

(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	社団法人熊本県社会福祉士会 福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市健軍本町1-22東部ハイツ105
評 価 実 施 期 間	平成23年12月7日～24年3月14日
評 価 調 査 者 番 号	①第08-017
	②第08-021
	③第10-007

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みゆき園 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 吉原 準二 (管理者)	開設年月日：昭和63年8月22日
設置主体：社会福祉法人健成会 経営主体：社会福祉法人健成会	定員：70名 (利用人数)
所在地：〒861-4172 熊本県熊本市御幸笛田6丁目6-70	
連絡先電話番号：096-379-3666	FAX番号：096-379-3366
ホームページアドレス	http://www.miyukinosato.or.jp/index.html

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
特別養護老人ホーム、ショートステイ デイサービス、ホームヘルパー (訪問介護) 居宅介護支援事業所	年賀式典、三社参り、どんどや、誕生会、 歌の会、豆まき、花見見学、母の日お祝い 会、あじさい見学、七夕飾り、納涼祭、盆 踊り、敬老式典、運動会、忘年会・クリ スマス会等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
従来型個室6室、他床室26室 (2人部 屋15室、3人部屋10室、4人部屋1室)	食堂兼機能訓練室5室、浴室2室、医務 室、静養室、ボランティア室 (仏間)、相 談室、調理室、事務室
職員の配置	

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1		社会福祉士	5	1
副施設長	1		介護福祉士	23	1
医師		3	看護師	3	
生活相談員	1		准看護師	2	1
介護支援専門員	2		介護支援専門員	7	
介護職員	28		訪問介護員2級		1
看護職員	5		管理栄養士	1	
機能訓練指導員	1				
管理栄養士	1				
調理員	7				
合 計	47	3	合 計	41	4

※ 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

- ・中・長期的なビジョンと計画が明確にされています

「健成会中・長期経営計画書(H22~H24)」を策定し、経営管理、サービスの質、地域との交流、教育・研修、組織管理等について、緻密に分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握し、サービスの内容・質を高めるための計画や組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の計画が樹立されています。また、この内容が単年度の事業計画に反映されています。

- ・職員の質の向上に向けた体制が確立されています

みゆきの里（全法人施設）人事グループ教育プログラムと連動し、職場内教育研修を実施している。実施に当たっては、新人教育、現任者教育、専門職教育、次世代リーダー研修等段階に応じた教育研修が実施されています。研修終了後は、受講者全員が受講テーマに関するレポートを提出しその理解について自己評価をするシステムをとっている。また、新人職員へはエルダー制で先輩職員が一定期間支援する制度も取っており、職員の質の向上に努めています。また、実習生の受入れについては、将来の福祉人材の育成は福祉事業者の責務であるとの管理者の考えのもと、実習指導者5名を養成し、平成22年度は24機関から延べ1,313名を受入れています。

- ・利用者の安全確保に対する取組みが行われています

緊急・救急事故発生時の対応マニュアルや感染症対策マニュアルを策定し、感染拡大を防ぐための具体的なケアの方法やリスク別の対応責任者等も明記されており、また事故防止対策委員会と感染症対策委員会が毎月開催され、1ヶ月間の事故等の傾向と対応を詳細に分析し、それに基づきケア統一のための介護技術の振り返りを行い、事故防止や感染症の予防についての検討が常に行われています。

- ・地域との交流と連携についての取組みが行われています

法人の理念「私たちは、地域の人々、利用者のご家族の幸せを願い、保健・医療・福祉の総合力を発揮して健康生活のベストパートナーとなることを目指します」のもと、地域と利用者本位の取組みが行われています。法人全体で定期的に自治会長、老人会長、婦人会長、校区民生委員協議会長、市保健センター等で構成する地域懇話会を開催し、関係者との連携や地域ニーズ等の把握をしたり、利用者が地域行事等への参加の支援、また校区の地域起こしイベントに職員が参加し地域との交流を図るとともに施設や利用者等への理解を深めている。さらに法人では地域連携室を設置し、みゆき園ではボランティアセンターを設置し、受入れのマニュアルも整備され担当窓口も決め地域との連携について積極的に対応されています。

- ・利用者のニーズに応じたサービス実施計画書が作成されています

サービス実施計画書の作成は、フローチャートで手順が分りやすく記載されており、他職種の関わり方も明示されています。利用者、家族の希望、利用者の心身の状態や生活状況を正確に把握し、利用者一人ひとりのニーズや課題を明確にする為、施設独自のアセスメント様式を作成し、細かく記入されています。担当の介護支援専門員が中心となって作成しますが、内容は必ず他職種と確認する体制が整備されています。サービス実施計画書の実施状況は、チェック式の記録様式を作成し、計画書どおりに実施されているか、記録の簡便さと確認のしやすさの両面から工夫されています。評価・見直し、サービス担当者会議を行う体制も整備されており、確実な実施がなされています。

◆ 改善を求められる点

- ・職員への理念等の周知についての工夫が望まれます

理念や基本方針が職員に周知されるよう採用時や研修等の際に説明がなされているが、今ひとつ職員に理解されていない状況にあります。理念は組織の根幹となり実践の拠り所となるものであるところから、管理者は理念の意図する事柄や意味・内容を職員研修等の機会を利用し、理念の意味についての職員同士の意見交換や管理者の言葉で分かり易く説明したりするなどして、徹底した職員の理解を促すような取組みが望まれます。

- ・職員の就業状況や意向への対応体制の整備が望まれます

職員の就業状況や意向に関する取組みについては、人事課による意向調査や業務ミーティング、各部署での育成面接の実施、幹部会議での聞き取り等が実施されており評価出来ますが、職員の自己評価によると、職員の悩みの相談窓口がない等の意見が出されており、職員の日々のストレスが蓄積せず、安心して就業できるような体制の整備が望まれます。

- ・利用者へのサービス内容等の計画的な見直しの仕組みの整備が望まれます

施設全体で行っているサービス内容や標準的な方法について、随時見直しや検討がなされていることは評価できますが、計画的な実施は行われておらず、加えてどのような場合に見直しや検討を行うかが明示されていません。計画的に見直しや検討を実施する体制と手順及びその経緯を記録する仕組みを整備されることが望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H24.3.12)

第三者評価の受審の結果、管理者と一部職員間とに齟齬をきたしていること、その結果、法人の理念に基づき運営される事業の方針や執行計画の周知の徹底あるいは業務に関わる職員とのコミュニケーションの在り方等、現に講じていることが必ずしも意図通りに理解されていないことが判明したことは貴重なことでした。取り分け、当該事業の特徴の一つである職員採用が中途退職者の補充的な採用によるケースが多く、従って採用時の職員研修の在り方について、受講する職員側からみた場合に内容に過不足があり、結果としてその後の職員としての成長過程にばらつきを来しているのではないかと一考させられる面が見受けられたのもまた貴重でありました。今回の評価結果を踏まえて、長所・欠点等を良く検証し、改善改革の参考にして参りたいと考えます。

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>	<p>法人の理念、基本方針は明文化され、パンフレット、広報誌等に記載されるとともに施設玄関やロビーに掲示され、職員及び利用者とその家族に対して周知されるとともに、職員に対しては研修会や新人職員ハンドブックにも掲載され職員間で共通認識を持つ機会も設けられています。</p> <p>しかしながら、調査の結果では、一部職員の中で法人の理念や基本方針が理解されていない状況が見られます。</p> <p>法人の理念や基本方針は、職員の行動規範となるものであることから、職員研修等での周知方法の検討を図るなどし、徹底した理解が得られるための取組みが行われることが求められます。</p> <p>また、利用者や家族に対しても職員調査によると理念や基本方針の周知がやや不十分な状況がありますので、今後は、定期的に利用者や家族に説明する機会を設けたり、広報誌での記載で文字を大きくしたり、見やすいところに掲載するなど、利用者や家族が理解しやすいように工夫されることが求められます。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>管理者は、経営管理、サービスの質、地域との交流、教育・研修、組織管理等について中・長期的な分析を行い、その課題や問題点を把握し、それに基づき中長期計画である「健成会中・長期経営計画書(H22~H24)」が策定され実施されています。また、分析検討された内容で各項目の目標が定められ、単年度の事業計画に反映されています。具体的な事業計画の策定に当たっては、まずは現場職員プロジェクトチームでサービスの数値目標等を検討し、それをさらに施設幹部職員会（主任以上）で検討し合議のうえ決定されて、策定後は各部門の主任から各部門全職員へ周知する体制が取られています。さらに上半期・下半期毎にその進捗状況についての評価検討も実施されています。</p>

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>管理者はリーダーシップを発揮し、施設経営や業務の効率化と改善、サービスの質の向上、職員の資質の向上など、何事においても管理者として積極的に取り組む姿勢が伺えます。毎週月曜日には職員の全体朝礼を開催し、施設長訓話を実施したり、所内職員研修においても講師を務めたりするなど、管理者としての責任やリーダーシップを表明しています。また、管理者として関係法令遵守の観点で、福祉分野はもちろんであるが民法や訴訟等に関するもの、また経営に関する研修会や勉強会にも参加し、その結果を職員へ周知していることは評価できます。</p> <p>しかしながら、一部現場職員より管理者の現場把握が不十分との意見が出ています。管理者と職員の意思の不一致は、利用者へのサービス提供に影響を与えかねません。何事においても、今にも増して、管理者、幹部職員、職員との対話の機会を増やすことにより、それぞれの役割の相互理解のもとでサービスを提供することが利用者からの信頼を得ることになると思われます。さらに、今後は、管理者としての権限や責任を明記した事務分掌表の整備、遵守すべき法令のリスト化等の取り組みを期待します。</p>
<p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p>	<p>管理者は老人福祉施設協議会等の関係団体の会議等に出席し、事業運営に関する情報等を入手し、施設幹部職員会議等で説明されています。また、事業所の位置する地域での利用者数等の把握については、地域懇話会や在宅関係の運営推進会議において、地域の福祉需要の動向、利用者数・利用者像の変化、福祉サービスのニーズ等を把握し、今後の環境変化に対応した事業経営の維持、中・長期計画にも反映されています。</p> <p>さらに公認会計士による外部監査を実施しているとともに、毎月その指導を受け、その指摘事項に基づいて経営上の課題の改善に取り組んでいます。なお、職員の自己評価によると、一般職員の経営状況の把握等について、関心が低い状況が伺えます。職員への周知について、その方法等についての工夫や改善を期待します。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>中・長期経営計画書において、人事管理と要員計画が樹立されています。定期的な職場間の異動によるキャリアパス（昇進・昇格の基準や要件）の定着・推進等、また就労条件の整備等が規定され、その中で「次世代リーダー研修会」等を開催し、個々人の目標を定めそれを管理し、職員の成果向上及び人事管理に努めて</p>

います。

人事考課に当たっては、みゆきの里人事考課制度により具体的な評価基準を策定し、段階（1次～4次）での評価を実施し、客観性、公平性、透明性の確保に努めている。具体的には、職員各個人が毎年度の業務目標を設定し、それを年2～3回自己評価申告をし、それにより上司、管理者より育成面接を受けるシステムが確立され質の高い職員の育成に努めています。

ただ一部職員から上記システムの意味を理解していない実態がみられます。十分な理解がなされないことは、適正な業務遂行の支障となるおそれがありますので、業務ミーティングや育成面接等において理解を得るための工夫をされることを期待します。

職員に対する福利厚生については、福祉医療機構や民間保険会社や県社会福祉協議会の退職金共済制度などの福利厚生事業に加入し、また法人経営の施設の割引制度や職員互助会による福利厚生事業を実施し、職員の福利厚生の充実に取り組んでいます。ただ、一部職員から、職員の悩み相談の窓口がないとの意見が出されており、職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、解決に向けた体制の整備が求められます。

職員の資質向上のための研修については、みゆきの里人事グループ教育プログラムと連動し、職場内教育研修が実施されています。実施に当たっては、新人教育、現任者教育、専門職教育等段階に応じて実施され、専門職研修に当たっては外部研修にも多く出されています。研修終了後は、報告レポートを作成し全職員へ供覧されています。また所内研修受講にあっても、全受講者一人ひとりがその内容についての評価書を提出することになっていることは高く評価できます。ただ、その評価書の評価分析が十分ではないとの話があります。これが次年度の研修計画に十分反映されるような方策の検討を望みます。

実習生の受入れについては、将来の福祉人材の育成は福祉事業者の責務であるとの管理者の考えのもと、実習指導者5名を養成し、受入れに対するマニュアルや実施に当たっての種別に配慮したプログラムも整備され、平成22年度は24機関から延べ1,313名を受入れていることは高く評価されます。

3 安全管理

管理者は利用者の安全確保に主体的に取り組んでおり、安全管理マニュアル集も整備され、感染症や食中毒等のリスクに対する管理体制が整備されています。

事故防止対策検討委員会、感染症対策委員会等の委員会が毎月

	<p>開催され、1ヶ月間の全ての事故（H23.3月アクシデント10、ヒヤリハット13、アクシデント発見13、その他4）について、その原因や対応について再度検討し事故防止を図っています。</p> <p>特に、利用者の安全を脅かすヒヤリハット事例については、その都度書面で提出させ、すぐに対応するとともに、施設での全事故を収集し、月1度の事故防止対策検討委員会でその発生要因を場所、時間別等の詳細について分析し、全職員へ周知し共有し、事故の未然防止の徹底を図るような体制が整備されています。</p> <p>今後もこれらの取組みをより高いレベルで発展させるためにも、職員への継続的な周知徹底を期待します。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>法人の理念である「私たちは、地域の人々、利用者のご家族の幸せを願い、保健・医療・福祉の総合力を発揮して健康生活のベストパートナーとなることを目指します」のもと、地域の方々や団体等との交流が積極的に行われています。</p> <p>法人全体で定期的に自治会長、老人会長、婦人会長、校区民生委員協議会長、市保健センター等で構成する地域懇話会を開催し、関係者との連携や地域ニーズ等の把握を行っています。</p> <p>さらに法人では地域連携室を設置し、法人と地域との連携の窓口とするとともに「地域総合相談センター」を立ち上げ、地域住民のよろず相談を実施し、多くの地域住民が訪れており地域の福祉の向上のために貢献していることは高く評価できます。</p> <p>みゆき園ではボランティアセンターを設置し、ボランティアの受入れのマニュアルも整備され、窓口担当者も決め地域との連携について積極的に対応されています。</p> <p>また、利用者が自主的に地域の行事や活動に参加することへの支援や校区の地域起こしイベント等への職員の積極的な参加により、施設や利用者への地域住民の理解を得るための交流の機会としている。毎年、「みゆきの里夏まつり」を開催し、利用者との交流を深めており、平成23年度は2,000名の地域住民が参加されたことは特筆すべき点であります。</p> <p>さらに、地域のコミュニティ施設等へ出向し、介護サービスの講話と技術指導や施設において校区社会福祉協議会との共同でジュニアボランティア養成講座の開催等を計画的に行っています。また在宅関係の運営推進会議のメンバーである熊本市、地域包括支援センター、民生委員会等との地域との関係機関との連携を更に努めており、サービスの適正な実施や福祉ニーズの把握等についての取り組みがなされています。</p> <p>今後も定期的な関係機関との連絡会の開催等により地域のネッ</p>

	<p>トワークづくりを図り、地域の高齢者福祉の拠点としての役割を果たされることを期待します。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>身体拘束防止や虐待防止についてのマニュアル、指針が定められており、新任・中途採用職員に向けた研修が行われています。</p> <p>プライバシーの保護については、各種業務マニュアル内に記載されており、研修や閲覧を行うことで共有が図られています。</p> <p>トイレや浴室等、構造上プライバシーの保護が難しい場所は、カーテンを用いる等の工夫をして対応されています。利用者・家族の目に付きやすい場所に、利用者名や介護内容を記したいくつかの書面が置かれていましたので、保管場所や記載内容を再検討されることが求められます。</p> <p>施設全体のサービス満足度を図るような仕組みは整備されていませんが、利用者・家族からの聞き取り調査はサービス実施計画書の評価と合わせて定期的に行われています。加えて熊本市の介護相談員やボランティアからの意見を取り入れ、サービスの見直しにつなげています。</p> <p>相談や苦情解決の窓口は重要事項説明書に記載されており、加えて施設内掲示や広報誌にて利用者・家族に周知を図られています。利用者・家族からの相談・苦情について、対応手順がフローチャートで確認でき、その後どのような対応を行ったかについては、施設内掲示されています。苦情受付箱は設置されていますが、中身を確認する頻度や受付後の対応手順についての具体的な取り決めがありませんでしたので、今後、整備され、サービスの見直しに繋がるよう活用されることを期待します。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>介護サービス情報の公表制度の調査や熊本市の指導監査を年1回受けられており、加えて施設で作成しているサービス向上に向けた年間目標を年2回定期的に評価する体制が整備されていることは評価できます。</p> <p>施設で作成している年間目標は、職員参画のもと作成、実行、評価されており、研修会や書面での周知が図られていることも評価できます。今後、サービス内容の見直しや改善に至った経緯の記録を整備されることが求められます。</p> <p>施設で提供される個々のサービスについて、標準的な実施方法が各種業務マニュアルとして整備されており、研修や閲覧にて周知が図られています。マニュアルに基づいたサービスが実施されているかを確認する仕組みや定期的にマニュアルの内容を見直す仕組みの整備が求められます。</p> <p>サービスの実施記録は、日常の支援経過記録とサービス実施計</p>

	<p>画書の実施記録を分けて用意されており、記録をしやすいよう工夫されています。</p> <p>個人情報保護規定や開示に関する規定は整備されていますが、ケース記録等の廃棄も視野に入れた規定の整備が望まれます。</p> <p>利用者の状況やサービス内容の情報共有は、カードックスや書面の掲示、一斉メール等にて図られています。特に事故等の早急に共有が必要な情報は、イラストを用いた独自の掲示で共有を図っていることは評価できます。</p>
3 サービスの開始 継続	<p>ホームページやパンフレットが作成されており、利用希望者に分りやすいよう言葉や写真を工夫されています。見学への対応も担当者や手順を決めて行われており、記録も整備されています。</p> <p>サービス開始の同意を得るにあたっては、重要事項説明書等に基づき、利用者や家族等にわかりやすいよう時間をかけてしっかりとサービス内容の説明が行われています。</p> <p>利用者が体調不良等により入院退所される場合は、心身の状態やサービス提供状況が分かるようサマリーを作成し、入院先の病院に渡されています。</p>
4 サービス実施 計画の策定	<p>サービス実施計画書を策定するにあたり、利用者の心身の状態や生活状況を正確に把握するために、施設独自のアセスメント様式作成し、利用者一人ひとりのニーズや課題が具体的に明示されている点は評価できます。</p> <p>サービス実施計画書は、フローチャートに従い、多職種協働で作成されており、実施記録も計画書どおりのサービスが提供されているかの確認を行うことができるよう工夫されています。評価・見直しを行う体制も整備されています。</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	35人	
	家族・保護者		
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 【 共通版 】

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・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・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・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）	46	7	
合 計	46	7	