

## 福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

### ①第三者評価機関情報

評価機関名：	社会福祉法人 鳥取県社会福祉協議会
訪問調査実施期間：	平成25年1月30日（水）

### ②事業者情報

名称：	社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 西部やまと園	種別：	障害者支援施設
代表者氏名：	理事長 西原 昌彦	定員（利用人数）：	生活介護 70名（76名） 施設入所支援 60名（58名）
所在地：	鳥取県西伯郡南部町阿賀15	TEL	0859-66-4380

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

施設の基本方針に掲げられているように、常に地域に開かれた施設を目指し、地域とのかかわりを大切にした施設運営に取り組まれています。地域への情報発信や交流の場を設けることにより、より地域から信頼されるように努められています。

利用者や地域の福祉ニーズ把握で得られた情報を中・長期計画に反映させて、計画的に共同生活援助・共同生活介護事業（一体型）、短期入所事業、日中一時支援事業の実施等、地域生活支援に向けた積極的な取り組みが行われています。

#### ◇改善を求められる点

①職員の資質向上に向けて、一人ひとりの職員が持つ技量等を評価・分析し、その結果に基づいた職員の個々の研修計画を策定され実施されることが望まれます。

②サービスの質の向上に向けて、サービス提供の評価結果を分析し、改善策や改善実施計画に反映されることを期待します。

③経営上の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報を得るためにも、外部監査の実施が望まれます。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

### ⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

# 福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（53項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

## 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

評価項目	第三者評価結果	コメント
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・b・c	①法人の基本理念に基づいた施設の基本理念が明文化されています。理念は、利用者の尊厳保持を基本とし、地域社会で自立した日常生活を営めるように支援することが示されています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○a・b・c	②基本理念に基づいた施設の基本方針と運営方針が明文化され、職員の行動規範となる内容になっています。基本理念、基本方針は、一枚のシートに文書化され、施設内に掲示されています。
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・b・c	①理念と基本方針は、年度当初の職員会議や所内研修会の資料に盛り込まれ、全職員で確認されています。
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・b・c	②利用者には、ひらがな表記やルビを付したわかりやすい資料を作成され、施設内への掲示とともに利用者連絡会で説明が行われています。保護者には保護者総会時に理念、基本方針の印刷物を配布され、施設の現状や今後の運営方針の説明と合わせて周知されています。不参加の保護者、家族へは同様の資料を郵送されています。

### Ⅰ-2 事業計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
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・b・c	①施設運営に関する5カ年の中・長期計画及び収支計画が策定されています。中長期計画は、年次ごとに計画目標が明記され、毎年総括評価が行われています。
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・c	②単年度の事業計画は中・長期計画の内容を踏まえて策定され、数値化されているものは事業計画にも反映されています。また、運営委員会（経営改善検討委員会）で進捗状況を確認し、必要に応じて見直しが行われています。
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・b・c	①事業計画は、各部署の代表者で構成される運営委員会で策定、評価、見直しが行われています。利用者や職員の意見を計画に反映させるため、利用者連絡会や各寮会議で出た意見を集約し、運営委員会で検討されています。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	○a・b・c	②職員には、全体職員会や各寮会議で計画書を配布して管理者が説明され、周知されています。
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	○a・b・c	③利用者には、利用者連絡会（代表者会、全体会）において管理者が説明されています。また、わかりやすいようにひらがな表記の資料を作成し、施設内に掲示されています。保護者には、保護者総会で資料を配布し説明されています。欠席された保護者には郵送をされています。

## I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	①管理者の役割と責任については、職務分掌及び組織図に示されています。管理者としての考え方を朝礼や施設内の会議で説明されるとともに広報紙でも表明されています。 ②管理者は、「障がい者虐待防止等研修会」などに参加して研鑽に努められています。法令を順守すべき事項については、朝礼や施設内研修にて周知を図られています。また、関係法令に関する書籍は、職員がいつでも閲覧できるよう所定の場所に設置されています。
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)・b・c	
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)・b・c	①管理者は、施設内の各種委員会や町内の自立支援協議会、地域ケア会議、スキルアップ研修等に出席し、利用者サービスの課題を把握されています。施設の進むべき方向や課題分析をもとに、新たな事業展開を職員に提示されるなど、その指導力を発揮されています。 ②管理者は、各事業の収支実績、稼働率、義務的経費の状況を把握し、運営委員会等で業務の改善策について指導されています。その状況は各寮会議で職員へ周知されています。
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)・b・c	

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

## II-1 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	①関係団体が主催する会議や研修会を通じて、福祉を取り巻く環境や動向について情報収集されています。待機者の状況は、特別支援学校、知的障害児施設、市町村等と連携して常に把握されています。また、地域ケア会議等を通じて、地域の障がい者の実態把握、情報の収集にも努められています。 ②毎月の運営委員会（経営改善検討委員会）において、施設の収支状況や稼働率の動向、利用者像の変化等について分析され検討が行われています。経営状況や改善すべき課題は職員会等で周知されています。 ③外部監査は実施されていません。経営上の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報を得るためにも、外部監査の実施が望まれます。
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)・b・c	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b・(c)	

## II-2 人材の確保・養成

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	①中・長期計画や単年度事業計画に人材育成の基本的な考え方や職員の資格取得目標が明示されています。 ②人事考課は行われていません。人材の能力開発・育成、公正な職員処遇、職員意欲を喚起し組織活性化に役立つ等の目的を達成するためにも、法人として人事考課に取り組みられることを期待します。
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。	a・b・(c)	

II-2-2(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-2(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)・b・c	①職員の休暇取得状況、時間外勤務の状況は定期的に把握されています。勤務表は職員の意向を踏まえて作成され、夏季特別休暇は、全職員が取得できるように配慮されています。 ②産業医を含めた衛生委員会を毎月開催され、健康診断の実施結果や職場環境等について協議されています。また、メンタルヘルスについても、定期的なアンケートの実施や相談窓口の設置により心身の健康増進に努められています。福利厚生は、鳥取県公社・事業団職員互助会への加入や事業所内での親睦会が実施されています。
II-2-2(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)・b・c	
II-2-2(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-2(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)・b・c	①職員の研修に関する基本姿勢は、法人の経営方針や中・長期計画の中に明示され、組織が求める専門資格の取得計画なども示されています。 ②施設内に研修委員会が設置され、施設の「教育・研修要綱」及び法人の「研修要綱」に沿って年間の研修計画が立案されていますが、職員個人の研修計画は策定されていません。施設の目指す職員の資質向上を図るために、組織として個人個人の研修計画を策定され、実施されることを期待します。 ③新規職員には、一定期間個別の研修を実施し、その検証と評価が行われています。その他の職員については、個別の研修計画が未策定のため、個々の研修成果の評価と分析までには至っていません。職員の個別研修計画の策定と合わせ一連の研修体制の整備を期待します。
II-2-2(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・b・(c)	
II-2-2(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。	a・b・(c)	
II-2-2(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-2(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・(b)・c	①受け入れに関する方針を明示した「実習生受け入れマニュアル」が整備され、実習生の受け入れが行われています。資格取得のための実習受け入れなど積極的な働きかけを期待します。

### II-3 安全管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-3-3(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-3-3(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)・b・c	①利用者の安全確保のため、各種マニュアル（リスクマネジメント、感染症予防、新型インフルエンザ対応等）が整備され、各種委員会で定期的に点検・見直しが行われています。 ②災害時の対応として、消防計画、避難計画（地震・土砂災害）が策定され、年2回の総合訓練や地震・土砂災害に対する避難訓練が年1回実施されています。備蓄品については、リストが作成され保管されています。 ③利用者の事故防止、ヒヤリハットを検証するために月1回リスクマネジメント委員会が開催され、改善策が検討されています。また、リスクごとに対策マニュアルが作成されています
II-3-3(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。	(a)・b・c	
II-3-3(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)・b・c	

## II-4 地域との交流と連携

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	①理念や基本方針、事業計画に地域との関わりを大切にしている姿勢が明示されています。地域マップを作成して施設内に掲示され、地域資源の情報を利用者に提供されています。また、個々の利用者の希望に添って、外出時には個別に支援を実施されています。 ②地域の社協等に施設パンフレットや広報紙等を配布され施設理解を進めたり、地域から要望があれば施設の設備を開放したり、ボランティア講習会等には職員を派遣するなどの情報発信をされています。 ③ボランティアの受入れについては、ボランティア受入れマニュアルに基本姿勢が明文化されています。ボランティアに対してはオリエンテーションを実施し、利用者のプライバシーや支援方法について説明されています。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a)・b・c	
II-4-(1)-③ 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。	(a)・b・c	
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)・b・c	①関係機関や団体の情報をまとめて全職員へ配布されています。また、情報誌「よりよい暮らしのために」を事務室、職員室において活用されています。 ②強度行動障がい者支援には発達障害支援センター「エール」とのケース検討会開催や聴覚障がい者支援にはコミュニケーション支援センター「ふくろう」との連携、医療については近隣の西伯病院との連携などが適切に行われています。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a)・b・c	①町の地域ケア会議等に参画して福祉ニーズ等の情報を収集されています。地域の民生委員とは各種行事で来園された際に情報交換を行い、地域の福祉ニーズの把握に努められています。 ②地域の福祉ニーズを踏まえ、共同生活援助・共同生活介護事業（一体型）、短期入所事業、日中一時支援事業を実施されています。さらに、新たな作業所の開設も進められています。
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。	(a)・b・c	

## 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

評価項目	第三者評価結果	コメント
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持つための取り組みを行っている。	(a)・b・c	①理念、基本方針に利用者を尊重したサービス提供が明示され、施設内の人権研修を実施して職員の共通理解が図られています。身体拘束、虐待防止、行動規範についても施設内で研修が行われ職員へ周知されています。今年度から「虐待防止委員会」が設置されています。 ②プライバシー保護マニュアルが作成され、マニュアルに基づいたサービスが実施されています。
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	
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。	(a)・b・c	①利用者連絡会（代表者会、全体会）での意見交換や家族アンケート調査により、施設への要望や満足度を聞き取りされています。集約された意見・要望はサービス向上委員会等で協議され、サービスに反映させる取り組みが行われています。

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)・b・c	①施設内には、相談窓口の印刷物が掲示され、相談内容に応じて個別の職員が対応する体制が整えられています。玄関に意見箱を設置したり、相談や意見が述べやすいように個室の相談室が設置されています。
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)・b・c	②苦情窓口、第三者委員、苦情解決責任者を配置され、苦情解決の仕組みがわかる印刷物を施設内に掲示されています。苦情の対応は、苦情解決検討委員会で協議されその対応結果を連絡するとともに施設内に苦情の対応状況が掲示され、機関紙上でも公開されています。対応経過の記録も整えられています。
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)・b・c	③苦情や意見については、苦情対応マニュアルに沿って迅速な対応に心がけ、利用者に対しても分かりやすく説明が行われています。対応について分かりやすい内容で文書を作成し、施設内に掲示されています。

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	①施設内にサービス向上委員会が設置され、利用者サービスの向上に向けて検討が行われています。今年度から職員全員にチェック表を用いた自己チェックが実施されています。また、全職員を対象に年1回第三者評価基準による自己評価も行われています。
Ⅲ-2-(1)-② 評価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行している。	a・(b)・c	②定期的な職員のチェック表による自己評価結果を分析され、改善策や改善実施計画に反映されることを期待します。
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)・b・c	①食事、入浴、排泄など各種サービスの種類ごとに、標準的な実施方法がマニュアル化され、それに基づいてサービスが提供されています。
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・c	②定期的に検証や見直しを行うマニュアル改定の基準を定めて、各委員会、職員等の意見を反映させながら見直しされています。
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)・b・c	①「ケアプラン（個別支援計画）作成要領」に基づきサービス実施状況の記録が行われています。様式については統一されています。
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)・b・c	②利用者に関する記録文書の保管管理については、文書保管責任者を配置し、規程（文書管理、個人情報保護）に沿って管理されています。計画、記録の保管場所は、施錠ができる収納庫に管理されています。
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)・b・c	③利用者に関する情報は朝、夕に引継ぎを行い、寮日誌や引継書に内容を記録し、情報の共有化が図られています。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	①ホームページにより施設の概要やサービス内容等の情報が提供されています。また、施設パンフレットや広報誌を地域の公共施設に配布して情報提供に努められています。施設見学者については、希望に応じて利用体験も実施されています。
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)・b・c	②サービス開始にあたっては、利用者と家族へ重要事項説明書や施設パンフレットで説明を行い、同意が得られた上で利用契約書が交わされています。
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。	(a)・b・c	①入退所マニュアルが整備され、担当職員を配置して退所後に利用できるサービスを紹介したり、退所後の相談にも対応されています。事業所の変更の際は、利用者情報を文書により事業所に提供され、提供する際には同意書を取られるように配慮されています。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	①アセスメントは個別支援計画のフローチャートに沿って行われ、利用者の個々のニーズが明示されています。個別支援計画の定期的な見直しと手順が定められており、関係職員、家族、身元引受人が参加して個別ニーズ、課題等が検討されています。
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)・b・c	①サービス管理責任者と担当者を設置し、利用者、家族の意向を踏まえ、計画策定手順書に沿って策定されています。
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)・b・c	②計画の評価・見直しは、6ヶ月に1回以上又は利用者の状況に応じて随時、評価と見直しが行われています。

# 福祉サービス第三者評価結果 (付加基準－障害者・児施設版－)

※すべての評価項目（26項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

## A-1 利用者の尊重

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 利用者の尊重		
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	①コミュニケーションの手段として、カード掲示、手話的方法を活用されており、必要に応じて各種専門機関（自閉症発達障害支援センター、コミュニケーション支援センター）の協力を得て個別に対応されています。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ・b・c	②利用者代表者会や全体会での定期的な話し合いの機会が設けられ、利用者の意向を尊重した年間計画が策定されています。利用者の自治会が実施される喫茶「いちよう」の活動支援が行われています。
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	③利用者へのアセスメント情報と生活場面や日中活動場面での状況を職員間で共有され、介助や見守りが行われています。自力で行う行為や見守りの範囲は、担当者会議で検討され、保護者と連携されながら実施されています。
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	Ⓐ・b・c	④社会生活力を高めるため、買い物や公共機関等の利用を個別支援計画の中に組み込んで実施されており、町内外の行事等にも積極的に参加されています。

## A-2 日常生活支援

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 食事		
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	①食事介助マニュアルを整備し、栄養ケアマネジメントが実施されています。
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に工夫されている。	Ⓐ・b・c	②嗜好調査は年1回、残菜調査は毎食後に実施され、利用者の代表を交えた給食委員会で利用者の意見・要望が反映された献立表を作られています。嗜好調査の結果は、広報誌に掲載されています。
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	Ⓐ・b・c	③食事時間は幅広く時間を設定されており、利用者の希望に合わせた工夫がされています。献立表、メニューの写真を食堂に掲示される工夫がされています。また、セレクト食も行われています。

A-2-(2) 入浴		
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。	(a)・b・c	①入浴介助マニュアルを整備し、利用者個々の機能や状況に応じて入浴支援が行われています。利用者ごとの留意事項は一覧表にまとめて共有されています。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	(a)・b・c	②入浴は利用者の生活スタイルに沿って入浴ができるよう支援されています。シャワー浴は通年を通して実施されており、希望者には夜間入浴を実施されています。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・-・(c)	③夏期、冬期については脱衣所に扇風機、ハロゲンヒーターを設置して脱衣場の温度調整に配慮されています。利用者の身体状況に対応できるように座位浴槽やリフト浴の導入を計画的に行われています。今後も各棟の浴室を計画的に改修し、よりよい環境での入浴が行われることを期待します。
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	(a)・-・c	①排泄介助マニュアルを整備し、支援が必要な利用者には排泄状況に応じた介助が行われています。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a・-・(c)	②清掃の徹底を図り、汚染があった場合は即時清掃を行い、清潔に配慮されています。トイレ入り口ドアの窓ガラスに目隠しフィルムを貼ったりカーテンを設置して利用者のプライバシー保護に努められています。今後も計画的に改修し、高齢化・重度化に対応したよりよい環境を整備されることを期待します。
A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	(a)・b・c	①衣服の選択は、利用者の好みやこだわりが尊重されています。必要に応じて職員が季節や目的に合わせた選択ができるよう助言したり、買物支援が行われています。
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。	(a)・b・c	②着替えは、利用者の身体状況を考慮して支援が行われています。衣類の汚れや破損が生じた場合は、速やかに更衣の声かけや介助を行い清潔が保たれるよう支援されています。
A-2-(5) 理容・美容		
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。	(a)・b・c	①理美容については、利用者の意思を尊重し、必要に応じて職員による介助や助言が行われています。利用者には理美容の雑誌が提供されています。
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	(a)・-・c	②2ヶ月に1回、施設内で理美容師による理髪サービスが利用できるほか、利用者から希望があった場合には、近隣の理髪店の情報提供や同行等の支援が行われています。
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	(a)・-・c	①夜間就寝時介助(支援)マニュアルが整備され、夜勤職員が就寝の状態を常に把握し、安眠できるよう適宜対応(添い寝、別室対応など)されています。寝具類は、利用者の好みの物が使用されています。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	(a)・-・c	①健康管理マニュアル、応急処理マニュアル、緊急時対応マニュアルが整備され、ラジオ体操や歩行訓練、ストレッチ、スイミング等を行って心身の健康管理に努められています。インフルエンザ予防接種については、利用者(家族等)の承諾を得て実施されています。歯科検診については、年1回定期的に実施され、必要に応じて口腔ケアを実施されています。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	(a)・b・c	②受診時、迅速に対応できるよう協力医療機関(西伯病院)が確保されています。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	(a)・-・c	③薬物等(服薬)管理マニュアルが整備され、投薬箱で管理、服用時には職員間で相互に確認しながらチェック表と照合して誤薬がないように努められています。

A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	○a・b・c	①施設内行事は、利用者の意見を取り入れながらレクリエーションや施設旅行が行われています。地域の行事、イベントのポスターを施設内に掲示し情報提供をされたり、その都度職員から声かけが行われています。
A-2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	○a・b・c	①外出は希望に応じて実施され、必要があれば付添いの支援が行われています。外出時には、連絡先が記載された外出カードを必ず携帯することとし、外出時の注意事項（交通安全など）を説明して安全確保に努められています。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	○a・b・c	②利用者から外泊の申し出があった場合、担当職員が家族等と連絡調整を行い希望に応じられています。
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	○a・b・c	①預り金管理規程、小口現金管理規程に基づき、金銭の管理が行われています。自己管理ができる利用者には必要に応じて「支払証明書」を用いて金銭を渡されており、保管については、鍵のかかる場所を居室内に提供されています。
A-2-(10)-② 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。	○a・-・c	②新聞、雑誌の個人購読、テレビやラジオ等は、個人所有ができるようにされています。
A-2-(10)-③ 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。	○a・-・c	③酒、タバコ等の嗜好品については、特に支障がない限り、利用者と一定のルールを設けて提供されています。また、提供する際には随時健康上の注意について説明されています。