

令和3年度 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

ホームヘルパーステーション鹿屋長寿園

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	い 全 く で き て い な		
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。	○				事業所内に掲示	玄関に掲示されている。
(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。	○				事業所内掲示及び毎月のミーティング開催時、関係職員に周知している。	口頭説明にて確認済み。
	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。		○			年間の研修計画を作成。新型コロナウイルス感染症対策により、オンライン研修・自宅学習での機会を確保している。	口頭・文書(年間研修計画)にて確認済み。
	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。		○			職員の能力に合わせた配置等を考慮し、サービス提供を実施している。新人スタッフ等、身体介護に不安を感じている場合は、熟知した職員が同行訪問し、技術指導等を行っている。	口頭・文書(オリエンテーション実施記録)にて確認済み。
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。		○			アセスメント及びモニタリング等の書面にて利用者に関する情報共有に努めている。	文書(モニタリング・訪問看護報告書)・口頭にて確認済み。
(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。		○			利用者のニーズに合わせた勤務体制に努めている。	介護ソフトによるシフト管理が行えている。
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。		○			2回/年の会議を開催し、議事録を作成している。検討課題等があれば、スタッフへ周知している。	適切に開催されており、議事録等も整備されている。
(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。	○				報告事項等、迅速に口頭または文書で報告を行っている。	文書(伝達記録)・口頭にて確認済み。
(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)	○				・衛生推進者を配置 ・緊急時マニュアルの整備・連絡体制を確保し、緊急時の対応等に関わる研修を実施している。	衛生推進者も配置されており、マニュアル等も整備されている。
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。		○			個人情報に関わる同意書の提示及び職業倫理・法令順守等の研修も計画している。	整備されている。
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。	○				ケアプランを基に個別計画書を作成している。利用者等の心身の状態等の変化により、サービス内容に変更がある際は、モニタリングによる評価やアセスメントの見直しを行っている。	整備されている。
	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、つぎ合わせ等が行われている。		○			介護・看護の視点からアセスメントを実施した上で連動した個別計画書の作成に努めている。	整備されている。
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。	○				自立支援を念頭にアセスメント・個別計画書を作成している。	整備されている。

	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないよう、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。					利用者の心身の状態に合わせて、アセスメント及びモニタリングを基に個別計画書に反映されている。	事業計画書に記載され、内容も明確になっている。
(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。					利用者のニーズ及び状態等の変化に合わせて、柔軟なサービス提供が行える体制が確保されている。	利用者の希望に沿う様、調整がなされている。
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。					適宜実施している。	整備されている。
(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。					ケアプランにサービス内容の役割が明記されている。個別計画書(作業手順書)の作成	ケアプラン内にサービス事業所毎に役割が明記されている。
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。					適宜指導・助言を受けている。	口頭・文書等で確認済み。
(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。					契約締結前に、重要事項説明書及び個別計画書等でのサービスに関する説明を行い、同意を得ている。	重要事項説明書・個別計画書等を確認済み。
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。					適宜実施している。	口頭・文書等で確認済み。
	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。					連絡帳の活用やフェイスシートを作成し、緊急時の連絡体制が確保されている。	整備されている。
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。					モニタリング等で共有している。	整備されている。
	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。					適宜実施している。	口頭・文書等で確認済み。
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。					実施している。	整備されている。
(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)					適宜実施している。	口頭・文書等で確認済み。
	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)					本人・家族及び関係機関に対して、パンフレット配布しサービス概要等の説明を行っている。	口頭で確認済み。
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)					新型コロナウイルス感染対策により、介護・医療連携推進会議の開催は書面での開催。オンラインカフェ及びサロン活動等は自粛している。	議事録等整備されている。
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。					ファイリングにて閲覧できる状況を確認している。	整備されている。

	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。	○			適宜実施している。コロナ禍における啓発活動は課題である。	口頭説明を受ける。
(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。	○			理解している。	口頭・文書等で確認済み。
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。	○			実施している。	口頭説明を受ける。
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)		○		適宜実施している。	
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。	○			モニタリングにて分析し個別計画へ繋げている。	整備されている。
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。	○			令和4年3月時点の在宅利用者の外部居宅率45.2%である。今後も利用者が住み慣れた地域や自宅で、可能な限り生活できる様なサービス提供に努めていく。	整備されている。

評価日：令和4年3月31日

(管理者) 寒水信博



(評価者) 野田千恵子

