

< 事業所自己評価の結果 >

実施日 西暦 2023 年 12 月 12 日

事業所名 小規模多機能ホーム光の園おおくら

役職/氏名 管理者 / 松岡 亮二

■評価の結果「できている」と感じた点や、日頃から特に力を入れている点

職員のアセスメントをする能力については高いものを感じる。職員が自分の気づきを伝え会える環境にあり、さらにその気づきを自分の視点に取り入れることで新たな気づきを得られるようになっている。小さな気づきは、家族とも共有することで専門性の高さの裏付けとなり、それに適切なサービスを提案することで、安心してサービスを受けてもらえる事業になっている。

■評価の結果、「できていない」と感じた点と、改善に向けた取組案

まちづくりへの参画については、管理者が町プロ等に参加しているが事業所内における周知徹底が行き届いておらず。法人としての取り組みが職員に伝わっていないことなどが多い。小さなことでも発信できるように掲示板やブログを活用し、職員はもちろん、近隣の皆様に情報を届けられるよう努力していく。

※上記は、従業者等自己評価の後に記入してください

■評価表[従業者等自己評価]

番号	評価項目	従業者等自己評価				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 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						・「計画目標の達成」について、評価します
1	・サービスに求められる「①利用者の在宅生活の継続支援」、「②在宅での訪問支援」、「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		○			<ul style="list-style-type: none"> ・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」
		[具体的な状況・取組内容]				
		①～④の理念を包括する理念は明確化されており、実践についても出来ていると言える。⑤は明確に掲げていないが、小多機は、事業所内でサービスが完結してしまうことが多いため、サービスに課題が発生した場合、支援センター等と協同して、利用者及び契約者が不透明な状況に困惑しないよう努めている。				
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	○				<ul style="list-style-type: none"> ・「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」
		[具体的な状況・取組内容]				

昨年度、東京都認知症ケアリーダー研修の一環として、経験の浅い職員と共に理念教育を行う。職員が理念をどのように解釈しているかをヒアリングし、若い職員に理念の再統合を行わせる等の取り組みを行った。大変意義のある研修となった。

(2) 人材の育成

① 専門技術の向上のための取り組み

3	<p>・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</p>			○		<p>・「育成計画の作成」の状況について、充足度を評価します</p> <p>・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」</p> <p>・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」</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>年に1度、各職員に目標成果シートを作成してもらい面談を行っている。目標成果シートの記述内容が薄いことと、その目標に向かって自己研鑽できているかと問われると成果はあまり出ていないと言える。</p>				
4	<p>・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</p>			○		<p>・「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</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>東京都の実践者研修、リーダー研修は職員からの意向及び、法人からの推薦にて受講してもらうよう配慮している。但し。受講は抽選となるため、抽選から外れてしまうとモチベーションと機会を損失してしまうことがある。</p>				

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		○			<ul style="list-style-type: none"> ・「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]				
		<p>ノートを活用した情報共有が定着している。何か変化あれば、管理者やケアマネに報告する習慣はついていると言える。小多機は、日々の変化がめまぐるしいため、各職員の高い判断力、適応能力が求められるが、その変化の共有が全職員に浸透するまでに時間を要することが今後の課題となる。</p>				

(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		○			<ul style="list-style-type: none"> ・「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]				
		<p>運営推進会議は、地域とのつながりであり、地域のニーズを掘り起こす場となっていることもあり、弊所としてどんな協力ができるかを考えている。例えば、警察署や町内会からのチラシ掲示の依頼や、回覧板のスポンサーなど、身近な存在になるための要望を実現させている。</p>				

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		○			<ul style="list-style-type: none"> ・「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
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>管理者として勤務形態において、夜勤の後は休日にする等、あたり前の配慮は行っている。また子育て世代に対しても、子どもの急な病気での欠勤等も人員配置を調整することで認めている。法人の委員会活動として、介護力向上委員会があり、年間を通して内部と外部研修を計画している。</p>				
（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		○			<ul style="list-style-type: none"> ・「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]				
		<p>前述のとおり、利用者に関する情報の更新頻度は高く、朝の申し送りで、職員に情報の意識付けを行っている。迅速に共有するための課題として夜勤者、夜勤明けの職員、休日の職員がきちんと情報を知っているかを確認することだが、管理者が責任を持ち、一人ひとりに更新された情報を伝えるよう意識している。</p>				

(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			○		<p>・「各種の事故に対する予防・対策」の充足度を評価します</p> <p>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</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		事故が起きた時、責任を管理者が預かる仕組みにしているため、些細なことでも職員が報告を行ってくれている。個人情報の保護については、今後、さらなる強化が必要であると考え				
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			○		<p>・「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</p> <p>・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</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		「連絡先リストの作成」は出来ている。「薬の確保」については家族に対して1週間分程度、多く用意してもらえるよう声かけを行っている。「災害時ケアのマニュアル化」については、今後、実践的な訓練が必要になると考える。「安否確認方法の明確化」についても同じことが言える。管理者だけではなく、介護職員の誰もが対応できるように教育していかなければならない。				

番号	評価項目	従業者等自己評価				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	
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	1	5	1	1	・「計画目標の達成」について、評価します
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>利用者の介護度にもよるが、一人当たりの週の平均サービス利用回数（通い・訪問・宿泊）は、7.61回となっている。【通い】は、ホームに来ることが難しい1名を除き、大多数が利用している。一人当たりの利用回数は月平均13.6回となっている。【訪問】は、利用者総数のうち75%が利用しており、1日数回の訪問を含め、一人当たり月平均2.4回となっている。【宿泊】は利用者総数の4割程度が利用し、特に介護度が高い人が多く利用している。一人当たり月平均9回となっている。弊所の特筆すべき点は、就労している家族にとって、【通い】の受け入れが21時、受け入れが朝7時からとなっており、家族が送迎できるならば、長時間の【通い】の利用が可能という点にある。就労する家族は、「本人を自宅で眠らせてあげたい」「経済性を考慮し宿泊費を抑えたい」など【宿泊】に対する考え方は様々である。家族には無理のない介護を推奨しているが、密にコミュニケーションをとり、臨時のサービスが使えるよう利用定員ぎりぎりにならないよう利用人数等も配慮した運営を心がけている。介護職員一人ひとりが、上記の点を考慮し、職務をまっとうしていると考ええる。</p>				

12	・介護職と介護支援専門員・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、各職種の間で共有されている	1	6	0	1	<p>・「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</p> <p>・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</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>現在、業務日誌と共有ノートを活用し、多職種、多視点での情報共有を行っている。おおむねできているが、利用者に関する情報については、ほぼ毎日更新されており、圧倒的に情報量が多い事業体であると痛感している。加えて看護師は非常勤であり、出勤時にすべての情報を記録から読み取るには無理が生じる。「情報掲載場所を一本化する」など改善策を検討しているが、要約されたものと詳細を文字で記録するだけでは、すべてを伝えきことは難しい。またICT化と、安易な方法論では解決に結びつかないことは明白であり、情報共有に関しては職員一人ひとりが自ら情報を発信し、それを取りに行く姿勢が必要である。しかしながら、弊所は柔軟かつ臨機応変にここの職務に対応できている。</p>				
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	2	5	0	1	<p>・「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</p>
		[具体的な状況・取組内容]				

家族等の考えを含めた計画は、ケアマネが作成しており、それをもとに個別のカンファレンスを行っている。科学的介護情報システム（LIFE）の入力に合わせられるようカンファレンスの頻度は最低でも半年に一度は行い、日々の職員間のコミュニケーションだけでなく、カンファレンスの場で家族の意向などについて改めて検討する機会があることは有意義だと言える。また家族の意向に柔軟に対応できるのが小規模多機能のメリットであることを重々承知しており、臨時の依頼にも速やかに対応できている。

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

2	5	0	1
---	---	---	---

[具体的な状況・取組内容]

計画には、必ず結果の検証が必要であり、その点において弊所は利用者の有する能力を維持することができている、と言える。先日、特養へとサービス移行となった利用者は一人暮らしではあったが約9年間共に過ごすことができた。過度なサービスではなく、「自宅で暮らしたい」希望を叶えるため【通い】では入浴のために利用し、【訪問】を1日2～3回入ることで実現した。

また別の利用者は、90代半ばではあるが、週3回の【通い】で団地の4階から自分の足で昇降を続けている。正直、身体的に難しい状況にあるのは分かっているが、本人及び家族の希望に沿い、できるうちは続けていく方針を打ち出している。

弊所の職員は、利用者の「出来ること」への気づきが高く、利用者の能力をうまく引き出しながら介護しているように思う。

・「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	1	6	0	1	<ul style="list-style-type: none"> ・「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
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>職員の能力によって、状況変化の予測にバラつきがあり、日々行っているケア及び、ケアの視点の言語化し、職員間で共有するよう意識している。リスク管理に関しては、インシデント・アクシデントシートを活用し、以前に起きたことなどを整理し、体調の変化、環境の変化、機能低下等、どこに気を付けるべきか、職員会議等で話し合いを行っている。</p>				

(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。	2	4	2	0	<ul style="list-style-type: none"> ・「訪問による、家族等を含めた居宅での生活状況の変化の継続的な把握」という視点から、充足度を評価します ・「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]				
		<p>早期の把握については、小さな変化を見逃さず、職員が一人で抱え込まないことを意識している。報告をしなかった職員が責められるのではなく、報告をすることで、管理者及びケアマネ、介護主任が、その責任を負い、今後の対応指針を検討し、計画に反映する形となる。</p> <p>ただし様子観察の時間は必要である。勤務形態上、職員には夜勤、明け、休みがあり、すべての職員が利用者の変化に気づくまでには、1週間程度のタイムラグが生じる。それを踏まえた上で計画への適宜反映を行う。</p> <p>もちろん家族への伝達も忘れず、同意を得ることは忘れてはならない。</p>				

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	<p>・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</p>	1	6	1	0	<p>・「訪問による、家族等を含めた居宅での生活状況の変化の継続的な把握」という視点から、充足度を評価します</p> <p>・訪問によるケアの提供は、家族等を含めた居宅での生活状況を把握するためにも重要です</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>すでに要介護度に応じたサービス利用指数を実証しており、その指数に則って、サービス量を決定している。家族にも指標に関する話はさせていただいており、サービスの増回を行う場合、区分変更も含めて依頼をするなど、公平性を意識した運営を行っている。</p> <p>ただし、家族の状態や事情、本人の状態変化が著しい場合は、その限りではない。入院先からサービス移行となる場合も、弊所職員が本人の状態を確認する必要があり、【宿泊】を含む継続利用を行う場合もある。</p> <p>【訪問】に関しては、訪問体制強化加算の算定条件である200回を超え、400回程度になっており、弊所において【訪問】の重要性は在宅生活において重要であることを理解できている。</p>				

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	<p>・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</p>	2	4	2	0	<p>・「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</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p>				

有されている

遠方に家族や成年後見人等がいたり、一人暮らしで利用者では判断が難しかったりする場合、訪問診療、訪問看護と連携し受診を促すことがある。利用者に体調に変化、外傷などがある場合は、医師に連絡。近年ではMCSを活用し、医師に直接、画像等を添付し、緊急性について判断を仰ぐこともある。

服薬管理に関しても、弊所の看護師から薬剤師や医師に連絡をとることがある。特に、訪問時に、利用者が重複して薬を服用した可能性が高いの対処法や、排泄調整のための服用頻度など、介護職である弊所で答えが出せない場合は、医療に連絡をとることを必須としている。

事例) 体重が35kg程度で経腸栄養剤(エンシュア)を処方されている利用者は水様便に悩まされていた。毎食後に緩下剤、就寝前に下剤を服用していたが、医師と家族の相談により緩下剤、下剤のすべてが中止となる。その利用者は弊所において食事はとれており、エンシュアを飲むとお腹がいっぱい水も入らないと言う。介護職員は本院の便秘を気にした。案の定、排便の間隔は長く空いてしまい、本人も便秘のためか不穏になることが多くなった。水分もあまりとれず、エンシュアは一度中止にし、水分補給を優先すべきだと職員らは判断した。看護師から医師に連絡をとり、体重については様子を見ながらであるが、介護職員の見解に同意していただいた。緩下剤、下剤を服用していた頃に比べると1日~2日間隔はあいたが、本人は以前ほど不穏になることはなく、安定して過ごせている。

(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	2	5	1	0	・「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
		[具体的な状況・取組内容]				

看護師は、利用者の体調管理、服薬管理、医療機関との連携を主な職務とし、利用者の機能維持・向上につながるような体操等を行っている。

上記の範囲に関して、介護職等から質問があれば的確に回答している。特に外傷などがある場合、経過観察も含め、入用時の全身観察等を一緒に行っている。設問18の事例のように介護の気づきを医療につなげてもらう重要な役割を果たしていると言える。

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	4	2	0
---	---	---	---

[具体的な状況・取組内容]

主に週2回の看護職の出勤日に情報交換を行うよう心掛けている。利用者の体調の変化等は時系列にてノートにまとめており、看護職・介護職がそれを確認しながら情報共有を行っている。ケアマネ及び介護職が最新の処方箋の整理を行っており、いつでも確認することができる状態。医療的な疑問がある際は、弊所の看護師を通じて、連携医療機関に連絡を行うよう心掛けている。

・「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

② 介護職から看護職への情報提供および提案

21 ・介護職から看護職に対して、収集したバイタル情報・心身の機能の維持回復などの観点から、情報提供や

2	5	1	0
---	---	---	---

[具体的な状況・取組内容]

・「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

<p>提案等を行っている</p>	<p>前述のとおり、看護師は週2回の非常勤のため、バイタル情報及び機能の維持回復については、目視による状態確認と合わせて重要である。記録はいつでも確認することができる状態にあり、過去の変化についても、気になることがあれば看護師に相談する体制を整えている。</p>	<p>活かした役割の1つとして期待されます</p>
------------------	---	---------------------------

(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

<p>22</p>	<p>・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</p>	<p>2</p>	<p>5</p>	<p>1</p>	<p>0</p>	<p>・「利用者等の理解」について、充足度を評価します</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p>				
		<p>主に管理者・ケアマネの仕事になっているが、送迎時の家族対応等は介護職員に委ねられている。おおむね、利用者及び家族の理解は得られている。その理由のひとつとして3年以上働いている職員が半数以上おり、自分たちのサービスの特徴については各自説明できる状態にあると言える。</p>				

② 利用者等への「在宅生活」に係る介護方法等の指導・説明

<p>23</p>	<p>・作成した計画の内容や在宅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</p>	<p>1</p>	<p>6</p>	<p>1</p>	<p>0</p>	<p>・「利用者等の理解」について、充足度を評価します</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p>				
		<p>計画の説明は主にケアマネが行っている。ケアマネとしての経験は浅いが、高齢者グループホームの長としての経験が長く、計画の内容及び、今後の予測を説明することができ、状態の変化に合わせた柔軟さがある。在宅支援としての経験と小規模多機能居宅介護の説明については、管理者がフォローしている。</p>				

24	<p>・利用者等が行う服薬管理や福祉用具の取り扱い方法、家族等が行うケアの提供方法、家族等が行うケアの提供方法について、分かりやすく説明し、利用者等の理解を得ている</p>	1	5	2	0	<p>・「利用者等の理解」について、充足度を評価します</p>
[具体的な状況・取組内容]		<p>服薬管理や福祉用具や住宅改修など、環境を整える気づきは多い。服薬管理では、薬カレンダーや一包化、薬包への日付や名前の印字を推奨している。福祉用具については車椅子、杖、リハビリパンツ、靴など利用者本人が快適に過ごせるよう、また転倒等のリスクを低減するよう提案を行っている。</p> <p>住宅改修も同様である。</p>				
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	<p>・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</p>	1	5	2	0	<p>・「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</p>
[具体的な状況・取組内容]		<p>基本的には家族が在宅をあきらめない限り、在宅支援の提案は続けていく。要介護⑤の利用者を支える家族からは、送迎時に感謝の言葉をいつもいただき、励みになっている。</p> <p>誤解のないように記載すると、入浴に関しては個浴・シャワー浴であるため、本人が立位等をとれなくなると清拭での衛生保持となってしまう。そのため機械浴のある事業所を勧めたりすることはある。また病状、状態によっては、医師との連携のもと、医療による入院調整を勧める場合もある。家族と相談の上、決めていく。</p>				
26	<p>・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・</p>	1	5	2	0	<p>・「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</p>
[具体的な状況・取組内容]						

	共有することができている	25に記述したとおり。その際、どのようなことが起こりうるかは、きちんと説明を行い、双方が納得した上で、次のサービスへと移行していく。				
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	1	3	1	1	<ul style="list-style-type: none"> ・「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」
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>弊所においては、終末期に近い利用者については、介護版のインフォームドコンセントを作成している。それにより、家族や本人に今後何が起こりうるかを説明している。</p> <p>今回のアンケートにおいて、終末期直前のケアを経験していない職員は2名。</p>				

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	1	6	0	1	<ul style="list-style-type: none"> ・「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
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>医療からの受け入れについては、こちらも本人の状態を確認したい意向もあり、【宿泊】の枠が空いているならば、退院後に1週間程度の【宿泊】から始めることもある。それにより本人が事業所の雰囲気や支援内容を把握することができ、今後のサービスの定着につながりやすい。</p>				

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	<p>・すべての利用者について、緊急時の対応方針等を、家族等と相談・共有することができる</p>	1	3	3	1	<p>・「緊急時の対応方針等の家族等との相談・共有」を評価します</p> <p>・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家族等と相談・共有しておくことが重要です</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>緊急時の対応については慎重に家族側に伝える必要があり、そればかりを深掘すると、不安を煽るかたちになってしまう。そのため職員はこの点に関してあまりできていないと感じている。また必要であろう診療や検査を本人の希望を理由に受けないという選択をする家族もいるため、介護職員は不安だが、緊急時の対応方針を定めることができない利用者もいる。</p> <p>例：耐用年数が過ぎているペースメーカーが入っているが、本人の希望により検査等は行っていない。</p> <p>職員が感染症等を発症した場合、サービスを停止もしくは【訪問】のみの対応、【通い】の人数調整を行うことなどについては、前もって伝えることができない。</p>				
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	<p>・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</p>	○				<p>・「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</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>利用者が自宅等で急変した際は、管理者、ケアマネが現場に急行し、訪問職員と交替して救急対応にあたるなどしている。夜間に関しては、人材不足ということもあり、利用者本人及び家族に任せることはあるが、事業所に連絡があれば、当直（主に管理者）が即座に現場に向かうことは可能。</p>				

(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	○				<p>・「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</p> <p>・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」</p> <p>・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</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>弊所の運営推進会議は、民生委員、地域住民代表、町内会代表、警察官、支援センター職員が参加しており、様々な角度でのケアの検討を行っている。</p>				
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		○			<p>・「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</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>運営推進会議の議事録は、弊所の玄関に置いてあり、誰もが閲覧できるようになっている。しかしながらその記録を手にとって読まれる方は、まったくいないため、情報発信の必要性を強く感じることはない。また出席者には議事録を配布しており、基本的に公開可能なものとなっている。</p>				

33	<p>・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</p>				○	<p>・「積極的な啓発活動」について、評価する項目です</p> <p>・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。</p> <p>・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</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>現在、積極的な啓蒙活動は行っていない。ひとつの理由として人材不足があげられる。管理者も介護従事者であり、時間を割けないのが現実である。</p>				

(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

34	<p>・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</p>				○	<p>・「内容等の理解」について、その充足度を評価します</p> <p>・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</p> <p>・地域包括ケアシステムの構築方針や計画などがない場合は、「全くできていない」</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>管理者においては、町田市安心して暮らせるプロジェクトや社会福祉士の資格取得に伴い、地域包括ケアシステムに関する理解は進んでいるが、介護職員への説明や研修等を行っておらず、今後の課題となる。また地域包括ケアシステムの構築方針や計画等がないため、今回は「全くできていない」とする。</p>				

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						
35	・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	○				<ul style="list-style-type: none"> ・「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 ・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」
		[具体的な状況・取組内容]				
		2023年10月における利用者の居住エリアは、金井3名、薬師台1名、玉川学園1名、南大谷1名、藤の台2名、鶴川5名、広袴1名、能ヶ谷3名、真光寺4名、野津田1名、三輪3名となっている。送迎は広範囲に及ぶことから、現在の範囲を超えての利用はやや困難となる。				
③ 安心して暮らせるまちづくりに向け						
36	・介護・看護の観点から、地域関係者に対し、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		○			<ul style="list-style-type: none"> ・「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」
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>管理者が町田市小規模多機能連絡会の会長を務め、町田市安心して暮らせるプロジェクトの協議委員としての参加や町田市医療と介護の連携推進室が主催する多職種連携研修、鶴川圏域の地域ケア会議に出席するなど、地域に知見を提供している。また福祉系高校の実習生及び社会福祉士の実習受入も行っている。</p> <p>小規模多機能居宅介護は、ともすれば1事業所でサービスが完結してしまうため、高齢者支援センターとの関係を密にし、第三者の目を入れて利用者およびその家族の状況・状態を説明するように努めている。</p>				

37	<p>・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</p>		○			<p>・「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</p> <p>・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</p> <p>・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」</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>家族の理解が進まない場合や本人のサービス利用に気が進まない際は、【訪問】サービスのみから開始し、関係性を構築してから【通い】や【宿泊】サービスへつなげていくケースがほとんどである。</p> <p>【入浴】が難しいケースも、送迎車に乗ってから本人の入浴に対する気持ちの醸成を行い、脱衣所にお連れすることを繰り返していくうちに、入浴への抵抗感が薄れていくことも多い。</p> <p>家族に対しては、地域で行われている認知症カフェや認知症サポーター講座などの意義を伝え、認知症を学ぶ場を紹介するきっかけづくりを行っている。残念ながら弊所においては認知症カフェ等の立ち上げは行っていないが、新たなコミュニティに参加していただくことで、家族の対応が変わることがある。</p>				

■評価表[従業者等自己評価]

番号	評価項目	従業者等自己評価				評価の視点・評価にあたっての補足
		ほぼ全ての利用者について達成されている	利用者の2/3くらいについて、達成されている	利用者の1/3くらいについて、達成されている	利用者の1/3には満たない	

III 評価結果

① 計画目標の達成

38	<p>・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</p>	○				<p>・「計画目標の達成」について、評価します</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>介護職員による利用者のアセスメントがしっかりと出来ており、個別のケースカンファレンスにて短期目標、長期目標を理解し、それを達成する動きになっている。また状態に変化があった場合は家族やキーパーソンと連絡をとり、在宅を継続する上で最適な多職種連携も行っている。</p> <p>95才の男性。エレベーターなしの団地4階に在住。本人の足で自宅まで昇り降りし、自宅での生活を続ける。周囲からはもう難しいとの声もある。本人及び家族の意向を尊重し、可能な限りはこの生活を続ける。その上で、【通い】の利用回数を1日おきにし、【通い】のない日は【訪問】し状態確認を行っている。</p>				

② 在宅での介護生活の継続に対する安心感

39	<p>・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、介護が必</p>	○				<p>・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「介護が必要な状況下において</p>
----	---	---	--	--	--	---

要な状況下においての在宅での生活の継続に対し、安心感が得られている

[具体的な状況・取組内容]

要介護⑤で在宅生活を続けたいという家族からの希望を受けた。週に2回自宅に帰る日を設け、帰宅した翌日の夕方に再びお迎えに行くという計画を立てた。しばらくしてコロナ禍で事業所が【訪問】しかできない時もあったが、妻の頑張りで自宅での生活を続ける。妻が常々職員に伝えていたのは「家に帰ってきた時、いつもニコニコしていて、ホームで楽しく過ごしてきたことが伝わってくる」ということだった。私たちの支援が安心につながっているかどうかは、事業所の人間が決めることではなく、こうした家族の声から感じ取っていただけると嬉しい限りである。

の、在宅での生活の継続に対する安心感」について、評価します