

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

有限会社アウルメディカルサービス

②施設・事業所情報

名称：ロマンシティあいだ	種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：小林 弘典	定員（利用人数）：60名	
所在地：岡山県美作市井口41-2		
TEL：0868-74-2888	ホームページ： http://www.senjuhukushi.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成7年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 千寿福祉会		
職員数	常勤職員：36名	非常勤職員：7名
専門職員	介護福祉士：17名	介護福祉士：1名
	介護支援専門員：3名	看護師：3名
	管理栄養士：1名	准看護師：2名
施設・設備 の概要	(居室数)	(設備等)
	1人部屋 11室	浴室 (特殊浴槽 1)
	2人部屋 3室	(チェア-浴槽 1)
	3人部屋 1室	(一般浴槽 1)
	4人部屋 10室	トイレ (女性用 3か所)
	(短期入所)	(男性用 3か所)
	1人部屋 4室	(共同 2か所)
	3人部屋 2室	食堂兼機能訓練室
	静養室 1室	天井走行リフト 6か所
	添置型移乗用リフト 3台	

③理念・基本方針

理念

利用者が安心して心豊かに夢（ロマン）をいだいて、ほがらかな人生をおくれるよう「明るさいっぱい、真心サービス」を目的に、地域における介護の拠点施設を目指しています。

利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供するなど、利用者本位の運営に努めます。

基本方針

（１）利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供するなど、利用者本位の施設運営に努めます。

（２）介護サービスの提供に当たっては、利用者が可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて自立した日常生活を営むことができるようにするために、常に利用者の心身の状況等を的確に把握しながら、施設サービス計画に基づき、必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供するよう努めます。

（３）利用者が安心して生活がおくられるよう、施設での生活が在宅での生活と変わりのない、より充実したものにすべく利用者主体の「生活の場」の形成に努めます。

（４）その他施設の運営に当たっては、介護保険法並びに関係法令等の趣旨及び内容に沿って運営します。

④施設・事業所の特徴的な取組

・利用者が穏やかに清潔ができるように、職員からの声掛け等アットホームな雰囲気となるよう努めている。

・移乗用リフト等を活用することにより、職員の身体的負担の軽減に努めている。

・「おかやま子育て応援宣言企業」への登録を行い、子育て世代が家庭と仕事の両立ができ働きやすい職場環境に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年5月31日（契約日）～ 平成31年4月16日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（初回）

⑥総評

◇特に評価が高い点

利用者が集う共用空間（食堂兼機能訓練室場所やトイレ等）は広く動線が確保され掃除が行き届いており、不快な臭いや音もなく、利用者が快適に過ごせるように配慮している。また、レクリエーションの中で利用者が作成した習字や折り紙作品等が廊下に掲示されており、屋内にいても季節が感じられる様に工夫がなされている。そして、業務の効率化と職員の腰痛予防対策として、体重が重い・硬縮がある利用者の居室にリフトを設置したり、EPA（経済連携協定）に基づき諸外国の人を積極的に雇用したりするなど、職員が働きやすい環境整備に取り組むと共に、一歩先を見据えた事業運営を目指し、施設長自ら指導力を発揮して継続的な福祉サービスが実施できる様に取り組んでいる。さらに、災害時の受け入れ機関として市と協定を結び、地域に向けて活動内容等を記した広報誌（ロマンタイムス）を小学校や病院などの主要箇所に発行したり、年1回地域の人や家族を呼んで敬老会や家族ふれあい会を実施したりするなど、事業所が有する機能を地域に還元しながら地域と良好な関係を築いている。

◇改善が求められる点

- 中・長期計画の策定。
- ボランティアの受入れと、実習生の受入れに関するマニュアルの整備。
- サービスの継続性に配慮した手順や引き継ぎ文章の作成、サービス終了後の相談窓口や担当者の設置。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度の第三者評価を通して、法人や施設の理念（施設が目指すべき方向性、目標）の共有ができていない事を改めて認識した。法人ないし施設が目指すべき目標を全職員が共有することにより、職員が介護に迷った時は理念をもとに一貫したぶれないサービスが提供できると改めて感じた。

実際の介護サービスにおいては、利用者一人ひとりに対し適切にケアが提供できていると感じた。職員一人ひとりが利用者の尊厳を守り身体拘束や虐待を行わない適切なサービス提供ができていないことだと思ふ。

⑧第三者評価結果（別紙）

(別紙)

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】 その1：共通評価項目

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

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-① 法人や事業所の理念が明文化されている。		㉖・b・c
<コメント> 事業計画書に理念を掲げており、利用者及び職員への周知を前提として明文化されている。		
I-1-(1)-② 法人や事業所の理念に基づく基本方針が明文化されている。		㉖・b・c
<コメント> 理念と共に事業計画書に掲げている。また、理念との整合性も確保されており、利用者の意見や意思を尊重した内容となっている。		
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・㉖・c
<コメント> 年度初めに各部署へ回覧し内容の周知を図っているが、会議や研修の場で説明するまでには至っていない。		
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。		㉖・b・c
<コメント> 家族へ事業計画書を送付し周知を図っている。また、行事等で資料をもとに説明している。		

I-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
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・㉖
<コメント> 中・長期ではなく単年度の計画であるが、人件費や市全体の高齢者数の増減などを予測しながら収支計画を策定している。		
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・㉖
<コメント> 各部署で事業計画を策定している。前年度の課題や反省点を明記しており、実行可能な計画となっている。予算書は事業計画を踏まえたものであり、実績と対比・分析しながら対応を検討している。		

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。	①・b・c
<コメント> 各部署で事業計画を策定し、年度末の事業報告会の中で再確認・見直しを行っている。事業計画は一部の職員だけでなく、関係する職員の意見等も取り入れながら策定している。	
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a・②・c
<コメント> 事業計画書は各部署から一般職員へ配布し、意見や要望を吸い上げながら各部署単位で話し合っているが、進捗状況の確認は不足している。	
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・③・c
<コメント> 年1回家族に事業計画書を配布しているが、資料をもとに口頭での説明は行っていない。	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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。	①・b・c	
<コメント> 業務分掌表の中に、権限を含め管理者の役割や責任について記している。また、広報誌（ロマンタイムス）に掲載し、近くの保育園や小学校などの関係機関に配布している。火災及び風水害・地震等災害時の計画マニュアルの中で、有事（災害・事故等）に関しても管理者の役割などを明記している。		
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・②・c	
<コメント> 年数回、県内の施設長会議や老協総会などに参加している。聞き得た情報や法令等については口頭で説明している。		
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組に指導力を発揮している。	①・b・c	
<コメント> 福祉サービスの質については管理者が現場で直接確認している。食事介助等、積極的に現場に入り、その場で指示・指導している。		
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。	①・b・c	
<コメント> 腰痛予防の対策としてリフトを設置したり、外国人を積極的に雇用するなど、職員が働きやすい環境整備に取り組んでいる。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業の動向は、県からのメールやファックス、インターネットを活用しながら把握している。福祉サービスのニーズ等は、アセスメントを通じて施設内で個別にデータ収集しており、事業計画にも反映している。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスのコストの上限は法人全体で把握しており、稼働率は各担当職員が把握している。経営状況や改善課題については、日常的に職員から話を聞いたり、主任者会議の中で話し合っている。</p>		
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。【※社会福祉法人のみ対象（他は評価外）】		①・b・c
<p><コメント></p> <p>半年に1回、公認会計士等が法人に来て、財務状況等をチェックしている。</p>		

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>現在、常勤換算で11名の介護福祉士を配置しており、組織として具体的なプランを持ちながら、計画的な人事管理が行われている。</p>		
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・②・c
<p><コメント></p> <p>人事考課の目的や効果は理解しているが、人事考課の基準は設置されていない。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータは、各部署の責任者が定期的に管理・チェックしている。また、年1回のストレスチェックや産業医による体調管理等、職員が気軽に相談できる環境が整っている。</p>		
Ⅱ-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・②・c
<p><コメント></p> <p>職員の悩み相談窓口は設置していないが、福利厚生センターの加入や定期的な健康診断の実施など、職員の福利厚生や健康を維持するための取組は行っている。</p>		

Ⅱ-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-(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。	①・b・c
<コメント> 年4回、内部研修を実施している。また、資質向上のために外部研修へ積極的に参加するよう推進している。	
Ⅱ-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組が行われている。	a・②・c
<コメント> 年4回、内部研修を実施しているが、職員一人ひとりに沿った明確な教育・研修プログラムは策定されておらず、これからである。	
Ⅱ-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・③・c
<コメント> 研修終了後にレポートを作成し、職員会議で発表している。研修内容が重複しない様、カリキュラムを見直している。	
Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受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・④
<コメント> 実習生の受入れに関するマニュアルの整備はこれからである。学校側が提示した内容に沿って実習を進めている。	

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
II-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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月1回、担当看護師や介護士が集まり、感染委員会を開いている。また、管理体制も整備され、事故発生対応マニュアルを各部署に配置し、職員がいつでも見られる様に開示している。</p>		
II-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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>建物・設備類のハード面は万全であり、災害時におけるマニュアルも整備している。また、避難訓練や職員会議の中で、利用者及び職員の安否確認の方法等在全職員に周知している。</p>		
II-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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>事故報告書やヒアリングを基に、事故防止検討会やリスクマネジメント会議を随時行っている。また、年2回、安全確保・事故防止に関する研修も行っている。</p>		
II-3-(1)-④ 事故発生防止の対応として、事故発生防止の指針が整備されている。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>指針を策定し、職員に対する研修を実施している。研修はグループ全体で持ち回りで行っており、事故の発生防止の為に委員会も設置されている。</p>		

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
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。【※訪問介護は評価外】		①・b・c
<p><コメント></p> <p>支所で行われる敬老会の案内やボランティア情報など、地域の情報を収集し、利用者や家族に掲示板で知らせている。また、年1回、施設内部で地域の人や家族を呼んで敬老会や家族ふれあい会を実施している。</p>		
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>災害時の受け入れ機関として、市と協定を結んでいる。また、地域に向けて活動内容等を記した広報誌（ロマンタイムス）を小学校や病院などの主要箇所に発行している。</p>		
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。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象（他は評価外）。なお公益法人であっても訪問介護は評価外】		a・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れに関するマニュアルは作成していない。必要な説明や研修は口頭で行っている。</p>		

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。	①・b・c
<コメント> 社会資源を明示し、関係機関・団体のリストや資料を作成している。また、リストや資料の情報共有に関してはマニュアルに明記している。	
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	①・b・c
<コメント> 月1回、地域包括支援センター主催の地域ケア会議に出席している。また、成年後見人やかかりつけ医との連携も密に図れている。	
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。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象（他は評価外）】	①・b・c
<コメント> 居宅や病院のソーシャルワーカーと連携して、具体的な福祉ニーズを把握している。利用者のニーズは業務の中で把握しており、伝達簿を活用して全職員に周知している。	
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。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象（他は評価外）】	①・b・c
<コメント> 福祉ニーズに基づいた事業計画書を作成している。職員から聞き取った意見等は、レクリエーションや事業計画書に反映している。	

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

		第三者評価結果
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もつための取組を行っている。		①・b・c
<コメント> 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記している。また、基本姿勢は各マニュアルに反映している。毎月1回、事業所内で起きた事例を基に、身体拘束委員会を開いている。		
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。		①・b・c
<コメント> 個人情報やプライバシー保護、倫理に関する規定・マニュアルを整備し、各年1回づつ勉強会及び研修を行っている。年1回、職員会議の中で規定・マニュアルに沿った研修を行っている。		
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・②・c
<コメント> 利用者満足度調査は行っていないが、内部行事の家族ふれあい会の中でアンケートを実施している。また、職員の意見等は日常会話から把握している。		
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。		①・b・c
<コメント> 利用者や家族が意見等を述べやすい様なスペース（環境）を確保している。また、入居の際に文章を配布したり、分かりやすい場所に掲示したりしている。		
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。		①・b・c
<コメント> 苦情解決の体制が整備され、資料等の配布や説明と共に、分かりやすく玄関に掲示している。利用者や家族から希望があれば、検討内容や対策を伝えている。		
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・②・c
<コメント> 利用者からの意見等に関する対応策の検討について規定したマニュアルは無いが、会議や伝達簿を利用して職員に周知している。		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>岡山県が作成した自己評価票を毎年更新し、紙媒体で保管している。評価に関する担当者や担当部署も設置されている。</p>		
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施している。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>評価結果の分析や課題の抽出はこれからである。また、職員間で課題の共有・計画の見直しについて明確にしていきたいと考えている。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>各サービスについてマニュアルを完備している。また、それを各部署でファイルし、いつでも閲覧できるようにしている。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>法改正や設備が変わった時に随時、マニュアルの見直しを行っている。見直す際、利用者や職員の意見や提案等も反映している。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス実施計画の実施状況は適切に記録され、記録する職員で書き方に差異が生じないように様式を定めている。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>各所属長を責任者とし、記録に関するマニュアルを基に管理している。また、記録の管理については、個人情報やプライバシーに関わるマニュアルを基に教育・研修している。個人情報の取扱いについては、入社・退職時に誓約書を交わしている。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>半年に1回、施設長・看護師・担当職員・管理栄養士が集まり、ケアカンファレンスを行っている。また、利用者に関する情報は伝達簿や日誌で把握し、事業所内部で共有している。</p>		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>インターネットやチラシ、パンフレットを活用しながら、サービス内容等を広く公開している。また、居宅や行政、関係機関に資料を配布している。資料は写真や図を使用して分かりやすく工夫しており、希望があれば現地見学にも対応している。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス開始時には重要事項説明書等の資料を利用者及び家族に詳しく説明している。重要事項説明書とは別に「入所案内」の冊子を作り、分かりやすく工夫している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>サービスの継続性に配慮した手順や引き継ぎ文章の作成、サービス終了後の相談窓口や担当者の設置はこれからである。別の施設へ移動する場合の情報提供は行っている。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>半年に一回アセスメントの見直しを行い、仮プラン作成後に利用者や家族の同意を得て、実施している。実施後、6ヶ月後にモニタリングを行っている。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス実施計画策定の責任者を設置し、毎月1回、関係職員を集めてカンファレンスを実施している。また、責任者及び各担当職員によるモニタリングも適切に行われている。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス計画の見直しは6ヶ月毎とし、毎月行うカンファレンスの中で検討している。また、ケアプランの第2表をファイリングし、関係職員による確認を行っている。</p>		

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】
その2：内容評価項目

評価対象A サービス内容評価

		第三者評価結果
A-1 支援の基本		
A-1-(1)-① 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。【※ 訪問介護は評価外】		a・b・c
<p><コメント></p> <p>個々の身体状況に合わせて出来る活動や生活習慣等の把握が出来ている。また、日中活動の実践や地域行事への参加も積極的に行っている。</p>		
A-1-(1)-② 利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。【※ 訪問介護のみ対象（他は評価外）】		a・b・c
<p><コメント></p> <p>評価外</p>		
A-1-(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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>耳が聞こえない人には筆談や身振り手振りで会話したり、普段の生活の中で会話が不足している人には排泄介助の時などを利用してしっかりと話が出来るように配慮したりするなど、個々の状態・状況に合わせてコミュニケーションを取っている。</p>		
A-2 身体介護		
A-2-(1) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。【※ 軽費B型は評価外】		a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況や意向に合わせて入浴介助している。入浴を拒否する場合は人や時間帯を変えて対応している。また、入浴後にお茶を飲んだり、乳液を塗布したりするなど、利用者の生活習慣や心身の状況に合わせて対応している。</p>		
A-2-(2) 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。【※ 軽費B型は評価外】		a・b・c
<p><コメント></p> <p>プライベートカーテンを閉めたり、同性介助に取り組んだりするなど、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した対応をしている。また、利用者の排泄パターンを把握し、個々の状態に合わせた排泄支援に取り組んでいる。</p>		
A-2-(3) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。【※ 軽費B型は評価外】		a・b・c
<p><コメント></p> <p>車イス等を利用して移動する場合は、段差や不要物を排除したり、動線を確保したりして安全確保に取り組んでいる。移乗の際、出来るだけ自力で移動できるように、ベッド高を調整したり、移動バーを設置したりして対応している。</p>		
A-2-(4) 褥瘡の発生予防を行っている。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>マニュアルに沿って、定時で体位交換したり、体圧分散マットレスを使用したりして予防している。また、管理栄養士による栄養管理も行われている。毎月行う褥瘡委員会の中で標準的な実施方法について職員に周知している。</p>		

A-3 食事	
A-3-(1) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 【※ 軽費B型は評価外】	①・b・c
<コメント> 食材で季節感を出したり、盛り付けを工夫したりして、美味しく食べられる様に工夫している。また、身心の状態が悪い時以外は寝たきりの人も全て食堂に移動し、気の合う人同士でテーブルを囲みながら、また、音楽をかけながらリラックスした状態で楽しく食事をしている。	
A-3-(2) 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。【※ 軽費B型は評価外】	①・b・c
<コメント> 利用者の状態に合わせて、一口大にしたり、ミキサー食やソフト食にしたりして工夫している。また、少量で高カロリーの物が摂取できるように工夫している。管理栄養士が栄養ケア計画を作成し、月1回行う栄養カンファレンスの中で担当職員や看護師も交えて食事内容等に関して話し合っている。	
A-3-(3) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・①・c
<コメント> 口腔ケアの計画書は作成していないが、利用者の希望や状況に合わせて、その都度、歯科へ受診している。食事前の嚥下体操や食後の歯磨き等、利用者の状況に応じた口腔ケア・口腔チェックを行っている。	
A-4 終末期の対応	
A-4-(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。【※ 短期入所、通所介護は評価外】	①・b・c
<コメント> 終末期における事業所の方針や対応については、看取りケアに関するマニュアルの中に記載し、利用者・家族等に周知している。また、年1回看護師が講師となり全体研修を行っている。終末期を迎えた場合は利用者・家族・主治医で話し合い、対応・連絡方法について確認している。担当職員に対するメンタルケアも行っている。	
A-5 認知症ケア	
A-5-(1) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	①・b・c
<コメント> ケアプランのアセスメントを通じて出来る事・出来ない事を評価し、利用者の症状に合わせたケアや生活上の配慮を行っている。また、外部研修に参加して最新の知識や情報を得ている。	
A-5-(2) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	①・b・c
<コメント> 見守り・伝達の徹底を心がけ、安心・安全で落ち着ける環境を整備している。また、居室については同室者の組合せ等に配慮している。危険物の保管・管理も適切も行われている。	

A-6 機能訓練、介護予防	
A-6-(1) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。【※ 軽費B型は対象外】	a・b・c
<コメント> 一人ひとり対応した機能訓練のプログラムは作成していないが、日常生活の中で出来る機能訓練や介護予防活動は行っている。	
A-7 健康管理、衛生管理	
A-7-(1) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a・b・c
<コメント> 担当職員が利用者の体調変化や異変の兆候に気づいた時は、随時、看護師に伝えている。また、年1回利用者の症状別に合わせた対応方法に関する研修を実施している。服薬管理や服薬確認、看護記録の作成・管理は利用者ごとに看護師や担当職員が適切に対応している。	
A-7-(2) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a・b・c
<コメント> 感染症及び食中毒に関するマニュアルの中に予防対策や対応方法を掲載し、毎月行う感染対策委員会で職員に周知している。また、年2回行う全体研修の中で感染症や食中毒の発生予防・対応方法について触れている。	
A-8 建物・設備	
A-8-(1) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。【※ 訪問介護は評価外】	a・b・c
<コメント> 照明器具の点検・整備やエアコンの掃除等、普段から定期的に行っている。利用者は談話室や食堂で、やりたい事をそれぞれのペースで行っている。また、ホールの壁を淡いピンク色にしたり、利用者の馴染みの品（家族写真等）を持参してもらうなど、個々に快適に暮らせるよう配慮している。	
A-9 家族との連携	
A-9-(1) 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・b・c
<コメント> 定期的ではないが、利用者の状態が変化した時はその都度、家族に報告している。入居や面会、行事の時にサービスの説明や希望・要望を聞いている。聞き取った内容は記録し、職員全員で周知している。また、内部で行う敬老会や家族ふれあい会の出席について、回答書を1ヶ月以上前に家族へ送付している。	
A-10 サービス提供体制	
A-10-(1) 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。【※ 訪問介護のみ対象（他は評価外）】	a・b・c
<コメント> 評価外	

A-11 1 その他快適生活のための支援	
A-11-(1)-① 利用者の身だしなみや清潔への配慮について支援が行われている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>敬老会の表彰式に合わせて化粧等を手伝ったり、衣服等が汚れた時は速やかに居室に戻って着替えを支援したりしている。また、入浴時の爪切りや髭剃り等の衛生管理が定期的に行われている。衣服の選択や髪型の決定など、利用者の個性を尊重している。</p>	
A-11-(1)-② 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】	①・b・c
<p><コメント></p> <p>馴染みの理髪店や美容院に通う利用者はいないが、週1回理美容師の人に来てもらっている。家族が来てカットする利用者もいる。</p>	
A-11-(2)-① 安眠できるように配慮している。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】	①・b・c
<p><コメント></p> <p>カーテンを使用したり、フットライトを付けたりする等、利用者の安眠に配慮している。また、夜間就寝中の利用者に対するサービス（体位交換やオムツ交換等）は、利用者の排泄リズムに合わせて対応している。</p>	
A-11-(3)-① 外出、外泊は利用者の希望に応じて行われている。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】	①・b・c
<p><コメント></p> <p>外出・外泊に関して規制は無く、届出制としている。外泊時の介助や支援は家族に任せており、車椅子の希望があれば貸し出している。地域の敬老会や夏祭り等のイベント情報を普段から利用者に提供している。</p>	
A-11-(4)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】	①・b・c
<p><コメント></p> <p>預かり金に関する規約を定め、責任の所在を明記している。自己管理ができる利用者には金銭等を保管するボックスを用意している。</p>	
A-11-(5)-① 利用者の余暇活動や生きがいづくりへの支援が適切に行われている。【※ 軽費B型及び訪問介護は評価外】	①・b・c
<p><コメント></p> <p>アセスメントを通じて日中活動や生きがいに対する意向を把握し、支援している。日々のレクリエーションに関する情報提供は口頭で行い、定期で行う習字クラブ等はホワイトボードに掲示している。レクリエーションの輪に入らなくても、見て・聞いて・感じてもらえる様に工夫している。</p>	
A-11-(6)-① 外部の介護サービスの利用ができるよう必要な支援を行っている。【※ 養護及び軽費のうち該当事業所のみ対象（※他は評価外）】	a・b・c
<p><コメント></p> <p>評価外</p>	