

自己評価・外部評価 評価表

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					
			できていない	ほぼできている	がなで多いこと	て全いくない		
I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]								
(1) 理念の明確化								
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	○				事業所マニュアル『事業所理念』に明示している。	明確に理念を掲げている。出来ている。
(2) 適切な人材の育成								
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	○				事務所内に理念を掲示している。又、契約書に記載しており、ご利用者等に説明する事で理解できている。非常勤職員には、事務所会議を通して理解を深めている。	理解できている。
	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ているか	○				法人内外研修受講の推進（教育計画）。受講後、研修報告し報告書を作成。（職員教育計画書にファイリング）	虐待の講習・研修など行っているのが良い。参加できない人に書面にて報告が来ているのが良い。
	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、職員の能力が発揮でき、能力開発ができるよう配慮している	○				一人での支援ができるまでは、常勤が同行をする。オペレーター業務の不得手な職員へはアドバイスできる職員を配置した勤務表を作成する等、職員の能力が充分発揮できるよう配慮し、人員の配置を行っている。	職員の能力が発揮できるように、職員配置が行えているのが良い。
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	○				日々の情報共有に加え、毎月1回ミーティングを実施。適宜、情報の交換を行っている。又訪問看護から看護記録報告を頂いている。（議事録は、訪問看護ステーション連携にファイリング）	情報共有・連携が行えている。

(3) 適切な組織体制の構築							
組織マネジメントの取り組み	6	利用者の状態に合ったサービス（定期・随時対応・随時訪問）が行えるよう、人材を確保している	○			ご利用者の状態に合ったサービスが行えるよう、職員の勤務時間を変更し、人材確保をしている。	問題なく行えており良い。
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	○			年に2回会議を開催し、事業所の状況報告や地域の方々の要望を聞く機会を設け、職員間で共有している。現在まで大きな問題出ていないが、問題がある際は、速やかに反映できる様体制を整える。	問題がある際に、速やかに反映できる体制を整えているので良い。
(4) 適切な情報提供・共有の為の基盤整備							
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	○			支援終了後、オペレーターが情報収集し、利用者申し送り事項に記録・閲覧し情報共有している。緊急時は、オペレーターより速やかに報告している。	スマホの導入・セキュリティ面も考えられているので良い。
(5) 安全管理の徹底							
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）	○			災害時マニュアルを共有。年2回の防災訓練を予定しており、年1回のミーティングにて研修を行っている。 8月に警報機の誤作動により、緊急体制について再度周知した。	防災マニュアル確認や、防災訓練ができておりよい。誤作動が起きた原因を究明し、対応を行っているので問題ない。
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	○			取り扱い方法はマニュアルに記載。鍵のかかる書庫にて保管がされている。入職時に個人情報保護誓約書にサインをしている。	対策が出来ているので問題ない。

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							
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	○			利用者申し送り事項へ生活リズムに着目した記録を残し、それを基に計画作成責任者が提案をしている。	利用者様の生活リズムを基に提案が行えているので良い。
	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、両者の情報の確認と共有が行われている	○			毎月1回ミーティングと訪問時に、情報共有している。又は状態の変化がある際、タイムリーな連絡で情報共有している。(アセスメントシート活用)	共有できている。
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の為に計画が作成されている	○			居宅サービス計画書に基づいた訪問介護計画書を作成している。	居宅サービス計画書に基づいて作成できている。
	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	○			医療機関からの情報を得て、ADLを予測した上で、居宅サービス計画書に基づき訪問介護計画書を作成している。	Dr・訪問看護と連携がとれており問題ない。
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し							
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、利用者等の状況に応じた、必要な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。	○			利用者の心身の状況変化・訪問拒否等に合わせ、随時訪問・訪問時間の変更を適宜行っている。又緊急時には迅速に対応している。	状況に応じた随時対応・随時訪問が迅速に行えているのでよい。
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	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。	○			継続的なモニタリングにより、利用者申し送り事項へ記載。毎月の報告書を作成し、ケアマネジャーへ報告・提案し、計画の反映を行っている。	確認できている。
(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供							
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活かした役割分担が行われている	○			より効率的・効果的なサービス提供の為に、利用者ごとに、専門性を生かした役割分担ができるよう、情報交換と連携を図っている。	月1回のミーティング以外に適宜情報共有ができておりよい。連絡も密に行えている。
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	○			毎月のミーティング・勉強会など情報共有し、指導・助言により、介護職はそれを基に支援している。	指導・助言が行われているのでよい。

(4) 利用者等との情報及び意識の共有							
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ること ・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 以上について、利用者等に十分な情報提供・説明が行われている	○			重要事項説明書・契約書・訪問介護計画書に記載の通り説明し、ご利用者等の同意の上、署名・捺印を頂いている。	ご利用者等に情報提供・説明が行われているのでよい。
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	訪問介護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	○			訪問介護計画書をご利用者に提示し、十分な説明後、ご利用者等の同意の上、署名・捺印を頂いている。	ご家族・ケアマネジャーにも理解を得ている。
	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	○			利用者申し送り事項に記入の上、各計画作成責任者等から、適宜家族等へ報告・相談している。	ご家族等に報告・相談を行っている。ケアマネジャーにも理解を得ている。
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							
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	○			利用者申し送り事項へ記録。毎月の報告書又は適宜報告・提案を行い協議の上変更している。	問題なく行えておりよい。
	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（※1）の活用等を含む）が行われている	○			モニタリングにより、報告書に集約、又は適宜、有償ボランティアや地域の移送サービス等のインフォーマルサービスの提案も行っている。	必要時に提案・協議が行えておりよい。
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	○			サービス担当者会議の場にて、現況と達成状況の報告を行っている。（担当者会議記録に記載）	報告を行えているのでよい。
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							
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	25	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	○			介護・医療連携推進会議、議事録を回覧後、ファイリングし閲覧できるようにしている。事務所内に保管し、依頼があれば、開示する。	議事録の閲覧・外部評価表の閲覧ができるとよい。
	26	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	○			地域での勉強会の実施。ケアマネジャーやソーシャルワーカーへパンフレットの配布等広報活動を行っている。ホームページへの掲載も行っている。	ホームページへの掲載も行っており、広報周知が行えている。

(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							
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	27	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（※2）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	○			法人の計画において、地域包括ケアシステムの推進がうたわれており、職員各自に周知している。	事務所内に掲示し周知している。
サービス提供における、地域への展開	28	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	○			併設のサービス付き高齢者向け住宅内のみならず、継続的に地域へも重点を置き展開している。（パンフレットに提供エリアを記載）	PRできている実施の記録があるとよい。
Ⅲ 結果評価（Outcome）							
サービス導入後の利用者の変化	29	サービスを導入することで、利用者ごとの計画目標の達成が図られている	○			モニタリングを行い、利用者申し送り事項に記録し、計画目標の達成を図っている。	継続し、目標と達成度がわかる書式でのサービスが行なえている。
在宅生活の継続に対する安心感	30	サービスを導入することで、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	○			在宅生活の継続・安定が図れるよう支援している。実施記録・モニタリングにて情報収集できている。	情報収集が行えている。

※1 フォーマルサービス：介護保険制度などの法律・制度に基づいて行われる公的なサービス。
 インフォーマルサービス：家族、近隣、友人、民生委員、ボランティアなどの制度に基づかない援助。

※2 地域包括ケアシステム：介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることを目指し、医療や介護、介護予防、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制・しくみ。