

令和5年度南部定期巡回センター自己評価・外部評価

令和6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。	<p>事業所独自の理念 「自宅でその人らしく安心した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」 今年度は自立支援や信頼関係に向けて目標を掲げました。 年間目標 ①自分でやってみようと思う自立支援の声掛けや見守りを行い、本人の強みを引き出していきます。 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。</p>		○			利用者さんの思いを最優先に受け止めて、介護サービスを行っておられることに感謝します。
2, 適切な人材育	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。	<p>・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ます。</p> <p>・法人内の内部研修はコロナ5類になり開催しており参加できない職員はDVD学習で全員参加です。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ます。オペレーターの判断能力を高める研修は行っていません。</p>		○			訪問にうかがわれる際に前もって細部に渡り、心がけていく意識を持っておられることが伺えます。

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11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)に対応しています。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ます。	○				柔軟なサービスを提供されるには、職員の連携プレーがなされているからだと思います。
	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。	新型コロナの影響で、3年間単独開催ができなかった。昨年、合同会議開催できました。意見と助言をいただき課題の改善に取り組んでいきます。	○				
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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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ます。</li> <li>・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ます。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り、訪問先でも分かりやすく表示等の対策をしているが、服薬に関するインシデントが時々発生しています。</li> </ul>		○			

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>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ます。</li> <li>夜間訪問時は懐中電灯の装備しか対策していません。</li> <li>自然災害時、感染症発生時の業務継続計画は作成中。コロナ感染の利用者には、防具服の徹底を行いました。大雪時は管理者、計画責任者が訪問調整をして対応しました。能登地震時は管理者が職員の安否確認(グループline)を行い、独居等へ電話連絡して安否確認、翌日に自宅訪問したりの対応を行いました。</li> </ul>					○	中部自動車共済ロードサービスはどのようなサービスなのか(休日、夜間に限定しているのか) 災害時の訪問サービス計画を立てられるのは大変と思います。
	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"> <li>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ます。</li> <li>事業所内の個人ファイルは鍵付き棚に保管すべきところ、鍵がない状態です。業務終了時、棚を閉めセコムをセットしています。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ます。</li> <li>外部に出す書類、FAXはイニシャルや○抜きにしています。</li> </ul>					○	鍵付き保管すべきではないか
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"> <li>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ます。</li> <li>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ます。</li> </ul>					○	

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	<p>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。</p>	<p>・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ます。</p> <p>・常に身体観察を行い、異常の早期発見を心がけています。</p>		○			
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	<p>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。</p>	<p>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ます。</p> <p>・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電話の設置や直通電話で随時訪問しています。</p>	○				
	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	<p>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>	<p>・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、事業所内会議で情報共有しケア見直しを行っています。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ます。</p>	○				
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	<p>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。</p>	<p>・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、助言を受けています。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と思います。</p> <p>・ちょっとした変化や、緊急時はスムーズに報告、相談出来ており、相談できることで介護職の安心にもつながっています。</p>	○				



10, 共同ケアマネジメントの実践	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度5月まで、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ます。</li> <li>・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ます。</li> <li>・今後は当事業所からも必要時のサービス担当者会議をケアマネに要請していきたいとおもっています。</li> </ul>	○				
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	<p>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。</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・独居、高齢者世帯方には、配食弁当の提案が多くサービスの中には、見守りやレンジ温め配膳まで行う業者もあり、助かっています。</li> <li>・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。</li> <li>・病院の退院時カンファレンスは再開されました。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ます。</li> </ul>	○	○	○	○	<p>当地域の地域づくり協議会では、毎年災害対応の避難訓練を実施安否確認しているが障害者の避難訓練まではしていない。各地域には福祉部会がありケアネット活動している。行政の指導で届けしているが訓練までにはいたっていないのが現状。</p> <p>多職種との共有が必要となる。</p>

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	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	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。	・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、検討の提案をしており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ます。	○				
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積極的な情報の発信	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。	・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ます。			○		レーダーチャートの外部機関等との連携、県内平均3、南部は2。積極的な広報周知、具体的にはどのようなことを考えられているか。
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。	・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ます。地域の協力を得るところでは、関係性がまだできていないと思われます。			○		
	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ます。	○				

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	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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ので、社協の協力を得て地域へ理解を求めています。</li> </ul>			○	地域には民生委員や福祉推進員がいる。情報収集は可能だと思う。が、個人差はあるので慎重に対応すべき。
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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)ができており、また、ターミナルの方が家に帰りたい思いを叶えることができていると思います。</li> <li>・認知症の進行、体力低下等で医療との関係性も大事になってきました。情報の共有を行い、ケア変更を行っています。</li> </ul>			○	
	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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が把握でき、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りました。</li> <li>・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。</li> </ul>			○	