

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 サンライフ御立

(指定介護老人福祉施設)

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 17 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 サンライフ御立	種別：指定介護老人福祉施設
代表者氏名：笹山博司	定員（利用人数）： 100 名
所在地：〒670-0072 姫路市御立東5丁目1-1	
TEL：079-291-6666	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： 36 名 非常勤職員： 47 名
専門職員	施設長 1名 看護師 8（2）名
	生活相談員 1名 栄養士 3名
	特養介護員 65（42）名 作業療法士 1名
	介護専門員 2名
施設・設備の概要	従来型個室 30室 食堂 2室
	多床室（2人部屋） 14室 機能訓練室
	多床室（4人部屋） 18室 浴室 2室
	看取り部屋 2室 医務室

③理念・基本方針

基本理念 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 サンライフ御立サービス十か条 1. 笑顔で「おはようございます」「いらっしゃいませ」「ありがとうございました」「こんにちは」「失礼します」と挨拶をします。 2. 介護をする側の職員が優位に立つのではなく、入居者はお客様であることを忘れません。 3. 「何もかもしてあげる」のではなく、一人一人の自立を目指したサービスを行います。 4. 職員がもつ専門性をより一層高め、お客様一人ひとりに合った個別サービスを実現します。 5. 悩んだら、迷ったら、お客様の思いに立ち返って考え、行動します。 6. お客様の意思を最大限に尊重して介護をし、そして施設の情報も公開します。
--

7. 食中毒、感染症を出さないように衛生管理を徹底し、美味しい食事を出すことに努めます。
 8. 実習、ボランティアを積極的に受入れ、行事・外出・クラブ活動を行います。
 9. サンライフ御立の機能を最大限に発揮して、地域の福祉向上に貢献します。
 10. 地域の人と共に行事を行い、地域との交流を図ります。
- 私たち職員・非常勤職員は、上記 10 か条をいつも忘れずに行動します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 個人浴槽を設置し、マンツーマンでの入浴を実施。個別にて対応する事によって、プライバシーにも配慮し、ゆっくり入浴ができています。
- 季節に応じて外出レクを行い、気分転換を図っている。季節感を感じ、生きがいや楽しみが得られるようお料理・おやつレクや壁画作成等様々なレクリエーションを実施し支援をしている。
- 他施設のショートスティと連携を図り、緊急時の受け入れ体制を整えている。

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）～ 平成 7 年 12 月 8 日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2 回（平成 29 年度）

⑥総評

- ◇特に評価の高い点
- 充実した教育・研修制度や職員一人ひとりの目標管理など、総合的な人事管理が行われています。
「期待する職員像等」が「行動指針」や「サービス10か条」に、職員の基本姿勢や求める意識を明記されています。キャリアパス制度（人事基準など）や人事考課制度（貢献度など）が整備されて、ホームページに教育・研修制度が公表されています。総合的な人事管理制度の仕組みが確立されています。また、人事考課制度を活用して、半年毎に管理者が短期目標・長期目標などについて個別面接を行い、進捗状況や達成度が確認されて、人材育成に向けた職員一人ひとりの目標管理が行われています。
 - **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、「QC（品質管理）委員会」を中心に、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、PDCAサイクル（改善に向けたサイクル）に基づいた計画的な質の向上が図られています。さらに、「QC（品質管理）サークル活動」が継続的に取り組まれて、介護サービスの質の向上が行われています。
 - **DX化（デジタルトランスフォーメーション）をベースにIT技術の活用を推進され、介護業務の効率化と改善が行われています。**
法人の事業計画のひとつでもあるDX化（デジタルトランスフォーメーション）の推進にもとづいて、介護ソフトを全面的に更新し、音声による入力やインカムの活用、「ヒヤリ・ハット」、「事故報告書」のデーター化など、ペーパーレスが推進され、IT技術を活用した介護業務の改善が図られています。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介護業務の効率化と改善が行われています。

◇改善を求められる点

- 中・長期的な目標（ビジョン）を明確にした事業計画（3か年計画など）が策定されて、その内容が反映された単年度事業計画の策定が望まれます。

「中・長期事業計画」は、基本理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みを示すものです。実施する福祉サービスのさらなる充実、課題の解決などのほか、社会の情勢や経営環境などの把握・分析などを踏まえた、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成などに関する具体的な計画（評価、見直しなどができる内容）となっている必要があります。また、単年度事業計画には、中・長期計画の内容が反映された、単年度における事業内容が具体的に示されて、評価、見直しなどができることが望まれます。

- 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。

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。

(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。	b
＜コメント＞ ○ 基本理念、行動指針、サービス１０か条などが明文化され、ホームページ、パンフレットなどに記載されています。職員には年１回の確認テストや携帯用カードで朝礼時に唱和をされ、継続的な周知がなされています。 ○ 今後は、基本理念や基本方針について、わかりやすく説明した資料を作成するなど、利用者や家族への周知を図るとともに、周知状況を確認し、継続的な取り組みにしていくことが望まれます。		

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。	b
＜コメント＞ ○ 社会福祉事業全体の動向などは、本部の経営会議や運営会議で把握・分析されていることがうかがえます。また、福祉サービスのコストや利用状況などについては、毎月運営会議が開催され、「月次報告書」で経営状況の把握・分析が行われています。 ○ 今後は、地域（姫路市）の各種福祉計画の策定動向を把握・分析し、地域での特徴・変化などの経営環境や課題を的確に把握することが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 経営状況や改善すべき課題について、理事会や運営会議で共有され、職員にも月２回の全体会を通じて、周知されています。今後は、経営課題の解決・改善に向けて、中・長期計画への反映が期待されます。		

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。	b
＜コメント＞ ○ 事業計画の中に、中・長期的な運営スローガン（行動指針）が示されていますが、中・長期計画の策定には至っていません。 ○ 今後は、中・長期的な目標（ビジョン）を明確にした、具体的な中・長期計画の策定が望まれます。		

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。	b
＜コメント＞ ○ 単年度の事業計画は、重点課題や具体的な取り組み内容を明確にされています。また、年度収支計画も策定されています。 ○ 今後は、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業計画の策定が望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 事業計画の策定については、月に1回の運営会議や生産性向上委員会、ユニット（フロア）毎の会議で職員からの意見を集約し、事業計画に反映される仕組みがあります。また、事業計画の実施状況は毎月把握され、評価・見直しを半期ごとになされ、運営会議で報告・周知が行われています。今後は、中・長期計画の策定手順の明確化が期待されます。		
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。	b
＜コメント＞ ○ 事業計画の内容は、「ささゆり新聞」に掲載され、広報誌の配布やホームページの掲載によって周知がなされています。また、第三者委員会の報告会でも報告が行われています。 ○ 今後は、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど、利用者・家族がより理解しやすい工夫（ビジュアル化など）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。	b
＜コメント＞ ○ 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」を継続的に取り組まれており、「QC（品質管理）委員会」でPDCAサイクル（改善に向けたサイクル）に基づいた評価が行われています。 ○ 今後は、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、評価結果を分析・検討する場（会議・委員会など）を設けることが必要です。		
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。	b
＜コメント＞ ○ 「QC（品質管理）サークル活動」において、評価結果により取り組むべき課題を明確にされ、職員間でも社内チャットなどを使い情報の共有化が図られています。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上に向けた自己評価の仕組みづくりや評価結果から明確な課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定するとともに、実施状況の評価や必要に応じて計画の見直しを行う仕組みづくりが望まれます。		

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
＜コメント＞ ○ 管理者（施設長）は、全体会議などで事業計画や運営についての考え方などを明確にして、自らの役割や責任などを職務分掌などで職員にも周知されています。また、管理者の役割と責任について、不在時の権限委任などは運営規定やBCP（業務継続計画）で明確化されています。 ○ 今後は、事業経営における責任者として、自らの役割と責任について、ホームページや広報誌で表明されることが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 管理者の遵守すべき法令に従い、利害関係者（取引事業者、行政関係者など）との適正な関係を保持されていることがうかがえます。また、法令遵守の観点での経営に関する研修参加や法人からの研修資料などで福祉分野に限らず、幅広い分野についても把握に努められ、職員に対して遵守すべき法令などを周知されていることがうかがえます。		
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。	b
＜コメント＞ ○ 管理者は、「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、改善に向けて指導力を発揮されています。また、福祉サービスの質の向上に向けて、職員間でも共有化や意識形成を図るために、各種会議や委員会に積極的な参加がうかがえます。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上に向けた自己評価の仕組みづくりや評価結果から明確な課題について、定期的に現状について把握・評価・分析が期待されます。		
13	Ⅱ－１－(2)－② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
＜コメント＞ ○ 管理者は、毎月の運営会議で「月次報告書」により経営状況を把握・分析され、人員配置、職員の働きやすい環境整備など、具体的に取り組まれています。また、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、職員間でも共有化や意識形成を図るために、各種会議や委員会に積極的な参加がうかがえます。		

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。	b
＜コメント＞ ○ 法人の福祉人材の確保と育成についての方針が、ホームページに明文化されています。また、求人情報も公表されています。福利厚生など具体的な処遇水準も明確化されて、勤務形態一覧表により、外国人採用を含め効果的な採用活動が行われています。 ○ 今後は、専門職（有資格の職員）の配置など、必要な人材や人員体制に関する具体的な計画（人事プランなど）の策定が望まれます。		
15	Ⅱ－２－(1)－② 総合的な人事管理が行われている。	a
＜コメント＞ ○ 「期待する職員像等」が「行動指針」や「サービス10ヶ条」に、職員の基本姿勢や求める意識を明記されています。キャリアパス制度（人事基準など）や人事考課制度（貢献度など）を整備されて、職員の「処遇改善の試算」もホームページに公表されており、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。	b
＜コメント＞ ○ 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います。健康管理と安全確保のための対応策や制度（メンタルヘルスやストレスチェックなど）もあり、定期的な面談も行われています。また、各種休暇など総合的な福利厚生制度が充実しており、ワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の両立）に配慮した取り組みがなされています。 ○ 今後は、検討された改善策などが、具体的な計画（人事プラン）に反映されていることが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 「期待する職員像等」をキャリアパスフレームに明記され、人事考課制度を活用して、半年毎に管理者が短期目標・長期目標などについて個別面接を行い、進捗状況や達成度が確認されるなど、人材育成に向けた職員一人ひとりの目標管理が行われています。		
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
＜コメント＞ ○ 「期待する職員像等」が「行動指針」や「サービス10か条」に、職員の基本姿勢や求める意識を明記されています。事業計画の中に職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示され、ホームページにも研修計画（内部研修・外部研修など）を掲載され実施されています。年度ごとに研修計画の評価や内容などの見直しは各委員会で行われています。		

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
〈コメント〉 ○ 研修計画により、新任職員研修はマニュアル化され、個人に配布されています。新任職員や職員の経験に配慮したOJT（職務を通じた研修）が適切に行われるとともに、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修が実施されています。また、管理者の指示や職員の要望により外部研修の機会が適切に確保されて、参加できるよう配慮されています。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、人事台帳や資格一覧表などで明らかにして、資格取得をサポートいくことが期待されます。		
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
〈コメント〉 ○ 実習の受入れの基本姿勢などがホームページに明文化され、介護福祉士、社会福祉士などの実習受け入れが、学校側と実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、資格指導者による専門職の研修・育成が実施されています。 ○ 今後は、実習生などの福祉サービスの専門職の研修・育成についての「実習生受け入れマニュアルなど」の整備が望まれます。		

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。	b
〈コメント〉 ○ 法人ホームページやパンフレットを活用し、基本理念や行動指針をはじめ、提供する福祉サービスの内容（取り組み）、事業計画、事業報告、会計報告（決算報告・監査報告）及び第三者評価結果、アンケート結果、広報誌『ささゆり新聞』や採用情報などが適切に公開されています。また、利用者・家族や関係機関・地域にも広報誌（ささゆり）を配布されています。 ○ 今後は、第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況についても公表が望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ 事務、経理、取引などに関するルール（経理規定など）や組織における役割・責任などを職務分掌により職員全員に周知されています。定期的に外部の専門家（公認会計士など）による内部監査や監査支援（チェック・指摘・アドバイスなど）の実施を通じて、監査支援などの結果や指摘事項にもとづいて、経営改善の実施がうかがえます。		

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
＜コメント＞ ○ 地域との関わり方について基本的な考え方が「基本理念」「サービス10か条」などに明文化されています。コロナ禍以降、外部の来訪制限（面会など）や外出制限を行っており、積極的な地域などとの交流は図れていませんが、今年度は地域の夏祭りや玄関ホールでの「親睦敬老会」などを通じて利用者と地域住民が接する機会もありました。 ○ 今後は、利用者と地域の人々との交流は、地域と事業所の相互交流を促進するという意味もあり、利用者の地域活動への参加を推奨し、利用者が参加しやすくなるための体制整備（職員やボランティアなど）を行うことが望まれます。		
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。	b
＜コメント＞ ○ ボランティアの受入れや地域の学校教育などへの協力についての基本姿勢が「サービス10ヶ条」やホームページに明文化されています。コロナ禍の影響でボランティアなどの受け入れを制限している時期もありましたが、状況によっては職業支援の実習や保育園や学校・クラブ活動などで高齢者とのふれあいの受け入れが行われて、オリエンテーションなど必要な研修が実施されています。 ○ 今後は、「ボランティア受け入れマニュアルなど」を整備して、支援体制の構築が望まれます。		
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。	b
＜コメント＞ ○ 姫路市老人福祉施設連盟に加入して連絡会や協働した取り組みが行われています。また、障害者事業者と連携して週1回「パンの移動販売」を行っています。 ○ 今後は、利用者へのサービスに必要な機関や団体、社会資源をリスト化し、職員間で情報の共有を図る仕組みを整備することが望まれます。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
＜コメント＞ ○ 法人の運営推進会議や姫路市老人福祉施設連盟の連絡会や協働した取り組みを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題などの把握に努められています。今後は、事業所（法人）が地域社会における福祉向上に積極的な役割を果たすために、関係機関・団体との連携や地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題など把握していくことが期待されます。		

27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
〈コメント〉 ○ コロナ禍以前は積極的に社会貢献事業など実施されていましたが、現在は相談や依頼に出来る限りの協力を行っている状況です。同法人の事業所で行われている「子ども食堂」への支援は継続されており、今年度の「敬老の日」には、玄関ホールでの「親睦敬老会」などを通じて、利用者と地域住民が接する機会もありました。 ○ 今後は、社会福祉法人が運営する福祉施設・事業所においては、把握した地域の具体的な福祉ニーズや生活課題などにもとづいた、独自の公益的な事業・活動を積極的に取り組むことが望まれます。		

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
＜コメント＞ ○ 利用者を尊重した福祉サービス提供について、各階に経営理念、サービス10か条、行動指針を掲示するとともに、計画的に研修を実施され、利用者を尊重する姿勢を明確にしています。		
29	Ⅲ－１－(1)－② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
＜コメント＞ ○ 研修計画書に基づき令和6年7月にプライバシー保護研修を実施しています。また、虐待研修においては2か月に1回、全体会議(月1回)やパート会議(常勤・非常勤共)時にZOOMも活用し、すべての研修参加により法人全体の質の向上を図っています。		
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＞ ○ 福祉サービスの内容や事業所の特徴等を紹介した資料は、当該施設1階玄関、及び当該事業所運営の地域包括支援センターに置かれ、見学時に対応し個別に説明を実施しています。 ○ 今後は、事業所紹介の各種資料を複数の福祉施設の中から利用者が希望に沿ったものを選択できるよう多くの人が入手できる市役所、公民館等の公共施設に配置することが望まれます。		
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＞ ○ 利用者・家族等にサービス開始・変更時の福祉サービスの内容を説明し同意を得ていますが、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いていることを確認できませんでした。意思決定が困難な利用者への配慮については状態に合わせて対応をしていますが、ルール化には至っていません。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮について定め、実施していくことが望まれます。		
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。	b
＜コメント＞ ○ 福祉サービスの継続性に配慮して、介護職と看護職により作成された引継文書と手順書にて対応しています。また、退所後も相談員、介護主任、介護支援専門員の3人体制で相談に対応しています。 ○ 今後は、福祉サービスの終了した後も、利用者・家族等が相談できる担当者や窓口を設置し、退所後の相談方法を文書化していくことが望まれます。		

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
＜コメント＞ ○ 年1回、10段階評価とコメント欄を使った家族へのアンケート調査を実施し、結果を全体会議で報告するとともに家族に手紙で知らせています。また、6か月に1回の担当者会議にて個別の意向の聴取を行い、サービスの改善に反映されています。		
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
＜コメント＞ ○ 苦情解決の体制が整備されており、苦情解決の仕組みについて掲示物、及び重要事項説明書に記載して家族等に分かりやすく説明しています。また、苦情受付簿や苦情報告書を整備し、苦情解決に至る経過や結果は迅速に利用者や家族にフィードバックするとともに全体会議により法人全体で周知し対応しています。苦情内容及び対応事例は、名前を伏せて掲示されています。		
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。	b
＜コメント＞ ○ 相談等の方法や相談相手の選択についての説明文書は見られませんが、利用者の相談には随時、寮母室ならびに居室にて対応しています。 ○ 今後は、苦情のみならず、相談方法や多様な相談ができることを説明した文書の作成が望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、主に介護主任、看護師が相談、要望をうかがった後、介護主任と各班のリーダーを中心に対応が図られています。		
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
＜コメント＞ ○ 1日1件ヒヤリ・ハット事案を申し送りに入れて全館に配信を行い、事故発生予防に努めています。介護ソフトのシステムを活用し、事故報告やヒヤリ・ハット事案を職員全員が迅速に共有し、検討対応できる仕組みがあり、リスクマネジメント委員会(月1回)にて報告がなされ、事故防止に向けた取り組みが行われています。		

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＞ ○ 研修計画により定期的に「感染症/食中毒」、「BCP感染症訓練」、「感染症BCP」の研修が実施されており。感染症の予防や安全確保に関して周知されています。また、感染症発生時の初期対応のための『感染症別対策キット』を常備し、常時、対応可能な体制を整えています。		
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やっている。	a
＜コメント＞ ○ 災害時における利用者の安全確保のため「防災・リスクマネジメント・事故防止・苦情対策」の委員会が毎月開催され、必要な対応が行われています。また、防災計画や災害時対応マニュアルを整備し、土砂災害を想定したBCP（業務継続計画）の策定により、定期的な訓練を実施するとともに、食品や備品等の備蓄リストを作成し、メンテナンス担当者がチェックを行っています。		

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
＜コメント＞ ○ 提供する福祉サービスの標準的な実施方法として、「介護マニュアル」や「介護の仕事の手引き」を作成・活用してサービスの提供が行われています。また、チューター制度を導入し、チューターが中心となりチェックリストで達成度を判断しながら職員一人ひとりの個人指導を行い、標準的な実施方法について職員に周知徹底を図っています。		
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
＜コメント＞ ○ 標準的な実施方法は随時、会議にて見直しが行われ、サービス内容を必要に応じて変更されています。また、OJT研修、介護技術の達成度チェックにより業務改善への取り組みが図られていることがうかがえました。今後は、マニュアルの検証・見直しを定期的にも実施されることを期待します。		
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
＜コメント＞ ○ 福祉サービス実施計画の策定に関する体制を確立し、アセスメントにもとづく適切で個別的な福祉サービス実施計画が策定されています。また、施設サービス計画書は家族の思い、日々の気づきをプランに組み入れ、介護支援専門員、介護職員、管理栄養士、作業療法士、看護師等の多職種メンバーの参加、連携により策定されています。		

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
＜コメント＞		
○		
福祉サービス実施計画の見直しは基本的に6か月に1回開催する担当者会議で評価・見直しが行われています。施設サービス計画の変更・更新の内容は班会議にて共有されており、緊急時の変更については班会議での検討にて対応しています。		
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
＜コメント＞		
○		
利用者個別の実施状況が統一した様式に記録され、主任会議、リーダー会議、各班会議で共有される仕組みになっています。また、介護ソフトの変更により音声入力が可能になっており、業務効率が向上しています。記入漏れを防ぐために入力者と入力時間を決めて記録を管理しています。		
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。	b
＜コメント＞		
○		
個人情報保護規程を定め、職員に対し定期的な教育・研修を実施するとともに、利用者の記録の保管状況・開示請求への対応等管理体制も整備されています。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や家族に分かりやすく説明されていることがうかがえました。		
○		
今後は、電子データーについての取り扱いや情報漏えい対策を強化されることが望まれます。		

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

○ 季節を感じられるお食事、お誕生日会でのケーキバイキング、隔週1回の移動販売パンでの買い物、カラオケレクリエーション等、生きがいや楽しみを感じられる複数の活動メニューが実施されています。また、YouTubeを活用した体操や歯科衛生士の主導の口腔体操などの工夫がうかがえました。 ○ 認知症の利用者とのコミュニケーションについて、リーダー会議や班会議にて常に対応を検討されています。意思表示が困難である利用者とはアイコンタクトや所作、仕草を読み取って支援されています。 ○ 今後は、利用者一人ひとりが、生き生きと活動に参加できるよう、利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行う中で、話したいことを自由に話せる機械等を確保していくことが望まれます。
--

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a

特記事項

○ 利用者の権利擁護についての規程・マニュアルが整備され、職員に理解・周知を図るとともに利用者家族等に対しても契約時に周知が行われています。また、身体拘束・人権擁護・虐待対策の委員会を設置し、3か月に1回会議を開催して利用者の権利擁護の取り組みを行うとともに、職員に対して定期的かつ継続した研修が実施されています。身体拘束事例は直近で1件ありますが、会議を重ね適切な対応を行っていることがうかがえました。
--

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

特記事項

- 居室は担当職員により整理・整頓され、床等の掃除は、専門の業者に外部委託にて常に清潔で快適な環境が保たれています。多床室の関係から利用者の意向に添えない場合もありますが、生活歴や利用者の意向を参考に改善に取り組まれている事例がうかがえました。

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
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。	a
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	b

特記事項

- 入浴は、利用者の状況に合わせ、順番、曜日、時間の変更に対応しています。又、利用者の心身の状態や意向に合わせた入浴形態、方法の実施のための浴槽、介護リフトも整っています。
- 夜間のポータブルトイレの使用環境を整えたり、夜間の排泄や睡眠の妨げにならないための配慮、排泄の自立を促す取り組みがうかがえました。
- 夜間就寝中の利用者に対して巡回、体位変換、おむつ交換等の支援、及び常備灯や枕元に電気を設置する等の取り組みが行われています。
- 今後は、夜間就寝中の対応に関するマニュアルの整備が望まれます。

		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

- 年1回の嗜好調査をもとに、おせち料理のお重や流しそうめん等、季節感のある献立での提供、月1回のおやつレクやお誕生日会のケーキバイキングなど、食の楽しみへの工夫がうかがえます。
- 施設の歯科衛生士による食事中的の見守り支援及び毎食前の口腔体操や毎食後の口腔ケア、さらに週1回の訪問歯科医の定期的な口腔ケアの実施がなされています。
- 今後は、選択メニューや希望メニューなど食事を選択できるような工夫が望まれます。

		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

- 褥瘡委員会を設置し、状況確認や発生予防の取り組みを実施しています。また、機能訓練指導員（作業療法士）や看護師と連携を図り、座位や臥床時のポジショニングの改善や統一実施、エアマットやクッションの活用など多職種での連携と検討を重ね予防・ケア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。	b

特記事項

- 喀痰吸引の実施は医師の指示書のもと看護師のみで行われています。夜間においては家族の同意のもと拭き取りでの対応となっています。
- 今後は、介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施していくことで、夜間の実施体制の充実を図ることが望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑩	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

特記事項

- 利用者、家族の意向を確認し、ケアプラン、機能訓練計画書を作成し、医師の指示に基づくリハビリテーションや機能訓練が実施されています。また、日々の生活において生活リハビリを中心とし、車いすではなく歩行器を使つての立位保持、お箸を使用するの指の機能や脳の活性化など、利用者が主体的に取り組めるように支援しています。

		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

特記事項

- 行動・心理症状（BPSD）が見られた時には、ビデオ撮影にて記録を撮り、精神科医に提出し、対応やケア等についての助言を得て、支援の取り組みをしています。また、利用者一人ひとりの症状に合わせリハビリテーションやレクリエーションの参加を継続的にできるよう工夫をされています。

		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

特記事項

- 急変時、救急対応マニュアルを整備するとともに、介護ソフトで最新の情報を共有し、申し送りの徹底や24時間体制でのオンコール対応など、緊急時の体制を確立しています。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑬	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

- 入所契約時に、利用者家族等に対して利用者が終末期を迎えた場合に備えて「看取りの指針」について説明し同意を得るようにされています。また、利用者の状態を可視化し、リアルタイムに把握できる眠りSCANや支援システムの活用にて必要な連携体制を確保されています。今後は、さらに、利用者、家族の希望に沿った終末期のケアが行えるように体制を整備していくことを期待します。

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。	a

特記事項

- 月1回家族へ生活状況が分かるよう写真付きの手紙「おたより」を送付されています。状態変化があった際には、家族へ連絡を取り、支援の方法を検討されています。現在、コロナ禍の影響で、面会制限をされていますが、週1回15分間の面会を予約制にて実施されています。

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。	b
A②2	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a
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

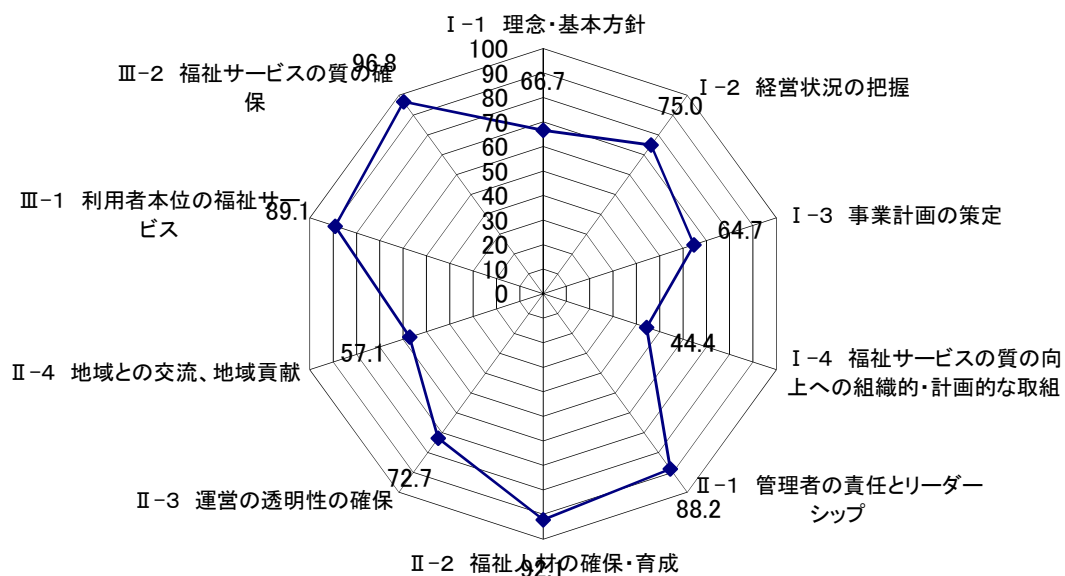
特記事項

- 気候の良い頃や木々の変化がみられる季節には、ドライブでの「お花見（紅葉など）」を計画されています。
- 管理が可能な方に関しては、携帯電話の持ち込みを可能として、充電や操作の支援をされています。
- 新聞・雑誌の購読は個人購入やご家族の持ち込みは可能とされて、施設でも各階で購入しており、共有物品として閲覧可能となっています。また、テレビなどは利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮されています。
- 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、体制整備（情報提供、安全対策など）が望まれます。

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	57	89.1
III-2 福祉サービスの質の確保	31	30	96.8
合 計	222	182	82.0

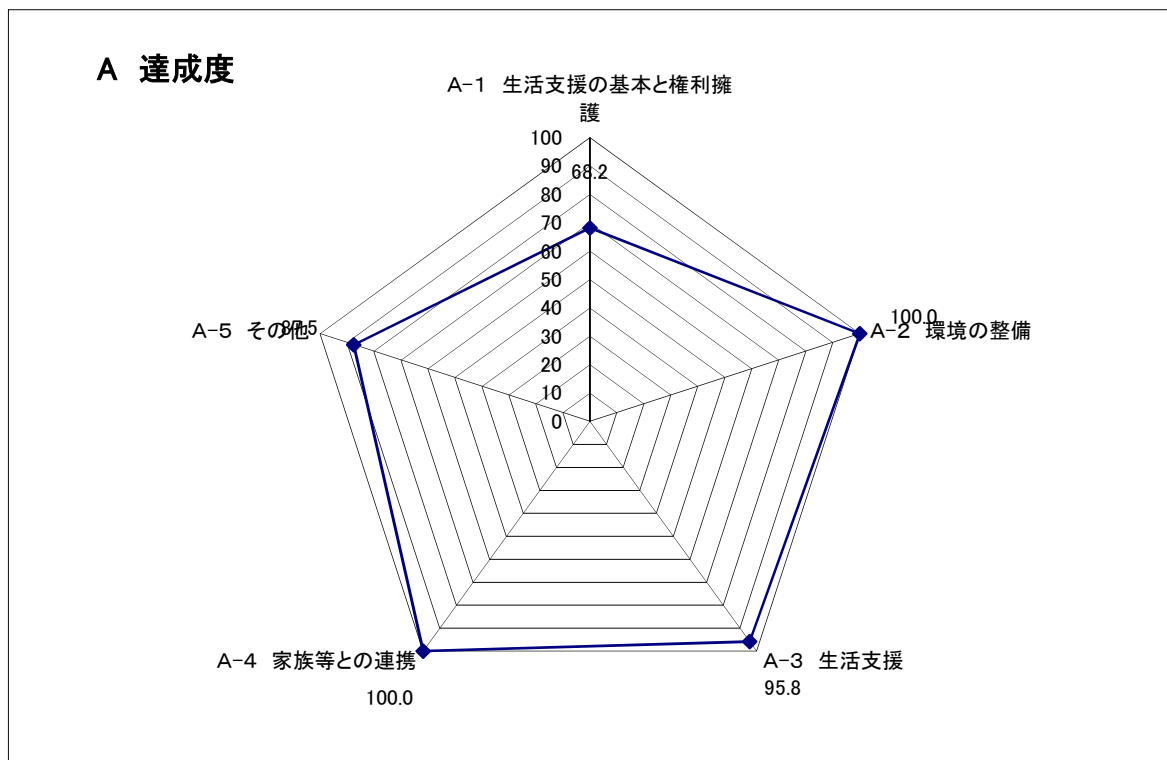
I ～ III 達成度



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	92	95.8
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	7	87.5
合 計	135	123	91.1

合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	357	305	85.4
-----------	-----	-----	------



福祉サービス利用者調査票（入所施設用（高齢））

施設名 サンライフ御立

回答者数 20人／20人中

☆ 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 している	満足して いない	その日によ って違 う	その他
		17名	2名	0名	1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 って違 う	その他
		15名	1名	1名	3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 している	満足して いない	その日によ って違 う	その他
		17名	1名	0名	2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 している	満足して いない	その日によ って違 う	その他
		7名	8名	4名	1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 している	満足して いない	場所によ って違 う	その他
		19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 している	満足して いない	場所によ って違 う	その他
		19名	0名	0名	1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 よって違 う	その他
		9名	10名	0名	1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
		14名	3名	2名	1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 じゅう つか 自分のお金は、自由に使えますか。	使える	使えない	わから ない	その他
		7名	7名	4名	1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 できる	その他
		11名	6名	2名	1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
		11名	1名	5名	3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
		17名	2名	0名	1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
		16名	2名	0名	2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
		14名	0名	3名	1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	施設でのあなたの計画（介護計画）は、ありますか。	ある	ない	知らない	その他
		4名	0名	15名	1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
		18名	0名	1名	1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
		18名	0名	0名	2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
		19名	0名	0名	1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
		16名	0名	0名	4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
		5名	0名	14名	1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
		5名	14名	1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
		4名	15名	1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
		10名	2名	8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
		3名	0名	17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		82.89歳						
男女比		男：3		女：16				
平均利用期間		4. 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				

