

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : 五色・サルビアホール

(特別養護老人ホーム)

評価実施期間 2016年1月6日 ~ 2016年6月31日

実地(訪問)調査日 2016年3月9日

2016年6月30日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構



様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名称	特非) 播磨地域福祉サービス第三者評価機構	
所在地	姫路市安田3丁目1番地姫路市自治福祉会館6階	
評価実施期間	2016年 1月 6日～ 2016年 5月 31日 (実地(訪問)調査日 2016年 3月 9日)	
評価調査者	HF05-1-0027 HF12-1-010	HF10-1-0006 HS-009

※契約日から評価  
結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 五色・サルビアホール	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 倉谷 啓子	開設(指定)年月日： 昭和・平成 3年 9月 1日
設置主体：洲本市 経営主体：社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団	定員 80名(利用人数 79名)
所在地：〒656-1331 兵庫県洲本市五色町都志大日707	
電話番号：0799-33-0503	FAX番号：0799-33-0318
E-mail： go_sumoto@hwc.or.jp	ホームページアドレス： http://www.hwc.or.jp/sumoto/

(2) 基本情報

理念 基本方針： つながる“きずな” 広がる“笑顔” あなたらしさのお手伝い
力を入れて取り組んでいる点： <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本位のサービスの提供 多職種連携の個別ケアの推進 生きがいづくりの推進</li> <li>・地域で支え合う仕組みづくり 高齢者施設のノウハウを地域に提供 交流推進</li> <li>・医療と福祉の連携による事業推進 施設内ケアパスで認知症ケア等への取り組み推進</li> <li>・人材育成と働きがいのある職場づくり OJTの推進 風通しの良い職場づくり</li> <li>・経営基盤の安定・強化 経営について情報共有 コスト意識の醸成</li> </ul>

	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
職員配置 ※( )はうち非常 勤職員を明示	施設長	1 (0)	事務員	4 (1)	生活指導員	2 (0)
	介護職員	38 (5)	看護師	6 (2)	栄養士	1 (0)
	医師	2 (2)		( )	その他	16 (14)

施設の状況

平成3年9月に相談から支援まで地域を結ぶ高齢者福祉サービス拠点として五色町健康福祉総合センター内に開設し、これまで多くの高齢者の生活を支えてきました。平成18年に洲本市との合併、小規模生活単位型【ユニット型】20床の増床を経て、平成21年度から、社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団が洲本市からの指定管理を受け、事業運営を継続しています。

瀬戸内海を見渡せる自然豊かな環境の中、「つながる“きずな” 広がる“笑顔” あなたらしさのお手伝い」を理念として、より良いサービスの提供と地域の皆様に必要とされる施設づくりに取り組んでまいります。

### 3 評価結果

#### ○ 総 評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ <b>地域住民や関係機関との連携のもと、地域の高齢者福祉の拠点施設として大きな役割を果たしています。</b></p> <p>地域住民を対象としたカフェや研修会の開催を中心に地域住民との交流と連携がなされています。また、健康福祉総合センター内の各種事業との連携のもと、地域ケア会議とセンターの運営協議会を通じて地域の福祉の動向を把握し、地域の高齢者福祉の拠点施設として大きな役割を果たしています。</p> <p>○ <b>サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みが確立しています。</b></p> <p>サービスの質の確保については、サービス向上委員会を中心に全職員で年2回の自己評価を実施し、サービスマニュアルを定期的に評価することで課題を明らかにし、マニュアルの見直し、諸規程の整備等、サービスの改善を図る仕組みを確立しています。</p> <p>○ <b>利用者一人ひとりの歴史や生活様態に即した取り組みが行われています。</b></p> <p>広く落ち着いた空間の中で、心身の状況や個別の意向の状況に応じた多様な支援環境が用意されています。特に、法人全体で行われている「夢を叶えるプロジェクト」をはじめ、本人が望む暮らし・希望を3つ入れたプランを作成され、利用者の希望に基づいて、利用者一人ひとりの歴史や生活様態に即した取り組みが行われており、利用者の余暇活動やいきがいに繋がっていることが伺えました。</p>
<p>◇特に改善を求められる点</p> <p>○ <b>職員の質を向上させるために人材育成計画の策定が望まれます。</b></p> <p>人事考課制度を導入し、管理者は毎年度、職員に対して個別面談を行い、外部研修参加や内部の勉強会を実施していますが、個別育成計画の策定までには至っていません。今後は、人事考課と連動して次のリーダーを育てる、専門知識を伸ばすといった個別育成計画を策定することで、職員の将来展望やスキルアップを図り、職員の質と働きがいを向上させるような取り組みが望まれます。</p>

○ **施設独自の標準的な支援（スタンダード）を確立され、マニュアルの活用が図られる仕組みの充実が望まれます。**

サービスについての標準的な実施方法は、事業団の「高齢者施設マニュアル」（ガイドライン）があり、各委員会にて見直しが行われていますが、職員個々への周知を含め活用については、一部のマニュアルは活用されているものの、仕組みとして不十分なところが伺えました。

今後は、業務水準の確保や継続的・安定的にサービス水準を保つことから、基本的な業務の標準化について話し合いを進め、施設独自の標準的な支援（スタンダード）を確立され、順次マニュアルやプログラムを活用していくことが望まれます。

○ **ケアプランに合わせて、利用者個々の支援を明確にしていくことが必要です。**

各場面において、障害や生活の状況に応じた個別支援が行われており、検討が必要な場合には、会議で話し合い、利用者個々のサービスを提供されていますが、サービス実施計画などに個々のサービスの詳細について具体的な記述はありません。

今後は、ケアプランに合わせて、介護計画などでより具体的に示していくことによって、利用者個々の支援を明確にしていくことが必要です。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審したことにより、外部からの視点でサービスの提供状況を確認することができた。今後課題や改善策を明確にし、それらを共有出来る仕組みづくりを行うこと、特にサービスの標準化については利用者個々に手順などをマニュアル化し、それらを活用できる仕組みを整える必要性を感じました。

今回の結果を真摯に受け止め、自施設の委員会にて検討し、改善に向けた取り組みを実施したい。

○各評価項目に係る第三者評価結果

（別紙1）

○各評価項目に係る評価結果グラフ

（別紙2）

## 評価細目の第三者評価結果

## 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) 事業所が目指すことの実現に向けて取り組んでいる。	
I-1-(1)-① 事業所が目指していること（理念・基本方針等）を明確にしている。	○a・b・c
I-1-(1)-② 事業所が目指していること（理念・基本方針等）を利用者やその家族等に周知している。	○a・b・c

## 特記事項

法人基本理念や基本方針は、兵庫県社会福祉事業団憲章としてホームページ・パンフレット等に掲載し、施設内への掲示や朝礼および引き継ぎ時に唱和を通して、周知しています。また、施設のローガンを簡潔にわかりやすくまとめており、施設の内外に浸透していることが伺えました。

今後は、設置者である洲本市の方針と事業団憲章及び施設ローガンの位置づけを理解しやすく整理することにより、利用者や市民にわかりやすく周知していくことが期待されます。

## I-2 事業計画の策定

	第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。	
I-2-(1)-① 事業所が目指していること（理念・基本方針等）に向けた計画的な取組を行っている。	a ○b・c
I-2-(1)-② 各計画を職員や利用者等に周知している。	a ○b・c

## 特記事項

法人において、平成21年度に新経営10か年計画、経営戦略を作成され、それに基づいて施設の実行計画が明示されています。また、年度事業計画書は前年度の実績を反映し、進捗評価が可能な具体的な目標が設定された内容となっています。

今後は、事業計画に地域情勢や利用者ニーズを踏まえた課題を明示されるとともに利用者にわかりやすく周知していくための工夫が望まれます。

### 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) 経営層（管理者等）の責任を明確にし、リーダーシップを発揮している。	
I-3-(1)-① 経営層（管理者等）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 経営層（管理者等）は、質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような指導力を発揮している。	○a・b・c
I-3-(1)-③ 経営層（管理者等）は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	○a・b・c

#### 特記事項

管理者の役割と責任については、運営会議、職員会議をはじめ、朝礼や通信などを通して職員や利用者に表明しています。また、サービスの質の向上や業務改善に関し、各種委員会を設置し、職員の意見を取り入れながら指導力を発揮していることが伺えます。

今後は、更に管理者としての意見が組織全体に浸透するため、取り組みの「見える化」に努められることを期待します。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 人材の確保・養成

	第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。	
Ⅱ-1-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランを確立している。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅱ-1-(1)-② 職員の意欲向上に取り組んでいる。	<b>a</b> ・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 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を構築している。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅱ-2-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。	
Ⅱ-2-(2)-① 職員の資質向上に向けた体制を整備している。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅱ-2-(2)-② 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。	<b>a</b> ・b・c
Ⅱ-2-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。	
Ⅱ-2-(3)-① 実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅱ-2-(3)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	a・ <b>b</b> ・c

特記事項

必要な人材の確保に関しては、法人として人材育成基本方針を策定し、人事考課の仕組みが整備され、職員の勤務状況のチェック、メンタルヘルスの相談窓口や産業医のスーパーバイズによって、働きやすい環境の配慮がなされています。

また、研修委員会が中心となり、職場内の研修を体系的に実施するとともに、キャリアパス、階層別の研修計画が明示され、それに基づいた研修が実施されています。

今後は、施設の人材確保に向けた計画と職員個々の育成計画を明確にすることによって、人事考課と連動した総合的な人材確保と養成を図られることが課題です。

Ⅱ-2 安全管理

	第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。	
Ⅱ-2-(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を整備している。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅱ-2-(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。	<b>a</b> ・b・c

特記事項

危機管理委員会にリスクごとの各対策部会が設置され、安全確保体制の整備が行われています。具体的には、危機に関するマニュアルを整備し、地域の関係機関と協働した安全対策が行われています。

また、「事故、ヒヤリハット報告書」により、安全を脅かす事例の収集と要因分析が行われており、事故予防対策部会にて発生事例を検討し、再発防止に取り組んでいます。

今後は、安全確保に関する検討会の場において、利用者も一緒に参加することで、職員と利用者とが一体となった更なる取組が望まれます。



Ⅱ－3 地域との交流と連携

	第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。	
Ⅱ-3-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。	a・b・c
Ⅱ-3-(1)-② 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。	a・b・c
Ⅱ-3-(2) 地域との関係を適切に確保している。	
Ⅱ-3-(2)-① 利用者と地域の関わりを大切にしている。	a・b・c
Ⅱ-3-(2)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
Ⅱ-3-(2)-③ ボランティア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
Ⅱ-3-(3) 関係機関との連携を確保している。	
Ⅱ-4-(3)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a・b・c
Ⅱ-4-(3)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。	a・b・c

特記事項

法人本部の各種会議をはじめ、淡路ブロック施設連絡協議会や地域ケア会議などへの参画により、事業を取り巻く状況や地域の状況を把握していることが伺えます。また、地域住民を対象としたカフェや研修会の開催を中心に地域住民との交流と連携がなされています。

関係機関との連携は、手作りの地域ガイドマップを作成することで地域の社会資源を把握し、周知するとともに地域ケア会議とセンターの運営協議会を通じて、関係機関等との連携を図っています。

今後、把握した情報を課題分析し、事業計画へ反映させる手順をより明確にするなど、地域交流や地域支援の位置づけを明確にしていくことが望まれます。

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

	第三者評価果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	
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組を行っている。	a・ <b>b</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>a</b> ・b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	
Ⅲ-1-(2)-①利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。	<b>a</b> ・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	
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。	a・ <b>b</b> ・c
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	<b>a</b> ・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。	a・ <b>b</b> ・c

特記事項

「兵庫県社会福祉事業団憲章」に利用者1人ひとりの尊重を目指す姿勢が明示されており、高齢者虐待防止に関する勉強会・研修を実施するとともに身体拘束廃止委員会にて身体拘束について検討されていることが伺えました。

また、サービス向上委員会を中心に利用者、家族へのアンケート調査を年1回実施し、食事検討委員会などで改善をはかり、利用者満足の向上に努めています。

今後は、多様な相談先を明確にすることで、苦情のみならず利用者の多様な意見をサービス改善に反映していくことが望まれます。

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。	
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ている。	a○b・c
Ⅲ-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
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。	
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	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を確立している。	a○b・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	○a・b・c
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	○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

#### 特記事項

サービスの質の確保については、サービス向上委員会を中心に全職員で年2回の自己評価を実施し、課題や改善策を明文化していますが、課題や改善策の共有については十分ではありません。今後、本評価を踏まえ課題を明らかにし、改善していく仕組みを明確にしていくことを期待します。

サービスについての標準的な実施方法は、事業団の「高齢者施設マニュアル」(ガイドライン)があり、各委員会にて見直しが行われています。今後、支援におけるマニュアルの周知を含め、施設独自の標準的な支援(スタンダード)を確立され、文章化していくことが望まれます。

利用者個々の記録は、コンピュータソフトを活用し、統一した様式でサービス実施計画に基づいた記録がなされています。また、サービス担当者会議やコンピュータネットワークを利用して情報の共有化が図れていることが伺えました。

今後、利用者の情報の流れを職員へ具体的に周知するための工夫が望まれます。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	
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
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
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

#### 特記事項

<p>「五色・サルビアホールでの暮らし」・パンフレット・機関紙などサービスの詳細について多彩な情報を用意し、ケアマネージャーや見学时を通じて、情報を提供しています。</p> <p>契約の手続きについては、重要事項説明に加えて「五色・サルビアホールでの暮らし」というリーフレットを用いて丁寧に説明し、契約書が交わされています。</p> <p>サービス終了後のフォローについては、退所時等相談援助マニュアルを作成し、必要に応じて生活相談員が他事業所や医療機関との連絡調整を行っています。</p> <p>今後は、更に利用者に分かりやすい情報提供と契約の配慮に期待します。</p>
--

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントを行っている。	
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
Ⅲ-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
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	
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

#### 特記事項

<p>利用者のアセスメントは統一したシートが使用され、施設サービスマニュアルや施設で作成しているサービス担当者会議実施要領を基に、多職種参加のカンファレンスを定期的に行われ、サービス実施計画が策定されています。サービス実施に当たっては、モニタリング・ケアプラン経過記録によって、支援目標に合わせたモニタリングが行われており、入院時など緊急の見直しについても事例を確認することが出来ました。</p> <p>今後は、ケアマネージャーが立てる「ケアプラン」とサービス担当者が立てる「介護計画」などサービス実施計画の位置づけをより明確にしていくことが望まれます。</p>
---

評価対象Ⅳ 実施する福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重・保護

	第三者評価果
Ⅳ-1-(1) 利用者の尊重・保護	
Ⅳ-1-(1)-① 行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。	Ⓐ・b・c
Ⅳ-1-(1)-② 余暇活動や生きがいがづくりへの支援を行っている。	a Ⓐ・c
Ⅳ-1-(1)-③ 家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。	Ⓐ・b・c
Ⅳ-1-(1)-④ コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫をしている。	a Ⓐ・c

特記事項

法人全体で「夢を叶えるプロジェクト」が実施され、その希望一覧表に基づいて、利用者一人ひとりの歴史や生活様態に即した取り組みが行われており、利用者の余暇活動や生きがいがいにつながっています。

また、発語が困難な方には、ホワイトボードを使用したり、言語聴覚士によるセラピスト指導を受け、利用者とのコミュニケーションを図っており、注意深く利用者の表情や仕草を観察し、利用者の気持ちに寄り添う支援が実践されています。

加えて、利用者が家族や友人とのつながりを維持するための支援は、個別の事情に合わせて積極的に行われていることが伺えました。

今後は、利用者や家族の希望を明確に記録し、それに応じた支援の体制を充実していくことを期待します。

Ⅳ-2 快適な環境づくり

	第三者評価果
Ⅳ-2-(1) 居室	
Ⅳ-2-(1)-① 快適な生活空間（居室）の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
Ⅳ-2-(2) 食事	
Ⅳ-2-(2)-① 快適な食事環境の整備に配慮している。	a Ⓐ・c
Ⅳ-2-(3) 入浴	
Ⅳ-2-(3)-① 快適な入浴環境等の整備に配慮している。	a Ⓐ・c
Ⅳ-2-(4) 排泄	
Ⅳ-2-(4)-① 快適な排泄環境の整備に配慮している。	a Ⓐ・c
Ⅳ-2-(5) 衣服	
Ⅳ-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	Ⓐ・b・c
Ⅳ-2-(6) 理容・美容	
Ⅳ-2-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	Ⓐ・b・c
Ⅳ-2-(7) 睡眠	
Ⅳ-2-(7)-① 安眠できるように配慮している。	a Ⓐ・c
Ⅳ-2-(8) 健康管理	
Ⅳ-2-(8)-① 利用者の健康保持に配慮している。	a Ⓐ・c

IV-2-(9) 服薬管理	
IV-2-(9)-① 内服薬・外用薬等の扱いを確実にしている。	a・ <b>b</b> ・c
IV-2-(10) 外出	
IV-2-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	<b>a</b> ・b・c
IV-2-(11) 通信	
IV-2-(11)-① 郵便や電話などの通信機会を確保している。	<b>a</b> ・b・c
IV-2-(12) 情報媒体	
IV-2-(12)-① 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できるよう配慮している。	<b>a</b> ・b・c
IV-2-(13) 嗜好品	
IV-2-(13)-① 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望を尊重している。	a・ <b>b</b> ・c
IV-2-(14) ターミナルケア	
IV-2-(14)-① 看取り介護や終末ケアを含め、ターミナルケアの概念が確立し、具体的な支援体制や取組みについて明示され、実施されている。	<b>a</b> ・b・c

#### 特記事項

食事、排泄、入浴など日常生活の支援については、「介護サービスマニュアル」に基づいて、支援が行われていることが伺えます。

特に食事や入浴の場面では、フロアー、ユニットごとに生活の状況に応じた工夫がなされ、生活改善に取り組んでいる事例が伺えました。

健康管理では、サービスマニュアルに健康管理に関する項目が整備され、日常の健康管理が行われていると共に、医療機関との連携によって、緊急時など明確な手順に従い対応されています。また看取り介護について、看取り介護指針に基づいて、具体的な支援体制や取組みが行われていました。

外出においては、各ユニットにガイドマップや四季のイベント情報を用意し、利用者と一緒に相談しながら外出先を決めており、ボランティアと外部資源を利用した支援が行われています。

情報媒体については、雑誌、テレビは個人で購読、設置できるようになっており、一定の自由が確保されています。

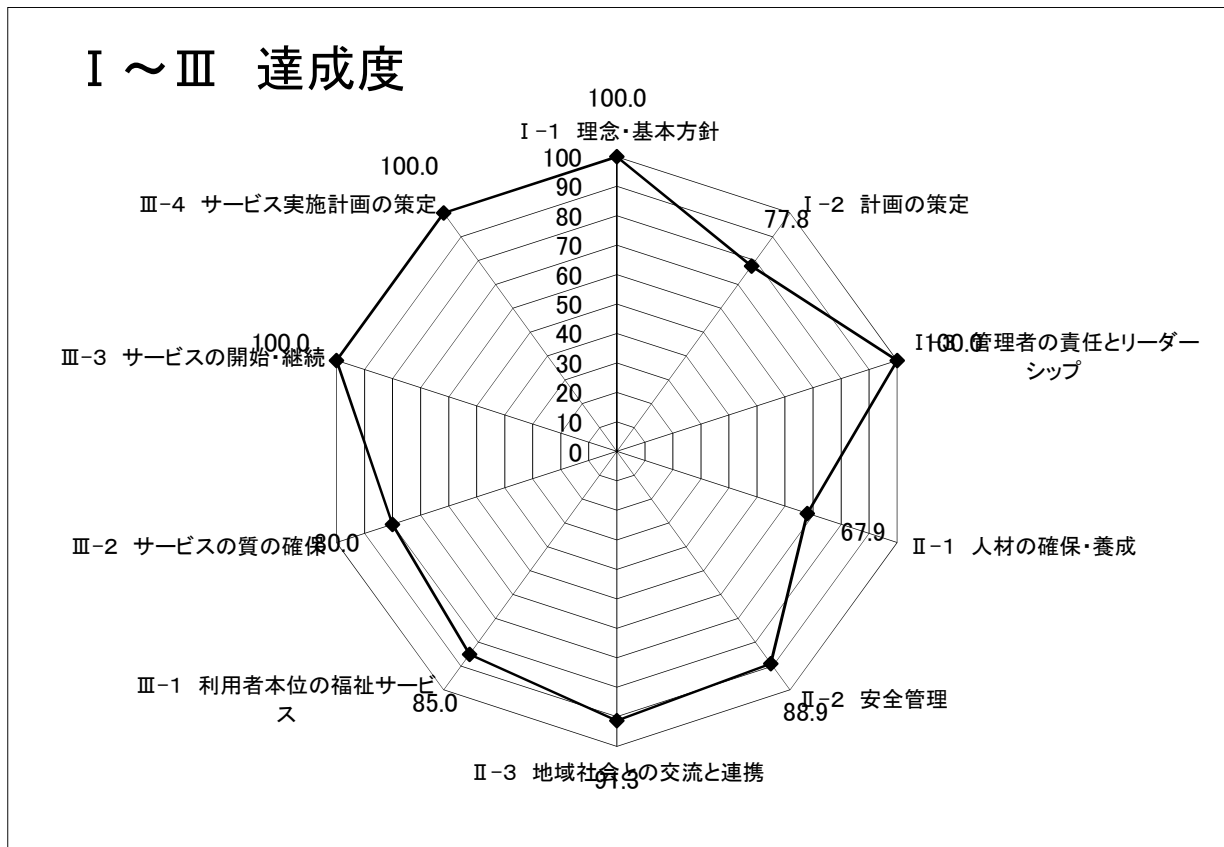
今後は、日常生活の各場面における環境整備や、個々の生活の質の向上に向けた介護を更に深めていく取組みが望まれます。

(別紙2)

## 各評価項目に係る評価結果グラフ

### 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	4	4	100.0
I-2 計画の策定	9	7	77.8
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	10	100.0
II-1 人材の確保・養成	28	19	67.9
II-2 安全管理	9	8	88.9
II-3 地域社会との交流と連携	23	21	91.3
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	17	85.0
III-2 サービスの質の確保	25	20	80.0
III-3 サービスの開始・継続	11	11	100.0
III-4 サービス実施計画の策定	10	10	100.0
I～III合計	149	127	85.2



#### IV 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 利用者の尊重・保護	14	12	85.7
2-(1) 居室	2	2	100.0
2-(2) 食事	2	1	50.0
2-(3) 入浴	3	2	66.7
2-(4) 排泄	4	3	75.0
2-(5) 衣服	4	4	100.0
2-(6) 理容・美容	4	4	100.0
2-(7) 睡眠	4	3	75.0
2-(8) 健康管理	7	6	85.7
2-(9) 服薬管理	4	2	50.0
2-(10) 外出	3	3	100.0
2-(11) 通信	2	2	100.0
2-(12) 情報媒体	3	3	100.0
2-(13) 嗜好品	2	1	50.0
2-(14) ターミナルケア	2	2	100.0
IV 合計	60	50	83.3
総合計	209	177	84.7

#### IV 達成度

