

## 千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果 (居宅介護支援)

## 1 評価機関

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| 名 称    | 株式会社 福祉規格総合研究所                |
| 所在地    | 東京都千代田区神田須田町1-9 相鉄神田須田町ビル203号 |
| 評価実施期間 | 平成29年 8月 1日～平成30年 3月31日       |

## 2 受審事業者情報

## (1) 基本情報

|               |   |       |              |
|---------------|---|-------|--------------|
| 名 称<br>(フリガナ) | 居宅介護支援事業所 ナーシングホーム市川<br>キョタクカイゴシエンジギョウショ ナーシングホームイチカワ   |       |              |
| 所在地           | 〒272-0802<br>千葉県市川市柏井町4丁目310番地  |       |              |
| 交通手段          | JR本八幡駅発京成バス「医療センター入口行」乗車約20分・「医療センター入口」下車・徒歩約12分<br>JR船橋法典駅発京成バス「市営霊園行」乗車約10分・「柏井四丁目」下車・徒歩約8分<br>JR市川大野駅より タクシーで約7分 |       |              |
| 電 話           | 047-339-5600  | F A X | 047-338-7701 |
| ホームページ        | <a href="http://care-net.biz/12/keibikai">http://care-net.biz/12/keibikai</a>                                       |       |              |
| 経営法人          | 社会福祉法人 慶美会  |       |              |
| 開設年月日         | 1998年6月1日   |       |              |
| 介護保険事業所番号     | 1270800038  | 指定年月日 | 1999年8月1日    |
| 併設しているサービス    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人福祉施設</li> <li>・短期入所生活介護</li> <li>・通所介護</li> <li>・訪問介護</li> </ul>        |       |              |

## (2) サービス内容

|      |                        |
|------|------------------------|
| 対象地域 | 市川市, 鎌ヶ谷市, 松戸市, 船橋市    |
| 利用日  | 月曜日～金曜日                |
| 利用時間 | 9:00 ~ 18:00           |
| 休 日  | 土・日曜日及び祝祭日、12月30日～1月3日 |

## (3) 職員(スタッフ)体制

| 職 員                 | 常勤職員    | 非常勤、その他 | 合 計       | 備 考 |
|---------------------|---------|---------|-----------|-----|
|                     | 5       | 4       | 9         |     |
| 職種別従業者数             | 介護支援専門員 | 事務員     | その他の従業者   |     |
|                     | 9       | 0       | 0         |     |
| 介護支援専門員が<br>有している資格 | 社会福祉士   | 介護福祉士   | あん摩マッサージ師 |     |
|                     | 3       | 4       | 0         |     |
|                     | 看護師     |         |           |     |
|                     | 2       |         |           |     |
|                     |         |         |           |     |

## (4) サービス利用のための情報

|          |              |    |
|----------|--------------|----|
| 利用申込方法   | 電話受付・来荘      |    |
| 申請窓口開設時間 | 9:00 ~ 18:00 |    |
| 申請時注意事項  | 介護保険申請状況を確認  |    |
| 苦情対応     | 窓口設置         | あり |
|          | 第三者委員の設置     | あり |

## 3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

|             |   |
|-------------|---|
| サービス方針      | <p>【すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を】</p> <p>1：1年365日、1日24時間私たちはお客様の幸せのために頑張ります。<br/> 2：私たちは常にやさしさを忘れず、相手の立場に立って考え行動します。<br/> 3：介護技術、介護態度の向上にたえず努力します。<br/> 4：今日は明日からの人生の出発日です。気分一新全力でがんばります。</p>   |
| 特 徴         | <p>理念に基づき、全職員でサービスの質の向上に取り組んでいます。<br/> 経験豊富な介護支援専門員がお一人お一人の意向を確認し、丁寧に迅速な対応をしております。</p>  |
| 利用（希望）者へのPR | <ul style="list-style-type: none"> <li>・様々な知識・経験を持った介護支援専門員が相談やお困りごとに迅速・丁寧に対応いたします。</li> <li>・市内外の包括支援センター・病院など多職種と連携し、質の高いサービスを提供します。</li> <li>・定期的に研修の機会を持ち、知識・技術の向上に取り組み、地域に根付いた信頼にお応えできるよう努めています。</li> <li>・和やかな雰囲気の仕事所ですが、週1回実施している定例会議では、全員が積極的に発言し様々な問題解決に取り組んでいます。</li> </ul> |

## 福祉サービス第三者評価総合コメント

|  |
|--|
| <p>特に力を入れて取り組んでいること</p>  |
| <p>利用者・家族の要望に応えるため、さまざまなケースの事例検討や情報収集に取り組んでいる</p>  |
| <p>週に1回全職員が参加する定例会議を開催し、活用できる社会資源や保健・医療・福祉に関する諸制度の最新情報を周知するとともに、多様化するニーズや処遇困難ケースについて意見交換を行っている。職員間で情報を共有する事により新たな課題や支援方法を見つけ、利用者・家族の状況や要望に応じたサービスを選定する際に役立てている。サービスの質の向上に繋がるよう情報交換や事例検討を重ね、利用者・家族にとってよりよい支援の在り方を検討している。</p>  |
| <p>「認知症ケア研究会」主催の研修は全職員が参加して学んでいる</p>   |
| <p>居宅部門合同研修会、内部研修会において、認知症ケアに関する研修を実施している。また外部研修や法人内の「認知症ケア研究会」主催の研修は全職員が参加し学んでいる。認知症に関する冊子や研修参加時の資料をマニュアルとして活用している。外部研修に参加した職員からフィードバックする研修も随時開催し情報共有を図っている。「その人らしさ」を大切にするため毎週行う定例会議でケース検討を実施し「本人像」を抽出し居宅サービス計画書に反映させている。</p>   |
| <p>安否確認が必要な「独居」、「高齢世帯」を地区ごとに把握して備えている</p>  |
| <p>居宅サービス計画書、担当者介護などで緊急連絡先の確認、緊急時の対応について連携体制をとっている。法人全体、施設全体で災害対応マニュアルを作成している。居宅支援係においては、法人のマニュアル以外に、安否確認が必要な「独居」、「高齢世帯」を地区ごとに把握できるファイルを作成して、災害対応時のマニュアルとしている。ファイルのなかには、薬情報、緊急連絡先、緊急避難場所、サービス提供事業所などの情報を記している。また、居宅支援係の車内には、緊急時キットを常備し、災害時に活用できるよう年2回の確認を行っている。</p>    |
| <p>親切で丁寧な対応に、利用者の満足度は非常に高い</p>   |
| <p>今回の利用者アンケートは、181名とほぼ全員の方から回答をいただいた。どの項目も9割前後の方が肯定的な回答をしており、特に「ケアプランをつくる時、あなたの状況や要望をよく聞いてくれると思うか」、「ケアマネジャーの言葉遣いや態度、服装などが適切だと思うか」などの問いには、9割以上の方が「はい」とされている。総合的な事業所の感想では、「大変満足」が82名、「満足」も87名と、合わせて9割を超える方が満足感を示されている。自由意見欄でも、親切で丁寧な対応に感謝の声が多く聞かれた。</p>                 |
| <p>バースデイ休暇制度やノー残業デーなど、働きやすい職場環境作りに取り組んでいる</p>  |
| <p>法人としてバースデイ休暇制度などを導入している。休暇は消化できていると認識している。ノー残業デーを月2回設定し、時間外労働の減少に努めている。人事考課制度により自己評価・上司評価・本部評価の3段階評価を実施している。半年ごとにDO-CAPシートを活用し、非常勤を含む全職員と面接を行い希望を聴取している。一般事業主行動計画を作成し、より働きやすい環境への取り組みを行っている。法人として職員育成を目的に人事異動を行っている。福利厚生として、サークル活動支援、子ども参観日、ストレスマネジメントなどを行っている。</p> |

|   |
|---|
| さらに取り組みが望まれるところ   |
| 今回いただいた声を職員間で共有し、利用者の満足度をさらに高めていく   |
| 当事業所は、今回が初めての第三者評価への取り組みである。今回の利用者アンケートでは、上記の通り9割を超える方が満足感を示される一方で、事業所や利用している介護サービスに対する意見・要望も出されていた。今回いただいた声を職員間で共有し、利用者の満足度をさらに高めていくことが期待される。また、今回のアンケート結果を利用者や関係者にフィードバックしていくことで、さらに信頼感が増していくと思われる。 |
| 業務の効率化の観点から、事務処理を見直していく   |
| 今回の職員自己評価は、所属する9名のケアマネジャー全員に参加いただいた。自由意見欄では、内部監査や内部統制への取り組みが始まったことなどから、事務処理の負担が多くなってきていることを要改善点に挙げる声が複数聞かれた。業務の効率化の観点から、事務処理を見直していくことも必要と思われる。  |

|  |
|--|
| (評価を受けて、受審事業者の取組み)<br>ご利用者様、ご家族様には、ご協力をいただき感謝しております。<br>一人一人の生活をより快適にかつ自立支援が促せるよう、サービス提供事業者ごとの特色や強みを把握し、地域資源の活用や地域包括支援センターとの連携を強化していきます。皆様からの貴重なご意見、ご要望に迅速かつ適切に対応できるよう、職員間での情報共有と研修会等を行い、十分な説明や丁寧な対応を心がけ、さらにご満足頂けるよう取り組んでいきます。<br>また、業務の効率化や事務処理の短縮を図り、計画的な育成やキャリアパス制度を整え働きやすく、やりがいに繋がる就業環境を目指します。 |
|--|

| 福祉サービス第三者評価項目（居宅介護支援）の評価結果 |                  |   |                 |   |       |   |
|----------------------------|------------------|---|-----------------|---|-------|---|
| 大項目                        | 中項目              | 小項目   | 項目              | 標準項目  |       |   |
|                            |                  |   |                 | ■実施数  | □未実施数 |   |
| I                          | 福祉サービスの基本方針と組織運営 | 1 理念・基本方針   | 理念・基本方針の確立      | 1 理念や基本方針が明文化されている。   | 3     | 0 |
|                            |                  |   | 理念・基本方針の周知      | 2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。  | 3     | 0 |
|                            |                  |   |                 | 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。   | 2     | 1 |
|                            |                  | 2 計画の策定   | 事業計画と重要課題の明確化   | 4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。  | 4     | 0 |
|                            |                  |   | 計画の適正な策定        | 5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。                           | 3     | 0 |
|                            |                  | 3 管理者の責任とリーダーシップ                                  | 管理者のリーダーシップ     | 6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。  | 5     | 0 |
|                            |                  | 4 人材の確保・養成  | 人事管理体制の整備       | 7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。  | 3     | 0 |
|                            |                  |   |                 | 8 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。                              | 4     | 0 |
|                            |                  |   | 職員の就業への配慮       | 9 事業所の就業関係の改善課題について、職員（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | 4     | 0 |
|                            |                  |   | 職員の質の向上への体制整備   | 10 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。                                 | 5     | 0 |
| II                         | 適切な福祉サービスの実施     | 1 利用者本位の福祉サービス                                    | 利用者尊重の明示        | 11 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。                         | 6     | 0 |
|                            |                  |   |                 | 12 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。  | 4     | 0 |
|                            |                  |   | 利用者満足の向上        | 13 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。  | 4     | 0 |
|                            |                  |   | 利用者意見の表明        | 14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。  | 4     | 0 |
|                            |                  | 2 サービスの質の確保                                       | サービスの質の向上への取り組み | 15 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。                                     | 2     | 0 |
|                            |                  |   | サービスの標準化        | 16 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。                          | 4     | 0 |
|                            |                  | 3 サービスの利用開始・終了                                    | サービスの利用開始・終了    | 17 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。また終了する場合はサービスの継続に配慮している。                      | 4     | 0 |
|                            |                  |   | 要介護認定の支援        | 18 利用者の要望に応じて、要介護認定等の申請に係わる支援を行っている。  | 3     | 0 |
|                            |                  | 4 個別支援計画の策定                                       | 個別支援計画の策定・見直し   | 19 利用者の個別情報や要望を把握し課題を分析している。  | 4     | 0 |
|                            |                  |   |                 | 20 一人一人のニーズを把握して居宅サービス計画を策定している。  | 5     | 0 |
|                            |                  |   |                 | 21 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。                          | 3     | 0 |
|                            |                  |   |                 | 22 居宅サービス計画に基づいて提供されるサービス開始当初に、サービス提供状況を確認している。                               | 4     | 0 |
|                            |                  |   |                 | 23 居宅サービス計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。  | 4     | 0 |
|                            |                  |   |                 | 24 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に努めている。  | 3     | 0 |
|                            |                  |   |                 | 25 関係機関との連携を図っている。  | 3     | 0 |
| 5 安全管理                     | 利用者の安全確保         | 26 事故や感染症、非常災害発生時など利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。 | 3               | 0   |       |   |
| 計                          |                  |   |                 | 96  | 1     |   |

## 項目別評価コメント

標準項目  整備や実行が記録等で確認できる。  確認できない。

| 評価項目  | 標準項目   |
|---|--|
| 1 理念や基本方針が明文化されている。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。</li> <li>■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。</li> <li>■ 理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。</li> </ul> |
| (評価コメント)「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」である法人の基本理念を明文化している。対外的には、法人のホームページや、事業所のパンフレットなどで広く明示している。また、第3次中期計画, 単年度事業計画書に掲載しているほか、事業所内などに掲示している。また、基本理念に基づいてサービス提供に必要な4項目の実行方法(行動指針)、法人の経営理念をそれぞれ定めている。行動指針・経営理念は基本理念とともにホームページでの明示および事業所内に掲示をしている。 |  |
| 2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。</li> <li>■ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。</li> <li>■ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。</li> </ul>                                  |
| (評価コメント)法人の基本理念および実行方法(行動指針)は、事業所内の掲示や毎日の昼礼での唱和などにより職員への周知を深めている。また、基本理念および実行方法を記したシールを作成して職員に配布している。普段目につきやすい場所や使用するノートなどに各人の判断で貼る事ができる。基本理念や事業計画の内容を管理者から職員に丁寧に説明することで、理念を意識した業務につくことができている。新たに入職した職員に対しても、オリエンテーション時の配布・説明により周知している。 |  |
| 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。</li> <li>□ 理念・方針を利用者会や家族会等で実践面について説明し、話し合いをしている。</li> <li>■ 理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。</li> </ul>                                  |
| (評価コメント)基本理念などは、事業所内の掲示やパンフレット・ホームページ・封筒などに明記して利用者や広く一般の方に伝えている。また利用開始時には、パンフレットや重要事項説明書などを用いて、理念やそれを反映した当事業所の運営方針を説明している。利用者会や家族会は組織されていない。  |  |
| 4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事業計画は中長期的視点を踏まえて、具体的に計画されている。</li> <li>■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。</li> <li>■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。</li> <li>■ 現状の反省から重要課題が明確にされている</li> </ul>                                  |
| (評価コメント)法人理念を基に中期計画を作成している。理念やビジョンの実現に向けた中長期計画は、各年度で作成している単年度事業計画書に盛り込み、事業所内に掲示して周知している。計画は法人・事業所だけの課題にとどまらず、法人全体の強み・弱み・課題などに加えて、経営環境(利用者や行政の動向)を明確化し、それを踏まえたものとなっている。計画は半期ごとに評価を実施して、確実な推進・達成に向けて取り組んでいる。                              |  |
| 5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。</li> <li>■ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。</li> <li>■ 一連の過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。</li> </ul>  |
| (評価コメント)事業計画は、現場からの意見と経営上の課題および事業環境などを踏まえて作成するフォーマットとなっている。結果を評価し、改善し、次につなげるというサイクルとなるよう工夫された形式となっている。年度途中に事業計画の進捗状況を報告し、職員に対して周知している。  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 6   | 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。</li> <li>■運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。</li> <li>■職員の意見を尊重し、創意・工夫が生まれやすい職場作りをしている。</li> <li>■知識・技術の向上を計画的に進め職員の意欲や自信育てている。</li> <li>■職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。</li> </ul> |
| (評価コメント) 毎週1回、管理者をはじめ全職員が参加する定例会議を開催している。現に抱える処遇困難ケース、過去に取り扱ったケース、利用者からの苦情などを取り上げ、業務の改善に積極的に取り組んでいる。事業所内研修会、法人内介護支援専門員研修会を開催し、ケアマネジメント技術の向上を図っている。今回の職員自己評価から、お互いに相談しあえるチームワークの良い雰囲気のある事業所であることがうかがわれる。着実な事業運営を図るため、今年度より法人内で内部監査を行っている。  |  |  |
| 7   | 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■倫理規程があり、職員に配布されている。</li> <li>■従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。</li> <li>■倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 法人倫理規程を作成しており、職員に配布している。介護支援専門員研修会でも、倫理・法令順守を取り上げて確認している。また、法人の中期計画において「お客様満足度向上」を掲げ、多様化するニーズに対する相談力の向上に取り組んでいる。   |  |  |
| 8   | 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■人事方針が明文化されている。</li> <li>■職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。</li> <li>■評価基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。</li> <li>■評価が公平に行われるように工夫している。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 法人として人事考課制度を導入しており、常勤職員・地域限定職員は個人別での目標設定、自己評価、課題分析を行う。その後年2回、上司による面談が行われ考課がフィードバックされる。また、「介護支援専門員としての目標水準」シートを用いて、3年目までの職員には3ヶ月後、6ヶ月後、1年ごとの評価を行っている。職員の役割と権限は、役割等級として明示している。   |  |  |
| 9   | 事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる | <ul style="list-style-type: none"> <li>■担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている</li> <li>■把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。</li> <li>■定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。</li> <li>■職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 個人ごとに毎月の勤務管理表、有休管理表を提出してもらい勤務状況の管理を行っている。法人としてバースデイ休暇制度なども導入している。休暇は消化できていると認識している。ノー残業デーを月2回設定し、時間外労働の減少に努めている。人事考課制度により自己評価・上司評価・本部評価の3段階評価を実施している。半年ごとにDO-CAPシートを活用し、非常勤を含む全職員と面接を行い希望を聴取している。一般事業主行動計画を作成し、より働きやすい環境への取り組みを行っている。法人として職員育成を目的に人事異動を行っている。福利厚生として、サークル活動支援、子ども参観日、ストレスマネジメントなどを行っている。今年度より、勤怠管理システムが稼働している。 |  |  |
| 10  | 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。</li> <li>■職種別、役割別に期待能力基準を明示している。</li> <li>■研修計画を立て実施し、必要に応じて見直している。</li> <li>■個別育成目標を明確にしている。</li> <li>■OJTの仕組みを明確にしている。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 常勤職員の法人内での定期的な異動で将来を担う人材の育成に注力するとともに、安定した雇用に努めている。職員の役割と権限は、役割等級として明示している。事業所内研修会、法人内介護支援専門員研修会を開催し、ケアマネジメント技術の向上を図っている。職員の個別育成は、人事考課制度の目標設定や上司との面談の中で促している。「介護支援専門員としての目標水準」シートを用いて、3年目までの職員には3ヶ月後、6ヶ月後、1年ごとの評価を行っている。  |  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 11   | 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■憲法、社会福祉法、介護保険法等など法の基本理念の研修をしている。</li> <li>■日常の支援では、個人の意思を尊重している。</li> <li>■職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。</li> <li>■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。</li> <li>■日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。</li> <li>■利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。</li> </ul> |
| (評価コメント) 第三者評価は、今回が初めての取り組みである。今回の利用者アンケートから、利用者の意向や満足度を把握していく意向である。虐待被害があった場合には、地域包括支援センターと連携を取る仕組みとなっている。  |  |  |
| 12   | 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>■個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。</li> <li>■個人情報の利用目的を明示している。</li> <li>■利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。</li> <li>■職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 法人のホームページにおいて、プライバシーポリシーを開示している。法人として個人情報保護に関する規程を策定し、個人情報の利用目的や保護に対する取り組みを明確にしている。利用者および家族には、利用開始前に個人情報同意書を説明の上、同意をいただいている。また、法人と職員との間で誓約書を取り交わし、守秘義務や個人情報の取り扱いに関する理解と周知に努めている。契約書において、居宅介護支援の提供に関する記録の開示について明記している。利用者および家族から申し出があった場合には、所定の手続きを行い、記録の閲覧や複写物の交付を受けることができる。個人情報取扱管理簿を作成し、事業所内の管理をより徹底している。 |  |  |
| 13   | 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者満足を把握し改善する仕組みがある。</li> <li>■把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。</li> <li>■利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。</li> <li>■利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 第三者評価の利用者アンケートを実施し、利用者・家族の意向や満足度を把握している。アンケートは無記名で行い、意見・要望が出しやすいよう配慮している。利用者宅を訪問する際に聞き取りした内容は、「お客様からの声」シートに記録し、全職員に回覧している。利用状況や利用者・家族との相談内容は、支援経過記録としてパソコンの介護ソフトに記録している。週に1回行う定例会議において、これらの情報を基に現状を把握し、問題点について改善策を講じている。  |  |  |
| 14   | 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。</li> <li>■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。</li> <li>■相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。</li> <li>■苦情等対応結果は、利用者又はその家族等に対して説明し納得を得ている。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 利用開始時には、契約書・重要事項説明書に基づき、苦情相談窓口について利用者・家族に説明している。苦情解決事業実施要綱を定めており、第三者委員を設置している。苦情や相談を受け付けた場合には、問題点や改善点を検討するとともに要綱に基づき記録を残している。申し出・ご意見・相談に対する対応結果は、利用者・家族に納得していただけるよう説明している。  |  |  |
| 15   | サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。</li> <li>■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 週に1回全職員が参加する定例会議を開催している。過去に取り扱ったケースについて問題点や改善点等の事例検討を行い、多様化するニーズや処遇困難ケースについて意見交換を行っている。サービスの質の向上に繋がるよう情報交換や事例検討を重ね、高齢者サポートセンターと連携し、利用者・家族にとってよりよい支援の在り方を検討している。活用できる社会資源や保健・医療・福祉に関する諸制度の最新情報を周知するとともに、会議録を作成して情報の共有に努めている。   |  |  |



|   |   |  |
|---|---|--|
| 16  | 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。     | <ul style="list-style-type: none"> <li>■業務の基本や手順が明確になっている。</li> <li>■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。</li> <li>■マニュアル見直しを定期的実施している。</li> <li>■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 法人で作成したマニュアルに加えて、行政のガイドブックや研修資料等もマニュアルとして活用している。また、事例検討の際に話し合われた対応手順についても、マニュアルとして整備している。業務の手順を明記した新人育成マニュアル・業務マニュアルは、事業所内に設置していつでも閲覧する事が可能となっている。新人育成の際には、育成担当の職員がマニュアルに基づき指導を行っている。マニュアルの見直しは法人で定期的に行うほか、制度改正等の際には職員が分担して行っている。                      |   |  |
| 17  | サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。また終了する場合はサービスの継続に配慮している。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■サービス提供内容、重要事項等を分かり易く説明している。</li> <li>■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。</li> <li>■利用者ニーズに対応して分かりやすい資料となるように工夫している。</li> <li>■サービスを変更・終了する場合には継続的な支援をしている。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 利用開始前に契約書・重要事項説明書に基づき、介護保険サービスの内容や利用料金について説明している。市が作成した「介護・介護予防のためのガイドブック」やパンフレット等を用いて、サービス提供事業所や訪問理髪サービスなど市独自の高齢者施策について紹介し、介護サービスの利用方法をわかりやすく説明している。サービスを終了する場合には、入所施設や転居先の居宅介護支援事業所等と連携を図り、利用者・家族の同意を得たうえで必要な情報を提供している。サービス終了後も利用者・家族の生活に配慮し、支援している。 |   |  |
| 18  | 利用者の要望に応じて、要介護認定等の申請に係わる支援を行っている。                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者又はその家族から、要介護認定等の申請代行を依頼された場合には協力している。</li> <li>■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ための支援や助言を行っている。</li> <li>■介護保険以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。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 利用者・家族の要望に応じて申請に係る支援を行っている。月に1回利用者宅を訪問して日常生活動作や心身状態を確認し、利用者の状態を把握している。契約更新時や要介護状態区分変更が必要な場合には、利用者・家族に説明し、必要に応じて申請を代行している。介護保険以外に申請が必要な減額申請・市の高齢者施策の申請等も同様に支援している。利用者の状況に応じて利用できるサービスを紹介し、家族が検討できるよう支援や助言を行っている。  |   |  |
| 19  | 利用者の個別情報や要望を把握し課題を分析している。                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■解決すべき課題をコミュニケーションを工夫し把握している。</li> <li>■利用者及びその家族と面接し個別事情や要望を把握している。</li> <li>■利用者及びその家族が行いたいこと、好きなこと等の希望を抽出し、生活課題を抽出している。</li> <li>■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。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 初回面接および毎月の定期訪問時には、声掛けや質問方法を工夫し、利用者・家族の発言を促しながら要望や困り事等を把握している。居宅サービス計画ガイドラインを活用し、利用者の現状や課題を分析している。利用者の心身状況・生活環境・医療・保険等の情報や家族の状況をアセスメント様式にて分類し、全体像を把握している。利用者の1日の生活リズムを把握して要援助点を導き出し、利用者・家族の希望や要望を抽出して居宅サービス計画の策定に繋げている。                                 |   |  |
| 20  | 一人一人のニーズを把握して居宅サービス計画を策定している。                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>■居宅サービス計画書作成にあたっての基本的な考え方や方法を明確にしている。</li> <li>■居宅サービス計画書に、介護保険給付サービス以外のサービスを位置づけている。</li> <li>■居宅サービス計画書は利用者の望む生活像をもとに、利用者の状況や要望を取り入れ作成され、同意を得ている。</li> <li>■利用者と家族の意向が異なる場合には、話し合いを行う等、調整を図っている。</li> <li>■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。</li> </ul> |
| (評価コメント) 居宅サービス計画書の作成の基本的な考え方や方法は、契約書や重要事項説明書に明記している。計画作成にあたり、利用者および家族等のニーズに沿った計画となるように、アセスメントにて、身体・精神状況や家族状況などの情報を収集して計画に反映させている。介護保険外サービスなどのインフォーマルサービスの情報収集も行い、居宅サービス計画書に、介護保険サービスと併せて位置づけている。   |   |  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 21   | 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。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 居宅サービス計画を家族やサービス提供事業者と共有している。</li> <li>■ 居宅サービス計画は医療関係者と連携を図りながら作成している。</li> <li>■ サービス担当者会議の内容を記録している。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 各市町村と情報開示の覚書を行い主治医意見書を確認、居宅サービス計画書原案を作成し、サービス担当者会議で、利用者・家族・各関係事務所(福祉系・医療系)と共に、生活状況・問題点・本人・家族の意向を確認しながら、情報の共有を図っている。サービス担当者会議後は速やかに会議録を作成し各関係機関に配布している。  |   |   |
| 22   | 居宅サービス計画に基づいて提供されるサービス開始当初に、サービス提供状況を確認している。      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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している。</li> <li>■ サービス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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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している。</li> </ul>            |
| (評価コメント) サービス開始直後には、本人・家族等に感想を求め、状況確認をしている。サービス提供事業所にも利用状況の確認を行い、担当者会議で話し合ったサービス内容であるかの確認をおこなっている。また、各事業所が作成するサービス計画書の提出を求めており、居宅サービス計画書に沿った内容になっているか確認している。利用継続時は本人・家族等の意向や要望、サービス提供事業所からの情報を加味して必要時には本人や家族等の代弁者として、またサービス提供事業所との協働により双方の良好な関係が保てるようにしている。  |   |   |
| 23   | 居宅サービス計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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ている。</li> <li>■ 利用者状況や要望等の変化を定期的に把握している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 見直された居宅サービス計画内容について説明し同意を得ている。</li> </ul>                                   |
| (評価コメント) 毎月、「生活状況の変化」「計画実行状況」「本人・家族の意見、要望」「ニーズ充足度」「今後の対応」等についてを定期訪問時やサービス事業所からの報告書を基にモニタリングを実施している。状態の変化、ニーズの不足等により再アセスメントを実施し変更された居宅サービス計画書の説明を行い、本人・家族の同意を得ている。  |   |   |
| 24   | 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に努めている。                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。</li> <li>■ 認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等が整備されている。</li> <li>■ 「その人らしく」生活できるように居宅サービス計画に工夫が見られる。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 居宅部門合同研修会、内部研修会において、認知症ケアに関する研修を実施している。また外部研修や法人内の「認知症ケア研究会」主催の研修は全職員が参加し学んでいる。認知症に関する冊子や研修参加時の資料をマニュアルとして活用している。外部研修に参加した職員からフィードバックする研修も随時開催し情報共有を図っている。「その人らしさ」を大切にするため毎週行う定例会議でケース検討を実施し「本人像」を抽出し居宅サービス計画書に反映させている。   |   |   |
| 25   | 関係機関との連携を図っている。                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 入所・入院を希望する場合には、情報提供や主治医との連携等対応している。</li> <li>■ 退院又は退所が予定される利用者のカンファレンスへの出席若しくは病院、介護保険施設等を訪問して情報収集を行っている。</li> <li>■ 契約書又は重要事項説明書に、サービス事業者の選定又は推薦に当たり、介護支援専門員は、利用者又はその家族の希望を踏まえつつ、公正中立に行うことを明文化している。</li> </ul> |
| (評価コメント) 入院時は入院先の病院に「地域生活連携シート」を持参し医療職との情報共有を図っている。入所希望時には、施設の空き情報を家族等に報告し希望施設への調整・連携を実施している。退院・退所時はカンファレンスの参加や退院の調整を行う相談員や看護師との連携をとり、在宅での不安や問題点等の情報を共有して在宅生活に必要な準備・調整を行う。毎週の定例会議を活用して、医療系、訪問系、通所系、福祉用具等事業所の情報を収集し共有しており、利用者やその家族の意向や希望に合うサービスの選定をしている。  |   |   |
| 26   | 事故や感染症、非常災害発生時など利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。    | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者の安全確保を図るため、関係機関との連携や事業所内役割分担を明示している。</li> <li>■ 事故、感染症、災害等発生時にはサービス提供が継続できるように体制を整備している。</li> <li>■ 発生した事故や事故につながりやすい事例、感染症事例等をもとに、再発防止・予防の対策を策定している。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 居宅サービス計画書、担当者介護などで緊急連絡先の確認、緊急時の対応について連携体制をとっている。法人全体、施設全体で災害対応マニュアルを作成している。居宅支援係においては、法人のマニュアル以外に、安否確認が必要な「独居」、「高齢世帯」を地区ごとに把握できるファイルを作成して、災害対応時のマニュアルとしている。ファイルのなかには、薬情報、緊急連絡先、緊急避難場所、サービス提供事業所などの情報を記している。また、居宅支援係の車内には、緊急時キットを常備し、災害時に活用できるよう年2回の確認を行っている。法人内で感染症が発生した場合は、FAXで発生状況や対応方法が伝達され、情報を共有して再発防止、予防対策につなげている。 |   |   |