

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名： 特別養護老人ホーム サンライフ土山

( 特別養護老人ホーム )

評価実施期間 2024 年 8 月 5 日 ～ 2025 年 12 月 8 日

実地（訪問）調査日 2024 年 10 月 28 日

2025 年 12 月 8 日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター



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 はりま総合福祉評価センター

### ②施設・事業所情報

|                                |       |                                 |           |
|--------------------------------|-------|---------------------------------|-----------|
| 名称：特別養護老人ホーム<br>サンライフ土山        |       | 種別：特別養護老人ホーム                    |           |
| 代表者氏名：船引 章延                    |       | 定員（利用人数）：                       | 70名       |
| 所在地：〒670-0955 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://sasayurikai.or.jp |           |
| 【施設・事業所の概要】                    |       |                                 |           |
| 開設年月日：平成14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： | 25名                             | 非常勤職員：49名 |
| 専門職員                           | 施設長   | 1名                              | 生活相談員1名   |
|                                | 特養介護員 | 51名                             | 看護師5名     |
|                                | 介護専門員 | 1名                              | 栄養士2名     |
|                                | 理学療法士 | 1名                              |           |
| 施設・設備の概要                       | 居室 個室 | 70室                             | 食堂        |
|                                | 短期入所  | 10室                             | 事務所       |
|                                | 特浴室   |                                 | 相談室       |
|                                |       |                                 |           |

### ③理念・基本方針

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>基本理念：</p> <p>① 基本的人権の尊重</p> <p>② 健全育成・援護の実現</p> <p>③ 社会的自立の助長</p> <p>④ 地域福祉への貢献</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- 利用者個々に応じた個別ケアの提供に努める。
- 重度化防止に努め、個別機能訓練の充実。
- 人材育成・資格取得サポート。

⑤第三者評価の受審状況

|                   |                                                  |
|-------------------|--------------------------------------------------|
| 評価実施期間            | 平成 6 年 8 月 5 日（契約日）～<br>平成 7 年 12 月 8 日（評価結果確定日） |
| 受審回数<br>（前回の受審時期） | 2 回（平成 28 年度）                                    |

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取り組みをベースに利用者の快適性への配慮が行われています。**

リスクマネジメント委員会や感染症対策委員会など、安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取り組みを継続的に取り組んでおり、業務の改善がチームで行われています。また、各ユニット担当者により居室・廊下などの清掃がなされ、常に清潔に保たれており、屋上にくつろげるスペースを活用して、利用者が気分転換できるよう配慮されています。さらに、利用者の使い勝手の良さを考慮した部屋の選定が可能であり、仏壇や家族の写真、Wi-Fi設備など、これまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう配慮されています。

- **終末期の対応をはじめ、褥瘡や喀痰吸引など利用者の状況に合わせた介護体制を確立し、生活の充実が図られています。**

終末期の対応をはじめ、褥瘡や喀痰吸引など利用者の状況に合わせた介護業務のマニュアル等の整備や研修が実施されており、日中はもとより夜間も、管理者や看護師、医師との連携をもとに迅速に対応出来る体制が確立しています。これによって、利用者の状況について職員間の情報共有が図られ、利用者の生活の充実と改善が行われています。

.....  
◇改善を求められる点

- **利用者による選択や意思決定の機会を増やすことで、利用者の意向に沿った生活の充実に配慮した仕組み作りが望まれます。**

現在、新型コロナウイルス感染症拡大の為、利用者満足度調査が中断され、利用者の満足度の向上を目的とした調査は実施されていません。虐待や身体拘束など権利侵害の防止に関する取り組みはうかがえますが、意思決定が困難な利用者への配慮については明確ではありません。今後は、利用者や家族に分かりやすく説明した資料を作成するとともに、利用者による選択や意思決定の機会を増やすことで、さらに利用者の意向に沿った生活に向けた取り組みを具体化することが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

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。 | b       |
| ＜コメント＞<br>○ ホームページや当該施設のパンフレットに基本理念が明示されています。また、「サービスの10か条」の中に職員の行動指針が明文化されており、職員が同じ価値観のもと業務にあたっていることがうかがえます。<br>○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、状況の把握・評価等を行う仕組みづくりが望まれます。                   |                                                    |         |
| 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。  | b       |
| ＜コメント＞<br>○ プライバシー保護規定・高齢者虐待防止のための指針等を整備し、職員に周知するために研修を実施されており、利用者の権利擁護に配慮した福祉サービスの提供に取り組んでいます。<br>○ 今後は、利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みを周知していくことが望まれます。                                   |                                                    |         |
| 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。      | b       |
| ＜コメント＞<br>○ 事業所の特徴や施設の配置図、福祉サービスの内容等を紹介したパンフレットを玄関に掲示し、ショートステイを含めて月2～5件の見学希望者にパンフレット等にてわかりやすく説明し、対応しています。<br>○ 今後は、利用者が希望に沿ったものを選択できるよう、情報が簡単に入手できる公共施設への設置や利用者にとって分かりやすい情報提供の工夫が望まれます。 |                                                    |         |
| 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。       | b       |
| ＜コメント＞<br>○ 福祉サービスの開始時やケアプラン作成時には、利用者や家族等と面談を行い、希望や意向を十分に聞き、意思確認のもと同意を得ています。<br>○ 今後は、意思決定が難しい利用者家族への配慮についてのルール化と更にわかりやすい説明の工夫が望まれます。                                                   |                                                    |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の福祉サービスの継続性を損なわないよう入所前の情報を取得し、他の福祉施設・事業所の変更や家庭への移行を行う場合においても、フェースシート・ADL表・生活歴等のシートを提供され、継続性に配慮しています。</li> <li>○ 今後は、福祉サービスが終了した後も利用者や家族が相談できる担当窓口や退所後の相談方法を文書化していくことが望まれます。</li> </ul>                                                                          |                                                           |   |
| 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。                 | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 現在、新型コロナウイルス感染症拡大の為、利用者満足度調査が中断され、利用者の満足度の上昇を目的とした調査は実施されていません。今後は、サービス全般に関するアンケート調査や聞き取りの仕組みをつくり、利用者満足度の上昇に向けた取り組みの充実が必要です。</li> </ul>                                                                                                                            |                                                           |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 苦情解決の体制が整備されており、玄関に意見箱を設置されるとともに、利用者や家族には重要事項説明書にて苦情の受付について説明をされています。また、苦情内容に対して迅速に対応されており、苦情解決に至る経過や結果は、利用者や家族にフィードバックするとともに苦情相談委員会にて匿名で報告しています。</li> <li>○ 今後は、さらに利用者や家族の苦情を申し出がしやすい配慮や工夫を行うとともに、申し出た利用者の不利にならない配慮の上での公表や苦情をサービスの向上に反映していく取り組みが望まれます。</li> </ul> |                                                           |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 居室や相談室等、相談や意見を述べやすいスペースが多数確保され、相談をしやすい環境が整備されています。</li> <li>○ 今後は、利用者や家族が相談や意見を述べやすい体制や方法を構築し、相談方法や相談相手を自由に選べる仕組みについて分かりやすく説明した文書の作成が望まれます。</li> </ul>                                                                                                             |                                                           |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日々の福祉サービス提供時において、利用者の相談や意見、要望を随時受け付け、面会や電話などで家族からの意見を聞くなど、相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応が行われています。</li> <li>○ 今後は、利用者や家族からの意見や相談を積極的に聞き取る工夫と意見や要望等への対応マニュアルを策定していくことが望まれます。</li> </ul>                                                                                        |                                                           |   |

|                                                                                                                                                                                                              |                                                      |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---|
| 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 |
| ＜コメント＞<br>○ リスクマネジメント委員会が設置されており、ユニット会議やリーダー会議において分析・検討がされています。また、事故予防及び緊急時の対応マニュアルに基づいた研修が実施され、ヒヤリハット報告や事故報告等は委員会で確認し、対応対策が検討されています。<br>○ 今後は、次へのステップとして事故予防及び緊急時の対応マニュアルの定期的な評価・見直しを行うことが期待されます。           |                                                      |   |
| 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 |
| ＜コメント＞<br>○ 感染症対策委員会が設置され、感染症対策規定・感染症マニュアル・新型コロナウイルス対策マニュアル等が整備されています。また、感染症予防対策の一つとして二酸化炭素濃度計による換気のタイミングの検討を行っています。職員一人ひとりが二酸化炭素濃度の数値を確認することによって、換気のタイミングの可視化が可能となり、利用者のみならず、職員の健康管理に関しても配慮されています。          |                                                      |   |
| 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している。            | b |
| ＜コメント＞<br>○ 土砂災害を想定した対応マニュアル及びBCP（事業継続計画）を策定され、災害時における利用者の安全確保のための対応体制が整備されています。また、防災委員会にて災害時の対応についての検討がなされ、防災食ファイルが作成されており、災害備蓄の整備がうかがえました。<br>○ 今後は、地域連携防災の仕組みを整備し、定期的に訓練を実施されることにより、問題点の把握や見直しを行うことが望めます。 |                                                      |   |

### 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。 | b       |
| ＜コメント＞<br>○ 福祉サービスの標準的な実施方法を文書化され、新入職員に対しては入職時に研修・指導を行い、チェックリストにて確認をしています。また、ユニットごとに、誰でも見ることができるデーターとして共有フォルダーに入っており、標準的な実施方法について職員に周知するための仕組みがあります。<br>○ 今後は、マニュアルや実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みづくりが望めます。 |                                                       |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---|
| 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。             | b |
| <p>＜コメント＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 標準的な実施方法は随時、ユニット会議・リーダー会議(月1回)時に議題にあげ、サービス内容を必要に応じて変更されていますが、介護マニュアルや各種規定について、定期的に見直しをする仕組みは確認できませんでした。</li> <li>○ 今後は、マニュアルの検証・見直しについて具体的な仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>                         |                                                     |   |
| 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 |
| <p>＜コメント＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 計画作成担当者を中心にサービス実施計画の策定に関する体制が確立し、アセスメントに基づいてサービス担当者会議での検討を経て、個別的な計画が策定されています。</li> <li>○ 今後は、カンファレンスや利用者の意向と同意を含んだ計画の策定の手順を定めることが望まれます。</li> </ul>                                          |                                                     |   |
| 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 |
| <p>＜コメント＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス実施計画の見直しは6か月に1回定期的に行うサービス担当者会議で評価・見直しが行われ、利用者の心身の状態に急変があった場合には、その期間に限らず評価を行い、見直しを行っています。</li> <li>○ 今後は、ケアプランを緊急に変更する場合の仕組みを明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>                                 |                                                     |   |
| 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 |
| <p>＜コメント＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の身体状況や生活状況等を統一した様式を用いて把握し、記録されています。又、記録内容や書き方に差異が生じないように介護記録の書き方規定に基づき随時研修を実施しています。</li> <li>○ 今後は、施設における利用者の情報の流れを明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みの整備が望まれます。</li> </ul>                    |                                                     |   |
| 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 |
| <p>＜コメント＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 全体会議にて個人情報保護の研修が実施され、朝礼時にも記録の管理の話がされており、個人情報保護規程の理解と遵守への取り組みが確認できました。また、個人情報の取り扱いや情報開示については、重要事項説明書にて利用者や家族に説明されています。</li> <li>○ 今後は、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を明確にしていくことが望まれます。</li> </ul> |                                                     |   |



## 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 |                                                  |         |
| A①              | 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。(特養)   | b       |
| A①              | A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。(養護、軽費) | 非該当     |
| A②              | A-1-(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       |

#### 特記事項

- 入所時に利用者の心身の状況と暮らしの意向等を聞き取り施設内での生活に反映されており、ケアプランに基づいて、それぞれに合った生活が送れるように支援されています。
- フラワーアレンジメント教室(月1回)やボーリングレクリエーション、おやつづくりなど、各ユニットごとに企画を立てて、利用者個々の希望などに沿うように支援されています。
- 利用者のコミュニケーションの方法について、入所時に聞き取りを行い、ケアプラン作成時に意向確認し、更に、モニタリング時・ケアプラン作成時の検討・見直しを実施され、工夫されています。
- 話すことや意思表示が困難である利用者に対しては、筆談(ボード)等使用し配慮されています。
- 今後、24時間シート等のツールを活用し、ケアの見える化を図り職員間の情報の共有に効果的に行えることが望まれます。
- 今後は、更なるコミュニケーションの機会を作ることが望まれます。

|              |                                       | 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。 | b       |

#### 特記事項

- 身体拘束マニュアル・虐待予防マニュアルが整備されており、マニュアルに基づき研修を実施されています。認知症対策委員会、身体拘束・虐待対策委員会において人権擁護の研修を行い、人権の考えを広め人権が侵害されないように法人全体においても研修されています。
- 今後は、利用者の権利擁護のための具体的な取り組みを利用者や家族に周知していくとともに不適切ケア防止のマニュアルの整備が望まれます。

## 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       |

a

### 特記事項

- 各ユニット担当者により居室・廊下などの清掃がなされ常に清潔に保たれており、ユニットごとに空気清浄機を設置し、常に室温チェックが実施されています。また、屋上にくつろげるスペースがあり、利用者が気分転換できるよう配慮されています。さらに、利用者の使い勝手の良さを考慮した部屋の選定が可能であり、仏壇や家族の写真、Wi-Fi設備など、これまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう配慮されています。

## 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       |
| A⑥                   | A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。      | a       |
| 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       |
| 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       |
| 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。   | b       |
| A⑩                   | A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。                  | b       |

### 特記事項

- 身体の状態に合わせて檜の特浴とリフト付き個浴が完備されており、入浴時の配慮として同性介助を基本として、見守りや介助を行っています。また、利用者本人の気に入ったシャンプー・リンスの使用等、好みや意向に配慮されています。
- 利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう、それぞれの利用者の機能訓練計画書にもとづいて支援されています。
- 利用者の希望や好みを聞きながら、衣類を選んだり、理美容の内容も選べるように配慮されています。
- 利用者個々の好みや安眠できる環境を考慮して、照明の明るさの好みを設定しています。寝具も好みを聞いて持参されたりレンタルされたり自由にできるよう工夫されています。
- 今後は、安眠に関するマニュアルの作成をするとともに、利用者の意向に応じて、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたり、柔軟に対応していくことが望まれます。

|             |                                         | 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。         | b       |
| 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       |
| 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       |

特記事項

- 毎日の食事では、旬の食材を使った食事や赤飯・お寿司等の特別なメニューにより、献立に工夫をされています。又、日本の食文化に合った陶器の食器をなるべく使用し食事の時間を楽しく過ごせる工夫がされています。
- 栄養マネジメント計画書を作成し、管理栄養士によるミールラウンドを実施し、利用者の心身の状況に合わせ厨房にて普通食・きざみ食・極きざみ食・ミキサー食の4種類の調理方法で対応されています。
- 月2回、歯科医による定期的な口腔内のチェックを実施され、介護職員への研修及びアドバイスのもと、歯科衛生士により作成された口腔ケア計画書に基づき口腔ケアが実施されています。
- 今後は、食事の選択の工夫や楽しく食事ができる雰囲気づくりに取り組まれることが望まれます。

|                   |                             | 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       |

特記事項

- 褥瘡の発生予防は褥瘡予防規定に基づき体位交換・清拭・栄養管理等を実施されており、3か月に1回、褥瘡ケア計画書が作成されています。また、皮膚科医往診時に日常ケアの注意点などの情報を収集し、褥瘡予防対策や褥瘡再発防止に取り組んでいます。

|                           |                                                     | 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       |

特記事項

- 喀痰吸引等業務方法書の手順書及び個別の計画書を策定され、外部研修にて介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の実施体制の充実を図っています。また、看護師主導による内部研修を定期的実施され、安全性にも十分な配慮をしながら実施されています。

|                   |                                           |         |
|-------------------|-------------------------------------------|---------|
|                   |                                           | 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。 | b       |

特記事項

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 理学療法士によって個別機能訓練計画書を作成し、訓練を実施されケア実施記録等をもとに担当者会議にて評価・見直しを行い、利用者一人ひとりに応じた機能訓練が行われています。また、リハビリ室での立位訓練や自力での整容動作(歯磨き等)などにて機能の向上を図っています。</li> <li>○ 今後は、判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し、医師・医療機関との連携の仕組みを構築していくことに期待します。</li> </ul> |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|               |                                |         |
|---------------|--------------------------------|---------|
|               |                                | 第三者評価結果 |
| A-3-(6) 認知症ケア |                                |         |
| A⑰            | A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | b       |

特記事項

|                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入所前の面談時にADLと合わせて認知機能の聞き取りを行い、認知症ケアマニュアルに基づいて援助を行うとともに、虐待防止委員会にて不適切ケア排除に努められています。</li> <li>○ 今後は、アセスメントを定期的実施し、委員会等にて行動心理症状の分析・検討をし医療機関との連携など、認知症ケアの標準化に努められることを望みます。</li> </ul> |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|                |                                                 |         |
|----------------|-------------------------------------------------|---------|
|                |                                                 | 第三者評価結果 |
| A-3-(7) 急変時の対応 |                                                 |         |
| A⑱             | 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。 | b       |

特記事項

|                                                                                                                                                                                               |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急変時対応マニュアル・オンコール対応手順書が常備されており、日中はもとより夜間も、管理者や看護師、医師との連携をもとに迅速に対応出来る手順が決められています。</li> <li>○ 今後は、職員に対して体調変化時の対応に関する研修や個別指導等の方法の更なる強化が望まれます。</li> </ul> |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|                |                                             | 第三者評価結果 |
|----------------|---------------------------------------------|---------|
| A-3-(8) 終末期の対応 |                                             |         |
| A⑱             | 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       |

特記事項

- ターミナルケア・マニュアル(ターミナルの流れ)にて対応手順を明らかにし全体会議にてマニュアルを用いて研修を実施しています。さらに24時間連絡体制にて医療機関との連携を図られています。また、利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向確認と定めた方針・手順に沿って支援がなされていることを確認しました。

A-4 家族等との連携

|                |                                    | 第三者評価結果 |
|----------------|------------------------------------|---------|
| A-4-(1) 家族との連携 |                                    |         |
| 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。 | b       |

特記事項

- 家族への年賀状・暑中見舞いの葉書やケアプランの意向確認時及び状態に変化があった時に随時電話で報告を行っています。また、家族との相談は随時行い、介護ソフトに記録を残しています。
- 今後、家族支援の観点から家族との相談を定期的及び必要時に行い、その内容を事業所の取り組みに活かすことが望まれます。

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。                       | c       |
| A㉒ | A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。                      | b       |
| 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。 | b       |

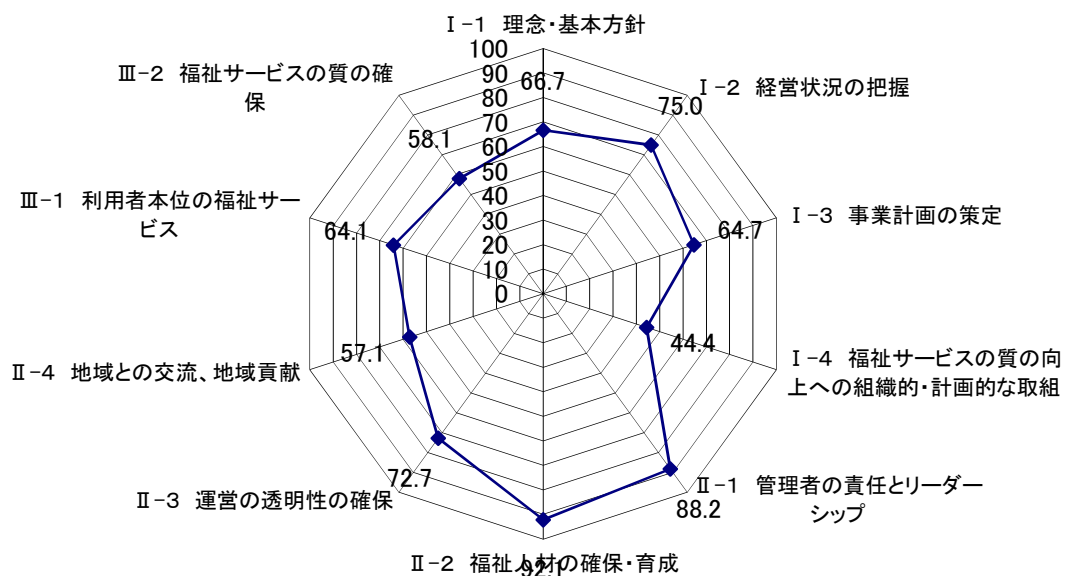
特記事項

- テレビやラジオ等を持ち込むことや新聞・雑誌の購入、各居室にて利用者個人の携帯電話を使用することは可能で、利用者宛の郵便物を手渡しする際の配慮はありますが、ルール化には至っていません。
- 毎年、暑中見舞いと年賀状を利用者と一緒に作成して家族へ郵送されています。
- 今後は、利用者の希望に応じた外出の介助や支援の体制を明確にしていくことが必要です。

# 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    | 6   | 75.0   |
| I-3 事業計画の策定                 | 17   | 11  | 64.7   |
| 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    | 4   | 44.4   |
| II-1 管理者の責任とリーダーシップ         | 17   | 15  | 88.2   |
| II-2 福祉人材の確保・育成             | 38   | 35  | 92.1   |
| 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            | 21   | 12  | 57.1   |
| III-1 利用者本位の福祉サービス          | 64   | 41  | 64.1   |
| III-2 福祉サービスの質の確保           | 31   | 18  | 58.1   |
| 合 計                         | 222  | 154 | 69.4   |

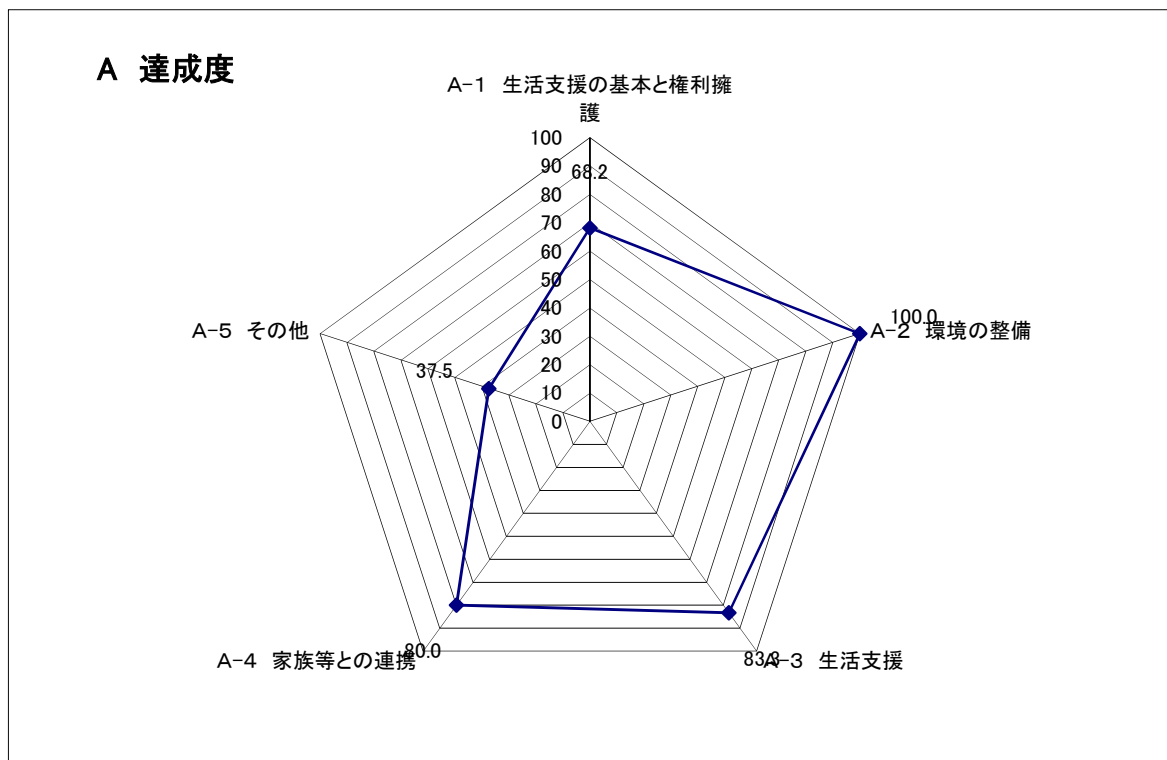
## I ～ III 達成度



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 | 22   | 15  | 68.2   |
| A-2 環境の整備        | 4    | 4   | 100.0  |
| A-3 生活支援         | 96   | 80  | 83.3   |
| A-4 家族等との連携      | 5    | 4   | 80.0   |
| A-5 その他          | 8    | 3   | 37.5   |
| 合 計              | 135  | 106 | 78.5   |

|           |     |     |      |
|-----------|-----|-----|------|
| 合計(Ⅰ～Ⅲ+A) | 357 | 260 | 72.8 |
|-----------|-----|-----|------|



# 福祉サービス利用者調査票（入所施設用（高齢））

施設名 サンライフ土山

回答者数 10名/20名中

☆ 施設での日常 生活の満足度についておたずねします。

| 問1                 | 施設の食事には、満足していますか。 | 満 足<br>している | 満足して<br>いない | その日によ<br>って違<br>う | その他 |
|--------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------------|-----|
|                    |                   | 10名         | 0名          | 0名                | 0名  |
| 《食事に関する意見及び満足度の理由》 |                   |             |             |                   |     |

| 問2                  | トイレ（排泄）は使いやすいですか。 | 使いやすい | 使いにくい | 場所によ<br>って違<br>う | その他 |
|---------------------|-------------------|-------|-------|------------------|-----|
|                     |                   | 8名    | 1名    | 0名               | 1名  |
| 《トイレに関する意見及び満足度の理由》 |                   |       |       |                  |     |

| 問3                 | お風呂の時間や回数には満足していますか。 | 満 足<br>している | 満足して<br>いない | その日によ<br>って違<br>う | その他 |
|--------------------|----------------------|-------------|-------------|-------------------|-----|
|                    |                      | 9名          | 1名          | 0名                | 0名  |
| 《入浴に関する意見及び満足度の理由》 |                      |             |             |                   |     |

| 問4                 | 昼間の活動プログラム（クラブや余暇など）には満足していますか。 | 満 足<br>している | 満足して<br>いない | その日によ<br>って違<br>う | その他 |
|--------------------|---------------------------------|-------------|-------------|-------------------|-----|
|                    |                                 | 10名         | 0名          | 0名                | 0名  |
| 《活動に関する意見及び満足度の理由》 |                                 |             |             |                   |     |

| 問5                 | 施設の設備には満足していますか。 | 満 足<br>している | 満足して<br>いない | 場所によ<br>って違<br>う | その他 |
|--------------------|------------------|-------------|-------------|------------------|-----|
|                    |                  | 8名          | 0名          | 0名               | 0名  |
| 《設備に関する意見及び満足度の理由》 |                  |             |             |                  |     |



|                    |                  |             |             |                  |     |
|--------------------|------------------|-------------|-------------|------------------|-----|
| 問6                 | 居室の環境には満足していますか。 | 満 足<br>している | 満足して<br>いない | 場所によ<br>って違<br>う | その他 |
|                    |                  | 10名         | 0名          | 0名               | 0名  |
| 《居室に関する意見及び満足度の理由》 |                  |             |             |                  |     |

☆ 施設での生活の自由についておたずねします。

|            |                         |     |      |                   |     |
|------------|-------------------------|-----|------|-------------------|-----|
| 問7         | 外出や外泊はしたいときにすることができますか。 | できる | できない | その時に<br>よって違<br>う | その他 |
|            |                         | 2名  | 8名   | 0名                | 0名  |
| 《外出に関する意見》 |                         |     |      |                   |     |

|                      |                                       |     |      |      |     |
|----------------------|---------------------------------------|-----|------|------|-----|
| 問8                   | テレビ・雑誌・新聞・ビデオなどを自由に見たり読んだりすることができますか。 | できる | できない | 読まない | その他 |
|                      |                                       | 10名 | 0名   | 0名   | 0名  |
| 《テレビや雑誌など情報収集に関する意見》 |                                       |     |      |      |     |

|                 |                                   |     |      |           |     |
|-----------------|-----------------------------------|-----|------|-----------|-----|
| 問9              | じぶん かね じゆう つか<br>自分のお金は、自由に使えますか。 | 使える | 使えない | わから<br>ない | その他 |
|                 |                                   | 2名  | 4名   | 4名        | 0名  |
| 《お金（所持金）に関する意見》 |                                   |     |      |           |     |

|               |                                   |     |      |             |     |
|---------------|-----------------------------------|-----|------|-------------|-----|
| 問10           | あなたの会いたい人（友人・知人）との面会や交流は自由にできますか。 | できる | できない | 家族のみ<br>できる | その他 |
|               |                                   | 9名  | 0名   | 1名          | 0名  |
| 《面会や交流に関する意見》 |                                   |     |      |             |     |

☆ 施設での支援や介助についておたずねします。

| 問11 | 服装、髪型、化粧やアクセサリーなど「おしゃれ」についてあなたの希望に沿った支援や介助が受けられますか。 | 希望通りの支援がある | 支援はない | 希望通りでない | その他 |
|-----|-----------------------------------------------------|------------|-------|---------|-----|
|     |                                                     | 8名         | 1名    | 0名      | 0名  |

《おしゃれなどに関する意見》

| 問12 | 体調が悪い時はすぐに対応してくれますか。 | すぐに診てくれる | 診てくれない | その時によって違う | その他 |
|-----|----------------------|----------|--------|-----------|-----|
|     |                      | 9名       | 0名     | 1名        | 0名  |

《健康管理に関する意見》

| 問13 | あなたの意見や希望を聞いてくれますか。 | 聞いてくれる | 聞いてくれない | 人によって違う | その他 |
|-----|---------------------|--------|---------|---------|-----|
|     |                     | 10名    | 0名      | 0名      | 0名  |

《支援の希望に関する意見》

| 問14 | あなたがやりたいと思った活動や行事があればすぐに支援してくれますか。 | してくれる | してくれない | やりたい事がない | その他 |
|-----|------------------------------------|-------|--------|----------|-----|
|     |                                    | 9名    | 0名     | 1名       | 0名  |

《支援の希望に関する意見》

☆ 施設での職員の対応や苦情対応、人権の配慮についておたずねします。

| 問15 | <sup>しせつ</sup> 施設でのあなたの <sup>けいかく</sup> 計画（ <sup>かいごけいかく</sup> 介護計画）は、ありますか。 | ある | ない | 知らない | その他 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|----|----|------|-----|
|     |                                                                              | 1名 | 0名 | 9名   | 0名  |

《介護計画に関する意見》

|     |                    |        |     |       |     |
|-----|--------------------|--------|-----|-------|-----|
| 問16 | 職員の説明や話はわかりやすいですか。 | わかりやすい | わかり | 説明がない | その他 |
|     |                    | 10名    | 0名  | 0名    | 0名  |

《職員の対応に関する意見》

|     |                       |           |          |              |     |
|-----|-----------------------|-----------|----------|--------------|-----|
| 問17 | 職員は、すぐに対応してくれると感じますか。 | すぐ対応してくれる | 対応してくれない | すぐには対応してくれない | その他 |
|     |                       | 10名       | 0名       | 0名           | 0名  |

《職員の対応に関する意見》

|     |                         |        |         |          |     |
|-----|-------------------------|--------|---------|----------|-----|
| 問18 | あなたに対する職員の姿勢（対応）は満足ですか。 | 満足している | 満足していない | 職員によって違う | その他 |
|     |                         | 10名    | 0名      | 0名       | 0名  |

《職員の対応に関する意見》

|     |                                  |        |       |             |     |
|-----|----------------------------------|--------|-------|-------------|-----|
| 問19 | 施設においてあなたの情報（秘密）が洩れていることはありませんか。 | 洩れていない | 洩れている | 一部洩れている時がある | その他 |
|     |                                  | 9名     | 0名    | 1名          | 0名  |

《守秘義務に関する意見》

|     |                                          |         |          |      |     |
|-----|------------------------------------------|---------|----------|------|-----|
| 問20 | 施設がもっている自分の情報や記録は見ることができますか。（方法を知っていますか） | 見る事ができる | 見る事ができない | 知らない | その他 |
|     |                                          | 0名      | 1名       | 9名   | 0名  |

《情報公開に関する意見》

|     |                                               |    |    |       |     |
|-----|-----------------------------------------------|----|----|-------|-----|
| 問21 | 過去に職員や利用者にいやなことをされたことはありますか。（例：体罰、暴力、文句、無視など） | ある | ない | わからない | その他 |
|     |                                               | 2名 | 8名 | 0名    | 0名  |

《苦情に関することの意見》

|     |                             |    |    |       |     |
|-----|-----------------------------|----|----|-------|-----|
| 問22 | 今、施設のなかで、困っていること（苦情）はありますか。 | ある | ない | わからない | その他 |
|     |                             | 1名 | 8名 | 0名    | 0名  |

《苦情に関することの意見》

|     |                                    |       |      |       |     |
|-----|------------------------------------|-------|------|-------|-----|
| 問23 | 施設のなかで、困っていること（苦情）を相談する方法を知っていますか。 | 知っている | 知らない | わからない | その他 |
|     |                                    | 3名    | 0名   | 7名    | 0名  |

《苦情に関することの意見》

|     |                                        |       |        |       |     |
|-----|----------------------------------------|-------|--------|-------|-----|
| 問24 | 困ったこと（苦情）を施設や家族以外の人（第三者委員など）にも相談できますか。 | 相談できる | 相談できない | わからない | その他 |
|     |                                        | 2名    | 0名     | 7名    | 0名  |

《苦情に関することの意見》

その他、ご利用のサービスについてご意見やお気づきのことがありましたらお書きください。

質問は以上です。ご協力 有難うございました。

|        |     |        |   |     |   |   |   |  |
|--------|-----|--------|---|-----|---|---|---|--|
| 平均年齢   |     | 90.67歳 |   |     |   |   |   |  |
| 男女比    |     | 男：1    |   | 女：5 |   |   |   |  |
| 平均利用期間 |     | 2.年    |   |     |   |   |   |  |
| 介護状況   |     |        | 1 | 2   | 3 | 4 | 5 |  |
|        | 要介護 | 0      | 0 | 0   | 0 | 0 | 0 |  |
|        | 要支援 | 0      | 0 | 0   |   |   |   |  |

