

地域の皆さまへ

SOMPO ケア株式会社  
SOMPO ケア上石神井  
SOMPO ケア大泉学園  
定期巡回随時対応型訪問介護看護  
管理者 柏木 澄子  
管理者 中村 竜一

SOMPO ケア上石神井・大泉学園 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス  
介護・医療連携推進会議 開催のご案内

拝啓 皆様にはますますご健勝のことと、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

このたび、介護医療連携推進会議のご案内をさせていただきます。

このサービスは、概ね6ヶ月毎に1回以上、医療連携推進会議の開催が決まっており、前回は2022年9月に書面開催をさせていただきました。今回は下記日程にて上石神井地域包括支援センターにて、SOMPO ケア大泉学園と合同で開催致します。

つきましては、下記により会議を開催いたしますので、ご出席いただきますようお願い申し上げます。

敬具

— 記 —

介護・医療連携推進会議

日時 2023年 2月24日（金曜日）14：00～15：00  
場所 上石神井南地域集会所  
3階 集会室2  
住所：上石神井 1-6-16  
主な議題 1 定期巡回・多職種連携について  
2 定期巡回 運営状況のご報告  
3 評価・ご要望、助言等  
4 意見交換

本件に関するお問い合わせ先

SOMPO ケア大泉学園	電話番号	03-5933-2646
管理者 中村 竜一	FAX番号	03-5933-2647

以上

ご参考資料

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

右記は、介護・医療連携推進  
会議の開催設置に関する厚生  
労働省の定めた基準です。

(地域との連携等)  
 第三条の三十七 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、  
 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たっては、  
 利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域の医療関係者、  
 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が所在する市町村  
 の職員又は当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が  
 所在する区域を管轄する法第百十五条の四十六条第一項に規定す  
 る地域包括支援センターの職員、定期巡回・随時対応型訪問介護  
 看護について知見を有する者等により構成される協議会（以下こ  
 の項において「介護・医療連携推進会議」という。）を設置し、  
 おおむね三月に一回以上、介護・医療連携推進会議に対して指定  
 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供状況等を報告し、介護  
 ・医療連携推進会議による評価を受けるとともに、介護・医療連  
 携推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければな  
 らない。  
 2 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、前項の報告  
 、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該  
 記録を公表しなければならない。

ご出席の対象となる地域の方々（協議会を構成するメンバーとなるの方々）は、上記運営  
基準より、下記の方々を含めた地域の皆さまが対象になります。

- ・ ご利用者、ご家族
- ・ 地域住民の代表者
- ・ 地域の医療関係者
- ・ 自治体関係者または地域包括支援センターの方
- ・ 有識者の方々

以上

令和 5 年 2 月度 SOMPOケア 上石神井

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

## 介護・医療連携推進会議

- 事業所名 SOMPOケア 上石神井 定期巡回
- 日時 令和5年2月24日（金） 14:00～15:00
- 場所 上石神井南地域集会所 集会室2
- 目的
  - ① 適正な運営を行う
  - ② 地域に開かれたサービスとする事で、サービスの質の確保と向上を図る
  - ③ 介護及び看護に関する課題について情報共有を行い、介護と医療の連携を図る

### ■アジェンダ

	内容	担当	所要時間	開始時間	終了時間	資料
1	ご挨拶	柏木、中村	5分			
2	会議参加者のご紹介	参加者	5分			
3	定期巡回随時対応型訪問介護看護について	柏木	10分			
4	サービス提供状況の報告	柏木、中村	5分			
5	ケース紹介：SOMPOケア上石神井	柏木	5分			
	ケース紹介：SOMPO上石神井サテライト	鈴木	5分			
	ケース紹介：SOMPOケア大泉学園	中村	5分			
	ケース紹介：SOMPOケア大泉学園サテライト	岡本	5分			
6	質疑応答		5分			
7	協議会メンバーからのご連絡	参加者	5分			
8	閉会のご挨拶	柏木、中村	5分			

- 議事進行 SOMPOケア上石神井 柏木  
SOMPOケア大泉学園 中村



Innovation for Wellbeing

SOMPOケア

## 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。

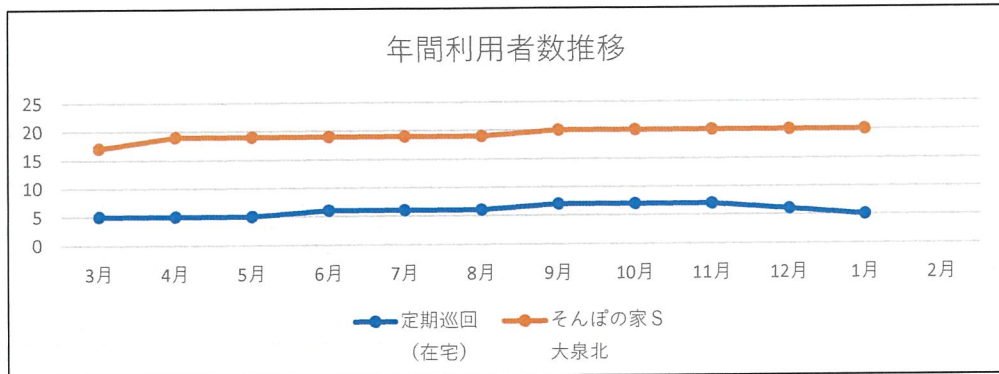
## 事業所概要

①事業所名	
SOMPOケア 大泉学園 定期巡回	
②事業内容	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業 訪問介護事業 夜間対応型訪問介護事業（サテライト）	
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 大泉学園 職員数(人)	
正社員	14名 (内サテライト：8名)
非常勤	2名 (内サテライト：1名)
合計	16名
⑤利用者状況(人) 令和5年2月20日現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	24名
訪問介護事業	38名
夜間対応型訪問介護事業	38名
合計	100名
⑥事業所の特徴	
<p>SOMPOケアは、企業理念に掲げる「人間尊重」という考え方にに基づき、介護を必要とする皆さまお一人おひとりに寄り添う個別性の高い介護サービスを追求しています。</p> <p>介護において最も大切なのは、ご利用者さまの生きがいや充実感のある毎日を支えていくこと。そのために不可欠なのが、スタッフの高い専門性と豊かな心の態度です。誇りある人生を、誇りある仕事で支えていく。私たちはこれを「介護プライド」と位置づけ、真のプロフェッショナルを育む人材教育や更なるやりがいを醸成する処遇改善に取り組んでいます。</p> <p>そして、テクノロジーを最大限活用しながら、人は人にしかできないことを行う「未来の介護」を創り上げることを最大のミッションとして、介護サービスの品質向上と業務負担の軽減に取り組んでいます。</p>	

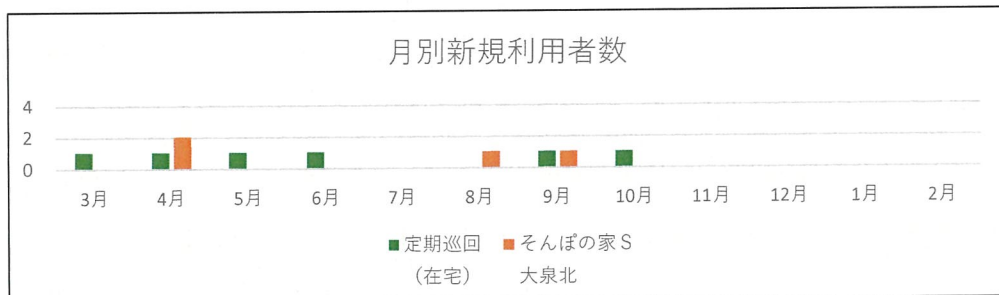
定期巡回 大泉学園 集計データ  
2022年3月 ～ 2023年1月

【1. 年間利用者数推移】

利用者数	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
定期巡回 (在宅)	5	5	5	6	6	6	7	7	7	6	5	
そんぽの家S 大泉北	17	19	19	19	19	19	20	20	20	20	20	



新規	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
定期巡回 (在宅)	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	
そんぽの家S 大泉北	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	

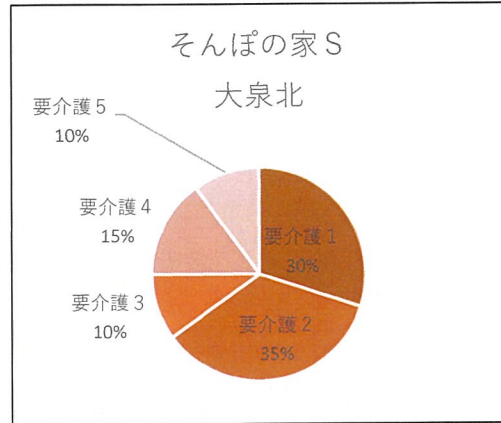
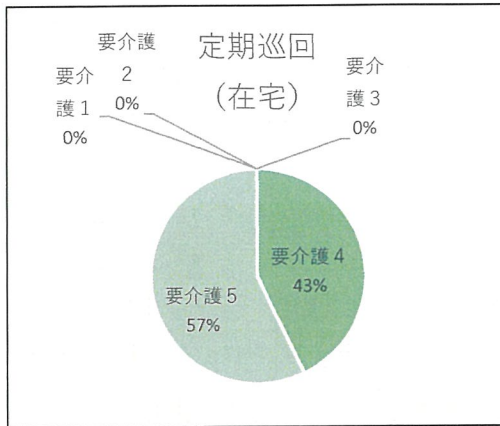


終了	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
定期巡回 (在宅)	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
そんぽの家S 大泉北	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	



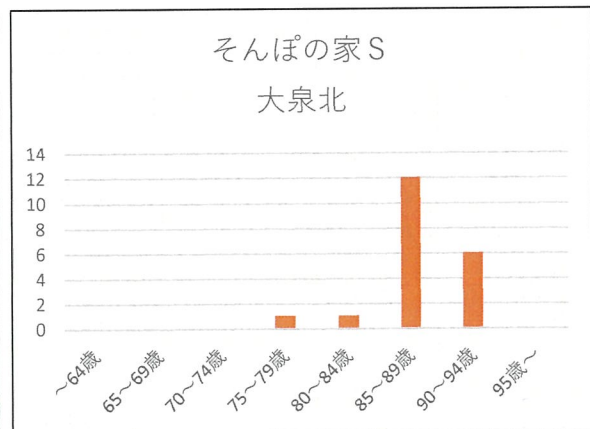
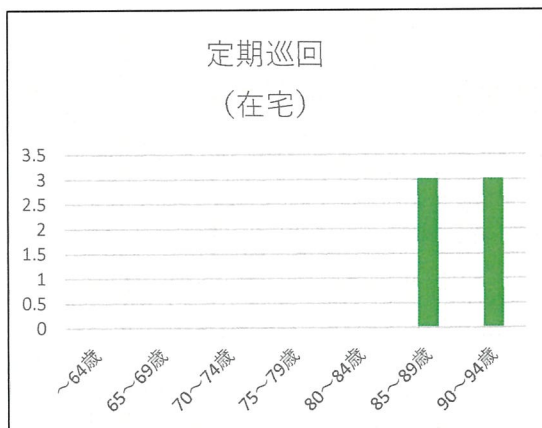
【2-1 要介護度別利用者数】

	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	要介護度
定期巡回 (在宅)	0	0	0	3	4	0	7	3.50
そんぽの家S 大泉北	6	7	2	3	2	0	20	2.40



【2-2 年齢別利用者数】

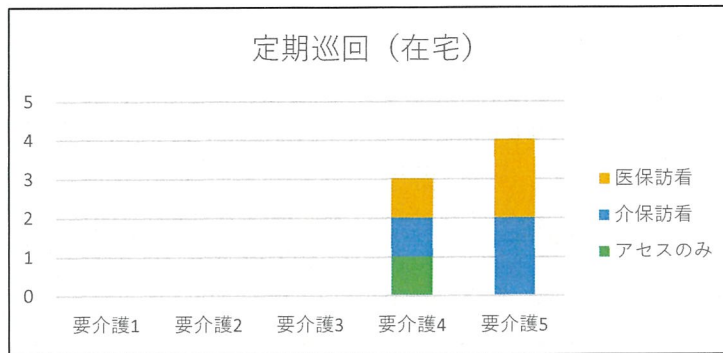
	～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95歳～	合計	平均
定期巡回 (在宅)	0	0	0	0	0	3	3	1	7	89.2歳
そんぽの家S 大泉北	0	0	0	1	1	12	6	0	20	89.1歳



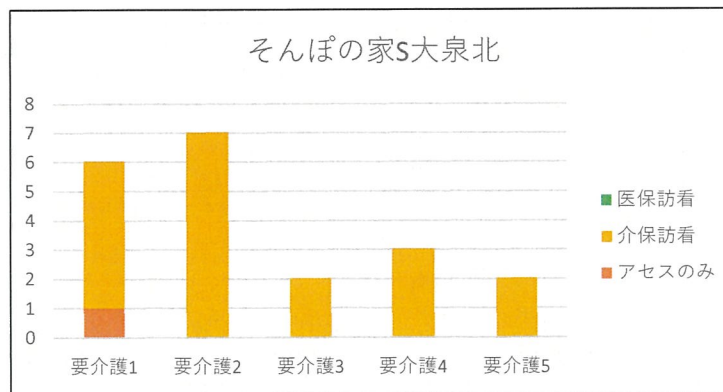


【3. 要介護度別訪問看護等利用者数】

定期巡回 (在宅)	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	0	0	0	1	0	1
介保訪看	0	0	0	1	2	3
医保訪看	0	0	0	1	2	3
合計	0	0	0	3	3	

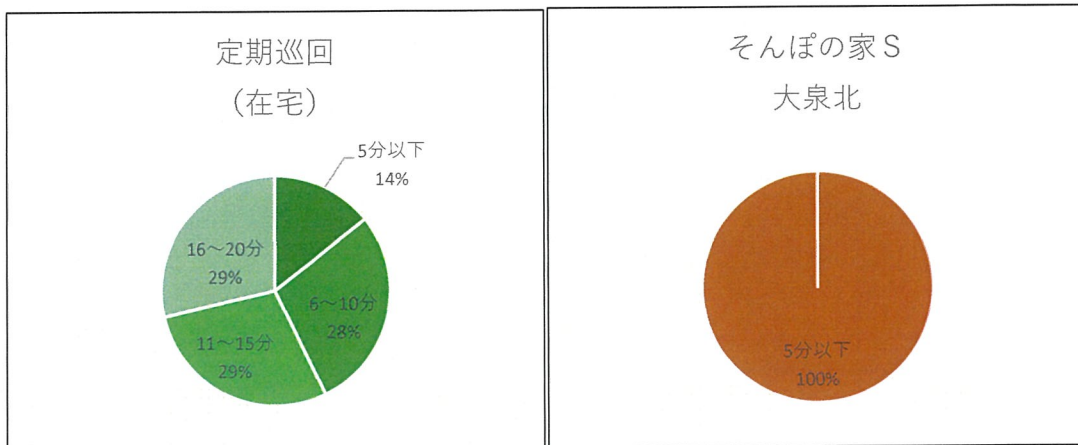


そんぽの家S 大泉北	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	全体
アセスのみ	1	0	0	0	0	1
介保訪看	5	7	2	3	2	19
医保訪看	0	0	0	0	0	0
合計	6	7	2	3	2	



【4. 移動時間（分）】

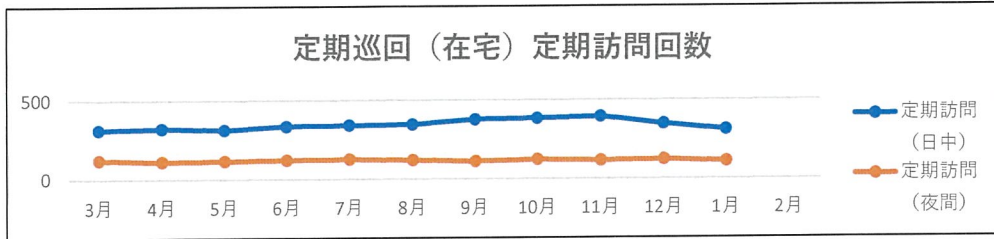
	5分以下	6~10分	11~15分	16~20分	25分以上	合計
定期巡回 (在宅)	1	2	2	2	0	7
そんぽの家S 大泉北	20	0	0	0	0	20



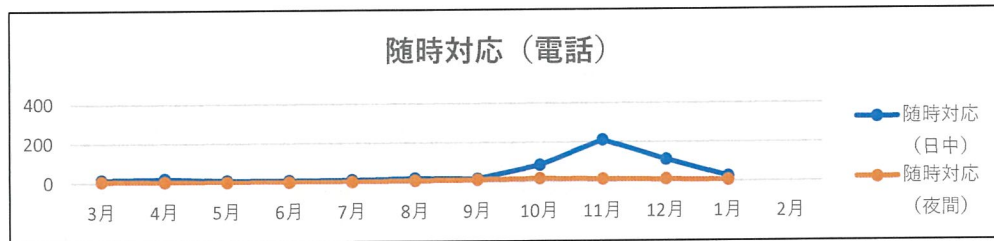
## 【5. サービス提供回数】

### (1) 定期巡回(在宅)

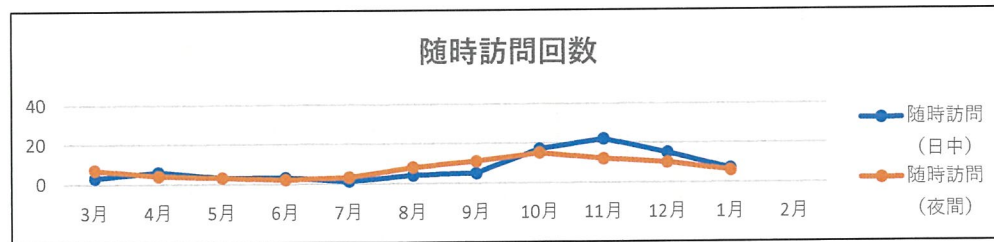
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
定期訪問 (日中)	312	321	312	335	340	344	376	382	394	346	311	
定期訪問 (夜間)	120	110	115	120	124	118	110	120	115	120	108	



	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
随時対応 (日中)	15	20	10	11	12	19	15	84	211	110	25	
随時対応 (夜間)	7	4	3	2	3	8	11	15	12	10	6	



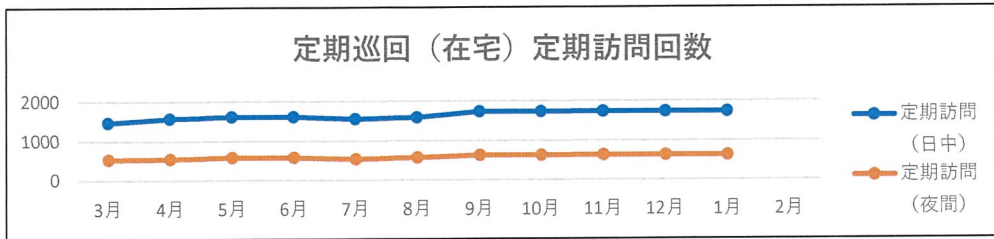
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
随時訪問 (日中)	3	6	3	3	1	4	5	17	22	15	7	
随時訪問 (夜間)	7	4	3	2	3	8	11	15	12	10	6	



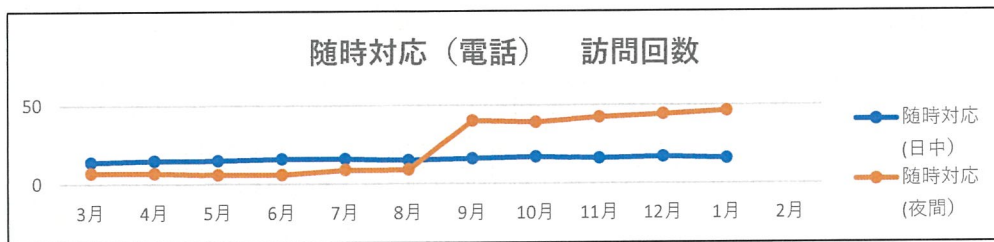
【5. サービス提供回数】

(2) そんぽの家S大泉北

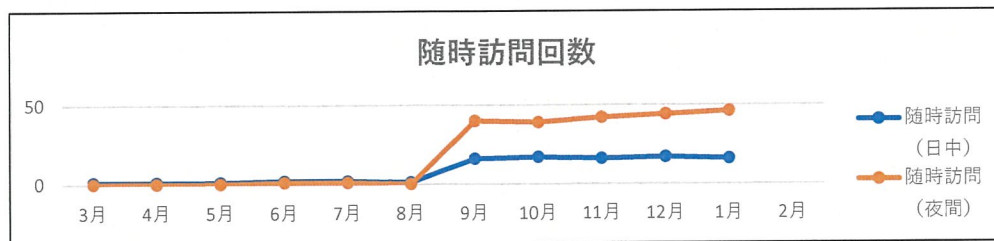
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
定期訪問 (日中)	1460	1567	1606	1606	1548	1578	1728	1728	1728	1728	1728	
定期訪問 (夜間)	523	542	575	575	536	563	623	623	623	623	623	



	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
随時対応 (日中)	14	15	15	16	16	15	16	17	16	17	16	
随時対応 (夜間)	7	7	6	6	9	9	40	39	42	44	46	



	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
随時訪問 (日中)	1	1	1	2	2	1	16	17	16	17	16	
随時訪問 (夜間)	0	0	0	1	1	0	40	39	42	44	46	



# 事例 服薬出来ない・水分を摂らない・食事を忘れる

90歳 女性 要介護4 【疾病】認知症・带状疱疹後遺症

**家族** 独居。娘様（仕事が忙しくなかなか訪問できないが協力的）。

ADL	利用経緯
日常生活は自立。 下肢筋力は強く外出も自立。 認知症状は重度。	もともと、2回/日のサービスで入っていたが、 時期によって状態の悪化がみられた為、その都度訪問回数を増減し 対応していく事になった。

サービス(通常時)	週刊計画								看護サービス 無	内容
	0:00	月	火	水	木	金	土	日		
特に大きな体調の変化が無い場合は、 2回/日のサービスで服薬は朝のみ。 夕方は安否確認・食事の促し・水分補給。	6:00									食事準備・服薬
	12:00									
	18:00									
	22:00									



サービス(体調不良時等)	週刊計画								看護サービス 無	内容
	0:00	月	火	水	木	金	土	日		
特に夏場の脱水のリスクが上がる時期や、 体調不良時に追加の処方があった際には、 訪問回数を増やし、水分補給・安否確認+服薬も追加。 ご自身で買物に行けていない様子があった際は、ヘルパーと一緒に買物に行く 自費サービスも適宜可能。	6:00									食事準備・服薬
	12:00									
	18:00									
	22:00									

**その後**  
訪問回数が増えると、水分摂取や本人の買物の頻度の確認が出来るので、  
体調の安定が図りやすくなり状態悪化も防ぎやすくなった。

**ポイント**  
夏場・冬場に、脱水や買物に行くのを忘れる事が多いので、様子観察の意味合いが強い。  
一人でいる時にご飯を食べなかつたりするので、毎食前後にヘルパーが訪問し食事の温めだけでもして提供  
すると  
食事して下さることが多い。  
服薬は忘れてしまう。

ご質問や  
お問い合わせは、  
お気軽にどうぞ！



03-5933-2646



03-5933-2647

〒178-0063 東京都練馬区東大泉5-36-12 森川ビル2-B

SOMPOケア大泉学園 定期巡回(訪問介護・夜間)



SOMPOケア

**事例** 定期巡回を利用して残存能力を維持し食事が自立できる

95歳 要介護5 【疾病】 癌関連網膜症 体の細胞の内蔵2ヶ月で転移して73

**家族** 独居。近隣で暮らし定期的に来訪。

ADL	利用経緯
食事の手の動作は自立。安心して自分のことができることはしたいと希望あり。	自立で独居生活していたが、両目失明になり、定期巡回利用となる。

サービス開始時のプラン	看護サービス 無							内容	
自身での食器位置の認識、口元へ運ぶ動作が不十分であったため、ヘルパーで食事介助を行っていた。	0:00	月	火	水	木	金	土	日	
	6:00	—————							食事介助 排泄介助
	12:00	—————							食事介助 排泄介助
	18:00	—————							食事介助 排泄介助
	22:00	—————							
		—————							


**支援経過**

①サービス導入時  
自身での食器位置の認識、口元へ運ぶ動作が不十分であったため、ヘルパーで食事介助を行っていた。クロックポジションを用いて声掛けをしながら、徐々に自身での食事動作を促してサービス提供した。

②サービス1カ月後  
自身で食事動作は自立され、サービス内容は食事の準備に変更となった。

**その後**

サービス開始から2か月後、失明のストレスから妄想症状がでて、食事動作自立は困難になるが、精神科で治療を受けながら、食事介助を受け、症状緩和後は再び食事動作は自立している。

**ポイント**

妄想症状により、必要時は援助内容を変更し、回復期は再び自身で食事動作ができるようになった。

ご質問や  
お問い合わせは、  
お気軽にどうぞ！



**03-5947-5657**



**03-5947-5658**

〒178-0062 東京都練馬区大泉町5丁目

**SOMPOケア大泉北サテライト 定期巡回**



**SOMPOケア**

# 自己評価・外部評価 結果報告書

練馬区高齢施策担当部介護保険課 宛て

提出日：2023年 3月 27日

サービス種別 (該当に○)	<input type="radio"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
	(介護予防)小規模多機能型居宅介護			
	(介護予防)認知症対応型共同生活介護			
	看護小規模多機能型居宅介護			
事業所名	SOMPO ケア大泉学園 定期巡回			
事業所所在地	(〒176- 0021 ) 東京都練馬区東大泉 5-36-12 森川ビル 2階 B号室			
担当者名	中村 竜一			
連絡先	電話	03-3933-2646	FAX	03-5933-2647
	mail	oizumigakuen76@sompocare.co.jp		

以下のとおり、資料を添えて提出します。

運営推進会議等での評価 実施日	令和 5 年 2 月 24 日
-----------------	-----------------

添付資料

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
<input checked="" type="checkbox"/> (別紙1) 自己評価・外部評価 評価表
(介護予防)小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> (別紙2-2) 事業所自己評価
<input type="checkbox"/> (別紙2-4) サービス評価総括表
(介護予防)認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/> (別紙2の2) 自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール
看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> (別紙3-3) 運営推進会議における評価

※運営推進会議等を活用した評価の結果は、利用者およびその家族に対して配布するとともに、公表し、その公表した日から2年間保存してください。

【提出先】

練馬区 高齢施策担当部 介護保険課 事業者運営推進係

〒176-8501 練馬区豊玉北6-12-1 練馬区役所 東庁舎4階

電話：03-5984-4589 (直通) ファクシミリ：03-3993-6362

E-mail：KAIGO02@city.nerima.tokyo.jp

自己評価・外部評価 評価表

ABCD評価にて

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	できていないこと	全くできていない		
<b>I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]</b>								
<b>(1) 理念の明確化</b>								
サービスの特徴を踏まえた理念の明確化	1	「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、事業所として「利用者様の自立に向けてのADLの観察」を意識して行っている	○				会社理念の「人間尊重」を軸に利用者様の安心安全な生活と、自立に向けての必要なサービスを行わせて頂く。	A
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	○				定例研修や会議等で説明されている。	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		○			法人内の研修参加は多いが外部研修の参加の確保までは行っていない。	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		○			パート雇用の方などへの研修の機会を設けてはいるが、能力開発までには至らない。	B
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		○			毎月の看護モニタリングシートや必要に応じて助言をいただいている。	B
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>								
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		○			現在の人員から最適な人員配置を行っている。	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				○	今年度はコロナ感染予防の為に、開催には至らず書面にての報告になった。	D
<b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>								
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		○			社内システムの一括指示を使用し情報を共有している。	A
<b>(5) 安全管理の徹底</b>								
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)	○				緊急時の連絡体制を職員に周知している。	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	○				利用者等に係る個人情報などの帳票類は鍵付ロッカーに保管、適切に取り扱っている。	A
<b>II 過程評価 (Process)</b>								
<b>1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供</b>								
<b>(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</b>								
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		○			希望に近い生活リズムを提供しているがヘルパーの空き状況によっては希望にこたえられない時もある。	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		○			介護・看護の毎月のアセスメントを実施し共有している。	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		○			概ねできている。	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				現象・現状を考えた計画書に留まる。	B
<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</b>							
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				体調不良時など柔軟に提供時間や訪問回数を追加、調整している。	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				ケアの中で変化があれば適宜、反映させている。	B
<b>(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供</b>							
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				介護職、看護職の役割に応じたサービスを提供している。	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				必要に応じて指導、助言を頂いている。	A
<b>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>							
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				契約前、担当者会議等で説明できている。	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				訪問介護計画の目標、内容を説明し、署名を頂く事で認識を得ている。	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				必要があれば適宜、報告、相談を行っている。	B
<b>2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント</b>							
<b>(1) 共同ケアマネジメントの実践</b>							
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				状況報告書を郵送し情報報告。状況変化した際は相談の上、日時等を決めている。	C
	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				概ね提案出来ている。	B
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				担当者会議等で状況報告や計画の目標達成状況を報告している。必要時は直接連絡を取っている。	B
<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</b>							
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）				有料サービスの提案をさせて頂く。	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）				概ねできている。	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）				概ねできている。	B
<b>3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画</b>							
<b>(1) 地域への積極的な情報発信及び提案</b>							
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				弊社ホームページ上でいつでも閲覧できるようになっている。	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				推進会議の場で発言しているが不十分な所がある。	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		○		職員に対して説明が不足している所がある。	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		○		サ付住宅の利用者数が多く、一般住宅の利用者様からの依頼数が少ない。	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)		○		医療連携推進会議やホームページにて事例、実績等の報告を行っているが広い関係者間の共有までは至っていない。	B
実績							
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		○		概ねできている。	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	○			複数回の訪問と必要時のコール対応が安心できる。	A

- A:できている  
 B:ほぼできている  
 C:できていないことが多い  
 D:全くできていない