

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 三者評価機関名

特定非営利活動法人CSウオッチ

② 施設・事業所情報

名称：社会福祉法人阪神福祉事業団 ななくさ新生園	種別：障害者支援施設
代表者氏名：理事長 森 進 施設長 新田 達矢	定員（利用人数）：50（52） 名
所在地：兵庫県西宮市山口町下山口1650-35	
TEL 078-903-1613	ホームページ：http://www.nanakusa.or.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成5年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人阪神福祉事業団	
職員数	常勤職員： 37 名 非常勤職員： 6 名
専門職員	(専門職の名称) 名 介護福祉士 15名
	社会福祉士 5 名 看護師 1名
	精神保健福祉士 2 名 保育士 1名
施設・設備の概要	(居室数) (設備等)
	30室 食堂・トイレ・浴室・洗面所等

③理念・基本方針

<p>運営理念</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 阪神6市1町と協調し、常に広域事業の特性を生かした積極的な事業運営を展開する。 2. 利用者が個人として尊重され、常に利用者の立場に立った支援を基本とし、生活の質の向上と自立に必要な援助を行う。 3. 地域社会との結びつきを深め、開かれた福祉サービスの提供を積極的に推進し、地域と一体となった施設づくりをめざす。 4. 知識技術に加えて、豊かな人間性を養い、福祉の心を持った優れた人材の育成を図る。 5. 利用者によりよい福祉サービスを提供するため将来的展望に立った効率的な施設運営により、積極的な施設づくりをめざす。 <p>基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ななくさ新生園は、利用者一人一人の人権を尊重し、豊かな生活を送るお手伝いをします。 2. ななくさ新生園は、利用者一人一人が地域の一員として潤いある生活できるように開かれた施設づくりを行います。 3. ななくさ新生園は、利用者一人一人が安心してお手伝いが受けられるような福祉の心を持った職員を育てます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ななくさ新生園運営理念に基づき、高齢・重複障がい者に対する直接支援及び支援向上を目的とした研修、研究(強度行動障がい者研修への参加)
- ・利用者が地域生活者の一員として潤いを持った生活ができるように、地域交流の視点を含んだ支援(外出、地域体験の実施)
- ・施設機能の地域への開放と利用者交流(療育等支援事業「ボッチャ」の実施)
- ・人材育成、支援技術の向上(各種研修への参加)

⑤第三者評価の受信状況

評価実施期間	平成28年 5月 1日(契約日)～ 平成29年 1月 4日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・事業団の中期経営計画を基に昨年ななくさ新生園中期施設経営計画を策定、本年度事業計画は、良質かつ安心・安全なサービスの提供の推進、安定的経営の取組み、人材確保、育成への取組みを重点目標として夫々の個別目標に展開し、PDCAサイクルに基づく運営管理を行っている。
- ・ななくさ新生園設立母体でもある阪神6市1町の地域福祉計画検討会や西宮市障害者福祉施策懇談会参加等及び西宮市より委託の相談支援事業により地域の特徴や変化に関する情報を徴集し、経営環境における変化課題は経営会議で検証・分析し適切に対応している。
- ・当施設開設以来、月1回面会日活用開催の保護者会は、事前に施設長と幹事7名により、利用者満足向上を図る諸課題の確認等担当支援員が参加、利用者、家族等より相談・意見聴取等の場ともなり、ななくさ新生園の利用者満足の向上を目的とする仕組みとして効果的な取組みとなっている。
- ・各領域(生活、活動、保健)分担当チームによる利用者への日常支援はきめ細かく行われ、保護者会においても家族等の相談・意見を聴取し、ケース会議で課題を記し、報告は迅速に行われている。

◇改善を求められる点

- ・リスクマネジメントにおけるヒヤリハット活動に関し、組織的・計画的な仕組み整備と研修機会確保等の推進が望まれる。
- ・支援サービスでは、業務が分担制になっているためか、全体像をつかめていない現場意見もある。これらの課題に対し、全体像理解工夫への指導が望まれる。
- ・従来サービス場面で活用のマニュアル類が新しい評価基準では、「標準的な実施方法」呼称に統一されている。「標準的な実施方法」への変更の意図を十分理解し、当施設に合った現活用支援マニュアル等の内容再検証・運用が望まれる。
- ・施設内外の環境変化が組織運営に大きく影響する時代になっている。施設に関連する法令・関連法令動向や「標準的な実施方法」(マニュアル類)に関し、少なくとも年1回以上は、定期的に見直し変更有無確認を行い、全職員の共有化を図り、最新版による活用が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて第三者評価を受審させて頂きました。職員にとっても取り組むべき課題が明確となり、良い評価をいただいた点は職員の自信につながっています。これに留まることなく、さらに取り組みを進めていきたいと思ひます。改善すべき点につきましても真摯に受け止め、以下の具体的改善を図ります。

- 1 リスクマネジメントに関しては、リスクマネジメント推進プロジェクト会議を開催し、ヒヤリハット様式の整備から、施設内各部署への取組みを組織的・計画的に実施いたします。
- 2 支援サービスの全体像理解に関しては、年度末実施予定である各領域の反省・来年度計画をPDCAサイクルの観点に留意し、主任会で方向性の意思統一を図り新生園運営方針に基づいた来年度計画につながるよう改善を図ります。
- 3 マニュアルに関しては、年度末反省実施の段階で各領域での検討を行い、変更改善すべき問題点の抽出からの見直しを行いたいと思ひます。

これからも、より質の高いサービスを提供するために職員一丸となり日々努力したいと思ひます。

(別紙)

第三者評価結果

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。	a・ b ・c
<コメント> ・運営理念、基本方針は明文化され、ホームページ・パンフレット等に記載し、運営理念から、ななくさ新生園(以下当施設と称す)の特性を踏まえた使命や目指す方向、考え方が読取れる。 ・運営理念、倫理綱領、行動規範、虐待の防止、職員の心がけを記載した「職員必携」を全職員に配布し、朝礼や職員会議等で周知の理解を深め人事考課で理念・基本方針の周知状況を確認している。運営理念、基本方針の家族等への周知状況の確認の継続的な取組みが望まれる。		

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。	a ・b・c
<コメント> ・社会事業全体の動向は、当施設設立母体でもある阪神6市1町の地域福祉計画検討会や西宮市障害者福祉施策懇談会参加等及び西宮市より委託の相談支援事業により地域の特徴や変化に関する情報を徴集し、経営環境における変化課題は経営会議で検証・分析し適切に対応している。		
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 ・b・c
<コメント> ・経営環境変化動向による経営課題は、現組織体制の現状分析にもとづき明確化され、改善すべき課題は役員間で共有化され、職員会で周知を図り、具体的な改善への取組みが推進されている。		

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。	a ・b・c
<コメント> ・事業団の中期経営計画を基に昨年ななくさ新生園中期施設経営計画を策定し、運営理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にし、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容となっており、実施状況の評価がし易い数値目標等設定し、中期計画は必要に応じ見直しを行っている。		
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。	a ・b・c
<コメント> ・単年度事業計画は、中期計画を反映した内容であり、各目標は実行可能な具体的な内容となっており、定められた日程で実施状況の検証がなされている。評価し易い数値目標が設定されている。		

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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画策定は、定められた時期、手順に基づき、職員意見等集約・反映し、各領域(生活、活動、保健)の担当職員と担当主任が検討し、評価の結果にもとづく課題を抽出し、主任会議、経営会議で次年度への見直し課題が明確化され、PDCAサイクルは概ね廻り、継続的改善への仕組みは明確で組織的に行われている。 ・全職員に対し、職員会で事業計画の説明がなされ、個人面談や人事考課を活用し、理解を促す取り組みを実施している。 		
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・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の主な内容は、利用者には表現方法を工夫し、当施設開設以来継続している、利用者との面会を活用した月1回開催の保護者会(平均20名参加/全50名、参加率40%)で、事前に開催の保護者会幹事と施設長による保護者会幹事会で運営課題を明確にし、保護者会で説明・報告を行い、参加できない家族には郵送配布、周知を図り理解を促している。 		

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・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己評価は平成25年度より県自己評価様式を活用し、組織的・計画的にPDCAサイクルにもとづき実施、評価・分析を支援会議にて行い改善課題を明確にし、次年度課題として取組み、本年度初めての第三者評価受審に繋げ、質の向上に向けた取組が機能し始めている。これらのPDCAサイクルにもとづく継続的改善の仕組みによる組織的・計画的な推進による質向上への機能充実化が期待される。 		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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。	a Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己評価において評価結果を分析した課題が文書化され、職員間の共有化が図られ、各領域(生活、活動、保健)の担当職員と担当主任で改善策を検討し、支援会議で改善計画を策定する仕組みにより評価結果にもとづく改善を計画的に実施している。 ・個別支援計画では、評価結果にもとづく改善を計画的に行い、必要に応じて見直し等が実務現場で行われているが、計画に反映されていない一面がある。個々特性変化に応じた見直し内容を反映した個別支援計画にもとづく実施が望まれる。 		

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・c

<コメント> ・管理者は、自らの施設経営・管理に関する方針と取組みを明確にし、役割・責任を広報誌等に掲載し、表明している。また組織内の職務分掌に文書化し、職員会議等で理解を図っている。災害、事故などにおける管理者の役割と責任について不在時の権限移譲等を含め明確化している。		
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・ b ・c
<コメント> ・管理者は、当施設運営に関わる遵守すべき法令等を十分理解し、関連自治体等利害関係者との適正な関係を維持し、経営に関する研修会等に参加している。 ・「職員必携」を毎朝礼時全参加職員で法令順守の読み合わせし周知を図っている。 ・当施設運営に関わる幅広い分野における法令等の一覧化により、定期的に改訂動向を確認し、改訂時には速やかに全職員が共有化し、正しく理解する具体的な取組みへの工夫が望まれる。		
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。	a・ b ・c
<コメント> ・管理者は、経営会議、主任会議、支援会議、各領域(生活、活動、保健)ケース会議等を定期的に行い、福祉サービスの質の現状について支援会議で継続的に評価・分析をし、課題を把握、改善への取組みに指導力を発揮している。 ・リスクマネジメントにおけるヒヤリハット活動に関する研修機会等組織的・計画的な整備を進め、事業計画の数値目標としてヒヤリハット活動の積極的な推進等の工夫が望まれる。		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a ・b・c
<コメント> ・管理者は、経営の改善や業務の実行性の向上に向け、人事、労務、財務等の現状分析を行い、理念や基本方針の実現に向け、人員配置や職員の働きやすい環境整備を進め、主任会議における改善や業務の実行性に向け、自らも積極的に参加し指導力を発揮している。		

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。	a ・b・c
<コメント> ・文書化された人事異動方針にもとづき、「新生園の求められる職員」を明文化し、職員配置や福祉人材の確保や育成が計画的に実施されている。 ・福祉専門職配置計画や階層別による必要な内外研修計画が策定され、計画にもとづく人材確保や育成が行われている。 ・平成27年1名、平成28年度2名の新入社員が確保されている。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a ・b・c
<コメント> ・「新生園の求められる職員」にもとづき、法人の「人事考課要綱」、人事基準により、人事考課で「業務管理・評価シート(D o - C A Pシート)」活用のもと、職員の専門能力、職務遂行能力等職務に関する成果や貢献度等及び把握した職員意向・意見や評価・分析等により改善策を検討等を客観的に行い、職員が自らの将来の姿を描くことができるような総合的な人事管理が行われている。		

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り組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労務管理に関する責任体制は、法人事務局及び福祉センター総務課で明確化されている。 ・有給休暇や時間外労働データは毎月所属長がチェックし課題があれば主任会で検討している。 ・人事考課にもとづく職員面談を活用し、職務課題等把握し必要に応じストレスチェック度の高い人には医師診断を勧めている。 ・「新生園の求められる職員」の明確化、人事基準の明確化にもとづく運用、能力開発（目標管理・教育/研修等）、活用（キャリアパス等）、処遇、評価（人事考課）の仕組みは整備され、ワーク・ライフ・バランスに配慮した働きやすい職場づくりに取り組んでいる 		
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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「新生園の求められる職員」の明確化にもとづき、人事考課の手引きの一人ひとり目標管理（D o - C A Pシート活用）により、目標の設定（目標項目、目標水準、目標期限）が明確にされ年2回の面接を行い適切に運用され、年度末には、目標達成度の確認を行っている。 ・目標管理の仕組みでは、P D C Aサイクルは廻り継続的改善への職員一人ひとりの取組みは整備され定着している。 		
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 Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・倫理綱領第7条や行動規範で明確にしている「期待する職員像」を基に「新生園の求められる職員」を策定し、必要とされる専門職は、直接サービス職員32名に対し、介護福祉士14名、社会福祉士3名の専門資格取得者現状に加え取得奨励も配慮しており、当施設職員の力量向上に積極的である。 ・階層別研修主体でリスクマネジメント関連の研修実績が見られません。当施設特性にもとづくこれらの計画推進及びカリキュラム見直し等の整備が望まれる。 		
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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握し、新任職員の個別的O J Tが行い、階層別、テーマ別研修等の機会を確保し、職員が必要とする教育・研修を実施している。 ・事業団人材育成推進チャレンジアップ事業実施要綱にもとづき外部研修に関する情報提供を行い参加を奨励、全職員が教育・研修の場に参加できるよう勤務調整や公休調整をしている。 		
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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生受入れ及び実習オリエンテーションマニュアルを整備し、事前説明、利用者等への配慮等明示し、専門職の教育・育成を図る実習プログラムを作成し、外部の指導者研修修了者が実習指導している。 ・学校側と指導者との事前打合せに参加、プログラム確認等を行い継続的な連携維持推進が図られ平成27年度実習生受入れは17名である。 		

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。	a (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ホームページ等の活用で、運営理念、基本方針、サービス提供の内容、事業計画、事業報告（冊子配布）、予算、決算情報が適切に公開されている。 地域の福祉向上への相談支援事業紹介や、第三者評価受審の内容について公表の仕組みを整備し、法人及び当施設の存在意義や役割を明確化し、広報誌でこれらの活動を記載し、地域に配布している。 苦情・相談実態の推移を公開し、より地域に密着した運営の透明性確保が望まれる。 		
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)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業団経理規則にもとづき経理事務等のルール及び職務分掌、権限・責任が明確化され、職員に周知が図られている。必要に応じ外部専門家に相談し、監査は、法人全体で傘下の各施設長及び事務担当等出席による会計監査（公認会計士）、業務監査（組織運営経験者）の2名により定期的に行い、適正運営を確認している。必要に応じ、これら外部専門家に相談し、副園長が新会計基準の基づく会計に関する外部研修に参加している。 		

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 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 運営理念に地域との関わり方について基本的な考え方を文書化し、活用できる社会資源や地域情報を収集し、掲示し利用者に提供している。 西宮市地域自立支援協議会北部地域連絡会との連携によるイベント参加や地域ボランティアと協働による場所提供の模擬喫茶（家族含め50名参加計画）、外出レクリエーションを実施、地域の人々との交流の機会を設け、利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。 		
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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ボランティア受入れマニュアルにもとづき、西宮地域ボランティアセンターと連携し、平成27年度は224名の参加協力を頂き、衣類補修、調髪、音楽療法、喫茶、洗濯等利用者生活支援に活動されている。 専門資格取得の実習・体験の受入れに関連学校との取組み推進を図り、平成27年度は17名の受入れを行い、これら受入れに対する体制は整備されている。 		
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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 社会資源リストや北部エリアマップ等の資料整備と西宮市、社会福祉協議会、地域団体等による定期的(月1回)な「北部地域連絡会」を開催、共通課題等について協働し、イベント、勉強会、相談会等具体的な取組みを推進し、地域におけるネットワーク化を進めている。 		

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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域との交流に会議室提供や当地域親の会等にオブザーバー参加を行い、地域住民のニーズを整理し、成年後見制度等の地域学習交流会へのテーマとして地域住民参加の呼びかけを図っている。 ・西宮市委託の相談支援事業を活かし、地域ニーズに応じ、地域住民サークル活動や住民参加への多様な支援活動を推進している。 ・災害時の地域における役割等の整備には至っておらず、整備が望まれる。また地域の活性化やまちづくり貢献への参加は、今後の課題である。 		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当施設の機能を地域に還元することを通じ、西宮市委託の相談支援事業を活かし、地域の福祉ニーズ収集として当地域山口地区民生・児童委員協議会定例会に参加や、北部地域連絡会等地域住民サークル活動参加等多様な活動により地域ニーズの把握に努め、当施設障害児療養支援事業に繋げている。 		

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・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重した福祉サービス提供は、理念・基本方針に明示され、運営理念、倫理綱領、行動規範、虐待の防止、職員の心がけが記載されている「職員必携」を全職員が持ち、随時、機会あるたびに目を通し、理解し実践の取組を行っている。 ・利用者尊重の基本姿勢は、標準的な実施方法（支援マニュアル等）に反映されている。 ・利用者尊重、基本的人権への配慮は、虐待防止・医療研修等全職員対象の職場内研修を行い、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。 ・個別支援計画の手順により、定期的に状況の把握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。	a (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護等のマニュアルは整備され、職員への周知は職員会議等の議題として取り上げ、職員理解促進の一環として権利擁護の取組みについてアンケートが実施している。 ・虐待防止への取組みについて啓発ポスターも作成し、玄関先に掲示や職場内研修で理解を深めている。 ・面会場所も準備され、入浴・排泄等においてプライバシー保護への配慮が伺える ・権利擁護に関する「標準的な実施方法」（支援マニュアル等）に不適切な事案が発生した場合の対応方法等の明示がない。これらの整備、明示による運用が望まれる。 		

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・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針にもとづく事業目的を明示した相談事業のご利用の案内や、ハートフルななくさ“皆様のお悩み,をご相談下さい等のパンフレット等に詳しく、親しみやすく写真、図、絵等を記し、地域の公民館や保健センターに設置している。 ・施設利用の希望者や訪問客等が目につく玄関に、施設内での生活風景の写真や作品等が掲示され、入所者の生活が理解出来るよう工夫されている。 ・利用希望者に対する情報提供について相談支援事業担当が福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供し、見学や一時入所等に積極的に対応している。 	
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。 a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業団内他の同種施設との協力体制は整備され、サービス開始・変更時には、利用者や家族が提供内容を理解し、自己決定がしやすいように説明資料にルビを打ち、文字なども大きくして配慮ある工夫がされている。同意書は、同意を得た後書類で保存管理されている。 ・入所希望者には、相談支援事業窓口の説明で意思決定が困難な場合の配慮はされているが、意思決定が困難な場合のサービス開始・変更時の同意や相談事業窓口における対応手順等が不明瞭である。これらの同意や対応手順等の文書化・共有化が望まれる。 	
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。 a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉施設等の変更や家庭への移行は少なく、介護保険等サービス移行のケースが多い。 ・移行時、利用者や家族にサービスの継続性に配慮した説明を相談支援事業が窓口となり行われその後の相談等の対応が説明し、それに関する説明資料等は保存している。 ・退所時の引継ぎ手順や説明の記録の引渡し等の仕組みの整備が望まれる。 	
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"> ・利用者には嗜好調査・栄養指導等を定期的実施し、日々の活動で利用者の満足度等の把握に取り組んでいる。 ・利用者会はないが、毎月1回家族等との面談機会活用の保護者会（平均20名参加率40%）で、事前に保護者会幹事7名と施設長で議事等打合せし、担当職員を交えた個別の相談等、利用者や家族の意向や意見を確認し、その結果を支援会議等で改善する仕組みは整備され、月1回開催の保護者会は、当施設運営の利用者満足の向上を目的とする仕組みとして効果的な取組みとなっている。 	
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。 a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者の設置、第三者委員の設置等苦情解決の仕組みは整備され、利用者・家族には「伝書鳩」と称し、投書しやすい工夫がされているが、現在投書事例はない。ただし、月1回の家族との面会を活用した保護者会で担当職員が家族との対話の中で苦情・相談を聴取し、ケース記録に記載し、支援会議で検証し、改善への機能がなされているが、現苦情解決の手順に対し、保護者会からの苦情・相談等との整合性を再検証し、対応手順も含めた仕組み再整備が期待される。 	

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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「伝書鳩」の説明のパンフレットを配布して苦情等申し出しにくい場合の利用として投書も出来る事を利用者や家族に伝えている。 ・「伝書鳩」の投書箱は、玄関の目に付きやすい所に置かれ、相談室も玄関横に準備され人目に触れず相談できるように配慮されている。 		
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"> ・記録の方法や報告の手順は支援マニュアルに明確化されているが、相談や意見を受けた時の記録や報告手順は不明瞭である。今回改定の「標準的な実施方法」の意図を理解し、見直しを含むマニュアル整備が望まれる。 ・利用者と職員との関係は、日常生活で信頼できるように日々利用者の声に傾聴する努力をされており、その内容により、生活、健康、活動係りや又、ケース会議等で速やかに検討され、支援会議等の議題として取り上げる仕組みがある。 ・意見箱として伝書鳩の活用の仕組みと保護者会での苦情相談・意見等の聴取はケース記録に記載されているが、法人の苦情解決実施要綱による「苦情受付書」記載と伝書鳩運用における「苦情受付書」記載、保護者会よりの苦情・相談等の「苦情受付書」使用有無が不明瞭です。「苦情受付書」の記載の範囲を明確化し、これらの整合性を検証し、苦情・相談等の手順と仕組み再整備が望まれる。 		
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止委員会が設置され、施設長が委員長として事故防止責任者が明確化され、事故防止委員会で分析評価を行い、今後の課題を明確化し、対応・取組みを職員会議（支援会議等）で検証し、周知を図り事故防止の体制は整備されている。 ・行方不明者捜索、誤嚥、転倒・転落事故防止マニュアル、緊急マニュアルを整備し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集がヒヤリハット活動としても行われ、事故の起きやすい施設内での危険度の統計等も実施され、事故の予防処置(EX. 事例として風呂場の床での転倒による事故を未然に防ぐためにマットの改善)や新任職員や全職員対象に危険予知研修や“あなたの気付きが施設を救う”のテーマに事例等をグループ討論等の研修が実施されている。 ・安全確保策の実施状況や実効性についての評価・見直しは不明瞭である。これらの実施状況や実効性評価の課題等文書化し、ヒヤリハット活動の組織的、計画的な見直し実施が望まれる。 		
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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症の対策は、事業団センター衛生委員会で責任と役割を明確にした管理体制が整備され、感染症等発生時対策マニュアル等が策定され、職員に周知され、医務・看護研修等を全職員対象に年2回実施している。 ・感染症の予防対策は、健康係が検討し、その後支援会議において職員に周知され、感染症が発症した場合もマニュアルに従って適時対応出来る仕組みが構築され、マニュアルの見直しや改善は、健康係等が定期的実施している。 		

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行っている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の対応体制は、ななくさ新生園災害対策計画書が策定され、火災、土砂災害、風水害に対し、安全対策として防災マニュアル、防災マップ等により、避難訓練等定期的実施し、職員及び利用者の災害に対する危機意識を自覚させる取組を組織的に行っている。 ・災害時対応時の為に、利用者や職員の安否確認の方法や職員緊急連絡網の完備、そして食品や備品等のリストも整備している。 ・消防署による訓練は実施されている。日頃から、西宮市、消防そして警察等とは連携出来る体制は整備され、災害時の対応体制は、敷地内にある他の施設と常時連携が取れるような関係が構築され、利用者の安全確保の取組みが組織的に行われている。 		

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・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援マニュアル（標準的な実施方法）にサービス毎の手順がわかり易く文書化されている。 ・支援会議で職員への周知を図り、変更や検討を行っている。 ・「標準的な実施方法」の改訂意図を理解し、当施設でこれらを推進する仕組みとみなされる支援会議で現サービス提供に関わる支援マニュアル等の検証及び見直しと実施確認等組織的、計画的な推進が期待される。 		
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。	a Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各種計画書は、年度末に検証、見直しをしているとの対応でしたが、各計画書策定手順等を含めた福祉サービス提供に関わる標準的な実施方法の組織的、計画的な検証・見直し、整備が期待される。 ・サービス実施の手順として支援マニュアルが整備され活用されていますが、平成15年策定以来見直し記録がありません。今回「標準的な実施方法」改訂意図を理解し、再整備と少なくとも年1回見直し有無確認による最新版活用が望まれる。 		
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 Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは統一した様式を活用し、福祉サービス実施計画の策定において看護師や理学療法士等よりの課題から専門職間でアセスメントをおこないその内容は会議録に明示している。 ・アセスメント様式の記載手順等は不明瞭である。記載手順の明確化が望まれる。 ・計画策定における利用者意向把握と同意を含んだ手順の整備が望まれる。（含利用者同意が困難な場合の手順） ・日常場面の福祉サービス提供状況はケース記録に整備され、年度末の各グループで実施状況をまとめている。迅速に変更できるように目標達成に向けた支援が行われている。 		
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。	a Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年1回の見直し、評価を行うが、必要があればサービス実施計画の内容を変更している。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・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、組織的な仕組み及び計画の内容を関係職員に周知する手順の明確化が望まれる。 		
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
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・ネットワーク「福祉の森」を活用し、統一した様式によって把握し記録し、実施計画にもとづく実施状況を記録で確認できる。 ・支援マニュアルで記録と報告手順を明確化し、記載の平準化が図られ、統一した記録の書き方等の勉強会開催及び「福祉の森」活用の的確な情報が届く仕組み（ex. 必要な情報を「福祉の森」で誰が見てどのように関係職員に伝えるのか）の明確化が期待される。 ・利用者の状況等に関する情報や利用者の日々に関わる状況の変化は引継ぎ書を利用し、全職員への周知を図っている。 		
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。	a・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・記録の保管方法、取扱いに関する規程、責任者の設置、保存と廃棄に関する規程等は定められている。 ・個人情報保護の観点から、記録の管理に関し、全職員に対し、組織的・計画的に教育や勉強会等実施が望まれる。 ・契約時に個人情報の取扱いに関する誓約書を配布し、また保護者会で相談記録等が個々担当によりケース記録に記されている。保護者会（幹事会及び保護者会）に関する当施設議事録整備が望まれる。 		

評価対象A 内容評価基準

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a・b・c
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a・b・c
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制を整備されている。	a・b・c
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a・b・c
A-1-(2) 利用者の権利擁護		
A-1-(2)-①	虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置、性的いやがらせ等）等の人権侵害について、防止対策を図っている。	a・b・c
A-1-(2)-②	自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	a・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・日常的なコミュニケーションについて手段を確保するための検討が展開されている。 ・自閉症対応支援として専門家のアドバイスを受け利用者の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと取り組んでいる。 ・コミュニケーションの取れる知人や代弁者の受入れは必要に応じ実施する体制はあるものの現在は対象となる利用者がいないが、ショートステイの利用者への手話のできる職員が対応している事例は確認された。 ・利用者の主体的な活動が確保され、利用者が、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるように

<p>様々な便宜を図り、必要な支援が日々展開されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者による自治会ないし利用者は当施設特性より整備していないが、施設長と保護者会幹事との会合及び月1回の面会実施の保護者会で利用者意向等調整を図っている。 ・支援計画をもとに日常生活支援を行っている。 ・利用者が自力で日常生活の行為が行え、行動範囲が広がる支援を月1回の保護者会も活用し、利用者・家族と十分な話し合いのもとで行っている。 ・生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は、本人・家族に確認の上、支援会議で検討している。 ・利用者のエンパワメントの理念にもとづく外出プログラムを作成し支援を行っている。 ・自己表現の技能として挨拶や電話のかけ方など取り組んでいる。 ・虐待防止のための職務規定やマニュアルは整備されている。 ・現場で気が付いた時点で話し合うなど防止策を図っている。 ・虐待防止職場内研修取組みはされている。 ・虐待発生時の処分規定は、職員就業規則に定められている。 ・行動障害のある利用者に対して一人ひとりを尊重し適切な対応が行える体制をとっている。 ・日頃から行動の特性など観察しケース記録に記載している。 ・職員間の共有化を迅速に行うために引継ぎノートを活用し職員出勤時は必ず確認している。 ・精神科医師とは看護師が連携し、その意見をもとに支援会議を実施している。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果
A-2-(1) 食事	
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意されている。	Ⓐ・b・c
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫している。	a・Ⓑ・c
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(2) 入浴	
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・Ⓑ・c
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ・b・c
A-2-(3) 排泄	
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・b・c
A-2-(4) 衣服	
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	Ⓐ・b・c
A-2-(4)-② 衣類の着替え等の支援や汚れに気づいた時の対応が適切である。	Ⓐ・b・c
A-2-(5) 理容・美容	
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	Ⓐ・b・c
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(6) 睡眠	
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(7) 健康管理	

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	○a・b・c
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	○a・b・c
A-2-(7)-③ 内用薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a ○b・c
A-2-(8) 余暇・レクリエーション	
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	○a・b・c
A-2-(9) 外出・外泊	
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	○a・b・c
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	○a・b・c
A-2-(10) 所持金・預り金の管理等	
A-2-(10)-① 預り金について、適切な管理体制が作られている。	○a・b・c
A-2-(10)-② 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。	○a・b・c
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	○a・b・c

特記事項

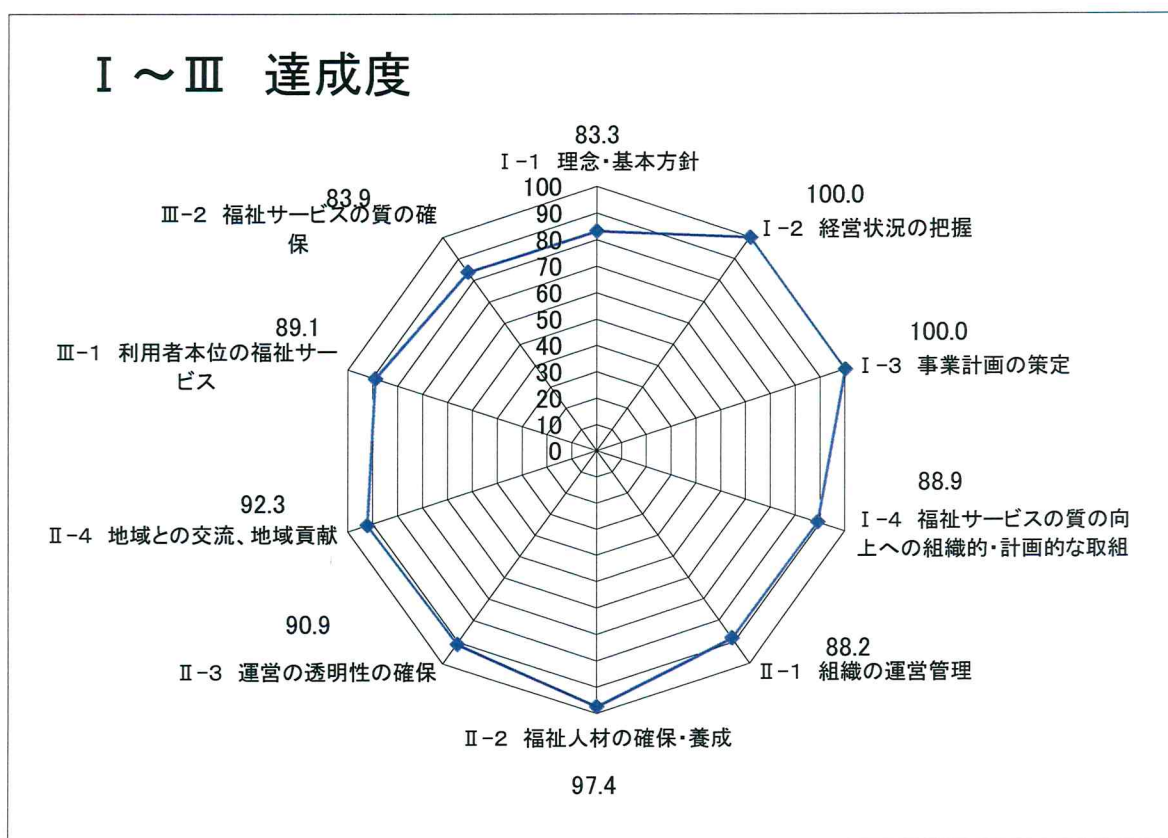
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりについて身体状況に応じた支援方法が確立し、留意点や支援内容も明示されている。 ・食事に関する利用者の嗜好や好みを把握するために意思表示ができない利用者の表情や態度を常に観察し検討している。 ・利用者の意思表示が難しいため食事検討会議への参加はできていない。参加への工夫が望まれる。 ・食卓上に調味料等の配置はできないが、場所を変え配膳室に保管し、必要な場合は使用もできる。 ・喫食環境は利用者の希望を把握し対応している。 ・意思表示が困難な利用には食事中の表情や食べ残し等も確認し、検討会議を定期的で開催している。 ・朝食時は職員が少ない時間帯であり、時間の幅を広げ安全に見守り対応できるように改善している。 ・入浴について利用者の障害程度、健康状態、必要な介助など個人の状況を十分配慮し、その状況は個々チェックリストを活用し、結果はケース記録に記載している。 ・入浴介助や支援・助言方法等に関し支援マニュアル（入浴）を用意し、実施状況は、支援日誌、ケース記録に記載している。 ・失禁等必要時はシャワー浴など必要に応じて対応が可能である。 ・入浴回数や時間は施設で取り決めている。上下階で1か所の浴室。 ・利用者数50名から希望の把握はできていない。これらの個々の話合い記録整備が望まれる。 ・浴室・脱衣場等の設備について事故防止、プライバシー保護の観点から支援会議での検討体制は整備されている。 ・浴槽の老朽化対策として脱衣場クッション素材の導入等工夫されている。今後浴室改装計画あり。 ・排泄介助に関して支援マニュアルをもとに利用者の健康状態や注意事項に十分配慮し、個別チェックリストを活用し取り組んでいる。 ・安全面やプライバシーにも考慮した支援を実施している。 ・身体状況に応じたトイレ設備や補助具の配備など定期的に検討により、快適な環境を整備している。 ・利用者の主体性を尊重し、活動プログラムに関連させ職員が同行し一緒に洋服を購入する取組みがある。 ・利用者の意思が尊重できるよう職員と一緒に身だしなみ着替えへの支援を行っている。 ・衣類の汚れに関しては、一連の行動とし日常の支援に浸透している。 ・破損衣類等ボランティア活用を図っている。 ・理容美容に関する資料の情報提供など可能な限り利用者の意思が尊重され本人の希望に応じた選択が行えるよう整備している。 ・事前に環境や対応について電話で調整し日常的に連携を図っている。 ・支援マニュアルをもとに夜間就寝中の対応が行われている。 ・寝具に関しては私物使用も認められている。 ・不眠者等により同室者に影響を及ぼす場合は、ショートステイ、入院中の方の空き部屋活用で一時的に

移動を行っている。

- ・利用者の日常の健康管理体制は整備され、健康診断個人票に日常の健康状態を継続して記録している。
- ・緊急時の方法や搬送先病院等の情報も記載されている。
- ・施設内に歯科もあり年3から4回は歯科衛生士による実施指導が行われている。
- ・利用者の健康面に変調があった場合は施設内に診療所があり迅速な対応が可能である。
- ・土日、夜間の急変時には外部の病院との連携も密に行われており緊急対応の体制は整備されている。
- ・利用者の内服薬、外用薬等の情報を職員は適切に得て管理している。
- ・支援マニュアルは整備されているが使用状況に関しては施設内病院の医師処方により薬局の管理で記録されているが、薬処方に対し、所定の様式による投薬実施記録は確認できなかった。誤薬防止への処方にもとづく投薬実施記録整備が望まれる。
- ・ボランティア参加による音楽活動は毎週火曜日に実施され、その他洗濯ボランティアもある。
- ・毎月第三土曜日は喫茶ボランティアにより支援が行われ全員が参加している。
- ・利用者に応じた外出がおこなわれ、外出に向けた伝え方等の学習の機会を設け、外出援助の体制が整っている。
- ・利用者や家族の希望に応じた外泊が行われている。帰宅し、夜間の不穏で困ったときはその時点で戻ることもできる。
- ・施設預り金管理事務処理要綱に添い管理体制が整備されている。施設退所を目標にされた利用者を個別支援プログラムをもとに金銭等の自己管理に向け学習支援をしている。
- ・新聞・雑誌等は個人で購買が行える。自室でのテレビ所有も認められ利用者の意思や希望に添って利用できる。利用者間での話し合いで決めることは難しい。テレビのリモコン使用等では職員が中に入り利用方法について援助している。

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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	17	100.0
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	8	88.9
II-1 組織の運営管理	17	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・養成	38	37	97.4
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	24	92.3
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	26	83.9



「ななくさ新生園」 評価結果グラフシート

A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 利用者の尊重	17	16	94.1
1-(2) 利用者の権利擁護	10	10	100.0
2-(1) 食事	12	11	91.7
2-(2) 入浴	8	7	87.5
2-(3) 排泄	10	10	100.0
2-(4) 衣服	6	6	100.0
2-(5) 理容・美容	5	5	100.0
2-(6) 睡眠	5	5	100.0
2-(7) 健康管理	14	13	92.9
2-(8) 余暇・レクリエーション	5	5	100.0
2-(9) 外出・外泊	7	7	100.0
2-(10) 所持金・預かり金の管理等	11	11	100.0

