

介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】

フルーツ・シャトーよいち

平成29年度  
職員自己評価・利用者調査 集計結果

	ページ
I 職員自己評価【集計結果】共通評価項目	1
II 職員自己評価【集計結果】内容評価項目	25
III 職員自己評価【共通・内容評価】【総合】自由意見	51
IV 利用者聞き取り調査 集計結果	79
V 利用者【家族】聞き取り調査 集計結果	89

評価機関：特定非営利活動法人メイアイヘルプユー



## I. 職員自己評価結果【共通評価項目】集計表

対象職員数	65名
回答職員数	56名
回収率	86.2%

施設種別	施設名
特別養護老人ホーム	フルーツ・シャトーよいち

### 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(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。

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) 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。

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。

無回答

判断基準	合議	職員	
		チエック有	チエック無
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。	×	34	22
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。	○	25	31
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。	○	15	41
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	37
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。	×	11	45
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。	×	11	45

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。		会議		職員		
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。		27		48.2%		
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。	24		42.9%		
	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。	4		7.1%		
	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。	1		1.8%		
	無回答	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。	×	29	51.8%	27	48.2%
	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。	×	17	30.4%	39	69.6%
	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。	×	25	44.6%	31	55.4%
	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。	×	24	42.9%	32	57.1%
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。		会議		職員		
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。		24		42.9%		
判断基準	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。	26		46.4%		
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき取組が行われていない。	2		3.6%		
	無回答	4		7.1%		
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。	×	27	48.2%	29	51.8%
	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。	×	21	37.5%	35	62.5%
	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。	×	27	48.2%	29	51.8%
	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。	×	18	32.1%	38	67.9%

### I-3 事業計画の策定

I-3-1(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		合議		職員		
I-3-1(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。		b		32		
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。			32		
	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		
	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。			5		
無回答				9		
		チエック有		チエック無		
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。	×	26	46.4%	30	53.6%
	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。	×	19	33.9%	37	66.1%
	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。	×	15	26.8%	41	73.2%
	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	×	21	37.5%	35	62.5%
I-3-1(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		
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。				29		
判断基準	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。	b		17		
	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。			4		
	無回答			6		
		チエック有		チエック無		
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。	×	22	39.3%	34	60.7%
	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。	×	24	42.9%	32	57.1%
	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	×	12	21.4%	44	78.6%
	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。	×	16	28.6%	40	71.4%

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。					
判断基準	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。	協議	職員		
	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。	a	13	23.2%	
	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。		35	62.5%	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。		6	10.7%	
	無回答		2	3.6%	
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。	○	チエック有	チエック無	
	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。	×	15	26.8%	41
	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。	×	12	21.4%	44
	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。	×	13	23.2%	43
	事業計画が、職員に周知(会議や研修会)における説明等がされており、理解を促すための取組を行っている。	×	19	33.9%	37
		○	24	42.9%	32

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。					
判断基準	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。	協議	職員		
	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	21	37.5%	37.5%
	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。		19	33.9%	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。		15	26.8%	
	無回答		1	1.8%	
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。	×	チエック有	チエック無	
	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。	×	21	37.5%	35
	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、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。	×	26	46.4%	30
	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	14.3%	48
		×	11	19.6%	45

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(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。		合議		職員		
I-4-1(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。				27		
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		48.2%		
	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。			44.6%		
	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。			5.4%		
無回答				1		
				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。	×	14	25.0%	42	75.0%
	福祉サービスの内容について組織的に評価(O: Check)を行う体制が整備されている。	×	18	32.1%	38	67.9%
	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。	○	27	48.2%	29	51.8%
	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。	○	21	37.5%	35	62.5%

I-4-1(1)-② 評価結果にもとづく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		
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。				30		
判断基準	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。	a		19		
	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。			4		
	無回答			3		5.4%
				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。	○	30	53.6%	26	46.4%
	職員間で課題の共有が図られている。	○	27	48.2%	29	51.8%
	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。	×	22	39.3%	34	60.7%
	評価結果に基づく改善の取組を計画的に行っている。	×	13	23.2%	43	76.8%
	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。	×	15	26.8%	41	73.2%

## 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(1) 管理者の責任が明確にされている。					
II-1-1(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			
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	31		55.4%	
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。		22		39.3%	
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		3.6%	
無回答		1		1.8%	
		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。	×	29	51.8%	27	48.2%
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。	×	24	42.9%	32	57.1%
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。	×	28	50.0%	28	50.0%
平時のみならず、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	41.1%	33	58.9%

II-1-1(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			
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	35		62.5%	
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。		16		28.6%	
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。		2		3.6%	
無回答		3		5.4%	
		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。	×	30	53.6%	26	46.4%
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。	×	25	44.6%	31	55.4%
管理者は、環境への配慮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。	×	19	33.9%	37	66.1%
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。	×	24	42.9%	32	57.1%



II-1-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。						
II-1-1-(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。		合議	職員			
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、組織として十分な指導力を発揮している。	b	31	55.4%		
	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。		24	42.9%		
	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。		1	1.8%		
	無回答		0	0.0%		
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。	×	24	42.9%	32	57.1%
	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。	×	21	37.5%	35	62.5%
	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。	×	22	39.3%	34	60.7%
	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。	×	20	35.7%	36	64.3%
	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。	×	34	60.7%	22	39.3%
			チェック有	チェック無		
II-1-1-(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。		合議	職員			
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り組みに十分な指導力を発揮している。	b	25	44.6%		
	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。		25	44.6%		
	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。		5	8.9%		
	無回答		1	1.8%		
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。	×	23	41.1%	33	58.9%
	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。	×	32	57.1%	24	42.9%
	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。	×	21	37.5%	35	62.5%
	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	23.2%	43	76.8%
			チェック有	チェック無		

## II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-1(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。		協議		職員																																											
判断基準	II-2-1(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。																																														
	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	24		42.9%																																										
	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。		24		42.9%																																										
	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。		8		14.3%																																										
無回答	0		0.0%																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">チェック有</th> <th colspan="2">チェック無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>16</td> <td>28.6%</td> <td>40</td> <td>71.4%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>14</td> <td>25.0%</td> <td>42</td> <td>75.0%</td> </tr> <tr> <td>計画に基づいた人材の確保や育成が実施されている。</td> <td>○</td> <td>25</td> <td>44.6%</td> <td>31</td> <td>55.4%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>○</td> <td>28</td> <td>50.0%</td> <td>28</td> <td>50.0%</td> </tr> </tbody> </table>								チェック有		チェック無		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。	×	16	28.6%	40	71.4%	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。	×	14	25.0%	42	75.0%	計画に基づいた人材の確保や育成が実施されている。	○	25	44.6%	31	55.4%	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。	○	28	50.0%	28	50.0%												
		チェック有		チェック無																																											
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。	×	16	28.6%	40	71.4%																																										
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。	×	14	25.0%	42	75.0%																																										
計画に基づいた人材の確保や育成が実施されている。	○	25	44.6%	31	55.4%																																										
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。	○	28	50.0%	28	50.0%																																										
II-2-1(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		協議		職員																																											
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。			24																																											
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	C		23																																											
	c) 総合的な人事管理を実施していない。			5																																											
	無回答			4																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">チェック有</th> <th colspan="2">チェック無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>11</td> <td>19.6%</td> <td>45</td> <td>80.4%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>15</td> <td>26.8%</td> <td>41</td> <td>73.2%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>20</td> <td>35.7%</td> <td>36</td> <td>64.3%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>10</td> <td>17.9%</td> <td>46</td> <td>82.1%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>24</td> <td>42.9%</td> <td>32</td> <td>57.1%</td> </tr> <tr> <td>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ます。</td> <td>×</td> <td>9</td> <td>16.1%</td> <td>47</td> <td>83.9%</td> </tr> </tbody> </table>								チェック有		チェック無		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。	×	11	19.6%	45	80.4%	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。	×	15	26.8%	41	73.2%	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。	×	20	35.7%	36	64.3%	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。	×	10	17.9%	46	82.1%	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。	×	24	42.9%	32	57.1%	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ます。	×	9	16.1%	47	83.9%
		チェック有		チェック無																																											
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。	×	11	19.6%	45	80.4%																																										
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。	×	15	26.8%	41	73.2%																																										
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。	×	20	35.7%	36	64.3%																																										
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。	×	10	17.9%	46	82.1%																																										
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。	×	24	42.9%	32	57.1%																																										
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ます。	×	9	16.1%	47	83.9%																																										
II-2-1(1)-③ 総合的な人事管理が行われている。		協議		職員																																											
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。			24																																											
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	C		23																																											
	c) 総合的な人事管理を実施していない。			5																																											
	無回答			4																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">チェック有</th> <th colspan="2">チェック無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>11</td> <td>19.6%</td> <td>45</td> <td>80.4%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>15</td> <td>26.8%</td> <td>41</td> <td>73.2%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>20</td> <td>35.7%</td> <td>36</td> <td>64.3%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>10</td> <td>17.9%</td> <td>46</td> <td>82.1%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>24</td> <td>42.9%</td> <td>32</td> <td>57.1%</td> </tr> <tr> <td>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ます。</td> <td>×</td> <td>9</td> <td>16.1%</td> <td>47</td> <td>83.9%</td> </tr> </tbody> </table>								チェック有		チェック無		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。	×	11	19.6%	45	80.4%	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。	×	15	26.8%	41	73.2%	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。	×	20	35.7%	36	64.3%	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。	×	10	17.9%	46	82.1%	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。	×	24	42.9%	32	57.1%	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ます。	×	9	16.1%	47	83.9%
		チェック有		チェック無																																											
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。	×	11	19.6%	45	80.4%																																										
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。	×	15	26.8%	41	73.2%																																										
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。	×	20	35.7%	36	64.3%																																										
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。	×	10	17.9%	46	82.1%																																										
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。	×	24	42.9%	32	57.1%																																										
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ます。	×	9	16.1%	47	83.9%																																										

II-2-2(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。					
II-2-2(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組んでいる。					
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組んでいる。	b	19	33.9%	職員
	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。		28	50.0%	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。		9	16.1%	
	無回答		0	0.0%	
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。		チェック有	チェック無	
	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。	○	14	25.0%	42
	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。	○	17	30.4%	39
	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。	○	11	19.6%	45
	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。	○	18	32.1%	38
	ワークライフバランスに配慮した取組を行っている。	×	12	21.4%	44
	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。	×	9	16.1%	47
	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。	×	4	7.1%	52
		×	14	25.0%	42
II-2-2(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。					
II-2-2(3)① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。					
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。	C	17	30.4%	職員
	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。		26	46.4%	
	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。		12	21.4%	
	無回答		1	1.8%	
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。		チェック有	チェック無	
	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。	×	11	19.6%	45
	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。	×	16	28.6%	40
	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。	×	8	14.3%	48
	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。	×	14	25.0%	42
		×	10	17.9%	46

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。	C	33	58.9%		
	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。		21	37.5%		
	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。		2	3.6%		
	無回答		0	0.0%		
			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。	X	8	14.3%	48	85.7%
	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。	X	20	35.7%	36	64.3%
	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。	X	32	57.1%	24	42.9%
	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	X	11	19.6%	45	80.4%
	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。	X	7	12.5%	49	87.5%

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。	b	29	51.8%		
	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。		22	39.3%		
	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。		3	5.4%		
	無回答		2	3.6%		
			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。	O	22	39.3%	34	60.7%
	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。	O	13	23.2%	43	76.8%
	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。	X	21	37.5%	35	62.5%
	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。	O	28	50.0%	28	50.0%
	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。	O	26	46.4%	30	53.6%

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。	合議	職員	
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。	b	38	67.9%
b) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成については効果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。		14	25.0%
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おらず、教育・研修が行われていない。		3	5.4%
無回答		1	1.8%
評価の着眼点	×	チェック有	チェック無
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。	○	26	46.4%
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。	○	18	32.1%
専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	×	15	26.8%
指導者に対する研修を実施している。	×	16	28.6%
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。	○	25	44.6%

### 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。	合議	職員	
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。	a	37	66.1%
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	25.0%
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	1.8%
無回答		4	7.1%
評価の着眼点	○	チェック有	チェック無
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。	○	30	53.6%
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。	○	34	60.7%
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。	○	25	44.6%
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。	×	12	21.4%
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	32.1%

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		27	48.2%																																										
	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。			20	35.7%																																										
	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。			5	8.9%																																										
	無回答			4	7.1%																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">チェック有</th> <th colspan="2">チェック無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>18</td> <td>32.1%</td> <td>38</td> <td>67.9%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>18</td> <td>32.1%</td> <td>38</td> <td>67.9%</td> </tr> <tr> <td>福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について外部の専門家に相談し、助言を得ている。</td> <td>×</td> <td>14</td> <td>25.0%</td> <td>42</td> <td>75.0%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>○</td> <td>21</td> <td>37.5%</td> <td>35</td> <td>62.5%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>16</td> <td>28.6%</td> <td>40</td> <td>71.4%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>9</td> <td>16.1%</td> <td>47</td> <td>83.9%</td> </tr> </tbody> </table>								チェック有		チェック無		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。	×	18	32.1%	38	67.9%	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。	×	18	32.1%	38	67.9%	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について外部の専門家に相談し、助言を得ている。	×	14	25.0%	42	75.0%	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。	○	21	37.5%	35	62.5%	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。	×	16	28.6%	40	71.4%	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。	×	9	16.1%	47	83.9%
		チェック有		チェック無																																											
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。	×	18	32.1%	38	67.9%																																										
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。	×	18	32.1%	38	67.9%																																										
福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について外部の専門家に相談し、助言を得ている。	×	14	25.0%	42	75.0%																																										
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。	○	21	37.5%	35	62.5%																																										
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。	×	16	28.6%	40	71.4%																																										
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。	×	9	16.1%	47	83.9%																																										
評価の着眼点																																															

## 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。		合議		職員																																					
判断基準	a) 利用者や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。	a		46	82.1%																																				
	b) 利用者や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。			10	17.9%																																				
	c) 利用者や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。			0	0.0%																																				
	無回答			0	0.0%																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">チェック有</th> <th colspan="2">チェック無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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。</td> <td>○</td> <td>22</td> <td>39.3%</td> <td>34</td> <td>60.7%</td> </tr> <tr> <td>活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者へ提供している。</td> <td>×</td> <td>20</td> <td>35.7%</td> <td>36</td> <td>64.3%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>○</td> <td>33</td> <td>58.9%</td> <td>23</td> <td>41.1%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>○</td> <td>32</td> <td>57.1%</td> <td>24</td> <td>42.9%</td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>×</td> <td>25</td> <td>44.6%</td> <td>31</td> <td>55.4%</td> </tr> </tbody> </table>								チェック有		チェック無		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。	○	22	39.3%	34	60.7%	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者へ提供している。	×	20	35.7%	36	64.3%	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。	○	33	58.9%	23	41.1%	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。	○	32	57.1%	24	42.9%	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。	×	25	44.6%	31	55.4%
		チェック有		チェック無																																					
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。	○	22	39.3%	34	60.7%																																				
活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者へ提供している。	×	20	35.7%	36	64.3%																																				
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。	○	33	58.9%	23	41.1%																																				
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。	○	32	57.1%	24	42.9%																																				
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。	×	25	44.6%	31	55.4%																																				
評価の着眼点																																									

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。	a	42	75.0%		
	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。		13	23.2%		
	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	1.8%		
	無回答		0	0.0%		
		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。	○	28	50.0%	28	50.0%
	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。	○	26	46.4%	30	53.6%
	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。	×	11	19.6%	45	80.4%
	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。	×	16	28.6%	40	71.4%
	学校教育への協力を行っている。	○	36	64.3%	20	35.7%

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		合議	職員			
判断基準	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。	a	33	58.9%		
	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。		15	26.8%		
	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。		4	7.1%		
	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。		4	7.1%		
	無回答		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。	×	14	25.0%	42	75.0%
	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。	×	24	42.9%	32	57.1%
	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	○	15	26.8%	41	73.2%
	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。	×	12	21.4%	44	78.6%
	地域に適切な関係機関・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。	×	11	19.6%	45	80.4%

II-4-4(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。						
II-4-4(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。		合議	職員			
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。	a	40		71.4%	
	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。		13		23.2%	
	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。		1		1.8%	
	無回答		2		3.6%	
			チェック有	チェック無		
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。	○	39	69.6%	17	30.4%
	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。	○	36	64.3%	20	35.7%
	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。	×	20	35.7%	36	64.3%
	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。	×	15	26.8%	41	73.2%
	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。	×	19	33.9%	37	66.1%

II-4-4(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。	a	36		64.3%	
	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。		14		25.0%	
	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。		3		5.4%	
	無回答		3		5.4%	
			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を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。	○	26	46.4%	30	53.6%
	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。	×	14	25.0%	42	75.0%
	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。	×	22	39.3%	34	60.7%
	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。	○	16	28.6%	40	71.4%
	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。	×	14	25.0%	42	75.0%



### 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(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
Ⅲ-1-1(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	
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。	39	69.6%
	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。	16	28.6%
	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。	1	1.8%
無回答		0	0.0%
		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。	37	66.1%
	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。	15	26.8%
	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。	24	42.9%
	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。	20	35.7%
	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。	22	39.3%
		19	33.9%
		41	73.2%
		32	57.1%
		36	64.3%
		34	60.7%

Ⅲ-1-1(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	
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。	45	80.4%
	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。	10	17.9%
	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	1.8%
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。	34	60.7%
	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。	29	51.8%
	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。	25	44.6%
	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にも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るよう設備等の工夫を行っている。	32	57.1%
	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。	19	33.9%
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。	21	37.5%	
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。	22	39.3%	
		22	39.3%
		22	39.3%
		27	48.2%
		31	55.4%
		24	42.9%
		37	66.1%
		35	62.5%
		34	60.7%

Ⅲ-1-1(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-1-1(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			
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。	35	職員		
	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。	21	62.5%		
	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	37.5%		
	無回答	0	0.0%		
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。		×	チェック有		
評価の着眼点	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。	26	46.4%	30	53.6%
	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にいていな説明を実施している。	16	28.6%	40	71.4%
	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	33	58.9%	23	41.1%
	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。	33	58.9%	23	41.1%
		13	23.2%	43	76.8%

Ⅲ-1-1(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。	41	73.2%		
	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。	15	26.8%		
	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	0	0.0%		
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。		○	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。	32	57.1%	24	42.9%
	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。	24	42.9%	32	57.1%
	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。	29	51.8%	27	48.2%
	意思決定が困難な利用者への配慮についてルーternal化され、適正な説明、運用が図られている。	27	48.2%	29	51.8%
		13	23.2%	43	76.8%

Ⅲ-1-1-(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	39	69.6%		
	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。		12	21.4%		
	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。		1	1.8%		
	無回答		4	7.1%		
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。	×	チェック有	チェック無		
	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。	×	24	42.9%	32	57.1%
	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。	○	18	32.1%	38	67.9%
	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ている。	○	27	48.2%	29	51.8%
		○	11	19.6%	45	80.4%

Ⅲ-1-1-(3)	利用者満足の向上に努めている。	合議	職員			
判断基準	Ⅲ-1-1-(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。	C	26	46.4%		
	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。		19	33.9%		
	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。		9	16.1%		
	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。		2	3.6%		
			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。	×	8	14.3%	48	85.7%
	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者満足把握が、利用者満足把握する目的で定期的に行われている。	×	12	21.4%	44	78.6%
	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。	×	26	46.4%	30	53.6%
	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。	×	10	17.9%	46	82.1%
	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	21.4%	44	78.6%

Ⅲ-1-1(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。				
Ⅲ-1-1(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。	協議	職員		
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		41	73.2%
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。			14	25.0%
c) 苦情解決の仕組みが確立していない。			0	0.0%
無回答			1	1.8%
		チェック有		チェック無
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。	○		36	64.3%
苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物や資料を利用者等に配布し説明している。	○		22	39.3%
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。	○		30	53.6%
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。	○		20	35.7%
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。	○		17	30.4%
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。	○		22	39.3%
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。	○		24	42.9%
				32
				57.1%

Ⅲ-1-1(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。	協議	職員		
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、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。	b		23	41.1%
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、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。			28	50.0%
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	3.6%
無回答			3	5.4%
		チェック有		チェック無
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ぶことをわかりやすく説明した文書を作成している。	×		9	16.1%
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	25.0%
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。	○		26	46.4%
				30
				53.6%

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	46	82.1%		
	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。		6	10.7%		
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。		3	5.4%		
	無回答		1	1.8%		
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。	○	17	30.4%	39	69.6%
	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	○	10	17.9%	46	82.1%
	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。	○	36	64.3%	20	35.7%
	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。	○	27	48.2%	29	51.8%
	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といった状況に速やかに対応している。	○	21	37.5%	35	62.5%
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。	○	19	33.9%	37	66.1%	

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			
判断基準	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。	b	48	85.7%		
	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。		8	14.3%		
	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。		0	0.0%		
	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			0	0.0%		
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(リスクマネージャーの選任・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。	○	42	75.0%	14	25.0%
	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。	○	39	69.6%	17	30.4%
	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。	×	27	48.2%	29	51.8%
	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。	×	30	53.6%	26	46.4%
	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。	○	23	41.1%	33	58.9%
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。	×	18	32.1%	38	67.9%	

判断基準	協議	職員				
		チェック有	チェック無			
Ⅲ-1-1-(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。	a	44	78.6%			
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。		11	19.6%			
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。		0	0.0%			
c) 感染症の予防策が講じられていない。		1	1.8%			
無回答						
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。	○	35	62.5%	21	37.5%
	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。	○	40	71.4%	16	28.6%
	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。	×	33	58.9%	23	41.1%
	感染症の予防策が適切に講じられている。	○	28	50.0%	28	50.0%
	感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。	○	34	60.7%	22	39.3%
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。	○	22	39.3%	34	60.7%	

判断基準	協議	職員				
		チェック有	チェック無			
Ⅲ-1-1-(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。	n	25	44.6%			
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。		25	44.6%			
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。		4	7.1%			
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。		2	3.6%			
無回答						
評価の着眼点	災害時の対応体制が決められている。	×	27	48.2%	29	51.8%
	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。	×	7	12.5%	49	87.5%
	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。	×	14	25.0%	42	75.0%
	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。	○	26	46.4%	30	53.6%
	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。	×	23	41.1%	33	58.9%

### 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		
判断基準	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。	a		38	67.9%	
	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。			14	25.0%	
	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。			1	1.8%	
	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。			3	5.4%	
無回答			チエック有	チエック無		
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。	○	29	51.8%	27	48.2%
	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。	○	29	51.8%	27	48.2%
	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。	○	22	39.3%	34	60.7%
	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。	○	12	21.4%	44	78.6%
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。	b		28	50.0%	
	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。			17	30.4%	
	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。			4	7.1%	
	無回答			7	12.5%	
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。	×	19	33.9%	37	66.1%
	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的を実施されている。	×	16	28.6%	40	71.4%
	検証・見直しに当たり、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。	○	26	46.4%	30	53.6%
	検証・見直しに当たり、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。	○	20	35.7%	36	64.3%

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な福祉サービス実施計画を適切に策定している。					
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。	a		34	60.7%	
	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。		15	26.8%		
	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。		2	3.6%		
	無回答		5	8.9%		
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。	○	23	41.1%	33	58.9%
	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。	○	27	48.2%	29	51.8%
	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。	○	20	30.8%	45	69.2%
	福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	○	28	38.4%	45	61.6%
	福祉サービス実施計画を策定するための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)の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	○	11	19.6%	45	80.4%
	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。	×	12	21.4%	44	78.6%
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。	○	13	23.2%	43	76.8%	

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。					
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。	a		25	44.6%	
	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。		23	41.1%		
	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の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。		3	5.4%		
	無回答		5	8.9%		
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。	○	23	41.1%	33	58.9%
	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。	○	19	33.9%	37	66.1%
	福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合は仕組みを整備している。	○	13	23.2%	43	76.8%
	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。	×	19	33.9%	37	66.1%



Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		合議		職員		
判断基準	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。	b	○	37	66.1%	
	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。					
	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。					
	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。					
	無回答					
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。	○	42	75.0%	14	25.0%
	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。	○	29	51.8%	27	48.2%
	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。	○	17	30.4%	39	69.6%
	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。	×	18	32.1%	38	67.9%
	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。	○	19	33.9%	37	66.1%
	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閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	○	33	58.9%	23	41.1%

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			チェック有	チェック無
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	43	76.8%
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。			9	16.1%
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	3.6%
無回答			2	3.6%
			チェック有	チェック無
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。		○	31	55.4%
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。		○	21	37.5%
記録管理の責任者が設置されている。		○	22	39.3%
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。		×	15	26.8%
職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。		○	33	58.9%
個人情報の取扱について、利用者や家族に説明している。		○	24	42.9%
評価の着眼点				
			25	44.6%
			35	62.5%
			34	60.7%
			41	73.2%
			23	41.1%
			32	57.1%

## Ⅱ-1 職員自己評価結果【内容評価旧項目】集計表

### A-1 支援の基本

判断基準	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	
			チェック有	チェック無
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。		a	22	47.8%
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。			23	50.0%
c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができないよう工夫していない。			0	0.0%
無回答			1	2.2%
			チェック有	チェック無
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。		○	34	73.9%
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。		○	25	54.3%
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。		×	17	37.0%
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。		○	24	52.2%
自立、活動参加への動機づけを行っている。		×	18	39.1%
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。		○	18	39.1%
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。		○	26	56.5%
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。		○	28	60.9%
食事、排せつ、入浴について、本人の意思を尊重し、できる限り、食堂、トイレ、風呂に移動して行えるようにしている。		○	30	65.2%
生活のメリハリづけ等のため、着替え・整容等を適時行っている。		○	30	65.2%
利用者の体力や身体状況にあった離床時間となるように援助している。		○	27	58.7%
利用者の心身の状況を考慮し、利用者一人ひとりに配慮して日中活動に参加できるよう工夫している。		×	19	41.3%
趣味活動、嗜好品等、生活に楽しみがあるよう工夫している。		○	22	47.8%
評価の着眼点				

A-1-1-(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			
		21	45.7%		
判断基準	b	24	52.2%		
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。		0	0.0%		
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。		1	2.2%		
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。		チエック有	チエック無		
無回答					
評価の着眼点	×	22	47.8%	24	52.2%
	×	22	47.8%	24	52.2%
	×	32	69.6%	14	30.4%
	○	20	43.5%	26	56.5%
	○	26	56.5%	20	43.5%
	○	16	34.8%	30	65.2%
	×	16	34.8%	30	65.2%
	×	16	34.8%	30	65.2%

A-2 身体介護

判断基準	合議	職員	
		チェック有	チェック無
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。	a	40	87.0%
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。		5	10.9%
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。		0	0.0%
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。		1	2.2%
無回答			
利用者の心身の状況や意向に合わせて、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。	○	38	82.6%
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。	○	36	78.3%
入浴を拒否する人への誘導や介助方法を工夫している。	○	32	69.6%
入浴前の浴室内の安全確認(湯温、備品等)を行っている。	○	33	71.7%
脱衣室等の室温管理を行っている。	○	29	63.0%
入浴後は、水分摂取、スキンケアを行っている。	○	35	76.1%
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。	○	35	76.1%
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。	○	30	65.2%
利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	○	31	67.4%
利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	○	31	67.4%
浴槽は、機械浴、リフト浴、一般浴、個別浴、いくつかの種類が用意されている。	○	39	84.8%
シャワーチェア等、その他の介護機器が用意されている。	○	35	76.1%
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。	○	36	78.3%
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。	○	35	76.1%

評価の着眼点

A-2-1(2) 排泄つ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	協議	職員			
		39	84.8%		
判断基準	a				
a) 排泄つ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		5	10.9%		
b) 排泄つ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。		0	0.0%		
c) 排泄つ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。		2	4.3%		
無回答		チエック有	チエック無		
利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排泄つ介助の方法を工夫している。	○	41	89.1%	5	10.9%
排泄つの自立に向けた働きかけをしている。	○	27	58.7%	19	41.3%
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。	○	38	82.6%	8	17.4%
排泄つ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。	○	34	73.9%	12	26.1%
利用者が気兼ね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。	○	32	69.6%	14	30.4%
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。	○	34	73.9%	12	26.1%
冬場のトイレの保温に配慮している。	○	26	56.5%	20	43.5%
トイレ内での転倒、転落を防止する等、排泄つ介助を安全に実施するための取り組みを行っている。	○	29	63.0%	17	37.0%
自然な排泄つを促すために、排泄つのリズムの把握、適度な運動、食事改善・水分摂取等に配慮している。	○	27	58.7%	19	41.3%
睡眠時の排泄つ介助については、利用者個々の心身の状況を検討し、睡眠を妨げないように実施している。	○	25	54.3%	21	45.7%
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。	○	32	69.6%	14	30.4%
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。	○	35	76.1%	11	23.9%
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。	○	35	76.1%	11	23.9%
評価の着眼点					

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			
		チケット有	チケット無		
判断基準	b	37	80.4%		
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。		8	17.4%		
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。		0	0.0%		
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。 無回答		1	2.2%		
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。	○	31	67.4%	15	32.6%
移乗・移動の自立に向けた働きかけをしている。	○	25	54.3%	21	45.7%
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。	○	33	71.7%	13	28.3%
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。	×	27	58.7%	19	41.3%
福祉用具に不備はないか等の点検を常時行っている。	×	20	43.5%	26	56.5%
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。	○	29	63.0%	17	37.0%
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。	○	30	65.2%	16	34.8%
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。	○	28	60.9%	18	39.1%
利用者の心身の状況に合わせて福祉機器、福祉用具を準備している。	×	22	47.8%	24	52.2%
評価の着眼点					

A-2-(4) 褥瘡の発生予防を行っている。	合議	職員			
		38	82.6%		
判断基準	a	7	15.2%		
a) 褥瘡の発生予防を行っている。		0	0.0%		
b) 褥瘡の発生予防を行っているが、十分ではない。		1	2.2%		
c) 褥瘡の発生予防を行っていない。		チェック有			
無回答	チェック有		チェック無		
評価の着眼点	○	36	78.3%	10	21.7%
	○	38	82.6%	8	17.4%
	○	32	69.6%	14	30.4%
	○	29	63.0%	17	37.0%
	○	19	41.3%	27	58.7%
	○	27	58.7%	19	41.3%



A-3 食生活

判断基準	合議	職員			
		チエック有	チエック無		
A-3-1(1) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	35	76.1%		
a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。		10	21.7%		
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。		0	0.0%		
c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。		1	2.2%		
無回答					
利用者の希望や好みを聴き、献立に反映させている。	○	16	34.8%	30	65.2%
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している。	○	31	67.4%	15	32.6%
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。	○	20	43.5%	26	56.5%
適温で食事を提供している。	○	30	65.2%	16	34.8%
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。	○	9	19.6%	37	80.4%
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。	○	36	78.3%	10	21.7%
食事の選択性を取り入れる工夫をしている。	○	26	56.5%	20	43.5%
居室へ配膳する際も保温に配慮している。	○	25	54.3%	21	45.7%
評価の着眼点					

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			
	ア	イ	チエツク有	チエツク無		
判断基準	a)	38	39	7	82.6%	
	b)	6	32	14	13.0%	
	c)	0	32	14	0.0%	
無回答		2	31	15	4.3%	
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。	○	39	84.8%	7	15.2%
	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。	○	32	69.6%	14	30.4%
	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。	○	32	69.6%	14	30.4%
	嚥下しやすいようにできるだけ座位をとるなど、利用者の食事の姿勢に常に配慮している。	○	31	67.4%	15	32.6%
	誤嚥、喉に詰まったなど食事中の事故について、対応方法を確立し、日頃から確認、共有している。	○	28	60.9%	18	39.1%
	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。	○	35	76.1%	11	23.9%
	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て、栄養面・形態に配慮した食事を提供している。	○	38	82.6%	8	17.4%
	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。	○	20	43.5%	26	56.5%
	利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養マネジメントを実施している。	○	16	34.8%	30	65.2%
	発熱、菌痛等の突発的な状況に対応した食事を提供している。	○	30	65.2%	16	34.8%

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			
		チェック有	チェック無		
判断基準	b	39	84.8%		
		6	13.0%		
		0	0.0%		
		1	2.2%		
無回答		チェック有	チェック無		
利用者の口腔清掃の自立の程度を把握している。	○	26	56.5%	20	43.5%
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。	×	18	39.1%	28	60.9%
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。	○	25	54.3%	21	45.7%
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。	○	26	56.5%	20	43.5%
職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。	×	15	32.6%	31	67.4%
食後や就寝前に、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。	○	30	65.2%	16	34.8%
必要に応じて、義歯の着脱、清潔、保管について援助している。	○	35	76.1%	11	23.9%
利用しやすい洗口スペースを確保している。	○	25	54.3%	21	45.7%
評価の着眼点					

A-4 終末期の対応

判断基準	台議	職員			
		子エック有	子エック無		
A-4-1(1) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a	33	71.7%		
a) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。		11	23.9%		
b) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順があるが、未整備の部分が残っている。		1	2.2%		
c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順がない。		1	2.2%		
無回答					
評価の着眼点	○	30	65.2%	16	34.8%
	○	27	58.7%	19	41.3%
	○	22	47.8%	24	52.2%
	○	14	30.4%	32	69.6%
	○	30	65.2%	16	34.8%
	○	35	76.1%	11	23.9%

A-5 認知症ケア

判断基準	A-5-(1) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	合議	職員			
			チェック有	チェック無		
評価の着眼点	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	C	27	58.7%		
	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。		16	34.8%		
	c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。		1	2.2%		
	無回答	2	4.3%			
	利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行っている。	×	22	47.8%	24	52.2%
	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。	×	21	45.7%	25	54.3%
	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。	○	20	43.5%	26	56.5%
	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	37.0%	29	63.0%
	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。	○	11	23.9%	35	76.1%
	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。	×	17	37.0%	29	63.0%
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。	×	17	37.0%	29	63.0%	
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。	×	28	60.9%	18	39.1%	

判断基準	A-5-(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。 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) 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。 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。 無回答	合議	職員		
			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。	×	24	22	47.8%
	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。	×	19	27	58.7%
	危険物の保管、管理が適切に行われている。	○	19	27	58.7%
	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	25	54.3%
	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	24	52.2%
	居室については、同室者の組み合わせ等に配慮している。	×	24	22	47.8%
	ベッドの周囲には、写真や個々の好みのものを飾る等の工夫をしている。	○	30	16	34.8%
	居室・トイレ等、一目でわかるような表示をする等の工夫を行っている。	○	27	19	41.3%

A-6 機能訓練、介護予防

		合議	職員			
A-6-1) 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。		<b>b</b>	18	39.1%		
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。			25	54.3%		
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。			2	4.3%		
c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。			1	2.2%		
無回答			チエック有	チエック無		
<b>評価の着眼点</b>	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。	○	15	32.6%	31	67.4%
	介護予防活動も計画的に行い、評価・見直しをしている。	×	10	21.7%	36	78.3%
	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。	○	21	45.7%	25	54.3%
	利用者が主体的に訓練を行えるように工夫をしている。	○	15	32.6%	31	67.4%
	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。 *ここでは「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。	×	21	45.7%	25	54.3%
	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。	×	17	37.0%	29	63.0%

A-7 健康管理、衛生管理

A-7-1(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が確立している。	a	34	73.9%		
	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。		11	23.9%		
	c) 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ない。		0	0.0%		
	無回答		1	2.2%		
			チエック有	チエック無		
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。	○	20	43.5%	26	56.5%
	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。	○	33	71.7%	13	28.3%
	職員に対して、高齢者の健康管理や病氣、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。	×	7	15.2%	39	84.8%
	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。	○	17	37.0%	29	63.0%
	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。	○	33	71.7%	13	28.3%
	健康状態の記録を行っている。	○	27	58.7%	19	41.3%

A-7-1(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	33	71.7%		
	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。		11	23.9%		
	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		2	4.3%		
			チエック有	チエック無		
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。	○	35	76.1%	11	23.9%
	職員の健康状態についてチエックし、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。	○	16	34.8%	30	65.2%
	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。	○	19	41.3%	27	58.7%
	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。	○	39	84.8%	7	15.2%
	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。	○	25	54.3%	21	45.7%
	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	54.3%	21	45.7%
	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。	○	29	63.0%	17	37.0%



### A-8 建物・設備

判断基準	A-8-(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			
			チェック有	チェック無		
評価の着眼点	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。	b	27	58.7%		
	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。		17	37.0%		
	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。		1	2.2%		
	無回答		1	2.2%		
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。	○	25	54.3%	21	45.7%
	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。	×	14	30.4%	32	69.6%
	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。	○	23	50.0%	23	50.0%
	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。	○	30	65.2%	16	34.8%
	利用者が思い思いに過ごせる工夫がされている。	○	22	47.8%	24	52.2%

### A-9 家族との連携

判断基準	A-9-(1) 利用者の家族との連携を適切に行っている。	合議	職員			
			チェック有	チェック無		
評価の着眼点	a) 利用者に対し、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。	a	38	82.6%		
	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。		7	15.2%		
	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。		0	0.0%		
	無回答		1	2.2%		
評価の着眼点	家族に対して、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。	○	40	87.0%	6	13.0%
	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。	○	26	56.5%	20	43.5%
	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。	○	23	50.0%	23	50.0%
	家族の面会時には、利用者の近況を報告している。	○	34	73.9%	12	26.1%
	行事等について家族に日程等を案内し、参加できるようにしている。	○	34	73.9%	12	26.1%



## Ⅱ-2 職員自己評価結果【内容評価新項目】集計表

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

#### A-1-1(1) 生活支援の基本

判断基準	A-1-1(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	
			チェック有	チェック無
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。			3	30.0%
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。		—	7	70.0%
c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができないよう工夫していない。			0	0.0%
無回答			0	0.0%
評価の着眼点	利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。	—	7	70.0%
	日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。	—	6	60.0%
	利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施されている。	—	4	40.0%
	利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。	—	7	70.0%
	利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。	—	4	40.0%
	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。	—	3	30.0%
	利用者の心身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。	—	8	80.0%
	利用者の生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。	—	5	50.0%

A-1-1-② 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。	-	5	50.0%		
	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。		5	50.0%		
	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%		
評価の着眼点	利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。	-	チエック有	チエック無		
	利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。	8	80.0%	2	20.0%	
	利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。	-	6	60.0%	4	40.0%
	コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。	-	6	60.0%	4	40.0%
	話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。	-	6	60.0%	4	40.0%
	利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。	-	5	50.0%	5	50.0%
	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してもらえようようにしている。	-	6	60.0%	4	40.0%

### A-1-1-(2) 権利擁護

A-1-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		合議	職員			
判断基準	a) 権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	-	7	70.0%		
	b) -		0	0.0%		
	c) 権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。		3	30.0%		
	無回答		0	0.0%		
評価の着眼点	権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。	-	チエック有	チエック無		
	権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。	4	40.0%	6	60.0%	
	原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。	-	5	50.0%	5	50.0%
	所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。	-	6	60.0%	4	40.0%
	権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。	-	4	40.0%	6	60.0%
	権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し理解・実践する仕組みが明確化されている。	-	4	40.0%	6	60.0%

A-2 環境の整備

A-2-1 利用者の快適性への配慮

判断基準	A-2-1-1-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	合議	職員			
			チエック有	チエック無		
評価の着眼点	a) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	-	7	70.0%	3	30.0%
	b) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮しているが、十分ではない。		8	80.0%	2	20.0%
	c) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮を行っていない。		6	60.0%	4	40.0%
	無回答		7	70.0%	3	30.0%
福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気が保たれている。						
利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っている。						
環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。						
利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室の環境等に配慮し支援している。						

A-3 生活支援

A-3-3(1) 利用者の状況に応じた支援

判断基準	協議	職員	
		チェック有	チェック無
A-3-3(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。			
a) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	—	8	80.0%
b) 入浴支援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	20.0%
c) 入浴支援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
利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援(入浴介助、清拭、見守り、声かけ等)を行っている。	—	9	90.0%
安全・快適に入浴するための取組を行っている。	—	8	80.0%
入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。	—	7	70.0%
入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせ対応を工夫している。	—	7	70.0%
入浴方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。	—	7	70.0%
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をしている。	—	7	70.0%
心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。	—	7	70.0%
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。	—	7	70.0%
利用者の心身の状況や意向に合わせて入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。	—	7	70.0%
利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	—	8	80.0%
利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	—	7	70.0%
評価の着眼点			

A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	合議	職員			
		チェック有	チェック無		
判断基準	—	9	90.0%		
a) 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		1	10.0%		
b) 排せつの支援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。		0	0.0%		
c) 排せつの支援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					
評価の着眼点	利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつのための支援、配慮や工夫がなされている。	7	70.0%	3	30.0%
	自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。	7	70.0%	3	30.0%
	トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。	7	70.0%	3	30.0%
	排せつの介助を行う際には、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。	7	70.0%	3	30.0%
	排せつの介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。	7	70.0%	3	30.0%
	排せつの自立のための働きかけをしている。	5	50.0%	5	50.0%
	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。	9	90.0%	1	10.0%
	支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。	8	80.0%	2	20.0%
	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。	8	80.0%	2	20.0%

A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	合議	職員			
		チェック有	チェック無		
判断基準	—	8	80.0%		
a) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		2	20.0%		
b) 移動支援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。		0	0.0%		
c) 移動支援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					
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。	7	70.0%	3	30.0%
	移動の自立に向けた働きかけをしている。	6	60.0%	4	40.0%
	利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。	7	70.0%	3	30.0%
	安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。	7	70.0%	3	30.0%
	介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。	9	90.0%	1	10.0%
	利用者が移動しやすい環境を整えている。	7	70.0%	3	30.0%
	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。	7	70.0%	3	30.0%

A-3-1(2) 食生活

A-3-1(2)-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			チエック有	チエック無		
a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。		-	9	90.0%		
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	10.0%		
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%		
A-3-1(2)-② 食事をおいしく、楽しく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。		-	チエック有		チエック無	
評価の着眼点	食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。		7	70.0%	3	30.0%
	衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。		6	60.0%	4	40.0%
	食事を選択できるよう工夫している。		7	70.0%	3	30.0%
		-	9	90.0%	1	10.0%

A-3-1(2)-② 食事の提供、支援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			チエック有	チエック無		
a) 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		-	8	80.0%		
b) 食事の提供、支援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	20.0%		
c) 食事の提供、支援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%		
A-3-1(2)-③ 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。		-	チエック有		チエック無	
評価の着眼点	利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。		7	70.0%	3	30.0%
	利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。		7	70.0%	3	30.0%
	経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。		8	80.0%	2	20.0%
	誤嚥、窒息など食事時の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。		7	70.0%	3	30.0%
	食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。		6	60.0%	4	40.0%
	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。		8	80.0%	2	20.0%
	利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。	8	80.0%	2	20.0%	
		-	6	60.0%	4	40.0%



A-3-(2)-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。	-	4	40.0%	
	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。		5	50.0%	
	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	10.0%	
評価の着眼点	利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。	-	チェック有 6	チェック無 4	40.0%
	職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。	-	6	4	40.0%
	一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。	-	3	7	70.0%
	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。	-	7	3	30.0%
	口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。	-	7	3	30.0%
	利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。	-	4	6	60.0%
	食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックが実施されている。	-	6	4	40.0%

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		合議	職員		
判断基準	a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	-	6	60.0%	
	b) 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。		3	30.0%	
	c) 褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。		0	0.0%	
	無回答		1	10.0%	
評価の着眼点	褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取組んでいる。	-	チェック有 5	チェック無 5	50.0%
	標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。	-	3	7	70.0%
	褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。	-	7	3	30.0%
	褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。	-	8	2	20.0%
	褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れている。	-	4	6	60.0%
	褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。	-	5	5	50.0%

A-3-3-4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

A-3-3-4) ① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し取組を行っている。	-	6	60.0%		
	b) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制と取組が、十分ではない。		3	30.0%		
	c) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制が確立していない。		0	0.0%		
	無回答		1	10.0%		
チェック有      チェック無						
評価の着眼点	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。	-	3	30.0%	7	70.0%
	喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。	-	6	60.0%	4	40.0%
	医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。	-	5	50.0%	5	50.0%
	介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	-	3	30.0%	7	70.0%
	介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。	-	4	40.0%	6	60.0%

A-3-3-5) 機能訓練、介護予防

A-3-3-5) 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。	-	3	30.0%		
	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。		6	60.0%		
	c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。		0	0.0%		
	無回答		1	10.0%		
チェック有      チェック無						
評価の着眼点	利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。	-	3	30.0%	7	70.0%
	利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。	-	5	50.0%	5	50.0%
	日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。	-	5	50.0%	5	50.0%
	一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。	-	3	30.0%	7	70.0%
	機能訓練のプログラムに在宅生活の場で生かすことができる視点を取り入れている。	-	1	10.0%	9	90.0%

A-3-3-(6) 認知症ケア

判断基準	合議	職員	
		チェック有	チェック無
a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	-	4	40.0%
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。		5	50.0%
c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。		1	10.0%
無回答		0	0.0%
評価の着眼点		チェック有	チェック無
利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。	-	5	50.0%
あらゆる場面で、職員等は利用者により配慮して、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。	-	4	40.0%
行動・心理症状(BPPSD)がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。	-	4	40.0%
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。	-	4	40.0%
認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。	-	7	70.0%
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。	-	6	60.0%
医師及び看護士等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状(BPPSD)について分析を行い、支援内容を検討している。	-	3	30.0%
		3	70.0%

A-3-3-(7) 急変時の対応

判断基準	合議	職員	
		チェック有	チェック無
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、取組を行っている。	-	5	50.0%
b) 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、取組を行っているが、十分ではない。		5	50.0%
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%
評価の着眼点		チェック有	チェック無
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、取組んでいる。	-	9	90.0%
日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。	-	7	70.0%
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。	-	5	50.0%
職員に対して、高齢者の健康管理や病氣、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。	-	2	20.0%
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。	-	4	40.0%
利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。	-	8	80.0%
		2	20.0%

### A-3-(8) 終末期の対応

A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	-	7	70.0%		
	b) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。		3	30.0%		
	c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応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	利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。	-	8	80.0%	2	20.0%
	医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。	-	7	70.0%	3	30.0%
	利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。	-	7	70.0%	3	30.0%
	職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。	-	8	80.0%	2	20.0%
	終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。	-	2	20.0%	8	80.0%
	利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での終末期のケアを行う体制を整え取組を行っている。	-	6	60.0%	4	40.0%

### A-4 家族等との連携

#### A-4-(1) 家族等との連携

A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		合議	職員			
判断基準	a) 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	-	7	70.0%		
	b) 利用者の家族等との連携と支援を行っているが、十分ではない。		3	30.0%		
	c) 利用者の家族等との連携と支援を行っていない。		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	家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。	-	8	80.0%	2	20.0%
	利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝えるよう伝達方法を工夫している。	-	7	70.0%	3	30.0%
	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。	-	7	70.0%	3	30.0%
	家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。	-	7	70.0%	3	30.0%
	(特養、養護、軽費)利用者や家族がつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。	-	7	70.0%	3	30.0%

### Ⅲ-1 職員自己評価結果【共通評価項目】 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。内容により特定される場合もあると思われませんが、本人の不利益にならないよう取り扱いにご配慮をお願い致します

#### 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 ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。

1	・果して職員が皆、事業計画、事業報告を読んでいるかどうか、わからない ・家族に配布されている資料があったとしても、私はその内容を目にしたことがない
2	利用者や家族への周知は、まだ不十分であると思う
3	理念は明文化され、職員会議などで説明・周知されているが、継続的には取り組めていない
4	年に数回、理事長や施設長の作成した文書が全部署への回覧という形で配布されている
5	新卒職員などは入社時に「ケアサポートマニュアル」を配布されて、説明を受けるが、中途採用などの職員には周知する機会がない。また、会議等を通じた継続的な周知のしきりもない
6	事業所のブログ(シャトブロ)など、周知のためのいろいろな取り組みを行っている
7	周知の取り組みなどについて、詳しくはわからない
8	利用者・家族への理念・基本方針の周知は、不十分であるような気がする
9	職員に対しては理念・基本方針の明文化や周知はできていると思うが、利用者・家族に対する取り組みは伝える機会なども少なく、不十分であると思われる
10	理念等は職員に対しては周知されているが、利用者には伝えられていない
11	周知の取り組みが十分ではないと感じる
12	・ホームページ等に記載されていない ・職員への周知が十分ではない

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。

1	動向については、一部の職員しか把握していないのではないか
2	・経営環境や状況が各職員によって把握されているのかどうか、そのことは全くわからないが、いずれにせよ個人差のあることであると思う ・何となくはわかるけれど、わかりやすく説明することはできない
3	理事長・施設長が情報収集している。地域で必要とされる福祉ニーズについて把握している
4	経営状況等の分析にあたって、利用者一人ひとりのニーズを収集する取り組みが不足しているのではないかと思う
5	・毎月「運営委員会」の会議が行われ、その情報が職員に回覧されている ・現場職員が利用者の情報を収集している。収集した情報については必要に応じて会議などで課題として職員間で話し合っている。話し合いの結果は回覧により職員に報告されている
6	事業経営の状況の把握・分析については、詳しくはわからない
7	分析していると思われるが、介護報酬の改定など経営を取り巻く環境変化が激しく、事業経営がうまくいっているところなど、他の特別養護老人ホームも含めてどこかあるのだろうか
8	事業経営のことは理事長や施設長が担っている。職員に対しては、経営状況・運営状況とその変化について書面で必要なつど知らせしてくれる

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	介護手法の改善、業務分掌のあり方の改善などに向けた取り組みは見えて取れるが、そのような動きが経営課題の改善に全てつながっているとは考えづらい状況である
2	・現場の体制として、職員数が少ない ・経営状況やその改善課題については、どうなっているのか、よくわからない
3	経営のことは一部の職員のみが取り組みを進めている。そのため、周囲の職員も理解して施設全体として対応していかなければならない課題を明確にしていけないと感じた
4	経営課題については、理事長から運営会議や文書等を通じて伝えられている。各事業所では、そうした理事長の話に基づいて課題に取り組んでいる
5	職員数の増加に伴って「全体会議」の開催がなくなってしまったため、経営課題への取り組みについて職員に周知する機会も減っているように感じる
6	改善してほしいことを相談しても、改善にはつながらない。そのため、現場としても「仕方がない」として諦めてしまっている
7	経営課題への取り組みの状況について、詳しくはわからない
8	・経営課題や問題などは、書面などを通じて職員にも周知されている ・法人の理事会は定期的開催されている ・経営上の問題点については単発での周知と職員への協力要請となるため、具体的な問題の詳細や取り組みについてはわからない
9	・役員間でどのような話し合いをしているのか、一般の職員にはわからない ・現状の課題を抽出し、現場でその改善に取り組むことはできている

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	・計画実現に向けたビジョンが明確ではない ・考え方が中・長期のものではなく、1年単位になってしまっている感がある
2	中・長期計画については、策定されているのかどうか知らなかったので、判断できない
3	中・長期計画のことは、詳しくはわからない
4	中・長期計画を必要に応じて見直しているかどうか、わからない
5	中・長期の事業計画は年度ごとに立案され、必要なつど見直しなどもされているが、中・長期の収支計画については、おそらく策定はしているものと思うが、詳しいことはわからない
6	よくわからない

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	具体的な数値目標を示していない
2	事業計画のことも、詳しくはわからない
3	単年度の事業計画が実施状況の評価を行える内容となっているかどうか、わからない
4	単年度の事業計画に中・長期計画の内容を反映した内容が具体的に示されているのかどうか、職員はわからない
5	単年度の計画では事業項目ごとに目標となるものが示され、各事業項目において具体的に何を行っていくのかが示されている。計画の細かい内容については、職員も参画して決めている
6	事業計画について、よくわからない

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	・周知の機会が不足している ・基本的に計画は上層部が作成している ・計画は熟読すれば理解できる
2	事業計画は、現場リーダーの意見などを聞いた上で策定されている
3	介護職員に対しては、事業計画についての説明などはあまりされていないと思う
4	会議や研修会等に参加することが少ないので、詳しいところはわからない
5	・事業計画は職員の意見も集約・反映した上で策定されているが、計画内容の評価については、あいまいである ・そのため、事業計画の見直しというより「新しい計画内容が増えた」という印象である
6	周知はされているが、職員がどこまで理解しているのかわからない(複数回答:他に1件)

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	利用者の家族には周知しているが、利用者本人は計画についてほとんど知らないと思う
2	・事業計画の主な内容については、見ることでできない利用者の方が多数である ・計画は、ホームページには掲載されている
3	利用者等は、事業計画について、深くは理解できていないと思う
4	家族に対する周知のみで、利用者に向けた取り組みは積極的に行ってはいない
5	事業計画の周知などには積極的に取り組んでいない
6	利用者等に対して計画内容を周知する取り組みのことは、詳しくわからない
7	・家族には計画を伝えているが、利用者に対しては明確には伝えていないと思う ・周知した上で「内容の理解を促す」という視点からは、取り組みは不十分であると思う
8	利用者への周知は行われていない

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	サービスの質の向上のための取り組みは上層部で行っているが、不十分である
2	福祉サービスの質の向上のことは、よくわからない
3	サービス内容ごとに各担当者に分け、委員会などの場で質向上のために検討している
4	自己評価等が行えていない

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。

1	改善の取り組みは、計画的には行っていない
2	改善計画として話が出るが、実施はできていないように感じる
3	職員間で課題の共有はしているが、それに対する取り組みはしていない
4	評価結果は、会議や文書などを通じて職員に周知される。改善課題については「リーダー会議」「グループ会議」で取り上げ、検討している
5	評価結果の分析結果やそれに基づく課題の文書化のことなど、よくわからない
6	課題が改善できているかどうかは別のことであるが、評価した内容によって課題を明確化し、委員会などで改善に向けた取り組みを行っている



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	・責任者と話す機会が少ない ・広報誌の発行が滞っている(外部も内部も)
2	そこまで広報誌を見たり読んだりしていないので、わからない
3	詳しくはわからない
4	施設長の役割・責任については、施設内への配布文書でそのつど周知はされていると思うが、全職員がそのことをきちんとわかっているかどうかは不明である。職員が理解しているかどうかについて、確認をしていないと思う

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	スケールメリットを持つ施設であるがゆえの弱点として、広く大きいために、遵守すべき法令等に関する意識が伝わり切っていない
2	法令遵守の取組について、詳しくはわからない
3	・遵守すべき法令等について周知するための文書を回覧するとともに、会議などの場で内容を説明している ・管理者の研修参加については「おそらく」という範囲内でしかわからないが、虐待予防関連の研修会に、リーダー層職員はそのつど参加しているものと思う

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	・管理者は忙しそうである ・各リーダーの能力如何にかかっている
2	施設内での研修や外部(北海道以外も含む)での研修にも参加できることは、よいと思う
3	サービスの質の向上について意欲はあるのだろうと思うが、その取組はいつも中途半端なまま終わってしまっている
4	管理者のリーダーシップのことはわからない
5	全体的には取り組まれており、質向上のための課題の把握やサービスの改善に努めているが、現場管理者には力量不足がある。ただし、職員に意見を聞いて取組みに反映させることなど職員の指導について努力はしている
6	積極的に研修を行い、介護方法を見直すなどに取り組んでいる

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	・入院者減の取り組みの実績がよく見えてこない ・施設長は、人事体制のことについて、かなり苦勞している
2	管理者は働きやすいと考えているのかもしれないが、職員にとって働きやすいとは言えない
3	人員配置のことや業務に関する取り組みについては、逆に職員の負担となってしまうケースも多く見られる
4	・各グループや各職員の配置基準は何か、わからない ・現状は、男性職員が多いグループ、午前勤務のため昼で退勤するパート職員が多いグループなどがある、職員配置には偏りが感じられる
5	・人事、財務、労務等を踏まえた分析は、まだ十分ではないと思う ・管理者は職員の話は聞いてくれるが、先送りにされることもある
6	わからないので「十分ではない」を選んだ
7	理念・基本方針の実現に向けて「管理者が、職員の人員配置、職員にとっての働きやすい環境整備などに取り組む状況」とはどういうことなのか、よくわからない
8	業務の実効性を高めるため、各部署やユニットの状況に応じて人員配置を行っている。実際に不定期の異動も多い。ただし、それらの取り組みは「組織内における具体的な体制の構築」とまではなっていないと思う

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	慢性的な人員不足で、何とか業務をこなすことで精一杯である
2	・人材確保の取り組みは積極的である ・小学生から大学生までへのアプローチはおもしろい ・人材育成の実績(評価)が不透明である
3	リーダー層の育成が不十分ではないかと思う
4	・中堅職員やリーダークラスの職員は、施設のトップに守られていないように感じる ・常に守ってほしいとは思わないし、中堅・リーダー職員として自分たちでできることはやっていくつもりであるが、もう少しこちら側の気持ちも尊重してもらえたらと思う
5	・介護職員も看護師も少ない ・専門職の配置のことも含め、この先の福祉人材の確保や人員体制について不安がある。一人ひとりの職員の負担が大きい
6	学校訪問を行うほか、当事業所で開催する『介護の魅力フェア in よいち』での学生職業体験会、地域の中学生に参加してもらった「喫茶ボランティア」の活動などがある
7	事業所として、人材の確保はできていない。人手不足である
8	・必要な福祉人材の確保・定着のことは、事業計画にもなっている ・職員の人材育成については、委員会による取り組み、活動がある ・学校訪問、就職説明会、介護の魅力フェアなどのイベントや、学生アルバイトの採用など、広く活動している
9	職員が自分の母校を訪問したり、リーフレットを作成するなど、積極的に活動している

Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リーダーごと、職位ごとの具体的な職務分掌が明確ではない</li> <li>・仕事内容には、職員の身分に応じた差が見られない</li> <li>・前任者が辞めたから「自分が昇格したのか」との感がある</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・そこまで職員のことを考えてくれているのか、わからない</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現況について、職員が萎縮してしまい、積極的な業務をそれぞれが行えていないように感じる</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リーダーとしてふさわしい職員のあり方について本当に理解した上で選出しているのか、果してどのような判断基準で行っているのかについて、気になっている</li> <li>・ただ単に「上の職員と仲がよいからリーダーに選ばれている」というような気もする</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頑張っても認めてもらえない</li> <li>・自分よりあとから採用された人がリーダーに昇進している</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人事管理について、詳しくはわからない</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どのように人事が行われているのか、自分にはわからない</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の採用、異動、配置等の基準は明確である。ただし、昇進・昇格のことについては、明確には定められていないと思う</li> <li>・処遇水準を評価・分析するための取り組みについては、わからない</li> <li>・人事管理について、職員の意向等を把握し、それに基づいて改善策が検討・実施されているかどうか、わからない</li> <li>・職員が将来像を描くことのできる総合的なしくみづくりについては、育成方法を実践していくなかで、そうなるようにしているものと思う</li> </ul>

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一部の中間管理職が、就業状況や法律について理解していない(公休管理、その他)</li> <li>・そのため、リーダー層にも伝わっていない</li> </ul>
2	言葉ではいいこと言っているが、実際のところその言葉通りできているかどうか、わからない
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間外労働の多さに関して、改善しようと取り組んでいるのか、わからない</li> <li>・時間外労働については、当然のように行うこととなってしまっているのではないかと</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の職員によって差はあると思うが、現状は働きやすい職場環境であるとは言い難い</li> <li>・多過ぎる仕事量が特定の職員のみにも与えられ、逆に仕事が少な過ぎる職員がいるなど、業務配分のバランスが悪過ぎる。職員の不満が絶えない職場であると思う</li> </ul>
5	休日勤務(会議など)や時間外勤務が多い。それぞれの職員の状況は自己申告しないとわからないことなので、上層部はきっとわかっていないと思う
6	個別面談が実施されているほか、いつでも施設長が職員の話聞いてくれる環境があるので、働きやすい職場であると思う
7	職員の心身の健康と安全の確保に努めるため、健康診断やストレスチェックを実施している
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員にとって働きやすい環境が作れるように管理者は取り組んでくれているが、それによって職員の意識が高まる効果は現在までになく、業務に支障が出ている</li> <li>・上記の状況の原因には、利用者の重度化のこともある</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間外勤務が多い</li> <li>・休日出勤が多い</li> <li>・ほとんど定時では上がれない</li> <li>・いろいろ仕事の負担が多過ぎる</li> </ul>
10	職員との個別面談は実施されているが、相談しやすくするための組織内の工夫などは実施していないように思う
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就業状況について配慮はしてくれているとは思いますが、現状の体制ではその効果を上げることは難しいと思う</li> <li>・有給休暇などは、特に現場職員の場合は職位が上がれば上がるほど取得しにくくなる。単に「取得できていないから取れ」と言われても、実際に休みを取ることは難しい状況がある</li> </ul>
12	有給休暇はあまり取れていない

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間が足りていない</li> <li>・やっているときと、やっていないときがある</li> <li>・職員育成の取組みについて継続性がない</li> </ul>
2	個別に話を聞くなど職員との情報共有は行っているが、それは一部とだけのような気がする
3	育成について、仕方ないことなのかもしれないが、新人職員やEPAの外国人職員ばかりに目が向けられているように感じられる。もっと周囲の職員にも目を向けてほしい
4	育成体制はつくりられているが、目標達成度の確認など、しっかり実施できていない
5	職員一人ひとりの目標は、その職員本人が直接的にはなく、現場のリーダーが管理しているように感じられる
6	人員不足で、まともには育成の取組みに参加できていない
7	職員一人ひとりの質の向上や育成の取組みは「何となくの指導」という感じになっているため、全職員一人ひとりの目標設定や目標管理などは具体的には行われていない。新規採用職員の育成のことだけで手一杯である。職員との個別面談は行っている
8	新人職員には目標管理などの育成の取組みがあるが、一般職員については、特に目標設定なども行われていない
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新人に対する育成体制は整えられ、行えている</li> <li>・中堅層の育成のしくみや目標管理は明確でない</li> </ul>

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画は緩いが、外部・内部ともに研修機会は多い</li> <li>・業務に反映されているかどうかについて確認しているかは知らない</li> </ul>
2	例えば「施設内研修をしようと思う」のように、ざっくりした大雑把な方針を掲げるだけで、結局は取組みが中途半端に終わっているように思う
3	研修は行われているが、必要最低限の内容にとどまっていると思う
4	必要とされる専門技術を職員に明示する取組みとして、介護職員向けに「ケアマニュアル」が作成されている
5	職員研修の計画は策定されているが、実施面では不十分なところがある

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全職員が研修に参加できるような就業状況ではない</li> <li>・また、研修参加できなかった職員に対しても、受講の成果等をうまく伝えることができない</li> </ul>
2	教育・研修の機会は多いが、職員のレベル分けがきちんとされているとは思わない
3	もっといろいろな研修に参加したいが、研修に出る職員も固定されているイメージがある
4	積極的に参加している人は少ないように思う。「言われたからやっている」という職員の方が多いのではないかと感じる
5	外部研修については、多くの職員に参加・受講の機会がある
6	施設内研修や外部研修の機会は、全職員において多いと思う

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	実習にはかかわっていないので、判断基準では、b)を選択した
2	実習生の受け入れ体制は、とてもよいと思う。何より「手厚い」との印象がある
3	実習生等に対する直接的な取り組みとは少し異なるが、毎年開催されている「介護職員初任者研修」には当事業所の職員も講師として参加しているため、そのことが実習生等への指導等には役立っているものと思う
4	実習生の研修・育成などについて、現場の職員に任せ過ぎている
5	詳しくわからない
6	当事業所に実習生が来て研修を行っていることは知っているが、それ以上のことについては、具体的にどのようなことが行われているのかなど、実習担当が自分とは職種が違うこともあり、わからなかった。そのため、この項目は評価もできていない

### 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	ホームページで確認できる
2	・第三者からの意見や苦情に関しては、割と回覧などで職員への周知を図っているように感じる ・第三者の目を、とても気にする職場であるように思う
3	理念・基本方針や当事業所の活動等を地域に向けて発信する手段として、印刷物ではないが、ホームページやブログなどウェブサイトを使って情報を公開している
4	理念、基本方針、サービス内容、事業計画などがホームページ等を活用して適切に公開されているのかどうか、わからない

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	各グループの予算管理が不透明である
2	経理担当者が外部研修へ参加した際に、相談や質問をすることがある
3	そうした取り組みについては、わからない
4	事務、経理、取引等の定期的な内部監査などについては、わからない
5	公正で透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みがされているのかもしれないが、この件に関しては、全体的に職員の関心が薄いのではないかと思う

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	月に約1回、中学生が「喫茶ボランティア」で来てくれている。喫茶は中学生も入居者も楽しそうなので、よい取り組みであると思う
2	夏祭りなど、地域ボランティアを巻き込んで行われるイベントは評価できる
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域との交流活動、ボランティアの受け入れなどの取り組みは、この施設において最も重要なこととして捉えられているのではないかと感じる</li> <li>・そう感じるぐらい「つながり」を大事にしているような気がする</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の祭りなどの行事には、積極的に出かけている</li> <li>・地域住民にはボランティアとして参加してくれている人が多い</li> <li>・夏祭りなどの施設主催の行事には、地域の一般の人たちの参加が多い</li> </ul>

Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受け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	地域の学校教育等への協力のため、各学校を訪問している
2	地域(子ども)に対する支援は強い法人であると考え
3	ボランティアの受け入れは、全職員が対応できるかと問われれば、そういうわけではない
4	ボランティアの受け入れは「ボランティア活動推進委員会」で行っている。人数が多くないため、受け入れ体制の“制度化”というところには至っていない
5	毎年、季節的な行事の一つとして「ボランティアの受け入れ」を行っている
6	学校教育への協力活動として、地域の小学校・中学校からのボランティア受け入れを定期的に行っている
7	ボランティアの受け入れ姿勢について明文化しているかどうかはわからないが、その受け入れには積極的である
8	ボランティア受け入れのことは、わからない
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、学校からのインターンシップ(職業体験)などの受け入れ、学生ボランティアの受け入れは多い</li> <li>・明確な受け入れマニュアルは作成されていないと思う</li> </ul>

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	関係機関や地域の社会資源については、わからない職員も多いのではないかと
2	関係機関・団体との連絡は十分であると思う。ただし「連絡会」などの開催があるのかどうかは、わからない
3	関係機関・団体との定期的な連絡体制として、地域包括支援センターとの定例会議の開催や、地域の「余市グループホーム連絡協議会」への参加などがある
4	関係機関等との連携のことは、わからない

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	災害時の対応が不十分である
2	地域のために有効・効果的に使えるスペースもあると思われるが、使えていない
3	地域住民対象の『介護の魅力フェア in よいち』の開催がある
4	・余市町地域包括支援センターがイオン余市店に設置されている ・地域包括支援センターでは、地域住民向けに「講演会」を開催したり、定期的に「プールウォーキング教室」などを実施している
5	地域福祉向上のための取組みについては、わからない

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	・初任者研修を実施している ・配食サービスを提供している ・施設開放を行っている
2	イオン余市店の店内に介護総合相談スペース「あったか」があり、当事業所の特養相談員等もそこに派遣され、相談業務についている
3	十分に行っていると思うが、具体的にどこまで行っているのかは、わからない
4	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動のことは、わからない
5	法人が運営を受託している「余市町地域包括支援センター」は街なかの商業施設に入っているため、地域住民等はアクセスや相談がしやすいと思う

### 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	取組みは定期的ではない
2	利用者本位の福祉サービスに取り組んでいないわけではないが、職員全員にその取組みが周知され、理解されているとは言い難い
3	新人職員対象の研修会や勉強会はあるが、中堅職員やリーダー職員向けのものはない
4	利用者尊重の姿勢やそのための取組みについては、わからない
5	・利用者尊重の姿勢は、マニュアルに明記されている ・利用者尊重の姿勢や基本的人権への配慮について職員が学ぶ研修の機会がある ・職員の実施状況については、ユニットごとの点検と把握・評価に基づく指導がある



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

1	利用者のプライバシー保護等についての規程・マニュアルがあるかどうか、わからない
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のプライバシー保護について記載されたマニュアルがある</li> <li>・プライバシー保護、権利擁護に関連した新聞記事をチェックして職員に回覧するとともに、記事内容をめぐって意見交換できる場づくりを行っている</li> <li>・多床室の仕切りを家具タイプのものに変更している</li> <li>・利用者のプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みの周知については、利用者・家族に対して、十分ではないかもしれない</li> </ul>

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設を説明・紹介するパンフレットがない</li> <li>・利用希望者への対応は手厚い</li> </ul>
2	サービスの利用希望者には個別に対応しているが、説明パンフレットなどがなくことなど多くの人に対する情報提供のしきみはできていない

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	日々の支援の仕事のなかでは、利用者への説明はきちんとしていると思っているが、サービス開始・変更時については仕事の内容が自分のものと違うので、わからない
2	サービス開始にあたっての対応は相談員の業務であるため、現場で動いている私たちは、そのことについてはわからない
3	サービスの開始・変更について利用者によりわかりやすく説明するための資料は作成していないが、わかりやすい説明の実施には心がけている

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	当施設が複合型施設であることは、サービス継続性の面で利点である
2	この業務に携わっている職員とは部署が違うため、よくわからない
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の変更や家庭への移行時には、ケアプランやアセスメントシートを手渡している</li> <li>・サービスの終了時、利用者・家族に今後の相談方法等について説明し、その内容を記載した文書を渡しているかどうか、わからない</li> </ul>

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

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

1	行われていない
2	「利用者満足」という言葉とその取り組みがあることを、今回初めて知ることができた
3	定期的にカンファレンスを行っているが、まだ不十分ではある
4	利用者満足の上昇については、たぶん取り組みを行っていると思う
5	利用者満足を把握するための調査が定期的かどうか、わからない
6	利用者満足の上昇を目的とする委員会活動はあるが、まだその取り組みは進んでいない
7	日常的なかかわりのなかで利用者の満足の度合いを把握するようにしているが、満足度を把握するためのしくみは整備されていない
8	利用者が参加する会議は行われていない

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	苦情対応は早い
2	苦情対応については、最終的な対応結果を伝えられてはいるが、経過までは知らない
3	苦情解決のしくみは、たぶん機能している
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内の廊下の「面会カード」があるところと同じ場所に「苦情記入カード」は置かれているので、利用者等はそれを使ってさりげなく記入することができると思う。なお、カード記入ではなく、利用者からの苦情を職員が直接聞いて受け付ける場合も多い</li> <li>・寄せられた苦情については「苦情相談委員会」にて対応を検討している。また、苦情への対応後の状況はどうであるかなども確認し、把握している</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情の受け付け内容やその解決の記録などは「苦情相談委員会」にて適切に行っている</li> <li>・職員が自分の介護を振り返り、チェックする機会も設けている</li> <li>・苦情解決の取り組みについては、ホームページ等で公表している</li> </ul>

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	このことについては部署が分かれているので、詳しくはわからない
2	相談時などに利用者が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は、たぶん作成されている
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が相談等する場合に複数の方法があり、相談相手も自由に選べることをわかりやすく説明した文書はない</li> <li>・利用者が相談しやすいように、声かけなどは多くするよう配慮している</li> </ul>
4	相談する場合の方法等についてわかりやすく説明する文書を作成したり、施設内に掲示したりということは行っていない

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。

1	意見や相談が寄せられた場合は「今すぐには対応できないが、あと何分ぐらいで対応できる」旨などの説明を行っている
2	利用者からの相談や意見への対応は早い
3	・利用者からの相談や意見を受けたときは「リーダーに伝えること」がまず第一と考えている ・とりあえずリーダーに報告し、対応について指示してもらっている
4	・相談等を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討について定めたマニュアルはないが、寄せられた意見の内容によっては、苦情として取り扱うようにしている ・意見箱は設置していないが、利用者と職員が話のできる機会は多く持つようにしている

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	リスクマネジメント委員会の開催は素早く対応している
2	利用者の安心と安全を脅かす事例を収集するために「事故報告書」を作成し、それを各部署に回覧している
3	リスクマネジメントに関して、事例の収集、要因分析、対応策の検討・実施などは、定期的には行っていない

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	感染症予防や対策は、しっかり行われている
2	感染予防に必要な物品は不足しているように感じる(すぐ購入できる環境にもない)
3	・感染症のことは年1～2回ほど周知される程度なので、いざという時に対応できるのかどうか、不安なところはある ・そのため、職員対象の感染症予防の勉強会などをもっと実施すべきであるが、実際には人も時間も足りず、できていないのが現状である
4	・ノロウイルス感染対策など具体的な感染予防策や発生時の対応方法について職員が学べるように、定期的に研修会を実施している ・手洗いが正しく実施できているか、定期的に確認する機会をつくっている

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	災害時対応マニュアルの内容および災害対応が不十分である
2	災害時における安全確保のための取り組みや安否確認の方法などは、一部のみが知っていることであると思う
3	災害時の対応体制や福祉サービスの提供を継続するための対策のこと(BCP)、食料・備品類等の備蓄のことなどは、個人的に私が耳にしていなくてもいいかと思う
4	どの職員も「火災発生時の対応」ぐらいしか知らないのではないかと思う

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	提供するサービスの実施方法について「ケアサポートマニュアル」を作成し、配布している
2	標準的なサービスの提供は行われていると思うが、実施方法について文書化などされていないものも多いことから判断し、評価した
3	・サービスの標準的な提供方法は「ケアマニュアル」に明記されている ・方法については必要なつど見直しがされている

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	職員の意見は反映されやすい
2	標準的な実施方法の見直しのしくみのことは、わからない
3	標準的な実施方法が明記されている「ケアマニュアル」の見直しは、現場の職員がそれぞれの項目・領域の担当者となって取り組んでいる

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	利用者の状態に変化があった際は、関係職員がサービス実施について協議することはあるが、その取り組みは十分なものではないと思う
---	---

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	計画の見直し等について、定められた通りにできていない
---	----------------------------

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	職員間の共有が効率よくできる体制はあると思う
2	利用者の基本情報、介護記録、ケアプラン等は「介護入力ソフト」を活用してパソコンに保存し、職員が閲覧して情報共有できるようにしている
3	サービスの実施記録は、パソコン内の記録システムによって管理している

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	職員の採用時に「個人情報を外部に漏らさない」という内容の誓約書の提出を受けている
2	・職員が記録システムを使用する際には、職員一人ひとりに割り当てられたパソコン使用時の「パスワード」が必要となる管理体制がある ・事業所のブログ(シャトブロ)などで写真を掲載する際も、利用者・家族に写真の使用について了承を得ている

### Ⅲ-2-① 職員自己評価結果【内容評価旧項目】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。内容により特定される場合もあると思われませんが、本人の不利益にならないよう取り扱いにご配慮をお願い致します

#### 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	利用者一人ひとりに応じた生活を提供するよう支援することが理想であるし、そのことを考えた上で仕事をするようにしているつもりであるが、現状は職員不足等の理由から、そうした実践が満足に行える状況ではない
2	支援活動の多彩化を図るため、住民ボランティアの参加を得て運動学習プログラム「ふまねっと運動」の実施を通じた地域交流会を展開している

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	職員によって、対応できる人とできない人の差が大きい
2	利用者から「職員が忙しいので話せない」等の話を直接に聞いたことがある

#### 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	設備の不調等によって対応できない場合がある
2	入浴機械が故障することがよくあり、そのために利用者が入浴できなかつたりするなど、不便な思いをさせてしまうことが多いので、新しい入浴機械の購入を検討してほしい
3	入浴介助を拒否する入居者に対して、介護者としてあきらめてしまっているところがある

A-2-(2)排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。

1	コメントなし
---	--------

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	利用者にあった車椅子がないため、工夫して使用している現場を見たことがある
2	車椅子など移動等のための福祉用具の数が足りない

A-2-(4)褥瘡の発生予防を行っている。

1	褥瘡予防の取り組みについては、職員間で協力できていると思う
---	-------------------------------

### 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	ほとんどのことは栄養士がやってくれるので、献立のことにはあまりかかわっていない
2	・献立内容については見直しが必要である ・利用者の使用する食器についても、取り換えが必要であると感じる

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。

1	食事の提供や介助について、個人の状況に応じて変更できることはよいと思う
---	-------------------------------------

A-3-(3) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。

1	コメントなし
---	--------

### A-4 終末期の対応

A-4-(1) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。

1	終末期の対応について手順が明らかになっているのかどうか、わからない
---	-----------------------------------

### A-5 認知症ケア

A-5-(1) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。

1	コメントなし
---	--------

A-5-(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。

1	時折、業務を優先してしまうときがある
---	--------------------

### A-6 機能訓練、介護予防

A-6-(1) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防を行っている。

1	コメントなし
---	--------

### A-7 健康管理、衛生管理

A-7-(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	手順は確立している。服薬事故は多いが…
2	利用者の体調変化等に対応するためのマニュアルがある

A-7-(2) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。

1	外部から清掃の専門業者を入れてはいるものの、手洗い用の石けんが切れていたりすることも多いので、発生予防の取り組みは十分ではないと考える
2	定期的に関連研修を実施し、習得した知識・技術に基づき発生予防策を実行している

## A-8 建物・設備

A-8-(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	築20年が経過し、修繕等が迫いついていない
2	・雨漏りのために入居者が転びそうになるときがある ・施設の老朽化に対する取り組みは不十分であると思う
3	トイレの暖房器具のないところがあるが、この寒い冬にもかかわらず交換などの話も出てこない ので、快適性への配慮は十分でないと思う
4	施設建物・設備の老朽化が進んでいて、職員として対応に苦慮している
5	・利用者の生活の快適性に配慮しているが、十分なところまで行き届いていない。何年も雨漏り したままの箇所などもある ・施設のトイレが、壊れたまま、ずっと放置されている

## A-9 家族との連携

A-9-(1) 利用者の家族との連携を適切に行っている。

1	コメントなし
---	--------





### Ⅲ-2-② 職員自己評価結果【内容評価新項目】 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。内容により特定される場合もあると思われませんが、本人の不利益にならないよう取り扱いにご配慮をお願い致します

#### 判断した理由・特記事項等

#### A-1 生活支援の基本と権利擁護

##### A-1-(1) 生活支援の基本

##### A-1-(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	自立している利用者などには役割を持ってもらい、手伝いを依頼している
2	・本人にできることは、無理のない範囲でやってもらうよう職員が働きかけている ・雪のない時期には、買い物や外食など外に出かけられるよう配慮している ・本人が「手伝いたい」と思うことは、実際に手伝ってもらえるよう支援している
3	利用者の趣味・興味・希望等について聞き取りを深め、把握した内容を日課に反映させて一人ひとりに応じた一日の過ごし方を検討する取り組みを進めているが、まだ十分なものではない
4	利用者一人ひとりがそれぞれに応じた過ごし方ができるよう配慮する取り組みは行えているが、職員数の減や業務量が多くなっていることもあり、十分な取り組みが行えているとは言えない

##### A-1-(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	時どき北海道の浜言葉が出てしまうので、利用者の尊厳に配慮した言葉づかいが「徹底されている」とは言えないが、徹底できるよう努力はしている
2	・先日、会話の不足している利用者の中の一人が「自分は周囲から気にかけていない」と話してくれるということがあった。このことについて施設長から全体への周知があって、グループごとに協議する機会を持ったので、職員それぞれが利用者一人ひとりとのコミュニケーションの大切さを学び、実践に生かしていこうとしている最中であると思う ・利用者への言葉づかい、接遇については随時の見直しや職員への啓発活動を継続して行っているが、まだ十分ではないと思う
3	利用者が話したいことを話せるような機会を特別につくっているわけではないが、話したいことを聞けるようにするための努力はしている

##### A-1-(2) 権利擁護

##### A-1-(2)- 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。

1	コメントなし
---	--------

## A-2 環境の整備

### A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

#### A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の快適性への配慮から、室温や湿度の管理には気を使っている</li> <li>・利用者の意向・希望に沿い、テーブルやテレビの前に置かれたソファの位置を変更するなど配慮している</li> <li>・居室環境への配慮では、ドアなどの点検、油さしなど行っている</li> </ul>
---	--

## A-3 生活支援

### A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

#### A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。

1	<p>入浴支援にあたっては、利用者一人ひとりの状況から、個浴のままでよいか、機械浴(座浴)にすべきかなど見直しを行っている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個浴の支援時には、利用者が普段は言えないことなども一対一の関係のなかで本人が職員に話しやすいようにする雰囲気づくりをしている</li> <li>・入浴の曜日なども、当日の体調や気分に応じてそのつど変更するなど配慮している</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴方法の検討・配慮として、ドアやカーテンを閉める、タオルで隠すなどしている</li> <li>・入浴について利用者の拒否があった場合は、入浴日の柔軟な変更、時間帯の工夫、誘い方の工夫などで対応している</li> <li>・入浴前にはバイタルサインや体調などをチェックし、調子のよくない場合は部分清拭、着替えのみの対応などしている</li> <li>・立位がとれる利用者の場合は、できるだけ個浴対応ができるよう検討している</li> <li>・受診予定やその他の利用者の都合に応じて、入浴日を前後に変更するなどしている</li> <li>・本人の希望により、足を洗うだけ等の対応もしている</li> </ul>
3	<p>利用者の意向によって、入浴できないときがある</p>

#### A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。

1	<p>利用者の排泄を促すため(自然排泄できるように)、排泄しやすいように、本人がトイレで便座に座る機会を意識的につくっている</p>
2	<p>自然排便を促すための取り組みはまだ十分ではなく、検討が必要であると思う</p>

#### A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。

1	<p>移動支援時の介護の取り組みとして「持ち上げない」「引っ張らない」介助を行うようにしている</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本人が扱いやすい、自操しやすい車椅子を使用してもらって、できるだけ自力で移動ができるよう配慮している</li> <li>・移動のじゃまになる場合は、車椅子のフットレストを取り外すなどしている</li> <li>・車椅子で通り抜けしやすい家具の配置を考慮している</li> <li>・利用者の心身等の状況に合わせて、日によって車椅子と歩行器を使い分けるなどしている</li> </ul>
3	<p>移動のための福祉用具について、歩行器のなかには、古くてぼろぼろになっていて早急に買い換えた方がよいと思うものが多い</p>

A-3-(2) 食生活

A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・献立や提供方法の工夫として、金曜日は選択麺(めん)のメニューにしている</li> <li>・食事の雰囲気づくりのため、器に配慮している</li> <li>・温かい食事を提供できるようにしている</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配膳に際しては冷たいものから盛りつけるようにして、できるだけ温かいものが冷めないうちに食べられるようにしている</li> <li>・クリスマスなどの行事食では、食事をワンプレートにして豪華さや華やかさを演出できるようにするなど、盛りつけに配慮している</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・献立については、週1回、セレクト(選択)できる「麺の日」を設けている</li> <li>・職員が検食を行うなど、利用者の食生活が向上するように取り組んでいる</li> </ul>

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

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事を提供する時間を本人の希望に合わせている</li> <li>・提供している食事形態を見直し、可能であれば、できるだけ常食とするようにしている(例えば肉だけソフト食に変更するなど)</li> <li>・本人の希望に応じ、主食をパンに変更するなどしている</li> </ul>
---	--

A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の起床時には、うがい、清拭を行っている</li> <li>・起床時の水分補給に配慮している</li> <li>・毎食後に口腔ケアを行っている</li> <li>・歯科受診、歯科往診により、歯科医師等の助言・指導のもと、口腔状態をチェックしている</li> <li>・口腔体操を実施している</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科往診で口腔内洗浄を実施してもらっている。往診時は歯科医師から利用者本人にとって必要と考えられる口腔ケアについて助言がある(舌ブラシ、歯間ブラシの使用など)</li> <li>・口腔体操を実施している</li> <li>・利用者がたくさん言葉を発するように働きかける</li> </ul>
3	<p>自分で口腔ケアを行っている利用者については、十分にケアできているのかどうかを定期的に確認したり、見直しを検討する必要などもあるように思う</p>

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡予防のため、無圧マットレスを利用している</li> <li>・体位交換の実施方法について周知徹底している</li> <li>・関係職員の連携の取り組みとして、医務処置がある</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡予防等に関する研修が少ないように感じる</li> <li>・皮むけ、発赤の段階で、治癒に向けた対応がとられている</li> </ul>

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

A-3-(4)-①

介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。

1	<p>介護職員による喀痰吸引の方法や胃瘻管理など経管栄養の方法について研修を実施し、資格取得も進めているが、実際には行っていない</p>
---	--

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

A-3-(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練や介護予防のため、集団リハビリテーションを行っている</li> <li>・個別の支援、リハビリテーションとして、足首の運動を行っている</li> </ul>
---	--

A-3-(6) 認知症ケア

A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。

1	医師・看護師などの関係職員と連携を図り、利用者の行動・心理症状(BPSD)について分析を行い、支援内容を検討するとともに、必要に応じて受診している
2	利用者一人ひとりに合わせて、その時その時の対応は行っているが、十分なアセスメントを実施した上での観察・分析というところまでは至っていない
3	利用者の症状等の分析が十分ではないと感じる

A-3-(7) 急変時の対応

A-3-(7)-①

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、取組を行っている。

1	高齢者の健康や薬についての研修は行うとよいと思う
2	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や取り組みは十分ではない
3	急変時等の対応について、もう少し施設内での研修が必要であると感じる

A-3-(8) 終末期の対応

A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。

1	終末期を迎えた場合の対応体制は整っているが、ケアを行う職員へのメンタルケアの実施は、職員研修のときだけにとどまっている
2	現時点では、利用者が終末期を迎えたとき施設でのケアの継続を希望した場合に、医療機関がどこまで協力してくれるのか心配である
3	終末期の対応に関する職員研修を行ってはいるが、定期的ではない

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本人の外出行事には、家族も同行することができる</li> <li>・家族等に対して、施設行事への参加を呼びかけている</li> <li>・利用者家族との連携を図るため「家族懇談会」を実施している</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に変化があったときなどには家族に報告しているが、その変化が緩やかである場合はあまり報告ができていないと思う</li> <li>・家族懇談会も、年1回の開催もできていない</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族等との連携と支援については、グループ内で引き継ぎ、確実にしている</li> <li>・家族懇談会を実施するなど、互いにとっての「つながりの場」をつくらせている</li> </ul>

### Ⅲ-3-① 職員自己評価結果【共通・内容評価旧項目】 総合意見

※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。内容により特定される場合もあると思われませんが、ご本人の不利益にならないよう取り扱いにご配慮をお願い致します

#### 特によいと思う点、改善したいと思う点

#### 特によいと思う点

1	職員として利用者一人ひとりを大事に思い介護している私にとって、この施設は一職員としても働きやすく、よい施設であると思う。もし自分の親が施設に入ることになったら、私はこの施設を選ぶ。安心して任せておける施設であると思っている
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域に向けた開放がある</li> <li>・利用者サービスには熱心である</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員個々に話を聞いてもらえることはよいと思う</li> <li>・職場の人間関係に複雑なことがあまりないので、入居者に対しても職員が笑顔で対応できていることはよい</li> <li>・イベント開催が多く、食事の献立にもいろいろな工夫があるなど、利用者にとって楽しみとなるように職員は頑張っていると思う</li> </ul>
4	外から訪れる第三者とのかかわりを大事にしている
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティア、実習生の受け入れを積極的に行っている</li> <li>・利用者の家族から何か相談を受けた場合は迅速に対応している</li> <li>・若い職員にいろいろな挑戦させてくれる</li> <li>・介護福祉士の試験対策が素晴らしいと思う。力を入れている</li> <li>・職員のやりやすいことは、大抵のことはやらせてもらえる</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長がいつでも話を聞いてくれるところが特によい</li> <li>・外部研修も含めて、研修を受ける機会が多いと思う</li> <li>・挨拶がよい</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者が意欲的な人である</li> <li>・すぐ行動できる上、指導力のある管理者なので、ここは大きな事業所ではあるが、安心して働くことができる</li> </ul>
8	事業所情報の開示について積極的である
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・しっかり休みがある</li> <li>・入居者からは楽しげな雰囲気を感じられる</li> </ul>
10	新しい取り組みをいろいろ考えて行っていこうとしているところは、とてもよいと感じる
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族やボランティアの人など外部からの来訪者が施設に来たときに、職員が丁寧に挨拶を行っているところはよいと思った</li> <li>・入居者の状態変化等の検討については、積極的に「グループ会議」を開催するなど職員間で話し合う機会をつくり、対応や支援の見直し等に取り組んでいるところはよいと思う</li> </ul>

## 特に改善したいと思う点

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の数が足りず、勤務が時間外にまで及ぶことが多い</li> <li>・利用者やゆとり話をする時間が持てない。そのようにして差し上げるゆとりがない</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コスト面のことが見えてこない</li> <li>・職員の給与水準は高くはない</li> <li>・休みが少ない</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期のケアに関して、ケアを行うための環境が不十分なので改善してほしい(各グループに個室をつくるなど)</li> <li>・新人職員への配慮に目が行き過ぎて、その他職員への配慮がなされていないと感じる</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間外労働の多さを改善したい</li> <li>・業務の簡略化に取り組みたい</li> <li>・責任の所在がわからない場合が多いので、各事務所で完結するためのシステムづくりが必要である。各職員に何でも仕事を兼務させるのは、個人の負担を増やすだけである</li> </ul>
5	<p>外からの第三者とのかかわりを大事にすることはもちろん重要であるが、内部の職員に対しても気配りなどもっとしてほしい。内部から崩れていったら、それはどうしようもないことだと思う</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・離職率が高いのに、その原因に目を向けて取り組むことをしていない。この件は各グループのリーダーだけに任せず、上層部も出るべきところでは前に出てきてほしいと思う</li> <li>・さまざまな取り組みを中途半端に放置し過ぎている。「あの件ってどうなったのだろう」と疑問に思うことが多いように感じる。各職員がさまざまなことに業務の合間や休日を返上し取り組んできたのに、結果が出ないのでは、やったことが報われない。それではやる気がなくなる</li> <li>・日頃から、職員同士がかかわったり、話をするコミュニケーションの機会をもっと設ければ「すぐにも辞めたい」などと言う職員も減るのではないかと思う。介護のような仕事は、ストレスも溜まりやすい。もっと職員一人ひとりに目を向けてほしい。利用者に対してよいケアを提供しようとするのなら、まず職員のモチベーションを上げていかないと難しいと思う</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的なことを、職員がちゃんとできるようにしていきたい</li> <li>・育成や指導の実践を通じて、職員教育の体制をしっかり考えたい</li> </ul>
8	<p>法人・事業所として、入居者主体であることはわかるが、現場で働く職員に対しても、いろいろと配慮などしてほしい</p>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・働く職員にとっては、ゆとりのない職場である</li> <li>・介護の仕事を行う職員には「心のゆとり」が必要であると思う。それゆえ「介護事業所はどこも忙しいのが当たり前」という考え方は、変えてもらいたい。ぜひ「わが事業所は違う。必ず変えていく」という気持ちをもって、事業所経営や運営にあたってほしいと思う</li> <li>・職員自己評価の進め方について気づいたこと(受審者からの要望)として、評価の判断基準の選択肢については、現行の「a」「b」「c」の3つ以外に「その取り組みをしているかどうか、自分ではわからない」を示す4つめの「d」という選択肢をつくってほしい</li> </ul>
10	<p>給料をもう少し上げてほしい</p>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年、改善点を抽出して計画を立てているが、途中から続かなくなり、結局は毎年あまり改善できないまま過ぎてしまっているところがあるので、今後はそうならないようにしていきたい</li> <li>・もう少し計画について深く細かく掘り下げて検討することと同時に、できるところから、職員にもよく周知して取り組んでいくようにしたい</li> </ul>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行事担当者や委員会活動等の構成メンバーを見ると、毎回同じような人たちがばかりが集まっているように思える。また、活動を進めるにあたって一人のメンバーのみ(委員長など)がすべてを決めなければならないような状況も見取れる。負担も大きいですが、検討に際しいろいろな視点が得られないようにも思える</li> <li>・入居者の心理的側面・身体的側面への介助について工夫・改善の取り組みを積極的に行っていてよいと思う。しかしその一方で、介助する職員へのケアは、きちんと行えているであろうか。第一に入居者を優先すべきことはもちろんのことであるが、入居者への介助内容をよりよいものとしていくためにも、職員に対するケアについても疎かにしてはならないと思う</li> </ul>

### Ⅲ-3-② 職員自己評価結果【共通・内容評価新項目】総合意見

※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。内容により特定される場合もあると思われませんが、ご本人の不利益にならないよう取り扱いにご配慮をお願い致します

#### 特によいと思う点・改善したいと思う点

#### 特によいと思う点

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・困ったときには話を聞いてくれる上司がいる</li> <li>・働きやすいと思う</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつも新たな課題が提示されていて、同じことを毎年繰り返すというわけではなく常に前向きに取り組んでいる</li> <li>・職員との面談などを通じて、一人ひとりの声にも耳が傾けられており、働きやすい職場づくりを行おうという配慮がある</li> <li>・ノーリフトの介護など利用者にとっても職員にとってもやさしい介護を取り入れようとするなど、常に向上心のある事業所であると思う</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員同士の親睦会やグループ懇談会の開催など、互いに打ち解け合える場がある</li> <li>・住民ボランティアの受け入れなど、地域ぐるみで行う取り組みが多い</li> <li>・パソコンを利用した記録システムにより、職員間の情報共有がしやすい。共有できている</li> <li>・上司(施設長)が職員一人ひとりのことをよく見ている</li> <li>・研修の機会が多くあるため、それが自分の学びにつながっている</li> </ul>

#### 特に改善したいと思う点

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・有給休暇が取れない</li> <li>・研修参加のあることはよいと思うが、休日に出ることが多い。そのため、公休の日ではあっても十分な休養が取れない。休めない(研修だけでなく、会議でそうなることもある)</li> <li>・現場の人員確保や人事異動などで配慮してくれているが、それでも日々の業務をこなすこと、回すことで精一杯の状況である。仕事に余裕がない</li> <li>・若手を育てることが難しい</li> <li>・仕事のことをよく理解し、頑張っているのは、長く働いている熟年の職員であるように思う</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所には「人手不足」という改善課題があると思う。そのため現在は目の前の利用者への対応に追われて、継続的・計画的な取り組みを進めることが難しい状況である。何か新たな取り組みや大きな行事を開催する場合には、リーダーなど特定の職員にかかる負担が大きくなっている。改善に向けて、もっとさまざまな職員が主体的に業務に取り組めるよう育成していくことも必要と思う</li> <li>・利用者の体調不良や入院などを予防するため、利用者個々のリスク因子を分析できるように関連するデータを収集する取り組みなどを行うとともに、支援について多職種間で協議したり、協力し合うしくみをもっとつくっていったらよいと思う</li> <li>・利用者の生活や心身の状態などを家族も把握できるように、事業所として家族に向けて情報開示していったらよいと思う。利用者の状況を把握した家族から意向を聞き取り、ケアプランの見直しなどにつなげていく活動も進めていきたい。その際は、家族懇談会の場を活用するなど、現在よりもっと家族と職員がかかわる機会をつくっていったらよいと思う</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務時間内に終わらない仕事が多い</li> <li>・業務時間外にしかできない仕事が多い</li> <li>・記録に時間がかかる</li> <li>・人員が不足している。シフトに対応するだけの人数に足りていない</li> </ul>





## IV. 利用者聞き取り調査 集計結果

特別養護老人ホーム フルーツ・シャトーよいち	
聞き取り面接日	平成30年3月22日

調査対象者数 10名  
 回収数 10名  
 有効回答数 10名  
 有効回答率 100.0%

※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設問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

※聞き取り時の問いかけは、言い換えや各設問の主旨に沿い二者択一の問いを重ねるなど、回答者の様子に応じて変化させています

### 〈サービスの提供〉

【問いの主旨】 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか

問1 あなたは 「フルーツ・シャトーよいち」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
	5	3	2	0	10名
	50.0	30.0	20.0	0.0	100%

#### 「はい」と回答した人のコメント

1	献立について、希望を聞かれることはある
2	食べ物の好き嫌いはない
3	カレーライスは少し辛い、まあこの味つけにはもう慣れました
4	食事の味つけは上手
5	・よい。何でも食べる。太ってしまって困る ・嫌なことはない。節句には、ごちそうが出るので楽しみ

#### 「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	食事おいしいとはいえない
2	醤油の香りがしないことが気になる
3	・朝食の味つけは、自分の口に合っている。昼食と夕食は少し味つけが薄い ・食事は、いつも自分のお腹の調子を見ながら、選んで食べるようにしている（使用している食材は、いつも同じものようである）

#### 「いいえ」と回答した人のコメント

1	・調理の味つけが下手である。そう感じるたび、職員には訴えているのだが… ・ただ、これまでの「べちゃべちゃごはん」は、しっかりした炊き方のごはんになり、改善された
2	何が出てても味つけが甘い。浜で育ったからしょっぱい鮭が好き。塩辛をテーブルに置いて食べている

【問いの主旨】 日常生活に必要な介助を受けているか

問2 あなたは、生活するうえで必要な 介助を受けられていると思いますか (トイレ介助、ナースコール対応、 施設内移動介助、外出介助など)	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	6	3	1	0	10名
	60.0	30.0	10.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動には歩行器などを使っている</li> <li>・トイレなどは自立している</li> </ul>
2	風呂に入るときや洗濯物の処理などは、職員に手伝ってもらっている
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活するなかで、不愉快な思いはしていない</li> <li>・食事以外は、ほぼ全てで介助を受けている</li> </ul>
4	ナースコールすれば、すぐに来てくれる
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・風呂に入ったときに着替えている。洗濯もしてくれる</li> <li>・着替えについては、時間がかかるけど自分でできる。ただ、トイレでズボンを下ろしてもらうことは、手伝ってもらっている</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓が怖くなる時がある。お通じが悪いと、血圧が上がって苦しくなる。死ぬことはないが不安になる</li> <li>・ナースコールするとすぐに対応してくれる。手が離せないときは「ちょっと待って」と言われる</li> </ul>

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	生活は自立している。外出は、行事のときに出かけたり、集団で公園に出かけることなどがある。もっと外出の機会が増えるとよい
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出は、家族と一緒にしている</li> <li>・ベッドと車椅子との間の移乗は可能であるが、最近は自力での車椅子歩行がしづらくなってきている</li> </ul>
3	職員に「トイレに行きたい」と言っても「ちょっと待って」となるので漏らしてしまう。いくらパッドをあてているとは言え、みじめな気持ちになる。ある程度の年齢のパートの職員はよいが、こういう利用者の気持ちを、若い常勤職員はわからないようだ

「いいえ」と回答した人のコメント

1	杖を使った手引き歩行を1日1回はしてもらっていたが、いつの間にか、そのことが忘れられている。また杖を使って動けるようになりたい
---	---

【問いの主旨】施設の生活はくつろげるか

あなたは、 「フルーツ・シャトーよいち」で 自分のしたいことをして過ごすことができ ていますか（趣味・クラブ活動・ お酒・テレビ・など）	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	5	3	0	2	10名
	50.0	30.0	0.0	20.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	クラブ活動などに参加している
2	・クラブ活動に入っている ・買い物、美容などは、来所サービスを利用している
3	・好きなテレビ番組を見て過ごしている ・友だちとの会話が好きである
4	習字の時間が楽しみである。以前から趣味でやっていたので…
5	テレビで、時代劇や刑事ドラマを見ている

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	レース編みをして過ごしていることが多い。部屋にすることがほとんどである（ストマをつけているので「周囲に臭うのではないか」という気兼ねがあるため）
2	・カラオケは楽しみにしている。大きな声を出せるから… ・リハビリ体操は、着換えるのが大変なので参加していない

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし
---	--------

【問いの主旨】職員は日常的に、健康状態を気にかけているか

あなたの体の調子を、職員は 日頃から聞いてくれていると 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
	5	4	0	1	10名
	50.0	40.0	0.0	10.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	職員は、誰でも話しかけやすい
2	寒い、痺れると言うとすぐに温度を上げてくれる
3	てきぱきと何でも聞いてくれて、幸せ

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	足がむくんだりする。痛みもある。以前は特別にマッサージを受けたり、リハビリのようなこともやってもらったが、今はない。どうなっているのか、そのあたりのことがわからない
2	人手不足を感じる。いつも小走りで仕事や介護をしている。ゆとりのなさを感じる
3	自分の側から職員に話しかけるようにしている

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし
---	--------

## 《安心・快適性》

【問いの主旨】施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか

問5 あなたは、「フルーツ・シャトーよいち」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
	10	0	0	0	10名
	100.0	0.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	1日1回、掃除の人が部屋に来ている
2	食堂などの共用スペースの清掃は行き届いているが、居室についてはそれほどでもない
3	きれいにしている。
4	土日以外は、きれいにしてくれる
5	汚いということはない

【問いの主旨】職員の接遇・態度は適切か

問6 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
	7	3	0	0	10名
	70.0	30.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	気にならない
2	言葉づかいや態度は気にならない
3	気になることはない
4	私は言葉が乱暴だから、それに比べれば、ここの職員はだいぶよい

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	気になるほどではないが、職員によって、例えば方言を使って話しているときなどは言葉づかいが厳し目に感じる
2	言葉づかいで、カチンと頭にくることはある。職員による
3	利用者の排泄介助を最優先する対応をしてほしい

【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7 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
	10	0	0	0	10名
	100.0	0.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	職員に相談する。すぐ対応してくれる
2	病院に連れて行ってもらえる
3	そういう場合の職員の対応は、大丈夫であると思う
4	ここは隣に病院があるので、そういうときは、いつも適切な対応をしてくれる
5	看護師がたくさんいる。週1回は医師の往診もある
6	心配ない
7	処方箋をもらって薬を飲んでいる
8	・よく転ぶ。何カ所も骨を折っている ・夜寒いと、足が痛む。職員はやさしく薬を塗ってくれる

【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8 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
	3	5	0	2	10名
	30.0	50.0	0.0	20.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	以前、酒を飲んで騒いだ人はいたが…
2	同じユニットに難しい利用者もいるが、自分の考え方を変えて、その人の面倒を積極的に見てあげようと思っている
3	時には利用者同士のいさかきも起こるが、職員が上手に対応してくれていると思う

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	・怒りっぽい人には、こちらから親切にしていくようにする ・職員の対応は、普通である
2	怒りっぽい人に対しては、自分がなだめることもある
3	職員に自分の気持ちを訴えても、なかなか代弁してもらえない。自分の気持ちをわかってもらえない
4	多床室を利用しているが、他の利用者と話をしていると、別の利用者が「自分の悪口を言っている」と非難してくる。室内の雰囲気も暗く、いつも通夜のようなものである。それでも職員は介入できない

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	けんかをすることがない
---	-------------

## 《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

問9	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
		6	2	0	2	10名
		60.0	20.0	0.0	20.0	100%

### 「はい」と回答した人のコメント

1	職員は、頼みやすい
2	・職員には、こちらから話しかけたり、挨拶したりする ・ここで楽しく暮らすことをモットーにしている
3	いつも同じ職員に相談している
4	気にかかることはない
5	・生活に不自由はない ・みんなやさしい。出たくない。女の人もやさしい。寝なのかな ・今が幸せ。よく話を聞いてくれる ・課長はやさしい

### 「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	他の利用者とうまくいかないことがある。自分としては、そのことが気になっている
2	職員によって差がある

### 「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし
---	--------

【問いの主旨】 利用者のプライバシーは守られているか

問10	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
		3	2	0	5	10名
		30.0	20.0	0.0	50.0	100%

### 「はい」と回答した人のコメント

1	個室で暮らしているので気にならない。職員はドアをノックしてから入ってくる
---	--------------------------------------

### 「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	4人部屋で生活している。間はカーテンで仕切られているが、夜間に大声を出す人がいるので、気にはなる
2	4人部屋なので、プライバシーのことは仕方ない

### 「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし
---	--------

【問いの主旨】 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

問11 あなたの支援に関する計画を作成したり見直しをする際に、「フルーツ・シャトーよいち」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
	1	0	3	6	10名
	10.0	0.0	30.0	60.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	風呂場については、一応つかまるところはあるが、自分は足が弱いので「ここに手すりがあるとよい」と話したことはある。ちゃんと支えてくれている
---	--

「いいえ」と回答した人のコメント

1	ケアプランのことは聞いたことがない
2	職員などから聞かれたということはないが、現在これ以上の希望もないので、そのことに不満はない
3	職員は、きちんと話を聞いてほしいと思う

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし
---	--------

【問いの主旨】 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

問12 あなたの支援に関する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
	0	0	1	9	10名
	0.0	0.0	10.0	90.0	100%

「いいえ」と回答した人のコメント

1	コメントなし
---	--------

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	説明されていない
---	----------

## 《不満・要望へ対応》

【問いの主旨】 利用者の不満や要望は対応されているか

問13	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
		7	3	0	0	10名
		70.0	30.0	0.0	0.0	100%

### 「はい」と回答した人のコメント

1	気になったことがあったので、職員の〇〇さんに話した。訴えを理解してもらえた
2	不満なことはない
3	対応してくれそう。聞いてくれそう。
4	対応してくれる

### 「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	自分の気持ちは、職員にはなかなかわかってもらえないと思っている
2	そうした場合の対応について、よく覚えていない

【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14	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
		0	0	0	10	10名
		0.0	0.0	0.0	100.0	100%

### 「非該当」「無回答」の人のコメント

1	あまりよく知らない
2	伝えられたかどうか、よく覚えていないが、そのことで困ることはない
3	困ったことはない。手足のしびれだけ
4	職員以外に相談できることはわかっているが、そんなことはないから…



《総合的な感想》

〔1〕満足度

	人 数	%
1. 大変満足	3	30.0
2. 満 足	4	40.0
3. どちらともいえない	2	20.0
4. 不 満	0	0.0
5. 大変不満	0	0.0
無回答	1	10.0
合 計	10	100.0

〔2〕「フルーツ・シャトーよいち」に対して、日頃から感じている意見・要望など

1	内心、一つ二つは気になること、不十分であると感じることはあるが、それは誰かに語ることはないと思っている
2	誕生会はあるが、ケーキが出て、本人に花を渡すだけである。「おめでとう」の一言や、お祝いの歌の合唱などがあってもよいのに…といつも思う
3	特にない
4	入った当初は「早く家に帰りたい」と思ったが、今は覚悟を決めた。ここで最後まで過ごしたい。だから、もう少し楽しめることがあるとよい
5	友だちと「こんなところがあるのは有難い」と話している
6	リハビリが受けられるところがよいが、ここにはない

〔3〕 今回の調査について気づいた点など

1	今回のような調査は、とてもよいことだと思う。話を聞いてもらえることは嬉しい
2	こうした調査は、大事なことだと思う
3	とても落ち着いた気持ちで話せてよかった。また会えるといいですね
4	嫌じゃ
5	「何で私が選ばれたんだろう」って…、もっと元気な人がいるのに。かえってすみませんでした
6	うれしかった。いいんでないか、いろいろなことがわかるし…。よいことだと思う



## V. 利用者【家族】聞き取り調査 集計結果

特別養護老人ホーム	
フルーツ・シャトーよいち	
聞き取り面接日	平成30年3月22日

調査対象者数 10名  
 回収数 10名  
 有効回答者数 10名  
 有効回答率 100.0%

### 《一般的な職員の対応について》

問1	ホームを訪れた時や電話をした際、 職員の対応は丁寧ですか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
		10	0	0	0	10名
		100.0	0.0	0.0	0.0	100%

### 「はい」と回答した人のコメント

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故のこと、健康に関すること、生活上のことなど何か少しでも変化があると、家族に電話してくれる</li> <li>・職員の挨拶は丁寧である</li> </ul>
2	職員は、どんな人にも丁寧な挨拶している。感心している
3	対応は丁寧だが、病院受診時は支払いのこともあるので家族に連絡してほしい。受診時の連絡がくるときと、こないときがあるので…
4	職員の雰囲気が良い。挨拶もよい
5	丁寧で、挨拶なども、きちんとしている
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気になることは全然ない</li> <li>・職員全員が、すれ違うときに必ず立ち止まって挨拶してくれる。教育されていると感じられる。今日も、テーブルで待っているときに全員が挨拶してくれた</li> <li>・言葉づかいも気にならない</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・よく対応してくれている。挨拶がきちんとしている。他の施設のことも知っていたが、ここに初めて来たときは、びっくりするくらいきちんと挨拶してくれた。他の親戚などが見舞に来ても、同じようにびっくりしている</li> <li>・何があっても、すぐに対応してくれる</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームを訪れると、入口で声をかけてくれる。これは、家族にとっては喜ばしい</li> <li>・言葉づかいが丁寧で、わかりやすく説明してくれる</li> <li>・直接は知らない職員も、しっかり挨拶してくれる。忙しいはずなのに</li> <li>・職員は家族の扱い方がものすごくよく、やさしく気づかいが細かい。入って5年ほどになるが、嫌だと思った職員はいない。投げやりな態度を見せない。そこが気に入った</li> <li>・担当が変わっても、それまでの担当職員と同じようにきちんとこちらに声をかけ、話を聞いてくれる。皆が自分たちのことを覚えていてくれるという安心感がある</li> <li>・何かあってもすぐ連絡してくれる。上に立つ人の躰がよいのだろうと感じている</li> </ul>
9	やさしい話し方で、明るいし、印象はすごくよい

問2 職員の服装は適切ですか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	10	0	0	0	10名
	100.0	0.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	服装のことは、気にならない
2	職員の服装に、気になることはない
3	服装で気になることはない
4	特に気になることはない
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全然おかしいことはない。仕事しやすそうな服装だから、よいのではないか</li> <li>・制服でいられるよりは、私服がよい</li> <li>・服装が派手な人もいない。見ていても気持ちがよい</li> </ul>
6	動きやすく、派手でもない服装である

《利用者へのサービス内容について》

問3 施設内の清掃、整理整頓は 行き届いていますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	10	0	0	0	10名
	100.0	0.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	ただし、気になるほどではないが、居室の棚の置き物などが、ほこりをかぶってしまっていることがある
2	居室は、設えもよくしている
3	気になることはない
4	清潔だと思う
5	感心したことは、正面玄関はもとより、庭に面したベランダなども、火事などがあってもすぐに外に出られるよう整理整頓されていることである
6	職員が忙しく清掃が行き届かないときには私が掃除することはあるが、いつもそんなには汚くしていない。細かい部分についても、しっかりしている
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常に掃除してくれている</li> <li>・夏は虫が入るが、それは仕方がない。そのこと以外はきれいである</li> </ul>

問4 入居者の様子について、 報告・説明の内容は十分ですか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	8	2	0	0	10名
	80.0	20.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	何かあったときなどは、すぐ電話がある。報告・説明の内容は、わかりやすい
2	職員は本人の状態をよく把握してくれているので、安心してその説明を聞いていられる
3	本人に変化があれば、携帯電話に報告してくれる
4	「こういうものなのかな」と思う。他の施設との比較ができないので、これまで特に気になることはなかった
5	・説明は丁寧であったと思うが、細かい内容は覚えていない ・数年前からは、看取りについても説明があった。特に不安なことはなかった
6	わかりやすかった。一つひとつ説明してくれた
7	本人は動けないし、しゃべれない状態なので、入居した最初の頃は心配だったが、職員が要望を聞いてくれたので安心した

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	職員が利用者に対して「ちょっと待って」と言っている姿から、こちらからは、声をかけにくい。施設の人の数が足りていないのではないと思う
2	自分が日々忙しいので本人とゆっくり話すことはできていないが、ここで元気に過ごしてくれていればよいと思っている

問5 あなたから見て、食事の献立や 食事の介助などについては 満足できるものですか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	8	1	0	1	10名
	80.0	10.0	0.0	10.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何とか自力で食べている</li> <li>・献立について、本人から不満等を聞いたことはない</li> </ul>
2	よく介助してくれていると思う
3	時間をかけて、よく対応してくれている
4	週1回の「麺」の献立も、本人が自分で選んでいる
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近親者がヘルパーとして働いていたことあって、その人から「ここはいいよ」と聞いていた</li> <li>・食事について本人に聞くと「おいしい」と言っている</li> <li>・ロビーに当日のメニューが書いてある</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・庭に果物の木を植えていて、その実を食事で提供してくれる</li> <li>・行事のときも、きちんとした食事を出してくれる</li> <li>・献立表についても見ている。食べてみたことも2～3回あるが、気にはならなかった。本人は「薄い」と言っているが…</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ここに入所した頃、本人は肉と魚が食べられなかった。職員も苦労したようだが、そのことにちゃんと対応してくれた。今は何でも食べるようになった</li> <li>・病院に入院すると痩せてしまうが、退院するとしっかりする。この食事が適切ということだと思う</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲み込みがよくないので、とろみをつけてもらって左手で食べている</li> <li>・職員は、本人にも娘にも、細かく要望などを聞いてくれる。本人が嫌いなニンジンも、細かくしてくれる配慮がある</li> </ul>

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	病院の食事よりはよいと思う。本人の好みにも合わせてくれている
---	--------------------------------

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし
---	--------

問6	生活する上で必要な 介助（トイレ介助、移動の 介助等）は適切に 受けら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
		8	1	0	1	10名
		80.0	10.0	0.0	10.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	一人部屋なので、寝てばかりにならないように、車椅子などで共用のスペースに出ていることがよいと思う
2	・介助が必要なことが多くなったようだが、きちんと対応してくれる ・寝たきりになったときの対応や動かし方などについては、ユニット単位で家族を呼び、職員が「こういうことを勉強している」ということを教えてくれた。また介助方法などを家族にも体験させてくれた
3	・風呂好きで、慣れてきたら入れるようになった。本人が「他の人が多い」と嫌がったりするときには、うまく調整してくれているようだ。一番よいのところは、細かいところに気がついてくれること ・以前はおむつだったのが、トイレで排泄できるようになり、信じられない
4	・おむつ使用。かぶれは、薬を塗ってくれる ・「便秘」「下痢している」などの報告がある

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	適切に受けられているかどうか、ちょっとわからない。車椅子使用であるが、トイレには座らせてくれているとは聞いている
---	--

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	コメントなし
---	--------

問7 安心して落ち着いて過ごせるような介護を受け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
	9	1	0	0	10名
	90.0	10.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	在宅療養していたときよりも明るくなり、新しく友人もでき、かつての趣味にも取り組むようになっていく
2	最近、入院などもして、機能低下があった。そのため、インフルエンザにかかったときは「入院はさせず、ここで対応してほしい」と希望したところ、その願いが適えられた
3	気持ちよく、自由に過ごせている
4	・風呂上りに面会することが多いが、いつも気持ちよさそうな顔をしている ・当初は、入浴を拒否していたようだ。服を脱がされることも嫌がっていたらしい
5	どのように風呂に入れてくれているのかはわからないが、本人にそのことを聞くと、割と安心して任せているようだ
6	安心して預けていられる
7	・別のグループの職員や若い女性職員から声をかけられ、楽しそうにしている ・以前、他の施設で、着替えをしてくれない、職員の口が悪い、テレビを見せっぱなしであるといった対応であったことを伝えたら、職員から「ここはそういう対応はしていない施設です」と説明があった

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	たぶん、日頃から不満のない介護を受けているのであろうとは思いますが、本人は「家に帰りたい」と言っている
---	---

問8 職員の利用者への言葉遣いや態度は丁寧だと思いますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	9	1	0	0	10名
	90.0	10.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	いつも親切で丁寧である
2	丁寧である
3	・言葉づかいや態度には心配はない ・職員は、だいぶ以前に「家族とは慣れ過ぎないように」と言われたことがあるらしい。私としては、それまでの方が職員と話しやすかった。変に敬語を使われるのは「嫌だな」と思う。施設の方針なのかもしれないが、例えば「おしっこが出そう」でも「ちょっと待って」でも、私はよいと思うが…
4	・結構、仲よくしてくれる ・やさしく声をかけてくれる

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	職員の利用者に対する「ちょっと待って」の言葉が気になる
---	-----------------------------



問9 体調の変化や怪我などに 十分対応してもらえていると 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
	9	1	0	0	10名
	90.0	10.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康上の変化があったとき、けがしたときには、すぐ連絡がある</li> <li>・通院介助してもらえるので安心である</li> </ul>
2	<p>体調の変化等があれば何でも「すぐ入院対応」ということではなく、ここで職員ができるだけの対応をしてくれている</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食堂で突然立ち上がり転んだらしく、隣の病院に搬送され、その時点で家族に電話してくれた。その対応に不満はない</li> <li>・本人は、自分がまだ若いつもりで、立ち上がったのではないかと思う。恐縮するくらい謝られたが、転んだことは不可抗力であったものと思う</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車椅子から立ち上がって転んだときも、すぐ連絡してくれた</li> <li>・入院したことが2回くらいあるが、入院時にはすぐ世話してくれるし、家族に連絡してくれる。職員は、本人に対しても、安心できるような受け応えをしている</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何かあると、必ずきちんと連絡してくれる。「小さな怪我なら、わざわざ連絡しなくてもよいのに…」とこちらが思うくらい</li> <li>・きちんとしているので、安心してている。大腿骨を折って入院したときも、自分でベッドから落ちて床に寝ていたらしい。フルーツ・シャトーよいちに帰って来てからは、元気になった。本当にここに置いてよかった</li> </ul>
6	<p>ちょっとした風邪でも、報告してくれる。ここに入って健康的になった。痩せていたが、体重も戻ってきた</p>

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	<p>本人が「皮膚科の治療内容が納得できない」と言うので、家族の判断で他市にある病院で治療が受けられるよう、家族がそちらに連れて行った</p>
---	---

《個別サービス計画（ケアプラン）について》

個別サービス計画（ケアプラン）を 問10 作る時、ご本人と家族の要望を よく聞いてくれますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	9	0	1	0	10名
	90.0	0.0	10.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	気になることは、職員に言える
2	十分に話せている
3	職員は、単にこちらの要望を聞くというより、一緒に考えてくれている
4	今の状態で満足している。特に要望等はない
5	・要望はだいたい聞いてくれる。日頃のやりとりを通じて、わかってもらっている ・トイレが間に合わないとか、おむつの種類も、そのつど確認してくれる
6	聞いてくれる
7	「床ずれが起きないように」と詳しく説明してくれたので、安心して任せている

「いいえ」と回答した人のコメント

1	コメントなし
---	--------

個別サービス計画（ケアプラン）に 問11 ついて、「フルーツ・シャトーよいち」から 説明を受けましたか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	9	0	1	0	10名
	90.0	0.0	10.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	丁寧な説明があった
2	しっかり説明してくれる。大丈夫である
3	説明はわかりやすかった
4	要望は聞いてくれる

「いいえ」と回答した人のコメント

1	コメントなし
---	--------

問12 個別サービス計画（ケアプラン）の内容についての説明はわかりやすかったですか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	8	1	1	0	10名
	80.0	10.0	10.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族に対してはケアマネジャーから説明があった。「しっかり見てくれている」という印象を持った</li> <li>・本人の性格や身体の状態についてなど「かなり気づかいをしてくれている」と感じる。文書にしっかり、わかりやすく書いてあった</li> </ul>
2	だいたいやる内容は決まっているので、こちらも慣れてきた
3	詳しい説明をしてくれる。職員は、面会時にも、その1週間に起きたことなどをきちんと教えてくれる。安心感がある
4	説明はわかりやすかった。食べ物のことや普段の様子を説明してくれた。本人はしゃべれないので、いろいろ説明が受けられて「ここに入れてよかった」と思っている

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	職員から「説明します」と言われたが、自分は忙しいので「持ち帰って、自宅で見ると言い、介護計画を受け取って来ている
---	--

「いいえ」と回答した人のコメント

1	コメントなし
---	--------

《不満・要望への対応について》

あなたは、不満や要望を 問13 職員に気軽に言うことができますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	7	3	0	0	10名
	70.0	30.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	苦情はない。あれば職員に言える
2	不満や要望は特にはないが、職員には話しやすい雰囲気がある
3	言うことはできるが、不満や要望という形ではなく「こうしたい」といったこちらからの提案の形になる
4	ダイレクトに言える雰囲気であると思う
5	毎週来ているので、本人の様子などを聞くようにしている。職員は、こちら話を聞いてくれるし、様子などを教えてくれる
6	職員には気楽に言える。嫌なものは嫌、よいものはよいと言える
7	話しやすい。してほしいことをいろいろ言っても、職員から嫌な顔をされたことがない

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	気軽には言わない。それは、当たり前なことだと思う
2	こちらは「やってもらう側」なので、不満や要望などを職員に気軽には言わない
3	「気軽に」というわけにはいかないが、その必要があれば言えると思う

職員は、あなたや利用者の不満や 問14 要望にきちんと対応してくれますか (対応してくれそうですか)	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	9	1	0	0	10名
	90.0	10.0	0.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	言えば、やってくれる
2	不満は全くない。相談にはのってくれるという印象
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不満や要望等には対応してくれそうだが、今のところ、そういうことはない</li> <li>・一度転んだことがあるが、そのときは「転ばないようにするには、どうしたらよいか」を皆で考えてくれている</li> <li>・ちょっとしたことでも教えてくれる。職員には自分ではできないことをやってもらっているの、有難い。ヘルパーの資格を持っている職員なので、よくわかっている</li> </ul>
4	この施設では、対応してくれる
5	嫌な顔をせずに、すぐに対応してくれる

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	不満や要望の内容によると思う
---	----------------

問15 あなたは、困ったことを 第三者委員など、職員以外の人に 相談できることを知っていますか	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	5	1	4	0	10名
	50.0	10.0	40.0	0.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	相談できることを知っているが、もし苦情や意見などがあれば職員や役職員に直接伝えている
2	第三者委員には会ったことがないので、相談はしないと思う
3	説明はされているが、職員以外の人に相談しようとは思わない
4	不満を持っていたら、きっと自分でも調べただろうと思う。本人が怪我したときの対応が悪かったら、違うと思うが…
5	知っている。新聞で読んだことがある

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	そのことを話してくれたかもしれないが、よくわからない
---	----------------------------

「いいえ」と回答した人のコメント

1	説明された記憶はないが、そのことは知らなくとも困らない
2	それは聞いていなかったな。覚えていない
3	知らない。気にしたことがない

	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 無回答	合計
問16 家族懇談会への参加は有意義ですか	7	1	0	2	10名
	70.0	10.0	0.0	20.0	100%

「はい」と回答した人のコメント

1	家族会があるので参加している。参加すると話をいろいろ聞けるので、安心感はある
2	利用者の献立を家族が試食する機会なども設定されているのがよい
3	さまざまなことを報告してくれるので、自分にとってよい機会になっている
4	・お祭りがあって、それに協力している ・家族会の総会にはかなりの人が来ていて、通常に粛々と検討事項について決めていた。その頃は、家族会の活動というものが、自分にはよくわかっていなかったが…
5	・数年に1回くらい出ている。総会がある ・年に1回くらいは、会費の使い途などを説明してくれるので、よい機会であると思う ・協力してやっている行事があるようだ
6	・誕生会など、いろいろとやってくれる。外に連れて行ってってくれるように思う ・家族会の新聞もあり、よくしてくれる。できれば活動に協力したいと思っている
7	行事には参加している

「どちらともいえない」と回答した人のコメント

1	・自分が忙しいときには、会に参加していても気持ちが落ち着かないので、有意義というほどではない ・ただ、どのような方法で、どのようにやり方などを検討しているというところを見せてもらおうと「ここまで考えてくれているのか」と驚く
---	--

「非該当」「無回答」の人のコメント

1	年1回の総会に参加している。やはり「家族会」はあった方がよい
---	--------------------------------

《総合的な感想について》

問17 家族の立場から見て、「フルーツ・シャトーよいち」を利用していることについての満足度はいかがですか	大変満足	満足	どちらともいえない	不満	大変不満	無回答	合計
	6	4	0	0	0	0	10名
	60.0	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0%

「大変満足」と回答した人のコメント

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ありがたい</li> <li>・来やすい</li> <li>・ゆっくり、ゆったりできる、よいところ</li> </ul>
2	本人への対応方法について、家族と一緒に考えてくれて、一步前に出てみることを試し、その様子を判断して職員も対応してくれる姿勢に満足している
3	満足している。本当に安心している
4	5段階評価で、最高点の5点どころか10点をあげたいと思う。信頼し、安心して入れてもらっている。何かあれば連絡してくれるし、ここはすごくよい

「満足」と回答した人のコメント

1	満点をあげたいけれど、何が足りないのかな。感覚的なことなのだが…
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5段階評価で、4.5点。満点ではないのは「来るのに遠い」ということかな</li> <li>・食事の汚れや染みが服についたままになっていることがある。次に着替えるまでの期間だけのことなのかもしれないが…。そこまでの対応を求めようとまでは思わないが、何かあるんでしょうかね</li> <li>・もっとも、靴を2足置いていて、洗ってくれる。なかなか、そこまではできないのではないかと思う</li> </ul>

問18 「フルーツ・シャトーよいち」を退所して、別の老人ホームを利用させたいと考えることはありますか	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当 無回答	合計
	0	0	10	0	10名
	0.0	0.0	100.0	0.0	100%

「いいえ」と回答した人のコメント

1	本人も「最後はフルーツ・シャトーよいちで」と言っていた。ここで最後まで過ごさせてやりたい
2	「ここで最後まで」と考えている。にこにこ笑って過ごしてくれたら、それでよい
3	「最後までここで過ごさせたい」と思っている
4	「ここで最後まで過ごさせてやりたい」と思っている
5	全然考えていない
6	今のところはない。「自分の居住地に」と思うことはあるが、それは「ここが不満だ」ということではない
7	考えてない。最後までいさせたい。「看取りまでやってほしい」とお願いしている
8	絶対ない。前のような施設にはもう行きたくない。ここは天国。「ずっといられたら」と思っている。ここにいてほしい

問19 日頃感じている「フルーツ・シャトーよいち」に対する意見・要望、また今回の調査についてお気づきの点など、自由に書いてください

自由意見

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設に対する信頼がある</li> <li>・いつでも話を聞いてもらえそうなので、安心している</li> <li>・看取りについての研修があり、将来を考える大切な機会になっている</li> </ul>
2	いつも童謡や演歌であるが、本人はクラシック音楽が好きなので、これを取り上げてやってほしい
3	できるだけ同じ職員が対応してほしいと思う。人が代わると、本人は落ち着けないのではないかと思う
4	特にない（複数回答：他に1件）
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・10日ほど前に施設を訪問したところ洗面台に湯がびっしり張ってあった。「加湿器の代わり」という。町内でインフルエンザが流行っていたので湯を張ってくれていた。その足で加湿器を買って届けた。このように「足りないものをどう補うか」という配慮が職員にはある。おかげで、ここでは風邪を1回もひいてない</li> <li>・第三者の目を施設に入れることは閉鎖的になることを防ぐ意味でもよいことだと思う。職員など施設側には、なかには直接には言えないこともある。第三者と話す機会があれば「できればこうして欲しい」と言うことができる機会にもなるので…</li> <li>・ここでは何の不安もない。介護も上手にやってくれている。本人の不注意から大腿骨を骨折して、医師から「長く入院すれば、その後は車椅子生活だね」と言われたが、職員が股関節をカバーするような寝方にしてくれた。薬を変えたことで、穏やかになったということもあるらしい。それ以前は、相当に陰しい表情をしていたので…。今は、本人からも不満は聞かれない</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニットだけだと、転んでもわからないこともあるかもしれないが、ここはその点では行き届いている。</li> <li>・こういうふうに聞いてくれると「きっと緊張感を持って取り組んでいるのだろうな」と思う。だから「いいじゃないか」と思う</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ここにいると、病院にいるときよりも安心できる。職員に言いたいことがあれば言う。安心感があるからだと思う</li> <li>・この施設に入れてよかったと思う。今まで通りにしてもらえれば、言うことはない</li> <li>・施設側から、家族に対して「こうしてほしい」というものがない。事故や入院でもない限り、家族に言いたいことがあるなら、むしろしっかり言って欲しいと思う</li> <li>・数カ月ごとに職員が入れ替わる。そういう時期になると、施設の雰囲気は暗くなるのを感じる。入っている人たちも、そうした雰囲気には敏感である。やがては慣れてくるのであろうが、新しい職員ばかりになるのはなくしてほしい。特に説明されていない。個々の職員に会ったときには、話しかけてくれるが…</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリのために病院に行く際には、特に冬季は車が必要になるが、運転できる職員がいないときがある。同じグループ内で対応してもらってはいるが、常に確保してほしい。何とか対応してくれているので、問題はないのだが…</li> <li>・こういう調査を行うのは施設として「よくしていきたい」という意向の表われだろうと理解している。よいことだろうとは思う。緊張したが…</li> </ul>



回答者属性

〔問:利用者との関係〕	人 数	%
1. 配偶者	0	0.0
2. 子ども（息子・娘）	9	90.0
3. 子どもの配偶者	0	0.0
4. 孫	0	0.0
5. その他	0	0.0
無回答	1	10.0
合 計	10	100.0

