

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		
I 構造評価(Structure) [適切な事業運営]									
(1) 理念の明確化									
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	○				ご利用者さま、ご家族様の意 見を尊重し、自宅で安心した 暮らしができるよう理念に掲げ 支援させて頂いている 【理念】住み慣れた自宅や地 域でこれまで通りの生活を続 け、その人の思い、願いが実 現できるよう精いっぱい支えま す	
(2) 適正な人材の育成									
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	○				理念は事務所内の見やすいと ころに掲示し職員に周知して いる。またサービス提供時、理 念に基づいて行っている	
		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		○			法人内で行う研修には積極的 に参加しているが、法人外の 研修は職員数が少ないことか ら参加が難しい	

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		
I 構造評価(Structure) [適切な事業運営]									
(2) 適正な人材の育成									
①	専門技術の向上のための取り組み	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	○				職員が同じ水準のサービスを提供できるよう、職員間で話し合い、助言等がなされている。法人内での研修には積極的に参加し、マニュアル等均一化を図っている	
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	○				毎週、ナースを含めたミーティングを実施しており共有に努めている。訪問介護計画書の変更、利用者の変化、薬剤の変更等があった場合、その都度、連絡、報告を行い情報共有している	
(3) 適切な組織体制の構築									
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	○				利用状況に応じてシフト勤務をし、利用者様の要望に添えるよう工夫している。急な変更にも調整し対応している	
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	○				2カ月に1度開催しており、委員から貴重な意見を頂き今後のサービス提供に生かしている。また、会議内で出た意見についてはスタッフ間で共有している	

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		
I 構造評価(Structure) [適切な事業運営]									
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備									
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	○				毎日ミーティングを行い利用者等の情報を共有している。加えて、ミーティングに参加できなかった職員の為に申し送りノートを活用している。また、訪問時間の変更などが発生した場合、関係機関へ迅速に連絡し情報の共有に努めている	
(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)		○			法人内では年2回、避難訓練、交通安全勉強会が行われている。夜間訪問員は携帯電話と防犯ブザーを携帯している。災害時等の行動計画書の作成を検討中	
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	○				個人情報のファイルは鍵のかかるキャビネットに保管している。介護・医療連携推進会議、施設内外の発表会では、インシヤル化を徹底している	

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		
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									
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	○				本人、家族等と相談して生活リズムや希望を聞かせて頂き訪問する時間を調整している。また、生活リズムが変わればその都度、変更している。	
		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	○				月1回の訪看アセスメント後、看護師、介護職が集まってで情報交換を行っている。また利用者の状況に変化があればその都度相談している	
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	○				身体機能の維持、継続を目標とした計画を作成している。現在の生活を支える事が中心になっている	

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		
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									
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	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		○			介護職員、看護職員、ケアマネ、家族と相談しながら、医療依存度が高くなるように予防的な視点で計画を作成している。	
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し									
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	○				ご利用者等の状況に変化が生じた場合、随時訪問して対応している。また利用者の状況に合わせて訪問日時を変更するなどして柔軟に対応している。	
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	○				1か月に1度、モニタリングを行い評価している。状況の変化が見られる場合、適宜、ケアマネ、訪看と連携し、必要に応じプランに反映している	

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		
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									
(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供									
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	○				1カ月に1度、アセスメントを実施し、介護職、看護職お互いに情報を共有しケアにあたっている	
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	○				定期的なアセスメントを基に、看護職からの確かな指導、助言が行われている。その助言を基に本人、家族へも行っている	
(4) 利用者等との情報及び意識の共有									
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	○				管理者、ケアマネが、十分な情報提供、説明を行い、家族の同意を得たうえでサービス開始となっている	

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		
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									
(4) 利用者等との情報及び意識の共有									
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	○				3カ月に1度、又は状態に変化が見られる場合は、その都度説明し、家族からの疑問などがあれば経過説明を行い、同じ方向性が持てるよう努めている	
		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	○				状態の変化があれば、職員間でいくつか対応策をあげた上で、家族、ケアマネへ報告、相談を行っている	
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									
①	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	○				ケアマネージャには毎月サービス提供状況を報告するとともに、利用者の状況に変化が認められた場合等が随時情報提供しており、情報の共有に努めている	
		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		○			配食サービスなど、インフォーマルサービスにも目を向け、必要と思われるものに関してはケアマネへ積極的に提案している。今後も地域内のサービスについて情報収集を行う	

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		
II 過程評価(Process)									
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									
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	○				サービス提供において把握した利用者の生活状況をケアマネジャーと共有し、きめ細かなケアマネジメントができるよう連携している。必要に応じて関係機関に対し情報提供している	
(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									
①	利用者の在宅生活の継続に必要となる、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、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)		○			必要に応じ、配食サービス、(保険外サービス)など活用している。今後も保険外サービス、インフォーマルサービスなど効果的なサービス提供の実現に努めていく	
		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)	○				関係機関が開催する退院前カンファレンス等に参加して情報交換することで、利用者の情報を共有し、在宅でのサービスの計画立案に役立っている。今後も多職種連携で支援していく	

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		
II 過程評価(Process)									
2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント									
(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									
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)	○				多職種、他事業所等との連携により包括的な支援に必要なサービス提供を意識し取り組んでいる。	
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									
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・医療連携会議の記録は、どなたでも自由に閲覧できるように事業所の前に設置している。今後は開催後2週間以内にホームページへの掲載など検討していく	
		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			○		当該サービスを正しく理解し、広めるため、居宅支援事業所、看護協会、医療機関等の連携室等を訪問して、当該サービスについてパンフレットを使って配り説明している。今後も定期的な訪問活動を行う必要がある。	

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		
II 過程評価(Process)									
3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画									
(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									
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			○		地域包括ケアシステムについては具体的な動きがみえない。	
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	○				当該サービスに合った利用者として判断した場合、サービス提供エリアに限らず展開、提供している	
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 <u>(※任意評価項目)</u>		○			公民館や民生委員への挨拶回りなど行っているが、広い関係者間で共有していくところまでには至らず難しさを感じる	

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	○				利用者が少ないこともあり、ほぼ計画通りの目標の達成が図られている。1ヶ月のモニタリング・カンファレンスを実施し適宜柔軟に話し合いを行っている	
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	○				対応が早い。遠慮なくお願いできる。と信頼をもってもらっている。独居の利用者様も概ね安心していると思われる	