

令和7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7年3月7日（金） 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）	井*	0:02	15:00	15:02	資料1
2	ご出席者のご紹介	井*	0:03	15:02	15:05	資料2
3	事業所概要・提供地域	井*	0:05	15:05	15:10	資料3 3-①
4	事例発表	佐*・北*・井*	0:15	15:10	15:25	資料4 4-①
5	質問等	全員	0:10	15:25	15:35	
6	基本情報・実績	佐**・井*	0:08	15:35	15:43	資料5 5-① 5-②
7	事故報告	井*	0:02	15:43	15:45	資料6
8	外部評価報告	井*	0:05	15:45	15:50	資料7
9	意見交換	全員	0:05	15:50	15:55	
10	おわりのご挨拶	佐*	0:05	15:55	16:00	
11						
12						
13						

■議事進行 SOMPOケア練馬 井*

■次回開催予定日 令和7年9月

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。

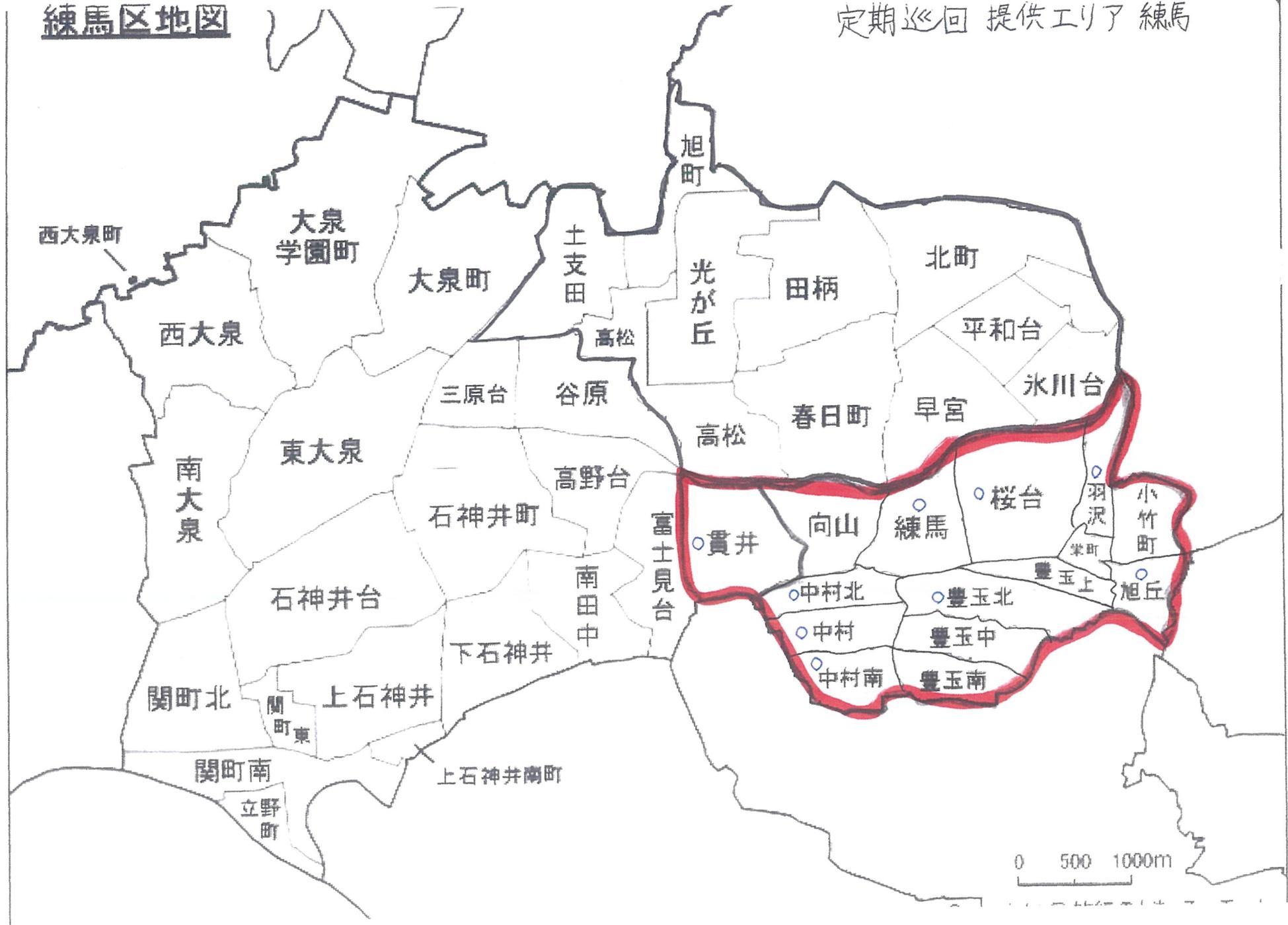
1日複数回、短時間の「定期巡回訪問」と通報による対応・訪問を行う「随時訪問」「随時対応」を組み合わせた、必要なタイミングで必要な量と内容のケアを提供する事が出来るサービスです。

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	15名
非常勤	7名
合計	22名
⑤利用者状況(人) 令和7年2月28日現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	25名
訪問介護事業	42名
夜間対応型訪問介護事業	114名
合計	181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>	

練馬区地図

定期巡回 提供エリア 練馬



事例 2

状態の変化に対応した事例

89 歳 要介護 2 (生活自立度 B1 : 認知症自立度 IIb)

お一人暮らし。腰椎圧迫骨折で保存療法後、老健に入所された。自宅に早く帰りたいとの希望が強く、定期巡回のサービスを決めて、自宅に戻られる。

つかまらないうと、ご自身の体の状態を忘れて、段差を超えたりされるため、転倒のリスクが高い。両手に物を持っての移動に問題があり、テーブル付きの歩行器も導入しながら、見守りと服薬で1日3回からサービススタートとなる。

主な疾患	生活状況	独居	身体状況
L2腰椎圧迫骨折。骨粗しょう症。	都内に娘夫婦が住んでいて、頻繁にご様子を見に来たり、食事の準備をされている。		つかまるものがあれば、移動は可能。両手に物を持っての移動は難しい。排泄は自立。服薬は物忘れはよく見られ、難聴で、意思疎通には大きな声で声かけが必要。

看護連携	看護助言
バイタルチェック 状態の観察、相談、医師との連携、内服管理	足の浮腫あり、室内環境整備、室温調整をお願いします。 浮腫増強がある場合は、ご連絡ください。

介護目標
①体調が安定し、安心して一人での生活が送れるようになる。

週間計画① サービス計画 令和7年1月～

看護アセス 有

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
8:00							
13:00		通所	通所			通所	
18:00							
21:00							

ポイント

■定期巡回サービス：

- ・ 8:30 (毎日)
- ・ 12:30 (月・水・木・金・日)
- ・ 17:00 (毎日)

■ケア内容

服薬介助、水分補給、一般的な調理配下膳、環境整備

■緊急コールによる随時対応、随時訪問

- ・ あり

■訪問看護

木曜日：バイタルチェック 状態の観察、内服管理、相談

事業所名： SOMPOケア練馬

事例

支援経過 R7 年 3 月現在

令和5年12月より定期巡回サービススタート。
 老健から退所され、ご自宅での生活がスタートになる。
 当初、食事についてはお弁当をご提案するも、娘様が適宜訪問して、ストック用の食事を置いておくとの事。食事動作は自立。
 移動は、歩行不安定。つかまるものがあれば移動可能。玄関の上がり框に段差があり、見守りと適宜介助が必要。1日3回の食事提供と服薬、環境整備で訪問が始まる。
 ご自宅に戻られて、ご近所さんがお惣菜を届けるなどの、関わりも戻りお元気になられる。
 もともと家でじっとしているタイプでは無いため、通所などの予定が無い日は、窓を開け放って、外に出てご近所さんと談笑できるようになってきた。
 移動に関しては杖歩行で行い、特に転倒も無く、お腹が空くとご自身で冷蔵庫からお惣菜を出して召し上がる事ができて来た。
 食事もご自身で行えるようになり、娘様からも回数を減らして、安否確認と服薬で様子を見てほしいとのご要望もあり、看護からも問題ないとの指示を受け、令和6年6月～1日2回。朝・夕の訪問に切り替え服薬の確認と、居室の状況の確認を行うようになった。
 週2回のデイサービスと、週1回の訪問リハビリ。隔週の訪問看護の内服や身体状況確認と、1日2回の定期巡回で落ち着いて過ごされていた。
 令和6年12月後半位から、転倒、尿失禁が度々見られるようになり、それまではデイサービスの日付も把握されていて、ご自身で玄関に座ってデイサービスを待つことができていたのに、日付の感覚が無くなり、尿失禁でトイレまでのルートで尿だまりができ、明らかに身体状況が悪くなってきた。
 訪問看護、CMと相談し、娘様に通院のお願いをする。
 通院の結果は、水頭症との事でシャント調整するとの事。
 状態悪化に伴い、令和7年1月～1日3回に戻し、食事のセットと服薬、環境整備とサービスも戻すことになる。
 また、居室に手すりを増やして転倒に備える。病院での治療も終え、3回に戻してご様子を確認すると、以前の身体状況までは戻ることは無いが、失禁は減り、転倒も減った。
 しかし、認知機能は低下し、食事を温める事、冷蔵庫から出すこと、お腹が空いたから食事を食べる事の意識が薄くなり、準備して促しを行えば問題なく召し上がることは出来る。
 当面この状態で、様子を見て、異変があればCM、看護と連携し、早い対応ができるように、体制を整えてサービス提供していきます。

導入後の効果

- ・薬を確実に飲むことが出来る。
- ・日常の異変を早急にキャッチし、多職種と連携し対応することができる。
- ・一日をメリハリつけて生活することができる。

本人・家族の様子

導入時

導入後

独居であり、老健から退所され、自宅での生活リズムが整っていなかった。

スタートからご本人の身体状況が良くなり、介助量も減って少しずつ自立した生活を送られていたが、疾病により身体状況悪化したものの、早期発見し、大事に至らずに済んでいる。今後も、ご本人の希望である「自宅で生活したい。」を支援し、独居生活の継続ができるように支えます。

今後の課題

持病の観察と、転倒のリスクを軽減するために、環境整備を引き続き行う。

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

訪問看護事業所から定期巡回サービスへ移行したケース

事例1

81歳 要介護 4 (生活自立度 A1 : 認知症自立度 IIb)

2024年6月2日より状態低下、少し前までは歩いていたが歩けなくなりベッド上で寝たきりとなる。急激な体調悪化により24時間365日対応できる定期巡回サービス介入となる。また夫に対して拒否が見られる。若い女性が夫に話しかけると妄想で彼女になる。

主な疾患	生活状況	同居	身体状況
パーキンソン病ヤールV レビー小体型認知症 心不全	夫と同居 2人暮らし 生活のサポートは夫が行っている 夫はパニック障害あり（不安増強ない ようにかかわりを行う）		食事が摂れていない現状があった。基本普通食だが顎が外れるリスクあり。過去に顎が外れ救急搬送されている。少し前まで歩いていたが体動困難となりベッド上で寝たきり。在宅酸素使用 当初3.0L

看護連携	看護助言
バイタルチェック 排便コントロール 状態の観察、相談	病識があまりなく内服ができていない為、ヘルパ介入時に確実に内服をしてもらう。水分補給促しをお願いします。ADL問題ないですが外出先にて転倒の不安を感じている。

介護目標
①定期的な排泄介助を行い、身体の清潔保持、皮膚トラブル早期発見状態観察 看護への情報共有 ②服薬を朝・昼・夕しっかりと内服することで健康状態を維持する。 ③緊急端末コール機を設置することで、転倒等緊急時の対応ができ、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 令和6年6月～						
	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
8:00							
13:00						訪問入浴	
18:00							
21:00							

看護アセス 有

ポイント

- 定期巡回サービス：
 - ・月火水木金土日
 - 9：00台、12：00台、17：00台
- ケア内容
排泄介助 服薬介助 身体整容 更衣介助 水分補給
- 緊急コールによる随時対応、随時訪問
 - ・あり
- 訪問看護
（朝または昼、状況に応じて看護対応する日あり）バイタルチェック 排便コントロール状態の観察、相談

事業所名： SOMPOケア練馬

事例

支援経過 R7 年 2 月現在

令和6年6月6日より定期巡回サービススタート。

【2024年6月】

初回よりヘルパーへの拒否はなくサービスを行えています。テープ式パット対応しているが尿量が多い事、夕方から翌朝までの時間が長い為漏れている事も多くシーツや衣類などの交換が必要となっている。衣類の交換などではご本人の負担があり、洗濯物が増えてしまう事でご主人の負担も多くなっている。パットの調整を行い漏れ予防検討。排便コントロール出来れば便による漏れも防げるのではとも考えられます。服薬に関しては大体スムーズに飲めていますが、傾眠強く覚醒が悪い時がありそのような時はご主人に依頼しております。

【2024年7月】

サービス導入時は食事もありとれていなかった状況あり。食欲も回復しご自身での摂取も可能になってきている。ご主人に対する妄想による暴言や看護さんに対する暴力行為ありの為、クエチアピンが再開されています。体交時の足の痛みの訴えはなく協力動作も得られています。尿量が多く朝はほぼ漏れている状態だった為、吸収量の多いものに変更し対応しています。訪問看護とも情報共有を行い精神症状の出現などに注意してケアを行ってまいります。

【2024年8月】

サービス導入時より身体が動かせるようになった為か今月は数回ベッドからの転落があり。ご本人にはお一人では動かない様にはお伝えしています。食事はご主人対応でヘルパー訪問時は服薬されていなければ服薬介助と水分補給を行っています。水分はご自分でも吸い飲みをもって摂取することができています。排尿量が多く朝のケアで漏れている事が多くありましたが吸収量の多いパットに替えたことで漏れの回数は減ってきています。ご本人の精神症状によりご主人への暴言等もあるようで負担がかかっている状態です。引き続きご主人に対しての言動も含めご本人の状態の確認をしながらケアを行ってまいります。

【2025年2月】2月初旬から2月中旬にかけて、せん妄あり。ヘルパーに対し拒否が強くなる。オムツ交換、服薬介助拒否が強くなり内服困難、飲み薬は一時中止となり貼り薬にて様子を見る。一時的に2人対応にて行う。

【2024年9月～2025年1月までベッドから転落が見られる。10月が多く20回ベッド転落あり 転落による外傷は見られていない】

●3月6日現在、今現在は落ち着かれ、内服薬も再開している。

導入後の効果

- ・内服薬をヘルパー介助により確実に飲むことが出来る。
- ・服薬をしっかりと行うことで健康状態を維持し体調悪化を防ぐ。
- ・コール機を置くことで転倒等緊急時に対応でき、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

体動困難、傾眠強く覚醒悪い日が続いていた。食事も摂れていなく、内服薬が飲めていなく体調不良が続いていた。夫の介護負担感も多くあった。

導入後

食事も摂れてきており、朝・昼・夕の内服薬を確実に飲んでいただくために少しずつ体調が安定してきた。看護と連携し色々なヘルパーが入ることにより、本人の精神状態も落ち着いてきている。夫からも感謝の言葉をいただいている。

今後の課題

訪問看護との情報共有、連携をとり現在の状況を維持することにより今後の疾患の進行を少しでも抑えられるよう継続支援してまいります。

「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

No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	移動時間		既往歴			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													
1	A・T様	男	88	4	J1	自立	独居	15分	15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	R4. 3. 16	継続	28日	SOMPOケア練馬	足*CM	あり	SOMPOケア練馬訪問看護			
2	T・O様	女	81	4	A1	II b	同居	20分	20分	パーキンソン病	レビー小体型認知症		在宅で夫と生活したい	排泄介助	服薬介助	R6. 6. 6	継続	28日	SOMPOケア練馬	長*CM	あり	SOMPOケア練馬訪問看護			
3	K・K様	女	81	4	B1	II a	同居	20分	20分	心不全	脳梗塞	大腿骨転子部骨折	在宅で生活したい	排泄介助	服薬介助	R6. 8. 15	継続	28日	らいふ・ふれあい介護サービス練馬	升*CM	あり	ルビナス訪問看護ステーション			
4	R・S様	女	86	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	28日	カインド	山*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		
5	T・T様	女	90	2	B1	II b	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	R5. 11. 24	継続	28日	SOMPOケア練馬	足*CM	あり	SOMPOケア練馬訪問看護			
6	Y・N様	女	90	2	A2	III a	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	28日	SOMPOケア練馬	長*CM	あり	SOMPOケア練馬訪問看護			
7	R・H様	女	82	5	B1	IV	独居	15分	15分	間質性肺炎	骨粗鬆症		在宅で生活したい	服薬介助	一般的な調理配下膳	2025. 2. 1	継続	28日	SOMPOケア練馬	足*CM	あり	SOMPOケア練馬訪問看護			
8	Y・F様	男	77	4	B2	I	同居	5分	5分	大腸がん			妻に迷惑をかけず暮らしたい	排泄介助		2025. 2. 1	2025. 2. 7	28日	SOMPOケア練馬	長*CM	あり	SOMPOケア練馬訪問看護			
9	T・M様	男	91	3	B2	自立	独居	15分	15分	肺炎	横紋筋融解症	心不全	在宅で生活したい	服薬介助	一般的な調理配下膳	R6. 12. 4	継続	28日	富士見台居宅介護支援事業所	鎌*CM	あり	SOMPOケア練馬訪問看護			
10	M・M様	男	89	1	J1	I	独居	15分	15分	糖尿病	甲状腺機能低下症	高血圧	在宅で生活したい	服薬介助		R6. 4. 12	2025. 2. 6	28日	育秀苑居宅介護支援センター	國*CM	あり	ヒロ訪問看護			
11	K・M様	男	79	2	J1	II	独居	15分	15分	統合失調症			在宅で生活したい	服薬介助		R6. 8. 1	継続	28日	育秀苑居宅介護支援センター	竹*CM	あり	びーす訪問看護	医療保険		
12	M・Y様	男	98	5	A2	自立	独居	7分	10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	28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*CM	あり	ハミングバード訪問看護ステーション			
13	M・W様	女	99	4	B1	自立	同居	8分	10分	大腿骨転子部骨折			在宅で生活したい	排泄介助		R6. 12. 11	継続	28日	つむぎの木ケアプランセンター	加*CM	あり	SOMPOケア練馬訪問看護			
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
平均			87	3				13分	13分																
当月利用者実績(人)				来月利用者見込数(人)																					
13				0																					
当月利用者案件(人)				0																					

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	訪問介護 連携事業所名	備考
				(障害)	(認知)		1	2	3	1	2												
1	女	94	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	無し	
2	女	92	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	無し	
3	女	89	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	無し	
4	女	97	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	無し	
5	女	75	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	無し	
6	女	88	4	B2	IV	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	無し	無し	
7	女	86	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	無し	
8	女	92	1	A1	IIb	独居	1分	1分	繊維筋痛症	坐骨神経痛		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	無し	
9	女	85	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	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し	
10	女	77	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	無し	
11	女	76	4	A2	IV	独居	1分	1分	レビー小体型認知症	糖尿病	横紋筋融解症	日常生活・服薬の支援	排泄援助	服薬援助	R6.6.8	継続	30日	SOMPOケア練馬	安里CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し	
12	女	87	1	J2	IIb	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	高血圧	完全心房ブロック	日常生活・服薬の支援	掃除援助	服薬援助	R6.6.21	継続	30日	SOMPOケア光が丘	小倉CM	有	無し	無し	
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
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 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	訪問介護 連携事業所名	備考	
				(障害)	(認知)		1	2	3	1	2		1	2										
1	女	94	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*CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し		
2	女	92	1	A2	II b	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*CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し		
3	女	89	1	A2	II b	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*CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し		
4	女	97	3	A2	II b	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*CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し		
5	女	75	1	J2	II b	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*CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し		
6	女	88	4	B2	IV	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*CM	無	無し	無し		
7	女	86	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*CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し		
8	女	92	1	A1	II b	独居	1分	1分	繊維筋痛症	坐骨神経痛		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*CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し		
9	女	85	2	J2	II b	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*CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し		
10	女	77	1	J2	II a	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*CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し		
11	女	76	4	A2	IV	独居	1分	1分	レビー小体型認知症	糖尿病	横紋筋融解症	日常生活・服薬の支援	排泄援助	服薬援助	R6. 6. 8	継続	30日	SOMPOケア練馬	安*CM	有	SOMPOケア練馬訪問看護	無し		
12	女	87	1	J2	II b	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	高血圧	完全心房ブロック	日常生活・服薬の支援	掃除援助	服薬援助	R6. 6. 21	継続	30日	SOMPOケア光が丘	小*CM	有	無し	無し		
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
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 江古田サテライト 利用者実績 期間：令和6年9月～令和7年2月

1. 利用者数推移

		9月	10月	11月	12月	1月	2月		期間計	備考
月別利用者数（延べ）		22名	22名	21名	23名	23名	24名		135名	
推移	新規サービス開始数	名	名	名	2名	名	1名		3名	
	サービス終了者数	名	名	1名	名	名	名		1名	
内訳	介護看護利用者数	21名	21名	21名	23名	23名	24名		133名	
	介護のみ利用者数	1名	1名	名	名	名	名		2名	
平均介護度		2.45	2.45	2.42	2.52	2.52	2.50			

2. サービス提供回数

(単位：回)

		9月	10月	11月	12月	1月	2月		累計	備考
日中	a.定期巡回回数	1,162	1,210	1,266	1,346	1,375	1,279		7,638	
	b.随時対応回数	59	108	59	65	44	37		372	
	c.随時訪問回数	15	40	13	12	13	5		98	
	対応率(c/b)	25.4%	37.0%	22.0%	18.5%	29.5%	13.5%		26.3%	
夜間	d.定期巡回回数	843	887	941	1,007	951	843		5,472	
	e.随時対応回数	66	92	66	78	37	38		377	
	f.随時訪問回数	7	11	5	10	7	4		44	
	対応率(f/e)	10.6%	12.0%	7.6%	12.8%	18.9%	10.5%		11.7%	

3. 介護度別分布

(1人当たり平均訪問回数/日)

	9月	10月	11月	12月	1月	2月		平均
要介護1	2.3	2.3	2.6	2.5	2.3	2.3		2.9
要介護2	1.5	1.6	1.5	1.7	1.8	1.7		2
要介護3	4.3	4.5	4.4	5.5	5.6	5.2		5.9
要介護4	4.7	5.4	5.5	5.3	4.8	4.2		6
要介護5	3.4	3.6	3.4	3.6	3.6	2.2		4
								4.2

コール内容

何でもないです ヘルパーさんが来てない 両足がしびれる 娘と連絡がとれない お腹すいた 台所へ行きたい
 排尿が出ました 寝返りをうちたい 便が出ました 早く来て 腰が痛いから来て まだですか
 遅いんじゃないの 朝ヘルパー来てくれるのですか？

10月随時対応回数増：転倒 排泄介助

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
2024年9月2日	A様ご自宅	内服薬の日付違い	日にち曜日を確認せずに朝食薬を飲んでいただいていた	服薬カレンダーの曜日をきちんと確認していなかった。服薬をしていただく前に、薬に書かれた日付を確認しなかった。	内服薬の管理をヘルパー主導で行う
2024年12月7日	B様ご自宅	通所迎えケア抜け	通所先より自社居宅へ電話がありケア抜けが判明。デイサービス車送りの順番を変更してもらい対応する	通常稼働30分前になると通知音が鳴るがスマートフォンが消音になっている事に気づかなかった。	通知音に頼らず、ルートを確認して時間通りに動く

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
			できて いる	ほぼ できて いる	と が 多 く い ない	い 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。	A...3
(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変化を共有し、カンファレンスを行って、共有している。	A...1 B...1 C...1
	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責任者・サービス提供責任者・面接相談員の参加をし、研修の機会を確保している。	A...2 C...1
	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。	A...1 D...1 C...1
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、MCS、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。	A...2 B...1
(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保し、定期訪問を少なくして対応している。	A...1 B...1 D...1
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随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、改善の話し合いを実施している。	A...1 B...1 C...1
(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。	A...2 B...1
(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。	A...2 C...1
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...1 B...2
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。	A...2 B...1
	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。	A...3
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	利用者等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。	A...3
	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。	A...3
(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。必要であれば、話し合いの元減らすこともしている。	A...3
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。	A...3

(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。	A...2 B...1
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。	A...1 B...2
(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。	A...2 C...1
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	A...2 C...1
	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。	A...1 B...1 D...1
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。	A...2 C...1
	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。	A...2 C...1
	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。	A...2 B...1
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。	A...2 B...1
(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							
利用者等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。	A...2 B...1 C...1
	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。	A...2 C...1
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...2 B...1
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...2 C...1
	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...2 C...1
(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。	A...3
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。	A...1 C...1 D...1
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。	A...1 C...1 D...1
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。	A...1 B...1 C...1
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		○		頼りなサービスと、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いている。	A...2 C...1

SOMPOケア練馬・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 7 日 (金)	15:00 ~ 16:00

■出席者

名前	所属	名前	所属
光 * 様	練馬区介護保険課	佐 *	SOMPOケア練馬
原 * 様	SOMPOケア練馬訪問看護	井 *	SOMPOケア練馬
長 * 様	SOMPOケア練馬 居宅介護支援事業所	北 *	SOMPOケア練馬
		佐 *	SOMPOケア練馬 江古田サテライト
		榎 *	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・提供地域
4 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 事故報告(SOMPOケア練馬)
8 意見交換
9 閉会の挨拶
10
11
12

■記録

【井*】お時間になりましたので、第34回介護・医療連携推進会議を開催させていただきます。

【1】開会のあいさつ(井*)

本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。
議事進行、開会の挨拶をさせていただきますSOMPOケア練馬、井尻と申します。
の途中、最後に意見交換の時間を設けておりますので宜しくお願いいたします。
本日の流れはお手元の資料に沿って進めさせていただきます。

私
会議

【介護・医療連携推進会議の目的】

1.介護。医療推進会議とは

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、地域外に開かれたサービスとすることにより、1~4を達成することを主な目的としています。

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頂きます。
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	15名
非常勤	7名
合計	22名

⑤利用者状況（人） 令和 7年 2月 28日現在

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	25名
訪問介護事業	42名
夜間対応型訪問介護事業	114名
合計	181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、丁寧に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き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】定期巡回サービスについて ご参照下さい

【4、4-①】事例発表：練馬事例紹介

【5】ご質問等

井*：事例1について、ご質問ご意見等があればとは思いますが、いかがでしょうか？

佐*：訪問介護でしたらどのような感じで入れますか？

長*：ケアマネの視点で見た時に、このサービスの量を訪問介護で要介護2で、これだけの回数が1日に入っているというのが、まず難しいですね。

あとは、状態の変化があったようで、自立度が上がっていく中で、そのプランの見直しに関して、おそらくタイミング的に訪問介護であればケアマネージャーが変化を見て、皆さんに連絡し担当者会議をやっている可能性も含まれるんですけど、今回それがスムーズにご本人の自然な流れが出てきた。

日常生活の変化に合わせて行っているなという所、そこに大きな特徴があるという風には感じてます。

もし訪問介護であるなら、ここで1回区分変更をかけているだろうなという感じですね。実際のところ、私も質問としたら要介護2なんて、本当に1日3回、通所の減算もあることでしょうから、どれくらいの量が本来、社会資源としてまかなえるのかなて思っている中でこれだけ回数入って頂いてるっていう事は、手際よくいろんなことやってくださったりとか、ご本人と息合わせながらうまくやれてるのかなという風に推察しました。

佐*：ありがとうございます。ケアマネージャーさんを初め、ご家族様の協力がある部分もあって、ご理解を頂いているお家です。あと、考えるのは基準の時間っていうのは非常に考えるので、それをいかに分解して、効率を求めて日々皆さんが報告を頂くので、やりやすくはあります。通常の方も介護だと身体0・1・2の感じで、サービスが終わっても20分で決められてたら20分間いなければならない。30分なら30分間いなければならない。では追加に負荷で色々なものをつけてしまいがちなんですが、この方に関しては、最低限を本当に必要なところしかやっていないので、環境整備に関しては、見ながら必要であればその場で、できる程度行っています。看護さんいかがでしょうか？

原*：看護も入ってます。月に2回しか入っていなかったもので、日頃のその生活状況というのは、やはりご本人に聞いても状況が把握出来ない所があったので、ヘルパーさんからの情報を敬意に頂けるような連携が出来ているという所から状態の変化がいち早くわかって、受診の促しが出来たのかなという案件だったので、定期巡回の方が頻回にみて頂いているお陰で、ご自宅での生活、また健康状態を安定して保てるような生活ができていくという風に感じております。以上。

井*：事例2について、ご質問ご意見等あればとは思いますが、いかがでしょうか？

看護さん何か補足ありますか。

原*：訪問看護で、6・7年ぐらい入ってたお客様で、状態が一気に落ちてしまって、ただ、新しい事の受け入れがなかなか難しく、当初は訪問看護で毎日ケアに入っていた方だったのですが、定期巡回を入れる事によって、看護の単位数がすごく高かったっていう部分があったので、それを定期巡回で賄える事によって、生活も安定できたので良かったと思います。旦那さんもすごく穏やかになったんですけど、毎日のように電話でどうしたらいいんだろう？と連絡を頂いたケースでしたが今、定期巡回のおかげで、安定してよかったですと思います。

佐*：状態が悪くなってしまったのは、ご主人様の薬の調整部分がすごく大きいですね。

また、ご主人様パニック障害でいらっしゃるし、夜眠らない、でも自分は眠りたい。昼間は起きてほしいみたい、そんな感じで安定系の薬を飲ましてしまう。

原*：薬を飲ましてしまうと寝てしまうので、ご飯を食べなくなる。どうしよう？

その繰り返しをずっとしている方で、今やっと、いい感じに戻りました。

佐*：それによって、事業所の回数が減ってきた事により、ケアが出来なくなったことによって、薬が徐々に抜けていきますので、だんだん元に戻ってきたところです。

【6】基本情報・実績（資料5、5-①をご参照ください）

【7】事故報告（資料6をご参照ください。）

【8】外部評価の報告

井*：今回3名の方にご回答を頂きまして、ありがとうございます。

評価がA～DまでありましてDの所で、項目の番号、赤く表示させて頂きまして、その所お答えさせて頂きます。4・6・21・31・32番になります。

4・6・21番に関しましては、根拠資料を準備いたしますので、次回の推進会議の際にお知らせ致します。

続きまして、31番人員の調整をして次年度に対応できるようにして行きたいと思っております。

32番ですが、地域連携として研修会に参加させて頂いております。先月2月中旬当たりの多職種の訪問介護事業所で、合同研修（オムツ研修）をしております。

今後も地域で合同研修を行っていきたく思います。

それと先日、練馬区の地域包括支援センターの生活支援コーディネーターの方が、当事業所にお見えになり、地域の方の集まりの場として、こちらの事業所の研修室をお借りしたい

と言う事で、ご相談に参りました。研修内容とかは全く決まってないのですが、地域の方が、集まりやすい場を作って色々な研修会を行っていきたくないと仰っていただきましたので、来季に向けて積極的に連携を取りながら対応を進めて行きたいと思っております。

【9】意見交換

井*：最後に意見交換の場を求めたいと思います。何か意見がございましたらお願いいたします。

長*：私、以前の職場が小さい区で、ちょうど練馬区を1/4にしたぐらいの大きさの区ですね。

そこに定期巡回が（同じ会社）ですけれど、1箇所私たちだけで、小さい区の中でも、さらに狭い範囲で、サービスを提供していたので、ここまで広く定期巡回が区民の方を支えられるという所が、かなり驚きという感じですね。前の区はマンションが多い所だったので、縦の移動というのが思った以上に自転車止めてから、お部屋に入るまでに10分かかる。という所だったので、まあ、それはそれで難しかったです。そこまでの移動ができる移動というか、瞬間移動するわけでは無いので、どうやってまかなっているのかなと知りたい所かなとは思いますが。

佐*：ありがとうございます。北*さんいかがですか？

北*：今依頼があった時に、エリアステーションになる前の中村橋になった頃からの利用者様も既存でいらっしゃるの、依頼があればその方とあの関連付けて回れるようにように調整をしています。ご希望の時間とか、こちらの対応時間、利用者様宅の場所とかを把握して、その上で移動時間を計算しつつ、ルートに入れるように行っています。どうしても方向的に、江古田と貫井では逆になってしまうので、直線で行っても20分以上掛ったりするので、なるべく分けてのルートを組むようにはしています。

長*：ありがとうございます。以前委託サービス内容比較するとちょっと少ないのかなと思うのが、送迎の対応がやはり少なめなのかなと思って、やはりそういった時間をピタッと合わせるのが、やっぱり難しいという認識でよろしいでしょうか。

北*：今、依頼を受けても実際に、デサービスは送り迎えのお時間まではられない。その前の準備段階までという方では対応できますとお伝えします。

長*：地域によって、サービスの内容は定期巡回でも少し変わってくる事がわかりました。

北*：どうしてもデサービスの時間のずれが多少はあり、その分の確保して、その後に訪問介護とかは時間が決まっているので、ルートの組めなく、私たち定期巡回、訪問介護も一緒の職員がやってるいて分けてはいないので、どうしても定期巡回の利用者様の後に訪問介護も行くので、そうする時間が前後するデサービスの後に、訪問介護を入れるのが難しくなってしまうので、難しいですとはお伝えしております。

光*：質問で外部評価に戻ります。

外部評価のコメントの所で、CとDの違いって、どういったところにあるんですか？

佐*：評価できないと評価不能ってとこですよ。特に言葉だけなので、評価資料としてお渡し何が何も来ていない部分で、今回私たちも反省したのですけれども、そここのところで評価できないという様な評価を頂いたんでは思っていますね。

光*：なんか、私は認識ではDは分からないというイメージなのかなと思ったんです。CはAが一番評価できるとしたらBが普通で、Cがちょっと分かんないんですけど、良くないみたいな感じで、Dが分からないみたいな感じなのかなと思っていて、Dのところについては、その回答して下さったと思うんですけど、Cの意見も結構あるなと見た感じあるなと思っていて、何かここにそのCをどういう糸でCにしたのか、ちょっと分からないんですけど、Cについての「例えばこのCの意味が改善して欲しい」という意味だったら、これについては意見を全部やるのは大変だと思うんですけど、その意見を伝えてくださった方が、外部評価の目的に沿うのかなと思ったんですが、どうですか？

佐*：そうですね。まあC良くないという様な評価をどのようにと言いますと、実際当事業所としてはやってる。ほぼやってるって評価を基にお出しはしているのですが、そのほぼやってるというところに対して、いわゆる相手が評価できる資料を何も添付していなかったという所が、今回の駄目な所だったなという風には思っており、評価根拠資料を次回から付けさせた。て頂いて、実際に行ってはいるんですけども、それをじゃあ何をもってしてという確認作業が出来なかったところだと思っているんですね。なので、評価資料を次回から付けさせて頂いて、あらかじめファイルしてご説明をさせて頂ければと思っております。

光*：認識としては、CとDはほぼ同じような感じですね。私も評価が出来ないというので、Dにさせて頂いただったので、Cの方がもしそういう同じ意見だったら、これでいいんだと思うんですけど、分からないので、Cがどう意図でCなのか

原*：私が、Cと書いたのですが、資料がないので分かりませんという意味で付けました。

光*：では、私のDとほぼ同じであれば大丈夫です。

【10】終わりの挨拶

佐*：本日は本当にありがとうございます。2012年からあの定期巡回制度としてスタート致しました。早いもので13年経っております。スタート当初からどんなサービスとか、何やってくれるのか訪問介護と何が違うのと、看護との関わりはどんな風になってるの？みたいなご意見をいっぱい頂いて、SOMPOケア中でもたくさん研修会を行いました。サービスについての理解を年々深めていったところでございます。ただ、ご利用者様見ても分かるようになるんですけどもあまり上下がないんですね。大体12名ぐらいですって何年も推移してるってところから見ると、周知活動に関しては、もっともっと深めていかなければいけないと思っております。今年度から定期巡回のⅢというのもスタートしているんです。新しいサービスです。当事業所に関しては、まだご利用はございません。ご利用のご依頼があれば、こちらの方でお受けして、また、次回の事例という形で繋いでいければいいかなという風には思っております。今後のサービス提供エリアに関してですけれども、この評価項目にもあった、当事業者は江古田の方にサテライトがございまして、サービス高齢者向け住宅から一般在宅に出すと言う事は、ずっと言われ続けている話なんです、昨今採用が本当に難しくてですね。会社として全体としてあの採用にはすごい力を入れてはいるのですが、なかなか採用スタッフが集まらない様な所であります。なので、あの練馬区人材育成教育センターさんがあの主催していらっしゃる介護スタッフ研修で、その研修の終了性を対象にした。フォローアップ研修と就職相談会っていうものには、積極的に参加させて頂いて、こちらの方の会社のご紹介をさせていただければという風に思っております。また、保険外サービスで当社の方は、力を入れておりまして。介護保険の適用外の所で普段サービスに入っていく中でもたくさん出てまいりました。例えばエアコンの清掃であったり、スマホの設定であったり、あと電化製品の設定、ペットの餌やりですね。そういったものを、当社で全国展開しておりますので、そちらのデータを集めまして、「ちょこっとプラス」というサービスを開発いたしました。その「ちょこっとプラス」というのは、5分10分の短いサービス時間で、そのようなのが主で行いますので、そういうサービスを使っていきながら、ご自宅にいながら、納得して生活して頂ければという風に、そういうお役に立てればという様に思っております。本日は貴重なお時間を頂きまして、本当大変ありがとうございます。次回の開催は9月の予定になっておりますので、また2か月前にご案内をさせて頂きたいと思っております。本当にどうもありがとうございました。