

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	社会福祉法人 ささゆり会 サンライフ西庄			事業所番号	
住所	姫路市西庄甲87-1				
対応者 (欄は適宜増やしてください)	役職	施設長	氏名	西川 明茂	
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>北野 香 <記録>山崎 政彦				

【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。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施								
Ⅲー１ 利用者本位の福祉サービス								
Ⅲー１-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。								
【28】Ⅲー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。 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・評価等を行い、必要な対応を図っている。	■	■	理念や基本方針（10カ条）などのマニュアルを策定している。研修などについては、施設内研修や全体会議を通し勉強をしている。	理念・10カ条 倫理綱領・各種規定 各種マニュアル・ケアプラン等 研修報告書・全体会議記録 アセスメント・ユニット会議録・フロア会議録	パンフレット （基本理念・サービス10カ条掲載） 行動の指針と標準 年間研修計画 研修報告書・全体会議記録 ユニット会議録	・評価の高い点 職員が理解し実践するための取組については、フロア毎に月の目標をたてている。 緊急時対応マニュアルは昨年6月に見直しを行い赤字で記載し、今年も見直しは検討したが見直し箇所はなく、日付のみ更新した。 ・改善が求められる点 ①職員が周知：コロナ感染の蔓延前は職員が理念を唱和していたが現在はしていない。 各ユニットから各委員会に職員が参加し、指針（マニュアル）は各委員会で見直しを行っている。 ・基本理念・サービス10カ条及び倫理綱領の施設内掲示がない。	b	
	■	□						
	■	■						
	■	■						
	■	■						
【29】Ⅲー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。 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。 ③ 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。 ④ 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。 ⑤ 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。 ⑥ 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。	■	■	各種マニュアルを策定している他、ファイルやサーバーを通し誰もがみれるようにしている。研修などについては、施設内研修や全体会議を通し勉強をしている。	虐待防止指針・虐待防止マニュアル等 倫理綱領・入浴マニュアル・排泄マニュアル 個室トイレ・障子など 掲示板の掲示・契約書等 研修報告、カメラチェック表 虐待予防マニュアル等	年間研修計画 虐待防止指針・虐待防止マニュアル	・評価の高い点 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、職員に研修は8月に職員全員出席で開催された。 虐待防止研修は法人で取り組み、2ヶ月に1回の管理者研修会議時に不適切事案等の対応手順等も見直しや確認を行い、各リーダーを経由して職員への理解を図っている。 施設の取り組みは利用者の入所及びショート利用時の契約締結時に説明を行っている。 ・改善が求められる点 職員に研修は職員全員出席で開催されたが職員の報告書はない。	a	
	■	■						
	■	■						
	■	■						
	■	■						
	■	■						
	■	■						

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。						
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。	■	■	ささゆり新聞やパンフレット等を玄関に置いている。契約内容の説明では介護の質向上の取り組みをしている。体験入所、一日利用は実施していない。	玄関の確認。	介護の質の向上への取り組み 玄関以外では 入居案内書 法人内の複数施設の案内もあり	④見学時は入居案内書を渡している パンフレットの置き場所：系列法人内施設の案内 他介護事業所や居宅事業所、地域包括センターへは 案内書を郵送している 地域担当の包括支援センターには運営推進委員会メンバー委員として出席してもらっている
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。	■	■		パンフレット・介護の質向上の取り組み		
③ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	■	■		事業所一覧や姫路市のHPから他事業所や老健・医療院も説明。		
④ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	■	■		見学は実施。入所申込		
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。	■	□		料金表		
【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 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。	■	■	契約書・倫理綱領に記載。ケアプラン研修などを通して研修も実施。状態については食事量やBMI値 ケース記録や、動画なども使用。	契約書・倫理綱領	ケアプラン作成時の注意点	職員の新規採用時はユニットリーダーかサブリーダーから作成指導をする ケアプランは意向をくみいれて変更する 本人意思疎通不可時の説明は ケアプランの原案は居室担当が作成する 家族は担当者から話が聞きたい 家族の意見は面会場所で聞き取る ケアプランの中に本人、家族の意向を反映する
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。	■	■		ケアプランについて・ケアプラン		
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。	■	■		研修報告		
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。	■	■		ケアプラン		
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。	■	□		契約書		
【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 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。	■	■	契約書・重要事項・運営規定などにも記載。	看取り介護指針	重要事項説明書 円滑な退所のための援助	入所もしくは退所時は重要事項説明書に基づいて 入所契約及び契約解除手続きを行う 契約解除はほとんどの場合死亡退所が多い 重要事項説明書に退居の手順を明記 円滑な退所のための援助も重要事項説明書内に明記 入院後1週間で意向確認 終の棲家もしくは看取りについて
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。	■	□		契約書等		
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。	■	■		重要事項説明書		
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、 ④ 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。	■	□		運営規定・契約書		

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。							
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、利用者満足度を把握する目的で定期的に行われている。 ③ 職員等が、利用者満足度を把握する目的で、利用者や家族等に出席している。 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。	■	□	ケアプランの意向調査や嗜好調査を実施している。	嗜好調査・ケアプラン		③事業所の運営推進会議には出席 研修はオンラインで開催 ④ビデオ面会 遠距離の家族等は現在もオンライン面会の利用者が3名ある 直接面会はユニット内や居室でなく別に面会場所を設けている 聞き取り方法：昨年は食事の嗜好調査を実施 本年度はまだできていない 家族会：形はあるが活動の実施はできていない 家族代表が運営推進委員会には出席している 代表の変更はある 記録はない コロナ感染の取り扱いの変更で面会は増えている	c
	■	□		アセスメント表			
	□	□					
	□	□					
	■	□		嗜好調査			
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。							
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。	■	■	苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置し重要事項説明書に明記、苦情ができれば報告・対応し法人での苦情委員会でも内容の説明をしている。	重要事項説明書		苦情内容：座薬の使用について、車いすが汚れている等がたまたまあった 家族の気持ちになって対応 工夫：フィードバックをしている 掲示板：1か月間掲示 苦情は公開している 第三者委員には地域の民生委員も入ってもらっている。	b
	■	■		掲示物・重要事項説明書			
	■	□		意見箱			
	■	■		苦情報告書			
	■	■		苦情報告書・苦情委員会資料			
	■	■		苦情委員会・掲示板			
	■	■		苦情報告書			
【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。							
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。	■	■	相談室を設け話を聞ける状況にあり、掲示板にも掲載。人数が多い時にはリストラテポーノを利用し話しやすい環境を作っている。	相談・苦情マニュアル		相談や意見を述べやすい環境の工夫として、共用スペースの壁にベンチ式の腰掛を設けたり、落ち着いた居室で話ができるようにしている。	b
	■	□		掲示板			
	■	■		相談室・リストラテポーノ			

【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 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。	■	■	ケアプラン作成時には現状の報告及び家族本人の希望を把握しサービスに繋げている。苦情相談マニュアルも改正している。	倫理綱領・ケアプランについて	苦情倫理規定 苦情報告書(記録あり)
	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。	■	□		意見箱	
	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。	■	■		苦情相談マニュアル	
	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。	■	■		苦情相談マニュアル	
	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。	■	■		苦情報告・ケアプラン	
	⑥ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	■	□		苦情相談マニュアル	
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。	■	■	安全衛生責任者を置き、事故防止委員会やユニット会議で検討している。また、虐待研修や全体会議の実施。給与明細などにも事例を入れている。	資格者証・委員会	事故防止委員会会議録 事故予防規程 職員事故報告書
	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。	■	■		事故予防規定や各種マニュアル	
	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。	■	■		全体会議録・虐待研修・給与に入 れる資料	
	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。	■	■		事故報告書・事故委員会議事録	
	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。	■	■		研修報告・全体会議	
	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。	■	□		事故報告書・ユニット会議・事故委員会議事録	

b

b

【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。								
	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。	■	■	各種マニュアル作成・BCP訓練実施している。マニュアル等が徹底できてない点は訓練や対策後に反省会を実施しマニュアル改正・徹底に努めている。	感染症BCP	感染症BCP(計画書、マニュアル綴りにあり) 感染症委員会会議録(R6.10.23) コロナ・ノロウイルス	保険者等とは連携をとっている(契約書) 訓練・備蓄(施設5回の倉庫に3日分、定期的に購入) 恵幸・消防、自治会との連携 避難所指定は二次避難所として 水害等 自治会は直接受け入れてほしいとの申し出ながら 市役所は直接受け入れないように指導	a
	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。	■	■		感染症研修・各種マニュアル			
	③ 担当者等を中心にして、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。	■	■		感染症委員会・全体会議・研修報告			
	④ 感染症の予防策が適切に講じられている。	■	■		感染症BCP・各種マニュアル			
	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。	■	■		反省会資料			
	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。	■	■		各種マニュアル			
【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行っている。								
	① 災害時の対応体制が決められている。	■	■	災害BCPを作成訓練も実施、姫路市への報告もしている。	災害BCP	BCPマニュアル		a
	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。	■	■		災害BCP			
	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。	■	■		災害BCP			
	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。	■	■		災害BCP			
	⑤ 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。	■	■		災害BCP訓練			

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。 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。	■	■	各種規定や研修などを実施している。カメラなどで見えるところは定期的にチェックし指導も行っている。	各種規定	保存食マニュアル 介護技術(手法)マニュアル 24時間シート 業務チェック表 チェックリスト(利用者個人ごとに排泄、入浴等の実施記録) ユニットのリーダーが○印をつけて指導 リーダーが作り直す	OJTとしてリーダーが指導 外国人介護職員の研修-基本はマニュアルではなく現場で指導中心 個別指導-利用者の疾患や麻痺について介護方法を指導(ケアプランに基づいて) ・点眼薬、リハビリ指導:リーダーもしくはチューターが指導	a
	■	■		各種規定			
	■	■		研修報告			
	■	■		カメラ確認表			
【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・見直しが定期的実施されている。 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。	■	■	マニュアルなどは各委員会で見直しをかけると共に今年度は全マニュアルの見直しを事業計画に記載。実施している。	委員会	ユニット会議録	ユニット会議録は月1回開催で見直し等を実施 ケアプラン等の見直しはその都度実施 見直し日時等の記載が今はできていない 確認は押印 ユニットとフロー会議を実施 ショートスティも特養として会議する 理念はフロー会議 ユニット会議は利用者個別について検討	b
	■	■		委員会議事録・ユニット会議録・フロア会議録			
	■	■		ケアプラン			
	■	□		委員会議事録・ユニット会議・フロア会議録			

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。 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。	■	■	施設長がケアマネを兼務し確認している。定期的なアセスメント評価を行い、ニーズの聞き取りや意向が聞けない物は職員がニーズが把握できるようにしている、サービス担当者会議で話し合い研修も実施している。	資格者証	ケアプラン アセスメント評価表（パソコン内）	①：施設長が介護支援専門員として責任者。看取りプランを含む。 平成30年まではチェック表でできないを確認していたが、現在は半年更新のケアプランに基づいて介護業務を確認。看取りのケアプランは3か月で見直しをしている。 モニタリング-3か月に1回 ケアプランの項目に対し継続もしくは終結を評価する ＊事業所は法人内では『看取り推奨施設』として位置づけられている。（法人が提示）
	■	■		アセスメント評価表		
	■	■		担当者会議録		
	■	■		ケアプラン		
	■	■		ケアプランについて		
	■	■		24時間シートなど		
	■	■		成年後見制度		
【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、 ① 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。 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。 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。 ④	■	■	ケアプランについてで流れを明記、決定したプランは各ユニットに配布し徹底している。	ケアプランについて	看取り期段階表 （事業所独自、A～D段階） 看取りの面会基準（看護業務）	看取りとレベルの面会基準について作成作成基準も作成済み
	■	■		ケアプランについて・研修報告		
	■	□		緊急変更契約・ケアプランについて		
	■	■		アセスメント評価表		

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。	■	■	定期的なアセスメント評価を行い、ニーズの聞き取りや意向が聞けない物は職員がニーズが把握できるようにしている、サービス担当者会議で話し合い研修も実施している。	アセスメント表	ケース記録(パソコン内で各職種、ユニット共有) 「朝礼申し送り簿」記録簿	記録簿：紙媒体で記録し職員は休み明け等の出勤時に確認 利用者の健康状態等は看護婦日誌の閲覧も可能であり、確認時はサインをする。 朝礼は3階のエレベーター前で実施。当日の往診、検食、部門間の情報共有を月～金曜日の毎日実施。
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。	■	■		ケース記録		
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。	■	■		介護記録の書き方・ケアプランについて		
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。	■	■		ケアプランについて、PDCAマニュアル		
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。	■	■		委員会・委員会会議録		
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。	■	■		共有フォルダ・寿システムなど		
【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。	■	■	個人情報に関する規定を作成し、契約書説明し、同意を得ている。また、研修会も実施。	個人情報保護に関する方針	個人情報保護規定(作成日記載) 重要事項説明書 職員の同意書 秘密保持に関する契約書	個人情報保護研修は6月に実施：倫理及び法令順守 利用者の個人情報(プライバシー)保護についての研修：8月実施 新人研修は入職時に実施 古い職員は最低年に1回の5～6年研修受講継続
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。	■	■		スカイ導入		
③ 記録管理の責任者が設置されている。	■	□		責任者確認事項		
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。	■	■		研修報告		
⑤ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	■	■		研修報告		
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。	■	■		契約書		

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: 地域密着型特別養護老人ホームサンライフ西庄	種別: 地域密着型サテライト型介護老人福祉施設入所者生
-----------------------------	-----------------------------

	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に工夫している。(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。	■	■	インテーク面接より情報を収集する他、家族からもフェイスシートに記載頂き、今までの本人の背景を知るようにしている。また、その後は3～6か月ごとにアセスメント・担当者会議・ユニット会議などで情報を共有し本人の望む生活が支援できるようにサービスに繋げている。	フェイスシート・担当者会議録・ケアプラン・機能訓練計画書	フェイスシート(入所時)	①入所前に終末期等の家族の意向確認 自立支援の工夫 ラジオ体操の1日1回の実施 * 選挙時の外出として2名の利用者を市役所の投票所まで行った	a
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。	■	■		フェイスシート・担当者会議録・ケアプラン・機能訓練計画書			
③ 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。	■	■		機能訓練計画書・レクリエーション実施表			
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。	■	■		フェイスシート・担当者会議録・ケアプラン・機能訓練計画書			
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。	■	■		機能訓練計画書・ケアプラン			
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。	■	■		担当者会議録・ユニット会議録			
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。	■	■		フェイスシート・ケアプランなど			
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。	■	■		フェイスシート・ケアプランなど			

		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)							
	① 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。	■	／	施設長や相談員も現場に入り、またユニット会議やフロア会議・ミールラウンドにも参加し状況把握や相談に対応している。また、そこで気づいたことなども話し合い、サービスの改善に取り組んでいる。病院のPTと連携し機能訓練の計画書を作成、介護職員が実施することで自立支援にむけた支援を行っている。重度の認知症や精神疾患のある方に心療内科の往診や受診をすることで安定して過ごせるように支援をしている。成年後見人や、イキイキ通販などのサービスも導入している。玄関に成年後見制度の研修案内や利用方法のパンフレットを配置している。	ユニット会議録など			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。	■	／		ケアプラン・機能訓練計画書			
	③ 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。	■	／		機能訓練計画書			
	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。	■	／		ケアプラン・ケース記録			
	⑤ 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。	■	／		成年後見人、ケアプラン			
	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。	□	／					

			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。	■ ■	ユニット会議や担当者会議などから個々の入居者様の情報を収集し普段から良い関係が作れるように支援している。	フェイスシート・担当者会議録・ケアプラン・ユニット会議録など		最高齢の利用者は104才で耳は聞こえにくい が、 ホワイトボードで筆談とジェスチャーでコミュニケーションが取っている 虐待予防研修で言葉使いについて研修し、接遇時も常に気を付けている コミュニケーション方法や支援日について常に見直しを行い、感想を聞き取っている ⑥利用者から施設長を指名し話があると対応 ⑦食事介助時等に対応し、また全員に挨拶をすることを心がけている。朝礼後の配布物時に対応。	a
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。	■ ■		ケアプラン			
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。	■ ■		各マニュアル・ケアプラン			
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。	■ ■		ケアプラン・ユニット会議録など			
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。	■ ■		ケアプラン・ユニット会議録など			
⑥	利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。	■ ■		ケアプラン・担当者会議・ケース			
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。	■ ■		ケアプラン・ケアプランについて			
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。	■ ■	今年度は虐待指針・マニュアルを見直し全職員へ年間計6回の法人研修及び施設内で2回の研修を実施。ビデオなどから相応しくないケアを話し合うグループディスカッションなど取り入れている。	(認知症)高齢者介護規定・各マニュアル	パンフレット 高齢者虐待防止の為に指針 ささゆり会虐待予防マニュアル	権利擁護研修も年間計画にあげてほしい (包括支援センター等に依頼を提案) 虐待予防マニュアル、規程 資産管理等が事業所運営規定に言葉が入っている 短期入所生活介護事業で『ロングショート』利用の利用者が成年後見制度を利用(包括支援センター担当で社協とのつなぎながら話が進んでいない) *事業所内研修で権利擁護については施設長が講師でとなり研修を実施した。	a
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。	■ ■		契約書・運営規定			
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。	■ ■		虐待予防マニュアル・指針			
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。	■ ■		身体拘束適正化の為に指針			
⑤	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。	■ ■		身体拘束適正化の為に指針・虐待予防マニュアル			
⑥	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。	■ ■		虐待研修報告書			
⑦	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。	■ ■		PDCAマニュアル・虐待防止マニュアルなど			

	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定期的な換気に加え24時間換気システムを使用している。建物の中間に庭を作ることで自然光を取り込みやすくなっている ②通路のところどころに座れるスペースがあり休めるようにしている ③利用者の意見を取り入れながら定期的に席替えを行っている。 ④孫や夫の写真を飾ったり大切にしていたものを持ち込めるように配慮している	見学		各ユニットの居室は個室として、障子窓等の落ち着いた雰囲気の和風感覚を基調としている 照明も照度調整ができる ベッドは高さが床まで下がる機能があり安全性が確保されている 確執にトイレがあり、天井までの間仕切りでプライバシーの確保ができるが、車いす使用時は間仕切りが開放でき出入りが容易にできる	a
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。	■	■		見学			
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。	■	■		ケアプラン			
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。	■	■		居室			

	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。	■	■	体調などに合わせ入浴の順番や日にちを変更している。入浴介助マニュアルをもとに入居者様一人ひとりに合わせた支援をしている。	入浴介助マニュアル	入浴介助マニュアル (入浴の前・入浴時、片付け等細分化)	浴室脱衣場に介護ベッドを設置し、要介護者、介護者ともに更衣等の負担軽減・安全確保を実施 浴槽は特殊浴槽も設置 利用者一人の入浴対して二人介助もある 入浴実施日は記録 入浴は利用者の意向を尊重している 体調不良時等の入浴の可否は看護師判断 入浴前のバイタル測定(基礎疾患、血圧、発熱状況を考慮) 入浴日はユニットごとに決まっている 入浴日変更等の希望も随時対応している 基準は週に2回の入浴としている	a
② 安全・快適に入浴するための取組を行っている。	■	■		入浴介助マニュアル			
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	■	■		入浴介助マニュアル			
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。	■	■		入浴介助マニュアル			
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。	■	■		ケアプラン			
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。	■	■		入浴介助マニュアル・ケース記録			
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。	■	■		入浴介助マニュアル・ケース記録			
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。	■	■		入浴介助マニュアル・ケース記録			
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。	■	／		入浴介助マニュアル・ケース記録・ケアプラン			
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。	■	■		見学			
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 排泄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、排泄のための支援、配慮や工夫がなされている。	■	■	立位がとれない方も二人介助にて、日中は出来るだけトイレでの排泄が出来るように支援している。排便がしにくい方には浣腸や坐薬の使用、牛乳の飲用、や1日水分1000cc以上の摂取を勧めている。排泄介助時間以外でも要望があれば排泄支援をしている。	排泄表・ユニット会議録	排泄表-1日1枚 担当者がカラーの色分けで排泄内容記録 居室トイレのドアが通常誘導介助と車いす対応ができるように工夫されている 機能訓練計画書 (生活リハビリを主にして協力病院の担当者が作成) 科学的介護(竹内孝仁教授監修を参照)・ケアプラン・見える化表	便秘対応で利用者によって下剤を使わずに牛乳で対応の工夫 排泄リズムに合わせて排泄パターンを把握するトイレ(誘導)で排泄と弁別対応 排泄誘導の声かけ(トイレで排泄を希望する利用者のほうが多い) 水分摂取は日に1000mlを目標ながら、制限利用者もある。健康診断やむくみ状態等で判断している。 1日1000ml～1200mlの摂取を促している。 オムツの工夫:紙パンツ-かゆみ、布パンツ-介助紙おむつ-状況に応じて 利用者の状況によって使い分ける 理学療法士によるリハビリは、週に1回実施 重度利用者の安楽な姿勢の確保のために車いすのポジショニング指導が多い、	a	
	② 自然な排泄を促すための取組や配慮を行っている。	■	■		科学的介護・ケアプラン・見える化表				
	③ トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。	■	■		見学				
	④ 排泄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。	■	■		排泄マニュアル				
	⑤ 排泄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。	■	■		見える化表・ケアプラン・排泄マニュアル				
	⑥ 排泄の自立のための働きかけをしている。	■	■		機能訓練計画書				
	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。	■	■		排泄表				
	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。	■	■		見える化表				
	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。	■	■		排泄表・見学				
【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。	■	■	自力で移動できる方は、機能訓練として歩行訓練、自操訓練などを実施している。また、移乗や移動などもマニュアルも整備している。	機能訓練計画書・実施表・ケアプラン	移動介助マニュアル 介護技術基本マニュアル(平成27年3月作成) 更衣介助を含む	自力で移動 理学療法士の指導 眠りスキャン:利用者により24時間のビッチ ビッチとは:「同じことを続けて行ったり、物事を一定間隔で繰り返して行ったりする場合の速度・回数」 ⑥利用者が移動しやすい環境を整えている。 各ユニットの構造が回廊となっている。 通行の妨げになる物は置かない	a	
	② 移動の自立に向けた働きかけをしている。	■	■		機能訓練計画書・実施表・ケアプラン				
	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。	■	■		見学				
	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。	■	■		介護の基本、各マニュアル				
	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。	■	■		ケアプラン・ユニット会議録				
	⑥ 利用者が移動しやすい環境を整えている。	■	■		見学				
	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。	■	■		見学・カメラ				

	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。	■	■	衣類用意ができる方は自分で衣類を準備して頂き、選択できる方は選択して頂く、選択ができない方も季節や発汗などにより衣類を職員が選んでいる。拘縮などのある方には家族にどのような衣類が良いか情報等を提供。家族がいない方などは買い物も実施。	介護の基本、着脱マニュアル	衣装依頼分の領収書	服の選べない利用者は居室担当が対応 入浴時持参し更衣 購入は基本は家族対応 衣類購入のために通販のカタログもある 買い物相談支援 基本は家族 本人希望時は外出の機会を増やす	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。	■	■		衣装依頼分			
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。	■	■		衣装依頼分・領収書			
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。	■	■		介護の基本、着脱マニュアル			
【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。	■	■	化粧などをされる方は基本自分でされている。散髪のカットやカラーは出来る限り本人希望・家族希望などで行っている。整髪は離床介助時や入浴時に介護職員が行っている。訪問美容を2社入れており選択できるようにしている。	見学	訪問美容2社の契約書	理美容のための家族との外出はない 訪問理美容は2社訪問ながらパーマができる、できない業者がある 髪染めは2社ともできる 理美容は浴室で行う 損害賠償制度もある 希望に対応している	a
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。	■	■		見学			
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。	■	■		訪問美容の契約書			
【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。	■	■	電球の明るさ等は要望ある人決めている。体位交換表などで個別に設定している。寝具は夏用布団、冬用布団と用意しているが、持参したい人は持参して頂いている。	見学	眠リスクキャン	不眠時は心療内科のかかりつけ医に相談 利用さYによって就寝時の部屋の明るさを調整する マニュアルはないが個別対応はできている	a
② 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。	■	■		見える化表			
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。	■	■		見学			
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。	□	■		全個室			

	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。	■	■	嗜好調査を実施し、その結果をもとに献立作成に反映している。 給食委員会で食事内容の確認や希望を聞き取り食事提供に反映させている。 衛生管理マニュアルに沿って、調理を実施し、職員へ食中毒・感染症予防の研修を行っている。	献立表	献立表(各ユニット) 食中毒予防の三原則 研修5月実施 食事の介助規程(マニュアルと同じ) 安全衛生管理マニュアル 感染症、食中毒の予防、まん延防止に関する指針 給食委員会会議録	給食委員会:献立、形態、衛生について検討(爪切り等の衛生対応) 平成24年8月実施の嗜好調査結果 工夫:食事環境、各ユニットでご飯を炊き、味噌汁を作る 盛り付けも行う 材料は事前に厨房で切って準備	b
② 食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。	■	■		食堂			
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。	■	■		安全衛生管理マニュアル			
④ 食事を選択できるよう工夫している。	□	□					
⑤ (経費)調理器具・台所等の衛生に留意し対応している。	■	／		厨房・フロアキッチン			
【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。	■	■	管理栄養士によるミールラウンドやユニット会議・担当者会議の中で個々に合わせた食事の提供を行っている。緊急時のマニュアルを整備し、救急救命などの研修も徹底している。	食事箋・ケアプラン・口腔衛生管理・栄養マネジメント計画等	緊急時の対応表 緊急時マニュアル・事故予防規定 令和6年7月に研修実施 食事介助規程	食事の基本は自分で食べる事としている 栄養補助食品もある 共立歯科の口腔ケアを推奨し口腔内のオーラルケアを毎食後に実施 一人のみ精神疾患のためできない 緊急時の対応表 介護の質の向上への取り組み 科学的介護の実施	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。	■	■		ケアプラン・食事介助規定			
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。	■	■		食事箋・ケアプラン・口腔衛生管理・栄養マネジメント計画等			
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。	■	■		科学的介護取組み			
⑤ 誤嚥、窒息など食事で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。	■	■		緊急時マニュアル・事故予防規定			
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。	■	■		ユニット会議録・担当者会議録など			
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。	■	■		ケース記録・水分摂取表			
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。	■	■		栄養ケア計画			

	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。	■	■	加齢による口腔内の変化を把握し、入居者自身で口腔ケアを行うことができるよう支援を行っています。誤嚥性肺炎をはじめ呼吸器感染症予防するために、口腔内を清潔に保ち、十分なアセスメントに基づいた適切な口腔ケア方法で行っています。毎食後に口腔ケアを行い、口腔内の状況によっては歯科医師の診察や歯科衛生士へ相談し、治療とケアを行っています。治療や拔牙などが必要と思われるときは、すみやかに歯科医師に相談しています。口腔ケアに必要な物品を個々に合わせて選択し使っています。	口腔衛生管理加算書式	口腔内の状況は歯科医師の診察と歯科衛生士の訪問診療があり、その都度研修として指導を受ける。2回/月	課題:研修としてどうとらえるか 今後は科学的に取り入れたい	b
② 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。	■	□		往診歯科より歯科疾患管理の実施記録			
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。	■	■		衛生物品購入			
(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	■	■		口腔衛生管理加算書式			
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。	■	■		口腔衛生管理加算書式			
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。	■	■		口腔ケアチェック表			
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。	■	■		口腔ケアチェック表	ユニット事の口腔ケアチェック表 実施時は押印もしくはサイン		
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。	■	／		ケース			
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。	■	■	褥瘡の要因(湿潤、圧迫、ずれ、栄養状態、摩擦等)が重なることにより褥瘡が発生するため、全身管理環境調整を行い褥瘡予防に努めています。座位、臥床時のポジショニングを外部の理学療法士に指導を受け予防に努めています。体位変換、エアーマット、クッション等の用具を使用している。褥瘡発生時は、看護師・管理栄養士・介護士と連携し、定期的アセスメントで状態に応じた処置、ケア、栄養改善に取り組んでいる。嘱託医に報告し指示や薬の処方を受け、チームで治すように取り組んでいる。褥瘡の状態を写真を撮りケース記録に処置、ケアを記載し閲覧できるようにしている。看護記録にも記載褥瘡予防委員会でも検討し会議録を回覧することで周知徹底しています。	褥瘡ファイルの褥瘡評価表、経過記録、看護日誌、看護記録、往診診療録、褥瘡防止委員会会議録	褥瘡委員会会議録(年3回)	入浴時、オムツ交換時等に早期発見 皮膚剥離、現在は該当者なし エアーマット2人使用	a
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。							
① 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。	■	■	医師の指示書、看護師の喀痰吸引計画書に基づいて必要時、安全に吸引できています。年2回吸引手技の確認を行い、喀痰吸引安全委員会を開催している。実施状況を嘱託医に報告している。吸引施行時、記録を行い、申し送りもできている。6か月毎に指示書、計画書、同意書を更新しています。	登録喀痰吸引業務方法書、認定特定行為業務提供者認定証交付申請書、介護職員等喀痰吸引等指示書、計画書、実施状況報告書、喀痰吸引等業務の提供にかかる同意書	包括指示書 利用者4名分 県登録者 3人 1名は資格保持者 同意書 計画書 (半年に1回更新) 令和6年8月1日の喀痰吸引等医療安全委員会会議録 年2回8月、1月 医療安全管理指針 2023/4/1見直し 研修も行うと明記	包括指示書:患者に対して、医師、指導看護師の指導の下、指導看護師と介護職員(基本研修の講義部分について知識が修得されているか筆記試験により確認され、演習について評価基準を満たしたもの)が協働して吸痰の医療的ケアを実施することを医師が承諾する文書。 現在経管栄養者なし 喀痰吸引等業務提供に係る同意書/計画書 事故委員会2ヶ月に1回開催	a
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。	■	■					
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。	■	■	介護予防の睡眠、食事、規則正しい排便等医師と連携しながら対応している。要介護度の改善や機能の向上をはかるだけでなく、現在持っている機能を維持するための働きかけを行っています。日々の生活動作の中で行っています。理学療法士の助言、指導を得ながら、機能訓練を検討、実施しています。一人ひとりに応じたプログラムを作成し、実施、評価している。	機能訓練計画書の目標・内容・目標達成度の評価、ケース記録、レクリエーション、おくのクリニック診療録	機能訓練計画書	週に1回理学療法士によるリハビリ指導がある 機能訓練計画書の更新は3ヶ月に1回 PTの個別指導時は看護師が付き添って聞く 計画の見直しも検討(生活リハビリが主体) 家族にも生活リハビリとして説明	a
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。	■	■					

	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。	■	■	フェイスシートを作成し生活歴や趣味等の情報を収集している。貼り絵や塗り絵、体操、洗濯物置き等グループ又は個別で実施している。	ケアプラン	薬の服薬確認表 計画リスト	研修: 令和7年2月に予定 (年1回) BPSD: 弄便 オムツでは触る 4人がかりで浣腸 工夫: 本人のペースの把握 心療内科の薬 暴力は薬の変更で対応: アリセプトからメモリーに変更等 心療内科、精神科、老年精神科クリニックの定期的な月に2回の往診 各職種間を含んだチーム連携 * 利用者は触られたくない、かかわられたくないとの思いも考慮	a
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。	■	■		ケアプラン			
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。	■	■		ケアプラン・ケース			
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。	■	■		全体会議・研修報告書			
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。	■	■		見学			
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。	■	■		ケアプラン			
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。	■	■		ケアプラン			
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。	■	■	入居者一人ひとりの日々の状況を把握し、わずかな体調変化や異変に早期に気づくように情報共有し、医師、介護士、看護師、栄養士等チームケアを行っている。オンコール体制を取っており緊急時には看護師に電話することで指示を得ることが出来る。また、24時間体制で協力病院に問い合わせることで利用者の体調変化時に指示がもらえるようになっている。健康診断結果、必要あれば、嘱託医やかかりつけ医等と連携した対応をとっています。急変時の対応。	急変時の対応、各フロアに緊急時対応ファイル、看護日誌	介護職員用の夜間緊急時対応マニュアル(R5/6/14 更新) 服薬介助マニュアル	体調変化時の研修 緊急時の変化 誤薬、飲み忘れ時の対応 朝礼は看護師が各ユニット毎にバイタルの変化等について行う	a
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なっている。	■	■	入居者の尊厳を尊重し、最期まで安らかな気持ちで生きることができるように支援するよう心掛けている。入所時に施設での看取り介護方針を家族に説明している。入居者が終末期を迎えた場合、嘱託医より説明してもらい入居者、家族の対応の希望を確認し希望にそった対応をしています。職員にも終末期の対応について看護師とともに対応し、職員の精神的負担等にも配慮しています。	全体会議での看取りについての研修、看取り介護の指針、終末期対応マニュアル、看取り介護同意書、急変時受診用バッグ	看取り介護の指針 看取り看護・介護についての同意書(上記の指針を添付)(研修資料) サンライフ西庄看取り研修について R6年12月開催予定	年度看取り研修は年3回で6.9. 12月開催 内容は委員会で検討 デスカンファレンス(死亡退院後に開催され、患者の経過や関りなどを振り返るカンファレンス)も実施	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。	■	■					
⑥ 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。	■	■	面会時やケアプランの意向確認時に家族へ生活状況を報告している。 受診が必要な事故発生時にはすぐに電話連絡を入れている。	ケース記録・ケアプラン		居室担当 ケアプランは通常6ヶ月で見直し 栄養マネジメント、機能訓練は3ヶ月に1回の見直し 報告と意向確認 家族には作成前に意向を確認し、電話か面会時に説明と同意(メールはしない) 体調不良時は看護師から連絡 看取り末期は家族に受診や付き添いをしてもらう(施設内での宿泊も可) 連絡方法の工夫、留守電や時間設定、時間指定 コロナの感染時等は行事の時に施設内に入れない 工夫もできなかった	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。	■	■		居室担当者 電話対応のケース記録			
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。	■	■		居室担当者 電話対応のケース記録 ケアプランの意向確認			
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。	■	□		面会・ケース記録・ケアプラン			
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。	■	□		面会・電話連絡・受診支援の協力依頼			

	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							
【A②】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、いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制を整えている。	■	■	外出に関しては職員と一緒に行くか家族と一緒に ならば可能としている。	外出届	* 施設の屋上の活用	地域のボランティアはない 今年のある以降は家族との外出がある 花見やドライブの外出時等の介助は家族の 協力を得る 最近では選挙にも出かけた	b
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。	□	□					
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 ③ 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。	□	□					
【A②】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。	■	■	個人の携帯電話の持ち込みは可能。携帯電話 のない方は職員のPHSで話すか食堂にある固 定電話で電話をしている。封筒やはがきを家族 に持参してもらえれば管理して希望時に手渡し 郵便ポストに入れる支援をしている。	PHS 個人の携帯電話 ケース記録		年賀状で正月に書初めが書ける利用者には 書いてもらう 封筒、切手、便箋を用意し、家族が喜ぶことを想 定して対応する 毎週水曜日に家族と電話連絡する男性利用者 がいる	a
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。	■	■					
【A③】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。	□	■	家族と新聞社で定期購読の契約を結んで頂くと 施設に届いた新聞を配り購読できるようにして いる。新聞は家族と新聞社の契約。雑誌は家族 が持参。共用のテレビは食堂に配置し、利用者 で譲り合って視ている。個人で視る場合は持参 し居室に設置することで視聴出来る。	個人の新聞紙 居室のテレビ 共用のテレビ		個人の新聞紙購読可能 居室のテレビは個人の持ち込みで対応	a
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。	■	■					