

定期巡回・随時対応サービス 自己評価・外部評価 評価表

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	とできていないことが多い	全くできていない		
I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]								
(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			○		事業所の理念が、直接的に「在宅生活の継続」「心身の機能の維持回復」の実現を目指す内容ではない。	○ 職員間で相談して新たな下記の理念を策定した。「福祉は愛」利用者様一人おひとりの意思と人格を尊重し、自律的な在宅生活を支援いたします。 ○ 浸透実践は今後の課題であると管理者は考えている。
(2) 適切な人材の育成								
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			○		サービスの特徴については認識している。	○ 理念を理解する前提としてサービスの特徴について、入社時とその後のOJTで周知に努めている。
	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			○		毎月介護に関する小テストを法人全体で実施。兵庫県で行われる定期巡回研修に必ず参加。	○ 毎年1回だけ開催される県の研修に、職員が順番に参加している。 ○ 研修受講者による伝達研修を実施されたらどうだろうか。
	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			○		必要とされる資格要件の範囲で行っている。	○ 担当を決める際には、職員の適性を考慮している。市内の法人が共同で開催している研修には、積極的な参加を支援している。
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			○		連絡ノートで情報共有をしている。	○ 連絡ノートを活用している。

(3) 適切な組織体制の構築							
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、最適且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている		○			同性介助を希望された場合シフトの調整にて行っている。 ○利用者の特성에依じて、職員のシフトを編成し、必要な訪問回数を設定している。
介護・医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映	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		○			適時に開催できている。得られた助言について実施できている。 ○運営推進会議には必ず出席し、内容をサービスに反映させている。
(4) 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		○			連絡ノートで情報共有をしている。メディカルケアステーションを進めている。 ○今後は、医師会が推進しているメディカルケアステーション(MCS)を活用して、情報の共有化を図る方向である。
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)		○			交通事故時のマニュアルを作成している。また、交通事故防止をQC活動のテーマとしている。 ○実施しているサービスの特性であるが、直近1年間でバイクの転倒や他車との接触などの事故が数件あった。 ○マニュアルとQC活動で、減少に努めている。
利用者等に係る安全管理	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		○			利用者様のファイルは持出し禁としている。 ○現在、巡回中の情報媒体は個人のメモである。 ○今後は、スマートフォンによるMCSで、許可された関係者だけが閲覧可能とシステムになっている。

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				○	実施しているが、詳細な内容となっていない。 ○書式に基づいたアセスメントを行っている。 ○緊急的にサービスを開始するケースが多く、詳細な内容となっていないのが、課題である。
	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				○	実施しており、共有もできているが詳細な内容となっていない。 ○事業所専任の看護師でない場合、十分なアセスメントが難しい面がある。 ○解決策として、アセスメント専門の看護師を採用したので、今後、適切なアセスメントが期待できる。
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				○	ケアプランの内容に沿って計画作成している。 ○利用者にとっては、定期巡回が主たるサービスであり、事業所からの専門的な意見もケアプランに反映されている。
	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				○	ケアプランの内容に沿って計画作成している。 ○担当者会議で相談しながら、適切なケアプランが作成されている。
(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				○	利用者等の状況変化に応じて必要な訪問サービスを提供している。 ○利用者のニーズに、柔軟に対応している。
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				○	状況変化の早期把握はできており、速やかに対応できている。 ○適時、モニタリングすることによって、利用者の状況を把握している。

(3)介護職・看護職の協働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活かした役割分担が行われている	○				<p>連携型であり、役割分担はできている。</p> <p>○アセスメント専門の看護師を採用したこともあり、それぞれが専門性を活かしながら取り組んでいる。</p>
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	○				<p>連携先の訪問看護ステーションよりの指導、助言をいただいている。</p> <p>○事業所の看護師及び訪問看護師から、指導と助言を受けている。</p>
(4)利用者等との情報及び意識の共有							
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		○			<p>契約時に情報提供、説明を行っている。</p> <p>○契約前に重要事項説明書の内容に沿って説明し、理解を得ている。 ○緊急的にサービスを開始しないとけない場合は、後日の説明となる。</p>
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	○				<p>計画の説明を行い、同意の署名をいただいて1部を交付している。</p> <p>○計画を策定する前に利用者・家族の要望を聴き、策定後は訪問して説明し、同意を得ている。</p>
	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	○				<p>そのつど電話等により報告・相談をしている。</p> <p>○モニタリングした内容を、利用者・家族に報告している。</p>

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					毎月利用者情報を送付している。また、随時電話にて報告している。	○介護保険の更新時と状態に変化があった時に担当者会議を開催している。 ○担当者会議には必ず出席し、情報共有をしながらサービスの内容を決めている。
	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	○				訪問看護が必要である事等を提案している。	○ゴミ出しサービス、オムツなどの消耗品の配達サービスなど、インフォーマルサービスの提案も行っている。
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	○				照会ではなく、必ず出席し、利用者等の情報共有を行っている。	○サービス担当者会議には、利用者とケアマネの他に、主治医、訪問看護、デイサービス、福祉用具、訪問リハビリから関係者が出席する。 ○事業所からは管理者と担当職員が出席し、情報提供をしている。
(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、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)					サービス担当者会議において介護保険だけカバーできない部分について検討している。	○事業所からは、ゴミ出しサービス、オムツなどの消耗品の配達サービスなど、インフォーマルサービスの提案をし、検討の対象としている。
	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)					必ず退院前カンファレンスに参加している。	○退院の3日前頃に行われる退院前カンファレンスに出席して情報交換し、退院後の計画に反映させている。
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、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)	○				サービス担当者会議に必ず出席し、訪問看護と訪問介護の	○サービス担当者会議で検討し、実施している。

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、迅速に行われている				○	事務所内にファイリングして閲覧できるようにしている。	○現在の方法では、迅速性に欠けるため、今後はMCSで情報発信することになると思われる。
	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				○	毎月50件ぐらい訪問(ケアプランセンター、地域包括、病院等)	○定期巡回サービスの特性と料金体系について記載した資料を配布し、広報と周知に努めている。
(2) 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	○				宝塚市地域包括ケアシステム研究会主催の勉強会に参加している。	○勉強会に参加して学んでいる。
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	○				地域型の定期巡回サービスであり、特定の建物等に限定されていない。	○人的・物的条件が許す限り、地域に出来るだけ広く展開している。
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)					任意評価項目	

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	○				計画目標の達成によりサービス終了となるケースもある。 ○目標を達成した結果、定期巡回サービスから従来の訪問介護に移行する利用者が多い。
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		○			定期巡回サービスが利用者等のニーズと合致せず、サービス終了となることもあるが、特に老老介護の方やご家族が就業のため介護が出来ない方等には安心感を持っていただいている。 ○1日何度も巡回サービスが訪問することに家族がストレスを感じ、慣れる前にサービスを終了してしまう場合が、稀にある。 ○在宅生活が継続できるので、家族と利用者に安全と安心を提供している。