

(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ワークショップ「いふ」 |
| 所 在 地 | 熊本市中央区水前寺6丁目41番5号 |
| 評価実施期間 | 平成25年9月11日～平成26年2月28日 |
| 評価調査者番号 | 第 06-028 |
| | 第 09-002 |
| | 第 13-006 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|--------------------------------------|---|
| 事業所名称： 特別養護老人ホーム ひろやす荘 (施設名)： | 種別：特別養護老人ホ - ム |
| 代表者氏名： 理事長 永田啓朗 (管理者)： 施設長 永田恭子 | 開設年月日： 昭和48年5月 |
| 設置主体： 社会福祉法人 慈光会 経営主体： 社会福祉法人 慈光会 | 定員： 140名 (利用人数)： 140名 |
| 所在地：〒861-2231 熊本県上益城郡益城町大字安永1080番地 | |
| 連絡先電話番号：096-286-4192 | FAX番号：096-286-6946 |
| ホームページアドレス | http://www.jikou-kai.com/ |

(2) 基本情報

| サービス内容(事業内容) | 施設の主な行事 | | | | | |
|------------------------------|---|-----|-----|------------|-----|-----|
| 介護老人福祉施設サ - ビス | 各種季節行事(花見会、クリスマス会等) 各種クラブ活動(絵手紙教室、ミュージックセラピー、メイクアップセラピー等) 他、法人秋祭り | | | | | |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | | | | |
| 従来型多床室4人部屋10室 ユニット型個室100室 | 介護老人福祉施設の設備基準のとおり | | | | | |
| 職員の配置 | | | | | | |
| | 職 種 | 常 勤 | 非常勤 | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 |
| | 施設長 | 1 | 0 | 社会福祉士 | 1 | 0 |
| | 事務職員 | 5 | 0 | | | |
| | 生活相談員 | 4 | 0 | 社会福祉主事 | 4 | 0 |
| | 庶務職員 | 3 | 3 | | | |
| | 介護支援専門員 | 2 | 1 | 介護支援専門員 | 2 | 1 |
| | 介護職員 | 73 | 13 | 介護福祉士 | 37 | 0 |
| | 看護職員 | 9 | 0 | 正看護師、准看護師 | 9 | 0 |
| | 訓練指導員 | 2 | 3 | 理学療法・言語聴覚士 | 2 | 1 |
| | 管理栄養士・栄養士 | 8 | 0 | 管理栄養士・栄養士 | 8 | 0 |
| | 調理員 | 9 | 4 | 調理師 | 9 | 1 |
| | 合 計 | 116 | 24 | 合 計 | 72 | 3 |

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

・理念・基本方針

開設当初に定められたもので、40年間一貫して大切にされてきた利用者本位のサービス精神は、理念を「スマイル、セーフティー&スピード、サービス」の3つの頭文字をとって「SSS」と短く表現し、「変わらない笑顔」「安全で迅速な対応」「真心を込めたサービスの提供」の実践を目指し、職員の行動規範としている。

訪問調査当日、利用者と職員で交わされる挨拶やコミュニケーションの様子、細やかで配慮あるサービス内容、また、職員面接等からも理念の職員への十分な浸透が確認された。

・計画の策定と実施

開設40年を機に新築移転をする際、施設長のリーダーシップの下、幹部職員と一般職員が建物の設計から設備や設え、サービス提供の動線のあり方などを、計画段階から係わって、旧施設から新施設への利用者140人の移動が1日で完了している。組織的な計画の策定と主体的な職員の行動の実践がみられた。また、職員133人に加えて「ひろやす荘OBの会」メンバーが、移動の日には、利用者見守りのボランティアとして積極的に活躍している。事業の展開には、一部の職員だけでなく一般職員の意欲を引き出し、OB会からの協力も得られる背景には、長年に亘って培われた事業所の環境整備と人材育成の成果があると考えられ、高く評価される。

・地域との交流

25年度は、映画・ショッピング・温泉・外食・初詣・お墓参り・どんどや等、利用者の積極的な地域への外出を計画し実施している。また、秋祭りや、アトラクション大会等を主催し、地域の子もたちや住民を招待して入所者との交流を図っている。敷地内に遊歩道と、屋内にはカフェを作って、地域の人々の来訪を歓迎し、利用者家族だけでなく広く地域の人々が気軽に立ち寄れる開放的な交流の場を目指しており、今後、地域の重要な社会資源となっていくことが大いに期待される。

・食事の支援

ケアプランに基づき、一人ひとりに綿密な栄養マネジメントが展開されている。普通食・療養食など、食事形態については、医師・栄養士・介護職・言語訓練士等と、必要に応じて歯科医師・看護職・理学療法士等の専門職の連携が図られ、その人に沿った食事が提供されている。「食の向上委員会」や職員検食は、利用者の好きなもの、苦手・嫌いな物、食べられない物などの代替食の用意など、美味しく食べられることへの丁寧な支援が継続しており、高く評価される。

改善を求められる点

・外部監査の実施

これまでの監査に加え、外部監査の実施で、透明性が確保され、地域により信頼される事業所運営を期待したい。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

（H26・2・25）

今回「第三者評価」を受審し、改めて様々な角度から、良い点・改善点を見ることができ、大変有意義であったと思います。これを取り組むに当たって、「もっと出来る、もっと上を・・・」という、職員の熱い思いを知ること、それぞれの部門に刺激を与えたことも大きな収穫でした。a評価にはそれに甘んじることなく、指摘・課題に対しては真摯に受け止め、計画・実施に取り組んで参ります。また、ご指摘頂いた外部監査については、法人役員（公認会計士・税理士含む）により専門性をもって経営参画してもらっていますが、今後、外部監査を受審したいと考えます。

書類からだけでなく、職員の思いも感じ取って頂いた評価調査者の方々に感謝を申し上げ、これからの力とし、利用者の皆様はもちろんのこと、私達職員も日々笑顔で、心豊かなくらしが出来るよう、これからも精進して参ります。

4 評価分類別評価内容

| | |
|---------------------------|---|
| <p>評価対象 1 理念・基本方針</p> | <p>事業所が掲げた「スマイル、セーフティ&スピーディ、サービス」の理念の下、職員は胸に「3S」マークを付け、良質のサービスが提供出来るように、資質向上に努めている。理念の徹底・周知のためにパンフレットやホームページで公表している他、施設内フロアや居室に掲げている。また、理念に基づいた基本方針は11項目に細分化して作られており、地域の多様なニーズに即応し、法人の多機能な事業を展開し、業務の統一化を図っている。なお、理念や基本方針は職員のみならず、利用者家族と共有されるべきものであり、「伝えたこと」が「伝わったか否か」確認することも必要で、事業展開の基本となる事項なので、認知の程度の確認も必要と思われる。</p> |
| <p>2 計画の策定</p> | <p>事業所の中・長期計画は、毎年度初めに配布される「経営計画」の中に明記されており、その進捗状況は毎月開催される「事業運営対策会議」で評価と分析が行われている。なお、昭和48年に開設され、平成25年に現在地へ移転・新装されたことに伴い、職員研修やリスクマネジメント、コンプライアンスに対する職員の意識向上が図られ、年度の事業計画策定となっている。なお、経営計画は運営の基本方針として、介護部門の取組みと看護部門、介護計画・生活相談の取組み、栄養・事務部門の取組みに分けて計画を策定している。</p> |
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p> | <p>管理者は理事長に次ぐ要職にあり、「施設運営、管理に関する事項の統括と執行」の全てを担い、法令・規定権限の決裁と、財産・財務の保全、地域・諸機関との連絡調整等々、10項目に亘って承認・決裁・執行に対する責任を表明。「コンプライアンスとガバナンスの徹底を図る」ことを目標としており、リーダーシップを発揮している。なお、法人として、平成7年には道を隔てて、介護老人保健施設「ケアポート益城」をオープンさせており、更なる地域高齢者のニーズ対応に力を注いでいる。なお、利用者アンケートや職員アンケートを実施して意見・意向を聴き取り、地域に根差す介護サービス提供の核施設として指導力を発揮している。</p> |
| <p>評価対象 1 経営状況の把握</p> | <p>事業所が立地する益城町は高齢化率24.3%で、全世帯の43.6%に高齢者が生活しており、うち単身世帯が16.3%、夫婦のみの世帯が28.7%という状況。要介護状況になる高齢者が多いことを踏まえて、人口動態や世帯状況の情報を得るため、行政や民生委員、老人会・婦人会との交流を大切に、運営推進委員会などでも経営環境の把握に努めている。また、利用者の推移確認と実績の分析を行い、経営の傾向と対策が検討され、月次計算書のチェックで、コストカットや省エネへの取組みが実施されている。</p> |
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <p>基本方針と中・長期計画に基づいて職員の教育・研修が実施され、現在、有資格職員の割合は50%を超えている。なお、職員の介護福祉士資格取得のため、中堅職員が指導者になり、現場で培った経験・情報を活用しながら人材育成に努め、キャリアパスに繋がる取組みを実施している。職員の勤務パターンは21通りあり、どの勤務帯で従事することになっても時間内に仕事が終了するように、ワークライフバランスに配慮した対応が見られた。また、内部研修や外部研修など、個別研修を修了した職員は報告レポートを提出し、次回の研修会の講師にもなれるようにインプットからアウトプットへ繋げ、成果を上げている。</p> |

| | |
|-----------------------------------|---|
| 3 安全管理 | <p>新しくなった現在の施設は、玄関・廊下と共用部分のスペースが広く、車椅子での往来も安心して出来るようになっており、緊急時の対応も事故、火災等の災害、感染症など、事案別の対応マニュアルが作られている。なお、フローチャートの手順と対応は、施設全体を網羅する施策と、個人対応の2通りが作られており、状況に合わせた対応が選ばれることとなる。なお、利用者の居室は全室が庭に面しており、大きな窓からの出入りも可能で、退室終了など確認の在り方など、ソフト面での対応確認も必要かと思われた。</p> |
| 4 地域との交流と連携 | <p>恒例の秋祭りはアトラクション大会や出店等、多彩なメニューが用意され、地域住民の楽しみとなっている。利用者の要望を反映しながら、映画・ショッピング・温泉・外食・初詣・どんどやなど年間計画を立て、積極的に地域に出かけ交流を図っている。また、遊歩道やカフェ及び地域交流施設を地域へ開放したり、多目的トイレを設置するなど、新しい取り組みで、自然な日常的交流を目指している。</p> <p>外部講師や施設職員による「生き生き介護セミナー」は介護や福祉に関する内容で、地域住民が関心を持つ役立つ勉強会を開催している。地域公民館で開催する「地域サロン」は介護技術の他、理学療法士による「腰痛体操」や管理栄養士による「栄養指導」等、各種職員の専門性を生かした取り組みを行う等、多様な取り組みで施設が有する機能を地域に還元している。</p> <p>ボランティア同士の交流を図り、感謝の意味を含め、年に1回ボランティアの集いを開催し、協力体制を構築している。個人や団体の多種多様なボランティアを受け入れることで、利用者の生活の幅を広げ、心豊かな時間を生みだしている。</p> |
| <p>評価対象</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p> | <p>利用者を尊重したサービスを行うことを、理念や基本方針に明示している。排せつや入浴のマニュアルにはプライバシー保護に配慮する事を明記しており、身体拘束や虐待防止についても、定例会議を開催するほか研修を年間計画に組み入れて利用者本位のサービス提供に努めている。なお、職員の言葉使いや態度から利用者へ尊敬の念を持って接していることが、交わされる笑顔から伺えた。</p> <p>排泄誘導時は耳元で小さく声を掛ける・排せつ介助に必要な物品を、トートバッグに収納しさりげなく行い、機能性や見た目を重視した「パンツ式カバー」を使用している。また居室に臭気が残らない建物の構造とする等、周囲の人におむつ使用やおむつ交換を気づかれない工夫がされており、自尊心を傷つけない配慮となっている。なお、入浴は同性介助を基本として個室になっており、他人の目を気にすることなくゆっくり入浴できる。また、脱衣室の開閉時に中が見えないようドアの外にも手作りのカーテンを掛けるといった細かな気配りが見られた。</p> <p>重要事項説明書・契約書に苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を明記して苦情解決の仕組みを確立し、家族会や入所時に説明しており、更に、掲示板でも周知している。苦情を受け付けて解決を図った事案については議事録に記録して公表しており、十分機能していることが確認できた。</p> |
| 2 サービスの質の確保 | <p>「ひろやす荘」独自の項目を設けた自己評価を全員を対象に定期的に実施し、部門ごとに集計・分析し検討を行って、課題を明確にしている。「明</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>確になった課題について改善実施計画の充実や、職員間の共有化が不十分」という記述も職員の自己評価に3割程見られることから、手順の見直しによる更なる質の確保に向けた取り組みも期待したい。</p> <p>パソコンソフト「ほのぼの」を使い介護記録を残している。記録のポイントとして、ケアプランの内容に基づいて記録する、利用者の状況とそれに対してどのように対応したかを記録する、統一した表現で記録する等が基本であることをフロアのリーダーが指導し、職員によって記録に差異が生じないように指導が行われている。</p> <p>パソコンを利用して情報の共有化を図ることで状態変化の迅速な確認を可能としている。連絡ノートはペンの色を変えたり枠で囲む等、視認しやすい工夫が行われており、職員は出勤するとパソコンや申し送りノートで利用者の情報を収集し、24時間シートや個人カードで状況を確認した上で業務を開始し、適切なケアの提供が行われている。</p> |
| <p>3 サービスの開始 継続</p> | <p>ホームページ上で、施設の概要・設備・利用料金・活動状況等、適時に新しい情報を提供しており、パンフレットは地域住民が手に取りやすい場所に設置している。施設見学も積極的に受け入れ、利用希望者や家族が適切に施設を選べるように、多面的な角度から施設を紹介している。</p> <p>相談員が重要事項説明書を用いて、その内容を一つ一つ読み上げながら、時間を掛け丁寧に説明しており、契約書を取り交わし、納得の上で利用サービスを開始していることが確認できた。</p> <p>サマリーで移行先に情報を提供し、継続したサービスが受けられるよう配慮している。移行者は入院治療が長期化して退所になるケースが多く、利用解約時に退院後も気軽に相談できるように、相談内容と連絡方法と4名の相談員の氏名を記載した文書を説明し手渡している。退所後に寄せられた相談にも対応しており、利用者家族の安心につながっている。</p> |
| <p>4 サービス実施 計画の策定</p> | <p>情報提供書や家族からの聴き取りの他、各種専門職の意見や日常の観察・記録から詳細な情報を収集している。包括的支援プログラムを用いて丁寧にアセスメントを行ない、分析しニーズを明確にしており、手順に沿ったアセスメントが実施されている。</p> <p>介護支援専門員を中心として、多様な職種によるサービス担当者会議を開催して利用者家族の参加する意義を説明し、出席を呼び掛けている。尚、利用者家族の意向を聴き取り、アセスメントから明確にされた課題について、会議で検討しケアプランを策定している。策定したケアプランは介護支援専門員、機能訓練指導員、管理栄養士が利用者・家族に説明し、同意した旨の署名捺印を行った上でサービスを行っている。</p> <p>利用者の状態は常に化する事を前提に対応しており、見直しは3カ月に1回、状態変化時や退院時には随時見直しが実施されている。なお、転倒事故が発生した場合等の緊急時には「事故報告書」の提出が義務付けられ、同時にケアプランを見直し策定する仕組みになっており、情報の共有化が図られている。</p> |

(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 | | |
| | 家族・保護者 | 74 | |
| 聞き取り調査 | 利用者本人 | | |
| | 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

【 特別養護老人ホーム ひろやす荘 】

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

| | | 第三者評価結果 |
|------------------------------|-------------------------------------|---------|
| - 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。 | | |
| | - 1 - (1) - 理念が明文化されている。 | ・ b ・ c |
| | - 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | ・ b ・ c |
| - 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。 | | |
| | - 1 - (2) - 理念や基本方針が職員に周知されている。 | ・ b ・ c |
| | - 1 - (2) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | ・ b ・ c |

- 2 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------|--|---------|
| - 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| | - 2 - (1) - 中・長期計画が策定されている。 | ・ b ・ c |
| | - 2 - (1) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | ・ b ・ c |
| - 2 - (2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| | - 2 - (2) - 事業計画の策定が組織的に行われている。 | ・ b ・ c |
| | - 2 - (2) - 事業計画が職員に周知されている。 | a ・ ・ c |
| | - 2 - (2) - 事業計画が利用者等に周知されている。 | a ・ ・ c |

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|--|---------|
| - 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| | - 3 - (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。 | ・ b ・ c |
| | - 3 - (1) - 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。 | ・ b ・ c |
| - 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| | - 3 - (2) - 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。 | ・ b ・ c |
| | - 3 - (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。 | ・ b ・ c |

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|--|---------|
| - 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| | - 1 - (1) - 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | ・ b ・ c |
| | - 1 - (1) - 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。 | ・ b ・ c |
| | - 1 - (1) - 外部監査が実施されている。 | a ・ b ・ |

- 2 人材の確保・養成

| | | 第三者評価結果 |
|------------------------------------|---|---------|
| - 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。 | | |
| | - 2 - (1) - 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 | ・ b ・ c |
| | - 2 - (1) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | ・ b ・ c |
| - 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| | - 2 - (2) - 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。 | ・ b ・ c |
| | - 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。 | ・ b ・ c |
| - 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| | - 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | ・ b ・ c |
| | - 2 - (3) - 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。 | ・ b ・ c |
| | - 2 - (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。 | ・ b ・ c |
| - 2 - (4) 実習生の受入れが適切に行われている。 | | |
| | - 2 - (4) - 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。 | ・ b ・ c |

- 3 安全管理

| | | 第三者評価結果 |
|--------------------------------------|--|---------|
| - 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。 | | |
| | - 3 - (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。 | ・ b ・ c |
| | - 3 - (1) - 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。 | ・ b ・ c |
| | - 3 - (1) - 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 ・ c |

- 4 地域との交流と連携

| | | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|---|---------|
| - 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| | - 4 - (1) - 利用者と地域との関わりを大切にしている。 | ・ b ・ c |
| | - 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。 | ・ b ・ c |
| | - 4 - (1) - 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。 | ・ b ・ c |
| - 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| | - 4 - (2) - 必要な社会資源を明確にしている。 | a ・ ・ c |
| | - 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。 | ・ b ・ c |
| - 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| | - 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。 | ・ b ・ c |
| | - 4 - (3) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | ・ b ・ c |

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

| | | 第三者評価結果 |
|--------------------------------------|--|---------|
| - 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| | - 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。 | ・ b ・ c |
| | - 1 - (1) - 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 ・ c |
| - 1 - (2) 利用者満足の向上に務めている。 | | |
| | - 1 - (2) - 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。 | ・ b ・ c |
| - 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。 | | |
| | - 1 - (3) - 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | ・ b ・ c |
| | - 1 - (3) - 苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している。 | ・ b ・ c |
| | - 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | ・ b ・ c |

- 2 サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|--|---------|
| - 2 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | | |
| | - 2 - (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。 | ・ b ・ c |
| | - 2 - (1) - 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 ・ ・ c |
| - 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。 | | |
| | - 2 - (2) - 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。 | ・ b ・ c |
| | - 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。 | ・ b ・ c |
| - 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| | - 2 - (3) - 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。 | ・ b ・ c |
| | - 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | ・ b ・ c |
| | - 2 - (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。 | ・ b ・ c |

- 3 サービスの開始・継続

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

| | | |
|-------------|---|---------|
| - 3 - (2) | サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | |
| | - 3 - (2) - 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。 | ・ b ・ c |

- 4 サービス実施計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|-------------|--|---------|
| - 4 - (1) | 利用者のアセスメントが行われている。 | |
| | - 4 - (1) - 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | ・ b ・ c |
| - 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。 | |
| | - 4 - (2) - サービス実施計画を適切に策定している。 | ・ b ・ c |
| | - 4 - (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。 | ・ b ・ c |

(参考)

| | 第三者評価結果 | | |
|-------------------|---------|---|---|
| | a | b | c |
| 共通評価基準 (評価対象 ~) | 48 | 4 | 1 |
| | | | |
| 合 計 | 48 | 4 | 1 |