

せんしゅんかい訪問介護センター 上植野

2020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	○				事業所内に ・法人の「理念」 ・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。	事業所に独自の理念の掲示を引き続きお願いします。
(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	○				特徴については、ヘルパー研修時や介護計画書を確認することで理解を深めている。 朝礼およびヘルパー研修時に「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。	左記のとおり、サービスの特徴と事業所の理念についての理解を深める取組を継続して実施してください。 研修や朝礼等、機会がある毎にサービスの特徴や理念について、その都度確認し理解を深められるよう努力されている。
		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	○				今年度はコロナ感染対策のため、研修が開催されていない。そのため、OJTとして業務時に指導を行っている。 利用者宅への訪問も必要な援助以外は控えているため、訪問したヘルパーからの聞き取りによるアセスメントを実施している。	研修が開催されていないため、これまで以上に職員育成の仕組みの構築が重要であると考えます。OJTの他に、研修の代替としての事業所内での情報共有や勉強会等の実施についても努めてください。

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		
		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	○				年度初めに職員が各々「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4月、10月に面談を行っている。 それらに基づいて職員配置を決定している。	職員各々の自己評価と管理者評価、また年に2回の個人目標の設定と管理者面談により職員の能力や目標を踏まえた職員配置ができています。
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。 訪問看護から毎月、アセスメントシートを受け取っている。	報告書や特変時の電話での相談・報告等により適宜かつ定期的に介護職・看護職の連携・情報共有ができています。
(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	○				利用者の生活状況を日々観察し、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。 ヘルパーの力量を考慮したシフト作成を行っている。	一定にとどまることなく、状態・状況に合わせてシフトを変更している様子が確認できる。

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。 今年度はコロナ感染対策のため、開催は見送った。事業報告を行い、それぞれ意見を頂くこととした。	会議が開催されないため、各関係機関からの意見等を反映できる場所は積極的に反映させてください。 今年度は会議は中止となったが、これまでも意見交換により可能な範囲でよりよい事業所の運営・サービス向上等に反映できていると考える。
---	---------------------------	---	---	---	--	--	---	--

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	○			援助終了時にはメール、電話、活動報告書により利用者の状況報告を受ける。それを共有すると共に、次援助時に向けた援助前メールとして状況を伝えている。また、必要により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。	利用者の状況については、今後も引き続き個人情報の漏洩等がないよう情報管理を徹底しつつ、迅速に共有できるよう工夫して取り組んでください。
---	------------------------------	---	---	---	--	--	---	---

(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・防犯対策マニュアル」にて緊急連絡網を作成しており(毎年見直しがあり、状況に沿った連絡網を作成している)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。 移動手段のバイクについては「日常点検表」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。	非常災害・防犯対策マニュアルにおける緊急連絡網の作成・見直しと、交通安全のためのバイクの点検や災害時の車両の使用等対策ができています。
---	---------	---	--	---	--	--	---	---

②	利用者等の個人情報保護	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。 利用者情報のメールについては、利用者名をマスキングし、確認したら消去するよう徹底している。 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使用。 ヘルパー研修において「法令遵守・倫理マニュアル」による研修を11月に実施している。	今後も引き続き個人情報の漏洩等がないよう、情報管理を徹底していただくようお願いします。
---	-------------	----	---	---	--	--	---	---

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		
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	○			起床時間、就寝時間、食事・服薬、排泄間隔を日々観察し、状況に合わせたアセスメントを実施している。	状態の変化、生活のリズムに応じた観点でのアセスメントを実施している。	

		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	○			介護からは利用者報告書を送付、看護からはアセスメントシートを受け取っている。 看護からのアセスメントシート・訪問看護計画書を考慮した介護計画書を作成している。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。	介護計画書、訪問看護計画書、アセスメントシート等で両者の共有、つき合わせが行われている。
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、日々観察した利用者の生活状況、身体状況から計画書を作成している。	利用者の生活状況、身体状況をアセスメントした上での計画書の作成、できる限り利用者の心身機能の維持改善を目標とした計画書が作成されるよう努めている。

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				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	○				連携先の訪問看護からの ☆ 訪問看護計画書 ☆ アセスメントシート を参考に利用者の状態変化を予測して介護計画を立てている。	状態変化を予測しながら利用者がそれでも自身でできることを可能な限り維持、継続できるように介護計画を立てていると思われる。

(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	○				各ヘルパーからの報告を受け、利用者の状況に応じた訪問にしている。また、必要に応じた随時対応を行っている。	利用者の状況に応じた訪問、必要に応じた随時対応を行っている。
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	○				活動報告書やヘルパーからの状況報告を受け継続的なモニタリングを実施している。状況変化が大きい場合は計画作成責任者が訪問し、介護計画に反映している。	継続的なモニタリングにより計画変更等、必要時は計画作成責任者が訪問しているとのことで、出来ていると考える。

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情報交換を行い、専門性を生かした役割分担を意識した介護計画を実施している。	医療的なことが問題となった時には看護職に相談・報告しながら、それぞれの専門性を生かして協力・協同しながら支援に努めている様子。

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。	上記同様、必要時看護職へ相談しながら指導や助言を受け支援されている。
---	-----------------------	----	---	---	--	--	--	------------------------------------

(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	○			ケアマネジャーに対しては利用開始前から十分な打ち合わせを行っている。 利用者・家族には契約時に訪問看護と共にアセスメントを実施し、その上で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た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。	引き続き各関係者との連携・説明等を行ってください。
---	------------------------------------	----	---	---	--	--	---	---------------------------

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	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	○				訪問介護計画の作成の度に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、計画作成責任者が訪問し説明している。	利用者側との認識に齟齬が生じないように引き続き努めてください。

		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	○				援助のたびに活動報告書や療養手帳に記載し報告している。 必要に応じて、家族・ケアマネジャーに報告している。	必要に応じて家族やケアマネジャーに連絡して報告しているとのことで実施できていると考える。
--	--	----	---	---	--	--	--	--	--

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	○				訪問日時の変更については、状況変化をケアマネジャーと共有し、相談している。	訪問日時の変更だけではなく、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ついても情報共有に努めてください。
		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の活用等を含む)が行われている	○				生活環境の変化や利用者の状態変化を考慮し、目標達成に向けた提案を行っている。	引き続き目標達成に向けた取組を実施願います。

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		

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、利用者状況の情報提供を行っている。	引き続き多職種への情報提供に努めてください。
(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)	○			在宅医療委員会(隔月開催)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。 (コロナ感染対策のため、会議開催が減少している。)	引き続き多職種との連携を図り、適切なサービス利用につなげてください。
		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)	○			コロナ感染対策のため、面会ができず、十分な状態を把握することが難しくなっている。 診療状況や看護サマリー等の文書による確認を行っている。	コロナ対策により、会議の機会が減っているなかではありますが、文書等で確認するなど引き続き出来る限り情報共有に努めてください。 退院前・退所前カンファレンスや入院中・入所中の面会・面談が新型コロナウイルス感染防止対策により約1年出来ていないことを察するが、病院・施設からの文書や病院・施設⇄ケアマネジャーの退院支援でのやり取りで、できる限り情報が共有できるように努めていると思われる。

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、訪問リハビリに同席し、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。 文書による指示を受けることもある。 ☆ 理学療法士 ☆ 作業療法士 ☆ 言語聴覚士	左記のとおり引き続き取り組んでください。
---	---	----	---	---	--	--	--	----------------------

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

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。 事業所内で閲覧できるようにしている。	引き続き、記録の情報発信に努めてください。
		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。	引き続き積極的な広報周知に努めてください。

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) 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	○			研修の開催が減少しているため、WEB研修や行政のホームページを活用している。 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。	引き続き、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理解を深める機会を設けてください。
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、広く広報に努め、地域へ展開している。	引き続き地域展開に努めてください。
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	○			継続的にモニタリングを実施し、目標達成を図っている。	モニタリングにより状況に合わせた計画目標の変更も行いながら目標達成に向けたサービスを提供していると思われる。
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。	引き続き利用者等が安心できるよう適切なサービスの提供に努めてください。