

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		○			法人全体での理念であり、このサービスに限ってという特別のものではない。元々「在宅」で提供するサービスであるため改めての必要性はないと考える。	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅によるマネジメントと定期巡回・随時対応サービスの理念は同じ在宅でも少し違うので、明確化の意味はあると思われる。 ・法人独自の理念はありますか？あれば記載した方が良いし、なければ作った方がよいのでは。 ・「快適に暮らすこと」を支援することを理念としており、在宅生活の継続と心身機能の維持回復につながっている。
(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	○				新人オリエンテーションをはじめ、都度定例で行う会議にて双方確認している。	・定期的に取り組んでいる。
	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		○			現状として運営者が初回アセスメントを行っている。研修は内部では定例化、外部では主に運営者が出席し伝達している。オペレーターは正看護師のみの対応にて判断等問題はない。	<ul style="list-style-type: none"> ・初回アセスメントの際、複数の職員が対応可能であれば、業務全体がより安定化できるのではないかと思えます。 ・外部研修に職員が出席する機会が増えるにより良い。
	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		○			土・日曜日に関しては、勤務できる者が固定されているため若干の偏りはあるが、全スタッフが同レベルにてサービスを提供できるよう、日々指導を行っている。	・全職員が同じレベルでサービスを提供できるように配慮されている。

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				○		ショートカンファレンスの実施や引き継ぎ表の作成と活用により、少ない時間の中でも共有はできていると考える。	・一体型でサービス提供をしており、ショートカンファレンス等により相互の理解・認識の共有ができています。
(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				○		特性に応じたサービス提供に関してはできていると自負しているが、包括料金であるため利用者からの必要以上の要求に戸惑いと修正はある。 人材が少ないため看護師との調整で対応している。	・限られた人数の中で、随時調整し対応して頂いていることがわかる。 ・現有人員の中で調整して柔軟に対応できている。
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				○		3ヶ月に一度必ず実施し、結果をホームページにて公表している。過剰サービス要求に対し、アセスメントをもとにケアマネジャーや地域包括支援センターへ相談している。	・医療機関のMSWが定期巡回の内容をよく判っていない事例があった。 ・その都度、報告・相談の連絡を頂いているので経過がよく分かる。 ・定期的に開催されており、助言等の反映も努められている。
(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				○		介護・医療連携推進会議では、インシヤル化を徹底している。 情報交換においては、カンファレンスを活用している。	・会議ごとに具体的な説明がある為、何に苦慮されているのか理解しやすい。 ・一体型でサービス提供をしており、カンファレンス等により情報共有ができています。
(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）				○		法人マニュアルにて講じているが、夜間訪問時の防犯対策は特に示していないため、改めて検討が必要と感じた。	・防犯対策は早急なマニュアル作成などの対策が必要と考えます。 ・職員の安全確保に向けて、夜間訪問時の防犯対策も講じておく必要がある。

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	○				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)	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護マニュアルにおいて、個人データ及び個人ファイルの持ち出しに関するルールや、職員不在時の棚の施錠について決められていない。 ・個人情報保護の規定を遵守するため、戸外での会話や書類の紛失に注意するなど具体的な対応についても記載願いたい。
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								
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	○				初回に生活クールを聴取。(ただし、他の利用者との時間調整をお願いすることあり)	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面接ではわからないこともあるが、後でわかることもあるが、都度対応していますか。 ・依頼したケースに於いても、丁寧にアセスメントされていることがわかる。 ・一日の生活クールを把握している。
		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	○				原則、看護サイドが立案し、介護が補足する形をとっている。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調が時々刻々と変化しアセスメントが変わっていく場合、現場職員と担当ケアマネとの情報交換が難しい。 ・依頼したケースに於いても、丁寧にアセスメントされていることがわかる。 ・介護と看護、両方の共有ができています。
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	○				申し送りにより生活リハビリの導入と継続、及び専門職によるリハビリの訪問対応中。	<ul style="list-style-type: none"> ・「未来志向型」とあるが、目標を具体的に期間もごく短くし共有して欲しい。 ・介護・医療にリハが加わることで、在宅の幅が広がると期待している。 ・リハビリによる心身機能の維持改善が図られている。

		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				○		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。	・利用者はもちろん、その家族のフォローもされていると感じる。 ・目標設定することで長期的な予測がされている。
(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				○		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行っている。(ヘルパー人数が少ないため、他の利用者への時間変更を依頼するケースもある。)	・利用者本位の柔軟な運営のためにも、ヘルパー人員の充実を図る必要があると思います。 ・利用者の状況に応じて時間を変更するなど柔軟な対応がされている。
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				○		週1回看護師のモニタリングを確実にを行い、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。	・報告が定期的にある為、安心感がある。 ・継続的なモニタリングを行い、計画に反映させるためにケアマネジャーとの連携も取られている。
(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				○		当社ヘルパーは必ず事業所出社を義務付けており、看護師との直でのコミュニケーションをとっている。場合によってはショートカンファレンスを実施し、双方の役割を明確にしている。	・「それぞれの専門性を活かした」という部分でもう少し記述があってもよいのでは？ ・一体型でサービス提供をしており、カンファレンスにより双方の役割を明確にしている。
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				○		上記同様、都度情報交換を行っている。 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。	・一体型でサービス提供をしており、常にコミュニケーションをとり、看護師から介護職に役割等の伝達が行われている。

(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>ケアマネジャーの理解、家族の理解も必須である。</p> <p>ADL 向上に伴いサービス提供終了のケースもあるが、終了可とアセスメントをしても不安のため拒否されるケースも生じている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者とケアマネジャーが、短期目標と長期目標達成のためにという観点から、ケアプランを作っている、それをもとにサービス回数等を決めて行くスタンスを徹底していく必要があると思われる。同法人のケアマネの時は第三者的見解として包括等の介入もあっていい。 ・「包括算定なのでサービスを使わなければ損」というのはサービスの主旨とは違うということを毎回繰り返し伝えなければなりません。 ・サービス導入の場面に立ち上がったことがあるが、一度で理解できないと次の時にも説明し対応されていた。 ・利用者の家族はもとより、サポート側のケアマネジャーの理解が不可欠なので、サービス開始前の話し合いを十分持つことが望まれます。 ・サービスについての説明を行っているが、どれだけ理解してもらえるかが今後の課題と思われる。
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説明を行っている。修正箇所の提示がある場合、ケアマネジャーを通して改めて検討している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・途中経過等の報告がある為理解しやすい。 ・計画の説明を行い、利用者等との意思疎通ができている。

		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					都度相談・報告を行っているが、回数を減らす場合、中々スムーズに行かない場合がある。(包括算定のため)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険の訪問介護適用内のサービス以外は契約時に保険外サービスの社会資源(例：生協助け合い等)紹介してはどうか。 ・既にされていると思いますが、導入の際に回数減の可能性を十分に説明することが重要と考えます。 ・利用者側の了解の問題は多少あるが、適時相談等が行われている。
--	--	----	---	--	--	--	--	--	--

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					看護師のモニタリングが優先的に動いてしまう現状があるが、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・現実的には、事後報告をせざるを得ない場面が多いのは理解できる。 ・「ほぼできている」という評価で良いのでは？ ・ケアマネジャーとの密な連携を行っていくことが必要と思われる。 ・ケアマネジャーとどれだけ関わりがもてるかが課題と思われる。
		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					毎月送付のモニタリング表にて提案を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・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					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。(実際、定期巡回の単位数が高く、他に関わる職種は少ない。)	<ul style="list-style-type: none"> ・他職種へ情報提供をしようと努めている。

(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）				○	<p>通院時の院内介助以外、保険外サービスについての提案はあまりできていない。</p> <p>（金銭的に困らずヘルパーの長時間滞在希望者には、自費ヘルパーをすすめる程度）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種による検討と言う点はいかがですか？ ・インフォーマルケア自体少ない為、提案調整も大変と思われる。 ・保険外サービスについては、ケアマネジャーと連携を取り、提案について進めていけると良いと思います。 ・保険外サービス、インフォーマルケアについて他職種との検討は難しいと考えられる。
		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）				○	<p>退院前カンファレンスは必ず参加している。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"> ・医療機関により、定期巡回の理解の差が大きい。医療機関向きに周知していく必要あり。 ・退院前カンファレンスに参加いただくことにより在宅での生活イメージがつきやすくなっている。 ・カンファレンスの参加と、即日対応は今後も継続が望まれます。 ・入退院（所）時の他職種との連携はとられている。
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）				○	<p>今後の取り組み、課題であると思っている。</p> <p>現在は連絡ノートにより、当方からの情報は発信している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・発信はしているが、役割分担や連携方策等の検討は出来ないということでしょうか？ ・連絡ノートが更に活用されると報告時間等の短縮につながると思われる。 ・多職種による効果的な役割分担や連携方策等の検討は難しいと考えられる。

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、契約時に利用者へ説明している。	・パンフレットの内容を検討頂きたい。 ・見やすく良いと思う。 ・ホームページで迅速に公開され、誰でも閲覧可能である。
		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		○		開所当初は広報活動を多々行っていたが、現在は人員に余裕がないため、問い合わせに応じる程度である。	・関係機関のスタッフも変化しているなかで、広報活動を積極的に行うことが、正しい理解に繋がっていくと思います。 ・サービス内容の理解を広めるための広報が今後も必要と思われる。
(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	○			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、理解はしている。	・所内会議などの機会を利用して、職員間で理解を深めていく必要があると思います。 ・地域包括ケアの構築について理解されている。
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	○			もともと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。	・小樽市は長い都市の為、移動も大変だと思われる。 ・地域へ広くサービスが提供されている。
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）		○		現在準備段階で、今後、行政や他職種と歩調を合わせ活用できるようにしていきたい。	・これからの町づくりは他職種との話し合いや協力が必須と思われる。 ・高い目標であり、今後に向けて期待したい。

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>※自社アンケート結果参照</p> <p>計画目標達成後、他サービスへの移行タイミングが難しいことも多い。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・包括支援センターから紹介のケースに関して、情報の提供等が双方に少ない現状である。 ・計画目標の達成が図られている。
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>一部の方を除き、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と、モニタリングにて結果が出ていると考える。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・発信機の利便性を周知していった欲しい。緊急システム導入でも安心できないケースの相談にも応じて欲しい。 ・通常サービスでは対応しきれないケースが多いことやスピーディな対応を要求されるケースが増えると思われる。 ・アンケートの結果、満足度も高いことからおおむね安心感が得られていると思われる。