

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>I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]</b>								
<b>(1) 理念の明確化</b>								
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	○				「あすなら10の基本ケア」を法人のケア理念として掲げ、自事業所のサービス利用時には重要事項説明書を用いて説明を行っています。	
<b>(2) 適切な人材の育成</b>								
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		○			法人及び事業所の理念・方針などについては、職員全員が参加する会議などを通じて周知・説明を行っています。	
	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			○		育成を目的とした全体研修を年間計画に取り入れ、法人全体で取り組んではいるが、専門技術向上の為に具体的な仕組み等は構築できていない。	
	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		○			職場アンケートや定期的な個別面談を通じて、職員の働き方などに関する相談調整を行っています。日々の業務については、サービス内容や移動手段についての配慮と環境整備に努め、ルートの効率化も図っています。	
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		○			日々の朝礼や申し送りなど対面に加え情報共有ツールを利用している。また業務改善推進会議などを通じて職種間の情報交換や共有を行っています。	
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>								
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		○			多様なニーズに対応するべく担当を固定せず、できるだけ全ての利用者さんに対してサービス提供できるように人員を配置し、業務やシフトの調整を行っています。	
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	○				昨年度同様年間3回の連携推進会議を実施予定。(あすならホーム東生駒小規模多機能の運営推進会議との合同開催)地域から寄せられた意見は、その都度、職員で共有し適切に対応を努めるようにしています。	
<b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>								
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	○				利用者の状況や支援の進捗・変更などの情報共有は、ICT化されたシステム(ほのほの、ガルーン)を使用し迅速な対応が可能になっています。都度連絡についてはSNS(LINE、エルガナ)を使用しています。また、書面での情報共有が必要な場面もあり課題は残っています。	
<b>(5) 安全管理の徹底</b>								
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)		○			防災(避難)訓練・安全運転講習は年2回の実施を計画しています。防災緊急時(エルガナ)を使用し、有事の際に備えた職員安否確認の訓練を実施しました。防災マニュアルや緊急連絡網を作成し有事の対応に備えています。	
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		○			年間研修計画に盛り込み、その取扱いと方針について学習を行っています。個人ファイルは鍵付きの書庫で保管をしています。	
<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>								
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		○			毎月のモニタリングで生活の様子をアセスメントしています。個々の状況に合わせた支援が行えるよう努めています。	
	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			○		初回に関しては介護・看護職員2人体制で行い、毎月のモニタリングは看護中心で行っている。共有については出来ており、その後のつき合わせ等が今後の課題。	
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		○			本人が出来ることを大切にし、自立支援を目指したケア計画の作成に努めています。夢中になれることや楽しみを見つけ、その人らしい生活の実現を目指しています。	

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、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			○		ACPの学習を進め、予防からターミナル期まで見据えた関りが出来るよう計画作成に努めています。ターミナルケア意向伺い書(私のターミナルケアに関する希望書)をもとにご本人、ご家族、医療機関とACPを実施しています。	
<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>								
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	○				多様なニーズと状況の変化に対応しうる体制づくりを行っています。看護サービスは夜間の体制は取り難いこともありますが、夜間に発生した緊急対応については事前にフローチャートの作成や主治医との共有を行って対応しています。	
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			○		看護職員によるモニタリングを毎月実施しています。モニタリング結果は職員間で共有し、適宜計画変更や調整を行っています。	

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>								
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活かした役割分担が行われている		○			介護職員は、生活動作や生活環境、活動などについて、看護職員は健康状態や疾患、内服などの視点から本人の生活全般を観察し支援に繋げられるよう努めています。	
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		○			日々の申し送りや定例会議などを通じて、指導・助言を行っています。	
<b>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>								
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		○			初回面談やケア会議時、契約時やケア計画の説明時などを通じてケア理念の説明と同意を行っています。	
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			○		計画作成時並びに変更時に随時説明を実施している。日々の細かな状況報告や説明が即時に行えず、事後報告になる場合も多いので、できるだけリアルタイムの情報共有が出来るよう努めたいと思います。	
	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		○			適宜ご家族・ケアマネジャーへの報告と相談を実施していますが、事後報告になる場合も多いので即応できるよう努めます。今後は記録などのICT化で関係者共有が促進するよう努めます。	
<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>								
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			○		変化に応じて情報共有を実施しています。ケア会議も随時開催するよう努め、状況に即した対応を関係者で協議できるような体制づくりも行っていきます。	
	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			○		民生委員の協力や団地の管理員の見回り活動等のインフォーマルサービスもケア計画に取り入れ、包括的な支援を努めています。	
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		○			多職種の参加を促し状況変化と計画状況の再確認を行うと共に情報共有の場として活用しています。	
<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>								
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)			○		定期巡回で補えないサポートは、インフォーマルサービス等を提案していきたいと思っています。成年後見人制度を活用されるご利用者が年々増えています。	
	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)		○			入退院や入退所時には、積極的にカンファレンスに参加(提案)を行い、生活環境の変化があっても、出来るだけ不安や負担のない支援が継続できるよう努めています。	
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)			○		医療介護連携推進会議などにおいて、事業所が所在する地域福祉や健康、災害や防犯対策などを協議するようになっています。今年度は生駒市主催の地域BCP研修へ参加し行政や包括センター、事業者や地域住民の立場から提案や問題提起を確認していきたいと思っています。	
<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>								
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			○		法人ホームページで閲覧できるようにしています。	
	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			○		サロンや地域学習会を通じて広報活動を行っています。春と秋にそれぞれ地域へ向けて学習会を開催、要望のあった地域での出張学習会を開催させて頂きました。	
<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>								
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			○		地域包括ケアシステム協議会に参加して構築に向けた内容を深めています。	

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		
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		○			特定の建物などへのサービス提供はなく、地域に根差したサービスを展開しています。生駒市内、事業所所在地からなるべく生活圏域内で随時の対応にもすぐに駆け付けられる範囲で展開しています。	
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)			○		地域住民向けに、コープの移動店舗を実施。生活雑貨や食料品を運んだ移動店舗を事業所の敷地内に招いており、地域の様々な方々が利用できるサービスを展開しており今後は地域住民へ周知していきたい。 また、今年度より毎月25日は地域の方参加型のランチ企画を実施している。	
<b>Ⅲ 結果評価 (Outcome)</b>								
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		○			介護度の重度化防止、軽減や維持に向けて取り組んでいます。計画目標の達成については個人差がありますが、それぞれ達成に向けて努めています。	
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	○				日々の生活支援、介護相談やサービス提供などにより、安心して自宅で暮らし続けられるよう支援に励んでいます。在宅介護の不安感に対して、ご本人ご家族とケアを通じて負担軽減や不安解消にもつながっています。	