

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人ACOPA
所 在 地	千葉県我孫子市本町3-7-10
評価実施期間	平成 19年 10月 18日～平成 19年 12月 18日

2 評価対象事業者

名 称	大倉記念介護支援センター	種別： 居宅介護支援
代表者氏名	管理者 羽田園美	定員（利用者人数）： 80 名
所 在 地	千葉県松戸市大谷口133-1	TEL 047-341-6711

3 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

<p>◆ 特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 高い質のサービス提供 大倉記念介護支援センターは、医療法人清志会が運営している大倉記念病院（介護療養型医療施設）に附属する介護サービス提供部門である。同部門は、本院の山本病院および大倉記念病院との連携しているため、利用者に安心感と満足感を与えている。このことは、相談はあるが苦情が少ないことや当センターの利用者に対するアンケート調査でも対応に不満があると答えた人は極めて少ないことから推測される。この好ましい連携は、介護サービス職員の提供するサービスの質の確保の大きな要因にもなっている。 <p>◆ 特に改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 研修の計画的実施 新人職員の研修は実施されているが、全職員に対しての研修計画がなく、認知症ケア研修が行われていない等、実施についても充分とは言えない。今後は研修計画を作成し、研修を実施されるよう望む。・ マニュアルの定期的見直し マニュアルは、随時見直すのは当然であるが定期的に見直すことも重要である。当センターでも時期を決めて全マニュアルの見直しの実施を検討して欲しい。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（受審事業者の意見）

<p>第三者評価を通じて、当センターが今後御利用者様に質のよいサービスを提供していく上での貴重な御指摘を頂くことができました。御指導・御指摘を受けた項目につきましては、今後の日常活動に生かしていきながら、メンバー全員のレベルアップを図り、よいサービスに努めていきたいと思っております。</p>
--

5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

<p>介護保険開始当初より、母体である同法人の病院との連携を図り医療面での支援を充実させ、また地区在宅介護支援センターを併設していることで、御利用者様の様々なニーズに対応し、地域に根ざした総合的なサービスが出来るように努めている。</p>

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

6 分野別特記事項

【施設共通項目】

大項目	分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点）
I 福祉サービスの 基本方針と組織	<ul style="list-style-type: none"> 適切な基本理念 当センターが所属する大倉記念病院（以後、当施設）の基本理念は、「公平、公正、誠実である」「医療倫理に基づく行動をする」「常に新しい試みに挑戦し改善に努める」であり非常に明快で法人の使命・役割を表している。また、基本理念は施設内の掲示や幹部訓話で周知が図られている。 重要課題への取り組み 当施設の重要課題は、「人材の確保と今後の事業形態展開」と思われる。介護事業の「施設から在宅へ」という大きな流れの中で、この課題への取り組みが注目される。
II 組織の運営管理	<ul style="list-style-type: none"> 人件費抑制への努力 居宅介護事業は、サービス業であるためコストに占める人件費の割合は大きい。このため当施設では、職員の適正配置と相互に補充しあう流動的な運用に努め人件費の抑制に効果を挙げている。

【介護サービス項目】

大項目	分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点）
I 介護サービスの内 容に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 在宅介護支援センター併設により相談機能を発揮 当センターは松戸市小金地区在宅介護支援センターが併設され介護認定のための申請代行や相談機能を発揮した居宅介護支援が実施されている。また介護支援センターは大倉記念病院の1階にあり、病院の看護婦長等や周辺の施設相談員との連携体制は確立している。利用者の入退所・院時においても相互の情報提供等で機能を発揮している。 主治医等との連携 主治医等に意見を求めるときは照会状等により紙面で行われており、現状ではサービス担当者会議への出席は難しい。例えば利用者の受診時、往診時等に主治医等と顔を合わす機会を作るなど、利用者にとって一層効果的なケアマネジメントの実施を期待したい。病院を本体とする当センターの特性を充分発揮して欲しい。
II 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な利用者アンケートによりサービス内容を改善 当支援センターでは年に一度全利用者に対しアンケート調査を実施している。 利用者満足度結果は事業所内全職員で検討しサービス内容を改善している。定期的な利用者本位のサービスの質の確保を評価する仕組みがあることは重要であり、特筆できる。

福祉サービス第三者評価共通項目（居宅系・介護サービス）の評価結果					評価結果
大項目	中項目	小項目	項目		
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念・基本方針の確立	1	①理念が明文化されている。	a
			2	②理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
		(2) 理念・基本方針の周知	3	①理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	a
			4	②理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
	2 計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンの明確化	5	①中・長期計画を踏まえた事業計画が作成されている。	a
		(2) 重要課題の明確化	6	①事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	a
		(3) 計画の適正な策定	7	①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合議する仕組みがある。	a
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者のリーダーシップ	8	①質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。	a
			9	②経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a
Ⅱ 組織の運営管理	1 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等への対応	10	①事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている。	a
			11	②経営状況を分析して、改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a
	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理体制の整備	12	①人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行っている。	a
			13	②職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	a
		(2) 職員の就業への配慮	14	①事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ（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。	a
		15	②福利厚生に積極的に取り組んでいる。	b	

項目別評価結果・評価コメント

事業者 大倉記念介護支援センター

評価基準		項目番号	評点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織				
I-1 理念・基本方針				
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。				
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	1		a	大倉記念病院は、医療法人清志会（山本病院・大倉記念病院）の基本理念「公平、公正、誠実である」「医療倫理に基づく行動をする」「常に新しい試みに挑戦し改善に努める」を同施設の理念として運営している。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	2		a	当施設の基本方針は、「過不足のない必要な医療・介護サービスを提供する」「医療・介護の専門家として日々研鑽に努め、患者さんが受けたいと考える最高の医療・介護サービスを提供する」で、理念に基づいている。
I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。				
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	3		a	理念や基本方針は、施設の入り口の見やすいところに掲示しており、職員も来訪者も見ることが出来る。また、1年に2回幹部から経営状況についての話があり、その中で理念等についても説明が行われている。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	4		a	理念や基本方針は、施設内の掲示や契約時の説明で利用者等に周知を図っている。
I-2 計画の策定				
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。				
I-2-(1)-① 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	5		a	介護事業の環境の変動が激しいので長期の見通しは困難である。当施設では中期的な課題を取り上げ事業計画に反映させている。
I-2-(2) 重要課題の明確化				
I-2-(2)-① 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	6		a	事業環境の分析から、重要課題として人材の確保と事業形態の今後の展開が挙げられている。介護事業の施設から在宅へという大きな流れの中で、適切な検討を期待する。
I-2-(3) 計画が適切に策定されている。				
I-2-(3)-① 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合議する仕組みがある。	7		a	重要課題や方針は、経営会議や毎月開催される主任会議で合議している。主任会議には、その部署の管理者が出席して、職員の意見を聞いている。

評価基準		評点	コメント
I-3 管理者の責任とリーダーシップ			
I-3-(1) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(1)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	8	a	管理者は、サービス向上委員会を中心に利用者へのサービス向上の検討に意欲的に取り組んでいる。サービス提供の安全性の向上も、重要なテーマの一つとしている。
I-3-(1)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	9	a	管理者は、業務改善委員会を中心に、施設の運営や業務の効率化に積極的に取り組んでいる。
II 組織の運営管理			
II-1 経営状況の把握			
II-1-(1) 経営環境の変化等への対応			
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	10	a	事業経営には、外部の情報を的確に把握しそれを運営に反映することが重要である。当施設では、主に医師会、行政および同業の病院から必要な情報を得ていると共に、ケアマネージャー、インターネット等からも情報入手している。
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	11	a	当施設では、コストに占める人件費の高い割合が課題である。これに対し、職員の適正配置と相互に補充しあう流動的な職員の運用に努め成果を挙げている。
II-2 人材の確保・養成			
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
II-2-(1)-① 人事方針を策定し、これに基づく職員採用、人材育成を計画的・組織的に行っている。	12	a	職員の採用方針は、補充採用であるが看護師の充足が非常に困難である。一方、人材育成は、資格取得(ケアマネージャー、介護福祉士など)を中心に行なっている他、県・市主催の研修会への参加を積極的に勧めている。
II-2-(1)-② 職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	13	a	服務状態、理解力、技術力などに関する50以上の評価項目に基づき、年2回客観的な人事考課を実施している。自己評価は行っていない。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
II-2-(2)-① 事業所の改善課題について、スタッフ(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。	14	a	各部署毎及び全体のミーティングを毎朝実施している。就業状況に関する意見は、日常の話し合いや主任会議で把握し検討している。また業務委員会、サービス向上委員会などでも現場の意見を取り上げている。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	15	b	福利厚生施設として独身寮を持っている。年1回職員旅行を2班に別けて行なっているが、参加は職員の50%程度である。福利厚生に対する職員の意向調査などに取り組みに期待したい。

福祉サービス第三者評価項目（居宅介護支援）の評価結果				評価結果
大項目	中項目	小項目（評価項目）		
I. 介護サービスの内容に関する事項	1. 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者の権利擁護等のために講じている措置	1	(1) 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況	a
		2	(2) 利用者等に関する情報の把握及び課題の分析の実施の状況	a
		3	(3) 利用者等の状態に応じた訪問介護計画等の介護サービスに係る計画の作成及び利用者等の同意の取得の状況	a
	2. 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置	4	(1) 認知症の利用者に対する介護サービスの質の確保のための取組の状況	b
		5	(2) 利用者のプライバシーの保護のための取組の状況	a
		6	(3) 要介護認定等の申請に係る援助の取組の状況	a
		7	(4) 入退院又は入退所に当たっての支援のための取組の状況	a
		8	(5) 公正・中立な居宅介護支援のための取組の状況	a
	3. 相談、苦情等の対応のために講じている措置	9	(1) 相談、苦情等の対応のための取組の状況	a
	4. 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置	10	(1) 介護サービスの実施状況の把握のための取組の状況	a
		11	(2) 介護サービスに係る計画等の見直し及び利用者等の同意の取得の状況	a
	5. 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携	12	(1) 他の介護サービス事業者等との連携の状況	a
		13	(2) サービス担当者会議の開催等の状況	a
II. 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項	1. 適切な事業運営の確保のために講じている措置	14	(1) 従業者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況	a
		15	(2) 計画的な事業運営のための取組の状況	a
		16	(3) 事業運営の透明性の確保のための取組の状況	b
		17	(4) 介護サービスの提供に当たって改善すべき課題に対する取組の状況	a
	2. 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置	18	(1) 事業所における役割分担等の明確化のための取組の状況	a
		19	(2) 介護サービスの提供のために必要な情報について従業者間で共有するための取組の状況	a
		20	(3) 従業者からの相談に対する対応及び従業者に対する指導の実施の状況	a
	3. 安全管理及び衛生管理のために講じている措置	21	(1) 安全管理及び衛生管理のための取組の状況	b
	4. 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置	22	(1) 個人情報の保護の確保のための取組の状況	a
		23	(2) 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況	a
	5. 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置	24	(1) 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況	b
		25	(2) 利用者等の意向等を踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況	a
		26	(3) 介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況	b

項目別評価結果・評価コメント

事業者名 大倉記念介護支援センター

評価基準		項目番号	評点	コメント
I. 介護サービスの内容に関する事項				
1. 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者の権利擁護等のために講じている措置				
(1)	利用申込者のサービスの選択に資する重要事項及び介護保険制度について説明し、同意を得ている。	1	a	松戸市の介護保険のパンフレットを使用し、利用者の居宅で説明をしている。内容や費用について具体的に説明し特に介護保険の適応が出来ること出来ないことについて、丁寧にその都度説明している。
(2)	アセスメント（解決すべき課題の把握）は、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接し、希望を把握しながら行っている。	2	a	アセスメントシートはケアマネージャーにより2種類のものを使用している。居宅、入所先、入院先を訪問して情報を得ている。利用者及び家族の希望や意向をしっかりと聞いている。
(3)	利用者等の状態に応じて訪問介護計画等の介護サービスに係る計画を作成し、利用者等への説明・同意取得も手続きを踏まえ実施している。	3	a	地域の介護保険サービス等の情報をいくつか用意して利用者に提供している。居宅サービス計画は捺印を得て利用者家族の同意を得ているが、インフォームドコンセント（説明と同意）に基づいた書式の検討をいただきたい。
2. 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置				
(1)	認知症ケアの質を確保するために、従業者に対する認知症に関する研修を行うなどの取り組みを行っている。	4	b	認知症利用者に関するマニュアルはあるが研修は行われていない。認知症利用者は増加しており、認知症について従業者が定期的に研修の機会を持つことは必須である。今後の改善を望む。
(2)	利用者のプライバシーの保護の取り組みを図っている。	5	a	個人情報に関するマニュアルは作成され、研修も実施されている。利用者のプライバシーについては利用者の羞恥心の配慮等も含まれるので幅広い研修を考慮されたい。
(3)	要介護認定等の申請（更新を含む。）代行を行っており、適正に対応している。	6	a	利用者、家族の希望によって申請代行を行っており実施記録に記録されている。申請書の控えを保管しており適正に行なわれている。
(4)	利用者が、病院や介護保険施設等への入退院・所又は入退院所を希望した場合には、当該施設との連絡調整や連携を図っている。	7	a	施設の相談員や病院の婦長等との相談体制はできており、連携をとっている。退所予定者には面接し利用者の様子を観察したり、入所施設や病院からの情報提供票によって状況の把握をしている。入所時、入院時には料金などについて利用者家族に必要な情報を詳しく伝えている。
(5)	サービス事業者の選択については、利用者又はその家族の希望を踏まえつつ、公正中立に取り組んでいる。	8	a	利用者及び家族の希望、意向に沿って公正中立に取り組んでいる。利用する事業所が偏らないように心がけている。例えば通所介護においては利用者、家族にタイプの違った事業所を見学、体験してもらい、選択できるよう配慮している。
3. 相談、苦情等の対応のために講じている措置				
(1)	ケアマネジメント及び居宅サービス計画書に位置付けたサービスに対する利用者又はその家族からの相談、苦情等に対応する仕組みがあり、機能している。	9	a	苦情についてはフローチャートで記されたマニュアルが作成されており、活用されている。現場の苦情について幹部職員で構成される苦情委員会で検討され、対応していることはサービスの改善を図る上で重要である。

評価基準		項	評点	コメント
4. 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置				
(1)	介護支援専門員は、少なくとも1か月に1回以上利用者の居宅を訪問し、利用者と面接し、サービスの実施状況を把握している。	10	a	1ヶ月に1回以上利用者宅を訪問している。状況によっては何度も訪問して状況把握に努めている。またサービス担当者から利用者の情報を得ている。利用者からの各サービスについての意見や要望については事業者に伝え改善している。
(2)	見直した居宅サービス計画書について、利用者又はその家族へ説明し、同意を得ている。	11	a	1年に1～2回の定期的な見直しをしている。新規利用者の場合は頻繁に見直しをしている。計画について評価した上で利用者、家族の希望に沿って見直し、新たな計画書については説明と同意を得ている。
5. 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携				
(1)	各サービス事業者が作成する個別のサービス計画を把握し、定期的に居宅サービス（介護予防支援事業を含む）の提供状況について連絡している。	12	a	電話や依頼文書により、各サービス事業者の個別サービス計画の収集に努めている。又、介護支援専門員からは、1ヶ月に1回以上サービス提供状況について、各サービス事業者に照会し連携を図っている。
(2)	利用者及びその家族が出席するサービス担当者会議を開催などを通じ、サービス事業者・主治医等との連携を図っている。	13	a	利用者及び家族が出席するサービス担当者会議が適正に実施されている。医師の出席は難しく、意見を求めるときは照会状により紙面で行っている。利用者の受診時往診時等を利用し顔を合わせる機会を作るなど、さらに工夫をお願いしたい。
II. 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項				
1. 適切な事業運営の確保のために講じている措置				
(1)	従業員が守るべき倫理を明文化し、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。	14	a	職員が守るべき倫理及び法令遵守は、就業規則の中で服務規程として明文化されている。研修も実施している。
(2)	事業計画を毎年度作成しており、経営・運営方針等が明記されている。	15	a	事業計画は、経営・運営の重要課題を踏まえて毎年度作成されている。
(3)	事業計画、財務内容等に関する資料を閲覧可能な状態にするなど、事業運営の透明性確保に取り組んでいる。	16	b	法人の方針として、事業計画、財務内容等の重要資料の閲覧はオープンにしていない。しかし、事業運営の透明性確保の観点から、求めに応じて閲覧できる。
(4)	事業所の改善課題について、現場の従業員と幹部従業員とが合同で検討するなど、課題改善に取り組んでいる。	17	a	介護サービスの提供に当たっての改善すべき課題に対する取り組みは、サービス向上委員会や定期的に開催される主任会議で行なっている。

評価基準		項	評点	コメント
2. 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置				
(1)	事業所の組織体制、従業員の権限、業務分担及び協力体制を定めている。	18	a	施設の組織図および各事業所ごとの運営規定で職務分担と権限が明記されている。
(2)	サービスの提供のために必要な情報について従業員間で共有するために、取り組んでいる。	19	a	介護サービスの提供のために必要な情報は、ミーティングと回覧ノートを使って共有を図っている。
(3)	従業員からの相談に応じる仕組みや介護支援専門員1人当たりの担当人数の上限を定めるなど、相談・指導体制が整備されている。	20	a	当センターでは、介護支援専門員の相談、指導体制は整備されている。ミーティングや事務長との話し合いがその中心である。
3. 安全管理及び衛生管理のために講じている措置				
(1)	利用者の緊急時の対応、非常災害時に対応するための仕組みがあり、機能している。	21	b	利用者の緊急時の対応および非常災害時の対応に関しては、連絡体制を中心に整備されている。しかし、マニュアルの整備が不十分であり改善して欲しい。
4. 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置				
(1)	個人情報の利用目的や保護規定を公表するなど、個人情報保護の確保のための取組みがある。	22	a	個人情報の利用目的や保護規定等を施設の玄関や各事務所に掲示し周知を図っている。また、契約書には個人情報を用いる場合は利用者等の同意を得ることを明記している。
(2)	利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示する仕組みがあり、機能している。	23	a	利用者の求めに応じてのサービス提供記録の開示および複写物の交付については、利用者との契約書に明記している。
5. 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置				
(1)	居宅介護支援に従事する全ての現任の従業員（新任者を含む）を対象とする研修等を計画的に行っている。	24	b	本年度は新任研修のみである。介護サービスの質の確保のために職員に対する計画的な教育・研修は重要である。新任者、現任者に対して教育・研修の年間計画をたて実施して欲しい。
(2)	利用者の意向、意向調査結果、満足度調査結果等を、経営改善プロセスに反映させるなど、サービスの質を確保・自己評価する仕組みがあり、機能している。	25	a	年1回利用者アンケートを実施し、その結果を解析して、介護サービスの質の改善に取り組んでいる。
(3)	サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの検討を定期的に行っている。	26	b	マニュアルは、職員がいつでも閲覧でき活用している。マニュアルの見直しについては、定期的に見直すことを検討をして欲しい。