

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 【事業所名:サンクスあんしんサポ 自己評価実施日:2024年10月31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					
			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>								
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	○				会社の理念である「住み慣れた地域で高齢になっても障がいをもってもこれからもずっと暮らし続けられるように」という理念のもとに在宅生活の継続が実現できるように取り組んでいる。	利用者の生活状況をしっかり聞き取り生活課題をとらえてご支援されていると思います。(北部包括)
<b>(2) 適切な人材の育成</b>								
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	○				毎月のミーティングにおいて定期巡回の地域包括ケアシステムにおける役割を繰り返し伝えていく。また新規採用の職員については内部、外部研修を通じて定期巡回サービスの理解を深めている。また外部顧問の地域ケア総合研究所竹重様にも定期的に来所してもらい研修を行い、本人主体のサービスとなるよう心掛けていく。	忙しい中で、内部、外部研修を通じ、事業所の特徴や理念などを理解して業務にあたられています。(北部包括)
	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	○				毎月のミーティング、社内介護技術研修の実施、外部研修(認知症実践者研修等)への参加を職員のレベルに応じて行っている。アセスメントについてはサービス開始3週間に関わる全ての職員が実施し自立支援の視点を磨いている。	内部研修の様子もご報告いただき、研鑽されている様子がうかがえました。(北部包括)
	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		○			計画作成責任者を中心として新規利用者の訪問には同行し必要に応じて個別指導を行っている。また利用者の訪問に偏りがでないようにシフト調整をしている。	職員の能力を均等に取る取組をしているとお聞きしており、誰がケアしても同じケアができる事は事業所の強みになると思う。(安曇野市)
	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			○		担当者会議や介護記録、アセスメントシートで情報共有を常に行っている。記録システム(スマケア)を通じて連携先の看護職員もリアルタイムで情報が共有できるようにしている。	連携型の定期巡回サービス事業所様なので、利用者等の情報の共有は難易度が高くなるが、リアルタイムでの共有ができていくこと、ケアにタイムラグが生まれない事は大切。(安曇野市) 月一回の看護アセスメントという性質上、利用者に必要な生活指導やケアの提案はその方の中長期的な生活リズムを把握した上で実現できるものと考えています。そのため、一ヶ月間の連絡ノートや血圧測定ファイル、ヘルパーさんへの聞き取りを重視し前回アセスメントからの状態変化の把握に努めています。(訪問看護)

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>								
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		○			朝、夕の時間帯は定期訪問が重なるため人員体制が厳しい状況もあるが、朝や夕方のみ勤務のパート職員の募集・採用を積極的に行っている。正社員の残業が多くなりがちで人員配置には課題がある。	朝、夕に対応いただきありがとうございます。訪問時間はムリのない時間でかまいませんので体制優先にしてください。(利用者ご家族)
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		○			年2回開催している。ご意見、ご要望は議事録にまとめ職員間で共有している。ご家族や地域の方がより気軽に参加できるように声をかけていきたい。	
<b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>								
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	○				ICTによる記録システム(スマートフォン)を導入することで家族やケアマネ、関係先事業所とリアルタイムで情報共有をすることができている。	利用者の体調の変化やバイタルサインの推移を約一ヶ月間という日数を遡って把握するには、手書きの血圧表や連絡帳が見やすい印象です。また、ヘルパーさんの訪問時間に同席し援助中の利用者の状態を見ながら、ここ最近の様子や困っている点をうかがい改善点を考えます。(訪問看護)スマホを活用し情報共有できる仕組みが出来ており、迅速な対応が可能になっている。(北部包括)リアルタイムで情報共有できるのはありがたいです。(利用者ご家族)
<b>(5) 安全管理の徹底</b>								
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)	○				事業所建物外側には防犯カメラを設置している。市内のハザードマップを事業所内に掲示し職員で共有している。社用車にはドライブレコーダーを設置している。	
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		○			利用者ファイルは鍵付きのロッカーにて保管している。貸与スマートフォンは貸与時、誓約書を記入してもらい画面ロックをしている。また社用車内に個人情報を置きっぱなしにしない等、基本事項を掲示している。	個人情報の管理がきちんと決められており、運用されている自己評価となっている。定期的に基本事項が守られている確認もされているとお安心だと思う。(安曇野市)モバイル機器等活用し便利になる中、個人情報の取り扱いにより厳しくなっています。日頃の声掛け等で意識づけが大事かと思えます。(北部包括)

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>								
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	○				利用者ができること、できないこと、できそうなことに注目し状態変化に合わせてアセスメントを行い提案している。お世話型ではなく自立支援の介護となるアセスメントを実施している。	利用者の個々のニーズに合わせてご支援されており、利用者の自立の助けになっていると思います。(北部包括)一日の生活リズムと本人の状況をよくわかって頂きありがとうございます。(利用者ご家族)
	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	○				看護師からの毎月のアセスメントを画面にて全職員で共有し必要に応じて電話でアドバイスをもらっている。	前月のアセスメントで気になる点があった利用者に対しては、アセスメントで訪問する前にヘルパーさんに最近の様子を確認した上で訪問し、今後対応が必要な場合は看護アセスメント用紙の連絡事項の部分に記載しています。(訪問看護)連携の仕組みが出来ており、適切な情報交換ができるよう工夫されています。(北部包括)
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		○			自立支援に向けた支援ができるように利用者の残存機能を把握した上でケアをしている。また必要に応じてデイケアのPTとも連携し介助方法の指導を仰いでいる。	計画を基に忘れてしまう本人に寄り添い見守りして頂いている。(利用者ご家族)
	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないよう、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		○			看護師やPTの指導の下。訪問するたびに簡単な運動の声かけをするなど心身機能の維持に繋がるような関わりを心掛けている。頻回に訪問することで利用者が定期巡回サービスに依存し過ぎないようにサービス調整をして自立支援につながるようにしていく。	生活援助の面でこちらが依頼したことや軽度の下肢筋力運動など、提案をさせて頂いたものが利用者の生活に反映されている場面をアセスメントの際に知ることができ、ありがたく感じています。(訪問看護)
(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	○				利用者の状況に応じて、適宜、回数・訪問時間・サービス内容を変更している。頻回に入ることで利用者の変化に気づきやすく臨機応変に対応できることがこのサービスの最大の利点であると認識している。	定期巡回の強みを生かし、臨機応変にご対応されていると思います。(北部包括)柔軟に対応して頂いています。(利用者ご家族)
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	○				毎月モニタリングを行い状況の変化に応じて関係事業所へ適宜報告している。	
(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		○			体調不良時の時など必要に応じて連携先訪問看護事業所に連絡し指示を仰いでいる。	サービス提供時に、介護と看護のそれぞれの視点があることで、利用者の状況変化に気付く機会が増えるメリットをサービスに活かして欲しい。(安曇野市)訪問看護と連携し、緊急対応にも柔軟に対応されていると思います。(北部包括)
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		○			利用者個々の体調観察のポイントなど助言を受け、普段と異なる状況のときは早期に報告・相談している。	訪問を重ねているからこそ知り得ることなど、ケアマネージャーさんやヘルパーさんから提供して頂く情報はとても丁寧で的確であるため、こちらも対応がしやすいです。(訪問看護)

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>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>								
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	○				利用者・家族だけではなくケアマネジャーに対してもサービス開始前にパンフレット等を用いて説明している。契約時に重要事項説明書を基にサービスの趣旨や内容を説明している。特に利用料金については包括報酬でわかりにくい面もあるので、料金表を用いながら説明している。	利用者やご家族へのサービス説明がきちんとされており、内容をしっかり理解した上でご利用されています。(北部包括)十分に説明頂き安心して利用できています。(利用者ご家族)
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	○				居宅サービス計画書に基づいた個別援助計画書を作成し書面提示し内容説明して同意の署名を頂いている。	十分に説明頂き安心して利用できています。(利用者ご家族)
	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	○				状況の変化を家族やケアマネジャーに随時報告し状況に合わせたサービスを提案している。また記録システムにより家族やケアマネジャーはリアルタイムで訪問の記録を閲覧することができ特に遠方の家族の安心感につながっている。	記録システムで様子が確認でき非常にありがたいです。また連絡はメール対応して頂けて助かっています。(利用者ご家族)
<b>2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント</b>								
<b>(1) 共同ケアマネジメントの実践</b>								
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		○			随時、利用者との情報共有をしながら計画の変更があった場合はサービス提供日時等の報告・相談をしている。	
	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		○			現在、独自のアセスメント票を用い日々、訪問に入っている介護職の視点から提案ができるように研修を行っており一部の利用者では開始している。	セルフケアやインフォーマルサービスの提案が、利用者の出来る事の温存に繋がるとよいと思います。(安曇野市)
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	○				目標の達成状況について多職種へ適宜情報共有を行っている。	サービス担当者介護の開催により情報頂けるのありがたいです。(利用者ご家族)

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>(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</b>								
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)			○		地域資源の開発やインフォーマルサービスの発見はすぐにはできないので利用者、地域と信頼関係を築きながら構築していきたい。	インフォーマルサービスの活用には日常的に地域住民との連携、情報収集が不可欠です。総合マネジメント加算の取得もされているため、地域包括ケアの担い手としての活躍も期待します。(安曇野市)地域の社会資源については、各地区に生活支援コーディネーターが配置されているので連携していただければと思います。包括でもインフォーマルサービスの情報提供わかる範囲ですが可能です。(北部包括)
	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・退所時には退院前カンファレンスに参加している。また定期的に病院の相談室を訪問し定期巡回サービスの事例報告を行い、サービスの周知に努めている。	利用者への情報共有もある程度していただき、在宅ケアの助けになるよう家族と協力していただけると良いと思います。(安曇野市)退院前カンファレンスに参加して頂く事で安心できました。(利用者ご家族)
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)			○		現在、法人で実施しているオレンジカフェやお祭りなども通じて発信できるようにしていきたい。	認知症ケアの研修会を開催していただいたり活動を地域包括支援センターとされているため、多職種による役割をある程度されていると思われまます。(安曇野市)地域の方が気軽に立ち寄れる場としてもともとあったカフェを生かし、オレンジカフェ活動にもご協力いただき、より住みやすい地域づくりに貢献いただいていると思います。(北部包括)オレンジカフェやお祭りの情報ぜひほしいです。(利用者ご家族)
<b>3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画</b>								
<b>(1) 地域への積極的な情報発信及び提案</b>								
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	○				会議での配布書類、議事録はサンクス正面玄関下駄箱上にファイルを設置し誰でも閲覧できるようにしている。	
	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			○		まだ十分にできていない。回覧板等も利用しサービスの周知をしていきたい。ただし居宅介護支援事業所への定期的な事例紹介は実施できている。	

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>(2) まちづくりへの参画</b>								
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		○			毎月のミーティングにおいて定期巡回サービスが地域包括ケアシステムの中核を担うサービスであることを伝えている。	地域包括ケアシステムの構築では、利用者を中心に支援者間の繋がりが重要ですので、様々な立場の方々と連携し一緒に地域包括ケアシステムを作り上げていければと思います。(北部包括)定期巡回サービスは地域包括ケアシステムの中核であると実感しています。(利用者ご家族)
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	○				地域に展開しているため、特定の建物に限定したサービス提供は行っていない。	
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)		○			必要に応じてケアマネジャーの部会等で定期巡回サービスの事例を発表している。また全国定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス協議会等の会合にも積極的に参加し情報収集に務めている。	地域課題も各々の立場で違いがあると思うので、サンクスで把握している地域課題を会議等で発表していただき、共有できればと思います。(北部包括)
<b>Ⅲ 結果評価 (Outcome)</b>								
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		○			全ての利用者が目標を達成できているわけではないが、在宅において利用者が取り組みやすい目標を設定することで半年後に評価ができている。	利用者と一緒に目標を決めることで、利用者の生活意欲向上にも繋がるので継続していただければと思います。(北部包括)サービスにより計画目標の達成につながっています。(利用者ご家族)
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	○				「困ったときはいつでも連絡ください。」と声をかけることで利用者の安心感につながっている。すべての困りごとに対応できるわけではないがお話を聞きながら必要な随時対応をしている。	訪問でお目にかかるヘルパーさんほどの方も、利用者に対して気さくで柔らかな印象の方ばかりに感じます。体調や気分によって利用者のできることに波があっても、急かすことなく対応されていて素晴らしいと思います。(訪問看護)いつでも繋がる安心感は定期巡回の強みであり、お話をするだけでも落ち着かれる利用者もいると思うので大変ありがたいと思います。(北部包括)定期巡回サービスがあることにより在宅生活を安心して続けることができます。(利用者ご家族)