

2023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」「行動基準」「基本方針」 ・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。	掲示を確認、適切に運営されている。
(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	○				当該サービスの特徴は、ヘルパー研修内で周知している。 事業所の理念については、朝礼およびヘルパー研修時に唱和し理解を深めている。 年1回の力量評価で個々に面談し、評価している。	適切に運営されている。 継続して周知してください。
		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	○				外部のオンライン研修が視聴可能となり、必要時研修に利用している。 また、月1回のヘルパー研修を実施。研修時に利用者カンファレンスも併せて行っている。 OJTとして、同行訪問を実施し指導も行っている。	計画的な研修が実施されている。 同行訪問できており、安心する。

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		
		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1回の力量評価と年3回の面談を行い、職員の能力を確認した上でシフト作成を行っている。 活動報告書の記載内容の確認や同行訪問を実施し、援助の様子を確認し指導・配置を行っている。	適切な配置が行われており、能力や力量に応じて指導が実施されている。
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	○				月1回の利用者報告を行っている。 必要時には、電話やメール等で情報共有し、状況に応じてアドバイスを受けている。 療養手帳の活用。	両者間で情報共有が行われている。
(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、身体状況を日々観察・記録(活動報告書、援助終了メールによる報告)し、訪問時間や訪問回数を検討し、そこにヘルパーの力量を考慮したシフトを作成している。	利用者の状況に応じて訪問時間や回数の検討をした結果をケアマネにも伝えてもらっている。 状況に応じてよく検討されている。

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回の開催を予定。 昨年度は感染対策のため、会議開催は行わず、事業報告を行い意見を頂くこととした。 今年度については、初回(6月)については、開催を見送ったが、第37回、第38回については開催を予定している。	引き続き会議開催してください。
---	---------------------------	---	-----------------------------------------------------------------------------------	---	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

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		

(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	○			援助前メール、援助終了メールで日々情報を共有している。内容によっては適宜担当ヘルパー全員にメールを用い情報を伝達している。場合により同行訪問し直接利用者の状態を伝えている。メールを送る際には利用者名をマスキングし、確認した後は廃棄することを徹底している。	個人情報に配慮して適切に行われている。
---	------------------------------	---	---------------------------------------------------------	---	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

(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)	○			「非常災害・防犯対策マニュアル」及び「自然災害発生時における業務継続計画」に沿って実施している。マニュアルを使用し年2回ヘルパー研修で周知している。 自然災害時における移動手段については、法人の自動車の使用許可を得ている。	マニュアルに沿って、職員の安全管理を徹底していただきたい。 マニュアルがあることを確認した。
---	---------	---	----------------------------------------------------------------------------------	---	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

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	○			「法令遵守マニュアル」を使用し年1回ヘルパー研修で周知している。入職時に「個人情報保護に関する誓約書」を交わしている。 個人情報の記載された書類の持ち出し禁止、および廃棄については焼却またはシュレッダー使用を徹底している。メールについては氏名のイニシャルを使用し確認後は確実に消去するよう徹底している。	適切に行われている。
---	-------------	----	-------------------------------------------------------------------------	---	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

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	○			ヘルパーからの援助時報告・活動報告書や定期的な訪問で利用者の生活リズムを確認し、適宜アセスメントを実施している。	利用者の状況に応じてアセスメントが行われており、報告を受けている。適切に運用されている。	

		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	○			介護からは月1回の利用者報告書を送付、看護からはアセスメントシートまたは訪問看護計画書を受け取っている。必要時にはカンファレンス実施。 看護からのアセスメントシートまたは訪問看護計画書を考慮した訪問介護計画書を作成し、訪問看護に確認してもらっている。	両者間で情報共有されていることを確認した。
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	○			ケアマネジャーによる「居宅サービス計画書」の目標だけではなく、日々変化する利用者の生活状況、身体状況および訪問看護からのアセスメントを考慮して計画書を作成している。	計画書を変更した場合は、必ず担当ケアマネジャーに報告をし、速やかに計画書を交付すること。

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	○				日々のヘルパーからの報告、定期的な訪問時の様子等から状態変化を予測すると共に、訪問看護からのアセスメントを参考に介護計画を立てている。 家族やパティナー支援員とも情報共有を行い、介護計画に反映している。	適切な介護計画が作成されている。
(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	○			日々のヘルパーからの報告だけでなく家族や他職種、パティナー支援員からの情報を基に、状態変化を察知し、必要に応じた訪問を実施している。	柔軟な対応ができています。
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	○			日々のヘルパーからの報告、活動報告書から継続的なモニタリングを行い、介護計画書への反映を実施している。	適切に反映され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	○			利用者の状態変化を察知し、医療面については訪問看護に連絡し情報交換を行い、対応してもらう。その際、訪問看護からも介護面でのアドバイスをもらい介護を実施している。	訪問看護からの指示を受け適切に行われている。訪問看護へ必要な情報が的確に伝えられている。
---	-------------------------------	----	----------------------------------------------------------	---	--	--	----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

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	○			心不全が疑われる利用者について、日々助言を貰っている。 大腸ガン末期の利用者について、介護職ができること、しなければならないことを具体的に指導してもらった。	状態に応じて適切に行われている。
---	-----------------------	----	---------------------------------------------------------	---	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------

(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	○			サービス開始前はケアマネジャーと入念に打ち合わせを行い、また利用者本人・家族との面談で必要なアセスメントを実施し、サービス開始となる。契約時に、その旨を利用者本人・家族に説明を行っている。	適切に行われている。 利用者に配慮した説明ができている。
---	------------------------------------	----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

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	○				訪問介護計画書作成時には、計画作成責任者が訪問し説明した上で同意を頂いている。	同意を確認した。 適切に行えている。

		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	○			日々の変化については、活動報告書の控え、療養手帳に記載している。大きな変化、サービス内容の変更等については、その都度、家族・ケアマネジャーに報告している。	大きな変化、サービス内容の変更等については、介護・医療連携推進会議に同席したケアマネジャーからも都度報告を受けていることを伺えた。適切に行えている。
--	--	----	---------------------------------------------------------	---	--	--	-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

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	○			月1回のモニタリング報告でサービス提供状況を報告している。 状態変化があったときには、ケアマネジャーと情報共有し、より状態に沿ったサービス提供を決定している。	月1回のモニタリング報告を受けている。 状態変化に応じて報告を受け、適切な提案を受けている。 実践できており、継続してください。
		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	○			必要時にケアマネジャーに報告すると共に、ケアプランへの提案を行っている。	適切に行われている。

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	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には必ず出席し、多職種との情報共有を行っている。	適切に出席していることを確認、情報共有できている。
---	-----------------------------------------	----	---------------------------------------------------------	---	--	--	-----------------------------------	---------------------------

(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、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)	○			福祉用具や配食弁当の利用についてや必要に応じて自費サービスの提案を行っている。	適切に行えている。
		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)	○			病院ではまだ面会制限があったり、退院前カンファレンスが開催されない状態が続いている。その為、入院中の状態を地域連携に尋ねたり、看護サマリーを入手する努力をしている。	できる限りの努力していることが伺える。

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		

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の現場に同席したり、訪問リハビリの事業所から評価をしてもらい、介護に活かしている。また、結果を報告し情報共有を行っている。 ベッド上でのポジショニングについても訪問リハビリや福祉用具と検討している。	必要に応じた対応が来ている。
---	---------------------------------------------	----	---------------------------------------------------------------------------------------------	---	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

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記録を作成し、出席者に提出している。 2階受付に掲示して誰でも見ることができるようにしている。	情報発信されている。
		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。	適切に広報、周知されている。

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		
							10		

(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	○			ヘルパー研修で周知すると共に、WEB研修や行政のホームページを活用している。	研修やホームページを活用していることが確認できる。
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		○		特定の建物等への限定はしていない。 【2023.10月末現在】 パティナー 2名 地域利用者 2名 ただし、現在の人員では広く展開することは難しい。	適切に対応している。
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				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	
							コメント	

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	○			日々のヘルパーからの報告、計画作成責任者の訪問アセスメントを通じ、サービスの有効性を確認し、計画目標達成を図っている。	適切に行えている。
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	○			状態変化に応じて、訪問回数を増やしたり、内容を変更する事で利用者や家族に安心してもらっている事が実感できている。	今後の状態の変化に応じて支援内容の検討が必要と思うので、本人・家族の安心感が得られるように期待しています。