

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : サンライフ御立

(特別養護老人ホーム)

評価実施期間 2016年 8月 15日 ~ 2017年 2月 28日

実地(訪問)調査日 2016年 11月 14日

2017年2月8日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 播磨地域福祉サービス第三者評価機構

② 設・事業所情報

名称：サンライフ御立	種別：特別養護老人ホーム		
代表者氏名：笹山 周作	定員（利用人数）：	100	名
所在地：〒 670-0072 兵庫県姫路市御立東5丁目1番1号			
TEL 079-291-6666	http://www.mcn2k.co.jp/pub/sasayuri/index.html		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成8年10月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人ささゆり会			
職員数	常勤職員：	42名	非常勤職員：53名
	(専門職の名称)	名	(専門職の名称) 名
専門職員	介護職員	41名	介護職員 30名
	介護支援専門員	2名	
	看護師	2名	看護師 4名
	理学療法士	1名	歯科衛生士 3名
	管理栄養士	3名	
施設・設備の概要	(居室数)	62室	(設備等)
	個室	30室	ベット浴 1
	二人部屋	16室	個浴チェアー浴 1
	四人部屋	16室	大浴場 1
			トイレ 5

③ 理念・基本方針

社会福祉法人ささゆり会の基本理念は、

- ① 基本的人権の尊重（高齢者と共に和を以て貴ぶ。を基盤に、人間として共に生きる人生の意義と人権尊重を大切にした生活の場とする。）
- ② 健全育成・援護の実現（福祉について積極的な熱意と能力を有する職員によって、笑顔とこころくばりのあふれたサービスをめざす。）
- ③ 社会的自立の助長（利用者の自立した生活維持への助長と、生活障害に応じた必要な援助で、生活の基本である‘やすらぎ’と‘生きがい’が確保できるよう環境を整える。）
- ④ 地域福祉への貢献（地域福祉の推進に参加を協力して、資源の提供に努め、地域に親しまれる開放された施設づくりをめざす。）です。

この基本理念は初代理事長が教育者でありましたので人財育成に特に力を入れて、設立委員会で基本理念を作りそれを実行してまいりました。私共は介護サービスにおいては、人財育成が最も大切だと考えております。そして利用者に喜んで頂く施設にするために介護の質の向上を高める努力を日々行っております。2014年6月には職員18人等で介護施設の経営はど

うあるべきかという「福祉施設経営革新」(株)大学教育出版発行)を発売致しました。2016年4月には、「GOOD CARE !!本当の介護現場」(株)大学教育出版発行)を職員29人で発売致しました。ささゆり会は、平成7年12月に兵庫県より法人設立の認可を受け平成8年10月1日に姫路市において特別養護老人ホームサンライフ御立の開設となりました。平成12年4月1日に神戸市東灘区において特別養護老人ホームサンライフ魚崎を開設、平成17年5月1日介護型ケアハウスサンライフ魚崎開設、平成20年4月1日小規模特養サンライフひろみねの開設、平成20年7月1日デイサービスサンライフ田寺の開設、平成23年11月1日デイサービスサンライフ安室の開設、平成26年4月1日特別養護老人ホームサンライフ土山の開設、平成26年4月1日リハビリデイサービスサンライフ御立西の開設となっております。

私達の法人では法律における第三者評価は勿論のことですが、独自に地域の民生委員・家族様・他施設の職員ボランティアからなる第三者評価を立ち上げ、定期的な会議の中で、苦情や事故対応や事業所アンケート等により、様々な意見を聞きサービスの向上・透明化に繋げています。

また、個人情報保護に対する基本指針を定め、取扱う個人情報についても契約締結時に個人情報の利用目的を説明し書面での快諾を頂いている。また、社員に対しても研修や会議などで個人情報に関する説明を行い、入社時には社員一人一人から(非常勤職員を含む)からも個人情報に関する誓約書を結ぶと共に就業規則にて明記している。

設備基準・運営基準・人員基準等及び介護報酬等の介護保険法・老人福祉法・労働基準法の遵守することは、利用者様を守り・職員を守ることに他なりません。そしてそのことが、信頼される・質の高いサービスを提供する施設作りの基本だと思えます。その為、私達の法人では、5年前より実行しているキャリアパス制度の中に介護保険法のテストを実施することや労働基準法を学んでいくシステムを確立しています。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 入所者様にとって、オムツを使用することは自己の尊厳を犯すものであり、不快や屈辱的なものとして感じられる方が多く居られます、そのような中で出来るだけ「トイレに行きたい。」「トイレで排泄したい。」との想いや有存能力を活かしたサービスを実施しています。また、食事は入所者様にとって一番の楽しみです。自分の歯で噛んで自分で食す。刻み食やミキサー食を食べても美味しくはありません。出来るだけ、いつまでも普通の食事を食べられるよう取組みをしています。
- ・ 入浴は、食事に次いで利用者様の楽しみです。何人もの職員の視線の中で入浴はしたいとは思いません。自宅のお風呂のように入浴が出来るように取組をしています。

⑤ 三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28年 8月 15日(契約日)～ 平成 29年 2月 28日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3回(平成25年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **充実した教育・研修と定期的なテストと評価のもと、人材育成に力を入れています。**
 目標管理制度により、新任職員や職員の経験に応じて、職場で実務を通して行う職員研修（OJT）が適切に行われるとともに、管理者の指名や受講希望者の要望により職員一人ひとりに教育・研修の機会が適切に確保されています。また、全職員に対して、理念から具体的な支援に至る内容まで含んだテストを定期的実施し、職員の意識向上と人材育成に取り組んでいます。
- **QC（品質管理）活動をベースに介護サービスの質の向上が行われています。**
 事業開始以来、福祉サービスの質の向上に向けてQC（品質管理）サークル活動を継続的に取り組んでおり、常時、業務の改善がチームで行われています。これらの活動によって、取り組むべき課題を明確にされ、計画的な質の向上が図られています。
- **数値化した根拠に基づく介護（科学的介護）を取り入れ、食事や排せつについて出来るだけ通常の生活が保てるよう利用者の尊厳に配慮した取組が行われています。**
 出来るだけ通常の生活を送ることを目的に、「普通に食べること」「トイレで排泄すること」を大切に介護が行われており、人としての尊厳に配慮した取組が実施されています。また、これらの取組を数値化し、集計し分析した結果を公表することで、根拠に基づいた介護につなげています。

◇改善を求められる点

- **今後の事業運営を具体的に示した中・長期計画を策定していくことが課題です。**
 社会の情勢や利用者のニーズに対応するためには、中・長期的な視点に立って、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、人材育成等を具体的に示した事業計画を策定していくことが重要です。その中でも特に対人サービスである福祉事業においては、次のリーダーを育てる、専門知識を延ばすといった個別育成計画を策定することで、職員の将来展望やスキルアップを図り、職員の質と働きがいを向上させるような取組が重要です。
- **サービスを個別・具体的に実施するためのアセスメントを充実していくことが重要です。**
 施設サービス計画（ケアプラン）をベースにサービスを個別・具体的に実施されていますが、介護現場において、生活に対する具体的な意向やこれまでの環境（物的・人的）、生活習慣などを文章化し、明示するには至っていません。今後は、さらに計画が利用者個々の生活により活かされていくことを目指して、サービスを個別・具体的に実施するためのアセスメントの充実を図り、利用者個々の支援の内容について、具体的な方法を明示していくことが必要です。
- **認知症ケアや終末期のケアなど専門性に基づいた具体的な支援プログラムを明確にしていくことを望みます。**
 終末期のケアや認知症ケアについては、手順など標準的な支援方法を確立し、環境整備に努められていますが、介護現場において、より専門性に基づいた具体的な支援方法は明確ではありません。今後は、認知症ケアや終末期のケアについて、より具体的な支援プログラムを策定し、利用者個々の支援の内容について、明確にしていくことを望みます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

客観的な意見をいただき、見直していきたいと考えます。

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。

(別紙)

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> ○ 理念、行動指針、サービス10ヶ条等が明文化され、ホームページ、パンフレット等に記載されて周知されています。 ○ 今後は、基本方針の明文化が行われ、利用者・家族等にも理念や基本方針がより理解される工夫や周知が望まれます。		

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> ○ 福祉サービスのコストや利用状況をまとめて毎月1回運営会議を行い、経営状況の把握・分析が行われています。 ○ 今後は、社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画の策定動向を把握・分析することが必要と思われます。		
③	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・ (b) ・c
<コメント> ○ 福祉サービスのコストや利用状況など事業所内部の経営課題は明らかにされ、理事会で検討されています。 ○ 今後は、事業経営をとりまく環境と施設の経営環境を適切に把握・分析し、その結果にもとづいて経営課題を明確にし、具体的な取組が行われていくことが望まれます。		

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> ○ 事業計画書から理念や行動指針の実現に向けた中・長期的な目標(ビジョン)がうかがえます。 ○ 今後は、中・長期的な目標(ビジョン)に向けて、具体的な取組を明示した事業計画を策定し、文書化することが重要です。		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 単年度の事業計画は、取組内容を明確に表した具体的な内容となっていることがうかがえます。 ○ 今後は、中・長期的な計画の目標(ビジョン)を踏まえた、計画策定が望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の策定については、実施状況の把握・評価・見直しを手順に基づき、職員の参画のもと組織的に行われています。 ○ 今後は、法人の事業計画も含め、更に職員に周知、理解を促すための取組に期待します。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の内容は、ホームページや「ささやま新聞」に掲載され、利用者や家族に周知されています。 ○ 利用者等の参加を促す観点から、事業計画の内容をより利用者や家族に分かりやすくするための工夫や取組が望まれます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業開始以来、福祉サービスの質の向上に向けてQC（品質管理）サークル活動を継続的に取り組んでおり、PDCAサイクルに基づいて具体的にサービスの質の向上に取り組んでいます。 ○ 今後は、定められた評価基準に基づき、評価結果を分析・検討する場が、組織として明確に位置づけられていくことを期待します。 		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 具体的なサービスについて、QC（品質管理）サークル活動において、取り組むべき課題を明確にされ、計画的な改善が図れています。 ○ 今後は、第三者評価の結果から導き出された取り組むべき課題について、改善計画を策定し、必要に応じて見直す仕組みを確立していくことが期待されます。 		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、全体会議や運営委員会において、自らの考えや思いを発信するとともに、ホームページや広報誌においても文書化することで、事業所の経営・管理に関する方針と取組について明確にされています。 ○ 今後は、管理者自らの役割と責任について、利用者や職員に対してさらに、わかりやすく表明・周知していくことを期待します。 		
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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者の遵守すべき法令等に関する、正しい理解に向けた取組を行っており、施設の責任者として職員等が遵守するための取組を周知していることがうかがえます。 ○ 今後は、更に幅広い分野の法令等を、職員に対してわかりやすく周知していくことが期待されます。 		
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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、全体会議の中でサービス向上に向けた種々の提言を行っており、職員を外部のQC（品質管理）サークル活動の発表会に参加させるなど、福祉サービスの質の向上に熱意をもって取り組まれ、指導力を発揮されています。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上について、管理者自らの評価をさらに明確にすることが望まれます。 		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、人事・労務・財務等、それぞれの視点から常に検証を行い、効果的な業務の実現を目指す改善に向けて、指導力を発揮していることがうかがえます。また、年2回の職員面接を通じて、業務の効率化や職場の満足度等を把握し、改善に結びつけています。 		

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。	a (b)・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人全体として、福祉人材の確保と育成についての方針を明確にされ、効率的な人事管理がなされています。 ○ 今後は、施設の特徴を踏まえた専門職の配置等、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランを策定することが重要と思われます。 		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の基本姿勢や求める意識を明記し、キャリアパス制度や人事考課制度を導入することで、一定の基準に基づいた評価が行われ、総合的な人事管理制度の仕組みが確立されています。 		
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組んでいる。	a (b)・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の就業状況や労務管理に関して、職員の意見・意向を聴取し、就業状況を把握する部署が設置されており、健康管理と安全確保のための対応策が周知されています。また、職員の余暇活用のために年に5日間のレクリエーション休暇の付与など、ワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の両立）に配慮した取組がなされています。 ○ 今後は、専門家によるカウンセリングなど定期的に職員が相談しやすい環境の充実が望まれます。 		
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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ キャリアパス制度や人事考課制度を活用して、半年毎に管理者が職員と面接表をもとに短期目標・長期目標などについて個別面接を行い、進捗状況や希望などを確認し、人材育成に向けた職員一人ひとりの目標管理を行っています。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理念や行動指針・サービス10ヶ条に「期待される職員像」が明示され、それに基づいた多様な教育・研修が実施されています。 ○ 今後は、現在実施されている研修を体系化され、具体的な教育・研修のカリキュラムや計画を策定していくことが重要です。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 目標管理制度により、新任職員や職員の経験に配慮した職場で実務を通して行う職員研修（OJT）が適切に行われるとともに、管理者の指名や受講希望者の要望により職員一人ひとりに教育・研修の機会が適切に確保されています。 ○ 今後は、職員一人ひとりの技術水準や専門資格の習得状況を明らかにしていくことが望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実習の受け入れの基本姿勢を明文化され、実習受け入れのマニュアルを整備するとともに、実習指導者への研修が行われ、学校と連携のもと、実習にもとづいた人材育成が図られています。 ○ 今後は、専門資格ごとの実習カリキュラムを作成し、さらに、それぞれの特性に応じた実習指導が望まれます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人ホームページを活用し、事業や財務等に関する情報が詳細に公開され、運営の透明性を確保するための取組が行われています。 ○ 今後は、さらに運営の透明性を確保する観点から、施設の印刷物の地域への配布や第三者評価結果などを基にした改善・対応の状況の開示など情報公開を推進していくことに期待します。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事務、経理、取引等に関する規程を職員全員に周知し、組織における職務分掌と権限・責任を明確にするとともに、内部の監事による監査と理事会の承認を得るようにしています。 ○ 今後は、外部専門家による指摘・アドバイスや外部の公認会計士による監査の実施を通じて、さらに公正かつ透明性の高いチェック体制の確立に期待します。 		

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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域行事や社会資源について分かり易く掲示または配布がなされており、利用者の状況に応じて職員やボランティアによる支援体制が整備されています。また、夏祭り、敬老会、クリスマス等を通じて利用者と地域住民が接する機会を設けており、個々の利用者のニーズに応じて、買物や公共施設等の社会資源を利用するように推奨しています。 ○ 今後は、地域との関わり方について基本的な考え方を、さらに明確に表していくことを期待します。 		
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 Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティアの受入れや地域の学校教育等への協力についての基本姿勢が明文化され、トライやるウィーク等の受け入れやボランティアに対しての研修が実施されており、多様なボランティアが活動されています。 ○ 今後は、ボランティアの受入れマニュアルを作成することによって、支援体制の強化が望まれます。 		
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 Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人内の事業連携を通じて、必要な社会資源を職員間で情報共有化を図り、関係機関との連携が行われています。 ○ 今後は、関係機関とより連携し、活用していくために地域の関係機関や、福祉施設として必要な社会資源を明示したリストなどの資料作成が望まれます。 		
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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1階オープンスペースを地域住民に開放して認知症サロン、研修会、講演会、他団体と一緒に技術講習など開催し、地域住民が自由に参加する機会を確保しています。また、災害時の福祉避難所として指定されており、日頃から保健所など他機関とも連携し、特に地域包括支援センターと共に地域の活性化や町づくりに貢献しています。 ○ 今後は、社会福祉法人の地域貢献の視点から、地域のニーズに応じた多様な支援活動の取組に期待します。 		
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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 民生委員との連携、地域の関係機関との地域活動などを通じて地域の福祉ニーズを把握し、法人関係機関・団体との連携により、相談事業をはじめ在宅支援を展開されています。 ○ 今後は、把握した福祉ニーズに基づいて、事業計画に明記することにより幅広い周知に期待します。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理念や行動指針・サービス10ヶ条に利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、会議等で周知されています。また、利用者の尊重や人権について毎年定期的に研修を実施するとともに、定期的に職員にテストを実施することで、状況把握・評価を行っています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の個人情報保護や虐待防止等の権利擁護について規程等を整備し、職員の理解が図られ福祉サービス提供が行われています。また、利用者のプライバシーを守るような設備の工夫がうかがえました。 ○ 今後は、個人情報保護にとどまらず、生活空間のプライバシー保護を含むマニュアルの作成が望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページやパンフレットに福祉サービス選択に必要な情報を記載し、利用希望者に提供されています。また、利用希望者については丁寧に説明され、見学等の対応については、十分配慮がうかがえました。 ○ 今後、事業所の特性を紹介した資料を公共施設等へ設置するなど、更なる利用希望者に対する情報提供の取組が望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの開始や変更時にあたっては、契約書・重要事項説明書をもとに利用者によりわかりやすく説明し、自己決定を尊重されています。 ○ 今後は、利用者にとってさらに分かりやすい資料の工夫や、意思決定が困難な方への配慮が期待されます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの内容の変更については、施設長・生活相談員・民生委員を窓口し、不利益が生じないように配慮され、利用者・家族が利用終了後も相談できる体制が整っています。 ○ 今後は、サービスの利用が終了した後も相談ができるように担当者や窓口を明記するなど手順書の作成が望まれます。 		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 毎年、定期的に利用者満足を把握するアンケートが実施され、集計したものを第三者委員会の中で公表し、サービスの改善に繋げています。また、利用者への個別の相談面接や施設長が家族会に出席するなど利用者の満足度について意見の把握が行われています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 苦情解決の体制を示した資料が掲示され、利用者等に配布・説明されています。また、苦情申し出に関する受付簿や記録を整備し、苦情対応策について迅速に利用者や家族にフィードバックするとともに苦情内容及び対応事例は名前を伏せて掲示し、家族会に報告されています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 利用者が相談したい時や意見を述べたい時に、方法や相手を選択できる環境を組織として整備され文書化されており、1階フロアに掲示し、利用者周知されています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 相談、意見提案に関する対応マニュアルが整備され、日々の福祉サービスの提供において、適切な相談対応と意見の傾聴に努められ、意見に基づいて質の向上に向けた取組が行われています。</p> <p>○ 今後は、苦情に加えて、相談や意見を受けた際の対応について、さらに明確にしていくことを期待します。</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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ リスクマネジメント委員会を中心に、安全な福祉サービスの提供を目的とする体制が整備され、マニュアルを作成し、職員に対して研修が行われています。また、ヒヤリハット等、安全に関する事例を収集・分析を行い、改善策を検討するなど、事故防止に向けた取組が行われています。</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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症委員会と医療職を中心に、感染症の予防や発生時における管理体制が整備され、感染対策マニュアルに基づいた取組を行っています。また、感染症予防や安全確保に関する勉強会を開催し、職員に周知されています。 ○ 施設のサービスに係る全職員・関係者に感染症予防の徹底について、更なる取組の充実に期待します。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 消防計画や防災マニュアルを整備し、安否確認連絡網など対応体制が定められ、食品や備品等の備蓄が整備されています。また、姫路市と福祉避難所の契約を交わして、災害時の連携を図っています。 ○ 今後は、集中豪雨や地震等の火災以外の災害に対して、ハザードマップを利用した対応マニュアルの整備が望まれます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 新任職員研修要綱によってマニュアルとして文章化されており、各委員会・リーダー会議によって見直し、配布することで職員に周知し、福祉サービスが実施されています。 ○ 今後は、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、さらに職員に周知徹底を図っていくことが望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 標準的な実施方法は、随時見直しが行われ、利用者や職員の意見や提案を反映する仕組みがうかがえます。 ○ 標準的な実施方法について、定期的に検証・見直し仕組みを組織的に取り組まれることが望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護サービス計画書は、居室担当が中心となって、他職種間での連携のもと、日々の気付きをプランに組み入れ、策定されています。 ○ 今後は、アセスメントについて、手法を明確にしていくことで、さらなる情報収集を期待します。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設サービス計画(ケアプラン)は、ケアチェック表を活用して定期的な評価・見直しを行い、緊急に変更する場合の仕組みについてもユニット会議で検討し、整備されています。 ○ 今後は、モニタリングにおいて明確にされた状況を、より具体的に記載していくことが望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ コンピュータソフトを活用して、利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が作成されています。また、記録方法に職員で差異が出ないよう、マニュアルを用いて職員への指導がなされています。 ○ 今後は、サービス実施計画にもとづいた記録の充実が望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人情報管理規程を定められ、職員に対して定期的な継続した研修や勉強会を実施するとともに、ユニットリーダーを中心に利用者に関する記録の管理体制が確立しています。また、個人情報の取り扱いについては、利用開始時に利用者・家族に丁寧に説明されていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者に関する記録の管理について、パスワード管理をはじめ、さらに具体的なルール作りが望まれます。 		

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

<ul style="list-style-type: none"> ○ 意思表示が困難な方にはホワイトボードを利用しながら筆談をするなど、利用者の尊厳を重視し、一人ひとりに応じた過ごし方やコミュニケーションを確保するための工夫に取り組まれています。 ○ 今後は、利用者一人ひとりが生き生きと生活できるように、これまでの環境（物的・人的）、生活習慣等アセスメントの充実が望まれます。

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

<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者一人ひとりの心身の状況や意向を踏まえた、入浴・排泄・移乗移動介助が安全に、そして尊厳に配慮した取組が行われています。 ○ 特に排せつ・褥瘡予防の支援については、数値化した根拠に基づく介護（科学的介護）を取り入れ、出来るだけトイレを使用するなど利用者の尊厳を尊重した取組が行われています。 ○ 今後は、生活用具の点検整備や、生活に関する利用者の意向の記録の充実に向けた取組に期待します。

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

- 普通食の方が36%もおられ、一番の楽しみである食事を自分の歯で噛んで自分で食すことを大切に、利用者一人ひとりの心身の状況や嚥下能力に合わせた食事を提供されています。
- 特に口腔ケアについては、歯科衛生士を3名配置し、毎食後、一人ひとりに合わせた充実した口腔ケアが実施されています。
- 今後は、一人ひとりに応じたポジショニングや食堂の雰囲気づくりなど、さらに落ち着いて食べられる環境づくりの取組に期待します。

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

- マニュアルに、終末期を迎える利用者の対応手順や事業所の方針が明記され、利用者・家族に説明されています。職員に対しては、事業所の方針や終末期のケアについて研修され、マニュアルに沿って介護が行えるように体制が整っています。
- さらに、利用者の尊厳を尊重し、最後まで安らかな気持ちで生きることができるよう支援の工夫に期待します。

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。	a・(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。	a・(b)・c

特記事項

- 認知症の高齢者が、安心して落ち着ける環境を整備され、利用者一人ひとりの症状に合わせて、日常生活の中で活動できるよう工夫されています。
- 認知症状の呈する利用者において、観察記録を整備し、認知症状を分析し、支援内容を検討するなど、さらに充実した取組が望まれます。

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。	a・(b)・c

特記事項

- 機能訓練指導員を配置し、おむつ外しや快い入浴を目指し、立位や移乗に力を入れ「出来る事」をして頂けるよう、日々の生活動作の中で、機能訓練・介護予防活動を積極的に取り入れています。
- 今後は、さらに利用者が主体的に訓練を行えるような、工夫に期待します。

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・(b)・c
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	(a)・b・c

特記事項

- 利用者の体調変化を的確に把握し、迅速に対応する手順を明確にされており、医療連携の体制が確立しています。感染症や食中毒の発生予防と対応について、標準的な実施方法が整備され、定期的に感染症テストを行うなど、衛生管理が組織的に行われています。
- 今後は、職員全員に対して、高齢者の健康管理や、体調変化時の対応についての研修の実施が望まれます。

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

- 談話スペースや施設の設備や備品の配置など、利用者の快適性に配慮して、落ち着けるような雰囲気づくりに取り組まれています。
- 建物・設備や備品の定期点検を継続することにより、安全性と快適に過ごせる環境の維持に努められることを期待します。

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。	Ⓐ・b・c

特記事項

- 家族に対し、定期的および変化があった時に、利用者の状況を適時に知らせるよう体制を整備し、家族との連携が適切に行われています。
- 今後は、なお一層、家族の福祉サービスや事業所運営等に対する要望や意見を聴き取り、サービス内容や事業所運営に活かす取組に期待します。

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。	a・Ⓑ・c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・c

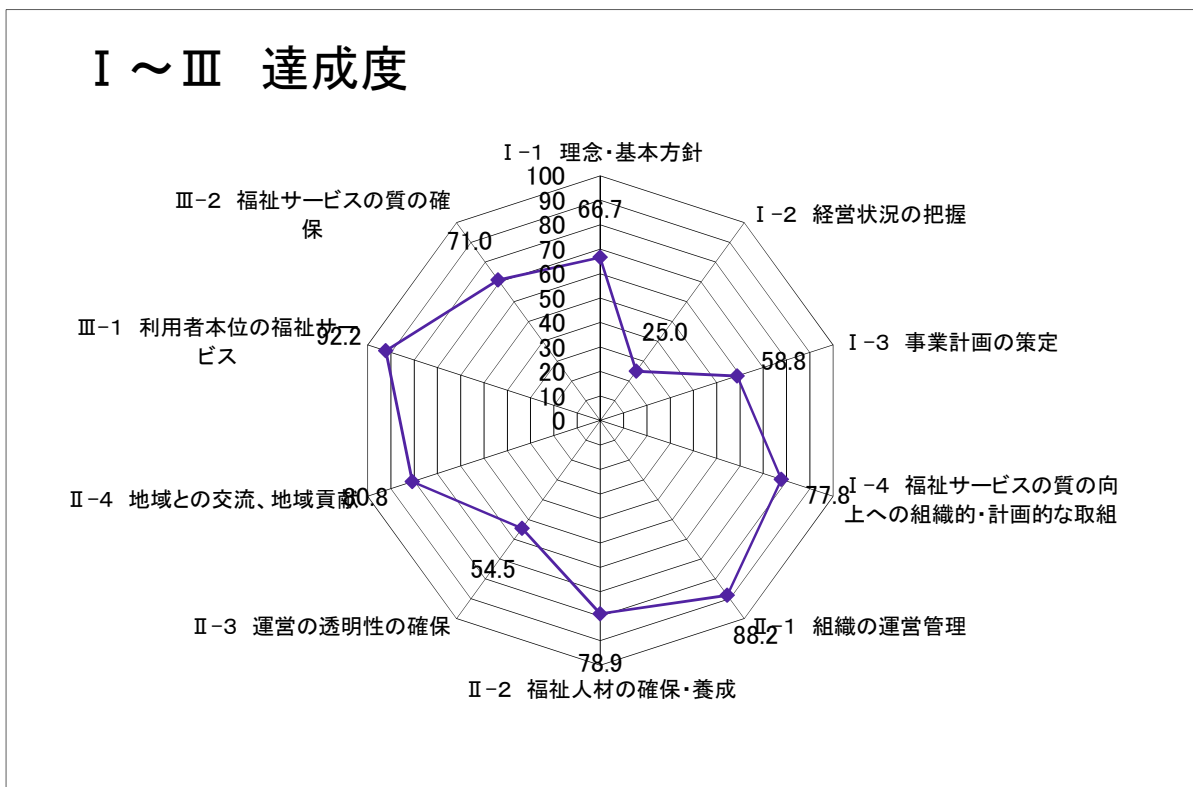
特記事項

- 季節ごとの外出を確保するとともに、郵便や電話などの利用が気兼ねなく行えるように工夫され、新聞・雑誌、テレビ等の情報機器は、利用者の希望に添って利用できるよう取り組まれています。
- 今後は、さらに利用者の希望に応じた外出が行われるように、外出に関するルール化や外出の情報提供の充実が望まれます。

各評価項目に係る評価結果グラフ

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	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	2	25.0
I-3 事業計画の策定	17	10	58.8
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	7	77.8
II-1 組織の運営管理	17	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・養成	38	30	78.9
II-3 運営の透明性の確保	11	6	54.5
II-4 地域との交流、地域貢献	26	21	80.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	59	92.2
III-2 福祉サービスの質の確保	31	22	71.0
I～III合計	227	176	77.5



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	21	11	52.4
2 身体介護	54	52	96.3
3 食生活	26	22	84.6
4 終末期の対応	6	3	50.0
5 認知症ケア	16	7	43.8
6 機能訓練、介護予防	6	5	83.3
7 健康管理、衛生管理	13	12	92.3
8 建物、設備	5	2	40.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	4	50.0
A合計	160	123	76.9
総合計	387	299	77.3

