

社会福祉法人博愛福祉会
それいゆ定期巡回・随時対応型訪問介護看護朝霧 様

兵庫県福祉サービス第三者評価結果報告書

調査実施期間

2023年5月1日～2023年6月26日

(訪問調査日 2023年5月29日・6月9日)

株式会社H.R.コーポレーション

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	それいゆ定期巡回・随時対応型 訪問介護看護朝霧	種別：	定期巡回随時対応型訪問介護・看護	
代表者氏名：	山田裕美	定員（利用者人数）：	35 名	
所在地：	兵庫県明石市相生町2-6-5 38ヤングビル601			
TEL	078-915-1233	ホームページ：	https://hinode.or.jp/hakuai/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成26年10月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人博愛福祉会			
職員数	常勤職員：	8 名	非常勤職員：	6 名
専門職員	看護師	5 名	介護福祉士	8 名
	理学療法士	1 名		
		1 名		
施設・設備の概要	記録システム、スマホ各スタッフ1台貸与、パソコン3台、iPad1台、社用車5台、事務机2台、複合機1台、固定電話2台			

③理念・基本方針

【グループ理念】

お客さまのよろこび

働く人のよろこび

地域のよろこび

【基本方針】

①新たな挑戦を続けます

②日々の出会いに感謝します

③お客様に最善を尽くします

④信頼できる仲間をつくります

⑤健康に働ける環境を追求します

④施設・事業所の特徴的な取組

医療・福祉サービスを中心に広く事業展開する日の出医療福祉グループの社会福祉法人が運営する事業所である。訪問介護と訪問看護を一体的に行い、経験年数の長い看護師・理学療法士・介護福祉士が専門性の高いサービスを提供している。オペレーターによる緊急連絡・相談にも対応し、24時間365日体制で、定期的な訪問と緊急時等の随時の訪問を行っている。地域の医療機関・総合支援センター等関係機関と連携しながら在宅での介護・医療ケアをサポートし、自宅での自立した生活が継続できるよう取り組み、希望に応じて看取り介護にも対応している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5 年 5 月 1 日 (契約日) ~ 令和 5 年 6 月 26 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	5 回 (令和 4 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

*法人の管理・運営体制が確立され、法人内・エリア内の連携体制を整備し、コンプライアンスにもとづいた経営・運営に取り組んでいる。法人の中期経営計画・エリアの中長経営計画・事業所の事業計画を作成し、毎月の月次報告とエリア会議で実施状況を把握しながら、計画的な運営を行っている。研修・人事考課・目標管理の体制が整備され、職員の資質・モチベーション向上に取り組んでいる。法人が福利厚生の実・ワークライフバランスに配慮した取り組みを行い、管理者が働きやすい職場環境づくりに努め、職員の定着も良い。

*管理者が兵庫県定期巡回随時対応協議会に役員として参加し、定期的な協議会・支部会の運営に参画している。医療機関・居宅介護支援事業所等で定期巡回出前講座を実施する等、定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスについて理解が深まるよう情報発信に取り組んでいる。医療機関・総合支援センター等からの相談や受け入れ要請に積極的に対応し、関係機関と協働しながら地域の福祉ニーズに基づいた活動や困難事例への対応に努めている。

*全職員が記録システムを活用してリアルタイムに情報共有し、緊急時の対応や随時の変更迅速に対応できる体制がある。システムの活用で、家族や介護支援専門員も記録を閲覧でき、情報共有が可能である。

*看護師によるアセスメントと計画作成責任者によるモニタリングを毎月行い、利用者・家族の意向を反映した現状に即した支援につなげている。利用者個々の「定期巡回計画」「ケア手順」「訪問記録」「連絡帳」等を記録システムで共有して統一した支援を行い、個別支援・自立支援に取り組んでいる。家族の状況や介護負担にも配慮し、介護支援専門員・医療機関等と協働しながら、自宅での生活が継続できるよう、また、希望に応じて看取り介護にも対応している。

*法人が教育体制が整備し、日の出塾や階層別・職種別の各種研修、また、外部研修の受講も奨励している。資格取得も奨励し、支援体制も整備している。事業所内では、年間研修計画に沿って全職員がeラーニング研修を受講し、研修報告書を提出している。eラーニング研修は、年間研修計画以外にも自主学習できるシステムもある。経験年数の長い看護師・理学療法士・介護福祉士が所属し、個別ミーティングで管理者が各専門職者からの意見や提案を集約し、毎月の定期巡回会議 (Zoomで全職員参加) で情報共有し、専門性の高いサービス提供につなげている。

◇改善を求められる点

よく取り組まれており、大きな改善点はありません。更なる取り組みとして、事業計画の主な内容を家族に周知する工夫、自己評価から把握した課題についての改善の明確化を期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

介護士・看護師が一体となり、24時間の在宅療養を支える体制を整えている。ICTを駆使し、職員間の情報共有をリアルタイムで共有することで適正なサービス提供を行えるよう心がけている。重度であっても住み慣れた自宅で介護が受けられるサービス体制を維持するため、引き続き医療介護両面において専門性の維持向上に努めていく。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<コメント> グループの理念・基本方針をホームページ・パンフレット等に記載している。理念はグループの目指す方向を明示し、基本方針は理念と整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。事業所内に理念・基本方針のポスターを掲示し、理念カードを携帯し、社内報に掲載して配信する等、職員の周知を図っている。人事考課の自己評価に基本方針の5項目を設定し、目標管理の中に理念に関する個人目標を設定する等、理念の実践に向け具体的に取り組んでいる。重要事項説明書や管理者の名刺の裏面に理念・基本方針を記載し、契約時に利用者・家族に説明している。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
<コメント> 管理者が、兵庫県定期巡回随時対応協議会の役員を務め、協議会や支部会に参加し、また、法人のエリア会議への参加や法人の経営会議報告等から、社会福祉事業の動向や、地域の動向・利用者ニーズ等について把握に努めている。法人から提供される業績資料をもとに、管理者が事業所のコスト分析・利用者の推移・利用率等の分析を行い月次報告書を作成している。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<コメント> 現状分析をもとに月次報告書に課題を明示している。改善に向けた目標、具体的な対策も明示して取り組み、次月の月次報告書で進捗を報告する仕組みがある。毎月のエリア会議で、法人全体の事業経営についての情報共有や伝達も行われている。定期的な理事会で、役員に共有がなされている。必要に応じて、利用者の推移や目標登録利用者数等について、定期巡回会議で職員にも周知を図っている。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a · b · c
<コメント> グループが「中長期経営計画」を策定し、エリア責任者が「明石東エリア中長期経営計画」を策定している。各「中長期経営計画」は、項目ごとに具体的で、実施状況の評価を行える内容となっている。必要に応じて、法人本部・エリア責任者が見直しを行っている。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a · b · c
<コメント> 「明石東エリア中長期経営計画」をもとに、法人共通の書式で、事業所の単年度の収支計画と事業計画を策定している。「今期目標」「目標達成に向けた具体策」「今期設備投資・購入計画」「その他特記事項」の項目に分け、実行可能な実施状況の評価を行える具体的な内容になっている。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a · b · c
<コメント> 事業計画をファイリングし、内容については、随時、管理者が定期巡回会議の中で伝え、職員の周知を図っている。管理者が、毎月の月次報告で進捗状況を把握し、11月の補正予算時に上半期の評価を行い、必要に応じて事業計画の見直し・修正を行っている。年度末に1年間の評価を行い事業報告書を作成し、次年度の事業計画策定につなげている。管理者は、業務報告や個別ミーティング等から職員の意見を把握し事業計画の策定に反映している。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a · b · c
<コメント> 通常は、家族も参加する介護医療連携推進会議（年2回）の中で、事業計画の主な内容を説明している。令和2年度以降はコロナ禍で開催できなかったため、介護医療連携推進会議報告書を作成し、家族を含めた構成委員に郵送している。開催できなかった場合や参加できなかった家族への周知のため、家族に郵送する介護医療連携推進会議報告書の中で、事業計画の主な内容をわかりやすく説明してはどうか。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度・目標管理、事業計画の進捗確認等を通して、PDCAサイクルにもとづく職員の資質向上・サービスの質向上に取り組んでいる。計画作成責任者が毎月モニタリングを行い、サービス内容について評価している。福祉サービス第三者評価を継続して受審している。法人に内部監査の制度があり年1回実施している。(コロナ禍のため令和3年度以降は書面で実施。)第三者評価・内部監査で、定められた評価基準にもとづいて自己評価を行い、管理者が評価結果の分析・検討を行っている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>内部監査の「自己評価・外部評価表」の評価結果にもとづく課題を「自主点検結果一覧表」に文書化している。課題については「改善計画」を作成し、内容に応じて、役職者、または、職員に共有を図っている。</p> <p>内部監査で把握した課題について、改善への計画的な取り組みが望まれます。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>令和4年度事業計画を策定し、収支・事業に関する目標、目標達成に向けた具体策を明確にし、事業計画ファイル閲覧と必要に応じて定期巡回会議で説明し職員に周知している。職務分掌・運営規程・決裁規程の職務権限表で、管理者の役割・責任を定め、これら規定は日常的に閲覧が出来るよう事務所内に設置している。管理者不在時の代行を、職務分掌・組織図で計画作成担当者として定め権限委任を明確にしている。</p>		
11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は決裁規定等法人諸規定や遵守すべき法令を理解している。決裁規定・稟議規定等に基づいて利害関係者と適正な関係を保持している。兵庫県定期巡回随時対応型訪問介護看護サービス事業所協議会研修への参加・日の出塾でのセミナー受講・集団指導への参加等、経営に関する法令遵守について学んでいる。また、年間研修計画「共通必修研修」(eラーニング研修)で法令遵守の大切さを学んでいる。産業廃棄物処理法・市条例等、環境への配慮等も含む多分野の法令に則り適切に対応している。入職時の事業所オリエンテーションで、「個人情報保護法」「就業規則」等法令や法人規定等を周知するとともに、eラーニング共通必修研修により、全職員が個人情報管理・法令遵守・虐待防止研修等を受講している。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a • b • c
<コメント> 毎年、内部監査チェックリスト「自己評価・外部評価評価表」を用いてサービスの質の現状について管理者が評価・分析を行い、チェックリストから把握した課題について「点検結果一覧表」として法人本部に報告し課題改善に取り組んでいる。また、定期的に第三者評価評価を受審している。第三者評価結果報告書、点検結果一覧表をファイリングし事務所に設置して共有することとしている。個人面談、定期巡回会議等でサービスの質の向上に向けた職員の意見等を収集し、サービスの質向上に反映させている。eラーニング共通必修研修を全職員が受講して受講レポートを提出し、通常は、喀たん吸引研修・管理職養成研修等の法人研修に順次参加し、研修の充実を図っている。		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a • b • c
<コメント> 毎月、事業所で作成する月次報告をもとに、法人本部がコスト分析等経営効率を「業績資料」としてデータ化してフィードバックし、それを基に管理者が毎月、稼働率・収支等経営分析を行っている。フルタイムパート職員の確保等余裕ある人材確保、利用者状況に応じた職員配置、残業時間の軽減等働きやすい環境整備に取り組んでいる。管理者は、定期巡回会議・エリア会議等、業務の実効性向上に向けた体制を構築し、業務の実効性を高めるための取り組みを行っている。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a • b • c
<コメント> 明石東エリア中長期計画で福祉人材確保に関する基本方針を明確にし、事業計画で具体的な人材補充目標を明示している。専門職配置基準を、運営規定・重要事項説明書で明確にしている。人材補充目標に基づく法人採用計画に沿って、フルタイムパート職員の増員等必要な福祉人材の確保に努めると共に、自己啓発奨励規定を設け、喀たん吸引等資格取得を奨励し、人材の育成を計画的に進めている。養成校訪問、就職フェアへの参加、ハローワーク・ホームページ・求人広告・人材派遣会社等の活用や、職員紹介制度も採り入れ、効果的な人材確保に取り組んでいる。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a • b • c
<コメント> 法人の理念に基づく事業所としての期待する職員像を「目標達成のための私たち部署の行動指針（7項目）」で明確にし職員に周知している。就業規則で人事基準を明確にし、等級基準表で昇進昇格等の要件を定め、入職時の説明と、規程を事務所に設置して周知している。階層別「人事考課表」と「目標管理表」を連動させた人事考課制度の中で、自己評価に基づいて、管理者が定められた基準により専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。法人本部が職員処遇の水準について、採用広告、ハローワークのデータ等から分析し、人事考課時面談・年2回の職員アンケート等で把握した職員の意見・提案等にもとづき、改善策を検討・実施している。給与規定と連動したキャリアパスフレームを整備し、職員が将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>決裁規定付表の職務権限表で労務管理に関する責任体制を明確にし、職務分掌でシフト管理を計画作成責任者の職務として具体的に明示している。勤怠システムを導入し、管理者が就業状況を把握し、法人本部・エリア会議で共有・管理している。健康診断を年1回（夜勤職員は2回）、ストレスチェック、介護職の腰痛検査を年1回実施し、必要に応じて腰痛ベルトの支給を行っている。管理者は定期的（年2回）及び随時に個別面談を行う機会を設け、また、計画作成責任者が職員の相談に対応する等、職員が相談しやすい環境を整備している。年2回の職員アンケートにより、直接本部の相談窓口へ相談出来る仕組みがある。育児・介護休業休暇、時間単位有給休暇制度、医療費補助等総合的な福利厚生施策を実施するとともに、個別面談・定期巡回会議等で把握した職員意見を基に、福利厚生クラブ加入（リロクラブ）、インフルエンザワクチンの無償化等を実施している。研修体制の充実・福利厚生施策の充実・ワークライフバランスに配慮した取り組み・職員アンケートによる職員意見の採り入れなど、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>職員個々の目標管理のための仕組みが構築され、目標管理表で、階層に応じた職員・専門職としての個人目標を設定している。人事考課ガイドラインに基づいた個人目標が設定されており、組織として職員に期待する職員像を明確にしている。基本的に、6月に、前年度の目標達成状況等の評価を実施し、評価結果を反映させて、当年度の目標項目、スケジュール等を明確にした目標を設定している。10月に中間面接を行い、目標の達成状況を管理者と相互に確認して中間評価を実施し、次年度の目標設定に反映している。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>内部研修計画として、「共通必修研修計画」に全職員対象のeラーニング研修を盛り込み、研修内容とスケジュールを明示し、研修内容に求められる知識や専門性を明確にしている。研修計画に基づいたeラーニング研修を全職員が受講し、作成した研修レポートを個別の研修ファイルに綴じ、受講履歴を把握・管理している。必修研修以外に、希望するeラーニング研修を受講している職員もある。外部研修は、コロナ禍のため研修計画は策定していないが、管理者は、定期巡回技術力向上研修、計画作成責任者は地域情報交換会、看護師は看護部会研修等、随時必要に応じて参加しており、資料回覧で職員に伝達・共有している。共通必修研修について、毎年度末に法人本部で研修内容等の検討を行い、次年度の研修計画見直しに反映させている。</p>		

19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>職員個別の資格取得状況・経年数等は履歴書と受講証で把握し、法人でも把握・管理している。職員の知識や技術水準は、同行訪問時や日常の業務の中で確認している。新入職者はないが、異動職員には、1ヶ月程度同行訪問研修を実施し、管理者がシステム内訪問記録でOJT実施状況や習熟度等を確認している。共通必修研修でテーマ別・階層別の、外部研修で職種別の研修機会を確保し、職員個々に応じた研修を実施している。外部研修案内の掲示、回覧等で情報発信を行い、面談時の希望や内容に応じた該当者に受講を推奨し、シフト調整・受講費負担など参加を支援している。eラーニング研修受講は、視聴環境整備（コワーキングスペース）や受講時間調整等、受講しやすいように配慮している。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>法人ホームページにグループの理念・基本方針・財務諸表・事業計画・事業報告・サービス内容等を公開している。事業所ホームページに、事業所が提供するサービス内容、活動状況等を公開している。法人ホームページに、グループの苦情解決体制・窓口、苦情件数、内容、対応状況等を公表し、第三者評価受審結果をWAMNETで、財務諸表はWAMNETの財務諸表等電子開示システムで公開している。介護医療連携推進会議の議事録を事業所のホームページで公開している。「ご利用案内」を、居宅介護支援事業所・医療機関等に配布し、兵庫県定期巡回随時対応型訪問介護看護サービス事業所協議会作成のパンフレットを市役所に設置する等、サービス内容や活動等を社会・地域に対して情報発信している。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>事務・経理・取引等に関する法人諸規定を整備し、職務分掌で財務（小口）管理に関する権限・責任者を管理者と明確にしている。規定・職務分掌は事務所に設置し、周知を図っている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社会保険労務士等専門職等への相談や助言を受けられる体制がある。外部専門機関、（法人）会計監査人等による定期的な監査支援を実施し、指摘事項があれば、エリア会議・定期巡回会議で共有し経営・運営改善を実施している。法人の事業会計状況等について監事監査を定期的の実施し、ホームページで監査結果を公表している。通常は、年1回、内部監査を実施しているが、令和4年度は休止している。課題があれば、「内部監査改善報告書」で改善に向けた取り組みを報告する仕組みがある。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>地域との関わり方について、グループ理念「HINODE PRIDE」基本方針の「地域の喜び」という基本的な考え方に基づき、明石東エリア中長期計画で「地域の拠点となる事業所づくり」を文書化している。地域のボランティアグループとの連携や、生協の個配、在宅医療を行う医療機関、配食サービス等、市のオレンジ手帳を活用して利用者に社会資源情報を提供し、利用・活用できるよう支援している。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>名刺ファイル、行政等連絡先・介護タクシー・居宅介護支援事業所等連絡先一覧を作成し事務所に設置して共有するとともに、必要に応じてNET検索し閲覧している。システム内に居宅介護支援事業所リストを保存し、必要時に閲覧できるよう準備している。兵庫県定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所協議会に役員として参加し、訪問看護事業所との連携等共通の課題に対して解決に向けて取り組んでいる。通常は、地域交流会への参加、介護医療連携推進会議を通じて、地域・関係機関との連携を図っている。サービス担当者会議に参加し利用者のアフターケア等で地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページ・広報誌等で定期巡回出前講座の広報活動を行い、要請があれば、自治会・高齢者施設・居宅介護支援事業所・医療機関等関係者を対象に開催する仕組みがある。今後、介護医療連携推進会議を通じて、地域住民に対する勉強会や防災活動、まちづくり等について検討の予定である。地域のまちづくり協議会に協賛している。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>電話等での介護相談・日常的なサービス等を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。通常は、出前講座の開催・民生委員も参加がある介護医療連携推進会議を通じて、福祉ニーズ把握に努めている。総合支援センター・介護支援専門員連絡会、部会等と連携し、独居高齢者の24時間見守対応等、把握した福祉ニーズの解決に努めている。把握した福祉ニーズにもとづいた地域貢献に関わる事業・活動を、事業計画等で明示し実施することを期待します。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

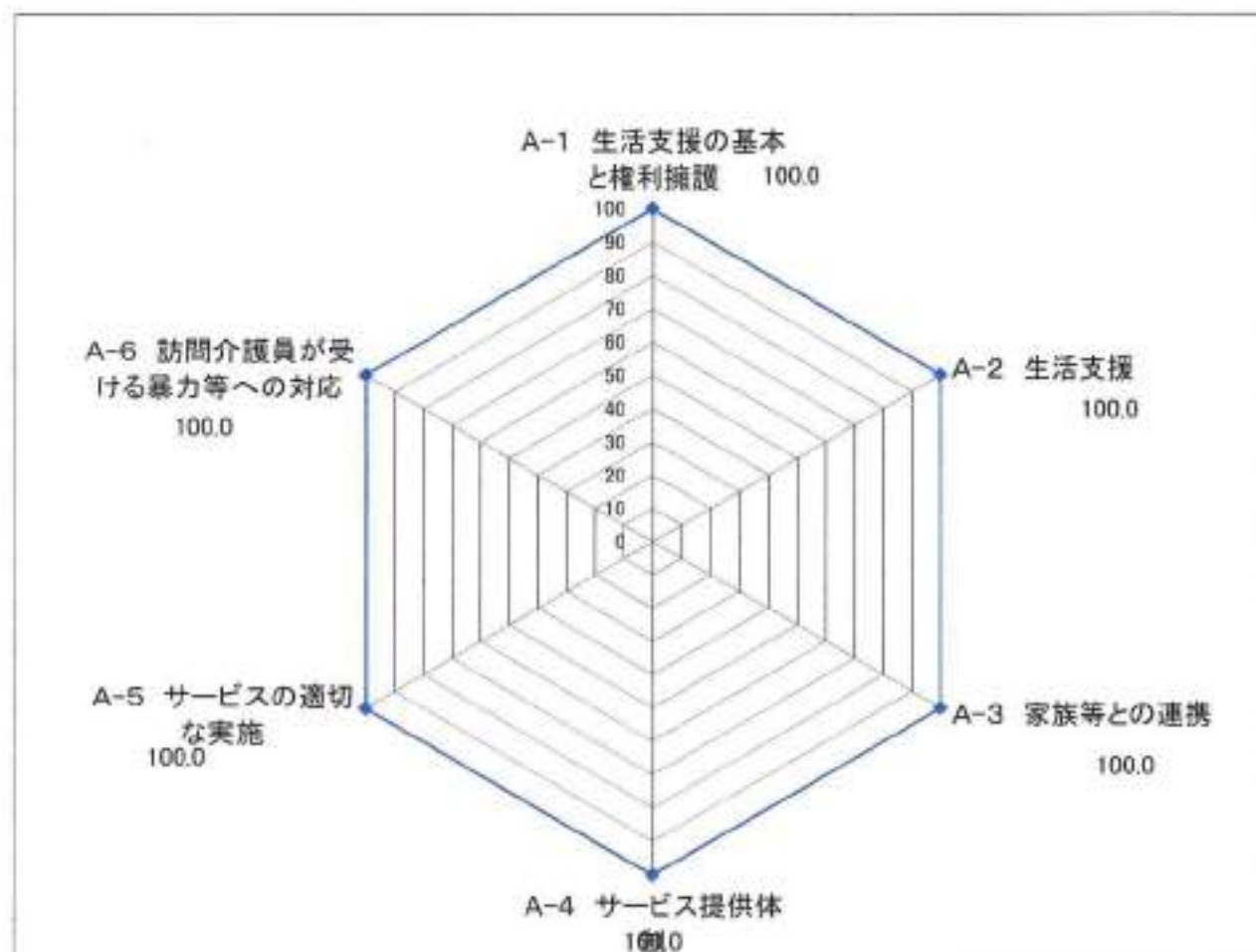
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの実施について、グループの「理念・基本方針」「倫理規定」、事業所の「介護マニュアル」に明示し、「介護福祉士の倫理要綱」も事業所の倫理規定として周知を図っている。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、年間研修計画をもとに「接遇に関する研修」「プライバシーの保護の取り組みに関する研修」「高齢者虐待防止に関する研修」「身体拘束の排除の為の取り組みに関する研修」のeラーニング研修を実施している。利用者尊重・基本的人権への配慮についての実施状況を、毎月のモニタリングやサービス担当者会議等から把握し、必要に応じて「連絡帳」配信で注意喚起する等の対応を行っている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>「プライバシー保護マニュアル」「身体拘束マニュアル」「虐待対策マニュアル」を整備している。年間研修計画をもとに「プライバシーの保護の取り組みに関する研修」「高齢者虐待防止に関する研修」「身体拘束の排除の為の取り組みに関する研修」のeラーニング研修を実施している。不適切な事案が発生した場合の対応方法等を、マニュアルや就業規則に明示している。サービス提供時には、環境への配慮などプライバシー保護に留意している。重要事項説明書に「利用者の尊厳について」「身体拘束の禁止について」「守秘義務について」の項目を設け、事業所の取り組みを契約時に説明している。プライバシー保護・権利擁護の実践状況は、毎月のモニタリングや同行訪問時等に確認している。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用希望者に対して、ホームページで広く情報提供している。兵庫県定期巡回随時対応協議会作成のパンフレットが、多くの人が入手できる市役所等の公共施設に設置されている。事業所のパンフレットを居宅介護支援事業所・総合支援センター・病院等に配布し、情報提供している。ホームページ・事業所パンフレットは写真・図・絵の使用や説明文の工夫等により、わかりやすい内容になっている。利用希望者には、自宅や病院などを訪問し、パンフレットや「ご案内（料金表）」、また、個別のサービスシュミレーション等の資料で、個別に丁寧な説明を行っている。ホームページ・事業所パンフレットは、必要時には適宜見直しを行っている。</p>		

A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	17	17	100.0
A-2 生活支援	65	65	100.0
A-3 家族等との連携	7	7	100.0
A-4 サービス提供体制	6	6	100.0
A-5 サービスの適切な実施	7	7	100.0
A-6 訪問介護員が受ける暴力等への対応	6	6	100.0
合 計	108	108	100.0

総合計(I～Ⅲ+A)	316	311	98.4
------------	-----	-----	------



31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>契約時は利用者同席のもとで説明し、利用者の自己決定を尊重している。契約書・重要事項説明書・同意書に沿って丁寧な説明に努め文書で同意を得ている。「ご利用案内（料金表）」を資料として、「定期巡回の7つの特徴」「ご注意」の項目に沿ってサービスの特徴をわかりやすく説明している。また、複数パターンの利用予定表を提示し、具体的な説明に努めている。料金もシミュレーションにより、わかりやすく提示している。意思決定が困難な利用者には、契約書類に署名代行者の欄を設け、適正な説明・運用を図っている。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>サービス利用の終了時には、「看護サマリー」や要請に応じた文書で情報提供し、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。要請があれば、面談や電話でも対応している。サービス終了後もサービス利用中と同様に管理者を相談窓口とし、重要事項説明書や名刺で連絡先を伝えている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>年に1回、利用者満足調査を実施している。毎月、計画作成責任者がモニタリングを行い、計画や訪問内容等について利用者や家族に聴取を行っている。管理者がサービス担当者会議に参加し、利用者や家族の満足の把握に努めている。通常は、介護医療連携推進会議に家族の参加がある。（令和2年度以降はコロナ禍の為書面開催）利用者満足に関する情報は管理者が集約し、改善点があれば役職者で検討し、「連絡帳」配信で周知を図っている。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>担当責任者を管理者とし、法人が第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書に記載し、契約時に利用者・家族に配布し説明している。重要事項説明書をファイルに綴じ、事業所の玄関に設置している。アンケートの実施、毎月のモニタリング、サービス担当者会議等、利用者や家族が苦情を申し出やすいよう工夫している。苦情の事例があれば、「苦情受付報告書」に記録し保管することとしている。また、定期巡回会議・「連絡帳」配信で共有し、再発防止に努める仕組みがある。法人のホームページに、苦情に関する公開ページを設けている。事業所としては、介護医療連携推進会議で報告し、議事録を事業所のホームページで公開することとしている。</p>		

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書に「ご相談・苦情の受付について」として、事業所の窓口（担当責任者・相談方法）・第三者委員、行政等の公的機関の窓口を記載し、利用者・家族に配布している。ファイルに綴じ、事業所玄関に設置している。事業所に相談室を設け、相談しやすいスペースを確保している。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>「相談・苦情等対応マニュアル」を整備している。年に1回に、訪問介護看護マニュアルを検証・見直している。日々の訪問時に相談対応や意見の傾聴に努めると共に、計画作成責任者が毎月モニタリングを行い、管理者がサービス担当者会議に参加し、利用者の意見を積極的に把握できるように取り組んでいる。把握した相談・意見については、管理者が集約し、迅速な対応に努めている。意見・相談の内容は計画や支援内容に反映し、「連絡帳」や「ケア手順」で共有している。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>運営規定に管理者の職務を業務の一元的な管理とし、リスクマネジメントに関するの責任者を管理者としている。「事故発生時緊急時のマニュアル」を整備し、事故・病状急変時及び急病等発生時の対応と連絡手順について明示している。年間研修計画をもとに「事故発生又は再発防止に関する研修」のeラーニング研修を実施している。訪問中の事例はないが、事例があれば「ヒヤリハットカード」「事故報告書」に記録する書式がある。改善策・再発防止策は役職者間で検討し、「連絡帳」配信で迅速に共有する仕組みがある。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>運営規定に管理者の職務を業務の一元的な管理とし、感染症対策についての責任者を管理者としている。「感染症予防及び食中毒マニュアル」を整備し、予防対策と発生時の対応を明示している。「BCP感染対策マニュアル」も整備している。手指消毒薬・マスク・手袋・予防着・ゴーグル等を携帯し、マニュアルをもとに感染症予防・対応を適切に行っている。感染症発生時は、看護師と病院と連携しながら適切に対応している。訪問介護のみ利用の場合は、家族と病院が連携して対応できるよう支援している。年間研修計画をもとに「感染症・食中毒の予防及び蔓延防止に関する研修」のeラーニング研修を実施している。年に1回に、訪問介護看護マニュアルを検証・見直している。</p>		

39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に 行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>「それいゆ朝霧BCP（事業継続計画）」を作成し、災害別に平常時対応・初動時対応を定め、非常時にも事業継続できるように取り組んでいる。BCPは、年2回検証・見直しを行うこととしている。安否確認のため、利用者の緊急連絡先を記録システム内のデータとフェイスシートで把握し、職員については緊急連絡網を作成している。利用者については一覧表も作成する予定である。自家発電機・懐中電灯等の備蓄備品は、BCP内にリスト化し管理者が管理している。年間研修計画をもとに「非常災害時の対応に関する研修」のeラーニング研修を実施している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>提供するサービスの標準的な実施方法を、事業所独自の訪問介護看護マニュアルに文書化し、その中に利用者尊重やプライバシー保護について明示している。入職時に、マニュアルの資料研修を行い周知を図っている。OJT期間は同行訪問を行い、個別の指導を行うと共に実施状況を確認し、習得を確認できるまで指導を継続している。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>年に1回に、訪問介護看護マニュアルを検証し、サービスの標準的な実施方法の検証・見直しを実施している。検証・見直しは、報告や会議から把握した職員全体の意見を集約し、管理者層の職員が看護・介護の視点から実施している。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>介護福祉士3名を計画作成責任者として設置している。アセスメントシートをもとに、看護師がアセスメントを行っている。サービス担当者会議に参加し、事業所では介護職員・看護師・理学療法士の意見を集約し、事業所内外の他職種でアセスメント・計画策定についての協議を行っている。定期巡回計画書の「生活上のニーズ」欄に、利用者個々のニーズを明示している。計画作成責任者が毎月モニタリングを実施し、計画通りにサービスが実施されていることを確認している。居宅介護支援事業所・市役所・総合支援センター・病院など関係機関と連携し、支援困難ケースへの対応を検討し、サービスの特性を活かした適切なサービス提供を行い、経過を記録システムに記録している。</p>		

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>定期的には、短期目標の期間ごとに定期巡回計画の見直しを行っている。計画作成責任者が毎月モニタリングを行い、変更が必要であれば介護支援専門員に報告し、随時見直しを行っている。緊急に変更する場合も、介護支援専門員に連絡し対応している。見直しの際は、モニタリング・再アセスメントを行い、サービス担当者会議に参加している。変更した計画の内容は、記録システム内の「計画書」「ケア手順」で迅速に共有している。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況はアセスメントシートで、生活状況は「ケア手順書」で把握している。計画にもとづくサービスの実施状況を、記録システムの「チェック項目」「訪問記録」で確認できる仕組みがある。記録を管理者が確認し、チェックや書き方に不備があれば管理者が個別に指導・助言している。記録システムを活用し、必要な情報を迅速に適確に伝達し共有する仕組みを整備している。毎月定期巡回会議を行い、管理者からの報告や利用者についての情報共有・検討を行っている。定期巡回会議はZoomで、複数回に分けて実施し全員が参加できるようにしている。主に記録システムによるネットワークシステムで情報共有しているが、内容に応じて文書の回覧も併用している。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>法人の「個人情報保護規定」「文書保存規程」により、記録の保管・保存・廃棄・情報の提供・不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法に関して規定している。記録の管理責任者を管理者と定めている。入職時研修で規定や守秘義務の説明があり、誓約書を交わしている。eラーニング研修の「プライバシーの保護の取り組みに関する研修」で「個人情報の管理」研修を実施している。契約時に、利用者・家族に個人情報の取り扱いについて説明し文書で同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a・b・c
A②	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a・b・c

特記事項

A①

利用者の心身の状況と暮らしの意向等を、訪問時、毎月のアセスメント・モニタリング、サービス担当者会議等で把握・理解し、利用者個々に応じた生活となるよう支援している。残存能力の活用の視点から定期巡回計画書を作成し、利用者・家族に自立支援について説明し、自立への動機づけを行っている。動線の確保や福祉用具の導入等、必要時には機能訓練士や介護支援専門員と連携し、安全に自立した生活が継続できるよう環境整備を支援している。鍵の管理や買い物代行についてのルールをマニュアルに明記し、利用者・家族には重要事項説明書や「ケア手順」をもとに説明し、適正に対応している。日常生活自立支援制度や成年後見制度について、制度利用の必要性を感じたり、家族等から相談を受けた場合は、介護支援専門員に報告し利用につなげている。安心・安全で落ち着いた生活を送るための環境づくりについて、利用者・家族に助言・情報提供を行い、記録システムに記録し、必要に応じて介護支援専門員にも報告している。

A②

訪問時のコミュニケーションで把握した思いや希望は記録システムで共有し、サービス担当者会議でも把握に努め、支援や定期巡回計画に反映している。eラーニング研修で「接遇に関する研修」を実施し、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについて周知を図っている。アセスメントシートに「意思伝達」欄があり、看護師が毎月アセスメントを行い、コミュニケーション方法や支援について検証し、適宜見直しを行っている。配慮が必要な利用者については、個別のコミュニケーション方法を「ケア手順」に明示し共有している。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a・b・c

特記事項

権利侵害の防止について、重要事項説明書（「利用者の尊厳」「身体拘束禁止」「守秘義務」）に沿って利用者・家族に説明している。訪問時に利用者の身体状況や生活状況を確認し、記録システムで共有し、権利侵害の防止と早期発見に取り組んでいる。「身体拘束防止」「虐待防止」マニュアルの整備し、eラーニングで「身体拘束の排除の為の取り組みに関する研修」「高齢者虐待防止に関する研修」を実施し職員の理解を深めている。権利侵害の防止や再発防止策の検討は、定期巡回会議で実施することとしている。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A④	A-2-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a • b • c
A⑤	A-2-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a • b • c
A⑥	A-2-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a • b • c

特記事項

A④

居宅サービス計画書をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討し定期巡回計画を作成し、入浴支援（シャワー浴・清拭等）を行っている。安全・快適な支援方法、誘導や介助の個別配慮等は、「ケア手順」で周知・共有している。入浴拒否にも、サービスの特性を利用して時間帯をずらす等、記録システムで連携をとって対応している。アセスメントとモニタリングを毎月実施し、利用者の心身の状況に合わせて支援方法の検証と必要時の見直しを行っている。入浴前にバイタルチェックを行い、血圧が基準以上であれば看護師が可否判断している。安心・安全な入浴について、環境面等で家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

A⑤

居宅サービス計画書をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえて排泄支援の方法を検討し、定期巡回計画を作成している。自然な排泄、安全な介助、自立に向けた働きかけ等、個別具体的な支援方法を「ケア手順」で周知・共有している。福祉用具の導入、トイレ清掃等、トイレの安全性・快適性に留意している。排泄状況は、記録システムに記録し共有している。アセスメントとモニタリングを毎月実施し、利用者の心身の状況に合わせて支援方法の検証と必要時の見直しを行っている。家庭での排泄について家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

A⑥

居宅サービス計画書をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、移動支援の方法を検討し定期巡回計画を作成している。安全な自力での移動方法、移動の自立に向けた働きかけ等、個別具体的な支援方法を「ケア手順」で周知・共有している。利用者の心身の状況をサービス担当者会議等で共有し、適切な福祉機器や福祉用具の利用につなげている。アセスメントとモニタリングを毎月実施し、利用者の心身の状況に合わせて支援方法の検証と必要時の見直しを行っている。家庭での安全な移動について家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

		第三者評価結果
A-2-(2) 食生活		
A⑧	A-2-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a • b • c
A⑨	A-2-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a • b • c

特記事項

A⑧

居宅サービス計画書をもとに、利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面を踏まえ、食事の提供方法を検討し定期巡回計画を作成している。食事のペース、自力での食事摂取に向けた働きかけ等、個別具体的な支援方法を「ケア手順」で周知・共有している。利用者個々に適した食事形態や食器・食具等を検討し、口腔体操を行う等、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。「緊急時対応マニュアル」を整備し、eラーニングで「緊急時の対応に関する研修」を実施し、看護師と連携しながら、食事時の事故対応について周知を図っている。アセスメントとモニタリングを毎月実施し、利用者の心身の状況に合わせて支援方法の検証と必要時の見直しを行っている。食事や水分の摂取状況は、記録システムに記録している。家庭での食事や水分摂取について家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。訪問時の聴き取りや冷蔵庫・食卓等の状況確認等により、サービス提供時以外の食事の状況の把握にも努めている。

A⑨

アセスメントシートで歯磨きについての自立度を把握し、利用者に口腔ケアの重要性を説明し、主体的に取り組めるよう支援している。利用者個々の状況に応じて、食後・就寝前に口腔ケア・口腔内チェックを行い、記録システムに記録している。「保清マニュアル」を整備し、マニュアル研修を実施している。口腔内に異常があれば、家族や介護支援専門員に報告し、受診につなげている。必要に応じて口腔ケアについて家族に助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

		第三者評価結果
A-2-(3) 褥瘡発防止防・ケア		
A⑩	A-2-(3)-① 褥瘡の発防止防・ケアを行っている。	a • b • c

特記事項

「褥瘡対策マニュアル」を整備し、標準的な実施方法についてマニュアル研修で周知を図っている。褥瘡予防対策・褥瘡発生後のケアについて、利用者個々の状況に応じた「ケア手順」を作成し、看護師・介護職・理学療法士が連携して取り組んでいる。看護師が、日本褥瘡学会からの情報提供や医師・薬剤師との情報交換から褥瘡ケアの最新情報を収集し、日常のケアに取り入れている。家庭での褥瘡予防について、体位変換・福祉用具の活用等について利用者・家族に助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員等に報告している。

		第三者評価結果
A-2-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑫	A-2-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a • b • c

特記事項

利用者に機能訓練や介護予防の目的と意義を説明して動機づけを行い、主体的に取り組めるよう支援している。生活動作については、利用者の状況に応じて機能訓練士が助言・指導を行い、医師の指示書にもとづいた機能訓練は機能訓練士が行っている。日々の生活動作の中での生活リハビリや自宅でできる運動メニューについて助言・情報提供し、必要に応じて介護支援専門員に報告している。訪問時に認知症状に留意して早期発見に努め、変化があれば介護支援専門員や主治医に報告している。

		第三者評価結果
A-2-(6) 認知症ケア		
A⑬	A-2-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a • b • c

特記事項

利用者個々の日常生活能力や機能は「アセスメントシート」に、生活歴等は「ケア手順」の初めに記録している。看護師が月に1回アセスメントを行い、現状を把握している。「ケア手順」で個別の留意事項を共有し、統一した支持的・受容的な対応ができるよう取り組み、経過については記録システムに記録し共有している。eラーニングで「認知症に関する研修」を実施している。訪問中の様子を家族に伝え、家族からの相談に対応し、よりよいケアの方法を家族と共有するようになっている。必要に応じて、認知症の理解やケアに関して家族に助言し、介護支援専門員にも報告している。内容については記録システムに記録している。

		第三者評価結果
A-2-(8) 終末期の対応		
A⑭	A-2-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a • b • c

特記事項

利用者が終末期を迎えた場合の対応・手順、医師・医療機関との連携について、利用者個々の「ケア手順」に明示し統一した支援ができるよう取り組んでいる。退院時カンファレンスやサービス担当者会議で、利用者・家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と事業所での対応・ケアについて説明し対応している。eラーニングで「ターミナルケアに関する研修」を実施している。専門職者としてチームで終末期ケアに携わることにより、職員の不安等の軽減につなげている。

A-3 家族等との連携

		第三者評価結果
A-3-(1) 家族との連携		
A16	A-3-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている	a・b・c

特記事項

定期的には訪問時の記録システムの記録で利用者の状況を家族に報告している。変化があった時の報告方法を事前に家族に確認しており、電話・メール・記録システムなど家族が選択した方法で、必ず伝達できるように工夫している。サービス担当者会議で、サービスの説明をしたり、要望を聞いたり、相談に応じている。訪問時や管理者（相談対応窓口）への電話でも随時相談に対応し、内容を記録システムに記録している。訪問時や電話等で家族の心身の状況や介護負担にも留意し、家族が必要とする情報を提供したり、介護や介助方法に関する助言を行っている。内容や経過を記録システムに記録し、介護支援専門員に報告し、内容に応じて関係機関にもつないでいる。

A-4 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-4-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A17	A-4-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a・b・c

特記事項

利用者個々のサービスの実施方法・手順等を、記録システムの「ケア手順」に明示し周知している。利用者の状況等についても、訪問した職員が随時入力し、記録システムで迅速に共有する仕組みがある。定期巡回会議を月に1回、Zoomを活用して全員参加で実施し、管理者から、また、職員間でも相談・助言できる機会を確保している。利用者宅に初めて訪問する際は、同行訪問を実施している。介護支援専門員・主治医・薬剤師・他事業所との連携に努め、指導・助言を得られる関係づくりに努めている。

A-5 サービスの適切な実施

		第三者評価結果
A18	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a・b・c

特記事項

意思疎通（コミュニケーションの配慮等）・食事（提供・介助）・入浴（シャワー浴）・清拭・排泄・清潔保持（口腔ケア等）・機能訓練・心理面（認知症対応等）について、個別・具体的なサービスの実施方法を、利用者個々の「ケア手順」に明示している。「ケア手順」を記録システムで周知・共有し、利用者の状況等により変更する場合は、随時、迅速に情報共有できる仕組みがある。

A-6 訪問介護員が受ける暴力等への対応

		第三者評価結果
A⑱	A-6-① 訪問介護員が受ける暴力について事業所として取り組みを行っている。	a · b · c

特記事項

訪問看護師・訪問介護員が受けるハラスメントへの対応について、「訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力等対応マニュアル」を整備し、マニュアル研修で職員に周知を図っている。マニュアルの検証・見直しは、年に1回実施している。訪問看護師・訪問介護員がハラスメントを受けた場合は、マニュアルに沿って対応し、管理者が記録に残している。

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	16	14	87.5
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	8	88.9
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	33	33	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	16	14	87.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	61	100.0
III-2 福祉サービスの質の確保	31	31	100.0
合計	208	203	97.6

