

令和 8年 3 月度 SOMPOケア 上石神井

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 上石神井 定期巡回
- 日時 令和8年3月13日（金） 10:00～11:30
- 場所 そんぼの家S上石神井 1F
- 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	ご挨拶	伊〇	0:05	10:00	10:05	
2	会議参加者のご紹介	参加者	0:05	10:05	10:10	
3	定期巡回随時対応型訪問介護看護について	伊〇	0:10	10:10	10:20	
4	サービス提供状況の報告	伊〇・西〇	0:10	10:20	10:30	
5	ケース紹介：SOMPOケア上石神井	伊〇	0:10	10:30	10:40	
	ケース紹介：そんぼの家S上石神井	西〇	0:10	10:40	10:50	
6	質疑応答	参加者	0:05	10:50	10:55	
7	協議会メンバーからのご連絡	参加者	0:05	10:55	11:00	
8	サービスへの評価・要望・助言	参加者	0:25	11:00	11:25	
9	閉会のご挨拶	伊〇	0:05	11:25	11:30	

■議事進行 SOMPOケア上石神井 伊澤



Innovation for Wellbeing

SOMPOケア

介護・医療連携推進会議 出席各位

介護・医療連携推進会議の目的

1. 介護・医療連携推進会議とは

1. 事業所運営の透明性の確保
2. サービスの質の確保
3. 事業所による「抱え込み」の防止
4. 地域との連携の確保

地域密着型事業所が提供しているサービス内容を明らかにし、地域に開かれたサービスとすることにより、1～4を達成する事を主な目的としています。

2. 構成メンバー

～地域を様々な立場で支えている方々～

ご利用者・ご家族、地域住民の代表、地域の医師・医療機関の職員、市区町村職員、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、事業者等

3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは

独居・高齢者世帯・重度の要介護者であったとしても、可能な限り自宅で自立した生活を送る事が出来るよう、「訪問介護」と「訪問看護」の連携の下で、ご利用者様の心身の状況に応じて24時間・365日必要なサービスを柔軟に提供します。

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

事業所概要

①事業所名	
SOMPOケア 上石神井 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 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 上石神井 職員数(人)	
正社員	14名
非常勤	9名
合計	23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	20名
訪問介護事業	73名
合計	93名
⑥事業所の特徴	
<p>SOMPOケアは、企業理念に掲げる「人間尊重」という考え方に基づき、介護を必要とする皆さまお一人おひとりに寄り添う個別性の高い介護サービスを追求しています。</p> <p>介護において最も大切なのは、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こと。そのために不可欠なのが、スタッフの高い専門性と豊かな心の態度です。誇りある人生を、誇りある仕事で支えていく。私たちはこれを「介護プライド」と位置づけ、真のプロフェッショナルを育む人材教育や更なるやりがいを醸成する処遇改善に取り組んでいます。</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>	

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告

SOMP0ケア上石神井

2025年 9月 ～ 2026年2月実績

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 実績報告 SOMPOケア上石神井

利用者実績 期間：令和7年9月～令和8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）		20名	19名	18名	18名	19名	20名	114名		
在宅		13名	12名	11名	10名	10名	10名	66名		
サ付き		7名	7名	7名	8名	9名	10名	48名		
推移	在宅	新規サービス開始数	3名	名	0名	1名	1名	0名	5名	
		サービス終了者数	1名	1名	2名	1名	0名	0名	5名	
	サ付き	新規サービス開始数	0名	0名	0名	1名	1名	1名	3名	
		サービス終了者数	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名	
内訳	在宅	介護看護利用者数	4名	5名	6名	8名	8名	7名	38名	
		介護のみ利用者数	3名	4名	4名	3名	3名	3名	20名	
	サ付き	介護看護利用者数	6名	6名	6名	6名	7名	8名	39名	
		介護のみ利用者数	1名	1名	1名	2名	2名	2名	9名	
平均介護度		3.50	3.47	3.50	3.28	3.26	3.15	3.36		

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	在宅	a 定期巡回回数	612	669	622	528	553	508	3,492	
		b 随時対応回数	25	47	16	19	3	26	136	
		c 随時訪問回数	0	1	5	3	3	4	16	
		対応率(c/b)	0.0%	2.1%	31.3%	15.8%	100.0%	15.4%	11.8%	
	サ付き	a 定期巡回回数	808	820	825	915	980	1,086	5,434	
夜間	在宅	d 定期巡回回数	133	156	146	133	124	113	805	
		e 随時対応回数	0	0	0	0	4	7	11	
		f 随時訪問回数	0	0	0	0	2	6	8	
		対応率(f/e)	-	-	-	-	50.0%	85.7%	72.7%	
	サ付き	d 定期巡回回数	351	356	345	350	356	353	2,111	

3. 介護度別分布

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計
要介護1	2	2	2	2	3	4	15.0
要介護2	3	3	3	4	3	3	19.0
要介護3	3	3	2	3	4	4	19.0
要介護4	7	6	6	5	4	4	32.0
要介護5	5	5	5	4	5	5	29.0
平均介護度	3.5	3.5	3.5	3.3	3.3	3.2	3.4

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	1	ご家族・医療機関と協力し支えるケース			事業所名	SOMPOケア上石神井		
		92歳	要介護	3	生活自立度	A2	認知症自立度	Ⅲb
主な疾患		生活状況			身体状況			
認知症 糖尿病 高コレステロール症		2025年12月26日までは、小規模多機能をご利用されていたが、ご自宅(即地)の階段で足が動かなくなってしまう、床り込んでしまう等の様子が見られ、小規模多機能に通うことが困難となりサービス終了。またご自宅での転倒が頻発にあり、ご自身で起き上がることや奥様が起こすことが不可能な為、定期巡回サービス導入となる。本人様、リビングとベッドを何度も往復され、その際に転倒することが見られている。			排泄はベッド上にてオムツ交換。食事等は椅子に座られ、自己摂取可能。ベッドまたは椅子に座り眠られていることが多く見られる。座位保持可能。ご自宅内は手すり使用、または奥様の介助にて移動される。			
看護連携				看護助言				
医療保険にて連携契約のある他社ナースステーションが週2回介入。アセスメントも実施。				転倒と皮膚トラブルのリスクが高く、日々状態を確認し、皮膚トラブルも早期に発見し対応していく事が必要。				
介護目標								
ご自宅で過ごしたいという本人様のご希望、本人様が転倒してしまったときに助けてほしいという奥様のご希望に沿い、定期的な清潔保持と転倒時の随時対応を支援し、安心して生活が出来るよう、ご家族・関係機関と連携し支援する。								
週間計画								ポイント
	月	火	水	木	金	土	日	
0:00								・介護 1日1回のオムツ交換
3:00								
6:00								
9:00								・訪問看護 週1回訪問(月)
12:00								
15:00								
18:00								・訪問入浴(火) 週1回
21:00								
23:00								
支援経過								
小規模多機能へ通われていたが、歩行状態低下から2026年1月1日より定期巡回サービス導入。1日1回のオムツ交換、転倒時の随時対応での介入となる。本人様歩行状態が悪く、足が止まってしまう事や、意思疎通が難しく声掛けに対しての反応が無いことが多く見られている。リビング、ベッドからトイレまでの導線は整っているものの、トイレまでの歩行が現状難しく、ベッド上でのオムツ交換となる。また夜間帯にベッドとリビングを行ったり来たりする様子が見られ、月に4回～5回程度転倒されている。ご家族様は、ヘルパー訪問時以外のオムツ交換、食事提供、口腔ケア等の対応をして下さり非常に協力的。								
導入効果								
サービス利用前の転倒時は、奥様では本人様を起こすことができず、小規模多機能の迎えが来るまでの数時間の間、床に横になっていることや、同じ団地内の方に起こしていただくことが多かったが、定期巡回を利用したことにより、転倒した際に1時間程度で対応しベッドや椅子に起こすことができるようになり、長い時間床にいたことがなくなった。また外傷が確認された場合には、ヘルパーから訪問看護へ連絡を入れ情報共有をすることにより、外傷への早期対応ができるようになった。								
本人・家族の様子								
導入時				導入後				
本人様:転倒時にご自身で起きることができず、何時間も床に座られている事や横になられていることが多かった。 ご家族様:本人様を起こすことができず、起こそうとした際にご自身も転倒してしまうことがあった。また旦那様のことが気になり、外出する機会が減っていた。				本人様:転倒してもヘルパーが対応することにより、長時間転倒した体勢でいることがなく、外傷の早期発見にも繋がっている。1日1回保清ができています。 ご家族様:転倒時ヘルパーが対応する事により、奥様の負担軽減。外出もできるようになってきている。				
今後の課題								
ご本人様転倒を繰り返しておりサービス導入前、導入後に転倒し頭部に外傷をおっている。本人様椅子から立ち上がる際にテーブルを掴みテーブルが動くこともある。また立ち上がったまま、動けなくなり力尽きて倒れ込むことも多く、転倒した際にケガをしないような環境整備、リハビリを兼ねての手引き歩行をしながらのトイレ誘導等が必要である。そして本人様が何度も同じ場所を行き来する理由等の行動心理をケアの中で把握する必要がある。								

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	1	お看取りの方のケース		事業所名	SOMPOケア上五神井 江東区 上五神井(ササ)			
主な疾患	92歳		要介護	介4	生活自立度	B2	認知症自立度	Ⅲa
アルツハイマー型認知症 変形性膝関節症	生活状況			身体状況				
看護連携	サービス付き高齢者向け住宅にて独居。横浜市の長男様が月2-3回、小金井市の娘様が月2-3回訪問されている。			自立歩行は変形性膝関節症で出来ず、車いす操作は足を使用されて居室内移動できるが、認知障がいにより日常生活全般に介助を受けている。				
看護連携			看護助言					
定期巡回サービス導入時、看護サービスも利用。			転倒リスクや、失禁による皮膚トラブル、誤嚥リスク、排便コントロール不良のための排便状況確認が必要です。					

介護目標

- ①好きなことをしてお話ししながら過ごす生活を送れるように、毎日コミュニケーションを持ちながら生活できる。
- ②毎日おいしく食事を食べることができ、生活が送れるように、毎日食堂で妹様と一緒に食事をする。
- ③体調良く痛みのない生活を送ることができるよう、体の異変を早期に把握してもらい対応してもらえるようにできる。
- ④清潔な状態で生活できるように、安全に入浴・排泄・身体や居室の環境を整えて毎日を過ごすことができる。

	週間計画							ポイント
	月	火	水	木	金	土	日	
0:00								■定期巡回サービス: 毎日10回訪問、週2回入浴洗濯・週1回掃除洗濯と買い物同行 ■ケア内容 排泄・移乗移動・着替え・身体整容・食事・服薬・口腔ケア介助、掃除・入浴・洗濯代行、買い物同行 ■緊急コールによる随時対応、随時訪問 ■訪問看護 月2回の訪問 ■訪問診療利用
3:00								
6:00								
9:00								
12:00								
15:00								
18:00								
21:00								
23:00								

支援経過

2015年、サービス付き高齢者向け住宅に転居。当初は歩行補助具使用して歩行していたが、膝の痛み強くなり、車いす利用となる。
 2017年、定期巡回サービス利用開始となる。
 2024年、嚥下能力が落ち、嚥下専門医の介入と、それによる食事形態変更、食事介助を行うも、食事量もだんだんと減っていき、2025年3月ご逝去となる。

導入効果

当初は、変形性膝関節症・認知障がいのため、頻回な介助が必要で、サ高住での生活継続ができていた。嚥下能力低下後は、ADLさらに変化多くなり、それに合わせた対応ができた。また甘いものがお好きだったため、最後までその楽しみを継続でき、また社会的な方で、妹様など人とのかわりを最後まで継続できた。

本人・家族の様子

導入時	導入後
当初は、膝や認知症についての今後の不安がある様子だった。 嚥下能力低下後は、看取りへの不安がある様子だった。	導入後は、サ高住でも生活・介護の継続ができ、また嚥下能力低下後は、最後までなじみのある環境で過ごせるという安心をお持ちいただけた様子。

今後の課題

今後も、ADLの都度の変化、看取りなど状態の変化があっても、対応が継続できるようにする。

SOMPOケア上石神井定期巡回・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
2026年 3月 13日	10 : 00 ~ 11 : 30

■出席者

名前	所属	名前	所属
A 様	練馬区介護保険課	G	SOMPOケア練馬訪問看護
B 様	上石神井地域包括支援センター	H	SOMPOケア上石神井居宅介護支援
C 様	第二光陽園地域包括センター	I	SOMPOケア上石神井定期巡回
D 様	moi (モア) 地域包括支援センター	J	SOMPOケア上石神井定期巡回
E 様	ホームクリニックえにし	K	そんぼの家S上石神井
F 様	野いちご訪問看護ステーション		

1 開会のあいさつ	<input type="checkbox"/>
2 介護・医療連携推進会議の参加者のご紹介	<input type="checkbox"/>
3 定期巡回随時対応型訪問介護看護について	<input type="checkbox"/>
4 サービス提供状況の報告	<input type="checkbox"/>
5 ケース紹介：SOMPOケア上石神井	<input type="checkbox"/>
ケース紹介：そんぼの家S上石神井	
6 質疑応答	<input type="checkbox"/>
7 協議会メンバーからのご連絡	<input type="checkbox"/>
8 サービスへの評価・要望・助言	<input type="checkbox"/>
9 閉会のあいさつ	<input type="checkbox"/>

■記録

1.開会のあいさつ	お忙しい中お集まりいただき、誠にありがとうございます。 令和7年度2回目の介護・医療連携推進会議を開催させていただきます。
2.参加者のご紹介	参加いただいた方の自己紹介をしていただく
3.定期巡回随時対応型訪問介護看護、介護・医療連携推進会議について	定期巡回随時対応型訪問介護看護の制度・特徴についてご説明させていただきます。 介護・医療連携推進会議の開催目的についてご説明させていただきます。
4.サービス提供状況の報告	事業所概要について、ご説明させていただきます。 サービス提供エリアについて
5.	「練馬区では大泉学園・光が丘・上石神井とエリアで分けさせていただいてますが、 他のご利用者様の兼ね合いや調整が合えば対応できることもあります。 上石神井では無理でも大泉では対応できる事があるので、お気軽にお問い合わせ下さい。」

■記録

4.サービス提供状況の報告

2025年10月から2026年2月までの利用者様推移・
サービス提供回数・定期巡回サービスを利用されている方の
介護度分布についてご説明させていただく。

- I 【サービス内容】在宅のご利用者様については排泄介助や清潔の援助、食事介助が多いです。同居の方が多く、ご家族様には協力いただいています。
【居宅】ほとんどが自社ですが、2件は他社さんでお願いしています。
【看護】当社は連携型になるので、ご利用者様のニーズに合わせ訪問看護さんと連携を取らせていただいています。
サ高住については、基本的にはSOMPOケア練馬訪問看護となっています。
【援助時間】ご利用者様により異なりますが、おむつ交換だけだと10分程度、買い物だと1時間かかります。独居や同居ご家族様の協力により変わってくださることもございます。その他透析の送り出しもさせていただきます。
- K 現在利用されてる透析の方については、訪問介護から定期巡回になられた方で対応できましたがデイサービスや透析の送り出しについて、ご新規ではご対応が難しい事があります。
 - I 定期巡回では柔軟なサービスではあるが、何時何分にデイサービスの送り出しをとというのは難しいですが、その時のタイミング次第ではご対応できることもあるので、ご相談ください。
 - I 【定期巡回の変動】夏場はエアコンのもんだいや水分補給、年末年始などはご家族様のご予定により変動します。
よくある質問ですが、「随時対応」と「随時訪問」の違いについて
「随時対応」・・・コールで完結すること。「随時訪問」・・・転倒や排泄対応で訪問すること。
「随時訪問」に関して、上石神井では同居の方も多いため、少ないと感じております。
- K 補正させていただきますと、在宅だけ随時訪問対応があり、サ付にはないですが随時に関してはサ付はサ付のサービスとして行っています。
- L 夜間のコールはゼロではないですが、転倒した等の緊急対応に関しては定期巡回使ってる方は訪問看護のほうへ状況報告や、往診へ連絡したりしています。

5.事例紹介①

- I 階段や段差の多い住環境で、転倒の対応やお風呂などご家族様の負担が大きいことと、歩行状態が悪く転倒を繰り返しており、定期巡回の介入により、よい状態になっている
- K ご家族様が本当に協力的です。定期では一日一回で転倒や緊急時にはコール対応でよいとのことと、それでもとても助かると言ってくださいます。一日何度もいくよりは随時気兼ねなく「いつでもコールしてくださいね。」とご安心頂いて利用できている事例だと思います。
- K 元々小規模多機能利用されておりましたが、ご自宅で過ごすことになり、ご家族様の介助をメインに定期巡回が介入することで、ご家族様のご負担を軽減し、一日一回の訪問でご本人様も安心して利用ができています。

事例紹介②

- L 変形性膝関節症とADLの低下があり、入居後2年ほどで定期巡回サービスの利用開始。頻回な介助が必要でありましたが、サ高住での生活継続ができていました。
嚥下能力低下が進み、食事も減りご逝去となりました。
居宅支援のケアマネジャーと事業所が一緒になったことにより、情報の共有等スムーズになった環境を生かして、利用者様を支えていきたいなと思います。

6.質疑応答

- H 在宅の方ですが、介助する側で買い物援助や入浴介助などで一回で長くかかる場合があり、次のスケジュールに影響してくる。ケアマネジャーとしては、受けにくいかなと思いますがいかがですか
- K 今あるサービスを適正に回していく中で、新たにお話をいただいたときに、できるできないの判断になります。実際独居の方のお買い物で、ご家族の支援が受けにくい場合には行わせていただいているが、生活のすべてを定期巡回で賄うことはやはり無理なので、独居でも週に一回の買い物であれば、ご家族に代わって配食をご利用頂いたり、できる限り協力頂きながらですが対応しています。そこを相談できる環境や、ケアマネジャー・ご家族の協力があれば私も対応できる場合があります。
- I インフォーマルサービスなどを利用されていたり、置き配を片づけたりなど、定期巡回で補えない部分もあるが、利用者さんによっては買い物もしています。ただ買うものは決まってるので、時間をかけずに対応することができています。定期巡回は、空いてる時間で対応できることがあるが、10人が10人ともできるかといえば、それは難しいです。

■記録

6. 質疑応答

- F様 参考になるお話をありがとうございます。
2年半前に下石神井で事業所を開設し、当初訪問介護で定期巡回見込みでSOMPOさんに相談していただきました。ご利用者様の状況に合わせて、ケアマネジャーと共にアセスメントをしてくださったうえで、1日3回の食事介助1時間入っていただいたプランがある。
区から問い合わせがあった際には、定期巡回さんと一緒に説明をして、これは仕方のない提供時間だと、ご納得頂いたことがあります。個別性を重視し真摯に向き合われているのが、SOMPOさんなんだと再認識しました。
質問ですが、長時間の身体介護とか家事援助というふうなスタンスで進めていっただらいのか、悩むところがあります。最近では家事援助は自費で対応しますと言われる事業者さんも多く、そうなるこちらとしてもお勤めの区別がしやすく、絶対できないわけではないが、サービスの特価上厳しい、特別な時間を作って自費で紹介する。
SOMPOさんもそういう対応の自費はありますか？
- K 過去に認知症の方で、ご家族が用意した食事をあればあるだけ食べてしまう方がいて毎日の買い物をお願いしたことがあり、そこは定期巡回とはいえ対応できないとお断りしたが幸いすぐ近くにスーパーがあったので、毎日15分のプライベートサービスを頂いて買い物を自費で対応した事例もあります。
一緒に買い物をしてほしいとのご依頼もありましたので、週に1回ご一緒にというサービスも行いました。生活援助が全部自費というのは、独居の方ですと最低限の掃除洗濯お買い物も自費というのは言い難いです。満足いくようななどもかしこもピカピカには難しいが、その方の生活エリアだけを清掃したり、朝訪問したヘルパーが洗濯物を回して、昼に行ったヘルパーが洗濯物を干して、夜のヘルパーが取り込むといったことを定期巡回のサービスで行っています。
- F様 あと教えて頂きたいことがあります。
実績報告の中で「自立支援」とありますが、そういう使い方のご紹介もできるのがわかるとうれしい
どういった内容ですか？
- K 先ほどのお買い物の方も、実際何をやるってということもなかったりします。
パンを焼いてもらったりそういった事を自立につなげていく支援かと思えます。
- H サ高住はお約束の時間以外入れないが、入居者さんは忘れていることが多いので、お声かけをしていることがあります。
- L この事例の方はとてもきれい好きの方で入居当初は洗濯機の回し方がわからず、水が出しっぱなし、洗濯物の干し忘れ等のお手伝いで自立につながる支援をしました。
だんだんと慣れたので、次第に援助の必要性はなくなってきたかなと思います。
- F様 サ付の事例にて嚥下専門医とありましたが、どちらの病院がそのような対応ができるんでしょうか？
- G 歯科医院です。
- A様 サ付の実績のところ随時のコールについて、サ付の方のサービスと定期巡回のサービスのすみわけはどういう風になっていますか？
- L お部屋の緊急コールで行くのは生活支援。ただ転倒していて医療が必要な時は線引きが難しいこともあるが、定期巡回のを契約している方は看護や往診。何も使われてない方は生活支援として救急を呼んだりします。それ以外の方は、生活支援の救急対応になります。
- K 実績を数字にするときに、どれを定期巡回にするかを数字に表すのは難しいので、コールの対応についてはすべて生活支援の対応でサ付のサービスということで、定期巡回としてはカウントしないということですか？
これは定期巡回とサービスと分けたほうがいいですか？
- A様 いえ、どちらが職員の方が動いているのかなと聞きました。
- L 夜間はスタッフが一人で、日中は生活相談員がいます。
- A様 日中にも随時コールがあるかなと思いますか？
- K 生活相談員さんがいない時間は常駐のスタッフが対応するという形です。
- H サ高住の部屋にはすべてコールがあるので、定期巡回じゃない方も押してしまいます。
- A様 サ付の職員と定期巡回の職員さんはかねてらっしゃるんですか？
- L 夜勤はそうです
- K サ付の職員と在宅の職員といるので、建物の方は建物、在宅は定期巡回のコールを対応しています。

■記録

6. 質疑応答

C様 対応する職員さんが一人いるのと、実働する職員さんがいるんですか？

L 夜勤者は一人でコール機もとるし、見回りもします。

C様 夜間の対応で、外にも見守りもいくんですか？

K 夜勤者はサ付1名・在宅1名です

B様 夜間の対応ですが、おむつ対応や転倒以外で緊急対応はどんなときですか？

I よくあるのが体調不良、熱発・水分補給・検温してなにかあれば看護さんへつなぐようにします。

K 在宅のご利用者様は深夜に訪問されるのは拒否されることがあるが、体調異変があったときにすぐに対応ができるのは、定期巡回の良いところかと思っています。

G 看護からです。

定期巡回とは充実して介護のよいサービスだと思います。

一方で訪問看護は一回最低20分を月に2回で、週に3回だと厳しいです。

具合が悪くなった時訪問看護から医療保険に切り替えられるが、そこは手厚く入れるんですが、

医療依存度があがり毎日となると、定期巡回の看護としては毎日難しくお断りしました。

特別指示書に切り替えても2週間しかできず難しいと聞きました。

看護としては、適切なサービスではないと思い、そうすると

24時間看護がいる施設に行ったほうがよい場合があります。

事例2の方などは、定期巡回の介護さんのおかげでご利用者さんは安心して

過ごされたんだと思います。

K 在宅でも、やはり介護か看護かどちらがメインで必要なのか考えます。

週に1回の訪問看護の方なら定期巡回をお勧めします。

週に2・3回を必要とされるなら訪問介護が必要ではないかと思います。

連携型ですので、他社の訪問看護ステーションへ相談することはありますが、

週に2・3回の訪問だと、高い確率でお断りされます。

ですので、まずは訪問介護でやりましょうということになります。

7. 協議会メンバーからのご連絡

なし

■記録

8.サービスへの評価・要望・助言

評価表のご記入のお願い

1 事前に練馬区さんから、回答をいただいておりますのでご説明します。

(3) 適切な組織体制の構築

【組織マネジメントの取り組み】項目番号6

- ◆ 練馬区様から「対応にあたり何か工夫されていますか？」とご質問がございましたので、説明をさせていただきます。

回答 「ご利用者様の体調変化にいち早く気づいて、関係機関との共有その時のご利用者様のADLや体調に合わせて、援助回数・ケア内容・時間帯を変更して対応しているところが、私たちが今できているところかと思えます。申し送りについては、口頭や電話で伝える共に、記録システムを使って24時間閲覧が可能で、いち早く情報を収集し体調変化に気づけるようにしています。

医療関係やケアマネージャーへもMCSを使って共有させてもらっています。」

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

【会議・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】項目番号28・項目番号29

- ◆ 練馬区から「ご利用者様・ご家族様及び構成員への議事録の公表や周知はおこなっていますか？」

回答 サービスが必要な高齢者の方、ホームページを見ることができないと考えられます。」

「ご利用者様・ご家族様へは議事録をお渡しさせていただいております。必要であればご説明させていただいております。」

(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】項目番号30

- ◆ 練馬区から「事業所として理解されているとわかりました。職員も理解しているという認識でよろしいでしょうか？」

回答 「ヘルパー・職務に依じた研修を事業所内のカンファレンスをして、職員一同同じ考え、理解をもってケアができるようにしております」

9. 閉会の挨拶

皆様ご参加いただき、誠にありがとうございました。これにて今回の会議医療推進会議は閉会とさせていただきます。

以上

自己評価・外部評価 評価表

ご記入者氏名:

ご記入部署:

ご記入日: 年 月 日

タイトル	項目番号	項目	実施状況					自己評価 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 及び 外務評価コメント
			達成している	ほぼ達成している	達成していない	ほぼ達成していない	達成していない		
I 施設評価 (Structure) / 適切な事業運営									
(1) 理念の明確化									
サービスの特色を定めた理念の明確化	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」を事業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営む」ために目標をもって支援します。	A ・引き続き支援をお願いします。 ・支援だと利用することが少ないので評価が難しいのですが、会議に参加して取り組みが評価できると思いました。
(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	○					入社研修、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。	A ・色職員が十分にできているということはすばらしいです。引き続き勉強を深めていってください。
	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	○					法人内研修では、管理者・計画作成責任者は着任時および毎年職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構築されています。法人外では、自治体や地域の研修参加の機会を確保しています。	A ・サービスの質の向上、職員の意識の明確化のためにも引き続き研修機会の確保をお願いします。
	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	○					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。	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	○					サービス担当有資格の他、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。	A
(3) 適切な施設設備の構築									
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、迅速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、利用者毎の任意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、回数等を考え柔軟かつ効率的に行っています。人材確保にも努めています。	A 【総務部】調整は大変かと思いますが、引き続き柔軟な対応をお願いします。対応に当たり何か工夫されている点はありませんか? 【医 療】体調変化にいち早く気づき、関係機関と共有し、ご利用者様のADLや体調に合わせて、適切なケア内容・時間等を変更し対応している。申し送り、口頭や電話で伝える共に記録システムを採用し24時間記録可能ですが、医療機関・OMともMOSで共有しています。 ・24時間記録システムやPLOSで共有など取り組まれていると思えました。
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	○					概ね4ヶ月毎に開催しており、本年度は計2回、2025年9月開催、2026年3月開催予定となっております。得られた要望、助言を基にサービス提供に取り組み、次回以降の推進会議にて状況報告を行っています。	A 【総務部】利用者および利用者ご家族等からも会議に対する意見・要望等を積極的に聴取いただき、医療の構成員からも意見等いただくようにしてください。 【医 療】ご利用者様・ご家族様へは講義録をお渡しさせていただいております。必要があれば説明させていただいております。 ・患者と一緒になったことで連携できていると思えました。
(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な工夫がされている	○					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。	A
(5) 安全管理の推進									
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、交通安全時対応マニュアル等、職員の安全管理のためのマニュアルの整備、研修の実施、緊急時対応フローの提示などの体制ができています。	A ・繰り返し訓練いただき、徹底更新を行い、有事に備えてください。
利用者等にも安全管理	10	事業所において、利用者等に係る個人情報等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、利用者ファイルは着席での施設管理ならびに持ち出しの禁止、デスク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盛り込み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。	A

自己評価・外部評価 評価表

ご記入者氏名:

ご記入者:

ご記入日: 年 月 日

タイトル	項目番号	項目	実施状況				自己評価 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 及び 外部評価コメント
			計画どおり	ほぼ計画どおり	計画より遅延	計画より遅延		
<p>① 高齢介護 (Process)</p> <p>1. 利用者等の生活の質向上に資する専門的サービス提供</p> <p>(1) 利用者等の生活の質向上に資する専門的サービス提供</p>								
	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調整しています。	A
	12	介護・看護の場面からのアセスメントが適切に実施され、両者の共有、つぎあ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配慮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措置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「常態巡回介護・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。	A
	13	利用者の心身の機能の維持回復や在宅生活の継続に配慮した「未来志向型」の計画の作成	○				適宜必要なアセスメントにより、ご利用者の現状、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。例えば退院直後からの空室確保、自立支援でご自身で買い物に行けるようになった事例があります。	A
	14	悪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施するための、「未来志向型」の計画の作成が図られている	○				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。悪化した場合や給水期等に備えて予めご利用者やご家族、関係関係者と話し合い方針を共有し、サービス計画に反映するように努めています。	A ・事前にも共有、検討することは大切であると考えます。引き続きお願いたします。
<p>(2) 利用者等の状態変化への早期対応と対応の見直し</p>								
	15	計画上のサービス提供日以外であっても、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常態巡回・随時対応サービスの受給	○				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」を有償し提供します。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。	A ・ケアコールへの対応を含め随時訪問が可能な体制は利用者ご家族等にとって大きな安心材料です。引き続きお願いたします。 ・尚ほにて活動がとよましくわかりました。
	18	継続したモニタリングを通じた利用者等の状態変化の早期把握と、計画への適宜反映	○				訪問介護員と計画作成責任者との随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・改善を行い計画に反映しています。	A
<p>(3) 介護職・看護職の役割による一体的なサービスの提供</p>								
	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、主に認知症、一歩歩行、身体状況、治療状況(処方薬等)、皮膚の状況と熱度、感染症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・機意、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。	A
	18	看護職から介護職に対し、疾病予防・病状の予測予測、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・病状の予測予測、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。	A ・家族等に対する相談対応や療養提供も必要に応じてお願いたします。
<p>(4) 利用者等との信頼及び計画の共有</p>								
	19	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	○				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 ・受付時、インテーク対応で下さる方の能力が高く、その後の相談がしやすいです。
	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なされている	○				サービス開始前、要介護認定更新時、サービス内容変更時に実施前訪問介護・看護計画書を作成し、その目標(短期・長期)を明確にし、従事する訪問介護員氏名、サービスの具体的な内容、所要時間、日数等を明記し説明・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部は事業所に保管しています。	A ・適宜、本人・ご家族と目標や計画を共有ください。
	21	利用者等の状況の変化や、それに伴うサービス提供の変化等について、家族等への随時・適切な報告・説明等が行われている	○				事業所からご家族への連絡はもちろん、ご家族からいつでもケアコールを呼んで頂き連絡が取れることをお伝えしています。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、社務係、家族、ケアマネジャー等との情報のやり取りを行い、随時・適切な報告・説明により関係者間にて情報共有ができています。	A ・適宜、本人・ご家族と目標や計画を共有ください。

自己評価・外部評価 評価表

ご記入者氏名:

ご記入者名:

ご記入日: 年 月 日

タイトル	項目番号	項目	自己評価					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 及び 外部評価コメント
			満足している	満足している	満足している	満足している	満足している		
1.多職種連携による生活・社会的・経済的マネジメント									
(1)高齢ケアマネジメントの推進									
利用者の生活の質の向上について、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、心身の機動の変化、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、ご利用者の心身の機動の変化やサービス提供状況、周辺環境の変化等を把握することができます。計画作成責任者はその情報をケアマネジャーと共有し、サービス内容の変更や提供時間の変更、回数が増減など相談・提案をしながらケアプランに反映していただいています。	A	連携して取り組まれていると思います。
	23	計画の目標達成のために、必要に応じて、ケアプランへの積極的な提案(地域内のフォーマル・インフォーマルサービスの活用等を含む)が行われている。	○				毎月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、医療機関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。	A	
定期的なアセスメント結果や目標の達成状況に関する、多職種への積極的な情報提供	24	サービス担当者会議等の場を通じて、利用者等の状況や計画目標の達成状況について、多職種への情報提供が行われている。	○				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、担当者会議を開催し、多職種への情報提供とご利用者のGOALの向上に向けた提案を積極的に行っています。	A	
2.多職種連携を通じた生活・社会的・経済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、包括的なサポート(介護外サービス、インフォর্মー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となる、包括的なサポート(介護外サービス、インフォর্মー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」のため割愛させていただきます。		
	26	病院・施設への入居・入所及び介護・支援からの退院・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」のため割愛させていただきます。		
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法等について検討し、共有がなされている。(※任意評価項目)					※「任意評価項目」のため割愛させていただきます。		
3.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提供及び提案									
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。	○				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、ホームページに議事録を公開しています。	A	【補足】利用者、利用者家族および構成員へも議事録の公表(閲覧)は行なっていますか？ 【前 問】28, 29についてはホームページ上で公表しておりますし、現在ご利用されているご利用者様、そのご家族様へは議事録をお配りさせていただいております。 ・ホームページにて情報公開の発信に取り組まれていると思います。
	29	当該サービスの概要や効果等について、地域における正しい理解を促すため、積極的な情報発信が行われている。	○				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できるよう他社とも共同してホームページ作成等を行っています。	B	【補足】サービスが必要な高齢の方はHPを見ることができないことも考えられます。HP以外の発信はありますか？ A28の回答と同様
(2)地域包括ケアシステムの構築に向けた、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。	○				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」の構築を支援して行くため、中重度の要介護者や認知症高齢者への更なる福祉、介護人材確保対策の推進、サービス評価と効果的なサービス提供体制の構築と理解しています。	A	【補足】事業所として理解されていることが分かりました。職員皆さんも十分に理解されているという認識でよろしいでしょうか。 【前 問】職員にお応じた研修や事業所内でのカンファレンスを通じて、理解の促進に努めています。
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意図されている。	○				石神井エリアを主に展開しています。	A	・別エリア区域の順はその案内を随時提供していただきます。「〇〇だから無理です」の姿勢でなく「何とかサービス提供したい」という姿勢で積極的に取り組んでほしいです。
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発見、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(介護外サービスやインフォর্মールサービスの開発・活用等)が行われている。(※任意評価項目)					※「任意評価項目」のため割愛させていただきます。		
4.結果評価(Closure)									
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認められている。	○				ご利用者の状態・ご家族の希望と多職種連携の本、随時目標を見直しより良いサービス提供を目指すと、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。	A	・利用状況の推移にて、取り組みや利用状況がわかりました。
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なく、早期、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。	A	・多様なニーズを持つ利用者の在宅での生活を支援しなく充てる重要なサービスであると考えています。日々感謝利用等々の支援をお願いします。 ・個別制なくサービスが利用でき、随時サービスも利用できることは心強いと思います。