

平成29年度 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス評価表 ～自己評価・外部評価 評価表～

医療法人社団安田内科病院 24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 ほがらかケア24

自己評価作成日 2017/10/17

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	○				制度上の位置づけを理解した上で、法人理念を遵守し、理念を掲げている。施設内に掲示している。	1階の廊下の掲示板に理念が掲げている。 出来ていると思われます。
(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	○				事業所定例の朝礼でサービスの基本事項の確認、個別の利用者に関しては必ずオリエンテーションを行っています。	職員は定期的な会議の中で理念を確認している。 出来ていると思われます。
	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	○				職員は積極的に法人内外に、業務時間として参加しています。	職員は接遇、感染予防、個人情報取り扱いなど、法人内で月1回、法人外で2、3か月に1回程度研修に参加している。 出来ていると思われます。
	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	○				各職員の資格や経験等を考慮しサービス提供を行っています。	職員のキャリア、性格などを考慮し、計画責任者が職員配置を決定している。 出来ていると思われます。
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	○				一日の中で時間を決めて利用者などの状況報告を行っています。また、訪問看護は同一法人内の病院所属であるため、時宣を得た情報共有の場を設けやすい環境にあります。連絡ノートや「ケアスタッフ訪問看護 処置連絡表」など、書面も活用し相互理解に努めています。	毎日9:30、16:00の勤務交替時にミーティングを行っている。 出来ていると思われます。

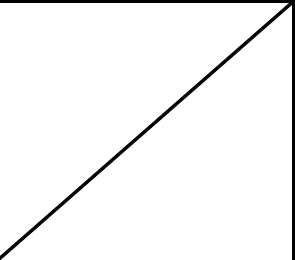
(3) 適切な組織体制の構築							
組織マネジメントの取り組み	6	利用者等の特性に応じた柔軟なサービスを提供するため、最適且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている	○				各職員の経験やスキルを考慮し、介護ニーズに応じてより良いサービスが提供できるよう職員の配置を行っています。 日中8名以上、夜勤帯は2名で職員が配置されている。 出来ていると思われます。
介護・医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映	7	介護・医療連携推進会議を適時適切に開催すると共に、得られた要望、助言等(サービスの過少供給に対する指摘、改善策の提案等)を、サービスの提供等に適切に反映させている	○				会議で得られた要望には可能な限りサービス提供に反映できるよう、法人全体として検討しています。(例:食事内容の改善、1ヶ月に1回「おたのしみ弁当」の開催など) 前回の運営推進会で要望のあった昼食の配膳時間については翌日から改善された。 出来ていると思われます。
(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	○				利用者の状況については、必ず介護責任者に報告を行い、責任者より関係者間で情報を共有できるような体制をとっています。 申し送りノートがスタッフステーションのデスク上にあり、スタッフが回覧し捺印している。 出来ていると思われます。
(5) 安全管理の徹底							
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)				○	朝の申し送り時連絡ノートを活用し、必要に応じて対策の確認を行っています。緊急体制マニュアルは職員の目の届く所に配置してあり、職員に周知しています。医療事故、介護事故に関する内容に限定されているため、現在、災害や防犯時対応策についても作成を進めています。 緊急対策マニュアルが事務室の棚の中に保管し、各自が閲覧している。 出来ていると思われます。
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	○				利用者には契約書に個人情報の取り扱いについて明記し同意を得ています。職員に対しては入職時に個人情報の取り扱いについて、職員規定に基づき契約をかわし、入職後も「個人情報保護マニュアル」の周知を図っています。 利用者ごとのファイル内にサイン、押印のある契約書が収められている。 出来ていると思われます。

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	○			看護的には主に身体的・精神的な視点からアセスメントし、介護的には習慣的リズムを重視した観点からアセスメントし、生活者としての個人を尊重したサービス内容のすり合わせを行っています。	看護師のアセスメントシートを基に、利用者との生活リズムに合わせて個別サービス計画が立てられている。 出来ていると思われます。
	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	○			利用者の反応を適時評価し、より良い暮らしを送ることができるよう、必要時生活リズムの見直しを図っています。見直しの内容は介護看護双方のケア計画に反映させています。	排泄や入浴の方法が改善されたという例がある。 出来ていると思われる。
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	○			訪問リハビリ、デイケアなど利用しているサービス関係者とも情報交換し、「できるADL」を把握。「しているADL」から「できるADL」へレベルアップできるよう、個人の持てる力を引き出す支援内容を検討しています。	「能力的にはできる活動」にシフトしていくように個別計画のもと利用者の状態を観察しながら介助の方法を検討している。 出来ていると思われる。
	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	○			予防ケアを重視し、医療と介護の連携を図りながら計画立案に努めています。	医療職のアセスメントのもと、利用者本人の能力を引き出すように動作を促している。 出来ていると思われる。
(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	○			コール対応には常時対応しています。また、状況を見ながら訪問時間の見直しを行っています。	定期的サービス以外に、入居者31名全員合わせて、平均して1日8回程度のコールがあり、随時サービスが提供されている。 出来ていると思われる。
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	○			定期的に見直しを行い、ケアマネージャーへは書面にて報告、状況に応じてケアプランの変更をお願いしています。	定期的モニタリングが行われ、個別ファイルに綴じられている。 出来ていると思われる。

(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	○				サービス開始時に、介護看護双方の見地からアセスメントを行い、その方にとって最善のサービスを提供できるよう訪問内容や時間を調整し、介護看護の専門性を活かして役割分担をしています。 一例として、要介護4の利用者は排泄介助があり1日6回の訪問介護が提供されている。 出来ていると思われる。
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	○				指導助言が適切に行う事ができるよう、朝夕の申し送りのほか、不在職員に対し連絡ノートを活用しています。また、同行訪問を通してケア方法のアドバイスをしたり、ケア手順を動画に残して介護職員全体のスキルアップを目指しています。 スタッフステーションのデスク上に連絡ノートがあり、スタッフが適宜使用している。 出来ていると思われる。

(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	○				契約書に明記されており、利用開始前に説明を行ない、同意の署名捺印をいただいています。契約書は一部お渡しし、内容について不明な点があれば随時補足説明を行なうようにしています。定期巡回型のサービスがイメージできるように、一週間のサービス提供モデルを基に説明するなど、利用者本人、ご家族にご理解できるよう工夫しています。	契約書は個別府アイルの中に納められ、鍵付きの棚の中に保管されている。 出来ていると思われる。
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	○				計画書作成後、個人の特性をどのように捉え、介護看護の目標に向けどのようなサービスを提供させていただくかを、利用者本人ご家族に説明を行なっています。ご要望があればケアの追加修正を検討し、相互に理解できる内容で署名捺印いただき、一部お渡ししています。	利用者、家族の要望に応じ、自費サービスも取り入れている。 出来ていると思われる。
	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	○				利用者本人の状況に伴いサービスが変わった場合、都度ご家族に連絡し、報告をしています。	例として体調不良時に介護の方法が変わったときには家族に報告している。 出来ていると思われる。
2. 他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	○				常に利用者の状況は共有しています。ご本人に適したサービス提供日時を相談して決めています。	要介護1の利用者は週2回の清掃のみ、要介護5の方は1日8回の訪問がある。 出来ていると思われる。
	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	○				利用者の状況に合わせたケアプランの変更を依頼しています。自法人の居宅介護支援事業所からの情報や地域の連絡推進会議等に出席し、インフォーマルサービスの導入に努めています。	利用者の要望に応え、移動パン屋、訪問マッサージ、美容師等、インフォーマルサービスを導入している。 出来ていると思われる。
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	○				サービス担当者会議には必ず出席し、利用者の状況、目標、計画内容の確認をしています。また、会議を通して多職種間での情報共有を行っています。	サービスの変更時、更新時に、サービス担当者会議が開催され、情報が共有されている。 出来ていると思われる。

(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(※任意評価項目)					
	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)					
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)					
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	○				専用の綴りを設けています。保管は共有の書庫で行っています。 介護・医療連携推進会議の記録はスタッフステーション横の書庫に保管されている。 出来ていると思われる。
	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	○				法人より年数回発刊される広報を活用しています。 年に4回「安田内科病院だより」が発汗されている。 出来ていると思われる。
(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	○				法人内の勉強会を通して理解できるように努めています。自法人の居宅介護支援事業所の助言も仰いでいます。 法人内で半年に1度勉強会を行っている。 出来ていると思われる。
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	○				地域密着型サービスである地域貢献が事業の目的であるため、要望があればサービスを提供させていただく事を心がけています。 施設内のみでなく、近隣地区へのサービス提供の準備は整っている。まだ実績はない。 出来ていると思われる。

<p>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</p>	<p>32</p>	<p>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)</p>						
<p>Ⅲ 結果評価 (Outcome)</p>								
<p>サービス導入後の利用者の変化</p>	<p>33</p>	<p>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</p>	<p>○</p>				<p>排泄介助の回数を見直し、ご本人の状態に合わせ、紙おむつ交換からトイレでの排泄になったケースがあります。</p>	<p>排泄介助は1回10分、日中4回の目安で提供されている。コールがあればその都度対応している。 出来ていると思われる。</p>
<p>在宅生活の継続に対する安心感</p>	<p>34</p>	<p>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</p>	<p>○</p>				<p>介護保険施設を検討されていた方が、在宅で状態に合わせてサービスが利用できるのであればと、入所を見合わせたケースがあります。</p>	<p>医療と連携していることや限度額に余裕があり、本人の要望に合うサービスを取り入れられることで利用者の安心感が得られている。 出来ていると思われる。</p>