

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）：	25 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：	5 名	非常勤職員：	4 名
専門職員	介護福祉士	5 名	初任者研修	1 名
	看護師	3		
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

医療福祉グループ内の事業所であり、訪問看護ステーションと一体型の定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを提供している。介護福祉士・看護師が24時間365日体制で対応し、医療面、緊急時対応でも安心できる体制を整備している。理学療法士とも連携し、自宅での生活が継続できるよう自立支援に注力している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2 年 2 月 1 日 (契約日) ~ 令和 2 年 8 月 24 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成 30 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

*医療福祉グループとして全国的に事業展開する法人内の事業所である。法人の管理・運営体制を確立し、内部監査制度等コンプライアンスにもとづいた運営に努め、福利厚生の実・働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。法人として、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。

*訪問看護ステーションと一体型であり、看護師・介護士の情報共有がスムーズにでき、医療度の高い利用者を受け入れる体制が整備されている。理学療法士の助言や提案を受けられる体制があり、自宅での運動メニューや生活リハビリの導入、自宅の環境整備や福祉用具導入等も支援し、自立支援に向けて取り組んでいる。

*毎月の再アセスメント・モニタリングにより、定期巡回計画の見直しの必要性を定期的に確認すると共に、必要時にはサービス内容の変更を迅速に行い、現状に即したサービス提供に取り組んでいる。変更した内容は、システム内の「訪問記録」「手順書」「連絡帳」など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している。また、システムを活用し、家族や介護支援専門員にも同時に情報提供している。

*24時間365日対応の地域訪問に特化し、居宅介護支援事業所など関係機関と連携し、地域の困難事例の受け入れも積極的に行っている。専門性の高いサービス提供を行い、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。

◇改善を求められる点

*中長期計画の策定と、単年度の事業計画に中長期計画の内容を反映することが望まれます。

*マニュアルの内容についての検証を定期的実施し、「見直し履歴」に記録することが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

24時間365日の在宅生活をサポートするため、各専門職が一体となりケアに当たっている。それぞれの職種が自立支援に向けてモニタリング・アセスメントし、密な連携を取りながら住み慣れた自宅で最期まで生活できるよう支援している。今後も地域に根差した運営を心掛け、貢献できるよう各専門職が一丸となりサービス提供に当たっていききたい。

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。

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
<コメント> 法人の理念・基本方針をホームページ・法人パンフレット・重要事項説明書等に記載している。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。法人の理念・基本方針を事業所に掲示し、人事考課表の目標設定に法人理念の実践に向けた項目を設定し、目標管理の過程で継続的に周知を図る仕組みがある。パンフレットの一面にわかりやすく記載すると共に、重要事項説明書・名刺の裏にも記載して契約時に説明し、利用者・家族に周知を図っている。年2回発行する事業所の広報誌にも掲載する予定である。		

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
<コメント> 総合支援センター主催の地域交流会、兵庫県定期巡回随時対応協議会、介護医療連携会議、法人の業績会議やエリア会議に参加し、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課題の把握に努めている。事業所のコスト分析・利用者の推移・利用率等を毎月実施し、月次報告書を作成している。		
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
<コメント> 毎月、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。月次報告書の作成は管理者層で行い、経営課題については、適宜定期巡回会議の中で報告し職員間の周知を図っている。業績会議・理事会等で、役員にも共有がなされている。		

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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>中長期計画の策定には至っていない。中長期的なビジョンをもとに中長期計画を策定し、進捗を確認し必要に応じて見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>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。中長期計画をもとに事業計画を策定することが望まれる。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画を業務日誌に綴じ、職員の周知を図っている。定期巡回会議の中で経営状況について報告する時は、事業計画をもとに説明している。毎年、中間評価を上半期経営会議で報告し、必要に応じて補正予算で計画の見直しを行っている。年度末に管理者層の職員が中心となり、職員の意見を集約して事業報告書の作成と、次年度の事業計画の策定を行っている。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者・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利用者・家族に説明している。次回の介護医療連携推進会議の資料に事業計画の主な内容を盛り込み、ホームページでも公開し、利用者・家族に広く周知を図る予定である。</p>		

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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度・目標管理を活用した職員の資質向上を通して、事業所の質向上に取り組んでいる。定期巡回会議を月1回以上開催し、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。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り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。	a · 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ている。役職・職種などに応じて事業所内で分担して改善に取り組み、内部監査改善報告書で改善状況を報告している。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>31年度事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・具体的施策を明確にしている。事業計画に目標達成に向けた具体策を明示し、定期巡回会議・事業所内役職者会議で説明し、業務日誌にファイリングして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、これら規定ファイルは日常的に閲覧が出来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。	a · 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。集団指導への参加や、取引は経理規定・稟議規定等に沿って行い、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に努めている。ホームネット勉強会・県の定期巡回協議会研修等に参加している。また、日の出塾研修資料を閲覧している。産業廃棄物処理法等、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。新入職者には法人で研修を実施し、事業所オリエンテーション時にも、遵守すべき法令・就業規則内容等を周知している。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>内部監査制度の項目に沿って、年1回自己評価を行い、課題に対し事業所内の役職者会議や定期巡回会議で改善検討を行い、改善に向けた取り組みを行っている。事業所内の役職者会議・定期巡回会議等に参画し、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ている。個人面談、定期巡回会議、システム内の記録等から、質の向上に向けた意見等を収集し、サービスの質向上に反映させている。全職員が受講できる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て受講し、毎月レポートを提出している。法人研修、日の出塾、喀たん吸引等の外部研修に参加し、教育・研修の充実を図っている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>事業所で毎月稼働率・収支等を「月次報告書」としてまとめ、業績会議で報告している。月次報告を基に、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、改善に向け取り組んでいる。理念や基本方針の実現に向けて、人員配置を運営規定・重要事項説明書に明記し、職員体制づくりに努めている。職員配置実績は、組織図に明示している。遅出職員は2人体制を敷き、有給休暇の取得促進に取り組む等、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、役職者会議・定期巡回会議に参画し、経営・業務改善の実効性向上に向け取り組んでいる。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>運営規定（運営に関する留意事項）に、人材確保・育成に関する基本方針を明確にし、指定基準に準じて専門職を配置すべき職員体制を明確にしている。常勤換算8.5人の基準以上の人員確保と共に、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。エリアでの求人採用広告・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。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>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、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、また、制度に関する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。職員アンケート・個別面談・自己申告カード・メール送信等で、職員から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や昇進昇格の要件を明確にして処遇と連動させており、将来の姿を描くことが出来る仕組みづくりができています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>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。管理者は、勤怠システムにより集計した就業状況に関する情報を把握し、本部でもデータ化され、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、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。自己申告カード・メール等により、直接本部の職員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、懇親会補助、育児・介護休業休暇、時間単位・半日単位有給休暇制度、柔軟な勤務体制の採り入れ、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。事業計画にも採り入れて、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。		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度の仕組みの中で、目標管理のための個別の期待する職員像を明確にして自己評価を行い、上位者と年2回定期的に個別面談を行う仕組みが構築されている。人事考課表で目標項目に応じた期限、基本的には上期・下期の期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、相互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反映させている。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>「等級基準表」に、期待する職員像を明示している。法人の事業計画・研修計画・自己啓発奨励規定の中で、介護福祉士や喀痰吸引等の資格取得を奨励している。法人の研修計画・事業所のeラーニング研修計画にもとづいて、研修を実施している。県の定期巡回協議会研修等、外部研修にも参加している。法人本部の教育部が、研修内容やカリキュラム等の評価・見直しを定期的に行っている。事業所内では、管理者は研修レポート等の分析・評価を行い、次年度のeラーニング研修計画の内容に反映させている。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>職員個別の資格状況・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。新任職員には、法人で採用時研修、フォローアップ研修を実施している。事業所に配属後は、指導担当者が同行研修を実施し、1ヶ月程度教育を行い同行訪問記録を作成している。管理者は、管理者研修などの法人での階層別研修に参加している。職員は、職務や必要とする知識・技術水準に応じ、喀たん吸引などの外部研修に参加している。外部研修参加時は研修報告書を作成し、研修ファイル閲覧により職員に伝達している。外部研修案内は、掲示・業務日誌への挟み込み、回覧等で情報発信を行い、管理者が適任者に参加を推奨している。外部研修受講時は、旅費・受講費用等の支給について旅費規程で定めて、参加を支援している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>ホームページに法人の理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。半期ごとに、それいゆホームページに、出前講座開催などの活動内容を記載した介護医療連携推進会議資料を掲載している。来年度は、事業計画概要をホームページに掲載する予定である。第三者評価の受審結果を公表している。苦情、事相談内容や改善・対応の状況について「苦情報告書」に記録として残している。法人の理念・基本方針等をホームページに掲載している。事業内容・特長等を記載した「それいゆ朝霧定期巡回ニュース」を、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・医療機関等に配布している。苦情、相談内容や改善・対応の状況について公表する仕組みづくりが望まれる。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>職務権限表で職務内容と役割・責任を明確にし、事務所内に設置して職員に周知している。職務分掌で、利用契約関係等について主担当を管理者と定めている。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。内部監査を実施し、改善指導や課題に対して事業所内で改善検討を行い、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チェックし、外部監査の結果や会計監査人による指摘事項にもとづいて経営改善に取り組んでいる。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>日の出プライド基本方針に地域の支えとなる「地域の喜び」を謳い、理念として文書化している。在宅医療を行う医療機関・ごみ捨て等の地域での支え合い活動・通院時の介護タクシー等、個々の利用者に必要な情報を提供し、利用・活用できるよう取り組んでいる。事業所として通院同行を行っている。介護タクシーの利用・スーパーの配達等、買い物システム・配食サービス等地域資源の利用を利用者に提案している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>医療機関・行政機関・取引業者・車両修理業者等一覧、居宅事業所リスト等を、いつでも見ることが出来るよう事務所に設置している。兵庫県定期巡回事業所協議会（兵庫あんしんねっと24）・地域交流会等に参加し、共通の課題に対して解決に向けて取り組んでいる。介護医療連携推進会議で、地域の自治会・社会福祉協議会等と連携している。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。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>医療関係者・高齢者施設関係者等を対象に定期巡回出前講座を開催している。今後、地域住民を対象に開催することを検討している。地域のまちづくり協議会に協賛している。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>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。相談受付について、それいゆ通信に担当者・TEL番号を記載している。民生委員が介護医療連携推進会議に参加しており、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。地域包括支援センター・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て把握した課題の解決に努めている。医療関係者・高齢者施設関係者等を対象に定期巡回出前講座を開催し、月次報告書に計画・実績を記載している。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>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。法人研修で「接遇」「プライバシー保護」「倫理・法令順守」「認知症ケア」「高齢者虐待防止・身体拘束廃止」研修を実施している。Eラーニングの研修体制を採り入れ、全職員が受講し、レポート提出している。利用者尊重・基本的人権への配慮については、月1回以上開催する定期巡回会議やケア手順書・報告内容から、管理者が把握し適切な対応を図っている。</p>		
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。	<input checked="" type="radio"/> 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、Eラーニングの「プライバシー保護」「倫理・法令順守」「高齢者虐待防止」「身体拘束防止」の研修を受講し周知を図っている。マニュアルや規程類に、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。訪問中は、環境面など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周知している。プライバシー保護・権利擁護の実践状況は、同行訪問や利用者・家族からのヒヤリング等で管理者が把握に努めている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人パンフレット・事業所パンフレット・利用案内を作成している。写真・図・絵の使用や説明文の工夫等により、わかりやすい内容になるよう努めている。病院・居宅介護支援事業所・地域包括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。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。ホームページ・パンフレット等の情報については、法人・事業所で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>利用開始時は、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・重要事項説明書と共に、パンフレット・利用料金表・利用案内等、わかりやすく工夫された資料を用いて説明し、文書で同意を得ている。特に、定期巡回・随時対応型サービスの仕組みについては、パンフレットの図を用いて丁寧な説明に努め、利用料金についても個別に表の中で具体的に説明している。意思決定が困難な利用者については、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。要請に応じて書面で情報提供すると共に、必ず同行訪問して次のサービス事業所に引継ぎを行っている。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る。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>年に1回、利用者満足調査を行っている。計画更新時等の個別訪問、サービス担当者会議で、利用者・家族満足の把握に努めている。介護医療連携推進会議で、利用者・家族からのコメントからも把握に努めている。会議や訪問で把握した内容はシステム内の連絡ノートや掲示板で周知し、迅速に改善に取り組む仕組みがある。アンケート結果は定期巡回会議で共有し、サービスの質向上に反映している。</p>		
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 · b · c
<p><コメント></p> <p>苦情担当・責任者を管理者とし、行政・公的機関を第三者的な相談・苦情窓口として位置づけ、重要事項説明書に明示して配布している。アンケートの実施、管理者の訪問時のヒヤリング等、利用者や家族が苦情を言いやすい工夫を行っている。苦情があればシステム内の個人記録の「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、再発防止に努めている。管理者層で検討したり、エリア長・法人に報告する等、内容に応じて対応し改善とサービス質向上に向けて取り組んでいる。苦情内容・解決結果等を、申立者に配慮した上で公表する仕組みづくりが望まれる。苦情についての記録の書式を統一し、内容に応じて受付と解決を図った記録を適切に保管することが望まれる。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>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と、行政や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。相談室を設け、相談しやすいスペースを確保している。</p>		

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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所として、「相談・苦情対応マニュアル」を整備している。職員は訪問時に、利用者が相談したり意見が言いやすいようにコミュニケーションに努めている。年に1回アンケートの実施したり、管理者の訪問時にヒヤリングする等、利用者の意見を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、システム内の個人記録の「その他」欄に入力し、職員間で共有している。個別スケジュール表の記載方法を工夫したり、オペレーター専用直通ダイヤルを大きく掲示する等、利用者の意見を反映している。マニュアルについて定期的な検証を行い、事業所に即した見直しを行うと共に、見直し履歴に記録することが望まれる。</p>		
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。「事故対応マニュアル」を整備している。法人研修で、「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、あれば、システム内で迅速に共有し、その後、法人共通の「事故・ヒヤリハット報告書」に記録し、定期巡回会議で防止策を検討する仕組みがある。ヒヤリハット事例の収集を積極的に行い、事故防止につなげる仕組み作りが望まれる。</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>感染症対策を含め、衛生管理の責任者を管理者としている。「感染症マニュアル」を整備し、法人研修で、「感染症研修」を実施している。手指消毒薬・マスク・手袋などを携帯し、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、利用者・家族・職員に分けてマニュアルに記載されている。マニュアルについて定期的な検証を行い、事業所に即した見直しを行うと共に、見直し履歴に記録することが望まれる。</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やっている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「防災対策マニュアル」を整備し、具体的な「台風時対応マニュアル」も事業所で新たに作成している。法人で非常電源を確保し、データや書類のバックアップ等、サービス提供の継続に必要な対策を講じている。非常災害時には、近隣にある同法人の施設で運営を行う仕組みもある。安否確認については、システム内に利用者の緊急連絡先を入力し、職員については緊急連絡網を作成し迅速に行うように整備している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各種介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。毎年、マニュアルを用いて資料研修を行い、標準的な実施方法について周知を図っている。同行訪問時に確認し必要があれば指導も行っている。実施状況については、同行訪問時や毎月のモニタリング訪問で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 ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>毎年のマニュアルの資料研修の中で職員から出された意見や提案、また、「ケア手順書」からの検討事項などがあれば、管理者が集約し、マニュアルの見直しを行うこととしている。マニュアルの内容についての検証を定期的実施し、「見直し履歴」に記録することが望まれる。</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。	Ⓐ ・ 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課題抽出を行っている。サービス担当者会議・ヘルパー会議で、また、適宜、看護師・理学療法士の意見・助言も採り入れて、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。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する仕組みがある。支援困難ケースを積極的に受け入れ、介護支援専門員や関係機関と連携して支援した経過はシステムの「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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月、再アセスメントと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にしている。変更した計画の内容は、システム内の「ケア手順」を変更して周知し、「連絡帳」でも迅速な共有を図っている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の身体状況はアセスメントシートにより把握し、毎月再アセスメントを行っている。システムの「訪問記録」にも、身体状況・生活状況を記録し情報共有している。定期巡回計画にもとづくサービス実施を、システムの記録により確認できる。システムの入力様式に沿って記録することにより、また、管理者が記録を確認して適宜指導することにより、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・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。定期巡回会議を随時（月に1回以上）開催し、全員が参加できるように取り組んでいる。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 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、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。入職時に守秘義務について誓約書を交わし、入職時研修で、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。e-ラーニングも活用している。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。		

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。	Ⓐ ・ b ・ c
A②	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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

アセスメントをもとに利用者の心身の状況・暮らしの意向等を把握し、定期巡回計画を作成している。定期巡回計画・サービス手順に自立支援を明示し、必要時には機能訓練士の助言を受けながら、自宅の環境に配慮したり、自立に向けた動機づけを行っている。キーボックスを活用し、鍵は預からない方針である。買い物代行時の金銭管理は、サービス手順に沿って対応している。日常生活自立支援制度・成年後見制度の対象者は現在いないが、必要性を感じたり家族等から相談を受けた場合は、介護支援専門員と連携する体制がある。安心・安全な環境づくりについて、必要時には利用者・家族に助言・情報提供を行い、内容に応じて介護支援専門員にも報告している。

利用者個々のコミュニケーション能力をアセスメントシートで把握し、難聴の利用者に筆談を行う等、具体的な方法や留意点等を定期巡回計画書やサービス手順に記載して周知を図り実践している。毎月のアセスメントをもとに、必要に応じて、コミュニケーションの方法や支援について検討・見直しを行っている。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、記録システムのケース記録に記録し、共有して支援に活かしている。「接遇マニュアル」の整備、Eラーニングで「接遇」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。

		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。「身体拘束マニュアル」「虐待対策マニュアル」、虐待チェックシートの整備と活用により権利侵害の早期発見・防止につなげ、Eラーニングの「身体拘束」「高齢者虐待防止」についての研修を実施し周知を図っている。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、ヘルパー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る。

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。	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

A-④
標準的な実施方法は、安全・快適・尊厳・羞恥心等についての配慮を含め、入浴マニュアルに明記し周知を図っている。利用者個々の介助・支援については、ケア手順に沿って行っている。入浴拒否の場合は、記録システムの特記欄に経過を記録し、ヘルパー会議等で対応方法を検討している。介助・支援方法は、サービス実施記録・看護師の毎月のアセスメント・計画作成責任者のモニタリングをもとに、ヘルパー会議等で検討し見直しを行っている。入浴の可否の判断基準は、看護師が個別のケア手順に記載し、バイタルチェックを行っている。入浴不可の場合、清拭や部分浴で対応する等保清を行っている。必要に応じて、福祉用具の提案等、利用者・家族に助言や情報提供を行い、必要時には介護支援専門員に報告・連絡をしている。

A-⑤
標準的な実施方法は、安全・快適・尊厳・羞恥心等についての配慮を含め、排泄マニュアルに明記し周知を図っている。利用者個々の支援方法については、ケア手順に沿った介助・支援している。排泄時間・パターンに合わせた訪問時間を検討し、訪問回数の調整を行ったり、月1回以上は看護師が訪問し、薬や食事内容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。トイレ・ポータブルトイレ等が、安全に快適に使用できるように清潔な環境整備、位置の検討等を行っている。介助・支援方法は、サービス実施記録・看護師の毎月のアセスメント・計画作成責任者のモニタリングをもとに、ヘルパー会議等で検討し見直しを行っている。記録システムに排泄の有無・形状を記録し、体調を確認している。必要に応じて、排泄用品・福祉用具の提案等、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要時には介護支援専門員に連絡・報告している。

A-⑥

標準的な実施方法については、移動のマニュアルを整備し周知を図っている。毎月のアセスメントで自立度を把握し、利用者個々の支援方法を、定期巡回計画書・ケア手順に明記し実施している。福祉用具の導入や環境整備を行い、また、生活リハビリを取り入れ、移動の自立に向けた取組みを行っている。車イス・杖・歩行器・シルバーカー等、利用者の状態に適した福祉用具を使用している。また、スライディングボード・グローブ等を活用し、安全な介助に配慮している。利用者の心身の状況に合わせて、サービス提供記録等をもとにヘルパー会議等で検討し、支援・介助方法を適宜見直している。利用者・家族に、福祉用具に関する情報提供等を行い、必要に応じて介護支援専門員にも報告・連絡している。

		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

A-⑦

調理は行っていないが、弁当を温めたり、おかずの刻みや小さな「おにぎり」を作るなど、食べやすいように提供方法を工夫している。衛生状態に留意し、アルコール消毒や手洗い石鹸がない場合は、事務所から持参し提供している。

A-⑧

標準的な実施方法については食事マニュアルを整備し、個別の支援方法は定期巡回計画書・ケア手順に明記し実施している。福祉用具の活用や配膳時の見守り等を行い、自分でできることは自分で行えるよう支援している。口腔体操・口腔ケアや食事形態の検討など、経口摂取が継続できるように取り組んでいる。家族の希望があれば、病院とも連携をとっている。食事介助マニュアルに誤嚥・誤飲の予防と対応方法を明示し、Eラーニングで「緊急時対応」の研修を実施している。介助・支援方法は、サービス実施記録・看護師の毎月のアセスメント・計画作成責任者のモニタリングをもとに、適宜、ヘルパー会議等で検討し見直しを行っている。記録システムの特記欄に、食事・水分摂取量を記録し把握している。食事形態・嚥下状態・食事水分量等について、利用者・家族に助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告・連絡している。サービス提供時以外の状況についても把握に努め、記録システムに記録し共有している。

A-⑨

毎月のアセスメントから口腔機能を把握し、必要に応じて定期巡回計画書・ケア手順にも位置づけ、利用者個々に応じた口腔ケアを実施している。訪問時には口腔内のチェックを行い、異常が認められた場合は、利用者・家族・介護支援専門員に伝え、受診につなげている。必要に応じて、口腔ケア用品の提案や訪問歯科の提案を行い、提案した内容は記録に残し、介護支援専門員にも報告している。口腔ケアに関する研修の実施が望まれる。

		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

訪問看護の褥瘡ケアマニュアルや日本褥瘡学会からの最新の情報をもとに、看護師が中心となり、利用者個々のケア手順を明確にしている。ケア手順で実施方法を周知し、関係職員が連携して取り組んでいる。在宅褥瘡管理者が在籍しており、病院と連携しケアに当たっている。家庭での褥瘡予防については、食事や体位変換、マットレス等の福祉用具の活用等について利用者や家族に助言している。必要に応じて介護支援専門員に連絡・報告している。褥瘡対策のための指針や褥瘡の予防についての標準的な実施方法を、マニュアル等に明示し、職員に周知を図ることが望まれる。

		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

定期巡回計画書やケア手順に、利用者が主体的に取り組むための支援方法を明記している。アセスメントやモニタリング時に、必要に応じて理学療法士から助言を受けている。訪問時、移動・移乗・ヒップアップ・もも上げ・足踏み等の生活リハビリを実施している。また、自宅でできる生活リハビリメニューの提案・助言を行い、必要に応じて介護支援専門員等に報告・連絡している。認知症状に変化があれば介護支援専門員に報告し、医療機関に繋げている。

		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

利用者個々の日常生活能力や機能・生活歴について、アセスメントシートに記録し、看護師が月1回アセスメントを実施している。毎月のアセスメントをもとに、現状に即した定期巡回計画書やケア手順に沿って、支持的、受容的な援助に努めている。定期巡回計画書やケア手順に変更がある場合は、都度検討し迅速に対応している。BPSDの症状がある利用者については、支援内容と本人の状態を記録システムの特記欄に記録し、情報共有している。家族は、支援内容を記録システムで確認し、共有している。また、必要に応じて、電話、訪問時に直接家族に伝え、助言や相談対応している。地域資源の情報提供も行っている。Eラーニングを活用した「認知症ケア」の研修を全職員が受講し、また、認知症介護実践者研修等の外部研修にも参加し、認知症の知識・情報を得て理解を深めている。

		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

「緊急時対応マニュアル」を整備し、緊急時の連絡体制を事務所に掲示している。利用者個々のかかりつけ医や緊急時連絡先、体調変化時の対応方法について、記録システムのケア手順に明記し共有している。日々の健康状態はサービス実施記録と記録システムの特記欄に、起こりうる変化の予測については記録システムのその他欄に記録している。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・疾病」「急変時の対応」研修を実施している。異変時は、オンコールの看護師に連絡し、必要に応じて医師にも連絡している。家族、介護支援専門員への連絡体制についても整備している。

		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

「ターミナルケア・精神ケアマニュアル」を整備している。個別支援については、定期巡回計画書やケア手順に明記し、医師や医療機関との連携体制についてもケア手順に明記している。終末期の意向や支援方法についてサービス担当者会議で検討し、定期巡回計画書とケア手順に明記し、記録システムで共有している。Eラーニングの「ターミナルケア」研修を実施している。ヘルパー会議で振り返りを行い、職員に対して精神的な配慮を行っている。

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

記録システムの開示により家族が随時閲覧できると共に、必要時には、電話や訪問時にも報告し、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう工夫している。電話連絡時、月1回のモニタリング訪問、サービス担当者会議等で、家族にサービスの説明をしたり、要望・相談を聞く機会を設けている。内容については、記録システムの「その他記録」に記録している。家族が必要とする情報提供や、介護に関する助言は随時行い、必要に応じて介護支援専門員にも報告し、経過は記録システムに記録している。

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・手順や、利用者の状況等について、記録システムを活用して迅速に情報共有している。全員参加型のヘルパー会議を定期的で開催し、情報共有、相談・助言を行っている。定期巡回協議会の勉強会等、外部研修に参加した資料を回覧し、最新の情報共有を図っている。24時間のシフト制で担当制ではないが、初めての職員が訪問する場合は、事前に連絡し、可能な限り訪問に同行している。必要に応じて、医師・介護支援専門員・地域医療連携室のソーシャルワーカー等から指導・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

利用者個々の個別・具体的なサービスの実施方法や留意点については、定期巡回計画書やケア手順書に明記している。定期的に検証し、また、必要時には随時変更し、変更内容は赤字で明記して、職員間で迅速に共有できる仕組みがある。

A-6 訪問介護員が受ける暴力等への対応

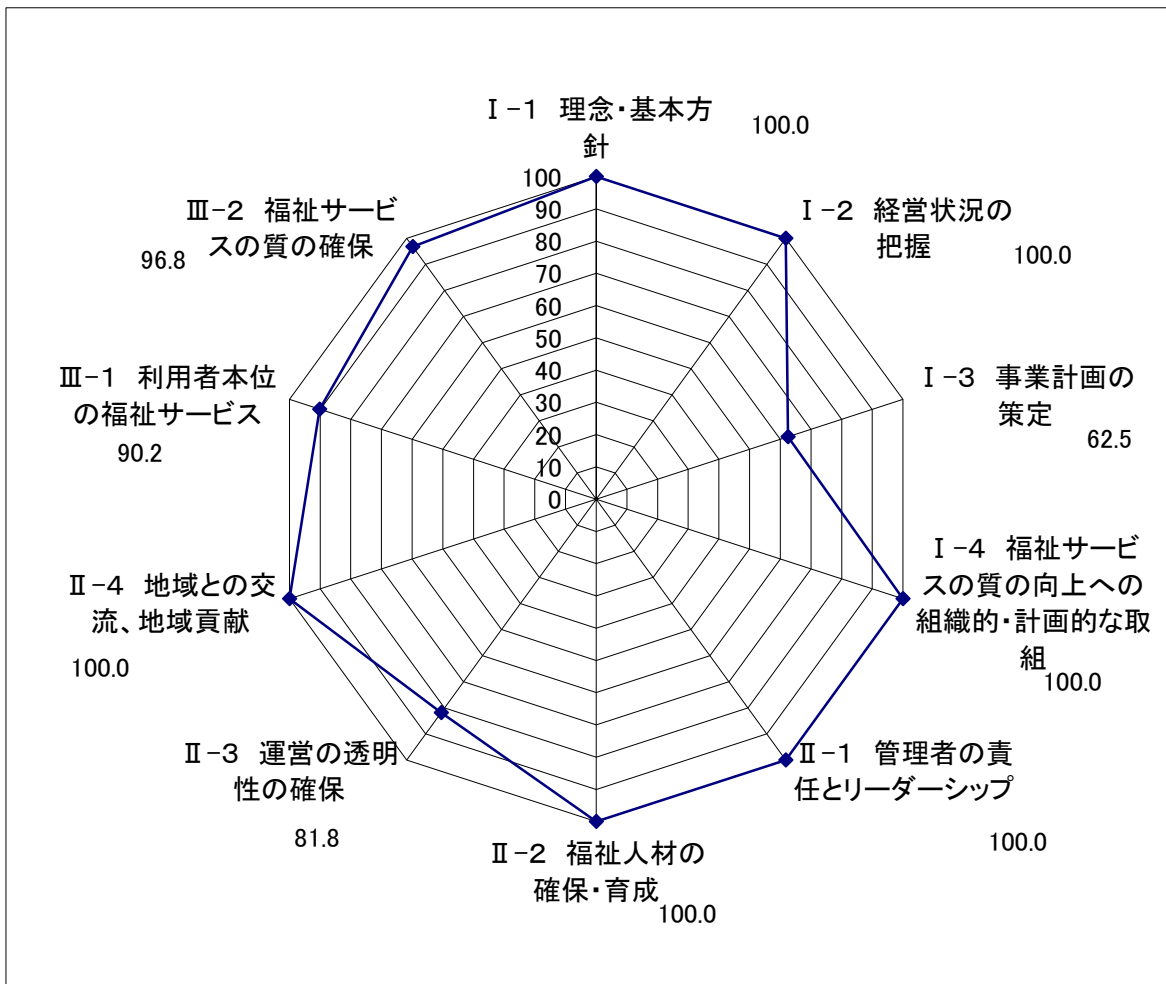
		第三者評価結果
A⑱	A-6-① 訪問介護員が受ける暴力について事業所として取り組みを行っている。	a ・ b ・ c

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、職員に周知を図っている。サービス提供時に、利用者や家族からの暴力・暴言の事例があれば、管理者に報告して対応し、記録システムの特記欄に記録している。事業所独自の対応を記載したマニュアルを整備し、定期的に検証・見直しを行うことが望まれる。

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	10	62.5
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	9	81.8
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	30	96.8
合 計	208	193	92.8



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	67	64	95.5
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	4	66.7
合計	110	104	94.5

総合計(I～Ⅲ+A)	318	297	93.4
------------	-----	-----	------

