

## 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	○				1.本人のできることを見極め、出来な い部分のサポートをすることで、住み 慣れた地域で安心して在宅生活が 続けていけるよう支援している。 2. 本人の心身の状況に応じて必要 なサービスを必要な時に24時間365 日柔軟に提供している。	異議なし。
(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	○				話し合いを重ねサービスの特徴、理 念について共有し実践している。	異議なし。
		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	○				経験に応じた研修を職員に提案し実 施している。新人職員には、OJTを 通じて不安のないように指導してい る。	異議なし。

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>(2) 適正な人材の育成</b>									
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	○				職員によって、援助手順がばらつきがないように、同行訪問を行っている。 薬に関しては確認事項や手順を増やすのではなく、マニュアルの手順通りに実施ができるように点検も実施し、改善を行っていく。	服薬に関する事故があるため、薬に対する知識や認識を強化して欲しい。
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	○				日常的に介護職・看護職員間で情報交換・相談できている。1ヶ月に1回は、ミーティングをしている。	異議なし。
<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	○				訪問ニーズの多い時間帯に合わせて、訪問ピーク時間帯の人員確保をするために、シフトの変動を行っている(8:00前後、12:00前後17:00前後)	異議なし。
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・医療連携推進会議への参加が継続的にあり、利用者・家族要望・助言をする機会となっている。	異議なし。

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	○				スマートフォンでの訪問予定、実施記録の管理を行っており、随時で訪問状況を確認することができる。	意義なし。
(5) 安全管理の徹底									
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)		○			業務内外での事故・違反の対応・連絡手順があり、学習会を実施している。災害時安否確認システムでの図上訓練、年2回防火防災訓練実施している。防災訓練について今年度は地域、家族の参加が得られた。夜間訪問時の防犯対策としてスマートフォンの他に携帯を保持し通報できるよう	防火・防災訓練について地域の協力が得られる更なる仕組み作りを期待します。
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	○				個人情報保護の取り組みに基づいて、実施している。年1回学習会を実施している。	意義なし。

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	○				利用者の現在に至るまでの経緯を確認し、身体や精神状態を本人、家族ケアマネジャーと話し合っている。また、生活リズムに合わせ、ケアに必要な時間にサービスの提供を行っている。	意義なし。
		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	○				日常的に介護職・看護職員間で情報交換・相談している。また、毎月のミーティングにおいても情報交換・相談を行っている。	意義なし。
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		○			日常的に介護職・看護職員間で情報交換し、出来ること・出来ないこと・利用者の思い・予測されるリスクも踏まえ、検討している。	意義なし。

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>									
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		○			日常的に介護職・看護職員間で情報交換し、出来ること・出来ないこと・利用者の思い・予測されるリスクも踏まえ、検討している。	異議なし。
<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	○				毎日のミーティングを実施し、状態変化に合わせて、訪問時間・援助内容を変更を行っている。	異議なし。
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		○			日常的に介護職・看護職員間で情報交換し、家族・ケアマネジャーとの共有や計画変更を行っている。	異議なし。

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>(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	○				看護職、介護職がそれぞれの専門性を持ってサービス提供ができる体制になっている。 介護・看護間での意見交換ができ、身体面・生活面総合的に利用者の把握もできている。	異議なし。
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		○			日常的に介護職・看護職員間で情報交換し行えている。	異議なし。
<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	○				契約書・重要事項説明書に基づき説明している。疑問点については即座に答え、分かりづらい内容は補足して説明している。	意義なし。

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>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>									
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		○			利用者・家族に説明、同意を得ている。	異議なし。
		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		○			利用者の状況の変化、サービス変更については、随時家族へ報告・相談している。	異議なし。
<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>									
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		○			利用者の状況の変化、サービス変更については、事業所内で看護・介護で意見交換し、ケアマネジャーとも相談しながら決定している。また、外部ケアマネジャーとも同様に共有し提供日時の検討を行っている。	異議なし。
		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		○			生活を支える為に必要な援助(買い物、ゴミ出し、食事など)については、事業所サービス独力ではなく、必要に応じてフォーマル、インフォーマルサービスの活用を提案している。	異議なし。

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>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>									
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	○				本人・家族・ケアマネジャー・他の関係者を含めアイデアを出し合って相談を行なっている。	異議なし。
<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、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)	○				生活を支える為に必要な援助(買い物、ゴミ出し、食事など)については、事業所サービス独力ではなく、必要に応じてフォーマル、インフォーマルサービスの活用を提案している。また、サービス付きの高齢者向け住宅入居者に対しては移動販売の提供も週1回実施している。	異議なし。
		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)		○			特に退院時や利用開始時には、サービスの説明を始め、本人・家族・ケアマネジャー・他の関係者を含めアイデアを出し合って情報共有を行っている。入院・入所時は、ケアマネを通じての情報提供にとどまっている。	異議なし。

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>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>(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>									
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)		○			特に退院時や利用開始時には、ケアマネジャーを含めた関係事業所のスタッフへ定期巡回サービスの説明紹介を行い、連携につながるよう努めている。	異議なし。
<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		○			連携推進会議では、利用状況・行事・介護事故などの情報を共有している。地域の代表者に積極的に参加いただいている。情報発信は、会議参加者への資料・議事録配布のみで、「見る人、方法」は限定されている現状である。	異議なし。
		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		○			経験に応じた研修を職員に提案し実施している。新人職員には、OJTを通じて不安のないように指導している。施設内でのサロン活動や、地域の社会奉仕活動に参加し、地域への理解と周知に取り組んでいる。	異議なし。

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>3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画</b>									
<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		○			内部・外部の学習会を通して、地域包括ケアシステムについて学ぶ機会がある。	異議なし。
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		○			鯖江市内であれば、広く利用者受け入れを行っている。反面、市内に広く利用者が点在しており、事業所より遠方の方の場合希望の時間通りのサービスが提供出来ないこともある。	意義なし。
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>				○		

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>III 結果評価(Outcome)</b>									
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	○				自宅での生活を継続することを目標に計画立て、自宅で最期を迎える、もしくは、入院し終了する間際まで自宅で過ごされたケースもあった。また、同様にサービス付き高齢者向け住宅でも最期を迎える直前まで在宅生活を維持することができた。	意義なし。
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		○			介護・看護の連携があることや、訪問頻度、いざという時の連絡ができる体制があることで、利用者・家族の安心の声をいただけている。	意義なし。