

令和1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	できていないことが多い	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								
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		○		法人全体の理念を提示。 年度初めに、課としての年間目標を設置。 今年度の目標は、当然のことながら、申し送りの厳守を掲げている。	・玄関に法人理念を掲示している。 利用者、家族の気持ちを第一に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一助となっている。
(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		○		入社時に新人オリエンテーションにて説明。その他、都度定例会議にて確認し、事業所内にも提示している。	・入社時はもとより定例会議における継続的な確認は有効。 引き続き理念の周知について、継続的な取り組みを願いたい。  ・理念については掲示物で再認識したり、会議にて振り返りを行ったりすると良いと思われる。
		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		○		運営者が契約時に初回アセスメントを実施し、プランの長期目標の変更時に再アセスメントを実施している。 正看護師の職員がいないため、殆どを担っている現状。 職員研修会は、疾患の理解を深めるため、毎月の事業所内研修や適宜外部研修への参加も出来ている。	・引き続き職員の資質向上に資する研修を積極的に実施・参加することを期待する。  ・業務多忙の中、定期的に職員研修(勉強会)を行っている。

		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				訪問スタッフは担当制とせず、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。 必要に応じて、リハビリスタッフの派遣も行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・提供するサービスの質に格差が生じないよう、同行訪問やリハビリスタッフの派遣など、スタッフ全員の技能の向上やサービスの均一化を目指した取組は評価できる。</li> <li>・スタッフ全員が同レベルで対応できることは利用者にとって安心につながると思われる。</li> </ul>	
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				ファイル内の連絡帳を活用し、状態変化や指示変更の伝達を実施。ご自宅に設置の連絡ノートにも都度記載を行い、漏れがないように工夫を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伝達漏れ等がないよう記載に留意するとともに正確な記録に努められたい。</li> <li>・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。</li> </ul>	
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>									
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				特性に応じたサービス提供に関しては、ケアマネと話し合いを行い調整している。 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、定期的に早朝や深夜などの対応が出来ていない現状がある。(緊急時の対応は実施している)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・職員の確保が難しい問題だが、これからも柔軟なサービスを提供する為のシフトの調整が必要と思われる。</li> <li>・人材不足等、限られた職員数の中で早朝や深夜の対応が難しいことはやむを得ないと思う。緊急時に対応できるよう工夫されていると思われる。</li> </ul>	
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				定例会議を6ヶ月に一度実施し、役員の助言を都度、頂いている。会議の結果はホームページ上にて公表。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的開催されている。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。</li> <li>・定期的に会議を開いており、結果についてはホームページに公表している。</li> </ul>	

(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、イニシャル化を徹底。</p> <p>情報交換においては、カンファレンス、連絡ノート、連絡帳を活用。緊急時の連絡は電話にて直接担当者と話をし、迅速に情報共有が出来ていると思われる。</p>	<p>・個人情報の取扱いは十分な配慮がなされている。</p> <p>連絡ノートや引き継ぎ表を活用し、迅速な情報の把握・共有に努めている。</p>
(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。</p> <p>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> <p>災害時に対し、医療器具装着者や独居者などの名簿も新たに作成し、安否確認など、スタッフが迅速に手分けすることが出来るように工夫をしている。</p>	<p>・防犯対策マニュアルに基づく対策が図られている。</p> <p>あらかじめ非常災害時の利用者に対する安否確認の手順等を職員で確認し迅速に対応できるよう取り組んでいる。</p>
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。</p> <p>事業所内での個人ファイルは、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。</p> <p>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>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>	<p>・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細心の注意を払い、個人情報を取り扱っている。</p>

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>	・利用者の具体的な生活や家族状況の把握に努め、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。
		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、看護師がアセスメントを実施し、介護職員とのすり合わせを行っている。</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>	・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たい。
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>自立を促したサービス内容や回数を都度変更。必要時には専門職によるリハビリの訪問対応中。 介護指導も負担にならないよう実施している。</p>	・利用者の在宅生活の継続、要介護状態の軽減や悪化防止に資する具体的な計画が立案され利用者とその家族が安心して、在宅での生活を送ることができている。
		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				<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。ご家族やご本人の能力に応じた負担にならない程度に医療行為への指導も行っている。</p>	・できるだけ在宅での生活を継続するため、医師との共有した情報により、利用者本人及び家族に丁寧な説明を行い、円滑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。

(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。</p> <p>人材不足は改善されておらず、更に減少の一途をたどっている現状。募集は行っているが、中々、求人が来ない状況が数年続いている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の変化に応じた柔軟な運営を期待したい。</li> <li>・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。</li> <li>・人手不足の中、利用者の変化に合わせて出来る限り柔軟な対応ができるよう工夫をしている。</li> </ul>
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>定期的に看護師のモニタリングを行い、ヘルパーとの情報共有に努め、毎月ケアマネジャーへ報告を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モニタリングにより利用者の心身の状況を的確に捉え、計画に反映されている。</li> <li>・ケアマネジャーとの連携も取られている。</li> <li>・毎月報告を行っている。</li> </ul>
(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、看護師と直に引継ぎを行っている。(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>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。看護師は疾患に対する観察や指導を行うなど、双方の役割を明確にしている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が中心となり介護職員と、口頭による情報(利用者情報等)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、専門職による役割分担が明確化されている。</li> </ul>
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。</p> <p>必要時には看護師より主治医への指示を仰いでいる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護サービスを利用しない者についても疾病予防、心身の機能の維持回復等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。</li> </ul>

(4) 利用者等との情報及び意識の共有								
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	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			○	<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>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"> <li>・サービス提供前に、サービスの趣旨や利用申込者のサービス選択に資する重要事項や特徴を、利用者及びその家族に説明し同意を得ており、理解を得られるよう、さらなる取り組みを期待したい。</li> <li>・適正なサービス提供の為、十分な説明と事業者間での情報共有は重要だと思われる。</li> </ul>
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、作成者が自宅訪問しご本人様、ご家族様への説明を行い、承諾を受けてサインを頂いている。</p> <p>代筆時の理由についても記載欄を設けている。</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"> <li>・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。</li> <li>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。</li> </ul>
		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>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。</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ている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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したい。</li> </ul>

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				○	適宜、看護師のモニタリングを実施し、定期的にケアマネジャーへ報告し調整している。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実施し見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所ケアマネジャーと定期的巡回・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。</li> <li>・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したい。</li> </ul>
		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				○	毎月送付のモニタリング表にて提案を行っており、必要時には地域サービスの提案も行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常に提案が行われている。</li> </ul>
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"> <li>・家族を含む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。</li> </ul>
(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）				○	通院時の院内介助は保険外の為、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併用などをお願いしている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、最適のサービスを検討されることを期待したい。</li> <li>・限られた地域資源の活用に関しては地域包括支援センターに相談いただくことも可能と考える。</li> </ul>

		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）	○			入院・入所の際は先方にサマリー等の情報提供を行っている。 また、退院・退所の際は、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。 事前環境を整えて迎え入れている。	・入退院時情報提供を行うことでたとえば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るなど、生活面における不安解消に役立っている。  ・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	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）	○			カンファレンスを適宜行い、定期的な情報共有を実施している。また、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。 役割分担はプランに反映されていると思われる。	・定期的な情報共有を行っていることで利用者が安心して地域で暮らすための体制構築に繋がっている。 継続して活用している連絡ノートはかなり有効に機能している。

### 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。	・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。  ・会議の中で話し合った内容はホームページで公表されている。
		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や単位に関する問い合わせが多い状況。 サービスに関しての理解を深めて頂けるような広報活動は必要と考える。 市内でのサービス展開の事業所が増えるため、横の繋がりも強化したい。	・医療・介護連携推進会議や地元町会の会合など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。  ・横のつながり、情報交換などが行えるとよいが相手側の理解や協力も必要。  ・広報、周知活動につきましては職能団体の活用も検討頂ければと考える。



(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	○			積極的に外部研修への参加も行っているため、理解していると考ええる。	・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解している。
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		○		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。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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・約69km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。</li> <li>・小樽の道路（駐車を含めた）事情、降雪などの気象条件は難しいと思う。その為、行くことができない所があるのはやむを得ないと思う。</li> <li>・小樽の地域性を考慮すると、一部地域が除外されるのはやむを得ないと考えます。その中で、可能な範囲において地域展開されている。</li> </ul>
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）			○	重症度の方や認知症の方に対しては、近隣の方とのお付き合いに準じて、ご協力を頂くよう、スタッフと顔を合わせる工夫を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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する。</li> <li>・今後、地域ケア会議等により、サービス提供等を通じて得た情報から、地域課題の抽出や解決策の提案等に活かす機会が持てる様期待している。</li> </ul>

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。目標達成についての振り返りを行っている。</p> <p>・ケアマネジャーとの連携や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>・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>高齢世帯や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も多い状況。コール設置にて安心が得られていると感じている。</p> <p>・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る。</p> <p>・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る。</p> <p>・利用者、家族ともサービス利用、コール設置等で安心を感じていると思われる。</p>