

宮崎県社会福祉サービス第三者評価結果書

評価完了日 平成 29 年 3 月 8 日

評価機関 社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会

評価実施期間 平成 28 年 8 月 31 日～平成 29 年 3 月 8 日

1 第三者評価結果の概要

(1) 施設・事業所情報

施設・事業所名	ひなもり園	種別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	坂口 四郎	定員 (利用人数)	85 名
所在地	小林市堤 4380 番地	TEL	0984-23-1478
		FAX	0984-22-2830
ホームページ	http://www.tokiwa-kai.or.jp/		

(2) 評価結果

① 特に評価の高い点

- (1) 法人の特徴、現状、財務状況等をSWOT分析(強み、弱み、機会、脅威の4つの軸から評価する手法)等で検討し、具体的な対策へとつなげています。
- (2) 主任以下が構成メンバーであるケア向上委員会、リスクマネジメント委員会等で検討を行い、改善策を立案しています。
- (3) 2年前からケア向上委員会が中心となり、社会人としての基本的な接遇マナーを徹底するために、「接客5大用語」(おはようございます。ありがとうございます。少々、お待ちくださいませ。申し訳ございません。また、どうぞお越しください。)を施設内に掲示し、初心に戻り、サービスを行う際は必ず「声かけを行ってからケアを行う」ことを徹底しており、コミュニケーションの円滑化や利用者や家族との信頼関係を築く基礎になっています。
- (4) 人材確保等が困難な状況において、組織の更なる強化と、職員の研修体制の充実等介護人材の確保と定着等に重点的に取り組むために「人材教育対策室」を設置し、職員育成に取り組んでいます。
- (5) 3年前から歯科衛生士(非常勤職員)4名を配置し、月1回の歯科医師の往診対応、毎食後の口腔ケアの対応、義歯等の噛み合わせのチェック等を行うなど、これまで介護スタッフが行っていた業務を専門職が行うことにより、口腔内の衛生が保たれ、誤嚥性肺炎を発症する利用者が減少しています。また、介護職員へ専門職としての指導も行われて、スキル向上を目指しています。

② 改善が求められる点

- (1) 備蓄等を含めた災害時の対応マニュアル及び不審者侵入時の対応マニュアルについて策定が望まれます。
- (2) 苦情・相談については、第三者委員は選任されているものの、重要事項説明書への記載や施設内への掲示がなされていないので、検討が望まれます。
- (3) マニュアルは状況の変化に応じて見直しをし、全職員に対して変更内容の周知に努めていますが、実際のサービスが効率的に実施されているかなど、定期的な検証や見直しは行われていないので、今後は定期的な見直しが望まれます。

- (4) 虐待に関しては、倫理規程と行動指針を定めたマニュアルの整備がされていないので、利用者の尊厳を確保していくためにマニュアルを整備し、全職員への周知を期待します。
- (5) 今後の高齢者福祉を取り巻く社会動向の変化に対応し、地域から信頼され、組織の強化を図るためにも、中核となる中堅職員の育成強化が急務の課題となっていることから、本年度、人材教育対策室が掲げる中堅職員の教育が望まれます。

③ 評価結果に対する施設・事業所のコメント

法人本部：

今回初めて第三者評価を受審し、従来おぼろげだった自らが魅力とするべき点、また改善するべき点が明確になりました。

災害対応や苦情・相談に対する第三者委員等、早急な整備をしていくとともに役職員一人ひとりが様々な目線で常に改善を心掛ける職場づくりを目指します。

事業所：

第三者評価を今回初めて受審し、私たちが2年前から特に取り組んできた接遇マナーの徹底や歯科衛生士による口腔ケアの取組み等について、第三者評価機関から評価され、非常にうれしく思いました。このことは、私たちの自信になり、モチベーションアップにつながりました。

一方、災害時の対応や不審者対応マニュアル等の不備等、また、自分たちでは気づかなかった点についてご指摘をいただきました。改善点については、改善計画書により早急に改善し、今後のより良いサービス提供につなげていきたいと思えます。

2 施設・事業所情報

経営法人・設置主体	社会福祉法人ときわ会
開設年月日	昭和50年4月1日
理念・基本方針	<p>【理念】 すべての利用者によるこびを すべての家族にあんしんを 地域社会との豊かな絆をつくる</p> <p>【基本方針】 10年後の私たちのあるべき姿</p> <p>①法人全体に理念が浸透し、あらゆる利用者・家族に支持され、よろこびとあんしんを提供できている。</p> <p>②先進的で高度な技術と知識によるサービスの提供が為され、やりがいのある職場が確立している。</p> <p>③地域の福祉・防災・交流の拠点となり、地域に必要不可欠な法人となっている。</p>
事業内容	短期入所生活介護（定員12名） ケアプランセンター ヘルパーセンター デイサービス（定員40名） グループホーム（定員27名） 生活支援ハウスうらら館（定員13名） 在宅支援センター 有料老人ホームマザーヒルズ（介護付58室） 有料老人ホームソレイユの丘（住宅型36室） 美人の湯（公衆浴場）

職員数	常勤職員数 64名 非常勤職員数 21名
専門職	(社会福祉士) 1名 (介護福祉士) 23名 (看護師) 7名 (作業療法士) 1名 (管理栄養士) 3名 (歯科衛生士) 4名
施設・設備の概要	居室 33室 建築：昭和50年 平成10年大規模改築
特徴的な取組	・職員の研修体制の充実、キャリアパス制度の導入、介護人材の確保と定着に重点的に取り組むために「人材教育対策室」を設置し、職員を配置している。

3 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針	・社会福祉法人の理念を事業計画書等に掲げると共に、事業計画書には「10年後の私たちのあるべき姿」としての基本方針及び中長期方針を掲げ、職員に周知を図っています。
2 経営状況の把握	・全国の介護老人福祉施設の状況と比較しながら分析を行い、グループウェア及び主任以上が構成員の運営会議で職員への周知を図っています。
3 事業計画の策定	・法人の特徴、現状、財務状況等をSWOT分析等で検討し、具体的な対策へとつなげています。
4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	・事業計画の進捗状況を半期ごとに法人本部でチェックし、改善点を把握すると共に、主任以下が構成メンバーであるケア向上委員会、リスクマネジメント委員会等で検討を行い、改善策を立案しています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

1 福祉人材の確保・育成	・職員育成のため、パソコン上で管理しながら外部研修を計画的に受講させています。また、毎月の安全衛生委員会で職員の安全管理・健康管理に努め、記録の電子化に取り組むなど、時間外労働が発生しないよう作業の効率化を図っています。
2 運営の透明性の確保	・法人ホームページ等による情報公開のほか、園だよりの発行等で法人の理念・基本方針の周知を図っています。
3 地域との交流、地域貢献	・地域交流夏祭りや敬老会等で踊りや民謡などの地域のボランティア団体を受入れるなど、地域との交流を図っています。また、民生委員等との意見交換会や地域交流広場での地域住民とのグラウンドゴルフの開催など、地域との交流、地域貢献を図っています。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス	・居室は多床室であっても収納ダンスで間仕切りがされ、利用者のプライバシーは守られています。 ・苦情・相談については、苦情・相談対応規程により処理されている。
----------------	---

	<p>ますが、第三者委員については選任されているものの、重要事項説明書への記載や園内への掲示がなされていないので、検討が望まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の備蓄の検討及び不審者侵入時の対応マニュアルについて策定が望まれます。 ・3年前から歯科衛生士（非常勤職員）4名を配置し、月1回の歯科医師の往診対応、毎食後の口腔ケアの対応、義歯等の噛み合わせのチェック等を行うなど、これまで介護スタッフが行っていた業務を専門職が行うことにより、口腔内の衛生が保たれ、誤嚥性肺炎を発症する利用者が減少しています。 ・服薬については、マニュアルの見直しを行い、看護師が処方された薬をチェックして個別に振り分け、毎食時に食堂で看護師と介護士と一緒に確認した後、利用者の目の前で介護士が利用者氏名を読み上げてから提供し、服用まで確認しています。その結果、昨年からは現在まで、服薬におけるヒヤリハット及び事故件数は挙がりません。
<p>2 福祉サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメント委員会、ケア向上委員会、感染対策委員会、安全対策委員会などにおいて職員が中心となり、関係法令の趣旨を踏まえ、提供する様々なサービスの基本事項や手順を示すマニュアルを作成しています。作成されたマニュアルは、職員が見やすいようファイリングされ、新人研修やOJTに活用されるとともに、職員が仕事の手順などの判断に迷った時に活用されています。また、マニュアルは状況の変化に応じて見直しをし、全職員に対して変更内容の周知に努めていますが、実際のサービスが効率的に実施されているかなど、定期的な検証や見直しは行われていないので、今後は定期的な見直しが望まれます。
<p>A 利用者の尊重</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護規程についてのマニュアルは整備されていますが、記録管理の責任者が設置されていませんので設置が望まれます。 ・虐待に関しては、事業所内で利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動や虐待が行われないための研修を実施し、ケア向上委員会においても定期的な実態把握をされていますが、倫理規程と行動指針を定めたマニュアルの整備がされていないので、利用者の尊厳を確保していくためにマニュアルを整備し全職員への周知を期待します。 ・2年前からケア向上委員会が中心となり、社会人としての基本的な接遇マナーを徹底する為に、「接客5大用語」（おはようございます。ありがとうございます。少々、お待ちくださいませ。申し訳ございません。また、どうぞお越してください。）を施設内に掲示し、初心に戻り、サービスを行う際は必ず「声かけを行ってからケアを行う」ことを徹底しています。 ・入所後は施設の生活に一日でも早く馴染み、安定した日々を送ることができるよう職種間で連携して支援しています。自宅で使い慣

	<p>れた日用品、写真や絵などの思い出の品などの持ち込みも可能で、楽しんでいた趣味などが続けられるよう、これまでの生活の継続に配慮した支援を続けています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・難聴の方に対しても、その方のペースに合わせて「ひらがな表」を用いて、コミュニケーションを図っています。 ・利用者の生きがいと自立を目的にした創作活動では、利用者が作成した作品を、隣接の温泉施設に展示しています。
<p>A 日常生活支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・移乗においては、職員の腰痛防止も考慮し利用者の状況に応じてベッドの高さ調整し、介助等を行っています。また、職員は、年2回の健康診断時に腰痛検査も受けています。今後は、介護ロボットや移動用リフト等の導入も検討しています。 ・排せつの時間や量等の状況をパソコンでデータ化し、利用者それぞれにあった排せつ誘導、声かけを行うことにより、皮膚トラブルが軽減しています。また、最近では、紙おむつからリハビリパンツに形態が変更になった利用者もいます。 ・新人職員でも褥瘡の位置を把握しやすいように、体位交換の際に褥瘡部分の2倍位の大きさに裁断した紙おむつを当てるなどの工夫をしています。 ・味付けや量については栄養士が食事時間に各フロアを回って直接、利用者や職員から聞き取り調査をしています。また、毎月、隣接の介護付有料老人ホームの栄養士との会議や、グループ全体の調理職を交えた会議に於いて、毎食撮影した写真をもとに、盛り付けや色彩等を検討しています。食事の時間は本人の希望や受診（透析等）の状況に応じて延長することができ、時間に遅れる場合は食事を調理室で保存し、温めなおして提供するなど適温と衛生面に配慮し、いつでもおいしく食べられるよう対応しています。 ・終末期対応マニュアルが整備されており、入所時に延命治療に関する確認及び終末期ケア実施の同意を得るようにしています。また、終末期ケア以外における日常生活上においても、状態が急変することを想定し、特に新人職員が初めて夜勤を行う際は、上司が事前に説明し、不安などの精神的な負担軽減を図っています。 ・作業療法士と機能訓練指導員（看護師兼務）の2名を中心に医師、看護師、介護職が綿密に連携を取りながら個人の能力に応じた個別機能訓練計画を作成し、利用者の心身の維持と向上を図っています。リハビリは心と体の機能向上に必要と位置付け、レクリエーションや趣味活動の中でも意識して取り組み、機能を引き出す工夫をしています。リハビリ室やホール等にて個別訓練、作業及び創作活動を行っています。利用者が作成した作品は、ホール兼食堂を利用する人や職員から見やすい場所に展示しています。 ・感染症や食中毒に関するマニュアルが整備されています。インフルエンザ流行の時期には、居室内に空気清浄機を設置するとともに、マスクの着用や消毒液、湿度を保つための加湿器を施設内に設置し

	<p>ています。また、利用者がインフルエンザに罹患した場合には、家族の協力と理解を得て面会制限や面会禁止等を行っています。職員も、毎朝出勤時に検温を行っており、健康管理を図っています。</p> <ul style="list-style-type: none">・年2回のサービス担当者会議や家族会等での意見・要望等の把握 <p>以外にも、日常生活において直接利用者本人から要望の聞き取りをしています。その中で、利用者の「家に戻りたい」との要望に対して、外出として自宅周辺をドライブし、気分転換を図っています。</p>
--	---

詳細は別紙「評価結果表」を参照。

評価結果表

1		評価
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		A
評価の着眼点		
○ 理念及び基本方針が文書（事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。		
○ 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。		
○ 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。		
○ 基本方針は法人の理念との整合性が確保されるとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。		
○ 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。		
○ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
【講評】	社会福祉法人としての理念をホームページ及び事業計画書に掲載するとともに、事業計画書に「10年後の私たちのあるべき姿」としての基本方針及び中長期方針を掲載しています。また、朝礼時の理念の唱和による職員への周知、家族会総会等における評議員である家族会会長による利用者・家族への周知が図られています。	
2		評価
I-2-(1)-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
評価の着眼点		
○ 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。		
○ 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。		
○ 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。		
○ 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。		
3		評価
I-2-(1)-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
評価の着眼点		
○ 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。		
○ 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）の間での共有がなされている。		
○ 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。		
○ 決算書類等を職員に積極的に開示する等、経営状況を職員に周知しており、業務改善等について、職員からの意見を求めたり、話し合う場を設け、職員にコスト意識を持たせているとともに、課題発見に努めている。		
○ 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。		
○ 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。		
【講評】	介護老人福祉施設収支状況等調査報告書により、全国の状況と比較しながらの分析を行うとともに、グループウェアを利用して職員への周知を図っています。また、各事業所の主任以上が出席する月2回の運営会議で事業所及び職員への周知を図っています。さらに、月2回の管理職による企画会議において組織体制、財務状況、事務分担等について検討しています。	
4		評価
I-3-(1)-① 中・長期計画や中・長期計画を踏まえた事業計画を策定し、職員や利用者等に周知している。		A
評価の着眼点		
○ 事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業計画が具体的に示されている。		
○ 計画が一部の職員だけでなく、組織的に策定され、職員に周知されている。		
○ 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。		
○ 理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。		
○ 実現する福祉サービスの内容や、組織体制、設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。		
○ 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。		
○ 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。		
○ 中・長期計画に基づく取組を行っている。		
○ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。		
○ 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。		
○ 各計画を家族会等でわかりやすく説明している。		
○ 各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
【講評】	法人の特徴、現状、財務状況等をSWOT分析（強み、弱み、機会、脅威の4つの軸から評価する手法）等で検討し、導かれた課題や改善箇所に基づいて具体的な対策を策定しています。中・長期計画は策定していませんが、それに代わるものとして中長期の数値目標を策定し、取組が行われています。	

5 I-4-(1)-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。		評価 B
評価の着眼点		
○ 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。		
○ 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。		
○ 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。		
○ 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。		
6 I-4-(1)-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。		評価 A
評価の着眼点		
○ 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。		
○ 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。		
○ 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。		
○ 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。		
○ 職員間で課題の共有化が図られている。		
【講評】	各事業所で年間計画を策定し、半期ごとに進捗状況を法人本部でチェックし、改善点を把握しています。また、主任以下が構成メンバーとなっているケア向上委員会、リスクマネジメント委員会、総務委員会等で検討を行い、改善案を立案しています。	
7 II-1-(1)-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。		評価 A
評価の着眼点		
○ 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。		
○ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。		
○ 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。		
○ 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。		
【講評】	人員の配置については「適正人員算出表」を基に、人事委員会で決定しています。職員育成のため、研修履歴等をパソコン上で管理しながら施設外研修を受講させ、復命書を職員が閲覧することで周知を図っています。人事担当が県内の養成校を訪問するなど、人材の確保に努めています。	
8 II-1-(2)-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組んでいる。		評価 A
評価の着眼点		
○ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。		
○ 職員の意向を定期的に把握している。		
○ 把握した職員の意向や就業状況チェックの結果を、分析・検討している。		
○ 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。		
○ 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。		
○ 分析した結果に基づき、職員の業務軽減などの改善策を講じている。		
○ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。		
○ 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。		
○ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。		
○ 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。		
○ 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家と連携している。		
○ 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。		
【講評】	休暇申請や時間外申請時に職員の就業状況を把握する他、毎月の勤務表作成の段階で職員の意向を確認の上、調整を行っています。また、毎月の安全衛生委員会で職員の安全管理・健康管理に努め、ストレスチェックの分析を行い、各種ストレスの軽減のための検討を行うとともに、記録の電子化に取り組むなど、時間外労働が発生しないよう作業内容の効率化を図っています。	

9	II-1-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	評価 A
評価の着眼点		
○ 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。		
○ 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。		
○ 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。		
○ 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。		
○ 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。		
10	II-1-(3)-② 研修に対しての基本姿勢が示され、個別職員に対しての教育・研修計画を策定し、実施している。	評価 A
評価の着眼点		
○ 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。		
○ 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。		
○ 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。		
○ 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。		
○ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。		
○ 専門資格取得のため、勤務時間等について配慮している。		
○ 教育・研修は、新しい技法や様々な実践の成果について常に情報収集を行うケース会議とは別に、事例検討会を開く、外部から講師を招くなど、有効と思われる知識・技術の導入に努めている。		
【講評】	事業計画に「10年後の私たちのあるべき姿」を掲げ、職員に周知を図っています。新人職員については、先輩職員が1対1で責任を持って指導するエルダー制度を導入するとともに、その他の職員には研修履歴等をパソコン上で管理しながら施設外研修を受講させています。	
11	II-1-(4)-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。	評価 A
評価の着眼点		
○ 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。		
○ 実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。		
○ 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。		
○ 指導者に対する研修を実施している。		
○ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。		
【講評】	職員は実習受入れの基本方針を十分理解して実習生の指導を行っています。また、養成校主催の実習連絡会の場でお互いの立場での意見交換が行われ、スムーズな実習受入れが行われています。	
12	II-2-(1)-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。	評価 A
評価の着眼点		
○ ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。		
○ 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。		
○ 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。		
○ 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。		
○ 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。		
【講評】	法人ホームページ、小林市ポータルサイトでの情報公開を行う他、年3回の「ひなもり園だより」の発行、地域交流夏祭りやグラウンドゴルフ大会での挨拶などにより、理念や基本方針の周知を図っています。	

13 II-3-(1)-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。	評価 A
評価の着眼点		
○ 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。		
○ 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。		
○ 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。		
○ 利用者の個別状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。		
○ 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。		
14 II-3-(1)-②	ボランティア等の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。	評価 A
評価の着眼点		
○ ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化するとともに、会議等で職員に説明している。		
○ 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。		
○ ボランティア受入れに関する担当者が設置されている。		
○ ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。		
○ ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。		
○ ボランティア育成に向けて、ボランティア講座や体験学習等を計画的に実施している。		
【講評】	法人の理念に「地域社会との豊かな絆をつくる」を掲げ、地域交流夏祭り、敬老会等で地域の人々と利用者との交流に努めています。また、ボランティア受入マニュアルに基づき、踊り、民謡、ダンスサークル等、地域のボランティア団体の慰問を受け入れるほか、家族会が年1回奉仕作業を行っています。なお、利用者・家族が活用できる社会資源等について園内に掲示するなど、情報提供が望まれます。	
15 II-3-(2)-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。	評価 A
評価の着眼点		
○ 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。		
○ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。		
○ 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。		
○ 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。		
○ 地域に適切な関係機関・団体がいない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。		
【講評】	企画会議、運営会議で情報の共有化を図っています。また、民生委員や自治会等と年1～2回意見交換会等を行い、情報共有や連携を図っています。	
16 II-3-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	評価 A
評価の着眼点		
○ 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。		
○ 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。		
○ 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。		
○ 災害時の地域における役割等について確認がなされている。		
○ 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。		
17 II-3-(3)-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。	評価 A
評価の着眼点		
○ 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
○ 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。		
○ 福祉施設・事務所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。		
○ 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。		
○ 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。		
○ 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
【講評】	施設内の地域交流広場で地域住民とのグラウンドゴルフ大会を開催する他、ひなもり園が市から福祉避難所の指定を受けています。また、市の協働のまちづくり事業である「三松ぎづな協働体」に参加しています。さらに、施設は地域の相談支援窓口になっており、併設している在宅介護支援センター及び住宅型有料老人ホーム「ソレイユの丘」を拠点に地域福祉の情報収集を行っています。	

<p>18 Ⅲ-1-(1)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ○ 組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取組が明示されている。 ○ 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。 ○ 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 ○ 利用者の尊重や基本的人権への配慮、成年後見制度や福祉サービス利用支援事業の活用等について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。 ○ 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。 ○ 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 	
<p>19 Ⅲ-1-(1)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ○ 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ○ 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。 ○ 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。 ○ 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 ○ 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。 ○ 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。 	
<p>【講評】</p>	<p>理念や基本方針はケアステーションに掲示し、朝のミーティング時に全職員で声を出して読み上げるなど、職員への周知を図る他、事業計画に中長期方針を掲げ、理念に基づく組織を形成しています。虐待防止等のマニュアルは整備されていませんが、外部研修への参加を積極的に行い、職員への周知を図っています。また、居室が多床室であっても収納タンスで間仕切りがされ、利用者のプライバシーは守られています。</p>
<p>20 Ⅲ-1-(2)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ○ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 ○ 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 ○ 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 ○ 組織を紹介したホームページを作成するとともに、現状にあった修正・更新を行っている。 ○ 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 	
<p>21 Ⅲ-1-(2)-② サービスの開始の同意を得るにあたり、サービスの内容や家庭との連携、保健や健康管理等について、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 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス開始時には、必ず契約書を取り交わしている。 ○ 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 ○ サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者や家族等に説明し、同意をとっている。 ○ サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。 ○ 重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。 	
<p>22 Ⅲ-1-(2)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 ○ 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 ○ 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 ○ 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。 	
<p>【講評】</p>	<p>組織を紹介したホームページを作成している他、利用希望者に、施設介護支援専門員、相談員、介護主任がパンフレットや模型を利用して分かりやすい言葉で説明しています。また、契約時には重要事項説明書で分かりやすく説明し、利用者の同意を得ています。他の事業所等への移行に当たっては、利用者本人の状況報告書や施設サービス計画書を使用して引き継いでいます。</p>

<p>23 Ⅲ-1-(3)-① 利用者や家族等からの意見・要望等に対して、受入れの環境が整い、迅速に対応している。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者や家族等が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 ○ 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ○ 利用者や家族等の意向を把握する機会を設けている。 ○ 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ○ 相談や意見を述べやすいように、職員の対応方法の工夫や日常的な言葉かけなどの配慮を行っている。 ○ 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者や家族等には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。 ○ 必要に応じ、対応マニュアルの見直しを行っている。 ○ 意見等を福祉サービスの改善に反映している。 	
<p>24 Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立し、迅速に対応するとともに、苦情の経過と施設としての姿勢や対応を公開している。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置、意見箱の設置）を整備している。 ○ 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。 ○ 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ず説明している。 ○ 苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。 ○ 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 ○ 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 ○ 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 ○ 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 	
<p>【講評】</p>	<p>相談や苦情については、苦情・相談対応規程に基づき苦情委員会で検討しています。接客用語を掲示し、毎朝のミーティングで声を出して読んでいます。また、苦情解決の仕組みについては、重要事項説明書に記載する他、掲示もされていますが、第三者委員についての記載、掲示ともになされていないので、検討が望まれます。意見箱についても設置はされていますが、人の出入りの多い所ですので、人の目に触れにくい場所への設置が望まれます。</p>
<p>25 Ⅲ-1-(4)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ○ 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ○ 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を定期的に行っている。 ○ リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ○ 社会で起きた大小の事故の例をもとに、マニュアルに加筆し、サービス実施方法や内容にそれを反映している。 ○ 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 	
<p>26 Ⅲ-1-(4)-② 緊急時（災害、事故、感染症、食中毒発生時等）に対応できるマニュアルがあり、組織として体制を整備し機能している。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアルの整備、職員研修等は、嘱託医、看護職または地域の保健所等の専門機関、専門職員による指導、指示を受けて実施している。 ○ リスクの種類別に、対応マニュアル等を作成し、会議や研修等により職員に周知している。 ○ 利用者の外出・外泊・帰宅時での災害や事故についても、連絡方法や支援体制を策定している。 ○ 利用者一人ひとりに健康管理票やカードが作成されており、緊急の際に利用者の状態を的確に伝えることができる。 ○ マニュアルに基づく職員に対する研修が行われているとともに、必要な救急法の研修を行っている。 ○ リスクの種類別に、担当者等を中心にして、安全確保に関する検討会を開催し、必要に応じたマニュアルの見直しを行っている。 ○ 検討会には、現場の職員が参加している。 ○ リスクの種類別に、利用者の安全確保に関する担当者を設置するなど、命令系統・役割分担等が明示されている。 ○ 緊急時の発生状況を利用者、家族等や全職員（非常勤職員を含む。）に通知する手段を明確化し、職員に周知している。 ○ 感染症発生の際には、当該感染症に関する早期発見や早期対応の実際、予防対策をあわせて全職員に対して通知している。 	
<p>27 Ⅲ-1-(4)-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行っている。</p>	<p>評価 B</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 災害時の対応体制が決められている。 ○ 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ○ 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知している。 ○ 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ○ 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。 	

<p>28 Ⅲ-1-(4)-④ 不審者の侵入時等に対応できるマニュアルがあり、全職員に周知している。</p>	<p>評価 C</p>
<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 不審者の侵入時における対応マニュアルが整備されている。 <input type="checkbox"/> 警察等との連携のもとでマニュアルに基づく職員に対する研修が行われている。 <input type="checkbox"/> マニュアルは必要に応じて見直しが行われている。 	
<p>29 Ⅲ-1-(4)-⑤ 日常の健康管理は適切である。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者の健康管理票が整備されている。 <input type="checkbox"/> 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。 <input type="checkbox"/> 医師又は看護師が、利用者（及び必要に応じて家族等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。 <input type="checkbox"/> 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。 <input type="checkbox"/> 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。 <input type="checkbox"/> 利用者（及び必要に応じて家族等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。 <input type="checkbox"/> 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。 	
<p>30 Ⅲ-1-(4)-⑥ 必要な時に迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。 <input type="checkbox"/> 地域内に協力的な医療機関（概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。 <input type="checkbox"/> 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。 	
<p>31 Ⅲ-1-(4)-⑦ 内服薬、外用薬等の扱いは確実に実行されている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。 <input type="checkbox"/> 内服薬・外用薬等の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。 <input type="checkbox"/> 一人ひとりの利用者で使用されている薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）が適切に行われている。 <input type="checkbox"/> 誤薬時の対応はマニュアル化している。 	
<p>【講評】</p>	<p>感染症予防対策マニュアル、事故緊急対策マニュアル等を策定し、ケア向上委員会やリスクマネジメント委員会を中心に、対応の検討を行っています。ヒヤリハットの報告事例に対する分析・活用が望まれます。災害時のための食料や備品等が備蓄されていないので、整備が望まれます。また、不審者侵入時の対応マニュアルの策定が望まれます。 3年前から歯科衛生士（非常勤職員）4名を配置し、月1回の歯科医師の往診対応、毎食後の口腔ケアの対応、義歯等の噛み合わせのチェック等を行っています。口腔内に傷等が出来た場合は、速やかに看護師や管理栄養士と連携し対応を行うなど、これまで介護スタッフが行っていた業務を専門職が行うことにより、口腔内の衛生が保たれ、誤嚥性肺炎を発症する利用者が減少しています。服薬については、マニュアルの見直しを行い、看護師が処方された薬をチェックして個別に振り分け、毎食時に食堂で看護師と介護士と一緒に確認した後、利用者の目の前で介護士が利用者氏名を読み上げてから提供し、服用まで確認しています。その結果、昨年から現在まで、服薬におけるヒヤリハット及び事故件数は挙がりません。</p>
<p>32 Ⅲ-2-(1)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 <input type="checkbox"/> 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 <input type="checkbox"/> 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 <input type="checkbox"/> 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 	
<p>33 Ⅲ-2-(1)-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。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 <input type="checkbox"/> 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 <input type="checkbox"/> 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。 <input type="checkbox"/> 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。 	
<p>【講評】</p>	<p>リスクマネジメント委員会、ケア向上委員会、感染対策委員会、安全対策委員会などにおいて職員が中心となり、関係法令の趣旨を踏まえ、提供する様々なサービスの基本事項や手順を示すマニュアルを作成しています。作成されたマニュアルは、職員が見やすいようファイリングされ、新人研修やOJTに活用されるとともに、職員が仕事の手順などの判断に迷った時に活用されています。また、マニュアルは状況の変化に応じて見直しをし、全職員に対して変更内容の周知に努めています。実際のサービスが効率的に実施されているかなど、定期的な検証や見直しは行われていないので、今後は定期的な見直しが望まれます。</p>

<p>34 Ⅲ-2-(2)-① 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 記録管理の責任者が設置されている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p>	
<p>35 A-1-(1)-① 入所時に、利用者の身体状況、生活状況、行動の特徴等の課題を把握するために、家族等面接と利用者の観察を行い、個別のサービス実施計画やサービスに活かしている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 入所時に、利用者の身体状況や、生活状況等を把握するため、家族等面接や利用者の観察を行っている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 利用開始後も入所の際に把握した状況等を確認するため、家族等面接や利用者の観察を行っている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 面接や観察の結果を記録している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> アセスメントの時期と手順を定めており、定期的に見直しを行っている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 把握した結果に基づき、利用者一人ひとりのニーズや課題が明示され、個別のサービス実施計画やサービスに活かしている。</p>	
<p>36 A-1-(1)-② 利用者を尊重した個別のサービス実施計画を適切に策定している。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 個別のサービス実施計画の策定は、計画立案の時期、策定の会議における職員参加、利用者等の意向把握の手順など、組織的な仕組みを定めて実施している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 個別のサービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 個別のサービス実施計画は、一人ひとりの利用者について、日常生活を支援する上での留意点などが具体的に記載している。</p>	
<p>37 A-1-(1)-③ 個別のサービス実施計画の評価・見直しを行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 個別のサービス実施計画の見直しは、利用者本位の視点に立って行っている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 個別のサービス実施計画の見直しは、見直しの時期、計画策定の会議における職員参加、利用者等の意向把握の手順など、組織的な仕組みを定めて実施している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 評価は、定例の会議・ミーティングを含め、関係職員（サービス管理責任者、担当職員等）の意見を聞くための仕組みを設けて行っている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 評価の記録については、職員間で共有する機会を設けている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 定期的に個別のサービス実施計画の実践状況について、評価を行っていることを記録に残している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 見直しによって変更した個別のサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>個人情報保護規程についてのマニュアルは整備されていますが、記録管理の責任者が設置されていませんので設置が望まれます。モニタリング、サービス担当者会議、利用者・家族の意向聴取など、ケアプラン策定に当たっての手順が確立しています。実際の生活や支援とかけ離れないよう、本人の健康及びADL状態を全職種からきめ細かく情報収集し、分析した上で個別サービス計画書の作成を行っています。計画は定期的に見直しをするとともに、利用者には大きな変化が起きた場合は、随時担当者会議を開催し、計画の見直しをしています。策定会議やサービス担当者会議に初めて出席する新人職員に対しては、上司が必ず同席し、手順や発言の仕方を指導しています。</p>
<p>38 A-1-(2)-① 虐待防止や身体拘束廃止についてマニュアルを整備し、具体的な対応策を講じている。</p>	<p>評価 B</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 虐待等の具体例を示した上で、禁止するとともに虐待防止等に関するマニュアルを作成し、職員に周知している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 不適切な行為が行われないよう守るべき規範・倫理等を明文化したものを職員に周知している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 日頃から虐待等について、職員会議等で取り上げ、虐待等が行われていないことを確認している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 職員相互のチェックやストレスへの対応の仕組みを設けている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 職員の意識啓発のため、定期的な人権擁護に係る研修会を実施している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 身体拘束について、緊急やむを得ない場合の対応方針について明文化している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> やむを得ず身体拘束を行う場合は、家族等に積極的に説明し、了解を得ている。</p>	
<p>39 A-1-(2)-② 必要な利用者には成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用情報の提供など支援を行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p><input type="checkbox"/> 成年後見制度等について、研修会等で職員に制度を周知している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 成年後見制度等の利用に備え、家族や利用者に対して積極的に情報提供している。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 成年後見制度等の利用について、個別に相談に応じるとともに、利用の際は、必要に応じて利用手続の支援を行っている。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 成年後見制度等について、市町村など関係機関等と連携をとっており、その記録を残している。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>虐待に関しては、事業所内で利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動や虐待が行われないための研修を実施し、ケア向上委員会においても定期的の実態把握をされていますが、倫理規程と行動指針を定めたマニュアルの整備がされていないので、利用者の尊厳を確保していくためにマニュアルを整備し全職員への周知を期待します。看護部主任がリーダーを務める「安全衛生委員会」において、本年度よりストレスチェックを実施しています。結果は看護部リーダーのみが把握しており、不調等が判明した職員には法人提携の産業医への受診を促す手紙を出しています。また、全スタッフのストレスチェック結果は、流失しないようUSBにて管理され、金庫で保管されています。</p>

<p>4 0 A-1-(3)-① サービス利用の前の生活に配慮した支援を行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ サービス開始時に、利用者や利用者の家族と面談等を行い、利用者のサービス利用前の生活習慣の把握や趣味・興味・希望等を理解するようにしている。</p> <p>○ 把握した利用者の生活習慣や趣味・興味・希望等に配慮した支援を、サービス実施計画に反映させ、具体的な支援を行っている。</p> <p>○ 家庭的な雰囲気や心がけ、利用者が環境変化に柔軟に対応できる支援を行っている。</p> <p>○ 虐待や複雑な家庭環境等の困難な要因によりサービスを開始する利用者については、その背景を十分に理解した上で支援について配慮を行っている。</p>	
<p>4 1 A-1-(3)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 日常生活で援助を行う際に、コミュニケーションの重要性を認識し、話しかけている。</p> <p>○ 利用者への言葉づかいに対する配慮や節度ある接し方がなされている。とくに自尊心を傷つけるような言葉づかい、幼児語の使用、指示的な言葉を慎んでいる。</p> <p>○ 担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。</p> <p>○ 利用者の思いや希望を聴き取ったり読み取ったりして、その内容をケアに生かしている。</p> <p>○ 利用者への言葉づかいや接遇に関する、継続的な検討や研修を実施している。</p> <p>○ 会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。</p> <p>○ 利用者が話したいことを話せる機会を作っている。</p>	
<p>4 2 A-1-(3)-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を整備している。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。</p> <p>○ 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要なときには迅速に支援している。</p> <p>○ 自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いを行っている。</p> <p>○ 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備を常に検討している。</p>	
<p>4 3 A-1-(3)-④ 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。</p>	<p>評価 A</p>
<p style="text-align: center;">評価の着眼点</p> <p>○ 利用者の状態、ADL、睡眠、食事、排せつ、暮らしの意向、これまでの環境（物的・人的）、生活習慣等の把握をしている。</p> <p>○ 自立、活動参加への動機づけを行っている。</p> <p>○ 食事、排せつ、入浴について、本人の意思を尊重し、できる限り、食堂、トイレ、風呂に移動して行えるようにしている。</p> <p>○ 生活のメリハリづけ等のため、着替え・整容等を適時行っている。</p> <p>○ 利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取り組みが組織的に継続して行われている。</p> <p>○ 利用者の趣味、興味、希望を把握し、活動に反映するとともに複数のメニューを用意している。</p> <p>○ 利用者の状態を考慮し、利用者一人ひとりに配慮して日中活動に参加できるよう工夫している。</p> <p>○ 家族、ボランティアや地域住民の参加を得ることなどにより、活動の多彩化を図っている。</p> <p>○ 買い物、外出、地域の行事への参加など社会参加に係るプログラムを導入している。</p> <p>○ サービス提供場面において、自立に配慮した援助を行っている。</p> <p>○ 利用者の体力や身体状況にあった離床時間となるように援助している。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>2年前からケア向上委員会が中心となり、社会人としての基本的な接遇マナーを徹底するために、「接客5大用語」（おはようございます。ありがとうございます。少々、お待ちくださいませ。申し訳ございません。また、どうぞお越してください。）を施設内に掲示し、初心に戻り、サービスを行う際は必ず「声かけを行ってからケアを行う」ことを徹底しています。入所後は施設の生活に一日でも早く馴染み、安定した日々を送ることができるよう職種間で連携して支援しています。自宅で使い慣れた日用品、写真や絵などの思い出の品などの持ち込みも可能で、楽しんでいた趣味などが続けられるよう、これまでの生活の継続に配慮した支援を続けています。難聴の方に対しても、その方のペースに合わせて「ひらがな表」を用いて、コミュニケーションを図っています。利用者の生きがいと自立を目的とした創作活動では、利用者が作成した作品を、隣接の温泉施設に展示しています。</p>

<p>4 4 A-2-(1)-① 入浴や清拭は、利用者の状態に応じて安全かつ適正に行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。</p>	
<p>○ 安全や利用者尊重を含めた入浴介助や支援方法についてマニュアルを用意している。</p>	
<p>○ 入浴の介助や支援は、所定の様式により記録している。</p>	
<p>○ マニュアル等に基づいた入浴介助や支援を行い、必要に応じた見直しを行っている。</p>	
<p>○ 健康上の理由等により入浴できなかった利用者には、清拭等の代替方法をとっている。</p>	
<p>○ 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。</p>	
<p>4 5 A-2-(1)-② 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を設けている。</p>	
<p>○ 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫を行っている。</p>	
<p>○ 浴室・脱衣場の整理・整頓・清掃が行き届いており、危険防止対策にも十分配慮している。</p>	
<p>○ 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。</p>	
<p>4 6 A-2-(1)-③ 利用者の状態や意思を反映した排泄介助を行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 排泄介助に際して、利用者の健康状態や留意事項について、サービス支援計画や個別チェックリスト等を活用している。</p>	
<p>○ 排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）を用意している。</p>	
<p>○ 排泄介助の結果は所定の様式により記録している。</p>	
<p>○ マニュアル等に基づき、個々に応じた適切な介助を行っている。</p>	
<p>○ 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、探尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルを用意している。</p>	
<p>○ 利用者の状況に応じて目標を設定し、自立支援に向けた排泄介護を行っている。</p>	
<p>4 7 A-2-(1)-④ 利用者の状態や意思を反映した移動（移乗）の支援を行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 移動（移乗）介助について、利用者の身体状況等を考慮した注意点や留意点を記載している。</p>	
<p>○ 利用者の意思や心身状況に合った移動用具を検討し、用意している。</p>	
<p>○ 移動（移乗）介助の方法についてマニュアルを用意している。</p>	
<p>○ 個々の利用者について、移動（移乗）の方法や注意点を職員が共有し、実践している。</p>	
<p>4 8 A-2-(1)-⑤ 褥瘡の発生予防を行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 皮膚の状態確認、清潔の確保の方法など、褥瘡の予防について、標準的な実施方法を確立している。</p>	
<p>○ 傷や皮下組織のずれが起きないように安全に介助している。</p>	
<p>○ 施設内に褥瘡予防対策のための検討委員会を設置し、関係職員が参加している。</p>	
<p>○ 必要に応じ、マッサージの実施、軟骨等の塗布を行っている。</p>	
<p>○ 標準的な実施方法について、職員に周知徹底するため、研修や個別の指導等の方策を講じている。</p>	
<p>○ 褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。</p>	
<p>4 9 A-2-(1)-⑥ 利用者の個性や好みを尊重した整容等の支援を行っている。</p>	<p>評価 A</p>
<p>評価の着眼点</p>	
<p>○ 介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。</p>	
<p>○ 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。</p>	
<p>○ 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。</p>	
<p>○ 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。</p>	
<p>○ 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するとともに、必要に応じて記録している。</p>	
<p>○ 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物等支援等に応じている。</p>	
<p>○ 理容・美容に関する資料や情報を用意している。</p>	
<p>○ 利用者の状況に応じ、理・美容師が事業所に訪問してもらえる。</p>	
<p>【講評】</p>	<p>移乗においては、職員の腰痛防止も考慮し利用者の状況に応じてベッドの高さ調整し、介助等を行っています。また、職員は、年2回の健康診断時に、腰痛検査も受けています。今後は、介護ロボットや移動用リフト等の導入も検討しています。排せつの時間や量等の状況をパソコンでデータ化し、利用者それぞれにあった排せつ誘導、声かけを行うことにより、皮膚トラブルが軽減しています。また、最近では、紙おむつからリハビリパンツに形態が変更になった利用者もいます。新人職員でも褥瘡の位置を把握しやすいように、体位交換の際に褥瘡部分の2倍位の大きさに裁断した紙おむつを当てるなどの工夫をしています。</p>

50		A-2-(2)-① 個別のサービス実施計画に基づいた食事サービスを用意している。	評価
			A
評価の着眼点			
<input type="checkbox"/>	個別のサービス実施計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容を明示している。		
<input type="checkbox"/>	食事の介助等、支援方法に関してマニュアルを用意している。		
<input type="checkbox"/>	利用者の状態を把握し、その状況に応じた食事形態（きざみ食、流動食、減塩食等）にしている。		
		<input type="checkbox"/>	利用者の身体状況等に応じた食事のための自動具等を活用している。
51		A-2-(2)-② 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	評価
			A
評価の着眼点			
<input type="checkbox"/>	食材に旬のものを使用するなど、献立に変化をもたせるよう工夫をしている。		
<input type="checkbox"/>	料理にあった食器を使ったり、盛り付けの工夫をしている。		
<input type="checkbox"/>	利用者の状況に応じた、食堂の雰囲気づくりを工夫している。		
<input type="checkbox"/>	座る席や一緒に食べる人について利用者の意向を聞き、テーブルや席の配置を配慮している。		
<input type="checkbox"/>	居室へ配膳する際も保温に配慮している。		
<input type="checkbox"/>	食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子をよく見ながら介助や支援を行っている。		
<input type="checkbox"/>	適温で食事を提供している。		
<input type="checkbox"/>	食事に選択制を取り入れる工夫をしている。		
<input type="checkbox"/>	定期的に食事サービスの検討会議等を開催し、利用者の声、嗜好、食事介助に携わる職員等の意見を反映している。		
<input type="checkbox"/>	利用者の希望や好みを聴き、献立に反映させている。		
【講評】	味付けや量については栄養士が食事時間に各フロアーを回って直接、利用者や職員から聞き取り調査をしています。高齢者の味覚の低下に配慮して味付けを工夫し、美味しさを実感できる食事を提供するよう努めています。また、毎月、隣接の介護付有料老人ホームの栄養士との会議や、グループ全体の調理職を交えた会議において、毎食撮影した写真を基に、盛り付けや色彩等を検討しています。年1回の嗜好調査以外に、毎食時に直接声かけを行い、いろいろな意見を収集して献立に反映しています。食事の時間は本人の希望や受診（透析等）の状況に応じて延長することができ、時間に遅れる場合は食事を調理室で保存し、温めなおして提供するなど適温と衛生面に配慮し、いつでもおいしく食べられるよう対応しています。		
52		A-2-(3)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	評価
			A
評価の着眼点			
<input type="checkbox"/>	利用者が終末期を迎えた場合の対応について手順が明らかになっている。		
<input type="checkbox"/>	利用者および家族に、終末期を迎えた場合の施設・事業所での対応・ケアについて十分な説明を行い、対応方法・連絡方法を確立している。		
<input type="checkbox"/>	医師・医療機関等との連携体制を確立している。		
<input type="checkbox"/>	職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。		
<input type="checkbox"/>	終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。		
<input type="checkbox"/>	利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での看取り介護を行う体制を整えている。		
【講評】	終末期対応マニュアルが整備されており、入所時に延命治療に関する確認及び終末期ケア実施の同意を得るようにしています。また、終末期ケア以外における日常生活上においても、状態が急変することを想定し、特に新人職員が初めて夜勤を行う際は、上司が事前に説明し、不安などの精神的な負担軽減を図っています。		
53		A-2-(4)-① 認知症利用者への支援を適切に行っている。	評価
			A
評価の着眼点			
<input type="checkbox"/>	認知症利用者一人ひとりの個性を把握し、個々の状況に応じた対応を行っている。		
<input type="checkbox"/>	定期的（概ね3ヶ月毎）に関係職員による検討会を実施し、行動・心理症状に対する対応等を検討し、その結果を個々の利用者の支援に活かしている。		
<input type="checkbox"/>	基本的な対応、特性に対するケアを標準化（マニュアル化）し、実施している。		
<input type="checkbox"/>	認知症利用者の理解を深めるための研修を行っている。		
<input type="checkbox"/>	必要に応じて、専門医との連携を図っている。		
【講評】	3か月ごとの定期検討会では日常生活の情報交換を行い、状況に応じたサービスを行っています。また、外部研修で情報収集した内容についても、復命及び報告を行い、サービスにつなげています。利用者によって、暴力行為や独語、食欲低下等の症状が見られる場合は、近隣の専門医に診察をお願いし、連携を図っています。		

54 A-2-(5)-① 個別プログラムを作成し、機能訓練を計画的に行っている。		評価 A
評価の着眼点		
○ 利用者の身体状況を十分に把握した上で、個別のプログラムを策定し、機能訓練を実施している。		
○ 個別プログラムについては、必要に応じて見直しがなされており、その際は、関係職員間で協議している。		
○ 機能訓練の成果を評価した結果を次のプログラムに活かしている。		
○ 機能訓練のプログラムに日常生活に根ざした視点が盛り込まれている。		
○ 利用者の身体機能の状況に配慮した上で、日中はできる限り離床し自由に活動できるように支援している。		
【講評】	作業療法士と機能訓練指導員（看護師兼務）の2名を中心に医師、看護師、介護職が綿密に連携を取りながら個人の能力に応じた個別機能訓練計画を作成し、利用者の心身の維持と向上を図っています。リハビリは心と体の機能向上に必要と位置付け、レクリエーションや趣味活動の中でも意識して取り組み、機能を引き出す工夫をしています。リハビリ室やホール等にて個別訓練、作業及び創作活動を行っています。利用者が作成した作品は、ホール兼食堂を利用する人や職員から見やすい場所に展示しています。	
55 A-2-(6)-① 感染症や食中毒の発生予防を行っている。		評価 A
評価の着眼点		
○ 感染症や食中毒に対する予防対策、発生した場合の対応方法が確立されている。		
○ 職員の健康状態についてチェックし、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。		
○ 必要な手洗器・消毒薬等の設備機器等が設置されている。		
○ 家族、来館者への手洗いや手指消毒等の呼びかけをしている。		
○ 感染症や食中毒の発生予防・対応方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。		
○ 職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法が文書化されている。		
○ 職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種について、費用負担を支援し受けさせている。		
56 A-2-(6)-② トイレは清潔で快適である。		評価 A
評価の着眼点		
○ プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。		
○ 換気や適切な薬品使用等の防臭対策を行っている。		
○ 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。		
○ 採光・照明等は適切である。		
○ 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。		
【講評】	感染症や食中毒に関するマニュアルが整備されています。インフルエンザ流行の時期には、居室内に空気清浄機を設置するとともに、マスクの着用や消毒液、湿度を保つための加湿器を施設内に設置しています。また、利用者がインフルエンザに罹患した場合には、家族の協力と理解を得て面会制限や面会禁止等を行っています。職員も、毎朝出勤時に検温を行っており、健康管理を図っています。	
57 A-2-(7)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。		評価 A
評価の着眼点		
○ 家族に対し、定期的および変化があった時に利用者の状況を報告している。		
○ 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。		
○ 家族の面会時には、利用者の状況を報告している。		
○ 家族との相談を定期的および必要時に行っている。また、その内容を記録している。		
○ 施設のサービス内容や行事の様子等をホームページや広報誌等を通じて家族にお知らせしている。		
○ 行事等について家族に日程等を案内し、参加できるようにしている。		
【講評】	利用者の異変等については、速やかに家族に連絡を行っています。また、家族の来訪時には、担当以外の職員でも日常生活の様子や健康状態を伝えていきます。夏祭り等の行事へ一人でも多くの家族に参加してもらえるように呼び掛けを行っており、昨年の夏祭りには、利用者を含め約500名の参加がありました。	

58 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っている。		評価 A
評価の着眼点		
○ 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。		
○ 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。		
○ 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。		
○ 地域の社会資源を積極的に活用している。		
○ 個々に応じた余暇・レクリエーション活動を行っている。		
○ 利用者の趣味や興味にあったプログラムになるよう利用者の希望を反映させている。		
59 A-2-(8)-② 外出、外泊は利用者の希望に応じて行っている。		評価 A
評価の着眼点		
○ 利用者の意思を尊重して、外出についてのルールを設けている。		
○ 外泊は、施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。		
○ 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。		
○ 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。		
○ 必要などときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。		
60 A-2-(8)-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等の利用は、利用者の意志や希望を尊重している。		評価 A
評価の着眼点		
○ 新聞・雑誌を個人で購買できる。		
○ 共用の新聞・雑誌を用意している。		
○ 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決めている。		
【講評】	年2回のサービス担当者会議や家族会等での意見・要望等の把握以外にも、日常生活において、直接利用者本人から要望の聞き取りをしています。その中で、利用者の「家に戻りたい」との要望に対して、外出として自宅周辺をドライブし、気分転換を図っています。外出・外泊については、要望に応じて実施しており、必ず、付き添う家族等へ利用者の健康状態等の申し送りを行っています。また、付き添う家族等や行き先、宿泊先の確認を行い、不測の事態に備え職員間で情報を共有しています。	
61 A-2-(9)-① 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制を整備している。		評価 A
評価の着眼点		
○ 自己管理に支援を必要としている人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。		
○ 利用者の預り金については、規程を定めて責任の所在を明確にしている。		
○ 施設の金銭管理については、相互チェック体制が整備されている。		
○ 利用者の預り金の収支状況については、定期的（少なくとも3ヶ月に1度）に利用者又は利用者の家族に報告している。		
○ 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。		
【講評】	金銭管理についてはマニュアルに沿って対応しており、小遣い帳の活用はしていませんが、保管場所や所持金の確認等の支援を行っています。	