

第3節 自己評価

自己評価は愛媛県福祉サービス第三者評価制度の評価基準(1)基本評価項目(2)内容評価項目について障害者施設、保育所、老人福祉施設別の評価票の各設問に職員が答え自己評価しました。

職員数10名以内の小規模な施設はほぼ全員に評価依頼をし、30名以上の施設においてはおよそ20名を目途に、正職員、パート職員の中から無作為で選びました。評価票には評価項目、評価基準が示されており基準を十分クリアしている場合A評価、ほぼクリアしている場合B評価、取り組みが不十分な場合C評価としています。施設ごとに職員の雇用形態にかかわらず、もれなく評価をしましたが施設の規模等様々であり依頼人数や比率は統一できていません。また、新規採用職員や職種によってはほとんど未経験の評価項目があり、無回答比率が高くなっているケースがあります。

法人全職員627人のうち、該当施設の職員を対象として309人が評価をしました。

※平成26年7月1日 職員在籍数

施設名	依頼人数	職員数	前回依頼数	前回職員数	前々回依頼数	前々回職員数
法人集計	309	627	280	522	221	374
事務局	—	5	—	—	—	—
松葉診療所 ※1	1	10	—	—	—	—
リハビリ専門デイサービス歩 ※2	6	6	—	—	—	—
リハビリ専門デイサービス歩みま店 ※3	2	2	—	—	—	—
養護・障害者施設	58	132	60	94	54	67
松葉学園	20	71	29	53	26	32
希望の森	38	43	31	41	28	35
ひまわりの家 ※4	—	18	—	—	—	—
乳幼児施設	80	131	82	101	68	101
うわまち南保育園	11	22	16	20	15	20
うわまち東保育園	14	18	15	17	11	20
中川保育園	10	22	11	12	7	8
田之筋保育園	8	9	7	8	6	8
下宇和保育園	10	15	6	9	6	8
明間保育園	7	10	5	5	3	7
宇和保育園	20	35	22	30	20	30
高齢者入所・短期入所施設	53	210	67	236	36	134
特別養護老人ホーム松葉寮	20	90	30	104	17	93
特別養護老人ホーム皆楽園	17	51	20	52	19	41
特別養護老人ホームあけはま荘	16	69	17	80	—	—
高齢者通所・地域密着型施設	90	97	71	91	63	72
福祉の里デイサービスセンター	14	16	16	25	23	32
遊の里デイサービスセンター	13	15	13	16	16	16
明浜デイサービスセンター ※5	11	12	—	—	—	—
皆楽園デイサービスセンター ※6	8	10	—	—	—	—
グループホームうつのみやさんの家	7	7	8	8	6	6
あんしん家	10	10	8	11	9	9
石城あんしんの家れんげ	9	9	7	9	9	9
多田あんしんの家	9	9	10	10	—	—
ななほし中川	9	9	9	12	—	—
軽費老人ホーム	19	34	0	0	0	0
ケアハウスれんげ ※7	9	12	—	—	—	—
ケアハウスはまゆう ※8	10	10	—	—	—	—
その他職員 (温泉施設勤務)	—	12	—	—	0	—

前回はデイサービスセンター皆楽園と明浜デイサービスセンターの2施設は愛媛県が平成23年度に実施したデイサービスセンター第三者評価モデル事業を受けた為、中長期のアンケートは行なっていません。

※1 ※2 ※3 ※5 ※6 ※7 ※8 今回新規調査 ※4はアンケートは行なっていません。

1 障害者支援施設自己評価 (希望の森)

I-1 理念・基本方針

	A	B	C	無回答
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	30	8	0	0
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	34	4	0	0
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	27	11	0	0
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	22	15	1	0
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	31	6	1	0
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	31	7	0	0
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	30	8	0	0
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	28	10	0	0
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	23	14	1	0
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	27	10	1	0
I-3-(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。	29	9	0	0
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	31	6	1	0
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	27	10	1	0

II 組織の運営管理

	A	B	C	無回答
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	25	13	0	0
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	29	8	1	0
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	34	4	0	0
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	33	5	0	0
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	29	7	2	0
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	27	10	1	0
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	33	5	0	0
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	33	5	0	0
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	24	13	1	0
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	24	13	1	0
II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	31	7	0	0

II-3 安全管理

	A	B	C	無回答
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	27	9	2	0
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	30	6	2	0
II-3-(1)-③ 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	23	13	2	0

Ⅱ-4 地域との交流と連携

	A	B	C	無回答
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	33	5	0	0
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	24	13	1	0
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。	26	12	0	0
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	25	11	2	0
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	25	11	0	2
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	22	14	1	1
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	30	7	1	0

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

	A	B	C	無回答
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	32	6	0	0
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	29	9	0	0
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	20	17	0	1
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	20	16	2	0
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	24	14	0	0
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	24	14	0	0
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	33	5	0	0
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	27	10	1	0
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	28	10	0	0
Ⅲ-2-(2)-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。	25	13	0	0
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	32	6	0	0
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。	33	5	0	0
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	32	6	0	0
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	30	7	1	0
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	32	6	0	0
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	26	12	0	0

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	A	B	C	無回答
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	32	5	1	0
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	32	6	0	0
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	33	5	0	0
A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	20	17	1	0
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	32	6	0	0
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	30	8	0	0
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	27	10	1	0
A-1-(1)-⑤ 虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）や体罰による人権侵害の防止策や、万々に備えての取組が徹底されている。	22	16	0	0
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	35	3	0	0
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	29	9	0	0
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	26	12	0	0
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	29	9	0	0
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	29	9	0	0
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	29	3	6	0
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	33	2	2	1
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	23	0	14	1
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	27	8	1	2
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	31	7	0	0
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	29	9	0	0
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	35	3	0	0
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	37	1	0	0
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	37	1	0	0
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	36	2	0	0
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	33	1	4	0
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	23	15	0	0
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	32	6	0	0
A-2-(9)-① 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	35	3	0	0
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	36	2	0	0
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	37	0	1	0
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	37	0	1	0
A-3-(1)-① 一般就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。	0	0	0	0
A-3-(1)-② 働く場として、個々の障害程度や特性に応じた作業内容を用意している。	0	0	0	0
A-3-(1)-③ 工賃規程を設けるなど、報酬について適正に支払われている。	0	0	0	0
A-3-(1)-④ 働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	0	0	0	0

希望の森自己評価

○15%以上の職員が「C」をつけた項目についての検証

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

A—2 日常生活支援

(3) — ② トイレは清潔で快適である。

現在、施設内の清掃はこまめに行い、職員も随時対応しています。環境整備に関する気づきや要望を「建物点検表」に記述しています。今後は、その気づきや要望に対して、問題点を明確にして取り組むことで、快適な環境維持に努めていきます。

自己評価(松葉学園)

I-1 理念・基本方針

	A	B	C	無回答
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	13	4	0	3
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	11	6	0	3
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	9	8	0	3
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	5	9	2	4
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	7	8	0	5
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	9	7	0	4
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	5	9	2	4
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	7	9	1	3
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	3	9	4	4
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	6	9	1	4
I-3-(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。	8	9	0	3
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	9	7	0	4
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	6	10	1	3

II 組織の運営管理

	A	B	C	無回答
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	7	9	1	3
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	8	6	2	4
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	12	5	0	3
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	7	7	2	4
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	6	9	2	3
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	5	8	3	4
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	7	9	0	4
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	11	5	1	3
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	7	7	2	4
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	8	8	0	4
II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	10	5	0	5

II-3 安全管理

	A	B	C	無回答
II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	9	7	0	0
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	12	5	0	0
II-3-(1)-③ 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	10	7	0	0

Ⅱ-4 地域との交流と連携

	A	B	C	無回答
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	14	3	0	0
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	6	10	0	0
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。	10	6	1	0
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	4	12	1	0
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	9	6	1	2
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	6	10	1	1
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	12	4	1	0

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

	A	B	C	無回答
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	14	3	0	0
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	9	7	0	0
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	10	5	0	1
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	7	7	1	0
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	7	8	1	0
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	8	7	1	0
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	9	6	0	0
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	7	7	2	0
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	8	7	1	0
Ⅲ-2-(2)-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。	7	8	0	0
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	10	6	0	0
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。	10	6	0	0
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	7	9	0	0
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	10	6	1	0
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	12	5	0	0
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	9	8	0	0

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	A	B	C	無回答
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	11	5	0	0
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	10	6	1	0
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	11	6	0	0
A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	9	8	0	0
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	13	4	0	0
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	9	8	0	0
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	10	6	0	0
A-1-(1)-⑤ 虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）や体罰による人権侵害の防止策や、万に備えての取組が徹底されている。	10	7	0	0
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	12	3	0	0
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	10	5	1	0
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	10	5	1	0
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	10	6	0	0
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	11	5	0	0
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	12	1	3	0
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	13	1	1	1
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	10	1	6	1
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	12	4	0	2
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	13	4	0	0
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	11	6	0	0
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	16	1	0	0
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	15	1	0	0
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	15	1	1	0
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	12	5	0	0
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	14	1	2	0
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	9	8	0	0
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	11	6	0	0
A-2-(9)-① 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	12	5	0	0
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	14	2	0	0
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	16	0	0	0
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	17	0	0	0
A-3-(1)-① 一般就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。	0	0	0	0
A-3-(1)-② 働く場として、個々の障害程度や特性に応じた作業内容を用意している。	0	0	0	0
A-3-(1)-③ 工賃規程を設けるなど、報酬について適正に支払われている。	0	0	0	0
A-3-(1)-④ 働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	0	0	0	0

松葉学園自己評価検証

○15%以上の職員が「C」をつけた項目についての検証

I 理念・基本方針

I-2 事業計画の利用者等への周知

各事業所において、責任者または担当者が、利用者等の皆様へ事業計画の内容を分かりやすくする工夫をし説明を行っていく。また、説明を行うための時間・場所等をつくっていく。

II 組織の運営管理

II-2 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みの構築

働きやすい職場を作るために、昨年より職場環境改善委員会を設置した。職場の意見を吸い上げ、改善していく仕組みを今後とも継続して取り組んでいきたい。

III-4 サービス実施計画の策定

A-2 浴室・脱衣場等の環境

家庭的な浴室に冷暖房完備、プライバシー保護の為の鍵、安全に入浴して頂く為の手すり等も取り付けてはいるが、改善点が見つかり次第、委員会等で検討し安心・安全に入浴して頂けるよう環境を整備していく。

A-2 トイレの清潔

職員によるトイレ掃除を行ってはいるが、使用頻度と使用状況に対して対応が間に合っていない状態である。検討議題として取り上げ清潔に気持ちよく使用して頂けるよう取り組んでいく。

2 乳幼児施設

基本評価項目

対象	評価分類	評価項目	評価細目	a	b	c	無回答	
I 福祉サービスの基本方針と組織	I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	74	6	0	0	
			I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	73	7	0	0	
		I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	70	10	0	0	
			I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	52	25	3	0	
	I-2 計画の策定	I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	71	8	1	0	
			I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	74	6	0	0	
		I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	67	12	1	0	
			I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	60	19	1	0	
			I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	47	30	3	0	
	I-3 管理者のリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	71	7	2	0	
			I-3-(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。	65	12	3	0	
		I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	68	11	1	0	
			I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	67	11	2	0	
	II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	61	18	1	0	
			II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	63	16	1	0	
			II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	75	5	0	0	
		II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	66	12	2	0
				II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	68	11	1	0
			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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	69	10	1	0
				II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	68	12	0	0
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	73	7	0	0	
			II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	70	10	0	0	

基本評価項目

II 組織の運営管理	II-2-3-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	62	16	2	0	
		II-2-4) 実習生の受入れが適切に行われている。	66	13	1	0	
	II-3 安全管理	II-3-1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	II-3-1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	77	3	0	0
			II-3-1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	75	5	0	0
			II-3-1)-③ 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	77	3	0	0
	II-4 地域との交流と連携	II-4-1) 地域との関係が適切に確保されている。	II-4-1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	77	3	0	0
			II-4-1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	62	18	0	0
			II-4-1)-③ ボランティア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。	75	5	0	0
		II-4-2) 関係機関との連携が確保されている。	II-4-2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	60	17	1	2
			II-4-2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	62	15	1	2
		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 地域の福祉ニーズを把握している。	55	25	0	0
	II-4-3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		57	23	0	0	
	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 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	74	4	2	0
			III-1-1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	75	4	1	0
		III-1-2) 利用者満足の向上に努めている。	III-1-2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	74	5	1	0
			III-1-3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	III-1-3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	66	12	2
		III-1-3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。		74	5	1	0
		III-1-3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		75	5	0	0
III-2-1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	III-2-1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	66	13	1	0		
	III-2-1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	63	16	1	0		

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	Ⅲ-2 サービスの質の確保	Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	61	17	0	2
			Ⅲ-2-(2)-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。	60	18	0	2
		Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	72	7	1	0
			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。	72	7	1	0
			Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	73	6	0	1
	Ⅲ-3 サービスの開始・継続	Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	71	8	1	0
			Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	73	7	0	0
		Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	64	12	2	2
			Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	63	14	2	1
	Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	67	10	2	1

乳幼児施設自己評価

内容評価項目

分類	評価項目	評価細目	a	b	c	無回答
A・1 子どもの発達援助 内容評価項目	1-(1) 発達援助の基本	A-1-(1)-① 保育計画が、保育の基本方針に基づき、さらに地域の実態や保護者の意向等を考慮して作成されている。	70	10	0	0
		A-1-(1)-② 指導計画の評価を定期的に行い、その結果に基づき、指導計画を改定している。	69	10	0	1
		A-1-(1)-③ 入園当初の環境変化に対応できるよう支援している。	72	7	1	0
	1-(2) 健康管理・食事	A-1-(2)-① 登所時や保育中の子どもの健康管理は、マニュアルなどがあり子ども一人ひとりの健康状態に応じて実施している。	74	6	0	0
		A-1-(2)-② 健康診断の結果について、保護者や職員に伝達し、それを保育に反映させている。	73	7	0	0
		A-1-(2)-③ 歯科健診の結果について、保護者や職員に伝達し、それを保育に反映させている。	71	8	1	0
		A-1-(2)-④ 感染症発生時に対応できるマニュアルがあり、発生状況を保護者、全職員に通知している。	71	9	0	0
		A-1-(2)-⑤ 食事を楽しむことができる工夫をしている。	53	24	3	0
		A-1-(2)-⑥ 子どもの給食内容について、献立の作成・調理の工夫が行われている。	76	4	0	0
		A-1-(2)-⑦ 子どもの喫食状況を把握するなどして、保育所給食の向上について体制が整えられている。	71	9	0	0
		A-1-(2)-⑧ 子どもの食生活を充実させるために、家庭と連携している。	65	15	0	0
		A-1-(2)-⑨ アレルギー疾患をもつ子どもに対し、専門医等からの指示を得て、対応を行っている。	77	2	1	0
	1-(3) 保育環境	A-1-(3)-① 子どもが心地よく過ごすことのできる環境を整備している。	63	15	2	0
		A-1-(3)-② 生活の場に相応しい環境とする取組を行っている。	63	16	1	0
	1-(4) 保育内容	A-1-(4)-① 子ども一人ひとりへの理解を深め、受容しようと努めている。	77	2	0	1
		A-1-(4)-② 基本的な生活習慣や生理現象に関しては、一人ひとりの子どもの状況に応じて対応している。	71	7	1	1
		A-1-(4)-③ 子どもが自発的に活動できる環境が整備されている。	46	32	1	1
		A-1-(4)-④ 身近な自然や社会とかかわれるような取組がなされている。	66	13	1	0
		A-1-(4)-⑤ さまざまな表現活動が自由に体験できるように配慮されている。	50	28	2	0
		A-1-(4)-⑥ 遊びや生活を通して人間関係が育つよう配慮している。	73	7	0	0
		A-1-(4)-⑦ 子どもの人権に十分配慮するとともに、文化の違いを認め、互いに尊重する心を育てるよう配慮している。A-1-(4)-⑥ 遊びや生活を通して人間関係が育つよう配慮している。	66	14	0	0
A-1-(4)-⑧ 性差への先入観による固定的な観念や役割分業意識を植え付けないよう配慮している。		69	11	0	0	
A-1-(4)-⑨ 乳児保育のための環境が整備され、保育の内容や方法に配慮がみられる。		70	9	1	0	
A-1-(4)-⑩ 長時間にわたる保育のための環境が整備され、保育の内容や方法に配慮がみられる。		54	22	4	0	
A-1-(4)-⑪ 障害児や特に気になる子どもの保育のための環境が整備され、保育の内容や方法に配慮がみられる。		57	21	2	0	

A・2 子育て支援	2-(1) 入所児童の保護者の育児支援	A-2-(1)-① 一人ひとりの保護者と日常的な情報交換に加え、個別面談などを行っている。	68	12	0	0
		A-2-(1)-② 家庭の状況や保護者との情報交換の内容が必要に応じて記録されている。	74	6	0	0
		A-2-(1)-③ 子どもの発達や育児などについて、懇談会などの話し合いの場に加えて、保護者と共通理解を得るための機会を設けている。	62	16	2	0
		A-2-(1)-④ 虐待を受けていると疑われる子どもの早期発見に努め、得られた情報が速やかに所長まで届く体制になっている。	67	13	0	0
		A-2-(1)-⑤ 虐待を受けていると疑われる子どもの保護者への対応について、児童相談所などの関係機関に照会、通告を行う体制が整っている。	63	16	1	0
	2-(2) 一時保育	A-2-(2)-① 一時保育は、一人ひとりの子どもの心身の状態を考慮し、通常保育との関連を配慮しながら行っている。	20	0	0	60
A・3 安全・事故防止	3-(1) 安全・事故防止	A-3-(1)-① 調理場、水周りなどの衛生管理は、マニュアルに基づいて適切に実施されている。	75	5	0	0
		A-3-(1)-② 食中毒の発生時に対応できるマニュアルがあり、さらにその対応方法については、全職員にも周知されている。	66	14	0	0
		A-3-(1)-③ 事故防止のためのチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	77	3	0	0
		A-3-(1)-④ 事故や災害の発生時に対応できるマニュアルがあり、全職員に周知されている。	77	3	0	0
		A-3-(1)-⑤ 不審者の侵入時などに対応できるマニュアルがあり、全職員に周知されている。	74	6	0	0

乳幼児施設自己評価検証

* 15%以上の職員が「c」をつけた項目はありませんでした。

* 「c」をつけた項目がなくなったことについて

- ①法人内保育園の3園が、愛媛県福祉サービス第三者評価を受審したことにより、地域・保護者や職員への周知とマニュアルや業務手順の整備に全職員で取り組み基本項目・内容項目ともに改善が図られています。また、受審したことについて、法人内保育園内に水平展開をしたことで意識を高めることができました。
- ②各施設のリスクマネージャーにより、リスクマネジメントに取り組んでおり、常に安全への配慮をしながら保育することの意識が高められ、「a」評価が多くなっています。
- ③基本項目の福祉サービスの基本方針と組織については、自己評価においては、理念・基本方針・事業計画を地域や保護者に周知できているととらえていますが、保護者アンケートでは、まだ周知が不十分であることがうかがえます。今後の課題として、様々な機会をとらえて周知を図っていきたいと思います。
- ④内容項目のA-2-2-(2)の一時保育は短期検証では「c」が20.7%でしたが、今回は0%になっています。評価の仕方として、実施していない事については評価対象としないことによるものです。一時保育の実施については、今後も地域や保護者ニーズを把握しながら検討していきます。

対象	評価分類	評価項目	評価細目	A	B	C	無回答	
基本評価項目	I 福祉サービスの基本方針と組織	I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	53	19	0	0
			I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	56	15	1	0	
			I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	32	39	1	0
			I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	11	56	5	0	
		I-2 計画の策定	I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	46	21	4	1
				I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	40	24	3	5
			I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	28	36	5	3
				I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	25	41	4	1
				I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	12	37	20	3
		I-3 管理者の責任リーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	32	32	6	2
				I-3-(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。	34	30	4	4
			I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	28	37	4	3
	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。			17	46	5	4	
	II 組織の運営管理	II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	22	38	7	5
				II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	32	31	2	7
				II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	45	15	5	7
		II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理体制が整備されている。	II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	14	40	15	3
				II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	26	34	7	5
			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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	19	35	16	2
				II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	32	35	4	1
				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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	35	28	6
			II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。		22	40	8	2
	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。		22	34	14	2		
	II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	19	30	18	5		
		II-3 安全管理	II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	39	32	0	1
				II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	40	29	2	1
	II-3-(1)-③ 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。			32	37	1	2	

基本評価項目	II 組織の運営管理	II-4 地域との交流と連携	II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	33	33	4	2
				II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	17	34	14	7
				II-4-(1)-③ ボランティア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。	30	31	8	3
			II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	23	38	4	7
				II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	21	34	9	8
			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 地域の福祉ニーズを把握している。	14	39	12	7
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	33		21	11	7		
	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 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	42	24	0	6
				III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	37	29	2	4
			III-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	III-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	26	38	6	2
				III-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	34	30	5
			III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。		40	25	4	3
			III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		27	27	14	4
		III-2 サービスの質の確保	III-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	III-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	36	22	9	5
				III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	28	33	7	4
			III-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	III-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	36	27	2	7
III-2-(2)-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。				32	30	3	7	
III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	45	26	0	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。	44	23	1	4	
	III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	41	27	1	3			
III-3 サービスの開始・継続	III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	III-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	44	22	2	4		
		III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	47	19	0	6		
	III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	III-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	43	22	2	5		
		III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	50	17	1	4		
III-4 サービス実施計画の策定	III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	42	28	0	2		
		III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	51	15	1	5		

15%以上の職員が「C」をつけた項目についての検証

3 高齢者施設

特養・ケアハウス
自己評価 内容項目

分類	評価項目	評価細目	A	B	C	無回答	
1 利用者の尊重	1-(1) 利用者の尊重	1-(1)-① 利用者信頼関係を構築するための取組が積極的に行われている。	31	38	3	0	
		1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	24	40	5	3	
		1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	28	41	3	0	
	1-(2) 利用者の権利擁護	1-(2)-① 利用者の権利を擁護する具体的な取組が行われている。	26	35	9	2	
		1-(2)-② 虐待や身体拘束による人権侵害の防止策や、万に備えての取組が徹底されている。	44	24	3	1	
	1-(3) ターミナルケア	1-(3)-① 終末期(ターミナル)にあたっての支援体制が構築されている。	35	24	10	3	
	1-(4) 認知症ケア	1-(4)-① 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	20	40	3	9	
	2 日常生活支援	2-(1) 食事	2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	53	16	0	3
			2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	32	35	4	1
			2-(1)-③ 栄養ケアマネジメントを全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。	29	32	4	7
			2-(1)-④ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	23	43	4	2
		2-(2) 入浴	2-(2)-① 入浴は、利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情に配慮している。	43	27	1	1
			2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	15	37	15	5
			2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	51	2	17	2
2-(3) 排泄		2-(3)-① 排泄介助は適正かつ快適に行われている。	47	1	15	9	
		2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	55	1	16	0	
2-(4) 睡眠		2-(4)-① 安眠できるように配慮している。	63	2	5	2	
2-(5) 移動		2-(5)-① 移動の介助は利用者個々の心身の状況に応じて適切な技術を用いるとともに、個々の要望に十分に配慮している。	34	27	2	9	
2-(6) 機能回復訓練		2-(6)-① 利用者の心身の状況に応じた機能回復の支援が適切に行われている。	22	36	5	9	
2-(7) 健康管理		2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	69	0	3	0	
		2-(7)-② 褥瘡の予防対策について、具体的取組が行われている。	44	17	2	9	
	2-(7)-③ 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	48	22	2	0		
	2-(7)-④ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	48	0	15	9		

3 高齢者施設

特養・ケアハウス
自己評価 内容項目

2-(8) 衣服等	2-(8)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	25	34	3	10
	2-(8)-② 利用者の身だしなみや清潔への配慮について支援が行われている。	31	30	1	10
2-(9) 理容美容	2-(9)-① 利用者の理容・美容については、利用者の個性や好みを尊重し、選択を支援している。	34	25	4	9
2-(10) 外出、外泊	2-(10)-① 外出、外泊は利用者の希望に応じて行われている。	35	31	4	2
2-(11) 余暇・レク	2-(11)-① 利用者の余暇活動やレクリエーションへの支援が適切に行われている。	22	43	6	1
2-(12) 所持金・預かり金の管理等	2-(12)-① 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	51	15	2	4
	2-(12)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	59	1	11	1
	2-(12)-③ 食料品や嗜好品（酒、たばこ等を含む）、衣服などの身の回り品は、利用者が直接選んで購入でき、それを楽しむことができるように配慮している。	28	31	9	4

デイサービス・ショート・グループホーム・あんしんの家
自己評価 基本項目

対象	評価分類	評価項目	評価細目	A	B	C	無回答	
I 福祉サービスの基本方針と組織	I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	63	31	0	2	
			I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	64	27	1	4	
		I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	37	55	1	3	
			I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	23	51	17	5	
	I-2 計画の策定	I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	56	21	7	12	
			I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	48	30	7	11	
		I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	39	36	13	8	
			I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	36	54	4	2	
			I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	21	46	26	3	
	I-3 管理者の責任リーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	41	43	7	5	
			I-3-(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。	40	46	4	6	
		I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	38	41	10	7	
			I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	32	47	11	6	
	II 組織の運営管理	II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	34	44	8	10
				II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	36	38	12	10
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。				51	18	14	13	
II-2 人材の確保・養成		II-2-(1) 人事管理体制が整備されている。	II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	22	50	20	4	
			II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	32	38	16	10	
		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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	23	51	17	5	
			II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	39	41	12	4	
			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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	36	46	8	6
		II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。		25	54	12	5	
		II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	24	48	15	9		
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	17	43	21	15		
II-3 安全管理		II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	46	43	2	5	
			II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	51	35	4	6	
			II-3-(1)-③ 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	27	45	17	7	

デイサービス・ショート・グループホーム・あんしんの家
自己評価 基本項目

基本評価項目	Ⅱ-4 地域との交流と連携	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	38	38	13	7
			Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	23	36	24	13
			Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。	29	32	21	14
		Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	27	44	15	10
			Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	28	41	15	12
		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 地域の福祉ニーズを把握している。	17	43	23	13
			Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	37	28	19	11
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 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	51	33	6	6
			Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	45	34	9	8
		Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	32	40	14	10
			Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	30	52	7
		Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。		42	40	5	9
		Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		38	29	19	10
	Ⅲ-2 サービスの質の確保	Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	30	41	13	12
			Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	30	34	16	16
		Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	40	41	8	7
			Ⅲ-2-(2)-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。	33	42	9	12
		Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	59	30	3	4
			Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	57	32	3	4
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	51		37	3	5		
Ⅲ-3 サービスの開始・継続	Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	45	43	4	4	
		Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	63	26	2	5	
	Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	42	28	9	17	
		Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	50	37	1	8	
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	49	40	2	5	
		Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	55	30	2	9	

デイサービス・ショート・グループホーム・あんしんの家
自己評価 内容項目

分類	評価項目	評価細目	A	B	C	無回答	
1 利用者の尊重	1-(1) 利用者の尊重	1-(1)-① 利用者と信頼関係を構築するための取組が積極的に行われている。	45	47	3	1	
		1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	35	52	3	6	
		1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	42	50	1	3	
	1-(2) 利用者の権利擁護	1-(2)-① 利用者の権利を擁護する具体的な取組が行われている。	27	39	21	9	
		1-(2)-② 虐待や身体拘束による人権侵害の防止策や、万が一に備えての取組が徹底されている。	46	31	10	9	
	1-(3) ターミナルケア	1-(3)-① 終末期（ターミナル）にあたっての支援体制が構築されている。	14	27	32	23	
	1-(4) 認知症ケア	1-(4)-① 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	32	54	3	7	
	2 日常生活支援	2-(1) 食事	2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	55	25	2	14
			2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	52	32	1	11
			2-(1)-③ 栄養ケアマネジメントを全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。	12	31	36	17
2-(1)-④ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。			35	45	6	10	
2-(2) 入浴		2-(2)-① 入浴は、利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情に配慮している。	57	27	2	10	
		2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	44	35	3	14	
		2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	68	0	16	12	
2-(3) 排泄		2-(3)-① 排泄介助は適正かつ快適に行われている。	80	0	9	7	
		2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	85	0	10	1	
2-(4) 睡眠		2-(4)-① 安眠できるように配慮している。	63	0	9	24	
2-(5) 移動		2-(5)-① 移動の介助は利用者個々の心身の状況に応じて適切な技術を用いるとともに、個々の要望に十分に配慮している。	58	33	1	4	
2-(6) 機能回復訓練		2-(6)-① 利用者の心身の状況に応じた機能回復の支援が適切に行われている。	46	41	6	3	
2-(7) 健康管理		2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	74	1	12	9	
		2-(7)-② 褥瘡の予防対策について、具体的取組が行われている。	26	45	8	17	
		2-(7)-③ 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	43	37	6	10	

デイサービス・ショート・グループホーム・あんしんの家
自己評価 内容項目

	2-(7)-④ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に 行われている。	69	0	11	16
2-(8) 衣服等	2-(8)-① 利用者の個性や好みを尊重し、 衣服の選択について支援している。	41	24	7	24
	2-(8)-② 利用者の身だしなみや清潔への 配慮について支援が行われている。	57	25	1	13
2-(9) 理容美容	2-(9)-① 利用者の理容・美容につい ては、利用者の個性や好みを尊重し、選 択を支援している。	33	26	11	26
2-(10) 外出、外泊	2-(10)-① 外出、外泊は利用者の希 望に応じて行われている。	26	25	17	28
2-(11) 余暇・レク	2-(11)-① 利用者の余暇活動やレク レーションへの支援が適切に行われてい る。	22	57	6	11
2-(12) 所持金・預か り金の管理等	2-(12)-① 利用者の金銭を預かり管 理する場合は、利用者や家族に定期的 に報告するなど適切な管理体制が整備 されている。	35	18	10	33
	2-(12)-② 新聞・雑誌の購読やテレ ビ等は利用者の意志や希望に沿って 利用できる。	53	0	22	21
	2-(12)-③ 食料品や嗜好品(酒、た ばこ等を含む)、衣服などの身の回り 品は、利用者が直接選んで購入でき、 それを楽しむことができるように配慮 している。	25	23	14	34

15%以上の職員が「C」をつけた項目についての検証

職員自己評価アンケート集計

(1) 全入所施設及びデイ・ショート・あんしんの家 基本項目 自己評価集計

15%以上の職員が「C」をつけた項目が白抜き表示ですが、内容を確認いたしますと、まず、『事業計画が利用者等に周知されていない』と評価している職員が多く見受けられます。ご家族アンケートでも同様に結果があり、早急に課題の解決に取り組みます。

また、『就業状況の配慮』や『個別的教育・研修計画』にもC評価が多くみられます。各施設の職員会等で意見交換の場を積極的に設けたりして、全職員の働きがいの向上に努めます。

更に、地域との交流と連携においてもC評価が多い項目が見られます。社会福祉法人の地域貢献は、全国的にも法人の存在意義とともにどのような貢献が出来るかが緊急の課題として問われています。老人事業部会などでどのような貢献が出来るか検討し、出来ることから実践してまいります。

(2) 全入所施設及び デイ・ショート・あんしんの家 内容項目 自己評価集計

まず、『利用者の権利擁護についての取り組み』ですが、在宅サービスのデイ・ショート・あんしんの家部門でC評価が高くなっています。独居の方をはじめとして様々な在宅環境の利用者と向き合っている職員にとって、自分たちが関わっていける限界もあり、この数字になっているのではないしょうか。

次に、『ターミナルケア』についてですが、入所職員、通所系職員ともにC評価が15%を超えています。特養においては看取り介護に重点を入れていますが、『まだまだ十分な見取りの体制が取れていない』という自己評価です。各施設とも看取りケアの振り返り等を通して、更なる体制構築を目指していきます。

入所施設では、入浴や排泄介助の関連項目についてもC評価の数値が高くなっています。入浴の希望や快適な排泄介助に向けて、暮らしの中での個別ケアとして何が出来るかを考えていきます。

最後に、入所・通所系ともに『新聞・雑誌の購読やテレビ視聴への希望』についてもC評価が多くなっています。各施設・事業所の環境面の問題があり、全て解決することは困難ではありますが、個々のニーズを深く汲み取り、現状で出来る工夫を最大限に行い、少しでも利用者満足につなげ、評価の改善に努めます。