

評価基準	自己評価結果	集計結果	自己評価結果の理由	基準の妥当性について	集計結果	理由や基準に対する意見等	備考
Ⅲ-3 人材の確保・養成							
Ⅲ-3(1) 人事管理の体制が整備されている。	5 4 3 2 1	36 (11.9%) 35 (11.6%) 89 (29.5%) 59 (19.5%) 34 (11.3%)					
Ⅲ-3(1)-① 必要な人材に関する考え方が明示されている。	a b c 該当しない	132 (43.7%) 28 (9.3%) 115 (38.1%) 13 (4.3%)	a=法令の配置基準に基づき運営規定に明示。個々の職員の資格に基づいた配置に努めている。c=明示されていない(国の配置基準に従っている)	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	216 (71.5%) 38 (12.6%) 9 (3.0%) 4 (1.3%)	・目標とすべきサービス提供等に対するプランであることを強調すべき。職員が原則として保育士のみなので必要を感じない。公立では該当しない	
Ⅲ-3(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a b c 該当しない	73 (24.2%) 60 (19.9%) 145 (48.0%) 19 (6.3%)	b=自己評価制度も導入した客観的、公平な人事考課の実施を予定。予定なのでbとした。b=正職員、臨時職員との考課表まで明示できていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	212 (70.2%) 42 (13.9%) 5 (1.7%) 4 (1.3%)	・人事考課が必ずしもプラスに働くとは言えない。小規模法人では人間関係等に影響する。収入減が見込まれる中、対応策をどうするのか。基準は不要	
Ⅲ-3(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	5 4 3 2 1	17 (5.6%) 56 (18.5%) 94 (31.1%) 64 (21.2%) 11 (4.3%)					
Ⅲ-3(2)-① 職員の就業状況や満足度などを把握・改善する仕組みが構築されている。	a b c 該当しない	77 (25.5%) 32 (10.6%) 177 (58.6%) 8 (2.6%)	a=定期的な事前調査シートに基づいた個別面接を全員に実施。c=有休消化、時間外労働はチェックしているが満足度を調査していない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	205 (67.9%) 44 (14.6%) 9 (3.0%) 10 (3.3%)	・職員満足度の意味合いが不明瞭。経営規模の小さい法人は職員配置も余裕がない。大規模施設と同じ満足度調査をしなければダメなのか	
Ⅲ-3(2)-② 職員のメンタルヘルスをサポートする仕組みがある。	a b c 該当しない	53 (17.5%) 26 (8.6%) 209 (69.2%) 9 (3.0%)	a=定期的なカウンセラーの訪問がある。b=必要に応じて医師課に対応。c=個別の相談は行われているが専門家による相談は行っていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	190 (62.9%) 53 (17.5%) 15 (5.0%) 10 (3.3%)	・費用が措置費では出せない。現実的ではない。現状を踏まえた評価を。費用対効果を考へての項目か。専門家がいればすべて解決できると思わない	
Ⅲ-3(2)-③ 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a b c 該当しない	220 (72.8%) 30 (9.9%) 43 (14.2%) 4 (1.3%)	a=組織独自の厚生事業を実施。b=福利厚生センターに加入しているがそれだけで積極的とは思えない。b=契約職員等には適用されない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	226 (74.8%) 32 (10.6%) 7 (2.3%) 3 (1.0%)	・中央の福利厚生センターへの加入も地方では活用し難いものがある。加入していればいいのか。育児休業制度、介護休業制度なども問うてほしい	
Ⅲ-3(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	5 4 3 2 1	47 (15.6%) 50 (16.6%) 67 (22.2%) 52 (17.2%) 28 (9.3%)					
Ⅲ-3(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。	a b c 該当しない	163 (54.0%) 26 (8.6%) 107 (35.4%) 3 (1.0%)	a=法人内職員研修を企画、実施。c=毎月定期研修を実施。外部研修の参加、資格取得も推奨しているが文書整理がされていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	242 (80.1%) 25 (8.3%) 0 (0.0%) 4 (1.3%)	・第三者では資格者数でしか判断できないのでは。養護施設は人員配置、動員研修の多さなどから目標性のある研修企画はできないのが現状	
Ⅲ-3(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ている。	a b c 該当しない	96 (31.8%) 118 (39.1%) 86 (28.5%) 1 (0.3%)	a=担当職員を設置し、専門資格の取得に向けて事業計画の年度重点項目に沿って実施。c=個々のリーダーからアドバイスがなされる程度	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	230 (76.2%) 36 (11.9%) 1 (0.3%) 6 (2.0%)	・一人一人の職員の計画・評価まで3項目も入れるべきか ・併設施設では答えにくい ・判断基準が二極化しすぎている	
Ⅲ-3(3)-③ 計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a b c 該当しない	119 (39.4%) 41 (13.6%) 125 (41.4%) 12 (4.0%)	a=研修参加に時間的・金銭的支援。c=計画がない基にした個別研修計画策定を予定	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	224 (74.2%) 41 (13.6%) 1 (0.3%) 5 (1.7%)	・研修成果の評価とは？ ・パート・登録を含む全職員(約90名)に個別の計画が必要かの疑問がある(市社会福祉協議会) ・研修の成果が利用者に反映されるかを評価する方法を検討する必要あり	
Ⅲ-3(3)-④ 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。	a b c 該当しない	90 (29.8%) 72 (23.8%) 127 (42.1%) 7 (2.3%)	b=定期的に研修会議を開催し評価等を行っている。c=報告レポートは作成しているがそれに対する評価、見直しは行っていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	223 (73.8%) 37 (12.3%) 1 (0.3%) 8 (2.6%)	・公立施設では単独での評価は困難	
Ⅲ-4 安全管理							
Ⅲ-4(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	5 4 3 2 1	85 (28.1%) 65 (21.5%) 59 (19.5%) 35 (11.6%) 12 (4.0%)					
Ⅲ-4(1)-① 利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a b c 該当しない	209 (69.2%) 26 (8.6%) 61 (20.2%) 5 (1.7%)	a=リスクマネジメント委員会を設置。仕組みはできている。a=ヒヤリハットを実施。b=各職場で事故防止等のためのマニュアルを策定	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	252 (83.4%) 25 (8.3%) 2 (0.7%) 2 (0.7%)	・「安全」という概念の基準が明確ではないが、現体制ではヒヤリハットはなくてはならない。「安全確保のための体制」とは具体的に何を言うのか、もう少し具体的な表現の方が評価しやすい。	
Ⅲ-4(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。	a b c 該当しない	186 (61.6%) 90 (29.8%) 19 (6.3%) 1 (0.3%)	a=事故・ヒヤリハット報告書を活用。要因分析、対応策の検討をしている。b=報告書の提出が要因分析、対応策検討に十分役立っ仕組みになっていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	253 (83.8%) 26 (9.6%) 1 (0.3%) 2 (0.7%)	・利用者のニーズが多様化している今、安全にも様々な。組織的な対策を講じるシステムが書面化されているか評価する。	

評価基準	自己評価結果	集計結果	自己評価結果の理由	基準の妥当性について	集計結果	理由や基準に対する意見等	備考
IV 適切な福祉サービスの実施							
IV-1 利用者本位の福祉サービス							
IV-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	5 4 3 2 1	63 (20.9 %) 69 (22.8 %) 69 (22.8 %) 44 (14.6 %) 13 (4.3 %)					
IV-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り組みを行っている。	a b c 該当しない	209 (69.2 %) 75 (24.8 %) 13 (4.3 %) 2 (0.7 %)	・a=サービス基準指針/施設内研修/ケアプラン会議/声かけ・禁句マニュアル ・b=マニュアルの整備が不十分 ・c=基本姿勢が明示されていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	261 (86.4 %) 16 (5.3 %) 1 (0.3 %) 0 (0 %)	・「利用者の尊重」は「利用者の人権または人格の尊重」の言葉を入れた方がよい。身体拘束についても問いかけてたい	
IV-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。	a b c 該当しない	106 (35.1 %) 54 (17.9 %) 133 (44.0 %) 6 (2.0 %)	・b=業務マニュアルで守秘義務について規定。職員採用時に守秘義務の誓約書を取り交わす ・c=マニュアル、規定が未整備	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	231 (76.5 %) 33 (10.9 %) 1 (0.3 %) 3 (1.0 %)	・遵守できる規程を設けていればマニュアルまで必要ないのでは ・特別な取り組みの具体例があれば評価しやすい	
IV-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	5 4 3 2 1	58 (19.2 %) 43 (14.2 %) 52 (17.2 %) 41 (13.8 %) 40 (13.2 %)					
IV-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a b c 該当しない	122 (40.4 %) 27 (8.9 %) 137 (45.4 %) 12 (4.0 %)	・a=利用者の自治会を通して要望、意見が届くようになっている ・a=年一回、アンケートを実施。 ・該当しない=利用者が乳幼児であるため	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	210 (69.5 %) 45 (14.9 %) 4 (1.3 %) 10 (3.3 %)	・着眼点の範囲が狭い ・満足度調査をしていないとc) 評価だが独自の手法で把握していることもある。中間的な評価がほしい ・乳幼児、障害者児等困難	
IV-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	a b c 該当しない	117 (38.7 %) 43 (14.2 %) 116 (38.4 %) 22 (7.3 %)	・a=毎月、定期的に利用者満足の上昇の検討会を実施。アンケートの調査結果を基にした検討会も ・c=利用者満足度の調査分析は行っていないので	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	215 (71.2 %) 35 (11.6 %) 5 (1.7 %) 10 (3.3 %)	・調査が前提なので回答できない。満足の上昇に向けた取り組みは他にもあるのでは ・苦情申し立てとどう区分していけばよいか	
IV-1-(3) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	5 4 3 2 1	59 (19.5 %) 55 (18.2 %) 84 (27.8 %) 36 (11.9 %) 11 (3.6 %)					
IV-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。	a b c 該当しない	177 (58.6 %) 90 (29.8 %) 25 (8.3 %) 8 (2.6 %)	・a=定期的に相談日。入居者との懇談会を毎月実施/プライバシーの守れる相談室を準備 ・b=担当者が定期的に居室へ訪問。入居者の集会もある	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	247 (81.8 %) 22 (7.3 %) 1 (0.3 %) 2 (0.7 %)	・この項目は施設サービス向け。ヘルパーの場合、個別サービスなので評価のニュアンスが異なる ・意見、提案と苦情、要望についてはっきり区別がつかない	
IV-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。	a b c 該当しない	189 (62.6 %) 97 (32.1 %) 13 (4.3 %) 0 (0 %)	・a=苦情処理体制が整備され、その掲示や案内も行われている ・b=体制は整備しているが十分に機能していない ・c=掲示物を掲示していない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	257 (85.1 %) 14 (4.6 %) 1 (0.3 %) 1 (0.3 %)	・第三者委員の配置と機能についても着眼点に記載するべき ・知的障害者、幼児、年少者への周知について評価がむずかしいのでは	
IV-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。	a b c 該当しない	145 (48.0 %) 26 (8.6 %) 122 (40.4 %) 5 (1.7 %)	・c=利用者からの意見には速やかに対応しているが、マニュアル化はしていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	237 (78.5 %) 30 (9.9 %) 5 (1.7 %) 2 (0.7 %)	・マニュアルの有無と対応の有無は異なるのでは ・利用者からの意見は「利用者満足のための仕組み」に含まれるのでは	

評価基準	自己評価結果	集計結果	自己評価結果の理由	基準の妥当性について	集計結果	理由や基準に対する意見等	備考
IV-2 サービスの質の確保							
IV-2(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。	5 4 3 2 1	45 (14.9%) 47 (15.6%) 52 (17.2%) 52 (17.2%) 49 (16.2%)					
IV-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。	a b c 該当しない	112 (37.1%) 29 (9.6%) 153 (50.7%) 4 (1.3%)	・a=年2、3回の個別評価会、各人が所属する班の総括を全職員で実施 ・b=第三者評価は行っていないが各部署の責任者による自己評価を実施	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	223 (73.8%) 44 (14.6%) 4 (1.3%) 1 (0.3%)	・第三者評価をきちんと確立してからの設問も含まれている。第三者評価の確立が課題 ・自己評価と第三者評価は同等に扱うのではなく、第三者評価を上位にするべき。第三者評価を受け、その結果課題に対しどのように取り組もうとしているかという姿勢を問うことが必要 ・評価項目は少なくとも1回は以前に第三者評価を受けた事業所に対して問うものである	
IV-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ている。	a b c 該当しない	120 (39.7%) 28 (9.3%) 132 (43.7%) 15 (5.0%)	・a=内容に応じ現場レベル、代表者会議、役員会で検討 ・c=課題を明確にする取り組みは行っているが定期的な評価に基づいていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	224 (74.2%) 37 (12.3%) 7 (2.3%) 2 (0.7%)	・満足度の項目と内容が重複するような部分があるのでは。利用者の満足になるサービスは定期的な評価と改善による	
IV-2(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a b c 該当しない	114 (37.7%) 51 (16.9%) 110 (36.4%) 19 (6.3%)	・b=課題についての改善は図っているが計画的には実施していない ・c=評価を実施していないため ・該当しない=評価を実施していないため	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	228 (75.5%) 34 (11.3%) 3 (1.0%) 2 (0.7%)		
IV-2(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	5 4 3 2 1	53 (17.5%) 66 (21.9%) 65 (21.5%) 35 (11.6%) 22 (7.3%)					
IV-2(2)-① 個々の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。	a b c 該当しない	169 (56.0%) 61 (20.2%) 57 (18.9%) 6 (2.0%)	・a=事業計画書において文書化/各領域で業務マニュアルを作成 ・c=長期間改訂されなかった過去の手順書を現在改定中	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	225 (74.5%) 38 (12.6%) 4 (1.3%) 7 (2.3%)	・介護施設の現状ではサービスを単体として捉えるのが困難な面もあり適切な回答ができない ・実際のサービスに生かされているかの評価は困難 ・全国的な指針が必要では	
IV-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。	a b c 該当しない	150 (49.7%) 23 (7.6%) 109 (36.1%) 8 (2.6%)	・a=年1回、定期的に見直しを行っている ・c=必要に応じて随時見直しとなっている ・c=見直しの仕組みは確立されていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	221 (73.2%) 40 (13.2%) 5 (1.7%) 5 (1.7%)	・具体例があるとわかりやすい ・随時見直しはb評価でよいのでは。随時対応をcと断定するのは疑問	
IV-2(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	5 4 3 2 1	65 (21.5%) 72 (23.8%) 49 (16.2%) 21 (7.0%) 7 (2.3%)					
IV-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。	a b c 該当しない	245 (81.1%) 16 (5.3%) 30 (9.9%) 7 (2.3%)	・a=部門ごとに日誌等で整備/ケース記録/全体ではないが必要な人について記録 ・c=サービス実施状況は記録されているが計画が不十分	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	247 (81.8%) 19 (6.3%) 1 (0.3%) 3 (1.0%)	・ヘルパーの場合基本的には訪問時の実施・観察記録のみ。複数の記録がない ・「適切」というより、もう少し具体的な指標の方がよい	
IV-2(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a b c 該当しない	169 (56.0%) 52 (17.2%) 71 (23.5%) 3 (1.0%)	・a=管理規定に定め職員に徹底 ・b=情報開示の規程が未整備 ・c=担当者は設置されているが規程は未整備	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	244 (80.8%) 14 (4.6%) 1 (0.3%) 3 (1.0%)	・廃棄の確認は可能か、可能としても大変な作業では ・利用者に関する記録にとどまらず、他の文書管理についても規程があるのか、運用は?	
IV-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。	a b c 該当しない	235 (77.8%) 49 (16.2%) 8 (2.6%) 4 (1.3%)	・a=ノート、業務日誌の活用/回覧や会議、引継ぎ ・b=効果の評価が不十分、共有化のための具体的方法を検討中/申し送り共有	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	245 (81.1%) 16 (5.3%) 2 (0.7%) 1 (0.3%)	・着眼点があげられているが、どの程度出来ていれば出来ていると評価してよいか目安がほしい ・効果を何をもって判断するのか	

評価基準	自己評価結果	集計結果	自己評価結果の理由	基準の妥当性について	集計結果	理由や基準に対する意見等	備考
IV-3 サービスの開始・継続							
IV-3(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	5 4 3 2 1	70 (23.2%) 88 (28.5%) 69 (22.8%) 13 (4.3%) 13 (4.3%)					
IV-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。	a b c 該当しない	135 (44.7%) 119 (39.4%) 22 (7.3%) 17 (5.6%)	・a=ホームページ作成と更新/広報紙の発行、パンフレット ・b=パンフレット、会報等 ・c=パンフレットは作成しているがホームページは未作成	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	229 (75.8%) 28 (9.3%) 5 (1.7%) 4 (1.3%)	・自治体によって営業用パンフレットは公共施設に置けないところもある ・介護保険施設は入り口は居宅支援事業所である ・措置施設では回答が困難	
IV-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。	a b c 該当しない	247 (81.8%) 12 (4.0%) 18 (6.0%) 18 (6.0%)	・a=要介護老人ホームを説明した文書、入居のしおりを配布。フェイスシートを作成して以降も確認している/理解しやすい方法について不十分	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	232 (76.8%) 21 (7.0%) 7 (2.3%) 2 (0.7%)	・同意を得ずにサービスを行うことはありえないのでこの項不要 ・措置入所施設では料金説明は行わない。契約書も交わさない ・判断基準が合致してない	
IV-3(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	5 4 3 2 1	58 (19.2%) 53 (17.5%) 45 (14.9%) 31 (10.3%) 24 (7.9%)					
IV-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。	a b c 該当しない	155 (51.3%) 22 (7.3%) 80 (26.5%) 35 (11.6%)	・a=利用終了時には必ず文書で利用中の状況を報告 ・c=他の事業所への場合は引継ぎを行うが退所の場合はその後の対応はなされていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	216 (71.5%) 27 (8.9%) 7 (2.3%) 7 (2.3%)	・在宅サービスでは必ず介護支援専門員がいるので他の機関と連絡をとることはない ・契約施設の場合、契約終了後どのレベルまでフォローすべきか	
IV-4 サービス実施計画の策定							
IV-4(1) 利用者のアセスメントが行われている。	5 4 3 2 1	80 (26.5%) 79 (26.2%) 48 (15.9%) 17 (5.6%) 13 (4.3%)					
IV-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。	a b c 該当しない	211 (69.9%) 57 (18.9%) 11 (3.6%) 16 (5.3%)	・a=定められた方法、手順で状態把握/年一度実施(ケアハウス)/定期的な面談を実施(知的障害更生) ・b=事前調査を行わない(身障療養)	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	235 (77.8%) 19 (6.3%) 3 (1.0%) 5 (1.7%)	・ケアハウスという性格を考慮するとアセスメント、課題設定の必要性はかなりバラツキがある。統一した基準で評価することはむずかしいのでは ・介護保険施設では法的な縛りがあり、指導監査と重複している感が強い ・課題とニーズは一緒ににはできない。そのような評価基準は見直しが必要では	
IV-4(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a b c 該当しない	227 (75.2%) 21 (7.0%) 24 (7.9%) 20 (6.6%)	・a=それぞれの場面でのアセスメントにより検討 ・c=必要な場面ごとに明示されていない/書面上明示していない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	229 (75.8%) 21 (7.0%) 5 (1.7%) 6 (2.0%)		
IV-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。	5 4 3 2 1	72 (23.8%) 54 (17.9%) 38 (12.6%) 25 (8.3%) 10 (3.3%)					
IV-4(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a b c 該当しない	191 (63.2%) 75 (24.8%) 13 (4.3%) 15 (5.0%)	・a=責任者と策定方法が定まっている ・b=うまく機能していない/緊急に変更が必要な場合の仕組みが不十分 ・c=サービス実施計画なし(ケアハウス)	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	229 (75.8%) 26 (8.6%) 5 (1.7%) 2 (0.7%)	・形さえできていれば、という評価にならず、しっかりと努力されているかどうかを評価してほしい ・IV-4-(1)と(2)を整理してひとつの項目にできないか	
IV-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。	a b c 該当しない	197 (65.2%) 26 (8.6%) 52 (17.2%) 17 (5.6%)	・a=6ヶ月ごとに見直し。担当ケアマネから連絡があれば、その都度見直し、検討を行う ・c=短期入所利用者について手順作成に至っていない	a) おおむね妥当である b) 見直しが必要である c) 本基準は不要である d) その他	224 (74.2%) 25 (8.3%) 4 (1.3%) 2 (0.7%)	・評価・見直しを「行っているが不十分である」という判断基準を付け加える方がよい	