

R7,1

↓()は、世帯数																
R6	16 人/ 17人中 回収、回収率 94.1%	1.よく…			2.まあ…			3.あまり…			4.まったくわからない			回答なし		
R5	13 人/ 15人中 回収、回収率 86.7 %															
R4	15 人/ 17人中 回収、回収率 88.2 %	R4	R5	R6	R4	R5	R6	R4	R5	R6	R4	R5	R6	R4	R5	R6
(1)	職員は、ご家族の困っていること不安、求めていること等の話をよく聞いていますか？	11	9	11	3	2	5	1	2	0	0	0	0	0	0	0
(2)	ケアホームでのご本人のご様子や健康状態、職員の異動などについて、ご家族にご連絡ができておりますか？	8	7	10	6	6	5	0	0	0	1	0	0	0	0	1
(3)	職員は、ご本人の介護計画をご家族にわかりやすく説明し、一緒に、内容に関する話し合いをしていますか？	12	11	12	2	1	3	1	0	0				0	1	1
(4)	職員は、ご本人の思いや願い、要望などをわかってくれていると思いますか？	9	10	9	4	2	6	2	0	0	0	1	1	0	0	0
(5)	職員は、ご家族やご本人のその時々状況や要望に合わせて、柔軟な対応をしていますか？	11	10	14	2	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0
(6)	ケアホームを利用するようになって、ご本人の生き生きとした表情や姿が見られるように	6	3	7	6	8	5	1	0	0	2	2	4	0	0	0
(7)	ご本人は、職員の支援などで、戸外の行きたいところへ出かけられていますか？	3	1	1	5	3	3	1	4	3	6	5	9	0	0	0
(8)	ケアホームを利用されていて、健康面や医療面、安全面について心配な点はないですか？	7	6	8	6	5	8	2	1	0	0	1	0	0	0	0
(9)	ケアホームは、ご家族が気軽に訪ねて来られやすい雰囲気ですか？	6	5	8	6	7	5	0	1	1	1	0	0	2	0	2
(10)	ご家族から見て、職員は生き生きと働いているように見えますか？	12	10	13	1	2	0	1	1	0				1	0	3
(11)	ご家族からみて ご本人は今のサービスに満足されていると思いますか？	11	11	12	1	1	2	1	0	0	2	1	1	0	0	1
(12)	ご家族は、今のサービスに満足されていますか？	10	8	11	3	4	4	2	1	0	0	0	0	0	0	1
(13)	その他、なんでもご意見を記入してください。	＊職員の方にいつも感謝しています。これからも宜しくお願い致します。 ＊家族としてはよく気遣ってくれると思います。 ＊毎日楽しい日々です。 ＊いつも一人一人を大切に親身に相談に乗っていただけるので、安心して毎日の生活が出来、感謝しています。 ＊みわ記念病院や理学療法士の先生との連携、看護、介護してくださる方それぞれの役割で、丁寧に対応して下さるので、教えてもらうことが多くあります。 ＊今年はきのこエスポアール病院や川崎医科大学附属病院などにお世話になり、「いろいろな病気もありましたが、症状を見つけて病院に繋いでもらったので、症状が良くなったのでありがたかったです。 ＊スタッフの皆さんが仲良く、小さなことでも情報共有して下さっているので、温かい雰囲気色々なイベントの企画で家では出来ない楽しい経験ができ、家族として嬉しく思います。一年間お世話になりました。 ＊さつきに行くのを楽しみにしている様子。これからもよろしくお願いします。 ＊いつもお世話になっています。 ＊今年も一年間、母だけでなく私の話を聞いて下さったり、ケアして下さいたりして、本当にありがとうございました。皆さんの優しい笑顔と対応で何とか頑張れています。分かっているけど…。反省と葛藤の日々ですが、これからもよろしくお願いします。 ＊いつもお世話になっています。今後よろしくお願いします。														

< 運営推進会議における評価_様式例 > ※公表用

【事業所概要】

法人名	医療法人 みわ記念病院	事業所名	さつきの里看護小規模ケアホーム
所在地	(〒719 ー0106) 岡山県浅口市金光町地頭下2 8 4ー1		

【事業所の特徴、特に力を入れている点】

住み慣れた地域で、「認知症になっても」「療養をしながらでも」「最期を家族と迎えることも」、さつきの里の目標である「おもてなしの心をもって」を掲げ、職員一丸となって支援しています。

ケアホームでは、認知症の方でも落ち着いて過ごしていただけるように、環境整備に力を入れています。「居心地のいい環境を提供しよう」ということで、ハード面はもちろん、職員のあいさつ、雰囲気、静かな空間など利用者様が落ち着いて過ごせるように 日々試行錯誤しながらサービスの提供をしています。

看護小規模多機能型居宅介護ならではの柔軟な対応として、急な「泊り」、体調に合わせた「通い」、そして訪問看護や訪問介護で健康な生活を維持できるよう支援しています。「通い」では、季節の行事や日々の生活の中で、利用者様と一緒に、笑い、楽しんで、「訪問介護」を増やし、在宅での生活リズムの調整を図っています。専従の理学療法士と連携し、個別性の高い専門的なリハビリも行い、機能維持に努めています。「泊り」では、看護職員がオンコール体制を取っており、利用者様にも、働く介護職員にも、安心して過ごせる夜間を提供しております。地域で唯一の「**看多機**」として、利用者様、ご家族様に寄り添っていきます。

【自己評価の実施概要】

事業所自己評価 実施日	西暦 <u>2025</u> 年 <u>1</u> 月 <u>28</u> 日	従業者等自己評価 実施人数	(<u>16</u>) 人	※管理者を含む
----------------	---	------------------	-----------------	---------

【運営推進会議における評価の実施概要】

実施日	西暦 2025 年 3 月 28 日	出席人数（合計）	(6) 人	※自事業所職員を含む
出席者（内訳）	■自事業所職員（ 1 人） ■市町村職員（ 1 人） □地域包括支援センター職員（ 人） ■地域住民の代表者（ 3 人） □利用者（ 人） □利用者の家族（ 人） ■知見を有する者（ 1 人） □その他（ 人）			

項目	前回の改善計画	実施した具体的な取組	進捗評価	
			自己評価	運営推進会議における意見等
I. 事業運営の評価 (評価項目 1～10)	・看護小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者・家族のニーズに柔軟に対応し、在宅での療養を支援するという地域で唯一のサービス提供を理念に沿って、やっていく。 ・新型コロナウイルス感染対策を徹底し、医療ニーズに対応できる職員のスキルアップを目標に、外部研修（1回/年）、内部研修（2回/年）を実施する。 ・業務継続計画（BCP）の研修や訓練を定期的に実施し、見直していく。 ・虐待防止、感染防止対策等の委員会や研修など、グループ全体で取り組む。 ・24時間、365日営業の事業所なので、職員の確保をするために、働きやすい職場づくりを職員と管理者が	・理念・ビジョンなど事業所に掲示している。カンファレンスごとに理念にあったサービスができているかどうか、話し合っている。 ・さつきの里評価表での自己評価をして管理者評価の実施→研修計画→実績を一覧にして見える化 - オンラインセミナーを積極的に取り入れた。情報提供にLINEチャットが活用できた。新人には、スタッフが一緒に業務をおこなってOJTでの研修対応をしている。 - 研修内容は、回覧や伝達を全体でする会議の時にしている。 - 定期ミーティングや申し送りによる情報共有や意見交換。 - 生活面は、介護職から、医療的な部分は看護職から、意見をケアマネが集約して、プラ	急な泊まりや通い、訪問看護や介護といった柔軟な対応を通じて、利用者の生活支援が実現されており、介護と看護における情報共有も円滑に行われている。 研修は、外部・内部ともに積極的参加し、書面報告やミーティングの場で職員同士共有して、業務に反映している。 研修一覧表を作成することで意欲につながった。 LINEチャットを使用しているが、有事の際の情報提供などに有効であった。 新人職員には、先輩職員と一緒にOJTを通して、指導し、就業の定着へ向かっている。申し送り、ミーティング、カンファレンスなどで、情報共有し利用者・家族に寄り添っている。 看護職員から介護職員へ情報提供や指導・助言などで、OJTをし	・職場の明るいコミュニケーションが見られ、各種の改善や利用者への対応など職員間での連携がよくできています。 ・職員のメンタル面についても配慮ください。

		話し合い、元気で明るい職員がかかわることで、利用者・家族の安心を重視する取り組みを行う。 ・ホームページのブログ更新で、事業所アピールをする。	ンへ位置づけ、サービス提供してフィードバックを継続している。 ・ヒヤリハット・イベントレポートの記入を基に検証、対策検討している。 ・感染防止対策委員会の実施 ・虐待防止委員会の実施・研修 それに含めて、拘束防止委員会の実施。 スタッフ間の協力体制、LINEチャット活用⇒ 業務継続計画、訓練を行った。	ているので、円滑な関係づくりはできている。 人手不足の解消のためにもホームページの更新をして、活力のある職場を発信していくことが必要である。 BCP（事業継続計画）はマニュアルの整備、見直しを行って、訓練を通して課題抽出、改善していく必要がある。 現在ある緊急時のマニュアルや感染防止のマニュアルとの整合性について見直しが必要である。	・人員不足は全国的に課題であり、人員確保のためにも積極的に情報を発信してください。 ・BCP 等については、課題等を整理・検討いただき、適宜見直してください。 ・虐待防止委員会の実施・研修は評価する。
Ⅱ. サー ビス 提供 等の 評価	1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供 (評価項目 11～27)	・病院や施設から在宅復帰支援を行う際に、入院中から連携を取りながら、在宅復帰に向けた情報交換は継続する。 ・次回受診時に在宅の様子を報告し、介護・看護サービスを提供して病状の安定した生活を送れるようにする。 ・理学療法士の意見や指導を取り入れ、在宅環境整備のための訪問リハビリを積極的に導入する。また、ホーム内で機能訓練を実施し、スタッフにリハビリ指導を行いながら研修を交えて取り組む。	・月に1回以上のモニタリングによる課題分析の結果、定期カンファレンス等による意見交換を行っている。 ・退院・居宅変更時の担当者（医療相談員、退院支援看護師、ケアマネジャー等）との連絡。 ・訪問看護指示書について、定期的に主治医への報告。 専従の理学療法士の機能訓練により、生活課題を見出し、利用者・家族にサービス提供。家族指導、介護職への指導に取り組んでいる。 ・吸痰が必要な方の受け入れは、できる介護職員は1名の	現利用者に対しては、状況変化（入院で病状変化や家族介護の負担など）に対して、早期に把握対応して、基本の情報から担当者会議・カンファレンスからプラン変更し、支援計画の作成、サービス提供へと対応してきた。 申し送り重視で、情報を得ることが多いため、伝言の不備や漏れも時にあるため、記録の重要性を見直す必要がある。 新規利用者に対して、病院の相談基本の情報からアセスメント、担当者会議・カンファレンスからプラン作成・支援計画して、サービス提供し、初め1・2週間は暫定プランとして、柔軟に対応して、	・事業の特徴を生かして多様な対応がなされていると思います。

		ミーティングやカンファレンスで話し合い、情報共有し、主に通いが中心となるが、訪問介護・看護を柔軟に組み合わせて、生活の中で機能訓練を行えるように提供していく。	み、看護職員のみで対応。切れ目のないサービスと家族の負担軽減のため、と考え、キャパを超えることがあった。看護職員の充足と吸痰研修を受ける必要がある。	本計画へ結びつけ、本人がホームに慣れることや家族が在宅生活に慣れることができるように対応できた。 専従の理学療法士がリハビリ体操をすることで、利用者の意欲向上につながっている。ポジショニングの仕方など難しいときや、座位の修正の仕方など、指導を受けることができ、利用者・家族の満足度も上がっている。	・吸痰ができる介護職員1名、・・・キャパをこえないよう体制の充足は必要と思う。
2. 多機関・多職種との連携 (評価項目 28～31)	・利用者様・家族様を取り巻く、多職種・多機関との連携を入院（所）中から行い、計画に反映できるように、関わっていく。 ・看多機専従の理学療法士の入職で機能訓練の時間が、ゆっくり取れるようになり、利用者にかかわることが増えたので、今後も計画的に機能訓練にかかわってもらおう。	・入院時には、医療連携シート等で、在宅での生活について情報提供している。 ・退所（居宅変更時）には、むすびの和のアセスメントシート等を利用して情報提供している。 ・病状の変化や相談等は受診に同行や、書面（医師宛）を家族に預けるなどして、情報提供し、指示を受けている。 ・申し送り時に問題提起があるときは、専門的に看護師やリハ職から助言、指導を受けている。 ・2月に1回の運営推進会議（資料持参時、地域の話をする）で、地域の状況（認知症の方や、独居の方、災害等の想定など）が把握できた。 ・地域の方や消防・警察の方の考えなど聞くことができた。	・体調不良時、家族との連絡はもちろん、病医院との連絡をし、受診を促し、受診に付き添うなどして、医療につないだ。 ・入院時には、医療連携シートで在宅の様子を一両日中には、病院の医療相談員や看護師に情報提供し、退院時には、情報を受け在宅復帰へ繋げることができた。 ・入院時や入所時には、今までのかわりの中でのポイントを含む医療連携シートや看護サマリーを記入し、担当者に提供し、環境が変わっても利用者が、できるだけ早く順応できるようにしており、入院入所先でも困りごとがあったら問い合わせに対応している。	地域ケア会議にも積極的に参加するなど、多職種の人との連携を図られています。 ・病院との入退院時の連携など良好と思います。	

	3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画（評価項目 32～41）	・コロナ禍で地域との直接的な交流は、まだ難しいが、ホームの周辺での活動（畑作業や散歩、日光浴など）をして、地域の目に触れるようにしていく。ご近所の方に自宅での様子をうかがうことで、利用者の生活の課題に対応していく。 ・地域の圏域会議には、管理者・ケアマネ以外にも積極的に参加し、地域の現状を職員皆が実感して、利用している方々の現状に照らし、何が必要で、何ができるのかを検討し、介護計画にも盛り込みサービス提供へつなげる。 ・便りやHP など、担当者を決めて、情報発信も積極的に行い、地域包括ケアシステムの中の一員として、利用していただきやすい環境を地域のサロンや民生委員さんの集まりやキャラバンメイト活動など通してPR、啓発活動を継続していく。	・独居の方は、近隣の方や民生委員さんとのつながり。サロンや会合の状況など話す。 ・地域ケア会議や圏域会議に参加する。 ケアホームだより・さつきの里便りを配布する。 ホームページの歳時記（ブログ）四季を通じて更新する。 認知症キャラバンメイトの養成講座に1名参加し、メイトを増やすことができた。地域のイベントなどへ参加して、地域の現状を見る。 ・ACP の研修や地域圏域会議に参加して、消防・警察の方の取り組みを知ることができ、ACP の取り組みがいかに重要か知ることができた。ACP の勉強会も開催した。 ・吸痰が必要な方の受け入れは、できる介護職員は1名のみ、看護職員のみで対応。切れ目のないサービスと家族の負担軽減のためを考え、能力を超えることがあった。	地域ケア圏域会議に他の職員も参加、キャラバンメイトが1名増え、メイト活動を行うことができた。浅口市の取り組みなどにも触れる機会が多くなったとともに職員も自己啓発の意欲をもてた。 さつきの里だよりやケアホームだよりの発行、ホームページの更新を四季の歳時記で更新、啓発の一端となった。 ・ACP の取り組みについては、継続して勉強会をして、利用者のプランへの反映が必要である。 ・看護職員の充足と吸痰研修を受ける仕組み作りが、母体との検討が必要である。地域で療養を必要としている方への対応としては重要なことと考えている。	・在宅介護に細かい配慮がされており、利用者や近隣の人についてもよく把握されており、協力関係ができているように思います。 ACP については、利用者等の意向を知るための一つのツールと考えています。引き続き活用いただきプランへ反映ください。
Ⅲ. 結果評価 （評価項目 42～44）	・利用者様・家族様の意思に寄り添い、住み慣れた家で在宅生活がおくれるように、コミュニケーションを取って行く。 ・高齢者の終末期の不安は、突然にやってくるかもしれないことに、しっかり	・終末・緊急時は、確認書の利用で意向確認。訪問診察時・受信時にかかりつけ医との相談をしている。その思いに寄り添って、ケアを行っている。 ・独居や高齢者世帯の方の在宅生活維持のため、「行ってい	契約時、更新時に意向の確認をするようにしているが、利用者・家族も現実感がなく、本当に近くなった時に再度聞くことが必要で、そのように対応している。どのような状態でどうなっていくか、などの知識の習得が職員教育でも必要と感じる。ACP の研修を通し	・終末期においては、本人の意向が尊重されるよう確認書を作成することが、望まれます。 ・地域の高齢化が進んでおり、在宅での介護について困難が増していますが、色々な工夫と関係者との協力ができています。	

	目を向け、どのような生活が送りたいか、計画の見直し時等に話し合っていく、対応ができるようにしていく。 ・高齢者同士の老々介護、独居など不安定要素には、特に寄り添って、地域の方と連絡を取り合いながら、安心して安全な在宅生活へつなげていく。	ること」の継続、「できること」の維持を大事に関わっている。	て確認する。 24 時間体制で、看護職員に連絡が取れるということで、安心感が得られている。不安なことがあれば、いつでも相談ができ、訪問もできることが大切であり、継続する。	・ ACP の重要性は増しており今後も研修等への参加を積極的に行ってください。
--	--	--------------------------------------	---	--

※自己評価・運営推進会議における評価の総括を記載します

■ 今回の「評価結果」および「改善計画」

項目	評価結果	改善計画
I. 事業運営の評価 (評価項目 1～10)	急な泊まりや通い、訪問看護や介護といった柔軟な対応を通じて、利用者の生活支援が実現されており、介護と看護における情報共有も円滑に行われている。 研修は、外部・内部ともに積極的参加し、書面報告やミーティングの場で職員同士共有して、業務に反映している。 研修一覧表を作成することで意欲につながった。 LINE チャットを使用しているが、有事の際の情報提供などに有効であった。 新人職員には、先輩職員と一緒に OJT を通して、指導し、就業の定着へ向かっている。申し送り、ミーティング、カンファレンスなどで、情報共有し利用者・家族に寄り添っている。 看護職員から介護職員へ情報提供や指導・助言などで、OJT をしているため、円滑な関係づくりはできている。 人手不足の解消のためにもホームページの更新をして、活力のある職場を発信していくことが必要である。	・看護小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者・家族のニーズに柔軟に対応し、在宅での療養を支援するという地域で唯一のサービス提供を理念に沿って、サービス提供をする。 ・新型コロナウイルス感染対策を徹底し、医療ニーズに対応できる職員のスキルアップを目標に、外部研修（1 回/年）、内部研修（2 回/年）、情報提供は LINE チャットを積極的に活用する。 ・専門的知識（認知症・吸痰研修など）を得るための研修体制の構築をする。オンラインセミナーを積極的に取り入れる。 ・業務継続計画（BCP）の研修や訓練を定期的の実施し、課題等を整理・検討し、適宜見直ししていく。 ・虐待防止、感染対防止対策等の委員会や研修など、グループ全体で取り組む。 ・24 時間、365 日営業の事業所なので、職員の確保をするために、働きやすい職場づくりを職員と管理者が話し合い、元気で明るい職員がかかわることで、利用者・家族の安心を重視する取り組みを行う。

		BCP（事業継続計画）はマニュアルの整備、見直しを行って、訓練を通して課題抽出、改善していく必要がある。 現在ある緊急時のマニュアルや感染防止のマニュアルとの整合性について見直しが必要である。	・次世代の育成（管理者、計画作成者等）をする。 ・ホームページのブログ更新で、事業所のアピールをして、人員確保のためにも情報発信していく。
Ⅱ. サービス提供等の評価	1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供 (評価項目 11～27)	現利用者に対しては、状況変化（入院で病状変化や家族介護の負担など）に対して、早期に把握対応して、基本の情報から担当者会議・カンファレンスからプラン変更し、支援計画の作成、サービス提供へと対応してきた。 申し送り重視で、情報を得ることが多いため、伝言の不備や漏れも時にあるため、記録の重要性を見直す必要がある。 新規利用者に対して、病院の相談基本の情報からアセスメント、担当者会議・カンファレンスからプラン作成・支援計画して、サービス提供し、初め1・2週間は暫定プランとして、柔軟に対応して、本計画へ結びつけ、本人がホームに慣れることや家族が在宅生活に慣れることができるように対応できた。 専従の理学療法士がリハビリ体操をすることで、利用者の意欲向上につながっている。ポジショニングの仕方など難しいときや、座位の修正の仕方など、指導を受けることができ、利用者・家族の満足度も上がっている。	・病院や施設から在宅復帰支援は入院時から行い、スムーズな在宅支援計画作成をする。 ・次回受診時に在宅の様子を報告し、介護・看護サービスを提供して、病状の安定した生活支援をする。 ・理学療法士の意見や指導を取り入れ、在宅環境整備のための訪問リハビリを積極的に導入。また、ホーム内で機能訓練を実施し、スタッフにリハビリ指導や研修をする。 ・ミーティング・カンファレンス、申し送りでの情報共有の継続 ・記録を見直し、申し送り情報の確認をする。

2. 多機関・多職種との連携 (評価項目 28～31)	・体調不良時、家族との連絡はもちろん、病医院との連絡をし、受診を促し、受診に付き添うなどして、医療につないだ。 ・入院時には、医療連携シートで在宅の様子を一両日中には、病院の医療相談員や看護師に情報提供し、退院時には、情報を受け在宅復帰へ繋げることができた。 ・入院時や入所時には、今までのかかわりの中でのポイントを含む医療連携シートや看護サマリーを記入し、担当者に提供し、環境が変わっても利用者が、できるだけ早く順応できるようにしており、入院入所先でも困りごとがあったら問い合わせに対応している。	・看多機専従の理学療法士の機能訓練を計画的に取り組む。 ・運営推進会議を通しての地域の情報を得る。
3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画 (評価項目 32～41)	地域ケア圏域会議に他の職員も参加、キャラバンメイトが1名増え、メイト活動をすることができた。浅口市の取り組みなどにも触れる機会が多くなったとともに職員も自己啓発の意欲をもてた。 さつきの里だよりやケアホームだよりの発行、ホームページの更新を四季の歳時記で更新、啓発の一端となった。 ・ACPの取り組みについては、継続して勉強会をして、利用者のプランへの反映が必要である。 ・看護職員の充足と吸痰研修を受ける仕組み作りが、母体との検討が必要である。地域で療養を必要としている方への対応としては重要なことと考えている。	・地域の行事やふれあいサロン等に参加する。 ・地域ケア圏域会議に積極的に職員が参加する。 ・認知症キャラバンメイト活動 ・ACPについては、利用者等の意向を知るための一つのツールとして、研修を重ね、活用をしていく。
Ⅲ. 結果評価 (評価項目 42～44)	契約時、更新時に意向の確認をするようにしているが、利用者・家族も現実感がなく、本当に近くなった時に再度聞くことが必要で、そのように対応している。どのような状態でどうなっていくか、などの知識の習得が職員教育でも必要と感じる。ACPの研修を通して確認する。 24時間体制で、看護職員に連絡が取れるということで、安心感が得られている。不安なことがあれば、いつでも相談ができ、訪問もできることが大切であり、継続する。	・安心して地域で暮らせるように、利用者・家族・かかりつけ医・周囲をとりまく多職種の方々との連携していく。 ・24時間体制で相談できる安心感をもっていただけるように、利用者家族とのコミュニケーションを図る。

■ 評価表 [事業所自己評価]

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
I 事業運営の評価 [適切な事業運営]							
(1) 理念等の明確化							
① 看護小規模多機能型居宅介護の特徴を踏まえた理念等の明確化とその実践							
1	○ サービスに求められる 「①医療ニーズの高い 利用者の在宅生活の継 続支援」、「②在宅での 看取りの支援」、「③生 活機能の維持回復」、 「④家族の負担軽減」、 「⑤地域包括ケアへの 貢献」を含む、独自の 理念等を掲げている		○			・そのまま続けてください。	✓ ①～⑤の全てを含む理念 等がある場合は「よくでき ている」 ✓ ①～⑤の一部を含む理念 等が掲げられている場合 は、「おおよそできている」 もしくは「あまりできてい ない」 ✓ 独自の理念等が明確化さ れていない場合は「全くで きていない」
2	○ サービスの特徴および 事業所の理念等につい て、職員がその内容を 理解し、実践している		○			・泊り・通い・訪問のバランスは如何に。 さつきの里はバランスがいいと思うが、 「泊りっぱなし」は問題。 ・引き続き、ニーズに合った柔軟な対応 をして下さい。	✓ 「サービスの特徴および 理念等を踏まえた実践」の 充足度を評価します ✓ 独自の理念等が明確化さ れていない場合は「全くで きていない」

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
		・プランもこの理念に沿って作成して、カンファレンス 時も話し合っている。					
(2) 人材の育成							
① 専門技術の向上のための取組							
3	○ 職員との話し合いなど を通じて、各職員の中 長期的な育成計画など を作成している		○			・中長期の目標を立てて年間の育成計画 書の作成は評価します。	✓ 「育成計画の作成」の状況 について、充足度を評価し ます ✓ すべての職員について育 成計画などを作成してい る場合は「よくできてい る」 ✓ 育成計画などを作成して いない場合は「全くできて いない」
		[具体的な状況・取組内容] ・評価表を基に育成計画書を設定し作成してい る。 ・各スタッフが研修計画をもとに、研修会・勉強 会に参加し、一覧表にすることで意欲に繋がって いる。 ・研修会参加後は、ミーティングで発表し意見交 換している。					
4	○ 法人内外の研修を受け る機会を育成計画等に 基づいて確保するな ど、職員の専門技術の 向上のための日常業務 以外での機会を確保し ている		○			・事業の質の向上のため、限られた人員 の中ですが、積極的な機会の確保を図っ てください。 ・デジタル化は必須です。 ・オンライン研修の積極的な取り組みを 行うことは良いと思う。	✓ 「専門技術の向上のため の日常業務以外での機会 の確保」について、充足度 を評価します
		[具体的な状況・取組内容] ・内外の研修案内を、LINE チャット等で情報提 供し、自発的に参加できる機会を得ている。 ・勉強会や研修会参加後は、会議やミーティング で発表している。					

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
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・介護支援専門員の間で、職員が相互に情報を共有する機会が、確保されている	○				・情報を共有する手段の確立が大切である。	✓ 「情報を共有する機会」の充足度を評価します ✓ 例えば「利用者等の具体的なケースについて話し合うための、定期的なカンファレンスの開催」などが考えられます
[具体的な状況・取組内容] ・申し送りやカンファレンスを通して、個々の利用者の情報を全職種が共有できるようにしている。 ・							
(3) 組織体制の構築							
① 運営推進会議で得られた意見等の反映							
6	○ 運営推進会議で得られた要望、助言等を、サービスの提供等に反映させている	○				・そのまま続けてください。	✓ 「得られた要望・助言等のサービスへの反映」の視点から、充足度を評価します
[具体的な状況・取組内容] ・議事録等で伝達し、サービスに反映している。							
② 職員が安心して働くことができる就業環境の整備							
7	○ 職員が、安心して働くことができる就業環境の整備に努めている		○			・職員のメンタル面についても配慮してください。 ・職員の確保を図ってください。	✓ 「職員が、安心して働くことのできる就業環境」の充足度を評価します ✓ 例えば、「職員の能力向上の支援」、「精神的な負担の軽減のための支援」、「労働時間への配慮」などが考え
[具体的な状況・取組内容] ・訪問回数が多い、見守り重視する方の支援には人手不足を大いに感じるが、職員同士、協力して対応している。質の低下への懸念も感じられる。							

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
		・急な休みには、職員同士協力しながら業務に対応している。 ・個々の就業環境に合わせて業務が行えている。				・限られた人員で工夫して対応されている。	られます
(4) 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	○ 利用者等の情報について、随時更新を行うとともに、必要に応じて職員間で迅速に共有できるよう工夫されている	○				・伝言の不備に対して、ホワイトボードの活用など検討してほしい。 ・申し送りを確実にするための手段はどうしているのか。	✓ 「情報の随時の更新」と「職員間で迅速に共有するための工夫」の2つの視点から、充足度を評価します
[具体的な状況・取組内容]							
・申し送りで、情報共有を夜勤専従者にも、休み明けのスタッフにも伝える。 ・申し送り重視で、伝言の不備があるため、記録を見直すことが必要。							
(5) 安全管理の徹底							
① 各種の事故に対する安全管理							
9	○ サービス提供に係る利用者等および職員の安全確保のため、事業所においてその具体的な対策が講じられている	○					✓ 「各種の事故に対する予防・対策」の充足度を評価します 対策が求められる事項としては、例えば「医療・ケア事故の予防・対策」、「交通安全」、「夜間訪問時の防犯対策」、「個人情報保護」などが考えられます
[具体的な状況・取組内容]							
・ドライブレコーダーを全車に装備しており、事故の検証や初めての訪問時の予習にも利用。 ・見守りセンサーの利用で転倒・転落を防止。 ・ヒヤリ・ハットノートで、事故を未然に防ぐための対策を構築							

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
② 災害等の緊急時の体制の構築							
10	○ 災害などの緊急時においても、サービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関の間で、具体的な対応方針が共有されている		○			・BCP 等については、課題等を整理・検討していただき、適宜見直しをしてください。 ・1 点、個人情報の保護の手当ても。 ・災害時等の緊急時マニュアルを作成し、地元の自治会などとの協力体制を図ってほしい。	✓ 「緊急時におけるサービス提供のための備え」について、充足度を評価します ✓ 例えば、「安否確認方法の明確化」、「連絡先リストの作成」、「医療材料などの確保」、「災害時ケアのマニュアル化」などが考えられます
Ⅱ サービス提供等の評価							
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・看護両面からの一体的なアセスメントの実施							
11	○ 在宅時の利用者の生活状況や家族等介護者の状況等を含む、利用者等の 24 時間の暮らし全体に着目したアセスメントが行われている		○			・どのように過ごしているかアセスメントを行っているが、家族などを含めた暮らしのアセスメントはもう少し深めてもいいと思う。 ・サービス提供時間外で家族に不安があれば、電話対応や緊急対応をしている。	✓ 「家族等も含めた 24 時間の暮らし全体に着目したアセスメント」の充足度を評価します ✓ ケアが包括的に提供される看護小規模多機能型居宅介護においては、家族等も含めた 24 時間の暮らし全体に着目したアセスメント

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおそ でている	あまりでき ていない	全く できてい ない		
							ントが必要となります
12	○ 介護職と看護職がそれぞれの視点から実施したアセスメントの結果が、両職種の間で共有されている	○				・そのまま続けてください。	✓ 「介護職と看護職間でのアセスメント結果の共有」について、充足度を評価します ✓ 介護・看護の両面から行われたアセスメントの結果は、その後のつき合わせなどを通じて、両職種で共有されることが望ましいといえます
② 利用者等の「尊厳の保持と自己実現の達成」を重視した計画の作成							
13	○ 家族を含む利用者等の考えを把握するとともに、その目標の達成に向けた計画が作成されている		○			・ACPについては、利用者等の意向を知るための一つのツールと考えています。引き続き活用していただき、プランへ反映してください。 ・家族の考えをサービスに反映することは大切だと思いますが、本人と家族の考えが違う場合にどのような方向で計画するのか、時には極端な相違もあるでしょう。個人的には大切なことだと思います。 ・家族も含めた考えを把握し、計画を作成してください。	✓ 「家族等の考えを含めた計画の作成」について、充足度を評価し利用者のみでなく、家族等の考えを適切に把握するとともに、その考えを含めた計画を作成することは重要であるといえます

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく でき て い る	おお そ で き て い る	あ ま り で き て い な い	全 く で き て い な い		
14	○ 利用者の有する能力を最大限に活かした、「心身の機能の維持回復」「生活機能の維持又は向上」を目指すことを重視した計画が作成されている	○				・そのまま続けてください。	✓ 「利用者の有する能力を活かした、心身機能の維持回復を重視した計画の作成」について、充足度を評価します ✓ 「利用者が尊厳を持って、その有する能力に応じ地域において自立した日常生活を営む」ために、必要な視点であるといえます
③ 利用者の今後の状況変化の予測と、リスク管理を踏まえた計画の作成							
15	○ 利用者の今後の状況変化の予測と、リスク管理を踏まえた計画が作成されている		○			・そのまま続けてください。	✓ 「状況変化の予測」と「リスク管理」の2つの視点から、充足度を評価します ✓ 介護・看護が一体的に提供される看護小規模多機能型居宅介護においては、特に看護職による予後予測などを踏まえて計画を作成することが重要です

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
(2) 利用者等の状況変化への迅速な対応とケアマネジメントの実践							
① 継続したアセスメントを通じた、利用者等の状況変化の早期把握と計画への反映							
16	○ サービス提供を通じた継続的なアセスメントにより、利用者等の状況変化を早期に把握し、計画への適宜反映が行われている	○				・そのまま続けてください。	✓ 「早期の把握」と「計画への適宜反映」の2つの視点から、充足度を評価します
		[具体的な状況・取組内容] ・来所時に状況確認、連絡ノートをチェックし、変化を早急に把握し適宜対応できるようにしている。 ・状態の変化があった場合は申し送りの場で、職員間で情報を共有し、ケアマネと連携し計画変更している。					
② 居宅への訪問を含む、利用者等の暮らし全体に着目したアセスメントの実施と計画への反映							
17	○ 通い・泊まりの利用に過度に偏らないよう、適時適切に利用者宅を訪問することで、家族等を含めた居宅での生活状況の変化を継続的に把握している	○				・そのまま続けてください。	✓ 利用者の状況変化を踏まえ、流動的に訪問時期の変更も考えられます。
		[具体的な状況・取組内容] ・ケアマネの定期訪問などで、家族の状況変化（病気等）の情報を得て、連泊で対応し、軽快時は元の利用形態に戻した。 ・家族が慢性的に看られなくなった場合に備え、入所待ちを行い連泊利用で対応している。					
③ 利用者等の状況変化や目標の達成状況等に関する関係多職種との情報共有							

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく でき て い る	おお よ そ で き て い る	あ ま り で き て い な い	全 く で き て い な い		
18	○ 利用者等の状況変化や目標の達成状況等について、主治医など、事業所内外を含む関係多職種と情報が共有されている		○			・そのまま続けてください。	✓ 「利用者等の状況変化や目標の達成状況等の事業所内外を含む関係多職種との情報共有」について、充足度を評価します
(3)介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供							
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							
19	○ 介護職と看護職のそれぞれの専門性を最大限に活かしながら、柔軟な役割分担が行われている	○				・そのまま続けてください。	✓ 「介護職と看護職の専門性を活かした役割分担」について、充足度を評価します ✓ 介護・看護が一体的に提供される看護小規模多機能型居宅介護では、効果的・効率的なサービス提供のために、各々の専門性を活かした役割分担や、業務の状況等に応じた柔軟な役割分担を行うことが重要です
20	○ 利用者等の状況について、介護職と看護職が	○					✓ 「介護職と看護職の情報共有および対応策の検討」

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
	互いに情報を共有し対応策を検討するなど、 両職種間の連携が行われている	<u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・介護職から報告があったことに、看護職が対応し、その後どういうポイントで介護すればよいか、申し送りや記録、カンファレンスで検討・確認などして、指導・ケアへ結び付けている。					について、充足度を評価します
② 看護職から介護職への情報提供および提案							
21	○ 看護職から介護職に対して、 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、 情報提供や提案等を行っている	○				・そのまま続けてください。	✓ 「看護職の専門性を活かした、 介護職への情報提供や提案等」について、 充足度を評価します ✓ このような情報提供や提案等は、 看護職の専門性を活かした役割の1つとして 期待されます
		<u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・看護師から、ケースに応じて専門的な情報提供はある。 申し送りや日常業務の中で、必要に応じて行っている。 ・また感染やその他勉強会に参加し、専門的な知識・情報の収集に努めている。 ・感染委員会や認知症対策委員会主催の勉強会等で、 感染対策やリスク管理を学ぶ場もある。					
(4)利用者等との情報及び意識の共有							
① 利用者等に対するサービスの趣旨及び特徴等についての情報提供							
22	○ サービスの趣旨および特徴等について、 分かる		○			・利用者等への情報提供及びその理解が得られ、利用者等の理解が得られると思います。	「利用者等の理解」について、 充足度を評価します

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
	りやすく説明し、利用者等の理解を得ている	<u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・ケア時の会話や活動を通じ、理解を得てもらえるよう努力している。 ・家族にも、送迎時の報告や連絡ノート、電話、メール報告を通じて、その日の出来事を理解してもらえるように努力している。				・施設の趣旨等から「できること」「できないこと」について、利用者等に理解していただけるように取り組んでください。	
② 利用者等への「在宅での療養生活」に係る指導・説明							
23	○ 作成した計画の内容や在宅での療養生活の継続に向けて留意すべき点等について、分かりやすく説明し、利用者等の理解を得ている	○				・そのまま続けてください。	✓ 「利用者等の理解」について、充足度を評価します
		<u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・ケアプランの説明には、分かりやすい言葉で説明している。週間表やカレンダーを使って、時間のスケジュールが分かりやすくしている。					
24	○ 利用者等が行う医療処置や医療機器の取り扱い方法、家族等が行うケアの提供方法等について、分かりやすく説明し、利用者等の理解を得ている	○				・看多機のメリットを生かしてください。	✓ 「利用者等の理解」について、充足度を評価します
		<u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・医療処置や医療機器の取り扱い方法については看護師が対応している。 ・家族からの質問は、訪問時や連絡ノート・電話・メールなどの連絡手段を通じて、理解を得られるように努力している。 ・介護職からも利用者の状態等で情報提供をし					

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
		ている。 ・家族へは説明書や図式を使って、説明して見守 って、充足度を確認しながら何度か一緒に行って いる。					
③ 重度化した場合や終末期における対応方針の、利用者等との相談と共有							
25	○ 利用者本人（意思の決 定・表示ができない場 合は家族等）の希望や 意向を把握し、サービ スの提供に反映してい る		○			・今後、後見人制度を利用される方が増 加すると思われます。研修等により理解 を深めてください。	✓ 「サービス提供への適切 な反映」について、充足度 を評価します
		[具体的な状況・取組内容] ・利用者本人がどう考えているか、以前は、こ う言っていたなど話から寄り添って、家族の思 いからサービス提供に反映をしている。					
26	○ 在宅生活の継続の可否 を検討すべき状況を予 め想定し、その際の対 応方針等について、利 用者等と相談・共有す ることができている		○			・そのまま続けてください。	✓ 「将来に発生し得る様々 なリスクを想定した上で の、対応策の検討と共有」 について、充足度を評価し ます
		[具体的な状況・取組内容] ・急変時の対応確認書をケアプラン作成時には 伺っている。 ・在宅生活が困難になった場合は、利用者より は、家族と相談が多く共有するようにしている。					
27	○ 終末期ケアにおいて、 利用者等に適切な時期		○				✓ 「予後および死までの経 過の説明」と「記録の有無」

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
	を見計らって、予後および死までの経過を丁寧に説明し、説明した内容や利用者等の意向等を記録として残している	<u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・終末期において、訪問診察や受診時にかかりつけ医から説明をしていただき、記録に残して、職員にも周知している。 ・訪問看護カンファレンスが月1回あり、その時の記録も周知している。				・ACPについては、利用者等の意向を知るための一つのツールと考えています。 引き続き活用していただきプランへ反映してください。	の2つの視点から、充足度を評価します ✓ 「丁寧に説明し」且つ「記録として残している」場合は「よくできている」
2. 多機関・多職種との連携							
(1) 病院・施設等との連携による円滑で切れ目のないケアの提供							
① 病院・施設等との連携や情報共有等による、在宅生活への円滑な移行							
28	○ 病院・施設等との連携・情報共有等により、病院・施設等からの、利用者の円滑な在宅生活への移行を支援している	○				・施設と医療の連携・情報共有等はできています。	✓ 「利用者の円滑な在宅生活への移行」について、充足度を評価します ✓ 例えば、「退院・退所前のカンファレンスへの参加」、「利用者等に係る病院・施設等との継続した情報共有」などの取組が考えられます
		<u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・母体の医師とのカンファレンスや、医療相談員と情報交換を定期的に行い、円滑に在宅生活へ結び付けている。 ・入院時は、1両日中には、医療連携シートを送り、利用者の普段の様子を分かっていたこと、退院までに何が在宅生活に必要なかを知っていただき、スムーズな在宅移行へのツールとなっている。					

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
② 入院・入所の可能性がある利用者についての、主治医等との対応方針の共有							
29	○ すべての利用者について、緊急時の対応方針等を、主治医等と相談・共有することができている		○			・そのまま続けてください。	✓ 「緊急時の対応方針等の主治医等との相談・共有」を評価します ✓ 利用者の状態変化・家族等介護者の状況の変化など、実際に発生する前の段階から予め対応方針等を主治医等と相談・共有しておくことが重要です
③ 地域の医療機関等との連携による、急変時・休日夜間等に対応可能な体制の構築							
30	○ 地域の医療機関等との連携により、休日夜間等を含めて、すべての利用者について、急変時に即座に対応が可能な体制が構築されている			○		・看護職員の確保を検討して下さい。 ・限られた人員の中で、工夫され対応されている。 ・緊急時の即座の対応。 ・可能な体制作りは重要。	✓ 「即座な対応が可能な体制の構築」について、充足度を評価します
(2) 多職種との連携体制の構築							

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
① 運営推進会議等における、利用者のために必要となる包括的なサポートについての、多職種による検討							
31	○ 運営推進会議等において、利用者のために必要と考えられる包括的なサポートについて、民生委員・地域包括支援センター・市区町村職員等への情報提供や提案が行われている			○		・丁寧な情報提供を頂いている。	✓ 「利用者のために必要となる、介護保険外のサービスやインフォーマルサポート等を含めたケアの提供について、多職種とともに検討・支援を行っていくなどの取組」の充足度を評価します ✓ そのような取組をしたいことがない場合は「全くできていない」 ✓ 民生委員のみでなく、自治会長や町会長などの住民代表も対象です
		[具体的な状況・取組内容] ・包括的なサポートの提案や情報提供については、現在の状況のみ情報として報告している。 ・地域ケア圏域会議に出席して、状況については情報提供している。二か月に1回開催しており、地域行事のことや運営について意見交換を行っている。また、防災については意見を頂くことも多い。					
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 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							
32	○ 運営推進会議の記録について、誰でも見ることができるような方法での情報発信が、迅速に行われている		○			・限られた人員のなかで、工夫され対応されている。 ・回覧だけでなく、社内ネットワークの利用などにより常時閲覧できるように検討してください。	✓ 「誰でも見ることができる方法での情報発信」と「迅速な情報発信」の2つの視点から、充足度を評価します
		[具体的な状況・取組内容] ・回覧して誰でも見ることができるが、職員が見ているだけになっている。					

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく でき て い る	およそ でき て い る	あまり でき て い ない	全 く でき て い ない		
33	○ サービスの概要や地域において果たす役割等について、正しい理解を広めるため、地域住民向けの積極的な啓発活動が行われている			○		・地域住民が参加する行事等で、事業所の取り組みを紹介することも含めて検討してください。 ・積極的な活動をお願いします。	✓ 「積極的な啓発活動」について、評価する項目です ✓ 例として、「チラシ等の配布」や「地域説明会の実施」などの取組が考えられます。 ✓ 利用者や職員の確保のみを目的とした活動等は除きます
(2) 医療ニーズの高い利用者の在宅での療養生活を支える、地域拠点としての機能の発揮							
① 看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者以外を含む、地域への訪問看護の積極的な提供							
34	○ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者以外を対象とした訪問看護を積極的に実施している			○		・看護職員の確保により積極的に活動して下さい。	✓ 「指定訪問看護事業所の指定を併せて受けている事業所」のみが対象です。該当しない場合は、実施状況欄は無記入で、[具体的な状況・取組内容]欄に「指定なし」と記入してください ✓ 「登録者以外を対象とした訪問看護」を実施していない場合は、「全く

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく できて いる	おおよそ できている	あまりできて いない	全く できてい ない		
							できていない」 ✓ 「あまりできていない」～ 「よくできている」は、そ の「積極性」の視点から、 充足度を評価します
② 医療ニーズの高い要介護者の積極的な受け入れ							
35	○ 「たん吸引」を必要とする要介護者を受け入れることができる体制が整っており、積極的に受け入れている			○		・介護士喀痰吸引講習の受講を計画的に行ってください。 ・スタッフの積極的な増員、体制作りを行ってもらいたい。	✓ 「積極的な受け入れ」について、充足度を評価してください ✓ 「受け入れることができる体制」が整っていない場合は、「全くできていない」 ✓ 「あまりできていない」～ 「よくできている」は、その「積極性」の視点から、充足度を評価します
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・現在、看護師の他に介護士喀痰吸引講習修了スタッフは1名という状況で、受け入れは積極的には行えていない。 ・介護職で喀痰吸引ができるように研修受講は勧めている。体制作りが必要。					
36	○ 「人工呼吸器」を必要とする要介護者を受け入れることができる体制が整っており、積極的に受け入れている				○	・仕方ないと思う。 ・これでいいと思います。	✓ 「積極的な受け入れ」について、充足度を評価してください ✓ 「受け入れることができる体制」が整っていない場合は、「全くできていない」 ✓ 「あまりできていない」～ 「よくできている」は、そ
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> 設備がないので受け入れていない					

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく でき てい る	およそ でき てい る	あまり でき てい ない	全く でき てい ない		
							の「積極性」の視点から、 充足度を評価します
37	○ 「看取り支援」を必要とする要介護者を受け入れることができる体制が整っており、積極的に受け入れている		○			・限られた人員のなかで、工夫して対応されている。	✓ 「積極的な受け入れ」について、充足度を評価してください ✓ 「受け入れることができる体制」が整っていない場合は、「全くできていない」 ✓ 「あまりできていない」～「よくできている」は、その「積極性」の視点から、充足度を評価します
(3) 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							
38	○ 管理者および職員が、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理解している		○			・そのまま続けてください。+	✓ 「内容等の理解」について、その充足度を評価します ✓ 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、その中で各々が果たすべき役割を、明確に理解することが必要であるといえます

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく でき てい る	およそ でき てい る	あまり でき てい ない	全く でき てい ない		
							✓ 地域包括ケアシステムの構築方針や計画などが無い場合は、「全くできていない」
② サービス提供における、(特定の建物等に限定しない) 地域への展開							
39	○ サービスの提供エリアについて、特定の集合住宅等に限定せず、地域に対して積極的にサービスを提供している	○				・そのまま続けてください。	✓ 「特定の集合住宅等に限定しない、地域への積極的な展開」について、充足度を評価します ✓ 看護小規模多機能型居宅介護は、特定の集合住宅等に限定することなく、地域全体の在宅療養を支える核として機能していくことが期待されます ✓ 特定の集合住宅等のみを対象としている場合は「全くできていない」
③ 安心して暮らせるまちづくりに向けた、関係者等への積極的な課題提起、改善策の検討等							
40	○ 介護・看護の観点から、地域の関係者に対し、必要に応じて課題提起や改善策の提案等が行われている		○			・実体験に基づく意見は重要ですので、引き続き出席していただき、課題提起や改善策等の提案をしてください。 ・地域ケア会議の積極的な参加は重要であり、評価します。	✓ 「課題提起や改善策の提案等の取組」について、その充足度を評価します ✓ 今後は、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、必要となる保険外サービスやイ

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく でき て い る	おお よ そ で き て い る	あ ま り で き て い な い	全 く で き て い な い		
							ンフォーマルサービスの開発・活用等、利用者等のみでなく地域における課題や改善策を関係者に対して提案していくなどの役割も期待されます ✓ そのような取組をしたことがない場合は、「全くできていない」
41	○ 家族等や近隣住民などに対し、その介護力の引き出しや向上のための具体的な取組等が行われている			○		・在宅での看取りは希望する人が少ない、制度のギャップを感じます。国としては薦めたいのだろうが、当の本人、家族に覚悟がない。 ・近隣住民への働きかけをお願いします。	✓ 「家族等や近隣住民に対する、介護力の引き出しや向上のための取組」について、その充足度を評価します ✓ 今後は、利用者への家族等や近隣住民の関わりを促しながら、関係者全員の介護力を最大限に高めることにより、在宅での療養生活を支えていくための環境を整えていくなどの役割も期待されます ✓ そのような取組をしたことがない場合は、「全くで

番号	評価項目	事業所自己評価				運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		よく でき て い る	およそ でき て い る	あまり でき て い ない	全 く でき て い ない		
							きていない」

番号	評価項目	事業所自己評価	運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
Ⅲ 結果評価				
① 計画目標の達成				
42	○ サービスの導入により、利用者ごとの計画目標が達成されている	① 1. ほぼ全ての利用者について、達成されている 2. 利用者の2/3くらいについて、達成されている 3. 利用者の1/3くらいについて、達成されている 4. 利用者の1/3には満たない。 [具体的な状況・取組内容] ・計画目標の達成は、ほぼ全ての利用者について達成されているが、利用者の希望の変化に計画目標が柔軟に対応できるようにしたい。		✓ 「計画目標の達成」について、評価します

番号	評価項目	事業所自己評価	運営推進会議における意見等	評価の視点・評価にあたっての補足
② 在宅での療養生活の継続に対する安心感				
43	○ サービスの導入により、利用者およびその家族等において、医療が必要な状況下においての在宅での療養生活の継続に対し、安心感が得られている	1. ほぼ全ての利用者について、達成されている 2. 利用者の2/3くらいについて、達成されている 3. 利用者の1/3くらいについて、達成されている 4. 利用者の1/3には満たない <u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・医療処置が必要な方には、いつでも相談にのれるような体制作りをしていて、安心が得られている。 ・医療・介護サービスを提供し継続的に安心感が得られるように心がけている。 ・利用者には単身や介護力が低下している環境も多く、柔軟で綿密な対応が必要である。		✓ 在宅での看取りを除く、全ての利用者およびその家族等に対し、サービスの提供により実現された「医療が必要な状況下においての、在宅での療養生活の継続に対する安心感」について、評価します
44	○ サービスの導入により、在宅での看取りを希望する利用者およびその家族等において、在宅での看取りに対する安心感が得られている	1. ほぼ全ての利用者について、達成されている 2. 利用者の2/3くらいについて、達成されている 3. 利用者の1/3くらいについて、達成されている 4. 利用者の1/3には満たない 5. 看取りの希望者はいない		✓ 在宅での看取りを希望する利用者およびその家族等に対し、サービスの提供により実現された「在宅での看取りに対する安心感」について、評価します ✓ 在宅での看取りは、事業所内(通い・

番号	評価項目	事業所自己評価	運営推進会議における 意見等	評価の視点・ 評価にあたっての補足
		<u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・今までの利用者の中で、在宅看取り希望の方は少ないが、本人、家族の意向、要望に沿うことが出来るような取り組みを行うことができた。これからもかかりつけ医・本人・家族・他職種間との連携を深めていきたい。 ・看護職がいつでも連絡がつく状態にあることや、24 時間体制にあることで、在宅でも安心感が得られている。 ・数名の方が看取りの時期で、医師との連携で在宅での看取りが全うできるように寄り添っていきたい。		泊まり) での看取りを含みます ✓ 在宅での看取りの希望者がいない場合は、「5. 看取りの希望者はいない」