

事業所名称(事業者番号): 医療法人かおり会 ケアプランさくら (2572200521) TEL 0740-25-0688
 提供サービス名: 居宅介護支援
 評価年月日: 令和6年11月 8 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

「自己評価結果表」の
「評価の着眼点」のチェック数

(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		
常に利用者本位のサービス計画を作成するようにし、事業所内でのプライバシー保護についても徹底している。		
(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。	2 項目/4項目	(a)・b・c
判断した理由・総合評価		
利用者満足向上に努め、アンケートを年に1回実施し、評価、検討を行い、結果はホームページで公表している。		
(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。	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。	3 項目/4項目	(a)・b・c
判断した理由・総合評価		
利用者の気持ちに寄り添うように努めているが、事務所が2階にあるため、高齢者に対するバリアフリーが不十分である。		

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。	2 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		
評価については毎年実施し、課題分析を行い改善に向けた計画を策定しているが、日常業務に追われるため、計画の完全履行はできない状況である。		
(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。	6 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		
業務マニュアルに沿って業務は行っている。必要があれば見直しも行っている。		
(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		
個人情報保護マニュアルにそって、利用者の記録管理については個々の責任者が責任を持って実施し、個人情報保護については研修等実施している。		

II. 介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		
市のガイドマップ等を活用し介護保険制度や介護支援専門員の役割等について説明を行っている。		

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		
利用者及び家族に対して利用契約にかかる全般的な説明および契約解除についても説明を行い承諾が得られた場合に居宅介護支援を開始している。		

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		
本人、家族にアセスメントシートを活用しアセスメントを行い、サービス担当者会議においてもサービス利用意向を確認している。利用者、家族が望む生活を目指してケアチームが目指すべき方向性が確認できる内容を記載している。		
2 課題分析		
(1) 適切な方法による課題分析の実施	5 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		
本人及び家族にアセスメントシートを使用しアセスメントを行い、その課題について分析をおこなったうえで可能な限り潜在能力が維持、発揮できるように配慮しサービス計画を作成している。		
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		
利用者及び家族のニーズに対して達成可能な短期目標、長期目標を設定している。		
4 サービス内容・種別・利用頻度と期間		
(1) サービス内容	6 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		
利用者の状態等を勘案しインフォーマルサービスや必要であれば介護保険以外のサービスも検討しながら介護保険のサービス内容、種別、利用頻度等について検討し計画に反映している。		

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			
サービス計画に基づき利用者の生活全般が把握できるように作成している。			
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	a・b・c
判断した理由・総合評価			
アセスメント等により得た情報に基づき作成したサービス計画書原案と利用料も含めて利用者、家族に説明している。			
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			
サービスの変更、更新時期にはサービス担当者会議を開催し、参加困難な場合には意見を求めている。会議内容を関係者が共有できるように欠席者には議事録を配布している。			

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			
月に1回以上は利用者宅を訪問しモニタリングを実施し目標の達成について確認している。実施後には必要があれば居宅サービス計画の見直しも検討している。			

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		1 項目/2項目	a・b・c
(2) 研修・人材育成		2 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			
外部研修に参加した場合は伝達ができるように資料を回覧している。事例検討会、内部研修も年間計画を策定し行っている。24時間連絡が取れる体制をとっている。			

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	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			
利用者が入院された場合は速やかに情報提供を行い、退院時にはカンファレンスに参加するか、担当職員より聞き取り等を実施している。			

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	2 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	4 項目/4項目	a・b・c
判断した理由・総合評価		
地域ケア会議には積極的に参加し、必要に応じて利用者の情報提供も適切に行っている。利用者のQOLの向上のために各種サービス利用や地域住民の協力も依頼している。虐待防止委員会を定期的で開催し、従業員に対して周知徹底を図っている。定期的に研修を行い虐待を疑う場合は速やかに通報するようにしている。		

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。	6 項目/10項目	a・b・c
判断した理由・総合評価		
理念、基本方針は確立されているが、職員間での討議などは現在できていない。		

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。	6 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		
毎年度事業計画は作成し、職員に周知徹底している。事業計画をわかりやすく説明した資料も作成している。		

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。	2 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		
法令順守の観点で福祉分野に限らず経営に関する研修会や勉強会に出席し、法令順守の勉強会を行っている。		
(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 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		
サービスの質の向上については職員間で連携しながら必要に応じて助言、指導等実施している。		

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 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	a・b・c
判断した理由・総合評価		
常に職員の希望が聞ける環境づくりに努め、相談しやすい工夫を行っている。有給休暇の消化についても定期的に確認している。		

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。	3 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		
事故、災害時、感染症対応についてのマニュアルを作成し、職員に周知徹底を図っている。また、安全確保、事故防止に関する研修も行っている。		

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。	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。	6 項目/6項目	○ a ・ b ・ c
判断した理由・総合評価		
関係機関、団体等の機能や連絡方法を記載した資料を活用し関係機関との連携には力を入れて取り組んでいる。		