

| タイトル 番号 | 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 | | |
| I 構造評価(Structure) [適切な運営事業] | | | | | | | | | |
| (1) 理念の明確化 | | | | | | | | | |
| ① | 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 | ○ | | | | 「いつでもつながる安心」を提供し、その人らしい暮らしをささえます。の理念の基、在宅生活の継続や心身機能の維持回復が実現できるように取り組んでいる。 | 生活パターンにおいて変化があった場合、迅速に対応が出来ることを本人や家族様へ伝えることで安心感につながると思う。 |
| (2) 適切な人材の育成 | | | | | | | | | |
| ① | 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 | ○ | | | | サービスの特徴や理念について、理解し、丁寧に説明している。 | 事業所に来てくれ、サービスについて分かり易く説明をしてもらえるのがありがたい。 |
| | | 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 | ○ | | | | 定期巡回チーム会議を立ち上げ月1回サービスについての勉強会を開催している。夜勤者ミーティングを開催し利用者の状態や対応方法の共有ができるように取り組んでいる。法人外研修への積極的な参加が今後の課題である。 | 自己評価の内容を確認した |
| | | 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 | | ○ | | | 身体介護、生活支援それぞれに適応した非常勤ヘルパーの見極めと手配が行えるよう計画作成責任者とともに取り組んでいる。必要に応じて個別指導を行っている。 | 自己評価の内容を確認した |
| ② | 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 | ○ | | | | 法人内看護職とは週1回の合同カンファレンス、法人外看護職とは電話・FAX・ICTを活用し、相互の理解・認識の擦り合わせを行っている。 | カンファレンスの大切さを感じた。介護職と看護職が役割を理解し医療と介護のどちらが必要か判断し動いてくれている。 |
| (3) 適切な組織体制の構築 | | | | | | | | | |
| ① | 管理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 | | ○ | | | ICTを活用することで、予め利用者が訪問前にどんな状態で居られるのかを確認した上で、サービスを提供することが出来る。その為、柔軟な対応をしやすい環境となっている。 | 自己評価の内容を確認した |
| ② | 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、サービスの提供時に適切に反映させている | | ○ | | | コロナ禍のため開催出来なかったが、アンケート方式で意見や感想を多数いただくことが出来た。頂いた助言等を参考にし、サービス提供時に適切に反映が出来ている。 | 意見や感想を参考にしサービスに反映させてほしい。 |

| タイトル 番号 | 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 | | |
| (4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備 | | | | | | | | | |
| ① | 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を活用することで、家族や連携先の事業所と細かい情報共有を行うことが出来ている。利用者の関係者以外は閲覧できないように個人情報管理を徹底している。 | ICTだけでなく希望時は共通ノートを活用し共有出来ている。 |
| (5) 安全管理の徹底 | | | | | | | | | |
| ① | 職員の安全管理 | 9 | サービスの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。法人内事業所の全車両にはドライブレコーダーを設置している。台風時等は訪問時間を考慮し、可能な範囲で利用者宅へ訪問している。洪水・土砂災害時のハザードマップを事業所内の見えやすい所に掲示している。 | 自己評価の内容を確認した |
| ② | 利用者等の個人情報の保護 | 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共に、管理者や職員において共有されている | ○ | | | | カルテは鍵付きの書庫にて保管。社用携帯やタブレットから情報が得られるようにし、必要時以外は持ち出さない。 | 自己評価の内容を確認した |
| 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 | | | | | | | | | |
| ① | 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 | | ○ | | | 契約時や、利用後の状態変化に合わせて、介護・看護と多方面からアセスメントを行い提案している。 | 心身機能の維持回復のために生活パターンに応じた支援方法を関係各所で検討することで質の高い支援体制につながるのではないかと。 |
| | | 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書面にて、助言や訪問時の注意点を確認。自事業所からはICTや電話にて共有。 | 介護と医療の両面からアセスメントを実施し、アセスメント内容を共有することでよりよいサービスの提供に繋がるのではないかと。 |
| ② | 利用者の心身の機能の維持回復や在宅生活の継続 | 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 | ○ | | | | 自立に向けた支援が出来るように利用者の残存機能を把握しケア内容を決めている。 | 本人・家族も交えケア内容を決定したが、本人が大変そうなのでしてあげてほしいと考えてしまう時があった。 |
| | | 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 | ○ | | | | 看護師との定期的なカンファレンスの実践により、利用者の情報と両者のアセスメント内容の共有を適宜行っている。その都度の課題をお互いに共有し、先を見越したリスク管理を実現する為の計画の作成を行っている | 自己評価の内容を確認した |

| タイトル 番号 | 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 | | |
| (2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し | | | | | | | | | |
| ① | 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・随時対応サービスの提供 | 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。電話対応やWEBカメラを使用するなど、対応方法を工夫し、柔軟な対応ができるように努めている。 | ヘルパー介入の拒否のある方には、短時間で安否確認だけでも行って頂けるため適していると思う。夜間帯の随時訪問等柔軟な対応はありがたい。 |
| ② | 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を行っている。サービス内容に関して、事業所間で相談し、適宜計画へ反映し対応するように心掛けている | 定期的に訪問し情報を把握されているので、その情報をケアマネや家族と共有し柔軟に対応してもらえるとよい。 |
| (3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供 | | | | | | | | | |
| ① | 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生かした役割分担が行われている | ○ | | | | 看護職は医療面、介護職はオムツ交換や食事介助等の身体介護中心に行うことで役割分担が出来ている。 | 利用者の状態についての共有が適宜でき、医療か介護どちらが必要か判断し動いてくれている。 |
| ② | 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 | ○ | | | | 利用者の観察ポイント、報告方法等の助言を受けた。普段と異なった症状は早期に報告し対応方法の相談を行っている。 | 疾病を理解し、介入されていることは分かったが看護師と一緒に訪問し検討することができればと思う。 |
| (4) 利用者等との情報及び意識の共有 | | | | | | | | | |
| ① | 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 | | ○ | | | 利用者だけに限らず、ケアマネジャーに対してもサービス開始前に事業所の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の説明をしている。希望時は事前にサービスの説明のための訪問を行うことがある。 | 利用者家族より訪問時間にばらつきがある、統一してほしい。 |
| ② | 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 | ○ | | | | 居宅サービス計画に基づいた個別援助計画を作成し、書面を提示してその内容説明を行い、同意の署名を頂いている。 | 自己評価の内容を確認した |
| | | 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 | ○ | | | | 状況の変化をケアマネジャーやキーパーソンに随時報告を行い、状況に合わせたサービスの提案をしている。 | 柔軟な対応は助かっている。 |

| タイトル 番号 | 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 | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| ① | 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、利用者の情報共有をしながら、ケアの変更があった場合には、サービス提供日時等の報告・相談を行っている。 | 小まめな報告があり利用者の状態が把握しやすい。今後も密な連携が取れたらと思う。 |
| | | 23 | 計画の目標のために、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 | | ○ | | | 利用者の状況に応じてデイサービスやショートステイ、配食サービス等の提案をケアマネジャーへ行うことがある。自費サービスの提案も積極的に行っているが理解が得られないケースがある。 | 同居家族の協力が得れなかったり、金銭面で自費サービスが難しいケースがある。単位数の加減でデイサービスやリハビリが受けられないのが残念。 |
| ② | 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 | ○ | | | | 介護・看護両面からのアセスメントの内容に沿って、目標を立てている。目標の達成状況について、他職種へ適宜情報提供を行っている。 | 自己評価の内容を確認した |
| (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 | | | | | | | | | |
| ① | 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) | | | ○ | | 配食サービスや、介護保険以外の生活援助について利用者の在宅生活の継続のために必要と思われるサービスをその都度提案している。 | 介護度が重く、且つ独居の方は家族等のインフォーマルな支援が無ければ、サービス利用だけでは難しいと思われる。 |
| | | 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・退所時には必ず退院前カンファレンスに参加している。状態の変化に応じて多職種でサービスの検討、情報共有を行っている。 | 自己評価の内容を確認した |
| ② | 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) | | | ○ | | 地域への発信が不十分なため今後の課題である。 | 自己評価の内容を確認した |

| タイトル 番号 | 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 | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| ① | 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、行われている | | ○ | | | 介護・医療連携推進会議の参加者には会議報告書の手交を行っている。事業所内は報告書を閲覧するよう取り組んでいる | 自己評価の内容を確認した |
| | | 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 | | ○ | | | 毎月情報誌を作成し、医療機関(地域連携室)へは退院前カンファレンス時にパンフレットと一緒に持参。居宅介護支援事業所へは実績返却時に情報誌を手交している。 | 情報誌は事例紹介が記載され参考になり、毎回楽しみです。 |
| (2) 地域包括ケアシステムの構築に向けての、まちづくりへの参画 | | | | | | | | | |
| ① | 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 | | ○ | | | 法人より、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のひとつであることは常時発信されている。職員については、ヘルパー会議を通し学習している。 | 自己評価の内容を確認した |
| ② | 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。 | 事業所から遠方で対応が難しいと思われるが対応してほしいと思う利用者がいるためエリアを再検討してほしい。 |
| ③ | 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) | | ○ | | | 地域の社会資源(インフォーマルサービス等)の情報を収集し、必要に応じて提案できるように取り組んでいる | 自己評価の内容を確認した |
| III 結果評価(Outcome) | | | | | | | | | |
| ① | 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 | | ○ | | | 達成しやすい目標を設定することで利用者が意欲的に取り組むことができ、6か月後に評価出来ている。生活機能向上連携加算の算定も合わせて提案し、より質の高い支援が行えるよう取り組んでいる。 | 自己評価の内容を確認した |
| ② | 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」と声掛けを行うことで、利用者・家族の中で安心感に繋がっている。 | 早朝から夜間まで利用できるため、本人はもちろん家族の安心感につながっていると思う。定期巡回だからこそ最期を自宅に選んだ。 |