

## 事業評価の結果（内容評価項目）

福祉サービス種別 訪問介護  
事業所名 在宅総合ステーション  
ながの

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。

- 「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
- 「b」評価・・・aに至らない状況=多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態
- 「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
A	1 生活支援の 基本と権利擁護	(1) 生活支援の 基本	① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。</li> <li>■ 2 日々の支援において利用者の自立に配慮するとともに、利用者の自立への動機づけを行っている。</li> <li>■ 3 自立した生活が営めるよう、利用者の意向やこれまでの生活を尊重しながら、居室等に配慮し支援を行っている。</li> <li>■ 4 鍵を預かる場合や買い物代行などで金品を預かる場合のルールが決まっており、適正に取り扱っている。</li> <li>■ 5 必要に応じて、介護支援専門員を通して、日常生活自立支援事業や成年後見制度等の利用につなげている。</li> <li>■ 6 安心・安全で落ち着いた生活を送るための環境づくりについて、利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメント、モニタリング、ヘルパー坦会、アンケート調査、事例検討会を行い個別援助に取り組んでいる。</li> <li>・訪問介護計画、手順書において自立支援を位置付けている。自立への動機づけとなる様な目標を引き出すよう意識を持っている。</li> <li>・ケアカンファレンスなどで、自立した生活の妨げとなるような場合は環境整備など福祉用具、リハビリなどの意見を貰いながら提案をしている。</li> <li>・鍵は預からない（業務マニュアル）買物についてもマニュアルがある。成年後見制度を利用している。</li> </ul>
			② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 7 利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。</li> <li>■ 8 利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。</li> <li>■ 9 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。</li> <li>■ 10 コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・品質マネジメントシステムに従いモニタリングで思いや希望をお聴きしレビューしている。サービス提供責任者が同行し確認する仕組みになっている。</li> <li>・手話のできるヘルパーがいる。認知症、高次脳機能障害など特徴に合わせた対応を行っている</li> </ul>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
A	1	(1)	②		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 11 話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。</li> </ul>	
		(2) 権利擁護	① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 12 権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。</li> <li>■ 13 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。</li> <li>■ 14 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等を明確に定め、職員に徹底している。</li> <li>■ 15 所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。</li> <li>■ 16 権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。</li> <li>■ 17 権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し理解・実践する仕組みが明確化されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経済的虐待をされていた利用者 に説明を行ったが改善されず、包括に相談し必要な対策を行った事例がある。</li> <li>・毎回ヘルパーからの報告を受けモニタリグを行っている。カンファレンス時の身体拘束がないか様子をみたり身体拘束に関する研修を行っている。</li> <li>・身体拘束は禁止されている為、身体拘束は行っていない記録を残している。ヘルパーがサービス担当責任者に報告し、サービス担当責任はケアマネに報告するよう手順が定められている。</li> <li>・事例検討会、研修、モニタリグ、カンファレンスを通じ検討している。</li> </ul>
3	生活支援	(1) 利用者の状況に応じた支援	① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 18 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援（入浴介助、清拭、見守り、声かけ等）を行っている。</li> <li>■ 19 安全・快適に入浴するための取組を行っている。</li> <li>■ 20 入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。</li> <li>■ 21 入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせて対応を工夫している。</li> <li>■ 22 入浴方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。</li> <li>■ 23 入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。</li> <li>■ 24 家庭での入浴について利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修やモニタリグ、訪問リハとの連携により安全・快適な入浴支援を行っている。</li> <li>・バイタルチェックで体調の確認を行い、必要な人は血圧、体温を測っている。</li> <li>・清拭、足浴、または頃合いを観たり、コミュニケーション技術の研修などを行い配慮している。</li> </ul>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
A	3	(1)	② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 25 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつのための支援、配慮や工夫がなされている。</li> <li>■ 26 自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。</li> <li>■ 27 トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。</li> <li>■ 28 排せつの介助を行う際には、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。</li> <li>■ 29 排せつの介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。</li> <li>■ 30 排せつの自立のための働きかけをしている。</li> <li>■ 31 必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。</li> <li>■ 32 支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。</li> <li>■ 33 家庭での排せつについて利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実践に置いてはホットタオルで温める研修（専門知識）を行い実施している。</li> <li>・「業務マニュアル」で手順書にプライバシーの配慮について入れている。</li> <li>・研修でオムツ交換、生活支援技術等を習得し実施している。</li> <li>・立位がとれればポータブルトイレの提案を行っている。</li> <li>・毎回報告と記録を残し、いつもと違う時はケアマネージャー及び、訪問看護等に連絡をしている。</li> <li>・ヘルパーからの報告とモニタリングで何かあればケアマネージャーへ報告、カンファレンスで検討することになっている。</li> <li>・ケアカンファレンス、ヘルパー担当者会議、モニタリングにより検討している。</li> </ul>
			③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 34 利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。</li> <li>■ 35 移動の自立に向けた働きかけをしている。</li> <li>■ 36 利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。</li> <li>■ 37 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。</li> <li>■ 38 介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘルパーからの報告とモニタリングで何かあればケアマネージャーへ報告、カンファレンスで検討することになっている。移動支援については訪問リハビリと連携して実施している。アセスメント等で専門的意見をもらうことができる。</li> <li>・福祉用具や座椅子を使った生活支援技術、リスクマネジメントなどの研修を行い取り組んでいる。見直しは職場会議、カンファレンスを通じ行っている。</li> <li>・家族にはベットの向きを変える安全な方法をアドバイスしている。</li> </ul>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
A	3	(1)	③	■	39 家庭での移動について、動線の安全の工夫や福祉用具等の利用を含めた助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	
		(2) 食生活	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a)	■ 40 食事をおいしく、楽しく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。 ■ 41 訪問介護員に対して調理に関する研修を行っている。 ■ 42 利用者の意向を確認し、調理している。 ■ 43 調理器具・台所等の衛生に留意し対応している。	・糖尿病、腎臓病など専門的配慮の必要な利用者の調理については病院の栄養指導を受けてサービスを開始することになっている。 ・業務マニュアルのサービス計画の手順書に入れ調理器具・台所の衛生管理に留意している。
			② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a)	■ 44 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。 ■ 45 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。 ■ 46 利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。 ■ 47 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。 ■ 48 誤嚥、窒息など食事時の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。 ■ 49 食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。 ■ 50 食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。 ■ 51 家庭での食事や水分摂取について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 ■ 52 サービス提供時のみならず、利用者の食事全体の聴き取りや確認をしている。	・キッチンの専門の調理士にだしの使い方を教えてもらいヘルパー会議で情報共有している。ケースにより言語療養士等のアドバイスをもらい、家族にも同席してもらい取り組んでいる。 ・学習会、研修、カンファレンス、マニュアルの見直しを行い、モニタリングやアンケートにより利用者満足度を確認している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
A	3	(2)	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 53 利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。</li> <li>■ 54 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。</li> <li>■ 55 食後または就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。</li> <li>■ 56 口腔内に異常が認められた場合、歯科の受診を促している。</li> <li>■ 57 家庭での口腔ケアについて、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。</li> </ul>	<p>・毎月のケアマネジャーへ家族のことも含め報告している。直近では12月の会議にその内容を記録として残している。訪問時に確認し、必要のない人でも聞き取りを行っている。</p>
		(3) 褥瘡発生予防・ケア	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 58 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取り組んでいる。</li> <li>■ 59 標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。</li> <li>■ 60 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取り組んでいる。</li> <li>■ 61 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。</li> <li>■ 62 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れている。</li> <li>■ 63 家庭での褥瘡予防について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。</li> </ul>	<p>・法人内研修や学習会を通し学ぶ機会を設けて周知徹底している。褥瘡予防については専門職（リハビリなど）からポジショニングを指示受け実施している。褥瘡の治療は医療行為（医師法大7条）にあたるため褥瘡の処置はできないが、情報については伝え、衣類や寝具によるシワ、除圧（背抜き）について取り入れている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
A	3	(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養	① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		<input type="checkbox"/> 64 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。 <input type="checkbox"/> 65 喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。 <input type="checkbox"/> 66 医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。 <input type="checkbox"/> 67 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。 <input type="checkbox"/> 68 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。	<p>・喀痰吸引・経管栄養については別組織の訪問看護で行い、利用者からの要望、需要がないため非該当としている。</p>
		(5) 機能訓練、介護予防	① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 69 利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 70 利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。 <input checked="" type="checkbox"/> 71 日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 72 認知症の症状の早期発見に努め、介護支援専門員を通して医療機関等につないでいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 73 自宅や地域での介護予防活動やメニューについて助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	<p>・訪問介護計画書の手順書に自立支援で自分で行えることを計画に入れている。また、認知症については日ごろのコミュニケーションをとる研修を行い取り組んでいる。訪問リハビリや訪問看護のそれぞれの専門職と連携し指導を受けている。介護予防活動やメニューについては、必要に応じケアマネジャー報告し情報提供している。</p>
		(6) 認知症ケア	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 74 利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 75 あらゆる場面で、職員等は利用者には配慮して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 76 行動・心理症状(BPSD)がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 77 職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。	<p>・行動、心理症状のある利用者には、症状の改善に向けたケアを訪問介護時間内において行っている。認知症の利用者についてもアセスメントをしっかりと行い、自立を妨げない、その人らしい個別の対応を進行状況や病気の症状に応じて行っている。ヘルパーからの報告を受け、サービス提供責任者がケアマネジャーに伝え助言を受けることになっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
A	3	(6)	①		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 78 サービス利用時の様子を家族に伝えるなどして、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。</li> <li>■ 79 家族の悩みや相談を受けとめ、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。</li> <li>■ 80 認知症の理解やケアに関して、利用者・家族に助言したり、家族会などの社会資源について情報提供を行っている。また、助言した内容については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。</li> </ul>	
		(7) 急変時の対応	① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 81 利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立し、取り組んでいる。</li> <li>■ 82 日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。</li> <li>■ 83 利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。</li> <li>■ 84 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。</li> <li>■ 85 体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。</li> <li>■ 86 訪問時に健康チェックを行い、異変があった場合には、家族、医師、訪問看護事業所、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。</li> </ul>	<p>・利用者が訪問看護を利用している場合は訪問看護ステーションに連絡し、医師へはケアマネージャーを通じ連携をとっている。水分の報告や体調の変化に対応する研修を積んでいる。</p>
		(8) 終末期の対応	① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 87 利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。</li> <li>■ 88 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。</li> <li>■ 89 利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。</li> <li>■ 90 職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。</li> <li>■ 91 終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。</li> </ul>	<p>・終末期に対応するマニュアルが作成され終末期の方針手順が定められている。利用者が望まない場合は非訪問とする場合もある。希望に沿ったケアを心がけ看取りにヘルパーが立ち会うこともある。学術活動委員会を通じ外部研修に参加している。ヘルパー担当者会や面接により精神的なケアを実施している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
A	4 家族等との連携	(1) 家族等との連携	① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 92 家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。</li> <li>■ 93 利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。</li> <li>■ 94 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。</li> <li>■ 95 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。</li> <li>■ 96 家族が必要とする情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員など専門職、関係機関につないでいる。</li> <li>■ 97 家族（介護者）に対し、必要に応じ介護に関する助言や介護研修を行っている。</li> <li>■ 98 家族（主たる介護者）の心身の状況や家族による介護・介助方法にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している。</li> </ul>	<p>・ノート、ファックス、電話、メール、連絡ノートにより家族に対し利用者の状況を報告している。モニタリング時に家族に説明したり要望を聞いている。定期的なカンファレンスの時、記録を残し、必要に応じケアマネージャーに連絡している。班会メニューに「漏れないオムツ交換」や班会で介護技術の指導、助言指導を行っている。</p>
	5 サービス提供体制	(1) 安定的・継続的なサービス提供体制	① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 99 打ち合わせや会議等により、サービスの実施方法・手順等を職員全体に周知徹底するための方策を講じている。</li> <li>■ 100 利用者の状況などの情報を共有するための仕組みがある。</li> <li>■ 101 定期的にケアカンファレンスや研修を開催し、指導者や先輩等による相談、助言等が得られる機会を確保している。</li> <li>■ 102 訪問介護員が変更になる場合、必要に応じ利用者に事前に連絡をしている。</li> <li>■ 103 利用者宅に初めて訪問する訪問介護員に変更になった場合には、サービス提供責任者が同行している。</li> <li>■ 104 必要に応じ、外部の専門職の指導や助言を得られるようにしている。</li> </ul>	<p>ヘルパー会議、職員会議、事例検討会、ヘルパー担当者会議において事例検討、学習会などを実施している。看護師、理学療養士、作業療養士、言語療養士、その他法人の講師の助言を気軽に得られる。</p>