

| 事業所名                                       |      | ケアステップ エール  |       | 自己評価    |         |          |  | 外部評価コメント   |
|--|------|---|-------|---------|---------|----------|--|------------|
| タイトル                                       | 項目番号 | 項目  | できている | ほぼできている | とできていない | 全くできていない | コメント   |            |
| <b>I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]</b>        |      |   |       |         |         |          |  |            |
| <b>(1) 理念の明確化</b>                          |      |   |       |         |         |          |  |            |
| 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                           | ○     |         |         |          | 「24時間365日地域の皆様が安心して暮らせるように多面的なサポートを実現する」ことが法人の想いであり、事業所の理念でもある。              | 適切に評価されている |
| <b>(2) 適切な人材の育成</b>                        |      |   |       |         |         |          |  |            |
| 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   |       | ○       |         |          | 入社歴の浅いスタッフは十分に把握できていない。(当該サービスの特徴)   |            |
|  | 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 | ○     |         |         |          | 研修案内があれば、スタッフ全員が回覧できる体制を取っている。また、他社の定期巡回サービスの視察に行っている。                       |            |
|  | 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                              | ○     |         |         |          | 訪問サービスの指導・教育を行い配置している。都度、同行訪問することで現状を把握するようにしている。                            |            |
| 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・認識の共有のための機会が、十分に確保されている                                   |       | ○       |         |          | 週に1回介護・看護・リハの会議を行っている。   | 適切に評価されている |
| <b>(3) 適切な組織体制の構築</b>                      |      |   |       |         |         |          |  |            |
| 組織マネジメントの取り組み                              | 6    | 利用者等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)を行っている                                  |       |         | ○       |          | 介護スタッフ不足の為に柔軟な人材配置ができていない。   |            |
| 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共に、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       |       | ○       |         |          | 会議であがった意見・助言などを反映できるように、法人として取り上げている。  | 適切に評価されている |
| <b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>              |      |   |       |         |         |          |  |            |
| 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上で)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                                 |       | ○       |         |          | 状態の変化・プランの見直し等見られる際には迅速に介護支援専門員・看護師に報告するとともに、本人・家族と話し合いが行えるよう手配している          |            |
| <b>(5) 安全管理の徹底</b>                         |      |   |       |         |         |          |  |            |
| 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)        |       | ○       |         |          | 緊急体制の構築は職員間での緊急連絡表を作成している。安全運転に関しても日常的な指導とエコドライブシステムの導入し、人事考課による評価と関連づけている。  |            |
| 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                 | ○     |         |         |          | システム会社を通じてパソコン・タブレット端末にて保管している。  |            |
| <b>II 過程評価 (Process)</b>                   |      |   |       |         |         |          |  |            |
| <b>1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供</b>         |      |   |       |         |         |          |  |            |
| <b>(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</b>      |      |   |       |         |         |          |  |            |
| 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   |       | ○       |         |          | 状況に応じて随時アセスメント・モニタリングの実施を行い、プランへ反映されるよう努めている                                 |            |
|  | 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、つき合わせ等が行われている   |       | ○       |         |          | 週に1回介護・看護・リハの会議を行っている。   |            |
| 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維持回復に軸足を置いた計画の作成が志向されている   |       | ○       |         |          | 看護師、リハビリ職と連携し、利用者の今後起こると予想されることに対しそれぞれの視点でアセスメント・モニタリングを基にプランへ反映されるように努めている。 |            |
|  | 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         |       | ○       |         |          |  |            |

| 事業所名  | ケアステップ エール |   | 自己評価  |         |         |          | 外部評価コメント   |
|---|------------|---|-------|---------|---------|----------|--|
|   |            |   | 実施状況  |         |         |          |  |
| タイトル  | 項目番号       | 項目  | できている | ほぼできている | とできていない | 全くできていない | コメント   |
| <b>(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し</b>                |            |   |       |         |         |          |  |
| 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  |       | ○       |         |          | 看護師、介護士、リハビリ職が連携し、必要に応じ随時訪問できる体制を整えている。                                    |
| 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われている  |       | ○       |         |          | 計画作成責任者、看護師ともにモニタリングを行い、変化・対処を確認し具体的に記録している。                               |
| <b>(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供</b>               |            |   |       |         |         |          |  |
| 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われている  |       | ○       |         |          | 随時対応や随時訪問は看護師が積極的に対応、訪問することでリスクを回避している。また、看護師からは、生活面に軸をシフトしての指導、助言も行われている。 |
| 看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・心身の機能の維持回復などの観点から、指導、助言が行われている   |       | ○       |         |          | 適切に評価されている   |
| <b>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>                        |            |   |       |         |         |          |  |
| 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 |       | ○       |         |          | 契約書・重要事項説明書にて、契約時に説明を行い、同意をいただき書面を交付している。                                  |
| 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   |       | ○       |         |          | 計画書の作成を行い、ご本人・ご家族へ説明、同意をいただいている。   |
|   | 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   | ○     |         |         |          | 訪問時に変化がみられる場合は、ご家族・各関係機関へ連絡を行うようにしている。                                     |
| <b>2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント</b>                 |            |   |       |         |         |          |  |
| <b>(1) 共同ケアマネジメントの実践</b>                          |            |   |       |         |         |          |  |
| 利用者等の状況の変化についての、ケアマネ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   |       | ○       |         |          | 迅速な対応を要する場合は、介護支援専門員には事後報告になることもあるが、提供時の変更はご本人・ご家族と相談の上行っている。              |
|   | 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   |       | ○       |         |          | 担当者会議での提案を行うとともに、地域の資源の把握に努めている。   |
| 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           | 24         | 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行われている   |       | ○       |         |          | 使用しているソフトを利用し、リアルタイムで現状の把握ができる。  |
| <b>(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的マネジメントへの貢献</b>             |            |   |       |         |         |          |  |
| 利用者の在宅生活の継続に必要なとなる、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 | 25         | 利用者の在宅生活の継続に必要なとなる、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行われている(※任意評価項目)                                    | ○     |         |         |          |  |
|   | 26         | 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われている(※任意評価項目)                              | ○     |         |         |          |  |
| 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       | 27         | 地域における利用者の在宅生活の継続に必要なとなる、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)                                    |       | ○       |         |          |  |

| 事業所名  |      | ケアステップ エール  |       | 自己評価    |         |          |  | 外部評価コメント   |
|---|------|---|-------|---------|---------|----------|--|------------|
| タイトル  | 項目番号 | 項目  | 実施状況  |         |         |          | コメント   |            |
|   |      |   | できている | ほぼできている | とできていない | 全くできていない |  |            |
| 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                          |      |   |       |         |         |          |  |            |
| 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、迅速に行われている  | ○     |         |         |          | 終了後10日以内にHP上で公開している。                                       |            |
|   | 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行われている  |       | ○       |         |          | 人員の兼ね合い上、積極的に広報周知が行えていない。                                  |            |
| (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  |       |         | ○       |          | 職員全員は理解できていない。   |            |
| サービス提供における、地域への展開                             | 31   | サービスの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  | ○     |         |         |          | 御南中学校区外のエリアにも訪問を行っている。基本的に新規依頼は断らない。                       | 適切に評価されている |
| 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            | 32   | 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) | ○     |         |         |          | 自社内に自費サービスの部門を立ち上げ、定期巡回利用の顧客専用、限定エリアにおける独自の自費サービスに取り組んでいる。 | 適切に評価されている |
| Ⅲ 結果評価 (Outcome)                              |      |   |       |         |         |          |  |            |
| サービス導入後の利用者の変化                                | 33   | 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   |       | ○       |         |          | 看取りも多く、看護師と介護士の役割分担しながら計画目標を達成を目指している。                     |            |
| 在宅生活の継続に対する安心感                                | 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   |       | ○       |         |          | 看護師、リハビリ職と一体型での提供となり安心感につながっている                            |            |