

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

(共通版)

◎ 評価機関

| | |
|---------|-----------------------------|
| 名 称 | 特定非営利活動法人 あすなろ福祉サービス評価機構 |
| 所 在 地 | 熊本市南熊本3丁目 13-12-205 |
| 評価実施期間 | 23年11月1日～24年3月16日 |
| 評価調査者番号 | ①第06-021 |
| | ②第06-026 |
| | ③第09-005 |
| | ④第10-003 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|------------------------------------|---|
| 事業所名称：熊本市立養護老人ホーム (施設名) 熊本市立明生園 | 種別： 養護老人ホーム |
| 代表者氏名：市長 幸山正史 (管理者) 園長 丸内 勉 | 開設年月日 事業開始 昭和21年 2月 1日 |
| 設置主体：熊本市 経営主体：熊本市社会福祉事業団 | 定員：120名 (利用人数) 97名 |
| 所在地：〒860-0072 熊本市花園7丁目19番1号 | |
| 連絡先電話番号： 096 — 325 — 1350 | FAX番号： 096 — 325 — 1397 |
| ホームページアドレス | http://www.myoujouen@galaxy.ocn.ne.jp |

(2) 基本情報

| | | | | | | |
|---------------|--|-------------------------------------|-------|-----|-----|--|
| サービス内容 (事業内容) | 施設の主な行事 | | | | | |
| 生活支援 | 誕生会、運動会、どんど焼き、豆まき、花見、盆踊り、日帰り旅行、慰霊祭、敬老の集い、忘年会 | | | | | |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | | | | |
| 居室2人部屋 | 60室(6畳) | 談話室、霊安室、食堂、配膳室、静養室、医務室、面会室、空調設備、浴場2 | | | | |
| 職員の配置 | | | | | | |
| 職 種 | 常 勤 | 非常勤 | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 | |
| 園長 | 1 | | 施設長 | 1 | | |
| 副園長 | 1 | | 社会福祉士 | 3 | | |

| | | | | | |
|-----|----|---|---------|----|---|
| 相談員 | 4 | | 防災管理者 | 2 | |
| 支援員 | 13 | | 看護師 | 1 | |
| 事務員 | 2 | | 准看護師 | 2 | |
| 栄養士 | 1 | | 栄養士 | 1 | |
| 調理員 | 8 | | 調理師 | 5 | |
| 看護師 | 3 | | 介護支援専門員 | 2 | |
| 嘱託医 | | 1 | 介護福祉士 | 4 | |
| | | | 訪問介護員2級 | 5 | |
| | | | 医師 | | 1 |
| 合計 | 33 | 1 | 合計 | 26 | 1 |

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

1) 高齢者福祉支援の理念に沿った計画策定や文書を重視した事業運営が行われています。

- ・ 高齢者福祉支援の理念に沿い、中期計画・事業計画を策定し、行動規範にも記載する等で表明したうえ、事業運営にも反映させています。
又、福祉事業の動向や運営状況等確実に把握し、次計画に反映しています。

- ・ 記録や文書を整然と作成・保管することにより、事業運営や現状把握を容易にしています。廊下に事業計画書を掲示する等「文書」を重視する姿勢が現れています。

2) サービス実施計画の策定が適切におこなわれています。

サービス実施計画は相談員を中心に支援員・相談部・医務部・厨房部など、様々な関係職員が参加しての会議を開催し、利用者や家族の意向を採り入れ作成しています。身体状況の重度化や入所状況など利用者像も大きく変化しており、今後は当事業所や利用者のニーズに合った様式について検討を重ねたいと、意欲的であり今後の取り組みにも大いに期待されます。

◆ 改善を求められる点

1) 理念や基本方針を再認識し、原点に戻った取り組みに期待します。

新棟建築を機に、理念や基本方針等を再確認し、原点に戻り細かな点にも目配りした事業の見直しが望まれます。

今回の第三者評価結果を踏まえ、取り組むべき課題を明確にし、全職員で改善に向けた取組みと、毎年の自己評価により更なる質の向上が期待されます。

2) 利用者の満足度を把握する取組が期待されます。

利用者の意見や要望を把握する為に、アンケートの実施や自治会の活用、利用者も参加しての食事委員会の他、意見箱は設置されているものの活用には至っていません。又、職員は日頃の関わりの中で意向を確認していますが、アクティビティやボランティアとの交流等、日中活動の楽しみを求めている事が今回の第三者評価アンケートや聞き取り調査等に要望として出されています。今後は、利用しやすい意見箱の環境整備をはじめ、意見の出ない利用者にもどうすれば要望を把握できるか全員で検討されることを期待します。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H24・3・7)

毎年行政より、監査、モニタリング等を受けておりますが、今回のように、管理者の責任とリーダーシップを問うものに関しては、初めての経験であり、とても不安を感じました。

設問事項に回答し、後日、調査員の方々が、それを基に準備資料を確認しながらの調査を受け、今回こうした評価を受けたことにより、施設の現状と問題点等が明らかになりました。

高い評価を受けた項目については、今後とも継続し、また、意見箱の関係整備など、改善事項については、すぐ出来るものは、早急に、時間を要するものについては、職員間で十分話し合っ、全職員の協力のもとに、改善を図っていきたいと思います。

今回の受審を契機として、利用者にとって施設サービスが、より満足度が高くなり、且つ、地域・社会福祉にさらに貢献できるように、職員の資質向上に努力していきたいと思います。

4 評価分類別評価内容

| | |
|-------------------------|---|
| <p>1 理念・基本方針</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 事業計画の中に理念や基本方針を明記し、利用者の自立や人権の尊重等、利用者・家族・地域に臨む基本姿勢を表明しています。 ◆ 行動規範の中で具体的な基本姿勢として次の5項目を掲げています。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 一人ひとりの人格を尊重します。 2. 利用者の事故防止、安全管理に努めます。 3. 利用者の目の高さで話し、利用者の立場に立った対応を心掛けます。 4. 利用者を明るい笑顔とあいさつで迎えます。 5. 職員同士あいさつを心掛け、互いに節度を持って職務に当たります。 ◆ 職員には事業計画書の配布や職員会議等での説明により、利用者には利用者組織である「愛老会」を通じて説明し、又、事業計画書を掲示する事で周知を図っています。高齢者でもある利用者への説明資料はわかりやすく理解されるものを作成することが期待されます。 |
| <p>2 計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 中期事業計画に基づき施設の建替えを行なっており、利用者本位のサービス提供、自らをセーフティネットとして位置づける等の長期計画から、中期計画や単年度目標を定めています。 ◆ 年度計画は、各担当部署に検討されたものを叩き台にして策定され、その進捗状況については職員会議等でも討議されています。利用者・家族へも愛老会・家族会議の場で周知され、掲示も行われています。 |
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 管理者は、組織の中で自らが果たす役割を自覚し、職員会議や利用者・その家族・地域の会議や懇談の場に参加し表明しています。 ◆ 遵守すべき法令についても外部研修に積極的に参加し、朝礼時における報告、資料配布等、職員への還元取組も行なわれていますが、廊下の掲示板に個人情報などを掲示する等周知徹底とは言いがたく、周知徹底には至っていないようです。 ◆ 業務改善や効率化についても、管理者は組織のリーダーとして組織内の諸会議へ積極的に参加し、提案を行ったり、意見を聴取するなど主導的な立場で真摯に取り組んでいます。 |

| | |
|-------------------------------|---|
| <p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 福祉事業の全体的動向や経営状況・地域ニーズ等の把握、分析は、法人において的確に為されており、各種の計画書に反映し、その計画書の配布により職員への周知を図っています。 ◆ 市のモニタリングを除いては個別事業所への部外者評価はなされていません。事業経営のみだけではなく、サービスの質・量についての検討も重要であり、内部・外部の両面から評価し、サービスの質の向上を図るとともに、その公開度を高められることが望まれます。 |
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 新人事考課制度の導入の検討等、人材の育成計画・人事評価は的確に行なわれています。 ◆ 個別職員の教育・研修後の評価基準が明確にされておらず、その後の教育等に反映されていません。 ◆ リーダーにより職員の就業状況等の把握に努め、その改善や福利厚生について各会議等で検討し、腰痛検診を行なう等の対策を講じています。 ◆ 運営方針に実習生を積極的に受け入れることを掲げ、連絡窓口を明示し、事前説明、オリエンテーション等を行い、学校との連携を図り、人材の養成に取り組み、社会福祉士、介護福祉士、看護師等の種別に応じたプログラムも用意しています。 |
| <p>3 安全管理</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 夜間訓練も含めた防災訓練が実施され、緊急時、災害時の組織、ルール、手順書等も作成されています。 ◆ 事業計画書に利用者の安全重視をあげていますが、不安全事故については具体的な言及が無く、ヒヤリハットの報告書作成業務欄には、監査時に必要とのみ記載されています。この文言からは利用者の安全重視の姿勢を読み取ることはできず、日常生活において事故防止対策に繋がるよう、職員の意識改革が望まれます。 |
| <p>4 地域との交流と連携</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 法人定款、事業所運営規定等諸文書中で地域との交流連携を明示し、地域小学校との交流会や町内盆踊り大会へは企画段階から参加する等、積極的に地域交流に取り組んでいます。 ◆ 市の避難拠点への申出等施設機能を地域還元する姿勢は見られますが、専門講習会を開く等の取組は行われていません。 |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <p>更なる積極的な還元への取組が期待されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 利用者支援のための生活ボランティアの検討や舞踊・琵琶演奏・小学生のボランティア等の受け入れが行われていますが利用者の満足には至っていないようです。受入のための事前打ち合わせもあり手順も適切に作成されていますが、受入対象者への研修は行われていません。今後は利用者の満足に繋がるボランティア支援や法人全体で研修を行なう等の取組が期待されます。 ◆ 地域の福祉関係団体「空間懇」に加入し、協議に参加し地域の福祉ニーズの把握に努めるなど積極的な取組が行われています。 |
| <p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の 福祉サービス</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 基本理念の中に、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った支援に努める事が明示されています。又、事業所独自の接遇チェック表により、一人ひとりの職員の意識向上に繋げています。現在使用しているチェック表は、挨拶に関する内容が中心になっており、今後は、言葉使いや身だしなみ等、新たな項目を加えたチェック表の活用を期待します。 ◆ プライバシーの保護に関するマニュアルを作成し、書類の保管・管理をはじめ、入浴や排泄支援等利用者のプライバシー保護について、ミーティングや職員会議の中で共有に努めています。毎月生年月日を入れた誕生者の紹介コーナーが玄関近くに設けられていますが、個人情報観点から、掲示場所については検討が必要と思われます。 ◆ 利用者の満足度を把握する為に、副施設長を担当者とし年一回、アンケートの実施や、自治会（愛老会）の中での意見・要望の収集、年二回、利用者も参加しての食事委員会を開催しています。出された意見や要望は職員間で検討される他、愛老会役員との話し合いの場を持ち、利用者の意見を反映させた献立作成等、サービスの改善に活かしています。又、検討に時間を要する場合も状況を速やかに報告しています。 ◆ 職員は、常に利用者の声に耳を傾け、日常の関わりの中で困っている事や希望等を確認し、相談事は内容に応じ施設長室・相談室・居室で行われています。又、玄関に意見箱が設置されていますが、用紙や筆記具の準備が不十分であり活用できていません。今後は設置場所を含め、利用しやすい意見箱の環境整備や要望を表せない利用者への対応が課題とされます。 ◆ 苦情解決に関するマニュアルや担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備され利用者へも仕組みが説明されています。又、苦情を申し出た利用者へ配慮した上で内容や結果を公表しています。 |

| | |
|----------------------|--|
| <p>2 サービスの質の確保</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 第三者評価を受審するに当たり、施設長を中心に自己評価を通して利用者への支援を振り返る機会にされました。今回の評価結果を全員で検討し、今後も定期的な自己評価を実施し更なるサービスの質の向上に繋げていかれる事に期待します。 ◆ サービスの標準的な実施方法について、生活相談員による指導が行われ、職員会議やミーティング、申し送りの中で共有が図られています。利用者一人ひとりのプランは、相談員や支援員によって作成され、基本的に年一回や状況に応じた見直しは、利用者本人を交え行われています。又、勤務年数の長い職員は利用者との関わりも深く、気付きや意見を積極的にプランに取り入れている事が確認されました。個人情報や守秘義務については施設長による指導や会議の中で共有が図られ、書類は責任者のもと、保管・保存・破棄に努めています。 ◆ 利用者の状況に関する情報は、ミーティングや部門を横断したケアカンファレンスで共有しています。 |
| <p>3 サービスの開始継続</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 利用希望者に対して積極的に見学を受け入れ、インターネットによる施設を紹介したホームページが作成されています。又、理念やサービス内容を紹介した資料は、地域の福祉センターや提携医療機関に置かれています。更にわかりやすいパンフレットを現在作成中であり、利用者への情報発信に繋がる事が期待されます。 ◆ サービスの開始に当たっては、サービス内容を本人・家族に丁寧にわかりやすく説明する事を心がけ、納得の上での入所開始としています。 ◆ 他施設や医療機関への移行の際は、電話による説明が行われていますが、引き継ぎ文書をはじめ、サービスの継続に配慮した取組は不十分のようです。利用者が次のサービス事業者でも継続した支援が受けられるようマニュアルや必要書類の作成が望まれます。 |
| <p>4 サービス実施計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ アセスメント様式は、現在他県の同サービス施設が作成したものを使用し、定期的な見直しの時期や手順が定められ、ミーティングの中で、支援部・相談部・医務部・厨房部等、様々な職種の関係職員が参加して協議が行われています。 身体状況の重度化や入所状況など利用者像も大きく変化しており、今後は当事業所や利用者のニーズに合った様式について検討を重ねていかれる予定です。 ◆ サービス実施計画策定の責任者を設置し、利用者の意見や意向を確認した上でプランを作成し、支援日誌等にサービス実施状況を記録しています。又、基本的に一年置きに、状態変化の場合は随時見直され、会議やミーティングの中で周知されています。 |

(参考) 利用者調査の手法等

| 調査の手法 | 対象者 | 対象数(人) | 基準数に満たない場合の理由 |
|---------|--------|--------|---------------|
| アンケート調査 | 利用者本人 | 42人 | |
| | 家族・保護者 | | |
| 聞き取り調査 | 利用者本人 | 10人 | |
| | 家族・保護者 | | |
| 観察調査 | 利用者本人 | | |

評価細目の第三者評価結果

【養護老人ホーム:明生園】

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、基本方針が確立されている。 | | |
| | I-1-(1)-① 理念が明文化されている。 | (a)・b・c |
| | I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | (a)・b・c |
| I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。 | | |
| | I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | (a)・b・c |
| | I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | (a)・b・c |

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が明確にされている。 | | |
| | I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 | (a)・b・c |
| | I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | (a)・b・c |
| I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| | I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。 | (a)・b・c |
| | I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。 | (a)・b・c |
| | I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。 | (a)・b・c |

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) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| | I-3-(1)-① 管理者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 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 |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| | I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。 | (a)・b・c |
| | I-3-(2)-② 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 |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------------|--|---------|
| Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| | Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | (a)・b・c |
| | Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | (a)・b・c |
| | Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 | a・(b)・c |

II-2 人材の確保・養成

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|--|---------|
| II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 | | |
| | II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 | (a)・b・c |
| | II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | (a)・b・c |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| | II-2-(2)-① 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が構築されている。 | (a)・b・c |
| | II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。 | (a)・b・c |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| | II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | (a)・b・c |
| | II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され、計画に基づいて具体的な取組が行われている。 | a (b) c |
| | II-2-(3)-③ 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。 | a (b) c |
| II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。 | | |
| | II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。 | (a)・b・c |

II-3 安全管理

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------|---|---------|
| II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。 | | |
| | II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | (a)・b・c |
| | II-3-(2)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。 | (a)・b・c |
| | II-3-(1)-③ 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。 | a (b) c |

II-4 地域との交流と連携

| | | 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。 | | |
| | II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。 | (a)・b・c |
| | II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | (a)・b・c |
| | II-4-(1)-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-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| | II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。 | (a)・b・c |
| | II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | (a)・b・c |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| | II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。 | (a)・b・c |
| | II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | (a)・b・c |

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。 | | |
| | 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・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。 | a・○b・c |
| Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に務めている。 | | |
| | Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | ○a・b・c |
| Ⅲ－１－（３） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| | 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・c |
| | Ⅲ－１－（３）－② 苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している。 | ○a・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・c |

Ⅲ－２ サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------|--|---------|
| Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | | |
| | 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、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | a・○b・c |
| Ⅲ－２－（２） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| | Ⅲ－２－（２）－① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化され、サービスが提供されている。 | ○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が確立している。 | ○a・b・c |
| Ⅲ－２－（３） サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| | Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。 | ○a・b・c |
| | 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 |
| | 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 |

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

| | | 第三者評価結果 |
|------------------------------|---|---------|
| Ⅲ－３－（１） サービス提供の開始が適切に行われている。 | | |
| | 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が行われている。 | | |
| | 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 |

Ⅲ－４ サービス実施計画の策定

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| | | 第三者評価結果 |
| Ⅲ－４－（１） 利用者のアセスメントが行われている。 | | |
| | 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－（２） 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 | | |
| | 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 |

(参考)

| | 第三者評価結果 | | |
|-----------------|---------|----|---|
| | a | b | c |
| 共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ） | 42 | 11 | 0 |
| 合 計 | 42 | 11 | 0 |