

(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	熊本市中央区南熊本3-13-12-205
評価実施期間	24年7月10日～25年1月28日
評価調査者番号	①06-026
	②10-003
	③09-005

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悠清苑	種別：指定介護老人福祉施設
代表者氏名：理事長 蓮田 裕二	開設年月日：平成3年10月3日
設置主体：社会福祉法人 昭寿会 経営主体：社会福祉法人 昭寿会	定員： 70名 (従来型50名・ユニット型20名)
所在地：〒869-2402 熊本県阿蘇郡南小国町満願寺5854-1	
連絡先電話番号： 0967-44-0800	FAX番号： 0967-44-0675
ホームページアドレス	<a href="http://www.kaigo-kumamoto.jp/">http://www.kaigo-kumamoto.jp/</a> (熊本県高齢者介護施設より)

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
一部ユニット型介護老人福祉施設	・ソーメン流し・夏祭り・敬老会・文化祭 ・クリスマス会・餅つき・忘年会 ・ドライブ等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
・ユニット型個室⇒20室 ・従来型個室 ⇒ 8室 ・従来型2人部屋⇒ 3室 ・従来型4人部屋⇒ 9室	食堂・談話室・相談室・静養室・医務室 調理室・浴室 (一般浴・機械浴) 便所 (一般・車椅子専用) 機能回復訓練室・洗濯室他

職員の配置						
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤	
施設長	1		介護支援専門員	4		
事務長	1		社会福祉主事	5		
事務員	2		看護師	3	1	
生活相談員	1		准看護師	3		
介護支援専門員	1		介護福祉士	16		
看護職員	4	1	栄養士	2		
機能訓練指導員	1		調理士	5	1	
介護職員	36	1	ヘルパー2級	11		
栄養士	2		医師		1	
調理員	5	1				
医師		1				
合 計	54	4	合 計	49	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

#### 1) 法人理念や基本方針が活かされた利用者本位の福祉サービスが実施されています。

小国郷の地で平成3年に開設した事業所は、理念に「御利用者の尊厳」「自立・自律支援」「温かく・優しく・笑顔で」を掲げ、「いたわりの気持ちを大切に笑顔で接し、家庭生活に近づけられるような支援」を盛り込んだ基本方針や「公平」、「謙虚」などの五項目の教育訓を不言実行と目標を定め、日々の業務にあたっています。

これらの理念や基本方針・教育訓と併せ、悠清苑職員行動指針を作成し、管理者のリーダーシップのもと、職員教育や会議等で周知が図られ、職員の笑顔や寄り添い、丁寧な対応のもと実践されていることは、今回の第三者評価家族アンケートの満足度の高さから窺われました。また、各種の記録簿や利用者作成物の掲示等、事業所内環境からも汲み取ることができます。

法人創設者の地域医療・福祉への熱い思いは、現代表者や管理者に引き継がれ、地域の福祉事業の動向等を確実に把握した上で、理念に沿った事業所運営が行われています。

#### 2) 法人全体でサービスの質の確保に向け取り組んでいます。

毎年法人全体で全職員が取り組むチャレンジシートによる自己評価は、職員の意向を重視した個別教育計画の実施や管理者による面談など十分なフォロー体制により自身を振り返る機会としてケアに活用されています。また、今回の第三者評価受審を今後の事業所運営に活かすために、事前研修や部署内研修を通し自己評価に真摯に取り組んでいます。提供するサービスの標準的な実施方法はマニュアルを整備し部署内・ケース会議などにより周知徹底を図り、実践していく中で職員の意見を確認しながら、マニュアルの見直しが行われています。また、利用者の状況がケアカンファレンスや介護・看護・栄養など部門を横断し情報の共有が図られていることや、デイサービス・グループホームなど法人全体で情報を共有しながらサービスの確保に向け切磋琢磨することは就業意欲の向上となり質の確保に繋がっています。

#### 3) 自然の恵みを活かしたサービス支援が好評を得ています。

『ここは おだやかな 日々が流れるところ』パンフレットの表紙の言葉のとおり、地元の名産小国杉の木立や歴史ある温泉源の麓に建つ施設で過ごす入居者の楽しみの一つに温泉入浴をあげられます。掃除が行き届いた浴槽で入居者は職員の見守りや介助により安心して温泉の醍醐味を味わっています。紅葉、落葉、鳥のさえずりや山野草をはじめ、四季の移り変わりを目の当たりにできる環境は何よりのめぐみの時間であり、当施設ならではの環境と言え、周囲の自然環境に合わせた施設内環境にも職員がアイデアを活かしながら取り組んでいます。

#### 4) ユニット型施設の開設が職員のモチベーションを上げレベルアップに繋がっています。

ユニット型施設（個室20床増設）の開設により、職員の増員確保が行われ、施設内・外の職員研修会へ参加し、ユニットケアや高齢者認証介護の知識・技術のレベルアップが図られました。各委員会活動の充実や職員の専門的知識・技術を活かしながら、報・連・相による連携や協力体制はより強固なものとなり、円滑な事業運営に結びつき、その成果はサービス利用に如実に表れ、更に職員のモチベーションアップとなっています。

#### ◆ 改善を求められる点

##### 1) 早期に中・長期計画の作成が望まれます。

管理者はこれまでの経緯などから社会や地域の状況を十分に把握し、長期的展望をもって事業運営が行われていますが、文書としての中・長期計画は策定されていません。組織の理念や基本方針の実現に向け具体的な取り組みを示す「中・長期計画」の策定は不可欠なものです。実施する福祉サービスの内容や組織体制・設備の整備・人材育成などの現状分析を行い課題や問題点を明らかにし、解決に向け具体的な内容で明文化した「中・長期計画」を策定し、それに基づく取り組みが実践されていくことに期待します。

今後は中・長期計画を踏まえた事業計画を職員の参画により策定し、職員や利用者・家族へ周知されていくことに期待します。

### 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H 2 5 . 1 2 5.)

- ・当苑が開設して21年間経ち、毎日利用者・地域の為に邁進する日々でございます。そんな中、第三者評価を初めて受審することになり、今のありのままの状況を評価して頂こうと思っておりました。私達が大切に御利用者の方を思う気持ちが理念に沿ってケアができているだろうか、職員一人ひとりが私と同じ気持ちで接しているだろうか、また職員がどこまで施設の事を理解できているのだろうかと自己評価で確認することができました。また、中長期の事業計画書の策定がない事の指摘事項があり、私達が気付いていない事や気付かなければならない事を解り易く診断して頂きました。この評価結果を真摯に受け止めて、改善すべき事項を着手し、今後のケアサービスの質と施設運営の向上に繋げていける様に努力していきたいと思っております。

#### 4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 I</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 理念として「御利用者の尊厳保持」「自立・自律支援」「温かく・優しく・笑顔で」を掲げ、法人の使命や考え方、福祉サービスのあり方を基本方針としてわかりやすい文言で示しています。理念の実現に向け、職員訓や行動指針を介護規範として日々のケアに反映させています。</li>   <li>◆ 理念や基本方針は玄関や大ホール、各棟などに掲示され職員の意識付けが図られている他、朝礼時の唱和や毎月の職員会議の中で、管理者より理念に沿ったケアについての指導や職員間で振り返り共有に努めています。また、行動指針も各棟の職員が目につく位置に掲示し、意識を持って業務にあたっています。 利用者への対応は笑顔で温かく、寄り添いながら利用者目線での対応など、理念や基本方針に沿った支援の姿がありました。</li>   <li>◆ 理念や基本方針・職員訓はパンフレットをはじめ、事業所内への掲示や文書・広報誌に明記され、利用開始時や家族の集る機会に丁寧に説明を行うことで周知を図っています。また、家族の来訪時に事業所の思いや取り組みを会話の中で伝え理解や信頼関係に繋がっています。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 長期的展望をもった事業運営であるが、文書としての中・長期事業計画書は策定されていません。更なる利用者・家族、地域のニーズに応える福祉サービスを拡充させるために、理念・基本方針に基づいた中・長期計画の文書化が望まれます。</li>   <li>◆ 単年度事業計画は、担当部署ごとに検討し、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。また、回覧や事務所での閲覧により周知を図っています。</li>   <li>◆ 事業計画の利用者・家族へ、掲示や各会議の場での説明により周知されていますが、今後は各計画をわかりやすく説明した資料の作成等の工夫が求められます。</li> </ul>

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 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・地域にも会議や懇談の場・広報誌等で表明しています。また、会議に積極的に参加し、提案、意見の聴取等リーダーとして責務を果たされ、業務改善や効率化についても、業務改善委員会を通して主導的な立場で真摯に取り組んでおられることが各種の議事録からも窺えます。介護現場を毎日訪れ、利用者・家族・職員とのコミュニケーションを図り、自らが率先して理念・基本方針に沿ったケアを表す姿は、利用者・家族・職員から大きな信頼となっていることが、アンケートや職員からの聞き取りの中にも表れていました。</li> <li>◆ 毎月開催されている南小国町地域ケア会議への参加をはじめ、老施協、県内・外、市などの多くの会議や研修に参加し福祉に関する社会動向や、法令・安全管理など必要な情報収集に努め、会議や法人内研修の中で、報告や資料配布により周知されています。育児・介護休業法研修会の参加記録も見られ、実際の介護休暇取得の環境整備が確認されました。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 福祉事業の全体的動向や経営状況・地域ニーズ等の把握は、行政や社協・民生委員等の連携の中での的確に行われています。しかし把握したニーズや、コスト・利用率等を分析し、課題を発見するという取り組みには至っておらず今後の対応が望まれます。</li> <li>◆ 平成23年度から税理士による外部監査を実施し、指導や指摘事項に基づき効率的で健全な事業運営実施に努めたことが事業報告書からも確認されました。</li> </ul>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 人事体制・管理の方針は確立し、それに基づいた人事管理が行われていますが、事業の中・長期計画が策定されておらず人事についての将来プランが見当たりません。人事考課については基準が明確でなく、教育等に確実に結びついているとは言い難いようです。今後は効果基準を職員に明確に示すことや、職員へのフィードバックなど、透明性の確保を図る具体的な方策が望まれます。</li> <li>◆ 管理者は日々介護現場を訪れ、職員とコミュニケーションに努めながら業務にあたる他、個別面接等で職員の就業状況等の把握に努め、産業医との連携やその意向に沿った対策がなされています。今後は把握した職員の意見意向、就業チェックの分析・検討、改善策を検討する仕組みが期待されます。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 福利厚生については、管理者主導で適切に行われています。各種の衛生マニュアルが作成されていますが、ほとんどが利用者対応マニュアルです。職員の健康が利用者に影響を及ぼすこと(例・感染症)もあり、今後は職員向けの労務衛生マニュアルの作成が望まれます。</li> <li>◆ 職員の福祉意識は倫理規程等で示されていますが、専門資格や専門技術に対する明示は明確ではありません。現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえ、中・長期計画などの中に事業所が求める専門技術や資格の明示が望まれます。</li> <li>◆ チャレンジシートの作成により、職員の意向を重視した個別教育計画が実施されており、面談等によるフォローも十分に行われています。今後、事業所の人事プランが作成された場合、職員意向と事業所方針の優先度や調整の方法等にも留意されることが重要だと思います。内部研修の充実や外部研修後の報告等は確実に実施されています。今後は研修成果の評価・分析やその結果を次の研修に反映するしくみを構築することが課題と思われれます。</li> <li>◆ 運営方針に実習生を積極的に受け入れることを掲げ、管理者をはじめ、生活相談員や介護士・栄養士など、職務分担表への明示や連絡窓口を設け、学校主導ではあるものの、学校との連携をはかり、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を実施しています。</li> </ul>
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 緊急時は、利用者の安全確保含め手順化され、リスク別委員会等により組織化が図られ、全職員への周知も徹底されています。災害時についても、食糧備蓄や避難訓練の実施等により、十分な対応がとられています。</li> <li>◆ 安全管理は、発生後の対応より予防が重要であることを十分認識され、不安全事故毎に防止マニュアルを作成し、防災教育・緊急時訓練も適切に行われています。</li> </ul>
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 法人創設者の地域医療・福祉への思いは現代表者へ引き継がれ、職員による地域美化活動や認知症サポーター養成講座の開催など地域への貢献は、運営方針の三項目の一つに“地域や家庭との結びつきを重視し、熱意・能力を有する職員によって総合的なサービスの提供”の実践が反映されています。</li> </ul>

	<p>法人主催の納涼夏まつりには自治会長など地域代表者の協力を得ながら多くの地域の方々の参加を呼び掛け、地域の方々同士の交流の機会に繋げています。</p> <p>又、季節や天候、利用者の状況に応じ事業所周辺を散歩しながら地域の方々と挨拶を交わす機会や、招待を受け小学校の運動会での応援、地元職員からの情報によりイベントに参加する等、地域に出かける機会を作っています。</p> <p>事業所内の各棟には、新聞や町の広報誌を設置したコーナーが設けられ、利用者自身で、又は職員と一緒に地域の情報を得る事が出来るように配慮されています。</p> <p>担当者を明確にしたボランティアの受け入れは、来苑者や内容が事業報告の中に記載されていますが、受け入れマニュアルや研修は行なわれていません。</p> <p>利用者にとってボランティアとの交流は楽しみの機会でもあり、研修体制を含むマニュアルの作成が望まれ、立地の面からボランティアが気軽に訪問できない事が課題とされています。</p> <p>ボランティア受け入れに関する担当者の検討や利用者の要望等を再確認し地域社会と事業所をつなぐ柱の一つとなっていく事に期待します。</p> <p>◆ 地域の社会資源の一覧表は作成していますが資料の整備や職員への周知は不十分のようです。連携の必要性を含めたリストや資料の作成を行い、職員間で情報の共有を図られていく事が期待されます。</p> <p>地域の中での事業所の役割や機能を達成しサービスに質の向上に繋げていくために、施設長やケアマネジャーを中心に地域ケア会議や、実務担当者会議等積極的に参加し高齢者介護や独居者の把握など地域の情報を共有しています。</p> <p>又、地域ケア会議の中で地域のニーズを把握し、認知症高齢者介護の受け皿として平成20年にグループホームの開設に至っています。</p>
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>◆ 開設時から地域の中でおだやかな日々がながれる事業所を目指し、理念として「御利用者の尊厳の保持」「自立・自律支援」「温かく・優しく・笑顔で」を掲げ、「いたわりの気持ちを大切に笑顔で接し、家庭生活に近づけられる支援」を盛り込んだ基本方針、「公平」、「謙虚」等の五項目の職員訓、これらを職員は常に意識を持って実践に努めています。</p>

	<p>又、身体拘束や虐待に関するマニュアルの整備や委員会を中心にした研修会の開催により共有や周知が図られ、プライバシー保護に関するマニュアルは各個人に配布し日常のケアに活かせるよう指導されています。</p> <p>職員は常に利用者目線に対応し、さりげないトイレ誘導や要望を確認しながらできるだけ同性介助での入浴や排泄支援に努めています。</p> <p>◆ 苦情解決の体制を整備し、窓口・責任者・担当者・第三者委員の紹介等を利用開始時の説明や事業所内への掲示により周知を図っています。</p> <p>ケース会議には本人及び家族の参加を依頼し意見や意向を確認する他、家族が訪問しやすく意見を述べやすい雰囲気を作っています。</p> <p>又、電話連絡により近況を報告する中で家族の意向を確認する等状況に応じたコミュニケーションが図られています。</p> <p>意見箱の設置や家族会に職員も参加し意見や要望を確認し、その場で返答できる事項については対応を伝え、内容によっては随時会議により対応策を検討し改善を図っています。</p> <p>回収率が八割に達する年一回の家族アンケートは、利用者や家族の満足の意見や要望を把握し、満足の向上に繋げる最良の手段と言えそうです。今回の訪問調査でも意見や苦情を真摯に受け止め、職員間での検討や今後の方針、家族への対応が適切に記録に残されていました。利用者聞き取りでは、改善や対応可能な要望がいくつか確認され、今後は家族アンケートの内容について工夫を行う事で意見や要望が把握され、更に満足の向上に繋がる事が期待されます。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>◆ 毎年全職員がチャレンジシートを活用した自己評価に取り組んでいますが、今回初めての第三者評価の受審にあたり、担当者を設置し、事前研修や部署内研修を通して第三者評価の目的を共有し自己評価に真摯に取り組まれた事が記録から確認されました。今後も定期的な自己評価や第三者評価の受審により、評価結果を分析し、改善へと反映されることを期待します。</p> <p>◆ 提供するサービスの標準的な実施方法については、マニュアルを整備し部署内やケース会議などで周知徹底が図られています。又、日頃よりマニュアルに目を通し、ケアに繋げるよう指導が行なわれています。標準的な実施方法は定期的に検証し、マニュアルは職員の意見を確認しながら年度末に介護リーダーや主任を中心に見直し、全職員に会議や研修会の中で共有されています。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ サービス実施計画に基づきサービスが実施されており、記録内容や書き方について差異が生じないように、相談員、介護リーダー・主任より指導が行なわれています。記録管理は責任者のもとで行なわれ、利用者の記録は完結の日から二年間保存とし管理しています。又、個人情報保護法に関して、内部研修会の中で事務長が指導を行っています。 利用者や家族から情報の開示を求められた場合の規定も運営規定に定め利用開始時に説明しています。</li> <li>◆ 利用者の状況はケアカンファレンスや介護・看護・栄養など部門を横断し定期的や状況に応じ情報の共有を図り、各棟の会議録や申し送り帳等情報の共有を徹底しています。印により確認や了承としている回覧書類は確認印を徹底し業務当たる事が指導されています。</li> </ul>
--	---

<p>3 サービスの開始 継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 施設の情報インターネットやパンフレットをはじめ、年4回発行される広報誌からも得る事が出来ます。 見学や問い合わせは気軽に申し出て欲しい事が記されており、見学者へは担当者により随時質問を確認しながら丁寧な説明を心がけ、利用者・家族の安心に繋げています。 パンフレットはユニット棟開設を機に新しく作成されていますが、法人の全サービスが盛り込まれており、今後は施設のみを紹介した資料を作成しパンフレットとともに説明を行う事で、事業所をより理解できるものと思われます。</li> <li>◆ サービスの開始にあたって、重要事項説明書や契約書によりサービス内容や料金・非常災害時の対策・苦情の受付(事業所内・第三者委員・行政機関)などの説明等を丁寧に行い、了承を得ています。 他の事業所や家庭への移行される場合の相談は重要事項説明書の中で、生活相談員が担当する事を説明していますが、手順書等の文書は作成されていません。 他の事業所や家庭への移行等の事例は殆ど見られないようですが、家族の安心に繋がる手順書、引き継ぎ文書の作成が求められます。 事業所で行なう終末期支援に関して、本人の思いを大切に一緒に過ごしてもらえ時間等、家族の協力を依頼し取り組んでいます。</li> </ul>
-------------------------	--

4 サービス実施 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ サービス実施計画は、事業所で定めたアセスメント様式（包括自立支援プログラム）を使用し一人ひとりのニーズや身体状況や生活状況等を把握し記録されています。又、協議には介護職員に加え、看護・栄養課職員など関係職員が参加しています。</li> <li>◆ サービス実施計画はケアマネジャーを責任者とし、担当職員をはじめ関係する職員と連携を図り、利用者・家族の思いや意向を反映したプランが作成されています。 家族は最期までの支援を希望される方が殆どであり、入所して良かったと思える生活支援に繋げるために、日頃より本人・家族の思いをくみ取る事を全職員が共有し意識を持って日々のケアにあたっています。又、新人職員に対してプランの役割や作成の留意点等担当者より研修会の中で指導が行なわれています。基本的に6ヶ月毎にプランを見直し、また状態変化に応じた随時の見直し等のケース会議に、本人や家族への説明や話し合いが行なわれ了承を得ています。</li> </ul>
-------------------	--

(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	0	
	家族・保護者	42	
聞き取り調査	利用者本人	5	
	家族・保護者	0	
観察調査	利用者本人	0	

# 評価細目の第三者評価結果

(特別養護老人ホーム悠清苑)

## 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) 利用者満足の上昇に努めている。		
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇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>b</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。		<b>a</b> ・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。		<b>a</b> ・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。		<b>a</b> ・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）	39	12	2
合 計	39	12	2