

平成30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	○				「在宅生活の継続」と「心身の機能維持回復」を実現するため、法人の理念に加え、訪問介護独自の理念「訪問介護事業所の目標」を掲げている。	○「理念」「訪問介護事業所の目標」の掲示されている。
(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	○				朝礼、職員研修時に「理念」および「訪問介護事業所の目標」の唱和を実施し、認識を深めるようにしている。	○個人目標を立てる際の力量評価表に「法人理念」理解の項目があり、自己評価・部署長評価を行っている。
		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	○				法人による医療系・介護系の全体研修に参加している。研修内容の伝達講習の実施をしている。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。外部研修参加時には、参加費の補助する仕組みがある。自主点検の読み合わせを実施し、オペレーターの知識を深めている。	○全体研修については、月1回開催されておりサ責が参加している。 ○ヘルパー研修は毎月開催されており、常勤・非常勤・登録ヘルパーの全員が参加している。 ○外部研修については、今年度7回受講している。研修内容についてはヘルパー研修で伝達講習を実施している。出張報告書に記入し参加費補助を受けている。

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	○				各職員が力量評価表にて自己評価し、管理者が評価を行っている。また、部署目標に沿った個人目標管理を立てる際、面談を行っている。それらに基づいて職員配置を決定している。	○力量評価表、個人目標管理にて評価を行い、ヘルパーの力量によって職員配置を決定している。 ○利用者からの要望も聞き入れている。
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。また、利用者の状態変化時にはステーション訪問または電話により情報の共有を行っている。	○訪問看護から訪問看護計画書、看護報告書を受け取り相互の情報共有を深めている。
(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、最適且つ柔軟な人材配置(業務・シフトの工夫)を行っている	○				利用者の生活状況に応じた訪問時間や訪問回数を検討し柔軟なサービスを提供している。そこにヘルパーの力量も考慮し、シフトの作成を行っている。	○利用者の排泄の間隔を考慮したり、他サービスの訪問時間と調整を行いシフトを作成している。 ○同居家族がいる利用者は家事支援は自費サービスで行っている。 ○ケアマネ作成の生活習慣表も参考にしている。
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	○				年3回の介護・医療連携推進会議を開催して助言を頂いている。得られた助言等をサービス提供時に反映している。	○議事録にて確認。 ○適宜サービスに反映されている。

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) 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	○				援助終了メール、電話、活動報告書により利用者等の状況の把握を行っている。必要に応じて個人情報管理に配慮した上で、電話連絡、メール、FAX等により情報を伝達する仕組みを作っている。	○情報共有のしくみが出来ている。
(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)	○				法人の非常災害対応マニュアルにて緊急連絡網を作成しており部長が各部署の責任者に指示を出し、その指示に従って行動する仕組みがある。管理部による年1回のメール配信の確認がある。移動手段のバイクについてはチェックシートを使用し毎日点検を行っている。災害時対応として法人車両の使用を可能にしている。	○今年度は地震、台風といった自然災害が多かったが、その都度柔軟に対応している。 ○職員との連絡は電話不通となったこともあり、メールやLINEといったSNSを活用した。 ○警報等でDS、DCが休業となり急遽訪問を追加し、利用者等の安全を確認した。 ○夜間訪問時には施錠を行う等の防犯対策を行っている。
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	○				全職員が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の廃棄は、焼却またはシュレッダーにかけている。ヘルパー研修において「プライバシー保護、秘密保持」研修を実施している。	○FAXやメールではフルネームを使用しない様になっている。 ○援助前メールは援助終了後削除する指導がされている。 ○援助時には利用者等の個人情報が記載された書類を持ち歩かないよう指導されている。

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	○				服薬や排泄の間隔を常に観察し、生活リズムに合わせた援助を提案している。	○利用者の状態観察を行い、必要に応じた介護計画が作成されている。
		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	○				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。 介護計画書作成時には、訪問看護計画書またはアセスメントシートを考慮している。 介護計画書⇔訪問看護計画書、アセスメントシートの突合せを行っている。	○利用者報告書が作成されている。 ○訪問看護からは訪問看護計画書が送付されており、訪問看護の援助を受けていない利用者については月1回のアセスメントシートの送付を受けている。
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	○				ケアマネジャーによる「居宅サービス計画書」の目標だけでなく、利用者の心身機能の維持回復を目指した計画を作成している。	○3ヵ月毎にFIM、DASCを実施し、利用者の心身機能の把握に努めている。

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				外部評価コメント		
				実施状況					コメント	
				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	○				医療依存度を高め過ぎないように、訪問看護計画書及びアセスメントシートを参考に利用者の今後の変化を予測した介護計画を立てている。	○利用者の変化を予測した対応が出来ている。また変化があった時には訪問看護と迅速に連携が取れている。	
(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	○				利用者の状態変化に応じて、随時対応したりサービス提供日時を適宜変更して対応している。	状態変化に応じて変更した例 ○胃ろうの注入時間が変更になったため、訪問時間を変更している。 ○ALSの利用者のトイレ間隔を観察してトイレ誘導の時間の変更を実施している。 ○随時訪問が多くなった時に定期訪問に計画変更している。	
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	○				活動報告書等をもとに継続的な体調や状況の引継ぎを行うと共に、月1回のモニタリング報告を行っている。 モニタリングに沿った計画変更を適宜行っている。	○月1回のモニタリング、経過記録に基づいた計画が立てられている。	

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		
(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	○				訪問看護と訪問介護が連携し、専門性を生かした役割分担が行われている。	具体例を確認 ○バルーン留置の利用者について排便コントロールは訪問看護で行っている。 ○服薬管理は訪問看護、服薬確認は訪問介護が行っている。 ○吸引が必要な利用者は訪問介護で観察し、必要な時には訪問看護に連絡している。
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	○				訪問介護は訪問看護から適時、褥瘡予防のためのポジショニング、軽度の褥瘡の対応、転倒後の観察事項、オムツ・パットの指示や助言を受けている。	○褥瘡やポジショニングについては写真の活用がされている。 ○同じ法人ということもあり頻繁に連携が来ている。
(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	○				契約前にはケアマネジャーに説明し、利用者には契約時に訪問看護と共に主旨や目的等を十分に説明して同意を得ている。 契約後も訪問看護と連携しアセスメントを行い、それに基づいたサービスを行うことについて、必要に応じて説明を行っている。	○契約前にはケアマネジャーと話し合いがなされている。 ○契約時には訪問看護と共に訪問し、主旨説明がなされている。

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	○				作成した訪問介護計画の目標および内容について共通の認識と同意を得るために、計画作成責任者が継続的に訪問し説明している。	○3ヵ月に1度の介護計画書更新時に丁寧に説明し同意をもらっている。 ○それ以外にも訪問時には随時説明し共通認識をとるようにしている。
		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	○				状況変化については、活動報告書や療養手帳に記載し報告や相談を行っている。 適時、家族・ケアマネジャーに報告している。	○状態変化は療養手帳および活動報告書(控)で随時確認してもらっている。 ○それ以外にも必要に応じて報告を行っている。

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

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	○				状態変化があった場合には、ケアマネジャーに報告相談の上、必要性を確認しサービス提供日時の変更を行っている。	○状態変化があった時にはケアマネジャーに報告している。 ○必要に応じて提供日時の変更を行っている。
		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	○				計画の目標達成のために、必要に応じてケアマネジャーに提案を行っている。	○社協のゴミ出しボランティア ○配食弁当の食事形態の変更 等

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、ケアカンファレンス会議に出席し、利用者の状況を報告し他職種への情報提供を行っている。	○サービス担当者会議、ケアカンファレンス会議の議事録にて確認。 ○訪問看護も出席している。
(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)	○				在宅医療委員会(月1回開催)や在宅訪問診療カンファレンス(隔週開催)に積極的に参加し情報の共有化を行い、多職種との連携を図っている。保険外を含め、利用者に必要なサポート体制を協議し、適切なサービス利用に繋げている。	○在宅訪問診療カンファレンスでは訪問診療を行っていない利用者についても相談している。 ○千春会以外の多職種とも連携を行っている。 ○在宅療養手帳委員会(乙訓医師会)にも参加し様々な情報収集に努めている。
		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)	○				退院前カンファレンス・退所前カンファレンスに参加し情報収集に努め、在宅生活にスムーズに移行できるようにしている。	○退院時には看護サマリー、服薬状況の確認を行っている。 ○退院前カンファレンスに在宅の主治医に参加してもらった例も確認。

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)	○				必要に応じて、訪問リハビリ(PT、ST、OT)の訪問時に同席し、ポジショニング・食事介助・移乗について指導を受けている。 お互いに情報交換し介護者への助言を行っている。	○訪問リハビリへの同行訪問は訪問リハビリに連絡を取り了承を得ている。 ○主治医と直接連絡をとることが困難なため、訪問看護を通じて情報共有を行っている。

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・医療連携推進会議の議事録を作成し、出席者に提出している。また、事業所内で誰でも閲覧できるようにしている。	○議事録ファイルが事業所内に置かれ、誰でも閲覧できるようになっている。
		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	○				基本情報・運営情報、外部評価をインターネットにより公表している。	○高齢者はインターネットの活用が低い。公表方法について検討が必要。 ○病院の地域連携で公表してもらうのはどうか。

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	○				法人の開催する研修会や勉強会に参加 し理解を深めている。 こうふくプラン向日の冊子を事業所内に 置き職員が閲覧できるようにしている。	○病院での研修会参加を確認。 ○「こうふくプラン向日」の30年度版が発行されて おり差し替えが行われている。
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	○				地域利用者の依頼も受け入れており、広 く地域へ展開している。	○地域利用者も徐々に増えてきている。定着して いると思われる。 ○特定の居宅からの依頼が多く、広く広報の必要 はある。医療系居宅に営業を掛けてみるのもいい のではないかと。
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	○				継続的にモニタリングを実施し、目標達 成を図っている。	○月1回モニタリングが実施されている。
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	○				生活上の不安等を確認しながら適切な サービスの提供に努め、介護者の負担も 軽減でき、本人や家族からも安心感を得 られている。	○利用者、家族から感謝の言葉を頂いている。 ○利用者満足度調査が実施されているが、回答 率が低い。方法の検討の必要がある。 ○ケアマネジャーからの聞き取りをお願いしても いいのではないかと。