

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 |  |          |
| <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」を実現する為、事業所独自の理念を掲げている                            |       | ○       |             |          | 法人全体の理念である「真心・誠実・融和」を基に、利用者が在宅生活を継続するために必要な支援を行えるよう工夫している                  |          |
| <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、その内容を十分に理解している。  |       | ○       |             |          | 理念は事業所内に提示し、朝礼で毎日発表を行っている。理念に乗っ取った話し合いができるよう努めている。                         |          |
|                                     |                    | 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 |       | ○       |             |          | 法人全体での研修には出来る限り出席し、難しいスタッフも資料閲覧し報告書を作成している。<br>法人外の研修にも参加はしているがスタッフに偏りがある。 |          |

| 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 |  |          |
|                       |                             | 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                        | ○     |         |             |          | 定期・随時ともに各スタッフがどの利用者を訪問しても問題ないようICT（タブレット）を用いて対応している。       |          |
| ②                     | 介護職員・看護職員間の相互理解を深めるための機会の確保 | 5    | 介護職員・看護職員の間で、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                           | ○     |         |             |          | 上記タブレットを用いた訪問記録用のアプリの活用、定期的なカンファレンスの実施などで情報共有を図っている。       |          |
| <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                            |       | ○       |             |          | 随時対応が多く求められる利用者がいた際には、日中スタッフを厚く配置するなどの工夫を行った。              |          |
| 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、サービスの提案等に適切に反映させている |       | ○       |             |          | 会議の内容や頂いた質問、アドバイス等は事業所内のカンファレンスで話し合いを行いサービスに反映するよう取り組んでいる。 |          |

| 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 |   |          |
| <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準則に共有できるよう工夫されている                          |       | ○       |             |          | 緊急性に応じ、利用者、家族、ケアマネージャーとは電話、FAX、メール、定期報告書、SMS等を使い分け対応している。                         |          |
| <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） |       | ○       |             |          | 夜間訪問時のライト持参や安全なルート確保などに努めている。また、災害時用の緊急連絡網に沿った定期的な訓練などを行っている。                     |          |
| 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          |       | ○       |             |          | 相談、契約時に個人情報取り扱いの同意書を交わしている。配属時の研修にてその重要性を説明している。カルテは持ち出し不可として、タブレットにはパスワードを用いている。 |          |

| 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 |   |          |
| <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             |       | ○       |             |          | 各利用者の生活リズムに合わせて訪問時間を調整している。変更がある場合は家族やケアマネージャーと相談し、柔軟な対応に努めている。 |          |
|                                       |  | 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 |       | ○       |             |          | 介護、看護のアセスメントを元に両方から意見を出し合い決定している。                               |          |
| 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             |       | ○       |             |          | ADLの維持、向上を意識した訪問計画を作成し、サービス提供時に反映されるよう取り組んでいる。                  |          |

| 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 |  |          |
|                                    |   | 14   | 重度化しても医療依存度を高めすぎないように、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     |       | ○       |             |          | 今の状態だけでなく、これから先の健康レベルの低下を防ぐような計画を作成している。状態の悪化する前、早期発見に務め主治医やケアマネージャー等に適切に情報共有を行う。        |          |
| <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 | ○     |         |             |          | その日の利用者の心身状態に応じ、随時訪問の追加や時間の調整など柔軟な対応を行っている。家族の要望などにも出来るだけ添えるように調整を行っている。                 |          |
| 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、計画への適時反映        | 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                             |       | ○       |             |          | 毎回の訪問時必ず観察（事前チェック）を実施し状態把握に努めている。必要時にはケアマネージャー、家族、主治医などへの報告や相談を行い、随時訪問介護計画の修正や変更にも努めている。 |          |

| タイトル<br>番号                          | タイトル                               | 項目<br>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<br>いる | ほぼで<br>きてい<br>る | できて<br>いない<br>ことが<br>多い | 全くで<br>きてい<br>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  |           | ○               |                         |                  | 訪問看護とのモニタリングの際には同行し、看護職の視点からの意見をサービス提供に反映させるよう努めている。   |          |
| 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   |           | ○               |                         |                  | 法人内での研修では介護看護関係なく合同で行っている。個々の利用者の注意事項に対しては連携先の訪問看護と電話やFAX等で情報共有している。   |          |
| <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、利用者等に対し本サービスが「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案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 |           | ○               |                         |                  | 契約の説明時には必ず利用者、家族に伝えている。また、契約時だけでなく日々の訪問の中で利用者の生活に対する不安や要望を聞き、情報収集に努め、在宅での生活継続のために行えるサービスの提案や利用者自身の活動などの提案を行っている。 |          |

| タイトル<br>番号                        | タイトル  | 項目<br>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<br>いる | ほぼで<br>きている | できて<br>いない<br>ことが<br>多い | 全くで<br>きてい<br>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                     |           | ○           |                         |                  | 本人や家族にわかりやすい言葉、表現を使用した説明に努めている。                |          |
|                                   |   | 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、家族らへの適時・適切な報告・相談等が行われている                     | ○         |             |                         |                  | 本人、家族の希望に合わせて連絡ノートを活用やSMS、電話、対面などで報告、相談を行っている。 |          |
| <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施</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 |           | ○           |                         |                  | 情報共有時、サービス利用状況の報告時などに説明、提案を行った上でケアマネと共同で決めている。 |          |
|                                   |   | 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（地域内へのフォーマル・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      |           | ○           |                         |                  | 必要に応じて提案を行っている。                                |          |

| タイトル<br>番号                            | タイトル  | 項目<br>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<br>いる | ほぼで<br>きている | できて<br>いない<br>ことが<br>多い | 全くで<br>きてい<br>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、他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、他職種への情報提供が行われている  | ○         |             |                         |                  | 担当者会議等では、スタッフ間で共有、精査した必要な情報を提供している。                                       |          |
| <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、他職種による検討 | 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、必要に応じて他職種による検討が行われている（※任意評価項目）       |           | ○           |                         |                  | ミーティング等で利用者の情報共有を行い、必要時には各スタッフ（介護職・看護職）による検討が行われている。                      |          |
|                                       |   | 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、必要に応じて他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） |           | ○           |                         |                  | 退院前カンファレンス等へは必ず参加し、関係機関との連携や情報共有を行っている。<br>連携先の訪問看護ステーションとも都度の情報共有を図っている。 |          |

| タイトル<br>番号                     | タイトル  | 項目<br>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<br>いる | ほぼで<br>きている | できて<br>いない<br>ことが<br>多い | 全くで<br>きてい<br>ない |   |          |
| 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<br>(※任意評価項目) |           | ○           |                         |                  | ミーティング等で利用者の情報共有を行う際、各スタッフによる検討が行われている。<br>他事業所とも必要時に適切な連携が取れるようSMS等を用いて連携を図っている。 |          |
| <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  |           |             |                         | ○                | 今後、施設内での掲示及びホームページでの公開などの方法を検討している。   |          |
|                                |   | 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  |           | ○           |                         |                  | 地域ケア会議へ出席し、説明などを行っている。併設の他事業所受付等でパンフレットの配布などを行っている。                               |          |

| タイトル番号                                  | タイトル                               | 項目番号 | 項目  | 自己評価  |         |             |          | 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  |       | ○       |             |          | ミーティング等で資料などを用いた話を行っているが十分かは不明。より理解を深めるよう情報共有を図る。 |          |
| 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、地域提供のみでサービスを提供している。                            |          |
| 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意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） |       |         |             |          |   |          |

| タイトル<br>番号                | タイトル               | 項目<br>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<br>いる | ほぼで<br>きてい<br>る | できて<br>いない<br>ことが<br>多い | 全くで<br>きてい<br>ない |   |          |
| <b>III 結果評価 (Outcome)</b> |                    |          |   |           |                 |                         |                  |   |          |
| ①                         | サービス導入後の<br>利用者の変化 | 33       | サービスの導入により、利用<br>者ごとの計画目標の達成が図<br>られている               |           | ○               |                         |                  | 達成していないケースもあ<br>る。(サービスの導入・利<br>用の継続により在宅生活の<br>継続という目標が達成され<br>ていたが、入院などにより<br>未達成となったケースな<br>ど) |          |
| ②                         | 在宅生活の継続に<br>対する安心感 | 34       | サービスの導入により、利用<br>者等において、在宅生活の継<br>続に対する安心感が得られて<br>いる |           | ○               |                         |                  | 利用者、家族から直接。あ<br>るいはケアマネを通じて<br>「安心できた／できてい<br>る」というお言葉を頂いて<br>いる。                                 |          |