

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	あいらの杜朝霧	特定施設入居者生活介護
代表者氏名：	福山 みゆき	定員（利用者人数）： 55 名
所在地：	兵庫県明石市東朝霧丘33番5号	
TEL	078-945-5545	ホームページ：
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：	平成28年10月1日	
経営法人・設置主体（法人名）：	株式会社 はれコーポレーション	
職員数	常勤職員： 15 名	非常勤職員： 15 名
専門職員	(専門職の名称) 名	
	看護師 4名	作業療法士 1名
	介護福祉士 10名	介護支援専門員 1名
施設・設備の概要	(居室数) 55	(設備等) 食堂 3か所

③理念・基本方針

(理念) 私たちは社会資源を紡ぎ新しい絆づくりを提案します。
 私たちは自らの思いを形にし安心・安定を実現します。
 (基本方針) 1. 私たちは地域と社会のニーズを汲み上げ安心で未来ある地域づくりに貢献します。
 2. 私たちは入居者さまの尊厳とご意見を尊重し、ご本人と家族の満足向上を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

他職種との連携をこまめに行い、あらゆる観点から利用者様の生活に寄り添った根拠ある支援を目指し、又ご家族様にも安心と信頼を頂けるよう取り組んでいます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 10 月 17 日 (契約日) ~ 平成 30 年 4 月 10 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成30年1月12日・1月14日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人の運営管理体制の下、毎月の本部会議等で、経営状況・運営状況・人員配置を把握・分析し、コンプライアンスにもとづいた運営に取り組んでいる。医療福祉グループの強みを活かし、福利厚生を充実しワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりに努めている。施設内でも、委員会を設ける等組織的な運営に努めている。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価シート・スキルアップシートを用いて目標・職責を明確にし、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。また、経験別・職種別・テーマ別研修、資格取得を支援する講座等、法人として研修体制を整備している。
- ・館内はゆったりと広く、明るく清潔感があり、暖かい色合いで落ち着いて過ごせる雰囲気がある。作業療法士・理学療法士・看護師等の助言・指導を受け、午前・午後の体操、マシンを用いた運動、筋力低下防止の訓練等を取り入れ、また、家事・脳トレ・塗り絵・ちぎり絵等、好みに合わせた活動への参加を勧め、利用者個々の状況に応じた自立支援に取り組んでいる。
- ・週1回、地域に施設ホールを開放して健康体操を行う機会を設け、利用者も参加し、地域と定期的に交流する機会を設けている。日常的に買い物・通院等で地域の社会資源活用し、また、地域の敬老会や教会への礼拝等に職員が同行支援を行う等、利用者が地域とのつながりを大切に生活できるように取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。また、事業計画の主な内容については、理解しやすい方法を工夫し、利用者・家族にも周知することを期待する。
- ・施設における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。
- ・整備しているマニュアル類を、時期を決めて職員参画のもとで検証し見直すことが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

報告書・計画書・記録・マニュアル等に関し知識、意識が低い事を知り今後の課題、改善事項が明確になりました。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、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。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	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 ・ b ・ c
<コメント> 法人理念・基本方針を施設の理念・基本方針とし、ホームページに記載している。理念は、社会的使命・社内目標として法人の使命や目指す方向を明文化している。基本方針は、法人の理念との整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。玄関・事務所に掲示し、全体会議の初めに読み合せ、継続的に職員の周知を図っている。わかりやすく説明した資料を作成する等、理念や基本方針を、利用者や家族に周知する取り組みが望まれる。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	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 ・ b ・ c
<コメント> 施設長は、法人の本部会議・日の出塾・朝霧地域の連絡会に出席し、社会福祉事業全体や地域の動向、また、地域の利用者ニーズ等の把握に努めている。施設からの報告を法人本部がデータ化し、毎月の月次報告書を作成し、毎月開催する本部会議でコスト分析や利用率の分析を行っている。		
3	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 ・ b ・ c
<コメント> 月次報告書に「悪かった点」として課題を、「未来予測」として改善策を文書化している。本部会議で報告して課題解決・改善に取り組み、次月の会議で進捗を報告する仕組みがある。本部会議には副社長や理事も出席し共有している。月次報告の内容を主任会議で報告し、主任職員の周知を図っている。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a ・ b ・ c
<コメント> 中長期計画を明文化するには至っていない。中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>単年度の収支計画と事業計画を、法人共通の書式で策定している。「施設運営上の課題」「今期目標」「課題解決および目標達成のための具体的施策」の項目に沿って、数値目標も設定し、具体的で評価しやすい書式になっている。</p> <p>中長期計画を策定し、中長期計画と連動した単年度計画を策定することが望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月の本部会議で、収支計画の進捗を把握し、課題分析・改善に取り組んでいる。半年に1回開催する法人会議で、中間評価を行っている。年度末に評価して、事業報告書を作成し、次年度の事業計画に反映する仕組みがある。</p> <p>事業計画の実施状況の把握・評価・見直しについては、施設長のみで行うのではなく、内容に応じて主任会議や全体会議で周知して取り組むことが望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>事業計画の主な内容を、家族に説明するには至っていない。</p> <p>事業計画の主な内容をわかりやすく説明した資料を作成する等、利用者・家族に理解しやすく説明する工夫を行い周知する取り組みが望まれる。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課を活用し、PDCAサイクルにもとづく職員の質向上を事業所のサービスの質向上に反映する取り組みがある。全体会議を毎月開催し、委員会からの報告も行い、サービス内容について評価する機会を設けている。自己点検シートの評価基準にもとづいて年に1回自己評価を行っている。施設長が、エリア長・法人課長と評価結果の分析・検討を行う場を設けている。</p>		
9	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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長が評価結果から課題を抽出し、改善に取り組んでいる。</p> <p>職員が参画し、評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。また、経過を記録に残すことが望まれる。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を 図っている。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 29年度事業計画を策定し、運営上の課題・目標・具体的施策等を明確にしている。決裁規程の職務権限表・稟議規定等で、経営管理、人事労務、予算会計等について、管理者を権限者と定め、規程集はいつでも見れるよう事務室に設置している。「リスクマネジメント事故防止委員会要綱」フローチャートで、委員長不在時の権限委任を副委員長と明確化にし、事務室に掲示している。 事業計画要旨の広報誌等への掲載や、定期的に主任会議で事業計画に対する実施状況、進捗度等を確認することが望まれる。また、主任会議議事録の作成が望まれる。		
11	Ⅱ-1-(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
<コメント> 管理者は、介護関係法令集、法人諸規定等を自身でも保管し理解に努めている。集団指導への参加や、物品購入・修理時には、「稟議規定」に沿って対応しており、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に取り組んでいる。管理者は介護保険法改正研修等に参加し、法令・コンプライアンス等を学んでいる。産業廃棄物処理法等、環境への配慮などを含む法令を把握し遵守している。法人の研修計画に沿って、管理者が高齢者虐待防止・倫理法令遵守等について学び、全体会議時の事業所内研修で伝達研修を実施している。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を 発揮している。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 不適切ケアについての「自己チェックリスト」、情報の公表制度、自己点検シート等で、定期的にサービスの現状について評価を行っている。管理者は、事業所内の身体拘束委員会等各種委員会活動に参加し、質向上に取り組んでいる。日々の申し送り等で職員の意見把握し、主任会議で意見集約と改善策の検討を行い、全体会議で改善策の周知するという流れに沿って職員の意見を把握しサービスの質の向上に取り組んでいる。法人研修への参加と伝達研修、随時、事業所内研修を実施し、また、外部研修に参加する機会を設け、職員の教育・研修の充実を図っている。 「自己チェックリスト」、情報の公表制度、自己点検シート等の結果に基づいて、課題を抽出して改善策を検討し、過程を記録として残すことが望まれる。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮して いる。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 毎月法人本部より収益、管理費、人件費、稼働率等のデータが提供され、主任会議で分析・改善策の検討を行っている。資格、等級等に沿った適材適所の人員配置をエリア長に提案し、理事会が決定している。洗濯・清掃等の業務をこぐまクラブに委託する等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。全体会議・主任会議・申し送り等で業務改善、経営改善について周知を図っている。各種委員会が構築されており、管理者はそれぞれの活動に参画している。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所としての人材確保・育成に関する基本的な考え方を運営規定で明確にし、内部・外部研修等を通じて、人材を育成する職員教育に取り組んでいる。指定基準以上の専門職等を配置した職員体制を明確にし、重要事項説明書に明示している。グループ内での適時適切な配置転換、また、法人として、資格取得を奨励し研修参加を勧奨している。学校訪問・ハローワーク・ホームページ・人材派遣会社・求人チラシ配布等を活用して採用活動を行い、また、職員紹介制度を採り入れ効果的な人材確保に取り組んでいる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の基本方針・行動指針で、期待する職員像を明確にしている。人事考課制度を採り入れ、人事考課制度の「等級運用規定」で昇給・昇格に必要な資格等人事基準を明確にし、入職時の説明・規程集の設置により職員に周知を図っている。人事考課制度の仕組みの中で、等級に応じて目標シートで目標を設定し、半期ごとの個別面談を通じて、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。外部コンサルタント・採用広告・ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・全体会議等で把握した意見をエリア長に提案し、法人本部で処遇改善等を実施している。等級運用規定で昇格のための資格要件を定め、将来の姿を描く仕組みがある。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(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り組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>職務権限表で、人事・労務管理に関する権限者を管理者と定め、責任体制を明確にしている。「タイムカード集計表」を基に、就業状況が法人本部でデータ化され、管理者が就業状況を把握して、職員自身も把握している。健康診断を定期的実施している。要精検者には結果を報告するよう指示している。遠隔診療の体制も整備され営る。インフルエンザ予防接種は、パート職員を含め全員に接種を義務づけ、費用は法人負担としている。法人として、ストレスチェックを実施し、産業医に相談できる仕組みがある。年2回の定期面談の他、随時管理者が相談窓口となり相談に応じる仕組みがある。職員の希望により、就業時間後にヨガ教室を開催し腰痛予防に取り組んでいる。時間単位有給制度・勤務時間調整等を行っている。時間単位有給や休暇取得時等に対応するための人員配置を行っている。健康・ワークライフバランスに配慮した取り組みにより、職員の離職率は低い。</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。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>人事考課表で、階層に応じて目標を設定し目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個人目標を設定している。人事考課表で目標項目、目標水準、上期・下期の期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し次年度の目標設定に繋いでいる。</p>		

18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>法人研修計画で、研修項目、求める資格等を期待する職員像として明確にしている。研修計画・運営規定・重要事項説明書に、組織が職員に求めるの専門職種、資格を明示している。法人の研修に参加し、伝達研修を実施している。法人研修参加者は本部が管理している。外部研修は、出張報告書により法人本部が管理している。</p> <p>29年度の研修報告書をもとに、法人の研修担当者が評価見直しを行い、次年度の研修計画に反映させる予定である。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所では、専門資格の取得状況・経験年数等を履歴書・資格証等で、法人本部では、専門資格の取得状況等を把握し一括管理している。法人で入職前、採用時、フォローアップ研修を実施する仕組みがある。法人として「階層別法人共通研修計画」を作成して階層別の研修機会を設けている。職種別には外部研修受講の機会を設けている。法人からメール送信や、FAX等で研修案内があり、一般的な研修については、案内を回覧し、専門職種限定の研修については、職種・経験年数に応じて個別に職員に情報提供し研修受講機会の公平性確保に努めている。内部研修・伝達研修は全体会議で行い、外部研修は事業所として必要な研修は出張扱いとして、職員が教育・研修の場に参加できるよう配慮している。</p> <p>法人の新人研修後に事業所でオリエンテーション・OJTを実施しているが、事業所での研修マニュアルの整備やチェックシート等で習熟度を確認する仕組みづくりが望まれる。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページで理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。第三者評価の受審結果をWAMNETでの公表を予定している。苦情、事相談体制・手順等について、「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」として、玄関にファイルを設置している。内容や改善、対応の状況については公表するに至っていない。</p> <p>苦情・相談の内容にもとづく改善・対応の状況についての公表を検討することが望まれる。理念・活動内容等を説明した広報誌等を地域への配布する等、社会・地域に対して明示・説明することが望まれる。</p>		

22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 経理規定等法人の諸規定を規程集としてファイル化し、職員がいつでも見ることが出来るよう事務室に設置している。職務権限表で役割、責任を明確にし、職員に周知している。法人として、外部コンサルタント、顧問弁護士等と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。事業会計状況等について、法人の施設運営指導室が定期的に内部監査を実施している。事業、財務等に関するチェックを外部コンサルタントに委託している。予算等財務等に関する報告・指導を受け、コスト削減等の経営改善に取り組んでいる。		

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
23	II-4-(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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 地域とのかかわり方について、法人としては経営基本方針で、事業所としては事業所基本方針で明確にしている。市の広報誌を利用者に配布している。和太鼓の案内を配布し、地域にはポスティングで情報提供している。パンの移動販売、訪問美容等の情報を利用者に提供している。地域の敬老会、教会への礼拝等に職員が同行支援を行う体制がある。週1回施設ホールを開放して近隣住民が健康体操を行う機会に、利用者も参加し、地域と定期的に交流する機会を設けている。日常的に、買い物・通院同行等、地域における社会資源を利用するよう推奨している。		
24	II-4-(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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> トライやるウィーク受け入れている。学校とは留意点等を文書でかわし、受け入れ時に生徒に説明している。 トライやるウィーク、和太鼓・踊り・手品等・ボランティア等を受け入れているが、受け入れマニュアルの作成には至っていない。ボランティア受け入れマニュアルを作成し、基本姿勢・受け入れ窓口・担当者や学校教育への協力等について記載することが望まれる。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 地域の関係機関等を掲載した市が発行する冊子を職員室に設置している。ケアマネ連絡会、NPO法人就労継続支援B型こぐまくらぶ、給食委託業者等と定期的に連絡会を行い、地域の関係機関共通の問題に対して、解決に向けて取り組んでいる。明石市民病院等と連携しレの専門職連絡会で利用者のアフターケア等地域でのネットワーク化に参加している。 病院・居宅事業所・関係業者・タクシー会社等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、事務室への設置等で共有化することが望まれる。		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 施設のホールを開放しての健康体操に利用者も参加し交流している。法人理事が来訪して、健康講演会、骨密度測定、相談等を行っている。市が実施する体力テストに事業所の理学療法士が参加、協力している。ポスティングにより地域に参加を呼び掛けている。健康体操、施設見学時等に相談支援を行う仕組みがある。自治会・民生委員等に災害時に、事業所建物を一時避難所として使用可能であることを発信している。高年クラブ広報誌に協賛を行っている。		
27	II-4-(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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 施設のホールを開放しての健康体操時に、独居高齢者に対する一時的な緊急ショートを受け入れ等のニーズの把握に努めている。民生委員も参加する市民病院と連携しての専門職連絡会で、在宅復帰への取り組み等ニーズの把握に努めている。ホームページでの相談窓口、理事長による健康講演会、施設見学時等に多様な相談に応じる機能がある。専門職連絡会、行政、居宅介護支援事業所等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。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、実施に向け取り組むことが望まれる。		

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。		
28	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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 基本方針に利用者尊重の姿勢を明示し、就業規則の服務規定を倫理規定とし、介護サービス提供マニュアルにも反映し、実践に取り組んでいる。法人研修で、「高齢者虐待防止・身体拘束排除」「倫理・法令順守」の研修を実施している。利用者尊重や基本的人権への配慮について、身体拘束虐待防止委員会が「自己チェックリスト」により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。		
29	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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 「個人情報保護規程」「身体拘束マニュアル」「虐待対策マニュアル」を整備し、不適切な事例が発生した場合の対応方法も明示している。法人研修で「高齢者虐待防止・身体拘束排除」「倫理・法令順守」の研修を実施し、マニュアルにもとづいたサービスの実施に取り組んでいる。重要事項説明書に、秘密保持・身体拘束等の禁止・虐待防止・成年後継制度の条項を設け、利用者・家族に事業所の取り組みを周知している。共同スペースは明るく十分な広さを確保している。テーブルを囲み、自由に過ごせる快適な環境となっている。ユニット型の居室は一人一人の趣味を取り入れ、プライバシーを確保しながら自由に過ごせる生活の場となっている。入居者は自室のトイレを使用しプライバシーは確保できている。		

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>施設を紹介するパンフレットは、構成・説明の工夫や写真・図の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。利用希望者については、個別にていねいな説明を実施し、見学、体験利用等の希望に対応している。パンフレット・ホームページ等、利用希望者に対する情報提供について、法人と連携して適宜見直しを実施している。</p> <p>パンフレット等施設の理念・基本方針・特性等を紹介した資料を、多くの人が入手できる場所に設置し、利用希望者に情報提要することが望まれる。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用開始時に、契約書・重要事項説明書・各種同意書に沿って、質問に答えながら丁寧な説明を心がけ、文書で同意を得ている。同意書は内容に応じて個別に作成し、わかりやすく工夫している。契約書に、署名代行者・身元引受人の欄を設け、意思決定が困難な利用者への適正な説明・運用が図られている。</p>		
32	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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス内容の変更時には、サービス計画書を利用者・家族に説明し同意を得ている。利用終了時には、診療情報提供書・看護サマリー・フェイスシート等要請に応じた情報提供を行っている。サービス終了後も、利用者・家族が相談できるように、施設長を相談窓口として設置し、口頭で説明している。</p> <p>サービスの継続性に配慮し、利用終了後の相談担当者について説明した文書を作成し、手渡すことが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>担当職員の毎月のモニタリング・生活相談員の居室訪問により、利用者満足の上昇に努めている。内容はそれぞれ記録に残し、内容に応じて申し送りや全体会議で検討・周知し、サービスの改善に反映している。</p> <p>利用者満足に関する調査が定期的に行われることが望まれる。利用者満足の上昇を図る家族会等に、施設職員も出席することが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>法人として、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。苦情内容・要因原因対応（再発防止策）について、「苦情報告書」に記録し、申立者へのフィードバックについては対応欄に記録している。苦情については、当日の申し送り・パソコンの掲示板で共有し、内容に応じて主任会議で検討し全体会議で周知を図っている。</p> <p>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することが望まれる。苦情内容及び解決結果等は、苦情の申立者に配慮したうえでの公表を検討することが望まれる。</p>		

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者・家族からの意見は、利用者の居室や多目的室・事務室などを使用し、内容に応じて、相談をしやすい、意見を述べやすい環境に配慮している。 相談・意見の受付について、複数の方法や相手を選べることを利用者・家族にわかりやすく説明する工夫が望まれる。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>「苦情対応マニュアル」の手順を、意見・相談対応手順としている。日常的には、生活相談員の訪室で、利用者の意見の傾聴に努めている。意見箱を設置し、利用者の意見の把握に努めている。把握した意見・相談は、生活相談員記録に記録し、申し送りやパソコンの伝言板で共有し周知に努め、サービスに反映できるように取り組んでいる。 対応マニュアル等の定期的な見直しを行うことが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者を、リスクマネジメント事故防止委員会要綱に明確化し、事故防止委員会を設置している。「緊急時対応マニュアル」を整備し、緊急時対応手順（日中・夜間）をフローチャートで明示している。事故報告書・ヒヤリハット報告書で、リスク事例の収集を行っている。報告書には状況・症状・対応・要因原因・事故防止策・家族への説明を記載している。全体会議で、事故防止委員会が事故・ヒヤリハット事例を報告し、改善策についての検討を行っている。法人研修で、安全確保・事故防止に関する研修を実施している。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策に関する責任者をリスクマネジメント事故防止委員会要綱に明確化し、感染・褥瘡予防委員会を設置している。「感染症・食中毒予防・蔓延防止マニュアル」を整備している。法人研修で年2回、施設内研修では処理演習も含め、感染症・食中毒研修を実施している。うがい、手洗い、手指消毒、マスク着用、手すり等の消毒、ホール・居室の加湿等、感染症の予防策を講じている。感染症の発生した場合には、可能な限り居室対応し、外部サービスを中止する等、蔓延防止対応をしている。 マニュアルの定期的な見直しが望まれる。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-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やっている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>災害対策マニュアルを整備し、災害時の対応体制を記載している。新耐震基準適合ホームとして国土交通省の認可を受けている。利用者の安否確認の方法は、避難訓練の際に周知を図っている。職員の緊急連絡網を作成し、安否確認の方法を定めている。年に2回、昼夜想定で、可能な利用者は参加して避難訓練を実施し、実施報告書等の記録は法人で保管している。倉庫におむつ・グローブ・消毒液・マスクなど、備品を整理し設置している。管理責任者は現場責任者（主任）としている。食品は厨房で備蓄し業者管理となっている。 備蓄のリストの作成と定期的な点検が望まれる。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>介護サービス提供マニュアルを整備し、移動・外出・排泄・入浴・食事・口腔ケアについて標準的な実施方法を文書化し、プライバシー保護・自立支援についても明示している。入職時研修で介護主任がOJTを行い、標準的な実施方法の周知を図っている。 入職時研修の研修計画と実施記録を整備し、習熟度を確認できる仕組み作りが望まれる。</p>		
41	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。	a ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>介護サービス提供マニュアル等、標準的な実施方法について定期的に見直すには至っていない。職員の意見・提案を採り入れながら、定期的に見直し仕組み作りが望まれる。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画書の策定責任者を、介護支援専門員としている。フェイスシートをもとに、定期的アセスメントを実施している。担当者会議を開催し、(利用者)・家族・多職種の関係職員が参加し、アセスメント・計画策定について協議を行っている。施設サービス計画書に、利用者個々のニーズを明記している。毎月、担当職員がモニタリングを行い、計画どおりにサービスが実施されていることを介護支援専門員が確認する仕組みがある。支援困難ケースについては、担当者会議を開催して対応等を検討し、実施状況や経過は、総合ケース記録・支援経過記録に記録している。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>定期的には6カ月に1回、モニタリング・再アセスメント・担当者会議をもとに、施設サービス計画の見直しを実施している。緊急に変更する場合や、毎月のモニタリングで必要性を察知した場合は、介護支援専門員に報告し、変更を検討する体制がある。新たなニーズについては、施設サービス計画書に明示している。 見直しによって変更した施設サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する方法の工夫が望まれる。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、システムの総合ケース記録に記録し把握している。施設サービス計画にもとづいたサービス実施について、毎月の自己評価項目で意識付けを行い、総合ケース記録に記録するよう取り組んでいる。記録委員会を設置し、記録内容等に差異が生じないように個別に指導している。全体会議でも、記録について周知を行う機会を設けている。毎日の申し送りミーティング、月1回の主任会議・全体会議、申し送りノート、パソコン内の掲示板等のネットワークシステムを活用し、情報伝達と、情報共有を行う仕組みを整備している。</p>		

45	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
<コメント> 個人情報保護規定・文書規程により、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対応等を規定している。記録の管理責任者を施設長としている。職員には、法人研修や施設の入職時研修で個人情報保護について説明し、守秘義務の誓約書を交わしている。利用者・家族には、契約時に個人情報使用について説明し文書で同意を得ている。		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-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。	a ・ (b) ・ c
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

特記事項

フェイスシートをもとに、利用者の心身の状況・ADL・生活状況・生活歴等を把握している。それらの情報から施設サービス計画書を作成し、利用者個々に応じた生活となるよう支援している。毎月のモニタリングにより実施状況を把握し、必要な改善を行う仕組みがある。施設サービス計画書に位置づけ、自立支援や自立・活動参加への動機づけを行っている。フェイスシートで、趣味・嗜好を把握し、書道・読書等継続できるように支援している。明石市立図書館の協力を得て、施設内に図書コーナーを設けている。利用者の心身の状況に応じて、午前・午後の体操やティータイム等に参加できるように呼びかけている。餅つき・おでんパーティー・クリスマス会には家族を招待し、和太鼓・盆踊り・二胡・ハンドマッサージにはボランティアの来訪があり、和太鼓のイベントは地域からの参加もあり、活動の多彩化を図っている。買い物・通院・散歩など、社会参加できる機会作りにも努めている。食堂・トイレ・風呂への移動、着替え・整容など、生活にメリハリづけが行えるように支援している。週間サービス計画表に、利用者の体力や身体状況にあった1日の過ごし方を明示し援助している。利用者の趣味、興味、希望に対応し、活動に複数のメニューを用意するには至っていない。

フェイスシートで、聴力・視力・発語・理解力等コミュニケーション能力を把握している。特に配慮が必要な利用者については、耳元で大きな声でゆっくり話す・筆談を用いる等、施設サービス計画書に個別の支援方法を明示している。利用者担当の職員の配置や、生活相談員が訪室して傾聴する等、利用者が話したいことを話せる工夫を行っている。法人研修で接遇研修を実施し、研修委員会が毎月接遇チェック表で自己・他者評価の機会を設ける等、利用者への言葉遣いや接遇について意識向上に努めている。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
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。	a ・ (b) ・ c
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。	(a) ・ b ・ c
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。	a ・ (b) ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a ・ (b) ・ c
A-2-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	(a) ・ b ・ c
A-2-⑥ 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。	(a) ・ b ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	a ・ (b) ・ c

特記事項

フェイスシートで入浴の自立度・入浴方法を把握し、利用者個々の状況に合わせ、入浴形態・方法により支援している。入浴介助マニュアルに沿って、羞恥心に配慮した介助を周知し、浴室の入り口や脱衣所に暖簾をかけてプライバシーにも配慮している。入浴週間スケジュール表に沿って行っているが、入浴を拒否する利用者には、入浴日や職員を変えたり、声掛けやタイミングを工夫している。入浴前には湯温や室温の確認を行っている。入浴後は水分摂取を勧め、必要に応じて処方済みの軟膏の塗布や保湿などのスキンケアを行っている。入浴前にはバイタルチェックを行い看護師の判断で、安全に入浴できるように支援している。入浴当日の状況で入浴できなかった場合には、入浴日を変更したり、清拭に変更し保清できるように支援している。変更は介護記録に記入している。浴槽は機械浴・パンジー浴（座浴）・個浴4か所が設置され、シャワーチェアー・手すり・滑り止めマット等、介護機器や福祉用具が用意されている。浴槽の湯は利用者ごとに入れ替えているが、感染症の利用者は入浴順を変更し一番最後に入浴している。入浴マニュアル等に標準的な入浴の可否の判断基準を明確にし、利用者個別の基準がある場合は、介護計画等に明示することが望まれる。

フェイスシートで、日中・夜間の排泄の自立度、便・尿意などを把握し、利用者の心身の状況に合わせた、自立に向けた排せつ介助の方法を工夫している。尿・便の性状・量を観察して総合ケース記録に記録し、健康状態を確認している。排泄一覧表を作成し、排泄コントロールを必要とする場合は個別のカレンダーにより把握している。便座保温・温水シャワートイレ等が設置され、保温に配慮されている。自然な排せつを促すための排せつのリズムの把握、適度な運動、食事・水分摂取量のチェック等に配慮している。パット・リハビリパンツ・おむつ等、個々に応じた種類・サイズを用意し、全体会議で検討し個々の現状に適した排泄用具が使用できるように支援している。夜間は睡眠を妨げないように配慮し、排泄やおむつ交換の要望に速やかに対応できるようにナースコールを設置している。おむつ交換を行う際には、皮膚の観察、清拭等を行っている。

フェイスシートで、利用者個々の移動の自立度を把握し、計画の援助内容に状況に応じた移動方法や福祉用具を明示し、安全で自立に向けた支援を行っている。車いす使用の利用者も食事の際は椅子に移乗するなど、機能低下予防への支援を行っている。移動・移乗希望時、できる限り早く対応できるよう職員は周囲にも注意している。利用者の移動や車椅子が通りやすいように、十分なスペースが確保され、廊下も広く動線が安全に通れるよう整備されている。利用者の心身の状況に合わせた福祉用具について、会議等で業者や家族を交えて話し合っている。福祉用具の点検については、点検表に記録することが望まれる。

皮膚の状態に異常を察知した場合は、写真で記録し、看護師の指示のもとに、体位変換・軟膏塗布・移動介助等を行い、総合ケース記録に記録している。看護師が褥瘡についての外部研修に参加し、全体会議で伝達研修を行っている。法人研修のターミナル研修でも学ぶ機会を設けている。利用者個々の食事の摂取状況は総合ケース記録に記録し、必要に応じて看護師が主治医に相談し、高カロリー食の提供など必要な対応を行っている。褥瘡の予防や対応について標準的な実施方法を明示したマニュアルの作成が望まれる。

基本的には、衣類は利用者の意思で選択し、必要に応じて、職員が援助している。衣類の購入については、家族に依頼し、要請があれば職員が購入したり、買い物動向の支援を行っている。訪問デパートを利用する機会も設けている。洗濯については、可能な利用者は施設の洗濯機乾燥機を利用して自身で行い、必要に応じて職員が援助している。

基本的には髪型や化粧については利用者の意思で決め、必要に応じて、職員が援助している。月に2回訪問理美容があり、日時・内容・価格等の案内を各階に掲示し情報提供している。理髪店や美容院の利用について、希望に応じた支援を行い、現在は家族が同行している。

夜間は安眠を妨げないように、音や光に配慮し、夜間のトイレポータブルトイレ使用時は、部屋のスポットライトを点灯し安全に配慮している。寝具は利用者様の好みに合わせ持込可能である。夜間就寝中のサービスについて、睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルの作成が望まれる。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a ・ (b) ・ c
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。	a ・ (b) ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

食事は給食会社に委託しているが、定期的にアンケート調査を行い、意見を業者に報告し、可能な限り希望が反映されるように努めている。旬の野菜を採り入れ、季節に合わせた食材を使用し、飾りつけをする等、工夫されている。皿を変え単調な色合いにならないよう、盛り付けにも配慮されている。食堂とキッチンが隣接しており、保温・保冷し、ご飯・汁物は配膳直前に入れて提供している。座る席は相性を考慮し、楽しく食事できるように支援している。テーブルや椅子は利用者にあった高さを使用し、クッション等も使用してリラックスして食べられるように配慮されている。体調不良等で居室で食事を摂る場合も、個別の保温食器に入れて保温に配慮して提供している。

食事の選択性は取り入れていない。

利用開始時の聞き取りや介護職・看護職が食事摂取状況を観察してし、個々の嚥下能力に応じた食事形態を確認し業者に伝達している。摂食状況を把握し、できるだけ自力摂取できるように支援し、一人ひとりの食事のペースに合わせて、ゆっくり食べられるように配慮し、クッション等を使用し、食べやすい姿勢保持を行っている。日々の食事・水分摂取量の把握、毎月の体重測定、血液検査等をもとに、主治医・看護師・栄養士と連携し、利用者の状況に合わせ栄養面に配慮した食事を提供している。利用者の状況に応じた食事形態での提供・下顎マッサージ・アイスマッサージ等により、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。発熱、歯痛等の突発的な状況にも対応している。

栄養ケア計画は作成していない。

フェイスシートにより、利用者の口腔ケアの自立の程度を把握している。必要に応じて、口腔ケアを施設サービス計画書に位置づけ、実施・評価・見直しを行っている。訪問歯科の往診により、歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けられる体制がある。食事前の体操の中で発声や歌を歌い、口腔機能の保持・改善を図っている。法人研修で、食事介助・口腔ケアについて学ぶ機会を設けている。義歯は毎食後に確認し、夕食後に預かり、洗浄し保管している。清潔な洗面台が設置され、状況に合わせて利用している。

食後・就寝前の口腔ケア・口腔チェックについて、記録に残すことが望まれる。

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
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。	a ・ (b) ・ c

特記事項

主治医の判断のもとに会議を実施し、家族に終末期を迎えた場合の施設での対応・ケアについて十分な説明を行い、意向確認を文書で行っている。終末期の支援内容を、施設サービス計画書に明示し、家族の同意を得ている。法人研修で、看取り研修を実施している。毎日の申し送りや情報と支援方法を共有し、施設長・看護師が24時間サポート体制をとり、職員の不安軽減に努めている。協力医療機関からの24時間365日のサポート体制により、看取り介護を行う体制を整備し、事例も多い。

マニュアル等に、利用者が終末期を迎えた場合の対応についての手順を明示することが望まれる。

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

フェイスシートを用いた定期的な再アセスメントにより、利用者の日常生活能力、残存機能を把握している。周辺症状を呈する利用者の支援については、サービス担当者会議で家族を交えて検討し、支援の経過は、総合ケース記録に記録している。施設サービス計画書に位置付け、掃除・洗濯・洗い物等の家事作業により、役割が持てるように支援している。法人研修で認知症の研修を実施し、ユマニチュード等学ぶ機会を設けている。サービス担当者会議に看護師が参加し、必要に応じて精神科医に相談する等、医療スタッフと連携を図っている。利用者の症状に合わせて、家事・脳トレ・塗り絵・ちぎり絵・体操など、個人やグループで継続的に活動できるよう工夫している。身体拘束を行わない方針であるが、やむを得ず実施する場合には、必要な手続き・検討会・記録を行い、解除に向けて取り組んでいる。

共有スペースは自然光が差し込み明るく清潔感がある。共用スペース・廊下は安全に通れるよう動線の確保がされ、閉塞感を感じないように配慮している。異食や火傷等の事故防止のため、危険物は利用者様の手の届かない場所へ保管し、定期的に片づけ・清掃を行っている。寝具・写真・人形等、利用者の好みに合わせ、持込を可能としている。居室、トイレの場所は、わかりやすいように、表示している。

A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

午前・午後の体操、マシンを用いた運動、筋力低下防止の訓練等、機能訓練・介護予防活動を行っている。それらを施設サービス計画書に、集団療法・個別療法として位置づけ、実施・評価・見直しを行っている。食事時の車いすから椅子への移乗や、入浴・排泄時の自立支援等、日々の生活動作の中でも、機能訓練・介護予防活動を行っている。利用者の意向や興味を確認し、利用者が主体的に訓練を行える方法を工夫しサービス計画に反映している。利用者の状況に応じて、施設の作業療法士や訪問リハビリの理学療法士の助言・指導を受けている。判断能力の低下や認知症の症状の変化を察知した場合は、介護支援専門員が医療機関に報告し、支援経過に記録している。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
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 ・ Ⓑ ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ Ⓑ ・ c

特記事項

毎朝、看護師がラウンドとバイタルチェックを行い、利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づけるようにしている。利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順は緊急時対応マニュアルに記載し、協力医療機関と連携体制をとっている。服薬確認・健康状態は、総合ケース記録に記載している。
 体調変化時の対応や利用所の疾患や薬について看護師が説明した内容を、研修記録に残すことが望まれる。

「感染症・食中毒予防・蔓延防止マニュアル」を整備している。出勤時に検温を行い検温表に記録し、職員の体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。職員に対してのインフルエンザ等必要な予防接種については、法人が費用負担している。家族の接種についても一部負担している。感染症・食中毒について、法人研修で年2回、施設内研修でも学ぶ機会を設けている。玄関・各階に、手洗い器・手指消毒薬などを設置し、玄関・エレベータ内に呼びかけを掲示している。職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を文書化することが望まれる。

A-8 建物・設備

	第三者評価結果
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。	a ・ b ・ c

特記事項

建物・設備は業者が定期的に点検し、快適性・安全性の維持に取り組んでいる。館内は明るく、暖かい色合いで落ち着いて過ごせる雰囲気があり、テーブルや椅子は利用者にあった高さを使用し、思い思いに過ごせる工夫がされている。廊下は動線が確保され、安心・安全に通れるよう配慮している。居室には、使い慣れた家具を持ち込み、好みの物を飾る等、その人らしく落ち着いて過ごせるように、家族にも協力をお願いしている。
 備品についても、必要項目についてチェック表等を用いて定期的な点検を行い、記録に残すことが望まれる。

A-9 家族との連携

	第三者評価結果
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

特記事項

定期的には、6ヶ月に1回サービス担当者会議を開催し、家族に利用者の状況の報告・サービス内容の説明・要望や相談の聴取を行っている。必要時には、面会時・電話・メール等で行っている。内容は、支援経過記録・相談員記録・総合ケース記録等に記録している。行事等の日程について、広報誌「あいらの杜朝霧」やポスターで案内し参加できるようにしている。

A-10 その他

	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	Ⓐ ・ b ・ c
A-10-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

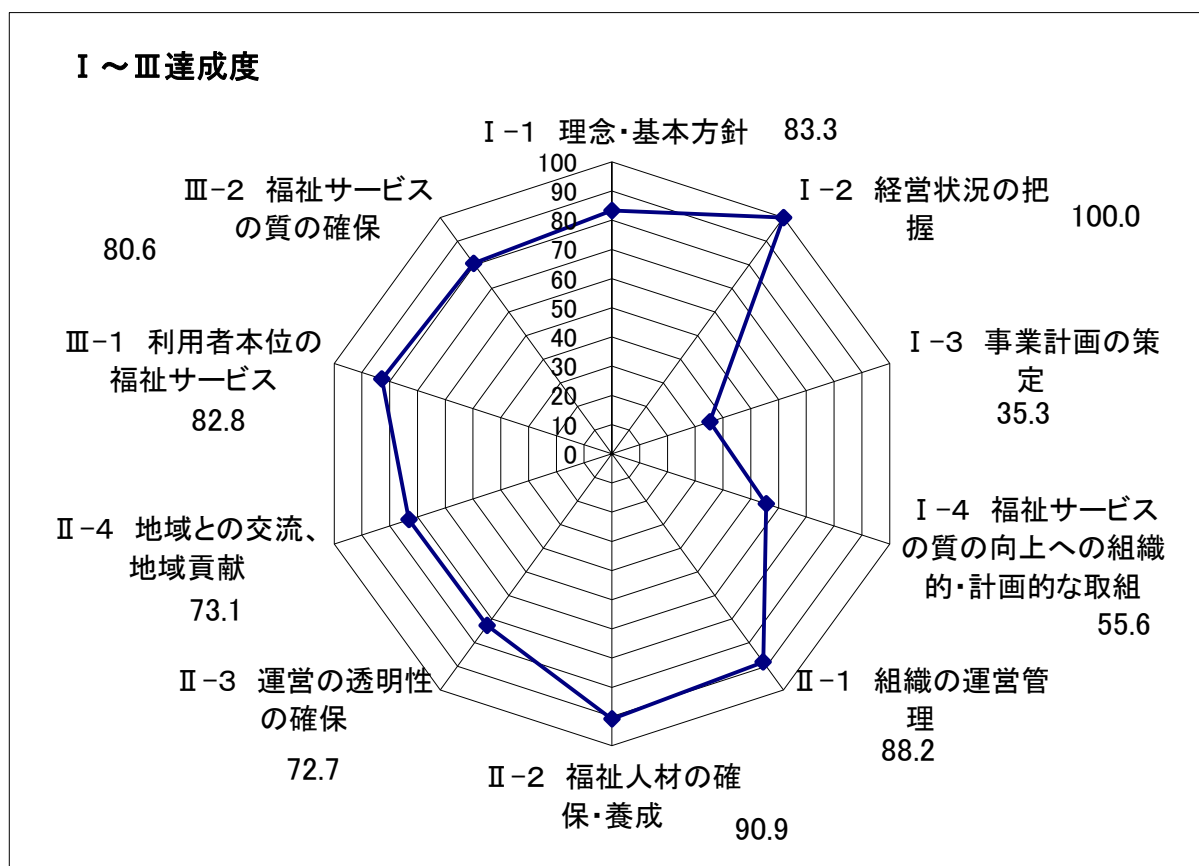
必要な時に、買い物・散歩・通院・教会等、個別の外出を職員が支援する体制を整えている。明石市の広報誌を配布したり、地域の情報を各階の掲示板に掲示する等、利用者に情報提供している。外出時の安全確保や不測の事態に備えて、利用者1人に2人体制で支援している。

公衆電話を設置し、希望に応じて利用でき、プライバシーに配慮した対応をしている。固定電話の設置も携帯電話の使用も自由である。

新聞・雑誌の個人購買は自由であり、希望があれば支援している。テレビ・ラジオなどの所有も自由である。共用スペースにもテレビ・新聞等を設置し、必要があれば職員が使用を調整している。移動図書の利用も行なっている。

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	6	35.3
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	5	55.6
II-1 組織の運営管理	17	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・養成	33	30	90.9
II-3 運営の透明性の確保	11	8	72.7
II-4 地域との交流、地域貢献	26	19	73.1
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	53	82.8
III-2 福祉サービスの質の確保	31	25	80.6



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	21	20	95.2
2 身体介護	53	49	92.5
3 食生活	26	23	88.5
4 終末期の対応	6	5	83.3
5 認知症ケア	15	15	100.0
6 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
7 健康管理、衛生管理	13	10	76.9
8 建物、設備	5	4	80.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	8	100.0

