

評価項目表（共通項目）

（調査日：平成21年2月12日、13日）

| 番号          | 評価項目                    | 評価確定     | 評価の根拠  | 特記事項                                 |
|-------------|-------------------------|----------|--|--------------------------------------|
| I           | 福祉サービスの基本方針と組織          |          |  |                                      |
| 1 I-1-(1)-① | 理念が明文化されている             | Ⓐ b c NA | 法人の目指す方向をしめした理念が明文化され、事業計画、ホームページに掲載されるとともに、事業所内にも掲示されている。                                     |                                      |
| 2 I-1-(1)-② | 理念に基づく基本方針が明文化されている     | Ⓐ b c NA | 基本方針（運営目標）は理念に基づき明文化され、事業計画書や広報誌に記載され、また、事業所内にも掲げられている。  |                                      |
| 3 I-1-(2)-① | 理念や基本方針が職員に周知されている      | Ⓐ b c NA | 事業計画書は職員全員に配布し、併設施設の千松園との職員全体会や職員会等で理念や基本方針について説明会を行っている。また、毎週月曜日の申送りの際に理念と目標（基本方針）を斉唱し確認している。 |                                      |
| 4 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 c NA | 入居者自治会（あすなる会）や入居者総会時に説明するとともに、要約版を作成して配布している。また、ふれあい教室参加の地域住民にも理念等が掲載されている広報誌を配布するなど取り組まれている。  |                                      |
| 5 I-2-(1)-① | 中・長期計画が策定されている          | a b ㉔ NA | 17年度には策定されているが、その後見直しや計画策定の検討は行っておらず、現在中・長期計画はない。  |                                      |
| 6 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 ㉔ NA | 毎年度の事業計画は立てているが、中・長期計画は策定されていない。   |                                      |
| 7 I-2-(2)-① | 計画の策定が組織的に行われている        | a ㉔ c NA | 毎年度の事業計画は、園長が主任会で大枠を示し各職員等から意見を聞き取りまとめて作成されているが、評価や見直しについて担当段階では行われているが、組織としての手順は定められていない。     | 評価や見直しについて、組織として手順等を定め実施されることが望まれる。  |
| 8 I-2-(2)-② | 計画が職員や利用者等に周知されている      | a ㉔ c NA | 職員への周知は、職員全体会等で事業計画を配布し説明している。利用者等に対しては、入居者自治会で説明しているが、資料等は配布していない。                            | 障害を持つ利用者に対する周知の方法や工夫について配慮することが望まれる。 |

| 番号            | 評価項目                          | 評価確定     | 評価の根拠  | 特記事項                                    |
|---------------|-------------------------------|----------|--|---|
| 9 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 NA | 毎週行われる主任会や毎月行う職員全体会等でリーダーシップを発揮するとともに、運営理念・目標・使命・方針を周知されている。また、園長に対するアンケート調査を実施するなど取り組まれている。 |   |
| 10 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 NA | 全国大会や中・四国大会に参加し、復命も行なっている。関係法令の理解や最新情報の収集については、インターネットを活用し資料を職員に回覧するとともに職員会等でも周知している。        |   |
| 11 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 NA | 園長は、各種職員会に出席し、サービスの実施状況を把握するとともに、職員から園長の講話に対するレポートの提出や年2回の定例ヒアリングで意見を聞くなど、質の向上にむけて取り組んでいる。   |   |
| 12 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 NA | 園長は、主任会や職員会で毎月の収支状況を示し職員に経営への理解を促すとともに、業務の反省、改善、施策推進の取り組みへの指示を行うなど、情報の共有を図りながら指導力を発揮している。    |   |
| II            | 組織の運営管理                       |          |  |   |
| 13 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 NA | 県内もう一カ所の救護施設との定期的な勉強会や、救護施設の全国大会、中・四国大会に参加し意見交換や施設見学等を行うなど、情報の把握に努めている。                      |   |
| 14 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 NA | 職員に毎月業務報告書により収支を周知しており、光熱水費等については、昨年との比較から分析し改善への取り組みを行っている。                                 |   |
| 15 II-1-(1)-③ | 外部監査が実施されている                  | Ⓐ b c NA | 毎月適正な科目修正や会計処理の指導を税理士より受けており、6ヶ月毎に経営分析も行われている。   |   |
| 16 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 Ⓒ NA | 国の配置基準以上の人員の配置を行う等取り組まれている面はあるが、組織として必要な人材や人員体制についての具体的なプランは示されていない。                         | 組織として必要な人材や人員体制に関する具体的なプランを確立することが望まれる。 |
| 17 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 c NA | 人事考課は、半期ごとに全職員を対象に実施している。職員には事前に説明を行い、自己評価の提出や役員職員とのヒアリングを行い、結果についても職員にフィードバックするなど取り組まれている。  |   |

| 番号 | 評価項目   | 評価確定     | 評価の根拠  | 特記事項   |
|----|--|----------|--|--|
| 18 | Ⅱ-2-(2)-①<br>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 c NA | 就業状況は毎月の勤務予定表と勤務実績表で把握している。定期的なヒアリングや職員の提案を受け、利用者の状況から遅出・早出勤の見直しを行う等改善する仕組みは構築されている。   |  |
| 19 | Ⅱ-2-(2)-②<br>福利厚生事業に積極的に取り組んでいる                              | Ⓐ b c NA | 福利厚生センターには施設運営開始当初から加入するとともに、法人独自の福利厚生に関する規定、要綱や施設職員の自治会にあたる「緑松会」規約等が整備されており、福利厚生面は充実している。                                   |  |
| 20 | Ⅱ-2-(3)-①<br>職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている                        | a Ⓑ c NA | 組織としての基本姿勢は事業計画に「施設の人財育成基本」の5本柱に基づき、施設内・外の研修に意欲的に取り組み、また資格取得に関しても勤務への配慮を行うなど取り組まれているが、組織が職員に求める専門的技術や専門資格の明示はない。             |  |
| 21 | Ⅱ-2-(3)-②<br>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 Ⓒ NA | 組織として個別の教育・研修計画は策定されていない。  | 職員一人ひとりの教育・研修計画が策定され、その研修計画に基づき実施された研修結果を評価・分析し、それを次の研修計画に反映されることが期待される。 |
| 22 | Ⅱ-2-(3)-③<br>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 Ⓒ NA | 研修を終了した職員は、研修報告書を提出し職員全体会等で報告発表を行っている。しかし、組織として個別の教育・研修計画が策定されていないため、次の研修計画の反映までには至っていない。                                    |  |
| 23 | Ⅱ-2-(4)-①<br>実習生の受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 b Ⓒ NA | 実習受入れ要綱は作成されているが、内容が実習生の目的・目標・心得等になっており、施設側として実習生受け入れのための基本姿勢を示すマニュアルは整備されていない。  |  |
| 24 | Ⅱ-2-(4)-②<br>実習生の育成について積極的な取組を行っている                          | Ⓐ b c NA | 介護福祉士、社会福祉士や大学の介護体験等の受け入れを行っている。プログラムについては専門学校等と連携を取りながら取り組んでいる。   |  |
| 25 | Ⅱ-3-(1)-①<br>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    | Ⓐ b c NA | 職員の緊急連絡網が整備されている。利用者が外出する時は個人カードを持ち、地域の方とは日頃から顔馴染みでありもしもの時は連絡が貰える体制はできている。また、感染症については年2回職員全体会で簡単なテストを行うなど、職員へ徹底する取り組みも始めている。 |  |

| 番号 | 評価項目  | 評価確定     | 評価の根拠  | 特記事項  |
|----|---|----------|--|---|
| 26 | II-3-(1)-②<br>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 c NA | ヒヤリハットは記録し、その要因分析と対応策を職員で検討している。   |   |
| 27 | II-4-(1)-①<br>利用者と地域とのかかわりを大切にしている            | Ⓐ b c NA | 地域住民を対象として「ふれあい教室」や「バイキング食」を実施するなど、地域の方と利用者の交流ができています。また、事業所の事業報告を千松園・浦戸園運営協議会で行う際にも、地域の住民代表の方々が委員として参加するなど地域とのかかわりを積極的に行っている。 |   |
| 28 | II-4-(1)-②<br>事業所が有する機能を地域に還元している             | Ⓐ b c NA | 地域住民を対象に「ふれあい教室」では、園長が福祉に関する講話をしたり、栄養士による高齢者向けの料理教室を行ったり、地域住民の会合の場としてホールを無料で提供したり、地域の子ども会にグラウンドを開放するなど取り組まれている。                | 施設が持つ専門的な技術や情報を地域に提供している。自立支援法について、他施設、養護学校などに出向いて講演も行っている。 |
| 29 | II-4-(1)-③<br>ボランティア受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 c NA | ボランティア受入れの施設業務マニュアルがあり、受付・登録・活動内容についても整備されている。   |   |
| 30 | II-4-(2)-①<br>必要な社会資源を明確にしている                 | Ⓐ b c NA | 施設運営協議会が地域の学校・警察・消防・子供会・老人クラブからの各代表と入居者の家族、園長・次長・指導員で構成され、毎年開催し情報交換している。また、職員には職員全体会・主任会・申送時に協議内容等を報告し共有している。                  |   |
| 31 | II-4-(2)-②<br>関係機関等との連携が適切に行われている             | Ⓐ b c NA | 県内もう一カ所の救護施設と2カ月に1回勉強会を行い情報交換している。また、福祉事務所とも年2回会を持ち情報を共有している。  |   |
| 32 | II-4-(3)-①<br>地域の福祉ニーズを把握している                 | a Ⓑ c NA | 「ふれあい教室」や施設の夏祭り、秋の収穫祭などで地域の方と交流はあるが、地域へ出向いての福祉ニーズの把握までには至っていない。  | 施設に来ていただく機会は多いが、地域に出向き福祉ニーズを把握する機会を工夫することが期待される。            |
| 33 | II-4-(3)-②<br>地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている        | Ⓐ b c NA | 事業計画に「地域福祉の推進」を明示し、地域住民向けに「ふれあい教室」や栄養士・看護師が専門的知識を活かした健康に関する講義を行うなどの取り組みを行っている。   |   |

|    | 番号        | 評価項目                                  | 評価確定       | 評価の根拠   | 特記事項   |
|----|-----------|---------------------------------------|------------|---|--|
|    | Ⅲ         | 適切な福祉サービスの実施                          |            |   |  |
| 34 | 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 c NA   | 事業計画書に理念や方針を明示し、職員会や職員全体会等で周知している。また、個別支援計画作成のための勉強会を月2回実施するなど取組んでいる。                                   |  |
| 35 | 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 Ⓒ b c NA | 自由にくつろげるスペースとして、要所要所に長いすやテーブルを配置するなど工夫されている。プライバシーに関する規定は施設業務マニュアルに定められているが、職員に周知する取り組みとしては十分でない。       | 利用者のプライバシーに関することについて、継続的に職員研修等で取り上げ話し合いをすることが望まれる。 |
| 36 | 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               | Ⓐ b c NA   | 食事については、年2回嗜好調査を実施し、また月1回ホームルームを実施するとともに、担当者が個別に聞き取りを行うなど取り組まれている。                                      |  |
| 37 | Ⅲ-1-(2)-② | 利用者満足の向上に向けた取組を行っている                  | Ⓐ b c NA   | 入所者自治会（あすなる会）からの提案による自動販売機の設置については、検討し対応するなど取り組まれている。   |  |
| 38 | 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 c NA   | 寮母室前カウンターに苦情箱の設置、担当職員と入居者のホームルームの実施（意見収集活動）、また、毎月第三者委員による相談苦情等の聴き取りを行うなど環境は整備されている。                     |  |
| 39 | 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 c NA   | 苦情解決の体制は整備され、要望や苦情等があった場合には職員会や毎月開催する第三者委員を交えた苦情処理委員会で検討し、結果は利用者に報告するとともに施設内掲示板へ掲示するなど、苦情解決の仕組みは機能している。 |  |
| 40 | 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 NA   | 苦情解決（生活改善）委員会規約や業務マニュアルの中に、対応や手順等について規定されている。簡易に解決できることはすぐに、時間を要することは規約等を踏まえて検討し対応されている。                |  |

| 番号           | 評価項目                                  | 評価確定                                      | 評価の根拠   | 特記事項  |
|--------------|---------------------------------------|---|---|---|
| 41 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 <input checked="" type="radio"/> NA   | サービス内容について、自己評価、第三者評価等を定期的に行う体制はない。しかし、自己評価、第三者評価といったものではないが、施設運営協議会を毎年1回開催し、入居者の家族や地域関係者(14名)に事業報告を行い話し合われている。 |   |
| 42 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 b <input checked="" type="radio"/> NA   | 評価としては実施していない。  |   |
| 43 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               | a b <input checked="" type="radio"/> NA   | 改善計画は立てられていない。  |   |
| 44 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 | a <input checked="" type="radio"/> c NA   | 標準的な実施方法は「施設業務マニュアル」に記載しているが、実施されている確認の仕組みが十分とは言いがたい。   | 実施された内容を確認する仕組みとして、記録の取り方等の工夫が望まれる。                                     |
| 45 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 <input checked="" type="radio"/> NA   | 標準的な実施方法は「施設業務マニュアル」に記載しているが、定期的な検証は行っていない。   | 見直しについては少なくとも年に1回は検証し、標準的な実施方法について職員間の共通認識を持つ意味からも組織として仕組みを確立することが望まれる。 |
| 46 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 <input checked="" type="radio"/> c NA   | サービス実施に関する記録と、日々の記録が別に綴じられており、一人ひとりが受ける全体のサービスの把握が難しい。  | 計画や記録等については、統一した様式で、利用者一人ひとりのサービス等がすぐに把握できるよう検討されることが望まれる。              |
| 47 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 <input checked="" type="radio"/> c NA   | 個人情報保護法に関しては理解しており、職員研修も行っている。記録管理に関する規程は整備されているが、その中の文書の保存・廃止に関し、具体的な年数が定められていない。                              |   |
| 48 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             | <input checked="" type="radio"/> a b c NA | 朝のミーティングでの送り・随時の処遇検討会、定期的に開催する職員全体会・主任会・寮母会等で利用者状況の情報を共有している。   |   |
| 49 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          | <input checked="" type="radio"/> a b c NA | 施設の情報はパンフレット、ホームページ等で提供しているが、措置施設であることから、利用者への情報は行政から提供される場合が多い。  |   |
| 50 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            | <input checked="" type="radio"/> a b c NA | 利用者への説明と身元引受人の署名の文書がある。   |   |

|    | 番 号       | 評 価 項 目                                  | 評価確定     | 評価の根拠   | 特記事項                              |
|----|-----------|--|----------|---|-----------------------------------|
| 51 | 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 c NA | 最近はないが入院のための退所や本人の希望等により施設を変更するときは、家族や福祉事務所担当と相談し、本人・家族・措置権者等の同意を得て支援している。事業所変更の際には、サマリーを作成し情報の提供と説明を行っている。 |                                   |
| 52 | 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 Ⓑ c NA | 全国救護施設の個別支援計画書の様式を取り入れて、18年度から勉強会を行いながらアセスメントを行っているが、職員全員が理解するまでに至っていない。年一回「ADL」調査は行っている。                   |                                   |
| 53 | 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                | a Ⓑ c NA | 個別支援計画書の作成手順は定められているが、個別のサービス内容の明示は十分でない。   | まずは利用者全員の個別支援計画の作成を早急に進めることが望まれる。 |
| 54 | Ⅲ-4-(2)-① | サービス実施計画を適切に策定している                       | a Ⓑ c NA | 各担当職員が個別支援計画書の策定を行うこととしているが、理解できていないため計画作成に時間がかかり、個別支援計画の作成が十分できていない。                                       |                                   |
| 55 | 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 Ⓑ c NA | 個別支援計画の作成が十分でないため、実施計画の評価・見直しまでには至っていない。  |                                   |

評価項目表（付加項目）

| 番号          | 評価項目  | 評価       | 評価の根拠   | 特記事項 |
|-------------|---|----------|---|------|
| A-1         | 利用者の尊重  |          |   |      |
| 1 A-1-(1)-① | コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。              | Ⓐ b c NA | コミュニケーション手段についてはマニュアルを作成し、聴覚障害の方には、絵文字や身振り手振りで意志疎通を図るようにしている。                             |      |
| 2 A-1-(1)-② | 利用者の主体的な活動を尊重している。                            | Ⓐ b c NA | 入居者自治会（あすなる会）の役員とも話し合いながら、利用者の主体的な活動を尊重している。施設内の掃除をはじめ、番線やニラの結束作業など参加する方の支援等を行なっている。      |      |
| 3 A-1-(1)-③ | 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。       | Ⓐ b c NA | 利用者の見守りや支援体制については、日々の申し送りや職員会等で話し合っている。自分で洗濯したいが全自動洗濯機が使えない方に二層式洗濯機を導入するなど支援している。         |      |
| 4 A-1-(1)-④ | 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。                   | Ⓐ b c NA | 病院への通院について一人で行ける利用者は公共機関等を使って行ってもらったり、地域の硬筆教室に参加した利用者は、預貯金を引き出す際の申請書に自筆で書けるようになるなど支援している。 |      |
| A-2         | 日常生活支援  |          |   |      |
| 5 A-2-(1)-① | サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。                  | Ⓐ b c NA | 給食サービス計画が作成され、身体状況に応じてソフト食やはさみスプーンが用意されている。   |      |
| 6 A-2-(1)-② | 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるよう工夫されている。 | Ⓐ b c NA | 年2回の嗜好調査や残量の確認など行っており、給食検討会も実施されている。昼食の副菜は選択メニューとなっている。                                   |      |
| 7 A-2-(1)-③ | 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。                         | Ⓐ b c NA | 木のテーブルは家庭的で環境にも配慮し、食事時間に幅を持たせている。歩行困難や時間の掛かる利用者が優先で入室し、自立している利用者は配膳・下膳を自分で行っている。          |      |
| 8 A-2-(2)-① | 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。              | Ⓐ b c NA | 入浴チェック表・マニュアルがあり、入居者の状況により、介助浴・一般浴に曜日分けて男女別の時間を設定している。                                    |      |

| 番号           | 評価項目                           | 評価       | 評価の根拠  | 特記事項 |
|--------------|--------------------------------|----------|--|------|
| 9 A-2-(2)-②  | 入浴は、利用者の希望に沿って行なわれている。         | Ⓐ b c NA | 入浴実施日・時間・順番などではできるだけ希望に沿っている。発汗や汚れ等には適宜入浴を実施している。  |      |
| 10 A-2-(2)-③ | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。              | Ⓐ b c NA | 浴室は改修して手すりなども付けられている。採光もよく庭園を見ながら大浴場での入浴・個浴ができる等、利用しやすい環境である。                              |      |
| 11 A-2-(3)-① | 排泄介助は快適に行われている。                | Ⓐ b c NA | 排泄介助マニュアルがあり、個人の排泄パターンに合わせた介助が行われ、用具も選択されている。必要な方は排泄チェック表で確認している。                          |      |
| 12 A-2-(3)-② | トイレは清潔で快適である。                  | Ⓐ b c NA | トイレ付居室・共用トイレ、それぞれ清潔である。汚れた時は遅滞なく掃除されている。   |      |
| 13 A-2-(4)-① | 利用者の個性や好みを尊重し、衣類の選択について支援している。 | Ⓐ b c NA | 基本的に利用者が選択している。出来ない利用者には、購入時に職員が同伴したり、本人の好みを考慮し選んだりしている。                                   |      |
| 14 A-2-(4)-② | 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。  | Ⓐ b c NA | 基本は本人が行う。介助が必要な利用者には、その状況（見守りや一部介助等）を判断しながら支援している。   |      |
| 15 A-2-(5)-① | 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。    | Ⓐ b c NA | 髪型や化粧は利用者の意思を尊重している。   |      |
| 16 A-2-(5)-② | 理髪店や美容院の利用について配慮している。          | Ⓐ b c NA | 2カ所の理・美容院に毎月出張してもらい、低料金で散髪をしてもらっている。また、地域の理・美容院を利用される利用者については予約、送迎など職員が支援している。             |      |
| 17 A-2-(6)-① | 安眠できるように配慮している。                | Ⓐ b c NA | カーテンでの間仕切りでプライベートの確保・テレビ等の音量への配慮・寝具の選択等、安眠への配慮がある。   |      |
| 18 A-2-(7)-① | 日常の健康管理は適切である。                 | Ⓐ b c NA | 看護師による健康管理が行われ記録も残されている。定期的(年2回)に健康診断が実施されている。インフルエンザ予防接種・歯科医師往診・歯科衛生士の歯磨き指導・体重測定等が行われている。 |      |

| 番号 | 評価項目   | 評価       | 評価の根拠   | 特記事項 |
|----|--|----------|---|------|
| 19 | A-2-(7)-②<br>必要な時は、迅速かつ適切な医療が受けられる。                              | Ⓐ b c NA | 協力病院が地域内にあり、毎週、嘱託医が来園し、受診、薬の処方ができる体制が取られている。月2回、精神科の医師の来園もある。                     |      |
| 20 | A-2-(7)-③<br>内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。                               | Ⓐ b c NA | 薬剤の管理から内服確認・誤薬マニュアルがあり、看護師・職員は適切な薬剤情報を得て対応できている。                                  |      |
| 21 | A-2-(8)-①<br>余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行なわれている。                     | Ⓐ b c NA | 利用者にヒアリングを行い、行きたい場所やしたいことを把握し意向に添うように努力している。(一泊旅行の行き先の決定や園内外レク、歩行不安定の利用者の外出支援など。) |      |
| 22 | A-2-(9)-①<br>外出時は利用者の希望に応じて行われている。                               | Ⓐ b c NA | 特に規制はなく外出簿に必要事項を記入し、入所者カードを持参して外出されている。1人での外出が困難な方には同行するなど、まったく外出しないという利用者はいない。   |      |
| 23 | A-2-(9)-②<br>外泊は利用者の希望に応じて行われている。                                | Ⓐ b c NA | 外泊は「家族と共に」が多いが、希望に応じた対応をしている。場合によっては職員が送迎をしている。                                   |      |
| 24 | A-2-(10)-①<br>預かり金について、適切な管理体制が作られている。                           | Ⓐ b c NA | 「入居者預かり金取り扱い要領」に基づき管理している。自己管理者には、施設が鍵の付いた保管場所を提供している。保管場所の鍵は自己管理者と事務所で管理している。    |      |
| 25 | A-2-(10)-②<br>新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。                  | Ⓐ b c NA | 新聞、雑誌の購読は個人でもできるようにしている。施設としても雑誌や新聞(2部)を備え付けている。各棟にテレビを設置し、居室でも個人で利用できるようにしている。   |      |
| 26 | A-2-(10)-③<br>嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。 | Ⓐ b c NA | 施設内に1か所喫煙場所を設けてライターを設置している。夜間は火気管理のためライターは事務所で預かっている。飲酒は問題ない方にはお誕生会等で提供している。      |      |