

2025年度自己評価・外部評価 評価表

(別紙1)

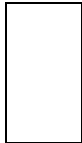
サービス名: 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

事業所名: 24時間訪問ステーション鯖江きらめき

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 ※数字はパーセントで表しています。									
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	25	75			「あなたらしいいつでも」という理念 のもと、本人の残存機能を活かし、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。 本人の状況に応じて24時間365日必 要なサービスを柔軟に提供している。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】
(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	25	75			事業所の理念のもと、職員間で意識 を共有しサービスを行なっている。	1: 出来ている 40% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 20% 【コメント】
		3	運営者は、専門技術(*1アッセ 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	25	75			スキルアップのための話し合いや勉 強会などを提案し、実施している。新 人職員には先輩職員をつけ、相談に のるなど指導や育成に努めている。	1: 出来ている 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 60% 【コメント】

*1
利用者の状態などを聞き取り、課題分析などを行なう作業のこと

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		100			介護技術の勉強会などを行ない、必要な介助が十分に行えるよう職員間で検討している。	1:出来ている 20% 2:ほぼ出来ている 60% 3:出来ていないことが多い 4:全く出来ていない 5:わからない 20% 【コメント】
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	12	88			訪問看護と連携をはかり、情報の共有を行ない、日々の様子を連絡、報告、相談している。職員間では定期的なミーティングに加え、随時でも情報共有のためのミーティングを行っている。	1:出来ている 60% 2:ほぼ出来ている 3:出来ていないことが多い 4:全く出来ていない 5:わからない 40% 【コメント】
(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	12	88			食事、排泄などサービスの集中する時間帯は、人員を多く配置して、サービスが円滑に行えるように配慮している。早朝、深夜もシフト制にて人員を配置しているが、介護職員の不足を感じている。	1:出来ている 20% 2:ほぼ出来ている 60% 3:出来ていないことが多い 4:全く出来ていない 5:わからない 20% 【コメント】
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		100			2か月に一度、介護・医療連携推進会議を行ない、関係事業所や地域からの要望をひろいあげている。	1:出来ている 40% 2:ほぼ出来ている 40% 3:出来ていないことが多い 4:全く出来ていない 5:わからない 20% 【コメント】



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	25	75			訪問時はスマートフォンを携帯し、専用のアプリで情報を共有している。職員間の連絡もスマートフォンで行なっている。	1: 出来ている 40% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 20% 【コメント】
(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)	25	75			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。夜間訪問時の防犯対策として各自のスマートフォンの他に部門専用携帯を保持し通報できるようにしている。	1: 出来ている 20% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 40% 【コメント】
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	12	88			個人情報保護の取り組みに基づいて、各職員も意識を持って個人情報を取り扱っている。個人情報の取り扱いや保護に関しては、職員間で共有が出来ている。	1: 出来ている 80% 2: ほぼ出来ている 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 20% 【コメント】

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	12	88			利用者一人ひとりの生活リズムを把握し、生活に添ったサービスを提案している。情報はケアマネージャに確認している。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 20% 【コメント】
		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	12	88			日常的に介護職・看護職員間で共有ノートや電話連絡などで情報交換・相談している。担当者会議では情報を共有している。	1: 出来ている 80% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】
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		100			利用者のアセスメントを行ない、ADL向上や維持のための提案を行ない実施している。	1: 出来ている 40% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 20% 【コメント】

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	利用者等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、利用者等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		100			日常的に介護職・看護職員間で情報交換し、予測されるリスクも踏まえながら、今何をすべきかを常に話あいをしてサービスを行なっている。	1: 出来ている 20% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 40% 5: わからない 【コメント】
(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	50	50			定期訪問以外でも、突発的な変化に対応し、必要があれば24時間365日、早朝、深夜であっても随時で訪問を行なっている。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】
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*2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	50	50			毎月モニタリングを行ない、ケアマネージャーと情報交換をし、サービスに反映させている。	1: 出来ている 20% 2: ほぼ出来ている 60% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 20% 5: わからない 【コメント】

*2モニタリング
計画書に照らして現在提供されているサービスが適切か不適切化もしくは必要か必要でないかを観察・把握すること。

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	25	75			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。	1: 出来ている 20% 2: ほぼ出来ている 60% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 20% 【コメント】
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	25	75			連携している訪問看護事業所と日常的に情報交換し連絡を取っている。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 20% 【コメント】
(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	25	75			契約時に、契約書・重要事項説明書に基づき説明している。疑問点などあればその場で回答し、分かりづらい点は補足を行ない説明している。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 20% 【コメント】

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		100			サービス開始に当たって、利用者や家族に説明を行ない同意を得ている。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 40% 5: わからない 【コメント】
		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	38	62			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、必要があればプランの変更などを行なっている。	1: 出来ている 40% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 20% 5: わからない 【コメント】
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	38	62			利用者の状況の変化については、ケアマネジャーと意見を交換し、相談を行ない、本人に合わせたプランでサービスを行なっている。サービス提供日時なども、本人、家族と相談の上決定している。	1: 出来ている 40% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 20% 5: わからない 【コメント】
		23	計画の目標達成のために、必要に応じて、*3ケアプランへの積極的な提案(地域内の*4フォーマル・*5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	25	75			ゴミ出し、買い物など生活に必要な支援で、地域のフォーマル、インフォーマルなサービスがあれば、その活用も視野に入れ提案している。生協の「おつかいさん」や「ハーツ便」「お買い物バス」などを本人の生活に合わせて、提案を行なっている。	1: 出来ている 40% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 20% 5: わからない 【コメント】

*3

利用者がサービスを利用する際に作成されるのがケアプラン。介護支援専門員(ケアマネジャー)が作成する。

*4フォーマルサービス
公的支援や専門職による、制度に基づくサービスや支援のこと

*5インフォーマルサービス

家族をはじめ近隣や地域社会、NPO やボランティアなどが行う援助活動で、公的なサービス以外のものを指します。

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	25	75		本人・家族・ケアマネジャー・他の関係者を含め、必要に応じて担当者会議を開催している。	1: 出来ている 80% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】	
(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									
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)	38	62		さまざまな包括的なサポートを組み合わせることで、利用者が在宅生活を継続していけるように支援している。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】	
		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*6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)	25	72		病院からの退院時には、退院時カンファレンスにケアマネジャー、関係事業所と一緒に参加している。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】	

*6 多職種
医療や介護福祉にかかわるさまざま
な専門職種

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となる、*7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)		100			地域連携会議などの参加において、定期巡回サービスについて説明をし、地域で在宅生活を続けるのに有効なサービスであることを伝えていく。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】 20%
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		100			介護・医療連携推進会議においては、利用状況の説明、介護事故の報告などを行なっている。	1: 出来ている 20% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】 60%
		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	25	75			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。インスタグラムを通じて、サービスについての情報発信を行っている。	1: 出来ている 20% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】 60%

*7 包括的なサポート

地域における利用者の在宅生活の継続に必要となる、*7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)ケアマネジメント支援などを包括的にこなす事業のこと

項目)のケアマネジメントを総合的に行なう為に、介護予防ケアマネジメント、総合相談や支援、権利擁護事業

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、*8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		62	38		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習しているが、理解についてはまだ不十分である。	1: 出来ている 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 20% 4: 全く出来ていない 5: わからない 60% 【コメント】
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	38		50	12	自事業所のサービス付き高齢者向け住宅や特定の施設に偏ることなく、広く利用者の受け入れを行っている。遠方であっても、鯖江市であれば相談には応じ可能な限りサービスを提供している。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】
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>		62	38		地域の連携会議等に参加し、多様な関係者と情報を共有するように努めている。	1: 出来ている 40% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 40% 【コメント】

*8地域包括ケアシステム

人工減少社会における介護需要の急増という困難な課題に対して、医療、介護等の専門職から地域の住民一人ひとりが

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	25	75			最期まで自宅で暮らしたいという思いを持つ利用者に対しては、その思いを支援出来るようにサービスを計画し支援している。 ガン末期などの利用者においても、病院で最期を迎えるのではなく自宅で自分の思い通りの生活を送れることを支援している。	1: 出来ている 60% 2: ほぼ出来ている 40% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】
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	25	75			介護・看護の連携があることや、訪問頻度、24時間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。	1: 出来ている 80% 2: ほぼ出来ている 20% 3: 出来ていないことが多い 4: 全く出来ていない 5: わからない 【コメント】無くてはならないサービスであり、住み慣れた場所で過ごす支援を一緒にさせてもらえてうれしいです