

【居宅介護支援】 ライフサービスぱーとなー

【事業所の概要】

※介護サービス情報公表システム、とうきょう福祉ナビゲーションに掲載された直近の事業所情報、及び法人のホームページより転載

(1)運営主体

法人名	有限会社 ユピテル
法人所在地	東京都西東京市
法人が実施している他のサービス	介護相談、訪問介護・居宅介護、福祉用具販売、住宅改修、生活支援、成年後見

(2)事業所の理念、支援目標

法人理念	心のふれあいと安心をキーワードに、一人でも多くの人に住みなれた我が家で安心して暮らしていただくため多様な質の高いサービスを提供します。～大丈夫です、安心してください。私たちがお手伝いします。～
支援目標	ケアマネジャーの役割は「利用者様ができないことに適切に対応し、その上で利用者様の強さを見つけだし、引き出し、発展させることである」という当事業所の考え方を実現するケアマネジメントを行う。

(3)事業所の概要

事業開始年月	平成 15 年 4 月		
サービス提供地域	東京都西東京市、東久留米市、小平市、武蔵野市		
利用者総数	334 名	ケアマネジャー1人当たり担当利用者数	32.7 件
職員数	9 名（常勤 6 名、非常勤 3 名）		

(4)従業員情報

内訳	常勤	非常勤
ケアマネジャー	6 人	3 人
うち主任ケアマネジャー	1 人	0 人
ケアマネジャーのうち看護師の資格を持つ従業員数	0 人	0 人
ケアマネジャーのうち介護福祉士の資格を持つ従業員数	3 人	2 人
経験年数 5 年以上のケアマネジャーの割合	33.3%	



第9回在宅医療推進フォーラムに全員で参加

第三者評価の受審実績	平成 23 年度、平成 25 年度		
取材の対象年度	平成 23 年度	評価手法	利用者調査とサービス項目を中心とする者評価

【取材メモ】



取材の視点

- ・第三者評価受審の目的、経緯
- ・事業評価(自己評価)のプロセスで得られた気づき
- ・利用者調査、職員の自己評価及び評価機関による評価の結果から得られた気づき
- ・改善に向けた取り組みとその成果、など

■事業所の特色

法人理念のもと、利用者が住み慣れた自宅で最後まで安心して暮らせるよう、経済的・身体的・生活手段的・社会关系的・精神的及び文化的の5つの自立領域を常に念頭に置きながら、地域のネットワークと様々な社会資源を活用したケアマネジメントに全職員が一丸となって取り組んでいます。

当事業所には、成年後見受任資格を有しているケアマネジャーが3名、歯科衛生士の資格を有しているケアマネジャーが1名いるため、介護保険の対象であるかないかに関係なく、幅広い相談に対応している点を特色としています。

毎朝のミーティングやケアマネジャー全員による毎週の定例会議で、それぞれが担当する利用者の状況についての情報交換を行い、全体で共有する機会を設けています。そのため、担当のケアマネジャーが不在の時に利用者もしくはその関係者から電話等で連絡が入った場合でも、他のケアマネジャーがただ取り次ぐだけでなく、適切な対応がとれるように体制を整えています。

定例会議では、隔週で事例検討会を行っています。また、ケアマネジャーそれぞれが自分の得意とする領域（認知症、相談支援、アルコール依存、医療連携等）において研究テーマを定め、月1回の全体研修会で研究の成果を発表し合い、学びを共有する取り組みを行っています。利用者の現実のニーズに沿った各領域でそれぞれのケアマネジャーが知識を深め、専門性を身につけることで、事業所全体としての対応能力を高め、あらゆるニーズに対してワンストップで対応できる組織づくりを進めています。

訪問介護等、他の事業を同じ場所で行っていることもあり、緊急な用件が発生した場合でも24時間、365日、いつでも利用者の相談を受けることのできる体制を整えている点も当事業所の強みの一つとなっています。

■改善の取り組みとその成果①～アセスメントからケアプランに展開する流れの標準化

第三者評価は平成23年度から2年に1回のペースで、併設の訪問介護事業所と交代で受審することになっています。

事業所の支援目標である「利用者の強さを見つけだし、引き出し、発展させる」ためのケアマネジメントを実現する上で、所長をはじめ職員の間には、利用者の課題を明らかにするアセスメントの方法が必ずしも標準化できていないという問題意識があったため、初めてと

なる平成 23 年度の第三者評価は、要介護高齢者に対するアセスメントについて造詣の深い評価者が代表を務める評価機関に委託しました。

いくつかの技法を参考にしながら、利用者それぞれの自立を促すケアマネジメントに各ケアマネジャーが前向きに取り組んでいる点については一定の評価を受けたものの、ケアプラン策定の前段に位置付けられるアセスメントのプロセスにおいて、それまで事業所が使用していたツールは、事業所の支援目標を実現するためには内容的に必ずしも十分とは言えないのではないかと、という指摘がありました。

そうした指摘を踏まえ、事業所では早速、世界保健機関（WHO）が 2001 年の総会で採択した国際生活機能分類の考え方を基軸として、アセスメントを通じて明らかにした利用者のニーズや課題をケアプランに落とし込む流れを標準化するためのツールの開発に着手しています。事業所内の定例会議で新しい様式を用いた演習を行い、ケアマネジャーの理解を確かめながら作業を進めています。まだ完成には至っていませんが、サービス担当者会議において、外部の在宅サービス事業所からは、ケアプランの根拠がわかりやすくなったという声が聞こえており、徐々にではあっても取り組みの成果が着実に表れてきています。

事業所では、アセスメントにおける思考過程やケアプランの根拠を視覚化することで、在宅サービス事業所や医療機関とも共通の認識をもって利用者の自立生活を支援する基盤を形成する可能性を見据えており、確信を持って自分たちの取り組みを前に進めています。

■改善の取り組みとその成果②～業務の意味の理解と共有を意識した標準化の取り組み

前回の評価では、業務の標準化に向けた取り組みに関して改善の余地があるとの指摘がありました。事業所では、毎朝のミーティングや毎週の定例会議、毎月の全体研修会等の場で業務に必要な情報が共有され、実際の事例に即した指導が行われており、業務の標準化のレベルは決して低くはないものと思われれます。事業所では、東京都が作成した「介護支援専門員の手引き」をベースに、事業所独自の内容を別途補足したマニュアルを作成して、ケアマネジャー業務の標準化を図っています。

事業所で補足している内容は、細かな手順というより、むしろ「考え方」が中心です。事業所の支援目標を実現するためには、一つひとつの手順をどのように意味づけて実行する必要があるのか、そのベースとなる考え方を主に補足しています。その内容には、書籍や専門誌に掲載された記事のコピーや、事業所内外の研修で配付された資料なども含まれます。支援の意味を職員が理解し、全員が共有するために役立つそうした資料について、事業所では通し番号を振ってファイリングしています。そして、手順書の中に「この手順は資料のNo.〇を参照」というように注意書きを入れ、その番号を対応させています。資料の追加や変更等があっても更新が簡単であり、マニュアルの整理の仕方として参考となる方法であると思われれます。今後は、資料集のファイルに表紙を付け、そこに綴じられた資料の内容とファイリングされた日付を一覧表の形で整理すると、さらに使いやすさが増すと思われれます。

■取材後記

介護が必要になっても高齢者が地域でその人らしい自立した生活を送るための支援に取り組んでいる事業所が、第三者評価をばねに、真摯な姿勢でサービスの向上を実現されている姿に、所長をはじめ職員各位の使命感の高さをひしひしと感じました。