

平成28年度 自己評価・外部評価 評価表

タイトル 番号	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		
<b>I 構造評価(Structure) [適切な事業運営]</b>									
<b>(1) 理念の明確化</b>									
①	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	○				心身機能、維持回復を実現させる為、訪問介護独自の理念「訪問介護事業所の目標」を掲げている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切に運営されている。</li> <li>「訪問介護の目標」とは、具体的な内容とは</li> <li>目標の周知徹底はいつなされているのか</li> </ul>
<b>(2) 適切な人材の育成</b>									
①	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	○				毎日の朝礼時に毎回理念唱和を実施し、職員研修時には毎回訪問介護の目標も唱和し認識を深めている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切に運営されている。</li> <li>相談させて頂いた時に丁寧にサービスの特徴を説明して下さいました。</li> <li>登録のヘルパーさんにまでも、理念・目標が、内容を理解し伝わっているのか不明。</li> <li>理念を意識しながら援助に当たっているか。</li> </ul>
		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	○				法人による医療系、介護系の全体研修を実施。訪問介護事業所としても毎月ヘルパー研修会を実施している。外部研修参加費の補助するしくみもある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切に運営されている。</li> <li>ヘルパー研修会の開催や全体研修の参加で、専門語術の向上や知識の幅が広がっていると感じる。</li> <li>引き続き専門技術などの向上や育成に対する研修を継続して頂くことが、サービスの質を向上することにつながると思います。</li> <li>研修内容の提示が必要。</li> </ul>

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				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		
		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	○				ヘルパーごとに力量評価表にて自己評価し、管理者が評価を行っている。サービス提供時に、サービス提供責任者が同行訪問し能力確認を行っている。その際必要に応じてアドバイスをしている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>能力確認の指標はあるのか。職員の士気があがるようなアドバイスが必要と思われる。</li> <li>適切に運営されている。</li> <li>共同で行う仕事ではないので、1人で抱え込まないように、サ責の同行訪問や助言は必要だと感じる。</li> <li>管理者として職員の能力の把握と開発に引き続き努めて欲しい。</li> </ul>
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	○				介護と看護が同一事業所内にあることから、利用者の状況等情報交換が随時可能である。「利用者報告書」を作成しており情報の共有が出来ている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>相互において、報告できており、情報共有している。</li> <li>共有が適切にできていると思われる。</li> <li>それぞれ介護と看護が補え、利用者の自立した生活が行えるように共有でき、よいと思います。</li> <li>今後も継続して確保してほしい。</li> </ul>
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>									
①	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	○				利用者の特性に応じて訪問時間や訪問回数等検討したシフトを組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切に運営されている。</li> <li>必要以上の過度な訪問はしていないか疑問はある。利用者・家族の意向の違いから</li> <li>今後も調整工夫を継続してほしい。個々の利用者様の必要な時間に入って頂いている。</li> </ul>
②	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	○				介護・医療連携推進会議を3ヶ月ごとに開催している。サービス過少供給等の指摘はなく、サービス提供は適切にできている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的に介護も開催され、助言等については反映しようとする姿勢が窺える。</li> <li>会議は適切にされている。</li> <li>会議を通じて他方面から意見をいただく事が出来ており、サービスの向上につながっていると感じる。</li> <li>今後も改善を期待しています。</li> </ul>

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				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		
<b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>									
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	○				<p>援助終了後の報告メール受信やヘルパー活動報告書の状況記録により、把握を行っている。</p> <p>必要に応じて、次の援助時の内容追加や変更等、電話連絡・メール・FAXの送信により、情報を伝達する仕組みを作っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・FAXやメールでの情報伝達は迅速と思われるが、すぐに見てもらえる工夫等はあるのですか</li> <li>・共有は適切にされている。</li> <li>・援助時の利用者の様子や変化があった事など、モニタリング報告や随時の報告で、利用者の状況が把握できている。</li> </ul>
<b>(5) 安全管理の徹底</b>									
①	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)	○				<p>法人全体の非常災害対応マニュアルにて緊急連絡網を作成しており、部長が各部署の責任者に指示を出し、その指示に従って行動するしくみがある。管理部より年1回メール配信の確認をしている。</p> <p>バイクはチェックシートを使用して毎日点検を行っている。夜間交通安全対策・災害時対応として、車使用を可としている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアルが必要(誰が誰に配信なのか)。</li> <li>・具体的な対策が行われている。</li> <li>・バイク事故のないように、始業前の点検を行ってほしい。</li> <li>・災害はいつ起こるか解りませんので、発生しても落ち着いた行動がとれるしくみ作りは、何処の事業所も必要不可欠だと感じています。これからも事業所内で定期的に、災害時の対応や職員の安全確保について話し合っ行ってもらいたいと思います。</li> </ul>
②	利用者等の個人情報の保護	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	○				<p>入職時に個人情報保護に関する誓約書を交わす。</p> <p>個人情報の記載された書類の廃棄は、焼却又はシュレッダーとする。</p> <p>ヘルパーには、個人情報の持ち出しを禁止し、秘密保持の研修を実施している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適切に運用。</li> <li>・プライバシーは保護されている。</li> <li>・適切に取り組まれていると思うが、利用者宅で他の利用者の事を話す職員がいるので、気をつけていただきたい。</li> <li>・引き続き個人情報については注意して頂ければと思います。</li> </ul>

タイトル 番号	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		
<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>									
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	○				服薬や排泄の時間を考慮し、訪問時間を組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適宜、リズムに合わせたプランに柔軟に対応されている。</li> <li>・生活リズムに配慮された訪問をされている。</li> <li>・利用者の状況に応じ対応してもらっている。</li> <li>・服薬や排泄の時間など調整しながら、1日の生活リズムを確認しながら支援して頂いていると思います。</li> </ul>
		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	○				利用者の状況について報告書を作成し、情報共有している。随時、両者で意見を交わし、見直している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・両者共に、報告書やアセスメントが徹底され情報共有されている。</li> <li>・適切に運営されている。</li> <li>・実施されている。</li> </ul>
②	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	○				要介護状態の軽減又は悪化の防止になる様、目標を設定して計画書を作成している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作成されている。</li> <li>・利用者の心身の回復に配慮された計画になっている。</li> <li>・利用者の状況に応じて対応されている。</li> </ul>

タイトル 番号	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		
		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	○				排泄介助に関して、深夜はベッド上おむつ交換しているが、日中にPTへ移乗、ベッド上で端座位保持等 寝たきりにならない様に計画を立てている。介護計画書は適時見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施されているが、状況に応じた柔軟な対応となっているか</li> <li>利用者に応じて適切に対応出来ている。家族に助言出来ている。</li> <li>難しい面も多いと思いますが、「未来志向型」の計画の作成への志向に努めてほしい。</li> </ul>
<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>									
①	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	○				排泄介助で定期的に予定をいれていたが、排尿のタイミングに合わせられる様に必要な時間帯を工夫している。介護者が不在になる時は、連絡を受け随時訪問して対応している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>柔軟な姿勢が見うけられる。</li> <li>排泄介助のタイミングに合わせた随時対応を行っている。</li> <li>利用者に応じて適切に対応出来ている。家族に助言出来ている。</li> <li>排尿や生活のリズムを考えて柔軟に対応して下さっており、必要に応じて時間の変更も柔軟に対応出来ている。急遽の対応等、非常に良く動いており、高く評価する。「できている」でよい。</li> </ul>
②	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	○				排泄介助時の皮膚の色の変化に気付き担当ヘルパーと情報を共有して病状をチェックした。家族に伝え、往診に来てもらい服薬となった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>状況変化に合わせた対応をしている。</li> <li>利用者の変化に応じた対応をされている。</li> <li>随時、情報提供して下さっているのではないかと思います。家族との連絡もして頂いていると感じています。</li> </ul>

タイトル 番号	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		
<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>									
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	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生かした役割分担が行われている	○				排便時のタイミングが合わず、便失禁となってしまう為、訪問看護師・デイサービスと相談してそれぞれに日を決めて排便コントロールをする様になった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種との連携がなされ、情報共有できている。</li> <li>他のサービス機関とも本人の体調等の状況を共有し、柔軟なサービスを行なえるようにされている。</li> <li>適切に排泄介助・身体介護していただいている。</li> <li>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を、引き続き行って頂きたい。</li> </ul>
②	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	○				首や顔に発赤がみられた為、医師から処方された塗薬について、看護師から詳しい説明を受けた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>常に連携しているからこそ、指導・助言が受け易い状況であると判断する。</li> <li>医療との連携がとれている。</li> <li>看護職とは何時も状況を一体化しておいた方が良いと思います。</li> </ul>
<b>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>									
①	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	○				契約前にケアマネジャーに説明し、利用者には契約時に趣旨や目的などを十分に説明して同意を得ている。契約後も、求められたら必要時説明を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切である。</li> <li>十分な情報提供をされている。</li> <li>十分に説明を受けている。</li> <li>サービス開始前に、丁寧に説明して下さったのではないかと思います。</li> </ul>

タイトル 番号	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		
②	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	○				介護計画書を作成し、その内容を家族から同意が得られる様に説明している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切になされている。</li> <li>ケアマネに対して提案を積極的にされている。</li> <li>援助内容が変わるごとに、個別介護計画書を作成、同意が得られている。</li> </ul>
		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	○				日常の変化等あった場合は、適時家族・ケアマネージャーに報告している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切と思われる。</li> <li>適時報告を受けている。</li> <li>必要に応じて、適時連絡を頂いています。</li> </ul>

## 2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的なマネジメント

### (1) 共同ケアマネジメントの実践

①	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	○				介護者の体調悪化から深夜3時に訪問依頼があり、ケアマネージャーに報告相談の上、必要性を確認し、援助追加した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>報告がきちんとなされており、CMと共同でサービスの提供がなされている。</li> <li>臨時の訪問(深夜)で本人・家族も安心感を得る事が出来、信頼関係が築けた。</li> <li>時間の変更や利用者等の状況の変化など、情報を随時して頂いています。引き続き、情報提供・共有を宜しくお願い致します。「できている」で良い。</li> </ul>
		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	○				利用者の必要に応じたプラン作成のため、訪問回数や時間など提案をしている。又、医師への受診を促した。インフォーマルサービスとして、配食業者の活用を提案している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じたプラン作成がされており、目標達成を意識されている。</li> <li>必要に応じて配食サービスなどのインフォーマルサービスの助言などをいただく。</li> <li>配食サービスなど、インフォーマルサービスも活用して頂いています。利用者の必要に応じたプラン作成のため、提案して頂けているかと思えます。</li> </ul>

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				外部評価コメント	
				実施状況					コメント
				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		
②	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	○				担当者会議開催時には参加し、デイサービス、ショートステイ等との状況を共有している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切にされている。</li> <li>各事業所など情報が共有でき、ケアプランの変更役に役立っている。</li> <li>日程調整させて頂き、サービス担当者会議にも参加して頂いています。その際、意見や情報の提供などして下さっている。</li> </ul>
<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>									
①	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)	○				在宅医療委員会・毎月1回開催、在宅訪問診療カンファレンス・毎週1回開催、に積極的に参加し、情報の共有化を図り、多職種との連携を図っている。サービス担当者会議にて配食業者の利用等、家事を保険外サービスで補った。保険外を含め、利用者に必要なサポート体制を協議し、適切なサービス利用に繋げている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切にされている。</li> <li>利用者・家族に状態の変化があった時は報告していただいている。</li> </ul>
		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)	○				退院前カンファレンスや退所前カンファレンスに参加し、情報を共有し、在宅生活が安定するように努めている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切にされている。</li> <li>退院・退所前のカンファレンスに参加してもらっている。</li> </ul>

タイトル 番号	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		
②	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)	○				入浴困難な利用者の為、ケアマネジャーと相談し、介護者に訪問入浴を検討してもらったが、実らなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>•必要に応じ対応されている。</li> <li>•多職種と連携がとれている。</li> <li>•夫の訪問介護の方と連携を取って頂いたり、役割分担についても提案等して頂いているのではないかと思います。</li> </ul>
<b>3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画</b>									
<b>(1) 地域への積極的な情報発信及び提案</b>									
①	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	○				介護・医療連携推進会議を3ヶ月毎に開催し、議事録を作成し、出席者に提出している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>•情報発信されている。</li> <li>•会議を適切に運営されている。</li> <li>•丁寧な会議運営が行われている。</li> </ul>
		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	○				基本情報・運営情報、外部評価をインターネットにより公表している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>•適切に広報周知されている。</li> <li>•適切に対応している。</li> <li>•インターネットで確認できるので、参考にさせて頂いています。更新があれば小まめにして頂ければ、地域の方への信頼が強化されることと思います。</li> </ul>

タイトル 番号	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		
<b>(2) 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</b>									
①	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	○				法人の開催する研修会や勉強会に参加し、理解を深めている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>理解を深めようとされている。</li> <li>研修会に参加されている。</li> <li>研修会の参加や勉強会を実施されている。</li> <li>引き続き研修会や勉強会に参加して、地域包括ケアシステムの構築に係る方針や計画の理解を深めて頂ければと思います。</li> </ul>
②	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	○				今までに集合住宅の利用者はなく、全ての地域の方にサービス提供している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切に対応されている。</li> <li>実施されている。</li> </ul>
③	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)	○				地域の住民に介護保険の内容で不明な所があれば、気軽に相談できる様「毎月5日は介護・看護の相談日」ポスターを作成し、公表している。又、広報誌にも載せ案内している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切に行われている。</li> <li>積極的にしておられる。</li> </ul>

タイトル 番号	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		
III 結果評価(Outcome)									
①	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	○				1日複数回の訪問により食事の確保が出来、身体の清潔が保てるので、在宅生活が継続出来ている。奥様や息子様等、家族からのモニタリングで満足を得られているかどうか確認している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス導入することにより、安定した在宅生活がおこなわれている。モニタリングで満足が得られない時は、見直しをされている。</li> <li>家族・本人が安心して在宅生活を継続していけるサービスとなっている。</li> <li>サービス導入により、排泄の管理であったり、食事の確保など、以前より改善されていると思います。その都度、時間変更など小まめに対応して下さっており、家族からも満足して頂いているのではないかと思います。</li> </ul>
②	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	○				生活上の不安等を確認しながら適切なサービス提供に努め、介護者の負担も軽減でき、在宅生活が継続できている。ターミナルの利用者は、退院前の看護師より清潔にする必要があると指示を受け、家族で対応するには、介護の負担が大きすぎたので、援助に入る事で安心感を持って頂けた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>複数回の訪問により、利用者・介護者の安心感は得られていると思います。</li> <li>本人も安心し、家族も介護負担軽減が出来ている。</li> <li>夫婦ともに認知症の方を対応して頂いており、その在宅生活を継続していくには必要不可欠なサービスだと感じております。本人・家族も安心感を持って頂いているのではないかと思います。これからも期待しています。</li> </ul>