

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」「基本方針」「行動基準」訪問介護事業所の独自の理念「訪問介護事業所の目標」を掲げている。	できている。
り									
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	○				ヘルパー研修や同行訪問で伝え認識を深めている。事業所の理念については朝礼及びヘルパー研修時に唱和し理解を深めている。年1回の力量評価で評価している	取り組みの継続をお願いします。
		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	○				現在法人の全体研修は開催されていない。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。月1回のヘルパー研修については感染対策を行い実施できている。OJTとして同行訪問を実施し指導も行っている。	研修計画等を設け計画的に機会の確保に努めて頂きたいです。重要事項として全職員の共通認識を持つ体制づくりの確認。

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	○				年に1回(年度初め)力量評価と年3回管理者との面談を行い、(自己評価を含む)管理者が総合評価を行っている。サービス提供時に、サービス提供責任者が同行訪問し能力確認し、随時指導を行っている。	良いと思います。
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	○				電話・メール・FAX等で訪問看護と密に連携を取る事が出来る。「定期巡回利用者報告書」は毎月作成しており、情報の共有が出来ている。	良いと思います。
(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	○				利用者の特性に応じて訪問時間や訪問回数などを随時検討し、ヘルパーの力量等を考慮しシフトを調整している。	組織として最適と思われる方法を随時工夫して取り入れて下さい。
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2回会議を開催し、事業報告、事例検討を行い、市役所、地域包括支援センター、ケアマネジャー、医療関係の方々よりご意見を頂いている。頂いたご意見はサービス提供に反映している。	できている。他機関との情報交換を今後もマンネリ化することなく継続を望む。

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利用者情報を共有している。必要時は担当ヘルパーに周知伝達をしている。伝達の下記留意点の徹底をしている。利用者名はマスキングして使用する。援助前メール、終了メールは援助終了後に消去する。援助の連絡事項は内容を確認し、確認メールを送信後に消去する。	具体的な内容を記載いただき解りやすい。できている。可能であれば「ラインワークス」等のソフトを活用して、利用者に関わる他事業所やケアマネージャーに随時情報共有できるように工夫して頂きたい。
(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)	○				「非常災害・防犯マニュアル」に沿って実施している。年に1回ヘルパー研修で周知している。移動手段である法人バイクについては日常点検表にて実施している。災害時等の移動がバイクでは困難な場合は法人車両の使用が可能となっている。年2回西山天王山・避難訓練を実施。さすまたの使い方を学び、実働訓練の実	特に緊急時の体制構築についてご留意ください。
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	○				「法令遵守マニュアル」に沿って実施している。年に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等の持ち出しを禁止。廃棄については焼却又はシュレッダー使用を徹底している。利用者個人との連絡先交換、個人的な連絡の禁止など周知徹底している。	引き続き周知をお願いします。



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	○				ヘルパーからの援助時の報告(排泄・食事・睡眠)に考慮し、利用者の生活リズムの沿った訪問時間を調整している。適宜アセスメントの実施している。	良いと思います。
		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、看護からアセスメントシートと訪問看護計画書を受け取っている。訪問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、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。	できている。
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	○				ケアマネジャー作成の「居宅サービス計画書」の目標だけではなく、定期的に訪問を重ね、利用者の状況及び、訪問看護からのアセスメントを考慮して訪問介護計画書を作成している。	心身機能の維持回復を意識して計画書の作成をお願いします。

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		
		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	○				定期的な訪問を重ね、利用者の身体状況及び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訪問介護計画書を作成している。	事業所内での意見交換などで作成方法も工夫してみてください。丁寧に対応されている。
kyuukoubaino									
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	○				定期訪問時の状況に応じて必要時に随時訪問に入るなど、柔軟に対応するよう努めている。(体調不良時やデイサービスを休まれた時など)	引き続きお願いします。デイサービスを休まれた際や、急な受診時には随時対応で入っておられる。利用者に寄り添った運営を希望。
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	○				定期的な訪問を重ね、利用者の身体状況等の気付きをヘルパー・看護師間で共有し、かかりつけ医、ケアマネージャー・家族に報告している。継続的なモニタリングの実施し、訪問介護計画書への反映を実施している。	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		
(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	○				身体状況に変化があり、医療的なことが必要になった時は訪問看護に連絡し報告、相談等を行い必要時は助言、対応してもらっている。訪問看護からも介護へのアドバイスをもらい介護を行っている。	今後も介護・看護の連携が期待できません。
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	○				訪問看護サービス利用の利用者が現在はおられません。月1回のアセスメント時に状態観察をしてもらっている。連携型として連絡体制が確立されているため利用者の変化がある場合などの相談がしやすく、助言が得やすい。	良いと思います。
(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	○				サービス開始前はケアマネージャーと打ち合わせを行い、利用者・家族との面談で必要なアセスメントを実施しサービスの開始となる。契約時には利用者・家族に説明、同意を得ている。	今後もわかりやすい書面にするなどの工夫を通じて十分な説明をお願いします。詳細な説明と共に後々トラブルにならない様、利用者が納得できる配慮が必要。

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	○				訪問介護計画書を作成時には、訪問計画作成責任者が説明した上で同意を頂いている。	できている。
		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	○				日常の変化があった場合は活動報告書や在宅療養手帳に記載し連携を図っている。必要時はその都度家族やケアマネージャーに報告している。	良いと思います。
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、ケアマネー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	ケアマネージャーとの間で、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回のモニタリングで報告している。変化等があった際はケアマネージャーに連絡、相談しながらサービス提供を決定している。	できている。
		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	○				必要時ケアマネージャーに報告すると共にケアプランの提案を行っている。	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				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		
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	○				訪問看護の毎月1回のアセスメントなどを介して担当ヘルパーへ周知。サービス担当者会議にて状態の確認や多職種との情報共有ができています。	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、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)		○			担当者会議の開催ができるようになり、ケアマネージャーを中心に各関係者で意見を出し合ったり、情報を共有したりしながらサポート体制について検討している。	特に保険外サービスやインフォーマルケアについては引き続き情報収集に努めてください。
		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)	○				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。電話、FAX、メールを活用している。	良いと思います。

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	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)	○				心身の機能の維持回復などの観点から、医療的(訪問看護・往診)などの提案をしている。	他職種による役割分担や連携方法についての検討。共有状況が具体的に示されていれば良い。

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記録を作成し、出席者に提出している。 事業所内で誰でも閲覧できるようにしている。	良いと思います。
		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、自己評価・外部評価をインターネットにより公表している。	良いと思います。

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) 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。地域包括センター主催の長岡京市訪問介護事業所連絡会に出席し情報収集している。	地域包括ケアシステムの今後の方針について、引き続きご留意下さい。引き続き事業所連絡会を開催していきます。様々なご提案宜しくお願い致します。
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	○				可能な限り長岡京市全域でサービス提供ができるようにしている	以前依頼をした際、柳谷方面は対応できなかった。
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)			○		地域の人に介護保険の内容で不明なところがあれば、気軽に相談できるように「毎月5日は介護・看護の相談日」を設定したが、浸透していない。	良い取り組みと思いますが、引き続き地域とのつながりを持ちつつ、行政・包括等と密な関係を構築し、課題提起や改善提案も頂ければと思います。事例検討会等を積極的に活用してはどうか？ 包括としても地域を巻き込んで地域づくりを検討していきたいのでご協力宜しくお願い致します。

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		
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	○				定期訪問で日々のヘルパーからの報告や、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。	良いと思います。
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	○				利用者の状態変化の早期発見に心がけ、本人、家族と今後の予測を踏まえて話あうことで不安を軽減し、在宅生活が安心して過ごせられるように支援している。	できている。