

## 自己評価・外部評価 評価表(別紙1)

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	○				職員各自が認識できるように、 事業所内に「事業所独自の理 念」を掲示している。	継続して掲示されていることを確 認いたしました。
<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	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	○				定期的に会議を開催し、理念 を唱和している。入職員へ理 事長より講義がある。	理念について共有されていること を会議にて確認できました。
		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	○				事業所の年間計画に沿って、 毎月研修を実施している。	業務との兼ね合いが難しいでしょ うが継続してください。
		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	○				随時、職員への面談を実施。 職員が安全にサービスを提供 できるよう、配置を考慮してい る。	職員配置は報告にて確認できまし た。
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・医療連携推進会議、担 当者会議などを活用し、情報 の共有・相互理解を図ってい る。	今回の会議で共有が強く感じられ ました。
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>									

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		
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	○				様々なサービスへ対応できるように、各職員の経験・能力に応じた人員の配置、業務内容・シフトの調整を行っている。	ケース報告からも適切な配置が確認できました。
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	○				推進会議を通していただいたご意見、ご指導を反映させるよう心掛けている。	毎回、会議結果を前回と比較されている報告がありわかりやすく理解できます。
<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	○				毎月のモニタリング報告。また、状況の変化があった際は、各事業所への迅速な報告を行い対応へ繋げている。	報告にて確認できました。
<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)	○				職員の安全確保のため、交通安全、消防、災害対策、感染対策などの研修会へ参加。緊急連絡網を作成・更新している。	これからも継続してください。
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	○				利用者へ「個人情報の同意書」を作成・使用し、守秘義務についての説明、同意を得ている。	これからも継続してください。
<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	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	○				各利用者の生活リズムに着目し、アセスメントを行っている。	ケース報告から実施されていることが確認できました。

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		
	からのアセスメントの実施	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	○				毎月の会議で、アセスメントナース・ケアマネージャーなど多職種で利用者の情報共有を行っている。	
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	○				ケアプランに添って自立支援が行える様にアセスメントしている。	ケアプランに沿って実施されていることが確認できました。
③	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、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	○				重度化した利用者には訪問看護へ報告し、指導・助言を受ける。また、病歴に関する予測から訪問介護計画書の内容に反映している。	訪問看護としっかり連携されていました。
<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	○				訪問時の観察から利用者の状態の変化が生じた時に、多職種等へ報告・相談を行い、訪問を調整している。感染拡大の際は、陽性者への訪問にはPPE指導・実践。夏季には、熱中症対策のため訪問回数の増加で対応した。	コロナ禍においてもしっかり実施されていることが確認できました。
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	○				ヘルパーの記録を電子化することで、利用者の状況や変化を訪問計画作成者が早期に把握できる。また、調整・変更に関しても反映できている。	現状しっかり実施されていました。
<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	○				必要時、個別にフローチャートの作成することで、緊急時等の対応に役立っている。	ケース報告からも確認できました。

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	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	○				アセスメントナースの報告書(1回/月)に記載されている。必要時には、ラインワークス・電話連絡などにより報告・相談している。	ケース報告からも確認できました。
<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	○				契約時に重要事項について説明を行っている。	継続してお願いいたします。
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	○				サービス内容について、訪問介護計画書を使用し説明、署名・捺印をいただいている。	継続してお願いいたします。
		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	○				状況・サービス提供の変化などについて、随時家族へ報告・相談をしている。	継続してお願いいたします。
<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	○				決められた日時で訪問を行う中で、支援内容などの検討・変更が必要な際に担当者会議を行っている。	ケース報告からも確認できました。
		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	○				目標達成のため、通信手段(メール、MCSなど)を使用し、サービスの提案などを行っている。	これからも継続してください。

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		
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	○				モニタリング報告書・多職種担当者会議・カンファレンス等で情報提供・共有を行っている。	これからも継続してください。
<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)	○				担当者会議などで、シルバー人材派遣や有償ボランティア・福祉タクシーなどの活用について多職種で検討している。	随時検討をお願いいたします。
		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)	○				退院時のカンファレンスに参加し、情報の共有・調整に役立っている。	退院時はNSの助言がとても助かります。
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)	○				契約時や担当者会議などで検討している。	これからも継続してください。
<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	○				更新された事業所ホームページへ掲載予定。	確認いたしました。
		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	○				今年度、1回/2ヶ月、通信紙を作成し居宅等への広報活動を行っている。また、地域事業所の認知度を調査・分析し、普及へ活動している。	継続してお願いいたします。

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		
<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	○				地域ケア会議・認知症ネットワークなどの研修会へ参加している。	継続してお願いいたします。
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	○				登録者のほとんどが地域で生活されている方である。	説明回の開催を確認いたしました。
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>		○			多職種機関連携会議・地域ケア会議などの研修会へ参加している。まちづくりの活動について、具体的な課題提起、改善策の提案は行えていない。	会議への参加は確認いたしました。
<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	○				サービスを利用することで、目標の達成が図られている。	ケース報告から確認できました。
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	○				モニタリング時、毎日の訪問や随時訪問により安心感を得られているという声があった。	これからもよろしく願います。