

福祉サービス第三者評価第三者評価シート

－ 高齢者福祉サービス版(特養、その他入所系施設) －

事業所名	特別養護老人ホーム サンライフ土山			事業所番号	
住所	〒670-0955 兵庫県姫路市土山東の町9番12号				
対応者 (欄は適宜増やしてください)	役職	施設長	氏名	船引 章延	
自己評価実施日					
第三者評価実施日	2024年10月28日				
評価調査者	(サービス実施Ⅲ・A分野)〈司会・進行〉河原 正明 〈記録〉横山 尚子				

【記入方法】

- 〈事業所〉 「取組の状況」は、判断基準が「できている」「できていない」と判断した内容等を具体的に記入してください。
- 〈評価員〉 各評価細目の判断基準について、「できている」項目にチェックを入れ、以下の評点基準で「a」「b」「c」を記入します。
- a … 判断基準(取組)を全て実施している。
 - b … 判断基準(取組)の一部を実施している。
 - c … 判断基準(取組)のいずれも実施していない。

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
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							
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。							
理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施に ① ついて明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	■	■	①理念はホームページや契約時に使用する重要事項説明書に記載している。職員への周知についてはテストを実施している。 ②リーダー会議にてQOLの向上を促している。 ③サービス担当者会議にて個別サービスを検討。 ④利用者の尊重や基本的人権への配慮については全体会議にて研修を行っている。(認知症ケア) ⑤虐待防止研修にてグループ討議等を行っている。	①ホームページ ②リーダー会議録 ③ケアプラン ④全体会議録 ⑤効果測定チェックシート	ホームページ パンフレット リーダー会議 ケアプラン 全体会議	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。又、「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した。又、職員への周知については入職時での研修を実施されており、共通の理解を持つ取り組みが行われています。又、認知症ケア・虐待防止についての研修を行い基本的人権への配慮に関して周知を図っています。今後は、利用者の権利擁護のため虐待等の権利侵害の防止・発生時の対応等の徹底強化が期待されます。	b
利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や ② 規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	■	■					
利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、 ③ 個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	■	■					
④ 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	■	□					
⑤ 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価を行い、必要な対応を図っている。	■	□					
【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。							
① 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	■	■	①全体会議でプライバシーの保護研修実施。 ②全体会議にて研修を行い周知している。 ③身体拘束・虐待についての研修を実施している。 ④バーテーション等を適時使用。 ⑤入居契約時に説明している。 ⑥相談員・副施設長・施設長が現場業務に入り適時チェックしている。	①プライバシー保護規定 ②高齢者虐待防止のための指針 ③全体会議会議録 ⑤重要事項説明書と玄関に表示 ⑥勤務表 ⑦高齢者虐待防止における指針	プライバシー保護規定 高齢者虐待防止のための指針 全体会議会議録 重要事項説明書	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。今後、利用者や家族に対して当該事業者においての取り組みの周知に期待します。	b
② 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	■	■					
利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	■	■					
一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	■	■					
⑤ 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組を周知している。	■	□					
⑥ 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。	■	■					
⑦ 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。	■	■					

評価基準	施設記入欄		評価調査者記入欄				
	自己評価	第三者評価	取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
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。			②玄関にポスターで掲示 ③相談や見学には随時対応している。 ④見学対応を行いショート利用を検討してもらう。 ⑤変更あれば随時パンフレットを更新。	②ささゆり会の歩み ④施設見学受付簿 ⑤パンフレット、料金表	『ささゆり』 サンライフ土山パンフレット 料金表 施設見学受付簿 『サンライフ土山での取り組みについて』	当該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ていますが、多くの人が入手できる場所への設置には至っていません。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対応しています。今後は、利用者が希望に沿ったものを選択できるように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。	b
① 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	☐	☐					
② 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	☒	☒					
③ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。	☒	☒					
④ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	☒	☒					
⑤ 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	☒	☒					
【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。			①ケアプラン作成時に本人の意向を充分に聞くようにしている。 ②ホワイトボード等を使用している。	①④ケアプラン	ケアプラン	ケアプラン作成時、利用者や家族に等に面談を行い、希望等本人の意向を充分に聞き意思確認を行い、福祉サービスの内容を説明し、同意を得ていますが、利用者が分かりやすいように工夫した資料を用いての取り組みは確認できませんでした。又、意思決定の困難な利用者への配慮についてのルール化もうかがえませんでした。今後は、ビデオやパワーポイント等の使用により利用者が分かりやすいような工夫や配慮が望まれます。	b
① サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	☒	☒					
② サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	☒	☒					
③ 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	☐	☐					
④ サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	☒	☒					
⑤ 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	☐	☐					
【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。			①入所前の情報を取得し面接を行い、より良いサービスを検討し提供に努めている。 ③生活相談員が対応。	①フェイスシート・ADL表・生活歴等のシート。 ③重要事項説明書(苦情受付担当者)	フェースシート ADL表 生活歴シート 重要事項説明書	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、面談を行っており又、他の福祉施設事業所や地域の家庭への移行等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FAX送信にて引き継ぎや申し送りの提供を行い継続性に配慮しています。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者や窓口についての説明や退所後の相談方法の文書化が望まれます。	b
① 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	☒	☒					
② 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	☒	☒					
③ 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	☒	☒					
④ 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	☐	☐					

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。							
【33】Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。			④⑤不定期ではあるが、アンケートをとり本部が集計しその課題について対応している。	④⑤第6回アンケート	アンケート	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現在定期的ではありませんがアンケート調査を実施し、アンケートの集計結果を家族に報告しています。利用者会や家族会は発足されていません。今後は、利用者満足度調査や検討会議等が定期的開催され具体的なサービスの改善・向上につながるよう組織として仕組みを整備することが望まれます。	c
① 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	☐	☐					
② 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。	☐	☐					
③ 職員等が、利用者満足把握を目的で、利用者会や家族会等に出席している。	☐	☐					
④ 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	☒	☐					
⑤ 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	☒	☐					
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。			③意見箱を玄関に設置。 ⑥苦情相談委員会には匿名で発表している。	①②重要事項説明書 ④⑤⑦苦情受付書 ⑥苦情相談委員会	意見箱 重要事項説明書 苦情受付書 苦情相談委員会	苦情解決の体制が整備されており当該事業所1階玄関に意見箱を整備設置されており又、利用者や家族には重要事項説明書に記載されている苦情の受付について説明をされています。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発表しています。今後、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い申し出た利用者の不利にならない配慮の上での公表ならびに事業所としてサービスの質の向上に向けた取り組みが望まれます。	b
① 苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)が整備されている。	☒	☒					
② 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	☒	☒					
③ 苦情記入カードの配布やアンケート(匿名)を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	☒	☐					
④ 苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。	☒	☒					
⑤ 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	☒	☒					
⑥ 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	☒	☐					
⑦ 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	☒	☐					
【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。			③自居室・相談室・会議室等の場所は豊富に準備している。		相談室 自居室	自居室や相談室等、相談や意見を述べやすいスペースが多数確保されています。今後、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。	b
① 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。	☐	☐					
② 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	☐	☐					
③ 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	☒	☒					

評価基準		自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
【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。				①随時対応している。 ②意見箱 ④対応できていない事についてはデスクトップの付箋で管理。 ⑤買い物の要望に対し移動販売を依頼した。	①介護記録。 ②玄関設置の意見箱。 ④PC管理。 ⑤第3金曜日に来所。 ⑥サンライフ土山 苦情解決マニュアル	介護記録 意見箱	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、かつ迅速に対応されています。当該事業所1階玄関に設置されている意見箱に、改善してほしい事柄や要望等の投書を促すような工夫及び意見や要望等への対応マニュアルの策定が望まれます。	b
①	職員は、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、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。	■	■					
②	意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。	■	□					
③	相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	□	□					
④	職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。	■	■					
⑤	意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	■	■					
⑥	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	□	□					
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。				①リスクマネジメント委員会を3ヶ月に1回開催。 ②朝礼時に職員に伝達。 ③介護ソフトにて情報提供。 ⑤全体会議にて研修実施。 ⑥ユニット会議・リーダー会議・事故予防委員会で検討。	①リスクマネジメント委員会会議録。 ②急変時の対応 ③介護ソフト。 ⑤全体会議で事故予防及び緊急時の対応研修 ⑥各会議録。	リスクマネジメント委員会会議録 急変時対応マニュアル 介護ソフト 全体会議会議録	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。又、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ています。事故発生時の対応フローチャートは確認できましたが、項目内容の更なる充実を期待します。又、ヒヤリハット報告、事故報告の収集、分析・検討、改善策の実施にとどまらず、次へのステップとしての定期的な評価・見直しを行うことが望まれます。	b
①	リスクマネジメントに関する責任者の明確化(リスクマネジャーの選任・配置)、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	■	■					
②	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順(マニュアル)等を明確にし、職員に周知している。	■	■					
③	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	■	■					
④	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	■	■					
⑤	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	■	■					
⑥	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	■	□					

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
【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。			・感染症対策委員会にて随時、マニュアルの見直しを行い。感染症発生時の初動訓練を年2回実施している。二酸化炭素濃度計で換気のタイミング等を検討。	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	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	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の対応マニュアルが整備されています。感染症予防対策の1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。	a
① 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	■	■					
② 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	■	■					
③ 担当者等を中心として、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	■	■					
④ 感染症の予防策が適切に講じられている。	■	■					
⑤ 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。	■	■					
⑥ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。	■	■					
【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。			①河川の氾濫・火災・地震について取り決めを行っている。 ②防災委員会にて検討。 ④管理栄養士が在庫・賞味期限等の管理を行っている。 ⑤訓練は実施していないが、災害時における福祉避難所に関する協定を結んでいる。消防署へは報告を行っている。	①②サンライフ土山 河川の氾濫(土砂災害)対応マニュアル・BCP ④防災食ファイル	サンライフ土山河川の氾濫(土砂災害)対応マニュアル BCP 防災食ファイル 組織図	(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)策定がな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。又、防災委員会にて災害時の対応についての検討がなされています。防災食ファイルが作成されており、備蓄の整備もうかがえました。今後は、地域連携防災の仕組みを整備し、全職員に周知を図り定期的に訓練を実施され、問題点の把握や見直しを行うことが望まれます。	b
① 災害時の対応体制が決められている。	■	■					
② 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	■	■					
③ 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	□	■					
④ 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	■	■					
防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	□	□					

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保							
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。							
① 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	■	■					
② 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	■	■	①②各マニュアルに定めている。 ③入職時に行っている。 ④特定技能生の月毎の評価表を作成し標準的な実施方法が守られているか確認。	①②各マニュアル。 ③研修報告書 ④新入職員チェックリスト	プライバシー保護規定 高齢者虐待防止のための指針 入浴介助マニュアル 排泄マニュアル 研修報告書 新入職員チェックリスト 『サービス計画作成の流れ』	福祉サービスの標準的な実施方法は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。又、各ユニットごとに差異はありますが、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。今後は、標準的な実施方法に基づいて実施されていることを確認するための仕組みの整備が望まれます。	b
③ 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	■	■					
④ 標準的な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がある。	■	□					
【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。							
① 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	□	□					
② 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。	□	□	④ユニット会議やリーダー会議で、話し合いを行っている。	④ユニット会議録、リーダー会議録	ユニット会議録 リーダー会議録 チェック表 『施設サービス計画の同意書兼受領書』	ユニット会議・リーダー会議(月1回)時に議題にあげ検討し見直し・更新を随時行っていますが、定期的な実施はうかがえませんでした。今後、福祉サービスの標準的な実施方法について検証・見直しに関する時期や方法を定め定期的に検証・見直しを実施されることが望まれます。	b
③ 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。	□	□					
④ 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	■	■					

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
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。							
① 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	■	■	①計画作成担当者。 ②包括的自立支援プログラム。 ③サービス担当者会議。 ④ケアプランに明記 ⑥モニタリングを行っている。 ⑦利用者の状態に応じ各機関と連絡調整をおこなっている。	③サービス担当者会議録。 ④ケアプラン。 ⑥モニタリングチェックシート。 ⑦介護記録。	サービス担当者会議録 ケアプラン モニタリングチェックシート 介護記録	福祉サービス実施計画に関する体制が確立してアセスメントに基づく個別的な福祉サービス実施計画が策定されています。今後、カンファレンスや利用者の意向と同意を含んだ福祉サービス実施計画の策定の手順を定めることが望まれます。	b
② アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	■	■					
③ 部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。	■	□					
④ 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	■	■					
⑤ 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	□	□					
⑥ 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。	■	■					
⑦ 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。	■	□					
【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。							
福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	■	■	①サービス担当者会議予定表 ②サービス担当者会議録を閲覧し確認印	①サービス担当者会議予定表 ②サービス担当者会議録 ③状態変化に伴うプラン変更	サービス担当者会議予定表 サービス担当者会議録	福祉サービス実施計画の見直しは6か月に1回定期的に行われています。今後、体調の変化や入院等緊急の場合の見直しの方法の整備が望まれます。又、見直しにあたっては福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされて福祉サービスの質の向上に結びつく取り組みが望まれます。	b
② 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	■	■					
③ 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	□	□					
④ 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容(ニーズ)等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	□	□					

評価基準	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
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。							
① 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	■	■					
② サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	■	□					
③ 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。	■	■					
④ 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。	□	□					
⑤ 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	■	■					
⑥ パソコンのネットワークシステムを利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	■	■					
【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。							
① 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。	■	■					
② 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が規定されている。	□	□					
③ 記録管理の責任者が設置されている。	□	□					
④ 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	□	■					
⑤ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	■	■					
⑥ 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。	■	■					
			①個人ファイルにて情報管理している ②日々のリハビリ、介助の状況を寿に記録している ③入社時と入社後は随時指導している ④ ⑤ユニット会議、リーダー会議実施 ⑥ネットワークシステムを活用し、マニュアルなどはどこからでも閲覧できるようにしている	①ADL表 ②寿 記録 ③入社時の指導 ④組織図 ⑤ユニット会議録、リーダー会議録 ⑥パソコン、共有フォルダ	ADL表 寿 記録 組織図 ユニット会議録 リーダー会議録 パソコン 共有フォルダ 介護記録の書き方規定	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。介護ソフト『寿』に日々のリハビリ、介助の状況を記録されていますが、対応に關しての記録のみならずサービス内容における言動等の記録の工夫が望まれます。又、部内横断の会議(リーダー会議、月1回)・ユニット会議、パソコン内の掲示板等にて利用者の情報共有がされていますが、情報の分別の仕組みには至っていません。	b
			①入社時に説明している ⑤朝礼時に呼び掛けている ⑥入所時に説明している	①介護記録の書き方 規定 ⑥重要事項説明書	介護記録の書き方規定 重要事項説明書	全体会議にて個人情報保護の研修が実施され、かつ朝礼時にも記録の管理の話を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。又、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し、職員の入所時における「秘密保持に関する誓約書」も確認しました。今後、情報が外部に流出しない管理体制及び記録管理の責任者の設置が望まれます。	b

兵庫県福祉サービス第三者評価 自己評価票／評価結果集計票 (高齢者福祉 特養、その他入所系施設)

事業所名: 特別養護老人ホームサンライフ土山	種別: 特別養護老人ホーム
------------------------	---------------

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-1 生活支援の基本と権利擁護							
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)							
① 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。	■	■	①入所時に聞き取りをしている。入所後も情報収集をしている。 ②機能訓練指導員等多職種が連携し、自立支援を行っている。 ③⑧利用者様に意向確認を行い、行事などに反映している。 ④⑦体調に合わせ、離床時間を調整し、活動に参加していただいている。 ⑤洗濯物たたみ等の役割を分担している。 ⑥多職種にて担当者会議を行い、確認している。	①フェイスシート ②機能訓練計画書 ③④⑤⑦⑧介護記録 ⑥担当者会議録	フェースシート 機能訓練計画書 ケアプラン 介護記録 担当者会議録 重要事項説明書	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て把握できました。又、日中活動への参加のきっかけづくりとして誘導を行っていますが、複数のメニューからの選択や社会参加へのプログラムの実施には至っていません。施設内における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、おやつづくり等各ユニットごとに企画を立てていますが、1日の過ごし方が見れる記録での確認ができませんでした。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いえることが望まれます。	b
② 日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。	■	□					
利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施されている。	□	□					
④ 利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。	■	■					
⑤ 利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。	■	■					
⑥ 利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が組織的に継続して行われている。	■	□					
⑦ 利用者の心身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。	■	■					
⑧ 利用者の生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。	■	■					

		自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄			
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定	
【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)									
生活相談等により、利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。		□	／	①ユニット会議録 ②③ケアプラン・機能訓練計画書 ④ケアプラン・ケース記録 ⑤介護保険更新					非
② 日々の相談・支援において利用者の自立に配慮して支援を行うとともに、自立や社会参加の支援を行っている。		□	／						
利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加等に配慮したプログラムや支援が実施されている。		□	／						
④ 精神疾患がある高齢者や被虐待高齢者などの利用者については、一人ひとりに配慮した支援を行っている。		□	／						
⑤ 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。		□	／						
⑥ 介護が必要になった利用者には、必要に応じて介護保険サービス等を利用できるよう支援している。		□	／						
⑦ (養護)地域移行が可能な利用者については、地域生活移行に取組むとともに、地域生活移行後の継続的な個別支援を行っている。		□	／						

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
【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。							
① 利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。	■	■	①利用者様、ご家族様とコミュニケーションをとっている。 ②ケアプラン作成時、意向確認を行っている。 ③職員へ注意喚起している。 ④身体状況に応じたコミュニケーション方法をとっている。 ⑤筆談している。	ケアプラン・機能訓練計画書・行事企画書	ケアプラン 機能訓練計画書 倫理綱領	利用者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・見直しを実施されております。又、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。只、会話の不足している利用者への声かけの内容・頻度などが明確ではありませんでした。今後、更なるコミュニケーションの機会を作ることとスキルアップが望まれます。	b
② 利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。	■	■					
③ 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。	■	■					
④ コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。	■	■					
⑤ 話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。	■	■					
⑥ 利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。	■	□					
⑦ 会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。	■	□					
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。							
① 利用者の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	■	■	①身体拘束マニュアル、虐待予防マニュアル ②③入所時に、身体拘束・人権擁護・虐待対策委員会にて検討していることを重要事項説明書に基づき説明している。 ④マニュアルに基づき、研修を実施している。 ・虐待予防マニュアルにて明確にしている。 ⑤⑥委員会にて検討を行っている。	①身体拘束マニュアル、虐待予防マニュアル ②重要事項説明書 ④研修報告書 ・虐待予防マニュアル ⑤委員会会議録	身体拘束マニュアル 虐待予防マニュアル 重要事項説明書 研修報告書 委員会会議録	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。	b
② 利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。	■	□					
③ 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。	■	■					
④ 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、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明確にしている。	■	■					
⑤ 権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。	■	■					
⑥ 権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。	■	□					

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-2 環境の整備							
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。							
① 福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気が保たれている。	■	■	①室温チェック表にてチェックしている。 ②個室で回りを気にせず過ごすことができる。 各ユニットに談話スペースあり ③④居室内は、自宅で使い慣れたものを持ち込んでいただいている	①室温チェック表 ②個室、談話スペース ③④各居室	室温チェック表 居室 談話スペース	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、又、ユニットごとに空気清浄機が設置されており、常に室温チェックが実施されています。又、屋上に利用者が気分転換でき、くつろげるスペースがあります。 ^a 更に、利用者の使い勝手の良い手すりの向き等を考慮した部屋の選定が可能であり、刃物・火を使う物の制限はありますが、仏壇や家族の写真、Wi-Fi設備等、基本は何でも設置可能です。	
② 利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っている。	■	■					
③ 環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。	■	■					
④ 利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室の環境等に配慮し支援している。	■	■					

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-3 生活支援							
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。							
① 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援(入浴介助、清拭、見守り、声かけ等)を行っている。	■	■	①退院後、身体状況に変化があった際に、入浴方法を変更するなど随時対応している。 ②リフト浴は1対1で介助を行っている。 ⑥バイタル測定を行い、異常があれば看護師に報告、対応を検討する。 ⑦体調に合わせて入浴順の配慮を行っている。 ⑧見守りを実施している。	①②③入浴介助マニュアル ⑤ケアプラン ⑥ケース記録	ケアプラン ケース記録	身体の状態に合わせて檜の特浴とリフト付き個室が完備されており、脱衣室等の室温管理をするとともに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。又、利用者本人の気に入ったシャンプー・リンスの使用等、好みや意向に対応し利用者一人ひとりの満足感を得られるように配慮されています。入浴前にバイタル測定を行い異常があれば看護師に報告、必要に応じた対応をしています。又、入浴順番・時間の変更・入浴日の変更等にも対応しています。	
② 安全・快適に入浴するための取組を行っている。	■	■					
③ 入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している	■	■					
④ 入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせ対応を工夫している。	■	■					
⑤ 入浴方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。	■	■					
⑥ 入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。	■	■					
⑦ 心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。	■	■					
⑧ (特養)利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。	■	■					
⑨ (養護、軽費)利用者の安全及び健康管理のため、利用者の入浴状況を把握している。	／	／					
⑩ 利用者の心身の状況や意向に合わせた入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。	■	■					
⑪ 利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	■	■					
⑫ 利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	■	■					

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
【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。							
① 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつのための支援、配慮や工夫がなされている。	■	■	①②③④個室にあるトイレで、他者を気にすることなく排泄できる。 ⑤危険な方には付き添いを行っている。 ⑥可能な限りトイレ誘導を行いトイレでの排泄を支援している。 ⑦色・形状・間隔の把握をしている。 ⑧ユニット会議にて検討と見直しを行っている。 ⑨迅速に対応している。	①排泄記録 ②ケアプラン ④⑤排泄マニュアル ⑥ケアプラン ⑦排泄表 ⑧ユニット会議録 ⑨排泄表	排泄記録 ケアプラン 排泄マニュアル 排泄表 ユニット会議録	可能な限り座位保持のため1日1回はトイレ誘導を行っています。又、おむつ交換は、定時及び随時対応しています。排泄のコントロールについては、補助バーの使用や看護的処置にて下剤指示、オリゴ糖摂取、水分摂取等にて支援されています。排泄の介助を安全に実施するためのセンサーマットの設置や姿勢保持のためのクッションの使用、転倒防止のための手すりや職員による2人介助等、安全面の配慮がされています。	
② 自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。	■	■					
③ トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。	■	■					
④ 排せつの介助を行う際には、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。	■	■					
⑤ 排せつの介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。	■	■					
⑥ 排せつの自立のための働きかけをしている。	■	■					
⑦ 必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。	■	■					
⑧ 支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。	■	■					
⑨ (特養)尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。	■	■					
【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。							
① 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支援を行っている。	■	■	①②日々の機能訓練にて現存機能の維持に努めている。 ③車いすをはじめ、適した物が利用できるように心掛けている。 ④福祉用具の点検を行っている。 ⑤ユニット会議にて検討している。 ⑥車いすの邪魔になる物がないように環境整備に努めている。 ⑦できる限り迅速に対応している。	①②機能訓練計画書	機能訓練計画書	自力で移動可能である割合は、全ユニットの利用者の1割程度であり、ほぼ車いすを使用しています。できるだけ自力で移動できるようにU字型(馬蹄型)歩行器やシルバーカー、装具などを利用するという取り組みをされています。又、安全に移乗するため、スライディングボードやフレックスボードを使用し職員の負担軽減とケアの質の向上への取り組みをされています。更に、全フロアーがバリアフリーであり、障害物がないように環境を整えられています。	
② 移動の自立に向けた働きかけをしている。	■	■					
③ 利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。	■	■					
④ 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。	■	■					
⑤ 介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。	■	■					
⑥ 利用者が移動しやすい環境を整えている。	■	■					
⑦ 移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにしている。	■	■					

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
【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。							
① 利用者の個性や好みを尊重し、衣類は利用者の意思で選択している。	■	■	①家族に本人の好む衣類を持ってきて頂き、更衣時は本人に聞くように努めている。 ②③身体の状態等も伝え材質等も相談に応じている。 ④即、対応している。	整容・更衣介助規程	整容・更衣介助規程	季節に応じた衣類の購入等は、基本的には家族に依頼していますが、必要であれば施設での購入あるいは買い物支援を行うこともあります。朝起床時・1日の途中・入浴準備時等の衣類の選択支援を行っています。又、衣類の処分においては家族と連絡を取り、対応しています。	a
② 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。	■	■					
③ 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。	■	■					
④ 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応を行っている。	■	■					
【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。							
① 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。	■	■	①②③④希望時に対応。			訪問美容は、2事業所の訪問があり、それぞれ基本月2回の合計4回の訪問により、カラーリング・顔そり等利用者本人の希望に応じて利用されています。おしゃれに関しては、職員による寝ぐせ直し程度の対応であり、利用者の希望に応じた支援はうかがえませんでした。	b
② 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。	■	□					
③ 理容・美容に関する資料や情報を用意している。	■	■					
④ 理髪店や美容院の利用について、希望に応じた支援を行っている。	■	■					
【A⑩】A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。							
① 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮をしている。	■	■	①状況に応じ対応している。 ③スタンダードな物を用意し、本人が私物を望んだ場合は許可している。 ④全室個室。		居室	夜間の居室内は、入口のダウンライト・洗面所の灯り・常夜灯により夜間の室内の明るさを利用者一人ひとりに対して就寝時に希望を聞き対応されています。今後は、安眠に関するマニュアルの作成をするともに枕灯等の設置が望まれます。	b
夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルを用意している。	□	□					
③ 寝具は利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認めている。	■	■					
④ 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。	□	■					

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
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。							
① 食事をおいしく、楽しく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。	■	■	①管理栄養士がミールラウンドを行い献立や形態を随時、検討し対応。 ②テーブルには最大2名の利用者が使用し、落ち着いた雰囲気になるように配慮している。	①食事内容表・ミールラウンド記録・栄養ケア経過記録。 ③衛生管理マニュアル	献立表 行事計画書 ミールラウンド記録 栄養ケア計画書 栄養ケア経過記録 衛生管理マニュアル	献立表は、2日分ずつ掲示されており、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。1つのテーブルには最大2人の利用者の使用と向かい合わせには座らない等の配慮があり又、マニュアルに基づいた衛生管理が適切に行われています。今後は、食事の選択・楽しく食事ができる雰囲気づくりが望まれます。	b
② 食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。	■	□					
③ 衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。	■	■					
④ 食事を選択できるよう工夫している。	□	□					
⑤ (軽費)調理器具・台所等の衛生に留意し対応している。	□	／					
【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。							
① 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。	■	■	①管理栄養士がミールラウンドを行い献立や形態を随時、検討し対応。 ②利用者のペースに合わせるよう心掛けている。 ③現存機能を有効に活用してもらい自力摂取を支援している。 ④嚥下体操等を行い経口摂取を維持できるように努めている。 ⑤緊急時対応の研修を全体会議時に行っている。 ⑥ユニット会議等で検討している。 ⑦介護ソフトにて管理。 ⑧実施している。	①ミールラウンド記録 ⑤全体会議録 ⑥ユニット会議録 ⑦介護ソフト ⑧栄養マネジメント計画書	ミールラウンド記録 全体会議録 ユニット会議録 介護ソフト 栄養マネジメント計画書 事故予防規程	栄養マネジメント計画書を作成し、実施されています。又、管理栄養士によるミールラウンドを実施、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。又、食事時の姿勢の保持や嚥下体操・自助具の使用等、自力摂取の支援を行い、更に、誤嚥・窒息などの食事中の事故に対し事故予防規程を整備され研修を実施し、介助支援を行っています。又、介護ソフトにて利用者の管理を行いユニット会議にて提供・支援・介助方法等について検討と見直しを行っています。	a
② 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。	■	■					
③ 利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。	■	■					
④ 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。	■	■					
⑤ 誤嚥、窒息など食事中の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。	■	■					
⑥ 食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。	■	■					
⑦ (特養)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。	■	■					
⑧ (特養)利用者一人ひとり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実施している。	■	■					

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
【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。							
① 利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。	■	■	歯科衛生士による口腔ケアを実施。歯科医・歯科衛生士が口腔内の状態を定期的に観察を行い介護職員へのアドバイスを実施。毎食後に介護職員は口腔ケアを実施。	②内部研修記録 ③口腔衛生管理加算 様式(実施計画)	口腔ケア計画書 研修記録	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ており、又、介護職員への研修及びアドバイスの支援もうかがいました。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おります。	
② 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。	■	■					
③ 歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。	■	■					
(特養)利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとり ④ に応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。	■	■					
⑤ (特養)口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。	■	■					
⑥ (特養)食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックが実施されている。	■	■					
⑦ (養護、軽費)食後または就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。	/	/					
⑧ (養護、軽費)口腔内に異常が認められた場合、歯科の受診を促している。	/	/					
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。							
① 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取組んでいる。	■	■	看護師・介護職員で協議しエアマットの導入・体位交換を実施。ポジショニングにおいては機能訓練指導員が指示を出している。皮膚科往診時に情報収集をしている。	①褥瘡予防規定 ②③④褥瘡ケア計画書 ⑤皮膚科の往診時に指示をもらい実行している。 ⑥ミールラウンド記録にて把握。	褥瘡予防規定 褥瘡ケア計画書 ミールラウンド記録	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(アルブミン値)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。又、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。今後、皮膚科医の個別の指示を基にさらに進んだマニュアル等への落とし込みに期待します。	
② 標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。	■	■					
③ 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。	■	■					
④ 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。	■	■					
⑤ 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れている。	■	■					
⑥ (特養)褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。	■	■					

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
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。							
介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。 ① ② 喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。 ③ 医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。 ④ 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。 ⑤ 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。	■	■		①②③サンライフ土山登録 喀痰吸引等業務方法書 ④⑤吸引については手法の 研修実施。	喀痰吸引等業務方法書	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ています。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を図り又、看護師主導による内部研修も定期的に実施されています。 ^a	
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。							
① 利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取組むための支援を行っている。 ② 利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。 ③ (特養)日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。 ④ 一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。 ⑤ 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・医療機関との連携など必要な対応を行っている。	■	■	・利用者一人一人の身体状況や希望に合わせた個別機能訓練計画を立てている。詳細は個別機能訓練計画書を参照。 ・個別機能訓練計画書の更新月に合わせておおよそ3か月に1回程度、担当者会議を行ない評価、見直しを行なっている。詳しくは個別機能訓練計画書、担当者会議録を参照。 ・個別機能訓練計画に基づき、それぞれに応じた機能訓練を実施している。電子ソフト「寿」ケア実施記録を参照 ・外部医療機関から理学療法士を招き、機能訓練指導員とともに各利用者を評価している。生活機能向上連携加算評価表を参照	・個別機能訓練計画書 ・担当者会議録 ・電子ソフト「寿」 ・生活機能向上連携加算評価表	個別機能訓練計画書 担当者会議録 電子ソフト「寿」	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基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。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。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の構築に期待します。 ^b	

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
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。							
① 利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。	■	■	①入所前の面談にて情報収集を行っている。 ②以前は接遇委員・現在は虐待防止委員会にて不適切ケア排除に努めている。	①アセスメント表 ②虐待防止委員会会議録 ③介護記録支援経過	アセスメント表 虐待防止委員会会議録 介護記録 認知症ケアマニュアル	入所前の面談時にADLと合わせて聞き取りを行っています。認知症ケアマニュアルに基づいて援助を行い、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。又、心療内科医の指示により薬の調整がされています。今後は、アセスメントを定期的の実施し、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・支持の標準化に努められることを望みます。	b
② あらゆる場面で、職員等は利用者に配慮して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っている。	■	■					
③ 行動・心理症状(BPSD)がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。	■	□					
④ 職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。	■	□					
⑤ 認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。	■	■					
⑥ 利用者一人ひとりの症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。	□	□					
⑦ 医師及び看護師等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状(BPSD)について分析を行い、支援内容を検討している。	■	□					
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。							
① 利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立し、取組んでいる。	■	■	③毎日朝・夕に検温 ④⑤全体会議にて実施 ⑥誤薬防止マニュアル	①マニュアル(24時間連絡体制) ②介護ソフト寿 ③介護ソフト寿(バイタル) ④⑤全体会議会議録(医療に関する研修 体調・薬等) ⑥誤薬防止マニュアル	急変時対応マニュアル 介護ソフト 全体会議会議録 誤薬防止マニュアル	急変時対応マニュアル・オンコール対応手順書を確認しました。又、主任会議での見直しについてもうかがいました。服薬管理は、看護師の指示の基、介護職員がユニットごとに2人体制で確認を行い誤薬防止の取り組みが行われています。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。	b
② 日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。	■	■					
③ 利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。	■	■					
④ 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。	■	■					
⑤ 体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	■	□					
⑥ 利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。	■	■					

	自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
			取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
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。							
① 利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかにしている。	■	■	①②⑥マニュアル ③面談し行っている。 ④⑤全体会議でターミナルケア研修を実施。	①マニュアル(ターミナルの流れ) ②24時間連絡体制 ③看取り介護同意書・看取り介護指針 ④⑤全体会議会議録 ⑥看取り介護指針	ターミナルケアマニュアル 24時間連絡体制 看取り介護同意書 看取り介護指針 全体会議会議録	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。又、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。職員に対して各ユニットごとでデスクカンファレンスを実施していますが、振り返りのみならず、職員の精神的なケアの実施が望まれます。	a
② 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。	■	■					
③ 利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。	■	■					
④ 職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。	■	■					
⑤ 終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。	■	■					
利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での終末期のケアを行う体制を整え取組を行っている。	■	■					
A-4 家族等との連携							
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。							
① 家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。	■	■	①定期ではないが、状態変化があれば、随時、報告している。 ②身元引受人の他にも連絡先を聞き連絡が取れるように努めている。 ③ケアプラン作成前に要望を伺っている。 ④必要時に行っている。 ⑤行事案内	①看護記録 ②緊急連絡先一覧 ③介護サービス計画書 ④介護記録・看護記録 ⑤2階西 敬老会	看護記録 緊急連絡先一覧 介護ソフト	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れば随時電話で報告を行っています。又、家族との相談は定期的ではないが随時行い、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、その内容を記録し事業所の取り組みに活かすことが望まれます。	b
② 利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。	■	■					
③ 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。	■	■					
④ 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。	■	□					
⑤ 利用者と家族がつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。	■	■					

		自己評価	第三者評価	施設記入欄		評価調査者記入欄		
				取組の状況	自己評価の根拠(参照資料)	確認された資料	評価の高い点/改善が求められる点	判定
A-5 その他								
	【A㉑】A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。							
	① 必要なときには、職員・地域のボランティア等、いずれかの人の介助や支援・助言を受けられる体制を整えている。	☐	☐				家族との外出に対しては、目的・時間・外出の注意事項等のルール化はされていますが、利用者の希望に応じた外出の介助や支援の体制はうかがえませんでした。又、外出に伴う安全確保や不測の事態への対処法も確認できませんでした。	c
	② 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。	☐	☐					
	③ 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。	☐	☐					
	【A㉒】A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。							
	① 郵便や電話などを利用したい時に、いつでも利用できる工夫をしている。	☒	☒	①希望があれば対応。 ②携帯電話の無い方は施設PHSで居室で電話して頂くことも可能。			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す。又、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。	b
	② 郵便や電話などの利用時のプライバシーに配慮している。	☒	☐					
	【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。							
	① 新聞・雑誌を個人で購読できる。	☒	☒	①希望者は購読可能。 ②テレビも持ち込み可能。 ③特にルールは定めず利用者の意見を聞き対応している。	①新聞の領収書 ②利用者居室	居室	各居室にテレビやラジオ等を持ち込むことや新聞・雑誌の購入も可能です。ただし、新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法については利用者の協議は確認できませんでした。	b
	② テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。	☒	☒					
③ 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決めている。	☐	☐						