

(別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【デイサービスセンター 長寿園】

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

I-1-(1)-① 理念が明文化されている	a
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。 評価者コメント 5本の柱を掲げた法人として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。理念は事業計画や広報誌、ホームページにも掲載され、法人使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている	a
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。 評価者コメント 理念に基づくミッションステートメント(基本方針)を明文化しており、内容は適切である。基本方針は月1回発行の広報誌「デイ通信」やホームページ、事業計画にも掲載している。	

I-1-(2) 理念や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
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。 評価者コメント 全体会議で職員に理念や基本方針を記載した資料を配布し、理解を促すために施設長が説明しているほか、入職後の職員の研修の場でも説明している。さらに、職員が着用している名札の裏には理念が記載されており、会議開催時には職員皆で理念を提唱している。	
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
理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 評価者コメント 理念や基本方針を分かり易くイラストにし施設内に掲示している。また、理念や基本方針を家族懇談会でも配布し、当日出席できなかった家族には資料を送付しているが、家族の理解度を把握するためのアンケートや懇談会の場で質問・意見を積極的に伺うなど理解を促すための取組が弱い。	

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

I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている	a
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。 評価者コメント 中・長期計画では職員のリーダーが中心となり、これまでの取り組みの評価を行いながら実践目標を策定している。また、収支計画に関しては各事業所ごとに試算表を作成し、見直しを行っている。	

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
<p>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。</p> <p>評価者コメント 中・長期計画の内容を反映した各年度の事業計画・収支計画を策定している。</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
<p>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。</p> <p>評価者コメント 半年単位で各部署ごとに事業の反省を行い、各主任がまとめて主任相談員へ提出している。また、主任相談員はそれらを総合的にまとめ施設長に提出している。職員参画のもと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。</p>	

I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている	a
<p>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。</p> <p>評価者コメント 事業計画は職員参画のもとに作成されており、理解を促すために作成後は配布し、会議の場で説明している。</p>	

I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている	b
<p>各計画を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>評価者コメント 利用者・家族配布用として概要版を作成・印刷し、家族懇談会でも配布・説明している。資料は利用全家族に送付している。しかし、理解を促すためのアンケートなど取組みが十分ではない。</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	a
<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>評価者コメント 施設長の役割は運営組織規程に定められている。施設長は施設内での各会議に出席しているほか、会議の場では施設長としての役割と責任について説明したり、瓦版にも掲載して理解されるよう積極的に取り組んでいる。</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	a
<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>評価者コメント 外部研修に参加するほか、外部から施設に講師を招いて全体研修を開催するなど取組みを行っている。研修テーマには、個人情報の保護や身体拘束、高齢者虐待などを実施している。</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	a
<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>評価者コメント 福祉サービスの質の向上のため、毎月、第三者評価改善委員会を開催し、取組みへの課題と対応について話し合っている。また、サービス向上委員会にも出席している。</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	a
<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>評価者コメント 職員から経営や業務の効率化・改善に関して出された要望なども運営会議・管理者会議で協議されるが、それには施設長も出席・検討するなど指導力を発揮している。</p>	

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	a
<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>評価者コメント 施設職員(居宅ケアマネ・主任相談員)を地域ケア会議に派遣し、当日の会議資料を回覧したり相談員会議で報告を行っている。また、入所待機者については、入所判定会議の資料の中で報告しているほか、年1回、待機者全員に状況確認を行っており、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行っている。</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	a
<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>評価者コメント 運営会議では稼働率を中心とした運営について確認している。また、実践目標に対する実施状況と改善策について、年度途中で見直しを行いながら進めている。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている	非該当
<p>評価者コメント</p>	

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	c
<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ない。</p> <p>評価者コメント 評価の着眼点では3項目チェックされているが、平成25年度の運営方針に「本年度から職員の資質向上のために専任の職員を1名配置し、各職員のスキル向上目標を定め、そのために必要な内部・外部研修の内容を精査検討し、年次計画化し、…」とあるため、今後の取り組みの充実に期待したい。</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。	c
<p>定期的な人事考課を実施していない。</p> <p>評価者コメント 人事考課研修を本年度の年間スケジュールで開催しており、人事考課を行うためのファシリテーター研修も開催している。しかし、平成25年4月1日に人事考課実施マニュアルを作成したばかりであるほか自己評価もこれからであり、今後の取り組みに期待したい。</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	a
<p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>評価者コメント 毎年、全職員を対象に意向調査を実施しているほか、外部のカウンセラーと契約し、職員が相談しやすいような体制を図っている。</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	a
<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>評価者コメント 安全衛生委員会を設置しており、毎年、職員の疲労蓄積度を調査し、必要であれば専門家に相談できる体制ができています。また、年1回の健康診断(夜勤者は2回)やインフルエンザの接種には全額を補助しているほか、カウンセラーには職員を通さなくても直接相談できる仕組みになっている。</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
<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。</p> <p>評価者コメント 教育・研修に関する基本姿勢は、中・長期計画の「人材育成方針」や「職員研修のための指針」にも定められており、これらを踏まえて事業計画にも基本姿勢が明示されている。研修担当を配置し職場内研修計画を立案している。</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
<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るが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>評価者コメント 福祉サービスの質向上のためには、必要な人材や適正な有資格者配置など職員体制の確立が必要であり、そのためには、現状分析・評価とプラン策定が求められる。しかし、平成25年度事業計画において、具体的なプランの策定が十分行われているとは思われないので、今後の取り組みに期待したい。</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
<p>研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>評価者コメント 毎月、長寿の郷会議内で職員による復命報告を実施しているほか、年1回、法人全体で復命報告会も実施している。しかし、次の研修計画への反映が十分とは言えず今後の取り組みに期待したい。</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	a
<p>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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取り組みを実施している。</p> <p>評価者コメント 実習指導者講習を受講した専属の実習受け入れ担当者を配置している。実習受け入れに当たっては、学校等との連携を図りながら、「実習受け入れマニュアル」を踏まえて、効果的なプログラムを用意するなどして実施している。</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	a
<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機能している。</p> <p>評価者コメント 施設内に安全部会や感染症管理部会を設置して利用者の安全確保のための研究・検討の場を整備しているほか、事故発生時対応マニュアル(転倒・転落・誤嚥・感染症・火災・交通事故・台風等各種)を整備し各部署に配置している。</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
<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行っているが、十分でない。</p> <p>評価者コメント 消防立会いの防災訓練の実施、非常食配備、組織図、連絡網の整備を実施している。しかし、住民協力による防災組織を設置していないこと。突発的な災害時に向けて利用者分として食料を3日分備蓄しているが、災害時には安全・安心を確保する職員も被災している可能性が考えられることから、職員の分も備蓄確保を図る必要があると考えられること。また、安全管理マニュアルが平成21年度以降見直しされていないこともあり今後の見直しを期待したい。</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	a
<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>評価者コメント 定期的に各部署で事故報告、ヒヤリハットの要因分析を行っている。また、事例検討会も実施している。</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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている	a
<p>利用者と地域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>評価者コメント 利用者と地域とのかかわりについては理念・基本方針に明記している。特に、夏祭り開催の際には、小・中学校や地域住民(200世帯程度)、婦人会、ボランティア等へ開催の案内をしている。遠野中学校美術部では、今年で5年目になるがスーパーやコンビニ向けの手づくりの案内ポスターを作成している。一方、入居者は地元のお祭りには、参加している。</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
<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>評価者コメント 施設主催で地域住民対象に、昨年度は2回、「転ばない為の体づくり」を企画・開催している。内容は健康度調査、福祉相談、看護相談、試食コーナー、福祉用具コーナーであった。一方、「とおの広報」へ会議室の貸し出しの広告を掲載するなど施設機能を地域に還元しているところがある。しかし、地域ニーズに応じて住民が自由に参加できる多様な支援活動には至らず、今後の積極的取組みに期待したい。</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	a
<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>評価者コメント ボランティア受入マニュアルを作成し、担当者を配置している。また、ボランティアは定期的に支援活動を行い、施設側からは主催行事について開催案内するなど取り組まれている。しかし、施設主催によるボランティア研修の開催やボランティア登録などを実施していないため、今後の受け入れ体制の充実・整備に期待したい。</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	a
<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し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>評価者コメント 関係団体の相談窓口(課や係名等記載)や電話番号、当該団体の相談内容を記載した市内の関係機関をリスト化し、職員間や各部署で共有するため張り出している。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている	a
<p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>評価者コメント 市内の福祉施設長等懇談会への参加や、遠野市ケア連絡会への出席、歯科協力医院と契約し、検診及び口腔ケアについて指導を受けるなど連携の機会等を確保し課題解決に向けた取組を行っている。</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	a
<p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>評価者コメント 施設として地区の会合に参加したり、地域福祉ニーズアンケートを実施し地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、包括支援センターや、在宅福祉サービス事業所としても個々にニーズ把握に努めている。</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>評価者コメント サービス付き高齢者住宅整備の計画や、住民福祉ニーズから「転ばない為の体づくり」を開催するなど取組んでいるが、地域の福祉ニーズに基づいた十分な取組みに至っていないため、今後積極的な事業・活動の計画・実施に期待したい。</p>	

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	a
<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、組織内で共通理解を持つための取組が行われている。</p> <p>評価者コメント 経営の基本理念やミッションステートメント(職員の心構え)をネームプレート版にして携帯している。ホール内にも掲示している。新採用、中途採用職員については採用時研修を実施してネームプレートを配布している。施設の全体会議では年度初めに施設長により理念とミッションステートメントの説明と毎月一回全員で唱和をしている。利用者尊重や基本的人権の配慮は外部講師を招き法人全体の意識向上への取組みとなっている。</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	b
<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ているが、職員に周知するための取組が十分ではない。</p> <p>評価者コメント プライバシー保護についてマニュアルは整備されている。法人のマニュアルを基に作成されているので、会議で検討、委員会での見直しを行っている。研修においても利用者の羞恥心の配慮、注意点等日々の業務に関しても再認識をしているがサービス時の言葉使いの気配りの配慮がないとのコメントであった。人権擁護やプライバシー保護の重要性などについては研修を行い、常に意識させるように取組みが求められる。</p>	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている

Ⅲ-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	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>評価者コメント アンケート調査は年に一回、家族懇談会年に2回定期的に実施している。年間行事計画表にも策定されている。家族懇談会は参加者は少ないが家庭の様子や相談、意見等の会議の様子が記録されている。調査、懇談会の結果はデイ会議で分析、検討され業務改善に反映されている。しかし、利用者、家族には公表報告はしていない。今年10月調査済みにて公表、報告取組み中との事。課題を明確にして評価、実施され確実に取組みはされているので利用者、家族へのフィードバックし掲示板や広報誌に載せることが求められる。</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	a
<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、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>評価者コメント 利用者が相談や意見を述べやすい環境はデイサービス玄関にて相談受付に相談員、職員の紹介が掲示されている。また、デイ通信や連絡帳でも報告している、また送迎時にも家族に口頭で伝えている。積極的に日常的な言葉がけの取組を行っている。</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	a
<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とともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>評価者コメント 苦情解決の仕組みは確立し機能している。事業所内に意見、苦情箱を設置している。また苦情、要望受付ノートを作成し分かりやすい内容となっている。普段でも何気ない会話の中から要望等を汲み取り記録されている。委員会では苦情、要望等分別して改善策を話し合っている。さらに苦情を申し出た利用者、家族には利用者等に不利にならないよう配慮した上で結果等を公表している。</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
<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るが、迅速に対応していない。</p> <p>評価者コメント 『利用者、家族等からの意見等に対するマニュアル』は整備されている。H21、3月に作成されたマニュアルで見直しはされていない。利用者の苦情のみならず、意見や提案は組織として改善、課題を発見サービスの向上へとつなげている。また、日常の小さい要望、時間がかかる場合等も速やかに報告出来る体制となっている。記録もきちんと整備されているが見直しがされていない。より良い効果な仕組みとなるように「対応マニュアル」の見直し検討を求められる。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

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	a
<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機能している。</p> <p>評価者コメント 第三者評価は定期的に受審している。全職員で自己評価を行い主任がチェックして評価結果を検討している。施設内に委員会を設置、月一回委員会を開催して分析、検討している。</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	a
<p>評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。</p> <p>評価者コメント 評価結果を分析、結果に基づく課題はデイサービス内で検討「第三者評価改善委員会」を中心に取組を行っている。中長期計画にも明記し段階的に解決へ向かって対応している。「PDCAのサイクル」も定着し職員の意識向上となっている。</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
<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、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>評価者コメント 標準的な実施方法については法人マニュアルを基にデイ独自のマニュアルが文章化されている。マニュアルは基本的な技術に関するだけでなく実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮等も明記されている。マニュアル通り行われているかを検証する仕組みや職員への周知方法など研修などを通じて周知徹底されている。なお、年々認知症の増加にて『認知症のマニュアル』H25、1月作成、今年度からの取り組みとなっている。</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	a
<p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。</p> <p>評価者コメント 見直しについては、定期的に検証されマニュアルの改訂記録や検討会議等記録等も整備されている。なお、見直しに当たり前回高い評価であった『交通事故対応マニュアル』はH21年から見直しされていない。特にデイにおいては想定外を視野に入れ「送迎時マニュアル」の対策の徹底を図るとともに万全を期していただきたい。</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	a
<p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>評価者コメント 一人ひとりのケース記録は、手書きで記載されサービス実施計画の裏付けとなり具体的な記録となっている。なお、行動録的な記載が希薄であるので工夫を望む。</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	a
<p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>評価者コメント 個人情報に関わる管理は規程等に基いて行われている。なお、パソコン操作の不慣れな職員等には研修を実施して、利用者や家族等から開示を求められた場合にはケース記録等自信を持って開示できるような記録の簡潔、見やすさの工夫を期待したい。</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	a
<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>評価者コメント 利用者の状況等に関する情報は、毎日リーダーが担当して朝の申し送りをし送り出かける。申し送り等は大学ノートと健康チェック表を活用して共有を図っている。情報共有を目的としたケースカンファレンスも定期的開催されパソコンのネットワークシステムを利用して事業所内での情報を共有している。</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	a
<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>評価者コメント サービスを選択する情報提供は組織を紹介したホームページを作成公開している。デイ通信は介護支援事業所へ配布、情報を提供している。また、見学や体験希望者においては入浴、送迎サービス(10:00~15:30)は無料で実施、食事代400円のみ頂いている。今年の体験者は2名ではあるが契約につなげている。市内での各事業者の参入が増える中での提案、評価したい。なお、専門OTによる機能訓練これは強くPRしてください。</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	a
<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>評価者コメント サービス開始の同意は利用者本人が理解出来ない場合には家族に重要事項、契約書を説明し同意を頂いている。サービス内容や料金等については他事業所と違い『個別機能訓練』専門のスタッフの配置等自信を持って説明を望む。</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
<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>評価者コメント サービスの継続性に配慮した手順、文書は確認出来ない。サービス終了後は利用者や家族等が相談出来るよう担当者や窓口は設置している。事業所変更時には必要な関係資料(フエイシート、モニタリング)で情報提供を行っている。サマリー依頼時も同様でその他は口頭での申し送りとなっている。今後サービスの継続についてはデイサービス独自の手順と口頭だけでなく書面で伝える書式等の検討を期待する。</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	a
<p>利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握しており、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)を具体的に明示している。</p> <p>評価者コメント 居宅ケアプランと通所介護計画書の手順に従って行われている。利用者一人ひとりについてアセスメントにより把握した情報に基づき課題(ニーズ)が個別、具体的に明記されている、また移動中の送迎方法も明記されている。</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	a
<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おり、実際に機能している。</p> <p>評価者コメント サービス実施計画策定の責任者は設置している、アセスメント結果は通所介護計画に反映されている。また個別機能訓練計画書も作成され、各職種による合議も実施、目標達成に向けた具体的な対応策となっている。</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	a
<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る。</p> <p>評価者コメント 見直しについては、居宅プランとの整合性を視野にいれ状況報告とプランの見直し等の検討を行っている、「PDCAのサイクル」は定着し継続して実施している。</p>	