

令和4年 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4年2月
- 場所 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、書面にて開催
- 目的
 - ① 適正な運営を行う
 - ② 地域に関わ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	事業所概要					
2	利用実績：令和3年8月～令和4年1月					
3	定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは					
4	ケース紹介「老々介護、ネグレクト案件」					
5	「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告					SOMPOケア中村橋
6	「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告					SOMPOケア中村橋 江古田サテライト
7	自己評価・外部評価					
8						
9						

■議事進行

議事録本来の開催予定日：8月31日



Innovation for Wellbeing

SOMPOケア

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告

SOMPOケア中村橋

SOMPOケア中村橋 利用者基本情報

No.	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	移動時間		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	
				(障害)	(認知)		1	2	3	1	2	1	2									
1	男	74	5	C2	IV	独居	10分	5分	脳出血	前立腺肥大	廃用性症候群	排泄・食事・服薬の支援	オムツ交換	食事の提供・見守り	R1.8.24	R3.9.25	0日	けんしん石神井公園居宅支援	市原CM	あり	SOMPOケア中村橋駅前訪問看護	
2	女	93	5	C1	IIIa	家族同居	10分	5分	アルツハイマー型認知症	高血圧	脳梗塞後遺症	家族の介護負担軽減	オムツ交換	保清	R2.3.23	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	なし	アセスメント	
3	男	90	5	C2	IIIb	家族同居	15分	10分	アルツハイマー型認知症	脊柱管狭窄症	変形性腰椎症	家族の介護負担軽減	オムツ交換	食事の提供・見守り	R2.4.5	R3.5.18	0日	居宅介護支援ねります	高野CM	なし	アセスメント	永眠
4	男	90	4	A2	I	独居	3分	3分	白血病			在宅生活の継続	排泄介助	食事の提供	R2.1.10	R3.3.3	0日	SOMPOケア中村橋	斎藤CM	あり	訪問看護STわかば	永眠
5	女	80	5	C2	自立	家族同居	3分	3分	進源性脳梗塞			家族の介護負担軽減	排泄介助		R1.5.18	継続	30日	SOMPOケア中村橋	中城CM	なし	アセスメント	
6	男	90	3	A1	IIb	独居	20分	15分	アルツハイマー型認知症	閉塞性動脈硬化症	狭心症	在宅生活の継続	排泄介助	食事の提供	R2.2.10	継続	31日	NPO・ACT練馬	小宮CM	無し	アセスメント	訪問介護へ移行
7	女	84	4	C1	自立	高齢者世帯	20分	15分	多発性骨髄腫			在宅生活の継続	排泄介助	保清	R2.12.24	R3.3.31	0日	富士見台居宅	本田CM	あり	大地訪問看護ステーション	訪問介護へ移行
8	女	74	4	C2	IIIb	高齢者世帯	15分	10分	脳梗塞	左外頰動脈有意狭窄高血圧症		在宅生活の継続	排泄介助		R2.12.23	R3.5.12	0日	ソラスト練馬	鹿嶋CM	あり	SOMPOケア中村橋駅前訪問看護	特養入所
9	女	68	5	C1	自立	独居	15分	10分	漸新世ALアミロイドーシス			在宅生活の継続	排泄介助	生活援助	R3.1.20	R3.2.28	0日	SOMPOケア中村橋	中城CM	あり	アール訪問看護ステーション	訪問介護へ移行
10	女	78	3	A2	IIb	独居	5分	5分	大腸捻転症	神経因性膀胱右鎖骨骨折	せん妄	在宅生活の継続	一般的な調理配下膳	生活援助	R2.10.1	継続	30日	SOMPOケア中村橋	中城CM	あり	SOMPOケア中村橋駅前訪問看護	
11	男	88	3	B2	自立	高齢者世帯	15分	10分	神経陰性膀胱	パーキンソン病疑い		在宅生活の継続	排泄介助		R2.10.1	継続	31日	SOMPOケア中村橋	足立CM	あり	SOMPOケア中村橋駅前訪問看護	
12	女	80	4	BII	IIa	高齢者世帯	10分	5分	急性硬膜下血腫	症候性てんかん	高血圧・糖尿病	排泄・食事・服薬の支援	食事の提供・見守り	排泄・服薬	R1.5.29	R2.12.18	0日	NPO・ACT練馬	高木CM	あり	SOMPOケア中村橋駅前訪問看護	施設入所
13	女	75	4	AI	IIa	購入	10分	5分	統合失調	骨粗しょう症	腰椎圧迫骨折	食事・服薬の支援	オムツ交換	食事の提供・見守り	H30.1.31	R2.12.18	31日	NPO・ACT練馬	高木CM	あり	SOMPOケア中村橋駅前訪問看護	施設入所
14	男	89	3	A2	IIb	高齢者世帯	15分	10分	アルツハイマー型認知症			家族の介護負担軽減	オムツ交換	保清	H31.3.6	R2.8.31	31日	SOMPOケア中村橋	中村CM	なし	アセスメント	施設入所
15	男	74	2	A1	I	独居	15分	10分	糖尿病			在宅生活の継続	食事の提供	排泄	R2.3.5	R2.10.18	31日	練馬第一診療所	宇多川CM	なし	アセスメント	訪問介護へ移行
16	女	95	4	A1	IIIb	家族同居	15分	10分	アルツハイマー認知症	高血圧	変形性腰椎症	家族の介護負担軽減	オムツ交換	食事介助	R3.5.1	R3.6.10	31日	富士見台居宅介護	本田CM	あり	SOMPOケア中村橋駅前訪問看護	永眠
17	女	86	5	B2	IIa	高齢者世帯	10分	5分	胸腰椎圧迫骨折	脊椎骨粗しょう症	食道裂孔ヘルニア	在宅生活の継続、家族の負担軽減	オムツ交換	服薬介助	R3.5.29	R3.12.6	31日	ねります	吉川CM	あり	SOMPOケア中村橋駅前訪問看護	
18	男	84	5	C2	自立	独居	5分	3分	COPD	食道癌	胃癌	一時的な在宅復帰の為	オムツ交換	食事の提供	R3.7.28	継続	31日	大起エンゼルヘルプ	早乙女CM	あり	ヒ口訪問看護	
19	女	83	4	B2	IIIa	高齢者世帯	20分	15分	イレウス	尿路感染症		在宅生活の継続	オムツ交換	水分補給	R3.7.28	継続	31日	ライフアシスト里華	岩田CM	なし	SOMPOケア中村橋駅前訪問看護	
20	男	92	5	C1	IIa	高齢者世帯	15分	10分	胆のうがん末期	多発肺転移	心房細動	在宅でのお看取り	オムツ交換	水分補給	R3.10.22	R310.24	2日	さくらんぼケア	滝口CM	あり	セントケア豊島サテライト富士見台	永眠
21	女	48	5	C2	IV	家族同居	15分	10分	脳梗塞後遺症			在宅復帰の為	オムツ交換		R3.9.28	R3.10.11	13日	さくらんぼケア	佐藤CM	あり	訪問看護STリカバリー	ご家族介護に慣れ、訪問介護に移行
22	男	77	4	A2	自立	独居	3分	3分	糖尿病	骨髄炎	貧血	在宅生活の継続	一般的な調理配下膳	透析の送迎	R3.10.20	継続	31日	SOMPOケア中村橋	中城CM	あり	訪問看護ステーション春	
平均		81	4				12分	8分														
利用者実績	当月利用者案件(人)		来月利用者見込数(人)																			
6	0		3																			

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告

SOMPOケア中村橋
江古田サテライト

SOMPOケア中村橋 江古田サテライト 利用者基本情報

No.	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		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
				(障害)	(認知)		1	2	3	1	2											
1	女	94	1	A2	II a	独居	1分	1分	高血圧	糖尿病	認知症	日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	R2. 10. 1	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
2	女	91	2	A2	I	独居	1分	1分	慢性心不全急性増悪	閉塞性動脈硬化症	重症下肢虚血	日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	H30. 8. 1	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
3	女	89	1	A2	II b	独居	1分	1分	高血圧			日常生活・服薬の支援	入浴援助		H31. 2. 1	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	無		
4	女	92	1	A2	II b	独居	1分	1分	2型糖尿病	高血圧	高血糖・脂質異常	日常生活・服薬の支援	掃除援助	服薬援助	H30. 2. 1	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
5	男	86	2	B1	II a	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症	COPD		日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	R2. 12. 19	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
6	女	85	2	A2	II b	独居	1分	1分	糖尿病	身体表現性障害		日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	H30. 7. 1	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
7	女	98	2	A2	II b	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症			日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	R3. 1. 1	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
8	女	93	2	A2	II b	独居	1分	1分	乳癌	高血圧	脳血管性認知症	日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	R1. 5. 1	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
9	女	91	2	J2	I	独居	1分	1分	発作性心房細動	逆流性食道炎		日常生活・服薬の支援	掃除援助		R1. 7. 4	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
10	女	72	1	J2	II a	独居	1分	1分	アルツハイマー型認知症			日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	R3. 5. 31	継続	30日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
11	女	96	2	A1	II a	独居	1分	1分	認知症	下肢浮腫	右下肢置換術後関節	日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	H27. 7. 1	R3. 2. 22	22日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
12	男	91	5	B1	III b	独居	1分	1分	認知症	前立腺癌		日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	H28. 11. 18	R3. 4. 17	17日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
13	女	87	5	B1	自立	独居	1分	1分	白血病	うっ血性心不全		日常生活・服薬の支援	入浴援助	掃除援助	R2. 9. 1	R3. 5. 13	13日	SOMPOケア中村橋	本多CM	有	SOMPOケア中村橋訪問看護	
14																						
15																						
16																						
17																						
平均		90	2				1分	1分														
利用者実績	当月利用者案件(人)			来月利用者見込数(人)																		

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	
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ケア中村橋職員数(人)	
正社員	14名
非常勤	13名
合計	27名
⑤利用者状況(人) 令和4年 1月31日現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	17名
訪問介護事業	56名
夜間対応型訪問介護事業	141名
合計	214名
⑥事業所の特徴	
<p>超高齢社会におけるさまざまな時代のニーズに対応することで培ってきた総合力を活かし、 「たとえ介護が必要になっても高齢者自身が住みたいと望む場所（住まい）で、自分らしい暮らしを続けられる環境の提供」に取り組んでいます。</p> <p>あなたの街であなをいちばんよく知る、介護のプロになる。 お住まいの地域で、皆さまお一人おひとりに合わせたフルラインナップの介護サービスを、提供します。</p>	

事業所名: SOMPOケア中村橋

老々介護、ネグレクト案件。自宅で一緒に過ごしたいと夫の強い希望から利用されているケース。

事例②

84歳

要介護 5

(生活自立度 B2 : 認知症自立度 IIIa)

2DKの団地に夫（認知症の疑いあり）と二人で暮らし。老々介護の状態。夫の妻に対する介護の仕方はややネグレクト気味であり、食べたくない本人が言っただけで食事や水分を勧めても召し上がらないと下げていた様子。R3年5月ご本人様尿路感染症で入院。脱水中で座り込んでいるところを夫が放置した様であり、畳の上に座り込んでいるところをCMが発見し救急搬送される。夫は今まで福祉用具など他からの手助け等を拒否してきた経緯がある。ご主人もその後、尿路感染症で入院。お二人とも退院となり、ご主人に施設入所も勧めていたが、奥様とご自宅での生活を強く望まれている事から、施設ではなく定期巡回を利用し、どこまでできるか試行する事なる。定期巡回のサービスは日に4回訪問、週1看護訪問、訪問診療（月2回）、その他に訪問入浴、訪問マッサージのサービスも受けられている。

主な疾患	生活状況	高齢者世帯	身体状況
<ul style="list-style-type: none"> 認知症 絞扼性イレウス（H30年10月） 尿路感染症、胸椎圧迫骨折（R3年5月） 	2DKの団地に夫と二人暮らし。生活保護。ご主人は無年金で若い頃から就労されておらず、ご本人は定年まで就労されて年金あり。ご本人の年金だけで食べていた時期があり、ご主人はお金に神経質な面がある。		ほぼ歩行困難。終日ベッド上での生活。排便回数多く、陰部臀部の炎症を繰り返している。認知症あり更衣や入浴、食事などすべてにおいて介助が必要。

看護連携	看護助言
<ul style="list-style-type: none"> サービス開始時は単位数の関係で看護アセスメントのみ。 その後看護導入の為、区変かける事となり、要介護4→5に認定変更。R3年10/1～より看護導入となる。週に1回看護が訪問し、浣腸・排便、バイタルチェック、全身状態の確認・相談、モニタリング・ヘルパーへの助言など実施。 	イレウスの既往がある為、今後もイレウスの出現に注意して経過観察して下さい。入院時ベッドから一人で降りて転倒あり打撲した模様。起き上がり動作もある為、今後もベッドからの転倒・転落に注意が必要です。おむつ汚染での臀部スキントラブル発生しており、臀部や下肢の皮膚損傷には今後も注意が必要です。認知機能低下あり、症状変化ご自身で気づきにくいと思われる為、日々の観察が必要です。

介護目標
<ul style="list-style-type: none"> ①定期的におむつ交換を行うことで清潔保持が出来、臀部・陰部の皮膚トラブルを防ぐことができる。 ②決まった時間に食事、水分の促しをすることで生活のリズムを整え、体調悪化を防ぐことができる。 ③定期的に服薬介助・確認をすることで薬の飲み忘れを防ぎ、体調悪化を防ぐことができる。 ④ヘルパーが訪問することでご主人の介護負担を軽減することができる。 ⑤高齢者世帯の為、緊急端末を設置することで緊急時の対応が出来、安心して自宅で生活することができる。

週間計画① サービス計画		看護サービス 有						
		月	火	水	木	金	土	日
0:00								
6:00								
12:00				看護				
18:00					入訪 浴問			
22:00								

ポイント

- 定期巡回サービス：
 - ・7：15～7：40
 - ・11：00～11：25
 - ・14：00～14：25
 - ・18：00～18：25
- ケア内容
 - おむつ交換、水分補給、服薬確認
 - △更衣介助、清拭、洗濯、一般的な調理配下膳、食事介助、洗面、買い物
- 緊急コールによる随時対応、随時訪問
 - ・あり
- 訪問看護
 - 週に1回看護が訪問し、浣腸・排便、バイタルチェック、全身状態の確認・相談、モニタリング・ヘルパーへの助言など実施。

事例

支援経過 R4 年 3 月現在

2021年7月28日～定期巡回サービス開始となる。

食事水分補給はご主人対応されるとの事で、おむつ交換をメインでの介入となる。サービス開始時より、毎訪問時多量の排便あり、臀部発赤見られる。CMに今後の訪問時間について相談、主治医へ薬の調整の相談と臀部軟膏の相談を行うとの事。定期訪問に関しては、皮膚状態が悪いため、訪問回数を3→4回に増回の依頼あり変更となる。

食事に関しては、ご主人対応しますとの事でお任せする事となる。退院カンファレンスでは粥食の指示が出ており、配食弁当を頼む予定であったが、本人が食べないのでご主人キャンセルしたとの事。病院ではお粥などの薄味を食べていたから好きなものを食べさせてあげたいと、パンなどを召し上がって頂いているとの事。ご主人に誤嚥の危険性もある為、説得行っても納得されず、金銭管理もご主人行っており、経済的不安もあることから、ほかの柔らかい食の購入も納得されず。食事介助もご主人やりますとの事で食事内容や摂取量は把握できず。水分補給に関しても、ご主人対応して下さっていましたが、摂取量不明。おむつ交換時尿量少ないことから、CMに報告。

脱水傾向、栄養の補助としてエンシュアが処方となる。ケア時にヘルパーでエンシュアを促すこととなる。

嚥下状態に関しては、訪問歯科が導入となり、嚥下評価して頂き、とろみが必要との判断あり。ご主人にトロミ購入依頼するも、必要性の理解が難しく、金銭の心配からご納得されない様子あり、説得し、購入して頂くこととなるが、その後、訪問歯科を断ってしまう。

現在もエンシュアにはトロミをつけ、召し上がって頂いており、飲み込みはスムーズ、ムセや痰がらみは見受けられていない。その後往診医血液検査の結果、栄養状態は特に問題はないとの事。

おむつ内皮膚状態に関しては、悪化と改善繰り返しており、排便状況も不安定であった為、区変後看護が導入となる。整腸剤の変更、軟膏の変更（亜鉛華軟膏→アズノール軟膏）の結果、排便回数も安定しており、皮膚状態悪化の頻度は減っている。

また、ご主人鼠径ヘルニアを患っており、ベッドで休まれる事が増えている。ご主人の姿が見えなくなると「お父さん、どこ？」と起き上がり探される様子あり。転倒・転落がある為、ご主人が眠る夜間のみ、足元もベッド柵を取り付けている。（拘束に当たる為、地域包括に報告済み）

2022年2月に入り、ご主人腰部圧迫骨折の為入院。その後コト江様もレスパイト入院の予定であったが、すぐに退院されるとの見込みから自宅で過ごされる事となる。ケアを1日5回に増回し、食事配膳、食事介助、就寝介助のケアが追加となる。その後、ご主人入院中に肺炎となり、現在も1日5回定期訪問し、お一人でご自宅で過ごされている。ご主人は3/30に退院予定。退院後はご主人も定期巡回ご利用し、ご自宅での生活を継続予定である。

導入後の効果

陰部・臀部の皮膚状態も以前と比べ悪化の頻度も減っている。排泄に関しても定期的にあり、多量の軟便が出続けることもなく安定されている。サービス開始後、大きく体調の悪化することもなく、ご夫婦二人での生活が継続できている。

本人・家族の様子

導入時

導入後

ご本人様、ご主人ともヘルパーに対し、警戒心をもっていった。またご本人様男性ヘルパーに拒否が見受けられた。

ご本人様男性ヘルパーに慣れてきたご様子はあり、拒否言動は減っている。サービス内容は落ち着いている。時折不穏なご様子は見受けられるが、傾聴行い、落ち着かされている。ご主人も雑談にに応じて下さっている。

今後の課題

日々観察行っていくと共に、誤嚥リスクなどご主人理解が難しいため、今後身体状況に低下した場合、対応方法に理解が得られるようご主人ともコミュニケーションを取っていく必要がある。

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								
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	○				【SOMPOケアグループは、多くの高齢者の方やそのご家族および全従業員に対して「人間尊重」を経営の基本とし、安心・安全・健康に資する最高品質の介護サービスのご提供ならびに働き甲斐と働きやすい職場の提供を行い、「世界に誇れる豊かな長寿国日本」の実現に貢献します。】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	○				毎月のカンファレンスで事例共有を行っている。また、理念については入社時研修、その他研修に際し、理念の唱和を行っている。	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への判断能力など)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	○				新人のオペレーターへ個別研修を実施。また、web研修でオペレーター研修を行っている。	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		○			新人の職員には、研修計画を立て、概ね1か月の同行を行い資質向上を目指している。また、既存の職員には、ルート組の際に、無理の無いようなルート組みをするように心がけている。	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		○			電話連絡にて適宜行っている。今後は、個人情報に留意しながらのwebでの共有が必要になると思われる。	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			○		定期サービスを組んだ後でも、随時訪問サービスが多ければ、再度アセスメントを行って、柔軟に時間変更をしているよう努力はしているが、人出不足の為に柔軟にならない場合もある。	B
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			○		コロナ禍で、前回8月も書類送付のみに終わってしまい、ご意見の徴収ができていない。	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	○				社内専用アプリを全職員が使用して、日々の情報やご利用様の変化を記載し、リアルタイムで確認している。	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)	○				災害対策マニュアルを作成。緊急時も対応に関してフローにし、掲示している。	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	○		アセスメントシートを作成し、計画を立てている。	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	○		初回アセスメントと毎月のモニタリングの帳票をいただき、すり合わせをしている。	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	○		ケアプランに沿った計画を作成している。	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	○		ケアプランに沿った計画を作成し、訪問看護と連携して状態把握を行い報告をしている。	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	○		状態の変化に応じて、柔軟に増回できている。	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	○		看護アセスを元に、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	○		契約時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	○		電話連絡にて適宜行っている。	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	○		サービス内容や時間は適宜相談し、決定している。	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)				
	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)				
(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			○	コロナ禍により、積極的な広報周知は行われていない。	B
(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			○	行政資料については閲覧しているが、職員の教育に反映できていない。	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		○		人員配置も含めて、今後の課題と考えている。	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)					
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			○	達成後、新たな目標を立てている。	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			○	ご利用者アンケートを実施している。	A

2022年2月

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								
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	○				【SOMPOケアグループは、多くの高齢者の方やそのご家族および全従業員に対して「人間尊重」を経営の基本とし、安心・安全・健康に資する最高品質の介護サービスのご提供ならびに働き甲斐と働きやすい職場の提供を行い、「世界に誇れる豊かな長寿国日本」の実現に貢献します。】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	○				毎月のカンファレンスで事例共有を行っている。また、理念については入社時研修、その他研修に際し、理念の唱和を行っている。	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への判断能力など)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	○				新人のオペレーターへ個別研修を実施。また、web研修でオペレーター研修を行っている。	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		○			新人の職員には、研修計画を立て、概ね1か月の同行を行い資質向上を目指している。また、既存の職員には、ルート組の際に、無理の無いようなルート組みをするように心がけている。	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		○			電話連絡にて適宜行っている。今後は、個人情報に留意しながらのwebでの共有が必要になると思われる。	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、最適且柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている			○		定期サービスを組んだ後でも、随時訪問サービスが多ければ、再度アセスメントを行って、柔軟に時間変更をしているが、人出不足の為に柔軟にならない場合もある。	B
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			○		コロナ禍で、前回8月も書類送付のみに終わってしまい、ご意見の徴収ができていない。	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	○				社内専用アプリを全職員が使用して、日々の情報やご利用様の変化を記載し、リアルタイムで確認している。	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)	○				災害対策マニュアルを作成。緊急時に対応に関してフローにし、掲示している。	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	○		アセスメントシートを作成し、計画を立てている。	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	○		初回アセスメントと毎月のモニタリングの帳票をいただき、すり合わせをしている。	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	○		ケアプランに沿った計画を作成している。	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		○	ケアプランに沿った計画を作成し、訪問看護と連携して状態把握を行い報告をしている。	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、必要に応じて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	○		状態の変化に応じて、柔軟に増回できている。	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	○		看護アセスを元に、細かい指示も含め、良く指導、助言をいただいている。	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	○		契約時に説明させていただいている。	C
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。	C
	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	○		電話連絡にて適宜行っている。	B
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	○		サービス内容や時間は適宜相談し、決定している。	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)				
	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。	B
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)				
(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。	

	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			○	コロナ禍により、積極的な広報周知は行われていない。	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			○	行政資料については閲覧しているが、職員の教育に反映できていない。	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		○		人員配置も含めて、今後の課題と考えている。	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)					
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			○	達成後、新たな目標を立てている。	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			○	ご利用者アンケートを実施している。	B

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	全くとできていない			
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	○				【SOMPOケアグループは、多くの高齢者の方やそのご家族および全従業員に対して「人間尊重」を経営の基本とし、安心・安全・健康に資する最高品質の介護サービスのご提供ならびに働き甲斐と働きやすい職場の提供を行い、「世界に誇れる豊かな長寿国日本」の実現に貢献します。】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	○				毎月のカンファレンスで事例共有を行っている。また、理念については入社時研修、その他研修に際し、理念の唱和を行っている。	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	○				新人のオペレーターへ個別研修を実施。また、web研修でオペレーター研修を行っている。	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		○			新人の職員には、研修計画を立て、概ね1か月の同行を行い資質向上を目指している。また、既存の職員には、ルート組の際に、無理の無いようなルート組みをするように心がけている。	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		○			電話連絡にて適宜行っている。今後は、個人情報に留意しながらのwebでの共有が必要になると思われる。	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			○		定期サービスを組んだ後でも、随時訪問サービスが多ければ、再度アセスメントを行って、柔軟に時間変更をしているよう努力はしているが、人出不足の為に柔軟にならない場合もある。	B
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			○		コロナ禍で、前回8月も書類送付のみに終わってしまい、ご意見の徴収ができていない。	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	○				社内専用アプリを全職員が使用して、日々の情報やご利用者様の変化を記載し、リアルタイムで確認している。	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)	○				災害対策マニュアルを作成。緊急時に対応に関してフローにし指示している。	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、アセスメントが提案されている		○		アセスメントシートを作成し、計画を立てている。	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		○		初回アセスメントと毎月のモニタリングの帳票をいただき、すり合わせをしている。	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を置いた計画の作成が志向されている		○		ケアプランに沿った計画を作成している。	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			○	ケアプランに沿った計画を作成し、訪問看護と連携して状態把握を行い報告をしている。	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		○		状態の変化に応じて、柔軟に増回できている。	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							
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		○		看護アセスを元に、細かい指示も含め、良く指導、助言をいただいている	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		○		電話連絡にて適宜行っている。	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		○		サービス内容や時間は適宜相談し、決定している。	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。	B
(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)		○		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)					
(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。	B

	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			○	コロナ禍により、積極的な広報周知は行われていない。	B
(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			○	行政資料については閲覧しているが、職員の教育に反映できていない。	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		○		人員配置も含めて、今後の課題と考えている。	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)					
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			○	達成後、新たな目標を立てている。	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			○	ご利用者アンケートを実施している。	B

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	実施状況				コメント	自己評価 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	○			【SOMPOケアグループは、多くの高齢者の方やそのご家族および全従業員に対して「人間尊重」を経営の基本とし、安心・安全・健康に資する最高品質の介護サービスのご提供ならびに働き甲斐と働きやすい職場の提供を行い、「世界に誇れる豊かな長寿国日本」の実現に貢献します。】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	○			毎月のカンファレンスで事例共有を行っている。また、理念については入社時研修、その他研修に際し、理念の唱和を行っている。	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	○			新人のオペレーターへ個別研修を実施。また、web研修でオペレーター研修を行っている。	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		○		新人の職員には、研修計画を立て、概ね1か月の同行を行い資質向上を目指している。また、既存の職員には、ルート組の際に、無理の無いようなルート組みをするように心がけている。	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		○		電話連絡にて適宜行っている。今後は、個人情報に留意しながらのwebでの共有が必要になると思われる。	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、最適且柔軟な人材配置（業務・シフトの工夫）を行っている			○	定期サービスを組んだ後でも、随時訪問サービスが多ければ、再度アセスメントを行って、柔軟に時間変更をしているよう努力はしているが、人出不足の為に柔軟にならない場合もある。	B
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			○	コロナ禍で、前回8月も書類送付のみに終わってしまい、ご意見の徴収ができていない。	D
(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	○			社内専用アプリを全職員が使用して、日々の情報やご利用者様の変化を記載し、リアルタイムで確認している。	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）	○			災害対策マニュアルを作成。緊急時に対応に関してフローにし掲示している。	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、アセスメントが提案されている	○		アセスメントシートを作成し、計画を立てている。	D
	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	○		初回アセスメントと毎月のモニタリングの帳票をいただき、すり合わせをしている。	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	○		ケアプランに沿った計画を作成している。	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		○	ケアプランに沿った計画を作成し、訪問看護と連携して状態把握を行い報告をしている。	C
(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	○		状態の変化に応じて、柔軟に増回できている。	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	○		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	○		看護アセスを元に、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	○		契約時に説明させていただいている。	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	○		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。	D
	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	○		電話連絡にて適宜行っている。	B
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	○		サービス内容や時間は適宜相談し、決定している。	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	○		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。	B
(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)				B
	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)				B
(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。	D

	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			○		コロナ禍により、積極的な広報周知は行われていない。	P
(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			○		行政資料については閲覧しているが、職員に教育に反映できていない。	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		○			人員配置も含めて、今後の課題と考えている。	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）						
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			○		達成後、新たな目標を立てている。	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			○		ご利用者アンケートを実施している。	A

運営推進会議 議事録（標準例）

事業所名	SOMPO ケア中村橋 定期巡回
所在地	東京都練馬区貫井 1-1-2 YKビル1階D号室
開催日時	令和 4 年 2 月 28 日 月 曜日 : ~ :
開催場所	
出席者内訳	SOMPO ケア中村橋居宅支援事業所、ライフアシスト里華居宅へ資料お持ちし、評価をいただいた。
主な議題	新型コロナウイルス感染症の影響により、書面開催となる。
活動報告	①事業所概要 ②利用実績 ③事例 について書面でお渡しした。
出席者からの評価	別紙評価表参照
要望、意見および助言	契約時の説明不足と、アセスメントに関してご指摘をいただいた。
その他	
次回の開催予定	日時：令和 4 年 8 月 31 日水曜日 14:00 ~ 15:00 場所：未定