

福祉サービス第三者評価結果報告書 (平成 26 年度)

居宅介護支援

評価対象事業所名称：平塚富士白苑



1	<p>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>
	<p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（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)理念 2)理念に基づいた目標 3)グループ全体で気を付けていること 4)共に成長していく仲間（職員）であること</p>
2	<p>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>
	<p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・積極的に行動する人になる ・甘えや言い訳と決別する ・常に改善心・向上心を持つ
	<p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4原則に沿ったサービスを提供する ・他者がやらないサービスを作り上げる ・想像力・応用力・創造力

調査対象	原則として対象者は登録者全員。80歳未満21%、80歳代55%、90歳以上23%。要支援1・2が63%、要介護1・2が30%、要介護3以上3%、利用年数が5年未満71%、5年以上17%。
調査方法	調査票は事業所の封筒により依頼状、返信用封筒と共に自宅へ郵送。記入後、ポストに投函していただき、直接、当機関に返送される方式とした。
利用者総数	224
共通評価項目による調査対象者数	224
共通評価項目による調査の有効回答者数	107
利用者総数に対する回答者割合(%)	47.8

利用者調査全体のコメント

・回収された33名のうち、本人による回答は24%、家族が本人の気持ちを推察して回答したケースが23%です。
 ・総合的な感想では、「大変満足」「満足」と回答した方が87%と高い満足度が示されています。
 ・個々の設問を見ると、ケアプラン作成時の要望の把握(問1)、個人の尊厳の尊重(問6)については、90%以上の方が「はい」と回答しており、非常に高い満足度が示されています。また、ケアプランの説明(問2)、ケアプランのサービス内容の満足(問3)、プライバシー保護(問7)、計画やサービス内容の説明(問8)、不満や要望への対応(問9)については、「はい」と回答した方が80%を超えており、高い満足度が示されています。

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. ケアプラン立案時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	99	3	1	4
「はい」と回答した方は93%と非常に高い満足度が示されており、「いつもよく話を聞いてくれます」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は3%、「いいえ」と回答した方は1%です。「無回答・非該当」は3%です。				
2. ケアプランについての説明は、わかりやすいか	90	8	3	6
「はい」と回答した方は84%と高い満足度が示されており、「利用者本人、家族に説明してくれます」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は8%、「いいえ」と回答した方は3%です。「無回答・非該当」は5%です。				
3. サービス内容には、利用者の要望を反映しているか	88	10	2	7
「はい」と回答した方は82%と高い満足度が示されており、「満足しています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は9%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は7%です。				

4. ケアマネジャーの接遇・態度は適切か	76	4	23	4
「はい」と回答した方は71%と一定の満足度が示されており、「不適切だと感じることはありません」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は4%、「いいえ」と回答した方は22%です。「無回答・非該当」は3%です。				
5. 病気やけがをした際のケアマネジャーの対応は信頼できるか	84	8	0	15
「はい」と回答した方は79%と一定の満足度が示されており、「体調悪い時に連絡すると、自宅まで様子を見に来てくれます」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は8%、「いいえ」と回答した方は14%です。「無回答・非該当」は14%です。				
6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	100	4	0	3
「はい」と回答した方は94%と非常に高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は4%、「いいえ」と回答した方は1%です。「無回答・非該当」は2%です。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	92	7	2	6
「はい」と回答した方は86%と高い満足度が示されており、「プライバシーは守ってくれています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は7%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は5%です。				
8. サービス内容に関するケアマネジャーの説明はわかりやすいか	86	13	2	6
「はい」と回答した方は80%と高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は12%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は6%です。				
9. 利用者の不満や要望は対応されているか	94	5	2	6
「はい」と回答した方は88%と高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は5%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は5%です。				
10. 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	60	20	7	20
「はい」と回答した方は56%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は19%、「いいえ」と回答した方は7%です。「無回答・非該当」は18%です。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 9/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	● あり ○ なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	● あり ○ なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○ 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している ○ 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○ 非該当
	● あり ○ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○ 非該当

カテゴリー1の講評

グループ全体の運営をめざし、考え方を明示して職員の目標設定にもつなげています

当施設は、所属する法人傘下の3施設(特養を核とする複合施設)のひとつであり、法人第一号の施設として、他の施設をリードしていく立場にあります。グループ内にある財団法人を含めて、グループ一体となった運営をめざし、理念も施設内に掲示され、考え方を示した資料を入職時に職員に配布しています。毎朝、在宅支援課では、部門ごと(通所介護・居宅介護・地域包括)に朝礼を行い、理念を中心とするグループ共通の『4原則』を唱和するとともに、今年度から、職員の目標設定に際し、最低1項目は、当該4原則に沿った目標設定を行っています。

管理職の異動もあり、組織の立て直しに取り組んでいます

在宅系3部門を所管する在宅支援課の課長は、この9月に他施設の在宅支援課から異動してきたところで、施設長も、この1月に就任して約10か月と、相次ぐ管理職の交代から組織体としての一体性は十分とは言えません。各部門は、サブリーダーを中心に運営されています。職員会議や管理職会議、各種の委員会等の会議体を通じて、管理職から職員に働きかける場はありますが、グループの考え方が十分浸透しているとはいえない状況です。あらためて原点に立ち返り、11月から施設内の各管理職が講師となって、理念研修に取り組み始めています。

2			カテゴリー2		
2			経営における社会的責任		
			サブカテゴリー1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況		4/4	
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している			評点(〇〇)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当		
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている			評点(〇〇)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人々の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している		<input type="radio"/> 非該当		
			サブカテゴリー2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況		7/7	
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある			評点(〇〇)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている		<input type="radio"/> 非該当		
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している			評点(〇〇〇)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている		<input type="radio"/> 非該当		
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている			評点(〇〇)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている		<input type="radio"/> 非該当		

カテゴリー2の講評

コンプライアンス体制ならびに透明性の確保については課題が散見されます

個人情報保護方針はグループのホームページにあり、施設内にも掲示されていますが、コンプライアンス全般に係る規程類が見当たりません。職員向けに『虐待防止』等のテーマ研修を毎年実施していますが、コンプライアンス全般に係る研修は未実施となっています。事業者の透明性につながる財務内容の開示も決算報告書の帳票が添付されているのみで、分かりやすいとは言えません。コンプライアンス体制全般の見直しや透明性確保の取り組みの充実が望まれます。

施設独自や地域機関等との連携による専門性を活かした取り組みを行っています

専門性を活かして、昨年、4回の介護教室(ただし、年後半の2回は、グループの有料老人ホームが主催)を施設内で開催しました。今年度は、再び施設が主催する形に戻して、9月に実施して盛況でした。通所介護事業者として地元の事業者連絡会に今年度より参加しています。また、産官学連携プロジェクトMISSY(在宅で医療や介護のサービスを利用している利用者とサービス提供者との間で情報やコミュニケーションを共有する情報システムの開発)に参画すべく準備(来年4月スタート)を進めており、専門性を活かした取り組みといえます。

カテゴリ-3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ-1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 6/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
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	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○ 非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇●●)		
評価	標準項目	
○ あり ● なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○ 非該当
○ あり ● なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○ 非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○ 非該当
カテゴリ-3の講評		
苦情解決制度は、利用契約締結時に重要事項説明書の中で行っています サービスの利用契約書における重要事項説明書において、苦情解決制度について説明していますが、それ以外で、あらためて苦情解決制度の積極的な告知まではしていない状況です。施設としては、苦情解決委員会があり、苦情が発生した場合には、責任者への速やかな報告とともに、3日以内に報告書を提出することがルールとなっています。実際には苦情報告書の作成にまで至った事例はありませんが、万が一苦情が発生した場合には真摯な対応が求められます。		
在宅3部門の連携による利用者ニーズの掘り起こしに取り組んでいます 法人として、月次で経営会議を開催しており、傘下3施設からの情報(定量面・定性面)が集約されることから、グループ力を活かした情報収集も当施設としての強みといえます。在宅支援課としては、在宅の3部門(通所介護・居宅介護・包括支援センター)間の情報共有が重要であると認識しています。来年オープンする機能訓練型通所介護もケアマネからの情報(利用者ニーズが期待できる)が導入を後押しすることになっています。併設する特養との連携に加え、在宅3部門の連携による利用者ニーズの掘り起こしは、今後も不可欠といえます。		

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している 評点(○○●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している 評点(○○○○)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる 評点(○○○○)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなど の取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(0000)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ-4の講評

年度計画を策定するものの、中長期計画は策定までには至っていません

具体的な中期ないしは長期の事業計画といったものは、残念ながら今はありません。一方、年度ごとの事業計画については、施設全体としての運営方針と重点目標を定め、また、在宅3部門(通所介護・居宅介護・在宅支援センター)を統括する在宅支援課として、『基本的考え方』、『具体的目標値』、『重点課題』を明示し、さらに、各部門ごとの役割ないしは期待する姿を示しており、正に実践的な事業計画となっています。

事業計画の策定手順および年度末総括の方法に改善が望まれます

今年度の事業計画は、施設長が交代して日が浅いこともあり、管理職主導(しかも在宅支援課長はこの9月に交代)で、具体的には、施設長が大枠を策定し、一部を職種ごとに振って取りまとめています。折角、機能別に計画を立てて積み上げていく考え方を持っているだけに、素案の段階から、各現場の意向を吸い上げて、機能別さらには施設全体としての事業計画としてまとめあげていくことが望まれる。また、事業報告書の取りまとめでに当たっては、年初に立てた計画ごとに個別に総括し、取り組みの成果を次年度につなげられるようにすることが望まれます。

5			カテゴリ-5	
5			職員と組織の能力向上	
			サブカテゴリ-1(5-1)	
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			8/8	
評価項目1			事業所にとって必要な人材構成にしている	
			評点(000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2			職員の質の向上に取り組んでいる	
			評点(00000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している		<input type="radio"/> 非該当	
			サブカテゴリ-2(5-2)	
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			7/7	
評価項目1			職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる	
			評点(000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当	

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ5の講評

理念研修を始めていますが、管理職が手本となる必要があります

理事長からの指示により、11月から管理職自らが講師となり、施設単位で理念研修を始めています。グループ一体運営を目指す法人として、理念等の徹底は必要不可欠といえます。特に、当施設では、施設長をはじめ管理職の交代が相次いだこともあり、理念研修を通じた職員との共有の場は重要となっています。平成25年度も新卒者研修における理念研修、リーダー研修、主任研修等、階層別の研修も実施されていますが、原点に立ち返って、理念研修を行う意義は大きいといえます。管理職自らが理念を体現し、職員の手本となる必要があります。

人事考課の仕組みはできているが、育成計画の充実が望まれます

プロセス考課シートによる人事考課の仕組みはあるが、目標管理シートの運用は行っていません。「新卒の入職者も2年経ったら一人前にする」との方針で、3か月ごと目標の達成状況を評価して成長につなげようとしています。在宅支援課長が1次評価者となって、面談を行い、施設長が二次評価を行っていますが、特養等を統括する生活支援課と人事考課制度の運用が異なっています。施設として考課制度を一本化し、入職からリーダー職に至る各階層別に育成計画を踏まえた人事考課制度の再構築が必要といえます。

在宅サービスの充実をめざし、各種の資格取得等に取り組んでいます

併設する通所介護等の在宅サービスの充実をめざし、住環境コーディネーター等に取り組む職員がおり、在宅支援課としてもさまざまなバックアップ体制に取り組んでいます。居宅介護の現場では、中途採用の職員が多いこともあり、OJTが中心となった育成となっています。しかし、今後の在宅サービスの充実や在宅3部門の連携強化のためにも、個人別育成計画に則って、職員が自発的にスキルアップとしての資格取得を目指し、職員の意識改革にもつながるような展開が望まれます。

カテゴリー8

8 カテゴリー1～7に関する活動成果

サブカテゴリー1(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」
 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」
 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

理念や事業計画と職員の目標設定を一体的に運用する工夫が望まれます

理念を中心とするグループ共通の『4原則』をはじめ、グループの考え方が必ずしも職員に浸透していなかったことから、理事長の指示の下、あらためて原点に立ち返り、11月から施設内の各管理職が講師となって、理念研修に取り組み始めたところです。事業計画についても、施設長より職員会議等で話はするものの、必ずしも職員全員に周知できているとは言えない状況です。年初の職員の目標設定に際して、最低1項目は、当該4原則に沿った目標を立てることが求められていますが、理念や事業計画と職員の目標設定を一体的に運用するためのさらなる工夫が望まれます。

サブカテゴリー2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

各階層別に職員の育成を軸とした人事考課制度の最構築が望まれます

入職3年目までの職員に対しては、「一人前」にするための手厚いサポート体制がとられていますが、それ以降の職員に対する取り組みとの温度差がみられます。管理職としても個人別育成計画に課題があると認識しています。施設内の在宅介護課と生活介護課とで、運用面で差異がみられます。当施設ならびに法人として、入職からリーダー職に至る各階層別に、職員の育成を軸とした統一的な人事考課制度の最構築が望まれます。

サブカテゴリー3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」
 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

退院からの在宅支援に向けたケアプラン作成に対して一層の強化が求められます

介護保険法制定から15年が経過し、従来以上に退院からの円滑な在宅介護を意識したケアプランの作成が求められます。現在、個々の利用者の特性に応じ自立への目標を設定していますが、職員間では医療面への知識不足が認識されています。今後、医師や看護師との情報交換や勉強会などを通じて、医療的支援が必要な利用者に対しても安心感のある支援ができるよう知識強化をしていくことが期待されます。

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
 ・カテゴリ-3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 3/4
評価項目1 利用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 <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> なし	4. 利用者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1の講評		
<p>法人主催の介護者教室でケアマネジャー業務の説明を行っています</p> <p>法人主催の介護教室を年3,4回開催、熱中症対策や認知症予防などと合わせて、介護保険制度やケアマネジャーの役割などを居宅介護支援事業所の管理者が説明し地域への情報提供につとめています。</p> <p>居宅介護支援事業所の業務内容や特徴を伝えるツールの作成が期待されます</p> <p>居宅介護支援事業所の情報を伝えるものは、法人全体のパンフレットやホームページのみとなります。周知活動は、地域包括支援センターに空き情報を伝える程度にとどまります。ケアマネジャー1人当たりのケアプラン数を目標として掲げていますが、現段階では共通認識まで至っていません。まずは、居宅介護支援事業所の役割を地域に伝えるためにも単体のチラシを作成することから初めても良いと思われます。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 6/6
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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 サービスを終了する場合も、サービスの継続性に配慮した対応を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が居宅介護支援事業所の変更を希望する場合、継続的にサービスが提供されるよう対応している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が他のサービスに移行する場合、新たな事業所の関係者等と連携して支援体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス終了後も必要に応じて、利用者や家族等からの相談に応じている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評		
<p>利用開始時の契約に際して苦情窓口や担当変更の可能性を説明しています</p> <p>初回の契約時には、契約書や重要事項説明書、個人情報保護の同意書、居宅介護支援事業の届出書を持って訪問しています。ケアマネジャーの役割を説明するとともに、苦情窓口や事業所都合で担当変更が生じる可能性について、説明しています。その他市町村のパンフレットを用いて介護保険制度の説明をしています。</p> <p>入院・入所など契約終了後も必要に応じて対応を行っています</p> <p>介護保険上は、居宅介護支援事業所との契約は終了しているものの、入院後に各種申請業務を代行したり、グループホームへ入所した後も連絡を受け、相談に応じています。亡くなった場合にも家族から連絡を受けるケースがあり、必要に応じて対応しています。今後、終了後にどのような影響が生じているか検証の意味を含め、契約終了後、連絡を取り記録を残すようルールとして統一しても良いと思われます。</p>		
サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 10/10
評価項目1 利用者の要望や状況に応じて、要介護認定等に係る申請の代行・支援等を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者(家族)から要介護認定等の申請の代行を依頼された場合には、協力している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の状態が変化して要介護度が変わったと思われる場合には、要介護状態区分変更の申請のための支援や助言を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 介護保険外の申請書類の作成(減額申請等)について、支援や助言を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 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(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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

評価項目3 利用者が居宅で日常生活を営むことが困難になった場合には、サービス提供事業者や医療機関の意見を参考に対応する体制を整えている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス提供事業者や医療機関と連携をとりながら利用者の状況を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が介護保険施設等や医療機関等への入所・入院を希望する場合には、情報提供等の便宜を図っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が介護保険施設等や医療機関等への入所・入院を希望する場合には、主治医と連携をもって対応している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4 介護保険施設や医療機関等を退所・退院する利用者が居宅における生活に円滑に移行できるよう支援している		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が介護保険施設や医療機関等を退所・退院する際には、事前にカンファレンスを行うなど必要な情報を入手する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 居宅での生活における留意点等の情報を介護保険施設等から聴取し、状態を把握することで居宅サービス計画に役立てている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ3の講評

毎週の居宅介護支援事業所内の会議で情報共有と各種検討を行っています
 ケアマネジャー同士の情報共有は、毎週1回居宅介護支援事業所の会議で行っています。今後の予定、現在の課題、研修報告、要望苦情、組織的な連絡事項の共有などを行い、議事録を作成し回覧しています。情報の共有の場としてだけでなく、契約書やアセスメントシートの見直しなど検討の場としても機能しています。その他、毎朝、居宅介護支援事業所内で朝礼を行いスケジュール確認などを行っています。

利用者ごとの要介護認定期間の更新手続きは、一覧表で管理しています
 ケアマネジャーごとに担当利用者名と要介護認定情報の更新月などをまとめた利用者台帳を作成しています。毎月担当ごとに確認し要介護認定情報の更新漏れが無いよう管理しています。介護保険上の減算要件である運営規程の遵守については、パソコンの専用ソフトの入力状況をもとに確認しています。

サブカテゴリ5

5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
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(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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ある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等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、組織的に対策を検討し、対応している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、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 checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 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5の講評		
<p>個人情報の扱いについて共通ルールの作成が求められます</p> <p>法人共通の個人情報保護規程を整備し、契約時に利用者から個人情報の扱いに関して同意を得ています。特に居宅介護支援事業所は、個人情報の持ち出しの機会が多く発生します。現在は個人情報の持出に関する運用のルールは特に設けられておらず、今後、ルールの整備と周知徹底が求められます。また、利用者ファイルなどの個人情報が、現在は設備の関係で鍵がかからない場所で保管しており、早急な改善が期待されます。</p> <p>法人全体でマナー研修や虐待に関する研修を行っています</p> <p>法人全体で接遇や認知症などに関する研修を毎年行っています。その他、高齢者虐待対応の手引きを常備し共通認識を図っています。今回の職員自己評価では、業務上への意欲は感じるものの、管理職交替への不安とともに一部に職員同士の負の連帯感が感じられます。利用者支援には、利用者の真意を把握する観察力や洞察力など受容の心構えが必要となり、今後、精神面でのより一層の成長が期待されます。</p>		
サブカテゴリ6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/12
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(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 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を点検している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 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変更の時期や見直しの基準が定められている	○ 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	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○ 非該当

評価項目3 さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している		評点(○○○○○)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○ 非該当

サブカテゴリ6の講評

マニュアルを整備して、ケアプランを引き継ぎながら育成しています
 居宅介護支援事業所マニュアルに、ケアマネジャー業務、月間の流れ、ケアプラン入力方法、契約までの流れなどを整理し、新人のケアマネジャーの指導などに活用しています。新人ケアマネジャーには、既存の利用者のケアプランを引継ぎ、経験の長いケアマネジャーが新しい利用者を担当する方式としており、引継ぎやフォローにより実務を通して人材育成を図っています。

外部研修受講後は、事業所内研修会で情報共有を行っています
 外部研修に参加した後の事業所内会議で内部研修を行い、情報共有を図っています。法人内に3つの居宅介護支援事業所があるものの他事業所との連携や情報交換は、現在ではあまり行われていない状況にあります。今後、地域包括ケアシステム構築に向けケアプランの作成の視点にも変化が求められてきます。3事業所一体となった視点の共有や能力向上、相互連携などが期待されます。

特定事業所加算取得事業所として個別な研修計画を策定し運用しています
 当事業所は、特定事業所加算を取得しており、個別な研修計画に基づきケアマネジャーの育成を行っています。個人別に目標を設定、事業所内外の研修受講見込を一覧表にして、研修受講の状況を把握しています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
		24/24	
1 評価項目1 利用者の個別の情報や要望を把握している			
		評点(000000)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の個別事情や要望の把握をし、記録している		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者および家族から聞き取る以外に観察などで状況を確認し、情報の把握に役立っている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の要望以外に、把握した状況を分析し生活課題を抽出している		○ 非該当
● あり ○ なし	5. アセスメント時に利用者が望む生活像の把握をしている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>利用者のアセスメントで家族の介護力や社会との関わりを確認しています</p> <p>統一したアセスメント様式で利用者状況の確認を行っています。利用者と家族の要望、ADL、IADL、介護力、趣味、社会との関わり、生活環境、一日の過ごし方など複合的な視点でアセスメントを行い、各項目の課題に応じた目標を設定する様式を用いています。アセスメントの重要性に関する職員の意識が高く、職員ミーティングでフォーマットの見直しを行っています。</p> <p>必要に応じて複数回訪問してアセスメントを行っています</p> <p>共通のアセスメント様式を用いて、必要に応じ複数回の訪問を通して追記しながら、アセスメント状況を把握しています。利用者の状況によっては、筆談でやりとりを行い、筆談に使ったメモを保管するなどコミュニケーションの工夫を行っています。</p>			
2 評価項目2 一人ひとりの居宅サービス計画は、利用者本人や家族の希望と関係者の意見を取り入れて作成している			
		評点(000000)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 事業所として居宅サービス計画作成にあたっての基本的考え方や方法を明確にしている(個性の尊重・自立支援の視点等)		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 介護保険サービス及び介護保険外サービスに関する情報を収集し、利用者のニーズに応じて提供している		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 居宅サービス計画は利用者の望む生活像をもとに、利用者の状況や要望などを取り入れて作成している		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者と家族の意向が異なる場合には、話し合いを行うなど、調整を図っている		○ 非該当
● あり ○ なし	5. 利用者の要望と専門的視点からみたニーズが一致しない場合、可能な限り利用者に説明し同意を得るようにしている		○ 非該当
● あり ○ なし	6. 作成した居宅サービス計画の内容(サービスの種類、回数、利用者負担金額等)について説明し、同意を得ている		○ 非該当

評価項目2の講評

パンフレットや市のガイドブックを使って情報提供を行っています。

市のガイドブックや事業所のパンフレットなどの情報を収集し、利用者に提供しています。介護保険サービス以外にも自費ヘルパーや生きがい事業、訪問歯科、訪問理美容、半日デイサービスなど多様な情報を使いながら行っています。ゴミ屋敷のケースなど必要に応じ、ケアマネジャー自らが動き利用者の部屋の片づけを行ったり、リサイクルショップへ手続きを行うなど制度の狭間を埋めるよう支援を行っています。

退院からの在宅支援に向けたケアプラン作成に対して一層の強化が求められます。

介護保険法制定から15年が経過し、従来以上に退院からの円滑な在宅介護を意識したケアプランの作成が求められます。現在、個々の利用者の特性に応じ自立への目標を設定していますが、職員間では医療面への知識不足が認識されています。今後、医師や看護師との情報交換や勉強会などを通じて、医療的支援が必要な利用者に対しても安心感のある支援ができるよう知識強化をしていくことが期待されます。

3 評価項目3

利用者の状態を分析し、サービス担当者会議によって効果的な居宅サービス計画となるように調整している

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 家族やサービス提供事業者等関係者とアセスメント内容を共有している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 介護支援専門員が作成した居宅サービス計画のサービス内容について、家族やサービス提供事業者等関係者から意見を収集し、必要に応じて見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス担当者会議の内容を記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 必要に応じて、自治体や地域包括支援センター等と連携を図っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

必要に応じ市の福祉課などを交えたサービス担当者会議を開催し支援を行っています

利用者が生活保護の場合は、市の担当者とともにケアプランを作成しサービス担当者会議を開催しています。また、困難ケースの場合は、地域包括支援センターとともに利用者宅を訪問するなど、多様な関係者を交えて利用者支援を行っています。

サービス担当者会議の開催について意見調整を行いながら実施しています

サービス担当者会議を開催する場合、利用者や家族の予定を確認後、認定調査審査会など関連する日程に応じて多方面と連携しながら日程調整を行っています。日程が確定した段階で、情報の伝達に誤りがないよう、個人情報に配慮しつつ書面で情報を伝えています。開催後、関係者の意見を把握しながら必要に応じてケアプランの見直しを行っています。

4 評価項目4 居宅サービス計画に基づいて提供されるサービスの開始当初に、サービス提供の状況を確認している		評点(00000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 提供されているサービス内容が居宅サービス計画の援助目標に沿ったものであるか確認をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. サービスの提供によって生じる利用者の状態や環境等の変化を確認している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 提供しているサービスに過不足がないかの確認をし、必要に応じて調整している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 居宅介護支援の経過を記録し、把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 利用者、家族とサービス提供事業者の関係が良好であるか確認をしている	○ 非該当

評価項目4の講評

事業所内ケース検討会により対応指針の共有を図っています

年2回程度、困難事例などのケース検討会を行っています。事例内容の発表後、課題などについてホワイトボードを使って意見を出し合い整理し、対応指針の共有を図っています。検討結果としてケース検討会に使ったホワイトボードの記述を写真に撮り記録として整理しています。

支援経過は、パソコン上の専用ソフトへ入力して管理しています

フェースシート、居宅サービス計画書などを利用者ごとに一冊のファイルにまとめて担当以外が見てもわかりやすいよう管理しています。支援経過記録をパソコン上の専用システムに入力し、必要に応じて印刷してファイリングしています。担当によっては、利用者や家族などの発言を言葉のまま入力し客観的な情報として記録するようにしています。今後、記録の記述方法を統一するとお客観的視点の共有ができると思われます。

5 評価項目5 利用者の状態や環境の変化を継続的に把握し、必要に応じて居宅サービス計画の見直し・変更を行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 居宅サービス計画における援助目標の達成度を定期的に把握し、記録している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の状況や要望等の変化を定期的に把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 援助目標の達成状況や利用者の状態変化等必要に応じて再アセスメントを行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の状態や要望の変化に対応し居宅サービス計画の見直し・変更をしている	○ 非該当

評価項目5の講評

パソコン上の専用システムを利用して援助目標の達成確認を行っています

パソコン上の専用システムを利用して短期目標の設定期間に応じ本人と家族の意向やニーズ充足度の視点でモニタリングを行い、記録しています。全ての短期目標の達成状況を確認後、ケアプランの見直しの必要性を検討し、支援を行っています。

入退院時などは、医療機関の意見を取り入れ再アセスメントを行っています

必要に応じて医療機関と連携しながら再アセスメントを行っています。介護老人保健施設に入所した場合、入所施設に訪問して担当医師の意見を聞いたりしています。また、退院時には病院から診療情報提供書を受け取り、入院中の利用者の状況を確認したり、病院内で医療機関を交えてカンファレンスを行うこともあり、医療機関の意見を取入れながら再アセスメントを行っています。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	組織的取組みによる支援方針の共通認識の醸成に取り組んでいます
	内容	当事業所では、組織的な取組みにより一体感のあるサービス提供を行っています。アセスメントシートやファイリング方法の統一だけでなく、年数回事例検討会を開催し全職員で一つの事例に対して課題検討を行い事例に対する支援方針の共通認識を図っています。事例検討会で用いたホワイトボードを写真に撮り記録として保管し、効率的に行っています。
2	タイトル	所内会議を毎週開催し情報共有だけでなく業務改善に取り組んでいます
	内容	毎日の朝礼でのスケジュール確認だけでなく、居宅支援事業所内の会議を毎週行っています。会議内容を議事録に残し、全職員で情報共有を図っています。法人内の事務連絡や現在の個々の担当の課題などとともに、アセスメントシートや契約書の見直しを行うなど、より質の高いサービス提供に向けて業務改善の検討の場としての機能を果たしています。
3	タイトル	在宅サービスの充実をめざし、各種の資格取得等に取り組んでいます
	内容	併設する通所介護等の在宅サービスの充実をめざし、住環境コーディネーター等に取り組む職員がおり、在宅支援課としてもさまざまなバックアップ体制に取り組んでいます。居宅介護の現場では、中途採用の職員が多いこともあり、OJTが中心となった育成となっています。しかし、今後の在宅サービスの充実や在宅3部門の連携強化のためにも、個人別育成計画に則って、職員が自発的にスキルアップとしての資格取得を目指し、職員の意識改革にもつながるような展開が望まれます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	理念研修を始めていますが、管理職が手本となる必要があります
	内容	理事長からの指示により、11月から管理職自らが講師となり、施設単位で理念研修を始めています。グループ一体運営を目指す法人として、理念等の徹底は必要不可欠といえます。特に、当施設では、施設長をはじめ管理職の交代が相次いだこともあり、理念研修を通じた職員との共有の場は重要となっています。平成25年度も新卒者研修における理念研修、リーダー研修、主任研修等、階層別の研修も実施されていますが、原点に立ち返って、理念研修を行う意義は大きいといえます。管理職自らが理念を体現し、職員の手本となる必要があります。
2	タイトル	目標への共通意識の醸成と周知活動の必要性の再確認が求められます
	内容	事業所目標としてケアマネジャー1人当たりケアプラン数が定められています。職員自己評価では、目標に対する意識の乖離が多くあげられています。特定事業所加算を取得、人的にも財源的にも比較的組織として安定感があるものと思われます。その反面、現在、周知活動がほとんど行われておらず、事業としての取組みに一部不足した部分があるといえます。今後は、目標への職員間の意識の共有を図り、居宅介護支援事業所の事業内容を広く伝えることが地域への介護事業の周知にもつながると理解し、周知活動に取り組むことが期待されます。
3	タイトル	個人情報に関する持出ルールの標準化が求められます
	内容	個人情報の扱いに関しては、法人の規程を整備したり、契約時に利用者から同意を得たりしています。居宅介護支援事業所では、介護保険事業種類の中でも特に個人情報の持ち運びが多い事業と言えます。現在は、個人情報の持ち出しに関しては、個々のケアマネジャーの判断に基づき運用されており、今後は、事業所、もしくは、法人全体で統一した運用ルールを作成しリスク管理の徹底を図っていくことが期待されます。また、個人情報は、鍵付きキャビネットなどに保管することが望まれます。