

2020年度
福祉サービス第三者評価 結果報告書

社会福祉法人 悠遊
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
24時間ホームケア えごた

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
報告書表紙（公表同意書）	1
事業者の理念等（事業プロフィルⅡ）	2
利用者調査	3
サービス提供のプロセス項目	6
サービスの実施項目	11
利用者保護に関する項目	15
全体の評価講評	16

【添付資料】

◆ 職員自己評価・利用者調査 集計結果

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 141-0031

所在地 東京都品川区西五反田1-26-2 五反田サンハイツ714号

評価機関名 特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

認証評価機関番号

機構 02 - 004

電話番号 03-3494-9033

代表者氏名 新津 ふみ子



以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		修了者番号			
	① 鳥海 房枝		H0301065			
	② 佐久間 尚実		H1801059			
	③					
	④					
	⑤					
	⑥					
福祉サービス種別	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
評価対象事業所名称	24時間ホームケアえごた			指定番号 1391400569		
事業所連絡先	〒	165-0022				
	所在地	東京都中野区江古田3丁目3番22号				
	TEL	03-5913-1872				
事業所代表者氏名	管理者 高橋貞子					
契約日	2020年 8月 31日					
利用者調査票配付日(実施日)	2020年 9月 19日					
利用者調査結果報告日	2020年 10月 9日					
自己評価の調査票配付日	2020年 9月 19日					
自己評価結果報告日	2020年 10月 9日					
訪問調査日	2020年 10月 20日					
評価合議日	2020年 12月 5日					
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業の評価実績のある評価者と運営についてよく理解している評価者の2名が、今回の評価を一貫して実施した。 ・利用者アンケート調査票の様式は、文字を大きくするなどして、読みやすいようにする工夫をした。 ・合議は、ヒアリング直後と報告書作成時に実施した。 ・評価過程で事業所が気づきを得て改善を図り、その継続性が見込める取り組みについては評点と講評に反映させた。 ・全評価過程にわたって、事業所および利用者の個人情報保護に配慮した。 					

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、
 ● 機構が定める部分を公表することに同意します。

○ 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。

○ 別添の理由書により、公表には同意しません。

2021年 2月 9日

事業者代表者氏名 社会福祉法人 悅遊
 執事長 鈴木 礼子



1	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
	<p>事業者が大切にしている考え方(事業者の理念・ビジョン・使命など)のうち、特に重要なものの(上位5つ程度)を簡潔に記述 (関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定)</p> <p>1) 利用者一人ひとりの方の「生活の質」「生命の質」「自己決定」「あたりまえの生活欲求」の実現を目指すことをサービス提供の目的にして取り組んでいきます 2) 住み慣れた家で、自分らしく安全で安心して暮らせるよう心のこもったケアに努めます 3) 職員の人才培养と安心して働ける職場をつくっていきます 4) 要介護状態にある高齢者に対し、適正な指導、訪問介護を提供します</p>
2	期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）
	<p>(1) 職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康状態や時間の管理を適切に行い、自己管理ができる人 ・社会人として自分の言動に責任を持てる人 ・仕事にやりがいを持って取り組める人 ・組織の一員としてルールが守れる人 ・仲間意識を忘れずに、スタッフとチームを大切にする人 <p>(2) 職員に期待すること(職員に持つて欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・組織の一員として自分に何ができるのか、自分は何をすべきなのかを考え、適切な目標を定めて努力し、自分自身で考え行動できる職員であること

調査対象	◆調査対象者： 現在の利用登録者全員(8名)を調査の対象とした
調査方法	◆アンケート調査 利用登録者全員(8名)を対象に、アンケート調査を実施した。アンケート調査用紙の配布は事業所に委ね、回収は郵送により評価機関が直接行った
利用者総数	8
共通評価項目による調査対象者数	8
共通評価項目による調査の有効回答者数	6
利用者総数に対する回答者割合(%)	75.0

利用者調査全体のコメント

- ◆総合的な満足度は「大変満足」1名(16.7%)、「満足」3名(50.0%)、「不満」1名(16.7%)、「無回答」1名(16.7%)という結果でした。
- ◆日頃から事業所に対して感じている意見・要望は、回答者のうち1名から寄せられています。その内容は「職員が希望を聞いてくれないときがある」というものでした。
- ◆アンケート調査の各質問項目の回答を見ると、肯定率が5割をこえなかった項目は、問8「個別計画」、問9「サービスや計画に関する職員の説明」の2項目でした。一方、回答者全員が「はい」と回答した肯定率100%の項目が11項目中6項目ありました。
- ◆回答票に記述されたコメントは多くありませんでしたが、今回の調査結果を、今後の事業所運営に役立てていただきたいと思います。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答 非該当
1. 職員が替わる場合も、安定的なサービスになっているか	6	0	0	0
「はい」の肯定的回収率は100.0%でした。コメントはありません。				
2. いつでも通報ができ、依頼・相談等に対応されているか	6	0	0	0
「はい」の肯定的回収率は100.0%でした。コメントはありません。				
3. 職員から必要な情報提供・助言を受けているか	5	1	0	0
「はい」の肯定的回収率は83.3%でした。「どちらともいえない」とともに、いずれもコメントはありません。				

4. 職員の接遇・態度は適切か	6	0	0	0
「はい」の肯定的回数率は100. 0%でした。コメントはありません。				
5. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	6	0	0	0
「はい」の肯定的回数率は100. 0%でした。コメントはありません。				
6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	6	0	0	0
「はい」の肯定的回数率は100. 0%でした。コメントはありません。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	6	0	0	0
「はい」の肯定的回数率は100. 0%でした。コメントはありません。				
8. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	3	3	0	0
「はい」の肯定的回数率は50. 0%でした。「どちらともいえない」とともに、いずれもコメントはありません。				
9. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	3	2	1	0
「はい」の肯定的回数率は50. 0%でした。「どちらともいえない」(33. 3%)、「いいえ」(16. 7%)とともに、いずれもコメントはありません。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	5	0	1	0
「はい」の肯定的回数率は83. 3%でした。「いいえ」の回答とともに、いずれもコメントはありません。				

11. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	5	1	0	0
「はい」の肯定的回筈率は83.3%でした。「どちらともいえない」とともに、いずれもコメントはありません。				

I サービス提供のプロセス項目(サブカテゴリー1~3、5~6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリー1	
1 サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		
評点(○○○○)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり ○ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり ○ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり ○ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり ○ なし	4. 利用希望者等の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評		
独自のリーフレット、ホームページ、行政のハートページ等で事業所情報を提供している 事業所情報を提供するために、独自にリーフレットを作成し、これを病院、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなどに配布している。また、法人本部が作成しているホームページでも当事業所が紹介されている。その他には、行政が発行している「中野区ハートページ」がある。独自のリーフレットは、1枚で事業全体を紹介しているものと、4枚組でテーマを決めて事業所の特徴を踏まえた対応について掲載しているものがある。4枚組のリーフレットは、大きな字とイラストを用いるなど、高齢者に配慮した表現と構成になっている。		
周囲に当サービスを理解してもらうため、さまざまな取り組みを実施している 「包括ケアシステム」の構築を目指して創設された当サービスの特徴を生かすため、サービス提供の要となる居宅介護支援事業所の理解を得られるよう活動している。当事業所は2019年9月の開設であるが、事業が軌道に乗ったのは2020年4月からである。開設当初は近隣の居宅介護支援事業所20カ所にリーフレットを配布している。その際に寄せられた質問は「訪問回数」に関する内容が多かったので、管理者は当事業の特徴についてさらに丁寧に説明する必要のあることを、現在も感じている。		
電話で利用の問い合わせがあると、担当ケアマネジャーに「基本情報」の作成を依頼する サービス利用の問い合わせの大半は居宅介護支援事業所からで、これには管理者が対応している。利用の問い合わせが入ると、担当ケアマネジャーに対して「基本情報(新規申し込み書)」への必要事項の記入を依頼し、それをファックスで折り返し送信してもらう。この基本情報を確認しながら、管理者はケアマネジャーに電話して、さらに「相談受付シート」を作成し、これらの書類を利用予定者の事前訪問時に活用している。なお、現在はこれらの書類の作成を管理者が行っているが、今後は全職員が対応できるようにしたいと考え、取り組み始めている。		

サブカテゴリー2	
2 サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている	評点(○○○)
評価	標準項目
① あり ○ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している <input type="radio"/> 非該当
② あり ○ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている <input type="radio"/> 非該当
③ あり ○ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している <input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている	評点(○○○○)
評価	標準項目
① あり ○ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している <input type="radio"/> 非該当
② あり ○ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている <input type="radio"/> 非該当
③ あり ○ なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている <input type="radio"/> 非該当
④ あり ○ なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている <input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評	
サービスの利用開始にあたっては重要事項説明書を用い、支援内容を丁寧に説明している サービス利用の依頼を受けると、管理者(計画作成責任者兼務)は、利用予定者を事前訪問する。その際には、ケアマネジャーの同席も得て、利用意思の確認、身心の状態、住環境など生活状態のアセスメント情報を把握する。把握した情報は、所定の「アセスメントシート①・②」および「定巡・訪問・事前面接調査表」に記録し、初期支援に活かしている。利用の開始に先立って、利用上の基本ルールや重要事項について説明し、内容を了解してもらった上で利用契約する。なお、説明は重要事項説明書を用いて行っている。	
当サービスの特徴を理解できるように、サービス利用を事例で示すなどの工夫をしている 当サービスの特徴を踏まえた利用方法は、ケアマネジャーも十分には理解していないほどなので、利用者・家族が理解している例は少ない。そのため、包括的な利用料金設定やケアコール機の利用方法などを具体的に事例をあげて説明している。個人情報の利用範囲については「スマケア」の使用を含めて個人情報同意書2通を作成し、利用者と事業所がそれぞれ保管する。緊急事態発生に備えて「緊急連絡カード」も作成している。また、サービスの特性上、複数名の介護ヘルパーが訪問することも説明し、サービス開始後に齟齬が生じないように配慮している。	
利用開始直後の不安軽減のために、生活習慣を尊重した支援手順書を作成・共有している ケアマネジャーからの事前情報や事前訪問時に把握した情報に基づき、利用者の生活習慣を尊重した支援手順書を作成し、複数名で訪問する介護ヘルパーが統一した支援をできるようにしている。日々の利用者の状況は、訪問直後にスマートフォンから入力し、関係者間の連携を図っている。訪問時には、コミュニケーションの深化と関係づくり、約束した訪問時間を不安なく待てるかなどを観察している。状態の悪化による入院や他の在宅サービスへの移行でサービスが終了する。特に在宅サービス移行による終了の際は、引き継ぎ情報を提供するようにしている。	

サブカテゴリー3															
3 個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	8/10													
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 評点(○○●)															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td>○ あり ● なし</td> <td>3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当	● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当	○ あり ● なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当
評価	標準項目														
● あり ○ なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当													
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当													
○ あり ● なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当													
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の計画を作成している 評点(○○●)															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成し、柔軟に見直しをしている</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td>○ あり ● なし</td> <td>3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成し、柔軟に見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当	● あり ○ なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	<input type="radio"/> 非該当	○ あり ● なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当
評価	標準項目														
● あり ○ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成し、柔軟に見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当													
● あり ○ なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	<input type="radio"/> 非該当													
○ あり ● なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当													
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(○○)															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当	● あり ○ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当			
評価	標準項目														
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当													
● あり ○ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当													
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(○○)															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している</td> <td><input type="radio"/> 非該当</td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当	● あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当			
評価	標準項目														
● あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当													
● あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当													
サブカテゴリー3の講評															
短期間で他サービスに移行するため、アセスメントの定期的な見直し時期は定めていない <p>サービスの開始前に、管理者が兼任する計画策定責任者が、利用者を担当するケアマネジャーからの情報と事前訪問の際に把握した情報に基づき、所定のアセスメントシートを作成する。このアセスメントシートの作成プロセスを通じて、解決すべき課題に優先順位をつける。ケアマネジャーが支援の方向性を示したケアプランを踏まえ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画(介護計画)の原案を作成する。原案は在宅ミーティングで検討・承認される。アセスメントは、入院等による状態変化時などには随時見直しているが、定期的な見直し時期は定めていない。</p> <p>利用者ごとに「手順書」を作成し、支援の提供における統一性を図っている</p> <p>介護計画に基づき、利用者ごとに支援の「手順書」を作成している。これは、複数名の介護ヘルパーが巡回訪問するため、支援内容に統一性を持たせるためである。そのため、この手順書の内容は、利用者の状態に応じて柔軟に変更している。また、この手順書は、支援にかかる全職員のスマートフォンに発信され、職員間の情報共有が図られている。介護計画そのものも、利用者の状態変化に応じて見直すこともある。なお、介護計画は必要に応じて変更しているが、現状ではそれを介護計画見直しのしくみとして整備するまでには至っていない。</p> <p>ITを活用したシステムにより、利用者情報の共有化を図っている</p> <p>利用者に関する情報は、ITを活用したシステムで全職員が共有している。そのため、新規に利用者を担当する介護ヘルパーにも、システム(スマケア)に入力された計画・手順書を示しながら留意点を説明できる。同時に、主治医や訪問看護師とも情報共有できるシステムのため、相互の連携も容易にできる。記録内容は「職員間で共有する事項」(主として家族のこと)と「外部の関係者と共有する事項」の2段構えにしている。日々の様子は、リアルタイムの入力(記録)と、職員のみへの周知内容は特記事項として入力し、紙媒体でも引き継ぎ連絡している。</p>															

サブカテゴリーサブカテゴリーワーク		
5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリーワークの標準項目実施状況	5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している	評点(○○○)	
評価	標準項目	
① あり ○ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
② あり ○ なし	2. 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	<input type="radio"/> 非該当
③ あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している	評点(○○)	
評価	標準項目	
④ あり ○ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
⑤ あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリーサブカテゴリーワークの講評		
個人情報の取り扱いは契約時に書面で説明し、同意書によって承諾を得ている 個人情報の取り扱いは、利用契約の際に「利用者個人情報の利用について」という書面を利用者・家族に提示している。その書面を用いて、法人内部で個人情報を利用する場合や他の事業所等へ個人情報を提供する場合などの個人情報利用の目的、および個人情報の保管と破棄の方法などについて説明した上で、利用者・家族から「個人情報使用同意書」に署名・捺印をもらい、承諾を得ている。		
利用者の尊厳に関わる事項は、所内でのみ共有するスマートフォンの特記事項で管理する 利用者が語る経験や自慢話は、事実とは異なっている場合もあるが、語られた内容が事実か否かを問わずにそのまま受け止め、利用者の話に共感するようにしている。そのような利用者の尊厳に関わる事項などの情報は、スマートフォンの情報共有システムにも記録しているが、家族、ケアマネジャー、主治医等にも知られたくないこともあるため、当該事業所内でのみ共有できる「特記事項を記載する場所」に記録し、外部に対しては、関係機関と情報共有の必要がある場合にのみ提供するようにしている。		
介護を拒否する利用者とは支援について一緒に考え、話し合うことを大切にしている 利用者の多くが認知症を抱えているため、自分が人の世話をになることを受け入れられないという場合も多い。そのため、ヘルパーの支援を拒否することや、何度も同じ話を繰り返し、支援を受け入れようとしない利用者もいる。そのような利用者の場合には、支援のことなどをゆっくり一緒に考えて、話し合ってから介護に入るようになっている。また、認知症の利用者の場合は、特に利用者本人の意思だけではなく、場合によっては家族の意思もそれ以上に尊重しながら、利用者ができるだけ安全に生活できるように支援している。		

サブカテゴリー6		
6 事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	2/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		
評点(○●●)		
評価	標準項目	
(●)あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
○あり (●)なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
○あり (●)なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		
評点(○●)		
評価	標準項目	
○あり (●)なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
(●)あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー6の講評		
事業開始後、サービス提供に必要な「手引書」等を順次整備してきている 利用者に提供するサービスを事業所として標準化するために、当事業所では「マニュアル」「手引書」を順次整備してきている。特に、介護ヘルパーが複数名で順次訪問するため、利用者ごとに作成する「サービス手順書」とその共有を何よりも重視している。当事業では個別の事情に合わせながら職員が統一した方法で行う必要があるためである。なお、当事業所の職員構成は、全員が常勤職員であり、それがオペレーターも担当しているため、情報共有は容易な環境にある。		
マニュアル類は順次整備している途上にあり、定期的な見直し時期は定めていない 実際に当事業所がスタートしたのは、2020年4月であるが、この間、職員も全員が常勤で、オペレーターも兼務している。そのような環境下で整備している書類のなかでも、利用者ごとに作成する支援の「手順書」を最重視している。マニュアルは、法人が整備しているものがあるが、これを当事業所の特徴を反映させた内容に追加・変更する必要があり、そのために順次取り組んでいる途上にある。なお、サービスの適切性の検討手段としてはマニュアルを活用できていない。また、定期的な見直し時期もまだ定めていない。		
整備されているマニュアルの使いづらさに気づいたとき、そのつど変更している サービス提供のための「手順書」を作成したり、サービス内容に変更が必要になった場合などは、ミーティングや申し送りなどで検討しながら、手順書の内容を変更している。その際に、マニュアルに照らすことはあるが、これまでの経験上、マニュアルが参考になったことは少ない。そのため、どのように変更すれば、当事業所として使えるマニュアルになるのか、その視点から見直していくたいと管理者は考えている。		

II サービスの実施項目(サブカテゴリー4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	22／23
1	評価項目1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている	評点(○○○○○)	
	評価	標準項目	
(●) あり ○ なし	1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
(●) あり ○ なし	2. 利用者が望む生活像に基づき、日常生活において利用者自身が選択、判断できるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
(●) あり ○ なし	3. 利用者の心身の状況、家族の状況に応じて随時必要なサービスを利用できるよう、柔軟に対応している	<input type="radio"/> 非該当	
(●) あり ○ なし	4. 訪問サービスを利用してないときも、利用者の状況把握のための働きかけや見守りを行っている	<input type="radio"/> 非該当	
(●) あり ○ なし	5. 利用者の支援は、主治医や関係機関、関係職員が連携をとって、支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
	評価項目1の講評		
	介護看護計画や手順書に沿って実施した支援内容は、モバイル端末を使って共有している 介護ヘルパーは、介護看護計画に基づき、利用者ごとに作成した手順書に沿ってケアを実施している。また、利用者支援に入るときに必ずモバイル端末(スマートフォン)で利用者の状況を確認している。利用者宅への訪問時には、ケア開始時と終了時にケア内容や観察事項を記録として端末から入力している。そのため、瞬時にサービス記録や特記事項が事業所のシステムに自動的に集約され、全職員が共有できるシステムである。また、ケアコール端末を利用し、利用者からのアクシデントや体調不良の訴えにオペレーターが対応する体制を整えている。		
	利用者への支援は、包括的かつ柔軟性をもって実施している 利用者が望む生活を実現するために課題となっていることを、介護看護計画の支援目標として設定している。目標は自立支援を念頭に置き「本人の力を奪わない介護」を基本に「今できていることの継続」と「少し頑張ればできること」を意識して見出している。そのため、利用者の意欲を引き出す環境設定までを手順書に盛り込む場合もある。家族の仕事のサイクルや利用者の状態変化にも、訪問回数・時間や支援内容を変更するなどして柔軟に対応している。訪問サービスを利用してない日は、こちらからコールしたり、バックコールで安否を確認している。		
	利用者の状況は関係職員が連携して把握している 利用者に対しては、担当ケアマネジャーを中心にして、当事業所、連携している訪問看護事業所、主治医、家族などの関係者が連携して支援にあたっている。これらの連携する事業所などとは、利用者の状況について常に報告し合い、情報共有を行う密接な関係にある。なお、通所介護サービスなど、他の在宅系サービスの利用者は少ないが、それら在宅系サービスの提供事業所とも。当事業所では利用者支援の必要性に応じて連絡・連携を図るようにしている。		

2 評価項目2 利用者の心身の状況の変化に応じて、健康の維持や終末期の生活を支える支援を行っている		評点(○○○○)
評価		標準項目
● あり ○ なし	1. 定期的なアセスメントにより、利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 日常生活の中で、一人ひとりの有する能力の活用や日常生活動作の維持・拡大に向けた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、速やかに対応できる体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	4. 終末期の在宅生活を支える支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2の講評		
<p>終末期ケアでは「スマートフォン」と「交換ノート」の併用で訪問看護と連携している 当事業所のスマートフォンを活用した情報共有システムは、訪問時間や退出時間はもとより、実施したケアの内容や次の担当者への申し送り事項などまで記載でき、特に訪問回数が増える終末期の利用者のケアでは、タイムリーな情報共有に役立っている。また、訪問看護事業所との途切れのない情報交換には、このスマートフォンのシステムのほか利用者宅に交換ノートを用意し、訪問ごとに利用者の状態やケア内容等を記載している。この工夫により、何らかの理由でスマートフォンで確認できない場合も、介護・看護で一貫したケアが提供できている。</p> <p>急変時は緊急連絡カードとスマートフォンの手順書を活用し、速やかに対応している 当事業所では夜間のケアや緊急コールへの対応も行っているため、夜間・緊急時を想定し、緊急連絡先、急変時の搬送先、急変時の対応手順、服薬内容などを記載した「緊急連絡カード」を作成している。緊急連絡カードは、当事業所の個人ファイルと利用者宅のファイルにも同じものを備えつけ、急変時にはそれぞれで活用できるようにしている。また、スマートフォンの情報共有システムには利用者一人ひとりの急変時の詳しい手順書などを記載し、利用者ごとに異なる場合の対応もスムーズに行えるようにしている。</p> <p>訪問ごとに体調をスマートフォンから入力し、家族、主治医、訪問看護師に情報提供する 当事業所では、利用者を訪問したつど、利用者の顔色、発汗の有無、排泄の状態などの体調をチェックシートに記録し、家族、主治医、訪問看護師などの関係者へ情報提供している。この利用者情報は24時間いつでも確認できるシステムになっているため、特に体調の急変に注意が必要な看取り期などには、主治医、訪問看護師などの関係医療者間や事業所と家族との連携もスムーズに行えるようになっている。</p>		
3 評価項目3 訪問看護サービスは、主治医との連携のもと安全に適切な方法で行われている		評点(○○○)
評価		標準項目
● あり ○ なし	1. 訪問看護サービスは、看護内容や利用者の療養状況の変化を主治医に随時報告しながら行っている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 医療処置における二次的障害や過誤等の防止に向けた取り組みをしている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	3. 看護師等は、医療廃棄物の適切な取り扱い方法や感染予防の方法を訪問介護員や利用者等に説明している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3の講評		
<p>利用者の状態は常時スマートフォンで共有され、主治医からの的確な指示が得られる 利用者の状態の把握と共有については、体調の変化、実施した処置の内容のほか、必要に応じて利用者の患部の状態を画像として撮影し、それらの記録をスマートフォンを活用した情報共有システムに保存している。これら情報は、主治医やその他の関係者がいつでも閲覧できるようになっている。そのようなスマートフォンを利用した情報共有システムについて、主治医からは「画像としても確認できるシステムのため、口頭による説明よりも利用者の状況が把握しやすく、より的確な指示が出来る」と評価されている。</p> <p>連携する訪問看護事業所の医療処置については、リスク管理の情報は得られていない 当事業所では訪問看護事業所2カ所と連携し、利用者ごとの対応方法や予測し得る2次障害などについて、相互の打ち合わせを行っている。ただし、ケースバイケースで利用者ごとの対応方法を話し合って決めているため、2カ所の訪問看護事業所それぞれが、医療処置の2次障害、過誤などの防止のための取り組みを、どのように行っているかについては把握していない。連携する訪問看護事業所の医療処置のリスク管理の情報について、把握する取り組みに期待する。</p> <p>特にリスク管理が必要な場合には、具体的な情報共有をスマートフォンで実施している 医療廃棄物の取り扱い方法など、感染予防の取り組み等にあたって特に注意が必要な利用者の情報については、画像なども含むスマートフォンを活用した情報システムを活用し、共有している。また、必要に応じて、このスマートフォンの情報共有システムのなかに「手順書」を作成し、統一したケアが行えるように工夫している。ただし、開設して間もない事業所であるため、現在までのところ、医療過誤などのリスクが高い利用者への対応はあまり経験していない。</p>		

4 評価項目4 提供サービスが、利用者や家族の生活全体にとって安心・快適なものとなるようにしている		評点(○○○○○)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の心身の状況に応じて、生活するうえで必要な支援(食事、排泄、服薬等)を行っている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の在宅生活に安心感を与えるよう、支援を必要とするときにいつでも連絡ができるようにし、相談や訪問等適切に対応している	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	3. 訪問介護員・看護師の変更後、利用者に負担がないよう配慮している	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	4. 合鍵や金銭等の取り扱いに関して、事業者として基本的な方針を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
● あり ○ なし	5. オペレーター・訪問介護員・看護師等に対し、利用者や家族への接遇・マナーを徹底している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4の講評		
<p>必要に応じて緊急通報用ケアコール機器を無料で設置し、利用者の不安軽減に努めている</p> <p>利用者の状況に応じて、緊急通報用のケアコール機を無料で貸し出している。コールは夜間に多く、認知症の利用者がせん妄状態で何度もコールを押すことも珍しくない。オペレーターが状況を判断して訪問介護員が訪問することもある。時間を見て事業所から利用者宅へ安否確認の電話をかけることもある。また、通常の訪問時にも「不安なときは、いつでもコール機を押してください」と伝え、利用者が安心できるように対応している。なお、緊急通報用のケアコール機器の利用については、契約の際に「重要事項説明書」を使って説明している。</p> <p>合鍵は無料貸出しのキーボックスで保管し、重要事項説明書で利用の了解を得ている</p> <p>当事業所では、サービス提供の際に、専用のキーボックスで合鍵を保管することとしている。キーボックスの返却の時期、合鍵を紛失した場合など、キーボックス利用についての説明は、契約の際に重要事項説明書により行っている。また、訪問する担当職員全員がキーボックスを設置した場所を把握できるように、スマートフォンを活用した情報共有システムの当該利用者の情報ページに、その設置場所を画像で保存し、いつでも閲覧できるようにしている。</p> <p>事業所独自の研修により、職員の「慣れ」によるケアの質の低下の防止に努めている</p> <p>昨年度の事業所開設時に新入職員を対象とした研修を実施しているが、その後は職員が集まって研修を実施する時間が取れなかった。今年度は春先の接遇研修開催前に研修資料を全職員に配布し、限られた時間を効率的に活用できるよう工夫した。事業開始から1年が経過して業務にも利用者への接遇にも「慣れ」が出てきた時期であったものの、この事業所独自の研修が「接遇マナーについて再確認する場となった」と管理者は感じている。また、現在のマニュアルは活用されていないため、今後はマニュアルをより実用性のあるものに見直していく予定である。</p>		

5 評価項目5 事業所と家族との交流・連携を図っている		評点(○○○○)
		標準項目
評価	1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している	<input type="radio"/> 非該当
◎ あり ○ なし	2. 家族の状況に配慮し、相談対応や助言を行っている	<input type="radio"/> 非該当
◎ あり ○ なし	3. 利用者や家族に合った介護方法や医療処置について助言・指導している	<input type="radio"/> 非該当
◎ あり ○ なし	4. 重度化した場合や終末期に備え、あらかじめ本人や家族等と話し合い、方針を共有している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目5の講評		
<p>利用者の体調管理から紛失物を探すこと今まで、家族と情報共有しながら対応している</p> <p>家族と同居している利用者の場合は、訪問時に家族と直接に情報交換している。一人暮らしの利用者の家族とは、体調変化のみならず、エアコンの故障の相談、診察券等の小さな紛失物の相談まで、連絡を取り合って対応している。また、利用者の困りごとなどは、日常生活の細々したことが多いので、家族や担当ケアマネジャーとも頻回な連絡を行うようにしている。特に大きな変化がない場合でも、日頃の利用者の様子についてはスマートフォンの情報共有システムを活用し、家族がいつでも利用者の状態を把握できるようにして支援している。</p> <p>介護ストレスの多い家族への支援は、多職種が連携し、多角的な視点から実施している</p> <p>家族が行っている介護を常に観察し、より効果的な方法を伝えたり、看護と連携しながらアドバイスを行うことで、家族が安心できるように支援している。家族がケアマネジャーに「疲れた」と伝えてきた場合には、当事業所でもその情報を共有し、家族の心情に配慮した支援方法を工夫するようにしている。利用者の状況が改善し、訪問の回数を減らす際には、家族の不安な気持ちを探して「何かあったらすぐに来ます」などと声をかけ、その通りに対応することで、安心してもらえるようにしている。</p> <p>今後は利用者の終末期に備え、支援の方針を共有するしくみづくりを行うよう期待する</p> <p>当事業所では、24時間いつでも利用者の状態をスマートフォンの情報共有システムを活用して関係機関と共有しているので、タイムリーな対応が常に可能な状態である。そのため、関係機関とのコミュニケーションは良好で、その時どきのケアの方針は共有されている。まだ開設1年余りということもあり、看取りを実施するケースについてはまだ経験がないが、今後さまざまなニーズを持つ利用者の看取りにも対応できるように、終末期に備えたケアの方針を共有するしくみづくりを行うよう期待する。</p>		
6 評価項目6 利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている		評点(○●)
		標準項目
評価	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	<input type="radio"/> 非該当
◎ あり ○ なし	2. 介護・医療連携推進会議等を活用して、利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目6の講評		
<p>利用者宅で必要な家電を情報掲示板を通じて無料でもらい受ける等の支援も実施している</p> <p>利用者宅の家電が故障し、新たに購入する必要がある場合などには、地域の情報掲示板システム『ジモティー』などを活用している。こうした掲示板の情報を通じ、地域のなかで無料でもらえる適当な家電を探し、利用者の代わりに事業所が受け取りに行くこともある。もらい受けた家電を利用者宅まで運び、設置まで行うこともある。この活動は、地元の社会資源の有効活用にもつながり、福祉車両でもらい受けに行くため、地域の人たちも警戒心を持つことなく対応してくれる。さらに、当事業所の取り組みを地域に知ってもらうよい機会ともなっている。</p> <p>新型コロナウイルス感染を予防しながら、利用者と地域をつなげる支援を期待する</p> <p>事業所が開設されたのは約1年前のため、地域とのつながりはまだあまりなく、しくみづくりも進んでいない。定期巡回・随時対応型訪問介護看護という業種は、施設サービス等と比べると一般的な認知度も低く、地域に知ってもらうための工夫も必要となる。そのため、介護・医療連携推進会議は重要な機会であるが、今年度はコロナ禍で実施は1回のみであった。今後は「事業所に併設されている地域交流スペースを活用した地域の人たちとの交流も検討したい」と管理者は考えている。感染予防をしながら、地域とのつながりが実現できるよう期待する。</p>		

III 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	7/9												
1 評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている		評点(○○)													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目	● あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	● あり ○ なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	<input type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/> 非該当							
評価	標準項目														
● あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている														
● あり ○ なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある														
2 評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている		評点(○○)													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目	● あり ○ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	● あり ○ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/> 非該当							
評価	標準項目														
● あり ○ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している														
● あり ○ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている														
3 評価項目3 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(○○○●●)													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている</td> </tr> <tr> <td>○ あり ● なし</td> <td>3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している</td> </tr> <tr> <td>○ あり ● なし</td> <td>4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目	● あり ○ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	● あり ○ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○ あり ● なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○ あり ● なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	● あり ○ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/> 非該当	
評価	標準項目														
● あり ○ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている														
● あり ○ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている														
○ あり ● なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している														
○ あり ● なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる														
● あり ○ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる														
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)															
事業所内外の苦情受付窓口については利用契約時に「重要事項説明書」で説明している 利用者・家族との契約の際に、重要事項説明書に記載されている事業所内の苦情受付窓口と、行政機関その他の苦情受付機関2カ所について説明している。事業所内における苦情受付については、事業所の管理者が法人と相談しながら解決するプロセスと、管理者から法人の苦情受付窓口へ権限が移されて解決していくプロセスがある。状況に応じて、対応窓口が変わる。また、年2回「苦情・事故委員会」において法人本部と管理者が集まって、その場でさまざまな苦情の取り扱いについて助言を受ける機会も設けられている。															
職員会議を活用して業務の悩みごとを話し合い、不適切なケアの予防に努めている 認知症の利用者も多く、利用者の一言で苛立ったり、スタッフ自身の顔色が変わることも経験するが、日々の業務のためのミーティングで職員同士で相談し合ったり、月1回の職員会議で、悩みごとを相談する機会を持つようにしている。管理者は、昨年度より「介護技術チェック」「業務チェック」「虐待の芽チェック」を実施する必要があると考えているが、業務と人員の都合上、まだ実施できていない。しかし今後は、年2回は「虐待の芽チェック」を実施したいと考えている。職員のメンタルヘルスのための取り組みを実施することに期待する。															
同一建物内の事業所が連携してリスク管理できるように、連携会議を開催する予定である これまでには、同一建物内ではあっても、3事業所が連携してリスクの管理やその他の取り組みを実施するということはなかったが、今年度には管理者が交代したことなどもあって管理者間の話し合いの場が増え、3事業所が連携して取り組む必要のある課題について認識するようになっている。今後は、定期的に3事業所の管理者が参集し、自然災害の発生時の対策や、その他のリスク管理についても検討することになった。今後の取り組みに期待する。															

No. 特に良いと思う点		
1	タイトル	スマートフォンを利用した情報共有システムで利用者家族や関係機関が常に利用者の心身の情報を共有し、適切に対応するしくみがある
	内容	当事業所が開設と同時に導入したスマートフォンを利用した情報共有システムを効果的に活用している。このシステムは、利用者の心身の状態、介護内容とその手順、利用者・家族の要望などを文書や画像で保管し、それらの情報を家族、主治医等の関係機関が閲覧し、必要に応じて各領域で対応することが可能なしくみになっている。利用者の病状、けが等の状態を画像でも確認できるシステムであり、特に主治医は適切な指示が可能になるため、利用頻度は高い。終末期など、利用者の状態が日々変わることが多い時期には、より効果的に活用されている。
2	タイトル	家族とはスマートフォンの情報共有システムで常につながり、一人暮らしの利用者の細々した困りごとに家族と相談しながら対応できている
	内容	当事業所では一人暮らしや日中独居の利用者もいる。定期的な訪問では、洗濯機等の家電製品が故障し、家族から修理や購入を依頼されることもある。そのため、当事業所が地域の掲示板「ジモティー」を活用し、無料で必要物品をもらい受けに出向き、地域とのつながりができることがある。また、5名1チームで巡回しているため、全員が利用者・家族と顔なじみになり、どのようなことも利用者から相談してもらえる関係性ができている。さらに緊急連絡への対応では「何かあつたらコールを押してください。すぐ来ます」の言葉を添え、不安軽減に努めている。
3	タイトル	
	内容	
No. さらなる改善が望まれる点		
1	タイトル	ケアの質の確保のため、定期的な職員研修の実施を期待する
	内容	現在は人員不足などの事情でなかなか研修を実施することが難しい状況である。その状況下で、今年度の春には事業所内で短い時間内に工夫して接遇の研修会を実施していく、その後は研修の有効性も実感している。さらに、医療、訪問介護、訪問看護の連携を密にして、医療依存度の高い利用者などへのケアの質を向上させるためにも、継続的・定期的な研修の実施を期待する。
2	タイトル	同一建物内の3つの事業所と「連携会議」を実施し、地域における認知度を上げ、社会資源を活用できる環境を整備することを期待する
	内容	現状は新型コロナウイルス感染症予防の観点から「介護・医療連携推進会議」を実施できない状況が続いている。そのため、地域との情報共有や地域とのつながりを築くことが難しくなっている。同一建物内のグループホームや小規模多機能型居宅介護支援事業所も同様の状況で、それぞれの管理者も課題として認識している。11月から、この3事業所の管理者で会議を行い、連携しながらこれらの課題の解決にあたっていく予定である。「介護・医療連携推進会議」の書面による報告等の取り組みも含めて、3事業所が連携して課題を解決していくことを期待する。
3	タイトル	
	内容	