

## 基本情報

## 【受審事業所情報】

事業所名称	慈眼寺寿光園
運営法人名称	社会福祉法人 鹿児島県社会福祉事業団
福祉サービスの種別	養護老人ホーム
代表者氏名	理事長 上荒磯 継男
管理者氏名	施設長 霜出 光久
定員	70人
事業所所在地	〒891-0146 鹿児島市 慈眼寺町16番地7号
電話番号	(099) 268-2514
FAX番号	(099) 267-7981
ホームページアドレス	<a href="http://www6.ocn.ne.jp/~jiganji/">http://www6.ocn.ne.jp/~jiganji/</a>
電子メールアドレス	jiganji@vega.ocn.ne.jp

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 福祉21かごしま
鹿児島県認証番号	鹿児島 06-02号
訪問調査日	平成19年 3月 12日(月)
評価結果決定年月日	平成19年 6月 12日(火)
評価調査者氏名	

## 【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する 事業所の同意の有無	有
-------------------------	---

## 第三者評価結果の概要

### 評価機関総合コメント

昭和37年に慈眼寺養老院として開設された養護老人ホームで、鹿児島市谷山地区の住宅街にあり、公園に隣接し、商店街にも近く環境や便利のよい場所に位置している。開設以来、養護老人ホームとして環境的又は経済的理由による高齢者の生活支援を行う措置施設としての役割を果たしてきたが、平成18年10月の制度改正により、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業を開始し、介護保険適用施設として新たな一歩を踏み出した。建物はやや古く、老朽化している印象は否めないが、居室を2人部屋に改修するなど入居者のQOL向上への配慮もされ、介護保険適用施設への全面移行も見据えた大規模改修工事も具体的に計画しているほか、措置施設から介護保険適用施設に移行することに伴う職員の意識改革にも積極的に取り組んでいる。また、昭和49年に併設した老人福祉作業所を拠点として地域福祉の推進にも取り組んでおり、今後ますます地域福祉の拠点としての積極的な役割が期待される。

### 特に評価の高い点

平成18年10月の制度改正により、利用者が要介護状態になった場合に介護保険サービスの利用が可能となったが、この改正に積極的に対応し、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業の指定を受け、介護サービスの充実を図るとともに、自立的な経営を目指し経営基盤の強化を図っている。また、併設の老人福祉作業所が地域交流の拠点となっており、たくさんの地域の高齢者が利用しているほか、入所利用者も地域文化祭に出演するなどの交流が行われている。サービスの質向上への取り組みは、平成13年以降毎年「自己評価」を実施し、評価結果を分析、課題を明確にして全職員に周知するなど優れた取り組みが行われている。

### 改善を求められる点

評価結果の中でC評価の項目はないので改善を求められる点はないが、以下の事項についての今後の取り組みが期待される。

サービス実施計画の策定について、ニーズや課題についての優先度や実現可能性などについて十分に検討し、アセスメントからサービス計画の策定、サービスの実施に至る一連の過程が相互に連動することへの配慮を行ってほしい。

利用者・家族から情報開示請求があったときの具体的な規程が整備されていないので、規程の作成と職員・利用者への周知を行ってほしい。

## 大項目別の評価概要

### I-1 理念・基本方針

平成18年10月の介護保険制度の一部導入に伴い、自立支援を中心とする基本理念と基本方針の見直しを行い、利用者や家族への説明を行っている。職員に対しても職員会議等で理念・基本方針の確認を行っているが、それらがまだ十分に浸透しているとはいえない状況である。

### I-2 計画の策定

事業団本部において、「経営基本計画」とその具体的取り組み課題を明記した「経営改善計画」が策定されている。当施設においては、それらの計画に基づきつつ、平成18年10月の制度改正に伴う変更点を盛り込んだ事業計画を策定している。事業計画の策定に当たっては、中長期計画に示された基本的な方向性に沿って基本方針を明示し、具体的な内容については各部門で検討し策定している。策定された事業計画は、利用者や家族に対して文書で説明し、職員に対しても職員会議等で周知を図っている。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

制度改正に伴う組織・人員体制・サービス内容・各種規程・マニュアル・様式等の作成や職員の意識改革等について施設長のリーダーシップが強く感じられる。また、遵守すべき法令に関する研修が実施され、サービスの質向上への取り組みについても、利用者評価・職員評価を毎年1回実施するなど利用者の意見・要望等を聞く機会を設ける取り組みが行われている。経営や業務の効率化については、財務分析を行うとともに、効率化に関する具体的な取り組みについて施設全体で考える姿勢を示している。

### II-1 経営状況の把握

経営環境を取り巻く状況については、適宜情報の収集を行い、また、地域の福祉ニーズの把握についても一定の把握が行われている。経営状況の分析については、利用率の把握や財務分析を行っており、それらの結果を職員に周知するとともに、施設別経営会議等を通じて事業計画に反映させている。事業団本部による内部監査は実施されているが、今後、経営改善に資するような外部の専門家の参画が求められる。

### II-2 人材の確保・養成

制度改正に伴う有資格者の職員配置を考慮し、施設独自の人員配置計画を策定し実行した。人事考課については、勤務評定表はあるが、本格的な人事考課制度については事業団本部で今後検討する予定である。職員の就業状況への配慮については、自己申告書の提出とそれに基づくヒヤリングも行われている。福利厚生センターへの加入や職員互助会による取り組みなど職員の福利厚生事業は適切に行われている。職員研修については、職員の教育・研修についての基本姿勢を明示するとともに、個別の研修計画が策定され、その評価が行われている。実習生の受け入れについては、実習生の受け入れに対する基本姿勢や実習指導に関する留意点が明示されているが、実習種別によるプログラムの策定までにはいたっていないので、今後検討されたい。

### II-3 安全管理

事故防止対策委員会・リスクマネジメント委員会が中心となり、事故防止マニュアルを作成するとともに、ヒヤリハット報告・事故報告により事故事例の収集を行い、定期的に会議を実施してそれらの発生要因の分析・未然防止策の検討を行い、職員会議で職員に周知する等、利用者の安全確保に関する取り組みが適切に行われている。

## Ⅱ－４ 地域との交流と連携

利用者は自由に地域の商店等に出かけ買物等を行うことができる。併設の老人福祉作業所が地域交流の拠点となっており、地域の高齢者と入所利用者の交流も行われている。地域住民に対して介護保険制度についての講演会等も行っているが、相談支援については今後の課題である。ボランティア受け入れについては、マニュアルを整備し積極的に受け入れている。関係機関との連携については、福祉事務所・病院・地域自治会・ボランティア団体等と一定の連携が行われているが、ネットワーク化や連携の定期的な取り組みという点ではやや不十分である。地域の福祉ニーズをある程度把握し、今後の事業展開についての青写真はできているが、具体的な取り組みについては今後の課題である。

## Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

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の姿勢は明確である。プライバシーの保護については適切である。利用者評価・入所者全員が参加する「敬愛会」・サービス改善委員会等で定期的に調査を行っておりその実績もある。相談や意見を述べる場は複数あり、掲示などでも周知している。第三者委員の選任も適切である。意見や提案・苦情への対応も迅速、且つ適切に行われている。

## Ⅲ－２ サービスの質の確保

サービスの質向上への取り組みは平成13年以降毎年「自己評価」を行い、その結果は詳細な記録として残されている。分析結果・課題を明確にし、全職員に回覧して周知している。これらの取り組みは特筆に値し、きわめて優れた実績といえる。個々のサービスの標準的な実施方法は、「支援マニュアル」として整備され、平成18年4月改定時には全職員に配布されるなどしているが、配布時の説明や研修、マニュアル内容の改定点の説明などが十分とは言えないので検討されたい。サービス実施状況の記録は、サービス実施計画との関連性に対応した記録とは言い難い。個人情報開示請求があった時の実施細則を整備されたい。実施計画に基づくサービスの実施が行われていることが確認できるような記録を残されたい。

## Ⅲ－３ サービスの開始・継続

サービス内容の選択にかかる情報の提供はよく行われており、配布資料への見易さへの配慮も確認できる。なお、利用者に対する説明と同意は、措置のみの利用者についても何らかの形で説明と同意が行われることが望ましいと思料されるので、実施に向けた検討が期待される。

## Ⅲ－４ サービス実施計画の策定

利用者ごとのアセスメントは詳細に行われているが、ニーズや課題についての優先度や実現可能性等についての検討が希薄になっていることが残念である。サービス実施計画は、策定した計画とアセスメントとの関係が確認できるとは言い難い。また、実施計画どおりにサービスが提供されていることの仕組みの構築についても同様である。現状の記録からは、一部出来ていることが推察できるので、システムの見直しと充実を検討されたい。

## その他

高齢者福祉施設版には付加項目がないので以下の事項を付記する。

1. 食事はバイキング方式となっており、利用者の食事状況や適温、雰囲気作りなどへの配慮が感じられる。
2. 居室は建物構造上やや狭い印象は否めないが、清潔感・プライバシーカーテンの設置等の工夫が行われている。
3. 浴室も構造上の制約はあるが、清潔感にあふれている。逆にやや狭いことが家庭的雰囲気を醸し出している。男女別の浴室が設置されているので、入浴の回数を増やすことができなにか検討してほしい。
4. 車椅子トイレが一箇所であり、静養室を通らねば入れない構造になっているが、平成19年8月までに施設内のすべてのトイレが車椅子対応に改築されることが予定されている。

## 評価細目の第三者評価結果

判断基準項目	評価結果
--------	------

## 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。	
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
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
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

## 評価機関コメント

平成18年10月の介護保険制度の一部導入に伴い、自立支援を中心とする基本理念の見直しと、併せて利用者の人格尊重や家庭や他サービスとの連携を盛り込んだ基本方針の見直しを行い、パンフレットへの記載や施設内への掲示を行うとともに、利用者や家族への説明を行っている。職員に対しても職員会議等で理念・基本方針の確認を行っているが、それらが十分に浸透するのは今後の課題である。

Ⅰ-2 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
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
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a

## 評価機関コメント

事業団本部において、平成15年度から24年度までの10年間を計画期間とする「経営基本計画」と、その具体的な取り組み課題を明記した「経営改善計画」が策定されている。当事業所においては、それらの計画に基づきつつ、平成18年10月の制度改正に伴う変更点を盛り込んだ事業計画を策定している。事業計画の策定に当たっては、中長期計画に示された基本的な方向性に沿って基本方針を明示し、具体的な内容については各部門で検討し策定している。策定された事業計画は、利用者や家族に対して文書で説明し、職員に対しても職員会議等で周知を図っている。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ		
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。	a
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a
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
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

#### 評価機関コメント

平成18年4月に着任した施設長が、制度改正に伴う組織・人員体制・サービス内容・各種規程・マニュアル・様式等の変更・作成等にリーダーシップを発揮し、取り組んできた姿勢が強く感じられる。職員に対しても意識変革を促し、新制度に関する情報提供を行うために、定例職員会議で詳細な資料を準備して講話を行っている。職員会議においては、人権擁護や個人情報保護といった遵守すべき法令に関する研修も行われている。サービスの質向上への取り組みについては、利用者評価・職員評価を毎年1回実施するとともに、施設長が着任以来実施している「お茶会」で利用者の意見・要望等を聞く機会を設けるなど、積極的な取り組みが行われている。また、経営や業務の効率化に関する取り組みについては、財務分析を行うとともに、その結果を職員に示し問題点を共有しながら、効率化に関する具体的な取り組みについて施設全体で考える姿勢を示している。

## 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。	a
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り組みを行っている。	a
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	b

#### 評価機関コメント

養護老人ホームを取り巻く状況については、福祉関係情報誌や研修会・インターネット等で適宜情報の収集を行っている。地域の福祉ニーズの把握については、入所希望者の問い合わせ名簿の作成や施設長が谷山地区地域福祉計画策定委員になっていることから、一定の把握は行われている。経営状況の分析については、利用率の把握や財務分析を行っており、それらの結果を職員に周知するとともに、施設別経営会議等を通じて事業計画に反映させている。事業団本部による内部監査は実施されているが、今後、経営改善に資するような外部の専門家の参画が求められる。

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。	a
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
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
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
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
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り組みが行われている。	a
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
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	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a
II-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	b
評価機関コメント		
<p>必要な人員体制についての計画は、基本的に事業団本部で策定されるが、当事業所では制度改正に伴う有資格者の職員配置が必要であったことから、独自の人員配置計画を策定し実行した。今後の人事配置計画についても策定されている。また、人事考課については、勤務評定表はあるが本格的な人事考課制度については、事業団本部で今後検討する予定である。職員の就業状況への配慮については、自己申告書の提出とそれに基づくヒヤリングが行われている。福利厚生事業については、福利厚生センターへの加入や職員互助会による取り組みなど適切に行われている。職員研修については、研修規程により職員の教育・研修についての基本姿勢を明示するとともに、「職員研修実施要領」に基づいて個別の研修計画が策定され、その評価も行われていたが、研修目標に対する研修内容とその成果との関係がやや不明確であったので、それらの点についての充実を期待したい。実習生の受け入れについては、実習生要領により実習生の受け入れに対する基本姿勢や実習指導に関する留意点が明示されているが、社会福祉士・介護福祉士・ホームヘルパー等の実習種別によるプログラムの策定までにはいたっていなかったため、今後検討されたい。</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り組みが行われている。

II-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
II-3-(1)-②	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

## 評価機関コメント

事故防止対策委員会・リスクマネジメント委員会が中心となり、事故防止マニュアルを作成するとともに、ヒヤリハット報告・事故報告により事故事例の収集を行っている。定期的に会議を実施してそれらの発生要因の分析・未然防止策の検討を行い、職員会議で職員に周知する等、利用者の安全確保に関する取り組みが適切に行われている。

## 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
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	b
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

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
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	b

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
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

## 評価機関コメント

原則として利用者に外出の制限はなく、利用者は自由に地域の商店等に出かけ買物等を行うことができる。また、併設の老人福祉作業所が地域交流の拠点となっており、昨年度は延べ3172人の地域の高齢者が利用した。入所利用者も地域文化祭に出演するなどの交流も行われている。施設長が地域住民に対して介護保険制度についての講演会を行っているが、相談支援については今後の課題である。ボランティア受け入れについては、マニュアルを整備し積極的に受け入れている。平成18年度は延べ403人のボランティア協力があつた。関係機関との連携については、福祉事務所・病院・地域自治会・ボランティア団体等の社会資源が明確にされ、一定の連携が行われているが、ネットワーク化や連携の定期的な取り組みという点ではやや不十分である。谷山地区福祉連絡会議への参加や老人福祉作業所での活動等を通して地域の福祉ニーズをある程度把握し、今後の事業展開についての青写真はできているが、具体的な取り組みについては今後の課題である。



## 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り組みを行っている。	b
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
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ている。	a
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a
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
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
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。	a

## 評価機関コメント

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記している。個々のサービス実施の標準的な実施方法は具体的な支援業務マニュアルで概ね反映されているが、やや明確さに欠ける。虐待防止については当然のこととしてよく対応しているが、具体的に明文化されていないので検討されたい。プライバシーの保護については、入所者全員から氏名等6項目の掲示について文書で同意を取っている。マニュアル等も整備され、適切な対応がうかがえる。利用者満足のための姿勢は明確である。利用者評価・入所者全員が参加する「敬愛会」・サービス改善委員会等で定期的に調査を行っておりその実績もある。これらの結果は分析・検討され具体的な改善策まで提示されており適切である。今後は、さらに改善策の実効性や検証に至るとなるとよい。相談や意見を述べる場は、自治活動などで行う規定もあり、掲示などでも周知している。意見箱の活用もあり、面会室でのプライバシーの保護なども行っている。苦情解決の仕組みは確立しており、第三者委員の選任も適切である。意見や提案・苦情への対応も迅速にかつ適切に行われている。

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。	a
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ている。	a
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々の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
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
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
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
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

#### 評価機関コメント

サービスの質向上への取り組みは、平成13年以降毎年「自己評価」を行い、その結果は詳細な記録として残されている。分析結果・課題を明確にし、全職員に回覧して周知している。これらの取り組みは特筆に値しきわめて優れた実績といえよう。なお、改善策や改善計画を策定する際には、全職員の参加が期待されるとともに、実施状況の定期的な評価も検討されたい。個々のサービスの標準的な実施方法は、「支援マニュアル」として整備され、平成18年4月改定時には全職員に配布されるなどしている。しかし、配布時の説明や研修・マニュアル内容の改定点の説明等や改定の背景となったこととの関連性などの解説は十分とは言えず、組織として仕組みが確立しているとは言い難い。サービス実施状況の記録はよく書かれており、適切な観察記録が残されている。しかし、サービス実施計画との関連性に対応した記録とは言い難い側面を有する。実施計画に基づくサービスの実施が行われていることが確認できるような記録を残されたい。これらの記録管理の責任者が明確でなく、記録管理のシステムが確立しているとは見えがたい。また、情報開示請求があったときの具体的な細則が整備されていない。規程の作成と職員・利用者への周知が期待される。利用者の状況については、LANを活用し、PC画面上で情報の共有ができるようになっており、1日3回の申し送りでも共有化に努めており適切である。

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
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
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

#### 評価機関コメント

サービス内容の選択にかかる情報提供はよく行われており、配布資料への見易さへの配慮も確認できる。見学・短期入所等の実績もある。介護保険適用の特定施設利用開始にあたっての情報提供については、よく工夫するなどの配慮も行っている。利用者に対する説明と同意は、介護保険適用者に対する重要事項説明書をはじめとした複数の資料で行われ、工夫や配慮が感じられる。なお、時代背景などを考えると、制度面の議論は残るが、措置のみの利用者である養護老人ホームへの利用者についても、何らかの形で説明と同意が行われることが望ましいと思料されるので、実施に向けた検討が期待される。他の事業所や医療機関等への移行にあたり、口頭や「看護連絡票」で情報の提供を行っているのが確認できる。一定の対応は認められるが、担当者や窓口が明確でなく、手順や引継ぎ文書が整備されているとは言い難い。システムとして確立され、利用者などへの周知も期待される。

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
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	b
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
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

#### 評価機関コメント

利用者ごとのアセスメントは詳細に行われており、様式も確立し半年毎の定期的な見直しも行っている。その結果として、一人ひとりのニーズは明示されている。ただ、ニーズや課題についての優先度や実現可能性などについての検討の後が見られず、計画策定への繋がりが希薄になっていることが残念である。サービス実施計画は全利用者について策定されており、複数の職種の関わりも概ね確認できる。しかし、計画策定の責任者が明確でなく、必要な職種の参加のシステムが確立しているとは言いがたく、策定した計画とアセスメントとの関係が確認できるとは言い難い。また、サービス計画策定にあたって、利用者の意向把握と同意も十分ではない。さらに、実施計画どおりにサービスが提供されていることの仕組み構築についても同様である。現状の記録からは、一部出来ていることが推察できるので、システムの見直しと充実を検討されたい。なお、日本介護支援協会版「新型養護老人ホームパッケージプラン」の導入が4月以降順次行われることが決まっている。これらの様式を活用することで、評価・計画策定・サービス実施・見直しの一連の流れが明確になる予定であるので、一層の充実が期待される。