

氏名： 川上亮子

評価項目			・よくできている（3点）・おおそできている（2点） ・あまりできていない（1点）・全くできていない（0点）			
Ⅰ．事業運営の評価			2022 年度	2023 年度	2024年度 前回の改善策・取り組み	
理念等の明確化	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	2	2	3	理念、基本方針を独自に掲げている。
	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	1	1	2	前年度事業所目標について職員理解が不十分であったため、今年度は勉強会実施。グループワークでマンダラチャートを作成し事業所目標を共有した。
人材の育成	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	2	2	3	毎年、個人目標を立て面談を実施していたが目標のあいまいさが目立った。今年度は作成したマンダラチャートを1年間意識し、事業所目標をもとに目標が立案できるように促した。来年度は新たに「チャレンジ目標」として個人目標を設定し面談実施し経過を追う。
	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	2	2	3	介護ソフトを使用し、研修について周知を強化した。廊下に研修案内を掲示した。動画視聴と対面研修を実施。勉強会開催時間については日中開催をし参加できる職員増やすように努めた。
	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	2	2	3	共有が不十分になることが課題であったが日々、介護ソフトを活用し情報共有を強化。各職種代表者のミーティングを定期的に開催。
組織体制の構築	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	2	2	2	一部反映させることができているが職員全体への周知が課題。
	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	2	2	2	業務内での仕事ができるように調整している。安心に対する整備が課題
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	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	2	2	2	訪問看護指示書をもらい、急変時の対応は可能。
多職種との連携体制の構築	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	2	2	2	今年度は、日中活動の場について相談し、利用者がボランティア活動に参加することができた
地域への積極的な情報発信及び提案	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	2	2	2	ファイリングしているが、周知が不十分であり見られることは少ないことが課題。職員に対しては介護ソフトを活用できるように工夫する。
	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	1	1	2	イベントへの参加を通して看多機について説明を実施
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	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	1	2	3	訪問看護スタッフ増員し訪問件数を増やしている

Ⅰ. 事業運営の評価			2022 年度	2023 年度	2024年度 前回の改善策・取り組み	
情報提供・共有のための基盤整備	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	2	2	2	介護ソフトを使用して情報を即時に共有しているが、確認できていないことが課題であった。口頭での情報共有と介護ソフトの確認ができているか声掛けを実施
安全管理の徹底	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	2	2	2	保険加入。具体的なリスクに対する対策が未策定。
	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	1	1	2	今年度BCP策定し、運用にむけて動いている。
Ⅱ. サービス提供等の評価						
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	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	2	2	2	関わる時間以外がどのように過ごしているか把握できていないことがあったが、家族からの聴取を中心に生活全体のイメージを共有するようにしている。
	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メントの結果が、両職種の間で共有されている	2	2	2	把握・共有の不足に対して、今年度からケアマネ・介護・看護を2チームに分け、利用者を担当することにした。現在も担当意識が弱いことが課題。
	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	2	2	2	家族、本人の考えを聴取する機会が持ちにくかったが、今年度よりケアマネ2名体制を取り、自宅への訪問を増やすことができ、家族、本人の考えを聴き目標に反映させることができています。
	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	2	2	2	昨年度までも作業療法士中心に目標を立て計画に反映させているが、実施という点での不十分さがあり、今年度も週1回作業療法士出向を継続した。介護ソフトを活用しながら、個別のプランを含めて提案を実施している
	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	2	2	2	職種の意見が偏っていたが、多職種が意見交換できる場を作り計画に反映するようにしている。
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	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	2	2	2	日々の変化を計画に反映できていなかったが、職員との意見交換を多く実施し変更できるようになっている。
	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	2	1	2	泊りが過度になるケースがあったが、サービス内容について本人家族と検討する機会を設け、さまざまな選択肢を一緒に考えるようにした。
	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	2	2	2	在宅医との共有はクラウドを活用し共有しやすいが、そのほかの主治医との連携が難しいことが課題である。

Ⅱ. サービス提供等の評価			2022 年度	2023 年度	2024年度 前回の改善策・取り組み	
介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供口	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	2	2	2	お互いの業務が抜けないように対策として朝のミーティング、ケア表を作成した。
	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	2	2	2	共有が不十分になることが課題であったが日々、介護ソフトを活用し情報共有を強化。各職種代表者のミーティングを定期的に開催。
	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	2	2	2	病状や急変の可能性、対応方法についての理解が職員により差が生じていたため、必要に応じて看護師に情報提供依頼をしている
利用者等との情報及び意識の共有	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	2	2	2	職員が直接伝える機会は少ないが、必要に応じて伝える事ができている。
	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	2	2	2	ケアマネを中心に説明をしている。家族との対話を増やし繰り返し説明をしている。
	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	2	2	2	看護師が中心となり、取り扱いの説明を実施している。説明が統一されるように紙面を活用している。
	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	2	2	2	聞き得た情報が共有されないことが課題であったが、利用開始時、サービス利用時の意思やちょっとした情報を介護ソフトで共有するようにしている。
	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	2	2	2	在宅生活の継続の可否について考える機会を逃していることがあったが、利用開始時や状態変化が生じた時、プランの見直しが必要になった時には面談を実施し、在宅生活を継続するか本人家族と話し合うようにした。
	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	2	2	2	終末期ケアへの移行があいまいであったが、主治医の説明後、紙面で終末期ケアへの同意を得るようにした。
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	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	2	2	2	電話やサマリーでのやりとりのみでは状態の把握が難しいことがあったため、退院時のカンファレンスに多職種で参加して直接やりとりをするようにしている
	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	2	2	2	全ての利用者の方針が共有されていない。

Ⅱ. サービス提供等の評価 従業者が自己のケアを振り返り、それを管理者がとりまとめ、事業所評価とする			2022 年度	2023 年度	2024年度 前回の改善策・取り組み	
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	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	2	2	1	来年度、介護職員がたん吸引を実施できるように登録する予定
	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	0	0	0	医療用の非常電源が無いため、受け入れていない
	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	2	2	2	昨年度は看取り件数が少なかったが、今年度は12件となり積極的に受け入れることができている。
運営推進会議で評価						
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	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	1	1	2	地域の住民の一人として自治会活動への参加などを継続している
	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	3	3	3	地域は限定されておらず、相談を受けるようにしている
	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	1	2	2	今年度は、日中活動の場について相談し、利用者がボランティア活動に参加することができた
	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	1	2	2	具体的な取り組みはできていない。

Ⅲ. 評価結果			2022 年度	2023 年度	2024年度 前回の改善策・取り組み	
	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 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	1	1	2	目標の見直しを適宜図るようにし、目標達成が可能になってきている。
	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	2	2	3	医療ケアが必要な利用者においても受け入れられる体制を整え、多様なケースへの対応ができるようになっている。長期利用の利用者の状態変化にも対応でき継続利用が可能となっている。
	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	2	2	3	状態の変化や本人家族の想いを適宜共有し、本人家族にとってより良い状況で過ごせるように努めている。

- 管理者が評価
- 従業者が評価し管理者がとりまとめる
- 主として運営推進会議で評価