

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 日本ビジネスシステム
所 在 地	千葉県市川市富浜3-8-8
評価実施期間	平成27年12月8日～平成28年1月19日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	介護老人保健施設 老人ケアセンター浅井 カイゴロウジンホケンシセツ ロウジンケアセンターアサイ		
所 在 地	〒283-0062 千葉県東金市家徳157-1		
交 通 手 段	JR東金駅バスターミナル1番線から九十九里鉄道バス片貝線乗車 家徳横町下車して徒歩3分		
電 話	0475-58-1177	FAX	0475-58-8213
ホームページ	http://www.care-asai.com		
経 営 法 人	医療法人 静和会		
開設年月日	平成12年4月1日		
介護保険事業所番号	1250880013	指定年月日	平成12年4月1日
併設しているサービス	介護老人保健施設 短期入所療養介護 通所リハビリテーション 介護予防短期療養介護 介護予防通所リハビリテーション		

(2) サービス内容

対象地域	東金市 山武市 大網白里市 九十九里町 横芝光町 芝山町 八街市 茂原市
利用日	月曜日から土曜日
利用時間	9:00～17:30 24時間連絡体制を確保しかつ必要に応じ利用者等の相談対応する体制を確保
休 日	日曜日 1月1日から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
	10	0	10	
職種別従業者数	介護支援専門員	事務員	その他の従業者	
	10	0	0	
介護支援専門員が 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	
	1	9	0	
	看護師			
	0			

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	電話 メール	
申請窓口開設時間	9:00~17:30 24時間連絡体制を確保しかつ必要に応じ利用者等の相談対応する体制を確保しております	
申請時注意事項	利用につきましてはご利用者様、ご家族様の情報、介護保険情報をお聞き致しております。	
苦情対応	窓口設置	有
	第三者委員の設置	有

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	<p>1.事業所の介護支援専門員は利用者が「あきらめない気持ちをたいせつに」の考え方を大切にして要介護状態になっても自分の家族あるいは住み慣れた地域で、可能な限り居宅において有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう居宅介護支援を行います。</p> <p>2.事業所の介護支援専門員は利用者の選択に基づき適正な保健・医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者から総合的且つ効率的に提供されるよう配慮します。</p> <p>3.事業の実施に当たっては利用者の意見及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立って利用者へ提供される指定居宅サービスが特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう公平中立に行います。</p> <p>4.事業の運営に当たっては関係市町村地域の保健医療福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。</p> <p>5.事業所は介護支援専門員の質的向上を図るため研修会に従業員を派遣するほか事業所内において自主研修を行います。</p>
特徴	<p>多数の介護支援専門員を有する居宅支援事業所であり、母体である医療法人静和会浅井病院が認知症疾患センターとして千葉県有数の病院であり常に連携が図れ、研修会等の参加も行き介護支援専門員としてのスキルアップをしております。事業所内での研修会も毎週実施し、様々なケースに対して経験年数豊富な主任介護支援専門員が多くいることで、介護支援専門員同士が相談しやすい環境があり互いに切磋琢磨しながら困難ケースにも迅速に事業所一体となって支援ができるよう取り組んでおります。</p>
利用（希望）者へのPR	<p>専任の介護支援専門員が10名配置されており内主任介護支援専門員が7名とベテラン介護支援専門員を配置しております。介護保険をご利用なされたい方の心身の状態やご家庭の状況を考慮し、ご家族のご要望を踏まえながら適切なサービスが利用できるように迅速で丁寧な対応が出来る体制で業務をしており支援いたしております。</p> <p>介護支援専門員がご利用される方とサービス事業者とのパイプ役となり、連絡・調整や介護に関するさまざまなご相談に応じております。医療ニーズの高い方等においても積極的に医療との連携を図りながら利用者様に寄り添ったマネージが出来るよう努めております。介護支援専門員として技術の向上のため地域・医療関係・福祉関係機関との連携を図るための研修会等への参加を積極的に行っており、何より迅速な対応に心がけて日々業務についております。</p>

福祉サービス第三者評価総合コメント

特に力を入れて取り組んでいること

◎ 法人の強みを活かした様々な専門分野の視点

母体法人が浅井病院であり、利用者・家族の希望やニーズに応じて、医師・看護師・リハビリ専門職等からのアドバイス・意見をもらう事が可能となっており、的確なサービスの提案へとつながっている。また、定期訪問や随時の問い合わせ等を活用し、利用者・家族の意向に傾聴し、検討しながら状況や要望を取り入れた居宅介護支援の作成に臨んでいる。

◎ 充実した研修体制及び人材育成

外部研修の参加及び内部研修の実施においては、年度計画を作成した上で実施しており、計画に基づく人材育成に取り組んでいる。また、人事考課制度を導入しており、自己評価を通じて職員一人ひとりの能力・目標等の確認に取り組むと共に、定期的に面談を行っており、意見や思いの把握に努めている。職員の姿勢は、利用者・家族アンケートにおいて「細かい所にも配慮してくれている」「親身に相談に乗ってくれる」等の声も挙がっており、家族の好評を得ている。

◎ 情報共有の徹底

法人内で院内メールの導入・年報及び季刊誌の発行を行っており、各セクションの状況報告・会議の議事録・目標の達成状況等、様々な報告がなされており、情報の共有化を徹底している。また、毎週定例会議を開催しており、会議では、事例検討・研修・業務改善に向けた検討を行っており、サービスの質の向上に法人全体で取り組む仕組みが構築されている。

さらに取り組みが望まれるところ

◎ 個人情報の管理に関する意識付け

現在、利用者の個人書類は各担当の介護支援専門員のデスク周辺に保管しているが、鍵付きの書庫ではない。個人情報保護の観点から、個人記録・書類等の管理方法及び管理体制を職員間で検討・見直しを図るよう推奨します。

◎ 更なる満足度の向上に向けて

利用者・家族アンケートの集計結果では、およそ9割以上が満足しているという結果が出ており、高い満足度及びサービスの質の良質さが伺える。今後も継続して利用者の意向に傾聴すると共に、サービス内容の検討及び関係機関との連携を図ることにより、満足度の数値が維持・向上するよう取り組んで頂くことを期待します。

(評価を受けて、受審事業者の取組み)

今回第三者評価を受けたことで、個人情報保護の観点から個人記録・書類の管理方法について意識付けの助言をいただき、改めて居宅事業所定例会議にて検討会を実施した。

従来の介護支援専門員の観点で書類の整理や管理だけでなく、個人情報保護の観点からも検討を行った。デスク周辺の個人記録に関してはすべてロールカーテン等で個人記録が外部から見えないようにした。利用者の意向に傾聴すると共に、サービス内容の検討及び関係機関との連携を図り利用者が満足いただけるよう努力していきます。

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	1 理念や基本方針が明文化されている。	3		
			2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	3		
			3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	3		
		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	
				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	
		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	
		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	
				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	
			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	
			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	
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	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		
			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		
			13 利用者満足の上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4		
			14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	4		
		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	
			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	
		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	
			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	
		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	
				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	
				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	
				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	
				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	
				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	
				25 関係機関との連携を図っている。	3	
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			
計				97		

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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>理念・方針においては、法の趣旨・人権擁護・自立支援等を含んだ内容を掲げていると共に、方針を大項目・小項目に分け、施設の目指すべき方向をわかりやすくまとめる等の工夫をしている。また、毎年度の事業計画の中でも基本方針及び目標を掲げており、より具体的な施設運営の方向性を明示している。理念及び方針については、パンフレット・ホームページ等に記載しており、外部への周知を図っている。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>理念・方針を事業所内に掲示していると共に、入職時研修の資料に理念・方針を盛り込み、職員に配布している。また、年度計画の会議にて、理念・方針を議題に挙げ、検討している。なお、会議の議事録は職員全員がいつでも見れるようになっており、情報の共有化を図っている。その他にも、運営方針に「在宅復帰」「在宅介護」を掲げており、「在宅復帰検討委員会」を立ち上げる等、方針の具体化・実践に取り組んでいる。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>契約書・パンフレット等に理念・方針を記載し、説明をした上で、利用者・家族の同意を得ている。また、運営方針を大項目・小項目に分けており、理解を得られるよう工夫している。理念・方針の実践状況は広報誌を活用しながら利用者・家族への周知を図っている。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■ 現状の反省から重要課題が明確にされている
<p>(評価コメント)</p> <p>事業計画においては、理念・方針を基に、各セクション別の計画を作成していると共に、具体的な取り組み・目標を掲げている。また、法人の環境や法の改定等に応じた目標も掲げており、適切な事業計画の作成に努めている。事業計画の作成に当たっては、「在宅復帰検討委員会」「業務改善会議」等を通じて得られた、現状・課題等を反映させている。</p>		

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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>事業計画の作成においては、各会議での検討内容・利用者状況報告・目標の達成状況報告等を反映させている。また、定期的に業務改善会議を開催しており、現状の把握及び目標の達成状況の評価を行っている。なお、会議の議事録は職員全員へのメール送信や年報への記載をしており、職員間での情報の共有化を図っている。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人内で、毎週定例会議を開催しており、状況報告・課題検討等を行っており、改善のための具体的な方法・方向性について検討している。また、東金市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画懇話会・東金市包括支援センター運営協議会・地域密着型サービス運営委員等の会議に出席しており、地域の関係者との意見・情報交換を行う場を設けている。その他にも、会議を開催し、職員からの意見を確認する場を設ける他、人事考課制度・自己評価の実施等を通じて、職員からの意見・提案・思いの確認に努めており、職場での人間関係の状況の把握に取り組んでいる。</p>		
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"> ■ 倫理規程があり、職員に配布されている。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>倫理規定を掲げていると共に、倫理・法令順守・権利擁護等の内部研修の実施及び外部研修への参加を行っている。倫理規定の掲示や会議の議題に挙げる等の工夫を行い、全職員への意義の浸透を図っている。その他にも、人事考課における自己評価の項目に倫理に関する設問を設け、定期的に振り返れるよう工夫している。</p>		
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"> ■ 人事方針が明文化されている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 評価が公平に行われるように工夫している。
<p>(評価コメント)</p> <p>人事委員会を設置していると共に、人事規程・職務権限規程・役割分担表等を作成している。人事考課の中で、自己評価を行っており、定期的に業務の振り返りを行う機会を設けている。自己評価後は、管理者評価を行い、内容をフィードバックしている。人事規程において、評価の基準を明示しており、人事考課の透明性・公平性を確保している。</p>		

9	<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>公休・有休の消化状況においては、データにて管理し、把握していると共に、タイムカード管理による就業時間・時間外労働等の勤怠の管理及び状況把握を行っている。人事考課制度の導入により、勤怠・能力等の把握に取り組んでいる。また、定期的に職員と個別に面談する機会を設けており、職員の意見・思いの把握に取り組んでいる。定期的に職員旅行を企画・実施する他、法人内に部活動を設置しており、職員の息抜き・ストレス解消に配慮した取り組みを行っている。</p>		
10	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■ 職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■ 研修計画を立て実施し、必要に応じて見直している。 ■ 個別育成目標を明確にしている。 ■ OJTの仕組みを明確にしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>人事規程に基づいた人材育成計画を作成しており、能力・目標・判定基準等を明示している。また、毎年度職員研修の部門で目標を掲げていると共に、研修計画を作成し、適切な人材育成に努めている。事業所内では、現任職員と新人職員がペアで研修を行う「シスター制度」を導入しており、効果的な現場指導を目指している。</p>		
11	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 日常の支援では、個人の意思を尊重している。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>虐待防止・権利擁護・法令順守等を含めた研修を定期的で開催しており、職員へ意義の周知を図っている。他サービス事業所・地域包括支援センター・市と連携しながら虐待の早期発見・虐待被害があった場合のケア等に向けた支援及び協力を行っている。定期的に利用者・家族の意向を確認する機会を設け、意思の尊重に努める他、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した介護計画の作成に取り組んでいる。</p>		
12	<p>個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 個人情報の利用目的を明示している。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>個人情報保護に関する方針及び利用目的をホームページに記載していると共に、事業所内に掲示し、周知を図っている。また、契約書において、求めに応じたサービス提供記録の開示・秘密保持に関する項目を記載し、説明の上、同意を得ている。定期的に個人情報保護を含めたプライバシー保護・法令順守の研修を実施しており、意義の理解促進・周知に取り組んでいる。</p>		

13	利用者満足の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"> ■ 利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■ 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者の自宅を訪問した際に、意向・満足度等を確認するよう努めている。また、挙げた意見・相談・苦情においては、会議等で検討し、適切な対応に努めている。日頃のコミュニケーションを大切にしながら信頼関係を構築した上で、意見を言いやすい関係づくりに努めている。利用者・家族から相談があった場合には、支援経過記録等に記入し、適切な記録を作成している。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>相談・苦情対応に関するマニュアルを整備すると共に、相談・苦情窓口の設置や記録のひな形の準備等、相談・苦情に対する適切な体制を整えている。相談・苦情があった場合には、周知・検討を図り、対応・説明を行うと同時に、一次・二次・説明等を記録し、再発の防止へと繋げている。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>毎週定例会議を開催しており、会議にて業務改善・困難事例検討等を行っており、サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。また、担当者会議・カンファレンス等も定期的に行っており、具体的な支援内容の検討を行っている。</p>		
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"> ■ 業務の基本や手順が明確になっている。 ■ 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。 ■ マニュアル見直しを定期的に行っている。 ■ マニュアル作成・見直しは職員の参加のもとに行われている。
<p>(評価コメント)</p> <p>業務の手順書・一日の流れ等をマニュアル化し、サービスの統一化を図っている。また、入職時の研修資料を作成し、適切な人材育成に取り組んでいる。マニュアルの内容については、定例会議の議題に挙げ、検討を行っており、必要に応じて、マニュアル・規程の見直し・改訂を行っている。</p>		

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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>重要事項説明書を作成し、サービス提供内容・利用者負担金額等を明記し、契約書と併せて説明を行い、同意を得ている。利用者の意向や身体状況に合わせて、各サービス事業所のパンフレット・資料等を用意し、状況に応じたサービスを選択できるよう工夫している。また、サービスの変更・終了した場合でも、相談・問い合わせは随時可能となっており、継続的な支援に努めている。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者の希望に応じて、申請に係る代行支援等を実施していると共に、同様に介護保険外の申請が必要となった利用者に対して、書類の作成に関わる支援及びアドバイス等を行い協力している。利用者の身体状況等に变化があった場合には区分変更の支援・アドバイス等を行い、必要なサービスが受けられるよう配慮している。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>契約前の訪問にて利用者及び家族の意向・状況等を確認し、記録していると共に、サービス利用後も定期訪問し、情報交換しながら利用者の課題分析に努めている。必要時や定期的に訪問・面談を行い、利用者・家族の状況や意向を把握できるよう努めている。フェイスシート・アセスメントシートを活用しながら課題を分析しており、利用者・家族のニーズ抽出を適切に行っている。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者・家族の意向や要望に傾聴すると共に、アセスメントシートや検討の内容から改善すべき点・課題・理想像等を抽出し、居宅介護計画に反映できるよう努めている。居宅介護計画作成の流れから基本となる考え方を明確に事業所内で統一を図っている。サービス内容においては、柔軟に捉え、必要に合わせて介護保険以外のサービスの位置付けを行っている。サービス担当者会議を活用して、家族・利用者の意向のすり合わせを図っている。サービス内容がニーズや希望と一致しない場合は、継続して説明を行い、同意を得られるよう可能な限りの対応に努めている。</p>		

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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ サービス担当者会議の内容を記録している。
<p>(評価コメント)</p> <p>作成した居宅介護計画においては、家族・サービス事業所へ交付し、内容の共有を図っている。また、必要に応じて、サービス担当者会議に医療機関の関係者の出席や意見の提出を依頼し、連携を図っている。サービス担当者会議の議事録は適切に記録を行い、個人別のファイルにて保管を行い、検討内容を随時確認できる仕組みとなっている。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>定期的に利用者を訪問し、サービスの提供内容に関する利用状況・意見・要望を確認するよう努めている。また、サービス利用後の利用者の状態や環境の変化の確認に努め、課題の抽出・目標の設定に繋げている。訪問時や随時の相談を活用すると共に、サービス事業所からの実績報告を確認しながらサービスの過不足・利用者サービス事業者の関係が良好か等を把握し、利用者の意向に沿ったサービスの提供に取り組んでいる。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 利用者状況や要望等の変化を定期的に把握している。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>定期的にモニタリングを実施しており、目標の達成状況の確認及び評価を行っている。また、その際に要望や状態変化を確認し、サービス継続の検討も行っている。定期・必要時にはアセスメントシートの更新を行う他、居宅介護計画の変更があった場合には、再度説明の上、同意を得ている。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 「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。
<p>(評価コメント)</p> <p>内部研修・外部研修を活用して認知症ケアへの知識・理解を深めている。母体法人である浅井病院・認知症疾患医療センターにて「東千葉認知症の医療と介護のネットワークづくり」が行われており、事例検討やミニ講座等を開催し、意見・情報交換の機会として活用している。また、浅井病院とは、専門医からのアドバイス・必要時の相談等にて連携を図り、利用者がその人らしい生活を送るための支援に活かしている。</p>		

25	関係機関との連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>入院や入所を希望した場合には、主治医・看護師等と意見・情報交換を行うと共に、パンフレット・問い合わせ等を行い、利用者に情報を提供している。また、退院・退所時には、医師・看護師・リハビリ専門職・相談員等と検討・相談を行い、今後の方針を定め、適切な支援へと繋げている。契約書を適切に作成し、サービスの選定は公正中立に行う旨を明記している。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>介護支援専門員へは、24時間連絡が可能な体制を整えており、急変時・緊急時・必要時に備えている。事故・感染症・災害発生時における各種マニュアルを整備していると共に、研修も実施しており、状況に応じた対応方法を周知している。法人内に事故防止委員会・感染症対策委員会を設置しており、事故事例検討・感染症発生事例検討を行っており、再発の防止及び予防に取り組んでいる。職務権限規程の中で、感染症発症時の出勤停止基準等を設けており、感染症蔓延防止にも取り組んでいる。</p>		

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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>当施設の理念・方針は、施設パンフレット・施設HP・施設掲示板で確認出来る。又具体的な方針は、「平成27年度 老人ケアセンター浅井事業計画」が、見やすい掲示板に掲載されている。理念・方針には、老健の使命でもある自立支援を在宅介護で支援することが唱われている。</p>	
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>当施設の理念・方針は、出入り口の掲示板に掲載されており、職員には毎年発刊されている「年報」にも見ることが出来る。又方針については、利用所に重要事項と説明する際必ず読み上げていることで職員の周知を深めている。進捗状況については毎週木曜日に会議を開催しケアセンター浅井としての共有化をしており、事業所内でも毎週定例会議を開催しており議事録で確認できる。</p>	
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"> ■ 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。 □ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>居宅介護支援重要事項説明書にて初回訪問時に当事業所の基本方針・理念を家族にきちんと説明した後、家族の同意にて説明者と説明を受けたことでの同意を得ている。理念・方針の実践面は広報誌の「はんでん木」に掲載している。</p>	
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"> ■ 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。 ■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■ 現状の反省から重要課題が明確にされている
<p>(自己評価コメント)</p> <p>法人理念を基に事業計画を年度で作成している。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。計画に対して毎月評価を実施し確実な維新・達成に向けて取り組んでいる。</p>	

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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>事業計画については事業所全職員の参加のもと作成され、事業所の目標等方針を打ち出しており、事業の進捗状況に関しては、週1回行われる事業所定例会議において全職員の担当件数等確認している。現在の担当件数や相談件数により人員体制の増減など受託件数の変更が必要になった際には都度それらの会議で検討し決裁する適切な仕組みが整っている。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>毎週金曜日に管理者をはじめ全スタッフが参加する定例会議を開催している。現に抱える困難ケース、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。管理者は東金市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画懇話会委員・東金市包括支援センター運営協議会・東金市地域密着型サービス運営会委員であることから関係機関等からの意見把握も行える。介護支援専門員の研修会等には積極的に参加できるように研修計画を立て介護支援専門員が多くの研修に参加できるようにしている。今回実施した情意考課の本人評価より職場での人間関係は良好であることが伺える。</p>		
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"> ■ 倫理規程があり、職員に配布されている。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>事業所内に倫理規定が掲示されており、千葉県健康福祉部高齢者福祉課主催の「高齢者の権利擁護、高齢者の虐待の理解について」の研修会等にも参加し、事業所定例会議にて周知できるよう図っている。定例会議等において常に職員間で電話での対応も含め態度や言葉遣いは丁寧か、対応について常に互いに確認しあっており、情意考課表において「患者さんに対する態度」についての設問から判断し日常的な取り組みがされていることが確認できる。</p>		
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"> ■ 人事方針が明文化されている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 評価が公平に行われるように工夫している。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>人事面では、情意考課を定期的に行い職員に対する育成を強化している。職務権限規程を作成し客観性や透明性を維持している。評価結果については「情意考課表」および「能力開発カード」で、上司と部下とが年2回定期的な面談を行い評価している。</p>		

9	<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ■ 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。 ■ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>職員の勤務状況については毎月公休・年休・労働時間等勤務表に反映させ勤務表を作成し、公休・有給休暇・時間外労働のデータ管理は管理者が管理している。情意考課により自己評価・上司評価を実施しており、人員体制については担当件数に係る問題から毎週職員より聞き取りを行い確認しており、現在平均35件を超える実績となっていることからH28年度に人員増を施設の事業計画にて検討していただくこととなっている。福利厚生事業に関しては法人で毎年国内外の職員旅行を実施している。いくつかの旅行プランを設定し、職員が自らの希望により選択している。</p>		
10	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■ 職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■ 研修計画を立て実施し、必要に応じて見直している。 ■ 個別育成目標を明確にしている。 ■ OJTの仕組みを明確にしている。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>事業所において介護支援専門員個々に年度ごとに個別研修目標を立案し達成度評価も確実に実行しており明確にしている。研修においては内部研修と外部研修とに区別し年度で事業所全体の研修計画を立案して管理している。事業所内においてOJTの仕組みとして主任介護支援専門員が多くいることで事業所としての介護支援専門員の質的向上はかなり高いと判断できる。事業所内に主任介護支援専門員が多く在籍していることで包括支援センター主催の研修会等においても指導者・相談役として活躍している。</p>		
11	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 日常の支援では、個人の意思を尊重している。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>介護支援専門員協議会主催の研修には毎回参加しており、憲法・社会福祉法・介護保険法などの基本理念や、千葉県健康福祉部高齢者福祉課主催の「高齢者の権利擁護、高齢者の虐待の理解について」研修会等にも参加し、事業所定例会議にて周知している。虐待事例には包括支援センターに報告し関連各機関と連携して援助する仕組みが整っており個別支援経過記録に記載している。又、月毎に変更される静和会法人の接遇教育委員会のポスターを、事業所内に張り出し啓蒙している。</p>		
12	<p>個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 個人情報の利用目的を明示している。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>法人として個人情報保護に関する規定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。ホームページにおいても個人情報保護方針を開示している。利用者・家族には利用開始前に個人情報使用同意書にて使用目的・条件を説明の上同意をいただいている。居宅介護支援契約書10条(サービス提供の記録)として提供記録の閲覧については明示されている。</p>		

13	利用者満足の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"> ■ 利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■ 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■ 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。 ■ 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。
----	------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(自己評価コメント)

利用者満足度の把握に対しては今回の第三者評価における利用者調査を活用し、さらなる業務の改善に取り組む意向である。また日常的に利用者や家族と相談した内容を支援経過に記録している。毎月の訪問でも要望や苦情がないか聞くようにしており、把握した問題点や苦情に対しては居宅事業所定例会議において報告し職員の意識づけを行い、対応策を検討した後、直ちに実行に移し、その経過は報告書に記載され管理されており、利用者の個別記録の支援経過にも記録として記載している。

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"> ■ 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。 ■ 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■ 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。 ■ 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。
----	--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(自己評価コメント)

「重要事項説明書」の中に相談・苦情対応窓口・担当者が明記されており、契約時に説明が行われている。苦情対応マニュアルに沿って都度迅速に対処し、記録を残すことによって組織としての質の向上に取り組んでいる。また、サービス提供事業者に対する要望や苦情を受けた際には、各事業者の担当窓口と連絡を取り合い直接利用者や家族に回答していただいている。

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"> ■ 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。 ■ 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。
----	----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(自己評価コメント)

週1回定例会議を開催している。同会議では処遇困難ケースについては具体的な方針、過去に扱ったケースについて具体的な問題点及び改善方策、地域における事業者や活用できる社会資源の情報・保健・医療・福祉に関する諸制度の収集などを共有している。苦情の内容や改善方針も取り上げている。会議を重ねることで利用者の立場にたったより良い支援の在り方を検討している。事例検討や情報交換を全職員で実施し共有することでサービスの質の向上に効果をあげている。毎回居宅事業所定例会議録において記録するとともに、資料等も綴じ込み常に閲覧できるようになっている。

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"> ■ 業務の基本や手順が明確になっている。 ■ 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。 ■ マニュアル見直しを定期的に変更している。 ■ マニュアル作成・見直しは職員の参加のもとに行われている。
----	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(自己評価コメント)

業務の基本や手順が明示されているマニュアルを整備しており、介護報酬解釈本など常に閲覧できる場所に設置している。法令の変更や新たな情報を入手した際には都度見直しをしている。介護支援専門員全員事業所内で一人1台のパソコンを利用しており、インターネットの活用が自在になっており医療分野・介護の最新情報等広く情報収集できる環境となっている。介護支援専門員の協議会に全国・千葉県に登録しており協議会開催の研修会には積極的に参加しており法令の変更や新たな情報を入手した際には都度定例会議等で周知するようにしている。

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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>サービス開始にあたり契約書・重要事項説明書を活用し丁寧に説明することを心がけている。サービス利用票・別票にて内容や負担金の説明をし同意を得ている。利用者の理解度により色分けした月間表などを準備し見やすさに配慮している。サービス内容の変更等については都度受け付けており、長期入院などで一旦終了した際でもいつでも再開できるよう待機したりしており、必要に応じて次の事業所に情報提供等行い連携を図れるようにしております。</p>		
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"> ■ 利用者又はその家族から、要介護認定等の申請代行業を依頼された場合には協力している。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>利用者の要望に応じて申請に係る支援を行うようにしている。特に継続の利用者には代行申請を行ってもよいか更新時期前に利用者・利用者家族に打診し、依頼があれば協力をしている。少なくとも月1回の定期訪問して過去と現在の日常生活動作を比較し常に利用者の状態を把握している。要介護区分変更が必要な際は利用者・家族に説明し手続きなど支援している。介護保険以外に申請が必要な減額申請や各市町村の高齢者施策の申請なども同様に支援している。介護保険以外の福祉サービスは契約時に説明をし、さらに状況に応じて利用できるサービスを紹介して、家族が検討出来るように助言・支援している。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>初回訪問及び毎月の定期訪問で利用者と家族の状況・要望を把握し「MDS方式」を活用して利用者の一人一人の課題を分析している。フェイスシート、家族状況とインフォーマルな支援状況、サービス利用状況、住居等の状況、本人の健康状態・受診等の状況、医師の意見、基本動作状況の詳細を記録し全体をまとめている。利用者の一日のスケジュールを把握し要援助点を導き出し居宅計画を作成している。利用者・家族それぞれの意向を聞き取りアセスメントと居宅サービス計画に記録している。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>利用開始時は利用者や家族の意向や要望を細かく傾聴しMDSアセスメントシートを活用し利用者の状態像が千差万別であることから多様な状態が危険なものか改善の可能性があるかを検討している。定期的なモニタリングでの訪問を通じて把握した事項についてもモニタリングシートに記載している。利用者や家族が希望するサービス選定し、サービス担当者会議に各事業所を含め同意を得ている。本人・家族の意向が異なる場合サービス担当者会議で話し合い調整を図っている。希望するサービスとニーズが一致しない場合は時間をかけて説明し可能な限り改善に努めている。</p>		

21	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ サービス担当者会議の内容を記録している。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>居宅サービス計画書は利用者・家族・サービス提供事業者に対して交付し共有している。入院中の方の場合退院前に主治医・看護師・リハビリスタッフ・ソーシャルワーカーとのカンファレンスを開き在宅生活の準備を話し合っている。リハビリスタッフによる家屋調査、利用者の一時帰宅の際出来る限り同行し生活環境の確認をしながら必要なサービスを一緒に検討している。さらに必要時は医師の「診療情報提供」「入院時サマリ」等依頼し介護支援専門員が直接病院へ出向き連携を図っている。介護支援専門員は優先事項から順次問題解決に取り組む体制を整えている。独居の利用者には民生委員の参加もお願いする場合もあり、サービス担当者会議は計画作成・見直し・サービス内容変更時の時も開催して、会議録を個人ファイルに保管している。</p>		
22	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>サービス開始直後に訪問や電話によって利用者・家族・サービス提供事業者と連絡を取り合い、適切にサービスが受け入れられたか、提供できたかを確認している。通所型のサービス利用時には通所先に訪問し利用者の様子を確認することもある。利用者・家族が事業者と言えないことなども代わりに伝え双方の関係が良好に維持できるように努めている。通所サービスの選定は利用者の要望や人間関係、事業所の規模などを鑑みて選定するようにしている。利用途中でも相談があれば十分意見を聞き安心して通所できるよう対応している。毎月提供サービス事業者の実績を確認しながら利用時の様子をモニタリングとして伺っている。</p>		
23	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 利用者状況や要望等の変化を定期的に把握している。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>毎月利用者宅を訪問し利用者の状態や要望を確認している。訪問後必ずモニタリング表で評価を実施している。モニタリング表は短期目標に対して現在の状況・利用者の満足度・達成度・評価を記録し居宅サービス計画の継続・変更・中止等決めている。利用者の状態や状況が変化した際は再アセスメントをしている。再アセスメントの結果計画見直しの必要性があり再度立案した際の計画内容等は利用者・家族に説明し同意を得ている。</p>		
24	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 「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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>事業所内研修会・外部研修会特に包括支援センター主催の会議等積極的に参加しており認知症ケアについて学んでいる。同法人の浅井病院・認知症疾患医療センターで東千葉認知症の医療と介護のネットワークつくりのなかで事例検討会や認知症ミニ講座などの定期的開催される情報交換や交流の場として活用している。法人の母体でもある浅井病院との連携が図りやすいことから専門医などとの連携を図り時には受診時の同行し専門医より適切なアドバイス等いただくなどの連携を積極的に行っている。その人らしく生活できるように、サービス提供事業者を利用者の生活歴・嗜好・出来ることとできないことなど詳しい情報を伝え個別ケア・支援に活かせるようにしている。</p>		

25	関係機関との連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>入院・入所を希望する場合地域の医療機関・福祉施設の情報を提供している。先方の介護支援専門員・主治医・看護師・リハビリ専門職などと連携して「地域生活連携シート」で情報を引き継いでいる。退院・退所の際は事前に主治医・看護師・リハビリ専門職・ソーシャルワーカーとカンファレンスをを開き在宅生活の準備を話し合っている。一時帰宅の際事前にリハビリ専門職の家屋調査に立ち合い必要なサービスを共に検討している。サービス事業者の選定・推薦は公平中立に行うことを契約書に明文化している。地域の事業所・関係機関・インフォーマルサービスなどの情報収集に努めている。最新情報は定例会議等で職員間で共有している。</p>		
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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。
<p>(自己評価コメント)</p> <p>24時間体制をとっており緊急連絡網等整備しており常時連絡できる体制となっている。災害発生時の対応マニュアルを整備している。災害発生時の安全確保と支援、連絡体制は緊急連絡体制として個人記録ファイルに整備している。実際東日本大震災時の対応として夜間帯に家族の帰宅困難者等にはサービス事業者との連携により一時預かり等も行うなど連携を図ることができている。独居・高齢者世帯などにおいては速やかに自宅訪問を実施するなど緊急時におけるサービス事業者との連携の強化を進めている。</p>		