

自己評価結果表

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
① 利用者を尊重したサービス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。		4 / 4 項目
評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）		
<input type="checkbox"/>	理念や基本方針に、利用者を尊重したサービスの実施について明示している。	
<input type="checkbox"/>	利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。	
<input type="checkbox"/>	利用者尊重や基本的な人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	
<input type="checkbox"/>	身体的拘束廃止や虐待防止について職員に周知徹底している。	
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 / 3 項目
<input type="checkbox"/>	利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。	
<input type="checkbox"/>	利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	
<input type="checkbox"/>	規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。	
(2) 利用者満足の向上に努めている。		
① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。		1 / 4 項目
<input type="checkbox"/>	利用者満足に関する調査を定期的に行っている。	
<input type="checkbox"/>	利用者満足を把握する目的で、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る。	
<input type="checkbox"/>	分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。	
<input type="checkbox"/>	利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	
(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。		1 / 3 項目
<input type="checkbox"/>	利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由を選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。	
<input type="checkbox"/>	利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。	
<input type="checkbox"/>	相談や意見を述べやすいようなスペースの確保に配慮している。	
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 / 6 項目
<input type="checkbox"/>	苦情解決の体制を整備している。	
<input type="checkbox"/>	苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。	
<input type="checkbox"/>	利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。	
<input type="checkbox"/>	苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。	
<input type="checkbox"/>	苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	
<input type="checkbox"/>	苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。	
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		3 / 4 項目
<input type="checkbox"/>	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る。	
<input type="checkbox"/>	対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。	
<input type="checkbox"/>	対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。	
<input type="checkbox"/>	意見等をサービスの改善に反映している。	

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。		着眼点での チェック数
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 / 3 項目
評価の着眼点 (該当する場合は口にチェック)		
<input type="checkbox"/>	定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行っている。	
<input type="checkbox"/>	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	
<input type="checkbox"/>	評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	
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。	3 / 5 項目
<input type="checkbox"/>	職員の参画により評価結果の分析を行っている。	
<input type="checkbox"/>	分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。	
<input type="checkbox"/>	職員間で課題の共有化が図られている。	
<input type="checkbox"/>	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ある。	
<input type="checkbox"/>	改善策や改善実施計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。	
(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。	4 / 6 項目
<input type="checkbox"/>	業務マニュアルが作成されている。	
<input type="checkbox"/>	業務マニュアルが職員に配布され、周知のための研修が行われている。	
<input type="checkbox"/>	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	
<input type="checkbox"/>	標準的な実施方法には、基本的な技術に関するものやサービス実施時の留意点等他、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。	
<input type="checkbox"/>	標準的な実施方法を記した文書は、いつでも閲覧でき、職員が日常的に活用している。	
<input type="checkbox"/>	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、確認する仕組みがある。	
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。	1 / 2 項目
<input type="checkbox"/>	サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期や、その方法が組織で定められている。	
<input type="checkbox"/>	見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	
(3) サービス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。	5 / 6 項目
<input type="checkbox"/>	記録管理の責任者が設置されている。	
<input type="checkbox"/>	利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。	
<input type="checkbox"/>	利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。	
<input type="checkbox"/>	記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	
<input type="checkbox"/>	職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。	
<input type="checkbox"/>	個人情報の取扱いについて、利用者や家族等に理解されるようわかりやすく説明している。	

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)

(1) 介護保険制度の目的に関する説明	3 / 3 項目
<input type="checkbox"/>	説明資料として、県や保険者等が作成したパンフレット等を事前に準備している。
<input type="checkbox"/>	説明は口頭や文書の提示のみでなく、工夫(図を用いるなど)してわかりやすく説明している。
<input type="checkbox"/>	情報提供の内容は、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っている。

(2) 介護支援専門員の役割の説明	着眼点での チェック数
評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）	2 / 3 項目
☐ 要介護状態となった後の人生設計を、利用者やその家族と共に築いていくのが、介護支援専門員の役割であることを説明している。	
☐ ケアマネジメント業務の内容を、具体的にわかりやすく説明している。	
☐ 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している。	

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 / 3 項目
☐ 利用契約締結は、利用者の判断能力に応じて代理人を活用する等、適正に契約を締結している。	
☐ 利用者の権利として、契約の解除ができることを説明している。	
☐ 苦情の受け付けについて説明している。	
(2) 利用者又はその家族の役割についての説明	1 / 1 項目
☐ サービスの選択にあたり、利用者や家族が自己決定できるように支援している。	
(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 / 2 項目
☐ 償還払いとなる制度と仕組みは具体的に説明できている。	
☐ 支給限度額を超える部分について、自己負担となることの説明と、それらのサービスの必要性について合わせて説明し同意を得ている。	

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	2 / 2 項目
☐ 「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る。	
☐ 利用者及び家族が改善可能であろうと思う生活を具体的にイメージできるように意向の確認をしている。	
(2) 総合的な援助の方針	3 / 3 項目
☐ 利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容を記載している。	
☐ 予め居宅サービス計画原案で記載した総合的な援助の方針は、サービス担当者会議で合意を得た上で確定している。	
☐ 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、わかりやすく記載している。	

2 課題分析

(1) 適切な方法による課題分析の実施	5 / 5 項目
☐ 個人的な視点やアセスメントソフト等によって、一律同じような表現や課題分析は行っていない。	
☐ 課題設定と表現が、本人が「できないこと」ばかりを表記していない。	
☐ 自立に向け、利用者が主体的、意欲的に取り組めるように記載するとともに、前向きに取り組むための合意形成をとっている。	
☐ 認知症等により表現ができない場合は、思いを代弁してくれる家族や後見人等の協力を得ている。	
☐ 認知症高齢者については、安易に本人の心身機能を補うためにサービスを位置づけるのではなく、可能な限り潜在している力が維持継続できるように配慮して居宅サービス計画を作成している。	
(2) 課題の設定と表現	3 / 3 項目
☐ 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る。	
☐ 利用者の取り組むべき課題（ニーズ）が明確になっている。	
☐ 利用者の望む生活を実現する課題（ニーズ）となっている。	
(3) 利用者・家族の「困りごと」に対する働きかけ	4 / 4 項目
☐ 利用者及び家族の困りごとを受け止め、その原因や背景に何があるのかを把握分析した上で、居宅サービス計画に反映している。	
☐ 利用者及び家族の要望をそのまま受け止め、十分アセスメントを行うことなく、サービス提供することへのリスクについて理解している。	
☐ 「困りごと」の原因や、背景の状況が分析できていないような場合は、課題分析の項目にさかのぼって、再アセスメントを行っている。	

□ 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。

(4) 課題の優先順位の整理	着眼点での チェック数
評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）	2 / 2 項目
<input type="checkbox"/> 利用者・家族の参加を得て、課題の優先順位の整理や決定ができるよう工夫や配慮をしている。	
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員が一方向的に提案した課題になっていない。	

3 長期目標・短期目標

(1) 長期目標の設定	3 / 3 項目
<input type="checkbox"/> 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ある。	
<input type="checkbox"/> 単にサービスの利用を目標にしていない。	
<input type="checkbox"/> 達成可能な目標設定になっている。	
(2) 短期目標の設定	5 / 5 項目
<input type="checkbox"/> 長期目標を達成するための具体的な活動、参加レベルの目標と期間の設定を行っている。	
<input type="checkbox"/> 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。	
<input type="checkbox"/> サービス提供事業所・者が作成する担当者の個別サービス計画を立てる際の指標となっている。	
<input type="checkbox"/> 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す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る。	
<input type="checkbox"/> モニタリングの際に達成度がわかるよう具体的に記載している。	

4 サービス内容・種別・利用頻度と期間

(1) サービス内容	5 / 6 項目
<input type="checkbox"/> 目標を達成するために必要な援助内容になっている。	
<input type="checkbox"/> サービスを利用することが目的ではなく、課題（ニーズ）を解決するための手段の一つとしてサービスがあることを理解している。	
<input type="checkbox"/> 利用者及び家族が理解できる用語で記載している。	
<input type="checkbox"/> セルフケアや家族を含むインフォーマルな支援を含む場合、実行性を適正にアセスメントして無理や負担のないように留意している。	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者が担う役割等についても、必要に応じた記載をしている。	
<input type="checkbox"/> 主治医等の専門家から示された留意事項等の記載をしている。	
(2) 他法に関する情報収集と調整	2 / 2 項目
<input type="checkbox"/> 利用者が他法（制度）の給付が受けられることを把握している。	
<input type="checkbox"/> 他法の関係機関と調整を行って居宅サービス計画を作成し、利用者及び家族に説明して同意を得ている。	
(3) サービス種別	5 / 5 項目
<input type="checkbox"/> 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）、家族支援を検討した。	
<input type="checkbox"/> 短期目標をまず達成するためのサービス種別になっている。	
<input type="checkbox"/> 医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも盛り込んでいる。	
<input type="checkbox"/> 特定のサービスに偏ることなく、公平・中立なサービス資源にも配慮している。	
<input type="checkbox"/> 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。	
(4) サービス利用頻度と期間	6 / 6 項目
<input type="checkbox"/> サービス内容と種別ごとの利用頻度と期間は根拠をもって設定している。	
<input type="checkbox"/> 利用期間については、モニタリングを行うことを意識して、必要な期間設定をしている。	
<input type="checkbox"/> 利用者の「生活リズム」に合わせた利用時間帯と頻度、家族の介護負担軽減に配慮して設定している。	
<input type="checkbox"/> モニタリングでの評価も参考にし、必要に応じた期間での援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間）の見直しを行っている。	
<input type="checkbox"/> サービス導入後の変化を予測できている。	
<input type="checkbox"/> 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ない。	

5 週間サービス計画表

(1) 週間サービス計画表の作成	着眼点での チェック数
評価の着眼点（該当する場合は口にチェック）	2 / 3 項目
<input type="checkbox"/> 介護サービス以外の取り組みについても記載しており、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をしている。	
<input type="checkbox"/> 円滑なチームケアが実践できるよう、わかりやすい記載をしている。	
<input type="checkbox"/> 「週単位以外のサービス」の目的を理解して記載している。	

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 / 1 項目
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画原案の説明は、サービス内容や利用料も含めて利用者または家族に説明して同意を受けている。	

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	1 / 1 項目
<input type="checkbox"/> 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る。	
(2) サービス担当者会議	4 / 4 項目
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議は更新時及び必要が生じたときに開催している。	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者や主治医を招集して会議を開催している。	
<input type="checkbox"/> 出席できない担当者や主治医に照会し意見を求めている。	
<input type="checkbox"/> 共通の目標を達成するため意見を求め調整を図る会議となっている。	
(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 / 2 項目
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議には、利用者及びその家族が直接参加することができるよう配慮している。	
<input type="checkbox"/> 利用者及びその家族が参加できない時は意見や希望等を事前に確認し、文書や口頭で会議に報告している。	
(4) 決定された居宅サービス計画の説明と同意	2 / 2 項目
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議で決定された居宅サービス計画を再度利用者及びその家族に交付して説明し、同意を得ている。	
<input type="checkbox"/> 介護保険、介護保険外サービスの利用に伴う利用料についても説明し、同意を得ている。	
(5) サービス担当者会議録の作成	2 / 2 項目
<input type="checkbox"/> 出席者、検討した項目と検討内容、結論及び残された課題（ニーズ）について会議終了後記載している。	
<input type="checkbox"/> 当日欠席した担当者に会議録を交付している。	

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	3 / 3 項目
<input type="checkbox"/> 少なくとも月に1回は利用者宅を訪問し、利用者・家族に面接している。	
<input type="checkbox"/> 月に1回はモニタリングの結果を記録している。	
<input type="checkbox"/> 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している。	
(2) 各サービス提供機関が作成した個別援助計画書の収集	7 / 7 項目
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書に位置づけた居宅サービス提供事業者の個別援助計画書を収集している。	
<input type="checkbox"/> 個別援助計画書をモニタリング時の参考資料としている。	
<input type="checkbox"/> 生活ニーズの充足状況を確認している。	
<input type="checkbox"/> 目標(長期目標及び短期目標)の達成状況を確認している。	
<input type="checkbox"/> 各サービス事業者のサービス提供状況(役割分担、サービスの適切性)を、確認している。	
<input type="checkbox"/> 事業所間の連携状況を、確認している。	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の適切性の確認をしている。	

(3) 居宅サービス計画の評価及び再アセスメントの実施	着眼点での チェック数
評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）	2 / 2 項目
<input type="checkbox"/> モニタリングの結果により居宅サービス計画の適切性を確認している。	
<input type="checkbox"/> 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	2 / 2 項目
<input type="checkbox"/> 毎月の給付管理数が35件を上回っていない。	
<input type="checkbox"/> 担当者の力量に応じて適切な件数の目安を持っている。	
(2) 研修・人材育成	3 / 3 項目
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員の研修は個別に計画的かつ定期的実施している。	
<input type="checkbox"/> 研修で学んだことを職場内で共有している。	
<input type="checkbox"/> 事業所内訓練(OJT)が実施されている。	
(3) スーパービジョン(専門的訓練)の実施	2 / 2 項目
<input type="checkbox"/> 専門的訓練の必要性を理解している。	
<input type="checkbox"/> 専門的訓練を受けられる体制作りができています。	
(4) 連絡体制の確保	2 / 2 項目
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員に常に連絡が取れる体制が整備されている。	
<input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員が対応できなくても、他の介護支援専門員が対応できる体制が整備されている。	

VII. 医療連携

1 医療連携

(1) 入退院に伴う医療連携	3 / 3 項目
<input type="checkbox"/> 入院時情報提供書は入院後速やかに作成し、連携を図っている。	
<input type="checkbox"/> 退院時カンファレンスには居宅サービス計画原案を提案し、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している。	
<input type="checkbox"/> 退院時の調整では、退院時調整加算を1回以上算定している。	
(2) 主治医との連携	2 / 3 項目
<input type="checkbox"/> 利用者や家族の同意を得て主治医を確認している。	
<input type="checkbox"/> 初めての主治医には面談を申し入れ、連携を図っている。	
<input type="checkbox"/> 原案を作成するとき、また必要時に主治医意見を確認している。	

VIII. 地域連携

1 地域連携

(1) 地域ケア会議等への参加	1 / 2 項目
<input type="checkbox"/> 地域ケア会議の役割を理解している。	
<input type="checkbox"/> 地域ケア会議に積極的に参加している。	
(2) 利用者の生活の質の向上を目的とした地域連携	2 / 4 項目
<input type="checkbox"/> 地域で行われている保健医療・福祉サービスや地域住民活動の情報を提供できる。	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書に地域住民活動等を位置づけている。	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書の目標設定は『参加機能(役割)』を意識して作成している。	
<input type="checkbox"/> 担当者会議に介護保険以外の担当者(民生委員、隣人等)も参加している。	

(3) 利用者の財産管理	着眼点での チェック数
評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）	1 / 3 項目
<input type="checkbox"/> 高齢者の財産を守るための各種サービスを説明でき、専門機関との連携体制がある。	
<input type="checkbox"/> 各種サービスの内容が記載されたリーフレットを用意している。	
<input type="checkbox"/> 財産管理を行う支援者がある場合は居宅サービス計画書に位置づけている。	
(4) 利用者の権利擁護・虐待への対応	3 / 4 項目
<input type="checkbox"/> 高齢者の権利を守るための各種サービスを説明でき、専門機関との連携体制がある。	
<input type="checkbox"/> 虐待の定義について理解している。	
<input type="checkbox"/> 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っている。	
<input type="checkbox"/> 虐待の兆候やサインを見つけ、地域包括支援センター・市町に通報したことがある。	

Ⅹ. 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・事業所の理念・基本方針が明文化され、周知されている。	8 / 10項目
<input type="checkbox"/> 理念・基本方針が文書（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）に記載されている。	
<input type="checkbox"/> 理念から、法人・事業所が実施するサービスの内容や特性を踏まえた法人・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
<input type="checkbox"/> 基本方針は、法人・事業所の理念との整合性が確保されている。	
<input type="checkbox"/> 基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
<input type="checkbox"/> 理念や基本方針を会議や研修において職員に説明している。	
<input type="checkbox"/> 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会議等で討議の上で実行している。	
<input type="checkbox"/> 理念や基本方針の職員への周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	
<input type="checkbox"/> 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、より理解しやすいような工夫を行っている。	
<input type="checkbox"/> 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る。	
<input type="checkbox"/> 理念や基本方針の利用者や家族等への周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	

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。	8 / 8 項目
<input type="checkbox"/> 各年度における事業内容が具体的に示されている。	
<input type="checkbox"/> 事業計画は、実行可能かどうか、具体的な活動や数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。	
<input type="checkbox"/> 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	
<input type="checkbox"/> 事業計画は、前年度の実施状況の把握や評価を踏まえて策定している。	
<input type="checkbox"/> 事業計画を踏まえた予算書が策定されている。	
<input type="checkbox"/> 予算書と実績との対比・分析がなされており、対応を検討している。	
<input type="checkbox"/> 評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行っている。	
<input type="checkbox"/> 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。	
② 事業計画が職員に周知されている。	3 / 3 項目
<input type="checkbox"/> 各計画を配付し、会議や研修において説明している。	
<input type="checkbox"/> 各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。	
<input type="checkbox"/> 各計画の進捗状況を確認し、継続的な取組を行っている。	

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。		着眼点での チェック数
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。		1 / 2 項目
評価の着眼点 (該当する場合は□にチェック)		
<input type="checkbox"/>	管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。	
<input type="checkbox"/>	平常時のみならず、有事 (災害、事故等) における管理者の役割と責任について、明確化されている。	
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。		3 / 3 項目
<input type="checkbox"/>	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会等に参加している。	
<input type="checkbox"/>	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っている。	
<input type="checkbox"/>	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	
(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。		4 / 4 項目
<input type="checkbox"/>	管理者は、実施するサービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	
<input type="checkbox"/>	管理者は、サービスの質の向上について、職員の意見を取り入れるための具体的な取組を行っている。	
<input type="checkbox"/>	管理者は、サービスの質に関する課題を把握し、改善のための取組を明示して指導力を発揮している。	
<input type="checkbox"/>	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し、自らもその活動に積極的に参画している。	
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 / 4 項目
<input type="checkbox"/>	管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。	
<input type="checkbox"/>	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	
<input type="checkbox"/>	管理者は、上記について、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	
<input type="checkbox"/>	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し、自らもその活動に積極的に参画している。	

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。		3 / 6 項目
<input type="checkbox"/>	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。	
<input type="checkbox"/>	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る。	
<input type="checkbox"/>	分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。	
<input type="checkbox"/>	改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。	
<input type="checkbox"/>	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。	
<input type="checkbox"/>	希望があれば職員が相談できるように、関係機関と連携するなどカウンセラーや専門家を確保している。	
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 / 3 項目
<input type="checkbox"/>	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している。	
<input type="checkbox"/>	職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、又は関係機関と連携して、解決に向けた体制が整備されている。	
<input type="checkbox"/>	職員の心身の健康に留意し、定期的に健康診断を行っている。	

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
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。		4 / 4 項目
評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）		
<input type="checkbox"/>	利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置し、その担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。	
<input type="checkbox"/>	検討会には、現場の職員が参加している。	
<input type="checkbox"/>	リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	
<input type="checkbox"/>	事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。	
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 / 3 項目
<input type="checkbox"/>	災害時の対応体制が決められている。	
<input type="checkbox"/>	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。	
<input type="checkbox"/>	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ている。	
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。		2 / 4 項目
<input type="checkbox"/>	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実施している。	
<input type="checkbox"/>	収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。	
<input type="checkbox"/>	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	
<input type="checkbox"/>	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	

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 / 2 項目
<input type="checkbox"/>	個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。	
<input type="checkbox"/>	職員会議で説明する等職員間で、情報の共有化が図られている。	
② 関係機関等との連携が適切に行われている。		5 / 6 項目
<input type="checkbox"/>	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
<input type="checkbox"/>	かかりつけ医（必要な場合は歯科医を含む）と連携している。	
<input type="checkbox"/>	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。	
<input type="checkbox"/>	地域に適切な関係機関・団体がない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	
<input type="checkbox"/>	日常生活自立支援事業、成年後見人との連携を常にとっている。	
<input type="checkbox"/>	必要な場合に、日常生活自立支援事業、成年後見制度へのつなぎを行っている。	

評価年月日: 2020年 3月 11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。	4 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			
“人にしてもらいたいことを人にもしなさい”という基本理念のもと、利用者の尊厳を大切に する姿勢でケアマネジメントを行っている。			
(2) 利用者満足の向上に努めている。			
①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	1 項目/4項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
満足度調査が実施できていない。アンケート調査等を定期的実施する必要がある。			
(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。	1 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。	3 項目/4項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行い、声が届くことを苦情解決のしくみの中 に、とり入れていくことができていない。			

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。	3 項目/5項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
法人本部の機能として評価の体制が整備されている。評価の内容を質の向上に繋げて いくことが必要である。			
(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。	4 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。	1 項目/2項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
その都度課題や問題点を挙げ、見直しをしているが、文書の更新が不十分である。			
(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。	5 項目/6項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
モニタリングは、1か月単位でのチェック、支援経過は6か月ごとにチェックし、印刷する ことで管理できている。			

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	3 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			
<p>介護支援専門員の役割、立ち位置の理解度がサービスの調整の過程で問題点として明らかになる場合があり、個々のスキルに関係なく説明できるように標準化していく必要がある。</p>			

II

1 利用契約・利用者の権利		着眼点での チェック数	自己評価結果
(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			
<p>説明は丁寧に行い、本人の理解度に合わせご家族にも同意を得ている。</p>			

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		着眼点での チェック数	自己評価結果
(1)	利用者や家族の意向の確認	2 項目/2項目	a・b・c
(2)	総合的な援助の方針	3 項目/3項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
<p>本人・家族の主訴を明確にして、目の前の困りごとに対してだけでなく、こんな暮らしがしたい、こんな風になりたいという意向を示している。</p>			
2 課題分析		着眼点での チェック数	自己評価結果
(1)	適切な方法による課題分析の実施	5 項目/5項目	a・b・c
(2)	課題の設定と表現	3 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	4 項目/4項目	a・b・c
(4)	課題の優先順位の整理	2 項目/2項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
<p>新規や更新のプランに対して、ケースの状態像をメンバーで共有しながら、視点の偏りが起こらないようにチェック体制を確保して指導できるようにしている。</p>			
3 長期目標・短期目標		着眼点での チェック数	自己評価結果
(1)	長期目標の設定	3 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			
<p>このサービス内容をを行ったら、短期目標は達成できるか？プランを実施することで長期の目標に近づくか？を考えながら、設定している。まプランを確認しあう機会を設け視点が偏らないようにしている。</p>			
(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	2 項目/2項目	a・b・c
(3)	サービス種別	5 項目/5項目	a・b・c
(4)	サービス利用頻度と期間	6 項目/6項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			

他法の制度については、研修会に参加したり、市の社会福祉課に相談し、情報収集に努めながら、制度が活用できるように連携をとっている。

	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	2 項目/3項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価		
その人らしさを表している部分として、主な日常生活の活動をできるだけ記載するようにしている。		
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	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価		
主訴をしっかりと聞き取り、一つ一つの困りごとや、問題の解決を図りながら、総合的な方針を検討する過程をわかりやすく説明できている。		
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	1 項目/1項目	Ⓐ・b・c
(2) サービス担当者会議	4 項目/4項目	Ⓐ・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	Ⓐ・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	Ⓐ・b・c
(5) サービス担当者会議録の作成	2 項目/2項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価		
担当者会議の開催にあたっては、関係者が確実に参加できるように日程調整を行っている。会議録は、同意後のプランと共に送付している。		

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	3 項目/3項目	Ⓐ・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	6 項目/7項目	Ⓐ・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	2 項目/2項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価		
個別援助計画は、事業所によっては、担当者会議開催後に早々に届けられる場合もあるが、ほとんどは催促をして収集できている。		

VI. 資質の向上

(1) 適正なサービス担当ケース数の遵守	2 項目/2項目	Ⓐ・b・c
(2) 研修・人材育成	3 項目/3項目	Ⓐ・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	Ⓐ・b・c
(4) 連絡体制の確保	2 項目/2項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価		
サービス担当件数に関しては、経験年数や基礎資格等も考慮して適切な件数を維持できている。特定事業所としての研修や・人材育成を計画的に行っている。		

VII. 医療連携

1 医療連携		
(1) 入退院に伴う医療連携	3 項目/3項目	Ⓐ・b・c
(2) 主治医との連携	2 項目/3項目	a・Ⓑ・c
判断した理由・総合評価		
入院連携書による連携により、退院時の連携に繋がっている。近隣の主治医とは顔が見える関係作りができているが、規模が大きい病院となると書類上のやり取りとなっている。		

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	1 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	3 項目/4項目	a ・b・c
(3) 利用者の財産管理	3 項目/3項目	a ・b・c
(4) 利用者の権利擁護・虐待への対応	4 項目/4項目	a ・b・c
判断した理由・総合評価		
地域ケア会議への参加は、市からの要請時に留まっている。権利擁護・虐待への対応は、所内で検討後必要とされる機関に繋いでいる。		

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。	10 項目/10項目	a ・b・c
判断した理由・総合評価		
新年度初めには、法人内の全職員参加のもと、方針発表の場が設けられている。		

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。	8 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		
事業所内のメンバーにも内容の検討に参加してもらい、事業計画を作成している。		

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。	1 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。	3 項目/3項目	a ・b・c
判断した理由・総合評価		
災害時等における管理者としての責任が不明確であったことを踏まえ、今年度は、フローや役割をわかりやすくすることができた。		
(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。	4 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		
ケアマネジメントの質の向上と省力化の両面での取り組みを具体的に検討する必要がある。		

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。	3 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	c ・b・c
判断した理由・総合評価		
有給休暇は年間計画を立て取得できるようにしている。		

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。	4 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。	2 項目/4項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
法人内の感染症委員会やリスクマネジメント委員会とも連携を取り、安全確保の体制を確保している。			

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。		着眼点での チェック数	自己評価結果
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。	5 項目/6項目	a・b・c
判断した理由・総合評価			
地域懇談会等には積極的に参加して、民生委員や自治会の役員さんとの関係作りに取り組んでいる。			

事業者名称(事業者番号): ぼだいじ居宅介護支援センター(2572300024) TEL0748-74-3993
 提供サービス名: 居宅介護支援

評価年月日: 2020年 3月 11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: 2020年 3月 11日

前回評価年月日: 2019年 3月 10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				
I-1		利用者の満足度の向上	2年5月～7月	利用者に対するアンケート調査の実施・まとめ アンケート結果をもとに具体的な改善策の実施		令和3年3月
I-2		サービスの質の確保	2年5月～12月	業務マニュアルの見直しと作成 ・電話対応 ・接遇 ・利用者尊重やプライバシー保護 ・業務の標準化 ・適切な記録		令和3年3月

