

2026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 2026年3月18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（目的と役割）	U	0:02	15:00	15:02	
2	参加者のご紹介	U	0:03	15:02	15:05	資料3
3	事業所概要・運営状況報告	U	0:05	15:05	15:10	資料4、5-1、5-2、5-3
4	事例発表（2件）	M・S	0:20	15:10	15:30	
5	外部評価・要望・助言	全員	0:25	15:30	15:55	
6	閉会のあいさつ	N	0:05	15:55	16:00	
7						
8						
9						
10						

■議事進行：SOMPOケア光が丘(土支田サテライト) N

■議事録：SOMPOケア光が丘 U



SOMPO ケア

介護の未来を変えていく

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」

介護・医療連携推進会議

開催日 2026/3/18 時間 15:00 ~ 16:00

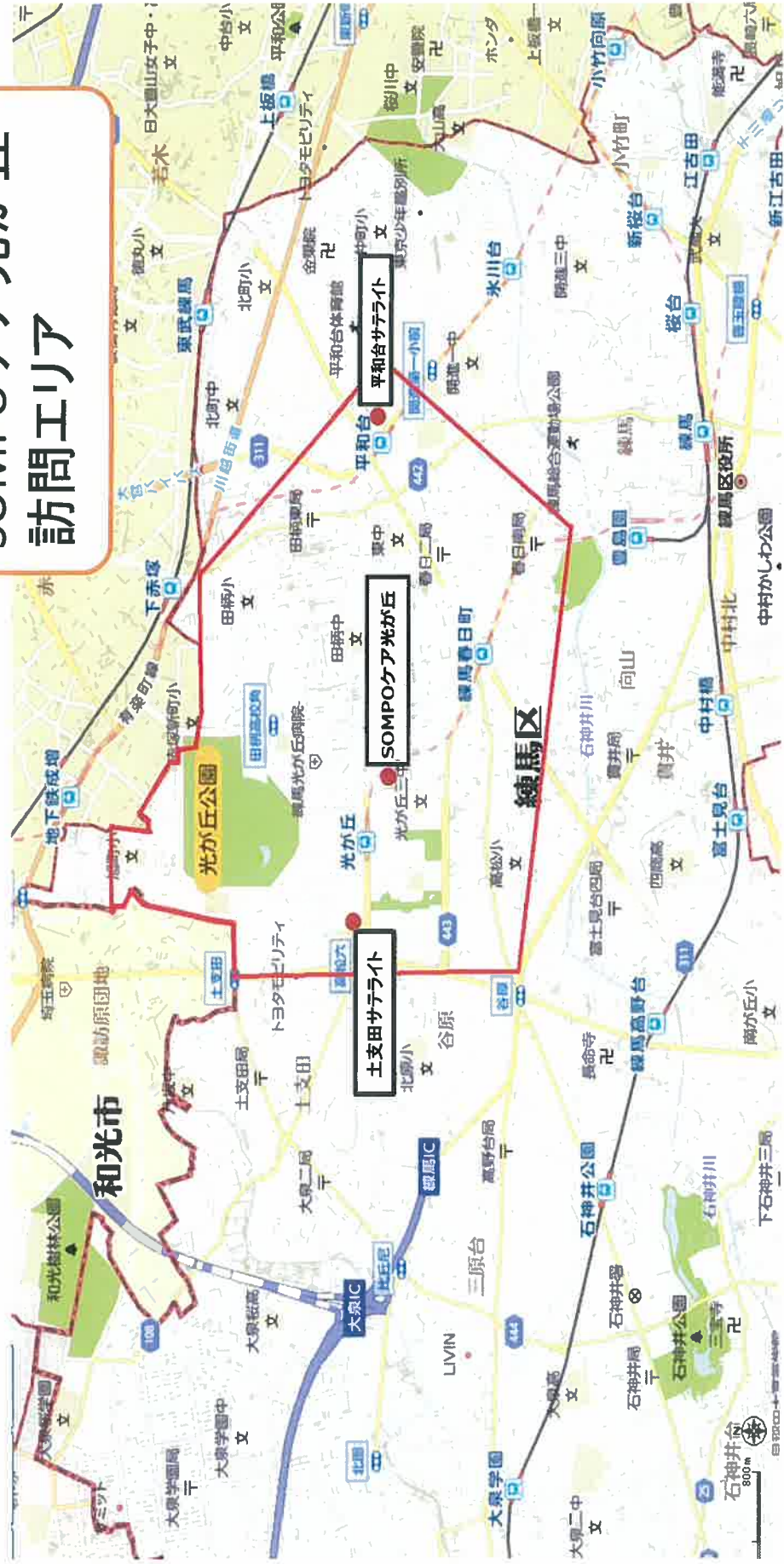
定期巡回事業所名 SOMPOケア 光が丘 定期巡回

	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	M 様
2	訪問看護	ヒロ訪問看護ステーション	管理者	N 様
3	訪問看護	TOEI訪問看護ステーション	看護師	S 様
4	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア光が丘居宅介護支援	管理者	O
5	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア練馬訪問看護	看護師	M
6	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア徳丸訪問看護	管理者	S
7	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア光が丘	管理者	U
8	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア光が丘	計画作成責任者	S
9	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア光が丘	そんぼの家S土支田 ホーム長	N
10	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア光が丘	そんぼの家S平和台 ホーム長	M
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

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	21 人
合計	51 人 （平和台・土支田サテライト職員含む）
⑤利用者状況(人) 2026年3月現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	55 人
訪問介護事業	76 人
合計	131 人
⑥事業所の特徴	
ご利用者さまが住み慣れたご自宅で、自分らしく「生きがい」や「充実感」を持って毎日を過ごせるよう、高い専門性と豊かな心を持って寄り添います。 ご家族さまの意向も大切に、丁寧な提案と迅速なサービス提供を徹底し、光が丘エリアにおいて、医療と介護の架け橋となり、在宅生活の限界値を高めていくことを目指しています。 単なる安否確認に留まらず、短時間の介入を1日複数回重ねることで、ご本人の生活リズムを整え、結果として心身機能の維持と、ご家族の介護負担軽減による在宅継続を実現しています。 「困ったときはSOMPOケア光が丘がある」と信頼していただけるよう、日々精進してまいります。 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



「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告

SOMPOケア光が丘

[illegible]

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告

SOMPOケア光が丘
平和台サテライト

No.	性別	年齢 (才)	要介護程度	日常生活自立度 (障害)	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	備考	
						日中帯	夜間帯		1	2	3		1	2									
1	男	71	5	B2	独居	5分	5分	高血圧	糖尿病	高血圧	日常生活・服薬の支援	居薬・排泄介助	一般的な看護配下	R7 10 1	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	藤田昌	有	TDC訪問看護 ステーション			
2	男	84	1	A1	独居	1分	1分	心不全		高血圧	日常生活・服薬の支援	居薬介助	入浴介助	R6 2	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	有	SMPDケア 訪問看護			
3	女	81	3	A1	独居	1分	1分	レビー小体型認知症			日常生活・服薬の支援	居薬介助	買い物代行	R7 1	継続	31日	あくとケア光が丘	島谷昌	有	SMPDケア 訪問看護			
4	女	95	1	自立	1	1分	1分	同足の痺れ	泌尿器性炎症		日常生活・服薬の支援	居薬介助	掃除介助	R4 11 15	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	安田昌	有	SMPDケア 訪問看護			
5	女	99	2	A1	1	1分	1分	便秘	高血圧		服薬の支援	居薬介助	掃除	R5 10 1	継続	31日	春日町ゆめの里	藤田昌	無	アセスメント			
6	女	90	4	2	1	1分	1分	アルツハイマー型認知症	進行性緑内障	高血圧	日常生活・服薬の支援	居薬介助	食費補助・居薬介助	R2 8 1	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	有	SMPDケア 訪問看護			
7	女	88	2	A2	1	1分	1分	アルツハイマー型認知症	ワイルドベグ症候群		日常生活・服薬の支援	入浴介助	買物介助	R1 7 1	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	無	アセスメント			
8	女	90	3	A2	1	1分	1分	狭心症	変形性関節症		日常生活・服薬の支援	居薬介助	排泄介助	R5 2 27	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	有	SMPDケア 訪問看護			
9	女	96	1	A2	1	1分	1分	不眠症	便秘		日常生活・服薬の支援	一般的な看護配下	入浴・掃除介助	R4 6 1	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	有	SMPDケア 訪問看護			
10	女	96	5	C2	同居	5分	5分	左大腿骨骨折	関節性骨髄炎	高血圧症	排泄・日常生活の支援	排泄介助	口腔ケア	R7 3 26	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	岡田昌	無	アセスメント			
11	女	83	2	j 2	1	1分	1分	アルツハイマー型認知症			日常生活・服薬の支援	居薬介助	買い物代行	R6 6 25	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	安田昌	有	SMPDケア 訪問看護			
12	女	89	1	j2	1	1分	1分	変形性関節症	慢性腎不全		日常生活・服薬の支援	居薬介助	外出介助	R6 2 15	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	有	SMPDケア 訪問看護			
13	女	91	4	C2	1	1分	1分	パーキンソン病			日常生活・服薬の支援	排泄介助	一般的な看護配下	H27 5 1	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	有	SMPDケア 訪問看護			
14	女	98	4	C1	1	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	居薬介助	入浴介助	R6 8 1	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	有	SMPDケア 訪問看護			
15	女	87	4	B1	1	1分	1分	高血圧症	便秘症		日常生活・服薬の支援	排泄介助	食費補助・居薬介助	R3 8 24	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	高橋昌	有	SMPDケア 訪問看護			
16	男	93	3	B2	1	1分	1分	糖尿病	変形性関節症		日常生活・服薬の支援	排泄介助	食費補助・居薬介助	R7 5 13	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	高橋昌	無	アセスメント			
17	男	93	3	B2	1	1分	1分	高血圧	大動脈弁閉鎖不全症		日常生活・服薬の支援	居薬介助	入浴介助	R7 5 26	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	安田昌	有	SMPDケア 訪問看護			
18	女	100	1	j 2	1	1分	1分	子宮筋腫	白内障		日常生活・服薬の支援	居薬介助	入浴介助	R7 2	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	無	SMPDケア 訪問看護			
19	女	101	3	j1	1	1分	1分	認知症	高血圧		日常生活・服薬の支援	居薬・口腔ケア介助	入浴介助	H30 12 27	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	有	SMPDケア 訪問看護			
20	女	93	4	A1	1	1分	1分	心不全	帯状疱疹		日常生活・服薬の支援	居薬介助	入浴・掃除介助	H31 3 9	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	有	SMPDケア 訪問看護			
21	女	92	1	B1	1	1分	1分	認知症	高血圧		日常生活・服薬の支援	居薬介助	入浴・掃除介助	R7 10 15	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	小倉昌	有	SMPDケア 訪問看護			
22	女	77	2	j1	1	6分	6分	脳血管性腎臓病	心臓弁膜症		日常生活・服薬の支援	居薬介助	入浴・掃除介助	R7 11 19	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	野添昌	有	SMPDケア 訪問看護			
23	男	88	4	A1	1	6分	6分	認知症	高血圧		日常生活・服薬の支援	居薬介助	入浴・掃除介助	R8 3 4	継続	31日	SMPDケア光が丘居宅	岡田昌	有	訪問看護 ステーション			
24																							
平均		90	3																				
当月利用者数(人)				23				0				当月利用者数(人)				23				0			

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告

SOMPOケア光が丘
練馬土支田サテライト

[illegible]

SOMPOケア光が丘＋平和台サテライト＋土支田サテライト

令和7年10月～令和8年2月 集計

	無応答	排泄対応	誤報	体調不良	医療関係	転倒転落	その他	合計 (件)	0:00-2:59	3:00-5:59	6:00-8:59	9:00-11:59	12:00-14:59	15:00-17:59	18:00-20:59	21:00-23:59	合計 (件)
合計	9	103	48	8	0	4	9	172	13	23	5	4	6	5	7	7	7

【コール内容】

■ 排泄対応

「便が出ました」 「尿が出てお尻がヒリヒリして痛い、お願いします」

■ 体調不良

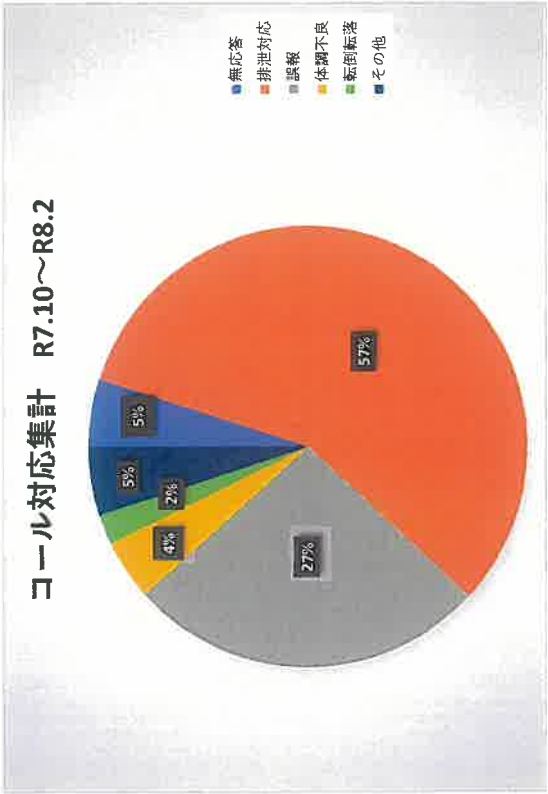
「吐いた」 「喉が渴いた、水が飲みたい」 「吐き気がする」

■ 転倒転落

「ベッドから足が落ちてしまい戻れない」 「ベッドから落ちて戻せない」 「車椅子からずり落ちてしまった。一人でベッドへ上げられないので来てほしい」

■ その他

「L字バーを閉め忘れていった」 「エアコンが暑い、リモコンが見つからない」 「まだ来ない」



定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	2	総胆管結石除去後の訪問介護から定期巡回移行ケース	事業所名	SOMPOケア光が丘定期巡回
		89歳 要介護 5	生活自立度 II	認知症自立度 B2
主な疾患	生活状況		身体状況	
腎不全 結石性胆管炎 狭心症 腹部大動脈瘤	戸建てに独居。訪問介護にて生活援助中心のサービス利用しながら週3日の透析通院。2025年8月より入退院を繰り返しADL低下あり。 服薬・排泄・食事準備など全般に援助が必要。		移動：一部介助(ベッド⇄玄関先) 排泄：一部介助 入浴：全介助(訪問入浴) 服薬：一部介助	

看護連携	看護助言
状態の観察、内服管理、便秘薬のコントロール、相談、医師との連携 ※透析病院で検査・診察。内服変更が常時あり。	ヘルパーさん達が難聴、思い込みが強いご本人の思いを傾聴してくれているため、ご本人も安心して在宅を続けられている。 内服変更の際は情報共有しながら変更に対応していく。 引き続き本人の思いに寄り添い時には助言・励まししながら介入をお願いします。

介護目標

- ・食事・内服管理により、自宅⇄透析先での状況共有が図れ、住み慣れた自宅で可能な限り過ごすことができる。
- ・2025/10/13、総胆管結石手術を行ったが取り切れず急変の可能性がある状況。緊急コール機を置くことで安心して在宅生活を送ることができる。
- ・医療・介護の連携により迅速に対応でき、ご本人・ご家族様が共に安心して生活できる。

週間計画							ポイント
	月	火	水	木	金	土	日
8:20		透析送り出し		透析送り出し		透析送り出し	排泄：排尿はほぼないが、便秘あり
8:50	おむつ交換・服薬介助・食事配膳			おむつ交換・服薬介助・食事配膳		おむつ交換・服薬介助・食事配膳	
9:00	おむつ交換・服薬介助・食事配膳		おむつ交換・服薬介助・食事配膳		おむつ交換・服薬介助・食事配膳		服薬：診察の度に服薬調整あり、処方内容変更多々あり
10:00					訪問入浴		
12:00	おむつ交換・服薬介助・食事配膳		おむつ交換・服薬介助・食事配膳		おむつ交換・服薬介助・食事配膳		食事：本人は揚げ物や塩分強いものを好まれるが消化機能低下しており食後嘔吐しやすく、消化いいものをご本人納得の上、提供
14:30		透析迎え入れ		透析迎え入れ		透析迎え入れ	
14:50		服薬介助		服薬介助		服薬介助	
16:30	おむつ交換・服薬介助・食事配膳	おむつ交換・服薬介助・食事配膳	おむつ交換・服薬介助・食事配膳	おむつ交換・服薬介助・食事配膳	おむつ交換・服薬介助・食事配膳	おむつ交換・服薬介助・食事配膳	
17:00					掃除・洗濯		

支援経過

2025年5月 スtent留置後発熱や胃痛の訴えあり、看護からも発熱時搬送指示あるもご本人様拒否しご自宅で過ごされていた。透析後に熱発を繰り返し、体調不良も続いたが少しずつADLも向上。ご自身で洗濯や調理ができるまでに回復されていた。

2025年8月21日、胃痛によりご本人が緊急コールシステムを利用し緊急搬送。尿路感染症で入院。同年10月に胆のう検査をし、11月に5月のカテーテル留置の際に残っていた結石の除去手術となるが残留もあり急変もあり得る状態。

12月に退院。その後はADLの低下が見られ食事摂取量も入院時よりも減少。経口摂取すると嘔吐されることも増える。内服による排便が続く、ご本人衰弱傾向みられ医療、訪問と訪問と連携し状況共有。内服調整コントロール入り安定。転倒リスクもありご自身でトイレに行く事は避けられる。もともと偏食傾向で、食べたい気持ちがあっても口に入ると変な味がして美味しくないとの訴えあり。胆管炎からの味覚障害もあるのではないかとと思われる。

導入効果

- ・1日3回の援助に入ることで体調不良時の対応が迅速にとれる。
- ・看護との連携もスムーズに行えている為体調変化に合わせ変更される薬の対応にもトラブルなく対処できている。
- ・ヘルパーへの信頼感が強くなったことにより訪問の回数が増えたことにも拒否なく援助が行えている。
- ・1日数回介入することにより、食の傾向が把握でき、摂取できそうな食べ物を提案。エンシュアやウィダーインゼリー等提供、促すことでご本人も少しでも栄養が摂れていると安心感につながっている。
- ・排便時のコールは定期巡回、痛みなどの緊急時は緊急コールシステムを押していただくようCMからご本人に指示。
- ・定期巡回コールが鳴った際には訪問し医療への連絡ができるように共有。

本人・家族の様子

導入時	導入後
訪問介護利用時は自分で行えることは自分だと自立心の強い方だったため、ADLの低下で気分も落ち込み弱気な発言もあり。 ヘルパーが頻回に訪問することが煩わしいと感じていた。 食欲低下に加え偏食傾向あり摂取できるものが少なく、食事提供するにも手探りだった。 甥御様は独居のため不安に感じていらした。	ヘルパー達の関わりでご自身で“今はできないこと”を認識され服薬介助や清潔保持はヘルパーに任せていただき起居動作や端坐位で足踏みなどできるようになった事を報告して下さる。できる動作は引き続き行っていた下さるがの援助実施。 消化の良い物良くない物を事業所内で確認。本人と共有その中で本人が口にできる物を提供。ウィダーインゼリーやエンシュアも提供。 ご本人、看護含めチームとしての連携援助ができている。 甥御様も安心されている。

今後の課題

食事を摂取することが難しく豊島病院で3月16日から検査入院となる。入院はしたくなく家で過ごしたいというご本人様の意向に沿って援助ができるように検査結果を踏まえどう対応していくかを看護と共に共有。ACPの聞き取り済み。医療と介護間で共有が必要。

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				コメント	外部評価コメント
			実施状況					
			できている	ほぼできている	できていない	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								
サービスの特性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	○				『住み慣れた地域で、その方らしく最期まで』という理念を掲げ、24時間365日の定期巡回・随時対応を通じて、在宅生活の限界点を高める取り組みを行っています。単なる安否確認に留まらず、短時間の介入を1日複数回重ねることで、ご本人の生活リズムを整え、結果として心身機能の維持と、ご家族の介護負担軽減による在宅継続を実現しています。	事業所の理念について理解できました。HPや本年度議事録内にて確認できなかったため、もっとアピールされても良いかと考えます。
(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	○				管理者・職員間での情報共有を重視し、毎月の事業所会議や日々の申し送りにおいて、事業所理念に基づくケアの振り返りを行っています。	引き続きお願いします。
	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	○				職員のスキルアップを体系化するため、個別の教育計画に基づいたOJTと、法人内研修への参加を奨励させています。特に、24時間発生する随時対応の質を一定に保つため、アセスメントに基づいた『対応判断基準』を職員間で細かく共有しています。	スキルアップの体制が整っていることが理解できました。今後も適切な人材育成をお願いします。
	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		○			職員個々のスキルや経験値を正確に把握し、『挑戦とサポート』のバランスを考慮した配置を行っています。	引き続き柔軟な対応をお願いします。
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	○				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。ICT端末を活用し、現場での介護記録や身体状況の変化をリアルタイムで看護職へ共有できる体制を整えています。	引き続きお願いします。
(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		○			24時間365日の暮らしを支えるため、起床・就寝・排泄等の生活リズムに合わせた介護計画を作成し、それに連動した効率的な巡回ルートとシフト編成を行っています。画一的な時間枠に縛られず、その日の利用者の状態や「今必要とされるケア」に合わせて訪問順序や業務を調整することで、真に個別性の高いサービスの提供に努めています。	利用者の状態に合わせた柔軟な対応をありがとうございます。
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	○				規定通りに開催し、地域のケアマネジャー、地域包括支援センター等の外部委員から得られた助言をもとにサービス提供に取り組んでいます。事業所全体の業務改善へ反映させる体制を維持しています。	引き続きお願いします。
(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	○				24時間体制の中で情報の漏れが生じないよう、ICTによる記録に加え、交代時の申し送りを徹底しています。関係者間での迅速な情報共有が、事故の未然防止や状態悪化の早期発見に直結するよう、常に共有方法の工夫と周知を行っています。	引き続きお願いします。
(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)	○				BOP(事業継続計画)に基づき、災害時の参集ルールや利用者安否確認手順を策定し、定期的な防災訓練を通じて、緊急時でも迅速かつ安全に行動できる体制を構築。また、安全運転の技術向上と意識啓発を図るとともに、車両の定期点検を欠かさず実施しています。	引き続きお願いします。
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	○				個人情報の取り扱いに関する具体的なヒヤリハット事例(端末の置き忘れ防止や、外部での会話の注意点など)を共有し、管理者から職員へ継続的な指導を行っています。情報の「迅速な共有」と「厳重な保護」のバランスを全スタッフが正しく理解し、実践できる体制を整えています。	引き続きお願いします。
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、アセスメントが提案されている		○			24時間を通じて利用者の生活パターンを詳細に把握するアセスメントを実施しています。ご本人のその日の体調や季節による変化を捉え、必要に応じて柔軟な訪問時間の調整や内容の見直しを提案することで、「今の生活リズム」に最適化されたケアを提供できる体制を心がけています。	利用者にあったケアが実施されていることがわかりました。

	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	○			サービス導入時に、外部の訪問看護ステーションから「看護の知見に基づいた療養上の助言」を適宜把握しています。それを踏まえアセスメント・介護計画書を作成。月1回、介護・看護それぞれの視点でモニタリングを行い、情報を突き合わせることで、専門性の高い一体的なサービスを提供しています。	介護・看護にて引き続き連携を取りながらより良いサービス提供に努めてください。
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	利用者の心身の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	○			主治医やケアマネジャーと密に連携し、医学的根拠に基づいた機能維持・回復計画を作成。チーム全体で「自立支援」の意識を共有しています。入浴に対して拒否の強い方へ足浴から実施。入浴できるまでになったケースあり。	具体的な取り組み例を含めて実施いただいていることを理解しました。
	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	○			訪問記録から、利用者のわずかな予兆（食卓量の低下や睡眠パターンの乱れ等）を早期発見できるようにチーム力に強化しています。悪化の兆しが見えた段階で速やかにサービス頻度の調整やリハビリ職への相談を行うことで、医療依存度を最小限に留め、住み慣れた居宅での継続性を高める計画作成に努めています。	引き続きお願いします。
(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	○			随時訪問（オペレーション）の結果、特定の時間帯に不穏や転倒リスクが高まっていると判断した場合は、速やかに定期巡回のルートを見直し、必要な時間帯への訪問設定を行っています。あらかじめ定められた枠組みに利用者等を当てはめるのではなく、利用者の生活リズムや日々の変化にサービスを合わせることで、重度化を未然に防ぐリスク管理を徹底しています。	柔軟に対応いただいていることが確認できました。
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	○			日々の24時間巡回・随時対応を通じて得た細かな変化を、全スタッフでリアルタイムに共有しています。状態変化が生じた場合は再アセスメント実施、援助内容を見直し、常に最新のニーズに沿った計画運用を実践しています。	引き続きお願いします。
(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	○			連携先の看護職がアセスメントした医療的リスクに基づき、介護職が日々の細やかな生活支援を行うという明確な役割分担を実践しています。ICTを活用したリアルタイムな情報共有により、待望見られる場合に看護職が判断・指示する体制が整っており、多職種連携による質の高いケアを実現しています。	引き続きお願いします。
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	○			看護職が身体状況に応じた介助手法を介護職へ指導し、全スタッフで統一したケアを実践。専門的な視点を共有することで、重度化防止と自立支援を両立しています。	引き続きお願いします。
(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	○			契約時に、24時間の柔軟な対応が「在宅生活の継続」と「自立支援」に直結することを丁寧に説明しています。アセスメントに基づいた最適な訪問スケジュールであることを理解いただくことで、サービス趣旨に沿った互いの目標共有を図っています。	引き続きお願いします。
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、共通の認識を醸成するための努力がされている	○			アセスメントに基づく目標と支援内容を分かりやすく説明し、利用者・家族計と共通の認識を持つことで、前向きな在宅生活の継続を支援しています。	引き続きわかりやすい説明に努めてください。
	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	○			日々の巡回や随時訪問で把握した心身の変化を、電話や連絡帳、ICTツールを用いて速やかに家族へ共有しています。急なサービス内容の変更時、事後報告に留めず丁寧な相談と説明を行うことで、高い信頼関係と安心感の構築に努めています。	ケア内容が家族へも速やかに共有される取り組みは安心できます。
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	○			ICTツールや電話を活用し、日々の細かな状況変化を速やかにケアマネジャーへ共有。状態変化に伴う回数変更や時間調整が必要な際は、都度迅速に提案相談を行うことで、ケアプランと実情が乖離しない共同の意思決定体制を維持しています。	引き続きお願いします。
	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	○			本人の意向や心身状況の変化に合わせて、地域内の多様な資源を活用したプランの変更を適宜提案しています。既存のサービス枠にとらわれず、目標達成のために真に必要な支援内容をケアマネジャーと共に追求し、実現に努めています。	あともう少しと感じられた点はどんなところが事業所内で共有できていますか？共有をお願いします。
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	○			会議において、24時間の関わりの中で把握した本人の活動状況や意向の変化を具体的に報告。目標の進捗状況を共に共有し、チーム一体となった効果的なケアの推進に努めています。	引き続きお願いします。

(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的管理への貢献									
利用者の在宅生活の継続に必要なとなる、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なとなる、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)	○				保険内サービスに留めず、民間サービスや近隣住民による協力等の活用について、ケアマネジャーや他職種を交えて積極的に検討しています。	とても良いと考えます。関係者と連携し、検討を行っていただきます。	
	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)	○				終末期の利用者に対し、主治医や訪問看護と連携し、24時間の随時対応体制を最大限に活用。急変時の対応方針を事前に共有し、最期まで住み慣れた自宅で穏やかに過ごせるよう、多職種で連携して支援しています。	引き続きお願いします。	
	27	地域における利用者の在宅生活の継続に必要なとなる、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)		○			緊急時の連絡フローや、ICTを活用したリアルタイムな情報共有ルールの統一をしています。	あともう少しと感じられた点はどこなところか事業所内で共有できていますか？共有をお願いします。	
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									
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	○				会議終了後、速やかに議事録の要旨を作成し、事業所内にて閲覧可能なファイル保管として情報公開しています。	HPでも確認することができました。	
	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		○			地域包括支援センターやケアマネジャーへの定期的な訪問時にサービスの具体的な活用事例(成功体験)を発信することで、24時間対応の安心感と在宅生活継続への効果について、地域全体の理解促進に努めています。	具体的な活用事例を共有いただけるのは良いと考えます。引き続き幅広く周知をお願いします。	
(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			○		MCSを通じた安否確認の効率化を図り、専門職がMCSを介して繋がることで、24時間365日の見守り体制を構築する方向と理解しています。	区の介護保険事業計画につきましては、詳しくは「綾島区高齢者保健福祉計画介護保険事業計画第9期 令和6～8年」をご参考ください。また、MCSとは別に「ICT」の活用が様々な項目で挙げられていますが、事業所では具体的にどのようなICTを導入され、その結果として職員の負担軽減などにどのような効果が出ているのでしょうか。	
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		○			SOMPOケア光が丘とサテライト拠点のネットワークを駆使し、光が丘の住宅街や団地、一軒家に住むすべての方々を支える『面』のサポートを追求しています。	引き続きお願いします。	
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)		○			独居高齢者の孤立防止に向けたインフォーマルサービスの活用提案や、ICTによる見守りネットワークの効率化など、介護・看護の観点から、『住み続けられる光が丘』のための具体的な改善策を提案・実行し続けています。	引き続きお願いします。	
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			○		訪問看護との密な連携により、皮膚状態の変化など早期に発見できる体制を構築しています。医療的ケアが必要な利用者様においても、計画に基づいた定時巡回による観察と適切なケア介入により、状態悪化を防ぎ、再入院することなく住み慣れた自宅での継続した生活目標を達成できています。	引き続きお願いします。	
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			○		ケアコール端末の設置、1日複数回の定時巡回による「声かけ」と「安否確認」が、利用者様にとって大きな安心材料となっています。日々のわずかな体調変化を見逃さず、迅速に主治医やケアマネジャーへ報告・相談を行うことで、利用者様・ご家族双方にとって「在宅での限界点」を押し上げる安心感へ繋がっていると、感謝くださっています。	定期巡回サービスの特性は利用者・家族双方に安心感をもたらせてくれると考えます。	

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
2026 年 3 月 18 日	15 : 00 ~ 16 : 00

■出席者

名前	所属	名前	所属
M 様	練馬区介護保険課事業者運営推進係	S	SOMPOケア徳丸訪問看護
N 様	ヒロ訪問看護ステーション	U	SOMPOケア光が丘
S 様	TOEI訪問看護ステーション	S	SOMPOケア光が丘
O	SOMPOケア光が丘居宅介護支援	M	SOMPOケア光が丘(平和台サテライト)
M	SOMPOケア練馬訪問看護	N	SOMPOケア光が丘(土支田サテライト)

■審議事項

次回へ持ち越し

1 開会のあいさつ・本会議の目的	☐
2 参加者のご紹介	☐
3 SOMPOケア光が丘(平和台サテライト・土支田サテライト含)事業所概要・運営状況報告	☐
4 事例発表(2事例)	☐
5 外部評価・要望・助言	☐
6 閉会のあいさつ	☐

■記録

1) 開会のあいさつ・介護医療連携推進会議の目的について

本日はお忙しい中、当事業所の介護医療連携推進会議にご参加いただき、大変にありがとうございます。

日頃よりご指導くださっている練馬区介護保険課様、専門的な視点で支えてくださる訪問看護事業所の皆様、そして日々のケアを共にする自社居宅のケアマネジャー、スタッフが、こうして顔を合わせることができ、大変心強く感謝でいっぱいです。

私たちの提供する『定期巡回サービス』は、ご利用者が住み慣れた光が丘の自宅で、24時間365日安心して自分らしく暮らしていただくための、大切な役割を担っていると日々感じております。単独で完結するものではなく、皆様との密な連携があって初めて成り立つものです。本会議は、私たちの運営状況を透明性を持ってご報告し、皆様の専門的な知見から客観的なご評価をいただくことで、サービスの質を維持・向上させることを目的としております。

本日は、現場での具体的な取り組みについても共有させていただきます。ぜひ、それぞれの立場から忌憚のないご意見やアドバイスをいただければ幸いです。

皆様からいただいたお声を、これからのサービス向上にしっかりと活かしていきたいと考えております。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

2) 参加者のご紹介

一人ずつ、自己紹介行う

3) SOMPOケア光が丘事業所(平和台・土支田サテライト含む)概要

- ・職員数：正社員 30名、非常勤 21名 合計 51名
- ・利用者数：定期巡回 55名、訪問介護 76名、 合計 131名
- ・それぞれの事業所特徴と訪問エリアについて

【事業所の特徴】

ご利用者さまが住み慣れたご自宅で、自分らしく「生きがい」や「充実感」を持って毎日を過ごせるよう、高い専門性と豊かな心を持って寄り添います。

ご家族さまの意向も大切に、丁寧な提案と迅速なサービス提供を徹底し、光が丘エリアにおいて、医療と介護の架け橋となり、在宅生活の限界値を高めていくことを目指しています。

単なる安否確認に留まらず、短時間の介入を1日複数回重ねることで、ご本人の生活リズムを整え、結果として心身機能の維持と、ご家族の介護負担軽減による在宅継続を実現しています。

「困ったときはSOMPOケア光が丘がある」と信頼していただけるよう、日々精進してまいります。

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。

4) 事例紹介(2事例)

【事例1】左大腿骨頸部骨折後の援助追加に伴う事例

・質疑応答

(N様より) 週間計画の内容から要介護5相当に感じるが、現場感覚ではどうですか？

→(M) 1ヶ月前から週間計画内容に変更になり、実際要介護5相当の介助量かなとは感じています。

(N様より) 食事摂取量低下あるということですが、何かハイカロリーゼリーののようなものはどうですか？食事量減って体力低下から姿勢保持が難しくなることもあると思う。

→(M) 魚料理などは口腔内に残りがちなので、ソフト食提案しています。ご家族様来訪時にハイカロリーゼリーなどのおやつを提供してもらうこともいいのかもと感じました。参考にさせていただきます。

【事例2】総胆管結石除去後の訪問介護から定期巡回移行ケース

・質疑応答

(M様より) 透析されていると水分制限があると思いますが、エンシュアやウィダーインゼリーは栄養としてカウントしているのでしょうか。

→(S) 水分制限1日500mlとの指示が出ています。その中で摂取できてもほんの僅かで500mlには届く摂取量ではないので、体調見て促しています。

(M様より) 透析通院で5日分や7日分の処方で服薬内容が頻回に変更になるということですが、薬の変更内容はなんですか？

→(S) 血圧の薬や痛み止め薬が変わりやすく、透析から帰宅時のカバン内を必ず確認。薬情報確認して都度連携訪問と連絡取り対応させて頂いています。

→(M) ある程度一定期間薬内容変更なく評価していきたいと思うのが医療者からすると本音だけど、頻回の変更にも対応していて素晴らしいなと感じました。

5) 外部評価・要望・助言

外部評価コメントへの回答

■項目1、項目23、項目27、項目30の外部評価コメントに対して回答説明行う。

・項目1) 事業所理念である「住み慣れた地域で、その方らしく最期まで」との「見える化」をホームページ上や議事録内、またケアマネージャー様へ配布するパンフレットに載せて、地域に根ざす。また今回、自己評価に書いた「在宅生活の限界点を高める」ことにケア連携して取り組んでいるので、SOMPOケア光が丘としてのアピールポイントとして発信していきたい。

・項目23) ご本人が遠慮して口に出さない『本当はこうしたい』という潜在的な意向を、日々の短い定期巡回の中で十分に引き出しされているかについては、まだスタッフ間でスキルの差がある。職員からの「もっとこうしたい」という意見を聞いていく。

・項目27) 緊急度が判断できる「簡潔で的確な記録」の書き方について、伝えたい情報量が多いと内容が埋もれてしまうことがあり、【緊急】【重要】【共有】ラベルを冒頭につける等した情報共有のルール統一で質を高めていくようにしたい。

・項目30) 具体的には、介護ソフト「ケアウイング」とビジネスチャット「LINE WORKS」を導入しています。ケアウイングにより、現場での即時入力・情報参照が可能となっています。また、LINE WORKSでは更に写真添付によりその場での状況確認ができ、職員の心理的負担が大幅に軽減されています。これらの効率化で得られた時間を、利用者様との対話や、より細やかな体調変化の観察に充てることで、ケアの質の向上に繋げています。

参加者から特にご意見無し。

6) 閉会のあいさつ

本日はお忙しい中お集まりいただきありがとうございました。次回は2026年9月に予定しております。8月にはご案内をお送りさせていただきますので、またご参加いただけると幸いです。