

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

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	る ほ ぼ で き て い	こ で き が 多 い な い	全 く で き て 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		○			定期的にスタッフ間で話し合いを行い、利用者の生活リズムに合わせた訪問の設定など定期巡回ならではの特徴を生かせるよう常に意識している。	
	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		○			介護職と看護師が共に訪問し多職種でアセスメントしすり合わせを行うことで、職員の資質の向上を図っている。事業所内の研修会に関しては、年間を通して職員自ら企画・運営している。また、外部研修に参加できる勤務体制とし、知識技術の向上を図っている。	
	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	○				職員の気づきを発信しケア内容の変更を行うなど、職員間のコミュニケーションを大切にしながら、個々の能力を最大限に発揮できるよう意識している。	
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	○				介護職、看護職は事業所内でいつでも顔を合わせることができ環境にあり、利用者の情報共有を日頃から行っている。また、1回/月の会議では利用者の課題を共有しケアの変更等を検討、提案する場としている。	

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	るほ ぼ できてい	こ ど が 多 い ない	な 全 く で き て い		
(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	○				職員は、訪問介護、訪問看護業務を兼務しており、移動が最小限になるようにシフト調整を行っている。また、随時訪問については、稼働状況を確認しながら訪問に伺うスタッフを選定している。	
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		○			前回からのコメント評価を踏まえて地域住民向けの説明会を開催した。	説明会を通しての意見が上がってくるようになるといいですね。
(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	○				システムを活用することで利用者の状況を常に確認することができる体制となっている。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、電話連絡により介護職と看護師がタイムリーな情報共有ができるよう努めている。	
(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)		○			業務開始時にアルコールチェッカーを活用したチェックと、体調の確認を行っている。また、安全運転講習会を行い、職員の事故防止に対する意識を深めた。BCP(災害や感染時に対する業務継続計画)のマニュアル作成し研修会にて職員に周知を図った。	
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利用者、家族に対して説明を行っている。また、情報は専用のシステムを導入しており、通信機器については、パスワードを設定するなど個人情報の取り扱いに対して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				外部評価コメント
			実施状況				
			できている	るほ ぼ でき てい	こ ど が 多 い ない	な 全 く で き て 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		○			利用者と家族の24時間の生活を踏まえたサービス計画を提案している。
	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		○			介護職、看護師がそれぞれ情報を分析し、課題の共有を行っている。また、援助内容については本人の出来ることを踏まえ決定している。 例えば、訪問時に声掛けを行いながら調理や掃除等を促し活動に繋げるなど自立を意識した関わりとしている。
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		○			利用者の身体機能の維持回復については、リハビリ職員からの助言を得て計画作成を行っている。 特に、認知症の利用者については、安心と安定を考えた支援を心掛けている。
	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	○				在宅生活を継続していくうえでは、家族の力を伸ばしていくことも大切である。 例えば、リハビリ職員から車いすへの移乗動作の説明を受け、家族と一緒にやっていくことで、家族の力を引き出しつつ離床へつなげていく支援を行っている。

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	るほ ぼ でき てい	こ ど き が 多 い ない	な 全 く で き て い		
(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	○				定期訪問に関しては本人家族の生活スタイルを意識している。 体調不良時は、看護師による随時訪問を行い、苦痛の緩和や不安の除去に努めている。また、看護師からの指示のもと、介護職員が安否確認を含めた適宜訪問対応を行うなど柔軟な対応を行った。	
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	○				定期的にモニタリングを行い、利用者や家族の状況に変化はないか確認している。変化時には計画の変更を行い、職員間で情報を共有している。	
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	○				各専門職の力を発揮しながら個別に対応を行っている。 医療的ケア等が必要な際は、システムや口頭のみではうっかりしてしまうこともあるため、一連のケア内容を記載したものを自宅に掲示しケアの統一に務めた。	
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。 介護のみの利用者に関しても、看護師から体調面での注意点について助言を受け、計画作成責任者が介護職に情報提供している。	

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	るほ ぼ でき てい	こ ど き が 多 い ない	な 全 く で き て い	
(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	○			サービスの依頼があった時に、パンフレット等を用いて定期巡回サービスの特徴や訪問介護サービスとの違い、料金の違い(一月の定額制)等について、ご本人や家族、ケアマネジャーに説明し理解してもらえるように務めている。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た支援を考えている。認知症の利用者にあつては、家族の同意を得て、近所や配食事業所、セキュリティー会社等と連携を行い、見守り機能の強化を行っている。	
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	○			日々のサービスにおいて、本人のできることの維持を大切にしながら援助を行っており、家族へもその方針について説明し理解を得るようにしている。	
	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	○			利用者ができていること、困難なことを明確にし、出来ることが増えることを意識しながらサービスを行っている。サービスを変更するときには、本人と家族同時に説明し、同意を得ていくように心がけている。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。また、ホワイトボードを使用し一日のスケジュールがわかるようするなどの工夫を行っている。	

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	るほ ぼ でき てい	こ ど が 多 い ない	な 全 く で き て い	コメント	
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、ケアマネジャーがいつでも閲覧できるようになっている。利用者の状態の変化や、家族の生活状況の変化に応じて、随時訪問の対応を行っている。また、ケア内容の変更があった際はケアマネジャーへ電話等にて情報提供を行っている。	
	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		○			当事業は、複数回訪問することで、生活状況が明確になる効果が得られている。閉じこもりがちであった利用者において、複数の介護職の介入が可能であったため、社会参加(デイサービス)の提案をケアマネジャーに行った。その人らしい生活への支援を意識し、ケアプランへの提案を行っている。	
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	実施状況				自己評価	外部評価コメント
			できて いる	るほ ぼで きてい	こ ど が 多 い ない	な 全 く で きて い	コメント	
(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)	○				独居の利用者に対しては、包括的なサービスが重要であり定期巡回で見えてきた生活を多職種で共有するようにしている。	
	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)	○				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、閲覧ができない場合も考慮し連絡ノートを活用している。 定期巡回では、頻回に訪問に入ることでタイムリーに状況の確認ができる。そのため、異常の早期発見ができる役割も担っていると考える。変化時には主治医や専門職等につなげ、利用者の苦痛が軽減でき安全な日常生活が送れることを意識した。	

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	るほ ぼで きて い	こ ど が 多 い い	な 全 く で き て 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			○		他事業所に訪問し、パンフレット等を用い本サービスの説明を行い、訪問介護との違いや地域でその人らしく生活する事の大切さを説明している。 定期的に、「あさがお便り」を作成し、総合病院、居宅支援事業所等に郵送した。また、近隣地域の区長会に出席し地域住民に対して、定期巡回の周知を図った。 3月には、県内の医療機関のケースワーカーや市の担当者の研修会において、当サービスの特徴をアピールした。	出来ていない判定を付けているがコメントを見る限りできていると感じる。今後も、地域に根づくサービス展開をしていきましょう。
(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		○			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、定期巡回サービスの周知を図った。また、利用者が増えても対応できるような職員体制作りを意識している。	
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	○				サービスエリアは甲斐市全域であり、訪問を効率的に回れるよう職員体制を工夫している。	
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)			○		県内の定期巡回サービス事業所で当該サービスの役割や今後の展望等の情報共有を行った。	今後も、周知活動を行いながら質を保てるようにしていく必要がある

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	るほ ぼ できてい	こ ど が 多 い ない	な 全 く で き て い		
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、在宅生活での不安に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	○				本人の自宅で過ごしたい思いに対し、どのように対応することで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。 また、当サービスが適切であるか等も含め、本人家族の自立支援やADLの拡大に務めている。	医療機関の協力も得る必要がある。