

(通所介護・短期入所生活介護)

ゆとり～な

平成 27 年度
職員自己評価・利用者調査 集計結果

	ページ
I 職員自己評価 共通評価項目 集計結果	1
II-1 職員自己評価 内容評価項目 集計結果 <通所介護>	25
II-2 職員自己評価 内容評価項目 集計結果 <短期入所生活介護>	37
III-1 職員自己評価 共通評価項目 自由意見	39
III-2 職員自己評価 内容評価項目 自由意見 <通所介護>	51
III-3 職員自己評価 その他 自由意見 <通所介護>	55
III-4 職員自己評価 内容評価項目 自由意見 <短期入所生活介護>	59
III-5 職員自己評価 その他 自由意見 <短期入所生活介護>	61
IV-1 利用者調査 集計結果 <通所介護>	63
IV-2 利用者調査 集計結果 <短期入所生活介護>	73

2016 年 1 月 19 日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

I 職員自己評価(共通評価項目)

施設種別	施設名
通所介護+短期入所生活介護	ゆとり～な

対象職員数	32名
回答職員数	31名
回収率	96.9%

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。						
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		合議	職員			
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b	17		54.8%	
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。		14		45.2%	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。		0		0.0%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	理念、基本方針が文書(事業計画等の法人(福祉施設・事業所)内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等)に記載されている。	○	25	80.6%	6	19.4%
	理念は、法人(福祉施設・事業所)が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人(福祉施設・事業所)の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	○	21	67.7%	10	32.3%
	基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	○	19	61.3%	12	38.7%
	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	○	12	38.7%	19	61.3%
	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	○	15	48.4%	16	51.6%

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に対応している。							
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		合議	職員				
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b	10		32.3%		
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。		16		51.6%		
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。		3		9.7%		
	無回答		2		6.5%		
				チェック有		チェック無	
評価の着眼点	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	○	11	35.5%	20	64.5%	
	地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	○	10	32.3%	21	67.7%	
	利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人(福祉施設・事業所)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	○	14	45.2%	17	54.8%	
	定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	○	21	67.7%	10	32.3%	

I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。							
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		合議	職員				
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	6		19.4%		
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。		16		51.6%		
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。		6		19.4%		
	無回答		3		9.7%		
				チェック有		チェック無	
評価の着眼点	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	○	13	41.9%	18	58.1%	
	経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。	○	7	22.6%	24	77.4%	
	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	○	11	35.5%	20	64.5%	
	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	○	10	32.3%	21	67.7%	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。							
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		合議	職員				
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	a	15		48.4%		
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。		10		32.3%		
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。		4		12.9%		
	無回答		2		6.5%		
				チェック有		チェック無	
評価の着眼点	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。	○	13	41.9%	18	58.1%	
	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	○	8	25.8%	23	74.2%	
	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	○	11	35.5%	20	64.5%	
	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	○	17	54.8%	14	45.2%	

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。							
		合議	職員				
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	a	7		22.6%		
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。		17		54.8%		
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。		5		16.1%		
	無回答		2		6.5%		
				チェック有		チェック無	
評価の着眼点	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	×	10	32.3%	21	67.7%	
	単年度の事業計画は、実行可能な具体的内容となっている。	○	7	22.6%	24	77.4%	
	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	○	6	19.4%	25	80.6%	
	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	×	13	41.9%	18	58.1%	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。							
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		合議	職員				
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b	5		16.1%		
	b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。		13		41.9%		
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。		11		35.5%		
	無回答		2		6.5%		
				チェック有		チェック無	
評価の着眼点	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	○	6	19.4%	25	80.6%	
	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ決められた時期、手順にもとづいて把握されている。	×	12	38.7%	19	61.3%	
	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。	×	11	35.5%	20	64.5%	
	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。	×	8	25.8%	23	74.2%	
	事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)されており、理解を促すための取組を行っている。	×	15	48.4%	16	51.6%	
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		合議	職員				
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	C	12		38.7%		
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。		8		25.8%		
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。		10		32.3%		
	無回答		1		3.2%		
				チェック有		チェック無	
評価の着眼点	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。	×	11	35.5%	20	64.5%	
	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	×	9	29.0%	22	71.0%	
	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。	×	8	25.8%	23	74.2%	
	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	×	8	25.8%	23	74.2%	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。							
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		合議	職員				
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b	11		35.5%		
	b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。		13		41.9%		
	c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。		5		16.1%		
	無回答		2		6.5%		
				チェック有		チェック無	
評価の着眼点	組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取り組みを実施している。	×	8	25.8%	23	74.2%	
	福祉サービスの内容について組織的に評価(C:Check)を行う体制が整備されている。	○	10	32.3%	21	67.7%	
	定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	×	8	25.8%	23	74.2%	
	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	×	10	32.3%	21	67.7%	
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		合議	職員				
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実行している。	b	14		45.2%		
	b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。		13		41.9%		
	c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。		2		6.5%		
	無回答		2		6.5%		
				チェック有		チェック無	
評価の着眼点	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。	○	12	38.7%	19	61.3%	
	職員間で課題の共有が図られている。	○	16	51.6%	15	48.4%	
	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。	○	11	35.5%	20	64.5%	
	評価結果に基づく改善の取組を計画的に行っている。	×	14	45.2%	17	54.8%	
	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	×	12	38.7%	19	61.3%	

Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ－１ 管理者の責任とリーダーシップ

Ⅱ－１－(1) 管理者の責任が明確にされている。						
Ⅱ－１－(1)－① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		合議	職員			
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b	15		48.4%	
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。		11		35.5%	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。		2		6.5%	
	無回答		3		9.7%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	○	22	71.0%	9	29.0%
	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。	○	15	48.4%	16	51.6%
	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。	×	16	51.6%	15	48.4%
	平常時のみならず、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	×	23	74.2%	8	25.8%

Ⅱ－１－(1)－② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。						
Ⅱ－１－(1)－② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b	20		64.5%	
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。		9		29.0%	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。		0		0.0%	
	無回答		2		6.5%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者(取引事業者、行政関係者等)との適正な関係を保持している。	○	17	54.8%	14	45.2%
	管理者は、法令順守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	○	23	74.2%	8	25.8%
	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	×	18	58.1%	13	41.9%

Ⅱ－１－(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		合議	職員			
Ⅱ－１－(2)－① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。			チェック有		チェック無	
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b	16	51.6%	15	48.4%
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。		10	32.3%	16	51.6%
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。		3	9.7%	13	41.9%
	無回答		2	6.5%	14	45.2%
評価の着眼点	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	×	16	51.6%	15	48.4%
	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	×	15	48.4%	16	51.6%
	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	○	18	58.1%	13	41.9%
	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	×	21	67.7%	10	32.3%

Ⅱ－１－(2)－② 経営の改善や業務の実効性を高める取組みに指導力を発揮している。		合議	職員			
判断基準			チェック有		チェック無	
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組みに十分な指導力を発揮している。	b	10	32.3%	18	58.1%
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。		15	48.4%	10	32.3%
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。		3	9.7%	23	74.2%
	無回答		3	9.7%	18	58.1%
評価の着眼点	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。	×	13	41.9%	18	58.1%
	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	○	21	67.7%	10	32.3%
	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	×	8	25.8%	23	74.2%
	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	○	13	41.9%	18	58.1%

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

Ⅱ－２－(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。							
Ⅱ－２－(1)－① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		合議	職員				
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	a	7		22.6%		
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。		13		41.9%		
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。		9		29.0%		
	無回答		2		6.5%		
				チェック有		チェック無	
評価の着眼点	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	○	9	29.0%	22	71.0%	
	福祉サービスの提供に関わる専門職(有資格の職員)の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	○	9	29.0%	22	71.0%	
	計画に基づいた人材の確保や育成が実施されている。	○	10	32.3%	21	67.7%	
	法人(福祉施設・事業所)として、効果的な福祉人材確保(採用活動等)を実施している。	○	9	29.0%	22	71.0%	
Ⅱ－２－(1)－② 総合的な人事管理が行われている。							
Ⅱ－２－(1)－② 総合的な人事管理が行われている。		合議	職員				
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	a	7		22.6%		
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。		16		51.6%		
	c) 総合的な人事管理を実施していない。		6		19.4%		
	無回答		2		6.5%		
				チェック有		チェック無	
評価の着眼点	法人(福祉施設・事業所)の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	○	13	41.9%	18	58.1%	
	人事基準(採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準)が明確に定められ、職員等に周知されている。	○	8	25.8%	23	74.2%	
	一定の人事基準に基づき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。	○	12	38.7%	19	61.3%	
	職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。	×	9	29.0%	22	71.0%	
	把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。	○	8	25.8%	23	74.2%	
	職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができている。	○	5	16.1%	26	83.9%	

Ⅱ－２－(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。						
Ⅱ－２－(2)－① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		合議	職員			
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	a	9		29.0%	
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。		19		61.3%	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。		3		9.7%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。	○	9	29.0%	22	71.0%
	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。	○	17	54.8%	14	45.2%
	職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。	○	14	45.2%	17	54.8%
	定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。	○	14	45.2%	17	54.8%
	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	○	13	41.9%	18	58.1%
	改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。	×	3	9.7%	28	90.3%
	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。	○	10	32.3%	21	67.7%

Ⅱ－２－(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。						
Ⅱ－２－(3)－① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	a	14		45.2%	
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。		14		45.2%	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。		3		9.7%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	○	10	32.3%	21	67.7%
	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	○	16	51.6%	15	48.4%
	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	○	15	48.4%	16	51.6%
	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	○	26	83.9%	5	16.1%
	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初、年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	○	24	77.4%	7	22.6%

Ⅱ－２－(３)－② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		合議	職員	
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b	13	41.9%
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。		15	48.4%
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。		1	3.2%
	無回答		2	6.5%

			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	○	7	22.6%	24	77.4%
	現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。	○	13	41.9%	18	58.1%
	策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	○	16	51.6%	15	48.4%
	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	×	13	41.9%	18	58.1%
	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	×	6	19.4%	25	80.6%

Ⅱ－２－(３)－③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		合議	職員	
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	a	13	41.9%
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。		16	51.6%
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。		1	3.2%
	無回答		1	3.2%

			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	×	14	45.2%	17	54.8%
	新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。	○	14	45.2%	17	54.8%
	外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。	○	23	74.2%	8	25.8%
	職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	○	21	67.7%	10	32.3%

Ⅱ－２－(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		合議	職員			
Ⅱ－２－(4)－① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。						
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	C	9	29.0%		
	b) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。		10	32.3%		
	c) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備していおらず、教育・研修が行われていない。		8	25.8%		
	無回答		4	12.9%		
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。	×	6	19.4%	25	80.6%
	実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。	×	6	19.4%	25	80.6%
	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	×	7	22.6%	24	77.4%
	指導者に対する研修を実施している。	×	7	22.6%	24	77.4%
	実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	×	9	29.0%	22	71.0%

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

Ⅱ－３－(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		合議	職員			
Ⅱ－３－(1)－① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。						
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b	14		45.2%	
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。		14		45.2%	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。		1		3.2%	
	無回答		2		6.5%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	○	14	45.2%	17	54.8%
	福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	○	16	51.6%	15	48.4%
	第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	×	11	35.5%	20	64.5%
	法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人(福祉施設・事業所)の存在意義や役割を明確にするように努めている。	×	10	32.3%	21	67.7%
	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配付している。	○	18	58.1%	13	41.9%

Ⅱ－３－(１)－② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		合議	職員			
判断基準	a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	10	32.3%		
	b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。		12	38.7%		
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。		4	12.9%		
	無回答		5	16.1%		
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。	○	8	25.8%	23	74.2%
	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	○	9	29.0%	22	71.0%
	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。	○	7	22.6%	24	77.4%
	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	○	11	35.5%	20	64.5%
	外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。	○	9	29.0%	22	71.0%
	外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	×	5	16.1%	26	83.9%

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

Ⅱ－４－(１) 地域との関係が適切に確保されている。						
Ⅱ－４－(１)－① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b	14	45.2%		
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。		14	45.2%		
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。		3	9.7%		
	無回答		0	0.0%		
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	○	15	48.4%	16	51.6%
	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示版の利用等で利用者に提供している。	×	15	48.4%	16	51.6%
	利用者の個人的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	○	20	64.5%	11	35.5%
	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	○	14	45.2%	17	54.8%
	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	×	5	16.1%	26	83.9%

Ⅱ－４－(1)－② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		合議	職員			
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b	18		58.1%	
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。		11		35.5%	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。		1		3.2%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	×	16	51.6%	15	48.4%
	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	×	11	35.5%	20	64.5%
	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	○	14	45.2%	17	54.8%
	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。	×	9	29.0%	22	71.0%
	学校教育への協力を行っている。	○	13	41.9%	18	58.1%

Ⅱ－４－(2) 関係機関との連携が確保されている。						
Ⅱ－４－(2)－① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	a	15		48.4%	
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。		10		32.3%	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。		3		9.7%	
	無回答		3		9.7%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	×	11	35.5%	20	64.5%
	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	○	18	58.1%	13	41.9%
	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	○	14	45.2%	17	54.8%
	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	○	8	25.8%	23	74.2%
	地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	×	8	25.8%	23	74.2%

Ⅱ－４－(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		合議	職員			
Ⅱ－４－(3)－① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。			チェック有		チェック無	
判断基準	a) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b	4	12.9%	24	77.4%
	b) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。		16	51.6%	25	80.6%
	c) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。		9	29.0%	23	74.2%
	無回答		2	6.5%	22	71.0%
評価の着眼点	福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。	○	7	22.6%	24	77.4%
	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域への参加を呼びかけている。	○	6	19.4%	25	80.6%
	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。	×	8	25.8%	23	74.2%
	災害時の地域における役割等について確認がなされている。	×	9	29.0%	22	71.0%
	多様な機関と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。	×	9	29.0%	22	71.0%

Ⅱ－４－(3)－② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		合議	職員			
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	b	10		32.3%	
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。		9		29.0%	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。		10		32.3%	
	無回答		2		6.5%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。	○	9	29.0%	22	71.0%
	民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	×	3	9.7%	28	90.3%
	地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。	×	6	19.4%	25	80.6%
	把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。	○	7	22.6%	24	77.4%
	把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	×	8	25.8%	23	74.2%

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ－１－(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。						
Ⅲ－１－(1)－① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	b	22		71.0%	
	b) 利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。		5		16.1%	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。		3		9.7%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実施するための取組を行っている。	○	22	71.0%	9	29.0%
	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実施するための取組を行っている。	○	14	45.2%	17	54.8%
	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	×	12	38.7%	19	61.3%
	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	×	19	61.3%	12	38.7%
	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	×	14	45.2%	17	54.8%

Ⅲ－１－(１)－② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		合議	職員	
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	17	54.8%
	b) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。		12	38.7%
	c) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。		1	3.2%
	無回答		1	3.2%

			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	○	18	58.1%	13	41.9%
	利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	○	15	48.4%	16	51.6%
	利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	○	12	38.7%	19	61.3%
	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。	○	19	61.3%	12	38.7%
	利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。	×	18	58.1%	13	41.9%
	規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。	×	16	51.6%	15	48.4%
	不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。	×	14	45.2%	17	54.8%

Ⅲ－１－(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。				
Ⅲ－１－(2)－① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		合議	職員	
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	a	23	74.2%
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。		6	19.4%
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。		0	0.0%
	無回答		2	6.5%

			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	○	18	58.1%	13	41.9%
	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	○	14	45.2%	17	54.8%
	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	○	25	80.6%	6	19.4%
	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	○	27	87.1%	4	12.9%
	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	○	18	58.1%	13	41.9%

Ⅲ－１－(２)－② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		合議	職員			
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a	24		77.4%	
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。		6		19.4%	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。		0		0.0%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	○	27	87.1%	4	12.9%
	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	○	20	64.5%	11	35.5%
	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	○	23	74.2%	8	25.8%
	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	○	22	71.0%	9	29.0%
	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	○	12	38.7%	19	61.3%
Ⅲ－１－(２)－③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。	a	16		51.6%	
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。		14		45.2%	
	c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。		0		0.0%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	○	19	61.3%	12	38.7%
	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	○	21	67.7%	10	32.3%
	福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡し	○	13	41.9%	18	58.1%

Ⅲ－１－(3) 利用者満足の向上に努めている。						
Ⅲ－１－(3)－① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	a	17		54.8%	
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。		13		41.9%	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。		1		3.2%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	○	15	48.4%	16	51.6%
	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。	○	22	71.0%	9	29.0%
	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	×	12	38.7%	19	61.3%
	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	○	12	38.7%	19	61.3%

Ⅲ－１－(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。						
Ⅲ－１－(4)－① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		合議	職員			
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	a	18		58.1%	
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。		11		35.5%	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。		1		3.2%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)が整備されている。	○	11	35.5%	20	64.5%
	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	○	9	29.0%	22	71.0%
	苦情記入カードの配布やアンケート(匿名)を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	○	16	51.6%	15	48.4%
	苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。	○	18	58.1%	13	41.9%
	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	○	16	51.6%	15	48.4%
	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	○	15	48.4%	16	51.6%
	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	×	13	41.9%	18	58.1%

Ⅲ－１－(４)－② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	a	17		54.8%	
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。		10		32.3%	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。		2		6.5%	
	無回答		2		6.5%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。	○	10	32.3%	21	67.7%
	利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	×	14	45.2%	17	54.8%
	相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	○	18	58.1%	13	41.9%

Ⅲ－１－(４)－③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	a	17		54.8%	
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。		12		38.7%	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。		1		3.2%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	○	9	29.0%	22	71.0%
	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	○	8	25.8%	23	74.2%
	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。	○	23	74.2%	8	25.8%
	意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。	○	11	35.5%	20	64.5%
	意見等のもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	○	15	48.4%	16	51.6%

Ⅲ－１－(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		合議	職員	
Ⅲ－１－(5)－① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。				
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	a	15	48.4%
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。		14	45.2%
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。		0	0.0%
	無回答		2	6.5%

			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	リスクマネジメントに関する責任者の明確化(リスクマネジャーの選任・配置)、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	×	8	25.8%	23	74.2%
	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順(マニュアル)等を明確にし、職員に周知している。	○	22	71.0%	9	29.0%
	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	×	15	48.4%	16	51.6%
	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	○	21	67.7%	10	32.3%
	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	○	16	51.6%	15	48.4%
	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	○	12	38.7%	19	61.3%

Ⅲ－１－(5)－② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている。		合議	職員	
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	a	17	54.8%
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。		12	38.7%
	c) 感染症の予防策が講じられていない。		0	0.0%
	無回答		2	6.5%

			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	○	15	48.4%	16	51.6%
	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	○	18	58.1%	13	41.9%
	担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	○	16	51.6%	15	48.4%
	感染症の予防策が適切に講じられている。	○	12	38.7%	19	61.3%
	感染症を発生した場合には対応が適切に行われている。	○	18	58.1%	13	41.9%
	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。	○	11	35.5%	20	64.5%

Ⅲ－１－(5)－③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	C	9	29.0%		
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。		12	38.7%		
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。		9	29.0%		
	無回答		1	3.2%		
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	災害時の対応体制が決められている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	×	6	19.4%	25	80.6%
	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	×	16	51.6%	15	48.4%
	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	×	7	22.6%	24	77.4%
	防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	×	15	48.4%	16	51.6%

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

Ⅲ－２－(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		合議	職員			
Ⅲ－２－(1)－① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。						
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	n	16		51.6%	
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。		11		35.5%	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。		2		6.5%	
	無回答		2		6.5%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	×	17	54.8%	14	45.2%
	標準的な実施方法には、利用者尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	×	17	54.8%	14	45.2%
	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	×	11	35.5%	20	64.5%
	標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確保する仕組みがある。	×	11	35.5%	20	64.5%

Ⅲ－２－(１)－② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		合議	職員			
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	n	14		45.2%	
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。		12		38.7%	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な懸賞・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。		2		6.5%	
	無回答		3		9.7%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	×	17	54.8%	14	45.2%
	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。	×	18	58.1%	13	41.9%
	検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。	×	15	48.4%	16	51.6%
	検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	×	16	51.6%	15	48.4%

Ⅲ－２－(２) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。						
Ⅲ－２－(２)－① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	n	18		58.1%	
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。		10		32.3%	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。		1		3.2%	
	無回答		2		6.5%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	×	18	58.1%	13	41.9%
	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	×	15	48.4%	16	51.6%
	部門を横断した様々な職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。	×	17	54.8%	14	45.2%
	福祉サービス実施計画通りに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。	×	18	58.1%	13	41.9%
	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。	×	10	32.3%	21	67.7%

Ⅲ－２－(2)－② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	n	16		51.6%	
	b) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。		12		38.7%	
	c) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。		1		3.2%	
	無回答		2		6.5%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	×	22	71.0%	9	29.0%
	見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	×	17	54.8%	14	45.2%
	福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	×	10	32.3%	21	67.7%
	福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容(ニーズ)等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	×	12	38.7%	19	61.3%

Ⅲ－２－(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。						
Ⅲ－２－(3)－① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	a	19		61.3%	
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。		10		32.3%	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。		1		3.2%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	○	25	80.6%	6	19.4%
	サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	○	20	64.5%	11	35.5%
	記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。	○	12	38.7%	19	61.3%
	組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。	○	15	48.4%	16	51.6%
	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取り組みがなされている。	○	16	51.6%	15	48.4%
	パソコンのネットワークシステムを利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	○	16	51.6%	15	48.4%

Ⅲ－２－(3)－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ、適切に管理が行われている。	a	16	51.6%		
	b) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ管理が行われているが、十分ではない。		12	38.7%		
	c) 利用者に関する記録の管理について規定が定められていない。		2	6.5%		
	無回答		1	3.2%		
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規程を定めている。	○	22	71.0%	9	29.0%
	個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	記録管理の責任者が設置されている。	○	9	29.0%	22	71.0%
	記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	○	14	45.2%	17	54.8%
	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	○	21	67.7%	10	32.3%
	個人情報の取扱について、利用者や家族に説明している。	○	23	74.2%	8	25.8%

Ⅱ－1 職員自己評価(内容評価項目) ＜通所介護＞

A－1 支援の基本

A－1－(1) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b	19	61.3%		
	b) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫しているが、十分ではない。		12	38.7%		
	c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫していない。		0	0.0%		
	無回答		0	0.0%		
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の心身の状況、ADL、睡眠・食事・排せつ、暮らしの意向、これまでの環境(物的・人的)、生活習慣等の把握をしている。	○	28	90.3%	3	9.7%
	利用者一人ひとりの暮らしの意向を理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援を行っている。	○	24	77.4%	7	22.6%
	利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が組織的に継続して行われている。	○	20	64.5%	11	35.5%
	サービス提供場面において、自立に配慮した援助を行っている。	○	21	67.7%	10	32.3%
	自立、活動参加への動機づけを行っている。	○	19	61.3%	12	38.7%
	利用者の趣味、興味、希望を把握し、活動に反映するとともに複数のメニューを用意している。	○	22	71.0%	9	29.0%
	家族、ボランティアや地域住民の参加を得ることなどにより、活動の多彩化を図っている。	×	19	61.3%	12	38.7%
	買い物、外出、地域の行事への参加など社会参加に係るプログラムを導入している。	×	17	54.8%	14	45.2%
	利用者の家庭での生活、心身の状況を考慮し、利用者一人ひとりに配慮して活動に参加できるよう工夫している。	×	21	67.7%	10	32.3%

A-1-(2) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b	19		61.3%	
	b) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っているが、十分ではない。		12		38.7%	
	c) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っていない。		0		0.0%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の考えや希望を十分に聴き取れるよう、さまざまな機会、方法でコミュニケーションを行っている。	○	22	71.0%	9	29.0%
	利用者の思いや希望を聴きとったり読みとったりして、その内容をケアに生かしている。	○	26	83.9%	5	16.1%
	日常生活で援助を行う際に、コミュニケーションの重要性を認識し、話しかけている。	○	25	80.6%	6	19.4%
	話すことや意思表示が困難など特に配慮が必要な人には、個別の方法で行っている。	×	23	74.2%	8	25.8%
	利用者への言葉づかいに対する配慮や節度ある接し方がなされている。特に自尊心を傷つけるような言葉づかい、幼児語の使用、指示的な言葉を慎んでいる。	○	19	61.3%	12	38.7%
	利用者への言葉づかいや接遇に関する、継続的な検討や研修を実施している。	○	10	32.3%	21	67.7%
	会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。	○	23	74.2%	8	25.8%
	利用者が話したいことを話せる機会を作っている。	×	17	54.8%	14	45.2%

A-2 身体介護

A-2-1 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	29		93.5%	
	b) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。		2		6.5%	
	c) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。		0		0.0%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の心身の状況や意向に合わせ、入浴形態・方法を採用し、入浴介助や清拭等の方法を工夫している。	○	29	93.5%	2	6.5%
	入浴の誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、環境・介助方法等の工夫を行っている。	○	27	87.1%	4	12.9%
	入浴を拒否する人への誘導や介助方法等を工夫している。	○	28	90.3%	3	9.7%
	入浴前の浴室内の安全確認(湯温、備品等)を行っている。	○	30	96.8%	1	3.2%
	脱衣室等の室温管理を行っている。	○	29	93.5%	2	6.5%
	入浴後は、水分摂取、スキンケアを行っている。	○	28	90.3%	3	9.7%
	入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応している。	○	27	87.1%	4	12.9%
	入浴介助を安全に実施するための取り組みを行っている。	○	27	87.1%	4	12.9%
	浴槽は、機械浴、リフト浴、一般浴、個浴等、いくつかの種類が用意されている。	○	24	77.4%	7	22.6%
	シャワーチェア、その他の介護機器が用意されている。	○	25	80.6%	6	19.4%
	利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。	○	28	90.3%	3	9.7%
	感染症、心身の状況や意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。	○	23	74.2%	8	25.8%
	家庭での入浴を安全で適切なものとするため、利用者・家族に助言・情報提供している。また、助言した内容等については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	○	22	71.0%	9	29.0%

A-2-(2) 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	28		90.3%	
	b) 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。		3		9.7%	
	c) 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。		0		0.0%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排泄介助の方法を工夫している。	○	28	90.3%	3	9.7%
	排泄の自立に向けた働きかけをしている。	○	22	71.0%	9	29.0%
	必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。	○	28	90.3%	3	9.7%
	排泄の誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、環境・介助方法等の工夫を行っている。	○	24	77.4%	7	22.6%
	利用者が気兼ねしないように手際よく、必要に応じて声かけを行いながら介助している。	○	24	77.4%	7	22.6%
	トイレ(ポータブルトイレを含む)は、衛生や臭いに配慮し、清潔を保持している。	○	29	93.5%	2	6.5%
	冬場のトイレの保温に配慮している。	×	16	51.6%	15	48.4%
	トイレ内での転倒、転落を防止する等、排泄介助を安全に実施するための取り組みを行っている。	×	25	80.6%	6	19.4%
	おむつ・おむつかバー、便器等は、利用者に適したものが使用できるよう準備している。	×	27	87.1%	4	12.9%
	おむつ交換を行う際には、皮膚の観察、清拭等を行っている。	○	25	80.6%	6	19.4%
	尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。	○	27	87.1%	4	12.9%
	家庭での排泄を安全で適切なものとするため、利用者・家族に助言・情報提供している。また、助言した内容等については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	○	22	71.0%	9	29.0%

A-2-(3) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	23		74.2%	
	b) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせておこなっているが、十分ではない。		8		25.8%	
	c) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。		0		0.0%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。	○	24	77.4%	7	22.6%
	移乗・移動の自立に向けた働きかけをしている。	○	26	83.9%	5	16.1%
	移乗・移動の介助の安全な実施のための取り組みを行っている。	○	28	90.3%	3	9.7%
	使用している福祉用具が、利用者の心身の状況に合っているかを確認している。	○	24	77.4%	7	22.6%
	福祉用具に不備はないか等の点検を常時行っている。	○	22	71.0%	9	29.0%
	移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにしている。	○	27	87.1%	4	12.9%
	移乗、移動している本人だけでなく、他の利用者の安全にも配慮している。	○	28	90.3%	3	9.7%
	車イスや杖などを利用する場合に、移動しやすい環境整備を行っている。	○	26	83.9%	5	16.1%
	利用者の心身の状況に合わせた福祉機器、福祉用具を準備している。	○	21	67.7%	10	32.3%
	送迎サービスは、心身の負担軽減、利用者の希望、安全に配慮しながら実施している。	○	26	83.9%	5	16.1%
	家庭での介護を安全、適切に行うため、利用者・家族に移乗、移動に関する助言や福祉用具の利用についての情報提供を行っている。また、助言した内容等については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	○	22	71.0%	9	29.0%

A-2-4 褥瘡の発生予防を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 褥瘡の発生予防を行っている。	b	18		58.1%	
	b) 褥瘡の発生予防を行っているが、十分ではない。		12		38.7%	
	c) 褥瘡の発生予防を行っていない。		0		0.0%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	皮膚の状態確認、清潔の確保の方法など、褥瘡の予防について、標準的な実施方法を確立している。	○	25	80.6%	6	19.4%
	利用者の心身の状況に応じた体位変換や姿勢の変換を行っている。	○	28	90.3%	3	9.7%
	必要に応じ、マッサージの実施、軟膏等の塗布を行っている。	○	19	61.3%	12	38.7%
	傷や皮下組織のずれが起きないように安全に介助している。	○	24	77.4%	7	22.6%
	標準的な実施方法について職員に周知徹底するため、研修や個別の指導等の方策を講じている。	×	15	48.4%	16	51.6%
	家庭での褥瘡予防を適切に行うため、利用者・家族に助言や情報提供を行っている。また、助言した内容等については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	○	19	61.3%	12	38.7%

A-3 食生活

A-3-1 食事をおいしく食べられるよう工夫している。		合議	職員			
判断基準	a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	30		96.8%	
	b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。		1		3.2%	
	c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。		0		0.0%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の希望や好みを聴き、献立に反映させている。	○	29	93.5%	2	6.5%
	食材に旬のものを使用するなど、献立に変化をもたせるよう工夫をしている。	○	29	93.5%	2	6.5%
	料理にあった食器を使ったり、盛り付けの工夫をしている。	○	28	90.3%	3	9.7%
	適温で食事を提供している。	○	28	90.3%	3	9.7%
	利用者の状況に応じた、食堂の雰囲気づくりを工夫している。	○	22	71.0%	9	29.0%
	座る席や一緒に食べる人について利用者の意向を聞き、テーブルや席の配置を配慮している。	○	27	87.1%	4	12.9%

A-3-(2) 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	24		77.4%	
	b) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。		6		19.4%	
	c) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。		0		0.0%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の嚥下能力に合せた飲み込みやすい食事(形状や調理方法)を工夫して提供している。	○	31	100.0%	0	0.0%
	利用者自身で行える範囲を把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。	○	27	87.1%	4	12.9%
	できる限り利用者のペースで食べられるように工夫するとともに、利用者の身体に負担がかからないよう配慮している。	○	28	90.3%	3	9.7%
	嚥下しやすいようにできるだけ座位をとるなど、利用者の食事時の姿勢に常に配慮している。	○	28	90.3%	3	9.7%
	誤嚥、喉に詰まったなど食事時の事故について、対応方法を確立し、日頃から確認、共有している。	○	21	67.7%	10	32.3%
	食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。	○	29	93.5%	2	6.5%
	栄養士や保健・医療スタッフと連携し、利用者の心身の状況に合わせ、栄養面・形態に配慮した食事を提供している。	○	24	77.4%	7	22.6%
	経口での食事摂取が継続できるようにするための取り組みを行っている。	○	22	71.0%	9	29.0%
	家庭での食事や水分摂取に関して、利用者・家族に助言や情報提供を行っている。また、助言した内容については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	○	21	67.7%	10	32.3%

A-3-(3) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	16		51.6%	
	b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。		14		45.2%	
	c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。		0		0.0%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の口腔清掃の自立の程度を把握している。	○	20	64.5%	11	35.5%
	一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施、評価・見直しをしている。	○	14	45.2%	17	54.8%
	歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。	○	5	16.1%	26	83.9%
	口腔機能を保持・改善するための体操(口腔体操等)を行っている。	○	24	77.4%	7	22.6%
	職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。	○	11	35.5%	20	64.5%
	食後に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。	○	23	74.2%	8	25.8%
	家庭での口腔ケアに関して、利用者・家族に助言や情報提供を行っている。また、助言した内容については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	○	18	58.1%	13	41.9%

A-4 認知症ケア

A-4-1) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b	12		38.7%	
	b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。		19		61.3%	
	c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。		0		0.0%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行っている。	○	18	58.1%	13	41.9%
	周辺状況を呈する利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状に合わせたケアや生活上の配慮を行っている。	○	17	54.8%	14	45.2%
	あらゆる場面で、支持的、受容的な関わり、態度を重視した援助を行っている。	○	18	58.1%	13	41.9%
	利用者が日常生活の中でそれぞれ役割(家事等)が持てるように工夫している。	○	17	54.8%	14	45.2%
	職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。	○	18	58.1%	13	41.9%
	医療スタッフ等との連携のもと、周辺症状について分析を行い、支援内容を検討している。	○	15	48.4%	16	51.6%
	利用者一人ひとりの症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。	○	16	51.6%	15	48.4%
	抑制・拘束は行っていない。やむを得ず実施する場合には、必要な手続きをとっている。	○	20	64.5%	11	35.5%
	認知症高齢者の家族会等家族支援のための会や、その他社会資源を家族に紹介している。	○	9	29.0%	22	71.0%
	認知症の理解やケアに関して、利用者・家族に助言や情報提供を行っている。また、助言した内容については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	○	16	51.6%	15	48.4%
	サービス利用時の様子を家族に伝えるなどして、より良いケアの方法を家族と共有するようにしている。	○	23	74.2%	8	25.8%

A-4-(2) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b	14		45.2%	
	b) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っているが、十分ではない。		16		51.6%	
	c) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っていない。		1		3.2%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者が安心・安全で落ち着ける環境となるよう工夫している。	×	28	90.3%	3	9.7%
	利用者の行動が抑制されたり拘束されたりすることの内容、環境に十分な工夫をしている。	○	24	77.4%	7	22.6%
	危険物の保管、管理が適切に行われている。	○	20	64.5%	11	35.5%
	異食や火傷等の事故防止のため、片付け、清掃が行われている。	○	21	67.7%	10	32.3%
	共有スペースも、認知症高齢者が安心して過ごせる環境づくりの工夫を行っている。	×	22	71.0%	9	29.0%
	トイレ・風呂等、一目でわかるような表示をする等の工夫を行っている。	×	18	58.1%	13	41.9%

A-5 機能訓練、介護予防

A-5-(1) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b	6		19.4%	
	b) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っているが、十分ではない。		18		58.1%	
	c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。		6		19.4%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、実施、評価・見直しをしている。	×	8	25.8%	23	74.2%
	介護予防活動も計画的に行い、評価・見直しをしている。	×	12	38.7%	19	61.3%
	日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練・介護予防活動を行っている。	○	9	29.0%	22	71.0%
	利用者が主体的に訓練を行えるように工夫をしている。	×	9	29.0%	22	71.0%
	利用者の状況に応じて、専門職(理学療法士、作業療法士等*)の助言・指導を受けている。 *ここでの「等」は、言語聴覚士、柔道整復師、あんまマッサージ指圧師、看護師を指す。	×	9	29.0%	22	71.0%
	判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し、医療機関との連携など必要な対応を行っている。	○	13	41.9%	18	58.1%

A-6 健康管理、衛生管理

A-6-1 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立している。	b	21		67.7%	
	b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順があるが、十分ではない。		10		32.3%	
	c) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立していない。		0		0.0%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。	○	25	80.6%	6	19.4%
	利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立している。	○	24	77.4%	7	22.6%
	職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。	×	11	35.5%	20	64.5%
	体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	○	15	48.4%	16	51.6%
	利用者ごとに看護・介護職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。	○	27	87.1%	4	12.9%
	健康状態の記録を行っている。	○	28	90.3%	3	9.7%
	迎え時に、その日の体調等について、家族から情報を得ている。	○	22	71.0%	9	29.0%
	利用開始時・終了時には、必ず健康チェックを行っている。	○	16	51.6%	15	48.4%
	異変があった場合には、家族、医師、または介護支援専門員に連絡する体制を確立している。	○	28	90.3%	3	9.7%

A-6-2 感染症や食中毒の発生予防を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	21		67.7%	
	b) 感染症や食中毒の発生予防を行っているが、十分ではない。		9		29.0%	
	c) 感染症や食中毒の発生予防を行っていない。		0		0.0%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	感染症や食中毒に対する予防対策、発生した場合の対応手順が文書化されている。	○	23	74.2%	8	25.8%
	職員の健康状態についてチェックし、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。	○	23	74.2%	8	25.8%
	職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法が文書化されている。	○	16	51.6%	15	48.4%
	職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種について、費用負担を支援し受けさせている。	○	28	90.3%	3	9.7%
	感染症や食中毒の発生予防・対応方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	○	15	48.4%	16	51.6%
	必要な手洗器・消毒薬等の設備機器等が設置されている。	○	25	80.6%	6	19.4%
	家族、来館者への手洗いや手指消毒等の呼びかけをしている。	○	22	71.0%	9	29.0%

A-7 建物・設備

A-7-1) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。		合議	職員			
判断基準	a) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	C	11		35.5%	
	b) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮しているが、十分ではない。		15		48.4%	
	c) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮を行っていない。		5		16.1%	
	無回答		0		0.0%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	建物・設備の点検を定期的に行い、問題点については改善するなど、快適性や安全を維持する取り組みをしている。	○	16	51.6%	15	48.4%
	備品の点検を定期的に行い、常に故障や不具合、汚れなどがないように維持する取り組みをしている。	○	20	64.5%	11	35.5%
	イス・テーブル・ベッド等の家具、床・壁等の建物について、落ち着けるような雰囲気づくりに配慮している。	○	18	58.1%	13	41.9%
	談話スペースを配置するなど、快適に時間を過ごせるよう配慮している。	○	16	51.6%	15	48.4%
	利用者が思い思いに過ごせる工夫がされている。	×	16	51.6%	15	48.4%
	ベッド、ソファ、畳の部屋など休息に適した環境の配慮がなされている。	○	18	58.1%	13	41.9%

A-8 家族との連携

A-8-(1) 利用者の家族との連携を適切に行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a	19		61.3%	
	b) 利用者の家族との連携を行っているが、十分ではない。		11		35.5%	
	c) 利用者の家族との連携を行っていない。		0		0.0%	
	無回答		1		3.2%	
			チェック有		チェック無	
評価の着眼点	家族に対し、定期的および変化があった時に利用者の状況を報告している。	○	26	83.9%	5	16.1%
	家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。	○	20	64.5%	11	35.5%
	家族との相談を定期的および必要時に行っている。またその内容を記録している。	○	21	67.7%	10	32.3%
	利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。	○	26	83.9%	5	16.1%
	家族(主たる介護者)の心身の状況にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している。	○	21	67.7%	10	32.3%
	家族の介護負担が過重にならないよう、家族がどのような方法で介護・介助しているかを把握している。	○	20	64.5%	11	35.5%
	家族(介護者)に対し、必要に応じ介護に関する助言や介護研修を行っている。	×	12	38.7%	19	61.3%
	家族が必要とする情報提供(福祉サービス、介護に関するテキスト・資料、地域の家族会など)を行い、必要に応じて、介護支援専門員など専門職、関係組織につないでいる。	○	20	64.5%	11	35.5%

Ⅱ-2 職員自己評価(内容評価項目)＜短期入所生活介護＞

＜短期入所生活介護＞

6-4-(1) 個別の受入計画をいかながら、利用者に合った自立(自律)生活を送るための支援をしている		合議	職員			
			チェック有		チェック無	
評価項目	1) 計画に基づいて支援を行っている	○	20	64.5%	11	35.5%
	2) 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している。	○	25	80.6%	6	19.4%
	3) 必要に応じて、さまざまな情報を提供し、または相談に応じる体制を整えている	○	22	71.0%	9	29.0%

6-4-(2) おいしい食事を楽しくたべられるように工夫している		合議	職員			
			チェック有		チェック無	
評価項目	1) 利用者の嗜好や状態を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している	○	25	80.6%	6	19.4%
	2) 利用者の常態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている	○	25	80.6%	6	19.4%
	3) 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	○	21	67.7%	10	32.3%

6-4-(3) 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上の必要な支援を行っている		合議	職員			
			チェック有		チェック無	
評価項目	1) 身の回りのことは自分で行えるよう、働きかけや必要な介助をしている	○	25	80.6%	6	19.4%
	2) 入浴や排泄の支援は、健康状況や身体機能など利用者の状況に合わせて行っている	○	26	83.9%	5	16.1%
	3) 日常生活上の必要な支援は、利用者の状態やペースに合わせて行っている	○	24	77.4%	7	22.6%

6-4-(4) 利用者の健康を維持するための支援を行っている		合議	職員			
			チェック有		チェック無	
評価項目	1) 利用者の健康状態や服薬に関して、利用者や家族から必要な情報を収集している	○	27	87.1%	4	12.9%
	2) 服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている	○	26	83.9%	5	16.1%
	3) 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○	24	77.4%	7	22.6%

6-4-(5) 利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しくなるように取り組んでいる		合議	職員			
			チェック有		チェック無	
項目	1) 利用者の状況や希望に沿って生活を楽しめるように取り組んでいる	○	25	80.6%	6	19.4%
	2) 室内は、利用者の状況に応じて快適で落ち着ける環境・空間にしている	×	17	54.8%	14	45.2%

Ⅲ－１ 職員自己評価 自由意見

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

判断した理由・特記事項等

Ⅰ サービスの基本と組織

Ⅰ－１ 理念・基本方針

Ⅰ－１－(１) 理念、基本方針が確立・周知されている。

Ⅰ－１－(１)－① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。

1	毎日、理念の唱和をして、職員がそれを基に仕事をしている。 しっかりした理念が細かく決められ、まとめられている。
2	基本方針の内容は現場の職員たちの意見を基に方針を考えた。 時間をかけ作ったものだが、本部、部長は知らないし、言うことができないと思う。 残念です。
3	新人研修で理念について教えていただいた。
4	毎日、朝、夕と理念を勤務している職員で復唱している。
5	生活協同組合の理念と福祉事業の理念が一部職員のみで全体に浸透していない。
6	各職員に文書(パンフレット)によって知らせている。 理念の唱和が行われている。
7	一部の職員は理解しているが、全員ではないため“b”と判断。
8	理念をもっと具体的に表したものが必要。 抽象的で実際、現場でどのように行動すれば良いか迷うことがある。
9	理念、基本方針になっている文書が現実のサービス業務に活かされていないと感じる点がある。 例)法人の役員が介護保険制度の趣旨を理解せず、現場の管理者からの進言を受入れないため、理念は上っ面の中身の無いようなものになっていると感じます。

Ⅰ－２ 経営状況の把握

Ⅰ－２－(１) 経営環境の変化等に適切に対応している。

Ⅰ－２－(１)－① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。

1	月1回の職員会議で経営状況などは数字には出ているが、それだけ。
2	現場で働く職員が細かい数字まで把握しきれていないが、管理者等はしっかり把握し、経営していると思う。
3	経営状況については周知していると思うが、分析までには至っていないと思う。
4	月1回の会議でも説明があるため。
5	毎月の会議で書類を作成している。
6	現在のゆとり～なのデイサービスとショートステイが同一フロアという他に見ない施設の利点を活かして、今後も営業していただきたい。 ショートステイを利用する際、通い慣れたデイサービスを利用する時と同じように利用でき、好評であることを経営されていることは理解しているのか疑問である。
7	分析度合が一定ではなく、役員からの思い付きだけで管理者が必死に調査し、報告する状態である。

8	ホームページ、パンフレットに記載されている。
9	管理者を主としてスタッフ皆が現状把握や問題点など分析しているが、役員は数字しか見ておらず、現場を見ていない。
10	現場の管理者はコスト分析など積極的に行っていると感じるが、組織の幹部はただ落ち込んだ数字を見ているだけ。 背景に何があるかなんて見てくれない。 そして現場にも来ないで違う事業に変更しようとまで考えておられる。
11	数値的に把握されている。 質に関しては疑問が残る。
12	数年前に導入した介護ソフトが状況の把握を目的とする物だったのにもかかわらず、介護ソフトの導入にあたり数社の見積もりから優れているソフトが高価だったので見送り、安価なソフトを導入した。 現在の把握は一部の介護事業者からの表面的な聞き取りを優先してしまっている。

I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。

1	着眼点3, 4は役員、理事が主体で進められ管理者でさえ蚊帳の外となっていることがあります。
2	定期的な会議等で現状や課題を共有しているが、現場で感じている職員不足はなかなか解決されていない。
3	現場を知らない部長はどのように改善すれば良いか全く考えられないと思う。
4	役員と現場の職員の間ではズレがあるように思われる。
5	現・福祉部長は書類や数字で判断をされるのが得意なのかもしれないが、現場に来て私たち職員や利用者の顔を見ようとせずにどんどんと物事を進めていって、改善点を把握しているとは思えない。
6	全職員が周知していない。
7	一担当クラスの自分たちには役員の思っていることなんて伝わってきません。 私たちは操り人形です。
8	体制不足が起こった際についての人事が場当たりの。介護経験を持たない法人の人材を異動し人数合わせをするなど改善しなければいけない点を表面上の取り繕いしかしようとししない。

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。

1	着眼点2, 3は役員、理事が主体で進められ管理者でさえ蚊帳の外となっていることがあります。
2	定期的な会議で事業計画を確認している。 しかし、現場の職員が直接、計画を立てることに関わっていない。 管理者が代表となっている。
3	計画されていても現場には伝わってこない。
4	具体的な取り組みはしていないのに、計画だけされているに思える。
5	2020年ビジョン。 第7次中計。
6	事業計画は策定されているが、現状の把握と対処が十分に行われておらず、理事会用の計画になっているように思われる。

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。

1	上の方々は理解しているのかもしれないが、一般職員には何の事だかわからない。
2	計画は策定されているが、数値目標について何を根拠に出てきたものかが明確で無く、対前年を意識したものになっている。 例)今年度で言えば、デイサービスの利用人数が低すぎる。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。

1	役員と現場の間に入る管理者が病みそうなくらい大変な思いをしています。
2	役員の福祉経営委員会のみでの協議、決定。 管理者の声すら反映されていない。
3	役員と現場とのズレを感じる。
4	福祉部長が変わってから無茶な計画が行われているように感じる。 “輝くろべ”が十分に営業が行われていない中、隣の地区での事業展開を行うことの決定をする、“ゆとり～な”の営業形態の変化を行うなど、理解に苦しむ。
5	事業方針。アクションプラン。 事業計画は四半期ごとに評価している。 事業計画は職員会議で報告している。
6	事業計画は会議等により職員に説明されている。
7	事業計画策定に私たち職員の思いなんて反映されることなどまず無い。
8	事業計画の数値目標については全て役員が決めており、現場職員の声はほとんど無視されている。

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。

1	現場の職員に降りて来ていないのに利用者に説明できません。
2	家族会などで行っているのか？ だが参加する家族は4～5組。
3	知らない。
4	されていない。
5	徐々に新規の利用者が増えているため。
6	よくわからない。
7	事業計画って利用者に周知する必要があるのですか？
8	組合員には周知されるシステムがあるが、利用者にはそのようなシステムが無い。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。

1	自己評価を行う場はあるが、特に指摘を受けたことは無い。
2	知らない。

3	年に4度、自己評価し面談をする機会がある。
4	上の方が職員会議にも出てこないことがある。 また一大イベントである創立記念祭に出てくる約束をしたのに、出てこない。 組織として一緒にやっていく自信が無い。
5	力量チェック。 情報公表制度。
6	事業所内で気づきの提案などから業務改善に努めている。
7	経営判断として“サービスの質の向上⇒事業計画の達成”となる判断がされず、“収入－経費＝収益”が判断基準となり、質の向上に経営層が取り組んでいない。

I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。

1	研修計画はあります。
2	現場の職員は決まったことを確認しているのみ。 管理者に委ねている。
3	職員の参画が無い。
4	毎月の会議だけでなく、何かあれば毎日の申し送りなどで説明されている。
5	例)福祉サービス事業を展開しているにもかかわらず、福祉教育を受けた人材の定期採用を実施しておらず、期中採用の実施にとどまっており、その中から人材教育を実施した職員が退職してしまっている。 数年前に助言いただいたキャリアパス制度について未だに実施する様子が見えない。

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。

1	意に反する計画にも職員の間に入り精一杯頑張っています。
2	明確化されているが実態が伴っていない。
3	現場の管理者は努力している。 しかし部長はいつもその努力を無駄にしている。
4	自ら進んで色々、取り組んでおられるから。
5	事業所の管理者は職員全員への目配りやサービスの向上、利用者一人ひとりに対する思いを感じる。 部長はその努力を理解していないし理解するために現場に来ることもしない。 まるでロボットのよう。感情が無いのでは??
6	管理者は利用者や職員のために頑張っていると思う。
7	法人役員と管理者との間の信頼関係が薄いように思われ、互いに役割と責任を明確にできていないように思われる。 管理者が委縮し、十分なリーダーシップを発揮できていない。

II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。

1	疑問があると直ぐに答えてくださいます。
---	---------------------

2	県、市など、法改正研修会。 リスクマネジメント。 内部業務監査がある。
3	現在、ショートステイを運営しているにもかかわらず、営業時間中の要員確保ができていない。 例)短時間パート、時短職員が多いため、相談員が不在となったり、フロアが手薄になる場面がある。

Ⅱ-1-(2) 管理職のリーダーシップが発揮されている。

Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。

1	質の向上以前に現場を見ていない。
2	私たち職員の健康管理などの面にも気をかけてくださり、細やかな配慮をしてくださいました。
3	相談員との同行営業の実施。
4	私たちの管理者は十分、頑張っておられる。 たださらに上の方々はその管理者を良いように利用しているだけに感じる。 面倒なことを押し付けているだけに感じる。
5	管理者はサービスの質の向上のためにソフト面、ハード面共に変えようとしているが、部長がなかなかOKを出してくれない。
6	管理者の評価基準に“質の向上”という項目が無いのか、取り組みについての指導力を発揮できていないように思われる。 例)役員から“放置プレイ”や「サービスが高すぎるのではないか」とありえない言葉を聞いたことがある。

Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取り組みに指導力を発揮している。

1	管理者はいつも現場のことを考えて行動しているが、その上司等が理解していないように思う。 現場の声が届いていない。
2	上位者への不備ばかりを発言する。
3	子育てをしながら働けるように配慮してくださっています。 また職員間でもそのように働きやすい雰囲気づくりができています。
4	管理者は現場の努力が売り上げに反映されるよう努力していると感じるが、組織(幹部)に邪魔されている。
5	リーダーや一部職員に対して過重な業務を負わせているように思えるから。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。

1	法人内の他施設と比べ、求人に関しては管理者が積極的に動いて、良い人材を集めていると思います。
2	毎年、新卒の受入れが必要と思われる。
3	知らない。
4	欠員に対して場当たりので、まるでパズルのようである。

5	組織は職員を駒のようにしか思っていない。 行き当たりばったりの人事、配置であまりにも職員のことをないがしろにし過ぎ。 人を見る目もかけている。
6	部長は現場を見なさすぎるので人材、体制について全く理解をしていないのでは?と思うしか他無い。
7	業務内研修でしっかり教えてもらい、働きやすかった。
8	離職者も少なくない。 人員不足。
9	職員が知人等に声をかけている。
10	有資格者を福祉と違う資格のいない部署に配置している。
11	生活協同組合は福祉を軽く見ていると思う。
12	職員の定期採用、キャリアパス制度が確立しておらず、採用に関して場当たりの採用しか実施しておらず、誤った人材採用をしてしまっていると思えるから。

Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。

1	良く理解できない異動があり、怖いところだと思います。 人事考課制度を導入していることで、評価が適正でなく要領次第で決まります。
2	毎年の昇給は特に問題点は無かったが、一般的な水準から考えてもわずかだったが、9月給料分から福祉士で時給100円アップ、以前のヘルパー取得者で50円アップがこの第三者評価直前に行われた。
3	1年に4回の面談があり、それに基づいて自分の働きを分析している。
4	理念は立派だが、内容はお粗末。
5	無理・無謀な目標を立てさせ、実行できなければ減給というのはどうかと思う。 部長や上層部の方々は実際に目で見えて評価すべき。書面上で何が分かるのか。
6	年に4度、上司が自己評価しに基づき評価する機会がある。
7	職員の力量や希望はまるで無理。 適材適所に人員配置されていない。
8	人事管理制度はあるが、基準が質の向上部分が数字に表れないとの観点から軽視され、評価されていない。 例)生活相談員は事業数値を達成しなければ評価されない等。

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

1	「残業を減らすように」「休憩をとるように」「休日出勤をしないように」と言葉では言われるが、仕事が減るわけでは無いのでどうしようもない。
2	相談の場はあるが信頼できる人が少なく、相談までには至っていない。 子育て世代に対しての配慮はなされているが、十分ではない。
3	時短や子どものための制度等、働きやすい職場だと思う。 有給休暇は把握しきれていない。 使用している人はたくさんいるが、使用したこともほぼ無い。
4	ワークライフバランス以前に過重労働を見て見ぬ振りをする。

5	育児、家事と仕事を両立している職員が多い中で残業や休日出勤をさせている。せざるを得ない状況でも何の疑問を持たずにいる部長は人の感情が無いのかもしれない。
6	一部の職種においては無理な状況が度々ある。考えてもらっているのか…?
7	実際に働いてみて働きやすいから。
8	休職している方の復職プログラムを実施。 希望シフトの導入。 時短制度、育児休業、介護休業。 体制を維持するため、派遣の導入。
9	ワークライフバランスに配慮がされており、働きやすいと思う。
10	正職員とパートで差がある。だからパートなんだと思うが…。
11	こちらの意向を話しても取り入れてもらえない。
12	夜勤ができる職員が不足しているため、一部職員に負担が掛かっている。 時間外労働を根本的に減らそうとする業務改善に着手していない。 現在のワークライフバランスは家庭内における弱者(子どもや要介護者)に重点が置かれ、その不足分を補うのではなく、現状の他職員にしわ寄せがきている。

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。

1	“育成に向けた”という基準内容に迷った。
2	かなり細かく面談を行い、目標を確認し合ったり、現状の把握に努めていると思う。
3	目標管理はしているが、人の育成にはつながっていない。
4	人事考課を定期的に行っているものの、現場と本部では紙面でしかやり取りしない。 人事考課のシートに時間をかけて記入しても、本部でそのシートを失くされてしまったことがある。 それだけのことかと残念に思った。
5	人事考課制度。 四半期ごとの面談。
6	年ごとに数回、面談があり、人事評価が行われている。
7	組織から強制された目標を設定している。
8	定期的に面談はあるが、不十分。
9	評価基準が職員とのコミュニケーションからできたものではなく、上位者からの通達になっており、モチベーションの向上につながっていないように思われる。

Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。

1	研修には積極的な参加を促される。
2	パートや小さい子どもがいる職員は、なかなか研修に行く時間が取れないように思う。
3	年度当初にはある程度、計画はされているのに、場当たり的に行われている。
4	個人差があると思う。

5	費用の掛かる研修には参加させてもらえない。
6	キャリアパス制度の早期導入が必要だと思われる。

Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。

1	パートや小さい子どもがいる職員は、なかなか研修に行く時間が取れないように思う。業務内研修をしっかりとできる体制が整っていない時もある。
2	欠員に伴い研修などを受けることができない時がある。
3	定期的に勉強会などが取り組まれている。

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。

1	以前はヘルパー実習生が数名、実習していたことがあったが、今はいない。
2	実習生の受入れはしているが、細かいことは知らない。
3	受入れの実績がほとんど無い。
4	実習生を教える人材がいない。
5	実習生はいません。
6	よくわからない。
7	人員不足の慢性化により実習生に指導する余裕など無い。
8	以前はヘルパー2級講習の実務研修の実績はあったが、現在は実施されていない。

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。

1	協同組合であるため、運営状況は公開されている。
2	情報公開は十分にされている。
3	不明な点がある。

Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。

1	人事異動により、急に事務員が不在となり、上手く回っていない。
2	あると思うが、知らない。
3	経営のことは一般職員には知らされていない。私は知らない。
4	パートのためか運営・経営に関しては気にしていないため。
5	経理を通じ、社会保険労務士などに相談。
6	不明な点がある。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。

1	生活協同組合の広報などで見学、ボランティアの受入れを行っている。 今月も話し相手などのボランティアがある。
2	地域の方々との関わりは積極的ではないように思う。
3	ボランティアの声かけのみ。
4	有料ボランティアの“にこり～な”さんが9月まで来てくださり、利用者と会話をしたり、入浴後の整髪や清掃などを手伝ってくださっていたが、経費削減のためなのか上が断ってしまい、交流を楽しみにしていた利用者が寂しそうである。
5	福祉事業理念。 事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けるために慰問などを受けている。
6	地域との交流は確保できていると思う。
7	全く実施したものが無い。

Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。

1	地域の小学校の訪問は積極的に受け入れている。
2	ボランティアの受入れはあるが、細かいことは知らない。
3	実績が少ない。
4	地域の小学校等の学習の受入れを行っている。
5	マニュアル改定できていない。
6	よくわからない。
7	受け入れるにあたっての窓口が複数あるなど、連携が取れていない。

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。

1	管理者や相談員が努めている。
2	地域連携会議がある。
3	明示されていない。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。

1	喫茶コーナーなどを設けて受入れはあるが、実行には至っていない。
2	日々の中での交流はあまり無い。
3	昨年度は生活協同組合の組合員向けの勉強会を開催していたが、今年度はできていない。
4	十分な発信がなされていない。

Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。

1	知らない。
2	把握しようとしていない。
3	小学校の総合授業、施設見学等を受入れ、ふれあいを行っている。
4	一時期に比べ地域包括支援センターとの関係が希薄になっているように思われる等。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。

1	定期的カンファレンスを行ったり、気になったらすぐに相談できる職員間の関係性がある。
2	1ヶ月に1度、カンファレンスで情報共有している。
3	何が利用者本位のサービスなのかが明示されていない。 例)利用者の甘えを許し、過剰介護を行っている等。

Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行わ

1	施設の構造上、プライバシーの確保が不十分なところもあるが、その上でプライバシー保護に努めている。
2	マニュアル? 契約時に説明をしている。
3	マニュアルが作成され、きちんと行われている。
4	マニュアルの存在実体を知らない職員がいる。

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。

1	地域包括支援センターや地区センターに定期的に配布している。 見学、体験入所、一日利用等の希望に随時、対応している。
2	5つの着眼点の内の“見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。”しか実施していない。

Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。

1	パンフレットなど。 理由を記載してもらっている。
2	変更内容の徹底がなされていない。 例)営業時間について徹底されておらず、利用者家族からの無理な要求をされることがある。 (営業時間は9時からなのに、8時15分までに迎えに来てほしい。(送迎時間は片道7分程度))

Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。

1	管理者や相談員が対応している。
2	よくわからない。
3	4つの着眼点の内の“他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。”しか実施できていないため。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。

1	家族会は年1回?管理者が対応している。
2	“利用者満足”かはわからないが、家族会は開いている。
3	アンケートの実施。 家族会。
4	苦情に対してはフィードバックを行っているが、それ以上の取組と成果が上がらず、同じような苦情が出ている。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。

1	第三者委員の設置ができていない。
2	運営部の働きかけが弱く、調査が定期的なものになっていない。

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。

1	居宅スペース、相談スペースは一応ある。
---	---------------------

Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。

	コメントなし
--	--------

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。

1	事例については検討するだけで、コストがかかると役員が判断した時点で前進しない。
---	---

Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている。

1	確実、定期的ではないが、予防に努めている。
2	マニュアルはあるが周知されておらず、また昨年12月下旬にインフルエンザ感染が発生した。対応策については2年前に提案したものを役員が採用せず、蔓延した可能性が高い。

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。

1	何も無い。
2	いざという時の対応体制が稼働するか不安。
3	火災に対する避難訓練を行っている。

4	現場だけの対応にとどまり、法人が積極的な配慮を行っていない。
---	--------------------------------

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。

1	個々の職員によってサービス内容についてズレがあるように感じる。
---	---------------------------------

Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。

1	月に1度のカンファレンスは実施されているが、何のためのカンファレンスかを知らない者がいて、十分な徹底が図れていない。
---	--

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。

1	何のためのプランなのかを知らない者がいるように思われる。
---	------------------------------

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。

1	プランの評価、見直しについて遅れ等が起きている。
---	--------------------------

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。

1	記録に係る時間が大きいと思う。 パソコン等の記入短縮の改善が必要だと思う。
2	プランを活かせていない場面が多少見られる。

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。

1	記録管理の責任者はいない。
2	個人情報学習会。
3	記録は行われているが、管理が徹底できていない。

Ⅲ－２ 職員自己評価 自由意見＜通所介護＞

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

判断した理由・特記事項等

A－１ 支援の基本

A－１－（１）利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。

1	地元の学校行事に見学に行ったりしている。 介助するのではなく、なるべく自立した援助を行っている。
2	過剰介護になっているのではないかとされる。

A－１－（２）利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。

1	利用者への言葉遣いに対する配慮や節度ある接し方がなされていない職員が数名いる。 聞いていて不快。
2	会話が困難な利用者に対しては筆談などといった工夫などを行っている。
3	利用者に対する言葉遣いの基準などが曖昧。
4	待遇マニュアルの冊子の配付のみ。

A－２ 身体介護

A－２－（１）入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。

1	浴槽は、機械浴、リフト浴、一般浴、個浴等のうち、２種類を用意している。
2	その人に合った入浴方法をそれぞれに考え行っている。

A－２－（２）排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。

1	相談があれば情報提供、助言をしている。
2	部署が違うので、排泄介助を見たことが無いのでよくわかりませんが、十分行っていると思います。
3	その人の日常生活動作に合ったトイレ介助を心がけている。
4	利用者の尊厳と安全性について、どちらを優先するかを明確にされていないように思われる。

A－２－（３）移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。

1	フロアが狭く、車椅子の自走が難しい時がある。
2	施設で移動する際、貸出している福祉用具に限りがあり、利用者に不都合が起きていることがある。
3	過剰介護になっているように思われる。

A-2-(4) 褥瘡の発生予防を行っている。

1	入浴時、トイレ介助時など皮膚に異常があった場合、その都度、合った処置を施行している。
2	除圧に対する取り組みはクッションやエアマット1台分だけに止まっており、高反発マットの導入などの遅れがある。
3	褥瘡ができたり、移乗の際、ケガをしたりという事故はあった。

A-3 食生活

A-3-(1) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。

1	工夫しているとは言わないが、まずまずの工夫がある。
2	季節の献立やレストランウィークなど、食事にメリハリをもたらすよう工夫している。

A-3-(2) 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。

	コメントなし
--	--------

A-3-(3) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。

1	十分に行えていないと思います。
2	介助はしているが、チェックは甘いかも。

A-4 認知症ケア

A-4-(1) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。

1	※どの項目の判断基準にも“行っている”“十分でない”“行っていない”の判断がつきにくい。
2	職員研修が十分に行われていない。

A-4-(2) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。

	コメントなし
--	--------

A-5 機能訓練、介護予防

A-5-(1) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。

1	要支援者の受入れはあるが、予防や機能訓練を定期的に実施していない。
---	-----------------------------------

A-6 健康管理、衛生管理

A-6-(1) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。

1	家庭への遠慮などで十分な連絡をしないケースがある。
---	---------------------------

A-6-(2) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。

1	加湿、温度調節、消毒等に気を配っている。 利用前日には事前に電話等をして体調などの伺いを立てている。
2	インフルエンザ流行時には毎朝、職員も検温などの健康チェックを行っている。

A-7 建物・設備

A-7-(1) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。

1	経費削減と言われ、必要物品の購入もしてもらえない。 各居室にテレビなど…、ずいぶん前から言っている。
2	改善提案をするが、組織的に経費削減重視で理解してもらえない。

A-8 家族との連携

A-8-(1) 利用者の家族との連携を適切に行っている。

1	十分な連携をとれていないと思われるケースが数件あると感じます。
2	家族に対しての介護教室を毎年度、実施計画になっている。
3	手帳の活用。

Ⅲ－３ 職員自己評価 自由意見＜通所介護＞

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

特に良いと思う点、改善したいと思う点

特に良いと思う点

1	ショートステイ併設でいざという時の安心感がある。 受入れ側としても情報は解っている利用者の緊急受入れはリスクが少ない。
2	入浴が個浴で片麻痺の利用者でも一人で介助し入浴することができる。 利用者一人ひとりに合わせたお湯の温度に調整することができる。 トイレにボードが設置されていて、もたれかかれるようになっている。 フロアにもベッドを設置していて目が行き届くようになっている。
3	食事に定評がある。 職員の介護に対する意識やレベルが高い。
4	介護職不足ではあるが、職員一人ひとりができることを行い、十分とは言えないが利用者個々に応じた配慮がなされている。 以前、働いていた高齢者施設よりは利用者のことを考えて取り組んでいる。
5	利用者に一人ひとりに合った介護計画をきちんと立てて行っている。 何かあればすぐに職員間で共有し、解決、改善に向けて話し合いをしている。 職員が利用者のことを思って行動している。 デイサービス、ショートステイが同じ設備、空間で利用できるため、利用者も落ち着けるのではないかな。 食事も一人ひとりに合った形態で細やかに対応している。
6	利用者本位のケアに心掛けていて、スタッフ全員、温かくケアにあたっている。
7	ショートステイも併用できるのでデイサービスからショートステイへの移行でも同じ顔ぶれで利用者が不安無く過ごせる。 マシンや決まりきったプログラムが無いので、利用者に無理強いせず、マイペースに過ごしてもらえ。 厨房があり施設内で食事を作っているの、温かみのある食事を提供できる。
8	各職員皆が利用者一人ひとりの状態等を理解し、それに見合ったケアを行っている。 職員がみんな明るくいつも賑やか!! 食事がいつもバリエーション豊か。
9	デイサービスとショートステイが同一フロアなので違和感無く利用していただける。 明るい雰囲気、通っても毎日、違うレクリエーションを楽しめる。
10	食事の内容(メニュー)が豊富で良いと思う。
11	ワンフロアでデイサービスの方と、ショートステイの方が一緒に過ごせること。 食事が個別嗜好を考慮して提供されている。 月に1週間のレストランウィークがあり、食べたい物を選択できる。 職員の笑顔が良い。 レクリエーションが充実。 外食やドライブ、買い物に行ける。 ミキサー食など食事形態への対応がしっかりしている。
12	レクリエーションを工夫し利用者の気持ちが明るくなるよう努力している。

13	食事面は大変すばらしいと思います。
14	スタッフ一人ひとりのレベルは高い。 利用者本位。
15	小さな施設なので一人ひとりに応じて臨機応変に対応できる。 デイサービスとショートステイが同じフロア、同じ職員でケアしている。
16	ここで働く職員はまじめで明るい者が多い。 特に個々の意識は高いように思われる。 食事面では特筆すべき取り組みがある。

特に改善したいと思う点

1	事務員が不在となり、施設長の負担が増え、レクリエーション等で今までできていたことができなくなった。 上手く回っていた歯車が回らなくなってしまったようだ。
2	見守りスタッフの確保。特に午後。
3	これといった武器があまり無い。 “食事に定評がある”“職員の介護に対する意識やレベルが高い”のような内容だけでは外部にアピールしづらい。
4	管理者が4名で5～6回替わっている。(2度重なっている方もある) 配置換えが激しすぎる。 他施設の長となられた方が、この施設で一時的に働いておられた時の言葉遣いから態度、考え方に違和感があった。また一年もたたないうちに他部署に異動した人もいる。 採用された方もどこをどう見られたのか不思議でなりません。 部長、役員の方も会議にも出席されることが少なく「現場を把握する」と言葉だけで来られることはほとんどありませんでした。 以前ここで働いておられた方が他施設の職員となられたことを知りましたが、施設を固定されたそうです。 異動があるのが職員だと思っていたのですが、本当なのか知りたいです。
5	職員体制について現場でしかわからないことを福祉部長はわかろうとしてくれない。 利用者とも触れ合うことが無いのでニーズが分かるのか不明。 今後の経営について考えることはもちろん大事だが、今ある現場についてもっと理解してもらいたい。 現場と部長の考えに差があるように思う。 現場が無理をすると一番困るのは利用者なのでそうなるように改善してほしい。
6	人材の育成と役員の福祉・介護への理解が不十分。 職員のやる気を上位者、管理職を含む役員が阻害している。
7	管理者、主任とも家庭を持つ女性がしていて、時間外で働くことが多く、無理をかけている。 一年中休みが無いのため、職員体制が厳しい。 職員がいつも充足されていない。 組織の上の方が現場を知らず、全て現場で解決させようとする。 管理者の休みが十分に確保できていない。
8	福祉部長の対応。→現場をもっと見に来るべき。(一度も現場の様子を見に来たことが無い)→利用者に自分の役割等を話したり、顔を覚えてもらうことも必要なのでは？

9	福祉に関わる方(上の方)も実際に現場に足を運んで利用者と接する機会をつくって頂きたい。 言葉だけで理想を言うのではなく、不自由のある方、認知症のある方の姿を見ていただきたい。 専門職で無いからわからないというのではなく、人間として色々感じてどう思ったかを伝えてほしい。 宅配事業の方、福祉部門の人間、互いの仕事を理解するために半日でも良いので体験を試してみたい。
10	床剤、セキュリティーなどのハード面。
11	イス、テーブルの高さを個人に合うよう調整できると良いと思う。
12	人手不足。
13	組織の管理者にもう少し現場の苦勞を知ってほしい。 環境も利用者の希望に少しでも近づけたいと思う。 スタッフがどんな思いで日々、利用者に関わりをしているのか知ろうとしない! 数字だけで判断することが良いのか?理解できない。
14	現場を知らない部長に牛耳られている。
15	新人職員への教育が不十分。 ケアが画一的になりつつある。 福祉のトップである部長がもっと現場に来るべき。 数字だけではわからない部分がある。 ハード面、セキュリティーが甘い。

Ⅲ－４ 職員自己評価 自由意見＜短期入所生活介護＞

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

取り組みの状況(判断根拠)

6-4-(1) 個別の受入計画をいかしながら、利用者に合った自立(自律)生活を送るための支援をしている

1	介護プランを策定し、実行に努めている。
2	毎月の会議、各々の情報の交換を行っている。
3	ケアプランに基づいて職員で情報を共有し、取り組んでいる。

6-4-(2) おいしい食事を楽しくたべられるように工夫している

1	契約時に嗜好を含め聞き取りをし、提供に活かしている。
2	毎月、その時に合わせた御膳が出る。 食事の説明があることも。
3	行事や季節を考え作られている。
4	メニューがたくさんある。 食事時間が楽しいひと時になるよう、BGMをかけるなど工夫をしている。
5	温かく美味しい食事を提供する努力がなされている。 レストランウィークも人気がある。
6	メニューのマンネリ化。

6-4-(3) 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上の必要な支援を行っている

1	なるべく自立を促すように援助している。
2	出来ることは自分でされるように声かけを行っている。

6-4-(4) 利用者の健康を維持するための支援を行っている

1	毎朝、バイタルチェックなど来所時に健康管理を行っている。
2	健康状態を確認し、特変があった場合は速やかに対処している。
3	誤薬事故がある。

6-4-(5) 利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しくなるように取り組んでいる

1	狭くゴチャゴチャしており、人数が多い時は座るスペースも無い。
2	各室にテレビが設置されていない。 テレビの台数に限りがあり、希望者全員に対応できていない。
3	集団、個別のレクリエーションを工夫している。

Ⅲ－５ 職員自己評価 自由意見＜短期入所生活介護＞

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

特に良いと思う点、改善したいと思う点

特に良いと思う点

1	管理者、相談員が利用者を中心に考えられる人なので、他施設で受けてもらえなかった困難な方や緊急的な受け入れも積極的に受け入れ、他の職員もサポートする気持ちがあり、素晴らしい。
2	入浴が個浴で片麻痺の利用者でも一人で介助し入浴することができる。 利用者一人ひとりに合わせたお湯の温度に調整することができる。 トイレにボードが設置されていて、もたれかけられるようになっている。 フロアにもベッドを設置していて目が行き届くようになっている。
3	デイサービスを利用している方は同じ施設内なので安心してショートステイを利用できるように思う。 他事業所では受け入れ困難とされる利用者でも積極的に受け入れている。 帰宅願望がある方々にも、皆で考えながら日々、対応している。
4	利用者本位のケアを心がけていて、スタッフ全員、温かくケアにあたっている。
5	デイサービスとショートステイが同じ空間であるため、職員皆が利用者の状況を把握できるうえ、利用者も安心して過ごしていただくことができる。
6	一人ひとりに合わせた関わりをとれるように一人ひとりが工夫し、利用者とのコミュニケーションを大切にしている職員が多いです。 デイサービスとショートステイの2つを持っているため、利用者のニーズに合わせられるところが強いと思います。 季節に合わせた食事や壁飾りなど、利用者が楽しんでもらえる温かい場所になっているのではないかと思います。 皆さん笑顔が素敵です。
7	デイサービスフロアとショートステイの共有スペースが一緒であり、デイサービスを普段使っている人は違和感なくショートステイが使える。 また、互いのサービスを使用する人との交流が図れる。 ボランティアの慰問が多く、バラエティーに富んでいる。 出来る限り、一般浴での入浴をすすめており、喜ばれている。 職員の雰囲気が明るく親しみやすい。
8	食事内容(メニュー)がたくさんあり、季節感も感じられる。
9	デイサービス、ショートステイとも同一職員での対応なので、顔なじみのスタッフで落ち着いて過ごすことができる。 胃瘻、痰の吸引、在宅酸素、糖尿病の方など、医療的支援が必要な方の受け入れをしている。
10	個室を提供し、安心して休めるよう配慮している。 食事が美味しい。
11	傾聴に心掛けています。
12	緊急でも迅速に対応。
13	臨機応変に対応、個別ケアをしている。

特に改善したいと思う点

1	施設長、相談員が利用者を中心に考えられる人なので、他施設で受けてもらえなかった困難な方や緊急的な受け入れも積極的に受け入れ、他の職員もサポートする気持ちがあり素晴らしいが、このような事例が役員等に理解してもらえず、結果として残業が多いことを指摘される。
2	見守りスタッフの確保。特に午後。
3	今時、居室にテレビが無いのはありえない。 家具が会議室のようなもので、温かみが無い。 施設内のリスクが多い。 上に立つ人間が介護の現場をあまりわかっていない。
4	デイサービスと同じ施設なので、帰宅時間に不穏になる方が多い。 その方々の為に体制を整えてもらいたい。 夜勤ができる職員も増やしてほしい。 数少ない職員で回しているの、負担が大きいと思う。 泊まることで必要となってくる備品等も増やしてほしい。
5	人材育成と役員の福祉介護への理解が不十分。 職員のやる気を上位者、管理職を含む役員が阻害している。
6	福祉の部長の対応→現場をもっと見るべき。(一度も現場の様子を見に来たことが無い)→利用者に自分の役割等を話したり、顔を覚えてもらうことも必要なのでは…?
7	部屋の配置で目の届きにくい場所がある。 各居室にテレビが無い。ケーブルテレビを観られる居室が限られている。 北側と南側の居室で温度差が激しい。 物品購入に許可が下りにくい。時間がかかる。 床がコンクリートに床シートを貼っただけとなっていて、危険である。 部屋の窓からゴミ捨てコーナーが見える居室がある。 レクリエーションを行うたびに机、椅子の移動を行わなくてはならない。 食堂のテーブル、椅子が使いにくいものがある。
8	デイサービスの方が帰られる時に帰宅願望がある方の対応をする職員配置が難しい。 パーテーションとかがないと区域を作りケアができるかな? 認知症、徘徊される方が多くなっているの、現状のセキュリティでは視覚箇所が多く、見守りに限界がある。
9	どの部屋にも目が届くようにしたいが、構造上無理。
10	個室の設備不足。(センサーマット等の不足)
11	ハード面。(離所行為を防げない)

Ⅳ－１ 利用者調査 集計結果

通所介護（デイサービス）	
ゆとり～な	
収集期間	10月10日～10月30日

調査対象者数 35名
 回収数 21名
 有効回答者数 21名
 有効回答率 60.0%

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

《サービスの提供について》

【問いの主旨】利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか

問1	「ゆとり～な」での過ごし方は、あなたにとって合っていると思いますか (急がされたり待たされることは少ないですか)	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		20	1	0	0	21名
		95.2	4.8	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	本人がせっかちのため、職員に「急げ、急げ」と言っているはずです。
2	人前に出ることの苦手な本人なのですが、身体も90歳で体力も無いので、本人の体調に合わせて居室を用意していただき感謝しております。
3	利用を嫌がってはいないので、快適に過ごしていると思われます。
4	いつも感謝しています。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】食事の献立や食事介助は満足か

問2	あなたは「ゆとり～な」における食事の献立や食事介助などに満足されていますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		16	3	1	1	21名
		76.2	14.3	4.8	4.8	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	毎日、変化があり、本人は満足しているようです。
2	2～3ヶ所の通所介護を替わってみたが、ここの食事が最高なので再度利用している。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「いいえ」と回答した人のコメント

1	入れ歯です。
---	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】利用者が必要と感じた介助が提供されているか

問3	あなたが利用中に介助が必要な時、職員は対応してくれていると思いますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		19	2	0	0	21名
		90.5	9.5	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	我儘な人なのですが、職員の方が親切で、軽い痴呆ですが家族でも毎日、会話の行き違いがあるのにとっても本人の会話に合わせていただいているようで、「ゆとり～なにいる方が楽しい」と言っています。
---	---

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】利用中の楽しみな行事や活動があるか

問4	あなたが「ゆとり～な」で楽しみにしている行事や活動はありますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		12	6	2	1	21名
		57.1	28.6	9.5	4.8	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	お風呂に入ることを楽しみにしています。
2	14時よりの全体行事各種。
3	特別に好きなことは無いが、行事に参加しているのを見ていると通所することを楽しみにしているようです。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	利用時間が短いため、レクリエーションには不参加です。
2	家で入浴させてあげることが無理なので、お風呂に入るのが楽しみで行っています。行事や活動は出席したいらしいけど、なかなか体力不足で出れないようです。

「いいえ」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】 個別プランに基づいた事業所の活動・リハビリは、家での生活に役立つか

問5	あなたにとって、個別プランで決めた「ゆとり～な」での活動やリハビリが家での生活に役に立っていると思いますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		12	4	4	1	21名
		57.1	19.0	19.0	4.8	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	お風呂に入れていただき、いつも身体の清潔が保っていられます。活動にはあまり出られないのでごめんなさい。
2	1日2～3回の体操を思い出してテレビの前でやっている。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「いいえ」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

《安心・快適性》

【問いの主旨】 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか

問6	あなたは、「ゆとり～な」の生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		18	2	0	1	21名
		85.7	9.5	0.0	4.8	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	満足しているそうです。
---	-------------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】 職員の接遇・態度は適切か

問7	あなたは、職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		18	3	0	0	21名
		85.7	14.3	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	職員の皆様がとても親切で家族の気持ちをよく分かっていただき、嬉しいし、いつも清潔になさっています。
---	---

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	100%と言えないが90点。 よく教育されている。
---	------------------------------

【問いの主旨】 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか

問8	あなたがけがをしたり、体調が悪くなったときの、職員の対応は信頼できますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		19	1	1	0	21名
		90.5	4.8	4.8	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	どんな時でも注意していただいています。
---	---------------------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	ケガや体調が悪くなったことが無いので、職員の対応はちょっとわかりません。
---	--------------------------------------

「いいえ」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか

問9	あなたは、利用者同士のいさかいやいじめ等があった場合の職員の対応は信頼できますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		9	5	1	6	21名
		42.9	23.8	4.8	28.6	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	いさかいがあったとは聞いたことはありません。
---	------------------------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	本人が話してくれないので、連絡ノーとが頼りなのではっきりしない。
---	----------------------------------

「いいえ」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

《利用者個人の尊重》

【問いの主旨】利用者の気持ちを尊重した対応がされているか

あなたは、職員があなたの気持ちを大切にしながら対応してくれていると思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
問10	18	3	0	0	21名
	85.7	14.3	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	ケアマネジャーを信頼しています。 何度か他の所のケアマネジャーがついていた時期があったんですが、その人にはとても不満がありました。 ゆとり～なのケアマネジャーは相談にもとても話を聞いてくださり感謝しています。
---	--

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】利用者のプライバシーは守られているか

あなたのプライバシー（他の人に見られたくない、聞かれたくない、知られたくないと思うこと）を職員は守ってくれていると思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
問11	16	4	0	1	21名
	76.2	19.0	0.0	4.8	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	プライバシーは尊重されています。
---	------------------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	職員の人たちを信頼したいと思います。
---	--------------------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか

あなたのサービスに関する計画（目標）を作成したり見直しをする際に、「ゆとり～な」はあなたや家族の状況や要望を聞いてくれますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
問12	18	3	0	0	21名
	85.7	14.3	0.0	0.0	100.0%

全ての回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか

あなたの計画やサービス内容についての説明は、わかりやすいと思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
問13	16	5	0	0	21名
	76.2	23.8	0.0	0.0	100.0%

全ての回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

《不満・要望へ対応について》

【問いの主旨】利用者の不満や要望は対応されているか

問14	あなたが不満に思ったことや要望を伝えたとき、職員は、きちんと対応してくれていると思いますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		18	2	0	1	21名
		85.7	9.5	0.0	4.8	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	本人のわがままをよく聞いてくださっています。
---	------------------------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	職員も一人ひとり違うので、良い人もいれば不満に思う人もいます。
---	---------------------------------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか

問15	あなたが困ったときに、職員以外の人（役所や第三者委員など）にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		15	2	2	2	21名
		71.4	9.5	9.5	9.5	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	ケアマネジャーが細やかに対応してくださいます。
---	-------------------------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「いいえ」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

《総合的な感想について》

〔１〕満足度	人数	%
1. 大変満足	8	38.1%
2. 満足	13	61.9%
3. どちらともいえない	0	0.0%
4. 不満	0	0.0%
5. 大変不満	0	0.0%
無回答	0	0.0%
合 計	21	100.0%

〔２〕「ゆとり～な」に対して、日頃感じているご意見・ご要望など

1	浴槽の蛇口側に手すりがあるが、お湯に浸かった時に横に手すりが無いので、身体が不安定で浴槽の上につかまって沈んでいます。 満湯なので適温でとても良いお湯です。
2	良くしてもらっていて、いつも感謝している。
3	朝の迎えに時間が曜日、担当者によってバラつきがあります。 交通事情もあるとは思いますが、これから寒くなってくるので、家の中で待ちます。 要介護5になって6年が過ぎようとしています。他の施設も利用していますが、職員の数が他に比べて多いため本人の要望を聞いてもらって本人は喜んでいます。
4	職員の皆さんに親切にしてください、大変喜んでいます。
5	男女を問わず職員は本人が希望することを嫌な顔もせず取り入れてもらっています。 時々、電話もしますが誰が出られても不快なことは一度もありません。 昼食はどんな物を食べているのか知りたいです。 お風呂に入るのを楽しみにしているようです。
6	介護されている者が楽過ぎるように思える。 自宅に帰った時の甘え様が目立つ。 もう少し自立心?を!!
7	毎月の利用者の誕生祭に係員2～3名でなく従業員も多く集って祝福したらどうか?
8	生活リハビリテーション(排泄、自力での食事等)をもう少し取り組んでいただけるとありがたいです。
9	困ったときにすぐに対応してくれるので、助かっています。
10	大変ありがとうございます。家中、喜んでいます。

〔3〕 今回の調査について気づいた点など

1	本人に成り代わりなので、当人はどう思っているかはわかりませんが…。
2	本人は少々、痴呆になっていますので、世話をしている私が思ったことを書きました。痴呆が進みにつれ、私はどんな所へ本人を入れたら良いのか?どのような病院に行けば良いのか?どのような世話をしたら良いのか?また私もストレスが溜まり精神不安定になることもあります。
3	先にも述べましたが、本人とのコミュニケーションが取りづらくなっているので、正直、本人の口からは様子が聞き取れないので、予想の域を出ない回答になってしまったことをお許しください。

回答者属性

F 1. ご利用者本人の年齢（1つに○）

	人数	%
1. 65歳未満	1	4.8%
2. 65～70歳未満	1	4.8%
3. 70～75歳未満	0	0.0%
4. 75～80歳未満	2	9.5%
5. 80～85歳未満	6	28.6%
6. 85～90歳未満	8	38.1%
7. 90歳以上	3	14.3%
無回答	0	0.0%
合 計	21	100.0%

F 2. ご利用者本人の性別（1つに○）

	人数	%
1. 男性	9	42.9%
2. 女性	12	57.1%
無回答	0	0.0%
合 計	21	100.0%

F 3. 要介護度（1つに○）

	人数	%
1. 要支援 1	1	4.8%
2. 要支援 2	3	14.3%
3. 要介護 1	2	9.5%
4. 要介護 2	6	28.6%
5. 要介護 3	4	19.0%
6. 要介護 4	3	14.3%
7. 要介護 5	2	9.5%
無回答	0	0.0%
合 計	21	100.0%

F 4. サービスの利用年数（1つに○）

	人数	%
1. 1年未満	8	38.1%
2. 1年以上～3年未満	4	19.0%
3. 3年以上～5年未満	4	19.0%
4. 5年以上～10年未満	3	14.3%
5. 10年以上	2	9.5%
無回答	0	0.0%
合 計	21	100.0%

F 5. 調査に回答された方（1つに○）

	人数	%
1. サービス利用者本人が回答	3	14.3%
2. 本人が、家族や介助者と相談しながら回答	2	9.5%
3. 家族が、本人の気持ちを推察して回答	12	57.1%
4. その他	0	0.0%
無回答	4	19.0%
合 計	21	100.0%

Ⅳ－２ 利用者調査 集計結果

短期入所生活介護(ショートステイ)	
ゆとり～な	
収集期間	10月10日～10月30日

調査対象者数 25名
 回収数 16名
 有効回答者数 16名
 有効回答率 64.0%

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

《サービスの提供について》

【問いの主旨】利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか

問1	ショートステイでの過ごし方は、あなたに合っていると思いますか（急がされたり待たされることは少ないですか）	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		12	4	0	0	16名
		75.0	25.0	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	急がされることは無い。待たされることも無い。
2	部屋で過ごしたいときは部屋で過ごし、レクリエーションに参加する時も職員の方が声をかけてくださり、無理強いされることも無く本人の気持ちを優先させてもらい楽しく過ごしている。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	無いと思います。
---	----------

【問いの主旨】食事の献立や食事介助は満足か

問2	あなたは「ゆとり～な」における食事の献立や食事介助などに満足されていますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		14	1	0	1	16名
		87.5	6.3	0.0	6.3	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	食べやすいようにしてもらっている。自分で食べられる。
2	見てはいないけれど満足しているのではないかと思います。
3	とても美味しい食事で毎回、楽しみにしていて完食している。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	胃瘻です。
---	-------

【問いの主旨】日常生活に楽しみな行事や活動があるか

問3	あなたが「ゆとり～な」施設の生活で 楽しみにしている行事や活動がありますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		9	4	2	1	16名
		56.3	25.0	12.5	6.3	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	手品等の外部からのボランティア等の行事が楽しかった。
2	分からない。
3	お花を持ち込んで個別に生花をさせてもらっています。
4	踊りを見る。 お正月のお茶会。
5	職員さんたちのゲームが楽しみです。 身体が不自由なので参加できないものもあります。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「いいえ」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか

問4	あなたにとって、ショートステイでの 活動やリハビリが家での生活に役に 立っていると思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		7	5	2	2	16名
		43.8	31.3	12.5	12.5	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	元気になって帰ってきます。
---	---------------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	リハビリテーション(訓練)はやっていない。
---	-----------------------

「いいえ」と回答した人のコメント

1	上げ膳、すえ膳で今まで自宅でしていたことをさせてもらえなかったので、役に立っていないと思います。
2	リハビリテーションはしていないので、してほしいです。

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】利用中には、必要に応じた介助を受けているか

問5	あなたが利用中に介助が必要な時、職員は対応してくれていると思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		12	3	1	0	16名
		75.0	18.8	6.3	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	風呂、トイレ。
2	夜間にブザーを押してすぐに来てくれたのでありがたかった。
3	していると思う。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「いいえ」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】個人の身体状況や要望を把握しているか

問6	あなたの身体状況や要望を、職員はよくわかってくれていると思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		16	0	0	0	16名
		100.0	0.0	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	分かってくれていると思う。
2	トイレに行きたいなあと思っているとすぐに来てくれたので、わかってくれていたと思います。
3	思います。

《安心・快適性》

【問いの主旨】事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか

問7	あなたは、「ゆとり～な」の生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		14	2	0	0	16名
		87.5	12.5	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	掃除をしている姿をよく見る。
2	シーツ交換もこまめにしてくれて気持ち良かったです。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】 職員の接遇・態度は適切か

問8	あなたは、職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		13	3	0	0	16名
		81.3	18.8	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	良いと思う。
2	人によってバラつきがあると思いますが、全体的には良いと思います。
3	いつもやさしくゆっくりした口調で話しかけてくれる。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか

問9	あなたがけがをしたり、体調が悪くなったときの、職員の対応は信頼できますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		13	1	1	1	16名
		81.3	6.3	6.3	6.3	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	入浴後の傷の処置はしてくれた。
---	-----------------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「いいえ」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか

問10	あなたは、利用者同士のいさかいやいじめ等があった場合の職員の対応は信頼できますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		8	4	0	4	16名
		50.0	25.0	0.0	25.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	いさかいをしているところを見たことが無い。
2	まだ経験していない。
3	利用者からは、この件に関しての話は聞いてことが無い。

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	そういう場に遭ったことが無い。
---	-----------------

《利用者個人の尊重》

【問いの主旨】利用者の気持ちを尊重した対応がされているか

あなたは、職員があなたの気持ちを大切にしながら対応してくれていると思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
問11	14	2	0	0	16名
	87.5	12.5	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

1	レクレーションに参加するかどうかはその時の気持ちを分かってくれ、楽しく参加できるように言葉かけをしてくれるが、「今日は参加しないんだな」と思われた時は、無理強いせずに、お部屋で過ごせるように配慮してくれる。
---	---

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】利用者のプライバシーは守られているか

あなたのプライバシー（他の人に見られたくない、聞かれたくない、知られたくないと思うこと）を職員は守ってくれていると思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
問12	12	3	1	0	16名
	75.0	18.8	6.3	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	他の人に見られたくない、聞かれたくない、知られたくないと思うことは無い。
2	実際には利用者より聞いていない。

「いいえ」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

【問いの主旨】サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか

あなたのサービス内容についての説明は、わかりやすいと思いますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
問13	11	5	0	0	16名
	68.8	31.3	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

	コメントなし
--	--------

《不満・要望へ対応について》

【問いの主旨】利用者の不満や要望は対応されているか

問14 あなたが不満に思ったことや要望を伝えたとき、職員は、きちんと対応してくれていると思いますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	12	2	0	2	16名
	75.0	12.5	0.0	12.5	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

- 1 不満は聞いていないので多分、大丈夫だと思います。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

コメントなし

「非該当」「無回答」の人のコメント

コメントなし

【問いの主旨】外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか

問15 あなたが困ったときに、職員以外の人（役所や第三者委員など）にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	9	4	2	1	16名
	56.3	25.0	12.5	6.3	100.0%

「はい」と回答した人のコメント

- 1 そんなことは無かった。

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

- 1 不明です。

「いいえ」と回答した人のコメント

- 1 知らなかった。

「非該当」「無回答」の人のコメント

コメントなし

《総合的な感想について》

〔1〕満足度

	人数	%
1. 大変満足	2	12.5%
2. 満足	12	75.0%
3. どちらともいえない	2	12.5%
4. 不満	0	0.0%
5. 大変不満	0	0.0%
無回答	0	0.0%
合 計	16	100.0%

〔2〕「ゆとり～な」に対して、日頃感じているご意見・ご要望など

1	もっとリハビリテーション（歩行訓練）をしてほしい。 ボーっとしている時間が多い。
2	職員の人たちにお世話になっている事を感じます。 食事は美味しいです。
3	家庭的な雰囲気与生活感があり楽です。
4	利用者からは「いつもよくしてもらっている」「満足している」と時々、話を聞きます。
5	自宅では食べられない食材が摂れて良かった。
6	全部の意見ですが一度も見えていないので答えにくいです。
7	大変良くしてもらい感謝している。
8	やさしく温かく接してくださるので、安心してお世話になれて感謝しています。
9	いつも温かく接していただき、ショートステイに行くのが楽しい。 家を出るときは気が重いがゆとり～なに着き、職員の方の顔を見ると安心して楽しくゆったりした気持ちで過ごせる。
10	ショートステイの利用に満足しています。 ショートステイの利用計画が3か月前なので急ぎの間に合わないので少し残念です。 日曜日のデイサービスが休みなのが不便です。 皆さん笑顔で対応してくださりとてもありがたいです。

〔3〕今回の調査について気づいた点など

1	初めての法人名でのアンケートだったので少々びっくりしました。
2	一日の生活ぶりを一度、見たいと思う。
3	健康に関する情報を流している。 家族会に参加している。

回答者属性

F 1. ご利用者本人の年齢（1つに○）

	人数	%
1. 65歳未満	1	6.3%
2. 65～70歳未満	0	0.0%
3. 70～75歳未満	1	6.3%
4. 75～80歳未満	0	0.0%
5. 80～85歳未満	2	12.5%
6. 85～90歳未満	5	31.3%
7. 90歳以上	7	43.8%
無回答	0	0.0%
合 計	16	100.0%

F 2. ご利用者本人の性別（1つに○）

	人数	%
1. 男性	4	25.0%
2. 女性	12	75.0%
無回答	0	0.0%
合 計	16	100.0%

F 3. 要介護度（1つに○）

	人数	%
1. 要支援1	1	6.3%
2. 要支援2	2	12.5%
3. 要介護1	1	6.3%
4. 要介護2	3	18.8%
5. 要介護3	3	18.8%
6. 要介護4	3	18.8%
7. 要介護5	3	18.8%
無回答	0	0.0%
合 計	16	100.0%

F 4. 調査に回答された方（1つに○）

	人数	%
1. サービス利用者本人が回答	0	0.0%
2. 本人が、家族や介助者と相談しながら回答	6	37.5%
3. 家族が、本人の気持ちを推察して回答	8	50.0%
4. その他	1	6.3%
無回答	1	6.3%
合 計	16	100.0%