

令和 6年 3月 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

- 事業所名 SOMPOケア光が丘
■日時 令和 6年 3月 14日
■場所 SOMPOケア光が丘 会議室
■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	はじめに 開会あいさつ（医療連携推進会議の目的）	井尻		15:00	15:05	資料【1】
2	出席者の紹介	井尻		15:05	15:10	資料【2】
3	事業所概要	井尻		15:10	15:15	資料【3-①②③】
4	事業所訪問実績	井尻		15:15	15:25	資料【4】
5	事業所基本情報	土田 根岸 井尻		15:25	15:40	資料【5-①②③】
6	事例	井尻		15:40	15:55	資料【6-①②】
7	自己評価・外部評価について	井尻		15:55	16:10	資料【7-①】
8	ご質問 ご意見	全員		16:10	16:25	
9	終わりの挨拶	平野		16:25	16:30	
10						
11						
12						

■議事進行 SOMPOケア光が丘 井尻

次回開催予定日 2024年9月



Innovation for Wellbeing

SOMPO ケア

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

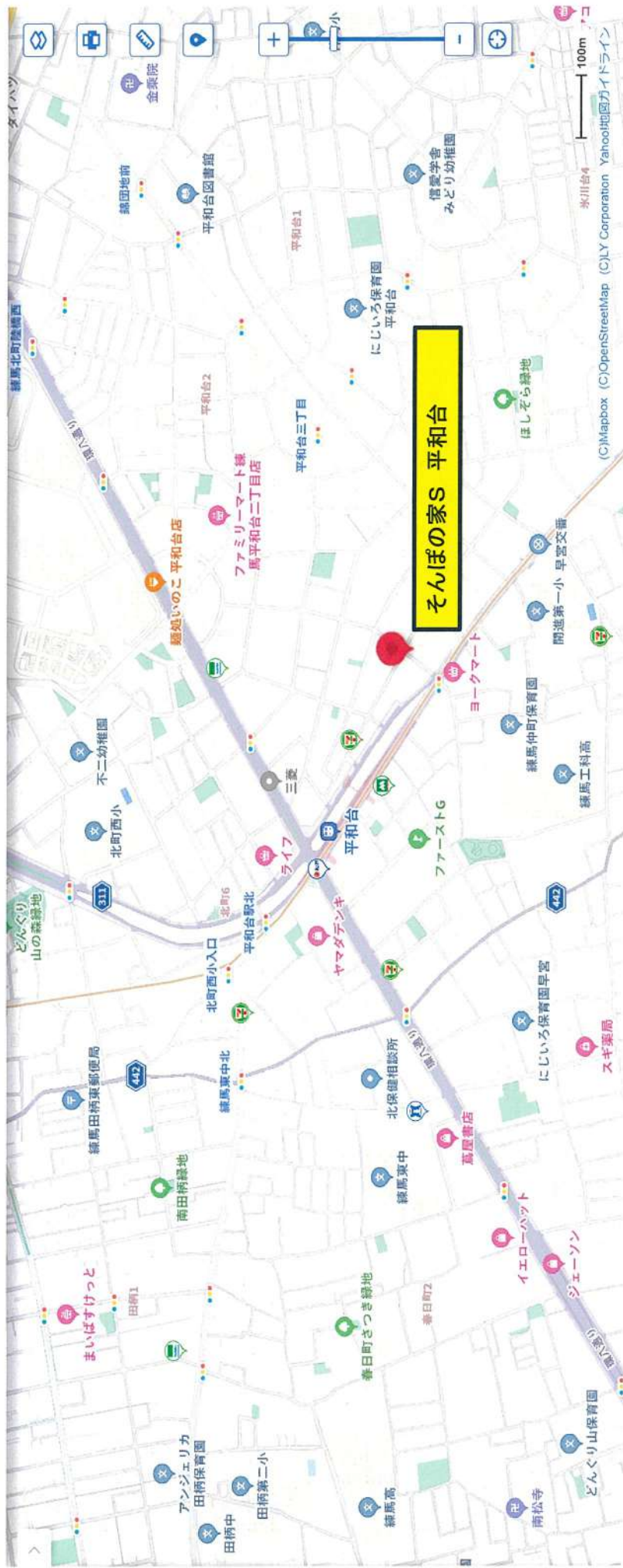
独居・高齢者世帯・重度の要介護者であったとしても、可能な限り自宅で自立した生活を送る事が出来るよう、「訪問介護」と「訪問看護」の連携の下で、ご利用者様の心身の状況に応じて24時間・365日必要なサービスを柔軟に提供します。

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ケア光が丘 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 居宅介護支援事業所	
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ケア光が丘職員数(人)	
正社員	34 名
非常勤	24 名
合計	58 名 (平和台・土支田サテライト職員含む)
⑤利用者状況(人) 令和6年 3月14日現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	53 名
訪問介護事業	79 名
合計	132 名
⑥事業所の特徴	
SOMPOケアは、企業理念に掲げる「人間尊重」という考え方に基づき、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。 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。 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。	







利用者実績 期間：令和5年10月～令和6年2月

1. 利用者数推移

		10月	11月	12月	1月	2月	期間計	備考
月別利用者数（延べ）		60名	62名	64名	58名	52名	296名	
推移	新規サービス開始数	2名	2名	4名	0名	3名	11名	
	サービス終了者数	3名	1名	1名	9名	3名	17名	
内訳	介護看護利用者数	38名	36名	37名	36名	32名	179名	
	介護のみ利用者数	9名	10名	10名	10名	10名	49名	
平均介護度		3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	

2. サービス提供回数

(単位：回)

		10月	11月	12月	1月	2月	累計	備考
日中	a.定期巡回回数	3,194	3,219	3,518	3,991	3,349	17,271	
	b.随時対応回数	38	30	92	50	72	282	
	c.随時訪問回数	7	4	28	14	17	70	
	対応率(c/b)	18.4%	13.3%	30.4%	28.0%	23.6%	24.8%	
夜間	d.定期巡回回数	449	421	403	403	319	1,995	
	e.随時対応回数	38	30	92	50	72	282	
	f.随時訪問回数	6	4	16	7	23	56	
	対応率(f/e)	15.8%	13.3%	17.4%	14.0%	31.9%	19.9%	

3. 介護度別分布

(1人当たり平均訪問回数/日)

	10月	11月	12月	1月	2月	平均
要介護1	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1
要介護2	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
要介護3	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
要介護4	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3
要介護5	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8
						2.6

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	C/M名	看護利用	訪問看護 事業所名	備考
				(障害)	(認知)		日中	夜間	1	2	3	1		2									
1	女	96	2	A1	IIIa	独居	1分	1分	アルツハイマー 型認知症	高血圧症	多発性圧迫骨折	日常生活・服薬の支援	服薬介助	排泄介助	R4.1.1	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
2	女	86	3	J2	I	独居	1分	1分	1分慢性腎不全	腎硬化症	胃がん	日常生活・服薬の支援	服薬介助	掃除	R5.6.1	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	安里CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
3	女	85	4	B1	IIb	独居	1分	1分	1分高血圧症	便秘症	骨粗しょう症	日常生活・服薬の支援	排泄介助	食室移動・服薬介助	R3.8.24	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
4	女	88	4	B2	IIb	独居	1分	1分	アルツハイマー 型認知症	高血圧	進行性線上性麻 痺	日常生活・服薬の支援	服薬介助	食室移動・服薬介助	R2.8.1	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
5	女	99	3	J2	IIa	独居	1分	1分	1分認知症状	高血圧	便秘症	日常生活・服薬の支援	服薬・口腔ケア介助	入浴介助	H30.12.27	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
6	女	89	4	A2	IIa	独居	1分	1分	1分レビエ小体症	パーキンソン 病	大腸潰瘍出血	日常生活・服薬の支援	排泄介助	一般的な調理配下膳	H27.5.1	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
7	女	94	1	J2	IIb	独居	1分	1分	1分不眠症			日常生活	一般的な調理配下膳	入浴・掃除介助	R4.6.1	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	無	アセスメント		
8	女	94	2	J1	自立	独居	1分	1分	1分腰痛	帯状疱疹	加齢黄斑変性症	日常生活	一般的な調理配下膳	入浴介助	R4.3.1	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
9	女	86	1	J2	IIa	独居	1分	1分	アルツハイマー 型認知症	リンパルグ症 候群後遺症	骨粗しょう症	日常生活・服薬の支援	入浴介助	買物介助	R1.7.1	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	無	アセスメント		
10	女	90	2	A2	IIb	独居	1分	1分	1分遺尿症	喘息		日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴介助	R3.2.1	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
11	女	91	4	A1	I	独居	1分	1分	1分心不全	帯状疱疹	井筒症	日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴・掃除介助	H31.3.9	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
12	女	88	2	J2	I	独居	1分	1分	1分狭心症	変形性腰椎症	高血圧症	日常生活・服薬の支援	服薬介助	排泄介助	R5.2.27	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	無	SOMPOケア 練馬訪問看護		
13	女	97	2	A1	IIa	独居	1分	1分	1分便秘	高血圧	骨粗鬆症	服薬の支援	服薬介助	掃除	R5.10.1	継続	31日	春日町ゆめの園	飯田CM	無			
14	女	93	1	自立	I	独居	1分	1分	1分両足の痺れ	逆流性食道炎	骨粗しょう症	日常生活・服薬の支援	服薬介助	掃除介助	R4.11.15	継続	31日	SOMPOケア 練馬居宅	安里CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
15	女	91	2	A1	IIb	独居	1分	1分	1分認知症状	高血圧		日常生活・服薬の支援	服薬介助	掃除介助	H31.2.1	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
16	男	92	3	A1	I	独居	1分	1分	1分高血圧	高コレステ ロール血症		日常生活・服薬の支援	服薬介助	入浴・掃除介助・買 物援助	R1.12.16	継続	31日	SOMPOケア 練馬居宅	安里CM	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
17	女	88	5	C2	IV	同居	5分	5分	1分左大腿骨骨折	右大腿骨骨折		日常生活の支援	排泄介助	口腔ケア	R5.3.13	継続	31日	ベストケア	曾我部	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
18	女	97	4	C2	自立	同居	10分	10分	1分高血圧症	子宮腫瘍		日常生活の支援	排泄介助	清拭	H29.7.13	継続	31日	ねりまキングスガーデン	渡辺	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
19	女	96	1	J2	IIb	独居	1分	1分	1分両側変形性関節 症	慢性腎不全	骨粗鬆症	日常生活・服薬の支援	服薬介助	外出介助	R6.2.15	継続	31日	SOMPOケア 練馬訪問看護	小倉	有	SOMPOケア 練馬訪問看護		
平均		92	2																				
当月利用者数(人)		19		19		来月利用者見込数(人)				0													

当月利用者数(人)	当月利用者案件(人)	来月利用者見込数(人)
19	19	0

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

事業所名: SOMPOケア光が丘

事例

Y・N 様 セルフケア不足

90歳 男性 要介護 1 (生活自立度 C1 : 認知症自立度 IIb)

主訴は身体が動かなくて困っているということ。屋内歩行ができず、屋外の移動は車いすを使用。頑固な性格の為自分の意に沿わないと大声を出したり、恫喝したりする。息子や妻に対して怒鳴る。尿失禁をしたにも関わらず、「失禁していない」と言い張りそのまま寝ている。と初回アセスメントの際に息子様からのヒアリングなどで情報を得ている。初回ケアの際に臀部にⅢ度の褥瘡を発見、その他踵や膝の外側にも褥瘡を確認したため早急に区分変更、福祉用具にてベッドマットの交換、訪問看護の増回を提案したが、息子様の拒否があった。褥瘡の処置は介護では行えないため、1日2回のおむつ交換の際に創部処置を息子様に行ってもらったこととした。

身体状況

既往歴: 糖尿病 認知症 高血圧

生活状況

長男夫婦と同居
妻は骨折のため入院中

意識状態

介護ベッドで寝たきりの状態のためヘルパー訪問時は昼なのか夜なのか理解していない

看護連携

ビール飲まずしての熱発38.0° 以上あった場合、肺炎・敗血症の恐れあり
その際は看護へ要連絡

看護助言

寝たきり状態となり排泄はおむつにしているバルンカテーテルは入っておらず褥瘡を作りやすい状態である。糖尿病のため傷が治りにくいこともあり傷を作らないように観察、ケアが必要。

介護目標

定期的におむつ交換をすることで皮膚保清を図り褥瘡の悪化を防ぐことができる。
口腔雑菌により糖尿病から肺炎を併発しないよう口腔ケアを行う

週間計画①

サービス導入 2024 年 2 月～
看護サービス: 有 (介護保険)

	月	火	水	木	金	土	日
8:00							
12:00							
18:00							
21:00							

ポイント

定期巡回サービス
毎日 おむつ交換・口腔ケア (各1日2回)
手浴 足浴 清拭 (各週1回)

訪問看護 月1 アセスメントのみ
往診 なし

薬は息子様にて管理をしている

定期巡回訪問 排泄介助・食事準備介助・服薬介助(見守り)
洗濯・買物代行・更衣介助は適宜対応

事業所名: SOMPOケア光が丘

事例

支援経過 2024 年 3 月現在

【サービス開始当初 2024年2月中旬】

定期巡回サービスの利用が初めてであり、自宅に他者が入ることに慣れるまで時間を要した。セルフケア不足により排泄、保清、内服管理などができておらず褥瘡ができてしまっていた。糖尿病のため傷が治りにくいことも予想され、治癒までは時間がかかることが予想されるにも関わらず、息子様の訪問看護介入拒否や息子様自身の介護継続意思があまりないと思われたため治癒までは通常よりも長くかかると考えられた。また、ベッドマットが固く褥瘡予防マットの導入を提案したがこれに対しても息子様より拒否があり、息子様自身で通常マットの上に掛け布団や毛布などを重ねるなどして対応されていた。

【サービス開始2週間後】

ヘルパーが1日2回毎日入ることで息子様にも介護継続意思が出てきたように思う。褥瘡創部の処置など献身的に行っていた。また、床ずれ防止ベッドマットを導入できた。

【現在】

褥瘡部位は以前より改善傾向。まだまだ治癒までは時間がかかると思うが息子様の1日2回の献身的な処置、ベッドマットを床ずれ防止に変更することができたことが良かったと思われる。ご本人もヘルパーの訪問に慣れてきたのか退室時には次の訪問時間をヘルパーに確認して「お待ちしております」と声をかけてくださる。

導入後の効果

導入当初褥瘡がステージⅢの状態であったが1か月経過前に改善傾向になった。暴言などみられることなく、ヘルパーに慣れた様子で表情が柔らかくなってきた

本人・家族の様子

導入前

寝たきり状態となり排泄や保清、内服管理についてご本人の不安感。
ご本人からの恫喝や暴言を受けてきたことにより息子様に介護継続意思がなかった

導入後

導入前に比べご本人様の不安感は減少している傾向が見られた。ヘルパーの訪問に慣れてきた様子が伺える。
ご家族様は献身的に処置を行うなどして介護継続意思が芽生えてきたのではないかとと思われる。

今後の課題

ご本人様のADL向上の余地があると思われるので丁寧にアセスメントしていきながらできることを増やしていくことで生きる意欲につながるのではないかとと思われる。
入院していた妻が退院されることでご家族様は介護者を二人抱えることになるため、介護負担軽減を図る必要がある。

要介護1の状態であったにも関わらず、急に動けなくなり寝たきりになっており、何かしらの病状の悪化がある。ご家族様よりクリニックに検査を依頼し今後の方針を考えていく

定期巡回サービス利用の実例

～食事について～

定期巡回サービスをご利用のご利用者様には独居の方もおられます。また、ご家族同居ではありませんが仕事にて日中不在となっておりまするかたもいらっしゃいます。

ご相談いただく中で【食事の手配】をご依頼いただくことも少なくありません。

しかし、「定期巡回は長い時間いないから食事の準備は無理なのは…」とお話も頂戴します。

時間をかけて調理は難しいですが、最近は配食だったり食品類もバラエティー豊かになっています。

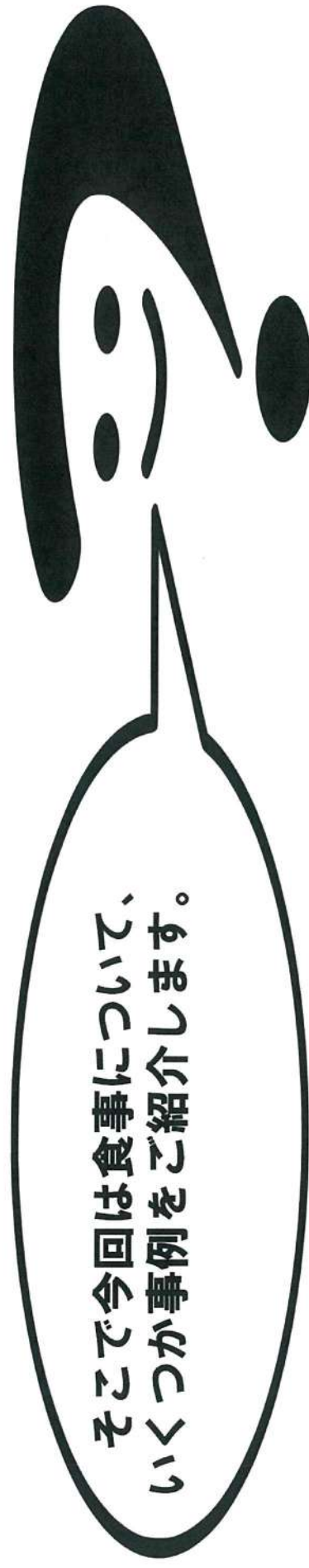
今回は食事について、いくつか事例をご紹介します。

定期巡回サービスをご利用のお客様より、このようなお声を頂くことがあります。

「定期巡回は長時間滞在しないから調理は無理かしら？」

「食事の準備はどうすればよいの？」

「配食って何？」



そこで今回は食事について、
いくつか事例をご紹介します。

事例1【ご家族様の作り置き】

ご家族様が作り置きしていただき、冷蔵庫・冷凍庫にて保管。
ご家族様が作り置きしていただいたお食事を、巡回時に加温し配膳させていただきます。

配膳まで対応させていただきます、状況により一度退室。
時間を空けて服薬介助にて再巡回した際、
下膳対応をいたします。



事例2【宅配弁当】

最近の宅配弁当はバラエティ豊富になり、栄養バランス・味ともに向上しています。

宅配業者も増え、ご利用者様の選択肢も増えました。

また、宅配を活かして安否確認に一役担っていることも多く見られます。

巡回の際に宅配弁当を加温し配膳させていただきます。

時間を空けて服薬介助にて再巡回した際、下膳対応をいたします。

弊社商品の食楽膳もご案内させていただきます。

食事形態が選べるため、皆様においしく召し上がっていただける商品です。

事例3【コンビニ宅配】

コンビニでも単品食材が販売されています。

ご家族様にて、まとめて購入いただき冷蔵庫又は冷凍庫へ保管していただき、巡回時に2～3品を加温し配膳いたします。

また、手数料はかかりませんが。コンビニより宅配をするケースもあり、単品食材だけでなく、日用品まで宅配するサービスを利用される方もいらっしゃいます。

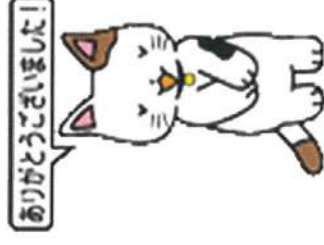


【まとめ】

3事例とも短時間にて食事を提供させていただきます。
一般的な食事については、事例内容にて問題ありませんが、
減塩食・たんぱく制限・ソフト食・ミキサー食などの特別食の対応
としては、宅配弁当が高齢者用食事配送になると思われます。

食事提供については、弁当容器そのままではなくご自宅にある食器
に移し替え配膳させていただきます。
器の違いではありますが、味は見た目から・・・

ご清聴ありがとうございました



平均値

2023年度 自己評価・外部評価 評価表(SOMPOケア光が丘 定期巡回)

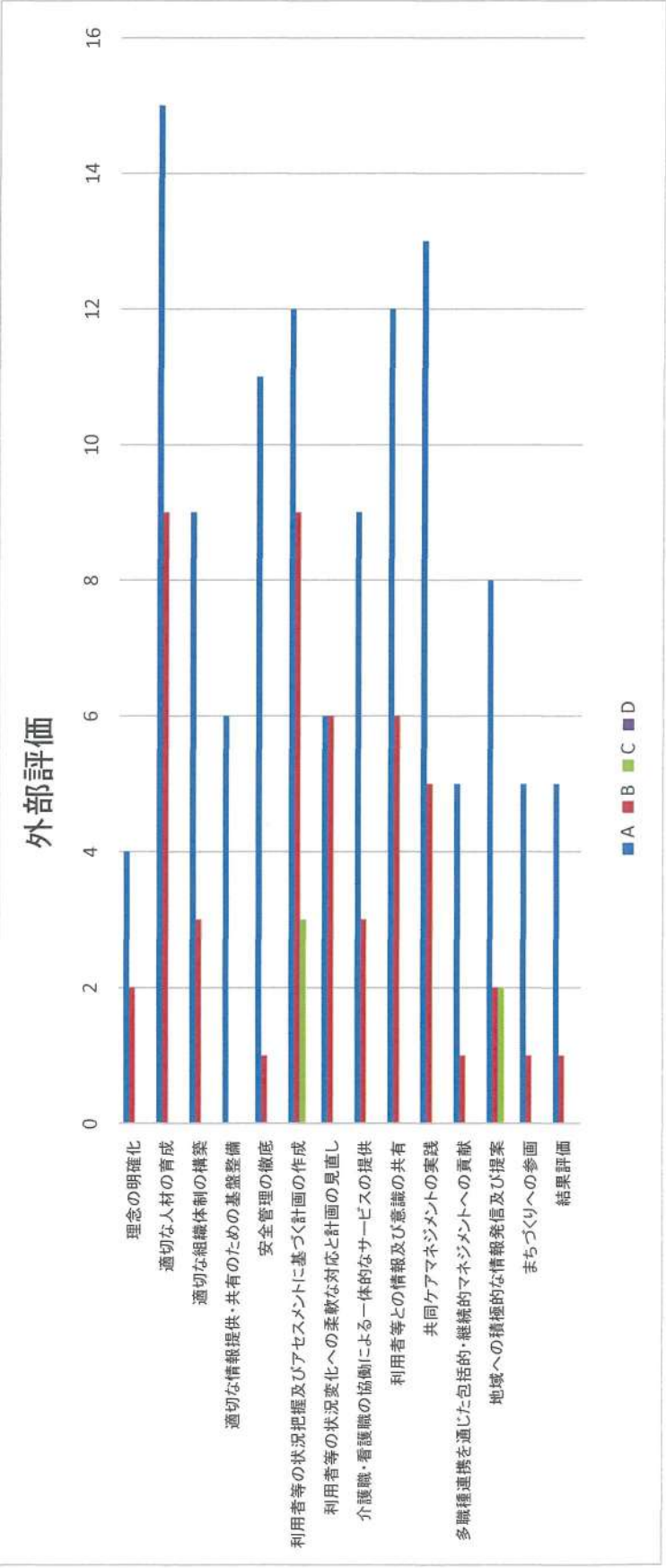
タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント	外部評価コメント A: 評価できる B: ほぼ評価できる C: 評価できない D: 評価不能
			実施状況					
			できて いる	ほぼ できて いる	と できて いない こ	い全 くで きて いな		
Ⅰ 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]								
(1) 理念の明確化								
サービスの特徴を踏まえた理念の明確化	1	当該サービスの特徴である「利用者等の在宅生活の継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するため、事業所独自の理念を掲げている		○			事業所独自ではなく会社としての理念を掲げている。「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の実現に貢献している」	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		○			年間計画に沿って研修に参加しています。(職員により年間計画異なる)	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		○			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。	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		○			職員能力により稼働を調整をしている。	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	○				自社では社内メール他社では電話やノート・MCSを利用し情報共有を行っている。	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		○			稼働状況に合わせシフトを作成や人材配置を行っている。	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	○				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) 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
(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
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
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ご利用者様がいる。	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、つぎ合わせ等が行われている		○			看護アセスメントも含め介護でのアセスメントを実施し計画書を作成している。	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		○			ご利用者様の中には維持回復がアセスメント状況困難な方がいる(進行性疾患等)	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			○		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、パーキンソン病)	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	○				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対応をしています。	A

平均値

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、長期に対応が必要な場合にはケアマネへケアプランの変更依頼を行い計画も変更をしている。	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							
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。	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	○			日常的に看護へ相談・助言を頂いている。	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	○			利用前に、ご利用者様、ご家族様へ利用サービスを行っている。	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		○		計画作成責任者にて説明をおこなっています。	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		○		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。	B
2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的管理							
(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
	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
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
(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)					
	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	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)					
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
	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。	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	○			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
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。サテライト事業所からの在宅展開もしています。(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

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		○			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。	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		○			お客様より、こんなサービスが合って良かったとのこと声を頂いております。	A

外部評価				
理念の明確化	A	B	C	D
適切な人材の育成	4	2	0	0
適切な組織体制の構築	15	9	0	0
適切な情報提供・共有のための基盤整備	9	3	0	0
安全管理の徹底	6	0	0	0
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	1	0	0
利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し	12	9	3	0
介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供	6	6	0	0
利用者等との情報及び意識の共有	9	3	0	0
共同ケアマネジメントの実践	12	6	0	0
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	13	5	0	0
地域への積極的な情報発信及び提案	5	1	0	0
まちづくりへの参画	8	2	2	0
結果評価	5	1	0	0



2023年度 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	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の実現に貢献している」	A 本サービスに係る明確な理念があると 思います
(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		○			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)	B これからより画一的に実施していく予定です
	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		○			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。	B 職員にあわせて研修が行われており良いと思います。
	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		○			職員能力により稼働を調整をしている。	B 職員能力への把握ができています。
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	○				自社では社内メール 他社では電話やノート・MCS を利用し情報共有を行っている。	A 前回と比べビールの向上が認められよう とされています。
(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、最速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。	B これから柔軟な配置をお願いします。
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	○				指摘・助言に対して真摯に受け止め改善を行っている。	A 会議での意見を受け改善が図られています。
(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 これから適切な取扱いをお願いします。
(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)	○				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 これから職員の安全の確保に向けて取組みをお願いします。
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 適切な取扱いをお願いします。
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ご利用者様がいる。	C 把握できていない方はどのようにされてい るのか伺いたいです。
	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		○			看護アセスメントも含め介護でのアセスメントを実施し計画書を作成している。	B 今後も情報の共有・管理をお願いします。
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		○			ご利用者様の中には維持回復がアセスメント状況難な方がいる(進行性疾患等)	B 利用者様にあわせて計画の策定をお願いします。
	14	重症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		○			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、パーキンソン病)	C 同上
(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対応をしています。	A 柔軟な対応が されていることが わかりました。

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	○		状態変化が短期的な場合には計画書は変更していない、長期に対応が必要な場合にはケアマネへケアプランの変更依頼を行い計画も変更をしている。	B 利用者の状況変化を的確にヒラキ、これらも必要に応じて計画に反映させていくつもり。
(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。	B これらも連携をおこなっています。
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 継続をおこなっています。
(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	○		利用前に、ご利用者様、ご家族様へ利用サービスを行っている。	A 同上
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	○		計画作成責任者に説明をおこなっています。	A 同上
	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。	B これらも十分な説明をおこなっています。
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	○		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 これらも適宜共有をおこなっています。
	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	○		必要に応じて提案をしています。(嗜好品購入等)	A 継続をおこなっています。
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	○		計画作成責任者の参加	B これらも情報共有を密に図っています。
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的な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)				
	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	A 継続をおこなっています。
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)				
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 これらも地域に開かれたサービスとして、質の向上に努めています。
	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。	C 会議の場で相談していきたい。
(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 行政における各行政機関の中で、本サービスがどのように位置づけられ、役割が期待されているか事業所全体で理解を深めていた方がいいと思います。
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。サテライト事業所からの在宅展開も行っています。(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 地域に広く展開していきたいと思っています。

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		○			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。	B 今後とも継続をお願いします。
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		○			お客様より、こんなサービスが合って良かったとお声を頂いております。	A 同上

2023年度 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					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				コメント						
			できている	ほぼできている	とができていない	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の実現に貢献している」	B					
(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)	B 研修内容 実施状況と 教えたこと けいぞと存じず					
	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。						
	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。						
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 他社では電話やノート・MCS を利用し情報共有を行っている。	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		○			稼働状況に合わせシフトを作成や人材配置を行っている。	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	○				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) 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					
(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					
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					
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ご利用者様がいる。	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		○			看護アセスメントも含め介護でのアセスメントを実施し計画書を作成している。	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		○			ご利用者様の中には維持回復がアセスメント状況困難な方がいる(進行性疾患等)	B アセスメントが 計画作成 共有の仕組み 教えたこと けいぞと存じず					
	14	重症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			○		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、パーキンソン病)						
(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対応をしています。	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	○		状態変化が短期的な場合には計画書は変更していない、長期に対応が必要な場合にはケアマネケアプランの変更依頼を行い計画も変更をしている。	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						
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。	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	○		日常的に看護へ相談・助言を頂いている。	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	○		利用前に、ご利用者様、ご家族様へ利用サービスを行っている。	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	○		計画作成責任者にて説明をおこなっています。	B
	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。	B
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	○		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
	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)	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	○		計画作成責任者の参加	B
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的なマネジメントへの貢献						
利用者の在宅生活の継続に必要となる、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)				
	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	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)				
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
	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。	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	○		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
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。サテライト事業所からの在宅展開も行っています。(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

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		○			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。	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		○			お客様より、こんなサービスが合って良かったとお声を頂いております。	S A

2023年度 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	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の実現に貢献している」	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		○			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	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
	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
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社では電話やノート・MCSを利用し情報共有を行っている。	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		○			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
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) 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
(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
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
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ご利用者様がいる。	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		○			看護アセスメントも含め介護でのアセスメントを実施し計画書を作成している。	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			○		ご利用者様の中には維持回復がアセスメント状況困難な方がいる(進行性疾患等)	A
	14	重症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			○		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、パーキンソン病)	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	○				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対応をしています。	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		○		状態変化が短期的な場合には計画書は変更していない、長期に対応が必要な場合にはケアマネケアプランの変更依頼を行い計画も変更をしている。	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		○		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
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
(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、ご利用者様、ご家族様へ利用サービスを行っている。	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		○		計画作成責任者に説明をおこなっています。	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		○		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
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		○		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
	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
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
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的な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)					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)	○			退院前カンファレンスへの参加	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)					A
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
	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) 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
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。サテライト事業所からの在宅展開も行っています。(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

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)						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		○			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。	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		○			お客様より、こんなサービスが合ってた良かったとお声を頂いております。	A

2023年度 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	とができていない	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の実現に貢献している」	B
(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)	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などの判断能力など)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。	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		○			職員能力により稼働を調整をしている。	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	○				自社では社内メール他社では電話やノート・MCSを利用し情報共有を行っている。	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		○			稼働状況に合わせシフトを作成や人材配置を行っている。	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。	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	○				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
(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。	B
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
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ご利用者様がいる。	C
	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			○		看護アセスメントも含め介護でのアセスメントを実施し計画書を作成している。	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			○		ご利用者様の中には維持回復がアセスメント状況困難な方がいる(進行性疾患等)	B
	14	重症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			○		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、パーキンソン病)	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	○				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対応をしています。	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	○		状態変化が短期的な場合には計画書は変更していない、長期に対応が必要な場合にはケアマネケアプランの変更依頼を行い計画も変更をしている。	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						
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。	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	○		日常的に看護へ相談・助言を頂いている。	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	○		利用前に、ご利用者様、ご家族様へ利用サービスを行っている。	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	○		計画作成責任者に説明をおこなっています。	B
	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。	B
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	○		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
	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)	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	○		計画作成責任者の参加	B
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的な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	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)				
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。	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		○	人員不足のため積極的な広報はできていない。	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	○		定期的な集団指導への参加 整備計画を把握しています。	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	○		・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。サテライト事業所からの在宅展開も行っています。(20分以上になると随時対応での訪問が厳しくなるため)	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		○			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。	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		○			お客様より、こんなサービスが合って良かったとのことのお声を頂いております。	B

2023年度 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	できています	ほぼできています	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の実現に貢献している」	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		○			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	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
	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
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社では電話やノート・MCSを利用し情報共有を行っている。	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、最速且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている		○			稼働状況に合わせシフトを作成や人材配置を行っている。	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	○				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) 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
(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
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
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ご利用者様がいる。	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		○			看護アセスメントも含め介護でのアセスメントを実施し計画書を作成している。	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		○			ご利用者様の中には維持回復が「アセスメント」状態にある方がいる(進行性疾患等)	A
	14	重症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			○		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、パーキンソン病)	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	○				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対応をしています。	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	○			状態変化が短期的な場合には計画書は変更していない、長期に対応が必要な場合にはケアマネケアプランの変更依頼を行い計画も変更をしている。	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	○			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
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
(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、ご利用者様、ご家族様へ利用サービスを行っている。	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	○			計画作成責任者にて説明をおこなっています。	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	○			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
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
	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
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
(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	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)					
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HPIにて掲載をしています。	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		○		人員不足のため積極的な広報はできていない。	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	○			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
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。サテライト事業所からの在宅展開も行っています。(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

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		○			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。	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		○			お客様より、こんなサービスが合って良かったとお声を頂いております。	A

2023年度 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	とできていない	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の実現に貢献している」	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		○			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	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
	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
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、他社では電話やノート・MCSを利用し情報共有を行っている。	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		○			稼働状況に合わせシフトを作成や人材配置を行っている。	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) 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
(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
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
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ご利用者様がいる。	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			○		看護アセスメントも含め介護でのアセスメントを実施し計画書を作成している。	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			○		ご利用者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
	14	重症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			○		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、パーキンソン病)	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	○				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対応をしています。	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	○		状態変化が短期的な場合には計画書は変更していない、長期に対応が必要な場合にはケアマネへケアプランの変更依頼を行い計画も変更をしている。	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	○		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
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
(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、ご利用者様、ご家族様へ利用サービスを行っている。	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	○		計画作成責任者に説明をおこなっています。	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	○		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
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	○		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
	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
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
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的な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	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)				
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
	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) 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
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。サテライト事業所からの在宅展開も行っています。(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

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		○			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。	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		○			お客様より、こんなサービスが合ってた良かったとお声を頂いております。	A

いつも良くていただき感謝しております。
 評価に関しては満足しているため、全てAをつけていただきました。
 平日、仕事を持つ家族（私達）にとって、とても有難い存在です。
 どうぞ引き続き、父さんへよくお願いいたします。

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

2024 年 3 月 14 日（木） 15：00～16：00

出席者

名 前	所 属	名 前	所 属
H 様	練馬区介護保険課	H	北東京第二事業部
K 様	光が丘南地域包括支援センター	O	SOMPO ケア光が丘居宅介護支援事業所
定期巡回利用		N	SOMPO ケア光が丘居宅介護支援事業所
ご家族 K 様		S	SOMPO ケア練馬
T 様	SOMPO ケア練馬訪問看護	U	SOMPO ケア光が丘
		T	そんぼの家 S 平和台サテライト
		N	そんぼの家 S 練馬土支田サテライト
		H	そんぼの家 S 練馬土支田サテライト
		I	SOMPO ケア光が丘

審議事項

1、開会の挨拶（井尻）

はじめに開会の挨拶をさせていただきます。

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、議事進行開会の挨拶をさせていただきます。SOMPO ケア光が丘 井尻と申します。

宜しくお願いいたします。

早速ではございますが、介護医療連携推進会議を開催いたします。本日最後にご質問、ご意見の時間を設けておりますので、宜しくお願いいたします。本日の流れに関しましては、お手元の資料に沿って説明させていただきます。

次のページへお進み下さい。

介護医療推進会議の目的となります。

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

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」と通報による応対・訪問を行う「随時訪問」「随時対応」を組み合わせ、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。

2、ご出席者の紹介（上記出席者参照）（井尻）

3-①②③ 事業所概要 提供エリア （井尻）

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
居宅介護支援事業所

② 主なお問い合わせ受付 曜日/時間

曜日：月曜日から金曜日
時間：9：00～18：00

③ 全事業所職員数（人）

正社員 34名
非常勤 24名
合 計 58名

④ 利用者状況（人） 令和6年3月14日現在

定期巡回随時訪問介護看護 53名
訪問介護事業 79名
合 計 132名

光が丘提供エリア：光が丘・田柄・旭町・高松・北町

平和台提供エリア：平和台・氷川台

練馬土支田エリア：土支田・谷原・大泉町

4、事業所訪問実績 資料ご参照下さい。

主なコールの内容…12月～2月にかけて排泄随時コールが非常に多く受けられました。

中でも多かったところが、排便随時コールが頻繁にございました。

こちらは訪問看護さんと今飲まれているお薬に関して相談し、状況報告をさせていただいて、改善に至っているところではあります。

他に関してはベッドのズリ落ち、首が痛い・足が痛くて眠れないというコール内容がございました。

5、事業所基本情報 資料ご参照下さい。(T N 井尻)

5-① SOMPOケア光が丘

5-② 平和台サテライト

5-③ 練馬土支田サテライト

6、事例(6-①ご利用者様事例・6-②食事について事例)

実際に定期巡回にて援助に入っています方を事例として紹介させていただいております。

今回、食事について事例をあげさせていただきました。

7、自己評価・外部評価について

昨年の9月に行いました、介護医療連携推進会議の際に自己評価・外侮評価を皆様からご意見をいただいたものを平均化し載せています。今回は事前に外部評価をいただきコメントにつきまして回答、評価について検討ご意見をいただきました。

「自己評価・外部評価 項目番号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

自己評価…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。

外部評価…研修内容実施状況を教えていただきたい。

回答…虐待防止研修は年に2回行っております。防災、食中毒、熱中症予防、事故の予防、ヒヤリハット、感染症予防、金銭盗難防止の取り組み、緊急の対応・接遇のマナー認知症のケア、コミュニケーションハラスメントの防止等を行っております。2024年度の研修内容につきましては、虐待防止研修は年に2回、BCP研修を3回位置付けております。感染症・自然災害・防災について、BCPに対して研修を受ける予定となっております。（井尻）

法廷研修を年に10回決めております。必ず受けなければいけない研修なので、それは全員受講し他に技術面であったりとかってというのは、あの管理者が本人と直接面談をして、どこが自分は苦手かなっていうのを管理者と相談しながら、法定研修以外の研修を受けていくという研修形式にさせていただいております。（S）

「自己評価・外部評価 項目番号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

自己評価…生活歴や1日の生活、1カ月の生活、1年の生活の把握ができていないご利用者様がいます。

外部評価…把握できていない方についてはどのようにされているのか？

回答…11、13と内容重複してしまいますが、定期訪問時に日々入りながらアセスメントをとり職員から情報収集しています。

「項目番号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

自己評価…ご利用者様の中には維持回復がアセスメント上、困難な方がいる（進行性疾患等）

外部評価…アセスメントの工夫、計画作成共有の取り組みを教えてください。

回答…11、13と内容重複してしまいますが、定期訪問時に日々入りながらアセスメントをとり職員から情報収集しています。

「自己評価・外部評価 項目番号14」

重症化しても医療依存度を高めすぎないように、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。

自己評価…重症化した場合には医療依存度が高くなる傾向がある。(例：ガン末期、パーキンソン病)

外部評価…アセスメントの工夫、計画作成共有の取り組みを教えてほしい。

回答…定期訪問にて複数回入ることによりアセスメントをとれるように職員と共有しています。

「自己評価 外部評価 項目番号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。

自己評価…人員不足の為、積極的な広報活動はできていない。

外部評価…会議の場でご意見等をいただく。

回答…ご意見

(S) 全体的に人員が足りない中で援助に入っており、その中で積極的な広報活動はどうすれば良いかと、悩んでおり、皆様からご意見いただければと思います。

周知活動として営業活動であったり、他社のお客様への挨拶であったりとか。あと包括様に営業はさせてはいただいているのですが、自己評価としては少し低くなってしまいます。

他に周知活動として、こういうのがあったら良いなというものはございますでしょうか？

ご意見として地域密着サービスにてわりかし、練馬区の第8計画の方でも上位の方に上がっていました。ご利用される居宅さんは、わりと限られてしまうところであります。

ご利用された方は利用しやすいので何度かリピートして下さるのですが、やはり周知活動って難しいなと私も感じておりまして、そういう使ったことのない人、周知活動方法等、良いご意見・お知恵がありましたら教えていただきたいのですが、いかがでしょうか？

(N) 今、私は一人暮らしの動けない方もお願いしているので、本当に1日に最高6回ぐらい心不全があるので利尿剤を沢山飲まれていて尿漏れが多く、何度も申し訳ないぐらい気持ちで行ってもらっていたので本当に助かっています。周知活動となると何回も行ってもらっていると、本当に人員がそこで裂かれてしまったり、同じ時間帯に行く人が重なってしまったりなんかうまく合わせるのが難しいです。

(S) K様は研修とかがあったらいかがでしょうか？

（ K 様 ）参加されそうな方とかっていらっしゃると思います。こんな具体的な事例があると、なんかこういう感じなんだなって分かりやすいので、ただパンフレットがあるだけだと、どんなことやっていただけるのかというのが具体的ではないので、すごく良い取り組みをされているのに、そこは伝わっていないのかなというところがあります。

（ S ）地域包括様にて、もし受け入れてくださるのであれば、個別にこう研修とさせていただけるといいのかなと思います。

次年度は特に民生委員の方とかのご紹介いただいて、地域の方に広まった会議っていう形ができればいいかなと思います。

（ T ）すごく難しいなと思ったのですが、実際に訪問看護も定期巡回のヘルパーさんと連携してすごく色々な私達が気づかないような情報をやっぱり 1 日何回も入るってことですごく発見してどうですか？っとかいろんな心配事とかも相談してくださるので、そういうことで重症化が先ほどの話があったのですが、早期発見にすごく繋がっているなと思います。

良いサービスだなと思うのですが、1 回ご利用いただければすごく良いサービスだなっていうのがわかっていただけるので、もう一度リピートはあるかなと思うのですが、看護の方で例えば定期巡回を使っていないところの居宅さんにこれがもし定期巡回だったら、医療依存度は変わらなくても介護依存度がどんどん高くなって寝たきりになっていくと訪問介護じゃなくて定期巡回に切り替えた方がいいのになって思う時があります。一応提案がするのですが、そうすると定期巡回って何ですか？と利用したことないから分かんないですがというお話があり、そこからの説明からしなきゃいけないので、一応こういうサービスがあります。という人にお伝えはするのですが、なかなか踏み込めないというところがあるから難しいです

（ S ）練馬区ココネリにて、訪問介護部会っていう練馬区の部会主催でやらせていただいた研修ですが、夜間対応型訪問介護と定期巡回という形で研修をさせていただきました。

他社の定期巡回をやってらっしゃる事業所の方もみんな集まって話し合っって研修内容を決めてっていう形で、以前は結構練馬区さんも第 3 回ぐらいまで活発にされていたと伺っております。

（ N ）ホームページなんかすごい練馬区が力を入れているというアピールを聞きました。

（ S ）平和台サテライト基本情報6番の女性の方なのですが、この方、サテライトの居住系のところにいる方、一般的に調理配膳されているのでしょうか？

（ T ）この方はそうですね。介護4なのですが、一応室内であれば手すりがあれば一人で調子が良ければ動くこともできる方です。介護4の理由については、レビー小体とかで幻視が見えたり、その日によってあの調子が悪かったりすると、1日の中で不穏症状がかなり強く出るため要介護4が出ている方になります。

お食事の配膳下膳をやるのかってところで、パーキンソンの症状があって、手が自由に動かなかったり、食事を召し上がっている中で日によって体調のムラがあって、周りから見られたくない。そういう姿をとってところで、プライバシーを配慮してお部屋で召し上がっている方になります。1日中お部屋の中で過ごされているのではなく、手芸教室とか水墨画教室とかをやったりしています。他者との交流は一定の部分で保たれている方になります。

（ H様 ）よく運営されてるからなと思いますので、感染症とかまだ引き続きいただいてたくさんサービス提供していただければと思いますので、よろしくお願いいたします。ありがとうございます。

（ O ）ご家族様担当している。連携して下さる訪問看護ステーションの拡大をやはりこのサービス自体の周知も必要ですけれども、内容を挙げていくためにはやはり関節の。連携していただけるような説明をしていく、そしてその相手先がどのような対応ができるか？

例えば研究会の会員参加の連絡ではないので、ホームページの方で進入するということ、拡大する必要があるかと思います。この内容は充実したので。新しい生活を実現していくために役立っているサービスだけでも、実感はできます。

（ T ）今の話ですが精神小児とか、すごい需要はあるかなと思うのですが、やっぱりなかなかすごい。専門的な部分やで精神訪問看護となると医療保険の介入になってしまう。定期巡回との連携をしているが、その先精神医療看護の受講をしてその資格を取るか、あとは精神科で臨床経験が3年以上ないと精神訪問看護できないという決まりがあるので。

なかなか違う。多事業所は結構やられている所もあるのですが、弊社はできていないので弱みがあります。あとはやはりPTがいないので、定期巡回を使った時にリハビリを同じ別の訪問看護ステーション使えないというので、ケアマネさんを少し困らせてしまうというところは課題ではあります。

（ H ）終わりの挨拶とさせていただきます。H よりご挨拶いたします。

本日はご参加いただきましてありがとうございました。音声も届かないところもあり申し訳ございませんでした。

本当に我々SOMPO ケア株式会社として、今全国で定期巡回サービスというものを幅広く提供させていただいております。高齢者の方がご自身で最後の住まいを決定するっていうことに対しての一つの砦というのが、この定期巡回サービスというふうに思っており、拡大させていきたいと思っております。このサービスがあるから、在宅で最後まで思いを叶えるためのサービスというふうに思っております。私、埼玉、千葉、神奈川、東京、都首都圏のエリアを色々担当がございまして、本当に自治体によってといいますかエリアによって定期巡回とか地域密着の色というのは結構違いがあり色々ある中で、本当にこの光が丘エリアというところはこの事業者様も含めて一生懸命思いを叶えていこうという姿が見えている自治体なのかなというふうに思っております。本当にそれは皆様と一緒に我々もこれからも協力させていただきながら、光が丘にお住まいので、職場まで高齢者との生活を少しでもよりよく支えていきたいというふうに思っております。今後本当にその生活だけの部分でなくて、生活も楽しみというところにもちょっと介護保険外のところになってしまうかもしれませんが、例えばチャレンジをしながら本当に生活を支えていきたいというふうに思っておりますので、今後とも宜しくお願いいたします。私から以上になります。本日はありがとうございました。

（ I ）皆様、本日はお忙しいなお集まりいただきありがとうございました。

次回の開催予定日は

2024 年 9 月を予定しております。

以上で、介護医療連携推進会議を終わります。ありがとうございました。