

P r e s e n t a t i o n

第三者評価報告書

社会福祉法人 松代福祉会 様

DATE ▶ H18. 8. 30

1. はじめに

在宅介護を中心として民間企業との競争が激しくなり、利用者も『消費者』としての権利意識を持ってサービスを選択するようになりました。

また、法人運営も今までの『施設管理』の役割より『経営』を求められております。

このような環境変化に的確に対応しつつ、新たなニーズに対応するために今回の報告を活用していただき、『利用者への情報の公表』・『介護従事者の質の向上』・『職員の育成』・『労働生産性の向上』に繋げていただければと思います。

1. はじめに

7月11日・19日の2日間で、職員の方からの聞き取り調査、評価項目に関連する書類等の閲覧をいたしました。

事前に記入して頂きましたアンケートの結果も踏まえて、職員の方々の意見を聞くことができました。

また、基盤強化のために、財務に関する分析もいたしました。

<目次>

- | | |
|---------------|-------------|
| 1. はじめに | 5. 訪問介護のまとめ |
| 2. 特養のまとめ | 6. 財務分析のまとめ |
| 3. デイサービスのまとめ | |
| 4. 居宅介護のまとめ | |

2. 特養のまとめー全体の講評

| | |
|--------------------------------------|---|
| 特 に よ い と 思 う 点 | <p>・地域に密着した福祉施設としての機能</p> <p>旧町内の利用者が大半を占めており、旧町内在住の職員に介護されている。名前は知らなくても、顔と顔がわかる、安心した関係から、ほのぼのとした雰囲気を感じられる。福祉施設はある意味で、アットホームなものが求められており、「身内同士で形成された、身内同士のホーム」として恵まれた環境のもとに運営されている。</p> |
| | <p>・利用者に喜ばれるサービスの提供</p> <p>広報委員会が中心となり、ホームの通信を地域や利用者家族に配布している。サービスの開始にあたり入所時に説明がされている。利用者等に説明し、同意も得られている。利用者、家族等の意向を聴取し、施設サービスに活用する体制あり(ケアプラン第1表に記載されていた。)。利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しく快適で、自立的な日常生活となるよう、ケア委員会が中心となり、必要に応じて検討がされている。行事、外出などが毎月取り入れられており、ホーム通信にも紹介されている。</p> |
| | <p>・施設と家族との交流・連携</p> <p>家族会があり連携がとられている。家族が行事に参加することもある。サービスの向上には、利用者・利用者家族、施設職員、地域の人々の三位一体の協力関係が不可欠である。当施設の家族会は同じ悩みを抱えたものとしての結束も固く、施設の運営維持には欠かせない。説明会当日の草刈りへの勤労奉仕など、施設のバックアップ体制として支えている。</p> |

2. 特養のまとめー全体の講評

さらなる改善が望まれる点

・社会環境の変化に対する中・長期計画の策定

介護保険制度は3年ないしは5年で見直しがされます。制度改正により、介護サービスの事業所を取り巻く環境はなお一層の厳しさを増しています。経営の安定化を図るためにも、これまで以上に中・長期的な視点での施設経営がますます重要となり、経営層の強力なリーダーシップの発揮が期待されます。

・法人理念の全職員への周知徹底

法人の基本理念が制定されて間もないが、職員のインタビューでも大まかな点は口頭で語る事ができた。施設内への掲示や職員会議等での周知徹底を図るとともに、年度方針にも連鎖し、具体的かつ達成可能な数値目標等、職員の目線に合わせ、法人理念の遂行とは具体的にどのような事なのか、様々な場面で反復し徹底する工夫が望まれる。

・標準的なサービス提供を可能とする各種マニュアルの整備

経費バランスから、今後施設サービスの担い手が非常勤職員にシフトせざるを得ない状況になりつつある。少数精鋭の人員体制の中で、常勤職員はもとより各職員の役割はますます大きくなっていくことが予測される。施設全体でのサービスの標準化は喫緊の課題です。一通りのマニュアルは整備されているが、職員が現場で検討し、基本を外すことなく、なおかつ使い勝手の良い各種マニュアルのより一層の整備・改編・活用が求められる。経営層やリーダー層の踏み込んだ指導徹底が望まれる。

・マンネリの打破

「親しき仲にも礼儀あり」を忘れてしまっているのか、「身内同士で形成された、身内同士のホーム」の良い反面、なれあいの部分を感じられる。利用者、利用者家族にとって介護サービスを受けるということは「お世話して頂いている」という意識がまだまだ強い。職員は福祉施設で働く者としてのプロ意識にやや欠けているのではないかと思われる。「お世話させていただいている」という謙虚な気持ちで利用者に接しないと、相手は人生の大先輩であるので見透かされることが多々ある。個々の職員も今のままで良いというのではなく、自己研鑽をし、年々少しずつでもレベルアップをしていかないと自分自身の人生の充実感は得られないだろう。

2. 特養のまとめ—評価報告書①

| | | | |
|---|--|--|--|
| 1 リ ー ダ ー シ ッ プ と 意 思 決 定 | 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 | | 評点 |
| | 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。 | | B |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 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 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)。 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・会議や朝礼時等、管理者から話しがあり浸透するような体制を敷いている。職員のインタビューでも、理念・方針を大まかではあるが語る事ができた。特に「コスト削減」に関してはかなり意識して取り組んでいることが窺えた。 | | ・基本理念と年度方針との関連性について検討されているものと思われるが、経営方針が大まかすぎて「誰が、いつ、……」といった具体的なものに繋がっているのか疑問に感じる。予算表的な大きなものでなくて、現場で具体的に把握できる数値で目標を設定されたら良いのではないか。 |
| | 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、事業をリードしている。 | | B |
| | 1 経営層は自らの役割と責任を職員に伝えている。 | | |
| | 2 経営層は自らの役割と責任に基づいて行動している。 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・毎週木曜日に理事長の訪問がある。会議等で管理者はホームのサービスの向上について話している。 | | |
| | 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。 | | B |
| | 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。 | | |
| 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。 | | | |
| 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。 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・案件等の上申の経路は「委員会 → 主任 → 運営会議」となっている。 | | ・検討→決定→周知の手順を明確化する必要がある。現場の意見判断がそのまま決定事項となるのではなく、意思決定は経営層の関与が不可欠なものとして再考を促したい。 | |

2. 特養のまとめ—評価報告書②

| | | | |
|--|---|---|----|
| 2 経営における社会的責任 | 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。 | | 評点 |
| | 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。 | | B |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| | ・明示はされていないが、文書としては整備されている。 | | |
| | 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。 | | A |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| | ・今回初めての第三者評価であったが、積極的に情報を提供していただいた。ホーム通信が発行され、地域に配布されており、ホーム内には手作りの壁新聞も掲示されていた。 | | |
| | 3 将来を担う人材として、実習生を受け入れている。 | | B |
| | 1 実習生の受け入れに対する基本方針・取り組み体制を明確にしている。 | | |
| | 2 効果的な実習ができるよう計画的なプログラムを用意している。 | | |
| | 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| ・受入体制はある。 | | ・効果的な実習に繋がるよう、独自のカリキュラムも作り、委託先との擦り合せも必要ではないだろうか。 | |
| 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている。 | | | |
| 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。 | | B | |
| 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)。 | | | |
| 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。 | | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | | |
| ・地域に還元できる体制はある。 | | | |
| 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。 | | B | |
| 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。 | | | |
| 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、手引書の作成など)。 | | | |
| 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。 | | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | | |
| ・小学生、中学生、一般のボランティアの受入がされている。 | | ・利用者のプライバシーの尊重や注意事項等を整備し、施設としての取り組みを文章化、受入マニュアルを作成、職員、ボランティアにも徹底していただきたい。 | |
| 3 地域の関係機関との連携を図っている。 | | A | |
| 1 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参加している。 | | | |
| 2 地域の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。 | | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | | |
| ・地域での介護関係者の連絡会に参加している。同じ法人で運営しているデイサービスで介護教室を開く等、市の依頼もある。 | | ・旧町内での福祉の拠点として、また地域に開かれた施設として更に積極的な取り組みが期待される。 | |

2. 特養のまとめー評価報告書③

| | | | |
|--|---|---|---|
| 3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用 | 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。 | | 評点 |
| | 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)。 | | A |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・契約時に説明がされている。投書箱の設置、苦情処理の方法などの体制が整備されている。 | | ・苦情・要望等については施設全体で共有化を図り、サービスの質の向上に役立てていただきたい。 |
| | 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。 | | B |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・入所時に利用者、家族から意向を聞くなど、情報を得ている。 | | ・特養としての独自アンケート調査を行い、利用者、家族の意向や問題を把握しサービスの向上に努めて欲しい。 |
| | 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。 | | B |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| 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。 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・WAMネット等、インターネットを利用し取り組んでいる。 | | ・平成の大合併でサービスの実施地域が広域化している。施設の今後の方向性に役立てる意味からも業界内、地域内の情報には常にアンテナをはって将来に備えて欲しい。 | |

2. 特養のまとめ—評価報告書④

| | | | |
|---|---|--|--|
| 4 計画の策定と着実な実行 | 1 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる | | 評点 |
| | 1 取り組み期間に応じた課題—計画を策定している | | B |
| | 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 | | |
| | 2 年度単位の計画を策定している | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・理念が制定され、年度の計画が策定されている。第三者評価を実施、施設ケアサービスや職員の育成等の課題把握に努めている。 | | ・法人や施設の中・長計画の策定が望まれる。 |
| | 2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している | | B |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | | | ・漠然とした流れになっているのではないかと推測される。計画策定の時期等、現場も含め再検討されると良いのではないだろうか。 |
| | 3 着実な計画の実行に取り組んでいる | | B |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| | | ・年度予算があるが、各事業所単位に設定されているかは不明である。事業所単位での具体計画に沿って数値目標を設定することが望まれる。 | |
| 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | | | |
| 1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる | | A | |
| 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 | | | |
| 2 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している | | | |
| 3 再発防止・予防対策の実践に向けて、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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・事故防止委員会があり、再発防止・予防対策が検討されている。 | | | |

2. 特養のまとめー評価報告書⑤

| | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| 5 職員 と 組織 の 能力 向上 | 1 事務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 | | 評点 |
| | 1 事業所にとって必要な人材構成にしている | | B |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 3 適材適所の人員配置に取り組んでいる | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・人力的には基準をみたしている。法人内の人事異動等による組織の活性化が図られている。新規学卒の採用も定期的にも実施している。 | | ・職員の職掌範囲の明確化とともに人事考課についても検討されたい。 |
| | 2 職員の質の向上に取り組んでいる | | B |
| | 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 | | |
| | 2 職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成(研修)計画を策定している | | |
| | 3 個人別の育成(研修)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている | | |
| | 4 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・職員は頻繁ではないが、年に1～2回研修に出ている。 | | ・職員の研修計画については年間で立案され、会議等での報告を実施、全員が共有化できるよう配慮していただきたい。 | |
| 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | | | |
| 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 | | B | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・研修終了後、研修報告を作成している | | ・委員会等で自主的に研修を企画し、自施設に応じた研修計画を策定し、実行に移していただきたい。 | |
| 2 職員のやる気向上に取り組んでいる | | B | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 4 福利厚生制度の充実に取り組んでいる | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・従事者相互保険に加入している | | ・人事考課・目標管理制度を導入することで、職員の育成・処遇・やる気の向上に繋げる制度を構築することを検討されたい。 | |

2. 特養のまとめ—評価報告書⑥

| | | | |
|---|---|--|----------|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 1 サービス情報の提供 | | 評点 |
| | 1 利用者等に対してサービスの情報を提供している | | A |
| | 1 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している | | |
| | 2 利用者の特性を考慮し、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 | | |
| | 3 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している | | |
| | 4 利用者の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・取り組みがされている。広報委員会があり、特養の通信を発行し地域に配布している。事業報告書も行政等に送付されている。利用希望者の見学についても対応が来ている。 | | |
| | 2 サービスの開始・終了時の対応 | | |
| | 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 | | A |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・入所時に説明がされている。利用者負担金等は利用料金表に記載あり。利用者、家族等の意向を聴取し、施設サービスに活用の体制あり(ケアプラン第1表に記載されていた。) | | |
| 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している | | B | |
| 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た書式に記入し、把握している | | | |
| 2 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している | | | |
| 3 サービス利用前の生活をふまえた支援をしている | | | |
| 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している | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・個別にフローシートがあり、記入されていた。フェイスシートを参考に支援に心掛けていることが窺えた。退所者に対しては、在宅の場合、同じ法人の居宅サービスの提供あり。 | | ・限られた地域の利用者であり、職員の多くが旧町内に在住しているの で、良い面では家族的であるが、反面、なれあいの場合も考えられる。入 所者・家族と職員という自覚をもち個別に支援されることが求められる。 | |

2. 特養のまとめ—評価報告書⑦

| | | | |
|--|--|--|--|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 3 個別状況に応じた計画策定・記録 | | 評点 |
| | 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 | | B |
| | 1 利用者の心身状態や生活状況等を、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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・フローシートが確認できた。 | | ・アセスメントは利用者の状況を分析する上で不可欠であるので、計画策定時、見直しの時期を明示し、定期的実施し(状態変更時)、利用者にも最適した計画に結びつけて欲しい。 |
| | 2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している | | B |
| | 1 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている | | |
| | 2 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている | | |
| | 3 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している | | |
| | 4 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・施設サービス計画書が作成されており、見直しがされていた。担当者会議録も確認できた。 | | ・記述内容について、更に具体的なものにし、達成基準が明確に判るものにすることや、状態変化に応じた随時の見直しを行う仕組みを整備して欲しい。 |
| | 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 | | B |
| | 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きみがある | | |
| 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| | | ・個々の様子を具体的に記録することで次の勤務のスタッフの介護の手がかりとなり、ケアプランに反映することになる。個別の記録の重要性を認識しながら日常の様子を具体的に記述して頂きたい。 | |
| 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 | | A | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| | | ・介護計画の作成は職員全員で考え、毎日の中で実践可能なプランを作るものである。また、そのケアプランの内容は職員全員が把握、共有すべきものなので、更に共有し易い仕組みを作って欲しい。 | |

2. 特養のまとめー評価報告書⑧

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| 6 サービス 提供の プロセス | 4 サービスの実施 | | 評価 |
| | 1 施設サービスに基づいて自立生活が営めるよう支援している | | A |
| | 1 介護サービス計画に基づいて支援を行っている | | |
| | 2 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している | | |
| | 3 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 | | |
| | 4 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | | | ・ケアプランは個別に作成し、全職種が同じ方法で支援できるような具体的な内容にする必要がある。利用者本位のサービス・自立支援を図るためにも、ケアプランの内容を充実させるようにして頂きたい。 |
| | 2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している | | B |
| | 1 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている | | |
| | 2 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している | | |
| | 3 利用者が選択できる食事を提供している | | |
| | 4 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる | | |
| | 5 食事を楽しむ工夫をしている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・必要に応じた介助、見守りが行われている。利用者にあつた食形態で提供されている。月1～2回の選択メニューや行事食が実施され、楽しめるようになっている。昼食時、静かなBGMが流れていた。 | | ・献立等については特に問題はないと思われるが、楽しく食事ができる支援・環境とはどういふものか再検討していただきたい。 | |
| 3 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | B | |
| 1 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている | | | |
| 2 健康上の理由等で入浴できなかった利用者には代替方法をとっている | | | |
| 3 入浴の誘導は利用者には負担がかからないように考慮している | | | |
| 4 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・一般浴槽の他、特殊浴槽等が整備されており、個別対応が可能である。 | | ・浴室内や入浴用具について確認できなかったが、脱衣室からの一連の流れは業務効率に配慮したものであることが窺えた。利用者側に立ったくつろげる入浴方法を意識し、支援することが望まれる。 | |

2. 特養のまとめ—評価報告書⑨

| | | | |
|--|---|--|---|
| 6 サービス 提供の プロセス | 4 サービスの実施 | | 評価 |
| | 4 排泄の支援は、利用者の状態や意見を反映しておこなっている | | B |
| | 1 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている | | |
| | 2 利用者の状況に応じた排泄目標を設定している | | |
| | 3 トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている | | |
| | 4 トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | 5 移動、整容の支援は、利用者の状態や意見を反映して行っている | | A |
| | 1 利用者の状態にあった移動方法を検討している | | |
| | 2 服装や整容は利用者の好みを反映した支援をおこなっている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・車イス、歩行器、シルバーカー等、移動手段は個別対応されていた。利用者の着衣も自由な装いで小奇麗であった。 | | ・パジャマ姿の利用者が若干見られた。色々な事情が推察されるが、整容の工夫はして欲しい。 |
| | 6 利用者の健康を維持するための支援を行っている | | B |
| | 1 利用者の状況に応じた健康管理や支援をしている | | |
| 2 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている | | | |
| 3 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などくみを整えている | | | |
| 4 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている | | | |
| 5 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・服薬については看護師が管理し、誤薬などの事故がない取り組みをしている。夜間は看護師不在であるが在宅待機があり、急変時の対応ができています。 | | ・内服薬は全て看護師が管理を行っているが、服用している利用者の支援は介護職が中心である。体調の変化・異常の早期発見、対応の仕方、薬の効用・副作用等の知識は介護職にも必要なので勉強会等での継続的な学習が求められる。 | |
| 7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている | | B | |
| 1 施設サービス計画に基づいて、利用者一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しをしている | | | |
| 2 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことのできる視点を入れている | | | |
| 3 機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている | | | |
| 4 介護職員が日々の介護の中で気がついたことを機能訓練指導員に返している | | | |
| 5 福祉用具は定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・利用者の作品が壁に貼られたり、七夕飾りもあり、楽しみながら機能訓練を図っていることが窺えた。 | | | |

2. 特養のまとめー評価報告書⑩

| | | | |
|---|--|---|--|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 4 サービスの実施 | | 評価 |
| | 8 利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しく快適で、自立的な日常生活となるよう取り組みをしている | | A |
| | 1 | 日常生活の中で楽しめる機会を設けている | |
| | 2 | 娯楽・買い物などの外出の機会を確保している | |
| | 3 | 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である | |
| | 4 | 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている | |
| | 5 | 居室や食堂などの共有スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・ケア委員会が中心となり、必要に応じて検討がされている。行事、外出などが毎月取り入れられており、ホーム通信にも紹介されている。居室、食堂、ホール、廊下、トイレ等は綺麗に清掃されている。 | | ・利用者は高齢であったり、認知症などで意思表示が難しい人もいるので、一人ひとりの習慣、希望、持てる力を見極めながらその人らしい生活ができるよう支援していただきたい。 |
| | 9 施設と家族との交流・連携を図っている | | A |
| | 1 | 家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じている | |
| | 2 | 利用者の家族などの見学はいつでも希望に応じている | |
| | 3 | 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している | |
| | 4 | 利用者の日常の様子や施設の現状を定期的に家族に知らせている | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・家族会があり連携がとられている。家族が行事に参加することもある。面談室等の場所の提供もされている。利用者の日常の様子も生活相談員が中心となり、お便りとともに知らされている。 | | ・家族との信頼関係は非常に大切な事なので、窓口となっている相談員は更に積極的に連携をすすめていただきたい。 | |
| 10 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている | | B | |
| 1 | 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している | | |
| 2 | 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している | | |
| 3 | 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・ボランティア、小学生、中学生等との交流がある。 | | | |

2. 特養のまとめ—評価報告書⑪

| | | | |
|--|---|--|---|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 | | 評点 |
| | 1 利用者のプライバシー保護を徹底している | | A |
| | 1 利用者について他機関へ照会する際、利用者の承諾を得るようにしている | | |
| | 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ている | | |
| | 3 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・評価に当たり利用者家族等からの同意、確認がされていた。多床室では個別のカーテンによる仕切りが設置されている。 | | ・入浴、排泄等全ての支援においてプライバシーの保護・個人の尊厳は当然のことなので、もう一度原点に立ち、論議して欲しい。 |
| | 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 | | B |
| | 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) | | |
| | 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、組織的に対策を検討し、対応している | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・各種委員会により検討されている。身体拘束の禁止、個人の尊厳を守る等、正しく理解し実践している。 | | ・介護度の平均が4.2とかなり高い。身体機能低下、認知症、疾病等で意思表示ができない方も多いものと思われる。サービスを提供する側が利用者の権利を守り、意思を尊重し、支援することで理念が達成される。会議、朝礼等の場で常に確認して欲しい。 |
| | 6 事業所業務の標準化 | | |
| 1 手引書類を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている | | B | |
| 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 | | | |
| 2 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている | | | |
| 3 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を点検している | | | |
| 4 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・マニュアルはある。 | | ・業務の標準化を図るにはマニュアルが基本となる。一人ひとりの支援・介助の仕方は介助者の都合ではなく、誰が介助しても同じ方法でされることが大切である。今あるマニュアルを理解した上で、基本に忠実な形で支援され、手順の見直しも図っていただきたい。 | |
| 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 | | B | |
| 1 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている | | | |
| 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、職員や利用者からの意見や提案を反映するようにしている | | | |
| 3 職員の一人ひとりが工夫・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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・業務改善に前向きな姿勢で取り組んでいる。 | | ・すでに利用者本位に取り組みがされていると思われるが、今一度「利用者側」に立っての見直しが必要ではないだろうか。 | |

2. 特養のまとめー評価報告書⑪

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 6 サービス提供のプロセス | 6事業所業務の標準化 | | 評点 | |
| | 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 | | B | |
| | 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 | | | |
| | 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 | | | |
| | 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 | | | |
| | 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 | | | |
| 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 | | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | | |
| ・カンファレンス等の話し合いの場・時間がもたれている。研修会には自分の希望で参加できる体制がとられている。 | | ・研修や自己研鑽の機会をおおいに活用し、個々の職員の能力高めて欲しい。研修等の報告会、研修の成果の発表会等を開催し全体で共有化して欲しい。 | | |
| 7 情報の保護・共有 | 1 情報の保護・共有に取り組んでいる | | | |
| | 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 | | B | |
| | 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 | | | |
| | 2 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している | | | |
| | 3 保管している情報の状況を把握し、使いやすように更新している | | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| | | | ・パソコンの管理体制を整備し、必要な情報が適切に収集・整理・分析できるようにしていただきたい。 | |
| | 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 | | B | |
| | 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 | | | |
| | 2 個人情報の保護に関する規定を明示している | | | |
| 3 開示請求に対する対応方法を明示している | | | | |
| 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 | | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | | |
| ・契約時に説明がされている。 | | ・個人情報保護法の趣旨や注意事項等を整備し、事業所としての取り組みを文章化、マニュアルを作成、職員、ボランティアにも徹底していただきたい。 | | |

2. 特養のまとめー職員自己評価集計①

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|---|------------------|---|---|-----|----|-----|---|-----|---------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0 | 3 | 11% | 22 | 79% | 3 | 11% | 0 | 28 |
| 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 | 0 | 0 | 9 | 32% | 15 | 54% | 4 | 14% | 0 | 28 |
| 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 | 0 | 0 | 7 | 25% | 21 | 75% | 0 | 0% | 0 | 28 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--|------------------|-----|----|-----|----|-----|---|-----|---------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 1 | 5% | 14 | 50% | 10 | 36% | 3 | 11% | 0 | 28 |
| 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 | 1 | 13% | 15 | 56% | 9 | 33% | 2 | 7% | 1 | 27 |
| 2-1-3 | 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている | 0 | 0% | 8 | 29% | 17 | 61% | 3 | 11% | 0 | 28 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|-----------------------------------|------------------|----|----|-----|----|-----|---|-----|---------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 5 | 18% | 17 | 61% | 6 | 21% | 0 | 28 |
| 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 | 1 | 5% | 13 | 46% | 12 | 43% | 2 | 7% | 0 | 28 |
| 2-2-3 | 地域の関係機関との連携を図っている | 0 | 0% | 16 | 59% | 11 | 41% | 0 | 0% | 1 | 27 |

A+...標準項目をすべて満たしたうえで、A+の取り組みがある状態

B...標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態

A...標準項目をすべて満たした状態

C...標準項目をひとつも満たしていない状態

2. 特養のまとめ—職員自己評価集計②

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--|------------------|----|----|-----|----|-----|---|-----|------------|----------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 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) | 0 | 0% | 13 | 46% | 13 | 46% | 2 | 7% | 0 | 28 |
| 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 | 1 | 5% | 5 | 18% | 19 | 68% | 3 | 11% | 0 | 28 |
| 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 | 0 | 0% | 5 | 19% | 17 | 63% | 5 | 19% | 1 | 27 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|------------------|----|---|-----|----|-----|---|-----|------------|----------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 4-1-1 | 取り組み期間に応じた課題—計画を策定している | 0 | 0% | 7 | 25% | 19 | 68% | 2 | 7% | 0 | 28 |
| 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 | 0 | 0% | 8 | 29% | 18 | 64% | 2 | 7% | 0 | 28 |
| 4-1-3 | 着実な計画の実行に取り組んでいる | 0 | 0% | 7 | 25% | 17 | 61% | 4 | 14% | 0 | 28 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|------------------|-----|----|-----|----|-----|---|----|------------|----------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 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 | 3 | 15% | 13 | 46% | 12 | 43% | 0 | 0% | 0 | 28 |

2. 特養のまとめー職員自己評価集計③

カテゴリー 5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー 1 事務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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|---------------------|------------------|----|---|-----|----|-----|---|-----|------------|----------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 5-1-1 | 事業所にとって必要な人材構成にしている | 0 | 0% | 8 | 29% | 17 | 61% | 3 | 11% | 0 | 28 |
| 5-1-2 | 職員の質の向上に取り組んでいる | 0 | 0% | 5 | 18% | 21 | 75% | 2 | 7% | 0 | 28 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|------------------------------------|------------------|----|---|-----|----|-----|----|-----|------------|----------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 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 | 1 | 5% | 8 | 29% | 14 | 50% | 5 | 18% | 0 | 28 |
| 5-2-2 | 職員のやる気向上に取り組んでいる | 0 | 0% | 3 | 11% | 15 | 54% | 10 | 36% | 0 | 28 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------------|------------------|----|---|-----|----|-----|---|----|------------|----------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 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 | 0 | 0% | 8 | 29% | 18 | 64% | 2 | 7% | 0 | 28 |
| 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 | 0 | 0% | 9 | 33% | 16 | 59% | 2 | 7% | 1 | 27 |

2. 特養のまとめ－職員自己評価集計④

カテゴリ－6 サービス提供のプロセス サブカテゴリ－1 サービス情報の提供

| 評価項目 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------|---|---|-----|----|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答 数 |
| 6-1-1 利用者等に対してサービスの情報を提供している | 0 | 0 | 9 | 41% | 13 | 59% | 0 | 0% | 6 | 22 |

サブカテゴリ－2 サービスの開始・終了時の対応

| 評価項目 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|----|----|-----|----|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答 数 |
| 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 | 2 | 8% | 14 | 58% | 8 | 33% | 0 | 0% | 4 | 24 |
| 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に支援している | 2 | 8% | 10 | 38% | 14 | 54% | 0 | 0% | 2 | 26 |

サブカテゴリ－3 個別状況に応じた計画策定・記録

| 評価項目 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|----|----|-----|----|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答 数 |
| 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 | 1 | 4% | 8 | 30% | 17 | 63% | 1 | 4% | 1 | 27 |
| 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施設サービス計画を作成している | 1 | 4% | 4 | 16% | 20 | 80% | 0 | 0% | 3 | 25 |
| 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 | 0 | 0% | 9 | 33% | 16 | 59% | 2 | 7% | 1 | 27 |
| 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 | 1 | 4% | 23 | 82% | 4 | 14% | 0 | 0% | 0 | 28 |

2. 特養のまとめー職員自己評価集計⑤

カテゴリー 6 サービス提供のプロセス

サブカテゴリー 4 サービスの実施

| 評価項目 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|-----|----|-----|----|-----|---|-----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-4-1 施設サービスに基づいて自立生活が営めるよう支援している | 0 | 0% | 1 | 14% | 6 | 86% | 0 | 0% | 1 | 7 |
| 6-4-2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している | 0 | 0% | 7 | 25% | 21 | 75% | 0 | 0% | 0 | 28 |
| 6-4-3 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | 4 | 14% | 11 | 39% | 13 | 46% | 0 | 0% | 0 | 28 |
| 6-4-4 排泄の支援は、利用者の状態や意見を反映しておこなっている | 3 | 11% | 9 | 32% | 16 | 57% | 0 | 0% | 0 | 28 |
| 6-4-5 移動、整容の支援は、利用者の状態や意見を反映して行っている | 0 | 0% | 9 | 32% | 18 | 64% | 1 | 4% | 0 | 28 |
| 6-4-6 利用者の健康を維持するための支援を行っている | 2 | 7% | 14 | 52% | 10 | 37% | 1 | 4% | 1 | 27 |
| 6-4-7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている | 0 | 0% | 10 | 36% | 18 | 64% | 0 | 0% | 0 | 28 |
| 6-4-8 利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しく快適で、自立的な日常生活となるよう取り組みをしている | 2 | 7% | 8 | 29% | 18 | 64% | 0 | 0% | 0 | 28 |
| 6-4-9 施設と家族との交流・連携を図っている | 4 | 15% | 14 | 52% | 9 | 33% | 0 | 0% | 1 | 27 |
| 6-4-10 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている | 0 | 0% | 4 | 15% | 20 | 74% | 3 | 11% | 1 | 27 |

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 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|----|---|-----|----|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-5-1 利用者のプライバシー保護を徹底している | 1 | 4% | 8 | 33% | 14 | 58% | 1 | 4% | 4 | 24 |
| 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 | 0 | 0% | 5 | 20% | 18 | 72% | 2 | 8% | 3 | 25 |

3. デイサービスのまとめー全体の講評

| | |
|--------------------------------------|--|
| 特 に よ い と 思 う 点 | <p>・各種マニュアルの整備</p> <p>入浴サポート、利用者送迎、身体拘束、リスクマネジメント等のマニュアルがある。壁には緊急時の対応、救急車の呼び方、感染症対策一覧表などが貼られている。今後は、定期的な読み合わせなど、徹底を図られるとともに、新規マニュアルの作成、見直しに職員を参加させるなどして、使い勝手や技法に現場の体験や意見を反映させる等の柔軟なマニュアルの作成・見直しが望まれる。</p> |
| | <p>・利用者に喜ばれる個別対応のサービスの提供</p> <p>利用者ごとの個人ファイルはサービスの利用状況を含めて整備されている。利用者が点在しているため送迎時間が30～70分と非効率的ではあるが、利用者の立場を考慮し現状を維持せざるを得ない。冬など背負うこともあるので、職員配置を工夫し、体力のある男性職員を配置している。排泄についてもケアプランにあげて対応しているケースもあり、積極的に支援されている。「トイレに行きましょう」と声かけを行い、排泄への誘導・意識づけもされていた。食事を待つ時間には「お口の体操」を行い、誤飲予防にも努めていた。お手玉投げ、ゲートボール、じゃんけん大会、輪投げ、ビンゴゲーム、しりとりゲーム、歌、折り紙、色水ゲーム、コーンボール、花見などレクリエーションを兼ねたリハビリのプログラムも多彩である。</p> |
| | <p>・施設と地域との交流・連携</p> <p>シーズン性があるが、中学生、高校生、専門学校生との交流、踊り等のボランティアの訪問がある。サービスの向上には、利用者・利用者家族、施設職員、地域の人々の三位一体の協力関係が不可欠である。隣接の、保育園との交流も再度検討されたほうが良いのではないだろうか。</p> |

3. デイサービスのまとめー全体の講評

さらなる改善が望まれる点

・社会環境の変化に対する中・長期計画の策定

介護保険制度は3年ないしは5年で見直しがされます。制度改正により、介護サービスの事業所を取り巻く環境はなお一層の厳しさを増しています。経営の安定化を図るためにも、これまで以上に中・長期的な視点での施設経営がますます重要となり、経営層の強力なリーダーシップの発揮が期待されます。

・法人理念の全職員への周知徹底

法人の基本理念が制定されて間もないが、職員のインタビューでも大まかな点は口頭で語る事ができた。事務所内への掲示は見られたが、職員会議等での周知徹底を図るとともに、年度方針にも連鎖し、具体的かつ達成可能な数値目標等、職員の目線に合わせ、法人理念の遂行とは具体的にどのようにする事なのか、様々な場面で反复し徹底する工夫が望まれる。

・美味しい食事の提供

汁物が見うけられなかった。限られた食費の中で、無理もないのかもしれないが、お茶を飲みながらでは、一汁一菜に慣れ親しんだ高齢者には飲み込むことはかなり難しいのではないだろうか。家族アンケートでも少ないながらも昼食についての不満も見られる。昼食の残渣調査等を行い、利用者の嗜好に更に合わせ、選択メニュー、行事メニューなどの導入等が期待される。

・人材の育成

職員への人事考課や法人全体での昇進システムは整備されているのか不明であるが、職員の向上心が今ひとつ発揮されていないのではないかとと思われる。カンファレンスの開催や苦情対応が、主任クラスでの運営を主とする傾向が強く、一般職員への周知徹底を図るためには、会議や検討会に積極的に参加させ、仕事への自主性と責任感を育成させていくことが必要ではないだろうか。事業所としてのサービス水準を向上させ、職員のやる気を引き出すためにも、職員を積極的に事業所運営に参加させていくことが望まれる。

3. デイサービスのまとめー評価報告書①

| | | | |
|---|--|--|---|
| 1 リー ダー シ ッ プ と 意 思 決 定 | 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 | | 評点 |
| | 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。 | | B |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 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 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)。 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・職員のインタビューでも、理念・方針を大まかではあるが語る事ができた。 | | ・基本理念と年度方針との関連性について検討されているものと思われるが、経営方針が大まかすぎて「誰が、いつ、……」といった具体的なものに繋がっているのか疑問に感じる。収支予算的な大きなものでなくて、現場で具体的に把握できる数値で目標を設定されたら良いのではないか。 |
| | 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、事業をリードしている。 | | B |
| | 1 経営層は自らの役割と責任を職員に伝えている。 | | |
| | 2 経営層は自らの役割と責任に基づいて行動している。 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・会議等で管理者はホームのサービスの向上について話している。 | | |
| | 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。 | | A |
| | 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。 | | |
| 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。 | | | |
| 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。 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・案件等の上申の経路は「委員会 → 主任 → 運営会議」となっている。 | | ・検討→決定→周知の手順を明確化する必要がある。意思決定は経営層の関与が不可欠なものとして検討していただきたい。 | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書②

| | | | |
|--|--|--|--|
| 2 経営 にお ける 社会 的責 任 | 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。 | | |
| | 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。 | | B |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・事務所入口ドアの上に基本理念の掲示がされていた。文書としても整備されている。 | | |
| | 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。 | | B |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・今回初めての第三者評価であったが、積極的に情報を提供していた。 | | |
| | 3 将来を担う人材として、実習生を受け入れている。 | | B |
| | 1 実習生の受け入れに対する基本方針・取り組み体制を明確にしている。 | | |
| | 2 効果的な実習ができるよう計画的なプログラムを用意している。 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・受入体制はある。 | | ・効果的な実習に繋がるよう、独自のカリキュラムも作り、委託先との擦り合せも必要ではないだろうか。 |
| | 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている。 | | |
| | 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。 | | B |
| | 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)。 | | |
| | 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。 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・介護教室の開催等、地域に還元できる体制はある。 | | | |
| 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。 | | A | |
| 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。 | | | |
| 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、手引書の作成など)。 | | | |
| 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。 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・中学生、高校生、専門学校生、一般の踊りのボランティアの受入がされている。 | | ・利用者のプライバシーの尊重や注意事項等を整備し、事業所としての取り組みを文章化、受入マニュアルを作成、職員、ボランティアにも徹底していただきたい。 | |
| 3 地域の関係機関との連携を図っている。 | | A | |
| 1 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参加している。 | | | |
| 2 地域の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。 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・地域とのふれあい、交流会に参加している。介護教室を開く等、市の依頼もある。 | | ・地域に開かれた施設として更に積極的な取り組みが期待される。 | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書③

| | | | |
|--|---|---|---|
| 3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用 | 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。 | | |
| | 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)。 | | A |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| | ・契約時に説明がされている。 | | ・苦情・要望等については事業所全体で共有化を図り、サービスの質の向上に役立てていただきたい。 |
| | 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。 | | A |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| | ・利用者アンケートを独自に実施し、利用者、家族から意向を聞くなど、サービスの現状の把握をしている。 | | ・デイサービスとしての独自アンケート調査を定期的に行い、利用者、家族の意向や問題を把握しサービスの向上に更に努めて欲しい。 |
| | 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。 | | B |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| 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。 | | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | | |
| ・WAMネット等、インターネットを利用し取り組んでいる。 | | ・平成の大合併でサービスの実施地域が広域化している。施設の今後の方向性に役立てる意味からも業界内、地域内の情報には常にアンテナをはって将来に備えて欲しい。 | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書④

| | | | |
|---|---|--|--|
| 4 計画の策定と着実な実行 | 1 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる | | |
| | 1 取り組み期間に応じた課題ー計画を策定している | | A |
| | 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 | | |
| | 2 年度単位の計画を策定している | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・理念が制定され、年度の計画が策定されている。第三者評価を実施、事業所のケアサービスや職員の育成の課題の把握に努めている。 | | ・法人や事業所の中・長計画の策定が望まれる。 |
| | 2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している | | B |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | | | ・漠然とした流れになっているのではないかと推測される。計画策定の時期等、現場も含め再検討されると良いのではないだろうか。 |
| | 3 着実な計画の実行に取り組んでいる | | B |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 4 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期一月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| | | ・年度予算があるが、各事業所単位に設定されているかは不明である。事業所単位での具体計画に沿って数値目標を設定することが望まれる。 | |
| 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | | | |
| 1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる | | A | |
| 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 | | | |
| 2 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している | | | |
| 3 再発防止・予防対策の実践に向けて、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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・事故報告書も詳細に記録されていた。事故防止委員会があり、再発防止・予防対策が検討されている。 | | | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書⑤

| | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| 5 職員と組織の能力向上 | 1 事務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 | | |
| | 1 事業所にとって必要な人材構成にしている | | C |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 3 適材適所の人員配置に取り組んでいる | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・人力的には基準をみたしている。法人内の人事異動等による組織の活性化が図られている。 | | ・職員の職掌範囲の明確化とともに人事考課についても検討されたい。 |
| | 2 職員の質の向上に取り組んでいる | | B |
| | 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 | | |
| | 2 職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成(研修)計画を策定している | | |
| | 3 個人別の育成(研修)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている | | |
| | 4 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している | | |
| 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・職員は希望する研修には参加できる。頻繁ではないが、年に1~2回研修に出ている。 | | ・職員の研修計画については年間で立案され、会議等での報告を実施、全員が共有化できるよう配慮していただきたい。 | |
| 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | | | |
| 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 | | B | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・研修終了後、研修報告を作成している | | ・委員会等で自主的に研修を企画し、自施設に応じた研修計画を策定し、実行に移していただきたい。 | |
| 2 職員のやる気向上に取り組んでいる | | B | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 4 福利厚生制度の充実に取り組んでいる | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・従事者相互保険に加入している | | ・人事考課制度・目標管理制度を導入することで、職員の育成・処遇・やる気の向上に繋げる制度を構築することを検討されたい。 | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書⑥

| | | | |
|---|--|---|---|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 1 サービス情報の提供 | | |
| | 1 利用者等に対してサービスの情報を提供している | | A |
| | 1 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している | | |
| | 2 利用者の特性を考慮し、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 | | |
| | 3 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している | | |
| | 4 利用者の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している | | |
| | 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| | ・取り組みがされている。広報委員会があり、法人の通信を発行し地域に配布している。事業報告書も行政等に送付されている。希望者の見学についても対応が出来ている。 | ・将来の利用者に向けて、パンフレットその他の情報の提供方法の多様化に取り組まれることが求められる。 | |
| | 2 サービスの開始・終了時の対応 | | |
| | 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 | | A |
| | 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 | | |
| | 2 サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得ようとしている | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| | ・契約時に説明がされている。利用者負担金等は利用料金表に記載あり。アンケート調査により利用者、家族等の意向を聴取し、サービスに活用する体制あり。 | | |
| 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している | | A | |
| 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た書式に記入し、把握している | | | |
| 2 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している | | | |
| 3 サービス利用前の生活をふまえた支援をしている | | | |
| 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している | | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | | |
| ・個人別ファイルが整備されており、書式も整っている。サービス終了時には同じ法人の施設サービスへの移行も可能である。 | | | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書⑦

| | | | |
|--|--|---|---|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 3 個別状況に応じた計画策定・記録 | | |
| | 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 | | A |
| | 1 利用者の心身状態や生活状況等を、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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・アセスメントも見直しの時期を明示し、定期的実施され、利用者に適した計画が立案されている。 | | |
| | 2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している | | B |
| | 1 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている | | |
| | 2 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている | | |
| | 3 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している | | |
| | 4 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・計画書が作成されており、見直しがされていた。担当者会議録も確認できた。 | | ・記述内容について、更に具体的なものにし、達成基準が明確に判るものにすることや、状態変化に応じた随時の見直しを行う仕組みを整備して欲しい。 |
| | 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 | | A |
| | 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きみがある | | |
| 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・利用者毎に担当職員が決められており、記録している。 | | ・個別の記録の重要性を認識しながら日常の様子を具体的に記述して頂きたい。 | |
| 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 | | A | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・利用者毎に担当職員が計画を立て、責任者と検討している。 | | ・ケアプランの内容は職員全員が把握、共有すべきものなので、更に共有し易い仕組みを作って欲しい。 | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書⑧

| | | | |
|---|---|----------|--|
| 6 サービス提供のプロセス | 4 サービスの実施 | | |
| | 1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している | | B |
| | 1 介護計画に基づいて支援を行っている | | |
| | 2 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している | | |
| | 3 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 | | |
| | 4 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | | | ・利用者本位のサービス・自立支援を図るためにも、ケアプランの内容を充実させるようにして頂きたい。 |
| | 2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している | | B |
| | 1 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている | | |
| | 2 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している | | |
| | 3 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる | | |
| | 4 食事を楽しむ工夫をしている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・外注のお弁当を利用している。食事形態は主食(ご飯・粥)副食(一口大、ミキサー、キザミ)と個々の食べ易い献立となっている。利用者の嫌いなものの調査も実施されている。食事を待つ時間には「お口の体操」を行い、誤飲予防に努めていた。 | | ・汁物が見うけられなかった。限られた食費の中で、無理なのかもしれないが、お茶を飲みながらでは、飲み込むことはかなり難しいのではないだろうか。 |
| | 3 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | A |
| | 1 入浴前に利用者の健康状態のチェックをしている | | |
| | 2 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている | | |
| 3 入浴時には利用者の皮膚の状態など身体状況に留意し、必要に応じて関係者に連絡を入れるなどの対応をしている | | | |
| 4 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・一般浴槽の他、特殊浴槽等が整備されており、個別対応が可能である。 | | | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書⑨

| | | | |
|--|--|----------|----------|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 4 排泄の支援は、利用者の状態や意見を反映しておこなっている | | B |
| | 1 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている | | |
| | 2 トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている | | |
| | 3 トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・ケアプランにあげて対応しているケースもあり、積極的に支援されている。「トイレに行きましょう」と声かけを行い、排泄への誘導・意識づけもされていた。 | | |
| | 5 利用者の健康を維持するための支援を行っている | | A |
| | 1 利用者の主治医や常備薬等について把握している | | |
| | 2 必要に応じて利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている | | |
| | 3 健康に関する利用者からの相談に応じている | | |
| | 4 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などくみを整えている | | |
| | 5 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・職員のインタビューからも、利用者の内服薬については効用・副作用等大よそ把握している。看護師も常駐しており、救急対応、緊急連絡先等の掲示等も整備されている。 | | |
| | 6 利用者の負担にならなよう送迎サービスを工夫し、安全を確保するための支援の方策をとっている | | B |
| 1 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている | | | |
| 2 利用者の負担軽減を考慮し、乗車している時間を少なくするなどの工夫をしている | | | |
| 3 送迎中の緊急時のために連絡がとれるようしている | | | |
| 4 利用者が帰るまでの待ち時間の過ごし方を工夫している | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・利用者が点在しているため送迎時間が30～70分と非効率的ではあるが、利用者の立場を考慮し現状を維持せざるを得ない。冬など背負うこともあるので、職員配置を工夫し、体力のある男性職員を配置している。 | | | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書⑩

| | | | |
|--|--|--|---|
| 6 サービス 提供の プロセス | 7 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している | | B |
| | 1 機能訓練が必要な利用者に対しては一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しを工夫し実施している | | |
| | 2 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことのできる視点を入れている | | |
| | 3 機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている | | |
| | 4 レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで訓練を行えるような工夫をしている | | |
| | 5 福祉用具は定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・レクリエーションを兼ねたりハビリが多彩に実施されている。専門の作業療法士の人員配置はなく、看護師が兼務している。 | | ・介護予防の視点に立った、日常動作訓練プログラムや機能トレーニングの更なる充実が望まれる。 |
| | 8 施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫(アクティビティ等)を行っている | | B |
| | 1 さまざまな内容のバランスに配慮したプログラムを用意している | | |
| 2 活動中の利用者の状態に変化がないか確認し、適宜休憩ができる配慮をしている | | | |
| 3 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている | | | |
| 4 食堂やトイレなどの共有スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・お手玉投げ、ゲートボール、じゃんけん大会、輪投げ、ビンゴゲーム、しりとりゲーム、歌、折り紙、色水ゲーム、コーンボール、花見など多くのプログラムがある。 | | ・今以上に、利用者の自主性を尊重した、より一層の工夫を期待します。 | |
| 9 施設と家族との交流・連携を図っている | | A | |
| 1 利用者の日常の様子や施設の現況を家族や介護支援専門員に知らせている | | | |
| 2 利用者の家族などの見学はいつでも希望に応じている | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・利用者の家族への連絡ノートが活用されている。 | | | |
| 10 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている | | B | |
| 1 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している | | | |
| 2 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している | | | |
| 3 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・シーズン性があるが、中学生、高校生、専門学校生との交流、踊り等のボランティアの訪問がある。 | | ・すぐ隣に、保育園があるので、園児との定期的な交流も利用者にとっては楽しみとなるのではないかと。 | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書⑪

| | | | |
|--|---|--|----------|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 | | |
| | 1 利用者のプライバシー保護を徹底している | | A |
| | 1 利用者について他機関へ照会する際、利用者の承諾を得るようにしている | | |
| | 2 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している | | |
| | 3 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・在宅から施設への移行、入院等については併設の居宅介護支援事業所のケアマネージャーを通じて行っている。 | | |
| | 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 | | B |
| | 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) | | |
| | 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、組織的に対策を検討し、対応している | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・身体拘束の禁止など、利用者の尊厳確保のための基本的な取り組みがなされている。 | | | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書⑫

| | | | |
|--|---|--|---|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 6 事業所業務の標準化 | | |
| | 1 手引書類を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている | | B |
| | 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 | |
| | 2 | 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている | |
| | 3 | 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を点検している | |
| | 4 | 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 | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・入浴サポート、利用者送迎、身体拘束、リスクマネジメント等のマニュアルがある。壁には緊急時の対応、救急車の呼び方、感染症対策一覧表などが貼られている。 | | |
| | 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 | | B |
| | 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 | |
| | 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、職員や利用者からの意見や提案を反映するようにしている | |
| | 3 | 職員の一人ひとりが工夫・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 | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | | | 定期的な読み合わせなど、徹底を図られるとともに、新規マニュアルの作成、見直しに職員を参加させるなどして、使い勝手や技法に現場の体験や意見を反映させる等の柔軟なマニュアルの作成・見直しが望まれる。 |
| | 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 | | B |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 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 | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・併設の居宅介護支援事業所のケアマネージャーが参加し、サービス担当者会議が実施されている。入口からの床面のフラット化、手摺り、滑り止めの設置など安全面への配慮もされている。 | | | |

3. デイサービスのまとめー評価報告書⑬

| | | | |
|--|--|---|---|
| 7 情報 の 保護 ・ 共有 | 1 情報の保護・共有に取り組んでいる | | |
| | 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 | | B |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | | | ・パソコンの管理体制を整備し、必要な情報が適切に収集・整理・分析できるようにしていただきたい。 |
| | 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 | | A |
| | 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 | | |
| | 2 個人情報の保護に関する規定を明示している | | |
| 3 開示請求に対する対応方法を明示している | | | |
| 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・契約時に説明がされている。 | | ・個人情報保護法の趣旨や注意事項等を整備し、事業所としての取り組みを文章化、マニュアルを作成、職員、ボランティアにも徹底していただきたい。 | |

3. デイサービスのまとめー職員自己評価集計①

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ー

| 評価項目 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|---|------------------|----|---|-----|----|-----|---|-----|---------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 1 | 6% | 17 | 94% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 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 | 0 | 0% | 7 | 39% | 8 | 44% | 3 | 17% | 0 | 18 |
| 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 | 0 | 0% | 7 | 39% | 6 | 33% | 5 | 28% | 0 | 18 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--|------------------|----|---|-----|----|-----|---|-----|---------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 5 | 28% | 11 | 61% | 2 | 11% | 0 | 18 |
| 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 | 0 | 0% | 4 | 22% | 13 | 72% | 1 | 6% | 0 | 18 |
| 2-1-3 | 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている | 0 | 0% | 5 | 28% | 9 | 50% | 4 | 22% | 0 | 18 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|-----------------------------------|------------------|----|----|-----|---|-----|---|-----|---------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 6 | 33% | 8 | 44% | 4 | 22% | 0 | 18 |
| 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 | 0 | 0% | 10 | 56% | 8 | 44% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 2-2-3 | 地域の関係機関との連携を図っている | 0 | 0% | 9 | 50% | 5 | 28% | 4 | 22% | 0 | 18 |

A+...標準項目をすべて満たしたうえで、A+の取り組みがある状態

B...標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態

A...標準項目をすべて満たした状態

C...標準項目をひとつも満たしていない状態

3. デイサービスのまとめー職員自己評価集計②

カテゴリー 3 利用者意向や地域・事業環境の把握

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--|------------------|----|----|-----|----|-----|---|-----|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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) | 0 | 0% | 9 | 50% | 9 | 50% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 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 | 0 | 0% | 10 | 56% | 7 | 39% | 1 | 6% | 0 | 18 |
| 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 | 0 | 0% | 5 | 28% | 10 | 56% | 3 | 17% | 0 | 18 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|------------------|----|----|-----|----|-----|---|-----|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 4-1-1 | 取り組み期間に応じた課題ー計画を策定している | 0 | 0% | 10 | 56% | 7 | 39% | 1 | 6% | 0 | 18 |
| 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 | 0 | 0% | 3 | 17% | 12 | 67% | 3 | 17% | 0 | 18 |
| 4-1-3 | 着実な計画の実行に取り組んでいる | 0 | 0% | 5 | 28% | 9 | 50% | 4 | 22% | 0 | 18 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|------------------|----|----|-----|---|-----|---|----|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 10 | 56% | 8 | 44% | 0 | 0% | 0 | 18 |

3. デイサービスのまとめー職員自己評価集計③

カテゴリー 5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー 1 事務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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|---------------------|------------------|----|---|-----|----|-----|---|-----|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 5-1-1 | 事業所にとって必要な人材構成にしている | 0 | 0% | 3 | 17% | 7 | 39% | 8 | 44% | 0 | 18 |
| 5-1-2 | 職員の質の向上に取り組んでいる | 0 | 0% | 2 | 11% | 13 | 72% | 3 | 17% | 0 | 18 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|------------------------------------|------------------|----|---|-----|----|-----|---|-----|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 5 | 28% | 13 | 72% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 5-2-2 | 職員のやる気向上に取り組んでいる | 0 | 0% | 2 | 11% | 12 | 67% | 4 | 22% | 0 | 18 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------------|------------------|----|---|-----|----|-----|---|----|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 6 | 33% | 11 | 61% | 1 | 6% | 0 | 18 |
| 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 | 0 | 0% | 9 | 50% | 8 | 44% | 1 | 6% | 0 | 18 |

3. デイサービスのまとめー職員自己評価集計④

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 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------|----|---|-----|---|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-1-1 利用者等に対してサービスの情報を提供している | 1 | 7% | 8 | 50% | 7 | 44% | 0 | 0% | 0 | 16 |

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 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|-----|---|-----|---|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 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 | 4 | 29% | 9 | 56% | 3 | 19% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 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に支援している | 4 | 29% | 9 | 56% | 3 | 19% | 0 | 0% | 0 | 16 |

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 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|---|------------------|-----|----|-----|---|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 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 | 2 | 14% | 9 | 56% | 5 | 31% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 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介護計画を作成している | 1 | 7% | 7 | 44% | 8 | 50% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 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 | 0 | 0% | 9 | 56% | 7 | 44% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 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 | 3 | 21% | 13 | 81% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 16 |

3. デイサービスのまとめー職員自己評価集計⑤

サブカテゴリー4 サービスの実施

| 評価項目 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|-----|----|-----|----|-----|---|-----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-4-1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している | 1 | 7% | 7 | 44% | 8 | 50% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 6-4-2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している | 0 | 0% | 1 | 7% | 12 | 80% | 2 | 13% | 1 | 15 |
| 6-4-3 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | 2 | 14% | 13 | 81% | 1 | 6% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 6-4-4 排泄の支援は、利用者の状態や意見を反映しておこなっている | 0 | 0% | 7 | 44% | 9 | 56% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 6-4-5 利用者の健康を維持するための支援を行っている | 1 | 7% | 9 | 56% | 6 | 38% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 6-4-6 利用者の負担にならないよう送迎サービスを工夫し、安全を確保するための支援の方策をとっている | 0 | 0% | 2 | 13% | 14 | 88% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 6-4-7 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している | 0 | 0% | 1 | 7% | 14 | 93% | 0 | 0% | 1 | 15 |
| 6-4-8 施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫（アクティビティ等）を行っている | 0 | 0% | 6 | 38% | 10 | 63% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 6-4-9 施設と家族との交流・連携を図っている | 4 | 29% | 12 | 75% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 16 |
| 6-4-10 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている | 0 | 0% | 2 | 14% | 11 | 79% | 1 | 7% | 2 | 14 |

3. デイサービスのまとめー職員自己評価集計⑥

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 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|----|---|-----|----|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-5-1 利用者のプライバシー保護を徹底している | 1 | 7% | 7 | 44% | 7 | 44% | 1 | 6% | 0 | 16 |
| 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 | 0 | 0% | 3 | 19% | 13 | 81% | 0 | 0% | 0 | 16 |

サブカテゴリー6 事業所業務の標準化

| 評価項目 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|---|------------------|----|---|-----|----|-----|---|-----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-6-1 手引書類を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている | 0 | 0% | 0 | 0% | 13 | 87% | 2 | 13% | 1 | 15 |
| 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 | 0 | 0% | 3 | 20% | 11 | 73% | 1 | 7% | 1 | 15 |
| 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 | 1 | 8% | 5 | 33% | 9 | 60% | 0 | 0% | 1 | 15 |

3. デイサービスのまとめー利用者アンケート集計①

| 問 | 質問内容 | はい | | どちらとも いえない | | いいえ | | 無回答 | 総回答数 |
|----|---|----|------|---------------|-----|-----|----|-----|------|
| 1 | 事業所の建設や設備は、あなたが安全に、活動できるようになっていますか | 25 | 86% | 3 | 10% | 1 | 3% | 0 | 29 |
| 2 | 事業所の共有部分（食堂・お風呂場・トイレなど）は、清潔で気持ち良いですか | 27 | 93% | 2 | 7% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 3 | 職員の言葉使いや態度は丁寧ですか（乱暴ではないですか） | 28 | 97% | 1 | 3% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 4 | 職員は挨拶以外にも、よく声をかけてくれますか | 26 | 93% | 1 | 4% | 1 | 4% | 1 | 28 |
| 5 | (お風呂やトイレなどで)あなたが恥ずかしい思いをしないような配慮がありますか | 23 | 79% | 5 | 17% | 1 | 3% | 0 | 29 |
| 6 | あなたが職員に対して要望した内容が、その場にいなかった他の職員にもきちんと伝わっていますか | 20 | 69% | 9 | 31% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 7 | どの職員も、あなたに対して親切に対応してくれますか | 28 | 97% | 1 | 3% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 8 | あなたや家族等と事業者の連絡は十分にできていますか | 28 | 97% | 1 | 3% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 9 | 事業所は、あなたの身体や生活の状況、要望をよく理解しているとおもいますか | 23 | 79% | 6 | 21% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 10 | デイサービスでの一日はあなたのペースに合っていましたか | 22 | 76% | 7 | 24% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 11 | 車での送迎の時に、職員はあなたの安全に気を使ってくれますか | 29 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 12 | 食事はおいしいですか | 16 | 57% | 11 | 39% | 1 | 4% | 1 | 28 |
| 13 | 食事の献立は工夫されていますか | 18 | 62% | 9 | 31% | 2 | 7% | 0 | 29 |

3. デイサービスのまとめー利用者アンケート集計②

| | | | | | | | | | |
|----|--|----|------|---|-----|---|----|---|----|
| 14 | あなたにあった食事方法（食事時間、食器・用具、介助方法等）になっていますか | 20 | 69% | 7 | 24% | 2 | 7% | 0 | 29 |
| 15 | 入浴時の対応は丁寧ですか | 29 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 16 | 行事やレクリエーションに楽しく参加できますか | 23 | 79% | 6 | 21% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 17 | 家での生活に役立つような活動・リハビリになっていますか | 18 | 62% | 9 | 31% | 2 | 7% | 0 | 29 |
| 18 | 利用中に困った時、必要な介助がありますか | 26 | 90% | 2 | 7% | 1 | 3% | 0 | 29 |
| 19 | 緊急時（体調不良時・ケガなど）への対応や十分ですか | 25 | 86% | 4 | 14% | 0 | 0% | 0 | 29 |
| 20 | 帰りの車を待つ間も退屈しないで過ごさせていますか | 25 | 86% | 3 | 10% | 1 | 3% | 0 | 29 |
| 21 | このデイサービスを利用する前に事業所職員から受けた、事業所の考え方やサービス内容、支援内容などの説明は、あなたが理解し納得職員は、施設や職員に対する不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか | 18 | 86% | 3 | 14% | 0 | 0% | 8 | 21 |
| 22 | | 22 | 88% | 3 | 12% | 0 | 0% | 4 | 25 |

| | 大変満足 | 満足 | ふつう | 無回答 | 総回答数 |
|--|------|-----|-----|-----|------|
| 現在利用している通所介護（デイサービス）を総合的にみて、どのように感じていらっしゃいますか。 | 5 | 13 | 9 | 2 | 29 |
| | 17% | 45% | 31% | | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめー全体の講評

特
に
よ
い
と
思
う
点

・地域の拠点としての存在感の発揮

当事業所は、十日町市から在宅介護支援センター業務を受託しており、居宅介護支援事業所との二枚看板の体制となっている。在宅介護支援センターとして旧松代町の地域福祉の拠点として活動するとともに、行政や他機関との連携も密にとられている。居宅介護支援事業においては、それらの顔と顔がわかる、安心した関係を背景に、きめ細かいサービス提供が行われている。また、今年度から介護予防のプランも作成しており、少数ながら兼務の職員が地域のニーズにより対応できる体制づくりを目指し奮闘している。

・ケアマネジメントの質の向上への取り組みの実施

運営母体の社会福祉法人の変遷があり、組織面での不安のある中、平成12年の介護保険法の稼動以来、事業所としての地域からの信頼はかなり培われているものと思われる。地域の連絡会等にはケアマネージャーが揃って出席することが多く、サービスの質の向上に積極的に取り組んでいる。

・地域の人々が立ち寄り易い雰囲気

当事業所は、デイサービスの併設事業所となっているが、法人全体で地域との連携を推進し、地域連絡会での情報交換、ケース検討、退院や退所予定者のことなどが検討されている。デイサービスの入口を入るとすぐに事務所・窓口があるため、地域の人々が気軽に立ち寄って相談ができる雰囲気になっている。

4. 居宅介護支援事業所のまとめー全体の講評

さらなる改善が望まれる点

・事業所の目指す長期展望の明確化

在宅介護支援センター業務を受託し、地域に存在感を示している事業所であるが、居宅介護支援事業所としての当事業所の長期展望が不透明であると感じられる。介護保険制度の内容や在宅介護支援センターの位置付けが頻繁に変化するという事情から、将来展望の描きにくい事業ではある。しかし、地域の今後のニーズに応えるべく、現在の在宅介護支援センター業務を兼ねつつ、ある程度長期的なビジョンを立て、目標設定をした上での運営が望まれる。

・法人理念の全職員への周知徹底

法人の基本理念が制定されて間もないが、職員のインタビューでも大まかな点は口頭で語ることができた。併設デイサービスとの共通事務所への理念の掲示や職員会議等での周知徹底を図るとともに、年度方針にも連鎖し、具体的かつ達成可能な数値目標等、職員の目線に合わせ、法人理念の遂行とは具体的にどのようなようにする事なのか、様々な場面で反復し徹底する工夫が望まれる。

・標準的なサービス提供を可能とする各種マニュアルの整備

少人数の職員で運営しているため、言葉(口頭)での報告・連絡・相談の仕組みが出来上がっている。利用者本位のサービスを提供していくにはマニュアルはなくてはならない。現在の職員が業務を引き続き担当していくかは保障されていない。誰に替わってもいいように事業所としてのマニュアルの整備が求められる。

・マンネリの打破

職員の仲が良いということは事業所の良い点であると同時に、なれあいの危険性を感じる。温室の中で、波風を立てずに、安き方向に流れてしまっているのではないだろうか。理念・方針とは別に独自の流れが出来ており、始めと終わりの帳尻をあわせることはできているかもしれないが、仕事の中味を見直し・充実したり、外部研修等の良いところを取り入れたりといった「改善」への積極的な姿勢は見うけられない。個々の職員も今のままで安泰だという保障はなく、毎年度、プラスαの取り組みをしていかないと「入るを図り、出るを制す」といった簡単な経営のメカニズムは維持出来ず、自身の仕事の場の確保も危ういであろう。現状のままで良いというのではなく、自己研鑽をし、年々少しずつでもレベルアップをしていかないと自分自身の人生の充実感も得られないだろう。

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書①

1
リ
ー
ダ
ー
シ
ッ
プ
と
意
思
決
定

| | | |
|--|--|--|
| 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 | | |
| 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。 | | B |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 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 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)。 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・利用者本位の姿勢に徹し公正・中立な立場で業務に当たっている。また、地域の信頼を得るための努力も窺えた。 | | ・職員のインタビューからも法人の理念・方針に関しては深く理解しているとは思われなかった。事業所としての具体的なスローガンや年度の方針に具体的に示されているのかもやや疑問に思われた。 |
| 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、事業をリードしている。 | | B |
| 1 経営層は自らの役割と責任を職員に伝えている。 | | |
| 2 経営層は自らの役割と責任に基づいて行動している。 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・会議等で管理者はホームのサービスの向上について話している。 | | |
| 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。 | | B |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・案件等の上申の経路は「委員会 → 主任 → 運営会議」となっている。 | | ・検討→決定→周知の手順を明確化する必要がある。現場の意見判断がそのまま決定事項となるのではなく、意思決定は経営層の関与が不可欠なものとして再考を促したい。 |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書②

| | | | |
|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| 2 経営における社会的責任 | 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。 | | |
| | 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。 | | A |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| | ・スローガンが事務所入口上に掲示されている。文書としても整備されている。 | | |
| | 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。 | | C |
| | 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。 | | |
| | 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。 | | |
| | 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| | ・パンフレットは数年前に作られたものしかなく、新しいものを検討中である。 | | ・手作りのもので良いから、事業所の案内用にも必要ではないだろうか。 |
| | 3 将来を担う人材として、実習生を受け入れている。 | | B |
| | 1 実習生の受け入れに対する基本方針・取り組み体制を明確にしている。 | | |
| | 2 効果的な実習ができるよう計画的なプログラムを用意している。 | | |
| | 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| ・併設のデイサービスを含めての受入体制はある。 | | | |
| 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている。 | | | |
| 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。 | | B | |
| 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)。 | | | |
| 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。 | | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | | |
| ・併設のデイサービスを含めて地域に還元できる体制はある。 | | | |
| 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。 | | B | |
| 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。 | | | |
| 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、手引書の作成など)。 | | | |
| 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。 | | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | | |
| ・併設のデイサービスを含めての小学生、中学生、一般のボランティアの受入がされている。 | | | |
| 3 地域の関係機関との連携を図っている。 | | A+ | |
| 1 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参加している。 | | | |
| 2 地域の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。 | | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | | |
| ・地域の連絡会への出席等により、他施設、在宅介護支援センターとの情報交換がされている。 | | ・在宅介護支援センターも含め、更に積極的な取り組みが期待される。 | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書③

3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

| | | |
|---|--|---|
| 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。 | | |
| 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)。 | | A |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| ・契約時に説明がされている。苦情処理の方法なども体制が整備されている。 | ・苦情・要望等については職員・関連事業所全体で共有化を図り、サービスの質の向上に役立てていただきたい。 | |
| 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。 | | B |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| ・今回初めて利用者、家族から意向を聞くなど、情報を得ている。 | ・今後居宅介護支援事業所としての独自アンケート調査を定期的に行い、利用者、家族の意向や問題を把握しサービスの向上に努めて欲しい。 | |
| 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。 | | C |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| ・WAMネット等、インターネットを利用し取り組んでいる。 | ・平成の大合併でサービスの実施地域が広域化している。事業所の今後の方向性に役立てる意味からも業界内、地域内の情報には常にアンテナをはって将来に備えて欲しい。 | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書④

4 計画の策定と着実な実行

| | | |
|---|--|--|
| 1 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる | | |
| 1 取り組み期間に応じた課題—計画を策定している | | B |
| 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 | | |
| 2 年度単位の計画を策定している | | |
| 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 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・理念が制定され、年度の計画が策定されている。第三者評価を実施、事業所のケアサービスの課題の把握に努めている。 | | ・法人や事業所の中・長計画の策定が望まれる。 |
| 2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している | | B |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・モニタリングも3ヶ月に一度実施されていることが確認できた。 | | ・一連の流れができていているものと推測される。必要最小限の形式で、中味の充実をされたら良いのではないだろうか。 |
| 3 着実な計画の実行に取り組んでいる | | B |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | | ・年度予算があるが、各事業所単位に設定されているかは不明である。事業所単位での具体計画に沿って数値目標を設定することが望まれる。 |
| 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | | |
| 1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる | | B |
| 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 | | |
| 2 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している | | |
| 3 再発防止・予防対策の実践に向けて、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 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・直接現場とタッチしていないが、関係事業所との連携・関わりはもたれている。 | | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書⑤

5 職員と組織の能力向上

| | | |
|---|--|---|
| 1 事務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 | | |
| 1 事業所にとって必要な人材構成にしている | | A |
| <ol style="list-style-type: none"> 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 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 3 適材適所の人員配置に取り組んでいる | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・人員的には基準をみたしている。少数であるため、採用計画等については不明。 | | ・職員の職掌範囲の明確化とともに人事考課についても検討されたい。 |
| 2 職員の質の向上に取り組んでいる | | B |
| <ol style="list-style-type: none"> 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 2 職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成(研修)計画を策定している 3 個人別の育成(研修)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている 4 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している 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 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・研修には自由に参加できる環境にあり、関係機関からの要請があれば参加し、報告書も提出している。 | | ・研修の内容が実務に活かされているかははなはだ疑問を感じた。研修でのプラス面を業務に役立てせるのではなく、自分たちがしたいように進めている、安易な方向に流れているのではないかと思われる。 |
| 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | | |
| 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 | | B |
| <ol style="list-style-type: none"> 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 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 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 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・担当職員にしかわからない業務も多く、職員の判断に委ねられている部分が多い。 | | ・福祉の現場では即時の判断が求められることが多々ある。組織で動いているので、上司への報告、連絡、相談の流れは守り、スムーズな流れを構築していただきたい。 |
| 2 職員のやる気向上に取り組んでいる | | C |
| <ol style="list-style-type: none"> 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 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 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 4 福利厚生制度の充実に取り組んでいる | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・ストレスはあるが、休日の完全取得により解消できている。人間関係を良好にし、楽しく仕事ができるよう努めている。 | | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書⑥

| | | | |
|---|---|----------|----------|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 1 サービス情報の提供 | | |
| | 1 利用者等に対してサービスの情報を提供している | | B |
| | 1 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している | | |
| | 2 利用者の特性を考慮し、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 | | |
| | 3 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している | | |
| | 4 利用者の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・取り組みがされている。法人としての広報委員会があり、通信を発行し地域に配布している。事業報告書も行政等に送付されている。 | | |
| | 2 サービスの開始・終了時の対応 | | |
| | 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 | | A |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| ・契約時に説明がされている。利用者負担金等は利用料金表に記載あり。利用者、家族等の意向を訪問時に聴取し、在宅サービスに活用の体制あり。 | | | |
| 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している | | A | |
| 1 利用者が居宅介護支援事業所の変更を希望する場合、継続的にサービスが提供されるよう対応している | | | |
| 2 利用者が他のサービスに移行する場合、新たな事業所の関係者等と連携して支援体制を整えている | | | |
| 3 サービス終了後も必要に応じて、利用者や家族からの相談に応じている | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・地域連絡会も開催されており、同じ法人内に特養もあるので、終了時、移行する場合の引継ぎも完全に実施されている。 | | | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書⑦

6
サ
ー
ビ
ス
提
供
の
プ
ロ
セ
ス

| | | |
|--|---|---|
| 3 個別状況に応じた計画策定・記録 | | |
| 1 利用者の要望や状況に応じて、要介護認定等に係る申請の代行・支援等を行っている | | A |
| 1 利用者(家族)から要介護認定等の申請の代行を依頼された場合には、協力している | | |
| 2 利用者の状態が変化して要介護度が変わったと思われる場合には、要介護状態区分変更の申請や助言を行っている | | |
| 3 介護保険外の申請書類の作成(減額申請等)について、支援や助言を行っている | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| ・利用者や利用者家族に適切な助言を行い、支援している。 | | |
| 2 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 | | A |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| ・日誌があり、メモで情報を伝えることもあるが、職員が3人なので、必要時はいつでも相談・連絡ができる。計画の内容は入力してあるのでパソコンで見れる状態になっている。 | ・共有の意味をもう一度考えられたほうが良いのではないだろうか。他人のパソコンのデータを自由に開いて見れることは違うのではないだろうか。 | |
| 3 利用者が居宅で日常生活を営むことが困難になった場合には、サービス提供事業者や医療機関の意見を参考に対応する体制を整えている | | A |
| 1 サービス提供事業者や医療機関と連携をとりながら利用者の状況を把握している | | |
| 2 利用者が介護保険施設等や医療機関等への入所・入院する場合には、情報提供等の便宜を図っている | | |
| 3 利用者が介護保険施設等や医療機関等への入所・入院する場合には、主治医と連携をもって対応している | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| ・地域の病院で毎月第二金曜日に行われる地域連絡会に出席、他施設や在宅介護支援センターとの情報交換、ケー検討、退院や退所予定者の検討をしている。ほくほくの里入所検討会・打合せに出席している。 | | |
| 4 介護保険施設や医療機関等を退所・退院する利用者が居宅における生活に円滑に移行できるよう支援している | | B |
| 1 利用者が介護保険施設や医療機関等を退所・退院する際には、事前にカンファレンスを行うなど必要な情報を入手する体制を整えている | | |
| 2 居宅での生活における留意点等の情報を介護保険施設等から聴取し、状態を把握することで居宅サービス計画に役立てている | | |
| 特に良い点 | 改善が望まれる点 | |
| ・地域連絡会や該当の病院、事業所とも連絡をとり移行する場合の引継ぎは支障のないよう実施されている。 | | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書⑧

| | | | |
|---|--|----------|----------|
| 6 サービス提供のプロセス | 4 サービスの実施 | | |
| | 1 利用者の個別の情報や要望を把握している | | B |
| | 1 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している | | |
| | 2 利用者の個別事情や要望の把握をし、記録している | | |
| | 3 利用者および家族から聞き取る以外に観察などで状況を確認し、情報の把握に役立っている | | |
| | 4 利用者の要望以外に、把握した状況を分析し生活課題を抽出している | | |
| | 5 アセスメント時に利用者が望む生活像の把握をしている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・利用開始に当り、利用者宅を訪問し、制度やサービス内容について情報提供し、利用意向等の把握を行っている。サービス開始後も、状態の変化や要望を把握し、サービスの見直しに役立っている。 | | |
| | 2 一人ひとりの居宅サービス計画は、利用者本人や家族の希望と関係者の意見を取り入れて作成している | | A |
| | 1 事業所として居宅サービス計画作成にあたっての基本的考え方や方法を明確にしている(個性の尊重・自立支援の視点等) | | |
| | 2 介護保険サービス及び介護保険外サービスに関する情報を収集し、利用者のニーズに応じて提供している | | |
| | 3 居宅サービス計画は利用者の望む生活像をもとに、利用者の状況や要望などを取り入れて作成している | | |
| | 4 利用者と家族の意向が異なる場合には、話し合いを行うなど、調整を図っている | | |
| | 5 利用者の要望と専門的視点からみたニーズが一致しない場合、可能な限り利用者に説明し同意を得るようにしている | | |
| | 6 作成した居宅サービス計画の内容(サービスの種類、回数、利用者負担金額等)について説明し、同意を得ている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・ケアプランの作成は利用者個々の状況と要望を盛り込んだ上で、利用者と調整・確認し、行っている。 | | |
| | 3 利用者の状態を分析し、サービス担当者会議によって効果的な居宅サービス計画となるように調整している | | A |
| | 1 家族やサービス提供事業者等関係者とアセスメント内容を共有している | | |
| 2 介護支援専門員が作成した居宅サービス計画のサービス内容について、家族やサービス提供事業者等関係者から意見を収集し、必要に応じて見直しをしている | | | |
| 3 サービス担当者会議の内容を記録している | | | |
| 4 必要に応じて、自治体や在宅介護支援センター等と連携を図っている | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・利用者の中には併設のデイサービスや同じ法人の訪問介護のサービスを利用している場合も多く、法人内のサービス担当者会議も定期的に関われ十分連携が取れている。 | | | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書⑨

| | | | |
|--|--|---|----------|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 4 居宅サービス計画に基づいて提供されるサービスの開始当初に、サービス提供の状況を確認している | | B |
| | 1 提供されているサービス内容が居宅サービス計画の援助目標に沿ったものであるか確認をしている | | |
| | 2 サービスの提供によって生じる利用者の状態や環境等の変化を確認している | | |
| | 3 提供しているサービスに過不足がないかの確認をし、必要に応じて調整している | | |
| | 4 居宅介護支援の経過を記録し、把握している | | |
| | 5 利用者、家族とサービス提供事業者の関係が良好であるか確認をしている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・初動期モニタリング、継続期モニタリング共に実施されており、利用者の状況確認と事業者との連携に努力している。 | | |
| | 5 利用者の状況や環境の変化を継続的に把握し、必要に応じて居宅サービス計画の見直し・変更を行っている | | A |
| | 1 居宅サービス計画における援助目標の達成度を定期的に把握し、記録している | | |
| 2 利用者の状況や要望等の変化を定期的に把握している | | | |
| 3 援助目標の達成状況や利用者の状態変化等必要に応じて再アセスメントを行っている | | | |
| 4 利用者の状態や要望の変化に対応し居宅サービス計画の見直し・変更をしている | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・モニタリングは少なくとも3ヶ月に一度実施されている。 | | ・業務上の情報は記録に残す必要がある。開業以来の「ツーカー」の中では紙ベースでなく口頭で済む場合も多々あるかもしれないが、疾病等、担当者がいつ欠けるか予測できない。記録に残す・残さないの基準を定め、最小限のものは申し送れるように整備していただきたい。 | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書⑩

| | | | |
|--|---|--|---|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 | | |
| | 1 利用者のプライバシー保護を徹底している | | B |
| | 1 利用者について他機関へ照会する際、利用者の承諾を得るようにしている | | |
| | 2 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している | | |
| | 3 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・利用の契約の際に確認している。 | | ・個人情報の保護という点ではあいまいさを感じた。担当の利用者の守るべき個人の情報もあるはずで、利用者がケアマネにのみ話すというケースも考えられる。 |
| | 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 | | A |
| | 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) | | |
| | 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、組織的に対策を検討し、対応している | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・個人の尊厳については十分に意識し尊重されている。 | | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書⑪

| | | | |
|--|--|----------|--|
| 6 サービス提供のプロセス | 6 事業所業務の標準化 | | |
| | 1 手引書類を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている | | C |
| | 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 | | |
| | 2 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている | | |
| | 3 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を点検している | | |
| | 4 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・限られた職員で意思疎通が図られているので、言葉(口頭)での報告等で十分済んでいる。 | | ・利用者本位のサービスを提供していくにはマニュアルはなくてはならない。現在の職員が業務を引き続き担当していくかは保障されていない。誰に替わってもいように事業所としてのマニュアルの整備が求められる。 |
| | 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 | | C |
| | 1 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている | | |
| | 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、職員や利用者からの意見や提案を反映するようにしている | | |
| | 3 職員の一人ひとりが工夫・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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | ・上記同様、言葉(口頭)での連絡等で十分済んでいる。 | | ・上記と同様、介護保険制度も改正されていくので、定期的な見直しや改善が必要。 |
| | 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 | | B |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・少人数の職員構成のため、相談等もすぐできる体制ができている。 | | | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめ—評価報告書⑫

| | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|
| 7 情報 の 保 護 ・ 共 有 | 1 情報の保護・共有に取り組んでいる | | |
| | 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 | | C |
| | 1 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権を設定している | | |
| | 2 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している | | |
| | 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 | | |
| | 特に良い点 | | 改善が望まれる点 |
| | | | ・併設のデイサービスとの共用の事務所ということもあり、事務所への出入が比較的自由である。情報の保管については十分留意していただきたい。 |
| | 2 個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している | | B |
| | 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 | | |
| | 2 個人情報の保護に関する規定を明示している | | |
| | 3 開示請求に対する対応方法を明示している | | |
| | 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 | | |
| 特に良い点 | | 改善が望まれる点 | |
| ・契約時に説明、実施できている。 | | ・個人情報の保護という点ではあいまいさを感じた。担当の利用者の守るべき個人の情報もあるはずで、利用者がケアマネにのみ話すというケースも考えられる。 | |

4. 居宅介護支援事業所のまとめー職員自己評価集計①

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|---|------------------|-----|---|-----|---|------|---|-----|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 67% | 1 | 33% | 0 | 3 |
| 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 | 1 | 33% | 2 | 67% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--|------------------|-----|---|-----|---|-----|---|-----|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 1 | 33% | 2 | 67% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 33% | 2 | 67% | 0 | 3 |
| 2-1-3 | 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている | 0 | 0% | 1 | 33% | 2 | 67% | 0 | 0% | 0 | 3 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|-----------------------------------|------------------|-----|---|-----|---|------|---|-----|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 1 | 33% | 2 | 67% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 2-2-3 | 地域の関係機関との連携を図っている | 2 | 67% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 33% | 0 | 3 |

A+...標準項目をすべて満たしたうえで、A+の取り組みがある状態
B...標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態

A...標準項目をすべて満たした状態
C...標準項目をひとつも満たしていない状態

4. 居宅介護支援事業所のまとめ－職員自己評価集計②

カテゴリー－3 利用者意向や地域・事業環境の把握

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--|------------------|----|---|------|---|------|---|------|---------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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) | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 3 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|------------------|----|---|------|---|------|---|----|---------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 4-1-1 | 取り組み期間に応じた課題－計画を策定している | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 4-1-3 | 着実な計画の実行に取り組んでいる | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 3 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|------------------|----|---|----|---|------|---|----|---------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 3 |

4. 居宅介護支援事業所のまとめー職員自己評価集計③

カテゴリー 5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー 1 事務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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|---------------------|------------------|----|---|------|---|------|---|----|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 5-1-1 | 事業所にとって必要な人材構成にしている | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 5-1-2 | 職員の質の向上に取り組んでいる | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 3 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|------------------------------------|------------------|----|---|----|---|------|---|------|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 5-2-2 | 職員のやる気向上に取り組んでいる | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 3 |

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 | | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------------|------------------|----|---|------|---|----|---|------|------------|------|
| | | 全体 | | | | | | | | | |
| | | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |

4. 居宅介護支援事業所のまとめー職員自己評価集計④

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 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------|---|---|-----|---|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-1-1 利用者等に対してサービスの情報を提供している | 0 | 0 | 1 | 33% | 2 | 67% | 0 | 0% | 0 | 3 |

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 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|---|------|---|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 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 | 0 | 0 | 2 | 67% | 1 | 33% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 6-2-2 サービスを終了する場合も、サービスの継続性に配慮した対応を行っている | 0 | 0 | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |

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 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|---|------------------|---|---|------|---|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-3-1 利用者の要望や状況に応じて、要介護認定等に係る申請の代行・支援等を行っている | 0 | 0 | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 6-3-2 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 | 0 | 0 | 2 | 67% | 1 | 33% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 6-3-3 利用者が居宅で日常生活を営むことが困難になった場合には、サービス提供事業者や医療機関の意見を参考に対応する体制を整えている | 0 | 0 | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 6-3-4 介護保険施設や医療機関等を退所・退院する利用者が居宅における生活に円滑に移行できるよう支援している | 0 | 0 | 1 | 33% | 2 | 67% | 0 | 0% | 0 | 3 |

4. 居宅介護支援事業所のまとめー職員自己評価集計⑤

サブカテゴリー４ サービスの実施

| 評価項目 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|---|-----|---|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-4-1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している | 0 | 0 | 1 | 33% | 2 | 67% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 6-4-2 一人ひとりの居宅サービス計画は、利用者本人や家族の希望と関係者の意見を取り入れて作成している | 0 | 0 | 2 | 67% | 1 | 33% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 6-4-3 利用者の状況を分析し、サービス担当者会議によって効果的な居宅サービス計画となるように調整している | 0 | 0 | 2 | 67% | 1 | 33% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 6-4-4 居宅サービス計画に基づいて提供されるサービスの開始当初に、サービス提供の状況を確認している | 0 | 0 | 1 | 33% | 2 | 67% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 6-4-5 利用者の状態や環境の変化を継続的に把握し、必要に応じて居宅サービス計画の見直し・変更を行っている | 0 | 0 | 2 | 67% | 1 | 33% | 0 | 0% | 0 | 3 |

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 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|---|------|---|-----|---|----|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-5-1 利用者のプライバシー保護を徹底している | 0 | 0 | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0 | 2 | 67% | 1 | 33% | 0 | 0% | 0 | 3 |

4. 居宅介護支援事業所のまとめー職員自己評価集計⑥

サブカテゴリー6 事業所業務の標準化

| 評価項目 | 全職員（経営・運営幹部を含む。） | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|---|----|---|------|---|------|------------|----------|
| | 全体 | | | | | | | | | |
| | A+ | | A | | B | | C | | 無回答 (E) | 総回 答数 |
| 6-6-1 手引書類を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている | 0 | 0 | 0 | 0% | 1 | 33% | 2 | 67% | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0% | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 3 |

4. 居宅介護支援事業所のまとめー利用者アンケート集計

| 問 | 質問内容 | はい | | どちらとも いえない | | いいえ | | 無回答 |
|----|---|----|------|---------------|-----|-----|----|-----|
| 1 | あなたが利用しているサービスをヘルパーはきちんとしてくれていますか | 18 | 95% | 1 | 5% | 0 | 0% | 0 |
| 2 | ヘルパーは衛生や安全・安心に配慮してくれていますか | 16 | 89% | 1 | 6% | 1 | 6% | 1 |
| 3 | ケアプランの見直しの時、あなたの状況やあなたの要望をよく理解してくれますか | 12 | 92% | 1 | 8% | 0 | 0% | 6 |
| 4 | ヘルパーの支援を受けるようになって、あなたの生活がよくなりましたか | 18 | 95% | 1 | 5% | 0 | 0% | 0 |
| 5 | ケアプランに組み込まれたサービス内容について満足していますか | 18 | 95% | 1 | 5% | 0 | 0% | 0 |
| 6 | ケアマネジャーは丁寧に接してくれていますか | 19 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 |
| 7 | ケアマネジャーはあなたや家族のプライバシーを守っていますか | 19 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 |
| 8 | あなたの生活の質を向上させるための支援が行われています | 17 | 89% | 2 | 11% | 0 | 0% | 0 |
| 9 | サービス提供にあたってはあなたの意思が尊重されていますか | 14 | 93% | 0 | 0% | 1 | 7% | 4 |
| 10 | サービスを利用する際の情報（公開情報）は入手しやすかったですか | 11 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 8 |
| 11 | この事業所を利用することを決める前に、サービス内容や利用方法についての説明は十分にありましたか | 11 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 8 |
| 12 | 契約の際、内容について十分説明がありましたか | 12 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 7 |
| 13 | 不満や要望をケアマネジャーに気軽に言うことができますか | 16 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 |
| 14 | ケアマネジャーは不満や要望をよく聞いて対応してくれますか | 16 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 |

| | 大変満足 | | 満足 | | 無回答 | 総回答数 |
|-------------------------------------|------|-----|----|-----|-----|------|
| 現在利用している居宅支援介護を総合的にみて、どのように感じていますか。 | 4 | 21% | 14 | 74% | 1 | 19 |

5. 訪問介護事業所のまとめ—全体の講評

特
に
よ
い
と
思
う
点

・安定的で継続的なサービスの提供と迅速な対応

職員が5人とフットワークが軽く、一人当たりの担当利用者数も5人弱と、迅速な対応がなされている。安定的で継続的なサービス提供のためにも現人員でのチームワークをさらに強固にしていきたい。

・情報の共有化

直行直帰ではなく、ステーション方式なので、訪問前後には必ず事務所に立ち寄るようになっている。介護職員が5人と少人数のため、ミーティングの時間だけでなく、業務上のコミュニケーションは密にとられている。いろいろな情報の共有化も図られている。

・地域との密着

利用者が点在しており、なおかつ訪問するまでの時間もかかり、冬場の大雪の際の除雪によるロスも並み大抵ではない。当事業所は、特別養護老人ホームの併設事業所となっているが、法人全体で地域との連携を推進し、地域連絡会での情報交換、ケース検討、退院や退所予定者のことなどが検討されている。入口を入るとすぐに事務所・窓口があるため、地域の人々が気軽に立ち寄って相談ができる雰囲気になっている。

5. 訪問介護事業所のまとめー全体の講評

さらなる改善が望まれる点

・事業所の目指す長期展望の明確化

法人の変遷からして、訪問介護事業所は社会福祉協議会的な流れの継続ではないかと思われる。単独の事業としての収支はある意味最初から度外視しなければならないのかもしれない。在宅の利用者(弱者)を救済するという、奉仕の精神がなければ継続できない事業なのかもしれない。そうした意味からも、地域に存在感を示している事業所であるが、当事業所の長期展望も不透明で良いということではない。介護保険制度の内容が頻繁に変化するという事情から、将来展望の描きにくい事業ではある。しかし、小規模、多機能、地域密着といった地域の今後の今後のニーズに応えるべく、ある程度長期的なビジョンを立て、目標設定をした上での運営が望まれる。

・法人理念の全職員への周知徹底

法人の基本理念が制定されて間もないが、職員のインタビューでも大まかな点は口頭で語る事ができた。併設特養、同じ法人の居宅介護支援事業所、デイサービスとも連携をとり、理念の周知徹底を図ることが望まれる。また、年度方針にも連鎖し、具体的かつ達成可能な数値目標等、職員の目線に合わせ、法人理念の遂行とは事業所として具体的にどのようにする事なのか、様々な場面で反復し徹底する工夫が望まれる。

・標準的なサービス提供を可能とする各種マニュアルの整備

少人数の職員で運営しているので、利用者本位のサービスを提供していくにはマニュアルはなくてはならない。現在の職員が業務を引き続き担当していくかは保障されていない。誰に替わってもいいように事業所としてのマニュアルの整備が求められる。

・いざというときの人材の確保・育成

現在の限られた職員数では、もし、病気等で誰かが欠けたときの体制が心配される。いざという時に、業務に支障が出ないように、代わりが務まる人材の確保・育成が必要と思われる。

5. 訪問介護事業所のまとめ—評価報告書①

| | | |
|--|--|---|
| 1 リーダーシップと意思決定 | 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 | |
| | 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。 | A |
| | 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。 | |
| | 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。 | |
| | 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 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)。 | |
| | 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、事業をリードしている。 | B |
| | 1 経営層は自らの役割と責任を職員に伝えている。 | |
| | 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 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。 | B |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 2 経営における社会的責任 | 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。 | |
| | 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。 | A |
| | 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。 | |
| | 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。 | |
| | 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。 | A |
| | 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取り組んでいる。 | |
| | 2 透明性を高めるために、地域の人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。 | |
| | 3 将来を担う人材として、実習生を受け入れている。 | B |
| | 1 実習生の受け入れに対する基本方針・取り組み体制を明確にしている。 | |
| | 2 効果的な実習ができるよう計画的なプログラムを用意している。 | |
| | 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている。 | |
| | 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。 | A |
| | 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)。 | |
| | 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。 | |
| | 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。 | A |
| | 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。 | |
| 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、手引書の作成など)。 | | |
| 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。 | | |
| 3 地域の関係機関との連携を図っている。 | A | |
| 1 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参加している。 | | |
| 2 地域の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。 | | |

5. 訪問介護事業所のまとめ—評価報告書②

| | | |
|--|---|---|
| 3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用・事 | 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。 | |
| | 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)。 | A |
| | 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。 | |
| | 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。 | |
| | 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。 | A |
| | 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。 | |
| | 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。 | |
| | 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。 | |
| | 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。 | B |
| | 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。 | |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 4 計画の策定と着実な実行 | 1 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる | |
| | 1 取り組み期間に応じた課題—計画を策定している | A |
| | 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 | |
| | 2 年度単位の計画を策定している | |
| | 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 | |
| | 2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している | A |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 4 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 | |
| | 3 着実な計画の実行に取り組んでいる | B |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 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 | |
| 4 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期一月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる | | |
| 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | | |
| 1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる | A | |
| 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 | | |
| 2 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している | | |
| 3 再発防止・予防対策の実践に向けて、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 | | |

5. 訪問介護事業所のまとめ—評価報告書③

| | | |
|--|--|----|
| 5 職員と組織の能力向上 | 1 事務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 | |
| | 1 事業所にとって必要な人材構成にしている | A |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 3 適材適所の人員配置に取り組んでいる | |
| | 2 職員の質の向上に取り組んでいる | A+ |
| | 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 | |
| | 2 職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成(研修)計画を策定している | |
| | 3 個人別の育成(研修)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている | |
| | 4 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している | |
| | 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 | |
| | 2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている | |
| | 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 | A |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 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 | |
| 2 職員のやる気向上に取り組んでいる | B | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 4 福利厚生制度の充実に取り組んでいる | | |

5. 訪問介護事業所のまとめ—評価報告書④

| | | | |
|--|--|---|---|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 1 サービス情報の提供 | | |
| | 1 利用者等に対してサービスの情報を提供している | | B |
| | 1 | 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している | |
| | 2 | 利用者の特性を考慮し、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 | |
| | 3 | 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している | |
| | 4 | 利用者の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している | |
| | 2 サービスの開始・終了時の対応 | | |
| | 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 | | A |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 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している | | A |
| | 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た書式に記入し、把握している | |
| | 2 | 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している | |
| | 3 | サービス利用前の生活をふまえた支援をしている | |
| | 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している | |
| | 3 個別状況に応じた計画策定・記録 | | |
| | 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 | | A |
| | 1 | 利用者の心身状態や生活状況等を、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 | |
| | 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 | |
| 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 | | |
| 2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している | | B | |
| 1 | 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている | | |
| 2 | 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている | | |
| 3 | 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している | | |
| 4 | 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している | | |
| 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 | | A | |
| 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きみがある | | |
| 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 | | |
| 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 | | A+ | |
| 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 | | |
| 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 | | |

5. 訪問介護事業所のまとめ—評価報告書⑤

| | | | |
|--|---|--|---|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 4 サービスの実施 | | |
| | 1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している | | A |
| | 1 | 介護計画に基づいて支援を行っている | |
| | 2 | 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している | |
| | 3 | 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 | |
| | 4 | 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている | |
| | 2 サービス提供の時間が利用者や家族にとって安心・快適なものとなるようにしている | | A |
| | 1 | 訪問介護職員に対し、利用者や家族への接遇・マナーを徹底している | |
| | 2 | 訪問した際、利用者の状態や環境に変化がないか確認をし、必要に応じて関係機関と連携をとるなどの対応をしている | |
| | 3 | 利用者から援助内容に関して新たな要望や変更があった場合の対応方法を明確にしている | |
| | 4 | 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている | |
| | 5 | 金銭の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明確にしている | |
| | 6 | 鍵の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明確にしている | |
| | 3 安定的で継続的なサービスを提供している | | A |
| | 1 | 訪問介護員のコーディネートは利用者の特性やサービスの内容などを配慮して行っている | |
| | 2 | 訪問介護員が訪問できなくなった場合に代替要員を確保している | |
| | 3 | 訪問介護員が変更になる場合、利用者に事前に連絡をいれている | |
| | 4 | 訪問介護員が替わるときは前任者が同行するなど、引継ぎをしている | |
| | 5 | 訪問介護員の変更後、利用者負担がないか確認をしている | |
| | 4 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている | | A |
| 1 | 地域の介護保険サービス、介護保険外サービスについての情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している | | |
| 2 | 地域の生活情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している | | |
| 5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 | | | |
| 1 利用者のプライバシー保護を徹底している | | A+ | |
| 1 | 利用者について他機関へ照会する際、利用者の承諾を得るようにしている | | |
| 2 | 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している | | |
| 3 | 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている | | |
| 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 | | A | |
| 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) | | |
| 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、組織的に対策を検討し、対応している | | |
| 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 | | |
| 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 | | |

5. 訪問介護事業所のまとめ—評価報告書⑥

| | | | |
|--|--|--|---|
| 6 サ ー ビ ス 提 供 の プ ロ セ ス | 6 事業所業務の標準化 | | |
| | 1 手引書類を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている | | A |
| | 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 | |
| | 2 | 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている | |
| | 3 | 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を点検している | |
| | 4 | 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 | |
| | 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 | | A |
| | 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 | |
| | 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、職員や利用者からの意見や提案を反映するようにしている | |
| | 3 | 職員の一人ひとりが工夫・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 | |
| | 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 | | A |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 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 | |
| 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 | | |
| 7 情 報 の 保 護 ・ 共 有 | 1 情報の保護・共有に取り組んでいる | | |
| | 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 | | A |
| | 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 | |
| | 2 | 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している | |
| | 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 | |
| | 2 個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している | | A |
| | 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 | |
| | 2 | 個人情報の保護に関する規定を明示している | |
| 3 | 開示請求に対する対応方法を明示している | | |
| 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 | | |

5. 訪問介護事業所のまとめ—職員自己評価①

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 | | 職員 | | | | | | | | | |
|-------|---|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (I) | 総回答数 |
| 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 | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 0 | 0% | 1 | 20% | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 1 | 20% | 1 | 20% | 3 | 60% | 0 | 0% | 0 | 5 |

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 | | 職員 | | | | | | | | | |
|-------|--|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (I) | 総回答数 |
| 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 | 1 | 20% | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 1 | 20% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 2-1-3 | 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている | 1 | 20% | 1 | 20% | 3 | 60% | 0 | 0% | 0 | 5 |

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 | | 職員 | | | | | | | | | |
|-------|-----------------------------------|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (I) | 総回答数 |
| 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 | 1 | 20% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 2-2-3 | 地域の関係機関との連携を図っている | 1 | 20% | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 5 |

A+...標準項目をすべて満たしたうえで、A+の取り組みがある状態
B...標準項目をひとつでも満たしていないものがある状態

A...標準項目をすべて満たした状態
C...標準項目をひとつも満たしていない状態

5. 訪問介護事業所のまとめ—職員自己評価②

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 | | 職員 | | | | | | | | | |
|-------|--|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|------------|------|
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (1) | 総回答数 |
| 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) | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 1 | 20% | 1 | 20% | 3 | 60% | 0 | 0% | 0 | 5 |

5. 訪問介護事業所のまとめ—職員自己評価③

カテゴリ4計画の策定と着実な実行

サブカテゴリ1実践的な課題・計画策定に取り組んでいる

| 評価項目 | | 職員 | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (1) | 総回答数 |
| 4-1-1 | 取り組み期間に応じた課題—計画を策定している | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 1 | 20% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 4-1-3 | 着実な計画の実行に取り組んでいる | 1 | 20% | 1 | 20% | 3 | 60% | 0 | 0% | 0 | 5 |

サブカテゴリ2地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

| 評価項目 | | 職員 | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (1) | 総回答数 |
| 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 | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |

5. 訪問介護事業所のまとめ—職員自己評価④

カテゴリ5職員と組織の能力向上

サブカテゴリ1事務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 | | 職員 | | | | | | | | | |
|-------|---------------------|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (1) | 総回答数 |
| 5-1-1 | 事業所にとって必要な人材構成にしている | 1 | 20% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 5-1-2 | 職員の質の向上に取り組んでいる | 2 | 40% | 1 | 20% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |

サブカテゴリ2地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

| 評価項目 | | 職員 | | | | | | | | | |
|-------|------------------------------------|-----|-----|---|-----|---|------|---|----|---------|------|
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (1) | 総回答数 |
| 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 | 1 | 20% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 5-2-2 | 職員のやる気向上に取り組んでいる | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 5 |

5. 訪問介護事業所のまとめ—職員自己評価⑥

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 | | 職員 | | | | | | | | | |
|-------|-----------------------------------|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (1) | 総回答数 |
| 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 | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 7-1-2 | 個人情報とは、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している | 0 | 0% | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |

5. 訪問介護事業所のまとめ—職員自己評価⑦

カテゴリ6 サービス提供のプロセス

サブカテゴリ1 サービス情報の提供

| 評価項目 | 職員 | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----|----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (I) | 総回答数 |
| 6-1-1 利用者等に対してサービスの情報を提供している | 0 | 0% | 2 | 40% | 3 | 60% | 0 | 0% | 0 | 5 |

サブカテゴリ2 サービスの開始・終了時の対応

| 評価項目 | 職員 | | | | | | | | | |
|---|-----|----|---|------|---|-----|---|----|---------|------|
| | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (I) | 総回答数 |
| 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 | 0 | 0% | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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している | 0 | 0% | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 5 |

5. 訪問介護事業所のまとめ—職員自己評価⑧

サブカテゴリ—3個別状況に応じた計画策定・記録

| 評価項目 | 職員 | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (1) | 総回答数 |
| 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 | 1 | 20% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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介護計画を作成している | 0 | 0% | 2 | 40% | 3 | 60% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 3 | 60% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 5 |

5. 訪問介護事業所のまとめ—職員自己評価⑨

サブカテゴリ4サービスの実施

| 評価項目 | 職員 | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (1) | 総回答数 |
| 6-4-1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している | 2 | 40% | 3 | 60% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 6-4-2 サービス提供の時間が利用者や家族にとって安心・快適なものとなっている | 1 | 20% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 6-4-3 安定的で継続的なサービスを提供している | 1 | 20% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 6-4-4 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |

5. 訪問介護事業所のまとめ—職員自己評価⑩

サブカテゴリ5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

| 評価項目 | 職員 | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (I) | 総回答数 |
| 6-5-1 利用者のプライバシー保護を徹底している | 2 | 40% | 2 | 40% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 1 | 20% | 2 | 40% | 2 | 40% | 0 | 0% | 0 | 5 |

サブカテゴリ6 事業所業務の標準化

| 評価項目 | 職員 | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|---|-----|---|-----|---|----|---------|------|
| | A + | | A | | B | | C | | 無回答 (I) | 総回答数 |
| 6-6-1 手引書類を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている | 1 | 20% | 4 | 80% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 5 |
| 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 | 2 | 40% | 3 | 60% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 5 |

5. 訪問介護事業所のまとめー利用者アンケート集計

| 問 | 質問内容 | はい | | どちらともいえない | | いいえ | | 無回答 | 総回答数 |
|----|---|----|------|-----------|-----|-----|----|-----|------|
| 1 | あなたが利用しているサービスをヘルパーはきちんとしてくれますか | 17 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 17 |
| 2 | ヘルパーは衛生や安全・安心に配慮してくれていますか | 17 | 94% | 1 | 6% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 3 | ヘルパーは、誰でも丁寧に接してくれていますか | 18 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 4 | ヘルパーはあなたや家族のプライバシーを守っていますか | 17 | 94% | 1 | 6% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 5 | ヘルパーはあなたや家族のことを気づかってくれていますか | 17 | 94% | 1 | 6% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 6 | 事業所に言ったことがヘルパーにきちんと伝わっていますか | 14 | 82% | 3 | 18% | 0 | 0% | 1 | 17 |
| 7 | ヘルパー間の連絡は十分できていますか | 16 | 89% | 2 | 11% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 8 | どのヘルパーも皆、同じように対応してくれますか | 17 | 94% | 1 | 6% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 9 | 事業所やヘルパーは、生活や介護に関する情報提供・相談・助言などしてくれますか | 16 | 89% | 2 | 11% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 10 | ヘルパーの支援を受けるようになって、あなたの生活がよくなりましたか | 14 | 82% | 2 | 12% | 1 | 6% | 1 | 17 |
| 11 | サービス提供にあたって、あなたの気持ちを大事にしてくれていると思いますか | 18 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 18 |
| 12 | 事業所では計画をつくる時、あなたの状況や、あなたや家族の要望をよく理解してくれましたか | 16 | 94% | 1 | 6% | 0 | 0% | 1 | 17 |
| 13 | 計画について、事業所から十分な説明がありましたか | 15 | 88% | 1 | 6% | 1 | 6% | 1 | 17 |
| 14 | サービスを利用する際の情報（公開情報）は入手しやすかったですか | 12 | 80% | 3 | 20% | 0 | 0% | 3 | 15 |
| 15 | この事業所を利用することを決める前に、サービス内容や利用方法についての説明は十分にありましたか | 14 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 14 |
| 16 | 契約の際、内容について十分説明がありましたか | 14 | 93% | 1 | 7% | 0 | 0% | 3 | 15 |
| 17 | ヘルパー訪問について、不満々要望を事業所に気軽に言うことができますか | 9 | 64% | 4 | 29% | 1 | 7% | 4 | 14 |
| 18 | 事業所は、不満々要望をよく聞いて対応してくれていますか | 11 | 73% | 3 | 20% | 1 | 7% | 3 | 15 |

| | 大変満足 | | 満足 | | ふつう | | 不満 | | 大変不満 | | 無回答 |
|---------------------------------------|------|-----|----|-----|-----|----|----|----|------|----|-----|
| 現在利用している介護訪問サービスを総合的にみて、どのように感じていますか。 | 5 | 29% | 11 | 65% | 1 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 |

6. 財務分析のまとめ

1. 経営分析

(1) 2期比較法人全体変動損益計算書

(単位：千円、%、人)

| | 平成16年度 | | 平成17年度 | |
|---------|---------|-------|---------|-------|
| | | 構成比 | | 構成比 |
| 収 入 | 327,882 | 100.0 | 383,354 | 100.0 |
| 変 動 費 | 46,748 | 14.3 | 57,014 | 14.9 |
| 付 加 価 値 | 281,134 | 85.7 | 326,340 | 85.1 |
| 人 件 費 計 | 202,459 | 61.7 | 210,563 | 54.9 |
| 人件費外固定費 | 49,751 | 15.2 | 83,929 | 21.9 |
| 固 定 費 | 252,210 | 76.9 | 294,492 | 76.8 |
| 経 常 利 益 | 28,924 | 8.8 | 31,848 | 8.3 |
| (費用合計) | 298,958 | 91.2 | 351,506 | 91.7 |
| (職員数A) | 39 | | 37 | |
| (職員数B) | 56 | | 58 | |

(単位：%、千円)

| | | |
|-------------|------|------|
| 付 加 価 値 率 | 85.7 | 85.1 |
| 労 働 分 配 率 | 72.0 | 64.5 |
| 労働生産性A(月) | 601 | 735 |
| 労働生産性B(月) | 418 | 469 |
| 一人当り人件費A(月) | 433 | 474 |
| 一人当り人件費B(月) | 301 | 303 |

(単位：%)

| | | | | |
|-------------|---------|--------|--------|-------|
| 前 期 比 | 収 入 | | 55,472 | 116.9 |
| | 変 動 費 | | 10,266 | 122.0 |
| | 付 加 価 値 | | 45,206 | 116.1 |
| | 人 件 費 | | 8,104 | 104.0 |
| | 人件費外固定費 | | 34,178 | 168.7 |
| | 固 定 費 | | 42,282 | 116.8 |
| 費 用 合 計 | | 52,548 | 117.6 | |

注：職員数Aは正職員数、職員数Bは正職員数＋臨時職員数＋パート職員／2
労働生産性A・Bはそれぞれ職員数A・Bから算出。

6. 財務分析のまとめ

(2) 付加価値分析

付加価値分析の目的

付加価値は人件費・その他固定費・必要利益の原資で、その配分の適正度をみることは法人経営上の重要なポイントです。

具体的には、付加価値 = (収入 - 変動費) とし算出しました。

貴法人の場合、

$$\text{付加価値} = \text{収入} - \text{変動費} (\text{事業費支出})$$

として算出いたしました。

算出の根拠(平成16年度・17年度決算に基く)

収入 … 介護保険収入、運営費収入、事業収入等

変動費 … 給食費、保健衛生費、被服費、教養娯楽費等の事業費支出

固定費 … 事務費・その他支出

6. 財務分析のまとめ

付加価値及び付加価値率の推移

貴法人の付加価値、及び付加価値率の推移は以下の通りです。

＜ 法人合計 ＞

(単位:千円)

| | 平成16年度 | 平成17年度 | 増 加 率 |
|-------|---------|---------|-------|
| 収 入 | 327,882 | 383,354 | 16.9% |
| 変 動 費 | 46,748 | 57,014 | 21.9% |
| 付加価値 | 281,134 | 326,340 | 16.0% |
| 付加価値率 | 85.7% | 85.1% | -0.6% |

収入は増加しているが、それ以上に事業活動にかかる費用の変動費が増加しているため付加価値率は下がっている。

6. 財務分析のまとめ

労働生産性と1人当たり人件費推移

労働生産性は職員1人の方が『稼ぎ出した付加価値額』を意味します。
貴法人の労働生産性は以下の通りです。

(単位:人、千円)

| | 平成16年度 | 平成17年度 | 増 加 率 |
|-------------|---------|---------|-------|
| 職員数 | 56 | 58 | 3.5% |
| 付加価値 | 281,134 | 326,340 | 16.0% |
| 人件費 | 202,459 | 210,563 | 4.0% |
| 1人当たり人件費(月) | 301 | 303 | 0.6% |
| 労働生産性(月) | 418 | 469 | 12.2% |

職員数は、職員＋臨時職員＋パート職員／2としました。

労働生産性増加率が1人当たり人件費増加率を上回っており、改善の結果がみられます。

6. 財務分析のまとめ

(3) 賃金分析

総額人件費分析と昇給シミュレーション

総額人件費の定義

総額人件費とは、職員俸給や諸手当といった給与だけでなく、法人で負担する職員の法定福利費、役員報酬や退職金も含めた人件費の総額を指します。

職員俸給に対する総額人件費の比率を「ハネ返り率」と呼びます。これは、基本給の増加が人件費総額の増加にどの程度影響を与えるかをみる目安となります。

貴法人のハネ返り率は以下の通りです。

＜ハネ返り率＞

= 人件費総額 ÷ 職員俸給

= 210,563(千円) ÷ 200,000(円・仮定)

= 1.052

後記のシミュレーションではこの4.710を用いました。

6. 財務分析のまとめ

人件費シミュレーション(法人全体)

| | 項目 | 設定値 | 備考 |
|---|---------|----------|------------------|
| 条 | 収入 | 現状維持 | |
| | 基本給 | 毎年2%昇給 | |
| 件 | 付加価値率 | 85.1% | 平成17年度実績を維持すると仮定 |
| | 職員数 | 現状維持 | |
| | 人件費外固定費 | 毎年0.5%上昇 | |
| | ハネ返り率 | 105.3% | |

(単位:千円)

| | 17年度 | 18年度 | 18年度 | 19年度 | 20年度 | 21年度 | 22年度 | 23年度 | 24年度 | 25年度 | 26年度 | 27年度 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 収入 | 383,354 | 383,354 | 383,354 | 383,354 | 383,354 | 383,354 | 383,354 | 383,354 | 383,354 | 383,354 | 383,354 | 383,354 |
| 付加価値 | 326,340 | 326,340 | 326,340 | 326,340 | 326,340 | 326,340 | 326,340 | 326,340 | 326,340 | 326,340 | 326,340 | 326,340 |
| 基本給 | 200,000 | 204,000 | 208,080 | 212,242 | 216,486 | 220,816 | 225,232 | 229,737 | 234,332 | 239,019 | 243,799 | 248,675 |
| ハネ返り率 | 105.3% | 105.3% | 105.3% | 105.3% | 105.3% | 105.3% | 105.3% | 105.3% | 105.3% | 105.3% | 105.3% | 105.3% |
| 総額人件費 | 210,563 | 214,774 | 219,070 | 223,451 | 227,920 | 232,479 | 237,128 | 241,871 | 246,708 | 251,642 | 256,675 | 261,809 |
| 人件費外固定費 | 83,929 | 84,349 | 84,770 | 85,194 | 85,620 | 86,048 | 86,479 | 86,911 | 87,346 | 87,782 | 88,221 | 88,662 |
| 経常利益 | 31,848 | 27,217 | 22,500 | 17,695 | 12,800 | 7,813 | 2,733 | -2,442 | -7,714 | -13,085 | -18,556 | -24,131 |
| 人件費比率 | 54.9% | 56.0% | 57.1% | 58.3% | 59.5% | 60.6% | 61.9% | 63.1% | 64.4% | 65.6% | 67.0% | 68.3% |

6. 財務分析のまとめ

分析所見

2%の定期昇給を行うと仮定した場合、条件1のように収入が現状維持のままであると、経常利益において毎年約20,000千円程減少することとなる。17年度人件費比率は54.9%であるが平成21年度には60%、25年度には65%を越し、安全性を確保できる水準を超過してしまう。

以上のことより、一律昇給させる賃金決定ルールは恒常的に総額人件費の上昇を招き、収入の伸び率鈍化・低下が生じた際に問題が発生します。

また、ただ賃金をコントロールするのではなく、モチベーションを喚起しながら、総額人件費をコントロールする仕組みを作らなくてはならないことは、既にご承知の通りです。

賃金改定の際は、月例賃金だけの改善では効果は薄く、賞与制度も含めた総合的な改善が必要です。