

事業所名称(事業者番号): 鈴木ヘルスケアサービス(2570200465) TEL 0749-24-0656

提供サービス名: 居宅介護支援

評価年月日: 2014年7月15日

評価結果整理表

I. 適切なサービスの実施

1 利用者本位のサービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	着眼点での チェック数	自己評価結果
① 利用者を尊重したサービスの提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	3 項目/4項目	a・ b ・c
② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	3 項目/3項目	a ・b・c
判断した理由・総合評価		
①利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施できていない。外部の勉強会・研修に参加している。		
(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	2 項目/4項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
①利用者満足把握を目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っていない。利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、利用者参画のもとでの検討会議の設置等が行われていない。		
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	3 項目/3項目	a ・b・c
② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	3 項目/6項目	a・ b ・c
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	1 項目/4項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
②苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明していない。 ③意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備していない。		

2 サービスの質の確保

(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	3 項目/3項目	a ・b・c
② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	4 項目/5項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
②評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善実施計画を策定する仕組みがまだ作れていない。		
(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化(業務マニュアル)されサービスが提供されている。	5 項目/6項目	a・ b ・c
② 標準的な実施方法(業務マニュアル)について見直しをする仕組みが確立している。	2 項目/2項目	a ・b・c
判断した理由・総合評価		
①標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを、確認する仕組みがない。		
(3) サービスの実施の記録が適切に行われている。		
① 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	6 項目/6項目	a ・b・c
判断した理由・総合評価		
実施できていると評価した職員が多かった。		

II. 介護保険制度の目的と介護支援専門員の役割の説明

1 サービスの開始・継続(ケアマネジメントの開始)	着眼点での チェック数	自己評価結果
(1) 介護保険制度の目的に関する説明	2 項目/3項目	a・ b ・c
(2) 介護支援専門員の役割の説明	2 項目/3項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
(1) 情報提供の内容について、利用者保護の視点に立ち利用者や家族の理解度に応じた説明を行えていない場合がある。 (2) 事前の説明において、介護支援専門員としてできること、できないことを具体的に説明できていない場合がある。		

III. 利用申し込み時の説明

1 利用契約・利用者の権利		
(1) 利用者への重要事項及び利用契約説明における、利用者の状態に応じた説明と利用者の権利の説明	3 項目/3項目	a ・b・c
(2) 利用者又はその家族の役割についての説明	1 項目/1項目	a ・b・c
(3) 償還払いとなる場合の利用者及び家族への説明と同意	2 項目/2項目	a ・b・c
判断した理由・総合評価		
実施できていると評価した職員が多かった。		

IV. サービス内容

1 利用者や家族の意向の確認・総合的な援助の方針		
(1) 利用者や家族の意向の確認	1 項目/2項目	a・ b ・c
(2) 総合的な援助の方針	2 項目/3項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
(1) 「利用者及び家族の生活に対する意向」とアセスメントの結果は合致していない場合がある。 (2) 利用者や家族が望む生活を目指して、自ら積極的に取り組むことができるように、わかりやすく記載できていない場合がある。		
2 課題分析		
(1) 適切な方法による課題分析の実施	3 項目/5項目	a・ b ・c
(2) 課題の設定と表現	2 項目/3項目	a・ b ・c
(3) 利用者・家族の「困りごと」に対する働きかけ	2 項目/4項目	a・ b ・c
(4) 課題の優先順位の整理	1 項目/2項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
(1) 個人的な視点やアセスメントソフト等によって、一律に同じような表現や課題分析を行っている場合がある。 (2) 生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の関連付けができていない場合がある。 (3) 認知症等の場合、標準的な課題分析に加え「認知症の人のためのケアマネジメント(センター方式)」や「認知症総合アセスメント(DASC)」等の活用を行っていることは少ない。(4) 介護支援専門員が一方向的に提案した課題になっていることがある。		
3 長期目標・短期目標		
(1) 長期目標の設定	2 項目/3項目	a・ b ・c
(2) 短期目標の設定	3 項目/5項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
(1) 目標の設定が利用者の状態像から高すぎたり低すぎることなく妥当でない場合がある。 (2) 抽象的な目標設定ではなく、利用者及び家族等が具体的に何をやるのかをイメージすることができるような表記と、取り組む内容がわかるような記載になっていない場合がある。 モニタリングの際に達成度がわかるよう具体的に記載できていないことがある。		
4 サービス内容・種別・利用頻度と期間		
(1) サービス内容	5 項目/6項目	a・ b ・c
(2) 他法に関する情報収集と調整	1 項目/2項目	a・ b ・c
(3) サービス種別	4 項目/5項目	a・ b ・c
(4) サービス利用頻度と期間	5 項目/6項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
(1) 主治医等の専門家から示された留意事項等の記載ができていない場合がある。 (2) 他法の関係機関と調整を行えていない場合がある。 (3) 短期目標達成のために必要なサービス(フォーマル・インフォーマル含む)、家族支援が検討できていない場合がある。 (4) サービス時間・曜日がサービス提供事業所・者の都合を優先している場合がある。		

5 週間サービス計画表	着眼点での チェック数	自己評価結果
(1) 週間サービス計画表の作成	1 項目/3項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
(1)介護サービス以外の取り組みについて記載できていず、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載ができていない場合がある。		
6 居宅サービス計画原案の内容と説明		
(1) 居宅サービス計画原案の内容と説明	1 項目/1項目	a ・b・c
判断した理由・総合評価		
実施できていると評価した職員が多かった。		
7 サービス担当者会議・関係者の調整		
(1) サービス提供事業者間の連携	0 項目/1項目	a・ b ・c
(2) サービス担当者会議	3 項目/4項目	a・ b ・c
(3) サービス担当者会議への利用者及びその家族の参加	2 項目/2項目	a ・b・c
(4) 決定された居宅サービス計画の説明と同意	2 項目/2項目	a ・b・c
(5) サービス担当者会議録の作成	1 項目/2項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
(1)居宅サービス計画にそれぞれが担当するケアの内容、注意点が書かれていない場合がある。 (2)主治医を招集して会議を開けていないことが多い。 (5)当日欠席した担当者に会議録を交付できていない場合がある。		

V. サービス提供の実施状況把握と連絡調整(モニタリング)

1 モニタリング		
(1) モニタリングの実施と経過記録の作成	2 項目/3項目	a・ b ・c
(2) 各サービス提供機関が作成した個別援助計画の収集	5 項目/7項目	a・ b ・c
(3) 居宅サービス計画の評価及び再アセスメントの実施	1 項目/2項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
(1)あらかじめ設定したモニタリングの時期に、目標がどの程度達成されたかを確認できていない場合がある。 (2)個別援助計画書をモニタリング時の参考資料としていない場合がある。 (3)モニタリングの結果により再アセスメント及び居宅サービス計画の変更をしていない場合がある。		

VI. 資質の向上

1 資質の向上		
(1) 適正なサービス担当ケース数の遵守	1 項目/2項目	a・ b ・c
(2) 研修・人材育成	2 項目/3項目	a・ b ・c
(3) スーパービジョン(専門的訓練)の実施	2 項目/2項目	a ・b・c
(4) 連絡体制の確保	2 項目/2項目	a ・b・c
判断した理由・総合評価		
(1)毎月の給付管理数が35件を上回っている場合がある。(39件未満にはなっている。) (2)事業所内訓練(OJT)が実施されていない。		

VII. 医療連携

1 医療連携		
(1) 入退院に伴う医療連携	2 項目/3項目	a・ b ・c
(2) 主治医との連携	2 項目/3項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価		
(1)退院時カンファレンスに居宅サービス計画原案を提案できていない場合があり、計画に位置づけた居宅サービス事業者や主治医も参加できるように配慮できていない場合がある。 (2)初めての主治医に面談を申し入れていない場合がある。		

VIII. 地域連携

1 地域連携		着眼点での チェック数	自己評価結果
(1) 地域ケア会議等への参加		2 項目/2項目	a・b・c
(2) 利用者の生活の質の向上を目的とした地域連携		2 項目/4項目	a・b・c
(3) 利用者の財産管理		1 項目/3項目	a・b・c
(4) 利用者の権利擁護・虐待への対応		1 項目/4項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
(2) 居宅サービス計画書に地域住民活動等を位置づけていない場合がある。担当者会議に介護保険以外の担当者(民生委員、隣人等)は参加していない場合が多い。 (3) 高齢者の財産を守るための各種サービスを十分には説明できず、専門機関との連携体制はあまりとれていない。 (4) 高齢者・養護者が地域で孤立しないような働きかけをチームで行えていない。			

IX. サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立されている。			
① 法人の事業所の理念・基本方針が明文化され、周知されている。		5 項目/10項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
① 理念や基本方針の職員への周知を目的とした実践テーマを設定しての討議ができていない。 理念や基本方針を利用者や家族等にわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすい工夫を行えていない。 認知症などの利用者に対しての周知の方法に工夫や配慮をしていない。 理念や基本方針の利用者や家族等への周知状況を確認せず、継続的な取組を行えていない。			

2 事業計画の策定

(1) 計画が明確にされている。			
① 事業計画の策定が組織的に行われている。		5 項目/8項目	a・b・c
② 事業計画が職員に周知されている。		3 項目/3項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
① 予算書と実績との対比・分析がなされておらず、対応を検討できていない。 評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行えていない。 一連の過程が一部の職員だけで行われている。			

3 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。			
① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。		2 項目/2項目	a・b・c
② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		2 項目/3項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
① 管理者は、自らの役割と責任について、文書化はされているが、会議や研修における表明はできていない。 ② 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取組を行えていない。			
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。		3 項目/4項目	a・b・c
② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。		3 項目/4項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
① 管理者は、サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築できていない。 ② 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築できていない。			

X. 組織の運営管理

1 人材の確保・養成

(1) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
① 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。		4 項目/6項目	a・b・c
② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。		2 項目/3項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
① 把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置していない。 改善策について、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映できていない。 ② 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施できていない。			

2 安全管理

(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		着眼点での チェック数	自己評価結果
①	緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	3 項目/4項目	a・ (b) ・c
②	災害発生時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	2 項目/3項目	a・ (b) ・c
③	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 項目/4項目	a・ (b) ・c
判断した理由・総合評価			
①利用者の安全確保に関する担当者・担当部署の設置と、その担当者等を中心にした安全確保に関する検討会が開催できていない。 ②自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと調整し、災害時の避難先、避難ルート、避難方法についてあらかじめ決められていない。 ③利用者の安全を脅かす事例の収集と、その仕組みを整備した上での実施ができていない。			

3 関係機関との連携

(1) 関係機関との連携が確保されている。			
①	必要な社会資源を明確にしている。	2 項目/2項目	(a) ・b・c
②	関係機関等との連携が適切に行われている。	4 項目/6項目	a・ (b) ・c
判断した理由・総合評価			
②地域に適当な関係機関・団体がない場合に、地域でのネットワーク化に取り組めていない。 日常生活自立支援事業、成年後見人との連携は常にはとっていない。			

事業者名称(事業者番号):鈴木ヘルスケアサービス(2570200465) TEL0749-24-0656
提供サービス名:居宅介護支援

評価年月日:2014年8月19日

☆サービスの質の向上に向けて、取り組む課題と優先順位、達成度評価の計画

評価年月日:2014年8月19日

前回評価年月日: 年 月 日

サービスの質の向上に向け取り組む課題			取り組み期間 (○年○月 ~○年○月ま で)	改善に向けた具体的 な行動	達成度評価	次期 評価 実施 時期
評価項目 番号	優先順位	内 容				
1-(3)-③	①	利用者からの意見等 に対する対応マニ ュアルを整備し、迅速 に対応している。	平成26年9 月~27年8 月	利用者からの意見等 に対する対応マニ ュアルを整備する。		