

平成 30 年度 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 番号	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	が多い できていないこと	全くできていない	コメント	
I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]								
(1) 理念の明確化								
① 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		○			<p>法人全体での理念として提示。 （部所毎には定めていないが、毎年の目標は会議で設定し、年度末に結果を話し合っている。） 理念は「ご利用者が快適に暮らすことを応援しお手伝いいたします。ご利用者様、ご家族様のお気持ちを大切に守っていくために私たちの知識・技術・経験をお役立てください。皆様が安心かつ快適に暮らすことを目標にともに進んでいきたいと考えております。」 今年度の目標は、「利用者の自律への貢献」とした。</p> <p>・定期巡回・随時対応サービスらしい理念を掲げていると思われる。 ・法人理念を掲示し、利用者の安心かつ快適に暮らしを応援する旨が掲げられ、利用者及びその家族の信頼と職員が事業所の目指すべき方向性を理解する大きな役割を果たしている。</p>	
(2) 適切な人材の育成								
① 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	○				<p>今年の対象者はいないが、入社時に新人オリエンテーションで説明。その他、都度定例会議にて確認し、事業所にも提示している。</p> <p>・理念の周知に努めていると思われる。 ・定例会議における確認は有効と思われるので、継続的な取り組みを期待する。</p>	
	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		○			<p>運営者が契約時に初回アセスメントを実施しているケースが多いのは同様。今後も勤務に余裕がある場合は正看護師の同行を行い、アセスメントを実施するようにしていく。研修は内部では緊急時の対応などの研修会を実施。外部研修への参加も出来ている。</p> <p>・内部研修も定期的実施されており、研修の講師も事業所内で対応していることに感心した。 ・計画的な内部研修の実施、外部研修への参加を通じて、職員の育成を継続されることを期待する。</p>	

							<ul style="list-style-type: none"> ・独居や家族不在時も多いので、アセスメントの情報収集に苦慮する場面が多いと感じる。 ・定期巡回のモニタリングの頻度も、多すぎると感じる。
	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		○		<p>全スタッフが同レベルにてサービスを提供できるよう、担当制とせずに、同行訪問を重ね、スタッフ全員が同レベルのサービスを行えるよう配慮している。</p> <p>技術的に劣る職員には、マニュアルやパンフレットを用いて、事前研修を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内で作成したマニュアルを用いて、技術の伝達を行い、同レベルでのサービス提供ができています。 ・全スタッフが同じ内容のサービスを提供できるよう配慮されている。 ・医療知識を必要とすることも多くあると思われる。頑張りたい。 ・提供するサービスの質に格差が生じないよう事前研修などによりスタッフのレベルの均一化を図りたい。 ・モニタリングも大変詳しく、全スタッフの方が同レベルのサービスを提供していると思う。
②	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		○	<p>カードックス（連絡ツール）を活用し、状態変化や指示変更の伝達を行っている。緊急時は都度、携帯電話での伝達を実施している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の体調などの状況も職員皆が把握され、共有されていると感じる。 ・ご自宅に連絡ノートを置くなど連絡ツールの活用により、サービスの一括化が図られている。 ・記載漏れや転記誤り等記録の記載ミスに留意されたい。

(3) 適切な組織体制の構築						
①	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			<p>特性に応じたサービス提供に関してはできていると思われるが、要望の回数を満たしてはいないこともある。料金設定が変わらない為、必要とする回数以上の方は、ケアマネと話し合いを行い調整している。</p> <p>勤務は早出、遅出などシフトを調整し対応しているが、実際、職員数の不足で、今以上の利用者を受けられない状況。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に合わせて必要な訪問回数となっている。 ・現状の体制において可能な限りのサービス提供がなされている。 ・同居家族の就労時間に合わせ（また遠方への1泊2日の出張等）柔軟に対応した訪問体制をとってくれている。 ・食事時間は他利用者と重複する時間帯でも調整を行っている。 ・365日対応してもらえること、感謝している。 ・個々の利用者に応じたサービス回数、時間の設定にはケアマネジャーも含め、十分な話し合いが必要と思う。 ・人材が確保できない以上、致し方ないが、制度が継続できるのか。このままでは保険制度自体が行き詰まるのでは。 ・人材不足は介護業界全体の問題と思われる。何らかの改善は必要。 ・職員の不足が解消されることを期待する。
②	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	○		<p>定例会議を実施継続中。今年度は6ヵ月に一度とされたが、必要時の開催はしていきたいと考えている。</p> <p>会議の結果はホームページ上にて公表。役員からの助言に対しては都度検討させて頂いている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定例会議を適切に開催し、結果をホームページに公表している。 ・改善点を会議の中で検討し、業務に生かしている。

									<ul style="list-style-type: none"> ・推進会議を積極的に開催する姿勢には好感を持つことができ、役員からの助言に対し迅速に検討していると思う。 ・定期的に推進会議を開催し検討事項については後日報告されている。 ・定期的に開催されており、サービス提供実績報告に基づき、評価が行われ、要望や助言などサービスに反映するよう努めている。
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備

①	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	○				<p>介護・医療連携推進会議では、インシヤル化を徹底。 情報交換においては、カンファレンス、連絡ノート、引き継ぎ表を活用。 急ぎの連絡時には電話にて直接担当者と話をすることで、迅速に共有が出来ていると思われる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・会議ではインシヤル化して個人情報管理が行えている。 ・個人情報の取り扱いに関して十分配慮され管理されている。連絡ノートや引き継ぎ表を駆使し、迅速な情報の把握・共有に努めている。 ・情報交換のひとつひとつを複数使用し活用されている。
---	------------------------------	---	--	---	--	--	--	---	--

(5) 安全管理の徹底

①	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)	○				<p>法人マニュアルにて講じている。 夜間訪問時などの防犯対策もマニュアルに記している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・防犯対策マニュアルに基づく対策が図られている。 ・医療ニーズの高い人も多い中、停電の時など機器使用の利用者への対応は大変だと思った。
②	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>契約時、個人情報保護に関する同意書を取り交わしている。(法人内で複数サービス利用がある場合は、全体で一部)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・契約時は、個人情報保護に関する説明があり同意書を取り交わしている。

							<p>事業所内での個人情報の取り扱いは、鍵のかかる書庫へ一元化管理としており、職員が不在時には施錠。 鍵は管理者が所持している。</p> <p>電子機器に関しては、全てパスワード化（退職者が出る毎に、パスワードの変更を実施）を実施。</p> <p>職場外へのアナログファイルの個人情報持ち出しは禁止。</p> <p>運営者が認めた場合、ロックされた USB の持ち出しを許可することがある。（パスワードは、持ち出す本人と運営者のみが周知している）</p> <p>個人情報取り扱いに関してはマニュアル化をしており、職員への周知は出来ている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護の取り扱いについては徹底されていると思われ、今後も職員への周知を継続することによってよいと思う。 ・個人情報保護に関する具体的な対策が講じられている。 ・個人情報取扱マニュアルに基づきデータ利用やUSBでのデータ持ち出し等取扱い等に注意を払い個人情報は適切に取り扱われている。
--	--	--	--	--	--	--	---	---

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

①	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				<p>ケアマネジャーにサービス内容を伺う時に、生活パターンを確認。契約訪問時に再度確認を行い、アセスメントを実施している。 (サービス内容に応じて、他の利用者様との時間調整をお願いすることがある)</p> <p>看護師が週に1度のモニタリングを実施し、適宜、時間やサービス内容を見直ししている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・書式に基づいたアセスメントが行われている。 ・利用者の具体的な生活を把握し、さらに家族状況の把握に努めており、適切かつ必要なサービス提供を行うためのアセスメントが行われている。 ・書式に基づき週1回のモニタリングが行われており、適宜見直しも行われている。 ・項目の通りに実施されていると思う。 ・アセスメント、モニタリング様式を新たにし、見やすくわかりやすくなっている。
---	--	----	-----------------------------------	--	--	--	---	--

								<ul style="list-style-type: none"> ・一日の流れ（日課）はケアマネも把握できていない部分が多いので反省点である。 	
		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				○	<p>原則、看護師が立案し、介護が補足する形をとっている。</p> <p>ケアプランとずれが生じた場合は、カンファレンスや情報共有を行い、利用者などのニーズを元に調整を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護部門が中心となり介護部門と密接に連携しながらアセスメントが行なわれており、これまでと同様、適切なサービス提供を心がけられたい。 ・看護、介護両面からの情報によりケアマネジャーもケアプランの見直しを検討できている。
②	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				○	<p>申し送りにより生活リハビリの導入と継続、及び必要時には専門職によるリハビリの訪問対応中。</p> <p>短期目標の達成に向け、計画を立案。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の在宅生活の継続に向けた具体的計画が立案されている。 ・必要時、専門職によるリハビリ訪問がある。
		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				○	<p>病状進行防止、異常早期発見、機能維持など目標設定はしているが、ターミナル期、進行性疾患に関しては依存度が高まってしまうケースもあるが、体調に応じ臨機応変は必要と感じる。</p> <p>マンパワーにも大きく左右されると考える。家族指導は重要。能力に応じて負担にならない程度に医療行為や病状の観察に関して依頼している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病状の進行防止、異常の早期発見、機能維持について計画作成されている。 ・まるめなので、必要以上のサービスを求める人も多く、大変だと思う。 ・できるだけ在宅での生活を継続するため、予防的見地からの計画作成が行われ、介護と看護の一体的なサービス提供に努めている。また、家族へのフォローが適切に行われている。 ・在宅生活の継続には家族の協力も必須となるため、家族指導、家族との連携は重要と思う。

								<ul style="list-style-type: none"> ・特にターミナル期に於いては、家族支援が重要な部分を担ってくるので、スタッフの能力の標準化の配慮が重要だと思う。 ・医療依存度が高まるかどうかは、主治医の判断もあり難しいと思う。
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し								
①	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	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	○			<p>随時訪問サービスを行い、その時間帯での呼び出しが多い場合、定期訪問時間を変更する対応を実施。(人材不足により、他の利用者様へ時間変更を依頼するケースある。)</p> <p>随時、人材の募集は行っており、短時間雇用も視野に入れ、登録制度も設けてはいるが、中々、求人が来ない状況。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・状態変化に合わせ、対応している。 ・利用者の変化に応じた柔軟な運営を期待したい。 ・人材確保が喫緊の課題であり、他の事業所との連携のあり方など積極的な意見交換等を期待する。
②	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	○			<p>週1回看護師のモニタリングを確実にし、又、ご自宅に引き継ぎ表を設置しヘルパーと看護師との情報共有に努め、毎月ケアマネジャーへも報告を行っている。</p> <p>今年度より、形式を変更(各居宅介護支援事業所管理者との会議にて報告)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月ケアマネジャーへの報告が行われ、情報共有が行われている。 ・利用者の状況や体調の変化等をケアマネジャーへスムーズな報告が行えるように書類を変更する等工夫を行っている。 ・モニタリングにより利用者の状況を的確に捉え、計画に反映されている。 ・ケアマネジャーとの連携も取られている。 ・報告ができていると思う。 ・週に一度のモニタリングの必要性はあるのか？ 週一度の根拠は何なのだろう。

(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供

①	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	○		<p>当社ヘルパーは必ず事業所への出社を義務付けており、看護師と直にコミュニケーションをとったり、カーデックスの確認を行ったりしている。</p> <p>(業務時間により、直行の日は、個別に引継ぎを行っている)</p> <p>適宜、ショートカンファレンスを実施し、生活の場面ではヘルパーが確認を行い、自立性を高める工夫を実施。看護師は評価および指導を行うなど、双方の役割を明確にしている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・効率アップのために、専門性を活かした役割分担を継続してほしい。 ・看護師が中心となり介護職員と、口頭による情報共有の他、カーデックスの確認により利用者情報の共有がなされ、生活・医療面の専門性をいかしたサービスを提供しており、役割分担が明確化されている。 ・リハビリ職の訪問も定期的にしており、家族への入浴介助の助言や、身体状況に応じた福祉用具の助言なども行っており助かっている。
②	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	○		<p>上記同様、都度情報交換を行っている。</p> <p>看護師は主治医指示書のもと看護展開を行っており、病状を把握し、ヘルパーにチームとしての役割を伝達している。</p> <p>現場で判断に困った時は、写真添付や状態報告を受け都度対応。必要時には看護師より主治医への指示を仰いでいる。</p> <p>医的行為に対しては、法に触れない様、指導している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の疾病を職員皆把握され、発熱・炎症などの症状も迅速に報告することで、受診を適切なタイミングで行うことができ、病状の悪化予防に繋がっていると思う。 ・看護から介護への伝達に工夫がなされている。 ・訪問看護のない利用者についても疾病予防、心身の機能の維持回復当の観点から看護師から介護職員への指導助言等も実施されたい。

(4) 利用者等との情報及び意識の共有

<p>① 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</p>	<p>19</p>	<p>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</p>					<p>情報提供説明は行っているが、包括算定であるため要求がアセスメントと食い違うことが多々ある。</p> <p>目標設定の共有を行い、必要なサービスを提供するよう心掛けている、生活支援の要求が増えている状況は同様。</p> <p>法の見解に沿って、ケアマネジャーの理解、家族の理解を得られるよう、都度、話し合いを行っている。</p> <p>過介護にならないよう、複数名が関わるサービスのため、事業所間での情報共有が必須である。</p> <p>問題が生じた場合は、担当ケアマネジャーへ相談し、適宜見直しを行うなど工夫を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容について、都度ご本人・ご家族に説明を行い、理解を得ている。 ・定期巡回型サービスのケアマネジャーの勉強不足があり教えてもらうことが多い。 ・サービスの趣旨や特徴をサービス提供前に利用者及びその家族に説明するとともに理解を得られるよう、さらなる取り組みを期待したい。 ・通常サービスと定期巡回サービスの違い。その人にとってどちらのサービスがそぐうのか？ただ何となく決めてしまっていないか？特に身体的サービスが必要ない人には疑問を持ちながら提供してしまっている。ケアマネも再アセスメント時、どう利用者に必要なや不必要性を説明するのか、考えていきたい。 ・定期巡回・随時対応サービスが支給限度額を越えない為に利用されるとしたら本来の主旨に反していると思う。 ・包括的なサービスの為、生活全般を担ってほしいとの依頼が多い。サービスの主旨について担当ケアマネジャーも十分理解した上で利用者説明する必要がある。
---	-----------	--	--	--	--	--	--	---

②	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				<p>計画立案後、サインを頂くため作成者が自宅訪問しご本人様、ご家族様への説明を行っている。</p> <p>本年度より、計画書の形式は、実地指導でご指摘を受けた署名欄などの変更を行っている。</p> <p>修正箇所の提示がある場合、ケアマネジャーを通してカンファレンスなどを実施し改めて検討している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・計画立案し、ご本人・ご家族の説明を行って理解を得ている。 ・計画作成に当たり、利用者及びその家族にサービス内容を説明し、署名により同意を受けている。アセスメントに基づく目標など情報共有が適切に行われている。
		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				<p>契約時に状態変化に応じて、回数調整やサービス内容の変更を行う旨を説明している。</p> <p>状態変化時には、ケアマネジャーへの提案やカンファレンスを用いて調整している。</p> <p>適正ではない回数を要望する方には、法の制度を都度説明し理解を得るように説明し理解を得ている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・状態変化に応じ、回数やサービス内容変更について、ご本人・ご家族の説明を行って理解を得ている。 ・導入時に「当該サービスは、心身機能の維持回復を目指すものであり、身体状況の変化によってはサービス提供回数が減少する可能性があること」などを説明することが肝要と考える。 ・利用者の制度理解に向けた説明は都度行っており、今後も引き続き継続した取組を期待する。 ・回数増に対しての要望は多い中、回数減に対して理解を得ることは大変難しいと思われる。ケアマネジャーと情報を共有し利用者家族へ説明する必要がある。 ・必要以上を求める人への対応は大変。今後も課題。今のままの制度では、なくならない問題点と思う。

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

①	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	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				<p>看護師のモニタリングが優先的に動いてしまう現状は同様。ケアマネジャーもサービス提供に変更があっても利用単位数が変わらない包括算定であるため、「事後報告で良い」「任せる」とのことが多いのは同様。</p> <p>看護師との一体型で使用している方は、今年度の訪問看護報告書（モニタリング用紙と一緒に送付）形式を変更し、回数の変更を記すようになっていく。</p> <p>大きな変更が生じる場合や介護度の変更時にはカンファレンスを行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な報告書により情報共有できている。 ・退院時や大きな変化があった場合、カンファレンスを行いサービス内容等、話し合いが行われている。 ・居宅介護支援事業所ケアマネジャーと定期巡回・随時対応型訪問介護事業所の計画作成責任者が連携し共同でケアマネジメントを行う体制となっている。 ・訪問頻度が多くなる介護職が一番利用者の把握ができていく。任せてしまっている現状があるのは反省点。 ・利用者の生活情報等の共有による適切なケアマネジメントを期待する。 ・サービス事業者のモニタリングが優先されるのはサービスの特色の一つと理解している。ケアマネジャーが事業所任せになるのは問題か。 ・人材不足の原因には書類の多さも原因ではないかと思う。簡素化できる物は適宜してはどうか？
		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				<p>毎月送付のモニタリング表にて提案を行っており、地域でのサービスの提案も行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ふれあい収集などの提案が行われている。 ・常に提案が行われている。

②	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		○		ケアマネジャーにより召集。カンファレンス時には可能な限り他職種への参加をお願いしている状況。(定期巡回の単位数が高く、他に関わる職種は少ない。)各サービス内容を利用者およびご家族も参加し、評価をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議では出来る限り関係するサービス提供事業者の参加とご家族の参加をお願いしている。 ・多職種に出来るだけカンファレンス参加を呼びかけるなど情報共有を心がけている。 ・サービス担当者会議開催に当たり、主治医の意見は伺っていますか？(参加は難しいでしょうか…)
---	---	----	---	--	---	--	--	--

(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

①	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)		○		通院時の院内介助は保管外の為、自費サービスを提示。調理の希望が多い方には宅配弁当の提示などを行っている。その他、状況に応じて他職種への情報提供をお願いしているが、市内の状況はあまり変化がないため、中々提案はない状況。	<ul style="list-style-type: none"> ・ふれあい収集などの提案、院内介助の自費サービスの提示が行われている。 ・インフォーマルサービスの活用にはケアマネジャーの協力が不可欠と思う。 ・利用者の心身の状況に応じ、包括的かつ柔軟なサポートを提供するため、ケアマネジャーとも連携し、検討されることを期待する。 ・介護度が重い方が多いのに乗降のみOKというのは疑問。 ・身体介護にて院内サービスをしてくれる事業所の料金の高いことで定期巡回との併用が難しい場面あり。保険外サービスの充実が必要。 ・市内に保険外サービスの供給者が少なく、提案するも需要に対応しきれないのが現状と思われる。
---	--	----	---	--	---	--	--	--

								<ul style="list-style-type: none"> ・必要なサービスがない場合、地域包括センターに提案の機会はあるか？
	26	<p>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）</p>	○				<p>退院前カンファレンスは必ず参加し、必要があればパンフレットを持参してサービス内容を説明している。</p> <p>事前環境を整えて迎え入れている。（退院日からの即日サービス開始が多いため）</p> <p>入院時には、看護添書作成し病院へ届け、補足があれば直接伝えるようにしている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院日からサービス開始し、切れ目のない介護・看護サービスが提供されている。 ・退院前カンファに参加してもらうことで、サービスもスムーズに対応できている。 ・退院前カンファレンスに参加することは、利用者にとって在宅での生活が容易に受け入れるきっかけとなっており、退院後の生活面における不安解消に役立っている。 ・入院時には、迅速に病院へ情報提供をしてもらっている。 退院時、身体状況の変化などある場合は、サービス担当者会議において、状況確認の共有などでできている。 ・今後も継続した取組を期待したい。
②	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	<p>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）</p>	○			<p>連絡ノートを共有し、関わりのある職種に対して、情報共有の工夫を行っている。</p> <p>役割分担はプランに反映されていると思われる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡ノートを活用している。 ・連絡ノートに毎日様子が書いてあるのでありがたい。 ・多職種との情報共有をしようとする取組は評価できる。 ・連絡ノートの活用がポイントになるので更なる有効な方策を検討されたい。

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

①	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	○			会議後、記録をまとめてホームページにて公表している。 過去のデータの閲覧も可能で、契約時に利用者およびご家族へ説明を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・会議の記録をホームページで公表している。 ・会議の内容についてホームページで閲覧できる様になっている。 ・会議記録は、ホームページで公開されており、情報がすぐに閲覧できる見やすいレイアウトとなっている。 ・大変分かりやすいまとめになっている。
		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			○	未だにサービス内容（特に、毎日の看護師訪問など）や単位に関する問い合わせがケアマネジャーや病院ケースワーカーから多い状況。 ただ、当社のスタッフの補充ができず、新規を受け入れられず、広報活動はできていない状況。	<ul style="list-style-type: none"> ・通常サービスだと単位数が足りないのと定期巡回を選択するケースが多く、大変だと思う。 ・医療・介護連携推進会議や地元町会の会合などの場でサービス内容を周知することも有効と思われる。 ・また、事情所のサービス内容や制度周知ホームページに掲載するなどできるところからに努められたい。 ・広報活動によりサービス内容の情報を発信しても地域の関係機関のスタッフ全体への周知は難しい状況と思う。

(2) まちづくりへの参画

①	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	○			管理者が「おたる地域包括ビジョン協議会」の委員を務めさせて頂いているため、都度、会議内容を職員へ周知をしたり、外部研修への参加も行っているため、理解していると思われる。	<ul style="list-style-type: none"> ・当該サービスは、地域包括ケアの中核的サービスであり、介護計画における位置づけや地域包括ケア構築の重要性は十分理解できていると思われる。
---	----------------------------	----	--	---	--	--	--	--

								<ul style="list-style-type: none"> ・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、ご理解が深いと思う。
②	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				○	<p>当事業所は施設併設ではなく、また、当社の理念は『ご自宅』での生活維持である。</p> <p>但し、小樽市内全域となると 30 分以内で駆けつけることが困難なため、一部地域を除いてしまっているのが現状。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人的、物的条件が許す限り、サービス提供が行われている。 ・小樽の立地条件、駐車スペースの少なさ、冬期の除雪の不十分さから駆けつける際の時間は通常以上にかかっていると思う。 ・冬期間の訪問など排雪されていない場合もあるので、地域的加算があると良いのと思う。 ・約 69 kmの海岸線を有する本市の地理的特性を考慮し、提供エリアを 30 分以内に駆けつけられる市内エリアとしており、可能な限り広範な地域においてサービス提供が行われている。 ・お願いしたい地域に定期巡回型サービスがない場合があり困ることがある。 ・行けない地域があるのはやむを得ないと思います。
③	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>重症度の方や認知症の方に対しては、サービス導入時に近隣への挨拶を行うようにしており、在宅生活に近隣を巻き込み支援を行っている。</p> <p>また、当社は居宅介護支援事業所も併設の為、他社のインフォーマルサービス（まちカフェなど）の情報も多いため、対象となる方へ勧めている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該サービスは、地域包括ケアシステムの中核を為し、地域ニーズに最も適したサービスとして、ますます認識されていくと思う。 ・そのため、地域全体を見据え地域住民の自立意識の醸成、多職種との連携方策等についての積極的な提案を期待している。

												・近隣へのあいさつの際は個人情報の保護に配慮が必要と思われます。	
Ⅲ 結果評価 (Outcome)													
①	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								○	<p>毎月のモニタリングにて看護師が評価し、ヘルパーのコメントを追記して翌月初旬にケアマネジャーに報告。</p> <p>また、毎年、各利用者に無記名にてアンケートを実施。 (H30.7.31 回収) ※自社アンケート結果参照</p>	<p>・定期的な評価がされている。</p> <p>・包括支援センターから紹介されたケースの情報共有が図られ相互に補完しながら対応できている。</p> <p>・利用者ごとの計画目標が図られていると思います。</p> <p>・モニタリングにおいて目標の達成の度合いを確認しており、サービス導入後の変化に関係者間で連携して適切に対応するよう望む。</p>
②	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>現在は高齢化がさらに進み、また、独居世帯も多いため、当サービスを活用しなければ在宅生活の継続が困難な方が多い状況。 コールが押せないなどの認知症利用者様もいるため、コールの使用方法的明示や目印をつけて押せるような工夫を行っている。</p>	<p>・サービス利用により、在宅生活の継続が可能となっている。</p> <p>・利用者様のご家族の相談にも対応してくれるので助かっている。</p> <p>・ご本人が施設ではなく、希望される自宅での生活を継続することができるのも、ご家族が安心して仕事ができるのも、サービスや的確な緊急の対応があつてのことだと思う。また、身体状況が悪化することなく現状を維持できているのも、定期的なリハビリのお陰だと思う。</p> <p>・本サービスが高齢者の在宅生活に寄与していることは評価する。</p>

									<ul style="list-style-type: none"> ・当該サービスを利用することにより、家族の負担軽減、ADL改善が期待できるものであり、これまでの貴事業所の着実な取組が利用者及びその家族にとって「在宅生活の安心感」につながっていることを確信しています。 ・適している人には本当に必要なサービス。安心感も通常サービスより高く、良いのだが参画事業所が少ない上、人材不足。必要な方も多いので心配である。 ・当該サービスを必要としている在宅利用者は確実に増加が見込まれます。 ・独居高齢者や医療ニーズの高い利用者の在宅生活の増加に伴い、サービス導入の希望が増えていく中、より安心して生活できる環境作りを地域全体で取り組んでいく必要があると思われる。 ・端末器の活用方法を検討する必要がある。
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--