

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称： それいゆ定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 朝霧	種別：訪問介護
代表者氏名： 山田裕美	定員（利用者人数）： 30 名
所在地： 明石市東野町1910-6 ビアンコディモータ107	
TEL 078-915-1233	ホームページ： https://hinode.or.jp/hakuai/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 平成26年10月1日	
経営法人・設置主体（法人名）： 社会福祉法人 博愛福祉会	
職員数	常勤職員： 10 名 非常勤職員： 6 名
専門職員	介護福祉士 6 名 初任者研修 1 名
	看護師 9
施設・設備の概要	訪問車両台、パソコン、電話、スマートホン複合機、事務設備一式 等

③理念・基本方針

基本理念 お客様のよろこび、社員のよろこび、地域のよろこび
グループ基本方針

- ① 新たな挑戦を続けます。
- ② 日々の出会いに感謝します。
- ③ お客様に最善を尽くします。
- ④ 信頼できる仲間を作ります。
- ⑤ 健康に働ける環境を追及します。

④施設・事業所の特徴的な取組

広く医療・介護・保育事業を展開する日の出医療福祉グループにある社会福祉法人内の事業所である。訪問介護と訪問看護を一体的に行い、定期的な訪問と緊急時などの随時の訪問により介護・看護サービスを提供している。24時間365日体制でオペレーターが緊急相談受付を行い、緊急時対応も含め、在宅での介護・医療ケアを支援している。理学療法士とも連携し、自宅での自立した生活が継続できるよう自立支援に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3 年 3 月 15 日 (契約日) ~ 令和 3 年 6 月 1 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (令和 1 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

*法人の管理・運営体制を確立し、法人内・エリア内の連携体制・内部監査制度等によりコンプライアンスにもとづいた運営に取り組んでいる。また、福利厚生の充実・働きやすい職場環境づくりに努め、研修体制・人事考課制度・目標管理制度を整備し職員の資質向上に注力している。

*エリアの中長期ビジョンをもとに事業所の年次の事業計画を作成し、毎月の月次報告と中間評価で実施状況を把握しながら、計画的な運営に取り組んでいる。人員の増員と訪問エリアの拡大による地域に根ざした運営を目標とし、地域の定期巡回随時対応型サービスへの理解・推進を目的とした出前講座にも取り組んでいる。

*訪問看護ステーションと一体型であり、看護師・介護士が常に情報共有し、理学療法士の助言や提案を受けられる体制もあり、専門性の高いサービスを提供している。自宅での運動や生活リハビリの導入、環境整備や福祉用具導入等も支援し、自宅で自立した生活が継続できるよう支援している。また、利用者・家族の意向に沿って、住み慣れた自宅での看取り介護も支援している。

*毎月、看護師がアセスメントを、介護福祉士がモニタリングを行い、現状に即した定期巡回計画にもとづいた支援を行っている。管理者の毎月のモニタリングにより把握した利用者の意向も反映している。電子カルテシステムを導入し、定期巡回計画・ケア手順書・訪問記録・連絡帳等を、スマートフォンでリアルタイムに閲覧し情報共有できる仕組みがあり、緊急時や随時の変更事項にも迅速に対応している。家族や介護支援専門員にも、システムを活用したリアルタイムの情報共有を行っている。

◇改善を求められる点

よく取り組まれており、大きな改善点はありません。
各種マニュアルが整備されていますので、各マニュアルの内容について、定期的に検証し、必要な見直しを行い、「見直し履歴」に記録することが望まれます。事故・ヒヤリハット事例の収集と記録方法の工夫が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

介護士・看護師が一体となり、24時間体制の在宅介護支援を実施している。ICTを駆使し、職員間の情報共有をリアルタイムで共有することで業務効率を高めている。今後も、重度であっても住み慣れた自宅で介護が受けられるサービス体制を維持するため、医療介護両面において専門性の維持向上に努めていく。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

（別紙）

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念・基本方針をホームページ・法人のパンフレット等に記載している。理念は法人・事業所の使命や目指す方向を明文化し、基本方針は理念との整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。入職時のオリエンテーションで管理者が説明して周知し、事業所への掲示、名刺裏面・理念カードへの記載と携帯、ポスターの掲示などにより、意識付けと浸透を図っている。法人パンフレットにわかりやすく明示し、重要事項説明書に記載し、利用者・家族への周知を図っている。</p>		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>例年開催される総合支援センター主催の地域交流会・介護医療連携推進会議は休止しているが、管理者が兵庫県定期巡回随時対応協議会に、エリア長が法人の業績会議に参加し、社会福祉事業の動向や、地域の動向・利用者ニーズ等について把握に努めている。法人から提供される業績資料をもとに、管理者が事業所のコスト分析・利用者の推移・利用率等の分析を行い月次報告書を作成している。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>月次報告書に課題・改善に向けた目標・具体的な対策を明示して取り組み、次月の月次報告書で進捗を報告する仕組みがある。月次報告書は管理者が作成し、職員に周知すべき経営課題についてはシステム内の「連絡帳」で周知を図っている。月次報告書・業績会議・理事会等で、役員にも共有がなされている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	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。	Ⓐ・b・c
<コメント> エリア長が「明石・神戸エリア中長期ビジョン」を策定している。法人の理念・基本方針の実現に向け、3年計画で「あるべき姿」を明示し、1年ごとに、実施状況の評価を行える具体的な「行動計画」を明示している。必要に応じて、年度ごとに見直す仕組みがある。		
5	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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 「明石・神戸エリア中長期ビジョン」をもとに、事業所の単年度の収支計画と事業計画を、法人共通の書式で策定している。事業計画は、「今期目標」「目標達成に向けた具体策」「今期設備投資・購入計画」「その他特記事項」の項目に分け、実行可能な実施状況の評価を行える具体的な内容になっている。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 事業計画を業務日誌に綴じ、職員の周知を図っている。毎月の月次報告の中で事業計画の実施状況を把握し、11月の補正予算時に上半期の評価と見直しを行っている。年度末に1年間の評価を行い事業報告書を作成し、次年度の事業計画策定につなげている。管理者が、個別面談や日頃の報告等から職員の意見・提案を把握し、事業計画の策定に活かしている。		
7	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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 例年は、家族も参加する介護医療連携推進会議の中での事業報告を通して、事業計画の主な内容を説明している。今年度は、（コロナ禍で開催ができなかったため）1年間の報告書を作成し、その中で事業計画についても説明し、家族を含めた構成メンバーに郵送し、事業所のホームページにも公開する準備を進めている。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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。		
8	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度・目標管理を活用し、PDCAサイクルにもとづく職員の資質向上を通して、サービスの質向上に取り組んでいる。管理者が毎月利用者にモニタリングを行い、サービス内容について評価している。福祉サービス第三者評価を継続して受審している。また、法人に内部監査の制度があり、年1回実施している。第三者評価・内部監査で、定められた評価基準にもとづいて自己評価を行い、評価結果は管理者層で分析・検討を行っている。</p>		
9	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>第三者評価結果報告書・内部監査結果報告書を設置し、結果や課題を職員間で共有している。内部監査結果報告書の「指摘・推薦事項」欄に課題を、「改善指導」欄に改善策を明示し、事業所内で共有し改善に取り組み、内部監査改善報告書で改善状況を報告する仕組みがある。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>令和2年度収支・事業計画を策定し、策定根拠（課題）・目標、目標達成に向けた具体策を明確にしている。システム内連絡帳・業務日誌へのファイリングにより職員に周知している。職務分掌・運営規程・決裁規程の職務権限表等で、管理者の役割・責任を定め、閲覧ができるよう事務所に設置している。管理者不在時の権限委任を、組織図で計画作成担当者として明確にしている。</p>		
11	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法令集、法人諸規定等を事務所に設置し、遵守すべき法令等の理解に努めている。課題等があれば保険者に相談し、取引業者とは経理規定・稟議規定等に沿って取引を行い、適正な関係保持に努めている。県の定期巡回協議会研修への参加や法人の管理者研修を受講し、経営に関する法令遵守について学んでいる。産業廃棄物処理法・市条例等環境への配慮等も含む遵守すべき法令を理解し取組を行っている。入職時の事業所オリエンテーションで、遵守すべき法令・就業規則内容等を周知している。毎月、管理者等が法人での安全運転管理者研修に参加し、研修内容をシステム内で職員に伝達している。年間研修計画に沿って全職員が「倫理・コンプライアンス」研修を受講している。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 継続的に第三者評価を受審し、福祉サービスの質の現状について評価・分析を行、受審結果を事務所に設置し、課題改善に向け取り組んでいる。例年、内部監査制度の項目に沿って年1回自己評価を行い、内部監査結果から改善に取り組む仕組みがある。（令和2年度は休止）令和2年度は、定期巡回会議を休止し、職員の意見・提案を管理者が集約し、適宜システム内で共有し、サービスの質向上に向け取り組み、書面会議として月毎に文書化して周知している。Eラーニング研修制度を採り入れ、年間研修計画に基づいた研修を全職員が受講してレポートを提出し、また、喀たん吸引等の外部研修に参加し研修の充実を図っている。		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 月次の実績報告をもとに、法人本部が月別推移をデータ化して事業所にフィードバックし、管理者が毎月稼働率・収支等を「月次報告書」にまとめ分析している。理念や基本方針の実現に向けて、基準となる人員配置を運営規定・重要事項説明書に明記し、目標とする職員体制づくりに努めている。職員配置実績は、月次報告書・組織図に明示し把握している。希望に応じた有給取得促進・休憩時間の確保・車両の整備等に取り組む、人員配置、職員の働きやすい環境整備に取り組んでいる。管理者は、職員の意見を随時把握して集約し、経営・業務改善の実効性向上に向け取り組んでいる。例年は、業績会議・定期巡回会議等に参画している。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。		
14	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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 事業計画で人材確保、運営規定で育成に関する方針や指定基準に準じて配置すべき専門職員体制を明確にしている。常勤換算9人の人員確保に努めると共に、介護福祉士、喀たん吸引資格等、必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。法人として自己啓発奨励規定を設け、資格取得を奨励している。エリアでの求人広告・就職セミナー・ハローワーク・ホームページ・職員紹介制度等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 日の出プライド基本方針を、事業所として期待する職員像としている。就業規則で人事基準を明確にし、人事考課ガイドラインに職種階層ごとに詳細な基準を定めている。また、等級運用規定で昇進昇格等の要件を定めている。入職時や考課面談時に説明し、規程を事務所に設置して周知している。人事考課制度の仕組みの中で、半期ごとに定められた基準にもとづき、能力・成果・貢献度等を評価している。法人で外部の専門機関、ハローワーク等からの情報を得て処遇水準の評価、分析を行う仕組みがある。個別面談・職員アンケート・自己申告シート等で把握した意見等に基づき、法人として処遇の改善に努めている。等級基準表で階層ごとに求められる等級、昇進昇格の要件を明確にし、キャリアビジョンとして将来の姿を描く仕組みがある。		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 決裁規定の職務権限表で、労務管理に関する責任体制を明確にしている。法人として、統括本部組織図で労務管理課の所轄として明示している。管理者は、勤怠システムにより職員の就業状況を把握している。定期的な健康診断、ストレスチェックを実施している。介護職の腰痛検査、腰痛ベルトの支給を行っている。管理者が相談窓口となり個人面談を行う機会を設けている。自己申告シートにより、直接本部の相談室へ相談できる仕組みがある。また、法人を通じて外部の相談機関を紹介する仕組みもある。福利厚生クラブ加入、育児・介護休業休暇、時間単位有給休暇制度、医療費補助等総合的な福利厚生を実施し、ワークライフバランスに配慮している。計画的な人材育成や確保を推進し、定着の観点から、働き方改革を推進してしる。		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 組織として「期待する職員像」を、人事考課での階層毎目標カード・目標シートで明確にし、目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回（半期ごと）定期的に個別面談の機会を設け、目標を設定している。目標設定には、目標項目、目標水準が明確にされ、目標項目に応じて目標期限を設定している。個別面談時に、目標に対する進捗状況や達成度等を確認し次年度の目標設定に繋いでいる。		
18	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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 「等級基準表」に、期待する職員像を明示している。運営規定に組織が必要とする専門職種を、研修計画に職員に必要とされる専門性を明示している。年間研修計画に基づいたEラーニング研修に全職員が参加し、研修レポートを作成している。研修レポートを個別の研修ファイルに綴じ、研修受講状況を管理している。県の定期巡回協議会研修・喀痰吸引研修等、外部研修に参加している。法人の人事教育部が研修内容等の分析・評価を行い、次年度のEラーニング研修計画・内容に反映させている。		
19	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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 職員個々の取得資格・経験年数等は履歴書と受講証で把握し、法人でも把握・管理している。新入職者には計画作成責任者等が1ヶ月程度同行研修を実施し、管理者がシステム内の訪問記録でOJTの実施状況や習熟度等を確認している。法人の人事教育部が階層別・職種別・テーマ別研修を企画し、随時連絡があり、該当者が受講する仕組みがある。喀たん吸引研修にも順次参加している。外部研修案内は掲示と回覧等で全体に情報発信し、内容に応じた該当者がいれば管理者が推奨している。シフト調整・受講費負担など、研修参加を支援している。		

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	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。	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。		
21	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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人ホームページに、法人の理念・基本方針・現況報告・決算情報・サービス内容等を公開している。また、第三者評価結果、苦情解決体制、窓口、苦情内容、対応状況に関する公開ページを設けている。例年は、介護医療連携推進会議の中で、事業所の事業計画や事業報告を報告している。今年度は開催を休止しているが、1年間の報告書を作成して、その中で、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告等について、事業所のホームページに公開する準備を進めている。事業所の苦情はないが、あれば同様に公開する仕組みがある。事業所の事業内容・特長等を記載した訪問看護ステーション広報誌を、居宅介護支援事業所・医療機関等に配布している。		
22	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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 決裁規定の職務権限表で事務、経理、取引等に関する職務内容と役割、責任を明確にし、これらを事務所内に設置して職員に周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について相談し助言を得ている。助言等については、法人本部から事業所へ報告されている。内部監査の仕組みが構築され、課題があれば、改善検討を行い、内部監査改善報告書で改善に向けた取り組みを報告している。事業会計状況等について、監事が定期的に監事監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。財務等については法人が選任した会計監査人が、事業内容等については外部専門機関が外部監査を行い、外部専門家の指摘事項にもとづいて経営改善に取り組んでいる。		

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
23	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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 地域との関わり方について、日の出プライド基本方針に「地域の喜び」、博愛福祉会理念に「地域社会への貢献」という基本的な考え方を文書化している。在宅医療を行う医療機関、配食サービス、訪問入浴サービス、通院時の介護タクシー、市発行のオレンジ手帳、買い物システム（スーパーへの送迎）等、利用者個々の状況や必要に応じて情報を提供し、利用・活用できるよう支援している。		

24	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。	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 医療機関・行政機関・取引業者・車両修理業者等一覧、居宅介護支援事業所リスト等を作成し、事務所に設置し周知を図っている。兵庫県定期巡回事業所協議会に参加し、共通の課題に対して解決に向けて取り組んでいる。例年は、地域交流会への参加、介護医療連携推進会議の開催を通して、地域・関係機関との連携を図っている。（令和2年度は休止している。）サービス担当者会議に参加し利用者のアフターケア等で地域でのネットワーク化に取り組んでいる。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 要望があれば高齢者施設関係者等を対象に出前講座を開催している。今後、地域住民への広報を検討している。地域のまちづくり協議会に協賛している。		
27	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 電話等での介護相談に随時対応し、地域ニーズを把握するよう努めている。介護医療連携推進会議に民生委員の参加があり、例年の開催時には地域の独居高齢者への対応等、地域ニーズ把握に努めている。総合支援センター・居宅介護支援事業所・兵庫県定期巡回事業所協議会等と連携し、公的支援や24時間見守りの必要な高齢者支援等、把握したニーズの解決に努めている。定期巡回セミナー等の講師依頼の積極的な受託を事業計画に記載し、地域に向けた出前講座活動に取り組んでいる。実施状況を月次報告に記録している。		

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。		
28	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もつための取組を行っている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 利用者尊重の姿勢を、「法人の理念・基本方針」「介護マニュアル」に明示している。「介護福祉士の倫理要綱」を事業所の倫理規定として周知を図っている。事業所の年間研修計画をもとに「接遇」「プライバシー保護」「高齢者虐待防止」「身体拘束防止」「認知症ケア」「倫理・コンプライアンス」研修を実施している。管理者が毎月利用者にモニタリングを行い、利用者尊重・基本的人権への配慮について実施状況を把握している。ケア手順の見直しやシステム内の「連絡帳」での注意喚起など、必要な対応を図っている。		

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>「プライバシー保護マニュアル」「身体拘束マニュアル」「虐待対策マニュアル」を整備し、「プライバシーの保護」「倫理・コンプライアンス」「高齢者虐待防止」「身体拘束防止」の研修を実施し周知を図っている。マニュアルや就業規則に、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。訪問時に環境面に留意し必要に応じて提案を行ったり、介護・看護時にはプライバシー保護に配慮している。重要事項説明書に「守秘義務に関する対策」「利用者の尊厳」「身体拘束の禁止」の条項を設け、利用者・家族にプライバシー保護と権利擁護についての事業所の取り組みを、契約時に説明している。プライバシー保護・権利擁護の実践状況は、管理者のモニタリング時に把握に努めている。</p>		
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。		
30	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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>事業所パンフレットを、病院・居宅介護支援事業所・総合支援センター等に配布し、広く情報提供できるように取り組んでいる。事業所パンフレットは写真・図・絵の使用や説明文の工夫等により、「定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスとは」「サービスの特徴」「サービス内容」等についてわかりやすく説明している。利用希望者には、自宅や病院などを訪問し、個別に丁寧な説明を行っている。事業所パンフレットの情報は、事業所が適宜見直しを行っている。</p>		
31	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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>サービス開始時は利用者同席のもとで説明し、利用者の自己決定を尊重している。契約書・重要事項説明書に沿って丁寧な説明に努め、文書で同意を得ている。事業所やサービスの特徴等を具体的に説明した「利用案内」や、訪問予定や連絡先を明示した「パンフレット」「利用予定表」を活用し、わかりやすい説明に努めている。意思決定が困難な利用者を含め、家族等の同席を基本とし、契約書類に署名代行者の欄を設け、適正な説明、運用を図っている。</p>		
32	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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>定期巡回サービスからの移行の必要性を感じた際は、利用者・家族・介護支援専門員に提案し、移行に向けた支援を行っている。次のサービス事業者と面談時の同席や電話で情報提供したり、要請に応じて書面で情報提供するなど、適切な引継ぎに努めている。サービス終了後も、管理者を相談窓口とし、利用者・家族の相談に対応することを口頭で説明している。サービスの利用が終了した時に、その後の相談方法や担当者について説明した文書を渡すことが望まれます。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 年に1回、利用者満足調査を実施している。管理者が毎月モニタリングを行い、個別に利用者・家族の満足の把握を行っている。サービス担当者会議や介護医療連携推進会議（今年度は休止）でも利用者・家族満足の把握に努めている。モニタリングや会議等で把握した内容や満足度調査結果は、システム内の「連絡帳」で周知し、迅速に改善に取り組む仕組みがある。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	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。	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 苦情担当・責任者を管理者とし、法人が第三者委員を設置し苦情解決の体制を整備している。事業所の窓口と行政など公的な窓口を重要事項説明書に明示し、利用者・家族に配布すると共に、事業所に公開ファイルを設置している。アンケートの実施、管理者の毎月のモニタリング、利用者宅に配布している「利用予定表」に電話・メール・ラインでの連絡方法を明示する等、利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情の事例はないが、苦情があれば、システム内の「その他」欄に、申立者へのフィードバックも含めて入力し、職員間で迅速に共有し、再発防止に努める仕組みがある。また、「苦情受付報告書」に記録することとしている。法人のホームページに、苦情に関する公開ページを設けている。事業所としては、介護医療連携推進会議で報告し、議事録を事業所のホームページで公開することとしている。		
35	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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 重要事項説明書に、「ご相談・苦情の受付について」として、事業所の担当責任者・第三者委員・行政など公的機関の窓口を記載して配布している。事業所の窓口については、開設時間・相談方法も記載している。また、利用者宅に配布している「利用予定表」に電話・メール・ラインでの連絡方法を明示している。相談室を設け、相談しやすいスペースを確保している。		
36	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。	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 「相談・苦情等対応マニュアル」を整備している。日々の訪問時に、職員が利用者が相談しやすく意見が言いやすいコミュニケーションに努めている。アンケートの実施、管理者の毎月のモニタリング等、利用者の意見を積極的に把握できるように取り組んでいる。把握した相談・意見については、検討に時間がかかる場合の状況説明を含め、管理者が当日対応している。意見・相談の内容や対応については、システム内の「その他」欄で職員間で共有し、統一した対応を図っている。マニュアルは定期的に検証・見直しを行い、結果を見直し履歴に記録することが望まれます。		

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。		
37	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。	a ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>リスクマネジメントの責任者を管理者としている。「事故発生時緊急対応マニュアル」を整備し、事故・病状急変時及び急病等発生時の対応と連絡手順について明示している。「事故発生又は再発防止に関する研修」を実施している。現在事故の発生事例はないが、事例があればシステム内の「訪問記録」で迅速に共有し、その後、法人共通の「事故・ヒヤリハット報告書」に記録する仕組みがある。ヒヤリハット事例の収集を積極的に行い、事故の未然防止につなげる仕組み作りが望まれます。また、事故防止策の実効性を評価する仕組みづくりを期待します。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>感染症対策の責任者を管理者としている。「感染症予防マニュアル」を整備し、予防対策と発生時の対応を明示している。コロナウイルス感染予防対策については、システム内の連絡帳で最新情報を迅速に共有し、今後マニュアルに追記する予定である。年間研修計画をもとに「感染症研修」を実施している。手指消毒薬・マスク・手袋・予防着・ゴーグルなどを携帯し、感染症予防・対応を適切に行っている。感染症発生時対応は、マニュアルのフローチャートに沿って、訪問看護ステーションと連携をとりながら対応する仕組みがある。マニュアルは定期的に検証・見直しを行い、結果を見直し履歴に記録することが望まれます。</p>		
39	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。	a ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人共通の「防災及び非常対応マニュアル」、事業所の「台風時対応マニュアル」を整備している。新たに「それいゆ朝霧BCP（事業継続計画）」を作成し、災害別に平常時対応・初動時対応を明示し、非常時にも事業継続できるように取り組んでいる。利用者の緊急連絡先をシステム内に入力し、職員については緊急連絡網を作成し、迅速に安否確認できるよう整備している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。		
40	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 ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>介護マニュアル・看護マニュアルを整備し、サービスの標準的な実施方法を文書化し、その中に利用者尊重やプライバシー保護についての記載もある。入職後1カ月程度OJT期間を設け、計画作成責任者が同行訪問し、標準的な実施方法について個別に指導している。OJTの実施状況や習得状況はシステム内に記録している。その後も、同行訪問時や管理者の毎月のモニタリングで、実施状況を確認する仕組みがある。</p>		

41	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。	a ・ b ・ <input checked="" type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>介護マニュアル・看護マニュアルのマニュアルの見直しには至っていない。マニュアルは定期的に検証・見直しを行い、結果を見直し履歴に記録することが望まれます。</p>		
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。		
42	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>看護師2名・介護福祉士2名を計画作成責任者として設置している。アセスメントシートで看護師が課題抽出を行っている。サービス担当者会議に参加し、また、事業所内でも、適宜介護職、看護師・理学療法士の意見を採り入れて、アセスメント・計画策定についての協議を行っている。定期巡回計画書の「生活上のニーズ」欄に、利用者個々のニーズを明示している。計画作成責任者が毎月モニタリングを実施し、計画通りにサービスが実施されていることを確認している。支援困難ケースを積極的に受け入れ、居宅介護支援事業所・総合支援センター・訪問看護事業所・病院など関係機関と連携し、経過はシステムの「特記」欄に記録している。</p>		
43	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月、看護師がアセスメントを、介護福祉士がモニタリングを行い、計画見直しの必要性について確認している。見直しが必要であれば、介護支援専門員に報告し随時見直しを行っている。定期的には短期目標の期間ごとに計画の見直しを行っている。変更になったニーズは計画書に明記している。変更した計画の内容は、システム内の「計画書」「ケア手順」を変更し、迅速に共有できる仕組みがある。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、基本情報・アセスメントシートにより把握している。定期巡回計画にもとづくサービス実施を、システム内の介護内容チェック・訪問記録の記録により確認できる仕組みがある。管理者が記録を確認し、必要に応じて個別に指導し、記録に差異が生じないように取り組んでいる。システムの、訪問記録・ケア手順書・連絡帳等各種様式を活用して、利用者の状況や変更事項などを迅速に情報共有できる仕組みを整備している。今年度は定期巡回会議の開催が困難なため、随時の検討内容を書面会議としてシステム内の連絡帳で迅速に共有し、議事録を作成しファイリングも行っている。</p>		

45	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
<p><コメント></p> <p>法人共通の「個人情報保護規定」「特別個人情報保護規定」「文書保存規程」により、記録の保管・保存・廃棄・情報の提供・不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法に関して規定している。記録の管理責任者を管理者と定めている。入職時オリエンテーション、年間研修計画にもとづいた「プライバシー保護」研修で、記録も含めて個人情報保護についての研修を実施している。入職時に、守秘義務について誓約書も交わしている。契約時に、個人情報の取り扱いについて、利用者・家族に説明し文書で同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a • b • c
A②	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。	a • b • c

特記事項

A①	<p>看護師の毎月のアセスメントをもとに利用者の心身の状況を把握し、アセスメントシートに記録している。サービス担当者会議や管理者の毎月のモニタリング等で暮らしの意向等を把握し、計画書の意向欄やシステム内の「その他記録」に記録している。定期巡回計画に自立支援を位置づけ、利用者に計画内容を説明し動機づけを行っている。必要時には機能訓練士の助言を受けながら、自立した生活が行えるよう自宅の環境整備を行っている。鍵の預かりについてのルールは重要事項説明書に、買い物代行時の金銭管理のルールはマニュアルに明示し、適正に対応している。介護支援専門員と連携して日常生活自立支援制度・成年後見制度の利用を支援している。また、制度利用の必要性を感じたり、家族等から相談を受けた場合は、介護支援専門員に報告し利用につなげている。安心・安全で落ち着いた生活を送るため、介助方法・介護用品・環境整備等について利用者・家族に助言・情報提供を行い、システム内の訪問記録に記録し、介護支援専門員とも共有している。</p>
A②	<p>アセスメントシートの「意思伝達」欄に、コミュニケーション能力と個別の留意点を記録している。看護師が毎月再アセスメントを行い、コミュニケーション方法や支援について検証し、適宜見直しを行っている。難聴の利用者に筆談を行う、話しかける方向に留意する等、具体的な方法をシステム内のケア手順書や訪問記録で共有し実践している。訪問時のコミュニケーションから把握した意向や思いは、システム内の「特記」欄に記録し、迅速に共有して支援に活かしている。年間研修計画に沿って、「接遇」「コミュニケーションスキル」「認知症ケア」「虐待防止」研修を実施し、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいの周知を図っている。</p>

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-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。	a ・ b ・ c

特記事項

重要事項説明書に、「利用者の尊厳」「身体拘束禁止」「守秘義務」など権利擁護についての記載があり、契約時に説明している。「身体拘束防止」「虐待防止」についてのマニュアルの整備と、定期的な研修の実施・電子カルテの訪問記録の確認等により、権利侵害の早期発見・防止に取り組んでいる。緊急やむを得ない場合の一時的な手続きや実施方法について身体拘束マニュアルに明記しているが、事例はない。権利侵害の防止や再発防止策等は、書面会議やサービス担当者会議等で検討する仕組みがある。所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を、マニュアル等に明確にすることが望まれます。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A④	A-2-(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 ・ b ・ c
A⑤	A-2-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A⑥	A-2-(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。	a ・ b ・ c

特記事項

A⑤
 毎月のアセスメントや電子カルテによる日々の情報共有等をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえた排泄支援に努めている。排泄パターンに合わせた訪問時間や訪問回数の調整を行ったり、看護師による薬や食事・水分摂取について確認を行い、自然な排泄が行えるよう配慮している。プライバシーや羞恥心への配慮は、マニュアル等で周知を図っている。安全な介助手順や自立支援については「ケア手順」で個別の留意点を共有している。快適性については、利用者の意向や家庭状況に応じて、清掃の訪問を行っている。排泄状況は、電子カルテの「訪問記録」に記録し情報共有している。月に1回モニタリングを行い、支援方法の評価と必要時には見直しを行っている。必要に応じて、排泄用品・福祉用具の利用等、利用者・家族に助言・情報提供を行い、電子カルテで介護支援専門員に報告している。

A⑥
 毎月のアセスメントや電子カルテによる日々の情報共有等をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援に取り組んでいる。安全な介助手順や自立支援については「ケア手順」で個別の留意点を共有している。必要時には機能訓練士等の助言を受け、環境整備・動線の確保・福祉用具の選定を行い、また、生活リハビリを取り入れている。月に1回モニタリングを行い、支援方法の評価と必要時には見直しを行っている。必要に応じて、動線の工夫や福祉用具の利用等、利用者・家族に助言・情報提供を行い、電子カルテで介護支援専門員に報告している。

		第三者評価結果
A-2-(2) 食生活		
A⑦	A-2-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a ・ b ・ c
A⑧	A-2-(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。	a ・ b ・ c
A⑨	A-2-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

<p>A⑧ 利用者の心身の状況や嚥下能力に応じた食事形態や食事介助の方法について、「ケア手順」に個別に明示し共有している。食事のペースや自立支援についても、必要に応じて「ケア手順」に記載している。看護師が中心となり、適切な食事形態・姿勢保持・口腔体操を取り入れ、経口での食事摂取が継続できるよう取り組んでいる。食事時の事故対応について、「事故発生時・緊急時のマニュアル」を整備し、Eラーニングの「緊急時対応」研修を実施し周知を図っている。食事・水分の摂取状況は、電子カルテに入力している。食事支援の状況について、月に1回モニタリングを行い、支援方法の評価と必要時には見直しを行っている。家庭での食事や水分摂取について、必要に応じて利用者・家族に助言や情報提供を行い、電子カルテで介護支援専門員にも伝えている。家族からの聴き取りや電子カルテでの情報共有により、利用者の食事全体の把握に努めている。</p>	
<p>A⑨ ニーズに応じて定期巡回計画に口腔ケアを位置づけ、食後や就寝前の口腔ケア・口腔内のチェックを行っている。個別の留意事項等があれば、「ケア手順」で情報共有している。口腔内に異常があれば、家族や介護支援専門員に報告し、医師の受診につなげている。必要に応じて、口腔ケアについて家族に助言や情報提供を行い、電子カルテで介護支援専門員に伝えている。口腔ケアに関する研修の実施が望まれます。</p>	

		第三者評価結果
A-2-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑩	A-2-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

<p>訪問看護の「褥瘡ケアマニュアル」を整備し、マニュアルの周知を図っている。褥瘡予防対策や褥瘡発生時のケアについては、看護師が利用者個々のケア手順を明示し、電子カルテで情報共有し統一した対応を行っている。在宅褥瘡管理者が中心となり、日本褥瘡学会のホームページや病院との連携等から最新情報の収集に努め、日常のケアに取り入れている。必要に応じて、家庭での褥瘡予防について、食事・除圧方法・福祉用具の活用などを利用者・家族に助言し、電子カルテに記録し介護支援専門員に伝えている。</p>	
---	--

		第三者評価結果
A-2-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑪	A-2-(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。	a ・ b ・ c

特記事項

非該当	
-----	--

		第三者評価結果
A-2-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑫	A-2-(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。	a · b · c

特記事項

生活リハビリを移動や移乗等の日々の生活動作に採り入れたり、口腔体操や自宅でできる運動が行えるよう支援する等、利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組めるよう支援している。自宅での運動メニューについての提案や情報提供も行っている。利用者の状況に応じて、機能訓練士・作業療法士・言語聴覚士等の助言を受けている。認知症状に留意し、変化があれば迅速に介護支援専門員に報告し、必要に応じて介護支援専門員から医療機関等につないでいる。

		第三者評価結果
A-2-(6) 認知症ケア		
A⑬	A-2-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a · b · c

特記事項

アセスメントシートに沿って、日常生活動作・認知・行動等について、月1回看護師がアセスメントを行っている。利用者の行動・心理症状を電子カルテでリアルタイムで情報共有し、また、定期巡回随時対応型訪問サービスの利点を活かし、受容的な対応・柔軟な訪問によりケアや生活上の配慮を行っている。Eラーニングで「認知症ケア」研修を実施している。訪問時の様子を家族にも電子カルテでリアルタイムに伝え、情報共有や役割分担しながら支援の協働に努めている。相談対応・助言・情報提供に努め、内容は電気カルテに記録し、介護支援専門員とも共有している。

		第三者評価結果
A-2-(7) 急変時の対応		
A⑭	A-2-(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。	a · b · c

特記事項

「事故発生時・緊急時のマニュアル」を整備している。利用者の体調変化に気づいた場合の連絡体制を、介護職員・看護師の各フローチャートに明示し、家族・医師・介護支援専門員に連絡する仕組みがある。訪問時に健康確認を行い、電子カルテの「訪問記録」の「様子」欄の項目チェックと記録を入力し、体調の変化や異変の早期発見につなげている。Eラーニングで、「老化に伴う心と身体の変化」「高齢者に多くみられる症状・疾患」「緊急時の対応」研修を実施している。

		第三者評価結果
A-2-(8) 終末期の対応		
A15	A-2-(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。	a · b · c

特記事項

終末期の対応や留意事項について、「ターミナルケア・精神的ケア対応マニュアル」を整備している。個別の対応や医師・医療機関との連携については、「ケア手順」に明示している。担当者会議で意向の確認や対応・ケアについての統一を図り、居宅サービス計画書をもとに定期巡回計画を作成し、家族の同意を得ている。Eラーニングで「ターミナルケア研修」を実施している。ケア手順や連絡体制を明確にし、管理者が随時サポートを行うことで、職員の不安を解消し、精神的なケアを実施している。

A-3 家族等との連携

		第三者評価結果
A-3-(1) 家族との連携		
A16	A-3-(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	a · b · c

特記事項

訪問時の利用者の状況やサービスの実施状況を「訪問記録」に入力し、電子カルテの開示により、リアルタイムに閲覧できるようにしている。緊急時や必要時には電話でも報告している。担当者会議や毎月の管理者のモニタリング時に、サービスの説明をしたり、要望を聞いたり、相談に応じ、内容を電子カルテに記録している。相談や必要に応じて、家族に情報提供や介護に関する助言を行っている。介護支援専門員にも報告し、必要に応じて関係機関につないでいる。家族の心身の状況や介護負担にも気を配り、課題があれば介護支援専門員に報告している。家族や介護支援専門員との情報交換についても電子記録に記録している。

A-4 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-4-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A17	A-4-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a · b · c

特記事項

サービスの実施方法・手順は「ケア手順」に明示し、電子カルテで周知を図っている。利用者の状況等について、電子カルテの「訪問記録」でリアルタイムに共有する仕組みがある。今年度は会議の実施が困難であったため、管理者が定期的（年2回）・随時に職員個々に対応し、相談・助言の機会を設けている。職員間でも、主に引き継ぎ時に情報・意見交換を行い、必要に応じて電子カルテで情報共有している。利用者宅に初めて訪問する際は、同行訪問を実施している。日頃から介護支援専門員・主治医・他事業所の多職種との連携に努め、必要に応じて指導・助言を得られるようにしている。

A-5 サービスの適切な実施

		第三者評価結果
A⑱	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a · b · c

特記事項

意思疎通・食事介助・保清・排泄・整容・心理面等について、個別・具体的なサービスの実施方法をケア手順に明示している。電子カルテで情報共有することにより、必要時には随時変更し、迅速に情報共有して統一したケアを行える仕組みがある。

A-6 訪問介護員が受ける暴力等への対応

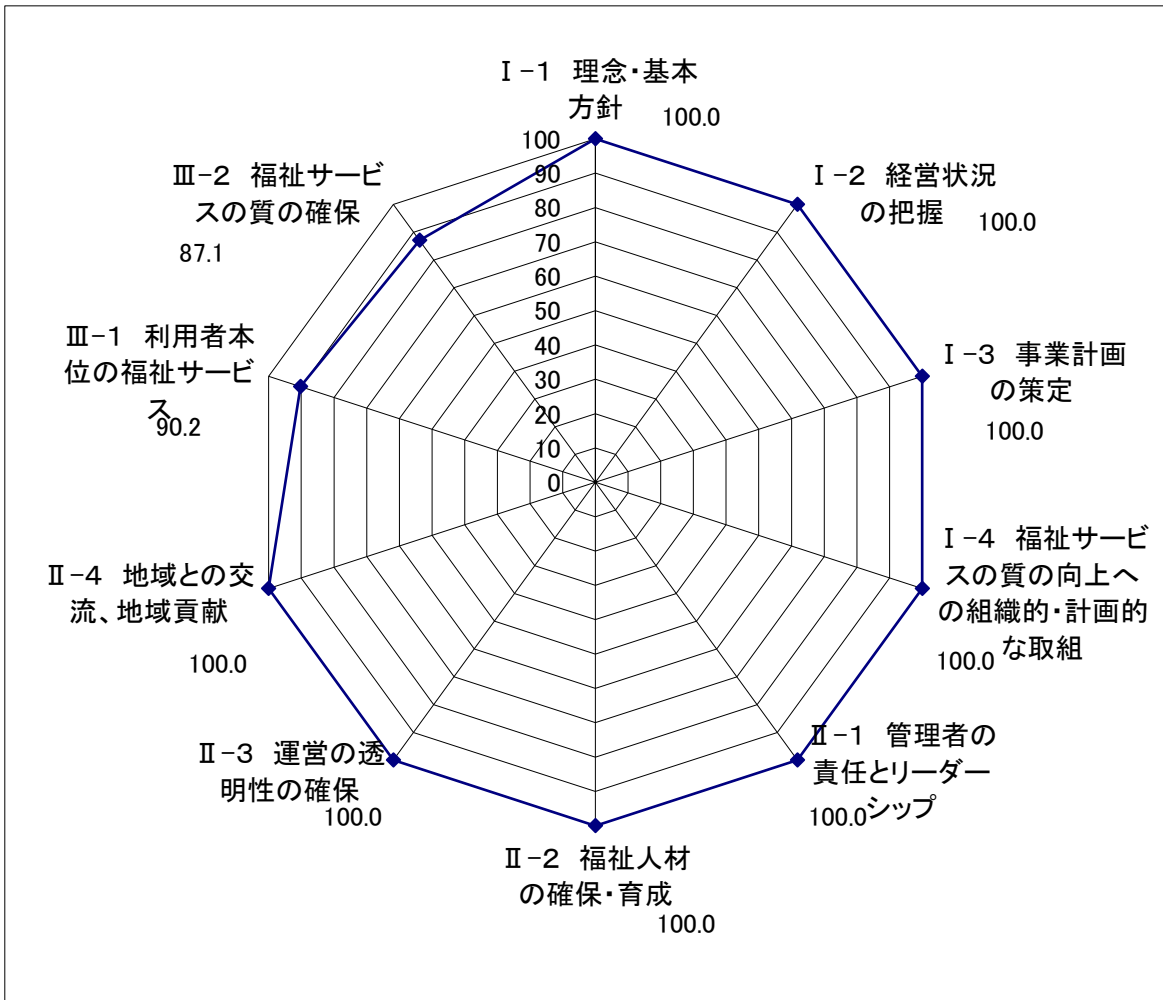
		第三者評価結果
A⑲	A-6-① 訪問介護員が受ける暴力について事業所として取り組みを行っている。	a · b · c

特記事項

訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力への対応について、兵庫県「訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力等対策マニュアル」を整備している。マニュアルにもとづいた対応を事業所としての対応とし、職員にマニュアルの周知を図っている。現在事例はないが、事例があれば経過を電子カルテに記録することとしている。マニュアルは定期的に検証・見直しを行い、結果を見直し履歴に記録することが望まれます。

I ~ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	16	16	100.0
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	9	100.0
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	33	33	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	16	16	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	55	90.2
III-2 福祉サービスの質の確保	31	27	87.1
合計	208	198	95.2



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	17	16	94.1
A-2 生活支援	58	57	98.3
A-3 家族等との連携	7	7	100.0
A-4 サービス提供体制	6	6	100.0
A-5 サービスの適切な実施	7	7	100.0
A-6 訪問介護員が受ける暴力等への対応	6	5	83.3
合計	101	98	97.0

総合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	309	296	95.8
------------	-----	-----	------

