

評価対象毎のコメント

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

サービスの特性や目指す方向性を盛り込んだ運営理念と、利用者に対する姿勢や地域との関わり方などを盛り込んだ運営処遇方針を明文化している。理念および方針は、利用者にもわかりやすい場所に掲示しており、職員に対しては職員会や研修の場で説明して意識付けを行うとともに、常に振り返る機会を設けている。

年度事業計画には理念等の実現に向けた具体的事業内容が示され、実施状況の評価が可能のように数値目標が設定されている。中長期計画への反映は今後の課題である。

管理者は、理念および方針の実現に向けて、サービスの質をはじめ、人事および財務面等の分析を行い、経営や業務の効率化および改善のために指導力を発揮している。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

利用者数の推移や利用率の分析をはじめ毎月のコスト分析を行い、改善すべき課題について職員会議等で周知している。関連する事業所間での全体会議において、利用者のニーズやデータを把握しているが、地域全体の需要動向や潜在的利用者に関するデータ収集は未実施である。

利用者の安全確保のために、事故対応マニュアルを作成するとともに、感染や事故など、リスクの種類別に担当者を決めて責任と役割を明確にした管理体制を整備している。インシデント体験報告書等により安全を脅かす事例を収集し、発生要因を分析の上で未然防止策を検討・実施しているが、対策の実施状況や実効性についての定期的な評価見直しは今のところ行っていない。

自衛消防隊が組織され、防災訓練は消防署立ち会いの下で火災および地震を想定して実施している。訓練後は、参加した利用者および職員の意見を基に職員会議で検討し、出された課題を次回以降の訓練に活かしている。

地域との関わり方について、理念および方針の中に明記しており、法人主催の敬老会等に地区老人会の方々を招待するなどして交流している。コーラスなどのボランティアや幼稚園児が来訪することもあり、職員は公民館の清掃活動などに参加している。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

利用者尊重の姿勢や基本的な人権への配慮について理解を深めながら、運営理念および運営処遇方針に基づいたサービス提供に努めている。サービス実施計画を基にしたケアチェック表や介護記録を毎月評価することにより、計画の見直しにもつなげている。利用開始時およびサービス実施計画の見直しや作成時にも、あらためてアセスメントを実施して身体状況や生活状況等を把握している。

また、標準的なサービスの実施方法については、基本的なケア単位に基づくマニュアルが作成されており、職員はいつでも閲覧できる。マニュアルには利用者尊重やプライバシー保護に関する姿勢が記載されており、所内研修で周知して理解を深めている。

管理者を中心にサービス実施記録の管理が行われ、個人情報保護および情報開示に関する勉強会も実施しているが、記録の保管方法や保管場所、保存と廃棄、情報開示の範囲等に関することを定めた規程は作成していない。

苦情に対する検討内容や対応策は、申し出た利用者およびご家族に説明し記録も作成されているが、当事者に配慮した上で対応結果等を公表する仕組みは今後の課題である。

自己評価および第三者評価も含めた評価結果の分析、改善実施計画の策定・実施、計画の見直しは今後の課題である。

福祉サービス第三者評価基準 【 共 通 版 】

(様式2)

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
<p>評価概要</p> <p>①事業所が提供するサービス内容や特性を踏まえ、目指す方向性を盛り込んだ運営理念を明文化しており、施設内に掲示するとともにパンフレットにも掲載している。</p> <p>②運営理念に基づき、利用者に対する姿勢や地域との関わり方などを盛り込んだ運営処遇方針を明文化しており、施設内に掲示するとともに年度事業計画にも掲載している。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>①毎月の職員会や研修の場において運営理念や運営処遇方針を説明し、常に振り返る機会を設けている。また、職員のネームの裏にも運営理念を記載して意識付けを行っている。</p> <p>②利用者の目に付く場所に、運営理念および運営処遇方針を掲示している。行事に参加されたご家族には理念等を説明しているが、その他のご家族への説明は行っていない。</p>		

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
<p>評価概要</p> <p>①中・長期計画の収支計画を策定しているが、理念等の実現に向けて課題や問題点を解決し目標を達成するための具体的な計画は策定されていない。</p> <p>②年度事業計画および収支計画が策定され、理念等の実現に向けた具体的な事業内容が示されている。実施状況の評価が可能のように、数値目標の設定も行われている。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>①他事業所の見学で取り組み事例を参考にするなどして、事業所の会議で職員の意見を集約することにより事業計画を策定している。利用者数のチェックは毎月行っているが、他の項目の実施状況については年度途中における評価を行っておらず、評価の結果に基づく計画の見直しも未実施である。</p> <p>②年度事業計画を職員に配布し、職員会や研修の場において説明している。毎月利用者状況をチェックするなど、継続的な取り組みを行っている。</p> <p>③利用者および行事に参加されたご家族に対しては事業計画について説明しているが、その他のご家族に対する説明や理解を促す取り組みは十分とは言えない。</p>		

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①管理者は、自らの役割と責任について職員会議等で表明し、有事においても自衛消防組織隊長として位置付けている。</p> <p>②管理者は、県老人福祉施設協議会等を通して法令に関する情報を収集して関連法規集を整備するとともに、集団指導への参加により常に新しい動きを把握している。法改正時には通知等を職員に回覧して、最新の内容を周知している。</p>		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①管理者は、提供するサービスの質の現状を評価・分析し、職員会議等において具体的な改善課題を提示している。</p> <p>②管理者は、運営理念および運営処遇方針の実現に向けて、人事面、財務面等の分析を行い、経営や業務の効率化および改善のための取り組みを行っている。</p>		

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・Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①関連する施設や病院、居宅介護サービス事業所との全体会議等で、利用者のニーズやデータを把握している。事業所が立地する地域全体の需要動向や潜在的利用者に関するデータ収集は未実施である。</p> <p>②利用者数の推移や利用率の分析に加えて、毎月の試算表作成によりコスト分析を行っており、改善すべき課題については職員会議等で周知している。</p> <p>③公認会計士による監査が行われており、経営および経理面において助言指導を受けている。</p>		

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)
<p>評価概要</p> <p>①正社員および非正社員の比率等については中長期計画に盛り込まれているが、サービスの質を確保するために必要な有資格者等の配置計画は策定されていない。</p> <p>②客観的な基準に基づく人事考課については、社会保険労務士からの助言を受けながら実施へ向けて準備中である。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>①時間外労働は申請方式となっており、データを管理する体制が整っているが、有給休暇の消化率は把握されていない。また、職員が相談できるカウンセラーや専門家の配置は今後の課題である。</p> <p>②関連の病院で職員の健康診断および予防接種を実施しており、費用の半額を法人が負担している。</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。		
	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
<p>評価概要</p> <p>①運営理念や運営処遇方針の中に、職員に求める基本的姿勢や意識を明示しているが、必要とされる専門技術や専門資格は明示されていない。</p> <p>②職員一人ひとりについての教育・研修計画は策定されていない。</p> <p>③個別の職員についての計画は策定されていないが、研修終了後にはレポートを提出するとともに伝達講習を実施して学んだ内容を発表している。しかし、研修後の業務による研修成果の評価・分析および次の計画への反映等は今後の課題である。</p>		
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)
<p>評価概要</p> <p>①本年度内に実習生受入を開始できるように、規定づくりや人員体制について準備中である。</p>		

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－（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。	Ⓐ・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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①管理者は、利用者の安全確保のために事故対応マニュアルを作成するとともに職員会議等で指導している。また、感染や事故など、リスクの種類別に担当者を決めて、責任と役割を明確にした管理体制を整備している。</p> <p>②事業所内はスプリンクラーが設置され、自衛消防隊も組織している。利用者および職員の安否確認は、緊急連絡先リストにより行っている。防災訓練は火災および地震を想定して消防署立ち会いのもとで実施しており、訓練後は利用者および職員の意見を基に職員会議で検討し、次回以降の訓練に活かしている。</p> <p>③職員は法人全体の勉強会に参加して、安全確保、事故防止に関して理解を深めている。インシデント体験報告書等により利用者の安全を脅かす事例を収集し、発生要因を分析の上で未然防止策を検討して実施している。しかし、対策の実施状況や実効性についての定期的な評価見直しは行っていない。</p>		

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 利用者と地域とのかか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。	a・Ⓑ・c
	Ⅱ－４－（１）－③ ボランティア受け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
<p>評価概要</p> <p>①運営理念および運営処遇方針の中に、地域との関わり方について基本的な考え方を盛り込んでおり、法人が開催する敬老会等には、地区老人会の方々を招待するなどして交流している。また、コーラスなどのボランティアや幼稚園の子どもたちの来訪もある。職員は、公民館の清掃活動などに参加している。</p> <p>②お花見会や敬老会の際、来訪された地域の方々に理念や方針、活動内容を記したパンフレットを差し上げている。認知症サポーター研修を実施しているが、地域の方々の参加は今度の課題である。</p> <p>③ボランティアとの積極的な連携について、運営処遇方針に明示している。実際に申し出があった場合は、電話や面接により事前打ち合わせを行っている。しかし、ボランティアの受入について、登録手続きや事前説明の項目等が記載されたマニュアルは作成していない。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>①地域の公共機関や消防、警察、医療および介護関係事業所など、利用者の状況に対応できる社会資源をリスト化し、ファイルを配置することで職員間で共有している。</p> <p>②地域の生活相談員連絡会で情報交換しており、共通する問題の解決に向けて取り組んでいる。</p>		
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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①お花見会や敬老会で民生委員と話したり、清掃活動の際に公民館長と語り合う機会があり、地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>②民生委員から地域の独居老人情報を受けて対応するなど、具体的な活動を行っている。しかし、把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動は、中・長期計画や事業計画に明示されていない。</p>		

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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	Ⅲ-1-1 (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 (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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①運営理念に「その人らしく生きることを応援させていただく」という姿勢を掲げ、運営処遇方針には「心のこもった利用者中心のサービスに努める」ことを明示している。理念を基に身体拘束や虐待防止のマニュアルが作成され、職員はいつでも閲覧できる。また、法人全体の研修会や事業所内の勉強会において、利用者尊重や基本的人権への配慮について理解を深めている。</p> <p>②プライバシー保護、個人情報保護に関するマニュアルが作成され、職員はいつでも閲覧することができる。また、マニュアルの内容について研修を実施することで、さらに理解を深めている。さらに、プライバシー保護に関する指針を事業所内に掲示しており、利用者への周知も図られている。具体的な取り組みとして、入浴介助の際、利用者のプライバシーや意思を尊重して、大浴場と個室を使い分けて対応するなどの取り組みを行っている。</p>		
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の上昇に努めている。		
	Ⅲ-1-1 (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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①生活相談員を中心に、アセスメントの一環として、食事の嗜好調査やサービスの満足度や不満を確認し、その都度、改善策を検討して実施している。しかし、利用者満足度に関する調査担当者や部署、および調査で把握した結果を分析・検討するために利用者も参画する検討会議等は設置されていない。</p>		
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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-1-1 (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・Ⓑ・c
	Ⅲ-1-1 (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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①相談や意見を述べる窓口について、事業所内の窓口や行政、第三者委員等の情報を掲示し、利用者が選択して相談できるようにしている。利用者やご家族に対して、契約時に直接説明して周知している。</p> <p>②苦情解決責任者および苦情受付担当者、並びに第三者委員を整備している。苦情解決の仕組みについては契約時に説明を行うとともに、事業所内にもわかりやすく説明した掲示物を掲示している。苦情に対する検討内容や対応策は、申し出た利用者およびご家族に説明し記録も作成されている。苦情内容や解決方法について、当事者に配慮した上で結果等を公表する仕組みは今後の課題である。</p> <p>③苦情対応マニュアルが整備されている。苦情、提案、相談があった場合にはマニュアルに則り、早い段階で面談を実施するなどの対応が行われている。しかし、マニュアルの定期的な見直しは今のところ実施していない。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組み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
<p>評価概要</p> <p>①日常業務改善会議等で、サービスの質向上に向けた組織的な取り組みを行っている。しかし、定められた評価基準を用いた定期的な自己評価や第三者評価は現在着手した段階であり、評価に関する担当部署や担当者の設置もこれからの課題である。</p> <p>②自己評価に際して職員からの意見を聴取し、改善に取り組めるものは職員間で話し合い共有化しながら実施している。第三者評価も含めた評価結果の分析、改善実施計画の策定・実施、計画の見直しは今後の課題である。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>①基本的なケア単位に基づくマニュアルの作成が行われ、職員がいつでも閲覧できる場所に保管してある。マニュアルの中には、利用者尊重やプライバシー保護に関する姿勢が記載されており、事業所内研修で周知し理解を深めている。</p> <p>②マニュアルの見直しは年1回行っており、職員や利用者から意見や提案があった場合は随時見直しを図っている。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>①利用者毎にサービス提供記録簿が作成され、情報が整理されている。個別援助計画が作成され、それに基づくサービス提供内容の記録が行われている。職員によって記録方法や内容に差異が生じないように、勉強会の実施や資料配布により指導を行っている。</p> <p>②管理者を中心に記録の管理が行われ、運営基準等の介護保険法に基づいた記録の保管が行われている。個人情報保護と情報開示に関しての勉強会は事業所内で行っている。しかし、記録の保管方法や保管場所、保存と廃棄、情報開示の範囲等に関することを定めた規程は作成していない。</p> <p>③日々の情報の共有は申し送りノートにて行われ、援助内容の変更や検討が必要な場合は、定期または随時にケアカンファレンスを開催して情報共有を行っている。また、ケアカンファレンスの他にも、管理者が中心となり、法人内の居宅介護支援事業所との情報交換を積極的に行っている。</p>		

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
<p>評価概要</p> <p>①法人のホームページで法人の事業概要等を情報提供しており、事業所単独のパンフレットも作成されている。パンフレットの内容は分かりやすく工夫されている。公共機関等へのパンフレット配置は行っていないが、公民館行事や地域のイベントの際に配布している。利用者やご家族の希望により、見学や体験利用も実施している。</p> <p>②サービス開始時に、重要事項説明書を基に利用者やご家族に時間をかけて説明している。説明したその場では同意を求めず、自宅に持ち帰り検討された後で契約する仕組みとなっている。他のサービスや支援の変更を行う場合には、利用者等の意思を尊重して必要な情報提供や引継ぎを行っている。</p>		
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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①有料老人ホームや居宅介護支援事業所、医療機関、その他必要な事業所との連携や情報共有を積極的に行っている。しかし、引き継ぎや申し送りの手順、引き継ぎ文書の内容などは定めていない。サービス終了後には随時、生活相談員が相談を受け付ける体制があるが、相談方法や担当者を記載した説明文書等は作成されていない。</p>		

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
<p>評価概要</p> <p>①利用開始にあたり、介護支援専門員や医療機関から提供された情報と担当者会議で収集した情報を基にアセスメントを行い、身体状況や生活状況等を把握している。さらに、サービス実施計画の見直しや再作成時にも、あらかじめアセスメントを実施することとしている。利用者のニーズや課題は、基本的にケアプランで掲げられたものを引き継いで記載している。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>①生活相談員が中心となり、担当者会議やケアカンファレンス、利用者およびご家族からの聴き取り等を踏まえてサービス実施計画を策定している。計画を基に日々のケアチェック表が作成され、サービスの実施状況が把握できる仕組みとなっている。</p> <p>②サービス実施計画の見直しは、基本的にケアプランの短期目標期間に合わせて行っているが、状況の変化等、必要な場合は随時見直している。見直しは、日々の介護記録やケアチェック表の記録を基にした毎月の評価を参考にして行われる。変更された計画の内容は職員間の申し送り簿で引継ぐとともに、定期的な評価記録と併せて介護支援専門員にも提出している。</p>		