

令和6年 3月 SOMPOケア練馬
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ケア練馬
- 日時 令和6年3月21日 15:00~16:00
- 場所 SOMPOケア練馬 会議室
- 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	はじめに 開会あいさつ（医療連携推進会議の目的）	佐藤	0:02	15:00	15:02	資料1
2	ご出席者のご紹介	磯野	0:01	15:02	15:03	資料2
3	事業所概要	佐藤	0:03	15:03	15:06	資料3
4	事例発表	菊見	0:10	15:06	15:16	資料4
5	質問等	全員	0:10	15:16	15:26	
6	基本情報・実績	佐々木・菊見	0:10	15:26	15:36	資料5-1、5-2、5-3
7	ヒヤリハット・苦情事故報告	磯野	0:05	15:36	15:41	資料6
8	外部評価報告	佐藤	0:10	15:41	15:51	資料7
9	意見交換	全員	0:07	15:51	15:58	
10	おわりのご挨拶	平野部長	0:02	15:58	16:00	
11						
12						

■議事進行 SOMPOケア練馬 佐藤

■次回開催予定日 2024年9月

介護・医療連携推進会議 出席各位

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

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。

3 事業所概要

①事業所名	
SOMPOケア練馬	
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 夜間対応型訪問介護事業	
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ケア練馬職員数(人)	
正社員	14 名
非常勤	8 名
合計	22 名
⑤利用者状況(人) 令和5年 8月31日現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	28 名
訪問介護事業	42 名
夜間対応型訪問介護事業	149 名
合計	219 名
⑥事業所の特徴	
<p>SOMPOケア 練馬 では、スタッフ一同、ご利用者さまが安心して在宅生活を送れるよう、丁寧なご説明ご提案、そして迅速なサービスのご提供を目指しております。</p> <p>「住み慣れたご自宅で過ごしたい」といった、ご利用者さま、ご家族さまの意向に寄り添いながら、在宅でのサポートの、お手伝いをさせていただけるように精進して参ります。</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

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

事業所名: SOMPOケア練馬

生活環境を整え在宅生活を継続しているケース

事例1

76歳

要介護 2

(生活自立度 B-1 : 認知症自立度 I)

夫と2人暮らし。主婦をされていた。認知機能が低下し、今までやっていた家事全般ができなくなってしまった。排泄の失敗も多く、入浴も更衣も声替えがなければ最後まで終了することが難しい。夫はもともと家事全般を行っておらず、夫自体も認知症を発症しており、生活全般が回らなくなってしまった。在宅生活を全般的に支援するために導入となる。同時に夫も定期巡回を利用。

主な疾患	生活状況	高齢者世帯	身体状況
アルツハイマー型認知症	夫と2人暮らし。夫もアルツハイマー型認知症を発症しており、要介護1。近くに長男夫婦が暮らしており、時々訪問している。		健康

看護連携	看護助言
モニタリングのみ	入浴時皮膚観察をお願いします。 手足の爪はご家族様に切っていただくようお願いします。

介護目標
①定期的にヘルパーが配膳・服薬介助を行うことで、食事の摂取、健康維持、体調悪化を防ぐことができる。 ②ヘルパーが生活支援全般を手伝うことで、安心して自宅で過ごすことができる、また生活環境を整えることができる。 ③高齢者世帯のため、緊急端末機を設置することで、緊急時の対応が出来る、夜間も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						
	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
8:00							
13:00							
18:00							
21:00							

ポイント
■定期巡回サービス： <ul style="list-style-type: none"> ・7:50~8:00 (夫7:40~7:50) ・18:30~18:40 (夫18:20~18:30) 月曜 金曜 11:00~12:00
■ケア内容 <ul style="list-style-type: none"> ○食事配膳、服薬介助、オムツ交換、掃除、洗濯、ごみ捨て、入浴 △更衣介助
■緊急コールによる随時対応、随時訪問 <ul style="list-style-type: none"> ・あり
■訪問看護 <ul style="list-style-type: none"> 月1回 モニタリングのみ

事業所名: SOMPOケア練馬

事例

支援経過 R6 年 3 月現在

2024年11月13日よりサービススタート。

室内は長い間掃除されておらず、洗濯ものも汚れものと洗濯されたものが混ざっておかれていた。排泄の失敗が多いが、ご本人は認識されていないようだった。服薬もご本人が病気の認識がないため、服薬をしなければいけないという意識がなく、拒否気味であった。キーパーソンの息子様も時々しか訪問されていないので、お二人暮らしでの生活実態は不明。息子様、夫のご希望は、掃除をしてほしい、夕食を作ってほしい、ご本人を入浴をさせてほしいといった単発的なものであったが、生活実態がつかめず、毎日の服薬もできていないとのことで、定期巡回で定期的に訪問し、ニーズを探り、在宅生活を続けて行けるよう支援することになった。現在、生活援助のニーズが高いためご夫婦お二人でのご利用となる。

サービス開始当初、服薬、掃除はスムーズに出来たが、リハビリパンツの着用に関しては拒否が強く、お声がけはするが、着用には至らず、慣れた布パンツを穿かれていた。しばらくすると排泄の失敗が酷くなり、下着の交換の援助が必須となった。声かけを工夫することによりリハビリパンツの使用と交換ができるようになった。朝夕2回のリハビリパンツの交換により排泄の失敗は減っている。

入浴も最初は拒否があったが、うまくお声がけすることで現在はしぶしぶながらも毎回入っていただけるようになった。食事は色々なものをご自身たちで買われてきたり、ご家族様がご訪問時に買ってきていただいている。ご本人たちは買ってきたものを冷蔵庫に入れ忘れてしまうため、訪問毎に整理させていただいている。調理も途中で忘れてしまうため中途半端な状態でおかれており、食器の片付けも忘れてしまったり、同じ食器をいくつも出し放置してしまうため、これも訪問時に整理している。

洗濯はご自身で回しているが、洗剤を入れ忘れて洗濯されているため、こちらが主導で洗濯、ご本人たちが回されていたら、洗剤を投入し、再洗濯させていただいている。

洗濯後の衣類やシーツもあちこちに置かれてしまい忘れてしまうため、1箇所にとめていただいた。

毎日の訪問で全般的に援助が必要なお状態であることが明らかになったため、定期巡回を継続、必要に合わせてサービス内容を適宜変更をしながら、ご本人の生活を支えている。

しかしながら、ご本人や夫は何もしてもらっていないという認識であり、毎日のヘルパーの訪問を疎ましく思われているようである。

導入後の効果

- ・薬を定期的にキッチンと飲むことができる。
- ・掃除・洗濯・ごみ捨て・食器洗い等生活全般を支援することで清潔な生活ができています。
- ・ヘルパーが声かけをすることでリハパンの使用、交換できるようになった。
- ・コール機を置くことで緊急時に対応でき、夜間も安心して過ごすことができる。

本人・家族の様子

導入時

導入後

生活実態がわからず、何を援助していいのかわからない状態。ご本人は自分で出来ていると思っており、ヘルパーの訪問に対して拒否気味。提案しても「自分でやります。大丈夫です」とやらせていただけなかった。ご家族は定期巡回を入れることについて疑心暗鬼な気持ちを持たれていた。

ヘルパーの訪問に慣れてきていただき、毎日の生活全般的に援助させていただいている。ご本人はまだご自身でできていると思われているが、手助けさせていただいている。清潔な生活ができるようになってはいるが、ご本人はあまりよく思われていない。ご家族様はヘルパーが入ることにより、ご本人たちの生活がわかってきて、定期巡回を入れたことに価値を感じていただいている。一時的に入れるということになっていたが、継続している。

今後の課題

ご本人の自尊心を傷つけないように支援を続ける。必要な支援を入れるためのご家族様との協力体制の構築。

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告

SOMPOケア練馬

SOMPOケア練馬 利用者基本情報

【資料4-4】

No.	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	移動時間		1	2	3	導入目的	定期巡回の主なサービス		利用 開始日	利用 終了日	当月利用 延日数	居宅介護支援 事業所名	CM名	看護利用	訪問看護 事業所名	備考
				(障害)	(認知)		日中帯	夜間帯					1	2								
1	女	93	5	C1	Ⅲa	家族同居	10分	5分	アルツハイマー型認知症	高血圧	脳梗塞後遺症	家族の介護負担軽減	オムツ交換	保清	R2. 3. 23	継続	30日	SOMPOケア中村橋	斉藤CM	あり	アセスメント	
2	男	86	4	J1	自立	独居	5分	5分	くも膜下出血後遺症	便秘症		在宅生活の継続	一般的な調理配下膳	排泄介助	R\$. 3. 16	継続	30日	SOMPOケア中村橋	足立京子CM	あり	SOMPOケア中村橋駅前訪問看護	
3	女	74	2	J1	Ⅱb	独居	15分	10分	アルツハイマー型認知症			在宅生活の継続	安否確認・服薬確認	ゴミ出し	R4. 6. 1	継続	27日	ICケア	金山CM	あり	F・O・R	医療保険
4	男	94	1	J	Ⅱa	独居	10分	5分	高血圧	コロナ		家族の介護負担軽減	安否確認		R4. 9. 1	R5. 10. 19	25日	ICケア	金山CM	あり	訪問看護ステーション ささえろ宮	
5	男	96	4	A2	自立	独居	7分	7分	慢性呼吸不全			在宅で生活したい	一般的な調理配下膳	排泄介助	R5. 7. 1	継続	31日	みずたま介護ステーション練馬ケアプランセンター	京野CM	あり	ハミングバード訪問看護ステーション	
6	女	84	1	J2	I	独居	7分	7分	認知症	乳がん術後		安定的な服薬による健康管理	服薬介助		R5. 7. 15	継続	31日	SOMPOケア練馬	足立CM	無し	SOMPOケア練馬 法mん看護	
7	女	71	3	B1	I	二世帯住宅	5分	5分	多発性骨髄腫			可能な限り在宅で生活したい	服薬介助	入浴介助	R5. 5. 4	R%. 9. 25	0日	育秀苑	金山CM	あり	訪問看護ステーションはな練馬	
8	男	90	3	B1	I	独居	7分	7分	左上葉肺腺癌	転移性脳腫瘍		在宅で生活したい	服薬介助	一般的な調理配下膳	R5. 7. 25	R%. 12. 8	0日	薬師堂すみ	砂田CM	あり	TOE1訪問看護ST	医療保険
9	男	86	4	C1	Ⅱb	独居	5分	5分	脳梗塞左麻痺	左肩亜脱臼		在宅で生活したい	排泄介助		R5. 8. 8	継続	13日	ソラスト練馬	吉田CM	あり	SOMPOケア練馬 訪問看護	
10	女	85	5	C2	I	独居	8分	8分	進行性核上麻痺疑い	脊柱管狭窄症		在宅で生活したい	排泄介助	口腔ケア	R5. 9. 6	継続	31日	カインド	山口CM	あり	ソフィア訪問看護ステーション小竹向原	医療保険
11	女	84	4	C2	I	家族同居	10分	10分	腰椎圧迫骨折	骨粗しょう症	頭部打撲帯状疱疹	可能な限り在宅で生活したい	排泄介助		R5. 12. 23	R5. 3. 11	0日	ライフアシスト里華	岩田CM	あり	SOMPOケア練馬 訪問看護	
12	女	92	5	C1	Ⅳ	家族同居	3分	3分	全身衰弱	動脈硬化性認知症		可能な限り在宅で生活したい	排泄介助		R5. 11. 25	継続	0日	SOMPOケア練馬	三浦CM	あり	SOMPOケア練馬 訪問看護	
13	男	79	1	A1	I	高齢者世帯	10分	10分	糖尿病			在宅での生活継続	一般的な調理配下膳		R%. 11. 13	継続	31日	SOMPOケア練馬	三浦CM	無し		
14	女	76	2	A1	Ⅱb	高齢者世帯	10分	10分	認知症			安定的な服薬による健康管理	一般的な調理配下膳	排泄介助	R%. 11. 13	継続	31日	SOMPOケア練馬	三浦CM	無し		
15	女	81	1	自立	Ⅱa	独居	10分	10分	認知症			施設入所までは家にいたい	服薬介助		R&. 1. 4	継続	31日	SOMPOケア練馬	安里CM	あり	SOMPOケア練馬 訪問看護	
16	女	89	2	自立		独居	10分	10分	L2腰椎圧迫骨折	骨粗しょう症		家に帰りたい	一般的な調理配下膳	服薬介助	R%. 11. 24	継続	31日	SOMPOケア練馬	足立CM	あり	SOMPOケア練馬 訪問看護	
17	女	89	2	A2	Ⅲa	独居	20分	15分	胃がん	2型糖尿病		施設入所までは家にいたい	一般的な調理配下膳	服薬介助	R5. 12. 1	継続	31日	SOMPOケア練馬	三浦CM	あり	SOMPOケア練馬 訪問看護	
18																						
平均		85	3				11分	7分														

利用者実績	当月利用者案件(人)	来月利用者見込数(人)
12	0	0

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告

SOMPOケア練馬
江古田サテライト

SOMPOケア練馬 江古田サテライト 利用者基本情報

No.	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	移動時間		疾患			導入目的	定期巡回の主なサービス		利用 開始日	利用 終了日	当月利用 延日数	居宅介護支援 事業所名	CM名	看護利用	訪問看護 事業所名	備考
				(障害)	(認知)		1	2	3	1	2		日中帯	夜間帯								
1	女	93	2	A2	I	独居	1分	1分	慢性心不全急性増悪	閉塞性動脈硬化症	重症下肢虚血	日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	H30.8.1	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
2	女	91	1	A2	IIb	独居	1分	1分	高血圧			日常生活・服薬の支援	入浴援助	服薬援助	H31.2.1	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
3	女	88	1	A2	IIb	独居	1分	1分	糖尿病	身体表現性障害		日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	H30.7.1	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
4	女	96	3	A2	IIb	独居	1分	1分	乳癌	高血圧	脳血管性認知症	日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	R1.5.1	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
5	女	94	2	J2	I	独居	1分	1分	発作性心房細動	逆流性食道炎		日常生活の支援	掃除援助	R1.7.4	継続	30日	SOMPOケア練馬	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護		
6	女	93	2	A1	I	独居	1分	1分	腰椎椎間板ヘルニア	腰部脊柱管狭窄症	骨粗鬆症	日常生活の支援	掃除援助	R4.1.12	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護		
7	女	74	1	J2	IIb	独居	1分	1分	うつ病	アルツハイマー型認知症		日常生活・服薬の支援	掃除援助	服薬援助	R4.6.22	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
8	女	85	1	A2	I	独居	1分	1分	高血圧症	左前頭葉脳挫傷	脳梗塞後遺症(右不全麻痺)	日常生活の支援	掃除援助	R4.6.14	継続	30日	SOMPOケア練馬	倉島CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	要支援2へ	
9	女	87	4	A1	IIIa	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症			日常生活・服薬の支援	排泄援助	服薬援助	R4.11.16	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	無	SOMPOケア練馬訪問看護	
10	女	85	1	J2	I	独居	1分	1分	狭心症	リュウマチ		日常生活の支援	掃除援助	R4.11.30	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護		
11	女	91	1	A1	IIb	独居	1分	1分	繊維筋痛症	座骨神経痛		日常生活・服薬の支援	買物援助	服薬援助	R5.8.19	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
12	女	84	2	J2	IIb	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	洞不全症候群		日常生活の支援	買物援助	掃除援助	R5.8.7	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	無	SOMPOケア練馬訪問看護	
13	女	76	1	J2	IIa	独居	1分	1分	糖尿病	高脂血症	冠動脈硬化症	日常生活・服薬の支援	買物援助	服薬援助	R5.8.19	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
平均		87	2																			
利用者実績		当月利用者案件(人)		来月利用者見込数(人)																		

SOMPOケア練馬 事故報告書 一覧

日時	場所	内容	経過	原因	再発防止策
2023年9月	A様ご自宅	キーボックスの鍵で入室し、途中でご家族様訪問。鍵をキーボックスにしまい忘れ、ご家族様退出後に次の訪問で入室出来なくなりました。	ご家族にご連絡し、ご家族様のご自宅に向かい、鍵をお借りする。	ご家族様がいらっしゃる事で、施錠の必要が無く合鍵の確認を怠った。	鍵を取り出したら、決まった場所に置き、退出時は決まった場所から鍵を持って退出する。
2023年10月	B様ご自宅	服薬忘れ	夕方下剤をずっと飲んでいただいていた。	朝夕の下剤服薬がサービス内容としてあるが、手順書を見落とし1名のヘルパーが下剤の服用をしていなかった。	下剤の置き方が一か所だったため、日付の記載と個数の確認を行うこととした。
2023年11月	C様ご自宅	内服薬の日付違い	日にちを確認せずに朝食薬を飲んでいただいていた	ご主人が薬の管理をしていて、日付関係なくお渡しになっていた。	内服薬の管理をヘルパー主導で行う
2024年2月	D様ご自宅	内服忘れ	週一回飲む骨粗しょう症の内服薬を提示することを忘れてしまった。	手順書には記載があるが、週1回で人員も変わるため、抜けが発生してしまった。	内服の日に、ケアに入る前にポップアップが上がるように変更した。

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	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		○			ご利用者様の在宅生活の継続を支援する事を事業所の理念として掲げている。	B事業所の掲げる理念についてできているではなくほぼほぼできていると記載してあるところが気になる。
(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		○			毎月ある定例会議でご利用者様のの変化を共有し、カンファレンスを行って、共有している。	B
	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	○				法人全体での理解編・実践編の研修に該当オペレーターや計画作成・S責・面接相談員の参加をし、研修の機会を確保している。	A
	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		○			ご利用者様への移動距離を最短にし、その分サービスに専念できるように配慮している。	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		○			担当者会議、コミュニケーションツール、電話連絡でご利用者様の今状況を共有するように努めている。	B
(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、最適かつ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている		○			体調変化や、緊急時の対応ができるよう緊急用のルートを確認し、定期訪問を少なくして対応している。	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		○			いただいた要望・助言に関して、カンファレンスでご意見を発表し、改善の話合いを実施している。	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		○			ICTを活用して、入る職員誰もが全ご利用者様のサービス状況を確認して、前回の内容も見ながらサービスに当たることができる。	B
(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)		○			緊急時の業務フローを作成。年に2回の研修で周知を行う。	B
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	○				ICTを活用し、スマホ内で情報共有を行っている。ご利用者情報を扱うアプリは、個人のQRコードを読み込まなければ開かないようになっている。	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た、アセスメントが提案されている		○			ご利用者様の24時間のアセスメントを取り、サービスを提案している。	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		○			看護からのアセスメントを元に計画を作成し、突合せを行っている。	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		○			ご利用者様のご状態に合わせて適宜サービスの増回を行っている。	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		○			担当者会議で話し合ったプランをケアマネと看護と共有しながら、重度化しないプランを作るよう努めている。	B ADL等が改善した先に実現する生活をイメージしながら目標を立て、サービス提供のあり方を検討してください。

(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		○		状態の変化に合わせて、サービスは柔軟に増回している。不必要であれば、話し合いの元減らすこともしている。	B
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		○		サービスに入りながら、状態の変化への対応を行い、柔軟に対応している。	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							
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		○		排泄・心身の状況を都度看護に相談し、看護から医師への相談を行って円滑に対応していただいている。	B
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		○		適宜、指導・助言をいただいている。	B
(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		○		契約時の説明でしっかり行っている。	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		○		計画書交付の際に、説明を行っている	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		○		サービスに入りながら、状態の変化への対応を行い、柔軟に対応している。	B
2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント							
(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		○		モニタリングの報告で情報共有を行っている。	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		○		必要に応じて、インフォーマルなサービスの提案をしている。	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		○		日常の相談や、担当者会議で情報共有をしている。	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							
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)		○		定期巡回ではカバーできない共有部分の清掃や、外出の機会確保などで、自社に拘らずご提案している。	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)		○		入院・入所の際は、ご本人の希望があればいつでも対応できるように、情報をいただくように努めている。	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)		○		属性にかかわらず、地域の様々な相談を受け止め、自ら対応又はつなぐ機能になるように、総合力を活かし、在宅から施設までフルラインナップの介護サービスを提供しています。	A
3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画							
(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		○		SOMPOケアのホームページ上で議事録、資料を掲載している。	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	○			ケアマネージャー向けの研修を事業者連絡会主催で行い、定期巡回のパンフレットの作成も尽力した。	A 一事業所で行うには限界があり、今後地域包括への説明をしっかりと行って行けるよう整えます。
(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		○		行政資料は閲覧し、回覧している。	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		○		次年度対応できるよう、職員を増やしていく計画にある。	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)		○		インフォーマルサービスは会社としても力を入れていて、全国展開で実証実験を行い、現場に運用する前段階にある。	B
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		○		モニタリング時に、計画の進捗状況を確認している。	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		○		頻回なサービスと、ご本人のご希望を聞きながらの食事提供を行い、独居のご利用者様でも安心感を持っていただけている。	B

SOMPOケア光が丘・SOMPOケア練馬
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 3 月 21 日	15:00 ~ 16:30

■出席者

名前	所属	名前	所属
田* 千* 様	ご家族様	平* 明*	北東京第二事業部
香* 様	練馬区介護保険課	佐* 幸*	SOMPOケア練馬
原* あ*み様	SOMPOケア練馬訪問看護	菊* 万*子	SOMPOケア練馬
三* 健*郎様	SOMPOケア練馬居宅介護支援事業所	磯* 文*賀	SOMPOケア練馬
		榎* 弘*	事務員

■審議事項

1	開会の挨拶
2	介護・医療連携推進会議出席者のご紹介
3	事業所概要
4	活動報告・事例発表(SOMPOケア練馬)
5	質問等
6	基本情報・実績(SOMPOケア練馬 江古田サテライト)
7	ヒヤリハット・苦情事故報告(SOMPOケア練馬)
8	外部評価報告
9	意見交換
10	閉会の挨拶
11	
12	

■記録

【佐*】お時間になりましたので、第32回医療連携推進会議を開催させていただきます。
初めに、東京本部北東京第二事業部業務部長 平野から最初に挨拶をさせていただきます。
宜しくお願いします。

1. 開会のあいさつ(平〇 部長)

ご紹介頂きました。損保計画調査の平*と申します。
本日は、ご参加頂きまして有難うございます。私よりご挨拶という所で、1つお話をさせていただきます。
当社は、定期巡回サービスと云います。
全国百カ所以上に進めております。お客様自体は、現在3,000人近いお客様にご利用頂いております。
定期巡回サービスとは、皆様ご存知の通り障害を持った高齢者の住まいを最終的にご自分で決める
権利を担保できるとも大事なサービスだと思っております。
私達は、練馬エリアで、推進していきながら一人でも多くの方が、最後まで自宅で生活できることを
支えていきたいと強く思っております。
今後とも医療と介護を連携し他事業所とも連携しながら、引き続きサービスを展開して行きたいと
思っております。
本日は、いろいろなご意見お聞かせいただければと思っています。
私からは以上となります。

【介護・医療連携推進会議の目的】

1. 介護。医療推進会議とは
 - ・事業所運営の透明性の確保
 - ・サービスの質の確保
 - ・事業所による「抱え込み」の防止
 - ・地域との連携の確保

2. 構成メンバー【地域の様々な立場で支える方々】

ご利用者・ご家族、地域住民の代表、地域の医師・医療関係の職員、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・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様「訪問介護」「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させていただきます。
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せた必要なタイミングで、必要な量と内容のケアを提供出来るサービスです。

2. 出席者の自己紹介。 (上記出席者参照)

3. 事業所概要 (SOMPOケア練馬)

①事業所名

SOMPOケア練馬

②事業内容

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

訪問介護事業

夜間対応型訪問介護事業

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

※24時間365日のサービスなので、電話等の対応は可能です。

④全事業職員数(人)

正社員 14名

非常勤 8名

合計 22名

⑤利用者状況(人) 令和6年 2月29日現在

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 28名

訪問介護事業 42名

夜間対応型訪問介護事業 149名

合計 219名

⑥事業所の特徴

SOMPOケア 練馬 では、スタッフ一同、ご利用者様が安心して在宅生活を送れるように、丁寧なご説明ご提案そして迅速なサービスのご提供を目指しております。
「住み慣れたご自宅で過ごしたい」といった、ご利用者さま、ご家族様の意向に寄り添いながら、在宅でのサポートの、お手伝いをさせていただけますように精進して参ります。
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参ります。

4. 事例発表 (資料4をご参照下さい。)

実際に私共が援助に入っています方々を事例として提供させて頂いております。

【佐*】最近はこのケースが非常に多いです。

高齢者世帯であり、共に認知症であり、ご家族様の意見がバラバラで、誰がキーパーソンかわからない。いろいろな声が上がってきているケースが多いイメージです。

最近では、ご夫婦で入ってくるのも多く、だんだん高齢化で認知症が多くなってきている代表的な例として今回発表させて頂きました。

三*さんケースになりますが、いかがですか？

【三*】依頼を受けた時は、ご家族様が何を求めているのか、何をしてほしいのかわからないけど

取り敢えず助けて欲しいと言う事から開始しているので、まずは生活を見て頂き出来ること出来ないことを精査して頂いて、その都度ご家族様と話をしながら、ご本人様にフィードバックして行くことで、今のところ落ち着いています。

【佐*】原*さんの所もモニタリングで入って頂いていますが、本当は看護師の方にもご協力頂ければと思っているケースです。

5.質疑等

ここまでで、ご意見とかあればとは思いますが、香*さんいかがですか。

【香*様】看護師の方も入るとなったらどの様な対応になるのでしょうか。

【原*】状態見ながら、言動などがどう変わっていくのか。今は認知症の薬を飲まれている

状況だったので、それが本当に現状としてあっているのか。先生と話しながら進めて行ったり出来るかと思っています。あとリハビリパンツを穿かないと言う事で、尿路感染のリスクがあるので、綺麗なリハビリパンツを使ってパットを交換するという説明も医療的な面から説明する事で納得して頂けるお客様も結構いらっしゃるのでは、その様な所で介入できるのかと考えております。

【佐*】この方はまだ、体がお元気なんですね。ご近所にも買い物に行けるし、好きなものを買って冷蔵庫がパンパンで、腐ってるものが多くなるし、生活全般に誰かの目が必要な方が、この所

すごく多くなってると思います。

定期巡回なので看護師さんの目と言うのは、すごく大事で、特に主治医の先生がいるときに介護側から言うより看護師さんから言ってもらった方が、話が通じるんです。

ピンポイントで行って下さるので、看護師さんと一緒にいいなと思うのですが、看護と介護と全部一緒になると金銭的に上がってしまい、困っています。

【部長】本当に、このようなケースは在宅である家のお困りごと、難しいケースかなと思います。

難しいけど、関わり続けて行くか、ニーズをしっかりと繰り返しお話ししても、信頼関係を作っていくしかなかかなか進まないと思います。先ほどの話が有りましたが連携ドクターも踏まえた上で、地域も踏まえた上で、この方をどう支えていくかを繰り返し皆さんに議論を重ねていく事でしかないのかなとこれをしたら解決するという手段はないケースかなと思います。このような事例をしっかりと共有しながら、このようなケースが増えていく中で頻度になることも沢山あると思います。共有しながら進めていく必要があると思います。

6.基本情報・実績（資料5-1、5-2、5-3をご参照ください）

7.ヒヤリハット・苦情事故報告書（資料6をご参照ください。）

8.外部評価報告

【項目番号1】

【練馬区】事業所の掲げる理念について出来ている。ではなく、ほぼ出来ていると記載してあるのが気になります。と頂きました。

【佐*】在宅生活の継続と言う事を事業所理念としているのですが、やはり重度化して不安が強くなってコールをたくさん押すようになると、現場の方からそろそろ施設ですかねと声が出てくる事実も有るので、ほぼ出来ていると記載させて頂きました。

こちらの方は、在宅生活の継続をみんなで話し合っ、どれだけ継続できるか、ご本人の意思決定を尊重できるかという所を詰めていければいいと思っています。

【項目番号14】

【練馬区】ADL等が改善した先に実現する生活をイメージしながら、目標を立てサービス提供のあり方を検討してください。

【佐*】現場で現在あるADLの中で、あの生活をどう運営していくかと言う事を考えてしまうので、その先の改善した生活をイメージしながら、担当者会議でもご提案が出来れば良いなと思っています。

【項目番号29】

【佐*】前年度研修等もさせて頂き周知は、頑張っているのですが、使われる事業所、居宅はどうしても同じところが多く、新規は少なく、その所をもう少し周知して行きたいのと民生委員の方や地域の方が参加しやすくなるような会議体に行きたいと思っています。

9.意見交換

【佐*】後半の基本情報、外部評価等についてのご意見を頂ければと思いますがいかがですか。

【三*】ケアマネジャーの立場から申しますと、まだ定期巡回の性質とかサービスの在り方が分かっていない事が結構あり、一項目ずつだと長くなってしまおうと思うのですが、いくつかの項目をキックして、研修をして貰えたら良いと思います。

定期巡回って、ケアマネジャーがお客様に説明している、なんて説明しているかと言うとので何回入れても定額ですとなっていますが、実際ルールとして介護度によって1日使える分数とか決まっているので、そういう事も知らないとその紹介で、サービスを導入しました。

しかし、実際違いますってトラブルになる事もあると聞いたりすることもあります。
新規お客様についての方法としては、他の事業所にも、こういう事を知ってますかと単発の周知を
してみるのもいいのかなと思いました。

【佐*】ありがとうございました。

今日も夜間対応で、新規の問い合わせがありまして、よく話を聞いてみると夜間対応ではな
とあって、地域的にも朝日町で遠いし、どのようなお家ですかと聞いてみると高齢者世帯で、
お互いに軽度で、要介護1の高齢者世帯、最近ご主人の転倒が多く、毎日転倒するようになった
何とかしてくれと言われた。だから夜間対応の随時を入れたいと言うお問い合わせがあって
夜間対応の随時は結局対処療法なので、それが積み重なってアセスメントをして定期訪問に
繋がっていく様なものなので、一応その居宅にはご説明をしています。

もう一件問い合わせがありました。

要介護1なんです。定期巡回を使いたいです。お風呂は入れてもらえないですよ。と言う
お問い合わせとか。やはり周知が、まだまだなんだなと思いました。お問い合わせの有った方には
お答えもできるし、提案も出来るのですが、皆さん良くわからないからと言う事をよく聞きます。
なんか周知活動をどうやって行こうかなって言う事が悩みです。

いかがですか香*さん

【香*様】昨年一緒にかかわらせてもらい、練馬区としてもお客様に説明とか行ったりして
割りかた事業所の場所が具体的にわかるようなサービスだったり、サービス事業の内容を作って
お配りしたり、一般的な中身としては誰でもわかるような簡単なもので、今仰ったような
専門性があるんですよね。事例などを以前ココネリでやられた研修などで、専門的なお話を
頂けるとより広がっていくのではと思います。それと引き続き一般的なところで包括さんや
ケアマネには周知はして行きたいと思っています。

【佐*】そうですね。勉強会などの機会がありましたら呼んで頂くのも良いかなと思っています。
多分使っている事例をもってお話しすることが一番良いかなと思います。

【香*様】そうですね。今日聞いていたら、私も表面的なことしかわからなくて、聞くと入っ
てくるので、ケアマネさんは専門職ですが、何となく理解できるが聞いて見ないと
わからない気がします。

【佐*】原*さんいかがですか？

【原*】定期巡回を介護さんだけ使って看護は使わないケースが何件かあったりしますが、理由としては
看護を使ってしまうと単位数が不足してしまう。とか福祉用具で使えなくなってしまう部分
が出てしまうデメリットはあるのですが、定期的に看護で訪問することで、入院を防いだりすることも
できるのでデメリットだけではなく、事例を伝えて看護も入れるようにしていけると、お客様の健康
と言うか予防になって良いのかなと思います。

【佐*】ありがとうございます。磯*さん、菊*んいかがですか。定期巡回は二人担当でやって頂いて
事業所のケースは二人に振り分けて、日々動いて頂いています。

【菊*】やはりケアマネさんと話をしている、良くわかっていない方が多くて、特に夜間と定期巡回の
区別がついていない方と言うのは非常に多いと思います。講習会があったときに、私も参加させて
頂いたのですが、あそこまで説明して夜間しか使っていないにもかかわらず、アンケートには
定期巡回を使いましたと仰ったり理解が難しいのかなと思ったりしました。やはり周知活動と
言うものが大事で、知ってもらって使ってもらいたいという気持ちがあります。

【香*様】参加してくれたら、結構同じ顔ぶれだったり、多分出ていない所に限ってわかっていない所に
いかに必要があるかというのはこちらの課題かなとは思っています。

【佐*】特に何もなければちょっと定刻より早いのですが、これで終了させて頂ければと思います。
今日は本当にありがとうございました。次回は6か月後を予定しています。その時は地域の
民生委員の方のご紹介をして頂けるよう、包括の方に行かせて頂ければと思います。
どうもありがとうございました。