

令和 6 年度 定期巡回・随時対応サービス 自己評価・外部評価 評価表

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価					外部評価 コメント	
				実施状況						コメント
				できている	ほぼできている	が多い できていないこと	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										
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	○				法人全体の理念を提示。 その他、年度初めに、課としての年間目標を設置。 前年度は「新入社員や現職員の離職を防止できるよう、各個人が教育や相談相手となり、問題の早期解決に取り組み、職場環境を整える」を目標に掲げ、問題の早期発見に努めるよう配慮。 家庭の事情で退職者は出てしまったが、新入社員には指導者を決めて窓口を一本化することで、話しやすい環境になったと思う。今後も対策は持続して維持していきたい今年度の目標は「気づける人になる」と掲げ、対象者を利用者のみではなく、職場内に置いても互いの立場を尊重し、引継ぎに力を入れる等の配慮を目標にしている。	・毎年、事業所として必要な目標を設定しており、理念を明確にした取り組みが行われている。 ・スタッフの皆様、仕事に対しての意識が高く、常に法人理念を意識しての業務にあっている印象です。何事に対しても迅速に対応して下さり、利用者の生活の安定性が図れています。 どの業界も働き手不足の時代。職員確保には苦勞すると思います。指導者を決め窓口一本は良い事だと思います。やはりベテランになると各々考え方があるので、新人は迷ってしまう事があるので。 「気づける人になる」は目標達成だと思います。いつも、皆様の気づきで大変助かっています。ケアマネ月1回の訪問では限界があるので。 ・新人教育に力を入れ職場環境を整える事にも取り組んでいる事は評価できると思います。 ・貴社ホームページに理念を記載しており、利用者也確認することができるようになっている。	

								・新入社員への指導など実施できていると思います。 ・離職を防ぐ取り組みは素晴らしいと思います。
(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	○			入社時に新入社員オリエンテーションにて説明。 事業所内にも提示して周知している。	・業務状況や電話での情報提供などの様子をみるかぎり、十分認識できると思います。 ・要介護状態が重い人が、在宅生活を送る上で必要不可欠のサービスであり、小樽市内のどこの事業所よりも利用者様本位に動いて頂き、管理者を始めとしてスタッフの想いが伝わってきます。 ・出来ていると判断します。
		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	○			看護師が契約時に初回アセスメントを実施。また、プランの長期目標の見直し時に再アセスメントを実施。 外部研修は、ZOOMでの研修も多く、現地に赴く時間が短縮され、参加しやすい環境となっている。 毎月の事業所内研修は、文章での伝達講習会から、昼休みを活用して実施できるようになっている。 （ホームページ参照） 外部研修は昨年度、合計18回参加。 参加延べスタッフ数は26名と大幅に増加している。 内容は感染症、BCP策定、緩和およびグリーフケア、摂食・嚥下、脱水症、高齢者虐待、クレーム対応の基本、腹膜透析、フットケアなど、多	・外部及び内部研修やカンファレンス等を活用し、専門職としての資質向上に関する取り組みが推進されている。 ・介護保険での必須研修が増える中、大変かと思います。 研修回数、参加人数を見ても、業務に対して意欲を感じます。 これほどまでに、研修を行っていることから、経験豊富、知識豊かなスタッフが大勢いる事に、サービス依頼をする側としては、安心の一言です。 ・内外の研修に積極的に取り組まれていることは評価できると思います。 ・利用者に対しては、絶対的に優しく、また、技術的にも高評価です。

							岐に渡っての項目。 また、サービス提供体制加算項目のショートカンファレンスは全スタッフにより、毎月の会議を行っている。	・研修機会を確保できていると判断します。
		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	○			訪問スタッフは、担当制とせず、同行訪問を重ね、スタッフ全員が同レベルのサービスを行えるよう配慮。 研修会やショートカンファレンスにて問題を共有し、サービスの質の格差が生じないよう均一化を図っている。 (土日祝祭日は1日を一人で訪問)	・同行訪問や研修会、カンファレンスを活用し、サービスの質の確保のための取り組みが行われている。 ・どのスタッフが行っても同レベルのサービス提供ができる配慮は、大賛成です。 担当制にすると利用者とスタッフ間の距離が近くなりすぎる可能性があり、サービスの質の低下につながると思います。 ・利用者評価基準からもサービスに対しての満足度が高いことが伺えました。今後も内部、外部の研修等による標準的なサービスの提供体制維持を心がけてください。 ・出来ていると判断します。
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	○			ファイル内の連絡帳を活用し、状態変化や指示変更の伝達を実施。 ご自宅に設置の連絡ノートにも都度記載を行い、漏れがないように工夫を行っている。 (全項目に掲げたように、毎月、利用者に対して定例で会議を実施している)	・利用者の状況確認のために電話連絡した際には、どのスタッフが対応しても適切な返答が頂ける事から、共有が図れていると感じます。 ・介護、看護連携を図り、随時対応して頂き大変助かっています。 ・情報共有のための対策を行い、できています。 ・介護職と看護職間の情報伝達の工夫がなされていると思います。

(3) 適切な組織体制の構築								
①	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				利用者やご家族のニーズを踏まえ、ケアマネジャーと話し合いを行い調整している。 勤務は早出、遅出などシフトを調整し対応。 （土日祝日は一人出勤のため、若干の時間変更をお願いし、理解を得ている）	・利用者の特性に着目した柔軟なサービス提供を行えるよう努めている。 ・情報提供が常にあり、感謝の一言です。利用者の状況や通院などで、予定時間外での訪問など、助かっています。 ・人員配置やシフト調整等、対応に苦慮されることもあると思います。サービス提供の為、今後も組織的に取り組んで頂けるよう期待しております。 ・限られた人員で利用者のニーズに応えた柔軟な対応ができています。 ・利用者の変化やサービス内容の変更などの報告や相談により、話し合いができています。 ・できています。
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、サービスの提供等に適切に反映させている				定例会議を 6 ヶ月に一度実施し、役員の助言を都度、頂いている。 会議の結果はホームページ上にて公表。 頂いた助言は、今後のサービス提供へ反映できるよう努めている。	・介護・医療連携推進会議を開催し、サービスの向上に努めている。 ・ケアマネの中には定期巡回サービスを利用した事がない方も多いと思います。ホームページを見てもらえる働きかけがあればと思います。 ・いつもサービスの提供状況などを丁寧に説明されているのでよくわかります。 ・会議の結果についてはホームページ上で過去の分についても会議での要望などが

								公表されており、過去のものも含めサービスの提供などに反映できているか確認を行うことができる。
								・依頼者のお願いなど、しっかり受けとめ、対応頂いている。 ・できています。 ・定例会議では多職種が参加し、多方面からの意見を聞くことができた。
(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	○			介護・医療連携推進会議では、イニシャル化を徹底。情報交換においては、カンファレンス、連絡ノートを活用。緊急時の連絡は電話にて直接担当者と話をして迅速に情報共有を行っている。	・関係者間での情報共有の際には、個人情報の適正な管理に努められており、情報共有の迅速化も図られている。 ・随時、電話連絡等で、情報提供があります。何事に対しても迅速な対応が多く、頼りになります。 ・電話やモニタリングなどで適切に情報提供が行われている。 ・個人情報管理に配慮した上で、情報の更新、共有ができています。 ・個人情報に配慮されている。
(5) 安全管理の徹底								
①	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)	○			法人マニュアルにて講じている。夜間訪問時などの防犯対策もマニュアルに記している。災害時に対し、医療機器装着者や独居者など優先順位を決め、スタッフが迅速に分担作業を出来るように工夫をしている。感染 BCP、災害 BCP、は作成済。	・各マニュアル、BCP の整備や必要な見直しをし、実効性のある安全管理が実践されている。 ・近年、思わぬ災害が多い事から事前準備は必要不可欠な状態です。いかにサービスを止めず行えるかが、課題だと思いますが、スタッフにも生活があり

							感染対策委員会も設置し、概ね半年に 1 度の役員会を行っており、都度、マニュアルの見直しや、BCP の見直しなどを実施している。	ますので、まずはスタッフ皆さまの安全第一でお願いします。 ・業務がお忙しい中、災害訓練やBCP 訓練などを実施するのは本当に大変だと思いますが、今後も努力を続けて下さい。 ・BCP や災害時のマニュアルについては、自事業所内の対応に加え、包括や市、居宅支援事業所などと連携した対策内容についても検討をお願いいたします。 ・できています。
②	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	○			契約時、個人情報保護に関する同意書を取り交わしている。事業所内での個人ファイルは、鍵のかかる書庫へ一元化管理としており、職員が不在時には施錠。鍵は管理者が所持している。 (持ち出し禁止) 電子機器に関しては、全てパスワード化を実施。 (退職者があった場合はパスワードの変更を実施) FAX は誤送信が生じないよう、送信時に確認を徹底している。(番号登録) 個人情報取り扱いに関してはマニュアル化をしており、また、定期的に研修も行っており、職員への周知は十分に出来ていると考える。	・利用者の安全管理の観点から、個人情報の管理が適切に行われている。 ・十分すぎる対応だと思います。電子機器のパスワード、退職者があった場合のパスワード変更には、徹底しているなと感心です。 ・引き続き個人情報の管理(セキュリティーソフトのバージョンアップ、パスワードの定期的な変更なども含む)については継続しての取り組みをお願いします。 ・常に情報を共有し、連携を図り対応出来ている。 ・できています。

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							
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	○			ケアマネジャーなどからの依頼時に、サービス内容および生活パターンを確認。契約訪問時に再度ご本人やご家族に確認を行い、アセスメントを実施している。 (サービス内容に応じて、他の利用者様との時間調整をお願いすることがある) ・利用者の24時間の生活に着目したサービス内容になるよう努めている。 ・常に、利用者本人を見てサービス提供をしているなど感じます。 ・自己評価通り実施できていると思う。 ・アセスメントできています。 ・サービス開始時には調整が困難であっても、必ず改善の方向に動いてくれます。
		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	○			看護師が初回アセスメントを実施し、介護職員とのすり合わせを行っている。短期目標の更新時には主に担当している看護師が再アセスメント実施。 ケアプランとずれが生じた場合は、カンファレンスや情報共有を行い、利用者などのニーズを元に調整を行っている。また、全スタッフにて、毎月、各利用者の定例会議を実施している。 ・介護・看護の連携は常に図れていると感じています。サービス内容の提案なども随時あります。今後も色々な提案をお願いします。 ・自己評価通り実施できていると思う。 ・できています。 ・看護師の視点からの助言が貴重。
②	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	○			自立を促したサービス内容や回数を都度変更。 (毎月のモニタリング表でケアマネジャーへも提案) 必要時には生活リハビリに即した家族への介助指導や生活環境の工夫も行っている。 ターミナル期の方や認知症の方に対しての「未来志向型」は困難な状況も多い ・利用者の心身機能の維持回復に向けた支援を意識し行えている。 ・活動性の少ない利用者への運動は助かっています。 自分の家では、やはり動かない方が多いので。 ターミナル期には、看護師さんに頼りっぱなしで頭が上がりにません。

							が、その時にできる事ややりたいことへの取り組みは実施している。	・自己評価通り実施できていると思う。 ・自立を促したサービス内容や回数など本人の心身機能の状況に合わせ必要時に話し合いや検討など行われている。 ・利用者本意の対応やアドバイスを頂戴し、ケアマネジャーからすると有難い。 ・計画作成できています。
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	○					病状進行防止、異常早期発見、機能維持など目標設定はしているが、ターミナル期、進行性疾患に関しては依存度が高まってしまうケースが多い。 精神的な支援や自分らしい最期を迎えるための苦痛緩和支援が中心。 退院直後の利用者や介護が初めての家族にとって不安が大きい為、（出来る限り、退院前カンファレンスの実施を希望）ニーズを聞き取り、医師や多職種との情報共有の元、病状の予測を立て、利用者のご家族も同じ方向で達成、維持できる目標を設定している。 再発防止のための食生活指導や調理、正確な内服の管理をはじめ、毎日の体調確認も当サービスができる取り組みと考える。 病状進行や介護度が高くなる場合、残存機能やご家族の介護力を見極め、在宅生活が継続できるよう、ケアマネジャーと連携して計画を再立案している。	・利用者の心身機能の維持回復に向けた支援を意識し行えている。 ・医療依存度が高い利用者には、看護師からのアドバイスやサービス提案はケアマネには出来ない領域だと感じます。 医療との連携など、いつも感謝しています。 ・自己評価通り実施できていると思う。 ・できています。 ・病状進行や感染症に感染した場合にも、精神的な支援や自分らしい最期を迎えるための支援が行われた。

(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	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	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	○			随時訪問サービスを行い、その時間帯での呼び出しが多い場合、定期訪問時間を変更する対応を実施。 また、末期がんなど、進行性疾患に対しては、病状により、訪問回数を増回して対応している。 (訪問看護の場合、末期がんの方のサービスは1日3回まで医療保険で対応)	・利用者の心身機能と病状に応じ、その人らしい生活を送れるよう、柔軟なサービス提供が行われている。 ・急なデイサービスの休みの際には、臨時で訪問してくださるなど、利用者の生活を常に考えサービス提供してくれています。進行性疾患での看護師の訪問は、本人・家族にとっての安らぎにも繋がっています。 ・自己評価通り実施できていると思う。 ・介護医療しっかり、連携されている。安心感がある。 ・できています。
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	○			定期的に看護師のモニタリングを行い、介護職員との情報共有に努め、毎月ケアマネジャーへ報告を行っている。 サービス内容変更が必要となった場合、ケアマネジャーへプラン変更を提案。 利用者やご家族の意向を確認し、計画を再作成している。	・モニタリング報告書では、細かい部分まで記載あり、本人の状況確認に役立っています。 ・自己評価通り実施できていると思う。 ・本人、ご家族の意向を確認し、計画の変更を行う。また、定期的モニタリングによる報告が行われている。 ・毎月、滞ることなく、モニタリング情報を頂き、助かっています。 ・できています。 ・モニタリングの報告内容の専門性が高いと思う。
(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	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	○			当社スタッフは必ず事業所への出社を義務付けており、訪問目にファイルで連絡	・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が行われている。

	軟なサービスの提供		を活かした役割分担が行われている					版や前日の記録を確認。また、双方が直に引継ぎが行えている。（業務時間により、直行の日は、必要事項を電話などで個別に引継ぎ） 生活の場面では介護職員が確認を行い、自立性を高める工夫を実施。看護師は疾患に対する観察や指導を行うなど、双方の役割を明確にしている。	・サービス提供時の状況を見させていただくと、情報共有も図れており、各々役割をしっかりと対応されている状況が確認できます。非常にプロ意識が高くサービスの質は高いです。 ・スタッフ間での情報伝達が確実になされていると思います。 ・自己評価通り実施できていると思う。 ・サービス提供できています。
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	○				上記同様、都度情報交換を行っている。看護師は主治医指示書のもと看護を展開しており、病状を把握し、介護職員にチームとしての役割を伝達している。現場で判断に困った時は、写真添付や状態報告を受け必要時には看護師が訪問するなど、都度対応。必要時には看護師より主治医への指示を仰いでいる。 また、介護のみの利用者については、月に1度の看護師モニタリングに於いて、介護職員の業務内容の確認や疾病の増悪予防や機能維持、回復に関しての助言を行っている。 （必要に応じて、看護師の介入を提案）	・看護職から介護職への必要な指導、助言が行われている ・看護師からの視点で利用者をみる事で、新たな発見もあるかと思っています。 - サービスの向上にもつながると思います。 ・利用者の状況などについて、看護職から介護職へ連携が取れており、サービスに反映できていると思う。 ・できています。
(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	○				サービスの趣旨については、ケアマネジャーからもプラン作成時に説明をして頂いている。 また、アセスメント実施後、目標を記し	サービス提供時は、利用者の同意を得て行われることを基本とし、その際は、利用者がサービスの内容や必要性を理解できるよう、今後も懇切丁寧

			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				た計画書の内容を説明する時にも再度、理解を得るよう情報提供を行っている。 ただ、包括算定であるため、介護度が上がった場合、訪問回数の増回を求められるケースは同様にある。 ケアマネジャーを含めたカンファレンスを行い、ご本人やご家族のニーズを聞き取り、適切なサービス内容と訪問回数について適宜、見直しを行っている。	な対応をお願いしたい。 ・訪問回数に関しては、ケアマネより事業所側のほうが、状況を把握していると思います。 適宜、情報提供して頂ければ対応します。 ・利用者などに対する当該サービスの趣旨および特徴などについて十分な情報が提供されている。 ・十分な情報提供ができています。
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	○			計画立案後、計画作成責任者が自宅訪問しご本人、ご家族への説明を行い、承諾を受けてサインを頂いている。 (看護計画の際は看護師)代筆時の理由についても記載欄を設けている。 プランとの相違がある場合、ケアマネジャーを通してカンファレンスなどを実施し改めて検討している。(文書照会の場合もある)	・サービス提供時は、利用者の同意を得て行われることを基本とし、その際は、利用者が目標やサービスの内容、必要性を理解できるよう、今後も懇切丁寧な対応をお願いしたい。 ・随時、本人・家族へ情報提供していただき、現在おかれている状況を本人、家族共に把握できていると思います。 ・作成した計画を家族へ説明し、了承を受けている。 ・できています。
		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	○			状態変化に応じて、回数調整やサービス内容の変更を行う旨を説明。 適宜、ご家族と情報共有を行い、変更が必要な場合、ケアマネジャーへの連絡を行っている。	・家族との情報提供の内容をケアマネにも報告してくれる事で、現在の変化にすぐに気づくことができます。 ・状態変化に応じて家族と情報共有を行い、ケアマネジャーへの連絡を行っている。 ・できています。

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									
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	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、看護師のモニタリングを実施し、定期的にケアマネジャーへ報告し調整している。 大きな変更が生じる場合や介護度の変更時にはカンファレンスを実施し見直しを行っている。(文書照会の場合もある) 提供時間については、勤務の都合上、若干の変更をお願いし、承諾を得ている。	・提供状況で何かあった際にはタイムリーに情報を提供してくれるので、何事も直ぐに対応できています。 ・こちら側もできるかぎり、タイムリーに対応する等に心がけています。 ・今後も利用者の適切な状況の把握とそれによる情報共有体制を継続してください。 ・できています。
		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	○				毎月送付のモニタリング表にて提案を行っており、必要時には地域サービスの提案も行っている。	・目標達成のため、インフォーマルサービスについても提案ができています。 ・利用者宅近隣住人への挨拶など関係構築につながっていると思います。 ・自己評価通り実施できていると思う。 ・必要時に地域サービスの提案や情報提供が行われている。 ・できています。
	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	○				契約時や更新時にはケアマネジャーの同席の元、カンファレンスを実施。(文書照会の場合もある) 各サービスの内容について、ご本人やご家族にも評価をして頂いている。 必要に応じて、サービス内容の変更や役割分担を設定。 継続した情報共有の為、連絡ノートやICTの活用など配慮を行っている。	・電話では、認識できない部分など、対面での会議で共通認識ができています。利用者も基本、月1回のケアマネより、定期的にサービス提供しているスタッフのほうが話しやすいようです。 ・サービス担当者会議などにおいて、利用者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。 ・情報提供できています。

(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）	○			通院時の院内介助は保険外の為、当社の自費サービスを提示（30分 900円）調理に時間が掛かる方は、ケアマネジャーとも相談を行い、必要に応じて、宅配弁当の併用や冷凍惣菜購入などをお願いしている。 （ミキサー食など、特に時間を要する場合を含め） 必要な方には、訪問理美容やふれあいごみ収集などの手続きをケアマネジャーへ依頼。また、独居の方について、ご本人の同意が得られた場合、近隣の方へ当社サービスが介入している旨を伝え、異変を感じた時には当社への連絡をお願いすることもある。	・今後も、利用者の生活を支える観点で、介護保険以外の柔軟なサービスの導入についても、多職種で検討していただきたい。 ・急な通院の際、中付きの自費サービスには、本当に助かっています。 急な通院となると、大半が体調不良であり、院内の中付きが必須となります。 乗降等サービスでは対応に困る状況です。 引き続き、インフォーマル等の提案などありましたら、お願いします。前向きに検討します。 ・利用者が安心して生活できるよう、地域資源の把握やフォーマル、インフォーマル問わず、支援のネットワークの構築などの体制づくりを行って頂ければと思います。 ・利用者のみならず、家族の介護負担軽減など、沢山の情報を提示。また、専門職と連携し状態の改善に向け、対応して頂いている。 ・検討できています。
		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）	○			入院・入所の際は先方にサマリー等の情報提供を行っている。退院・退所の際は、退院前カンファレンスが開催される場合、積極的に参加し、パンフレットなどを用いてサービス内容を説明し、事前環境を整えて迎え入れている。	・主に退院時カンファレンスの際に同席を依頼する事が多いですが、専門的な確認やサービス提案など、心強いです。 ・ICTを活用し適切で迅速な情報共有を期待しております。 ・できています。

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）	○			カンファレンスや文章照会を行い、定期的な情報共有を実施。 また、連絡ノートの共有や ICT の活用にて、関わりのある職種に対して、情報共有を継続している。 役割分担はプランに反映されており、変更時には都度確認を行っている。	・できています。
---	---	----	---	---	--	--	---	----------

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

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、迅速に行われている	○			会議後、記録をまとめホームページにて公表している。 過去のデータの閲覧も可能で、契約時に利用者およびご家族へ説明を行っている。	・インターネット時代、ホームページでの公表は、手軽に閲覧でき助かります。定期的に更新しているので、閲覧するのが楽しみです。 ・情報の発信できています。 ・ホームページにて確認することができる。
		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	○			サービス内容や単位に関する問い合わせは同様にありますが、都度、説明して理解を得ている。 ホームページにおいても、サービス内容の説明を行っている。 利用者数は現在 6 名(昨年同様)であるが、介護職員の増員が困難なため、今以上の受け入れは困難な状況にあり、積極的な広報活動は出来ない状況である。	・人材確保ができた際には、町内会等への広報周知活動をお願いしたい。 ・ニーズが高いサービスと思いますが、業務内容もハード。 職員確保も、このご時世難しいと思います。保険者のほうでも、制度の柔軟性や書類の簡素化など事業者側の負担を軽減させる処置を検討する必要性が高いと思います。 ・できています。 ・ホームページにて確認することができる。

(2) 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	○			役員は降りたが、計画内容になどの情報は小樽市のホームページを確認するなどの情報収集はしており、理解していると思われる。 ・できています。
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		○		当事業所は施設併設ではなく、理念は『ご自宅』での生活維持である。 但し、小樽市内全域となると、緊急時に（勤務時間以外は自宅からの訪問。早朝や深夜の対応時など、身支度や冬季の雪下ろしを含めて）30分以内で駆けつけることが困難な地域もあるため、一部のエリアを除外している。（運営規定に提示） ・現在の職員数などを考えると地域を限定してしまう事は、仕方がないことと理解しています。 特定の建物内でしかサービス提供をしていない事業所もある中、本当に助かっています。 ・施設併設ではない事業所は非常に貴重な資源です。全てのエリアをカバーすることは困難と思いますが、様々な状況に合わせ、柔軟に対応頂けるよう期待しております。 ・できています。 ・市内は広く、エリア除外があることは仕方がないと思う。
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）	○			独居や高齢世帯で重症度の高い方や認知症の方に対しては、近隣の方とお付き合いに準じて、（ご本人の了承を得て）当社パンフレットや名刺を持参して、異変時には連絡をお願いしている。 また、必要に応じて、地域の民生委員へもお願いをするケースもある。 ・介護サービスだけでは限界がある中、近隣住人の方からの助けは本当に助かります。サービス提供以外での働きかけ本当に感謝します。 ・日々の業務を通じ、利用者のニーズや地域の抱える問題などを地域ケア会議などで提起していただき、新しい資源や他業種とのネットワーク強化に協力いただきたいと思っています。 ・できています。

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	○			毎月のモニタリングにて看護師が評価し、介護職員のコメントを追記して翌月初旬にケアマネジャーに報告。 目標達成についての振り返りを行っている。 プランの長期目標見直しと同時に、再アセスメントを実施。短期目標見直し時には、評価を行い、計画書を再立案している。 また、看護計画報告書は、毎月モニタリング表と同時にケアマネジャーへ提出している。 ・毎月、確認させて頂いています。 細かな情報を丁寧にくださるので、状況が理解しやすいです。 毎月、決まった時期にいただけるので、感心しています。 ・毎月モニタリング表、看護計画報告書がケアマネジャーへ提出されている。 ・在宅生活を諦めかけていた家族が、サービス導入後、負担に思っていた事を解決してもらい、このまま自宅で生活させることができますと感謝しています。 ・できています。
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	○			高齢世帯や独居世帯の方は、当サービスを活用しなければ在宅生活の継続が困難な事例が殆どである。また、同居ご家族がいる場合は、自身の仕事と介護の両立が可能となっている事例もある。 定期訪問による安心感とコール端末設置にて、急変時にも安心が得られていると思われる。 (但し、認知症や重症度が高い独居の方は自身でコールを押せないため、訪問時に安否確認を行うしか方法がない) 毎年、利用者アンケートを実施しているが、安心感が得られていることは評価に繋がっていると感じると考える。 ・利用者が安心して在宅生活を継続できるよう、今後とも、サービス提供の質の確保と、人材確保について取組まれるようお願いしたい。 ・利用者の中には、自分の置かれている状況、病識など理解できていない方も多くいる中、定期巡回サービスを活用する事で、在宅生活が安定し、在宅生活が継続できています。 ・ケア・オフィス優さんのサービスがなければ在宅生活が送れなくなる方も多くいらっしゃると思います。 ・より利用者やそのご家族の安心感や信頼感を得るために、日常のサービス提供や利用者アンケートで利用者や家族のニーズ

									を捉え、サービスの充実を図って欲しいと思います。 ・サービスの導入により、利用者など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。 ・利用者に安心感を与えることができます。 ・在宅生活の継続にはなくてはならない制度です。
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--