

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。 ・理念通り実行している。
(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	○				管理者と職員は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っていないか確認に努めている。	・良好に達成。 ・必要なサービスを提供出来ている。 ・出来ている。
		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主催の技術力向上研修に全職員が受講できるように配慮し、支部会では接遇マナー研修に参加するなど人材育成に努めている。	・良好に達成。 ・外部研修を積極的に受講し、事業所内での周知、運営推進会議での報告を行っている。 ・人材育成の努力をしている。
		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で力が発揮できるよう能力開発を促す。また、看護師との同行で医療知識を身に付け、報告連絡相談のポイントが絞れるように努めている。	・良好に達成。
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おり、介護福祉士と相互理解認識しやすい環境にある。看護師と介護福祉士が同行訪問する機会を確保している。	・良好に達成。 ・他職種で対応出来るのが強み。 職種間で連携がとれていると依頼する側としては安心。 ・看護・介護の連携が取れている ・課題を共有し、問題解決の為
(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、朝の短時間勤務のスタッフを採用している。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活用がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好に達成。 ・短時間雇用やボランティアを上手く活用。 ・外国人採用に取り組み、より柔軟な人員配置に努めている。今後も取り組みを継続して欲しい。 ・出来ている。
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	○				会議で得られたご意見は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。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好に達成。 ・会議での意見を事業所の運営に活かしている。
(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	○				迅速な情報共有に業務用コミュニケーションツールを活用している。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。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好に達成。 ・リアルタイムで情報が更新され迅速な対応が出来て良い。 ・業務の効率化に取り組んでいる
(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。	<ul style="list-style-type: none"> ・問題なし。 ・出来ている。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好に達成。 ・出来ている。

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	○				コーラス・体操など地域の集まりに参加できるよう協力。朝食時間も生活をペースを守る、家族の不在に合わせた時間に訪問をする等協力をし、それぞれに合わせたアセスメントを提案している。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好に出来ている。 ・インフォーマルサービスの利用もサポートされているのは定巡だからできること。 ・各利用者の生活に合わせたアセスメントが出来ている。 ・適切にアセスメントを行い、PDCAを実行している。
		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	○				看護師も生活支援を行い、両者の突合せがしやすく、お互いに理解がしやすい。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好に出来ている。 ・他職種が関わることで色々な視点が得られて良い。 ・出来ている。
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	○				機能維持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。複数回訪問できることを生かして介助の度に自分で出来ることは促し、作業手順を切り分ける等工夫をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好に達成。 ・本人の残存能力を活用した介護が提供されている。 ・出来ている。
		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	○				経験を積んだスタッフが訪問担当し先々の予測がしやすい。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、医療行為が過剰とならないようにしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好。 ・往診医とも上手く連携している ・出来ている。
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し									

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	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	○				食事摂取量変化、転倒、転落、排泄の失敗、体調不良の予測時、認知症による混乱があれば訪問。また、家族の留守時に、夜間～深夜の訪問を増やすこともしている。	・非常に良好に達成。 ・夜間の対応してくれる事業所が他にないので有難い。 ・必要に応じたサービス提供を行っている。 ・出来ている。
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、体調の変化(風邪症状、血圧変動、体温の変化等含め)の把握がしやすく、早期発見・早期対応が出来ている。	・良好に出来ている。 ・出来ている。
(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	○				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。	・良好に出来ている。 ・柔軟な対応をしている。 ・出来ている。
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	○				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。また同行訪問時は細やかに指導を行っている。	・良好。 ・出来ている。
(4) 利用者等との情報及び意識の共有									

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	○				アセスメント行い、訪問内容を決めると説明。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。説明を行っていても、過剰な介護を要求されることがある。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	・問題なし。 ・出来ている。
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。	・問題なし。 ・出来ている。
		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	○				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。
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。	・良好。 ・ケアマネとしっかり連携している。 ・ケアマネと情報共有はスムーズにしている。引き続き共有に努めてほしい。 ・出来ている。

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		
		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。特に掃除、ゴミ捨て、買い物等はインフォーマルサービスの活用をいつも視野にいれている。	・良好に実施。 ・出来ている。
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。 ・ケアマネに生活状況を聞いても分からないことがあるので家でどんな生活をしているのか見えたら課題や目標の達成状況が確認出来る。 ・都度情報提供している。 ・出来ている。
(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もの、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もの、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える環境を持つ。	・良好。 ・出来ている。
		26	病院・施設への入院・入所及び病院・施設からの退院・退所の際などには切れ目のない介護・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）	○				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、電話で相談員へ情報提供することもある。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。 ・急な退院に対応してもらい助かる。 ・出来ている。

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	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)	○				認知症がありながら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。必要に応じて地域ケア会議に参加したり、近所や民生委員さんに定期巡回サービスの説明を行う。トラブル防止に繋がるよう努めている。地域の方から直接事業所へ連絡を頂くこともある。	・良好に実施。 ・出来ている。
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	○				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している。	・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	○				地域情報誌で定期巡回サービスの説明や事例等を掲載し、啓発に努めている。また、地域のラジオ放送に出演し定期巡回サービスについて発信を行った。	・良好。 ・広報誌は目に触れるので良い方法。身近に感じる。 ・定期巡回について今後もより一層周知啓発に努めて頂きたい ・出来ている。
(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	○				兵庫あんしんネット24の会議や研修に行政の参加があり、県や市職員から意見やアドバイス等を聞く機会がある。運営に大いに役立っている。	・問題なし。 ・出来ている。
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	○				三田市内全域で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。	・負担が大きいと思われるが、現在は非常に良好に実施。 ・三田市内広いので1事業所では大変だと思う。 ・遠方の方でも引き受けている ・出来ている。

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	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。訪問時にご近所の方から困り事等聞き取った場合はケアマネに共有し、解決出来る部分は支援している。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好に実施。負担が大きいのと思われるが効率よく今後も実施して欲しい。 ・出来ている。
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	○				退院直後は、筋力、体力の低下により、活動範囲が狭小化。利用者ごとに目標を設定し、日常生活動作の中で毎日立位や歩行を促すことで心身機能の回復を目指している。毎日複数回に関わるため短期間で変化がみられる。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好に実施。 ・退院直後だから定巡というのが定着出来ると良い。 ・出来ている。
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	○				ケアコールボタンを押せば24時間話ができ、必要なら日曜・深夜でも訪問に来てくれることが安心だと言われる。認知症があり、不安から頻回にコールのある方には都度安心できる声かけをしている。また、認知症の方が深夜に混乱し家族だけでは対応できない場合でも来てもらえる安心感があると言われる。	<ul style="list-style-type: none"> ・良好に実施。 ・他にはないサービス。在宅特に独居でも安心。 ・介護度が重くても在宅介護が継続出来ているケースもある。 ・出来ている。