

令和 7 年 3 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7年3月14日（金） 10:00～11:30
- 場所 そんぽの家S上石神井 1F
- 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	馬杉	0:05	10:00	10:05	
2	会議参加者のご紹介	参加者	0:05	10:05	10:10	
3	定期巡回随時対応型訪問介護看護について	馬杉	0:10	10:10	10:20	
4	サービス提供状況の報告	馬杉・鈴木	0:10	10:20	10:30	
5	ケース紹介：SOMPOケア上石神井	馬杉	0:10	10:30	10:40	
	ケース紹介：SOMPO上石神井サテライト	鈴木	0:10	10:40	10:50	
6	質疑応答	参加者	0:05	10:50	10:55	
7	協議会メンバーからのご連絡	参加者	0:05	10:55	11:00	
8	サービスへの評価・要望・助言	参加者	0:25	11:00	11:25	
9	閉会のご挨拶	馬杉	0:05	11:25	11:30	

■議事進行 SOMPOケア上石神井 馬杉



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 上石神井 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	
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 上石神井 職員数(人)	
正社員	13 名 (内サテライト：9名)
非常勤	8 名 (内サテライト：0名)
合計	21 名
⑤利用者状況(人) 令和7年2月28日現在	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業	7 名
訪問介護事業	48 名
合計	55 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。	

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」実績報告

SOMP0ケ了上石神井

2024年 9月 ～ 2025年2月実績

SOMP0ケア上石神井 利用者基本情報 (2024年 9～2025年2月)

No.	氏名	性別	年齢 (才)	要介護度	日常生活自立度		世帯形態	移動時間		主な疾患			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 事業所名	訪問看護 事業所名	訪問介護 連携事業所名	備考
					(障害)	(認知)		日中帯	夜間帯	1	2	3		1	2									
1	I. T様	男	82	3	B1	II b	独居	10分	10分	器質性肺炎			在宅酸素使用で帰宅、滞りなく在宅生活が送れるよう支援	服薬	自立支援	R6. 10. 9	R7. 1. 31		SOMP0ケア上石神井	高羽CM	あり	リカバリー	なし	
2	K. K様	男	87	3	B1	II b	独居	10分	10分	慢性閉塞性肺疾患	脊柱変形性関節症		在宅酸素使用で帰宅、ご家族が夜中での訪問出来ない日も滞りなく在宅生活が送れるよう支援	排泄介助	食事提示	R6. 12. 28		18日	鳥村居宅	鈴木CM	あり	リカバリー	なし	
3	S. Y様	女	91	5	C2	III	同居	10分	10分	脳梗塞後遺症	腎盂腎炎	甲状腺機能低下症	同居家族の負担軽減	オムツ交換	移乗	H31. 1. 1		28日	オレンジメディカル	黒河内CM	アセスメント	SOMP0ケア緑馬	なし	
4	S. I様	男	92	3	B1	II b	同居	5分	5分	心房細動			同居家族の負担軽減	オムツ交換		R6. 12. 24		28日	SOMP0ケア大泉学園	中尾CM	あり	リカバリー	なし	
5	T. M様	女	92	1	A2	II b	同居	5分	5分	認知症	慢性心不全		気力・運動量低下顯著で食事・水分促進しをこ家族希望	安否確認	食事・水分促し	R6. 10. 1		28日	SOMP0ケア上石神井	中村CM	アセスメント	SOMP0ケア緑馬	なし	
6	N. E様	女	88	2	J2	II b	同居	5分	5分	認知症			安否確認・通所の支援	安否確認	自立支援	R6. 8. 19		28日	SOMP0ケア上石神井	高羽CM	アセスメント	SOMP0ケア緑馬	なし	
7	M. M様	女	100	5	C2	IV	独居	5分	5分	認知症			寝たきり状態の独居を支える	オムツ交換	食事介助	H31. 1. 24		28日	めぐみの会	後藤CM	あり	わかば	なし	
8	Y. K様	女	81	4	C1	I	同居	10分	10分	末期胃がん			同居家族の負担軽減	オムツ交換	身体保清	R6. 9. 17	R6. 12. 23		富士見台居宅	本田CM	あり(医療)アセスメント	LEE訪問看護 SOMP0ケア緑馬	なし	
9	Y. M様	女	94	5	C2	M	独居	5分	5分	認知症	高血圧症	腰部動脈硬化	寝たきり状態の独居を支える	オムツ交換	家事全般	R3. 2. 4	R6. 12. 27		SOMP0ケア大泉学園	中村CM	あり	わかば	なし	
10	H. N様	女	94	5	A1	II b	サ高住	1分	1分	パーキンソン病	認知症	高血圧症	パーキンソン病により日常生活全般の	排泄介助	食事介助	H31. 3. 1		28日	SOMP0ケア大泉学園	杉田CM	あり	SOMP0ケア緑馬	なし	
11	H. I様	女	89	4	J2	II a	サ高住	1分	1分	アルツハイマー型認知症	過活動膀胱	不眠症	排泄・身体整容介助必要な為	排泄介助	身体整容	R2. 11. 23		28日	SOMP0ケア大泉学園	杉田CM	あり	SOMP0ケア緑馬	なし	
12	K. T様	女	91	4	B2	III a	サ高住	1分	1分	両変形性膝関節症	腰椎圧迫骨折	アルツハイマー型認知症	認知症により頻回な介助が必要な為	排泄介助	体位交換	H29. 12. 1		28日	SOMP0ケア大泉学園	杉田CM	あり	SOMP0ケア緑馬	なし	
13	I. F様	女	95	4	A2	III b	サ高住	1分	1分	アルツハイマー型認知症	両変形性膝関節症		認知障がいにより、頻回な介助が必要	排泄介助	体位交換	H28. 2. 21		28日	SOMP0ケア大泉学園	杉田CM	あり	SOMP0ケア緑馬	なし	
14	I. E様	女	94	4	A1	II b	サ高住	1分	1分	左大腿骨骨折			左大腿骨骨折により、排泄着替え整理	排泄介助	体位交換	R5. 4. 1		28日	SOMP0ケア大泉学園	杉田CM	あり	SOMP0ケア緑馬	なし	
16																								
平均			91	4	—	—	—	1分	1分	—	—	—	—	—	—	—	—	27日	—	—	—	—	—	—

当月利用者実績(人)	当月利用者案件(人)	来月利用者見込数(人)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 実績報告 SOMPOケア上石神井

利用者実績 期間：令和6年9月～令和7年2月

1. 利用者数推移

			9月	10月	11月	12月	1月	2月		期間計	備考
月別利用者数（延べ）			12名	14名	13名	14名	12名	12名		77名	
基幹			5名	7名	7名	9名	7名	7名		42名	
サテライト			7名	7名	6名	5名	5名	5名		35名	
推移	基幹	新規サービス開始数	1名	2名		2名		1名		6名	
		サービス終了者数				2名	1名			3名	
	サテ	新規サービス開始数								名	
		サービス終了者数		1名		1名				2名	
内訳	基幹	介護看護利用者数	2名	3名	3名	3名	2名	2名		15名	
		介護のみ利用者数	3名	4名	4名	6名	5名	5名		27名	
	サテ	介護看護利用者数	7名	7名	6名	6名	5名	5名		36名	
		介護のみ利用者数								名	
平均介護度			4.33	4.00	3.83	3.71	3.58	3.67	-	3.86	

2. サービス提供回数

（単位：回）

			9月	10月	11月	12月	1月	2月	0	累計	備考
日中	基幹	a.定期巡回回数	332	503	507	437	337	365		2,481	
		b.随時対応回数	0	0	4	2	0	3		9	
		c.随時訪問回数	0	0	4	2	0	1		7	
		対応率(c/b)	-	-	100.0%	100.0%	-	33.3%	-	77.8%	
	サテ	a.定期巡回回数	1,010	1,041	874	827	827	752		5,331	
夜間	基幹	d.定期巡回回数	95	97	92	90	62	56		492	
		e.随時対応回数	0	0	0	0	0	0	0	0	
		f.随時訪問回数	0	0	0	0	0	0	0	0	
		対応率(f/e)	-	-	-	-	-	-	-	-	
	サテ	d.定期巡回回数	750	775	870	744	744	672		4,555	

3. 介護度別分布

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	0	計
要介護1	0	1	1	1	1	1		5.0
要介護2	1	1	1	1	1	1		6.0
要介護3	0	1	1	3	3	2		10.0
要介護4	5	5	5	5	4	5		29.0
要介護5	6	6	4	4	3	3		26.0
平均介護度	4.3	4.0	3.8	3.7	3.6	3.7	-	3.9

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	1	お看取りの方のケース			事業所名	SOMPOケア上石神井 定期巡回 上石神井サテライト		
		92歳	要介護	介4	生活自立度	B2	認知症自立度	Ⅲa
主な疾患		生活状況			身体状況			
アルツハイマー型認知症 変形性膝関節症		サービス付き高齢者向け住宅にて独居。 横浜市の長男様が月2-3回、小金井市の娘 様が月2-3回訪問されている。			自立歩行は変形性膝関節症で出来ず、車い す操作は足を使用されて居室内移動でき るが、認知障がいにより日常生活全般に介 助を受けている。			
看護連携					看護助言			
定期巡回サービス導入時、看護サービスも利用。					転倒リスクや、失禁による皮膚トラブル、誤嚥リスク、 排便コントロール不良のための排便状況確認必要で す。			

介護目標

- ①好きなことをしてお話ししながら過ごす生活を送れるように、
毎日コミュニケーションを持ちながら生活できる。
- ②毎日おいしく食事を食べることができる生活を送れるように、毎日食堂で妹様と一緒に食事をする。
- ③体調良く痛みのない生活を送ることができるように、
体の異変を早期に把握してもらい対応してもらえるようにできる。
- ④清潔な状態で生活できるように、安全に入浴・排泄・身体や自室の環境を整えて毎日を過ごすことができる。

週間計画								ポイント
	月	火	水	木	金	土	日	
0:00								■定期巡回サービス: 毎日10回訪問、週2回入浴 洗濯・週1回掃除洗濯と買い 物同行 ■ケア内容 排泄・移乗移動・着替え・身体 整容・食事・服薬・口腔ケア介 助、掃除・入浴・洗濯代行、買 い物同行 ■緊急コールによる随時対 応、随時訪問 ■訪問看護 月2回の訪問 ■訪問診療利用
3:00								
6:00								
9:00								
12:00								
15:00								
18:00								
21:00								
23:00								

支援経過

2015年、サービス付き高齢者向け住宅に転居。当初は歩行補助具使用して歩行していたが、膝の痛み強くなり、車いす利用となる。
 2017年、定期巡回サービス利用開始となる。
 2024年、嚥下能力が落ち、嚥下専門医の介入と、それによる食事形態変更、食事介助を行うも、食事量もだんだんと減っていき、2025年3月ご逝去となる。

導入効果

当初は、変形性膝関節症・認知障がいのため、頻回な介助が必要で、サ高住での生活継続ができていた。嚥下能力低下後は、ADLさらに変化多くなり、それに合わせた対応ができた。また甘いものがお好きだったため、最後までその楽しみを継続でき、また社交的な方で、妹様など人とのかかわりを最後まで継続できた。

本人・家族の様子

導入時	導入後
当初は、膝や認知症についての今後の不安があるご様子だった。 嚥下能力低下後は、看取りへの不安がある様子だった。	導入後は、サ高住でも生活・介護の継続ができ、また嚥下能力低下後は、最後までなじみのある環境で過ごせるという安心をお持ちいただけた様子。

今後の課題

今後も、ADLの都度の変化、看取りなど状態の変化があっても、対応が継続できるようにする。

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	1	ご家族と協力し独居を支えるケース			事業所名	SOMPOケア上石神井		
		83歳	要介護	4	生活自立度	C1	認知症自立度	I
主な疾患	生活状況				身体状況			
悪性リンパ腫 シェーグレン症候群	2024.11食欲不振・体動困難・発熱みられ入院。悪性リンパ腫の診断。同年12月ショートステイを挟み、2025.1ご帰宅。ベッド上の生活となる。別居の息子様ご家族が熱心に訪問され、食事や家事面のサポートをして下さっている。				排泄はベッド上オムツ交換。食事等ベッド上ギャジアップで自己摂取可能。寝返り可能、起き上がり軽介助。体調よければマッサージの際立ち上がり等のリハビリ可。ポータブルトイレ・シャワーチェア・端坐位での座位保持不可。			

看護連携	看護助言
医療保険にて連携契約のある他社ナースステーションが週2回介入。アセスメントも実施。	スキンテアの保有既往あり。ベッド上での生活になっているため同一部位圧迫で皮膚トラブルリスクあり

介護目標

ご自宅で過ごしたいというご本人のご希望に沿い、清潔の保持・定期的な食事の摂取を支援し安心して生活出来るよう、ご家族・関係機関と連携し支援する。

週間計画								ポイント
	月	火	水	木	金	土	日	
0:00								洗面・口腔ケア オムツ交換 配下膳 必要時の更衣・清拭
3:00								
6:00								
9:00								
12:00								
15:00								
18:00								
21:00								
23:00								

支援経過

退院当初、入浴介助やポータブルトイレの自己使用も可能と思われ、まとまった時間滞在出来る訪問介護で2025.01より介入を開始。ポータブルトイレの移乗介助や自宅でのシャワー浴を試したものの、座位保持が困難で介助を断念。
2025.02より定期巡回に移行する。同時に訪問入浴開始。
食事手配や掃除・洗濯等は別居の長男様が頻回に来訪し担って下さっており、滞在中であれば食事提示もして下さるなど非常に協力的。

導入効果

入院中のご本人は食事をあまり食べない・介助が必要とされていたが、ご家族がご本人の嗜好にあった物を準備され積極的に摂取出来るようになってきている。熱心に来訪下さる長男様は持病があり時折入院が必要となることもある。定期巡回をご利用されることで、急にご家族が来られなくなっても大丈夫とご安心頂いている。ご本人も食事が摂取出来るようになり看護を週2回→1回と減らすまでに体調が安定。

本人・家族の様子

導入時	導入後
ご本人・ご家族共、訪問介護で介入していた当初と同じスタッフで対応していたため定期巡回移行後もスムーズに受け入れて下さった	介入当初よりご家族の訪問頻度は減ってきているが、滞りなく生活されている。ご本人もヘルパーに対する発語や笑顔が増え安心されている様子がうかがえる。

今後の課題

現在は体調が安定しているが、重篤なご病気があり体調変化への注意や医療との連携を密にしておくことが必要。

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 記録

開催日	開催時間
2025 年 3 月 14 日	10 : 00 ~ 11 : 30

■出席者

名前	所属	名前	所属
A 様	練馬区介護保険課	J	SOMPOケア上石神井定期巡回
B 様	練馬区介護保険課	K	SOMPOケア上石神井定期巡回
C 様	上石神井地域包括支援センター	L	SOMPOケア上石神井定期巡回
D 様	第二光陽園地域包括センター	M	SOMPOケア上石神井定期巡回
E 様	ザオーケアプラン上石神井		
F	SOMPOケア上石神井居宅介護支援		
G	SOMPOケア上石神井居宅介護支援		
H	SOMPOケア上石神井居宅介護支援		
I	SOMPOケア練馬訪問看護		

1 開会のあいさつ	☐
2 介護・医療連携推進会議の参加者のご紹介	☐
3 定期巡回随時対応型訪問介護看護について	☐
4 サービス提供状況の報告	☐
5 ケース紹介：SOMPOケア上石神井	☐
ケース紹介：SOMPOケア上石神井サテライト	
6 質疑応答	☐
7 協議会メンバーからのご連絡	☐
8 サービスへの評価・要望・助言	☐
9 閉会のあいさつ	☐

■記録

1.開会のあいさつ お忙しい中お集まりいただき、誠にありがとうございます。 令和6年度2回目の介護・医療連携推進会議を開催させていただきます。 2.参加者のご紹介 参加いただいた方の自己紹介をしていただく 3.定期巡回随時対応型訪問介護看護、介護・医療連携推進会議について 定期巡回随時対応型訪問介護看護の制度・特徴についてご説明させていただく。 介護・医療連携推進会議の開催目的についてご説明させていただく。 4.サービス提供状況の報告 事業所概要について、ご説明させていただく。 サービス提供エリアについて、ご説明させていただく。 2024年10月から2025年2月までの利用者様推移・ サービス提供回数・定期巡回サービスを利用されている方の 介護度分布についてご説明させていただく。
--

■記録（続き）

5. ケース紹介

定期巡回サービスをご利用されている方2名様の事例紹介をさせていただきます。
添付資料とは別に軽度の定期巡回についてご紹介します。

- ①要介護1 昨年ご主人を亡くされて娘さんと二人暮らしをされている方です。
寝てばかりのため娘さんがお仕事に行かれてる平日のみ、起床の呼びかけと共に水分補給や食事をとられたかの確認をさせてもらっています。
- ②要介護3 短期記憶障害をお持ちの方、ご様子の確認と毎日デイサービスをご利用されるため、デイの送り出しのため訪問しています。

6. 質疑応答

A様：1日10回と利用が多くなっていることについて説明お願いいたします。

J：在宅の方では例え看取りのご利用者さんでも多くても4、5回です。
何度も家に入出入りをされると嫌がられる方もいらっしゃいますので、それほど多くはありません。

M：サ高住の場合は常に職員がいるということで、要介護4、5の方で10回という回数の方は多いです。ベッドからずり落ちたり、トイレへの介助等含めると多くなります。サ高住ですと、望まれる方も多くいらっしゃいます。
ケアマネジャーのアセスメントによってたてられた計画で行っています。

K：日中のお食事前後などですと、回数が急激に増えるのは一般的です。

I：トイレにいて動けなくなった方などの対応も多くあります。

7. 協議会メンバーからのご連絡

なし

8. サービスへの評価・要望・助言

評価表のご記入をしていただく。

要望について以下のお話を頂く。

E様：正直、定期巡回の使い方がよくわからない。

J：他社のケアマネさんよりよくお問い合わせいただきます。
昨年度「定期巡回の使い方、夜間対応」の勉強会などを開かせて頂きましたが、
まだまだ他社のケアマネさんへの周知が足りてないなと思うところです。
今回の会議にて紹介させて頂いたケースを参考にして頂けたらと思います。

E様：今回勉強させていただきました。

D様：ご家族からのご相談がすごく多い中、今回のケース紹介等、訪問介護との違い勉強になりました。

9. 閉会の挨拶

皆様ご参加いただき、誠にありがとうございました。これにて今回の会議医療推進会議は閉会とさせていただきます。

以上

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 御中

提出日：令和 7 年 4 月 10 日

サービス種別 (該当に○)	☐ 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 上石神井 定期巡回		
事業所所在地	(〒177- 0044) 東京都練馬区上石神井 4-1-5 成昇ビル 1 階		
担当者名	馬杉 愛		
連絡先	電話	03-5927-2231	FAX 03-5927-2232
	mail	kamisyakujii_m@sompocare.com	

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 7 年 3 月 14 日
-----------------	-----------------

添付資料

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
☒ (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
☐ (別紙 2 - 2) 事業所自己評価
☐ (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
☐ (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
☐ (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

ご記入事業所名:

ご記入者名:

ご記入日: 年 月 日

タイトル	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 及び 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	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、事業独自の理念を掲げている	○					「人間尊重・カスタマイズケア・自立支援」を弊社経営理念を掲げています。事業所として「自分らしい在宅生活を」ために目標をもって支援します。	A ・理念を理解することが出来ました。引き続き利用者の支援をお願いいたします。 ・会議の中でも明確にされていたと感じました。 ・担当の利用者様の事をよく理解されていると感じます。				
(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	○					入社時研修、月に一度の定例事業所研修、介護技術研修、同行訪問研修、OJT研修などを通じて、理念ならびに事業内容の認識を深めている。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も適切な人材育成に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・自社研修体制があるため出来ていると感じます。				
	3	運営者、専門技術(アセスメント、随時対応時のオペレーター等の判断能力など)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	○					法人内研修では、管理者・計画作成責任者は着任時および毎年現任研修の受講が義務づけられアセスメント力向上に努めています。オペレーター・訪問介護員は入社時研修やオペレーター研修、また毎月の事業所定例研修の受講(全職員対象)等、社内マニュアルに基づき研修を実施しています。各マニュアルの整備、キャリアアップのためのシステムが出来ています。法人外では、自治体や地域の研修参加の機会を確保をしています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も適切な人材育成に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・適切な技術が確認出来ています。				
	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	○					管理者は職員に合わせて、そのスキルによって利用者とのコーディネートを行い、最適な介護職員が対応出来るようにしています。	A ・取り組み内容を理解することができました。職員のスキルを把握するために事業所が取り組んでいること等がございましたら教えていただきたいです。→スキルアセスメントというシステムを昨年導入しております。自己と上長それぞれ評価を行い、適切な研修を受けられるようスキルの見える化を目指したものです。 ・利用者様の個性・生活スタイルに合った人員配置が出来ていると思います				
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	○					サービス担当者会議の他、ケアの同行や、心身状況の変化の報告等を適宜行い、情報共有の機会は確保されています。月に1度のカンファレンスも実施しています。また看護アセスメント、モニタリングを基に訪問介護看護計画書を作成しています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も介護職と看護職の相互理解に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・遅延なくモニタリングや計画を頂いています				
(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、最適且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている	○					アセスメントに基づき、利用者毎の生活リズムや必要性に合わせた介護計画の作成を行っています。サービス提供は状況に応じて、訪問ルート、時間帯、回数等を考えて柔軟かつ効率的に行っています。人材確保にも務めています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も適切な組織体制の構築に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・利用者様の状況に合わせて柔軟に対応して頂き感謝しております。 ・サービスの性質に沿って柔軟な対応が取られています。				
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	○					概ね6ヶ月毎に開催しており、本年度は計2回、2024年9月開催、2025年3月開催予定となっております。得られた要望、助言を基にサービス提供に組み込み、翌回以降の推進会議にて状況報告を行っています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も適切な組織体制の構築に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・定期的な会議開催とそれに伴う対応はできています。				
(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	○					ご利用者(ご家族も含む)と、契約時に必ず個人情報保護についてご説明および同意を頂いています。利用目的を明確にし目的の範囲内で適切に取扱います。利用者基本情報、家族情報、医療情報、介護情報など電話やFAXにて適宜迅速に共有しています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も適切な情報提供・共有のための基盤整備に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・個人情報同意書の基づき明確な情報管理が出来ています。				
(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)	○					サービス提供時の緊急時対応マニュアル、災害時対応マニュアル、交通事故時対応マニュアル等、職員の安全管理のためマニュアルの整備、研修の実施、緊急時対応フローの掲示などの体制ができています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も安全管理の徹底に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・自社としてBCPの共有、マニュアル等の提示ができています。				
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	○					事業所内では、利用者ファイルは書庫での施錠管理ならびに持ち出しの禁止、データにおいてはパスワード管理、FAX送受信においては利用者氏名や保険情報等の塗りつぶしや誤送信防止の徹底など行っています。また、年1回必ず「守秘義務等個人情報取り扱いの研修を実施し、周知徹底を図っています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も安全管理の徹底に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・データ管理は車内でセキュリティが共有出来ており問題無し。				

自己評価・外部評価 評価表

ご記入事業所名:

ご記入者名:

ご記入日: 年 月 日

タイトル	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 及び 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	ほとんどできていない	全くできていない		
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	○					ご利用者本人、ご家族、関係機関からの情報提供を踏まえ、一日の生活リズムや生活習慣ならびに支援の必要性をアセスメントし、24時間の生活を支える必要なサービス提供ができるように適宜提案しています。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・会議資料の中で事例として挙げられていました。 ・情報交換の際しっかり状況が把握されていると感じます。
	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	○					ご利用者の体調変化や悪化予防等に即応するための心身の状況について、看護の知見に基づいた配慮すべき療養上の助言をサービス導入時等、適宜看護アセスメント情報として把握しています。それらを踏まえて「定期巡回介護・看護計画書」を作成し、介護・看護間で共有しています。また、月一回看護ならびに介護それぞれの視点にてモニタリングを実施して評価を行っています。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・常時最新の情報で対応ができています。
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	○					適宜必要なアセスメントにより、ご利用者の病状、心身の状況の変化に応じたサービス計画の作成、提案を行っています。自立支援に向け、ご利用者ご家族のご要望を踏まえてサービス計画の見直しを行っています。例えば退院直後からの安否確認、自立支援でご自身で買物にいけるようになった事例があります。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・状況の変化に応じたサービスを検討頂いています。 ・本人様の身体状況を都度確認し対応されている。
	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	○					主治医や関係医療機関、訪問看護等と連携を取り、支援を行っています。重度化した場合や終末期等に備えて予めご利用者やご家族、医療関係者と話し合い方針を共有し、サービス計画に反映するように努めています。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・各所との連絡は十分されていると感じます
(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・随時対応サービスの提供	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	○					ケアプランに基づいた定期訪問は計画的に実施し、随時ケアコール発生時は、オペレーターによる「随時対応」にてご利用者の変化の状況を把握し、その必要に応じて「随時訪問」を判断し提供します。随時訪問の頻度、内容によっては定期的な訪問を検討する等柔軟に対応しています。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直しに向けた取り組みの継続をお願いいたします。
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	○					訪問介護員と計画作成責任者との適時適切なアセスメント情報の共有により、状況変化の早期把握に努めています。定期的なモニタリングでは計画に対する達成等を評価し、見直し・提案を行い計画に反映しています。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直しに向けた取り組みの継続をお願いいたします。
(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	○					看護職の視点として、主に既往病、一般病状、身体状況、治療状況(処方薬等)、皮膚の状態と処置、医療機器の取り扱い等のアセスメント、介護職の視点として主に健康状態、身体機能・構造、活動・参加、環境因子、個人因子などの生活機能等のアセスメント、医療と介護それぞれの専門性を活かした役割分担をしています。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・必要な情報はMCS等の活用にて対応していることが確認出来ている
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	○					看護職より、ご利用者の希望、心身の目標、主治医の指示等を踏まえて、療養上の目標や疾病予防・病状の予測・心身の機能の維持回復などを、必要に応じて適宜助言・指導を頂いています。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
(4) 利用者等との情報及び意思の共有									
利用者等に対する当該サービスの趣旨及び特徴等についての十分な情報提供	19	サービスの開始前に、利用者等に本サービスが「利用者等の在宅生活の継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するためのサービスであり、訪問サービスは、その趣旨に沿って行われるアセスメントに基づき提供されることについて、十分な情報提供・説明が行われている	○					契約のための重要事項説明時、ならびにサービス導入時の担当者会議などで、「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ること、サービスの特徴と具体的な内容(介護看護計画、手順)、ケアコール機の使い方、利用料金など、説明と同意を頂いてからサービス開始としています。理解が不十分な際には個別にご説明をしています。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直しに向けた取り組みの継続をお願いいたします。
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	○					サービス開始時、要介護認定更新時、サービス内容変更時に変更前に訪問介護・看護計画書を作成し、その目標(短期・長期)を明確にし、担当する訪問介護員氏名、サービスの具体的内容、所要時間、日程等を明記し説明・同意を頂いています。訪問介護・看護計画書は2部作成し署名頂いたものを1部ご利用者へ交付し、1部は事業所にて保管しています。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直しに向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・計画書については都度確認しています
	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	○					事業所からご家族への連絡はもちろん、ご家族からいつでもケアコールを押して頂き連絡が取れることを伝えています。必要に応じて、ご利用者宅に連絡帳を設け、事業所、訪問看護、住診医、家族、ケアマネジャー等との情報のやり取りも行い、適時・適切な報告相談により関係者間に情報共有ができています。	A・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直しに向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・ケア内容が家族にメールで届くので情報共有ができています。 ・情報共有はMCS、グループウェア上で行えています。

自己評価・外部評価 評価表

ご記入事業所名:

ご記入者名:

ご記入日: 年 月 日

タイトル	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 及び 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	全くできていない		
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	○					24時間・365日の定期的な訪問、随時の対応や訪問により、ご利用者の心身機能の変化やサービス提供状況、周辺環境の変化等を把握することができます。計画作成責任者はその情報をケアマネジャーと共有し、サービス内容の変更や提供時間の変更、回数の増減など相談・提案をしながらケアプランに反映していただいています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も共同マネジメントの実践に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・清潔保持の目的に少しでも近づけるように工夫して頂いています。 ・タイムゾーン情報の共有が行っている。
	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	○					概ねひと月に一回のモニタリングにおいて訪問介護・看護計画の実施状況の把握を行い目標の達成状況を確認しています。必要に応じて、通所介護サービス、ショートステイの活用、医療保険による訪問看護の検討等の提案、ならびに配食サービス等の検討提案を行っています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も共同マネジメントの実践に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
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	○					定期的、継続的なアセスメントによる状況の変化や、モニタリングによる目標の達成状況等を踏まえて、担当者会議を開催を提案し、多職種への情報提供とご利用者のQOLの向上に向けた提案を積極的に行っています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も共同マネジメントの実践に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
(2)多職種連携を通じた包括的・継続的マネジメントへの貢献									
利用者の在宅生活の継続に必要な、包括的なサポート(保険外サービス、インフォーマルケア等の活用を含む)について、必要に応じて多職種による検討が行われている(※任意評価項目)	25							※「任意評価項目」のため割愛させていただきます。	
	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)						※「任意評価項目」のため割愛させていただきます。	
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、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)						※「任意評価項目」のため割愛させていただきます。	
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	○					介護・医療連携推進会議の議事録は、推進会議終了後に作成し、事業所内にて閲覧可能なファイル保管として情報公開としています。また、ホームページに議事録を公開しています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も地域への積極的な情報発信及び提案に向けた取り組みの継続をお願いいたします。 ・自社である為円滑に共有がされています。
	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促すため、積極的な広報周知が行われている	○					弊社のホームページにサービス概要や効果等を掲載しています。また、当該サービスの情報を地域の方々へ発信できるよう他社とも共同してホームページ作成等を行っています。	A ・具体的な記載で取り組み内容を理解することができました。今後も地域への積極的な情報発信及び提案に向けた取り組みの継続をお願いいたします。
(2)地域包括ケアシステムの構築に向けての、まちづくりへ参画									
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	○					医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を実現していくため、中重度の要介護者や認知症高齢者への更なる強化、介護人材確保対策の推進、サービス評価と効率的なサービス提供体制の構築と理解しています。	A ・行政の地域包括ケアシステム構築に係る方針等へご理解いただきありがとうございます。
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	○					石神井エリアを主に展開しています。	A ・地域への展開について今後の展望を教えてください。 →サ高住スタッフも在宅ルートに出てもらっております。今後も継続してまいります。 ・SOMPOケアで回る事の出来ない地域がなくなるとよいと思います。他事業所と連携をとっていることはよいと思います。 ・事業所所在地を中心にサービスを展開している。
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問題提起、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)						※「任意評価項目」のため割愛させていただきます。	
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	○					ご利用者の状態・ご家族の希望と多職種連携の基、随時目標を見直しより良いサービス提供を目指す事で、定期巡回の導入により在宅生活の継続ができ、計画目標の達成に向けて一定の効果が表れています。	A ・サービスの導入により計画していた目標が達成された事例があれば教えてください。 →ご自宅でのお看取りの依頼が多く、その大半がそのご希望通りとなり、ご家族様から感謝の言葉をいただいています。
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	○					当該サービスは、訪問時間や回数に制限が無く、早期、夜間、深夜と必要な時間帯にサービス提供することができ、かつ緊急時における随時対応・随時訪問サービスが利用できることは、ご利用者ご家族にとって安心なサービスであり、「本人らしい在宅生活が継続できる」と喜ばれています。	A ・どのような世帯(単身・同居等)の利用者がサービスを利用しているか。また、利用者および家族等からサービスの提供に対しどのような意見があるか教えてください。 →独居・高齢者世帯の比率が高いですが、ご家族就労のため日中独居となっているケース・ご家族の疾患などのケースもみられます。 ・定期巡回により利用者様やご家族など安心してご様子を感じられると強く思っています。