

令和4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	45901011160	事業開始年月日	令和2年4月
法人名	株式会社Spinner		
事業所名	りんくる		
事業所所在地	(880 - 0053)		
	宮崎市神宮1-240-1オフィスティ第1ビル3-A		
電話番号	0985-77-5410	FAX番号	0985-77-5411
施設等の区分	連携型	サービス提供地域	宮崎市
自己評価作成日	2023/3/1		

3. 法人・事業所の特徴

法人の特徴	企業理念として「日々を紡ぐ、未来を紡ぐ」を掲げております。24時間365日対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護をメインに、夜間対応型訪問介護と2つの事業を行い、在宅生活継続の限界点を引き上げのお手伝いを行っております。
事業所の特徴	臨機応変に対応が可能である、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の最大限の利点を活かし、お一人お一人に合わせたケアを行います。介護福祉士資格取得者が80%、介護の様々な分野で活躍してきたスタッフが多く在籍しており、様々な知識と経験を活かしたケアを行っております。

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	2023/3/31
開催場所	本社およびZoom

外部評価コメントに関しては、R5.3.24 に実施した介護・医療連携推進会議にて聞き取り実施。

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					
			い で る き て	る き ほ て ぼ い で	多 い と な き が い て	な き 全 い て く い で		
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		○			サービス事前、開始時にも日々変化する心身の状態に合わせたケアを行うように努めております。	長く利用されている方もいる為に在宅生活継続が可能な方もいらっしゃる。専門職としての観察やケアが行えている。
(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		○			新入社員は入社タイミングで企業理念、役割の認識をするよう研修を行っています。	現場スタッフも制度の理解もされている。

	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		○		現在オペレーターに関しては管理者が行っております。今後は専門知識を得る研修を構築することが必要です。その他、スキルアップの研修を実施しています。	専門職としての経験が必要と考える。家族は24時間オペレーターと連絡が取れる事で安心感がある様子。
	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	○			入社時に一定期間は指導員と同行し、適応能力に合わせて訪問ルートを振り分けております。	職員個々の能力をしっかりと把握されている。
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		○		訪問看護は外部との連携を行っており、必要に応じて細やかに報告、相談を行っております。	訪問看護ステーションとの連携はMCS等を用いて上手く出来ている。情報提供もしっかりと行っている。
(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		○		入浴等同性介助の基本的に配置している。スキルに合わせて配置をおこなっています。	利用者の特性に応じて支援する為には多種多様なスタッフの確保も必要。
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		○		ご意見をいただいた内容はできるだけ早い段階で対応できるようにしております。長期間必要な案件については都度状況を報告しています。	こちらが求める事に対してきちんと報告もあり、期日をもって改善して対応している。
(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	○				現在使用しているシステムはIDを発行している方にはリアルタイムで状況を見ていただけ、情報共有ができています。	訪問した際の様子等を関係機関もリアルタイムに閲覧出来る為に関係機関としては状況把握がしやすい。又訪問した際の様子を詳しく記載して貰っているので大変助かる。
(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）	○				夜間帯の訪問に関しては男性職員のみでの配置としている。災害時についてはマニュアル整備済みである。休憩場所の確保、及び心身共に健康であるために休暇など調整を行っています。	台風接近時にスタッフが訪問している旨を聞いた。スタッフの安全確保もしっかりと行う事も必要だと思う。
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	○				利用者情報は電子カルテを使用している。ID、パスワード管理を行っている。	関係各位それぞれにID・PW発行して貰っている為に安心。
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	○				導入時、導入後に利用者の生活リズムの把握を行い、サービス時間の調整を実施しています。	毎日訪問してくれているので本人の生活リズム等の把握はしっかりとされている。
	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、つき合わせ等が行われている	○				提携、連携先の訪問看護様からの情報を参考にした支援計画を立てている。	連携する訪問看護ステーションの訪問看護計画書を毎月求められ、訪問看護計画書も参考にしてくれている。

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					同一者に何人ものスタッフが関わり様々な角度から支援の在り方を考え行っている。	職員間での情報共有がしっかりとされている。
	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					日々の変化の中で、必要に応じては主治医・訪問看護等に情報を共有できるように報告を行っている。	MCS等のツールを使用して情報提供をしっかりとしてくれている。MCSの利用も行ってくれている為に指示が出しやすい。
(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					緊急コールの対応だけでなく、現場スタッフの判断で臨時訪問を行うなど実施し、柔軟に対応を行っている。	現場スタッフ判断で対応してくれるので柔軟に支援している。
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					定期的なモニタリングを実施し、利用者の状況を把握し、サービス提供が適切であるかを確認を行っている。	モニタリングを日々行う中で担当ケアマネジャーにも報告をして下さり、居宅サービス計画書への落とし込みもしやすい。
(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					連携先の訪問看護様には医療に専念できるように、できる限り介護でできることは弊社のサービスに組み込むように行っている。	訪問看護ステーションからするとファーストコールを受けているので助かる。又緊急時等は状況をしっかりと把握したうえで訪問看護ステーションに連絡をくれるので対応がしやすい。
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					看護計画書を参考にさせていただき、また必要に応じて指導・助言をいただきケアを行っている。	毎月訪問看護ステーションの訪問看護計画書を送付している。

(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	○				サービス開始前に基本的サービスの趣旨、情報の説明をご本人、ご家族に実施している。	サービス開始前に制度の概要も含めて説明している事で本人や家族はサービスの理解をしたうえで依頼している様子。
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				○	計画書にて説明を行っている。	個別支援計画書を担当ケアマネジャーにも送付してくれるので助かる。
	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				○	必要に応じてご家族・関係機関へ説明、報告、ご相談に応じて対応を行っている。	家族にもしっかりと報告を行っている為に、家族からの信頼も厚い。
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				○	適宜報告を行っている。記録がリアルタイムで閲覧可能である。	事業所の記録閲覧が出来る事で日々の状況が把握しやすく、訪問時間の目安も決めやすい。
	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				○	地域サロンや配食サービスなど利用している。保険外サービスの提供も行っている。	必要な支援を確認しながら必要なサービスを組み込む事が出来る。
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				○	日々の状況については、気になる点などある場合は速やかに管理者より関係各所に連絡・調整を実施している。	サービス担当者会議時だけでなく、照会等も速やかに対応しているのでプランニングしやすい。

(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の、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）		○			現行はニーズの多い病院付き添いを保険外サービスとして提供している。	必要に応じて自費サービスで病院付き添いをしてくれるのでありがたい。
	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・退所前のカンファレンスなど積極的に参加し、在宅復帰時に速やかにサービスを行えるよう情報収集を行っている。また提携する訪問看護との時間・業務について調整を行っている。	医療機関からも看護サマリー等の必要な情報を開示している。
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）					必要に応じて地域の民生委員や近隣住民とも連携を図りながら支援を行っている。	認知症の方等が住み慣れた地域で過ごすには近隣住民の協力も必要。
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		○			ホームページに最新分は掲載。	ホームページに掲載している事を確認済。
	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		○			事業所毎の研修会提案や、包括主催の研修会などに積極的に参加しています。	事業所の研修計画を確認済。
(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		○			当該サービス実施前より、大宮地区の地域包括ケア推進会議等には積極的に参加していた。	行政との連携も今後は必要になってくるのではないかと。

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	○				基本的には緊急時の対応を視野に入れ事務所より車で15分圏内を中心にサービスを提供は行っている。	地域への展開している事業所が少ないので助かる。エリアの問題もあると思うが出来る限り対応して欲しい。
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）			○		自治会には参加しているが、新型コロナウイルス感染予防の観点から自治会への具体的な活動は自粛している。今後は地域の活動にも積極的に参加し、インフォーマルサービスの活用の調整を行ってきたい。	法人として地域自治会の班長もする事を聞いている。地域との関わりの中で把握出来る地域課題等もあると思うので、専門職として課題提起して欲しい。
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			○		在宅生活の継続またはお看取りのご要望が過多である。家族やインフォーマルサービスの導入がどこまでいけるかによって考えられる。	利用者や家族の満足度は高い印象。サービスを利用している事で在宅生活が継続出来ている方も多いと思う。又自宅で最後を迎えたいというニーズがあるなかで、最後まで看取りの支援をしてくれる。
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			○		毎日訪問することで安心感をご本人だけでなくご家族からもお声を頂戴している。	利用者、家族が安心して生活出来ている印象。

第6回 介護・医療連携推進会議 (令和4年)

開催日:令和5年3月24日(金)13:30~14:30
場 所:本社及びオンライン

定期巡回・随時対応型訪問介護りんくる
運営法人:株式会社Spinner

1. 開催のあいさつ

2. 会議の目的

- ◎定期巡回・随時対応型訪問介護のサービスと理解を深める
- ◎事例を通して多角的な意見を伺い、サービスの向上を目的とする。

3. サービス実施状況・活動及び普及活動報告

(1) 職員状況(3月15日現在)

介護福祉士	8名	
准看護師	1名	
正看護師	1名	計10名

(2) 利用者、介護度状況(3月15日現在)

・利用登録者 定期巡回 29名+夜間対応 5名 総数 34名

・介護度

介護度	人数
要介護1	12名
要介護2	7名
要介護3	3名
要介護4	5名
要介護5	7名

平均介護 2.64

・年齢

年代	人数
～64歳	1名
65歳～69歳	1名
70歳～74歳	0名
75歳～79歳	0名
80歳～84歳	9名
85歳～89歳	13名
90歳～	10名

平均年齢 84.9歳

・サービス状況

月	新規	終了	終了理由
10月	5名	5名	お看取り 2名 入所 1名 訪問介護移行 1名 家族介護移行 1名
11月	3名	3名	お看取り 2名 家族介護移行 (※) 1名
12月	6名	2名	お看取り 1名 入院 1名

1月	1名	4名	お看取り 入院	2名 2名
2月	6名	5名	お看取り 入院 家族介護移行（※）	1名 3名 1名
3月	3名	2名	入院	2名
計	24名	21名		

※短期利用者は主介護者が入院期間のみの利用

4. 新型コロナウイルス感染基本対策について

- ・新型コロナウイルスワクチンはスタッフ 4～5 回目実施済みです。
- ・出勤者の毎日の体調管理(出勤前、訪問開始前体温測定等)の徹底しています。
- ・定期的に抗原検査を実施、感染リスクのある方、県外者と接した場合は一定期間出勤日に毎日実施を行っています。
- ・感染予防及びまん延予防のための資材関係ストック済み。

5. 事例紹介・意見交換会

- ・事例 006 添付資料

6. 今後の会議開催予定

令和 5 年 9 月予定 ※状況に応じて開催のご案内をいたします。

事例 006

年齢（性別）	80代(女性) 要介護2	
生活状況	独居。長男県外在住。	
サービス開始までの経緯	サービス開始まで就労をしていたが、出社されず連絡が取れないことより勤務先が確認に訪問した際に、倒れてる本人を発見。脱水とのかことで入院となる。その後急遽退院の運びとなり、施設入所も検討されたがすぐに入れるところが見つからず、一旦自宅に戻ることにする。 その際に見守りが必要との判断、また介護認定がおりていない状況ではあったが認知低下より要介護認定は確実だろうとの判断により、緊急案件としてサービスを開始する。	
ご本人の状態	約2年半弊社のサービスを利用されている。 身体的には大きな持病はないが、認知面低下が顕著であり、声掛け、見守りが必要な状態である。	
弊社のサービス	サービス開始	1日3回訪問。食事のセッティング、水分補給を中心に行う。サービス開始時は会話もズレが大きくままならない状況であったが、訪問を繰り返すことで、スタッフを認識しだし、声掛けでできることが増えてくる。
	現在	ご自宅にいる時間にあちらこちら昼夜問わず電話をし「仕事がないか」と家にいることがストレスになっている傾向があるため、ご家族の意向で週6で通所利用を行っている。通所利用日は帰宅後に屋内の確認（トイレ等の汚染等がないか、ガス栓は閉まっているか）、またゴミ出しや洗濯の声掛け、通所の準備物の確認等を行っている。
今後の課題	<p>認知面の低下によりトラブルが起ることが多くなっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・台所にてぼやを出している（何を焼こうとしたのか不明） ・近隣のスーパーで買い物かごを持ち帰る。最大確認 60 個 ・近隣スーパーでレジを通さずに持ち帰ったこと、また財布を忘れたと1日何度も訪問し都度レジで止めらることを繰り返している。 ・曜日、時間のずれが生じている。通所から帰宅されたのに、通所の迎えが来ると思われ外で待つなど <p>近隣、特にスーパーからのクレームが増えている、本人は食べ物を買に行くというより、買い物をすることで満足を得ている。弊社の支援に買い物に同行をしても、別時間に同様に訪問を繰り返す傾向がある。</p>	

メモ欄