

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成26年度)

年 月 日

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

〒 156-0043

所在地 東京都世田谷区松原3-38-16-107

評価機関名 株式会社にはほんの福祉ネット

認証評価機関番号

機構 06 — 168

電話番号 03-3323-8368

代表者氏名 永峯 治寿

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		担当分野	修了者番号
	①	佐藤 ちよみ	福祉	H0305031
	②	高田 富美子	経営	H1002028
	③			
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	居宅介護支援			
評価対象事業所名称	居宅介護支援事業所芙蓉園			
事業所連絡先	〒	194-0004		
	所在地	東京都町田市鶴間661番地8		
	TEL	042-796-2780		
事業所代表者氏名	管理者 島谷 泰司			
契約日	2014 年 8 月 21 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2014 年 9 月 1 日			
利用者調査結果報告日	2014 年 11 月 27 日			
自己評価の調査票配付日	2014 年 8 月 21 日			
自己評価結果報告日	2014 年 11 月 29 日			
訪問調査日	2014 年 12 月 3 日			
評価合議日	2014 年 12 月 3 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)	評価を実施するにあたって、職員に対する事前の説明では、評価の意義や方法について職員全体への周知を図った。訪問調査では、運営・現場の両分野の経験者を配置し、実情を踏まえた調査の実施を図った。			

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 理事長 本山美八郎

印

1	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
	<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) 私達は「老人は国の宝」の念をもって高齢者の尊厳を守り、その自立を精一杯支えます。老人を敬愛し尊厳を守り安心と生きがいを保障することを目指します。</p> <p>2) 私達は高齢者が「ここに相談しここで生活できて本当に良かった」と言って下さるそんな、法人施設であり続けます。私達が関わることで生活に安心と安全を提供し、生涯にわたり生きがいをもっていただけるよう努力します。</p> <p>3) 私達は、常に向上心をもって研鑽に励むとともに、協調と和を大切にしていきます。職員一人ひとりが目標をもって取り組み、他職種、他機関との協調の大切さを認識して職務に当たります。</p> <p>4) 私達は、地域の皆様の声を大切にし、地域に密着した信頼される事業所として福祉の情報発信施設となることを目指します。</p> <p>5) 私達は、利用者の意思及び人格を尊重し、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所から総合的かつ効果的に提供されるよう中立公平な立場でサービスを調整します。</p>
2	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）
	<p>（1）職員に求めている人材像や役割</p> <p>利用者や家族が住み慣れた自宅や地域で生活を継続していくために、中立公正のもと、真摯に利用者の声に耳を傾けることができること。利用者の在宅生活を支える支援者として、利用者のみならず多方面から信頼される人物であること。</p>
	<p>（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）</p> <p>利用者や家族の相談に乗り、抱える課題を明確にする事、そして、日々移り変わる生活ニーズに対して、必要なサービスを必要な量だけ行き届いているかを常に把握して、不足しているところについて、充足する手立てを検討し実現を目指す。また利用者や家族が安心して過ごせるよう、その一助である専門職として、その職業の価値に誇りを持ち続けていること。</p>

調査対象

1か月の期間を設け、その期間内の利用者全員を対象とした。

調査方法

事業所職員から利用者に直接配布し、回収は利用者から評価機関への郵送によった。

利用者総数

118

共通評価項目による調査対象者数

118

共通評価項目による調査の有効回答者数

81

利用者総数に対する回答者割合(%)

68.6

利用者調査全体のコメント

総合的には、「大変満足」が39%、「満足」が56%、合わせて95%と、高い満足度が示された。外部の苦情窓口の存在に関する問10を除く全ての質問項目において、おおむね、80%～100%の方が肯定的な回答を示すなど、総合的な満足度の高さを裏付ける結果となった。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	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	79	2	0	0
回答者の91%が「はい」と回答した。				
2. ケアプランについての説明は、わかりやすいか	76	5	0	0
回答者の94%が「はい」と回答した。				
3. サービス内容には、利用者の要望を反映しているか	74	6	0	1
回答者の92%が「はい」と回答した。				

4. ケアマネジャーの接遇・態度は適切か	68	0	0	13
回答者全員が「はい」と回答した。				
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	72	6	0	3
回答者の92%が「はい」と回答した。				
6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	66	3	0	12
回答者の96%が「はい」と回答した。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	55	14	0	12
回答者の80%が「はい」と回答した。				
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	11	3	0	67
回答者の79%が「はい」と回答した。				
9. 利用者の不満や要望は対応されているか	74	4	0	3
回答者の95%が「はい」と回答した。				
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	49	6	22	3
回答者の64%が「はい」と回答した。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 9/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</div>	
	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(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている <div style="text-align: right;">評点(〇〇)</div>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</div>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えて <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>

	カテゴリー1の講評
	<p>「老人は国の宝」を法人共通の理念としている</p> <p>高齢者に敬愛と感謝を込めて、「老人は国の宝」をキーワードとして定めた法人の基本理念は、パネルに入れて事業所に掲示し、ホームページや事業計画書、運営方針に明示している。全職員に配布し、新人職員には新任研修で説明して、理念の浸透・周知に取り組んでいる。今年度の事業所としての運営方針は、ケアマネジャーとしての資質向上、防災対策の推進などであり、毎週の所内会議で確認し、進捗状況を確認している。</p> <p>経営層は理念を継承し、新規事業に率先して取り組んでいる</p> <p>経営層の役割や責任については、法人全体の組織図に基づき、全体の組織体制のなかで明示している。毎年、法人の理事長による全体職員研修を開催し、創設者の理念や基本方針について学ぶ機会を設けている。施設長は地域との関わりの必要性を強く打ち出し、地域に向けた新規事業に率先して取り組むなど、経営層に求められる役割と責任に基づいて行動している。</p> <p>手順に沿って重要な案件を決定し、職員に周知している</p> <p>重要な案件は、理事会、評議員会を通して決定することを、法人として定めている。決定事項については、管理職から各部署の責任者に決定経緯などを伝えるしくみとなっている。また、リーダー以上が参加する朝礼時に施設長より報告があり、リーダーが職員に周知している。利用者や家族に対しては、法人の理念や重要な決定事項についての周知方法をさらに徹底化していく意向がある。</p>

2			カテゴリー2	
経営における社会的責任				
サブカテゴリー1(2-1)				
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4	
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる			<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織とな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	2. 透明性を高めるために、地域の人々の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している			<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(2-2)				
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4	
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている			<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点()・非該当3				
評価	標準項目			
<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している			<input checked="" type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)			<input checked="" type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている			<input checked="" type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている			<input type="radio"/> 非該当

	カテゴリー2の講評
	<p>倫理規定を定め、研修で理解を深める取り組みをしている</p> <p>職員として守るべき法や規範については、就業規則や倫理規程に定めている。新任研修で理事長による「法人の求める人材像」や、現任研修で弁護士による研修「法令遵守の基本と責任」を実施している。事業所内でも、所内会議で倫理研修を行い、専門職として個人の尊厳などについて理解を深めている。また、ホームページ上で、法人の資金収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表を公表して透明性を確保している。</p> <p>市の事業に主任ケアマネジャーを派遣している</p> <p>法人としては、多目的ホール、陶芸窯、マージャン台など、施設内の設備を近隣の住民に開放している。事業所の取り組みとしては、市の「ケアプラン点検事業」に主任ケアマネジャーを派遣している。これは、市のケアマネジャー応援事業の一つであり、事例を基にグループに別れてケアプラン作成を学ぶもので、事業所では事例も提供し、主任ケアマネジャーはファシリテーターとして、グループワークを活性化する役割も果たしている。また、アセスメントの考え方などを指導し、専門性を社会に還元している。</p> <p>医療機関、地域包括支援センター、居宅支援事業所と活発な連携がある</p> <p>地域のケアマネジャー連絡会、地域包括支援センター主催のエリア会議、市内南圏域合同のエリア会議に参画し、他の事業所と連携して、高齢者虐待等の共通の課題に取り組んでいる。また、医療連携が進んでおり、近隣の医療機関の呼びかけで定期的に会合を持ち、グループワークを行っている。訪問診療の医療機関で募集している「ケアマネ塾」は、医師に同行して在宅診療を体験する取り組みで、事業所では3名のケアマネジャーが体験して、医療ニーズについて考察を深めている。</p>

3			カテゴリー3	
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用				
サブカテゴリー1(3-1)				
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している			サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 8/8	
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
●あり ○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			○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる			○非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している			○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる			○非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇〇)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している			○非該当
カテゴリー3の講評				
利用者の苦情について対応姿勢を明示している 事業所は苦情解決について「苦情対応規程」を整備し、サービス開始の契約時に、重要事項説明書を用いて利用者や家族に説明している。重要事項説明書の中には、事業所の苦情受付窓口や苦情解決責任者を記載し、事業所以外の苦情・相談先として第三者委員、市の介護保険課、国民健康保険連合会を明示している。利用者は毎月の訪問時に要望や意向を確認しており、年間を通して苦情はほとんどないのが現状である。				
地域アンケートから、要望に応じて「集う場所」を開設した 地域ニーズにどう応えていくか、法人が近隣の集合住宅にアンケートを実施し、集う場所への要望があったことから、新規事業プロジェクトを立ち上げた。今年度は地域懇談会を2回開催してさらに住民の声を聞き、地域の中に誰もが集まれる場として「ほっとステーション〜なぐれぼし」を専任の職員を配置し、法人負担で開所した。現在高齢者を中心に、1日の利用者数は平均7人である。高齢者の中には、介護保険のしくみや利用方法を知らないという声もあり、事業所では周知に努めたいとしている。				
地域ニーズから新規サービスにむすびつけている 事業所では、利用者や地域から、不足している社会資源などの情報を収集し、軽度の要介護者が使えるサービスや低所得者が入居できる施設などを、週1回の所内会議で吸い上げ、それを法人の新規事業プロジェクトに提出している。これらを総合的に捉えたうえで、法人では今年度、NPO法人と初のコラボレーションによって、地域に根ざした、やりがいと一緒に見出すことを目的とした小規模型デイサービスを開設した。このデイサービスでは主に若年性認知症、若年の男性要介護者を対象としている。				

4			カテゴリー4	
計画の策定と着実な実行				
サブカテゴリー1(4-1)				
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	11/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している				
評点(000)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している			○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している			○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる			○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している				
評点(0000)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている			○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている			○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している			○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している			○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる				
評点(0000)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している			○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなど の取り組みを行っている			○非該当
●あり ○なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している			○非該当
●あり ○なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる			○非該当

サブカテゴリ2(4-2)		
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 <div>4 / 4</div>
評価項目1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる <div> 評点(〇〇〇〇) </div>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー4の講評 <div> 法人の中長期計画に基づいて、年間計画、年間の運営方針を策定している 法人は平成22年から3か年の中期計画を策定し、現在は第2期の2年目に当たり、第3期の中期計画の策定に取り組んでいる。また、市では平成27年から3か年の第6期介護保険事業計画を策定中だが、法人はその策定にも参画している。事業所としては、法人の中長期計画に基づき、各部門ごとに前年を総括して次年度の目標を定め、事業計画書の中にまとめている。そのほか、毎年事業所の運営方針を定め、年間目標を達成するための具体的な方策について定めている。 運営方針の中で、事業所としての達成目標を明示している 運営方針の中で、特定事業所加算体制を維持する職員としての資質向上を年間目標に掲げ、達成するための方策としては、各職員が研修項目を分担して講師を務めることなどを決めている。研修項目として、職業倫理、認知症対応、介護保険制度、個人情報保護のほか、医療費控除などの項目を適宜定めている。法人としての進捗状況は、月1回各部門の責任者以上が参加し、経営会議や中期計画進捗会議で事業目標に関する実績等の管理を行い、目標達成に向けて協議・決定をしている。 在宅版BCPマニュアルを策定し、利用者の安全確保に取り組んでいる 年間計画、運営方針の中で、防災対策の推進や在宅版BCP(事業継続計画)の策定・訓練を掲げている。防災マニュアルに、非常災害時の利用者の安全に配慮した取り組みを明示し、在宅版BCPマニュアルでは災害時初動対応の流れや、震災発生時の職員参集基準を示して、震度別に職員の動き方を定めている。また、災害伝言ダイヤルの利用方法なども職員に周知している。感染症については安全衛生委員会が中心となり、毎年11月から全職員が朝体温を計測し、異常の早期発見に努めて、インフルエンザの予防・拡大防止を図っている。 </div>		

カテゴリー5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリー1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 8/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</div>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇〇)</div>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	○非該当
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○非該当
サブカテゴリー2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 7/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</div>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	○非該当

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
カテゴリー5の講評		
<p>人事考課制度を導入し、育成マネジメントを実施している</p> <p>一般職から経営職までのキャリアパス基準表を確立し、育成・評価・処遇などに連動した人事考課制度を導入して3年目である。この人事考課制度は①キャリアパス設計シート(ポスト、仕事、能力、経験、給与水準)②業務考課表(業務や能力開発の目標と課題)③期待行動評価表(社会性、指導力、創造性・革新性のポイント制)④個別育成計画(強み・弱みを明確化した年間育成目標)⑤面談表の各シートを活用して、職員個別の育成マネジメントを図る制度であり、新任研修時に説明して周知している。</p> <p>職員個別の研修計画を立案し、人材育成を図っている</p> <p>研修は人事考課と連動した個別育成計画に基づき、職員個々の資質や、期待される技術レベルを考慮し、法人内の人材育成センターが中心となって計画している。また、個人目標達成のため各自が受講を希望する外部研修は、面談時(年2回以上)に決定し、必要を認めた研修については費用補助も行っている。外部研修に参加した場合は復命書を提出し、成果を確認して共有している。また法人内で「共生学会」という発表会を行っている。これは、気づきによるケアの実践例を発表形式で研修する取り組みで、事例を通して学ぶ機会となっている。</p> <p>業務の共有化により、休暇取得を実現している</p> <p>職員の就業状況の確認は、法人内の安全衛生委員会が中心となり、職場環境チェック表などを活用して実施している。定期健康診断のほか産業医が月1回視察し、メンタルヘルスなどの面接指導が行える環境となっている。事業所内では、週1回ケアマネジャー全員が集まって、利用者の情報共有を図る会議を実施している。会議中は電話は事務員が対応することにし、事業環境をめぐる最新情報や、連携が必要な利用者情報をじっくり話し合い共有化していることで、ケアマネジャーの休暇が確保できるようになっている。</p>		

7			カテゴリー7	
情報の保護・共有				
サブカテゴリー1(7-1)				
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(○○○)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している			○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している			○非該当
●あり ○なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している			○非該当
評価項目2 個人情報とは、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(○○○○)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している			○非該当
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している			○非該当
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している			○非該当
●あり ○なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている			○非該当
カテゴリー7の講評				
<p>情報の保護を図り、管理している</p> <p>パソコンにはアクセス権限を設定して、重要な情報を管理・保護している。また、外部からの侵入を阻止する対策を講じている。パソコン内部の情報の管理については、専門の業者に保守管理を委託している。利用者の個人ファイルなど紙媒体のものは、施錠できる書庫で保管し、事務所から外には持ち出さないルールとしている。パソコン内の情報は閲覧可能であるが、今後は事業所としての情報管理規程を作成して、管理していくことを検討している。</p> <p>個人情報保護規定を明示し、個人情報の保護に取り組んでいる</p> <p>法人として個人情報保護規定を定め、ホームページ上にも公開している。事業所としても、契約に際して重要事項説明書等で個人情報の利用目的を説明し、利用者や家族の同意書を得ている。提供票などをサービス提供事業所とFAXでやり取りする場合には、個人情報は必ず削除するように、相互に確認して実行している。法人建物内でも事務所は必ず施錠している。</p>				

8		カテゴリー8	
カテゴリー1～7に関する活動成果			
サブカテゴリー1(8-1)			
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している			
評価項目1			
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」		<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない	
改善の成果			
事業所として方針を明示し、特定事業所加算体制の維持に取り組んでいる 運営方針の中で、特定事業所加算体制を維持し、職員としての資質向上を図るということを年間目標に掲げている。達成するために、各職員が互いに研修の講師を務め、学び伝えること重視している。研修項目としては、職業倫理、認知症対応、介護保険制度、個人情報保護のほか、確定申告の時期には医療費控除なども取り上げ、利用者を幅広く支援する体制づくりを着実に実践している。			
サブカテゴリー2(8-2)			
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している			
評価項目1			
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」		<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない	
改善の成果			
3年前に導入した人事考課制度を、柔軟な運用に変更した 法人として、人事考課制度を導入して3年目にあたり、今年度は役職と資格を切り離して、柔軟な制度に再構築した。制度は、一般職から経営職までのキャリアパス基準表を確立し、育成・評価・処遇などが連動したものとなっている。従来は役職に必要な資格制度があったが、今年度は資格要件をはずしてポストに就ける制度にしたことで、数名が対象となって昇進し、よりやりがいにつながる制度となっている。			
サブカテゴリー3(8-3)			
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している			
評価項目1			
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」		<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない	
改善の成果			
実績入力することで観察すべき視野を広げることができた 担当者は、毎月モニタリングを行い、利用者の状態の変化を確認している。さらに短期目標の期間終了時には、サービス提供事業所から送られてくるモニタリング内容等を参考に、目標達成度の評価を行い、居宅サービス計画を変更してきた。併せて、昨年からは、利用実績の入力を、各担当者が行うようになった。各担当者は自分の作成した予定表とサービス提供事業所からの実績状況とを照らし合わせることで、予定と実績とで差が生じた場合には、その理由を詳しく調べるようになった。その結果、自分では把握できていなかった利用者の軽微な状態の変化や、家族などの環境の変化に気づけるようになった。こうして、担当者自らが実績を入力することにより、利用者状況の変化や情報を視覚的に知ることができ、次回のモニタリング時に観察すべき視野を広げることが可能になった。担当者がこのようなプロセスを経たことで、各自が作成している月間スケジュールの内容にも変化が見られ、モニタリングが計画的に行われ、より具体的な目標を抽出した居宅サービス計画が作成されるようになった。			

サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- ☒ 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

法人の稼働率向上と加算要件の維持により成果があがっている

中期計画、年間計画において目標数値を示し、毎月の経営会議で進捗状況を確認している。法人の取り組みにより、業務実績の目標数値が職員に浸透してきたことにより、職員の意識も変わり、全体の稼働率の向上へとつながっている。事業所としては、特定事業所加算(Ⅱ)体制を維持し、算定要件の継続を図っていることで、成果をあげている。

サブカテゴリ5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- ☒ 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

地域ニーズを把握し、新規事業として実現している

法人が近隣の集合住宅にアンケートを実施し、要望を実現するために新規事業プロジェクトを立ち上げ、今年度「ほっとステーション～ながれぼし」を法人負担で開所させた。現在高齢者を中心に、1日の利用者数は平均7人である。また、事業所では、不足している社会資源について、利用者や地域から情報を収集し、法人の新規事業プロジェクトに提出している。これらを総合的に捉えたうえで、法人では今年度、NPO法人と初のコラボレーションによって、小規模型デイサービスを開設した。このデイサービスでは、若年性認知症、若年の男性要介護者を主に対象としている。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1～3、6-5～6)

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 利用者等に対してサービスの情報を提供している			
評点(〇〇〇〇)			
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○なし	4. 利用者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	○非該当
サブカテゴリー1の講評			
利用希望者に様々な方法もちいて、事業所情報を提供している インターネット環境からも事業所情報を入手できるように、法人のホームページに情報を掲載している。ホームページでは、「介護保険の要介護認定を受けられた方でも、可能な限り居宅において自立した日常生活を営めるように、ご利用者に合ったプランの提案をお手伝いする。要介護1～5と認定された方のケアプラン作成を支援し、サービス提供事業者との連絡・調整、その他の相談を行う。相談には費用がかからない」などが案内されている。また、法人の広報誌や介護サービス事業者ガイドブックにても、事業所内容を案内している。			
重要事項説明書は、利用者の特性に考慮して作成されている 重要事項説明書は、利用者の特性に考慮し、文字を大きく、行間を広く取り、読みやすいように工夫されている。居宅介護支援のサービス内容として、「面接調査を実施し、課題を把握し、居宅サービス計画原案の作成。サービス担当者会議を開催し、サービス提供事業者等からの意見を踏まえて、利用者や家族等から、居宅サービス計画の内容についての同意を得る。サービス開始後は、毎月自宅を訪問、新たな課題が発生していないか等を把握するためのモニタリングを行う」など、適宜相談助言を行うことが丁寧に記載されている。			
介護保険制度について適切な情報を案内したいと考えている 施設内には、市の南地区の担当である高齢者支援センターが併設されており、事業所は、日常、高齢者支援センターとの情報交換が行いやすい環境にある。また、地域の医療機関との関係も構築されており、利用の問い合わせも多い。一方、事業所では、主任介護支援専門員を配置、計5名で利用者の支援を行っている。現在、サービス提供能力に余力もあり、希望者を受け入れられる状態にある。このため今後、介護保険制度改正に伴い、改正内容を把握し、職員が共通認識を図り、適切な情報を案内したいと考えている。			
	サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	6/6
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	
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
サブカテゴリー2の講評			
介護保険制度と居宅介護支援の関係について、十分な理解が得られるように支援している 居宅介護支援の提供にあたって、利用者の相談内容によって、担当の介護支援専門員を選任し、担当者が初回面接を行っている。初回面接では、利用者のほか、利用者の家族や親族などの関係者に同席を依頼し、介護保険制度及び事業所の概要、介護支援専門員の職務内容などについて説明している。はじめに、介護保険制度と居宅介護支援の関係について十分な理解が得られるように支援している。担当者の支援経過記録には、初回面接時に何を用いて、どのような説明を行ったか、利用者などの反応についても丁寧に記載されている。 重要事項説明書を使用し、利用者等にサービスの選択に資する支援を行っている 居宅介護支援サービスの開始にあたって、初回訪問時に、重要事項説明書を使用し、利用者等にサービスの選択に資する支援を行っている。重要事項説明書には、要介護度別に料金が違うことや、事業所加算についての料金一覧表も記載し、支援にかかる料金を計算して説明している。その上で、居宅介護支援の費用は全額保険給付であり、利用料金は発生しないことを説明し、同意を得るようにしている。これらの説明及び同意内容は支援経過記録に記載している。 利用者等の不安の軽減と継続的なサービスが提供されるように支援している 利用者が、居宅介護支援事業所の変更を希望する場合は、利用者等が新たな居宅介護支援事業所を選択できるように、介護サービス事業者ガイドブックなどを用いて支援を行っている。新たに選択された居宅介護支援事業所には、利用者や家族の同意を得た上で、利用者の基本情報、介護保険サービスや他のサービスの利用状況など、書面または口頭での情報提供を行っている。また、必要に応じて、変更先の担当者と同行訪問を行うなど、利用者等の不安の軽減を図り、継続的なサービスが提供されるように支援している。			
サブカテゴリー3			
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	10/10
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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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てている	○非該当
サブカテゴリー3の講評		
利用者及び家族等に、更新の意思と、代行申請の意向を確認している 重要事項説明書などで、要介護認定にかかる申請の代行及び支援を行うことを明記している。このため、各担当者は、利用者の要介護認定の期間を怠りなく管理し、期間終了の2か月前の定期訪問時には、要介護認定の期間終了が近づいている旨を説明している。そして、利用者及び家族などに、更新の意思と、代行申請の意向を確認している。希望する場合には、書類作成に必要な情報を確認し、要介護認定の申請代行を行っている。担当者はこれらの相談及び意向確認の内容を経過記録に記録している。		
利用者台帳は綴じ方が統一されており、情報の共有がしやすくなっている 事業所では、担当者が作成する、利用者台帳のファイリング方法を統一している。利用者の基本情報、課題分析表、居宅サービス計画書、各サービス事業所が作成する個別サービス計画書、モニタリング表、利用票と別表の各表が、インデックスを用いて識別され収納されている。また、支援経過記録は、左側(前部)に時系列で綴じられ、担当者不在であっても、利用者台帳を見れば経過が把握でき、誰でも対応可能な仕組みになっている。定期的に開催されている所内会議においては、互いの利用者情報を伝え合う時間を設けている。		
在宅復帰に備えた利用者の気持ちや家族の意向が詳細に記録されている 介護保険施設や医療機関などを、利用者が退所・退院する際には、担当者が医療相談員、病棟の看護師などと連絡を取り合い、本人の状況や在宅復帰にあたっての留意すべき事柄など、必要な情報を入手している。また、必要に応じて各施設へ出向き、本人や家族、関係者を交えて開催されるカンファレンスに参加し、情報を共有している。支援経過記録には、医療機関などからの情報とともに、利用者の気持ちや在宅復帰に備えた家族の意向などが詳細に記述されており、医療機関から得た情報を、その後の居宅サービス計画の参考にしている記述が確認できた。		
サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7	
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	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部和やりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○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(〇〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○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)		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等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、組織的に対策を検討し、対応している		○非該当
●あり ○なし	3. 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		○非該当
●あり ○なし	4. 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		○非該当
サブカテゴリー5の講評			
<p>「守秘義務」について、利用者や家族などが理解できるように説明し、同意を得ている</p> <p>事業所では、利用者のプライバシー保護のため、「個人情報保護規定」を作成している。担当者は初回面談時に、介護保険制度の仕組みを「介護サービス事業者ガイドブック」の表組などを用いて分かりやすく説明しているが、この際に利用者の個人情報を共有する範囲や個人情報保護規定を説明し、法で課せられている「守秘義務」について、利用者や家族などが理解できるように説明し、同意を得ている。支援開始後の個人情報の取り扱いは、各書式紙面上にて、個人が特定できないように細心の注意を払っている。</p> <p>同性の支援を希望される場合には、希望に沿って支援している</p> <p>居宅介護支援のサービスは、利用者が住んでいる場所を訪問するため、担当者は、初日及び事前にサービスの提供方法などについて説明の際、入室して欲しくない場所などをあらかじめ把握し、利用者のプライバシーに配慮したかわりを持っている。また、事業所は男性職員が多いこともあり、利用者が女性担当者を希望する場合には、担当者を女性に変更して対応している。</p> <p>利用者及び家族等がサービス内容や事業所を選択できるような支援を行っている</p> <p>担当者は、課題分析を行い、利用者等と目標を設定して、必要なサービス内容を抽出し、そのサービス提供が可能な事業所をいくつか情報提供し、利用者及び家族等が選択できるように支援している。また、新たな困りごとが発生した場合でも、担当者の考えを押し付けるのではなく、利用者等が選択できる方法を提案している。支援経過記録にも、利用者が提案を拒否したり、先延ばしにしたりする事例が確認できた。そのような場合は、担当者は期間をおき、再度そのサービスの必要性を説明し、利用者等が興味を持てるように助言に努めている。</p>			
サブカテゴリー6			
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	12/12
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(〇〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○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		○非該当
●あり ○なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている		○非該当
●あり ○なし	3. 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を点検している		○非該当
●あり ○なし	4. 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		○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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している			
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ6の講評			
<p>見本となる支援経過記録の書き方が記載されたマニュアルがある</p> <p>事業所では、業務の標準化を図るため、事業所マニュアルを作成している。特に、「ケアマネジメントプロセス及び支援経過記録の記入例」は、居宅介護支援の指定基準にある具体的取り扱い方針を用いて、初回面接、サービスの提供方法等について具体的に説明している。「アセスメントを行い、居宅サービス計画書を作成する。サービス担当者会議を開催する。定期的にモニタリングをする」などが各項目がかりやすく解説されている。また、支援経過記録の記入例は、事例を用いて具体的に記録されているため、各担当者が見本として活用している。</p> <p>週の初めには所内会議が行われ、お互いの利用者の情報を共有している</p> <p>事業所では、週1回所内会議を開催している。会議では、連絡・相談・苦情、および意見・利用者情報の共有・その他と、会議で話し合う項目を定めている。会議録には、項目別に話された内容が詳細に記録されていた。また、利用者情報の共有記録には、会議の担当者名は載せ、利用者名は伏せてイニシャルで記録し、利用者の個人情報に注意して取り扱っている。さらに、月1回の会議後には、事業所内研修を開き、互いの知識や能力の向上に努めている。</p> <p>サービス内容などの改変は、介護保険制度の改正に合わせ、必要に応じて行っている</p> <p>事業所では、提供しているサービスの基本情報や手順などの改変は、介護保険制度の改正に合わせ、必要に応じて行っている。また、インターネットなどにより、介護保険の最新情報(Q&A)の確認や情報収集を行っている。また、「ケアマネジメントQ&A・事例」を入手し、新情報が出れば送付され、差し替えて保管している。ケアマネジャー連絡会にも参加しており、行政からの情報提供をもとに、既存情報の変更点や新情報を所内会議にて共有している。さらに、事業所には主任ケアマネジャーがいるため、担当者はスーパーバイズを受けることもできる。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サブカテゴリー4	
サービスの実施項目	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 24/24
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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇〇)</div>	
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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
評価項目1の講評 利用者の情報を収集するための帳票類が統一されている 事業所では、利用者の情報を収集するための基本情報およびアセスメントシートを統一した様式にしている。基本情報には、「生活歴」「家族構成」「病歴」「本人、家族の生活に対する意向」が項目となっており、担当者が利用者の個別事情を漏れることなく記述できる仕組みができています。また、アセスメントシートには、国が定めた課題分析標準項目が網羅されており、担当者はその様式を使って、利用者の状況に合った項目を選択している。なお、基本情報およびアセスメントシートは、居宅サービス計画の更新時に併せて更新されている。 担当者は、定期的に利用者宅を訪問し、利用者状況の変化を把握している 担当者は、少なくとも月に1度、利用者宅を訪問し、利用者状況の変化を把握している。また、定期的に利用者宅を訪問することによって、前回から今回まで、利用者状況及び環境に変化がないかを注意深く観察し、環境などの変化が見られた場合には、本人及び家族と相談し、必要な手立てを講じている。これら定期的な訪問時に行われている、担当者による聞き取りや観察事項は、個別の利用者の支援経過記録の中に、モニタリング記録として残されている。記録には、定期的な訪問による家族の状況の変化を把握し、対応した事柄が詳細に記述されていた。 事業所の課題分析表には、課題を整理できる仕組みがある 課題分析表には、各項目別に「自立・一部介助・全介助」「支障なし・支障あり」などの選択肢が示されている。担当者は、利用者状況に合わせて、これらの状況を選択し、備考欄には、自立ではない現在の状態や、自立を妨げている要因が記されている。担当者は、それらの情報を踏まえて今後の支援によって、利用者の状態がどのように推移するのかを分析し、「課題分析の結果」を記述している。担当者は結果を踏まえて、さらに今後の方針「見通し」を立て、居宅サービス計画書を作成している。これらの工程記録から支援の過程を把握することができる。	
2 評価項目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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇〇〇)</div>	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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) <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>

評価項目2の講評																	
<p>居宅サービス計画の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</p> <p>事業所では、重要事項説明書に「運営の方針」を明記し、居宅サービス計画の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。担当者は、これを使って、契約時に利用者や家族などに対して重要事項を説明している。また、事業所では、利用者のニーズに応じたサービスが提供可能なように、介護保険内のサービスとして、各事業所の情報やパンフレット、介護保険外サービスの情報も収集し、ファイルに収めている。これらの情報は、介護保険制度の改正及び必要に応じて、点検し、利用者などに常に新しい情報を提供できるように整備している。</p> <p>利用者及び家族などの生活に対する意向や望む生活像を把握して支援している</p> <p>担当者は、居宅サービス計画の作成時には、利用者及び家族などと面談し、利用者の基本情報や、課題分析に必要な心身の状況、生活状況及び置かれた環境を把握し、課題分析表に記録している。その上で、利用者及び家族などの生活に対する意向や望む生活像をもとに、課題を導き出し、居宅サービス計画を作成している。居宅サービス計画書1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」欄には、家族の誰からの意向かを明らかにして記録し、サービス提供事業者などにも伝わるように工夫している。</p> <p>利用者と家族の意向を調整している</p> <p>担当者は、居宅サービス計画作成時に、利用者と家族などの意向が異なる場合には、双方の意見をよく聴き、家族間での意向の調整が図れるように支援している。また、意向が異なり、両者と同じ場所での面接を行うことが、今後の支援に支障が出ると考えられる場合などは、面接場所を変えるなど、双方の意見を公平に聞ける場を設け、支援している。支援経過記録には、これらのやり取りの記録が克明に残されている。アンケートでも、利用者本人だけでなく、介護者の話もよく聴いてくれると好評を得ている。</p>																	
<p>3 評価項目3</p> <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> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">評価</th> <th style="width: 80%;">標準項目</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. サービス担当者会議の内容を記録している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>			評価	標準項目		●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当	●あり ○なし	3. サービス担当者会議の内容を記録している	○非該当	●あり ○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	○非該当
評価	標準項目																
●あり ○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	○非該当															
●あり ○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	○非該当															
●あり ○なし	3. サービス担当者会議の内容を記録している	○非該当															
●あり ○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	○非該当															
評価項目3の講評																	
<p>介護支援専門員と他のサービス提供事業所の連携がとれている</p> <p>担当者は、居宅サービス計画作成の段階で、生活課題については、利用者及び家族などとの確認を行い、支援方法について検討している。サービス提供事業者には、利用者及び家族などからの了解を得て、基本情報・課題分析の内容を、書面にて報告を行うとともに、サービス担当者会議を開催し、それらの情報を共有している。利用者アンケートでも、「本人の症状、家族の状況を確認しながらプランを作成してくれる」「関係者にもこれらの情報を伝えてくれる」「介護支援専門員と他のサービス提供事業所の連携がとれているので助かる」などの記述が見られる。</p> <p>サービス提供事業者からの、専門的な見地による意見を収集している</p> <p>担当者が作成する「居宅サービス計画」のサービス内容については、利用者及び家族などと、サービス提供事業者が一堂に会する、サービス担当者会議にて、課題、長期目標及び短期目標、その期間、サービスを提供する頻度などについて説明している。その上で、サービス提供事業者からの専門的な見地による意見を収集し、必要に応じて内容を変更している。また、サービス担当者会議で話された内容は、支援経過記録及び「サービス担当者会議の要点」(様式4)に記録し、利用者台帳において管理している。</p> <p>所内会議にて情報を共有し、解決に結びつく手立てを相談している</p> <p>利用者の抱える課題は、多岐にわたるため、担当者1人による支援が困難な場合もある。そのような時には、所内会議にてさらなる情報を共有し、解決に結びつく手立てを相談している。加えて、事業所としても対応に苦慮するような支援の場合には、併設の高齢者支援センターに相談、情報の共有化を行い、必要に応じた助言も受けている。担当者は、これらの相談から得たアドバイスやその後の支援の内容については、支援経過記録に残している。支援経過記録には、担当者が行った相談及び会議内容、その後の支援結果などが詳細に記録されている。</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	
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○なし	4. 居宅介護支援の経過を記録し、把握している	○非該当
	●あり ○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	○非該当
評価項目4の講評			
サービス提供事業所の個別サービス計画の内容を把握し管理している サービス提供事業所は、サービス担当者会議で承認された、居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を作成している。利用者及び家族に説明し、承認された個別サービス計画は、担当者に送られてくる。担当者は、それらの計画の内容を確認し、居宅サービス計画とともにファイル内に管理している。担当者は、毎月のモニタリング時に、サービスの利用状況及び目標の達成の度合いを確認し、記録している。また、利用者が利用しているデイサービスなども訪問し、利用状況の確認や、利用者の頑張っている姿を見て、そばに寄り添い、励ましたりしている。 利用者の状態の変化や環境などの変化の確認を行っている 担当者は、利用者宅を毎月訪問し、サービスの提供によって生じるとされる、利用者の状態の変化や環境などの変化の確認を行っている。利用者アンケートによると、「本人が、腰痛で動けなくなり、先行きが不安になって、介護保険を利用することにした。担当者が、懇切丁寧にかかわってくれて、現在はサービスの利用を楽しんでいる。なんでも気軽に話ができ、月に1度担当者と会うことを、家族としても楽しみにしている」などの記述が見られ、利用者だけではなく、利用者を支援する家族にとっても担当者との面談を楽しみにしている様子が窺える。 相談支援を続けサービス利用の必要性を説いたり、助言を行い記録に残している 居宅介護支援は、相談面接・課題分析・居宅サービス計画の作成、介護保険内のサービス提供開始・給付管理・モニタリング・再計画というプロセスを経て、介護報酬を得る仕組みである。ただし、居宅介護支援の特徴として、相談助言で終了したり、インフォーマルなサービスの利用など、必ずしも介護保険サービスの利用につながらないケースもある。事業所では、介護保険につながらないケースでも相談支援を続け、サービス利用の必要性を説いたり、支援の方向性についての助言を行っている。これらの相談及び支援内容は経過記録にも詳細に残されている。			
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	
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当

評価項目5の講評

毎月のモニタリングやサービス事業所からの情報を踏まえて計画を見直している

担当者は、必要に応じて、速やかに居宅サービス計画の見直し及び変更を行えるように、継続的に利用者状況や環境の変化の把握に努めている。具体的には、毎月のモニタリングに加え、短期目標の期間終了時には、モニタリングの結果を受けた上で、その評価を行っている。また、サービス提供事業所からも、毎月実績報告とともに、経過記録やモニタリング内容が添付されてくるため、担当者はそれらのサービス提供事業所からの情報も踏まえて、計画の見直しや変更の必要性について検討している。

モニタリング内容は統一されており、担当者はモニタリング結果を記録している

担当者は、少なくとも月に1度は利用者宅を訪問し、本人及び家族等と面談し、利用者及び家族等の状況や要望の把握に努めている。この時に、①利用者状況の変化②満足度③サービスは適切か④環境の変化などを把握し、記録している。アンケートでは、「体調の急変や頼みがある時には、素早く応えてくれた。自分の要望以外に、他の方法や考え方があれば提案してくれるから、選べるので助かった。1人で判断できない時には、相談に乗ってくれる人がいるので、大変心強く、有り難い」などの記述もあり、継続的な支援が好評を得ている。

サービス提供事業所のモニタリング結果を、効果的に活用したいと考えている

居宅サービス計画に位置付けたサービス提供事業所では、個別サービス計画を作成し、定期的にモニタリングを行い、実績報告時には利用者状況について報告をしている。事業所によって、モニタリングの様式が違い、記録内容も様々なため、担当者がこれらの情報を整理して経過記録に転記するのは時間的に困難であり、送られてきた様式をファイリングにて管理し、管理台帳も書類が膨らみ続ける状況にある。管理者はこれらの状況を考慮し、評価表の活用を考えている。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-1	利用者の個別の情報や要望を把握している
タイトル①	居宅介護支援のサービスのプロセスを大切にandraえて取り組んでいる	
内容①	介護支援専門員は、居宅サービス計画作成マニュアルの「ケアマネジメントプロセス及び支援経過記録記入例について」に沿って利用者支援を行っている。このマニュアルには、居宅介護支援の具体的取り扱い方針が記載され、担当者の役割や根拠が分かりやすく記載されている。また、「支援経過記録の記入例」には、エントリーから初回面接、その後の居宅サービス計画作成にあたっての基本的な考え方について、経過記録記入例を用いての説明がなされている。支援経過記録からも、これらの工程の後に、居宅サービス計画が作成されている経緯を確認できた。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	4-2-1	利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる
タイトル②	大規模災害を想定した在宅版BCPを策定している	
内容②	年間計画、運営方針の中で、防災対策の推進や在宅版BCP(事業継続計画)の策定を掲げ、防災マニュアルに、非常災害時の利用者の安全に配慮した取り組みを明示している。、在宅版BCPマニュアルでは、災害時初動対応の流れや震災発生時の職員参集基準を示し、震度別に職員の動き方を定めている。災害伝言ダイヤルの利用方法なども職員に周知し、訓練実施後は検証・見直し・再構築のプロセスで、より実効性の高い防災対策を推進している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	ケアプラン作成マニュアルを整備し、ケアマネジメントの点検を簡潔に行っている
	内容	事業所には、「ケアマネジメントのプロセス及び支援経過記録記入例について」が記載された「ケアプラン作成マニュアル」がある。マニュアルには、居宅介護支援での具体的な取り扱い方針が細分化され、担当者の果たす役割や根拠を分かりやすく解説している。「基本情報及び課題整理表」には、「アセスメント・計画立案・モニタリング・再計画」という支援過程が展開できる仕組みがある。担当者は、それらの帳票で効果的な支援の展開や内容が記録でき、このマニュアルや帳票をひもつけ、ケアマネジメントの点検を簡潔に行うことができる。
2	タイトル	地域ニーズに応じて新しいサービスを開始し、地域貢献を果たしている
	内容	法人が地域の要望を実現するために新規事業プロジェクトを立ち上げ、今年度だけでも集まれる「ほっとステーション〜ながればし」を法人負担で開所させた。現在高齢者を中心に、1日の利用者数は平均7人である。また、事業所では独自に、不足している社会資源について、利用者や地域から情報を収集し、新規事業プロジェクトに情報提供している。これらを総合的に捉えたうえで、法人では今年度、NPO法人と初のコラボレーションによって、若年性認知症、若年の男性要介護者を主な対象とした小規模型デイサービスを開設している。
3	タイトル	医療との連携により、医療的ケアに応える資質の向上を図っている
	内容	法人として受託している地域包括支援センターが中心となり、医療連携を積極的に推進している。近隣の医療機関に呼びかけ、定期的に会合を持ち、地域医療についてグループワークを継続的に実施している。最近ではテレビ会議も開催できる環境を整備し、事業所にいながら参加して質疑応答を行っている。また、訪問診療の医療機関で募集している「ケアマネ塾」は、医師に同行して在宅診療を体験する取り組みで、事業所では3名の職員が体験して医療ニーズについて考察を深め、ケアマネジャーとして資質の向上を図っている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	介護保険制度について地域住民に対し、適切な情報を提供することを期待する
	内容	法人からの情報提供は、広報誌「ふよう」やホームページ、介護サービスの情報公表システムなどで公開している。特に居宅介護支援への相談は、併設の高齢者支援センター、地域の医療相談室からの相談が多いため、事業所では、主任介護支援専門員を配置し、今後も地域に根差した支援を展開していきたいと考えている。そのため管理者は、今後も改正される介護保険制度について、職員の共通認識のもと改正点を把握して、介護保険サービスの利用を考えている地域の人々や家族に向けて、適切な情報を提供することを期待する。
2	タイトル	サービス提供事業所からの評価報告を、統一した様式で運用していくことが望まれる
	内容	担当者は、介護認定の更新時期や必要に応じて、居宅サービス計画を変更している。この時には、モニタリングの結果を踏まえて、基本情報・課題分析表も更新している。事業所にある課題分析表が、今後の方針を明確にできる帳票となっているため、担当者は再アセスメントを行い、再計画できる仕組みができています。ただし、前回の計画目標の達成度についての評価結果を一目瞭然に把握できる帳票が存在していないため、介護支援の成果を把握しにくい。今後は、厚生労働省が提案する「評価表」などを用いて、目標の達成の度合いを管理していくことが望まれる。
3	タイトル	特定事業所加算体制の継続と強化を図っていくことが望まれる
	内容	事業所は特定事業所加算を取得しており、今年度事業計画でも、特定事業所加算体制の維持を図ることを目標としている。広報誌の中で、利用者に増加している老々介護世帯や経済的困窮者の問題などの支援困難ケースにふれ、在宅生活を支える専門職の姿勢を記している。今後も、困難ケースを積極的に支援する事業所体制維持のため、算定要件である主任介護支援専門員のさらなる増員が望まれる。