

(別紙)

第三者評価結果

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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>理念・基本方針は、併設する3事業（居宅介護支援事業・訪問看護事業・訪問入浴事業）と統一した内容となっており、理念は「利用者の心身の特性を踏まえて、能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう手助けする」、という訪問介護事業の果たすべき役割が明確に示されたものである。一方、基本方針では昨今の人材不足を補うべくIT化の推進による業務効率化の方向性も明示している。この理念・基本方針に関しては社内管理システムの掲示板に表示されていて、職員はいつでも確認することができる。また、継続して意識づけするために朝礼で取り上げるなど周知に努めている。</p> | | |

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・Ⓑ・c |
| <p>2023年度の事業計画では「常に最新情報の入手に努め、変化に対し早期の対策を検討していく」とあるが、具体的な情報の入手方法に関しては不透明であり、従って、把握・分析するまでには至っていない。法人全体の代表者が「全国介護事業者連盟」の栃木県支部長の任にあり、各種会合・会議の場での情報は多々あると思われ、事業経営にどう生かすかが問われる。</p> <p>また、身近な情報源としては市の高齢福祉（介護保険の運用を主体とした）の全体像を網羅した3年を1期とした「高齢者福祉計画」、地域の福祉全体の動きを市・社会福祉協議会・地域住民の施策から捉えた「地域福祉計画・地域福祉活動計画」がある。その他に市内の同業他社の動向が一目瞭然の「地域密着型サービス利用状況」が毎月市の高齢福祉課で公表している。施設運営に欠かせない材料は豊富にあり有効活用することが望まれる。</p> | | |
| 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・Ⓑ・c |
| <p>事業経営上の課題・苦慮している事項は、①売り上げの黒字化、②介入（介護・支援）の質の向上、③職員間のコミュニケーションの質の向上、の3点が挙げられていて、役職者会議で課題を共有し議論を重ねている。役職者会議の内容は「介護事業部ミーティング」で報告され、現場の職員を含めて周知を図っている。</p> <p>課題解決の具体的な取組に関しては、2023年度の事業計画の中で、「黒字化」に向けて「マーケティング」手法を駆使した積極的な広告宣伝・販売促進等を挙げている。また、同様に「介入の質の向上」や「職員間のコミュニケーション」の取組として、社内SNSの有効活用による「報・連・相」の徹底と利用者への様々な対応が可能となる優位性を挙げている。</p> <p>しかし、営業力の強化による利用者増と遠隔地への対処法など課題は多く早期の改善が望まれる。</p> | | |

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 |
| <p>法人としては組織全体が目指すビジョンとして「医療・介護業界のマイナスイメージをカッコイイに変える」という斬新な構想を掲げている。一方、当事業所としては中・長期のビジョン・計画は明確化していないが、利用者の個別的なニーズ（外出支援など）に対してプロジェクトの発足などの構想はある。当事業所の従業員の平均年齢は33.8歳で、2023年5月の調査によると、訪問介護業界全体の平均年齢は55.4歳（介護労働安定センター調査より）で、20歳以上も若いことは特筆すべきことであり、可能性を秘めている証左でもある。</p> <p>法人は、SNSを有効活用して訪問介護・訪問入浴事業などを積極的に発信し、人材不足が業界の将来不安を助長している中で、若い人材が集まる「カッコイイ」といわれるような職場のイメージ作りに挑戦している。今後さらに、介護業界では無関心といわれてきたユニフォームを斬新なものに変えてイメージアップを図るとか、ICTの活用範囲を広げて更なる業務の効率化を図るなど、マイナスイメージを払拭するような業界をリードしていくほどのビジョンを掲げて取り組んでほしい。</p> | | |
| 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 |
| <p>事業所としての中・長期の計画は明確化していないため、単年度計画との関連性の評価はできない。単年度の事業計画は主に介護サービスの質の向上に向けての「令和5年度なすのケアステーション事業計画」と、主に営業戦略に関する事業計画としての「2023年度事業計画」の2本立てで構成されている。前者に関しては地域福祉に貢献することを目標に、①勉強会・研修会（2023年度毎月実施の内部研修計画あり）への積極的な参加を行い、質の維持向上を図る、②ICTを活用し同法人内介護保険事業所におけるカンファレンスへの参加、の2点を挙げている。また、後者に関しては収益の黒字化を目途に細部にわたって経営戦略が練られている。しかし、収益については売上高という具体的な数値目標を明示しているが、その他の目標は具体的な成果目標（例えば勉強会・研修会の参加率の設定とか質の維持向上を図るためのチェックリストによる評価など指針を決める等）が明確化していない。数値化しにくい業態ではあるが、数値で測れる部分（例えばミス回数、改善提案の提出件数等）は可能な限り数値化することが望まれる。</p> | | |
| 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 |
| <p>計画の実施状況の把握と評価・見直しに関して、売上高については1年間を3期に区分して目標値を設定しているので、達成度の把握と見直しの機会は確保されている。目標値に対する達成度によって戦略の見直しの必要性が判断できるからである。しかし、その他の計画に関しては進捗度を把握する仕組みが明確化されていないので、見直しの判断は後手に回りやすく年度末に慌てることになりやすい。売り上げ目標と同様に評価・見直しの基準設定が望まれる。</p> <p>職員による事業計画策定への関与としては、担当のまとめ役職員が法人本部へ提言して確定する流れとなっている。また、事業計画の職員への周知や理解を図るために、介護事業部ミーティングで一部共有する取組はあるが、計画の全体像や実施状況に関しては徹底されていない。職員会議や研修の機会を利用して職員の理解を促してはいるものの、職員アンケート結果では、職員の計画に関する理解度が50%で決して高いとは言えない。計画の進捗度を把握する仕組みづくりとともに、職員の理解度を高める取組の一工夫を期待したい。</p> | | |
| 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 |

事業の性格上「利用者会」や「家族会」は存在せず、事業計画を集団で説明するなどの機会はない。しかし、利用契約締結時の利用者や家族と直接接する機会を利用して、利用者や家族にとって特に有意義な情報（特徴的な取組としての「外出支援プロジェクト」のPRなど）や利用者や家族に事業計画を分かり易く記述した資料を配付するなどの工夫が期待される。

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>介護サービスの質の向上に向けた課題に対して、特に重要と考えている取組事項として、①介護予防及び要介護度進行予防、②接遇、③倫理及び法令順守、④プライバシー保護、⑤感染症・食中毒の予防及び蔓延防止、の5点を挙げている。それぞれの取組として内部研修を通じて職員個々の研修の理解度を確認しながら質の向上を目指しているが、研修による効果をどのように評価するか、効果を確認する仕組みがなく組織的に機能しているとは言えない。効果を確認して次のステップへ進むための仕組み作りが望まれる。</p> | | |
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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>過去に第三者評価の受審の実績はなく、県内でも訪問介護事業としては当事業所が初めての受審となる。自己評価についても自ら提供する訪問介護の質の評価を始め、運営基準等に関して評価する仕組みはない。事業所として自己点検票を作成し、組織全体としての評価及び個々の職員自身の評価、の両面から行うことによって、根拠に基づいた課題を明確にして改善を図る仕組み作りが必要不可欠である。</p> | | |

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>法人が事業運営を行うにあたって、決めるべき事項の一つが組織形態だが、当該訪問介護事業は当法人の一事業部門としての役割を担っている。法人の組織規程には各事業に共通した役割分担が文書化されている。当該事業の職責による役割分担としては、法人全体の経営・運営責務を担う法人代表者、次席として法人の四事業全体をまとめる統括者（センター長）、その下に役職者（訪問入浴事業の管理者が兼務している）がおり管理業務全般を担っていて、訪問介護事業所の管理者は前三者の中で介護現場を主体とした責務を負っている。また、ここでの管理者は「サービス提供責任者」を兼務し、運営規定にあるように、訪問介護の実践にも携わっている。若干複雑な職責形態を採用していることもあり、(職員アンケートでの回答に見られるような) 職員の管理者に対する認識の曖昧さを払拭するためにも、職務規定に明示するだけでなく各職責者による職員への説明の機会を多く持つことが望まれる。</p> <p>(注) 以後の項目11から13に関しては原則として、前述の法人代表者を対象として評価している。</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>代表者をはじめ、事業所全体で法令遵守に向けて取り組んでいる。特に毎月実施している内部研修の中で「身体拘束+虐待防止」、「ハラスメントについて」、は重要性に鑑みそれぞれ複数回実施し「倫理及び法令遵守について」、「コンプライアンスについて」等々を取り上げて法令遵守の重要性を確認している。中でも、これらの研修とは別に弁護士が講師になって「弁護士研修」を行うなど、専門分野からの知識吸収にも積極的で法令遵守への熱意が窺われる。</p> | | |
| <p>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> | | |
| 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・ ⑥ ・c |
| <p>項目8で言及した通り、代表者の下で、内部研修等を通じて課題解決に向けサービスの質の向上に取り組んでいる。また「介護事業部ミーティング」では困難事例を挙げて対処法など検討しながら組織全体で質の向上に努めている。しかし、効果の確認や見直しを行って次のステップに進むために評価する仕組みができていない。介護保険法第73条で「指定居宅サービス事業者は...自らその提供する指定居宅サービスの質の評価を行うこと...」とあり、指導力を発揮して質の向上を図るためには、評価指標または評価基準の早期の策定が望まれる。</p> | | |
| 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・ ⑥ ・c |
| <p>事業の継続的な黒字化が最大の経営課題となっており、「介護事業部ミーティング」を通じて、営業力の強化と収益の確保に向けて、課題を抽出し対策を実行に移すべく議論を重ねている。具体的な施策に関しては、2023年度事業計画で代表者を中心に当該事業所の持つ優位性や市場性に鑑み、マーケティング手法などを駆使して、収益の確保を目指している。</p> <p>一方、国の施策や経済情勢、技術・ノウハウ、販路・取引先等の状況から想定されるリスクを念頭に置いた対応策を練っているが、対応策の進捗度を評価する尺度としての期限の設定がないため、検討が望まれる。</p> | | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | |
|--|---|----------------|
| | | 第三者評価結果 |
| <p>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。</p> | | |
| 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・ ⑥ ・c |
| <p>人材の確保に関しては、利用者数や利用者の状況に応じて、適宜必要人員を採用して計画的新卒の定期採用などは行っていない。因みに前年度の退職者は皆無であり、現時点での勤続年数は平均2.4年で、定着率が高いとは言えないが、業界では登録ヘルパーなど非常勤職員が多い中で、ほとんど常勤職員で占めていることは特異な点である。採用活動としては、主にホームページやSNSの発信などを利用して確保に当たっている。社内研修を充実して個人のスキルアップを手助けしたり、ICTの積極的な導入により事務作業を軽減するなど、職員の定着を図っている。また、福利厚生の一環として「サンクスギフト制度」を活用して希望の物品と交換することができるなど、職員の励みになる取組も実施している。</p> | | |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a・ ⑥ ・c |
| <p>法人全体としての期待する職員像として、「常に感謝」し、「常に尊敬」し、「常に学習」し、「常にチャレンジ」していく心を持ち、地域住民、地域社会の発展に寄与できる行動を挙げ、当該事業所としては、職員が主体性を持って知識・技術・態度の向上を目指すための環境づくりを行っている。職員の業務遂行実績や能力、勤務態度を評価査定して給与・人事などの処遇を査定する人事考課として、法人共通の「人事評価判断基準表」を使って運用している。この基準表に基づき前後期の2回に分けて評価し、本人評価後の2次評価者が同僚職員、3次評価者は上級職になっていて、評価を多角的に捉える試みは特徴的で工夫の一端が窺える。</p> <p>しかし、職員アンケートからは、人事考課の目的に関して説明の機会を設けたり、職員へのフィードバックは行われたりしているものの、理解不足が窺われる。評価結果を改善と次のス</p> | | |

| | | |
|---|---|----------------|
| <p>テップアップに生かすためにも、職員への分かり易い説明の工夫とともに理解度向上に向けて継続的に取り組むことが望まれる。</p> | | |
| <p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> | | |
| 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>職員の時間外勤務の過多や有給休暇の消化率等を定期的に把握することにより、職員個々の偏りの是正や職員の負荷の軽減を調整するなど就業状況の把握と改善に努めている。職員の意向把握については毎月開催される「介護事業部ミーティング」の場を利用して相談を受けたり、社内SNSを活用して、職員と上司の専用トークルームを設けたりするなどして、必要に応じて個別面談を行っている。しかし、職員アンケートからは80%以上が「(就業状況や職員意向の把握、改善への取組が)できていないところがある・できていない」と回答している。当該事業の職員は少数なので、法人全体としての対応でもよいので専用の相談窓口を設置して、意向把握の一助とすることに期待する。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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>職員は毎月自己の目標を設定して「定期状況報告書」に業務遂行状況をはじめ、同僚職員や事業所への貢献度、自己と上司・部下との連携性等々を自己評価して記載している。また、前月の目標達成状況を確認して翌月の目標を設定し、最後に当月の結果分析を記載して自己研鑽の糧としている。この報告書は毎月上司へ提出され、上司にとっても部下の状況把握と事業の進捗状況の資料として活用されている。</p> <p>当事業所の年度目標に対して個々の職員がどう関わるか、何ができるかなど事業所の目標との関連性を持つことによって職員のやりがいや貢献度にも繋がる。目標管理制度の一環として、年度目標をこの報告書に紐づけて職員に認識させることにより、毎月提出のため、進捗管理にも役立つので一考を期待したい。</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>目指すべく職員像に沿って、介入(介護・支援)の質の向上と経営効率の向上の両側面から人材育成に取り組んでいる。前者に関しては「令和5年度なすのケアステーション事業計画」の運営方針に明記され、後者に関しては「2023年度事業計画」の市場性・社会性で「営業ができて効率的なルート作成ができる人材育成」と明記している。</p> <p>両側面からの人材育成を目指し、年間研修計画に沿って質の向上に向けた育成を図る一方、「事業部ミーティング」を活用して営業力を強化するための課題解決が育成のための手段となっている。教育・研修の基本方針を職員が十分に理解し納得感を得るためにも、分かり易く解説した資料を社内管理システム(サイボウズ)の掲示板等に示すなどの工夫が望まれる。</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>職員教育の一環として、事業所内研修が毎月複数回実施され受講機会は全職員に均等に与えられている。研修の内容は法令関連、併設の介護保険事業の詳細、医療の専門分野、安全運転講習など多岐にわたっている。また、研修のスケジュールの中に毎月別個に「座談会」の機会を設けて職員の意向を確認する場を設けていることと、研修の講師を職員間で持ち回り制にしていることは注目すべきことである。特に講師を持ち回り制にすることにより、講師自身が研修の準備も含めて知識の吸収に勤しむこと自体が教育そのものとなるからである。</p> <p>新人の教育に関しては先輩職員がOJT教育の一環として利用者宅へ同行して一本立ちに向け指導に当たっている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</p> | | |
| 20 | Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | 非該当 |

実習生の受け入れはしていないため非該当とする。

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>法人全体として福祉事業に懸ける創業からの思い、願いがホームページやパンフレットを通じて発信されている。内容としては各事業所の案内、動画による地域ニーズへの対応など社会インフラとしての役割が強調されていて、訪問介護事業を法人全体の一事業部門として捉えた紹介になっている。しかし、ここには運営規程、事業計画、財務状況、苦情処理等に関する情報は公開されていない。法人や事業所の目指すべき姿は読み取れるが、事業所の利用や関連する機関に必要な情報としては物足りなさを感じる。但し、2024年4月からは重要事項説明書、運営規程、財務状況等の公開が義務付けられ、透明性の確保に向け一定の前進が見られることには意義がある。</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>当該事業所の運営が合同会社のため監査役はおらず、内部監査は行っていない。経理事務や法人税の申告、決算報告書の作成は外部の税理士に委託している。当該事業の設立が2018年1月で、その間に県の視察（業務管理体制確認訪問）があり、書類の照合が行われたが、指摘事項は発生していない。また、毎年実施の集団指導を受けている。事業の開設から6年が経過したが、現時点では県の運営指導は受けていない。</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。 | a・b・c |
| <p>病後で意欲が低下した利用者の外出するきっかけづくりとして、利用者の依頼により、隣県の道の駅までドライブに出かけたことや、リハビリのモチベーションを上げるとともに家族との思い出やコミュニケーションの機会づくりのために、事業所が費用負担をしてドライブに出かける支援を行った実績がある。ただ、利用者自身が居住地において交流を広げるためにはどのような地域交流が実現可能なのか、そのためには各地にどのような利用可能な社会資源があるのか、の情報が職員全体には共有されていない。今後はさらにリサーチを進めながら、職員や利用者がいつでもわかるよう、情報共有に取り組むことが期待される。</p> | | |
| 24 | II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | 非該当 |
| <p>ボランティアの受け入れは行っていないため、非該当とする。</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。 | a・b・c |

| | | |
|--|---|-------|
| <p>法人の代表が県内外の社会資源について把握しているため、連携が必要な際は随時指示しているが、その情報について職員がいつでもわかるように共有されていない。当事業所では利用者の居住地が県内各地に点在しており、それぞれの市町において様々な社会資源が存在すると思われる。地域ごと・ジャンルごとに情報が整理された社会資源のリストや資料を作成し、職員全体に周知し、ケアマネジャーとも連携しながら、今後の支援に有効活用することが期待される。</p> | | |
| <p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p> | | |
| 26 | Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | a・㊦・c |
| <p>法人の代表者が「全国介護事業者連盟」の栃木県支部長も兼務しており、法人として積極的に県や各市の福祉計画等を入手して福祉ニーズを把握している。また、事業所が主催して同業者数百人を集めてのオンライン研修等を行っており、その際にも情報交換してニーズを把握するようにしている。事業所所在地の近隣においてどのような福祉的ニーズが潜在しているのか、今後も地域の各種会合やイベント等で情報収集を進めて、福祉法人・事業所として地域福祉の向上の一翼を担うことが期待される。</p> | | |
| 27 | Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a・㊦・c |
| <p>サービス提供地域である那須烏山市において水害が発生した際に、必要性を感じて事業所自ら行政と連絡を取り、自主的に救援活動を行った実績がある。事業所としては、今後も災害発生時には、所有している訪問入浴車の出動や医療スタッフの派遣等、様々な救援活動を行いたいと考えている。県内のいくつかの市や町に利用者が点在しており、法人として居宅介護支援、訪問介護、訪問看護、訪問入浴、障がい者就労支援等の複数の社会福祉事業を展開している実績があることから、今後も情報を入手しながらさらに公益的な事業や活動を展開することが期待される。</p> | | |

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 |
| <p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> | | |
| 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。 | a・㊦・c |
| <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供については、就業規則の中に「職員は介護対象者やその家族の尊厳とプライバシー等に関して十分な配慮を行わなければならない」と規定して、職員全体に共通理解を図っている。研修担当職員が年間の研修スケジュールを組んでおり、2023年度も「倫理及び法令遵守」についての研修を行い、職員全員が参加した。研修参加後は、参加した社員それぞれが報告書を上げて役職者が目を通し所属長がコメントを返している他、研修の資料は社内システムの共有フォルダーに保存して、職員は必要な際いつでもどこでも内容を確認することができるようになっている。また、職員間で理解度に差異が出ないよう、個人面談の際に各職員の理解度を把握して、個別指導を行っている。利用者を尊重した福祉サービスの提供について、就業規則内の規定のみならず、倫理綱領を策定して標準的実施方法にも組み込むなどして、日々繰り返し職員間で共有することが望まれる。</p> | | |
| 29 | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | a・㊦・c |
| <p>個人情報保護ポリシー、個人情報の開示及び証明書等発行規程および、厚生労働省のガイドラインに準じたプライバシー保護マニュアルがあり、職員誰もがいつでも見ることができるよう、社内管理システムの共有フォルダーに保存されている。職員の「就業規則」の中の「服務規程」にも、「職員は介護対象者やその家族の尊厳とプライバシー等に関して十分な配慮を行わ</p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| <p>なければならぬ」と記載してあり、職員が福祉サービスを提供する際に遵守するよう周知徹底している。訪問介護事業者として福祉サービスを行う中で、何が「プライバシー」にあたるのか、職員誰もが明確かつ具体的に把握できるよう、当法人が実施している訪問介護・訪問看護等の特性に応じた留意点や具体的な支援マニュアル等の作成が望まれる。また、個人情報保護とプライバシー保護について、職員が十分に理解を深めることができる研修等の取組をさらに進めてほしい。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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。 | a・㉑・c |
| <p>当法人では、創業時の熱い理念が伝わってくる個性的なホームページを作成しており、サービス内容も紹介されている。当事業所としては、高齢の利用者にとって良好なコミュニケーションを取る鍵になるキーパーソンは担当ケアマネジャーであると考えているため、契約にあたり利用者が不安や疑問に感じることについては、担当のケアマネジャーを通して丁寧に情報提供するよう心掛けている。現在使用しているパンフレットは法人の4つの事業全体についてのものなので、当訪問介護事業所の支援内容に特化したわかりやすい資料を作成して手渡せるようにすると、利用希望者がゆっくり判断できる一助になると思われる。</p> | | |
| 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・㉑・c |
| <p>福祉サービスの開始・変更にあたっては、利用希望者宅において契約することがほとんどなので、重要事項説明書と契約書を用いて職員が口頭で言葉を選びながら丁寧に説明するようにしており、必要であれば、何度でも説明に出向くようにしている。パソコンが見られない利用者には、持参したタブレットやスマートフォンを使ってホームページやこれまで実施したサービスの動画を見てもらい具体的なサービス内容を把握してもらうこともできる。また、対応した担当職員が、利用者に聞かれたこと、質問に答えた内容などの記録を社内SNSに残している。利用者によって自己決定がなされた際に、契約書へのサインが困難な利用者には、簡単に電子署名ができる設備（タブレット）も用意されている。ただ、自治体によって適用となるサービスについて判断基準が微妙に違うことや個別支援の希望には様々な内容が想定されるため、具体的な訪問介護サービスの内容についての資料は用意されていない。前項同様にすぐに判断できない高齢者等にも配慮して、後でゆっくり考えることができるよう、当事業所の具体的な支援内容についてわかりやすい資料を工夫して作成し手渡すことも有用であると思われるため、一考を期待する。</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・㉑・c |
| <p>利用者が他事業所へ移行する際は、福祉サービスの継続性に配慮して、必要な情報はケアマネジャーに情報提供するようにしている。また、求められれば、可能な範囲で情報提供ができる。ただ、これまで他機関と連携を取った記録は残されていないため、今後は手順書や引き継ぎ文書等を作成し、保存することが期待される。</p> | | |
| <p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p> | | |
| 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・㉒ |
| <p>「サービスを受ける利用者がどの程度満足しているか」の情報を把握する手段については、当事業所としては、アンケートの手法は統計学的に正確な情報源とするには難しい点があると考えており、現状では、利用者宅に置いている連絡ノートとサービス提供記録への記載内容を参考にするとともに、担当者が現場で利用者の声を聴き取ってフィードバックしているのみである。今後は、定期的に聴き取りを行うシステムを構築し、その報告をサービス改善に結び付けられるよう、組織的な取組がなされることを期待する。</p> | | |
| <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。</p> | | |

| | | |
|--|--|----------------|
| 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・ ⑥ ・c |
| <p>苦情対応マニュアルが整備され、苦情解決責任者（代表）だけでなく、必要な場合は苦情対応委員会（構成員：法人代表者、管理者および役職者、介護職員、看護職員、ケアマネジャー、事務職）を立ち上げるほか、第三者（顧問弁護士）の立ち合いを要請して解決を図ることができる体制を取っている。具体的には、苦情が発生した場合は、担当者がクレーム管理のアプリ内に苦情内容を記録後、上司が確認して対応を指示し、その対応結果も記録の中に残されている。</p> <p>実際に苦情を申し出た利用者には、対応結果を報告しているが、苦情内容、対応内容の公開はしていない。</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・ ⑥ ・c |
| <p>利用者が意見を述べやすい環境については、契約書で「サービス相談窓口」について知らせている他、担当者が直接利用者から相談などを聴き取っている。サービスを受ける側として遠慮がちな利用者や家族が些細な意見でも述べやすい体制を構築することで、新たな気づきを得ることや、サービス内容の改善につながることを期待できるため、組織として、利用者利用者家族に意見を述べやすい環境を整備して周知することが望まれる。</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・ ⑥ ・c |
| <p>利用者からの相談や意見を吸い上げるためのアンケート実施や対応マニュアルの整備はまだなされていないが、利用者宅に置いている連絡ノートへの記載内容や直接利用者から聴き取った相談や意見については、職員が社内共有SNSを利用して報告し、その場で代表や他の職員から回答やアドバイスが返答され、迅速に対応するようにしている。苦情対応マニュアルが整備され苦情解決の体制が整っていること、また当事業所はICTを活用して迅速な情報伝達方法が確立されていることから、一工夫することで、利用者からの個別意見をさらに吸い上げ、組織的かつ迅速に利用者全体のサービス改善に繋がれる可能性が高い。訪問介護という他者から目の届かない場所でのサービス実施を主な事業内容としている当事業所としては、相談対応マニュアルを作るなど、利用者の意見を吸い上げて全体的なサービス改善に活かす仕組みを早急に確立することが望まれる。</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・ ⑥ ・c |
| <p>利用者宅を訪問した際に起きたヒヤリハット事案については、その都度ヒヤリハットのアプリを使って報告している。「介護事故発生時の手順」については社内管理システムの掲示板に保管されており、担当者はいつでも出先で確認することができる。事故報告書は社内管理システムに提出され、その後、関わっている担当者全員と役職者によってカンファレンスを開催し、カンファレンスの内容はサーバー内に残されている。また、重要案件は市へ報告書が提出される。これらの報告を今後の全体的なサービス改善に結び付けられるよう、研修等で振り返りの機会を作るなど、さらなる組織的な取組を期待する。</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。 | ① ・b・c |
| <p>地方自治体の行政職として感染予防対策整備にかかわった経験がある代表者自らが主導して、早い段階で「新型コロナウイルスCOVID-19 なすの在宅生活支援センター感染対応マニュアル」が策定されている。新型コロナウイルス感染症だけでなく、他の感染症に関しても、このマニュアルを基本として対応することになっている。役職者3名と職員2名による感染対策委員会を設置しており、委員会が主導して研修を複数回行っている。感染症BCPの他、事業所内清掃・消毒マニュアル、ガウンテクニック、社用車内清掃・消毒マニュアルが整備されているほか、利用者の主治医と連絡が取れなかった際などの緊急事態に備えて、インタ</p> | | |

| | | |
|---|-----------|---|
| <p>一ネットの医療相談機関との契約が締結されており、事業所としてすべての診療科に対して24時間365日医療的な相談ができる体制が整っている。</p> <p>実際のサービス提供にあたっては、調理の際の衛生管理を徹底し、利用者宅の清潔や衛生状態を保つことに気を配っている。</p> | | |
| 39 | Ⅲ-1-(5)-③ | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">㉑・b・c</p> |
| <p>前項同様、代表者主導のもと、当法人の顧問弁護士にも相談しながらBCPを策定している。災害発生時は、代表から役割分担が指示され、代表不在時は統括職がその代理を行うことになっている。策定されたBCPは、社内管理システムの掲示板に掲示しており、職員はいつでも確認することができる。災害発生時、社内での情報共有は社内SNSを利用し、情報により共有の範囲も指定されている。介護度の高い利用者については、災害発生時に自治体にも連絡をすることになっているため、担当者が可能な限り利用者の状況を確認して情報提供する体制を取っている。今年度、実際に利用者へのサービス提供中に、地震発生を想定した訓練も実施した。</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 | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">㉑・b・c</p> <p>標準的な実施方法については文書化されていて、介護アセスメントシステムの共有フォルダーで職員全員に共有されており、職員はいつでも確認することができる。各職員が出先で標準的な実施方法に基づいてサービスを実施しているかどうかについては、管理者が同行して確認するようにしている。利用者に対して担当者を固定していないため、担当者によりサービス内容に差異が出ないように、社内SNS等を利用して、具体的なサービス内容について職員間で情報共有するよう工夫している。</p> |
| 41 | Ⅲ-2-(1)-② | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">a・㉒・c</p> <p>利用者に提供されている実施方法を見直すことは随時行われているが、標準的な実施方法そのものを検証し見直す機会は持たれていない。例えば、利用者を尊重した福祉サービス提供について、現状の標準的な実施方法の中では言及されていない。標準的な実施方法自体を定期的に見直すことは、福祉サービスの質に関する職員の共通認識を育むとともに、利用者の新たなニーズに対応したり、社会状況の変化に即してより良いサービスが行われることにつながるため、PDCAのサイクルによって検討し、組織として継続的に行うことが求められる。</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 | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">㉑・b・c</p> <p>サービス開始前のアセスメントについては、事前に担当のケアマネジャーから基本情報を入手して、サービス提供責任者か、もしくは担当となる介護職員が業務管理アプリの定型書式を利用してアセスメントを行っている。3か月に1回、担当している職員で利用者の普段の様子を話し合い、定期的に更新している。利用者からの聴き取りは、利用者が緊張しないよう、担当介護職員が支援中に日常会話の中で傾聴しながら聴き取りを行うようにしている。アセスメントにより得られた課題を解決するために必要な目標を設定し、具体的な対応策を関係職員で協議の上、サービス提供責任者が福祉サービス実施計画に反映させている。例えば、普段は一人で料理をしている利用者については、負担を軽減するよりも、介護職員と一緒に調理することで残存能力を維持するよう計画に盛り込んでいる。担当が必要だと判断した際には、緊急で再アセスメントを行っている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p>介護サービス実施計画は、6か月に1回（必要なときは随時）、主にサービス提供責任者が評価・見直しを行っている。担当介護職員が聴き取った利用者および利用者家族からの意向については、その都度、担当のケアマネジャーに伝えている。モニタリングは1か月に1回実施しており、サービス提供票の実績と一緒に、利用者の様子を文章にして担当ケアマネジャーに送っている。要介護度が変わったり、利用者の様子の変化したりして担当介護職員が必要だと判断した際は、主にサービス提供責任者が再アセスメントを行っている。そのあと、担当ケアマネジャーの招集により、利用者・ケアマネジャー・担当介護職員・必要に応じて訪問看護師や福祉用具担当が一堂に会して担当者会議を開催し、ケアマネジャーが立てた介護計画に基づいて、サービス提供責任者が介護サービス実施計画を作成している。見直された実施計画については、業務管理アプリにアップされ、他の担当者にも共有されている。</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、職員間で共有化している。 | ㉑・b・c |
| <p>介護サービスの記録は、業務管理アプリに定型の書式があり、担当介護職員が利用者の状況や計画の実施状況等を、特記事項も含めて日々記録している。申し送りはスマートフォンのトークツールもしくはSNSで行われており、SNSは利用者ごとにルームが分かれていて、すべてのやり取りがわかるようになっている。介護記録やSNSのやりとりについては、訪問介護を担当する全職員が見ることができる。SNSの記録は膨大であるが、以前の記録についても検索機能ですぐに見つけることができる。基本的に訪問看護の記録を訪問介護事業所の職員は見ることができないが、介護でかかわっている利用者が訪問看護サービスを同時に受けている場合は、担当の介護職員は見ることができるようになっている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p>法人として、個人情報保護に関する基本方針を定めており、契約時には契約書の秘密保持に関する項目で確認するとともに、利用者とは個別に個人情報使用同意書を取り交わしている。利用者に関する記録（書面）については、契約書はすべてデータとしてクラウド内及び自社サーバーに保管されている。介護記録も業務管理アプリのクラウド内に保管されており、一部利用者の個別ファイルについては、事業所内の鍵のかかる保管庫で適切に管理されている。基本的に、当事業所では諸々のデータについては、すべて自社サーバー（メインとサブ）内のクラウドで管理され、ウィルスによる攻撃にも適切に対処できる管理がなされている。データへのアクセス権は「情報取り扱い者名簿及び情報管理体制図」によって規定されている。また、職員に対しては年に1～2回プライバシー保護と個人情報保護に関する研修を実施している。</p> | | |

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 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 | 評価外 |
| 入所又は通所施設ではないため、この項目は評価の対象外である。 | | |
| A② | 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・㉑・c |

ケアマネジャーが立てた居宅介護サービス計画（ケアプラン）を受けて事業所内で策定した介護サービス実施計画に則り、利用者の希望や意向に沿いながら身体介護や生活援助（家事援助）のサービスを提供している。介護サービスは、どの介護職員が担当しても同じように提供できるよう、利用者の情報を共有し、ローテーションで全員が担当するようにしている。あらかじめ、利用者や家族とサービスの範囲や関わり方を協議し、その範囲内で通常のサービスを実施するが、要介護度や本人の状況が変わった時には、担当ケアマネジャーと情報を共有し、支援内容を変更することもある。あらかじめ決めたサービス内容を超えた要望には応えられないが、場合によっては利用者の10割自己負担のサービスを組み合わせ、利用者の自立した生活を支えることもある。

日々の支援に当たっては、例えば、買い物先を変更せざるを得ないときや、利用者の要望の品物がなくて変更が必要なときは、必ず利用者に電話で確認してから買い物をするようにしているなどの例があるように、利用者の意思を尊重したサービスを実施している。

日々の介護サービス、特に生活援助は時間の枠内で実施することになるため、介護職員のペースで実施されることもある。今後、声かけや確認をしながら調理を行うなど、利用者のさらなる自立を促すような援助・支援の仕方を工夫することが期待される。

| | | |
|----|---|-----|
| A③ | A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。 | 評価外 |
|----|---|-----|

入所又は通所施設ではないため、この項目は評価の対象外である。

| | | |
|----|--|----------------|
| A④ | 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・ ④ ・c |
|----|--|----------------|

毎年、接遇の研修を実施し、利用者や家族に接する時の注意点や基本的なマナー（敷居や畳の縁を踏まない、玄関では靴を揃える、名刺の交換の仕方等々）、言葉遣いなどを学んで、支援での利用者の尊厳に配慮することに努めている。利用者の呼び方は、馴れ馴れしくならないように名字に「さん」付けを基本としていて、利用者が希望する場合は下の名前で呼ぶことや、夫婦の場合は区別できるようにそれぞれの呼び方を工夫している。

目や耳に不自由がある利用者とのコミュニケーションについては、本人の希望を聞いてそれぞれにあった方法で対応している。利用者個別の希望や接する際の注意事項はSNSを介して介護職員同士で共有し、誰でもが同じように対応できるようにしている。

職員が利用者からハラスメントを受けることもあり、事業所としての対処方法を決めて取り組んでいるが、職員の定着を阻む事象でもあるので、今後とも情報共有と職員への研修、相談・支援を継続していただきたい。

A-1-(2) 権利擁護

| | | |
|----|-----------------------------------|-------------|
| A⑤ | A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | ⑤ ・c |
|----|-----------------------------------|-------------|

当訪問介護事業所は居宅介護支援や訪問看護、訪問入浴の各事業が併設されており、「高齢者虐待防止に関する指針」および「身体拘束適正化のための指針」を策定し、社内管理システム上に掲載している。また、就業規則の中に「職員は介護対象者やその家族の尊厳とプライバシー等に関して十分な配慮を行わなければならない」と規定して、職員全体に共通理解を図っている。法人全体で虐待防止委員会を設置して、事業における身体拘束防止や虐待防止について検討し、研修を年に複数回実施して、職員の介護サービス実施における身体拘束・虐待防止を図っている。訪問介護では、身体拘束は実務的にほぼ想定されていないが、やむを得ず緊急・一時的に身体拘束をする場合の三原則も指針で示し職員に徹底している。

家族から利用者につなぎ服を着せることを要求されたり、家族が利用者を机や椅子で囲って身動きのできない状況にしている場面を見たりした場合には、家族にそれらが身体拘束や虐待に該当することを伝え、事業所が身体拘束や虐待をしない介護に取り組んでいることを理解してもらおうようにしている。

A-2 環境の整備

| | | 第三者評価結果 |
|-------------------------------|---|---------|
| A-2-(1) 利用者の快適性への配慮 | | |
| A⑥ | A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 | 評価外 |
| 入所又は通所施設ではないため、今項目は評価の対象外である。 | | |

A-3 生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|---|--------------------------------------|----------------|
| A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援 | | |
| A⑦ | A-3-(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・ ⑥ ・c |
| <p>入浴支援に当たるときは、バイタルを測り健康状態や心身の状況を観察して、異常がない場合に実施している。入浴方法は危険がないことを前提に、利用者の希望に沿って、一人ひとりに合わせた形で実施している。入浴支援中には、常に声かけをしながら身体の状態を観察し、傷やあざなど変わったことがあれば、写真を撮って家族やケアマネジャーに報告している。通常の入浴支援では、その旨をサービス提供記録簿に記入し、特記事項は連絡ノートに記入して家族に入浴の状況を知らせている。利用者の状態が悪くなり、家庭の浴槽では対応できなくなった場合は、家族やケアマネジャーに報告し、訪問入浴などの利用を相談・検討している。</p> | | |
| A⑧ | A-3-(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・ ⑥ ・c |
| <p>排泄の支援は、介護サービス実施計画に沿って一人ひとりの状況に合わせて行っている。転倒の危険がある利用者にはトイレまで付き添って誘導し、計画にトイレ誘導の指示があれば、利用者の意向を尊重しながらも、羞恥心に配慮しつつトイレに行くことを促すようにして排泄の自立を支援している。</p> <p>利用者に対して、普通はローテーションでどの介護職員も担当することになっているが、入浴やトイレ介助では男性介護職員を拒否する利用者もいるため、女性の介護職員に固定することもある。また、ストマを使用している利用者については、処理は利用者が自分で実施できても、トイレ周りの掃除は介護職員が必ず行い、清潔と衛生状態の確保に努めている。</p> <p>排泄の状況に変化が見られた場合は、その情報を共有し、対応を変えることもあり、また、ケアマネジャーにも報告している。</p> | | |
| A⑨ | A-3-(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・ ⑥ ・c |
| <p>室内でも屋外でも、足元が不安定な利用者には見守りを行い、歩行が覚束なくなった場合は、杖や車椅子などの福祉用具の必要性を検討して、ケアマネジャーに伝え対処してもらっている。通常、介護保険において車での移動に係る報酬請求はできないが、家族の事情で通院介助を行ったことがある。その場合は、市の担当課に相談し、利用者の自己負担で往復タクシーを利用して付き添うという形を取った。利用者が翌日に通所介護を利用する時には、送り出す準備を整えておくようになっている。</p> | | |
| A-3-(2) 食生活 | | |
| A⑩ | A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | a・ ⑥ ・c |
| <p>食材の調達や調理を必要とし援助を希望する利用者は多く、朝食のみの場合や夕食だけの場合、昼食と夕食と一緒に作って作り置きする場合などケースは様々である。調理方法や味付けは利用者に聞きながら取りかかる場合と、一切任されている場合がある。調理方法などは特に</p> | | |

| | | |
|---|---|----------------|
| <p>研修の機会を設けていないため、担当職員によって出来上がりにばらつきがある。ただ、食事介助の必要がない利用者については、どのように食べているのか観察することはできず、味付けはどうだったか確認する時間もない。調理や食事介助について、研修や反省の機会を作ることや、調理の際、利用者に味見をしてもらうなどの取組が期待される。</p> | | |
| A⑪ | A-3-(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・ ㉔ ・c |
| <p>食事介助が必要な利用者の食事は、利用者の身体的状況や健康状態、栄養面などを考慮し、食材の選び方や調理方法、軟らかさ、形などを工夫して提供している。利用者の身体状況が変化した場合は、社内SNSで情報を共有して次のサービスに活かすようにしている。状況の変化が著しい場合は、ケアマネジャーにも連絡し、サービスの提供方法などの変更を行っている。</p> | | |
| A⑫ | A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a・ ㉔ ・c |
| <p>自分で歯磨き等が行える利用者については、特段の支援はしていないが、ほぼ寝たきりの利用者の場合には、ケアマネジャーが立てるケアプランや事業所で作成する介護サービス実施計画に沿って、食事の介助に際して口腔ケアを実施して、口腔衛生や肺炎予防に努めている。歯や口腔内に異常が見られた場合は、家族やケアマネジャーに伝え、他の介護職員とも情報を共有して、歯科診療を勧めたり、支援の方法を工夫したり、介護サービス実施計画の見直しをしたりしている。以前の介護サービス提供の際に懇意になった歯科医師にその後も継続して相談できる体制ができている。</p> | | |
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| A⑬ | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | a・ ㉔ ・c |
| <p>介護職員は社内で研修を受けて、褥瘡の発生予防や介助方法、注意点などを学んでいる。現在対象となる利用者は少ないが、利用者の体位交換など褥瘡予防や褥瘡状況の観察などをして情報を共有している。褥瘡の状況については、担当のケアマネジャーにも伝えており、訪問看護や訪問入浴の事業所等と連携、協力して支援に当たっている。</p> | | |
| A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | |
| A⑭ | A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。 | 非該当 |
| <p>現在、喀痰吸引等を実施する事業所としての登録をしていないため非該当とする。</p> | | |
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防 | | |
| A⑮ | A-3-(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・ ㉔ ・c |
| <p>プログラムに則った機能訓練は訪問介護サービスの枠外であるが、例えば掃除など生活の中で利用者ができることは、なるべく利用者本人にしてもらって、身体能力の維持や介護予防を図っている。ただ、限られた時間の中で、本人が家事に取り組むことを支援するのは難しい場合もあるため、介護職員がすべてをやってしまうことも多い。</p> <p>配偶者を失い気力が失せて掃除や食事がおろそかになっていた利用者、介護職員の生活援助が入ることによって、言葉や気力にも変化が見られ健康状態が回復したという事例がある。このような訪問介護サービスの好影響が見られる結果は、介護職員の励みともなっている。</p> | | |
| A-3-(6) 認知症ケア | | |
| A⑯ | A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | a・ ㉔ ・c |

| | | |
|--|---|----------------|
| <p>利用者本人の身体状況や生活状況については、社内SNSを通して情報を共有している。また、認知症についての研修を行い、理解を深めている。認知症の症状や行動状態等に変化があれば情報共有するとともに、認知症の種類によっては、対応が難しい場合があるため、介護職員それぞれが対応の工夫を伝え合って介護支援に活かしている。</p> <p>家族から利用者の変化について相談があれば、受診するための病院を紹介したり、ケアマネジャーに状況を伝えて家族の相談に対応してもらうようにしている。</p> | | |
| A-3-(7) 急変時の対応 | | |
| A⑰ | A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。 | a・ ⑰ ・c |
| <p>緊急時の対応については、マニュアルが整備されているほか、研修を実施して対応方法を習得している。サービス提供時に利用者本人の健康状態が思わしくないときは、社内SNSで状況を説明し、他の介護職員と情報を共有するとともに、対応方法を相談しアドバイスを受けている。利用者の体調が思わしくない時は、かかりつけ医や事業所の看護師に連絡して相談し、緊急を要すると判断した場合は救急車の手配をするとともに、家族への連絡やケアマネジャーへの連絡を取っている。</p> <p>インターネットの医療相談機関と契約しており、相談することができる体制になっている。</p> | | |
| A-3-(8) 終末期の対応 | | |
| A⑱ | A-3-(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。 | 非該当 |
| 現在、項目の対象となる事例がないため非該当とする。 | | |

A-4 家族等との連携

| | | |
|---|------------------------------------|----------------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-4-(1) 家族等との連携 | | |
| A⑲ | A-4-(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・ ⑲ ・c |
| <p>通常の生活援助（家事援助）や身体介護は、ケアマネジャーが立てるケアプランに則り作成した介護サービス実施計画に沿って提供している。利用者の状況は家族からも詳しく聴き取り、本人の意向を踏まえてサービス提供が実施されるが、日々の細かい支援の方法は、利用者本人に確認しながら進めている。利用者の健康や身体の状態、生活の状況に何か変化が見られた場合は、家族に連絡を取るほか、担当のケアマネジャーにも連絡し、また、サービス提供責任者を中心とした介護職員間で情報を共有して、以降のサービス提供内容・方法やサービス実施計画、ケアプランなどの変更について話し合っている。</p> <p>介護サービスを提供した後は、複写式のサービス提供記録簿に、その日のサービス内容や家族への伝言を記入し、記入欄が足りないときには付箋や別に用意して利用者宅に備えている連絡ノートなどを利用して、家族に確認してもらっている。連絡ノートには家族からの返答や要望が記入されている場合もあり、家族からの相談があれば、主にサービス提供責任者が対応し、必要があれば担当のケアマネジャーにつないでいる。</p> <p>身体介護サービスを提供している場合は普段から家族との交流があり相談を受けやすいが、生活援助のみの利用の場合は介護職員が家族と接点を持つことが少なく、家族の意向を直接聴き取る機会は少ない。何らかの方法で家族との交流が持てるような工夫が期待される。</p> | | |

A-5 サービス提供体制

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制 | | |
| A⑳ | A-5-(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・㉑・c |
| <p>各利用者の状況は事業所内のSNSと記録で共有されており、利用者へは個別的にサービスが提供されている。介護職員は様々なテーマの研修を受けており、必要に応じてSNSを介した相談支援を受けることもでき、サービス提供責任者が訪問介護についてのスーパーバイズを行っていて、介護サービスの質の平準化を図っている。利用者別に介護職員を固定化せず、どの利用者にも対応できるようにローテーションが組まれており、不測の事態にも対応できるようになっている。</p> <p>外部の医療相談機関と提携していて、病状に関わる相談が行える体制がある。さらに、内容によっては顧問弁護士の判断を仰ぎ、介護保険制度の適用の詳細について厚生労働省や各自治体の見解に注意を払って事業所運営を実施し、サービス提供体制を整えている。</p> | | |