

事業所名称(事業者番号): 鈴木ヘルスケアサービスとりいもと(2570200408) TEL 0749-21-5410

提供サービス名: 居宅介護支援

評価年月日: 2014年8月29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<br>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。                  | 3 項目/4項目       | a・ <b>b</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>a</b> ・b・c  |
| 判断した理由・総合評価  |                |                |
| ①利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施できていない。                   |                |                |
| (2) 利用者満足の上昇に努めている。  |                |                |
| ① 利用者満足の上昇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>b</b> ・c |
| 判断した理由・総合評価  |                |                |
| ①利用者満足の上昇のために懇談会を実施していない。<br>利用者満足に関して利用者参画のもとで検討会議をしていない。 |                |                |
| (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>a</b> ・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>b</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       | <b>a</b> ・b・c  |
| 判断した理由・総合評価  |                |                |
| ②苦情内容及び解決結果等を公表していない。                                      |                |                |

#### 2 サービスの質の確保

|   |          |                |
|---|----------|----------------|
| (1) 質の上昇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>a</b> ・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。               | 4 項目/5項目 | a・ <b>b</b> ・c |
| 判断した理由・総合評価   |          |                |
| ②評価結果から改善策・計画を作成できていない。   |          |                |
| (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>b</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>b</b> ・c |
| 判断した理由・総合評価   |          |                |
| ①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ない。<br>②見直しに当たり、利用者等に確認していない。 |          |                |
| (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>a</b> ・b・c  |
| 判断した理由・総合評価   |          |                |
| 状況的にできていると判断しました  |          |                |

## 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<br>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            | 2 項目/3項目       | Ⓐ・b・c  |
| (2) 介護支援専門員の役割の説明              | 2 項目/3項目       | a・Ⓑ・c  |
| 判断した理由・総合評価                    |                |        |
| (2)人生設計を利用者や家族と共に築いていく説明していない。 |                |        |

## 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                                      |          |       |
| 全員がおおむねできていると判断しました                              |          |       |

## 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   | 1 項目/2項目 | Ⓐ・b・c |
| (2) 総合的な援助の方針  | 2 項目/3項目 | Ⓐ・b・c |
| 判断した理由・総合評価  |          |       |
| 全員がおおむねできていると判断しました  |          |       |
| 2 課題分析   |          |       |
| (1) 適切な方法による課題分析の実施  | 3 項目/5項目 | Ⓐ・b・c |
| (2) 課題の設定と表現   | 2 項目/3項目 | a・Ⓑ・c |
| (3) 利用者・家族の「困りごと」に対する働きかけ  | 2 項目/4項目 | a・Ⓑ・c |
| (4) 課題の優先順位の整理   | 1 項目/2項目 | a・Ⓑ・c |
| 判断した理由・総合評価  |          |       |
| (2)意向に対して取り組むべき課題の内容が不十分。<br>(3)困りごとの分析が不十分であっても再アセスメントできていない。センター方式等活用できていない。<br>(4)優先順位の決定について工夫や配慮ができていない |          |       |
| 3 長期目標・短期目標  |          |       |
| (1) 長期目標の設定  | 2 項目/3項目 | Ⓐ・b・c |
| (2) 短期目標の設定  | 3 項目/5項目 | a・Ⓑ・c |
| 判断した理由・総合評価  |          |       |
| (2)モニタリングの達成度がわかるような具体的な記載になっていない。   |          |       |
| 4 サービス内容・種別・利用頻度と期間  |          |       |
| (1) サービス内容   | 5 項目/6項目 | Ⓐ・b・c |
| (2) 他法に関する情報収集と調整  | 1 項目/2項目 | Ⓐ・b・c |
| (3) サービス種別   | 4 項目/5項目 | Ⓐ・b・c |
| (4) サービス利用頻度と期間  | 5 項目/6項目 | a・Ⓑ・c |
| 判断した理由・総合評価  |          |       |
| (4)サービス時間・曜日が事業者の都合を優先している。  |          |       |

| 5 週間サービス計画表                        | 着眼点での<br>チェック数 | 自己評価結果         |
|------------------------------------|----------------|----------------|
| (1) 週間サービス計画表の作成                   | 1 項目/3項目       | a・ <b>b</b> ・c |
| 判断した理由・総合評価                        |                |                |
| (1) チームケアが実践できるよう、わかりやすい記載になっていない。 |                |                |
| 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>a</b> ・b・c  |
| 判断した理由・総合評価                        |                |                |
| 全員がおおむねできていると判断しました                |                |                |
| 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                  | 0 項目/1項目       | <b>a</b> ・b・c  |
| (2) サービス担当者会議                      | 3 項目/4項目       | a・ <b>b</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>a</b> ・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>a</b> ・b・c  |
| (5) サービス担当者会議録の作成                  | 1 項目/2項目       | <b>a</b> ・b・c  |
| 判断した理由・総合評価                        |                |                |
| (2) サービス担当者会議に際し、主治医の招集が不十分。       |                |                |

#### 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                               | 2 項目/3項目 | a・ <b>b</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                         | 5 項目/7項目 | a・ <b>b</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                         | 1 項目/2項目 | <b>a</b> ・b・c  |
| 判断した理由・総合評価   |          |                |
| (1) 目標の達成度の確認が不十分。<br>(2) サービスの個別援助計画を収集し参考にできていない。 |          |                |

#### 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 | <b>a</b> ・b・c |
| (2) 研修・人材育成            | 2 項目/3項目 | <b>a</b> ・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>a</b> ・b・c |
| (4) 連絡体制の確保            | 2 項目/2項目 | <b>a</b> ・b・c |
| 判断した理由・総合評価            |          |               |
| 全員がおおむねできていると判断しました    |          |               |

#### VII. 医療連携

| 1 医療連携              |          |               |
|---------------------|----------|---------------|
| (1) 入退院に伴う医療連携      | 2 項目/3項目 | <b>a</b> ・b・c |
| (2) 主治医との連携         | 2 項目/3項目 | <b>a</b> ・b・c |
| 判断した理由・総合評価         |          |               |
| 全員がおおむねできていると判断しました |          |               |

## VIII. 地域連携

| 1 地域連携   |  | 着眼点での<br>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  |  | 2 項目/4項目       | a・b・c  |
| (3) 利用者の財産管理   |  | 1 項目/3項目       | a・b・c  |
| (4) 利用者の権利擁護・虐待への対応  |  | 1 項目/4項目       | a・b・c  |
| 判断した理由・総合評価  |  |                |        |
| (2) 地域住民活動の情報を提供及び居宅サービス計画書に位置づけられていない。<br>(3) 財産管理の支援者を居宅サービス計画書に位置づけられていない。<br>(4) 虐待の理解が不十分、地域で孤立しないような働きかけをチームで行っていない。 |  |                |        |

## 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。  |  | 5 項目/10項目 | a・b・c |
| 判断した理由・総合評価  |  |           |       |
| ① 理念・基本方針の周知を目的としてテーマを設定し、討議していない。<br>認知症などの利用者に対して周知の方法に工夫や配慮していない。周知状況の確認、継続的取組をしていない。 |  |           |       |

### 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。      |  | 5 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                |  |          |       |
| ① 評価に基づいて計画の再確認や見直しをしていない。 |  |          |       |

### 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  |  |          |       |
| ① 有事(事故・災害等)における管理者の役割と責任について明確化できていない。<br>② 遵守すべき法令等についてリスト化できていない。具体的な取組を行っていない。 |  |          |       |
| (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。   |  | 3 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  |  |          |       |
| ① 指導力を発揮できていない。サービスの質の向上について体制を構築し、積極的に参画していない。<br>② 人事、労務、財務等分析し、具体的な取組をしていない。    |  |          |       |

## 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。                                |  | 4 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  |  |          |       |
| ① 職員の意見、就業状況を分析できていないし、改善策も検討できていない。<br>② 職員の悩みに対して、解決に向けた体制が整備されていない。 |  |          |       |

## 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<br>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>b</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>b</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。                | 3 項目/4項目       | a・ <b>b</b> ・c |
| 判断した理由・総合評価   |  |                |                |
| ①安全確保に関する検討会を開いていない。リスクの種類別に責任者・役割を明確にしていない。<br>②安否確認の方法を決め、周知できていない。避難について決められていない。<br>③事例の収集、安全確保のために評価・見直しを行っていない。 |  |                |                |

## 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 | <b>a</b> ・b・c  |
| ②                            | 関係機関等との連携が適切に行われている。 | 4 項目/6項目 | a・ <b>b</b> ・c |
| 判断した理由・総合評価                  |                      |          |                |
| ②関係機関等と定期的な連絡会や具体的な取組をしていない。 |                      |          |                |

事業者名称(事業者番号): 鈴木ヘルスケアサービスとりいもと(2570200408) TEL 0749-21-5410  
 提供サービス名: 居宅介護支援

評価年月日: 2014年8月29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: 2014年8月29日

前回評価年月日: 年 月 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<br>(○年○月<br>～○年○月ま<br>で) | 改善に向けた具体的<br>な行動   | 達成度評価 | 次期<br>評価<br>実施<br>時期 |
|--------------------|------|------------------------------|---------------------------------|--|-------|----------------------|
| 評価項目<br>番号         | 優先順位 | 内 容                          |                                 |  |       |                      |
| VIII 1<br>(4)      |      | 高齢者虐待の定義を知り、連携を行えるように取組を理解する | 平成26年8月<br>～<br>平成27年7月         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待の定期を知る</li> <li>・種類・行為を具体的に確認する。</li> <li>・連携方法を確認し、利用者の状況から虐待の有無を判断できる</li> <li>・虐待が疑われる場合には、市町村・地域包括等と連携できる</li> </ul> |       |                      |