

令和 5 年度 自己評価・外部評価 評価表						24 時間型 ホームヘルパーステーションアザレアン		
タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント	外部評価コメント
			実施状況					
			できている	ほぼできている	できていることが多い	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								
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	○				研修等を通じ職員への法人の理念の浸透を図り、理念に基づき利用者の自立支援のためのサービス提供を行っている。	法人には「人として幸せに安心して生きる日々を大切にする」という理念があり、また、「スローガン」も作成されておりホームページなどで法人内外に知らしめている。法人の運営理念やスローガン、職員の行動規範としての「6つの実践」などを掲示し、家族に対しても支援の方針を明らかにしている。また、それらを年度の法人の事業計画の骨子とともに名刺大のカードに集約しネームホルダーに入れ携帯できるようにしている。当事業所もそれらに沿い、法人で展開している他の 18 の介護サービスと連携しながら地域に密着した運営を行っている。更に、法人の「アザレアンさなだが目指すこと」の中には「お年寄りの人格を尊重し、その人らしい暮らしをいつまでも営めるよう、一人ひとりの方に即した介護サービスに努めています」と利用者の在宅生活の継続を謳い、加えて「毎日の暮らしの中に、楽しみや生きがいを見出しながら過ごせるよう、生活の選択性を大切にした介護サービスを行っています」とも謳い、利用者が心身共に健康で住み慣れた地域で生活できるようにしている。
(2) 適切な人材の育成								
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。	○				サービスの特徴について理解し、事業所の理念についても内容を十分に認識している。	当事業所は同じ法人の訪問看護ステーションと連携した「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を提供しており、在宅の利用者を支援するヘルパーとして経験豊かな職員が多く、職員インタビューでも訪問介護・訪問看護とは全く別の地域密着型として、介護と看護を組み合わせた利便性の高い定額の「定期巡回・随時対応型」の仕組みを十分に理解し利用者の支援に当たっていることが確認できた。新型コロナウイルス感染の影響を受け自粛気味ではあるが、在宅の利用者へ定額の介護サービスを提供できることを、特に、法人外の居宅介護支援事業所のケアマネージャーに継続的に働きかけ、「定期巡回・随時対応型」への認知度が広がるように努めている。

	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。	○		法人内の研修(コロナ感染症対策でリモートによる)を月1回以上受ける機会を設け、外部研修への参加を促している。コロナ感染症の5類移行を受け今後は外部研修の機会を更に増やしていく。	特別養護老人ホーム、小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者グループホームなど、18種類の福祉サービスを提供する法人全体の会議と研修がこの数年の新型コロナウイルス禍の中、リモートで毎月実施されている。職員は自ら年間研修計画を立て、ビデオ研修などを受講後、研修レポートを提出している。日々のケアの場面でも、知識や技術に習熟したオペレーターが三交替制で勤務しており、一人ひとりの利用者のアセスメントも十分に行われ、常勤、非常勤問わず職員は共に法人のキャリアアップ制度に沿い、その経験や習熟度に合わせステップアップできるように研修の場が確保されている。
	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。	○		必要なサービス提供が職員個人の力量に左右されることなく行えるよう職員配置を行うと共に、協力し合い個々のスキルアップにつながるよう配慮している。	管理者を始め、介護職としての経験が豊かな職員及び非常勤職員が配置されており、開設から11年目を迎えている「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」サービスでその知識や技術を遺憾なく発揮している。また、利用者の家族の介護力に合わせ職員のシフトが柔軟に組まれている。家庭を持ちながら働く職員がほとんどで、職員からもワーク・アンド・ライフバランスに配慮した働きやすい職場であるとの声が聴かれた。また、定年後も登録ヘルパーとして長年の経験を活かし、馴染みの利用者との関係を継続している職員もいる。今年度も新型コロナウイルス感染の影響を受けているが、職員は常勤、非常勤を問わず法人内でリモートシステムを使い実施されている研修を受け、また、会議、委員会などを通じて知識や技術を高めている。法人としてキャリアアップ制度が導入されており、職員のステップアップも図られている。今後、新型コロナの収束状況を見ながら外部研修などに積極的に参加し更に知識と技術を蓄えられていくことを期待したい。
介護職・看護職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・認識の共有の機会が、十分に確保されている。	○		利用者の情報等については、小さな変化についても連絡を取り合い共有できている。今後も継続していく。	利用者の日々の状態について職員は訪問の都度、タブレットで「訪問介護記録」として入力し、それらを基に訪問看護師が月1回アセスメントを行い、「定期巡回・随時対応型アセスメント・モニタリングシート」を作成している。職員は「訪問介護記録」「訪問介護日誌」「連絡ノート」を就業前に確認し、お互いの情報の共有化を図っている。同じ法人の訪問看護事業所との連携型であるので、日ごろから報告・連絡・相談が円滑に行われており、利用者の体調変化についても24時間相談ができるようになっている。居宅介護支援事業所のケアマネージャーが主催し、更新時や必要に応じて行われるサービス担当者会議については新型コロナウイルス禍の中、文書でやり取りされており、デイサービスや福用具貸与などの他のサービスとの連絡もケアマネージャーを通し行われている。
(3) 適切な組織体制の構築						
組織マネジメントの取り組み	6	利用者の特性に応じた柔軟なサービスを提供するため、最適かつ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行なっている	○		利用者の特性を理解し共有することにより、その都度最適な人材配置ができている。	利用者一人ひとりの特性を十分把握したベテランの職員が配置されており、シフト上、訪問介護や障がい者居宅介護との兼務という形で勤務時間を工夫し、ケアコールを使い通報される利用者の心配事、相談事、依頼事などに臨機応変に、また、柔軟な体制で臨んでいる。職員間の意思統一や情報共有の場として、毎月1回、法人のリモートで行われる全体会議と事業所としての定例会議があり機能している。

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ともに得られた要望、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				コロナ感染症対策で3以上開催出来ていない。代わりに参加者に実績と外部評価を配布し報告させていただいている。	介護・医療連携推進会議は基本的に年2回開催されるが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、自治会長、長寿会長、民生委員、福祉推進委員、市自治センター職員、地域包括支援センター職員などの委員に事業所の現況を記した書面を直接手渡し、より理解していただけるよう働き掛けている。また、委員からの電話・書面等での質問・意見には丁寧に回答し、委員からの助言・提案等を事業所の運営に活かしている。今年10月には委員に参集していただき対面での開催を予定している。
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備							
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うえで）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				利用者等の状況の変化については、事業所内及び他事業所共すぐに情報共有できるよう、報連相を徹底している。	住み慣れた地域での切れ目のない適切なケアを提供するために「訪問介護記録」「訪問介護日誌」「連絡ノート」などで、職員間の適切な情報共有に努め、必要とする新たなサービスがあれば検討している。また、同じ法人の訪問看護ステーションと連携していることからそれぞれの立場で意見交換し、更に、担当のケアマネージャーへも報告し、現在書面開催となっているサービス担当者会議でも他職種とも連携し一つのチームとして協働している
(5) 安全管理の徹底							
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）				緊急時及び災害時についてはマニュアルを作成周知しており、今後も交通安全や事故防止に関し意識の向上に努めていく。	毎年度、法人としてのリスクマネジメント研修が行われ、職員は必ず受講し万が一に備えている。また、法人の「救急法・AEDについて」の研修を受け、利用者の緊急時の対応について学んでいる。利用者の多くが住むサービス付き高齢者住宅としての災害時訓練が年2回実施されており、法人としての地震・水害時等についての対策や備蓄、非常用電源なども整備されている。「緊急時フローチャート」があり、利用者毎の「緊急隊引継ぎメモ」も整備され、職員も地元の職員が多いことから、緊急時に速やかに利用者の元へ駆けつけることができるようになっている。昨年度10月の道路交通法改正に伴う営業車へのアルコールチェック義務化についても法人として対応しており、安全運転にも配慮がされている。来年4月より、施設系・在宅系を問わず介護事業所では「BCP(事業継続計画)」の策定が義務化されることから非常事態に備え策定中である。
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				職員不在時には事務所に施錠し、紙媒体・電子媒体共に適切に保存・使用されている。	法人の年間研修の中で必須研修として「法令順守とは」「個人情報保護の取り組み」などを毎年度組み込み、タブレットや紙ベースの記録等についても鍵のかかるキャビネットに保管されている。「定期巡回・随時対応型」サービスの特性として、一日複数回の訪問により蓄積される個人情報の量が多く、また、複数の職員が関わることから、利用者一人ひとりの人格やプライバシーを守るよう適切に対応している。

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							
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	○			訪問看護師のアセスメントを参照し、個々の利用者の生活リズムに合わせた計画書を作成している。	利用者本人の意向や家族の要望を聞き、「定期巡回・随時対応型訪問介護計画書」を作成している。また、毎日の生活の様子を記した「訪問介護日誌」「連絡ノート」などから、心身の状況を把握し、プランに反映している。更に、「定期巡回・随時対応型アセスメント・モニタリングシート」を使用・分析したアセスメントが連携している同じ法人の訪問看護ステーションにより作成されている。
	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・つき合せ等が行われている	○			モニタリングを実施し、適切に行われているか検証している。	訪問看護ステーションのアセスメントをベースにした「定期巡回・随時対応型訪問介護計画書」が管理者により作成されており、「長期目標」、「短期目標」、「身体介護」、「生活援助」、「ご本人の要望」等を網羅し、「具体的サービス内容・実施方法等」も別紙とし一元化し、全職員で共有し、実践している。「定期巡回・随時対応型アセスメント・モニタリングシート」によりモニタリングを行い、訪問看護ステーションとも情報を共有・管理し、とりわけ予防と自立支援の観点から近い未来を予測し利用者一人ひとりのケアに反映している。
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回復に軸足を置いた計画の作成が志向されている	○			利用者の意思を尊重し自立支援を意識しつつ残存機能を活かす関りをしている。	「定期巡回・随時対応型訪問介護計画書」には「ご本人の希望」欄や「ご家族の希望」欄があり、日頃から自己決定を尊重し、意向に沿うよう努めており、利用者の将来を見据えた自立支援に取り組んでいる。また、事業所のサービスだけにとらわれず、デイケア、デイサービス、訪問リハビリ、薬局の配薬サービスなど、その時々利用者が必要とするサービスとも連携しながら支援している。
	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないよう、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	○			訪問看護との適切な連携により将来の変化予測とリスク管理を行ない計画に反映している。	利用者の平均介護度は2.7から3.1までで月々推移しており、重度化と高齢化が進んでいる。事業所として、最期まで尊厳ある生活を在宅で維持・継続していくことを目標としており、その中で利用者の心身の状態の変化に合わせ、入院等の事態も考えられることからサービスの変更も含めて臨機に対応し、家族との話し合いや医師・訪問看護師との連携を取り最善の支援を行っている。
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し							
計画上のサービス提供日時に限定されない、必要に応じた柔軟な定期巡回・随時対応サービスの提供	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	○			利用者の心身の状況変化にその都度対応できるよう、訪問時間の変更や回数の変更など臨機応変に行っている。	利用者を担当する在宅のケアマネージャーからの居宅サービス計画やサービス提供表に沿って「定期巡回・随時対応型訪問介護計画書」を作成し、必要な時間帯に訪問している。また、訪問看護ステーションとも連携を取り、本人や家族とも相談しながら利用者の状況の変化に合わせ柔軟に対応している。事業所のオペレーターが利用者からの随時のケアコール(要望)について判断し、随時、必要な対応を行っている。利用者の心身の状況によっては他のサービス(デイサービス、デイケアなど)との連携も図っている。

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なわれている	○			積極的情報収集により、変化に対応したサービス提供ならびに計画への反映を行なっている。	利用者の「訪問介護記録」が実質上のモニタリングとなっており、一人ひとりの心身の状態の変化等についてもタブレットで入力し、一時的なサービスの変更については申し送り、連絡ノートにも記載し職員間で意思統一を図っている。常態化するようであれば訪問看護師やケアマネージャーと早期に連携を取り、事業所の「定期巡回・随時対応型訪問介護計画書」も見直し、状態に即したものに变更している。また、「定期巡回・随時対応型アセスメント・モニタリングシート」により訪問看護師が月1回アセスメントを行っており、利用者の状況の変化に的確に対応している。
(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供							
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	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を活かした役割分担が行なわれている	○			緊密な連携によりそれぞれの役割分担に基づきサービス提供している。	同じ法人の訪問看護ステーションと連携し、体調変化については24時間相談できる体制となっている。個別の訪問介護や訪問看護と異なりチームとして対応するため、情報共有がスムーズに行われ、より利用者や家族の状況に合わせた専門的なサービスが提供できるようになっている。急な体調の変化などにも常駐しているオペレーターが利用者の話を聞き、訪問介護や看護の必要性があれば手配をし、他のサービスも含め包括的なケアを提供している。
介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・心身機能の維持回復などの観点から、指導、助言がおこなわれている	○			アセスメントでの指導に加え、利用者の状態により必要な助言・提案が適宜行われている。	連携している同じ法人の訪問看護ステーションとは日ごろから報告・連絡・相談が十分に行われており、意思疎通が円滑かつ密接にできている。従来から、同じ事業所の訪問介護や同じ法人の訪問看護を利用していた利用者も多く、協働しながら支援している。「定期巡回・随時対応型アセスメント・モニタリングシート」により訪問看護ステーションで月1回アセスメントが行われており、当事業所のサービスに対しても適切な指導、助言等が行われている。
(4) 利用者等との情報及び意識の共有							
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	○			契約時に重要事項説明書に基づき内容を理解・納得していただけよう説明しており、随時疑問等にもその都度説明を行なっている。	利用契約時に「定期巡回・随時対応型訪問介護看護(連携型)」としての運営規定、契約書、重要事項説明書で利用者や家族に説明を行い、その内容を理解頂き、同意を得ている。サービスについては起床介助、食事準備、水分介助、就寝介助など、身体介護とあわせて生活援助を実施するという内容になっている。生活援助は、洗濯物の片付け、身の回りの整理などとなっており、身体介護と一体的に提供されている。また、入浴、排せつ、食事等の介助その他の日常生活上の世話のほか、入浴を目的にデイサービスを利用するという利用者もおり、デイサービスでの入浴の準備なども行っている。

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	○			目標及び計画の内容についてその都度説明し納得してサービス利用していただけるよう心掛けている。	在宅のケアマネージャーの居宅サービス計画やサービス提供表に沿い、「定期巡回・随時対応型訪問介護計画書」を作成している。計画には「長期目標」「短期目標」「身体介護」「生活援助」「ご本人の要望」「ご家族の要望」等が網羅されており、「具体的サービス内容・実施方法等」も別紙とし、利用者や家族に当サービスの趣旨及び特徴を十分説明し、心身の機能の維持及びQOL(生活の質)の向上を共に図っている。また、それらに沿い、全職員で実践している。
	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	○			利用者の状況の変化等については、ケアマネを通じこまめにご家族等へ報告・相談を行なっている。	利用者の毎日の暮らしぶりについては「訪問介護日誌」や「訪問介護記録」に毎日記録し、日々の申し送り、連絡ノートなどで職員間の適切な情報共有に努めている。排泄介助、食事、服薬介助、移動介助、身体整容、自立支援、申し送り事項などを記録し、心身の状況に変化があればケアマネージャーや訪問看護ステーションと連携を取り、本人や家族とも相談しながらサービス内容の変更を掛けている。
2. 他職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント							
(1) 共同マネジメントの実践							
利用者等の状況の変化についての、ケアマネー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	ケアマネージャーとの間で、利用者へのサービス提供状況、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	○			利用者の状態についての情報共有ができ、変化等に伴うサービスの変更などもケアマネとの協議によりスムーズに行えている。	担当ケアマネージャーの作成する「居宅サービス計画」「サービス提供表」に沿い当事業所の計画作成責任者が「定期巡回・随時対応型訪問介護計画書」を作成している。毎月、サービス提供実績報告書をケアマネージャーに送付し、また、現在、「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」でのやり取りで利用者のきめ細かな生活の情報を提供し、他の事業所とも連携している。利用者の心身の状況に応じ、当初の居宅サービス計画のサービス提供の日時にとらわれず、計画作成責任者が日時やサービスの具体的内容をケアマネージャーと検討し、居宅サービス計画を変更することなく臨機応変に対応している。
	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	○			随時ケアマネに提案をし、よりよいサービスに繋がられるよう情報収集に努めている。	新型コロナ禍以前は当事業所のサービスを利用する方が住むサービス付き高齢者住宅の地域交流スペースに自治会のボランティアが来訪し歌唱などで触れ合っていたが、現在、予断を許さない状況が続いていることから自粛せざるを得なくなっている。過去には自治会が主催する行事への参加などを介護計画に入れた利用者もいた。また、介護・医療連携推進会議でも地域の委員からイベント等の情報が寄せられていたが、イベント自体が自粛となっている。今夏、地区で花火大会が久々に開催されサービス付き高齢者住宅に住む利用者も楽しまれたという。今後、法人や事業所が持つノウハウを活かし、新型コロナ収束後に備えていくことを期待したい。

<p>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</p>	24	<p>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おこなわれている</p>	○			<p>感染症対策をしながら行われるサービス担当者会議等の場を通じ他職種への情報提供を行っている。</p>	<p>新型コロナ感染レベルが低い段階では居宅サービス計画の更新や変更の際にサービス担当者会議が開催されており、利用する本人や家族、デイサービス、訪問リハビリテーション、福祉用具貸与、訪問看護等の多職種の関係者が参加し、一人ひとりの利用者のサービス内容について意見を出し合い検討し、必要なサービスがあれば追加し不要なサービスであれば外すなど、定期的に検討を重ねていた。現在、新型コロナ感染が予断を許さないという状況下、在宅のケアマネージャーより「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」が配布され、それに回答し「サービス担当者会議の要点」として集約され多職種と連携している。</p>
<p>(2) 他職種連携を通じた包括的・継続的マネジメントへの貢献</p>							
<p>利用者の在宅生活の継続に必要な、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</p>	25	<p>利用者の在宅生活の継続に必要な、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おこなわれている (※任意評価項目)</p>	○			<p>必要に応じ、介護職・看護職・ケアマネと検討を行っている。保険外サービスなども取り入れ、利用者のニーズに応えている。</p>	<p>現在、対象の利用者はいないが、介護支援事業所のケアマネージャーや訪問看護ステーション等と協働し、在宅での生活を継続するために受診の同行、リネンの交換、配食サービス、居室の清掃等の有償サービスを計画に組み込み、利用者の利便性を図ることができるようになっている。また、必要性から利用者の後見人などの援助に頼らざるを得ないケースもあり、一人ひとりの利用者に合わせて、利用者が一番身近な存在である当事業所として主導的な役割を担い多職種と検討を重ねることも可能となっている。</p>
	26	<p>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なわれている(※任意評価項目)</p>	○			<p>退院前カンファレンスへの参加や退院時サマリー等で情報収集している。入所や入院時には書面での情報提供やカンファレンスを通じ情報の共有に努めている。</p>	<p>担当ケアマネージャーと情報を交換しながら入院時には主治医と連携し、必要な情報提供を行っている。また、入院期間中もケアマネージャーや医療機関と密に連絡を取り合い、情報交換を行っている。新型コロナ感染が予断を許さない現在、利用開始前に直接利用者とは接することができず、携帯電話や通常電話等からの情報で暫定介護計画を立て、利用開始後にご本人と初めて顔を合わせ、実際にサービスを提供する中で計画の修正を行うこともある。</p>
<p>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</p>	27	<p>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)</p>	○			<p>現状に満足することなく、更なるケアの向上に向け包括的なサポート体制の構築をめざしていく。</p>	<p>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に、サービス担当者会議に出席する他の職種の関係者と協働している。他のサービスが必要であれば、そのサービスへつなぎ、利用者、家族の希望、ニーズにそった支援を行っている。今後、公的なサービスだけでなく、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」「生活支援・福祉サービス」「住まいと住まい方」等の「地域包括ケアシステム」の五つの要素と連携しながら可能な限り、住み慣れた地域で生活を継続することができるように支援されていくことを更に期待したい。</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							
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、迅速におこなわれている			○	介護・医療連携推進会議の記録はホームページに公開しているが対面での会議はコロナ感染症の5類移行に伴い9月以降を予定している。	基本的に介護・医療連携推進会議は年2回開催されており、その内容は「登録数」「介護度」「時間別定期巡回訪問回数」など詳細に記したもので事業所の状況をつぶさに知ることができる。新型コロナウイルス感染症の影響を受け、現在は書面での開催となっており、書面は上田市担当部署へ提出し、また、委員に手渡している。更に、議事録については法人ホームページで公開している。そのような中、今秋、10月には委員に参集していただき、対面での会議を予定している。
	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おこなわれている			○	コロナ感染症対策で、積極的な広報活動を行えていないが、今後も上田市高齢者福祉課や他事業所とも協力して広報に努めていく。	上田市では、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」の地域展開を進めるとともに、既存の事業所と連携・協力して、介護度が高くても住み慣れた自宅で24時間必要なケアを受けて暮らし続けられる地域づくりを目指すため、平成29年度から、24時間在宅ケアサービス推進モデル事業に取り組んでいたが、そのモデル事業は終了した。県内の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」事業所としての会議が年1回リモートなどを使い開催されることがあり、当サービスの周知へ向けて検討している。当事業所も含めた上田市内の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」3事業所として、在宅のケアマネージャーを対象に当サービスへの理解を促すための事例発表会を令和2年に計画していたが、新型コロナウイルスの感染に伴い中止となったままである。新型コロナウイルスが5類へ移行されたこともあり、更に、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」のメリットを在宅のケアマネージャーに広く知らしめていくことを期待したい。
(2) まちづくりへの参画							
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			○	今後も事業所内職員の理解に努める。	法人のホームページの当事業所の紹介の内容を一新し「定期巡回・随時対応型訪問介護看護(連携型)」としてわかり易く掲載されている。「訪問看護ステーション」との連携についても触れており、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護のイメージ」としてイラスト入りでサービスの流れが説明されている。今後、地域包括ケアシステムの一つの中核サービスとしての重要性が増々高まるものと思われることから、更に、普及・拡大に向けて訴求方法などを工夫されていくことを期待したい。
サービス提供における、地域への展開	31	サービス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			○	サ高住以外の在宅利用者の更なる獲得を目指す。	利用者の内訳は、現在、在宅の利用者と法人の運営するサービス付き高齢者住宅の利用者の二つとなっている。在宅のまま住み慣れた地域で最期まで暮らしたいというニーズは少なからずあるものと思われ、定額制という当サービスの最大のメリットを強調し、特に、地域の居宅介護支援事業所、その他の介護サービス事業者、地域住民等へ広報・周知を図られることを期待したい。

<p>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</p>	32	<p>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)</p>					<p>認知症サポーターの育成、認知症見守りネットワーク事業等に参加し、法人全体で地域に向けた取り組みを行なっている。</p>	<p>法人として地域に「無くてはならない存在」を標榜しており、令和5年度の三つの重点目標のうちの一つとして「地域の一員として繋がり、地域に貢献します」と掲げ、また、同じく「優しさに包まれた介護・支援に取り組みます」とし、真田地域の活性化に関わっている。広報誌「生き生きふるさと通信」を年4回発行・回覧しており24時間365日の多様なニーズに応えている。地域に密着した法人の具体的なサービスとして小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者のグループホーム・デイサービスなどを展開し、企業主導型保育園も運営している。介護保険制度の改定の都度強化される「地域での包括的」な活動が今後も更に重要となってくることから、安心・安全のまちづくりという面も踏まえ、フォーマルな支援とインフォーマルな支援のつなぎ手として法人全体でその活動を展開している。</p>

Ⅲ 結果評価 (Outcome)

<p>サービス導入後の利用者の変化</p>	33	<p>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</p>					<p>目標達成が図られている利用者が多い。</p>	<p>組織的にPDCA(Plan:計画策定、Do:実行、Check:評価、Action:見直し)サイクルに基づきサービスの質の向上に取り組んでいる。基本的に在宅のケアマネージャーからサービスの依頼が事業所に対して行われ、その後、事業所として利用者宅を訪問して契約が結ばれる。その際、アセスメントを行い、利用者の心身の状況の把握、家族の介護状況、家屋の状態、必要な支援等について明らかにしている。また、サービス担当者会議が開催され、多職種が連携する中、当事業所としてのサービスや役割を明確にしている。在宅のケアマネージャーによる「居宅サービス計画」「サービス提供表」を基にした「定期巡回・随時対応型訪問介護計画書」を当事業所として作成し、利用者や家族へ説明し同意を得ている。サービス提供を開始してからは、「訪問介護記録」などに日々の訪問時の様子を記録し、同時にモニタリングをしている。そして、3ヶ月に一度、サービス提供責任者が利用者宅を訪問し、総合的な意味でのモニタリングを行い期間内の評価とともに短期・長期の目標についての到達度を判断し、計画の見直しをしている。現在、新型コロナ禍が続き、在宅のケアマネージャーより「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」が配布されることからそれに回答し、「サービス担当者会議の要点」として集約されたものを多職種と協働し目標達成に向けて連携している。</p>
-----------------------	----	--	--	--	--	--	---------------------------	--

	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	○				定期的な訪問と随時の対応により安心感を持っていただいている。	法人として高齢者だけでなく、家族や介護者、知人・友人、そして地域に暮らす人々と共に生き、すこやかに暮らすことのできる地域づくりを目指しており、誰もが安心して暮らせるまちづくりに参画している。法人として令和5年度の三つの重点目標を掲げ、そのうちの一つとして「地域の一員として繋がり、地域に貢献します」としている。住みなれた地域で暮らし続けるためには、生涯のライフステージを通して必要なサービスを整備する必要があり、法人としてこれから予測される長寿社会に備え、地域の高齢者がより生き生きと充実した毎日を過ごせるような環境づくりに努めている。従来から、真田地域の高齢者を支えるために可能な限りのサービスを展開しつつ、地域包括ケアシステムの構築に努めており、昨年、法人設立から30周年を迎え、更に、その内容を精査し密度の濃いサービスを提供しようと新たな体制で臨んでいる。家族アンケートでも「本人、家族供大変感謝しております」と、満足と安心につながっていると思われる声が寄せられている。
--	----	---	---	--	--	--	--------------------------------	--