

タイトル	大項目	中項目	自己評価コメント	出来ている	ほぼ出来ている	出来ていないことが多い	全く来ていない	外部コメント
1 理念の明確化	理念の明確化	利用者の特徴である「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。	南砺市5つのまちづくり規範→福寿会理念→福寿会基本方針→北部定期巡回理念「これだけ来てもらえて、これだけやってもらえるなら家で暮らし続けられる」といってもらえる巡回サービスを目指します。」事業所内会議で従業者全員で唱和し再確認しています。	○				独自の理念とは何か？よく分からなかった。ホームページに明示してほしい。
2 適切な人材育成	専門技術向上の取り組み	・管理職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。・運営者は専門技術(アセスメント、随時対応オペレーター判断能力)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を確保している。	利用者個々の介護計画は訪問看護報告書、訪問看護モニタリング、ケアマネ作成居宅サービス計画書、サービス担当者会議を踏まえた介護計画を、ヘルパー個々に受け持ち利用者を持ち作成。従業者全員が介護計画書閲覧しケアの根拠を従業者全員が把握している。繰り返す作業過程でアセスメント能力が向上している。オペレーターの役目を誰が行っても判断基準が標準化している。	○				スタッフの行動、やるべき行為が統一されている。内部・外部研修の質がよいのだろう
3 適切な組織体制の構築	組織マネジメントの取り組み	利用者の特性に応じた柔軟なサービスを提供するため、最適かつ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている。	職員全員参加事業所内会議前に副統括、主任と事前打ち合わせを行っている。訪問利用者の介護度やケアが集中する時間帯に応じたフレキシブルな人員配置と巡回の順番を決定し、事業所内会議で説明し、従業者の意見を聞く機会を設けている。従業者が忙しくても納得して業務遂行できることを心がけて、実働者の意見を聞いている	○				情報共有ツール、パットの利用で支援内容が統一されている。変更もリアルタイムで行われている。
	介護医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映	介護医療連携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)をサービス提供時に反映させている。	前回、令和1年8月の会議で利用者家族から、ヘルパーの人数不足について、所長・施設長・行政に意見を求められた。行政の地域包括ケア課から介護人材育成に対して、「南砺市介護人材雇用型訓練事業」を今年度から予算化され、介護に就職しやすいしくみ作りに対応していただきました。	○				前年度できていないことが多いと評価されていたのが、会議で利用者家族の要望を行政へ繋げたことで評価アップ出来、よかった。
4 適切な情報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	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。	訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所から定期巡回記録が閲覧できるしくみができています。関係者情報共有している前提のもと、利用者の変化に対応できるようになりました。訪問看護と医師の連携は多職種連携ツール「チーム」でリアルタイムの情報共有が行われています。介護一看護、看護一医師と迅速な連携と処置が可能になりました。訪問看護に情報が集まってくる形が定着した。	○				利用者が利用している他のサービス事業所と情報共有と個人情報保護を踏まえ進める必要がある。介護一看護一医師の連携は大きな力になっている。
5 安全管理の徹底	職員の安全	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・災害時対応策)	利用者宅駐車について、南砺警察署から「駐車許可書」を申請し許可されたエリアに駐車許可書を提示し、安心して駐車可能になった。スマホ見ながら運転に厳罰が規則化され、スマホナビゲーション機能を利用するため、各車にスマホホルダーを取り付けた。防犯対策として害獣被害多発から「熊鈴」「南砺市緊急発令情報」が迅速に情報が伝わるように業務用スマホに緊急メール登録をした。	○				利用者の不穩、不適切行為に対処・対応することはどのようにされているのか。熊の出現や台風等に対する情報など職員の身を守るためにも防犯や災害時の対応策を迅速にとられているので職員も情報が瞬時に知ることが出来、安心して業務に就けると思う。
	利用者等の個人情報の保護	事業所において、利用者にかか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共に管理者や職員において共有されている。	介護ファイルは持ち歩かない。情報はスマホ入力し、個人情報の置き忘れや漏洩の機会がない。契約時守秘義務について説明し承諾印をいただいている。年1回個人情報保護法について、施設長、本部事務局長交代で職員研修が開催され聴講している。	○				個人情報の保護は大切だが、情報の共有は利用者の生活支援・健康維持にとって重要なことで、保護と共有のバランスをとることが重要。現在そのように運営されているのではないかと。

6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	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。	利用者の生活リズムや生活習慣を尊重し定期巡回サービスに希望することを、本人から聞き取る。、これまでの生活パターンを崩さず、生活と健康維持を可能にする援助内容を詰めていく。その後は、計画—実施—見直しのサイクルを回しています。	○				利用者にとって一番重要なことであると思う。ケアマネとの連携もあり、充実されていると感じている。
	利用者の心身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	重度化しても医療依存度を高めす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「未来志向型の計画するための介護計画作成が志向されている。	生活援助(栄養・清潔・排泄・服薬・環境整備)と疾患に罹患し医療機関に通院もしくは訪問診療を受けている方が殆どです。医療面と生活両方から援助し医療・介護の融合した援助は未来志向型といえる。	○				「未来志向」型の具体的な姿がイメージしにくい。
7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に限定されない必要に応じた柔軟な定期巡回・随時対応サービス	計画上のサービス提供日時以外であっても利用者等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。	原則24時間365日サービスで、体調変化や問題行動発生時に即したサービスを提供している。家族の希望で外出するので訪問キャンセルや夜間追加で見守り希望など柔軟に対応している。ディサービスでインフルエンザ等感染症流行し利用停止した場合は随時対応している。	○				ディサービス拒否時、緊急に定期巡回サービスを一日4回訪問から8回訪問で対応され充実した対応があった。
	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の適宜反映	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。	毎月計画に対する評価を行っている。状況変化に応じて計画を修正し、その時々利用者のニーズに添った、柔軟な計画の変更にも努めている。	○				状況把握と計画立案変更は適切な時期、に適切な対応がされている。
8介護職看護職協働による一体的なサービスの提供	看護職によるサービス提供に関する指導・助言	看護職から介護職に対し、疾病予防・病状の予後予測・心身機能の維持回復等の観点から、指導・助言が行われている。	モニタリングの機会や重症者(ターミナル利用者)の場合には事業所まで訪問看護師に出向いてもらい、予後症状や「どんな時訪問看護に連絡して欲しいか」などについて指導を直接受けている。	○				適切な対応がされている。定期巡回利用者の訪問看護利用度は増えていますか？減っていますか？
9利用者等と情報及び意識の共有	利用者等に対するサービスの趣旨及び特徴などについての十分な情報提供	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主旨にそ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。	新規契約時重要事項説明書と契約内容個人情報保護について内容を読み上げ説明し、質問に応じサービス内容の趣旨について同意を得ている。	○				適切な対応がされている。
	利用者等と目標及び計画の共有と適時適切な情報の提供	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等共通の認識を得るための努力がされている。利用者の状況の変化やそれに伴う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。	定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書について6ヶ月ごと、または計画変更時、家族に説明し説明日、説明者(計画作成責任者)署名、利用者家族同意日、利用者家族同意署名と印をいただき、双方で持ち合う。	○				適切な対応がされている。
10共同ケアマネジメントの実践	利用者等の状況変化についてケアマネジャーと適切な情報共有及びケアプランへの積極的な提案	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提供日時等が共同で決められている。	訪問介護記録内容をクラウドコンピュータシステムを通じタイムリーな利用者情報をケアマネと共有している。自宅の状況を共有することで、課題解決に取り掛かる時間ロスが生じない。健康面については医療連携し臨時受診など受診日を早める対応をとっている。	○				適切な対応がされている。共有がスムーズである。
	定期的なアセスメント結果や目標達成状況等に関する多職種への積極的な情報提供	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積極的に参加し利用者の状況を情報共有している。その場でしか得られない情報もあり、情報収集及び関係者間の情報共有に貴重な「場」である。	○				適切な対応がされている。

11 他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と必要に応じた関係者等への積極的な提案	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。	社会福祉協議会のケアネットコーディネーターと地域包括支援センター担当ケアマネと合同会議を行い、例としてゴミ捨て、除雪、回覧板の回し方など区長、民生委員と会議をもち対応策を住民を巻き込んだ対応策を講じている。	○			近所の人に心配りがあり、近所の人たちの見守りが行われている。難題な事例が多く解決に向けて難しいが多職種による検討はとても有意義なものだと実感している。
	利用者の在宅生活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多職種による検討	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共有が行われている。	外部の意見を聞く場として地域ケア会議や医師会主催の連携部会で事例検討をしている。病院からの退院時は、退院前カンファレンスの開催を依頼し、主治医や受け持ち看護師等から入院中の情報を聴取。退院後の在宅生活への移行がスムーズに入れるようにしている。	○			退院時カンファレンスは適切に行われ、退院後の対応に活かされた。住民との連携のとり方のシステム化が課題である。
	他職種による効果的な役割分担及び連携に係る検討	地域における利用者の在宅生活の継続に必要な包括的サポート体制を構築するため、各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。	利用者個々の課題を解決するために必要に応じ自宅で利用者、家族を含む担当者会議を開き、合意を得られたケアに務めている。	○			定期巡回は耳であり、目であり、手として、利用者にふれている。そこからの発信、情報提供をさらに充実させたい。
12 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概要及び効果等の地域に向けた説教的な情報の広報周知	介護医療連携推進会議の記録について、誰でも見ることができるような方法での情報発信が行われている。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。	北部定期巡回ホームページで内部評価・外部評価を公表している。「南砺医療介護を守り育てる会」では活動報告をしている。	○			昨年の地域リハビリテーションフォーラムへの参加はよかった。
13 地域包括ケアシステムの構築にむけての町づくりの参画	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	行政が介護保険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理解している。	月1回の事業所内会議に福寿会副理事長であり南砺市政策参与の南先生に参加してもらい、定期巡回の内情に理解してもらっている。施策に反映しやすい。南砺市の計画の変化があれば説明を受けられる環境にあります。	○			地域包括医療・ケアシステムの充実という方向と、政府の予算縮減が同時に行われ、今後の混乱と不安がある。
	サービス提供における地域への展開	エリア、建物に限定することなく事業者から30分以内に駆けつけられる範囲内で事業をおこなっている。	北部定期巡回運営規定には北部は井波井口・福野地域片道20分以内と唱っている。南部センターは福光・城端地域に展開し希望する方は市内カバーできる。	○			展開は、人材・システムの充実を伴って行ってほしい。
	安心して暮らせる町づくりに向けた積極的な課題提起、改善策の提案等	サービス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問題提起、改善策の提案などが行われている。(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。	1月から月1回開催されている地域包括主催「南砺市地域ケア個別会議」に参加してもらいたい。と提案した。要支援の方がどのようなプロセスで要介護状態になり、要介護状態で家族介護力がない家庭に定期巡回サービスが移行していくのか。そのきっかけを知る。個別会議に参加することで、将来、事業所の利用者になられた場合の介入理解が深まる。関係者のネットワークも更に深まる。	○			医療・介護の専門職間の連携も必要だが利用者間の交流・連携がない。定期巡回は、利用者の交流・連携及び利用者の近隣者との交流の「要」になる必要があるように思う。ケアネットが立ち上がった後も協力が難しい地域もあり、地域によって温度差がある。地域で支えあう「地域づくり」の重要性を理解してもらえよう住民の意識改革が今後の課題。「個別会議」には参加されているのか?
14 結果評価	サービス導入後の利用者の変化	サービス導入により、利用者ごとの計画目標の達成が図られている。	自宅暮らしで暮らす満足度は利用者も高まっている。生活とコストを考えると介護保険制度では、多様なサービスは増えてきているが、対価と成果を見た場合、安価・安心・家族の関心・地域の関心など利用者個々に合わせたオーダーメイドの価値を生んでいる。利用者とともに作り上げているという実感を職員が持っている。質の基準は健康状態が悪化しても重篤になる前に医療連携でき、また介護度軽減にも繋がっている。入退院の頻度が減少した。入院されても短期間で自宅に戻れる。など訪問看護・定巡職員間の情報連携の質が上がってきた。利用者数の変動がなく安定し、その結果、収支の安定に結びついている。	○			自宅で暮らしている。これからは暮らせるという安心感がある。これは専門職間の連携で進められてきた。医療・介護などの専門職同士の連携に加え「当事者・家族」同士の交流・連携が進むことで当事者の安心がさらに増すのではないかと。介護職の離職率はどうか? 多職種、住民との連携が着々と進んでいる。職員のやりがいに繋がっているのか? 職員の負担増になっていないか? 人材育成の苦労はないですか?
	在宅生活継続に対する安心感	サービス導入により、利用者において、在宅生活の継続に対する安心感が得られている。					