自己評価・外部評価　評価表（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所）　　別紙1

法人名	ナイトウメディックス株式会社
事業所名	ミクチサポートセンター

令和6年度6月

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	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）［適正な事業運営］									
（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	○				運営規定の運営方針に明記しており、事業所内にも掲示している。 企業理念の一つに、「医療・介護・福祉の分野に貢献する」ことを掲げており、理念遂行に向けて努力している。	
（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		○			社内研修、新入社員オリエンテーションを開催し伝えている。カンファレンスの開催時にも伝えるようにし、理解を深められるようにしている。 ただ、十分とは言えない部分もある。	
		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		○			毎年度、研修計画を作成している。 社外研修や社内合同研修に参加できる社員は極力参加するようにしている。研修に参加した社員は、学んだ内容を全スタッフに伝えられるように、受講者が伝達するように義務付けている。 喀痰吸引等研修を終了している社員がほとんどおらず、医療依存度高い方へのケアが課題ではある。	

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	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		
		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		○			スタッフの知識・経験・技術を考慮しサービス実施時の配置を決めている。 訪問時にベテラン社員が同行し、介護指導や注意点を伝えるなど綿密に引継ぎを行っている。 昨今の介護スタッフ採用の問題もあるため、定期的に採用活動を行い、積極的な人材採用を心がけている。	
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		○			定期的に看護職（訪問看護等）によるアセスメントが行われており、情報共有も書面で行われている。また、定期巡回サービスとしても記録をしっかりとり、情報共有できるように情報開示も行っている。 スタッフ間でも、支援アプリや社内でやり取りができるスマートフォンアプリを採用し活用。スタッフに社用スマホを1台ずつ貸与している。 早急な情報伝達が必要な場合は、上記に限らず電話連絡をするなども臨機応変に対応している。	
（3）適切な組織体制の構築									
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		○			1か月単位で勤務予定表を作成しており、1日当たりに必要な人材は確保するように努めている。 利用者の状態変化があった際など、随時訪問ができるように配置を変えたり、スタッフと相談し勤務変更や時間外労働の要請を行い対応している。	
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		○			以前からも開催した会議は議事録を作成している。 会議でいただいた提案等は、業務に反映させられるようにし、その旨を報告するようにしている。	

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	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		
(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	○				**スタッフ間では、スマートフォンにて行うことができる情報伝達アプリを活用。貸与しているスマートフォンにもパスコードを導入し、情報漏洩防止の対策も取っている。 スタッフ間で共有された情報で、その他サービス関係者に伝達が必要なものは、都度電話で報告するなど行っている。 緊急時には、時間問わず、連携先訪問看護事業所や介護職者とも連絡が取れるようにしている。**	
(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)	○				**緊急連絡網を整備しており、迅速に連絡が取ることができる。また、貸与しているスマートフォンで活用している伝達アプリでも通話連絡ができるため、緊急時等必ず連絡手段がある。 交通安全のためにも、社用車に衝突回避のセンサーや車線越境センサーが備えられている。車両使用前に運行前点検を行うことや社用車に事故対応マニュアルを備えている。 社用車は保険加入を行っている。自家用車を使用する場合も、保険等級など確認し、安全に運行できるようにチェックしている。 令和4年4月1日からは、アルコールチェックを行い、記録に残すようにしている。 令和5年度より社用車全車にドライブレコーダーを設置している。 夜間訪問時、防犯ブザーを配布しており持参するようにしている。 事業所の出入り口に、防犯カメラを設置しており、セキュリティシステムも導入している。**	
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	○				**個人ファイルはすべて鍵付きの書庫で保管しており、常に施錠を行っている。 個人を特定される書類で保管の必要がないものは、シュレッダーで特定できなように処理するなど行っている。 サービス利用契約の際には、個人情報使用に関する説明を行い同意を得ている。(使用はサービス利用に関することで関係機関同士のやり取りに限る。) 事業所は、セキュリティシステムを導入しており、防犯カメラも出入り口に設置している。訪問時事務所が不在となる場合は、必ずセキュリティシステムを作動させてから事務所を出るようにしている。**	

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	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		○			ご本人の食事、排せつ、睡眠、他のサービス利用の時間を考慮し、訪問時間を調整している。それ以外でも、特殊な服薬（時間間隔の指定等）が必要な方に可能な限り近い時間で調整している。 スタッフの人員配置の関係もあり、特に朝、昼、夕の食事時間帯は集中すると希望にそえないこともあるが、極力近い時間で調整するように考慮している。	
		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		○			情報伝達アプリを活用して、日々の状態の変化を把握し、状況によって訪問回数や対応方法をアセスメントしている。 また、計画作成責任者が計画書に基づきアセスメント及びモニタリングを実施するようにしている。 看護側からも、月1回アセスメントを実施され、情報提供を毎月受けている。 早急に対応必要なことに関しては、電話連絡により随時やり取りし、相談するようにしている。	
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		○			計画書を作成する際は、看護師が行ったアセスメント情報をもとに計画を作成し、必要に応じて見直しを行っている。 基本的に、ご自身でできる事は行っていただくようにし、在宅生活が継続できるように支援をする計画となっている。	

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
				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		○			看護師のよるアセスメントや日々の状況報告（訪問記録の特記事項）や情報伝達アプリによる報告で予測されるリスクを把握し、事前に対策をとっている。 夏場であれば、環境の温度管理や水分補給を徹底、サービスの一時追加など事前に対応を検討し、実行できるようにしている。 また、他のサービスや社会資源の提案なども行っている。	
（2）利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し									
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	○				各関係機関及びスタッフ間で情報共有を行う中で、「デイサービスを休まれる」「前の訪問時に体調が悪そうだ」等で訪問の追加や変更が必要となる場合は、適宜指示を出し追加訪問している。 訪問者の調整も、都度再編し漏れのないように情報伝達を行っている。 ご家族や各関係機関にも連絡し、情報共有を行っている。	
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		○			情報伝達アプリの活用や定期的にミーティングをし状態の変化に対応できるように努めている。 新たなニーズが発生した場合は、連携している訪問看護の助言をもとに計画変更の提案など行っている。	

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	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）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		○			**介護、看護の役割は明確に分担されている。 在宅生活の継続における生活面に関しては、介護職がしっかりとカバーできるようにしており、治療や医療処置等による回復が必要なことは、看護職が主治医等と連携を図りながら関わっている。 提携先の訪問看護ステーションには、サービス実施記録や計画書、サービススケジュールの管理ソフトであるスマケアが閲覧できるようになっているため、情報把握もしやすくなっている。**	
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	○				**介護職は、看護職から生活面で気を付ける必要があること（特に医療面）など助言を受けられるようにしている。 看護職により月に1回行われているアセスメントの他、適宜情報共有し、指示助言を受けている。**	
（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		○			**サービス提供開始前に行っている重要事項説明書の説明時に必ず趣旨の説明を行っている。 事業の目的、運営の方針にその趣旨を明記している。 ご利用者によっては、都度説明が必要な方もおられるため、サービス実施時にも説明を行うなどもしている。**	

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
				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		○			ご本人やご家族に必ず説明を行っている。 ご本人の理解が難しい場合は、ご家族を交えて説明を行うことも行っている。 共通認識を持っていただけるように、説明はその方々の状況や状態に合わせて行っているが、100%の理解を得られているとは限らないため、理解を得られにくいご利用者に関しては、サービス提供時に都度説明を行うこともしている。	
		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		○			情報伝達アプリを活用し、各利用者の情報を共有。またサービス提供時に記録をスマートフォンアプリから確認ができ、変化があった場合やご家族やキーパーソンに連絡が必要となった場合は、管理者や計画作成責任者から適宜報告や相談を行っている。	
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	○				情報伝達アプリを活用し、各利用者の情報を共有。またサービス提供時に記録をスマートフォンアプリから確認ができるため、利用者の変化があった場合にリアルタイムで情報共有ができる。その情報をもとに、ケアマネジャーと情報共有必要なものは相談するようにし、サービスの提供日時も相談の上決定し行っている。 ただし、早急に対応が必要な場合は、事後報告とする場合もある。	
		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		○			定期巡回サービスのみでは、ご利用者の生活を支えるためのサービス形成に限界があるため、その他のサービスの並行利用も提案している。 食事は、配食サービスの利用や入浴はデイサービス利用時に行うこと等、ご利用者の状況に合わせて提案するようにしている。	

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
				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	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へは積極的に出席するようにしており、事前に情報を伝えることができるようにまとめるなど行っている。 サービス担当者会議以外でも、定期的にミーティングにて情報共有し、サービスの達成状況など確認している。 その中で、サービスの必要性についても話し合っている。 実績報告時にも情報提供を行うようにしている。**	
（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**）		○			**訪問理美容や訪問歯科診療、薬局による居宅療養管理指導等、介護保険サービス以外のケアも必要に応じて検討し提案している。 また、一人暮らしでご家族の協力が得られない方などで、病院入院中の洗濯などの本来家族が行うべきことで対応に困られている場合は、介護保険外のサービスを提案するなどもしている。**	
		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、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**）	○				**サービス利用中の方や新たに利用予定の方など、入退院の際に行われるカンファレンスに、積極的に参加するようにしている。 サービス利用中の方であれば、入院前の情報の提供や対応可能範囲の情報共有をし、退院後にスムーズにサービスが行えるように努めている。**	

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
				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**）		○			**在宅生活を継続できるように、関係事業者や利用者またそのご家族と情報共有し、役割分担を行っている。** **例：食事準備はご家族→盛り付け提供はヘルパー。** **体調の確認はヘルパー→変化があった場合は訪問看護へ連絡。** **等**	
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		○			**議事録を作成して出席者、利用者に配布している。**	
		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		○			**事業所独自のパンフレットや兵庫県が作成しているチラシ等を、居宅介護支援事業所や病院、介護老人保健施設等幅広く営業活動を行い普及に努めている。**	

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
				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）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			○		**「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される。」 この考えをもとに、住まいが継続できるように関係者一丸となって支援をしているが、理解は十分とは言えない部分もある。**	
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	○				**事業所の所在する加西市内を、幅広く訪問している。 また、一昨年の1月頃から北条町内にサテライトステーションを開設し、市内全域をカバーできるように努めている。**	
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**）			○		**当社の福祉事業部で長期的なビジョンとして示している。 配食サービスの創設など、地域の保険外のサービスを拡充させるべく話し合いを行っている。 ただ、まだ実施はできていない。**	

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
				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		
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		○			**要介護であっても、住み慣れた自宅での生活を継続できるように支援できており必要なサービスも実施できている。 「住み慣れた住まいの継続」を目標に、各ご利用者の状態にあったサービス計画を行っている。**	
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		○			**定期巡回の強みである短時間頻回の訪問から、1時間弱に近い訪問まで対応しており、安心して在宅生活が送ることができるように支援できている。 また、通報システム（随時コール）があることで、突発的に起こった問題も解決できており、さらなる安心につながっている。 ご利用者、ご家族からそのようなご意見をいただいている。**	