

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	Ⓐ・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	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
法人で利用者を尊重するサービスの基本姿勢が理念や基本方針に明示されている。定期的に研修を行い、また、個々に配布する職員必携に明記し職員に周知されている。			
(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 項目/4項目	a・b・Ⓒ
判断した理由・総合評価			
毎月モニタリングを行い、利用者や家族に対してサービスの満足度を把握し、見直しを行っている。毎年1回はアンケートを行っていき、利用者の満足度向上に努めていく。			
(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	Ⓐ・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・Ⓑ・c
③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	4 項目/4項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
重要事項説明書に苦情相談窓口を明確に記載しており、利用者・家族に説明を行い配布している。苦情受付簿、マニュアルの整備があり対応処理がスムーズに行われるように取り組んでいる。また、定期的な業務改善会議や職員会議、ケースカンファレンスで利用者からの意見について事業所対応後に、振り返りができる機会を設けている。			

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	Ⓐ・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	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
年2回自己評価を行うとともに、法人内にサービス向上委員会が設置されており、定期的にサービス内容について評価し分析、見直しの体制づくりができています。また、定期的な業務改善会議や職員会議等でサービスに関する意見交換を行っている。			
(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。	6 項目/6項目	Ⓐ・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	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
居宅介護支援業務マニュアルが作成されており、見直しをする仕組みが整っている。マニュアル作成管理要項にも記載されている。介護支援専門員全員の周知について今後は定期的に実施確認が出来る方法を検討する必要がある。			
(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	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
法人内で記録の管理に関する規定が定められており、職員に対して研修が行われている。また、自己評価を各自が行い自己の課題分析の機会を設けている。			

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	Ⓐ・b・c
(2)	介護支援専門員の役割の説明	3 項目/3項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
説明資料として保険者のパンフレットを持参し、わかりやすく説明している。介護支援専門員の役割についても重要事項説明書にて事前に説明している。			

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 項目/3項目	Ⓐ・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	Ⓐ・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	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
利用契約にあたり、重要事項説明書・契約書を説明し適正に契約を締結している。住宅改修や福祉用具購入費は還払いになることを説明し、支給限度額を超えた部分も自己負担になること説明し、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 項目/2項目	Ⓐ・b・c
(2)	総合的な援助の方針	3 項目/3項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
利用者や家族の生活に対する意向は必ず確認し、アセスメントを行うことで支障となっている問題を明確にし、ケアプランに生かしている。			
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	Ⓐ・b・c
(2)	課題の設定と表現	3 項目/3項目	Ⓐ・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・Ⓑ・c
(4)	課題の優先順位の整理	2 項目/2項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
利用者ができることできないことを明確にし、利用者の望む生活を実現できる課題(ニーズ)をわかりやすい言葉で記載している。但し認知症等の場合、標準的な課題分析に加えた詳しい分析指標の活用はできていない。			
3 長期目標・短期目標			
(1)	長期目標の設定	3 項目/3項目	Ⓐ・b・c
(2)	短期目標の設定	5 項目/5項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
長期目標の設定に関してはわかりやすくイメージできるように記載しているが、短期目標は段階的な目標設定がしにくく、十分とは言えない。地域の多職種連携の会議やケアプランの研修会等に参加し、ケアプラン作成の技術・向上にそれぞれが取り組んでいる。			
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	Ⓐ・b・c
(2)	他法に関する情報収集と調整	2 項目/2項目	Ⓐ・b・c
(3)	サービス種別	5 項目/5項目	Ⓐ・b・c
(4)	サービス利用頻度と期間	6 項目/6項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
サービス内容は出来るだけ支援方法がわかりやすいように記載している。インフォーマルなサービスも利用できるよう考慮している。サービス時間や曜日に関してはサービス事業所の都合で変更しなければならないことがある。			

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	3 項目/3項目	Ⓐ・b・c	
判断した理由・総合評価			
利用者の生活の流れや家族の支援については十分に記載できていないケースもある。			
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	Ⓐ・b・c	
判断した理由・総合評価			
居宅サービス計画原案やサービス利用票の説明を利用料を含め利用者・家族に対して説明し同意を得ている。			
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	Ⓐ・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			
サービス担当者会議は新規・更新時必要に応じ開催している。出来るだけ全員が出席できるよう配慮し、出席できない場合は照会で意見や希望等確認し、会議で検討している。加算要件についての根拠について話し合い、記録に残す工夫をしている。			

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	7 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			
少なくとも1回/月は利用者宅を訪問し、モニタリングを行っている。各サービス事業所の利用状況も確認し、ケアプランの見直しを行っている。			

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	1 項目/2項目	a・ 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			
常にケース検討を行う体制がある。外部研修に参加した場合は必ず職員会議で伝達・研修し、共有している。法人内では定期的に研修を行っている。外部での研修参加でスーパービジョンを学ぶ機会がある。事業所内でのケース検討や個々の相談において主任介護支援専門員が中心になり、スーパービジョンの実践に取り組始めているが支援の記録については十分ではない。給付管理数が35件を上回ることがあり、業務は多忙を極めている。			

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	3 項目/3項目	Ⓐ・b・c	
判断した理由・総合評価			
利用者が入院された場合はできるだけ3日以内に必ずフェースシートを持参し、連携を図っている。退院時にはサービス事業者も出席してもらい、退院後の生活がスムーズに行われるよう配慮している。			

Ⅶ. 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	Ⓐ・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・Ⓑ・c
(3)	利用者の財産管理	3 項目/3項目	Ⓐ・b・c
(4)	利用者の権利擁護・虐待への対応	4 項目/4項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
<p>保険者が行う研修や自主的に地域での多職種連携の研修に参加し、医療・福祉サービスや地域住民が行っているサロン等の活動内容の情報を得ている。インフォーマルなサービスも視野に入れケアプラン作成しているが、サービス担当者会議に介護保険外の担当者(民生委員や隣人等)の参加はできていない。</p>			

Ⅷ. 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・Ⓑ・c
判断した理由・総合評価			
<p>法人の理念や基本方針は重要事項説明書に記載されており、職員は勿論のこと利用者や家族等に対しても周知できているが、認知症などの利用者に対しての配慮や周知についての工夫は十分でない。</p>			

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	Ⓐ・b・c
②	事業計画が職員に周知されている。	3 項目/3項目	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
<p>各年度ごと事業計画や事業所の予算が決められており、職員に周知されている。前年度の評価を行った上で見直しの必要な点を次年度の計画に取り入れるようにしている。</p>			

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	Ⓐ・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・Ⓑ・c
判断した理由・総合評価			
<p>管理者の役割と責任は運営規程等で表明している。事務分掌及び組織図等で役割の表示は行っている。法令遵守については、業務改善会議・研修を通して取組んでいる。介護支援専門員の業務内容の一覧化に取り組んだが、幅広い視点での法令遵守の項目には十分とは言えない。</p>			
(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	Ⓐ・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	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
<p>管理者は職員会議やケースカンファレンス等で率先して進行役を務め、職員の意見を取り入れサービスの質の向上に努めている。法人内に介護支援専門員部会を設置、研修を企画し職員の資質向上に努めている。</p>			

Ⅸ. 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	Ⓐ・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	Ⓐ・b・c
判断した理由・総合評価			
<p>法人内の管理部で就業状況を把握、業務内容や健康状態もチェックし、1回/年面接を行い、業務改善を行っている。訪問等で利用者及び家族等の都合で勤務変更で負担を生じると判断した場合には、労務管理の面で担当の変更も含め協議をしている。定期的に職員の健康診断・ストレスチェック等を行い、心と体の状況把握に取り組んでいる。職員の相談窓口は設置されているが、利用は低迷している。</p>			

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。	1 項目/4項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価			
緊急時・災害時の対応については法人マニュアルによって対応している。事業所内で個々の利用者の緊急連絡先については、ファイル整備したが、災害時の活用については具体的な安全確保の確認の面でまだ不十分である。各部署連絡会に出席し、感染症対策委員会の研修は受けている。			

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。	5 項目/6項目	a・ b ・c
判断した理由・総合評価			
必要な社会資源は保険者主催の研修に参加、地域の様々な機関や団体の情報を得ている。研修で得た情報は、事業所内で毎週行われる職員会議内で伝達研修が徹底されている他、法人内の職員会議等で伝達し情報の共有化が図れている。関係機関等の定期的な連絡会に担当者(主任介護支援専門員)を決めて参加し連携している。			

事業者名称(事業者番号): 坂田ケアプランセンター(2562490017)TEL 0749-55-3522
 提供サービス名: 居宅介護支援

評価年月日: 令和 5年 3月 24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: 令和 5年 3月 24日

前回評価年月日: 令和 4年 3月 18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				
IV-1-(2)	1位	事業所内訓練(OJT)を実施し、事例検討のスキルアップを図り、資質の向上を図る。	令和4年4月～ 令和5年3月	奇数月に一度事例検討会(ホワイトボードミーティング等)を行い、司会や書記、ファシリテーター等の役割について技術向上を図る。	一部達成 毎週ケースカンファレンスは開催し、課題解決の為検討は行っているものの、役割分担は行っていない、全員参加型になっている。	R5年 3月
X-2-②	2位	災害発生時に利用者の安全確保や在宅で生活できるよう事業所内で情報共有し、誰でも対応できるよう体制を整備する。	令和4年4月～ 令和5年3月	緊急連絡先やサービスの変更がないか再確認する。また、緊急時医療ケアが必要等、優先的に安否確認を行わなければならない利用者を、事業所で情報共有・支援できるようファイリングする。	一部達成 緊急連絡先やサービスの変更がないかは確認し、ファイリングし直している。緊急時安否確認が優先的に必要な利用者の抽出は行ったものの、手順等明確な物が作成されていない。	R5年 3月