

令和6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 6年 9月 17日 金曜日 11時00分～11時45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		11:00		
2	介護・医療連携推進会議の参加者の紹介		11:05		
3	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 事業所概要		11:10		
4	サービス提供状況の報告・検討会・事例検討		11:15		3事例
5	質疑応答		11:30		
6	閉会のあいさつ		11:40		

■議事進行 和田 理江子

■議事録 村上 隆



Innovation for Wellbeing

SOMPOケア

事業所概要

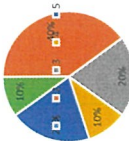
①事業所名			
SOMPOケア 在宅老人ホーム 西東京 定期巡回			
②事業内容			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業 夜間対応型訪問介護事業 訪問介護事業			
③主なお問合せ受付 曜日/時間			
曜日	月曜～金曜		
時間	9:00～18:00		
④全事業職員数(人)			
正社員	52 人		
非常勤	45 人		
合計	97 人		
⑤利用者状況(人) 令和6年2月末現在			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	57 人		
夜間対応型訪問介護事業	18 人		
訪問介護事業	要介護	57人	要支援 12人
合計	75 人		
⑥事業所の特徴			
居宅介護支援事業所・看護事業所が併設しており、他職種連携がしやすい環境にあり、より利用者様に寄り添ったケアの提供ができます。 また研修室を事業所内に設けており、地域の方に開放することで、開かれた事業所交流の機会を提供する場であるように心がけております。			

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・一時中止理由		居宅介護支援事業所名	医療保険訪問看護利用	介護保険訪問看護利用	訪問看護事業所	訪問診療
					(障害)	(認知)		1	2	3		1	2		終了・一時中止	中止理由					
1		男	89	2	A2	Ⅲa	独居	アルツハイマー型認知症	高血圧症	過活動除眩	アルツハイマー型認知症にて、服薬管理が継続になつてきた為	居宅介護	入浴・清掃	2023/2/26			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMP0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		女	101	4	B2	Ⅳ	独居	脳梗塞	嚥下性腸閉塞	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	R5.1.17	ご逝去	SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	村山中央病院
3		女	91	2	A1	Ⅱa	独居	アルツハイマー型認知症	腎臓管狭窄症		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	居宅介護	2023/3/15			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMP0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		女	93	1	A1	Ⅱa	独居	高血圧	便秘		処方薬を数人だり飲みすぎたためと相談管理が必要	居宅介護	居宅介護	2023/8/1	R5.10.16	転居	介護サービスセンター かたき			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	なし
5		女	85	1	A2	Ⅲ	独居	アルツハイマー型認知症	糖尿病	胃・胆のう腫	処方薬が飲みすぎ、飲みすぎたりしてしまふ為、また水分など取らないと取らない様子がある	居宅介護	水分補給促し	2023/7/1			イーファスト居宅介護支援事業所			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	なし
6		女	87	5	B2	Ⅲ	独居	脳梗塞後遺症（右半身麻痺、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	居宅介護	排泄援助	2023/2/26			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	村山中央病院
7		女	97	4	B1	Ⅱa	独居	パーキンソン症候群	腎臓管狭窄症	高血圧	年齢と共に動きが落ちており移動や居宅、入浴など援助が必要	居宅介護	排泄援助	2023/3/3			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	村山中央病院
8		男	81	1	A2	Ⅲ	家族同居	アルツハイマー型認知症	糖尿病		認知症悪化に伴いインシュリンの管理が必要	居宅介護	掃除	2023/10/13			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	ゆい在宅クリニック
9		女	88	3	B2	Ⅱ	高齢者世帯	うつ病、心不全の急性増悪	非弁臓症、心房細動	薬剤性間質性肺炎	居宅管理、排泄など自身ではできない為	居宅管理・排泄	掃除・入浴	2024/2/1			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMP0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
10		女	91	1	J2	Ⅱ	家族同居	アルツハイマー型認知症			居宅管理・掃除など複雑な部分がある為	居宅管理	掃除	2024/1/10			保谷苑居宅介護支援事業所			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	なし
11		女	95	1	B2	Ⅱ	高齢者世帯	腰痛	胃がん		腰痛が強く歩けない状態あり	移動援助	居宅介護	2024/3/1			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援事業所			SOMP0ケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	村山中央病院
12																					
13																					

月支調

介護度		1日あたり訪問回数（回）	訪問時間（1日/分）	1回あたりの訪問時間（分）
1	4			40分/01
2	2			40分/01
3	1			40分/01
4	2			40分/01
5	1			40分/01

介護度分布



世帯分布	
独居	7
高齢者世帯	1
家族同居	2

世帯分布



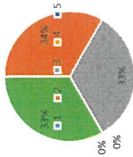
名	
居宅介護支援事業所	
居宅介護支援事業所	

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		中止理由	一時中止理由					
1		女	85	5	A2	Ⅳ	独居	アルツハイマー型認知症	高血圧症	内服・排泄含む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		男	87	1	A2	Ⅱb	独居	脳梗塞後遺症	高血圧症	内服・移動含む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		女	93	2	A1	Ⅲ	独居	レビー小体型認知症	高血圧症	内服・移動含む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				
4		女	89	4	B1	Ⅱb	独居	認知症	大腸骨幹部骨折	内服・移動含む複数回援助が必要な為	内服	排泄	2023/10/1		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			
5		女	94	3	A2	I	独居	類天傷瘡	脳梗塞後遺症	内服・移動含む複数回援助が必要な為	内服	移動	2024/3/1		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			
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						

5月実績

介護度		1日あたり訪問回数（回）	訪問時間（1日/分）	1回あたりの訪問時間（分）
1	1			40Ⅳ/0Ⅰ
2	1			40Ⅳ/0Ⅰ
3	1			40Ⅳ/0Ⅰ
4	1			40Ⅳ/0Ⅰ
5	1			40Ⅳ/0Ⅰ

介護度分布



世帯分布	
独居	5
高齢者世帯	0
家族同居	0

世帯分布



居宅介護支援事業所	名
在宅老人ホーム西東京居宅 介護支援	

No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度 (障害) (認知)	主な疾患			定期巡回の主なサービス		利用 開始日	終了・一時 中止日	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
						1	2	3	1	2								
1	女		86	4	A2 IIb	パーキンソン病	甲狀腺機能亢進症	慢性浸潤下血腫	内服	移動	2023/9/1			在宅老人ホーム西東京 介護支援	無し	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	わかさクリニク三鷹
2	女		91	5	A1 IIb	高血圧症	椎間板ヘルニア		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	女		82	1	J2 IIb	脊椎圧迫骨折	うつ病	両膝変形性関節症	内服		2023/8/1			在宅老人ホーム西東京 介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	双泉会クリニクねりま
4	女		91	4	A2 IIb	高脂血症	高血圧症		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	女		84	2	A1 IIb	糖尿病性神経症	腰痛圧迫骨折	慢性浸潤下血腫	内服		2023/9/3			在宅老人ホーム西東京 介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	わかさクリニク三鷹
6	女		97	4	B1 IIb	変形性脊椎症	うつ血性心不全	胸腰椎圧迫骨折	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	男		86	2	J2 IIb	高血圧症	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	内服		2023/10/17			在宅老人ホーム西東京 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
8	男		92	1	J2 IIa	狭心症	高血圧症	糖尿病	内服		2023/9/1	R6. 5. 30	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	武蔵野総合クリニックいずみ
9	女		90	1	A1 IIb	腸閉塞	腸部神経性疼痛症	両膝変形性関節症	内服		2023/12/1			在宅老人ホーム西東京 介護支援	有り	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	双泉会クリニクねりま
10	女		88	4	A1 IIb	糖尿病	緑内障	左大腿骨頭部骨折	内服		2024/1/31			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
11	女		83	1	A1 IIb	糖尿病	うつ血性心不全	貧血	内服		2024/2/12			在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援	無し	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	武蔵野総合クリニックいずみ
12	男		97	2	A2 IIa	高血圧症			内服		2024/3/14			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	双泉会クリニクねりま
13	女		73	1	A1 IIb	糖尿病	肝機能異常	自己免疫性肝炎	内服		2024/4/18			在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援	有り	有り	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	ホームクリニクスにし
14	男		86	1	A1 自立	高血圧症			内服		2024/4/27	R6. 5. 20	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	
15	女		100	4	A1 IIa	高血圧症	大腿骨頭部骨折	排泄	内服	排泄	2024/5/17			看護ケアサポートセンター	有り	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	ホームクリニクスにし
16	女		91	1	A2 自立	恥骨骨折	帯状疱疹	心原性動	移動		2024/7/12			看護ケアサポートセンター	有り	無し	在宅老人ホーム西東京 訪問看護	ホームクリニクスにし
17	男		105	1	A2 自立	脳梗塞	風湿ヘルニア	変形性頸椎症	食事準備		2024/9/4			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	双泉会クリニクねりま

5月実績

介護度		1	2	3	4	5
1	3					
2	2					
3	0					
4	4					
5	1					

介護度	1	2	3	4	5
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0

介護度分布



世帯分布

0%

世帯分布		1	2
独居	10		
高齢者世帯	0		
家族同居	0		

No.	氏名	性別	年齢 (才)	日常生活自立度		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
				要介護度 (障害)	認知 (障害)	1	2	3		1	2								
1		女	81	5	B1	自立	うつ病	糖尿病	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		女	90	5	A2	IIb	アルツハイマー型認知症	脳神経柱管狭窄症	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		女	95	3	A1	IIb	認知症	高脂血症	認知症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		女	101	1	J2	自立	右股関節脱臼後の後遺症	腎柱管狭窄症	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		女	98	1	A1	自立	高血圧	糖尿病	内服援助が複数回必要な為	内服	入浴	2023/8/1	2023/11/21	ご逝去	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		女	91	2	A2	I	胃炎・逆流性食道炎	脂質異常症	内服・排泄含め複数回援助が必要な為	内服	入浴	2023/8/18	2023/11/10	ご逝去	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		女	90	3	A1	IIa	内痔・逆流性食道炎 (左足のA1B1済)	高血圧	内服・排泄含め複数回援助が必要な為	排泄	内服	2024/2/1			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
8		男	83	2	A2		肺腺癌術後型認知症	高血圧	内服・排泄含め複数回援助が必要な為	排泄	内服	2024/3/1			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
9		女	91	3	A2	IIa	認知症	うつ病	内服・排泄含め複数回援助が必要な為	排泄	内服	2024/3/1			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
10		女	82	1	A1	自立	うつ病性心不全	高血圧症	内服・移動介助含め複数回援助が必要な為	移動介助	内服	2023/3/10			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	ゆみのハートクリニック三鷹
11		女	89	1	A1	I	心不全	脳梗塞後遺症	内服・排泄含め複数回援助が必要な為	移動介助	(内服)	2024/5/16			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
12		男	91	2	J1	I	脳梗塞後遺症	脳血管性認知症	退院後の援助回数が多い為	内服	入浴	2024/4/27			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
13		男	79	2	A1	IIa	糖尿病	認知症	内服・排泄含め複数回援助が必要な為	内服	掃除・洗濯	2024/6/1			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
14		女	89	2	A1	I	パーキンソン症状	便秘症	内服・移動介助が複数回必要な為	内服	入浴	2024/7/1			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
15		女	97	1	A1	I	認知症	便秘症	内服・洗濯物の援助が複数回必要な為	内服	入浴・洗濯	2024/8/1			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
16																			

5月実績

介護度		
1	3	
2	2	
3	3	
4	0	
5	2	

1日あたり訪問回数 (回)	訪問時間 (1日/分)	1回あたりの訪問時間 (分)
1		#01V/0!
2		#01V/0!
3		#01V/0!
4		#01V/0!
5		#01V/0!

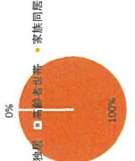
世帯分布	
独居	10
高齢者世帯	0
家族同居	0

届く回数集数	名
届く年間の集数	

介護度分布



世帯分布

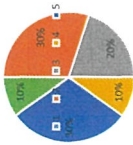


No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度 (障害)		認知	世帯形態	主な疾患			導入目的		定期巡回の主なサービス		開始日	終了・一時 中止日	終了・一時 中止理由	居宅介護支援 事業所名	介護保険 訪問看護利用	医療保険 訪問看護利用	訪問診療
					1	2			3	1	2											
1		女	92	2	J2	I		独居	不整脈	なし	左大腿骨骨折	入浴	掃除	2023/7/1				在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
2		女	99	4	B1	IIb		独居				移動含め複数回援助が必要	排泄	食事介助	2023/4/1	RS. 11. 30	ご逝去	在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
3		女	89	4	B1	IIIa		独居	甲状腺機能低下症		正常圧水頭症 (初見)	内服・移動含め複数回援助が必要	排泄	移動	2023/9/1			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
4		女	92	2	A1	IV		独居	高血圧		子宮脱	内服・入浴含め複数回援助が必要	内服	入浴	2023/4/1			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
5		女	95	1	J2	I		独居	骨粗鬆症			内服・移動含め複数回援助が必要	内服	移動	2023/5/1			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
6		男	84	5	A2	I		独居	頸椎症性脊髄症			内服・移動含め複数回援助が必要	排泄	移乗	2023/4/1			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
7		男	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	内服	入浴	2023/6/1			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
8		女	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が必要	入浴	掃除	2023/9/1			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
9		女	92	3	J2	I		独居	大腸癌術後ストマ置 設		骨粗鬆症	移動・入浴援助、看護との連携転倒予防必 要	トイレ指導	食事移動	2023/11/22			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
10		女	91	4	J2	自立		独居	左腰・左大腿骨骨折 (疑い)		高血圧	移動・入浴援助、看護との連携転倒予防必 要	トイレ指導	入浴	2024/3/1			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
11																						
12																						
13																						

月家譜

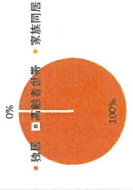
介護度	月家譜				月あたり訪問回数 (回)	訪問時間 (1日/分)	月あたり訪問時間 (分)
	1	2	3	4			
1	3						40IV/0I
2	2						40IV/0I
3	1						40IV/0I
4	3						40IV/0I
5	1						40IV/0I

介護度分布



世帯分布	
独居	10
高齢者世帯	0
家族同居	0

世帯分布



居宅介護支援	名
居宅介護支援	

導入目的：健康・清潔を保って生活したい

利用者情報	年齢	102	性別	女性	要介護度	要介護1
-------	----	-----	----	----	------	------

主な疾患	右大腿骨骨董置換術後、硬膜下血腫術後
------	--------------------

身体状況	歩行器で居室から食堂への移動可能。左の股関節に痛みがあるため痛み止めを飲み続けている。服薬の忘れが目立つようになり、主治医（訪問診療）の時に飲み忘れを指摘される。
------	---

生活状況	そんぽの家S武蔵野に12年ほど住まれている。娘様が定期的に来訪されて必要物品やお金をご本人にお渡ししている。
------	--

認知状況	年齢相応の物忘れがある。服薬の忘れがある。
------	-----------------------

サービス導入経緯

2012年に入居される。その当時は90歳。訪問介護サービスで週に1階の掃除と月に2回の買い物代行の援助を受けられていた。

100歳を超えられてから服薬忘れや落薬が増えた。

掃除に入っているヘルパーから入浴されている形跡がないという報告もあり。

リハビリパンツの交換や着替えも整容もできなくなってきた様子があった

ご自身の健康・清潔の維持が出来なくなってきたため、2023年8月に定期巡回サービスに切り替える事となった。

看護アセスメント

皮膚の落屑があり乾燥している。足の浮腫みもある。

左股関節の痛みがある為、あまり移動をされずに居室の定位置から動かない事が多い。

リハビリパンツの交換もできていないため臀部の皮膚状態も悪い

清潔を保持していただくために介入を進めていく。

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	■定期巡回サービス
週1回の掃除援助、月2回の買い物代行援助	1日3回の服薬援助・週1回の掃除援助・月2回の買い物代行援助
■通所介護 無し	■通所介護 0 回
■訪問看護 無し	■訪問看護利用 月2回
■訪問診療 月2回	■アセスメント月1回
	■訪問診療 月2回

サービスの振り返り

2023年8月から定期巡回開始。

ご自身で薬を管理したい思いが強く、お薬はご本人の手の届くところにカレンダーで管理。

職員が飲み忘れが無いか確認に訪室することで、服薬忘れがなく服薬が行えるようになった。

訪問看護が入る事で足の状態を観察してもらい、かなり浮腫がある事が分かる。

足浴を訪問看護で対応していただくことになる。皮膚の落屑も多く、入浴をすすめるも拒否される。着替えが出来ていない事が続き、失禁されていることが増えた。

訪問看護で背中清拭もしていただく。足浴・清拭時に着替えていただけるようになり、シャワー浴をすすめる。

2024年1月に週1回のシャワー浴を援助に入れる。訪問看護での清拭・足浴終了。

シャワー浴の時にしかリハビリパンツの交換・着替えが出来ていないご様子が続く。

2024年4月から夕食後薬の援助時にリハビリパンツの交換も援助を開始する。

2024年5月から入浴援助を週1回から週2回に増回する。

援助導入当初は拒否があり、非実施が多かったが、徐々にリハビリパンツの交換も定時に行えるようになっていった。

皮膚状態改善する。足の浮腫みも軽減。着衣も定期的に交換できるようになった。

毎日訪室することで居室環境も改善。室温も一定に保つことができるようになった。

ご本人の健康・清潔も保持できるようになり現在に至る。

導入目的：かゆみを軽減し気持ちよく過ごしたい。

利用者情報	年齢	86	性別	男性	要介護度	要介護2
主な疾患	高血圧症・アルツハイマー型認知症・脳血管性認知症					
身体状況	アトピー性皮膚炎による下肢を中心とした掻痒感が強い。日常生活動作は移動・排泄食事は自立している。					
生活状況	記憶障害もあり自身で掻痒感が強い際に患部をかき壊してしまう。					
認知状況	アルツハイマー型認知症・脳血管性認知症あり。					
サービス導入経緯						

平成26年10月にサービス付き高齢者向け住宅にて転居後、自立して生活をされていた。平成30年頃より食事の時間に来られない、帰宅ができない迷ってしまう事もあり、認知症検査実施。結果、陳旧性脳梗塞もあり、血管性アルツハイマー混合型の認知症の診断を受け、介護保険を申請し要介護1の認定後、介護保険サービス利用を開始される。生活援助と1日1回の軟膏塗布援助では患部の改善につながらず、定期巡回サービス利用による複数回のケア実施のため導入の運びとなる。

看護アセスメント

体調は維持されているが、アルツハイマー型認知症による認知機能低下に伴い、日常生活の援助は必要。アトピー性皮膚炎や発疹あり、患部のかきこわしなどもあり継続的な軟膏塗布および観察が必要である。

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 入浴介助（週4回）	■定期サービス	入浴介助（週4回）
■通所介護	なし	服薬（1日3回）軟膏（1日2回）買い物（週3回）	
		■通所介護	なし
■訪問看護	なし	■訪問看護	あり（月2回）
		■往診	あり（月2回）

サービスの振り返り

訪問診療医による診察を実施頂くも改善なく、皮膚科の往診なども実施頂く。しかし改善なく掻痒感からかきむしりの様子もみられる。訪問介護による1日1回の援助では、患部の洗浄や軟膏塗布等の不十分であったのか、訪問回数変更後かきむしりも少なくなる。患部の発疹については、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏・サリチル酸ワセリン軟膏・プロペトの混合軟膏、他はヘパリンローション塗布にて、皮膚状態の維持改善に努めています。また、近隣のマルエツにお金をもたずに商品をもってレジに来られると、苦情を頂く事があり、ヘルパー同伴の上買い物で行く事で不足品なく、地域でも住み続けるように支援をさせていただきます。

導入目的：できるだけ自宅で生活したい

利用者情報	年齢	73	性別	男	要介護度	要介護 5
主な疾患	肺がん末期					
身体状況	退院時歩行器で室内は歩行可能。食事の準備などもできていたが 8 月には寝たきりの状態になる。8/27ご逝去					
生活状況	両親と 3 人で暮らしていたが、両親の死後は独居、姉の娘が関西とアメリカにおり近くに親族がいない。2 人の姪がキーパソンとなる。					
認知状況	無					

サービス導入経緯

2024年2月中等症肺炎で入院。呼吸不全状態が続きADL低下、化学療法は断念し在宅緩和ケア導入となり、3月18日に退院 夜間型訪問介護と訪問介護で利用開始する 利用開始当初は歩行器でトイレにて排泄可能、食事の準備などもされ、訪問看護でシャワー浴を行っていたが 徐々に歩行できなくなり病状悪化。訪問回数の増回が必要と判断し 7/18 定期巡回に切りかえた。初回の契約時に 頻回の訪問サービスが必要になったら 切り替えることは相談済みだったため スムーズに移行おこなえた。

看護アセスメント

下肢の筋力も落ちているため、転倒には注意が必要である。食事は介護職が準備をしている。「準備をしてもらって美味しく感じるね」と話をする。食事、水分摂取の低下に注意しながら本人が好む嗜好品を勧めていくのが良いと思われる。室内はエアコンが入っている。しかし、部屋が広いので暑さを感じる。扇風機を回しているが、脱水や熱中症に注意が必要である。癌末期であるが疾患への受け入れは良い。終末期への準備も行っている。住み慣れた土地で本人らしい生活が送れるようにサポートをおこなっていく。

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		■定期サービス
■通所介護	利用無	■通所介護 0 回
■訪問看護	あり 医療	■訪問看護利用 週 2 回
■往診	笠井医院	■アセスメント月1回
		■往診 月 2 回

サービスの振り返り

自宅で生活していく上で、ご本人様の 考えがしっかりあり 終活もご自身でどんどんされていた。 体調変化がある中で 自分で何とかやろう との思いがあったが、車椅子に移ることができなく 食事の準備ができなくなり、ヘルパーが簡単におにぎりを用意したところ 「人の作ったものは美味しい」と ヘルパーの準備するものを召し上がるようになった。 そのうち端座位になるのもむずかしくなり 「ポータブルトイレに座らせて欲しい 便が出そうだ」 「ベッドで姿勢が変えられなくて 身体が痛い」 「床に落ちた」との緊急コールがなりはじめた。 食べられなく、水分量も徐々に減っていく中で 自力で排痰出来ていたのが 吐き出すことが出来なくなり 「苦しい」 とコールがなることが増えてきた。コール対応でヘルパーが到着して 体調確認後 訪問看護に連絡、吸引器で吸引するということが 何度かあり 看護師に「苦しいから病院に行きたい」と口にされた。 往診医からも聞き取りされ 1度は入院の方向になった が 「最後まで家で過ごしたい」との本人の思いがこれまで変わりなくいた中で 再度、往診医より聞き取りされ 「このまま最後まで家で過ごす」との本人の意思を確認できた。 医療、介護関係者は 苦痛を取りぞきながら過ごしていきましょう と支援の方向を共有し 最後はご自宅でお看取りすることができました。

SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 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 9 月 17 日	11 : 00 ~ 11 : 40

■出席者

名前	所属	名前	所属
柴田 紗弥 様	高齢者支援課	和田 理江子	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京
渡邊 文英 様	田無町地域包括支援センター	宮田 大海	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 泉町サテ
小川 泰子 様	西東京市 民生委員	望月 克成	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 武蔵野サテ
		宮澤 飛鳥	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 居宅介護支援
		村上 隆	事務員

■審議事項

次回へ持ち越し

1	☐
2	☐
3	☐
4	☐
5	☐

■記録

会議開始挨拶・自己紹介

事業所概要説明（和田さん） 内容は別紙参照

サービス提供状況の報告・事例検討

事例1（導入目的：健康・清潔を保って生活したい）望月さん

事例2（導入目的：かゆみを軽減し気持ちよく過ごしたい）宮田さん

事例3（導入目的：できるだけ自宅で生活したい）和田さん

小川さん 2人のキーパーソンの方の関わり方は？

→和田さん ご利用者様がキーパーソンの方の親（ご利用者様の姉）のお世話をしていた。キーパーソンの方は主に金銭面の手続きなどの補助をしてくれていた。

渡邊さん 定期巡回で介入していて、状態の変化から医療の介入が増えていった時の出来高と定期巡回の違いは

和田さん 定期巡回の方が介入の頻度が多いときは向いているのではないかと

定期巡回における看護師の役割を、SOMPOケア在宅老人ホーム西東京訪問看護管理者・鈴木より書面を預かり村上が代読。

○利用者様のもとへ訪問し、療養上のお世話・必要な診療の補助を実施。介護サービスのみの介入に看護アセスメントの実施（月1回）

○西東京訪問看護は定期巡回での看護介入に対し、月2回の訪問を基本とし、病院の往診日と重ならず訪問するように心がけている。緊急時など必要な時は訪問するようにしている。

宮澤さん ケアマネジャーからの定期巡回の意見

援助が少ない時の出来高での介入から、すべきことが多くなってきた時に定期巡回へ変更している。

決まった時間に援助に行けない時でも定期巡回は融通を利かせやすい。

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

9月17日（火）は訪問が入り、会議に出席をすることができなくなりました。申し訳ありません。

定期巡回における、看護師の役割について

- ・主治医からの指示があった場合に、利用者の居宅を訪問して、療養上のお世話。又は必要な診療の補助を実施。介護サービスのみの利用でも、定期的にあセスメントを実施。1か月に1回のあセスメントだが、医療（看護）の介入があることで、別の視点からアプローチができる。また、その内容を介護職員と共有し、連携ができることが強みだと考える。

- ・西東京訪問看護では、定期巡回は月2回の訪問を基本とし、往診日と重ならないように調整をしている。また、緊急時や施設での困りごと（例：転倒。皮膚状態の変化や処置について。下剤の調整）等、必要時は訪問するよう心掛けています。1か月あたりの利用料が一定である為、利用者、家族への負担軽減に繋がると思われる。

- ・今後も、事務所都合で訪問日時の変更をすることがあります。援助と重ならないよう調整をしていきますので、よろしくお願い致します。

2024年9月17日 西東京訪問看護 鈴木 雄也

定期巡回・随时対応型訪問介護看護 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				外部評価コメント
			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		○			
(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		○			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、留意事項伝達のためのメッセージを記録で共有している。
(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		○			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、困難事例に取り組んでいる。
(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		○			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。
(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)		○			
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。
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		○			看護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		○			計画や手帳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		○			
(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		○			法人でテキストを作成し、変更する場合の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・対処を確認し具体的に記録している。
(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	○			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	服薬、室内環境、入浴等 基本且つ重要な部分について 面談でアドバイスと指導 終末期ケア 初回契約時の病状に 応じて定期への切り替え について相談等あり の年数あり
(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へメール配信するなど、常に皆が情報を活用できるよう工夫している。	
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	○				
	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	○				
(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）	○				
	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）	○				終末と介護の連携 本人や家族の意思を尊重し 適切な医師・薬剤師・看護師 と連携し、適切なケアを取り 入れる
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）	○				認知機能の低下による 日常生活の困難を支援し 地域での住み続けを可能に (質的)
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。ホームページ等への掲載している。	
	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	○				
(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	○			地域ケア会議への参加ができていない。	
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	○			サテライトからケア量が多くなっ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が未達である。	
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）	○				
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	○				3例と在宅ケアサービスの 導入により、生活の質の 向上が見られる。また 終末期から介護ケアへ ケアは必要と認められ た場合、大要等あり など。
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	○				

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 ま ぼ ろ い で き て	い い で き て い な い	い な く で き て			
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		○					
(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		○					
	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		○					地域活動支援センターより提案を受けていただいた情報技術研修を受講した。
	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		○					
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		○					
(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							
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							
(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		○					
(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)		○					運営推進会議で具体的な対策についてご説明をいただいています。
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		○					運営推進会議でも具体的な対策についてご説明いただいています。
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		○					運営推進会議でその方針を定めてご説明いただきました。 ご本人の望む暮らしの実現、穏やかな生活と日々の介護・医療の連携の両立を図りたいと考えています。
	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		○					
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		○					
	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		○					
(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		○					
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		○					
(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		○					

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		○					
(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		○					
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		○					
	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		○					
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		○					運営推進会議の中でご意見をいただきました。ご本人の意思を大切にたより多いケアプランがなされているとよいと思います
	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		○					
(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もの、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もの、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もの、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)							
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		○					
	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		○					
(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							
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			○				
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)							
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		○					
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		○					