

(様式1)

自己評価票 (参考例)

項 目	実施している内容・実施していない内容 (実施していない内容)	〇印 (取組んでいる項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
1. 理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
1	〇地域密着型サービスとしての理念 地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている		
2	〇理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる		
3	〇家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にした理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる		
2. 地域との支えあい			
4	〇隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ちあいができるような日常的に努めている		

※ は、外部評価との共通項目。

以下、(中略)

項 目	取 り 組 み の 成 果 (該当する箇所を○印で囲むこと)
V. サービスの成果に関する項目	
88 職員は、利用者の思いや願いや、暮らし方の意向を掴んでいる	①ほぼ全ての利用者の2/3くらいが ②利用者の1/3くらいが ③ほとんど掴んでいない ④ほとんどない
89 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごさず場面がある	①毎日ある ②教日に1回程度ある ③たまにある ④ほとんどない
90 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	①ほぼ全ての利用者が2/3くらいが ②利用者の1/3くらいが ③ほとんどない ④ほとんどない
91 利用者は、職員が支援することでき生き生きとした表情や姿がみられている	①ほぼ全ての利用者が2/3くらいが ②利用者の1/3くらいが ③ほとんどない ④ほとんどない
92 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	①ほぼ全ての利用者が2/3くらいが ②利用者の1/3くらいが ③ほとんどない ④ほとんどない
93 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている	①ほぼ全ての利用者が2/3くらいが ②利用者の1/3くらいが ③ほとんどない ④ほとんどない

以下、(略)

(様式2)

小規模多機能型居宅介護事業所に係る情報提供票

(平成 年 月 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	<u>事業主体名</u>	
	<u>代表者名</u>	
	研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
	上記の者以外が受講している場合	氏名 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

--

3) 介護予防事業所としての指定状況

<input type="checkbox"/> 指定介護予防小規模多機能型居宅介護
--

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒	TEL
		FAX
<u>交通の便</u> (最寄りの交通機関等)		
開設年月日	平成 年 月 日	<u>登録定員等</u>
		登録定員 () 人 通いサービスの利用定員 () 人 宿泊サービスの利用定員 () 人

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型 ()
<u>建物構造</u>	() 造り (階建ての 階部分)
<u>広 さ 等</u>	敷地面積 () m ² 延床面積 () m ² 居間及び食堂の面積 () m ² 宿泊室について 個室 () 室 1室当たりの居室面積 () m ² 個室以外の宿泊室 () 室 個室以外の宿泊室の合計面積 () m ²

6) 営業時間等

<u>営業時間</u>	通いサービス () 時 ~ () 時 宿泊サービス () 時 ~ () 時 訪問サービス 24時間
<u>通常の事業の実施地域</u>	

7) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>食費</u>	朝食 () 円 昼食 () 円 夕食 () 円 おやつ () 円	
<u>宿泊費</u>	() 円	
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名目	徴収方法	金額(円)
①おむつ代		
②その他		
・		
・		
・		

8) 登録者の概要

現在の登録者の状態	登録人数 (名) (男性 (名) 女性 (名))
※介護予防指定小規模多機能型居宅介護を提供している場合、要支援者の数を記載すること	要介護1 (名) 要介護2 (名) 要介護3 (名) 要介護4 (名) 要介護5 (名) 要支援1 (名) 要支援2 (名)
	年齢 (平均 歳) (最低 歳) (最高 歳)
	<u>サービス利用に当たっての留意事項</u>

10) その他

協力医療機関名	
運営推進会議の設置状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況（ 月に 回） メンバー構成（役職等）
市町村との連携状況	
介護相談員 [※] 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有（具体的にご記入下さい。）
	<input type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 （市町村が受理した日）	平成 年 月 日

注) 「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」（平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知）に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場において、サービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

（記入上の留意事項）

- 1 「」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 2 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること
- 3 7) において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。
- 4 下線部（ ）については、介護保険法施行規則第131条の10第1項第3号に該当する事項であることから、変更があった場合には、10日以内に届け出る必要がある。

(様式3)

認知症対応型共同生活介護事業所に係る情報提供票

(平成 年 月 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	<u>事業主体名</u>	
	<u>代表者名</u>	
	研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
	上記の者以外が受講している場合	氏名 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

--

3) 認知症対応型共同生活介護事業所以外に事業所として指定等を受けている事業及び加算

<input type="checkbox"/> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 医療連携体制加算 <input type="checkbox"/> 短期利用型共同生活介護

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒			TEL
				FAX
交通の便 (最寄りの交通機関等)				
開設年月日	昭和・平成 年 月 日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	() ユニット	利用定員 () 人
<u>事業所の併設施設 (併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)</u>				

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	() 造り (階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 () m ² 延床面積 () m ² 1室当たりの居室面積 () m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		() 円	
敷金		<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無 (入居時一時金)</u>		<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input type="checkbox"/> 無
	有りの場合 保全措置の内容		
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間:)	<input type="checkbox"/> 無
<u>食材料費</u>		朝食 () 円	昼食 () 円
		夕食 () 円	おやつ () 円
		又は1日 () 円	
<u>その他の費用と徴収方法</u>			
名目	徴収方法		金額(円)
①理美容代			
②おむつ代			
③その他			
・			
・			
・			

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態 ※介護予防指定認知症対応型 共同生活介護を提供してい る場合、要支援者2の数を 記載すること	利用人数 (名) (男性 (名) 女性 (名))		
	要介護1 (名)	要介護2 (名)	要介護3 (名)
	要介護4 (名)	要介護5 (名)	要支援2 (名)
	年齢 (平均 歳) (最低 歳) (最高 歳)		
<u>利用に当たっての条件</u>			
退居に当たっての条件			
開設以来の退居者数	人数 () 人	退居先	
	主な理由	()	()
	・	()	()
	・	()	()
	・	()	()

8) その他

<u>協力医療機関名</u>	
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input type="checkbox"/> 契約 (契約先名称)
運営推進会議の設置状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 (月に 回) メンバー構成 (役職等)
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入下 さい。)	
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。)
	<input type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 年 月 日

注) 「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」(平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知)に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場において、サービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

(記入上の留意事項)

- 「」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること。
- 7) において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。
- 下線部 () については、介護保険法施行規則第131条の10第1項第4号に該当する事項であることから、変更があった場合には、10日以内に届け出る必要がある。なお、計画作成担当者については、介護支援専門員である場合についてのみ、届け出が必要となるものである。

(様式4)

利用者家族等アンケート用紙

(小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所共通)

以下の質問について、小規模多機能型居宅介護事業所またはグループホーム（以下「事業所」という。）を利用されているご家族（ご本人）についてうかがいます。当てはまる番号に○をつけてください。

(1) 職員は、ご家族の困っていること、不安、求めていること等の話をよく聞いていますか？

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. よく聞いてくれる | 2. まあ聞いてくれる |
| 3. あまり聞いてくれない | 4. 全く聞いてくれない |

(2) 事業所でのご本人の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、ご家族に報告がありますか？

- | | | | |
|---------|-----------|-----------|---------|
| 1. よくある | 2. ときどきある | 3. ほとんどない | 4. 全くない |
|---------|-----------|-----------|---------|

(3) 職員は、ご本人の介護計画をご家族にわかりやすく説明し、一緒に、内容に関する話し合いをしていますか？

- | |
|--------------------|
| 1. 説明を受け一緒に話し合っている |
| 2. 説明は受けたが話し合っていない |
| 3. 説明も話し合いもない |

(4) 職員は、ご本人の思いや願い、要望等をわかってくれていると思いますか？

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. よく理解している | 2. まあ理解している |
| 3. 理解していない | 4. わからない |

(5) 職員は、ご家族やご本人のその時々々の状況や要望に合わせて、柔軟な対応をしていますか？

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. よく対応してくれる | 2. まあ対応してくれる |
| 3. あまり対応してくれない | 4. 全く対応してくれない |

(6) 事業所のサービスを利用することで、ご本人の生き生きとした表情や姿が見られるようになりましたか？

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. よく見られる | 2. ときどき見られる |
| 3. ほとんど見られない | 4. わからない |

(7) ご本人は、職員に支援されながら、戸外の行きたいところへ出かけていますか？

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. よく出かけている | 2. ときどき出かけている |
| 3. ほとんど出かけていない | 4. わからない |

(8) 事業所のサービスを受けていて、健康面や医療面、安全面について心配な点はないですか？

- | | | | |
|---------|----------|---------|----------|
| 1. 全くない | 2. あまりない | 3. 少しある | 4. 大いにある |
|---------|----------|---------|----------|

(9) 通いの場やグループホームは、ご家族が気軽に訪ねて行きやすい雰囲気ですか？

- | | |
|------------|------------|
| 1. 大変行きやすい | 2. まあ行きやすい |
| 3. 行き難い | 4. とても行き難い |

(10) ご家族から見て、職員は生き生きと働いているように見えますか？

- | |
|--------------------|
| 1. 全ての職員が生き生きしている |
| 2. 一部の職員のみ生き生きしている |
| 3. 生き生きしている職員はいない |

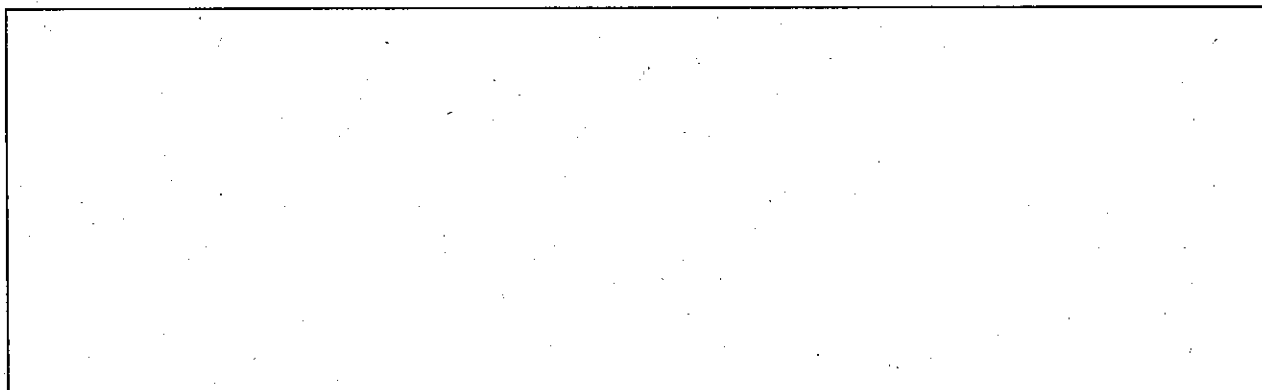
(11) ご家族から見て、ご本人は今のサービスに満足していると思いますか？

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 満足していると思う | 2. どちらともいえない |
| 3. 不満があると思う | 4. わからない |

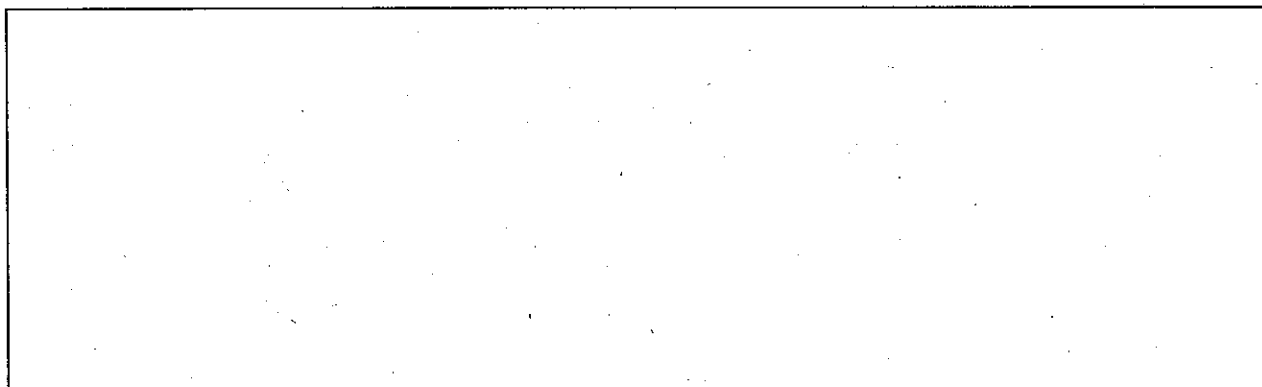
(12) ご家族は、今のサービスに満足していますか？

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. 大変満足している | 2. まあ満足している |
| 3. 少し不満がある | 4. 大いに不満がある |

- 利用されている事業所の良い点、優れている点などをご自由にお書き下さい。



- 利用されている事業所に改善して欲しい点、気になる点などをご自由にお書き下さい。



ご協力ありがとうございました。

(様式5)

調査報告書

訪問調査日	年 月 日
調査実施の時間	開始 時 分 ～ 終了 時 分

訪問先事業者名 _____
 調査実施の時間 (_____)

外部評価項目構成

項目数	
11	I. 理念に基づく運営
2	1. 理念の共有
1	2. 地域との支えあい
3	3. 理念を実践するための制度の理解と活用
3	4. 理念を実践するための体制
2	5. 人材の育成と支援
2	II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援
1	1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応
1	2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援
6	III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント
1	1. 一人ひとりの把握
2	2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し
1	3. 多機能性を活かした柔軟な支援
2	4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働
11	IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援
9	1. その人らしい暮らしの支援
2	2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり
30	合計

評価調査員の氏名 _____
 氏名 _____
 氏名 _____

事業所側対応者 _____
 職名 _____
 氏名 _____
 ヒアリングを行った職員数 (_____) 人

※記入方法
 ●「取り組みの事実」欄は、ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入してください。
 ●「取り組みを期待したい項目」欄は、今後、さらに工夫や改善が必要と思われる項目に○をつけてください。
 ※項目番号について
 ●外部評価項目は30項目です。
 ○「外部」にある項目番号が外部評価の通し番号です。参考にしてください。
 ○「自己」にある項目番号は自己評価で該当する番号です。参考にしてください。
 ※用語について
 ●家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含む。(他に「家族」に限定する項目がある)
 ●運営者 = 事業所の具体的な経営・運営に関わる決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)
 ●職員 = 「職員」には、管理者および非常勤職員を含む。
 ●チーム = 一人の個人を関係者が連携し、共通認識で取り組むという意。
 関係者とは管理者・職員はもとより、家族、かかりつけ医、関係者を含む。
 関係者を含む。

1. 調査報告概要表

作成日 平成 年 月 日

【評価実施概要】

事業所番号	
法人名	
事業所名	
所在地	(電話)

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	評価確定日

【情報提供項目より】(年 月 日 事業所記入)

(1) 組織概要

開設年月日	
職員数	人 常勤 人、非常勤 人、常勤換算 人

(2) 建物概要

建物構造	造り
	階建ての ~ 階部分

(3) 利用料金等 (介護保険自己負担分を除く)

宿泊費(1泊)	円	程度
食材料料費	朝食	円 昼食
	夕食	円 おやつ
その他日常生活において必要な費用	1日につき、およそ	円 ~ 円程度

(4) 登録者の概要

登録人数	名	男性	名	女性	名
要介護1		要介護2			
要介護3		要介護4			
要介護5					
要支援1		要支援2			
年齢 平均	歳 最低			歳 最高	歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	
---------	--

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

--

【重点項目への取組状況】

重点項目①	前回評価での主な改善課題とその後の取組、改善状況(関連項目:外部4)
重点項目②	今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4)
重点項目③	運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取組み(関連項目:外部4、5、6)
重点項目④	家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部7、8)
	日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)

1. 調査報告概要表

作成日 平成 年 月 日

【評価実施概要】

事業所番号	
法人名	
事業所名	
所在地	(電話)

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	評価確定日

【情報提供項目より】(年 月 日 事業所記入)

(1) 組織概要

開設年月日	昭和・平成 年 月 日
ユニット数	ユニット 利用定員数計 人
職員数	人 常勤 人、非常勤 人、常勤換算 人

(2) 建物概要

建物構造	階建ての 造り 階部分
------	-------------

(3) 利用料金等 (介護保険自己負担分を除く)

家賃(暫定)	有 (円) 無 (円) その他(月額) 円
保証金の有無 (1月・給付)	有 (円) 無 (円) 有りの場合 有 / 無
食材料料費	朝食 円 昼食 円 夕食 円 おやつ 円
	または1日当たり 円

(4) 利用者の概要 (月 日現在)

利用者数	名 男性 名 女性 名
要介護1	要介護1 名
要介護2	要介護2 名
要介護3	要介護3 名
要介護4	要介護4 名
要介護5	要介護5 名
要支援1	要支援1 名
要支援2	要支援2 名
年齢	平均 歳 最低 歳 最高 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	
---------	--

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

--

【重点項目への取組状況】

重点項目①	前回評価での主な改善課題とその後の取組、改善状況(関連項目:外部4)
重点項目②	運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取組み(関連項目:外部4、5、6)
重点項目③	家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部7、8)
重点項目④	今回の自己評価に対する取組み状況(関連項目:外部4)
重点項目④	日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)

2. 調査報告書

主任調査員氏名 _____ / 同行調査員氏名 _____

外部評価	自己評価	項 目	(実施している内容・実施していない内容) 取り組みの事実	○印 (取り組みを期待したい項目)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
1. 理念に基づく運営					
1. 理念と共有					
1	1	○地域密着型サービスとしての理念 地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている			
2	2	○理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し理念の実践に向けて日々取り組んでいる			
2. 地域との支えあい					
3	5	○地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一人一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている			
3. 理念を実践するための制度の理解と活用					
4	7	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的に取組んでいる			

※ は、重点項目。

以下、(中略)