

令和5年度 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 サービス評価表

1. 事業所情報

事業所番号	1490500327	事業開始年月日	平成28年2月1日
法人名	社会福祉法人 横浜大陽会		
事業所名	おひさまネット24		
事業所所在地	(232-0061)		
	横浜市南区大岡5-14-21		
電話番号	045-315-7779	FAX番号	045-315-5518
施設等の区分	連携型	サービス提供地域	横浜市南区
自己評価作成日	令和6年2月1日		

3. 法人・事業所の特徴

法人の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・特養介護をはじめとし、地域に様々な介護保険サービスを展開している。 ・地域住民との関わりが深く年間延べ600名以上の地域ボランティアが活動している。 ・包括支援センター開設前よりインフォーマルサービスとの関わりがあり、地域の高齢者・障がい者への支援に取り組み続けている。
事業所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・同一法人に小規模多機能型居宅介護があり、地域の認知症ケアに実績があること。 ・法人が地域に根差しており、介護保険外のインフォーマルサービスとのつながりがあること。 ・ICT化をすすめ、業務の効率化や連携が図られていること。

2. 介護・医療連携推進会議

介護・医療連携推進会議への公表日	令和6年3月13日
開催場所	特別養護老人ホーム白朋苑 第一会議室

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	てほいぼるで	がな多いこ	でいきな		
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	○				住み慣れた地域で安心して生活を継続していただけるよう、24時間365日必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供できるよう心掛けている。	自己評価通り、出来ているのではないかと。
(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		○			職員研修を実施している。	概ね出来ていると思われる。
	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		○			入職時に個別に業務ソフトを用いて研修を行っている。また、オペレーター電話の席に電話対応例一覧を用意し、対応方法を職員に周知している。	全スタッフ研修などを受けていることで、大きな問題なく対応が行えているのではないかと。
	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	○				職員の資格や経験を考慮し勤務体制を組んでいる。	スタッフ数が少ないため配置を検討する余裕はないと思われるが、その中でも対応していると思う。

<p>介護職・看護職間の相互理解を深めるための機会の確保</p>	<p>5</p>	<p>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</p>	<p>○</p>				<p>日々の情報交換以外にもサービス担当者会議に出席する等、情報共有を行っている。</p>	<p>サービス担当者会議やICT活用にて十分な情報共有が行えていると思う。</p>
----------------------------------	----------	--	----------	--	--	--	---	---

(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					女性職員4名、男性職員1名がシフトで訪問行っており、同性介助の対応が現状難しい体制になっています。	人員配置的にも仕方ないことだと思います。女性のご利用者も男性スタッフを受け入れている様子が見受けられません。
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	○				会議内容は事業所内だけでなく、法人全体で把握している。地域性を踏まえ、できる限り会議内容が反映されるよう調整している。	会議の開催報告書をホームページに掲載しているとのことで、誰でも確認できるよう対応されている。
(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	○				クラウド管理のICT機器を使用し、情報共有を行っている。	ICT活用しケアマネジャーや看護師もタイムリーで訪問時の様子が確認できるようになっていてとても良い。
(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)	○				・事故対応マニュアル ・災害時対応マニュアル等	各マニュアルやBCPを作成済みとのことで安心。
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	○				個人情報保護マニュアルの作成と研修を行っている。	ICTでの管理も多く、使用時は各スタッフのID、パスワードがなくては開かないとのことで安心感がある。
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	○				看護からは生活上必要な生活リズムを、介護からは習慣的なものの重視をし、すり合わせながら調整している。	介護看護の利用がなくても定期巡回サービスを利用することで月に1回の訪問看護によるアセスメント訪問があるため安心感がある。
	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	○				看護師によるアセスメントを毎月行い、職員間で共有している。	毎月ご利用者のアセスメントをお送りしており、必要時はヘルパー訪問時間帯に合わせて看護師がアセスメント訪問し情報共有を行うこともあります。
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				○	多職種の意見をもらいながら、様々な計画を試みている。	
	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				○	医療介護連携を強め、常に予防を重視した計画が作成できるよう留意している。	多職種連携し適宜情報共有を行うことで対応できているのではないかと。
(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	○				身体状況や介護状況に応じた計画の変更や、随時対応を行っている。サービス実施日、時間等の調整を適宜行っている。	体調の変化があった際や、追加の支援が必要な場合はご相談し、柔軟に対応してくれています。
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	○				状況変化を認めた際や、今後予測されると判断した際には、ケアマネジャーや家族と連携し計画変更等の提案・実施を行っている。	月に1回モニタリング訪問を行っているとのことで、必要時は適宜ご相談いただき、サービスやケアの見直しを行っています。
(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供								

<p>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</p>	<p>17</p>	<p>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>	<p>○</p>				<p>相互に情報共有を行っている。</p>	
<p>看護職によるサービス提供に関する指導、助言</p>	<p>18</p>	<p>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>		<p>○</p>			<p>必要時に助言をもらい、適宜調整し反映している。</p>	<p>必要時に指導、助言を行い、適宜その時の状態に合わせたケアを実施している。</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	○				契約時や担当者会議などの場で、パンフレット等を用いて行っている。看護のアセスメントの内容をケアマネジャーと本人・家族へ伝え、機能の維持回復に努めている。	サービス契約時に管理者よりご説明しており、毎月の看護師によるアセスメント表はヘルパーだけでなく、ケアマネジャーへもお渡ししている。ご本人へやご家族への説明も十分に行われていると思われる
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	○				事業特性の説明と共に、従前の生活スタイルを基にした課題解決への提案をしていく。相互理解の中での計画提案をしている。	
	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	○				家族には必要であれば都度報告相談しており、ケアマネジャーにも同様に行っている。	ICTにてヘルパー記録の閲覧可能なため、必要時に訪問時の様子が確認できると共に、都度の報告、相談をいただいています。
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	○				ケアマネジャーとは常に連携し、ケアプランに基づいたサービス提供を行っている。プラン変更時のみでなく、適宜相談の上、サービス提供や日時調整を行っている。	ケア内容の変更があった際や訪問回数の追加が必要と判断された場合など、適宜ご相談いただき、調整対応していただいています。
	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				○	自法人の包括支援センターからの情報にてインフォーマルサービスの導入提案に努めている。	

<p>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</p>	<p>24</p>	<p>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</p>		<p>○</p>		<p>サービス担当者会議には可能な限り出席し、サービス提供状況の報告を行い、意見を仰いでいる。</p>	<p>サービス担当者会議への出席、欠席の場合には照会にて情報提供いただいています。</p>
--	-----------	--	--	----------	--	---	---

(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となる、利用者等に対する包括的なサポートについて、多職種による検討	25	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(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や連携推進会議での検討を行っている。	
	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)		○			退院時、退所時のカンファへの参加は出来ないが、ケアマネジャーとのこまめなやりとりにて情報共有を行っている。	感染症の兼ね合いにて退院前カンファレンスの実施が行えないケースもありますが、こまめな情報共有は行っています。
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)	○				サービス担当者会議出席している。	サービス担当者会議への出席、欠席の場合には照会にて情報提供いただいています。
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	○				迅速にホームページで公開している。	ホームページでの公開があるとのこと。
	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		○			地域の医療関係者、ケアマネジャー、地域住民に随時、介護・医療連携推進会議への参加を提案している。	会議開催の度に出席させていただきます。
(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	○				ホームページ等により情報を収集し、周知するよう心掛けている。	

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	○				南区全域、港南区、磯子区の一部地域をエリアとし、訪問を行っている。	自転車での訪問スタッフがいる中で幅広く対応していただいている。
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）			○		広い関係者間では共有や地域への発信が出来ていない。	
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			○		本人・家族・ケアマネジャーとアセスメントし、達成度とその後の調整を行っている。	
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	○				コール端末の使用方法は繰り返し説明し、デモを行い随時対応の説明をしている。	認知症の方など緊急コールボタンの認識が難しく、月1回のコールテストに加え、適宜ご本人と練習して頂いています。