

< 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- 0106) 岡山県浅口市金光町地頭下2 8 4 - 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。

新型コロナウイルスの発生状況は減少傾向ですが、インフルエンザやノロウイルス等の感染症に対して、感染予防対策を徹底し、在宅生活が安心安全に過ごせるように、注力していきます。

【自己評価の実施概要】

事業所自己評価 実施日	西暦 <u>2026</u> 年 <u>1</u> 月 <u>27</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 <u>2026</u> 年 <u>3</u> 月 <u>27</u> 日	出席人数（合計）	(<u>6</u>) 人	※自事業所職員を含む
出席者（内訳）	■自事業所職員（ <u>2</u> 人） ■市町村職員（ <u>1</u> 人） □地域包括支援センター職員（ <u> </u> 人） ■地域住民の代表者（ <u>2</u> 人） □利用者（ <u> </u> 人） □利用者の家族（ <u> </u> 人） ■知見を有する者（ <u>1</u> 人） □その他（ <u> </u> 人）			

項目	前回(R7年度)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、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	・理念・ビジョンなど事業所に掲示し、再認識。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。 ・「さつきの里考課表」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 ・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。 ・オンラインセミナーを積極的に取り入れ、情報提供にはLINEチャットを活用。 ・安全運転研修を開催。玉島警察署から講師を招聘し、装置を使用して危険予測体験をする。 ・看多機協議会主催のBCP見学。資料を作成し回覧。ミーティング時にパワーポイントにて報告。 ・研修内容は、研修報告書を提	・利用者および家族の意向を尊重した支援を心掛け、安心感のある関係づくりに努めてきた。日常的な声かけや相談対応により、信頼関係の構築をしている。今後も家族との情報共有をさらに強化し、満足度の向上につなげていく。 ・看護職と介護職が密に連携し、医療的ニーズの高い利用者に対しても安心して在宅生活を継続できる支援体制を築いてきた。医師や関係機関との連携も取れており、緊急時対応や状態変化への対応も行っている。 ・看護小規模多機能の特性を十分に理解した支援の実践には、継続的な学習が必要で、ほぼ全員が目標の回数をクリアしている。今後も職員全体のスキル向上を図っていく。研修は、研修一覧表を作成し、内外ともに積極的に参加し、研修報告を提出、	・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。 ・職員間での連携ができています。 ・事業所の長所を生かし、多職種等と連携して地域に必要なサービスができていると思います。 ・研修内容・結果を文書のファイルにして、いつでも参考にて

		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。 ・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。	出し回覧。ミーティング時に発表。 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・研修 ・虐待防止委員会の実施・研修 ・身体拘束適正化委員会の実施・研修 ・スタッフ間の協力体制、LINEチャットも活用した。 ・次世代の育成では、ケアマネの実務研修中。管理者研修を受講終了。	ミーティングで職員同士共有して、業務に反映している。 ・LINEチャットを使用しているが、内外の研修案内や、有事実際の情報提供などに有効だった。 ・新人職員には、先輩職員と一緒にOJTを通して、指導、助言を行い、就業の定着をめざしている。その職員にあったOJTの方法も必要。 ・申し送り、ミーティング、カンファレンスなどで、情報を共有し、利用者・家族に寄り添った、より質の高いサービス提供を目指している。 ・人手不足の解消のためにも、ホームページの歳時記(ブログ)を更新し、活力のある職場を発信していくことを継続していく。 ・BCP(事業継続計画)はマニュアルの整備、見直しを続け、訓練を通して課題抽出、適宜改善していく。	きるようにできています。 ・新人へのOJTの充実、各種研修の参加により、新人教育・スキルアップされている。さらなる向上に努めていただきたい。 ・職員のメンタル面についても配慮してください。 ・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、適宜見直しください。
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	・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。看多機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。	・利用者一人ひとりの身体状況、疾患特性、生活歴、家族背景を踏まえ、看護、介護、リハビリ等の専門職が連携し、個別性の高いサービス提供に努めている。 ・利用者の状態変化については、日々の観察と情報共有を通じて早期に把握し、必要に応じてケア内容や訪問頻度の見直しを行っている。 ・認知症のある利用者一人ひと	・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。

		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。	家族指導、介護職への指導に取り組んでいる。 ・現在、吸痰が必要な利用者はいない。研修修了者職員は1名。看護職員のみで対応。吸痰が必要な方の受け入れには、看護職員の充足と介護職員の吸痰研修の受講の必要がある。	りの思いを大切にしながら支援を行っている。日々の関わりの中での変化を丁寧に見守り、多職種で情報を共有。不安を感じる事無く、安心して過ごして頂けるよう、努めている。 ・医療機関や関係機関と密に連携し、安心して在宅生活を継続できるよう支援を行っている。 ・今後も、専門性の向上と多職種連携の強化を図り、利用者の状態や生活の変化に柔軟に対応した質の高いサービス提供を継続していく。 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。 ・新規利用者の受け入れに際しては、事前の情報収集および職員間の共有（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週間は暫定プランを作成）を行い、柔軟に対応して、利用者の不安軽減や、家族が在宅生活に慣れることができるように対応している。 ・専従の理学療法士がリハビリ体操や個別リハビリを行い、機能訓練も充実し、利用者の意欲の向上にも貢献している。 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	・多職種等と連携して地域に必要なサービスができていると思います。 ・記録ファイルを工夫することによって、情報共有をスムーズに行うことができるように工夫されている点を評価します。 ・理学療法士を中心として機能訓練ができています。 ・引き続き、利用者、家族等にアドバイスをお願いします。
--	--	---	--	--	--

	2. 多機関・多職種との連携 (評価項目 28～31)	・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。	・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 ヶ月に 1 回の運営推進会議（資料持参時、地域の話をする）を開催する。	ている。 ・月に 1 回以上のモニタリングによる課題分析、定期カンファレンス等による意見交換を行っている。 ・体調不良時、家族や、病医院との連絡をとり、受診を促している。受診に付き添いも行っている。 ・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。退院時には、情報を受け在宅復帰へ繋げている。 ・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。 ・独居が難しく長期利用になっている方の、後見人制度の利用を進めていて、ご家族の反対により中止したが再度検討中。	・関係機関との情報交換し、連携することで、サービスの充実が図れると思います。 ・病院との入退院時の連携など良好と思います。 ・後見人制度の利用を社協と連携して勧めることは重要だと思います。
	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）	・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。	コロナ禍は明けても、外でする事、行事などは完全には戻ってきてはいない。 ・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。 認知症キャラバンメイトの養成講座に 2 名参加し、メイトを増	・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 2 名増え、メイト活動することができた。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。 ・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し、啓発をおこなって	・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て、自己啓発に努めることは評価できると思います。

			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 の研修に 5 名参加した。日々の生活の中で大切にしたい事をどのように考えているか、普段から、家族や大切な人と、人生について、会話する事の大切さを学ぶことができた。利用者やご家族の意向にそったケアを提供する為に活用までは至っていない。 ・現在、喀痰吸引が必要な対象者はいない。看護師の他に介護士で喀痰吸引講習修了スタッフが 1 名という状況で、受け入れは積極的には行なえていない。介護職の喀痰吸引研修は受講できていない。夜間は夜勤者全員が喀痰吸引の有資格者ではない為、オンコール対応になり、負担が大きいと思われる。ケアホームだよりを配布する。ホームページの歳時記(ブログ)四季を通じて更新。	おり、継続する。 ・ACP の取り組みについては、継続して研修、勉強会をして、利用者のプランへの反映が必要である。 ・積極的な訪問看護や医療的ケアを行う為に、常勤基準以上の看護師配置が必要であり、看護職員の充足と介護士の吸痰研修を受ける仕組み作りが母体法人を含め検討が必要である。	・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。 ・難しいと思うが、吸痰ができる介護職員の充足は必要と思う。
Ⅲ. 結果評価 (評価項目 42～44)	・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。	・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。いざとなれば、入院を希望されるケースはあるかもしれないが、その思いに寄り添ったケアを行う。 ・独居や高齢者世帯の方の在宅生活維持のため、「行っていること」の継続、「できること」の維持を大事に関わっている。	・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	・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。 ・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。 ・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	

			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。	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。
--	--	--	-------------------------------------	------------------------------

※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の向上に繋がった。 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も有効であった。 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。	・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、住み慣れた地域や自宅で生活を続けられるよう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の発生状況は減少傾向だが、インフルエンザやノロウイルスなどの感染症に対して、感染対策を継続していく。 ・職員のスキルアップや専門的知識（認知症・吸痰研修など）の習得の為に、外部、内部研修を受ける。情報提供は LINE チャットを積極的に活用する。 ・業務継続計画（BCP）の研修や訓練を定期的実施し、適宜マニュアルの見直しを行い、既存の緊急マニュアルと摺合せをする。 ・感染防止対策委員会、虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会の実施、研修などを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、定着率の向上の為に、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。 ・次期管理者と計画作成者の育成。 ・ホームページの歳時記（ブログ）を、四季を通じて更新し、事業所のアピールを継続する。
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)	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。	・病院や施設から在宅復帰支援は入院時から行い、連携を取りながら、在宅支援計画を作成する。 ・次回受診時に在宅の様子を報告し、病状の安定した生活が送れるように、介護・看護サービスを提供する。 ・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。ホームでは、リハビリ体操や個別リ

	～27) 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。	ハビリを行い、機能訓練も充実し、利用者の意欲の向上を目指す。ポジショニングの仕方が難しい時や、座位修正の仕方など、指導を受け、利用者や家族の不安を解消する。 ・記録の見直し、申し送り情報の確認。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をする。 ・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。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。
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。	・医療度の高い利用者には医師の指示のもと、看護職やリハビリ職が専門的な視点から療養をサポートし、介護職への指導も行う。 ・入院（所）中から多職種・多機関との連携を行い、計画に反映できるように、関わる。 ・運営推進会議を通しての地域の情報も得る。
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、メイト活動をする事ができた。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。	・地域との交流を積極的に持つことで、利用者様や家族様の地域でのかかわりが増えるようにしていく。 ・地域ケア圏域会議に積極的に参加。地域の現状を実感し、介護計画にも盛り込む事でサービスの向上をする。 ・ACPの研修への参加、勉強会開催を継続する。 ・認知症キャラバンメイト活動への参加。 ・吸痰研修受講できるように構築していく。 ・去年はサロンに参加し、健康体操や介護保険の中での看多機の説明を行った。今年も可能であれば継続する。
Ⅲ. 結果評価	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	・安心して地域で暮らせるように、利用者や家族、かかりつけ医や周囲をとりまく多職種の方々との連携を継続する。

(評価項目 42～44)	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。	・ 24 時間体制でサービス時間外でも相談できる安心感をもっていただけるよう、利用者家族とのコミュニケーションを図る。 ・ 高齢者同士の老々介護、独居など不安定要素にも、安心で安全な在宅生活の継続ができるよう寄り添っていく。
--------------	---	---

■ 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		○			・ 求められるサービスのすべてを含む理念を構築してください。 ・ おおよそできている。	✓ 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		○			・ そのまま続けてください。	✓ 「サービスの特徴および理念等を

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		
	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					・おおよそできている。	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」
(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		○			・新人も含めた育成計画を作成してください。 ・おおよそできている。	✓ 「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」
		<u>具体的な状況・取組内容</u> ・「さつきの里考課表」を基に育成計画書を設定し作成している。 ・研修計画を一覧表にすることで、もっと学ぼうとモチベーションも上がっている。 ・各スタッフが研修計画をもとに、研修会・勉強会に参加し、報告書を提出。参加出来なかったスタッフも回覧している。 ・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		○			・積極的に研修参加は評価します。	✓ 「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、

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		
	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	<u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・内外の研修案内を、回覧やLINE チャット等で情報提供し、自発的に・優先的に参加できる機会を得ている。 ・グループ全体で、必須で学ぶ研修は全員参加し、報告書を提出。会議やミーティングで意見交換している。				・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下さい。 ・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	充足度を評価します
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・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	○				・利用者の情報を全職種が共有しているのは評価します。 ・そのまま続けてください。 ・できている。	✓ 「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
(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。 ・できている。	✓ 「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
		<u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・議事録を作成して回覧。把握して、サービスに反映している。 ・大事な事は、管理者がすぐに申し送りで伝えている。					

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 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			○		・職員の就業環境の改善、離職率の低減も重要な課題だと思う。 ・職員のメンタル面についても配慮してください。 ・限られた人員で工夫して対応されている。 ・職員の確保を図ってください ・人手不足は、なかなか改善できない問題である。	✓ 「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」などが考えられます
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・入職者の補充で充足しかけたが、離職者もあり、人員配置に苦慮した。 ・職員間で協力し、本人、家族の体調不良時などチームで助け合っている。 ・人手不足でも、スタッフが声を掛け合い、ケアの向上に努めているが、定時の退勤が難しく、残業をしなければならない時もあり、負担も増えている。					
(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		○			・申し送りを確実に行って、共有できるようにしているのは評価できる。 ・確実な情報伝達の方法を検討してください。 ・できている。	✓ 「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
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・申し送りで、夜勤専従者や、休み明けのスタッフにも情報共有をしている。 ・ケアの留意点の伝達が上手くいってない場合があった。個々に担当者を決めているので、					

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		
		記録の書き換えが必要。					
(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		○			・安全運転について未然に防ぐ対策を行っていることは評価できる。 ・個人情報保護についての対策は実施されていますか。 ・おおよそできている。	✓ 「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
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・ドライブレコーダーを全車装備し、安全運転を心掛けている。事故の検証や初めての訪問時の予習にも利用。 ・見守りセンサーや、スタッフの声の掛け合いなど、事故を未然に防ぐ対策をしている。 ・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。					
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		○			・避難訓練を、火事、災害を想定して行っているのは評価できる。 ・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。 ・緊急時の体制につき対応マニュアル等で明確にしてください。 ・おおよそできている。	✓ 「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
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・昨年度の急な停電の経験を活かし、緊急時の体制を再確認した。 ・職員 2 人が、看多機協議会主催の BCP を学ぶ施設見学をした。資料を作成、回覧。ミーティング時にパワーポイントにて報告。					

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		
		・LINE オープンチャットの利用により、全員に一斉送信、電話連絡でも緊急連絡の訓練をした。 ・避難訓練を年2回行い、火事・災害想定も行っている。					
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							
(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		○			・(難しいですが) 本人からの聞き取り等で状況把握をしてください。 ・おおよそできている。	✓ 「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、家族等を含めた24時間の暮らし全体に着目したアセスメントが必要となります
				<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・ご家族の不安や負担を軽減できるよう、アセスメントし計画をたてている。 ・日々知りえた情報（家族も含め）、記録に残しているが、独居の方は想像の状況の事もある。 ・24時間対応できるよう、サービス提供時間外でも、家族の不安があれば、電話対応（365日いつでも管理者に掛かることが多い）や緊急対応をしている。			
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		○			・介護と看護スタッフが共有できることは重要である。	✓ 「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

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		
	メントの結果が、両職種の間 で共有されている	<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・介護・看護スタッフみんなから情報を得て、 計画作成者（以下、ケアマネとする）が集約 しアセスメントをして、全スタッフで共有し ている。 ・記録に残し、回覧で確認もしている。				・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	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、井笠地域にお いても「いしかたカード」を作 成し推進しており、引き続き取 り組まれたい。 ・家族も含めた計画を作成して ください。 ・できている。	✓ 「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
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。 ・できている。	✓ 「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

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		
		リハビリメニューの作成をしている。					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。 ・おおよそできている。	✓ 「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
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・予測される課題を抽出して計画に位置付けている。状況が変化すればそれに対応し、変更している。 ・看護職員がリスクについては説明し、ポイントが解るように下線などして、職員が理解するようにしている。					
(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		○			・連絡ノートのチェック、情報の早急の把握、共有することは重要である。 ・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	✓ 「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
		・連絡ノートをチェックし、家族からの情報を早急に把握し、スタッフ間で共有。 ・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							

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		
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	○				・定期的、適切な訪問を行い、状況変化の把握を行うことは重要で評価します。 ・そのまま続けてください。 ・できている。	✓ 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。
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							
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。 ・およそできている。	✓ 「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
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・定期的なケアマネ訪問などで、利用者の異変や、家族の状況変化（病気等）の情報を得て、適切な泊りや通いの対応ができている。 ・独居で、家族も看られなくなった場合、入所待ちで連泊対応をしている。（後見人制度の利用のすすめも行っている）毎月の手紙で様子報告。					
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・今年度は受け入れの半分以上が退院支援で、主治医、多職種と担当者会議やカンファレンス等で情報共有し、連携も行った。 ・訪問看護の利用もあり、主治医へ、計画書、報告書を月 1 回提出し、情報の共有をしている。時に医師との面談も行っている。 ・ケアプラン連絡票や通院の付添などでも主治医と情報共有する機会は多く取っている。					

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		
(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。 ・できている。	✓ 「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
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・看護職から介護職へ、ケア時の注意点など指導を行っている。 ・ケアを介護職と看護職と組んですることでの早期対応（皮膚観察時等）ができるようにして、効果的かつ効率の良いケアが提供できている。					
20	○ 利用者等の状況について、介護職と看護職が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	○				・そのまま続けてください。 ・できている。	✓ 「介護職と看護職の情報共有および対応策の検討」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> ・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・より良いケアへ結び付けている。					
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・	○				・看護師からの申し送り、情報提供は重要だと思う。	✓ 「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

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		
	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	・看護師から、ケースに応じて専門的な 情報提供があり、申し送りや日常業務の中で、必要に応じて行っている。 ・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で、感染対策やリスク管理も学んでいる。				・そのまま続けてください。 ・できている。	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
(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、分かりやすく説明し、利用者等の理解を得ている		○			・連絡ノートなどの利用で理解度を上げていることは重要だと思う。 ・施設の趣旨等から「できること」「できないこと」について、利用者等に理解いただけるよう取り組みを続けて下さい。 ・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	✓ 「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。 ・送迎時、家族と直接会話をし、連絡ノートなど利用して理解して頂けるようにしている。 ・独居の方には、ケアマネから家族へ電話や、手紙やメールで報告している。					
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、		○			・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	✓ 「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		
	分かりやすく説明し、利用者等の理解を得ている	<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・ケアプランの説明には、分かりやすい言葉で説明し、サインをいただいている。 ・週間表やカレンダーを使って、時間のスケジュールを把握しやすくしている。 ・個別指導では、「食事について」のパンフレットを作り、図示して理解度をあげた。					
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		○			・おおよそできている。	✓ 「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、医療機器の取扱いは、看護師が対応している。 ・医療機器の取扱いは現状ほぼない。一部、図などを用いて、わかりやすく説明している。 充足度を確認しながら、必要なら一緒に行うようにしている。					
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		○			・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	✓ 「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
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・本人、家族の思いや意向を大事にして、サービス提供をしている。					

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		
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。 ・おおよそできている。	✓ 「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何っている。 ・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		○			・記録に残すことは重要であると思う。 ・ACPについては、井笠地域においても「いきかたカード」を作成し推進しており、引き続き取り組まれない。 ・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	✓ 「予後および死までの経過の説明」と「記録の有無」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」
		【具体的な状況・取組内容】 ・終末期において、訪問診察や受診時にかかりつけ医からの説明をしていただき、記録に残して、職員に周知している。 ・訪問看護カンファレンスが月に1回あり、予後など、予測できることは説明し、その時の記録も周知している。					
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		○			・施設と医療との連携、情報共有等を継続してください。	✓ 「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

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		
	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	<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、電話連絡、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で、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。				・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	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
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る		○			・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	✓ 「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		○			・常勤、オンコール対応看護師の問題は課題だと思う。 ・限られた人員の中で、工夫され対応されている。 ・おおよそできている。	✓ 「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

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		
		ているため、容易ではないこともあり、看護師にオンコールをして、対応・相談、必要時対応に加わる。どこがかかりつけ医か、どんな薬を飲んでいるかなど、アセスメントシートにわかるように記入しているので、活用する。 ・今後の事を考慮しても、常勤又は、オンコール対応看護師の不足を感じている。					
(2) 多職種との連携体制の構築							
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		○			・継続して情報提供を行ってもらいたい。 ・ケア会議等へは継続的に参加してもらいたい。 ・丁寧な情報提供を頂いている。 ・看護職員の確保を検討してください。 ・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	✓ 「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
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							

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		
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。 ・そのまま続けてください。 ・おおよそできている。	✓ 「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
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		○			・ふれあいサロン等で説明、啓発活動を行ってもらいたい。 ・地域住民が参加する行事等で、事業書の取組を紹介されている。 ・ホームページの情報発信（更新）頻度を高めることを検討してください。 ・おおよそできている。	✓ 「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						✓ 「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
			[具体的な状況・取組内容]: 指定なし				
			・登録者以外は行っていない。				

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		
							✓ 「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			○		・介護職での痰吸引研修の受講を行ってもらえたと思います。 ・喀痰吸引講習の受講を計画的に行い、有資格者を増員してください。 ・対象者がいないので何とも言えない。	✓ 「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、対象者はいない。 ・看護職員の他に喀痰吸引等講習修了者は1名という状況で、受け入れは積極的には行なえていない。 ・今年度、介護職の喀痰吸引等研修は受講できていない。日勤帯は看護師が常勤しているので可能かもしれないが、夜間は夜勤者全員が有資格者ではない為、オンコール対応になり、負担が大きい。					
36	○ 「人工呼吸器」を必要とする				○	・できていない。	✓ 「積極的な受け入れ」について、

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		
	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	<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					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
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、工夫され対応されている。 ・看取り支援の受け入れ体制を構築してください。 ・ケースが少ないので、できていない。	✓ 「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
(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 ✓ 地域包括ケアシステムの構築方針

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		
		情報を提示して当事業所の使命を説明している。 年々理解度は上がっている。					や計画などがない場合は、「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。 ・おおよそできている。	✓ 「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」
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・金光町、鴨方町の方の利用が全てで、集合住宅の方はおられず、各戸へサービス提供している。 ・エリア内の利用受け入れは積極的に受け入れているが、次の利用は人員不足で消極的。					
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貴重ですので、引続き出席いただき、課題提起や改善策の提案等ください。 ・おおよそできている。	✓ 「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
		<u>【具体的な状況・取組内容】</u> ・地域ケア会議の圏域会議に出席して、意見は出している。 ・キャラバンメイト養成講座受講、3名在籍。 ・サポーター養成講座や認知症の会に出席をして、提案等している。					

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	およそ でき てい る	あまり でき てい ない	全く でき てい ない		
							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			○		・地域のサロンへの参加、近隣住民との関わりは重要である。 ・地域住民が参加する行事等で、介護力の引き出しに向け取組を始められている。 ・近隣住民への働きかけをしてください。 ・できていない	✓ 「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. 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	・ほぼできている。	✓ 「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
		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> ・アンケートにより、半分より多くの利用者、家族に満足をいただいているが、コロナ禍は明けても、外でする事、行事などは完全には戻ってきてはいない。 ・在宅生活の維持が出来るように支援できていると思う。		
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> ・療養生活を送る利用者や家族に対して、いつも相談にのれるような体制づくりをしている。医療的なアドバイスや相談により、不安を解消し、安心感が得られていると思う。 ・利用者には単身や介護力が不足している環境も多く、柔軟で綿密な対応を提供	・ほぼできている。	✓ 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

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
		していく。		
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 <u>[具体的な状況・取組内容]</u> ・ ACP の研修を受講している。 ・ 看取り指針は作成しており、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に取り組みを行なっている。 ・ 本人や家族、かかりつけ医、他職種間と連携をとり、看護職がいつでも連絡がつく 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。	・ ACP については、井笠地域においても「いきかたカード」を作成し推進しており、引き続き取り組まれている。 ・ ほぼできている。	✓ 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・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ない場合は、「5. 看取りの希望者はいない」