

様式 7

アドバイス・レポート

平成 20 年 3 月 23 日

平成 19 年 12 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京都市西京老人デイサービスセンター）につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

評価が高かった点	<p><u>I 健全な組織体制</u></p> <p>(1) 組織の理念・運営方針①②③ (2) 組織体制①②③④ (3) 労働環境①② (4) 課題の設定①② (5) 人材の確保・育成①②③</p> <p><u>II 適正なサービス提供体制</u></p> <p>(1) サービスの品質の確保①②③ (2) 個別援助計画①②③④⑤ (3) 利用者の希望尊重①② (4) 衛生管理①② (5) 危機管理②</p> <p><u>III 利用者保護の観点</u></p> <p>(1) 利用者の保護①③④ (2) 情報提供②③④ (3) 利用契約①②</p> <p><u>IV サービスの質の向上の取組</u></p> <p>(1) 苦情解決①②③④ (2) 質の向上に係る取り組み①②③ (3) 評価の実施①②③</p>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

理 由	<p><u>I 健全な組織体制について</u></p> <p>(1)組織の理念・運営方針</p> <p>①理念の周知と実践 『西京区における地域福祉の向上のため、先頭に立って努力します』をキャッチフレーズに「多彩なレクリエーション活動の提供、親切・親身な援助、職員の介護技術の向上、ボランティアの受け入れや地域交流の重視」の4項目を事業所の理念・方針に掲げ、センターホールに掲示しています。誰もが安心して暮らすことのできる社会のまちづくりを目標に『理念・方針』を各種マニュアルの巻頭に明記し、日常業務の中でその精神を活かしています。『理念・方針』は職員の思いや考えを基に策定し、年度始めの「職員会議」で全職員に周知しています。</p> <p>② 運営方針の周知と実践 運営方針に「自立支援・チームアプローチ・人権尊重・他事業所との連携・法令の遵守」を掲げ、職員への周知に努めています。</p> <p>③ 運営規程の遵守 運営規程を理念や運営方針とともに、センターホールに掲示し、終業ミーティング、職員会議・居宅会議・調理員会議・サービス検討会議などの会議において、提供サービスがこれらを遵守しているか検証しています。</p> <p>(2)組織体制</p> <p>①責任者等の協働 責任者等は、法人の近隣通所介護事業所(3箇所)と協力体制を整え、協働で事業所の運営を活性化しています。</p> <p>② 管理者による状況把握 管理者は始業・終業ミーティング、各種会議(生活相談員会議、介護支援専門員会議、職員会議等)に参加し、職員から意見聴取するとともに、業務日誌の閲覧で日々の活動状況を把握しています。不在時にも携帯電話使用で適切な助言・指導を行い、指揮伝達システムを明確にしています。</p> <p>③ 透明性の確保 法人は専決事項を規定に定め、重要事項の決済を行なっています。人事・予算・労務の業務担当の事務局を設置し、年一回、事業所の会計やサービス内容(ケース記録等)の内部監査を行っています。管理者は、法人のポスト会議や施設長会議で決定された事項を「職員会議」で全職員に周知を図っています。 法人から下りた課題に対して、全職員で十分な論議の末、職員が主体的に課題に取り組めるように努めています。職員には、各種会議の内容を資料配布と議事録の閲覧で周知しています。</p> <p>④ 支援体制の充実 利用者の主治医や緊急時搬入先の確認を行い、様態の急変に備えています。主治医や医療機関の情報や意見を、担当者会議や電話で集めています。また、行政区の「支援事業者連絡会議」などに参加し、日常的に担当ケアマネとの連携を密にしています。個人情報保護の観点から情報交換をファックスからメール便に切り替えています。</p>
--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(3)労働環境

①労働環境への配慮

必要時には人員を基準より加配しています。同法人の近隣デイサービス3施設と協力体制を図り、職員配置の不足をカバーしています。また、電算化で事務作業を簡素化する等、労働環境に配慮しています。介護機器や福祉用具の採用にさいして、試用期間を定め、使用方法の学習を業者・利用者・職員合同で行いサービスの向上に活かしています。

②ストレス管理

施設長は職員の身心の状況を把握するため、平素より業務上の悩みなどの傾聴に努め、定期では年1回、職員ヒヤリングを行っています。「職員会議」で労働環境に関する意見を集約し、業務偏重の見直しや人員配置の検討等を行なっています。業務外で職員が気楽に話し合える場作りに努め、法人のサークル活動への参加等を奨励しています。「メンタルヘルス研修会」等、ストレス・精神衛生関連の外部研修に、職員を積極的に参加させています。

(4)課題の設定

①重点課題の設定

年度毎に予算案と重点目標計画(事業所の方針・概要と数値目標、方針推進の取組・職員会議と職員研修、ケア提供方法論)を立て、半期毎に見直しを行っています。第三者評価や情報の公表で気づいた課題を事業計画に揚げ、サービス向上に役立てています。毎月の会議(職員・居宅・厨房会議など)で課題の達成状況を確認しています。

重点課題は『個別(ケア・レクリエーション)「京都式選べるデイ等」の実際をパンフレットにする。アンケート調査結果の公表、サービス提供内容(機能訓練や個別レクリエーション)の様子を写真に収めプレゼントする、認知症介護技術の向上、業務内容やアンケート調査の分析・・・』など、取り組みやすい内容です。

②業務レベルにおける課題の設定

終業ミーティングで入浴・食事・排泄等、その日に提供したサービスを振り返り、問題点の抽出と改善点を挙げています。新任職員研修に「プリセプター制度」3~4ヶ月の期間、2年以上を取り入れ、2年以上の職員が技術伝達やコミュニケーションをとっています。また、倫理接遇、業務の基本、事故苦情対応、情報管理などの「業務チェックシート」を活用、全職員に業務レベルの課題設定と見直しを行なっています。

(5)人材の確保・育成

①質の高い人材の確保

人事採用業務は法人本部が行なっています。介護福祉士等の資格取得を奨励し、受験講座への参加や受験対策のための休暇(有休)の保障の他、職場で実技講習の実施も行っています。

③OJTの実施

3年以上の経験を持つ中堅職員が新任職員の業務指導を担当しています。また、本年度より、ブロック4つの通所介護サービスの統括者をスーパーバイザーに任命し、課題の相談や助言がタイムリーに得られる体制としています。

「各業務チェックシート」を活用して、段階別、職種別（新任編、中堅編、ケアマネ用）に、業務の遂行状況（大項目（8）に小項目（44））をチェックしています。

II 適正なサービス提供体制

（1）サービスの品質の確保

① 業務マニュアルの作成

事故防止や安全確保を前提とした「業務マニュアル」を全職員が閲覧しやすい場所に常置しています。法人の17個所の通所介護事業所の代表者6名（6職種）で構成する「マニュアル検討班」が現在、介護マニュアル改訂版の発行に向けて見直しを行っています。

② サービス提供に係る記録

利用者個人ファイルに「サービス担当者会議」の情報や日々のサービス内容を詳細に記録しています。個人ファイルの記録と業務日報は連動しています。個人情報保護の観点から、個人ファイルなどは鍵付きの保管庫で管理し、破棄にはシュレッターを使用しています。

③ 確実な情報伝達

PCソフト「介護支援システム」、「伝達ノート：看護職と介護職の情報交換ノート」「業務日誌」等の閲覧や、始業・終業ミーティングの申し送り等により、全職員への確実な情報伝達と共有化を図っています。

（2）個別援助計画

① アセスメントの実施

利用開始前に「利用申込み・面接記録表」を活用して、利用者及び家族から心身の状況や生活状況、希望や意見を聴取した上で、アセスメントを行なっています。担当ケアマネから得た情報、利用者・家族と交わす「連絡ノート」や送迎時の対話から得た情報、かかりつけ医からの医療情報等でアセスメントの根拠を補強しています。

② 個別援助計画の作成

ケアマネからの情報、本人家族の要望、担当者会議の内容を参考に個別援助目標を設定しています。

③ 専門家等に対する意見照会

「サービス担当者会議」で利用者情報の交換を行い、「サービス向上検討委員会」「ケース会議」「ミーティング」でサービス内容の検討を行っています。

④ スタッフの意見の集約

始業・終業ミーティングや職員会議で、職員の意見交換と意見集約に努めています。個別援助計画に沿ったサービス提供に努めるとともに「利用者満足度アンケート」を実施し、その結果を公表しています。

（3）利用者等の希望尊重

① 利用者・家族の希望尊重 ② 希望等を引き出す働きかけ

「利用者満足度アンケート」の実施や個別相談による聴取、また、「連絡ノート」や「意見箱」から家族や本人の意見や要望を吸い上げ、サービスの見直しに役立てています。

生活状況等に変化がある場合は関連機関と連携し、タイムリーに家庭訪問をしています。ボランティアからの意見や感想なども利用者の声として、サービスの改善に役立てています。

(5) 危機管理

② 事故の再発防止等

ヒヤリハット事例や事故報告のマニュアルを定め、始業・終業ミーティングや職員会議で事故の対応策と再発防止の検討を行っています。ヒヤリハットの事例検討から、改善に取り組まれたものを説明されました。

Ⅲ 利用者保護の観点について

(1) 利用者保護

① 人権等の尊重

理念や運営方針に、利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を謳っています。レクレーションには京都府推進委員会が進める「京都式選べるデイ（個別から小グループ／利用者中心で職員がかかわる）」を導入し、利用者自らがサービスを選べるように努めています。アンケート調査で集約した利用者の希望・要望を可能なところから取り入れ実現しています。身体拘束の廃止に向けた検討会を持ち、見守りを重視した対応で拘束ゼロに向けて介護のスキルを高めています。法人開催の「人権研修」に参加し、伝達研修も行なっています。

④ 利用者の決定方法

前回の第三者評価から、利用者決定のルールを明文化しています。また、担当者会議や電話連絡等で担当ケアマネや関係機関から情報を得て、利用決定を公平・公正に行なっています。

(2) 情報提供

④ 地域への情報公開

年4回、広報誌「あったか村」を発行し、事業所のサービス内容などを地域に発信しています。同じ建物内の老人福祉センターとの協働で、ボランティア養成講座や介護保険講演会などを開催しています。小中高生の体験実習、地域ボランティアを受け入れ、事業所の機能や知識等を地域社会に提供しています。

Ⅳ サービスの質の向上の取組について

(1) 苦情解決

① 苦情・相談窓口の明示 ③ 第三者への相談機会の確保

マニュアルを整備し、契約時に口頭や書面で説明するとともに、事業者内に苦情・相談窓口や担当者名を掲示して周知を図っています。法人に「第三者委員会」を設置しています。

② 苦情やトラブルへの対応

対応マニュアルに基づいて、苦情やトラブルへの対応を速やかに行い、毎月の職員会議で振り返り、サービスの質の向上に役立てています。

④ 苦情に基づくサービスの改善

サービスの向上に繋げられるよう、寄せられた苦情や解決に向けた話し合いの内容を記録・閲覧することで事例の共有化を図っています。改善状況について、機関誌に掲載し公開に努めています。

(2) 質の向上に係る取組

	<p>①利用者満足度の把握 事業所独自の利用者満足度アンケートを実施し、集計結果については機関誌で公開しています。機能訓練加算にまつわる家族からの苦情に対して、職員会議で検討の上、実際の機能訓練風景の写真を家族に見てもらい理解を得られた事例があります。</p> <p>② 質の向上に対する検討体制 月1回、質の向上を目指した「検討委員会」を開催し、意見交換と検討を行ない、独自のマニュアルの作成と見直しを行なっています。</p> <p>③ 評価の意義についての周知 2回目の第三者評価受診に向けて、毎月「サービス評価委員会」を開催し、評価の意義の周知により職員全員で自己評価を行なっています。前回の第三者評価の結果を真摯に受け止め、利用者決定のルールの記事化、休憩室の改善、年間研修計画の明確化などを行なっています。</p> <p>(3) 評価の実施</p> <p>①自主点検の実施 自主点検は年1回実施し、サービス改善に役立てています。</p> <p>② 自己評価の実施 ③第三者評価の受け入れ 平成18年3月に受診し、今回は2回目の受診です。全職員で自己評価を行い、機関誌に結果内容を公開する予定です。</p>
改善努力を要する点	<p><u>I 健全な組織体制</u></p> <p>(3) 労働環境 ③ (5) 人材の確保・養成 ②</p> <p><u>II 適正なサービス提供体制</u></p> <p>(1) サービスの品質確保 ④ (2) 個別援助計画 ⑤</p> <p><u>III 利用者保護の観点について</u></p> <p>(1) 利用者の保護 ② (2) 情報提供 ①</p>
理由	<p><u>I 健全な組織体制</u></p> <p>(3) 労働環境 ③ 前回の第三者評価の結果を真摯に受け止められて、休憩室を設置されましたが、ボランティア会議や担当者会議等と兼用の部屋となっており、一部の職員の方が昼休憩時間に記録やレク準備等を行っておられます。</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ② 法人全体では、職員研修を体系的・継続的に行っています。また、事業所は、法人が企画する各種内部研修と、洛西ふれあいの里保養研修センター、すこやかセンター等が企画する外部研修に積極的に参加しています。研修報告書の提出や「職員会議」での伝達研修の実施で研修成果も共有しています。</p>

	<p>しかし、事業所独自が実施する研修について、年間計画の策定や研修実施の管理等が不十分と考えます。</p> <p><u>Ⅱ 適正なサービス供給体制</u></p> <p>(1) サービスの品質確保 ④ 月1回の「サービス向上検討会議」や「職員会議」、終業ミーティング等でケアカンファレンスを実施され、全職員の意見交換により個別援助計画の見直しを行っています。議事録に検討内容を記載されていますが、検討後に個別援助計画に反映させる具体的な内容の記述が不十分と考えます。</p> <p>(2) 個別援助計画 ⑤ 介護認定の更新時やサービス計画変更時に見直しを行っておられますが、状況変化に速やかに対応するための定期的または必要時の見直しが不十分と考えます。</p> <p><u>Ⅲ 利用者保護の観点について</u></p> <p>(1) 利用者の保護 ② 入浴・排泄には同性介助を原則とする等「プライバシー保護」に関する意識を深められ、ハード・ソフト両面で確認・検討・見直しを行っています。しかし、トイレ出入り口のカーテンの素材や浴室のドアの開閉に細心の配慮が必要と考えます。</p> <p>(2) 情報提供 ① 事業所の見学や体験利用を受け入れ、事業所を地域に開放されていますが、昨年11月にリニューアルされたパンフレットに、事業所見学や体験利用の受け入れ情報を掲載されていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> ・専用の休憩室の必要性を十分に認識されています。施設のハード面を考えると現状では難しい様子ですが、計画通りにリニューアルを図られることを望みます。 ・事業所内に「研修委員会」を立ち上げ、事業所職員のスキルアップやキャリアアップの内部研修を計画・実施されることを望みます。職員の意欲の向上と、さらなるサービスの向上に繋がるのと考えます。 ・ケアカンファレンスの記録をご再考願います。 ・トイレ出入り口のカーテンの素材をご検討下さい。 ・事業所見学や体験利用の受け入れ等、事業所の活動状況の一つとして地域にご紹介されると尚一層、地域からの信頼が得られるものと考えます。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	267400092
事業所名	京都市西京老人デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	
訪問調査実施日	平成20年1月30日
評価機関名	特定非営利活動法人京都府認知症グループホーム協議会

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I 健全な組織体制	(1)組織の理念・運営方針	① 理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		② 運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		③ 運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	A	A
	(2)組織体制	① 責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	A	A
		② 管理者による状況把握	管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。	A	A
		③ 透明性の確保	責任者等は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A
		④ 支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
	(3)労働環境	① 労働環境への配慮	質の高い介護サービスを提供することができるよう、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		② ストレス管理	スタッフの業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取組みを行い、業務の効率を高めている。	A	A
		③ 休憩場所の確保	スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し、必要な設備・備品を備えている。	B	B
	(4)課題の設定	① 重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	A	A
		② 業務レベルにおける課題の設定	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	B	A
	(5)人材の確保・育成	① 質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A
		② 継続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	A	A
		③ OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。	A	A
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				28

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	B	A
		② サービス提供に係る記録	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。	A	A
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	A	A
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を採り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	A	A
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	B	B
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	A	A
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、スタッフ全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
		② 事業所内の衛生管理等	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	A
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急時等における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
		② 事故の再発防止等	発生した事故に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				28

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
Ⅲ 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A	
		② プライバシー等の保護	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A	
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	A	A	
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A	
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	A	A	
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	A	A	
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	A	A	
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	A	A	
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	A	A	
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面に行っている。	A	A	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				20	20

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅳサービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	A	A
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	A	A
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。	A	A
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	A	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	A	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	A	A
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	B	A
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				19	20

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価結果
I 健全な組織体制	28	29
II 適正なサービス提供体制	28	29
Ⅲ利用者保護の観点	20	20
Ⅳサービスの質の向上の取組	19	20

【達成率換算表】

大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
I 健全な組織体制	28/30	93%	29/30	97%
II 適正なサービス提供体制	28/30	93%	29/30	97%
Ⅲ利用者保護の観点	20/20	100%	20/20	100%
Ⅳサービスの質の向上の取組	19/20	95%	20/20	100%

