

あさがお定期巡回・随時対応サービス 自己評価・外部評価 評価表

R5年4月

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	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	○				「その人らしさを大切に医療(看護)と介護が一体となって24時間の生活を支えます」を基本的理念とし事業を行っている。この基本理念は運営規程に明記しており、利用者やその家族に、居宅サービス重要事項説明書において説明し同意を得ている。	
--------------------	---	---	---	--	--	--	--	--

(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		○			開所前に職員に対してサービスの特徴や理念を理解するための研修を行った。事業開始後も随時、サービスの特徴について説明を行い、理解を深めるように努力した。	
	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		○			開所前の取組みとして、既に運営している定期巡回サービス事業所へ同行訪問させていただき、オペレーター業務のイメージ化を図った。また、事業所内で事例検討会を開催し評価・対応する力を養った。開所後は介護、看護、リハビリの職種が共同で事例検討会を開催している。実際の利用者の介助場面に応じて各専門職が意見を出し合うことで、オペレーターのアセスメント能力の向上につなげている。研修は法人内の取り組みは行っているが、外部研修の時間確保が難しく参加できていない。	
	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	○				介護職員は訪問介護との兼務であることから、業務の違いに対してサービス内容の確認を行っている。また、同行訪問することで職員の個性を見出し、その後の訪問先を配慮するなどの工夫を行っている。	
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	○				計画作成責任者や看護職が同一フロアで勤務しており、利用者の状況をタイムリーに話し合うことが出来ている。また、情報共有ツールの導入で、訪問時の情報を次につなぐことができている。介護と看護が一体的に運営していることを踏まえて1回/月話し合いを行い、ケアの修正につなげる努力を行った。	

タイトル	項目番号	項目	自己評価				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		
<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	○				一人の利用者に対し複数の職員が訪問できるような体制づくりを行っており、随時訪問の対応が可能である。またシステムを導入していることで、職員の動きが確認でき、柔軟な対応につなげることができている。	利用者の増加に対して、マンパワー不足が生じる事も考えられる。その点に対しても工夫をしていくなど対応して欲しい。
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						
<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	○				ケアシステムの導入を行い訪問状況が確認できる体制を取っている。システム入力に時間がかかってしまう時や、緊急対応が必要な時には、電話連絡を行い情報の共有に努めている。	
<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)		○			社用車を確保、移動時間に無理のないようにシフトを組むよう配慮している。車両マニュアル、緊急時対応マニュアル等を作成し職員に周知を行った。	
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		○			運営規程、契約書、重要事項説明書に、秘密の保持と個人情報の取り扱いについて明記し説明を行っている。職員に対しては、個人情報の取り扱いについての研修を実施した。また、情報は専用のシステムを導入しており、通信機器の取り扱いについても職員へ注意喚起を行っている。	

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	全くできていない		
<b>II 過程評価 (Process)</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								
(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		○			計画作成責任者はケアマネジャーからの情報を参考にしつつ、利用者や家族から生活リズム等の聞きとりを行っている。 その人らしい生活を意識し、利用者の起床時間や食事時間に合わせ、訪問時間を提案している。	
	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		○			利用者や家族の状況について、介護職と看護職それぞれの立場で得た情報をアセスメント(分析)している。 また、タイムリーに情報を共有することを意識しており、その情報を計画作成責任者に集め、計画立案や変更を活かすよう努めた。	介護看護と連携しアセスメントすることで、それぞれの職種としての気付きが利用者の生活を支えていると思う。
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		○			アセスメントした状況から本人が出来ることを大切に、継続するためにはどうすれば良いかを考え提案している。 認知症の利用者に対しては、本人の目につく所へスケジュールを張り出すなど、不安の軽減につなげている。 また、配食サービス等と連携し食事の確保に努め、本人の身体機能の維持に努めるように計画に位置付けた。	
	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	○				情報共有をシステムを使い行っているが、必要に応じノート等も使い他職種との連携を大切にしている。 一時的に心不全症状が悪化したケースでは、本人のトイレで排泄したい思いを大切に、ベッド上での排泄ではなく時間でトイレ誘導を行った。心不全が改善した時にADLが落ちないことも意識し、次に繋げる計画を意識した。 また、終末期の利用者においても、変化を予測しつつ無理のない食事提供方法を検討した。日常生活動作の維持や安楽な生活ができるような提案を行っている。	

タイトル	項目番号	項目	自己評価				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	
コメント							
<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	○				本人家族の困りごとを確認し、生活サイクルを崩さずその人に合わせた時間設定に努めている。退院直後に「入院中の生活スタイルに合わせて欲しい」という要望のケースに対しては、食事やオムツ交換の時間調整を行うなど柔軟に対応をした。また、体調がすぐれない時には、頻回に訪問し安心できるように訪問時間を変更している。
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	○				サービスの提供によってニーズが満たされているか、介入に対する効果はどうかを常に意識するよう職員間で情報共有している。体調の変化がみられた時や、ケア内容に不安がある時は、計画作成担当者や担当看護師に相談後モニタリングにつなげ、サービス内容や時間の追加・変更を適宜行った。また、変更があった際は職員にメールやシステムを活用した情報共有をタイムリーに行っている。
<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</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	○				専門職の力を発揮しながら個別に対応を行っている。糖尿病の利用者さんでは、調理や食事の提供は介護職が行い、血糖測定とインスリン注射の自己管理に関しては利用者ができるようになるまでは看護職が介入している。血糖測定とインスリン注射は見守りで可能となれば介護職へ移行するなど役割分担を行っている。
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		○			初回訪問時の状態を看護職が分析し、身体面や日常生活で注意していきたいことを計画作成責任者へ伝達している。また毎月、看護師がモニタリングを行い、介護計画に反映できるようにしている。モニタリング様式に看護職からの助言を記載できるように工夫している。

タイトル	項目番号	項目	自己評価				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	
<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	○				サービスの依頼があった時に、パンフレット等を用いて訪問介護サービスと定期巡回サービスの違いを、本人や家族、ケアマネジャーに説明し理解してもらえるように努力している。また、ケアマネジャーからの情報や初回の面談から、利用者や家族の困りごとを明確にし支援を考えている。認知症の利用者にとっては、家族の同意を得て、近所や配食事業所にも声をかけ連携できるように工夫している。
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	○				計画作成責任者は看護師のアセスメント等を活用し計画立案につなげ、利用者本人と家族へ説明・同意を得てサービスを開始している。また、ケアマネジャーにも計画書を提供しケア内容を提示している。
	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	○				サービス提供にあわせて、本人のできていること、困難なことをその都度明確にし、できることが増える関りを意識している。サービスを変更するときには、本人と家族同時に、説明・同意を得ていくように心がけている。また、介護技術等で相談があった時には、リハビリ職員が介入し検討を行っている。ポジショニング等では、写真を撮って目で見て誰でもわかるように工夫した。

タイトル	項目番号	項目	自己評価				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	○				情報共有システムを活用し訪問時の状況に関しては、ケアマネジャーも閲覧できるようにしている。 例えば、当初は、1回/日程度の訪問で計画したケースだったが、一日の食事が不十分であり、食事時間に合わせた訪問に変更が必要と考えケアマネジャーに提案したケースもある。
	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		○			配食サービスの活用や、受診時には自費の訪問介護サービスを組み合わせることが出来ることなどをケアマネジャーに伝えるなど利用者の生活支援の提案をしている。また、利用者のADLの改善や生きがい等を総合的に検討し、訪問系のサービスだけでなく通所系のサービスの利点等を伝えていく努力もしている。
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		○			担当者会議には、必ず出席するようにした。担当者会議の場においては、訪問状況をわかりやすく説明するように心掛けている。 定期的な日々の訪問で気づく本人らしさや、本人の思いを他職種に伝えるように工夫している。

タイトル	項目番号	項目	自己評価				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	
<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)	○			本人の状況に合わせて、近隣の方や民生委員さんの介入をお願いしたケースもある。また、配食サービスの事業所に声掛けをし、配食時間や手渡し方法の相談を行いケースに合わせた配食方法に繋げた。 通所サービス先に対しては、生活上の工夫(日時や予定をホワイトボードに書き出す事、内服カレンダーを使い飲み忘れた時に声掛けできる体制づくり等)を伝え、その人らしい生活に対しての支援が継続できるようにしている。	
	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に計画作成責任者(介護職)と看護師が参加するように心がけた。 病院やケアマネジャーからの情報を踏まえ、在宅生活をイメージ化しケアの提案を行っている。	
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)	○			利用者の多くは家族と多職種間の連携のため、情報共有システムを活用しタイムリーに閲覧できるようにしている。また、情報共有システム以外にも連絡ノートを活用している。 往診医や専門職等とも、利用者の安心安楽な生活ができるように情報共有を行うようにしている。	

タイトル	項目番号	項目	自己評価				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		
コメント								
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	○				法人のホームページを活用し、会議録の公開を行っている。また、議事録は依頼があった場合、すぐに閲覧できるようになっている。	
	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			○		パンフレット等を用い他事業所に訪問し、本サービスの説明を行い、訪問介護との違いや地域で生活する事の大切さを説明している。開所前にケアマネジャー対象の説明会の開催や、中八幡区のふれあいサロンにおいて当事業の説明を行った。地域住民への発信は今後の課題である。	積極的に広報活動が行えていると思うが、活動が地域住民に向けても発信出来るよう、市が主催する研修会の場などを活用させて頂く事も一つだと考える。



タイトル	項目番号	項目	自己評価				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		
<b>(2) まちづくりへの参画</b>								
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		○			甲斐市第9次高齢者保健福祉計画 第8期介護保険事業計画を把握した上で、「夜間等緊急時のヘルパー訪問」に対して当事業が対応できるよう職員体制をとっている。	
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	○				サービスエリアは甲斐市全域であり、対応できる職員体制を意識している。地域に根付いたサービスとなるよう事業のアピールを行っている。	
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）				○	開所して半年の間の利用者とのかかわりから学ぶことは多いが、地域全体を視野に入れた業務はまだ取り組めていない。	独居だが、認知症があり、夜中元気になる施設に入れない人もいる。事例検討（報告）会などを開催し情報の共有が必要。また、地域課題を考え取り組んでいくシステム作りも必要だと考える。

タイトル	項目番号	項目	自己評価				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	
<b>Ⅲ 結果評価 (Outcome)</b>							
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		○			担当の計画作成責任者が、定期的に訪問し本人や家族から困りごとや、在宅生活での不安を感じていることを聞き取り、計画に反映する工夫を行っている。
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	○				本人の自宅にいたい思いに対し、どのようにしたら安心して安楽な生活ができるかを家族と共に考えるようにしている。 ケースごとに生活の中での困りごとや課題に違いがあり、「今困っていることは何か」を常に確認しながらサービスの変更を行っている。 寝たきりのケースでは「車いすに乗せて外出をさせたい」と家族の思いの変化が見られたケースがあり、要望を聞き取りつつ移動動作が安全に行えるよう支援することで家族の安心感につながった。