

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 | 実施状況 | | | | コメント | 外部評価コメント |
|-------------------------------------|------|---|-----------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--|--|
| | | | できて いる | る ほ ぼ で き て い | こ と 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 | ○ | | | | 当サービスの特徴を踏まえた上で、「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」の基本理念を掲げている。この理念は、運営規定および居宅サービス重要事項説明書に明記し、利用者・家族へは契約時に説明している。理念を常に念頭におき、利用者と家族の関わりを大切に事業を行った。 | |
| (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 | | ○ | | | 「その人らしさ」を常に意識し、職員間で定期的な話し合いを行い、利用者・家族の困りごとや自立へ向けた支援方法等を検討している。 | |
| | 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 | | ○ | | | 職員個々のアセスメントや対応力に応じた課題を明らかにし、年度初めの目標面接において個々の課題に応じた目標設定を行っている。事業所内の研修会は、年間を通して職員自ら企画・運営することで、実践力を高める効果が得られている。また、法人内外の研修会に参加できるよう勤務体制の確保を行った。 | 義務づけられている研修会もあり、研修会の開催の明確化を行い、チェック項目を増やしてもよいのではないか |
| | 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 | ○ | | | | 職員とのコミュニケーションを大切にしながら、職員個々の能力が最大限発揮できるよう、利用者の対応について管理者と共に振り返る時間を確保している。その中で、職員自身が自ら気づきが得られるような問い掛けを行った。 | |
| 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。1回/週のミーティングでは、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 | 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 | こで とが 多い ない | な全 くで きてい | コメント | |
| | | | | | | | | |
| (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 | ○ | | | | 随時訪問を念頭に置き、効率を考え移動が最小限になるようにシフト調整を行っている。 買い物支援等、時間を要する訪問時には、次の訪問に無理のないよう時間を確保する工夫をしている。また、インフルエンザやコロナウイルスなどの感染症を発症した利用者においては、訪問する人員をなるべく限定する対応としている。 | |
| 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 | | ○ | | | 介護・医療連携推進会議は年2回開催することになっており、当事業所では9月と3月に開催している。利用者に対する一日あたりの訪問回数については、利用者の状況に合わせた訪問を実施しており、会議においても指摘は受けていない。 | |
| (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使用したチェックと、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。 災害時対策として、BCP(災害や感染時に対する業務継続計画)のマニュアルについて定期的に研修会にて職員への周知を図っている。 24時間対応のため、夜間訪問時には意識的に社用車を使用することで、防犯対策効果となっている。 | |

| 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 | 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 | | ○ | | | <p>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。</p> <p>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。</p> | |

| 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 | こで とが 多い ない | なく でき てい | コメント | |
| | | | | | | | | |
| 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 | | ○ | | | 利用者の身体機能や、本人と家族を含めた生活状況を把握するようにしており、個々の生活リズムに着目したアセスメント・分析によって支援内容につなげている。体調の変化等がある際には、迅速にケアを修正し職員間で内容を共有し対応した。 | |
| | 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・看護それぞれの視点で、医療面と生活面を合わせたアセスメントを行っている。情報については適宜共有し、状況によって必要なケアを検討・変更している。 | |
| 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 | | ○ | | | サービス開始時のアセスメントを軸に、日々の様子を観察し状況の変化に合わせた計画作成を行うことで、利用者のご家族が安定した生活が送れるよう意識した。認知症や高次脳機能障害等により日常の変化への対応が難しい利用者に対して、不安が不穏につながらないよう、ご家族とも連携したケアとし計画作成を行った。 | |
| | 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 | ○ | | | | サービス導入から経過が経つにつれ、介護職員との関係が出来てくると、本来であれば自分の力でできることも頼りすぎてしまう場面があった。支援内容について、職員間ミーティングにおいて支援の様子や細かい対応方法、利用者への伝え方の工夫などを共有し、利用者の持っている力を維持できるようなサービスを検討し共有した。 | |

| 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 | るほ ぼ でき てい | こ ど 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設定しているが、状況に合わせ訪問回数や時間の変更を行い対応した。 体調不良時は看護師による随時訪問を行い、看護師からの指示のもと、介護職員が追加で訪問するなど柔軟な対応を行った。 また、発熱等で通所サービスが利用ができなくなった時には、随時対応を行った。 |
| 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。変化時にはケアマネジャーに状況を伝え計画変更の提案を行い訪問に繋げている。 |
| 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 | ○ | | | | 適切なケアの提供ができるように、介護・看護の双方からアセスメントを行っている。 介護職が、1日複数回の訪問を行う中で、利用者の体調の変化等に気づきがあった時には、看護師に状況を伝えている。看護師は体調の確認を行ったうえで主治医へ連絡を入れるなど、適切な対応を行い、生活を続けていく上での注意点等を介護職へ伝えるなど職員間で情報共有を行い継続的な状態把握と早期対応に努めている。 |
| 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 | | ○ | | | 看護師による月1回の定期的なモニタリングによって、今後予測される健康上の課題や注意点を介護職員へ伝えるようにしている。 介護職員は、身体状況から生活への支障がどのように起きているか、看護師からの病状予測や助言をもとにサービス調整や随時対応を行いながら在宅生活の継続支援に務めている。 |

| 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 | ○ | | | | サービス依頼時にケアマネジャーが作成したケアプランに基づき、利用者やご家族、ケアマネジャーが同席した中でサービス内容を説明している。 利用者にとって最適なサービス(利用者の機能の維持、改善、自立支援等)踏まえ、「自立した日常生活」を目標としているため、過剰なサービスでなく必要な支援を行うという趣旨を理解してもらえるように説明をおこなっている。 |
| 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 | ○ | | | | サービス提供に対して、その人らしい生活を意識した目標の説明と共有を行い、細かい支援内容を説明している。 別居している家族にもケア内容や状況が共有できるように連絡ノートやシステムの閲覧をできる環境としている。 |
| | 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 | ○ | | | | 日々のサービス提供の際に、利用者の体調や身体機能の状況を細かく観察しており、変化があった場合には随時サービス内容や提供回数を変更している。その際、ご家族やケアマネジャーに対して電話等で相談・報告を行いタイムリーに状況を共有するようにしている。 |

| 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 | | |
| 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 | ○ | | | | 生活を支える上で必要な援助について、ケアマネジャーと共同でアセスメントを行い、実際の提供時間や回数・内容を決定している。また、情報共有システムを活用することで、訪問時の状況に関してケアマネジャーがいつでも閲覧できるようになっており、状態の変化が見られた場合のサービス変更についても速やかに共有するようにしている。 | |
| | 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 | | ○ | | | 当事業は、複数回訪問することで、ご本人の身体状況や生活状況が明確になる効果が得られている。訪問している中で見えてきた生活上の課題(転倒のリスク、環境整備、他者との関わりの必要性等)をケアマネジャーへ情報提供しサービス変更の提案に努めた。また、随時対応の頻度や内容も共有しプランの見直しを依頼することもあった。 | |
| 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 | ○ | | | | サービス担当者会議には必ず出席するようにした。会議では、訪問(生活)状況をわかりやすく説明するように心掛け、定期的な日々の訪問で気づく本人らしさや、本人の思いを多職種に伝えている。また、家族からの相談内容や介護負担状況等についても共有している。 | コメント確認すると、チェックポイントをできているに変更してもよいのでは？ |

| 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 | | |
| (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) | ○ | | | | 独居の利用者において、食事の確保として保険外サービスの配食サービスや生協を活用している方がおり、サービス事業者との連携を図っている。また、利用者によっては受診時に同行することで安全に移動することができ、医師の説明を介護職員が聞き取る役割を担っており、介護保険外(自費サービス)として対応している。 | |
| | 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ことで、定期巡回サービスの特性を踏まえた支援ができるように提案している。 また、在宅生活上の留意点も共有し、退院後は利用者の状況に応じて訪問頻度や支援内容の調整を行い利用者を取り巻くチームで多職種が協働したケアができるように意識している。 | |
| 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することで他のサービスとの共有に努めている。 定期巡回では、頻回に訪問に入ることによって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。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 な 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。迅速にホームページ等に掲載できるようにすることが今後の課題と考えている。 | |
| | 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 | | | ○ | | 居宅介護支援事業所に訪問し、パンフレット等を用い本サービスの説明を行い、訪問介護との違いについて実際の事例をもとに説明を行った。また、定期的に、「あさがお便り」を発行し、総合病院、居宅介護支援事業所等に郵送し定期巡回サービスの理解、周知に努めた。10月に行った「地域交流会」において、地域住民に対して定期巡回サービスのPRを行った。 | |
| (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10次高齢者保健福祉計画 第9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。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。 | |

| 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 と が 多 い ない | な 全 く で き て い | コメント | |
| | | | | | | | | |
| 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） | | | ○ | <p>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。</p> <p>認知症カフェ（しらゆりカフェ）を3か月に1回開催しており、定期巡回サービスの利用者や家族の参加も見られた。認知症についての啓発と、地域住民のコミュニティーの場としての役割を担うことができてきた。</p> <p>R7.10に、「地域交流会」を実施し、地域に介護で困った人があった時に相談できる事業所があることを伝えていくなど、身近な施設として多世代の交流の場を提供した。</p> <p>甲斐市内の課題や、地域づくりというところでは、まだまだ十分に発揮できていないところもあり、今後も利用者が住み慣れた地域で生活できるように必要なサービスを発掘できるように関わっていきたい。</p> | <p>カフェや地域交流を行っている。今後は、市とも連携し地域特有の課題も見えてくることを踏まえて、包括との意見交換会等を行い、地域の課題を明確にしていくとよい。</p> <p>地区（新居区）でも夏祭り等行うので声をかけさせていただきたい。</p> <p>認知症カフェに定期的に参加させていただいている住民からも次回開催の聞かれる。</p> <p>地域の交流も浸透してきている。市として協力できるところは行っていきたい。</p> | |

| 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 | こで とが 多 い ない | な全 い く で きてい | 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 | | ○ | | | 担当計画作成責任者が、定期的に訪問、日々の訪問内容を確認したり、連絡事項はその都度情報共有することで、達成度の確認を行っている。達成困難時や達成が継続しているものに対しては、その都度他職種からの意見も聞きながら計画を変更する努力をしている。 | |
| 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 | ○ | | | | <p>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本人の意向を大切にしながら家族と共に考えるようにしている。</p> <p>自宅での看取りのケースでは、介護者の身体的・精神的負担が多い。1日に複数回訪問し、負担になっている部分の軽減を図ることで、在宅での看取りの不安が軽減でき労いの言葉をいただくこともあった。</p> <p>ケースによっては、退院直後で家族の負担が大きくなり思うようでないことに対して苛立ちをぶつけてくるご家族もあったが、気持ちを汲みながらケアのすり合わせを行い負担軽減に努めた。</p> | |