

令和7年3月 介護・医療連携推進会議 アジェンダ

■事業所名 SOMPOケア 西東京

■日時 令和 7年 3月 12日 水曜日 13時30分～14時00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		13:30		
2	介護・医療連携推進会議の参加者の紹介		13:35		
3	SOMPOケア在宅老人ホーム西東京 事業所概要		13:40		
4	サービス提供状況の報告・検討会・事例検討		13:45		2事例
5	質疑応答		13:50		
6	閉会のあいさつ		14:00		

■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 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	53 人		
非常勤	90 人		
合計	143 人		
⑤利用者状況(人) 令和7年3月末現在			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	65 人		
夜間対応型訪問介護事業	22 人		
訪問介護事業	要介護	423 人	要支援 28人
合計	510 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。			

導入目的：退院後も住み慣れたところで生活を続けたい

利用者情報	年齢	78	性別	女	要介護度	要介護 4
主な疾患	アルツハイマー型認知症 左大腿骨転子部骨折					
身体状況	歩行器を利用して、施設の外周りを歩ける。					
生活状況	以前と比較すると、自発的な行動は減ったが、スタッフ側の促しがあれば一通りの生活は過ごせる。排泄の失敗や未処理があるため適宜介入は必要。					
認知状況	記憶の曖昧さがあり、何度も食事の時間をスタッフに確認する。そういった自分自身の行動を「おかしい」と認識されている。					
サービス導入経緯						

1946年6月生、福岡で3人姉妹の長女として生まれる。高校卒業後、大阪の大学に入ったが中退され、銀行のご案内などの仕事をされていた。ご結婚されて2人の息子様に恵まれる。ハイキングなどを家族でするようになったのをきっかけに、山登りが好きになり、地域の山岳グループに入って、ひざを痛める70歳頃まで楽しめた。新聞集金の仕事もその頃までされていた。山登り・仕事を辞めて、少しずつ人とのかかわりが減り、一人で過ごすことが増えていった。（ご主人とは55歳ごろに離婚されている）

2019年夏に長男が大阪に訪ねた際に、銀行でお金の出し入れが上手くできないなどの様子があり、年末には家族皆がどこかおかしいと思うほどになった。年明けに精神科を受診。脳の血管に小さな梗塞があり「軽度MCIとの診断を受ける。しかし、もともと病院・薬嫌いなのでその後は通院しなかった。その後、物忘れの度合いが増し、同じことを何度も繰り返して話す・お金やものが無くなるとの訴えがあり、近所の人からも「様子がおかしい」と言われる。同年8月に、長男様宅に近い当施設に入居。新しい環境に不慣れなことも加わり、出かけて戻れなくなることが頻回にある。2021年9月、ご家族が要介護認定申請を行い、「要介護1」と認定を受ける。同時期、慈雲堂病院を受診し、検査の結果、アルツハイマー型認知症と診断を受け、より1日1回ドネペジル塩酸塩錠の内服が開始される。一人では薬の管理が難しいことから、SOMPOケア西東京居宅介護支援の依頼があり、お受けすることとなる。（2022年5月記）

服薬介助が開始されたが、介護に対しての拒否がある。そのためカレンダーにセットし、ご自身で服薬して、空包を事務所へお持ちいただく方法を試してみることになった（2022年10月記）

2023年1月、介護拒否や物とられ妄想がひどいため、脳の興奮を抑える「バルプロ徐放散A200mg 1回2錠」が処方される。徐々に怒りっぽさが和らぐようになる。同年5月には、服薬はほぼご自身で行えるようになり、空包回収も終了し、6月より自立とすることになった（2023年5月）

2023年11月、コンビニに歩いて行かれてふらつき転倒。腰椎圧迫骨折と診断される。コルセットとご自身の杖を使用して何とか歩く。このことをきっかけに、遠くまでの外出はしなくなり、近くのコンビニで朝食の食品を買ってくるのが精いっぱいとなる。2024年4月、息子さんより「失禁が増えて使用済みのリハビリパンツを部屋のあちこちに捨てており不衛生なのでごみ捨てを援助してほしい。また、お風呂にも入れていないようなので入浴も手伝ってほしい」と相談がある。急な援助は拒否されるため、まずは週1回の外出介助で信頼関係のできているHPさんに、ごみ捨てをお願いすることとなる（2024年4月記）

腰椎圧迫骨折後、居室内で床にしゃがみこんで立ち上がれないでいることが増えてきた。

2024年6月3日、昼食に降りて来ないため様子を見に行くと、床にしゃがみ込み立ち上がれず尿失禁されていた。この日、夕食にも降りて来ないので、再び訪室すると、トイレ内で転倒し、起こそうとしても痛みで起き上がれなかったため救急搬送にて多摩北部医療センターへ運ばれる。検査の結果「左大腿骨頸部骨折」と診断される。

8月 小金井リハビリ病院に転院

9月3日の退院に向けてご家族様と退院に向けての話し合いを行う。住み慣れていた環境にて退院後の生活を望むご家族意向を受けて、以下の対応を行うことになる

①居室内にコルクマットを敷く（転倒によるケガを和らげるため）

②定期巡回・随時対応型訪問介護看護で援助する

（食堂移動・トイレ介助・入浴（※ご本人の拒否がなければ男性介助も了解済）・掃除・洗濯、脱ぎ着しやすい服を準備、パジャマには着替えない）

③医療については、岡田医院の訪問診療に切り替え、精神科の薬処方と骨粗鬆症の注射を依頼予定

④岡田医院 訪問リハビリ（週1回）

看護アセスメント

以前、ここに住まれたことの記憶が曖昧になっている。食事時のご案内と起床、就寝、排泄、入浴のケアに介入して、生活リズムをつけながらアクティビティへの参加を促し、日中の活動性を高めていくことが必要。歩行器を使っているが、室内では使用せず歩行をしていることが見られるので、手すりの設置も要検討。転倒には十分注意する必要があるが、居室に籠って歩き機会が減少することがないようにすべき。

支援体制

サービス導入前

- 訪問介護サービス 服薬 掃除
- 通所介護 無し
- 訪問看護 無し
- 往診 無し

サービス導入時

- 定期サービス 定期巡回
- 通所介護 0 回
- 訪問看護利用 無し
- アセスメント月1回
- 往診 岡田医院

サービスの振り返り

【退院直後】左足膝などの痛みもあり、立位・歩行不安定でだいぶお疲れの様子みられましたが、介護を受け入れて「ありがとう」と言葉もかけて下さり、最近は見守りでの歩行器も安定され、穏やかに過ごされています。食事がすすみませんでした。ふりかけをかけて食べられるようになりました。シャワー浴も拒否なく応じられ、さっぱりと清潔に過ごす事が出来ています。お一人で杖歩行で降りてきたりと不安な面もありますが、穏やかに過ごされています。

【直近】転倒やけがなく、歩行器を使用して安全に歩行できている。体調は安定しているが、左膝の痛みを訴えられることが多く、移動の際に動きたくないと仰ることもある。痛み止めを服用しているが痛みの訴えは無くなることはなく、イライラされる事もある。シャワーを浴びることについては、最近ほぼ拒否され、たまたま便失禁ある時のみなんとか対応できるのみとなっている。

【振り返り】入院以前から、「自分でできる」と介入を拒む傾向でした。退院直後は自分の身体機能に不安を感じていたのでしょう・・・『ありがとうキャンペーン』が続いていましたが、自分でできること増え、かつ当施設での生活感を取り戻して、「自分でできる」と介入を拒否するようになってきています。ご本人が自分らしく生活できるように心身の状態が戻ってきていることは、喜ばしいことです。しかし、介助が必要な場面はまだ多く、適宜に介入できる定期巡回をこのまま継続して、生活を支えていきます。

導入目的：できるだけ自宅で生活したい

利用者情報	年齢	84	性別	女性	要介護度	5
-------	----	----	----	----	------	---

主な疾患	パーキンソン病
------	---------

身体状況	パーキンソン病の進行あり 移動は車いす または 床を這いずって移動 トイレは ポータブルトイレ 動けるときはご自身で排泄されるが失敗は多々あり 同居の夫も高齢 1日7回の服薬も忘れてしまうこともある。
------	--

生活状況	夫と2人暮らし 夫は軽度の脳梗塞後遺症 難聴 調理、洗濯、買い物（パン等）は夫 掃除、買い物は按分サービスにてヘルパーが援助に入っている
------	--

認知状況	2024年10月ごろから認知症状があらわれ 現在では 妄想、せん妄あり つじつまの合わない発言、急に一人でシャワーを浴びる行動があった
------	---

サービス導入経緯

2020年10月 訪問介護で掃除の援助を行っていた ベッドからリビングへは歩行器、動きが悪いときは車いすで移動 トイレに自力で排泄が何とかできていたが 歩行は出来なくなり ご主人（89歳）が車いす、トイレの介助をするようになり 日により 立位も保てなくなったため 1日数回ヘルパー訪問のできる、定期巡回・随時対応型訪問介護看護へ移行となる。（2024年8月）

看護アセスメント

パーキンソン病にて歩行が難しくなりトイレへは這って行かれている。食事はメンタル面での波があり摂取量、運動量にも影響するため注意が必要。高齢の旦那様も身の回りのことが徐々になくなっており夫婦ともに援助が必要な状況 不安ごとを傾聴することも重要と考える。

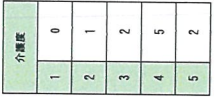
支援体制

サービス導入前	サービス導入時
■訪問介護サービス あり ■通所介護 あり ■訪問看護 あり（外部） ■往診 あり 月/2回	■定期サービス 5:50~6:10/ 10:50~11:50/ 15:50~16:10/ 22:15~22:35 ■通所介護 あり ■訪問看護利用あり ■アセスメント月1回 ■往診 あり 月/2回

サービスの振り返り

定時巡回導入時には本人、夫やご本人からコールにてヘルパー訪問依頼があり排泄介助等行っていたが 徐々に日により また、1日内の中でも動作の変化が大きくなり高齢の夫の介護では 今現在 限界にきている 長男、次男様は 月に1度程度来訪されてはいるが お2人の日常的な援助の助けにはなっていない。医療での訪問看護と連携を取り 服薬、目が覚めず心配な時など助言、指示をいただきケアにあたっていたが 最近の行動で お一人でシャワー浴され 冷たくなった残り湯の浴槽に入ろうとしていたところでヘルパーが発件、大事には至らずに済んだ この件をきっかけに4月には入所することとなった

No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度 (障害)		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	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	1	2									
1	男	90	4	A2	II	廃用症候群	便秘	認知症	乗降が一瞬にしていることに慣れて、長年構内に泊っている間、飲食が心配なため導入	食事援助	R5.3.20	死亡	無	無	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	無	
2	女	87	5	B2	IIb	S字結腸癌術後	腸閉塞	認知症	排泄介助、おむつ交換後の点眼、おむつ交換のため	ポータブルトイレでの排泄介助	R5.3.1	入所	無	無	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	わたらせクリニック	
3	女	88	2	A2	I	廃用症候群	廃用症候群		白濁菌感染後の点眼	点眼	R5.3.1	医師介助 ピタへ移行	有	有	西東京市 医師会 訪問看護	無	
4	女	92	3	B1	IIb	腸閉塞	高血圧	緑内障	尿失禁が毎日、リハビリパンが足り、トイレ介助の必要がない	排泄介助	R5.3.1	施設入所	有	有	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	池田医院	
5	女	82	4	B1	自立	高齢者世帯	ペースメーカー		圧迫骨折のため必要となり、トイレ介助の追加が1日程度必要	排泄介助	R5.5.3	施設入所 ピタへ移行	有	有	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	無	
6	男	60	4	C1	自立	ALS			筋力、動作が日々低下 コール出来る体制が必要	移動介助	R5.6.1	施設入所	有	有	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	田無循環器クリニック	
7	女	75	4	C1	III	高齢者世帯	肝硬変		病状ともめて退院 ベッド上での生活	オムツ交換 排泄介助	R5.6.19	医師介助 ピタへ移行	有	無	SOMPQ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	
8	女	91	3	A1	III	認知症	肝性脳症による認知機能低下		認知症のためご自身の体調変化に気付かない	排泄介助 皮膚のケア	R5.6.1		有	無	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	無	
9	女	84	4	A1	自立	認知症	直腸癌術後出血		病状のため、日々の変化、必要なサービスを提供	食事援助	R5.6.29	ホスピス入院	無	有	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	池田クリニック	
10	男	86	5	C1	IIb	在宅中心静脈塞法	肺がん末期		通院後、重篤な状態でのリハビリあり、褥瘡の悪化を防ぐため	水分補給	R5.8.14	ホスピス入院	有	有	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	空井医院	
11	女	91	4	A1	自立	胆管がん末期	肺炎		在宅で、独居でケアミックスあり、日々の服薬、食事、排泄、生活リズムの維持、高齢者の生活での必要とする多くの高齢者の生活では対応不可、下野市エイズセンターに上り、リハビリや通院のための転居リスクあり、歩行、移動の介助、ケアに不安に感じながら、在宅、訪問看護、福祉用具を活用して在宅で生活する	口腔ケア	R5.8.18	特指示終了	有	無	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	黒目川診療所	
12	男	85	5	C1	II	高齢者世帯	小腸癌 転移 末期		在宅生活での必要とする多くの高齢者の生活では対応不可、下野市エイズセンターに上り、リハビリや通院のための転居リスクあり、歩行、移動の介助、ケアに不安に感じながら、在宅、訪問看護、福祉用具を活用して在宅で生活する	食事援助	R5.8.18	医師介助に移行	有	有	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	空井医院	
13	女	99	4	A2	II	老衰			在宅生活での必要とする多くの高齢者の生活では対応不可、下野市エイズセンターに上り、リハビリや通院のための転居リスクあり、歩行、移動の介助、ケアに不安に感じながら、在宅、訪問看護、福祉用具を活用して在宅で生活する	排泄介助	R5.9.1	死亡	有	有	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	空井医院	
14	男	99	4	B1	II	パーキンソンニズム	認知症		在宅生活での必要とする多くの高齢者の生活では対応不可、下野市エイズセンターに上り、リハビリや通院のための転居リスクあり、歩行、移動の介助、ケアに不安に感じながら、在宅、訪問看護、福祉用具を活用して在宅で生活する	水分補給	R5.10.18	入院・施設	有	無	SOMPQケア在宅老人ホーム西東京 訪問看護	池田クリニック	
										食事配膳、下膳	R5.10.1		有	有	グレース訪問看護	黒目川診療所	



世帯分布	
単独	6
高齢者世帯	2
家族同居	2

延べ訪問看護数	2名
延べ介護時間	4

SOMPOケ了在宅老人ホーム西東京 定期巡回 利用者基本情報(令和7年3月末日 現在)

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								
14	女	91	2	A1	II		独居	腰痛圧迫骨折	乳がん術後	高血圧	乳がんリンパ管炎のため通院ありボリター、アーム、ホルダー装着・肩関節痛有コルセット装着	コルセット装着	掃除	R5.11.1			めぐみ園特定居宅介護支援事業所	あり	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	池田クリニック
15	女	87	4	A1	I		独居	糖尿病	高血圧	高脂血症	脚・起き上がり・立ち上がりが出来なくなり膝からすり落ちしてしまう	起床介助	洗濯、掃除	R5.11.11	R5.12	夜間・訪問介護	めぐみ園特定居宅介護支援事業所	無し	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	池田クリニック
16	男	84	5	C2	III		独居	がん未開			肩関節の固定保持のためヘルパーによるヘルプのため、おむつ交換	オムツ交換	水分補給	R5.11.17	R5.11.20	死亡	在宅支援の会	無し	あり	0.9訪問看護	えにしひびり丘 田無病院
17	女	91	5	B2	I		独居	腰痛椎圧迫骨折	心房細動	高血圧	日中・腰痛排港介助(トイレ)の介助希望強いため、防犯監視カメラ設置・毛剃りでヘルパーに在宅生活・排泄の失敗、就寝、起床介助援助が必要	トイレ介助 トイレ介助	移動	R5.12.19	R5.6.9	入所	めぐみ園特定居宅介護支援事業所	無し	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	池田クリニック
18	女	87	4	B1	IIa		独居	肺内炎症様				トイレ介助	就寝・起床介助	R5.1.23			めぐみ園特定居宅介護支援事業所	無し	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	池田クリニック
19	女	95	2	A1	II		独居	高血圧	脂質異常症		排泄の失敗が頻回あり援助が必要	オムツ交換	入浴介助	R5.1.10	R5.3.25	入所	めぐみ園特定居宅介護支援事業所	無し	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	池田クリニック
20	男	84	2	A2	IIb		独居	慢性腎臓病	心不全		インスリン注射1日3回 服薬 認知症上でのため介助が必要	尿検査	入浴介助	R5.1.23	R5.6.9.30	入所	めぐみ園特定居宅介護支援事業所	あり	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	池田クリニック
21	女	82	3	A1	IIb		独居	糖尿病	認知症		認知症のため 服薬、食事、家事全般に必要	スリッパ、注射	食事配膳	R5.1.22	R5.9.10	入所	フローラ荘 居宅介護支援事業所	あり	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	吉村寺橋居宅クリニック
22	女	87	3	A1	IIb		独居	認知症	心臓、腎臓		認知症のため 服薬、食事、家事全般に必要	服薬介助	食事・家事援助	R5.2.1	R5.8.31	入所	OKプラン	無し	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	指田医院
23	女	86	4	A2	I		家族同居	胸椎圧迫骨折	リュウマチ		通院時 ADL・認知機能低下 トイレ、食事の配膳、更衣介助が必要となるため	食事配下膳	菓のセッ	R5.5.1			ケアサービス アクアSPA	あり	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	無
24	女	95	3	A2	IIb		独居	高血圧	骨粗しょう症		認知症がすすんできたため 失禁がみられる	排泄介助	入浴介助	R5.6.10	R5.8.26	入所	ライフサービスばーどなー	あり	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	池田クリニック
25	女	94	2	A2	IIa		独居	認知症	左右大腿骨骨折		閉 尿失禁が毎日用により 排泄介助の援助が必要となった	排泄介助	入浴介助	R5.8.18			めぐみ園特定居宅介護支援事業所	無し	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	池田クリニック
26	女	79	4	A2	IIa		高齢者世帯	水頭症疑い			待受入院後、退院 脱水のためベッド上で生活になった	排泄介助	移乗介助	R5.6.27	R5.8.31	閉介護に要す	めぐみ園特定居宅介護支援事業所	無し	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	ゆい在宅診療
27	男	73	5	C1			独居	肺がん未開			訪問介護・夜間訪問介護利用から帰国の生活になった	排泄介助	食事の配膳、下膳	R5.7.18	R5.8.28	死亡	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 居宅介護支援事業所	無し	あり	あななる訪問看護	笠井医院
28	女	88	3	J2	II		独居	認知症	骨粗しょう症		日常生活全般に援助が必要になった	排泄介助	更衣介助	R5.7.1	R5.8.24	入所	めぐみ園特定居宅介護支援事業所	無し	無し	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 訪問看護	池田クリニック
29	女	84	4	B2	II		高齢者世帯	パーキンソン病			症状が進行し 高齢者の介護が困難になったため	排泄介助	移動介助	R5.8.1	R7.3.16	入所	SOMPOケア在宅老人ホーム 西東京 居宅介護支援事業所	無し	あり	あななる訪問看護	ゆい在宅診療
30	女	70	5	J1	自立		独居	がん未開			入浴されていたら、一時帰省できるくらいに体調になり在宅生活を送るため	生活援助	体調確認	R5.9.24	R5.11.13	入院	グランドテラス小平甲府居宅介護支援事業所	無し	あり	009訪問看護ステーション	まつばらホームクリニック
31	女	79歳	5	B2	IIb		家族同居	がん未開			本人、家族が自分で暮取り希望とされ 随時訪問が必要になり 定期巡回に移行	おむつ交換	洗面	2024/11/15	2024.12.11	ご逝去	医師会西東京	無し	あり	医師会西東京	ゆい在宅診療クリニック
32	女	81歳	3	A2	II		独居	がん未開			訪問介護まで 家で過ごしたい	服薬	食事配膳下膳	2024/11/16	2024.12.31	家族対応	SOMPOケア西東京	無し	あり	開たまり訪問看護	ゆい在宅診療クリニック
33	女	91歳	4	A2	IIa		家族同居	腎臓小動脈性症			夫が癌を患い 次女(経度的的障害、パーキンソン病)の介護で不安定な状態のため	排泄	洗面	2024/12/13			ケア21 居宅介護支援事業所	無し	あり	訪問看護ステーションくはれ	新座こだまクリニック
34	女	76歳	4	A2	IIb		独居	統合失調症			病状が無く統合失調症の症状もあり前症に抵抗ある 姉の食糧経費のため	買い物代行	掃除	2024/2/1			SOMPOケア西東京	無し	あり	佐々木訪問看護ステーション	西東京わたらせクリニック
35	女	57歳	5	C1	IV		独居	がん未開			聴覚あり認知症も進行気味かみ所滞滞は困難と判断、通院も困難なため在宅にこもり、同居家族の援助あり、認知支援センター、高齢者支援課もかわり介護負担軽減と観望するふため	おむつ交換	栄養剤の供給	2025/2/15	R7.2.28	ご逝去	医師会西東京	無し	あり	医師会西東京	西東京わたらせクリニック
36	女	75歳	4	C1	IIIb		高齢者世帯	大腸皮膚基底細胞性癌				食事介助	洗面	2025/3/18			ケアマネジメントセンター 特設係	無し	あり	アットハル環境	通山クリニック
37																					
38																					
39																					
40																					

介 入 度	1	0
	2	4
	3	5
	4	8
	5	6



和合世繼介



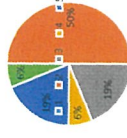
在分地

世帯分布	
独居	17
高齢者世帯	3
家族同居	3

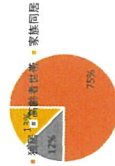
廣べ材料等費	7名
植樹會合費等々費	4

[illegible]

介 護 度	1	8
	2	3
	3	1
	4	3
	5	1



分布帶世

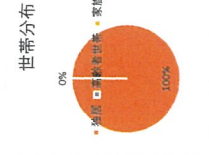
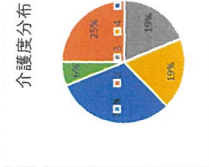


世帯分布	
独居	12
高齢者世帯	2
家族同居	2

定べ利用票数	7名
定べ平均会議回数	2.2

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 用	医療保険 訪問看護利用 用	訪問看護事業所	訪問診療
					(障害)	(認知)		1	2	3		1	2								
1		女	92	2	J2	I	独居		不整脈	左大腿骨骨折	内服・移動含む複数回援助が必要な為	入浴	排泄	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		なし		移動含む複数回援助が必要な為	排泄	食事介助	2023/4/1	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		細胞性リンパ腫	内服・移動含む複数回援助が必要な為	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	骨粗鬆症	子宮脱	内服・入浴含む複数回援助が必要な為	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・移動含む複数回援助が必要な為	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	糖尿病性腎臓症			内服・移動含む複数回援助が必要な為	排泄	移動	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	右急性性膝関節症		内服・入浴含む複数回援助が必要な為	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な為	入浴	排泄	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	大腸骨骨折（左右）	大腸癌術後ストマ造 設	骨粗鬆症	移動・入浴援助、看護との連携転倒予防必 要な為	トイレ誘導	食堂移動	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	左腿、左大腿骨骨折 （軽い）		高血圧	移動・入浴援助、看護との連携転倒予防必 要な為	トイレ誘導	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		男	93	4	J2	自立	独居	甲状腺がん			入浴援助、看護との連携転倒予防が必要な為	入浴	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				
12		女	89	3	J2	I	独居	甲状腺頭部骨折			入浴援助、看護との連携転倒予防が必要な為	入浴	服薬	2024/11/9			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
13		女	81	3	A1	I	独居	パーキンソン病			入浴援助、看護との連携転倒予防が必要な為	入浴	服薬	2024/5/7			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
14		女	81	2	A1	I	独居	水腫症			入浴援助、看護との連携転倒予防が必要な為	入浴	服薬	2024/6/4			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
15		女	89	4	J2	III	独居				入浴援助、看護との連携転倒予防が必要な為	入浴	服薬	2025/1/20			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
16		女	92	1	J2	I	独居				入浴援助、看護との連携転倒予防が必要な為	入浴	服薬	2025/1/20			在宅老人ホーム西東京訪問 介護 居宅介護支援				
17																					
18																					

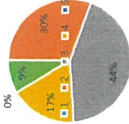
介護度		世帯分布	
1	4	独居	16
2	3	高齢者世帯	0
3	3	家族同居	0
4	5		
5	1		



世帯分布		介護度	
独居	16	1	4
高齢者世帯	0	2	3
家族同居	0	3	3

居宅介護支援事業所数	15名
居宅介護支援事業所数	2.6

No.	氏名	性別	年齢 (才)	日常生活自立度 (障害)		世帯形態 (認知)	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	自立		1	2	3		1	2								
1		女	81	5	B1	自立	うつ病	パーキンソン症候群	便秘症	内服・排泄含む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	腰部脊柱捻挫症	気管支喘息	内服・排泄含む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	高血圧症	同上肢関節リウマチ	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	脊柱捻挫症	高血圧症	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	便秘症	老年症候群	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	腸胃異常症	不眠症	内服・排泄含む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	四肢関節拘縮症 (左足のみの拘縮)	高血圧		内服・排泄含む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	IIIa	前頭葉前頭葉型認知症	高血圧	糖尿病	内服・排泄含む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	高血圧症	内服・排泄含む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	虚血性心疾患	高血圧症	内服・移動介助含む複数回援助が必要な為	移動介助	内服	2023/3/10	Rs. 11. 30	訪問介護に切り替え	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	乳がん	脳梗塞後遺症	内服・排泄含む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	高血圧症	退院後の援助回数が多いため	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	便秘症	内服・排泄含む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	皮膚湿歩	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		女	95	2	J1	I	アルツハイマー型認知症	高血圧	慢性心不全	入浴後の生活の場かな援助のため	内服	入浴・洗濯	2024/9/15			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
17		女	87	3	A1	IIb	認知症	喘息	変形性膝関節症	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・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
18		男	89	1	J2	II	アルツハイマー型認知症	前立腺がん(転移なし)	慢性硬膜下血腫	認知症もあり、退院後に服薬援助が複数回必要な為	内服	掃除	2024/10/5			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
19		女	75	2	A1	IIa	うつ病	狭窄症	不整脈	内服・移動介助含む複数回援助が必要な為	内服	入浴	2024/11/1			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(通院)
20		女	78	1	A2	II	高次脳機能障害	左片麻痺	非結核性抗酸菌症	排泄含む夜間も複数回援助が必要な為	排泄	入浴・洗濯	2024/11/10			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	村山中央病院
21		女	95	2	A2	II	アルツハイマー型認知症	同義関節症	脊柱捻挫症	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	内服	2025/2/8			SOMPOケア多摩訪問看護	有り	有り	SOMPOケア多摩訪問看護	村山中央病院
22		女	91	2	J2	II	アルツハイマー型認知症	うつ病	坐骨神経痛	認知症が進んでしまいデイサービスへの送り出しが必要な為	移動介助	内服	2025/2/15			SOMPOケア多摩訪問看護	有り	無し	SOMPOケア多摩訪問看護	村山中央病院
23		男	93	2	J2	II	認知症	緑内障	前立腺肥大	内服・排泄含む複数回援助が必要な為	排泄	内服	2025/3/1			在宅老人ホーム西東京 訪問看護	有り	無し	SOMPOケア多摩訪問看護	村山中央病院
24																				



世帯分布	
単独世帯	23
高齢者世帯	0
家族同居	0

世帯形態	人数
単独世帯	20名
高齢者世帯	2
家族同居	2

No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度 (障害)	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
						1	2	3			1	2								
1		女	85	5	A2	IV	独居	アルツハイマー型認知症	変形性膝関節症	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	村山中伏病院
2		男	87	3	A2	IIIb	独居	脳梗塞後遺症	腰部脊柱狭窄症	高血圧症	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	村山中伏病院
3		女	93	4	A1	III	独居	レビー小体型認知症	高血圧症		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	94	4	B2	II	独居	頸天根痛	脳梗塞後遺症	不整脈	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
5		女	95	3	B1	IIa	独居	食道潰瘍	甲状腺機能亢進症		内服	移動	2027/9/1			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	村山中伏病院
6		女	78	4	A2	IIb	独居	アルツハイマー型認 知症	左大腿骨転子部骨折		内服	移動	2024/9/3			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
7		女	95	3	A1	IIIb	独居	腎部疼痛	左手首骨折	左大腿骨頸部骨折	内服	移動	2024/9/19			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	村山中伏病院
8		男	94	3	A1	IIb	独居	右大腿骨頸部骨折	脳血管性認知症		内服	移動	2024/9/21			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
9		女	89	4	A1	IIa	独居	両側脳内出血	高血圧症	便秘症	内服	移動	2024/10/1			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
10		男	96	4	B1	II	独居	パーキンソン病	便秘症		内服	移動	2025/1/21			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
11																				
12																				
13																				

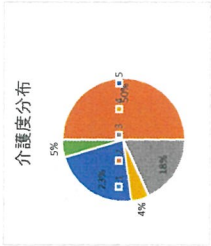
介護度	
1	0
2	0
3	4
4	5
5	1



世帯分布	
独居	10
高齢者世帯	0
家族同居	0

居宅介護支援事業所数	10名
居宅介護支援事業所数	3.7

No	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度 (障害)	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	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
						1	2	3	1	2								
1	女	86	4	A2	IIb	パーキンソン病	甲状腺機能亢進症	慢性便秘下血腫	内服	移動	2023/9/1			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	わかさクリニック三鷹
2	女	91	5	A1	IIb	高血圧症	相關脈ヘルニア	内服・排渾含め排泄回数が必要	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	腎臓圧迫骨折	うつ病	両膝変形膝関節症	内服		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	双葉会クリニックねりま
4	女	91	4	A2	IIb	高血圧症	高血圧症	両膝変形膝関節症	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	腰痛圧迫骨折	腰痛圧迫骨折	慢性便秘下血腫	内服		2023/9/3			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	わかさクリニック三鷹
6	女	97	4	B1	IIb	変形性膝関節症	うつ病・心不全	胸椎圧迫骨折	内服・排渾補助が複数回必要	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
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	緑内障	腰部脊柱管狭窄症	両膝変形膝関節症	内服		2023/12/1	R6.12.7	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	双葉会クリニックねりま
10	女	88	4	A1	IIb	糖尿病	糖尿病	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	うつ病・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	双葉会クリニックねりま
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	ホームクリニックえにし
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	大腸神経部骨折	排泄補助が複数回必要	排泄		2024/5/17			青空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	ホームクリニックえにし
16	女	91	1	A2	自立	転骨骨折	常染色体	心原性肺動脈高血圧	移動		2024/7/12	R6.12.31	状態改善の為	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	ホームクリニックえにし
17	男	105	1	A2	自立	脳梗塞	原性ヘルニア	変形性頸椎症	食事準備		2024/9/19	R6.9.26	逝去	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	双葉会クリニックねりま
18	女	93	1	A2	自立	腰部打撲	胆石	居室配膳が複数回必要	食事準備		2024/9/26			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	わかさクリニック三鷹
19	女	95	3	A2	IIb	腎臓管狭窄症		内服補助が複数回必要	内服		2024/10/24			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	ホームクリニックえにし
20	男	100	1	B1	自立	うつ病・心不全	慢性閉塞性肺疾患	高血圧	内服		2024/11/18			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	双葉会クリニックねりま
21	女	81	1	J2	IIb	真性てんかん		内服補助が複数回必要	内服		2025/5/1			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	双葉会クリニックねりま
22	女	85	2	A2	自立	進行形脳卒中ロフィー	腎臓管狭窄症	変形性膝関節症	更衣		2025/5/1			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	黒目川診療所



世帯分布	
独居	22
高齢者世帯	0
家族同居	0

総→14世帯数	18名
総→平均介護度	2.2

SOMPOケア 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
2025 年 3 月 12 日 (水)	13 : 30 ~ 14 : 00

■出席者

名前	所属	名前	所属
柴田 紗弥	高齢者支援課	和田 理江子	SOMPOケア西東京 訪問看護 夜間訪問看護
中台 公夫	田無町地域包括支援センター		定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小川 泰子	民生委員	井上 延男	そんぽの家S東伏見
山川 澄江	SOMPOケア在宅老人ホーム 居宅介護支援	望月 克成	そんぽの家S武蔵野

■審議事項

次回へ持ち越し

1	
2	
3	
4	
5	

■記録

井上さん 事例検討「退院後も住み慣れたところで生活を続けたい」74歳・女性 読み上げ、説明

和田さん 事例検討「できるだけ自宅で生活したい」84歳・女性 読み上げ、説明

山川さん 35名中13名定期巡回をお使いになっている。排泄や移動など。
訪問介護では、朝夕の帯でのケアか、身体Oでの介入から自費サービスが多くなってしまっていた。
定期巡回というサービスでまかなえるようになった。
訪問看護が必要ない方は月1回のアセスメント。必要な方は月に2回30分間の訪問が基本となっている。同じ事業所内にいるので連携・連絡は密にできている。

看護師が欠席のため、望月さんが資料を代読

アセスメント能力向上のための研修や、情報共有が必要。適切なアセスメントを行うことにより質の良いサービスの提供につながる。

定期巡回看護は、ご利用者様・介護の現場に医療の目が入ることで安心につながる仕組みと考えている。最大限に生かすために、関係者全員がその目的や仕組みを理解し連携を強化していくことが不可欠だと感じている。

前回からの課題より、地域住民との交流の機会として 施設にて子ども食堂・カフェやサロンを開いている。
また、ケアマネジャーを招き相談会を行う。2025年1月にそんぽの家S西東京泉町にて説明会を開き、5月にそんぽの家S保谷北町で相談会を開く予定。

質問

中台さん 定期巡回の件数・枠はいっぱいになっているのか。

→和田さん 状況によっていっぱいになってしまったり、余裕があるときもあります。

小川さん 認知症の方が増えている。日常生活を過ごすことが難しい、日中独居になってしまったり地域の方との軋轢・摩擦が起きてしまう。定期巡回介護を利用できる状況を増やしていく。そのために知ってもらう機会を作る。

柴田さん 地域住民の方からの相談への対応

→和田さん お問い合わせに対し返答、日程を決めて相談会を行う。

望月さん 定期巡回についてのパンフレットがあります。

和田さん 評価表のご記入をお願いいたします。

望月さん閉会のご挨拶

定期巡回・随時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 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		○			B
(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。	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		○		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。	B
	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。	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		○		夜勤者とも連携したサービスの提供ができるよう、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。	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。	D
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。	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		○		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。	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)		○			D
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。	D
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。	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。	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		○		計画や手順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	B
	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		○			B
(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	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		○		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。	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	○				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。	A
看護職によるサービス提供に関する指導、助言	18	看護職から介護職に対し、疾病予防・病状の予後予測・心身の機能の維持回復などの観点から、指導、助言が行われている	○				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	A
(4) 利用者等との情報及び意識の共有								
利用者等に対する当該サービスの趣旨及び特徴等についての十分な情報提供	19	サービスの開始前に、利用者等に本サービスが「利用者等の在宅生活の継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するためのサービスであり、訪問サービスは、その趣旨に沿って行われるアセスメントに基づき提供されることについて、十分な情報提供・説明が行われている	○					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	○				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。	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	○				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。	B
2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的なマネジメント								
(1) 共同ケアマネジメントの実践								
利用者等の状況の変化についての、ケアマネジャーとの適切な情報共有及びケアプランへの積極的な提案	22	ケアマネジャーとの間で、利用者へのサービス提供状況、心身の機能の変化、周辺環境の変化等に係る情報が共有され、サービスの提供日時等が共同で決められている	○					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	○					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	○					B
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的なマネジメントへの貢献								
利用者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）	○					
	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、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	○				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。	C
	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	○				定期的に5か所あるサテライトにて、地域の住民の方、ケアマネジャーに向けて相談会を開催していく。計画を立て、時4項に向けて動き始めたとのことです。	C
(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。	D
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。	D
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）	○					D
Ⅲ 結果評価 (Outcome)								
サービス導入後の利用者の変化	33	サービスの導入により、利用者ごとの計画目標の達成が図られている	○					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	○					B

※介護・医療連携推進会議
9月12日
評価した

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 自己評価・外部評価 評価表

サービス提供状況		評価項目		評価結果		評価理由	
項目	内容	達成状況	評価	達成状況	評価	達成状況	評価
(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 当該サービスの特色である「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、事業所独自の理念を掲げている	○					A
(2) 適切な人材の育成							
専門技術の向上のための取り組み	2 管理室と職員は、当該サービスの特色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	○					A
	3 運営者は、専門技術（アセスメント、随時対応時のオペレーターの判断能力など）の向上のため、職員を育成するための具体的な仕組みの構築や、法人内外の研修を受ける機会等を確保している	○					A
	4 管理室は、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	○					A
介護職・看護職間の相互理解を深めるための機会の確保	5 介護職・看護職の間で、利用者等の特性・状況に係る相互の理解・認識の共有のための機会が、十分に確保されている	○					A
(3) 適切な組織体制の構築							
組織マネジメントの取り組み	6 利用者等の特性に応じた柔軟なサービスを提供するため、最適な柔軟な人材配属（業務・シフトの工夫）を行っている	○					A
介護・医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映	7 介護・医療連携推進会議を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	○					A
(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	○					A
(5) 安全管理の徹底							
職員の安全管理	9 サービス提供に係る職員の安全確保や災害時の緊急体制の構築等のため、事業所においてその具体的な対策が講じられている（交通安全、夜間訪問時の防犯対策、災害時対応等）	○					A
利用者等に係る安全管理	10 事業所において、利用者等に係る個人情報の適切な取り扱いと保護については、具体的な工夫が講じられているとともに、管理室や職員において共有されている	○					A
(6) 適切な評価（Program）							
7.2 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層別した、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層別した、アセスメントが実施されている	○					A
	12 介護・看護の両面からのアセスメントが適切に実施され、両者の共有、つぎ合わせ等が行われている	○					A
利用者の心身の機能の維持回復や在宅生活の継続に充足を置いた「栄養・運動型」の計画の作成	13 利用者の心身機能の維持回復に充足を置いた計画の作成が志向されている	○					A
	14 高度化しても医療依存度を高める必要のないよう、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、「栄養・運動型」の計画の作成が実施されている	○					A
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し							
計画上のサービス提供日時以外であっても、利用者等の状況に变化が生じた場合は、必要に応じて新たに定期巡回・随時対応サービスの提供日時を設定するなど、柔軟な運営に努めている	15	○					A
継続したモニタリングを通じた利用者等の状況変化の早期把握と、計画への適宜反映	16 サービス提供を通じて、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	○					A
(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供							

介護職と看護職の相互の専門性を生かした協働的なサービスの提供	17	より効率的・効果的なサービス提供を両職するため、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	○					連携の事業所であるため、連携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互いに関係が深い。	A
看護職によるサービス提供に関する指導・助言	18	看護職から介護職に対し、疾病予防・病状の予後予測・心身の機能の維持回復などの観点から、指導・助言が行われている	○					医療機器の適切な取り扱い方などや病状予防の手法を訪問介護員や利用者等に説明している	A
(4) 利用者等との情報及び意見の共有									
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、利用者等にはサービスが「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	○						A
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	○					定期的に計画達成度や色紙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	A
	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（ホームヘルプ）に配慮するなど、常に家族が情報共有できるように工夫している	A
3. 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推進									
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関する情報が共有され、サービスの提供日時等が両方で決められている	○						A
	23	計画の目標達成のために、必要に応じて、ケアプランへの積極的な提案（地域内のフォーマル・インフォーマルサービスの活用等を含む）が行われている	○						A
定期的なアセスメント結果や目標の達成状況等に関する、多職種への積極的な情報提供	24	サービス担当者会議等の場を通じて、利用者等の状況や計画目標の達成状況について、多職種への情報提供が行われている	○						A
(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）	○						A
	26	病院・施設への入居・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）	○						A
多職種による効果的な役割分担及び連携に係る検討と、必要に応じた関係者等への積極的な提案	27	地域における利用者の在宅生活の継続に必要な、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）	○						A
3. 地域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	○					医療連携推進会議や地域ケア会議での情報共有を通じて地域にサービスを提供している。ホームページへの掲載している。	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促すため、積極的な広報周知が行われている	○					定期的に所管するアポイントにて、地域の関係者、ケアマネジャーに向けて説明会を開催していき、計画的に、約4回にわたって地域にサービスを提供している。	A
(2) まちづくりへの参画									
行政の地域包括ケアシステム構築に係る方針や計画の理解	30	行政が介護保険事業計画等で掲げている、地域包括ケアシステムの構築方針や計画の内容等について十分に理解している	○					地域ケア会議への参加が定まっている。	A
サービス提供における、地域への展開	31	サービスの提供エリアについて、特定の建物等に限定せず、地域へ広く展開していくことが意向されている	○					サテライトからケア量が多く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定である。	C
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、まちづくりに係る課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）	○						C
Ⅴ. 成果評価（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	○						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	○						A

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 自己評価・外部評価 評価表

項目	自己評価	外部評価	評価
(1) 理念の明確化			
サービスの特色を踏まえた理念の明確化	1 当該サービスの特色である「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	○	B
(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、当該サービスの特色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	○	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	○	B
	4 管理職は、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、能力開発が図られるよう配慮している	○	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	○	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、最適且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている	○	B
介護・医療連携推進会議等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、得られた意見、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	○	B
(4) 適切な情報提供・共有のための取組			
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	○	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)	○	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	○	B
(6) サービスの提供			
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眼した、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、アセスメントが実施されている	○	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	○	B
利用者等の心身の機能の維持回復や在宅生活の継続に配慮した「楽楽型」の計画の作成	13 利用者等の心身機能の維持回復に配慮した計画の作成が志向されている	○	B
	14 意識化しても医療依存度を高め過ぎないよう、利用者等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、「楽楽型」の計画の作成が志向されている	○	B
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し			
計画上のサービス提供日時以外であっても、利用者等の状況に变化が生じた場合は、必要に応じて新たに随時巡回・随時対応サービスの提供日時を設定するなど、柔軟な運営に努めている	15 計画上のサービス提供日時以外であっても、利用者等の状況に变化が生じた場合は、必要に応じて新たに随時巡回・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	○	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	○	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			

介護者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	○			看護職が主導所であるため、介護サービスは提供していないが、両者の訪問頻度等と上とでも良い関係が保たれている。	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	○			看護職と介護職の適切な連携の方法や看護予防の方法を訪問介護員や利用者等に説明している	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、利用者等にとって「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、利用者等に対する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	○			定期的に計画作成担当者を利用者等と訪問し、サービス状況について意見を交換している。	B
	21	利用者の状況の変化や、それに伴うサービス提供の置換等について、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・ヘルプデスクなど、常に情報が活用できるように工夫している。	B
2. 多職種連携を通じた包括的・継続的なマネジメント							
(1) 共同ケアマネジメントの実現							
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、看護職の置換等に関する情報が共有され、サービスの提供日時等が共同で決められている	○				A
	23	計画の目標達成のために、必要に応じて、ケアプランへの積極的な提案（地域内のフォーマル・インフォーマルサービスの活用等を含む）が行われている	○				A
定期的なアセスメント結果や目標の達成状況等に関する、多職種への積極的な情報提供	24	サービス担当者会議等の場を通じて、利用者等の状況や計画目標の達成状況について、多職種への情報提供が行われている	○				B
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的なマネジメントへの貢献							
利用者等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）	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）	○				
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法等について検討し、共有がされている（※任意評価項目）	○				
3. 地域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、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発信が必要に応じて利用者等へ提供している。ホームページ等への掲載している。	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促すため、積極的な広報周知が行われている	○			定期的に広報活動のサマリーにて、地域の住民の方、ケアマネジャーに向けて協議会を開催して、計画を立て、4回に1回、地域に開く。	A
(2) まちづくりへの参画							
行政の地域包括ケアシステム構築に係る方針や計画の理解	30	行政が介護保険事業計画等で掲げている、地域包括ケアシステムの推進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定まっている。	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、特定の施設等に限定せず、地域へ広く展開していくことが志向されている	○			ササキサイトからケア量が多く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、実現中である。	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、まちづくりに係る課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）	○				
四. 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	○				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	○				B