

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：	デイサービスセンター おひさま	種別：	通所介護事業所	
代表者氏名：	妹尾 幸	定員（利用者人数）：	50 名	
所在地：	兵庫県加古川市新神野3丁目18-20			
TEL	079-438-3000	ホームページ：		
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成17年12月15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：	8 名
専門職員	(専門職の名称)	6 名	正看護師 准看護師	
	理学療法士	作業療法士	按摩マッサージ師	
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	物療機器 5台
			運動機器8種類 カラオケ機器 浴槽3種類	

③理念・基本方針

・高齢者及びその家族の尊厳ある「いのち」と「暮らし」を守り、個々のニーズに応じた支援を行うと共に 地域社会に貢献する。
 1. 利用者の心身状況、特性を踏まえて、可能な限りその居宅にてその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、利用者の日常生活の活性化、並びに介護支援を目的とし、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。
 2. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

④施設・事業所の特徴的な取組

・理学療法士・作業療法士を配置し、心身の両面からリハビリを行う。
 ・個々の状態やニーズに合わせたレクリエーションの工夫を行っている。
 ・生活に根差した「習慣」や「慣習」を取り入れた行事の企画を行い、各曜日に月に1回いつもと違った1日を過ごせるようにしている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施機関	平成 30 年 10 月 1 日 (契約日) ~ 平成 30 年 12 月 18 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人の運営管理体制の下、法人本部の毎月の会議で経営状況・運営状況・人員配置を把握・分析し、また、年に1回内部監査を実施し自己点検シートに定められた評価基準をもとに改善に取り組み、コンプライアンスにもとづいた運営に取り組んでいる。医療福祉グループの強みを活かし、福利厚生を充実しワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりに努めている。
- ・法人に教育研修部を設置し、年間計画にもとづいた本部研修と事業所での伝達研修の受講体制を整備している。また、地域包括支援センターと連携し外部講師を依頼した研修、理学療法士による介護技術研修等、事業所独自の研修も企画し、職員の資質向上に努めている。法人全体で人事考課制度を導入し、人事考課表と年2回の個別面談により目標管理を行い、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。
- ・デイルーム・浴室・脱衣室等、それぞれのスペースが広く確保されている。座席・畳・ベッドのスペースがあり、利用者個々の状況に応じて寛げる環境に配慮している。グループワーク・カラオケ・趣味活動・行事参加等、複数の活動メニューを設け、利用者の関心に応じて計画に採り入れて参加できるように取り組んでいる。また、理学療法士・作業療法士が常駐しており、個別機能訓練計画をもとに、パワーリハビリ・物理療法など充実した機能訓練により、自立支援に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・中長期計画の策定と、事業計画を職員にも周知し、職員参画の下で実施状況の把握・評価見直しを行う仕組み作りが望まれます。
- ・一部不足しているマニュアルの整備と、職員の意見を聞きながら、定期的にマニュアルの内容を検証し、事業所の現状に即した見直しを行うことが望まれます。
- ・正職会議・全体ミーティングの議事録の内容を整備し、サービス・運営、安全・衛生管理、意見・苦情対応等についての検討と情報共有を記録に残すことが望まれます。
- ・利用所個々のニーズを明示し、個別具体的な通所介護計画の策定と、介護に関する支援の経過がわかる記録、定期的な再アセスメントによる課題分析が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・日々の業務に追われ、記録をとっているつもりでも、それが 効果的に整理されていなかったり、十分ではなかったりしていることがわかり、どのようにすれば 明確に 継続的に行えるかを教えていただき、自施設の不足していることは何なのかが わかりました。

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> 日の出医療福祉グループの基本理念・基本方針、博愛福祉会の理念・基本方針をホームページに明示している。理念は法人の使命や目指す方向を明示し、基本方針は理念と整合性が確保され、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。法人の新人研修、年度初めの職員会議等で説明し、職員に周知を図っている。 パンフレットに記載して説明する等、利用者・家族に周知する取り組みが望まれます。掲示・唱和・研修や会議で確認する等、職員の周知に向けた継続的な取り組みが望まれる。		

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> 社会福祉事業全体や地域の福祉計画の動向、地域の利用者動向やニーズ等について、法人本部での業績会議・エリア会議・部門会議等で、把握・分析している。毎月の月次業績報告で、コスト分析や利用者の推移・利用率の分析を行っている。		
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、月次業績報告書に現状分析・課題抽出・改善策を明示し、法人本部の業績会議で報告し、課題解決・改善に取り組んでいる。業績会議には理事長・本部役員等も出席し、経営状況や課題について共有している。 職員に全体ミーティングで周知した内容を、ミーティングの議事録に記録することが望まれる。		

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
<コメント> 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具体的に明示した中長期計画を策定し、PDCAサイクルにもとづく取り組みが望まれる。		

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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人共通の書式で、事業所の単年度の事業計画を策定している。「収支計画」「今期目標」「目標達成に向けた具体策」等から構成され、実行可能な具体的な内容となっている。また、数値目標等を設定し、実施状況の評価を行える内容となっている。</p> <p>中・長期計画を踏まえた、単年度の事業計画の策定が望まれる。また、目標設定については、サービス質向上につながる目標も採り入れることが望まれる。</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>月次業績報告の中で、事業計画の実施状況の把握・評価、それに基づくその後の取り組み等を明示している。</p> <p>全体ミーティング等で、事業計画を職員に周知し、職員も参加して、実施状況の把握・評価・見直しを行い、経過を議事録に残すことが望まれる。</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>事業計画の主な内容を、今年度の事業所が目指す取り組みとして、「おひさま通信」にわかりやすく掲載し周知を図っている。</p> <p>事業計画について、利用者などの参加を促す観点からの周知・説明の工夫が望まれる。</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・目標管理を活用し、PDCAサイクルにもとづく質の向上に関する取組を行っている。毎年、法人内の内部監査を実施し、自己点検シートに定められた評価基準にもとづいて、自己評価を行っている。自己評価と内部監査結果の分析・検討は正職会議で行っている。</p> <p>全体会議等、定期的にサービス内容の評価を行い記録に残すことが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>評価結果に課題が文書化されている。課題についての改善計画は正職会議で検討して策定している。内容に応じて、正職員で取り組んだり、全体ミーティングで周知して全職員で取り組み、改善結果を改善報告書にまとめている。</p> <p>正職会議・全体ミーティングでの共有の記録が望まれる。</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
<コメント> 30年度事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標達成に向けた具体策を明確にしている。管理者は、年度初めの全体ミーティングで事業計画の要点等を説明し、広報誌「5月号おひさま通信」にも掲載している。決裁規程の職務権限表・稟議規定等で、管理者の役割・責任を定め、これらは事務所内に設置し周知を図っている。 職員会議で説明したことを全体ミーティングの議事録に残すことが望まれる。決裁規程に下級職位が代行者との不在代行を定めており、管理者不在時は実務的には主任が対応しているが、組織図等で明確にすることが望まれる。		
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
<コメント> 関係法令集、法人諸規定等を管理者自身も保管し理解に努めている。集団指導への参加や、物品購入、修理時には、「稟議規定」に沿って対応しており、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に取り組んでいる。法人本部での管理者研修に参加し、法令・コンプライアンス等を学び、また、日の出塾での経営に関する研修に参加している。労働基準法・産業廃棄物処理法等、事業所が遵守すべき法令を把握し取り組みを行っている。事業所から本部全体研修に参加し「研修報告書」を作成し、全体ミーティングで伝達研修を実施し、高齢者虐待防止・倫理法令遵守等について職員に周知している。欠席者にも資料配布で周知を図っている。		
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
<コメント> サービスの質について、継続的に情報の公表制度、チェックリスト、内部監査時の点検シートの項目に沿って、自己点検を行っている。点検シートの分析結果に基づいて正職会議で課題を抽出し、法人本部に改善策を報告している。管理者は、正職会議・全体ミーティングに参画、参加し、サービスの質向上について職員の意見を反映できるように取り組んでいる。本部全体研修参加による伝達研修、地域包括支援センターと連携して講師を招聘しての研修、職員間での技術研修等を計画し計画に沿って研修を実施している。		
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。	a ・ b ・ c
<コメント> 毎月、収益に関する月次報告を業績会議で行っている。法人本部より収益、管理費、人件費、稼働率等のデータが提供され、正職会議で改善策の検討を行っている。残業時間の削減、働きやすい人間関係づくりに努めている。管理者が正職会議・全体ミーティング等で業務改善について説明し、実効性の向上に向け検討する仕組みがある。管理者はそれぞれの活動に参画し、更衣室へのクーラー設置等改善に取り組んでいる。		

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
<p><コメント></p> <p>事業所としての人材確保・育成に関する基本的な考え方を運営規定で明確にし、内外研修を通じて、人材を育成する職員教育に取り組んでいる。自己啓発奨励規定で資格取得を奨励し、人材確保を事業計画に明示し、組織図で人材確保の状況を把握している。職員紹介制度・採用広告・養成校訪問・ハローワーク・ホームページ等を活用し、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>博愛福祉会理念、日の出プライド基本方針を、法人として期待する職員像として明確にしている。人事考課制度を採り入れ、「等級運用規定」で昇給・昇格に必要な資格等の人事基準を明確にしている。入職時の説明・規定類の設置・資料の配布により、職員に周知を図っている。人事考課制度の仕組みの中で、等級に応じて、人事考課表・目標カードで目標を設定し、半期ごとの個別面談を通じて、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。外部コンサルタント、採用広告、ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価、分析を行っている。事業所で把握した意見を法人に提案し、法人で実施するアンケートも活用し、法人本部が処遇改善を実施している。等級基準表・等級運用規定等を整備し、キャリアビジョンとして将来の姿を描く仕組みづくりが構築されている。</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>職務権限表で、人事・労務管理に関する権限者を管理者と定め、責任体制を明確にしている。タイムカード集計表で就業状況を把握するとともに、法人本部で作成されたデータで、就業状況を把握している。健康診断を定期的実施し、インフルエンザ予防接種は全職員の費用を法人負担としている。法人としてストレスチェックを実施し、高ストレス者は産業医への相談を勧めている。年2回の定期面談の他、随時管理者が相談窓口となり相談に応じる仕組みがある。今年度より、法人に「相談室」を設置し、案内文の配布により周知を図っている。時間単位有給や休暇取得のためのシフト調整、医療面の福利厚生等、ワークライフバランスに配慮した働きやすい職場づくりに取り組み、職員の定着率は良い。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度で、「期待する職員像」を階層に応じて目標カード課業欄で明確にし、目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個人目標を設定している。人事考課表で目標項目、目標水準、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繋いでいる。</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>30年度内研修計画で、「研修内容」を期待する職員像として明確にしている。運営規定に、組織が必要とする専門職種を、内部研修計画に、職員に必要とされる専門技術を明示している。本部全体研修計画に沿って研修が実施され、代表者が参加し事業所で伝達研修を実施し、参加出来なかった職員には研修資料の配布により周知している。外部研修は出張報告書を作成し、法人本部へ提出し、研修受講歴は法人本部で管理している。 本年度より法人の教育研修部が、報告書・参加者数等をもとに、研修内容やカリキュラム等を見直す予定である。</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>事業所では、専門資格の取得状況、経験年数等を履歴書、資格証等で把握し、法人本部でも一括管理している。法人で入職前・採用時・フォローアップ研修を実施する仕組みがある。法人として、「研修計画」を作成し、管理者研修等の階層別研修、相談員・理学療法士等の部会での職種研修、テーマ別の全体研修等、研修の機会を設け、テーマ別研修は本部研修を事業所で伝達研修している。外部研修については、FAXやメールで情報提供があり、回覧やメールで、内容に応じて全体や該当者に参加を奨励している。本部研修は同内容で複数回実施し、伝達研修は全体ミーティングで実施する等、職員が参加しやすいように配慮している。事業所として必要な外部研修は、受講費用や交通費を支給している。 事業所に配属された新入職者に対して、事業所の新人研修マニュアルに沿って研修を実施し、実施内容や習得を記録する仕組み作りが望まれる。</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>現時点では、実習生受け入れ実績はない。 今後、実習生の受け入れに備えて基本姿勢など、必要事項を盛り込んだ実習生受け入れマニュアルの整備が望まれる。</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>法人ホームページで理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。地域ケア会議で、基本方針やビジョン等について説明し、事業所の存在意義や役割を明確にするように努めている。事業所の活動等を掲載したパンフレットを、居宅事業所・地域包括支援センター・関連医療機関等に配布している。 第三者評価の受審結果をワムネットで公表を予定し、苦情・相談等の内容や改善、対応の状況については、法人として公表を準備している。パンフレットに、理念・基本方針を明示することが望まれる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>決裁規程、職務権限表で役割、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に報告されている。事業所管理者が、相互に内部監査を実施している。事業会計状況等について、監事が定期的に監査を実施し、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を行っている。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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>日の出プライド基本方針に地域交流の基本方針を、法人理念に「地域社会への貢献」を明示している。福祉サービスに関する情報を掲示板にポスターを掲示し、地域の行事案内文を連絡袋に入れ、情報提供している。買い物、外食等を野外活動としてプラン・行事企画書に位置付けて実施し、希望者の送迎を職員が行っている。必要に応じて、個別リハビリとして買い物・散歩等外出支援を行っている。福祉用具の相談があれば、利用出来る社会資源をパンフレットなどで情報提供を行っている。</p> <p>地域の人々と利用者との定期的な交流の機会を設けることが望まれる。</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>小学生の町探検、中学生のトライやるウィーク、高校生のトライジョブ、また、特別支援学校生を受け入れ就労支援を行い、学校教育への協力を行っている。トライやるウィーク等受け入れ時には、感染症予防・個人情報保護等、注意事項を説明して事故防止に努めている。</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルを整備し受入れや、地域の学校教育への協力に関する基本姿勢を明文化するとともに、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目等を記載することが望まれる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、地域福祉ガイドブック・居宅事業所・地域包括一覧表等を事務所に設置している。必要時にはインターネットで検索閲覧している。また、行事で利用した社会資源については、行事企画書の「次回への改善策・感想」で振り返るを行う等、職員間で情報共有している。地域ケア会議に参加し、独居高齢者支援等共通の問題に対して、解決に向けて個別具体的に取り組んでいる。サービス担当者会議に参加し、介護支援専門員と連携しながら地域でのネットワーク化を図っている。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所で秋祭りを開催し、地域住民と交流している。老人会見学時に、認知症対応法等の説明や、自治会から依頼を受け、作業療法士・理学療法士が体操指導等生活に役立つ地域支援に出かけている。随時事業所で介護相談を受け、管理者が相談窓口となって対応している。相談記録の作成が望まれる。地域行事に協賛し、協力している。 災害時の地域における役割等について、確認がなされることが期待される。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所での介護相談対応、地域ケア会議への参加、民生委員の来訪、作業療法士・機能訓練士による体操指導等の機会を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 様々な機会に把握した福祉ニーズについては、相談記録・議事録等に記録として残すことが望まれます。ニーズに基づいた地域貢献に係わる具体的な事業・活動について、計画等での明示と実施が望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者尊重についての基本姿勢を、「理念・基本方針」「倫理規定」「業務マニュアル」に明示している。接遇・コンプライアンス・権利擁護・倫理法令等の研修の中で、利用者尊重や人権の配慮について学ぶ機会を確保している。配慮の現状については、管理者層の職員が常に留意すると共に、「不適切ケアチェックシート」や個人面談の活用等で把握に努め、課題については迅速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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス実施時のプライバシー保護については、「業務マニュアル」に記載している。「身体拘束廃止マニュアル」を整備している。年間計画をもとに、コンプライアンス・権利擁護についての研修を毎年実施している。デイルームの静養スペースはパーテーションで仕切り、トイレは個室、脱衣室もカーテンで仕切れるようになっており、プライバシーへの配慮がある。契約書に権利擁護や個人情報保護を明記し、契約時に利用者・家族に周知を図っている。管理者層の職員が常に留意すると共に、「不適切ケアチェックシート」や個人面談の活用等でマニュアルにもとづいたサービス実施に努めている。 介護現場に求められるプライバシー保護や虐待防止、また、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明示したマニュアルの整備が望まれる。</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
<コメント> 事業所のサービス内容や特徴を、写真・図・絵等を使用してわかりやすく説明したパンフレットを作成し、居宅介護支援事業所・病院・施設等に配布し、多くの人が入手できるようにしている。利用希望者には、見学を勧め、個別に丁寧な説明を心がけている。パンフレット・ホームページ等、利用希望者に対する情報提供は適宜見直しを行っている。		
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
<コメント> 開始にあたっては、パンフレット・契約書・重要事項説明書・リスク説明書・利用案内をもとに、わかりやすい言葉でゆっくり説明するように努め、自己決定を尊重し、書面で同意を得ている。意思決定が困難な利用者には、署名に保証人欄を設け、適正な説明と運用を図っている。		
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
<コメント> 利用終了の際は、要請を受ければ、求められた書式で情報提供を行い、サービスに継続性に配慮している。終了後も、生活相談が相談窓口として対応する旨を口頭で伝えている。利用終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について記載した文書を手渡して説明することが望まれる。		
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
<コメント> 利用者満足に関するアンケート調査を行っている。通所介護計画の見直し時、3ヶ月に1回の居宅訪問時等に、利用者満足の把握にも努めている。担当者を設置し、利用者満足調査の結果を分析し、改善につなげる仕組みづくりが望まれる。		
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 · b · c
<コメント> 法人で苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書に明示して、利用者・家族に配布して説明している。「苦情相談窓口」として、掲示も行っている。アンケートの実施など、苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情については、「苦情報告書」に記録し、申立者に対するフィードバックを対応欄に記録している。苦情相談内容は、朝礼・連絡ノートで当日に共有し、迅速な対応に努めている。苦情内容や解決結果の公表については、法人で準備している。全体ミーティングで検討し、サービス向上に反映した内容は、議事録に記録することが望まれる。		
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。	a · b · c
<コメント> 苦情・相談窓口として、重要事項説明書に明示し、利用者・家族に契約時に説明し配布、掲示している。相談室を使用し、相談・意見を述べやすい環境に配慮している。		

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 ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>相談・苦情、受付対応についてのマニュアルを整備している。職員は、サービス提供の中で、コミュニケーションと意見・要望の把握に努め、申し送りや連絡ノートで共有し、支援に反映している。アンケートの実施している。内容に応じて、管理者・相談員が対応し、相談員日誌に記録している。</p> <p>マニュアルについては、定期的に検証・見直しを行い、履歴に残すことが望まれる。アンケート結果や日々把握した相談・意見を全体ミーティングで検討し、サービス向上に反映した内容を議事録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>「利用者事故対応マニュアル」を整備し、対応手順をフローチャートに明示してフロアーに設置し、職員に周知を図っている。ヒヤリハット事例・事件事例を収集し、それぞれの書式で記録に残し、「事故に至らなかった理由・対応」「事故防止対策」を検討し、朝礼・夕礼で共有し、事故防止・再発防止に努めている。年間計画をもとに、「安全管理」研修を毎年実施している。リスクマネジメントについての体制を、明確にすることが望まれる。全体ミーティング等で、事故防止策実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行う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>「感染症マニュアル」を整備し、年間計画をもとに毎年、年2回「感染症」に関する研修を実施している。迎え時の検温、うがい手洗いの励行、手指消毒、マスク着用、加湿器の設置、備品や機器の消毒等、感染症予防に努め、発生時は看護師の指示のもと対応し、蔓延防止に取り組んでいる。</p> <p>感染症対策についての管理体制を明確にすることが望まれる。マニュアルの検証を定期的に行い、事業所の現状に即した、実用的な内容に見直すことが望まれる。</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>「消防計画」を作成し、対応体制を定めている。利用者個々の緊急連絡先を把握し、職員については緊急連絡網を作成し、安否確認の方法を定めている。年に2回、消防訓練を実施し消防署に報告している。</p> <p>利用者個々の状態や家庭状況等に応じた送り先の把握等、災害時の対応について、具体的な対応方法を講じ、職員が共有することが望まれる。備蓄については、法人内の近隣の施設との連携があるが、事業所としても必要な備蓄は整備し、リスト化して管理することが望まれる。</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>「業務マニュアル」を作成し、食事・入浴・排泄・リハビリ・送迎など、提供するサービスについて標準的な実施方法を文書化し、プライバシー保護などについても明示している。「業務マニュアル」をもとに新人研修を行い、周知を図っている。一部の職員については、スキルアップシートの自己評価・上位者評価により実施状況を確認す利仕組みがある。事業所内の新人研修で標準的な実施方法指導しているが、新人研修のカリキュラムの作成による指導内容の明確化と、実施記録での習得の確認が望まれる。</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 ・ c
<p><コメント></p> <p>基本的には年度末に、「業務マニュアル」の検証・見直しを行い、日付を記載している。正職者会議などで、話し合い見直しを行った経緯などを議事録に残すことが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>計画策定の責任者を管理者としている。「フェイスシート」「興味・関心チェックシート」をもとにアセスメントを行い、サービス担当者会議でアセスメントや計画策定に関する協議を行っている。月に1回の全体ミーティングや、「通所介護個別援助計画評価表」による定期的なモニタリングで、計画どお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。ニーズについては、計画書の「問題」欄にチェックを入れているが、具体的なニーズの明示が望まれる。支援困難ケースについての対応を行っているが、対応内容や経過等が把握できる記録の整備が望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>居宅サービス計画書変更時に、通所介護計画書の見直しを行っている。変更内容は、申し送りノートに記載し、サービス別のカルテに明示して職員に周知を図っている。緊急に計画を変更する場合は、介護支援専門員に連絡し、変更の経緯は「相談員日誌」に記録している。計画の見直しに当たってのニーズの変化等を、明示することが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>計画にもとづくサービスが実施されていることを、「ケース記録」により確認することができる。記録担当の職員を設定し、書き方に差異が生じないようにしている。職員間の情報共有を、職員の連絡ノートに一元化し、朝礼時も申し送り内容と日中から夕方にかけての申し送り内容のページを分けて、的確に伝達できるように工夫している。毎日の朝礼・夕礼、月1回の全体ミーティング、随時の正職会議を開催し、情報共有を行っている。連絡ノートの閲覧と掲示物により、事業所内での情報共有を行っている。</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、「フェイスシート」によって把握し記録しているが、現状を把握するため、定期的な再アセスメントが望まれます。各種会議の議事録の整備、閲覧印等による周知の確認が望まれます。</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>個人情報保護規定・文書保存規程を整備し、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・対応方法を規定している。記録の管理責任者を管理者としている。年間計画をもとに、コンプライアンス・倫理・法令遵守の研修を実施している。入職時に個人情報保護や守秘義務について説明し誓約書を交わしている。個人情報の取り扱いについて、利用者・家族に、契約時に重要事項説明書で説明し同意を得ている。</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 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	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

<p>「フェイスシート」で利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握し、「興味・関心チェックシート」で生活行為に関する関心度を把握し、それらをもとに「通所介護計画」「機能訓練計画」を作成し、利用者個々のニーズに応じた支援、自立や活動参加への動機づけに取り組んでいる。パワーリハビリ・物理療法・グループワーク・カラオケ・趣味的活動・行事参加等、複数の活動メニューを設け、利用者個々に応じた計画に採り入れて参加できるように取り組んでいる。定期的にモニタリングを行い、利用者個々に応じた支援になっているかを検討し見直す仕組みがある。</p> <p>役割づくりにつながるプログラムの設定には至っていない。</p> <p>送迎時、入浴・食事・リハビリ等日々の支援の場面で、コミュニケーションに努め、把握した利用者の思いや希望は、職員間の連絡ノートで共有したり、管理者・相談員に報告する等、内容に応じて対応し、支援に反映している。接遇や権利擁護に関する研修会を定期的実施し、接し方や言葉づかいについて意識向上に取り組んでいる。各職員がコミュニケーションの機会作りに努めると共に、管理者と相談員が1日の目標人数を設定してコミュニケーションを図り、会話が不足している利用者に配慮しながら、利用者が話したいことを話せる機会作りに努めている。</p> <p>定期的な再アセスメントにより、コミュニケーションの方法や支援について、定期的な検討・見直しが行われることが望まれる。コミュニケーションの方法に個別の配慮が必要な場合は、通所介護計画の留意事項欄に記載して、支援の統一を図ることが望まれる。</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

権利擁護についての研修を実施し、権利侵害防止と早期発見に努め、事例があれば管理者・相談員に報告し、相談員日誌に記録している。
 権利侵害について利用者にも周知することが望まれる。緊急やむを得ない場合に一時的に身体拘束を実施する際の具体的な手続と実施方法、所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確に定め、職員に周知することが望まれる。権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設け、発生した場合に再発防止策等を検討し実践する仕組みを明確にすることが望まれる。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a ・ b ・ c

特記事項

デイルームは明るい調光でエアコンを設置し、都度温度調整を行っている。座席・畳・ベッドのスペースがあり、寛げる環境に配慮している。座席は可能な限り利用者の希望に応じ、居心地よく過ごせるように対応している。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(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
A⑥	A-3-(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
A⑦	A-3-(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

入浴マニュアルが整備されている。心身の状況に応じて、一般浴・特殊浴・個浴及びシャワーチェア・キャリー・滑り止めマット等の福祉用具を用意し、全ての入浴形態において介助者をおき、状況に合わせた対応をとっている。入浴は午前・午後とも可能であり、利用者の意向に

浴って行っている。脱衣室内はスペースが広く、カーテンで仕切ることができ、羞恥心等に配慮している。拒否者には時間や対応する職員を変更し対応している。利用者の状態の変化があれば、職種間で検討・見直しを行い、連絡ノートに記録している。入浴前にバイタルチェックを行い、入浴不可の場合は清拭等で対応している。入浴可否の判断はバイタルサイン・看護師・かかりつけ医の指示のもと行っている。入浴状況については、必要に応じて相談員・看護師から家族・介護支援専門員に情報提供をしている。

標準的な可否判断基準はマニュアル等に、利用者個々の可否判断基準がある場合は通所介護計画書に記載することが望まれます。

排泄マニュアルを整備している。利用者のADLやケアプランに沿って支援を行っている。基本はトイレで対応しているが、トイレ使用が困難な人に対しては、脱衣室に設置しているベッドで対応する等状態に応じて対応している。看護師の判断による水分量の調整やリハビリの一環で腹部をホットパックで温める等し、自然な排泄を促す取り組みを行っている。トイレはデイルームに5ヶ所個室を設置し、温便座・シャワートイレになっている。また、手すり・ナースコールを設置し、手すりは上下の可動式になっており、車いす使用者でも十分なスペース・安全面に配慮している。利用者の行動を観察し、声かけを行い、表現にも配慮している。トイレ使用中、職員はドアの外で待機し、ナースコールで知らせてもらうよう羞恥心に配慮している。自分でできることはしてもらえよう声かけを行い、自立のための働きかけを行っている。排泄チェック表に量・形状等を記録し、異常のある場合は利用手帳に記録し家族に連絡している。利用者の状態に変化があれば、職種間で検討・見直しを行い、連絡ノートに記録している。利用者からの訴え時や排泄チェック表からパターンを確認し、速やかな対応ができるようにしている。排泄状況に変化がある場合は、必要に応じて相談員・看護師から家族・介護支援専門員に情報提供をしている。

利用者の状態や通所介護計画書に沿って、介助歩行・シルバーカー・歩行器・杖等で対応している。車イス使用者についても自走可能な方には自力での移動を促している。車イス・シルバーカー・歩行器・リフト車を用意している。安全に移動が行えるよう動線の確保や周囲の状況とその都度確認する等の取り組みを行っている。介助方法について、利用者の状態の変化等があれば、職種間で検討・見直しを行い、連絡ノートに記録している。利用者が移動を希望した際は速やかに対応できるようにしている。送迎については、送迎マニュアルを整備しており、利用者の希望や心身の状況に合わせた時間や座席に配慮して行っている。理学療法士が家庭の動線の確認を行っており、都度助言をしている。また、利用手帳を活用した連絡や、相談員から必要に応じて介護支援専門員に連絡をしている。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑧	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ ・ b ・ c
A⑨	A-3-(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。	Ⓐ ・ b ・ c
A⑩	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ Ⓑ ・ c

特記事項

月に1~2回「特別食の日」として行事食を提供している。毎月、給食会議に管理者と委託業者の管理栄養士が参加し、行事食・献立・異物混入について等検討している。昼食は12時に配膳し、厨房はデイルームと隣接しており適温で提供できるようになっている。行事食の際は、行事に沿った飾りつけを行っている。衛生管理は委託業者の管理栄養士で管理している。

食事マニュアルを整備している。利用者の状態に合わせて、おかゆ・きざみ・ミキサー食の対応が可能である。また、塩分カットや水分量の調整、禁止食品についても対応している。栄養補助食品が必要な場合は利用者が持参している。個々のペースで食事を行ってもらい、姿勢に傾きがある人には、クッションを使用している。箸・スプーンを用意し、自助具が必要な人には持参し

でもらっている。食器はすくいやすく、滑りにくいタイプを用意し、自立支援に配慮している。利用者の状態に応じた食事形態での提供や食事前の口腔体操を実施し、経口摂取の継続に配慮している。食事マニュアルに「むせ・誤嚥・窒息時の対応方法」、看護マニュアルに発生時のフローチャートが明記されて、全体会議の中で確認を行っている。介助方法について、利用者の状態の変化等があれば、職種間で検討・見直しを行い、連絡ノートに記録している。食事摂取量・水分量は食事チェック表に記入し把握している。食事状況は必要に応じて相談員・看護師から家族・介護支援専門員に情報提供をしている。

食前に口腔体操、食後に口腔ケアを行い口腔機能の保持改善に配慮している。利用者のかかりつけの歯科医からの指示があれば、必要に応じて連絡帳等で家族から連絡を受け対応している。口腔機能向上加算は算定していないが、食後の口腔ケアは個別の状態に応じて実施している。口腔ケアについて必要に応じて相談員・看護師から家族・介護支援専門員に情報提供をしている。口腔ケアについての研修の実施が望まれる。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

褥瘡予防は、情報を連絡ノート等で共有し、介護士・看護師が連携して行っている。発生後は家族・介護支援専門員に報告し、かかりつけ医の指示のもと看護師が処置を行い、看護記録に記録している。家族への情報提供や助言は、看護師が主に連絡帳で行っている。褥瘡予防・対策マニュアルを作成し、研修等で職員に周知することが望まれます。また、研修等で収集した情報を、日常のケアに採り入れることが望まれる。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑫	A-3-(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-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑬	A-3-(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

理学療法士がリハビリのカルテを作成し、それをもとに介護・看護職員が運動・施術・物理療法を取り入れたリハビリを実施している。また、理学療法士・作業療法士から利用者個々についての指導・助言を受けている。日々の生活動作では、歩行時の足の動かし方や福祉用具の使用等、指示のもと実施している。個別機能訓練計画書を作成している。物理療法・運動療法別に実施内容の一覧表を作成し、実施・確認を行っている。計画は3ヶ月毎に評価・見直しを行っている。認知機能に変化があれば、ケース記録・連絡ノートに記録し、相談員から介護支援専門員に連絡している。また、利用手帳に記録し家族にも連絡をしている。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑭	A-3-(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

基本的に支持的・受容的な関わり・態度を重視し接しているが、職員の対応で気になることがあれば、都度指摘し改善している。「認知症」についての法人研修に管理者が参加し、全体会議で伝達研修を行っている。認知症実践者研修等の外部研修への参加も行っている。また、今年度地域包括支援センターの職員を講師とした認知症研修も予定している。環境の工夫として、座席の配置を配慮したり、畳・ベッド・ソファ等個別になれるスペースへ案内する等の配慮をしている。ちぎり絵・ぬり絵の個別活動に職員が付き添い一緒に実施したり、仲の良い方で集まってカラオケを行う等、継続的に活動を行っている。家族とは、送迎時や利用手帳を通じてサービス利用時の状況や家庭での様子の連絡、悩みや相談を受け共有している。介護支援専門員には相談員から情報提供を行っている。

フェイスシートを用い、初回面接時にADL・認知機能・生活歴・病歴等についてアセスメントを行い記録するが、定期的に再アセスメントを行うことが望まれる。BPSDがある利用者についての経過観察や対応については、相談員日誌等に経過がわかるように記録することが望まれる。家族からかかりつけ医の診断内容について利用手帳で連絡を受け、職種間で支援内容の検討を行っているが、その内容も相談員日誌などに記録することが望まれる。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑮	A-3-(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

体調不良者対応マニュアルを作成し、家族・医師・介護支援専門員等に連絡する手順をフローチャートで明示し体制を整備している。利用者個々のかかりつけ医はフェイスシートに記載して把握している。対応マニュアルをフロアに設置して、対応方法について職員に周知を図っている。迎え時の検温、到着時のバイタルチェック、看護師の観察により、健康確認を行い体調変化に早く気づけるようにしている。迎え時の家族からの情報は、職員間連絡ノートに記録し伝達している。健康状態は、介護記録と看護記録に記録している。利用者個々に薬情報をファイルし、薬用小袋を確認して確認表にチェックし看護師が服薬を行い、連絡帳に記載している。高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修の実施が望まれる。バイタル表に服薬チェック欄を追加する等、事業所としても実施記録を残すことが望まれる。

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑩	A-4-(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

利用日には、利用者の状況を連絡帳で家族に報告している。電話・メール・文書等、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう工夫している。通所介護計画書の見直し時、3ヶ月ごとの居宅訪問時にサービスの説明・要望の把握・相談対応を行い、相談員日誌に記録している。必要に応じて、家族に情報提供や助言を行い、内容に応じて介護支援専門員・地域包括支援センター・訪問看護事業所等につないでいる。

A-5 サービスの適切な実施

		第三者評価結果
A⑪	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

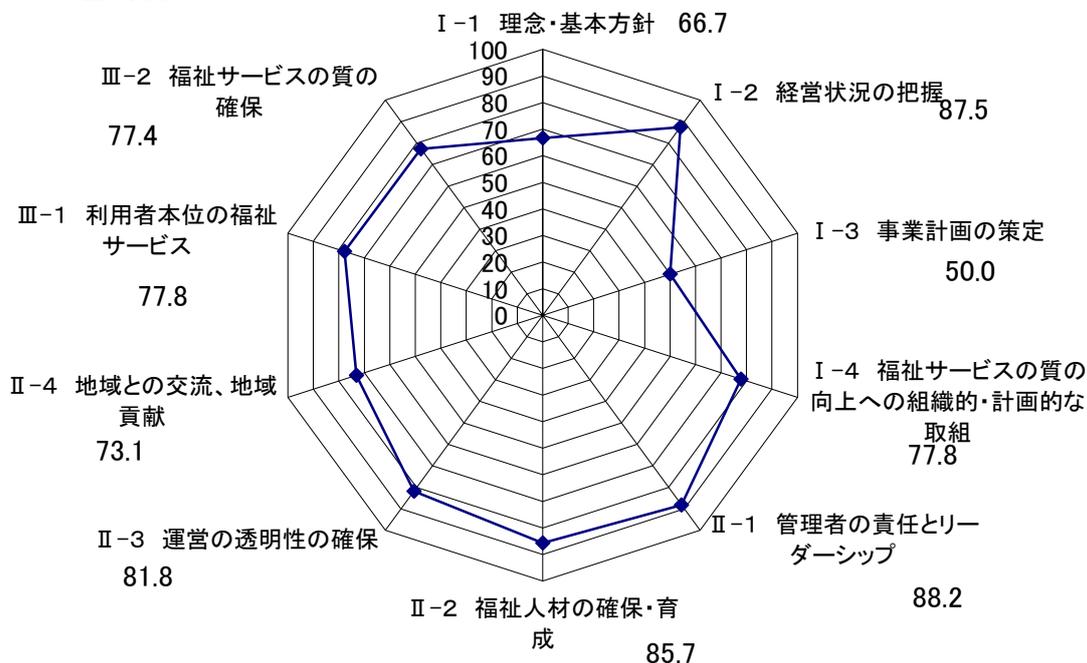
特記事項

通所介護計画書・個別機能訓練計画書に、利用者のニーズに応じて、排泄・食事・入浴・機能訓練・精神の活性化に関する事項を挙げ、サービス内容の欄に、個別のサービス方法を記載している。ニーズに応じて、意思疎通・身だしなみ・清潔保持についても記載することが望まれる。留意点については、個別・具体性のある、さらに詳細な記載が望まれる。

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	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	16	8	50.0
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	7	77.8
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・育成	35	30	85.7
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	26	19	73.1
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	49	77.8
III-2 福祉サービスの質の確保	31	24	77.4
合計	222	172	77.5

I～III 達成度



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	19	11	57.9
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	74	64	86.5
A-4 家族等との連携	7	7	100.0
A-5 サービスの適切な実施	7	5	71.4
合計	111	91	82.0

総合計(I～Ⅲ+A)	333	263	79.0
------------	-----	-----	------

