

宮城県福祉サービス第三者評価結果

1. 第三者評価機関

名 称	NPO法人 介護の社会化を進める 一万人市民委員会 宮城県民の 会	認 証 番 号	第171号
所 在 地	仙台市宮城野区榴ヶ岡 4-2-8	評価実施期間	平成23年7月20日～ 平成23年12月27日

2. 事業者情報

名 称 (施設名)	宮城県船形コロニー	種 別	障害者支援施設
代表者氏名	高橋 勝彦	定 員 (利用人数)	300人
所 在 地	宮城県黒川郡大和町吉田字上童子沢21		
TEL	022-345-3282 (代)	FAX	022-345-3984

3. 講評

◇ 特に評価の高い点

1. 地域移行の推進

障害者の福祉サービスは、平成14年12月の障害福祉基本計画以来ノーマライゼーションの考え方が定着するに伴って、“施設福祉”から“地域福祉”へと大きな流れにあります。船形コロニーもこの流れに沿って「誰もが身近な地域で安心していきいきと暮らせる地域づくり」を理念に掲げて、その成果を上げております。平成16年地域移行推進室を設置する等地域福祉を推進され、平成15年度から平成22年度の間グループホームやケアホームへの移行者は、163人にもなっていることは大きな成果であると思えます。

2. 計画の策定と組織の運営管理

(1) 事業計画は、進捗管理や見直しなど職員全員参加で行っている。

(2) 自己評価の実施は全職員が参加して行われており、職員の意見が十分反映されたものとなっている。

3. 適切な福祉サービスの実施

宮城県社会福祉協議会倫理綱領を踏まえ、それぞれの職員が所属する施設ごとにその施設の利用者支援の方法・考え方を定め、全員が熱心に取得され、実践していることは、利用者が心身共に健やかに育成されることにつながっていることと思えます。各園に具体的行動計画があり日頃職員会議や引き継ぎの打ち合わせ等で研修され、実践されていることを職員のヒヤリングでも様子がうかがえました。

4. 利用者の立場に立った食事の提供

食事の提供について、利用者一人ひとりの状況に応じた細やかな配慮がなされておられますに称賛に値すると言えます。具体的には、毎食後の残食調査と食事状況連絡簿により利用者の状況を細やかに把握し、その人に合った献立を提供するというので、現在4種類の献立が提供されています。又、利用者が抱えている状態が分かるようにスプーンの柄の部分をも他の人と違う色で区分する等の工夫も行われ利用者の健康管理を職員間で共有しています。

5. 記録の整備

理念や基本方針を尊重して策定された個別支援計画書。そのベースになるアセスメント記録・生活支援記録・看護記録、栄養記録等は利用者の視点に立っての支援内容となっており、適切に整備され個別支援会議でも活かされている。また、利用者総数210名と大規模にあり施設運営及び施設支援サービスの提供に関する記録の管理・整備は適確である。

◇ 改善が求められる点

1. 地域との交流

理容など外出により施設外で活用できる社会資源には対応しているようですが、利用者が地域活動へ参加しやすくなるための地域との関係は現状では確立しているとは言えません。早期の改善が望まれます。

2. 職員の研修

法人本部において、各種職員の研修を企画し実施していますが、組織が求める職員の技術や質について具体的な目標が明記され、それとの整合性のある計画が必要です。又、研修成果の評価・分析が次の研修計画へ反映されているかどうかの疑問があります。

3. 喫食環境の整備

食事は美味しく楽しく食べることを基本とし、利用者の嗜好、食事形態を考慮して提供されています。しかし、利用者が自分のペースでゆっくり味わって食べることに制限があるとしたら、利用者本位の支援とは言い難いのではないのでしょうか。利用者の希望を把握し、ある程度の幅で好きな時間に食べられる体制を整備していただきたいと思います。

4. 第三者評価に関する事業者のコメント

当事業所では、利用者さんの人権を擁護をするとともに、サービス利用を支援し、適正な施設運営及び利用者さんの処遇向上を図ることを念頭にサービスの提供に努めております。今回初めて第三者評価機関による施設サービス評価を受審し、ご協力を頂きましたご父兄の皆様をはじめ、評価機関の皆様には何かとお世話になり有難うございました。今回の評価ではあらゆる角度から客観的に見ていただきました。その結果を真摯に受け止め、私ども職員一人ひとりがサービスの質の向上を図り、意欲と自信を持って評価に恥じない施設づくりに取り組むことに対して責任を重く感じております。

また、改善を求められた点については現在、指摘項目毎に各種委員会でそれぞれ改善是正に向けて検討しており、近々ホームページ等で公表することとしております。

最後に第三者評価を受審して、私ども職員が日々の業務を客観的に振り返ることが出来たこと。また、抱える課題を具体的に把握することが出来たことに感謝し、今後も利用者さんから満足を得られ、支援する職員が楽しく明るく働きやすい施設づくりを目指します。更にご父兄の皆様、地域の皆様に信頼され必要とされる施設運営に、より一掃努めてまいりたい所存です。

5. 評価調査者、受審施設対応者
評価調査者

佐藤 広通
箕輪 元三
團 順子

受診施設対応者
事務管理センター

高橋総合施設長
中川 副所長
佐藤次長 三浦総務課長
米谷 園長
佐々木 副園長 犬飼 係長
大竹 園長
熊谷副園長 宮崎 係長
佐藤 園長
斎藤副園長 浅野係長
小野 部長 佐藤課長
原 センター長
田村課長 工藤支援ワーカー

おおくら園

かまくら園

とがくら園

地域推進部
なでくらセンター

6. 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

福祉サービス第三者評価結果票(障害者・児施設版)

評価項目	評価結果
I 福祉サービスの基本方針と組織	
1 理念・基本方針	
(1) 理念・基本方針が確立されている。	A
① 理念が明文化されている。	a
② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
【コメント】 法人の理念・基本方針は事業計画等に明文化されている。ホームページでも確認できる。理念から法人が実施する福祉サービスの内容等読み取ることができる。理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。	
(2) 理念・基本方針が周知されている。	A
① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
【コメント】 年度初めの職員会議等で理念や基本方針を職員に配布するとともに、よく理解できるように説明している。家族にはふれあい活動日や広報誌等で説明している。各施設の玄関ホールに掲示している。入所の際には契約書に示して説明をしている。利用者への周知は不十分であり工夫が必要である。	
2 計画の策定	
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	A
① 中・長期計画が策定されている。	a
② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a
【コメント】 中長期経営プラン・アクションプランが策定され、実施する福祉サービスの内容や職員体制、人材育成等の課題や問題点を明らかにしている。事業計画は、進捗管理や見直しなど職員全員参加して四半期ごとに行っている。	
(2) 計画が適切に策定されている。	A
① 計画の策定が組織的に行われている。	a
② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b
【コメント】 計画の策定は、職員会議で職員の意見を聞いて策定している。職員への周知は事業計画書を配布して職員会議等で説明している。家族への周知はふれあい面会日や広報誌等で説明している。利用者への周知は不十分であり何らかの手立てを考慮すべきである。	

3 管理者の責任とリーダーシップ	
(1) 管理者の責任が明確にされている。	A
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
② 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。	a
【コメント】 管理者の役割と責任は、各種規則、事務分担表に明記されている。職員会議や朝の全体引き継ぎにおいて管理者自らの役割と責任を表明している。コンプライアンス・ルールを事業の中核に取り組んでいる。経営に関する研修会へ参加して必要な情報の把握にも努めている。	
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	A
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
② 経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っている。	a
【コメント】 管理者は、各種会議、利用者や家族との交流の場や園内巡回により、サービス提供状況の把握に取り組んでいる。状況に応じた指示、さらにはサービスの質の向上を図るため福祉QC活動に積極的に取り組んでいる。	
II 組織の運営管理	
1 経営状況の把握	
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	A
① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
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
③ 外部監査が実施されている。	a
④ 経営方針を確立している。	a
⑤ 計画的に予算を執行している。	a
【コメント】 定期的に法人本部が開催する施設長会議等で、福祉事業全体の動向等に関する情報が提供される。それを参考にして自施設を取り巻く地域との関連の分析を行い、アクションプランや中・長期事業計画へ反映させている。年間事業計画を基に月単位の予定表を作成し、職員向けに提示している。経営方針は、ホームページで公表している他、外部監査も実施されている。	
2 人材の確保・養成	
(1) 人事管理の体制が整備されている。	A
① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
【コメント】 必要な職員数・体制等については障害者の雇用6名を含め、看護職、社会福祉士、保育士等の要員確保に努めているが不十分である。人事考課の実施については、考課基準により年2回実施されている。	

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	A
① 職員の労働者としての権利は守られている。	a
② 職員の役割分担は明確にされている。	a
③ 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
④ 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
【コメント】 有給休暇の取得状況や時間外労働の実態を毎月チェックして、業務改善の参考にしている。職員の役割分担も職務分担表で明示されており、就業規則も職員が閲覧出来る状態で各部門が保管している。人事に関するヒアリングは実施され職員の意向等を調整する仕組みはあるが、必ずしも職員の適性に応じた配置にはなっていない。福利厚生施設利用の助成制度がある。	
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	A
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
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
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。	b
【コメント】 職員研修の充実・強化は事業計画に明示されており、専門資格取得のための休暇制度もある。研修計画は、新任、中堅、幹部等階層別に計画されており、研修結果は復命書により報告し、決済を受けることとなっている。研修成果の評価・分析が不十分であり、個人別研修計画については予定通り進捗しているとは言えない。	
(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	A
① 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。	a
② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	b
【コメント】 実習生の受け入れは事業計画に明示されており、受け入れ窓口として企画調整給付担当委員会を設置している。受け入れた場合にはプログラムを作成して、定期的に反省会を開催して必要に応じて変更も行っている。実習指導者は、実習指導者養成研修及びフォローアップ研修に参加しているが、実習生に対する育成の取り組みは学校側との連携不足等も見られ積極的であるとは言えない。	
3 安全管理	
(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。	A
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。	a
② 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
③ 施設の建物並びに施設の周辺は定期的に点検・整備されている。	a
④ 施設周辺の環境へ配慮している。	a
【コメント】 緊急時対応マニュアルを基に管理者のリーダーシップも発揮され、リスクマネジメント部会、所内委員会、食事サービス委員会等各種委員会が設置され体制が確立されている。ヒヤリハット・事故原因分析の実施や防災設備の操作訓練、AED操作訓練等、充実した安全対策となっている。	

4 地域との交流と連携	
(1) 地域との関係が適切に確保されている。	A
① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a
② 事業者が有する機能を地域に還元している。	a
③ ボランティア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。	b
【コメント】 広報誌「ふながた」で地域への情報発信をするとともに、船形コロニー主催で福祉セミナーや年2回介護教室を開催したり、体育館やグラウンド等の施設開放をして地域との交流を図っている。利用者が地域行事へ参加する際のボランティアの窓口整備に取り組んでいるがまだ確立されていないので、早期の窓口整備が望まれる。	
(2) 関係機関との連携が確保されている。	A
① 必要な社会資源を明確にしている。	b
② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
【コメント】 黒川郡3町1村で定期的な連絡会を設置して、実務者会議を年4回、全体会議を年2回開催して情報交流を図っている。又、黒川地域自立支援協議会が取りまとめた地域の社会資源に関するガイドブックを活用しているが、職員への共有化が不十分である。関係団体等とのネットワーク構築については、地域移行推進部が窓口となって取り組んでいる。	
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	A
① 地域の福祉ニーズを把握している。	a
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
【コメント】 黒川地域自立支援協議会の定期的な会議を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。地域との交流を通して、毎年民生委員や児童委員の見学受け入れ、短期入所利用の受け入れや相談、グループホーム体験等、地域福祉向上に向けた取り組みを実施し、船形コロニーに対する地域の理解向上に取り組んでいる。	
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	
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	A
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。	a
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
③ 接し方について、指針またはマニュアル等を整備している。	a
④ 基本的権利行使への配慮と支援がなされている。	a
⑤ 体罰等の人権侵害の防止策、及び万が一に備えた対応が定められている。	a
【コメント】 法人の倫理綱領に基づいて具体的行動計画が策定されている。その倫理綱領を基に各部署がそれぞれ具体的行動計画書を策定し、全体会議や毎日の打合せの際、読み合わせをし周知を図っている。プライバシー・接遇支援マニュアルは整備されている。「身体保護宣言」の提示、人権擁護に関する研修は実施しており、接遇の研修についても期待したい。	

(2) 利用者満足の向上に努めている。	A
① 利用者満足の上を意図した仕組みを整備している。	a
【コメント】 利用者の満足向上のために、各園の担当部署で自治会集会や園長との懇談会など、毎月「利用者の声」を聴き取り要望や意見を把握する仕組みになっている。また、利用者自治会(年3～4回)、意思表示の困難な方への保護者会(年4回)を実施している。利用者の要望で日帰り外出も企画されている。	
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	A
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
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
③ 利用者・家族等からの意見等に対して迅速に対応している。	a
【コメント】 「なんでも相談室窓口」を設け各園に担当者を配置し意見が述べやすい体制になっている。第三者委員の設置、相談したい時の談話室が整備されている。園ごとに掲示されている相談者の名前や第三者委員にふりがなをつけることについては統一を図って戴きたい。相談室苦情解決フローチャートの確立・広報誌等の情報提供、苦情については円満に解決されている。	
2 サービスの質の確保	
(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。	A
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
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、改善策を実施している。	a
【コメント】 施設サービス評価は自己評価に職員一人ひとりが係わり、各園の担当者がまとめサービス評価部会で計画を策定している。法人が指名した第三者評価委員(14名)により定期的に受審している。その結果は法人のサービス評価委員会で分析・検討し、改善については取り組みが行われている。	
(2) サービス実施の記録が適切に行われている。	A
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
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
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
【コメント】 利用者一人ひとりのサービス実施記録は適切に行われ、個別支援計画に取り組みされている。記録物は法人の文書規程に「個人情報の取り扱い」「情報開示」を明示しており、管理体制は確立されている。毎朝、各園毎に引継ぎや申し送り、業務日誌、必要がでた時は看護日誌等で確認し共有化を図っている。	
3 サービスの開始・継続	
(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	A
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
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
【コメント】 法人及び各園でそれぞれホームページ・ブログを作成し公開している。公共施設にも施設概要等を置いている。利用者、家族に説明する重要事項説明書は文字も大きくて見やすいがいま以上に利用者にも分かりやすいように仮名をふるなど改善されており、10月から使用されることになっている。	

(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	A
① 事業者の変更や家族への移行などに当たりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
② 地域生活への移行を円滑に進めるための支援・援助を行っている。(入所施設限定)	a
【コメント】 地域生活移行へのフローチャートを作成し重介護型トレーニングホーム事業を展開している。退所後のサービス継続については、家族の相談に応じているが解決策までに至っておらず、退所の会のような支援組織づくりが求められる。「自活訓練」「自立訓練」トレーニングホームの家族見学、DVDによる情報提供など、移行に向けて段階的に支援・援助が行われている。	
4 サービス実施計画の策定	
(1) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	A
① サービス実施計画を適切に策定している。	a
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
【コメント】 個別支援計画は各園の支援課長が管理し、個別支援会議に於いて支援担当者、医療課看護師、栄養士等、利用者の状況など話し合われ策定されている。また、利用者、家族に説明し交付している。見直しは半年に1回とし変化が見られた場合はその都度実施している。今年度から地域移行に向けてのサービス内容をアセスメント(フェイスシート・評価表)に明示し取り組んでいる。	
A 福祉サービスの内容	
1 利用者の尊重	
(1) 利用者の尊重	A
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。	a
② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
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。	a
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
⑤ 利用者の家族等と連携をとっている。	a
【コメント】 日々、各個人のコミュニケーション手段が検討される中で、主に利用者からのサインや表情等で理解に努め対応している。活動係が利用者自治会の運営サポートを行い個別支援計画に基づいて見守りの姿勢で支援し、支援会議で共有化を図っている。利用者本位の支援プログラムに沿っての実施に向け、具体的な目標が求められる。家族とは広報誌・電話等で連携をとっている。	
(1) 生活環境の整備	A
① 利用者が快適に生活するためのハード面での整備がなされている。	a
【コメント】 デイルームにはテレビが設置され思い思いに過ごしている。居室には衣類用の家具が置かれラジオや好みのポスターが貼られており、安全面に配慮した好ましい部屋になっている。状態化によりそうでない部屋もある。一括管理している私物の倉庫には利用者の意思で衣服の選択が出来るように整理されている。	

2 日常生活支援	
(1) 食事(サービス提供施設のみ回答)	A
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。	a
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。	a
③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
【コメント】 個別支援計画に留意点や支援内容が明示され身体状況により嘱託医の指示もある。嗜好調査で把握した利用者の希望や意向は食事サービス委員会で検討し献立に反映されている。配膳による食事形態の種別に工夫がされていた。利用者が自分のペースで食べられる喫食環境の配慮が十分でないとする各園の思いであり、職員ヒアリングからもうかがえる。	
(2) 入浴(入所施設限定)	A
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
② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
【コメント】 個別支援計画・日常生活支援マニュアルに沿って実施し活動日誌に記録されている。入浴は週3回とし状態に応じてシャワー浴や清拭等、希望により夜間入浴も行っている。浴室や脱衣場はドアやカーテン等でプライバシーは守られている。一つの園の脱衣場がカビにより繁殖しやすい状況にあるとしており、換気の強化・衛生面に於いても環境整備の工夫が求められる。	
(3) 排泄	A
① 排泄介助は快適に行われている。	a
② トイレは清潔で快適である。	a
【コメント】 個別支援計画・日常生活支援マニュアルに沿って排泄や誘導が行われ引継ぎ簿で共有化を図っている。排泄用具のストマ等は看護師が対応し安全面に配慮されている。掃除は業者が行っている園もあるが、他の園では毎日職員が清潔保持に努めている。男性、女性トイレに分かれておりプライバシーは守られ、暖房設備も設置され明るくて快適である。	
(4) 衣服	A
① 衣類の着替え時の支援や汚れに気付いた時に対応は適切である。	a
【コメント】 着替えを訴える利用者は少ないため、汚れ・破損に気づいた時は本人に声掛けし確認をして対応している。介護を要する人には個別支援計画に基づき支援方法や着脱支援マニュアルを活用し対応は適切に行われている。	
(5) 理容・美容(サービス提供施設のみ)	A
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
② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
【コメント】 所内に理髪室が設置されており、法人と契約している床屋さんが散髪・髭そりなどに応じている。また、好みの理髪店に行かれる方もいる。利用者の希望により町の美容院でパーマ、カット、毛染めなど行い、年に1～2回行事の際に職員が化粧やマニキュアの手伝いをして清潔で美しくなることへの配慮をしている。	

(6) 睡眠(入所施設限定)	A
① 安眠できるように配慮している。	a
【コメント】 支援マニュアルを策定し夜間就寝中の利用者サービス、睡眠リズムに乱れのある方への対応、不眠者への一時的に利用する部屋の確保、寝具は本人、家族の希望で私物利用を可能とし安眠できるよう配慮している。居室にはドアや遮光カーテンが設置されている。建物の構造上もあるがプライバシーの配慮から多数部屋の光や音に対しての工夫が求められる。	
(7) 健康管理	A
① 日常の健康管理は適切である。	a
② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a
【コメント】 年2回の健康診断と週2回の嘱託医による診察、健康相談、歯科医による重度の方の毎週の訪問、軽度の方は通院で診察、治療を行い健康保持に努めている。日常的には医療課の看護師が疾病予防、健康を管理し、緊急時の対応マニュアルは各種整備されている。薬は誤与薬防止マニュアルに沿って保管・管理され、薬箱に利用者の顔写真を貼るなど適切に行われている。	
(8) 余暇・レクリエーション	A
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
【コメント】 利用者自治会「みんなの声」等で利用者の要望や意見を聞き余暇支援を実施している。昨年度の第三者評価結果は、外出など是正改善に取り組まれている。地域ボランティアの訪問により年8回の「健康体操」を実施し、夏祭りや踊りの会にも個々の希望で参加している。	
(9) 外出・外泊(入所施設限定)	A
① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b
② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a
【コメント】 外出は各園によって異なり比較的軽度の人には個別支援計画に基づきドライブ・見学等を企画し実施している。重度の人の体調の変化や車椅子の多い園では、意思表示のしやすい人に半年に1回外出を行っているが個々の希望に沿うまでには至っておらず、職員の層を厚くするなど希望に応じるよう配慮されたい。外泊は利用者・家族の希望で1泊から一週間帰省される方もいる。	
(10) 所持金・預かり金の管理等(入所施設限定)	A
① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a
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
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
【コメント】 財産管理センターが管理し、各園の責任者が「小口現金取り扱い要領」及び「金銭取り扱い細則」により医療費その他を受払い簿に記録し、利用者、家族に確認を得ている。個々の希望や能力に応じて新聞(スポーツ紙)、月刊誌を購読している。煙草は健康面から各園で管理し喫煙室で喫煙している。飲酒は行事の際や外出時等、週末の就寝前に楽しめる方もいる。	