

## 自己評価・外部評価 評価表 (2017年度)

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	○				職場目標として職員全 員に周知している。	
<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 の内容を十分に認識し ている		○			事業所定例会議等で確 認している。 9月に職場目標の中間 総括をした。	
		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		○			年間の研修計画を立て ている。毎月職場会議 で学習会も開催してい る。訪問看護との連携 で学習会を検討してい る。	専門、全体の二本立て の計画を。

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		○			個々の利用者様のサービス内容やニーズによって、適切な職員の配置を行っている。	「適切な」は「利用者との相性に合わせて」などの表現で。
②	介護職・看護職間の相互の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		○			情報提供シートを活用し連携を図っている。ミーティングを適宜行っている。	
<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		○			シフトは固定されたものだけではなく、利用者様の状態によっては訪問時間を変更する等している。	
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		○			介護・医療連携推進会議で様々な立場から助言を頂きながら事例に取り組んでいる。	

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迅速に共有できるよう工夫されている		○			情報提供シートを活用している。	
<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、災害対応時等)		○			緊急時の連絡網を整備している。 安全運転講習を順次、全職員が受講している。	地域に出るときの マニュアルの整備
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		○			個人情報に関わる資料はカギ付きロッカーに保管している。	

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
				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		○			24時間シート活用した アセスメントを行っている。	
		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		○			看護アセスメントシート にてアセスメントを依頼 し、それに基づき、訪問 計画を作成している。	
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	利用者に心身機能の維 持回復に軸足を置いた 計画の作成が志向され ている		○			計画作成時にはカン ファレンスを行ってる。 利用者様本人の具体的 な目標に沿った計画作 成をしている。	

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
				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、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		○			ケアマネ、看護師のアドバイスを基に計画を作成している。こうありたい先を見越したケアを行うよう努力している。	
<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		○			必要に応じた柔軟な対応に努めている。	十分ではないので”ほぼ”が取れるよう努めてください。
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		○			毎月モニタリングを行い、変化や対処方法を記録している。適宜計画書へ反映している。	

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
				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>(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活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・看護で内容を分け役割分担を行っている。	
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		○			随時看護師より助言をもらい、サービスに活かしている。	
<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		○			契約時に説明し同意を頂き文章を交付している。	

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
				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	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		○			計画書の作成時にはその内容について、本人様家族様に説明をしている。	
		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		○			随時サービスや定期サービスの特変があった時にはケアマネへ状況報告を都度行い、家族への連絡を行っている。	
<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		○			サービス提供時の状況等ケアマネに報告書を送っている。担当者会議で予め訪問時間等確認を行い、利用者様のADLや家族環境等情報の共有を行い決めている。	
		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		○			担当者会議での提案を行っている。担当者会議を待たずに提案するケースもある。	

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		
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		○			事業所内で行うカンファレンスで課題の整理を行い、担当者会議に出席多職種(ケアマネ、看護職員、リハ、ディなど)と情報の共有を行っている。	
<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)		○			配食、自費ヘルパー、シルバー人材センターに繋がたり、担当者会議等で検討している。	
		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、切れ目の無い介護・看護サービスを提供するために、必要に応じて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に出席している。	



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
				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	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、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)						
<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、サービスに概要及び効果等の、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		○			市役所へ報告。市のホームページへあげている	
		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		○			法人内の組合員活動交流集会、医療・介護活動交流集会等、地域の組合員さんも参加している集会で事例発表。	さらなる周知をお願いします。

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 築方針は計画の内容等 について十分に理解し ている		○			第6期介護保険事業計 画は理解している。	
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		○			地域へ積極的に展開し ていく計画がある。	
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、 まちづくりにかかる問題 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)			○		ケースに応じて対応して いる。	出西地区のワークショッ プに法人から参加して いるようなので、そう いった情報の共有も必 要では。

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		○			利用者の状況に合わせてサービス導入し日常生活が改善されたケースがある。	
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		○			施設検討をされたが、在宅生活が継続できるならばと入所を見合わせているケースがある。	