

## 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。	良好に達成出来ていると思う。出来ていると思う。
(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。	過剰なサービスにならないよう注意が必要。無理な要望等に対して出来ない理由を説明し適切に対応している。
		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	○			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にして技術向上に努めている。	良好に達成できている。外部研修や会議での発表等積極的に取り組んでいる。兵庫県等色々な所で連携され研修や発表をされていると思う。	
		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	○			これまでの社会経験等を聞き取り、それを元に役割分担し、能力が生かせるように努めている。	良好に達成出来ている。職員が多国籍なため大変だと思うが上手く運営されている。大変だと思うが、利用者との相性もありそこを見極めて決	
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、介護職員と共有しやすい環境にある。ICTを活用し常にコミュニケーションをとり、相互に理解する機会は十分にある。	良好。介護職には難しいことだが必要に迫られた時に医療職の支援があるのは安心だ。認知症のひどい利用者でも職員間で連携を取り合い支援されていたと思う。	
(3) 適切な組織体制の構築									

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	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、最適かつ柔軟な人材配置（業務・シフトの工夫）を行っている	○				終末期の利用者やコロナ陽性等急な訪問依頼に柔軟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。	良好に達成出来ている。余裕のある配置に努めている。急な訪問にも柔軟に対応されている。朝早くからユビテルの車を見かける。利用者一人一人に対応されていると感心している。
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	○				会議は適時適切に開催している。また得られたご意見はサービス提供に反映するように努めている。	良好に達成出来ている。出来ていると思う。定期的に会議を開催され、助言等を真摯に聞かれサービスに反映しようとされている。
<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	○				スタッフは訪問時各1台スマホを携帯できるよう準備しており、訪問内容や状況を迅速に情報共有している。一部の利用者のかかりつけ医とはビジネスコミュニケーションツールを利用し、円滑に情報交換できる様にしている。	良好に対応出来ている。早く対応出来るネットワーク作りが出来ている。職員一人一人スマホを持ってば急な対応でも一人で判断せず確認できるので良いことだと思う。
<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。	問題なし。定期的な訓練やシュミレーション・事業所内での見直し等定期的に続けて欲しい。緊急時の連絡網作りも出来ていると思う。BCPが今問題になっている。三田は災害が少ないが、起こった時に近隣の協力が得られるのか今後の課題だと思う。
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	○				個人記録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。	問題なし。適切に管理されている。個人情報の保護は徹底されていると思う。
<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>									

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	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	○				教会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。これまでの食事時間・就寝・起床時間を聞き取り近い形で生活が継続出来るよう配慮している。	良好に実施出来ている。ケアマネージャーが把握できていない日課にも配慮されている。インスリンの管理・毎日の内服見守りが必要な患者様を対応頂き感謝している。朝早くから夜まで利用者に合
		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	○				看護師と介護福祉士が同行訪問しアセスメントを行っているため、共有出来ている。一体型の事業所の強みを生かし、随時連絡も取り合っている。	良好に実施出来ている。看護と介護を両方提供出来ている強みだと思う。
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	○				機能維持・回復に軸足を置くようにリハビリ職の視点が役立っている。日々の情報共有の中で利用者のできる能力を生かすよう伝達している。	良好に実施出来ている。在宅生活が続けられるために必要と思う。利用者一人一人に合わせて良く見て行われている。以前担当した利用者も寝たきり状態からすごく回復された。家族にとっても安心感があると思う。
		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	○				看護師からはご家族の受け入れに配慮しながら適切な時期にリスクについて段階的に説明をしている。在宅医と連携して医療行為が過剰とならないよう努めている。	良好に実施出来ている。利用者利益保護の観点に立っておられると思う。
<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	○				介護者の体調不良、食事摂取量の変化、自宅内での転倒、転落、体調不良の予測時など必要な時には随時訪問をしている。最近では遠方の家族が独居の方に対してカメラを設置し、家族が転倒を発見し当事業所に連絡を下さるケースも出てきている。深夜でも柔軟に対応している。	良好に実施出来ているが、過剰にならないよう注意が必要。柔軟に対応出来ていると思う。深夜でも柔軟に対応してくれるのは独居の利用者ならば家族にとっても安心に繋がる。独居の方が増える一方すごく努力されていると感心している。うよ中も訪問してもらえるのは何よりも強い味方だと思う。
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	○				スマホを活用し前回の訪問時との変化を速やかに確認することができるため、体調の変化の発見がしやすい。また全体にも共有し看護師からは観察のポイントを発信するので計画や手順の変更も反映しやすい。	良好に達成出来ている。適切にモニタリングと情報共有が出来ていると思う。上手くスマホを活用されており、きめ細かく利用者の状態を把握されていると思う。

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) 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	○				体調の変化のある方は看護職が訪問するように配慮し、役割分担を行い、効率的に動いている。	良好に達成出来ている。専門性を活かしていると思う。
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。また看護師と介護福祉士が同行訪問する機会を増やしており、介護福祉士が医療に対する知識を深める機会となっている。	良好である。良好な関係作りが出来ている。
<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。	良好に実施出来ている。契約時のサービス内容・範囲等の説明は後のトラブル防止のため大切であり、文書等工夫して頂きたい。ケアマネの協力も大切と考える。訪問の回数や時間等誤解を招きやすい面があると思うのでケアマネとしても十分説明・協力をしたいと思う。ケアマネもきちんと説明しないといけないと思う。自立支援に向け
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。	良好に実施出来ている。認知症の利用者や理解出来ない家族もいる中で何度も説明されており努力されていると思う。
		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	○				入院中から自宅に訪問し家族の相談を受ける機会をもっている。また特に退院直後は、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。	良好に実施出来ている。家族の不安に対してケアできていると思う。今後とも入院中からの対応をお願いしたい。ご家族の不安を少しでも和らげるよう努力されていると思
<b>2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント</b>									
<b>(1) 共同ケアマネジメントの実践</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	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。	良好に実施出来ている。多職種連携に関してICTを活用し退院時サマリー・病名等にアクセスできる仕組みがあると助かる。適切に出来ている。以前お願いした時は電話で相談して頂き本当に助かった。
		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好評である。	良好に実施出来ている。もっとケアマネに遠慮無く提案して欲しい。
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いきたい。	良好に実施出来ている。実際にサービス提供されている方の情報が一番重要だ。
<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）	○				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の運営会議には司法書士の先生や民生委員さんの参加もあり、相談しやすい環境にある。	良好に実施出来ている。何かお手伝いできることがあれば言って欲しい。グループホームがあるのでショート等も利用できるのも助かる。
		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。	良好に実施出来ている。きちんと出来ている。いつも迅速に対応頂きありがたい。出来るだけ当院からも情報提供したり、退院が決まり次第連絡するようにしたい。

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	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な、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。	良好に実施出来ている。市域が広く効率的に巡回することが難しい事があると思うが、今後もサービス提供をお願いしたい。駐車場トラブルが増えているので地域の理解は大変だと思う。
<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>									
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。	良好に実施出来ている。
		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	○				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での事例発表事例集の作成に協力、小学校への出前講座に出向き積極的な発信を行う。	良好に実施出来ている。地域情報誌は毎回読ませて頂いており、状況が分かるので続けて欲しい。
<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（県）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。	良好である。
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	○				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。	良好である。

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	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	○				認知症高齢者が独居で自宅で生活することで、様々な問題が発生している。近隣の方、民生委員さんも含め、ご本人と一緒に支える仲間として支援の輪が広がっている。特に混乱をされている時の見守りや外出支援にはご協力頂いてい。必要に応じて近隣の方へも定期巡回サービスが関わっていることを伝えにしている。	良好に実施出来ている。認知症の独居の方や高齢者夫婦を担当しているが、他のサービス事業所からはすぐ施設入所を提案される。ケアマネだけではなく他の事業所の人たちにももっと理解のできるように研修があれば良いと思う。
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	○				特に退院直後の方は、生活が不安定で、筋力、体力の低下により、活動範囲が狭小化している。サービス開始後は速やかに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。	良好に実施出来ている。利用者と共通に短期的な目標設定されているとお互いにサービス利用している意義も共有でき良いと思う。退院前カンファレンスにも参加され何とか自宅で在宅生活を支援しようという姿勢が見
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	○				独居で不安な方でもケアコールを押せば365日話ができて安心だと言われている。ご家族が同居されている方でも来てくれるという安心があると下さっている。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。	良好に実施出来ている。独居の方にはとても安心できる物だと思う。様々な理由で施設を選択出来なかつたり、自宅への退院を希望されている患者が多くいる。その方々にとっては自宅を選択出来る手段に定期巡回がなっていると思う。独居で不安な方は夜中に何度も押され対応が難しい反面安心されると思う。落とし所が難しいと思う