自己評価結果表（居宅介護支援）

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）	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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・研修を実施している。	
☑	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
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	2 /４項目
☑	利用者満足に関する調査を定期的に行っている。	
□	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。	
☑	分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。	
□	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。	3 /３項目
☑	利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。	
☑	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。	
☑	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。	5 /６項目
☑	苦情解決の体制を整備している。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	
□	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
☑	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。	
☑	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。	
□	対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。	
☑	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□にチェック）	
☑	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。	
☑	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	
☑	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。	4 /5項目
☑	職員の参画により評価結果の分析を行っている。	
☑	分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。	
☑	職員間で課題の共有化が図られている。	
☑	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。	
□	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。	6 /6項目
☑	業務マニュアルが作成されている。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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
□	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。	
☑	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
□	記録管理の責任者が設置されている。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。	
☑	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
☑	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。	
☑	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。	
☑	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）		３ /３項目
☑	要援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
☑	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。	
☑	介護支援専門員が一方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
☑	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。	
☑	単にサービスの利用を目標にしていない。	
☑	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
☑	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。	
☑	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。	
☑	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書を立てる際の指標となっている。	
☑	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。	
☑	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		6 /６項目
☑	目標を達成するために必要な援助内容になっている。	
☑	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。	
☑	利用者及び家族が理解できる用語で記載している。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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
☑	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。	
☑	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
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	サービス導入後の変化を予測できている。	
☑	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□にチェック）		3 /３項目
☑	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。	
☑	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。	
☑	「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
☑	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
☑	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
☑	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。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	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
☑	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。	
☑	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
☑	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。	
☑	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
☑	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。	
☑	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
☑	少なくても月に1回は利用者宅を訪問し、利用者・家族に面接している。	
☑	月に1回はモニタリングの結果を記録している。	
☑	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
☑	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。	
☑	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。	
☑	生活ニーズの充足状況を確認している。	
☑	目標(長期目標及び短期目標)の達成状況を確認している。	
☑	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。	
☑	事業所間の連携状況を、確認している。	
☑	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
☑	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。
☑	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
☑	毎月の給付管理数が３５件を上回っていない。
☑	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
☑	介護支援専門員の研修は個別に計画的かつ定期的に実施している。
☑	研修で学んだことを職場内で共有している。
☑	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
☑	専門的訓練の必要性を理解している。
☑	専門的訓練を受けられる体制作りができている。
（４）連絡体制の確保	2 /２項目
☑	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。
☑	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
☑	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。
☑	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配慮している。
☑	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	3 /３項目
☑	利用者や家族の同意を得て主治医を確認している。
☑	初めての主治医には面談を申し入れ、連携を図っている。
☑	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	2 /２項目
☑	地域ケア会議の役割を理解している。
☑	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	4 /４項目
☑	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。
☑	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。
☑	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。
☑	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）	3 /３項目
☑ 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。	
☑ 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。	
☑ 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	4 /４項目
☑ 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。	
☑ 虐待の定義について理解している。	
☑ 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。	
☑ 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。	

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・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
☑ 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。	
☑ 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。	
☑ 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。	
☑ 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。	
☑ 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。	
☑ 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。	
☑ 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。	
☑ 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。	
□ 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。	
□ 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
☑ 各年度における事業内容が具体的に示されている。	
☑ 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。	
☑ 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	
☑ 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。	
☑ 事業計画を踏まえた予算書が策定されている。	
☑ 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。	
☑ 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。	
☑ 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
☑ 各計画を配付し、会議や研修において説明している。	
☑ 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。	
☑ 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。	2 /2項目
評価の着眼点（該当する場合は□にチェック）	
☑	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。
☑	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
☑	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。
☑	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。
☑	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
☑	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。
☑	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。
☑	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。
☑	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。	4 /4項目
☑	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。
☑	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。
☑	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。
☑	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。	6 /6項目
☑	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。
☑	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。
☑	分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。
☑	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。
☑	定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。
☑	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。	3 /3項目
☑	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。
☑	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。
☑	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）	
☑	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。	
☑	検討会には、現場の職員が参加している。	
☑	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。	
☑	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
☑	災害時の対応体制が決められている。	
☑	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。	
□	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
☑	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。	
□	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。	
☑	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。	
□	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
☑	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。	
☑	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。	6 /6項目
☑	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
☑	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。	
☑	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。	
☑	地域に適当な関係機関・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。	
☑	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。	
☑	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。	