

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

2022年度 評価表

自己評価・外部評価

いずみの園コールセンター24時間サービス

タイトル 番号	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					
				でき ている	ほぼ でき ている	でき てい ない こと が多 い	全く でき てい ない		
<b>I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]</b>									
<b>(1) 理念の明確化</b>									
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	○				事業所に独自の理念を 掲示している。	特に問題なし。
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	○				新人職員は新人研修に必ず参加し理念 について学習。1回/年以上、理事長 の講話もある。コロナ禍で毎月のヘル パー会議は書面開催することが多かつ たが各自で理念を唱和している。	コロナ禍で対面での学習が難 しい時期はあるが一人一人の 専門技術の向上に努めてい 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	○				年間計画に沿って1～ 2回/月、研修を行う ようにしている。コロ ナ禍で書面にて行う事 が多く、研修資料配布 を行った。	コロナ禍で研修が制限され ている中で工夫をした研修 の取り組みを行っている が、研修資料配布で必ず個 人が目を通して確認 をするようにしてはどうか 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	○				職員と責任者で面談を 行い、職員の声に耳を 傾け、各自の能力が発 揮できる様な指導を行 い、配置を決定してい る。	継続。
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	○				介護・医療連携推進会 議、担当者会議、ケー スカンファレンスにお いて、情報の共有、理 解を図るように努めて いる。	カンファレンスを有効 に情報提供が出来てい ると思う。

タイトル 番号	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					
				でき ている	ほぼ でき ている	でき てい ない こと が多 い	全 く でき てい ない		
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>									
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、最適かつ柔軟な人材配置（業務・シフトの工夫）を行っている	○				利用者のアセスメントを行い、適した人材の配置を行っている。	継続。
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	○				会場参加とリモート参加を選択できるようにして会議の開催を行っている。得られた助言等をサービスに反映させている。	コロナ禍でリモートでの参加の選択肢が増えて助かっているが情報の共有ができてやすい状況作りが必要だと思ふ。
<b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>									
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	○				毎月、モニタリング報告書を介護支援専門員へ提出している。状況に変化があった場合は各事業所へ電話やメール等にて迅速に報告を行っている。	担当者により訪問看護の変更、サービスプランの変更等細かい点についての報告にタイムラグがある。迅速に対応できるよう努めていきたい。
<b>(5) 安全管理の徹底</b>									
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）	○				職員へ安全確保のためのグッズを配布。交通安全、防災について研修会へのウェブ参加。災害時対応マップを製作している。	コロナ対策（感染予防）、災害マニュアルの体制作りが必要だと思ふ。
②	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ともに、管理者や職員において共有されている	○				個人情報取り扱いについて（守秘義務等）職員研修を行っている。	利用者が多いと情報も錯綜することがあると思ふ。十分注意し支援を行ってほしい。

タイトル 番号	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					
				でき ている	ほぼ でき ている	でき てい ない こと が多 い	全 く でき てい ない		
<b>II 過程評価 (Process)</b>									
<b>1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供</b>									
<b>(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</b>									
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					事業所独自のアセスメント表を用いて、利用者のアセスメントを行っている。	特に問題なし。
		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	○				毎月、訪問看護事業所よりアセスメント報告がある。排泄状況や水分・食事摂取量等を連絡ノート等で情報共有を図る事もある。また、必要時には同行訪問している。	こまめに情報提供することで利用者の状態が分かりやすくケアしやすい状況で良いと思う。
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	○				ケアプランに添って自立支援が行える様にアセスメントをしている。	継続。
		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	○				訪問看護師の指導・助言を受けながら、病歴等に関し予測をたて訪問介護計画書に反映させている。	重症度の高い利用者に対する定期巡回型訪問介護看護の必要性は極めて高く変わらぬ支援が必要だと思う。
<b>(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し</b>									
①	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	○				日常の様子観察により状態の変化が生じた時には、他職種等に相談し訪問回数を増やしている。特に夏季には、時間変更や訪問回数を増やし、水分補給や室温調整を行い熱中症対策を行っている。	特に問題なし。

タイトル番号	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					
				できている	ほぼできている	できていないことが多い	全くできていない		
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	○				ヘルパーの記録等を電子化することにより、訪問計画作成者が利用者の状況や変化をリアルタイムに把握できる様になっている。計画の反映がスムーズに行われている。	電子化されたことは利用者情報の共有に役に立っている。ヘルパーの負担軽減につながりサービスに反映されていると思う。
<b>(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供</b>									
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	○				必要に応じて個別にフローチャートを作り、緊急時等の対応や役割分担に役立っている。	見える化することにより統一したケアができていると思う。
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	○				アセスメントナースの報告書(1回/月)に記載されている。必要時には電話やメール連絡等により対応している。	継続。
<b>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>									
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	○				契約時、重要事項の説明にて必ず行っている。	継続。
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	○				個々のサービス内容については、訪問介護計画書により説明を行い署名をいただいている。必要時には家族にも説明している。	十分理解した上でケアが行えていると思うが独居、認知症理解能力低下等で行えないケースも多く繰り返しの説明が必要。

タイトル 番号	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					
				でき ている	ほぼ でき ている	でき ない こと が多い	全く でき てい ない		
		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	○				状況の変化等については随時家族に面会、電話、メール、FAX等にて報告・相談を行っている。	利用者が多いと情報も錯綜することがあり、十分注意し支援を行ってほしい。
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	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	○				担当者会議で決めた日時で訪問を行い体調や環境の変化等の情報を随時、ケアマネジャーと共有し、支援内容やサービス提供日時等の変更も共同で行っている。	対応が出来ており今後も継続してほしい。
		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	○				必要時には、近隣の方の見守りやボランティアの方々の活用を提案している。	サービスを利用しているが地域のサービスがどのようなものがあるか視野を広めたいので、チラシなどあれば良いと思う。
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	○				モニタリング報告書や担当者会議・カンファレンス等で情報提供を行っている。	密な情報交換を行い、継続してほしい。
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（※任意評価項目）	○				担当者会議やカンファレンスにおいて、シルバー人材派遣や有償ボランティア、福祉タクシーなどの活用等を多職種にて検討している。	高齢の一人暮らしが増え求められる範囲や役割が変化し増えて来ると思う。

タイトル 番号	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					
				でき ている	ほぼ でき ている	でき ない こと が多 い	全 く でき て い ない		
		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）	○				担当者会議及び退院時のカンファレンス等にて多職種による検討や情報の共有を行っている。	更に充実される様に、今後もこまめな情報交換を行っていききたいと思う。
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）	○				担当者会議等にて検討し共有している。	特に問題ないと思うが、会議以外でも気軽に話し会えるシステムがあれば良いと思う。
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、誰でも見ることのできるような方法での情報発信が、迅速に行われている		○			事業所内ホームページで閲覧できる様になっている。	観覧できたが分かりやすいようにホームページに検索機能を入れた方が良いと思う。
		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		○			1回/月、各居宅や訪問看護事業所へサービス事例や効果等を紙面等で知らせている。	継続。
(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									
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	○				地域ケア会議や認知症ネットワーク、研修会へウェブ等にて参加し理解している。	継続。

タイトル 番号	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					
				でき ている	ほぼ でき ている	でき てい ない こと が多 い	全く でき てい ない		
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	○				サービスを利用されている方のほとんどが地域で生活されている方である。	他職種と連携し慣れ親しんだ地域でサービスが受けられるよう継続してほしい。
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）		○			各種会議等にウェブ参加している。 また、さまざまな研修等に積極的に参加している。	問題提供など記録を残し地域での課題などを発信し多職種との連携を深め、今後も良いサービスに繋げていきたい。
<b>III 結果評価 (Outcome)</b>									
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	○				計画目標を達成し、レベルを上げた目標に取り組みながら安定した在宅生活を送っている方もいる。	現状維持でも難しいことがあるが今後も継続してほしい。
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	○				利用者へのアンケート調査にて、多くの方々より安心して在宅生活を送る事が出来ているとのことであった。	一番高く評価出来る項目だと思う。アンケート内容等を共有し今後も安心して在宅生活が継続できるよう、一緒に支援していけたらと思う。