

## 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				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 ない こと が多い	全く でき ない		
<b>I 構造評価 (Structure) [適正な事業運営]</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	○				・法人全体として生協10の基本ケアを掲げ心身機能の維持向上を目標に取り組んでいる。今年度は食事の姿勢について対象利用者を設定して実践した。・心豊かで健やかな暮らしのお手伝い、優しさと思いやりを持った人づくりのお手伝い、ふれあいとぬくもりのお手伝いの理念を掲げ取り組んでいる。・在宅生活を継続できるよう理念に添って業務に取り組んでいる。・10の基本について推進メンバーから提案された内容に全員で取り組んでいる。	介護方針(10の基本ケア)の取り組みがされており、理念が明確になっている。
<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		○			・定期巡回の特徴を理解し理念に沿ったサービスを提供できるよう努力している。・認識し、サービス向上の為に取り組んでいる。職員間でも確認し合っている。・外部の研修に参加することで、当該サービスの特徴を掴めるように、事業所で取り組みしている。	職員間で確認し合いながら事業所の理念・サービスの特徴を認識する取り組みがなされている。
		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	○				・内部や外部研修に参加している。・技術や知識向上の為に研修の機会を多く確保している。・各自受講した研修は事業所内で伝達研修を行っている。・外部で開催される研修に参加し、必要な情報を得ることができている。	研修会への参加、事業所内での伝達研修が確保されている。

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					
				でき ている	ほぼ でき ている	でき ない こと が多い	全く でき 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		○			・誰でも同じサービスが提供できるよう取り組んでいる。 ・ケア内容が統一できるよう手順書を都度変更している。 ・職員の特性や能力に合わせて、同行回数を工夫したり、できる事を見極める為に職員にアプローチをしている。	同行訪問が徹底されており、個々の力を発揮できるよう配慮されている。
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	○				・看護師からのアドバイスを介護職で共有している。 ・訪問前後や何かあった時にはすぐに情報共有している。 ・利用者の状態変化や皮膚状態等情報共有が行われている。 ・口頭だけではなく携帯を利用して情報共有できるような体制が整っている。 ・お互いが必要だと思う情報に関しては共有することができる。写真などを用いて理解を深めている。	常に情報共有がなされている。
<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	○				・偏りをなくし、全員が各ルートを訪問できるようにしている。 ・利用者毎に担当を割り当てより細かく対応ができるようにしている。 ・利用者さんの体調や状況の変化に応じ速やかに対応する事ができている。 ・全職員が全利用者への対応ができるように考えて職員の配置をしている。	全職員で対応ができるように配慮され、柔軟なサービス提供がなされている。

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	○				<p>・地域や利用者家族からの意見をサービスに反映できるように取り組んでいる。・会議後には報告をうけ必要に応じて改善できている。・議事録の回覧があり内容を共有している。・年2回の開催で医師からのアドバイスも貰っている。・開催時には事例を用いて参加者から助言をもらい、日々サービスへ反映することができる。</p>	<p>推進会議が実施されており、多職種からの助言が反映されている。</p>
---	---------------------------	---	---	---	--	--	--	---	---------------------------------------

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					
				でき ている	ほぼ でき ている	でき ない こと が多 い	全く でき ない		
				コメント					
<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	○				・各自携帯(ロック済み)で迅速に共有できている。・個人ファイルで情報を管理している(鍵付き)・登録されている情報を最新のものに更新している。・ケアマネやご家族にもタイムリーでスマホからの情報をタイムリーで見れて共有できている。携帯での情報共有と利用者家族への緊急時の連絡等も迅速にできている。・業務支援システムを活用しケアマネ・家族から好評。	システムの活用で迅速に共有がなされている。
<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)		○			・夜間時の危険個所や防犯について全員に周知している。・ミーティングで情報共有している。・緊急時のマトリックス図に沿って行動している。・緊急時や災害時の対応のマニュアルで把握して、安否確認の訓練もおこなっている。・夜間時は防犯ブザーを携帯している。・法人で定められた範囲で対応を実施事業所内でも経験や体験から情報交換し、対策を検討している。	各種の具体的な対策が講じられている。
②	利用者等の個人情報保護	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	○				・契約時に利用者から個人情報保護の部分についてサインを頂いている。必要な情報は申し送りにて共有をしている。事業所以外での個人情報の取り扱いについては話しをしないように確認ができています。	適切な個人情報保護がなされている。

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					
				でき ている	ほぼ でき ている	でき 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		○			・アセスメントを基に利用者生活を把握している。・利用者の変化をケアマネに報告し、必要なケア等の提案を実施している。・現状把握、問題点を職員間で在宅生活が続けられるように取り組んでいる。・利用者の生活に合わせた訪問時間に変更(近づく)している。・それぞれの利用者に担当者がアセスメントを行い見直しが必要な場合はミーティングで検討している。	利用者の生活を把握しており、適切なアセスメントが提案され見直しが必要な場合には適宜検討が行えている。
		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	○				・看護・介護両者からのアセスメントを実施しているが突き合わせまではできていない。・看護師からのアセスメントに基づいたケア指示が出されている。・利用者の変化を両者で共有している。・看護師のアドバイスによりケア内容を追加している。	介護・看護両面からのアセスメントが実施され、変化時には両者で共有ができています。
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		○			・ケアマネ作成の計画書を基に作成している。・常にできる事、できない事を把握しながら、又どうしたらできるのかを念頭に置いて行っている。・できる事を継続できるようにしている。・利用者の状態変化に合わせて訪問回数を増減している。	利用者ができる事・できない事を把握して、できる工夫も検討しながら計画書の作成がなされている。

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
				でき ている	ほぼ でき ている	でき 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		○			<p>・必要な福祉用具を勧めて、できる事を維持できるようにしている。・依存が強い方については全事業所での対応を統一する必要がある。・先を見越した適切なリスク管理については、常に情報交換を実施して、対応できている。</p> <p>その方・その方の状況に応じた計画書作成・情報交換がなされている。</p>
<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	○				<p>・状況に合わせて時間等を設定している。・変化によりケア会議を行い訪問増減や内容変更している。・緊急性がある場合には定期訪問増を実施している。・遠方家族からの要請にも柔軟に対応している。・ケアマネ情報提供が遅くなっている事も見受けられた。</p> <p>柔軟な運営がなされている。</p>
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	○				<p>・定期的なモニタリングを行い、状況変化を把握し計画内容見直ししている。・全職員が理解できていない事があるため今後の課題。</p> <p>定期的なアセスメント・モニタリングの実施がなされている。今後の課題への検討を引き続きお願いします。</p>

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					
				でき ている	ほぼ でき ている	でき 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	○				・介護、看護とそれぞれ専門分野で業務に取り組んでいる。・介護での気づきを看護師へ確認を依頼し、その後の看護師からの指示を受け対応している。	介護・看護それぞれの専門性を生かした役割分担がなされている。
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	○				・看護師からの助言は常にあり、訪問に活かされている。・計画作成時点でのアドバイスも看護師からもらっている。・病状に対しての薬内容等予測や助言が看護師から受けている。・ADL変化が見られた場合等アドバイスや適格な指示を受けている。	必要時にアドバイスが行われている。
<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	○				<p>・ケアマネからの情報に基づき計画作成者から本人・家族へ説明をおこなっている。・事業所側は説明しているが利用者が受け入れてくれない場合もある。</p>	十分な情報提供・説明となるように努力している。
---	------------------------------------	----	---	---	--	--	--	---	-------------------------

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
				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		○			・計画作成し、利用者説明し同意を得てサインしてもらっている。おおむね3か月ごとに計画見直しを行い説明し同意を得ている。	説明を行い、説明後に確認をしながら行われている。
		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	○				・いつもと違う事があれば、都度家族へ連絡している。・訪問時の記録を家族も確認できているが必要な場合は報告している。・家族への報告・説明は迅速に行っている。・家族へはメールを利用することもある。・全職員が情報共有をしよう意識している。	適時、報告・相談がなされている。
<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	○				・担当会議により決定している。変更は必要に応じて行っている。・訪問時の様子をケアマネが把握できているが状況により都度報告や相談を行っている。・主体が利用者となることを念頭に置いた提案ができていることもあるが、主体が事業所側にならないような取り組みが必要。	変化時には情報の共有・連携がなされている。

	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		○			・自費サービスや配食弁当、個配サービス等必要に応じて提案している。・地域行事への参加等包括との関わりも提案されている。・事業所内の意見を精査して提案している。	地域内のインフォーマルサービスの提案も行われている。
--	----	---	--	---	--	--	---	----------------------------

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
				でき ている	ほ ぼ でき ている	でき 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	○				・参加事業所からの報告により他職種と情報共有ができています。・担当者会議の記録を職員間で共有できるようにしています。	多職種と情報共有ができており、職員間でも共有されている。
<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)	○				・看護師からの情報提供が行われている。・退院後や入所前など切れ目ないサービスが行えるようにしている。	情報提供を受けながら継続的に支援が行えている。

		<p>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)</p>	○			<p>・多職種での役割分担連携方法などをケアマネが中心となって実施することができる。</p>	<p>役割分担・連携方法など情報共有がされている。</p>
--	--	--	---	--	--	--	-------------------------------

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	
				でき ている	ほぼ でき ている	でき ない こと が多い	全く でき てい ない		コメント
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)		○			・機会があれば研修に参加し、自身のサービスを広めることを実践している。今後は自身でその機会を設けることが必要と考えている。	情報提供の提案がなされている。情報提供、サービスの後方がなされている。
<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	○				・福祉会ホームページに掲載	誰でも見ることができる方法となっている。
		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		○			・ケアマネヘチラシを通じて周知している。地域の行事に参加して情報提供している。・地域の行事でサービス概要等の説明機会をもらっている。	広報活動を積極的に行っている。

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	
				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		コメント
<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		○			・理解不足	今後も継続して地域包括ケアシステ ムの理解を事業所として行ってくだ さい。
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		○			・現状は地域利用者の方が多い。	地域へ展開がなされている。
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(※任意評価 項目)		○			・利用者に合ったサービスが提供できつように常 に事業所内・支援者間で報告や相談ができてい る	それぞれの利用者に合ったサービ ス提供ができるように日々、報告や 意見交換がなされている。

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
				でき ている	ほぼ でき ている	でき 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	○				・評価を行い次の目標を設定している。・事業所 内で全員が共有できるようにすることが今後の課 題	利用者ごとに評価がなされている。
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	○				・アンケートにより安心感を得ていることを把握し ている。・柔軟なサービスにより利用者・家族か ら好評価を受けている。・利用者からは感謝の言 葉をもらうことが多い。訪問回数の適正化を実施 してより安心感を得られるサービスとして続けてい きたい。	アンケート等を通して、在宅生活継 続に対する安心感が得られている 事の確認が行われている。