

SOMPOケア渋谷 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 12 月 26 日	16 : 30 ~ 17 : 30

■出席者

名前	所属	名前	所属
愛内様	初台リハ訪問看護ステーション	櫻間CM	SOMPOケア渋谷居宅介護
桃川様	初台リハ訪問看護ステーション	古谷様	代々木三丁目町内会長
青野様	訪問看護ステーションリカバリー	舘、湯田	SOMPOケア渋谷定期巡回
小館様	あやめ地域包括センター	宮川	SOMPOケア渋谷定期巡回

■審議事項等

次回へ持ち越し

1 事業所概要	<input type="checkbox"/>
2 利用者実績	<input type="checkbox"/>
3 事例検討 喀痰吸引が必要なご利用者様について	<input type="checkbox"/>
4 事例検討 統合失調症のご利用者様について	<input type="checkbox"/>
5 その他	<input type="checkbox"/>

■記録

(1) SOMPOケア渋谷ご紹介資料ご案内。渋谷区優良事業所表彰でSOMPOケア渋谷が表彰された。ホームページに事業所表彰資料が掲載されているのでご紹介する。

(2) 利用者実績のご紹介。本年2025年7月以降16名のご利用者様にご利用いただいた。平均介護度4.2。全利用者様が訪問看護を利用されている。

(3) 事例検討「喀痰吸引が必要なご利用者様について」

資料事例1について。

療養型病院に入院されて終了となった。

看護師からの意見。「ご本人のこだわりが強く、リハビリ等が進まなかった。」

最善を尽くすことができたかと思うこともある。ただ、在宅で生活できたことは良かった。

(4) 事例検討「統合失調症のご利用者様について」

資料事例2について。

統合失調症の方のケース、現在利用中。

ご本人様の強い要望で週4回（1日1回）固定のスタッフで訪問している。

薬は飲んだり飲まなかったり内服コンプライアンスが低い。

清潔ケアなど必要な支援ができない。

看護師からの意見。「2ヶ月介入されて週4回で落ち着いているのであれば、スタッフ固定して信頼関係を気付くのはいいことだと思う」「看護から入浴サービス進めてもらっても良いかもしれない。」

(5) その他

町内会長様より。「介護が必要な状態を見つけたりした場合は、すぐに包括へ連絡している。

近所のあやめ地域包括支援センターがあってありがたい」「ミモザや、今回のような会議に読んで頂けて、非常に勉強になっている」

また、町内会様から次のお話あり。「元気に過ごしていたお兄様が階段で転倒され大腿部骨折で寝たりきりになった。会いに行くと気がなくなっていき、3か月後には亡くなってしまった。独居だったことも影響したかもしれない」

資料の利用実績を見ても、独居の方が多いとお話あり。

⇒次回は2026年6月頃を予定している旨お伝えして終了。

2025年度12月度 介護・医療連携推進会議 アジェンダ

■事業所名 SOMPOケア渋谷

■日時 2025年12月26日 金曜日 16:30 ~ 17:30

■場所 SOMPOケア渋谷 会議室

■アジェンダ

内容	
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	開催の目的
4	SOMPOケア会社概要・渋谷事業所のご紹介
5	事業所概要
6	定期巡回サービス利用実績
7	事例紹介
8	サービスへの評価・要望・助言
9	メンバーからのご連絡

■議事進行 宮川管理者

■議事録 湯田計画作成責任者

■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

「在宅での生活を継続」するために、地域の課題を共有し推進していく会議

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

単身・重度の要介護者等が、できる限り在宅生活を継続できるよう、「訪問介護」と「訪問看護」の連携の下で、適切な「アセスメント」と「マネジメント」に基づき、「短時間の定期巡回訪問」と「通報システムによる随時の対応等」を「適宜・適切に組み合わせて」提供する24時間対応の基幹サービスとして創設された。

補足

・目的:「在宅生活の継続」

・手段:「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」

事業所概要

①事業所名

SOMPOケア渋谷

②事業内容

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

訪問介護

居宅介護支援

夜間対応型訪問介護

③お問合せ受付 曜日/時間

曜日 月曜日～金曜日 ※訪問・定期・夜間のサービス提供は24時間365日

時間 9:00～18:00

④全事業職員数(人)

正社員 21人

非常勤 6人

合計 27人

⑤利用者状況(人) 2025年12月現在

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 9人

訪問介護 121人

居宅介護支援 141人

夜間対応型訪問介護 21人

合計 292人

⑥事業所の特徴

訪問介護・夜間訪問介護・定期巡回・居宅が併設の事業所です。

訪問介護・夜間訪問介護・定期巡回は24時間365日サービス提供しています。
訪問介護は、特定事業所加算Ⅰを取得しており、定期巡回も併設。

重度の方の「自宅で最期まで」を実現しています。

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	1	統合失調症の方のケース			事業所名	SOMPOケア渋谷	
		85歳	要介護	4	生活自立度	C	認知症自立度
主な疾患		生活状況			身体状況		
統合失調症		独居。代々木にお住まい。			ベッド上での生活が中心 食事は配膳して見守り。 排泄はオムツ交換。		

導入経緯

SOMPOケア渋谷は2024年2月から訪問介護で介入していたが、2025年6月頃から動けなくなった。食事の準備やトイレもできなくなり、7月は訪問介護で1日3回介入していたが、自己負担等を鑑みて8月から定期巡回サービス導入となった。

介護目標

- ・在宅生活を維持する。
- ・定期的に外出の機会を設ける。

看護連携	看護助言
初台リハケア訪問看護ステーション	6月初旬から、下肢筋力の低下があり外出困難。頻回なサービス介入を行っている。介助時には、後ろ重心になっている為要注意。

週間計画								ケア内容
	月	火	水	木	金	土	日	毎日3回1時間訪問 食事、排泄、整容、家事全般を定期巡回サービスで実施。
0:00								
3:00								
6:00								
9:00	○	○	○	○	○	○	○	
12:00								
15:00	○	○	○	○	○	○	○	
18:00								
21:00	○	○	○	○	○	○	○	
23:00								

導入効果

- ・緊急通報装置で相談を受けることができるようになった。
- ・単位数オーバー抑制できた。

支援経過

定期巡回サービス導入以後は、ADLが少し回復し、立ち上がりや起き上がり動作は軽介助でできるようになった。

9月頃から、痰がらみや便秘などの不調の訴えが度々聞かれるようになった。

10月半ばから手や顔の震えが止まらず、主治医からはアカシジアの疑いとのことで、アリドネパッチ中止。その翌日にはロナセンテープ中止。インヴェガ、リボトリール処方。震えは軽減傾向であったが、痰の貯留が著名となり、10月29日発熱、SPO2低下。救急車にてJR東京総合病院に搬送、入院となった。

今後の課題

上記のような方の入院を防ぐには？

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	2	統合失調症の方のケース②		事業所名	SOMPOケア渋谷		
主な疾患	82歳	要介護	1	生活自立度	B	認知症自立度	Ⅱ
	生活状況			身体状況			
統合失調症	独居。 成年後見人が付いている。 家事全般はヘルパーが行っていた。			10月頃から急に動けなくなった。 ベッド⇄トイレの移動はできる。 屋外歩行、屋内歩行はできない。			

導入経緯

2025年10月、他社の居宅介護支援事業所と、訪問介護事業所が入っていたが、ヘルパーもCMも体調を崩し撤退となった。同時期に本人のADLが急激に低下、トイレに行くことも困難になり、11月1日から定期巡回サービス導入となる。

介護目標

- ・しっかりと治療を受けていく。
- ・一人暮らしだがこのままこの家で過ごしていきたい。

看護連携	看護助言
杉並ふくろう訪問看護リハビリステーション	血圧高めの為、呂律緩慢、麻痺症状、いつもと異なる様子あれば連をとのこと。 転倒に注意。 整理整頓が必要。

週間計画								ケア内容
	月	火	水	木	金	土	日	週4回訪問して、買い物代行、掃除、洗濯を実施。
0:00								
3:00								
7:00								
9:00								
12:00								
15:00	○		○	○		○		
18:00								
21:00								
23:00								

導入効果

在宅生活の継続。

支援経過

2025年10月、今は撤退となった他社居宅からの紹介あり。初回サービス説明時にご本人様は既存のCM、ヘルパーが撤退することは知らされていない状況であった。

11月1日サービス開始。初回サービス説明時には必要性から毎日訪問することとなっていたが、曜日を指定され「毎日訪問はしない」となってしまう。

12月には、事業所に電話があり、訪問するヘルパーの指名もしてくるようになる。ヘルパーの指名はできない旨伝えるが聞き入れられず、「こっちは客なんだぞ！」等と大きな声で怒った様子が見られる。他の事業所を探すとご自身で電話するが、どこも受け入れ先はない。

関係機関の認識としても、身体状況からいつ悪化してもおかしくない状況であり、また、事業所を変えても問題は解決しないと判断して、定期巡回サービス継続となっている。

今後の課題

スタッフの指名がある。
保清など必要なケアへの介入ができない。

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	3	独居で生活全般の支援が必要な方のケース	事業所名	SOMPOケア渋谷		
主な疾患	86歳	要介護 5	生活自立度	C	認知症自立度	Ⅲ
	生活状況		身体状況			
慢性呼吸不全	独居。 生活保護。 知人が金銭管理をしている。		ベッド上での生活が中心。 食事は見守り、排泄はオムツ交換にて。			

導入経緯

2024年10月4日、ADLと精神面の低下により代々木病院に入院。
11月7日の退院となり、同日サービス開始となった。

介護目標

・病院や施設には行きたくない。最後まで住み慣れたこの家で過ごしたい。

看護連携	看護助言
リカバリー代々木公園	入院中血圧低下あり。 便秘傾向の為、排便状況には留意のこと。 生活全般について支援が必要。

週間計画								ケア内容
	月	火	水	木	金	土	日	
0:00								1日4回訪問。 排泄介助、食事介助 を行う。 買い物代行、洗濯、 掃除など家事全般。
3:00								
7:00	○	○	○	○	○	○	○	
9:00								
12:00	○	○	○	○	○	○	○	
15:00								
18:00	○	○	○	○	○	○	○	
21:00								
23:00	○	○	○	○	○	○	○	

導入効果

・訪問回数や時間を柔軟に変更することができた為、心身の変化に合わせたケアが実施できた。
・緊急通報装置により不安な時は相談ができる。

支援経過

2024年11月サービス開始時は、排泄・配膳・服薬のみの20分のサービスを4回実施していたが、徐々に配膳をしてもご自身で召し上がることが無くなってきた。
1回の訪問時間を40分にすることで食事の見守り、促しができるようになった。
食事がほとんど進まないこともあったが、買い物代行で高カロリー食を購入したり、エンシュアの処方があり、促しに力を入れた。徐々に高カロリー食以外の食事量も回復した。
エレベーターなしのアパートの2階にお住まいで、住環境から外出ができない状況が続いていたが、2025年12月から車いすレンタルする等して離床や散歩などができないか検討中。

今後の課題

離床する時間が取れていない。
「参加」の時間が取れていない。

定期巡回・随時対応訪問介護看護事例紹介

事例	4	同居家族が要介護のケース			事業所名	SOMPOケア渋谷		
主な疾患		78歳	要介護	5	生活自立度	C	認知症自立度	Ⅲ
		生活状況			身体状況			
パーキンソン病		要介護2の弟様と同居。 生活保護			ベッド上での生活が中心。 食事は全介助。排泄はオムツ交換。 返答待ち			

導入経緯

パーキンソン病により生活全般に支援が必要になった。同居の弟様が介護を担っていたが、弟様も要介護2で介護疲れで体調を崩してしまいレスパイト入院となった。
2025年5月26日退院に伴いサービス開始。

介護目標

- ・パーキンソン病があり、歩行が不安定で転倒しやすい。病状観察・医療管理を受け、心身共に安心して暮らしたい。
- ・同居される弟様だけでは家事を行うことに不十分で不安がある。負担軽減が必要。

看護連携	看護助言
ウィル訪問看護ステーション渋谷	パーキンソン病だが内服拒否が続いている。全身状態の観察及び身体機能を維持する為リハビリが要する。弟様の介護負担が強く介護サービスが必要。

週間計画								ケア内容
	月	火	水	木	金	土	日	1日4回訪問。 排泄介助、食事介助を行う。 買い物代行、洗濯、掃除など家事全般。
0:00								
3:00								
7:00	○	○	○	○	○	○	○	
9:00								
12:00	○	○	○	○	○	○	○	
15:00								
18:00	○	○	○	○	○	○	○	
21:00	○	○	○	○	○	○	○	
23:00								

導入効果

- ・在宅生活が継続できた。生活保護でもある。

支援経過

5月26日サービス開始。
意思疎通が取れ、サービスの受け入れも良かった。
サービス開始直後は、食事は見守り、内服は介助できていたが、2週間した頃からパーキンソン病薬を拒否するようになる。レスパイト入院前から拒否はあった。
安静時振戦が強く、食事は全介助となった。
原因不明の発熱を繰り返す等あったが、ご本人様の状態は安定していたが、7月24日同居の弟様が外出先で倒れて救急搬送。熱中症とのことであった。当日中にご帰宅。

9月、永山市のサービス付き高齢者向け住宅に入居となりサービス終了となった。

今後の課題

施設入所を防ぐことはできなかったか？

2025年度 自己評価・外部評価 評価表

事業所名【SOMPOケア渋谷 定期巡回】

ご意見を頂いた方のお名前

【ケアリッツプラン代々木CM様、みずたま介護ステーション初台CM様、モテギケアプランニングCM様、SOMPOケア渋谷居宅CM】

作成日【2025年12月30日】

タイトル	項目番号	項目	実施状況				自己評価 コメント	外部評価コメント
			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	0				下記目標を掲げている。 ①SOMPOケア渋谷は、自らの行動で介護職の価値を高めていきます。 ②SOMPOケア渋谷は、地域にお住いの、より多くのご高齢の方々の、より大きな困りごとを解決することを目指します。 ③SOMPOケア渋谷は、ご利用者様の不本意な住まいの変更を防ぐことを目指します。	・在宅生活の継続機能の維持回復を理念にされていて大変良いと思います。 ・定期的に訪問し、支援して頂くことでご家族様より負担が減ったとお声を頂いています。
(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	0				社内情報共有システムの「ガルーン」のメッセージスレッドに事業所目標を掲載。会議や、個別面談時に管理者が目標の確認をしている。	・お客様に合わせた支援をしていただいている。
	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	0				動画視聴を中心とした事業所内研修の実施。	・動画で視聴できる取り組みは良いと思います。
	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	0				毎月、利用者一覧表を更新して利用者数を把握している。 また、勤務表で過去3か月分の利用者平均人数を出して、必要サ員数を計算している。	訪問して頂いているスタッフの方は丁寧に仕事をしています。
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	0				毎月、看護アセスメントを受領している。 MCS、FAX、電話にて都度連携を取っている。	MCSを活用し情報共有を密に取っている。
(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	0				アセスメントに基づいた個別計画を立案している。 管理者を中心に、勤務体制を調整している。 面接会への参加、近隣職業訓練校の職場体験への協力など、人材確保にも取り組んでいる。	都度合わせて対応して頂いている。
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	0				推進会議は、毎年6月、12月に開催を予定している。 サービスの過少供給については指摘なし。	推進会議では町内会長や地域の医療職を呼んで事例検討をしていて良いと思った。
(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	0				契約時に個人情報同意書を通して、個人情報の取扱いについてはご説明、同意を得ている。 システムに、主治医、看護の緊急連絡先を入れることにより、介護員が直接医療に相談できる体制を取っている。	MCSや電話を使用し、情報を共有できている。
(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)	0				BCP策定はもちろんのこと、2025年度は4月に防災訓練実施した。 その他についても、各種マニュアルが整備されている。	・BCP策定については、居宅と共同で行っており、災害、感染症マニュアルが整備されている。

タイトル	項目番号	項目	実施状況				自己評価 コメント	外部評価コメント
			できて いる	ほぼ できて いる	が 多い こと	全 く で き て い な い		
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	0				事業所内では、キャビネットに書類を保管し、施錠管理となっている。 また、全スタッフが個人情報保護に関する研修を受講している。	・事業所内は書類、物を出しっぱなしにしないなど徹底されている。
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	0				アセスメント時に生活歴を伺うことで生活習慣の把握に努めている。	・必要な支援を24時間体制でしている。
	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	0				毎月訪問看護からモニタリング評価情報を貰うことで、介護看護の突合せを行っている。 また、都度、ケアの困りごとがあれば電話等でやり取りしている。	・事業者間で情報共有し、支援につなげられている。
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	0				医療との連携を大切にアセスメント、計画の立案を行っている。 寝たきりの方がPTイレ移乗ができないか等検討している事例もある。	・ご本人、ご家族の意向を反映された計画書。 ・利用者の体調に合った福祉用具の提案をして頂いている。
	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	0				生活歴の聞き取りに重点を置き、ACPを意識した計画になるようにしている。	・実施されている。
(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	0				体調不良等があった際には、ケアを追加したり、利用者家族の要請による随時訪問も対応している。 随時訪問が頻回にある場合には、定期的な訪問を提案している。	・実施されている。
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	0				毎月定期的なモニタリングを実施している。 月2回の事業所会議での情報共有はもちろん、都度、何かあれば報告するようにと指導している。	・実施されている。
(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	0				【看護】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】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 上記の通り、明確に役割分担をしている。	・左記の通り、明確に役割分担をされた支援をして頂いている。
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	0				連携先訪問看護から、指導、助言も頂いている。 ケアについて疑問点があった場合は、都度看護に聞くようにしている。	・実施されている。
(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の趣旨及び特徴等について「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	0				契約時や担当者会議の際に、左記の旨を説明している。 その他コール機の操作方法や、訪問時間等については丁寧に説明するようにしている。	・左記の通り、十分な説明をし本人、家族に同意を頂いた。
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	0				個別計画書を作成、交付の際に目標の説明を行っている。 書類は2部作成して1部は控えとしてご利用者様にお渡ししている。	・担当者会議等の際に計画書の説明は十分にされていたと思います。

タイトル	項目番号	項目	実施状況				コメント	外部評価コメント
			できていない	ほぼできていない	できていないこと	全くなされていない		
	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	0				重要事項説明書に事業所の受付時間を明記し、それ以外の時間帯についても留守番電話になるようにしている。	左記以外にもMCS等を使用し、家族とやり取りをしている。
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	0				電話等で情報交換をして計画を立案している。サービス内容、訪問回数については都度報告している。 訪問時間は、軽微な時間変更はご利用者様と相談して決めており、ケアマネジャーには事後報告となることが多い。	同意の上、左記の対応を依頼している。
	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	0				ひと月に一度モニタリング訪問をしており、ケアマネジャーに報告を行っている。福祉用具の提案、訪問入浴の提案などを行っている。	・専門的知見より、訪問回数や入浴など、必要なご提案を頂いている。 ・利用者の体調や残存機能の低下、又は向上している場合、その都度適切な福祉用具の提案をして頂いた。
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	0				サービス担当者会議には可能な限り出席を行い、欠席となった場合にも、	サービス担当者会議に出席して頂いている。
(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)					※任意評価項目なので割愛	
	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)					※任意評価項目なので割愛	
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)					※任意評価項目なので割愛	
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	0				介護・医療連携推進会議の議事録を作成し、ホームページで公表している。	ホームページに掲載しているのを見たことがあります。
	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	0				地域包括支援センター等に定期的な周知活動を行い、周知活動の記録を取っている。	・営業によく来てくださいますので、とても頼みやすいです。 ・地域で重度の方を支えようという心がまえが素晴らしいと思います。
(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	0				医療・介護・予防・住まいが包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を実現して行くため、中重度の要介護者への更なる支援強化、人材確保の為、定期巡回サービスは必要不可欠な在宅サービスであると理解している。	・十分理解している。
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	0				渋谷区全域にサービス提供している。ただし、人員の問題で、実際には、渋谷区北中部が多い。	都度相談に乗って、少し遠いご利用者様にも訪問して頂き助かっています。
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)					※任意評価項目なので割愛	

Ⅲ 結果評価 (Outcome)

タイトル	項目番号	項目	実施状況				自己評価	外部評価コメント
			できている	ほぼできている	が多い できていないこと	全くできていない	コメント	
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	0				2025年度の利用者数は、11月時点で延人数75名、平均介護度3.9となっており、定期巡回サービスにより、重度の方もご自宅で生活できるという目標が達成できていると考えられる。	・要介護5のお客様のご家族より「介護負担が減った」と喜びの声を頂いている。
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	0				実際に、ご利用者様、ご家族様からは、「SOMPOケアがなかったら家にいられなかった」とのお言葉を頂いている。 「重度になったら施設」というノーマライゼーションからはかけ離れた、高齢者差別にも通ずる通念を変えられるように、これからも尽力していきたい。	・「SOMPOさんにして良かった」とお声を頂いている。 ・今回、要介護4の方の定期巡回プランを受けて頂き、ご家族の介護負担が軽減され、ご利用者も自宅での生活に安堵している様子です。