2025年３月度　介護・医療連携推進会議　アジェンダ

■事業所名 SOMPOケア　光が丘　定期巡回

■日時　2025年3月12日 水曜日　　15時00分　～　16時00分

■場所　　SOMPOケア光が丘　相談室

■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	担当	所要時間	開始時間	終了時間	資料
1	開会のあいさつ	●●	0:02	15:00	15:02	
2	介護・医療連携推進会議の参加者のご紹介	●●	0:03	15:02	15:05	
3	SOMPOケアサービス会社概要について	●●	0:02	15:05	15:07	
4	目的説明	●●	0:03	15:07	15:10	
5	SOMPOケア光が丘事業所概要	●●	0:05	15:10	15:15	
6	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業について	●●	0:05	15:15	15:20	別綴じ
7	サービス提供状況の報告	●●	0:07	15:20	15:27	
8	事例紹介(3事例)	●●	0:15	15:27	15:42	
9	サービスへの評価・要望・助言	全員	0:15	15:42	15:57	
10	閉会のあいさつ	●●	0:03	15:57	16:00	

■議事進行：SOMPOケア光が丘　●●

■議事録　：SOMPOケア光が丘(土支田サテライト)　●●

SOMPOケア

介護の未来を変えていく

介護・医療連携推進会議

開催日 2025/3/12 **時間** 15 ：00 ～ 16：00

定期巡回事業所名 ＳＯＭＰＯケア　光が丘　定期巡回

ご依頼の一覧

		所属機関	役職等	出席者お名前
1	**市区町職員**	練馬区介護保険課	事業者運営推進係	A　様
2	**訪問看護**	ホウカンTOKYO練馬	管理者	B　様
3	**訪問看護**	きらめき訪問看護ステーション	管理者	C　様
4	**居宅介護支援事業所**	ＳＯＭＰＯケア　光が丘居宅介護支援	介護支援専門員	D
5	**居宅介護支援事業所**	ＳＯＭＰＯケア　光が丘居宅介護支援	介護支援専門員	E
6	**SOMPOケア株式会社**	ＳＯＭＰＯケア　光が丘	管理者	F
7	**SOMPOケア株式会社**	ＳＯＭＰＯケア　光が丘	計画作成責任者	G
8	**SOMPOケア株式会社**	ＳＯＭＰＯケア　光が丘	そんぽの家S土支田ホーム長	H
9	**SOMPOケア株式会社**	ＳＯＭＰＯケア　光が丘	そんぽの家S平和台副ホーム長	I
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

ＳＯＭＰＯケアの事業紹介

ＳＯＭＰＯケアグループ概要

従業員数 （2024年8月時点 パート含む）	25,225名
売上高 （2023年度連結）	1,554億円
シニアリビング居室数 （2024年7月時点）	約28,800室
有料老人ホーム等	305施設
サービス付き高齢者向け住宅	146棟
グループホーム	21施設
在宅サービス/通所介護事業所	637事業所

在宅から施設介護まで、“フルラインナップ” の介護サービスをご提供

© Sompo Care Inc. All Rights Reserved.

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。

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

①事業所名

SOMPOケア　光が丘　定期巡回　（平和台・土支田サテライト）

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

④全事業職員数(人)

正社員　30 人

非常勤　22 人

合計　52 人　（平和台・土支田サテライト職員含む）

⑤利用者状況(人)　2025年3月現在

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	51 人
訪問介護事業	79 人
合計	130 人

⑥事業所の特徴

SOMPOケア光が丘 では、「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ために、スタッフの高い専門性と豊かな心の態度。そして、誇りある人生を、誇りある仕事で支えていく。」ことを大切に、ご利用者さまが安心した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。

「住み慣れたご自宅で過ごしたい」との、ご利用者様、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る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います。

SOMPOケア光が丘
訪問エリア

土支田サテライト

SOMPOケア　そんぽの家S練馬土支田
セブン-イレブン 練馬 土支田通り中央店
コンビニエンスストア
菜の花ケアプラン
土支田
区立豊渓小学校
1丁目
トヨタモビリティ 東京 練馬土支田店
トヨタ販売店
練馬区立土支田 なごみ公園
はま寿司 練馬土支田店
寿司
がってん寿司 練馬土支田店
寿司
オートバックス 練馬店
お買い得タイヤが大集合
ローソン 練馬 土支田二丁目店
コンビニエンスストア
練馬区立土支田緑地
地蔵通り
練馬区立 土支田 農業公園
ケアホーム練馬
まどか光が丘
ベネッセの有料老人ホーム
土支田けやき 公園 お手洗
3丁目
特別養護老人 ホーム 土支田創生苑
ジョナサン 練馬高松店
ジョナサンの定番メニュー
練馬区立オリーブ緑地
高松幼稚園
練馬白菊幼稚園
東京都立練馬 特別支援学校
リボルト東京
しゃぶ葉 練馬光が丘店
しゃぶしゃぶ
道灌山保育園
ネリマ サンドレス 高松店
衣料品店
Google

平和台サテライト

SOMPOケア　そんぽの家S平和台
森川眼科医院
田柄
北町
ドン・キホーテ 練馬店
もみの樹・練馬
練馬区立平和台図書館
練馬区立平和台体育館
教育学院本部・パワー個別光が丘教室
田柄通り
介護付有料老人ホーム チャーム光が丘
これが老人ホーム？と驚く施設
ヤマダデンキ テックランド
平和台駅前店
平和台
リハビリホームグランダ平和台
選べる有料老人ホーム6シリーズ
イエローハット 練馬店
ジェーソン 練馬春日町店
春日町
早宮
氷川台氷川神社
ジョナサン 氷川台
ハセガワ本店(長谷川興業)
練馬春日町
豊島園通り
城北公園通り
311
441
442

資料5-①

SOMPOケア光が丘　利用者基本情報

No.	性別	年齢	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	利用	当月利用	居宅介護支援	CM名	看護利用	訪問看護	備考
		(才)		(障害)	(認知)		日中帯	夜間帯	1	2	3		1	2	開始日	終了日	延日数	事業所名			事業所名	
1	女	77	5	B2	IIb	独居	20分	20分	右大腿骨頸部骨折	脳梗塞(左麻痺残存)	白内障	排泄・食事・服薬支援	おむつ交換・食事提供	服薬介助・生活援助	2022. 6. 1	継続	31日	田柄居宅介護支援事業所	上原CM	有	楓ナーシング訪問看護	
2	女	78	1	J2	IIb	独居	10分	10分	アルツハイマー型認知症	パニック障害	パーキンソン病	服薬管理	服薬介助	生活援助	2020. 2. 8	継続	31日	ＳＯＭＰＯケア光が丘居宅	金子CM	無	アセスメント	
3	男	83	3	B2	IIIa	同居	10分	10分	心原性脳塞栓	高血圧	脳梗塞　乾癬	家族の介護負担軽減	おむつ交換		2023. 9. 2	継続	31日	福祉の森さくら介護センター	亀田CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
4	男	75	4	B2	IIb	独居	15分	15分	慢性心房細動	糖尿病	腰部脊柱管狭窄症	排泄・食事・服薬支援	食事提供	服薬介助	2023. 9. 12	継続	31日	ＳＯＭＰＯケア光が丘居宅	野添CM	有	TOEI訪問看護	
5	女	95	3	A1	IIb	同居	10分	10分	認知症	慢性心不全	腰部脊柱管狭窄症	家族の介護負担軽減	排泄介助	食事提供・服薬介助	2023. 5. 1	継続	31日	ＳＯＭＰＯケア光が丘居宅	小倉ＣCM	有	きらめき訪問看護	
6	女	81	3	A2	IIa	同居	10分	10分	統合失調症	II型糖尿病	脊髄腫瘍術後	家族の介護負担軽減	排泄介助	更衣介助	2024. 4. 20	継続	31日	練馬第一診療所居宅	福田CM	無	アセスメント	
7	女	68	5	C2	IIIb	同居	15分	15分	パーキンソン病	うつ		家族の介護負担軽減	おむつ交換	水分補給	2024. 5. 13	継続	31日	ＳＯＭＰＯケア光が丘居宅	岡田CM	有	アワー訪問看護	
8	男	87	5	B1	IIIa	同居	10分	10分	前立腺肥大症	閉塞性動脈硬化症	認知症	排泄、服薬、食事提供	排泄介助	服薬介助	2024. 12. 7	継続	31日	なのはなケアマネ	荒船CM	有	ホームケア21光が丘	
9	女	84	1	A2	IIIa	独居	10分	10分	高血圧症	アルツハイマー型認知症	心不全	排泄、服薬、食事提供	排泄介助	服薬介助	2024. 12. 4	継続	31日	灯ケアプラン	阿部CM	有	SOMPOケア徳丸訪問看護	
10	女	93	4	A1	IIb	独居	10分	10分	右肺化膿症	胸膜炎		Pトイレ処理、食事提供	Pトイレ処理	服薬確認	2024. 12. 18	継続	31日	ケアワーカー中の宮	橋本CM	有	ホウカンTOKYO練馬	
11	女	91	2	A1	IIIb	独居	5分	5分	慢性心不全	骨粗鬆症	低蛋白血症	排泄、服薬確認、入浴介助	服薬確認	入浴介助	2025. 2. 1	継続	31日	だいふく	樋口CM	有	きらめき訪問看護	
12	男	70	5	B2	IIIa	独居	20分	20分	2型糖尿病	高血圧	高脂血症	日常生活全般	排泄介助	服薬介助	2024. 11. 7	継続	31日	ＳＯＭＰＯケア光が丘居宅	藤田CM	有	TOEI訪問看護	
13																						
平均		82	3																			

当月利用者実績(人)	当月利用者案件(人)	来月利用者見込数(人)
12	12	0

SOMPOケア光が丘 練馬土支田サテライト　利用者基本情報

資料5-③

No.	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度 (障害)	日常生活自立度 (認知)	世帯形態	移動時間 日中帯	移動時間 夜間帯	疾患 1	疾患 2	疾患 3	導入目的	定期巡回の主なサービス 1	定期巡回の主なサービス 2	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
1	男	89	2	A1	IIa	独居	1分	1分	脳梗塞右下肢麻痺	II型糖尿病	慢性心不全	日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴介助	R7. 1. 31	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
2	女	100	5	B2	IIIa	独居	1分	1分	心房細動	不整脈	うつ病	日常生活・服薬の支援	服薬介助	食堂移動・排泄介助	R2. 7. 3	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
3	女	84	1	A1	IIa	独居	1分	1分	変形性膝関節症	高血圧	アルツハイマー型認知症	日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴介助	R3. 7. 13	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
4	女	83	2	A1	IIIa	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	高血圧		日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴介助	R7. 1. 31	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
5	女	90	5	A2	IIa	独居	1分	1分	圧迫骨折	アルツハイマー型認知症		日常生活・服薬の支援	掃除介助	入浴介助	R3. 7. 24	R7. 1. 31	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立京子CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
6	女	89	2	B2	IIa	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	腰椎圧迫骨折		日常生活・服薬の支援	排泄・食堂移動	服薬介助	R4. 11. 28	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
7	女	89	2	A1	I	独居	1分	1分	左変形性膝関節症	腰椎圧迫骨折術後		日常生活	買い物介助	掃除援助	R3. 8. 25	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立京子CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
8	女	99	1	A2	IIa	独居	1分	1分	二型糖尿病	右大腿骨転子部骨折		日常生活	掃除介助	入浴介助	R7. 2. 1	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
9	女	94	4	A1	IIa	独居	1分	1分	脳血管性認知症	腰椎症		日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴介助	R6. 10. 5	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	岡田CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
10	女	89	4	A2	IIa	独居	1分	1分	パーキンソン病			日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴介助	R5. 6. 23	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
11	男	94	2	A1	IIIa	独居	1分	1分	前立腺肥大	左大腿骨頚部骨折		日常生活・服薬の支援	服薬介助	掃除	R6. 11. 1	R7. 2. 20	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立京子CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
12	男	98	2	B1	I	独居	1分	1分	認知症	高血圧		日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴・掃除介助	R3. 3. 19	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
13	女	86	5	J2	I	独居	1分	1分	双極性障害	高血圧		日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴・掃除介助	R6. 1. 10	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	ソフィアメディ訪問看護ステーション	
14	女	94	4	J2	IIa	独居	1分	1分	左上腕骨骨折後偽関節	高血圧		日常生活・服薬の支援	服薬介助	掃除介助	R2. 3. 24	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
15	男	95	4	A2	IIa	独居	1分	1分	右上葉肺癌疑い	高血圧	前立腺肥大	日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴・掃除介助	H29. 12. 18	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
16	女	90	2	A2	IIIa	独居	1分	1分	高血圧	アルツハイマー型認知症		日常生活・服薬の支援	服薬介助	掃除介助	H28. 7. 1	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
17	女	91	1	A1	自立	独居	1分	1分	子宮筋腫	腰椎圧迫骨折	II型糖尿病	日常生活	入浴・掃除介助	買い物介助	R1. 6. 15	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立京子CM	無	アセスメント	
18	女	78	2	J2	自立	独居	1分	1分	左上腕骨折	左橈骨神経麻痺		日常生活	入浴・掃除介助		R6. 8. 3	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
19	女	91	2	A1	IIIa	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	高血圧		服薬支援	服薬介助		R3. 4. 7	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	足立和美CM	無	アセスメント	
20	女	88	5	A2	IIa	同居	10分	10分	急性心筋梗塞	脳梗塞		日常生活・服薬の支援	入浴介助	排泄介助	R5. 10. 16	R7. 3. 1	31日	SOMPOケア光が丘居宅	金子CM	無	アセスメント	
平均		91	3																			

当月利用者実績(人)	当月利用者案件(人)	来月利用者見込数(人)
119	19	1

SOMPOケア光が丘 平和台サテライト　利用者基本情報

資料5-②

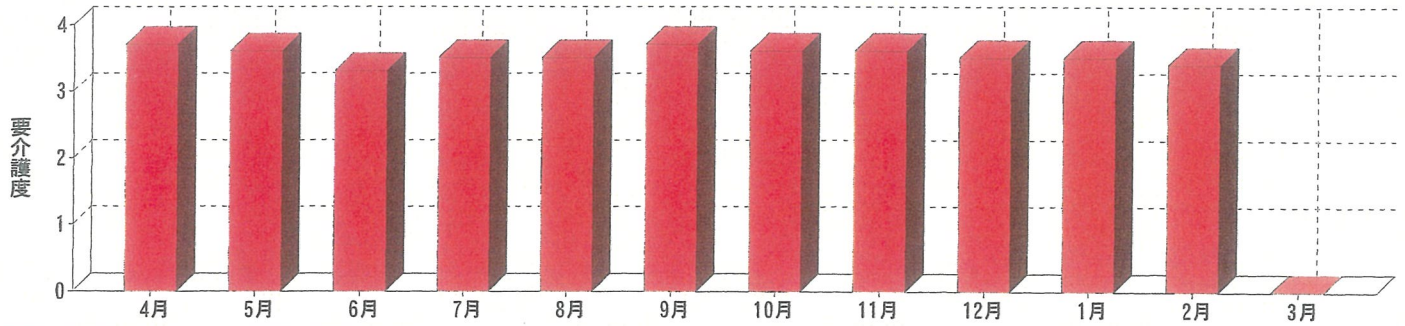
No.	性別	年齢	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	移動時間		疾患			導入目的	定期巡回の主なサービス		利用	利用	当月利用	居宅介護支援	CM名	看護利用	訪問看護	備考
		(才)		(障害)	(認知)		日中帯	夜間帯	1	2	3		1	2	開始日	終了日	延日数	事業所名			事業所名	
1	女	82	5	J2	Ⅲ	同居	10分	10分	パーキンソン病	認知症	大動脈弁狭窄症	排泄介助・日常の支援	排泄介助	外出介助	R6. 4. 1	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	岡田	有	ヒロ訪問看護	
2	男	82	1	A1	Ⅱa	独居	1分	1分	心不全	高血圧		日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴介助	R6/2	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
3	女	80	2	A1	Ⅱa	独居	1分	1分	レビー小体型認知症			日常生活・服薬の支援	服薬介助	買い物同行	R７/1	継続	31日	あくとケア光が丘	鳥羽CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
4	女	93	1	自立	Ⅰ	独居	1分	1分	両足の痺れ	逆流性食道炎	骨粗しょう症	日常生活・服薬の支援	服薬介助	掃除介助	R4. 11. 15	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
5	女	97	2	A1	Ⅱa	独居	1分	1分	便秘	高血圧	骨粗鬆症	服薬の支援	服薬介助	掃除	R5. 10. 1	継続	31日	春日町ゆめの園	飯田CM	無		
6	女	88	4	B2	Ⅱb	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	高血圧	進行性核上性麻痺	日常生活・服薬の支援	服薬介助	食堂移動・服薬介助	R2. 8. 1	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
7	女	86	1	J2	Ⅱa	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	ワンベルグ症候群後遺症	骨粗しょう症	日常生活・服薬の支援	入浴介助	買物介助	R1. 7. 1	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	無	アセスメント	
8	女	88	2	J２	Ⅰ	独居	1分	1分	狭心症	変形性腰椎症	高血圧症	日常生活・服薬の支援	服薬介助	排泄介助	R5. 2. 27	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	無	SOMPOケア練馬訪問看護	
9	女	94	1	J2	Ⅱb	独居	1分	1分	不眠症	便秘		日常生活・服薬の支援	一般的な調理配下膳	入浴・掃除介助	R4. 6. 1	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
10	女	88	5	C2	Ⅳ	同居	5分	5分	左大腿骨骨折	右大腿骨骨折		日常生活の支援	排泄介助	口腔ケア	R5. 3. 13	継続	31日	ベストケア	曾我部	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
11	女	81	2	ｊ２	Ⅱｂ	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	服薬介助	買い物代行	R6. 6. 25	継続	31日	SOMPOケア練馬居宅	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
12	女	96	1	J2	Ⅱb	独居	1分	1分	両側変形性質関節症	慢性腎不全	骨粗鬆症	日常生活・服薬の支援	服薬介助	外出介助	R6. 2. 15	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
13	女	89	4	A2	Ⅱa	独居	1分	1分	レビー小体症	パーキンソン病	大腸潰瘍出血	日常生活・服薬の支援	排泄介助	一般的な調理配下膳	H27. 5. 1	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
14	女	96	2	A１	Ⅱb	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	高血圧		日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴介助	R6. 8. 1	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
15	女	85	4	B1	Ⅱｂ	独居	1分	1分	高血圧症	便秘症	骨粗しょう症	日常生活・服薬の支援	排泄介助	食堂移動・服薬介助	R3. 8. 24	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
16	女	67	5	C２	Ⅰ	同居	5分	5分	多系統萎縮症	糖尿病		日常生活・排泄介助	排泄介助		R６. 8	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	ソフィア訪問看護	
17	女	90	2	A2	Ⅱb	独居	1分	1分	直腸脱	喘息		日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴介助	R3. 2. 1	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
18	女	99	1	J２	Ⅰ	独居	1分	1分	子宮筋腫	白内障		日常生活・服薬の支援	服薬介助	排泄介助	R７/2	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	無		
19	女	99	3	J2	Ⅱa	独居	1分	1分	認知症状	高血圧	便秘症	日常生活・服薬の支援	服薬・口腔ケア介助	入浴介助	H30. 12. 27	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
20	女	96	2	A1	Ⅲa	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	高血圧症	多発性圧迫骨折	日常生活・服薬の支援	服薬介助	掃除介助	R4. 1. 1	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
21	女	91	4	A1	Ⅰ	独居	1分	1分	心不全	帯状疱疹	弁膜症	日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴・掃除介助	H31. 3. 9	継続	31日	SOMPOケア光が丘居宅	小倉CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	
22																						
23																						
24																						
平均		89	2																			

当月利用者実績(人)	当月利用者案件(人)	来月利用者見込数(人)
21	21	0

令和 6年度

利用者平均要介護度

光が丘



適	項目	性別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
適	平均要介護度	男	3.4	3.6	3.8	3.9	4.3	4.3	4.0	4.0	4.2	4.2	4.3		3.8
		女	3.9	3.7	3.1	3.4	3.3	3.5	3.4	3.4	3.2	3.2	3.1		3.4
		平均	3.7	3.6	3.3	3.5	3.5	3.7	3.6	3.6	3.5	3.5	3.4		3.6

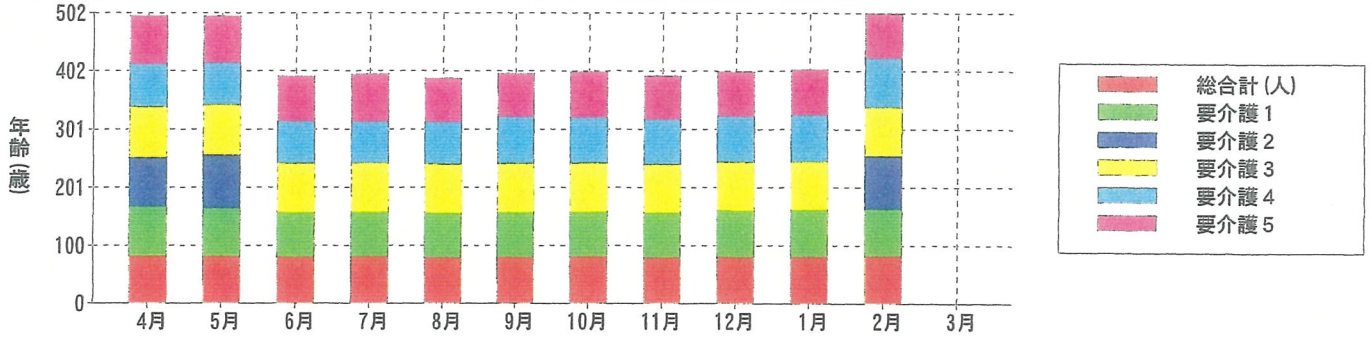
（注１）該当月末日時点で有効な要介護度より算出しています。　（注２）小数点以下第２位を四捨五入しています。

GK211060P001

令和 6年度

要介護度別平均年齢

光が丘



	要介護度	性別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
適	要介護１	男	91.08	91.17											91.11
		女	77.33	77.42	77.50	77.58	77.67	77.75	77.83	77.92	80.93	81.17	81.25		78.62
		平均	85.33	83.29	77.50	77.58	77.67	77.75	77.83	77.92	80.93	81.17	81.25		80.97
適	要介護２	男													
		女	85.25	92.75									91.92		91.69
		平均	85.25	92.75									91.92		91.69
適	要介護３	男	82.42	82.50	85.66	83.89	82.75	82.83	82.92	78.96	79.04	79.13	80.20		81.72
		女	90.56	87.23	83.58	83.65	83.85	83.78	83.82	84.55	84.29	84.37	84.29		85.03
		平均	86.95	85.57	84.05	83.69	83.68	83.63	83.68	82.79	82.76	82.84	83.32		84.14
適	要介護４	男	74.33	74.42	74.50	74.58	74.67	74.75	74.83	83.58	83.67				75.36
		女	73.14	69.17	68.83	68.92	69.00	86.08	81.81	74.42	78.05	81.00	85.02		76.06
		平均	73.71	72.23	72.45	71.75	72.44	80.61	78.67	77.47	79.07	81.00	85.02		75.77
適	要介護５	男	85.08	85.17	85.25	85.33	72.88	72.96	85.58	78.93	80.80	81.54	81.36		81.45
		女	82.97	79.47	75.90	81.46	77.89	76.88	76.24	72.45	72.46	73.20	72.58		78.40
		平均	83.59	81.36	78.38	82.25	76.04	75.33	78.76	75.54	77.33	78.43	77.85		79.57
適	総合計（人）	男	82.13	81.70	82.38	81.40	75.79	75.89	81.11	79.91	80.44	80.56	80.95		80.75
		女	81.84	80.83	79.59	80.71	80.22	81.40	81.03	79.10	80.25	81.27	82.70		80.92
		平均	81.96	81.18	80.28	80.85	79.11	79.89	81.05	79.38	80.31	81.06	82.24		80.86

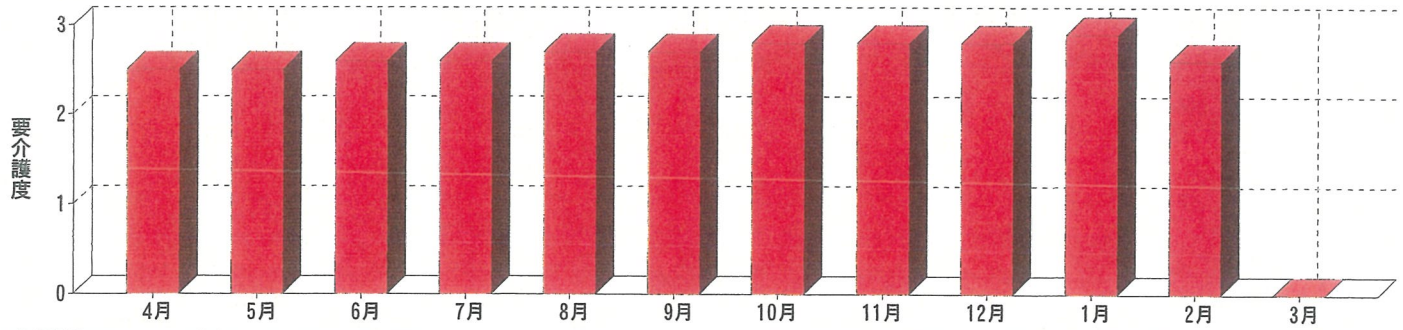
（注１）各月の平均年齢は、各月末時点の年齢より算出しています。　（注２）小数点以下第３位を四捨五入しています。

GK211040P001

令和 6年度

利用者平均要介護度

土支田ﾃﾞｲ



適	項目	性別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
適	平均要介護度	男	2.8	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.3	2.3	2.3	2.5		2.5
		女	2.5	2.5	2.6	2.6	2.8	2.8	2.8	2.9	2.9	3.0	2.6		2.7
		平均	2.5	2.5	2.6	2.6	2.7	2.7	2.8	2.8	2.8	2.9	2.6		2.7

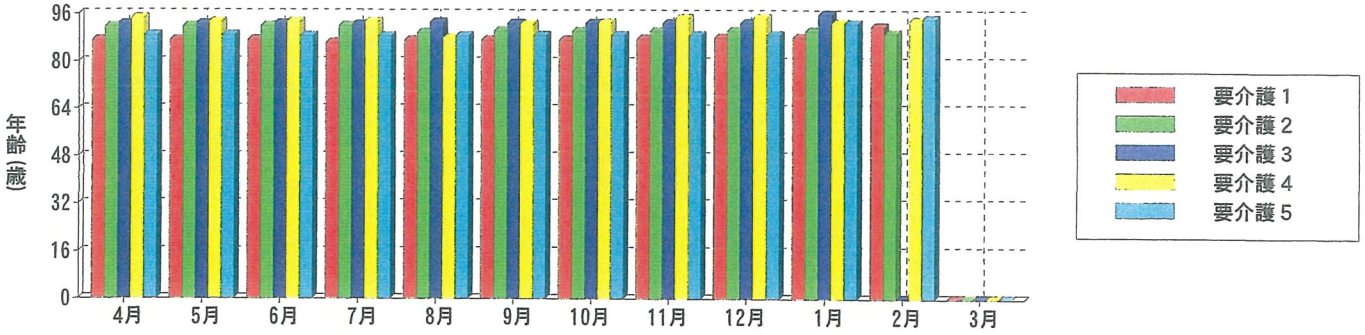
（注１）該当月末日時点で有効な要介護度より算出しています。　（注２）小数点以下第２位を四捨五入しています。

3GK211060P001

令和 6年度

要介護度別平均年齢

土支田ﾃﾞｲ



適	要介護度	性別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
適	要介護１	男													
		女	87.02	87.10	87.18	86.28	87.03	87.11	87.19	87.66	88.08	88.17	91.81		87.51
		平均	87.02	87.10	87.18	86.28	87.03	87.11	87.19	87.66	88.08	88.17	91.81		87.51
適	要介護２	男	97.50	97.58	97.67	97.75	97.83	97.92	98.00	95.42	95.50	95.49	93.71		96.21
		女	89.67	89.75	89.83	90.27	88.04	89.00	88.83	88.17	88.25	88.30	87.60		88.74
		平均	91.63	91.71	91.79	91.77	89.69	90.27	90.20	90.24	90.32	90.37	89.50		90.51
適	要介護３	男	95.17	95.25	95.33	95.42	95.50	95.58	95.67	95.75	95.83	95.92			95.54
		女	91.81	91.88	91.93	91.27	91.92	90.00	90.08	90.17	90.25				91.45
		平均	92.47	92.55	92.62	92.25	93.11	92.79	92.88	92.96	93.04	95.92			92.77
適	要介護４	男	102.08										96.00		98.30
		女	93.06	93.14	93.22	93.31	87.79	92.46	93.01	94.63	94.71	93.00	93.08		92.76
		平均	94.49	93.14	93.22	93.31	87.79	92.46	93.01	94.63	94.71	93.00	93.81		92.96
適	要介護５	男													
		女	88.75	88.83	88.50	88.48	88.53	88.75	88.83	88.92	89.00	92.77	94.50		89.88
		平均	88.75	88.83	88.50	88.48	88.53	88.75	88.83	88.92	89.00	92.77	94.50		89.88
	総合計(人)	男	97.60	96.42	96.50	96.58	96.67	96.75	96.83	95.53	95.61	95.63	94.32		96.08
		女	89.96	90.03	89.98	89.88	88.32	89.54	89.81	90.13	90.32	90.40	90.66		89.88
		平均	91.01	90.74	90.67	90.63	89.26	90.34	90.57	91.06	91.25	91.38	91.43		90.74

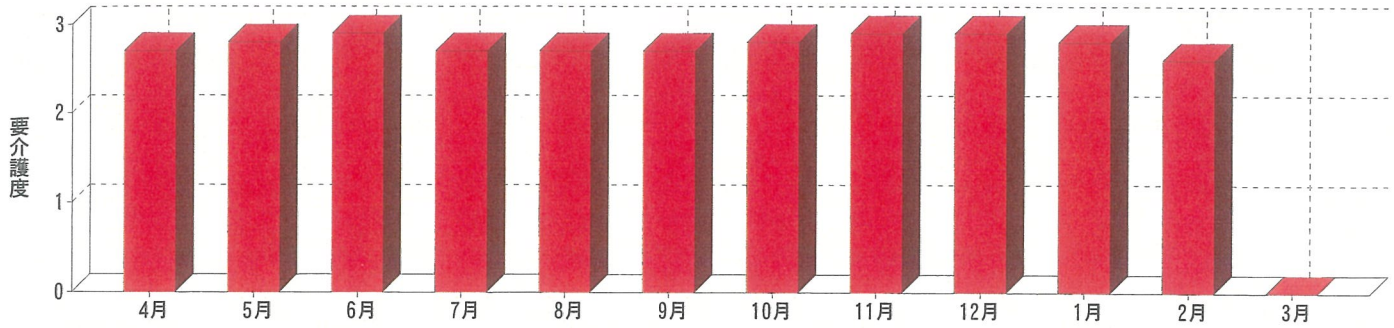
（注１）各月の平均年齢は、各月末時点の年齢より算出しています。　（注２）小数点以下第３位を四捨五入しています。

3GK211040P001

令和 6年度

利用者平均要介護度

平和台ｻﾃﾞ



適	項目	性別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
適	平均要介護度	男	3.0	5.0	5.0	5.0	5.0								4.6
		女	2.7	2.7	2.7	2.6	2.6	2.7	2.8	2.9	2.9	2.8	2.6		2.7
		平均	2.7	2.8	2.9	2.7	2.7	2.7	2.8	2.9	2.9	2.8	2.6		2.8

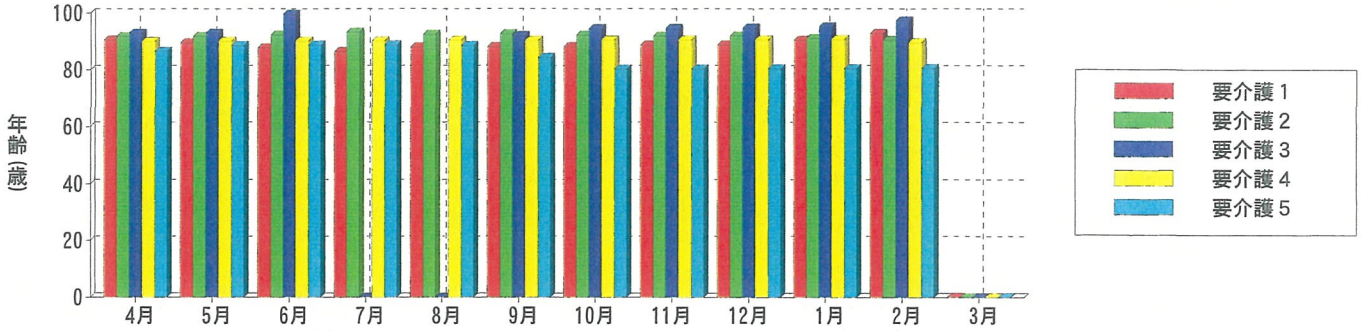
（注１）該当月末日時点で有効な要介護度より算出しています。　（注２）小数点以下第２位を四捨五入しています。

3GK211060P001

令和 6年度

要介護度別平均年齢

平和台ｻﾃﾞ



適	要介護度	性別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
適	要介護１	男													
		女	90.46	89.40	87.65	86.35	88.00	88.09	88.16	88.58	88.67	90.33	92.73		88.92
		平均	90.46	89.40	87.65	86.35	88.00	88.09	88.16	88.58	88.67	90.33	92.73		88.92
適	要介護２	男													
		女	91.69	91.75	92.20	93.18	92.43	92.60	92.17	91.81	91.90	91.08	90.38		91.88
		平均	91.69	91.75	92.20	93.18	92.43	92.60	92.17	91.81	91.90	91.08	90.38		91.88
適	要介護３	男	93.08												93.08
		女	92.75	92.83	99.42			91.92	94.46	94.54	94.63	95.07	97.25		94.45
		平均	92.86	92.83	99.42			91.92	94.46	94.54	94.63	95.07	97.25		94.36
適	要介護４	男													
		女	89.93	90.04	90.04	90.10	90.34	90.29	90.46	90.52	90.51	90.65	89.58		90.24
		平均	89.93	90.04	90.04	90.10	90.34	90.29	90.46	90.52	90.51	90.65	89.58		90.24
適	要介護５	男		93.17	93.25	93.33	93.42								93.29
		女	86.47	86.17	86.25	86.33	86.42	84.25	80.19	80.28	80.36	80.44	80.53		82.85
		平均	86.47	88.50	88.58	88.67	88.48	84.25	80.19	80.28	80.36	80.44	80.53		84.17
	総合計(人)	男	93.08	93.17	93.25	93.33	93.42								93.25
		女	90.62	90.35	90.59	90.20	90.65	90.40	89.68	89.80	89.86	89.81	89.67		90.12
		平均	90.75	90.49	90.73	90.36	90.76	90.40	89.68	89.80	89.86	89.81	89.67		90.19

（注１）各月の平均年齢は、各月末時点の年齢より算出しています。　（注２）小数点以下第３位を四捨五入しています。

3GK211040P001

サービス提供回数

【光が丘】

（単位：回）

		10月	11月	12月	1月	2月	累計	備考
日中	a.定期巡回回数	808	934	1,015	1,133	890	4,780	
	b.随時対応回数	40	52	25	31	51	199	
	c.随時訪問回数	17	23	10	15	15	80	
	対応率(c/b)	**42.5%**	**44.2%**	**40.0%**	**48.4%**	**29.4%**	**40.2%**	
夜間	d.定期巡回回数	139	167	135	132	112	685	
	e.随時対応回数	13	7	4	6	4	34	
	f.随時訪問回数	5	2	2	5	2	16	
	対応率(f/e)	**38.5%**	**28.6%**	**50.0%**	**83.3%**	**50.0%**	**47.1%**	

【練馬土支田】

（単位：回）

		10月	11月	12月	1月	2月	累計	備考
日中	a.定期巡回回数	2,656	2,450	2,466	2,679	2,645	12,896	
	b.随時対応回数	50	32	41	24	22	169	
	c.随時訪問回数	6	8	8	10	10	42	
	対応率(c/b)	**12.0%**	**25.0%**	**19.5%**	**41.7%**	**45.5%**	**24.9%**	
夜間	d.定期巡回回数	251	221	226	189	182	1,069	
	e.随時対応回数	32	21	18	12	14	97	
	f.随時訪問回数	3	7	6	6	7	29	
	対応率(f/e)	**9.4%**	**33.3%**	**33.3%**	**50.0%**	**50.0%**	**29.9%**	

【平和台】

（単位：回）

		10月	11月	12月	1月	2月	累計	備考
日中	a.定期巡回回数	1,986	1,950	1,966	1,915	2,064	9,881	
	b.随時対応回数	34	39	35	30	35	173	
	c.随時訪問回数	10	14	11	10	12	57	
	対応率(c/b)	**29.4%**	**35.9%**	**31.4%**	**33.3%**	**34.3%**	**32.9%**	
夜間	d.定期巡回回数	139	151	156	186	195	807	
	e.随時対応回数	38	30	92	50	72	282	
	f.随時訪問回数	6	4	16	7	23	56	
	対応率(f/e)	**15.8%**	**13.3%**	**17.4%**	**14.0%**	**31.9%**	**19.9%**	

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	1	体調が安定し転倒なく自宅で過ごせるよう医療・介護の両面で支援しているケース				事業所名	SOMPOケア　光が丘　定期巡回		
		84	歳	要介護	1	生活自立度	A2	認知症自立度	Ⅲa

主な疾患	生活状況	身体状況
高血圧症 高脂血症 アルツハイマー型認知症 心不全	独居。自宅内で倒れているところを発見、救急搬送され全身打撲の診断だったが、心機能の様子がおかしいと循環器科へ入院。内服加療後に退院。退院後も内服管理必要により定期巡回開始。	認知症中核症状見られる。 玄関の開錠などは可能だが転倒歴あり。 保清行動は取れないが、室内は整理されている。

看護連携	看護助言
全身状態の管理、服薬カレンダーへの服薬セット、清潔ケア（足浴・シャワー浴・入浴介助）	心臓弁膜症の診断にて手術適応状態との事。的確な内服が必要だが、ご自身での内服管理は困難なため、内服介助の継続をお願いします。飲食の確保、清潔、保温など安全で快適に過ごせるような支援が必須。

介護目標

・処方通りの内服ができ、健康を維持することができる。
・1日1回の配食サービスと買い物代行により、1日3回の食事ができる。
・医療との連携で、身体の保清や全身状態の観察ができ、安心して自宅での生活を送ることができる。

週間計画

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
3:00							
6:00							
9:00							
12:00							
15:00							
18:00							
21:00							
23:00							

排泄誘導 一日1回、食事配膳、服薬介助 一日2回

ポイント

ご本人希望の自宅での生活を続けられるよう、主に服薬支援。
身体の保清は訪看対応で、経過観察。
配食サービスを利用し、安否確認を含めたサービス提供。
買い物や掃除・洗濯は午前・午後の訪問時に振り分け生活全般を支援していく。

支援経過

2024.10. 28　訪問介護にて週3日、食事準備・提供でのサービス開始
2024.11.11　ケア訪問時、自宅内で倒れているのを発見。救急搬送され入院
2024. 12.4　退院後より訪問介護から定期巡回へ移行してサービス利用開始
入院前、服薬管理が一切できていない状況のため、食後の服薬介助を主としての介入
訪看にて足浴・入浴介助介入し全身状態の観察
2025. 2.10　診療所への通院から往診へ切り替え

導入効果

確実な服薬ができ、体調面の安定が図れた。
2/7病院受診し、心臓弁2か所の置換手術が必要だが、安定しているため三ヶ月後の受診予約となる。
冷蔵庫内ストックしている食材を全て食べ、食べないで過ごす日があったが、水分・食事がきちんと摂取でき、看護・介護で保清保湿もこまめに行えることで転倒なく過ごせている。

本人・家族の様子

導入時	導入後
処方通りの服薬ができていなく、下肢浮腫が見られていた。 ご家族は介護保険サービスに対し良い印象がなくサービス利用に消極的だった。	的確な内服により体調が安定し、週1回入浴ができ、保清が保たれるようになった。 ご家族へ小まめに状況を伝えすることで少しずつ信頼が生まれ、感謝の入電が入るようになった。

今後の課題

自宅で安心安全に過ごすことができるよう、介護・医療の両方からの視点で観察し、適宜連携を取り必要に応じてサービス調整していく必要がある。
資産面から今以上にサービスを広げることが困難である。認知症状の進行により今以上に中核症状・周辺症状が見られる可能性あり、状態に応じてサービス見直しが必要である。

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	2	最期まで関わり続けるということ				事業所名	SOMPOケア光が丘土支田サテライト		
		88	歳	要介護	5	生活自立度	A2	認知症自立度	Ⅱ

主な疾患	生活状況	身体状況
R5.10 心筋梗塞、脳梗塞	自宅にて心筋梗塞、入院中に脳梗塞となり、リハビリ、退院と同時に定期巡回の開始となる 息子様、同居で生活は見守りから介助を必要としている	ベッド上で過ごすことが多く、手すりなどを伝いつつトイレへ移動することは可能。食事なども息子様が見守り、介助をしつつご自身で食べている。

看護連携	看護助言
R7.2月にコロナ入院後の皮膚疾患のための、特別指示にて介入。 それまではモニタリングのみ。	なし

介護目標

家での生活のために必要な介助を検討し、御家族での生活を手助けしていく

週間計画

	月	火	水	木	金	土	日
0:00	トイレ誘導　一日2回　火・金PM　入浴介助						
3:00							
6:00							
9:00							
12:00							
15:00							
18:00							
21:00							
23:00							

ポイント

ご家族での食事の準備などもあり、1日2回の訪問にて本人のトイレ誘導を行い、更衣や塗薬、清拭などは必要に応じて行う

支援経過

2023年10月練馬高野台病院を退院し、定期巡回開始
2024年6月　認定更新にて、要介護2から5へ変更
2025年2月　コロナ発症し、光が丘病院へ入院
2025年3月　ご自宅で息を引き取られる。

導入効果

在宅生活での、本人の状態を観察していくことで、本人の状態の変化の把握がしやすく、報告、相談を行いつつ家族の介助の仕方への助言などを行い、ご自宅での生活を最期まですることができた

本人・家族の様子

導入時	導入後
入院中のオムツでの生活から、ご自宅でのトイレ誘導、リハパンでの生活への活動の違いがあり、ご自分でしたい気持ちを活かしつつ介助を行った	移動の仕方など、ご自宅での生活に慣れ、入浴も介助にてスムーズにできるようになった

今後の課題

看護を早めに導入することや、もう少し活動性や、本人、家族の生活がより安楽になったのではないか、介護職の立場からできることを今後も検討し続けていく

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	3	看取りまで支援したケース				事業所名	SOMPOケア光が丘平和台サテライト		
		97	歳	要介護	4	生活自立度	C2	認知症自立度	Ⅱa

主な疾患	生活状況	身体状況
S14年扁桃腺切除　S30年虫垂炎 S41年急性肝炎　S44年卵巣破裂 S54年狭心症 H8年全身打撲　肋骨骨折　内蔵機能不全 H28年下肢浮腫悪化　子宮腫瘍の疑い	交通事故にあい寝たきりとなる。独居生活を続けることが出来なくなり、月の半分をSSに行きながら姪御夫婦と同居生活をおこなう。	ベッド上寝たきり、交通事故の影響により可動時に慢性的な疼痛がある。

看護連携	看護助言
全身状態の管理、排便コントロール	皮膚トラブルが起きやすいため、保清や乾燥に注意し適宜軟膏類を塗布する。

介護目標

身体機能低下を自覚されていることもあり、不安も多いと思いますが訪問看護、定期巡回を利用することにより日常生活上の世話や健康管理を行い、また福祉用具の活用で生活環境を整えます。随時サービスの検討を行いながら現在の生活を維持できるように関係機関と連携を図りながら支援していきます。

週間計画

	月	火	水	木	金	土	日
0:00	オムツ交換　一日４回　火曜日PMのみ清拭・更衣						
3:00							
6:00							
9:00							
12:00							
15:00							
18:00							
21:00							
23:00							

ポイント

疼痛と浮腫により体動困難が利用者様のため、ご家族が対応することの難しい身体介護をおこなうことで、負担をかけないで家族様の精神的な負担をかけない訪問をおこなう。
またSSを利用することで家族様のレスパイトケアも含めた関わりをおこなった。

支援経過

2024年6月よりサテライト事業所に対応を移管することとなる。
2025年11月頃よりだんだんと食事を取ることが難しくなってきている、12月3日に医師より状態説明し老衰に近い状態のため、自宅での看取りをおこなっていくことになる。
2025年1月　覚醒状態も悪く食事、水分と摂取出来ていないためSSは中止となる。
2025年1月　ご自宅で息を引き取られる。

導入効果

ご家族様が難しい部分をヘルパーがおこない、身体面での負担を減らし在宅生活を送ることが出来た。

本人・家族の様子

導入時	導入後
食事の準備は出来るけど、恰幅がいいためオムツ交換など自身がなかった。	身体面と生活面での役割を分担したことで、対応についての棲み分けがしっかりと出来た。

今後の課題

ご家族様がとても協力的な方で情報共有も、家族、介護、看護としっかり連携も取れていたため、安心して最後まで対応することが出来た。

令和6年度　SOMPOケア光が丘　定期巡回　外部評価コメント

タイトル	項目番号	項目	自己評価 実施状況 できている	ほぼできている	できていないことが多い	全くできていない	コメント(割愛)	外部評価コメント(詳細)
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		○				理念を理解することが出来ました。 引き続き利用者の支援をお願いいたします。
（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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も適切な人材育成に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
	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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も適切な人材育成に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
	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		○				取り組み内容を理解することができました。 職員のスキルを把握するために事業所が取り組んでいること等があれば教えていただきたいです。
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	○					具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も介護職と看護職の相互理解に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
（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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も適切な組織体制の構築に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
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		○				取り組み内容を理解することができました。 事業所が受けた要望とそれに対する取り組み事例などあれば教えていただきたいです。
（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	○					具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も適切な情報提供・共有のための基盤整備に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
（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）	○					具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も安全管理の徹底に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
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	○					具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も安全管理の徹底に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
	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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
	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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
（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	○					具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直しに向けた取り組みの継続をお願いいたします。

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	○					具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直しに向けた取り組みの継続をお願いいたします。
(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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
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	○					取り組み内容を理解することができました。 利用者の特徴を踏まえ、看護職が特に意識をして介護職に助言しているものがあれば教えてください。(利用者の状態は様々だと思いますが左記の件について具体例があれば知りたいです)
(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	○					具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も利用者等との情報及び意識の共有に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
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	○					具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も利用者等との情報及び意識の共有に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
	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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も利用者等との情報及び意識の共有に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も共同ケアマネジメントの実践に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
	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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 利用者が活用する地域のインフォーマルサービスがあれば教えていただきたいです。
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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も共同ケアマネジメントの実践に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
(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となる、利用者等に対する包括的なサポートついての、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)						
	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)						
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		○				具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。 今後も地域への積極的な情報発信及び提案に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
	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			○			評価が「できていないことが多い」になってますが、自己評価のコメントに記載されている取り組みができていないということでしょうか。もしくは、広報周知は行っているが結果に繋がらないという意味でしょうか。
(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	○					行政の地域包括ケアシステム構築に係る方針等へご理解いただきありがとうございます。
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						地域への展開について今後の展望があれば教えていただきたいです。
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		○				サービスの導入により計画していた目標が達成された事例があれば教えていただきたいです。
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		○				どのような世帯(単身・同居等)の利用者がサービスを利用しているか。また、利用者および家族等からサービスの提供に対しどのような意見があるか教えていただきたいです。

SOMPOケア 練馬 訪問看護

自己評価・外部評価　評価表

ご記入事業所名：　　ご記入者名：　　ご記入日：2025年2月24日

タイトル	項目番号	項目	自己評価 実施状況 できている	ほぼできている	できていることが多いない	全くできていない	コメント	外部評価コメント
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、事業独自の理念を掲げている		○			「人間尊重・カスタムメイドケア・自立支援」を弊社経営理念を掲げています。事業所として「自分らしい在宅生活をする」ために目標をもって支援します。	
(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		○			入社時研修、月に一度の定例事業所研修、介護技術研修、同行訪問研修、OJT研修などを通じて、理念ならびに事業内容の認識を深めている。	
	3	運営者、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造や、法人内外の研修を受ける機会等を確保している		○			法人内研修では、管理者・計画作成責任者は着任時および毎年現任研修の受講が義務づけられアセスメント力向上に努めています。オペレーター・訪問介護員は入社時研修やオペレーター研修、また毎月の事業所定例研修の受講(全職員対象)等、社内マニュアルに基づき研修を実施しています。各マニュアルの整備、キャリアアップのためのシステムが出来ています。法人外では、自治体や地域の研修参加の機会を確保をしています。	
	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		○			管理者は職員に合わせて、そのスキルによって利用者とのコーディネートを行い、最適な介護職員が対応出来るようにしています。	
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	○				サービス担当者会議の他、ケアの同行や、心身状況の変化の報告等を適宜行い、情報共有の機会は確保されています。月に1度のカンファレンスも実施しています。また看護アセスメント、モニタリングを基に訪問介護看護計画書を作成しています。	
(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		○			アセスメントに基づき、利用者毎の生活リズムや必要性に合わせた介護計画の作成を行っています。サービス提供は状況に応じて、訪問ルート、時間帯、回数等を考えて柔軟かつ効率的に行っています。人材確保にも務めております。	
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		○			概ね6ヶ月毎に開催しており、本年度は計1回(2024年12月時点)開催しました。得られた要望、助言を基にサービス提供に取り組み、翌回以降の推進会議にて状況報告を行っています。	
(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	○				ご利用者(ご家族も含む)と、契約時に必ず個人情報保護についてご説明および同意を頂いています。利用目的を明確にし目的の範囲内で適切に取扱います。利用者基本情報、家族情報、医療情報、介護情報など電話やFAXにて適宜迅速に共有しています。	
(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)	○				サービス提供時の緊急時対応マニュアル、災害時対応マニュアル、交通事故時対応マニュアル等、職員の安全管理のためマニュアルの整備、研修の実施、緊急時対応フローの掲示などの体制ができています。2024年9月には定例研修にて「防災訓練・救命救急」を実施しました。	
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	○				事業所内では、利用者ファイルは書庫での施錠管理ならびに持ち出しの禁止、データにおいてはパスワード管理、FAX送受信においては利用者氏名や保険情報等の塗りつぶしや誤送信防止の徹底など行っています。また、年1回必ず「守秘義務等個人情報取り扱いの研修を実施し、周知徹底を図っています。	
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		○			ご利用者本人、ご家族、関係機関からの情報提供を踏まえ、一日の生活リズムや生活習慣ならびに支援の必要性をアセスメントし、24時間の生活を支える必要なサービス提供ができるように適宜提案しています。	
	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		○			ご利用者の体調変化や悪化予防等に即応するための心身の状況について、看護の知見に基づいた配慮すべき療養上の助言をサービス導入時等、適宜看護アセスメント情報として把握しています。それらを踏まえて「定期巡回介護・看護計画書」を作成し、介護・看護間で共有しています。また、月一回看護ならびに介護それぞれの視点にてモニタリングを実施して評価を行っています。	
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		○			適宜必要なアセスメントにより、ご利用者の病状、心身の状況の変化に応じたサービス計画の作成、提案を行っています。自立支援に向け、ご利用者ご家族のご要望を踏まえてサービス計画の見直しを行っています。例えばベッド上でのおむつ交換からトイレでの排泄ができるようになった事例があります。	
	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		○			主治医や関係医療機関、訪問看護等と連携を取り、支援を行っています。重度化した場合や終末期等に備えて予めご利用者やご家族、医療関係者と話し合い方針を共有し、サービ計画に反映するように努めています。	事内スタッフに2名に喀痰吸引育成している。

自己評価・外部評価　評価表

ご記入事業所名：SOMPO 光が丘　　ご記入者名：　　ご記入日：2025 年 2 月 14 日

タイトル	項目番号	項目	自己評価 実施状況 できている	ほぼできている	できていることが多い	できていない	全くできていない	コメント	外部評価コメント
(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・随時対応サービスの提供	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	○					ケアプランに基づいた定期訪問は計画的に実施し、随時ケアコール発生時は、オペレーターによる「随時対応」にてご利用者の変化の状況を把握し、その必要に応じて「随時訪問」を判断し提供します。随時訪問の頻度、内容によっては定期的な訪問を検討する等柔軟に対応しています。	
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	○					訪問介護員と計画作成責任者との適時適切なアセスメント情報の共有により、状況変化の早期把握に努めています。定期的なモニタリングでは計画に対する達成等を評価し、見直し・提案を行い計画に反映しています。	
(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		○				看護職の視点として、主に既往病、一般病状、身体状況、治療状況（処方薬等）、皮膚の状態と処置、医療機器の取り扱い等のアセスメント、介護職の視点として主に健康状態、身体機能・構造、活動、参加、環境因子、個人因子などの生活機能等のアセスメント、医療と介護それぞれの専門性を活かした役割分担をしています。	
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	○					看護職より、ご利用者の希望、心身の状況、主治医の指示等を踏まえて、療養上の目標や疾病予防・病状の予後予測・心身の機能の維持回復などを、必要に応じて適宜助言・指導を頂いています。	社内スレッドで利用者様の状態をすぐに共有できる状況だと思います
(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	○					契約のための重要事項説明時、ならびにサービス導入時の担当者会議などで、「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ること、サービスの特徴と具体的な内容（介護看護計画、手順）、ケアコール機の使い方、利用料金など、説明と同意を頂いてからサービス開始としています。理解が不十分な際には個別にご説明をしています。	
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	○					サービス開始時、要介護認定更新時、サービス内容変更時に変更前に訪問介護・看護計画書を作成し、その目標（短期・長期）を明確にし、担当する訪問介護員氏名、サービスの具体的内容、所要時間、日程等を明記し説明・同意を頂いています。訪問介護・看護計画書は2部作成し署名頂いたものを1部ご利用者へ交付し、1部は事業所にて保管しています。	
	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		○				事業所からご家族への連絡はもちろん、ご家族からもいつでもケアコールを押して頂き連絡が取れることを伝えています。必要に応じて、ご利用者宅に連絡帳を設け、事業所、訪問看護、往診医、家族、ケアマネジャー等との情報のやり取りも行い、適時・適切な報告相談により関係者間にて情報共有ができています。	
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		○				24時間・365日の定期的な訪問、随時の対応や訪問により、ご利用者の心身機能の変化やサービス提供状況、周辺環境の変化等を把握。月1回のモニタリングでの報告に加え、体調変化時には電話にて連絡をしています。	
	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		○				概ねひと月に一回のモニタリングにおいて訪問介護・看護計画の実施状況の把握を行い目標の達成状況を評価しています。必要に応じて、通所介護サービス、ショートステイの活用、医療保険による訪問看護の検討等の提案、ならびに配食サービス等の検討提案を行っています。	月1回のモニタリングで介入好ましいので変化がある時は共有して欲しいです。
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		○				定期的、継続的なアセスメントによる状況の変化や、モニタリングによる目標の達成状況等を踏まえて、担当者会議の開催を提案し、多職種への情報提供とご利用者のQOLの向上に向けた提案を積極的に行っています。	担当の場では日頃の状況についても共有して頂けるので訪問回数が少ないのでご負担に感じることがあります。
(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）						※「任意評価項目」のため割愛させて頂きます。	
	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）						※「任意評価項目」のため割愛させて頂きます。	
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）						※「任意評価項目」のため割愛させて頂きます。	

SOMPO 練馬

自己評価・外部評価　評価表

ご記入事業所名：　　ご記入者名：　　ご記入日：2025年2月4日

タイトル	項目番号	項目	自己評価 実施状況 できている	ほぼできている	できていることが多いない	全くできていない	コメント	外部評価コメント
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		○			介護・医療連携推進会議の議事録は、推進会議終了後に作成し、事業所内にて閲覧可能なファイル保管として情報公開としています。また、次回開催時に議事録を推進会議メンバーへ配布しています。	
	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			○		弊社のホームページにサービス概要や効果等を掲載しています。また、当該サービスの情報を地域の方々へ発信しています。介護・医療連携推進会議への参加者も増加し積極的に周知しています。	
(2)地域包括ケアシステムの構築に向けての、まちづくりへ参画								
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		○			医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を実現して行くため、中重度の要介護者や認知症高齢者への更なる強化、介護人材確保対策の推進、サービス評価と効率的なサービス提供体制の構築と理解しています。	
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					主に光が丘・平和台地域に展開しています。 事業所からおおむね片道15～20分で、サテライト事業所からの在宅展開も行っています。	
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問題提起、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）					※「任意評価項目」のため割愛させて頂きます。	
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		○			2024年度実績（12月時点）では、ご利用者延人数19名のうち、1名終了（入所、他事業）となっています。現在18名のご利用者においては、定期巡回の導入により在宅生活の継続ができ、計画目標の達成に向けて一定の効果が表れています。	
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		○			当該サービスは、訪問時間や回数に制限が無く、早朝、夜間、深夜と必要な時間帯にサービス提供することができ、かつ緊急時における随時対応・随時訪問サービスが利用できることは、ご利用者ご家族にとって安心なサービスであり、「本人らしい在宅生活が継続できる」と喜ばれています。	コール様にての対応があるので定期以外の対応は利用者様やご家族にとって安心だと思います。

SOMPOケア光が丘　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
2025　年　3　月　12　日	15　：　00　～　16　：　00

■出席者

名前	所属	名前	所属
A	練馬区介護保険課	F	ＳＯＭＰＯケア光が丘
B	ホウカンTOKYO練馬	G	ＳＯＭＰＯケア光が丘
C	きらめき訪問看護ステーション	H	ＳＯＭＰＯケア光が丘(練馬土支田サテライト)
D	SOMPOケア光が丘居宅介護支援	I	ＳＯＭＰＯケア光が丘(S平和台サテライト)
E	SOMPOケア光が丘居宅介護支援		

■審議事項

	次回へ持ち越し
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　SOMPOケアサービス会社概要	□
4　本会議の目的	□
5　SOMPOケア光が丘事業所概要	□
6　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業について	□
7　サービス提供状況の報告	□
8　事例紹介（３事例）	□
9　サービスへの評価・要望・助言	□
10　閉会のあいさつ	□

■記録

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　SOMPOケアサービス会社概要

4　本会議の目的

5　SOMPOケア光が丘事業所概要（基幹事業所・練馬土支田サテライト・S平和台サテライト）

6　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業について（別綴じ資料参照）

7　サービス提供状況の報告
各事業所の利用者の全体の状況、平均介護度、訪問回数

8　事例紹介（3事例）
【質疑応答】
・（A様）在宅と施設の定期巡回に何か違いはありますか？
⇒（N）施設内での業務のコアタイムには外への訪問がしにくいです。

・（B様）コールを押す理由は排便などのほかにどんなものが多いですか？
⇒（F）やはり、多いものは排便のコールではあるが、電話のように使う方などもいらっしゃいます。
・（B様）コールからどのくらいで訪問できるものなんですか？
⇒（Ｉ）30分ほどでの訪問を考えているが、スタッフの状況、ケアの合間での訪問のため遅くなったり、管理者にて対応する場合もあります。
・（C様）排便であれば、ヘルパー対応かと思いますが、腹痛などの場合はそのままNsへ連絡などはあるんですか？

⇒（F）基本的にヘルパーが訪問を行ったうえで、体調不良の確認を行い、必要があればNs、
Drへ報告を行う。コールを押して無応答、無反応の際の訪問も多くあるが、寝ていることが多いです。
・（B様）事例では協力的なご家族だが、協力的でなかった場合、また訪問時以外の様子などの把握が
難しいと思うがどうしているのか
⇒（F）本人のアセスメントにて訪問時間外の部分のリスクの管理を行い、転倒リスクがあれば、
コール機の位置の調整などの対応を行い、リスクの低減を計る
また、体調や状況の変化に応じて訪問回数を増やすなどの支援を行っていく

9サービスへの評価・要望・助言
内部評価に対し外部評価いただき質問に対する回答。
№29と№31の項目について、外部評価コメントに対して回答説明を行い、意見を全体に求める
●（E様）定期巡回の勉強会などを行い、理解を得られるようにしていくのもいいと思う。
●（A様）定期巡回を周知していくことにどの事業所も苦心している様子が見受けられる
●（B様）看護としても事業所として選んでいただく立場としてどうしていくかを悩み、事業所の近所の
方へ事業所を認識していただくために、チラシを配り、なにかの折に思い出して頂ければと考えて
営業している。そういった取り組み方はどうか。
●（C様）定期巡回サービスをしている事業所にどのくらいまでお願いしていいのか、コール対応は
看護の立場からすると大変なのだが、介護としてはどうなのか
⇒(F)居宅へ営業などでお話をしにいった際も、定期巡回ではどのようなケアが行えて、
どうやって開始していくのかをわからない方が多くいらっしゃり、利用者の方々への理解は
このような機会を活用して周知していく必要性があると考える。
●（E様）ケアとしてのメリットは利用者に多くあるが、定期巡回を利用することで、いままでに使っていた
訪問介護などが入れなくなることが多く、なじみの人が来なくなることへの抵抗感や不安感が
多くある。そのことで導入への壁になっている場合もある。

10　閉会のあいさつ
本日は天気が悪く、お足元も悪い中、お集まりご参加いただきありがとうございます。
本日頂いた意見などをもとに今後とも行っていきますのでよろしくお願いいたします

議事録作成　　根〇　利〇　　管理者 議事録確認　　印