

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	宇治明星園 白川ケアハウスあさぎり	施設種別	軽費老人ホームケアハウス
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和7年3月6日

総 評	<p>社会福祉法人宇治明星園は、昭和49年に設立され、翌年に養護老人ホームを開設されました。昭和52年には、保育園も開園されています。養護老人ホームの入居者などからの「宇治市内に特養が欲しい」と訴えがあり、その意見を反映して昭和59年には特別養護老人ホームも開設されました。現在は、宇治市内で、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、デイサービスセンター、ホームヘルプステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、小規模多機能型居宅介護などを複数運営されています。</p> <p>ケアハウスあさぎりは、宇治市白川地区で、特別養護老人ホームや居宅介護支援事業所、デイサービスと併設されています。事業所の理念として、「穏やかな気持ちで自分らしく暮らせる温かなケアハウス（ひとつ屋根の下でお隣さんと心地よい繋がりをもちながら）」を掲げ、利用者の支援を行っておられます。また、併設事業所との協働により、ご自宅で暮らすことができない利用者を最期まで支えることができるように支援をされています。</p> <p>利用者の自立支援のために、ケアハウス内で実施されているサークル活動（カラオケ、麻雀、園芸、トランプ、書道）は利用者自らが主体的に活動されており、職員は補助的に関わるように心がけておられます。</p> <p>園長を始め、職員の方々は、利用者の仕草や表情をよく見られ、何気ない状況から利用者の状態を把握し、支援されています。また、職員が利用者に笑顔で話しかけておられたことが印象的で、利用者からの信頼も得ておられると感じました。</p> <p>利用者の食事中や敷地内を散歩されている様子を拝見しましたが、利用者同士が主体性をもって生活されており、それを見守りながら、必要に応じた支援を行っておられることを確認しました。</p>
特に良かった点(※)	<p>○事業計画 毎年3月に、法人及び事業所別のスローガン、活動方針、具体的な取り組みを明記した事業計画を策定されています。実際の利用者支援の取り組み、稼働率目標や設備投資などの収支面などを具体的に定めておられます。半期ごとに評価を行い、計画内容の見直しを行っておられます。</p> <p>○アセスメント・個別計画 利用開始時に、ケアマネジャーからの情報を入手すると同時に、利用者や家族からのアセスメントを実施し、利用者の意向や状態を把握されています。それに基づいて個別計画を作成され、ケアマネジャーや他の介護サービス事業所、医療機関などと連携し、入所後の支援を実施しておられます。</p>

	<p>○情報発信</p> <p>法人として、毎年「1年の歩み」を発行されています。各事業所の報告、第三者評価の結果、外部評価の結果、苦情・事故の分析結果、収支決算報告、事業計画・報告などをわかりやすくまとめておられます。また、職員の業務中の様子をコラムとして掲載され、事業運営の実態がわかりやすいものとなっていました。この冊子を利用者や家族だけではなく、行政機関や関係機関など、広く地域に配布されています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○プライバシー保護</p> <p>利用者の基本情報などを漏洩しないことなどを定めた個人情報保護に関する規定は確認しました。しかし、ケアハウスという事業の特性上、直接身体介護があまりないためと思われませんが、利用者の羞恥心などへの対応についての規定は確認できませんでした。しかし、浴室やトイレなどは共同で使用しているため、利用者が使用されている時に留意する点などを明記することで、プライバシーについて、職員の気付きにもつながるものと考えます。</p> <p>○業務マニュアル</p> <p>職員の勤務時間に合わせて、タイムスケジュールの形で、業務マニュアルが作成されていました。しかし、時間ごとに実施する業務の項目のみが記載されているため、その業務を行うための手順や方法が記載されていませんでした。どの職員でも同じ質での業務を行うことができるように、業務内容を明記することを期待します。</p> <p>○研修体系</p> <p>事業計画の策定と合わせて、法人・事業所の教育研修計画を策定されています。また、法令上必要とされている研修については、法人内の委員会（虐待、身体的拘束、感染症など）で実施されていました。しかし、階層別や職種別の研修が確認できず、職員の理解やスキルに応じた研修の実施が必要と考えます。事業所の職員は少ないですが、法人のスケールメリットを活かし、法人内の別の拠点の同じレベルの職員と同じ研修を受けることができるような体制を構築していただくことを期待します。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【共通評価基準】

評価結果対比シート

受診施設名	宇治明星園白川ケアハウスあさぎり
施設種別	軽費老人ホームケアハウス
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2025年1月31日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	a
[自由記述欄]					
1. 法人の経営理念や運営理念は諸規則の一部として策定し、パンフレットへの掲載や事務所内への掲示等を行っています。この理念を基に、法人の倫理要領を定め、職員の行動規範を明示しています。利用者や家族に対しては機関紙等への掲載により周知しています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	2	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	a
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	a
[自由記述欄]					
2. 法人の管理職会議で京都府や京都府社会福祉協議会からの情報を共有し、福祉事業の動向について分析しています。園長と総務職員により、毎月、試算表を作成し、経営面について確認しながら運営を行っています。 3. 法人の理事会や常務理事会において、法人全体の経営状況の確認や課題の共有を行っています。最近の情勢では、食材費等が高騰していることに対する対応を協議しています。法人や拠点の管理職会議に園長が参加し、状況を把握しています。ケアハウス内の職員会議において経営状況や課題等について周知しています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-3 事業計画の策定	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	4	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a	a
		5	② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	a
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	a
		7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	b
[自由記述欄]					
4. 法人として、中長期計画を策定しています。法人の理念を基に基本計画を定め、各事業所ごとの現状や目標等を明記しています。設備の老朽化に対して、優先順位を確認し、計画的に改修等を行うことを明示しています。理事会や管理職会議において評価を行い、必要に応じて見直しを行っています。 5. 園長と生活相談員が中心となって、法人の中長期計画を基にして、事業所の事業活動（経営）計画を策定しています。利用者への対応や稼働率目標、地域住民に対する取り組み等を具体的に記載しています。職員会議において職員に周知しています。 6. 毎年3月に、職員会議で職員からの意見を聞き、園長と生活相談員が主となって事業計画を策定し、新年度4月の職員会議で職員に周知しています。事業計画は事務所に掲示し、常に内容を確認し、実行することを心がけています。上半期終了時に評価を行い、必要があれば見直しを行っています。 7. 事業計画の一部については、利用者に対して月1回実施している「ふれあい座談会」で説明しています。参加していない利用者に対しては、記録の配布とあわせて廊下に掲示して周知しています。しかし、家族に対しての周知や説明は行っていません。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	8	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b	b
		9	② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	a
[自由記述欄]					
8. 利用者へ提供するサービス内容について職員会議や毎日のミーティングで確認を行い、振り返りを行っています。ケアハウスという事業特性により、利用者はほぼ自立しているため、利用者の声を拾い上げ、それに対応することで、サービスの質の向上を図っています。しかし、コロナ禍もあり、第三者評価の受診は平成25年度が最終受診となっています。 9. 職員会議で抽出した課題については継続して検討を行い、改善しています。また、職員だけではなく利用者にも「ふれあい座談会」の場で説明を行い、職員会議で協議した改善点については、利用者の意見を確認してから変更しています。					

Ⅱ 組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-1 管理者の責任と リーダーシップ	Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	10	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	a
		11	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	a
	Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	a	a
		13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	a

[自由記述欄]

10. 園長としての役割について、法人として「職務基準書」により定めており、職員会議等で職員に周知しています。利用者の自主性を促すことを方針として、職員会議で周知しています。園長が拠点施設の防火管理者を務めており、災害発生時には園長が指揮し、園長に連絡がつかない時は生活相談員が代行しています。

11. 園長は、法人や行政が実施している人権学習会等に参加し、法令遵守について把握しています。職員に対しては、拠点施設内に設置している委員会が主となり、虐待や身体拘束、感染症などの幅広い法令について、研修を行っています。

12. 園長は、サービスの質の向上のために、職員が認知症についての研修などを受講できるように取り組んでいます。利用者の年齢層が上がってきており、それに伴い直接身体介護を行うことも増えているため、身体状態を維持するための対応など、今後必要とされる新しいサービスを行うための取り組みを行っています。また、同市内にある別法人が運営しているケアハウスを訪問し、他の事業所が行っている対応を把握し、サービスの質の向上に活かしています。

13. 園長は、常に利用者の様子を把握し、積極的に利用者との関わりを持っています。また、職員会議や管理職会議に参加し、経営状態を把握し、実際に聞き取った利用者の意見をくみ取って、業務内容の改善に努めています。利用者の入所時の年齢が上がってきているため、職員の介護負担の増加が見込まれる等の課題に対して、職員の研修参加への支援や人員体制を厚くする等の取り組みを行っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-2 福祉人材の確保・ 育成	Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事 管理の体制が整備されている。	14	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	a
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	a
	Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b	a

[自由記述欄]

14. 法人としてキャリアパス制度を導入し、職員のモチベーションの維持や向上を図っています。資格取得に関する規程を設けて職員の資格取得のための支援を行っています。人材の確保に当たっては施設の広報、案内については、就職フェアやSNSを通じて行っています。また、職員の育成のため一人ひとり教育研修計画を策定しています。

15. 法人が職員の個人別の職能給を適正に管理・運営・決定していくため等級表を制定し、これに園長が人事考課課程、育成計画に基づく職務遂行能力を合わせて運用、適正な人事管理を行っています。

16. 園長と職員が面談を年2回行い、職員の意向、希望を聞き取っています。有給休暇や時間外労働の管理を園長、相談員が行っていますが、有給休暇取得率はほぼ100%で、超過勤務は殆どありません。法人が福利厚生として育児休暇や介護休暇を就業規則に基づき取得できるようにしています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-2 福祉人材の確保・ 育成	Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	a
		18	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b	b
		19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b	b
	Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる 専門職の研修・育成が適切に行わ れている。	20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	b

[自由記述欄]					
<p>17. 法人が策定する教育研修計画を基に、園長と職員の個別面談内で職員個人の研修計画を作成し、これに基づいて研修を行っています。また、外部研修を積極的に受講するよう奨励しています。職員が研修計画通りに研修を受講できているかどうかの確認を行っています。なお、無資格者については、介護職員初任者研修を受講させて、介護職員としての必要な基礎知識とスキルを習得してもらうようになっています。</p> <p>18. 個人の研修計画を策定し、それにもとづく研修を実施しています。法人内には、各事業所から1人が参画する研修委員会を月1回開催し、職員の研修状況、研修課題を検討しています。しかし、研修計画の見直しはできていません。</p> <p>19. 職員個人の育成計画、資格目標計画等を明確化にし、これに基づいて内部研修を行い、外部研修への参加を奨励しています。資格取得奨励に当たっては、施設が費用負担をしています。階層別および知識・技術水準に応じた研修は確認できませんでした。</p> <p>20. 実習指導要綱を策定し、受け入れマニュアル、プログラムは整備しています。これまで、事業所では実習受け入れを行っておらず、実習指導者を配置しておらず、研修も実施していません。</p>					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-3 運営の透明性の確保	II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	21	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	a
		22	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	a

[自由記述欄]					
<p>21. 宇治明星園白川実行委員会で、事業計画や報告、事故・苦情内容、収支状況等をまとめた「1年のあゆみ」(情報誌)を、機関紙と合わせて行政機関や福祉関係事業所に配布し、ホームページでも市民を含む全国の人に施設についての情報を発信しています。</p> <p>22. 法人の諸規則に基づいて運営しており、財務状況については公認会計士、税理士が内容を点検し外部検査を行っています。なお、評議員や公認会計士から利用者稼働率への指摘等も行われており、それに基づいての運営を行っています。現在、施設が地域におけるセーフティネットの役割を果たす必要性が期待されており、それに沿っての運営を行っています。</p>					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-4 地域との交流、地域貢献	II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	23	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	a
		24	② ボランティア等の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	a
	25	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a	a	
	26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	a	
	27	② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	a	

[自由記述欄]					
<p>23. 法人設立精神で「地域に開かれた地域に根ざした地域住民に支えられた施設づくり」を謳っており、これに基づいて地域(白川地域、隣接の高齢者施設)との関係性を構築しています。白川地域で行われている地蔵盆に利用者が参加、隣接の高齢者施設とは防災訓練に職員が参加しています。また、利用者は隣接の診療所で予防接種や定期健康診断を受けています。利用者が近隣スーパーマーケットを利用する時には施設の車で送迎を行っています。</p> <p>24. コロナ禍でボランティア受け入れが滞っていましたが、現在では感染症対策を施して受け入れています。職員が宇治明星園白川のチームの一員として市内小学校を訪問し、認知症への理解を深めるためキッズサポーター養成を行っています。</p> <p>25. 地域の学区福祉員、民生児童委員が参画する学区幹事会に参加し、地域の課題や社会資源の把握を行っています。また、併設の居宅介護支援事業所のケアマネジャーを通じて利用者に係る社会資源を明確にして連携を図っています。</p> <p>26. 白川地区の少子高齢化による通勤・通学の減少等の影響を受けて、公共交通機関が年々減少したことから、以前は施設が巡回バスを配置していましたが、現在は中止されており、今後、再開するかどうか検討中です。白川地区の行事に職員が参加し、施設の夏祭りに白川地区の住民が参加されています。</p> <p>27. 「地域に根ざした施設」をもとにした活動をしています。白川学区福祉員、民生児童委員を通して地域のニーズを把握しています。地域住民を対象とした人権学習会を開催や地域への出前講座に職員を派遣しています。地域との交流会を開き、利用者も参加しています。</p>					

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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。	28	① 利用者を尊重した福祉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	a
		29	② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	b
	Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。	30	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	a
		31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	a
		32	③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	a

[自由記述欄]

28. 法人の倫理マニュアルに基づき、基本的な人権への配慮、事業所理念に「自分らしく暮らせる」を謳い、利用者の想いを尊重したサービスを実施しています。法人の人権研修会を毎年開催すると共に事業所では、新聞等から具体例を挙げて職員が人権啓発を意識するような取り組みを行っています。

29. 人権推進委員会、虐待防止検討委員会、身体拘束適正化委員会を設置しており、月1回程度、委員会を開催しています。また、新規採用時に研修を実施し、新人職員に周知徹底しています。パンフレット等への利用者の写真掲載については、事前に利用者、家族の了承をとるとともに、その都度、説明と再度の了承を得ています。しかし、利用者の羞恥心等に配慮したケアを行うためのマニュアルは確認できませんでした。

30. パンフレットや事業所のホームページなどにサービスに関する情報を掲載し、電話対応、施設見学の受け入れを行い、説明および館内の案内を実施しています。ケアハウスのパンフレットは今年度作成しました。

31. 入居契約時に、運営規程や重要事項説明書を用いてサービス内容の説明を行っています。日頃から「ふれあい座談会」、掲示物で情報提供を行っています。入居後にADLの低下や認知機能の低下があり、介護保険サービスの利用が必要となった時は、利用者、家族の同意とともに医療や関係機関と連携をしています。

32. 事業所の変更にあたり、利用者、家族への説明と事業所間で必要な情報を共有し、転所後も面会に行き、現状の把握を行っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。	33	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	a
		34	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	a
	Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	35	② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a	a
		36	③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	a

[自由記述欄]

33. 月1回の「ふれあい座談会」と意見箱の設置、利用者アンケートを実施するとともに、日頃から相談しやすい雰囲気づくりと環境を整え、利用者の声を聴いています。利用者等からの意見やアンケート内容は掲示し、検討結果に基づいて具体的な改善を行っています。

34. 苦情に対して、迅速に対応を行い、その結果を利用者や家族にフィードバックをしています。個人情報に配慮した上で、施設内での掲示や「1年のあゆみ」への掲載等により公表しています。また、ご意見投書一覧を作成し、意見を職員に周知しています。苦情解決のフローチャートを作成し、苦情解決の仕組みを確立しています。

35. 意見箱やふれあい座談会など、相談や意見を述べやすい環境を整備しています。くつろぎ広場、ふれあい広場は相談しやすいスペースとなっています。全室個室であり、相談しやすい環境にあります。

36. 法人の苦情処理マニュアルに基づき組織的に対応しています。年1回、年度初めにマニュアルの改訂を行っています。利用者の意向により、トランプサークルや麻雀サークル、書道クラブ等を立ち上げ、物品等を事業所が準備し、利用者が自主的に参加しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	37	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b	a
		38	② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	a
		39	③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にやっている。	a	a

[自由記述欄]

37. 法人の事故対策委員会の検討内容をふまえ、利用者の安全確保のために、環境整備を行っています。ヒヤリハット報告書を作成し、事故予防と改善を行い、職員の意識向上を図っています。事故報告書、事故対応マニュアルを整備しています。
 38. 感染症予防、発生時対応マニュアルを変更のたびに見直し、感染症疾患報告書を作成するとともに、対策委員会を月1度程度開催しています。全室個室のため、利用者に換気や手洗いの声掛けを行っています。
 39. 安全確保のため建物の耐震補強をしています。防火委員会において防災マニュアルを整備しています。定期的な研修及び隣接の高齢者施設と合同の避難訓練を実施しています。非常食の保管場所について写真付きリストを各部署に設置し、定期点検を担当職員が行っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	40	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b	b
		41	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	b
	Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	42	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b	a
		43	② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b	b
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	44	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b	b
		45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b	b

[自由記述欄]

40. 業務マニュアル、フローチャートで職員の動きが分かる仕組みづくりをしています。業務マニュアルは定期的に見直しを行っています。しかし、業務内容の詳細を記載しておらず、実施を確認する仕組みを確認できませんでした。
 41. 標準的な実施方法の検証や見直しについて法人の会議で話し合われています。しかし、検証や見直しにあたり、職員や利用者からの意見や提案が反映される仕組み作りに取り組みしていません。
 42. 利用者一人ひとりのアセスメントを行い、ニーズ把握に努め、事業所理念にある「自分らしく暮らせる」生活の場を目指して、計画作成を行っています。個別計画書に基づき、見守りやサポート、ニーズに沿った適切な福祉サービスの提供を行っています。
 43. サービスの見直しは、利用者や家族、ケアマネジャー、関係機関と協議検討を図り実施しています。入所時に作成された個別計画書の見直しを行っていないため、利用者の状態変化時には、アセスメントの実施とそれに基づく個別計画書の見直しが望まれます。
 44. 利用者の状況やサービス提供について、法人で統一した書式、記録を行っています。記録する内容は決まっていますが、書き方や内容に差異が生じないようにするための記録要領の作成や職員への周知、指導は行っていません。
 45. 個人情報保護及び記録の管理は法人の諸規定に基づき実施しています。職員は、個人情報保護規定等を理解し、厳守しています。実質的には園長が記録の管理を行っていますが、記録管理の責任者を明確に規定していません。