

自己評価・外部評価 評価表

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)	○			法人マニュアルにて講じている。夜間訪問時などの防災対策もマニュアルに記している。災害時に対し、医療器具装置者や独居者などの名簿を作成し、安否確認などを迅速にできるよう工夫している。	夜間訪問時の防災対策について教えて頂きたい。
利用者等に係る安全管理	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	○			契約時に個人情報保護に関する同意書を取り交わしている。事業所内での個人ファイルは鍵の掛かる書庫へ一元化管理しており職員が不在時には施錠している。電子機器に関しては全てパスワード化(退職者がいる毎にパスワードの変更を実施)を実施。FAXはご送信が生じないよう、送信時に確認を徹底している。個人情報の取り扱いに関してはマニュアル化しており職員への周知はできている。	個人情報の管理にしっかりと取り組まれている。 実際に訓練などは行っていますか？平時の備えの継続をお願いしたい。
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							
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	○			ケアマネジャーにサービス内容を伺うときに生活パターンを確認。契約時に再度確認を行いアセスメントを実施している。	サービス側の把握した情報もケアマネジャーへ共有していただけるとありがとうございます。 柔軟な対応をしてもらっている。 ご利用者の状況の変化に伴い適宜、実施をお願いします。
利用者等の心身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	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、つき合せ等が行われている	○			正看護師が初回アセスメントを実施し介護職員とのすり合わせを行っている。短期目標の更新時にはアセスメントを実施し反映している。ケアプランとのずれが生じた際にはカンファレンスや情報共有を行い利用者などのニーズを元に調整している。	ケア中のご様子や生活の様子、ご本人の言葉や行動を細かく教えてくださいます。
	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	○			自立を促したサービス内容や訪問回数を都度変更している。必要時には生活リハビリに即した家族への介助指導や生活環境の工夫も行っている。ご家族への介護指導も負担にならないよう実施している。	

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	○			情報提供、説明は行っているが、包括請求であるため、要求がアセスメントと食い違うことがある。また、サービス開始前に情報提供、説明を行っているが、「実際にやってみないと分からない」との家族のご意向があり、徐々にサービスの主旨に沿った提供内容に変更していくケースが多い。職員複数人が関わるサービスのため、事業所間での情報共有が必須である。問題が生じた場合はケアマネジャーに相談し、適宜見直しを行うなど工夫を行っている。	
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	○			計画立案後、作成者が自宅訪問し、ご本人様、ご家族様への説明を行い、承諾を受けてサインを頂いている。修正箇所の提示がある場合、ケアマネジャーを通してカンファレンスなどを実施し改めて検討している。	
	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	○			状態変化に応じて、回数調整やサービス内容の変更を行う旨を説明。適正でない回数を要望する方には、法の制度を説明し理解を得ている。ターミナルケア時などご本人やご家族が不安なく過せるよう、訪問回数を増やすなどの対策をしている。	要望の多い方に納得していただくのは大変だと思います。

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

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	○			定期的にケアマネジャーに報告し調整している。大きな変更が生じる場合や介護度の変更時にはカンファレンスを実施し見直しを行っている。	話し合い時には毎回参加いただき有益な情報をいただいている。 サービス担当者会議に参加して頂いています。
	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	○			必要時には地域サービスの提案も行っている。買い物の同行支援、通院時の同行支援などその人に合った支援を提案し喜ばれることも多い。	
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	○			可能な限り多職種の参加をお願いしていた。各サービス内容を利用者および家族も参加し評価を得ている。	いつも情報共有して頂いています。 顔を合わせることで相互関係も深まると思います。

(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

利用者の在宅生活の継続に必要となる、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)	○			通院時の院内介助は保険外のため、自費サービスを提示。調理の希多い方には宅配弁当の併用などをお願いしている。	状態変化に伴い自費サービスなどの適切なサービスを導入してくれた。
	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、退所の際、退院前カンファレンスが開催される場合は必ず参加している。事前環境を整えて迎え入れている。	

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)	○			役割分担はプランに反映されている。MCSなど利用し、多職種で連携、共有できている。	多職種での連携、情報共有、役割分担が出来ることはとても重要だと思います。
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							
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	○			会議後に記録をまとめホームページにて公表している。過去のデータの閲覧も可能で、契約時に利用者、およびご家族へ説明を行っている。	会議の記録をホームページで公表しているため、情報発信が出来ている。
	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		○		積極的に周知は行っているが、地域におけるサービスに関する理解は低いと考える。利用後の効果などを今後は周知していきたいと思っている。	地域に対する周知活動は他社とも協力して取り組んでいけると良いと思います。 サービスの良さを理解いたぐため、広報周知の継続をお願いします。
(2) まちづくりへの参画							
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	○			集団指導や外部研修に参加し理解していると考える。	
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	○			当事業所は施設併設ではなく、また当社の理念はご自宅での生活維持である。法人では練馬区全域をカバーしている。	地域に密着した事業展開が出来ていると思います。
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)	○			重症度の方や認知症の方に対しては、近所の方や友人にご協力頂くよう、職員と顔を合わせる工夫を行っている。	地域住民への理解や協力を求めるることは地域共生社会に不可欠だと思います。
Ⅲ 結果評価 (Outcome)							
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	○			看護師の定期アセスメント、介護士の記録を残している。計画書の更新時にモニタリングしケアマネジャーに報告。目標達成についての振り返りを行っている。	緊急訪問の際に記録をFAXで頂いています。分かりやすい文章でした。
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	○			高齢世帯や独居世帯も多いため、当サービスを活用しなければ在宅生活の継続が困難な方が多い状況。コール機の設置にて安心が得られていると感じている。	コール機が高齢者や障害のある方にも分かりやすいものを選定されている。 コールがありご利用者は安心されています。