

令和2年度2月度 SOMPOケア 中村橋

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ケア中村橋
- 日時 令和2年2月20日 木曜日 10:30 ~11:30
- 場所
- 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

■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 ごあいさつ	西	0:05	10:30	10:35	
2	介護・医療連携推進会議の参加者のご紹介		0:05	10:35	10:40	
3	SOMPOケアサービス会社概要について	江口	0:10	10:40	10:50	
4	SOMPOケア中村橋事業所概要について		0:05	10:50	10:55	
5	サービス提供状況報告		0:05	10:55	11:00	
6	定期巡回事例紹介 (事例)	後藤	0:15	11:00	11:15	
7	サービスへの評価・要望・ご意見など	各参加者より	0:05	11:15	11:20	
8	協議会メンバーからのご連絡	各参加者より	0:05	11:20	11:25	
9	アンケート記入		0:05	11:30	11:30	

■議事進行 : 管理者 西

■議事録 : 事務 榎本



Innovation for Wellbeing

SOMPOケア

介護・医療連携推進会議_23 回目

開催日 2020/2/20 時間 10:30 ~ 11:30

定期巡回事業所名 SOMPOケア中村橋

	所属機関	役職等	出席者お名前
1	地域包括支援センター	介護支援専門員	前川 りつ子様
2	練馬区介護保険課	事業者指導係	渡辺 様
3	地域事業者 デイサービス スマイル大学	管理者	丸山 貴史 様
4	地域事業者 ピースフル訪問看護ステーション	管理者(看護師)	諸藤 崇 様
5	地域住民代表 向山・貫井民生委員	民生委員	石井 知子 様
6			
7			
8	SOMPOケア株式会社	北東京第2事業部 上席管理者	江口 里絵
9	SOMPOケア株式会社	中村橋定期巡回管理者	西 さなえ
10	SOMPOケア株式会社	中村橋定期巡回サ責	後藤 由紀
11	SOMPOケア株式会社	事務員	榎本 弘子
12			
13			
14			

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ケア中村橋	
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 訪問看護事業 居宅介護支援事業	
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	24名
非常勤	18名
合計	42名
⑤利用者状況(人) 令和2年 2月1日現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	31名
訪問介護事業	42名
居宅介護支援事業	184名
訪問看護事業	161名
夜間対応型訪問介護事業	157名
合計	575名
⑥事業所の特徴	
ADL低下や介護度が上がり、さらに多くの介護が必要になっても、自宅での生活継続をご希望の方へは、定額で安心の定期巡回随時対応サービスをお勧めします。 また、居宅を中心に、ワンストップで、訪問介護・訪問看護・定期巡回・夜間訪問・有料老人ホームと、1人ひとりに合わせた、多様なサービスの提案・提供を行い、住み慣れた街で暮らし続けたい！という思いをサポートしています。 訪問エリアは別紙にてご確認ください。	

利用者実績 期間：令和元年8月～令和2年1月

1. 利用者数推移

		8月	9月	10月	11月	12月	1月	期間計	備考
月別利用者数（延べ）		28名	26名	25名	28名	28名	27名	27名	
推移	新規サービス開始数	0名	0名	3名	1名	1名	4名	2名	
	サービス終了者数	2名	1名	0名	1名	2名	1名	1名	
内訳	介護看護利用者数	18名	18名	18名	19名	18名	17名	18名	
	介護のみ利用者数	9名	8名	8名	10名	9名	10名	9名	
平均介護度		3.18	3.04	3.08	2.93	3.00	3.00	3.04	

2. サービス提供回数

(単位：回)

		8月	9月	10月	11月	12月	1月	累計	備考
日中	a.定期巡回回数	1,829	2,142	1,986	2,015	2,075	2,252	12,299	
	b.随時対応回数	40	48	58	44	60	101	351	
	c.随時訪問回数	35	34	42	33	28	32	204	
	対応率(c/b)	87.5%	70.8%	72.4%	75.0%	46.7%	31.7%	58.1%	
夜間	d.定期巡回回数	463	507	563	563	563	479	3,138	
	e.随時対応回数	29	24	21	28	34	59	195	
	f.随時訪問回数	21	20	16	17	15	26	115	
	対応率(f/e)	72.4%	83.3%	76.2%	60.7%	44.1%	44.1%	59.0%	

*参考値：全国実態＝日中24.5%、夜間＝44.0%、全体＝24.5%（厚生労働省アンケート結果）

3. 介護度別分布

(1人当たり平均訪問回数/日)

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	平均	全国値	対全国値
要介護1	2.6	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.6	2.0	180.0%
要介護2	0.8	0.8	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	2.5	48.0%
要介護3	2.9	4.1	4.1	4.1	4.1	3.8	4.6	2.7	170.4%
要介護4	4.5	4.5	4.5	4.5	4.3	3.7	5.2	2.7	192.6%
要介護5	3.2	3.3	2.4	2.3	2.7	2.4	3.3	3.1	106.5%
							3.6	2.6	138.5%

SOMPOケア中村橋 訪問エリア



< 練馬区 >

①訪問介護のみ利用した場合

要介護度	基本単位数	月額利用料金		
		利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担
要介護1	5,680	¥6,475	¥12,950	¥19,426
要介護2	10,138	¥11,557	¥23,115	¥34,672
要介護3	16,833	¥19,190	¥38,379	¥57,569
要介護4	21,293	¥24,274	¥48,548	¥72,822
要介護5	25,752	¥29,357	¥58,715	¥88,072

②訪問看護を利用した場合

要介護度	基本単位数	月額利用料金		
		利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担
要介護1	2,945	¥3,357	¥6,714	¥10,071
要介護2	2,945	¥3,357	¥6,714	¥10,071
要介護3	2,945	¥3,357	¥6,714	¥10,071
要介護4	2,945	¥3,357	¥6,714	¥10,071
要介護5	3,745	¥4,269	¥8,538	¥12,807

③減算（通所系サービス利用時/1日）

要介護度	基本単位数	月額利用料金		
		利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担
要介護1	62	¥71	¥142	¥213
要介護2	111	¥127	¥254	¥381
要介護3	184	¥210	¥420	¥630
要介護4	233	¥266	¥532	¥798
要介護5	281	¥320	¥640	¥960

④その他

- ◇介護職員処遇改善加算Ⅰ 【A(利用者総単位数×13.7%×11.4) - 【A×0.9】
- ◇介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 【A(利用者総単位数×6.3%×11.4) - 【A×0.9】
- ◇初期加算（1日30単位（34円）30日分算定）
- ◇サービス提供体制加算Ⅰ（500単位（553円））
- ◇総合マネジメント体制強化加算（1000単位（1105円））

事業所名: SOMPOケア中村橋

独居で確認のみのご利用(服薬・安否)(訪問介護から定期巡回に切り替えたケース)

事例①

90歳 要介護 1 (生活自立度 : 認知症自立度)

長年一人で生活されている。自分で何でもやりたいとお気持ちが強く、人の手は借りたくないと言っていた。認知症状もあり、自己にて体調管理や食事管理が困難である為、声掛けや促しが必要であるとCMより相談あり。元々訪問介護にて週2回サービススタートするもヘルパーが訪問しない日は食事や服薬が出来ていない状況があり、途中から定期巡回に切り替え、現在もサービス継続中である。

主な疾患	生活状況	独居	身体状況
心筋梗塞 坐骨神経痛(右膝・腰)	近くに身寄りがなく、一人で生活されている。 (福島出身・・姪御様など親戚は福島にいる)		ADLは自立されている。 心筋梗塞を3度繰り返しており現在も服薬加療中である。

看護連携	看護助言
バイタルチェック 全身状態の観察・相談 モニタリング・ヘルパーへの援助の助言など。	室内段差があり転倒リスクが高い為、訪問時環境整備行う。

介護目標
①適切な服薬が行え、心筋梗塞の再発予防ができ、体調の安定が図れる。 ②食事・水分の摂取状況確認を行い、出来ていない場合は支援を行い、安心して生活する事が出来る。 ③体調不良時や緊急時に訪問する事で、不安なく在宅での生活を送る事が出来る。

週間計画①	サービス計画 R1年9月～						
	看護サービス 無						
	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
6:00							
12:00							
18:00							
22:00							

ポイント
<p>■定期巡回サービス ・16:00~16:20</p> <p>サービス開始当初は1日に2回(朝・夕)訪問していた。</p> <p>■ケア内容 安否確認、服薬介助、夕食の摂取有無確認、必要時夕飯の買い物</p> <p>■24時間 緊急コールによる随時対応・随時訪問 ・有り</p> <p>■訪問看護 バイタルチェック・モニタリング 全身状態の観察・相談</p>

事例

支援経過

R2 年 2 月現在

【R1年9月】

訪問介護にてサービス開始。
服薬の飲み忘れや過剰摂取、食事や水分補給もきちんとして行っているか不明な為、週2回訪問し確認を行っていた。
自立心が強く、人の手を借りる事に抵抗がある方の為、ヘルパーが訪問する事に拒否がみられていた。

【R1年12月】

訪問介護にてサービス介入していたが週2回の声掛けだけでは薬の飲み忘れが多く、食事も食べていると仰るも体重減少もみられていた。その為毎日定期的に訪問し声掛けや確認が必要との医師の所見もあり、定期巡回に切り替え1日に2回（朝・夕）の訪問でサービス継続することとなる。

その後の様子としては、朝に訪問しても自宅にいないことが多く、自宅付近を探したり時間をずらし再訪問し安否確認を行うような状況が続いていた。
デイサービスもご利用されていたが、デイが朝迎えに行っても自宅にいない為殆ど行けていない状態だった。
ヘルパーが毎日訪問することもストレスになっているようで、もう来ないでくれと声を荒げて拒否する様子も一時みられていた。このままではご本人様の為にも良くない為、CMに状況を報告。訪問回数を減らす、時間を変更するなどの対応をとることとなる。

【R2年1月】

訪問回数を1日1回、16時頃の訪問に変更。デイサービスも一旦中止となる。
この時間だと自宅にいないことも殆ど無く、安否確認は行えている。
食事もお弁当等買ってこられ、食べている。
毎日訪問しても拒否はあまりみられず、落ち着いてきている。

【R2年2月現在】

今月に入り、再び誰かが毎日訪問することにに対し抵抗を示されるようになる。
もう来ないでくれ、と仰られていてストレスになっている様子。
自宅にも入れていただけない日もあった。
現在もサービス継続中だが、日によって拒否もつよく、今後どのようにしていくのが本人にとってよいのか、検討中である。

導入後の効果

定期的に訪問する事で、薬の飲み忘れはかなり減り、過剰摂取はなくなった。
他人とコミュニケーションが取れる事で、孤独感が軽減されている。

本人・家族の様子

導入時

導入後

毎日誰かが訪問することに抵抗が強い様子だった。
心配されるのは有難いが毎日誰かがくることが干渉されているようで、好きじゃないと仰られていた。

服薬、食事の確認は出来ている為体調面は落ち着いている。
もともと人と関わるのはお好きなようなので、色々な人とお話しが出来るのは楽しい様子。

今後の課題

色々な人の訪問が増えたことで、ストレスを感じている様子。
今後どのような対応がご本人にとって良いのか、検討していく必要がある。

事業所名: SOMPOケア中村橋

最期まで自宅で過ごしたいと希望された方(訪問介護から定期巡回に切り替えたケース)

事例②

70歳 要介護 3 (生活自立度 C1 : 認知症自立度)

癌の闘病をしながら一人で生活されていた。容態が悪化したことで一人で身の回りの事が出来なくなってしまった為
訪問介護を利用し掃除や買い物といった支援を受けられていた。
今年に入り状態がさらに悪化したことにより、1日に数回、定期的に訪問し状態の観察、排泄介助等が必要になった為
R1.1より定期巡回に切り替えサービスを受けられていた。

主な疾患	生活状況	独居	身体状況
腹膜癌 大腸癌	家族がいるが、疎遠であり連絡を取っていない。従弟がいるが宮崎在住の為滅多に来ることが出来ない。 長年一人で生活をされている。		現在ベッドで終日過ごされており、寝たきり状態。意思疎通は可能。

看護連携	看護助言
バイタルチェック 状態の観察、相談 服薬管理・介助 排泄介助	急変がいつ起こってもおかしくない状態である。 仙骨部・両踵部に褥瘡がある為オムツ交換時や体交時に皮膚状態の観察を行いながらケアを行う。 今後癌の進行による全身痛が増強していく可能性ある為痛みの訴えが無いが訪問時に状態観察行う。 (必要時鎮痛剤・麻薬を服用していただく)

介護目標
①定期的にオムツ交換を行い保清を保ち、皮膚トラブルや褥瘡の悪化を軽減・防止が出来る。 ②水分補給やゼリー摂取を促し、脱水の予防に努める。 ③コール時に訪問し、看護と連携する事で安心して生活できる。

週間計画① サービス計画 R1年9月～

看護サービス 有(金曜以外の11時から)

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
6:00							
12:00	看護	看護	看護	看護		看護	看護
18:00							
22:00							

ポイント

- 定期巡回サービス:
 - ・10:20~10:50(金)
 - ・14:00~14:30
 - ・20:00~20:30
 ※金曜以外の朝は訪問看護対応
- ケア内容
おむつ交換、水分補給、服薬介助、洗濯
必要時更衣介助、買い物
- 緊急コールによる随時対応、随時訪問
・有り
- 訪問看護
バイタルチェック
モニタリング・アセスメント
排泄介助
服薬管理・介助

事例

支援経過 R2 年 2 月現在

【R1年9月】

利用開始時は訪問介護をご利用されていた。
 デイサービスに週に1回行かれ入浴もされているが、体力的にも行かない日もでてきており
 訪問介護にて清拭と足浴、掃除や洗濯などの生活援助を週に2回サービスに入り行っていた。

【R1年11月】

認定更新の結果12月より要介護2→3になる。容態が全体的に悪化傾向にあり、服薬管理にも支障が
 出ている為、医師の指示により医療で訪問看護介入となる。
 また、入浴や掃除など日常生活にもかなり支障がある為、訪問介護の回数も増回となる。週に3回。

【R1年12月】

容態が悪く、デイサービスには行けなくなってしまった為訪問入浴に変更。
 訪問看護が毎日介入する事になった為、訪問介護は週2回に変更。
 また、夜間帯も心配がある為夜間対応型訪問介護も導入となる。

【R2年1月】

状態がさらに悪化しご自身で動くことも出来なくなり、排便も出続けるような状態となった。
 本人様の常時不安を軽減できるように、一日に数回の訪問が必要との医師からの指示もあり。また、訪問看護だけでは
 身体介護も不十分となり、定期巡回へサービスを切り替えることとなる。

※毎日14時頃と20時頃に訪問。金曜のみ朝に看護が入らない為、10時頃に訪問。
 癌による疼痛もひどくなっており、ロキソニンを1日3回飲んでもらい様子をみてたが、直ぐにオキノーム使用となり、その
 後オプソ使用にて疼痛緩和が図れるようになった。

夜間訪問介護導入後より、緊急コールも押されるようになり、定期巡回に切り替えた頃にはコール頻回となり、やはりお一人
 である為寂しさや不安もある様子であった。会話も出来ていた為必要時は訪問し、対応していた。
 徐々に状態も悪化、水分も殆どとれないような状態だったが、訪問する時折笑顔もみられ安心されているような様子がみら
 れていました。

2月に入り、日に日に状態が悪化していき、最期はご自宅にて、ご逝去されています。

導入後の効果

定期的な訪問することで、些細な状態の変化にも気づくことが出来、状態の安定に繋がった。
 他人とコミュニケーションが取れる事で孤独感も軽減され、不安感も減らす事が出来た。
 コール機があることでいつでも繋がる事が本人にとっての安心に繋がった。

本人・家族の様子	導入時	導入後
	自分で何でもしていたこともあり、他人にしてもらうのが 申し訳ないとお気持ちが強いようだった。	定期的な訪問することで、状態の変化にも素早く気付 け 看護と連携することで、本人の状態悪化防止に努める 事が出来た。 複数回訪問する事が安心に繋がり、ヘルパーとの信頼 関係ができた。

*ご希望通り、最後はご自宅で最期を迎えることができた。

SOMPOケア中村橋 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
2020 年 2 月 20 日	10:30 ~ 11:30

■出席者

名前	所属	名前	所属
前川 りつ子 様	練馬区役所地域包括支援センター	江口 里絵	東京第2事業所第3エリア上席管理者
渡辺 様	練馬区介護保険課事業者指導係	西 さなえ	定期巡回管理者
丸山 貴史 様	デイサービス スマイル大学	後藤 由紀	定期巡回計画作成責任者
諸藤 崇 様	ピースフル訪問看護ステーション		
石井 知子 様	向山・貴井民生委員		
		櫻本 弘子	事務職員

■審議事項

1	開会の挨拶
2	介護・医療連携推進会議参加者のご紹介
3	SOMPOケアサービスの会社概要について
4	SOMPOケア中村橋事業所概要
5	サービス提供状況の報告
6	定期巡回事例紹介 (事例)
7	サービスへの評価・要望・助言
8	協議会メンバーからのご連絡
9	アンケート記入

■記録

1. 開会のあいさつ (西 管理者)

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。
私、SOMPOケア中村橋の定期巡回管理者の西と、エリア統括上席管理者の江口及び定期巡回計画作成責任者の後藤の3人で推進会議を進めて行きたいと思えます。
宜しくお願いします。
はじめに資料の確認をさせていただきます。

2. 出席皆様の自己紹介。(上記出席者参照)

*本題に入ります。

推進会議は、半年に一度開催しております。
前回は、8月に開催しておりますので、本年度2月本日開催させていただきます。
介護・医療連携推進会議の目的としまして、地域密着型サービスの事業者が、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をすることによりサービスの質の向上を目的としております。

1. 介護・医療推進会議とは

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

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出来るサービスです。

2. 出席皆様の自己紹介。 (上記出席者参照)

3. SOMPOケアサービスの会社概要について (上席管理者 江口)

年度末のお忙しい中、皆様ご参加いただきましてありがとうございます。

私の方から、会社概要等の説明を簡単にご説明させて頂きたいと思えます。

SOMPOケアの行動指針としまして、大きく分けて5つあります。

1. 「できること」に着目して自立を支援し、個別ケアを通してQOLの向上を目指します。

2. 「おいしく食べる」という、生きていく中で食べる事を楽しみに持って「元気を生む」を支援します。

3. 「ありがとう」の思いを大切に、介護を行ける方、介護を支援する職員にとっても仲間とチームワークを築き、信頼で結ばれた関係づくりに努めます。

4. 地域とのかかわりを深め、ご利用者さまの地域での暮らしを支えると共に、皆様と一緒にケアに必要な方々を見守りそして支えて行ける様システムを作っていきたいと思えます。

5. 法令と社内ルールを守り、誠実さをもってご利用者さま・ご家族さま・社会と信頼を築きます。

当社は、2018年7月1日にSOMPOケアとして、合併させて頂きました。

現在、
・介護付き有料老人ホーム 300棟
・サービス付き高齢者住宅 132棟
・定期巡回を含めての在宅 635棟

同年の10月には、認知症サポートプログラムを開始いたしました。

食に対してはSOMPOケアフーズと言った形で、栄養士とか食に対して栄養バランス等も考えて実施しております。

去年の2月に「Future Care Lab」を開催させて頂いております。

現場からくご利用者様のお声、職員さんが聞き取ってこられた声等をセンターへ

持って行き、自助具などの作成をさせて頂くシステムを作らせて頂いております。

今後、私たちは自らの仕事に誇りを持ちながら、地域連携を行い皆様の支えを頂きながら行っていければと思っております。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスのご説明させて頂きます。

定期巡回は、訪問介護と違い1回何単位ではなく、一括報酬と言う形になります。

実際に在宅で、要介護5で寝たきりの方が、自宅で生活を続ける為には自己負担分がオーバーしてしまい調整が難しかったり、家族介護の負担が大きくなっては難しいと言った現状があります。

有料老人ホームに入ってしまうと、ずっと通っていたデイサービスに通えなかったり、通う事が出来ても全額自己負担になってしまったりします。

何よりも自宅で生活を続けることが、ご利用者様にとっての一番の生きがいであったりご家族様にとっても最後まで一緒に居たいと言った思いを叶える為に必要なサービスではないかと考えてます。

定期巡回であってもデイサービスに通えますし、福祉用具などの利用も出来ます。

ケアマネさんと相談しながらショートステイ等とも組み合わせて行っている方もたくさんあります。

それと訪問看護「有・無」と言う形もありますし、自社の中にも中村橋訪問看護も有りますが、連携型と言う事で、定期巡回は様々な訪問看護さんと連携して頂きながら、皆さんの協力を頂きながら、実施させて頂いております。

ちょっとした事で呼んでしまうとお金が掛かるのではないが、家族が頑張れば何とか回るのではないかと、無理をしがちな所であったり、緊急時の時もしようかとと言った迷いが出てきてしまう中で、緊急時通報と言うものを置かせて頂く事で、アドバイスを頂いたり、必要時には訪問して頂けると言った安心感やご本人のご負担ご家族様にとっての軽減につながるようになっております。

定期巡回を実際に地域に根差して密着して進めて行ければと思っておりますので、今後とも皆様のご協力等を宜しくお願い致します。

4. SOMPOケア中村橋事業所概要

①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
居宅介護支援事業
訪問看護事業
夜間対応型訪問介護事業

②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、電話等の対応は出来るようになっていきます。

③全事業職員数(人)

正社員	24人
非常勤	18人
合計	42人

④利用者状況(人) 令和2年 2月1日現在

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	31人
訪問介護事業	42人
居宅介護支援事業	184人
訪問看護事業	161人
夜間対応型訪問介護事業	157人
合計	575人

⑤事業所の特徴

ADL低下や介護度が上がり、さらに多くの介護が必要になっても、自宅での生活継続をご希望の方へは、定額で安心の定期巡回訪問介護看護サービスをお勧めします。

また、居宅を中心にワンストップで訪問介護・訪問看護・定期巡回・夜間対応型訪問介護・有料老人ホームと、1人ひとりに合わせた多様なサービスの提案・提供を行い、住み慣れた街で暮らし続けたい！という思いをサポートしています。

それと中村橋事業所の訪問エリアも別紙にて確認して下さい。

5. サービス提供状況の報告（平成31年3月～令和元年7月）

利用者数推移	8月	9月	10月	11月	12月	1月	期間計	備考
	28名	26名	25名	28名	28名	27名	27名	
新規サービス開始数	0名	0名	3名	1名	4名	2名	2名	
サービス終了者数	2名	1名	0名	1名	2名	1名	1名	
介護看護利用者数	18名	18名	18名	19名	18名	17名	18名	
介護のみ利用者数	9名	8名	8名	10名	9名	10名	9名	
平均介護度	3.18	3.04	3.08	2.93	3	3	3.04	

サービス提供回数 (単位:回)

		8月	9月	10月	11月	12月	1月	累計	備考
a. 定期巡回回数	日中	1,829	2,142	1,986	2,015	2,075	2,252	12,299	
b. 随時対応回数		40	48	58	44	60	101	351	
c. 随時訪問回数		35	34	42	33	28	32	204	
b)		87.5%	70.8%	72.4%	75.0%	46.7%	31.7%	58.1%	
d. 定期巡回回数	夜間	463	507	563	563	563	479	3138	
e. 随時対応回数		29	24	21	28	34	59	195	
f. 随時訪問回数		21	20	16	17	15	26	115	
対応率 (f/e)		72.4%	83.3%	76.2%	60.7%	44.1%	44.1%	59.0%	

※参考値：全国実態＝日中24.5%、夜間＝44.0%、全体＝24.5%（厚生労働省アンケート結果）

介護度別分析（1人当たり平均訪問回数/日）

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	平均	全国値	対全国値
要介護1	2.6	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.6	2.0	180.0%
要介護2	0.8	0.8	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	2.5	48.0%
要介護3	2.9	4.1	4.1	4.1	4.1	3.8	4.6	2.7	170.4%
要介護4	4.5	4.5	4.5	4.5	4.3	3.7	5.2	2.7	192.6%
要介護5	3.2	3.3	2.4	2.3	2.7	2.4	3.3	3.1	106.5%
							3.6	2.6%	138.5%

6. 事例紹介（資料参照）

実際に私たちが援助に入っています方々を事例として提供させて頂いております。

7. サービスへの評価・要望・助言

〇〇：この事例で、何かご質問等聞きたい事はございませんでしょうか。

月途中でも訪問介護から定期巡回へ切替が可能なので、利用しやすいかと思えます。
この2事例目のケースで、ターミナルの方になってくると医療が深く係って来るので、最初に訪問看護の方が入っている所に、定期巡回が必要と言う事になってくると連携を取らなくては行けないので、今入っている訪問看護が医療ではなく、訪問看護で連携が取れるのかと言う事からの契約になって来るので、確認と調整に時間が掛ってしまう事があります。ただそういう所は、医療が入っているんで、別で連携を取れる看護さんを見つければ問題はありません。

〇〇様：この事例とは別で、介護だけを使っているケースがあると思うのですが、その場合看護師がアセスメントと言う形で入ります。

定期巡回と連携する看護師が入って、身体の状態、医療的は所をアセスメントをしてそれを基に、ヘルパーさんに情報を伝えて、頭に入れて頂き訪問を行う。
看護師を付けない場合もあります。メリットとしては看護師が、月1回アセスメントをしてその中で、ちょっとしたアドバイスを基に定期巡回を受ける事が出来ます。

〇〇： まだまだ、使い方を知らないケアマネさんが沢山いらっしゃいます。

名前は聞いていて、何度でも入れると言う事は知っているけど、実際使うとなるとどのようにケアプランを立てればいいのか、提供票を一から教えて下さいと言う方が

多くて、今後の課題としてもっと身近に使うて頂ければと思います。

今、江口の方が事業連絡会でケアマネさん達に話をさせて頂いています。

〇〇： 練馬区の事連協の訪問部会に参加させて頂いて、その中で練馬区の記念集會等で定期巡回などをご説明させて頂く機会を頂いております。

定期巡回って何？と言う事が多く、その理由として定期巡回をしている事業所が少ないと言う事があります。

定期巡回のサービスもケアマネさんがどこまで計画を立てたらいいのか、

どこから訪問介護事業所に任せていいものなのか、どのサービスがどのくらい使えるのか、どうなってしまうたら逆に使えないのか、お金の部分や給付の部分、もしくはサービス内容など、全体的な迷いがあるものをご利用者様に進める事が出来ないと言う方達が、いると言う事は耳にした事があります。

在宅はいっぱい家で、施設を考え始めた時、本当は在宅にも住み続けたいんだけど訪問介護では無理なのでとお話を頂き、プランを見せて頂いた時普通の訪問介護でした。

そこで、定期巡回と言うものがございましてケアマネさんにも持ち掛けた所、体験がなくてと言う事なので、ご家族様にご説明すると定期的に訪問すると言う事は言葉ではわかるけど話を聞く事が出来て本当に良かったとご意見を頂きました。

在宅で生活を続けるの機会を作らせて頂く為にも、周知が必要になると思いますので、サービスには関係なく説明に訪問させて頂いたり、ご協力させて頂くのも可能かと思えます。お気軽にお声をかけて頂ければと思います。

〇〇様：違い事業所から定期巡回を利用すると言う事は大変な事なんですか。

〇〇： 中村橋でも他社のケアマネさんより依頼はあります。

定期巡回の作り方ってどの様にしたら良いのか分からない。

〇〇様：こんなに何年もたっけていてもそうなんですか。定期巡回が入って5・6年以上終ちますけど、まだそんな感じなんですか。

〇〇： すべてに浸透と言う事がなく、ただ以前より1年2年前よりは、依頼も多くなりましたしケアマネさんが知らない事がいけない訳ではなく、私どもの伝え方等が、まだまだ不足している所が有ると思えます。

どうしたら解ってもらえる。どうしたら理解しやすいものになるのかと検討している所なので、皆様にも意見を頂けたらと思えます。

〇〇様：区の広報誌に載っていたので、いつから実施されるのか待っていた方なんです。

だから区より情報を得たので、逆に利用したいとお願ひしました。

本当に助かるサービスで、介護訪問サービスだけでは足らなくなるんです。

枠から外れると自費サービスになりすごく金額も上がってしまい、先々大変だと考えていて、このようなサービスが出来たと言う事で最初に飛びつきました。

それによってサービスの金額も減額され助かりました。

良いサービスなのになんで普及しないのかと思っています。

エリアも中村橋の周辺で集約されている感じですね。

〇〇： 前と変わらないと思えます。少しは縮小されているかもしれません。

〇〇様：全然サービスの入らない地域もあると言う事ですか。

〇〇： 使いづらい所もあると思えます。

〇〇様：偶々中村橋に出来たので、本当にラッキーでした。

〇〇： 実際の所、中村橋のエリアを縮小したわけではなく、江古田とか少し遠い所になってしまうと緊急時の対応の中で、お客様とご契約させて頂く上で出来るだけ緊急時対応を行わせて頂きたいと思うのですが、希望や目標だけでは現実的に叶わないと言った所もありますので、実際に何分以内に伺えると言った時、信号とか車の状況とも含めて分析させて頂いた中でのエリアと言った形で括らせて頂いております。

実際にどんどん広げたいと言う思いはあるのですが、緊急時の対応や定期的に入る場合もケアをして行くと言う意味でもエリアの方はしっかりと確保させて頂きたいと思えます。

〇〇様：事例を見て思う事は、一人でお住まいの方が多いのかなと思えます。デイサービスでも中には朝の送りのヘルパーさんが入っていて、迎えのヘルパーさんが入ってお薬の管理は難しいので訪問看護さんが入って、デイサービスに週4・5となると単位的にはオーバーしてします。なので、自費負担でヘルパーさんを入れたり、それが難しい時はデイの職員が

自宅の中に入ってお薬使うので持って行くと言う方も結構いらっしゃいます。
サービスを使った時に減るのかなと思いました。
事業所の負担にも軽減にもつながるかと思います。メリットがすごく大きいサービスだと感じています。

事例の1番の方の配所はすごく拒否が強く、時間を変えたりと色々やり繰りしながら時間を変えて、でも自分でやりたいがお話は好き、難しいケースを人を変えながら対応していて素晴らしいと感じました。

この事例を持ち帰ってケアマネジャーに話が出来たらと思います。

〇〇：是非よろしくお願いします。

定期巡回は柔軟な対応は出来るのですが、まだまだご本人が受け入れられない所もあって、時間がいつ来るのか分からないとか中々受け入れられないのですが、今後、ターミナルの方も在宅で最後までと言う方もどんどん増えていくと思いますので本問看護、デイサービスなども増えていくのだろうと思いますので、皆さんと連携取りながら、協力しながら、ご利用者様と共生出来るように出来たら良いなと思います。今後共、皆様定期巡回中村橋を宜しくお願い致します。

8. 協議会メンバーからのご連絡

9. 閉会の挨拶

皆様長時間に渡りありがとうございました。これもちまして終了させていただきます。

次回につきましては、半年後の8月頃になるかと思えます。

また、日程調整出来ましたらご連絡させていただきます。

本日は誠にありがとうございました。

最後にアンケート（評価表）の記入をお願い致します。

自己評価・外部評価 評価表【SOMPOケア中村橋 定期巡回】

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
		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							
1	サービスの特徴を踏まえた理念の明確化	○					A
(2) 適切な人材の育成							
2	専門技術の向上のための取り組み	○				継続して研修を行い、24時間の在宅ケアについて指導している。	A
3	管理者は、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	○				マニュアルや研修を定期的に行っており、今後も継続していく。	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	○				人員不足により最大限に発揮が困難である。	B
5	介護職・看護職間の相互理解を深めるための機会の確保	○				カンファレンス等の機会は少ないが、連携は良く取れている。	A
(3) 適切な組織体制の構築							
6	組織マネジメントの取り組み	○				利用者様の希望に添うよう配置している。	A
7	介護・医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映	○				ご意見・要望は反映させている。	A
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備							
8	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	○				留意事項伝達シートを使用し、情報共有している。	A
(5) 安全管理の徹底							
9	職員の安全管理	○				年間の定期研修の中にも入っており、繰り返し行われている。	A
10	利用者等に係る安全管理	○				個人情報の取り扱いについては周知徹底しており、コンプライアンス研修も定期的に行われている。	A
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							
11	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	○				時間帯等の考慮が行われている。	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、つき合わせ等が行われている	○				文書や相談報告を行い、つき合わせがされている。	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軸足を置いた「未来志向型」の計画の作成	○				リハとの連携はあまりとれておらず、現状維持となっている。	B
14	重度化しても医療依存度を高めないよう、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	○				医療に関しては適切に対応いただいており、状態に応じて柔軟に対応出来ている。	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							
15	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	○				他の利用者との兼ね合いもあり、時間の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。	A
16	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	○				毎月モニタリングを行い、変化の早期発見・状態報告が出来ている。	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							
17	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	○				介護・看護間の連携が図れている。	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	○			細かい指示も含め、良く指導、助言をいただいている。	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	○			需要事項説明で、契約前に説明させていただいている。	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	○			上記同様、契約時及び計画書作成時に説明させていただいている。	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	○			状況に応じては事後報告になるが、必ず説明を行っている。	A
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	○			アセスメント後に、事業所の状況を踏まえ提案させていただいている。	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	○			気付きの都度、提案している。	A
	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	○			積極的に情報発信し、共有できている。	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)	○			CMと情報共有し、提案など意見を述べている。	A
	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)	○			必要に応じて退院前カンファレンスに出席させていただいている。または電話などで情報のやり取りを行っている。	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)	○			定期巡回では往診医や在宅リハなどと情報共有がしっかりと行っており、QOLの為に協力しあっている。	A
(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	○			当社ホームページにて掲載。	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	○			事連携主催の研修の場を設けるなどの活動を行っている。	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	○			システムの理解ができており、地域との関りを深め、利用者様の地域での暮らしを支え、社会づくりの一貫を担っている。	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志向されている	○			建物の限定は無いが、訪問できる距離に限られており、ニーズに対応しきれない現状がある。	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)	○			CMへ提案し、CMから発信してもらう事が多い。	A
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	○				A
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	○			24時間料金を気にせずに、何度も利用できることで安心を提供できている。	A

自己評価・外部評価 評価表【SOMPOケア中村橋 定期巡回】

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
		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	○				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	○			継続して研修を行い、24時間の在宅ケアについて指導している。	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		○		マニュアルや研修を定期的に行っており、今後も継続していく。	A
	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		○		人員不足により最大限に発揮が困難である。	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	○			カンファレンス等の機会は少ないが、連携は良く取れている。	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、最適且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている	○			利用者様の希望に添うよう配置している。	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	○			ご意見・要望は反映させている。	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	○			留意事項伝達シートを使用し、情報共有している。	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)	○			年間の定期研修の中にも入っており、繰り返し行われている。	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ついては周知徹底しており、コンプライアンス研修も定期的に行われている。	A
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	○			時間帯等の考慮が行われている。	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	○			文書や相談報告を行い、つぎ合わせがされている。	A
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		○		リハとの連携はあまりとれておらず、現状維持となっている。	A
	14	重度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、「未来志向型」の計画の作成が志向されている	○			医療に関しては適切に対応いただけており、状態に応じて柔軟に対応出来ている。	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	○			他の利用者との兼ね合いもあり、時間のずれはあるが対応できている。	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	○			毎月モニタリングを行い、変化の早期発見・状態報告が出来る。	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	○			介護・看護間の連携が図られている。	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	○			細かい指示も含め、良く指導、助言をいただいている。	A
(4) 利用者等との情報及び意思の共有							
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	○			需要事項説明で、契約前に説明させていただいている。	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	○			上記同様、契約時及び計画書作成時に説明させていただいている。	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	○			状況に応じては事後報告になるが、必ず説明を行っている。	A
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	○			アセスメント後に、事業所の状況を踏まえ提案させていただいている。	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	○			気付きの都度、提案している。	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	○			積極的に情報発信し、共有できている。	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							
利用者の在宅生活の継続に必要なもの、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もの、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)	○			CMと情報共有し、提案など意見を述べている。	A
	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)	○			必要に応じて退院前カンファレンスに出席させていただいている。または電話などで情報のやり取りを行っている。	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もの、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の方策等について検討し、共有がされている(※任意評価項目)	○			定期面会では住み医や在宅リハなどと情報共有がしっかりと行っており、QOLの為に協力しあっている。	A
(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	○			当社ホームページにて掲載。	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広めるため、積極的な広報周知が行われている	○			事業協主催の研修の場を設けるなどの活動を行っている。	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	○			システムの理解ができており、地域との関わりを深め、利用者様の地域での暮らしを支え、社会づくりの一翼を担っている。	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志向されている	○			建物の制約は無いが、訪問できる範囲が限られており、ニーズに対応しきれっていない現状がある。	A
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、改善案の提案等	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、改善案の提案等(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)	○			CMへ提案し、CMから発信してもらおう事が多い。	A
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	○				A
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	○			24時間料金を気にせず、何處も利用できることで安心を提供できている。	A

自己評価・外部評価 評価表【SOMPOケア中村橋 定期巡回】

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
		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							
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	○					A
(2) 適切な人材の育成							
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	○				継続して研修を行い、24時間の在宅ケアについて指導している。	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		○			マニュアルや研修を定期的に行っており、今後も継続していく。	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		○			人員不足により最大限に発揮が困難である。	A
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	○				カンファレンス等の機会は少ないが、連携は良く取れている。	A
(3) 適切な組織体制の構築							
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	○				利用者様の希望に添うよう配置している。	A
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(サービスの適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	○				ご意見・要望は反映させている。	A
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備							
8	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	○				留意事項伝達シートを使用し、情報共有している。	A
(5) 安全管理の徹底							
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)	○				年間の定期研修の中にも入っており、繰り返し行われている。	A
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ついては周知徹底しており、コンプライアンス研修も定期的に行われている。	A
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							
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	○				時間帯等の考慮が行われている。	A
		○				文書や相談報告を行い、つき合わせがされている。	A
13	利用者の心身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		○			リハとの連携はあまりとれておらず、現状維持となっている。	B
		○				医療に関しては適切に対応いただいており、状態に応じて柔軟に対応出来ている。	A
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	○				他の利用者との兼ね合いもあり、時間のずれはあるが対応できている。	A
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	○				毎月モニタリングを行い、変化の早期発見・状態報告が出来ている。	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							
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	○				介護・看護間の連携が図れている。	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	○			細かい指示も含め、良く指導、助言をいただいている。	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	○			需要事項説明で、契約前に説明させていただいている。	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	○			上記同様、契約時及び計画書作成時に説明させていただいている。	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	○			状況に応じては事後報告になるが、必ず説明を行っている。	A
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	○			アセスメント後に、事業所の状況を踏まえ提案させていただいている。	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	○			気付きの都度、提案している。	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	○			積極的に情報発信し、共有できている。	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)	○			CMと情報共有し、提案など意見を述べている。	A
	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)	○			必要に応じて退院前カンファレンスに出席させていただいている。または電話などで情報のやり取りを行っている。	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)	○			定期巡回では往診医や在宅リハなどと情報共有がしっかりと行っており、QOLの為に協力している。	A
(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	○			当社ホームページにて掲載。	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広めるため、積極的な広報周知が行われている	○			事連協主催の研修の場を設けるなどの活動を行っている。	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	○			システムの理解ができおり、地域との関わりを深め、利用者様の地域での暮らしを支え、社会づくりの一翼を担っている。	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志向されている	○			建物の限定は無いが、訪問できる距離が限られており、ニーズに対応しきれない現状がある。	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)	○			CMへ提案し、CMから発信してもらう事が多い。	A
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	○				A
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	○			24時間料金を感じせずに、何度も利用できることで安心を提供できている。	A

自己評価・外部評価 評価表【SOMPOケア中村橋 定期巡回】

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
		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							
1	サービスの特徴を踏まえた理念の明確化	○					A
(2) 適切な人材の育成							
2	専門技術の向上のための取り組み	○				継続して研修を行い、24時間の在宅ケアについて指導している。	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	○				マニュアルや研修を定期的に行っており、今後も継続していく。	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	○				人員不足により最大限に発揮が困難である。	B
5	介護職・看護職間の相互理解を深めるための機会の確保	○				カンファレンス等の機会は少ないが、連携は良く取れている。	A
(3) 適切な組織体制の構築							
6	組織マネジメントの取り組み	○				利用者様の希望に添うよう配置している。	A
7	介護・医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映	○				ご意見・要望は反映させている。	A
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備							
8	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	○				留意事項伝達シートを使用し、情報共有している。	A
(5) 安全管理の徹底							
9	職員の安全管理	○				年間の定期研修の中にも入っており、繰り返し行われている。	A
10	利用者等に係る安全管理	○				個人情報の取り扱いについては周知徹底しており、コンプライアンス研修も定期的に行われている。	A
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							
11	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	○				時間帯等の考慮が行われている。	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、つき合わせ等が行われている	○				文書や相談報告を行い、つき合わせがされている。	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軸足を置いた「未来志向型」の計画の作成	○				リハとの連携はあまりとれておらず、現状維持となっている。	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	○				医療に関しては適切に対応いただいており、状態に応じて柔軟に対応出来ている。	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							
15	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	○				他の利用者との兼ね合いもあり、時間のずれはあるが対応できている。	A
16	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	○				毎月モニタリングを行い、変化の早期発見・状態報告が出来ている。	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							
17	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	○				介護・看護間の連携が回れている。	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	○			細かい指示も含め、良く指導、助言をいただいている。	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	○			需要事項説明で、契約前に説明させていただいている。	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	○			上記同様、契約時及び計画書作成時に説明させていただいている。	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	○			状況に応じては事後報告になるが、必ず説明を行っている。	A
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	○			アセスメント後に、事業所の状況を踏まえ提案させていただいている。	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	○			気付きの都度、提案している。	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	○			積極的に情報発信し、共有できている。	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							
利用者の在宅生活の継続に必要なサポート(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)	○			CMと情報共有し、提案など意見を述べている。	A
	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)	○			必要に応じて退院前カンファレンスに出席させていただいている。または電話などで情報のやり取りを行っている。	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)	○			定期巡回では往診医や在宅リハなどと情報共有がしっかりと行っており、GO Lの為に協力している。	A
(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	○			当社ホームページにて掲載。	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広めるため、積極的な広報周知が行われている	○			事連協主催の研修の場を設けるなどの活動を行っている。	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	○			システムの理解ができており、地域との関りを深め、利用者様の地域での暮らしを支え、社会づくりの一翼を担っている。	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志向されている	○			建物の原定は無いが、訪問できる距離に限られており、ニーズに対応しきれない現状がある。	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)	○			CMへ提案し、CMから発信してもらう事が多い。	B
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	○				A
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	○			24時間料金を気にせずに、何度も利用できることで安心を提供できている。	A

自己評価・外部評価 評価表【SOMPOケア中村橋 定期巡回】

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
		実施状況	できていないこと	できていないこと	全くなされていない		
I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]							
(1) 理念の明確化							
1	サービスの特徴を踏まえた理念の明確化	○					A
(2) 適切な人材の育成							
2	専門技術の向上のための取り組み	○				継続して研修を行い、24時間の在宅ケアについて指導している。	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	○	○			マニュアルや研修を定期的に行っており、今後も継続していく。	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	○	○			人員不足により最大限に発揮が困難である。	B
5	介護職・看護職間の相互理解を深めるための機会の確保	○				カンファレンス等の機会は少ないが、連携は良く取れている。	A
(3) 適切な組織体制の構築							
6	組織マネジメントの取り組み	○				利用者様の希望に添うよう配置している。	A
7	介護・医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映	○	○			ご意見・要望は反映させている。	A
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備							
8	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	○				留意事項伝達シートを使用し、情報共有している。	A
(5) 安全管理の徹底							
9	職員の安全管理	○				年間の定期研修の中にも入っており、繰り返し行われている。	A
10	利用者等に係る安全管理	○				個人情報の取り扱いについては周知徹底しており、コンプライアンス研修も定期的に行われている。	A
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							
11	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	○				時間帯等の考慮が行われている。	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、つき合わせ等が行われている	○				文書や相談報告を行い、つき合わせがされている。	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軸足を置いた「未志志向型」の計画の作成	○	○			リハとの連携はあまりとれておらず、現状維持となっている。	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、「未志志向型」の計画の作成が志向されている	○				医療に関しては適切に対応いただいており、状態に応じて柔軟に対応出来ている。	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							
15	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	○				他の利用者との兼ね合いもあり、時間のずれはあるが対応できている。	A
16	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	○				毎月モニタリングを行い、変化の早期発見・状態報告が出来ている。	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							
17	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	○				介護・看護間の連携が図れている。	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	○			細かい指示も含め、良く指導、助言をいただいている。	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	○			需要事項説明で、契約前に説明させていただいている。	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	○			上記同様、契約時及び計画書作成時に説明させていただいている。	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	○			状況に応じては事後報告になるが、必ず説明を行っている。	A
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	○			アセスメント後に、事業所の状況を踏まえ提案させていただいている。	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	○			気付きの都度、提案している。	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	○			積極的に情報発信し、共有できている。	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)	○			CMと情報共有し、提案など意見を述べている。	A
	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)	○			必要に応じて退院前カンファレンスに出席させていただいている。または電話などで情報のやり取りを行っている。	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)	○			定期巡回では往診医や在宅リハなどと情報共有がしっかりと行っており、GOLの為に協力している。	A
(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	○			当社ホームページにて掲載。	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広めるため、積極的な広報周知が行われている	○			事連協主催の研修の場を設けるなどの活動を行っている。	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	○			システムの理解ができており、地域との関りを深め、利用者様の地域での暮らしを支え、社会づくりの一翼を担っている。	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志向されている	○			建物の限定は無いが、訪問できる距離が限られており、ニーズに対応しきれない現状がある。	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)	○			CMへ提案し、CMから発信してもらう事が多い。	A
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	○				A
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	○			24時間料金を気にせず、何度も利用できることで安心を提供できている。	A