

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	日本高齢者介護協会千葉県支部
所 在 地	千葉市稲毛区萩台町696-132
評価実施期間	平成27年10月23日～平成28年2月末日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	総泉病院 居宅介護支援事業所 ソウセンビョウイイ キョタクカイゴシエンジギョウショ		
所 在 地	〒265-0073 千葉市若葉区更科町2592		
交通手段	千葉都市モノレール「千城台」下車、バスにて「総泉病院」下車 さらしなバス「更科農政センター」行、おまこバス「総泉病院おまご・総泉病院農政センター・循環農政センター」行		
電 話	043-237-5001	F A X	043-239-0161
ホームページ	http://www.sousen.seikei-kai.or.jp		
経 営 法 人	医療法人社団 誠警会		
開設年月日	平成12年3月27日		
介護保険事業所番号	1210113654	指定年月日	平成12年4月1日
併設しているサービス			

(2) サービス内容

対象地域	千葉市、四街道市、八街市
利用日	平日
利用時間	8:30～17:30
休 日	土曜、日曜、祝日、年末年始(12/30～1/3)

(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
	3		3	
職種別従業者数	介護支援専門員	事務員	その他の従業者	
	2	1		
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		
	看護師			
	1			

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	契約書	
申請窓口開設時間	8:30~17:30	
申請時注意事項	状況によりご利用が出来ない事があります。	
苦情対応	窓口設置	有
	第三者委員の設置	無

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	<p>地域支援事業部 [理念] 地域包括ケアの拠点となる。 [基本方針] 1.事業体の連携を生かし、地域生活を支えるサービス（ケア）の提供 2.様々なニーズに対応できる介護サービス(種類)を増やす 3.地域生活利用者の新規開拓を図る 4.地域資源との協力体制の構築</p>
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・病院と併設で医療的な情報が得られやすく、速やかな対応が行えます。 ・入院から在宅への移行も、多職種で連携することができます。
利用（希望）者へのPR	<p>医療法人内・組織内に属し、その組織の中には、通所リハビリ、通所介護、訪問リハビリ、訪問看護、介護老人保健施設を有しています。 その事業所間の連携をとる事で緊急な事態が発生した場合でも、24時間いつでも利用者からの連絡に対応できる体制を整えています。 又、利用者の殆どの方が事業所近隣の方であり、相談や困り事の連絡時には、迅速に訪問させていただき、適切な対応をするように心がけています。</p>

福祉サービス第三者評価総合コメント

評価機関名 NPO法人日本高齢者介護協会

特に力を入れて取り組んでいること(評価の高い点)

退院して在宅に復帰してからも、継続して医療連携した在宅支援を受けることができます。

- ① 医療機関が母体だからこそ、医療・介護・予防・生活支援の一体的提供の取り組みがされ、住み慣れた地域で暮らせる安心感が得られています。それぞれの職種が専門性を生かし、入院から在宅での生活に対する様々な相談に対応できています。
- ② 食事は、病院内の管理栄養士が治療食や利用者の嚥下状態に応じた形態を提供しています。
- ③ 在宅生活への相談窓口を設けており、相談・アドバイスを行っています。

母体が医療機関のため入院中から医療情報連携がとりやすい環境にあります。

入院中の利用者の疾患やADLについて母体が医療機関の為情報が早期に把握できます。退院許可が下りる頃には利用者自身の事を最優先に考え在宅復帰に向けた話し合いがもたれています。その為サービス利用が退院直後から訪問介入し在宅療養、外出等スムーズに移行できることで精神的な不安の軽減につながっているようです。また家族には本人の在宅生活を継続するうえで、重要な存在と位置づけ、適切な支援につなげられるよう、個別に応じてアプローチを丁寧に行うよう心がけています。

さらに取り組みが望まれるところ

サービスの標準化を図るためにマニュアル化に取り組みが望まれます。

居宅介護支援事業所は、現在は職員が専任1名のみの配置です。そのため、今まではその場に応じて行政に相談するなどに対応していました。基本事項が標準化されない中で個別対応している現状を考えると、今後は職員の増員や移動等を考慮して、サービスの基本となる事項や手順を明確にすることで、一定の基準に基づいて今まで以上の安定した質の高いサービスをめざすことが可能になると思います。マニュアルは不測の事態に対応するため、日常的に備えておくことが望まれます。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

ご指摘がありましたように、職員の異動がなかった事からマニュアルの見直しができませんでした。今後の予定として、介護支援専門員専任が1人体制から、平成28年度は専任2名となる予定です。これを機会に、マニュアルの見直しを行い、一定基準に基づいた質の高いサービス提供ができるよう取り組んでまいります。又、地域ケア会議、あんしんケアセンター、千葉市介護支援専門員協議会等の、外部研修にも積極的に参加し、各自が自己研鑽に努めてまいります。

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	0	
			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。	3	0	
		2 計画の策定	事業計画と重要課題の明確化 計画の適正な策定	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
				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	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。	5	1	
			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	
			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	0	
			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 サービスの標準化	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
				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。	1	3
		3 サービスの利用開始・終了	サービスの利用開始・終了 要介護認定の支援	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
				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 97				93	4	

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)に明文化されている。 ■ 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) 超高齢化が急速に進むなか、平成27年の法改正により、全国の自治体には「地域包括ケアシステムの構築」が求められるに至って、総泉病院では在宅サービスを総括する「地域支援事業部」を立ち上げて、自らの事業理念を「地域包括ケアの拠点となる」との理念を掲げました。職員には職員ハンドブック等で、外部の方たちにはホームページ・パンフレット・広報誌等で、明文化された理念・方針・課題をお伝えしています。理念実現のための基本方針には「医療と介護との連携」を生かし地域生活を支える新たなケアサービスの創出、利用者の状況が入院中から状況確認でき、利用者に安心感が与えられる等の夢が広がります。母体である総泉病院も、療養病院は単なる「治療の場」ではなく「生活する空間であり、ゆとりのある療養環境」を目指し、「住まいとしての快適さ、やすらぎを生み出す空間づくりの効用」を実践しており、介護サービスも同様に実践しています。</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) 理念、基本方針、組織体制等が記載された「職員ハンドブック」が全員に配布されています。「地域包括ケアの拠点となる」の理念を学習する研修会を教育委員会中堅職員を対象に実施し、さらに地域包括ケアシステムの循環図資料を基に病院やサービス事業所の立ち位置を学ぶ支援を行い、部門間の合意形成を進めており、高く評価されています。</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・方針を利用者や家族会等で分かり易く説明し、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) 契約締結の目的は「利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、当該サービスを提供し利用者の心身の機能の維持回復を図る」です。このために地域支援事業部を軸とした「地域包括ケアシステム」のもとでは、利用者に対し総合的なサービスの提供を可能とし、また医療、介護が連携したサービス提供であることから、利用者や家族に回復への大きな希望を与えることを伝えています。</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"> ■ 事業計画には、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) バランス・スコアカードの活用で、事業環境の変化を織り込んだ病院及び介護サービスを含めた、中・長期計画が策定されています。医療と介護の連携のメリットとしては、入院中から利用者の心身状況の把握ができ、介護に移行しても本人にあった介護サービスの提供がしやすいこと、退院直後こそ訪問介入して在宅療養、外出へつなげること等ができれば利用者の安心感が高まる点です。</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) 訪問リハ・通所リハ・通所介護・居宅介護支援の円滑な一体化運営を図るため、地域支援事業部として、地域支援事業会議で毎月報告を行い、地域支援事業管理会議へ、母体である総泉病院院長他、幹部職員に報告、評価、検討を行っている。地域包括支援の要でもある地域支援事業部による「事業体の連携を生かし、地域生活を支えるケアサービスの提供を推進する」ためには、地域支援事業部を動かす現場の権限を、さらに明確にすることが望まれます。</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) H27年度バランス・スコアカードモニタリングシートにて、病院の事業戦略を検討する過程で、理念や基本方針を見直し、地域支援事業部も併せて見直しをしている。必要に応じて経営管理会議の承認を得て変更できる仕組みになっています。</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) 病院の倫理要綱に基づき、臨床倫理に係る「倫理綱領」が職員ハンドブックに掲載されています。委員会細則があり、委員会においては臨床倫理に関わる問題を審議、審査する指針が定められています。委員会は申請のあった内容を審議、審査するにあたり、倫理的および社会的な観点に加え、対象となる個人およびその家族等の関係者に対する人権と尊厳の擁護等について特に留意することが求められるとしています。</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。
(評価コメント) 人事考課規程、昇進・昇格・降格規程、賞与考課表がある。人事考課時は全職員に面談を行い、評価を開示して説明している。職務に関する分掌規程もあり、特に管理職の管理責任範囲や職務内容が明確化されています。		
9	事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託者を含む)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"> ■ 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。
(評価コメント) 有給休暇取得や時間外労働は毎月のデータを出して、問題点に対しては面談し業務の整理や分担を話し合っている。新人職員には入職3か月後の人事考課時、その他適宜面談を行っている。 職員のワークライフバランス(仕事と生活の調和)維持のため、医薬健康保険組合加入での人間ドック費用補助をはじめ、健康サポートの健康診断や予防接種の補助、提携保養所の利用、リエゾンナース(精神看護の専門看護師)への悩みや不安の相談などがあります。また職員の相互扶助、福利増進、修養及び親睦を図り、円滑な業務の遂行を助成することを目的として「いづみ会」があり、親睦会や忘年会を行い、会員の慶弔に対して見舞金を支給しています。		
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"> ■ 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。
(評価コメント) 「マナー研修」「コミュニケーション研修」をOJTで実施しています。一方、教育委員会を中心に年間計画を立案し、OJTとしての職員の教育、研修をプロモートしており、研修評価シートを記入してもらい、上司に提供するシステムがあり、地域支援事業部は、部長が面談をしています。年に2回の賞与時には部長による個別面談も行われています。将来的な個別育成目標は、キャリアアップの方向性を明確にしています。		
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"> □ 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。
(評価コメント) ホームページ・パンフレット・職員ハンドブックに掲載し、利用者、家族、職員に周知、徹底している。DVの定義から、DV被害(疑い)発見対応フローチャート・マニュアルを整備され、サービス向上委員会による啓蒙活動も行っている。職員が不適切な言動や行動で利用者に不快な思いをさせた場合でも、インシデント分析システムに報告し業務改善する仕組みが出来ます。		
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"> ■ 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。
(評価コメント) ホームページ・パンフレット・職員ハンドブックに掲載し、各事業所に掲示して周知している。契約書にも「秘密保持」について掲載し利用者、家族にも説明し同意書ももらっている。個人情報保護対策委員会があり、年1回職員全体研修を実施し周知、徹底している。情報漏洩については、記録の保管場所や保管方法、取り扱いに注意し、利用者宅の訪問時には、バイタル表や当日のカルテのファイルなどを関係者以外に見られないように注意し、業務終了後はカルテ庫に鍵をかけて保管するなど規程を設けて対応している。実習生についても個人情報保護について、書面にて説明し同意書ももらっています。		
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。
(評価コメント) 各事業所に「ご意見箱」を設置し、意見や苦情を利用者、家族の「声」として積極的に吸い上げる体制がある。又年1回利用者、家族の満足度調査を実施し、提供するサービス、職員に関する項目や満足度などの評価を聴き運営に反映するように努めている。今回の第三者評価の利用者・家族アンケートでは、回収率が100%と関心度が高く、「サービスの提供」「職員は丁寧に接してくれる」「体調や安全・安心配慮」など95.8%の人が良くやっていると回答しており、迅速できめ細かい対応が利用者の信頼につながっていると思われます。		
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。

(評価コメント) 意見、不満がある利用者には時間をかけて、お話を伺っています。また事業所が提供しているサービス(デイサービス・通所リハビリテーション)に対する不満や苦情に対しても情報収集に事業所に出向いて把握しています。利用者一人一人の意向や意見、要望、不満等はマニュアルの添って迅速に対応し解決している為、現在まで苦情は1件もなく、意見等の解決に取り組んだり対応した記録は残していない現状です。

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。
(評価コメント) 一人ケアマネジャーの為、法人内の在宅支援事業所会議開催時に相互の情報共有を図っています。月1回の定期訪問とモニタリングの実施。結果ケアマネジャーがサービスの調整が必要と判断した場合や状態変化時は変更の根拠をアセスメント表に記載し、関係事業所と担当者会議を開催し、利用状況や提供事業所との関係が良好か等を確認し見直しや修正を行い居宅サービス計画書作成につなげています。		
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の実施している。 □ 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。
(評価コメント) 現在は専任職員が1名しか配置されていません。同法人内の主催する内部研修は受けています。基本事項が標準化されない中で個別対応している現状を考えるに、今後は職人の増員や移動等を考慮して業務のサービスの基本となる事項や手順を明確にすることで、一定の基準に基づいて安定した質の高いサービスをめざすことが可能になると思われます。		
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。
(評価コメント) サービス開始にあたっては重要事項説明書に添って提供するサービス内容や料金説明を行います。料金説明に利用票や週間予定表を参考にしながらより具体的にイメージが出来るよう説明しています。介護支援事業所の変更時には後任の事業所に状況を確認したり、直接出向いて、情報提供して引き継ぎを行い、円滑にサービスが移行できるよう対応しています。終了後も利用者家族の相談にのっています。今回の第三者評価のアンケートでは、95.8%の利用者、家族から「契約の際十分説明はあった」と回答しています。		
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。
(評価コメント) 認定期間終了が近くなってきた際は更新時期のお知らせをしています。家族の都合で申請代行依頼があった場合は預かり証を交わし代行申請をしています。介護保険外サービスでは地域支援事業のおむつの支給や身体障害者支援給付の手続きの助言や支援を行っています。状態悪化時は認定期間途中でも申請ができることを説明し要望があれば区分変更申請の代行をおこなっています。		
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。
(評価コメント) 利用者や家族の意向や希望を尊重し、心身の状況や生活歴等アセスメントの内容はアセスメント表に記録しています。アセスメントの内容は家族にも書いてもらう事もします。家族とのコミュニケーションのきっかけにもなり、家族の意向や希望が明確になり自立支援に向け好きなこと、やりたいこと等が具体的に明らかになっていると窺いました。		
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。
(評価コメント) 利用者、家族とは個別に話を聞く機会を何回か作り、日常生活の様子や今までの生活歴などから意見、希望を計画の原案作成に反映しています。利用者と家族の意向に食い違いが生じた場合は本人の希望を家族と話し合いを重ねて調整することもしています。専門的視点から見てニーズが一致しない場合は関係事業所も交えて話し合いを行いサービスの変更の必要性を利用者、家族に説明し同意を得ています。		
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。
(評価コメント) 目標期間ごとや更新時、状態変化時は担当者会議を開催し会議録を作成しています。系列が病院である為医療連携が図りやすく状態変化時や疑問を感じた際はいつでも相談できるメリットがあります。担当者会議開催時に家族、提供事業者と情報を共有しながら、サービスの変更や内容の修正を行う。欠席事業所からは照会内容で意見を聞くようにしています。		

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。
(評価コメント) サービス利用開始直後は利用者、家族、提供事業所に本人の様子を確認しています。直接サービス事業所に出向き不安な表情をしていないか等を確認することもあります。モニタリングの結果はケアプランの変更の根拠になることもあり、支援経過記録に記載し、居宅サービス計画書の見直しに役立っています。変更や調整を要する事項の有無等を確認しサービスの過不足を含めた調整を図るよう心掛けています。		
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。
(評価コメント) 利用者の毎月の定期訪問と継続的なモニタリングの実施で状況の変化に応じたサービス計画の見直しが行われています。個々の満足度を把握し支援経過記録に記載しています。短期の目標終了時には達成状況のモニタリング実施しています。関係事業所と担当者会議開催や照会内容で確認し、利用者、家族の要望、助言等を参考にして計画の内容を見直しを行っています。		
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。
(評価コメント) 系列の院内の認知症研修会は年4～5回開催。病院と教育委員会のジョイントでの開催や、医師に事前に情報提供しておき、事例検討の実施。院内には医師や看護師がおり相談や助言、指示が速やかに受けられます。マニュアルに沿って権利擁護に関する実施しています。利用者が自分らしく暮らせるよう本人や家族の要望を聴き、出来ることを見つけるアセスメントに視点をおくサービス計画を心がけています。		
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。
(評価コメント) 入院時は利用者の心身の状況や生活環境等必要な情報を医療連携シートで提供しています。退院、退所時調整会議開催や関係施設との情報提供を受けています。また介護保険施設の職員と面談を行い、必要な情報の提供を受けています。市の介護保険事業者を掲載したガイドブックやパンフレットを用いながら、サービス事業者の選定は相談にのり公正中立に行うことと重要事項に記載されています。		
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。
(評価コメント) 感染制御の体制は、感染管理対策委員会があり、感染予防対策全体研修が実施され(参加できなかった職員には、DVDで回覧)マニュアルも整備され周知徹底されている。感染発生時の対応は、職員ハンドブックにも掲載されており速やかな対応ができるよう周知している。千葉県感染予防講習会にも参加し新しい情報を伝達している。院内から感染ニュースを発信されている。職員は、居宅介護支援事業所に入る際には、必ず手洗いを励行しています。今まで食中毒の報告事例はありません。		