

平成 25 年度

福祉サービス第三者評価 報告書

社会福祉法人こうほうえん

小規模多機能型居宅介護

「デイハウスくずも」

2014年6月16日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
実施概要	1
Ⅰ 組織マネジメント項目	3
Ⅱ サービス提供のプロセス項目	13
Ⅲ サービスの実施項目	18
総評	23

(添付資料)

◆利用者調査 集計結果

【実施概要】

1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成 25 年 9 月 1 1 日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①経営層自己評価 平成 25 年 9 月 1 1 日～平成 26 年 1 月 3 1 日
 - ②職員自己評価 平成 26 年 1 月 1 4 日～1 月 3 1 日
 - ②利用者調査 平成 26 年 1 月 1 4 日～1 月 3 1 日
 - ③事業所訪問調査 平成 26 年 3 月 1 1 日～3 月 1 2 日

2. 評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 アンケート方式
- (2) 調査対象者数 利用者 2 1 名

4. 評価調査者

新津 ふみ子（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）
鳥海 房枝（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）

5. 評価決定合議日

平成 26 年 4 月 30 日

6. 本評価に関する問い合わせ

- (1) 本評価調査責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 新津 ふみ子
- (2) 評価責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津 ふみ子
- (3) 連絡先

NPO 法人メイアイヘルプユー事務局

〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-31-9 シーバード五反田 401

電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(○○●)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	○あり ●なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(●●)	
	評価	標準項目
	○あり ●なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	○あり ●なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(○○○)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○非該当

カテゴリー1の講評

理念、基本方針、行動基準を定め、常にこれを意識するための取り組みがある

本事業所は2006(平成18)年4月の介護保険法改正と同時期に設立されている。法人の理念・基本方針を遵守するよう所内に掲示し、職員の行動基準(理事長が制定)を掲げた冊子『互恵互助』を職員に配付している。『互恵互助』は、毎日のミーティングで、理念、基本方針、年度ごとのスローガンとともに唱和している。職員が人事考課時に個人目標を定める際も『互恵互助』を意識し、6カ月ごとに再評価するしくみとするなど、常に理念、基本方針を意識する機会をつくっている。なお、利用者には広報誌の送付にとどまり、取り組みは弱いとしている。

事業所の「売り」を管理者中心に職員一丸となって実践することを課題としている

管理者の職務は「職務権限表」に明示し、所内に掲示している。今回の第三者評価を機に独自に作成した組織図には全職員名を記し、担当する業務内容を明示して役割認識を促している。2013(平成25)年5月に着任した現管理者は、まだ管理者の役割実践が不十分としている。職員調査でも肯定率は低い。利用率が低迷するなか、事業所の「売り」を模索して全職員参加のグループ討議を実施し、アピール点をまとめた。このアピール点の内容を推進するための優先事項について、さらなる検討を期待する。

法人は「本部」「各エリア」「同事業」など各レベルでの意思決定の手順を定めている

法人は、重要案件とその意思決定の場、手順について明確化している。法人全体にわたる検討には、経営層会議、エリア代表者会議、各種委員会、エリア会議(各エリアの取り組みを検討)がある。これらの会議には、本事業所の管理者が参加している。法人内の同事業に関する情報交換や課題の共有はステップアップ会議で行う。この会議の議事録は回覧や職員会議で職員に報告しているが、職員調査では周知状況に課題がある。利用者への周知では、制度変更等は訪問して説明するとともに、本事業所独自の情報発信『くずも便り』の充実を期している。

2 経営における社会的責任		
サブカテゴリ-1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	
サブカテゴリ-2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(●●●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	

カテゴリー2の講評

法人・本事業所として規範・倫理の規定をつくり、周知に取り組んでいる

福祉サービスの従事者として遵守すべき規範・倫理は、法人の冊子(互恵互助)や「職員倫理綱領」「就業規則」に明示している。本事業所では、主に新人職員教育に活用する「介護手引書」を作成し、介護時の心構えなどを明記した。人権・プライバシーに関する法人研修は1名が受講し、その内容を職員会議で報告して職員への周知に取り組んでいる。本年度の部門目標(事業計画)として「接遇マニュアル」の理解と実践を取り上げ、自覚を促すために10月から「接遇自己チェック表」を作成し、月1回チェックしている。さらなる活用は、今後の課題である。

事業の透明性について強く意識した先駆的な取り組みがある

法人の方針として「事業の透明性」を強く意識して先駆的に取り組み、第三者評価も継続的に受審している。本事業所では、義務化されている外部評価を2年に1回受け、公表している。ホームページに決算、監査報告を掲載し、また法人独自のオンブズマンである「ふれあいの橋の会」が年1~2回本事業所を訪問し、利用者との懇談の機会を持っている。地域の関係者に向けた法人の活動紹介・情報発信のための広報誌は、法人の委員会で検討し、エリアごとに毎月発行している。本事業所の掲載が少ないことが残念である。

地域との交流に取り組んでいるが、関係機関とのネットワークづくりが課題である

本事業所の2階は地域交流スペースであり、子どもから高齢者まで年間約120日の利用がある。民生委員主催の高齢者向けサロンが年8回実施されるなど活発である。町内の自治会に入会し、年3回地区の溝掃除・道路清掃に参加、また地域と防災協定を結び、防災訓練に参加するなど地域との交流に努めている。地域の関係機関とのネットワークづくりの機会は、地域包括支援センター主催の「居宅事業所連絡会」に管理者が参加しているが、職員調査では「関係機関との連携状況」の肯定率が低い。ボランティアの受け入れも、方針が定まっていない。

カテゴリ-3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ-1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇●●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-3の講評		
<p>利用者の意向を把握する多様な取り組みはあるが、さらに記録・報告書の検討を期待する</p> <p>法人として大切にしたい価値観の一つ「苦情は財産」を明示し、利用者の意向の把握に努めている。苦情受付窓口は重要事項説明書に掲載して利用契約時に説明し、事業所玄関にも掲示している。法人直通フリーダイヤル、意見箱の設置のほか、オンブズマン「ふれあいの橋の会」の訪問もある。意見・要望・苦情は職員間ですぐ話し合い対応する方針で臨み、利用者個人記録にも記載して引き継いでいる。しかし、苦情の受付はヒヤリハットとしては位置づけていないため、文書・報告書は作成していない。苦情受付に関する取り組みの明確化が求められる。</p> <p>事業所独自に「利用者の意向調査」を実施し、改善に取り組んでいる</p> <p>利用者の意向を把握するため、法人では年1回「利用者アンケート」を実施し、結果は広報誌に掲載される。本事業所では職員会議でも報告し、改善に取り組んでいる。事業所独自の取り組みとして、ケアプランの説明時や日常の支援から利用者の意向を把握するとともに、2013(平成25)年10～11月に改めて意向調査を実施した。結果をミーティングで検討し、送迎時の配車時間の変更、食事への要望を受け止め改善した。利用者調査では「不満・要望を気軽に言えるか」「不満・要望への対応」の肯定率が83.3%と高い。</p> <p>事業所の「売り」を明確化し、地域の福祉ニーズの把握に取り組むことが課題である</p> <p>事業所の「運営推進会議」に参加する民生委員、地域包括支援センター職員が、地域の情報を得る主な窓口となっている。現在は地域との交流の機会も行事程度にとどまっているので、今後は美容院、スーパーマーケットにも範囲を広げ、事業所を周知したい意向がある。事業所の「売り」を明確化し、その上で地域の関係機関との連携を深め、地域ニーズを掘り起こすことが求められる。福祉制度・事業の動向は法人内の各種会議で把握できるが、地域の福祉ニーズの把握・分析が不十分であることを課題としている。</p>		

カテゴリー4		
4 計画の策定と着実な実行		
サブカテゴリー1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 9/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		評点(○○○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(○○○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

3/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(○○○●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー4の講評

年間計画は策定しているが、実施状況に関する現状分析が課題である

法人として「中・長期計画」を策定し、この方針を受けて各エリアで方針(エリアとして目指す状態とエリアとしての活動)が定められ、その内容を受けて事業所としての取り組みを決めている。2013(平成25)年度前期の評価では、目標達成できている計画とほとんど取り組めていない計画があるが、なぜ取り組めていないのかの要因分析が不十分で、次期に向けた改善点の検討も具体性に乏しい。実践的な課題・計画の策定に向けた現状分析を行うことが、今後の課題である。

計画策定から進捗確認までの体制はあるが、現場の意向の反映等の強化が課題である

法人が計画策定の時期と手順を定めている。計画策定について職員会議で話題にすることはあるが、エリア部門としておおよその方針が決まっているため、現場の意向をあまり反映できないとしている。職員調査では「課題の明確化と策定にあたり現場の意向を反映する取り組み」の肯定率が低い。一方、利用者の意向は計画策定に反映させ、地域ニーズの反映として防災訓練などにも取り組んでいる。計画の進捗状況は、毎月のエリア調整会議で報告している。利用率が低迷傾向にあり、先駆的な事例を参考にするなどの取り組み強化が必要である。

事業所の特性から発生する複雑なリスクへの対応の充実が課題である

安全対策については法人・エリアとして各委員会を定め、リスクマネジメントに関する体制を明確にしている。また、災害・感染・事故・緊急時の対応はマニュアル化している。事故発生時は現場を確認した上で要因分析し、再発防止策を検討して「いろんなこと報告書」に記載している。職員調査では「事故・感染症・災害などの発生時でもサービスが継続できる体制づくり」を全職員が課題視している。エリア内の他事業所などからの支援体制に加え、本事業の特性を踏まえて複雑なリスクがあることを想定した対策づくりが課題である。

カテゴリー5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリー1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(0000●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを越えた場合の対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(○○●●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
○あり ●なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
○あり ●なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
カテゴリ-5の講評		
<p>本事業のサービスの多様性に配慮した人員配置を行い、充実している</p> <p>法人では人事制度に関する方針を明示し、人事考課制度を導入している。法人は定期採用を基本として人材育成に力を注ぎ、年度途中の採用は「人財会議」で検討される。本事業所のサービスの多様性に配慮し、職員には経験者が常勤換算10名で配置されている。職員の平均在職年数は3.8年、平均年齢42歳(24～64歳)と、落ち着いた職場雰囲気である。介護職は全員が常勤職員で、看護師の配置も2名(うち1名は月16日勤務)と充実している。調理員は非常勤職員で4.5時間/日の勤務である。一方、育児休暇の職員補充がない等の課題がある。</p> <p>法人には研修体系が構築され、目標管理の体制もあるが、その十分な活用が課題である</p> <p>法人が大切にしている価値観の一つに「職員こそ大事」があり、本部に教育研修部を設置して専任者を配置し、キャリア・経験年数等に対応した研修体系を構築して計画的に実施している。目標管理では「人事考課シート」を活用し、上司が面接して研修や資格取得の希望を職員に確認しているが、十分な話し合いはできていないと評価している。事業所内で研修参加者の報告会を開催し、周知・共有化することがあり、また職員の気づき等もミーティングなどで話し合うことがある。法人の「研究発表会」でも毎年報告している。</p> <p>職員のやる気の向上のため、事業所の方向性の検討が求められる</p> <p>職員調査で「職員のやる気と働きがいの向上」は全職員に課題視された。この課題への取り組みとして、提供する主なサービス項目ごとに検討し、事業所の「アピール点」をまとめている。身体ケアに加え、活動、リハビリテーション、楽しみの部分まで充実させたい、また看とりをする方向性を定めた。一方で、利用者調査の満足度は高い。この両者のずれの検討が必要である。サービス終了に関する分析が不十分であること、本事業の特性を確認すること、本事業所のベテラン職員の活用を意識した取り組み・方針の策定が「やる気向上」の視点からの課題である。</p>		

カテゴリ7		
7	情報の保護・共有	
サブカテゴリ1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ7の講評		
職員個別のパスワード設定などによる情報保護の取り組みがある 職員個別のパスワードを設定し、情報へのアクセス権限を明確にしている。情報の使用目的によってもアクセスは制限される。法人本部が発信するメールは各階層・委員会ごとに配信されるが、重要情報は職員別パスワードで管理されている。紙媒体で伝達する情報は「社外秘」として取り扱われ、保管が必要な紙ベースの文書は、課題別・分野別にファイルされている。情報の管理は、法人本部の「IT委員会」で検討している。情報の更新はIT委員会による更新ルールの設定により担当者が実施する。また、ISO管理による情報更新もしている。		
個人情報保護規程を策定し、その内容は研修等により周知している 個人情報保護法の趣旨を踏まえて「個人情報保護規程」を策定している。この規程には、個人情報保護の基本方針、情報の利用目的・開示請求について明示されている。個人情報保護の基本方針は所内に掲示し、利用者には文書を配付して説明し、同意を得ている。ボランティアや実習生にも個人情報保護の理念等を説明しているが、誓約文書は交わしていないので、今後は取り組みたい意向がある。わかりやすい契約文書の作成を期待する。現任職員については、法人内・エリア内研修への参加とともに、年2回の人事考課面接で確認している。		

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ-6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ-1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1		評点(0000)	
利用希望者等に対してサービスの情報を提供している			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当	
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当	
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当	
サブカテゴリ-1の講評			
<p>事業所の情報は「ホームページ」「パンフレット」などで提供している</p> <p>利用希望者や地域に向けて情報提供する媒体は、法人のホームページ、事業所独自作成のパンフレットなどである。パンフレットは開設時に作成したもので、文字も大きく小規模多機能型居宅介護サービスの特徴をわかりやすく説明し、利用料金も明示しているが、さらに事業所の「売り」「強み」を加味してリニューアルすることを期待する。パンフレットは、周辺の居宅介護支援事業所など関係機関約20カ所に置いている。事業所の活動を紹介するリーフレットを季刊で発行すべく、第1号を作成したところである。管理者は今後これを充実させたい意向である。</p> <p>利用希望者には、まず「体験利用」を勧めている</p> <p>利用希望者・見学希望者には、管理者が勤務調整して対応している。その際には、小規模多機能型居宅介護サービスの特徴を中心に、利用料金についても具体的に説明している。特に、利用希望者には契約前に体験利用を勧め、1日体験利用の後に、利用するか否か判断してもらっている。利用者のうち約90%が、この体験利用を経て契約に至っている。</p>			
	サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/7
評価項目1		評点(000)	
サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当	
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当	
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当	

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(○○●●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>利用開始前に管理者が訪問し、サービスの内容・料金について説明している</p> <p>サービス利用開始前に管理者が家庭訪問し、利用者本人の意向を確認している。その際は「重要事項説明書」「利用契約書」を用いて、改めて小規模多機能型居宅介護のサービス、特に利用の組み合わせパターンを具体的に示し、説明している。また、利用料金も詳しく説明し、利用者の同意を得るようにしている。利用者・家族の意向は、アセスメント用紙にスペースを設け、サービスへの要望として記録している。</p> <p>サービス開始時は、支援に必要な利用者の情報を職員間で共有している</p> <p>新規利用者の受け入れ前、介護支援専門員は「初回アセスメントおよび個別支援計画書」のシートを記載し、引き継ぎとして利用者の状況を職員に説明し、周知に努めている。初回通所日には、朝礼で新規利用者の状況を確認している。通所開始直後の不安の軽減に向けた支援では、利用者同士の関係づくりを重視し、同じ地域での居住、趣味、仕事などを職員が話題にして介入している。なお、通所に慣れるまで時間を要する場合は、一定期間は家族が付き添って通所する事例もある。</p> <p>サービス終了時には支援を振り返り、支援の継続性を検討する必要がある</p> <p>サービス利用前の暮らしの様子の把握およびその記録への取り組みは不十分である。事業所は、サービス終了理由には入院・入所等の突然の理由によるものが多いため、支援の継続性が検討できていないとしている。なお、前年度のサービス終了者数は、利用定員の半数を超え、その理由も施設入所と入院が大半を占める。今後は、この理由で終了となった利用者に対する支援の継続性の視点からの取り組み、また、小規模多機能型居宅介護のサービスを駆使し、終了理由は入所・入院の割合が減少する方針を掲げ支援内容を検討する必要がある。</p>		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 10/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の計画を作成している		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成し、柔軟に見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当
サブカテゴリー3の講評		
<p>既存のアセスメントシートの不十分さを課題に、内容の変更に取り組んでいる</p> <p>アセスメントは、介護支援専門員が一人で担当している。初回ケアプランは、法人内の本事業関係でのみ使用するシート「初回アセスメントおよび個別支援計画書」で暫定ケアプランとして作成するが、項目が身体状況、食事、排泄、入浴、理解・行動の範囲で限定的であり、本事業所では介護保険対応のアセスメントシートも使い、ケアプランを作成している。その後、定期的には6か月ごとにアセスメントを見直す。状況変化時も随時見直している。現在、法人ではアセスメントの質の向上を課題とし、アセスメントシートの変更に取り組んでいる。</p> <p>役割を決め「居宅サービス計画」と小規模多機能型「個別支援計画」を作成している</p> <p>居宅サービス計画は、アセスメントに基づいて介護支援専門員(管理者兼務)が原案を作成し、利用者・家族、福祉用具レンタル事業所が参加する「サービス担当者会議」で検討している。このプランを受け、利用者担当職員が小規模多機能型「個別支援計画」原案を作成し、介護支援専門員と協議して確定の上、利用者・家族に説明している。家族の意向に比重がかかり、利用者の希望を尊重したプランとは言い難いとしているが、職員調査も同様の結果である。利用者調査では、プラン作成時の要望の把握、プランのわかりやすい説明の肯定率は高い。</p> <p>「個別支援計画」「日常の記録内容」の充実・標準化を課題としている</p> <p>各支援計画は、ミーティング等で報告・共有し、供覧に付している。日常の記録内容は、個別支援計画と関係すると思われる利用者の状態やケア内容を日中のリーダーが介護日誌に記載し、また当日の全利用者についてバイタルサイン、排泄、水分・食事摂取などの基本的な状態、送迎時刻、特記事項も記録している。これらの記録内容は朝礼・夕礼、勤務交代時に申し送りしている。情報の共有と申し送りには確実性を期しているが、個別支援計画や介護日誌に記載する日常の記録内容には個人差があり、内容の充実・標準化を課題としている。</p>		
サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部和やりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に予防・再発防止を徹底している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-5の講評

個人情報の利用目的と情報提供先などを説明し、文書で同意・確認を得ている

法人が定めた様式があり、それを用いて利用契約時に個人情報の利用目的と情報の提供先などについて同意を得ている。この同意書の作成後も「便り」などの広報誌への写真掲載時には改めて同意について確認している。掲載に同意しない場合も、広報誌等に適切な写真と事業所が判断した場合は、掲載に向けて本人の意向を改めて確認し、同意を得る場合がある。利用者の羞恥心への配慮で重視していることは、利用者の理解が得られやすい表現への言い換え、利用者固有のサインを受け止めて行う支援などである。

利用者の意思を尊重した支援に向けて冊子『互恵互助』を読み合わせている

法人が利用者支援の理念として掲げている『互恵互助』の冊子を読み合わせ、利用者の意思を尊重した支援に努めている。特に、利用者に触れるときや声かけに際して、利用者の好みを理解しておくことを重視している。ただし『互恵互助』の読み合わせ後に、職員間の具体的な意見交換が少ないことを管理者は課題としている。利用者の尊厳を損ねることのないよう「接遇自己チェック表」で各職員の気づきを促す取り組みを進め、それを踏まえて毎月の目標を決めて職員会議で確認している。

虐待被害を受けた利用者への対応では、関係機関と連携する体制を整えている

虐待被害者への対応は、法人が定めた手順に則り、関係機関との連携方法まで文書で明示している。このことは、利用契約時に利用者・家族に説明している。利用者の価値観や生活習慣へ配慮した支援については『互恵互助』にもその重要性が記されていることから、本事業所でも重視しているが、個々の利用者の価値観や生活習慣の把握が不十分な面もあり、さらに徹底させたい意向を管理者は持っている。

サブカテゴリ-6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ-毎の
標準項目実施状況

7/11

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(〇〇●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(〇〇●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(○○○●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー6の講評

法人としてISO規格を取得し、サービスの基本事項・手順を明確にしている

法人として定める「ISO基準」でサービスの基本事項・手順を明確にしている。「ISOファイル」は事務所で保管され定期的に更新している。基本事項・手順の適切性についての点検・見直しは年2回の内部監査で行い、監査員の意見をもとに「ステップアップ会議」で見直している。なお「基本事項・手順を業務点検の手段として活用しているか」の職員自己評価の肯定率は半数にとどまる。理由として、経験豊かな職員にとっては日常支援での必要性が低い、あるいは内容が事業所の実態にそぐわないことなどが考えられ、今後の検討を期待する。

サービス手順などの見直し時期は定められているが、職員への周知度が低い

提供しているサービスの手順などの見直し時期は「ISO基準」で定められているが、職員への周知度は低い。手順の見直しについては職員の意見をまとめ、それを「ステップアップ会議」で検討して反映させるしくみであるが、これも職員自己評価の結果は肯定率が半数に満たない。ただし「ステップアップ会議」の役割と、会議に職員の意見を反映するしくみについては、理解が進んできた感触を管理者は得ている。なお、職員の工夫を基本事項・手順の改変に反映させた例は現在までのところない。

サービスの基本事項・手順の変更のポイントは、管理者から職員に伝えている

サービスの基本事項・手順の変更のポイントなどについては、職員会議などで管理者が職員に伝えているが、職員自己評価では肯定率が半数に満たない。この点について管理者は「ISOの手順書などを日常的に確認する意識づけが必要」としている。そして、事業所としての業務基準を明文化できていないことを課題としている。ミーティングや会議でサービスの提供方法について話し合うことはあるが、個々の職員のサービス提供のあり方に関する指導・助言の体制には課題がある。

Ⅲ サービスの実施項目 (カテゴリ-6-4)

		サブカテゴリ-4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	14/24
<p>1 評価項目1 小規模多機能型居宅介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(○○●)</p>			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 小規模多機能型居宅介護計画に基づいて支援を行っている		○非該当
○あり ●なし	2. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. サービス(通い・訪問・宿泊)を利用していないときも、利用者の状況把握のための働きかけや、見守りを行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 関係職員が連携をとって、支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>本事業の特性を生かした支援について、再検討が必要である</p> <p>個別支援計画では身体状況、食事、服薬、排泄、入浴、清潔など基本的な生活への支援、「訪問」「泊り」の項目の達成目標と援助内容を記載し、その内容を意識した支援に努めている。介護支援専門員は毎月訪問してモニタリングしている。「くずもに行けてよかった」と言ってもらえる支援を意識し、「通い」「泊まり」では食事、入浴、レクリエーション、外出等の機会を充実させている。訪問件数が少ないこともあり、訪問への希望の把握など在宅での生活状況の把握の面が弱い。利用者のその人らしい生活の把握も不十分で、支援に生かされてるとは言えない。</p> <p>「看とり」までを視野に入れ、在宅生活継続を支援する方針と取り組みが必要である</p> <p>例えば体調不良等で通所できない場合は、自宅を訪問して状態を確認する、入院時には病院訪問するなど、利用者の状態を把握している。家族と同居している利用者が多く、訪問サービスの希望は少なく、また施設入所待ちの利用者が多い。このような状況も影響している。2012(平成24)年度は入所、入院、死亡(医療機関)などで14名がサービス終了した。一人ひとりがその人らしく生活できることを課題とし、在宅生活の継続を支援する視点から再検討が必要である。看とりまでの支援を意識しているため、今後の取り組みに期待する。</p> <p>同一エリア内の専門職から支援が得られるが、今後は医療系との連携も必要である</p> <p>居宅サービス計画のサービス提供者は、福祉用具レンタル事業所がほとんどで、介護支援専門員は毎月利用表を届け、その際に在宅での利用者の状況等を把握している。また、関係者として法人内同一エリア内のリハビリテーション専門スタッフに評価を依頼すれば、対応してもらえる。今後、こうした専門職活用の適切性とその充実に向けた本事業所内での標準化、さらには訪問看護ステーションや主治医との連携にも積極的に取り組み、健康面への取り組みを充実させ、在宅生活の継続と「できる限り入院しない対策」を講じる必要がある。</p>			
<p>2 評価項目2 在宅生活を継続するために、利用者一人ひとりの状態や家族の状況に応じて、柔軟な支援を行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(○○●)</p>			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身の状況、家族の状況に応じて、必要なサービスを柔軟に利用できるようにしている		○非該当
○あり ●なし	2. 訪問時には、利用者の生活状況を確認し、利用者の主体性と能力を活かした支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の心身の状況、家族の状況に配慮して、送迎方法を検討し柔軟に対応している		○非該当

評価項目2の講評	
<p>利用者・家族の状況に応じてサービスを利用できるよう柔軟に対応している</p> <p>介護支援専門員が利用者宅を毎月訪問し、本人・家族の状況を確認してサービスを調整している。例えば、送迎方法も利用者・家族の状況に応じて実施しており、現在はベッドまで送迎支援する利用者が2名いる。また、小規模多機能型居宅介護のサービス利用について繰り返し説明し、宿泊・通所・訪問サービスが急に必要になったとき柔軟に対応している。なお、柔軟にサービス提供した際の記録が、その理由なども含めて個人記録に残されていないことを管理者は今後の課題としている。</p> <p>訪問時に利用者の生活状況を確認する手順、記録すべきこと等が定められていない</p> <p>利用者宅の訪問は介護支援専門員が毎月行っているが、訪問時に利用者の生活状況を確認する手順や視点が定まっていない。そのため、利用者・家族の話聞くだけになりがちな状況である。在宅での利用者の生活状況や意向、家族による支援の内容、ストレスや不安の内容などを把握し、在宅生活の継続に向け、今後の見通しを持つことが求められる。訪問時の観察点・情報収集の視点と方法などの適切性の検討が課題である。</p>	

3 評価項目3		評点(○○○●)	
利用者の健康を維持するための支援を行っている			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている		○非該当
○あり ●なし	2. 日常生活の中で、利用者一人ひとりの状態に応じて体を動かす取り組みを工夫している		○非該当
●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがなくチェック体制の強化などのしくみを整えている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、医療機関等と速やかに連絡できる体制を整えている		○非該当

評価項目3の講評	
<p>利用者の健康管理は、看護師を中心に職員が協働している</p> <p>看護師2名を配置し、利用者の健康管理を充実させている。例えば利用者の送迎時は、乗車時に当日の体調(睡眠・便通・食欲等)を本人・家族から聴取し、通所時の過ごし方(支援)の参考にしてている。事業所到着時には手洗い・うがいを勧め、その後は血圧測定などバイタルサインのチェックをしている。食事前に洗面所で手洗いできる利用者も含め、おしぼりで拭いた後、全員が手指消毒している。その一方で、嘔吐物処理実習は全職員には実施できていない。感染予防は、在宅生活の利用者を前提とした根拠ある手法の再検討が必要である。</p> <p>利用者の状態に応じて体を動かす取り組みは不十分である</p> <p>利用者個々に必要な「体を動かす支援」とその取り組みは、アセスメントが不十分で利用者それぞれに何が必要なのかが明確になっていないため、実施内容は「散歩」「できる限り体を動かす」など漠然としており、管理者も課題としている。今後のさらなる取り組みに期待したい。通所サービス利用中に事業所で服薬する利用者が約3割いる。これらの利用者の誤薬予防のため、送迎車乗車時の薬のチェックに始まり、実際の与薬まで5重にチェックしており、最近1年間の誤薬事故はない。</p> <p>「売り」「強み」を打ち出すには、医療機関とのさらなる連携が必要である</p> <p>利用者ごとに「緊急連絡表」を作成している。その内容は主治医、緊急受け入れ病院、連絡先家族などで、保管場所は個人記録の先頭ページへのファイルとし、必要時はどの職員でも緊急対応できるよう手順も明確にしている。通常の医療機関への情報提供は、看護師が必要性を判断し、文書を作成して家族経由で主治医に伝えるようにしている。本事業・サービスで対応できる「看とり」まで視野に入れ、そのための対応を具体化し、利用者・家族と共有していく取り組みに期待する。本事業所の強みを打ち出すには、医療機関とさらに連携する必要がある。</p>	

4 評価項目4 事業所内におけるサービス提供時には、利用者の主体性を尊重し、楽しく快適になるような取り組みを行っている		評点(○○○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者がお互いに関わり合いながら楽しく生活することができるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの主体性や能力を活かして日常生活が送れるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したもとなっている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4の講評

利用者同士の相性、共通の趣味などを把握し、交流しやすいように配慮している

利用者の生活歴、趣味、居住地、さらに相性なども考えて、サービス提供時の座席に配慮している。また、そこにかかわる職員は、利用者同士の会話の橋渡しの役割を果たせるように心がけている。例えば一人で趣味の刺繍をする利用者には、落ち着いて作業に集中できるよう声かけも最小限にしなが、作品を飾り、達成感が持てるようにするなどの個別対応をしている。職員は、利用者が通所の場で役割を持てるように、テーブル拭き、洗濯物たため、食器の片づけなど、無理のない範囲で適宜勧めている。

利用者の能力・機能を引き出す視点から、準備する用具等の見直しを期待する

現在、利用者の平均介護度は「2.3」で身体機能が保たれている人が多いが、車椅子の常時使用者も3名いる。排泄支援が必要な利用者は半数の11名である。事業所は、環境面の安全を図るため、移動動線に物を置かないよう注意している。一方、排泄動作の自立を促す視点からトイレの手すりの検討が必要なほか、食堂のテーブルの高さや椅子も利用者の体型に合っていない状況がある。食事の際の足台も高さが一律で、よい端坐位姿勢を保つ補助用具とは言えない。利用者の能力を発揮させる視点から用具等の検討を進めるよう期待する。

5 評価項目5 事業所と家族との交流・連携を図っている		評点(○○○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の事業所利用時の様子を家族に知らせている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の家庭での様子を家族から確認している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 家族等が事業所等に対し、意見や要望を表せる機会を設け、それらを活かした支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 重度化した場合や終末期に備え、あらかじめ本人や家族等と話し合い、事業所でできることを説明しながら、方針を共有している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目5の講評

利用者の通所時の様子は「連絡ノート」で家族に知らせている

通所時の利用者の様子は、バイタルサインの数値、食事摂取量、排便状況などを「連絡ノート」に記載し、家族に伝えている。併せて、送迎時に家族と話せた場合は、通所中の様子を直接伝えている。利用者が通所サービス利用中に楽しめていたと判断できたエピソードなどは、意識的に伝えている。一方、利用者の家庭での様子として家族から確認する事項は、食事摂取量、睡眠状態などの変化の有無、さらに夜間せん妄が見られた場合は脱水・発熱などもチェックしている。これらを聴取するとともに「連絡ノート」にも記載してもらうよう家族に依頼している。

法人実施の「利用者アンケート」や「家族会」などで、意見・要望を把握している

家族の意見・要望は、介護支援専門員が月1回定期的に家庭訪問した際や送迎時などを利用して把握している。また、法人が実施する「利用者アンケート」や「家族会」の場なども、家族が要望・意見を表わせる機会として位置づけ活用している。これらにより意見・要望を把握した場合は、ミーティングで検討し、支援につなげている。ただし、外部の苦情窓口（第三者委員など）の周知度は、他の利用者調査の項目との比較において肯定度が低い。

「重度化」「終末期に備えた家族との話し合い」は未着手である

終末期が近づいたり、病気が進行した場合は家族と話し合うが、あらかじめ事業所の方針を説明する場はない。本事業所の昨年度の退所者数は14名で、退所理由の内訳は「入院・施設入所」11名、「入院死亡」3名であった。年間の利用終了者率は利用登録者の約7割を占め、しかも入院等による突然の利用終了のため、フォローも十分できていないと管理者は認識している。小規模多機能型居宅介護の特徴を出して、在宅生活を死まで支えられるもののできるのかが問われている。事業所の運営方針として「重度化」「看取り」への対応について検討を期待する。

6 評価項目6

利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている

評点(●●●●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 運営推進会議で話し合われた意見を活かして支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	5. 区市町村や地域包括支援センターと日頃から連絡を取り、協力関係を築きながら支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

地域情報の収集と、利用者に合わせて情報提供は不十分である

地域情報収集の機会として「運営推進会議」や地域の「情報誌」などがあり、そこで把握した地域行事などに参加している。しかし、利用者個々の状況に合わせて情報提供は行えていない。これらについては、職員自己評価、リーダー層ともに肯定率が低く、今後の課題としている。どのように地域情報を収集するか、収集できた地域情報にアクセスする手段まで職員間で共有できなければ、具体的な支援行動に結びつかない。今後の取り組みに期待したい。

利用者が地域の一員として日常的に交流できる取り組みは行えていない

現状は、事業所の近隣にある保育園・児童館との交流が年数回であり、地域との日常的交流が図れているとは言えない。地域とのつながりが浅いと職員・リーダー層ともに認識している。本事業所の2階部分を地域交流スペースとして開放しているが、このスペースを利用する地域住民等との交流機会もない。通所サービス利用者の交流・生活範囲が自宅と事業所職員のみにとどまらないようにする取り組みが求められる。

「運営推進会議」の議題・検討事項が職員に周知されていない

本事業所の「運営推進会議」の参加者は、町会役員、民生委員、地域包括センター職員、行政職員、家族などであり、隔月開催されている。しかし「運営推進会議」での検討内容は職員に周知されていない。そのため、この項目に対する職員の自己評価は肯定率がゼロという結果である。なお、地域包括支援センターや行政との関係も、センター主催の「居宅事業所連絡会」に参加するのみで、協力関係を築くまでには至っていないと管理者は認識している。

社会福祉法人こうほうえん「デイハウス くずも」様／総評

「小規模多機能型居宅介護」は地域包括ケアを推進させる中心的なサービスといえます。貴事業所はこのサービスの特性を活かし、利用者の在宅生活をより長く支え続けることを方針として、現状を見直している最中でした。現状と課題は以下の内容でした。

<貴事業所が考えている現状と課題>

事業所は2006（平成18）年4月開設で、登録定員25名、現在の利用登録者数21名という状況です。稼働率が低迷していることを問題とし、職員が一丸となってその改善に取り組むことを課題にしています。

この課題の達成に向けてリーダー層が考える基本方針は「“売り”を明確に示し、選ばれ続ける」です。具体的には「利用者の個別性に配慮し、自分の意思で、自分の能力を使って楽しく暮らすためのサポートをしたい」「可能な限り、見取りまでかかわり続けたい」と方針を述べています。しかし、現在はそうした“売り”を明確に示せるまでには至っていない状況であり、その原因としてリーダー層は、職員から「新たな取り組みをしたい」という声あまり聞かれないことをあげています。

今回、第三者評価の受審にあたり、事業所の基本方針と現状認識を職員間で共有し“売り”を明確化していく取り組みとして、全職員参加によるグループ討議を実施し、以下のアピール点をまとめています。

<事業所のアピール点>

入 浴：個浴で安心。疲れをお湯で流しませんか？

食 事：みんなで料理を囲みます。味の評価はみなさんです

看とり：不安なく自宅で最期を迎えるように、ご本人・ご家族の思いを「かたち」にします

外出・レク：好きなことをして、いきいきと輝きませんか？

訪 問：なじみの職員がご自宅へ。自宅でサービスを受けることができます

<第三者評価の結果からの改善点>

上記の「アピール点」の実践が貴事業所の“売り”となって、利用者から選ばれ続けることを期待し、第三者評価の結果からの改善点を以下（1～5）の通り提案致します。

1. 職員のモチベーションの向上のための取り組み

今回の「職員自己評価」の結果は組織マネジメント分野の肯定率が全般的に低く、特に「職員一人ひとりが力を発揮できていない」「事業所として“やる気”と“働きがい”を向上するための取り組みが弱い」などの結果だった。このような状況をもたらしている背景としては、職員が一堂に会して事業所の課題を考える機会、討議や振り返りを行う機会などが乏しいことがあげられ

る。また、利用者宅を訪問する際も、複数の職員で訪問して生活状況を理解・共有し合い問題を発見する機会が乏しいという状況がある。

職員の背景をみると、平均在職年数 3.8 年、平均年齢 42 歳（24～64 歳）と経験者による支援であることから、現状では特段の問題が発生していないため、支援内容の改善に向けての動機が持ちにくい状況にあるということも考えられる。今回の評価でも、サービス分野に関しては、職員の肯定率が高く、また「利用者調査」でも満足度の高さは明確に示されていた。

今後は、職員のモチベーションの向上のため、今回の職員・グループ討議で明確化した課題に取り組む方針を明文化し、計画化すること、そして具体策を検討し、その実行・評価プロセス（PDCA サイクル）を確実に踏むことが求められる。一人ひとりの職員が新たな課題に挑戦することが、モチベーションの維持・向上に寄与すると考えるからである。

また、小規模多機能事業所では、個々の職員の活動が、事業所全体の成果に大きく影響する。職員が事業所の課題を共有し、自分の役割を超えて協力し合うことが求められるが、そのための組織マネジメント上の対策の一つとして、事業所のすべての活動に職員が参加し、一緒に考える機会をつくることがある。

今回の評価では、地域の関係機関とのネットワークづくりや地域の福祉ニーズの把握において不十分さが目立った。また事業所が地域に向けて設置する「運営推進会議」の位置づけについても目標設定が不明確であり、十分な活用に至っていない。現状は、近隣の地域包括支援センターが主催する「居宅事業所連絡会」に管理者が参加し、また「運営推進会議」にも管理者が出席しているが、今後は職員全員が参加する機会を検討し「地域」の課題に全職員が関心を深めることが必要と思われる。個々の職員の経験知は、必要な経験を職員に対し計画的に提供することにより醸成されると思うからである。

2. 健康管理体制の充実と看とりへの取り組み

年間の利用終了者は、利用定員の半数を超す状況にある。終了理由は「入院」が多く、次いで「施設入所」などがそれに続いている。事業所はこうした終了を「入院等による突然のサービス利用終了のため、その後の支援に結びつけられていない」として課題にしている。しかしながら小規模多機能型居宅介護サービスの特性は、1日 24 時間の在宅生活を前提に、必要なサービスを組み合わせて提供できることにある。通所時のみならず在宅での暮らしの様子を十分に把握し、より自立した生活を送れるよう支援すること、併せて経年的に低下していく身体機能を前提に、医療資源の使い方や、必ず訪れる「死」までも視野に入れて支援することが求められている。

例えば「入院治療」という状態になったとき重要なことは、①必要な最善の医療が受けられるように支援すること、②退院への見通しと、それに必要な支援の調整、③なぜ入院による治療が必要になったのか、入院に至らないようにする予防策はなかったかの検討などである。地域包括ケアの要となり得る小規模多機能型居宅介護では、在宅死を支援することも可能であり、また、それが求められている。

本事業所では、重度化および終末期に備えた家族との話し合いについて未着手としているが、今回の全職員参加によるグループ討議の結果、事業所のアピール点の一つに「看とり」を掲げ、その取り組みを行うことを明確にしている。

また「限りなく在宅で、そして時々入院」を文字通り実現するには、利用者の健康管理体制をより充実させる必要がある。本事業所には看護師 2 名が配置されているので、各利用者の日常の医療利用状況、例えば「身体状況」「服薬状況」などについて情報提供することによって、医師の治療方針に積極的にかかわることも可能と考える。また利用者の受診に同行することもできる。今後の積極的な取り組みに期待したい。

なお、上記に関連して、訪問看護ステーションとの連携についても、今後は具体的に検討する必要がある。

3. 「サービス利用前・後の生活状況」の積極的把握によるアセスメント・ケアプランを期待する

サービス開始前の自宅での利用者の暮らしの様子、健康状態、活動能力、生活習慣、生活歴、大切にしていることなどを積極的に把握することは、サービスを提供していく上での重要な情報を得ることになる。しかし、本事業所における情報把握の現状をみると、サービス利用開始に向けて行なうアセスメント項目は、身体状況、食事、排泄、入浴、理解・行動の範囲など限定的なため、介護保険対応のアセスメントシートも使っているが、利用者のニーズを明確化するという視点からは具体性に欠けている。またどうしても家族からの情報収集に偏りがちな状況であり、利用者本人は置き去りにされていることが懸念される。

小規模多機能型居宅介護の特性を活かすには、現状の暮らしの維持と、利用者が現時点で持つ心身の能力を発揮させる支援が求められる。支援内容についても、在宅での看とりまでを見据えながら、利用者の変化に応じて柔軟に変更していく必要がある。

現在、利用者の全体像を包括的に把握してニーズを明確化することを課題とし、アセスメントからケアプラン作成までのツールの活用について学習中とのことであり、その活用と定着を期待する。アセスメントからケアプランの作成に至るプロセスに、全職員が参加できるよう工夫することは、利用者への関心を深め、個別性を重視した質の高い支援の実感が持てるようになるのではないかと期待している。

なお、現状では本事業所の「訪問サービス」を利用する利用者は少ない。この理由を家族との同居率が高いためと事業所は受け止めている。訪問の頻度が少ないため、自宅における利用者の生活状況を知る機会は送迎時と介護支援専門員による月 1 回の訪問時が主となっている。今後は適切なアセスメントを積極的に行うことにより、訪問する機会が増えること、インフォーマルなサービスを含めた地域社会資源の活用と、在宅での看とりまでを視野に入れた支援の実践を期待する。

4. 事業所の環境の見直しを期待する

現在の利用者の平均介護度は 2.3 であり、身体機能が保たれている利用者が比較的多い。なお常時の車椅子利用者は 3 名である。より自立的な日常生活を送るには、排泄・食事・入浴などの生活動作を自立の側面から支援する必要があり、それには事業所の環境も影響する。

現在、排泄の支援が必要な利用者は 11 名と利用者の半数を占めるが、声かけ、排泄後の衣類の始末などがその主な支援内容である。在宅死を迎えられる支援という小規模多機能型居宅介護のサービスの特性から、入院・施設入所などの理由で利用終了とならない限り、利用者の介護度は

上昇していくことが予測できる。介護度の上昇は、トイレでの排泄に支援を要する利用者の増加でもある。本事業所のトイレの構造を見ると、排泄動作（便器に座る、便器から立ち上がる）を誘導する位置に手すりが設置されていない。つまり、利用者の残存機能を引き出す構造になっていないため、職員は移乗介助を「力技」で行うことになる。環境の改善を期待する。

また、自立的な食事摂取には、利用者の体型に合ったテーブル・椅子が必要になる。しかし、現状の食事用テーブルの高さと椅子のサイズは一律のため、利用者の体型に合ったものになっていない。これを補うため、手づくりの「足台」を使っているが、その高さも一律で、適切な食事姿勢を誘導できるものになっていない。現状は、食事を自力摂取できる利用者が大部分を占めているが、今後の介護度上昇を見据えて、食事介助を要する利用者への対応を検討しておく必要がある。足底が床に着く端坐位姿勢を保てる椅子と肘関節が乗る高さのテーブルを用意することは利用者の安全な食事と自立につながる。事業所の環境について、特にトイレと食事面の見直しを期待する。

なお、同法人内の他事業所から、リハビリテーションの専門スタッフによる支援が受けられる状況があり、ぜひ今後の検討課題にすることを期待する。

5. 各種会議の積極的活用を期待する

業務の一定水準を保つため、法人全体で ISO 規格の基準によってサービスの基本事項や手順を明確にしている。また、ISO のファイルは事務所に保管され、定期的に更新している。それらの内容の点検・見直しは年 2 回の内部監査時に行い、その意見をもとに「ステップアップ会議」で具体的な見直しを行うしくみである。管理者は職員の意見をまとめて「ステップアップ会議」に参加するとしており、職員の意見を基本事項や手順の見直しに反映するしくみになっている。

しかし、基本事項や手順の実際の活用度、「ステップアップ会議」の位置づけなどについては、職員への周知度は低い結果であった。この理由として、経験豊かな職員にとって現在定めている基本事項や手順の内容が実態に合っていないことも推察される。今後「ステップアップ会議」で小規模多機能型居宅介護のサービスとして期待されていること、また果たすべき役割を検討し、それらを職員に周知する必要があると考える。

地域と連携して利用者を支援するための「地域情報収集の機会」としては、事業所は隔月開催の「運営推進会議」と、地域の「情報誌」をあげている。これらから得た情報により、地域の祭りなどに参加しているが、個々の利用者の状態に応じた支援を行うには、それらだけでは不十分と職員・管理者とも認識している。本事業所の 2 階部分を地域交流スペースとして地域住民に開放しているが、事業所を利用する地域住民と利用者が交流する機会は設けられていない。利用者の生活空間を拡げ、また地域住民など人との交流の機会の拡大も目指して、在宅生活がより豊かに過ごせるための取り組みを、さらに強化することを期待する。

なお「運営推進会議」については、議題や検討事項が職員に周知されていない。地域包括支援センターや行政との協力関係も築くまでには至っていないと管理者は認識している。これら関係機関との協力関係は、地域の医療サービスとの連携を含め、小規模多機能型のサービスの充実のためには不可欠と考える。今後の取り組みの充実のためにも、職員への周知および参加の促進に期待したい。

小規模多機能型居宅介護

デイハウスくずも

平成 25 年度
職員自己評価・利用者調査 集計結果

	ページ
I 職員自己評価 集計結果 組織マネジメント	1
II 職員自己評価 集計結果 サービス提供のプロセス	21
III 職員自己評価 カテゴリー別自由意見	39
IV 利用者調査 集計結果	57

※ 現時点での集計結果ですので、数値等は変更になることがあります

2014年2月27日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

I 職員自己評価 集計結果 組織マネジメント

小規模多機能型居宅介護 デイハウスくずも	
収集期間	平成26年1月14日～1月31日

自己評価票配付数	11
回答数	11
回収率	100%

カテゴリー1 リーダーシップと意思決定

サブカテゴリー1 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている

評価項目1-1-1 事業所が目指していること（理念、基本方針）を明確化・周知している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）を明示している	○	9	81.8%	1	9.1%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
② 事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	○	8	72.7%	1	9.1%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
③ 事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	●	4	36.4%	6	54.5%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
④ 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）を思い起こすことができる取り組みを行っている（会議中に確認できるなど）	●	7	63.6%	2	18.2%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 1-1-2 経営層（運営管理者含む）は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
① 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	●	3	27.3%	4	36.4%	4	36.4%	0	0.0%	11	100%
② 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している	●	3	27.3%	1	9.1%	7	63.6%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 1-1-3 重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	○	4	36.4%	0	0.0%	7	63.6%	0	0.0%	11	100%
② 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	○	9	81.8%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%
③ 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	●	6	54.5%	1	9.1%	4	36.4%	0	0.0%	11	100%



経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

カテゴリー2 経営における社会的責任

サブカテゴリー1 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる

評価項目2-1-1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
① 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などを明示している	○	6	54.5%	0	0.0%	5	45.5%	0	0.0%	11	100%
② 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などの理解が深まるように取り組んでいる	○	9	81.8%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目2-1-2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
① 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
② 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法（事業者便り・会報など）で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○	9	81.8%	0	0.0%	1	9.1%	1	9.1%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

評価項目 2-2-1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
① 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している（施設・備品等の開放、個別相談など）	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
② 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動（研修会の開催、講師派遣など）を行っている	●	1	9.1%	9	81.8%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%



経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 2-2-2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
① ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	●	0	0.0%	2	18.2%	9	81.8%	0	0.0%	11	100%
② ボランティアの受け入れ体制を整備している（担当者の配置、手引き書の作成など）	●	0	0.0%	3	27.3%	8	72.7%	0	0.0%	11	100%
③ ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	●	1	9.1%	5	45.5%	5	45.5%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 2-2-3 地域の関係機関との連携を図っている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 地域の関係機関のネットワーク (事業者連絡会など)に参画している	●	1	9.1%	3	27.3%	7	63.6%	0	0.0%	11	100%
② 地域ネットワーク内での共通課題 について、協働して取り組めるよう な体制を整えている	○	2	18.2%	3	27.3%	6	54.5%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

カテゴリー3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

サブカテゴリー1 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している

評価項目3-1-1 利用者一人ひとりの意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応している（苦情解決制度を含む）

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
① 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○	7	63.6%	0	0.0%	4	36.4%	0	0.0%	11	100%
② 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○	6	54.5%	2	18.2%	3	27.3%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 3-1-2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○	9	81.8%	1	9.1%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
② 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
③ 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○	8	72.7%	2	18.2%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%



経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 3-1-3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 地域の福祉ニーズの収集（地域での聞き取り、地域懇談会など）に取り組んでいる	○	3	27.3%	0	0.0%	8	72.7%	0	0.0%	11	100%
② 福祉事業全体の動向（行政や業界などの動き）の収集に取り組んでいる	○	2	18.2%	1	9.1%	8	72.7%	0	0.0%	11	100%
③ 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	●	0	0.0%	4	36.4%	7	63.6%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

カテゴリー4 計画の策定と着実な実行

サブカテゴリー1 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる

評価項目4-1-1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 理念・ビジョンの実現に向けた 中・長期計画を策定している	○	5	45.5%	0	0.0%	6	54.5%	0	0.0%	11	100%
② 年度単位の計画を策定している	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
③ 短期の活動についても、計画的 (担当者・スケジュールの設定な ど)に取り組んでいる	●	1	9.1%	7	63.6%	3	27.3%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 4-1-2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○	8	72.7%	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	11	100%
② 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	●	1	9.1%	7	63.6%	3	27.3%	0	0.0%	11	100%
③ 計画は、サービスの現状（利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など）を踏まえて策定している	○	5	45.5%	0	0.0%	6	54.5%	0	0.0%	11	100%
④ 計画は、想定されるリスク（利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など）を踏まえて策定している	○	5	45.5%	0	0.0%	6	54.5%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 4-1-3 着実な計画の実行に取り組んでいる

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 計画推進の方法（体制、職員の役割や活動内容など）を明示している	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
② 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている	●	2	18.2%	7	63.6%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%
③ 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している	○	5	45.5%	0	0.0%	6	54.5%	0	0.0%	11	100%
④ 計画推進にあたり、進捗状況を確認し（半期・月単位など）、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○	5	45.5%	0	0.0%	6	54.5%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー2 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評価項目4-2-1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○	6	54.5%	0	0.0%	5	45.5%	0	0.0%	11	100%
② 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③ 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	●	0	0.0%	6	54.5%	5	45.5%	0	0.0%	11	100%
④ 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

カテゴリー5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー1 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる

評価項目5-1-1 事業所にとって必要な人材構成にしている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
① 事業所の人事制度に関する方針 (人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○	7	63.6%	0	0.0%	4	36.4%	0	0.0%	11	100%
② 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○	2	18.2%	0	0.0%	9	81.8%	0	0.0%	11	100%
③ 適材適所の人員配置に取り組んでいる	●	2	18.2%	0	0.0%	9	81.8%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目5-1-2 職員の質の向上に取り組んでいる

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
① 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○	8	72.7%	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	11	100%
② 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成（研修）計画を策定している	○	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③ 個人別の育成（研修）計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得（取得）などの視点を入れて策定している	●	5	45.5%	1	9.1%	5	45.5%	0	0.0%	11	100%
④ 職員一人ひとりの個人別の育成（研修）計画に基づいて、必要な支援をしている	●	5	45.5%	3	27.3%	3	27.3%	0	0.0%	11	100%
⑤ 職員の研修成果を確認し（研修時・研修直後・研修数ヶ月後など）、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	●	8	72.7%	1	9.1%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー2 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

評価項目5-2-1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	●	1	9.1%	10	90.9%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
② 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	●	4	36.4%	7	63.6%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③ 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	●	7	63.6%	4	36.4%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目5-2-2 職員のやる気向上に取り組んでいる

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
① 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬（賃金、昇進・昇格、賞賛など）が連動した人材マネジメントを行っている	○	7	63.6%	0	0.0%	4	36.4%	0	0.0%	11	100%
② 就業状況（勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど）を把握し、改善に取り組んでいる	●	1	9.1%	10	90.9%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③ 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	●	0	0.0%	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
④ 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

カテゴリー7 情報の保護・共有

サブカテゴリー1 情報の保護・共有に取り組んでいる

評価項目7-1-1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している	○	9	81.8%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%
② 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している	○	7	63.6%	0	0.0%	4	36.4%	0	0.0%	11	100%
③ 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している	○	3	27.3%	1	9.1%	7	63.6%	0	0.0%	11	100%



経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 7-1-2 個人情報、**「個人情報保護法」**の趣旨を踏まえて保護・共有している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
① 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
② 個人情報の保護に関する規定を明示している	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
③ 開示請求に対する対応方法を明示している	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
④ 個人情報の保護について職員（実習生やボランティアを含む）が理解し行動できるための取り組みを行っている	●	1	9.1%	8	72.7%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

Ⅱ 職員自己評価 集計結果 サービス提供のプロセス

小規模多機能型居宅介護 デイハウスくずも	
収集期間	平成26年1月14日～1月31日

自己評価票配付数	11
回答数	11
回収率	100%

カテゴリー6 サービス提供のプロセス

サブカテゴリー1 サービス情報の提供

評価項目6-1-1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①利用希望者等が入手できる媒体 で、事業所の情報を提供している	○	9	81.8%	1	9.1%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
②利用希望者等の特性を考慮し、提 供する情報の表記や内容をわかりや すいものにしている	○	9	81.8%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
③事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○	7	63.6%	1	9.1%	3	27.3%	0	0.0%	11	100%
④利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー2 サービスの開始・終了時の対応

評価項目6-2-1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①サービスの開始にあたり、基本的 ルール、重要事項等を利用者の状況 に応じて説明している	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②サービス内容や利用者負担金等に ついて、利用者の同意を得るように している	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③サービスに関する説明の際に、利 用者や家族等の意向を確認し、記録 化している	○	9	81.8%	1	9.1%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 6-2-2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
①サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○	9	81.8%	1	9.1%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
②利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	●	4	36.4%	6	54.5%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
④サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	●	2	18.2%	7	63.6%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%



経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー 3 個別状況に応じた計画策定・記録

評価項目 6-3-1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	●	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%



経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 6-3-2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の計画を作成している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①計画は、利用者の希望を尊重して作成し、柔軟に見直しをしている	●	6	54.5%	5	45.5%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直しをしている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	●	5	45.5%	3	27.3%	3	27.3%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 6-3-3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	●	8	72.7%	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	●	6	54.5%	4	36.4%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 6-3-4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	●	5	45.5%	5	45.5%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
②申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー4 サービスの実施

評価項目6-4-1 小規模多機能型居宅介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
①小規模多機能型居宅介護計画に基づいて支援を行っている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	●	5	45.5%	6	54.5%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③サービス（通い・訪問・宿泊）を利用していないときも、利用者の状況把握のための働きかけや、見守りを行っている	●	6	54.5%	5	45.5%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
④関係職員が連携をとって、支援を行っている	○	9	81.8%	2	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 6-4-2 在宅生活を継続するために、利用者一人ひとりの状態や家族の状況に応じて、柔軟な支援を行っている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
①利用者の心身の状況、家族の状況に応じて、必要なサービスを柔軟に利用できるようにしている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②訪問時には、利用者の生活状況を確認し、利用者の主体性と能力を活かした支援を行っている	●	9	81.8%	2	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③利用者の心身の状況、家族の状況に配慮して、送迎方法を検討し柔軟に対応している	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 6-4-3 利用者の健康を維持するための支援を行っている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	○	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②日常生活の中で、利用者一人ひとりの状態に応じて身体を動かす取り組みを工夫している	●	9	81.8%	2	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などのしくみを整えている	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
④利用者の体調変化時（発作等の急変を含む）に、医療機関等と速やかに連絡できる体制を整えている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目6-4-4 事業所内におけるサービス提供時には、利用者の主体性を尊重し、楽しく快適になるような取り組みを行っている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①利用者がお互いに関わり合いながら楽しく生活することができるよう支援を行っている	●	8	72.7%	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②利用者一人ひとりの主体性や能力を活かして日常生活が送れるよう支援を行っている	●	8	72.7%	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	●	6	54.5%	4	36.4%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
④事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている	○	4	36.4%	7	63.6%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 6-4-5 事業所と家族との交流・連携を図っている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
①利用者の事業所利用時の様子を家族に知らせている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②利用者の家庭での様子を家族から確認している	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③家族等が事業所等に対し、意見や要望を表せる機会を設け、それらを活かした支援を行っている	●	6	54.5%	4	36.4%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
④重度化した場合や終末期に備え、あらかじめ本人や家族等と話し合い、事業所でできることを説明しながら、方針を共有している	●	5	45.5%	5	45.5%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目 6-4-6 利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
①地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している	●	4	36.4%	5	45.5%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%
②利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	●	4	36.4%	7	63.6%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	●	1	9.1%	9	81.8%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
④運営推進会議で話し合われた意見を活かして支援を行っている	●	0	0.0%	6	54.5%	5	45.5%	0	0.0%	11	100%
⑤区市町村や地域包括支援センターと日頃から連絡を取り、協力関係を築きながら支援を行っている	●	1	9.1%	2	18.2%	8	72.7%	0	0.0%	11	100%



経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

評価項目6-5-1 利用者のプライバシー保護を徹底している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
①利用者に関する情報（事項）を外 部とやりとりする必要が生じた場合 には、利用者の同意を得るようにし ている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②個人の所有物や個人宛文書の取り 扱い、利用者のプライベートな空間 への出入り等、日常の支援の中で、 利用者のプライバシーに配慮した支 援を行っている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③利用者の羞恥心に配慮した支援を 行っている	○	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目6-5-2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
①日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している（利用者が「ノー」と言える機会を設けている）	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に予防・再発防止を徹底している	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○	9	81.8%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%
④利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○	7	63.6%	2	18.2%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%

↑ 経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー6 事業所業務の標準化

評価項目6-6-1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
②提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
③職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	●	6	54.5%	5	45.5%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目6-6-2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	●	5	45.5%	2	18.2%	4	36.4%	0	0.0%	11	100%
②提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	●	5	45.5%	3	27.3%	3	27.3%	0	0.0%	11	100%
③職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	●	6	54.5%	4	36.4%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%



経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目6-6-3 さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

標準項目	経営層 合議結果	できている		できていない		知らない・ わからない		無回答		合計	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	●	5	45.5%	4	36.4%	2	18.2%	0	0.0%	11	100%
②職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
③職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%
④職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	●	6	54.5%	4	36.4%	1	9.1%	0	0.0%	11	100%
⑤職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

Ⅲ-1 職員自己評価 「組織マネジメント」 カテゴリー別自由意見

小規模多機能型居宅介護
 デイハウスくずも

記入者の特定を避けるため、本題を曲げない範囲で文章を加工しています。内容によって特定されるものもあると思われませんが、ご本人に不利益にならないように、取り扱いへのご配慮をお願いします。

事業所の良いと思う点、改善したいと思う点

カテゴリー1. 「リーダーシップと意思決定」に関する意見

良いと思う点

1	リーダーへの報告、相談が行いやすい。
2	意見を決定する上で、相談しやすい環境である。
3	部門目標として取り組むべきことがはっきりしている。
4	理念、ビジョン、基本方針等、毎日唱和し確認している。
5	職員会議（議事録）等で本部エリア等の情報を伝えている。
6	事業所が目指している理念、基本方針は毎日唱和し周知に努めている。
7	法人として理念、ビジョンがあり、それが最終的に各職員の人事考課シートに反映されている。
8	地域の方との関わりを大切にし、職員間の言葉かけなどコミュニケーションを大切にしています。
9	互恵互助を毎日読み合わせ職員として、どうあるべきか、どう行動するべきか考えている。スローガン、理念の唱和。
10	部門目標や職務権限などは事務所に、基本方針等はデイルームに貼り出してあり、誰もが確認できる。毎朝唱和を行っている。
11	法人としての理念、ビジョンが明確に示してあり、事業所、個人の目標管理（人事考課）はこの理念・ビジョンを基に作成され、取り組む仕組みができています。

改善したいと思う点

1	役割等、確認・理解ができていないこと。
2	リーダー不在時のサブリーダーの必要性。
3	時間に制限あり、内容が事務的になり分かりにくいことがある。
4	利用者はデイルームで貼ってあるものを目にする機会はあるが、家族等には特に深まるような取り組みは行っていない。
5	事業所が目指していることを利用者本人や家族等にまだまだ理解していただけてないので、理解が深まるような取り組みをする。
6	毎月、主任（介護支援専門員）が家族と話をしているが、他の職員にそれがどれだけ伝わっているか、職員の意見が家族に伝わっているか。
7	リーダー層として現場から求められていること、役割等十分に把握していない。 リーダー層として現場に安心感を持ってもらっていない。
8	法人ビジョンは、各職員に周知はできてはいるが、部署のビジョンは明確ではなく、家族に部署の意向、方向性を伝えられていない（年の部門目標）。
9	普段のミーティング等で理念、基本方針、スローガンの唱和はできているが、このことについての話し合いは月1回程度（職員会議の時）。日々から目標の取り組みについて話し合わなければいけない。

カテゴリー2. 「経営における社会的責任」に関する意見

良いと思う点

1	会議等での情報共有。
2	アンケートを実施し、食事であれば献立メニューなどに反映している。
3	研修の機会がある。いつでも確認することができる。2階交流スペースの地域開放。
4	互惠互助の読み合わせや内部研修に参加し、それを事業所に帰り再度研修をしている。
5	建物2階を地域交流スペースとして貸出し、地域の多くの方に活用してもらっている。
6	2階を提供し、地域の方にサロン等に利用していただいている。そのため人の出入りがあり開放的である。
7	2階の交流スペースについては地域の子どもからお年寄りまで、幅広い年齢層の方々がいろいろな目的で利用されている。
8	守るべき法規範、倫理等は互惠互助、介護手引書に明示しており、内部研修等を行い理解するよう取り組んでいる。2階のフリースペースを使い、地域高齢者サロンを行っている。
9	地域の方、ボランティアの方と定期的に交流ができています。 ボランティアの受け入れ体制、地域ネットワークについて理解不足です。

改善したいと思う点

1	あまり考えたことがない。
2	デイハウスくずもをより地域の方々に知っていただきたい。
3	管理者のみ把握しているため、他職員も経営について学ぶ必要性あり。
4	ボランティア受け入れに対する姿勢があいまいである（手引書の作成など）。
5	事業所内でボランティアに関する話題や話し合いがない。その機会作りが必要。体制、窓口もない。
6	ボランティアの受け入れに対し、ボランティアが来た際、プライバシーの保護等が明確でないところがある。
7	ボランティア、地域の関係機関との取り組みや連携が少ないので、積極的な受け入れも行っていかなければいけない。
8	ボランティアの受け入れは可能だが、積極的な受け入れ活動を行っていない。 地域ネットワークとの連携が十分でない。

カテゴリー3. 「利用者意向や地域・事業環境の把握と活用」に関する意見
良いと思う点

1	利用者アンケートの実施。サービスの反映。
2	意向に沿った取り組みの際に協力に応じてくれる。
3	地域に住む職員が3名おり、地域の情報が得やすい。
4	法人アンケート（年1回）、事業所アンケート（年1回）。
5	アンケートを実施し、食事であれば献立メニューなどに反映できる。
6	アンケートを実施し広報誌に載せ公開し、サービスの向上に努めている。
7	運営推進会議にて、地域の福祉（高齢者の実態・現状）を聞き出している。
8	地域で行われているイベントに参加したり、買い物の要望があれば対応できている。
9	職員は利用者や家族の方に満足していただけるように接客を心がけていると思います。
10	アセスメントにて利用者の意向確認（計画書見直し毎に実施）。 施設空き部屋の地域開放を行い交流、回覧板にて地域情報を把握している。
11	利用者アンケートを取り、結果を広報紙に掲載して利用者に配布している。送迎時等に利用者家族と話し、意向等を伺い、その都度ミーティングや引き継ぎ時に検討している。

改善したいと思う点

1	分からない。
2	地域の福祉ニーズの収集が不十分。
3	個人一人ひとりの意向を知り対応していきたい（要望を引き出すにはどうしたら良いか）。
4	回覧板で苑の情報発信を行い、もっと地域に職員が利用者とともに出向き、地域密着できるように取り入れたい。
5	意見があった際に職員で話し合い改善してきたが、引き継ぎノートに残すのみで意見報告書の作成はしていない。
6	退院時のカンファレンス、家族とかカンファレンスがある時、担当の職員も同行させて欲しい（現在職員数が少なく業務に…）。
7	介護支援専門員の訪問時に、利用者家族の要望・苦情・意見等を聞き出し、職員と共有しているが、日頃から意見を聞き出しサービスを向上していかないといけないと思っている（何でも言いやすい環境作り）。
8	苦情解決制度はあり、周知しているがアンケート等からの苦情解決の対応に工夫、取り組みが少ない。事業所の今後の方向性を明確にし、サービス改善に取り組んでいかないといけない。地域の福祉サービスへの理解。
9	ハッキリと自分の意向を言われる利用者が少ない。どのようにして本心の意向を聞き取っていくか？ 家族がどれだけ事業所の中身を知っているのか？興味を持っているのか？中身を知ってもらえる方法。興味を持ってもらえる方法。

カテゴリー4. 「計画の策定と着実な実行」に関する意見

良いと思う点

1	分かりません。
2	部門目標の設定。
3	情報を共有し何事も気軽に話し、努力していると思う。
4	アセスメント見直し。レクリエーションによる意向取り入れ実施。
5	計画内容に変更などがあれば、職員間で内容の共有ができる（引き継ぎノート）。
6	事故などの再発防止は、会議やヒヤリハットなどで再確認しています。
7	法人目標→エリア目標→部門目標→個人目標というしっかりとした分かりやすい流れがある。
8	事故等が起きた際は「いろんなこと報告書」に記載し、改善策等を職員で話し合い確認している。予防対策として0レベル報告で、危機管理に努めている。
9	法人—エリア—在宅（または施設）—事務所と一環した目標からの計画の策定になっているため、法人全体として同じ目標に向いていること。

改善したいと思う点

1	分からない。
2	理解しきれていないことが沢山ある。
3	現場の意見を上が聞こうともせずリスクが高い。
4	計画に上がっていることを確実に実行していく。
5	部門目標を家族に伝えるように改善。
6	どうしてこのような目標になったのか？というしっかりとした根拠を説明する必要がある。
7	計画策定時に現場の意見を引き出せていない（年間目標）。年間目標等引き出せる働きかけが必要（普通に意見を求めても引き出すことが難しいので、引き出しやすい工夫）。
8	アセスメントの充実。普段のコミュニケーションからの意向も取り入れていく。 楽しみへとつながるレクリエーション、運動の取り入れ、残存機能につなげられるようにする。

カテゴリー5. 「職員と組織の能力向上」に関する意見

良いと思う点

1	学ぶチャンスを与えられ感謝している。
2	人事考課シートにより自分の目標が明確になる。
3	全職員が平等に研修を受けることができる権利がある。
4	研修・勉強会に参加し、内部で発表し能力向上に努めている。
5	勉強会の実施。研究発表の場を設けている。リフレッシュ休暇。
6	月に一回の職員間の勉強会実施。研修参加職員の情報共有の勉強会。
7	月例研修へ参加した人は、内部研修で内部へ発信し情報を共有している。
8	職員一人ひとりが目標を持ち、自己の向上、スキルアップなどに取り組んでいます。
9	人事考課シートを活用し個人目標を明確にしている。リフレッシュ休暇、社員旅行がある。
10	職員が法人研修に月1名参加し、研修で学んだことを順番に内部研修で発表し、共有している。
11	法人・エリアの研修体制は整っており、参加できるよう取り組みを行っている。エリア研修を受けた職員は内部研修で講師となり、職員に伝達している。

改善したいと思う点

1	息苦しい時がある。
2	必要な人材構成になっているか分からない。
3	勤務時間内に仕事を終わらせられるよう業務改善が必要。
4	勉強会だけで終わらず良い点の取り入れ。定期的な振り返り。
5	小規模多機能型居宅介護のありがたさについて学ぶ必要あり。
6	勤務時間内に外部の研修に参加できる環境があれば良いと思う。
7	有給休暇が部署によって取れたり取れなかったりとバラツキがある。
8	就業状況の把握ができていない。ストレス、疲労がたまる一方なので職員一人ひとりの聞き取り調査などをして欲しい。
9	職員の育成・向上について法人・エリアの研修に取り組んでいるものの、それ以外の特に外部や内部の勉強会でもっと取り組む必要がある。
10	職員定数が流動的で人事に関しては現場では別世界の感があり、出されるイメージが強い。ある一定期間を超えると異動希望ではなく、異動できる権利が欲しい。

カテゴリー7. 「情報の保護・共有」に関する意見

良いと思う点

1	重要事項に明示し説明がされている。
2	個人情報については把握できていません。
3	引き継ぎ記録などに連絡事項を記入し共有している。
4	会議での報告、引き継ぎでの情報共有。情報の保護の明記。
5	個人情報の保護に関しては、利用者と契約時、説明・確認し同意を得ている。
6	サイボウズのパスワードが個々にあり、いつでも見たい時に開き情報が共有できる。
7	職員のパスワードを設定している。利用者に対しては重要事項説明書にて対応方法を確認している。
8	サテライト事業所であるが、サイボウズを用いて法人本部、エリア、他部署との情報のやり取りを行っている。
9	職員一人ひとりのパスワードの設定で情報の保護を行っている。 個人情報の保護については、規定を明確にし職員に通知できている。

改善したいと思う点

1	ボランティアに対し誓約書がない。
2	実習生やボランティアに対しての個人情報の保護の説明ができていない。
3	実習生やボランティアに対し、個人情報保護についての説明が十分にできているのか分からない。
4	実習生に対して、個人情報保護の話はしているが、誓約書等は交わしていない。今後必要か検討していく。
5	個人情報保護について職員内では理解できているが、ボランティアに対し説明・同意を得るようしていく
6	実習生やボランティアの人には、個人情報保護について説明しているが、誓約書などは用いていない。今後、誓約書を活用する。
7	パソコンが1台しかなく使用したい時に使用できない時がある。 パソコンを使えない、使わない職員がおり、必要な人が必要な時に活用できない場面がある。

Ⅲ-2 職員自己評価 「6. サービス提供のプロセス」サブカテゴリー別自由意見

小規模多機能型居宅介護
 デイハウスくずも

記入者の特定を避けるため、本題を曲げない範囲で文章を加工しています。内容によって特定されるものもあると思われませんが、ご本人に不利益にならないように、取り扱いへのご配慮をお願いします。

事業所の良いと思う点、改善したいと思う点

サブカテゴリー1. 「サービス情報の提供」に関する意見

良いと思う点

1	口答、文面にての説明。
2	ホームページなどを活用し提供できていると思う。
3	県のホームページ、パンフレット等を置いている。
4	利用希望者の状況に応じて、体験利用を行っている。
5	利用者希望には見学の案内を行い、体験利用をしてもらっている。
6	見学はいつでもしていただいていると思います。その他についてはよく分かりません。
7	口での説明だけでなく実際体験していただき、利用するかどうかの判断材料にしてもらっている。
8	ホームページ、パンフレットで分からない部分について詳しく口答で説明している。利用体験をしてもらっている。
9	見学希望の方には見学ではなく実際に1日利用してもらい、今後利用されるかどうか判断してもらっている（入浴希望があれば提供）。

改善したいと思う点

1	分からない。
2	どこまで対応できるかなど詳細を決定していく。
3	事業所の情報を地域にアピールする（事業所の求める立ち位置）。
4	管理者だけでなく他職員も説明等が行えるような勉強会の取り入れ。
5	情報提供に工夫が少ない（パンフレット等を配ってもその後の対応がない）。
6	ホームページをあまりチェックできていない。作成している人まかせになっている。
7	パンフレット、ホームページ以外での情報提供の工夫が必要ではないか検討している。
8	利用希望者の見学や施設見学の方への対応が特定職員しかできない。パンフレットの更新。

サブカテゴリー 2. 「サービスの開始・終了時の対応」に関する意見
良いと思う点

1	分かりません。
2	口答、文面にての説明。
3	契約時に説明し同意を得られている。
4	なるべく自宅での生活の延長の様な空間作り。
5	一問一答形式で重要事項説明書、契約書の説明を行っている。
6	利用者の不安を取り除くために話をしたり情報収集できている。
7	管理者が介護支援専門員のため、現場からの声も届きやすく短時間でケアに結び付く。
8	初回アセスメントに記載し、居宅計画にて職員全員が周知し、利用開始には利用者の不安を軽減できるよう配慮する。

改善したいと思う点

1	分からない。
2	考えたが分からず。
3	管理者だけでなく他職員も説明等が行えるような勉強会の取り入れ。
4	利用開始時、不安やストレスを軽減できるような積極的な声かけ等を行っているも十分ではないと思う。
5	面接、契約に関して、現場の職員は、手順・方法はなじみがやすい。誰でも一通り説明できるよう関心を持つ。
6	終了については、亡くなられた場合はお悔やみに行くが（時間外）、入院されて終了になった場合のフォローができていない。
7	サービス終了時の不安軽減、支援の継続性に配慮した対応を検討しなければいけない（今までそのような機会がなかったため）。
8	情報提供時には職員間でミーティング等で環境変化に対応できるよう検討の場を設けているが、その際の記録が十分に残せていない。フォローが不十分。

サブカテゴリー3. 「個別状況に応じた計画策定・記録」に関する意見
良いと思う点

1	引き継ぎ等一人ひとりの利用者毎に話をしている。
2	利用されている日、それ以外の日の様子も記録されている。
3	個別援助計画の作成、定期的なモニタリング、計画書の変更の実施。
4	私は記録等はしていませんが、共有できるように記録されています。
5	アセスメントに沿った計画作成。6カ月毎の見直し変更等追記記入、記録。
6	身近に介護支援専門員がいるので、素早く正しい情報を得ることができる。
7	状況表、引き継ぎ等で個人計画や個人記録に残す項目を確認し、それに沿ってサービスを行っている。
8	その都度、気がついたことを職員間で話し合っ計画の変更等利用者にとって一番良い支援を考え実践している。
9	個人記録に日々の様子を毎日記録している。変化があれば個人記録だけではなく、引き継ぎノートへ記載し情報を共有している。

改善したいと思う点

1	分からない。
2	記録物の書き方、言葉の統一など。
3	利用者本人・家族からも常時話を聞いていく。
4	計画書を作成する際、利用者ではなく家族の要望になっている。
5	記録の重要性の再認識（書いて終わりではなく活用するためには？）。
6	計画書に沿った記録の充実。関わった職員が記入することで、より充実した内容になる。
7	記録の仕組みが十分に確立されていないため、職員により内容が異なっている。ケアプランに関する記録内容の充実が必要である。
8	記録を記入する人により、具体的に書けている人とそうでない人がおり、事業所としての統一した仕組みが十分にできていないので、仕組みづくりを検討。

サブカテゴリー4. 「サービスの実施」に関する意見

良いと思う点

1	急な通い、泊まり、訪問全てに対応している。 ISO手順を基にケアが行われている。
2	計画に沿ったサービス提供。当日の利用者の意向に沿ったレクリエーションを提供。入浴時間提供。
3	その都度、家族や本人の希望に対応している（リハビリテーションの実施、買い物、掃除、洗濯、食事の嗜好、入浴など）。
4	自分でできることはできるだけしていただけるよう見守ることも大切にしています。 デイルームで、皆さんが気持ちよく過ごせるよう、利用者同士をつなぐ手伝いができています。
5	急なことであってもできる限り柔軟に対応している（食事、宿泊、通い、訪問など受け入れている）。 うがい手洗いは来苑時、必ず行っている。
6	人数の多い他の施設に比べると利用者数が少ないため、個人の希望が受け入れやすいと思う。 毎月カンファレンスを行い、問題点などがあれば話し合っている。毎月の引き継ぎでも話し合い早急に対応できている。
7	急な泊まりや訪問にも迅速に対応できている。専門職と連携をとり、リハビリテーションの評価等をしてサービス向上を図っている。 環境を整備し、気持ち良く利用してもらっている。体操、レクリエーションの充実。
8	利用者・家族の要望に応えられるよう、できる限り柔軟に対応している。例えば、送迎時間の急な変更、急な泊まりや訪問の受け入れなど。 送迎時、家族とコミュニケーションを取り、変化があれば報告を行っている。
9	なんぶ幸朋苑の専門職（言語聴覚士、理学療法士）による評価をしてもらい個別リハビリテーション等を行っている。急な泊まり等にも迅速に対応している。送迎時に家族と自宅での状況や苑での様子等を確認している（連絡帳や電話等でも）。
10	エリアのリハビリスタッフと協力し必要時に派遣し、評価・アドバイスをもらっている。 急なことであっても柔軟にサービスが利用できるようにしている（早朝からの利用、夜間の利用、泊まり、訪問等）。看取りまで利用できる。

改善したいと思う点

1	個別ケアの対応・充実。記録の仕組み。
2	どこまで対応できるか、詳細の決定と提供。
3	利用者一人ひとりとじっくりと関わりを持てる時間と余裕がない。
4	個々の身体レベルに沿った運動（体操）の取り入れ、身体機能の低下予防へと繋がるような取り組みの充実。
5	身体を動かす取り組みが少なく工夫もあまりない。終末期の意向確認が十分にできていない。主治医との関わりが少ない。
6	今以上に利用者の主体性、能力を引き出す支援ができる介護計画を作成できるようにする（そのためには個人記録を充実させ、モニタリング評価に反映させる）。
7	玄関の段差や畳の部屋での段差では、度々転倒などの事故が起こっているが見守りや付添等の改善策で対応している。ハード面での改善策も必要なのではないかと思う。地域とのつながりという点ではあまりできていない。
8	送迎の時間でなければ家族と話す機会がない。担当者だけでも何かあれば、家族、介護支援専門員、担当者という形で、話しに参加したい。主に介護支援専門員（主任）が決めてきたことを職員が実行している。ああすれば良いのでは…と思うことが多々ある。
9	利用者一人ひとりの対応について： 少しでも落ち着いた環境で過ごしていただけるように他利用者との仲介役や席の配慮等実施しているが十分とは言えないと思う。 事業所内に手すりが少なく段差があり安全性に配慮されているとは言えない。

サブカテゴリー5. 「プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重」に関する意見
良いと思う点

1	文面に明記。
2	法人の研修に参加し、内部研修で発表をした。
3	接遇チェックを毎月行って自己採点して、翌日のサービスに繋げている。
4	トイレ案内の声かけは本人しか聞こえないよう小声で声かけを心がけている。
5	接遇について月1回自己チェックを行っている。月毎に統一目標を立て取り組んでいる。
6	接遇チェック表で毎月チェックを行い、職員間で話し合い月毎の目標を決め取り組んでいる。
7	利用者には全職員笑顔で接客しています。何でも話してもらえそうな‘くずも’でありたいと心がけています。
8	写真の掲載などプライバシーに関する事で本人や家族に同意を得ていることは、それを分かりやすく表にしてある。
9	接遇に関して職員一人ひとりが自分の対応を振り返り、自己チェックしている。他の職員もそれぞれ確認できるようになっている。
10	選択できるような声かけを心がけている。個人情報や外部とやり取りする際は、利用者の同意だけでなく家族の同意を得ている。

改善したいと思う点

1	羞恥心に配慮したケアは十分とは言えない。
2	職場での忙しさで、個々の生活習慣に合った支援ができていない。
3	プライバシー保護について職員全員が個人の意志を尊重する。
4	個室が4室しかなく、一人でホットすることができるプライベート空間が少ない。
5	安全のため、居室のドアを開けて見守りをする必要があるが、他の利用者から見えにくい配慮が必要。
6	職員一人ひとりがどこまで理解・周知できているかを確認できていない（個人の尊厳、プライバシー）。
7	夜勤職員が1名で多数の利用者（定員5名）を見る時は、居室のドアを少し開けておかなければ危険（外部の様子が見られない）。

サブカテゴリー6. 「事業所業務の標準化」に関する意見

良いと思う点

1	月1回は勉強会がある。
2	他事業所の良いところを参考に導入。
3	各職種の役割分担、役割に沿った必要な記録。
4	一つひとつに明確されたマニュアルが存在する。
5	職員間では、問題点や疑問点を話し合ったりできる。
6	職員一人ひとりが小さな気づきができ共有できている。
7	職員同士も上司に対してなんでも相談できる職場です。
8	職員が小人数であり、すぐに話し合っって情報を共有できる。
9	ISOマニュアルなどで基準事項や手順を明確にしている。分からないこと等も他職員と相談し助言を受けられる。

改善したいと思う点

1	業務フローや役割を明記した文書がない。そのため責任の所在がはっきりしない場合がある。
2	上からの情報が、なかなか下に降りて来ず、知っている人と知らない人で分かれてしまう。情報の共有化。
3	ISOの手順書を日常的に活用する習慣を今以上につけ、サービスの質（統一されたケア）の向上を目指していきたい。
4	ISOの手引書の中で、目を通していない文書がある。最低限必要な文書（日常的に必要な文書）は周知しないとイケない。事業所内の業務基準が文章化されていない。

カテゴリー 1 から 7 に当てはまらない自由意見

1	医療に関わるケアが弱い（医療行為を含む）。訪問のサービス提供時間に制限がある。他事業所を知らない職員が多い。新しい取り組みに消極的。
2	医療機関との連携が不十分（主治医等）。こちらの情報の伝達不足。家族から医療機関の情報を聞いている。もっと主治医へのアプローチがこちらから必要であると考えます。

昨年と比べ良くなったと思う点

カテゴリー 8. 「カテゴリー 1～7 に関する活動成果」に関する意見

1	売り上げ。
2	正直大きな変化はないと思います。
3	地域の人への情報発信を積極的に行うようになった。
4	施設空き部屋を地域に開放することで、地域住民、職員、利用者が少しずつ顔見知りの関係が築けている。
5	1年前と変わりありません。職員同士協調し合い、仕事ができています。人任せにせず、積極的に関わっています。
6	積極的に介護度の高い利用者を受け入れたことにより売り上げが上がった。接遇チェック表で毎月チェックすることで自分の振り返りができ、次月での接遇に生かされる。
7	良くなったと思う点はなし。現場での職員の人数が減ったため利用者一人ひとりに関われる時間がなくなった。 利用者からも最近はみんな忙しそうだねと言われることもある。
8	他部署より管理者、副主任が異動してこられ（以前は副主任は不在）、少しずつ職員が動きやすい環境になった。動きやすくなったことにより利用者・家族に早急に返答できるようになった。管理者不在時は副主任が判断される。
9	ようやく全体のことが少しずつ見える状況になってきました。職員一人ひとりの性格やレベル等も分かってきました。対個人との信頼関係も少しずつですが前進していると思っています。異動当初の教えてもらう状況から、判断できる状況になりつつあります。
10	当初は決まった形がなくて手探りで何事にも不慣れだった。 主任の「俺が責任取るから利用者のためになること喜ばれることなら何でもしていい」と言われたことを思い出します。 異動での新しい職員に業務内容をきちんと伝えることができているのかと悩むこともあったが、ここ数年一般職の異動がなくて、利用者の「慣れた人がいなくなると寂しい」との言葉も聞かないので職場の空気も落ち着いていると思う。 出入りがないので刺激がなくて…との言葉が漏れ聞こえることもあるが。

IV 利用者調査 集計結果

小規模多機能型居宅介護 デイハウスくずも	
収集期間	平成26年1月14日～1月31日

調査対象者数 21名
有効回答者数 18名
回収率 85.7%

※各集計結果の【問いの主旨】は、東京都福祉サービス評価推進機構が各問いごとに第三者評価の「標準項目」として定めているものです。

《サービスの提供について》

【問いの主旨】利用者個人の状況が把握されているか

問1	デイハウスくずもは、あなたの身体や生活の状況をよくわかってくれますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		18	0	0	0	18名
		100.0	0.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	コメントなし
---	--------

【問いの主旨】予定外の利用要求に柔軟な対応がされているか

問2	デイハウスくずもは、急な泊まりや通い等が必要になった時、柔軟に対応してくれますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		15	2	0	1	18名
		83.3	11.1	0.0	5.6	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	まだ使ったことはありませんが、そのようにしていただけると伺っています（泊まりや通いで）。
---	--

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	コメントなし
---	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし
---	--------

【問いの主旨】 通いや泊りの際の過ごし方は、個人のペースに合っているか

問3 通いや泊りの時は、あなたに合った過ごし方ですか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	13	3	0	2	18名
	72.2	16.7	0.0	11.1	100%

「はい」と回答した人のコメント

コメントなし

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

コメントなし

「非該当」「無回答」の人のコメント

コメントなし

【問いの主旨】 病気やケガ等緊急時の対応は、安心できるか

問4 病気やケガなどの緊急時の対応は、安心できますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	13	1	1	3	18名
	72.2	5.6	5.6	16.7	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	高齢でもあり、何か急変があったときはどう対処するのかを前もって十分に話し合いを持ってくださり、安心して通所させてもらっている。
---	---

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	まだそのようなことがないので判らない。
---	---------------------

「いいえ」と回答した人のコメント

コメントなし

「非該当」「無回答」の人のコメント

コメントなし

《利用者個人の尊重について》

【問いの主旨】サービスの提供にあたって、利用者のプライバシーは守られているか

問5 あなたやご家族のプライバシーは守られていますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	16	1	0	1	18名
	88.9	5.6	0.0	5.6	100%

「はい」と回答した人のコメント

コメントなし

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

コメントなし

「非該当」「無回答」の人のコメント

コメントなし

【問いの主旨】利用者の気持ちは尊重されているか

問6 職員は、あなたの気持ちを大事にしてくれていると思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	17	0	0	1	18名
	94.4	0.0	0.0	5.6	100%

「はい」と回答した人のコメント

コメントなし

「非該当」「無回答」の人のコメント

コメントなし

【問いの主旨】職員の対応は丁寧か

問7 職員は、礼儀正しく丁寧に対応していますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	17	0	0	1	18名
	94.4	0.0	0.0	5.6	100%

「はい」と回答した人のコメント

コメントなし

「非該当」「無回答」の人のコメント

コメントなし

《個別の計画について》

【問いの主旨】 個別の小規模多機能型居宅介護計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか

問8 デイハウスくずもでの介護計画をつくる時、あなたや家族の状況や要望をよく聞いていますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	17	0	0	1	18名
	94.4	0.0	0.0	5.6	100%

「はい」と回答した人のコメント

コメントなし

「非該当」「無回答」の人のコメント

コメントなし

◆1 あなたの介護計画について、職員から説明がありましたか	はい	いいえ	無回答	合計
	17	0	1	18名
	94.4	0.0	5.6	100%

↓ ↓
《利用前の対応へ》

※◆1で「はい」と答えた方への問い

【問いの主旨】 個別の計画に関する説明はわかりやすかったか

問9 あなたの介護の計画についての説明はわかりやすかったですか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	17	0	0	0	17名
	100.0	0.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

コメントなし

《利用前の対応について》

◆2 過去1年以内にデイハウスくずもを利用し 始めましたか	はい	いいえ	無回答	合計
	6	12	0	18名
	33.3	66.7	0.0	100%

問11へ

※◆2で「はい」と答え方への問い

◆3 デイハウスくずもの利用を始める前に、事 業所から内容などの説明はありましたか	はい	いいえ	無回答	合計
	6	0	0	6名
	100.0	0.0	0.0	100%

問11へ

※◆3で「はい」と答え方への問い

【問いの主旨】 サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったか

問10 サービス内容や利用方法の説明は、わかり やすかったですか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	5	1	0	0	6名
	83.3	16.7	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

コメントなし

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

コメントなし

《不満・要望へ対応について》

【問いの主旨】 不満や要望を事業者に言いやすいか

問11 不満や要望を職員に気軽に言うことができますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	15	2	0	1	18名
	83.3	11.1	0.0	5.6	100%

「はい」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	たまにですが何もすることが無くて退屈だと言うことがあります。けれど職員さんに言うことは無かったと思われます。
---	--

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】 利用者の不満や要望は対応されているか

問12 職員は、あなたの不満や要望にきちんと対応してくれますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	15	1	0	2	18名
	83.3	5.6	0.0	11.1	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	高齢ですので頑固で大変だと思います。
---	--------------------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】 外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか

問13 困ったことを職員以外の外部の人（第三者委員等）にも相談できることを知っていますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	7	2	7	2	18名
	38.9	11.1	38.9	11.1	100%

「はい」と回答した人のコメント

コメントなし

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

コメントなし

「いいえ」と回答した人のコメント

コメントなし

「非該当」「無回答」の人のコメント

コメントなし

《総合的な感想について》

〔1〕満足度

	人数	%
1. 大変満足	10	55.6
2. 満足	8	44.4
3. どちらともいえない	0	0.0
4. 不満	0	0.0
5. 大変不満	0	0.0
無回答	0	0.0
合 計	18名	100%

〔2〕 デイハウスくずもに対して、日頃感じているご意見・ご要望など

1	家庭の事情などを考慮して柔軟に対応していただき大変助かっている。
2	いつもありがとうございます。職員の方々の様子にいつも感心しています。
3	わがまま放題で自由に過ごさせてもらっている。不自由もない。職員も心よくしてくれます。
4	頑固で気に入らないことがあると乱暴になり扱いが難しいのですが、いつも優しく対応していただいています。
5	本人や家族の要望を聞いていただいています。感謝しています。利用日には迎えに来ていただくのを楽しみに待っています。
6	利用している人でなくその妻がとても楽になり、心がゆっくり、身体もゆっくりでとても安心していきます。私にとって心の安らぎのひと時です。
7	特に不満はありません。みなさん気持ちよく対応してくださり、感謝しています。これからいろいろ相談に乗っていただきたいと思っています。
8	症状の進行に応じて本人の自己選択、決定を促してください。よろしくお願いします。また家族に対しても分かりやすく計画等の説明をしていただけると助かります。
9	経営母体が大きいためか教育等十分にされており、利用者としては大変ありがたく満足しております。さらなる改善について意見を求められますが、私どもは経験が少なく何もできません。
10	本人の状況に応じて送迎時間の変更、その時の状態で行けない時は、再度迎え等、臨機応変に対応していただき助かります。職員の一人ひとりが明るく、優しく個性的な利用者それぞれの方にあった声かけや援助をするようにしておられる気遣いが伝わってきます。
11	職員の皆様がとても接し方が自然で感心しています。様々なイベント等も催されていていいことだと思いますが、日々、身体の衰えを増していくようなので運動等、専門の方からご指導いただいて日常的に行って欲しいと思っています。

〔3〕 今回の調査について気づいた点など

1	この地域のデイサービス会社よりも全ての点で良いと思っております。
---	----------------------------------

回答者属性

F 1. ご利用者本人の年齢 (1つに○)

	人数	%
1. 65歳未満	0	0.0
2. 65～70歳未満	0	0.0
3. 70～75歳未満	2	11.1
4. 75～80歳未満	2	11.1
5. 80～85歳未満	4	22.2
6. 85～90歳未満	4	22.2
7. 90歳以上	5	27.8
無回答	1	5.6
合 計	18名	100%

F 2. ご利用者本人の性別 (1つに○)

	人数	%
1. 男性	7	38.9
2. 女性	10	55.6
無回答	1	5.6
合 計	18名	100%

F 3. 要介護度 (1つに○)

	人数	%
1. 要支援1	0	0.0
2. 要支援2	2	11.1
3. 要介護1	4	22.2
4. 要介護2	4	22.2
5. 要介護3	2	11.1
6. 要介護4	3	16.7
7. 要介護5	2	11.1
無回答	1	5.6
合 計	18名	100%

F 4. サービスの利用年数 (1つに○)

	人数	%
1. 6か月未満	2	11.1
2. 6か月以上～1年未満	3	16.7
3. 1年以上～2年未満	6	33.3
4. 2年以上～3年未満	3	16.7
5. 3年以上～4年未満	1	5.6
6. 4年以上	2	11.1
無回答	1	5.6
合 計	18名	100%

F 5. 調査に回答された方 (1つに○)

	人数	%
1. サービス利用者本人が回答	2	11.1
2. 本人が、家族や介助者と相談しながら回答	4	22.2
3. 家族が、本人の気持ちを推察して回答	12	66.7
4. その他	0	0.0
無回答	0	0.0
合 計	18名	100%