

令和4年度南部定期巡回センター自己評価・外部評価

令和5年3月

| 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。 | 事業所独自の理念 「自宅でその人らしく安心して生活ができるよう支援し、笑顔を引き出す介護サービスを提供します」 今年度は自立支援に重点を向けて目標を掲げました。 年間目標 ①利用者の強みを引き出し、強みを生かせる支援を行います。 ②利用者・家族と信頼関係を築き、多職種・地域と連携してその人の思いに寄り添います。 | ○ | | | | |
| 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、随時対応時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。 | ・理念をもとに年間目標、3か月目標を掲げ毎月の会議で唱和することで、職員全員で意識付けしています。 3か月目標はインシデント対策やケアについてその都度見直しをして目標に上げている。 ・法人内の内部研修はコロナ禍のためDVD学習ですが全員参加。また、毎月の会議で勉強会や外部研修の伝達報告を行い、職員の質向上に努めている。オペレーターの判断能力を高める研修は行っていない。 | | ○ | | | |
| 3, 適切な組織体 | 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10名中7名は2交代(7時～16時・12～21時)2人体制を組み・排泄、食事、デイサービス送り出しなどのケアが集中する時間帯(早朝、夜間)に対応している。また、朝の出勤時間を30分早いシフトを組み、サービスを提供している。 | | ○ | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|---|--|--|--|---|--|
| <p>制の構築</p> | <p>介護医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映</p> | <p>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。</p> | <p>新型コロナの影響で、3年間単独開催ができず、資料配布(実績報告・内部評価)のみでした。直接意見を聴けなかったが、外部評価のコメントの助言をもとに、課題の改善に取り組んでいる。</p> | | | ○ | <p>コロナ禍で実績を得たものや課題などを是非K事例提供で報告し事業所の認知度が広がれば良いと思います。</p> |
| <p>4, 適切な情報共有のための基盤整備</p> | <p>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</p> | <p>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> | <p>・通信システムで訪問看護・ケアマネにタイムリーに記録・画像の閲覧ができ共有されている。 ・職員間は、利用者ごとの記録を読む、また状況変化は毎日管理日誌に記載して共有している。しかし、臨時薬の追加等は伝わりにくく、服薬忘れのインシデントがある。訪問先でも分かりやすく表示等の対策をしている。</p> | | | ○ | <p>スマケア記録について、専門職がみたなかでは状況がわかりやすく書いてあります。利用者家族に特記内容に関するアンケートもあれば良いかと思えます。</p> |
| <p>5, 安全管理の徹底</p> | <p>職員の安全</p> | <p>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)</p> | <p>・ヘルパー車に「交通事故マニュアルカード」設置。また休日、夜間は直接対応できる「中部自動車共済のロードサービス」の電話番号を表記している ・夜間訪問時は懐中電灯の装備しか対策していない。 ・自然災害時、感染症発生時の業務継続計画は作成中。今年度はコロナ感染、大雪時は管理者、計画責任者が訪問調整をして対応した。</p> | | | ○ | <p>・職員の安全管理は重要課題です。余裕時間の確保について更に知恵を出されることにより事故が減る。冬期間は特に細心の注意が必要です。過去の事故を分析され、物で解決か、教育が足りないのか等検討してください。 ・マニュアルやシュミレーション、ロールプレイなどで訓練することも重要と考えます。</p> |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|--|--|--|---|
| | 利用者等の個人情報保護 | 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報の守秘義務は責務であると自覚し、年1回内部研修の個人情報に関する研修に全員参加している。 ・事業所内の個人ファイルは鍵付き棚に保管し、ファイルの持ち出し禁止、スマホの置き忘れがないよう気を付けている。 ・外部に出す書類、FAXはイニシャルや○抜きにしている。 | ○ | | | | コピーや印刷した時に出したことを忘れて、コピー機に置き忘れの事もあり注意する点があります。 |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス開始前に利用者、家族と面談を行います。利用者の生活リズム、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、介護計画を立案している。 ・実際のサービスを行いながら生活状況を再確認し、訪問看護のモニタリングの助言をもらい、介護、看護両面からアセスメントし介護計画を評価している。 | ○ | | | | |
| | 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」の計画するための介護計画作成が志向されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・リスク回避の視点で服薬管理、脱水予防、褥瘡予防等、安定した在宅生活が続けられるよう介護計画を作成し、また毎月の訪問看護のモニタリングで、予測されるリスクを注意レベルで指摘、アドバイスを受け、介護計画に反映させている。 ・低栄養で褥瘡発生したが、訪問看護の早急な介入と家族と共に行う処置指導で、短時間で褥瘡治癒したケースがある。 | ○ | | | | |
| 7, 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の | 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスの日程変更や身体状況の変化、ターミナル利用者で必要性や要望によって、訪問時間調整や、訪問回数を増やすなど柔軟に対応している。 ・体調不良時や排泄処理が出来ないなどすぐ呼べるように、TV電話の設置や直接電話で随時訪問している。 | ○ | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|---|--|---|--|--|--|--|
| 見直し | 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。 | <ul style="list-style-type: none"> サービス提供を通じて日々の健康観察を行い、身体状況や生活状況の変化を把握し、月1回のケア会議で情報共有しケア見直しを行っている。担当ヘルパーは毎月介護計画の目標達成、評価のモニタリングを行い、ケア見直しや追加等計画を変更をしている。 | ○ | | | | |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> 月1回の訪問看護のモニタリングに同行し、身体状況の確認、疾病予防、観察要点などについて指導、助言を受けている。看護職からの指導、助言は介護職のスキルアップに繋がっている。 無駄な報告はないとのアドバイスを頂き、ちょっとした変化や、緊急時はスムーズに報告、相談出来ている。 | ○ | | | | |
| 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。 | サービス開始前はパンフレットを用いて説明をし、契約時には契約書、重要説明事項の読み合わせ、質問に応じ説明を行っている。定期巡回サービスの特徴や他サービスとの連携、多職種チームで支える説明も行っている。しかし、説明は行っているが十分理解が得られていない場合もあり、特に利用が長くなるとヘルパーへの依存が高くなり自立支援の視点がずれるケースもある。 | ○ | | | | |
| | 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。 | <ul style="list-style-type: none"> 介護計画の目標、内容を利用者、家族に説明をして同意を頂き、共通認識を得るように努めている。 利用者の状況変化時は家族に伝えている。同居されていない家族へは連絡ノートを活用している。また、それに伴うサービス内容の変更については、ケアマネに報告相談して、必ず利用者、家族に了解を得ています。 | ○ | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---|--|---|--|--|--|---|
| 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。 | ・新規面接時はケアマネも同席され、本人・家族も交えてサービス内容、訪問回数など同意を得て決定している、その後の状況変化等に関わる事は情報提供し、サービス変更につなげている。 | ○ | | | | |
| | 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。 | ・コロナ禍でサービス担当者会議の開催は少ないが、開催時は必ず参加して、利用者の自宅での状況を情報提供し、他サービス状況を伺い、多職種で情報を共有している。 ・サービス担当者会議が開催されない場合は、文面による照会で状況報告し、ケアマネを通して多職種へ情報提供されている。 | ○ | | | | |
| 11, 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 | 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。 | ・独居、高齢者世帯方には、配食弁当の提案が多い。サービスの中には、見守りやレンジ温め配膳まで行う業者もあり、助かっている。 ・地域のサポーターの活用や災害時の協力体制等に向けて地域ケアネットワークの関係性を強化できるようケアマネを中心に提案、検討していきたい。 | ○ | | | | <p>・地域サポーターの活用について、各地域に協議会があり、防災組織があります。防災は「自助アップが共助の担い手」になることが出来ると思います。地域との連携等も検討されたいかがですか。</p> <p>・身体介護に関する支援が中心だけでなく、鍛冶支援への受け入れも引き続きお願いします。ケアマネジャーと協働支援によって、ネットワーク構築をお願いします。</p> <p>・在宅生活継続のため地域に必要なサービスや支援等の提案、課題について多職種で検討することでチームの力もついていくと思います。</p> |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | | <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。</p> | <p>・病院の退院時カンファレンス開催はコロナ禍で少なかったが、今年度は新規1件参加した。状態把握、情報収集し、在宅をイメージして、多職種で検討、情報を共有しています。特に排泄面や、食事面の工夫は在宅をイメージして提案し、入院中に再検討した結果をもらって、在宅生活にスムーズに繋げるようにしている。</p> | | | | | | |
| | <p>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提案</p> | <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。</p> | <p>・生活の実態を詳細に把握して、生活上の課題や身体状況の変化(ADLの低下など)の情報をケアマネに提供、検討の提案をしている。課題についてケアマネが中心となり多職種と連携して必要な支援を検討し共有している。</p> | | | | | | <p>日々の生活変化を事業所内で検討し総合的な支援体制変更や課題を検討してほしいです。</p> |
| <p>12、地域への積極的な情報発信及び提案</p> | <p>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積極的な情報の発信</p> | <p>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迅速に行われている。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。</p> | <p>・会議録はファイルし、事業所の相談室に設置して外部の方にも閲覧できるが、地域へ向けた回覧は出来ていない。 ・サービスの広報に向けて、リーフレットを作成した。サロンの場や住民の方への広報に活用していきたい。</p> | | | | | | |
| | <p>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</p> | <p>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。</p> | <p>・可能な限り住み慣れた自宅での生活を支えるという観点から、地域包括ケアシステムの中核的なサービスとして理解している。定期巡回サービスの提供で中重度の要介護者や認知症高齢者の在宅の限界点は上がったと実感している。</p> | | | | | | <p>・認知症や独居だけでなく、介護度中重度者の在宅率が上がったのは、貴事業所の貢献と考えます。 ・在宅サービスの中核として活躍されていた。</p> |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--|--|---|--|---|--|---|
| 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 | 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。 | ・福光・城端地域内はほぼ30分以内で移動が可能で、要望があればサービスを提供している。 | ○ | | | | |
| | 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課題提起、改善策の提案などが行われている。 | ・ゴミ出しの声かけや、見守り、話相手など近所、地域との関わりの機会を提案しても、家族の理解が得られない場合が多く、地域への発信が出来ていない。 ・今後は地域ケア会議の参加や地域ケアネットの活用を積極的に行い、多様な関係者へ在宅の課題や情報を発信、共有することから進めていきたい。 | | | ○ | | ・地域課題が解決しないからこそ地域ケア会議に提案頂き、一緒に考える機会を持つことが必要だと思えます。 ・地域への発信とはどういうことか。 |
| 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。 | ・訪問看護と連携することで、安定した在宅生活の維持(目標達成)ができています。また、ターミナルの方の家に帰りたい思いを叶えることができました。 ・認知症独居や高齢者世帯の方は、食事、排泄、服薬に絞られる。生活リズムを整え、安定した状態を保ち在宅生活が維持できています。 | | | ○ | | |
| | 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。 | ・サービス担当者会議の中で、家族様より利用者の生活状態は安定してきた。利用者様も、毎日ヘルパーの訪問を待っている。安心できると意見があった。 ・疾患や障害により安心感は個々に違うが、安心、安全に暮らしていけるように関わり、見守っていききたい。 | | | ○ | | |