

事業所名称(事業者番号): ケアプランセンター青芳 (2570300372) TEL 0749-72-8250

提供サービス名: 居宅介護支援

評価年月日: 令和 3年 3月31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			
人権研修は内部研修で定期的実施している。理念や方針については、事業所に掲示、契約書に明記している。プライバシー保護に関するマニュアルがあり、研修も実施している。			
、			
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。	3 項目/4項目	a (b) c
判断した理由・総合評価			
満足度については、毎月訪問し聴取している。今年度はアンケート調査は未実施。			
(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。	5 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			
相談窓口を重要事項説明書に明記し、相談申出窓口案内文を交付している。また事業所にて掲示している。アンケート調査は匿名で行い、意見等を書きやすくしていた。(回答は郵送が望ましい結果ではあった) 苦情受付簿への記入と報告を行っている。			

#### 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。			
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。	5 項目/5項目	a (b) c
判断した理由・総合評価			
定期的に評価を行い、サービス向上委員会にて分析・検討を行っている。			
(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。	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			
業務マニュアルは法人マニュアルにあり、実施方法等は法人マニュアル管理要綱にある。			
(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。	6 項目/6項目	a (b) c
判断した理由・総合評価			
記録管理の責任者は部署の長が行い、常に管理方法に配慮している。			

## 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)		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	3	項目/3項目	a (b) c
判断した理由・総合評価			
保険者が作成した介護保険のしおりや資料を活用し、利用者等に応じながら説明を行っている。重要事項説明書に役割や業務内容は明記されており、介護支援専門員からも説明を行っている。			

## 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	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			
利用者の状態の応じて、代理人や家族の同席の元に、契約説明を行い、契約解除についても可能である旨を伝えている。苦情受付については、窓口の書面による案内と説明を行っている。重要事項説明書に介護支援専門員は常に公正中立の立場に立ち、利用者の希望を尊重しつつ、必要なサービスを適切 量提供できるよう努め、提供の際には償還払いとなる場合も含め、負担費用について説明し、同意を得るようにしている。			

## 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	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			
利用者や家族の意向とアセスメント結果を踏まえて支援を行っている。サービス担当者会議にて、利用者・家族、サービス提供事業者等と、ケア内容と方向性について検討、合意のもとに総合的援助の方針としてわかりやすく明記している。			
2 課題分析			
(1) 適切な方法による課題分析の実施	5	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	3	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			
課題抽出は生活全体から行き、利用者の可能性を重んじ、意欲を引き出すよう努めている。アセスメント技術の向上を図っている。			
3 長期目標・短期目標			
(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	5	項目/5項目	a (b) c
判断した理由・総合評価			
本人の状態像から望む生活への過程を長期・短期目標として設定し、サービス事業所の計画の指標となるよう努めている。利用者・家族がわかりやすく、前向きに取り組める表記に努めている。			
4 サービス内容・種別・利用頻度と期間			
(1) サービス内容	6	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	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			
実地指導でも受けた、目標達成のために社会資源も含めて援助内容を検討・調整している。目標達成に向けては、利用者の生活リズムを考慮しつつサービス利用頻度を設定、調整している。			

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	3 項目/3項目	a b c	
判断した理由・総合評価			
週間サービス計画表に、利用者家族の生活の流れを記載するように努めている。全利用者ではないが入力を進めている。			
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	a b c	
判断した理由・総合評価			
利用者及び家族の意向を確認し、援助方針や目標、サービス内容について、利用料も含めて、説明を行い同意を得ている。			
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	a b c	
(2) サービス担当者会議	4 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	2 項目/2項目	a b c	
判断した理由・総合評価			
居宅サービス計画にケア内容や注意点を記載し、利用者・家族も交えて、ケア提供者及び医療機関から専門的意見を聞いたうえで、利用者・家族には計画の説明を行い、同意を得ている。会議録は提供票の交付の際など適時交付している。			

## 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 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	7 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	2 項目/2項目	a b c	
判断した理由・総合評価			
必ず利用者宅への訪問を行い、サービス等への意見や満足度の聞き取りを行い、サービス実施状況の確認と、必要に応じて事業所にて内容確認や意見を求め調整と記録をしている。サービス事業所からの個別援助計画書の収集に努め、必要に応じて再アセスメント、プラン変更を行っている。			

## 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 項目/2項目	a b c	
(2) 研修・人材育成	3 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			
利用者は担当者の能力を考慮して担当数を調整している。毎週行うミーティングにおいて、事例検討会や研修参加報告を行っている。合わせてケース報告を行い、状況によって担当者以外でも支援が行えるよう努めている。日常的にケースの相談ができる環境に配慮し、適時に助言や指導が受けられるようにしている。場合によって外部にアドバイスを求めることもある。			

## 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	a b c	
(2) 主治医との連携	3 項目/3項目	a b c	
判断した理由・総合評価			
入退院時には医療機関に出向き、情報収集を行い、退院後の生活・サービス提供がスムーズに行えるよう医療連携を図っている。在宅においても、必要に応じて利用者・家族に同意を得てから主治医との連携を図っている。			

## 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	4 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	3 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必要があればしているが、今年度は無かった。ケースによっては、民生委員等の会議参加も依頼し、地域資源の活用を図り、情報収集に努めている。利用者の財産や権利を守るために、必要に応じて専門機関との連携を図っている。			

## 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。	7 項目/10項目	a (b) c
判断した理由・総合評価		
明文化され、職員は毎朝理念の唱和をするなどしており周知されている。利用者に対しては重要事項説明書にも記載し、伝えている。法人全体の基本方針にのっとり運営方針は実施されている。		

### 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。	2 項目/3項目	a (b) c
判断した理由・総合評価		
年度初月の職員全体会議(書面)にて法人運営方針とともに施設・各事業所の事業計画が示され、その実施状況報告と評価も年度末の職員全体会議にて行われている。		

### 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。	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。	2 項目/3項目	a (b) c
判断した理由・総合評価		
法令遵守については、年度初月の職員全体研修(書面)内容に盛り込まれている。管理者業務については明文化するように努めている。		
(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 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。	4 項目/4項目	a (b) c
判断した理由・総合評価		
実施するサービスの質の向上を図るため、事業所内では定期的に業務改善の意見を求め、適時改善策を検討実施している。また法人リーダー部会を定期開催し、職場環境の整備等への取り組みや、業務の効率化を図るなど、経営基盤の強化に取り組んでいる。		

## 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。	6 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。	3 項目/3項目	(a) b · c
判断した理由・総合評価		
就業状況の把握等は法人運営管理部にて行っている。有休・公休消化の取り組みも行っている。定期的に職員との個別面談の機会が設けられている。また希望すれば相談することもできる。産業医を確保している。福利厚生事業も実施されており、職員の健康管理は産業医がおり、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	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。	1 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			
定期的に行うミーティングや事故対策委員会・感染症対策委員会等にて検討している。 事故発生対応や災害時の対応は業務マニュアルにあるが一部内容に検討・見直しが必要である。 安全確保・事故防止に関して施設内・部所にて研修を行っている。			

### 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 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。	6 項目/6項目	a (b) c
判断した理由・総合評価			
社会資源情報を得るごとに、回覧等により情報共有を行い、ファイルに保存、必要時に活用できるようにしている。保険者の開催する会議や地域包括支援センター、介護支援専門員協議会等の会議には積極的に参加している。在宅療養支援システム等を活用している。 必要時に日常生活自立支援事業、成年後見制度と連携をとっている。			

事業者名称(事業者番号): ケアプランセンター青芳 ( 2570300372 ) TEL0749-72-8250  
 提供サービス名: 居宅介護支援

評価年月日: 令和3年 3月 31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

評価年月日: 令和3年 3月 31日

前回評価年月日: 令和2年 3月 31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 -2-(2)	1	サービスの質の向上	R2年4月～R3 年3月まで	業務マニュアルの実 施状況を確認する仕 組みを整える為に、管 理業務として進捗の 確認等の業務を行っ ている。	業務マニュアル を参考に、管理 業務として進捗 確認の方法を確 立できるように 取り組んだ。	
X-2-(1)	2	安全管理	R2年4月～R3 年3月まで	再度、利用者の安全 を確保するために、利 用者を脅かす事例を 収集し、リスクの把握 と対策を図る。	リスク管理のマ ニュアル作成と 月1回の事例検 討会を開催でき た。	
I -1-(3)	3	適切なサービスの実 施	R2年4月～R3 年3月まで	利用者からの意見や 提案を受けた際の対 応マニュアルの作成 する。情報収集と検討 を継続してマニュアル 化する。	マニュアル化に 至ることはでき なかった。継続 して検討する必 要がある。	