

4 共通評価項目

福祉サービスの基本方針と組織

-1 理念・基本方針

-1-(1) 理念・基本方針が確立されている。	
-1-(1)-	理念が明文化されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 理念は法人の運営方針をホームページ、パンフレット館内掲示等によって明文化されている。 	
-1-(1)-	理念に基づく基本方針が明文化されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 理念に基づく基本方針は毎年作成されている事業計画書の中で明文化されている。 	
-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
-1-(2)-	理念・基本方針が職員に周知されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎朝全体の朝礼で唱和している。またユニット単位での朝礼でも唱和するなど、職員にも浸透するよう努められている。 新入職員研修などでも徹底して周知をしている。 	
-1-(2)-	理念・基本方針が利用者等に周知されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 理念・基本方針が館内 10 箇所に掲示し、誰もが見やすいよう工夫している。 利用者家族等外部に対しては、パンフレットやホームページ等に写真やコメントを加えるなど周知できるよう工夫されている。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 理念は法人の運営方針をホームページ、パンフレット、館内掲示等によって明文化されている。パンフレットにおいては創設者（理事長）の開設の理念への思いも掲載されており、基本方針が伝わる。 理念に基づく基本方針は、毎年作成されている事業計画書の中でも明文化されている。 館内の掲示も見やすい場所にされており、職員、利用者ともに周知されている。 職員においては、全体及びユニットごとの朝礼で唱和するなど周知されている。 自己評価によると、利用者やその家族に向けての周知、ユニットごとの朝礼での唱和が徹底できていないという意見もあり、今後更なる徹底が課題とされる。またホームページやパンフレットのリニューアルなども検討されたい。 	
--	--

-2 計画の策定

-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
-2-(1)-	中・長期計画が策定されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人としてのビジョンが明確になっている。 法改正などにも柔軟に対応できるよう計画を検討されている。 介護報酬の策定により3年毎の財源変動に対応できるよう計画を立てている。 	
-2-(1)-	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 3カ年目標「エバーグリーンはチームワークを誇れる施設になる」を掲げ、それに基づき毎年の事業計画を策定している。 評価結果に基づいて見直しもされている。 	
-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
-2-(2)-	計画の策定が組織的に行われている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎月の連絡協議会において3年先の課題を協議し目標を定め実現できるよう計画している。 	
-2-(2)-	計画が職員や利用者に周知されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 連絡協議会の内容を全体会議、サービス担当者会議で職員、利用者家族に周知している。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 中・長期計画は3カ年ごとに策定され、1年ごとの事業計画にも反映させ具現化されている。また、計画は各種会議のなかで検討し、策定されている。定期的に評価を行い、計画の見直しも行われている。 計画は、全職員に周知するとともにサービス担当者会議等で利用者家族にも全員に説明されている。 	
---	--

-3 管理者の責任とリーダーシップ

-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
-3-(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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 組織図において管理体制を明確にされている。 管理者の役割と責任は文書にて明らかにされ、連絡会議などでも説明されている。 毎年作成される事業計画書においても各職員の責任、目標、役割を明確にされている。 	
-3-(1)-	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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理者は自ら、外部の研修等に積極的に参加し、その内容を職場会議等で職員にも情報を伝えている。 介護事故等関係する事項について、朝礼で報告し、職員に回覧するなど周知を図られている。 	
-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
-3-(2)-	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。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理者は職員の意見を取り込むよう各種会議には積極的に参加している。 日々の管理を行いやすくするために、勤務時間が不規則である職員と接する機会を多くすることを課題とされている。 リーダーシップについては、今後の施策として掲げられているキャリアパス制度の活用も検討していただきたい。 	
-3-(2)-	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに十分な指導力を発揮している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 経営、業務の効率化等について職員の意見も取り入れ、改善に取り組んでいる。 管理者は、参加した外部の研修や、介護事故等に関係する事項などから積極的に情報を収集し、経営や業務の効率化と改善に取り組んでいる。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 組織図や1年毎の事業計画書などで管理者の責任や役割を明示されている。また責任の所在は各長に任されており、事業計画書にも明確にされている。 リーダーシップについては、今後施行されるキャリアパス制度の活用に期待される。 日々の業務では、職員に任せることにより自主性をもたらし、本来のリーダーシップを発揮するよう努力されたいよう感じられた。全体会議室には主任以上が「私たちの夢、私たちの目標」を掲げ、リーダーとしての自覚をうながしている。 	
--	--

組織の運営管理

-1 経営状況の把握

-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
-1-(1)-	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。
評価結果 A	
<ul style="list-style-type: none">岐阜県老人福祉施設協議会からの法改正等の情報を収集し把握されている。加入する各団体の会議にも積極的に参加して交流ができており、情報収集し、把握されている。グループ法人との交流も密に行っており、福祉をとりまく関連情報についても収集に努められている。	
-1-(1)-	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。
評価結果 A	
<ul style="list-style-type: none">経営状況は毎月理事長に月次報告として報告して法人としても把握している。経営状況を分析し、人材採用、人材育成など人材に対する投資や施設営繕など改善すべき課題を発見し、事業計画に反映されている。	
-1-(1)-	外部監査が実施されている。
評価結果 B	
<ul style="list-style-type: none">現在は内部監査のみではあるが、監査を実施し改善に取り組んでいる。今後は第三者評価も積極的に受審していく方向である。	

総合評価 A	
<ul style="list-style-type: none">グループ法人として経営計画が整備されているため、経営状況を把握されている。また、でてきた課題に対しては、分析を行い、事業計画にも反映されている。設立6年目を迎え組織としての体制が整い、人の問題も安定し介護のプロとして定着してきていて、次のステージにきていると思われる。各種情報の収集にも積極的であり、第三者評価も受審されるなど、経営という側面にも目を向けているよう感じられる。	

-2 人材の確保・養成

-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	
-2-(1)-	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 人件費 60%を目安に、理念に基づくサービスの提供ができるよう、人員は基準以上に設置されている。 助成金などを活用し、人材の育成、採用にも積極的に取り組んでいる。 人材のあるべき姿を策定し、その人材を育成するためのプランの確立を目指されたい。 	
-2-(1)-	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 人事考課よりもコミュニケーション強化の方が人材に関しては効果があるため力をいれてきたが、22年度以降はキャリアパス制度等を導入し、人事考課を行っていく予定。 	
-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
-2-(2)-	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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員の意見や希望休日などを聞き取り、勤務シフトに反映されている。 夜勤においてはフリーの人員を配置し、休憩がとれるしくみを作っている点は評価したい。 自己評価において有給休暇については様々な意見があり、今後更に取得しやすい環境構築を課題とする。 	
-2-(2)-	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 全員参加の忘年会や慰安旅行などを実施している。 利用者家族からの職員に対する感謝の御礼や寄付は、すべて職員の福利厚生設備に活用させてもらっている。 	
-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
-2-(3)-	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎年の事業計画書に職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 21年度の事業計画書にはリーダーシップ力、人間力の向上が明示されている。 	

-2-(3)-	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が作成され、計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> • 新入職員については、採用時に7日間、各セクションごとの研修を実施している。 • 職務ごとに必要とされる研修については、外部研修に参加させるなど計画的に実施している。 • 施設内では外部講師を招き、全体で毎月研修を実施している。 • 個別の職員に対してあるべき姿を策定し、その人材を育成するためのプランの確立を目指されたい。 	
-2-(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。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> • 研修参加報告書を元に評価、内容の見直しを行っている。 • 職員からの要望も取り入れ、新たな研修にも積極的に取り組んでいる。 • 職種、階層別の研修計画も評価・見直しを行うことが今後の課題である。 	
-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	
-2-(4)-	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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • ヘルパー養成施設や県病院からの現場実習生を積極的に受け入れている。 • 受け入れにあたっては、協定書に基づき、責任体制も明確になっている。 	
-2-(4)-	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 受け入れた実習生には、現場見学だけでなく、実際に体験できる体制を整えている。 • 実習生には、指導担当者を決め、マンツーマン体制などきめ細やかな指導が行われている。 	

<p>総合評価 B</p> <ul style="list-style-type: none"> • 人事管理は、法人の就業規則に基づき、運営体制に応じて必要な人員を適正に配置されている。 • 人事考課について今後のキャリアパス制度の導入に期待したい。 • 職員の研修は、毎年研修計画に基づき公平かつ多く参加できるよう配慮されており、本人の状況に応じた研修を受講させるよう努められている。研修受講後は、報告書等で全員に周知されている。 • 現在の研修計画は、全体としてのものであるため、今後は個別職員ごとに人材のあるべき姿を策定し、その人材を育成するためのプランの確立を目指されたい。 • 実習生については積極的に受け入れ、育成できるプログラム実施されている。 	
---	--

-3 安全管理

-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。	
-3-(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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 事故防止対策委員会が3ヶ月に1度行われるなど体制が整っている。 緊急時対応マニュアルは全職員に配布とともに、即対応できるよう各ユニットごとに掲示されている。 	
-3-(1)-	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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> リスクマネジメント委員会や事故防止対策委員会を設置し、利用者の安全確保のために情報共有、分析、改善が行われている。 事故報告書、ひやりはっと、びっくりノートなどに分類し、小さなことでも見逃さないようにすることによりリスク回避できるしくみづくりをされている。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 事故防止対策委員会、リスクマネジメント委員会が定期的に機能し細かな内容まで検討されている。どんな小さなことでも見逃さないしくみ作りが確立され、職員の安全に対する意識の高さがうかがえる。利用者や家族が安心して過ごせる体制は、理念や基本方針が職員に浸透しているものと思われる。 	
--	--

-4 地域との交流と連携

-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	
-4-(1)-	利用者と地域との関わりを大切にしている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 近隣の幼稚園、中学校等との交流（運動会、学芸会等）地区福祉委員会や地区民生指導委員の施設見学、懇談会などに希望する利用者が参加できる体制になっている。 利用者が出向くだけでなく、施設での行事に地域の方、研修生、ボランティアを招いたり、会議室を空手教室に提供するなど、施設のことを紹介する機会をつくり交流を図っている。 	
-4-(1)-	事業所が有する機能を地域に還元している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 週に1度、地域のクラブ（空手教室）に部屋を貸し出している。 地域の人々にも喫茶店など利用できるしくみにはしているものの、実際の利用は利用者およびその家族のみとなっている。 地域のクラブ（歌、手品など）による発表会の場などには積極的に受け入れを行っている。 地域への施設開放の一環で、地域サークルの作品を展示する場を提供している。 	
-4-(1)-	ボランティア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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護ボランティアは、少ないながらも、受け入れる体制を整えている。 陶芸指導や演芸のボランティアが多く、月2回以上受け入れている。 	
-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
-4-(2)-	必要な社会資源を明確にしている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 必要な情報については関係機関との連携を行い、会議等で説明されている。また、関係機関の情報は掲示板でも掲示され、職員だけでなく誰でも確認できるように配慮されている。 グループ法人の医療法人とも連携を密にしており、福祉に関連する情報のみならず、医療関連情報なども収集し周知するなど連携に努められている。 	

-4-(2)-	関係機関等との連携が適切に行われている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 隣接したグループ法人の医療機関との連携が密にとられている。 保健所から定期的な給食指導を受けている。 市教育委員会の福祉委員となっていて情報交換ができる体制となっている。 	
-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	
-4-(3)-	地域の福祉ニーズを把握している。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 加入する団体の会議に参加するなど交流はできているが、実際の具体的なニーズの把握はできていない。 入所時の利用者ニーズはアンケートなどにより積極的に把握している。 民設民営のため、今までは地域ニーズより利用者ニーズに重きをおいていたが、今後は地域ニーズの把握にも努めたい。 	
-4-(3)-	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者および家族の希望を元に、個別で対応できる体制を整えている。 地域ニーズを今後把握し、事業計画に取り込む方向で努めたい。 	

<p>総合評価 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域社会の一員であることを認識されており、ボランティアの受け入れをはじめ、地域と利用者のつながりを大切にされているものの、地域ニーズは把握できていない。民設民営のため、利用者ニーズに重きをおいていたが、今後は地域ニーズの把握にも努めたい。 関係機関との連携は密にされおり、必要な情報については職場内で説明されるとともに、掲示板に掲示するなど誰でも利用できるようにされている。 	
--	--

適切な福祉サービスの実施

-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	
-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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員全員で創り上げた施設理念「寛・楽・永・想・癒」及び施設のケア指針「一人一人の生きる気持を支えます」を宣言しており、個人を尊重したケアを具現化するためにユニットケアを行っている。 事業計画書には、各ユニットごとの目標・手段を設け、実施されている。 	
-1-(1)-	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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者のプライバシー保護に関する規定を設け、責任者が利用者家族に説明する体制が確立されている。 研修は行っていないものの、排泄のプライバシー保護など具体的な取り組みが見られる。 今後はホームページに掲げるなど、利用者やその家族、外部への周知にも努められたい。 	
-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	
-1-(2)-	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者満足のため、一人一人にきめ細かいサービスを提供できるようユニットケアを行っている。 施設のケア指針、食事、排泄、入浴を代表とする「暮らし」を楽しむことができるよう個人の要望を尊重するよう努められている。 サービス担当者会議により、利用者家族の要望を取り込み、改善する体制を整えている。 	
-1-(2)-	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者2名に対し職員1名を配置することによりサービス向上に努めている。 介護度によりフロアを分けるなどの配慮をし、設備の配置も工夫している。 個別レクレーション（外出・食事）などの実施により個々の希望にそえるよう努めている。 	

-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。
-1-(3)-	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者が話しやすい職員を選べることにより、意見を吸い上げやすいしくみとなっている。 • 家族交流会を開催し、意見、要望を話しやすい環境を整えている。 	
-1-(3)-	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知されており機能している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 現在、苦情はほとんどないとのことではあるが、小さなことでも苦情ととるよう意識づけがされている。 • 苦情内容やその後の対応などはすべて苦情書類関係ファイルに記録され、改善に努められている。 • どんな小さなことでも真摯に受け止め、迅速かつ丁寧に応じ、解決のために努力されている。 	
-1-(3)-	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 苦情発生から調査、改善、報告まで、すべて記録し、迅速に対応することを意識し実行されている。 • 責任の所在が明確とされており、迅速な対応が可能となっている。1週間程度での対応も見られた。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者尊重のサービス提供については、運営方針等に明記され、プライバシー保護に関する規程も整備され全職員に周知し、サービス向上の改善に努められている。 • 利用者満足の向上に向けては、日常的に利用者、家族から要望の把握に努められている。また、サービス担当者会議や利用者・家族へのアンケート調査を行い、意見やニーズを把握されている。把握した意見等については、可能な限り個々に対応できるよう努められている。 • 利用者からの苦情、意見を述べやすい体制を整備され、フィードバックもされている。担当主任が処理をするなど、責任の所在が明確にされており、迅速な対応を実施されている。現在、苦情はほとんどないとのことであるが、隠れた苦情を見出せる職員の能力向上にも今後期待したい。 	
--	--

-2 サービスの質の確保

-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。	
-2-(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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> サービスに関する各委員会において個別の事案が報告され、それに対し意見交換をし、評価を行う体制が整っている。 今後は第三者評価などの外部評価を積極的に取り入れ、サービス全体の評価を行うなど積極的な姿勢が見られる。 	
-2-(1)-	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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 評価結果を基に、定期的に今後のケアプランの改善を実施し、課題を明確にしている。 	
-2-(1)-	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 明確化された課題に対して改善に向けてケアプランを立て、サービスの質向上にむけて努力されている。 	
<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ポジティブコミュニケーション研修や第三者評価なども積極的に取り入れ、サービスの質向上に努められている。 小さな気づきも課題とし、改善がサービスの質向上につながることを、管理者のみならず職員にも意識付けがなされている。 サービスの質を向上させようとする職員の意識の高さは、研修の報告書からも見受けられる。 	

-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。	
-2-(2)-	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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 個々のサービスについてのマニュアルが文書化され、またその他に研修や個別指導により職員に周知している。 ● ケアプランに基づいてサービス提供をし、サービス実施後には、ケアプラン一覧表を用いてチェックするなど標準的にサービスが提供されている。 	
-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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● サービスに関する各委員会において個別の事案が報告され、それに対し意見交換をし、ケアプランを見直す仕組みが確立されている。 	
-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	
-2-(3)-	利用者に関するサービスの実施状況の記録が適切に行われている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 各ユニットごとでサービス実施後にケアプラン一覧表にチェックし、実施記録を福祉施設専用システム「ほのぼのソフト」にパソコンで入力することで全職員が情報共有できる仕組みが確立されている。 	
-2-(3)-	利用者に関する記録の管理体制が確立している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● サービス内容において、記録のバラつきがない様、サービス内容項目一覧用紙にてチェックが出来る様にしている。 ● サービス実施直後は、ケアプラン一覧表に記入することで短期的に管理し、その後、福祉施設専用システム「ほのぼの」にパソコンで入力することで長期的に管理し、施設内で全職員が共有できるよう体制が確立されている。 	
-2-(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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 福祉施設専用システム「ほのぼのソフト」が導入されており、利用者の状況等を全職員で共有できる体制となっている。 ● また重要事項については掲示板などで周知し、全職員が確認をしてから就業することになっている。 	

総合評価 A

- サービスマニュアルは、文書化され全職員が常時活用されている。サービスに関する各委員会において意見交換をし、必要に応じてマニュアルは変更されている。
- サービス記録は、丁寧かつ的確に実施されている。また規程に基づいて適切に管理され、朝夕のミーティング、ケア記録、サービス担当者会議等により漏れのないよう提供され職員間で共有化されている。
- 勤務体制により、情報の確認が困難な場合もあるが、パソコンの活用により情報共有の体制を整えている。今後は確実に職員が情報を確認したかをチェックする仕組みを工夫されたい。

-3 サービスの開始・継続

-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	
-3-(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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> パンフレットやホームページなどで誰もが必要に応じて情報を収集できるようになっている。 見学希望者には見学の対応も行っている。 体験入所はないものの、ショートステイとして一日利用の希望を聞き、施設の雰囲気を感じていただける仕組みとなっている。 	
-3-(1)-	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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 申し込み時に「重要事項説明書」「入所契約書」を用いて分かりやすく説明されており、利用者や家族に書面にて同意を得ている。 これまでに契約に関する苦情・トラブルは一切ないとのことで徹底されている。 	
-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	
-3-(2)-	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。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス終了時に、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すよう体制は整っているものの、実際にはほとんど事例がない。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> パンフレット、HPによりサービス情報を提供されている。パンフレット、HPとも工夫の余地があるので、利用者の暮らしぶりや施設の取り組み等を生き生き伝えられるものとなるよう取り組まれない。 サービスの開始については、説明資料を活用され分かりやすく説明されている。 サービス終了時には、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、書類を渡すよう体制は整っているが、実際にはほとんど事例がない。 退所については死亡による退所が大半を占めサービスの継続は終了するが、その場合一周忌には必ず利用者家族へ手紙を出すなどの配慮をしている。 	
---	--

-4 サービス実施計画の策定

-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。	
-4-(1)-	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の身体状況や、生活状況等を、ヒアリングする体制が整っており、統一した表によってアセスメントを行っている。 	
-4-(1)- 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。	
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> アセスメントに基づき個別のニーズや課題はサービス計画書に明示されている。 	
-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。	
-4-(2)-	サービス実施計画を適切に作成している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議は、毎週 1 回午前中に実施し、利用者家族も半年に 1 度出席し確認をいただいている。 実施評価においてはパソコンで入力しており、サービス内容項目を評価しやすい様、項目ごとに分けて入力している。 	
-4-(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。	
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 定期的にサービスを見直す手順が定められており、サービス担当者会議で評価・見直しを行っている。 変更に関しても利用者、家族の意向を確認、同意を得ていることを確認されている。 サービスに関する個人情報は、パソコンに入力されており職員は常時共有できるものとなっている。 	
<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> アセスメントから課題分析、サービス実施計画の作成など一連のマネジメントについては決められた手順に従い適切に実施されている。いずれも利用者、家族に確認、同意を得るとともに、意向を反映している。 サービスに関する情報は、職員が常時共有できるものとなっている。 	

5 サービス評価項目

- 1 生活環境（安全管理）

- 1 -(1)	安全に配慮した設備
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 階段などの危険箇所は、柵を設け危険予防に取り組んでいる。 手すりなどもトイレ、浴室、居室に配慮され、手作りの滑り止めも施されている。 認知症高齢者の安全を配慮しセンサーを設置するなどの対策を講じている。 	
- 1 -(2)	施設内の点検と補修
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 事故防止対策委員会、リスクマネジメント委員会が定期的で開催されており、職員もそれぞれの委員会で危険箇所の報告を行ない、情報共有をしている。 指摘があった箇所については、業者への補修依頼、また軽微な補修箇所については職員自ら修繕するなど迅速な対応をしている。 安全面に対する職員意識を高めるため、危険予知（KY）の勉強会などを開催し、職員全体が常に危険防止に努めている。 	
- 1 -(3)	感染症対策
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の健康状況については日々の申し送りにおいて職員間で情報を確認している。また毎月行われる「医療対策委員会」でも利用者全体の状況把握に努めている。 医療対策委員会で確認された情報は、各ユニットへ通知され、各職員が確認している。 感染症対策マニュアルも備え、感染症、食中毒の予防・蔓延防止に関する指針が提示され、緊急時の対応や報告方法などが記載されている。 	
<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員の安全に対する意識は高く、安全・感染症に関する各委員会でも細かな内容まで検討されている。開所時から事故後の事故報告書や事前の事故予防に役立つヒヤリハットを活用し、これらの活用に関しても、職員間にもかなり浸透しているのではないかと感じた。経営理念にもある「利用者の暮らし」の安全を守るという姿勢が十分にうかがえる。 	

-2 自立への支援（個別ケア）

-2-(1)	アセスメントの実施
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 入所時のアセスメントについては、身体状況、嗜好、趣味など今後の生活に必要な情報は十分な量である。 重度の認知症の方については、本人からのADL把握など難しい点もあるが、家族などとの面談から把握に努めている。 利用者の心身の状況などは日々記録をするシステムが確立されており、日々のアセスメントがケアプランの作成にも充分反映・活用されている。 	
-2-(2)	課題の明確化
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> アセスメントをもとに各利用者の介助の課題把握、ケア方針、ケア重点事項、利用者意向が記録され、介護に活用されている。 ケアの実施状況も長期についてはパソコンに記録され、直近の記録については紙ベースで簡単に確認でき、チェック表に項目、実施した期間などが記録されている。 アセスメントから得られる情報をもとに、施設サービス計画書は6ヶ月に1回、また栄養ケアマネジメント、機能訓練マネジメントは3ヶ月に1回計画を立てている。 	
-2-(4)	職員による課題の把握
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアプランの実施状況は、各ユニットの担当者が誰でも見えるようにしてある。誰でも見えるということは、他の利用者にも自分の介護記録が他人に見られる可能性があるのではないかという点は少し気になった。 状態の変化が多い利用者などの今後の対応姿勢などについては、ユニット会議で検討され、各職員間で情報共有がされている。 	
-2-(5)	心身の状況に応じた機能訓練
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 機能訓練プログラムは個別に計画されており、館内2階の広いスペースで機能訓練士が担当している。 ADLは3ヶ月に一度状態を把握し、その後の機能訓練プログラムに反映している。 レクリエーションとして音楽療法などのプログラムもある。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 重度の認知症の利用も多く、アセスメントの把握に苦労していることもあるが、ユニットケアの利用者と職員の距離が近いというメリットを活かし、日々の体調変化は把握しやすいように感じた。また自立への支援という気持ちとともに、「利用者の役に立ちたい」という意識が声掛けなどを通して感じられた。 	
--	--

-3 生活意欲の向上

-3-(1)	外出機会の確保
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 外出については、利用者本人の希望を充分取り入れており、職員が対応できる範囲内で外出の機会を確保している。 家族との外出も比較的自由に行なえる。 認知高齢者の外出機会については、本人の意思表示が難しいなどの面もあるが、外出することで気分転換や脳にも良い刺激を与えるということも言われているので、今後の検討課題とされたい。 地域交流の面から、地域の学校の運動会を訪問するなどの外出も行なっている。 	
-3-(2)	職員の態度
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者本位の理念のもと、コミュニケーションを重視した姿勢は、ポジティブコミュニケーション研修を受講していることから伺える。これによって良好な人間関係、職員の働く意欲の向上にもつながり、施設全体のマナー向上が利用者満足をいっそう高めると感じる。 以前の苦情記録の中に、一部の職員の態度についての苦情も見られたが、訪問時の対応は大変気持ちの良い対応で、改善の成果が十分現れていた。 	
-3-(3)	レクリエーション
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> レクリエーションの種類は多く、ビデオ鑑賞、体操、手芸、書道、活花、カラオケなど多彩なメニューが用意されているが、利用者の希望も多彩で全て希望通りとはいかないとのことで今後の検討事項とされたい。 施設内には地元伝統工芸の「陶芸スペース」もあり、利用者が陶芸づくりを楽しむこともできる。また音楽療法士による音楽療法も行なわれている。 年間行事計画からも全体レク、ユニットレクは充実している。 	
-3-(4)	行事・イベント
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設全体行事は毎月1回。ユニットレクは毎月1回(ユニット単位での家族交流会も年1回以上実施)。 年間行事はユニットごとにも計画されており、四季を考慮したイベントが行なわれている。 ボランティアによる演芸・マジック等の披露の申込も多く、利用者の楽しみにつながっている。 館内1階に毎週水曜、土曜日に開店する居酒屋があり、利用者の楽しみになっている。 	

-3-(5)	外出希望への対応
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者の外出希望は職員の態勢が整えば対応している。 • 家族との面会時には、外食なども比較的自由に行なえるようである。 	
-3-(6)	財産管理
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> • 成年後見制度などを活用している利用者はほとんどいないため、現在のところは特別な対応はしていない。 • 施設内でのお金の管理は、個人や家族の希望があれば、施設としても協力している。 • 重度の認知症の方も多いため今後、制度活用希望があった場合などの専門家などとの連携やマニュアルを整えておかれることも大切である。 	
-3-(7)	居室への持込
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • ユニット居室のため私物の持込は自由とのこと。ただしタバコ、危険物、貴重品は制限がある。個人部屋のため利用者が工夫して自室を利用できる。 	
-3-(9)	服装や整容の支援
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 就寝時と日中の更衣も行なわれており、生活リズムにメリハリがつけられている。また女性の化粧、男性の髭剃りなどユニット担当の職員がサポートしている。 • 外出時には、よそ行きの服装などで外出気分を盛り上げる工夫もしている。 • 整髪については、館内に理容室もあり、希望があれば出張サービスをしてくれる。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者尊重、個人の生活を重視の考え方はユニットケアという形で実現している。施設での集団生活という雰囲気はあまり感じられず、普段の家庭の生活感を感じさせられた。ユニットごとに、利用者の生活が楽しくなるよう職員が工夫している。 • 重度の認知症のユニットでは、回想法を活用した「昭和」の雰囲気、環境が演出されていた。看板、ポスト、公衆電話など昭和の町並みを再現している。それらのレプリカは全て職員による手作りで利用者に対する愛情の深さを感じた。 	
---	--

-4 健康の維持管理

-4-(1)	定期健康診断の支援
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 年に1度の定期健康診断を実施し、利用者の健康を管理している。 • 2週間に1回の回診で日々の健康をチェックしている。 • 認知症、精神疾患のある利用者についても、月に2回の精神科医による回診がある。 	
-4-(2)	身体状態の変化や異常の早期発見・対応
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 身体状況に変化があった場合は、ユニットナース、ブースリーダーへの連絡報告体制がマニュアル化され、原則看護師が対応している。 • 緊急時などにも対応できるよう救急救命の研修も実施し、万が一に備えている。 • 事故や緊急時の対応は事故報告書に記録している。 	
-4-(3)	服薬管理
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 詳細な服薬管理マニュアルに基づいて管理している。全体的な管理方針などはリスクマネジメント委員会などで対応している。 • 誤薬の予防として、入職間もない職員には顔と名前を覚えるまでは服薬を対応させないことや、服薬をした場合には、職員が薬の袋にサインをするなど服薬管理には慎重である。 	
-4-(4)	口腔ケア
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 歯科医師、歯科衛生士の助言により、個別口腔ケアマネジメント計画が作成されている。 • 毎月職員による口腔アセスメントが行なわれ、利用者の口腔ケアに対応している。 	
-4-(5)	健康に関する相談
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 専門の健康相談窓口などはないが、日々の対話から利用者が話しやすい環境を作っている。相談があった場合は、看護師が対応するという体制が整備されている。 	

-4-(6)	医療機関との連携
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> グループ法人のタジミ第一病院が隣接しており、緊急時の対応が早急にできるなど医療と福祉の充実した連携が発揮できる。その他の医療機関、歯科医療機関との協力体制も整っている。 	
-4-(8)	特別なケアへの対応
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設の重点取り組みとして、看取り看護に対する意識向上を目指している。 意識向上のための具体策として、ターミナルケアについての職員研修も行なわれている。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療法人の仁寿会がグループ法人ということもあり、医療機関との連携は大変しっかりしており、安心した医療サービスが受診できる。施設内においてはユニット単位でのきめ細かな健康管理・服薬管理などが実施され、常に利用者の顔が見えるというユニットケアの特徴を活かしている。 看護師の配置基準は4人であるが、10人配置させることにより、利用者により安心して暮らしていただけるような体制を整えている。 	
---	--

-5 食 事

-5-(1)	利用者に応じた食事
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の好みについては嗜好調査も行い、出来る範囲でメニューに反映している。パンとご飯の選択はできる。 ● 食事委員会においては、利用者個人ごとに「食事における取り組み」などが報告され、食事介助に活かされている。また、自力での食事を目指しているため、食事補助具なども職員で製作することもあり、利用者に使いやすいことを最優先に考えている。 	
-5-(2)	メニューの工夫
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2ヶ月に一回食事委員会を開催し、メニューの評価を行っている。また利用者の希望など多くの意見が集められ検討される。献立予定表が各ユニットにも掲示されている。 ● 季節に応じたメニュー、「行事食」「寿司バイキング」「麺食」などで利用者の楽しみを工夫している。 ● 希望者には刺身などの生魚も提供している。 	
-5-(3)	食事の雰囲気作り
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 食事時間は各ユニット単位で考え提供している。 ● 週に数回音楽を流しながらの食事や、またランチョンマットの使用、陶器の食器の使用など楽しく、おいしく食事できる雰囲気作りを行なっている。 ● これらの工夫は、食事委員会で話し合いが行なわれている。 	
-5-(4)	適温提供
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ユニット単位での食事のため、ユニットごとで盛り付け、汁物も適温で提供している。 ● ミニキッチンも完備されており、温めたり、冷やすことも自由にできる。 	
-5-(6)	食事介助
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の身体状況に応じた補助具の使用をしている。補助具は既製品だけではなく利用者が使いやすいよう職員自ら作成するなど工夫している。 ● 椅子の高さなども4段階で利用しやすい工夫がされ、食事のしやすさが配慮されている。 ● 後片付けについて、職員によってはタイミングが早い場合があるとの自己評価もあり、今後の検討課題とされたい。 	

総合評価 A

- ユニット単位での少人数の食事環境であり、家庭環境に近い雰囲気がある。「食べたい時に楽しくおいしく」をベースに保有能力を十分活かし、口から味わっていただくための取り組みに力を入れている。またユニットごとにミニキッチンや冷蔵庫の設備もあり、常に適温でおいしい食事を提供できる環境が整っている。
- 食事委員会がメニューの工夫や雰囲気づくり、行事食などを検討している。また利用者の食事介助時の注意すべき点も個別に報告され、食事介助に活かされている。

-6 入浴

-6-(1)	希望に応じた入浴
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 入浴は週に 2 回が基本だが、職員の対応が可能な場合は、希望に応じて週 3 回の利用も行なっている。希望者は、日曜日及び夜間入浴も可能である。 入浴は好きな利用者にとって大変な楽しみでもあり、積極的な声かけなどを行なうなど更なる支援の充実に取り組んでいただきたい。 	
-6-(3)	身体状況に応じた入浴
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 大きな浴槽、小さな浴槽を活用し身体状況に応じた入浴支援を行なっている。また入浴補助具なども自分たちで作成するなど利用しやすいものを工夫している。 個浴中心の入浴は、プライバシーの面からも評価できる。 職員においては、入浴・出浴介助テクニックに関するデモンストレーションやDVDによる学習など利用者本位の入浴介助を考えている様子が伺える。 	
-6-(4)	快適な入浴時間
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 入浴時間はユニットごとで検討している。 入浴したい時に入浴できない場合もあるので、職員の勤務状況などの問題はあと思うが、なるべく利用者の意見を取り上げるなど今後の検討課題として一考されたい。 入浴委員会で「風呂の日」を毎月 26 日前後 3 日間設定し、入浴剤やドリンクバーの設置など楽しい雰囲気作りに取り組んでいる。また入浴時間には、好きな音楽を流すなどの取り組みも行なわれている。 入浴はコミュニケーションを図る場と捉えており、入浴時間も 30 分から 1 時間かけるなど、利用者とのコミュニケーションを大事にしている。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 個浴を基本とし、一人ひとりのプライバシーにも配慮されている。職員の勤務体制などを考慮し出来る限り利用者の希望を叶えようとする努力や、利用者にとって快適な入浴時間となるよう入浴・出浴デモンストレーションを実施していることは素晴らしい。 浴槽は檜であり、十分なスペースの浴室が確保され、特に 2 階、3 階の上層フロアの景色は「癒される空間」としてくつろげる印象を持った。また好みの温度、時間、湯量で利用できることは利用者本位の取り組みとして評価できる。 入浴補助具の自主制作も利用者の身体状況に応じて改良できるメリットもありコストの面から見ても大変素晴らしい取り組みである。 	
--	--

-7 排泄

-7-(1)	排泄状況の把握
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 自然排泄を促すことを心がけ介助をしている。自然排便のために多めの水分摂取、ココア、プリンなど排泄を促す食事にも工夫している。 • 個人の排泄記録は排泄チェック表に記録し、パソコンにも入力し情報の共有化を図っている。ユニットによってはトイレに利用者ごとのおむつチェック表もあり排泄時の配慮すべき事が分かるようになっている。紙の裏面に記入されているのでプライバシーも配慮されている。 • 異常時があるときは、各ユニットの看護師から看護リーダーへの報告する仕組みがある。また排泄委員会によって、利用者一人ひとりについて状態の把握に努めている。 	
-7-(2)	排泄介助
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 排泄記録などから排泄パターンを把握し、適時誘導を行なっている。 • 夜間など誘導が困難場合などは、ポータブルトイレなどを活用し排便介助を行なっている。また、なるべくリハビリパンツやオムツを使用せず、布パンツやトイレでの排泄をしていただくような取り組みを行なっている。 • 下剤をなるべく使用しない排便にも取り組んでいる 	
-7-(3)	適切な道具の活用
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者の状況に応じて足踏み台、背もたれ、クッションなどを活用している。 • トイレ内の手すりにも手作りの滑り止めが施されている。 • トイレ内の便器の高さや手洗い場の高さは車椅子の利用者のことを考え、高さが低めに設計されており使いやすい。 	
-7-(4)	排泄の衛生管理
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • トイレの床、便器などはきれいに掃除されている。消臭剤も各トイレに置かれ異臭などは気にならない。 • 消毒については各トイレに次亜塩素酸ボトル、ウェルパスを設置し、汚染時に対応できるようにしている。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者全員の排泄個人記録によって平常・異常を把握している。排泄記録についても生活リズム、排泄時間、水分量など非常に細かく記録されており、異常の発見には大変役立つ記録簿になっている。 • 各ユニットには3箇所のトイレがあり、異臭なども特に気にならなかった。 	
--	--

-1 相談・要望・苦情への対応

-1-(1)	家族の意見・要望を引き出す働きかけ
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 家族と職員の交流会をユニット単位で年1回開催している。また平成21年夏から「エバーグリーン通信」を年に4回発行し、施設での行事の紹介や取り組みを配布している。 ● 看取り看護ではケア記録を活用し家族とのコミュニケーションを図る工夫を行なっている。 ● サービス担当者会議にはケアプランの確認も含めて家族とともに今後の介護方針などを一緒に考えている。 	
-1-(2)	相談・苦情受付の明示
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 苦情に関しては相談苦情窓口や掲示などで案内しているものの、実際は直接職員に苦情や相談が投げかけられることが多い。その際の対応は主任が行い、苦情記録の作成、家族へのフィードバックまで同じ職員が担当しているため、責任のたらい回しがなく家族側からも分かりやすい。 ● 苦情受付ボックスも事務所正面に設置されているが、人目につかないような配慮を心がけると更によい。 	
-1-(4)	苦情への迅速な対応
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 苦情処理記録も保管されており、苦情の概要、受付者、改善点のフィードバックなど細かな記録が行なわれている。家族へのフィードバックについては、迅速に対応することを心がけており、1週間程度での対応も見られた。苦情への迅速かつ丁寧な対応は、後々感謝にもつながる事例も多いため、この対応は今後も続けていきたい。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 苦情に関しては最近では年間数件と減少傾向かつ重大な苦情もあまりないことが記録から読み取れた。 ● 苦情相談についても手順がマニュアル化されており、実際の苦情の場合も迅速な対応が期待できる。 	
---	--

-2 利用者と家族との交流

-2-(1)	家族の訪問支援
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> • ユニット個室のため、家族訪問時の家族との団らんがしやすい環境となっている。小さな子供、孫をつれて来所される家族もいらっしゃる。 • 家族の訪問がほとんどない利用者に対するケア、または、家族への働きかけなどは検討いただきたい。 	
-2-(2)	家族の参加支援
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> • 昨年より「エバーグリーン通信」の発行により、施設での行事予定などを家族へお知らせしている。 • 家族との交流行事としては毎年夏祭りを実施しており、利用者家族の参加率も高い。 	
-2-(3)	家族への情報提供
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 昨年より年間4回の「エバーグリーン通信」の発行により施設での行事報告や各委員会での活動状況などを家族へお知らせしている。 • 年に2回サービス担当者会議では家族にも参加いただき、ケアプランや日ごろの状況などの報告を行っている。 • ユニットによっては毎月家族あてに情報発信を行っている。 	
<p>総合評価 B</p> <ul style="list-style-type: none"> • 昨年より年4回の広報誌「エバーグリーン通信」を発行し、利用者家族に施設から情報発信を行なっている。今後は、更なる紙面の充実に期待したい。 • 認知症の利用者の家族など、一部家族支援が少ない利用者もいるようで、家族側へのいっそうの支援依頼なども今後の課題として検討いただきたい。 	

-3 利用開始時（入所（入居）時及び退所（退居）時の対応

-3-(1)	利用開始時の説明
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 入所時の説明は、「重要事項説明書」「入所契約書」を、かなりの時間を割いて細かく説明している。体験入所についてはショートステイを利用していただき施設の雰囲気を感じていただいている。 	
-3-(2)	利用契約の説明
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 「重要事項説明書」「入所契約書」の中に、重要な事項は網羅され細かな説明が行なわれており、今までに契約に関する苦情・トラブルになったことはない。 	
-3-(3)	入所（入居）の自己決定
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 現在、多くの入所希望待機者がいるが、申込については全て受け付ける。申込後の入所希望については、年に一度意向確認を行なっている。 	
-3-(5)	退所（退居）時の利用者に関する情報提供
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 重度の利用者が多く、当該施設の退所理由は死亡退所が多いため、在宅サービス機関への情報提供などは多くない。 	

<p>総合評価 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 入所に関しては、入所待機者も多く自己決定という段階ではない。入所が決まると契約書や重要事項は利用者及び家族に懇切丁寧に説明が行なわれている。 退所については死亡退所が多くを占め、在宅サービス機関など次の機関との連携は多くない。 	
--	--