

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : サンライフ土山

(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 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： 特別養護老人ホーム サンライフ土山	種別： 介護老人福祉施設
代表者氏名： 山岡 俊明	定員（利用人数）： 70 名
所在地： 〒 670-0995 兵庫県姫路市土山東の町9番12号	
TEL 079-292-2200	ホームページ： http://www.mcn2k.co.jp/pub/sasayuri/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 平成26年 4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： 26 名 非常勤職員： 44 名
専門職員	（専門職の名称） 名 看護師 4（1）名
	生活相談員 2名 管理栄養士 1 名
	介護職員 52（36）名
施設・設備の概要	（居室数） 70室 （設備等）
	リハビリスペース（平行棒・階段昇降） 1か所
	相談室 1室
	ふれあいステーション（地域交流） 1か所
	会議室 2室

③ 理念・基本方針

<p>①基本的人権の尊重 ②健全育成・援護の実現 ③社会的自立の助長 ④地域福祉への貢献</p> <p>サンライフ土山 サービス10か条</p>

④ 施設・事業所の特徴的な取組

・ユニット型を活かし、落ち着いた家庭的な雰囲気の中で安心とやすらぎを提供する。各ユニットに設置されたアイランドキッチンでは、利用者様と談笑しながら食事の準備を行うことができる。各居室には洗面台とトイレを完備、できるだけ最後までトイレでの排泄が叶うよう支援している。

⑤ 三者評価の受信状況

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）	回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ユニット型の特性を活かし、より家庭的な空間を構築し利用者と密接な関係が築かれています。

家庭的な空間の中、通常の生活を意識した配慮が随所にかがえます。具体的には、部屋になじみの家具を持ち込むなど、一人ひとりの個性を大切に環境づくりやフロアごとにインテリアや壁紙を変えたり、機能訓練スペースを確保するなどハード面の工夫に加え、家族との空間や団らんの空間を大切に介護方法や日課が組まれています。

- 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。

事業開始間もないが、法人全体で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。

◇改善を求められる点

- サービスを個別・具体的に実施するための利用者を主体としたアセスメントなどの記録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、利用者の思いや生活に対する具体的な意向をこれまでの環境（物的・人的）、生活習慣などに文章化され、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、利用者個々の意向を踏まえたサービス実施について、具体的な方法を明示していくことが必要です。

- 各種マニュアルの充実や記録を工夫する取組を望みます。

プライバシー保護規定があり虐待についての勉強会は行われていますが、プライバシー保護、虐待防止、苦情対応、事故発生時の対応、感染予防についてなどのマニュアル整備が必要です。また、サービス開始、変更、終了後の手順書や福祉サービス実施計画の見直し等の手順の明確化や、福祉サービス実施計画に沿ったサービス実施が確認できるような記録の書き方を工夫する取組を望みます。

⑥ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

これまでの体制について、利用者目線になって見直すよいきっかけになりました。

よい評価をしてもらった分野については、地震になり、職員のモチベーションアップにつながります。

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> ○ 基本理念に利用者尊重が明示され、サービス10か条の中で、職員が行うサービスの姿勢が明文化され、毎日唱和し、年に1回基本的人権を含む理念について全職員がテストを受けておられ、共通の理解を持つ取組が行われています。 ○ 今後は、標準的な実施方法に、利用者尊重の姿勢を具体化したものを反映する工夫に期待します。		
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
<コメント> ○ 利用者の保護規定やプライバシー保護規定、虐待予防規定を整備することで職員に理解を図っており、年に2回の職員面談チェックにて個別に指導を行い、権利擁護に配慮した福祉サービスの提供に取り組まれています。 ○ プライバシー保護や虐待防止の具体的なマニュアルを整備し、不適切な事例の場合の対応方法について明示することが必要と思われます。		
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
<コメント> ○ ホームページに福祉サービスの内容や施設の配置図などが掲載され、パンフレットを病院や居宅介護支援事業所等に配布され、見学希望者には丁寧に対応されていますが、パンフレット等、利用希望者に対する情報提供についての見直しは今後の実施に期待します。		

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"> ○ サービスの開始・変更においては、料金表や別紙を用いて、サービス内容を丁寧に家族に説明されています。 ○ 今後は、利用者にも分かり易く説明し同意を得るとともに、意思決定が難しい利用者に対して、適正に説明を行えるための配慮についてルール化するなど、説明手順書を作成することが望まれます。 		
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"> ○ サービス変更時には事前に家族に説明されています。他の施設や家庭に移行される場合には情報提供され、終了後も相談に対応するなど、継続性に配慮した取組が行われています。 ○ 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 利用者満足の向上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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年に1回、サービスの満足についてアンケートを行い、第三者委員会で検討され、職員に周知し、施設内で改善が図られています。 ○ 施設設立1年が経過していない為、利用者満足向上を目的とする利用者会や家族会はまだ発足されていないので、今後の取組に期待します。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員がそれぞれ設置され、重要事項説明書に明記し、説明されています。苦情の申し出があった場合には速やかに対応されており、苦情内容や解決結果は掲示されています。 ○ 苦情解決の体制や仕組みをわかりやすく説明した掲示物を作成し、掲示されることが望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 意見を述べやすい環境として、1階の相談室や各フロアーに家族面談室などが設置され、相談に適したスペースが確保されています。 ○ 相談窓口は重要事項説明書に明記されていますが、利用者や家族が意見を述べる際の方法や、相談相手を選べる仕組みについてわかりやすく説明した文章の作成が必要と思われます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 意見箱の設置や無記名アンケートを実施するなど、家族や利用者の意見を把握する取組が行われています。 ○ 苦情対応規定が策定され、記録に基づいて対応されていますが、相談を受けた際の記録の方法や、報告手順、対応策の検討等をまとめたマニュアル策定が望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ リスクマネジメントに関する委員会を設置するなど体制が整備され、4半期ごとに委員会を実施し、事故発生時の対応や安全確保について検討されています。 ○ 今後は、事故発生時の対応マニュアルを整備し、職員に周知するなど、安心安全な福祉サービス提供の為の取組が必要と思われます。 		
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"> ○ 感染症対策委員会が設置され、法人の感染症対策マニュアルは10月の見直し後、職員全員にテストを実施されており、感染症の予防が適切に行われています。 ○ 施設ではまだ感染症予防のマニュアルが設置されていない為、マニュアルの整備とテスト実施についての記録等が必要と思われます。 		
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"> ○ 消防訓練や不審者対処訓練などが行われ、マニュアルや防災管理規定を整備し、災害時の対応体制が整えられています。 ○ 今後は、地域の福祉事業所と連携する取組や、自治会との合同訓練を行う等、地域との協力体制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"> ○ 福祉サービスの標準的な実施方法は文章化され、新人研修などで周知されています。 ○ 標準的な実施方法の中に、利用者の尊厳や権利擁護に係る姿勢や、理念にもとづいたサービス実施等、わかりやすく明文化する取組が望まれます。 		

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"> ○ 福祉サービスの標準的な実施方法は、各委員会の中で職員からの意見を聞き、随時見直しを実施されています。 ○ 福祉サービスの標準的な実施方法について、見直しに関する時期や方法を定め、定期的に見直しをさ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"> ○ 介護支援専門員が利用者一人ひとりのアセスメントを行い、居室担当者や看護師と協議のうえ、福祉サービス実施計画を策定されています。 ○ 今後は、福祉サービス策定の責任者を明確にするなど、アセスメントの手順を文章化し、利用者の意向を踏まえたニーズを、関係者等で検討したサービス実施計画策定に期待します。 		
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"> ○ 半年に1回定期的に福祉サービスの見直しが行われ、機能訓練を受けている方や、看取り介護が行われている方は3か月に1回、見直しが行われています。サービス実施計画を緊急に変更する場合には、ドクターをはじめ各関係者が相談し、決定する仕組みが構築されています。 ○ 今後は、福祉サービス実施計画の見直し時期や、利用者の意向把握と同意を得る手順などを定め、手順に沿ったサービス計画の評価・見直しの実施に期待します。 		
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"> ○ 統一した様式を用いて利用者個々の生活状況を記録され、記録内容や書き方に差異が生じないように職員への指導がなされています。 ○ サービス計画に基づいて福祉サービスが実施されていることを確認できるような、記録等の工夫が望まれます。 		
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"> ○ 個人情報保護規定の理解と遵守について、職員研修され、法人全体で全職員テストを受けるなど、周知する取組が行われています。 ○ 個人情報保護規定等により、利用者の記録保管、保存、廃棄に関して規定を定めるとともに、記録管理の責任者の設置が望まれます。 		

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

- 敬老会に地域住民に参加してもらい、外出する機会を多く計画するなど、社会参加できるように支援がなされています。リハビリや趣味活動など、生活に楽しみがあるように工夫されています。利用者への言葉遣いや接し方など、接遇委員会を設け、継続的な研修に取り組まれています。
- 今後は、利用者の趣味や希望を把握し、一人ひとりの意向を反映した日常活動の取組に期待します。

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

- 利用者の心身の状態に合わせた入浴方法を実施し、入浴後はポカリスエットや紅茶で水分補給をしています。入浴や排泄介助は同性介助を基本として行い、利用者の尊厳に配慮しています。
- 褥瘡の発生予防は、褥瘡予防規定に基づき、体位交換、食事摂取量管理を行うなど、組織全体で取り組まれています。
- 更に、理美容に関する情報提供や、夜間の不眠者への対応マニュアル作成等、利用者一人ひとりの主体性を尊重し、好みや意向に対応し満足感を得られるような取組に期待します。

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

- 利用者の嗜好アンケートを年に1回行い、旬の食材を使った季節調理を提供されています。また、一人ひとりの利用者の嚥下能力に応じて、食事形態を工夫して提供されています。協力歯科医師の指導の下、毎食後口腔ケアが行われています。
- 利用者の誤嚥などの食事中的の事故について、対応方法を確立するため、マニュアルを整備するなど、安全な摂食について具体的な取組が望まれます。

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

- 利用者が終末期を迎えた場合の対応手順を明らかにし、ターミナルケアマニュアルを用いて、職員に終末期ケアの研修を行っています。
- 利用者や家族の意向を聞きながら、協力医療機関と連携を図り、見取り介護を行う体制を整えています。看取り介護を行った事例が今年設立後、4件あり、職員の精神的ケアの強みにつながっています。

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

- 職員に対して認知症の医療・ケアについては3か月に1回研修が行われています。精神科医の往診は週に1回あり、周辺症状を呈する利用者の観察記録を、定期的に報告されています。
- 高齢者が安心して落ち着いて生活できるように、居室の前に表札とボックスが置かれ、中には家族に写真や制作物を入れる等、環境の工夫がなされています。
- 今後は、やむを得ず拘束をする場合であっても、身体拘束をするリスクや、身体拘束しないための具体的な取組を職員全体で話し合い、認知症高齢者が安心・安全に生活できるような工夫が望まれます。

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、個別の機能訓練計画を作成し、日常生活において移乗介助や排泄介助時に立位保持ができるように、積極的に支援を行っています。
- 利用者がセラバンドチューブ（リハビリなどに使用する筋力トレーニングチューブ）を使って自主的に訓練をされています。

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

- 入浴前にバイタルチェックし、水分量をチェックしています。服薬マニュアルを作成して職員に周知し、2名で確認するなど誤薬を防止する取組がなされています。消毒薬を設置し、職員への徹底や来訪者への手洗いや手指消毒等の呼びかけをしています。
- 今後は、利用者の体調変化や異変の兆候などに気付く為の工夫や、職員の健康状態や体調の変化を日常的に把握する仕組みについての取組が望まれます。

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

- エレベーターや備品などは、専門業者による点検が定期的に行われ、安全を維持する取組がされています。掃き出し窓からの日差しは暖かく、落ち着いた『和』の雰囲気のある共有スペースで、快適に過ごせる工夫がうかがえます。

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。	a・ b ・c

特記事項

- 家族に対しては定期的（月に1回）に面会に来ていただき、近況の生活状況を報告し、要望などを聞き取っています。変化があった場合には、その都度、電話で状況を報告されています。行事についても案内状を出すなど、家族との連携を図っています。
- 家族への連絡や家族からの要望等に応じ、連携を密にとっておられますが、書面での報告や面会時の相談などの記録の整備が必要と思われます。

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

特記事項

- 利用者は個人の携帯電話を利用し、居室にて話をされています。持っていない方は施設の電話の子機を使って、居室にて話されています。新聞や雑誌も利用者の希望で購入されています。
- 外出希望があった場合には家族等に連絡し、協力を得ながら希望に添えるように配慮されています。
- 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者の必要な情報を記載し、連絡先を明示したカード等の準備が望まれます。

Ⅲ・A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	64	36	56.3
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	31	14	45.2
A-1 支援の基本	21	19	90.5
A-2 身体介護	54	51	94.4
A-3 食生活	26	24	92.3
A-4 終末期の対応	6	6	100.0
A-5 認知症ケア	16	13	81.3
A-6 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
A-7 健康管理、衛生管理	13	11	84.6
A-8 建物、設備	5	4	80.0
A-9 家族との連携	5	4	80.0
A-10 その他	8	5	62.5
Ⅲ・A合計	255	193	75.7



