

平成14年度

# 新宿区サービス評価検討会 報告書

新宿区

福祉部高齢者福祉推進室

## はじめに

介護保険法の制定や社会福祉法の改正により、これまでの福祉サービスの利用のしくみが、「措置制度」から利用者の自己選択・決定権を保障する「利用契約制度」に改められました。

このようなことから、このたび新宿区においては、介護保険サービスを対象とした「福祉サービス第三者評価システム（高齢者福祉部門）」の作成に取組み、別添のとおりとりまとめることが出来ました。

この評価システムは、平成14年5月から約一年間に亘って関係する専門家等からなる検討会で議論され成案を得たものですが、その内容は、「東京都福祉サービス評価推進機構」（以下「推進機構」）が示す共通の必須評価項目に新宿区独自の項目を加え、さらに新宿区内の一部福祉サービス提供事業者に対して実地に試行検証したものです。

新宿区においても、「推進機構が認証する評価機関」によって、平成15年度からこの評価システムに基づき「第三者福祉サービス評価事業」として本格的に取り組まれます。また、その評価結果の公表についても、「推進機構」が行なうインターネットを通じた「福祉情報総合ネットワーク」等によるほか、区独自の公表方法として、分かりやすく選びやすい内容によって区のホームページや評価情報冊子等により広く利用者に周知することとなっています。

今後、多くの福祉サービス利用者が質の高い福祉サービスを選択するために、この公表される評価結果を十分活用して頂くと共に、福祉サービス提供事業者においても、自らその提供する福祉サービスの評価を行い、質を改善していく指標として役立てて頂くことを期待します。

平成15年3月

新宿区サービス評価検討会 会長 村尾 俊明

# 新宿区サービス評価検討会 報告書 目次

## はじめに

### 新宿区におけるサービス評価（高齢者福祉部門）の取り組みについて

- 1 新宿区におけるサービス評価（高齢者福祉部門）の取り組みについて
  - 1 サービス評価の目的
  - 2 サービス評価の現状及び考え方
  - 3 新宿区の基本的な役割と立場
  - 4 新宿区独自のサービス評価手法
  - 5 サービス評価の普及・定着に向けて
- 2 新宿区サービス評価検討会
  - 1 検討経過
  - 2 サービス評価検討会設置要綱
  - 3 委員名簿

### サービス評価の試行

- 1 新宿区におけるサービス評価の試行について
  - 1 新宿区における試行の目的
  - 2 対象事業
  - 3 新宿区におけるサービス評価の構成
  - 4 評価手法・項目
  - 5 事業者からのサービス改善計画
  - 6 評価結果の公表
  - 7 サービス評価を受審する立場としての取り組み
- 2 通所介護のサービス評価の試行と検証
  - 1 調査の概要
  - 2 利用者調査
  - 3 事業者による自己評価
  - 4 第三者による評価
  - 5 事業者への評価結果の報告
  - 6 事業者からの改善計画
- 3 居宅介護支援のサービス評価の試行と検証
  - 1 調査の概要
  - 2 利用者調査
  - 3 事業者による自己評価
  - 4 第三者による評価
  - 5 事業者への評価結果の報告
  - 6 事業者からの改善計画
- 4 サービス評価結果（事業者への報告）
  - 4 - 1 通所介護サービス評価結果
    - 1 評価結果
    - 2 調査結果の詳細

- 4 - 2 居宅介護支援サービス評価結果
  - 1 評価結果
  - 2 調査結果の詳細
- 5 サービス評価結果の公表
  - 1 新宿区における公表方法
  - 2 試行結果の公表
    - 評価結果の見方
    - 通所介護
    - 居宅介護支援

#### 新宿区サービス評価様式集

##### (通所介護)

- 利用者調査・本人用調査票
- 利用者調査・家族用調査票
- 事業プロフィール
- サービスチェックリスト(リーダー層用)

##### (居宅介護支援)

- 利用者調査票
- 事業プロフィール
- サービスチェックリスト(リーダー層用)

##### (共通)

- 事業評価分析シート(リーダー層用)
- サービス改善計画報告
- 評価結果公表

#### サービス評価受審のためのガイドブック

##### サービス評価受審のためのガイドブックの作成について

- 1 区立施設がサービス評価を有効に活用するために
  - 1 はじめに
  - 2 区立施設におけるサービス評価の意義・目的
  - 3 評価方法
  - 4 評価機関について
- 2 サービス評価受審のための実践実務 A to Z
  - 1 サービス評価実施の流れ
  - 2 受審にむけての準備
- 3 サービス評価活用による改善計画のプロセス
  - 1 課題設定の手順
  - 2 具体的な取り組み策定・実践の手順

#### 参考情報

- 1 都における福祉サービス第三者評価の流れ
- 2 都における福祉サービス第三者評価に関する相談や問い合わせ先
- 3 東京都福祉サービス評価推進機構認証東京都福祉サービス第三者評価機関一覧(平成14年度)

新宿区における  
サービス評価  
(高齡者福祉部門)の  
取り組みについて

## - 1 新宿区におけるサービス評価 (高齢者部門) の取り組みについて

### 1 サービス評価の目的

介護保険制度では、サービス利用のしくみが「措置制度」から利用者と事業者とが対等な関係で契約を結ぶ「契約制度」に変わりました。これは利用者の自己選択・決定権を保障するものです。

しかし、介護サービスはサービスの質が見えにくいことや利用者の中には心身の衰えた方がいるなどの特性があります。さらには「契約制度」では多種・多様なサービス事業者が参入することから、事業者を適切に選択できる情報など、利用者が安心してサービスを利用できるしくみがどうしても必要です。

区では、このようなしくみとして「苦情対応、情報提供、サービスの質の向上、権利擁護」からなる利用者保護体制を構築してきました。

サービス評価の取り組みも、この利用者保護のための具体的なしくみとして位置付けられます。

サービス評価には、次のような効果が期待されます。

#### (1) 利用者のサービス選択の支援 (利用者及びケアマネジャーへの情報提供)

##### ア 事業者を選ぶための判断材料の提供

各事業者のサービスの質や事業者間の違いを知ることで、自分にあったサービス提供事業者を選ぶことができます。

##### イ ケアマネジャーへの情報提供

サービス評価情報を提供することで、介護保険制度でサービス調整機能を担うケアマネジャーへの支援につながります。

#### (2) 事業者自身によるサービスの質の改善

##### ア 現状のサービス内容の把握

事業者自身が、経営管理やサービス提供体制を点検し、良い点や現状の問題点・改善点の把握につながります。

##### イ 目標とするサービス水準の把握

目標とするサービス水準の到達点を知り、改善に結びつけることができます。

##### ウ 健全な介護サービス市場の形成

提供サービスの質の向上を通じた健全な業界の発展へつながります。

## 2 サービス評価の現状及び考え方

- (1) サービス評価は、本来的には事業者自身による自主的な取り組みといえます。介護保険法及び社会福祉法においては、それぞれ「自らその提供するサービスの質の評価を行う」(1)ことと定められています。

しかし、これは事業者による努力規定のため、サービス評価の意義や利点が理解されないと実際のサービス評価の受審にはなかなか結びつかないということが考えられます。

- (2) サービス評価の実施主体については、次のようなことが考えられます。

サービスの質の向上については、質を確保するために最低基準として定められた「運営に関する基準」がありますが、これを事業者が遵守するだけでは利用者のニーズや満足度を全て充足させることができません。「運営に関する基準」を遵守した上に事業者の様々な工夫などの自助努力や事業者間の競い合いがあって、利用者が求める多様な満足が実現されていきます。

このことから、最低基準の監視・点検・遵守は行政が責任を持って行い、サービス評価についてはNPO、民間のシンクタンク、調査会社、研究機関などが、公正・中立的な立場や様々な視点から評価するという役割分担が効果的かつ効率的で望ましいものと思われます。

- (3) 東京都でのサービス評価の取り組みの現状は、サービス評価を支援する機関として「東京都福祉サービス評価推進機構」が平成14年度に設立されました。現在では、共通評価項目の設定や評価機関の認証、さらには評価の試行が行われ、平成15年度の本格実施に向けての準備が進んでいます。

### 1 介護保険法第73条及び第80条 社会福祉法第78条

なお、痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日、厚生省令第37号)によりサービス評価は義務付けられている。

### 3 新宿区の基本的な役割と立場

新宿区は、以上のようなサービス評価の現状や考え方を踏まえ、次のような役割と立場に立ち、サービス評価の取り組みを推進していきます。

#### (1) サービス評価の推進・実施（利用者保護として）

サービス評価については東京都のシステムを基本とし、実施主体についても、「東京都福祉サービス評価推進機構」が認証した評価機関に委ねます。

区は利用者保護の観点から独自の評価項目の作成及び評価結果を利用者（本人・家族）のみならずケアマネジャーにとっても、「わかりやすく・選びやすい」サービス事業者情報として提供できる体制を整備します。

また、サービス評価が事業者による努力規定であることや現在においては制度としてまだ成熟していないため、事業者がサービス評価を積極的に受審するような誘導策を講じて普及・促進を図ります。

#### (2) サービス評価の積極的な受審（事業主体として）

区は各種のサービス事業者の事業主体でもあります。他のサービス事業者に先駆けてサービス評価を受審し、その成果を公表することで、サービス評価制度を普及・定着させ、民間の事業者の受審意欲を促進させます。

### 4 新宿区独自のサービス評価手法

サービス評価の手法については、利用者評価、自己評価、第三者評価がありますが、評価の透明性や公正性から利用者でも事業者でもない第三者による第三者評価がもっとも信頼性が高い手法といえます。

都のサービス評価のしくみは、利用者調査と事業評価からなる第三者評価です。

利用者調査では、アンケート等により利用者のサービスに対する満足度を把握します。事業評価では事業経営とサービス提供のプロセスを評価対象とし、事業者自身による自己評価と第三者である評価者が行います。第三者である評価者は、利用者調査と事業者の自己評価を分析し、事業者に対して訪問・聴き取り調査を行い、最終的な結果報告をします（サービス評価（第三者評価）の手法を参照）。



実際の評価については「東京都福祉サービス評価推進機構」が認証した評価機関が実施することになります。

区は、このような都の評価システムを基本としつつも、次のような区独自のサービス評価手法でサービス評価を普及していきます。

- (1) 利用者が「分かりやすく・選びやすい」サービス事業者情報を提供するために区内事業者の特徴や地域特性を踏まえた新宿区独自の利用者調査票及びサービス提供過程の評価項目を作成していきます。

また、評価結果から導き出されるサービス改善のための事業者自身による改善計画の作成及び実施についても必須の事項としていきます。

(新宿区におけるサービス評価(第三者評価)の取り組みを参照)

平成14年度の新宿区サービス評価検討会では、居宅介護支援事業及び通所介護についての利用者調査票及びサービス提供過程の評価項目を作成しました。

今後は訪問介護についても、介護保険課において同様の検討を行い作成する予定です。

- (2) 調査結果の公表については、「東京都福祉サービス評価推進機構」によるもの以外に、内容及び情報への接近性からも「分かりやすく・選びやすい」ことを目的とした区独自の公表方法を行います。この調査結果の公表は区のホームページはもとより、評価情報冊子を作成し、広く利用者に周知していきます。

(新宿区独自の利用者調査票、サービス提供過程の評価項目及び公表方法については、「サービス評価様式集」を参照)

- (3) 区は、以上の目的のために区内サービス事業者及び評価を行う評価機関に対して、次の内容で区のサービス評価システムへの協力依頼を行います。

ア 区が開発した利用者調査票及びサービス提供過程の評価項目の使用

イ 評価結果に基づいたサービス改善計画の作成と実施

ウ 区独自の評価結果公表方法への同意

## 5 サービス評価の普及・定着に向けて

サービス評価が普遍性を持った制度として機能するためには、多くのサービス事業者が自主的にサービス評価を受審し、その評価結果を公表するとともに、自らのサービスの改善につなげることが必要です。

評価機関にはサービス評価の目的に沿った評価ができるという評価能力や第三者性、公正性などが問われます。

また、サービス利用者自身も評価情報を読み取り、適切な選択をするという賢明な判断が求められてきます。

区はこのようなことを踏まえ、サービス評価という新しい試みが「利用者保護のしくみ」の一つとして信頼の置ける制度となるために、次のようなサービス評価の普及促進・定着に向けての取り組みを行います。

### (1) サービス事業者への受審促進

ア サービス事業者へのサービス評価受審促進策として、都の補助制度を活用し、「(仮)民間在宅福祉サービス第三者評価費用の助成」を行います。

イ 普及促進のために、事業者向け講演会の実施や啓発用パンフレットを作成します。

ウ 平成15年度に設立を予定している健全な市場の育成を目指した(仮)区内介護サービス事業者協議会を通じて、積極的なサービス評価受審を事業者に促していきます。

### (2) 区のサービス評価の積極的な受審(事業主体として)

区のサービスについては、15年度から5ヵ年計画でサービス評価を受審し、その結果を公表する中から、サービス評価の普及促進を図ります。

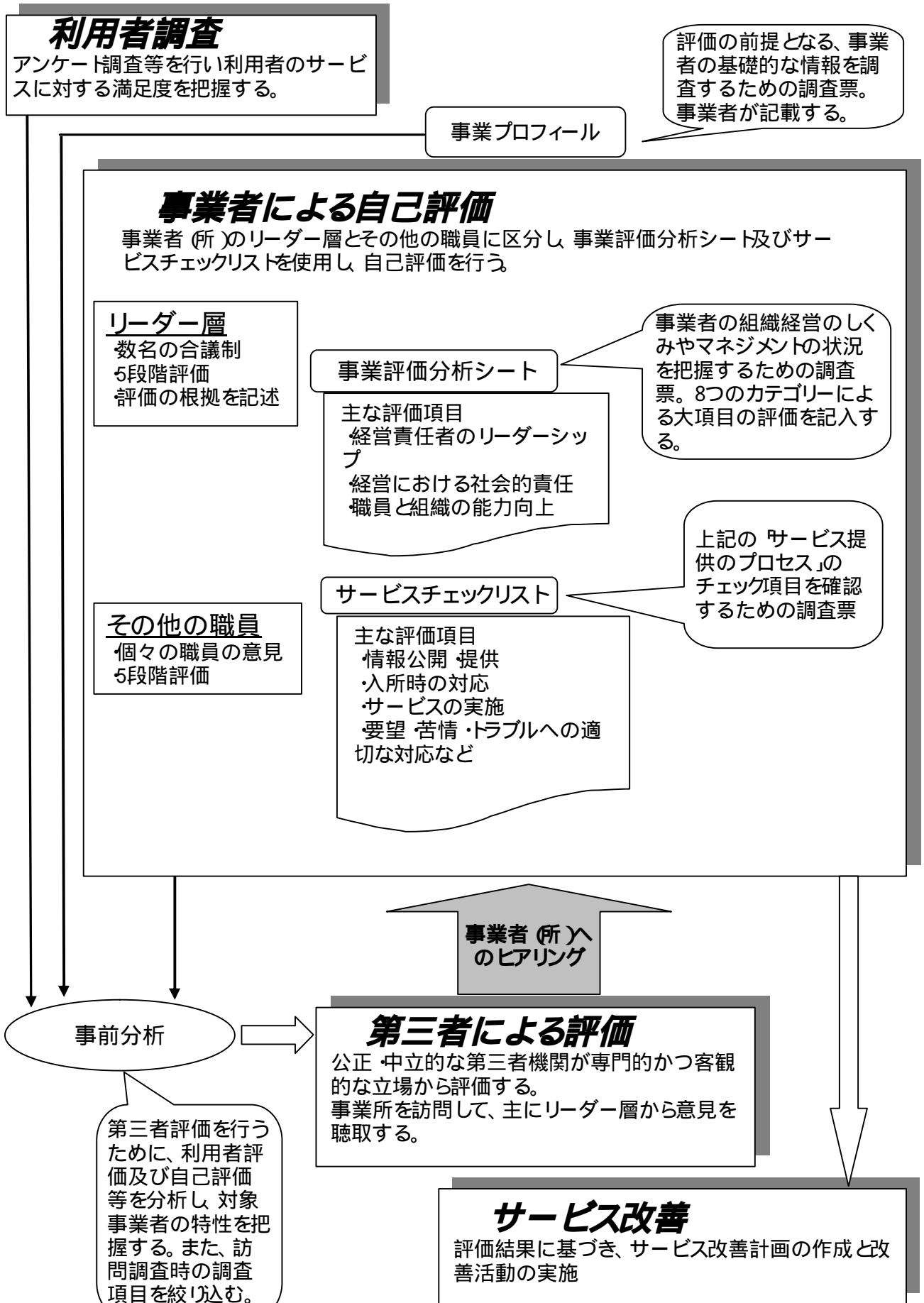
### (3) 利用者への周知

サービス評価情報を広く周知し、利用者が事業者を適切に選択する際の情報として活用できるような環境を整えていきます。

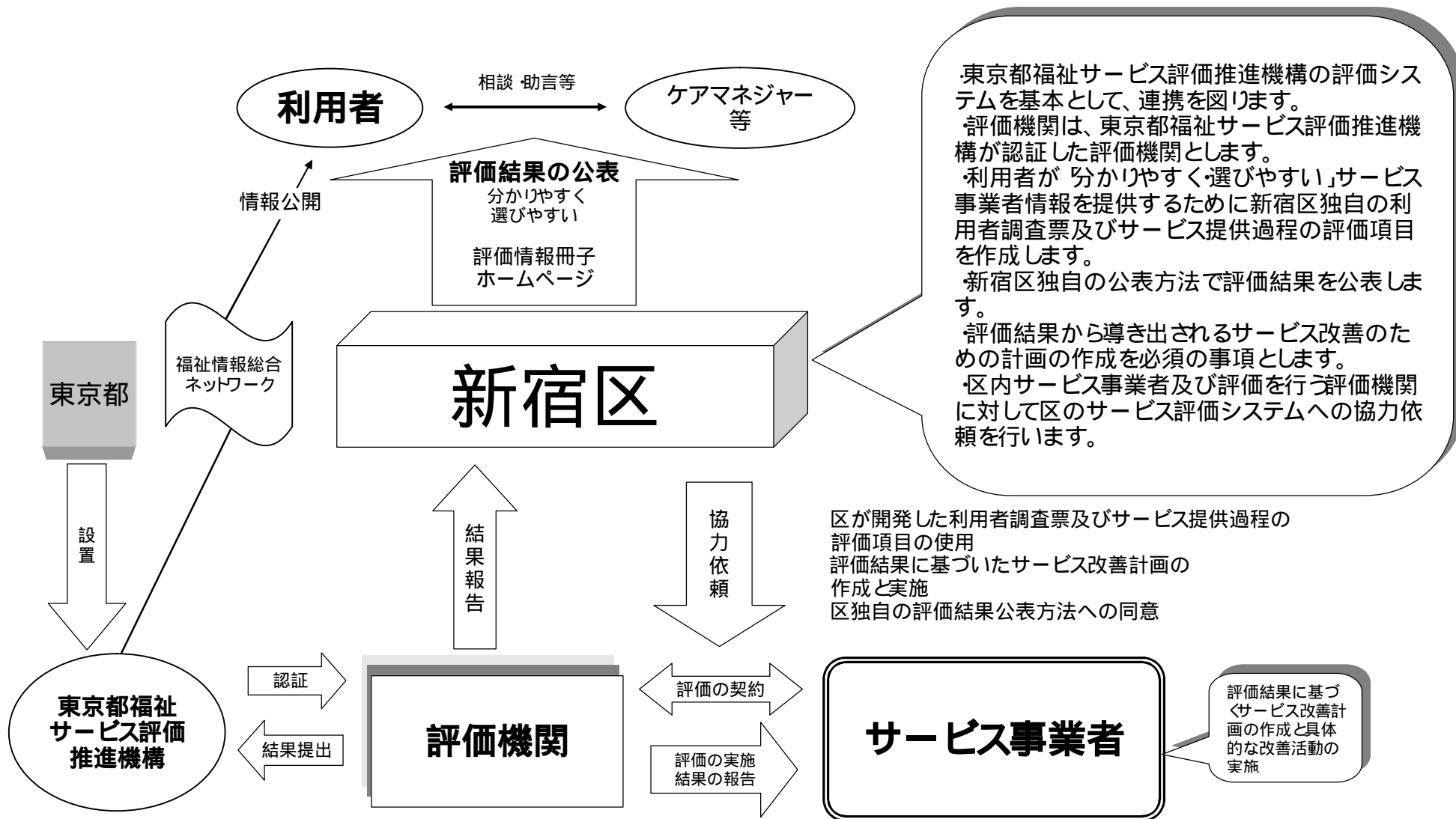
### (4) 評価機関の競い合いによる質の向上

評価機関の評価能力などについて、受審した事業者から意見を聴取し、それを公表することにより競い合いによる質の向上を促します。

# サービス評価（第三者評価）の手法



# 新宿区におけるサービス評価（第三者評価）の取り組み



## - 2 新宿区サービス評価検討会

### サービス評価検討会 検討経過

平成 14 年

#### 6月3日 第1回検討会

- ・ 委員委嘱、検討内容説明
- ・ 国、都、他の区市町村の取り組み状況報告
- ・ 区としてのサービス評価の取り組み

#### 7月4日 第2回検討会

- ・ サービス評価の現状
- ・ 東京都サービス評価の体系及び共通評価項目
- ・ 区としてのサービス評価の取り組み

#### 7月29日 第3回検討会

- ・ 通所介護（中落合高齢者在宅サービスセンター）の調査方法及び評価項目・基準の検討

#### 9月11日 第4回検討会

- ・ 通所介護のサービスチェックリスト
- ・ 通所介護の利用者調査項目・家族調査項目

#### 10月24日 第5回検討会

- ・ 居宅介護支援の調査方法
- ・ 居宅介護支援の評価項目
- ・ 10月中旬～ 中落合高齢者在宅サービスセンターサービス評価利用者調査の実施

#### 11月14日 第6回検討会

- ・ 居宅介護支援の利用者調査票
- ・ 居宅介護支援のサービスチェックリスト
- ・ 11月20日 中落合高齢者在宅サービスセンターへの第三者評価訪問調査の実施

#### 12月19日 第7回検討会

- ・ 中落合高齢者在宅サービスセンターの評価結果まとめ及び評価項目・基準並びに手法の検証

平成 15 年

#### 1月30日 第8回検討会

- ・ 居宅介護支援の評価項目・基準並びに手法の検証
- ・ 評価結果の公表方法について
- ・ 1月10日、17日 居宅介護支援事業者への第三者評価訪問調査の実施

#### 2月27日 第9回検討会

- ・ 報告書素案

#### 3月27日 第10回検討会

- ・ 報告書作成

## サービス評価検討会設置要綱

14新福高介第90号の2

### (目的)

第1条 この要綱は、区が行なう、介護保険サービスを対象としたサービス評価事業において、評価基準・項目等を検討するとともに、必要な調査を実施するサービス評価検討会の設置及び運営について必要な事項を定めることを目的とする。

### (設置)

第2条 サービス評価検討会(以下「検討会」という。)を設置する。

### (構成)

第3条 検討会は、次の各号に掲げる委員をもって構成する。

- ? 新宿区介護保険利用者支援専門員設置要綱(平成12年4月25日12新福高介第110号)に基づく利用者支援専門員 3人
- ? 居宅介護支援事業者 1人
- ? サービス事業者 1人
- ? 福祉部高齢者福祉推進室長
- ? 福祉部高齢者福祉推進室介護保険課長
- ? 福祉部高齢者福祉推進室高齢者サービス課長

### (委嘱)

第4条 前条各号に掲げる委員のうち、第1号から第3号までに規定する委員は区長が委嘱する。

### (委嘱期間)

第5条 前条の委嘱期間は、1年以内とする。ただし、区長が必要と認めるときは更新することができる。

2 解職により補充した委員の委嘱期間は、前任者の残任期間内とする。

### (解職)

第6条 第4条の規定により委嘱した委員(以下「第4条委員」という。)が次の各号のいずれかに該当するときは、区長は委嘱を解くことができる。

- ? 自己の都合により解職を申し出たとき。
- ? 心身の故障等により職務の遂行に支障があると認めるとき。
- ? 職の必要性がなくなったとき。
- ? その他、職務の遂行に必要な適格性を欠くと認めるとき。

### (所掌事項)

第7条 検討会は、次の各号に掲げる事項を所掌する。

- ? 区としてのサービス評価への取り組みに関すること。
- ? サービス評価の評価基準・項目に関すること。
- ? サービス評価の実施に関すること。
- ? サービス評価のための調査を実施すること。
- ? サービス評価結果の公開に関すること。

(会長)

第8条 検討会に会長を置く。

2 会長は、委員の互選による。

3 会長は検討会を代表し、会務を総括する。

4 会長に事故があるときは、会長があらかじめ指定する委員が会長の職務を代理する。

(招集)

第9条 検討会は、会長が招集する。

(関係者等の出席)

第10条 会長は、必要があると認めるとき又は委員から請求があったときには、議事に関係ある者の出席を求めることができる。

(部会)

第11条 検討会は、必要に応じて部会を設置することができる。

(謝礼)

第12条 第4条委員には、次の各号のいずれかに該当したときに謝礼を支払う。

? 検討会に出席したとき。

? サービス評価のための調査を行なったとき。ただし、検討会に引き続いて行なわれた場合を除く。

2 前項の規定にかかわらず、第4条委員が区から給与を受ける職にある場合には謝礼を支払わない。

3 謝礼の額は、第3条第1号に規定する委員は2万円、同条第2号及び第3号に規定する委員は1万円とする。

4 謝礼は、検討会に出席した月の翌月の10日までに、口座振替により支払うものとする。

(事務局)

第13条 検討会の事務局は、福祉部高齢者福祉推進室介護保険課に置く。

(解散)

第14条 検討会は、次の各号に該当したときは、解散する。

? サービス評価事業が終了したとき。

? その他、検討会の必要がなくなったとき。

(補則)

第15条 この要綱に定めるもののほか、検討会の運営に関し必要な事項は別に定める。

付 則

この要綱は、平成14年5月9日から施行する。

新宿区サービス評価検討会委員名簿

氏名	現職
会長 村尾 俊明	財団法人テクノエイド協会常務理事 利用者支援専門員
大森 武子	東京女子医科大学看護短期大学名誉教授 利用者支援専門員
高岡 信男	弁護士（東京弁護士会所属） 利用者支援専門員
尾高 茂	新宿区社会福祉事業団事務局長 中落合高齢者在宅サービスセンター所長
堀尾 隆	フランスベッド メディカルサービス株式会社 メディカルショップ新宿店 営業係長 介護支援専門員
布施 一郎	福祉部高齢者福祉推進室長
鈴木 孝	福祉部高齢者福祉推進室高齢者サービス課長
鴨川 洋	福祉部高齢者福祉推進室介護保険課長

事務局員

介護保険課利用者支援係	3名
高齢者サービス課サービス係	1名
新宿区社会福祉事業団	1名

業務委託

（株）日本能率協会総合研究所



# サービス評価の試行

## - 1 新宿区におけるサービス評価の試行について

### 1 新宿区における試行の目的

今回のサービス評価の試行は、次の2つの目的をふまえながら実施しました。

- (1) 新宿区独自の評価手法・項目と公表方法を作成すること
- (2) 評価を受ける立場として、どう取り組むかを探ること

### 2 対象事業

#### (1) 通所介護

新宿区立中落合高齢者在宅サービスセンター

#### (2) 居宅介護支援

新宿区北山伏在宅介護支援センター

フランスベッドメディカルサービス株式会社新宿店

### 3 新宿区におけるサービス評価の構成

次の4つの要素からなります。

#### (1) 調査

- ・ 利用者調査
- ・ 事業者による自己評価
- ・ 第三者による評価

#### (2) 事業者への評価結果報告

#### (3) 事業者からのサービス改善計画提出

#### (4) 評価結果の公表

### 4 評価手法・項目

#### (1) 利用者調査

##### ア 目的

事業者が提供するサービスを利用者がどう評価しているのかを調査します。

訪問調査における重要な資料となり、事業者による自己評価の結果と照らし合わせることにより、独善的な評価に陥らないようにします。

しかし利用者調査は、あくまで事業者による自己評価を補完するものであり、この調査結果が評価に直接つながっていくものではありません。

## イ 調査の仕組み

利用者調査には、利用者本人を対象とする利用者調査と、利用者の家族を対象とする家族調査とがあります。

利用者調査は必ず実施し、評価するサービスの種類によっては、家族調査も併せて行います。この場合、利用者の回答と家族の回答ができるだけ明確に切り分けられることが条件になってきます。

今回の試行においては、通所介護では家族調査も行い、居宅介護支援では利用者調査のみとしました。

回答は、利用者が自由に意見を述べられるように、無記名式を原則としました。したがって、調査票の配布と回収は郵送で行いましたが、利用者の特性に応じて、聞き取り調査等の方法も試行しました。

## ウ 家族調査を実施する理由と目的

- (ア) 事業者のサービス提供過程においては、家族が大きく関わってくることから、家族による評価も併せて行うことで、事業者による自己評価をより正確に補完することができます。
- (イ) 利用者本人と家族との間に評価の差があるかを調べ、差がある場合には、その原因を探ります。

なお、この章においては今後、利用者調査と家族調査を区別して表示します。

## エ 調査の対象範囲

手法の検証という目的から、利用者調査と家族調査のいずれも全員を対象としました。

## オ 調査票

東京都等で既に試行されたサービス評価の調査票を参考にしながら、設問を加減しました。

作成の方針は次のとおりです。

- ・ 事業者との契約からサービス提供が始まって一定期間が経過するまでの過程において、介護サービス事業者が果たす役割の中で重要と考えられる項目を選ぶこと
- ・ さらに、新宿区として重視する項目については、質問の内容を具体的にすること

- ・ 利用者が答えるにあたって適切な分量であること
- ・ はっきりした態度表明をしてもらうために、回答の選択肢は「はい・いいえ」の二者択一を原則とすること
- ・ 関わりがないもの、経験のないものについての回答を、関わりや経験があるうえでの「いいえ」と区別できるようにすること（例 食事の介助はしてくれますか。）
- ・ 満足度に関する質問では7段階の選択肢を設け、詳しく把握するようにしました。
- ・ 属性に関する項目は、記入日と年齢、性別、要介護度の4つです。

なお、自由意見は、評価結果とともに公表する場合がありますので、調査票の中で承諾を得るようにします。

今回の試行においては承諾を得ていませんので、公表しません。

## （2）事業者による自己評価

### ア 目的と効果

事業者による自己評価には、次のような目的と効果があります。

- ・ 第三者による評価の事前資料とします。
- ・ 調査票に回答することが、自らの特徴や改善点の発見につながります。

### イ 事業者による自己評価の構成

自己評価は、次の3つの調査票を使って行いました。

#### （ア）事業プロフィール

第三者が評価する際の予備知識として必要な事業概要を回答してもらうものです。対象職員のうち最大の権限と責任を有する職員が記入します。

#### （イ）事業評価分析シート

福祉事業を8つの視点（カテゴリー）から評価するための調査票です。東京都が設定した共通評価項目になっています。

カテゴリーごとにサブカテゴリーがあり、各サブカテゴリーにはさらに複数の設問（評価項目）が設定されています。評価項目ごとに点数をつけたあと、サブカテゴリーの点数をつけ、最後にカテゴリーの点数をつけるようにして回答します。

リーダー層用と一般職員用の評価項目は同じですが、リーダー層用は、カテゴリーごとに良い点と悪い点を評価の根拠として記述する点

が違います。

(ウ) サービスチェックリスト

事業評価分析シートの中の「6 サービス提供のプロセス」をより具体的・詳細に評価するための調査票です。回答方法は、事業評価分析シートと同様です。

	リーダー層 (合議による自己評価)	職員全員 (個別の自己評価)
事業プロフィール		-
事業評価分析シート	(詳細に評価、コメント)	(簡略に評価、選択)
サービスチェックリスト		

職員全員に回答してもらう事業評価分析シートとサービスチェックリストは、利用者調査と同様の理由により、無記名とし、郵送で回収しました。

ウ 調査票

(ア) 事業プロフィール・事業評価分析シート

事業評価分析シートについては、東京都の福祉サービス第三者評価システム検討会で作成したものをそのまま使用しました。

このシートは、福祉サービス評価において共通で使用するものです。事業プロフィールも同様です。

(イ) サービスチェックリスト

利用者調査票と同様に、既存の調査票を基にしながら、各カテゴリー別の質問を検討しました。

新宿区として重視するカテゴリーについては、質問を具体的にしました。

(ウ) 自由回答

職員の自由回答は、評価結果とともに公表する場合がありますので、調査票の中で承諾を得るようにします。

今回の試行においては承諾を得ていませんので、公表しません。

エ リーダー層と一般職員との区分

リーダー層は「経営方針やサービス提供に関して、責任ある判断を下す立場にある職員」という定義が、現時点では妥当と考えます。

この定義においては、事業所内の職員にとどまらず、母体となる会社の経営幹部が含まれてくることも想定されます。

### (3) 第三者による評価（訪問調査）

#### ア 目的

事業者による自己評価を、第三者の立場から検証します。

#### イ 調査方法

- ・ 事業所を訪問し、ほぼ1日をかけて聞き取りをしました。
- ・ 訪問に先立って、評価者は、利用者調査と事業者による自己評価の結果を集計・分析しました。
- ・ 事業者側で回答したのはリーダー層です。
- ・ 聞き取りは、事業者による自己評価の調査票に沿って行いました。
- ・ 施設において提供されるサービスの場合には、施設見学や昼食の試食が含まれます。  
今回は、通所介護において実施しています。

#### ウ 訪問調査の流れ

訪問調査は、およそ次のような手順で進めました。

- (ア) 評価者・事業者の挨拶等
- (イ) 事業プロフィールについての聞き取り
- (ウ) サービスチェックリストについて聞き取り
- (エ) 事業評価分析シートについて聞き取り
- (オ) 施設見学・昼食の試食（施設においてサービスが提供される場合のみ）
- (カ) 聞き取った内容について、評価者のみによる合議

#### エ 聞き取りの視点

評価者が聞き取りをする際には次のような視点から行いました。

- ・ リーダー層が考える事業者の良い点・悪い点
- ・ 事業者が大切にしている点
- ・ 事業者が取り組んでいることとその成果
- ・ 事業者が取り組めていないことについての今後の対応
- ・ 事業者による自己評価におけるリーダー層と一般職員層との評価で乖離している点
- ・ 事業者による自己評価と利用者調査とで、評価が一致していない点

## 5 事業者からのサービス改善計画

新宿区においては、サービス改善計画の提出を事業者に求め、サービス評価結果の公表にも含めることにします。

### (1) サービス改善計画とは

サービス改善計画とは、サービス評価結果の報告を受けた事業者が、その結果を基に、サービスの質の向上のための課題と具体的な取り組みをまとめたものです。

サービス評価結果の公表には、このサービス改善計画も含まれます。

### (2) 目的

- ・ サービス評価の受審によって明らかになった事業者の良い点や問題点を、明確に把握してもらいます。
- ・ 良い点を伸ばし、また問題点を解決していくために、事業者が今後どう取り組んでいくのかを具体的に示してもらうことで、実際のサービスの質の向上・改善につなげます。
- ・ サービス改善計画に取り組む事業者の姿勢を公表することで、利用者との信頼関係の醸成に寄与します。

### (3) サービス改善計画の作成方法

「課題」と「取り組み」だけを事業者から報告してもらい、作成の手順は各事業者に委ねます。

しかし計画を作る過程は、計画を実行することと同様に重要であると考えます。そこで、全職員が計画の作成に携わるような手順を参考までに示しました。

詳細は「 - 3 サービス評価活用による改善計画のプロセス」を参照してください。

#### ア 手順

- (ア) 全職員による課題案の提出
- (イ) 課題設定チームによる課題の選定
- (ウ) 遂行チームによる取り組み策の選定
- (エ) 利用者へのサービス評価結果報告と改善計画の説明
- (オ) 取り組み策の実行

イ 計画作成のための様式

(ア) 事業所として取り上げてもらいたい課題案

(イ) 改善活動取り組み選定シート

(ウ) 課題評価・スケジュール管理シート

## 6 評価結果の公表

「 - 5 サービス評価結果の公表」を参照

## 7 サービス評価を受審する立場としての取り組み

今回試行の対象となった新宿区立中落合高齢者在宅サービスセンターと新宿区北山伏在宅介護支援センターは区立の施設・事業所であり、社会福祉法に基づく自己評価を試行するという側面もありました。

この試行を通じて得られたことは、「サービス評価受審のためのガイドブック」としてまとめました。

以上のことは、平成 15 年度から本格的に実施していく中で、改善していくこととなります。



## - 2 通所介護のサービス評価の試行と検証

### 1 調査の概要

#### (1) 対象施設名

新宿区立中落合高齢者在宅サービスセンター

#### (2) 調査期間

平成 14 年 9 月中旬から 11 月下旬まで

### 2 利用者調査

#### (1) 内容

##### ア 利用者本人調査

##### 対象

中落合高齢者在宅サービスセンター利用者全員 128 名

##### 実施場所

中落合高齢者サービスセンター内の食堂、相談室等

##### 調査手法

##### ・利用者自身による記入（自記式）

調査票に自分で記入できる利用者には自記式でお願いしました。

##### ・調査員による聞き取り調査（聞取り式）

自分での記入が困難な利用者には、調査員が調査票の項目を読みあげて、質問内容を理解してもらったうえで調査員が回答を記入しました。

調査員には、高齢者福祉の経験がある者という視点から、区立在宅サービスセンター相談員 8 名と事務局スタッフ 5 名及び介護保険課利用者支援係職員がなりました。

##### ・調査員による観察調査（観察式）

コミュニケーションをとるのが困難な利用者には、利用者本人の気持ちを推測しながら記録シートに記入する方法をとりました。施設職員の作成した「利用者カルテ」をもとに、利用者 2 名に対して観察者 2 名が観察し、「記録シート」に記入しました。観察終了後に、観察者 2 名で合議し 3 段階で利用者の気持ちを推測し評価しました。

調査員には、先の聞取り式と同じ理由で、区立在宅サービスセンターの職員 1 名と事務局スタッフがなりました。

実施期間・対象人数(実調査人数)

	自記式	聞き取り式	観察式
対象者数(実調査人数)	17名(11名)	100名(100名)	11名(8名)
調査期間	9/24～10/5	9/24・25・26 10/1・2・3 の6日間	10/8・9・10 10/15・16・17 の6日間

イ 利用者家族調査

対象

中落合高齢者在宅サービスセンター利用者の家族全員 128名

調査手法

配布 センターにて、本人を通じ家族に配布しました。欠席等で渡せない場合は直接郵送しました。

回収 同封した返信用封筒に入れ、直接調査会社に郵送してもらいました。

実施期間

平成14年9月24日～10月11日

配布・回収状況

配布 128件 回収 112件 回収率 87.5%

ウ 調査票

「利用者本人調査票」は大項目が全部で10問あり、それぞれにいくつかの設問が設定されています。属性については、記入日・年齢・性別・要介護度の4つとし、「最近の体験」を記入してもらうようにしました。

「利用者家族調査票」は、大項目は全部で5問、それぞれにいくつかの設問が設定されています。特徴は、「満足度」を見る指標については7段階で回答してもらった点です。これは、満足度の度合いを詳しく把握する目的で設定したものです。

(2) 検証

ア 手法について

・利用者本人調査と利用者家族調査の対比

利用者本人と家族の思いは「満足状況」「再利用意向」で見ると同じ傾向を示していました。特に再利用意向では、近似した値となっています。家

族の意見の代替性を裏付けるデータとなりました。

・アンケート調査と観察調査の対比

回答の割合で、比較的同様の結果がみられた項目と整合しなかった項目の差が大きかったです。これは「喜怒哀楽」の表情から推理しやすい設問（例えば、食事がおいしいかどうか）であれば、有効な調査手法であることを意味しています。ただし、設問全体から見ると、観察方式で推測できる場面は限られたものとなります。

・3つの手法の比較検討と今後の方向

	自記式	聞き取り式	観察式
記入者	本人	調査員 (本人1人に調査員1人)	調査員 (本人1人に調査員1人)
記入時間(期間)	25~30分	30~40分程度	1日
1日の調査件数(見込み) (1日5時間稼働として)	10数人	10人程度 (調査員1人当り)	2人程度 (調査員1人当り)
準備	調査票	調査票	・カルテ(普段の様子を記入) 調査票
条件	本人の認識が 明確	・本人がコミュニケーション能力を有すること 調査員が高齢者の対応経験を有すること	・本人の表情や感情、仕草が比較的わかりやすいこと 調査員が高齢者の対応経験を有すること
長所	・本人の気持ちや意見を反映 低コスト	・本人の気持ちや意見を反映 対象者が比較的多い	・対象者のコミュニケーション能力に左右されない
短所	対象者が限定	ややコスト高	・本人の気持ちを類推 ・コスト高 調査期間の長期化 ・施設、評価機関の両者に負担

上の表は、今回の手法を分かりやすく表にしたものです。これからもわかりますように、「自記式」が最も人手などのコストがかからず、しかも調査件数も多くなります。しかし、実際に自分で記入できる対象者はかなり限定されます。これに次いで、「聞き取り式」が効率的に行える方法ですが、今回の調査でもわかるように約8割近くを占めてしまっています。また、「自記式」「聞き取り式」はコミュニケーションの問題を内包しているものの、少なくとも「本

人の気持ち」を直接確認できる方法です。

これに対して「観察調査」はコミュニケーションの程度に左右されないため対象者を幅広くカバーすることが可能な方法です。しかし、得られる結果はカルテの情報を基に「本人の気持ち」を推測しているに過ぎないおそれがあります。また、施設側でカルテを準備する必要があり、施設の規模によっては実際の調査にかなりの日数を要する方法です。評価を受ける側、評価する側にとって制約が多い方法といえます。

今回のモデル事業として3つの方法で利用者調査を試行した結果、サービスの利用者調査は次のような方法を推奨します。

調査方法：聞き取り式

対象者：利用者全員

(但し、その人の調査継続が困難と判断されれば途中で中止する。)

条件：調査員が高齢者の対応経験を有すること。

#### イ 調査票について

##### ・回答者の割合が低い設問について

利用者本人調査では、「介助」にかかわる項目の回答率が低い傾向ができました。これは、体験のない項目はとばして回答するようになっていたためだと考えられます。しかし、実際は介助を受けているにも関わらず、本人は介助を受けていないと思っているケースも少なからずあると考えられます。このため、聞き取りの際には一般的な尋ね方、例えば「職員は介助が必要な人に適切に介助をしていますか」という表現にかえてみることも必要です。

また、通所開始時の説明など、家族に行っていると思われる項目についても低い回答率がでています。しかし、実際本人が聞いているケースもあるので、項目としての設定は必要です。

##### ・「はい・いいえ」以外の選択肢の設定について

利用者本人調査でははっきりした態度表明をしてもらうために敢えて他の選択肢の設定は行いませんでした。中間の選択肢を設定すると回答がそこに集中する傾向を防ぐためにも、今回の設定を推奨します。また、家族調査については、「はい・いいえ」だけでは答えにくいという感想がありましたが、そういう意見も含め自由意見欄に記入してもらうようにします。

##### ・通所期間を属性質問項目に加えることについて

通所介護計画についての設問回答で、計画が「ない」と答えた方が8%

いました。これは、通所後間もない利用者が答えたものと推察されます。  
計画がない理由を正確に把握するために通所期間を属性情報に加えます。

・利用者の属性に要介護度を入れることについて

当初の予測では、要介護度をクロス集計の軸にして有意な差がみられる可能性が高いと思われましたが、実際は有意な差は認められませんでした。  
このため記入項目から外します。

### 3 事業者による自己評価

#### (1) 内容

ア 対象職員 リーダー層：所長、生活相談員 計2名

一般職員層：看護師、介護員 計15名

イ 調査期間：平成14年10月8日～10月25日

調査リストを渡し、この間に各自に記入してもらいました。

なお、初日に記入方法についての説明会を行いました。

ウ 回収方法：各職員にシートを記入してもらった後、封筒にいれ事務局を  
通して直接調査会社に郵送しました。

エ 回収結果：次表のようになりました。

(人)

	実施(配布数)	回収数
リーダー層	2	1(合議)
その他職員	15	13

#### オ 調査票について

「サービスチェックリスト」の「新宿区版」の作成にあたっては、ディサービスの実態にあわせたサービスを洗い出すために、区立在宅サービスセンターの相談員にも意見を求め、より具体的な、実態に即したリストが出来上がりました。

#### (2) 検証

##### ア 経営者層等の範囲

今回のモデル事業では、リーダー層2名に事業評価リストを記入してもらいました。ここで明らかになったことがありました。普段の業務では「事業の経営」という考え方をすることがない公共の施設の職員にとって、経営に関わる用語の理解は勿論、「経営者層」「リーダー層」の捕らえ方が困難であるということです。用語の解説書の用意することも含めて「経営品質に関わるカテゴリーを考える人」が「経営者層」であることを明確にす

る必要性が出てきました。今回の施設は新宿区が委託した「社会福祉事業団」が運営する施設であり、区の関連部署の担当、事業団の責任者等も含めて、回答者に含めることも必要でした。

#### イ 回答形式

リーダー層の職員は、コメント式の詳細な内容での自己評価と全職員対象の選択式での自己評価の両方に回答することになっていますが、福祉サービスの施設規模は2～3人程度の施設も多く、「リーダー層」と「一般職員」がほぼ重なるケースも多くなります。施設規模によっては「コメント式の詳細な内容での自己評価」に回答することのみで施設側の負担軽減を図ることが出来ます。

#### ウ 調査票の項目

今回使用した調査リストで、実際に調査してみて、次のことがわかりました。

- ・事業プロフィールの中の「利用者の日常生活自立度」はディサービスの施設では把握していない情報なので、削除します。
- ・サービスチェックリストの「6.安全管理」の 카테고리의(2)の「災害時の対応マニュアルを防災計画以外にも作成している」の下線部がよく分からなかったという意見がでました。文言の変更が必要です。
- ・共通評価項目のうち、「経営マネジメント項目」については、答えにくいという感想がでました。前述したように、回答者の選定を配慮するか、チェックリストそのものをもう少し簡易なものにする等の工夫が必要です。

### 4 第三者による評価

#### (1) 内容

##### ア 対象

中落合高齢者在宅サービスセンター所長、生活相談員 計2名

##### イ 調査の方法

##### 評価者

モデル事業としての手法の検証が目的なので、サービス評価検討委員会の検討委員3名が行いました。

##### ウ 実施日時

平成14年11月20日(水) 9時15分～17時

## (2) 検証

### ア 評価者

東京都サービス評価推進機構によれば、訪問調査における評価者は、「事業経営」や「福祉サービス」「福祉施設の経営」に見識にあることを要件としていますが、特に「福祉サービス」については具体的に内容を把握した上で実態に即した質問ができる能力が重要です。

また、施設の内容をより理解するために、「利用者調査」に従事して直接利用者の声を聞くことを推奨します。

### イ 事前分析

「利用者調査結果」「職員自己評価」を用いた事前分析は、施設の職員と評定者のディスカッションのポイントを絞り込んでおくという意味合いから重要であることがわかりました。これによって記入されている内容よりも絞り込んだ情報を炙り出すことが可能となり、より納得的な評価につながります。また、今回の調査では予定したインタビューの時間が遅れがちとなりましたが、限られた訪問時間の中での効率的な運営という視点からも重要です。

### ウ 事後協議

評価後の協議も、評価の精度を高めるという意味で重要です。複数の評価者は、それぞれの得意分野の視点から評価をします。同じ点数であっても評価した視点が異なり、同じ内容に対する評価であってもその結果が異なることがあります。こうした不整合を事後協議により補正することで、客観性を高めていくことが出来ます。

## 5 事業者への評価結果の報告

第三者による評価がまとまったものを、評価結果として事業者に報告しました。

「 4 - 1 」参照

## 6 事業者からの改善計画

現在検討中です。

### - 3 居宅介護支援のサービス評価の試行と検証

#### 1 調査の概要

##### (1) 対象とした事業者

- ・ 新宿区北山伏在宅介護支援センター
- ・ フランスベッドメディカルサービス株式会社新宿店

##### (2) 調査の実施時期

平成14年11月下旬から12月中旬まで

##### (3) 調査の基準日

平成14年11月1日

#### 2 利用者調査

##### (1) 内容

###### ア 対象者

基準日現在で、それぞれの居宅介護支援事業者が給付管理をしている利用者全員を対象としました。

新宿区北山伏在宅介護支援センター	102人
フランスベッドメディカルサービス(株)新宿店	73人

###### イ 調査方法

調査票を郵送し、返信用封筒で回収しました。

利用者本人に尋ねる内容となっており、家族等が答える場合には、本人に成り代わって答えるようにしました。

回収状況は次のとおりです。

	回収数	回収率
新宿区北山伏在宅介護支援センター	71	70%
フランスベッドメディカルサービス(株)新宿店	59	81%

###### ウ 調査期間

平成14年11月22日～12月6日

###### エ 調査票

10の大項目からなり、質問は全部で33問あります。



## (2) 検証

### ア 調査方法

調査方法は、次の方法が妥当であると考えます。

- ・ 調査票を郵送し、回収する。
- ・ 給付管理をしている利用者のみを対象とし、家族は調査しない。

これは、次の理由によります。

- ・ 調査の精度を高めるためには、利用者と対面する訪問調査が理想ですが、多くの調査員と長い期間を要し、結果として費用の増大につながるため、現実的ではありません。
- ・ 利用者調査はあくまで第三者による訪問調査を補完するものであり、その目的を果たすだけの精度が得られればよいと考えます。
- ・ 施設での利用者調査とは違い、在宅では利用者と家族とを切り分けて調査することが、郵送という方法をとるかぎりには困難です。

また、調査する利用者の範囲については、通所介護と同様に、全員を対象とすることを新宿区では推奨します。特に利用者数が少ない場合には、抽出調査は適切ではないと考えます。

### イ 回答方法（家族による成り代わり）

調査結果から次のようなことがわかりました。

- ・ 回答のあったもののうち、家族が成り代わって答えているものが6割から7割を占めます。
- ・ 自由意見から、家族自身の意見となっている回答も見受けられます。

以上のことから、今回の調査方法には、利用者本人の意見と家族の意見とが、かなりの割合で混在する可能性があることがわかります。

これに加え、次のような考慮すべき点があります。

- ・ その回答が利用者の意見なのか家族の意見なのかを、最初に問いかけることも可能ですが、集計の要素が増えます。
- ・ 第三者による評価を補完する目的に最低限必要な情報が得られることが大切です。

これらの点をふまえ、次のような回答方法を新宿区では推奨します。

- ・ 利用者本人あるいは家族による成り代わりによる回答方法

- ・ 成り代わりについての注意点がわかりやすいように工夫した方法

なお、自由意見欄において家族の意見が述べられることについては、利用者の意見を家族でさえも明確に聞き取ることができない場合には、やむをえないと考えます。

## ウ 調査票

質問の設定について、以下の3点を検証しました。

### (ア) 質問3 - (7) キャンセルについての説明

この質問の趣旨は、サービス利用のキャンセルという仕組みについて、ケアマネジャーが説明をしたかどうかという点にあります。

しかし、ケアマネジャーからの説明と、個別のサービス担当者からの説明とを混同する可能性があります。そのわかりにくさを反映したせいか、無回答が多くありました。(北山伏10%、フランスベッド15%)

本来は個別のサービス担当者からの説明が主であり、ケアマネジャーの役割の中では重要度も比較的低いことから、この質問は削除します。

### (イ) 選択肢

一部の利用者から、「はい・いいえ」だけでなく、他の選択肢も用意してほしいという要望がありました。

この点については、今後も「はい・いいえ」の二択が適切と考えます。理由は次のとおりです。

- ・ 選択肢を増やすには提示する選択肢の検討が必要となり、また、集計も複雑になりますが、そうして得られた結果を生かすだけの重要性が、この調査にはありません。
- ・ 自由意見欄を活用してもらうように工夫するほうが有効であると考えます。
- ・ 選択肢が増えることにより、回答者の負担が増えます。

### (ウ) ひとつの質問に含める要素の数

質問の中には、複数の要素を含んでいながら、回答はひとつしか求めていないものがあります。

例 質問3 - (3)「担当ケアマネジャーは、あなたの希望に沿うよう、いろいろな選択肢を示しながらケアプラン（サービス内容、料金、スケジュールなど）を作ってくれましたか。」

調査の精度を高めるためには、ひとつの要素につきひとつの回答を得るようにするのが最適です。

しかし、これまで述べてきたような理由（質問の増による回答者の負担増、利用者調査の目的）から、今回のような質問が妥当であると考えます。

また、利用者の満足度をより精密に把握する調査は、事業者がその必要性を判断し、独自に実施することが適切だと考えます。

### 3 事業者による自己評価

#### (1) 内容

##### ア 対象職員

基準日現在で、それぞれの居宅介護支援事業者に勤務している職員を調査対象としました。

新宿区北山伏在宅介護支援センター	5人	リーダー層2人 (所長、主任相談員) 一般職員3人 (介護支援専門員)
フランスベッドメディカルサービス(株) 新宿店	3人	リーダー層2人 (管理者、係長) 一般職員1人 (介護支援専門員)

##### イ 調査方法

調査票を直接配布し、記入要領の説明をしました。回収は郵送によりました。

##### ウ 調査期間

平成14年11月26日～12月13日

## (2) 検証

### ア リーダー層と一般職員

居宅介護支援事業の場合、職員数が1～2名、多くても5名程度の規模であるため、リーダー層と一般職員とで調査票を分ける意味がないのではないかという意見がありました。

この点については、原則どおり、リーダー層は合議により調査票を記入し、なおかつ一般職員としても調査票を記入する方法を基本と考えます。

理由は次のとおりです。

- ・ サービス提供などの活動において、1人1人のケアマネジャーの考え方や方法は違いますので、その違いを個別の自己評価で把握する必要があります。
- ・ その一方で、職員個人の差を越えて、事業者としての自己評価やサービス提供等に対する考え方や自己評価を合議によって表明してもらう必要があります。

### イ 併設している事業との切り分け

事業評価分析シートに回答する際には、回答者の事業所における立場と、事業所と経営主体の法人との関係を明確に意識しておく必要がありました。

複数のサービス事業を併設している事業者において、そのひとつである居宅介護支援事業の規模が小さい場合には、多くのカテゴリーにおいて、より規模の大きい事業（企業としての本体）での内容で回答する、あるいはせざるを得ない項目があることがわかりました。

調査票の配布に際しての記入説明や最終的な評価の際に、この点に留意する必要があります。

### ウ 利用しているサービス事業者からの評価

居宅介護支援事業は、利用者と介護サービス事業者との双方に大きく関わります。したがって、利用しているサービス事業者の満足度を把握することも検討課題とします。

### エ 質問の適切さ

サービスチェックリストの「6 安全管理」の評価項目が、ケアマネジャーの役割を超えた内容となっていました。

また、「4 個別対応の重視」と「5 サービスの実施」とはお互いに

重複する内容が多く、項目の設定が困難でした。サービスの提供には基本的に個別性があると考えられ、「5 サービスの実施」の評価項目の中に、個別性を重視する内容を含ませるほうが適切ではないかと考えます。

しかし東京都が設定した共通評価項目を変更・削除することはできないため、今後の修正を見据えながら、項目の検討が課題となります。

#### 4 第三者による評価

##### (1) 内容

###### ア 対象職員

事業者による自己評価において、リーダー層として回答した職員

###### イ 調査方法

評価者は、通所介護と同様に、新宿区サービス評価検討会の検討委員3名が担当し、対象職員に聞き取りを行いました。

###### ウ 実施日時

平成15年1月10日(北山伏)、17日(フランスベッド)  
9時15分～17時

##### (2) 検証

通所介護と同様の検証結果が得られました。

#### 5 事業者への評価結果の報告

第三者による評価がまとまったものを、評価結果として事業者に報告しました。

「 - 4 - 2 」参照

#### 6 事業者からの改善計画

現在検討中です。

## － 4 サービス評価結果 (事業者への報告)

### － 4 - 1 通所介護サービス評価結果 中落合高齢者在宅サービスセンター

下記のとおりサービス評価を実施しましたので、報告します。

#### 記

#### 1 対象施設名

新宿区立中落合高齢者在宅サービスセンター (所長 尾高 茂)

#### 2 評価者氏名及び評価機関名

村尾俊明、大森武子、高岡信男

新宿区サービス評価検討会

#### 3 調査の概要

##### ( 1 ) 利用者本人調査

平成 14 年 9 月 24 日から 10 月 17 日まで

対象者数 128 名 (回収数 119 名)

利用者の状態にあわせ、「自記式」「聞き取り式」「観察式」の 3 種類の調査を行った。

自記式と聞き取り式は「アンケート調査票」を使用し、観察式は本人の気持ちを推測する方法を用いた。

##### 利用者家族調査

平成 14 年 9 月 24 日から 10 月 11 日まで

対象者数 128 名 (回収数 112 名 回収率 87.5%)

手渡し、郵送による調査票配布・回収

##### ( 2 ) 事業者による自己評価

平成 14 年 10 月 8 日から 10 月 25 日まで

対象職員数 17 名 リーダー層 2 名 (所長、生活相談員)

一般職員層 15 名 (看護師、介護員)

調査票 (事業プロフィール、事業評価分析シート、サービスチェックリスト) への回答、郵送回収

#### 4 第三者による評価

平成 14 年 11 月 20 日

#### 5 評価結果及び調査の詳細

別紙のとおり

## 1 評価結果

### 評価講評

No.	特に良いと思う点
1	<p><b>【利用者の拡大努力】</b></p> <p>(1) 介護保険制度になってから 30 人定員の設備をそのまま 45 人定員に切り替えて事業を実施していることから、ハード、ソフトの両面に亘って不都合(人事、設備等)があり定員どおりの利用者の確保に苦慮しているが、本年度から 40 名程度の利用者確保し採算ベースの維持に努めている。</p> <p>(2) 利用率アップのために職員等の意見を取り入れた種々の取組み(相談業務の即時対応、送迎車に PR のステッカー貼り、介護教室への呼び掛け等)がなされておりその効果が見られている。</p>
2	<p><b>【管理者のリーダーシップの発揮】</b></p> <p>(1) 管理者の改革へのリーダーシップの発揮により徐々にその成果が見られるようになってきている。特に本年 4 月に大幅な人事異動がなされたこと、サービス現場の要のポストに行動力のある職員を配置することが出来たこと等で施設全体に積極的な取組みの雰囲気が生れて来ている。</p> <p>(2) 朝夕のミーティングの実施、サービスマニュアルを全体の議論を積み重ね作成、センター便りの発行等全体的な意思統一への対応の向上が見られる。</p>
3	<p><b>【個別対応の充実】</b></p> <p>利用者アンケートによると、殆どの方が施設の雰囲気の良さを感じており良好な評価を受けている。特に施設の清潔さ、食事、多様なアクティビティー、送迎者への朝の電話呼掛け等個別支援にも工夫が見られ利用者の満足度が高くなっている。</p>

No.	特に改善を要すると思われる点
1	<p><b>【職員自己評価の活用】</b></p> <p>職員自己評価によると、リーダー層と職員間にかかなりの乖離が見られる項目があるが、これは現状の運営体制の不備への表明なのか、自分たちの対応不足への反省なのか見極めがたい。リーダー層と職員では担当業務と責任範囲が異なることから、評価が分かれることは考えられるが、職員間に、施設運営の基本事項の理解とその対応への意識の整合性をさらに高めていくことが期待される。</p>
2	<p><b>【施設経営の特色の強化】</b></p> <p>(1) 新宿区社会福祉事業団としては、従来の措置制度から利用契約制度に変わった事により新しい理念やビジョンを打出しているが、施設レベルにまでのブレイクダウンは弱い面が見られる。利用者サイドの視点を重視した競争原理が機能することへ取組み方針を一層明確化して行くことが期待される。</p> <p>特に、事業団全体として取組む分野(設備整備、人事異動、給与体系、利用エリ</p>

	<p>ア等)と、各事業所の特性を生かした独自性が発揮できる分野(運営態勢、PR、提供サービスメニュー、地域との連携等)について柔軟な発想とその具体化が期待される。</p> <p>(2)利用契約制度下における経営理念の確立や効率化の他、利用者への適切な情報の提供、サービスの質の向上、外部評価手法の活用(第三者評価等)、苦情処理のルール化等により、良質な基本的サービスの提供に取組み、さらに特色ある個別的なサービスの提供による利用者満足度の向上に重点的に取組むことが期待される。</p>
3	<p><b>【利用者調査結果の活用】</b></p> <p>(1)施設と家族との連携には連絡帳等の活用がなされているが、利用者アンケートによると、利用者の施設利用時の状況をもっと知りたがっており、重要なサービス項目でもあるので、さらに有効な方法の検討が待たれる。</p> <p>(2)センター内外に向けてのPR資料が種々あるが、いずれも理解度、注目度に欠けるきらいがある。これらは、利用者等に理解を得るための媒体としての重要性が高い。現在この種のものの製作技術はかなり簡易化され、安価に作成が可能なので、施設の特色等について一層良質な情報提供に取組んでいくことが期待される。</p> <p>(3)利用者調査によると、興味や関心と呼ぶプログラム不足を感じている利用者が23%いる。プログラム数はかなり多いことから、その数の不足でなくそれらが希望どおり利用できているかの問題と思えるので、内容の充実と合わせ効果的な運用への取組みが期待される。</p> <p>利用者調査によると、施設で嫌な思い、困ったことがあった利用者が11%、その時施設職員は親切な対応をしてくれたかの「いいえ」が42%となっている。このことの重要性に鑑み、この内容を精査し今後の施設運営に生かしていくことが期待される。</p>



事業評価

経営マネジメント項目

共通評価項目	評価	理由
		コメント
1 リーダシップ と意思決定	3	<p>基本方針などの職員に対する浸透状況は、間接的ではあるが、計画書の書き方や報告の仕方判断している。</p> <p>施設長は、一年間を掛けて職員にデイサービス日誌の意義を理解させたように、リーダーシップが発揮されている。</p> <p>事業団内の一組織体としての位置づけに制約が多くあることから、当センターの理念が明確に確立されていない。</p> <p>契約社会での競争力発揮に必要な、人事、報酬、システム等が新しい体制になっていないきらいがある。</p> <p>管理者から所内の意思決定に必要な情報が発信されているが、個々の職員への浸透の確認が不十分であり一方通行に終わっている面が伺える。</p>
2 経営における 社会的責任	4	<p>マニュアル作成を全体で取り組む等ボトムアップによる提案機能が発揮されつつあり、個々に評価できる活動が見られ職員の意識改革の兆しがある。</p> <p>管理者には積極的な取り組み姿勢が見受けられるが、職員への浸透の面では不十分なものがある。</p>
3 利用者満足状況、経営環境、市場動向等の把握	3	<p>朝夕の職員間でのミーティングの励行は、利用者についての情報交換をはじめ、諸連絡、報告がタイムリーに行われている。</p> <p>季刊のセンター便りを発行することで各方面への情報提供が図られている。</p> <p>利用者の掘り起こしの努力（送迎車の広告やケアマネジャーとの連携など）により利用者増が図られているが、更なるニーズ把握のため、たとえば利用者状況調査等を行う必要がある。</p>
4 変革・改善課題の設定と取り組み	4	<p>利用者へのサービスの向上を目指し、事業団全体での議論を受けて7つのテーマの中から個別テーマを設定しての取り組みがなされている。</p> <p>具体的には、調理外注、利用時間の延長、利用日2日の枠を外す等の課題に前向きに取り組まれている。</p>

5 職員と組織の 能力向上	3	<p>職員の有資格者が異動に伴い減少したものの、臨時職員に有資格者を多くし、サービスレベルの維持に努めている。</p> <p>人事意向調査は書面で行われているが、さらに面談方式等を取り入れて、職員意識をより把握していくことも考えられる。</p> <p>職員の資格取得意欲を高めるための何らかの資格取得促進策が必要と思われる。</p> <p>職員個々が自らの課題が持てるようにアドバイスが必要である。</p>
6 情報の共有化 と活用	3	<p>職員の自由回答には“記録”に対する高い評価があるように、日々の活動は業務日誌や会議記録などで情報の共有化が進められている。</p> <p>事業所の収支状況が職員に伝えられており、情報公開の取組みが進んでいる。</p>
7 1～6に関する活動成果	3	<p>過去1年間の管理者の積極的なリードによる取組みの成果が徐々に現れてきている。</p> <p>具体的な成果としては、利用率の向上、サービスの充実（食事、行事等）、家族会の開催、センター便りの発行等がある。</p> <p>施設運営の評価には、管理者と職員の認識に乖離がみられる。</p>

サービス提供のプロセス項目

共通評価項目	評価	理由
		コメント
1 情報公開・提供	4	<p>相談業務は、利用者のニーズに対応出来るように所長を含めた3人体制を取っている。</p> <p>職員からの提案で、送迎車の後方窓に「利用者募集」の広告を掲示して集客を図っており、ドライバーや添乗員に問い合わせる人も出て来ている。</p> <p>情報提供の資料として季刊のセンター便りを発行し、ケアマネジャーにも送付するとともに、利用の空き状況も伝え、パイプ作りに努力をしている。(相談員が元ケアマネジャーであることも強みになっている)</p> <p>内外への情報提供に工夫が見られるが、十分な効果を収めるまでに至っていない。</p>
2 サービス開始時の対応	3	<p>相談員も営業活動の一端を担うという意識で、利用希望者には他の職員を伴い迅速に訪問しており、成約率は6割を超え、事業団内の5センターのトップとなっている。</p> <p>開始時等に説明する資料は、単純な施設やサービスの紹介に止まり十分なものが用意されていない。ビジュアルを効果的に使い、利用者、家族に分かりやすく、親しみの持てる内容のリーフレットにする検討が必要である。一度しっかりした広報資料を作れば、後は加除の手直しでの対応が可能であろう。</p>
3 事業所としての標準的サービス水準の確保	3	<p>朝夕のミーティングで実施水準の統一化を図っている。</p> <p>送迎時に適切な対応が出来るよう運転手も含め支障が生じないように注意を喚起している。</p> <p>見学者の意見から、施設の雰囲気、職員の資質の強化方向が見られることが確認されている。</p> <p>14年7月に4ヶ月の全体議論を経てマニュアルが作成されており、他の施設から参考にしたいという申し出もある。しかし、内容面では上記の説明資料と同様に分かりやすさという視点からの見なおしが望まれる。また、接遇というようにやや抽象的なマニュアルの捉え方をしており、標準的なケアより臨機応変なケアを目指しているようである。</p>

4 個別対応の重視	4	<p>利用者調査での満足度は全体的に高い水準であり、自由回答にもこうした声が多い。</p> <p>職員の自由回答にもあるように、記録に対する取組みの重視は評価されている。</p> <p>マニュアルは技術的な面が中心なので、個別的な対応はミーティングで検討するように心掛けている。</p> <p>マニュアルは、ベテラン職員のノウハウが集約されたものといえるが、経験の浅い職員への教育面での実践はまだ不十分なようである。</p> <p>利用者の利用時の状況の情報伝達に、連絡帳の個性を加味した有効活用が望まれる。</p>
6 安全管理	3	<p>防災、感染症対策等への対応マニュアルが作成されており、適切に対処されている。</p> <p>感染症は、開所以来 5 年間発生していない。</p> <p>事業団内のセンター間のネットワーク化などで、予防の効果を高めることに繋がるのが考えられる（例：事故発生警報連絡など）</p>
7 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	3	<p>トラブルには、職員間の朝夕のミーティングにより検討し対応するよう留意されている。</p> <p>利用者同士の良好な関係を保つため、細かな配慮を行なっている（例：送迎車内での席順や組合せ）</p> <p>利用時間の延長希望が強いことが把握されていて、実現化に向けた検討が予定されている。</p>
8 地域との交流・連携	3	<p>介護教育が定期的に行なわれており、特に区の各種の広報に介護教室の開催を掲載するとかなり広域からの反応がある。</p> <p>場所がないこと、利用者と外部の者との接触は日中しかないのでの制約があるが、老人会などの利用の便宜が図られている。</p> <p>祭りには子供神輿がやってくるなど、地域との交流は図られているが、地域の理解度が低いこともあり交流は低調である。</p> <p>地域の拠点としての意義は大きいので、今後地域の交流強化に向けての取り組みが必要。</p>

サービスの実施項目

共通評価項目	評価	理由
		コメント
1 送迎に関して利用者の立場を考えて適切なサービスをおこなっている	4	利用者からは86%の高い評価があり、日頃の対応は良好である。利用者には殆ど家族がいるので特別な問題はないようだ。来所をしる利用者には朝の電話コールで呼びかけている。 ドアツードアの導入希望が自由回答に多いので今後検討が必要。
2 アクティビティに関する適切なサービス	3	職員からの新しい企画提案（ビデオを使い“模擬衛生中継”の放映）などの沢山のメニューがあり好評である。 面接時にニーズを把握し、麻雀などを取り入れて個別対応の充実を図っている。
3 身体回復機能・維持のための配慮・訓練	3	機器を使わない訓練を中心にしている。機器を使った訓練は危険なので実施していない。 利用者アンケートからは、リハビリテーションが活動内容から無くなった事を残念がる声がある。利用者のニーズは多いと思われるので今後の対応策の検討が必要
4 おいしい食事を楽しく食べられるような工夫	3	今年度から調理を外部委託方式にしたが特に問題はない。 食事介護が必要な利用者は2～3名で特に問題はない。 利用者からは非常に高い水準のサービスとの評価がある。 残さい調査でメニューの改善を図っているが、栄養士が替ってから間もないためか、野菜を残す人への対応や、同じ食材が続いて利用者の飽きを招くなどの改善を要する点が散見される。
5 入浴に関する適切なサービス	3	浴槽は広いが脱衣室が狭いという施設面での制約があること、人手不足から対応出来る人数に限界があること等から入浴者が少ない。 利用者が少ないので個浴が実現しており、その利用者の満足度は高い。 入浴希望者はかなり多いと思われるので、脱衣室の工夫、送迎時間の変更（サービス時間の延長）などの工夫による利用者の増が望まれる。
6 排泄、排せ、健康管理、服薬等での適切なサービス	3	トイレの数が少し足りない。 排泄介助が必要な利用者は2～3割を占めるが特に問題はない。 理学療法士等による介護教室は受講者の納得度も高いので、今後の充実を図るメニューの一つであろう。
7 快適さの確保・自主性の尊重	3	特に問題はない。

8 プライバシーの保護、人権の擁護の徹底	3	<p>トラブルは殆どないが、まれに利用者同士のトラブルがあるときは、利用日の変更等で個別に対応している。</p> <p>いやな思いをした利用者は1割と少ないが、その4割近くが職員の対応に不満を訴えているのでその内容の検証が必要である。</p>
9 施設と家族との緊密な交流・連携	2	<p>季刊紙の発行、連絡帳の活用等で家族との連携に努めている。</p> <p>家族との個別的な情報交換は不十分なところがあり、今後工夫を要する。</p> <p>家族調査結果では、連絡帳の活用が不十分なためか、利用者の様子があまり伝わっていないとするものが72%ある。</p> <p>介護方法などに対する助言を得たいとするものが63%ある。</p>

## 2 調査結果の詳細

### (1)利用者調査結果

調査対象 と 調査方法	利用者にアンケート方式により、自記式、聞き取り式による調査。 なお、コミュニケーションの困難な一部利用者には観察式によった。 また、併せて家族意向調査を実施した。
-------------------	---

利用者本人総数 128 名 うち 119 名分回収

利用者家族総数 128 名 うち 112 名分回収 (回収率 87.5%)

#### ア サービスチェックカテゴリ別の調査結果

	はい(その通り)		サービスチェックとの対応
	(全体)	(回答者)	
移動、送迎時の配慮	86%	-	5.サービスの実施(1)送迎
食事のおいしさ	93%	-	5.サービスの実施(4)食事
心身の状態に適した食事の用意	48%	90%	
心身の状態に適した食事介助	17%	90%	
好き嫌いへの配慮	42%	85%	
心身の状態に配慮した入浴介助など	14%	94%	5.サービスの実施(5)入浴
心身の状態に配慮した排泄介助	24%	93%	5.サービスの実施(6)排泄など
興味・関心のあるプログラム	75%	-	5.サービスの実施(2)アクティビティ
職員の言葉使いやマナー	90%	-	4.個別対応の重視(5)温かい対応
職員の声掛け	83%	-	
職員が話を聞いてくれる	76%	91%	
嫌な思いなどの経験	11%	-	5.サービスの実施(7)施設の生活
嫌な思いなどの時、親切に対応	58%	-	
恥ずかしい思いなどへの配慮	51%	86%	5.サービスの実施(8)プライバシー
使い難い場所、危険な場所	5%	-	5.サービスの実施(7)施設の生活

網掛け部では「回答者」の数値を重視

#### (ア)移動、送迎時

- ・「移動、送迎時の配慮」に関する肯定状況(適切なサービスの実施に関する設問での「はい」の割合)をみると、86%と比較的高いものの、食事などの他の介助の肯定割合が90%を超えていることから、まだ改善の余地があるものと考えられる

#### (イ)食事

- ・「食事」関係では、「心身の状態に適した食事の用意」や「食事介助」に関わる肯定割合は90%に達しているものの、「好き嫌いへの配慮」(85%)ではこれをやや下回る

#### (ウ)アクティビティ

- ・「興味・関心のあるプログラム」の肯定割合は75%と、他に比べて低い

#### (エ)職員の対応

- ・「職員の言葉遣いやマナー」の肯定割合90%に比べると、「職員の声掛け」も83%とやや

や低い

- ・ 職員が話しを聞いてくれる」という点については、話しをした利用者の肯定割合は91%と高いものの、「聞いてくれる」という回答自体が76%に留まっている。見守りを主体としたケアを行っている利用者もいると思われるが、この数値が適切な比率であるかについての検討が求められよう
- ・ これは「恥ずかしい思いなどへの配慮」という点でも同様の傾向である
- ・ また、「嫌な思いをした」経験者は1割程度であるが、「その時などの対応が適切であった」という回答は58%に留まっている

## ア 家族調査結果との対比

### (ア) 各種の説明

- ・ 「利用申込み時 開始時の説明」や「施設で必要なものの説明」、「通所介護計画の説明」についての利用者本人の肯定割合（「はい」の割合）は6割以下と低く、「通所介護計画」では41%でしかないが、多くの場合、家族に説明されていると考えられる。
- ・ 家族の肯定状況を見ると、「利用申込み時 開始時の説明」や「施設で必要なものの説明」は90%前後の肯定割合であるが、「通所介護計画」に関する肯定割合は本人同様に低く、80%に留まり、2割の改善余地が残されている

説明の分かりやすさでは「利用開始前の説明」が96%と高い

### (イ) 納得度

- ・ 「利用開始前の説明」「通所介護計画」の納得度をみると、本人、家族ともに80%以上ではあるものの、さらに納得度を高める方策についての検討が必要であろう

### (ウ) 家族との交流

- ・ 「施設での利用者の様子」が家族に伝えられているかという点では、72%しか肯定しておらず、後述する自由意見にもあるように、「連絡帳」などを使ったコミュニケーションの充実が望まれている

また、「介護方法などの指導」についても63%が受けたに留まっており、こうした指導も重要なコミュニケーションの場である

	はい(その通り)	
	(本人回答者)	(家族全体)
利用申込み時 開始前の説明	49%	89%
利用開始前の説明の分かりやすさ	81%	96%
施設で必要なものの説明	62%	87%
利用開始前の説明の納得度	83%	84%
通所介護計画の説明	41%	80%
通所介護計画への意見の反映	51%	82%
通所介護計画の納得度	88%	91%
利用者の様子の連絡	-	72%
介護方法などの指導	-	63%

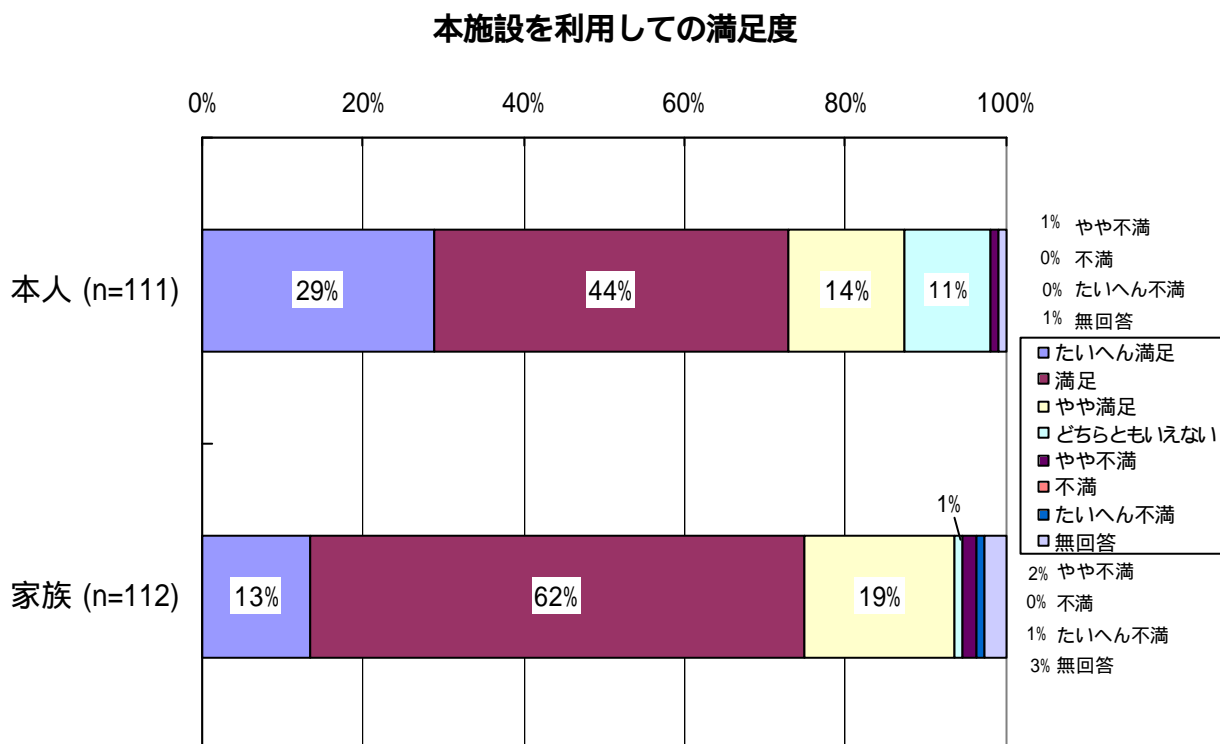


## ウ 満足状況

以上、サービスごとの利用者の肯定割合についてみたが、こうしたサービスの総合的な評価の指標として「満足度」や「再利用意向」などがあり、今回の調査でもこの2つの指標について取り上げている。

### ア)満足度

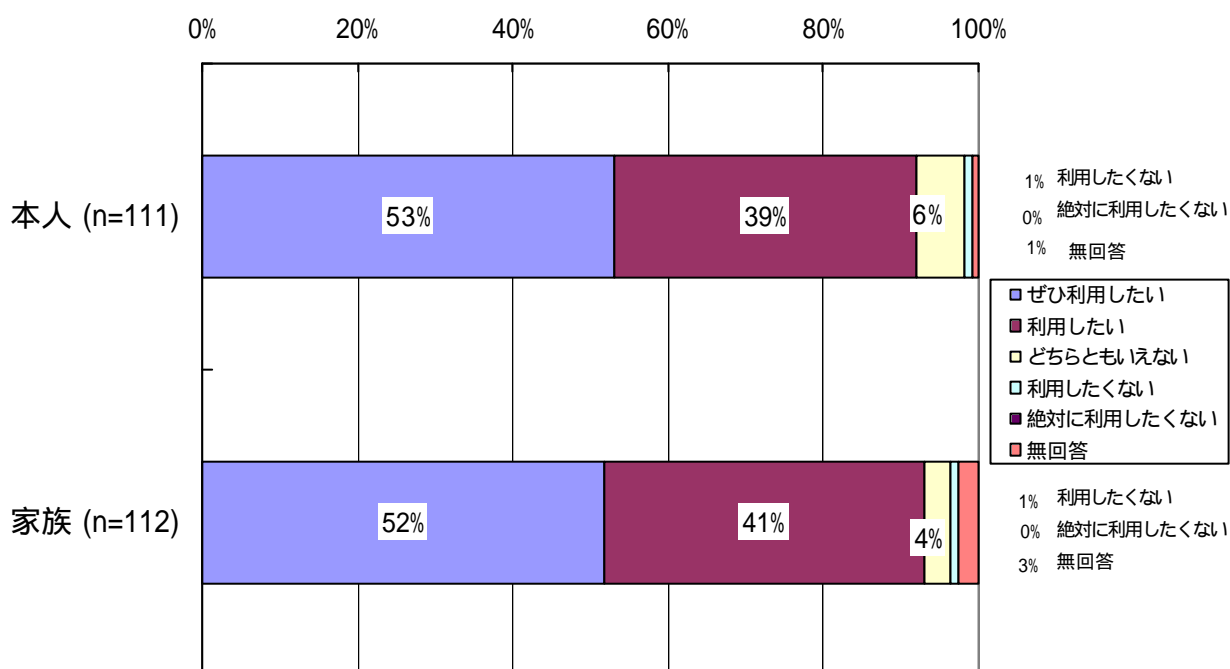
- ・利用者の満足度をみると、「大変満足」「満足」を合わせた割合は、全体の73% (81人)と高く、「やや満足」の利用者を含めると87% (97人)に達している
- ・これに対して家族の満足度は、「大変満足」「満足」の合計が75% (84人)とほぼ同程度の満足状況となっており、家族調査の結果が本人の満足度を判断する目安になり得ると考えられる。なお、「やや満足」を含めると94% (105人)となる



(イ)再利用率

- ・ 今後も利用したい (ぜひ利用したい+ 利用したい) という利用者の割合は、全体の 92% (102人) であり、再利用率は強い
- ・ こうした意見は家族も同様であり、 'ぜひ利用したい' '利用したい' という回答は全体の 93% (104人) に達して、利用者の意向と近似した値となっており、この点でも家族の意見の代替性が裏付けられる

本施設を今後利用したいと思うか



(工)利用者本人調査集計

A1.回答者の要介護度

調査数	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
111	6	43	25	23	10	3	1

B1.回答者の通所介護計画の有無

調査数	あり	なし
111	102	9

Q1X1.1記入月

調査数	平均	最小値	最大値
105	9.39	9	10

Q1X1.2記入日

調査数	平均	最小値	最大値
105	16.59	1	27

Q1.2年齢

調査数	平均	最小値	最大値
105	82.45	59	97

Q1.3性別

調査数	男性	女性	無回答
111	38	72	1

Q2.1施設内移動やバス送迎時に職員はケガのないよう気遣う

調査数	はい	いいえ	無回答
111	95	5	11

Q3.1食事はおいしいか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	103	6	2

Q3.2心身の状態に合わせた食事が用意されているか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	53	6	52

Q3. 3食事をするとき心身の状態に合わせて介助してくれるか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	19	2	90

Q3. 4食事の内容は好き嫌いに配慮してくれるか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	47	8	56

Q4. 1心身の状態に合わせた入浴、入浴介助、清拭が行われる

調査数	はい	いいえ	無回答
111	15	1	95

Q5. 1心身の状態に合わせた排泄介助が行われている

調査数	はい	いいえ	無回答
111	27	2	82

Q6X1. 1興味や関心を持つようなプログラムがあるか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	83	26	2

Q6X1. 2興味や関心があるプログラム

調査数	手工芸	カラオケ	書道	ゲーム	季節の催し	民謡
83	28	26	24	24	23	20
	MT (音楽療法)	自由時間 のお楽しみ	茶道	その他		
	16	13	12	32		

Q7. 1職員の言葉づかいやマナーはきちんとしているか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	101	5	5

Q7. 2職員はよく声をかけてくれるか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	92	11	8

Q7. 3職員は親身になって話を聞いてくれるか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	84	8	19

Q7X4. 1施設で嫌な思いをしたり困ったことはあるか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	12	92	7

Q7X4. 2その時施設の方は親切な対応をしてくれたか

調査数	はい	いいえ
12	7	5

Q7. 5職員は恥ずかしい思いをしないよう気を配ってくれるか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	56	9	46

Q8X1. 1施設内で使い難い所や危ないと感じる場所はあるか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	6	102	3

Q8X1. 2使い難い、危ない感じる場所

調査数	記入あり
6	6

Q9X1. 1利用申込み前にサービス内容の説明があったか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	37	38	36

Q9X1. 2その説明の内容

調査数	サービスの種類と内容	利用負担額	事業目的・運営方針	キャンセル・解約方法	職員体制	事故時の損害補償	その他
37	30	13	7	6	5	1	3

Q9X1. 3その説明はわかりやすかったか

調査数	はい	いいえ	無回答
37	30	3	4

Q9. 2施設で必要なものについて説明があったか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	40	25	46

Q9. 3利用申込時や利用開始前の説明内容に納得しているか

調査数	はい	いいえ	無回答
111	38	8	65

Q10. 1通所介護計画についてわかりやすく説明してくれたか

調査数	はい	いいえ	無回答
102	23	33	46

Q10. 2通所介護計画を決める時に意見を聞いてくれたか

調査数	はい	いいえ	無回答
102	18	17	67

Q10. 3通所介護計画について納得しているか

調査数	はい	いいえ	無回答
102	37	5	60

Q11X1. 1本施設を利用しての満足度

調査数	たいへん満足	満足	やや満足	どちらとも いえない	やや不満	不満
111	32	49	16	12	1	0
	たいへん不満	無回答				
	0	1				

Q11X1. 2満足の原因

調査数	記入あり	無回答
111	77	34

Q11X1. 3不満足の原因

調査数	記入あり	無回答
111	12	99

Q11X2本施設を今後利用したいと思うか

調査数	ぜひ利用したい	利用したい	どちらとも いえない	利用したくない	絶対に利用したく ない	無回答
111	59	43	7	1	0	1

Q12. 施設やサービスに関する意見・要望

調査数	記入あり	無回答
111	51	60

(オ) 家族調査集計

A1. 利用者の要介護度

調査数	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
112	4	28	25	18	12	5	20

B1. 利用者の通所介護計画の有無

調査数	あり	なし	無回答
112	85	6	21

Q1X1. 1記入月

調査数	平均	最小値	最大値
97	9.47	9	10

Q1X1. 2記入日

調査数	平均	最小値	最大値
95	17.51	1	30

Q1. 2記入者とサービス利用者との関係

調査数	利用者の配偶者	利用者の子	利用者の子の配偶者	その他	無回答
112	26	59	19	6	2

Q1. 3サービス利用者の年齢

調査数	平均	最小値	最大値
110	82.31	59	97

Q1. 4サービス利用者の性別

調査数	男性	女性	無回答
112	42	68	2

Q2X1. 1利用開始前にサービス内容について説明があったか

調査数	はい	いいえ	無回答
112	100	7	5

Q2X1.2その説明の内容

調査数	サービスの種類と内容	利用負担額	事業目的・運営方針	職員体制	キャンセル・解約方法	事故時の損害補償	その他
100	97	88	50	50	44	13	3
	無回答						
	1						

Q2X1.3その説明はわかりやすかったか

調査数	はい	いいえ	無回答
100	96	2	2

Q2.2施設で必要なものについて説明があったか

調査数	はい	いいえ	無回答
112	97	7	8

Q2.3利用申込時や利用開始前の説明内容に納得しているか

調査数	はい	いいえ	無回答
112	94	6	12

Q3.1通所介護計画についてわかりやすく説明してくれたか

調査数	はい	いいえ	無回答
85	68	8	9

Q3.2通所介護計画を決める時に意見を聞いてくれたか

調査数	はい	いいえ	無回答
85	70	4	11

Q3.3通所介護計画について納得しているか

調査数	はい	いいえ	無回答
85	77	1	7

Q4.1職員は利用者の施設内での様子を家族に十分伝えている

調査数	はい	いいえ	無回答
112	81	20	11



Q4.2職員は家族に対して介護の方法 注意点を教えてくれる

調査数	はい	いいえ	無回答
112	71	27	14

Q4.3施設での利用者の様子に関する情報を得る手段

調査数	利用者自身の話・様子から	施設からのたよりなどから	送迎時の職員の話から	連絡帳から	行事や家族懇談会等から	個別相談から	他の利用者の家族との情報交換
112	69	54	50	17	12	12	9
	その他						
	19						

Q5X1.1本施設を利用しての満足度

調査数	たいへん満足	満足	やや満足	どちらともいえない	やや不満	不満	たいへん不満
112	15	69	21	1	2	0	1
	無回答						
	3						

Q5X1.2満足の理由

調査数	記入あり	無回答
112	92	20

Q5X1.3不満足の理由

調査数	記入あり	無回答
112	28	84

Q5.2本施設を今後利用したいと思うか

調査数	ぜひ利用したい	利用したい	どちらともいえない	利用したくない	絶対に利用したくない	無回答
112	58	46	4	1	0	3

Q5.3本施設を機会があれば友人や知人にすすめようと思うか

調査数	ぜひすすめたい	すすめたい	どちらともいえない	すすめたくない	絶対にすすめたくない	無回答
112	28	62	14	1	1	6

Q6.本施設やサービスに関する意見・要望

調査数	記入あり	無回答
112	62	50

(カ) 利用者観察調査集計 n = 8

\* 観察法では、一人の利用者に対し、二人の観察者が利用者の気持ちを推察した。その結果を合議して、ひとつの結果を導き出した。

1. 施設内での移動時やバス送迎時、職員は、利用者が転倒などでケガをしないように、気を配ってくれている	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	6
『いいえ (そうではないと感じている)』	2
0 『確認できない』	0
計	8

2. 食事はおいしい	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	6
『いいえ (そうではないと感じている)』	0
0 『確認できない』	2
計	8

3. 利用者の状態に合わせた食事 (糖尿食、減塩食、きざみ食、ペースト食等) が用意されている	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	3
『いいえ (そうではないと感じている)』	0
0 『確認できない』	5
計	8

4. 食事をするとき、利用者の心身の状態に合わせた介助 (手助け) をしてくれる	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	3
『いいえ (そうではないと感じている)』	0
0 『確認できない』	5
計	8

5. 食事は利用者の好き嫌いに配慮してくれる	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	1
『いいえ (そうではないと感じている)』	0
0 『確認できない』	7
計	8

6. 利用者の心身の状態にあわせた入浴、入浴介助（入浴の手助け）清拭がおこなわれている。 該当者なし。

7. 利用者の心身の状態に合わせた排泄介助（トイレの手助け）が行われている	本人の気持ち（合議）
『はい（その通りだと感じている）』	4
『いいえ（そうではないと感じている）』	0
0 『確認できない』	4
計	8

8. 利用者が興味や関心をもつようなプログラムがある	本人の気持ち（合議）
『はい（その通りだと感じている）』	6
『いいえ（そうではないと感じている）』	0
0 『確認できない』	2
計	8

9. 職員の言葉づかいやマナーは きちんとしている	本人の気持ち（合議）
『はい（その通りだと感じている）』	5
『いいえ（そうではないと感じている）』	0
0 『確認できない』	3
計	8

10. 職員はよく声をかけてくれる	本人の気持ち（合議）
『はい（その通りだと感じている）』	2
『いいえ（そうではないと感じている）』	4
0 『確認できない』	2
計	8

11. 職員は、親身になって話を聞いてくれる	本人の気持ち（合議）
『はい（その通りだと感じている）』	3
『いいえ（そうではないと感じている）』	0
0 『確認できない』	5
計	8

12. 利用者は施設でいやな思いをしたり困ったことがある	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	1
『いいえ (そうではないと感じている)』	1
0 『確認できない』	6
計	8

13. (12. で「1」の場合) 施設の人には適切な対応をしてくれる	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	1
『いいえ (そうではないと感じている)』	0
0 『確認できない』	7
計	8

14. 職員は (入浴やトイレの時などで) あなたが恥ずかしい思いをしないように気を配ってくれる	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	2
『いいえ (そうではないと感じている)』	0
0 『確認できない』	6
計	8

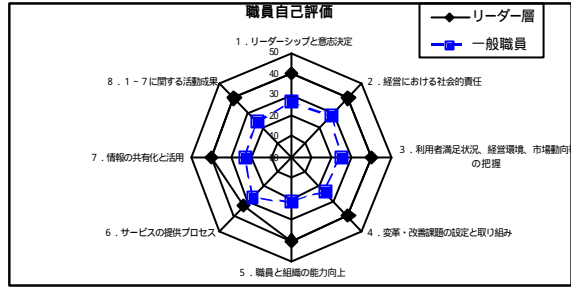
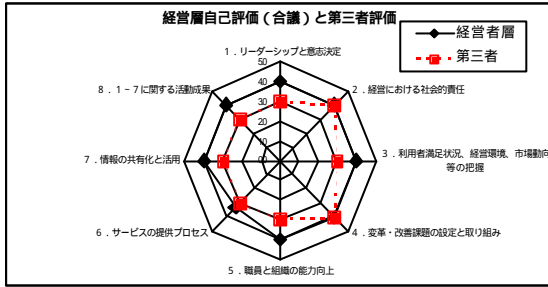
15. 施設の中で使いにくいところやあぶないと感じる場所がある	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	0
『いいえ (そうではないと感じている)』	1
0 『確認できない』	7
計	8

16. 本施設を利用して満足している	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	6
『いいえ (そうではないと感じている)』	0
0 『確認できない』	2
計	8

17. 本施設を今後利用したいと思っている	本人の気持ち (合議)
『はい (その通りだと感じている)』	5
『いいえ (そうではないと感じている)』	0
0 『確認できない』	3
計	8

(2) 事業所による自己評価結果

ア 事業評価分析における評価

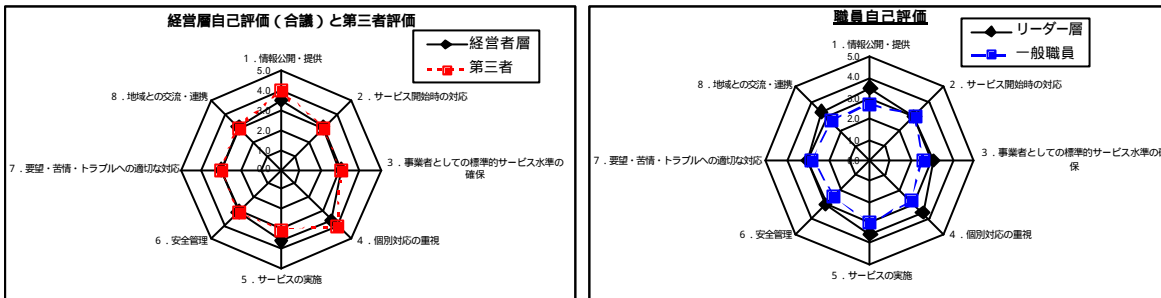


カテゴリー	評価項目	経営者層		一般職員		第三者評価		
		自己評価	平均	自己評価	平均			
1. リーダーシップと意志決定	(1) 理念・ビジョンの作成と周知	4.0	4.0	4.0	2.6	3.0	3.0	
	(2) 経営幹部の率先と統率	4.0		4.0		2.5		
	(3) 公正・適切なプロセスによる意志決定	4.0		4.0		2.8		
2. 経営における社会的責任	(1) 守るべき法・倫理等の徹底	4.0	4.0	4.0	2.8	3.0	4.0	
	(2) 事業の継続性	4.0		4.0		2.9		
3. 利用者満足状況、経営環境、市場動向等の把握	(1) 利用者満足状況の把握	4.0	4.0	4.0	2.3	4.0	3.0	
	(2) 経営環境、市場動向、利用者の意向等の情報収集	4.0		4.0		2.3		
	(3) 上記情報に基づく確かな状況把握	4.0		4.0		2.7		
4. 変革・改善課題の設定と取り組み	(1) 重点（変革）課題の設定	4.0	4.0	4.0	2.3	4.0	4.0	
	(2) 重点（変革）課題の周知と実現に向けた取り組み	4.0		4.0		2.7		
	(3) 日常的業務プロセス改善への取り組み	4.0		4.0		2.3		
	(4) 中長期計画、年度計画の作成と実績評価	4.0		4.0		2.2		
5. 職員と組織の能力向上	(1) 理念やビジョンに適合した人材構成	4.0	4.0	4.0	2.3	3.0	3.0	
	(2) 職員の個人的・計画的な能力開発	4.0		4.0		1.9		
	(3) 柔軟な組織編成と業務分担	4.0		4.0		2.5		
	(4) 職員満足の要因把握と支援	4.0		4.0		1.9		
6. サービスの提供プロセス	(1) 情報公開・提供	3.5	3.3	3.5	3.3	2.8	2.8	4.0
	(2) サービス開始時の対応	3.0		3.0		3.0		
	(3) 事業者としての標準的サービス水準の確保	3.0		3.0		2.5		
	(4) 個別対応の重視	3.6		3.6		2.7		
	(5) サービスの実施	3.6		3.6		3.0		
	(6) 安全管理	3.0		3.0		2.4		
	(7) 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	3.0		3.0		2.8		
	(8) 地域との交流・連携	3.3		3.3		2.7		
7. 情報の共有化と活用	(1) 組織内外の情報収集と開示	4.0	4.0	4.0	4.0	2.4	2.3	3.0
	(2) 改善への情報の活用	4.0		4.0		2.2		3.0
8. 1～7に関する活動成果	(1) リーダーシップと社会的責任の成果	4.0	4.0	4.0	4.0	2.3	2.4	3.0
	(2) 職員と組織の能力向上の成果	4.0		4.0		2.4		3.0
	(3) サービス提供のプロセスの成果	4.0		4.0		2.4		4.0
	(4) 経営指標における成果	4.0		4.0		2.4		4.0
	(5) 利用者の満足度および要望や苦情への対応の成果	4.0		4.0		2.5		3.0

\* 経営者層のカテゴリー6の自己評価は平均値を四捨五入した値

職員の自己評価は回答数の平均値

## イ サービスチェックにおける評価



サブカテゴリー	評価項目	経営者層		職員				第三者評価	
		自己評価	平均	リーダー層		一般職員			
				自己評価	平均	自己評価	平均		
1. 情報公開・提供	(1) 利用者が関心のある事項について、わかりやすく情報を公開・提供している	3.0	3.5	3.0	3.5	2.2	2.8	3	4.0
	(2) 利用希望者の見学は積極的に受け入れている	4.0		4.0		3.3		4	
2. サービス開始時の対応	(1) 利用希望者には、誤解の無いようわかりやすく、充分に説明している	3.0	3.0	3.0	3.0	3.1	3.0	3	3.0
	(2) 利用に関し、事業者と利用者の合意を書面にしている	3.0		3.0		3.0		3	
3. 事業者としての標準的サービス水準の確保	(1) 日常生活に関する職員の対応について、わかりやすいマニュアル(基準書・手順書)が作成されている	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.5	3	3.0
	(2) マニュアルは定期的に、また必要が生じた時には直ちに見直されている	2.0		2.0		2.1		3	
	(3) マニュアル活用やその他の取り組みにより、標準的なサービス水準確保のための実践がされている	3.0		3.0		2.4		3	
	(4) スーパーバイザー(サービスの指導者)が現場を順延し、日常のサービスについて職員に適切にアドバイスしたり、相談にのっている	4.0		4.0		2.6		4	
4. 個別対応の重視	(1) 利用開始時に利用者の個別事情や要望を十分に把握している	4.0	3.6	4.0	3.6	3.1	2.7	3	4.0
	(2) 一人ひとりのサービス計画は、各セッションの複数の職員の意見と本人や家族の希望を取り入れて作成されている	4.0		4.0		2.8		4	
	(3) 一人ひとりのサービスは、計画に基づいて提供され、状況の変化とともに速やかに計画の見直しがされている	2.0		2.0		2.5		3	
	(4) 一人ひとりの利用者の情報が担当職員の間で共有化され、活用されている	4.0		4.0		2.8		4	
	(5) サービス担当者はマニュアルを守った上で、心を込めた温かい対応に努めている	4.0		4.0		2.5		4	
5. サービスの実施	(1) 送迎に関して、利用者の立場を考えて適切なサービスを行っている	4.0	3.6	4.0	3.6	3.0	3.0	4	3.0
	(2) アクティビティに関して、利用者の立場を考えて適切なサービスを行っている	4.0		4.0		3.0		3	
	(3) 利用者の身体機能の回復・維持のための配慮・訓練を実施している	3.0		3.0		2.9		3	
	(4) おいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している	3.0		3.0		2.8		3	
	(5) 入浴に関して、利用者の立場を考えて適切なサービスを行っている	4.0		4.0		3.3		3	
	(6) 排泄、健康管理、服薬等日常生活全般に関して、利用者の立場を考えて適切なサービスを行っている	3.0		3.0		3.1		3	
	(7) 施設での生活は楽しく快適で、利用者の自主性が尊重されている	3.0		3.0		2.7		3	
	(8) プライバシーの保護、人権の擁護が徹底している	4.0		4.0		3.2		3	
	(9) 施設と家族との交流・連携は緊密に行われている	4.0		4.0		3.0		2	
6. 安全管理	(1) 感染症の発生、発作、けが等医療に関するリスクに対する対応を十分に行っている	3.0	3.0	3.0	3.0	2.3	2.4	3	3.0
	(2) 火災、地震等の災害に対する対応を十分に行っている	3.0		3.0		2.5		3	
7. 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	(1) 利用者や家族がサービスについて意見や要望を表明し、苦情を訴えやすい仕組みができています	3.0	3.0	3.0	3.0	2.8	2.8	2	3.0
	(2) 要望や苦情には適切かつ迅速に対応する仕組みができています	3.0		3.0		2.6		3	
	(3) 利用者同士のいさかい等日常発生するトラブルについても、それを予防し、影響を軽減する努力をしている	3.0		3.0		2.9		3	
8. 地域との交流・連携	(1) 地域の一員として、交流を深めるよう努めている	3.0	3.0	3.0	3.3	2.8	2.7	2	3.0
	(2) 地域の人が福祉を学び体験できる場となるよう努めている	4.0		4.0		3.3		4	
	(3) 介護の知識や技術を地域に普及するよう努めている	3.0		3.0		2.1		3	

職員の自己評価は平均値

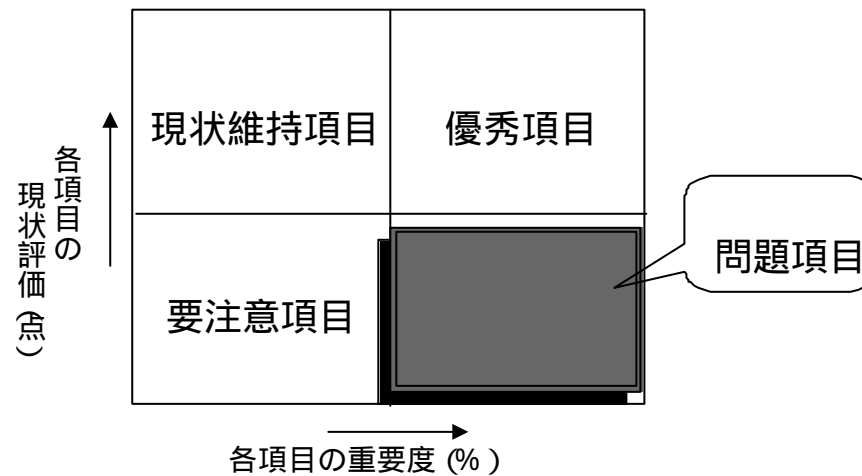
## ウ 分析マトリックスによる改善課題の提示

サービスチェックリスト、事業評価分析シートのそれぞれの項目から職員自身が認識している改善課題を抽出するため、以下に例示したマトリックスに基づき分析を行った。「重要度」と「現状評価」の2つの軸での分布状況を次ページ以降に図示した。

### 《分析マトリックス》

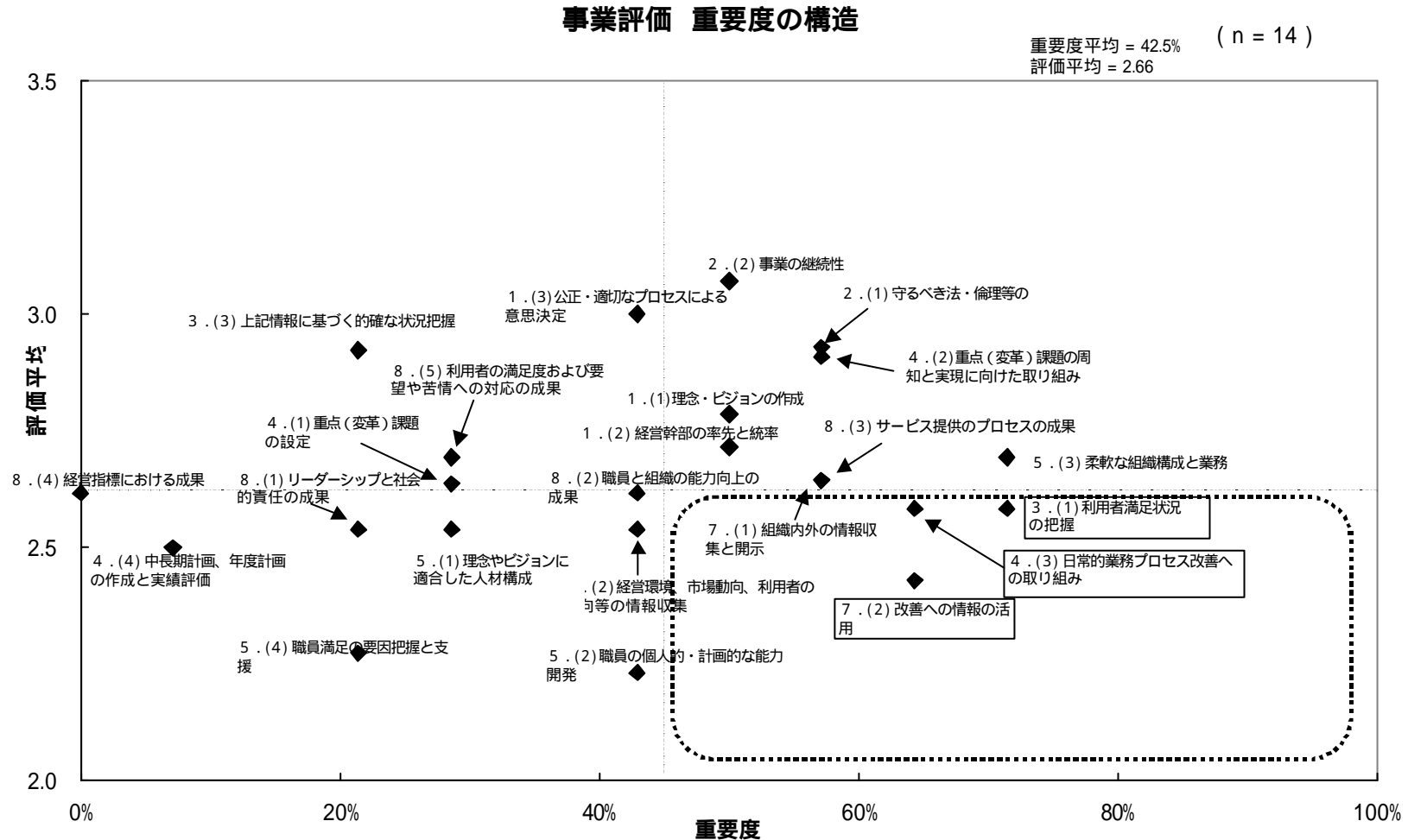
分析マトリックスは、各サービス関連、事業関連の項目の現状評価と項目の重要度について分析する手法である。

例えば、下図にあるように、横軸に項目の重要度（もっとも重要な項目は何か？）を、縦軸に各項目の現状評価（項目の評価はどの程度か？）をとる。このマトリックス内に各項目の数値をプロットし、その分布状況から改善課題を抽出しようとするものである。



(1)事業評価分析マトリックス

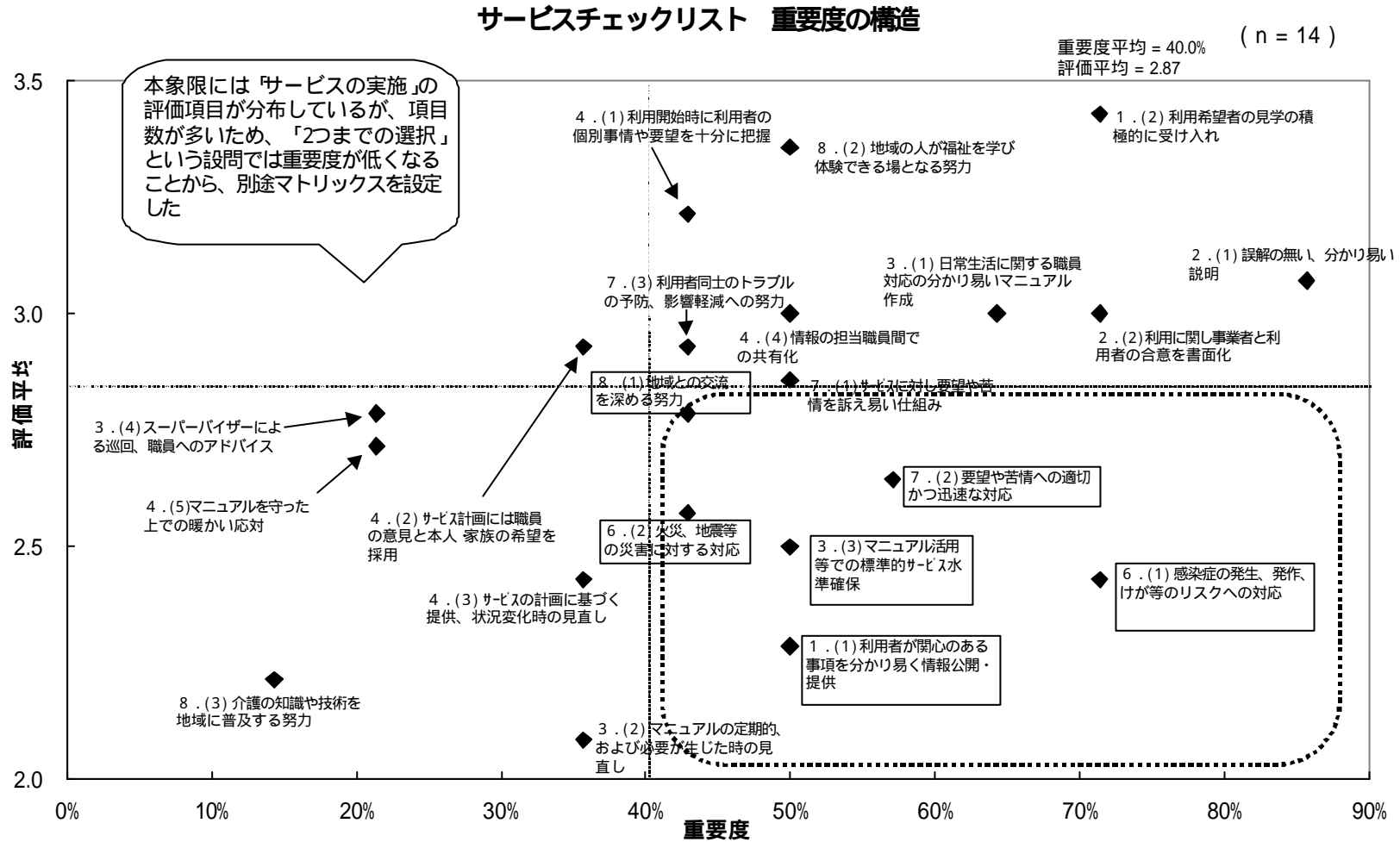
事業評価に関しては、特に「利用者満足状況の把握」「日常的業務プロセスの改善」「改善への情報活用」が取り組み課題として特に重要な項目である。





## (2)サービスチェックマトリックス

マトリックスの右下には「重要度が高いにもかかわらず」評価が低い項目が位置付けられる。ここでは、特に「感染症等へのリスク対応」「要望等への迅速な対応」「マニュアル活用などによるサービス水準の確保」「利用者に関心のある情報の公開」が挙げられる。

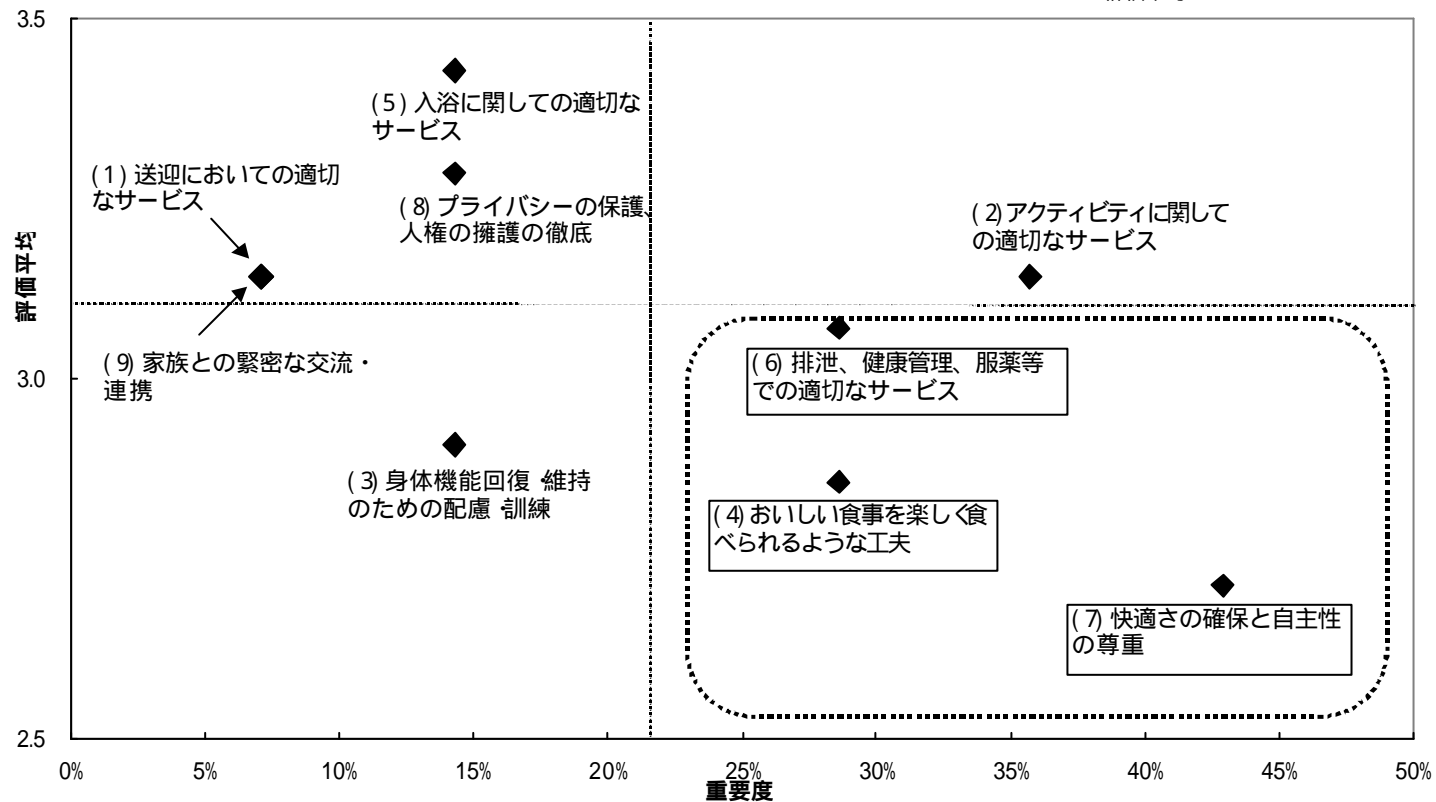


なお、「サービスの実施」については項目が多く、重要度の選択が2項目までとなっているため、全体に重要度の割合が低くなっている。そこで、この部分のみを切り出して「サービスの実施」に限定したマトリックスを作成し、別途、課題項目の抽出を行った。

この結果、改善課題として「快適さの確保と自主性の尊重」「おいしい食事を楽しく食べられるような工夫」「排泄、健康管理、服薬等での適切なサービス」が抽出できた。

### サービスチェックリスト 5. サービスの実施 重要度の構造

重要度平均 = 21.4% (n = 14)  
評価平均 = 3.08



## - 4 - 2 居宅介護支援サービス評価結果 北山伏在宅介護支援センター

下記のとおりサービス評価を実施しましたので、報告します。

### 記

#### 1 対象事業者名

新宿区北山伏在宅介護支援センター（所長 下地清文）

#### 2 評価者氏名及び評価機関名

村尾俊明、大森武子

新宿区サービス評価検討会

#### 3 調査の概要

##### （１）利用者調査

平成14年11月22日から12月6日まで

対象者数 102人（回収数 71、回収率70%）

郵送による調査票配布・回収

本人が答えられない場合には、家族が本人に成り代わって答える方式

##### （２）事業者による自己評価

平成14年11月26日から12月13日まで

対象職員数 5人 リーダー層2人（所長、主任相談員）

一般職員3人（介護支援専門員）

調査票（事業プロフィール、事業評価分析シート、サービスチェックリスト）への回答、郵送回収

##### （３）第三者による評価

平成15年1月10日

#### 4 評価結果及び調査結果の詳細

別紙のとおり

## 1 評価結果

	<p><b>特に良いと思う点</b></p>
1	<p><b>【フットワーク良く的確な利用者対応】</b></p> <p>1度問い合わせがあったケースの情報を記録し、個人ファイルとして蓄積・整理され、シフト勤務であっていつでもどの担当者でも即対応できる体制になっている。また、「心身の状態などの把握」「本人・家族の意見の把握」に対する利用者の評価は94%と高く、実情を的確にとらえファイルに記述していることなどが的確な対応につながっている。いつでもフットワーク良く、的確な対応は利用者には大きな信頼と安心感を提供していると考えられる。</p>
2	<p><b>【豊富なサービス情報と高齢者支え合いネットワークの充実】</b></p> <p>平成6年開設当初から事業所情報(病院・地域センター・介護サービス事業者など)を収集・整理してきている。さらに開設当初から高齢者支え合いのための「あかね周辺地域サポートネット」づくりに着手し、職員が講師を担当する介護技術等の講習会など、メンバーの能力向上・継続的な意識の醸成が行なわれ、現在では「話し相手や簡単な家事手伝い」とともに「軽い痴呆症状の方の遠くからの見守り」などが行なわれている。これらの充実した基盤のもとに、利用者個々のニーズに即した多様なサービスが可能となっている。</p>
3	<p><b>【経験豊かなで前向きなチームワーク力の発揮】</b></p> <p>上記「個人別ファイル」や「あかね周辺地域サポートネット」づくり、最近では「実習生対応」や「展示用品の入れ替え」「高齢者世帯・独居世帯支援マップ(仮称)作成」「業務マニュアルづくり」など、その時点で必要なことに的確に気づき、迅速に対応してきている。福祉系と医療系など個性ある職員が長期にわたり経験を積み重ねるとともに、常に前向きな姿勢でチームワーク良く着実に活動してきたことが、このような独自の成果に大きく寄与しているものと考えられる。</p>
	<p><b>特に改善を要すると思われる点</b></p>
1	<p><b>【業務マニュアルの充実と積極的な活用の推進】</b></p> <p>「個人別ファイルの活用」や「関連事業所情報の集積」「あかね周辺地域サポートネット」など多くの当事業所独自のノウハウが蓄積されてきている。さらなる職員能力の平準化や異動への対応、ノウハウの逐次蓄積、他の支援センター併設事業所への普及などに向けて、業務のマニュアル化が必要な時期にきている。既にその必要性に気づき第一版を作成済みであるが、今後は作成された第一版の充実を図るとともに、その活用方法(職員育成やボランティア研修などへの活用、逐次改訂のしくみづくりなど)を検討する事が必要と考えられる。</p>
2	<p><b>【事業所の方向性・目標の再確認と関係者との共有】</b></p> <p>利用者の意向や介護制度の変化、支援センター併設の第一号事業所としてのリーダー的役割への期待の高まりなど、取り巻く環境の変化が予想される中で、さらなる充実を目指すために今まで以上に多様な関係者との相互理解や協働が必要になってきていると考えられる。区の事業としての位置づけや法人「あかね苑」などの関係から再度事業の方向性や到達目標などを確認し、関係者(利用者・あかね周辺地域サポートネットの方々・新宿区・法人・あかね苑など)と共有を図るための取り組みが有効と考えられる。</p>
3	<p><b>【さらなる安心感・信頼感向上のための利用者への認識されやすい対応への配慮】</b></p> <p>利用者調査結果において「毎月の連絡や訪問」は67%であった。少なくとも電話または訪問で事業者側としては行なっているという事実からすると、利用者の意識の中にどれだけ残るかといった要因も想定される。実際に利用者へ確認してみるなどして要因を明確にするとともに、より印象に残る連絡を実現することで、さらなる安心感を利用者へ提供することが可能になると考えられる。同様のことは「要望等のプランへの反映」などにもみられる。より利用者へ安心感・信頼感を持っていただけるように、実行している事が良く理解し認識していただけるような見直しと取り組みが望まれる。</p>

経営マネジメント項目

共通評価項目	評価	評価理由
1 リーダーシップと意思決定	3	事業所設立時(平成6年)に職員参加で事業所としての方向性(事業プロフィールの問9)が確認されている。
		事業の方向性は明確には明文化されていないが、勤続年数が長く少人数である事、情報交換が容易な職場環境条件、全職員での会議などを背景に、常に共有されていることが職員の自己評価の高さ(約4点)などに反映されていると考えられる。
		新宿区では同機能の事業所が増設されており先駆者としての役割が増してきている中で、区の事業や法人 あかね苑などとの関係から再度事業の方向性や到達目標などを確認し、関係者(利用者・あかね周辺地域サポートネットの方々・新宿区・法人 あかね苑など)と共有を図るための取り組みが必要な時期にきていると考えられる。
2 経営における社会的責任	3	法人との連携で、事業内容や収支状況がいつでも見ることができるとともに苦情解決委員会(窓口 責任者 第三者委員)が設置されるなど、透明性確保の取り組みが行なわれている。
		職員管理規定などに職員としての責務が記載されているが、社会的責任をより求められる事業である事から、さらなる周知徹底の工夫も必要と考えられる。
		支援センター事業との兼ね合いも含め区との関わりが密接な状況にある。常に区との協議を密にするとともに、居宅介護支援事業の意義や経済的・非経済的効果(高齢者介護全体のスムーズな運営への貢献、通常の居宅介護支援事業者の負荷軽減、セイフティーネットとしての利用者の安心感・個々の利用者の満足度・信頼感など)を自ら明確にし、関係者に提供していくことも今後有効と考えられる。
3 利用者満足状況、経営環境、市場動向等の把握	4	平成12年度以降、区との連携による利用者満足度調査など、第三者調査機関による利用者意向・満足度の把握を3回(今回含む)にわたり実施している。
		自らも支援センター事業と連動しながら「支援センターだより」や「介護教室アンケート」により利用者の声を把握し、その結果を支援センターだよりの「介護者のほんね」や「利用者のひとりごと」として掲載している。互いの声の共有化とともに声を受けとめてくれるという利用者の信頼感醸成につながっていると考えられる。
		上記のように収集された声の活用が行なわれているが、さらに集約し生かす点ではやや弱さもみられる。得られた声を集約し事業の向上に生かすとともに現場発の情報として区に提供するなど、利用者の貴重な声を事業者や区の施策に生かす取り組みやしくみづくりが期待される。
4 変革・改善課題の設定と取り組み	3	職員会議や区内のケアマネジャー会議・地域看護師会議など、重点課題検討のための情報収集に役立つ機会が機能している。
		職員会議では次への課題が検討されている。担当地域縮小という変化の中で、より地域密着の事業推進に向けて「高齢者世帯・独居世帯支援促進マップ(仮称)」の作成が設定され実行されるなど、課題設定・対応が行なわれている。
		上記「マップづくり」や今回気づいた「業務改善マニュアルづくりへの着手」など、極めて迅速で臨機応変な対応能力の高さが認識されるが、「課題把握・検討」「中長期や年度、その都度の課題設定」「目標レベルとその達成度の把握方法の明確化」「対応実施」「進捗確認」「さらなる改善実施」など、一連の流れをしくみとして明確化することにより、着実な改善が促進されるものと期待される。
5 職員と組織の能力向上	4	職員が公平に外部研修などを受けられるとともに、研修報告で職場内での共有化が図られている。
		月2回の職員会議では、「実習生対応」や「展示用品の入れ替え」などの前向きな提案が出され実行されるなど、職員の個々の前向きな姿勢や発想が組織力の向上に活かされている。
		異動希望のアンケート調査はあるが、職員個々の多様な満足状況を把握することがしくみ化されているまでには至っていない。さらなる職員と組織の能力向上に向けて、「各職員の意向の把握」と「それに基づく個人別の業務や能力開発目標の設定」「進捗の確認・共有」などのしくみ化が有効と考えられる。
7 情報の共有化と活用	3	制度改正や区の動向など特に大切と考えられている情報は、ファイルされるとともに口頭での伝達も行なわれている。
		情報のファイリングは行なわれているが、時々「どこにあるか?」と探すこともあり、より検索しやすいファイリングや収納方法の検討が望まれる。
8 1~7に関する活動成果	3	利用者への「お変わりありませんか?」など日々の声かけなどの継続的な実施により、「年金」や「経済的指導」「手紙の代読」「書類の代筆」など、介護保険以外の要望を気軽に話してもらい対応できるまでの関係ができてきている。
		月2回の職員会議は、職員の能力向上とともに情報交換、新たな取り組みテーマ探索・検討の場として有効に機能している。
		介護保険導入当初には、居宅介護支援事業に関わらなければならない時間が約8割であったが、担当ケースの難しさが増す中で、現状ではその時間が6割程度に低下していると想定されている。個々の能力アップ・経験の蓄積、仕事の改善などにより着実に組織としての対応力し約25%の効率化を実現しているものと考えられる。

サービス提供のプロセス項目

共通評価項目	評価	評価理由
1 情報公開・提供	4	支援センター事業とも関連するが、平成6年開設当初、事業所情報(病院・地域センター・介護サービス事業者など)を収集し、マニュアルとして整理・修正してきており、利用者個々への対応と事業者との密な連携に役立っている。
		1度問い合わせがあったケースの情報は個人ファイルとして蓄積・整理され、いつでもどの担当者でも即応できる体制になっている。また年末年始も開いており、2003年正月は問い合わせがなかったが、開いているだけで安心感があるという言葉に住民から得ている。信頼と安心感のある問い合わせ対応が可能になっている。
		困難ケースを担当しており時間的余裕が少ない中での積極的なサービスの案内に躊躇する気持ちも理解できるが、地域住民へさらなる安心感提供に向けて、地域の中でどの程度サービス内容が認知されているかを把握するとともに、認知率向上の取り組みを行なう事などが期待される。
2 利用開始時の対応	4	説明が長時間におよぶと集中力が切れる傾向にある事に配慮し、説明は1時間程度とし、必要な場合には日を改めて再度説明するという工夫がみられる。また、利用者調査で「説明は分かりやすい」とする回答は95%と高いレベルとなっている。 ・利用者本人、家族の本音が聞けるよう、両者の関係などに配慮して同席、別席にしたり、自宅に訪問したりする工夫をしている
		契約書の説明後すぐに契約するのではなく、後日契約するように薦めるなど、利用者が検討できる余裕を提供している。
		重要事項説明書と契約書は介護保険当初からのものであり、職員も自覚するように、分りにくさがみられ、向上余地があると考えられる。
3 事業所としての標準的サービス水準の確保	2	居宅介護支援としての業務マニュアルは未整備であったが、当評価で自己評価を行ないながら必要性を認識(人の異動への対応・職員能力の平準化・ノウハウの逐次蓄積など)し、既に第一版を作成済みである。
		上記第一版の作成がかなりスピーディーにできる背景として、現在の職員の頭の中には基本的事項がしっかりと認識されているものと考えられ、現体制においては明文化されていないことでの支障は少ないと考えられる。
		今後は、作成された第一版の現状に応じた改訂とともに、その活用方法(新しい人材やボランティア研修などへの活用、職員による勉強会・改訂のしくみづくりなど)を検討する事が望まれる。
4 個別対応の重視	4	利用者個々の情報は個人情報ファイルとして蓄積・整理され、いつでも迅速に個々への的確な対応がとれる状況になっている。
		民生委員や事業所との定期的交流などにより、関係者との関係は電話をかけると即座に対応できるようになっており、利用者への迅速で適切な対応を可能にしている。ただし、医療関係者についてはスムーズな連携に向けたさらなる向上余地もみられる。
		個人ファイルは経過ごとに記述される形式になっているが、関わりが長い場合に要約版があると経過を把握しやすい。特養の申請はいつだったかなど比較的良好に調べられる内容にはシグナルをつけておくなど、向上余地もみられる。
6 安全管理	3	法人として事故対応マニュアルがつけられており、当事業所でも活用できるようになっている。
		「あかね周辺地域ネットワーク」のボランティア保険加入など事故・ケガ等の賠償への対応が行なわれている。
		「主治医との連携がスムーズでないケースがある」あるいは「居宅介護支援事業者としての独自の安全管理マニュアルがない」など、さらなるしくみの検討と文書化による的確な実施体制づくりが望まれる。
7 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	4	「お変わりありませんか?」困っている事はありませんか?」など日頃から利用者への声かけが行なわれ、要望・意見・苦情を話しやすい雰囲気が醸成されていると考えられる。
		利用者調査において「迅速な対応」は92%、「親身な問題解決の対応」は97%となっており、対応レベルの高さは利用者にも認められていると考えられる。
		法人全体としての苦情解決制度はあるが、ヘルパーや事業所変更の要望・苦情が発生するなど居宅介護支援事業の独自の特性もあり、より当事業に適した苦情受付対応のしくみづくりとそのマニュアル化が望まれる。
8 地域との交流・連携	4	支援センター併設の利点あるいは区内のネットワークを背景に、病院や民生委員、介護サービス事業所など関係機関との連携体制が図られている。
		開設当初から「あかね周辺地域サポートネット」づくりに着手し、会員規約や定期会議の設定、職員が講師を担当しての介護技術等の講習会を行なうなど、組織運営の基盤を固めるとともにメンバーの能力向上・継続的な意識の醸成が行なわれ、現在20名強のメンバーが交流・活動している。このネットワークは「ひとり暮らし高齢者宅訪問による話し相手や簡単な家事手伝いなど」とともに「軽い痴呆症状の方を職員との連携のもとに遠くから見守る」レベルまでに至っており、貢献度は大きいと考えられる。
		上記ネットワークは、「プライバシー保護に配慮した上での高齢者世帯・独居世帯支援マップ(仮称)作成への参加」や「ネットワークとしての地域での自律活動へのレベルアップ」など、さらなる発展が期待される。

サービスの実施項目

共通評価項目	評価	評価理由
1 指定居宅介護サービス事業者等に関する情報の収集・提供に努めている。	4	平成6年の開設当初の関係機関の情報収集と継続的な区内のケアマネジャーや事業者とのネットワークから得られる情報が有効に活用されている。
		上記に関連し、医療関係者との連携・区外事業所との連携は改善余地がみられる。
		利用者への情報提供など、上記の豊富な情報をもとに併設施設の情報に偏ることなく行なわれている。したがって、所属する法人やあかね苑の中での当事業および当事業所の位置づけを常に明確にしておくことが有効と考えられる。
2 行政サービス、生活支援サービス、住民参加型福祉サービス、ボランティア活用等の介護保険外のサービスに関する助言を利用者の要望や状況に応じて行なっている	4	介護保険外の情報は平成6年設立から継続して豊富に蓄積されてきている。
		特に地域の高齢者支え合い組織である「あかね周辺地域サポートネット」は有効に機能しており、不足しているサービスについては当ネットを通じて協力者を求めるなどの取り組みが行なわれている。
3 適切なアセスメントを行なっている	4	職員は全員現場経験があるとともに支援センター事業での経験をベースに現場訪問が行なわれ、利用者本人の意向や生活などの実情が把握されている。
		アセスメント事例を確認したところ、関わりの早い段階からサービス計画が立案され、利用者のADL・生活に合わせた福祉用具の準備を含めて、本人の状況と次につながる必要な指摘が的確に記入されており、アセスメント能力の高さが認められた。
		現在、最初の聞き取りシートは一般的なものを用い、アセスメント結果は個人ファイルに時系列的に記述されている。職員自身実施方式の模索を行なっているところであるが、最初のシートに診断名とともに障害状況を記入する欄を設けるなど、必要に応じ区や研究者との協働でのアセスメント方式や記入フォーマット開発も有効と考えられる。
4 適切な居宅サービス計画を作成している	4	利用者調査結果において、「心身の状態などの把握」本人・家族の意見の把握」とともに94%と高く、アセスメントに基づいて実情が的確に把握されていることが利用者にも認められている。
		記入事例を確認しても、実情に応じ詳細で的確に指摘されていたが、利用者調査結果における「要望等のプランへの反映」については肯定的回答が86%とやや向上余地もみられる。この数値については当事業所側の対応だけでなく利用者側の理解や記憶など様々な要因が関係していると考えられるが、利用者により認識されやすい説明のしかたなどの視点からの見直しも有効と考えられる。
5 給付開始後、適切な対応を行なっている	3	困難ケースではあるが担当数が約30件と限定されており、個々に応じたきめこまかい対応が可能になっている。
		以前事業者変更の要望があったケースに対して、他の事業者にも的確に申し送りしている。
		利用者調査結果において「毎月の連絡や訪問」は67%である。少なくとも電話または訪問で事業者側としては行なっているという事実からすると、質問や回答の精度の問題もあるが利用者の意識の中にどれだけ残るかといった要因も想定される。実際に利用者にも確認してみるなどして要因を明確にするとともに、より印象に残る連絡を実現することで更なる安心感を利用者に提供することが可能になると考えられる。
6 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サービス計画となるよう調整している	3	複数の事業者がサービスに関わる場合などを中心にサービス担当者会議を開催している。
		事業所との連絡では、先方の不在などもありFAXなどを用いてサービスの調整も行なわれている。全員についてのサービス担当者会議の開催の必要性を職員自身も感じているが、現実的には困難な面もあることから、FAXなどを用いている現状において問題が発生していないかを確認し対応策を検討するとともに、会議を開く必要がある場合はどのような時であるかを明確にするなど、事業所としてのやり方を明確にする事が有効と考えられる。
7 モニタリングを実施することによって、適切にサービス計画の見直し・変更を行なっている	3	百聞は一見にしかず」という姿勢のもとに介護サービス提供時間に現場を訪問し、サービス提供の現状とともに利用者や担当ヘルパーなどとの関係把握も行なっている。
		改善の必要性が認められた場合には、その場でのアドバイスや事業所との相談など、状況に応じた対応が行なわれている。
		利用者調査結果において、「サービス提供状況の確認」は79%、「サービスの適切さの確認」は83%となっており、低い数値ではないが向上余地もあると考えられる。例えば、事業者側としては上記の様にサービスの現状を確認していてもその行為が利用者にも認識されていないということも想定され、より利用者にも認識され安心感を増すようなモニタリングのあり方など検討余地があるものと考えられる。

8 プライバシーの保護、人権の擁護が徹底している	3	職責について文書で規定されているとともに職員間での話し合いなどが行なわれている。
		ボランティア組織である「あかね周辺地域サポートネット」のメンバーにも 会員の約束事」の中に「プライバシーを尊重する」など記載するとともに、繰り返し口頭などでも確認が行なわれている。



## 2 調査結果の詳細

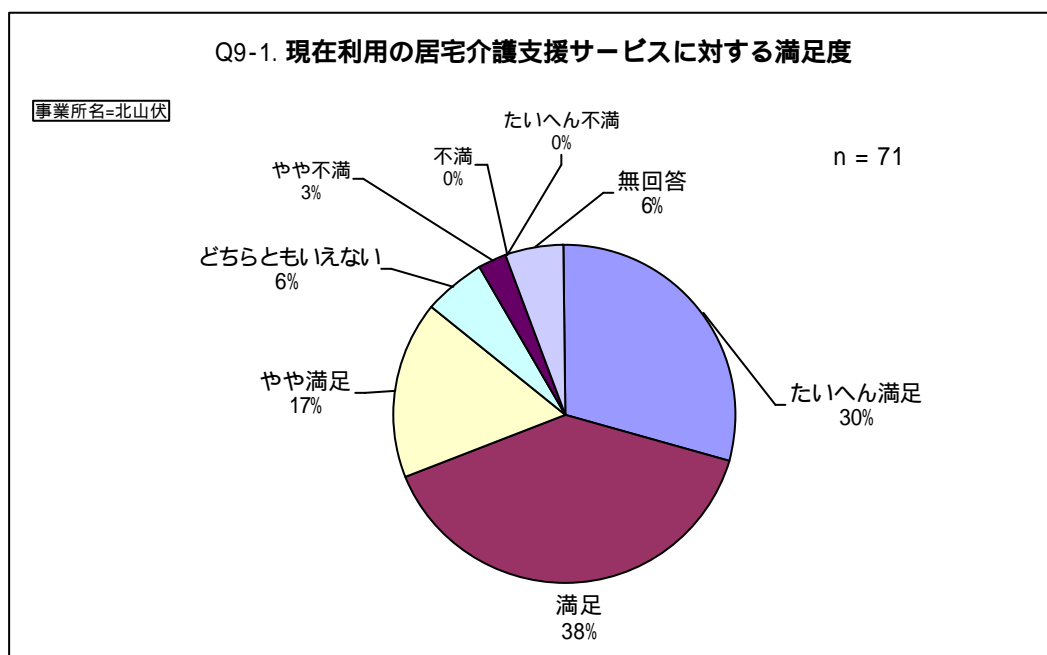
### (1) 利用者調査結果

#### ア サービスチェックカテゴリー別の調査結果

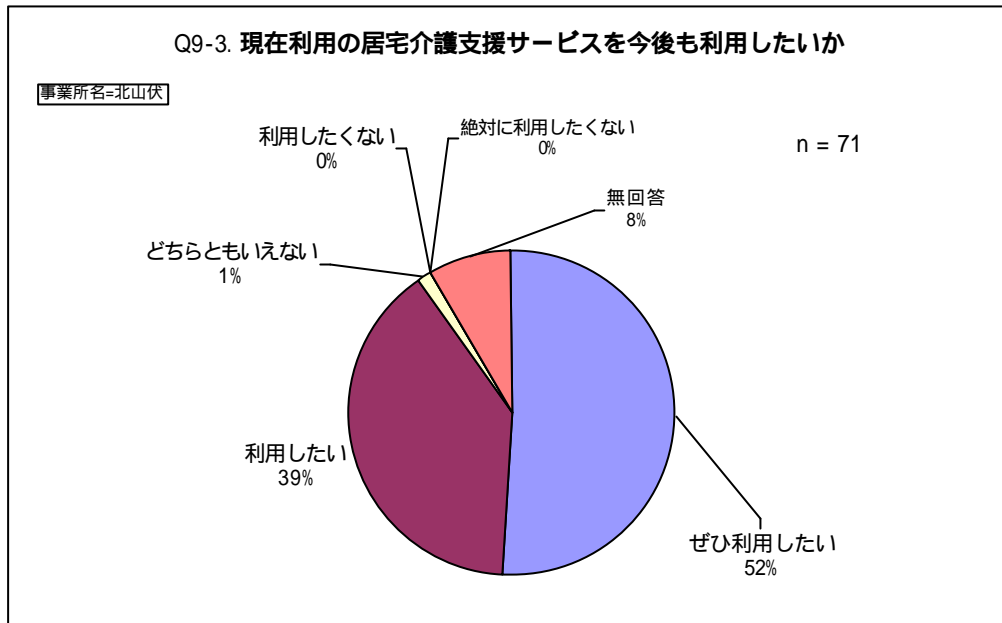
	はい(その通り)		サービスチェックとの対応
	(全体)	(回答者)	
ケアマネの役割の説明	84%		1.情報公開 提供 (2)問い合わせへの対応
説明のわかりやすさ	93%		
契約内容の説明の実施	86%		2.利用開始時の対応 (2)合意書面の作成
説明のわかりやすさ	95%		
要介護認定の更新の実施	79%		4.個別対応の重視 (4)適切な対応
更新の手助け	84%		
適切な言葉遣いやマナー	93%		
信頼できる人	93%		
サービス内容の説明	83%		5.サービスの実施 (2)介護保険外のサービスに関する助言
対象外のサービスの説明	45%		5.サービスの実施 (4)適切なサービス計画
心身の状態などの把握	94%		
本人・家族の意見の把握	94%		
要望等のプランへの反映	86%		
マネジャーの名前の認知	85%		5.サービスの実施 (5)給付開始後の適切な対応
毎月の連絡や訪問	67%		
サービス提供状況の確認	79%		5.サービスの実施 (6)調整
サービスの適切さの確認	83%		
サービス内容変更の説明	82%		5.サービスの実施 (7)サービス計画の見直し・変更
変更のキャンセル料の説明	56%		
ケアプランの見直しの実施	69%	80%	
要望や苦情を訴えた経験	51%		7.要望・苦情・トラブルへの対応 (2)迅速に対応する仕組み
親身な問題解決の対応	97%		
迅速な対応	92%		

網掛け部は無回答が14%以上の設問

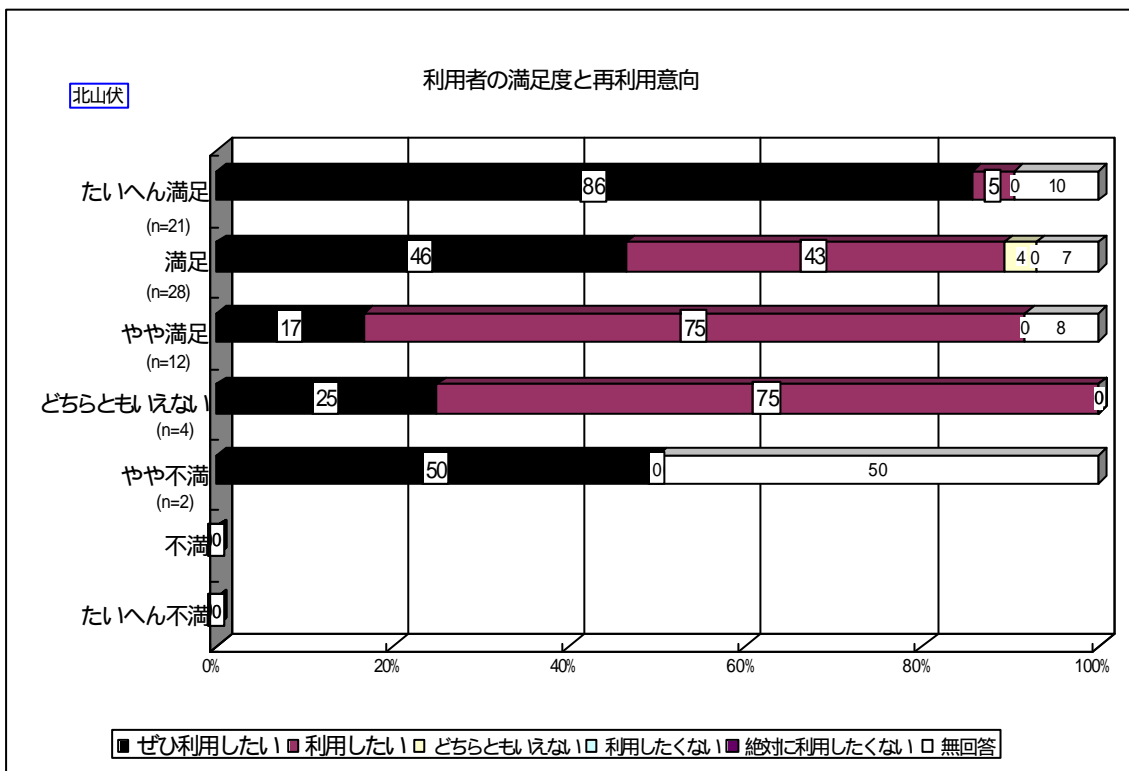
#### イ 満足状況



## ウ 再利用意向



## エ 満足度別に見た再利用意向



オ 集計

Q1. 2記入者とサービス利用者の関係

利用者本人	利用者の配偶者	利用者の子	利用者の子の配偶者	その他	無回答
20	11	23	12	2	3

Q1. 3年齢

平均	最小値	最大値
82.68	55	96

Q1. 4性別

男性	女性	無回答
23	46	2

Q1. 5要介護度

要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
7	15	15	18	6	7	3

Q1. 6担当のケアマネジャーの名前を知っているか

はい	いいえ	無回答
60	8	3

Q2. 1担当ケアマネジャーはケアマネジャーの役割を説明した

はい	いいえ	無回答
60	4	7

Q2X1. 1それはわかりやすい説明だったか (役割説明)

はい	いいえ	無回答
56	1	3

Q2. 2担当ケアマネジャーは契約書の内容について説明した

はい	いいえ	無回答
61	5	5

Q2X2. 1それはわかりやすい説明だったか (契約内容説明)

はい	いいえ	無回答
58	2	1

Q3. 1担当ケアマネジャーは心身状態・家族状況等話を聞いた

はい	いいえ	無回答
67	2	2

Q3. 2担当ケアマネジャーは自分や家族の意見・要望を聞いた

はい	いいえ	無回答
67	2	2

Q3. 3担当ケアマネジャーは希望に沿うようケアプランを作成

はい	いいえ	無回答
61	6	4

Q3. 4担当ケアマネジャーは個々のサービス内容について説明

はい	いいえ	無回答
59	7	5

Q3. 5担当ケアマネジャーは介護保険対象外の区の情報も提供

はい	いいえ	無回答
32	32	7

Q3. 6担当ケアマネジャーは希望でサービス内容変更可と説明

はい	いいえ	無回答
58	8	5

Q3. 7担当ケアマネジャーはキャンセル料について説明

はい	いいえ	無回答
40	24	7

Q4. 担当ケアマネジャーの訪問あるいは電話連絡は毎月あるか

はい	いいえ	無回答
48	19	4

Q5. 1担当マネジャーは計画どおりのサービス提供か確認した

はい	いいえ	無回答
56	8	7

Q5. 2担当マネジャーはサービスが心身状態等に適合かを確認

はい	いいえ	無回答
59	8	4

Q5. 3担当マネジャーは状況変化に合せケアプランを見直した

はい	いいえ	無回答
49	12	10

Q6. 1要介護認定の更新を行ったか

はい	いいえ	無回答
56	9	6

Q6X1. 1担当ケアマネジャーは要介護認定更新に手助けした

はい	いいえ
47	9

Q7. 1担当ケアマネジャーにサービスの要望・苦情を伝えたか

はい	いいえ	無回答
36	27	8

Q7X1. 1担当ケアマネジャーは親身に問題解決方法を考える

はい	いいえ
35	1

Q7X1. 2担当ケアマネジャーは迅速に対応してくれるか

はい	いいえ
33	3

Q8. 1担当ケアマネジャーの言葉やマナーはきちんとしている

はい	いいえ	無回答
66	0	5

Q8. 2担当ケアマネジャーは信頼できる人という印象か

はい	いいえ	無回答
66	0	5

Q9. 1現在利用の居宅介護支援サービスに対する満足度

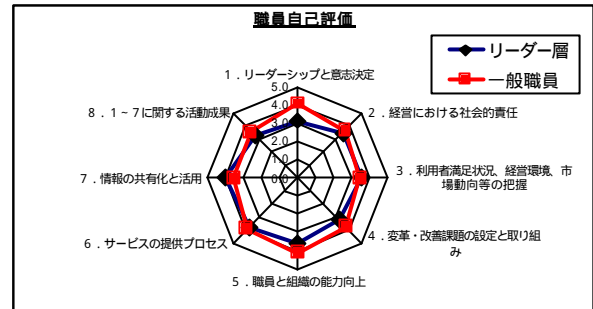
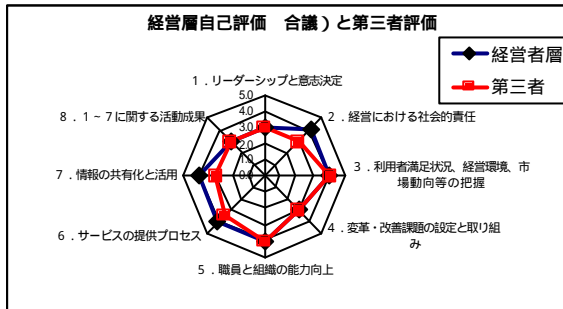
たいへん満足	満足	やや満足	どちらともいえない	やや不満	不満	たいへん不満	無回答
21	28	12	4	2	0	0	4

Q9. 3現在利用の居宅介護支援サービスを今後も利用したいか

ぜひ利用したい	利用したい	どちらともいえない	利用したくない	絶対に利用したくない	無回答
36	28	1	0	0	6

## (2) 事業者による自己評価結果

### ア 事業評価分析における評価

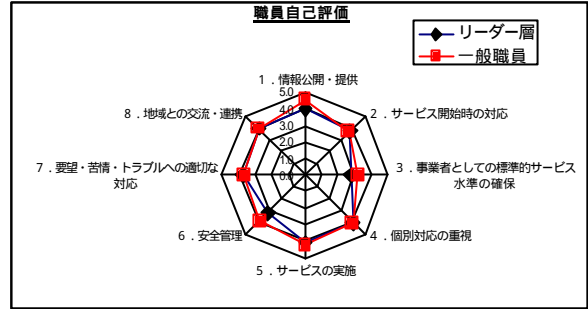
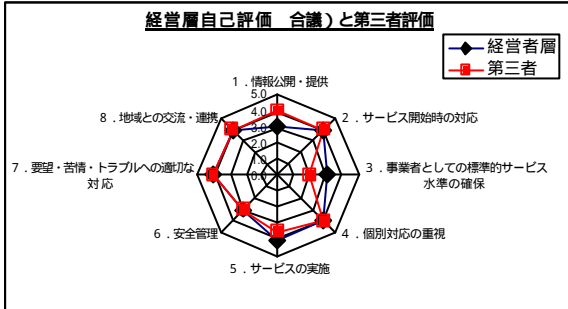


カテゴリー	評価項目	経営者層		リーダー層		一般職員		第三者評価	
		自己評価		自己評価	平均	自己評価	平均		
1. リーダーシップと意志決定	(1) 理念・ビジョンの作成と周知	3.0	3.0	3.5	3.2	4.0	4.1		3.0
	(2) 経営幹部の率先と統率	4.0		2.5		4.3			
	(3) 公正・適切なプロセスによる意志決定	4.0		3.5		4.0			
2. 経営における社会的責任	(1) 守るべき法・倫理等の徹底	4.0	4.0	4.0	3.5	4.3	3.7		3.0
	(2) 事業の継続性	3.0		3.0		3.0			
3. 利用者満足状況、経営環境、市場動向等の把握	(1) 利用者の意向 満足状況の把握	4.0	4.0	3.0	3.5	2.7	3.5		4.0
	(2) 経営環境、市場動向、利用者の意向等の情報収集	3.0		3.5		3.7			
	(3) 上記情報に基づいた確かな状況把握	4.0		4.0		4.0			
4. 変革・改善課題の設定と取り組み	(1) 重点（変革）課題の設定	3.0	3.0	3.0	3.3	3.7	3.8		3.0
	(2) 重点（変革）課題の周知と実現に向けた取り組み	3.0		3.0		3.7			
	(3) 日常的業務プロセス改善への取り組み	3.0		4.0		4.0			
	(4) 中長期計画、年度計画の作成と実績評価	3.0		3.0		4.0			
5. 職員と組織の能力向上	(1) 理念やビジョンに適合した人材構成	4.0	4.0	3.0	3.6	3.7	4.1		4.0
	(2) 職員の個人別 計画的な能力開発	3.0		3.5		3.7			
	(3) 柔軟な組織編成と業務分担	4.0		4.5		4.7			
	(4) 職員満足の要因把握と支援	4.0		3.5		4.3			
6. サービスの提供プロセス	(1) 情報公開・提供	4.0	4.0	4.0	3.8	4.5	4.0		3.5
	(2) 利用開始時の対応	4.0		3.8		3.7			
	(3) 事業者としての標準的サービス水準の確保	4.0		2.8		3.2			
	(4) 個別対応の重視	4.0		4.1		4.1			
	(5) サービスの実施	4.0		4.1		4.2			
	(6) 安全管理	4.0		3.3		3.8			
	(7) 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	4.0		3.8		3.7			
	(8) 地域との交流・連携	4.0		4.0		4.0			
7. 情報の共有化と活用	(1) 組織内外の情報収集と開示	4.0	4.0	4.0	4.0	3.0	3.5		3.0
	(2) 改善への情報の活用	4.0		4.0		4.0			
8. 1～7に関する活動成果	(1) リーダーシップと社会的責任の成果	3.0	3.0	3.5	3.3	4.0	3.6		3.0
	(2) 職員と組織の能力向上の成果	4.0		3.5		4.0			
	(3) サービス提供のプロセスの成果	3.0		3.5		3.7			
	(4) 経営指標における成果	3.0		2.5		2.7			
	(5) 利用者の満足度および要望や苦情への対応の成果	4.0		3.5		3.7			

\*経営者層のカテゴリー6.の自己評価は平均値を四捨五入した値

職員の自己評価は回答数の平均値

## イ サービスチェックにおける評価



サブカテゴリー	評価項目	経営者層 自己評価	職員				第三者評価	
			リーダー層		一般職員			
			自己評価	平均	自己評価	平均		
1. 情報公開・提供	(1) 利用者が関心のある事項について、わかりやすく情報を公開・提供している	30	4.0	4.0	4.3	4.5		4.0
	(2) 利用希望者の問い合わせには適切に対応している	40	4.0		4.7			
2. 利用開始時の対応	(1) 利用希望者には、誤解の無いよう分かりやすく説明している	40	3.5	3.8	4.0	3.7		4.0
	(2) 利用に関し、事業者と利用者の合意を書面にしている	40	4.0		3.3			
3. 事業者としての標準的サービス水準の確保	(1) 居宅介護支援の基本的な業務について、分かりやすいマニュアル（標準書、手順書、手引書）が作成されている	30	2.5	2.8	3.0	3.2		2.0
	(2) マニュアル活用やその他の取り組みにより、標準的なサービス水準確保のための実践がされている	30	3.0		3.3			
4. 個別対応の重視	(1) 被保険者の要介護認定等に係わる申請について、申請の代行・援助等が利用者の要望や状況に応じて適切に行われている	50	4.5	4.1	4.3	4.1		4.0
	(2) 担当者が交代する時にも介護に支障が生じないようにしている	50	4.0		4.3			
	(3) ケアマネジャーはマニュアルを守ったうえで、臨機応変な対応に努めている	40	4.0		3.7			
	(4) 利用者が居宅で日常生活を営むことが困難となった場合、サービス担当者や医療機関の意見を参考に適切な対応をとっている	40	4.0		4.0			
5. サービスの実施	(1) 指定居宅サービス事業者等に関する情報の収集・提供に努めている	40	4.5	4.1	4.3	4.2	4.0	3.5
	(2) 介護保険外のサービスに関する助言を、利用者の要望や状況に応じて適切に行っている	40	4.5		4.3		4.0	
	(3) 適切なアセスメントを行っている	40	3.5		4.3		4.0	
	(4) 適切な居宅サービス計画を作成している	40	4.0		4.0		3.0	
	(5) 給付開始後、適切な対応を行っている	40	4.0		4.0		3.0	
	(6) 利用者の状態を分析し、効果的な居宅サービス計画となるよう調整している	40	4.0		4.0		3.0	
	(7) モニタリングを実施し、適切にサービス計画の見直し・変更を行っている	40	4.0		4.0		3.0	
	(8) プライバシーの保護、人権の擁護が徹底している	40	4.0		4.7		3.0	
6. 安全管理	(1) 居宅サービス計画に医療サービスを位置付ける場合、主治医等と連携した居宅介護支援を行っている	30	3.0	3.3	4.0	3.8		3.0
	(2) 感染症、発作、けが等が発生した場合に適切な対応が行われるようになっている	30	3.5		3.7			
7. 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	(1) 利用者や家族がサービスについて意見や要望を表明し、苦情を訴えやすい仕組みができています	40	3.5	3.8	4.0	3.7		4.0
	(2) 要望や苦情および日常のトラブルには適切かつ迅速に対応する仕組みができています	40	4.0		3.3			
8. 地域との交流・連携	(1) 介護保険施設等と連携して、退所・退院する要介護者等が居宅における生活に円滑に移行できるよう援助している	30	3.5	4.0	4.0	4.0		4.0
	(2) 地域の高齢者の居宅サービスレベルの向上に、関係者として協力して取り組んでいる	50	4.5		4.0			

職員の自己評価は平均値

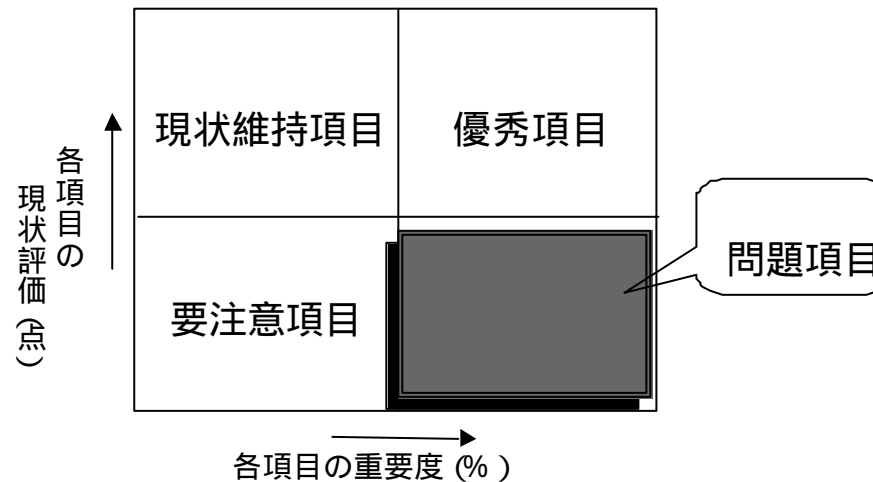
## ウ 分析マトリックスによる改善課題の提示

サービスチェックリスト、事業評価分析シートのそれぞれの項目から職員自身が認識している改善課題を抽出するため、以下に例示したマトリックスに基づき分析を行った。「重要度」と「現状評価」の2つの軸での分布状況を次ページ以降に図示した。

### 《分析マトリックス》

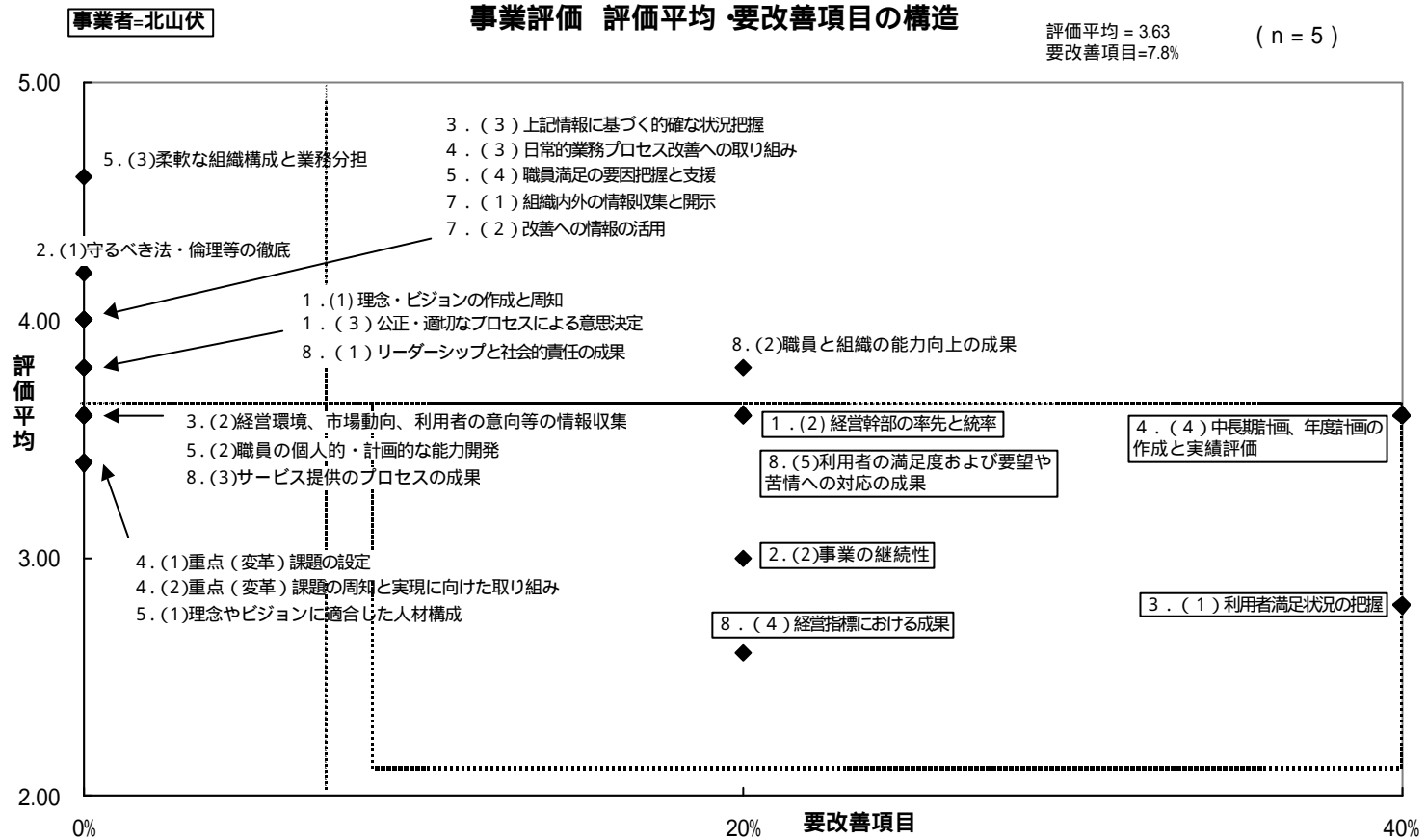
分析マトリックスは、各サービス関連、事業関連の項目の現状評価と項目の重要度について分析する手法である。

例えば、下図にあるように、横軸に項目の重要度(もっとも重要な項目は何か?)を縦軸に各項目の現状評価(項目の評価はどの程度か?)をとる。このマトリックス内に各項目の数値をプロットし、その分布状況から改善課題を抽出しようとするものである。

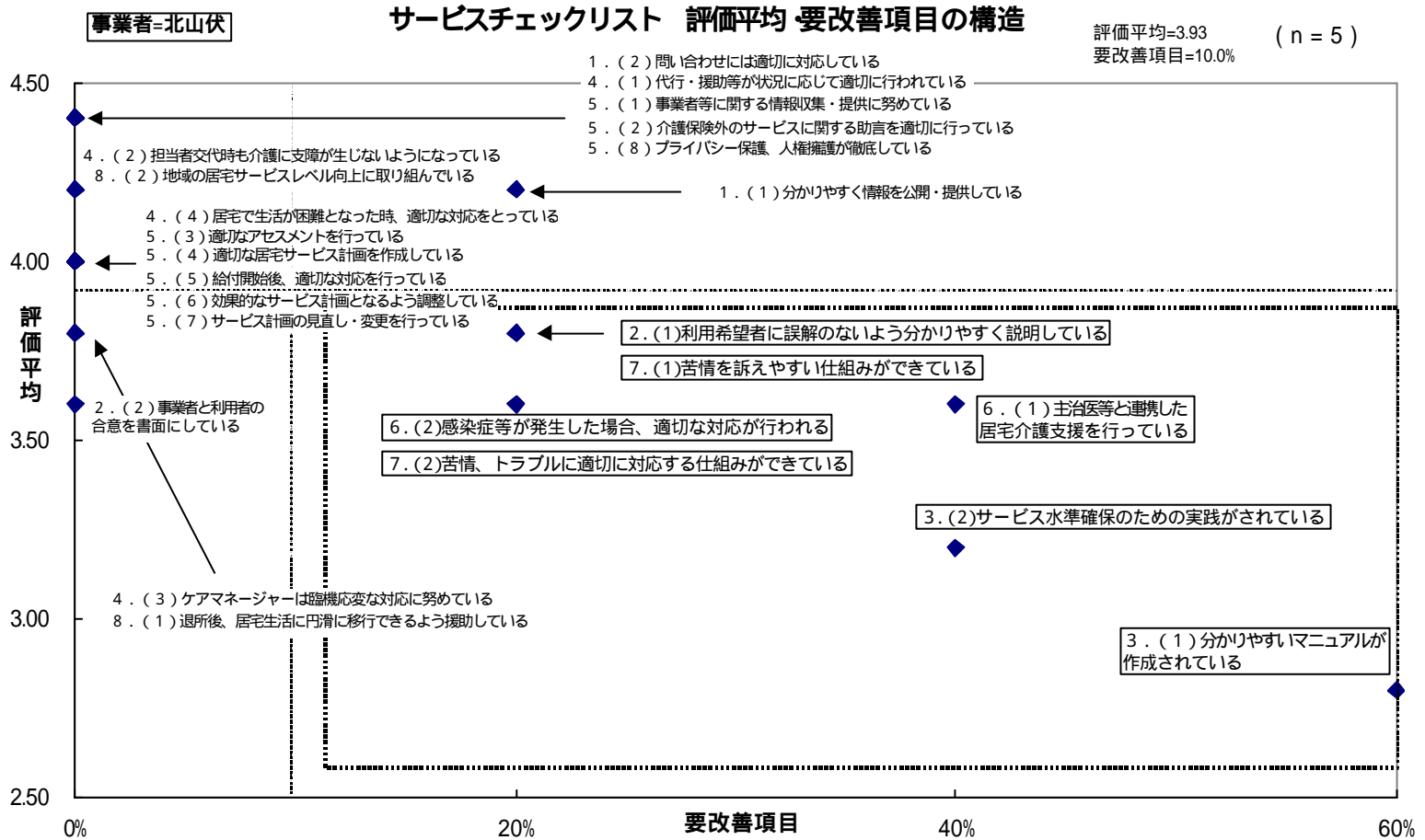




(ア) 事業評価分析



(イ) サービスチェック



- 4 - 2 居宅介護支援サービス評価結果 フランスベッドメディカルサービス(株)新宿店

下記のとおりサービス評価を実施しましたので、報告します。

記

1 対象事業者名

フランスベッドメディカルサービス株式会社新宿店（管理者 相澤壮一）

2 評価者氏名及び評価機関名

高岡信男、大森武子

新宿区サービス評価検討会

3 調査の概要

(1) 利用者調査

平成14年11月22日から12月6日まで

対象者数 73人（回収数 59、回収率81%）

郵送による調査票配布・回収

本人が答えられない場合には、家族が本人に成り代わって答える方式

(2) 事業者による自己評価

平成14年11月26日から12月13日まで

対象職員数 3人 リーダー層2人 管理者、係長

一般職員1人 介護支援専門員

調査票（事業プロフィール、事業評価分析シート、サービスチェックリスト）への回答、郵送回収

(3) 第三者による評価

平成15年1月17日

4 評価結果及び調査結果の詳細

別紙のとおり

## 1 評価結果

特に良いと思う点	
1	<p><b>【ブランドバリューから得られる高い誘引効果を活用】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本体企業名は福祉用具関係で認知度が高く、店頭や電話で当該事業に関する問合せが多く寄せられており、一般の生活者はもちろん、自治体や医療機関、在宅介護支援センターからの紹介も多い。こうした関係を基盤にして、ケアカンファレンスの実施、ケアプラン作成の重要なキーマンである医師との連携を深めることができている。</li> <li>・また、福祉用具や住環境に関する広範囲な情報を有することも、ケアプランの充実、他のケアマネジャーとの円滑なコミュニケーション、利用者からの高い信頼性につながっている。</li> </ul>
2	<p><b>【福祉用具事業から培われた顧客志向の組織風土】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・会社でケアマネジメントの思想が生まれたのは10数年前に遡る。現在では、当該事業の社員を含む全社員に福祉用具事業から培われた理念、方針が浸透している。具体的には「良い点、悪い点を実証的に説明する」「できないことは明確に断る」理解の程度を確認する」といったものである。</li> <li>・これらは「親身な問題解決の対応」「迅速な対応」などでの利用者調査での高い評価につながっており、社員公募で作成された「社員が守るべき項目を整理した“守ろう15か条”」などにも生きている。</li> </ul>
3	<p><b>【小回りが効き、きめ細かな対応の重視】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・“小回り、きめ細かく、迅速に、よらず相談承ります”的な対応を重視しており、これが高く評価されている。毎月の訪問・連絡は電話による方法に重きを置いており、訪問の平均回数は0.5回であるのに対して、電話の平均は3回と多い。会社としても店内相談コーナー、総合相談コーナーなどの“窓口”機能を充実している。</li> <li>・また、リーダーは個別対応の内容の充実を図るため、自分自身で構築した人のつながりに加え、会社本体の営業ルートなども幅広く活用している。</li> <li>・クレームの発生を回避する方策として、こまめなフォローが必要な利用者を「初回」「プラン変更後」「痴呆性」といった特性で区分して、資源の集中化を図って対応している。</li> </ul>
特に改善する必要があると思う点	
1	<p><b>【組織的な対応の立ち遅れ】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・組織風土などの面で高く評価できる反面、事業的には未熟な状態である。会社としては、介護保険制度の先行き不安であることを考慮して当該事業を積極的には展開してこなかった。</li> <li>・このため、マニュアルの整備、個人情報の整理、モニタリングの記録、収支計画の策定など、組織としての経営・運営の面での立ち遅れが明らかである。</li> <li>・現在、マニュアル作成の委員会を設けて、4月完成を目標に作成に取り組んでいるところであるが、こうした活動をもっと幅広いものとし、一刻も早く組織的な強さを発揮できるようにしてもらいたい。</li> </ul>
2	<p><b>【利用者の声の吸い上げが不十分】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者満足状況の把握という面でも対応が不十分であった。これまでに利用者調査は実施されておらず、今回のサービス評価に関わる調査が最初であり、上記のように実際のサービス面では高い評価を得ていても、サービスの周囲に関するところでの配慮が不足する恐れがある。</li> <li>・その一例が「利用開始時の対応」であり、丁寧さを心掛けるあまり説明時間が長くなりがちなのである。実際に利用者やその家族の注意力が続くのは1時間程度であろうことを考えると、適宜機会を分けて説明することも考えるべきである。</li> <li>・利用者満足の改善は、細かな活動の積み重ねから得られるものであり、自分自身や周囲の社員の行動や意識に注意し、常に振り返って、見直していってもらいたい。</li> </ul>
3	<p><b>【当該事業に関する情報発信】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業体として未整備であることから、また、会社本体での誘引性が高いことから、これまでは積極的な情報発信は行なわれていなかったが、それでも、規模として小さいため十分過ぎる需要量であった。</li> <li>・しかし、来年度から事業拡大の計画もあり、事業の範囲が広がり、厳しい競争環境の中に身を投じることから、積極的な情報発信が求められる。ただし、そのためには、独自性、優位性が発揮できる経営基盤づくりが重要となる。</li> </ul>

経営マネジメント項目

共通評価項目	評価	理 由	
		コメント	
1 リーダーシップと意思決定	3	介護保険による居宅介護支援事業としての長期の見通しが定まらず、先行き不透明な中、長期的な見方で当該事業を考えるのが難しいとの判断で、1年先を見据えた方針を設定しており、その中には人員計画や店舗展開計画などが含まれている	
		当該事業を含めた全社社員が苦情などへの迅速な対応を心がけている。また、受身的な営業姿勢を改め、店内相談、総合相談などの“相談”を窓口機能に位置付けて充実を図っている	
		当該事業を含め全社的にPDCAの仕組みを動かしているが、具体的に明文化してはいない。今後は、PDCAの定着を確実にするためにも、確認のステップを踏まえることも検討してもらいたい	
2 経営における社会的責任	2	社内公募により社員が守るべきものとして“守ろう15か条”を掲げている。また、全社的な改善提案委員会(当社専務が委員長)を設けて倫理的な問題を含めて対応しているが、内容の情報開示はしていない。また、本委員会の開催は不定期である	
		全社的には収支計画を策定しているが、当該事業については、まだ社内の組織として確立されていないことから、収支計画などは策定されていない。現在は、上記の計画の実行を通して組織・体制づくりが進む予定である	
		後継者づくりの一環として、係長クラスの社員に対して「幹部候補訓練会議」や「新規導入商品説明会」に参加させており、当該事業のケアマネジャーもこの会議に参加している	
3 利用者の意向・満足状況、経営環境、市場動向等の把握	2	会社としては10数年前に“ケアマネジメント”の思想を掲げており、これに基づいて事業を展開してきた	
		・しかし、利用者の意識や満足状況を十分に把握してきたとは言えず、今回のサービス評価の実施を契機として、必要性を強く認識している	
		全社のサービス網を通じて、全国からさまざまな事業者や利用者の情報・声が届き、当社からも提携関係のある入浴サービス事業者などに関する情報を発信している	
4 変革・改善課題の設定と取り組み	3	全社的な会議の中で重点課題の検討を行なっている。具体的には販売計画などが一例である。当該事業に関しては、ビジョンとの関わりや位置付け、人員・店舗展開の計画などが検討課題として取り上げられている	
		重点課題の設定には、ゴールライン、すなわち「いつまでに実行する、決定する」などの設定を必須のものとしている。また、目標は数値で置き換えられるものを、各社員、各事業所、各部門で設定している	
		当該事業について社内チームを編成して取り組んだテーマには、「カタログ製作」「店舗計画」「今後の展望」などがある	
5 職員と組織の能力向上	3	組織として望まれる人材像は「ビジョンと一貫する人間」と捉えられている(利用者の立場、事業者の立場で考える)	
		当該事業の担当者が主体となって、他の部門のケアマネジャーを集めた研究会を自発的に立ち上げ、現在も継続して開催されている	
		上司が職員全員と面談(前年度3回)し、それぞれの意向を把握しており、互いのコンセンサスが取れているものの、その実現に向けた各人の行動や組織の対応が不十分である	
カテゴリ6「サービス提供のプロセス」項目については、下記別表			
7 情報の共有化と活用	3	全社的に商品情報の活用が活発に行われており、情報に常に接することができるように、休憩コーナーなどに情報のファイルが置かれている。活用の一例では、「マットレスの体圧分散データ」が褥創予防用具で取り上げられた	
		・月1回の運営会議では、現状での事業の進捗状況や社内の情報が連絡されている	
		全国からさまざまな情報が集まるため、情報過多の傾向にあり、分類・整理が十分には行なわれていない。情報の効率的な共有と有効活用のため、ナレッジマネジメントといった取り組みで組織・人材の強化を図ってもらいたい	
8 1~7に関する活動成果	3	当該事業に関するさまざまな経営に関わる数値は、これまで前年比、前月比で上回ってきており、これは利用者に評価された結果と考える。担当者には利用者からの御礼文も届いており、これも評価のひとつの現れであろう	
		担当者自身の業務活動や社内の迅速な対応には高い評価が集まっているものの、苦情処理の事例集づくりや、マニュアルの作成など組織的な対応は不十分である	
		全社員が自らの経験を踏まえた上でスキルアップに取り組んでおり、住宅環境に関わる資格や、業務以外の資格の取得も進んでいる	

サービス提供のプロセス項目

共通評価項目	評価	理 由	
		コメント	
1 情報公開提供	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本体企業の名が福祉用具関係で一般によく知られているため、当該事業に関する店頭や電話による問合せが多く、口コミでも広がっている。また、区や病院、在宅介護支援センターなどの機関からの紹介も多い</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・一方、これまでは当該事業に対する会社自体の方針が定まっていなかったため、全国でも専任のケアマネジャーは1名のみであり、事業そのものを拡大する姿勢になかった。また、会社案内やホームページにも記載されていなかった</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・問合せは会社本体でも受け付けているため、年末年始を除いて幅広く対応できており、入った問合せに対しては、ケアマネジャーが持つ携帯電話に伝え、迅速に対応している</li> </ul>	
2 利用開始時の対応	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・顧客に対する説明姿勢は、「良い点、悪い点を確実に説明する」「できないことは明確に断る」「理解の程度を確認する」というものであり、これは会社本体の福祉用具事業で培われたものである</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書はわかりやすい表現を心がけて作成されているが、特に重要な事項を大きな字で表示したり、わかり難い用語を別記するなどの工夫も考えられる。また、契約書も行間を空けるなどして、見やすくすることも考慮して欲しい点である</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・丁寧な説明の裏返しとして、説明に要する時間が長時間となりやすい。集中して話を聞くことができる時間を考慮して、場合によって説明の機会を分けるなどの配慮も必要と考えられる</li> </ul>	
3 事業所としての標準的サービス水準の確保	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでは少人数で事業を行なっていることもあり、特に専用のマニュアルは用意しないで、福祉用具貸与サービスのシルバーマークのサービスマニュアルを参考にして、OJTを中心に教育・指導を行ってきた</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・しかしマニュアルの必要性を痛感しており、少しずつ独自にパンフレットやマニュアルの基礎となる資料の作成に努めてきた。また、介護保険制度の開始時からケアマネジャーの研究会を立ち上げ、マネジメントの質の向上に寄与してきた。この研究会は現在も継続している</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、マニュアル作成のための委員会を設置して、4月完成を目処に、マニュアル作成に取り組んでいる。参加メンバーにはケアマネジャーリーダー、本社の営業企画、監査役、相談役が参加している</li> </ul>	
4 個別対応の重視	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別対応の内容の充実には、関係者、特に医師の関わりが重要である。医師との関係づくりに腐心しており、看護師、OTやPT、会社本体の営業ルートなど、あらゆる機会を活用している。特に在宅に移るケースについて、退院に合わせてカンファレンス等にも同席して、個人情報を得ている。</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャーや利用者のさまざまな問題について日常的な検討を行なっているが、少人数であることから特にマニュアルは作成しておらず、定期的な会議や勉強会も開催せず、系統だった指導も実施していなかった</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険制度が始まってからの利用者も多く、個人の情報ファイルもかなりの枚数になっていることから、付表を別に保管し、本票を残すように整理を始めている。整理の方法として「概要版」を作成することもひとつの方法として考えられる</li> </ul>	
サブカテゴリー5「サービスの実施」項目については、下記別表			
6 安全管理	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医とは、個別対応と合わせてさまざまなルートで連携している。訪問看護ステーションでは、医師との連携と合わせて、家族との連携でも協力関係がある</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・各種リスクに対する予防などのマニュアルは、シルバーマークのサービスマニュアルを参考にしている。現在、新規に作成中である</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院先での感染など、迅速に対応しなければならないことには、日頃連携している施設などとの連絡を取り合っている</li> </ul>	
7 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者調査結果では、「親身な問題解決の対応」「迅速な対応」はいずれも94%の高い肯定割合である。本社の受付に入る第一報の連絡には、「ケアマネ」「その他」かを尋ねた上で、内容の重大性を確認し、必要に応じてリーダー・幹部につないでいる</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情や要望はそれぞれの利用者別にファイルしており、一括した形ではまとめられていない。こうした声を集めることで、その傾向や共通する問題点の分析につなげることが可能となることから、整理・分類基準づくりや活用の方策などの検討が必要であろう</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者調査は、これまで今回のサービス評価に関わるものしか行われていないため、利用者の意向が十分サービスに反映されていなかった恐れがある</li> </ul>	
8 地域との交流・連携	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉協議会や民生委員（独居の高齢者の関係で）、保健センターなどと連携しており、特に保健センターの連携・活用が重要と考えている</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・また、在宅介護支援センターとの連携では利用者からの相談が接点となり、各種施設とは福祉用具の関係からつながりを深めている</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉用具を介したつながりは医療機関でも有効に機能しており、ケアワーカーから相談を受けたり、退院に向けたケアカンファレンスへの参加も円滑に行われている</li> </ul>	

サービスの実施項目

共通評価項目	評価	理由	
		コメント	
1 指定居宅介護サービス事業者等に関する情報の収集提供に努めている。	3	・福祉用具に関わる情報を収集していることで、難病へのケアプラン作成の対応や利用者、他のケアマネジャーとのつながりも円滑に行なうことができる。また、住宅改修や福祉用具に関する専門性を活用することで、利用者に対する広範囲のアドバイスも可能である	
		・事業者連絡会やケアマネジャー会議への参加も積極的に行われており、相互に情報交換を行い、円滑な関係づくりを図っている	
		・しかし、社内におけるケアマネジャーの組織が確立されておらず、定期的な会議も開催していないことから、上記の情報収集などの活動も個人的な対応が中心である	
2行政サービス、生活支援サービス、住民参加型福祉サービス、ボランティア活用等の介護保険外のサービスに関する助言を利用者の要望や状況に応じて行っている	3	・WAMNETを始めとしたネット情報や良好な関係にある他のケアマネジャーから入手するさまざまな情報により、利用者の立場と事業者の特性を踏まえた判断が可能となっている	
		・介護保険以外のサービスに関する情報も、移送サービスや配食サービスを中心として収集しており、新宿区や医療関係者（福祉用具関係の営業ルートなど）とのつながりが深い	
		・しかし、「サービス内容の説明」や「介護保険対象外のサービスの説明」の肯定割合をみると、まだ割合を高める余地があり（こうした情報は全部の利用者に必要とは限らないものの）、その方針を検討する機会を設け、改善につなげることが望まれる	
3 適切なアセスメントを行っている	3	・現状では、アセスメント様式は既存のソフトウェアの改良版を活用しており（項目数、課題分析などが充実）、結果を介護計画に反映している	
		・利用者や家族から置かれた環境や心身の状態などを把握した上で、アセスメント以外の項目もケアプランの案に反映しており、さらに意見を踏まえて修正している	
		・その一方で、医療関係者からの情報収集は役所から入手できる意見書情報に留まっている	
4 適切な居宅サービス計画を作成している	3	・利用者個々の心身、環境の状況を踏まえてケアプランを作成しているが、単なるプランづくりではなく、利用者の自立に向けた内容に心掛けており、特に、環境改善に特徴を持たせている	
		・利用者の個別情報は既存ソフトウェアの様式に沿った内容で記録しており、日常的な情報は介護記録で対応しているが、後者に関しては整理・分類の統一化が図られていない	
		・利用者調査結果からみると、「心身の状態などの把握」「本人や家族の意見の把握」は90%以上の肯定割合となっているが、「要望等の反映」では78%に留まっている。この割合の改善に向けた対策についての検討と実行が望まれる	
5 給付開始後、適切な対応を行なっている	3	・毎月の電話連絡や訪問の平均回数は、それぞれ3回、0.5回であり、電話での連絡を密にしているが、利用者の回答を見る限りは5割程度の利用者しか認識されていない	
		・「初回利用者」家族環境の変化を含めたプランの変更後の利用者「痴呆性が強くクレームが発生しやすい利用者」というように、こまめなフォローを心掛ける利用者の特性を設定して対象者を明確にし、資源の集中化を図り、対応にメリハリをつけてクレームの発生を予防している	
6 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サービス計画となるよう調整している	3	・事業者を訪問したり連絡を密にするなどして、相互の理解を深めており、利用者の心身、環境のさまざまな状況変化に対応できるような環境づくりに努めている	
		・一方、利用者の回答では「サービスの提供状況の確認」「サービスの適切さの確認」の肯定割合が75%であり、さらなる改善を図る要素と考えられる	
		・ホームヘルパーに関しての問題が発生しやすいことから、サービス提供の時間に合わせて訪問したり、利用者の生活の様子から状況を判断する方法が検討、実施されている	
7 モニタリングを実施することによって、適切にサービス計画の見直し・変更を行なっている	3	・サービス計画の見直しは年1回行われているものの、どのような場合にサービス計画を見直すかの基準が文書化されておらず、確立されていない。また、モニタリングの結果の記録もきちんとした形では残していない	
		・利用者や家族の意見、要望を把握した上で、提供サービスの現状や提供事業者の意見を把握し、ズレ行き違いをなくすように調整を図っており、「ニーズ」と「制約」のバランスをとっている	
		・しかし、こうしたサービス内容の変更についての説明は、利用者調査結果をみると79%の肯定割合であり、利用者にも必ずしも理解されていないようである	

8 プライバシーの保護、 人権の擁護が 徹底している	3	・重要事項との認識であり、契約書の条項になっているとともに、就業規則の中で明記され、社員に徹底されている
		・ただし、ケアカンファレンスなどでの必要最低限の利用についても、契約書では「文書による承諾」を受けなければならないとしているが、当初は口頭での確認に留まっている



## 2 調査結果の詳細

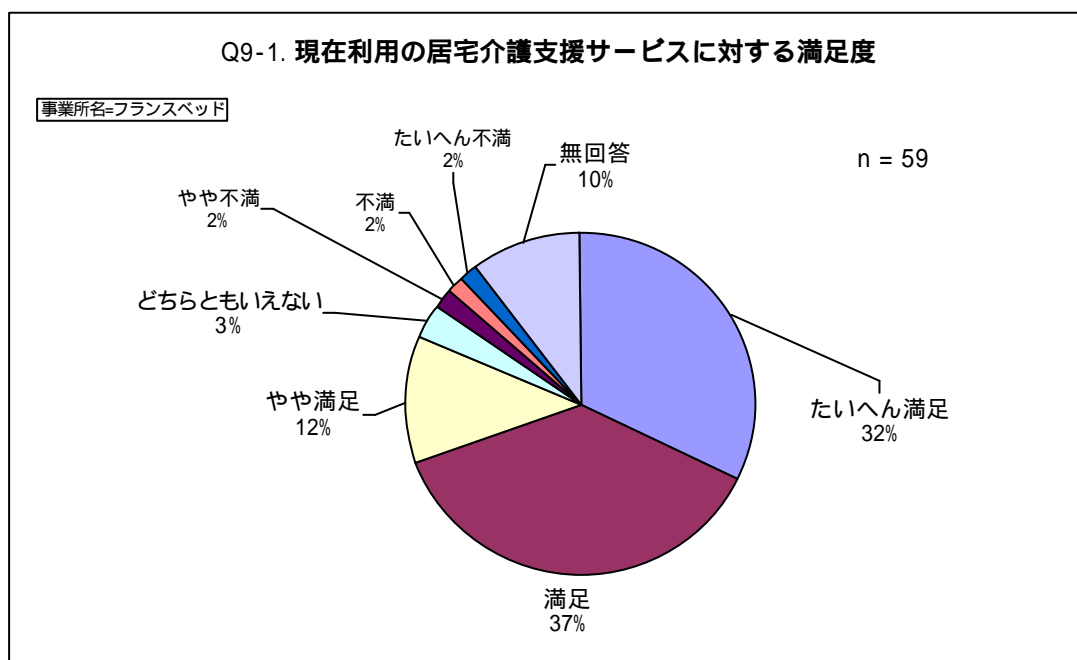
### (1) 利用者調査結果

#### ア サービスチェックカテゴリー別の調査結果

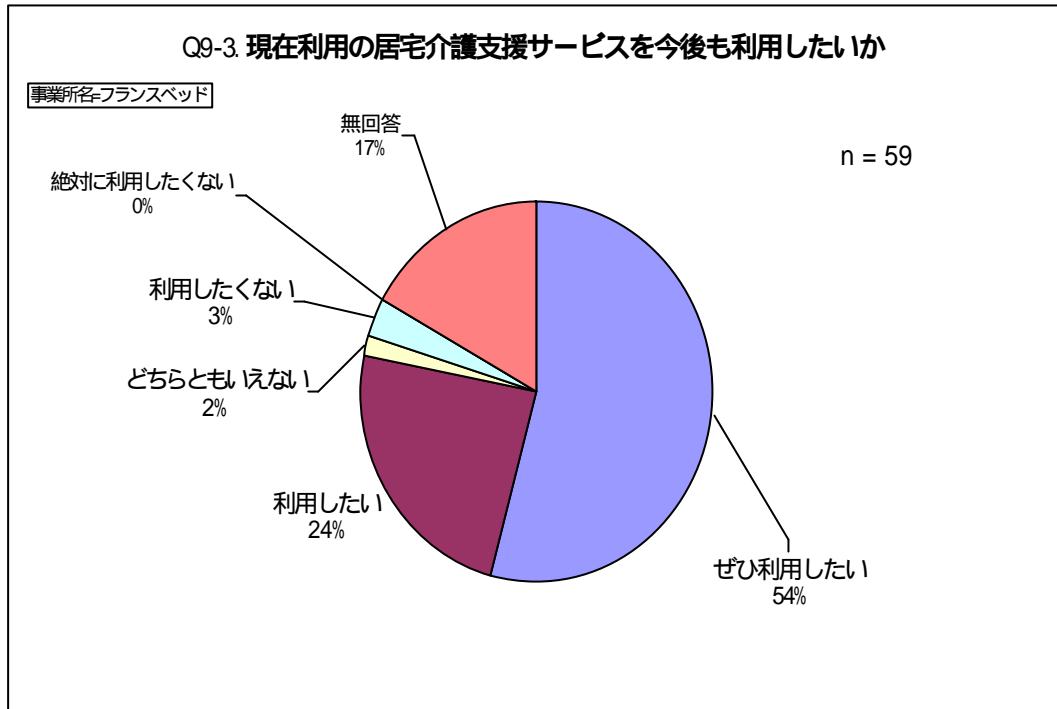
	はい(その通り)		サービスチェックとの対応
	全体)	(回答者)	
ケアマネの役割の説明	80%	92%	1.情報公開 提供 (2)問い合わせへの対応
説明のわかりやすさ	96%		
契約内容の説明の実施	80%	92%	2.利用開始時の対応 (2)合意書面の作成
説明のわかりやすさ	94%		
要介護認定の更新の実施	64%	84%	4.個別対応の重視 (4)適切な対応
更新の手助け	82%		
適切な言葉遣いやマナー	92%		
信頼できる人	92%		
サービス内容の説明	81%	94%	5.サービスの実施 (2)介護保険外のサービスに関する助言
対象外のサービスの説明	51%	58%	
心身の状態などの把握	93%		5.サービスの実施 (4)適切なサービス計画
本人・家族の意見の把握	93%		
要望等のプランへの反映	78%	90%	
マネジャーの名前の認知	83%		5.サービスの実施 (5)給付開始後の適切な対応
毎月の連絡や訪問	54%		
サービス提供状況の確認	75%	88%	5.サービスの実施 (6)調整
サービスの適切さの確認	75%	90%	
サービス内容変更の説明	80%	92%	5.サービスの実施 (7)サービス計画の見直し・変更
変更のキャンセル料の説明	56%	66%	
ケアプランの見直しの実施	75%	86%	
要望や苦情を訴えた経験	54%		7.要望・苦情・トラブルへの対応 (2)迅速に対応する仕組み
親身な問題解決の対応	94%		
迅速な対応	94%		

網掛け部は無回答が14%以上の設問

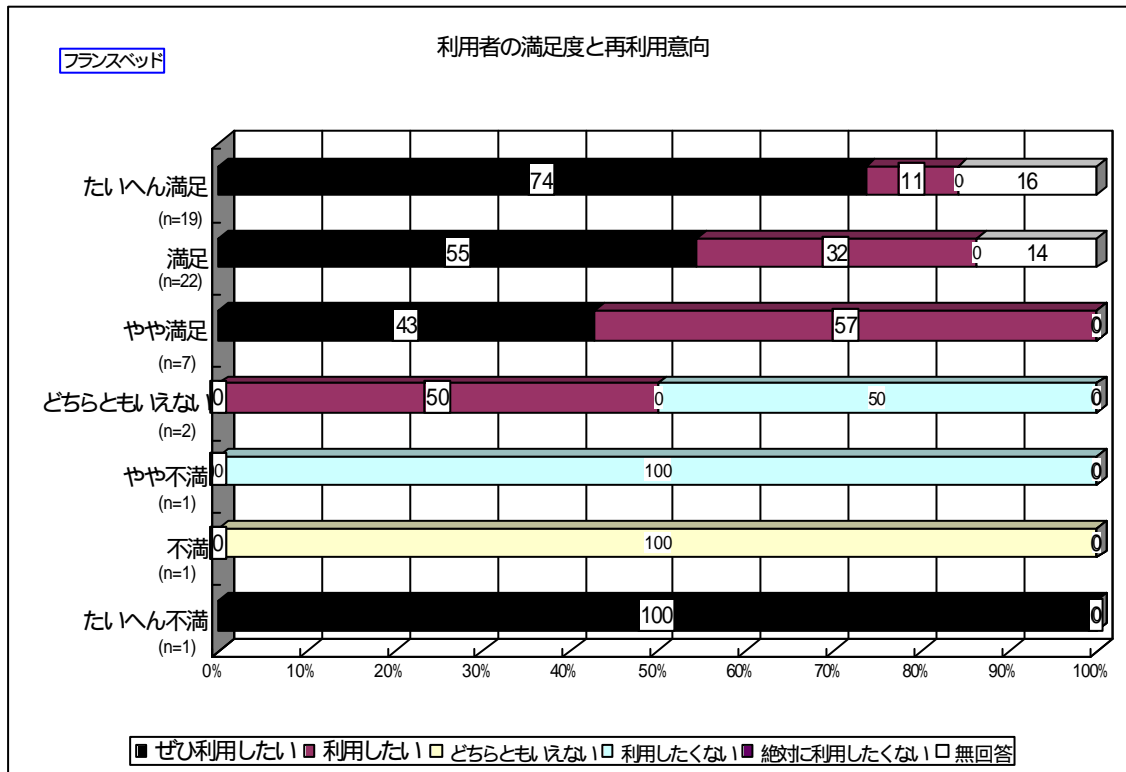
#### イ 満足状況



## ウ 再利用意向



## エ 満足度別に見た再利用意向



オ 集計

Q1. 2記入者とサービス利用者の関係

利用者本人	利用者の配偶者	利用者の子	利用者の子の配偶者	その他	無回答
25	6	20	5	1	2

Q1. 3年齢

平均	最小値	最大値
80.86	49	102

Q1. 4性別

男性	女性	無回答
15	43	1

Q1. 5要介護度

要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	無回答
5	18	19	3	7	5	2

Q1. 6担当のケアマネジャーの名前を知っているか

はい	いいえ	無回答
49	5	5

Q2. 1担当ケアマネジャーはケアマネジャーの役割を説明した

はい	いいえ	無回答
47	4	8

Q2X1. 1それはわかりやすい説明だったか (役割説明)

はい	いいえ	無回答
45	1	1

Q2. 2担当ケアマネジャーは契約書の内容について説明した

はい	いいえ	無回答
47	4	8

Q2X2. 1それはわかりやすい説明だったか (契約内容説明)

はい	いいえ	無回答
44	2	1

Q3. 1担当ケアマネジャーは心身状態・家族状況等話を聞いた

はい	いいえ	無回答
55	1	3

Q3. 2担当ケアマネジャーは自分や家族の意見・要望を聞いた

はい	いいえ	無回答
55	1	3

Q3. 3担当ケアマネジャーは希望に沿うようケアプランを作成

はい	いいえ	無回答
46	5	8

Q3. 4担当ケアマネジャーは個々のサービス内容について説明

はい	いいえ	無回答
48	3	8

Q3. 5担当ケアマネジャーは介護保険対象外の区の情報も提供

はい	いいえ	無回答
30	22	7

Q3. 6担当ケアマネジャーは希望でサービス内容変更可と説明

はい	いいえ	無回答
47	4	8

Q3. 7担当ケアマネジャーはキャンセル料について説明

はい	いいえ	無回答
33	17	9

Q4. 担当ケアマネジャーの訪問あるいは電話連絡は毎月あるか

はい	いいえ	無回答
32	21	6

Q5. 1担当マネジャーは計画どおりのサービス提供か確認した

はい	いいえ	無回答
44	6	9

Q5. 2担当マネジャーはサービスが心身状態等に適合かを確認

はい	いいえ	無回答
44	5	10

Q5. 3担当マネジャーは状況変化に合せケアプランを見直した

はい	いいえ	無回答
44	7	8

Q6. 1要介護認定の更新を行ったか

はい	いいえ	無回答
38	7	14

Q6X1. 1担当ケアマネジャーは要介護認定更新に手助けした

はい	いいえ	無回答
31	6	1

Q7. 1担当ケアマネジャーにサービスの要望・苦情を伝えたか

はい	いいえ	無回答
32	20	7

Q7X1. 1担当ケアマネジャーは親身に問題解決方法を考える

はい	いいえ	無回答
30	1	1

Q7X1. 2担当ケアマネジャーは迅速に対応してくれるか

はい	いいえ	無回答
30	1	1

Q8. 1担当ケアマネジャーの言葉やマナーはきちんとしている

はい	いいえ	無回答
54	1	4

Q8. 2担当ケアマネジャーは信頼できる人という印象か

はい	いいえ	無回答
54	0	5

Q9. 1現在利用の居宅介護支援サービスに対する満足度

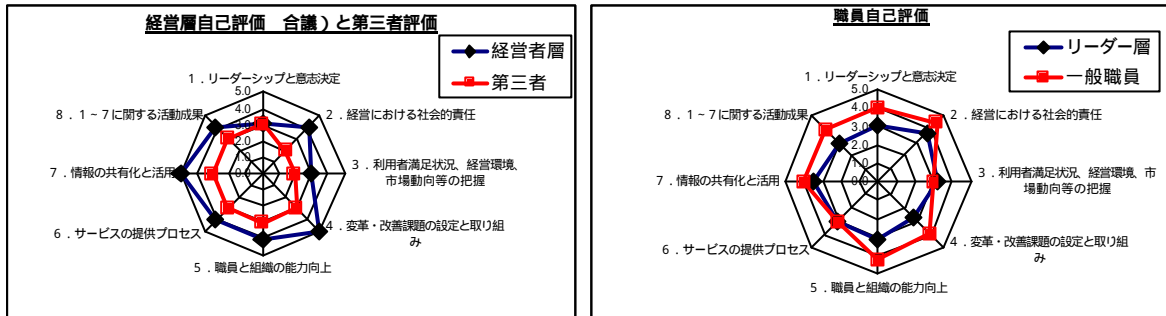
たいへん満足	満足	やや満足	どちらともいえない	やや不満	不満	たいへん不満	無回答
19	22	7	2	1	1	1	6

Q9. 3現在利用の居宅介護支援サービスを今後も利用したいか

ぜひ利用したい	利用したい	どちらともいえない	利用したくない	絶対に利用したくない	無回答
32	14	1	2	0	10

## (2) 事業者による自己評価結果

### ア 事業評価分析における評価

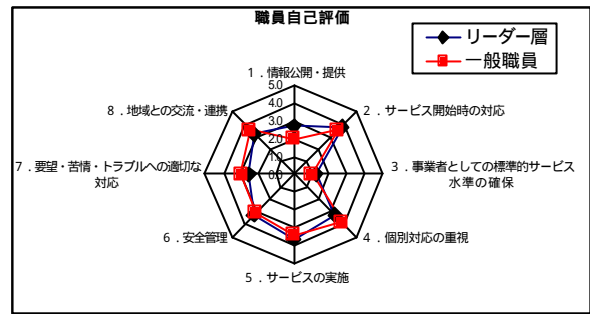
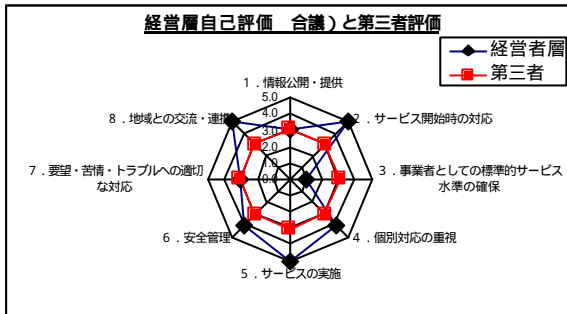


カテゴリー	評価項目	経営者層					第三者評価	
		自己評価	リーダー層		一般職員			
			自己評価	平均	自己評価	平均		
1. リーダーシップと意志決定	(1) 理念・ビジョンの作成と周知	3.0	3.0	4.0	3.0	4.0	4.0	3.0
	(2) 経営幹部の率先と統率	3.0		2.0		4.0		
	(3) 公正・適切なプロセスによる意志決定	4.0		3.0		4.0		
2. 経営における社会的責任	(1) 守るべき法・倫理等の徹底	4.0	4.0	3.5	3.8	4.0	4.5	2.0
	(2) 事業の継続性	5.0		4.0		5.0		
3. 利用者満足状況、経営環境、市場動向等の把握	(1) 利用者の意向・満足状況の把握	2.0	3.0	2.5	3.2	3.0	3.0	2.0
	(2) 経営環境、市場動向、利用者の意向等の情報収集	4.0		3.5		3.0		
	(3) 上記情報に基づく確かな状況把握	4.0		3.5		3.0		
4. 変革・改善課題の設定と取り組み	(1) 重点(変革)課題の設定	4.0	5.0	3.0	2.8	4.0	4.0	3.0
	(2) 重点(変革)課題の周知と実現に向けた取り組み	5.0		2.5		4.0		
	(3) 日常的業務プロセス改善への取り組み	5.0		2.5		4.0		
	(4) 中長期計画、年度計画の作成と実績評価	5.0		3.0		4.0		
5. 職員と組織の能力向上	(1) 理念やビジョンに適合した人材構成	5.0	4.0	3.5	3.1	4.0	4.3	3.0
	(2) 職員の個人別・計画的な能力開発	3.0		3.0		4.0		
	(3) 柔軟な組織編成と業務分担	5.0		3.0		5.0		
	(4) 職員満足の要因把握と支援	5.0		3.0		4.0		
6. サービスの提供プロセス	(1) 情報公開・提供	3.0	4.0	2.8	3.2	2.0	3.1	3.0
	(2) 利用開始時の対応	5.0		3.8		3.5		3.0
	(3) 事業者としての標準的サービス水準の確保	1.0		1.3		1.0		3.0
	(4) 個別対応の重視	4.0		3.3		3.8		3.0
	(5) サービスの実施	5.0		3.6		3.4		3.0
	(6) 安全管理	4.0		3.3		3.0		3.0
	(7) 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	3.0		2.5		3.0		3.0
	(8) 地域との交流・連携	5.0		3.3		3.5		3.0
7. 情報の共有化と活用	(1) 組織内外の情報収集と開示	5.0	5.0	3.5	3.5	4.0	4.0	3.0
	(2) 改善への情報の活用	5.0		3.5		4.0		
8. 1～7に関する活動成果	(1) リーダーシップと社会的責任の成果	4.0	4.0	2.0	2.9	4.0	4.0	3.0
	(2) 職員と組織の能力向上の成果	4.0		3.0		4.0		
	(3) サービス提供のプロセスの成果	3.0		3.0		4.0		
	(4) 経営指標における成果	4.0		3.5		4.0		
	(5) 利用者の満足度および要望や苦情への対応の成果	4.0		3.0		4.0		

\*経営者層のカテゴリー6.の自己評価は平均値を四捨五入した値

職員の自己評価は回答数の平均値

## イ サービスチェックにおける評価



サブカテゴリー	評価項目	経営者層					職員					第三者評価	
		経営者層		リーダー層		一般職員		リーダー層		一般職員			
		自己評価	平均	自己評価	平均	自己評価	平均	自己評価	平均	自己評価	平均		
1. 情報公開・提供	(1) 利用者が関心のある事項について、わかりやすく情報を公開・提供している	1.0	3.0	2.0	2.8	1.0	2.0	3.0	3.0	20	3.0		
	(2) 利用希望者の問い合わせには適切に対応している	5.0		3.5		3.0							
2. サービス開始時の対応	(1) 利用希望者には、誤解の無いよう分かりやすく説明している	5.0	5.0	4.0	3.8	3.0	3.5	4.0	4.0	35	3.0		
	(2) 利用に関し、事業者と利用者の合意を書面にしている	5.0		3.5		4.0							
3. 事業所としての標準的サービス水準の確保	(1) 居宅介護支援の基本的な業務について、分かりやすいマニュアル（標準書、手順書、手引書）が作成されている	1.0	1.0	1.0	1.3	1.0	1.0	1.0	1.0	10	3.0		
	(2) マニュアル活用やその他の取り組みにより、標準的なサービス水準確保のための実践がされている	2.0		1.5		1.0							
4. 個別対応の重視	(1) 被保険者の要介護認定等に依る申請について、申請の代行・援助等が利用者の要望や状況に応じて適切に行われている	5.0	4.0	4.0	3.3	4.0	3.8	4.0	4.0	38	3.0		
	(2) 担当者が交代する時にも介護に支障が生じないようにしている	4.0		3.0		4.0							
	(3) ケアマネジャーはマニュアルを守ったうえで、臨機応変な対応に努めている	2.0		2.5		3.0							
	(4) 利用者が居宅で日常生活を営むことが困難となった場合、サービス担当者や医療機関の意見を参考に適切な対応をとっている	5.0		3.5		4.0							
5. サービスの実施	(1) 指定居宅サービス事業者等に関する情報の収集・提供に努めている	5.0	5.0	4.0	3.6	4.0	3.4	4.0	4.0	34	3.0	3.0	
	(2) 介護保険外のサービスに関する助言を、利用者の要望や状況に応じて適切に行っている	5.0		4.0		4.0							
	(3) 適切なアセスメントを行っている	5.0		3.5		3.0							
	(4) 適切な居宅サービス計画を作成している	5.0		3.5		3.0							
	(5) 給付開始後、適切な対応を行っている	5.0		4.0		4.0							
	(6) 利用者の状態を分析し、効果的な居宅サービス計画となるよう調整している	4.0		3.0		3.0							
	(7) モニタリングを実施し、適切にサービス計画の見直し・変更を行っている	5.0		3.5		3.0							
	(8) プライバシーの保護、人権の擁護が徹底している	5.0		3.5		3.0							
6. 安全管理	(1) 居宅サービス計画に医療サービスを位置付ける場合、主治医等と連携した居宅介護支援を行っている	5.0	4.0	3.5	3.3	3.0	3.0	3.0	3.0	30	3.0		
	(2) 感染症、発作、けが等が発生した場合に適切な対応が行われるようになっている	3.0		3.0		3.0							
7. 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	(1) 利用者や家族がサービスについて意見や要望を表明し、苦情を訴えやすい仕組みができています	3.0	3.0	2.5	2.5	3.0	3.0	3.0	3.0	30	3.0		
	(2) 要望や苦情および日常のトラブルには適切かつ迅速に対応する仕組みができています	3.0		2.5		3.0							
8. 地域との交流・連携	(1) 介護保険施設等と連携して、退所・退院する要介護者等が居宅における生活に円滑に移行できるよう援助している	5.0	5.0	3.5	3.3	4.0	3.5	3.0	3.0	35	3.0		
	(2) 地域の高齢者の居宅サービスレベルの向上に、関係者として協力して取り組んでいる	5.0		3.0		3.0							

職員の自己評価は平均値

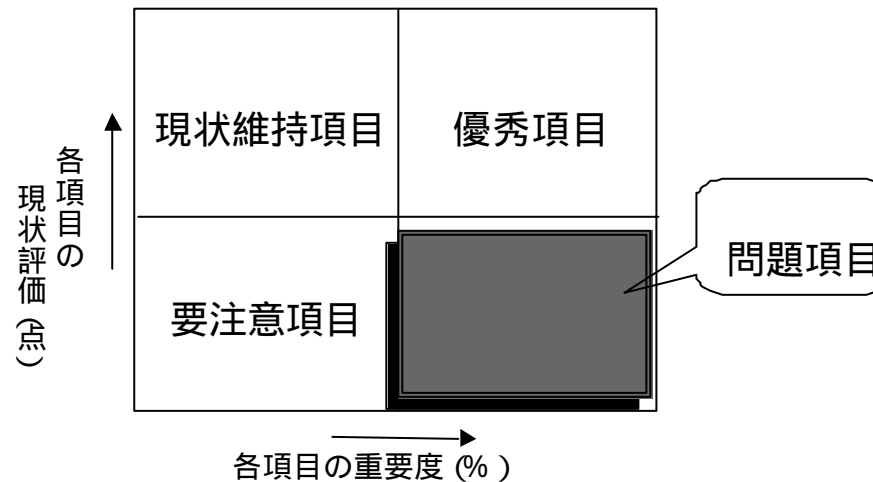
## ウ 分析マトリックスによる改善課題の提示

サービスチェックリスト、事業評価分析シートのそれぞれの項目から職員自身が認識している改善課題を抽出するため、以下に例示したマトリックスに基づき分析を行った。「重要度」と「現状評価」の2つの軸での分布状況を次ページ以降に図示した。

### 《分析マトリックス》

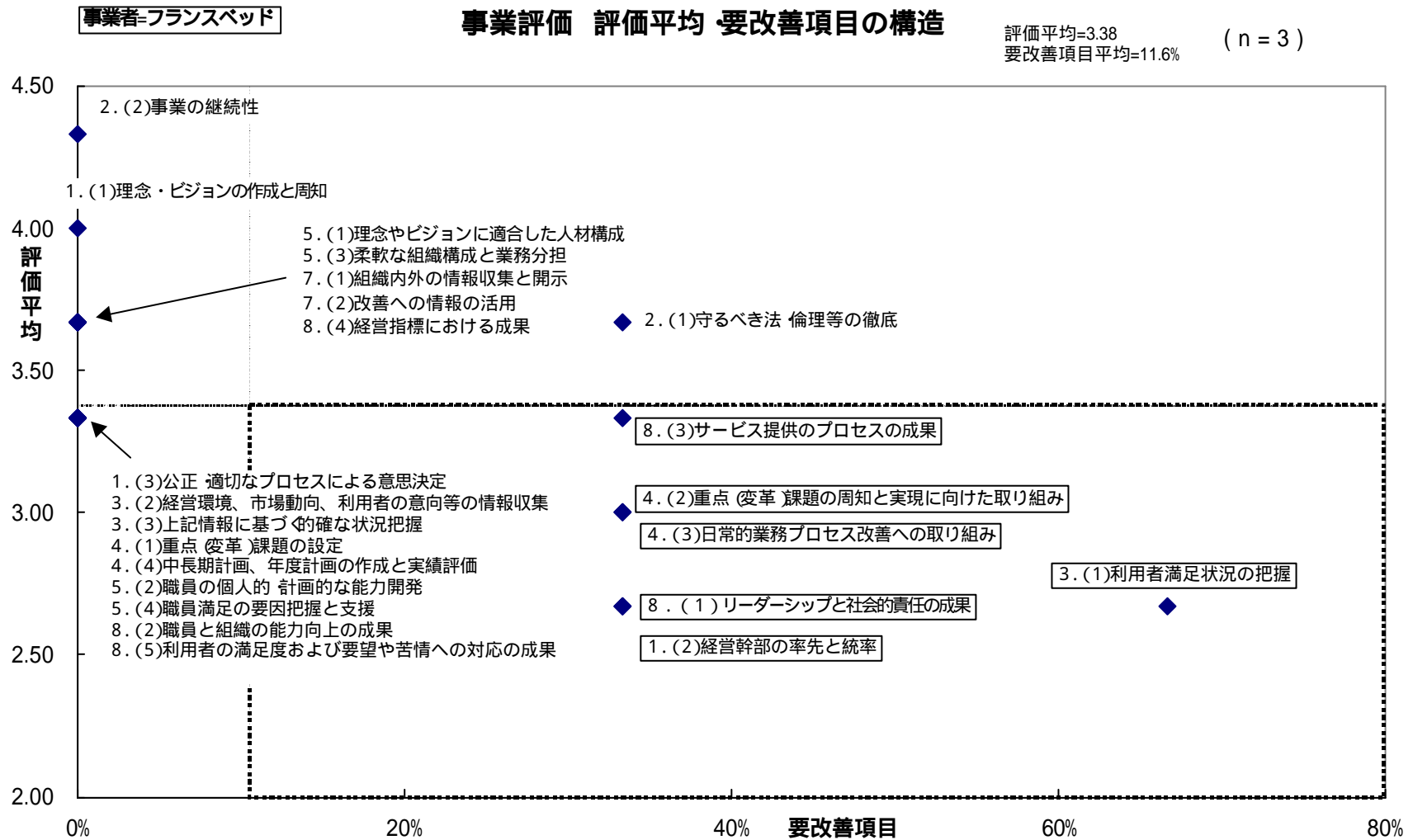
分析マトリックスは、各サービス関連、事業関連の項目の現状評価と項目の重要度について分析する手法である。

例えば、下図にあるように、横軸に項目の重要度(もっとも重要な項目は何か?)を縦軸に各項目の現状評価(項目の評価はどの程度か?)をとる。このマトリックス内に各項目の数値をプロットし、その分布状況から改善課題を抽出しようとするものである。





(ア) 事業評価分析

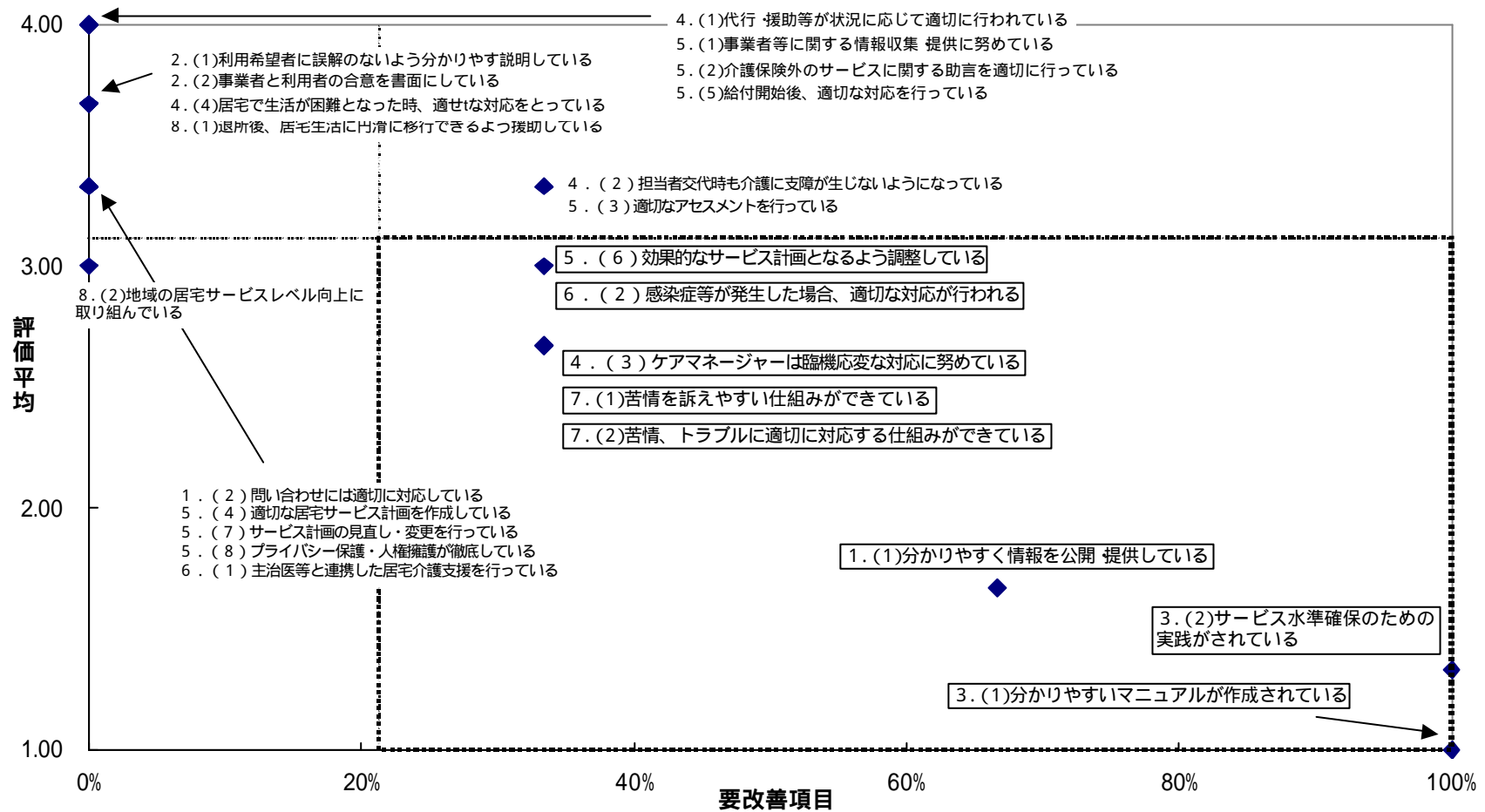


(イ) サービスチェックリスト

事業者=フランスベッド

サービスチェックリスト 評価平均 要改善項目の構造

評価平均=3.13  
要改善項目=20.8% (n = 3)



## - 5 サービス評価結果の公表

### 1 新宿区における公表方法

サービス事業者(所)を選択する利用者にとって「分かりやすく・選びやすい」ことを重視し、下記の結果を公表します。

#### (1) サービス評価機関の評価結果について

ア 事業評価、サービスチェック、サービスの実施の各項目について、5段階評価したレーダーチャート図及び星( )で評価した一覧表

イ 評価機関の評価対象サービス全体にわたる講評と各項目について評価判断指標となるコメント

#### (2) サービス利用者の満足度について

満足度についてのグラフ

#### (3) その他

ア 事業者(所)の基本情報としての事業プロフィール、周辺地図

イ サービス事業者(所)からのサービス改善計画

評価機関による評価対象サービスに関する総合的な評価と、現サービス利用者の意見を併記することで、2つの視点を考慮しながらサービス事業者(所)を選択することが可能となります。

また、点数化した評価をレーダーチャートで表記することで、瞬時にして事業者(所)の概要を捉えることができます。特に、区独自のチェック項目により評価された「サービスの実施」については、選択基準として大きなウエイトを占めるものと考えられます。

なお、評価結果はサービス評価を受審した事業者(所)の同意の上で公表いたします。

### 2 試行結果の公表

#### (1) 通所介護

・新宿区立中落合高齢者在宅サービスセンター

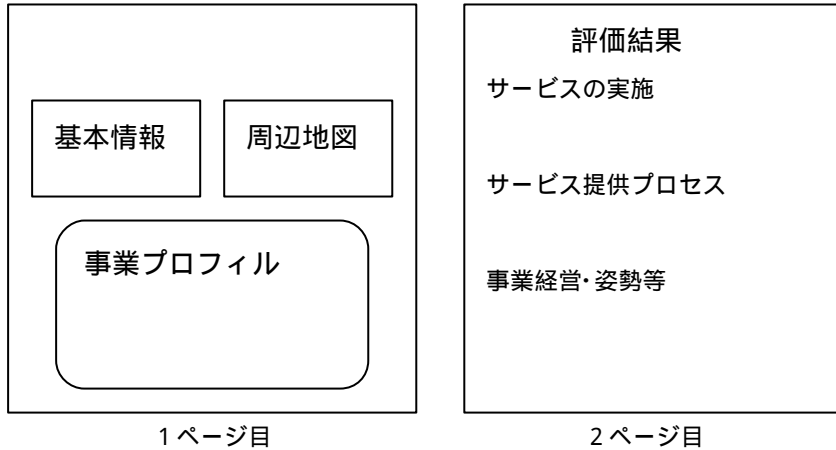
#### (2) 居宅介護支援

・新宿区北山伏在宅介護支援センター

・フランスベッドメディカルサービス株式会社新宿店

## 評価結果の見方

このサービス評価結果は、各事業者の対象サービスに関して下記の内容を掲載したものです。



### ・基本情報

住所や連絡先等事業者に関する情報です。

### ・事業プロフィール

事業者自身によるコメントのうち、事業所の特徴と思われる情報です。

### ・評価結果

評価機関による評価項目についての結果です。

評価に際しては、基準となる評価項目が設定されています。

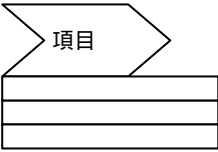
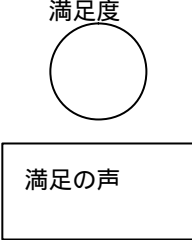
共通評価項目は大きく分けて、次の3つのジャンルからなっています。

- 1、サービスの具体的内容に関する「サービスの実施評価」項目
- 2、サービス全体についての提供状況に関する「サービス提供プロセス評価」項目
- 3、サービス事業者としての姿勢(方向性)に関する「事業経営・姿勢等評価」項目

各々のジャンルに評価すべき項目が複数用意されており、各々について、評価機関が評価基準( )に基づいて5段階評価した結果を掲載しています。

評価基準とは下記のとおりです。

- 他の施設の模範になると自負できる(全国からも注目)
- 適切かつ積極的に行なっている(地域内の目標)
- 適切に行なっている
- 適切さにやや欠ける
- 適切ではない(改善すべき点が多い)

<p>評価講評</p> <p>特に良いと思われる点</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>項目</p> 	<p>利用者調査結果</p> <p>満足度</p> 	<p>サービス改善計画</p> <p>改善課題</p> <p>↓</p> <p>具体的取組</p>
3 ページ目	5 ページ目	11 ページ目以降	最終ページ

### ・ 評価講評

評価機関が事業所の対象サービス全体について良い点と改善点について3つづつ挙げています。

### ・ 評価項目講評

2 ページ目の『評価結果』の各項目についての評価判断です。  
詳細は下欄をご覧ください。

### ・ 利用者調査結果

サービス利用者に対しアンケート調査をした結果です。アンケート調査内容は多岐にわたりますが、ここでは「満足度」と「利用者の声(満足、不満足、意見要望等)」を載せています。

### ・ サービス改善計画

評価機関の結果に対して事業者が自ら改善すべきであると考えた課題及び課題解決の具体的な取り組みをそれぞれ3点づつ挙げています。

### ・ 評価項目の詳細

『評価項目』には、その項目を確認するためのポイントがあります。

「サービスの実施評価」は具体的なサービス内容が評価項目となっています。「サービス提供プロセス評価」と「事業経営・姿勢等評価」の各項目に関しては、表現が抽象的で理解しにくいと思われるので、項目確認のポイントを掲載いたします。

なお、「サービス提供プロセス評価」については、提供サービスの種類毎に若干違いがありますので、併記いたします。

「サービス提供プロセス評価」（居宅介護支援用）

評価項目	項目確認のためのポイント
1 情報公開・提供	分かりやすく情報を公開・提供している
	問い合わせには適切に対応している
2 サービス開始時の対応	利用希望者に誤解のないよう分かりやすく説明している
	事業者と利用者の合意を書面にしている
3 標準的サービス水準の確保	分かりやすいマニュアルが作成されている
	サービス水準確保のための実践がされている
4 個別対応の重視	代行・援助等が状況に応じて適切に行われている
	担当者交代時も介護に支障が生じないようになっている
	ケアマネジャーは臨機応変な対応に努めている
	居宅で生活が困難となった時、適切な対応を取っている
5 安全管理	主治医等と連携した居宅介護支援を行なっている
	感染症等が発生した場合、適切に対応する仕組みがある
6 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	苦情を訴えやすい仕組みができています
	苦情・トラブルに適切に対応する仕組みができています
7 地域との交流・連携	退所後、居宅生活に円滑に移行できるよう援助している
	地域の居宅サービスレベル向上に取り組んでいる

「サービス提供プロセス評価」（通所介護用）

評価項目	項目確認のためのポイント
1 情報公開・提供	分かりやすく情報を公開・提供している
	利用希望者の見学を積極的に受け入れている
2 サービス開始時の対応	利用希望者に誤解のないよう分かりやすく説明している
	事業者と利用者の合意を書面にしている
3 標準的サービス水準の確保	分かりやすいマニュアルが作成されている
	サービス水準確保のための実践がされている
	スーパーバイザーによる職員へのアドバイスがある
4 個別対応の重視	代行・援助等が状況に応じて適切に行われている
	担当者交代時も介護に支障が生じないようになっている
	ケアマネジャーは臨機応変な対応に努めている
	居宅で生活が困難となった時、適切な対応を取っている
5 安全管理	感染症や怪我等リスクに対して適切な対応が行われている
	火災、地震等に対して適切な対応が行われている

6 要望・苦情・トラブルへの適切な対応	苦情を訴えやすい仕組みができています
	苦情・トラブルに適切に対応する仕組みができています
7 地域との交流・連携	地域との交流を深める努力を行っている
	地域の人々が学べる場となるよう努力している
	介護保知識や技術を地域に普及する努力を行っている

### 「事業経営・姿勢等評価」(共通)

評価項目	項目確認のためのポイント
1 リーダーシップと意思決定	理念・ビジョンの作成と周知
	経営幹部の率先と統率
	公正・適切なプロセスによる意思決定
2 経営における社会的責任	守るべき法・倫理等の徹底
	事業の継続性
3 満足状況、経営環境、市場動向等の把握	利用者満足状況の把握
	経営環境、市場動向、利用者の意向等の情報収集
4 変革・改革課題の設定と取り組み	重点(変革)課題の設定
	重点(変革)課題の周知と実現に向けた取り組み
	日常的業務プロセス改善への取り組み
	中長期計画、年度計画の作成と実績評価
5 職員と組織の能力向上	理念やビジョンに適合した人材構成
	職員の個人的・計画的な能力開発
	柔軟な組織構成と業務分担
	職員満足の要因把握と支援
6 情報の共有化と活用	組織内外の情報収集と開示
	改善への情報の活用
7 上記に関する活動成果	リーダーシップと社会的責任の成果
	職員と組織の能力向上の成果
	サービス提供のプロセスの成果
	経営指標における成果

評価対象サービス...通所介護

## 新宿区立中落合高齢者在宅サービスセンター

運営主体：社会福祉法人 新宿区社会福祉事業団

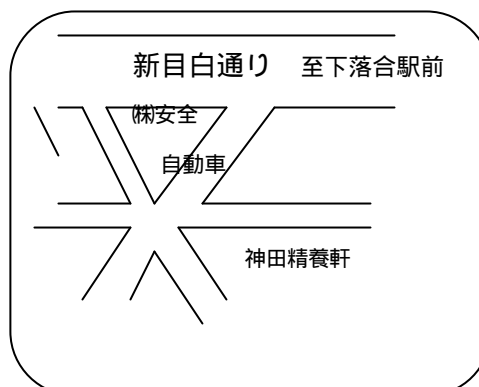
住所：新宿区中落合1-7-1

電話：(5982)8741

ファックス：(5982)8743

メールアドレス：

所長：尾高 茂



### 事業プロフィール

(事業者自身が記入したものです)

#### 1. 当該事業の職員体制

・人数 常勤 10名 非常勤 3名

#### 2. 併設して実施しているサービス

・在宅介護支援センター

#### 3. 他事業所と比較して優れている点

##### (人的サービス面)

- ・ご利用者の状態に即した温かい接遇
- ・変化に富んだアクティビティへの対応
- ・あきのこないメニューを適温で提供

##### (施設・設備面)

- ・プライバシーや臥床が保てる場所
- ・庭のある静かな環境
- ・広く清潔感あふれる浴室

#### 4. 事業所が大切にしていること

- ・プライバシー、基本的人権の尊重
- ・利用者のニーズに対応した個別援助と良質のサービスの提供
- ・安心してくつろげる場の提供

#### 5. サービス提供能力

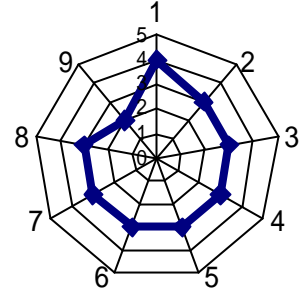
サービス提供能力に余力があり、希望者があれば受け入れたい



評価機関名( )

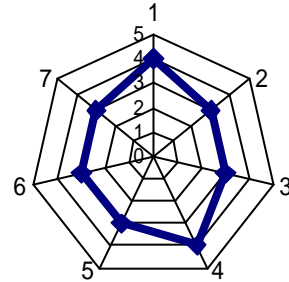
### 『サービスの実施』の評価

1. 送迎に関する適切なサービス.....
2. アクティビティに関するサービス.....
3. 機能回復・維持のための配慮・訓練.....
4. おいしい食事を楽しめる工夫.....
5. 入浴に関する適切なサービス.....
6. 排泄・健康管理・服薬等のサービス.....
7. 快適さの確保・自主性の尊重.....
8. プライバシー確保.....
9. 家族との緊密な交流・連携.....



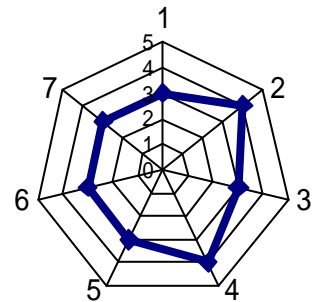
### 『サービス提供過程』の評価

1. 情報公開・提供.....
2. 利用開始時の対応.....
3. 標準的サービス水準の確保.....
4. 個別対応の重視.....
5. 安全管理.....
6. 要望・苦情等への対応.....
7. 地域との交流・連携.....



### 『事業経営・姿勢等』の評価

1. リーダーシップと意思決定.....
2. 経営における社会的責任.....
3. 利用者満足などの把握.....
4. 課題等の設定と取り組み.....
5. 職員と組織の能力向上.....
6. 情報共有化と活用.....
7. 上記に関する活動成果.....



### 評価基準

- 他の施設の模範になると自負できる(全国からも注目)
- 適切かつ積極的に行なっている(地域内の目標)
- 適切に行なっている
- 適切さにやや欠ける
- 適切ではない(改善すべき点が多い)

# 評 価 講 評

## 特に良いと思われる点

### 1 【利用者の拡大努力】

( 1 )介護保険制度になってから 30 人定員の設備をそのまま 45 人定員に切り替えて事業を実施していることから、ハード、ソフトの両面に亘って不都合( 人事、設備等 )があり定員どおりの利用者の確保に苦慮しているが、本年度から 40 名程度の利用者確保し採算ベースの維持に努めている。

( 2 )利用率アップのために職員等の意見を取り入れた種々の取組み( 相談業務の即時対応、送迎車に P R のステッカー貼り、介護教室への呼び掛け等 )がなされておりその効果が見られている。

### 2 【管理者のリーダーシップの発揮】

( 1 )管理者の改革へのリーダーシップの発揮により徐々にその成果が見られるようになってきている。特に本年 4 月に大幅な人事異動がなされたこと、サービス現場の要のポストに行動力のある職員を配置することが出来たこと等で施設全体に積極的な取組みの雰囲気が生れて来ている。

( 2 )朝夕のミーティングの実施、サービスマニュアルを全体の議論を積み重ねて作成、センター便りの発行等全体的な意思統一への対応の向上が見られる。

### 3 【個別対応の充実】

利用者アンケートによると、殆どの方が施設の雰囲気の良いさを感じており良好な評価を受けている。特に施設の清潔さ、食事、多様なアクティビティー、送迎者への朝の電話呼掛け等個別支援にも工夫が見られ利用者の満足度が高くなっている。

## 特に改善を要すると思われる点

### 1 【職員自己評価の活用】

職員自己評価によると、リーダー層と職員間にかなりの乖離が見られる項目があるが、これは現状の運営体制の不備への表明なのか、自分たちの対応不足への反省なのか見極めがたい。リーダー層と職員では担当業務と責任範囲が異なることから、評価が分かれることは考えられるが、職員間に、施設運営の基本事項の理解とその対応への意識の整合性をさらに高めていくことが期待される。

### 2 【施設経営の特色の強化】

(1) 新宿区社会福祉事業団としては、従来の措置制度から利用契約制度に変わった事により新しい理念やビジョンを打出しているが、施設レベルにまでのブレイクダウンは弱い面が見られる。利用者サイドの視点を重視した競争原理が機能することへ取組み方針を一層明確化して行くことが期待される。

特に、事業団全体として取組む分野（設備整備、人事異動、給与体系、利用エリア等）と、各事業所の特性を生かした独自性が発揮できる分野（運営態勢、PR、提供サービスメニュー、地域との連携等）について柔軟な発想とその具体化が期待される。

(2) 利用契約制度下における経営理念の確立や効率化の他、利用者への適切な情報の提供、サービスの質の向上、外部評価手法の活用（第三者評価等）、苦情処理のルール化等により、良質な基本的サービスの提供に取組み、さらに特色ある個別的なサービスの提供による利用者満足度の向上に重点的に取組むことが期待される。

### 3 【利用者調査結果の活用】

(1) 施設と家族との連携には連絡帳等の活用がなされているが、利用者アンケートによると、利用者の施設利用時の状況をもっと知りたがっており、重要なサービス項目でもあるので、さらに有効な方法の検討が待たれる。

(2) センター内外に向けてのPR資料が種々あるが、いずれも理解度、注目度に欠けるきらいがある。これらは、利用者等に理解を得るための媒体としての重要性が高い。現在この種のものの製作技術はかなり簡易化され、安価に作成が可能なので、施設の特色等について一層良質な情報提供に取組んでいくことが期待される。

(3) 利用者調査によると、興味や関心を呼ぶプログラム不足を感じている利用者が23%いる。プログラム数はかなり多いことから、その数の不足でなくそれらが希望どおり利用できているかの問題と考えるので、内容の充実と合わせ効果的な運用への取組みが期待される。

## 『事業経営・姿勢等』項目

### 1 リーダーシップと意思決定

基本方針などの職員に対する浸透状況は、間接的ではあるが、計画書の書き方や報告の仕方などで判断している。

施設長は、一年間をかけて職員にデイサービス日誌の意義を理解させたように、リーダーシップが発揮されている。

事業団内の一組織体としての位置づけに制約が多くあることから、当センターの理念が明確に確立されていない。

契約社会での競争力発揮に必要な、人事、報酬、システム等が新しい体制になっていないきらいがある。

管理者から所内の意思決定に必要な情報が発信されているが、個々の職員への浸透の確認が不十分であり一方通行に終わっている面が伺える。

### 2 経営における社会的責任

マニュアル作成を全体で取り組む等ボトムアップによる提案機能が発揮されつつあり、個々に評価できる活動が見られ職員の意識改革の兆しがある。

管理者には積極的な取り組み姿勢が見受けられるが、職員への浸透の面では不十分なものがある。

### 3 利用者満足状況、経営環境、市場動向等の把握

朝夕の職員間でのミーティングの励行は、利用者についての情報交換をはじめ、諸連絡、報告がタイムリーに行われている。

季刊のセンター便りを発行することで各方面への情報提供が図られている。

利用者の掘り起こしの努力（送迎車の広告やケアマネジャーとの連携など）により利用者増が図られているが、更なるニーズ把握のため、たとえば利用者状況調査等を行う必要がある。

### 4 変革・改善課題の設定と取り組み

利用者へのサービスの向上を目指し、事業団全体での議論を受けて7つのテーマの中から個別テーマを設定しての取り組みがなされている。

具体的には、調理外注、利用時間の延長、利用日2日の枠を外す等の課題に前向きに取り組まれている。職員会議や区内のケアマネジャー会議・地域看護師会議など、重点課題検討のための情報収集に役立つ機会が機能している。

## 5 職員と組織の能力向上

職員の有資格者が異動に伴い減少したものの、臨時職員に有資格者を多くし、サービスレベルの維持に努めている。

人事意向調査は書面で行われているが、さらに面談方式等を取り入れて、職員意識をより把握していくことも考えられる。

職員の資格取得意欲を高めるための何らかの資格取得促進策が必要と思われる。

職員個々が自らの課題が持てるようにアドバイスが必要である。職員が公平に外部研修などを受けられるとともに、研修報告で職場内での共有化が図られている。

## 6 情報の共有化と活用

職員の自由回答には“記録”に対する高い評価があるように、日々の活動は業務日誌や会議記録などで情報の共有化が進められている。

事業所の収支状況が職員に伝えられており、情報公開の取組みが進んでいる。制度改正や区の動向など特に大切と考えられている情報は、ファイルされるとともに口頭での伝達も行なわれている。

## 7 1～7に関する活動成果

過去1年間の管理者の積極的なリードによる取組みの成果が徐々に現れてきている。

具体的な成果としては、利用率の向上、サービスの充実（食事、行事等）、家族会の開催、センター便りの発行等がある。

施設運営の評価には、管理者と職員の認識に乖離がみられる。

## 『サービス提供過程』項目

<b>1 情報公開・提供</b>
相談業務は、利用者のニーズに対応出来るように所長を含めた3人体制を取っている。
職員からの提案で、送迎車の後方窓に「利用者募集」の広告を掲示して集客を図っており、ドライバーや添乗員に問い合わせる人も出て来ている。
情報提供の資料として季刊のセンター便りを発行し、ケアマネジャーにも送付するとともに、利用の空き状況も伝え、パイプ作りに努力をしている。(相談員が元ケアマネジャーであることも強みになっている)
内外への情報提供に工夫が見られるが、十分な効果を収めるまでに至っていない。
<b>2 利用開始時の対応</b>
相談員も営業活動の一端を担うという意識で、利用希望者には他の職員を伴い迅速に訪問しており、成約率は6割を超え、事業団内の5センターのトップとなっている。
開始時等に説明する資料は、単純な施設やサービスの紹介に止まり十分なものが用意されていない。ビジュアルを効果的に使い、利用者、家族に分かりやすく、親しみの持てる内容のリーフレットにする検討が必要である。一度しっかりした広報資料を作れば、後は加除の手直しでの対応が可能であろう。
<b>3 事業所としての標準的サービス水準の確保</b>
朝夕のミーティングで実施水準の統一化を図っている。
送迎時に適切な対応が出来るよう運転手も含め支障が生じないように注意を喚起している。
見学者の意見から、施設の雰囲気、職員の資質の強化方向が見られることが確認されている。
14年7月に4ヶ月の全体議論を経てマニュアルが作成されており、他の施設から参考にしたいという申し出もある。しかし、内容面では上記の説明資料と同様に分かりやすさという視点からの見なおしが望まれる。また、接遇というようにやや抽象的なマニュアルの捉え方をしており、標準的なケアより臨機応変なケアを目指しているようである。
<b>4 個別対応の重視</b>
利用者調査での満足度は全体的に高い水準であり、自由回答にもこうした声が多い。
職員の自由回答にもあるように、記録に対する取組みの重視は評価されている。
マニュアルは技術的な面が中心なので、個別的な対応はミーティングで検討するように心掛けている。

	マニュアルは、ベテラン職員のノウハウが集約されたものといえるが、経験の浅い職員への教育面での実践はまだ不十分なようである。
	利用者の利用時の状況の情報伝達に、連絡帳の個別性を加味した有効活用が望まれる。
<b>5 安全管理</b>	
	防災、感染症対策等への対応マニュアルが作成されており、適切に対処されている。
	感染症は、開所以来 5 年間発生していない。
	事業団内のセンター間のネットワーク化などで、予防の効果を高めることに繋がることと考えられる（例：事故発生警報連絡など）
<b>6 要望・苦情・トラブルへの適切な対応</b>	
	トラブルには、職員間の朝夕のミーティングにより検討し対応するよう留意されている。
	利用者同士の良好な関係を保つため、細かな配慮を行なっている（例：送迎車内での席順や組合せ）
	利用時間の延長希望が強いことが把握されていて、実現化に向けた検討が予定されている。
<b>7 地域との交流・連携</b>	
	介護教育が定期的に行なわれており、特に区の各種の広報に介護教室の開催を掲載するとかなり広域からの反応がある。
	場所がないこと、利用者と外部の者との接触は日中しかできないことの制約があるが、老人会などの利用の便宜が図られている。
	祭りには子供神輿がやってくるなど、地域との交流は図られているが、地域の理解度が低いこともあり交流は低調である。
	地域の拠点としての意義は大きいので、今後地域の交流強化に向けての取り組みが必要。

## 『サービスの実施』項目

<b>1</b>	<b>送迎に関して利用者の立場を考えて適切なサービスを行っている</b>
	利用者からは 86%の高い評価があり、日頃の対応は良好である。
	利用者には殆ど家族がいるので特別な問題はないようだ。来所をしづる利用者には朝の電話コールで呼びかけている。
	ドアツードアの導入希望が自由回答に多いので今後検討が必要
<b>2</b>	<b>アクティビティに関する適切なサービス</b>
	職員からの新しい企画提案（ビデオを使い“模擬衛生中継”の放映）などの沢山のメニューがあり好評である。
	面接時にニーズを把握し、麻雀などを取り入れて個別対応の充実を図っている。
<b>3</b>	<b>身体機能回復・維持のための配慮・訓練</b>
	機器を使わない訓練を中心にしている。機器を使った訓練は危険なので実施していない。
	利用者アンケートからは、リハビリテーションが活動内容から無くなった事を残念がる声がある。利用者のニーズは多いと思われるので今後の対応策の検討が必要。
<b>4</b>	<b>おいしい食事を楽しく食べられる工夫</b>
	今年度から調理を外部委託方式にしたが特に問題はない。
	食事介護が必要な利用者は 2～3名で特に問題はない。
	利用者からは非常に高い水準のサービスとの評価がある。
	残さい調査でメニューの改善を図っているが、栄養士が替ってから間もないためか、野菜を残す人への対応や、同じ食材が続いて利用者の飽きを招くなどの改善を要する点が散見される。
<b>5</b>	<b>入浴に関する適切なサービス</b>
	浴槽は広いが脱衣室が狭いという施設面での制約があること、人手不足から対応出来る人数に限界があること等から入浴者が少ない。
	利用者が少ないので個浴が実現しており、その利用者の満足度は高い。

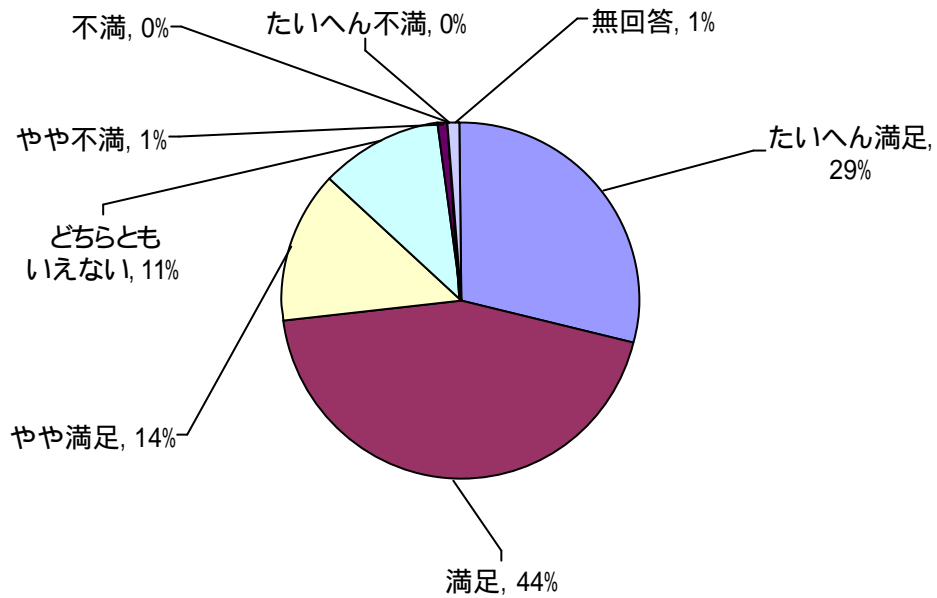


	入浴希望者はかなり多いと思われるので、脱衣室の工夫、送迎時間の変更（サービス時間の延長）などの工夫による利用者の増が望まれる。
<b>6 排泄、健康管理、服薬等での適切なサービス</b>	
	トイレの数が少し足りない。
	排泄介助が必要な利用者は2～3割を占めるが特に問題はない。
	理学療法士等による介護教室は受講者の納得度も高いので、今後の充実を図るメニューの一つであろう。
<b>7 快適さの確保・自主性の尊重</b>	
	特に問題はない。
<b>8 プライバシーの確保、人権の擁護の徹底</b>	
	トラブルは殆どないが、まれに利用者同士のトラブルがあるときは、利用日の変更等で個別に対応している。
	いやな思いをした利用者は1割と少ないが、その4割近くが職員の対応に不満を訴えているのでその内容の検証が必要である。
<b>9 施設と家族との緊密な交流・連携</b>	
	季刊紙の発行、連絡帳の活用等で家族との連携に努めている。
	家族との個別的な情報交換は不十分なところがあり、今後工夫を要する。
	家族調査結果では、連絡帳の活用が不十分なためか、利用者の様子があまり伝わっていないとするものが72%ある。
	介護方法などに対する助言を得たいとするものが63%ある。

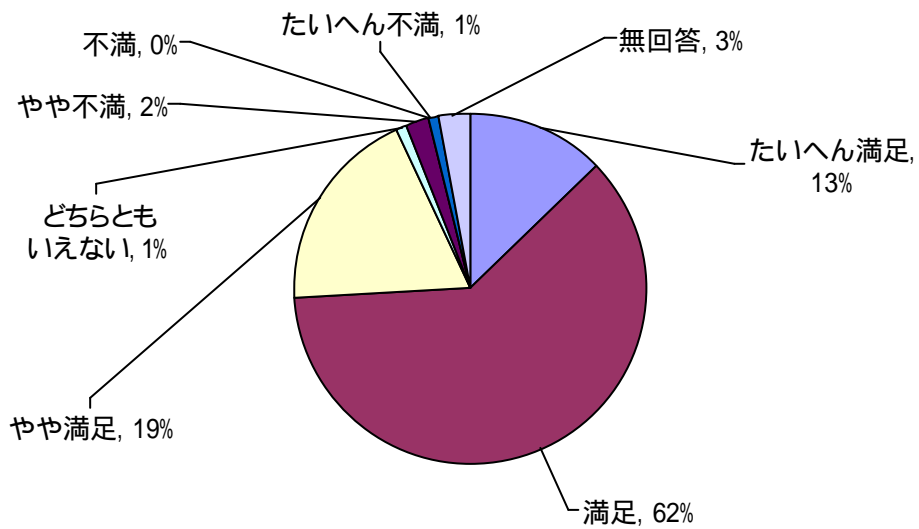
# 利用者調査結果

## サービスを利用しての満足度

本人 (n=111)



家族 (n=112)



満足の声


不満足の声


その他意見・要望


# サービス改善計画

## 今年度の改善課題

- 1 .
- 2 .
- 3 .

## 来年度の改善目標

- 1 .
- 2 .
- 3 .

## 事業者からのコメント

・

## サービス評価機関についての感想

・

評価対象サービス...居宅介護支援

## 新宿区北山伏在宅介護支援センター

運営主体：社会福祉法人 アゼリヤ会

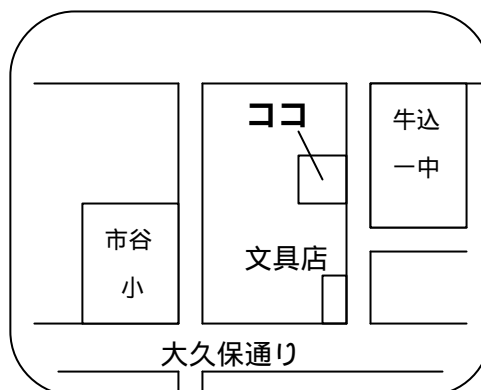
住所：新宿区北山伏 2-12

電話：(3266)0753

ファクス：(3266)0764

メールアドレス：kaigo09@m08.alpha-net.ne.jp

所長：下地 清文



### 事業プロフィール (事業者自身が記入したものです)

- 1. 当該事業の職員体制**
  - ・人数 常勤 4名
- 2. 同一敷地内(又は同一建物内)で実施している同一運営主体のサービス**
  - ・特別養護老人ホーム
  - ・併設型通所介護
  - ・痴呆専用施設型通所介護
  - ・在宅介護支援センター
  - ・短期入所生活介護(ショートステイ)
- 3. 他事業所と比較して優れている点**

(人的サービス面)

  - ・現場経験豊富な職員による専門性の高い対応(困難ケースの積極的受入)
  - ・フットワークのよさ
  - ・必要に応じてすぐサービスを導入するなどの迅速な対応

(施設・設備面)

  - ・68㎡の福祉機器展示場を併設している
  - ・特別養護老人ホームと通所介護事業所を併設している
  - ・利用者のプライバシーを保てる相談場所
- 4. サービス提供能力**

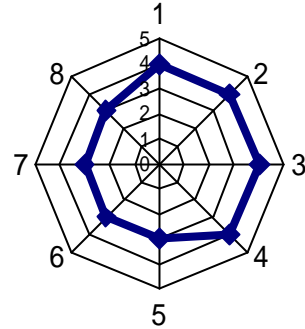
ほぼサービス提供能力に見合った利用人数で待機者はほとんどいない
- 5. 今後の見通し**

サービス提供能力を拡大する計画はないが、ほぼ現在のサービス提供能力に見合う利用者数は維持できると思う

評価機関名( )

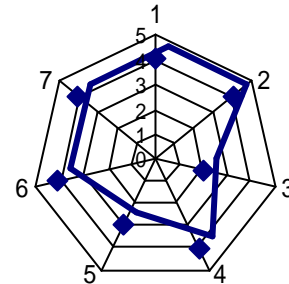
### 『サービスの実施』の評価

1. 指定居宅サービス事業者など情報収集...
2. 介護保険以外のサービスの助言.....
3. 適切なアセスメント.....
4. 適切な居宅サービス計画.....
5. 給付開始後の対応.....
6. 効果的なサービス計画の調整.....
7. 適切なサービス計画の見直し.....
8. プライバシー確保.....



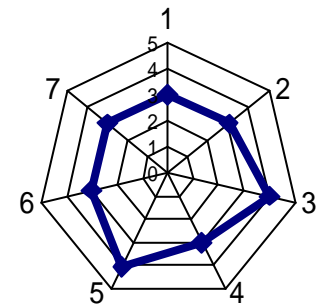
### 『サービス提供プロセス』の評価

1. 情報公開・提供.....
2. 利用開始時の対応.....
3. 標準的サービス水準の確保.....
4. 個別対応の重視.....
5. 安全管理.....
6. 要望・苦情等への対応.....
7. 地域との交流・連携.....



### 『事業経営・姿勢等』の評価

1. リーダーシップと意思決定.....
2. 経営における社会的責任.....
3. 利用者満足などの把握.....
4. 課題等の設定と取り組み.....
5. 職員と組織の能力向上.....
6. 情報共有化と活用.....
7. 上記に関する活動成果.....



### 評価基準

- 他の施設の模範になると自負できる(全国からも注目)
- 適切かつ積極的に行なっている(地域内の目標)
- 適切に行なっている
- 適切さにやや欠ける
- 適切ではない(改善すべき点が多い)

# 評 価 講 評

## 特に良いと思われる点

### 1 【フットワーク良く的確な利用者対応】

1 度問い合わせがあったケースの情報を記録し、個人ファイルとして蓄積・整理され、シフト勤務であってもいつでもどの担当者でも即対応できる体制になっている。また、「心身の状態などの把握」「本人・家族の意見の把握」に対する利用者の評価は94%と高く、実情を的確にとらえファイルに記述していることなどが的確な対応につながっている。いつでもフットワーク良く、的確な対応は利用者に大きな信頼と安心感を提供していると考えられる。

### 2 【豊富なサービス情報と高齢者支え合いネットワークの充実】

平成6年開設当初から事業所情報(病院・地域センター・介護サービス事業者など)を収集・整理してきている。さらに開設当初から高齢者支え合いのための「あかね周辺地域サポートネット」づくりに着手し、職員が講師を担当する介護技術等の講習会など、メンバーの能力向上・継続的な意識の醸成が行なわれ、現在では「話し相手や簡単な家事手伝い」とともに「軽い痴呆症状の方の遠くからの見守り」などが行なわれている。これらの充実した基盤のもとに、利用者個々のニーズに即した多様なサービスが可能となっている。

### 3 【経験豊かで前向きなチームワーク力の発揮】

上記「個人別ファイル」や「あかね周辺地域サポートネット」づくり、最近では「実習生対応」や「展示用品の入れ替え」「高齢者世帯・独居世帯支援マップ(仮称)作成」「業務マニュアルづくり」など、その時点で必要なことに的確に気づき、迅速に対応してきている。福祉系と医療系など個性ある職員が、長期にわたり経験を積み重ねるとともに、常に前向きな姿勢でチームワーク良く着実に活動してきたことが、このような独自の成果に大きく寄与しているものと考えられる。

## 特に改善を要すると思われる点

### 1 【業務マニュアルの充実と積極的な活用の推進】

「個人別ファイルの活用」や「関連事業所情報の収集」「あかね周辺地域サポートネット」など、多くの当事業所独自のノウハウが蓄積されてきている。さらなる職員応力の平準化や異動への対応、ノウハウの逐次蓄積、他の支援センター併設事業所への普及などに向けて、業務のマニュアル化が必要な時期にきている。既にその必要性に気づき第一版を作成済みであるが、今後は作成された第一版の充実を図るとともに、その活用方法(職員育成やボランティア研修などへの活用、逐次改定のしくみづくりなど)を検討することが必要と考えられる。

### 2 【事業所の方向性・目標の再確認と関係者との共有】

利用者の意向や介護制度の変化、支援センター併設の第一号事業所としてのリーダー的役割への期待の高まりなど、取り巻く環境の変化が予想される中で、さらなる充実を目指すために今まで以上に多様な関係者との相互理解や協働が必要になってきていると考えられる。区の事業としての位置づけや法人・あかね苑などとの関係から再度事業の方向性や到達目標などを確認し、関係者(利用者・あかね周辺地域サポートネットの方々・新宿区・法人・あかね苑など)と共有を図るための取り組みが有効と考えられる。

### 3 【さらなる安心感・信頼感向上のための利用者に認識されやすい対応への配慮】

利用者調査結果において「毎月の連絡や訪問」は67%であった。少なくとも電話又は訪問で事業者側としては行なっているという事実からすると、利用者の意識の中にどれだけ残るかといった要因も想定される。実際に利用者に確認してみるなどして要因を明確にするとともにより印象に残る連絡を実現することで、さらなる安心感を利用者に提供することが可能になると考えられる。同様のことは「要望等のプランへの反映」などにもみられる。より利用者に安心感・信頼感を持っていただけるように、実行している事が良く理解し認識していただけるような見直しと取り組みが望まれる。



## 『サービスの実施』項目

1	<b>指定居宅介護サービス事業者等に関する情報の収集・提供に努めている</b>
	<p>平成6年の開設当初の関係機関の情報収集と継続的な区内のケアマネジャーや事業者とのネットワークから得られる情報が有効に活用されている。</p>
	<p>上記に関連し、医療関係者との連携・区外事業所との連携は改善余地がみられる。</p>
	<p>利用者への情報提供など、上記の豊富な情報をもとに併設施設の情報に偏ることなく行なわれている。したがって、所属する法人やあかね苑の中での当事業および当事業所の位置づけを常に明確にしておくことが有効と考えられる。</p>
2	<b>行政サービス、生活支援サービス、住民参加型福祉サービス、ボランティア活用等の介護保険外のサービスに関する助言を利用者の要望や状況に応じて行なっている</b>
	<p>介護保険外の情報は平成6年設立から継続して豊富に蓄積されてきている。</p>
	<p>特に地域の高齢者支え合い組織である「あかね周辺地域サポートネット」は有効に機能しており、不足しているサービスについては当ネットを通じて協力者を求めるなどの取り組みが行なわれている。</p>
3	<b>適切なアセスメントを行なっている</b>
	<p>職員は全員現場経験があるとともに支援センター事業での経験をベースに現場訪問が行なわれ、利用者本人の意向や生活などの実情が把握されている。</p>
	<p>アセスメント事例を確認したところ、関わりの早い段階から本人の状況と次につながる必要な指摘が的確に記入されており、アセスメント能力の高さが認められた。</p>
	<p>現在、最初の聞き取りシートは一般的なものを用い、アセスメント結果は個人ファイルに時系列的に記述されている。職員自身実施方式の模索を行なっているところであるが、最初のシートに診断名とともに障害状況を記入する欄を設けるなど、必要に応じ区や研究者との協働でのアセスメント方式や記入フォーマット開発も有効と考えられる。</p>
4	<b>適切な居宅サービス計画を作成している</b>
	<p>利用者調査結果において、「心身の状態などの把握」「本人・家族の意見の把握」とともに94%と高く、実情が的確に把握されていることが利用者に認められている。</p>
	<p>記入事例を確認しても実情に応じた詳細で的確に指摘されていたが、利用者調査結果における「要望等のプランへの反映」については肯定的回答が86%とやや向上余地もみられる。この数値については当事業所側の対応だけでなく利用者側の理解や記憶など様々な要因が関係していると考えられるが、利用者により認識されやすい説明のしかたなどの視点からの見直しも有効と考えられる。</p>

## 5 給付開始後、適切な対応を行なっている

困難ケースではあるが担当数が約 30 件と限定されており、個々に応じたきめこまかい対応が可能になっている。

以前事業者変更の要望があった際、他の事業者に的確に申し送りしている。

利用者調査結果において「毎月の連絡や訪問」は 67%である。少なくとも電話または訪問で事業者側としては行なっているという事実からすると、質問や回答の精度の問題もあるが利用者の意識の中にどれだけ残るかといった要因も想定される。実際に利用者を確認してみるなどして要因を明確にするとともに、より印象に残る連絡を実現することで更なる安心感を利用者に提供することが可能になると考えられる。

## 6 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サービス計画となるよう調整している

複数の事業者がサービスに関わる場合などを中心にサービス担当者会議を開催している。

事業所との連絡では、先方の不在などもありファックスなどを用いてサービスの調整も行なわれている。全員についてのサービス担当者会議の開催の必要性を職員自身も感じているが、現実的には困難な面もある事から、ファックスなどを用いている現状において問題が発生していないかを確認し対応策を検討するとともに、会議を開く必要がある場合はどのような時であるかを明確にするなど、事業所としてのやり方を明確にする事が有効と考えられる。

## 7 モニタリングを実施することによって、適切にサービス計画の見直し・変更を行なっている

「百聞は一見にしかず」という姿勢のもとに介護サービス提供時間に現場を訪問し、サービス提供の現状とともに利用者や担当ヘルパーなどとの関係把握も行なっている。

改善の必要性が認められた場合には、その場でのアドバイスや事業所との相談など、状況に応じた対応が行なわれている。

利用者調査結果において「サービス提供状況の確認」は 79%、「サービスの適切さの確認」は 83%となっており、低い数値ではないが向上余地もあると考えられる。例えば、事業者側としては上記の様にサービスの現状を確認していてもその行為が利用者に認識されていないということも想定され、より利用者に認識され安心感を増すようなモニタリングのあり方など検討余地があるものと考えられる。

## 8 プライバシーの保護、人権の擁護が徹底している

職責について文書で規定されているとともに職員間での話し合いなどが行なわれている。

ボランティア組織である「あかね周辺地域サポートネット」のメンバーにも「会員の約束事」の中に「プライバシーを尊重する」などの記載するとともに、繰り返し口頭などでも確認が行なわれている。

## 『サービス提供プロセス』項目

### 1 情報公開・提供

支援センター事業とも関連するが、平成6年開設当初、事業所情報（病院・地域センター・介護サービス事業者など）を収集し、マニュアルとして整理・修正してきており、利用者個々への対応と事業者との密な連携に役立っている。

1度問い合わせがあった人の情報は個人ファイルとして蓄積・整理され、いつでもどの担当者でも即応できる体制になっている。また年末年始も開いており、2003年正月は問い合わせがなかったが、開いているだけで安心感があるという言葉が住民からいただいている。信頼と安心感のある問い合わせ対応が可能になっている。

困難ケースを担当しており時間的余裕が少ない中での積極的なサービスの案内に躊躇する気持ちも理解できるが、地域住民へさらなる安心感提供に向けて、地域の中でどの程度サービス内容が認知されているかを把握するとともに、認知率向上の取り組みを行なう事などが期待される。

### 2 利用開始時の対応

説明が長時間におよぶと集中力が切れる傾向にある事に配慮し、説明は1時間程度とし、必要な場合には日を改めて再度説明するという工夫がみられる。また、利用者調査で「説明は分かりやすい」とする回答は95%と高いレベルとなっている。利用者本人、家族の本音が聞けるよう、両者の関係などに配慮して同席、別席にしたり、自宅に訪問したりする工夫をしている。

契約書の説明後すぐに契約するのではなく、後日契約するように薦めるなど、利用者が検討できる余裕を提供している。

重要事項説明書と契約書は介護保険当初からのものであり、職員も自覚するように分りにくさがみられ、向上余地があると考えられる。

### 3 事業所としての標準的サービス水準の確保

居宅介護支援としての業務マニュアルは未整備であったが、当評価で自己評価を行ないながら必要性を認識（人の異動への対応・職員能力の平準化・ノウハウの逐次蓄積など）し、既に第一版を作成済みである。

上記第一版の作成がかなりスピーディーにできる背景として、現在の職員の頭の中には基本的事項がしっかりと認識されているものと考えられ、現体制においては明文化されていないことでの支障は少ないと考えられる。

今後は、作成された第一版の現状に応じた改訂とともに、その活用方法（新しい人材やボランティア研修などへの活用、職員による勉強会・改訂のしくみづくりなど）を検討する事が望まれる。

### 4 個別対応の重視

利用者個々の情報は個人情報ファイルとして蓄積・整理され、いつでも迅速に個々への的確な対応がとれる状況になっている。

	<p>民生委員や事業所との定期的交流などにより、関係者との関係は電話をかけると即時対応できるようになっており、利用者への迅速で適切な対応を可能にしている。ただし、医療関係者についてはスムーズな連携に向けたさらなる向上余地もみられる。</p>
	<p>個人ファイルは経過ごとに記述される形式になっているが、「関わりが長い場合に要約版があると経過を把握しやすい」「特養の申請はいつだったかなど比較的よく調べる内容にはシグナルをつけておく」など、向上余地もみられる。</p>
<h2>5 安全管理</h2>	
	<p>法人として事故対応マニュアルがつくられており、当事業所でも活用できるようになっている。</p>
	<p>「あかね周辺地域ネットワーク」のボランティア保険加入など事故・ケガ等の賠償への対応が行なわれている。</p>
	<p>「主治医との連携がスムーズでないケースがある」あるいは「居宅介護支援事業者としての独自の安全管理マニュアルがない」など、さらなるしくみの検討と文書化による的確な実施体制づくりが望まれる。</p>
<h2>6 要望・苦情・トラブルへの適切な対応</h2>	
	<p>「お変わりありませんか?」「困っている事はありませんか?」など日頃から利用者への声かけが行なわれ、要望・意見・苦情を話しやすい雰囲気醸成されていると考えられる。</p>
	<p>利用者調査において「迅速な対応」は92%、「親身な問題解決の対応」は97%となっており、対応レベルの高さは利用者に認められていると考えられる。</p>
	<p>法人全体としての苦情解決制度はあるが、ヘルパーや事業所変更の要望・苦情が発生するなど居宅介護支援事業の独自の特性もあり、より当事業に適した苦情受付対応のしくみづくりとそのマニュアル化が望まれる。</p>
<h2>7 地域との交流・連携</h2>	
	<p>支援センター併設の利点あるいは区内のネットワークを背景に、病院や民生委員、介護サービス事業所など関係機関との連携体制が図られている。</p>
	<p>開設当初から「あかね周辺地域サポートネットワーク」づくりに着手し、会員規約や定期会議の設定、職員が講師を担当しての介護技術等の講習会を行なうなど、組織運営の基盤を固めるとともにメンバーの能力向上・継続的な意識の醸成が行なわれ、現在20名強のメンバーが交流・活動している。このネットワークは「ひとり暮らし高齢者宅訪問による話し相手や簡単な家事手伝いなど」とともに「軽い痴呆症状の方を職員との連携のもとに遠くから見守る」レベルまでに至っており、貢献度は大きいと考えられる。</p>
	<p>上記ネットワークは、「プライバシー保護に配慮した上での高齢者世帯・独居世帯支援マップ(仮称)作成への参加」や「ネットワークとしての地域での自律活動へのレベルアップ」など、さらなる発展が期待される。</p>

## 『事業経営・姿勢等』項目

### 1 リーダーシップと意思決定

事業所設立時（平成 6 年）に職員参加で事業所としての方向性についてきちんと確認されている。

事業の方向性は明確には明文化されていないが、勤続年数が長く少人数である事、常に会話しやすい配置、全職員での会議などを背景に、自然に共有されていることが職員の自己評価の高さ（約 4 点）などに反映されていると考えられる。

新宿区では同機能の事業所が増設されており先駆者としての役割が増してきている中で、区の事業や法人・あかね苑などとの関係から再度事業の方向性や到達目標などを確認し、関係者（利用者・あかね周辺地域サポートネットの方々・新宿区・法人・あかね苑など）と共有を図るための取り組みが必要な時期にきていると考えられる。

### 2 経営における社会的責任

法人との連携で、事業内容や収支状況がいつでも見ることができるとともに苦情解決委員会（窓口・責任者・第三者委員）が設置されるなど、透明性確保の取り組みが行なわれている。

職員管理規定などに職員としての責務が記載されているが、社会的責任をより求められる事業である事から、さらなる周知徹底の工夫も必要と考えられる。

支援センター事業との兼ね合いも含め区との関わりが密接な状況にある。常に区との協議を密にするとともに、居宅介護支援事業の意義や経済的・非経済的効果（高齢者介護全体のスムーズな運営への貢献、通常の居宅介護支援事業者の負荷軽減、セイフティーネットとしての利用者の安心感・個々の利用者の満足度・信頼感など）を自ら明確にし、関係者に提供していくことも今後有効と考えられる。

### 3 利用者満足状況、経営環境、市場動向等の把握

平成 12 年度以降、区との連携による利用者満足度調査など、第三者調査機関による利用者意向・満足度の把握を 3 回（今回含む）にわたり実施している。

自らも支援センター事業と連動しながら「支援センターだより」や「介護教室アンケート」により利用者の声を把握し、その結果を支援センターだよりの「介護者のほんね」や「利用者のひとりごと」として掲載している。互いの声の共有化とともに声を受けとめてくれるという利用者の信頼感醸成につながっていると考えられる。

上記の様に収集された声の活用が行なわれているが、さらに集約し生かす点ではやや弱さもみられる。得られた声を集約し事業の向上に生かすとともに現場発の情報として区に提供するなど、利用者の貴重な声を事業者や区の施策に生かす取り組みやしくみづくりが期待される。

## 4 変革・改善課題の設定と取り組み

職員会議や区内のケアマネジャー会議・地域看護師会議など、重点課題検討のための情報収集に役立つ機会が機能している。

職員会議では次への課題が検討されている。担当地域縮小という変化の中で、より地域密着の事業推進に向けて「高齢者世帯・独居世帯支援促進マップ（仮称）」の作成が設定され実行されるなど、課題設定・対応が行なわれている。

上記「マップづくり」や今回気づいた「業務改善マニュアルづくりへの着手」など、極めて迅速で臨機応変な対応能力の高さが認識されるが、「課題把握・検討」「中長期や年度、その都度の課題設定」「目標レベルとその達成度の把握方法の明確化」「対応実施」「進捗確認」「さらなる改善実施」など、一連の流れをしくみとして明確化することにより、着実な改善が促進されるものと期待される。

## 5 職員と組織の能力向上

職員が公平に外部研修などを受けられるとともに、研修報告で職場内での共有化が図られている。

月2回の職員会議では、「実習生対応」や「展示用品の入れ替え」などの前向きな提案が出され実行されるなど、職員の個々の前向きな姿勢や発想が組織力の向上に活かされている。

異動希望のアンケート調査はあるが、職員個々の多様な満足状況を把握することがしくみ化されているまでには至っていない。さらなる職員と組織の能力向上に向けて、「各職員の意向の把握」と「それに基づく個人別の業務や能力開発目標の設定」「進捗の確認・共有」などのしくみ化が有効と考えられる。

## 6 情報の共有化と活用

制度改正や区の動向など特に大切と考えられている情報は、ファイルされるとともに口頭での伝達も行なわれている。

情報のファイリングは行なわれているが、時々「どこにあるか？」と探すこともあり、より検索しやすいファイリングや収納方法の検討が望まれる。

## 7 1～7に関する活動成果

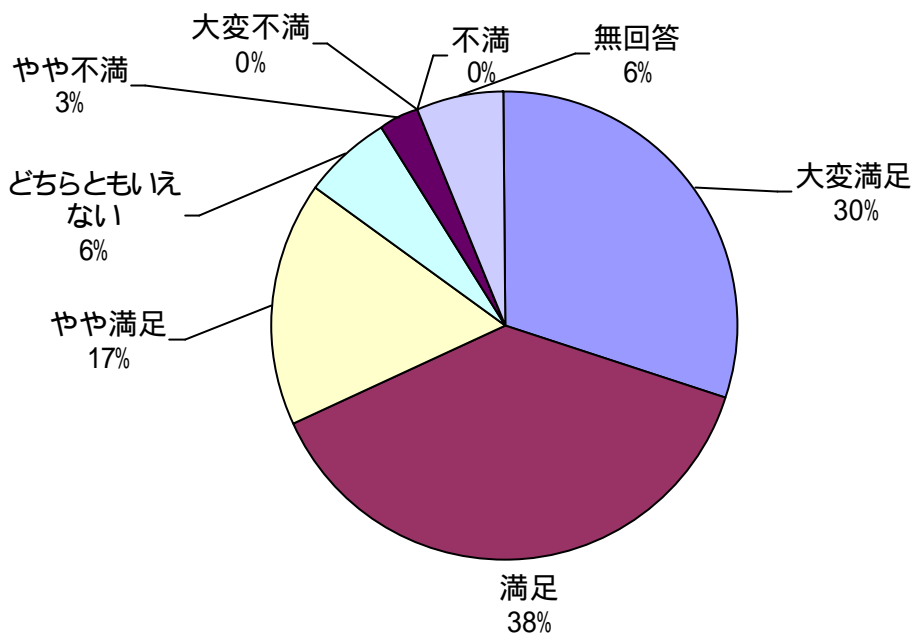
利用者への「お変わりありませんか？」など日々の声かけなどの継続的な実施により、「年金」や「経済的指導」「手紙の代読」「書類の代筆」など、介護保険以外の要望を気軽に話してもらい対応できるまでの関係ができてきている。

月2回の職員会議は、職員の能力向上とともに情報交換、新たな取り組みテーマ探索・検討の場として有効に機能している。

介護保険導入当初には、居宅介護支援事業に関わらなければならない時間が約8割であったが、担当ケースの難しさが増す中で、現状ではその時間が6割程度に低下していると想定されている。個々の能力アップ・経験の蓄積、仕事の改善などにより着実に組織としての対応力し約25%の効率化を実現しているものと考えられる。

# 利用者調査結果

サービスを利用しての満足度 (アンケート回収数 71 件中)



満足の声

不満の声

その他意見・要望等

# サービス改善計画

## 改善課題

- 1 .
- 2 .
- 3 .

## 課題解決の具体的取り組み

- 1 .
- 2 .
- 3 .

## 事業者からのコメント

・

## サービス評価機関についての感想

・



評価対象サービス...居宅介護支援

# フランスベッドケアサービス株式会社 新宿店

運営主体：株式会社 フランスベッド

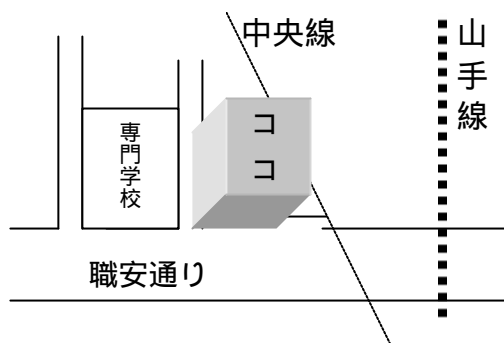
住所：新宿区百人町1-25-1

電話：(3367)8991

ファクス：(3369)9281

メールアドレス：

事業所長：相澤 壮一



## 事業プロフィール

(事業者自身が記入したものです)

- 1. 当該事業の職員体制**
  - ・人数 常勤 1名 非常勤 3名
- 2. 同一敷地内(又は同一建物内)で実施している同一運営主体のサービス**
  - ・福祉用具貸与及び販売
  - ・住宅改修
  - ・在宅医療機器貸与及び販売
- 3. 他事業所と比較して優れている点**

(人的サービス面)

  - ・いろいろな職種のケアマネがいるため多岐にわたる相談ができる
  - ・良質、迅速をモットーに活動している

(施設・設備面)

  - ・福祉用具のショールーム併設
  - ・研究機関の福祉研究助成財団の併設
  - ・他地区の支援事業所の併設
- 4. サービス提供能力**

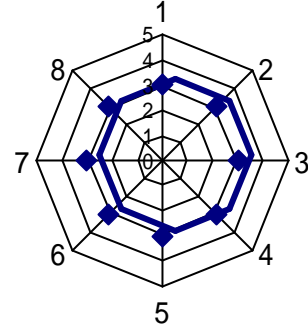
ほぼサービス提供能力に見合った利用人数で待機者はほとんどいない
- 5. 今後の見通し**

利用者数の増加を見込んでサービス提供能力を拡大する計画がある

評価機関名( )

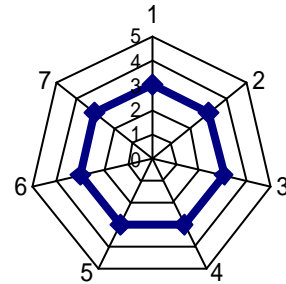
### 『サービスの実施』の評価

1. 指定居宅サービス事業者など情報収集...
2. 介護保険以外のサービスの助言.....
3. 適切なアセスメント.....
4. 適切な居宅サービス計画.....
5. 給付開始後の対応.....
6. 効果的なサービス計画の調整.....
7. 適切なサービス計画の見直し.....
8. プライバシー確保.....



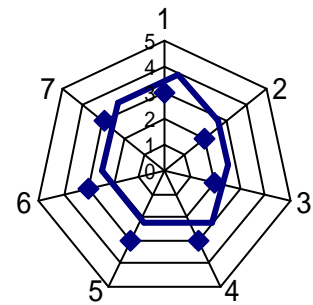
### 『サービス提供プロセス』の評価

1. 情報公開・提供.....
2. 利用開始時の対応.....
3. 標準的サービス水準の確保.....
4. 個別対応の重視.....
5. 安全管理.....
6. 要望・苦情等への対応.....
7. 地域との交流・連携.....



### 『事業経営・姿勢等』の評価

1. リーダーシップと意思決定.....
2. 経営における社会的責任.....
3. 利用者満足などの把握.....
4. 課題等の設定と取り組み.....
5. 職員と組織の能力向上.....
6. 情報共有化と活用.....
7. 上記に関する活動成果.....



### 評価基準

- 他の施設の模範になると自負できる(全国からも注目)
- 適切かつ積極的に行なっている(地域内の目標)
- 適切に行なっている
- 適切さにやや欠ける
- 適切ではない(改善すべき点が多い)

# 評 価 講 評

## 特に良いと思われる点

### 1 【ブランドバリューから得られる高い誘引効果を活用】

- ・ 本体企業名は福祉用具関係で認知度が高く、店頭や電話で当該事業に関する問合せが多く寄せられており、一般の生活者はもちろん、自治体や医療機関、在宅介護支援センターからの紹介も多い。こうした関係を基盤にして、ケアカンファレンスの実施、ケアプラン作成の重要なキーマンである医師との連携を深めることができている。
- ・ また、福祉用具や住環境に関する広範囲な情報を有することも、ケアプランの充実、他のケアマネジャーとの円滑なコミュニケーション、利用者からの高い信頼性につながっている。

### 2 【福祉用具事業から培われた顧客志向の組織風土】

- ・ 会社でケアマネジメントの思想が生まれたのは10数年前に遡る。現在では、当該事業の社員を含む全社員に福祉用具事業から培われた理念、方針が浸透している。具体的には、「良い点、悪い点を確実に説明する」「できないことは明確に断る」「理解の程度を確認する」といったものである。
- ・ これらは、「親身な問題解決の対応」「迅速な対応」などでの利用者調査での高い評価につながっており、社員公募で作成された「社員が守るべき項目を整理した『守ろう15か条』」などにも生きている。

### 3 【小回りが効き、きめ細かな対応の重視】

- ・ “小回り、きめ細かく、迅速に、よろず相談承ります”的な対応を重視しており、これが高く評価されている。毎月の訪問・連絡は電話による方法に重きを置いており、訪問の平均回数は0.5回であるのに対して、電話の平均は3回と多い。会社としても店内相談コーナー、総合相談コーナーなどの“窓口”機能を充実している。
- ・ また、リーダーは個別対応の内容の充実を図るため、自分自身で構築した人のつながりに加え、会社本体の営業ルートなども幅広く活用している。
- ・ クレームの発生を回避する方策として、こまめなフォローが必要な利用者を「初回」「プラン変更後」「痴呆性」といった特性で区分して、資源の集中化を図って対応している。

## 特に改善を要すると思われる点

### 1 【組織的な対応の立ち遅れ】

- ・組織風土などの面で高く評価できる反面、事業的には未熟な状態である。会社としては、介護保険制度の先行き不安であることを考慮して当該事業を積極的には展開してこなかった。
- ・このため、マニュアルの整備、個人情報の整理、モニタリングの記録、収支計画の策定など、組織としての経営・運営の面での立ち遅れが明らかである。
- ・現在、マニュアル作成の委員会を設けて、4月完成を目標に作成に取り組んでいるところであるが、こうした活動をもっと幅広いものとし、一刻も早く、組織的な強さを発揮できるようにしてもらいたい。

### 2 【利用者の声の吸い上げが不十分】

- ・利用者満足状況の把握という面でも対応が不十分であった。これまでに利用者調査は実施されておらず、今回のサービス評価に関わる調査が最初であり、上記のように実際のサービス面では高い評価を得ていても、サービスの周囲に関するところでの配慮が不足する恐れがある。
- ・その一例が「利用開始時の対応」であり、丁寧さを心掛けるあまり説明時間が長くなりがちなようである。実際に利用者やその家族の注意力が続くのは1時間程度であろうことを考えると、適宜機会を分けて説明することも考えるべきである。
- ・利用者満足の改善は、細かな活動の積み重ねから得られるものであり、自分自身や周囲の社員の行動や意識に注意し、常に振り返って、見直してしてもらいたい

### 3 【当該事業に関する情報発信】

- ・事業体として未整備であることから、また会社本体での誘引性が高いことから、これまでは積極的な情報発信は行なわれていなかったが、それでも、規模として小さいため十分過ぎる需要量であった。
- ・しかし、来年度から事業拡大の計画もあり、事業の範囲が広がり、厳しい競争環境の中に身を投じることから、積極的な情報発信が求められる。ただし、そのためには、独自性、優位性が発揮できる経営基盤づくりが重要となる。

## 『サービスの実施』項目

<b>1 指定居宅介護サービス事業者等に関する情報の収集・提供に努めている</b>
福祉用具に関わる情報を収集していることで、難病へのケアプラン作成の対応や利用者、他のケアマネジャーとのつながりも円滑に行なうことができる。また、住宅改修や福祉用具に関する専門性を活用することで、利用者に対する広範囲のアドバイスも可能である。
事業者連絡会やケアマネジャー会議への参加も積極的に行なわれており、相互に情報交換を行ない、円滑な関係づくりを図っている。
しかし、社内におけるケアマネジャーの組織が確立されておらず、定期的な会議も開催していないことから、上記の情報収集などの活動も個人的な対応が中心である。
<b>2 行政サービス、生活支援サービス、住民参加型福祉サービス、ボランティア活用等の介護保険外のサービスに関する助言を利用者の要望や状況に応じて行なっている</b>
WAMNETを始めとしたネット情報や良好な関係にある他のケアマネジャーから入手するさまざまな情報により、利用者の立場と事業者の特性を踏まえた判断が可能となっている。
介護保険以外のサービスに関する情報も、移送サービスや配食サービスを中心として収集しており、新宿区や医療関係者（福祉用具関係の営業ルートなど）とのつながりが深い。
しかし、「サービス内容の説明」や「介護保険対象外のサービスの説明」の肯定割合をみると、まだ割合を高める余地があり（こうした情報は全部の利用者に必要とは限らないものの）、その方策を検討する機会を設け、改善につなげることが望まれる。
<b>3 適切なアセスメントを行なっている</b>
現状では、アセスメント様式は既存のソフトウェアの改良版を活用しており（項目数、課題分析などが充実）、結果を介護計画に反映している。
利用者や家族から置かれた環境や心身の状態などを把握した上で、アセスメント以外の項目もケアプランの案に反映しており、さらに意見を踏まえて修正している。
その一方、医療関係者からの情報収集は役所から入手できる意見書情報に留まっている。

#### 4 適切な居宅サービス計画を作成している

利用者個々の心身、環境の状況を踏まえてケアプランを作成しているが、単なるプランづくりではなく、利用者の自立に向けた内容に心掛けており、特に環境改善に特徴を持たせている。

利用者の個別情報は既存ソフトウェアの様式に沿った内容で記録しており、日常的な情報は介護記録で対応しているが、後者に関しては整理・分類の統一化が図られていない。

利用者調査結果からみると、「心身の状態などの把握」「本人や家族の意見の把握」は90%以上の肯定割合となっているが、「要望等の反映」では78%に留まっている。この割合の改善に向けた対策についての検討と実行が望まれる。

#### 5 給付開始後、適切な対応を行なっている

毎月の電話連絡や訪問の平均回数は、それぞれ3回、0.5回であり、電話での連絡を密にしているが、利用者の回答を見る限りは5割程度の利用者にはしか認識されていない。

「初回利用者」「家族環境の変化を含めたプランの変更後の利用者」「痴呆性が強くクレームが発生しやすい利用者」というように、こまめなフォローを心掛ける利用者の特性を設定して対象者を明確にし、資源の集中化を図り、対応にメリハリをつけてクレームの発生を予防している。

#### 6 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サービス計画となるよう調整している

事業者を訪問したり連絡を密にするなどして、相互の理解を深めており、利用者の心身、環境のさまざまな状況変化に対応できるような環境づくりに努めている。

一方、利用者の回答では「サービスの提供状況の確認」「サービスの適切さの確認」の肯定割合が75%であり、さらなる改善を図る要素と考えられる。

ホームヘルパーに関しての問題が発生しやすいことから、サービス提供の時間に合わせて訪問したり、利用者の生活の様子から状況を判断する方法が検討、実施されている。

#### 7 モニタリングを実施することによって、適切にサービス計画の見直し・変更を行なっている

サービス計画の見直しは年1回行なわれているものの、どのような場合にサービス計画を見直すかの基準が文書化されておらず、確立されていない。また、モニタリングの結果の記録もきちんとした形では残していない。

利用者や家族の意見、要望を把握した上で、提供サービスの現状や提供事業者の意見を把握し、ズレ・行き違いをなくすように調整を図っており、「ニード」と「制約」のバランスをとっている。
しかし、こうしたサービス内容の変更についての説明は、利用者調査結果をみると79%の肯定割合であり、利用者に必ずしも理解されていないようである。
<b>8 プライバシーの保護、人権の擁護が徹底している</b>
重要事項との認識であり、契約書の条項になっているとともに、就業規則の中で明記され、社員に徹底されている。
ただし、ケアカンファレンスなどでの必要最低限の利用についても、契約書では「文書による承諾」すべきであるとしているが、当初は口頭での確認に留まっている。

## 『サービス提供プロセス』項目

<b>1 情報公開・提供</b>
本体企業の名が福祉用具関係で一般によく知られているため、当該事業に関する店頭や電話による問合せが多く、口コミでも広まっている。また、区や病院、在宅介護支援センターなどの機関からの紹介も多い。
一方、これまでは当該事業に対する会社自体の方針が定まっていなかったため、全国でも専任のケアマネジャーは1名のみであり、事業そのものを拡大する姿勢になかった。また、会社案内やホームページにも記載されていなかった。
問合せは会社本体でも受付けているため、年末年始を除いて幅広く対応できおり、入った問合せに対しては、ケアマネジャーが持つ携帯電話に伝え、迅速に対応している。
<b>2 利用開始時の対応</b>
顧客に対する説明姿勢は、「良い点、悪い点を確実に説明する」「できないことは明確に断る」「理解の程度を確認する」というものであり、これは会社本体の福祉用具事業で培われたものである。
重要事項説明書はわかりやすい表現を心がけて作成されているが、特に重要な事項を大きな字で表示したり、わかり難い用語を別記するなどの工夫も考えられる。また、契約書も行間を開けるなどして、見やすくすることも考慮して欲しい点である。

	<p>丁寧な説明の裏返しとして、説明に要する時間が長時間となりやすい。集中して話しを聞くことができる時間を考慮して、場合によって説明の機会を分けるなどの配慮も必要と考えられる。</p>
<h3>3 事業所としての標準的サービス水準の確保</h3>	
	<p>これまでは少人数で事業を行なっていることもあり、特に専用のマニュアルは用意しないで、福祉用具貸与サービスのシルバーマークのサービスマニュアルを参考にし、OJTを中心に教育・指導を行ってきた。</p>
	<p>しかし、リーダーはマニュアルの必要性を痛感しており、少しずつ独自にパンフレットやマニュアルの基礎となる資料の作成に努めてきた。また、介護保険制度の開始時からケアマネジャーの研究会を立ち上げ、マネジメントの質の向上に寄与してきた。この研究会は現在も継続している。</p>
	<p>現在、マニュアル作成のための委員会を設置して、4月完成を目処に、マニュアル作成に取り組んでいる。参加メンバーにはケアマネジャーリーダー、本社の営業企画、監査役、相談役が参加している。</p>
<h3>4 個別対応の重視</h3>	
	<p>個別対応の内容の充実には、関係者、特に医師の関わりが重要である。リーダーは医師との関係づくりに腐心しており、看護師、OTやPT、会社本体の営業ルートなど、あらゆる機会を活用している。特に在宅に移るケースについて、退院に合わせてカンファレンス等にも同席して個人情報を得ている。</p>
	<p>ケアマネジャーや利用者のさまざまな問題について日常的な検討を行っているが、少人数であることから特にマニュアルは作成しておらず、定期的な会議や勉強会も開催せず、系統だった指導も実施していなかった。</p>
	<p>介護保険制度が始まってからの利用者も多く、個人の情報ファイルもかなりの枚数になっていることから、付表を別に保管し、本票を残すように整理を始めている。整理の方法として「概要版」を作成することもひとつの方法として考えられる。</p>
<h3>5 安全管理</h3>	
	<p>主治医とは、個別対応と合わせてさまざまなルートで連携している。訪問看護ステーションでは、医師との連携と合わせて、家族との連携でも協力関係がある。</p>
	<p>各種リスクに対する予防などのマニュアルは、シルバーマークのサービスマニュアルを参考にしている。現在、新規に作成中である。</p>



	<p>入院先での感染など、迅速に対応しなければならないことには、日頃連携している施設などとの連絡を取り合っている。</p>
<h2>6 要望・苦情・トラブルへの適切な対応</h2>	
	<p>利用者調査結果では、「親身な問題解決の対応」「迅速な対応」はいずれも 94% の高い肯定割合である。本社の受付に入る第一報の連絡には、「ケアマネ」「その他」かを尋ねた上で、内容の重大性を確認し、必要に応じてリーダー・幹部につないでいる。</p>
	<p>苦情や要望はそれぞれの利用者別にファイルしており、一括した形ではまとめられていない。こうした声を集めることで、その傾向や共通する問題点の分析につなげることが可能となることから、整理・分類基準づくりや活用の方策などの検討が必要であろう。</p>
	<p>利用者調査は、これまで今回のサービス評価に関わるものしか行なわれていないため、利用者の意向が十分サービスに反映されていなかった恐れがある。</p>
<h2>7 地域との交流・連携</h2>	
	<p>社会福祉協議会や民生委員（独居の高齢者の関係で）、保健センターなどと連携しており、特に保健センターの連携・活用が重要と考えている。</p>
	<p>また、在宅介護支援センターとの連携では利用者からの相談が接点となり、各種施設とは福祉用具の関係からつながりを深めている。</p>
	<p>福祉用具を介したつながりは医療機関でも有効に機能しており、ケアワーカーから相談を受けたり、退院に向けたケアカンファレンスへの参加も円滑に行なわれている。</p>

### 『事業経営・姿勢等』項目

<h2>1 リーダーシップと意思決定</h2>	
	<p>介護保険による居宅介護支援事業としての長期の見通しが定まらず、先行き不透明な中、長期的見方で当該事業を考えるのが難しいとの判断で、1年先を見据えた方針を設定しており、その中には人員計画や店舗展開計画などが含まれている。</p>
	<p>当該事業を含めた全社社員が苦情などへの迅速な対応を心がけている。また、受身的な営業姿勢を改め、店内相談、総合相談などの“相談”を窓口機能に位置付けて充実を図っている。</p>

	<p>当該事業を含め全社的にP D C Aの仕組みを動かしているが、具体的に明文化してはいない。今後は、P D C Aの定着を確実にするためにも、確認のステップを踏まえることも検討してもらいたい。</p>
<h2>2 経営における社会的責任</h2>	
	<p>社内公募により社員が守るべきものとして“守ろう15か条”を掲げている。また、全社的な改善提案委員会（当社専務が委員長）を設けて倫理的な問題を含めて対応しているが、内容の情報開示はしていない。また、本委員会の開催は不定期である。</p>
	<p>全社的には収支計画を策定しているが、当該事業については、まだ社内の組織的にも確立されていないことから、収支計画などは策定されていない。現在は、上記の計画の実行を通して組織・体制づくりが進む予定である。</p>
	<p>後継者づくりの一環として、係長クラスの社員に対し「幹部候補訓練会議」や「新規導入商品説明会」に参加させており、当該事業のケアマネジャーもこの会議に参加している。</p>
<h2>3 利用者満足状況、経営環境、市場動向等の把握</h2>	
	<p>会社としては10数年前に“ケアマネジメント”の思想を掲げており、これに基づいて事業を展開してきた。</p>
	<p>しかし、利用者の意識や満足状況を十分に把握してきたとは言えず、今回のサービス評価の実施を契機として、必要性を強く認識している。</p>
	<p>全社のサービス網を通じて、全国からさまざまな事業者や利用者の情報・声が届き、当社からも提携関係のある入浴サービス事業者などに関する情報を発信している。</p>
<h2>4 変革・改善課題の設定と取り組み</h2>	
	<p>全社的な会議の中で重点課題の検討を行なっている。具体的には販売計画などが一例である。当該事業に関しては、ビジョンとの関わりや位置付け、人員・店舗展開の計画などが検討課題として取り上げられている。</p>
	<p>重点課題の設定には、ゴールライン、すなわち「いつまでに実行する、決定する」などを設定を必須のものとしている。また、目標は数値で置き換えられるものを、各社員、各事業所、各部門で設定している。</p>
	<p>当該事業について社内チームを編成して取り組んだテーマには、「カタログ製作」「店舗計画」「今後の展望」などがある。</p>

## 5 職員と組織の能力向上

組織として望まれる人材像は「ビジョンと一貫する人間」と捉えられている（利用者の立場、事業者の立場で考える）。

当該事業の担当者が主体となって、他の部門のケアマネジャーを集めた研究会を自発的に立ち上げ、現在も継続して開催されている。

上司が職員全員と面談（前年度3回）し、それぞれの意向を把握しており、互いのコンセンサスが取れているものの、その実現に向けた各人の行動や組織の対応が不十分である。

## 6 情報の共有化と活用

全社的に商品情報の活用が活発に行なわれており、情報に常に接することができるように、休憩コーナーなどに情報のファイルが置かれている。活用の一例では、「マットレスの体圧分散データ」が病院の褥創研究会で取り上げられた。

月1回の運営会議では、現状での事業の進捗状況や、社内の情報が連絡されている。

全国からさまざまな情報が集まるため、情報過多の傾向にあり、分類・整理が十分には行なわれていない。情報の効率的な共有と有効活用のため、ナレッジマネジメントといった取り組みで組織・人材の強化を図ってほしい。

## 7 1～6に関する活動成果

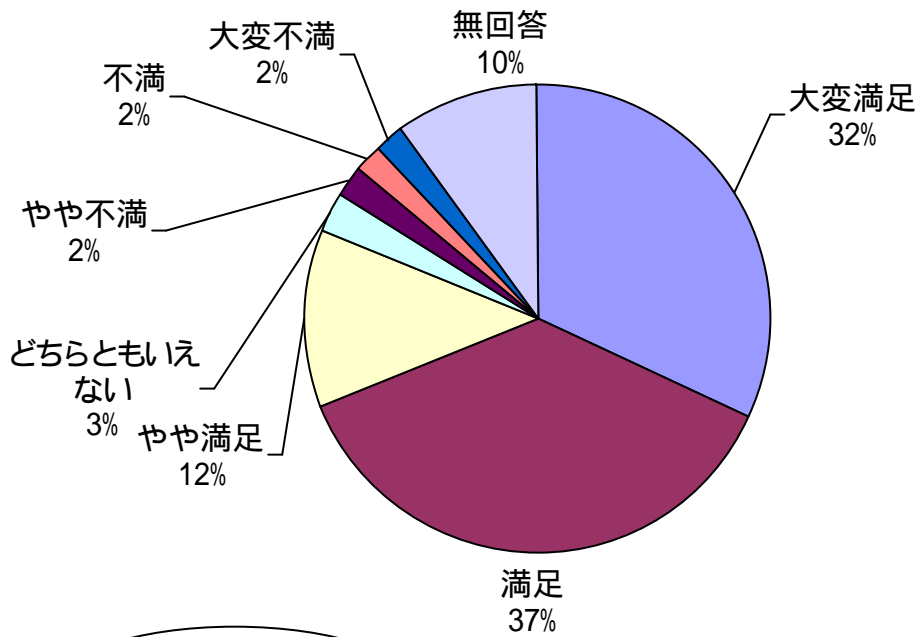
当該事業に関するさまざまな経営に関わる数値は、これまで前年比、前月比で上回ってきており、これは利用者に評価された結果と考える。担当者には利用者からの御礼文も届いており、これも評価のひとつの現れであろう。

担当者自身の業務活動や社内の迅速な対応には高い評価が集まっているものの、苦情処理の事例集づくりや、マニュアルの作成など組織的な対応は不十分である。

全社員が自らの経験を踏まえた上でスキルアップに取り組んでおり、住宅環境に関わる資格や、業務以外の資格の取得も進んでいる。

# 利用者調査結果

サービスを利用している満足度 (アンケート回収数 59 件中)



満足の声

不満足の声

その他意見・要望等

# サービス改善計画

## 改善課題

- 1 .
- 2 .
- 3 .

## 課題解決の具体的取り組み

- 1 .
- 2 .
- 3 .

## 事業者からのコメント

・

## サービス評価機関についての感想

・

# 新宿区サービス評価様式集

この様式集は、通所介護、居宅介護支援それぞれのサービス評価に使用する全ての様式を掲載しています。

これは、東京都福祉サービス評価推進機構の共通様式を基本にして新宿区が独自に作成したものを加えたものとなっています。

今後は、この様式集に基づいてサービス評価を受審するようにサービス事業者及びサービス評価機関の双方に協力依頼をしていきます。

新宿区が独自に作成した様式は次のものです。

- ( 1 ) 利用者調査票
- ( 2 ) サービスチェックリスト
- ( 3 ) サービス改善計画シート
- ( 4 ) 評価結果公表様式

東京都福祉サービス評価推進機構の共通様式は、今後更新されていきますので、本報告書の「 参考情報」に掲載しています「福祉情報総合ネットワーク」等を参照してください。

## デイサービス利用者調査・本人用調査票

ご記入いただく上でのお願い（ご記入いただく前に、必ずお読み下さい）

ご利用になった施設（この調査票をお配りした施設です）について、感じたことや思ったことをお聞かせください。

最近の利用体験について、お答えください。

「少しでも利用体験がある、関わりがある場合」には、「1 .はい」「2 .いいえ」のいずれかに 印をつけてください。

「利用体験がない、関わりがない」と判断される場合には「 」をつけない（回答しない）で、次の質問にすすんでください。

以上を踏まえ、次ページ（1ページ目の「1 .あなたご自身について」）よりご記入ください。

【職員記入欄（本欄は職員の方が記入してください）】

A . 回答者の通所期間

1. 1ヶ月未満      2. 1ヶ月以上

B . 回答者の通所介護計画の有無（職員記入）

1. あり      2. なし

C . 回答形式

1. 自記式      2. 聞取式

## 1. あなたご自身について

(1)このアンケートの記入日は

\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

(2)あなたの年齢は

\_\_\_\_\_歳

(3)あなたの性別は

1. 男性      2. 女性

## 2. 施設内での移動・送迎について

(1)施設内での移動時やバス送迎時、職員は、あなたが転倒などでケガをしないように、気を配ってくれますか

1. はい      2. いいえ

## 3. 食事について

(1)食事はおいしいですか

1. はい      2. いいえ

(2)あなたの心身の状態に合わせた食事(糖尿食、減塩食、きざみ食、ペースト食等)が用意されていますか

1. はい      2. いいえ

(3)食事をするとき、あなたの心身の状態に合わせて介助(手助け)してくれますか

1. はい      2. いいえ



(4)食事の内容は、あなたの好き嫌いに配慮してくれますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

4 . 入浴について

(1)あなたの心身の状態に合わせた入浴、入浴介助(入浴の手助け) 清拭(体を拭くこと)が行われていますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

5 . トイレについて

(1)あなたの心身の状態に合わせた排泄介助(トイレの手助け)が行われていますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

6 . 活動・プログラムについて

(1-1)あなたが興味や関心を持つようなプログラムがありますか

1. <u>はい</u>	2. いいえ
--------------	--------

(1-2)興味や関心があるプログラムについて、下記よりいくつでも選んで をしてください。

1 . MT (音楽療法)	5 . 手工芸	9 . 自由時間のお楽しみ
2 . 民 謡	6 . ゲーム	( 囲碁や麻雀など )
3 . 書 道	7 . 季節の催し	10. その他
4 . 茶 道	8 . カラオケ	( )

## 7. 職員の対応全般

(1) 職員の言葉づかみやマナーはきちんとしていますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(2) 職員は、よく声をかけてくれますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(3) 職員は、親身になって話を聞いてくれますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(4-1) あなたは施設で嫌な思いをしたり、困ったことはありますか

1. <u>はい</u>	2. いいえ
--------------	--------

(4-2) その時、施設の人には適切な対応をしてくれましたか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(5) 職員は、（入浴やトイレの時などで）あなたが恥ずかしい思いをしないように気を配ってくれますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

## 8. 施設内環境

(1-1) 施設の中で使いにくいところやあぶないと感じる場所がありますか

1. <u>はい</u>	2. いいえ
--------------	--------

(1-2) それはどんな場所ですか

--

## 9. 利用申込み時・利用開始前の対応

(1-1)利用申込みの前に、サービス内容について説明がありましたか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

「はい」と回答した場合、下記(1-2)(1-3)にもご回答ください

(1-2)その説明はどのような内容についてでしたか。下記より  
いくつでも選んで をしてください

1. 事業目的・運営方針	5. 事故時の損害補償
2. サービスの種類と内容	6. キャンセル・解約方法
3. 職員体制	7. その他( )
4. 利用負担額	

(1-3)その説明は分かりやすかったですか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(2)施設で必要なもの（健康保険証、上履き等）について説明がありましたか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(3)利用申込時や利用開始前に説明されたことについて納得していますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

## 10. 通所介護計画の内容と策定時の対応（通所介護計画ありの人のみ）

(1)あなたのここでのすごし方など（通所介護計画）について、わかりやすく説明してくれましたか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(2)あなたのここでの過ごし方など（通所介護計画）を決める時に、あなたの意見も聞いてくれましたか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(3)あなたのここでの過ごし方（通所介護計画）について納得していますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

### 11. 総合評価（満足度）

(1-1)本施設を利用して、どの程度満足しましたか

1. たいへん満足
2. 満足
3. やや満足
4. どちらともいえない
5. やや不満
6. 不満
7. たいへん不満

(1-2)満足や不満の理由は何ですか。

この設問の回答は、匿名の利用者の声として公表されることがあります。

満足の理由

--

不満の理由

--

(2)本施設を、今後利用したいと思えますか

1. ぜひ利用したい
2. 利用したい
3. どちらともいえない
4. 利用したくない
5. 絶対に利用したくない

12. 施設やサービスに関するご意見・ご要望がありましたら自由にご記入ください。

この設問の回答は、匿名の利用者の声として公表されることがあります。

\*\*\* 最後までご回答いただき、ご協力誠にありがとうございました\*\*\*

施設名：

## デイサービス利用者調査・家族用調査票

ご記入いただく上でのお願い（ご記入の前に、必ずお読み下さい）

今回、ご利用になった施設（この調査票をお配りした施設です）について、感じたことや思ったことをお聞かせください。

本調査票の回答は、利用者ご本人のお世話をされているご家族の方がお答え下さい。

最近の利用体験について、お答えください。

できるだけすべての質問にご回答頂ければ幸いです。しかしあなた（ご家族）にとって「利用体験がない、関わりがないので判断できない」という場合には、その質問は回答しないで、次の質問以降をお答え下さい。

ご記入いただいたアンケート用紙は、 月 日までにお配りした封筒に入れて（封をして）投函して下さい。

なお、郵送料は無料ですので、切手を貼る必要はございません。

【職員記入欄（本欄は職員の方が記入してください）】

利用者の通所介護計画の有無

1. あり      2. なし

## 1. 基本情報

(1)このアンケートの記入日は

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(2)ご記入いただく方とサービス利用者（要介護者）との関係は

1. 利用者の配偶者
2. 利用者の子
3. 利用者の子の配偶者
4. その他（ _____ ）

(3)サービス利用者の年齢は

\_\_\_\_\_ 歳

(4)サービス利用者の性別は

1. 男性	2. 女性
-------	-------

## 2. 利用申込み時・利用開始前の対応

(1-1)利用申込みの前に、サービスの内容について説明がありましたか

1. <u>はい</u>	2. いいえ
--------------	--------

「はい」と回答した場合、(1-2) (1-3)にもご回答ください。

(1-2)その説明はどのような内容についてでしたか。 下記よりいくつでも選んで をしてください

1. 事業目的・運営方針	5. 事故時の損害補償
2. サービスの種類と内容	6. キャンセル・解約方法
3. 職員体制	7. その他（ _____ ）
4. 利用負担額	

(1-3)その説明は分かりやすかったですか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(2)施設で必要なもの（健康保険証、上履き等）について説明がありましたか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(3)利用申込時や利用開始前に説明されたことについて納得していますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

### 3. 通所介護計画の内容と策定時の対応（通所介護計画ありの人のみ）

(1)利用者のここでのすごし方など（通所介護計画）について、わかりやすく説明してくれましたか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(2)利用者のここでのすごし方など（通所介護計画）を決める時に、あなたの意見も聞いてくれましたか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(3)利用者のここでのすごし方（通所介護計画）について納得していますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------



#### 4. ご家族との連絡対応

(1)施設の職員は、利用者の施設内での様子や状況を、必要に応じてご家族に十分伝えていきますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(2)施設の職員は、必要に応じ、ご家族に対して介護のやり方や注意点などについて教えてくれますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(3)施設での利用者の様子に関する情報をどのように得ていますか  
下記の中からあてはまるものいくつかを選んで をしてください。

1. 送迎時の職員の話から
2. 施設からのたよりなどから
3. 他の利用者の家族との情報交換から
4. 行事や家族懇談会等から
5. 利用者自身の話・様子から
6. 個別相談から
7. 連絡帳から
8. その他 ( )

#### 5. 総合評価（満足度）

(1-1)本施設を利用して、どの程度満足しましたか

1. たいへん満足
2. 満足
3. やや満足
4. どちらともいえない
5. やや不満
6. 不満
7. たいへん不満

(1-2)満足や不満の理由は何ですか。

この設問の回答は、匿名の利用者家族の声として公表されることがあります。

< 満足の原因 >

< 不満の原因 >

(2)本施設を今後利用したいと思えますか

1. ぜひ利用したい
  2. 利用したい
  3. どちらともいえない
  4. 利用したくない
  5. 絶対に利用したくない

(3)本施設を、機会があれば友人や知人にすすめようと思えますか

1. ぜひすすめたい
  2. すすめたい
  3. どちらともいえない
  4. すすめたくない
  5. 絶対にすすめたくない

【デイサービス利用に関する調査】

6 . 本施設やサービスに関するご意見・ご要望がありましたら自由  
にご記入ください。

この設問の回答は、匿名の利用者家族の声として公表されることがあります。

\*\*\* 最後までご回答いただき、ご協力誠にありがとうございました\*\*\*

施設名：新宿区立中落合高齢者在宅サービスセンター

# 事業プロフィール 通所介護

1 事業所名

\_\_\_\_\_

2 運営主体（法人名等）

\_\_\_\_\_

3 事業所所在地

\_\_\_\_\_

4 事業所の長の氏名（施設長等）

\_\_\_\_\_

5 連絡先

1 ) 電話番号

2 ) ファックス

3 ) eメール

4 ) ホームページ

6 当該事業の開始時期 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月

7 同一事業所（同一敷地内または同一建物内で行われる事業を指す）で実施している、同一運営主体の主な福祉・医療サービス事業を上位5つ以内まで挙げてください。

（例 特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービスなど）

1 )

2 )

3 )

4 )

5 )

8 同一事業所（同一敷地または同一建物内）で行われる全事業のうち、今回の評価対象サービス事業の位置づけ

収入面でみて 約\_\_\_\_\_%

職員数でみて 約\_\_\_\_\_%

（分母に含めた要素： 収入 \_\_\_\_\_  
職員 \_\_\_\_\_）

9 事業所が大切にしている考えのうち、特に重要なもの（上位5つ以内）を簡潔に記述してください。

（例 基本的人権の尊重、利用者の立場になって考える、職員満足の向上、地域社会への貢献など）

- 1 )
- 2 )
- 3 )
- 4 )
- 5 )

10 現在のサービス提供能力と利用者数（該当するものに をつける）

- 1 ) サービスを希望しながら待っている人がかなりいる
- 2 ) ほぼサービス提供能力に見合った利用者数で、待っている人はほとんどいない
- 3 ) サービス提供能力に余力があり、希望者があれば受け入れたい（曜日によっては2）も該当）

11 3年後の見通し（該当するものに をつける）

- 1 ) 利用者数の増加を見込んでサービス提供能力を拡大する計画がある
- 2 ) サービス提供能力を拡大する計画はないが、ほぼ現在のサービス提供能力に見合う
- 3 ) 利用者数は維持できると思う
- 4 ) 現在の利用者数を維持するのは、よほど経営改善・サービス改善をしていかないとかなり難しい情勢になっているのではないかと思う

12 評価対象としているサービス事業に関して他の事業所と比較して優れた点を、人的サービス面と施設・設備面に分けて、重要な順に各3つ以内でご自分の言葉で記述して下さい。

人的サービス面

（例 特定の介護技術、あきのこない食事、温かい対応、同性介護、医療ケアネットワークなど）

- 1 )
- 2 )
- 3 )

施設・設備面

（例 ゆとりのあるスペース、プライバシーを保てる場所、庭、買い物の便利さなど）

- 1 )
- 2 )
- 3 )

13 評価対象としているサービス事業を維持・向上させていくためにこれから何をしていかなければならないかについて、重要な順に3つ以内で、ご自分の言葉で記述して下さい。

(例 経営改善への職員の参画、職員の能力開発、後継者の育成、給与制度の改善、施設間交流、入浴施設の拡張など)

1)

2)

3)

14 定員および現在の利用者

(1) 定員 \_\_\_\_\_人

(2) 過去1年間の稼働率(延べ利用者数 / 定員 × 365日)

約 \_\_\_\_\_%

(3) 新規の申込者が1年以内に利用できる可能性

ア 0%      イ 30%未満      ウ 60%未満      エ 60%以上

(4) 現在の利用者

現在の利用者数 \_\_\_\_\_人

女性の割合 \_\_\_\_\_%

平均年齢 \_\_\_\_\_歳

平均要介護度 \_\_\_\_\_

要介護度等の内訳(人数)

要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5

車椅子を使用している人 \_\_\_\_\_%

施設利用時におむつを使用している人 \_\_\_\_\_%

クラブ活動に参加している人 \_\_\_\_\_%

送迎サービスの利用者 \_\_\_\_\_%

入浴サービスの利用者 \_\_\_\_\_%

15 職員数および職員の状況

(1) 職員の勤務形態

常勤者 \_\_\_\_\_% ( \_\_\_\_\_人)

非常勤 \_\_\_\_\_% ( \_\_\_\_\_人)

---

合計 100% ( \_\_\_\_\_人)

(2) 職員の平均年齢

常勤職員 \_\_\_\_\_歳

非常勤職員 \_\_\_\_\_歳

(3) 女性職員の割合

常勤職員 \_\_\_\_\_%

非常勤職員 \_\_\_\_\_%

(4) 介護職員(非常勤は常勤換算)1人当たりの利用者数 \_\_\_\_\_人

16 施設の状況

(1) 食堂の状況

食堂の数 \_\_\_\_\_カ所

定員1人当たりの食堂面積 \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>/人

(2) 入浴設備の状況(施設で導入している場合)

機械浴1台当たりの定員 \_\_\_\_\_人/台

リフト浴1台当たりの定員 \_\_\_\_\_人/台

(3) 建物等の状況

建築(含大改築)後の経過年数 \_\_\_\_\_年

施設の設置形態(該当するものに )

一戸建て(平屋)      一戸建て(二階建)      一戸建て(三階建)

他施設と併設 (併設施設種別: \_\_\_\_\_)

3年以内の大改築計画の有無      ア 有      イ 無

(4) 立地条件や料金など

交通の便

\_\_\_\_\_駅から 徒歩・バス・その他( \_\_\_\_\_ )で \_\_\_\_\_分

バス停\_\_\_\_\_から 徒歩\_\_\_\_\_分

近隣の環境(スーパー、公園等までの距離など)

—高齢者デイサービス版—

サービスチェックリスト

( リーダー層用 )

作成日 (完成日)	平成	年	月	日
施設・事業所名				
作成関係者	(役職名)	(氏名)		



## 記入の手引き

### サービスチェックリストの位置づけと構成

①この「サービスチェックリスト」は、別紙「事業評価分析シート」のカテゴリー（評価の領域）「6. サービス提供のプロセス」をより詳細に評価するためのものです。

②この「サービスチェックリスト」は、8つの「サブカテゴリー」に分かれています。そして、各サブカテゴリーは、サービスの具体的な場面の「評価項目」および「小評価項目」に分かれています。

### 評価の進め方

①まず「小評価項目」それぞれについて5段階評価欄のいずれか1つに「印」をつけて評価を行っていただきます。次に、その評価を踏まえて各「評価項目」について5段階評価で該当する数字に「印」を付けてください。

そして、「小評価項目」、「評価項目」の評価を踏まえて、各「サブカテゴリー」の評価を5段階評価で該当する数字に「印」を付けてください。

②評価を行うにあたって、右側にある「事実情報」欄記載の事柄について、該当するものに「印」、または数字の記入等を行ってください。

③「小評価項目」には「特記事項」記入欄を設けています。ここには「評価項目」に関連する事柄で、特に評価対象としたと思うことを記入し、それについての評価を行ってください。

（補）……補足事項につける

（新）……新規事項につける

④「サブカテゴリー」ごとの右端に、評価の根拠として「良いと思う点」、「改善する必要がある点」を記入する欄を設けています。ここには、できるだけ具体的な内容を記入してください。

⑤評価は次の5段階で行います。

- 5 …… 他の施設の模範になると自負できる（全国、他事業種からも目標とされている）
- 4 …… 適切かつ積極的に行っている（地域内から目標とされている）
- 3 …… 適切に行っている（一応機能している）
- 2 …… 適切さにやや欠ける
- 1 …… 適切ではない（改善すべき点が多い）

### 重要度」欄の記入

①各「評価項目」において、利用者へのサービスの質の向上のためにどの程度重要と思われるかを3段階で判断して、重要度」欄の（A・B・C）に「印」を記入してください。

A …… 非常に重要

B …… 重要

C …… それほど重要ではない

②「重要度」は、各「サブカテゴリー」の中での重要度ですので、記入は各「サブカテゴリー」に含まれる「評価項目」の評価が終了することに行ってください。

サービスチェックリスト～高齢者デイサービス～

サブカテゴリー	評価項目	小評価項目	評価					事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各3つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
1. 情報公開 提供 評価 (5.4.3.2.1)	(1) 利用希望者が関心のある事項について、わかりやすく情報を公開 提供している  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	利用希望者がサービス事業者を選択するために必要な情報を明確にし、その情報を中心に、わかりやすい内容で作成している 提供している情報は、事業者が将来の利用者層と考える人たちに十分伝達されており、問合せ等の反応もかなりある。 ケアマネジャーに対して、施設の情報を積極的に提供している  特記事項：						・将来の利用者を意識して作成している広報媒体に印 1.独自のホームページ 2.自治体や他事業者との共同作成のホームページ 3.独自作成のパンフレット 4.外部作成のガイドブック等 5.その他( ) ・公開 提供している情報に 印 1.運営方針 2.事業内容・事業計画 3.サービスの具体的内容 4.利用者負担 5.職員体制 6.その他( )		
	(2) 利用希望者の問い合わせや見学には適切に対応している  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	問い合わせに対しては適切かつ迅速に対応する体制ができている 利用希望者の見学を歓迎する旨の広報が行われている 利用者に影響を与えない範囲で見学希望者の都合(曜日や時間)に柔軟に対応している 過大な期待を与えないよう実情を正確に説明している 全職員に見学者受け入れの主旨や受付方法などが周知されている。 特記事項：						・将来の利用者となる可能性のある人の見学は約 人/月		
2. 利用時の対応 評価 (5.4.3.2.1)	(1) 利用予定者には誤解のないようわかりやすく説明している  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	利用に当たっての重要な説明事項は、簡潔でわかりやすい表現になっている 誤解の可能性のある項目および契約の効力、解約の仕方等については、利用予定者および家族の納得を得ながら説明している 利用の決定について迷っている人には即答を求めずじっくり検討してもらっている 質問や相談には丁寧に対応している 特記事項：						・重要事項は明文化されている 1.はい 2.いいえ ・重要事項に入っている項目に 印 1.事業内容(如事の指定内容含む) 2.サービスの内容 3.職員体制 4.利用者負担 5.損害保険加入の有無 6.サービス変更や解約の条件・方法 7.サービス利用時に必要となる持ち物 ・重要事項の説明書は本人と(または)家族に渡されている 1.はい 2.いいえ ・契約書は施設および利用者双方が保管している 1.はい 2.いいえ		
	(2) 利用に関して、事業者と利用者の合意を画面にしている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	利用者の個別事情(痴呆や障害の内容、主治医、常用している薬、好き嫌い、家族環境等)や要望を決められた書式に記録し把握している 利用開始時に把握した利用者の個別事情や要望は、関係する職員に共有化されている 画面は利用者によりわかりやすい内容で記述されている 契約書の内容 効力 解約の仕方などについて利用者に説明している 特記事項：						・契約書は事業所と利用者で取り交わしている 1.はい 2.いいえ ・同居の利用者との契約には立会人を求めている 1.はい 2.いいえ ・契約書に自署できない場合に備えて、代理人の署名欄がある 1.はい 2.いいえ ・今年度、契約時の誤解から発生したトラブルの件数( )件		
3. 事業所としての標準的サービス水準の確保 評価 (5.4.3.2.1)	(1) 日常生活に関する職員の対応について、わかりやすいマニュアル(基準書、手順書、手引書等)が作成されている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	利用者の日常生活に関する職員の対応についてのマニュアル(基準書、手順書、手引書等)文書化されたものが各サービス領域にわたって整備されている(安全管理と苦情対応は後出) マニュアルは、事業所独自で作成しているか、既存のものを施設に合せて作り直している マニュアルは、図・写真・イラストなどをまじえて、簡潔でわかりやすい表現になっている マニュアルの作成・見直しには、関係する各分野の現場を含めた職員が参画している マニュアルは定期的に見直すだけでなく、必要が生じた時には直ちに修正している 特記事項：						・利用者の日常のサービスについてマニュアル(基準書、手順書、手引書等、文書化されたもの)があるものに 印 1.日常の健康管理 2.調理 3.食事 4.入浴 5.排泄 6.アクティビティ 7.基本的対応(マナーや心得) 8.送迎 9.その他( ) ・どんな時にマニュアルを見直すかの基準が明文化されている 1.はい 2.いいえ ・マニュアルを見直す周期( )に一回程度)		



サービスチェックリスト～高齢者デイサービス～

サブカテゴリー	評価項目	小評価項目	評価					事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各3つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
5. サービスの実施 注)このサブカテゴリーだけは「評価項目」ごとに「評価の根拠」を記述してください。	(1) 送迎に関して、利用者の立場を考えて適切なサービスを行っている 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	利用者同士の相性等や、日々の話題を考えながら、車内の雰囲気づくりを工夫している 乗車時間が短くなるような車両運行計画を作っている  送迎時の緊急時に備え、医療機関、警察等との連絡体制を整備している 特記事項：						・送迎時間の遅延(交通事情などにより)が予想される時には、家族に「自宅待機」を連絡している 1. はい 2. いいえ  ・独居や高齢者世帯の場合、必要に応じて直前に送迎時間を確認している 1. はい 2. いいえ  ・送迎時には職員が添乗している 1. はい 2. いいえ  ・悪天候の時などは、必要に応じて添乗する職員を増員している 1. はい 2. いいえ		
	(2) アクティビティに関して、利用者の立場を考えて適切なサービスを行っている 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	多様な活動があり、体調や好みに応じてプログラムが選択できたり、逆に参加しないなど、自由に過ごせる工夫がある 豊富な行事・イベント(誕生日会や季節の行事など)で非日常的な体験を楽しめる 創作的活動(手芸、書道、絵画、陶芸など)では専門家を招いたり、材料に工夫するなどしている 地元芸能等の地域ボランティアを活用するなど、地域性を考慮している 外出の機会を増やす工夫をしている(近所の散策、バスでの訪問等) 特記事項：						・クラブ活動の種類数(種類)  ・利用者が楽しむ行事の回数(今年度) 屋内行事 回、屋外行事 回		
	(3) 利用者の身体機能の回復・維持のための配慮、訓練をしている 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	ケアプランに基づいて、機能維持・回復訓練の対象者を選定し、個人別にプログラムを作成して計画的に訓練を実施している 機能訓練の実施状況や成果を評価して、次のプログラムに活かしている  生活の幅を広げるため、機能維持・回復訓練と日常の介護サービスとの間で連携をとっている 機能訓練室以外の場でも、リハビリの工夫をしている 特記事項						・機能訓練の活動計画がある 1. はい 2. いいえ  ・必要に応じてリハビリの器具を使用している 1. はい 2. いいえ  ・PT、OTの週の平均稼働時間 PT 時間/週 OT 時間/週  ・訓練している人には全員に個人別プログラムを作成 1.有 2.無 3.一部の人		
	(4) 栄養のバランスを考慮したうえでおいしい食事を出している 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	利用者個々人の好みや身体状況に可能な限り対応した食事の内容にしている(カフェテリア方式、複数定食、ご飯とパンの選択、治療食の選択、食形態の選択、苦手な食べ物を他のものに変えるなど) 利用者の希望を聞いたり、残さし調査をしてメニューに反映させている  温かいもの、冷たいものは、メニューや本人の身体状況などに合った適温で提供している 季節感のあるメニューや味付け・盛り付け、行事食や食器などを工夫して可能な限り飽きのこない食事を提供している 食事時間は利用者の希望にそうよう可能な限り延長あるいはずらしを認めている 利用者の状態にあった椅子・テーブルを用意している 利用者の心身の状態に合わせた食事の介助を行っている 食後にゆっくりつろげる雰囲気や空間がある 特記事項：						・行事食 今年度 回 ・カフェテリア(バイキング)方式 今年度 回  ・定食メニューの選択 今年度 回 ・嗜好(好き嫌い)調査 過去2年間 回 ・残さし調査 月 回 ・残さし調査結果を公表している 1.はい 2.いいえ  ・食事時間の延長またはずらしの可能な時間(時間)  ・調理は 1.内部で行っている 2.所内の厨房で外注先が行っている 3.外注先から配達してもらっている		
	(5) 入浴に関して、利用者の立場を考えて適切なサービスを行っている 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	可能な範囲で入浴の順番、時間帯の希望に対応している 身体の状況や体調に合わせて、一般浴、特別浴(リフト浴、機械浴など)を使用している 転倒防止のため、手すりや滑り難いマットなどを用意している 入浴用具は、身体の状況や好み等に配慮して、利用者の私物を持ち込めるようにしている 入浴後に、休憩できるような設備がある 特記事項						・脱衣は更衣室で行っている 1.はい 2.いいえ ・入浴の前後に、利用者の体調をチェックしている 1. はい 2. いいえ  ・脱衣所や浴場内の室温、浴槽の温度等は必ずチェックしている 1. はい 2. いいえ		

サービスチェックリスト～高齢者デイサービス～

サブカテゴリー	評価項目	小評価項目	評価					事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各3つ以内1つ以上)			
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点		
5. サービスの実施  (続き) 注)このサブカテゴリーだけは「評価項目」ごとに評価の根拠を記述してください。	(6) 排泄、服薬、衣類、健康管理に関しては、利用者の立場を考慮して適切なサービスを行っている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	排泄介助が必要な利用者には個人ごとにタイミングをはかって適切な誘導がある(食事前後、帰る前など) おむつ利用の場合、交換頻度や方法に配慮している  利用者の服薬には誤りがないよう二重チェックなどの仕組みができています 衣類を預かり、入浴時や失禁時の着替えなどに対応している  健康管理のために、記録をつけたり相談を受けたりしている 家族やボランティアに対して、介護技術等の指導を行っている 特記事項：										
	(7) 施設での生活は楽しく快適で利用者の自主性が尊重されている  評価 (5.4.3.2.1)  重要度 (A.B.C)	デイルームや食堂などの共用スペースは清潔に保たれている デイルームや食堂などの共用スペースは十分な広さである 内装や展示、植物などによって心を癒す雰囲気になっている 室内は整理整頓され、移動にも危険のないようになっている 利用者が静養できる場所が用意されている 利用者懇談会等の自主的な活動ができる 施設での活動は利用者の意向を尊重して計画、実行されている 共用スペースなどで仲間と団らんを楽しめる工夫がある。 喫煙、間食等については、他人への迷惑や医療的配慮に対応したうえで施設の姿勢として自由に行っている 特記事項：										
	(8) プライバシーの保護、人権の擁護が徹底している  評価 (5.4.3.2.1)  重要度 (A.B.C)	個人情報に関する守秘義務が職員間に徹底している 利用者がデイルームやその他の場所で一人でいたい時には、可能な限り希望に対応している 入浴、排泄等に関して異性への恥ずかしさ等に対する配慮がなされている  利用者の気持ちを傷つけるような担当職員の言動、介護放棄、虐待、無視等が行われることのないよう職員が相互にチェックし、会議等で対策を検討している  職員と利用者間、利用者同士の間で、正当な理由がなく扱いに差を付けることはない(喫煙や嗜好品など) 特記事項								・プライバシーの保護・人権の擁護を職員に徹底するための文書(規程・マニュアル)の有無 1.有 2.無 ・利用者が、希望するときに周囲に配慮して相談に応じる場所 1.有 2.無 ・トイレには扉あるいはカーテンがある 1.有 2.無		
	(9) 施設と家族との交流・連携は緊密に行われている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	利用者の家族などの訪問は歓迎しており頻繁に行われている 家族が参観・参画 協力する施設の行事が年数回ある  施設などでの利用者の様子などを知らせる「施設だより」や家族懇談会などで家族と密接に連絡を取り合っており、必要に応じて個別の家族の相談にもものっている 特記事項：								・家族等の見学時間 1.常時可能 2.時間制限有(時～時) 3.不可 ・家族会の開催 1.定期的(年回) 2.不定期 3.なし ・施設などでの利用者の様子等を知らせる「施設だより」などの発行 年回 「連絡帳」 1.あり(全員、一部) 2.なし ・利用者とともに家族が参加する行事 今年度 回 ・緊急時の対応マニュアルの有無 1.有 2.無 ・緊急時の連絡先 利用者について 1.全員把握している 2.一部把握している 3.把握していない 施設について 1.休日、時間外の連絡先を明示 2.緊急時の連絡先を明示		

サービスチェックリスト～高齢者デイサービス～

サブカテゴリー	評価項目	小評価項目	評価					事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各3つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
6. 安全管理 評価 (5.4.3.2.1)	(1) 感染症、発作、食中毒、けが等医療に関するリスクに対する対応を行っている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	感染症、発作、食中毒、けが等の発生を予防する対策を検討し、施設面・サービス面で実施している						<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携している医療機関 内科 〆所、精神科 〆所 外科 〆所、その他( )</li> <li>・利用者の事故や怪我の発生に対する損害賠償保険への加入 1.はい 2.いいえ</li> <li>・緊急事態に備えて救急救命訓練を行っている 1.はい 2.いいえ</li> <li>・予防対策、発生時の対象についてマニュアル等文書化されているものに 印 1.感染症 (MRSA、ロイフルエンザ、結核、コレジオネ菌、疥癬、他、その他： ) 2.発作 3.けが 4.食中毒 5.その他</li> </ul>		
		感染症、発作、食中毒、けが等の発生時の影響を軽減する対策を検討し、施設面・サービス面で実施している  予防および緊急時の対応のために協力してくれる医療体制が整っている  感染症、発作、けが等に対応するためのマニュアルが整備されている  感染症発症時の個別対応 (隔離、シーツ・衣類等の処理、清掃・消毒、入浴・清拭など) が可能である  特記事項：								
6. 安全管理 評価 (5.4.3.2.1)	(2) 火災、地震等の災害に対する対応を行っている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	火災の発生を防ぐための予防対策を検討し、実施している 火災・地震等の発生時の影響を軽減する対策を検討し、避難や消火の訓練を行っている						<ul style="list-style-type: none"> <li>・予防対策、発生時の対策についてマニュアル等文書化されているものに 印 1.火災 2.地震 3.物損 4.事故 5.その他( )</li> <li>・防災応援協定など地域との連携体制の有無 1.有 2.無</li> <li>・避難訓練 消火訓練の回数 今年度 回</li> <li>・夜間・休日・日曜を想定した訓練の回数 今年度 回</li> <li>・損害保険への加入 (加入しているものに 印) 1.火災 2.地震</li> <li>・建物耐火 耐震構造になっている 1.はい 2.いいえ</li> </ul>		
		防災応援協定など地域との連携体制ができている 食糧、水などの災害備蓄品が用意され、賞味期限等の期限内に入れ替えている 災害時でも利用者個人の薬が入手できるように準備している (各人の処方持ち出し等) 災害発生時に施設および利用者の状況を家庭等に速やかに連絡する仕組みができている 火災・地震等の災害に対応するためのマニュアルが整備されている  防火扉 防災機器等の点検を定期的に行っている 特記事項：								

サービスチェックリスト～高齢者デイサービス～

サブカテゴリー	評価項目	小評価項目	評価					事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各3つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
7. 要望・苦情・トラブルへの適切な対応 評価 (5.4.3.2.1)	(1) 利用者や家族がサービスについて意見や要望を表明し、苦情を訴えやすい仕組みができている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	要望・苦情の窓口や苦情対応体制について、わかりやすく利用者や家族に説明し、施設内に掲示している 利用者が不満などを担当職員に口頭や態度等で気軽に訴えることができる開放的雰囲気ができている						施設と家族との懇談会 今年度 回		
		利用者や家族の要望や苦情を聞き相談にのる第三者の立場の人がいて、有効に活用されている 利用者の集まり、家族懇談会、アンケート等で施設側が進んで要望や苦情を聞いている 特記事項：						・第三者的立場の人(オンブズマン、介護相談員等)がいる 人 その人たちが施設を訪れるのは 1人当たり月 回 ・利用者や家族へのアンケートの実施 過去1年に 回		
7. 要望・苦情・トラブルへの適切な対応 評価 (5.4.3.2.1)	(2) 要望や苦情および日常のトラブルには適切かつ迅速に対応する仕組みができている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	要望や苦情が出されたら原則として直ちに会議等で対策を検討している  苦情解決の責任者は全ての苦情とその対応結果を把握している  苦情申し出から検討経緯、申し出人等への報告、改善までの流れが記録されている 要望や苦情を出した人だけでなく、可能な限り関係する人たち全てに対応の経緯を説明している 解決策が会議等を通じて職員に周知徹底されている 利用者同士のいさかい等、日常発生するトラブルについてそれらを予防し、発生した時に適切に対処する方法が検討され、記録として蓄積されている  適切な対応の実施に向けた研修を実施している 特記事項：						・要望や苦情の受付や対応に関する手続き等を定めたマニュアル等の文書の有無 1.有 2.無  ・苦情解決のための会議の開催 1.定期的 2.必要に応じて 3.行っていない ・同上会議の回数 今年度 回 ・同上会議の参加メンバー ( ) ( ) ( ) ( )		
8. 地域との交流・連携 評価 (5.4.3.2.1)	(1) 地域の一員としての相互交流を深めている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	施設のイベントとして地域のお祭りなどに参加したり、地域の文化、レクリエーション、飲食関係の施設や場所を訪問したりして活用している  地域の人たちが施設のイベントに参加したり、集会等に施設のスペースを活用したりしている 特記事項：						・地域の人が参加できる施設の行事 今年度 回  ・地域の人に施設のスペースを集会等に貸し出し 今年度 回  ・地域の一員として町内会に加入している 1.はい 2.いいえ		
8. 地域との交流・連携 評価 (5.4.3.2.1)	(2) デイサービスセンターの機能、特性を生かした人的交流を図っている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	クラブ活動や施設での作業等に地域の人たちがボランティアとして積極的に参加している 研修生、実習生や小中学生などの体験学習を積極的に受け入れている  ボランティアや学生の受け入れ体制は整備されている (担当者の明確化、オリエンテーションや反省会の実施、記録、マニュアルの整備等) 地域の人を対象とした介護教育(施設での介護教室と講師派遣)に積極的に取り組んでいる 特記事項：						・ボランティアの年間延参加人員 今年度 人 ・ボランティアの内容 ( ) ・研修生、実習生等の年間延受入人数 今年度 人 ・地域の人を対象に施設で開催している介護教室等 今年度 回  ・施設外で行われる研修会への講師派遣 今年度 回		

## 「居宅介護支援サービス利用に関する調査」

本アンケートでは、あなた（利用者）のケアプランを作成したケアマネジャーについておたずねしますので、あなたが感じたことや思ったことをお聞かせください。

各設問では、「1. はい」「2. いいえ」のいずれかに 印をつけてください。

ご家族がご本人に代わって答える場合には、ご本人ならばこのように答えるだろうとお考えのうえ、お答えください。

以上の点にご注意の上、次ページ（1ページ目の「1. あなたご自身について」）よりご記入ください。

【お問い合わせ先】新宿区福祉部介護保険課 利用者支援係

〒160-8484 東京都新宿区歌舞伎町一丁目4番1号

電話：03-3209-1111（内線 3742） ファックス：03-3209-6010

### 居宅介護支援サービスとケアマネジャーについて

「居宅介護支援サービス」とは、あなたの希望や心身の状態などに適した介護の内容を考え、計画し、サービスを利用できるよう準備などをするサービスのこと言い、それを行う人が「ケアマネジャー（介護支援専門員）」です。

ケアマネジャーは、具体的には以下のような仕事に関わります。

- ・要介護者の介護サービス計画（ケアプラン<sup>\*</sup>）の作成及び見直し
- ・介護サービス提供事業者・施設との連絡調整
- ・サービスの実績管理等の給付管理
- ・要介護認定の際の訪問調査（市町村からの委託による）

\* ケアプラン：利用する介護サービスの計画とその内容



1. あなたご自身についておたずねします

(1) このアンケートの記入日は

\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

(2) ご記入いただく方とサービス利用者（要介護者）の関係は

- |            |                 |
|------------|-----------------|
| 1. 利用者本人   | 4. 利用者の子の配偶者    |
| 2. 利用者の配偶者 | 5. その他（ _____ ） |
| 3. 利用者の子   |                 |

注意：上記質問で「2～5」に \_\_\_\_\_ を付けられた方へ

質問は「サービスを利用されているご本人」に対してお聞きする内容となっています。従って、利用者ご本人以外の方が回答される場合は「サービスを利用されているご本人」ならばこのように答えるだろうとお考えのうえ、お答えください。

(3) あなた（サービス利用者）の年齢は

\_\_\_\_\_歳

(4) あなた（サービス利用者）の性別は

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

(5) あなた（サービス利用者）の要介護度は

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. 要支援  | 4. 要介護3 |
| 2. 要介護1 | 5. 要介護4 |
| 3. 要介護2 | 6. 要介護5 |

(6) あなたは、担当のケアマネジャーの名前をご存じですか。

1. はい      2. いいえ

担当のケアマネジャーが分からない方は、あなたのケアプランを作成した会社の方を、あなたの担当ケアマネジャーと考えて、以降の質問についてお答えください。

2 . ケアマネジャーが所属する事業所との契約についておたずねします

(1) 担当ケアマネジャーは、あなたにケアマネジャーの役割について説明をしてくれましたか。

1. はい      2. いいえ

(1-1)それは分かりやすい説明でしたか。

1. はい      2. いいえ

(2) 担当ケアマネジャーは、あなたに契約書の内容について説明してくれましたか。

1. はい      2. いいえ

(2-1) それは分かりやすい説明でしたか。

1. はい      2. いいえ

3 . あなたのケアプラン作成時のことについておたずねします

(1) 担当ケアマネジャーは、あなたの心身の状態や家族の状況などについて、よく話を聞いてくれましたか。

1. はい      2. いいえ

(2) 担当ケアマネジャーは、あなたや家族の意見・要望などについて、よく話を聞いてくれましたか。

1. はい      2. いいえ

(3) 担当ケアマネジャーは、あなたの希望に沿うよう、いろいろな選択肢を示しながらケアプラン（サービス内容、料金、スケジュールなど）を作ってくれましたか。

1. はい      2. いいえ

(4) 担当ケアマネジャーは、あなたが利用する個々のサービスの内容について説明してくれましたか。

1. はい      2. いいえ

(5) 担当ケアマネジャーは、介護保険の対象となっていない区の保健福祉サービスやボランティアなどのサービスについても情報を提供してくれましたか。

1. はい      2. いいえ

(6) 担当ケアマネジャーは、あなたが希望すればサービスの内容の変更（曜日や時間を変更する、他のサービスを利用するなど）や利用事業者の変更ができることを説明してくれましたか。

1. はい      2. いいえ

4 . ケアマネジャーの訪問についておたずねします

担当ケアマネジャーの訪問は毎月ありますか。

1. は い      2. いいえ

5 . ケアプランの見直しについておたずねします

(1) 担当ケアマネジャーは、計画のとおりあなたにサービスが提供されているかを確認してくれましたか。

1. は い      2. いいえ

(2) 担当ケアマネジャーは、あなたが利用しているサービスが心身の状態や生活状況に適しているかについて確認してくれましたか。

1. は い      2. いいえ

(3) 担当ケアマネジャーは、あなたの状況の変化に合わせ、適切なケアプランの見直しをしてくれましたか。

1. は い      2. いいえ

6 . 要介護認定の更新申請についておたずねします

(1) あなたは、要介護認定の更新を行いましたか。

1. は い      2. いいえ

(1-1) 担当ケアマネジャーは、あなたの要介護認定の更新について助言や手続きなどの手助けをしてくれましたか。

1. は い      2. いいえ

## 7 . 要望や苦情への対応についておたずねします

(1) あなたは、担当ケアマネジャーにサービスについての要望や苦情を伝えたことがありますか。

1. はい      2. いいえ

(1-1) 担当ケアマネジャーは、親身になって、あなたの要望や苦情に対する問題解決の方法を考えてくれましたか。

1. はい      2. いいえ

(1-2) 担当ケアマネジャーは、迅速に対応してくれましたか。

1. はい      2. いいえ

## 8 . ケアマネジャーの日頃の様子についておたずねします

(1) 担当ケアマネジャーの言葉づかいやマナーはきちんとしていますか。

1. はい      2. いいえ

(2) 担当ケアマネジャーは、信頼できる人という印象ですか。

1. はい      2. いいえ

## 9 . 総合評価（満足度）についておたずねします

(1) 現在利用している居宅介護支援サービス（ケアマネジャーが提供しているサービス）に対して、どの程度満足していますか。

1. たいへん満足
2. 満足
3. やや満足
4. どちらともいえない
5. やや不満
6. 不満
7. たいへん不満

(2) 満足や不満足に思う理由を具体的にご記入ください（両方にご記入いただいても構いません）。

この設問の回答は、匿名の利用者の声として公表されることがあります。

満足の理由

不満足の理由

(3) 現在利用している居宅介護支援サービス（ケアマネジャーが提供しているサービス）を今後も利用したいと思いますか。

1. ぜひ利用したい
2. 利用したい
3. どちらともいえない
4. 利用したくない
5. 絶対に利用したくない

(4) サービスに関するご意見・ご要望がありましたら、自由にご記入ください。

この設問の回答は、匿名の利用者の声として公表されることがあります。

#### 10. 今回の調査についておたずねします

調査の方法、設問の内容や設問の表現などについて、お感じになったことやご意見などがありましたら、どんなことでも結構ですので自由にご記入ください。

\*\*\*最後までご回答いただき、ありがとうございました。\*\*\*



## 事業プロフィール - 居宅介護支援 -

1 事業所名

\_\_\_\_\_

2 運営主体（法人名等）

\_\_\_\_\_

3 事業所所在地

\_\_\_\_\_

4 事業所の長の氏名（施設長等）

\_\_\_\_\_

5 連絡先

1 ) 電話番号

2 ) ファックス

3 ) eメール

4 ) ホームページ

6 当該事業の開始時期 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月

7 同一事業所（同一敷地内または同一建物内で行われる事業を指す）で実施している、同一運営主体の主な福祉・医療サービス事業を上位5つ以内まで挙げてください。

（例 特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービスなど）

1 )

2 )

3 )

4 )

5 )

8 同一事業所（同一敷地または同一建物内）で行われる全事業のうち、今回の評価対象サービス事業の位置づけ

収入面でみて 約\_\_\_\_\_%

職員数でみて 約\_\_\_\_\_%

分母に含めた要素： 収入 \_\_\_\_\_  
職員 \_\_\_\_\_

9 事業所が大切にしている考えのうち、特に重要なもの（上位5つ以内）を簡潔に記述してください。

（例 基本的人権の尊重、利用者の立場になって考える、職員満足の向上、地域社会への貢献など）

- 1 )
- 2 )
- 3 )
- 4 )
- 5 )

10 現在のサービス提供能力と利用者数（該当するものに をつける）

- 1 ) サービスを希望しながら待っている人がかなりいる
- 2 ) ほぼサービス提供能力に見合った利用者数で、待っている人はほとんどいない
- 3 ) サービス提供能力に余力があり、希望者があれば受け入れたい（曜日によっては2）も該当）

11 3年後の見通し（該当するものに をつける）

- 1 ) 利用者数の増加を見込んでサービス提供能力を拡大する計画がある
- 2 ) サービス提供能力を拡大する計画はないが、ほぼ現在のサービス提供能力に見合う利用者数は維持できると思う
- 3 ) 現在の利用者数を維持するのは、よほど経営改善・サービス改善をしていかないとかなり難しい情勢になっているのではないかと思う

12 評価対象としているサービス事業に関して他の事業所と比較して優れた点を、人的サービス面と施設・設備面に分けて、重要な順に各3つ以内でご自分の言葉で記述して下さい。

人的サービス面

（例 特定の介護技術、あきのこない食事、温かい対応、同性介護、医療ケアネットワークなど）

- 1 )
- 2 )
- 3 )

施設・設備面

（例 ゆとりのあるスペース、プライバシーを保てる場所、庭、買い物の便利さなど）

- 1 )
- 2 )
- 3 )

13 評価対象としているサービス事業を維持・向上させていくためにこれから何をしていかなければならないかについて、重要な順に3つ以内で、ご自分の言葉で記述して下さい。

(例 経営改善への職員の参画、職員の能力開発、後継者の育成、給与制度の改善、施設間交流、入浴施設の拡張など)

1)

2)

3)

14 居宅介護支援事業の概要

(1) 今年度のケアプラン実績 ( \_\_\_\_月 \_\_\_\_日現在 )

ケアプラン作成件数 \_\_\_\_\_件

(同一利用者の作成・変更は1件とする)

ケアプラン作成実績のあるサービス事業者数 \_\_\_\_\_

(2) 利用者の現状

現在の利用者数 \_\_\_\_\_人

平均要介護度 \_\_\_\_\_

平均年齢 \_\_\_\_\_歳

要介護度、ケアプランに組み込まれているサービス種類等の内訳

《要介護度の内訳》	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合 計
人数計							
内訳							
1種類							
2種類							
3種類							
4種類							
5種類以上							
合 計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

(3) 介護支援専門員の対応の現状

介護支援専門員の勤務形態

常勤者 \_\_\_\_\_% ( \_\_\_\_\_人)

非常勤 \_\_\_\_\_% ( \_\_\_\_\_人)

---

合計 100% ( \_\_\_\_\_人)

介護支援専門員が有する資格

介護福祉士 \_\_\_\_\_人、社会福祉士 \_\_\_\_\_人、保険師 \_\_\_\_\_人、看護師 \_\_\_\_\_人

その他

常勤職員の平均経験年数 \_\_\_\_\_年

介護支援専門員 1 人当りの利用者数

\_\_\_\_\_人 / 介護支援専門員 1 人 (常勤換算)

ケアプラン作成のための利用者 1 人当りの面接時間

約 \_\_\_\_\_分 / 利用者 1 人

利用者宅への 1 ヶ月当りの平均訪問回数

約 \_\_\_\_\_回

利用者への 1 ヶ月当りの平均電話回数

約 \_\_\_\_\_回

サービス担当者会議の開催状況 (該当するものすべてに をつける)

- 1 定例日月 1 回以上
- 2 定例日月 1 回未満
- 3 随時
- 4 開催していない
- 5 その他 ( \_\_\_\_\_ )

ケアプラン作成に関わる 1 件当りの費用

\_\_\_\_\_円 / ケアプラン 1 件

— 居宅介護支援事業版 —

サービスチェックリスト

( リーダー層 記入用 )

作成日 (完成日)	平成	年	月	日
施設・事業所名				
作成関係者	( 役職名 )	( 氏名 )		

## 記入の手引き

### サービスチェックリストの位置づけと構成

(1)この「サービスチェックリスト」は、別紙「事業評価分析シート」のカテゴリー（評価の領域）「6.サービス提供のプロセス」をより詳細に評価するためのものです。

(2)この「サービスチェックリスト」は、8つの「サブカテゴリー」に分かれています。そして、各サブカテゴリーは、サービスの具体的な場面の「評価項目」および「小評価項目」に分かれています。

### 評価の進め方

(1)まず「小評価項目」それぞれについて5段階評価欄のいずれか1つに 印をつけて評価を行っていただきます。次に、その評価を踏まえて各「評価項目」について5段階評価で該当する数字に 印を付けてください。

そして、「小評価項目」、「評価項目」の評価を踏まえて、各「サブカテゴリー」の評価を5段階評価で該当する数字に 印を付けてください。

(2)評価を行うにあたって、右側にある「事実情報」欄記載の事柄について、該当するものに 印、または数字の記入等を行ってください。

(3)「小評価項目」には「特記事項」記入欄を設けています。ここには「評価項目」に関連する事柄で、特に評価対象としたいと思うことを記入し、それについての評価を行ってください。

(補) …… 補足事項につける

(新) …… 新規事項につける

(4)「サブカテゴリー」ごとの右端に、評価の根拠として「良いと思う点」、「改善する必要がある点」を記入する欄を設けています。ここには、できるだけ具体的な内容を記入してください。

(5)評価は次の5段階で行います。評価5は「他に抜きこんでいる(全国、他事業種からも目標にされている)」というレベル

- 5 …… 他の施設の模範になると自負できる
- 4 …… 適切かつ積極的に行っている
- 3 …… 適切に行っている
- 2 …… 適切さにやや欠ける
- 1 …… 適切ではない(改善すべき点が多い)

### 重要度」欄の記入

(1)各「評価項目」において、利用者へのサービスの質の向上のためにどの程度重要と思われるかを3段階で判断して、「重要度」欄の(A・B・C)に 印を記入してください。

- A …… 非常に重要
- B …… 重要
- C …… それほど重要ではない

(2)「重要度」は、各「サブカテゴリー」の中での重要度ですので、記入は各「サブカテゴリー」に含まれる「評価項目」の評価が終了することに行ってください。

サービスチェックリスト  
～ 居宅介護支援事業～

サブカテゴリ	評価項目	小評価項目	評価					事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各3つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
1. 情報公開 提供 評価 (5.4.3.2.1)	(1) 将来の利用者が関心のある事項について分かりやすく情報を公開 提供している  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	提供している情報は、将来の利用者がサービス事業者を選択するために必要な情報を中心に、分かりやすく作成されている 提供している情報は、事業所が将来の利用者層と考える人たちに伝達されており、問い合わせ等の反応もある 特記事項：						<ul style="list-style-type: none"> <li>将来の利用者を意識して作成している広報媒体に印 1.独自のホームページ 2.自治体や他事業者との共同作成のホームページ 3.独自作成のパンフレット 4.他で作成された各種ガイドブック等</li> <li>5.その他( )</li> <li>公開 提供している情報に印 1.運営方針 2.事業計画 3.事業内容 3.サービスの具体的内容 4.利用者負担 5.職員体制 6.その他 ( )</li> </ul>		
	(2) 利用希望者の問合せには適切に対応している  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	問合せに対しては適切かつ迅速に対応する体制ができている 実情を正確に説明して過大な期待を与えないようにしている 特記事項：						<ul style="list-style-type: none"> <li>将来の利用者となる可能性のある人の問合せがある 1.はい (約 回/月) 2.いいえ</li> </ul>		
2. 利用開始時の対応 評価 (5.4.3.2.1)	(1) 利用希望者には誤解のないよう分かりやすく説明している  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	サービスの利用にあたっての重要な説明事項は分かりやすい表現になっている 誤解の可能性のある項目および契約の効力、解約の仕方等の重要事項については、利用予定者および家族の納得を得ながら説明している 利用の決定について迷っている人には即答を求めずじっくり検討してもらっている 利用者や家族には介護保険の仕組みやサービス内容などについての詳しい情報を伝えている 特記事項：						<ul style="list-style-type: none"> <li>重要事項説明は文書化されている 1.はい 2.いいえ</li> <li>重要事項に入っている項目に印 1.事業内容 (知事の指定内容含む) 2.サービスの内容 3.職員体制 4.利用者負担 5.曜日変更などのサービス変更や解約の条件・方法 6.利用者側からの日時変更やキャンセルについての留意事項 7.苦情相談窓口 8.各種代行申請</li> <li>重要事項の説明書は本人 (または家族)に渡されている 1.はい 2.いいえ</li> </ul>		
	(2) サービス利用に関し、事業者と利用者の合意を書面にしている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	契約書等の記述内容は利用者にとって分かりやすく記述されている 契約書等の内容、効力、解約の仕方について利用者及び家族に説明している 特記事項：						<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の介護保険被保険者証を確認している 1.はい 2.いいえ</li> <li>ケアマネジャーは身分証明書を携帯している 1.はい 2.いいえ</li> <li>契約書は事業所と利用者で取り交わしている 1.はい 2.いいえ</li> <li>独居の利用者との契約には立会人を求めている 1.はい 2.いいえ</li> <li>本人が契約書に署名できない場合に備え、代理人の署名欄がある 1.はい 2.いいえ</li> <li>昨年度、契約時の誤解から発生したトラブルの件数 ( )件</li> </ul>		





サービスチェックリスト  
～ 居宅介護支援事業～

サブカテゴリー	評価項目	小評価項目	評価					事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各3つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
5. サービスの実施  評価 (5.4.3.2.1)  注)このサブカテゴリーだけは評価項目ごとに評価の根拠を記述してください。	(1) 指定居宅サービス事業者等に関する情報の収集 提供に努めている  評価 (5・4・3・2・1) 重要度 (A・B・C)	地域の居宅介護支援事業者や居宅サービス事業者のサービス品質情報を収集し、利用者のニーズや状況に応じて提供している 住宅改修、福祉用具貸与について、利用者の状況に応じたアドバイスや理由書の作成を行うことができる 施設サービスや医療機関に関する情報収集を行い、利用者のニーズや状況に応じたアドバイスができる 利用者に提供される情報は併設の事業所情報に偏ったり、併設の事業所の利用を誘導したりすることがないようにしている  特記事項：						<ul style="list-style-type: none"> <li>事業者の連絡会に参加している 1.はい 2.いいえ</li> <li>ケアマネットに参加している 1.はい 2.いいえ</li> </ul>		
	(2) 行政サービス、生活支援サービス、住民参加型福祉サービス、ボランティア活用等の介護保険外のサービスに関する助言を、利用者の要望や状況に応じて適切に行っている  評価 (5・4・3・2・1) 重要度 (A・B・C)	行政サービス、地域の生活支援サービス、住民参加型福祉サービス、ボランティア活動等利用者にとって有効と思われる介護保険外の情報を集めて、利用者の要望に応じて情報を提供している それぞれのサービス活動の特性を理解し、活用の助言に際しては利用者の在宅支援策として有効に機能するようにしている 利用者が上記のサービス活動を利用する際には、紹介その他適切な措置を講じている  特記事項：						<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険以外のサービスに関する情報を得るための情報源を3つまで挙げる ・ ・ ・</li> </ul>		
	(3) 適切なアセスメントを行っている  評価 (5・4・3・2・1) 重要度 (A・B・C)	面接にあたっては、利用者及び家族に趣旨を説明し、理解を得ている 利用者の生活や家族の介護の方法、あるいは相談 意見 要望などについて、よ話しを聞いている 本人の心身の状況や生活環境などの現状を把握している  特記事項：						<ul style="list-style-type: none"> <li>居宅を訪問し、利用者及び家族と面接している 1.はい 2.いいえ</li> <li>訪問介護利用者負担額軽減認定証等を確認している 1.はい 2.いいえ</li> <li>公費負担医療給付の対象者かを確認している 1.はい 2.いいえ</li> <li>主治医に意見を求めている 1.はい 2.いいえ</li> <li>アセスメントの様式を定めている 1.はい 2.いいえ</li> </ul>		
	(4) 適切な居宅サービス計画を作成している  評価 (5・4・3・2・1) 重要度 (A・B・C)	利用者の個別事情 (痴呆や障害の内容、主治医、常用している薬、好き嫌い、家族環境等) や要望を決められた書式に記録し、変化があった場合等必要に応じて修正している 計画は利用者・家族の状況や要望などを勘案して策定されている 利用者が保険外のサービスを希望する場合には、保険給付としては提供できない旨を説明し、内容に応じて適切なサービス提供者を紹介している 被保険者証に認定審査会の意見が記載されている場合には、利用者にその趣旨を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成している 作成した居宅サービス計画に基づいたサービス費用及び利用者負担について説明している  特記事項：						<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の個別事情を把握し、情報を整理している対象 1.全員 2.一部の人のみ 3.実施していない</li> <li>サービス計画書には長期的目標とそれを達成するため、生活全般を改善する短期的目標が盛り込まれている 1.はい 2.いいえ</li> </ul>		

サービスチェックリスト  
～ 居宅介護支援事業～

サブカテゴリー	評価項目	小評価項目	評価					事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各3つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
5. サービスの実施 評価 (5.4.3.2.1)  注)このサブカテゴリーだけは評価項目ごとに評価の根拠を記述してください。	(5) 給付開始後、適切な対応を行っている	居宅介護支援事業者の変更を希望された場合、適切に対応している  居宅介護支援事業者の変更の事務手続きでは、利用者の了解を得たうえで、支障のないように申し送りしている 医療保険給付と介護保険給付の区分について、サービス事業者と調整している 毎月遅延なく、正確に給付管理を行っている  特記事項：						・ 定期的な訪問 (電話連絡) を行っている 1.はい ( 月に1回程度) 2.いいえ  ・ 利用者にはサービス利用票を、事業者にはサービス提供票を送付している 1.はい 2.いいえ ・ 介護保険被保険者証を毎月確認している 1.はい 2.いいえ		
	(6) 利用者の状態を分析しサービス担当者会議等によって効果的な居宅サービス計画となるよう調整している	サービスを提供する事業所 (併設の事業所を含む)との連携をとっている 適宜サービス担当者会議を開催し、専門的見地からの意見をもとに効果的で実現可能な居宅サービス計画となるよう調整している サービス担当者会議を開催できない場合、サービス担当者への照会をとおして意見を求め、居宅サービス計画に反映しているかどうかを確認している ケアマネジャーは、サービス提供事業者が行うサービスについて、適宜利用者にその状況を確認し、計画に基づいたサービスが実施されるよう適切な措置を行っている  特記事項：								
	(7) モニタリングを実施することによって、適切にサービス計画の見直し変更を行っている	サービス実施の評価を行い、その結果を受けて、計画の見直しを行っている 計画の見直しに際しては利用者や家族の希望を取り入れ、状態を確認した上で、相談しながら作成し、了解を得ている  特記事項：						・ どんな場合にサービス計画を見直すかの基準が文書化されている 1.はい 2.いいえ ・ サービス計画を定期的に見直ししている 1.はい ( 回/年) 2.いいえ  ・ 最初のサービス計画および大きな変更のあったサービス計画は必ず本人または家族に説明している 1.全員 2.一部の人のみ 3.説明していない また、あわせて事業者にも説明している 1.はい 2.いいえ		
	(8) プライバシーの保護、人権の擁護が徹底している	業務上知り得た利用者や家族の個人情報に関する守秘義務は、職員の間で徹底している  サービス担当者会議等において個人情報を共有する場合には、予め利用者および家族からの同意を得ており、会議等で知り得た個人情報に関する守秘義務が関係者に徹底されている  特記事項：						・ プライバシーの保護・人権の擁護を職員に徹底するための文書 (規程・マニュアル)がある 1.はい 2.いいえ		

サービスチェックリスト  
～ 居宅介護支援事業～

サブカテゴリー	評価項目	小評価項目	評価					事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各3つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
6. 安全管理  評価 (5.4.3.2.1)	(1) 居宅サービス計画に医療サービスを位置づける場合、主治医等と連携した居宅介護支援を行っている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護を居宅サービス計画に位置づける場合、主治医などの指示があることを確認している 主治医などが医学的観点から指定居宅サービス等に係わる留意事項を示している場合には、留意点を尊重して居宅介護支援を行っている  特記事項：								
	(2) 居宅介護サービス計画に基づくサービスの提供中に感染症、発作、けが等が発生した場合に適切な対応が行われるようになっている  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	感染症や事故等の発生時に、利用者の主治医や訪問看護師、サービス提供者や市町村担当者と速やかに連絡を取り合う体制がある サービス提供中の事故(医療に関する事故だけでなく物損も含む)について、どのような場合に損害賠償が行われるかを把握している  特記事項：								
7. 要望・苦情・トラブルへの適切な対応  評価 (5.4.3.2.1)	(1) 利用者や家族がサービスについて意見や要望を表明し、苦情を訴えやすい仕組みができています  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	要望・苦情の窓口や苦情対応体制について、分かりやすく利用者や家族に説明している 利用者が苦情などを担当職員に口頭や文書等で気軽に訴えることができる雰囲気がある 利用者の集まり、家族懇談会、アンケート等で事業者側が進んで要望や苦情を聞いている  特記事項：						・ 事務所内に相談窓口を設けている 1.はい 2.いいえ ・ 利用者や家族へのアンケートを実施した 1.はい (過去2年に 回) 2.いいえ		
	(2) 要望や苦情および日常のトラブルには適切かつ迅速に対応する仕組みができています  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	要望や苦情が出されたら、原則として会議等で対策を検討し、解決に向けて対応している 苦情対応の責任者は全ての苦情とその対応結果を把握している 苦情申し出から検討経緯、申し出人等への報告、改善までの流れが記録されている 要望や苦情を出した人だけでなく、可能な限り関係する人たち全てに対応の経緯を説明している 解決策が会議等を通じて職員に周知徹底されている 日常発生するトラブルについてそれらを予防し、発生した時に適切に対処する方法が検討され、記録として蓄積されている 緊急時や営業時間外の連絡方法が明確になっている  特記事項：						・ 要望や苦情の受付や対応に関する手続き等を定めたマニュアル等がある 1.はい 2.いいえ ・ 苦情解決のための会議を開催している 1.はい (1.定期的 2.必要に応じて) 2.いいえ ・ 同上の会議の開催回数(前年度 回) 同上会議の参加メンバー (具体的に：		



# 事業評価分析シート

( リーダー層用 )

作成日 (完成日)	平成	年	月	日
施設・事業所名				
作成関係者	(役職名)	(氏名)		

## 記入の手引き

### 分析シートの構成

分析シートは、8つの大きな「カテゴリー（評価の領域）」で構成されています。  
ただし6番目のカテゴリー「6. サービス提供のプロセス」は、別紙「サービスチェックリスト」で評価し、このシートは使用しません。

### 評価の進め方

- ① まず「評価項目」それぞれについて5段階評価欄のいずれか1つに 印をつけて評価を行ってください。  
次に、その評価を踏まえて各「サブカテゴリー」について5段階評価で該当する数字に 印を付けてください。  
  
そして、「評価項目」、「サブカテゴリー」の評価を踏まえて、各「カテゴリー」の評価を5段階評価で該当する数字に 印を付けてください。
- ② 評価を行うにあたって、右側にある「事実情報」欄記載の事柄について、該当するものに 印、または数字の記入等を行ってください。
- ③ 「評価項目」には「特記事項」記入欄を設けています。ここには「評価項目」に関連する事柄で、特に評価対象としたいと思うことを記入し、それについての評価を行ってください。  
(補) …… 補足事項につける  
(新) …… 新規事項につける
- ④ 「カテゴリー」ごとの右端に、評価の根拠として「良いと思う点」、「改善する必要がある点」を記入する欄を設けています。ここには、できるだけ具体的な内容を記入してください。
- ⑤ 評価は次の5段階で行います。評価5は「他に抜きん出ている（全国、他事業種からも目標にされている）」というレベル

- 5 …… 他の施設の模範になると自負できる
- 4 …… 適切かつ積極的に行っている
- 3 …… 適切に行っている
- 2 …… 適切さにやや欠ける
- 1 …… 適切ではない（改善すべき点が多い）

### 重要度」欄の記入

- ① 各「サブカテゴリー」において、利用者へのサービスの質の向上のためにどの程度重要と思われるかを3段階で判断して、「重要度」欄の（A・B・C）に を記入してください。

- A …… 非常に重要
- B …… 重要
- C …… それほど重要ではない

- ② 「重要度」は、各「カテゴリー」の中での重要度ですので、記入は各「カテゴリー」に含まれる「評価項目」の評価が終了するごとに行ってください。

カテゴリー	サブカテゴリー	評価項目	評価					参考：事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各5つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
1. リーダーシップと意思決定  評価 (5.4.3.2.1)	(1) 理念・ビジョンの作成と周知  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	組織の理念やビジョンなど事業の基本的方向や方針が文書等で明確に示されている 事業の基本的方向や方針を職員、利用者、仕事上の協力者等に伝える場や方法があり十分周知されている 特記事項：						・ 組織の理念・ビジョンが明文化されている 1.理念 2.ビジョン ・ 全職員に対して組織の理念・ビジョンの説明があった 前年度 回		
	(2) 経営幹部の率先と統率  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	経営幹部は、組織内での自分の役割を認識しており、適切な場面、適切なやり方で自ら指揮をとったりして率先している 経営幹部は自らの行動が職員や利用者等から信頼を得るものであるか否かについて把握する方法があり迅速・的確に対応している 特記事項：						・ 経営幹部の役割分担が明文化されている 1.はい 2.いいえ		
	(3) 公正・適切なプロセスによる意思決定  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	経営幹部は、組織の理念やビジョンの実現に関わる重要な意思決定に当たっては、可能な限り事実に基づく情報を集め、関係者の意見を聞いている 重要な意思決定について関係する職員や利用者等に、誤解のないようその経緯を説明する場があり十分伝わっている 特記事項：						・ 組織における重要な意思決定のプロセスが明文化されている 1.はい 2.いいえ		
2. 経営における社会的責任  評価 (5.4.3.2.1)	(1) 守るべき法・倫理等の徹底  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	組織および職員が社会福祉事業を営むものの責務として守るべき法・規範・倫理等が明文化され周知徹底が図られている 経営幹部は自らそれを守り、率先垂範している 理事会の構成、オンブズマンや第三者評価の導入等により、透明性の高い組織を目指しており、経理等も含め組織の情報を十分開示している 特記事項：						・ 組織および職員が不正あるいは不適切な行為を行わないよう守るべき法・規範・倫理等が明文化されている 1.はい 2.いいえ		
	(2) 事業の継続性  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A・B・C)	経営幹部は、次の世代に備え、経営やサービスプロセスのしきみをつくったり、計画的に後継者の育成をしている 経営幹部は、財政的な行きづまりが起らないよう、長期的な収支計画に基づいて資金の積み立てや設備投資を行い、新規事業の開発やコスト削減を行っている 特記事項：						・ 事業の長期的（5年以上）収支計画を作成している 1.はい 2.いいえ		

カテゴリ	サブカテゴリ	評価項目	評価					参考：事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各5つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
3. 利用者の意向・満足状況、経営環境、市場動向等の把握  評価 (5.4.3.2.1)	(1) 利用者の意向・満足状況の把握  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	経営改善のプロセスとして、提供しているサービスについての利用者の意向・満足状況を把握するしくみがあり機能している  特記事項：						・利用者満足度の把握方法 1.第三者による利用者満足度調査 2.事業所による利用者満足度調査 3. 4.		
	(2) 経営環境、市場動向、利用者の意向等の情報収集  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	今後の事業経営に影響を与えそうな情報を把握する方法がある(潜在的利用者の数や要求の変化、現在の利用者の要望や満足状況、行政の施策の変化、競合事業者の動向など) それらの情報は分かり易く適切に分類・整理されている 特記事項：						・経営環境や市場動向に関する情報は分類・整理されて保管されている 1.はい 2.いいえ 3.どちらともいえない		
	(3) 上記情報に基づく確かな状況把握  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	今後の事業経営に影響を与えそうな情報は、分析されたうえで経営幹部や主要な職員の間で共有化するため会議等で提示され議論されている 特記事項：								
4. 変革・改善課題の設定と取り組み  評価 (5.4.3.2.1)	(1) 重点(変革)課題の設定  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	組織の理念やビジョンを実現するために、組織の変革をとまなうような重点課題が常に設定されるしくみがあり機能している それらの重点課題は、経営環境や市場動向の変化を自組織にとってのチャンスあるいはリスクとしての確に捉えたうえで、他の課題や関連するプロセスと相互に連携のとれた形で設定されるしくみがあり機能している 特記事項：						・組織の変革をとまなうような重点課題が常に1つ以上は設定されている 1.はい 2.いいえ		
	(2) 重点(変革)課題の周知と実現に向けた取り組み  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	重点課題は職員はもとより、必要があれば利用者や仕事上の協力者(福祉事務所、提携医療機関、食材・食事供給者、送迎委託先等)にも周知されるしくみがあり機能している  重点課題については、異なる職種・部門の職員、事業所外の協力者などで特別チームを編成するなどして組織をあげて協力し合いながら取り組むしくみがあり機能している  重点課題については、最終期限を決め、中間報告も含め期限内に完遂できるよう管理するしくみがあり機能している 特記事項：						・現在チームで取り組んでいる重点課題 1. 2. 3. ・事業所以外の仕事上の協力者が参加しているチームがある 1.はい 2.いいえ		
	(3) 日常的業務プロセス改善への取り組み  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	日常的な業務プロセス(各サービス提供プロセス、人事・経理・総務などの支援プロセス)ごとにその質、効率性、コスト等に関する改善課題を設定するしくみがあり機能している それらの課題については期限を決め、関係者がチームをつくるなどで期限内に完遂できるよう管理するしくみがあり機能している 重点課題および改善課題の担当者は、優れた事例等から成功のためのポイント、目標レベル等を探究するなどの方法の教育を受けている 特記事項：						・重点課題以外に各サービスプロセスでサービスの質、効率性、コスト等に関する改善課題を常に1つ以上は設定している 1.はい 2.いいえ		



カテゴリー	サブカテゴリー	評価項目	評価					参考：事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各5つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
	(4) 中長期計画、年度計画の作成と実績評価 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	事業のほぼ全分野にわたって中長期(3~5年)および短期(1年)の目標や計画を策定し、その中に重点課題・改善課題を位置づけるしくみがあり機能している 上記目標にはカテゴリー8の成果評価と関係する指標の目標が含まれており、指標の適切性が検討されるしくみがあり機能している 上記指標等については、毎年(指標によっては毎月)実績を把握し、目標や計画と対比し分析したうえで新たな目標や計画を決めている 特記事項：						・以下の計画が明文化されている 1.年度計画 2.中長期計画		
5. 職員と組織の能力向上 評価 (5.4.3.2.1)	(1) 理念やビジョンに適合した人材構成 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	日常のサービスを遂行するうえで十分な人材構成になっているかを常時チェックし必要な補充を行っている 組織の理念やビジョンを実現するために経営を改善・変革する課題をチームの一員となって担当できる人材を確保・育成することが、事業の運営方針として明確になっている 特記事項：								
	(2) 職員の個人別・計画的な能力開発 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	職員の現在の能力と業務特性、職員の将来に対する組織の期待、職員の志望等をふまえて、個人別に能力開発の目標と計画を定めるしくみがあり機能している 集合教育、実際の事例にもとづく研究会、サービスの現場での先輩の指導、職員の自発的な自己啓発が総合化されて効果的な能力開発を進めるしくみがあり機能している 特記事項：						・毎年個人別能力開発目標を定め実績と対比しておりその記録がある 1.はい 2.いいえ		
	(3) 柔軟な組織編成と業務分担 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	サービスの現場に近い職員に可能な限り権限を委譲し、責任を明確にし、利用者等への迅速で的確な対応ができるしくみがあり機能している 組織の運営やサービス内容等についての改善提案が職員から出やすいしくみがあり機能している 変革・改善課題に対しては、関係者によるチームが編成され、協働して解決にあたるしくみがあり機能している 専門の職種を越えて(看護職が介護にあたるなど)協働できるしくみがあり機能している 特記事項：						・職員からの提案件数 前年度 件 ・そのうち検討して採用した件数 前年度 件 ・部門を越えたチーム編成 前年度 チーム		
	(4) 職員満足の要因把握と支援 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	経営幹部は、個別の面接、調査、日頃の談話等を通じて職員の満足状況、不満や要望等を把握し、職員満足の要因を分析している 処遇、配置、勤務時間、仕事の進め方、能力開発等において、職員にも組織にも良い結果をもたらすことを目的としたしくみがあり機能している 特記事項：						・経営幹部が個々に職員全員と面接しているか 前年度 回 ・仕事・職場などに対する職員の意向を把握しているか 過去2年間に 回		
6. サービス提供のプロセス		「6.サービス提供のプロセス」は、別紙「サービスチェックリスト」で評価								

カテゴリー	サブカテゴリー	評価項目	評価					参考：事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各5つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
7. 情報の共有化と活用 評価 (5.4.3.2.1)	(1) 組織内外の情報収集と開示 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	「日常のサービスやそのプロセスの改善・変革にとって必要な情報は何か」ということが運営会議等で議論されている  各業務プロセスの日々の活動記録や収支の記録は、週、月、半年、年単位などでまとめられ、必要に応じて目標と実績を対比するなど分析が行われたうえで職員に開示されるしくみがあり機能している  組織や各個人が入手した組織内外の情報、特定の課題についてのチームによる検討結果などのうち、他の職員にも参考になる情報は開示されるしくみがあり機能している 特記事項：						・ 組織内の情報の収集、整理、活用を促進する責任者が決まっている 1.はい 2.いいえ		
	(2) 改善への情報の活用 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	組織が蓄積している情報は、職員が利用しやすい形で保管されており、必要とする職員が自主的に利用している 情報の開示によって上下間、部門間のコミュニケーションがしやすくなっている サービスの質や経営のしくみの向上を目指したチームによる改善活動に、それらの情報が活用されている 特記事項：								
8. 1～7に関する活動成果 評価 (5.4.3.2.1)	(1) リーダーシップと社会的責任の成果 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	1年前との比較において、この項目が対象とする部分で改善傾向を示している 特記事項：						(例) 理念やビジョンの浸透 中長期計画の作成 意思決定の透明性改善 独自の意思決定の作成		
	(2) 職員と組織の能力向上の成果 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	1年前との比較において、この項目が対象とする部分で改善傾向を示している 特記事項：					(例) 職員の専門スキルの向上 経営の改善 改革への職員の参画度向上 退職率の低下 欠勤 遅刻の減少			
	(3) サービス提供のプロセスの成果 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	1年前との比較において、この項目が対象とする部分で改善傾向を示している 特記事項：					(例) 問い合わせ 見学者数の増加 マニュアル数の増加 食事のメニューの増加 転倒等事故の減少 ボランティア受入数の増加			
	(4) 経営指標における成果 評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	1年前との比較において、財務諸表やその他の経営全体を示す指標において改善傾向を示している 特記事項：					(例) 収入の増加 1人当たりのサービス効率の向上 利用者数の増加 収入に占める人件費率の低下 将来に備えるための預金等の増加			

カテゴリー	サブカテゴリー	評価項目	評価					参考：事実情報	評価の根拠 (なるべく具体的に、各5つ以内1つ以上)	
			5	4	3	2	1		良いと思う点	改善する必要があると思う点
	(5) 利用者の満足度および要望や苦情への対応の成果  評価 (5.4.3.2.1) 重要度 (A.B.C)	1年前との比較において、利用者満足度および要望や苦情対応への評価が改善傾向を示している 特記事項：						(例) 利用者満足度調査結果の前回調査時からの改善対応した結果、同種の苦情の減少		

この事業所の特に良いと思う点 特に改善する必要があると思う点

特に良いと思う点	特に改善する必要があると思う点
1.	
2.	
3.	

注) これは「サービスチェックリスト」の評価結果を含めて記述してください。

平成 年 月 日

新宿区福祉部高齢者福祉推進室  
介護保険課長 行

事業者名 \_\_\_\_\_

### サービス評価結果に基づく改善の報告について

下記のとおり改善課題および具体的な取り組みを選定したので、報告します。

#### 記

##### 1 改善課題

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

##### 2 具体的な取り組み

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

評価対象サービス...居宅介護支援

## 株式会社

運営主体：株式会社

住所：新宿区 町

電話：(3000) × × ×

ファクス：(3000) × × × ×

メールアドレス：

事業所長：

周辺地図

### 事業プロフィール (事業者自身が記入したものです)

1. 当該事業の職員体制
  - ・人数 常勤 名 非常勤 名
  - ・資格
2. 同一敷地内(又は同一建物内)で実施している同一運営主体のサービス
  - ・
  - ・
  - ・
3. 他事業所と比較して優れている点  
(人的サービス面)
  - ・
  - ・

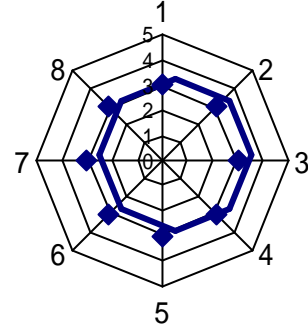
(施設・設備面)

  - ・
  - ・
  - ・
4. サービス提供能力
5. 今後の見通し

評価機関名( )

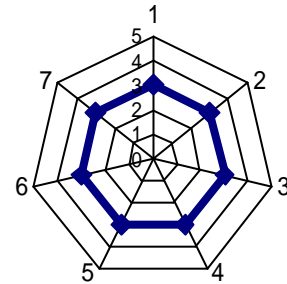
### 『サービスの実施』の評価

1. 指定居宅サービス事業者など情報収集...
2. 介護保険以外のサービスの助言.....
3. 適切なアセスメント.....
4. 適切な居宅サービス計画.....
5. 給付開始後の対応.....
6. 効果的なサービス計画の調整.....
7. 適切なサービス計画の見直し.....
8. プライバシー確保.....



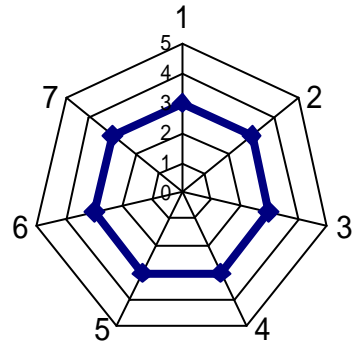
### 『サービス提供プロセス』の評価

1. 情報公開・提供.....
2. 利用開始時の対応.....
3. 標準的サービス水準の確保.....
4. 個別対応の重視.....
5. 安全管理.....
6. 要望・苦情等への対応.....
7. 地域との交流・連携.....



### 『事業経営・姿勢等』の評価

1. リーダーシップと意思決定.....
2. 経営における社会的責任.....
3. 利用者満足などの把握.....
4. 課題等の設定と取り組み.....
5. 職員と組織の能力向上.....
6. 情報共有化と活用.....
7. 上記に関する活動成果.....



### 評価基準

- 他の施設の模範になると自負できる(全国からも注目)
- 適切かつ積極的に行なっている(地域内の目標)
- 適切に行なっている
- 適切さにやや欠ける
- 適切ではない(改善すべき点が多い)

評 価 講 評

特に良いと思われる点

1

2

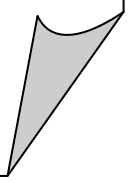
3

特に改善を要すると思われる点

1

2

3





『サービスの実施』項目

1	指定居宅介護サービス事業者等に関する情報の収集・提供に努めている
2	行政サービス、生活支援サービス、住民参加型福祉サービス、ボランティア活用等の介護保険外のサービスに関する助言を利用者の要望や状況に応じて行なっている
3	適切なアセスメントを行なっている
4	適切な居宅サービス計画を作成している

**5 給付開始後、適切な対応を行なっている**


**6 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サービス計画となるよう調整している**


**7 モニタリングを実施することによって、適切にサービス計画の見直し・変更を行なっている**


**8 プライバシーの保護、人権の擁護が徹底している**


『サービス提供プロセス』項目

**1 情報公開・提供**


**2 利用開始時の対応**


**3 事業所としての標準的サービス水準の確保**


**4 個別対応の重視**


**5 安全管理**


**6 要望・苦情・トラブルへの適切な対応**


**7 地域との交流・連携**


『事業経営・姿勢等』項目

1 リーダーシップと意思決定


2 経営における社会的責任


3 利用者満足状況、経営環境、市場動向等の把握


4 変革・改善課題の設定と取り組み


<b>5 職員と組織の能力向上</b>
---------------------


<b>6 情報の共有化と活用</b>
--------------------


<b>7 1～6に関する活動成果</b>
----------------------




**不満足の声**


**その他意見・要望等**




# サービス改善計画

## 改善課題

- 1 .
- 2 .
- 3 .

## 課題解決の具体的取り組み

- 1 .
- 2 .
- 3 .

## 事業者からのコメント

・

## サービス評価機関についての感想

・

# サービス評価受審のためのガイドブック

社会福祉法人 新宿区社会福祉事業団

## サービス評価受審のためのガイドブックの作成について

このガイドブックは、新宿区サービス評価検討会に参加している新宿区社会福祉事業団がデイサービス事業のサービス評価試行を受審した経験から実務者向けに作成したものです。

事業者にとってのサービス評価の意義、個々の評価手法の解説、受審の際の心構え、事前の準備、改善に向けての具体的な手順などを実務的に記述しています。

サービス評価については、いまだ未成熟の段階にありますので、受審する事業者の視点から作成されたこのガイドブックは、多くの事業者にとって有益な行動指針になると思われます。

また、このガイドブックを活用することからサービス評価を具体的にイメージし、効果的な受審が図れるものと考えます。

サービス評価の受審を予定しているサービス事業者の一助となり、それがサービス評価の普及・促進につながることを期待し、参考資料として、報告書に掲載するものです。

新宿区サービス評価検討会

～自主的なサービス向上の促進と“選ばれる施設づくり”を目指して～

## **-1 区立施設がサービス評価を有効に活用するために**

### **1 はじめに**

平成15年度の介護報酬の見直し・改定を受けて、介護保険制度下の事業所においては、今後ますますその経営戦略や経営努力が問われ、市場原理の中で激しい競争が展開されることが予想されます。

我々区立施設は、措置時代の体質を温存しているような時代錯誤を払拭し、区立といえども自立自営の実現化を目標に掲げ、現在経営努力を推し進めているところです。

しかし、このところの経済停滞傾向、財政悪化の厳しい状況下で、健全な経営を運営していくには、何よりも利用者に支持される施設、選ばれる施設づくりが最重要課題であることは間違いありません。

社会福祉法第78条、介護保険法第73条及び80条で示されたサービス評価受審は、社会福祉事業所にとって努力義務ではなく、利用者のニーズを敏感にキャッチし、質の高いサービスが提供できるよう、自主的にそしてスピーディに改善に取り組んでいくために活用できる、まさに有効な戦略的プログラムであると確信できます。

そこで、平成14年度新宿区が実施したモデル事業「新宿区立中落合高齢者在宅サービスセンターのサービス評価」の経験を生かし、今後区立施設がサービス評価を積極的に、効果的に導入することを可能にする仕組みづくりの一環として、実務の手引きをここに示すものです。

### **2 区立施設におけるサービス評価の意義・目的**

- (1) 現在の事業運営やサービスの強み・弱み、改善課題についての気づきから、自主的な改善・革新のためのプロセスと継続的改善計画のプログラムを構築します。

- (2) 区立施設ならではの規模や集客力、職員の資質・経験・スキルのレベルなど、それぞれの施設の特色や強みを再確認し、特色・魅力を生かしたサービスをより一層強化することで、稼働率アップと増収を図り、競争時代を勝ち抜く経営戦略へと進展させます。
- (3) 区立施設がサービス評価を率先して受審し公表するといったサービス向上に取り組む姿勢を利用者や居宅介護支援事業所等に強くアピールしていくとともに、区民や民間事業所などに広くその意義・必要性を理解してもらい、サービス評価制度の普及・定着・促進に貢献していきます。

### 3 評価方法

#### (1) 全体の構成（別紙資料 参照）

「利用者調査」と「事業評価」という2種類の手法を用いて評価を行います。

##### ア 利用者調査

サービス利用者に対する調査（主にアンケート調査による）を行います。

利用者本位のサービスが提供されているか、サービス提供の場面における事実を利用者の視点に基づいて調査します。

##### イ 事業評価

###### (ア) 職員自己評価

リーダー層と一般職員層がそれぞれの視点から自己評価します。

東京都が示した福祉サービス事業の共通評価項目のカテゴリー（組織体制、経営理念とその取り組み、サービス提供プロセス）に基づいて、自己評価します。

###### (イ) 第三者評価

公正・中立的な第三者評価機関の評価者が事業所を訪問し、専門的かつ客観的立場から評価を行います。

利用者調査及び職員自己評価の結果を事前に分析し、それに基づき、経営者（施設長）等へのヒアリングや施設見学を

実施します。

(2) 評価方法の内容

ア 利用者調査等

(ア) 利用者本人調査

自記式                      利用者自身が 調査票を読み、自分で記入します。

聞き取り式                調査員が調査票を読み上げて、質問内容を理解してもらった上で回答を記入していきます。

(イ) 家族調査

調査対象は利用者本人ではありませんが、家族の多くが介護者という立場でサービスを利用している側であり、また利用者の最も身近にいて、本人の満足度・意見・要望を把握でき、本人に近い回答が得られる可能性があることから、家族調査は利用者満足度調査を確認・補完できる調査として位置づけられます。

利用者調査票に家族に関連する項目を加えた「家族用調査票」で調査します。

全家族を対象に、調査票を郵送または利用者通所時に手渡しで配布します。

記入後、直接評価機関へ郵便で返送できるよう手配します。

**【 手法比較一覧 】**

	自記式	聞き取り式	家族調査
記入者	・ 本人	・ 調査員 (本人 1 人に調査員 1 人)	・ 主たる介護者である家族
記入及び調査時間	・ 25~30 分	・ 1 人あたり 30 分~40 分程度 ・ 調査員 1 人あたりで 5 人の調査を目安に、25 人の対象者の場合、調査員 4~5 人必要	・ 自宅で記入 ・ 20 分~30 分

準備	・ 調査票	・ 調査票 ・ 調査対象者と調査員の配置 調整と分担 ・ 事前に要介護度の告知	・ 調査票 ・ 返信用封筒
条件	・ 本人に判断能力があり、記入可能	・ 本人がコミュニケーション能力を有すること ・ 調査員が高齢者の対応経験を有すること	・ 利用者の介護に関わっている
長所	・ 本人の気持ちや意見を反映 ・ 低コスト	・ 本人の気持ちや意見を反映 ・ 対象者が比較的多く、一斉に多数の調査ができる	・ 本人がコミュニケーション困難な場合代替性を有する
短所	・ 対象者が限定される。 ・ 記入の際の質問に応える人員が必要	・ 調査員の動員等コスト高 ・ 大掛かりな調査になるので施設にとり負担	・ 家族の立場からの思いと本人の気持ちに、ギャップが生じることがあり、設問を付加し、分析のときに考慮が必要

## イ 事業評価

### (ア) 調査票

事業プロフィール、事業評価分析シート、サービスチェックリストの3つの様式から構成されています。各分析シートの評価項目や関係については別紙資料 のとおりです。

#### 事業プロフィール（リーダー層のみ）

事業の概要・特性を記述するもので、事業者の責任者（実質的にその組織の経営を行っており、最大の権限と責任を有する1人または複数の人）が記述します。

これは、第三者としての評価者が評価する際の重要な予備知識となります。

#### 事業評価分析シート（リーダー層と職員全員、別の様式）

各事業に共通に用いられる分析シートで、この評価項目は「成功のための経営の視点」（日本経営品質賞）に基づいて体系化されたもので、経営の理念や基盤を評価します。

この事業評価分析シートは、詳細に評価しコメントする

記述欄の多いリーダー層用と、簡略に評価し回答が選択式の職員用（個別で・無記名）の2種類の様式があります。

サービスチェックリスト（リーダー層と職員全員、別の様式）

事業評価の中の「6．サービス提供のプロセス」の評価をより具体的に行うためのもので、福祉サービスの種類別に評価項目を策定して用意されたものです。

サービスの質の向上を図る上でこの部分は重要度も高く、事業所のサービスレベルや内容について評価を厳密に行うためのシートです。

さらにこの項目は固定化されたものではなく、利用者の意向・要望や事業所のレベルや状況の変化に応じて、時代に見合った項目に適宜改定することが不可欠です。

#### （イ）職員自己評価

自己評価については、リーダー層は合議により、一般の職員は個人の判断で、5段階評価で回答します。

特にリーダー層の自己評価は、訪問調査において参考度の高いデータで、評価者はリーダー層の回答シートを共通のツールとしてヒアリングしていきます。

リーダー層がメンバー間で、評価項目のひとつひとつについて、現状を点検し、丁寧に合議して回答していくここでの作業は、気づきのプログラムの最も意義のある重要な場面となっています。

#### （ウ）訪問調査

評価者は「利用者調査結果」「職員自己評価結果」をもとに事前分析・協議してヒアリングを行います。

次のような事柄についてヒアリングを行います。自己評価結果の中で、高い評価項目についての根拠、低い評価項目の事業所の事情、事実情報の確認、改善しようという取り組みの予定、回答シートの記述が不十分な項目についての補足説明、評価項目の意味を誤解していないか、正しい意味で受け止めた場合の評価の修正など、具体的にもっと



踏み込んだ情報を引き出すことにより、より納得のいく評価につなげていきます。

この第三者評価者は、3人程度が想定され、「企業を含めた経営がわかる人材」「福祉の経営がわかる人材」「サービスの質が分かる人材」とそれぞれ違った視点で評価できることを目標にしています。

ヒアリングの後、各評価者がそれぞれの専門分野の視点から評価した結果について合議し、整合性・客観性の高い評価としてまとめられます。

#### 4 評価機関について

東京都では、平成15年度のサービス評価の本格実施に向け、東京都福祉サービス評価推進機構を設立し、多様な評価機関の信頼性を確保するため基準を定め、評価機関の認証を行っています。

サービス事業所は都の認証を受けた評価機関の中から選択・契約をし、サービス評価を受審していきます。評価機関は評価の実施とその結果の報告を事業所、新宿区そして東京都福祉サービス推進機構に対して行います（「別添参考情報」参照）。

新宿区では独自に、利用者が自分にあった、より質の高いサービスを選択できるような情報提供のために、評価結果をホームページ等に公開していきます。

さらに、東京都との連携型評価システム構想のなかで、区独自の利用者調査票やサービス提供過程評価項目の作成等、サービス評価の手法を確立するとともに、区立サービスについては15年度から5ヵ年で受審を促進し、事業所を側面から支援する実施計画を策定しています。この5ヵ年計画において、サービス評価の受審は新宿区が実施するため、評価機関の選定や契約締結は、新宿区が行い、対象となる区立施設を随時選出していきます。

しかし、評価機関に関しては、第三者評価システム創成期にあって、認証された機関50数社の情報が未だ不透明であり、評価者の研修や養成が急速に進められている段階ですが、平成15年4月から、（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団が、「福祉情報

総合ネットワーク」を稼働させ、評価機関や評価者、評価結果に関する情報を提供していきます（「別添参考情報」参照）。

今後本格実施に向けて、メリットの高い効果的なサービス評価を受審するために、事業所は、サービス評価についての理解を深め、評価機関の特徴や経験・評価者の経歴、費用等についての情報収集と複数の評価機関を比較検討し、質・レベルの高い評価機関を選定していく“眼識”を高めることが不可欠です。

なぜなら、サービス評価を実施するかどうか、実施する場合この評価機関を選択するかは事業所の自己決定に委ねられているからです。

我々区立施設としては区の5ヵ年計画の中で受審が予定されますが、都における福祉サービス第三者評価のシステムのなかでは受審の有無は指導検査のポイントであること 少なくとも年1回を受審のサイクルとしていることが指示されていることを鑑み、区のサービス評価事業と併せて、将来にむけて事業所の独自の取り組みを計画することによって、利用者に選ばれる施設づくりの基盤を構築していきたいと考えます。

～悩まずにサービス評価がスムーズに進められる！～

## - 2 サービス評価受審のための実践実務 A to Z

### 1 サービス評価実施の流れ

調査は事前説明で調査票記入要領や実施スケジュールの説明を受けた後、まず、自己評価と利用者調査がほぼ並行して実施されます。

次に両者の結果を受けて訪問調査が設定されます。

評価機関は第三者評価者の評価を合わせて、評価結果報告書を事業所に提出して一連の流れは終了します。

### 2 受審にむけての準備

#### (1) 利用者調査の事前準備

##### ア 調査時期・日程の設定

対象者数や調査員数で調査期間は異なりますが、通所施設の場合、調査可能な通所日が限定される上、高齢者は天候や体調の変化で当日休みの発生率も高いため、予備日も含めた複数日の設定を要します。モデル事業では別紙の表（資料 ）のとおり調査を行いました。

##### イ 利用者・家族に調査実施の事前周知文書の配布

調査の実施主体は事業所であることや調査の目的・趣旨を説明する周知文書を事前に配布します。この調査結果は新宿区のホームページ等に公表されることも忘れず説明し、協力をお願いします。なお、モデル事業で使用した依頼文の例文は別紙資料 のとおりです。

##### ウ 調査日別に対象者と調査員の割振表作成（調査員への配布資料）

モデル事業では、聞き取り式は、調査員ひとりあたり5人の調査を目安に、1日20～30人調査のため調査員を4～5人派遣しました。

調査員・調査対象者・調査日の日程表を作成し、調査期間中

に発生する欠席、利用開始や利用辞退などの予定変更や調整を加えながら、全員の方が終了するまで管理していきます。

#### エ 利用者の要介護度や特記事項一覧表を作成（調査員への配布資料）

モデル事業では要介護度を調査票に記入していましたが、集計分析にあまり意味が見出せないのもので不要という見解がありました。

しかし、調査の時に利用者の要介護度や痴呆のレベルなど特記事項を知っていると、調査員は心構えができ、質問を理解してもらうよう言葉の置き換えや専門の順番を変えるという工夫や配慮ができ、調査が順調に進みます。

#### オ 調査の時間割表を作成（別紙資料 調査員への配布資料）

通常の事業や利用者の1日の活動と並行して調査がどのように組み込まれ、進められるか時間割りを作成して施設職員間で共通のイメージを確認しておくことが大切です。時間割りは要介護度一覧と共に当日調査員にも配布する資料です。

### （2）利用者調査当日の準備と手順

#### ア 当日の休みなど変更を調整

高齢者施設では当日の欠席などの予定変更が著しいため、こまめな調整が必要となります。当日の変更を即座に調整したり、今後のスケジュールに変更内容を組み込んだり、調査が漏れることなく円滑に進められるように、コーディネートしていくのは施設側の重要な役割です。相談員など、利用者情報を把握している担当者を決めて評価機関との連携を図ります。

#### イ 自記式及び聞き取りコーナーの確保と誘導

自記式については、対象者に集まってもらい、記入説明や質問に対応できる場所、落ち着いて記入ができる環境を確保します。

調査票と筆記用具・めがねなどを用意します。

一方、聞き取り調査は、個別対応になるので、調査員数に応じて聞き取りコーナーを設定します。

当日は利用者全員に調査日であることの説明が必要ですが、

誘導を担当する特定の職員（例えば相談員）を決め、随時個別にコーナーへ誘導し、調査員を紹介し、聞き取り調査を開始します。

#### ウ 調査票の回収と提出

終了した調査票の回収・取りまとめは、本来評価機関が行いますが、指示に従って協力します。

### (3) 家族調査の準備

#### ア 家族名簿の整理作成

家族の名簿は本人と同居か別居で分類しながら整理作成します。

エクセルで氏名・住所等の項目をひとり 1 行で収める形式で作成すると宛名シールに加工しやすい（CSVでも可）ので便利です。

また、プライバシー保護への配慮から名簿や宛名ラベルの扱いには注意を払うことが必要です。

#### イ 調査票の配布

同居の家族は通所の送迎時に手渡し、別居家族は郵送で配布します。

配布物は、調査票と回答後調査票の返送先（評価機関）を明記した封筒（郵送料は事業所負担）です。なお、返信封筒については、対象者数によって、また準備や手続きに時間的余裕がある場合、後納郵便を使用する方法と、封筒に切手を貼付して同封する方法とコスト面での比較検討は必要と思われます。

居住場所	宛名のスタイル	配布方法	回収方法
本人と同居	様のご家族様	通所の送迎時に手渡し	評価機関へ直接郵送
本人と別居	(家族の名前)様	郵送	評価機関へ直接郵送

### (4) 訪問調査の事前準備

当日用意するものは、評価機関から事前に依頼がありますが、参考として下記の資料が想定されます。

- ア 事業計画及び事業報告（過去3年分位）
- イ 予算書及び決算書（過去3年分位）
- ウ 当年度の収支執行状況が分かるもの
- エ 施設概要（パンフレット）や利用者説明用事業紹介
- オ マニュアル類
- カ 利用者の通所介護計画・個別援助計画・個人別台帳等
- キ 業務日誌
- ク 施設で発刊している「たより」など  
他にヒアリングの中で事実情報との確認で調査員から求められる資料もあります。

(5) 訪問調査の当日準備

- ア 会場の設営  
会議室等に会場を設営します。  
評価者と施設長や職員が対面式になるよう座席を配列します。

イ 実施手順

オリエンテーション

- ・ 関係者紹介、当日のタイムスケジュールと注意点の確認を行います。
- ・ 事業プロフィールに関する確認・質疑応答があります。  
施設内見学（状況により変更することがあります）  
施設長等インタビュー（その1）
- ・ サービスチェックリストから始まります。
- ・ 次に事業評価分析シートについてと続きます。

昼食（施設の利用者と食事）

- ・ 評価者は利用者の中で昼食をとります。利用者の表情や反応が把握できる場所に、分かれて着席できるように座席を確保し案内します。まわりの利用者には見学者である事を自然な形で紹介して着席へと誘導します。

施設長インタビュー（その2）

インタビュー後、挨拶で終了しますが、必要に応じて補足質問を行います。

評価者は合議し、まとめに入ります。

～ 継続的な取り組みでサービスの向上をめざす～

### - 3 サービス評価活用による改善計画のプロセス

事業所にとって、サービス評価の最大の目的は受審後その結果をどう改善につなげるかということにつきます。

サービス評価受審後の結果を受けて取り組む改善計画の特徴は、職員全員が問題を共通に認識し、全員が改善にむけての活動に参画する サービス評価の結果から発想するので漏れが少ない統計的根拠を含めた分析結果から設定するので、合理的に優先度を評価して取り組みやすい等があげられます。

そこで、有効な改善計画をどのようなプロセスで展開していったらいいか、以下その手順の参考例を示します。

#### 改善計画のプロセス

課題設定チームの編成

全職員による課題案の提出

課題案の整理と優先度の評価

課題及び改善の実施期間の決定

課題改善の取り組みのためのリーダーの決定

課題改善遂行チームの編成

具体的な取り組みの選定と実行

改善計画の見直し

## 1 課題設定の手順

### (1) 「課題設定チーム」の編成

ア 事業所としての課題を設定するためのチームを編成（担当者を設定）します。

イ 5～8人程度の人数が望ましい。

ウ メンバーの構成は 中堅・若手職員を含めたチーム 各職種の代表者チーム 幹部と一般職員の合同チーム等、が考えられます。

### (2) 全職員の個人作業によるテーマの抽出

ア 「課題設定チーム」は、全職員に、「各自が事業所として取り上げて欲しい課題案の提出」を依頼します。

イ 各職員はサービス評価結果やそれまでの気づきを参考にして課題案、それに対応する具体的な取り組み案を思いつくまま列挙します。

事業所の理念やビジョン、福祉サービスとしてあるべき姿、当面の目標などを踏まえて、次の2つのポイントで課題案を抽出していきます。

評価の低い項目に着目して、改善の必要性を考える

評価の高い項目に着目して、さらに強化することの効果を考える。

ウ 各職員は、その中から特に取り上げてもらいたい課題案、具体的な取り組み案などを5つ以内で選び、別紙資料 の記入シート（様式1）に各課題の重要度、緊急度をABCでランク付けし、無記名で記入し提出します。

### (3) 課題案の整理

ア 「課題設定チーム」は全職員から提出された課題案を整理します。

内容が近いものどうし集める。

記入シートを切り取って作業すると効率的。

イ 記入シートの紙片は共通する内容ごとに集め、整理された項目グループをみながら、課題案を検討。「改善活動取り組み選定シート」（別紙資料 様式2）を使って整理します。

ウ 整理された課題で事業所として取り上げる「課題案」のまれ



がないか確認・追加をします。

エ 課題はプロジェクト名となることを想定して簡潔で呼び易い表現で設定します。

例           の導入、           の整備、           の推進、           の開発、  
                  の原因究明、           リスク対応策等。

#### (4) 課題案の統合・整理

抽象的な課題案を分解してより具体的に。

関係が強く一緒に扱った方が進めやすそうな課題案については統合。

扱う範囲が小さい課題案については、より大きな課題案の一部として吸収するか、独立の課題案とするかを判断。

イメージの湧きやすい表現か確認・修正。

#### (5) 課題案の優先度の評価

ア それらの課題案の優先度を評価。「課題評価・管理シート」(別紙資料 様式3)に記入。

優先度は、組織としての資源(人、物、金、時間等)をどの課題に重点的に投入するかを示すもので、次の2つの視点から評価結果を総合して決定します。

**重要度**           その課題は現時点で組織にとってどの位重要か、影響の範囲、影響の強さ

? **緊急度**           その課題はどの位差し迫った状況にあるか

評価は、A、B、Cでランク付けします。

まず、重要度、その後緊急度を評価していきます。

全ての評価が終了したら、それらを総合して、優先度を(必ず実施)、(余力があれば実施)、(今のところは実施しない)の3ランクで評価します。

実施しない課題を除いた課題案は組織としての意思決定プロセスを経た上で、正式に課題として設定されることとなります。

#### (6) 実施期間とリーダーの決定

ア 実施期間の決定

各課題の始期と終期を検討し決定します。課題の内容によっ

ては、緊急性を要しているような「当面の課題」、事業計画に盛り込まれるような「年度の課題」、大掛かりな取り組みを要する「中長期の課題」と色分けして進めることが想定されます。

課題ごとのスケジュールを決め、進捗状況や方向をチェックするため中間報告の時期も概略定めておきます。

前述の「課題評価・管理シート」は四半期ごとに見直して新規課題の追加、終了課題や中止課題の削除、スケジュールの修正等を行って最新版にして、全職員に周知を図り協力を得ることが重要です。

#### イ リーダーの選定

設定された課題の遂行及び具体的な取り組みは、原則として新たに設けられる「課題遂行チーム」で行われます。

そのチーム内で中心的なまとめ役であるリーダーを選定します。課題がうまく達成できるかはリーダーによるところが大きいため、組織内の地位の高低にとらわれずに、改善意識・意欲の高い適任者を選定する必要があります。チームのメンバーはリーダーの意向も入れて選任することが望ましいので、この段階ではリーダーの決定までにとどめます。

## 2 具体的な取り組み策定・実践の手順

### (1) 「課題遂行チーム」の編成

課題の設定が終わり、遂行するために課題ごとのチームをリーダーが中心となって編成します。

チームメンバーは、課題の内容によって選出の範囲は異なり、複数の部門・職種のメンバーが係わった方が効果的な場合や、ひとつの部門・職種が集中的、専門的に遂行する場合など多様です。

事業所によっては、定期的な各種委員会や会議がその遂行に当たることもあります。また、課題設定のチームメンバーがそのまま遂行チームに移行して取り組む場合もあります。

### (2) 具体的な取り組みの選定と実行

ア 全職員から様式1「事業者として取り上げてもらいたい課題

案」により、提出してもらった具体的な取り組み案を参考として、それぞれの課題にたいする具体的な取り組みを列挙します。また、遂行チームとしてブレインストーミングなどの手法から具体案を考えます。これらの具体案を様式2「改善計画取り組み選定シート」に記入します。

イ これらの具体的な取り組みを選定・評価します。様式2により「効果の大きさ」「効果の即効性」「実現の可能性」で評価し、取り組み策を選定します。評価は、A B Cでランク付けし、具体的な取り組みを決定します。

ウ 選定された「具体的な取り組み」ごとに、遂行チームの中から担当者を決めます。

エ 様式3により工程管理され、具体的な取り組みが実施されていきます。工程管理はチームリーダーが行います。

### (3) 改善計画の見直し

達成度によっては改善経過の見直しを図り、職員間での関心度・モチベーションを維持しながら、継続して遂行していきます。

また、成功例は次回のサービス評価で改善実績とされ、さらに新たな改善課題・目標を掲げ、事業所の経営品質は高められていきます。

### (4) 利用者への評価結果報告と改善計画の説明

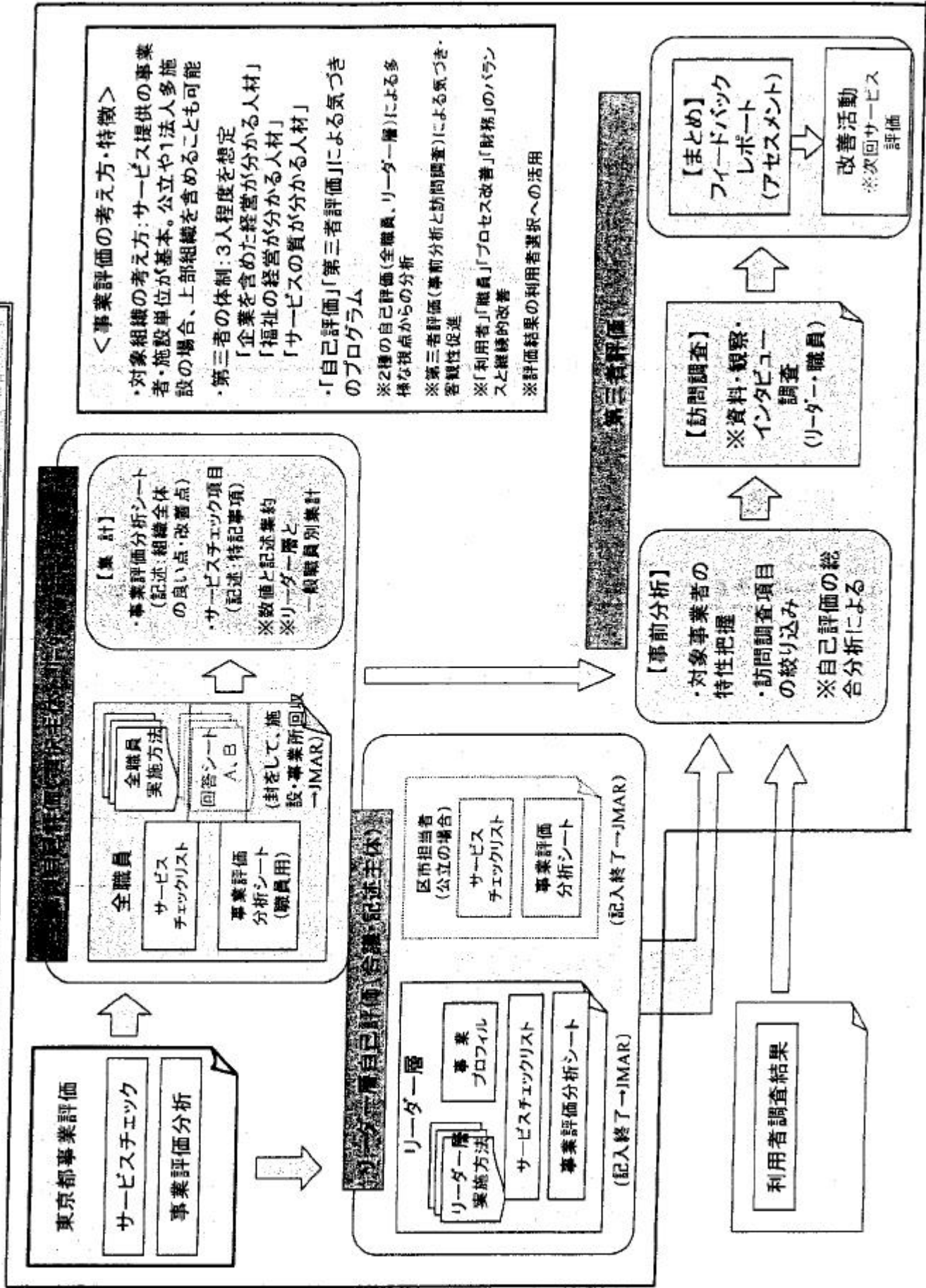
最後に利用者調査に協力いただいた利用者・家族に対して、調査結果を受けてどのように改善計画・活動に取り組むかを報告・公表していくことが、事業所の透明性を高めます。

また、利用者の評価を真摯に受け止め、改善の取り組む姿勢は利用者との信頼関係を築くことができ、今後の継続的な受審の際にも協力を得ることができます。

フィードバックの方法としては、調査結果の閲覧、改善計画や活動の標語やポスターの掲示等があげられます。

なお、この改善計画で選定された課題と具体的な取り組みについては、新宿区の結果公表の必須事項となっており、公表されていくことになります。

## サービス評価 実施フロー



### < 事業評価の考え方・特徴 >

・対象組織の考え方: サービス提供の事業者・施設単位が基本。公立や1法人多施設の場合、上部組織を含めることも可能

・第三者の体制: 3人程度を想定

「企業を含めた経営が分かる人材」

「福祉の経営が分かる人材」

「サービスの質が分かる人材」

・「自己評価」「第三者評価」による気づきのプログラム

※2種の自己評価(全職員、リーダー層)による多様な視点からの分析

※第三者評価(事前分析と訪問調査)による気づき・客観性促進

※「利用者」「職員」「プロセス改善」「財務」のバランスと継続的改善

※評価結果の利用者選択への活用

3つの分析シートの関係を図示すると次のようになります。

## 1) 事業プロフィール

・事業所名
・所在地
・施設規模、利用者数
・運営方針 他

## 2) 事業評価分析シート

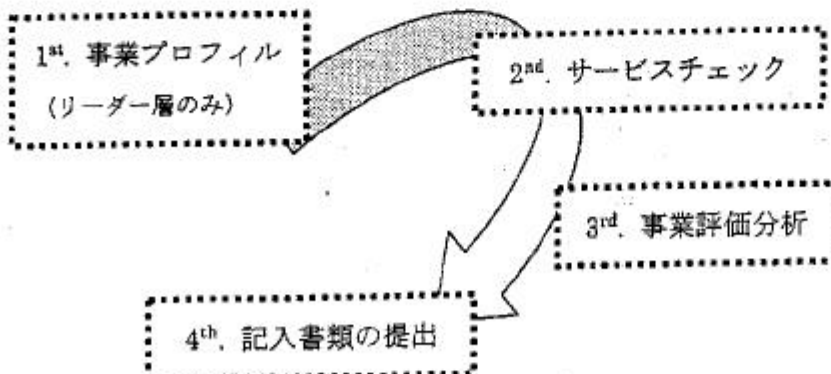
カテゴリー(評価の根拠)	サブカテゴリー	評価項目	事実情報
1. リーダーシップと意思決定	3項目		
2. 経営における社会的責任	2項目		
3. 利用者満足状況、経営環境、市場動向等の把握	3項目		
4. 変革・改善課題の設定と取り組み	4項目		
5. 職員と組織の能力向上	4項目		
6. サービス提供のプロセス	—		
7. 情報の共有化と活用	2項目		
8. 1～7に関する活動成果	5項目		
自由記述: 特に良い点、改善を要する点			

《施設での記入》  
《訪問調査での実施》

## 3) サービスチェックリスト

サブカテゴリー(評価の根拠)	評価項目	小評価項目	事実情報
(1) 情報公開・提供			
(2) 人所時の対応			
(3) サービス水準の確保			
(4) 個別対応の重視			
(5) サービスの実施			
(6) 安全管理			
(7) 要望等への対応			
(8) 地域との交流等			

(「6. サービス提供のプロセス」と対応)



# 資料3

## 中落合在宅サービスセンター サービス評価日程 14. 9. 30

対象者 予定数	利用者調査 (自記式)	利用者調査 (聞き取り式)	利用者調査 (観察式)	研修調査	事業評価 (自己評価)	訪問調査 (セアリング)	その他
	18人 月・木 11人 火・金 3人 水・土 4人	100人 月・木 32人 火・金 39人 水・土 29人	11人 月・木 4人 火・金 2人 水・土 3人 日 2人	129人	リーダー層 2人 その他職員 15人	リーダー層 2人	・中落合在宅サービスセンター 職員への影響 9/12 (木) PM4:30 ・利用者・家族への事前周知 9/12 (木) ~21 (土)
期 日	9/24 (火) ~ 10/5 (土)	9/24 (火) 25 (水) 26 (木) 10/1 (火) 2 (水) 3 (木) 調査員説明会 9/20 (金) PM3:30	10/8 (火) 9 (水) 10 (木) 15 (火) 16 (水) 17 (木)	9/24 (火) ~ 10/11 (金)	10/8 (火) ~ 10/25 (金)	事前打合せ 11/14 (木) <b>訪問調査</b> <b>11/20(水)</b>	
内 容	中落合 在宅サービスセンター に依頼	調査数 1日1調査員 午前2人・午後3人 1日 最大調査数2.5人 派遣調査員 1日最大 5人	調査数 1日 最大調査数 4人 派遣調査員 1日最大 4人	事前作業 9/19 (木)	記入説明 10/8 (火)		第5回サービス評価検討会 10/24 (木) 第6回サービス評価検討会 11/14 (木) 第7回サービス評価検討会 12/19 (木)
調査員		他センター職員等 8人 (午前・午後に分け派遣) 事業団 2人 事務局 5人 利用者支援係 3人	能率協会 1人 アゼリア会 1人 事務局 5人 検討会委員			利用者支援専門員 3人	

平成14年9月12日

中落合高齢者在宅サービスセンター  
ご利用の皆様及びご家族の皆様へ

新宿区福祉部高齢者福祉推進室  
介護保険課長 鴨川 邦洋  
中落合高齢者在宅サービスセンター  
所長 尾高 茂

### 通所介護（デイサービス）事業の「サービス評価」の実施について

日頃から、中落合高齢者在宅サービスセンターをご利用いただきありがとうございます。  
さて、新宿区では、昨年度から3か年計画で福祉サービスの「サービス評価」モデル事業を実施しています。介護保険制度が開始して3年目の今年は、高齢者の方を対象とした福祉サービスである、デイサービス事業の「サービス評価」を実施することとなり、「中落合高齢者在宅サービスセンター」がモデル事業の事業所として選ばれました。今後のサービスセンターが、皆様にとってますます使いやすく、良い事業所となってゆくために、是非評価調査のご協力をお願いいたします。なお、調査は下記の要領で行います。

#### 記

- 1 調査期間 平成14年9月24日（火）から10月17日（木）まで  
この期間に調査員がサービスセンターで調査を実施します。
- 2 調査方法
  - ①利用者調査 利用者の皆様に調査用紙を使って「はい・いいえ」の記入をしていただきます。自記式・聞き取り式・観察式の3通りの方法で実施します。
  - ②家族調査 ご利用している家族の皆様に調査用紙をお渡しします。ご記入の上、返信用封筒で郵送して下さい。
- 3 調査主体 新宿区サービス評価検討会
- 4 その他
  - ①今回の調査結果を分析した「サービス評価結果」については、来年3月に報告書として公表します。
  - ②今回、皆様に記入していただいた記入用紙については、中落合高齢者在宅サービスセンターの職員が見ることはありません。感じたとおりにご記入下さい。

ご不明な点や、お問合せがありましたらこちらまでお願いします。

新宿区福祉部高齢者福祉推進室介護保険課利用者支援係  
電話 3209-1111 内線 3742

平成14年9月24日

中落合高齢者在宅サービスセンター  
ご利用のご家族の皆様へ

新宿区福祉部高齢者福祉推進室  
介護保険課長 鴨川 邦洋  
中落合高齢者在宅サービスセンター  
所長 尾高 茂

中落合高齢者在宅サービスセンターの「サービス評価—家族調査アンケート」のお願い

日頃から、中落合高齢者在宅サービスセンターをご利用いただきありがとうございます。さて、先日お手紙にてご案内いたしましたが、中落合高齢者在宅サービスセンターのサービス評価調査のうち、ご家族を対象にした、アンケート調査を実施いたします。下記の要領で、アンケートを行いますので、ご協力をお願いいたします。

記

- 1 調査名 中落合高齢者在宅サービスセンター サービス評価家族調査
- 2 調査方法 同封のアンケート調査用紙にご記入いただき、返信用封筒に入れて投函して下さい。
- 3 送付期限 平成14年10月18日(金)
- 4 調査主体 新宿区サービス評価検討会
- 5 その他 (1) ご記入いただいた調査用紙は、直接、新宿区が委託した調査会社に届きます。中落合高齢者在宅サービスセンターの職員が見ることはありません。また、この調査は、サービス評価以外には一切利用しませんので、思ったとおり、感じたとおりに記入してください。  
(2) ご記入の前に、表紙の記入上のお読みください。なお、記入の上での質問・不明点等がございましたら、下記までお問合せください。

新宿区福祉部高齢者福祉推進室介護保険課利用者支援係  
電話 3209-1111 内線 3742



聞き取り式時間割

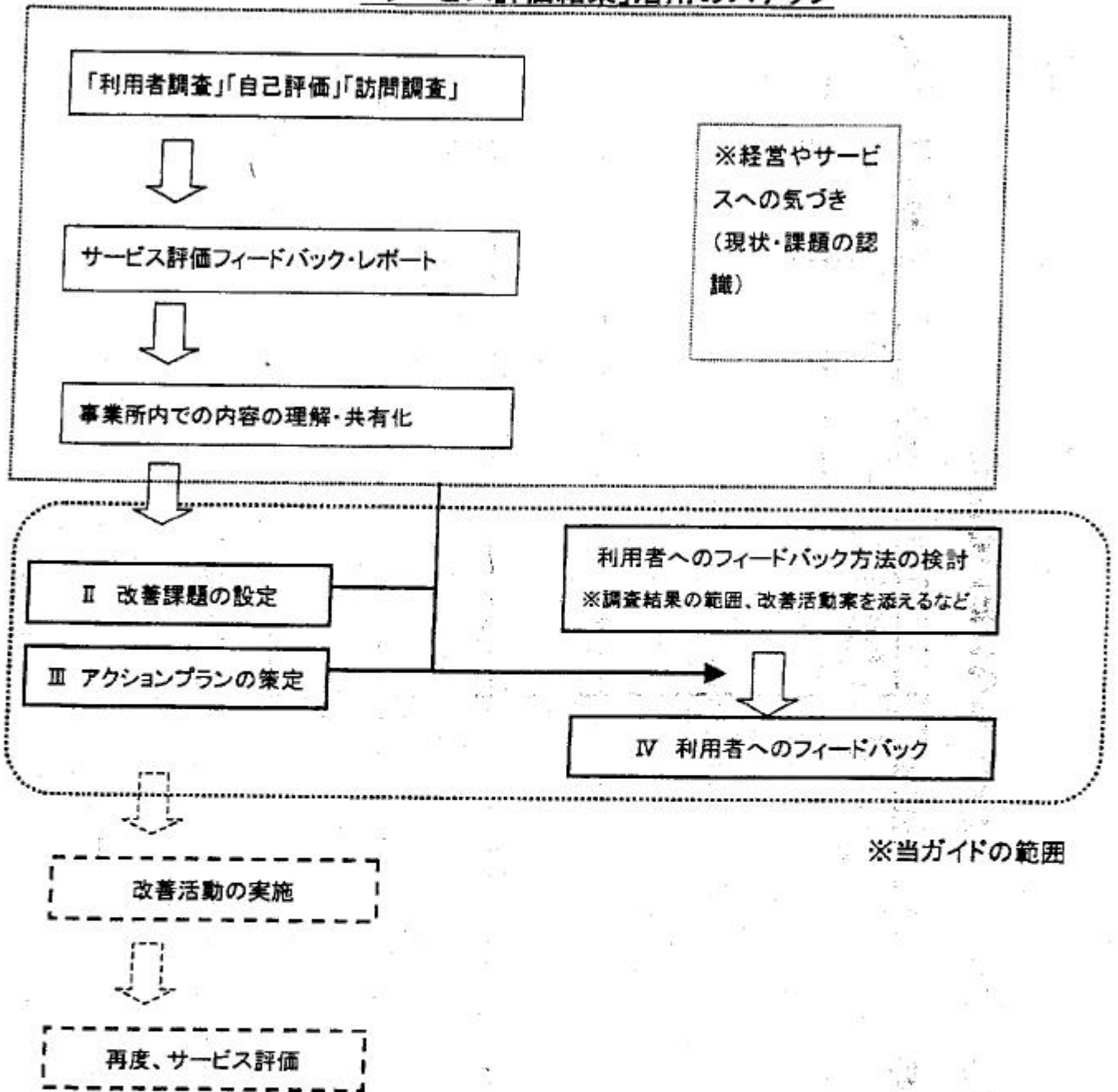
	利用者	調査員	中落合職員
8			
9	搭乗		バス出発
10	到着 バイタルチェック、休憩	聞き取り	調査員紹介 対象者誘導 場所提供
11		終了	
12		昼食	場所提供 調査票回収・保管
13		聞き取り	
14	出発	終了	バス出発
15			調査票回収・保管
16			
17			
18			

到着順に、バイタルチェック等を終えた利用者から聞き取りを始める。  
 中落合職員に利用者を聞き取り場所まで誘導していただく。  
 終了後、中落合職員に活動場所へ誘導していただく。  
 介助の必要がない利用者についてのみ、調査員が誘導する。

調査員は必要なら弁当を持参する。

9月の3日分の調査票は保管していただき、10月1日に事務局が回収する。

「サービス評価結果」活用のステップ



(様式1)

## 事業所として取り上げてもらいたい課題案

課題案 (5つ以内)	課題案を選んだ理由や具体的内容など	具体的な取り組み案	重要度	緊急度
(例) 各種書式の再設計	記入に相当な時間がとられている。重複が多いし、後で使わない記録もある。	他施設の様式も参考にしながら、省略の方向で、新様式を作成する。		
1				
2				
3				
4				
5				

注1) テーマ抽出のポイント

- ①重要度が高いと思われ、評価が低い項目(評価分析結果を参照)に着目して、改善の必要性を考える
- ②評価の高い項目に着目して、さらに強化することの効果を考える

注2) テーマの表現は自由です。

注3) 課題案について、自分だったらこう取り組んでいきたいという具体案も提案してください。

評価基準:[重要度]A・B・C[緊急度]A・B・C

## 改善計画取り組み選定シート

改善計画課題	具体的な取り組み	取り組み案の評価			取り組み案の選定 (○:実施)
		効果の大きさ	効果の即効性	実現の可能性	
《増収計画》 ①入浴サービスの強化	1. 入浴枠を撤廃します	A	A	A	○
	2. 使用していないストレッチャー機械浴を撤去し 介助浴ができる浴槽を新設します	A	A	B (新設の財源確保等) (工事期間の設定)	
	3. 入浴利用者の増加に効率的に対応するため入浴チームを組みます	B	B	B (パート人員の手配) (費用対効果)	
②機能訓練の充実	1. 保管しているリハビリ器具を再び準備します	A	A	A	○
	2. 機能訓練体制加算を追加します	A	A	A (体制加算指定変更届)	○
	3. 訓練指導員を配置し、個別メニュー・個別指導を導入します	A	B	B (指導員の手配)	

評価基準：〔効果の大きさ〕 A・B・C 〔効果の即効性〕 A・B・C 〔実現の可能性〕 A・B・C

(様式2)

資料8

### 改善計画取り組み選定シート

改善計画課題	具体的な取り組み	取り組み案の評価			取り組み策の選定 (○：実施)
		効果の大きさ	効果の即効性	実現の可能性	
	1.				
	2.				
	3.				
	1.				
	2.				
	3.				

評価基準：〔効果の大きさ〕 A・B・C 〔効果の即効性〕 A・B・C 〔実現の可能性〕 A・B・C

(様式3)

## 課題評価・スケジュール管理シート

改善計画課題	選定された具体的な取り組み	重要度	緊急度	優先度	リーダー	〇〇年			〇〇年			
						4	7	10	1	4	7	10

評価基準：[重要度]A・B・C[緊急度]A・B・C[優先度]◎必ず実施 ○余力があれば実施 △今のところ実施しない

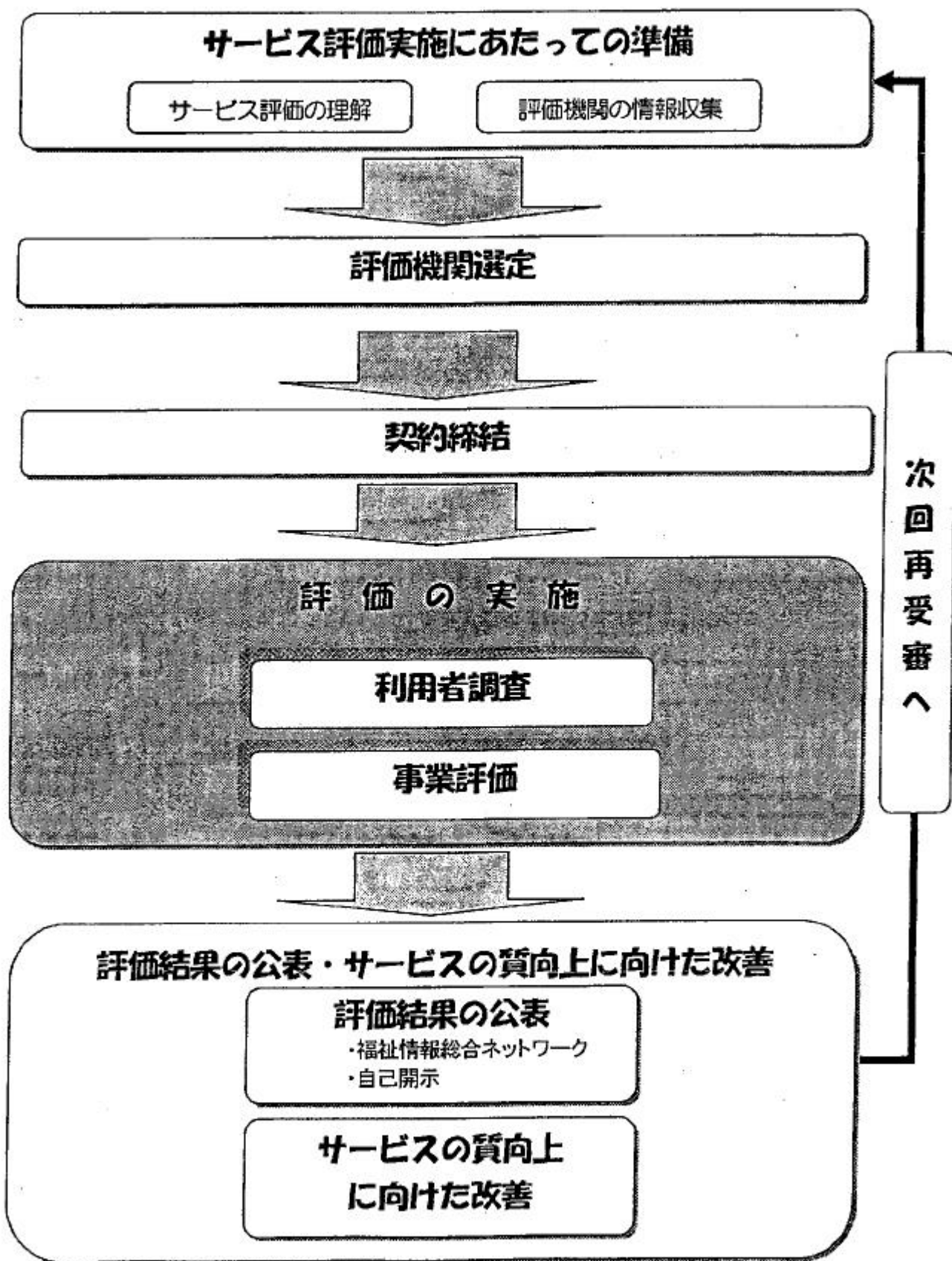
スケジュール記載上の凡例：○ 開始 □ 中間報告 ● 終了

注)このシートは四半期程度で見直し、期間はその時点から2年間位とする

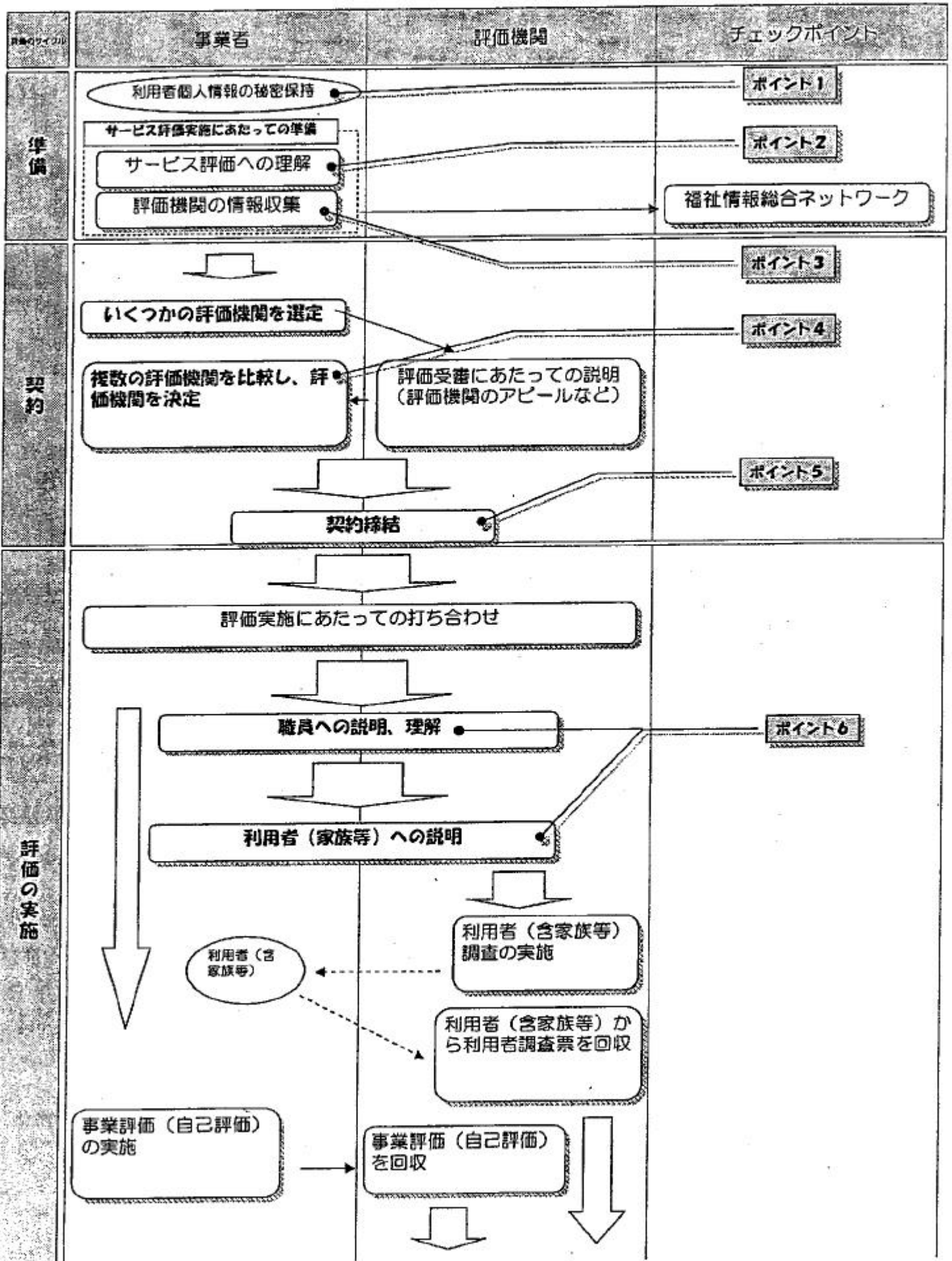
# 参考情報

東京都福祉局総務部福祉改革推進課編  
「福祉サービス第三者評価受審の手引き」から抜粋

# 都における福祉サービス第三者評価の流れ







## ポイント1

利用者の個人情報にかかる秘密保持については、事業者は、利用者との利用契約時において、あらかじめ契約条項の中に盛り込み、説明の上、利用者から同意を得ることが必要です。

【「事業者向けガイドライン—障害福祉サービス（支援費制度）編—、同一保育サービス（認可・認証保育所）編—（平成15年1月、東京都福祉局のホームページに全文掲載。また、東京都高齢者研究・福祉振興財団にて、有償頒布しています。）を参照下さい。】

## ポイント2

受審に当たっては、福祉サービス第三者評価についての理解を深めておくことが大切です。（福祉局ホームページ及び財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団ホームページ（15ページ）を参照下さい。）

## ポイント3

「福祉情報総合ネットワーク」（財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団で運営）において、評価機関情報（法人機関名、所属評価者、評価者経歴、倫理規定、モデル料金表、評価結果情報など）を掲載していますので、参照下さい。

また、評価機関の選定にあたっては、以下のようなことを確認することが必要です。

- ① 評価機関として、どのような特徴があるのか。
- ② どのような評価者が所属しているのか。また、経歴はどうか。
- ③ 過去にどのような評価を実施したのか。
- ④ 料金はいくらか。

## ポイント4

評価機関の決定にあたっては、評価機関から話を聞いてみることなどによって、評価の実施方法について確認することが大切です。

その際の確認事項としては、以下のようなことが考えられます。

- ① 契約した場合、評価をどのようにすすめるのか。
- ② どのような評価者が、評価を実施するのか。（各事業者が望む評価者を、その人の経歴などから、確保しているのか確認。）
- ③ 料金はいくらか。
- ④ 期間はどのくらいか。

## ポイント5

評価受審の契約の締結にあたっては、モデル契約書（43ページ）を活用して下さい。

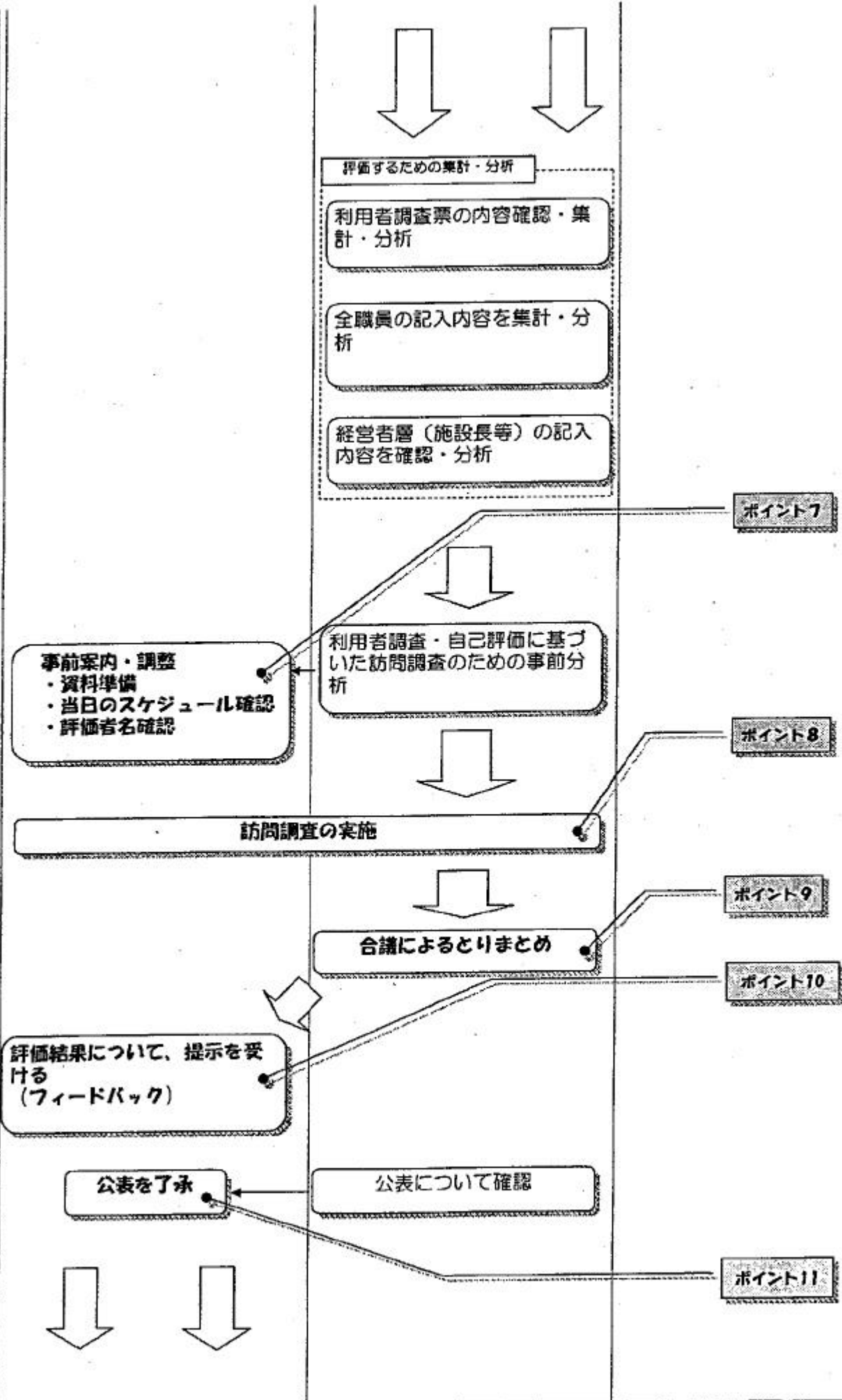
## ポイント6

評価を効果的にするには、サービス評価の趣旨、目的、利用者調査や自己評価などの具体的な実施方法について、事業所内の職員に十分な周知が必要です。

また、利用者（家族等）についても、サービス評価の趣旨、目的、利用者調査の具体的な実施方法を、あらかじめ十分理解してもらうことが大切です。

利用者（家族等）に対して、調査の趣旨が十分に伝わらないと、利用者が積極的に答えられなかったり、設問と違う回答をしてしまったりして、その後の適正な利用者調査の集計・分析が困難となります。

評価の実施



ポイント7

ポイント8

ポイント9

ポイント10

ポイント11

### ポイント7

評価機関は、利用者調査・自己評価の事前分析を行った上で、訪問調査の際に確認したい事項及び資料について、事業者に依頼します。

また、評価機関の訪問調査実施にあたって、対象サービスについて分かる者と経営の分かる者の複数の評価者が訪問することを評価機関に確認してください。

### ポイント8

評価機関は、

- ① 利用者調査の集計・分析
- ② 事業評価（自己評価（全職員調査））の集計・分析

を踏まえて、訪問当日の方針を立て、短時間で効果的なヒアリングを実施するようにします。

事業者は、利用者調査等の結果の提供を事前に受けることができます。

また、当日、その内容について説明を受けることができます。

### ポイント9

3人以上の評価者における合議プロセス、役割分担を確認してください。

### ポイント10

評価機関から事業者に対し、第三者としての評価結果の提示（説明）が行われます。

その際、これまでの利用者調査などとあわせて、評価レポートが提示されます。

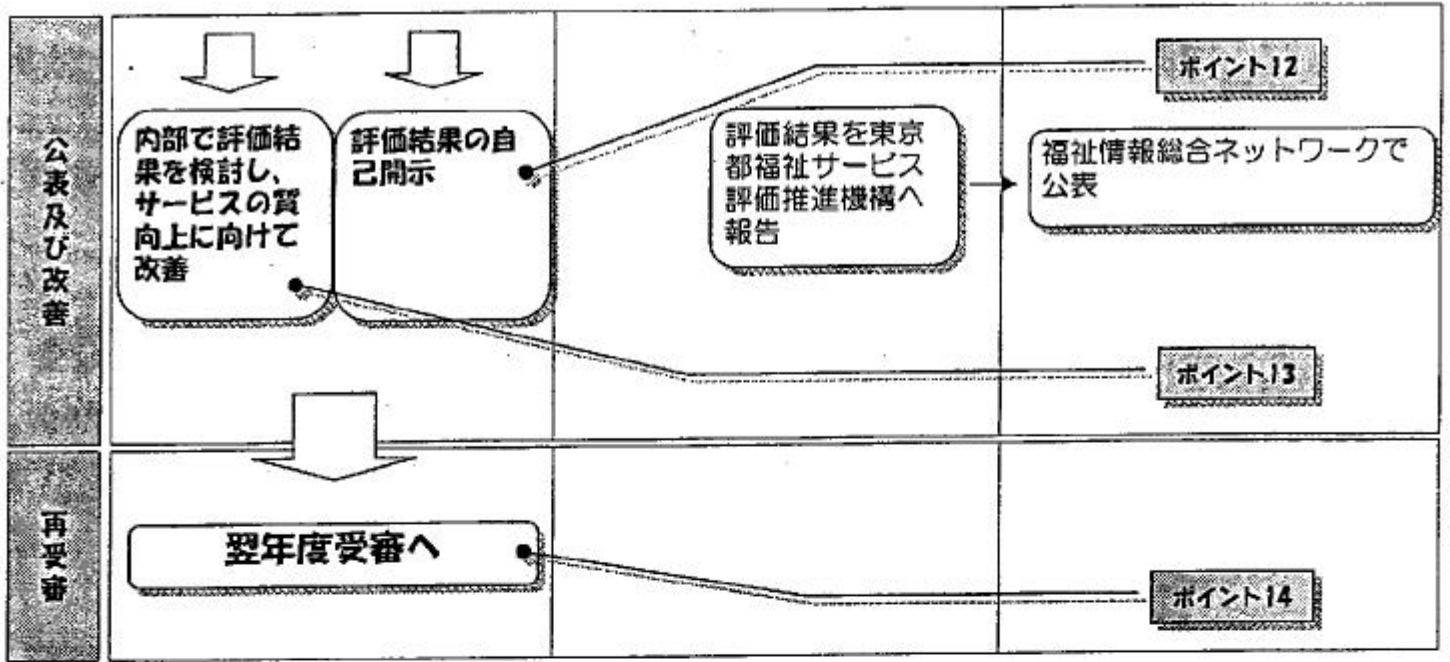
レポートの内容は、事業者の現状（強み・改善点）を明らかにし、次に一歩踏み出せることを目指しています。

フィードバックの際には、

- ・疑問点などについて質問し、十分説明を受けて、自らの強みや改善点を把握する
- ・内容を確認する中で、表現が分かりにくい場合は、分かりやすい表現へ修正することが重要です。

### ポイント11

公表を了承しない場合は、その旨が、「福祉情報総合ネットワーク」に掲載されます。



### ポイント12

評価結果の公表に際しては、「福祉情報総合ネットワーク」に公表することのほか、自ら、福祉サービス第三者評価結果を事業所の見やすい場所に掲示するとともに、利用者やその家族へも説明を行うことなどが必要です。

【東京都における福祉サービス第三者評価の指針について（通知）（平成14年11月15日付14福総改第128号）の中の5を参照下さい。】

### ポイント13

評価受審の有無について、指導検査のポイントとなります。

### ポイント14

福祉サービス第三者評価のサイクルは、その事業所ごとに、原則として少なくとも年に1回評価を受審することが必要です。

【東京都における福祉サービス第三者評価の実施について（通知）（平成14年11月18日付14福総改第129号）の中の2を参照下さい。】

## 都における福祉サービス第三者評価に関する相談や問い合わせ先

### 福祉サービス第三者評価システムにおける相談や問い合わせ先

#### <東京都福祉サービス評価推進機構>

(財)東京都高齢者研究・福祉振興財団 事業部 評価支援室

住 所：新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ13階

電 話：03(5206)8750(ダイヤルイン)

FAX：02(5206)8744

E-mail：[hyoka@fukushizaidan.jp](mailto:hyoka@fukushizaidan.jp)

(財)東京都高齢者研究・福祉振興財団ホームページ：<http://www.fukushizaidan.jp/>

### 評価機関や評価者、評価結果に関する情報入手先

福祉情報総合ネットワーク 平成15年4月から

とうきょう福祉ナビゲーションホームページ：<http://www.fukunavi.or.jp/>

FAX：03-5229-5304 音声案内：03-5229-5307

携帯電話・ネット接続型固定電話(Lモード)：<http://mobile.fukunavi.or.jp/fukunavi/keitai/>

東京都福祉サービス評価推進機構認証東京都福祉サービス第三者評価機関一覧(平成14年)

評価機関名	所在地	電話番号	ホームページ
株式会社 ノンフィクションチャンネル	千代田区	03-5217-3201	
株式会社 地域計画連合	豊島区	03-5974-2021	<a href="http://www.rpi-h.co.jp">http://www.rpi-h.co.jp</a>
特定非営利活動法人 市民シンクタンクひと・まち社	新宿区	03-3204-4342	
特定非営利活動法人 メイアイヘルプユウ	新宿区	03-5273-0071	
特定非営利活動法人 NPO人材開発機構	渋谷区	03-5304-5330	
株式会社 東京リーガルマインド	港区	03-5733-7012	<a href="http://www.lec-jp.com">http://www.lec-jp.com</a>
社会福祉法人 東京都社会福祉協議会	新宿区	03-3268-7171	<a href="http://www.tcsw.tvac.or.jp">http://www.tcsw.tvac.or.jp</a>
財団法人 八王子勤労者福祉会館	八王子市	0426-28-4909	
特定非営利活動法人 NPO 専門職ネット	新宿区	03-5925-0872	<a href="http://www.npo-senmon.net">http://www.npo-senmon.net</a>
特定非営利活動法人 福祉経営ネットワーク	千代田区	03-3234-4643	<a href="http://tokyo.cool.ne.jp/npo_welfare/">http://tokyo.cool.ne.jp/npo_welfare/</a>
特定非営利活動法人 21世紀癒しの国のアリス	千代田区	03-5295-7015	<a href="http://www.iyashinoalice.com">http://www.iyashinoalice.com</a>
株式会社 川原経営総合センター	港区	03-3289-0875	<a href="http://www.kawahara-group.co.jp/">http://www.kawahara-group.co.jp/</a>
特定非営利活動法人 子育て子育て宝仙ネット	渋谷区	0426-65-7857	
社団法人 シルバーサービス振興会	千代田区	03-5276-1600	
株式会社 日本生活介護	練馬区	03-3991-8440	<a href="http://www.seikatukai.go.co.jp">http://www.seikatukai.go.co.jp</a>
協同組合 建設経営センター	千代田区	03-5280-1855	<a href="http://www.cmc.gr.jp">http://www.cmc.gr.jp</a>
特定非営利活動法人 ほいくオーアールジー	板橋区	03-3961-2420	<a href="http://www.hoiku.org/">http://www.hoiku.org/</a>
株式会社 プロコン・ファーム	港区	03-5733-8123	
株式会社 産学共同システム研究所	新宿区	03-5287-3125	<a href="http://www.lares.dti.ne.jp/~tshirai">http://www.lares.dti.ne.jp/~tshirai</a>
特定非営利活動法人 日本就労支援センター	大田区	03-5767-0111	<a href="http://www.nsc.or.jp">http://www.nsc.or.jp</a>
株式会社 暮らしと住まい	中央区	03-5550-0125	<a href="http://www.yo.rim.or.jp/~yurotenj">http://www.yo.rim.or.jp/~yurotenj</a>
株式会社 生活構造研究所	千代田区	03-5275-7861	
株式会社 アクシスジャパン	中央区	03-3555-7811	
特定非営利活動法人 シニアライフ情報センター	渋谷区	03-5350-8491	<a href="http://www.senior-life.org/">http://www.senior-life.org/</a>
株式会社 明治生命フィナンシユアランス研究所	千代田区	03-3283-8044	<a href="http://www.meiji-life.co.jp/fsi/">http://www.meiji-life.co.jp/fsi/</a>
社会福祉法人 武蔵野市民社会福祉協議会	武蔵野市	0422-23-0701	
株式会社 日本能率協会総合研究所	港区	03-3578-7613	<a href="http://www.jmar.co.jp">http://www.jmar.co.jp</a>



評価機関名	所在地	電話番号	ホームページ
株式会社 ヒューマン・ヘルスケア・システム	中央区	03-5640-2376	<a href="http://www2s.biglobe.ne.jp/~human/">http://www2s.biglobe.ne.jp/~human/</a>
株式会社 損保ジャパン・ライフサポート	新宿区	03-3349-6055	
特定非営利活動法人 NPO サービス評価機構	中央区	03-5645-8358	
特定非営利活動法人 千代田区福祉サービス 第三者評価機関	千代田区	03-5282-3728	<a href="http://www.ag-wakwak.com/~cyd-shakyo/">http://www.ag-wakwak.com/~cyd-shakyo/</a>
ヒューマンウェア・コンサルティング株式会社	浦安市	047-380-6263	
有限責任中間法人 日本福祉サービス評価機構	千代田区	090-3096-5664	
特定非営利活動法人 福祉をよくする市民の会	八王子市	0426-65-4798	
株式会社 あさひ銀総合研究所	中央区	048-824-5649	<a href="http://www.asahibank-research.com">http://www.asahibank-research.com</a>
ケーピーエムジー・メディカル・ソリューション株式会社	港区	03-5400-7943	
特定非営利活動法人 介護施設サポートセンター	新宿区	03-3341-2629	
東武計画 株式会社	豊島区	03-3986-1873	
株式会社 ハンドワークス	千代田区	03-5297-3980	
株式会社 セルフケア・ニュース	港区	03-3539-2180	
財団法人 日本規格協会	千代田区	03-3592-1405	
株式会社 福祉会計サービスセンター	千代田区	03-3254-3033	
株式会社 クリップ	武蔵野市	0422-23-7405	<a href="http://www.clip-net.com">http://www.clip-net.com</a>
有限会社 アカデミーアンドアセスメントエイド	新宿区	03-3367-0435	
特定非営利活動法人 ともに生きる	杉並区	03-5311-5931	
株式会社 インテージ	西東京市	0424-76-5087	<a href="http://www.intage.co.jp">http://www.intage.co.jp</a>
社団法人 日本社会福祉士会	千代田区	03-5215-7365	
社団法人 日本介護福祉士会	港区	03-3507-0784	<a href="http://www.jaccw.or.jp">http://www.jaccw.or.jp</a>
有限責任中間法人 福祉サービス研究所	千代田区	03-3512-0832	
有限会社 タオ・コンサルティング	千代田区	03-3253-7360	
株式会社 服部メディカル研究所	渋谷区	03-3465-3147	<a href="http://www.bekkoame.ne.jp/~monaka">http://www.bekkoame.ne.jp/~monaka</a>
特定非営利活動法人 医療・介護情報ネットワーク	町田市	042-797-5403	

新宿区サービス評価検討会報告書  
平成15年3月発行

新宿区福祉部高齢者福祉推進室  
印刷物作成番号 2002 - 17 - 2944

160 - 8484  
東京都新宿区歌舞伎町一丁目4番1号  
03 - 3209 - 1111 (代表)

(リサイクルマーク)

この印刷物は、地球環境保全推進のために再生紙を使用しています。