

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : さくらの苑

(地域密着型 通所介護)

評価実施期間 2018年7月6日 ~ 2018年12月31日

実地(訪問)調査日 2018年10月10日

2019年1月9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：さくらの苑	種別：地域密着型通所介護		
代表者氏名：掃部 久美代	定員（利用人数）：	18	名
所在地：〒669-5252 兵庫県朝来市和田山町竹田2486-10			
TEL：079-674-0264	ホームページ： http://www.kobeseirei.or.jp		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：2017年 5月 1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 神戸聖隷福祉事業団			
職員数	常勤職員：	36	名
			非常勤職員：
			7
			名
専門職員	施設長	1	名
	生活相談員	3	名
	特養介護員	19	名
	通所介護員	5	名
施設・設備の概要	居室	39	室
	静養室	1	室
	食堂兼機能訓練室	5	箇所
	相談室	2	室
	面談室	1	室
	事務所	1	箇所
			多目的室
			1
			室
			浴室
			6
			箇所
			医務室
			1
			室
			看護師詰所
			1
			室
			パントリー
			1
			箇所

③理念・基本方針

（理念）

私たちは、キリスト教精神に基づき、聖書に示された愛と奉仕の実践を通して、社会福祉の向上に貢献します。

（基本方針）

1. 利用者様が安全で安心できる介護を提供いたします。
2. 利用者様を人生の先輩として尊敬する心をもって介護いたします。
3. 利用者様にやすらぎのある生活の場を提供いたします。
4. 地域と共に歩み、地域に生きる（生きる）施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 元気な方々にも気軽に親しんでいただける地域密着型特別養護老人ホームを目指します。
2. 住民の皆様との交わりの中で、地域全体の介護予防に重点を置いたサービス提供が求められ、またそのようなサービスの提供が可能になっていくことを考えています。
3. 介護が必要になった時にご自宅から遠く離れるのではなく、ご家族や親しい友人、ご近所の皆様との繋がりを大切にしながら不安のない生活ができるよう支援いたします。
4. 建物設計では、ひとりになれる場所を積極的に設けるためすべて個室としてお部屋での自分だけの自由な時間がもてる「住まい」をつくります。
5. 一方で、地域や家庭に近い環境で過ごすため10人のユニットとし、施設内だけの介護サービスではなく、住民の皆様にもお手伝いを頂いてご利用者へ「あったか介護」を提供する態勢を構築したいと考えています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30年 7月 6日 (契約日) ~ 平成 30年 12月 31日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初回 (前回 通所介護さくらの苑として平成26年度に受審)

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 多様な専門職の連携のもと、多様な利用者の支援を組み立てています。 市内の高齢者の活動拠点として、看護師や栄養士、作業療法士など専門職の連携のもと、入浴など生活の介護をはじめ、リハビリや医療支援、余暇支援や社会参加など、利用者一人ひとりのペースに合わせた多様な日常生活支援が行われています。特に充実した専門スタッフのもと、利用者の健康状態を把握し、利用者の状況に応じた生活と訓練の支援が行われています。 ○ 充実した活動環境のもと、主体性のある生活支援がなされています。 事業所内の環境は、木の温もりが感じられ、快適に過ごす十分なスペースが確保されています。また、利用者の体型に合わせたテーブルや身体等の状態に応じてトイレや入浴を選択できる工夫が見られるなど充実した活動環境が整えられています。そのような中、利用者の主体性のある生活を掲げ、個別対応に重きを置くことにより、事業所独自に「人となりシート」を作成され、利用者のこれまでの人生を思い出せるシートとして活用し、利用者一人ひとりのペースに合わせた多様な日常生活支援が行われています。
<p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 支援や業務の評価から見直しに至るまでの手順を明確にし、PDCAサイクルを確立していくことが重要です。 現在、支援計画の見直しをはじめ、基本的なマニュアルの整備等、業務の改善が図られており、業務の充実が展開されていることがうかがえます。今後は、介護マニュアルやサービス実施計画など、多様な業務について、関連性や一貫性を整理し、評価から見直しに至るまでの手順を明確にすることによって、事業所全体としてのPDCAサイクルを確立していくことが重要です。

○ **高齢者の権利擁護や利用者の尊重に関する取組をより明確にしていくことが望まれます。**

事業所での生活について、日々の介護や支援を通じて、利用者の相談や意見を吸い上げていることがうかがえましたが、利用者のプライバシーの保護や利用者満足度の向上、利用者の苦情対応など、利用者本位の取組としての位置づけが明確ではありません。今後は、利用者の意向や権利擁護に基づく取組を整理し文章化することで、利用者の権利などについて施設全体の統一した見解を明確にし、取組を具体化していくことが望まれます。

⑦ **第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント**

評価を受審し、要努力部分が明確化できました。
又、受審過程においても客観化して考え、捉え直す機会となりました。

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。	b
<コメント> ○ 理念や基本方針のハンドブックに利用者尊重に関する内容が記載され、キリスト教福祉講座等で職員に周知されています。 ○ 今後は、会議や研修の取組を利用者尊重や人権尊重への共通の理解を持つための具体的な取組に位置づけていくことが重要です。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<コメント> ○ 虐待/拘束/事故防止委員会が設置され、利用者の虐待防止等の取組が行われています。また、契約時において、プライバシー保護等を説明し、同意を得ていることがうかがえました。 ○ 今後は、利用者のプライバシー保護と虐待防止についての規程やマニュアルを整備することによって、権利擁護に関わる対応方法を明確にし、職員に周知することが望まれます。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<コメント> ○ 事業所パンフレット、機関誌を作成し、市内各公共事業所、金融機関、学校等に配布するなど、選択に必要な情報提供を行っています。また、入所希望の利用者に対して、オープンデイなどを通してプロモーションビデオを用いて説明されていることがうかがえます。 ○ 今後は、適宜、提供する情報を検討することによって、入所希望の利用者に対しての説明について標準化され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> ○ サービス開始にあたって、利用者に分かりやすい「デイサービスのしおり」を作成し、持ち物の詳細等を利用者や家族等にわかりやすく説明を行っています。 ○ 今後は、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、更にわかりやすい説明、工夫が図られることが望まれます。		

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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所の変更については、業務の引継ぎを行っていることがうかがえますが、明確な文章や仕組みは確認できません。今後は、引き継ぎやアフタフォローについて文章や手順を整備していくことで、継続性に配慮した仕組みを明確にしていくことが必要です。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者満足に対する意見の把握のために家族を含めたカンファレンスが年1回実施され、年2回実施予定の家族会に職員が出席して満足度を把握するように努められています。また、利用者満足度の調査を今年度中に実施する予定で準備されています。 ○ 今後は、項目を定めたアンケート調査や聞き取りを定期的に行い、分析することで、利用者の意向をサービスに取り入れるプロセスを明確にしていくことが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決の仕組みを整備され、掲示されるとともに、第三者委員が入り、年2回、苦情委員会を実施され、業務改善が図られています。 ○ 今後は、出された苦情に対して、利用者や家族にフィードバックしていく方法を明確にすることで、さらに、利用者の苦情や意見を取り入れる工夫を明確にしていくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設内に相談場所として、意見が述べやすいよう相談の機密が守られるスペース（相談室）が確保されています。 ○ 今後は、利用者の生活における多様な相談先を文章化し明示していくことで、さらに相談しやすく、意見が述べやすいような工夫が望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 日々の日常生活の中で、利用者との話し合いの機会を多く設置し、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように丁寧な声掛けが行われています。 ○ 今後は、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くことが重要です。 		

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。	b
<コメント> ○ 虐待/拘束/事故防止委員会が設置されており、ヒヤリハットと事故の状況を毎月まとめ、職員会議で職員に周知が図られています。またその結果は、運営推進会議において各委員へ説明し助言をいただくなど、改善に向けた取組がうかがえます。 ○ 今後、事故発生時の対応と安全確保についてマニュアルを整備し、職員全員に周知することが望まれます。		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b
<コメント> ○ 感染症マニュアルを整備され、施設内の感染症対策委員会において定期的に勉強会が開催されており、感染症に備えての予防策について適切に実施されています。 ○ 今後は、マニュアルに基づいた実践と振り返りを通し、定期的な見直しを行い、感染症の予防対策を明確にしていくことが期待されます。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	b
<コメント> ○ 消防計画に体制を明記するとともに、地域や隣接する施設と連携して消防・防災訓練が行われています。 ○ 今後は、安否確認方法や責任者不在時の対応の明確化、施設内備蓄品リスト作成等による利用者、職員に対する周知徹底が望まれます。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<コメント> ○ 法人理念をもとに支援の基本を示したマニュアルや入浴及び一日の業務の流れを示したマニュアルがあり、職員が閲覧しやすいようにフロアに保管されています。 ○ 今後は、提供するサービスについて一定の水準を設けることにより、サービスの標準的な実施方法が文書化され、施設全体のサービスの質の向上に結び付けていくことが重要です。		
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。	c
<コメント> ○ 職員会議や職制会が定期的に行われ、福祉サービスの内容について検討と見直しが行われていますが、定期的なマニュアルの見直しには至っていませんでした。今後は、マニュアルの活用の中で定期的に見直しの必要性を確認の上、適時に変更していく仕組みの構築が求められます。		

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。	b
<コメント> ○ 介護支援専門員を中心に通所介護計画が作成されており、利用者一人ひとりの具体的なニーズが示されています。 ○ 今後は、継続的なアセスメントとカンファレンスを実施することで、ケアマネジメントサイクルに基づいたサービス実施計画が策定できる仕組みの整備が望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 福祉サービスの実施計画については、年1回のカンファレンスを通じて見直しが行われており、家族の同意を得ています。 ○ 今後は、「観察」「評価」「見直し」の手順を明確にしていくとともに、計画の見直しにおける利用者の意向把握を得るための仕組みを構築していくことが必要です。		
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。	b
<コメント> ○ 支援記録は内容が施設内で共有できるようパソコン上の記録支援システム内で管理されています。また、毎月、多職種が参加するデイ会議が開かれ、情報の共有、ケアの検討の機会が設けられています。 ○ 今後は、通所介護計画に基づいた記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領を作成し、職員への研修を実施していくことが望まれます。		
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> ○ 法人による文書管理規定をはじめ、各種規定により、個人情報の扱いについて明記されており、家族には契約等の説明時にて周知されています。 ○ 今後は、利用者の個人情報保護の観点から記録の管理体制について、職員へ周知していくとともに、情報の管理が円滑に行われるような体制づくりが望まれます。		

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
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

- 事業所独自に「人となりシート」を作成され、利用者さんのこれまでの人生を思い出せるシートとして活用し、利用者一人ひとりに対する具体的なケアの方法や利用者の過ごし方を明確にしています。また、利用者の作品や私物を展示することにより、利用者の思いや希望を十分に把握できるような配慮がうかがえました。
- 今後は、利用者個々の過ごし方が実現できるよう、定期的に日中活動のメニューやコミュニケーション方法について検討し、個々のプログラムについて見直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 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b

特記事項

- 虐待チェックリストの活用や虐待についての研修会を行っているほか、虐待防止マニュアルを毎月確認し、利用者の権利侵害の防止について施設全体でその仕組みについて理解を図る取組が行われています。また、身体拘束に関する具体的な手続と実施方法についても明確に定められており、職員への周知が図られています。
- 今後は、虐待などの利用者の権利が侵害された場合における具体的な対応方法や行政への届け出、報告の手順などを明確にされることが求められます。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a

特記事項

- 事業所内の環境は、木の温もりが感じられ、快適に過ごす十分なスペースが確保されています。また、利用者の体型に合わせたテーブルや身体等の状態に応じてトイレや入浴を選択できる工夫が見られるなど、快適性への配慮されていることがうかがえました。

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 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
A⑦	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a

特記事項

- 利用者に対する入浴について、脱衣場内に昇降ベッドの設置、浴槽のタイプも2種類設置され、利用者の状態に応じて選択できる環境を整備されています。また、複数の事業所を利用されている利用者については、1つの連絡ノートを利用し、情報の共有や連携が図られています。
- 排せつの支援については、排泄パターンをシステムに入力し、排泄パターンや傾向を把握することにより、利用者の心身の状況や意向を踏まえた支援が行われています。
- 移動については、作業療法士との連携のもと専門的な分析にもとづいて、支援計画書に明記されており、自立支援の取り組みとして、利用者さんが移動したい時に移動しやすい環境づくりや体制づくりに努めています。
- 今後は、利用者の生活支援について、更に標準化をすすめていく仕組み作りが期待されます。

		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。	b
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。	b

特記事項

- 食事時間は、音楽を流し、食事を美味しく食べることができるような雰囲気づくりに努められるとともに、お膳や食器などに変化を持たせ、滑り止めを使用するなどの工夫が行なわれています。
- 食事形態は常食・一口大・刻み食・ソフト食の4種類を提供し、自宅で使用している自働具を活用するなど、利用者の心身の状況に合わせた支援が行われています。
- 今後は、食事を楽しむこと以外に誤嚥や窒息といったリスクマネジメントや歯科医師の訪問を通して、情報の共有を行い施設全体で口腔内の清潔を保持する取組が望まれます。

		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。	b

特記事項

- 入浴時に看護師による全身のチェックを実施し、作業療法士によるポジショニングやシーティングの個別評価を実施され、医療職が中心となって、褥瘡の発生予防・ケアが行われています。
- 今後は、褥瘡に対する標準的な実施方法の構築を通して、職員への周知と褥瘡の予防に対する関係職員の連携を図る取組が望まれます。

		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。	非該当

特記事項

- 現在は、介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施していないため非該当となりますが、医療行為にあたる、介護職員による喀痰吸引や経管栄養の器具の操作方法について、特別養護老人ホームとの連携や、研修などに参加する機会を確保するなど、体制を確立する為の次世代育成に期待します。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑯	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a

特記事項

- 作業療法士との連携のもと、訪問リハビリのプログラムを用いるなど、利用者の個別の心身機能や日常生活動作にもとづいた支援が行われています。また、集団運動や身体を使うレクリエーションをプログラムに取り入れるなど、活動の工夫もうかがえました。
- 今後は、介護予防活動の位置づけを明確にし、プログラムの充実が期待されます。

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

特記事項

- 認知症の方に対して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を心掛けるとともに、過去の暮らしや認知症による症状など、情報を把握することの重要性を認識し、家族や本人から、送迎時や連絡帳等で、なるべく多くの情報を共有できるような取組が行なわれています。
- 今後の認知症ケアに向け、医師や看護師、法人内の認知症グループホーム等との連携を踏まえ、症状について分析の方法や対策を考える機会を設けることによって、認知症ケアが事業所内でさらに質の高いものになることが望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑱	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	b

特記事項

- 日々の利用者の健康確認と健康状態の把握は、看護師と介護職の連携のもと、お迎え時に家族もしくは本人に利用前の体調を確認し、毎日の健康チェックと定期的な往診で把握されています。緊急時について、予め家族と共通理解を図る場を設け、利用者の急変時に備えた共通理解を図る取組が行われています。
- 今後、利用者の体調変化時の対応手順を確立していくとともに、職員に対する利用者の急変時や高齢者の病気、薬に関する研修の実施が望まれます。

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		
A⑯	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 家族への日頃の状況の報告については、日々の連絡帳や送迎時、また必要時には電話連絡などを通じて、家族等との関わりが持てるような取組が行なわれています。 ○ 2ヶ月に1回、併設でサービスを提供する地域密着型特養と合同で運営推進会議を開催し、家族の連携を図る取組が行なわれています。 ○ 今後は、施設のサービスを家族支援の観点から充実させていくためには、家族との相談記録を作成し、今後の取組に活かせるような仕組みの構築が望まれます。

A-5 サービスの適切な実施

		第三者評価結果
A⑰	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 個別・具体的なサービス方法は、食事、入浴、排せつについて計画書に記載し、職員に会議等を利用して周知し、検討されています。 ○ 今後は、提供するサービスの項目全般にわたり、個別援助目標に具体的な留意点を加え、個別のサービスマニュアルを整備していくことが望まれます。
--

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

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	24	37.5
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	31	12	38.7
A-1 生活支援の基本と権利擁護	19	9	47.4
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	81	61	75.3
A-4 家族等との連携	7	4	57.1
A-5 サービスの適切な実施	7	3	42.9
合計	213	117	54.9



