な疾患			導入目的	定期巡回の主なサービス		利用 開始日	終了・一時 中止日	終了・一時 中止理由	居宅介護支援 事業所名	介護保険 訪問看護利用	医療保険 訪問看護利用	訪問看護事業所	訪問診療
					(障害)	(認知)		1	2	3		1	2								
1			90	4	A2	II	独居	廃用症候群	便秘	認知症	奥様が一緒にいることに疲れ、長女様宅に泊っている間 飲食が心配なため導入	食事・水分配膳下膳 家事援助	R5. 3. 20	R5. 3. 20	死亡	年輪ケアプランセンター	無	無	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	無	
2			87	5	B2	II b	家族同居	S字結腸術後	膝関節症	認知症	排泄介助、おむつ交換が同居家族では困難なため	おむつ交換 ポータブルトイレでの排泄介助	R5. 3. 1	R5. 5. 18	入所	フローラ田無居宅介護支援事業所	無	無	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	わたらせクリニック	
3			88	2	A2	I	家族同居	白内障	廃用性症候群		白内障術後の点眼 本人、長男(障害)できないため	点眼 服薬	R5. 3. 1	R5. 5. 29	点眼終了	居宅介護支援事業所 陽だまり	無	無	西東京市 医師会 訪問看護	無	
4			92	3	B1	II b	独居	膝関節症	高血圧	緑内障	尿失禁が毎日 リハビリパンツが上げられない	排泄介助 更衣介助	R5. 3. 1			めぐみ園指定居宅介護支援事業所	有	無	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	池田医院	
5			82	4	B1	自立	高齢者世帯	腰椎圧迫骨折	ペースメーカー		圧迫骨折のため起き上がり、トイレ介助の援助が1日数回必要	排せつ介助	R5. 5. 3	R5. 5. 25	訪問介護サービスへ移行	居宅介護支援事業所 陽だまり	有	無	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	田無循環器クリニック	
6			60	4	C1	自立	独居	ALS			筋力、動作が日々低下 転倒等 夜間等 コール出来る体制が必要	移乗介助 洗面等	R5. 6. 1	R5. 7. 4	施設入所	年輪ケアプランセンター	無	有	訪問看護 ユーカリ西東京	ねりま西クリニック	
7			75	4	C1	III	高齢者世帯	肝硬変	肝性脳症による認知機能低下		病院ともめて退院 リハビリせずに帰宅ベッド上での生活	オムツ交換 清拭、更衣介助	R5. 6. 19	R5. 7. 31	訪問介護サービスへ移行	合同会社 徳有企画	有	無	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	無し	
8			91	3	A1	III	独居	認知症	直腸潰瘍から出血	下肢機能障害	認知症のためご自身の体調変化に気付かない	排せつ介助時 皮膚の確認 家事援助	R5. 6. 1			めぐみ園指定居宅介護支援事業所	有	無	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	池田クリニック	
9			84	4	A1	自立	独居	すい臓がん末期			独居のため 日々の変化 都度必要なサービスを提供	服薬介助 水分補給	R5. 6. 29	R5. 8. 14	ホスピス入所	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所	無	有	だいたい訪問看護	笠井医院	
10			86	5	C1	II b	独居	在宅中心静脈栄養法	誤嚥性肺炎	褥瘡	退院後 再度誤嚥性肺炎のリスクあり 褥瘡の悪化を防ぐため	オムツ交換 口腔ケア	R5. 7. 8	R5. 8. 20	特指示終了	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所	有	無	佐々訪問看護	黒目川診療所	
11			91	4	A1	自立	独居	胆管がん末期	肺気腫		在宅、独居でターミナルケア 日々の観察、コールで対応できる安心のため	家事援助	R5. 8. 18			マイズケア	無	有	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護	笠井医院	
12			85	5	C1	II	高齢者世帯	小腸癌 転移 末期			在宅生活での 要望要求が多く 高齢の奥様では対応不可	排せつ介助 服薬介助	R5. 9. 1			SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所	無し	有	芝久保訪問看護	笠井医院	
13																					

1	0
2	1
3	2
4	5
5	2



独居	6
高齢者世帯	2
家族同居	2



# 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告

SOMPOケア 在宅老人ホーム西東京  
定期巡回

令和5年9月



Innovation for Wellbeing

---

SOMPOケア

## 導入目的：自分のペースで歩けるようになりたい

利用者情報	年齢	87	性別	女性	要介護度	要介護3
-------	----	----	----	----	------	------

主な疾患	パーキンソン病・甲状腺機能亢進症・慢性硬膜下血腫・腰椎変形症・圧迫骨折
------	-------------------------------------

身体状況	自宅内排泄や移動はパーキンソン病もあり、動作はとても緩慢であるが、車椅子移動にて自身のペースでゆっくり行えている。屋内移動等長い距離に関しては、耐久性の面から生活動作として困難であり支援をうけている。
------	--

生活状況	サービス付き高齢者向け住宅にて独居。近隣に娘様がお住まいであり受診や日用品の補充含め支援してくれている。
------	--

認知状況	認知症の診断があるが、基本的な予定に関しては想起でき、話の内容への理解等が困難な様子も見受けられるが他、大きな記憶障害の様子見受けられない。
------	--

### サービス導入経緯

2023年1月31日硬膜下血腫に伴う手術にて入院をされた際に、誤嚥性肺炎による抗生剤による薬疹が表出、その後治療中に帯状疱疹も発症し2か月近い入院生活により、身体機能が大きく低下する。退院後は訪問介護による生活リハビリと、訪問看護による体調観察と機能訓練を実施していた。本人様の通所リハビリを利用したいという思いがあり、定期巡回事業所開設に伴ない少数頻回の生活リハビリと、デイケアによる機能訓練を合わせて利用できるよう導入の運びとなる。

### 看護アセスメント

自己リハビリには意欲的に取り組んでいる様子があります。便秘症でもあり、排便出やすいよう、肘や膝をくっつけるような体幹ねじりを追加で指導しております。リハビリチェックシートにて意欲的にリハビリを実施してます。

### 支援体制

サービス導入前	サービス導入時
■訪問介護サービス あり	■定期サービス
■通所介護 なし	入浴・掃除・洗濯（週2回） 食堂移動1日6回
	食堂移動 1日6回 更衣・整容1日2回 買い物週1回
	■通所リハビリ 週1回あり
■訪問看護 あり	■訪問看護 週1回あり
■往診 月 2回	■往診 月2回

## 導入目的：できるだけ自宅で生活したい

利用者情報	年齢	101	性別	女性	要介護度	4
-------	----	-----	----	----	------	---

主な疾患	・慢性心不全 ・逆流性食道炎 ・白内障 ・粘膜逸脱症候群 ・便秘症 ・骨粗鬆症
------	---

身体状況	令和2年頃より食思減退、令和3年頃から臥床時間が増え立位、座位、歩行の耐久性低下。令和5年9月現在では食事介助も行い、ADLの低下見られている。
------	--

生活状況	食事、排泄、入浴援助等日常生活必要動作全般の援助が必要な状況
------	--------------------------------

認知状況	記憶障害(認知症の確定診断なし)、年齢相応の状況。発語が少なく、話し手が一方的にお話をするのみでキャッチボールが出来ない。
------	---

サービス導入経緯	
----------	--

援助量増加に伴い介護保険の限度額超過により経済的負担が大きくなる事と、体調管理・状態の変化等における適宜対応が必要となってきたため定期巡回へ移行となる。

看護アセスメント	
----------	--

日常動作の介助、体調管理や排便コントロールを行うことで、ご本人様のご意向である安心した生活に繋げていく事ができると思われる。

支援体制	
------	--

サービス導入前	サービス導入時
■訪問介護サービス あり	■定期サービス
■通所介護 なし	7:00~7:29/9:20~9:30/11:20~11:30/12:30~12:45/13:30~14:30/ 14:00~14:59/14:00~15:00/17:50~18:00/19:00~19:29/23:00~23:10
	■通所介護 なし
■訪問看護 あり (外部)	■訪問看護あり
■往診 あり 月/2回	■往診 あり 月/2回

サービスの振り返り	
-----------	--

サービス前2021年、2022年と夏場に限り脱水や急激な食事量低下が見受けられたが、定期巡回移行後の今年の夏は食事介助の援助も追加され例年見られた食思不振・脱水を防ぐ事が出来ている。また定期的に熱発を繰り返されるため状態に応じた援助を調整している。

今後の課題として、年齢が100歳を超えていっしやADL/QOLともに低下傾向にあり、医療との連携も多分に必要となってきたため、連携の上で援助サービスの調整を随時行っていく必要がある。

## 導入目的：できるだけ自宅で生活したい

利用者情報	年齢	90	性別	男	要介護度	要介護3
-------	----	----	----	---	------	------

主な疾患	便秘
------	----

身体状況	医者嫌い 便秘での受診あり 奥様不在になり 引きこもり、食事、水分摂取に問題 居室内廊下はいざって移動 トイレは行ける 台所などには途中つかまり立位とれる。
------	--

生活状況	妻と同居 だが妻が骨折し娘様のお宅で生活することになり ご本人、独居となり 食事、買い物、できない状況
------	---

認知状況	無し
------	----

### サービス導入経緯

同居の奥様が骨折したにも関わらず、ご本人の身の回りの世話を強要しご主人のことを怖がり一緒に住めない状態になり娘様の家に住むことになった ご本人には入院と伝えている。車の免許を返納したこともあり更に引きこもりになる。施設入所勧めるが家で死にたいと言われている。介護保険サービスに抵抗され今まで介入できてこなかったが、水分、食事が摂られていない、買い物や入浴もされていない状況のため 一日数回訪問が出来る定期巡回の利用となった。

### 看護アセスメント

るい瘦、全身の皮膚乾燥、便秘、セルフケア不足を認めます。状況から、低栄養や水分不足が考えられます。認知症に関しては、長谷川式スケールで25点/30点であり、意思疎通は可能です。今後、栄養状態の改善、水分の声掛け、清潔援助環境整備が必要です。受診もしておらず、市販の便秘薬、頭痛薬を内服しています。褥瘡・転倒リスクもあるため皮膚の状態を観察お願いいたします。

### 支援体制

サービス導入前	サービス導入時
■ 訪問介護サービス なし	■ 定期サービス
■ 通所介護 なし	8:00~8:30 / 11:30~12:00 / 15:00~15:20/18:00~18:20
	■ 通所介護 0回
■ 訪問看護 無し	■ 訪問看護利用なし
■ 往診 無し	■ アセスメント月1回
	■ 往診 無し

2023年9月 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 自己評価・外部評価 評価表 ※裏面もあります。

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
			実施状況						
			できて いる	い ほ ぼ ど で て い る	い い で き と が い な い	で き な い	全 く で き 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		○					
<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		○			事業所定例研修等でサービスの基本事項を研修し、個別の利用者に関しては、必ずオリエンテーションを行っている。		
	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等の判断能力など)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		○			月に1回必ず事業所定例研修を行い、知識や技術の標準化を図っている。		
	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		○			オリエンテーション・同行訪問時に、安全にサービスが提供できるよう指導・確認を行っている。 ケア内容やヘルパーの特性・スキルを考慮しながら、コーディネートしている。		
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		○			夜勤者とも連携したサービスの提供ができるように、留意事項伝達シート以外にも業務申し送り伝達シートを運用している。		
<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		○			年2回の内部指導を行うよう法人で定めている。		
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		○			医療連携推進会議で様々な立場からの助言があり、困難事例に取り組みている。		
<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		○			ケア時の救急対応については、契約時に確認しており、緊急連絡表に明記している。		
<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)		○					
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		○			契約時に、必要に応じて個人情報を使用する旨を説明し、同意を得ている。 倫理や守秘義務に関する基本マニュアルを整備し、定例研修や日々の業務で指導している。		
<b>II 過程評価 (Process)</b>									
<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</b>									
<b>(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</b>									
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		○			各種アセスメントシートにアセスメント依頼理由を設け、一目で必要な時期がわかるようになっている。 業務マニュアルに基づき、訪問介護計画が作成されている		
	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		○			看護師がモニタリング時にご利用者へ助言すると共に、介護支援についても維持・拡大に向けた提案・助言を行っている。		
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		○			計画や手順書作成時にはカンファレンスを行い、適切なサービスが提供できるかどうか妥当性を確認している		
	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないよう、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		○					
<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</b>									
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		○			法人でテキストを作成し、変更する場合はポイントを明記している		
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		○			計画作成責任者・看護師共にモニタリングを行い、変化・対応を確認し具体的に記録している。		
<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		○			連携型の事業所であるため、看護サービスは提供していないが、連携先の訪問看護事業所とはとても良い関係が築けている。		

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						医療廃棄物の適切な取り扱い方法や感染予防の方法を訪問介護員や利用者等に説明している
<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						定期的に計画作成責任者が利用者宅を訪問し、サービス状況について意思を確認している。
	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						担当しているヘルパー・ヘルムル配信するなど、常に皆が情報を活用できるよう工夫している。
<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						
	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						
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						
<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)						
	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、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、誰でも見ることでできるような方法での情報発信が、迅速に行われている						医療連携推進会議や地域ケア会議等での情報を必要に応じて利用者へ提供している。事業所内では、どなたでも閲覧ができるようにファイリングしている。ホームページへの掲載は検討中。
	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						事業者連絡会主催、世田谷区共催で事業説明、事例等セミナーを年1回開催している。個別に状況報告や事例検討に参加頂くなど理解を深める行動を行っている。
<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						地域ケア会議への参加の他、サービスの現状を区役所へ定期的に報告するなど関係を築いている。
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						サテライトを増やし、ケア量が多くても対応できるようにサービス提供エリアを拡大していく計画がある。
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)						
<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						
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						

## 第一回 介護医療連携推進会議 議事録

### <出席者>

西東京市健康福祉部高齢者支援課介護指導給付係 荒木様

田無地域包括支援センター 中台様

SOMPOケア株式会社

東京本部 西東京第2事業部長 杉山

東京本部 東京業務部 東京業務課 毛利

SOMPOケア 在宅老人ホーム西東京 定期巡回 管理者 和田

SOMPOケア 在宅老人ホーム西東京 定期巡回 保谷北町サテライト

計画作成責任者 花園

SOMPOケア 在宅老人ホーム西東京 定期巡回 西東京泉町サテライト

計画作成責任者 宮田

### <開会のあいさつ（杉山）>

定期巡回を西東京市で開設し、初めての推進会議となります。

弊社が目指す「エイジングインプレイス（地域居住）実現」のため、在宅介護を24時間365日フルラインナップの提供体制を整え、西東京市民の皆様にご安心して生活が継続できますよう支援して参ります。

### <事業概要、利用者情報、事例等（和田より別紙資料参照）>

#### <質疑応答（全員）>

・地域のケアマネジャーに浸透しているか？

→ケアマネジャーより相談を受けて定期巡回や訪問介護などを決めていく。相談は増えてきている。

・途中で定期巡回を辞めている方に対する分析

→訪問回数・コール機が必要かどうかで判断。始めに定期巡回で試してみても変更をすることもある。

・訪問介護サービスへの移行について

→料金 デイサービス等との兼ね合い

ターミナル・医療など介護の必要性から



・ SOMPO ケア以外の訪問看護とのつながりはあるか

→西東京医師会、ひだまり、あすなるなど他の事業所ともつながりがある。

・ エリアはどこが多いか？

→向台町・柳沢

→北の方もあると良いのでは。

・ 問い合わせはありますか？

→問い合わせはあるが、利用までつながっていないが、西東京市に拠点があるので西東京市全域へサービスを提供できるように引き続きお願いしたい。

・ 病院との関係性はどうか？

→田無病院の退院支援を行うワーカーさんに選択肢の一つとして説明していただいている。

・ 他の事業所とのつながりは？

→そよかぜ、エルダリーケアさんが事業所にあいさつに来ていただいた。

合同で何かしたいとお話もあった。

・ 田無町で居宅介護支援事業所との集まりなどはないか？

→ケアマネ交流会を行っているのでそちらでつながりを持つことができるし、先日、認知症家族会にて定期巡回サービスについて説明をした。

➡田無町では、「認知症サポーター研修」や「虐待防止研修」などを行っておりますので、早期発見につなげるためにも是非、受けていただきたい。

<閉会のあいさつ（毛利）>

自己評価と外部評価について説明（別紙参照）。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護という事業は、地域密着型サービスとして位置づけられ、その地域に根差して、育んでいくサービスです。弊社ではサービス付き高齢者向け住宅も展開しており、西東京市には 5 施設あります。こちらをサテライトとして、当該施設の入居者以外近隣在住の方にもサービスを提供することを目指し、西東京市で広く支援することで貢献できると考えております。その地域貢献のため、介護、医療、そして地域の方々と闊達な意見交換の場として継続して参りますので、引き続きよろしく願いいたします。