

## 自己評価・外部評価 評価表

事業所名

ユピテル三田

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	○				在宅生活が継続出来るように自立支援プランの作成、地域資源の活用、柔軟な介護と看護の連携を理念に掲げている。	・優秀 ・できている。
(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		○			管理者、職員はその理念について認識し、自立支援を阻害する過剰なサービスにならないよう認識している。	・適切 ・この項目以外はできているのであるので、できているに至るまでの課題や方策が気になった。
		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	○				兵庫あんしんネット24主催の県内研修、兵庫県看護協会主催の様々な研修に参加。全職員が順番に参加できるよう配慮している。	・良好
		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	○				スタッフの得意なことは様々で、能力開発を促すように努めている。また、看護師と一緒に生活支援をしながら、医療ニーズに対する知識を深めている。	・適切 ・医療ニーズが多い人も多いため助かっている。
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	○				看護師も生活支援を行いながら訪問しているので、介護職員との共有しやすい環境にある。看護師と介護福祉士に同行訪問する機会も作っている。	・良好 ・いろいろとスタッフが一人の利用者様に関わる為、連携が大切だと感じる。

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		
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>									
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	○				柔軟なサービス提供が出来るように、またコロナ陽性者宅の訪問に対応できるように、常勤介護福祉士、看護師の配置に努めている。朝、夕方は訪問が重なるので、非常勤スタッフも採用し手厚く配置できるように努めている。また、間接的業務では、ひょうご共生型モデル事業終了後も継続してボランティアに協力してもらっている。	・優秀 ・コロナ陽性者は既存の介護サービス利用が難しい現状があるのか ・日曜・祝日がある中、シフト管理大変かと思うが、糖尿の血糖コントロールが必要な方は食事タイムに合わせて看護師さんが訪問できるように。
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	○				得られたご意見をサービス提供に適切に反映するように努めている。また、具体的に今後につながる為の対応や情報に協力頂いている。	・適切
<b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>									
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	○				迅速な情報共有にはICTを活用している。常勤スタッフは各自1台のスマホを支給されており、24時間随時情報を更新している。	・優秀 ・情報共有が常時出来ているのは素晴らしいと思う。
<b>(5) 安全管理の徹底</b>									
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）	○				安全マニュアルがあり、必要時に徹底できるように努めている。訪問困難な自然災害が予測される時は事前に家族や近隣の協力を得られるよう連絡をする。	・適切

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	○				個人情報（記録等）の表紙には個人名を書かず、スマホにはロックをかけている。情報を入力する際にも個人が特定されないようスタッフ同士注意を払う。規則を設けており、入職時に研修している。	・優秀
<b>II 過程評価 (Process)</b>									
<b>1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供</b>									
<b>(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</b>									
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	○				買い物や犬の散歩に行く利用者には訪問時間を調整し、それが継続出来るよう配慮、家族の不在に合わせた時間に訪問をする等それぞれに合わせてアセスメントを提案している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・優秀</li> <li>・支援計画についてはアセスメントで適切に行い、課題・ニーズを抽出し、課題達成のための目標（評価を行いやすいようなるべく具体的に）の設定、モニタリング・評価見直しというケアマネとサイクルに沿って他職種連携をしながら適切に運用していただきたい。</li> <li>サービス計画契約時の説明、同意、プラン作成時の説明、同意等の機会にサービスの内容や範囲、実施方法等について充分説明し、理解を得ること、必要な記録を取ることなどが大切ですので、今後も留意してください。</li> <li>ケアマネージャーとはプランの交換を適切に行い、情報共有に努めてください。</li> <li>・細かいところまで大変。</li> <li>・個々に合わせた調整は難しいと思うが、対応してもらえるのは助かる。</li> </ul>

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		
		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	○				一体的にサービスを行い、看護師も生活支援を行う。よって、生活の場を共有しやすい。つき合わせは必ず行っており、必要な利用者には訪問先でも確認連絡を取りながら業務を行う。	・適切 ・時間調整、事前連絡しても訪問時に利用者がいない場合がありますが、どんな方策をとられているか。
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	○				心身機能の維持、回復のために、利用者のできる能力を生かし、また複数回訪問できることも生かして作業手順を切り分け、機能維持回復に向け工夫をしている。機能回復に向けた計画には、リハビリ職の視点が役立っている。	・良好
		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	○				重度化した高齢者の介護看護の経験を積んだスタッフが訪問を担当しており、先々の予測ができ、未来志向型計画を作成するよう努めている。在宅往診医と連携し、適切な時期にリスクについて説明をしながら、医療行為が過剰とならないよう努めている。	・優秀
<b>(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し</b>									
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	○				食事摂取量の変化、自宅内での転倒、転落、排泄の失敗、体調不良の予測時など必要な時に訪問。また、家族の残業で帰宅が遅くなる場合や出張中には、夜間～深夜の訪問を増やす。アセスメントを行い、必要時には定期的なプランに変更している。	・過剰すぎるサービスにならないように注意。 ・訪問先に合わせて時間の調整大変。

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	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	○				介護看護職員が毎日複数回訪問することで、情報共有がしやすく、体調の変化(血圧変動、血糖値の変化等含め)の把握がしやすいため、計画や手順は適宜反映されている。	・過剰すぎるサービスにならないように注意。
<b>(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供</b>									
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	○				一体型事業所であり、その専門性を生かし、より看護が必要な場合は看護職が訪問することで、役割分担を行い、効率的に動いている。	・優秀
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	○				相互の関係性は非常に良好であり、適切な指導や助言が行われている。看護師は利用者の心身の状態を説明した上で、介護職に観察ポイントを伝えている。また同行訪問を行うなど細やかに指導を行っている。	・良好 ・様々な疾患、病状の方がおられると思う。日々の研鑽で共同認識を。 ・看護の視点から介護職にポイントを指導してもらえると異常の早期発見にも繋がり安心できる
<b>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>									
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	○				開始時にアセスメントの下、訪問内容を決定すると説明している。在宅生活の継続を目的に、できることは自分で行い、過介護にならないよう計画する。説明を行っても、過剰な要求を言われることがある。適切なアセスメントの下に訪問内容を決定していることを説明し続ける必要があり、ケアマネに協力を仰ぎたい。	・自己評価コメントに同意。 ・病院でも同じような事はある。過剰な要求については、記載の通り、説明と同意形成が必要だと思う。ただ、職員の心身の疲労を考えると大変な労力だと思う。 ・サービス計画契約時の説明・同意・プラン作成時の説明・同意等の機会にサービスの内容や範囲、実施方法等について充分説明し、理解を得ること、必要な記録を取る等が大切なので、今後も留意して欲しい。 ・当該サービスが「お手伝い」「ボランティア」ではない旨を理解して頂くのは大変かと思うが、根気強く説明するしかない。

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	○				説明は利用者や家族に行う。認知症が あり理解が困難な場合は、生活場面で 目標を口頭で繰り返し説明し、協力が 得られるようにしている。今後も共通 認識が持てるように努力したい。	・良好 ・根気の要ることである。 ・利用者への意識付け大事だと思 う。
		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	○				特に退院直後は、家族の不安を取 り除くために訪問毎に話をする機 会を設けている。気軽に相談がで きる様に訪問スタッフの携帯番号 をお知らせすることもある。	・優秀 ・すぐに連絡がとれ相談できる体 制は安心に繋がる。

## 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	○				初回はケアマネからの情報をもと に担当者会議等を経てサービスを 開始しており、共同で決定してい る。その後は、生活を見ながら適 宜変更し、電話などで相談・報告 をしている。	・適切 ・ケアマネジャーとはプランの交 換を適切に行い、情報共有に努め て欲しい。 ・各職種で認識の相違が生まれや すいかと思う。 ・変更時等随時連絡をもらえると 助かる。
		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	○				ひょうご地域共生型モデル事業終 了後も、有償ボランティアの活動 を継続し、ケアプランの中に入れ てもらおう等積極的に提案してい る。掃除、ゴミ捨て、買い物等、 幅広い世代のボラン ティアと接点 を持つ事は利用者には好評である。	・優秀
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では、他のサ ービスでは見えにくい生活状況全 般が正確に伝わるように努めてい る。計画目標の達成状況について の伝達は今後も行ってきたい。	・良好

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		
<b>(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</b>									
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ついで、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）	○				一体型事業所内で看護師、理学療法士等が在籍しており、日ごろから他職種による検討を行っている。併設するグループホームには、精神保健福祉士、社会福祉士、美容師の資格を持つ介護職員も在籍しており、保険外サービスについて情報を得る環境を持つ。	・良好 ・多職種からのアドバイスがしてもらえるのは生活全体を支えることとしては大切だと思う。
		26	病院・施設への入院・入所及び病院・施設からの退院・退所の際などには切れ間のない介護・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）	○				利用者の入院時にはサマリーを用意して情報提供を行う。また、電話で病棟担当の看護師、相談員と情報交換を行い、サービスに切れ間が生じないように努めている。退院が決まれば、即日サービス提供ができるようにしている。	・優秀
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、必要に応じて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なとなる、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）	○				各方面と協力して進めていきたい思いは強い。特に認知症がありながらも在宅生活を継続したいと考える利用者にとっては、地域の理解や見守りが不可欠。必要に応じて近所の方や民生委員さんへ定期巡回サービスが入っているとご挨拶に行き、トラブル防止に繋がるよう努めている。	・優秀 ・夫婦ともに目の見えない方がいるので、特に気をつけるようにしている。
<b>3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画</b>									
<b>(1) 地域への積極的な情報発信及び提案</b>									

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		
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	○				会議後、速やかに議事録を作成して、事業所の玄関前に設置している。誰でも閲覧できるようにお知らせも行っている。	・良好
		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	○				地域情報誌を利用し事例等を掲載し、周知に努めている。また、兵庫あんしんネット24での事例発表や自治会等にも出向き積極的な発信を行う。	・優秀 ・地域への広報は大切だと思う。地域がもっと関心を持ってもらえればと考える。
<b>(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</b>									
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	○				兵庫あんしんネット24の会議や研修に行政の参加がある。適宜、市職員から意見やアドバイス等を聞くことができ、運営に大いに役立っている。	・問題なし
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	○				三田市内のどこでもサービス提供を行っている。現在はサービスが点在しているが、平面でつながるよう地域展開思考である。	・適切

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	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）	○				認知症高齢者が自宅で生活することで、様々な問題が発生している。長い期間ボランティア活動に協力頂いている方は、ご本人の様子や困り事等訪問時に感じたことを細やかに報告して頂いており、ご本人と一緒に支える仲間として活躍していただいている。今後は、更にご近所等地域の方とも積極的に協力し合いたいと考える。	・適切・優秀
<b>Ⅲ 結果評価 (Outcome)</b>									
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	○				特に退院直後の方は、筋力、体力の低下により、活動範囲が狭小化している。利用者ごとに目標を設定し、心身機能の回復を目指している。他のサービスに比べ頻回に関わるため目標達成も短期間で可能である。	・適切・優秀
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	○				待てば来る、ケアコールを押せば話ができ、日曜・祭日でも訪問があることが安心だと言われる独居の利用者がいる。親の終末期を経験した家族からは、定期巡回スタッフが来ることで、落ち着いて対応が出来たと言われる。重度化しても施設入所だけでなく、在宅で定期巡回を利用することが選択肢の一つだと理解されるようにしたい。	・優秀 ・聞くだけでも大変さを感じる。頭が下がる。 ・ターミナル期の不安時も常時コール対応してもらえ安心して過ごすことができた。