

平成28年度 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		
I 構造評価(Structure) [適切な事業運営]									
(1) 理念の明確化									
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	○				医療法人千春会の理念(3つの使命)を掲げている。 法人の理念と、事業所独自の目標を掲げている。	事務所内に、訪問介護事業所の目標を掲げているのを確認した。
(2) 適切な人材の育成									
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	○				サービスの特徴や、理念の内容を十分に認識している。朝礼時、職員研修時に理念の唱和を実施し、認識を深めている。 職員は事業所独自の目標の内容を十分理解している。	朝礼や研修時に、理念の唱和を行い、事業所の目標の内容を理解するよう努力していた。
		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	○				法人として、医療系・介護系の全体研修を毎月実施。 介護部の基本研修(実技研修)にも参加している。 訪問介護事業所としても、毎月ヘルパー研修を実施し、全員参加している。 外部研修を受ける機会もあり参加している。	法人が行っている、内部外部研修に参加しているのを確認する。今後は、オペレーターの研修等にも参加することが望ましい。ISOの審査も、受けている。

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		
		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	○				ヘルパーの仕事の経験や力量評価表にて判断し、本人の能力に応じた配置をしている。訪問開始時等は、サービス提供責任者等が同行し指導や確認をしている。本人の能力により同行訪問の回数を考慮している。	力量評価表を確認した。サービス担当者会議に出席したことを確認した。同行訪問記録を確認し、職員の能力を配慮している。
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	○				利用者報告書にて月1回訪問看護に報告している。又、在宅医療委員会や医療連携カンファレンスを実施し、医師、看護師、訪問介護員等で話し合いを行っている。	訪問看護に、定期巡回利用者報告書で報告している書類を確認した。
(3) 適切な組織体制の構築									
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、最適かつ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている	○				利用者の特性を把握し、ヘルパーの力量も考慮しながらシフト作成している。	利用者の特性を把握し、男性ヘルパーへの拒否があった場合、女性ヘルパーに変更するなど柔軟な対応を行っている。
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	○				3カ月毎に、介護・医療連携推進会議を実施して助言を貰っている。得られた助言等を、サービス提供時に反映させている。	介護・医療連携推進会議の議事録を確認した。

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		
(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備									
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	○				援助終了後の報告メール受信や電話、ヘルパー活動報告書の状況記録により、把握し、必要に応じて、次の援助時に個人情報管理に配慮したうえで、内容追加や変更等、電話連絡・メール・FAX等の送信により、情報を伝達する仕組みを作っている。	FAXの受信の確認は、メールで行っているのを確認した。短縮番号を入れ、間違いがないようにしているのを確認した。
(5) 安全管理の徹底									
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)	○				緊急連絡網を作成しており、部長より各部署の責任者に指示が入り、その指示に従って行動するしくみがある。交通安全に関し、必要に応じてバイク移動を車両に変更している。またサービス提供中に問題が発生したときは、管理者に連絡が入り、指示を出すしくみがある。	緊急連絡網を確認した。適切ではあるが、別紙でいいので、最低限分かるように、事業所ごとに番号を振っていくとなお良い。
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	○				入職時に個人情報保護に関する誓約書を交わしており、個人情報の持ち出しも禁止している。 個人情報の記載された書類は、廃棄している。 秘密保持の研修を実施している。 個人ファイルは鍵のかかった書庫に保管している。	

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		
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									
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時間の生活全体を確認し、服薬や排泄の間隔を把握し、生活リズムに合わせた援助を提案している。	タイムスケジュール等を作成して分かりやすいが、もう少し細かく記入したほうがより分かりやすい。
		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、両者の共有、つき合わせ等が行われている	○				利用者の状況について利用者報告書を作成し、情報共有している。又は、随時、両者で意見交換を実施している。	定期巡回利用者報告書を確認した。
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	○				初めは、頻回な訪問の計画を立てているが、本人のADL、希望がしっかりと分かると自立に向けた援助を行い、状況により適切な訪問回数、訪問内容に変更している。	計画を立てて、ADLが回復していることを確認した。

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		
		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	○				医療依存度を高め過ぎず、今後の変化を予測し、心身機能の維持継続ができるよう援助計画を作成している。	訪問介護計画書を確認し適切である。
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し									
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	○				体調不良等があった場合や急な排泄の為コールがあった場合は随時対応しているし、状況により、一時的に訪問回数を増やし、柔軟な運営に努めている。	モニタリング表で確認し適切である。

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	○			病状の変化に伴い必要な援助を計画し、実施している。 活動報告書等をもとに継続的な体調や状況の引き継ぎを行い、援助回数や内容の変更を行っている。	プランに反映され、早期発見に繋がっていることを確認した。
---	--	----	--	---	--	--	--	------------------------------

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		
(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供									
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	○			看護職と介護職が連携し、専門性を生かした役割分担が行われている。	訪問介護と、訪問看護で役割分担されていることを確認した。	
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	○			訪問介護は、訪問看護から適時、褥瘡予防の為のポジショニング、転倒後の観察事項等、おむつの当て方等の指導や助言を受けている。	資料を確認した。写真等を使って、わかりやすく説明している。。	
(4) 利用者等との情報及び意識の共有									

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	○			利用者にはサービス開始前にサービスの趣旨や目的などを十分に説明して同意を得ている。 又、契約後も、アセスメントに基づいたサービスを提供することについて、必要に応じて説明を行っている。	介護計画書、モニタリング表を確認した。 契約書を確認した。
---	------------------------------------	----	---	---	--	--	--	----------------------------------

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	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	○				作成した訪問介護計画の目標及び内容について、共通の認識と、同意を得るために、担当サービス提供責任者が、継続的に訪問し説明している。	訪問介護計画書を確認した。
		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	○				利用者の状況の変化については、その都度活動報告書の控えや、在宅療養手帳、家族様の連絡ノートに記載し、報告や相談等を行っている。	在宅療養手帳を確認した。

2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的なマネジメント

(1) 共同ケアマネジメントの実践

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	○			状態が変化した場合、ケアマネジャーに報告、相談し、プランの変更があった時は、ケアマネジャーが開催するサービス担当者会議に出席して、内容変更し情報が共有されている。	サービス担当者会議議事録より確認できた。
		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	○			計画の目標達成のため、必要に応じてケアプランの提案を行っている。	毎月ケアマネジャーに提出しているモニタリング表で確認したが、担当者名と日付を記入したほうが良い。

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	○				サービス担当者会議では、訪問介護の立場から利用者の状況や計画目標の達成状況等を報告し、多職種と情報を共有している。	サービス担当者会議録を確認した。
(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									

①	利用者の在宅生活の継続に必要な、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)						
		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)						

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)						
---	---	----	---	--	--	--	--	--	--

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

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	○				介護・医療連携推進会議議事録は作成しており、事業所内で保管して閲覧可能な状態である。	事業所内で保管しているのを確認した。
		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	○				情報の公表(基本情報・運営情報等)で、インターネットに掲載している。このサービスのパンフレットを地域包括支援センターに配布したり、ホームページに掲載している。	パンフレットで広報周知している。積極的な広報活動をけている。ホームページで確認した。

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) 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								
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	○			介護・医療連携推進会議他会議の際に、不明な点は行政へ質問することで理解を深めている。 こうふくプラン向日の冊子を、事業所内に置いてみんなが閲覧し、地域包括ケア計画の内容を把握している。	不明な点は、質問している。引き続き冊子を読んで理解を深め、ヘルパー研修で、介護制度や地域包括計画について、勉強会を行っている。
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	○			地域利用者の依頼は徐々に増え、今まで依頼の無かった居宅からも、依頼が来るようになった。地域包括にパンフレットを置いたり、病院に広報に行っている。	地域包括にパンフレットを置いたり、病院に広報に行っているが、記録があればなお良い。
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)					

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		

Ⅲ 結果評価(Outcome)								
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	○			サービス導入後は、継続的にモニタリングを実施し、目標達成を図っている。	モニタリング表を確認した。
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	○			生活上の不安等を確認しながら適切なサービス提供に努め、本人や家族からも安心感が得られている。遠方の家族には、月1回連絡し報告している。報告した内容は、対応経過記録に残している。	引き続き、安心して在宅生活が維持継続し、家族様とコミュニケーションを取っていることを対応経過記録表で確認した。