

令和5年度 第1回 SOMPOケア大泉学園

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ケア大泉学園 定期巡回
- 日時 令和5年10月27日（金） 14:00~15:30
- 場所 練馬区立勤労福祉会館 2F会議室（中）
- 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	ご挨拶	根岸、馬杉	5分	14:00	14:05	
2	会議参加者のご紹介	根岸	10分	14:05	14:15	
3	定期巡回随時対応型訪問介護看護について	根岸	10分	14:15	14:25	
4	サービス提供状況の報告	根岸	5分	14:25	14:30	
5	ケース紹介 SOMPOケア大泉学園	島津	5分	14:30	14:35	
	ケース紹介 SOMPOケア大泉学園サテライト	岡本	5分	14:35	14:40	
	ケース紹介 SOMPOケア上石神井	馬杉	5分	14:40	14:45	
	ケース紹介 SOMPOケア上石神井サテライト	飯田	5分	14:45	14:50	
6	質疑応答	参加者	10分	14:50	15:00	
7	協議会メンバーからのご連絡	参加者	5分	15:00	15:05	
8	外部評価記入	根岸	20分	15:05	15:25	
9	閉会のご挨拶	根岸	5分	15:25	15:30	

■議事進行 SOMPOケア株式会社 SOMPOケア大泉学園 管理者 根岸 明史

■議事進行 SOMPOケア株式会社 SOMPOケア上石神井 管理者 馬杉 愛



Innovation for Wellbeing

SOMPO ケア

# 介護・医療連携推進会議\_1回目

開催日 2023/10/27 時間 14:00 ~ 15:30

定期巡回事業所名 SOMPOケア大泉学園

ご依頼の一覧

	所属機関	役職等	出席者お名前
市区長職員	練馬区介護保険課	練馬区職員	戸井 様
地域包括支援センター等	大泉学園 地域包括支援センター	看護師	神 美保 様
地域包括支援センター等	南大泉 地域包括支援センター	保健師	佐藤 笑 様
地域包括支援センター等	大泉北 地域包括支援センター	訪問支援員	本間 雅未 様
地域包括支援センター等	やすらぎミラージュ 地域包括支援センター	主任介護支援専門員	早川 育寿 様
地域包括支援センター等	上石神井 地域包括支援センター	社会福祉士	松浦 正博 様 塩田 理美 様
地域包括支援センター等	第二光陽苑 地域包括支援センター	社会福祉士	中元 隆雄 様
地域包括支援センター等	フローラ石神井公園 地域包括支援センター	医療職	中野 千文 様
地域包括支援センター等	高野台地 域包括支援センター	センター長 看護師	宇都 美都里様
地域事業者	居宅支援 めぐみの会	介護支援専門員	後藤 久美子様
地域事業者	かしのきケア 居宅介護支援部	介護支援専門員	大岩 八重 様
SOMPOケア	SOMPOケア大泉学園	管理者	根岸 明史
SOMPOケア	SOMPOケア大泉学園	そんぼの家S大泉北 ホーム長	岡本 明人
SOMPOケア	SOMPOケア大泉学園	計画作成責任者	島津 悠
SOMPOケア	SOMPOケア上石神井	管理者	馬杉 愛
SOMPOケア	SOMPOケア上石神井	そんぼの家S上石神井 副ホーム長	飯田 圭介
SOMPOケア	SOMPOケア上石神井	計画作成責任者	野中 みゆき
SOMPOケア	SOMPOケア 練馬	訪問看護 看護師	鄭 辰錫
SOMPOケア	SOMPOケア大泉学園	介護支援専門員管理者	中尾 信子
SOMPOケア	SOMPOケア大泉学園	介護支援専門員	中村 直子
SOMPOケア	SOMPOケア大泉学園	介護支援専門員	杉田 美歩
SOMPOケア	SOMPOケア大泉学園	介護支援専門員	矢野 千晶
SOMPOケア	SOMPOケア大泉学園	介護支援専門員	山寄 亮
SOMPOケア	SOMPOケア上石神井	介護支援専門員	高羽 由利子
SOMPOケア	SOMPOケア上石神井	介護支援専門員	中村 由貴子
SOMPOケア	SOMPOケア大泉学園	事務員	佐治 洋子

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「通報対応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」





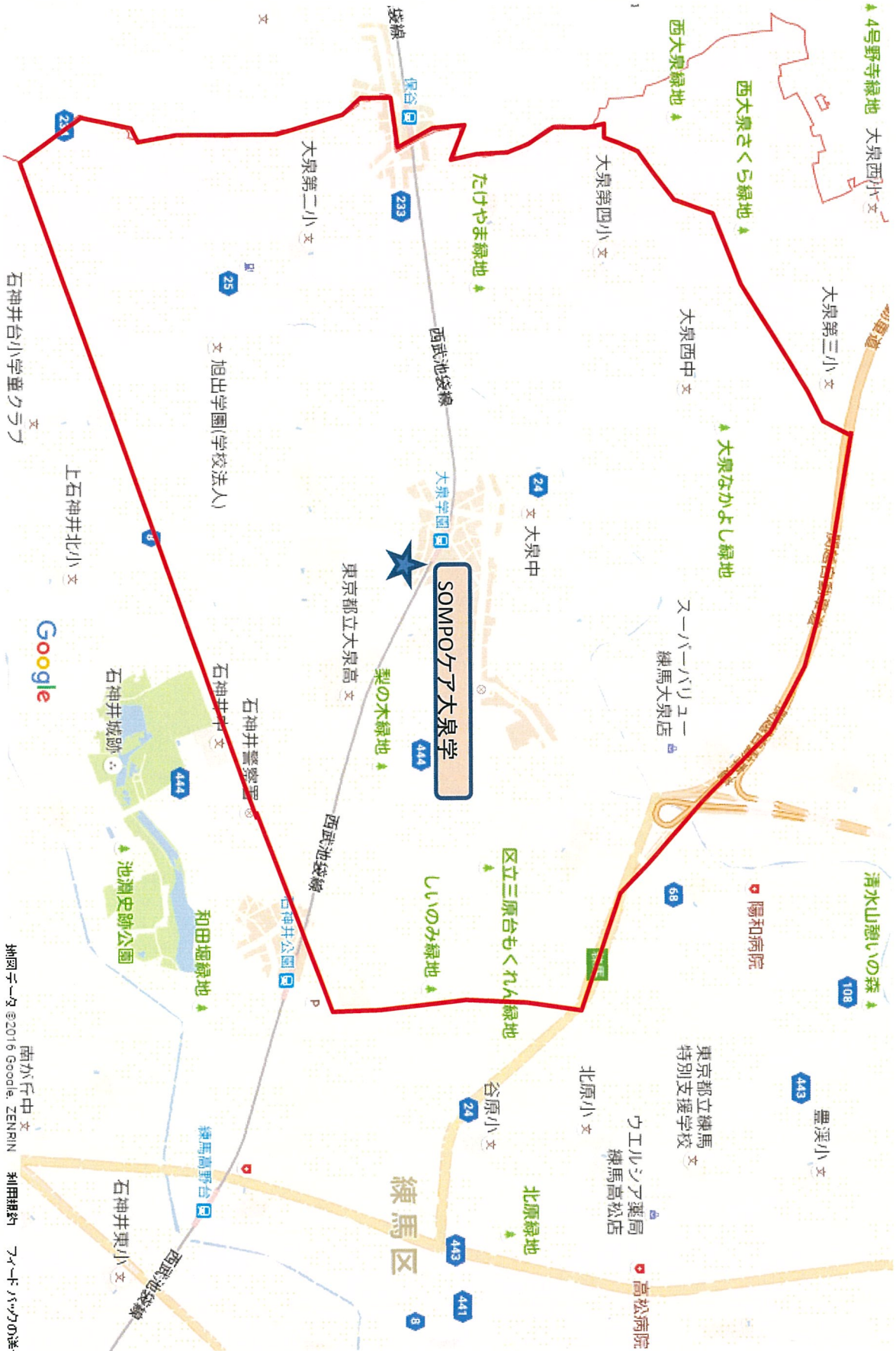




## 事業所概要

<b>①事業所名</b>	
SOMPOケア大泉学園	
<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 夜間対応型訪問介護事業・大泉学園、上石神井地域 障害居宅介護 重度訪問介護	
<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	20人 (内サテライト：9人)
非常勤	2人 (内サテライト：0人)
合計	22人
<b>⑤利用者状況(人) 2023年9月現在</b>	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	24人
訪問介護事業	22人
総合事業	4人
夜間対応型訪問介護事業サテライト	43人
障害居宅介護 重度訪問介護	4人
合計	97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。介護保険の上限を気にすることなく、住み慣れた自宅で施設同等の介護をお受けいただけます。</p> <p>訪問エリアは別紙にてご確認ください。</p>	



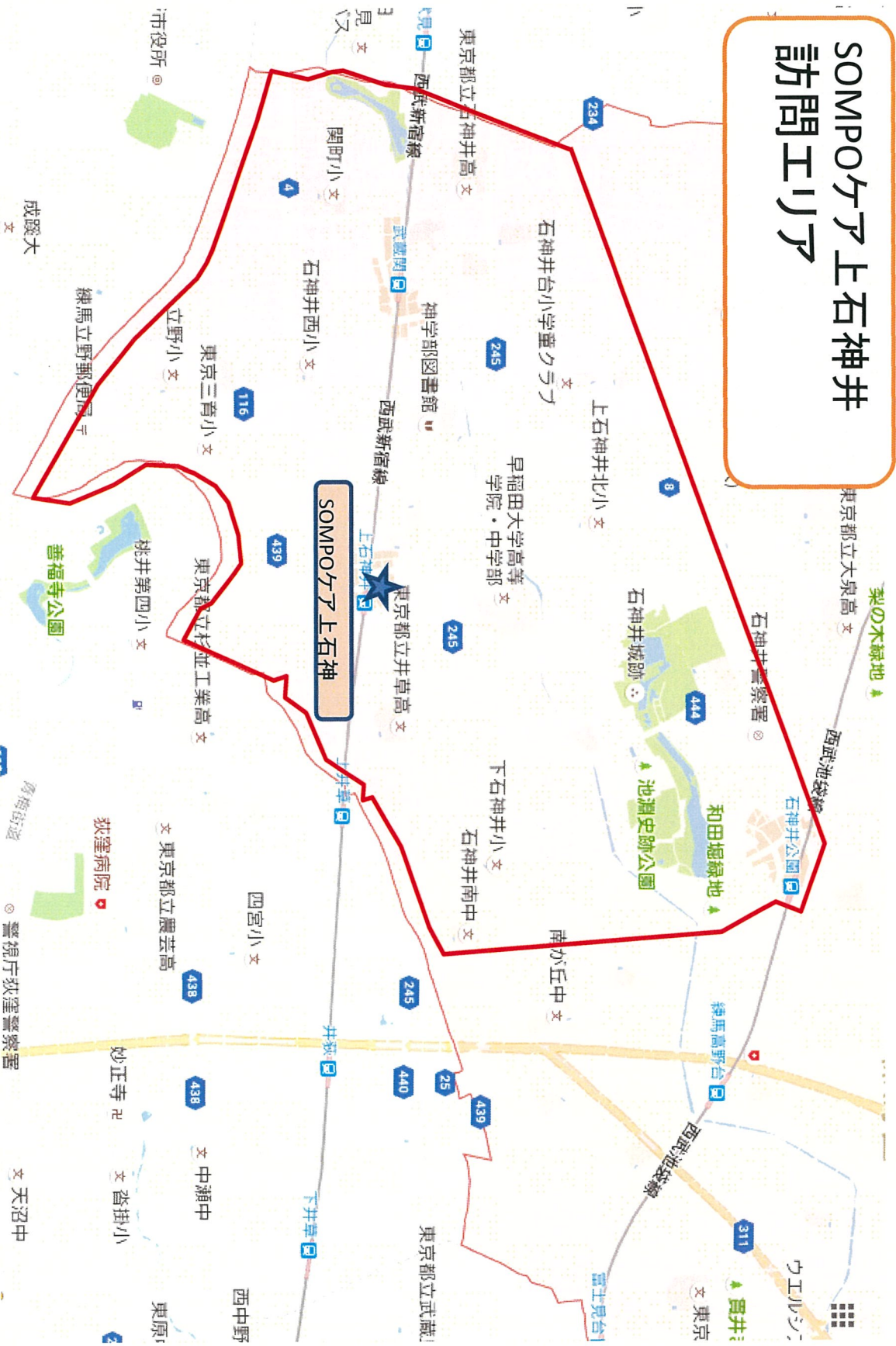




## 事業所概要

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 (内サテライト：10名)
非常勤	14名 (内サテライト：0名)
合計	27名
⑤利用者状況(人) 令和5年10月20日現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	16名
訪問介護事業	62名
居宅支援事業	149名
合計	227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 訪問エリア

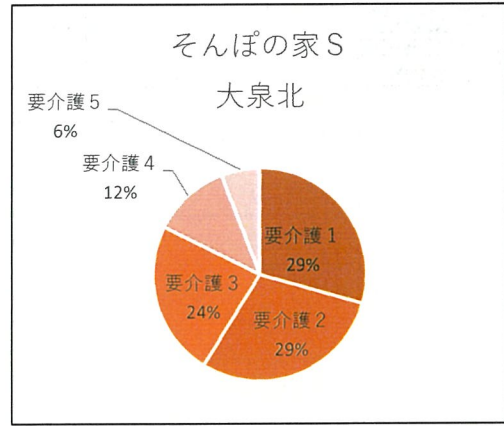
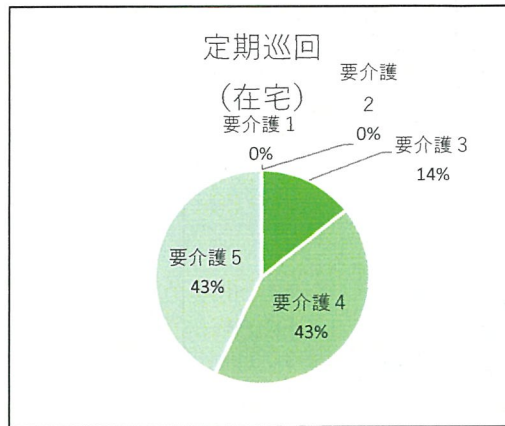


定期巡回 大泉学園 集計データ  
2023年2月 ~ 2023年9月



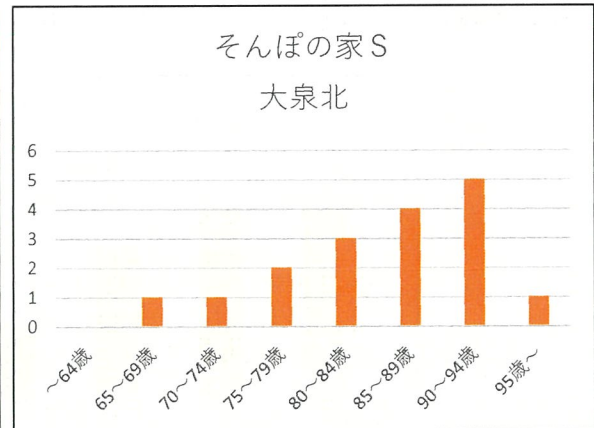
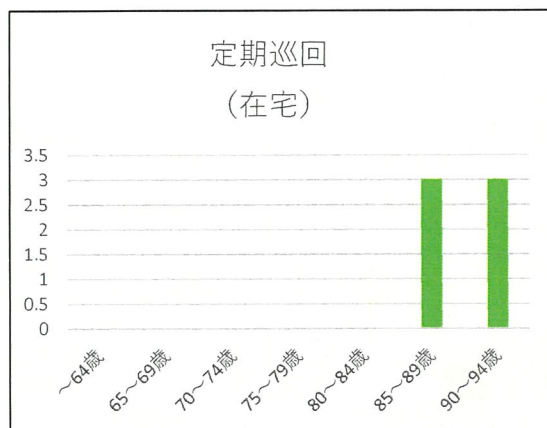
【2-1 要介護度別利用者数】

	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	要介護度
定期巡回 (在宅)	0	0	1	3	3			
そんぽの家S 大泉北	5	5	4	2	1			



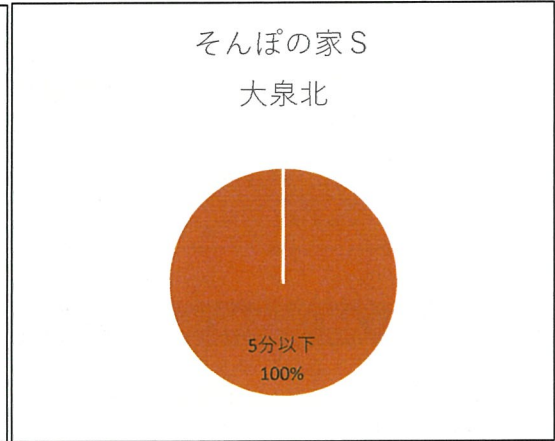
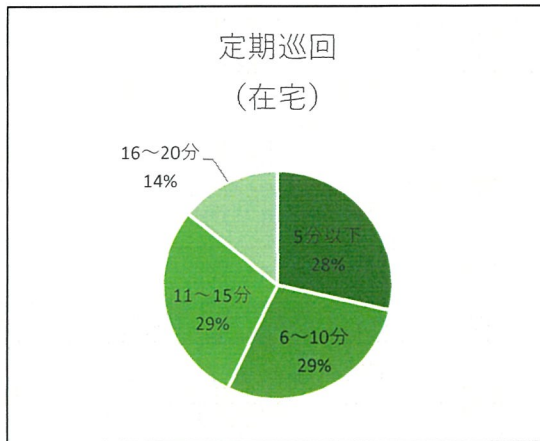
【2-2 年齢別利用者数】

	～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95歳～	合計	平均
定期巡回 (在宅)	0	0	0	0	0	3	3	1	7	90.5歳
そんぽの家S 大泉北	0	1	1	2	3	4	5	1	17	89.1歳



【4. 移動時間（分）】

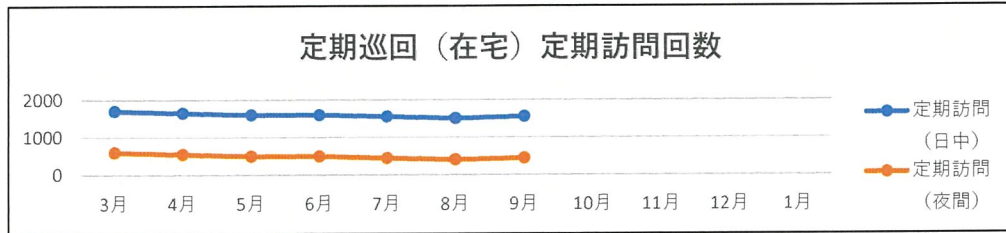
	5分以下	6~10分	11~15分	16~20分	25分以上	合計
定期巡回 (在宅)	2	2	2	1		7
そんぽの家S 大泉北	17	0	0	0	0	17



【5. サービス提供回数】

(2) そんぽの家S大泉北

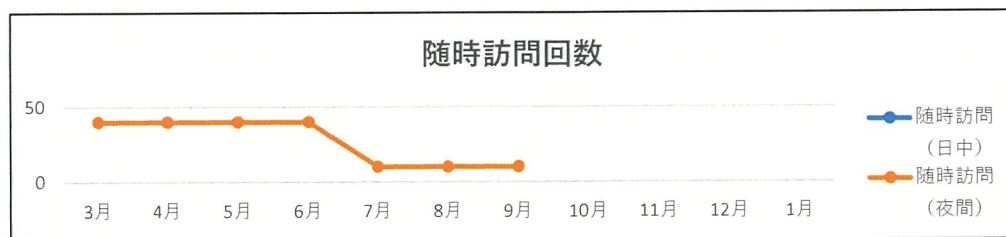
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
定期訪問 (日中)	1700	1700	1650	1600	1600	1550	1500	1550				
定期訪問 (夜間)	600	600	550	500	500	450	400	450				



	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
随時対応 (日中)	0	0	0	0	0	0	0	0				
随時対応 (夜間)	0	0	0	0	0	0	0	0				



	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
随時訪問 (日中)	40	40	40	40	40	10	10	10				
随時訪問 (夜間)	40	40	40	40	40	10	10	10				





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

利用者実績 期間：令和5年3月～令和5年9月

1. 利用者数推移

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	期間計	備考
月別利用者数（延べ）		17名	15名	16名	16名	18名	17名	16名	115名	
基幹		10名	7名	8名	8名	10名	9名	8名	60名	
サテライト		7名	8名	8名	8名	8名	8名	8名	55名	
推移	基幹	新規サービス開始数			1名		2名		1名	4名
		サービス終了者数	3名				1名	2名		6名
	サテ	新規サービス開始数		1名						1名
		サービス終了者数								名
内訳	基幹	介護看護利用者数	7名	4名	5名	5名	6名	6名	5名	38名
		介護のみ利用者数	3名	3名	3名	3名	4名	3名	3名	22名
	サテ	介護看護利用者数	7名	8名	8名	8名	8名	8名	8名	55名
		介護のみ利用者数								名
平均介護度		3.76	3.80	3.75	3.75	3.78	3.82	4.00	3.81	

2. サービス提供回数

(単位：回)

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	累計	備考
日中	基幹	a.定期巡回回数	595	468	535	565	542	655	478	3,838
		b.随時対応回数	2	2	2	5	4	0	0	15
		c.随時訪問回数	0	1	0	5	3	0	0	9
	対応率(c/b)		0.0%	50.0%	0.0%	100.0%	75.0%	-	-	60.0%
サテ	a.定期巡回回数	1,020	1,138	1,173	1,138	1,173	1,173	1,138	7,953	
夜間	基幹	d.定期巡回回数	164	158	164	143	95	110	99	933
		e.随時対応回数	1	2	0	0	1	3	0	7
		f.随時訪問回数	1	2	0	0	1	0	0	4
	対応率(f/e)		100.0%	100.0%	-	-	100.0%	0.0%	-	57.1%
サテ	d.定期巡回回数	775	840	868	840	868	868	840	5,899	

3. 介護度別分布

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計
要介護1	1	1	1	1	1	1	1	7.0
要介護2	2	2	2	2	2	2	1	13.0
要介護3	4	3	4	4	4	3	3	25.0
要介護4	3	2	2	2	4	4	3	20.0
要介護5	7	7	7	7	7	7	8	50.0
平均介護度	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	4.0	3.8



## 事例 複数回訪問により生活リズムを整える

92歳 女性 要介護4 【疾病】 認知症・右大腿骨頸部骨折・シェーグレン症候群・腎性貧血

**家族** 独居。娘様いるが、経済的虐待があり金銭管理は後見人が行う。

ADL	利用経緯
自宅内は移動可能。認知症状により排泄の失敗や食事の用意ができないことがある。生活への不安から訴えが多くきかれる。薬の飲み忘れがある。	転倒による救急搬送。入院時のADL低下により退院後に生活全般の支援が必要となった。転倒や排泄の失敗が想定されたため、複数回および緊急時に訪問可能な定期巡回サービスを利用することとなった。

サービス(通常時)	週間計画							看護サービス 有	内容	
特に大きな体調の変化が無い場合は4回/日のサービスにて、排泄、食事配膳、服薬、家事支援（掃除・洗濯・買い物）を行う。 昼（土曜除く）は配食弁当を提供。土曜日はデイサービスに行くため、事前前日に準備。 訪問看護による療養上の助言やバイタルチェック、服薬確認を行う。 その他、自費サービスにて美容院への外出を行う。	0:00	月	火	水	木	金	土	日	夜中) 安否確認・水分補給等	
	6:00									朝) 食事配膳・服薬・排泄 昼) 安否確認・室温調整
	12:00			看護				デイ		夕) 食事配膳・服薬・排泄
	18:00									夜) 排泄・安否確認
	22:00									



サービス(体調不良時等)	週間計画							看護サービス 有	内容	
夏場の脱水リスクが上がる時期や、発熱等の体調不良時に追加の処方があった際には、訪問回数を増やし、水分補給・安否確認+服薬を追加。訪問看護による状態確認や医師への報告を行う。コール対応による随時訪問を行う。	0:00	月	火	水	木	金	土	日		
	6:00									朝) 食事配膳・服薬・排泄 昼) 安否確認・室温調整
	12:00			看護						夕) 食事配膳・服薬・排泄
	18:00									夜) 排泄・安否確認
	22:00									

**その後**  
 発熱等の体調不良時に訪問回数を増やすことで、状態悪化を防ぐことができた。複数回訪問により状態の変化に気づきやすくなり、また、ご本人の不安感が軽減できた。服薬を確実に行うことができた。

**ポイント**  
 退院直後で転倒や排泄への不安がある場合、複数回訪問することでご本人の状態をより詳しく知ることができ、訪問看護や医師への情報提供がしやすい。状態に合わせた訪問回数の見直し、内容の変更を行うことができる。独居の方は一人での生活に不安を感じている為、コール機を設置することで安心して生活することができる。

**ご質問や  
お問い合わせは、  
お気軽にどうぞ!**


**03-5935-6023**

**03-5935-6203**

〒178-0063 東京都練馬区東大泉5-4-5 田崎店舗1階

**SOMPOケア大泉学園 定期巡回(訪問介護・夜間)**



こころの真ん中に、  
介護プライド。



定期巡回を利用して転倒を改善し、QOLが向上する。

<b>事例①</b>	84 歳	要介護 3	【疾病】	高次脳機能障害 白内障					
<b>家族</b>	独居。近隣で暮らし定期的に来訪。								
<b>ADL</b>	寝返りは自立 その他動作は見守り		<b>利用経緯</b>	自立で独居生活したいが、脳卒中を発症し、高次脳機能障害が症状がでて、サ付住宅へ転居し、転居後に定期巡回サービスを利用される。					
<b>サービス開始時のプラン</b>	<b>週刊計画</b>		<b>看護サービス 無</b>	<b>内容</b>					
筋力低下、判断力低下により、排泄介助、食事準備を利用。	0:00	月	火	水	木	金	土	日	
	6:00	—————							食事準備 排泄介助
	12:00	—————							食事準備 排泄介助
	18:00	—————							食事準備 排泄介助
	22:00	—————							排泄介助
		—————							
		—————							



<b>支援経過</b>	<p>①サービス導入時 サービス開始から1ヶ月間、週1回の頻度で居室内で転倒される。 毎回転倒場所が異なっており、転倒詳細を毎回、担当ケアマネージャーに報告。 また、転倒時に便失禁の頻度も多く、発生時は定期巡回看護へ詳細報告している。</p>
<b>その後</b>	<p>担当ケアマネージャー、定期巡回看護へ転倒詳細を毎回共有できたことで適正に居室内の手すりの設置・増設、下剤調整による便失禁の減少でサービス開始2ヶ月後に転倒改善に至っている。</p>
<b>ポイント</b>	<p>毎日、定期巡回介護で短時間援助訪問することにより、転倒の早期発見、各セクションへ詳細報告へできることで、早期対策ができる。また転倒を繰り返す期間は本人様は転んでしまうことにショックを受け喪失感を受け食事が減少していたが、現在は喪失感なく、食事は改善している。</p>

ご質問や  
お問い合わせは、  
お気軽にどうぞ！



**03-9999-9999**



**03-9999-9999**

〒140-0015 東京都品川区〇〇9-9-9

**SOMPOケア〇〇 定期巡回(訪問介護)**



**SOMPOケア**

こころの真ん中に、  
介護プライド。



在宅生活が続けられるよう、ご家族へのアドバイスをしながら支援しているケース

## 事例

48 歳 要介護 5 (生活自立度 C2 : 認知症自立度 IV)

ダウン症の障害を持ちながら、ご両親をはじめとするご家族に囲まれ生活されていたが、1年程前から急激にADL低下。2か月ほど前から立ち上がりも困難となり、ご家族の介護負担が大きく増加。MRI検査で脳の萎縮が認められアルツハイマー型認知症の診断を受ける。様々なサービスの提案を受けながらも、上手く活用出来ず定着出来ずに経過していたが、ご家族も腰痛等身体を痛めてしまい定期巡回・随時対応型訪問介護看護を導入となった。

主な疾患	生活状況	同居	身体状況
ダウン症 アルツハイマー型認知症。	両親、姉家族と同居。ご両親が主で生活の支援・身体介護を担っている。週3回障害福祉施設へ通所していたが、車いす移乗が困難で休みがちになっていた。		意思疎通が困難ではあるが、感情表現は可能。介助者の言葉もある程度は理解できる。身体を動かすことに恐怖を感じ、拒否動作及び不随意運動がみられる。座位は支えが必要、立位困難。

看護連携	看護助言
定期巡回サービス導入時、家族の意向でアセスメントナースとして関わることとなるが、訪問診療からの勧めもあり1か月後から全身状態の確認のため訪問看護として隔週訪問となる。	慣れない人や環境・状況に対応できず恐怖心が顕著にみられる。身体を硬直させての拒否があるので車いす移乗の際、転倒転落に注意が必要。排泄はおむつ内、体交できないので背部・臀部皮膚要観察。家族のフォローも必要。

介護目標
①体位交換の支援を受ける事で、家族の負担軽減しながら離床・通所の機会を持つことができる。 ②排泄の支援を受ける事で、家族の負担軽減を図りながら清潔を保持する事ができる。 ③更衣・清拭の支援を受ける事で、清潔を保持する事が出来る。 ④転落等緊急時対応を受ける事で、安心して在宅生活を継続できる。

週間計画①	サービス計画						
	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
6:00							
12:00	通所		通所		通所		
18:00							
22:00							

看護サービス 有

ポイント
■定期巡回サービス: ・08:15~ ・10:30~ (火・木・土・日) ・14:30~ ・15:30~ (火・木)
■ケア内容 ○おむつ交換・更衣介助・移乗 ○清拭・洗髪(適宜)
■緊急コールによる随時対応、随時訪問 時々あり
■訪問看護 隔週1・3・5(木)…往診の無い週・全身状態観察
■訪問診療利用 隔週2・4(木)



## 事例

支援経過 R5 年 10 月現在

- ・9月、CMよりご家族がサービス導入を悩まれているとのご相談を受け事業説明のため訪問しサービス導入の運びとなる。
- ・定期的な通所をしたいとの事で朝の排泄・更衣・移乗介助、帰宅時の移乗介助、通所以外の日も離床の機会を持つため午前・午後に排泄・移乗介助。通所先での入浴も出来ていないとの事で週4回程度の清拭と週2回程度の洗髪を実施。
- ・他者に身体を動かされることに恐怖心を抱かれ、拒否・硬直・不随意運動がみられ、開始当所はヘルパー2人とご家族にも協力して頂き移乗を行なっていたが、危険が避けられないためリフトを提案。導入の運びとなったが、初回リハビリ時に立位可能との事でリフト導入は見送られる。
- ・PTからの助言を受け移乗介助継続しているが、オムツ交換や更衣介助後に移乗を行なうとご本人の拒否が大きく介助量が大きく変わる事は無かった。一方覚醒良くご本人が落ち着いて居られる際にはご家族のみで移乗が出来る事も出てくる。
- ・そこで、介助内容・訪問時間を検討し、朝のサービスはそのまま継続。その後の移乗介助は中止し、朝の尿漏れが多くご家族が疲弊しているため、夕方・夜間のオムツ交換とすることとなる。
- ・ご家族でのオムツ交換では、リハビリパンツを使用されており、腰を持ち上げて交換しておられたが、ヘルパーが夜間（22時台）テープ式+パットを使用し、深夜のご家族のオムツ交換が楽になり漏れの対策もヘルパーと相談しながら行っている。

### 導入後の効果

当初ご家族からは側臥位は困難と聞いていたが、ご本人の動きを利用しながらの体位交換をする事でオムツ交換の際の側臥位もご家族と協力して行なうことが出来ている。ご家族も、ヘルパーの介助方法を参考にすることで負荷の少ない介助方法をとる事が出来るようになってきている。

### 本人・家族の様子

#### 導入時

新しいサービスの導入に否定的な考えをお持ちで、ご家族の自己流の介助方法で移乗やオムツ交換を続けていたため、ご家族やご本人の怪我のリスクが非常に高い状態であった。

#### 導入後

ご家族のヘルパーの受け入れは良好で、ヘルパーの介助方法を参考にさせて頂いている。また、ご本人は開始当初より少しずつではあるが、拒否の反応が小さくなってきている。

### 今後の課題

ご本人の調子をみながら、ご家族のタイミングで移乗を行ない離床の機会は減少してはいるが、朝の移乗介助には依然危険が伴う。今後のご本人のADLやご家族のご様子を見ながら安全な移乗方法の検討が必要。



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

94歳

要介護 4

(生活自立度 B2 : 認知症自立度 IIIa)

三重県で独居生活されていたが、二度転倒による右肩骨折をされ、認知症の進行もあり、心配した家族が家族自宅近くと呼ばれ、平成28年サ高住に引っ越しとなり、また同時に服薬・口腔ケア・買い物掃除の定期巡回サービス利用開始となる。当初から自分でするからよいと介助不成立があり、必要な介助がしにくかったが、定時・随時、傾聴等その時々状態に合わせて対応していた。徐々に歩行状態悪化し、排泄の失敗も増えてきたが、令和3年頃より毎日排泄介助が必要な状態となるが、本人様介助同意頂けず、怒ったような様子も継続してみられていた。

主な疾患	生活状況	独居	身体状況
アルツハイマー型認知症	そんぼの家S上石神井にて独居 キーパーソンの息子様が中野区にお 住まいで、週に1回訪問。		全介助で移乗し、2-3m全介助で 歩行するが、普段は車いす全介 助。 整容・排泄・着替え・入浴・内 服・家事全般全介助。

看護連携	看護助言
定期巡回サービス全身状態管理・精神状態管理実施。	精神状態や、衛生状態に注意し、サポート するように指示あり。

介護目標
本人様の不安や精神状態に配慮して、必要な介助ができるようにする。

## 週間計画① サービス計画 2023年10月時点

看護サービス 有

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
6:00							
12:00						入浴	
18:00			掃除洗濯				
22:00							

## ポイント

■定期巡回サービス：  
別紙参照

■ケア内容  
排泄・身体整容・移動移乗・服薬  
週1回入浴  
週1回掃除

随時対応・訪問  
毎日数回

■訪問看護  
月2回

■訪問診療利用  
月2回

## 事例

## 支援経過 R5 年 10 月現在

- 怒ってしまわれることについて、看護・主治医に情報提供・相談し内服調整しつつ、本人様が介助同意頂けないときは、時間をずらす・人を変える等、随時対応していた。
- なるべく同じヘルパーで訪問し、顔なじみの関係ができるようにしていた。1日1回程度、スムーズに介助ができることが見られるようになった。
- 令和4年夏頃、主治医が代わり、内服調整すると、1日複数回スムーズに介助ができるようになり、入浴も1か月に1回できるかどうかだったのが、だんだんと予定通りに介助ができるようになった。
- 現在は、ほぼ予定通り介助ができるようになった。歩行状態は、廃用性の筋力低下等もあり、だんだんと難しくなっている。

## 導入後の効果

随時の対応を組み合わせることで、本人様の状態把握や関係性構築が進み、最低限度の生活も危うい状態が、必要な介護サービスの提供ができるようになった。

## 本人・家族の様子

## 導入時

## 導入後

不安やイライラした様子で、本人様や息子様も大変な心配があった。

本人様は笑顔や安心したご様子が見られ、息子様との時間を楽しむこともできている。息子様も本人様の生活が、やっと普通になり、穏やかに話せることができ喜ばれているご様子。

## 今後の課題

訪問に入る全ヘルパーが予定した介助ができているわけではないため、その関係性の構築



自己評価・外部評価 評価表

ABCD評価にて

- A:できている
- B:ほぼできている
- C:できていないことが多い
- D:全くできていない

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
			できている	ほぼできている	と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	「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、事業所として「利用者様の自立に向けてのADLの観察」を意識して行っている	○				会社理念の「人間尊重」を軸に利用者様の安心安全な生活と、自立に向けての必要なサービスを行っている。	A
<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	○				定例研修や会議等で説明されている。	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		○			法人内の研修参加は多いが外部研修の参加の確保までは行っていない。	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		○			パート雇用の方などへの研修の機会を設けてはいるが、能力開発までには至らない。	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		○			毎月の看護モニタリングシートや必要に応じて助言をいただいている。	B
<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		○			現在の人員から最適な人員配置を行っている。	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	○				今年度より介護・医療連携推進会議を対面で開催している。	A
<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		○			社内システムの一括指示を使用し情報を共有している。	B
<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)	○				緊急時の連絡体制を職員に周知している。	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	○				利用者等に係る個人情報などの帳票類は鍵付ロッカーに保管、適切に取り扱っている。	A
<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		○			希望に近い生活リズムを提供しているがヘルパーの空き状況によっては希望にこたえられない時もある。	B
	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		○			介護・看護の毎月のアセスメントを実施し共有している。	B



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		○		定期的なアセスメント、モニタリングで得た生活への希望を計画書に反映している。	B
	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないように、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		○		現象・現状を考えた計画書に留まる。	B
<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	○			体調不良時など柔軟に提供時間や訪問回数を追加、調整している。	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		○		ケアの中で変化があれば適宜、反映させている。	B
<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	○			介護職、看護職の役割に応じたサービスを提供している。	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	○			必要に応じて指導、助言を頂いている。	A
<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		○		契約前、担当者会議等で説明できている。	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		○		訪問介護計画の目標、内容を説明し、署名を頂いている。	B
	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	○			必要があれば適宜、報告、相談を行っている。	A
<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		○		状況報告書を郵送し情報報告。状況変化した際は相談の上、日時等を決めている。	B
	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		○		概ね提案出来ている。	B
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		○		担当者会議等で状況報告や計画の目標達成状況を報告している。	B
<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、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)		○		有料サービスを提案している。	B
	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に参加している。	B
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)		○		概ねできている。	B
<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	○			弊社ホームページ上でいつでも閲覧できるようになっている。	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			○	推進会議の場で発言しているが不十分な所がある。	C
<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			○	研修、会議等で周知しているが、十分とはいえない。	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		○		概ねできている。	B
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)		○		医療連携推進会議やホームページにて事例、実績等の報告を行っているが広い関係者間の共有までは至っていない。	B
<b>実績</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		○		概ね目標を達成し、利用者が在宅生活を継続することができている。	B
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	○			複数回の訪問およびコール対応、随時訪問により安心できている。	A

- A:できている  
B:ほぼできている  
C:できていないことが多い  
D:全くできていない



# SOMPOケア大泉学園定期巡回・随時対応型訪問介護看護 介護医療連携推進会議 記録

開催日	開催時間
2023 年 10 月 27 日	14 : 00 ~ 15 : 30

## ■出席者

名前	所属	名前	所属
T 様	練馬区介護保険課	M 様	上石神井地域包括支援センター
J 様	大泉学園地域包括支援センター	N 様	第二光陽苑地域包括支援センター
S 様	南大泉地域包括支援センター	N 様	フローラ石神井公園地域包括支援センター
H 様	大泉北地域包括支援センター	U 様	高野台地域包括センター
H 様	やすらぎミラージュ地域包括支援センター	G 様	定期巡回 めぐみの会
O 様	かしのきケア居宅介護支援部		
N・A	SOMPOケア大泉学園	T・S	SOMPOケア練馬
O・A	SOMPOケア大泉学園	M・A	SOMPOケア上石神井
S・Y	SOMPOケア大泉学園	I・K	SOMPOケア上石神井
N・N	SOMPOケア大泉学園	N・M	SOMPOケア上石神井
N・N	SOMPOケア大泉学園	T・Y	SOMPOケア上石神井
Y・C	SOMPOケア大泉学園	N・N	SOMPOケア上石神井
Y・R	SOMPOケア大泉学園	S・Y	SOMPOケア大泉学園

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| 1 開会のあいさつ             | <input type="checkbox"/> |
| 2 介護・医療連携推進会議の参加者のご紹介 | <input type="checkbox"/> |
| 3 定期巡回随時対応型訪問介護看護について | <input type="checkbox"/> |
| 4 サービス提供状況の報告         | <input type="checkbox"/> |
| 5 事例紹介                | <input type="checkbox"/> |
| 6 質疑応答                | <input type="checkbox"/> |
| 7 協議会メンバーからのご連絡       | <input type="checkbox"/> |
| 8 外部評価記入              | <input type="checkbox"/> |
| 9 閉会のあいさつ             | <input type="checkbox"/> |

## ■記録

- 1.開会のあいさつ  
 令和5年度第1回SOMPOケア大泉学園とSOMPOケア上石神井との合同になりますが、介護医療連携推進会議を開催したいと思います。
- 今回議事を進行してまいりますSOMPOケア大泉学園管理者根岸と、SOMPOケア上石神井管理者馬杉と申します。よろしくお願いいたします。
- 2.参加者のご紹介  
 自己紹介をしていただく
- 3.定期巡回随時対応型訪問介護看護について・事業所概要  
 定期巡回の特徴といたしまして、定額で安心のサービスというものです。住み慣れた自宅で出来るだけ長く住みたいという方たちに提供出来るサービスではないかと考えております。提供できる範囲ですが、事業所より約1.5キロ圏内ということにしておりますが、これを超えてもお受け出来る事もあるので、その際は相談させていただいております。

## 記録

サービス付き高齢者住宅の職員も在宅のお宅にお伺いする、という取り組みをしており、それによって多くの定期巡回のサービスをご利用いただければ良いなと思っております。

### 4.実績報告（サービス提供状況の報告 2023年2月～9月現在） ～SOMPOケア大泉学園～

利用者数	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
定期巡回 (在宅)	5	5	7	7	7	8	8	7
そんぽの家S 大泉北	20	20	19	18	18	17	16	17

新規	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
定期巡回 (在宅)	0	0	2	0	0	1	1	0
そんぽの家S 大泉北	0	0	1	0	0	0	0	1

終了	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
定期巡回 (在宅)	0	0	0	0	0	2	1	0
そんぽの家S 大泉北	0	2	0	1	0	1	1	0

#### ・サービス提供回数

	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
定期訪問 (日中)	337	483	532	593	604	513	632	687
定期訪問 (夜間)	55	62	72	92	109	105	93	90
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
随時対応 (日中)	9	4	16	16	27	20	16	7
随時対応 (夜間)	1	0	2	2	6	7	3	3

#### (2)そんぽの家S大泉北

	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
定期訪問 (日中)	1700	1700	1650	1600	1600	1550	1500	1550
定期訪問 (夜間)	600	600	550	500	500	450	400	450
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
随時訪問 (日中)	40	40	40	40	40	10	10	10
随時訪問 (夜間)	40	40	40	40	40	10	10	10

#### ・要介護度利用者数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
定期巡回 (在宅)	0	0	1	3	3
そんぽの家S 大泉北	5	5	4	2	1



## 記録

～SOMPOケア上石神井～ (サービス提供状況の報告 2023年3月～9月現在)

### 1. 利用者数推移

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	期間計	備考
月別利用者数(延べ)		17名	15名	16名	16名	18名	17名	16名	115名	
基幹		10名	7名	8名	8名	10名	9名	8名	60名	
サテライト		7名	8名	8名	8名	8名	8名	8名	55名	
推移	基幹	新規サービス開始数		1名		2名		1名	4名	
		サービス終了者数	3名				1名	2名		6名
	サテ	新規サービス開始数		1名					1名	
		サービス終了者数								名
内訳	基幹	介護看護利用者数	7名	4名	5名	5名	6名	6名	5名	38名
		介護のみ利用者数	3名	3名	3名	3名	4名	3名	3名	22名
	サテ	介護看護利用者数	7名	8名	8名	8名	8名	8名	8名	55名
		介護のみ利用者数								名
平均介護度		3.76	3.80	3.75	3.75	3.78	3.82	4.00	3.81	

### 2. サービス提供回数

(単位:回)

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	累計	備考
日中	a.定期巡回回数	595	468	535	565	542	655	478	3,838	
	b.随時対応回数	2	2	2	5	4	0	0	15	
	c.随時訪問回数	0	1	0	5	3	0	0	9	
	対応率(c/b)	0.0%	50.0%	0.0%	100.0%	75.0%	-	-	60.0%	
夜間	a.定期巡回回数	1,020	1,138	1,173	1,138	1,173	1,173	1,138	7,953	
	d.定期巡回回数	164	158	164	143	95	110	99	933	
	e.随時対応回数	1	2	0	0	1	3	0	7	
	f.随時訪問回数	1	2	0	0	1	0	0	4	
	対応率(f/e)	100.0%	100.0%	-	-	100.0%	0.0%	-	57.1%	
サテ	d.定期巡回回数	775	840	868	840	868	868	840	5,899	

### 3. 介護度別分析

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計
要介護1	1	1	1	1	1	1	1	7.0
要介護2	2	2	2	2	2	2	2	13.0
要介護3	4	3	4	4	4	4	3	25.0
要介護4	3	2	2	2	4	4	3	20.0
要介護5	7	7	7	7	7	7	8	50.0
平均介護度	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	4.0	3.8

### 5. ケース紹介

- ①複数回訪問により生活リズムを整える 【SOMPOケア大泉学園】
- ②定期巡回を利用して転倒を改善し、QOLが向上する  
【SOMPOケア大泉学園サテライト】
- ③在宅生活が継続できるよう、ご家族へのアドバイスをしながら支援しているケース  
【SOMPOケア上石神井】
- ④急激なADL低下された方の生活を支えたケース 【SOMPOケア上石神井サテライト】



## ■記録

### 6. 質疑応答

★：今難しいなと思うことがございまして、既存にサービスが入っているところに新たに定期巡回で入ろうとすると、ヘルパーなど切り替えないといけないのですが、看護師さんの問題もあります。うちの場合携帯型になっておりますので、既存の看護さんが連携してくださるのかどうか、もしくは他の看護さんに切り替えが可能かどうか、ケアマネさんにご検討いただかなくてはならないことが定期巡回の一つのハードルになっていると思います。それにはどうしたらよいかお知恵をお聞かせいただきたいと思います。

★CM：自社のケアマネは定期巡回に慣れているのですが、他社のケアマネさんと全く定期巡回を使ったことが無いというところもあるようです。このような会に出席していただいたりして、もっと定期巡回というものを広められたら良いなと思っております。

★：先日『ココネリ』で行った会議でグループワークなどもしたのですが、ケアマネさんの中には定期巡回を使ったことが無いとか使ったことはあるけれど、良くわからないというご意見をいただきました。説明をしたら、あの利用者さんに合うかもdれないなど発見され持ち帰られたケアマネさんもいらっしゃったので、良かったと思います。地域密着サービスで在宅では、24時間出来るサービスは中々ないと思いますので、定期的にこのような会を設けていく必要があるのかな、と痛感したところです。

★：介護保険課さんで地域密着に関して新たにホームページを開設していただいていると思いますが、地域の方々からのご意見、ご希望、お叱りなどありましたでしょうか？

★様：事業所の運営係というところがやっているのですが、得にそういった声があるとは聞いておりません。本日色々な事例のご説明とかいただいて、ケースに応じて柔軟に対応いただいているんだなと思いましたので、そういったところが周知されていければ良いのではないかと、思いました。

★様：医療と介護の連携についてなのですが、今こういった形で連携していつているのかや、緊急コールによる随時対応の時、訪問出来なかったことがあるのか、ご本人やご家族様のお声などどのようなご意見があったりするのかお聞かせいただけたらと思います。

★：医療と看護の連携は自社であればパソコンのメッセージ機能を使ったり、緊急であれば電話で対応しています。他社であれば最近MCSという連絡ツールがあるので、そちらを積極的に使い、ケアマネさんやお医者さんや看護師さん達とも情報を共有するようにしています。

ご家族様からのお声は千差万別ではありますが、先ほど事例でお話ししたご家族様からは、今まで自分達が考えながらやっていたことが、それぞれの専門の人が行うと勉強になります、と仰っていただいています。

随時対応の件は例えばコール内容が「ヘルパーが来ない」「寂しい」など電話で対応出来るものは【随時対応】ということになります。そこで「便が出た」「具合が悪い」など、電話対応したものが訪問が必要と判断した時はほぼ100%【随時訪問】をします。

★様：やはりお値段も高いと思いますが、まるめの中で沢山ご利用いただいている方と少ない方との差はどのようになっていますか？

---

## ■記録

- ★：要介護度にもよりますが、要介護3でも1日1回の方もいらっしゃいますが、体調の振れ幅が大きいのでそこをみこして情報を共有しながら、体調に合わせてフレキシブルに日数を動かしたりしています。
- ★様：定期巡回の時間帯なのですが、夜間に訪問することに対するご家族さまは、どの様にお考えなのでしょうか？
- ★：夜間帯の訪問でのご家族様がいらっしゃる場合は、やはりご家族様はお休みたい時間でもあります。契約の時に夜間帯で訪問させていただくことを承知していただいて、ご家族様が動かなくても私どもで支援をします、という安心感をお伝えするよう努めております。時間帯も0時であったり、その方の生活パターンによって様々です。
- ★様：先ほどの事業所の課題というところで、訪問介護から定期巡回になるときに介護側は切り替えが必要であるとのことで、看護の場合は連携が必要とのことですが訪問看護側に求めることが具体的にどのようなものがあるのでしょうか？
- ★：訪問看護事業所さんは、まず24時間対応していただかないといけない、ということと定期巡回として事業所が区へ届け出をしていただかないといけないことと、うちの事業所と連携契約をして下さるかどうか、という3つの大前提の条件があります。医療で連携をします、と仰って下さる事業所はありますが、介護で入るとなると運営上の問題があるのかな、と思います。

7.協議会メンバーからのご連絡  
なし

8.外部評価記入  
その場で記入していただく

9.閉会のご挨拶  
令和5年度大泉学園と上石神井の合同の介護医療連携推進会議を開催させていただきました。第2回目は2月か3月ころに行う予定ですが、次回は別々に開催予定です。今日いただいたお話しなども今後のサービスに活かしていきたいと思っておりますので、引き続きよろしく願いいたします。本日はありがとうございました。

---