

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

**施設名** : サンライフひろみね

( サテライト型地域密着型介護老人福祉施設 )

評価実施期間 2016年 8月 15日 ～ 2017年 2月 28日

実地(訪問)調査日 2016年 11月 16日

2017年2月8日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構



様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 播磨地域福祉サービス第三者評価機構

② 設・事業所情報

名称：ユニット型老人ホーム サンライフひろみね	種別：サテライト型地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	
代表者氏名：西川 明茂	定員（利用人数）： 29 名	
所在地：〒 670-0882 兵庫県姫路市広峰1丁目4番55号		
TEL 079-283-2800	<a href="http://www.mcn2k.co.jp/pub/sasayuri/">http://www.mcn2k.co.jp/pub/sasayuri/</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成20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： 12 名 非常勤職員： 15 名	
専門職員	(専門職の名称) 名 (専門職の名称) 名	
	介護職員 8名 介護職員 12名	
	介護支援専門員 1名 看護師 1名 生活相談員 1名 事務員 1名	調理員 3名
	(居室数) 29室	(設備等)
	個室 29室	特浴室 一般個浴 3か所 介護材料室 相談室 食堂 3か所

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

行動指針

1. 一番になれ
2. 実行せよ
3. チームワークをとれ
4. 情熱を持って

④施設・事業所の特徴的な取組

日中オムツ外し、食事の常食化、個別入浴、身体拘束0、褥瘡0に取り組んでいる。利用者様の置かれている状況を分析し科学的介護を実践することで平成28年9月末現在、日中のオムツ0、100%個別入浴、身体拘束0、褥瘡0、常食化率76%が達成できている。  
 口腔ケアを毎食後実施している。口腔ケアやトイレでの排泄、1日3回以上の換気を行うことで高齢者施設独特の臭いが発生しにくいように努めている。  
 「食べることは生きること」と考え、経管栄養ではなく経口摂取への移行やターミナルケアを推奨し実践している。

⑤三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28年 8月 15日（契約日）～ 平成 29年 2月 28日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

○ **ユニット型の特性を活かし、より家庭的な空間を構築し利用者と密接な関係が築かれています。**  
 市内で最初の地域密着型、ユニット型ホームとして、より家庭的な空間の中、通常の生活を意識した配慮が随所にかがえます。具体的には、部屋になじみの家具を持ち込んだり、フローアごとにインテリアや壁紙を変えるなどのハード面の工夫に加え、家族との空間や団らんの空間を大切に介護方法や日課が組まれています。

○ **科学的介護を取り入れ、食事や排せつについて出来るだけ通常の生活が保てるよう利用者の尊厳に配慮した取組が行われています。**  
 出来るだけ通常の生活を送ることを目的に、「普通に食べること」「トイレで排泄すること」を大切に介護が行われており、人としての尊厳に配慮した取組が実施されています。また、これらの取組を数値化し、集計し分析した結果を公表することで、根拠に基づいた介護につなげています。

◇改善を求められる点

○ **サービスを個別・具体的に実施するためのアセスメントなどの記録を充実していくことが重要です。**  
 施設サービス計画(ケアプラン)をベースにサービスを個別・具体的に実施されていますが、介護現場において、生活に対する具体的な意向やこれまでの環境（物的・人的）、生活習慣などを文章化し、明示するには至っていません。今後は、さらに計画が利用者個々の生活により活かされていくことを目指して、サービスを個別・具体的に実施するためのアセスメントの充実を図り、利用者個々の援助の内容について、具体的な方法を明示していくことが必要です。

- 認知症ケアや機能訓練・予防活動など専門性に基づいた具体的な支援プログラムを明確にしていくことを望みます。

認知症ケアや機能訓練・予防活動については、手順など標準的な支援方法を確立し、環境整備に努められていますが、介護現場において、より専門性に基づいた具体的な支援方法は明確ではありません。今後は、認知症ケアや機能訓練・予防活動について、より具体的な支援プログラムを策定し、利用者個々の援助の内容について、明確にしていくことを望みます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設のサービスを良くする為に努力をしてきました。

今回の評価を受け、強みと弱みを知ることができました。強みを維持しつつ、弱みをカバーしていきたいと思えます。

ありがとうございました。

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。	a・ <b>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 理念及びサービス10ヶ条に、利用者を尊重する姿勢が明示され、全体会議等で周知しています。また、定期的に行われている職員テストに利用者の尊重についての項目を入れることで、共通の理解が図られています。</li> <li>○ 今後は、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・研修を実施していくことが望まれます。</li> </ul>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・ <b>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個人情報保護及び虐待防止についての規程等を整備し、その基づいたサービス提供が行われています。また、利用者のプライバシーに配慮した設備の工夫が随所にうかがえました。</li> <li>○ プライバシー保護や虐待防止について具体的なマニュアルを作成するとともに、不適切な支援が行われた場合の対応方法について明示することが必要です。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-①利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・ <b>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ホームページやパンフレットを通じて、施設の取り組みや必要な情報を利用希望者に提供しています。また、利用希望者には見学等を通じて丁寧に説明していることがうかがえました。</li> <li>○ 今後は、パンフレットなど事業所を紹介した資料を公共施設等へ設置し、利用希望者に対して積極的に情報提供の取組が望まれます。</li> </ul>		
31	Ⅲ-1-(2)-②福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・ <b>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 契約時や福祉サービスの変更にあたっては、契約書・重要事項説明書をもとに利用者によりやすく説明するとともに、自己決定を大切にされています。</li> <li>○ 今後は、利用者により分かりやすい資料を作成するなど、意思決定が困難な方への配慮について更なる工夫が望まれます。</li> </ul>		

32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス変更時には、事前に家族に説明し、合意が形成されています。また、他の施設や家庭に移行される場合には、必要に応じて情報を移行先に提供され、サービス終了後も相談に対応するなどの配慮が行われています。</li> <li>○ 今後は、サービス利用が終了した後の対応について、担当者や窓口を文書化することが望まれます。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 毎年、家族会の総会時に利用者満足を把握するアンケートが実施され、集計したものを第三者委員会で報告しています。また、利用者への個別の相談面接や施設長が家族会に出席することによって、利用者の満足度について意見の把握が行われ、サービスの改善につなげています。</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。	a (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 苦情対応については、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、重要事項説明書において、明示されています。また、苦情の申し出があった場合には速やかに検討し、その結果を利用者や家族にフィードバックされています。</li> <li>○ 今後は、苦情解決の体制や仕組みをわかりやすく説明した資料を掲示するとともに、苦情の内容について、申立者に配慮のもと公表されることが望まれます。</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。	a (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 相談時は、プライバシーに配慮して、1階の相談室や各フロアに家族面談室を活用されています。</li> <li>○ 今後は、利用者や家族が相談や意見を述べる方法や、相談相手を選べることについて、分かり易く明示することで、利用者等に周知していくことが必要と思われる。</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。	a (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 意見箱の設置や利用者満足を把握するアンケートを実施するなど、日々の福祉サービスの提供において、適切な相談対応と意見の傾聴に努められ、意見に基づいて質の向上に向けた取組が行われています。</li> <li>○ 今後は、相談を受けた際の記録の方法や、報告手順、対応策の検討等について、文章化することで、相談や意見に対応する仕組みを構築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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 月に1回、事故防止委員会が開催されており、事故の報告やヒヤリハットの報告がなされ、改善策を検討するなど、事故防止に向けた取組が行われています。</li> <li>○ 今後は、ヒヤリハットの提出率を上げるため、様式の見直しなどのさらなる工夫が望まれます。</li> </ul>		
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。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染症委員会を中心に、感染症の予防や発生時における管理体制が整備され、感染対策マニュアルに基づいた取組を行っています。また、感染症テストや安全確保に関する勉強会を開催し、職員に周知されています。</li> </ul>		
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。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 消防計画や防災マニュアルによって、安否確認など災害に対する対応が定められ、食品や備品等を備蓄しています。また、地域の小学校や自衛隊との災害時の連携を図っています。</li> <li>○ 今後は、備蓄食品の整理や期限チェックの仕組みの整備に期待します。</li> </ul>		

### 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>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法がマニュアルとして文章化されており、各フロアーによって見直し、研修や個別の指導等によって、職員に周知し、福祉サービスが実施されています。</li> <li>○ 今後は、標準的な実施方法において、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をさらに明確にしていくことを期待します。</li> </ul>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・ <b>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 標準的な実施方法についての意見をフロアー会議で取り上げ、リーダー会議で随時見直しが行われていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、標準的な実施方法について、定期的に検証・見直し仕組みを組織的に取り組まれることが望まれます。</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。	a (b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護サービス計画書の策定について、他職種間での連携のもと、日々の気付きをプランに組み入れ作成され、居室担当が利用者や家族に説明されています。</li> <li>○ 今後は、利用者のニーズ（課題）を導き出すアセスメントについての手法を明確にしていくことで、より適切な計画策定のための情報収集を期待します。</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。	a (b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 原則として、半年に1回、介護サービス計画書の見直しが行われ、機能訓練を受けている方や、看取り介護が行われている方は3か月に1回、見直しが行われています。また、介護サービス計画の緊急な変更については、ドクターをはじめ各関係者との協議によって、決定されています。</li> <li>○ 今後は、計画の見直し時期や、利用者の意向の把握と計画の同意を得る手順などを定めたマニュアルを作成することに期待します。</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。	a (b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者に関する福祉サービス実施状況については、コンピュータソフトを活用して個別に詳細な記録が作成されています。また、記録方法の統一を図るため、マニュアルを用いて職員への指導がなされています。</li> <li>○ 今後は、介護サービス計画の実施に関する記録について充実を図っていくことが望まれます。</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。	a (b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人全体で、個人情報保護規定の理解と遵守について、全職員にテストが実施され、周知が図られています。</li> <li>○ 事務文書に関する規定はありますが、利用者の記録の管理については明確ではありません。今後は、利用者の記録の保管、保存、廃棄に関して規定を定めるとともに、記録管理の責任者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 支援の基本

	第三者評価結果
A-1-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a (b)・c
A-1-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a (b)・c

#### 特記事項

- 麻痺がある方にはゆっくりと時間をかけてお話を聞いたり、利用者の個々に合わせて旧姓や下の名前で呼ぶなど、利用者の尊厳を重視し、一人ひとりに応じた過ごし方やコミュニケーションを確保するための工夫に取り組みられています。
- 今後は、これまでの生活習慣等の情報をプランに反映させていくことで、さらに一人ひとりに応じた生活を確立していくことが望まれます。

### A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・(b)・c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a (b)・c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	(a)・b・c
A-2-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	(a)・b・c
A-2-⑥ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	a (b)・c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	(a)・b・c

#### 特記事項

- 利用者一人ひとりの心身の状況や意向を踏まえた、数値化した根拠に基づく介護（科学的介護）を取り入れ、入浴・排泄・移乗移動介助が安全に、一人ひとりの状況に合わせて行われています。
- 特に排せつ・褥瘡予防の支援については、出来るだけ居室のトイレを使用するなど利用者の尊厳を大切に介護が行われています。
- 今後は、生活用具の点検など安全に配慮するとともに、生活についての利用者の意向を明記していくことを期待します。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・ <b>(b)</b> ・c
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・ <b>(b)</b> ・c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	<b>(a)</b> ・b・c

特記事項

- 一番の楽しみである食事を自分の歯で噛んで食すことを大切に、普通、極刻み、ミキサー食など利用者一人ひとりの心身の状況や嚥下能力に合わせた食事を提供されています。
- 特に口腔ケアについては、週1回の歯科往診があるなど、毎食後、一人ひとりに合わせた充実した口腔ケアが実施されています。
- 今後は、一人ひとりに応じた栄養マネジメントや食堂の雰囲気づくりなど、さらに落ち着いた食べられる環境づくりの取組に期待します。

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a・ <b>(b)</b> ・c

特記事項

- 看護師を中心に、終末期を迎える利用者の対応手順や事業所の方針が明記され、利用者・家族に説明されています。職員に対しては、事業所の方針や終末期のケアについて研修され、嘱託医との連携の下、マニュアルに沿って介護が行えるように体制が整っています。
- 今後は、終末期ケアに携わる職員の精神的なケアへの取組の充実に期待します。

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・ <b>(b)</b> ・c
A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a・ <b>(b)</b> ・c

特記事項

- 全室個室で馴染みの家具を持ちこむなど、認知症の高齢者が、安心して落ち着ける環境を整備され、利用者一人ひとりの症状に合わせて、日常生活の中で活動できるよう工夫されています。
- 今後は、認知症状についての観察記録を整備していくことで、認知症状を分析し、専門的な支援を検討する取組が望まれます。

A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-6-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a (b)・c

特記事項

- 看護師の助言のもと、「出来る事」をして頂けるよう、日々の生活動作の中で、機能訓練・介護予防活動を取り入れています。
- 今後は、症状の早期発見につながるよう、観察記録の充実が望まれます。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	(a)・b・c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	(a)・b・c

特記事項

- 看護師とフローア介護職員の連携の下、利用者の体調変化を的確に把握し、迅速に対応する手順を明確にされており、医療連携の体制が確立しています。また、感染症や食中毒の発生予防と対応について、標準的な実施方法が整備され、定期的に感染症テストを行うなど衛生管理が組織的に行われています。
- 現在、医療職が看護師1人に対応しているため、利用者の重症化に向けて、さらなる体制整備に期待します。

A-8 建物・設備

	第三者評価結果
A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a・(b)・c

特記事項

- 談話スペースやフローアごとに壁紙の色を変えるなど、施設の設備や備品の配置を工夫され、利用者の快適性に配慮して落ち着いたような雰囲気づくりに取り組まれています。
- 安全性と快適性に配慮した環境を維持していく取組として、建物・設備や備品の定期点検を継続していくことを期待します。

A-9 家族との連携

	第三者評価結果
A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	Ⓐ・b・c

特記事項

○ 地域密着型の特性が活かされており、家族による面会の方は多く、状況報告が出来る環境を整備し、家族との連携が適切に行われています。また、面会の少ない家族に対し、定期的及び変化があった時に、利用者の状況を適時に知らせるような配慮がうかがえました。
--

A-10 その他

	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a Ⓑ・c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a Ⓑ・c
A-10-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	Ⓐ・b・c

特記事項

○ 近くの公園に散歩に行ったり、広報誌などで情報を得て外出を確保するとともに、郵便や電話などの利用が気兼ねなく行えるよう工夫され、新聞・雑誌、テレビ等の情報機器は、利用者の希望に添って利用できるよう取り組まれています。
○ 今後は、利用者の通信や交流に関するプライバシーについて配慮を明確にしていくことが望まれます。

Ⅲ・A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	64	45	70.3
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	31	21	67.7
A-1 支援の基本	21	17	81.0
A-2 身体介護	54	51	94.4
A-3 食生活	26	23	88.5
A-4 終末期の対応	6	5	83.3
A-5 認知症ケア	16	10	62.5
A-6 機能訓練、介護予防	6	2	33.3
A-7 健康管理、衛生管理	13	13	100.0
A-8 建物、設備	5	4	80.0
A-9 家族との連携	5	5	100.0
A-10 その他	8	6	75.0
Ⅲ・A合計	255	202	79.2



