

(公表用)

## 岩手県福祉サービス第三者評価の結果

### 1 第三者評価機関

名称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第2号
所在地	盛岡市三本柳8-1-3	評価実施期間	平成24年10月12日 ～平成25年1月31日

### 2 事業者情報

事業者名称（施設名） やまゆり荘デイサービスセンター	種別：通所介護
代表者氏名：理事長 千田 禎範 管理者：施設長 及川 俊和	開設年月日 平成元年2月27日
設置主体：社会福祉法人 胆沢やまゆり会 経営主体：社会福祉法人 胆沢やまゆり会	定員（利用人員） （一般型）30名 （障がい者）3名
所在地：岩手県奥州市胆沢郡南都田字加賀谷地 416 TEL 0197-46-5111 FAX 0197-46-5112	

### 3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 理念や基本方針等の策定と積極的周知</p> <p>理念・基本方針等は、職員によるプロジェクトチームで検討し理事会で決定したものであり、理事会はじめ職員の朝礼や諸会議で常に唱和している。また、施設内には基本理念、基本方針、行動規範等が掲示されているほか、法人会旗の掲示、施設外には理念碑（理念を刻んだ石碑）も設置されており、日頃から役職員一丸で取り組んでいるほか、利用者家族、地域住民などへの周知にも積極的である。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ 職員の研修、指導・教育の充実の具体化</p> <p>中長期経営計画の方針に「人材確保・育成と職場の活性化」があり、「職員の研修・指導・教育の充実・・・」と明記している。年間研修計画は策定しているが、今後具体化するための人材育成指針や教育研修規程が設置されていないので、今後のその設置を期待したい。</p>
--

### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>大変厳しい結果と受け止めております。b、c評価については、組織内の第三者評価推進委員会で分析・検討を始めており、改善に努めております。</p> <p>評価コメントについては、戸惑いを感じる点もありますが、第三者の貴重なコメントと捉え真摯に受け止め、前向きに対処していく所存です。</p>
--

### 5 各評価項目にかかる第三者評価結果

(別紙)

施設名 **やまゆり荘デイサービスセンター****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****I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている**

<b>I-1-(1)-① 理念が明文化されている</b>	<b>a</b>
法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 法人理念や施設の経営理念が明文化され、朝礼や会議等でも唱和している。さらに、パンフレットや広報誌にも掲載し周知が図られている。	
<b>I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている</b>	<b>a</b>
理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。 理念に基づく基本方針が明確化され、内容も適切である。理念・基本方針策定にあたっては委員会を設置し、検討したものである。	

**I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている**

<b>I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている</b>	<b>a</b>
理念や基本方針を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 理念や基本方針は、職員自らチームを組んで案を示し、最終的に理事会で決定されたものである。朝礼や会議等での唱和、パンフレットや広報誌への掲載、施設内で掲示しているほか、施設出入口には理念を刻んだ石碑もあり周知されている。	
<b>I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている</b>	<b>a</b>
理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 重要事項の説明時や家族交流会、デイサービス利用者家族や一般市民参加の家族介護教室でも説明している。また、広報誌にも掲載・配布し周知されている。	

**I-2 事業計画の策定****I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている**

<b>I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている</b>	<b>a</b>
経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画および中・長期の収支計画を策定している。 平成23年3月に中・長期計画を策定し、職員に周知するとともに定期的な見直し検討を行い事業運営にも反映している。	
<b>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</b>	<b>a</b>
各年度の事業計画は、中・長期計画の内容および中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。 中・長期計画について職員に周知するとともに、職員参加のもとに計画見直し、一部変更、さらにそれらを踏まえて事業計画が策定されている。	

**I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。**

<b>I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている</b>	<b>a</b>
各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。 職員の参画のもとに、事業計画や事業報告を策定している。計画検討会において検討を行っている。	
<b>I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている</b>	<b>a</b>
各計画を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 職員参画のもとに事業計画が策定されているものであり、新人職員には、研修時にも説明を行って周知を図っている。	

I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている	<b>c</b>
<p>各計画を利用者等に配布していない。</p> <p>事業計画は閲覧できるよう玄関の掲示板へ置いているほか、広報誌にも掲載しているが、利用者に配布していない。</p>	

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

#### I-3-(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

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>a</b>
<p>管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>広報誌において就任時に挨拶を行い、職員、利用者(家族)の方々へ配布し周知を図っている。課長会議では、業務分担表で明確に表すとともに、職員向け広報誌の「里情報」においても随時周知している。</p>	

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>a</b>
<p>管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>介護事業者セミナー、社会福祉大会、地域福祉推進協議会等の研修会に積極的に参加し職員へ周知している。また、毎月1回、職員対象に出張復命報告会を開催しているほか、法人として法令や資質向上を目的とした職員研修を年7～10回実施している。</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り組みに指導力を発揮している	<b>a</b>
<p>管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>課長会議や職員向け情報である「里情報」で周知されており、指導力を発揮している。</p>	

I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	<b>a</b>
<p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>法人会議、月例の課長会議に於いて、試算概況表、実績報告について各事業所ごと確認をし、経営や業務について話し合い助言指導して指導力を発揮している。</p>	

## 評価対象II 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

#### 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	<b>a</b>
<p>事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>福祉新聞、全国老人福祉協議会情報等の福祉情報を収集し、必要事項について回覧し周知を図っているほか、奥州市の地域密着型サービス運営委員となり、事業経営をとりまく環境把握に努めている。</p>	

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>a</b>
<p>経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。</p> <p>毎月の課長会議で、資産状況・実績報告書を確認するとともに、四半期毎に試算状況や介護報酬改定後の影響などについても分析し経営改善に努めている。</p>	

II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている	<b>非該当</b>

## II-2 人材の確保・養成

### 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>b</b>
<p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。</p> <p>人材に関するプランは、中長期計画の方針に掲げられ、人材考課制度導入やリフレッシュ休暇の創設は具体化が図られている。また、配置基準等においては運営規程に基づいて実施したり、組織図において有資格者を明記しているが、人材育成指針や研修規程が未整備であるため今後に期待したい。</p>	
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>a</b>
<p>客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。</p> <p>職員の意見を反映させて、社会福祉人事考課規程を設置しそれに基づいて実施している。職員との面接は年3回～5回行いフィードバックしている。</p>	
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>b</b>
<p>職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>時間外状況や有給休暇消化率をチェックしたり、衛生委員会で職員の安全と健康管理を図っている。また、勤務表作成に当たっては、職員の希望があれば休日調整するなど努めているが、有給休暇をとりやすいような改善する仕組みなどの構築は十分ではない。</p>	
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	<b>a</b>
<p>職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。</p> <p>胆江地区勤労者福祉サービスセンターに加入し、職員の福利厚生を実施しているほか、職員の心身の健康管理、生活の充実の為のリフレッシュ休暇を行い積極的に取り組んでいる。やまゆり会職員構成会に業務委託し、旅行委託(助成)、レクリエーション(助成)、観桜会や忘年会も開催している。</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	<b>b</b>
<p>組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分でない。</p> <p>法人研修計画や法人事業運営方針において明示している。一方、中長期計画に「人材の確保・育成と職場の活性化」、方針には「職員の研修・指導・教育の充実」と明記しているが、具体化するための人材育成指針や教育研修規程が未整備であるため、今後に期待したい。</p>	
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</b>
<p>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ない。</p> <p>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ない。法人の人材育成指針を定めるとともに、職員個別研修計画(個別の役職と必要とされる資格、研修科目、受講計画など)の立案を期待したい。</p>	
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</b>
<p>研修成果の評価が定期的に行われていない。</p> <p>月1回の復命会で出張者が職員に報告する機会を設けているが、次の研修計画に反映されていない。</p>	

### II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている

II-2-(4)-① 実習生の受け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>b</b>
<p>実習生の受け入れと育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていない等、積極的な取り組みには至っていない。</p> <p>実習生受け入れについて、可能な限り受け入れを実施しマニュアルに添って対応しているが、実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムはない。</p>	

## II-3 安全管理

### 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>b</b>
<p>事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。</p> <p>やまゆり会として、リスク管理委員会で検討し周知しているほか、リスクマネジメント研修会等を実施しているが、根拠となるリスクマネジメント管理規程(仮称)が設けられていない。(本委員会を含めて積極的に9委員会設置しているが、規程を設置していない委員会もあるため、設置に期待したい。)</p>	
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>a</b>
<p>地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。</p> <p>地元防災協力隊と総合防災訓練を実施している。また災害時の支援協力の協定を締結し、利用者の安全確保の取組を行っている。訓練にあたっては、防災委員会で検討・周知し実施している。</p>	
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>a</b>
<p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>リスク管理委員会において事例検討を行ったり、職員会議ではインシデントの検証を実施している。また、食中毒についての研修会等を行い安全確保に向けている。</p>	

## II-4 地域との交流と連携

### II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている

II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている	<b>a</b>
<p>利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>平成24年11月現在の登録ボランティアは240名以上におよび、登録ボランティア交流会においての意見交換会、地元子供会との夏まつり交流など利用者地域との交流に努めている。また、保育園が近くにあることから、日頃から園児が本施設の庭に自由に散歩に訪れることができるなど地域と利用者とのかかわりは深い。</p>	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している	<b>b</b>
<p>事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>利用者家族や市民を対象とした家族介護者教室、夏まつりなどを開催しており、ポスターや広報誌で参加を呼びかけているが、どこまでの範囲で開催を呼びかけるかが未定であったり、日常的な地域とのつながりがまだ十分とは認められない。</p>	
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	<b>a</b>
<p>ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>ボランティア登録マニュアルについて明文化しており、交流会を含む研修等を実施している。</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>b</b>
<p>事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示されているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>奥州市の包括支援センターランチ連絡会、定例の民生児童委員協議会、市社会福祉協議会が開催する胆江地区地域福祉推進協議会に出席するなど関係機関団体との連携・情報収集に努めているが、職員間で情報が共有されていない。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている	<b>b</b>
<p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。</p> <p>定期的に開催している奥州市の包括支援センターランチ連絡会や胆江地区地域福祉推進協議会に出席しているが、本法人として関係機関・団体との共通の問題に対して、解決に向けて具体的な取り組みを行っていない。</p>	

## II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている

II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している	b
<p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>胆沢区地域福祉推進協議会の委員として、また、特別養護老人ホームやなぎの里の施設長を兼務し運営推進会議へ出席するなど一定程度地域の福祉ニーズ把握に取り組んでいるが、定期的ではないことや本事業所自らが地域福祉ニーズ把握に十分とは認められないため、今後に期待したい。</p>	
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
<p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>地元小学校へ雑巾等寄贈したり、施設周辺の環境整備等を行っているが、地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が十分とはいえないため、今後に期待したい。</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

#### 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
<p>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されているが、組織内で共通理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>福祉サービスの実施にあたり、組織としての基本姿勢の法人理念、経営理念、基本方針、行動規範、重要事項説明書、パンフレット等に明示されている。また、身体拘束委員会を設置し職員研修会を行い周知は図っているが、組織全体で共通の理解を持つための計画的な研修や個々のサービスへの反映を評価する仕組みが十分でなく、今後の取り組みが期待される。</p>	
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
<p>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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>プライバシー保護に関する規程・マニュアルは作成されており、プライバシー保護の研修も実施されている。なお今後は職員への周知について、研修復命書は全職員に回覧を行うなど、職員としての基本知識や姿勢についての周知徹底を図る方法について検討を期待したい。</p>	

#### III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている

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
<p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>重点目標で利用者満足の向上を目指す姿勢を示し、アンケート調査や家族介護者交流会からの意見を集約し利用者満足への取り組みは行われている。しかし把握した結果を分析・検討されず、具体的な改善を図るに至っていない。今後は把握した情報の活用も含め方策の検討を期待したい。</p>	

#### 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
<p>利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>意見設置箱が玄関に設置されていることを重要説明事項に明記しているが、ほとんど活用されていない。日常的な相談窓口についてわかりやすく利用者、家族に伝える工夫をし、相談窓口の設置などの見直しを期待したい。</p>	
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
<p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>苦情解決の相談窓口体制は整備し、利用者や家族等にその文書を配布するとともに、わかりやすく玄関に掲示し知らせているが、今まで苦情がなく受付記録もない。苦情件数がないということは良い反面、機能してないとも伺えるので、利用者や家族が意見や苦情を言いやすい環境づくり、仕組み作りが必要である。また、その結果を利用者、家族へフィードバックするまでの手順と実効性のある相談体制の確立を図って頂きたい。</p>	

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</b>
<p>利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</p> <p>苦情に限定せず、利用者からの意見・提言等日常のデイ業務の中で要望をメモし、連携に努めているが、利用者のささいな要望・願いを聞き出す努力や実施できているものを誠実に速やかに対応するための、具体的なマニュアルがないので作成整備し、サービスの質向上を図って頂きたい。</p>	

### III-2 サービスの質の確保

#### III-2-(1) 質の向上に向けた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	<b>b</b>
<p>サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>定められた評価基準で自己評価チェックは行っているが、現状報告のみで終わり、分析・検討までに至っていない。</p>	
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</b>
<p>評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。</p> <p>自己評価チェックでとどまり、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するには至っていない。</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	<b>b</b>
<p>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ているが、それに基づいたサービスが実施が十分ではない。</p> <p>新人研修では十分な期間をかけて各マニュアルに沿った必要最低限の研修を行っているが、振り返りや自己評価など達成度の確認等は行われていない。安全性と一定水準のサービスを提供するため、個々のサービスについての標準的な基本的技術や留意点を含めたマニュアルの整備が望まれる。</p>	
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	<b>c</b>
<p>標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。</p> <p>前項目と関連項目で、標準的な実施方法について定期的に現状を検証し、見直し仕組みづくりを同時進行で行うことが望ましい。</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	<b>b</b>
<p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。</p> <p>利用者ごとにサービス実施の記録はされているが、記録の仕方が職員間で統一されておらずまちまちである。個々のサービス情報は同施設内の各事業所で連絡ノートで共有されている状態であるので、サービスの安定と質の向上のためにも、早急に職員に記録の仕方等の指導研修をすることが望まれる。</p>	
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	<b>b</b>
<p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>利用者に関する記録は、個人情報保護と情報開示の観点から適切に管理されており、職員を対象とした研修も開催されている。しかし、デイサービスの利用者データに関しての記録管理者を定めた書面の確認ができなかった。また、研修に参加できなかった職員に対しての周知についての工夫について、検討を望む。</p>	
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>a</b>
<p>利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>ケアカンファレンスの定期的な開催及びパソコンのネットワークシステムの活用により情報の共有化が図られている。また、事業日誌、職員連絡用ノートの活用、一日3回の申し送りなどで利用者の状況の共有化を図っている。</p>	

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

#### 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>a</b>
<p>利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。</p> <p>サービスの開始にあたり、パンフレットや施設見学、一日体験、ホームページ、ポスター掲示、地域回覧など多岐にわたって、利用者、家族、地域等に幅広く施設情報を提供している。</p>	
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>a</b>
<p>サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>利用開始時には、重要事項説明書による説明を行い、利用者・家族の同意を得て契約している。</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	<b>b</b>
<p>サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>事業所の変更や家庭への移行に際しては、相手先から気軽に連絡できるよう、その後の相談窓口や担当者を設置し、職名、氏名をフルネームで記載した文書や名刺を渡す等の配慮を期待する。</p>	

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

#### 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>b</b>
<p>利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を十分には明示していない。</p> <p>組織で統一したアセスメント表を用い、新規利用時、認定更新時、状態変更時に再アセスメントを行うことにはなっているが、新規利用者のアセスメントを行うに止まり定期的な見直しの時期と手順は定められていないので、今後は定期的なアセスメントを行い、より具体的にニーズを明確にし明示していくことが重要である。</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>b</b>
<p>利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。</p> <p>利用者一人ひとりの実施計画策定は担当ケアマネが呼び掛けた担当者会議で話している。実施策定は一部の限られた職員で行われるので、計画どおりのサービス確認の仕組みが機能してない。来年度からは通所介護計画を職員間でしっかり話し合って作成したいとのコメントがあった。</p>	
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</b>
<p>サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。</p> <p>サービス実施計画は作成されているが、定期的に評価・見直しはされておらず、口頭での連絡に止まっている状況である。今後は組織として実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順の仕組みを定めて頂きたい。</p>	