

東京都福祉サービス評価推進機構  
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 191-0062

所在地 東京都日野市多摩平1-2-26 シンデレラビル3F

評価機関名 特定非営利活動法人 あす・ねっと

認証評価機関番号

機構 09 - 189

電話番号 042- 514- 8061

代表者氏名 土方 尚功

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		修了者番号	
	①	尾崎 徹也	H1501052	
	②	藤永 清和	H1601016	
	③			
	④			
	⑤			
福祉サービス種別	居宅介護支援			
評価対象事業所名称	社会福祉法人東京老人ホームめぐみ園指定居宅介護支援事業所		指定番号	1373700044
事業所連絡先	〒	202-0022		
	所在地	西東京市柳沢4-1-3		
	TEL	042-467-2794		
事業所代表者氏名	事業所長 落合 美姫			
契約日	2021 年 6 月 25 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2021 年 7 月 13 日			
利用者調査結果報告日	2021 年 10 月 7 日			
自己評価の調査票配付日	2021 年 7 月 29 日			
自己評価結果報告日	2021 年 10 月 7 日			
訪問調査日	2021 年 10 月 25 日			
評価合議日	2022 年 1 月 28 日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	本評価にあたって利用者調査はアンケート方式を採用した。アンケート回収は当評価機関への返信郵送による方法を採用し、職員への調査票も当評価機関への返信郵送による方法を取った。利用者調査では、前回調査との比較、東京都平均との比較や属性別集計などを行い、当事業所の特徴を表示した。また、各設問の回答を数量化し、比較分析し、グラフ化して集計報告書を提出した。事業評価についても同様に数量化分析を行った。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

年 月 日

事業者代表者氏名

印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></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)利用者や家族が生きてこられた歴史や価値観の理解に努め「そのひとらしさ」を尊重した支援 2)人間の尊重と自己決定に基づく自立支援、残存能力をいかしていく支援 3)利用者の生活に「プライバシーの保護 プライドの保持 自由」が保障される 4)地域社会への貢献</p>
2	<p><b>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）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割 研修・研鑽に励み、自ら専門性を高める向上心とコミュニケーション能力の高い職員</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 高齢者の尊厳を尊び、その方の歴史や価値観を大切にし自立を支援する</p>

《事業所名：社会福祉法人東京老人ホームめぐみ園指定居宅介護支援事業所》

調査対象

2021年8月現在、要支援、事業対象者48名を含め256名(男性83名、女性173名)であった。要介護者の平均年齢は84歳、平均要介護度は2であった。

調査方法

アンケート方式  
利用者に対しアンケート用紙を配布し、匿名性を保持するために返信用封筒にて評価機関に直接郵送してもらった。回答数は163件(63.7%)であった。

利用者総数

256

共通評価項目による調査対象者数

256

共通評価項目による調査の有効回答者数

163

利用者総数に対する回答者割合(%)

63.7

## 利用者調査全体のコメント

総合満足度は、「大変満足」57名、「満足」73名で、満足以上は130名、全回答者の79%である。総合的意見・要望は、「ひと月に1回は連絡をくれますが、それ以外はあまり連絡をいただくことはないようです。ヘルパーさんの、要望には素早く対応していただきありがたく思っています」、「デイサービスの他にホームヘルプサービスを教えていただき、来ていただくようになりました。本人の手が回らない掃除や洗濯を手伝っていただき、大変助かっております」など多くの感謝の言葉がある。一方、「ヘルパーさんに対する要望等の相談に乗ってほしい」との声があった。設問別では、問10「外部の苦情窓口のわかりやすい説明」の評価は低く、その他はおおむね評価が高かった。

## 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	149	11	1	2
「はい」回答は149名(91%)であった。「日々、症状が変化すると分かったら、都度来訪して、その後の計画も迅速でした」、「あまり要望を聞かれた経験がないので、分からない」、「前任の方から変わって数ヶ月のため、細かく状況を聞いて下さいました。」などのコメントがあった。				
2. ケアプランについての説明は、わかりやすいか	138	20	1	4
「はい」回答は138名(85%)であった。「初めての事なので、日が経つにつれて納得できました」、「当方の理解度が希薄になってきている」、「私どもがどうしたいかということを前提に、よく考えてくださいました」などのコメントがあった。				
3. サービス内容は、利用者の要望が反映されているか	135	21	2	5
「はい」回答は135名(83%)であった。「体を動かす時間が定まって、体力がついてきました」、「デイサービス・ショートステイ、いずれも本人は喜んで出かけてくれるので満足しています」、「今の状態が一番良いと思っています」などのコメントがあった。				

4. ケアマネジャーの接遇・態度は適切か	153	6	1	3
「はい」回答は153名(94%)であった。「いつもさわやかに対応してくださっています」、「親しみやすかったので、話しかけやすかった」、「丁寧に話してくれています」、「態度も良好で、服装も清潔感あり、誠実さが伝わり、人柄の良さが感じられます」、「長いお付き合いですが、毎月いらしてもハンコをもらってお帰りになるだけで親しみが全然わきませんでした、少しずつ変わって見えまして」などのコメントがあった。				
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	130	16	1	16
「はい」回答は130名(80%)であった。「骨折をした時、とても丁寧に書類手続きをしてくださいました」、「信頼できます」、「まだ今までお世話にはなっていませんが、他の方の対応では良いと思います」、「まだ体調が悪くなったことはありませんので、分かりません」、「対応は信頼できるが、スピードが少し足りないようだ」などのコメントがあった。				
6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	135	8	1	19
「はい」回答は135名(85%)であった。「主治医との関連で困っている時、良いアドバイスをいただきました」、「利用者の気持ちを聞くより、ケアマネ自身の考えを押し付ける」、「十分な気遣いをいただいた(具合によっては、こちらが不機嫌な場合でも)」、「訪問日など(月1回)、こちらの都合に合わせてくれるので助かる。」などのコメントがあった。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	133	8	0	22
「はい」回答は133名(94%)であった。「守ってくれていると信じています」、「そういうことは特に思うことがない」、「具体的にそのような状況になったことはないが、平素の対応から信頼できる」、「守ってくださっていると思いますが、そこまでは知り得ません」などのコメントがあった。				
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	133	13	0	17
「はい」回答は133名(82%)であった。「難聴なので、聞き取りにくいことはある」、「こちらの理解度が、次第に薄くなってきていると思う」、「具体的な説明も含め、状況を把握しているので、とても理解しやすかった」、「あまりよく分かりません」などのコメントがあった。				
9. 利用者の不満や要望は対応されているか	124	15	1	23
「はい」回答は124名(76%)であった。「多分、対応してくれるであろう」、「私は自分の意見をあまり言いません」、「困っていることを相談すると、ちゃんと聞いて下さいますが、その後忘れてしまうようで、ちゃんとフォローされないことが時々あります」、「まだそのような状況になったことはないが、平素の対応から信頼できる」などのコメントがあった。				
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	79	39	9	36
「はい」回答は79名(48%)であった。「自分以外の担当も、生活における困りごとについても、どのようにしたらよいかを分かりやすく教えてもらった」、「このような制度があることを知らなかった」、「相談したことがないので」などのコメントがあった。				

I サービス提供のプロセス項目（サブカテゴリー1～3、5～6）

No.	共通評価項目	
サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、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. 利用希望者等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
サブカテゴリー1の講評		
<p>法人の理念や活動、事業所の運営方針などをさまざまな媒体で地域に向けて発信している</p> <p>法人のホームページや法人季刊誌いきいきまーちなどで事業所の情報を提供している。ホームページでは法人の新人ブログ、学生が安心して参加できるようにWebによるインターンシップ情報の掲載、法人イベントのいきいきサンデー21の情報、新型コロナウイルス感染拡大防止対策などの法人の取り組みが掲載されている。また事業所毎のページがあり運営方針・サービス内容・利用対象者・料金・相談受付窓口などを掲載している。介護報酬もファイルが添付されていて閲覧可能だが制度改正前の古い情報となっているので改善をされたい。</p> <p>サービス開始前に重要事項や事業所の情報を説明し同意を得ている</p> <p>重要事項の説明及び契約締結時には、居宅サービス提供のプロセスや方法について分かりやすく説明している。一度決めたケアプランも必要に応じていつでも変更できる事を強調している。当所は特定事業所加算Ⅱを算定しているため、その要件である主任介護支援専門員、常勤専従の介護支援専門員の配置、利用者の情報やサービス提供上の留意事項などの伝達を目的とした会議をおおむね週に1回以上、定期的に開催していること、24時間連絡体制を確保し、必要に応じて利用者等からの相談に対応できる体制を確保していることを明記している。</p> <p>利用者等の特性に考慮し、要望に応じられるように幅広い情報を収集している</p> <p>利用者や家族の希望や問い合わせに対し、幅広い情報が提供できるように介護保険サービスはもとより、介護保険外の地域のサービスや行政サービスなどの情報を収集している。介護保険の在宅サービス種類は10種類以上あり、市内での事業所総数は数百を超える為、いろいろな方針や特色の事業所がある為、サービス種別ごとにパンフレットなどをファイリングし、また、日々のミーティングや会議でも各事業所の特色や評判を職員で共有し、利用者や家族のさまざまな要望に対し直ぐに検索でき、よりフィットした情報が提供できるように備えている。</p>		

サブカテゴリー2		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	6 / 6
2	サービスの開始・終了時の対応		
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(〇〇〇)	
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	
サブカテゴリー2の講評			
<p>管理者だけでなく事業所の介護支援専門員全員が基本的なルールや重要事項を説明できる</p> <p>サービス開始にあたり重要事項の説明を行うが、介護支援専門員全員に対し、サービス提供前に取り交わしが必要な契約書などの書類の読み合わせ研修を開催し、全員が説明及び契約締結できるようにしている。居宅介護支援事業所の説明義務となった、医療との連携、公正中立を維持する為に利用者は複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求める事が可能である事、利用者や家族は希望に応じて、いつでも介護支援専門員及び居宅介護支援事業所を変更が可能な旨をしっかりと説明している。</p> <p>利用者の状況を把握し、要望に応えられているかが評価できるプロセスが確立されている</p> <p>新規利用者に対しては初回のインテーク及び契約締結時に制度説明や簡易アセスメントを原則管理者が担当介護支援専門員に同行し、利用者の状態把握に努めている。定期訪問時のモニタリングにも必要に応じて同行訪問し、担当介護支援専門員がケアマネジメントプロセスに沿った支援が行えているか、また、アセスメントがしっかり行えているか、モニタリング方法が適切かなどの把握をしている。必要に応じて助言指導をしている。サービスが開始した初回利用日には、サービス提供事業所に様子を確認したり、利用者や家族に感想や満足度を確認している。</p> <p>利用者や家族の要望やニーズをしっかりと把握、記録化しケアマネジメントに反映している</p> <p>サービスを開始する前にアセスメントをしっかり行い、利用者の生活歴や価値観を把握するようにしケアプランの作成の際は利用者の求める支援だけに終始することなく、利用者が楽しく、生きがいを感じられる生活が送れるようにする事を基調にしている。例えば訪問介護のサービスにおいては、ヘルパーはお手伝いのような一方のサービスではなく、利用者と一緒に目標を達成できるように自立支援する役割であることを担当者会議などで訪問介護事業所や利用者確認し、ケアプランの目標やサービス内容に盛り込み、サービスを開始している。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	10/10
3 個別状況に応じた計画策定・記録			
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(〇〇〇)	
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(〇〇)	
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>利用者にとって必要な介護保険や行政の手続き関しての助言や申請の援助を行っている</p> <p>利用者の介護認定有効期間情報は担当介護支援専門員と事務員が全ての更新時期スケジュールを管理しており、担当介護支援専門員が全ての利用者の申請代行を行っている。利用者の状態が変化した場合、主治医や関係事業所の見解も確認し、要介護(要支援)状態区分変更の提案を行い、区分変更する事でのメリットやデメリットも説明している。重度判定になった場合は、区分支給限度基準額が上がりサービスが増やせる点やサービスの種類によっては利用料金が上がる点など事前に説明している。調査員に情報提供できるように認定調査には同席している。</p> <p>事業所全体で利用者の状況が把握でき問い合わせに対応できるように情報共有している</p> <p>全ての利用者の情報や変化、問い合わせなどはパソコンのソフトに入力する事で、リアルタイム且つ時系列に事業所内で情報提供する事ができる仕組みになっている。担当介護支援専門員がアセスメント、モニタリング支援経過、日報などに入力し、また事業所に連絡が入った場合は受けたものが日報に入力し、日々のミーティングでも申し送りを行っている。検討が必要な内容は毎週行われる共有会議などで議題に挙げ検討し、各利用者の状況を把握し、職員全体で支援していける体制を整えている。</p> <p>利用者の健康管理の支援及び急な体調変化にも対応できるように医療連携を強化している</p> <p>医療連携が重要視されている昨今で当所も訪問診療の場合は、初回は必ず同席し、必要に応じて医師との連携を図っている。通院者には同行し、同行が難しい場合は書面にて情報提供し、見解を求めるなど、医療連携を図っている。利用者が入院してしまった場合は、地域が推奨する共有書式である「地域医療連携情報シート」がある。これにより基本情報、既往歴、家族状況、サービス利用状況、ADL、自立度などの項目と退院時期通知やカンファレンス開催、各種サマリーの希望有無を伝えるチェック欄があり、退院時に必要な情報収集に活用している。</p>			

サブカテゴリ5		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5 / 5
5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重			
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(〇〇〇)	
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)	
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			
<p>プライバシーや尊厳を守るために法律に則った行動指針や理念を法人は掲げている</p> <p>法人の行動指針には、個人の尊厳を守るケアの実現を掲げ、プライバシーの保護、プライドの保持、自己決定の尊重などに努めると明記している。利用契約時には個人情報取り扱い確認・承諾書を用いて、使用する目的、範囲などについて同意を得ている。事業所内の研修においても法人の倫理、行動指針の明確化、居宅介護支援専門員の倫理規定を学び個人の尊厳(プライドの尊重)・自由に関して配慮するよう周知している。利用者の支援を行う時は利用者や家族の生活歴や価値観の理解に努め「その人らしさ」を尊重する事を基調としている。</p> <p>個人の意思を尊重しながらリアルニーズに近づけるよう対話の積み重ねに努めている</p> <p>利用者が介護支援専門員の提案やサービス事業者のサービスに対して、希望が言え、拒むことができるように日々のコミュニケーションに配慮している。利用者や家族がサービスを拒んだり、提案に対して消極的な場面に当たった場合は、しっかりと傾聴し、提案を拒むことのメリットも受容しながらも、提案内容によるメリットについて丁寧に説明を重ねている。早くサービスを受けておけば良かったとイエスに転換した事例も多く、イエスを体験してもらう事でノー=嫌いがイエス=大好きに好転するようにコミュニケーションの積み重ねに努めている。</p> <p>個人情報の取扱いに関して理念だけでなく、保護対策を徹底的に実施している</p> <p>職員すべてにおいて、個人情報保護に関する誓約書の取り交わしている。入職後もオリエンテーションや会議を通して、法人の理念の明確化及び行動指針の周知を図る事で「個人情報保護法」施行に伴う対応の徹底を図っている。個人情報保護に関する研修を毎年実施している。個人情報を扱う際は利用者に説明と同意を必ず得ている。パソコンのパスワードロック、個人ファイル棚、事務所の施錠、個人ファイルの持ち出し禁止のルールなど具体策を講じている。コロナ禍でのテレワークでは法人のサーバーにログインし作業ができるように情報流出防止に努めた。</p>			



サブカテゴリ6		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
6 事業所業務の標準化			
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)	
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. 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定期的に点検・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. 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(〇〇)	
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	
サブカテゴリ6の講評			
<p>コロナ禍でもサービスの質が確保できるよう研修や情報共有の継続に努めている</p> <p>新任者は3ヶ月、6ヶ月の評価を行っている。年間研修計画は自分で気づき、自分で高められるように職員にもテーマを上げてもらい、職員に進行役を担当してもらって事で動機づけ向上と学習効果の相乗効果を図っている。コロナで在宅ワークも多く、今までの様に顔を合わせて一緒に仕事をしたり、作業ができない事で動機づけが低下してしまう職員もいるので、交流やメンタルヘルス対策の意味も含めて、最低月1回は研修も兼ねたミーティングを開催するようにしている。毎日のミーティングで利用者の情報共有は有効に機能サービスの質の担保に寄与している。</p> <p>介護支援専門員一人ひとりを評価し、スキル向上の支援を事業所全体で行っている</p> <p>各種マニュアルが整備され誰もが見られる箇所に設置しており、内容は毎年更新している。研修は学びたい内容や不足している内容を各自が目標設定する仕組みになっている。その他に毎週の共有会議、事例検討、行政等が行う外部研修参加などを通して介護支援専門員の支援の向上に努めている。また個別面談や居宅全体会議で業務改善に関する意見交換や職員それぞれが抱える課題について職員全体でフォローしている。管理者が個別スキルチェックを作成し、定期的な評価をし、足りないスキルなどがあれば、個別の育成計画を作成しフォローアップしている。</p> <p>アセスメントを積み重ねるシートを活用しケアマネジメントの質の向上に努めている</p> <p>リ・アセスメント支援シートのアセスメント手法の研修や事例検討を定期的に行うことでスキルアップを図っている。重要なのはシートを全て埋めることではなく、アセスメントを積み重ねる事で気づいた点を修正し、利用者が自分らしい生活を営めるように利用者の生活を活性化させる「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を適切に導き出せるようにシートを作成することで介護支援専門員が自身のケアマネジメントを振り返り、その質の向上につなげることである。その事を念頭に置いて介護支援専門員はケアマネジメントを実践している。</p>			

II サービスの実施項目(サブカテゴリ4)

サブカテゴリ4		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	24/24
サービスの実施項目			
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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、情報の把握に役立てている	<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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目1の講評			
<p>コミュニケーション困難な利用者との対話を大切にしている</p> <p>利用者の生まれ、その人の歴史、過去の好きな事など様々な話をして信頼関係を築いている。時間をかけて、その人の生まれ育った土地の話や主婦なら料理の話などをしていくうちにその人の特徴を得ることができる。語らいの中で目がきらっと光るときがある。そのタイミングを捉えて、その人の全体像を掴むようにコミュニケーションをとっている。そのために、共有会議や研修でより良いコミュニケーションの取り方を話しあい研鑽している。</p> <p>訪問を通じて環境チェックを行い、身体の動きなどの情報を活かしている</p> <p>訪問時には、利用者本人や家族の話以外に、その人の身体の動きや家具の配置、動線、伝い歩きの跡、壁にかかっている絵や写真、玄関先の帽子などから多くの情報を把握している。これらの情報をもとに、その人の歴史を把握し、全体像を浮き彫りにしていく。こうした観察は、初回訪問のみならず、毎月の訪問でも、サービス利用の成果把握に役立てている。これらの情報は支援経過記録に記載し、事業所全体で共有している。このように、訪問を通じて環境チェックを行い身体の動きなど情報の把握に役立てている。</p> <p>利用者のアセスメント表を活用し、「本来のニーズ」を引き出して支援している</p> <p>アセスメント表を学び、利用することにより本来のニーズを引き出せるよう2016年度よりシートを利用し、研修を重ねている。利用者の困りごとや欲求を聞き取るが、目先のことを受け止め、将来の夢を語り、どんなことを目標とするか話し合っている。たとえば、「足が痛い。腰が痛い」などの主訴がある場合に、痛みを取るだけでなく、治って元気になったら何がしたいか聞き、話し合う。その対話の中から、利用者「私のプラン」と思ってもらえる「キラキラプランを作ろう」をスローガンにプラン設計をしている。</p>			

2 評価項目2		標準項目	評点(〇〇〇〇〇〇)
評価			
●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			
<p><b>法人の理念に基づいた事業所の理念を明確にしている</b></p> <p>法人・事業所の理念はホームページや広報誌「いきいきマーチ」などで宣言しており、サービス計画書を作成するときには必ず意識するようにしている。利用者の意志及び生き方を尊重し、常に利用者の立場に立って可能な限り自立した生活と残存能力(介護予防)を活かせることを念頭に支援するよう努めている。また、サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮し又、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の居宅サービス事業所に偏することのないよう公正中立に行う方針である。</p> <p><b>利用者の望む生活像を支えるために、介護保険外のサービスも活用している</b></p> <p>市の分科会などはコロナ禍のため中止されているが、包括主任ケアマネジャーからお知らせFAXが届いている。これらの情報を会議で共有し、必要に応じて研修を実施して利用者へ提供できるようにしている。たとえば、スマートフォンの位置探査機能の利用や、高齢者見守り配食サービスによる安否確認などがある。また、地域のボランティアが週1回見守り、月1回玄関先への訪問をする「支えあい訪問サービス」が再開し、家族や知人の少ない利用者を支えている。</p> <p><b>利用者と家族、専門家のニーズが異なるときは、時間をかけて理解を得よう努めている</b></p> <p>利用者と家族の要望が対立する場合や、利用者本人より家族が多く話をして本人の希望を十分聞き取れない場合などには、別々に聞き取る時間を作る配慮を行っている。また、最期まで在宅で暮らしたい利用者や入院させたい家族や専門家などと、「人生会議(もしもの時に本人が望む医療やケアについて話し合い共有する取り組み)」を実施し、西東京市が配布する「救急医療情報キット」を活用し、救急隊が駆け付けた時に利用者の希望がわかるようにしている。</p>			

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		
<p><b>家族・各サービス提供事業所とアセスメントにより情報共有している</b> 各事業所と連携を密に行い情報の共有を行っている。連携によって、多面的なアセスメントが可能になる。そして、利用者の全体像、心身の状態、現病歴、既往歴、家族構成、経済力等の確認を行い、利用者の今置かれている状況を把握し必要なサービスと利用可能なサービスの調整を行っている。そのために、各サービス提供事業者とアセスメント内容を共有し連携している。利用者に変化があった場合には、再アセスメントを行い、必要時には担当者会議を開催し利用者本位のサービス提供ができるよう各事業者と情報提供している。</p> <p><b>困難事例に関しては市(指導給付係)、地域包括支援センターに相談連携している</b> 特に困難事例、医療依存度の高い事例など、地域包括支援センターからの様々なケースを積極的に受け入れている。虐待や兄弟げんかなど問題ケースに関して、地域包括支援センターに相談し様々な関係者との連携を強化している。また、地域包括支援センターや市、当事業所それぞれが収集できる情報が異なるため、情報交換がそれぞれの業務・支援に役立っている。これらの連携で得た情報を居宅サービス計画書に盛り込んでいる。</p> <p><b>新型コロナ感染防止のため、特段の事情として書面での照会を活用して情報共有している</b> 新型コロナ感染防止のため、関係者が一堂に集まってしまう会議をせず、特段の事情として書面での照会を活用した情報交換を実施している。しかし、利用者の状況については電話での確認だけでは不十分である。たとえば自宅内での転倒や火気などのリスクに関しては、本人から「大丈夫」と言われても、そのまま放置しない。訪問してデイサービスやホームヘルプサービスの連絡ノートを確認したり、本人の状況を直接確認したりする必要がある。</p>		
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(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 居宅介護支援の経過を記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4の講評		
<p><b>モニタリングと事業者の報告を確認し、サービス提供状況を確認している</b> 日頃から、利用者の状況変化があると、ホームヘルパーやデイサービスの事業所から報告が入る。また、月次にはサービス提供事業者からの報告書が届けられる。そして、必要に応じて電話にて事業者のサービス提供状況を確認している。また、利用者宅に毎月訪問してモニタリングし、利用者のニーズ、短期目標、サービスの内容に対し、課題の充足度、満足度、サービスの適切性、今後の対応について確認している。そうして確認した内容をモニタリング票に記載している。</p> <p><b>経過記録により、環境変化やADLの向上または低下等変化を確認している</b> 初回サービスが終了した時点で、ケアマネジャーから本人並びに関係者に満足度やその日の状況を確認している。その結果ケース検討が必要になり、困難が見込まれる場合には、必ず管理者が同席し、調整を実施するようにしている。たとえば、初回にデイサービスから利用を断られ別のデイサービスでは落ち着いて利用をできた事例がある。また、杖を使えていない利用者へデイサービスで教えてもらうこともある。これらは経過記録に記載し事業所内で共有している。こうして、経過記録により、環境変化やADLの向上または低下等変化を確認している。</p> <p><b>毎月のモニタリング訪問の際、サービスの満足度を確認している</b> 毎月のモニタリング時には利用者から各サービスに対する満足度を確認している。それだけではなく、利用者との面談により利用者の状況や環境の変化を確認している。確認した状況を記録するために、居宅介護支援の経過を記入しやすく、把握しやすい様式に工夫している。そして、毎日の訪問や電話確認の様子を簡潔に日報に記載し、全職員で情報共有している。この、支援経過の中からもサービスの適切性などをチェックしている。そうして、状況変化に対応した用具の変更など、よりその人にあったサービスの提供に努めている。</p>		

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(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価項目5の講評		
<p>モニタリング票を活用し、居宅サービス計画の評価を行い課題の早期発見に繋げている</p> <p>訪問介護や訪問看護ステーションなどからのモニタリング、各事業所の個別計画書を受領し、利用者の状態把握に生かしている。訪問以外に、新型コロナ感染対策のため、対面以外の方法でモニタリングするため電話でのモニタリングも実施している。こうして収集した情報の記録に、モニタリング票を活用することで、居宅サービス計画の評価が定期的に行われ、毎月の訪問の際に確認するポイントが明確になり、課題の早期発見につながっている。新たな課題発見に対して、再アセスメントを実施し、課題解決を目指している。</p> <p>「ケアマネジャーの引き出し」を豊富にして、利用者ニーズの変化に対応している</p> <p>利用者のニーズを引き出し、最適なサービスを提供するには、ケアマネジャーが様々なサービスを知っていなければならない。そこで、管理者は、新しいデイサービスができると見学し、新しい訪問看護ステーションは使ってみようとしている。そうして、その事業所の生活相談員やサービス提供責任者の特徴を見ている。こうして、「ケアマネジャーの引き出し」を豊かにするよう努め、料理や買い物のできるデイサービスやインフォーマルな社会資源マップなどを把握し、利用者の状態変化に柔軟に対応して再アセスメントを行い、計画を見直している。</p> <p>日報に他の事業所からの電話や文書、入退院などの情報を記録し共有している</p> <p>入退院や手術の成果などが日報やミーティングを通して事業所全体で共有されている。日報には、利用者に関する連絡事項、モニタリングや短期目標更新、他事業所からの電話や文書などの情報を1、2行で簡潔に記載している。利用者のADL変化により、歩行器を利用していた利用者が歩行時の痛みが増してきた場合、外出機会を維持するために電動車いすを利用するなど、ニーズの変化を捉え、サービス計画を見直し、サービス担当者会議を実施して利用者が幸せと思える生活ができるよう最適なサービスが提供できるよう努めている。</p>		

## Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	9/9
1 評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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、利用者に伝えている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	<input type="radio"/> 非該当	
2 評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待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、組織的に防止対策を徹底している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として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	
3 評価項目3 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)	
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の実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応でき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	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p>利用者の意見・要望・苦情に組織的に速やかに対応できる仕組みができています</p> <p>利用者などからの苦情に対しては事業所で専用の窓口と担当者を配置しており、重要事項説明書にて説明している。また法人規定には苦情解決制度があり、利用者などからの苦情は事業所の管理者が受け、対応し、苦情報告書を作成し、解決責任者であるホーム長へ報告する流れになっている。法人の管理者会議で情報共有し、居宅介護支援共有会議で全職員に報告され再発防止の周知徹底を図っている。第三者委員会も設置があり、第三者の意見も取り入れている。東社協のサービス適正委員会への報告する制度もあるが、今のところ法人内で解決できている。</p> <p>緊急事態宣言下でもサービスが継続でき質が確保できるように様々な努力をしている</p> <p>新型コロナウイルス対策は行政等の指針を参考に独自の対応マニュアルを作成している。令和3年8月より令和4年の3月までの更新版ではより実情に則したものに改定している。体調不良の症状や状況に応じた報告・連絡の定め、コロナ特別有給休暇を新設し対象となる者、適用期間、申請方法などを対応表にてわかりやすく明記している。また、在宅勤務が可能な職種には在宅勤務を推奨し、PCR検査についても医師や保健所及び法人の指示で受けた場合、自主的に受けた場合の取り扱い、労災補償や賞与や勤続年数の算定などについても細かく記載されている。</p> <p>事業所独自の緊急対応一覧表を作成し、震災時に如何に対応するかを常に模索している</p> <p>震災時などに支援が必要な利用者の緊急対応一覧表が作成されており、2011年の震災時には独居や高齢者世帯を全軒回り安否確認した実績を持つ。3ヶ月に一度優先度や緊急度に変更がないかの確認、見直しを行っている。その事で家族が帰宅困難に陥った場合の日中独居者もリストに加えるなどのリスクマネジメント強化を図っている。緊急時に直ぐに位置や状況が把握できるように高リスクの利用者は地図にシールを貼ることで職員全体で把握できるようにしている。現在は相談受付時間内での想定であるが今後は休業日や休業期間中の対策も検討していく方針。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-2	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
タイトル①	サービス計画書は利用者本人の意思と家族や専門家の意見を尊重して作成している	
内容①	利用者の意志及び生き方を尊重し、常に利用者の立場に立って可能な限り自立した生活と残存能力(介護予防)を活かせることを念頭に支援するよう努めている。また、利用者本人は困っていないと考えている場合もある。そこで、本人の目先の要望から本来のニーズを引き出し、いかに素敵な本人らしい生活ができるかアセスメントから引き出し取り入れサービス計画書を作成するよう必ず意識している。そうして、利用者に「私のプラン」と思ってもらえる「キラキラプランを作ろう」をスローガンにプラン設計をしている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-3	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
タイトル②	できる限り利用者が望む場所で生活が送れるように医師や他事業所との連携に努めている	
内容②	介護支援専門員は利用者の高齢化、重度化による状態変化を把握するため、訪問診療に同席したり、通院同行したりしている。利用者が医療機関等への入所・入院を希望する場合には、利用者に代わって主治医と相談し診療情報提供書の作成を依頼し、地域が推奨する共有書式である「地域医療連携情報シート」にて基本情報、既往歴、家族状況、サービス利用状況、ADL、自立度などの項目を入院先に情報提供している。なるべく入院にならないようにサービス提供事業所や主治医とは密に連携が図れるようにICTのツールの活用も始め早期発見に努めている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	利用者保護(3)	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる
タイトル③	東日本大震災の教訓を経て、震災時の利用者の対応策の強化を図っている	
内容③	震災時などに支援が必要な利用者の緊急度別の緊急対応一覧表が震災前より作成しており、利用者の保護に取り組んできていた。東日本大震災で独居や高齢者世帯を全軒回り安否確認した経験を経て、家族が帰宅困難に陥った場合の日中独居者もリストに加えるなど、3ヶ月に一度優先度や緊急度に変更がないかの確認、見直しを行っている。停電などでパソコンが使えなくなる事も想定して、リストと地図は紙媒体でも保管し、緊急時に誰でも把握できるようにしている。現在は相談受付時間内での想定であるが今後は休業日や休業期間中の対策も検討していく方針。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者との対話を大切にしており、そのために共有会議や研修でより良いコミュニケーションの取り方を話しあい研鑽している
	内容	訪問時には、利用者本人や家族の話以外に、その人の体の動きや家具の配置、動線、伝い歩きの跡、壁にかかっている絵や写真、玄関先の帽子などから多くの情報を把握している。これらの情報をもとに、その人の歴史を把握し、利用者と様々な話をして信頼関係を築き、その人の全体像を浮き彫りにしていく。時間をかけた語りの中で目がきらっと光るときがある。そのタイミングを捉えて、その人の全体像を掴むようにコミュニケーションをとっている。そのために、共有会議や研修でより良いコミュニケーションの取り方を話しあっている。
2	タイトル	自分ひとりの利用者ではなく、所員全員で支援する体制を築き、ケース共有とチーム力を強化している
	内容	毎日のミーティングの他に週一度の共有会議、日々の日報などで繰り返し利用者の情報共有を行っている。それにより所内全体で利用者を支援していくという方向性を継続している。そのためにも、課題を一人で抱え込まずいつでも声を出して相談できる環境作りを努めている。そして、新人には定期的な研修、面接を行い育成している。初回並びに困難事例においては、管理者を中心とし、ほかの職員も同行訪問し適切なケアマネジメントにつなげている。こうして、すべての職員があらゆるケースに対応できるよう、質の向上を目指していきたいと考えている。
3	タイトル	介護支援専門員一人ひとりのスキルアップを図るため、各種マニュアルの整備や研修、評価や指導などさまざまな取り組みがある
	内容	居宅マニュアル等各種マニュアルが整備され、定められた基本事項や手順等に沿っているか管理者が毎月チェックし、事業所内で相互に点検する仕組みがある。毎週の共有会議、テーマを決めて行う月1回の研修、行政等が行う外部研修への参加、ミーティングや会議で業務改善に関する意見交換や個別の課題も事業所の全体の課題とし職員全員で是正に取り組む協力体制ができている。管理者が一人ひとりの状況を把握し、評価し、個別の育成計画を作成しフォローアップすることで事業所業務の標準化だけでなくケアマネジメントの質の向上を実践している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	当事業所が進めているICT化をさらに進め、間接業務のスリム化や在宅勤務者の交流が図れるようにしたい
	内容	当事業所は新型コロナウイルス感染防止のため、リモートワークを実施している。職員の意見に、「2班に分かれての在宅勤務のため、別班との交流が図れるようにしたい」との声があった。これは、当事業所が進めているICT化をさらに進め、たとえばグループウェアやホワイトボードアプリケーションを活用することで、直接面談するのと同等にはならないが、かなり近づけることはできる。また、ICT化により間接業務のスリム化も図れる。グループウェアなら無料で音声やビデオ電話ができるので、気軽に連絡できる環境づくりが可能と思われる。
2	タイトル	震災時などの利用者保護の取組は注力しており、東日本大震災時にも大きく貢献したが、休業日や休業期間の対応策も今後の課題としている
	内容	利用者の緊急対応一覧表が作成しており、2011年の震災時には独居や高齢者世帯を全軒回り安否確認した実績を持つ。現在は相談受付時間内での想定であるが今後は休業日や休業期間中に震災が発生した場合は、どのように利用者の安全を確認できるかは現在シュミレーション中で、今後の課題としている。また、被害が大きい場合は道路の断裂、火災、建物の倒壊などにより利用者宅に行かれない可能性もあり、一事業所の人員や機能だけでは限界もあるので、行政や同業種などとも協力しあい地域で支えられる体制をつくっていく事を期待したい。
3	タイトル	個人情報の取扱いへの取り組みは徹底されている。その事が利用者等にもひとつの様式で伝わるようにする事を期待したい
	内容	個人情報の取扱いに関して理念だけでなく、施設や保護対策は徹底しており、利用者にも「個人情報取り扱い確認・承認書」にて同意を得ている。また法人の個人情報保護方針で個人情報の利用目的を施設内部、外部に分けて利用する範囲も分かりやすく明記しているが、利用する個人情報の範囲、例えば、利用者だけでなく、利用者の家族やキーパーソンへの承諾やサービス終了後も行政指導により一定期間の保存義務が課せられている。保存期間も明記するフォーマットが普及しているので、利用目的も含めて、同一書式に明記し、同意を得る事を期待したい。