

令和 6 年度 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 サービス評価表

1. 事業所情報

事業所番号	1490500111	事業開始年月日	平成25年12月1日
法人名	株式会社フルライフ		
事業所名	フルライフ横浜		
事業所所在地	(232-0013)		
	横浜市南区山王町3-24-8 港横浜ビル4階		
電話番号	045-250-1855	FAX番号	045-250-1857
施設等の区分	連携型	サービス提供地域	南区
自己評価作成日	令和7年2月1日		

3. 法人・事業所の特徴

法人の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域に密着した活動 ・ 24時間365日対応 ・ 在宅介護中心の事業運営
事業所の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問系（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問介護）の3サービスと居宅介護支援サービスを中心に地域の医療・福祉の事業者と連携してご利用者一人一人の為のサービスを提供している

2. 介護・医療連携推進会議

介護・医療連携推進会議への公表日	令和7年3月13日
開催場所	フォーラム南太田 第一会議室

自己評価・外部評価 評価表

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	できていないことが多い	全くできていない		
I 構造評価								
(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		○			・「私たちは福祉社会の充実に寄与する」を理念に掲げ、「心のサービス」を信条にしている。	・企業理念は会社案内WEBページから確認出来るが事業所独自の理念はWEBから確認出来なかった。 ・理念の通り、心情に寄り添った支援が実践されている。
(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		○			・ご利用者一人一人の状況・状態に合ったサービスを検討・相談しながら提供出来ている。	・臨機応変に、状況・状態にあったサービスを検討相談しながら出来ている。 ・共通した理念認識が感じ取れる支援への一貫性が伝わる。
	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		○			・内部研修は外部講師を招いたり、研修動画などで定期的に行っている。 ・オペレーター向けの個別研修を行い、要件を満たす全てのスタッフが適切な判断が出来るよう研修を重ねている。	・年間を通して計画的に行われている。 ・職員育成の研修が実施出来ている事で、理念認識の一貫性が感じられるのだと思う。
	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		○			・一人一人の条件に合った人員を手配するよう検討している。 ・初回のサービス時には必ずスタッフがヘルパーに同行し訪問を行っている。	・初回同行の様子を何度も目にしており、安心感が増す。
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		○			・連携する医療機関への報告・連絡・相談を行い、より良いサービスが提供出来るよう心掛けている。 ・アセスメントへの同行、担当者会議への出席などで情報共有し、適切なサービスを提供出来るよう検討している。	・職種間の情報共有・連携に取り組まれている。 ・連絡ノートの活用など、情報共有できている。 ・随時・適時の情報共有・報告の意識、ケアプランを軸にしたチーム意識が高く、とても連携しやすい。

(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	利用者等の特性に応じた柔軟なサービスを提供するため、最適且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている		○		<ul style="list-style-type: none"> ・複数名で関わる事で、緊急時にも素早く対応出来るよう人材を配置している。 ・状態の変化により訪問回数の提案・調整を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・状況判断し、対応して頂いている。 ・緊急性を理解・判断し支援をされている。これが実践できる人材配置や工夫、現場努力があるのだと思う。
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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・年2回書面・対面での会議を開催し活動報告を行っている。 ・委員からの意見・助言等をサービスの向上につなげている。 	
(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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者ファイル・PC管理により共有している。 ・連携ノートや排泄チェック表の利用、変化があれば電話やFAX等で随時連絡を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ノート、チェック表、電話にて共有できている。 ・関係者間で、随時連絡が取れるよう工夫している。 ・事業所内で情報共有がされている事を現場で感じられる。利用者・ケアマネの安心感に繋がっている。
(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)		○		<ul style="list-style-type: none"> ・セコム安否確認システムを利用している。 ・BCP研修、地域の防災訓練への参加。 ・事故対応・災害時対応マニュアルの運用。 	<ul style="list-style-type: none"> ・BCPの研修を年度初めに行うなど、知識・意識の向上に努めている。 ・良い取り組み。今後も地域で防災など取り組んでほしい。 ・情勢に合わせた安全強化を継続してほしい。
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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報は鍵付きの書庫で保管している。 ・PCはパスワードで管理。停電時でも対応出来る様、紙面での管理も行っている。 ・持ち出す物はマスキングを行い必要最低限の情報にし訪問している。 ・特変時等はオペレーターとの連携により対応可能な体制を作っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報の取り扱いは、引き続き適切な管理体制を確保・継続してほしい。

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				○	<ul style="list-style-type: none"> ご家族も含め生活のリズムを確認し、希望に沿った提案を心掛けている。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活のリズムを確認して、希望に沿った提案が来ている。 ケアマネでは把握しきれない日々の変化等の共有は期待している。
	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				○	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントのみの場合は責任者が同行し、日頃のサービス状況や体調面の報告相談をしている。 身体面生活面も含めアセスメントを頂き、注意点や特変時の指示等サービスに反映している。 	<ul style="list-style-type: none"> 定期巡回や夜間対応など緊急コールを受けてからの介入は、適切な医療との連携意識が高く信頼が厚い。
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				○	<ul style="list-style-type: none"> ご本人が出来る事を明確にし、希望を考慮してサービス計画を立てている。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の希望を大切にしながら、今後も出来ることもしくは継続できるような計画・支援を続けてほしい。
	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないように、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				○	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関からの情報を得てADLを予測した上で、居宅サービス計画書に基づき訪問介護計画書を作成している。 リスクを考えた上で心身機能の維持回復が出来るような計画を行う様にしているが、行動範囲が狭くなることもある。 	
(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				○	<ul style="list-style-type: none"> 状況変化について各連携機関で情報共有し緊急時の対応も安全に行えている。 事業所内スタッフでご利用者の状態について話し合い、必要に応じて訪問回数の変更や時間の延長など柔軟に行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時にも対応頂けるのは、大変ありがたい。 状態変化に臨機応変に対応して頂いている。 状況変化を情報共有し、緊急時の対応が出来ている。
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				○	<ul style="list-style-type: none"> ヘルパーからの報告や責任者の訪問により、特変が見られた際はケアマネジャー訪問看護などへ報告を行い都度プランを変更している。 	<ul style="list-style-type: none"> 活動報告や随時の情報共有によりタイムリーなプラン変更をして下さっている。 柔軟に対応して頂けるのは、大変ありがたい。 適宜、電話連絡を頂いている。

(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われている				○	<ul style="list-style-type: none"> 状態の変化に伴う医療的な判断が必要な場合には直接訪問看護に指示を仰ぎ、効率的に対応出来ている。 	<ul style="list-style-type: none"> お互いの専門性を理解し、情報共有を行うなどして職種間の連携が出来ている。 適宜報告を受け、対応を依頼出来ている。 一貫したケアが出来るように、メモや写真などで共有出来ている。
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				○	<ul style="list-style-type: none"> サービス開始時には一人一人注意すべき点や機能維持の為の助言を頂いている。 褥瘡予防や誤嚥を防ぐポジショニングなど、訪問看護に同行し指導・助言を頂くようにしている。 	
(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				○	<ul style="list-style-type: none"> パンフレットを用いて訪問看護と連携して状況により柔軟なサービスを提供していく事をわかりやすく説明する事を心掛けている。 契約時には重要事項説明書と契約書の読み合わせを行い、不明な点がないか確認を取っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 依頼からサービス開始まで時間が短くても、スピード感を共有して対応・協力してもらえるのでありがたい。 柔軟に対応して頂いている。
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				○	<ul style="list-style-type: none"> ご本人ご家族へ作成後説明し署名・捺印を頂いている。 目標の再確認をした上で交付している。 計画書の目標はわかりやすい簡素な文章にして作成し理解を得るようにしている。 	
	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				○	<ul style="list-style-type: none"> 連絡ノートや排泄チェック表を置き、状況報告や相談等関係者間で把握できるようにしている。 サービスの変更が必要な場合にはご本人ご家族を含め関係者間で相談している。 	

2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント								
(1) 共同ケア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				○	・状態の変化に伴うプラン変更が必要な場合には随時ケアマネジャーに相談し、サービスの追加等の対応を速やかに行っている。	
	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				○	・状態の変化に応じて訪問回数や食形態の変更・福祉用具の必要性など提案している。 ・配食弁当の利用(安否確認含め)ふれあい収集、ご家族への協力も提案している。	・適宜報告をいただき検討できている。 ・今後も本人家族に一番近い存在として、積極的な提案をしてほしい。
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				○	・サービス担当者会議の場だけでなく、状態の変化についても関係職種へ適時、連絡・報告・相談をしている。	・適宜報告を頂いている。
(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								
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	25	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行われている(※任意評価項目)				○	・保険外サービスとして通院時の院内介助など行っている。 ・コロナの影響により意見交換の場が少なくなっているが担当者会議があれば必ず出席し意見交換が出来るように努めている。	・院内介助は、ニーズが高まっていると思う。 ニーズに対応したサービスになっている。 ・在宅生活の中で様々なニーズに出来る限り柔軟に対応しようという姿勢が見られる。
	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)				○	・サービス開始前であっても病院・施設のカンファには積極的に出席して情報共有し、安心して自宅に戻れるようサポート体制を整えている。 ・退院直後、状況等により円滑にサービス提供が出来ない時もある。	・訪問開始前から、環境を整えて頂いている。 ・引き続き切れ目のない支援体制を整えてほしい。
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、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)				○	・各関係機関と情報を共有し、役割分担してサポート体制を整えている。	・今後も多職種連携を行って頂きたい。

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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・推進会議開催後、自己評価・外部評価はホームページで公開している。 ・議事録は事務所内でも閲覧出来るようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・昨年までの取り組み、様子が分かった。 ・地域の課題に対する解決協力の出来る体制作りと、必要な情報発信と関係づくりに積極的に取り組まれていると感じる。
	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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・地域での行事を把握し、可能な範囲で参加している。 ・エリア内の居宅にパンフレットを持参し、サービス内容の広報周知を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・防災訓練の参加など、地域との顔の見れる関係づくりをしている。 ・地域住民の安否確認について、地域の防災訓練で民生委員と取り決めをしておくのは良いと思う。
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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・可能な限り住み慣れた地域で最期まで自分らしい生活が出来るよう地域が一体となり支援体制を構築していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域や職種間の連携により、地域包括ケアの推進に寄与している。
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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・30分以内に移動出来る範囲で、可能な限りサービスを提供している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・山・坂の多い地域で環境課題に対しても苦労があると思うが、引き続き前向きに協力して頂けると事業所として大きな強味になると思う。
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）		○		<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターにおいて開催される会合や地域ケア会議等出来る限り出席を心掛けている。 ・シルバー人材の派遣も検討してもらえるよう提案している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の会合に、引き続き参加をお願いしたい。
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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・半年ごとに目標の達成評価を行っている。 ・関係者間で情報共有する事により目標に向けて動く事ができている。 	
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		○		<ul style="list-style-type: none"> ・状況の変化に対する柔軟な対応と、24時間いつでも連絡が取れるサービスに「利用して良かった」と意見を頂いている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援の中でそれぞれのニーズに向き合い、住み慣れた自宅・地域でその人らしくあり続けられるよう関り続けて下さっている事に感謝している。