

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 自己評価・外部評価 評価表

福寿会南部定期巡回センター

令和2年2月5日

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					
			出来ている	ほぼ出来ている	出来てない事が多い	全く出来ていない		
I 構造評価（適切な運営事業）								
(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	○				・福寿会理念と南部定期巡回の目標「気軽に呼べて、一人ではないという安心、家族も安心。本人と家族の笑顔を引き出せる巡回介護サービスを目指します。」を事業所内に掲示している。	・理念等提示とあるが、朝礼とかでの唱和とかあるのか。（家族代表）
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	○				・4月の事業所内会議で年間目標を提示し職員は同意を得ている。その内容の認識について個人差はあると思うが、自覚できるよう働きかけている。	・自覚できるようとは具体的に何をしているのか。（家族代表）
	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	○				・月1回事業所内会議を行い知識、技術の統一を図っている。 ・法人内研修は参加を促し、参加できない人はDVDで学習している。 ・外部研修は、一人1回以上参加できるよう年間計画を立て、研修後は伝達講習を実施している。 ・事業所内勉強会は年間計画を立て、知識、技術の育成に努めている	・良いと思う。
	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	○				初回訪問時は必ず同行してケア内容、技術の指導、確認を行っている。	・実行されていた。
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	○				・訪問看護と連携し、月1回看護師と介護計画作成責任者が利用者宅を同行訪問し健康状態をモニタリングしている。健康維持についてアドバイスを受けケアに反映させている。 ・年に3回訪問看護師と職員全員の会議を開催し、情報共有、助言指導を受け教育の場になっている。	・実行されていた。（家族代表） ・モニタリングでのケアのアドバイスはキッチンと反映されている。 ・業務のプラスとなり限られた時間の中で業務量が増え大変だったかと思う。 ・会議は顔の見える関係が出来て良い機会と思う。（看護師）

(2) 適切な組織体制の構築							
管理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	○			・サービス導入時、病状変化など利用者の状況に応じて訪問回数の増減など柔軟に対応している。また、ニーズの多い時間帯のケア内容見直しや、業務の工夫を行っている。	・実行されていた（家族代表） ・職員の欠員がでて、ケア業務はしっかり行っておられ安心できます。工夫されていることが十分に伝わってきました。（居宅） ・職員の休養確保にも留意されたい（包括）
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、サービスの提供時に適切に反映させている	○			・令和元年、8月北部と合同の連携推進会議を行い定巡の現状を報告した。利用者家族からヘルパー人数不足について所長、施設長、行政に意見を求められた。現場は訪問経路や時間調整を行い安全なケアに努めている。行政は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し対応していただいた。	・良いと思う（家族代表） ・是非マンパワーを確保し、これから利用希望者がもっと増加すると思われるので、生活支援のニーズにこたえて頂きたい。（看護師）
(3) 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	○			・通信システム（スマケア）で訪問看護、ケアマネージャーに、タイムリーに定期巡回の記録が閲覧できるようになっている。介護一看護、看護一医師と迅速な連携が可能になりました。	・情報の共有は感じた。（家族代表） ・訪看のICTと連携できず一方通行の情報となっている。
(4) 安全管理の徹底							
職員の安全管理	9	サービスの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）	○			・業務マニュアルに訪問マニュアル、ヘルパー車管理マニュアルを作成、ヘルパー車事故マニュアル内に緊急連絡ルートに記載し、各車に、事故時対応、緊急連絡先を記したものを配備している。	街中の訪問時の駐車に苦労されている。（家族代表）
利用者等の個人情報の保護	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共に、管理者や職員において共有されている	○			・業務マニュアルに個人情報取り扱いマニュアル、プライバシー保護マニュアル、を作成し職員に周知している。利用契約時に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、施設内研修が開催され参加している。	適切に評価されている。
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							
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	○			・利用開始前に本人家族と面接を行います。利用者の生活リズムや生活習慣を尊重し、情報・要望を聞き、またケアプラン情報を踏まえた上で、アセスメントし日課、週間表を作成し介護計画立案している。	適切に評価されている。
	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	○			・訪問看護から、毎月利用者のモニタリングアセスメント票をもらい、注意レベル項目に従いアセスメントし介護計画に反映させている	・いいと思う。きちんと反映されていると思う（看護師）
利用者の心身の機能の維持回復や在宅生活の継続	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	○			・健康状態の観察を行い、服薬確認、水分・食事の提供、排泄状況の確認、清潔保持、生活を軸にした計画、実施、見直しを行っている。	・いいと思う（家族代表） ・認知症の方、独居の方の排便管理（確認）が難しいと思う。（看護師）
	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	○			・脱水予防、排泄状況、栄養状況、褥瘡予防、呼吸状態の変化の観察など、先を見越した適切なリスク管理を実現するため、訪問看護と連携を取り、利用者の今後の変化を予測した計画を作成し、援助に当たっている。	・利用者のコスト面への配慮やヘルパーさんの時間的制限の中でできる範囲での最良な方法を常に考えていけたらと思います。
(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・随時対応サービスの提供	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	○			・随時訪問の頻度が高くなった場合や発熱時、下痢症状など健康上の変化があった場合などは定期訪問を増やしたり、また体調不良でディサービスを休んだ日は随時に訪問し柔軟に対応している。	適切に評価されている。
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	○			・訪問看護のモニタリングや、日々の状態変化（認知症の不穏行動や、食事量低下による脱水兆候など）の早期把握に努め、計画を見直し対応している。	適切に評価されている。
(3) 介護職・看護食の共同による一体的なサービスの提供							

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生かした役割分担が行われている	○			・介護職は生活支援、身体介護を通して健康観察を行い、看護職は健康管理、疾病予防などそれぞれに専門的役割を果たしている。	適切に評価されている。
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	○			・月1回は訪問看護とモニタリングに同行訪問し、健康管理について指導、助言を受けている。 ・ターミナル利用者の場合は病状変化、予後予測について指導・助言をもらい、看護職へ連絡を密にしている。	・血圧管理、誤嚥予防など必要と思われることをアドバイスその後ヘルパーさんが遵守し悪化予防が出来ている。（看護師）
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	○			・事前調査の時点で利用者家族に定期巡回サービスについてパンフレットを用いて説明を行っている。契約時には重要説明事項と契約内容について読み合わせを行い、質問に応じサービス内容について同意を得られている。	適切に評価されている。
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	○			・計画書の目標及びその内容を、利用者、家族に説明し、共通認識を得るようにしている。介護計画書は6カ月ごと、または計画変更時、家族・本人に説明し承諾を得ている。	適切に評価されている。
	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	○			・利用者の状況変化やそれに伴うサービス内容の変更については、必ず利用者、家族に報告、相談を行っている。	適切に評価されている。
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							
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	○			・利用者のADL、健康状態など状況変化時は、ケアマネジャーへ必ず報告、連絡、相談する体制をとり情報共有を行い、サービス提供へつなげている。	適切に評価されている。

	23	計画の目標のために、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			○	・必要に応じたデイサービス、配食利用などの提案をし、また地域の見守り体制を含む地域資源の把握に努めている。	適切に評価されている。
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参加し、利用者の生活状況、目標達成状況など、多職種で情報共有している。	適切に評価されている。
(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							
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）			○	・同居世帯のケースで、定期巡回サービス導入前より利用していた保険外サービス（洗濯のみ家政婦）は検討し継続している。	適切に評価されている。
	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）			○	・退院時は退院前カンファレンスで関係職種と情報共有し、退院後の生活をイメージしたサービスを検討している。また、入院時、入所時は状況の変化などについて、ケアマネージャ、看護へ情報提供を行い多職種で情報共有している。	適切に評価されている。
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）			○	・介護保険の出来る範囲で対応しているのみで、包括的なサポート体制の構築に向けたことはできていない。	・更なる多職種連携を推進された。（包括）
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、行われている				○	・南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。	・知らなかった（家族代表）
	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				○	・城端、福光地域のケアマネージャー対象に定期巡回サービス説明会を開催したり、地域リハビリテーション研修会でパネル展示を行った。	・地域づくり協議会への広報にも努められたい。（包括）
（２）地域包括ケアシステムの構築に向けての、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				○	・地域包括ケアシステムの介護保険事業の一つとして重要な役割があると理解しているが、まちづくりへの参画には至らず、今後の課題にしている。	適切に評価されている。
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				○	事業所から20分以内に駆けつけられる範囲内で事業を行っている。	適切に評価されている。
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）				○	・当該サービスの提供を通じてまちづくりに係る課題定期や改善提案には至らず、個別利用者への保険外サービス提案にとどまっている。	・家族を介護する人達が集う場を作って、当事者同士で不安や、ストレスを分かち合う場を作る。（家族代表） ・可能な範囲で利用者所在の地域づくり協議会福祉部会と情報共有を諮られたい。
Ⅲ 結果評価 (Outcome)								

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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・生活能力、健康の維持を図り安心して自宅療養が出来るよう利用者ごとの目標に向けて関わっている。定期巡回サービス継続により、生活リズムが整い健康状態が安定し、要介護度2から要介護度1に変更となったケースもある。 	適切に評価されている。
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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・日中独居になる利用者へ食事、排泄、水分補給など1日3～6回訪問することで、家族より安心して就労できると聞きました。 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活面を支えて頂き、利用者、家族、そして訪問看護も安心しております。（看護師）

外部評価コメント