

令和 6 年 2 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6年2月21日（水） 10:30～11:30
- 場所 上石神井南地域集会所 会議室2
- 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 ご挨拶	馬杉	5分			
2 会議参加者のご紹介	参加者	5分			
3 定期巡回随時対応型訪問介護看護について	馬杉	10分			
4 サービス提供状況の報告	馬杉・鈴木	5分			
5 ケース紹介：SOMPOケア上石神井	馬杉	5分			
ケース紹介：SOMPO上石神井サテライト	鈴木	5分			
6 質疑応答	参加者	5分			
7 協議会メンバーからのご連絡	参加者	5分			
8 サービスへの評価・要望・助言	参加者	15分			
9 閉会のご挨拶	馬杉	5分			

■議事進行 SOMPOケア上石神井 馬杉



Innovation for Wellbeing

SOMPOケア

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

1. 事業所運営の透明性の確保
2. サービスの質の確保
3. 事業所による「抱え込み」の防止
4. 地域との連携の確保

地域密着型事業所が提供しているサービス内容を明らかにし、地域に開かれたサービスとすることにより、1～4を達成する事を主な目的としています。

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

独居・高齢者世帯・重度の要介護者であったとしても、可能な限り自宅で自立した生活を送る事が出来るよう、「訪問介護」と「訪問看護」の連携の下で、ご利用者様の心身の状況に応じて24時間・365日必要なサービスを柔軟に提供します。

1日複数回、短時間の「定期巡回訪問」と通報による対応・訪問を行う「随時訪問」「随時対応」を組み合わせた、必要なタイミングで必要な量と内容のケアを提供する事が出来るサービスです。

介護・医療連携推進会議

開催日 2024/2/21 時間 10：30 ～ 11：30

定期巡回事業所名 SOMPOケア 上石神井 定期巡回

		所属機関	役職等	出席者お名前
1	練馬区介護保険課	事業者運営推進係		岡田様
2	地域包括支援センター	上石神井地域包括支援センター	看護師	杉田 芽久美様
3	地域包括支援センター	上石神井地域包括支援センター	社会福祉士	渡邊 実三様
4	地域包括支援センター	フローラ石神井公園地域包括支援センター	看護師	八木 大輔様
5	訪問薬局	薬局クレストII	薬剤師	尾形 直人様
6	訪問薬局	薬局クレストII	薬剤師	岡元 愛様
7	居宅介護支援事業所	SOMPOケア上石神井居宅介護支援	介護支援専門員	中村 由貴子
8	居宅介護支援事業所	SOMPOケア上石神井居宅介護支援	介護支援専門員	酒井 隆博
9	訪問看護	SOMPOケア練馬 訪問看護	訪問看護師	鄭
10	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア上石神井	管理者	馬杉 愛
11	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア上石神井	計画作成責任者	野中 みゆき
12	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア上石神井	計画作成責任者	櫻田 琢磨
13	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア上石神井	そんぼの家S上石神井ホーム長	鈴木 孝政

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	
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6年1月31日現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	12 名
訪問介護事業	74 名
合計	86 名
⑥事業所の特徴	
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。 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。 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。	

SOMPOケア上石神井 訪問エリア



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10月～令和6年1月

1. 利用者数推移

			10月	11月	12月	1月			期間計	備考
月別利用者数（延べ）			16名	15名	13名	13名	名	名	57名	
基幹			8名	7名	5名	5名			25名	
サテライト			8名	8名	8名	8名			32名	
推移	基幹	新規サービス開始数	1名			1名			2名	
		サービス終了者数	1名	2名	1名	1名			5名	
	サテ	新規サービス開始数							名	
		サービス終了者数							名	
内訳	基幹	介護看護利用者数	5名	4名	3名	3名			15名	
		介護のみ利用者数	3名	3名	2名	2名			10名	
	サテ	介護看護利用者数	8名	8名	8名	8名			32名	
		介護のみ利用者数							名	
平均介護度			3.94	4.00	4.38	4.38	-	-	4.16	

2. サービス提供回数

（単位：回）

			10月	11月	12月	1月	0	0	累計	備考
日中	基幹	a.定期巡回回数	562	494	298	331			1,685	
		b.随時対応回数	9	1	0	0			10	
		c.随時訪問回数	2	1	0	0			3	
		対応率(c/b)	22.2%	100.0%	0.0%	0.0%	-	-	30.0%	
	サテ	a.定期巡回回数	1,173	1,138	1,173	1,173			4,657	
夜間	基幹	d.定期巡回回数	101	98	102	102			403	
		e.随時対応回数	0	0	0	0			0	
		f.随時訪問回数	0	0	0	0			0	
		対応率(f/e)	-	-	-	-	-	-	-	
	サテ	d.定期巡回回数	868	840	868	868			3,444	

3. 介護度別分布

	10月	11月	12月	1月	0	0	計
要介護1	1	1	0	0			2.0
要介護2	1	1	0	0			2.0
要介護3	4	3	2	2			11.0
要介護4	2	2	4	4			12.0
要介護5	8	8	7	7			30.0
平均介護度	3.9	4.0	4.4	4.4	-	-	4.2

事業所名: **SOMPO ケア 上石神井**

事例

甲状腺がん・腰痛があり急激なADL低下でベッド上の生活となりながらも、ご家族・医療職と共に在宅生活を支援しているケース

82 歳

要介護 3

(生活自立度 C2 : 認知症自立度 IV)

以前からの腰痛に加え甲状腺がんもあり、全身の痛みが増悪し動けなくなりました。2024年年明けから、ほとんど食事を取れなくなり、以前から訪問看護を利用していたが、オムツ交換・保清のため定期巡回導入となる。

主な疾患	生活状況	同居	身体状況
腰痛 甲状腺がん	認知症を患う妻と長男家族と同居 (長男家族の居住スペースは別階)。妻はご本人の状況は理解できず、ご本人の要望に応じ、食形態などに留意せずなんでも食べさせてしまう。		全身の痛みが強く、寝返り・頭部ギャッジアップも困難。サービス当初は少量の経口摂取は可能であったが、痰がらみが強くなり現在は、経口不可・生理食塩水の皮下点滴となっている。

看護連携

定期巡回サービス導入前から定期的に医療保険で他社訪問看護を利用していた。急激なADL低下によりオムツ交換が必要となり、定期巡回連携契約のある看護ステーションであったため、アセスメントをして頂く事ができ、定期巡回開始となる。

看護助言

禁止される体位は無いものの、ご本人の痛みの訴えが強く出来る範囲の保清を、との事。訪問診療とも連携し、痛み止めの貼付薬を増量していく方針との事。奥様が適切な食事介助が困難な事もあり、服薬・水分補給・食事介助を出来る範囲の頭部ギャッジアップをし、安全確保出来る範囲で実施するよう指示あり。

介護目標

- ①排泄・身体保清の支援を受ける事で、清潔に過ごすことができる。
- ② 服薬介助・水分補給・食事介助の支援を受ける事で、体調悪化を防ぐことができる。

週間計画① サービス計画

看護サービス 有(医療)

	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:

- ・ 10:00～(月一日)
- ・ 21:00～(月一日)

■ケア内容

- おむつ交換・服薬介助・水分補給・口腔ケア
- 清拭・更衣・食事介助(適宜)

■緊急コールによる随時対応、随時訪問
稀にあり

■訪問看護

毎(木) 15:00頃…排便コントロール・全身状態観察

■訪問診療利用

隔週2・4(火)

事例

支援経過

R6

年

2

月現在

- ・サービス開始当初は全身に強い痛みがあり、布団を動かすだけでも痛みを訴えられていた。様子を見ながらご自身にも意識を持って頂きながら、ゆっくり体を動かしケアを行なう。
- ・頭部ギャシアップも15°程度までしか出来ず、吸い飲みにて少量ずつ水分補給を行なう。
- ・痛み止め増量の効果もあり、日によっては痛みの訴えが弱い日も出てくる。清拭・更衣等可能な範囲で行なう。
- ・サービス開始から排便見られず、看護へ適宜報告。18日看護による排便後から排便みられるようになる。
- ・1月末頃から、便による陰部の炎症がみられるようになり、夕方にサービス増回し対応。同時に痰がらみやサチュレーション低下が顕著になり経口摂取不可、在宅酸素・痰吸引開始、看護も1日2回＋随時の訪問となる。
- ・経口摂取不可となったため点滴も開始
- ・看護とヘルパーが重複して訪問してしまう事が重なったため、ヘルパーの訪問時間調整。

導入後の効果

医療・介護が連携しサポートする事で、ご家族が在宅のままご本人を見守る事が出来ている。

本人・家族の様子

導入時

ご本人は、痛みが強いながらもヘルパーの介助を受け入れて下さっていた。ご家族の中にも介護職の方がおられ、非常に協力的に受け入れて下さる。

導入後

ご本人の体調が日々増悪していく中、ご家族も理解され比較的落ち着いた見守っておられる。

今後の課題

ご本人が少しでも安楽に過ごせるよう、また、ご家族の負担軽減を図れるよう、状態に合わせて随時必要なサービス調整を行なう必要がある。

事業所名: SOMPOケア上石神井定期巡回上石神井サテライト

事例

サービス付き高齢者向け住宅で食事介助が必要な方のケース

100 歳

要介護 5

(生活自立度 C2 : 認知症自立度 IV)

上石神井のマンションで独居。自宅に泥棒が入る・外出して戻れなくなるようになり、心配した家族様が本人様と相談され、2014年にそんぽの家S上石神井に入居となる。2015年4月に外出先で転倒され、肋骨骨折となり起き上がりができず、日常動作に多く介助が必要となったため、定期巡回サービス利用となる。

主な疾患

認知症

生活状況

高齢者世帯

サービス付き高齢者向け住宅にて独居。杉並区にお住いの長男様が日用品や薬の受け取りをされている。

身体状況

重度の認知症により、意思の伝達・理解は難しい。寝たきりで、日常生活全般に全介助を受けている。

看護連携

定期巡回サービス導入時、看護サービスも利用。

看護助言

- ・2015年開始時
痛みに注意しながら移動できるようにしてください。
- ・2023年プラン更新時
排便困難あり、排便状況に注意。水分補給・室温環境整備してください。腹部腰部臀部かゆみあり、掻破痕注意ください。

介護目標

2015年開始時：骨折の痛みがありますが、自身で行いたいという気持ちに配慮し、可能時掃除協働を行い、痛みの軽減と残存能力の維持を行う。

2023年プラン更新時：けが・体調悪化に注意し、本人様が住み慣れたご自宅で生活ができるように支援を行う。

週間計画
2023年プラン更新時

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：

0時・3時・7時・12時・16時・19時
週2回入浴洗濯・週1回掃除

■ケア内容

排泄・体位交換・着替え・身体整容・移乗移動・食事・服薬・口腔ケア
掃除・入浴・洗濯

■緊急コールによる随時対応、随時訪問
現在はなし

■訪問看護
月2回の訪問

■訪問診療利用

事例

支援経過 2024 年 2 月現在

・当初、痛み止め・介助により屋内・屋外歩行ができるようになったものの、散歩・買い物に行くと、屋外で帰れなくなる事が増え、時期を開けて2度転倒され、左手首骨折・頭部内出血となるが、痛みある中でも自身で動くことを強く希望され、介助同意頂けず様子観察となる。看護・主治医とは常に連携でき、どのような注意をすべきかについて情報共有しながら様子観察ができた。なお買い物については、行きたいと希望のある18時頃に、毎日介助を行っていたが、徐々に希望少なくなり、週2回に変更、その後終了となる。

・2016年1月、様子の変化があり、看護・主治医に相談、一過性脳虚血発作となり、入院。退院後立位保持・起き上がり困難となり、また膝・腰の痛みがあり、痛みの状況について看護・主治医に都度報告し、内服の調整や、介助時の注意点について、助言を頂き、トイレ移動介助が1日8回開始となる。

・2017年10月、夜間トイレ前で転倒され、看護・主治医に連絡し、受診したところ、左手骨折とのことでした。完治後も下衣着脱困難となり、着脱介助となる。

・2021年1月、廊下で転倒され、看護・主治医に連絡し、受診したところ右大腿骨頸部骨折され、入院。退院後は、全く歩行ができず、食事動作もできなくなる。看護に介助方法についての助言を頂き、またむせるご様子もあったため嚥下についても相談し、嚥下評価・現状に合った食事形態・食事介助方法の助言を頂く。

その後、ベッドで寝たきりで、移動は車いす全介助、食事介助、そのほか全介助の状態となり、現在に至る。

導入後の効果

認知障がいと思われる、周辺症状への随時の対応ができ、また周辺症状や転倒などのけが・体調不良時に看護にすぐに連絡・相談ができ、助言や必要時訪問をしていただき、対応ができた。加えて、症状の進行に合わせて、介助内容や時間・回数を柔軟に変更できたため、介護度が重くなっても、住居を変えずに生活を送っていただけたことができた。

本人・家族の様子

導入時

本人様の不安感が強く見られた。息子様もその対応に負担が大きく、身体的・精神的な疲労がみられていた。

導入後

本人様は、誰かいる環境で、助けてくれる人がいると安心されている様子
息子様の負担も大幅に軽減でき、また症状の進行についても、看護等から情報提供を受けて、本人様の状況について理解できている様子。

今後の課題

体調不良の早期発見と、現状の能力・状態の維持。

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	できていないこと	できていないこと	できていないこと		
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	○			社内勉強会や研修動画等により周知を図っている。	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 課題と捉えているならば是非実施を。
	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徴をつかみ、能力が活かされるよう配置している	A
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	○			電話連絡やご利用者宅の連絡ノート等を基本としながら、自社看護の場合は社内グループウェアにて、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。	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い要望に対する対策のご提案をすると共に、常に巡回ルートは最適となるよう検討・変更を続けている。	A
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		○		要望・助言があった場合には職員で共有し、サービス内容については適宜ご利用者・ご家族・ケアマネジャーと協議を重ねている。	A ご利用者様・ご家族様からの要望も会議等の場で共有してもらいたい。
(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)		○		交通安全への啓蒙、悪天候時のサービス調整を行なっている。災害対策マニュアルを作成。緊急時の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。	A

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		○				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、つき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。出来る事に着目した提案を行なっている。	A
	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。	A
(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	15		○					状態の変化に応じて、柔軟に時間変更や回数変更できている。	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	○					サービス時の状況がリアルタイムで把握可能なため、状況変化の際は迅速に計画変更の検討ができる。	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		○				契約時の説明で、定期巡回の仕組みについてご理解頂けるよう努めている。	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		○				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。	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		○				電話連絡にて適宜行っている。また、希望するご家族へはケア記録がメール配信できるシステムとなっている。	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なとなる、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)	○					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なっている	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。また、サービスの検討段階でサービス説明のための訪問もご提案している。 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 A
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		○		サービス付き高齢者住宅の職員も在宅への展開を開始している 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）				具体例がなく割愛とした D
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

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 記録

開催日	開催時間
2024 年 2 月 21 日	10 : 30 ~ 11 : 30

■出席者

名前	所属	名前	所属
A 様	練馬区介護保険課	I	SOMPOケア上石神井定期巡回
B 様	上石神井地域包括支援センター	J	SOMPOケア上石神井定期巡回
C 様	フローラ石神井公園地域包括支援センター	K	SOMPOケア上石神井定期巡回
D 様	薬局クレストⅡ	L	SOMPOケア上石神井定期巡回
E 様	薬局クレストⅡ		
F 様	SOMPOケア上石神井居宅介護支		
G 様	SOMPOケア上石神井居宅介護支		
H 様	SOMPOケア練馬訪問看護		

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

■記録

1.開会のあいさつ お忙しい中お集まりいただき、誠にありがとうございます。 令和5年度2回目の介護・医療連携推進会議を開催させていただきます。 2.参加者のご紹介 参加いただいた方の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、介護・医療連携推進会議について 定期巡回随時対応型訪問介護看護の制度・特徴についてご説明させていただく。 介護・医療連携推進会議の開催目的についてご説明させていただく。 4.サービス提供状況の報告 事業所概要について、ご説明させていただく。 サービス提供エリアについて、ご説明させていただく。 2023年10月から2024年1月までの利用者様推移・ サービス提供回数・定期巡回サービスを利用されている方の 介護度分布についてご説明させていただく。
--

■記録（続き）

5. ケース紹介

定期巡回サービスをご利用されている方2名様の事例紹介をさせていただきます。

6. 質疑応答

なし

7. 協議会メンバーからのご連絡

なし

8. サービスへの評価・要望・助言

評価表のご記入をしていただく。

要望について以下のお話を頂く。

D様：訪問されている患者様は、患者様の為になっていると思う。

服薬介助について、どこからが医療行為かの線引きがわかりにくい。

一包化されていないシートから出すことはできないと聞いたことがあるが、屯用のもので使用頻度が少ないと、一包化しているものよりシートのままの方が衛生的に管理しやすい。

シートのままだとヘルパーでお手伝いは難しいか？

I：主治医から具体的な指示があれば助かります。

＊会議内では誤ったお答えとなってしまうておりました。正しくは、シートから薬を出すことは医師から具体的な指示があっても訪問介護員ではできないため、訪問介護員が一包化された頓服薬を医師の指示で介助することは可能です。）

D様：下剤など主治医から具体的な指示をもらっておくと、対応しやすいようですね。

B様：どのような対応をしてもらおうとよいか、検討してみます。

C様：困難な方に入っていることが多いので、訪問看護さんとヘルパーさん

どちらが対応できるのか？

どこまでやってもらえるのかわからないところがある。

I：できないので断るではなく、どのようにしたら本人様ができるか？看護さんや医師とも相談して対応を検討して参りたいと思います。

C様：本人様に、薬の袋を出して渡すということは可能か？

I：一包化された薬の袋を破いて、本人様にお渡ししたり、その方により口に入れて確認

するのは問題なくできます。

A様：会議の構成員として、地域の方、民生委員様・ご家族様のお声掛けはいかがでしょうか？

I：お声掛けをしたのですが、日程が近い中で行った為、参加には繋がらなかった。

9. 閉会の挨拶

皆様ご参加いただき、誠にありがとうございました。これにて今回の介護医療推進会議は閉会とさせていただきます。

以上