

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： 特別養護老人ホーム サンホームみかづき	種別： 介護老人福祉施設
代表者氏名： 施設長 山本勝也	定員（利用者人数）： 60 名
所在地： 兵庫県佐用郡佐用町志文515番地	
TEL 0790-79-3145	ホームページ： http://www.sunhome-cat.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 平成6年4月8日	
経営法人・設置主体（法人名）： 社会福祉法人 博愛福祉会	
職員数	常勤職員： 27 名 非常勤職員： 25 名
専門職員	医師 2 名 看護師 7
	相談員 1 名 管理栄養士 1
	介護福祉士 17 名 理学療法士 2
施設・設備の概要	(居室数) 30 (設備等)

③理念・基本方針

<理念>

高齢者及びその家族の尊厳ある「生命」と「暮らし」を守り、個々のニーズに応じた援助を行うとともに地域社会に貢献することを目的とする。

<基本方針>

利用者が住みやすく、職員が働きやすく、地域の人々が入って来やすい明るい施設作りを目指そう。

1 利用者中心の視点を持とう。2 家庭的な雰囲気を創出しよう。3 花と動物に囲まれた明るい笑顔の輪をつくろう。

④施設・事業所の特徴的な取組

・広く医療・介護・保育事業を展開する日の出医療福祉グループの社会福祉法人内にある施設である。平成6年開設以来、同一敷地内に多様な高齢者福祉事業を展開し、地域福祉の拠点としての役割を担っている。

・豊かな自然に恵まれた環境の中、四季折々の花や多種多数の動物に囲まれ、家庭的な雰囲気の中で、利用者一人ひとりがその人らしく暮らせるように取り組んでいる。

・地域交流・地域貢献への積極的な取り組みを継続し、利用者・家族・地域と信頼関係が築けるように取り組んでいる。また、職員が働きやすい職場環境づくりにも努め、職員の定着がよく、利用者・家族と馴染みの関係ができている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2 年 2 月 24 日 (契約日) ~ 令和 2 年 5 月 18 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	5 回 (平成 28 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

*法人の管理・運営体制が確立し、施設間の内部監査制度を整備する等、コンプライアンスにもとづいた運営体制が機能している。法人として、研修体制・人事考課制度・目標管理制度を整備し、職員の資質向上に注力している。医療・福祉グループの利点を活かし、福利厚生の実施にも努め、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。施設としては、会議体制・委員会体制が機能し、システムの活用等により情報共有と連携が図られ、多職種間の協力体制があり、職員の定着もよい。

*同一敷地内に多様な高齢者福祉事業を展開し、定期的な会議等で事業所間の連携がとれている。利用者個々の状況の変化に応じて、馴染みの関係の中で、現状に適したサービス利用への移行が可能な環境である。また、「サンホーム通信」「在宅新聞」等で広報活動を積極的に継続して日頃から情報提供し、地域で暮らす高齢者やその家族が必要時に利用できるように取り組んでいる。受け入れ困難な事例にも、積極的な対応に努めている。

*施設のスペースを活用して、納涼祭・オレンジカフェ・生きがいデイサービス等を開催し、地域住民との交流を図っている。介護予防教室の開催、地域包括支援センターランチとしての相談活動、福祉避難所協定、「兵庫県地域サポート施設」認定、学校教育への協力など、地域貢献にも積極的・継続的に取り組んでいる。多数の関係機関・団体に加入し定期的な連絡会等に参加し、独居高齢者支援等、共通の問題解決に向けて、「ほっとかへんネット・佐用」の活動に参画し、福祉総合相談窓口の設置のネットワーク化等に取り組んでいる。

*会議・委員会の体制を整備し、多職種が連携してサービスの質向上に取り組んでいる。特養部門会議・各職種会議（医療職会議・主任・副主任会議・介護職会議）・全体会議を定期的で開催すると共に、必要時には随時にカンファレンスを実施している。各種委員会を設置して月1回開催し、各担当分野での活動を会議で報告し共有している。「介護力向上委員会」では、自立支援介護研修に沿って、水分・排泄・歩行・常食化ケア・認知症ケアについて、科学的理論にもとづいた自立にむけた支援に取り組んでいる。

*毎月のアセスメント・モニタリングの実施により利用者個々の心身の状況・生活状況を把握し、個別支援に取り組んでいる。多種のクラブ活動を設け、希望に応じて趣味活動が継続できるように支援している。外出企画、地域行事への参加など、社会参加の機会もある。家事参加での役割づくり、体操・レクリエーションなど、個々の状態や好みに応じて日中活動に参加できるように支援している。毎月「おいしいお魚の日」「焼きそば・お好み焼きの日」「鍋の日」を、週1回選択メニューの日を設け、食器・盛り付け・彩りにも配慮する等、「食」の楽しみが継続できるように取り組んでいる。毎月のホーム内行事、ボランティア・保育園児・小学生との交流等でも、利用者が楽しめる機会作りに努めている。

◇改善を求められる点

たいへんよく取組まれており、大きな改善点はありません。マニュアルの定期的な検証と見直し内容の管理、報告書・議事録・アセスメントシート等の書式や記載内容の整理により、業務のスリム化・見える化に取り組まれることを期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

部門会議にてマニュアルの管理（リスト化と定期的な見直し）に取り組めます。介護ソフトの有効活用により、業務のスリム化・効率化を進めていきます。今後も、介護力向上講習会に継続して参加し、サービスの質の向上に取り組むとともに、24時間見守りサービス等、地域への貢献に努めます。

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。

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「日の出プライド」と共に、サンホームみかづきの「経営理念」「行動指針」「基本方針」を明文化し、ホームページ・パンフレット・中長期計画などに明示している。「経営理念」は事業所の使命・目指す方向等を明示し、「基本方針」は「経営理念」と整合性がとれ、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。法人理念をエレベーター内に掲示し、来訪者にも周知を図っている。新人研修で時間を多くとって説明し、新入職者への周知と理解を図っている。毎日の始業前の唱和を継続し、全体会議など各種会議で施設長が繰り返し説明し、浸透と継続的な意識付けに努めている。利用者・家族には、重要事項説明書の「運営方針」の項目に、わかりやすく説明した形で明記し、契約時に説明している。また、行事の際の挨拶や通信でも理念に触れ、理解を深めている。		

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> 地域の各種事業所連絡会・佐用町社会福祉法人連絡協議会・西播磨ブロック老人福祉施設連盟への参加、施設内の運営推進会議や営業会議・法人の幹部会議への参加、地域包括支援センターとの連携等を通して、社会福祉事業全体や地域の社会福祉事業の動向の把握・分析に努めている。施設のコスト分析や利用者の推移等について、月1回開催する法人の営業会議で月次報告を行い、経営コンサルタントの助言を受けながら分析等を行っている。		
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> 経営や運営に関する課題を、月1回開催する営業会議で明確にして改善策を検討し、翌月の営業会議で取り組みの経過や改善結果を報告している。営業会議に役員の出席があり、課題や改善状況について共有がなされている。営業会議の内容は、内容に応じて、全体会議・課長会・特養部門会議・各職種会議で職員に周知している。		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人理念・施設理念の実現に向け、中・長期計画を策定している。地域の介護保険事業計画、地域の状況と将来予測、地域の社会福祉事業の動向等から、課題や経営状況を分析し、経営目標・経営ビジョンを中長期計画に明示している。課題・将来像・達成のための方法・期限・責任者・スケジュールを明確にし、年度末や介護保険事業計画改定時に検証し、必要に応じて見直しを行っている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設の中長期計画の内容を反映し、単年度の事業計画を策定している。事業計画は、「医療職」「介護職」「相談員・ケアマネ」「栄養課」の各職種ごとに策定し、「項目」「重点施策項目」「実行計画」「指標」「目標値」「責任者」「担当者」「スケジュール」から成り、具体的で実行可能、また、実施状況の評価が行いやすい内容になっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>年度末に、各職種会議で下半期の進捗報告書をもとに検討し、次年度の事業計画を策定している。年度初めに、特養部門会議・各職種会議・全体会議で説明し、職員の周知と理解を図っている。毎月の全体会議の次第裏面に事業計画の要点を記載して意識付けを行うとともに、各職種会議で職種別事業計画の詳細な内容について周知を図り、実施状況を確認する機会を設けている。半期毎に、各職種で事業計画の項目に沿って実施状況・評価・今後の取り組みを検討し、進捗報告書を作成している。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の主な内容を「行事实施予定表」にまとめ、家族に郵送して周知を図っている。「行事实施予定表」には、研修・訓練・会議・委員会等、事業所の運営面での活動や取り組みを、月ごとにわかりやすく説明した資料になっている。また、ホーム内行事を月ごとに明示し、利用者・家族に参加を促している。行事の際の施設長の挨拶に盛り込んで、事業計画の主な取り組みについて説明している。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>各種会議・各種委員会での検討と取り組み、人事考課・目標管理、介護力向上委員会によるケアの検証等により、サービス内容の評価やPDCAサイクルにもとづくサービスの質向上への取り組みを行っている。毎年、情報の公表システム・法人の内部監査を活用し、評価基準に基づく自己評価を行っている。また、定期的に第三者評価を受審している。評価結果の分析・検討は、特養部門会議が行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>内部監査結果報告書の「指摘・推薦事項」欄に課題を、「改善指導」欄に改善策を明示している。課題・改善策について、特養部門会議・各職種会議で共有している。課題の内容に応じて、各種委員会や各職種会議で改善に取り組み、「内部監査改善報告書」で改善状況を報告している。第三者評価についても、特養部門会議・各職種会議が中心となり、課題の共有と改善への取り組みを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は経営（事業）計画を策定し、業務改善等に関する重点施策項目と実行計画を明確にしている。年度初めに、全体会議や各部門会議で経営計画・事業計画を説明している。管理者の役割・責任・指示ルート等を、組織表・職務権限表・事務分掌表に文書化し、「規程集」として事務所内に設置している。「サンホームみかづき防火管理規定」に、不在時の権限委任が明示されている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は介護関係法令集・法人諸規定等を理解し、町集団指導への参加や、入札時等には「経理規定」に沿って行う等、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。施設長は、町集団指導・老人福祉施設連盟等の研修に参加し、法令遵守について学ぶ機会がある。法人幹部会議でも、説明を受けている。産業廃棄物処理法・フロン排気抑制法等、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し取り組んでいる。新入職員向けのオリエンテーションや全体会議時に内部研修を実施し、プライバシー・倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を定期的・継続的に設けている。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設長は、情報の公表制度・兵庫県のチェックリスト・内部監査の点検シートに沿って、定期的・継続的にサービス・運営について評価・分析を行っている。また、毎月の全体会議でも事業計画の進捗確認を通して、評価・分析を行っている。課題については主に特養部門会議で共有し、改善のための取組みに指導力を発揮している。施設長は介護力向上委員会など各種委員会、また、介護職会議・医療職会議・主任副主任会議・部門会議等の体制を整備し、自らも参画し職員の意見を把握している。施設内研修・外部研修の充実を図り、職員が参加しやすい工夫を行い、職員の教育・研修の充実を図っている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設長は毎月の営業会議で、収支・稼働率報告、具体的な課題の検討等を行っている。課長会議で、部門ごとに職員の充足度を検討し、必要時には人員調整の必要性を検討している。職員の適材適所に向けた体制づくり、時間単位の有給取得促進、個別の勤務時間調整等に取り組んでいる。営業会議で、収支報告・稼働率報告・具体的な課題の検討等を行い、課長会でより具体的に検討し改善策を決定している。経営の改善や業務の実効性を高めるために、内容に応じて各種会議で検討・周知する体制があり施設長も参画している。		

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
<コメント> 中長期事業計画で「人材育成・資質向上」に向けてのビジョンを、それをもとに事業計画で「人材育成」のための実行計画を明示している。職員体制を「運営規定」で明確にし、組織表をもとに随時「人員体制表」を作成して充足度を確認している。必要な人材の確保に向け、新卒者の採用・中途採用を行い、若手・中堅・管理職の構成に偏りがないように考慮している。法人としても、各種研修への参加、資格取得を計画的に進めている。学校訪問・就職フェアへの参加・ハローワークやホームページの活用・職員紹介制度等で効果的な採用活動を行っている。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 経営理念の行動指針に、5項目の期待する職員像を明確にしている。「就業規則」で採用・異動等を、「等級運用規定」で昇給・昇格に必要な資格等の人事基準を明確にしている。「人事考課規定」は、オリエンテーション時に説明し、規程集は事務所内に設置し職員に公開している。今年度より人事考課と目標管理が共に実施できるシートを採り入れている。人事考課制度の仕組みの中で、各職員が目標を設定し、半期ごとに自己評価・一次考課・二次考課・管理者のフィードバック面接を実施し、専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を適正評価している。他事業者採用広告・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。個別面談等で把握した意見等を参考に、幹部会議に提案し、法人で改善策を検討・実施する仕組みがある。「等級基準表」「等級運用規定」等を整備し、キャリアビジョンとして将来の姿を描く仕組みづくりができています。		

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り組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>「職務権限表（決裁規定）」で、人事・労務管理に関する業務分担を明確にし、分掌事項に応じて責任体制を定めている。施設のシステムで把握した就業状況を法人本部がデータ化し、職員の有給休暇取得や時間外労働の状況を施設長が把握している。健康診断・腰痛検査を定期的を実施し、インフルエンザ予防接種を全職員に義務づけ、費用は法人負担としている。ストレスチェックを実施し、高ストレス者は嘱託医への相談を勧めている。施設長が相談窓口となり個人面談を行う機会を設け、また、法人としても「自己申告カード」による相談、法人の「相談室」設置等、職員が相談しやすい組織内の工夫を行っている。会員制保養施設の利用・法人医療機関の利用・健康補助食品提供等、職員の希望等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。時間単位有給・職員の状況に応じた柔軟な勤務体制・子供連れでの勤務等を実施し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。働きやすい職場づくりのため、人材・人員体制の整備に取り組み、職員の定着も良い。</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>人事考課制度の仕組みの中で、キャリアパス階層別に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。取り組み内容等個別の目標項目に沿って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ている。（今年度は10月実施、4月予定）</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人及び内部研修計画で、階層別研修、テーマ別・処遇改善加算研修等掲げて期待する職員像を明確にしている。役割基準書に必要な専門技術や専門資格を明示している。研修計画に沿って研修を実施し、内部研修は基本的に常勤職員全員参加とし、参加者は研修報告書、外部研修は出張復命書を作成している。内部研修欠席者には資料配布・報告書の提出により、周知を図っている。内部研修については、各委員会活動の委員長が中心となり見直している。法人研修については、研修室が、報告書・参加者数等をもとに、研修計画・内容等を見直す仕組みが構築されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>職員名簿と資格証により取得状況、経験年数を把握管理している。新入職者には、法人研修で概要説明を行い、配属後は新卒・中途経験あり・中途未経験プログラムをもとに、個別の研修プログラムを作成して新人介護技術研修を実施し、報告書の作成とともにテストを実施している。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。法人でフォローアップ研修や、資格取得を目指した研修等を行っている。外部研修は、該当者に参加を勧めたり、回覧で受講希望者を募り研修受講を推奨している。内部研修は正職全員参加の全体会議で実施し、外部研修は内容に応じて受講費用の支給等、研修に参加できるように配慮している。</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
<コメント> 「実習生受け入れマニュアル」を作成し、受け入れの基本姿勢を明確にしている。マニュアルで受け入れ担当部署・責任者、受け入れ時の確認事項や利用者・家族の承諾等を明示している。介護福祉士は養成校のプログラム、社会福祉士は「相談援助プログラム」に沿って実施している。社会福祉士実習指導者研修会・介護福祉士実習指導者研修会に参加し、実習指導者の資格を有する職員を配置している。養成校との事前打ち合わせに参加し、実習期間中に指導教員の巡回指導があり、中間カンファレンス・最終カンファレンスを実施し、実習報告書を提出している。		

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
<コメント> ホームページに理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容、決算情報等を掲載し公表している。「サンホーム通信」にも法人の決算情報を掲載している。「サンホーム通信」「在宅新聞」に地域の福祉向上のための取組を掲載している。ホームページ経由WAMNETで、第三者評価の受審結果を公表している。苦情・相談の体制について重要事項説明書に明示し、玄関に掲示している。ホームページで、苦情解決体制（責任者、担当者等）を公開している。「サンホーム通信」「在宅新聞」に、事業所の活動内容等を掲載し、各地区の自治会長に配布を依頼している。介護予防教室や生きがいデイサービスの案内状を作成し、地域住民に配布している。苦情・相談の内容にもとづく改善・対応の状況について公表することが望まれます。		
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
<コメント> 事務、経理、取引等に関するルールを、経理規定等法人諸規定に明示し、事務所内に設置し、職員に公開している。事務部門の職務分掌表により、権限等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（会計事務所）、社会保険労務士、顧問弁護士等と委託契約を結び、内容に応じて相談し助言を得ている。内部監査を定期的実施している。月1回、経営コンサルタントも参加する営業会議での指導・指摘にもとづいて、経営改善を行っている。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。外部監査の結果や法人の会計監査人により、定期的に財務等に関する報告・指導を受け、コスト削減・人件費の改善等に取組んでいる。		

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
<p><コメント></p> <p>地域との関わり方について基本的な考え方を、法人理念・中長期経営計画・事業計画書に明示している。町の広報誌・社会資源に関する広報誌等で情報収集し、施設玄関に設置し、また、随時伝えて情報提供している。地域行事（小学校運動会・町健康フェスティバル・町人権フェスタ・とんど祭り・ひまわり祭り）等に、利用者の状況に応じて参加できるように職員が支援している。サンホーム納涼祭では、防災無線の活用や、案内チラシを設置・配布して情報提供し、ボランティア支援を受けながら地域住民との交流の機会を持っている。小学校・保育園との交流も設けている。個別の希望に応じて、少人数での外食、希望に応じての買い物、病院受診の同行を行っている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れマニュアルを作成し、受け入れの趣旨を明文化している。ボランティア受け入れ簿に個人情報保護等注意事項を記載し、口頭で説明している。誓約書を受領している。トライやるウィーク、福祉学習体験等の受け入れ、保育園交流会等、学校教育への協力を行っている。地域の学校教育への協力に関する基本姿勢を明文化することが望まれます。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>病院・居宅介護支援事業所・行政機関・警察等利用者の状況に対応できる社会資源を目的別にリスト化し、連絡先一覧表としていつでも使えるよう事務所に設置し共有している。地域サポート施設認定事業意見交換会・地域ケア会議、佐用町介護サービス事業者連絡会・佐用町社会福祉法人連絡協議会・兵庫県老人福祉事業協会・揖保会佐用給食施設協議会等、多数の関係機関・団体に加入・定期的な連絡会等に参加している。地域の独居高齢者支援等、共通の問題解決に向けて協働して取り組んでいる。佐用町社会福祉法人連絡協議会「ほっとかへんネット・佐用」に参加し、福祉についての総合相談窓口の設置のネットワーク化に取り組んでいる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>施設のスペースを活用して、納涼祭・オレンジカフェ・生きがいデイサービス等を開催し、地域住民との交流を図っている。介護予防教室を開催し「在宅新聞」・案内はがき・防災無線の活用等で地域へ参加を呼び掛けている。地域包括支援センターから委託を受け、支援センターランチとして相談活動をい、相談内容は町に報告している。また、オレンジカフェ、介護予防教室（文化センター）等を通じて地域住民のための相談等、多様な支援活動を行っている。町と福祉避難所の協定を結び、防災マップに記載している。自治会と災害時の地域における役割等について確認がなされている。給食施設協議会に参加し、災害時の給食相互支援体制を整備している。花火大会等地域行事への協賛を行っている。佐用町見守り活動・自治会清掃活動への参加や、病院の地域連携室と連携している。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>「24時間見守りサポート事業」を展開し配食・安否確認等のニーズを把握している。「兵庫県地域サポート施設」として認定を受け、民生委員定例会への参加を予定している。施設長が、グループホーム・小規模多機能の運営推進会議に参加し、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。オレンジカフェ・介護予防教室・生きがいデイサービス等で、相談事業の充実・強化のニーズを把握し、地域住民のための相談支援活動を行っている。また、「サンホーム通信」「在宅新聞」等で、気軽に相談してもらえるよう発信し、電話・来所等で相談を受けている。地域見守り事業の実施により、地域住民に対する見守りや配食サービスを実施している。「相談支援事業の充実・強化」についてについて、31年度事業計画に、地域貢献として具体的実行計画を明示している。</p>		

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> <p>利用者を尊重する姿勢を、「経営理念」「基本理念」「行動指針」「職員こころえ」「介護マニュアル」に明記し、職員の理解を図り実践につなげている。年間研修計画に入れて、「身体拘束」「虐待防止」「接遇」「プライバシー保護」に関する研修を全体会議で実施している。「身体拘束適正化委員会」を設置し、毎月の開催で尊厳・人権の保持について振り返る機会を設けている。「言葉づかいの適性に関する評価基準」をもとに、年に数回自己評価を定期的に行い、介護職会議で検討し意識向上に努めている。</p>		
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> <p>「介護マニュアル」にプライバシー保護について、「身体拘束適正化指針」に権利擁護について記載している。年間研修計画に入れて、「プライバシー保護」「身体拘束廃止」「高齢者虐待防止」に関する研修を実施している。居室は多床室であるが、障子・カーテン・タンスで仕切り、利用者のプライバシーが守れるよう配慮している。契約書にプライバシー保護と権利擁護に関する条項を設け、契約時に家族に説明し周知している。委員会・研修・職員会議等で意識向上を図りながら、規程・マニュアルに基づいたサービスの実施に取り組んでいる。「虐待防止マニュアル」を整備し、不適切な事例が発生した場合の対応について明示することが望まれます。</p>		
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>ホームページ・パンフレット・「在宅新聞」・「サンホーム通信」に、施設の理念・基本方針、サービス内容、施設の特長等を紹介し、地域に広く情報提供している。言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかりやすい内容になっている。利用希望者には、いつでも見学に対応し、施設を案内しながら丁寧な説明に努めている。ショートステイを利用して、体験利用に対応している。ホームページ・パンフレットは適宜見直しを実施し、広報誌・在宅新聞は定期的に発行し最新の情報を提供している。</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>契約時には、可能な限り利用者の同席のもとで説明し、利用者の自己決定を尊重している。契約時には、契約書・重要事項説明書にそって説明し、文書で同意を得ている。利用に関する注意事項や詳細な内容について、わかりやすく説明した資料「特別養護老人ホームご案内」を用いて、具体的でわかりやすい説明に配慮している。意思決定が困難な利用者を含め、基本的には立会人の同席を求め、適正な説明と運用を図っている。契約内容を変更するときは、面会時等に説明し、変更内容を明示した文書で同意を得ている。</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>サービスの終了時には、契約書の「円滑な退所の為の援助」の項目に沿って、必要な援助を行っている。入院による終了の際は「看護サマリー」で情報提供を行っている。利用終了後の相談窓口も、重要事項説明書に明記した相談員とし、サービス終了時に説明を行い、名刺を手渡している。</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>面会時や、認定調査・施設サービス計画書見直し時に参加を要請し、家族から満足度の把握に努めている。3ヶ月に1回、写真付きの近況報告を家族に郵送し、意見・要望を表しやすいように工夫している。敬老会・クリスマス会・誕生会等、施設の行事に家族の参加を案内し、話しやすい関係づくりに努めている。把握した満足度に関する内容は、特養部門会議で検討し、各職種会議や担当委員会で改善に向けた取り組みにつなげている。利用者会・家族会は設置されていない。利用者満足に関する調査の定期的な実施が望まれます。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>解決責任者・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。重要事項説明書に明示して配布すると共に、玄関に掲示している。玄関に大きな意見箱を設置し、苦情を申し出やすい工夫を行っている。受け付けた苦情については、内容・対応・申し出者へのフィードバックを「苦情受付簿」とケース記録に記録することとしている。苦情については、特養部門介護で検討し改善に向けた取り組み、各職種会議やシステム内の「申し送り連絡事項」で職員に周知を図っている。苦情の申し出者に配慮した上で、苦情内容や解決結果等を公表する方法を検討することが望まれます。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>相談内容に応じた相談担当者をわかりやすく記載した文書を、3か月に1回家族に郵送し相談しやすいように配慮している。オープンスペースの相談スペースや会議室等、内容に応じて、相談しやすさやプライバシー等、環境に配慮している。</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>「苦情処理対応マニュアル」を「意見対応マニュアル」としても活用している。特養部門会議等でも検討しながら、日々のコミュニケーションの中で、相談・意見を言いやすい関係づくりに努めている。玄関横に大きな意見箱が設置し、意見を把握できるように取り組んでいる。受けた意見・相談は相談員が集約し、迅速な対応に努めている。システム内のケース記録の「苦情・相談記録」項目に記録として残し、「申し送り連絡事項」で職員に周知を図っている。内容に応じて、カンファレンスや特養部門会議で検討している。定期的なマニュアルの検証と見直しが望まれます。相談対応について、フローチャートなどでわかりやすい工夫をしてはどうか。</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施設長とし、事故防止委員会を設置している。「緊急時対応マニュアル」を作成し、手順をフローチャートで明確にしている。事故報告書により、事例を収集している。事故発生時には迅速に対応し、職員に周知を図っている。事故報告内容の一覧表を作成し、毎月の事故防止委員会・介護職会議・医療職会議で共有し再発防止に努めている。転倒予防等事故防止策は個別のケアプランに位置づけ、実施状況や実効性を評価・見直している。年間研修計画に入れ、「事故防止に関する研修」を年に2回実施している。</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>感染症対策について、責任者を施設長、担当部署を看護部と定め、「感染褥瘡予防委員会」は研修と予防のための日常の環境整備を担当している。「感染症マニュアル」を作成し、年間研修計画に入れ「感染症に関する研修」を年2回実施している。共用部分に次亜塩素酸水噴霧器を設置し、夜間はオゾンで消毒し、痰の多い利用者のベットサイドにはプラズマクラスター付きの加湿器を設置する等、予防策を講じている。発生時はマニュアルに沿って、個室管理・コホート管理することとしている。定期的なマニュアルの検証と見直しが望まれます。</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>「防災計画」に災害時の対応体制を定め、毎年提出している。立地条件等を把握し、「水害土砂災害に係る避難計画」を策定している。利用者については居室の避難済みのマークにより、職員については点呼と職員緊急連絡網により、安否確認を行うことと定めている。防災計画に基づき、様々な設定による訓練を毎月実施し、年に2回は消防署の立ち合いがある。年間研修計画に入れ、「非常災害時対応研修」を実施している。食料関係の備蓄は管理栄養士が管理し、「非常食・備品リスト」を作成し、概ね3日分150食分を備蓄している。備品の備蓄は施設長を管理責任者とし管理している。備蓄場所については、誰でもわかるように図で場所・備蓄品を明示している。揖龍・宍粟・佐用給食施設協議会に参加し、緊急時の相互支援体制を整えている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの標準的な実施方法を、各種介護マニュアルに、具体的に文書化している。利用者尊重やプライバシー保護についても、各マニュアルに明示している。入職時のオリエンテーションで標準的な実施方法を個別に指導し、受講者は受講記録を作成し、指導者が習熟度を確認している。現任の介護の一般職員については人事考課の際に、上位者が介護技術について習熟度を確保する仕組みがある。また、主任副主任会議・介護職会議で実施状況を検討し、必要に応じてミニ研修で確認している。</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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>介護力向上委員会を週1回開催し、具体的なケアの見直しを行い、必要に応じてマニュアルの見直しを行っている。見直しに当たっては、ケア内容や職員の意見・提案を反映し、介護力向上委員会・各職種会議・主任副主任会議で検討している。随時見直しに加えて、定期的なマニュアルの検証と見直しが望まれます。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>介護支援専門員をケアプラン策定の責任者としている。初回は、「入居事前面接調査票」・家族記入の「日常生活アンケート」をもとに、多職種の関係職員が参加してカンファレンスを開催し、アセスメント・計画作成の協議を行っている。ケアプランに、利用者個々の具体的なニーズを明示している。毎月、担当職員がプラン番号に沿って「月末まとめ」を記載し、プランどおりにサービスが行われていることを確認する仕組みを構築している。支援困難ケースについては、佐用町の高年介護課・地域包括支援センター等関係機関と連携して支援にあたり、経過を相談員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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>ケアプランの見直しについては、初回は3カ月程度を目途に、以降は6カ月毎に行うこととしている。見直し時には、毎月の竹内式アセスメントシートによる再アセスメントと、毎月のプラン番号に沿った「月末まとめ」によるモニタリングをもとに、多職種の関係職員が参加してカンファレンスを開催し、カンファレンスの中でケアプランの評価を行い議事録に明記している。更新したケアプランは、ケアプランファイルに綴じて設置し、職員に周知を図っている。ケアプランを緊急に変更する場合も、カンファレンスを開催し見直しを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 利用者の身体状況や生活状況等を、「入居事前面接調査票」・「日常生活アンケート」・「竹内氏アセスメントシート」・ケース記録等、統一した様式によって把握し記録している。サービス計画に基づいたサービスの実施状況をケース記録に入力している。「記録の書き方の注意事項」の作成、担当者による記録内容の確認と個別指導により、記録内容や書き方に差異が生じないように取り組んでいる。システム内の「申し送り連絡事項」「事務連絡」を活用し、必要な情報が的確に届く仕組みがある。全体会議・特養部門会議・主任副主任会議・介護職会議・医療職会議・カンファレンス・各種委員会等、部門横断で会議を開催し、情報共有に取り組んでいる。パソコンのネットワークシステムの利用、会議録や資料の回覧等、情報共有の仕組みが定着している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 法人の「個人情報保護規定」「文書保存規程」、施設の「文書管理について」に、記録の保管・保存・廃棄・情報提供・不適正な利用や漏えいに対する対応・記録責任者について明示している。年間研修計画に入れ、「プライバシー・個人情報保護・倫理・コンプライアンスに関する研修」を実施している。入職時研修で個人情報保護規程について周知徹底を図り、守秘義務に関する誓約書を交わしている。契約時に、個人情報利用同意書を用いて個人情報の取り扱いについて利用者・家族に説明している。		

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
Ⓐ①	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。(特養)	Ⓐ・b・c
Ⓐ②	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。	Ⓐ・b・c

特記事項

A① 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を、「入居事前面接調査票」「生活史シート」で把握し、利用者個々に応じた生活になるようにケアプランを作成し、「毎月のまとめ」・カンファレンスにより実施状況を検討している。介護力向上委員会が中心となり、離床・トイレでの排泄・おむつ外しの取組など、科学的理論にもとづいた自立にむけた支援を行っている。音楽・映画・習字・お花・手芸など多種のクラブ活動を設け、希望に応じて趣味活動が継続できるように支援している。買い物外出・外食・季節の外出、文化祭への出展と見学など、社会参加の機会もある。洗濯たたみ・テーブル拭き等の役割づくり、昼食前の体操・午後のレクリエーションなど、個々の状態や好みに応じて日中活動に参加できるように支援している。利用者個々の心身の状況に応じて日課表を作成し、快適な生活リズムが整えられるよう支援している。ホーム内行事・外出行事、季節料理・行事食・選択メニュー、ボランティア・保育園児・小学生との交流等、利用者の生活の楽しみに配慮と工夫を行っている。
--

A②

利用者個々のコミュニケーション能力に応じて、ホワイトボードの使用や質問方法の工夫、言葉での意思表示が困難な利用者には表情・反応から汲み取る等、個別のコミュニケーション方法を工夫している。また、家族からの意見や情報も参考にし、利用者の思いや希望を支援に活かせるように努めている。年間研修計画に入れて「接遇に関する研修」を実施し、施設長からの注意喚起、また、「言葉づかいの適性に関する自己評価」等により、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについて意識向上を図っている。コミュニケーションの方法や支援について、「1号用紙」で定期的に見直しが行われている。利用者の意向を把握するためのコミュニケーションの強化について部門会議で検討し、各職種会議で共有し、各職員が傾聴に努め会話をより多く持てるように取り組んでいる。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a ・ b ・ c

特記事項

A③

利用者の権利擁護について、重要事項説明書に沿って契約時に説明している。身体拘束適正化委員会を毎月開催し、不適切ケア等、権利侵害について検討し、発生した場合は再発防止に向けた検討と取り組みを行う仕組みがある。また、委員会での検討と、「言葉づかいの適性に関する自己評価」や法人の職員アンケートにより、早期発見のための具体的な取り組みを行っている。身体拘束適正化指針やマニュアルに、緊急やむを得ない場合の一時的な身体拘束の手続や実施方法等を明確に定め、研修等を通して職員に徹底している。所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を、虐待防止マニュアルに明記することが望まれます。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a ・ b ・ c

特記事項

A④

居室・共用空間の清掃を職員が毎日行い、清潔保持に努めている。採光や温湿度に配慮し、時間を決めて換気し、適温で明るく快適に過ごせるように取り組んでいる。利用者や家族の意向を把握し、カンファレンス等で検討しながら、希望に添った環境づくりができるように工夫している。ベット周辺に個人の棚とたんすのスペースがあり、写真・調度・小物など好みのものを飾り、くつろいで過ごせるように配慮している。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○a・b・c
A⑥	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○a・b・c
A⑦	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○a・b・c
A⑧	A-3-(1)-④ 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
A⑨	A-3-(1)-⑤ 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
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	○a・b・c

特記事項

<p>A⑤ 一般浴・中間浴・寝浴の設備があり、利用者の状態に応じた入浴方法を「入浴チェック表」に明示している。カンファレンスを随時（毎日から週1回程度）行い、利用者個々の支援方法について情報共有を図り、統一した支援ができるように取り組んでいる。所要時間の確認や環境への配慮、一般浴でも一人ひとりの見守りを実施する等、安全確保に努めている。入浴マニュアルにも明示し、パーテーションやバスタオルの活用等、羞恥心やプライバシーに配慮している。入浴拒否がある場合には、日や時間、職員を変える等、無理強いせず穏やかに入浴できるように支援している。入浴日の朝にバイタルチェックを行い、異常があれば「入浴チェック表」に再検の有無を記入して再度チェックして入浴可否の判断を行っている。熱は37℃以上、血圧については個別に入浴可否基準を設定し、バイタルチェック表に数値を記載している。最後に入浴する、足拭きマットを別にする等、感染症対策を行っている。シャワーチェア・スロープエース・手すりなど必要な福祉用具が適宜使用できるように設置している。概ね入浴日を決めているが、健康状態や意向に応じて入浴日を変更し、週2回の入浴が確保できるように対応している。</p>
<p>A⑥ ケアプランに添った体位交換・おむつ交換・トイレ誘導・尿量チェック表があり、排便の量については統一された数値で明示している。トイレと浴室に排泄場所・排泄用品を日中・夜間で明示した一覧表を設置し、統一した支援が行えるようにしている。できる限り自然な排便ができるように、食事やファイバー等の補助食の使用で支援している。水分制限がある利用者以外は1日7回以上、1500ml以上の水分摂取ができるように支援している。排泄を促す声かけ方法や、トイレのカーテン設置等で、プライバシーや羞恥心に配慮をしている。二人介助を要する利用者を明確にし、安全を確保している。日頃から生活リハビリで立位保持を働きかけると共に、介護力向上講習会で3か月に1回「入居者状況表」をもとに排泄状況について統計を取って検討し、排泄の自立に向けた支援を行っている。尿や便を観察して記録し、必要時は看護師に迅速に報告して対応している。カンファレンスを随時（毎日から週1回程度）行い、利用者個々の支援方法について情報共有を図り、統一した支援ができるように取り組んでいる。ナースコールの活用や、利用者の様子観察により、要望に迅速に対応するよう努めている。</p>
<p>A⑦ 基本情報をもとに移動についての自立度を把握し、本人・家族の意向も確認し、できるだけ自力で移動できるよう支援している。2名の機能訓練指導員が中心となり、日頃から残存機能を活かした生活リハビリを実施し、移動の自立に向け支援している。理学療法士の指導の下に、利用者個々の心身の状況に応じた行動・移動範囲を維持・拡大できるように、必要時にはカンファレンスで検討しながら取り組んでいる。介護力向上講習会で、一覧表の屋内屋外歩行・移動欄に、車いす・歩行器・シルバーカー・4点杖・T字杖・介護つかまり等、種別で必要な移動方法を明示している。廊下幅を充分にとり、ソファ等は廊下の片側に設置し、安全に移動できるように環境整備している。ナースコール等で移動の意向を把握した際は、速やかに移動できるように支援し、コール等での訴えが困難な状況であれば、センサーマット等を使用して迅速に安全な移動ができるように支援している。</p>

A⑧

基本的には、日中着と就寝着は更衣して、生活にメリハリがつけられるように支援している。可能であれば、利用者の意思で衣類を選択してもらい、必要に応じて職員が援助している。衣類の準備や購入は、基本的には家族にお願いしているが、状況に応じて、買い物外出時に購入を支援したり、カタログの衣類販売の利用などで支援している。

A⑨

重要事項説明書の「理髪・美容」の項目で、サービス内容や料金について説明し、意向を確認している。毎月1～2回、理容師・美容師の訪問があり、訪問日や内容を事前に掲示し、情報提供している。好みの髪型や顔そりなど、要望に応じて依頼できるように支援している。外部の理髪店や美容院の利用は家族の協力をお願いし、車椅子の貸出しなど必要な支援を行う仕組みがある。

A⑩

夜間の巡回は、安眠を妨げないように光や音に配慮し、消灯後は常夜灯で対応している。「安眠への援助」マニュアルを整備している。寝具は、希望があれば私物の使用も可能である。夜間せん妄などで入眠できない利用者については、車いすで多床室から離れ、他の利用者の睡眠に影響を及ぼさないように配慮している。状況に応じて、飲み物を提供したり、足浴を行ったりしている。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○ a ・ b ・ c
A⑫	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○ a ・ b ・ c
A⑬	A-3-(2)-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

A⑪

毎月、「おいしいお魚の日」「焼きそば・お好み焼きの日」「鍋の日」を設け、姫路の中央市場の旬の魚を提供したり、週1回鉄板や土鍋を出し、お好み焼きや鍋料理等を食堂で調理して提供している。食器・盛り付け・彩りにも配慮し、視覚的にも楽しめるように配慮している。温蔵庫・冷蔵庫の使用、また、ごはん・汁物は配膳直前に入れ、適時適温で提供している。利用者の移動の負担を考慮し、朝食・夕食はデイルームで、昼食は1階の食堂に移動している。食堂の照明や壁の色合いに配慮し、テーブルや椅子の高さ調整・クッションの使用等、リラックスして食事ができる環境に配慮している。厨房は厚生労働省の大量調理マニュアルにもとづいた、委託給食業者の衛生管理マニュアルをもとに衛生管理を行っている。手洗い・うがい・手洗い場の水道の消毒・ペーパータオルの設置等は、施設の「感染対策マニュアル」に沿って衛生管理を行っている。週1回、2種類の中から料理を選べる、選択メニューを取り入れている。

A⑫

利用者個々の心身の状況・嚥下能力・栄養面に応じた食事形態・調理方法を工夫して提供している。早めに配膳してゆっくり食べられるように配慮する等、摂取状況に応じた個別の配慮を行っている。可能な限り車いすから椅子に座り、テーブルや椅子の高さの調整・クッションの使用等、安定した食べやすい姿勢保持に努めている。持ち手がついた汁茶碗・滑り止め加工された皿・すくいやすい傾斜のついた皿など、自身で食べられるように食器を工夫している。利用者の現状に応じた食事形態で提供し、歯科医・歯科衛生士と連携して口腔機能の維持向上を図り、また、医療職・介護職で支援方法を検討し、経口摂取の継続ができるように支援している。「食事・水分・配薬チェック表」で、食事・水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。利用者個々の栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを行っている。「摂食嚥下障害の援助について」「事故防止に関する研修」や、緊急時対応訓練を実施し、誤嚥、窒息など食事中の事故対応方法の周知を図っている。迅速に対応できるよう、看護師を配置している。

A⑬

週1回、歯科医師・歯科衛生士の訪問があり、口腔状態を確認し改善を図っている。「口腔ケアに関する研修」を実施している。嚥下・咀嚼機能について、介護・看護の面から「竹内式ADLアセスメント」の「摂食・嚥下」の項目評価で自立度の把握を行い、ケアプランや支援に反映させている。歯科衛生士の訪問時は介護職員が同席し、口腔ケアの注意点や実施方法について指導・助言を受けている。毎食後に口腔ケアを実施し、口腔内のチェックを行い、異常が認められた時は看護師に報告している。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑭	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	○a · b · c

特記事項

A⑭

「褥瘡予防・対策マニュアル」「褥瘡発生に関する指針」を整備し、「感染・褥瘡予防委員会」を毎月開催している。全体会議の中で「褥瘡発生に関する研修」を実施し、介護職会議の中でも、褥瘡発生予防に関する体位交換について研修を実施し、スライド等を使用してポジショニングを実践につなげている。看護ケア雑誌やネットで最新の情報を収集し、日常ケアに取り入れている。「特養生活チェックシート」の「OHスケール」を用いて、全利用者に3か月に1回評価を行っている。褥瘡の発生があればカンファレンスで個別の対応・支援方法を検討している。褥瘡発生予防について、食事摂取量の少ない利用者は検査データの数値等から発生リスクを予測し、医師に相談し、介護・看護職者が連携を図り栄養状態の改善に努めている。エアーマットや褥瘡予防マットの使用・頻回な体位交換等でも発生予防につなげている。栄養ケアアセスメントを行い、栄養ケア計画を作成し栄養管理を行っている。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑮	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	○a · b · c

特記事項

A⑮

「サンホームみかづき喀痰吸引・経管栄養の実施手順」を作成し、指導看護師を管理責任者として体制を整備している。嘱託医の喀痰吸引・経管栄養における「実地研修の実施にかかる指示書」にもとづき、看護師の指導を受け、介護職員が喀痰吸引・経管栄養を行っている。介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修を毎年実施し、また、指導看護師の増員を計画し、実施体制の充実・強化をはかっている。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑯	A-3-(5)-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

A⑩

「特養生活チェックシート」で利用者の状態を把握し、「リハビリ個人票」で評価を行い、「個別機能訓練計画」を作成し実施している。リハビリ内容の実施については、個別の経過記録に記録している。トイレへの移動・歩行練習等の日常生活動作の中で、また、日々のレクリエーションやクラブ活動(音楽クラブ、手芸クラブ等)、食器洗いやテーブル拭き等への参加を通して、機能の維持・向上できるよう支援している。日々の活動の中で、個別の機能低下・判断力の低下等に留意し、また、長谷川式スケールで年2回評価し、早期発見に努めて必要な対応につなげている。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑪	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a · b · c

特記事項

A⑫

日常生活能力や機能・認知症状については、毎月の竹内式ADLアセスメント、年2回の長谷川式スケールで、生活歴については「生活シート」で把握している。日常生活の中でテーブルを拭く、食器洗いを手伝う等役割意識を持つ、テレビや音楽鑑賞で楽しみを持つ、生活パターンを把握し早期対応により不潔行為を防ぐ等、周辺症状が出現する前に対応・支援するように努めている。対応・支援方法は、随時のカンファレンスで検討し、議事録やケース記録に記録している。「認知症ケアに関する研修」を実施し、介護・看護雑誌やインターネットなどで最新のケアや支援の情報を収集している。場所・配席などの変更を最小限にし、生活の中で混乱が生じないように配慮し、安心できる環境づくりを行っている。テレビ鑑賞や音楽で、落ち着いて過ごせるようにも配慮している。利用者の状況に合わせて、レクリエーション・クラブ活動・周辺の散歩・買い物などに出かけ、個人・グループで活動できるよう工夫している。「認知症周辺症状チェック表」で「症状の強さ」を数値化し、症状出現の分析を行い、医療職・介護職員でパソコンのシステムの中で情報共有し支援を検討している。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑫	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a · b · c

特記事項

A⑬

「緊急時対応マニュアル」を整備し、利用者の体調変化時に迅速に対応するための手順を、フローチャートで明確にしている。緊急時は、嘱託医に連絡をし迅速に対応する仕組みがある。システムにバイタル測定値等を入力し、異常があれば赤字で明示され、利用者の日々の健康状態・体調変化を把握し、体調変化や異常の早期発見につなげている。全体会議で「高齢者の特徴・症状・疾患、及び緊急時の症状と事故対応について」の研修を実施し、また、介護職会議でも高齢者の疾患や症状について研修の機会を設けている。「おくすり手帳」・薬情のファイルで個別の服薬内容を把握し、服薬介助の実施についてはシステムに入力し記録している。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A19	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a · b · c

特記事項

<p>A19 ターミナルケアマニュアルを整備し、終末期対応について方針と手順を明記している。終末期を迎えた段階で医師から家族に説明があり、「看取り介護についての同意書」で意向を確認している。家族・嘱託医・看護職員で担当者会議を行い、「看取り計画書」を作成し、「看取り計画書」をもとに対応・ケアについて説明し対応している。全体会議で「ターミナルケアに関する研修」を年2回実施している。日々のカンファレンスと共に、ターミナルケア委員会を毎月開催し、対象利用者個々の状況やケアについての情報共有や検討を行っている。ターミナルケア終了後に、介護職会議、医療職会議でそれぞれ偲びのカンファレンスを行い、職員に対して精神的なケアを実施している。嘱託医には適宜状況を報告し、24時間オンコールや必要時の往診等、連携体制を整えている。家族の希望に応じて、個室対応で、いつでも面会や宿泊ができるように支援している。</p>		
--	--	--

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A20	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a · b · c

特記事項

<p>A20 定期的には3ヶ月に1回写真付きの近況報告を郵送し、近況を報告している。身体状況や病状については、看護師が随時報告書で伝え、変化があれば、主に電話で迅速に報告している。連絡先を複数把握し、報告すべき事項が必ず伝わるよう工夫している。家族の面会時に、相談・要望を受け、サービス内容の説明も行っている。相談内容は、ケース記録に記録している。納涼祭・敬老祝賀会・クリスマス会・誕生会など行事の際には参加案内を送り、利用者と家族がつながりをもてるよう取り組んでいる。面会時に家族と散歩等に外出される時等は、出かけやすいように支援している。</p>		
---	--	--

A-5 その他

		第三者評価結果
A21	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a · b · c
A22	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a · b · c
A23	A-5-③ 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 · b · c

特記事項

A①

年間行事計画に沿って、毎月、買い物外出・外食・季節の外出を行い、職員が外出の支援を行っている。「広報さよう」の行事案内やホームページ等で情報を収集している。外出時には携帯電話や緊急連絡先一覧を持参し、また、外食に出かける時は、看護師が同行し不測に事態に備えている。

A②

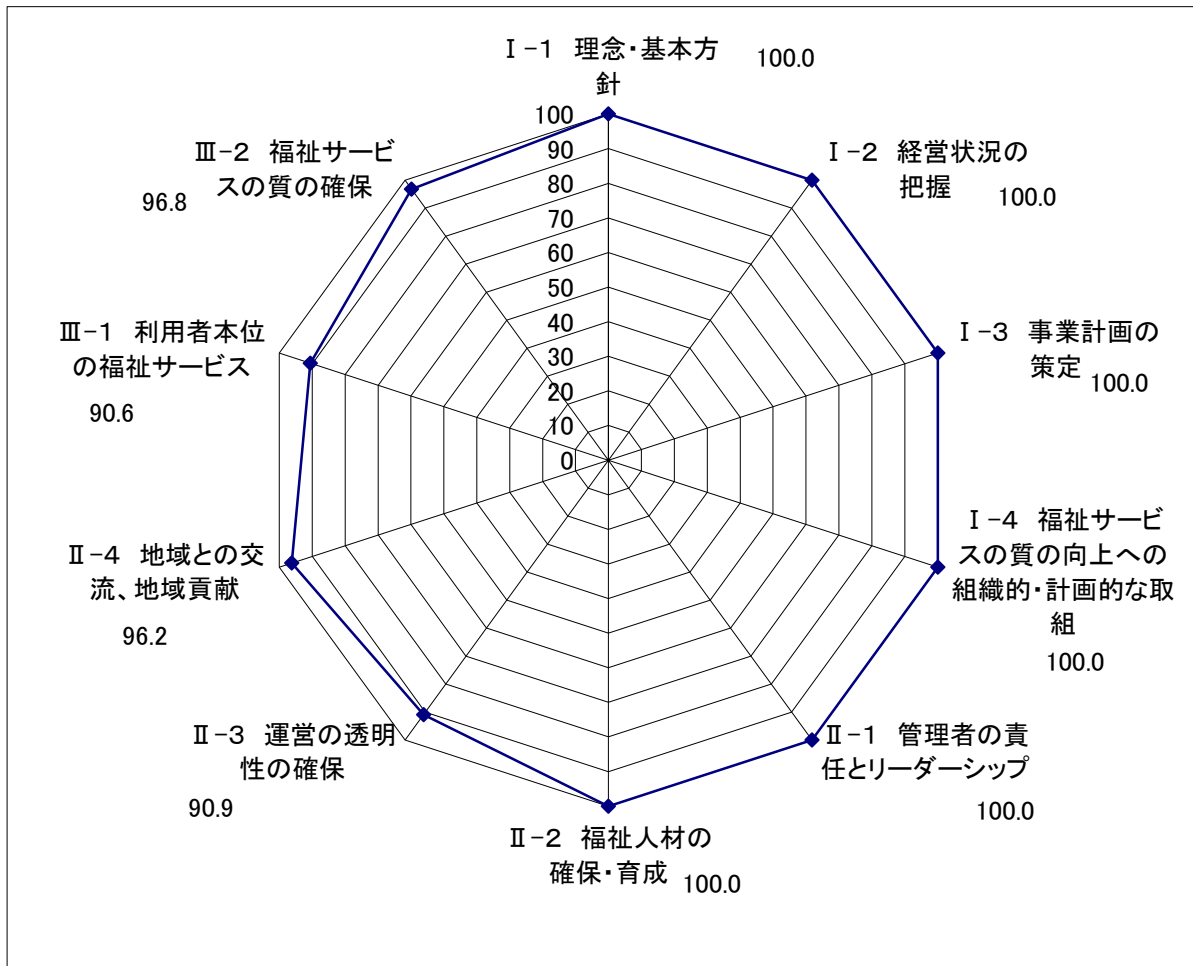
事務所前に公衆電話が設置し、個人のテレホンカードを保管し、希望に応じて利用できるようにしている。必要な支援を行いながら、プライバシーにも配慮している。携帯電話の持ち込みも可能である。年賀状を送る際はサポートし、届いた郵便物は本人の目の前で開封する等、個別に配慮している。

A③

希望に応じて、新聞・雑誌の個人購買が可能である。ダイルーム2ヵ所にテレビを3台設置し、見たいテレビの所に分かれて、共同利用でも見たい番組が見られるように工夫している。テレビ・ラジオ・CDラジカセの持ち込みも可能である。

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	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	17	100.0
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	9	100.0
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	38	38	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	25	96.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	58	90.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	30	96.8
合計	227	218	96.0



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	21	20	95.2
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	92	92	100.0
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	8	100.0
合計	130	129	99.2

合計(I～Ⅲ+A)	357	347	97.2
-----------	-----	-----	------

