

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：中井富士白苑



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:社会福祉の理念を尊重し地域に開かれた施設として長年に亘り培った経験を温め新しい福祉社会に貢献する。 2)目標:リピートしていただける施設になる。口コミで紹介していただける施設になる。 3)目標達成のポイント:いい介護・いい看護・おいしい食事を提供しなければならない。スムーズな依頼事項の処理をしなければならない。 4)グループ全体で気を付けていること:接遇。お客様の要望は全て速やかに叶える 5)社員に期待すること</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"> ・社会福祉の理念を尊重し積極的に行動する新しい福祉社会に貢献できる人 <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"> ・何事にも誰かがやってくれるだろうと人任せにしないで、何事も“できる”よう最大の努力をする。 ・素直に学び、目標・目標達成のポイント・全体で気を付けていることを常に意識し、理念を実現させ ・仕事において理念と違うと感じたら、自ら改善する心・向上する心を持ち自己成長する。

調査対象	原則として対象者は登録者全員。80歳未満23%、80歳代56%、90歳以上18%。要支援1・2が61%、要介護1・2が21%、要介護3以上7%、利用年数が5年未満が79%、それ以上が7%。
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	122
共通評価項目による調査対象者数	122
共通評価項目による調査の有効回答者数	56
利用者総数に対する回答者割合(%)	45.9

利用者調査全体のコメント

・回収された60名のうち、本人による回答は27%、家族が本人の気持ちを推察して回答したケースが16%です。
 ・総合的な感想では、「大変満足」「満足」と回答した方が84%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)、ケアプランの説明(問2)、個人の尊厳の尊重(問6)、プライバシー保護(問7)、サービス内容の説明の分かりやすさ(問8)では80%以上の方が「はい」と回答しており、高い満足度が示されています。また、職員の接遇(問4)、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70%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	50	2	0	4
「はい」と回答した方は89%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4%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は7%です。				
2. ケアプランについての説明は、わかりやすいか	45	5	0	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9%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は11%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	38	13	0	5
「はい」と回答した方は68%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は23%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は9%です。				

4. ケアマネジャーの接遇・態度は適切か	40	2	13	1
「はい」と回答した方は71%と一定の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23%です。「無回答・非該当」は2%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	39	9	0	8
「はい」と回答した方は70%と一定の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16%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「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	47	9	0	0
「はい」と回答した方は84%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16%です。「いいえ」と回答した方はいませんでした。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	45	8	0	3
「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14%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「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	47	6	0	3
「はい」と回答した方は84%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11%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は5%です。				
9. 利用者の不満や要望は対応されているか	41	11	0	4
「はい」と回答した方は73%と一定の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20%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は7%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	28	12	6	10
「はい」と回答した方は50%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は21%、「いいえ」と回答した方は11%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(0000)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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(00)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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(000)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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く <input type="radio"/> 非該当

カテゴリ1の講評

経営の4原則を全員に浸透させていく強い姿勢があります

法人の「4原則」(経営理念、目標、目標達成のポイント、グループ全体で気をつけていること)について法人主催の職員研修を通して浸透させていく強い姿勢があります。また、4原則と事業計画、人事考課制度が有機的に機能するような仕組みが出来ています。施設長は課長からの報告事項に対して、「4原則に沿った行動であるかどうか」を確認するとともに、自らの目で現場を確認しています。朝礼では職員が輪番で経営理念や目標に対して出来ている事を発表する場があり、日々振り返る機会があります。

「管理職の役割は結果責任である」という姿勢を職員に示しています

施設長は「何かあったらその責任は管理職が持つから安心してやりなさい」というスタンスで職員に働きかけています。また、働きやすく風通しの良い職場形成が経営層の役割であるという認識から、ほめ合う訓練などを通して職員同士がお互いを尊敬しあえるような環境の構築を目指しています。現在、事業所では新しいサービスをつくりあげingことを目標に、職員全員からの提案を募っています。

重要な案件に対して非常勤職員にまで確実に周知する方法にさらなる工夫が望まれます

事業所での重要な案件についての周知は、職員に口頭で伝えたり、メールを使ったりした工夫がみられますが、在宅支援課長の不在の影響もあり、約8割の非常勤職員に対しての周知が弱いようです。非常勤職員の勤務形態に合った周知方法の更なる工夫が望まれます。

2			カテゴリー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

事故・クレームをトラブルにしないをモットーに職員のマナー向上に力を入れています

全職員が接遇マナー研修を受講することで職員のマナー意識の向上に努めています。利用者や家族への対応においては、「理屈で相手を説得しようとしなさい」、「相手の感情を聞き、受け止めることから始める」という姿勢を徹底しています。事故や苦情などが生じた場合の対応についても、手順を定めて周知しています。また、他施設のクレーム事例の事例検討会を通して苦情やクレームの予防に取り組んでいます。その結果、25年度は1年間を通して1件のクレームも出ていません。

認知症に対する専門性を講演等を通して積極的に地域に発信しています

ユマニチュードや認知症予防運動など、認知症ケア・予防に対する取り組みに注力しており、地域に向けても積極的に情報発信をしています。「アルツハイマー病をくい止めろ」と題した講演会を企画・実施して、アルツハイマー型認知症の予防に関する専門家の医師を招き、地域の行政関係者、地域包括支援センター、事業所を対象として先端的な取組みの紹介を行っています。また、例年実施している介護者教室においても、家庭医を招いた講演会や職員による認知症予防運動プログラムの実技体験を行っています。

年々、地域社会との交流が深まっており、行政からの信頼も高まっています

毎年開催している納涼祭の参加者は年を追うごとに増えており、26年度は500名弱の参加があまりました。また、家族介護者教室は年3回開催され、40名の利用者家族や地域住民が参加しています。年を追うごとに地域社会との交流が深まっているといえます。先に挙げた認知症予防の講演会などを通じて、行政からの信頼も高まっていると推察されます。事業所としても、コミュニティバスを利用した地域活性化への貢献なども検討しており、さらなる展開が期待できます。

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 8/8
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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-3の講評		
職員一人一人の「想像力・応用力・創造力」をサービスに生かしています 法人の4原則に沿った新しいサービスを現場から作り上げるためのプロジェクトに取り組んでいます。「想像力・応用力・創造力」と題して、「想像力」では、職員にアイデアの提供を求めるとともに、誰がいつく提案したかを管理しています。「応用力」では、どうすれば実行できるかについて、責任者や担当者の役割分担した上で推進体制を明確にしています。「創造力」では、アイデアを具体化するための企画を練り、実行に移していきます。クリスマス・ディスプレイ、握り寿司調理など、実施予定の企画が17に上っています(訪問調査実施時)。		

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 7/11
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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(〇〇〇〇)

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

年度目標の管理指標の設定や、中期の経営計画の策定が望まれます

事業所の単年度の事業計画は、非常に精緻に作成されています。「総括」として事業所全体の方向性をまとめた後で、入所部門の「重点目標」を打ち出して、「目標を達成する為の具体的な方法」まで明示しています。今後は、目標の進捗管理につなげやすい数値目標等の管理指標の設定などが望まれます。また、介護保険制度の大きな改正など、事業所の経営に影響を与える多くの変化が予測されますので、単年度の事業計画に止まらず、事業所としての3カ年程度の環境分析を踏まえた中期の経営目標と事業計画の策定が望まれます。

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、それを越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

新卒・新人の採用に注力するとともに、育成するための研修が充実しています

新人の採用時には、法人の掲げる「4原則」の説明を行ない、理解してもらうことに重きを置いています。2次選考では、現場リーダーや職員がチェックシートを使い、現場職員のみでチェックを行い、評価を行なった後に採用する仕組みが取られています。また、育成のための研修体系が整備されています。4月入職時点の研修に留まらず、半年程度経った時点で「新人の悩みを共有する」研修や年度末には「初心に帰る」ためのマインド研修があり、新卒・新人育成にきめ細かな配慮がされています。

法人の「4原則」と連動した目標管理制度や、目的を明確にした人事考課があります

法人が掲げる「4原則」を職員に根付かせるための目標管理制度が運用されています。目標管理シートには、4原則に沿った個人目標が設定され、半年ごとに目標の達成度を振り返り機会をつくっています。人事考課では、「接遇がいい社員」、「勤務時間内に150%の仕事をしてお客様から高い評価を受ける社員」と、考課のポイントが明確に打ち出されています。また、職員の適正を判断した上で、アロマコーディネーターや介護予防運動指導員などの専門資格の取得も促しています。

組織図通りの指揮命令系統による業務遂行に工夫が求められます

組織図は整備されていますが、課長不在などの要因により、組織図通りの指揮命令系統が一部機能しないようです。現在は、施設長の力量でカバーされていますが、それにも限界があります。今後は管理職や現場リーダーの育成を休務とするとともに、現場リーダー層が縦のラインと責任を意識して、組織的な仕事ができるようにすることが必要です。

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

認知症なら中井富士白苑というブランドイメージの構築が進んでいます
 ユマニチュードの理論をベースとした認知症回復プログラムとその実践事例を施設長や職員が講演を通して積極的に発信している結果としてNHK、TBSといったテレビや読賣や毎日新聞といったマスコミの取材を受ける機会が増えています。また、デンマーク市役所などの外国からの視察もあり、先進的な認知症に対する取り組みがブランドイメージとして高まっています。

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

新卒採用や職員に対するマインド研修の成果で離職が減っています
 平成25年度は16名の採用に対して18名の離職ということで採用者の数より離職者の数が上回っていましたが、平成26年度は離職が少なくなっているようです。政策的な人事異動により現場に無理を来たしている部分もない訳ではないようですが、それにも増してマインド研修と専門分野の知識・技術研修のバランスの取れた研修体系と新卒重視の新人採用が功を奏してきているようです。

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

施設長を交え居宅介護支援事業所内の会議を毎週行っています
 居宅介護支援事業所の会議を毎週1回約30分程度施設長を交えて行っています。ケアマネジャーごとの件数の確認や利用者の情報、組織的な連絡事項などの共有を行い、議事録を作成し回覧しています。遠方の利用者が多いため移動時間がかかることから全体でまとまる時間が取りにくい状況にあります。

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

職員一人一人の「想像力・応用力・創造力」をサービスに生かしています

法人の4原則に沿った新しいサービスを現場から作り上げるためのプロジェクトに取り組んでいます。「想像力・応用力・創造力」と題して、「想像力」では、職員にアイデアの提供を求めるとともに、誰がいつ提案したかを管理しています。「応用力」では、どうすれば実行できるかについて、責任者や担当者の役割分担した上で推進体制を明確にしています。「創造力」では、アイデアを具体化するための企画を練り、実行に移していきます。クリスマス・ディスプレイ、握り寿司調理など、実施予定の企画が17に上っています(訪問調査実施時)。

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 2/4
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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>中井唯一の特別養護老人ホーム併設の事業所として地域に情報提供しています</p> <p>当事業所は、最寄駅より車で15分程度かかり地域唯一の特別養護老人ホームとして福祉拠点の役割を担っています。法人主催の家族介護教室を年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。現在は地域包括支援センターに実績を手渡したり、移動に1時間程度かかる遠方であろうと断らない姿勢で、ほぼ上限に近い担当件数の維持を図っています。今後は、居宅介護支援事業所の役割をより地域に伝えるためにも単体のチラシを作成しても良いと思われれます。</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> 利用開始時の契約時に第三者委員の設置や担当変更の可能性を説明しています 介護保険制度や地域支援事業の情報として市町村のパンフレットを活用しています。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、ケアマネジャーの役割を説明するとともに、第三者委員の設置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。当事業所では、男女のケアマネジャーが在籍することから利用者から性別に対する希望を聞き対応しています。 </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 入院時には、在宅支援サマリーを作成し家族を通して医療機関に情報提供を行っています。介護老人保健施設入所による居宅介護支援業務の契約終了後にも、家族や施設から連絡を受け助言や情報提供を行っています。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業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っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ3の講評		
<p>施設長を交え居宅介護支援事業所内の会議を毎週行っています</p> <p>居宅介護支援事業所の会議を毎週1回約30分程度施設長を交えて行っています。ケアマネジャーごとの件数の確認や利用者の情報、組織的な連絡事項などの共有を行い、議事録を作成し回覧しています。遠方の利用者が多いため移動時間がかかることから全体でまとめる時間が取りにくい状況にあります。同一施設内の通所介護では、同一法人の紹介率の目標を50%としており、通所介護の相談員と隣接した座席とし、連携しやすい環境を設けています。</p> <p>地域支援事業の申請助言など複数自治体を対象として実施しています</p> <p>当事業所では、中井町だけでなく、秦野市、小田原市、平塚市まで対象として利用者支援を行っています。エリアごとに担当分けを概ね行っているものの、担当の一部は、全エリアに分散しています。自治体ごとに地域支援事業の内容や対象が異なるため、必要に応じて事業内容を伝え申請の助言や代行を行っています。今後、地域支援事業の内容や特性を事業所内で整理し、情報を共有し効率化を図ることが望まれます。</p>		
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

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
 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。また、個人情報の保管は、鍵のかかるキャビネットで行っています。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。

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
 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高齢者虐待に関する適切な対応を心がけています。利用者の生活習慣を理解するために曜日ごとの行動パターンを把握し、利用者の日常的な在宅生活を尊重したケアプラン作成を心がけています。

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	12/12
--------------------	-------------------------	--------------

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(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ6の講評

各種資料をマニュアルとして必要に応じて追記しながら活用しています
 県の運営の手引きや集団指導の資料、ケアプラン点検支援マニュアルやケアマネジャー業務ガイドラインなどの各種資料をマニュアルとして活用しています。独自のマニュアル作成には至っていないものの、年1回程度必要な情報を追記したりしながら活用しています。法人内の3つの居宅介護支援事業所では、人事異動が行われることもあり、今後、共通のマニュアルを再整備しても良いと思われれます。

法人内の居宅介護支援事業所同士の相互連携が期待されます
 事業所内会議で、研修の情報提供を行ったり、必要に応じて助言を行っています。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。

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(00000)	
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>利用者のフェースシートやアセスメント様式を統一しています</p> <p>フェースシートやアセスメント様式は、事業所で統一しています。本人と家族の意向をそれぞれ把握し、ADL状況書に基づきアセスメントを行っています。難聴の利用者に対して利用者意向が把握できるよう文字盤を常時携帯し、コミュニケーションの取り方を工夫しています。</p> <p>退院の場合、医療機関交えたカンファレンスなどにより情報を得ています</p> <p>退院の場合、医療機関のソーシャルワーカーを訪問し、退院時に情報提供書を得たり、医療機関を交えたカンファレンスに参加し在宅生活でのケアプランに活かしています。また、ケアプラン作成後にも担当医師に提示して、ケアプランの内容に対して意見を伺いながら利用者の在宅生活に医療的視点を組み入れています。</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、利用者の要望や空き状況によって複数の事業所を紹介しています。介護保険サービス以外にも配食サービス、移送サービス、ごみ収集、安否確認サービスなど多様な情報を使いながら支援を行っています。自治体ごとの地域支援サービスだけでなく、必要に応じて服薬カレンダーを手配したり、ゲートボールの参加を促すなど多様な地域支援をいかしてケアプランを作成しています。

利用者自己負担額は、サービス利用票別表を事前に提示し同意を得ています

サービス提供に関する利用者の自己負担額をサービス利用票別表を用いて、事前に利用者や家族に説明し、同意を得ています。

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

在宅療養支援診療所など主治医と連携し在宅支援を行っています

重度の利用者の場合は、在宅療養支援診療所の医師と電話や手紙を通して情報交換しながら連携して支援を行っています。医療的な確認項目を文書にまとめ家族を経由して医師とのやり取りを文書にて行い、医療的な視点を確認しながら利用者支援にいかしています。

地域包括支援センターと顔の見える関係作りを行っています

管理者は、地域包括支援センターの勤務経験を持っており、現在も継続して地域包括支援センターと円滑な関係を図っています。当事業所の事業計画では、「口コミを重視した周知活動」を盛込んでおり、毎月手渡して実績報告を行い顔の見える関係性を保持しています。その他、地域包括支援センター主催の地域連絡会に参加し連携を図っています。

サービス提供事業所を訪問して状況確認を行っています

利用者の自宅に毎月訪問してサービスの利用状況や意向把握を行っています。遠方の利用者が多いことから、利用者の自宅を訪問する場合には、近隣のサービス提供事業所をできるだけ訪問し状況を確認しています。同一施設内のデイサービスを利用している場合は、直接通所介護の相談員に状況を聞いたり、活動の様子を見学するなど法人内の連携を通して状況確認を行っています。

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

事業所内ケアプラン説明会を再開・継続することが望まれます

毎週の会議で、ケースに関する情報共有や助言を行っています。ケアプランは各担当が作成、以前は事業所内でケアプラン説明会を実施し他のケアマネジャーから助言を得ていましたが、現在は、行われていない状況にあります。担当以外がケアプランを確認することで新たな視点の気づきや発想の転換が行える機会となり、より広い視野に基づいたケアプラン作成につながります。今後、ケアプラン説明会の再開と継続が期待されます。

担当ごとにファイリングが不十分な状況があり、改善が望まれます

担当不在時には、担当以外でも個人別ファイルを確認して連絡するなど対応ができるようにしています。フェースシートやアセスメント、居宅サービス計画書は、ケースファイル、日常的な経過記録はパソコン上のシステムに入力して管理しています。現在、ケースファイルは、担当ごとにファイリング形式が異なったり、一部にファイリングが行われていない場合があるなど管理が不十分な状況が見受けられ、今後改善が望まれます。

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

短期目標の設定期間に応じて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、パソコン上の専用システムで記録しています。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ながら支援を行っています。

区分変更が必要なときには、一次判定を行い利用者に状況を説明しています

区分変更が必要な場合は、事前にインターネット上の一次判定ソフトを活用し利用者の要介護度の判定を行ったうえで区分変更が可能かどうかを説明しています。要介護認定情報の更新に伴い今まで利用していたサービスが利用できなくなった場合には、地域資源を探して利用を促すなど介護保険内のサービスに関わらず代替措置を組入れています。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	複数の自治体に涉る広範囲のケアマネジャー業務を円滑に行っています
	内容	当事業所は、地元の中井町だけでなく、秦野市、小田原市、平塚市など広範囲に涉る利用者を対象としてケアマネジャー業務を行っています。複数の自治体に関係する場合、自治体ごとの地域支援事業の内容や範囲、申請方法等などが異なります。それにも関わらず当事業所では、介護保険サービスだけでなく、各自治体特有の地域支援事業やインフォーマルサービスを含めながら多様な視点でケアプランを作成し、利用者支援を行っています。
2	タイトル	断らない姿勢と地域包括支援センターとの連携による担当件数のフル稼働を遂行しています
	内容	3名のケアマネジャーの担当件数は、平均でほぼ39件に達しており、介護保険制度上ケアマネジャー1人当たりの担当件数の上限を昨年度より継続して満たしています。人口1万人程度小さい町にある事業所として、依頼のあったケースは断らない方針を徹底し、時には車で1時間程度かかる利用者でも受け入れています。地域包括支援センターへの毎月の実績報告は手渡しを前提としており、顔の見える関係作りや周知活動を行い継続して担当件数のフル稼働を遂行しています。
3	タイトル	同一拠点内の情報共有によるサービス提供事業所と円滑な連携を行っています
	内容	中井町唯一の特別養護老人ホームに併設した居宅介護支援事業所として併設事業所と連携を図っています。事務所内では、通所介護の相談員と隣接した席で日常的な情報共有を図っています。通所介護では、同一法人の居宅介護支援事業所からの紹介率を50%目標として掲げ、相互に協働意識を持てるよう取組んでいます。利用者が同一法人内の通所介護を利用しているとき、状況を見に行くこともあり、同一法人内のサービス提供事業所と円滑な連携を行っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	自治体ごとの地域支援事業の特性を事業所として整理することが求められます
	内容	当事業所は、広範囲の利用者を対象としており自治体ごとの地域支援事業の内容や特徴を理解する必要が生じます。現在は、担当ごとに独自に把握した地域支援事業の内容をいかしてケアプランに反映させています。今後は、事業所全体として各自治体の地域支援事業の内容や範囲、特徴を整理し全員で情報共有し効率化を図るとともに、より適切な支援に活かせることが期待されます。
2	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います。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。
3	タイトル	個別ファイルのファイリング方法の統一や事例の共有が期待されます
	内容	利用者ごとのフェースシートや居宅サービス計画書などは、担当ケアマネジャーが利用者ごとにファイルを作成し管理しています。現在、ケアマネジャーごとに管理方法が異なり、一部にファイリングが不十分なケースが見受けられました。担当が不在の時には、担当以外が個別ファイルを見て対応できるよう組織内の事例に関する情報共有を図るとともに、事業所として統一した形式での個別ファイルのファイリングや徹底が期待されます。