

自己評価・外部評価 評価表

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				外部評価 コメント	
				実施状況		コメント			
				できて いる	でき てほ い る	でき て い ない	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	8	3			<ul style="list-style-type: none"> <li>・理念に基づき在宅生活が継続できるよう良いケアを考え利用者の自立支援を考慮し取り組んでいる。</li> <li>・理念を事業所に掲げ意識している。</li> <li>・「住み慣れた地域で自分らしく暮らせる」理念に基づき支援している。</li> <li>・利用者の想いに寄り添い援助している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年度より、「できている」の割合が増えています。職員の皆さんが、理念のもとにサービスを提供されている結果と感じます。</li> </ul>
(2) 適正な人材の育成									
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	8	3			<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の理念に基づいて年間計画をたて運営している。掲示して確認でき意識している。</li> <li>・毎月のミーティングや研修で再確認し認識している。</li> <li>・ミーティング等で理解し理念に近づけるようにしている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理念に基づいた年間計画は誰が、どのように作成されるのですか。昨年度より「できている」の回答の割合が増えています。</li> </ul>
		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	6	5			<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメント・オペレーターの判断能力についてはその都度相談するようにしている。</li> <li>・毎月ヘルパー全体研修、事業所研修に参加している。</li> <li>・ビデオ研修、zoomやオンデマンド視聴、伝達研修で共有している。</li> <li>・毎月の研修により専門的技術向上や判断能力向上を目指した研修をする機会がある。</li> <li>・外部研修にも参加できている。</li> <li>・職員個別研修も行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月、専門的技術向上や判断能力向上を目指した研修を行っているとの事ですが、内容の一部をおしえてください。</li> <li>・外部研修は参加後、他の職員にどのように周知してまますか。</li> </ul>

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				外部評価 コメント	
				実施状況					
				できて いる	できて いない	できて いる	できて いない	コメント	
<b>I 構造評価(Structure) [適切な事業運営]</b>									
<b>(2) 適正な人材の育成</b>									
①	専門技術の向上のための取り組み	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	5	6			<ul style="list-style-type: none"> <li>・お互いにアドバイスし合ったりと、管理者、職員間の良い関係ができているからこそ、効果が出ているのだと思います。</li> </ul>	
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	5	6			<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回アセスメントで利用者情報共有している。</li> <li>・フェニックスネットワークを活用している。</li> <li>・留意点など確認し共有している。</li> <li>・緊急時、医療面の速やかな判断のため電話連絡して指示を仰ぐようにしている。</li> </ul>	
<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	8	3			<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時にどの職員でも訪問できるように普段から業務作成に工夫している。職員の能力向上につながっている。</li> <li>・出勤時間を細かく調整できる勤務体制により、緊急時やキャンセルなど利用者ニーズに応じて可能な範囲で職員のシフト変更をし柔軟に対応している。</li> <li>・職員負担に配慮しながら調整している。</li> </ul>	
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	7	4			<ul style="list-style-type: none"> <li>・年2回の会議開催ができている。</li> <li>・直接ご意見をお聞きすることができている。</li> <li>・委員の皆さんの意見交換や情報交換になっている。</li> <li>・質問、要望、助言を参考にし可能な限りサービスに反映できるようにしている。</li> </ul>	

タイトル番号	タイトル	項目番号	項目	自己評価				外部評価コメント
				実施状況	コメント	外部評価コメント		
				できている	できていない	できていない	できていない	
<b>I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営]</b>								
<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	9	2			<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な情報はフェニックスネットワークの活用や電話連絡をして迅速に関係機関と共有している。</li> <li>フェニックスネットにはショートステイやデイサービスも参加し使用方法も慣れて情報共有が迅速にできている。</li> </ul>
<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)	8	3			<ul style="list-style-type: none"> <li>ミーティングや研修を通して交通安全や災害対策を確認している。</li> <li>災害、防犯、事故対策のマニュアルがTeamにて確認できるようにしている。</li> <li>シミュレーションをする必要がある。</li> <li>危険や不安があるときはその都度対応策を具体的に検討している。</li> <li>夜間訪問は職員一人で訪問しており、コミュニケーションの防犯ベルを持参して活動している。</li> </ul>
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	10	1			<ul style="list-style-type: none"> <li>個人情報の管理方法を決め職員間共有し実施している。</li> <li>個人情報保管の棚などの鍵の有無を毎日確認している。</li> <li>個人情報保護の取扱いについて、訪問中の取扱いについて、訪問先で開く際には充分注意している。</li> </ul>

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				外部評価 コメント
				実施状況				
				できて いる	できて ほぼ している	できて いない ことが多い	できて 全く いない	コメント
<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1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	6	5			<p>・初回のアセスメントですべてを把握することは難しいと思います。貴見のように「援助開始してから見えてくる生活状況がある」ことも多々あると思います。日常の訪問等を通して、早く変化に気づけることが大切だと思えます。</p>
		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	6	5			<p>・情報を共有するだけでなく、お互いの専門職としての意見を言える関係であって欲しいと思います。</p>
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	5	6			<p>・適切に計画が作成されていると感じます。利用者の「できること」を減らさないようにするとともに、より「未来志向型」の計画とされることを期待します。</p>

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				外部評価 コメント
				実施状況				
				できて いる	できて いない	できて いない ことが多い	全く できて いない	
<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>								
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	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないよう、利用者等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	3	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状の知識や変化の予測、リスク管理など訪問看護の助言を受け予防的ケアや早期対応できるようにしている。</li> <li>・予測されるリスクの留意点等を共有している。</li> <li>・利用者の病状や状態により回避できるリスクを予測し考えの取り組みをしている。</li> <li>・利用者の今後のリスクについて考え援助に反映している。</li> <li>・在宅看取りの援助も行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状の安定は、利用者の生活にとって優先されることではないでしょう。そのためには、医療関係者との連携が重要だと考えます。介護・医療連携推進会議で事例紹介があります。が、他のサービスとどのように連携したかを、もつとお聞きしたいです。</li> </ul>	
<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り、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	10	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予定以外の緊急な訪問依頼があれば、業務調整し柔軟に対応している。</li> <li>・テレビ電話コールや体調不良時など状態に合わせて判断し随時訪問している。</li> <li>・利用者のニーズや状況に合わせて定期訪問の日時や回数を変更など対応している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体調不良等による緊急な訪問対応は、多いですか。</li> </ul>	
②	継続したモニタリングを通じて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	9	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月モニタリングを行いフェニックスネットを通して情報提供している。状況により計画の見直しをしている。</li> <li>・日頃から状況変化を早期把握するよう努め対応し、必要なら計画に反映している。</li> </ul>		

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	実施状況				自己評価 コメント	外部評価 コメント
				できている	できている	できていない	できていない		
				6	5	4	3		
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									
(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	6	5			<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職では対応できない医療行為や状況判断など看護職に連絡相談し指示や助言を頂いている。</li> <li>・サービス計画時に介護職・看護職の専門的分野を理解して役割分担し効率的・効果的にサービス提供を計画している。</li> <li>・フェニックスネットで情報共有している。</li> <li>・医療面でわからないことは看護職へ確認して効果的なサービス提供に努めている。</li> <li>・介護職ができない医療行為について利用者・家族へ説明しているが、理解してもらいにくい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年度と自己評価コメントが、ほとんど同じです。コメントの5つ目について、対策はありますか。実施状況では約半数の職員が「ほぼできています」と回答していますが、このことが理由なのですか。</li> </ul>
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	7	4			<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療面の状況などはフェニックスネットを活用し看護職より指導助言をもらい対応している。</li> <li>・疾病予防や予後、機能維持回復など看護からの指導助言を受け介護職ができる留意点の確認や観察を行っている。</li> <li>・病状変化があるときは早期に情報共有し助言指示を得ている。</li> <li>・ターミナル期の利用者について看護の助言指導があり心強い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年度と自己評価コメントが、ほとんど同じです。実施状況で複数の職員が「ほぼできています」と回答している理由は何でしょうか。自己評価コメントからは、「ほぼ」とした理由がわかりませんでした。</li> </ul>
(4) 利用者等との情報及び意識の共有									
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、利用者等に対し「サービスの継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するためのサービスの趣旨、訪問サービスの趣旨、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	6	5			<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約時に本人、家族に対して説明し同意を頂いている。サービス開始後も問われることがあればその都度説明している。</li> <li>・サービス利用していく中で援助に依存的になるケースもありその都度趣旨を説明している。</li> <li>・利用者の意欲を引き出す支援が難しい。</li> <li>・毎月のミーティングで利用者状況確認を行い、利用者の在宅生活継続と心身機能維持のため提供しているサービスであることを職員全員で意識して話合っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1つ目は昨年度も記載がありました。契約時の説明等で工夫した点はありますか。</li> <li>・2つ目。その都度の説明は昨年度から変わりましたか。ご利用者やご家族に介護保険法の趣旨「自立支援」「重度化防止」を理解していただくことは難しいと思います。サービス開始前の説明が大事だと思えます。</li> <li>・3、4つ目。昨年度と比較して、利用者やご家族の変化はありましたか。</li> </ul>

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				外部評価 コメント
				実施状況				
				でき ている	でき ほ ぼ い る	でき て い ない	全 く い ない	
<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>(4) 利用者等との情報及び意識の共有</b>								
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	4	7			<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画内容について分かりやすく、簡潔に説明できるよう努めている。</li> <li>・利用者、家族へ説明して同意を得ている。</li> <li>・サービス提供していく中でも目標や内容を利用者へ声掛けしている。</li> </ul>
		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	7	4			<ul style="list-style-type: none"> <li>・状態変化があればご家族、関係機関へ連絡し報告相談している。</li> <li>・家族への連絡方法は連絡帳やメモ、電話などで確認している。</li> <li>・フェニックスネット活用し関係機関へも報告している。</li> </ul>
<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>								
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	9	2			<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月のモニタリング報告をし情報共有している。日頃からフェニックスネットを通して情報提供している。</li> <li>・フェニックスネット加入していないケアマネは電話で行う。</li> <li>・状態変化に合わせて担当者会議を行いサービス提供日時等ケアマネと共同で決められている。</li> <li>・利用者家族から必要以上の要望が多い場合もあり必要性を検討しケアマネジャーと決められている。</li> </ul>
		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	7	4			<ul style="list-style-type: none"> <li>・インフォーマルサービス(配食、ごみ収集、地域の支援)等、他介護サービス利用の提案など利用者の状況に応じて情報提供している。</li> <li>・目標達成のためケアプランへの提案をしている。</li> <li>・活用できるインフォーマルサービスについて知識を得る必要がある。</li> </ul>

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	実施状況				自己評価		外部評価 コメント
				でき ている	でき てい る	でき てい ない	でき てい ない	コメント		
				9	2					
II 過程評価 (Process)										
(1) 共同ケアマネジメントの実践										
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	9	2			<ul style="list-style-type: none"> <li>担当者会議で多職種との情報共有を行っている。・参加できない場合は照会文書にて情報提供しケアマネのまとめた文書で多職種で確認できる</li> <li>日ごろよりフェニックスネットワークを活用し多職種へ情報共有している。</li> <li>フェニックスネットワーク加入事業所を増やして情報共有を図っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>フェニックスネットワーク加入事業所を増やすために行ったことをお伝えください。</li> </ul>	
(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、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、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)	3	8			<ul style="list-style-type: none"> <li>定期随時サービスだけでなく他サービス利用することでも有意義な在宅生活を送れるかを考慮している。</li> <li>利用者の生活状況や介護者の介護力や負担状況により活用できる介護サービスや保険外サービス、インフォーマルサービス等をケアマネや多職種で検討している。</li> <li>保険外サービスの料金面で利用に繋がらない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1つ目。該当した例があれば、教えてください。</li> </ul>	
		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)	6	5			<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院時にはケアマネより情報共有が行われ、それぞれの専門職がどう関わっていくかを検討している。</li> <li>退院時のサマリなど詳細な内容を受け入院中の状況や治療方法、退院後在宅での留意点など多職種間で情報共有できている。</li> <li>職員間でも情報共有しサービス提供している。</li> </ul>		



タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				外部評価 コメント
				実施状況				
				できて いる	できて ほ ぼ い る	できて が 多 い	全 く い ない	
<b>II 過程評価 (Process)</b>								
<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>(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>								
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 <b>(※任意評価項目)</b>	5	6		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ショートステイやデイサービスなどフェニックスネットワークを通じて連携しサービス利用状況など共有できている。・担当者会議や必要時にはそれぞれの役割を再確認している。</li> <li>・災害時の対応や役割等を共有する必要がある。災害時など地域の方の協力も必要なたため、民生委員の把握、地域との連携を図っていきたい。</li> </ul>	
<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	6	5		<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護・医療連携推進会議の資料や議事録などまとめ、情報発信している。</li> <li>・事業所内ではいつでも閲覧できるように年度ごとにファイリングされている。</li> </ul>	
		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	5	6		<ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度は定期随時サービスの内容の他にサポートセンターの情報や、認知症のプチ情報を掲載した広報誌を作成し定期的に地域へ回覧している。今年度5月8月10月発行済み、季節ごとに発行予定。</li> <li>・クローン作戦や地域活動に参加している。</li> <li>・地域との関係性を築き継続的な広報活動ができるように地域の意見を活かした情報発信をしていく。</li> <li>・今後は地域回覧だけでなく利用者へも配布すると良い。事業所やサービスの事を知ってもらえる。</li> </ul>	

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	実施状況				自己評価		外部評価 コメント
				できている	できている がほぼ	できている ことが多い	できていない	できていない 全く	コメント	
II 過程評価 (Process)										
3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画										
(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	2	7	1			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘルパー研修や事務所にて確認できるようになっている。</li> <li>・職員全員が十分に理解しているとは言えない。介護の専門職であり、地域の担い手として、繰り返し研修を行い理解する必要がある。</li> <li>・包括にしながおかエリア内で広く展開している。移動時間は10分～20分かかかるエリアへも訪問し広く展開している。</li> <li>・エリアが広くコールがある時は状況によりすぐに訪問できないため待ち時間を伝えている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問の範囲が広く大変だと思いますが、訪問してもらうことで安心して暮らすことができているご利用者が多くいらっしゃいますので、引き続きよろしくお願ひします。</li> </ul>
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	7	4				<ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度は推進会議開催により関係機関から意見要望を直接聞くことができています。</li> <li>・地域の課題を委員で話し合うことができた。</li> <li>・地域活動へ参加している。</li> <li>・まちづくりについて考えるためにも、地域の方や関係機関との顔の見える関係作りネットワーク作りが必要。推進会議のあり方や進め方など改善した。資料を早めに送り確認してもらうことで会議には意見交換の場として有意義な時間とした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・話し合った地域の課題はどんなことでしたか。その課題解決のために考えていることはありますか。</li> </ul>
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意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(保険外サービスの開発・活用等)が行われている <u>(※任意評価項目)</u>	4	6	1				

タイトル 番号	タイトル	項目 番号	項目	自己評価				外部評価 コメント	
				実施状況					
				できて いる	できて いない	できて いない ことが多い	できて 全く いない		
<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	5	6			<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の目標達成に向けてモニタリングしている。</li> <li>・定期的訪問により生活リズムが整い、内服管理ができるなど課題目標を達成でき在宅生活が継続できている。</li> <li>・利用者の計画目標の確認と援助内容のずれがないか確認すること。状態変化に合わせて計画目標も見直す必要があること。</li> <li>・利用者の目標達成に向けた自立支援の声掛けしている。</li> </ul>	
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	8	3			<ul style="list-style-type: none"> <li>・「安心して暮らす」ためのサービス提供になっていると感じます。</li> </ul>	