

(別添1)

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 通所介護

事業所名（施設名）

しおがわ敬老園デイサービスセンター

第三者評価の判断基準

a・・・着眼点をすべて実施している状態

b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態

c・・・着眼点を一つも実施していない状態

□ 実施していない状態

■ 実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 法人や事業所の理念が明文化されている。	a	■ ■	1 理念が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。 2 理念から、法人・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	法人として高齢者が抱える様々な課題を把握し、地域の多様性に配慮しつつ利用者の視点に立ち、高齢者が安心して生活できる地域づくりに取り組むための三つの理念が掲げられ、法人のホームページやパンフレット、広報誌などに掲載されている。事業所としての年度の活動計画書にも法人理念が記載されており、年度の方針や目標も具体的に立案され事業所の入る特別養護老人ホームを始めとした複合施設とも方向性を一にしている。
			② 法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	■ ■ ■	3 基本方針が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。 4 基本方針は、法人・事業所の理念との整合性が確保されている。 5 基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	■ ■ ■	6 理念や基本方針を会議や研修において説明している。	「職員ノート」という各職員のファイルがあり、理念も綴じられており法人理念の周知を図っている。事業所の会議が月に1回あり、管理者が理念を具体化するための事業所別活動計画書の年度方針・目標の行動指針としてふれている。それに沿い職員個々の目標管理シートも立案されており職員インタビューでも実践に移していることが確認できた。
						7 理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して会議等で討議の上で実行している。	
						8 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 9 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。 ■ 10 認知症などの利用者に対するの周知の方法に工夫や配慮をしている。 ■ 11 理念や基本方針を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。 ■ 12 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 	<p>複合施設玄関に創業者のレリーフとともに理念が銘板として設置されていほか、法人の案内パンフレットや事業所としての案内にも三つの理念が掲げられ利用者や家族にわかりやすく示されている。居宅のケアマネージャーの主催するサービス担当者会議や事業所としての訪問で利用者や家族に法人や事業所の考え方や取組みを話している。また、認知症の利用者については家族に方針や利用内容を説明しており、在宅サービスのため家族会はないが、利用者や家族には事業所の新聞の配布により周知している。</p>
	2 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期計画が策定されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 13 理念や基本方針あるいは質の高い福祉サービスの実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。 ■ 14 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。 ■ 15 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。 ■ 16 中・長期計画に基づく取組を行っている。 ■ 17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 ■ 18 人件費の増減の予測を行っている。 ■ 19 地域の年齢別の高齢者の数の増減を把握し、利用者の増減を予測している。 ■ 20 増改築、建て替え等の特別の支出の必要性を把握している。 	<p>事業所に入る複合施設としての短・中期計画がある。現状を把握した期間の収支目標とともに実現に向けた具体的な事業計画が策定されている。長野県の高齢者プランや法人としてのサービス提供地域の高齢者福祉総合計画なども踏まえ、法人本部として実施する福祉サービスの内容、組織体制や施設の整備、職員体制、人材育成等の課題や問題点を毎年度分析しており、短・中期計画の見直しも行われている。事業所の単年度事業計画の中でも重点実施項目について具体的な「目標値」、「スケジュール(最終期日)」、「責任者」などが明記されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 21 事業計画には、中・長期計画及び中・長期の収支計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 ■ 22 事業計画は、実行可能かどうか、具体的な活動や数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。 ■ 23 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 ■ 24 事業計画は、前年度の実施状況の把握や評価を踏まえて策定している。 ■ 25 事業計画を踏まえた予算書が策定されている。 ■ 26 予算書と実績との対比・分析がなされており、対応を検討している。 	<p>短・中期計画を基にした単年度の事業所別事業活動計画書と収支予算書が策定されている。事業計画は「地域貢献の視点」、「財務の視点」、「利用者の視点」などの五つの視点に沿って「重点実施項目」、「実行計画」、「目標値」、「スケジュール(最終期日)」などが具体的に示され、実行可能なものとなっている。期末には事業活動計画書に対する振り返りとして事業報告書が作成され、「実行計画」や「目標値」についての「実績・結果・評価」が数値として客観的に示され、「改善策」として次年度に繋がられている。</p>
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 27 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■ 28 評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行っている。 ■ 29 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。 	<p>半期ごとに事業活動計画や収支状況についてふりかえりが行われており評価や見直しをしている。年度終了時には事業所としての「事業報告書」と「資金収支計算書」が作成されており次年度のみならず短・中期計画にも繋がられている。各職員は複合施設や法人ブロック内の委員会に委員として参画しており、計画の策定段階でも意見具申できるようになっている。</p>
			② 事業計画が職員に周知されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 30 各計画を配付し、会議や研修において説明している。 ■ 31 各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。 ■ 32 各計画の進捗状況を確認し、継続的な取組を行っている。 	<p>事業所別活動計画書と収支予算書の内容が職員に説明されている。計画の進捗状況については半期ごとにふりかえり修正を加えたり対策を講じている。各職員の目標シートも事業所の活動計画書を基に作成されており方針が連鎖されている。</p>
			③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 33 利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。 □ 34 各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。 	<p>利用定員や利用者数も多く、通所介護という特性上、本人や家族が一堂に会することは難しく、事業所の新聞や法人ホームページ、ブログ等で具体的な資料として配布・掲載している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点		特記事項 (着眼点以外の取組等)				
Ⅰ	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	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	■ 35	管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。	管理者の役割と責務は法人の職務権限表や事業所の運営規定に明確に示されており、居宅介護支援事業所向けの事業所の通信にも先人の格言を引用した管理者自らの仕事に対する姿勢や考え方を表明し実践している。自衛消防活動対策マニュアルや緊急時の連絡網にも責任者としての立場を明確にしている。				
			■ 36		管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。	■ 37		平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、明確化されている。			
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	■ 38	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会等に参加している。		■ 39	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取組を行っている。		■ 40	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	地域別ブロック各施設からの職員で構成される教育委員会が主催する法令順守に関わる基本研修が毎年度、数日間に分けて開催され、管理者も含む職員は必ず受講している。単年度の事業計画にも「関係法令を遵守した事業運営」が掲げられており、事業所の会議等で折にふれ事例等も含めた話し合いが行われている。	
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		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	■ 41	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	■ 42	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り入れるための具体的な取組を行っている。	■ 43	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。		毎月の事業所の会議や法人のデイサービス部会などで管理者は事業所の提供しているサービスをふりかえり改善へとつなげている。管理者はサービスの質の向上のために利用者や職員の声に耳を傾け、日々、改善すべき課題の共有化にも努めている。顧客満足度調査も実施されており、法人のデイサービス部会で分析され運営に活かされている。また、ブロックサービス向上委員会に参画している当事業所内の委員と協働しサービスの向上に努めている。
				■ 44	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 45 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。 ■ 46 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■ 47 管理者は、上記について、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 ■ 48 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 	<p>管理者や役職者が中心となり運営や業務の効率化に向け全職員で取り組んでいる。前年度の事業報告書や事業活動収支計算書の検証結果を基に単年度の事業活動計画の「財務」、「業務プロセス」、「人材育成」などの各視点から重点実施項目や実行計画が新たに作成されている。事業所の定例会議で意思統一を図っているほか、各職員も複合施設や各地域別のブロックごとに組織された各委員会のいずれかに必ず属しており、業務の効率化やサービスの質の向上についての意識を高め取り組んでいる。</p>
Ⅱ 組織の 運営管理	1 経営 状況の 把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 49 社会福祉事業全体又は当該分野の社会福祉事業の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。 ■ 50 利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。 ■ 51 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。 ■ 52 把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。 	<p>社会福祉事業の動向については法人本部や法人内のデイサービス部会で把握しており共有化もされている。事業所は特別養護老人ホーム、ショートステイ、訪問介護、居宅介護支援事業所が併設された複合施設内にあり地域でも重要な役割を担っている。複合施設として県や市町村からの介護保険情報や各種出版物などから地域ニーズを数値で的確に把握し、複合施設内あるいは法人ブロック内の他事業所とも連携しニーズに合わせた取り組みを行っている。収集された情報等は短・中期計画の策定等にも盛り込まれている。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 53 定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。 ■ 54 改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。 ■ 55 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知し、職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定する等、事業所全体で取組を行っている。 	<p>前年度の事業報告書や事業活動収支計算書を基に次年度の事業活動計画の「財務」、「業務プロセス」、「人材育成」などの各視点から重点実施項目や実行計画が新たに作成されている。年度毎の事業計画の重点実施項目の全ての実行計画には目標値が示され、資金収支予算内訳表にも科目ごとの数値が盛りられ、それに基づき、事業所の運営上の判断が行われているので職員も経営状況や課題については十分把握している。</p>
			③ 外部監査が実施されている。※社会福祉法人のみ対象（他は評価外）	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 56 事業規模に応じ、定期的に（2年あるいは5年に1回程度）、外部監査を受けるよう努めている。 ■ 57 外部監査の結果や、公認会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。 	<p>法人として外部の会計士による監査を毎年受けている。法人理念に公平公正な施設運営を旨とすることが盛り込まれており健全経営を目指している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点		特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅱ	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制が整備されている。	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	■ 58	必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。	法人全体で入職時からのキャリア形成のプランが策定されている。基礎研修Ⅰから始めるキャリアアップを目指すための研修も職位や習熟度に合わせ設けられており、介護福祉士やケアマネージャーなど、資格取得のための法人としてのバックアップ体制も整えられている。
			■ 59		社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。		
		■ 60	プランに基づいた人事管理が実施されている。				
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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	■ 61	人事考課の目的や効果を正しく理解している。	法人本部総務部が職員の人事管理を主管している。勤怠データについては複合施設の施設長が集計・分析し、改善へと繋げている。労働衛生法上のメンタルヘルスチェックについては平成28年度から取り組む予定である。法人内の教育委員会が主催するメンタルヘルスカウンセラーによる研修があり職員が受講できるようになっている。毎月1回、法人の産業医が各施設や事業所を巡回しており、職員が直接相談したりカウンセリングを受けることができる。
					■ 62	考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。	
					■ 63	職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。	
■ 64	把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。						
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。	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	■ 65	分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。	各種サークル活動やスポーツ大会、職員忘年会への補助、リフレッシュ休暇の推進など法人独自の福利厚生事業を行っている。職員のインフルエンザの予防接種や年2回の定期健康診断も行われている。また、法人として認定こども園や乳児院を有しており、職員の子育て支援をすることで働きやすい職場環境を整えている。		
			■ 66	改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。			
			■ 67	定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。			
■ 68	希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。						
■ 69	職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。						
■ 70	職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、又は関係機関と連携して、解決に向けた体制が整備されている。						
■ 71	職員の心身の健康に留意し、定期的に健康診断を行っている。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
Ⅱ	2	(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 72 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。 ■ 73 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。 	<p>単年度の事業計画の中の「人材育成の視点」には介護支援専門員や介護福祉士などの資格取得への挑戦が掲げられ、事業所として支援する計画が立てられている。人事考課制度に合わせたキャリア形成のための法人内研修があり、基礎研修Ⅰ-1から管理コースⅡ-8まで段階的に組み立てられておりレベル アップに繋がられている。</p>	
			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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 74 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。 ■ 75 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。 ■ 76 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。 ■ 77 教育・研修計画には、新任職員研修も含め段階的な教育・研修が設定されている。 	<p>法人の教育研修担当部署と連携し研修委員会にて「年間教育スケジュール」が生まれ、計画的に実施されている。研修は基礎研修Ⅰから始まっており研修受講要件もあり実務経験や習熟度により段階的に受講できるようになっている。感染予防などの必須研修も含め、法人の施設を1ブロックとし地域毎に開催するため、参加者の都合に配慮し同一研修が複数回開催されている。職員ノートには各職員が受講した法人内外の研修が「研修受講記録」として残されるようになっている。</p>
			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		<ul style="list-style-type: none"> ■ 78 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。 ■ 79 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。 ■ 80 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。 ■ 81 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。 ■ 82 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。 	<p>外部研修については復命で参加することもあり、復命書を提出し、研修結果を「研修実施報告書」として上げ記録として残されるようになっている。法人の部会や事業所で外部研修の成果を伝達研修という形で発表することもある。研修の結果は研修委員会で分析され、次の研修計画にも反映されている。必須研修のみならず自己啓発の一環として職員自身で参加したい研修を選択し参加することもでき、「研修受講記録」に記載できるようになっている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅱ	2	(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。 ■ 84 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。 ■ 85 受入れにあたっては、学校等との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。 ■ 86 実習指導者に対する研修を実施している。 ■ 87 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。 ■ 88 学校等と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。 ■ 89 社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。 	法人本部が実習生の受入と導入教育を一括管理している。事業所としても相談員を受け入れの担当者としており、実習生の受け入れマニュアルもあり、実習指導者としての研修も行われている。社会福祉に関する資格を目指す専門学校生、高校生の研修の受入を行っている。
	3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 90 管理者は利用者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。 ■ 91 利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置し、その担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。 ■ 92 検討会には、現場の職員が参加している。 ■ 93 リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ■ 94 事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。 	利用者の安全確保のための取り組みが管理者を中心に組織的・継続的に行われている。法人のブロック内には危険防止、感染症予防対策の各委員会があり、複合施設から委員として職員が参画しており事例検討などを行い対策へとつなげている。また、研修委員会により感染予防、リスクマネジメントなどの法定必須研修も行われ、事故発生対応マニュアルや感染症対策マニュアルもあり管理者は関係職員とともに常に利用者の安全について留意している。法人の基準で判断された事故報告書とヒヤリハット報告書も整備されており参考事例として役立てられている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅱ	3	(1)	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 95 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。 ■ 96 災害時の対応体制が決められている。 ■ 97 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。 ■ 98 食料や備品類などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 99 自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと調整し、災害時の避難先、避難ルート、避難方法についてあらかじめ決めていく。 ■ 100 自治体、消防署、警察、自治会、消防団などと連携するなど工夫して訓練を実施している。 	<p>複合施設(特別養護老人ホーム、ショートステイ、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、デイサービス)として総合的に対応できる防災体制が構築されている。春・夏の年2回の総合防災訓練が実施されており秋の訓練には当デイサービスの利用者も参加している。法人全体の訓練も数年に一度実施されており、平成25年度は地震を想定し全事業所で一斉に行い、本部に情報が集められるような実践的な訓練が行われた。複合施設として地元自治会との防災協定も締結され住民の避難先ともなっており、相互に協力し合うようになっている。食料品の備蓄も複合施設として3日間分蓄えられている。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 101 利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。 ■ 102 収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。 ■ 103 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ■ 104 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 ■ 105 介護機器、設備、備品等の点検のルールを定め、実行している安全基準や規格について理解し、定期的点検を行うなどしている。 	<p>法人のブロック内には防災対策、危険防止の各委員会があり、危険防止委員会で事故やヒヤリハットの事例収集をし安全確保についての定期的な評価・見直しも行き、必須研修としてリスクマネジメント研修も開催している。事故報告書とヒヤリハット報告書については法人としての報告をあげる基準が厳しく、一般的には報告書として上げなくても許されるような範囲にまで及び利用者の安全確保のため事業所内で分析し対応策を検討している。事業所の車両や車椅子などの介護機器の点検も日々行われている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
II	4 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 106 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 ■ 107 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 ■ 108 利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが援助を行う体制が整っている。 ■ 109 事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 ■ 110 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。 	<p>法人の理念の前文には「地域に根ざし、地域に信頼される社会福祉法人で在り続けるため、3つの理念のもと、役職員が一丸となり社会貢献を致します」と掲げられており、事業所の年度の計画の第一番目にも地域貢献の視点からの重点実施項目が具体的に掲げられている。近くの小学校の児童との交流、シルバーバンドやハーモニカの演奏、フラダンスや語り部の会など、多くのボランティアが訪れており、複合施設の地域交流スペースを使用している。絵手紙教室やイベントにも希望者が参加している。事業所の納涼祭にも多くのボランティアが運営スタッフとして参加しており利用者との交流を深めている。</p>
	4	(1)	② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 111 介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 ■ 112 介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。 ■ 113 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。 ■ 114 地域の求めに応じて、職員等を講師として派遣している。 ■ 115 災害時の事業所の役割、について、地域住民や自治体等とあらかじめ決めている。 	<p>地元自治会の各公民館単位での介護や認知症についてのミニ講演会に複合施設として職員を派遣している。地域の民生委員の会議が地域交流スペースでもある複合施設の大広間を使用して行われたこともある。法人のブロック内の居宅介護支援事業所の発行する「シルク通信」や事業所で発行する「さぶちゃん通信」などを通じ地域への情報発信に努めている。また、法人のホームページのブログも小まめに更新し事業所の活動を地域に発信している。地元自治会との防災協定に基づき避難所として利用していただくことや水・食料品等も備蓄し万が一に備えている。</p>
			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。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 116 ボランティア受入れに関する基本姿勢（基本的な考え方・方針）を明文化している。 ■ 117 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、仕事内容、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。 ■ 118 ボランティアに対して必要な説明や研修を行っている。 ■ 119 事業所の主催行事にボランティアを招くなどして、ボランティアに事業所をより深く理解してもらおう取組みをしている。 	<p>複合施設としてボランティア委員会があり、窓口となりボランティアを積極的に受け入れている。ボランティアコーディネーターの資格を持つ職員がおり、ボランティア受け付け簿もあり、ハーモニカや楽器の演奏、フラダンスやバルーンアートなど、行事にあわせたり単独で来訪していただいている。初めて来訪していただくボランティアには個人情報保護や守秘義務についてのお願いもしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
II	4	(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 必要な社会資源を明確にしている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 120 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたりリストや資料を作成している。 ■ 121 職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。 	職員がそれぞれの業務で関わりをもっており、複合施設内には居宅介護支援事業所や訪問介護事業所もあることからブロック内の病院や学校、他の介護サービスの事業所、ボランティア団体、自治会など、地域の機関や団体と連携している。職員間でも情報の共有化を図っている。
			② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 122 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 123 介護支援専門員、地域包括支援センターと綿密に連携し、また、サービス担当者会議に出席している。 ■ 124 かかりつけ医（必要な場合は歯科医を含む）と連携している。 ■ 125 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。 ■ 126 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。 ■ 127 日常生活自立支援事業、成年後見人との連携を常にとっている。 ■ 128 必要な場合に、日常生活自立支援事業、成年後見人制度へのつなぎを行っている。 	地域ケア会議、サービス担当者会議などに複合施設内の居宅介護支援事業所のケアマネージャーが参加し問題提起や解決に向けて地域の関係者と協働している。看護師を通して利用者のかかりつけ医とも情報の共有化を図っており、利用者のインタビューでも小まめに連絡をとり合ってくれていると感謝の言葉も聞かれた。成年後見人を利用している利用者もおり連携を取り、市の窓口などとの相談も行っている。
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズを把握している。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 129 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 ■ 130 民生委員・児童委員、住民の福祉組織（地区社会福祉協議会、自治会福祉部会、ボランティアグループ、NPO等）等と会合を開催したり、交流する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 ■ 131 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 ■ 132 通常の福祉サービスを通じて、利用者が困っていること、ニーズを把握するよう努めている。 	複合施設の第三者委員として元民生委員の方に関わりを持っていただき地域でのニーズなどもお聞きしている。また、複合施設として地域ケア会議に参画しており、地域のニーズを把握している。今後の介護予防・日常生活支援総合事業についても法人として市からの委託を受け試行事業を行っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 133 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。 ■ 134 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。 	利用者や家族の都合に合わせて、早朝から夕刻まで求められた時間帯に応じ臨機にサービスを提供している。複合施設として独居者や老々世帯への支援をするための食事サービス(配食)の提供も行われており、当デイサービスのお送りの時に持参していただくなど、さまざまな形で自立支援をサポートしている。
Ⅲ 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	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	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り組みを行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 135 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。 ■ 136 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。 ■ 137 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 ■ 138 身体的拘束廃止や虐待防止について職員に周知徹底している。 	法人の理念に「人間の尊厳を大切に、柔軟な心をもってあらゆる可能性のある質の良い介護を目指します」と明記され、福祉サービスの基本姿勢として示している。身体拘束ゼロ委員会や人権啓発委員会主催の研修会で職員は基本的人権や虐待防止・身体拘束廃止について学び実践している。研修やマニュアルだけでは補えない部分は管理者の職員に対する日常の指導で徹底している。
			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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 139 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。 ■ 140 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 ■ 141 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。 	職員は復命書にて法人内外の研修に出掛け、職員全員の意識を高めるため、参加した職員が口頭や資料での報告をしている。排泄や入浴等の介護マニュアルにはサービス提供時にプライバシーに配慮する旨が記載され、それに配慮した支援を実践している。
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	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	<ul style="list-style-type: none"> □ 142 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 ■ 143 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。 ■ 144 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 ■ 145 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 ■ 146 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 	デイサービスの特性を活かし、送迎時の利用者家族等と直接会う機会に体調や思いをリアルタイムに把握しサービス提供に反映している。利用者ごとの個人ファイルにも記録を残し、職員間の情報の共有とサービス計画の見直しに活用している。食事の嗜好調査を年2回実施し、昼食メニューの満足度はほぼ毎日行われている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
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。	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 147 利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 ■ 148 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。 ■ 149 相談や意見を述べやすいようなスペースの確保に配慮している。 	<p>家族等に提示する「契約書」・「重要事項説明書」に相談・苦情対応を迅速にするため、担当者氏名や電話番号の文字のポイント（印刷文字）も大きく読みやすく、わかりやすく表記している。また、日々起きた相談や意見は管理者がすべて把握し対応する仕組みになっている。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 150 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備している。 ■ 151 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。 ■ 152 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。 ■ 153 苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。 ■ 154 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 ■ 155 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。 	<p>苦情解決責任者、相談苦情担当者、第三者委員が重要事項説明書に明記されている。苦情が出た場合、管理者や担当者が速やかに対応し苦情を申し出た家族等に対し検討結果や対応策をフィードバックするようにしている。複合施設正面玄関の事務所のカウンターに相談窓口が置かれている。また、利用者、家族等に了解をいただいた苦情内容は法人の建物内にて公表している。玄関にはご意見箱とアンケート用紙も置かれている。</p>
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 156 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。 ■ 157 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。 ■ 158 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 ■ 159 意見等を福祉サービスの改善に反映している。 	<p>利用者からの意見等に関する対応マニュアルがあり、マニュアルの見直しはデイサービス会議等で行っている。利用者や家族からの意見や要望は朝礼や終礼にて伝達され対応策も講じられている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
III	2 サービスの 質の確保	(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	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	<input type="checkbox"/> 160	定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	外部監査で運営の評価は受けているが第三者評価は今回が初めての受審となっている。評価に関わる担当者は施設長、管理者、相談員となっている。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 161	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。		
					<input type="checkbox"/> 162	評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。		
			② 評価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。	c	<input type="checkbox"/> 163	職員の参画により評価結果の分析を行っている。		第三者評価は今回が初めての受審であり、評価結果の分析・検討の場に、今後、一般職員も参画する予定がある。
					<input type="checkbox"/> 164	分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。		
					<input type="checkbox"/> 165	職員間で課題の共有化が図られている。		
<input type="checkbox"/> 166	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善実施計画を策定する仕組みがある。							
<input type="checkbox"/> 167	改善策や改善実施計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。							
(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。	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	<input checked="" type="checkbox"/> 168	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	各利用者には担当者が決まっているが日々の支援は全職員で行っているのをお互いに確認し合い、利用者本人に沿った手順で支援している。また、介護マニュアルにはプライバシーの配慮として基本姿勢が明示されており、いつでも閲覧できるようになっている。			
			<input checked="" type="checkbox"/> 169	標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。				
			<input checked="" type="checkbox"/> 170	標準的な実施方法を記した文書は、いつでも閲覧でき、職員が日常的に活用している。				
			<input checked="" type="checkbox"/> 171	標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。				
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 172	サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	利用者の状態に変化が見られないときには3ヶ月毎に見直し、変化の見られた場合にはその都度サービス内容の見直しを行い、利用者や家族等の意向も踏まえた上で対応している。			
			<input checked="" type="checkbox"/> 173	見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
III	2	(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 174 サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 ■ 175 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導などの工夫をしている。 	利用者の担当ケアマネージャーが個々の居宅サービス計画書を作成し、それに沿って事業所としての通所介護計画書を作りサービスを提供している。機能訓練に関しては作業療法士がリハビリテーション計画書を作成し、実施している。
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 176 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 177 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。 ■ 178 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。 ■ 179 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ■ 180 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。 ■ 181 個人情報の取扱いについて、利用者や家族等に理解されるようていねいに説明している。 	記録管理の責任者は管理者となっている。記録の保管、保存、廃棄や個人情報保護と情報開示に関する規定は利用契約書に明記されており、契約時に利用者や家族等に担当者から具体的に解りやすく説明がされている。個人情報の取り扱いについては個人情報保護規定やプライバシーポリシー等で職員は理解しており厳守している。
			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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 182 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 183 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 184 記録については、パソコンを利用している場合には、ネットワークシステムの利用により、パソコンを利用していない場合には、台帳の整備により、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。 	介護職、看護師、機能訓練指導員等の連携がサービス計画書に基づき行われており、朝礼時に職員間の情報の共有化を図りサービス提供をしている。利用者の処遇に関わるケアカンファレンスも定期的に行われている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
Ⅲ	3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	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	■ 185	インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。	事業所紹介パンフレットは見開きでわかりやすく、デイサービスとしての流れがイラストと写真で構成されている。デイサービスとしての「お試し」1日体験もわかりやすいイラスト付きで紹介されている。法人のホームページを開設しており法人理念や法人の展開しているライフステージに合わせた事業、各施設、事業所などを紹介しており、事業所のブログでも活動内容を発信している。
					■ 186	理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、行政、関係機関に配布し、置いている。	
					■ 187	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	
					■ 188	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	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	■ 189	サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。	サービス利用にあたり本人や家族、また、代理人や後見人に運営規定や重要事項説明書、パンフレットなどを提示しながら説明し同意を得てから契約書を交わしている。
					■ 190	重要事項説明書等の資料や契約書の内容、及び説明の仕方は利用者にもわかりやすいように工夫している。	
					■ 191	サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。	
					■ 192	利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行うか、立会人を立てている。	
					■ 193	他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	他のサービスに移行する場合、医療機関には情報提供書、施設入所には引継ぎ書、自宅の場合は担当ケアマネジャーに実績報告書や状況報告書を作成しサービスの継続性に配慮している。サービス終了後も相談員や管理者が窓口となり何時でも相談できるようになっている。
				■ 194	サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。		
				■ 195	サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
III	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントが行われている。	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	■ 196 利用者の心身の状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	法人で定めた手順によりアセスメントを行っている。利用前の情報と利用後の利用者の状況に差異がある場合にはケアマネージャーに確認している。本人や家族の意向はアセスメント表に記載し、通所介護計画書の作成時に役立てている。		
		■ 197 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。	■ 198 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。		■ 199 利用者一人ひとり、家族の具体的なニーズ、意向が明示されている。			
		(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	① サービス実施計画を適切に策定している。		a		■ 200 サービス実施計画策定の責任者を設置している。	通所介護計画書（サービス実施計画）策定の責任者は管理者となっている。計画は利用者や家族の意向を基にした居宅サービス計画に沿っている。事業所では要支援者に介護予防通所介護計画と運動器機能向上計画を、要介護者には通所介護計画と個別機能訓練計画を作成している。計画通りに進んでいる場合は継続し、問題や新たな課題などが生じた場合にはケアマネージャーとも相談し検討を重ね作り変えることもある。
		■ 201 サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	■ 202 サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。				■ 203 標準的な実施方法では対応できない一人ひとりの個別の介助方法・手順はサービス実施計画又は別文書で作成している。	
		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	■ 204 サービス実施計画の見直しについて、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、組織的な仕組みを定めて実施している。		3ヶ月毎に事業所としての担当者会議を開催し、様々な職種の立場から意見を出し合い、計画の達成状況や問題点の確認をし計画を見直している。見直しに伴い新しく作り変えた場合には本人・家族に説明し了承を頂き、その後、居宅のケアマネージャーに報告し、職員にも周知するようになっている。		
		■ 205 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。		■ 206 サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。				