

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

| | |
|-----------------------------------|---|
| 名称：訪問介護仁風荘こうやまち | 種別：定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 代表者氏名：管理者 石上 詩織 | 定員（利用人数）：13名（13名） |
| 所在地：鳥取県米子市紺屋町104-2 | |
| TEL：0859-38-1765 | ホームページ： http://www.yowakai.com/ |
| 【施設の概要】 | |
| 開設年月日：平成26年6月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：医療法人 養和会 理事長 廣江 智 | |
| 職員数 | 常勤職員：12名 非常勤職員：0名 |
| 専門職員 | 介護福祉士 12名 介護福祉士 0名 |

③ 理念・方針

法人理念

養和会は、ご利用者の幸せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求します。

理念

1. 人権を尊重し、ご利用者に「安心・安全・安らぎ」のある医療・介護・福祉を提供します。
2. 地域とのつながり、職員、家族を大切にし、共に歩み続ける法人を目指します。
3. 人にも環境にも優しい、活動に取り組み地域に貢献します。
4. 住み慣れた地域で出来る限り生活が出来るよう、支援して行きます。
5. 2030年法人 ミッション：養和会はSDGs に参画し、医療・介護・福祉サービスを通じて地域社会に貢献します。

運営方針

ご利用者お一人お一人の人格を尊重し、それぞれの方に適したサービスを提供し、ご利用者の住まわれる地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される事業所を目指します。

④ 施設の特徴的な取り組み

シニアマンションこうやまち壱番館の事務所内設置された定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所です。

マンション内の入居されている要介護の方を中心に24時間365日サービスが提供されています。

利用者の可能な限り自立した日常生活を営めるよう、人権を尊重し、利用者のニーズに合わせたサービスを提供していくため、定期的なカンファレンスを行われています。

職員体制も全員経験豊富な介護福祉士で構成されており、定期的な勉強会で知識を深めながら定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが提供されています。

・年1回品質管理委員会等を中心とした内部監査等、サービス向上、サービスの質の向上に向けた取り組みが継続して行われています。

・利用者に合わせた柔軟な訪問介護員のシフトや配置等の調整を行い、安全な環境での提供しておられます。

・関係機関と連携を図り、早期に対応できる協力体制を行っている

・新型コロナを含め感染対策の充実

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和4年2月14日（契約日）～ 令和5年3月31日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 6回（令和3年度） |

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○有資格者（介護福祉士）10割の職員配置。

○接遇研修を行い丁寧な言葉遣い、利用者の気持ちを確認する、気持ちに寄り添うなど柔軟なコミュニケーション力で接し信頼関係を築いておられます。

○働きやすく風通しの良い職場環境となるよう取組まれています。

タブレット導入による記録の効率化が図られており、有給休暇習得の推奨も行われており、ワーク・ライフ・バランスに配慮した働きやすい職場作りを目指しておられます。

○理念・基本方針に基づいた、事業所独自に作られた年間目標を掲げ、サービス提供が行われています。

○法令遵守に関する研修を実施され利用者の人権を尊重する取り組みが行われています。

○身体拘束、虐待防止の勉強会に参加し学ぶ機会が設けられ、権利侵害防止に努めておられます。

◇改善を求められる点

- 引き続き、経験豊富な訪問介護員が在籍中に新人訪問介護員の育成に取り組まれることに期待します。
- コロナの状況を確認しつつ訪問介護事業所として取組める地域交流や地域貢献に取り組まれることに期待します。
- 各職員はサービスの質の向上を念頭にケアを行われていますが、経営面についても理解を促す取組みに期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

定期的に第三者評価を受審することで取り組みの振り返りができたため、良い評価をいただいた部分は継続し、不足している部分は改善して取り組んでいきたいです。

今後も、ご利用者様の自立支援・身体機能の維持回復や在宅生活の継続ができるよう、訪問介護計画書の作成やサービス提供を行っていきます。また、職員全員で在宅生活を支える事業所を目指し、今後も継続して取り組んでいきたいと考えています。

⑧ 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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取り組みの余地がある状態

「c」 「b」以上の取り組みとなることを期待する状態

（別紙）

第三者評価結果（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

共通評価基準（45 項目）

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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人養和会の理念・基本方針が明文化され、ホームページ・広報誌、重要事項説明書等に掲載され周知が図られています。</p> <p>法人全体で使用しているグループウェアのトップ画面に「法人の理念・基本方針」が表示されており、職員は常に意識して業務に当たられています。</p> <p>新人・中途採用者研修の際に、理事長より「理念・基本方針」について説明が行われています。</p> <p>シニアマンションこうやまち壺号館の玄関や事業所内の見やすい場所に法人の理念、基本方針が掲示されています。</p> <p>利用者、家族には重要事項説明書を用いて説明されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人に於いて国の動向、米子市の高齢者の推移・介護保険の情報等について、把握・分析されています。</p> <p>年2回経営陣と部署長面談を実施され自部署の経営状態（経営状態の収支、コスト管理、経営課題等）について把握できる機会を設けられています。</p> <p>月1回の仁風荘会議にて、事業運営の月次報告・分析が事務部長より説明されています。</p> <p>部署長面談や仁風荘会議にて、把握・分析された内容については、フロア会議で職員にも説明されています。</p> <p>管理者研修で経営陣以外の現場職員（管理者）にもマネジメントの重要性を意識づける為に、法人で経営に関する研修が行われています。</p> | | |
| 3 | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>毎月の仁風荘会議に於いて事業所の経営状況等の報告行い、収支、コスト管理等の課題分析が実施されており、事業所内のフロア会議で課題と対策について報告され取組まれています。</p> <p>また、毎日部署ごとに稼働率・入退院の報告等、グループウェアを活用し報告されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人から示された「2030ビジョン」を基に、各事業所の「理想の姿」が中・長期計画の柱となっています。</p> <p>中・長期的なビジョンは財務状況、利用者の稼働率、福祉サービス内容、人材育成等について策定されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人の中・長期ビジョンに基づき、事業所としての前年度の事業運営の評価分析を反映した単年度事業計画・活動計画（財務状況、利用者の稼働率、福祉サービス内容、人材育成等）が策定されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>事業計画策定は、前年度の月次分析、年度末の事業報告を基に策定されています。</p> <p>毎年10月～11月の部署長面談にて当部署の目標や課題を経営陣と評価、振り返りを行い、その目標や課題を基に次年度の事業計画が策定されます。</p> <p>スタッフとの個人面談に於いて、自部署の目標や課題等を確認し現場職員の意見も踏まえた事業計画を立案されています。</p> <p>事業計画は病院会議、仁風荘会議の会議体でも周知され、法人全体で理解を促すための取り組みが行われています。</p> <p>事業計画の内容については年初のフロア会議で伝えられています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>事業計画は、ホームページや広報誌「きゃらぼく」を活用し利用者、家族、地域へ周知されています。</p> <p>事業計画の内容の中で、利用者・家族に理解して頂きやすい、利用者へのサービスの向上につながる研修計画の項目を中心に周知される等工夫されることに期待します。</p> | | |

| |
|--|
| |
|--|

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 |
| <p><コメント></p> <p>PDCAサイクルに基づき、年1回品質管理委員会等を中心とした内部監査等、サービス向上、サービスの質の向上に向けた取組みが継続して行われています。</p> <p>法人全体で毎年度利用者満足度調査を実施しサービス向上を目指して取組まれています。</p> <p>職員は年1回自己評価、事業所としては福祉サービス第三者評価の受審を行うことで、振り返りの機会を設けられています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者満足度調査の結果は法人内の品質管理委員会が分析され、次年度の事業計画に反映されています。</p> <p>部署長面談で改善策などを提案され自部署の目標や課題の評価、振り返りを行い次年度の自事業所の取組む課題を明確にし、改善策をたて実施しておられます。</p> <p>報門介護は利用者の部屋に訪問してのサービス提供になるので、特に言葉遣いを含めた接遇は常に気を付けるよう研修等を繰り返し行われています。</p> | | |

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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 |
| <p><コメント></p> <p>運営規定で職務分掌が示され、管理者の管理・責任体制が明確化されています。</p> <p>管理者は月1回の仁風荘会議にて利用状況等を基に経営・運営に関する方針、取組みを明確にされ、毎月のフロア会議に於いて仁風荘会議の内容を伝え周知が図られています。</p> <p>管理者の不在時はリーダー権限委譲され、管理代行されます。</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 |
| <p><コメント></p> | | |

法人として法令遵守責任者が任命、登録されています。
 法令改定があれば法人内ネットワークに載せられ、周知が図られています。
 年次計画としてコンプライアンス研修が行われ、個人情報に関する「改正個人情報保護法について」の研修も行われています。
 法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修が実施されています。
 介護報酬改定時には、事務担当や外部講師を招いて改訂項目に関する勉強会が開催されます。

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 |
|----|---|---|

<コメント>
 管理者は訪問の際に利用者・家族からの意見を聞き取り、職員それぞれの強み・弱みの把握を心掛けておられます。
 毎年職員満足度調査を年1回行い業務に対する事やストレスに関する事など尋ねられ働きやすい風通しの良い職場作りを目指しておられます。
 利用者満足度調査、意見箱等で利用者・家族等からの要望をサービスに反映させる取組みも継続されています。
 サービスの質の向上を目指し接遇研修等、年間教育計画が実施されています。
 現在はeラーニングの導入も行われ、サービス向上に取組まれています。
 法人内研修も数多く企画され、職員の教育・研修の機会の充実が図られています。
 職員が参加しやすいように事業所内で勉強会を日中実施されています。
 定例の毎月のスタッフ会議においても課題等を見つけ話し合いをされており、スタッフ会議が必要と思われた際には開かれています。

| | | |
|----|---|---|
| 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 |
|----|---|---|

<コメント>
 仁風荘会議において経営方針の1つとしての業務の効率化、職員のコスト意識が周知されています。
 フロア会議時・ミーティング時に各職員に業務改善に関する事項を検討する時間が設けられています。
 昨年度、業務の効率化が図る為、介護ソフトの変更、タブレット3台の導入（内2台は訪問時ヘルパーが持参して業務使用）され、職員の事務作業に係る時間が短縮されました。
 法人として就業規則に時短勤務規程を設け、育児休暇明けの職員に対しても働きやすい環境整備が実施されています。

| | | |
|--|--|---------|
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>法人本部で各専門職種の採用募集が行われています。</p> <p>法人ホームページへの掲載、各種専門学校、大学等からの実習生の受入れ等も積極的に行う等、新規採用につながるよう取組まれています。</p> <p>定期的に人事異動があり、様々な部署や事業所での活躍の場が提供されています。</p> <p>事業所からの人材確保の希望については予算会議時に聞いて頂けます。</p> <p>年2回の職員面談を通じて、職員の意見・要望の聞き取りが行われ対応されています。</p> <p>資格取得や福利厚生も充実しています。</p> | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人の「期待する職員像」も明確にされており、人事考課制度、給与規定、目標管理ノートに基づき適正に人事管理が行われています。</p> <p>人事考課面談は、4月、9月の年2回実施されており、個々の目標、課題、研修の希望等の聴き取りが行われています。後期の面談では進捗状況の確認が行われています。</p> <p>また、人事考課担当者に対しての考課者研修も実施されています。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>本人の意向に基づき年5日以上のリフレッシュ休暇が実施されており、有給休暇の取得状況も把握されています。</p> <p>タブレットによる電子記録により時間外勤務の軽減にもつながっています。</p> <p>ストレスチェックを実施され、身体的な面だけでなく養和病院とのメンタル面での相談・連携が行われています。</p> <p>健康診断、インフルエンザ予防接種の実施等、法人の福利厚生制度が充実しています。</p> <p>また、理学療法士（PT）等のリハビリ職による腰痛予防研修が毎年実施されています。</p> <p>法人内のフィットネスクラブの利用も可能となっています。</p> <p>勤務形態の変更にも柔軟に対応され、ワーク・ライフ・バランスに配慮された職場環境になるよう取組まれています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人の「期待する職員像」も明確にされており、人事考課制度、目標管理シートに基づき適正に人事管理が行われています。</p> <p>年2回の部署長による個人面談で、目標管理、進捗状況、研修の希望、取得したい資格等の確</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 認が行い、業務の指導やアドバイス等も行われています。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>法人の人材育成基本方針に基づき、教育委員会において策定された研修計画に従い教育・研修が実施されています。</p> <p>法人内の必須研修も行われており、研修内容の見直しも教育委員会で行われています。</p> <p>現在eラーニングを導入され、研修後のテストも実施されており、理解度の向上に向けた取組みが行われています。</p> <p>部署内でもテーマを決め、勉強会を実施しスキルアップに繋がられています。</p> <p>研修内容の見直しについては、介護保険制度の改訂やニュース等を参考にしつつ、変更、見直しが定期的に行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>人事考課制度と連動した経験年数、資格取得状況を踏まえた経年別研修履歴に基づいた教育・研修が実施されています。</p> <p>それぞれの職種に応じた専門職研修も受講されています。</p> <p>外部研修への参加を促し、研修に参加された後は講師になり、伝達講習が行われ勉強会が行われています。</p> <p>介護支援専門員の更新時の更新料は法人が負担され、研修に行きやすい環境を整えておられます。</p> <p>法人内異動の職員に対してもOJTが行われています。</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。 | | |
| 20 | Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | 評価対象外 |
| <p><コメント></p> <p>法人全体として実習生の受け入は積極的に行われており、指導者に対しても研修等は行われています。</p> <p>訪問介護サービスの特性により、実習生等の受け入れは行われておられません。</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 |
| <コメント> | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>ホームページ、広報誌を活用し、法人、事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画予算・決算情報が公表されています。</p> <p>福祉サービス第三者評価の結果については、ワムネットでも公表されています。</p> <p>介護医療連携推進会議に於いて、外部評価の結果を公表され、地域に向けての情報公開に取り組まれています。</p> <p>コロナ禍の中開催が難しい場合には紙面開催としておられます。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人の規程に基づいた経営・運営体制が整備されています。</p> <p>運営主体が医療法人であるため、公認会計士の監査による寄付行為に沿った適正な運営が行われています。</p> <p>事務所内の小口現金も規定に則り処理されており、年1回法人本部による内部監査が行われています。</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 子どもと地域との交流を広げるための取組を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>地域との関わりについては「理念・基本方針」「運営方針」に明記されており、住まわれる地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される事業所を目指されています。</p> <p>法人としての地域交流活動は積極的に各種行われてきましたが、現在はコロナ禍により中止を余儀なくされています。（令和5年4月に4年ぶりに仁風荘さくら祭りが開催）</p> <p>事業所、マンションとしても明道公民館祭りへの参加、こうやまちカフェやいきいき体操教室の開催等、交流が行われていましたが、今年度もコロナ禍の為、中断しています。</p> <p>地域行事のお知らせあれば、掲示板に掲載されます。</p> <p>事業所としては、従来、介護医療連携推進会議のメンバーでもある事業所所在地の自治会長からの声掛けもあり、参加出来る地域行事には参加されていましたが、今年度もコロナ禍の為、地域行事自体の中止が相次ぎ、交流が難しい状況となっています。</p> | | |
| 24 | Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | 評価対象外 |
| <p><コメント></p> <p>法人全体では、基本姿勢を明文化し、マニュアルも整備され、学生ボランティア等の受け入れを積極的に行われています。</p> <p>定期巡回訪問介護サービスの特性により、ボランティア等の受け入れは行われておられませ</p> | | |

| | | |
|--|--|---|
| ん。 | | |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 25 | Ⅱ-4-(2)-① 施設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 |
| <p><コメント></p> <p>訪問介護事業所として必要な関係機関(かかりつけ医、病院、市役所、地域包括支援センター、警察、消防署、ライフライン等)とネットワークを構築し、必要な社会資源との連絡も取れるよう「関係機関緊急連絡一覧」が整備されています。</p> <p>仁風荘会議にて利用状況の把握等、居宅介護支援事業所の連携が図られています。</p> <p>年2回介護医療連携推進会議を実施し、米子市、地域包括支援センター、地域住民、利用者・家族等に参加頂き情報共有が図られています。</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 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>現在もコロナ禍のため、地域活動や地域の行事への参加を自粛される状況が続いており、地域の方々と接する機会が少なかった為、地域の福祉ニーズの把握があまりできていない状況です。</p> <p>介護医療連携推進会議の際に、地域の福祉ニーズの把握や相談を受けられるよう取組まれています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>コロナ禍以前は法人として、仁風荘さくら祭(4月に久しぶりに開催が予定されています)や長寿を祝う会、夏祭り、住吉公民館祭を仁風荘全体として企画から参加し実施されていました。</p> <p>オレンジサロンの開催についても、コロナの様子を確認しつつ再開予定です。</p> <p>地域への法人施設の貸し出し(地域交流ホール・体育館等)が行われています。</p> <p>シニアマンションこうやまち壱番館独自の取組みとして明道公民館祭りへの参加、こうやまちカフェやいきいき体操教室の開催も感染状況を確認しながら再開される予定です。</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。 | a |

| | | |
|---|---|---|
| <p><コメント></p> <p>「理念・基本方針」は事業所内に掲示もされ、利用者尊重のサービス、職業倫理について管理者から職員に説明・周知が図られています。</p> <p>個人情報に関する「改定個人情報保護法について」の研修が行われています。</p> <p>法人の必須研修として、人権学習・リスクマネジメント研修・行動制限最小化研修・身体拘束研修・法令遵守に関する研修が実施されています。</p> <p>「身体拘束廃止検討委員会」「虐待防止委員会」に於いて、身体拘束、高齢者虐待だけでなく倫理的配慮における問題も検討する機会が設けられています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>年次研修としてコンプライアンス研修を実施されています。</p> <p>記録物の扱い、職員間で利用者についての会話についても注意されています。</p> <p>排泄・入浴はマニュアルに従って行われており、特に排泄の場面ではそれぞれに応じた、声掛けや誘導を行いプライバシー保護に気を配られています。</p> <p>法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等法令遵守に関する研修を実施されています。</p> <p>不適切な事案が発生した場合には管理者、法令順守責任者、法人法務担当者に速やかに連絡連絡する体制が整備されています。</p> <p>利用者の居室でのサービス提供であり、プライバシーに触れる場面も多いのでプライバシー保護を心掛けておられます。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人のホームページ、広報誌「きゃらぼく」、パンフレット等でサービス選択に必要な情報を提供されています。</p> <p>シニアマンションの見学時にパンフレット提供や担当者による丁寧な説明が行われています。</p> <p>介護医療連携推進会議に於いても、サービスの特性等の情報を提供されています。</p> | | |
| 31 | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>サービス開始時には、契約書、重要事項説明書等を用い利用者・家族に対して接遇マニュアルに基づく丁寧な説明を行い、同意を得ておられます。</p> <p>重要事項説明書の変更時にも、説明し同意を得ておられます。</p> <p>訪問介護計画作成時、変更時にも同様に説明し同意を得ておられます。</p> <p>サービス利用時には連絡ノートを活用し家族に事業所での日々の様子を報告されています。</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| 体調変化や受診勧奨については電話で連絡をされています。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>施設入所・事業所の変更の場合には情報提供書の提出やサービス担当者会議に参加して連携しておられます。</p> <p>病院に入院の場合には、地域連携室に情報提供書を提出し安定した入院となるよう連携しておられます。</p> <p>家庭への移行の場合には、家庭での介護の留意点を伝えおられます。</p> <p>サービス終了後も、事業所に相談が可能であることを伝えおられます。</p> <p>また、法人の「介護老人保健施設」の相談員にも相談出来る体制が確保されており、組織的に家族等への対応が行われています。</p> | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>訪問サービス時、ヘルパーにより利用者に意見・要望等を伺うようにしておられます。</p> <p>また、月1回サービス提供責任者による訪問時にも、意見・要望等を伺っておられます。</p> <p>家族等には、面会時に普段の利用者の様子を伝え、意見・要望を伺っておられます。</p> <p>法人の利用者満足度調査が年1回実施されています。</p> <p>シニアマンションの意見箱等も活用され意見・要望を伺われています。</p> <p>シニアマンションの意見箱や介護医療連携推進会議等も活用され意見・要望を伺われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>苦情・相談については法人として品質管理委員会を設置、事業所だけで解決するのではなく、法人全体で解決していく体制となっています。</p> <p>苦情解決マニュアルに沿って体制整備され、事業所内に於いても、苦情解決責任者・苦情解決担当者・第三者委員が整備され、利用開始時に重要事項説明書を基に、苦情解決の仕組みを詳しく説明されています。</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、子ども等に周知している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>管理者だけでなく、職員にも相談しやすい様に職員は利用者との信頼関係が構築できるよう</p> | | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>日々努められています。</p> <p>個別に相談されたい時は事務室の相談室や利用者の部屋での相談に応じています。</p> <p>また、電話での相談も随時受けておられます。</p> <p>自部署のみならず、介護老人保健施設の相談員にも相談できる体制となっています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>自部署に頂かれた相談等は自部署内で検討され、自部署内で解決できるものであれば、速やかに回答・改善が行われています。</p> <p>意見は、すべて管理者まで報告され、対応に時間がかかる場合にはその旨伝えておられます。職員は申し送りノートで確認できます。</p> <p>自事業所だけでなく、法人内の老健相談員にも相談できる体制もあります。</p> <p>軽微な事案であっても法人の品質管理委員会に報告されます。</p> <p>すべての事案は法人の品質管理委員会が検討され、必要であれば速やかに対応されます。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人としてリスクマネジメント規程が整備されており、医療機関レベル（養和病院）の安全対策を実施されています。</p> <p>法人の必須研修としてリスクマネジメント研修も行われています。</p> <p>事故・クレーム報告の原因・分析・対策はスクマネジメント委員会で行われます。</p> <p>すべての事案は法人品質管理委員会に報告され検討され、対応が必要であれば速やかに対応されます。</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 |
| <p><コメント></p> <p>感染症予防対策マニュアルが整備されており、医療法人養和会の医療機関レベルを介護部門にも適応した対応が行われています。</p> <p>法人として医療機関レベルの感染予防対策が実施されています。</p> <p>「新型コロナウイルス」予防対策（厚労省通知にもとづく養和会基準）にもとづいて、定期的に勉強会を行い、感染防止対策を徹底されています。</p> <p>インフルエンザ等感染症が発生した場合は、マニュアルに沿った対応、モニタリングを行い、状況把握と共に2次感染予防が行われています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人の防災マニュアルに基づき、災害発生時の非常事態を想定した防災・災害・避難訓練等（年2回）が実施されています。</p> <p>シニアマンション全体としての事業継続計画（BCP）が策定されており、災害時における利用者・職員の安心・安全確認、外出等の利用者の安否確認システムの活用により安否確認ができる仕組みや被害情報・被災支援対策など法人本部との連携、災害に備えての食料品等の備蓄や関係機関等の情報交換が行われています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人の運営規程や品質目標に基づき介護マニュアルに沿ったそれぞれの手順でサービス提供が行われています。</p> <p>介護計画には利用者毎の注意点・配慮の記載もされており、職員間で利用者全体の介護計画を共有されサービス提供が行われています。</p> <p>内部評価委員会の内部監査が行われ、各部署のサービス提供の質の向上に向けた取組みが法人全体で実施されています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人の品質管理委員会や教育委員会により、介護マニュアルの定期的な見直しや職員への研修が行われています。</p> <p>部署内カンファレンスや日々のミーティング等で支援手順等の見直しが行われています。</p> <p>また、ケアプランについては、概ね3ヶ月に一度見直しが行われており、見直し時には職員間で情報共有が図られています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>定められたフェイスシートを活用し、必要項目の聞き取りや利用者の心身の状況等を確認し課</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>題分析が行われています。</p> <p>法人内の他事業所と連携を取り、多様な職種からの意見を参考にし、訪問介護計画を作成され、個別的なサービス提供ができるよう努めておられます。</p> <p>支援困難なケースの取組みとしては自事業所の職員のみで検討するのではなく、訪問リハビリと連携を密にし、意見を参考にしつつ個別サービス提供ができるよう努められています。</p> <p>福祉用具の選定にも専門職の意見も聞かれています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>月1回のモニタリングを本人の意見に基づきサービスの継続をされ担当ケアマネに報告されています。</p> <p>部署内カンファレンス行い訪問介護計画の評価、見直しが3ヶ月1回行い、担当ケアマネに相談されています。</p> <p>担当ケアマネは必要時、利用者の要望等を尊重され介護計画の変更が行われます。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>介護ソフトによって情報共有できる仕組みになっており、タブレット導入で記録が行われ省力化につながっています。</p> <p>記録記載に関しては入職時に記録マニュアルに沿った指導が行われています。</p> <p>定期的に新人・現任者を対象とした勉強会を記録委員会が実施しておられます。</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 |
| <p><コメント></p> <p>記録マニュアルや個人情報管理規程に基づいた記録管理を遵守されています。</p> <p>職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守され、入職時個人情報についての誓約書に記載されます。</p> <p>事業所内掲示物、重要事項説明書等にも情報開示について記載され、利用者等に説明され、同意を得ておられます。</p> <p>紙ベースの利用者別訪問介護計画書、介護記録の管理は施錠付き書庫に保管されています。</p> | | |

第三者評価結果（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

内容評価基準（17項目）

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、自立した生活が営めるよう支援している。 | b |
| <p><コメント></p> <p>本人・家族や連携機関から心身の情報、意向、希望を伺われています。</p> <p>日常生活動作（起居動作・食事・更衣・移動・移乗・排泄・入浴・整容）のコツや暮らしやすい環境の調整を図り必要なサービス提供を行い暮らしの意向、希望を把握しケアプランを作成されひとり一人に応じて自立した生活となるよう支援を心掛けておられます。</p> <p>利用者、家族に安心、安全に暮らすことができるよう助言や情報提供をされ自立に繋がられるよう多職種間との情報の共有・連携を図られています。</p> <p>リハビリの希望がある場合には訪問リハビリを取り入れ、自立を支援されています。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者に対するコミュニケーションの基本姿勢として、接遇に関する勉強会を年2回・法人内の接遇研修に参加され、職員には疑問形での対応や敬語で会話を行うよう指導されています。</p> <p>また、訪問に伺う際には、訪問時間を確保し、会話を楽しみにされている利用者もあるので、相談に乗る機会を多く作っておられます。</p> <p>現在、会話や意思表示が困難な利用者はおられません。</p> | | |
| A⑤ | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組みが徹底されている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人の身体拘束廃止検討委員会（3ヶ月単位の対策会議）は、身体拘束問題（高齢者虐待防止法、公益通報者保護法等含む）等に加えて、倫理的問題等に対する各部署の検証や課題等の対策が実施され、利用者への権利侵害の防止に向けた職員共通の理解を求める為の権利擁護マニュアルの勉強会の実施等、人権侵害防止に向けた職員意識を高める取組みが行われています。</p> <p>自部署内でもミーティング等において、利用者の権利侵害・身体拘束・虐待防止について振り返りの機会を設けられており、管理者からも常に職員に対し不適切な対応がないよう注意を促されています。</p> <p>虐待防止の理解度テストも行われています。</p> | | |

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 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>入浴支援マニュアルが整備されており、安全に入浴ができる方法を検討され、介護計画に沿っ</p> | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <p>て支援が行われています。</p> <p>入浴前にはバイタル測定、体調確認を行い入浴後には必ず補水をして頂かれています。</p> <p>完全個室にて職員と1対1でゆったりと入れるよう配慮されています。</p> <p>入浴に拒否が見られる場合は、時間を空けてから再度声をかける等工夫をされています。</p> <p>体調不良時には、バイタル測定を実施後異常がなければ、清拭・足浴・手浴・洗髪の対応を行ったり、希望があれば日時の変更を行っておられます。</p> | | |
| A⑧ | A-3-(1)-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>排泄マニュアルが整備され、個々の身体状態を把握され介護計画に沿って、プライバシーに配慮した声掛け、トイレ誘導、排泄介助が行われています。</p> <p>申し送りノートにコメントの記載や排便管理表を使用され、職員が個々の状況を情報共有され対応が行われています。</p> <p>排泄動作の評価、検討され個々にあった方法で支援され自立動作に繋がる支援を心がけておられます。</p> <p>スキントラブルの発生リスクも高い為清潔保持・皮膚状態の観察が行われています。</p> <p>スキントラブルの発生時や排尿・便の性状チェック時に異常があれば早期対応できるよう関連事業所との連携に努めておられます。</p> | | |
| A⑨ | A-3-(1)-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>移乗・移動マニュアルが整備されており、介護計画に沿った支援が行われています。</p> <p>福祉用具の専門家やリハビリスタッフと相談をされ、援助方法を統一し、利用者に説明されています。</p> <p>必要時カンファレンスで利用者の状態にあわせた福祉用具の選定について、福祉用具事業所の協力の基、適切な福祉用具の選定が行われています。</p> <p>福祉用具を利用される場合安全確認され支援されます。</p> <p>職員は福祉用具の使用法を理解、共有され支援が行われています。</p> <p>必要時カンファレンスを実施され移乗、移動の安全な動作方法を検討され職員間で共有しておられます。</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 |
| <p><コメント></p> <p>マンション内の食堂でのサービス提供が殆どを占めている為、訪問介護員による調理などは実施してられません。</p> <p>入所時にアレルギーや禁忌の食物、朝パン食であるかなど確認されています。</p> <p>必要時に関係事業所に嚥下状態の評価を言語聴覚士（ST）に依頼され、利用者に合わせた食事形態を提供できるようされています。</p> | | |

| | | |
|---|--|-------|
| A⑪ | A-3-(2)-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>食事介助マニュアルが整備されており、アセスメントを基に利用者一人ひとりに対応した食事形態の食事が提供されています。</p> <p>厨房にリクエストすれば、個々に対応した食事形態、アレルギー除去食、病食等が提供されています。</p> <p>毎月シニアマンションで給食委員会を開き、意見を聞かれ反映されています。</p> <p>提供時間にも幅をもたせ、誤嚥にも注意しながら、急かせないように配慮されています。</p> <p>食事介助が必要な方にはそれぞれの身体状況に応じた支援が行われています。</p> <p>とろみや食事形態については、主治医や法人内の言語聴覚士と相談し決められています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>ケアプランに沿って必要に応じた口腔ケアの支援が行われています。</p> <p>ブラッシング等一人で出来る方は行って頂いています。</p> <p>できない方は準備や後片付け、ブラッシング後の磨き残しがないか職員が確認を行い、義歯等の洗浄を手伝われ方もおられます。</p> <p>口腔内の傷・出血の有無・義歯の不具合などの観察も行われ異常があれば歯科受診・往診を促がされたり家族への助言が行われています。</p> <p>本人、家族が希望されれば往診も行われます。</p> <p>口腔内の状態は定期的にケアマネに報告されています。</p> <p>事業所内でも不定期に勉強会を実施され利用者の状態を共有され支援されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>褥瘡マニュアルに沿って実施されており、法人の褥瘡委員会と連携されています。</p> <p>排泄時、入浴時に皮膚状態を観察され皮膚の清潔を保つよう努めておられます。</p> <p>皮膚状態に発赤等見受けられた時は関係事業所に連絡が行われます。</p> <p>理学療法士（PT）や看護職、福祉用具事業所と連携され褥瘡防止マットの対応、体位変換、ポジショニング等実施され福祉用具の検討が行われています。</p> <p>褥瘡発生予防、スキントラブルの予防・改善に繋がるよう取組まれています。</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。 | 評価対象外 |
| <p><コメント></p> <p>訪問介護こうやまちでは、喀痰吸引・経管栄養の実施、登録申請を行っておられません。</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 |
| <p><コメント></p> <p>日常生活の中で生活リハビリを意識して支援するように心掛けておられます。</p> <p>マンション内の活動として、毎日館内でのウォーキングによるスタンプラリーを開催し、ウォーキングを促しておられます。</p> <p>週2回月・木14時30分からの「養和っは体操」、月1回「いきいき体操」を実施され介護予防活動とされ取組まれています。</p> <p>現在コロナ感染防止対策のため中断していますが、4月以降は感染状況を確認しつつ再開予定です。</p> <p>必要な方は、理学療法士、訪問リハビリ職員が訪問頂き、個々に応じた機能訓練、運動を指導してもらっておられます。</p> | | |
| A-3-(6) | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>事業所でも認知症の専門的ケアや新しい知識を習得できるよう定期的に勉強会を実施されています。</p> <p>認知症の種別による環境対応や声掛けの工夫などについて学ばれ、より良いケアが実践できるよう努めておられます。</p> <p>利用者・家族等からの相談・悩み等の対応や連携したケア等については、法人内の関係部署による専門的な知見を受け、利用者一人ひとりの状況を掘り下げた個別的な認知症ケアに対するアドバイス等が実施されています。</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書確立し、取組を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>急変時対応マニュアルに基づき、緊急時対応研修・訓練が実施されています。</p> <p>緊急時の対応や家族等や関係機関への連絡リストが整えられ、マニュアル手順に沿った対応が実施されています。</p> <p>利用者の体調変化時は必ず口頭と申し送りノート等で引継ぎを行い、家族、かかりつけ医、訪問看護事業所、ケアマネ等にも連絡されます。</p> <p>訪問時には体調や服薬確認等も行われています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> | | |

終末期対応マニュアルがあり、手順に沿って事業所として対応できる事を行い、看取り対応が行われます。

本人・家族等の希望があれば、主治医・訪問看護などと連携を行い対応ができるよう体制を整えられていますが、医療行為が増加してきた場合には対応できない場合もあります。

家族には急変され訪問時には、最悪の状態とされている可能性があることを説明され、承認頂いた場合は必ず記録を残されています。

終末期ケアの研修に参加や事業所での勉強会を実施されています。

A-4 家族との連携

| A-4-(1) 家族との連携 | | |
|---|--------------------------------|---|
| A⑱ | A-4-(1)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>家族面会時に身体状況を伝えておられます。</p> <p>遠方の家族へは必要時に電話で報告、連絡をされています。</p> <p>本人、家族には定期的に介護サービスの要望を確認され内容は関係事業所で情報を共有され、その都度記録に残されています。</p> <p>不安を訴えられる家族には介護の助言を行われ負担の軽減ができるような声掛けを行っておられます。</p> | | |

A-5 サービス提供体制

| 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、取組みを行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>定期的にケアカンファレンスを開催され検討事項、対応方法等を職員間で話し合わせ情報の共有が行われています。</p> <p>サービス内容は関係事業所に報告されています。</p> <p>サービス提供責任者は初回サービス時に訪問介護員と一緒に同行訪問しサービス内容の確認・助言を行い安定的継続なサービスを実施できるよう体制を整えられています。</p> <p>訪問介護員の急な変更時でも、複数の担当者がローテーションで訪問されていますので安定的なサービス提供が行える様になっています。</p> | | |