

2020年度3月 SOMPOケア 光が丘 定期巡回

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 光が丘 定期巡回
- 日時 2020年3月末 書面にて開催
- 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
 - 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
コロナウィルスの影響にて書面にて開催					



SOMPO ケア

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 2020 年 3 月 末 日	開催時間 : ~ :
-----------------------	---------------

■出席者		■当日欠席者	
名前	所属	名前	所属

■審議事項	次回へ持ち越し
1 サービス提供状況の報告	<input type="checkbox"/>
2 自己評価・外部評価	<input type="checkbox"/>
3 意見聴取	<input type="checkbox"/>
4 ※事例検討を予定していたが、書面での開催となったため次回へ持ち越す。	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

<p>1 サービス提供状況の報告（※新型コロナウイルスの影響にて書面にて報告）</p> <p>5名様へ送付</p>
<p>2 自己評価・外部評価（※新型コロナウイルスの影響にて書面にて報告）</p> <p>5名様へ送付</p>
<p>3.ご意見</p> <p>ご意見なし</p>
<p>3.事例検討</p> <p>※書面開催のため次回へ持ち越し。</p>

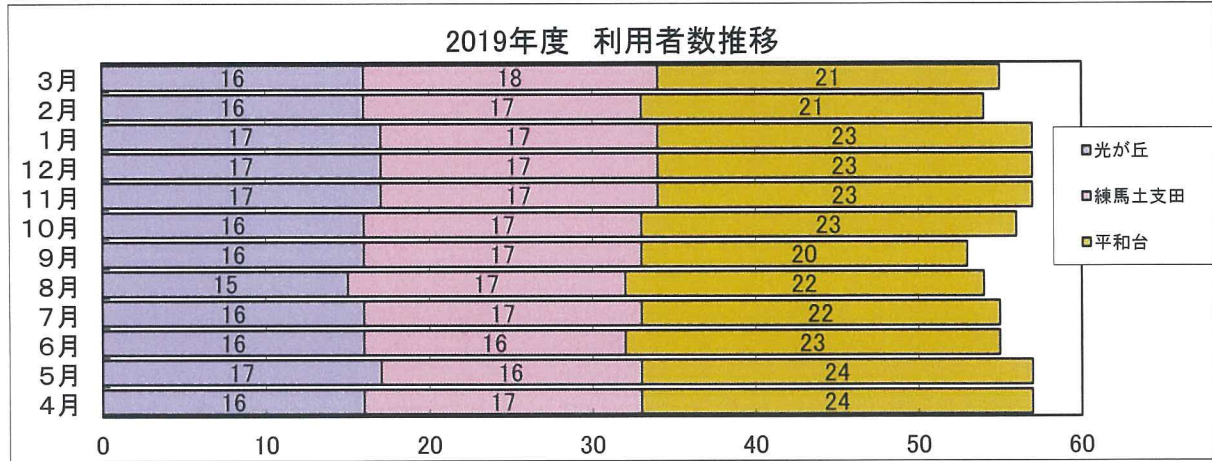
SOMPOケア 光が丘 集計データ 2020年3月



※本集計データは、2019年4月～2020年3月までの利用者累計数及び同期間の請求実績を基に算出したデータです。

【1、年間利用者数推移】

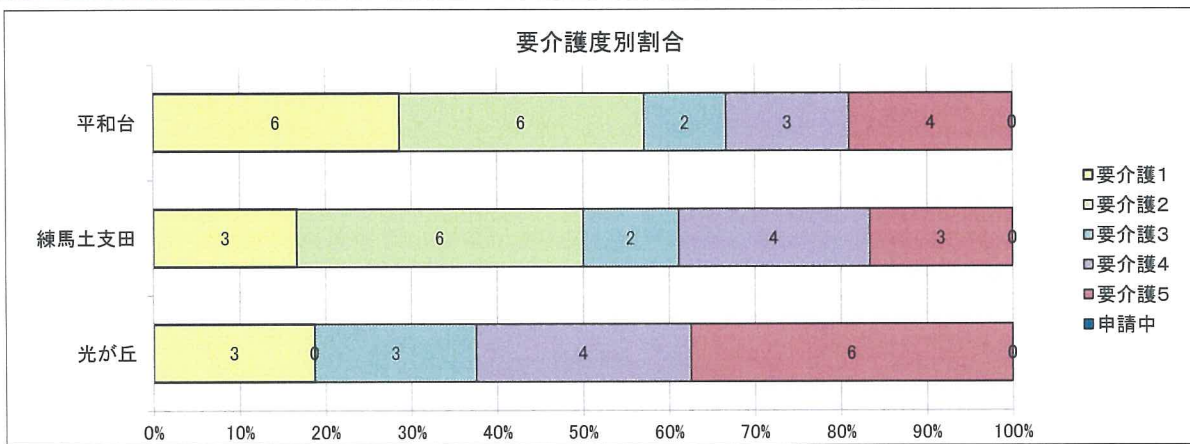
★利用者数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
光が丘	16	17	16	16	15	16	16	17	17	17	16	16
練馬土支田	17	16	16	17	17	17	17	17	17	17	17	18
平和台	24	24	23	22	22	20	23	23	23	23	21	21
合計	57	57	55	55	54	53	56	57	57	57	54	55



【2、要介護度別利用者数】

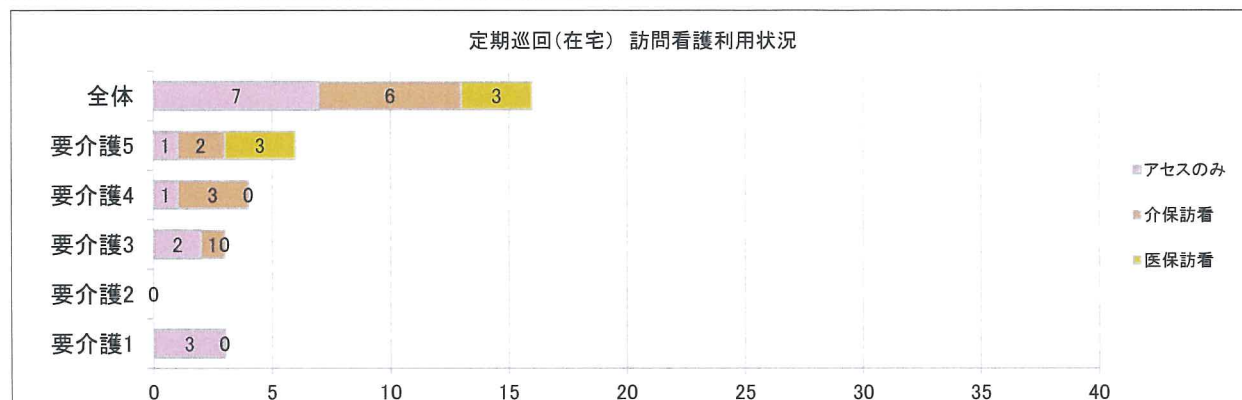
要介護度別（人）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	合計	平均要介護度
光が丘	3	0	3	4	6	0	16	3.63
練馬土支田	3	6	2	4	3	0	18	2.89
平和台	6	6	2	3	4	0	21	2.67



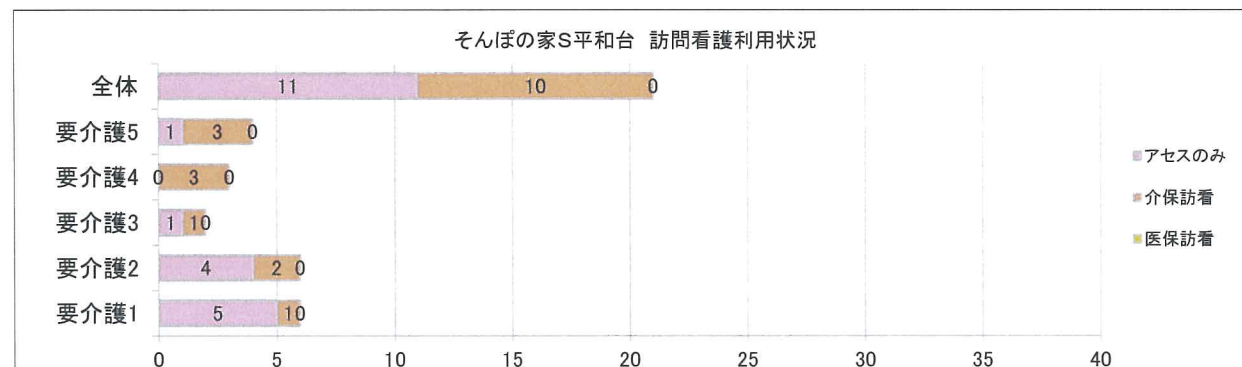
【3、訪問看護等利用状況】

光が丘	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	全体
アセスのみ	3	0	2	1	1	7
介保訪看	0	0	1	3	2	6
医保訪看	0	0	0	0	3	3
合計	3	0	3	4	6	

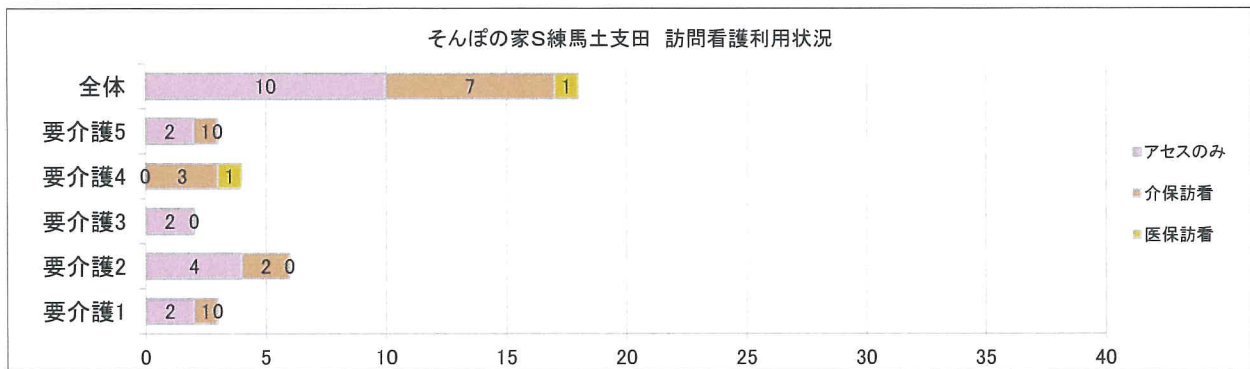


6

平和台	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	全体
アセスのみ	5	4	1	0	1	11
介保訪看	1	2	1	3	3	10
医保訪看	0	0	0	0	0	0
合計	6	6	2	3	4	

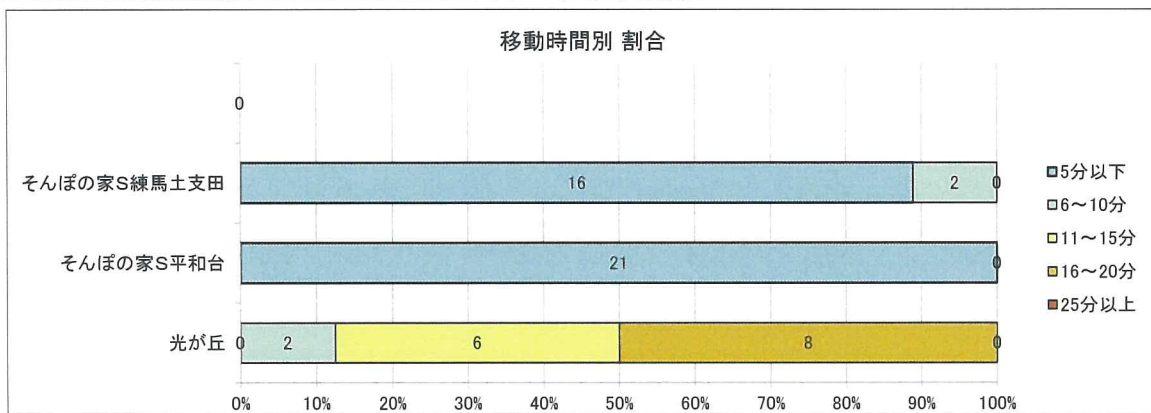


練馬土支田	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	全体
アセスのみ	2	4	2	0	2	10
介保訪看	1	2	0	3	1	7
医保訪看	0	0	0	1	0	1
合計	3	6	2	4	3	



【4、移動時間（分）】

	5分以下	6~10分	11~15分	16~20分	25分以上	合計
光が丘	0	2	6	8	0	16
そんぼの家S平和台	21	0	0	0	0	21
そんぼの家S練馬土支田	16	2	0	0	0	18
	0	0	0	0	0	0



利用実績(令和2年1月～令和2年3月)

サービス提供回数	R2.1	R2.2	R2.3
定期巡回回数(日中)	2412 回	2339 回	2384 回
定期巡回回数(夜間)	1439 回	1483 回	2384 回
随時対応回数(日中)	224 回	211 回	242 回
随時対応回数(夜間)	234 回	254 回	281 回
随時訪問回数(日中)	102 回	106 回	146 回
随時訪問回数(夜間)	121 回	146 回	168 回

介護度別分析(1人当たり平均訪問回数/日)

	R2.1	R2.2	R2.3
要介護1	0.9 回	1.1 回	1.5 回
要介護2	2.3 回	2.1 回	2.3 回
要介護3	4.0 回	5.5 回	4.0 回
要介護4	6.8 回	7.0 回	6.8 回
要介護5	8.3 回	6.8 回	8.3 回

自己評価・外部評価 評価表 (SOMPOケア光が丘 定期巡回)

タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント	外部評価コメント A: 評価できる B: ほぼ評価できる C: 評価できない D: 評価不能
			実施状況					
			できている	ほぼできている	できていないことが多い	全くできていない		
I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]								
(1) 理念の明確化								
サービスの特徴を踏まえた理念の明確化	1	当該サービスの特徴である「利用者等の在宅生活の継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するため、事業所独自の理念を掲げている		○			事業所独自ではなく会社としての理念を掲げている。「人間尊重を基本とし安心、安全、健康に資する最高品質の介護サービスの提供し世界に誇れる豊かな長寿国日本」	A: 3名 B: 1名 D: 1名
(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		○			年間計画に沿って研修に参加しています。(職責により年間計画異なる)	A: 3名 B: 1名 D: 1名
	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		○			年間計画に沿って研修を受講しており職員のキャリアで研修内容を変化させている。	A: 3名 B: 1名 D: 1名
	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		○			職員能力により稼働を調整をしている。	A: 3名 B: 1名 D: 1名
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	○				自社では社内メール他者では電話やノートを利用し情報共有を行っている。	A: 3名 B: 1名 D: 1名
(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		○			稼働状況に合わせてシフトを作成や人材配置を行っている。	A: 2名 B: 2名 D: 1名
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	○				指摘・助言に対して真摯に受け止め改善を行っている。	A: 4 D: 1名
(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	○				個人情報を開示する場合には同意を得てから開示を行っている。	A: 3名 B: 1名 D: 1名
(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)	○				災害時のマニュアルを整備している。災害時には本社にて危機管理室が設置される。	A: 4名 D: 1名
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	○				個人情報は鍵付きの書庫で保管し、個人情報研修を年間研修で実施している。	A: 3名 B: 1名 D: 1名
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			○		生活歴や1日の生活1か月の生活、1年の生活の把握ができていないお客様がいる。	A: 2名 B: 2名 D: 1名
	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		○			看護アセスも含め介護でのアセスを実施し計画書を作成している。	A: 3名 B: 1名 D: 1名
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		○			お客様の中には維持回復がアセスメント困難な方がいる(進行性疾患等)	A: 3名 B: 1名 D: 1名
	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないように、利用者の今後の変化を予測し、先を見越した適切なリスク管理を実現するための、「未来志向型」の計画の作成が志向されている			○		重症化した場合には医療依存度が高くなる傾向にある。(例ガン末期、パーキンソン)	A: 3名 B: 1名 D: 1名
(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	○				急遽通所を休まれた場合や通院に行かれた際には振替や随時にてケアを提供している。また、予定にない場合でも柔軟に訪問しています。	A: 4名 D: 1名

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				状態変化が短期的な場合には計画書は変更していない、長期に対応が必要の場合はCMへCPの変更依頼を行い計画も変更をしている。	A:3名 B:1名 D:1名
(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				看護のアセスメントを基に介護にてアセスメントを行っています。	A:3名 B:1名 D:1名
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				日常的に看護へ相談・助言を頂いている。	A:3名 B:1名 D:1名
(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				利用前にお客様、家族様へ利用サービスを行っている。	A:3名 B:1名 D:1名
利用者等との目標及び計画の共有と、適時適切な情報の提供	20	作成した計画の目標及びその内容について、利用者等に十分な説明を行うなど、共通の認識を得るための努力がされている				計画作成責任者にて説明をしています。	A:3名 B:1名 D:1名
	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				適宜、電話、連絡ノート、メールを利用し報告、相談をしています。	A:3名 B:1名 D:1名
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				月1回のモニタリングでの報告に加え、体調変化時には電話にて連絡をしています。	A:3名 B:1名 D:1名
	23	計画の目標達成のために、必要に応じて、ケアプランへの積極的な提案(地域内のフォーマル・インフォーマルサービスの活用等を含む)が行われている				必要に応じて提案をしています。(嗜好品購入等)	A:3名 B:1名 D:1名
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				計画作成責任者の参加	A:3名 B:1名 D:1名
(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)					
	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)				退院前カンファレンスへの参加 入院先へのお見舞いをしています。	A:3名 B:1名 D:1名
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				弊社HPにて掲載をしています。	A:2名 B:2名 D:1名
	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				人員不足のため積極的な広報はできていない。	A:2名 B:2名 D:1名
(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				定期的な集団指導への参加 整備計画を把握しています。	A:4名 D:1名
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				・事業所から概ね片道20分未満のエリアにて展開しています。 (20分以上になると随時対応での訪問が厳しくなるため)	A:4名 D:1名

<p>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</p>	<p>32</p>	<p>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)</p>							
<p>III 結果評価 (Outcome)</p>									
<p>サービス導入後の利用者の変化</p>	<p>33</p>	<p>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</p>	<p>○</p>				<p>目標達成のため状況にあったサービス提供できるように努めています。</p>	<p>A:3名 B:1名 D:1名</p>	
<p>在宅生活の継続に対する安心感</p>	<p>34</p>	<p>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</p>	<p>○</p>				<p>お客様より、こんなサービスが合って良かったとのお声を頂いております。</p>	<p>A:3名 B:1名 D:1名</p>	