

評価対象毎のコメント

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

基本理念および運営方針に加えて、具体的な看護・介護の理念も定めており、朝礼での唱和やネームへの掲載などを通して職員への周知を図っている。
また、中長期計画に基づく事業計画が策定され、各委員会毎に毎月の進捗状況報告と年2回の実績評価を行っている。
今後は基本理念や運営方針、事業計画等に関する利用者への周知方法について、さらに積極的に継続的な取り組みに期待したい。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

職員毎のキャリアビジョン設定表に基づき、教育・研修が実施されている。研修テーマに応じて、該当する各種委員会が講師を担当しており、個人別教育計画及び実施記録により進捗が確認できる。これらのシステムがより有効に機能するためにも、職員の知識・技能、実行力等に関する具体的な期待像を明確にしていきたい。
日々のヒヤリ・ハット事例については、当事者が報告書に発生要因や未然防止策を記載して全職員に周知している。さらに多くの事例が報告されるように工夫するとともに、他の職員も参画して要因や対策を検討するなど、組織全体の“危険への気付き”を促す取り組みに期待したい。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

生活相談員を中心に関係スタッフ間で検討し、利用者及びご家族の意向や希望を反映したサービス実施計画を策定している。毎月モニタリングを行い、三ヶ月毎の見直しで計画の変更が必要となった場合は、申し送りやパソコンネットワークを通して関係者に周知し共有している。
利用終了後は、サービスの継続性を確保するために「介護支援パス」を用いて必要な情報の引継ぎを行っている。利用者が入院された場合は面会に出向くなどして、医療機関との情報交換や利用者からの相談を受けやすくする配慮がなされている。

福祉サービス第三者評価基準 【 共 通 版 】

(様式2)

H22年改正版

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ－1 理念・基本方針

s	第三者評価結果
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。	(a)・b・c
I－1－(1)－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a)・b・c
評価概要 ①事業所の使命及び役割を反映した理念を施設内に掲示しているほか、ホームページやパンフレット、重要事項説明書、職員のネーム等にも掲載している。 ②理念に基づく運営方針を施設内に掲示し、理念と同様にホームページやパンフレット、重要事項説明書や職員のネーム等にも掲載している。またホームページには、さらに具体的な看護・介護に関する理念や目標を掲載している。	
I－1－(2) 理念、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。	(a)・b・c
I－1－(2)－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・(b)・c
評価概要 ①朝礼時に理念及び運営方針を職員全員で唱和して周知徹底するとともに、ネームに掲載していつでも確認できるように工夫している。また新入職員については、オリエンテーションで理念及び運営方針について十分な説明を行っている。 ②施設内に理念及び運営方針を掲示しているほか、ホームページやパンフレットへの掲載、サービス利用開始時の重要事項説明書による説明を行っている。しかし利用開始後は、利用者やご家族に対して利用者会や家族会での説明は行っていない。	

Ⅰ－2 計画の策定

	第三者評価結果
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。	a・(b)・c
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。	(a)・b・c
評価概要 ①理念及び運営方針に基づいて、中長期計画を策定している。中長期の収支計画については、今のところ策定していない。 ②中長期計画を踏まえて、各年度における委員会毎の事業内容が具体的に示された事業計画を策定している。	
I－2－(2) 事業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。	(a)・b・c
I－2－(2)－② 事業計画が職員に周知されている。	a・(b)・c
I－2－(2)－③ 事業計画が利用者に周知されている。	a・(b)・c
評価概要 ①それぞれの職員が参加している委員会毎に、中長期計画の内容を反映した事業計画を策定しており、毎月の委員会では実施状況の把握を行い、年2回、中間評価と年度末評価を実施している。 ②事業計画については定例会で説明し全員に回覧するとともに、各委員会でも毎月進捗状況を報告しているが、計画書の配布は行っていない。 ③前年度は利用者に事業計画書を配布して周知を図ったが、今年度は広報誌に掲載しているものの、配布を含めて具体的な周知活動は行っていない。	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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。	a・b・c
	I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①管理者は、「職務専決規程」及び「職員等の事務分掌及び日常業務の分担」に自らの役割と責任を明示するとともに、職員会議等で表明している。</p> <p>②管理者は、介護保険事業所を対象とした集団指導や、交通安全管理者講習会等への参加により、遵守すべき法令等を自らを理解し、その内容をミーティングや職員会議において職員に伝達している。</p>		
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り組みに指導力を発揮している。	a・b・c
	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①管理者は、QC活動により事業所のサービスの質の現状について、定期的及び継続的に分析を行っている。また、毎日の利用者数を事務所内のホワイトボードに記入することで、職員のサービスに対する意識の高揚を図っている。</p> <p>②管理者は、毎月の定例会において利用者の延べ人数や平均利用者数を報告したり、サービス向上委員会においてサービスに関する改善点を検討するなど、経営や業務の効率化及び改善活動等に指導力を発揮している。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
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。	a・b・c
	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り組みを行っている。	a・b・c
	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①生活相談員が毎月各居宅介護支援事業所や地域包括支援センターを訪問し、地域の動向について情報収集したり、国の社会保障政策に関する資料を管理職会議で検討するなど、事業経営を取り巻く環境の的確な把握に努めている。</p> <p>②地域ニーズの把握に加え、利用者の増減や季節変動等を分析し、管理職会議やQC活動における検討を通して改善課題を明らかにしている。冬場の利用者減少に対して、インフルエンザの予防接種や消毒の徹底を行い成果を上げている。</p> <p>③公認会計士による外部監査を定期的に受けており、指摘された事項を踏まえて経営改善に取り組んでいる。</p>		

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
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。	a・b・c
	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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①サービスの質確保のために必要な人材や人員体制について事業計画に明記され、有資格職員の配置等、具体的な目標が設定されている。</p> <p>②職員を、業務や待遇、規律性等から見て評価しているが、明確な評価基準は設定されていない。職員に期待する知識・技能、実行力や判断力及び業務の達成度等について、具体的な基準を定めて明示することが望まれる。</p>		
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。	a・b・c
	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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①有給休暇の消化率や時間外労働についてはデータを取り、定期的にチェックしている。さらに、QC活動のテーマとして時間外労働を取り上げるなど、改善へ向けた取り組みも見られるが、職員の意向を把握するための、定期的な個別面接の仕組みや相談窓口の設置は今後の課題である。</p> <p>②介護部の職員互助会があり、懇親会等には法人から助成を行っている。また、勤続年数に応じたリフレッシュ休暇制度を制定して、昨年度より実施している。</p>		
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。	a・b・c
	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り組みが行われている。	a・b・c
	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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①教育・研修についての基本的な姿勢が事業計画に示され、職員研修委員により年間研修計画が策定されている。各研修の講師については、テーマに応じて該当する各種委員会が担当している。また、資格取得に際しては助成金を支給するなど、法人としての支援体制が整備されている。</p> <p>②職員毎のキャリアビジョン設定表に基づき教育・研修が実施され、個人別教育計画及び実施記録により進捗が確認できる。職員研修委員からの情報を基に参加する研修のほか、マニュアル研修のように義務づけられたものもある。</p> <p>③外部研修を受講した職員は、報告書を作成するとともに伝達講習を行っている。テーマや内容によっては、受講後に簡易テストを実施して成果を評価・分析することで、以降の教育・研修計画に反映している。</p>		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①養護学校から、産業現場等実習の受け入れ実績がある。実習生受け入れにあたっては学校と連携して取り組み、現場での心得や留意点については受け入れ票に明記している。しかし、実習生の受け入れに関する基本姿勢やオリエンテーションの実施手順等は明文化されていない。また、より充実した実習とするためにも、資格種別を考慮したプログラムの策定や、実習指導者育成のための研修受講を今後の検討課題としていただきたい。</p>		

Ⅱ-3 安全管理

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(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。		
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、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
Ⅱ-3-(1)-② 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。		a・(b)・c
Ⅱ-3-(1)-③ 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
<p>評価概要</p> <p>①管理者を含む全職員で、緊急事態発生時の連絡網が作られている。緊急時対応マニュアル、事故対応マニュアル、感染症及び食中毒マニュアルが、疾患別の予防策と蔓延防止策を盛り込んで整備されている。これらのマニュアルについては、保健衛生委員会やリスクマネジメント委員会で定期的に見直しを実施している。</p> <p>②防災委員会を中心に年二回の避難訓練を実施しており、災害時対応マニュアルも整備している。また、担当者が定期的に消火器のチェックを行っている。災害時における食料品や消耗品の備蓄、及び防災グッズの整備が検討されているので、早急な実現を期待したい。また、避難訓練など災害時に備えた対応については、事業所のみならず、地域との連携についても検討していただきたい。</p> <p>③日々のサービス提供を通して出されたヒヤリ・ハット事例については、当事者が報告書に発生要因や未然防止策を記載して、全職員に回覧することで周知し共有している。さらに多くのヒヤリ・ハット事例が報告されるための工夫が求められるとともに、当事者以外の現場職員も参画して要因や対策を検討することで、“危険への気付き”を促す取り組みに期待したい。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	○a・b・c
	Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	○a・b・c
	Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①利用者制作の雑巾や折り鶴を地域の学校に寄贈したり、敬老会で子供たちと触れあうなど、地域との交流を深めている。また、月に一度は事業所周辺の清掃を行っている。さらに、近くの市場に出かけたり、青果物の訪問販売や福祉用具の展示販売を受け入れて、外出や買い物などに地域の社会資源を活用している。</p> <p>②地域還元祭を開催し、介護相談会や陶芸、足湯、筋力トレーニングや骨密度測定のコーナーを設けて地域住民の方々に参加していただいている。また、家族交流会では、介助法の勉強会を実施している。</p> <p>③10数件の個人・団体ボランティアの登録があり、施設玄関に掲示されている。ボランティア受け入れに関する手順が定められ、ボランティアに対する必要な研修も行っている。日常的に多彩な活動が行われており、利用者にとっては大きな楽しみとなっている。</p>		
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。	○a・b・c
	Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①医療・介護の関係事業所及び行政や消防、警察など、利用者の状況に応じて必要となる地域の社会資源を明確にしている。</p> <p>②医師会主催の在宅医療・福祉研修会に出席するなどして、関係事業所・団体と交流している。また、毎月、生活相談員が各居宅介護支援事業所や地域包括支援センターを訪問して情報を共有している。時には、事業所で行う駅弁まつりの弁当を試食してもらい意見を聞くなど、連携強化に努めている。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	○a・b・c
	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。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①生活相談員が、毎月各居宅介護支援事業所や地域包括支援センターを訪問して、利用者の状況報告と併せて地域ニーズの把握に努めている。また、民生委員に広報誌を配布したり、地域還元祭で介護相談コーナーを設けるなどの取り組みを行っている。</p> <p>②利用者及びご家族をはじめとする地域のニーズを受けて、地域密着型デイサービスを開設しており、今後、グループホームの開設も計画されている。</p>		

評価対象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

		第三者評価結果
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り組みを行っている。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①運営方針には利用者を尊重したサービスの実施が明示されており、身体拘束委員会や高齢者虐待委員会において身体拘束や虐待について勉強会を実施している。職員に対して身体拘束や虐待防止についての簡易テストを実施して、人権擁護に関する理解の周知徹底を図っている。</p> <p>②プライバシー保護マニュアルが作成され、さらに個別の標準的なサービス手順書にもプライバシー確保の具体的な方法が記載されている。職員に対してはプライバシー保護に関する研修を実施して周知徹底するとともに、設備面においても入浴時の目隠しのためにロールカーテンを設置するなど、具体的な取り組みを行っている。</p>		
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の上上に務めている。		
	Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の上上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①利用しているサービスや食事に関するアンケート調査を行い、利用者及びご家族の要望や意向を聴取する機会を設けている。アンケートの結果を受けて定例会で対策を検討するとともに、広報誌に集計結果と回答を掲載している。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①施設の玄関に意見箱を設置し、相談スペースも設けている。苦情・相談の担当窓口を定めた文書を掲示するとともに、利用者及びご家族へ配布している。また、連絡帳の活用や送迎時のご家族との会話を通して、意見を述べやすい環境整備に努めている。</p> <p>②苦情解決責任者及び担当者、第三者委員を設置している。苦情に対する対策や解決結果は、利用者及びご家族に報告し記録に残している。</p> <p>③相談・苦情対応マニュアルに沿って苦情処理簿に記載するとともに、対策の検討及び報告がなされている。解決までに時間を要する場合は途中経過を報告し、その報告日を記録に残している。日々のサービス提供中の要望についても、申し送り事項として職員間で共有しながらサービスの質向上に取り組んでいる。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組み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。	a・b・c
	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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①年に二回自己評価を行い、定期的に第三者評価を受審している。評価結果は管理職会議で分析し検討を行っている。</p> <p>②自己評価の分析結果と課題について、定例会で全職員に報告し検討している。改善策は事業計画に盛り込まれ、中間評価を行うとともに必要に応じて計画の見直しを行っている。</p>		
Ⅲ-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。		
	Ⅲ-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
	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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①個々のサービスについて、プライバシー保護の姿勢が明示されたマニュアルが作成されており、職員全員に配布している。新人職員には、新任研修の中でマニュアルに則したケアの方法を指導している。</p> <p>②各委員会の中で、職員の意見を取り入れながらマニュアルの見直しを行っている。検証や見直しの時期は、年間スケジュールに明記されている。</p>		
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。	a・b・c
	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。	a・b・c
	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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①利用者一人ひとりの支援経過は、サービス実施計画に沿って電子カルテに記録されている。</p> <p>②「文書管理規定」が整備され、保管、保存、廃棄について定めているが、文書及び電子データの保存期間や廃棄方法等について、さらに具体的な記載を検討していただきたい。</p> <p>③パソコンによるネットワークシステムを活用し、事業所内での情報共有を行っている。また、ケアカンファレンスには、医師や看護師、理学療法士、ケアスタッフ等の多職種のメンバーが参加しており、利用者の状況や留意点について話し合い、現状に即した対応が行えるように取り組んでいる。</p>		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
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。	a・b・c
	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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①ホームページを開設するとともに、チラシやパンフレットを地域に配布して事業所の紹介をしている。さらに、見学や一日体験も受け入れるなど柔軟に対応している。</p> <p>②利用開始前に、重要事項説明書を使い利用者及びご家族の理解を確認しながら説明して同意を得ている。利用料金に関しても、シミュレーションを行いながら詳しく説明して同意を得ている。</p>		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①サービスの継続性を確保するために、必要な情報は「介護支援パス」を用いて引継ぎを行っている。入院された利用者に対しては、面会に出向くなどして、医療機関との情報交換や利用者からの相談を受けやすくする配慮がなされている。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①年に一回、アセスメントの見直しを行うように定めているが、見直した利用者で見直していない利用者が見られる。利用者に関する情報収集には、ケアマネジャーや医療機関からのフェイスシートを用いており、事業所として統一された書式は使用していない。利用者の身体状況や生活状況等をより正確に把握し、サービス実施上のニーズを明らかにするために、統一した手順と様式によるアセスメントの実施が求められる。</p>		
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。	a・b・c
	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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①生活相談員がプラン策定の責任者となっており、看護師やケアスタッフと検討会を開き、利用者及びご家族の意向や希望を反映したサービス実施計画を策定している。</p> <p>②毎月モニタリングを行い、三ヶ月毎に計画の見直しを行っている。見直しの結果、計画の変更が必要となった場合は、申し送りやパソコンネットワークを利用して、全職員に内容を周知している。</p>		

利用者調査結果集計表

(調査対象 130 回答数 97)

平成22年5月～6月実施

着眼点	質問項目	回答						未回答
全サービス共通項目								
職員の対応	問1 職員は親切、丁寧に対応してくれますか。	はい	94	いいえ	1	時や人により違	2	
	問2 職員は何かにつけ気軽に声をかけてくれますか。	はい	93	いいえ	1	時や人により違	3	
プライバシーへの配慮	問3 「自分が秘密にしたいこと」を他人に知られないように配慮してくれますか。	はい	86	いいえ	1	時や人により違	4	6
	問4 職員は、入浴やトイレ介助の際に他人に見られないように配慮してくれますか。	はい	82	いいえ	1	時や人により違	5	9
利用者の意向の尊重	問5 職員はあなた(あなたの意思)を大切にしてくれますか。	はい	91	いいえ	1	時や人により違	4	1
	問6 「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか。	はい	84	いいえ	5			8
	問7 困ったことを相談できる職員がいますか。	はい	87	いいえ	3			7
苦情受けの方法	問8 苦情の受け付け方法について、説明がありましたか。	はい	64	いいえ	24			9
	【はいの場合】苦情受けの窓口や担当職員や電話番号の説明がありましたか。	はい	53	いいえ	6			38
不満や要望への対応	問9 不満や要望を気軽に話すことができますか。	はい	79	いいえ	6	人により違う	8	4
	問10 職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれますか。	はい	85	いいえ	3	わからない	8	1
職員間の連携・サービスの標準化	問11 あなたが要望したことが他の職員にも伝わっていますか。	はい	64	いいえ	3	わからない	26	4
	問12 職員はみな同じように接触してくれますか(職員によって言うことやすることに違いがありませんか)。	はい	73	違うことがある	13			11
事故の発生	問13 サービス利用中に怪我をしたことがありますか。	はい	11	いいえ	83			3
	【はいの場合】職員の適切な対応があれば避けることができたものでしたか。	はい	6	いいえ	2	なんともいえな	2	87
利用開始に当たっての説明	問14 デイサービスの利用を始める前に、支援の内容について説明がありましたか。	はい	92	いいえ	3			2
	【はいの場合】その説明はわかりやすかったですか。	はい	88	いいえ	1			8
	実際に利用してみて、説明どおりでしたか。	はい	81	いいえ	0	なんともいえな	11	5
個別サービス項目								
食事	問15 食事はおいしいですか。	はい	95	いいえ	0			2
	問16 食事は楽しい雰囲気で行うことができますか。	はい	91	いいえ	1			5
入浴	問17 お風呂の時間や職員の対応には満足していますか。	はい	82	いいえ	5			10
排泄	問18 あなたが希望するときにトイレへ連れて行ってもらったり、必要な介助をしてもらえますか。	はい	43	いいえ	1	自分で行ける	49	4
余暇・自由時間	問19 レクリエーションや行事は、楽しく満足していますか。	はい	87	いいえ	5			5
	問20 自由時間には、好きな活動ができていますか。	はい	88	いいえ	4			5
機能訓練	問21 リハビリや機能回復のための訓練は、あなたにとって十分に行われていますか。	はい	80	いいえ	6	必要を感じていない	5	6
健康管理	問22 体調が悪いと訴えたときには、すぐに職員が対応してくれますか。	はい	77	いいえ	1	事例がなくわからない	10	9
地域交流	問23 地域の方やボランティアの方との交流は、あなたにとって十分に行われていますか。	はい	54	いいえ	9	なんともいえな	25	9
施設・設備	問24 ホールは、いつも清潔で、温度や明るさもあなたにとってちょうどよいですか。	はい	92	いいえ	2			3
	問25 トイレや浴室はいつも清潔で、安全に使用できますか。	はい	94	いいえ	0			3