熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 複合型サービス事業所 西王母	種別：看護小規模多機能居宅型介護
代表者氏名：施設長 神薊 喜八郎 (管理者) 牛島 由紀子	開設年月日： 平成 26 年 4 月 1 日
設置主体：有限会社 神苑 経営主体：有限会社 神苑	定員：25名 (利用人数) 16名
所在地：〒866-0882 熊本県八代市松江本町2番50号	
連絡先電話番号： 0965 — 62 — 8865	FAX番号： 0965 — 33 — 1788
ホームページアドレス	http://www.shinen.net

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護 ・泊り(18:00～9:00) ・デイサービス(9:00～18:00) ・訪問介護 	誕生会・初詣・節分豆まき・ひな祭り会・花見・紫陽花見学・夏祭り・敬老会・運動会・八代文化祭見学・妙見祭見学・クリスマス会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
個室（7.86㎡）9室	玄関ホール・居間食堂・デイサービス室・浴室・特浴室・中庭2ヶ所・トイレ5ヶ所・手洗い洗面2ヶ所・事務室看護ステーション・相談室・休憩室

2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>法人として認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）を既に運営している経緯から、来る時代の変化と地域のニーズに応えるべく、いち早く看護と介護による訪問、通所、泊り、終末期の看取りまでを見据えた複合的サービスを提供しています。</p> <p>人材育成の一環として、経営トップと職員との個人面談を実施するほか、キャリアアップ制度を設け、介護職の看護・介護資格取得支援を事業所として行っています。また、事業所内外の職員研修のほか、外部講師を招聘して、経営トップも参画し、利用者家族や運営推進会議メンバーへの認知症や、老いについての理解を促す講演会を実施するなど、利用者家族、地域、事業所一体のケアを目指す取り組みが行われています。</p>
--

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

- 1.改善への経営トップと管理者の明確な姿勢：施設長と管理者は意思の疎通を図るべく討議の場を積極的に設け、意見交換しています。
- 2.「スタッフが働きやすい職場」づくりへの取組み：スタッフ一人ひとりの意見に耳を傾ける機会（目標面談、施設長面談）を設け、丁寧な関わりを継続しています。
- 3.利用者・利用者家族への開かれた姿勢：家族会には第三者評価機関を入れて、情報の共有化や介護事業の目指すべき方向等を語り合い、相互理解を深めています。

◆改善を求められる点

- 1.事業所が提供したサービスに対して、利用者・利用者家族の評価を得る方法・手段についての工夫と改善が期待されます。
- 2.事業所・事業所スタッフの年度の事業計画に対して、実行したことへの組織的な検証と課題抽出への取組みが期待されます。さらに文書化し、記録もすることが求められます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.3.31)

平成26年度に開設し、2年目で初めての第三者評価を受審いたしました。それぞれの経験を持ったスタッフが切磋琢磨して毎日をどうにかやってきました。その中でご利用者の目線になっているのだろうかという思いがありました。この第三者評価で、勉強会を開いていただき、各種マニュアルの作成、各委員会の発足、記録の見直しなど行っていき、いろいろな面を見直す良いきっかけになりました。まだまだ活用できていない部分や足りない点があることに気付かせていただきました。

これから更なるご利用者の信頼、安心に繋がっていけるように職員一丸となり邁進してまいります。有難うございました。

(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NPOまい
所 在 地	熊本市中央区草葉町1-13-205
評価実施期間	27年4月1日～ 28年3月24日
評価調査者番号	① 06-012
	② 14-009
	③ 12-011

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 複合型サービス事業所 西王母	種別：看護小規模多機能居宅型介護
代表者氏名：施設長 神菌 喜八郎 (管理者) 牛島 由紀子	開設年月日： 平成26年4月1日
設置主体：有限会社 神苑 経営主体：有限会社 神苑	定員：25名 (利用人数) 16名
所在地：〒866-0882 熊本県八代市松江本町2番50号	
連絡先電話番号： 0965-62-8865	FAX番号： 0965-33-1788
ホームページアドレス	http://www.shinen.net

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
・訪問看護 ・泊り(18:00～9:00) ・デイサービス(9:00～18:00) ・訪問介護	誕生会・初詣・節分豆まき・ひな祭り会・ 花見・紫陽花見学・夏祭り・敬老会・運動 会・八代文化祭見学・妙見祭見学・クリ スマス会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
個室 (7.86㎡) 9室	玄関ホール・居間食堂・デイサービス室・ 浴室・特浴室・中庭2ヶ所・トイレ5ヶ所・ 手洗い洗面2ヶ所・事務室看護ステーション・ 相談室・休憩室

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1	0	介護福祉士	4	3
管理者	1	0	介護実務者研修	1	0
介護支援専門員	1	0	介護支援専門員	2	0
介護職員	6	6	看護師	1	0
看護職員	4	1	准看護師	3	1
合 計	13	7	合 計	11	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 理念・基本方針

理念

介護・看護の必要な方々が、安心した生活が送れるよう、利用者・家族・地域にとって必要な存在となります。

基本方針

1. かかりつけの医療機関との連携により、必要な医療ケアを提供していきます。
2. 在宅での療養、介護が不安な場合は、退院調整段階から療養を目的とした「中期的泊り」等で、在宅復帰のお手伝いをします。
3. 終末期において、ご本人、ご家族の希望があれば、望ましいターミナルケアを医療的なケアをともに行っていきます。
4. ご本人、ご家族に合ったサービスを計画し、緊急な「通い」「泊り」「訪問」にも対応していきます。
5. ご家族の介護負担軽減や、介護の相談に十分に対応させていただきます。

八代市、地域包括センター、地域の保健医療及び福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3 施設・事業所の特徴的な取組

法人として認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）を既に運営している経緯から、来る時代の変化と地域のニーズに応えるべく、いち早く看護と介護による訪問、通所、泊り、終末期の看取りまでを見据えた複合的サービスを提供しています。

人材育成の一環として、経営トップと職員との個人面談を実施するほか、キャリアアップ制度を設け、介護職の看護・介護資格取得支援を事業所として行っています。また、事業所内外の職員研修のほか、外部講師を招聘して、経営トップも参画し、利用者家族や運営推進会議メンバーへの認知症や、老いについての理解を促す講演会を実施するなど、利用者家族、地域、事業所一体のケアを目指す取り組みが行われています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27 年 4 月 1 日（契約日） ～ 平成 28 年 3 月 24 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

- 1.改善への経営トップと管理者の明確な姿勢：施設長と管理者は意思の疎通を図るべく討議の場を積極的に設け、意見交換しています。
- 2.「スタッフが働きやすい職場」づくりへの取り組み：スタッフ一人ひとりの意見に耳を傾ける機会（目標面談、施設長面談）を設け、丁寧な関わりを継続しています。
- 3.利用者・利用者家族への開かれた姿勢：家族会には第三者評価機関を入れて、情報の共有化や介護事業の目指すべき方向等を語り合い、相互理解を深めています。

◆改善を求められる点

- 1.事業所が提供したサービスに対して、利用者・利用者家族の評価を得る方法・手段についての工夫と改善が期待されます。
- 2.事業所・事業所スタッフの年度の事業計画に対して、実行したことへの組織的な検証と課題抽出への取り組みが期待されます。さらに文書化し、記録もすることが求められます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.3.31)

平成26年度に開設し、2年目で初めての第三者評価を受審いたしました。それぞれの経験を持ったスタッフが切磋琢磨して毎日をどうにかやってきました。その中でご利用者の目線になっているのだろうかという思いがありました。この第三者評価で、勉強会を開いていただき、各種マニュアルの作成、各委員会の発足、記録の見直しなど行っていき、いろいろな面を見直す良いきっかけになりました。まだまだ活用できていない部分や足りない点があることに気付かせていただきました。

これから更なるご利用者の信頼、安心に繋がっていただけるように職員一丸となり邁進してまいります。有難うございました。

7 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(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	1人	
	家族・保護者	13人	
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		

第三者評価結果

※すべての評価細目（45 項目）について、判断基準（a・b・c の 3 段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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・周知されている。	
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・⑤・c
	<p><コメント> 朝礼での唱和が徹底されており、職員スタッフへの周知も進んでいます。利用者・利用者家族への周知について HP やパンフレットに掲載し、契約時にも説明がなされていますが、印刷物の文字の大きさや掲示場所の工夫等、改善による具体的な事例を確認できません。</p>	

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・⑤・c
	<p><コメント> 経営環境の変化に対する事業所の対応を事業計画の中に見出すことができ、職員へ示されています。しかし、環境、経営状況分析の過程について具体的に記述されたものが確認できません。</p>	
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・⑤・c
	<p><コメント>経営課題は明確にされていますが、課題を定めた経緯と理由づけを職員スタッフに周知し、理解させ、徹底させる具体的な試みを確認できません。</p>	

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・⑤・c
	<p><コメント> ビジョンは示されていますが、策定された計画を適切な機会に見直すための仕組みが文書で確認できません。</p>	
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・⑤・c
	<p><コメント> 中長期計画に基づく単年度計画は策定されていますが、計画において骨格を示すような具体的な数値目標等を確認できません。</p>	
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・⑤・c
	<p><コメント> 策定された計画が職員へ周知される試みとしての会議や研修を確認できましたが、策定段階</p>	

での職員参画の具体例と職員の理解度を示す具体例が文書で確認できません。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・㊦・c
<コメント> 利用者へ家族会での説明等で周知が図られています。理解度を示すアンケート等の具体的な取組が確認できません。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・㊦・c
<コメント> 五つの委員会（感染対策委員会、安全対策委員会、行事・レクリエーション委員会、身体拘束・虐待防止委員会、褥瘡予防委員会）が立ち上がって、組織的な取組が始まっています。取組による具体的な成果を確認できません。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・㊦・c
<コメント> 管理者と職員間で結果に対して討議がなされているようですが、討議内容の評価・分析を記録した文書を確認できません。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・㊦・c
<コメント> 「職位給表」において管理者の役割と責任は明確に示されています。職員スタッフへの周知徹底への具体的な取組を確認できません。		
11	Ⅱ-1-(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・㊦・c
<コメント> 遵守すべき法令等を明示し、理解するための研修会や勉強会の実施が確認できました。職員に対しての周知徹底、理解度を確かめるための具体的な取組を文書で確認できません。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・㊦・c
<コメント> 管理者の熱意に溢れる改善事例を聴取できました。定期的、継続的な評価・分析したものを文書で確認できません。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・㊦・c
<コメント> 人員の配置、職員の働きやすい環境整備に配慮し、職員の声に耳を傾けている姿勢が管理者の聴取から感じられました。スタッフ個々への改善意識を育む取り組みが確認できません。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
--	--	---------

		果
	Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>単年度の計画に基づいた人材育成が実施されていることが研修報告書等で確認できました。採用を含めた法人としての効果的な福祉人材確保のための具体的な取組を文書で確認できません。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>「期待される職員像」を明確に示し、人材育成がなされていることが確認できた。処遇改善について評価・分析するための取組を文書化されたもので確認できません。</p>		
	Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>職員各人の要望を聴き取る機会が設けられ、職員に周知されています。有給休暇等が取得されていますが、結果のデータの、定期的な分析評価を文書で確認できません。</p>		
	Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・b・㊦
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの目標設定について、その進捗状況を文書で確認できません。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」が明示され、教育研修も実施されていますが、計画の評価と見直しを文書で確認できません。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>テーマ別の事業所内での研修実施が確認できた。外部研修に関する情報提供、必要な職員に対して参加の促しが文書で確認できません。</p>		
	Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・㊦
<p><コメント></p> <p>立ち上がったばかりで、受け入れの実績がありません。管理者からの聴取では受け入れに向けての検討・討議はなされています。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
	Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・b・㊦
<p><コメント></p> <p>HPでの予算、決算情報の公開を確認できません。第三者評価の受審結果等について順次公開が予定されています。</p>		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・㊦・c
<p><コメント></p>		

外部の専門家の指導、関与が確認できた。事務、経理、取引等に関するルールを明確にした文書が確認できなかった。

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・㊦・c
<コメント> 保育園や民生委員の方との交流が行われており、行事報告として運営推進会議議事録などで確認できました。しかし、地域との基本的な関わりについての考え方を文書化したものが確認できません。		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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・㊦・c
<コメント> ボランティア受け入れのマニュアルは確認できましたが、基本姿勢を明文化したものを確認できません。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・㊦・c
<コメント> 管理者等は関連機関等の連携を行っていますが、職員間での情報共有について文書で確認できません。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・㊦・c
<コメント> 民生委員の施設見学や認知症理解の研修会の開催等の取組みは業務日誌で確認できました。災害時における連携、取組についての具体的な行動を文書で確認できません。		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・㊦・c
<コメント> 運営推進会議等で地域のニーズの把握に努めています。把握したニーズに基づいた具体的な事業・活動、計画等を文書で確認できません。		

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。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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・㊦・c
<コメント> 必要に応じて各種マニュアル、個人情報保護規定を作成し周知を図っていますが、取組についての定期的な状況の把握・評価が文書で確認できません。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・㊦・c
<コメント> プライバシー、個人情報保護の研修会やマイナンバー取扱についての説明会が開催されています。利用者や利用者家族に対して、実践状況の説明が文書で確認できません。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		

30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・㊦・c
<p><コメント> 利用希望者に対する情報提供については、その都度丁寧な対応がなされています。情報提供についての利用希望者個別記録として文書で確認できません。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・㊦・c
<p><コメント> サービス開始・変更や新しいサービスの提供については、説明し同意を求めています。意思決定が困難な利用者等へその人に合った分かりやすい工夫が記録として確認できません。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント> 管理者が中心となり実務的には対応しています（管理日報で確認）。手順と引き継ぎルールが文書として確認できません。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・㊦
<p><コメント> 利用者満足に関する調査が定期的に行われていることを文書で確認できません。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・㊦・c
<p><コメント> 実際にはいくつかの事案に対し対応がなされていますが（管理日報でから）、受付と解決を図った過程を記録したものを文書で確認できません。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・㊦・c
<p><コメント> 利用者や家族に、相談窓口を示す文書の配布や掲示等の取組みが行われている。見やすい場所、読みやすい文章掲示への取り組みが確認できなかった。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・㊦・c
<p><コメント> 朝礼や申し送りノートを使い利用者の意見が職員へ周知されていることを確認できました。その他にも意見箱の設置やアンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みが確認できません。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a・㊦・c
<p><コメント> ヒヤリハットの報告が速やかになされていますが、収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を実施する等の具体的な取組を文書で確認できません。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント> 感染症の予防と発生時の対応マニュアルを確認できましたが、それが定期的に見直される経緯・過程等について文書で確認できません。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a・㊦・c

<コメント>
 火災の災害時マニュアルをもとに様々な想定で討議されていますが、食糧や備品類等の備蓄リスト等、具体的な詳細を文書化したものが確認できません。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a・①・c
<コメント> 職員へは現場での個別指導や研修等を行い、サービス実施についてはチェックリストで確認しています。スタッフ個々の理解度の把握、周知への取組が文書で確認できません。		
41	Ⅲ-2-(1)-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・①
<コメント> 実施方法についての見直しをする仕組みを確認できません。		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・①・c
<コメント> アセスメント→計画→実施→評価という流れに基づく、個別的なサービスを実施していません。スタッフ間での合議の手順が文章で確認できません。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・b・①
<コメント> 実施計画の見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等を、組織として定めた文書を確認できません。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a・①・c
<コメント> 一人ひとりの実施状況が記録されています。職員間で共有するための記録の工夫・改善が文書で確認できません。		
45	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・①・c
<コメント> 管理規定は確認できました。職員に対し、理解・周知のための教育や研修が行われていることを文書で確認できません。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象Ⅰ～Ⅲ)	0	38	7