

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 ななくさ白寿荘		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：理事長 森 進 施設長 三浦 裕司		定員（利用人数）：165（171）名	
所在地：兵庫県西宮市山口町下山口1650-26			
TEL：078-903-1665		ホームページ： http://www.nanakusa.or.jp/shisetsu/hakujyuso.html	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：昭和50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： 92 名	非常勤職員： 15 名	
専門職員	(専門職の名称) 名		
	医師 2名	看護師 7名	
	社会福祉士 6名	介護福祉士 59名	
	介護支援専門員 2名	精神保健福祉士 3名	
	栄養士 2名		
施設・設備の概要	(居室数) 計 59室	(設備等) 特殊浴室、機能回復訓練室	
	1人部屋 11室	洗面所、トイレ付き	
	2人部屋 14室	洗面所、トイレ付き	
	4人部屋 34室	洗面所、トイレ付き	

③ 理念・基本方針

運営理念

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。

基本方針

利用者の尊厳を守り、生き生きと自立した生活ができるように支援することを基本方針として、施設サービス計画に基づき、可能な限り在宅における生活復帰を念頭において介護を行う。また、明るく家庭的な雰囲気、潤いと安らぎのある施設づくりをめざす。

- ・やさしい笑顔、あたたかい関わりで利用者様の心を支えます。
- ・利用者様の思い（生き方）に耳を傾けその人らしさを支えます。
- ・居心地の良い生活空間をつくれます。
- ・利用者様の笑顔を引き出します。
- ・利用者様が「誰か」の大切な人であることを忘れずに接します。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 良質かつ安心なサービス提供
 - ・利用者の健康管理体制の充実
 - ・接遇マナーの向上
 - ・心身の状況に応じ、次のライフステージが選択できる体制整備(高齢障がい者の受け入れ)
2. 人材確保と育成
3. 地域貢献に向けた取り組み

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年5月 1日（契約日）～ 平成28年11月28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

- ・事業団の中期計画を基に昨年当施設の将来を見越した中期計画を策定、本年事業計画は、良質かつ安心なサービス提供、人材確保と育成、地域貢献に向けた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。
- ・当組織の会議体は、経営改善検討会のもと、事業目標具体化への主要業務遂行の委員会・検討チームと主任会、職員会議で構成され、特に本年度再編改善された委員会・検討チームは、全職員がいずれかに所属する仕組みにしてあり、職員間の情報共有化が進み、事業運営に顕著な効果を上げている。
- ・認知症比率85%、介護福祉士資格保有率89.5%等の施設特性より、認知症研究チームで従来から継続の接遇研修に加えて、本年より講師招聘の認知症対応のコミュニケーション能力向上を目指すバリデーション研修を取り入れ、全職員に研修目的や実効性等説明のうえで、当研修の資格であるバリデーションワーカー資格(他への教宣指導役)取得職員を複数養成する計画のもと、本格的に利用者満足への人材育成に取組まれ始めた施策により、職員の業務取組み意欲が一層向上し、ワーク・ライフ・バランスへの諸施策と相俟って人材確保と育成に効果を生み出している。
- ・当施設地域特性より、西宮市の指導・協力を得て地域の民生委員、各自治会等利害関係者に対し、施設を会場とする地域交流フェスタ、健康フェスタや盆踊り、婦人会への料理教室等開催し、また福祉ネットワークへの協働参加等地域交流を推進し、これらの活動から地域ニーズを把握し、キャラバンメイト資格を有す複数職員による認知症サポーター養成講座、認知症カフェ、等新たな地域展開への活動を進め、地域貢献の向上に効果を上げている。

◇改善を求められる点

- ・終末期対応では、入所時に家族等からの要望が多いが、現在は実施に向け準備段階である。早期の整備・推進が望まれる。
- ・本年度再編改善した全職員がいずれかに所属する委員会・検討チームは、将来的にもサービスの質向上の要となる構成であり、各チームの業務推進にPDCAサイクルを活用し、特に評価・分析がし易い目標を計画時に折込む等実効性を高める仕組み定着化が望まれる。
- ・従来サービス場面での活用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マニュアル類の内容再検証・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、初めて第三者評価の受審をしましたが、サービス提供における課題や問題点が明確になりました。PDCAサイクルを再検証し、実効性を高める仕組みづくりを進めることでサービス全体の水準が向上できると考えています。この第三者評価の受審結果を真摯に受け止め、サービスの継続と改善、そしてさらに向上にしていけるために職員全員で取り組み、「皆様に選ばれる施設」を目指していきます。

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

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営理念、基本方針は明文化し、ホームページ・パンフレット等に記載している。 ・理念から、ななくさ白寿荘(以下当施設と称す)が実施する特性を踏まえた使命や目指す方向、考え方を読取ることができる。 ・当施設の基本方針は、事業団の理念との整合性が確保され、“利用者様への心配り”として5つの具体的対応を明示、当施設内に掲示し利用者、家族等訪問者への周知の一助としている。 ・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、当番表を掲げ、朝礼復唱や職員会議等で周知への理解を深めている。 ・理念、基本方針は確立されているが、利用者・家族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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉事業の動向等は、全国社会福祉法人経営者協議会情報紙等より、また地域動向については、利害関係者である6市1町の福祉計画等や当施設の地域に向けた活動にもとづく変化動向等や課題を把握し、また、毎月の収支状況を始めとして入所・ショートの稼働率やデイの稼働率等を把握し、経営改善検討会等で評価・分析し、中期計画、事業計画に反映し、経営環境変化等に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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・当施設利害関係者より入手の経営に関する情報を経営改善検討会等で明確化し、組織体制、設備整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析と合わせ、当施設が取り組む経営課題を明らかにしている。 ・経営状況や改善すべき課題等は、定期的開催される事業団の理事会に報告し、共有化され、職員会議で経営改善検討会の内容を中心に、職員へ報告・周知を図り、かつ、全職員がいずれかに所属の再編改善された委員会・検討チームを中心に解決・改善に向け、具体的な取り組みを進めている。 		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・当施設の中期計画は、理念や基本方針の実現に向けたビジョンと計画が明確にされ、経営課題、問題点の解決・改善に向けた課題と方向性を示し、その具体的な取組みを明示し、収支計画や職員配置率等数値目標も取入れ、評価し易い内容になっている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・事業計画は、中期計画を反映した内容が示され、月1回開催の経営検討会議で主任会、全職員がいずれかに所属の委員会・検討チームによる計画進捗状況等にもとづく進捗と実効性確認が行われており、職員の理解を促す工夫に繋がっている。 ・事業計画は、利用者等にわかりやすく理解しやすいリーフレット等工夫し、周知を図っている。		
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
<コメント> ・事業計画は、あらかじめ定められた時期、手順にもとづき、前年度総括課題、環境変化動向、地域情報や棟内3フロアからの提案や改善提案制度等で意見・提案を聴取し、職員がいずれかに所属の再編改善された委員会・検討チームで課題を明確にし、主任会で評価検証後、経営改善検討会で策定している。 ・毎月1回以上、進捗状況を把握する為に主任会・検討チームの会議が開催され、職員会議で説明し、個別面談等で理解促進を図っている。 ・中期、事業計画は、PDCAサイクルが廻り継続的改善の仕組みが定着している。		
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
<コメント> ・利用者・家族等の周知は、インターネットの開示やリーフレット等で分かり易く作成されており、利用者はないが毎月一回「ご利用者様との意見交換会」を開催し、パンフレットも大きいサイズを作成し、ルビを打つ等工夫し、掲示板には、利用者・家族向けに色々な情報が分かりやすく掲示している。 ・対応可能な利用者へ事業計画説明等理解を促す取組みを行い、家族にはリーフレット郵送し必要に応じ説明し、事業計画情報により家族からの利用者紹介も増えている。		

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
<コメント> ・組織的・計画的な取組みとして前年度第三者評価ガイドラインを用いPDCAサイクルにもとづく自己評価を行い主任会・業務改善係等各検討チームで分析し、本年度は初めて第三者評価に取組み、質向上に向け組織的・計画的に機能し始めている。		

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・ b ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本年再編改善の検討チームで職員参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みを整備し、活動している。評価結果にもとづき組織として取組むべき課題の文書化が望まれる。 		

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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者自らの役割・責任は施設長の職責として明確化されておりホームページやハートフルエリアななくさ等の広報誌に掲載し表明している。 ・職員に対しては年度初めに、主任会（全体）・職員会議（全体）等で表明し、会議・研修等においてもその都度理解を促し、委員会・検討チームに参加し、助言・指導を積極的に行っている。 ・有事の際の管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等明確化されている。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、遵守すべき法令等十分に理解、利害関係者とは適正な関係は保持し、法令遵守観点の研修として阪神ブロックや県の事業協会施設長会等参加し、ストレスチェック制度等必要に応じ参加している。 ・社会福祉施設安全法等当施設関連法令等一覧表を整備しているが、一覧表には当施設基軸の介護保険法、障害者総合福祉法等福祉サービスに関わる法令・関連法等記載漏れがありました。当施設に関わる幅広い分野について遵守する法令等の一覧表再整備と定期的改訂動向確認及び全職員へ遵守への共有化工夫が望まれる。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、経営改善検討会、主任会、委員会・検討チームを月1回開催の仕組みを整備し、福祉サービスの質の向上に指導力を発揮している。 ・管理者は、把握した課題の改善に向け、キャリアパス及び階層に応じた役割表を策定し、各委員会・検討チーム等に積極的に参加し、改善への具体的な取組みの助言・指導を進めている。 ・職員面談、提案制度より意見聴取等から接遇研修の継続、「介護キャリア段位」の判定基準を活用し、個々のスキルアップを図る等の指導力を発揮している。 ・当施設特性の認知症比率85%に対し、介護福祉士資格89.5%を擁す背景より、コミュニケーション能力向上を掲げ、全職員に対し接遇研修やバリデーション研修に外部講師を招き実施し、バリデーションについてはバリデーションワーカーを目指す選抜制、認知症サポーター養成講座等を計画的に実施し、全職員の意識・理解向上に繋がるように終了後に無差別に記録作成者を指名する等教育・研修の充実に指導力を発揮している。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、経営の改善や業務の実行性向上に向け、毎月経営改善検討会で人事、労務、財務等を踏まえた分析を行っている。 ・事業別職責配置表を活用し、職員の勤務実態、改善提案制度における意見等より利用者の状況に応じた人員配置を行い、年2回の人事考課や改善提案制度による職員面談からの意見聴取を反映し、働きやすい環境整備に具体的に取組んでいる。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉人材の確保・育成計画、人事管理は、事業団人材育成方針や人事異動方針により人材の確保と育成に関する方針が確立し、必要な人員体制については法律最低基準を考慮し事業団事務局と協議し人事に反映し、人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 ・計画に基づく人材の育成は、キャリアパス及び階層に応じた役割表を作成し、職員の力量に応じた体制を整備している。 ・必要な福祉人材や人員体制の考え方は確立し、事業団として就職フェアに参加している。 		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「期待する職員像」は、事業団職員行動規範と倫理綱領に明記されている。 ・事業団人材育成方針、人事異動方針等が明確にされ、職員等に周知されている。 ・人事方針等にもとづき、考課者研修を受けた一時考課者（主任、副荘長）により本人のDo-CAPシートによる自己評価をもとに成果や貢献度を評価し、施設長が評価決定し、キャリアパス及び、階層に応じた役割表に反映し、処遇改善の必要性等評価・分析し易い取組みを行っている。年二回全職員対象に管理職との面談や改善提案制度の意見聴取や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施し、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組んでいる。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、「施設長の職責」に労務管理総括責務を明示している。 ・管理職はメンタルヘルスマネジメント研修を受講し、職員にはメンタルヘルス検定取得推奨、超過勤務状況、休暇取得状況等を定期的に把握し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組がなされ、職員に周知している。 ・年2回の職員面談や気になる職員には複数回の面談を行い、メンタル面での適切な助言・指導を行っている。 ・職員希望等聴取をもとに、オンコール体制を整備し、職員のメンタル面での解消に繋げている。 ・福利厚生は、阪神福祉事業団職員レクレーション事業部規約にもとづき実施されている。 		

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
<コメント> ・年二回の職員面談で管理者等との面談により職員の個人目標の進捗状況等が確認出来る体制を整備し、職員一人ひとりの育成に向けた体制が確立されている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・事業団人材育成方針に「事業団が求める職員像」を明示し、現状サービスの質向上に必要とされる専門技術や専門資格を職務階層別に役割・能力を具体的方向として定めている。 ・職務階層別研修の他に身体拘束廃止（年2回）・虐待防止（年2回）・バリエーション研修（年4回）等全体研修スケジュール表を策定し、外部講師による研修や振り返りグループワークなど計画にもとづき実践し、実施後は当該チームでアンケート等により実効性評価を推進し、主要な研修は外部講師招聘による全職員研修として質向上の機会を与えている。		
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
<コメント> ・個々の職員の知識、技術水準は、介護キャリア段位制度の評価を活用した自己評価等で把握や専門資格（介護福祉士資格保有率89.5%）の取得状況も把握し、個別的なOJTを実施している。 ・外部研修に関する情報を適切に与え、全職員向け「認知症サポーター養成講座」等研修を順次進めており、一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。 ・職場内研修は全員参加を基本とし、外部研修には主任等により勤務調整が行われている。		
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
<コメント> ・阪神福祉事業団施設実習契約について基本姿勢は明文化されている。 ・実習生受け入れマニュアルを整備し、実習契約一覧表も整理、実習前には、「介護実習を臨むにあたって」の事前アンケートを実施する等工夫され、実習は、プログラムに従って進め、終了後には反省会等行ききめ細やかな配慮をしている。 ・実習指導の育成にも指導者研修等を受講する仕組みが整備され、実習前には学校側と実習受託契約書・実習受入承諾書を取り交わし双方の責任の体制も整備されている。 ・実習生等受け入れは、社会的責務の一つです。当施設特性業務は、高齢化社会に関心を持つ実習生に学びたい施設として実習生増加の配慮・工夫が期待される。		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・ホームページに運営・倫理綱領そして、行動規範等施設の情報公開されており、情報内容は、随時、担当者が作成し、新しい情報変更する体制がとられている。 ・第三評価の受審に向けての情報は、ホームページに掲載されており、昨年第三者評価に関する研修を行い、本年改定の第三者評価にもとづく初回の受審を計画的に推進している。		

<ul style="list-style-type: none"> 当施設内容の情報公開は、ホームページ、たうんらいふのチラシ等各地区に幅広く配布する等積極的な活動を行い、地域連携重視に向け、自治会等に当施設の理念・存在意義や役割等の説明や浸透への活動に取組み、ネットワーク協働に取り組んでいる。 		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 阪神福祉事業団の事務処理規定・事務処理規定の運用等明確にされ、施設長の職責において権限・責任等が記載されており、職員には職員会議等において周知を図っている。 外部の専門家、特に会計関係においては公認会計士等の助言が得られる仕組みがあり、経営改善に役立たせている。 内部監査は、定期的に会計監査（公認会計士）・業務監査（福祉分野組織管理経験者）が実施されている。 		

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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 阪神福祉事業団の運営理念、倫理綱領、職員行動規範に基本的考え方が明示されている。 社会資源や地域の情報等は、掲示板を利用して利用者に提供している。 ボランティアは昨年333名の協力を得て、連絡先一覧表にて迅速に対応等の当施設との協働の仕組みは整備されている。 盆踊り大会やきたろく里山音楽祭・ななくさ健康フェスタなど地域と双方向的な繋がりを持ちながら地域交流が実践されている。 利用者の日常的な活動も利用者のニーズに応じて、ボランティアも活用し、認知症カフェ等地域における社会資源活用を推進している。 		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 職員行動規範の項目に基本姿勢や、社会資源等関係機関との連携を明文化している。 ボランティア受入マニュアルに受入れに対する基本姿勢を明確にし、地域のボランティアセンターや個人等音楽、レク補助、生花、衣類手直し等多彩な協力を得ている。 地域の山口中学校には、トライアルウイークの受入れに対応している。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 関係機関・窓口等、民生委員、各自治会、北六甲台婦人部等リストや資料は整備されている。 職員会議において地域活動状況を適時報告し、職員への周知を図っている。 関係機関・団体との定期的連絡会等を、お互いの情報確認の場として頻繁に開催している。 地域関係機関・団体と共通の問題（Ex認知症サポーター養成講座や認知症カフェ開催、配食サービス、料理教室）に協働して具体的に取組んでいる。 「住民主体の地域包括ケアシステム」を目指す福祉ネットワーク北六甲台地域会議の設立にオブザーバーとして参加等地域ネットワーク連携を深める取組を行っている。 		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 施設を会場として、ななくさ健康フェスタで「介護教室」として介護福祉士による介護技術講習(ex. 体位交換、オムツの選び方)、各種健康チェック、地域交流フェスタで生活支援技術講座として福祉用具・日用品の展示・試乗、認知症サポーター養成講座等地域住民との交流の取り組みは行われ、これらの講座は、住民関心度の高いことを把握、新たな展開に繋げている。 福祉避難所として西宮市と締結している。 居宅介護相談の開催や展示会・料理教室の開催が実施される等地域との交流・支援活動の取り組みは、地域の活性化等に貢献している。 		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 当施設の持つ機能を一覧表に整備し、各地域の諸団体との話し合い等を通じて地域に還元できる体制を構築中である。 各地域の民生委員や自治会役員等と定期的に会合を重ねながら施設の機能などの発信活動を実践している。 衛生・食事関係そして、高齢者問題等その他多様な相談等の内容の“地域の皆さまと“ななくさ”との地域交流についてのパンフレットの配布等で地域貢献する為の積極的な活動をしている。 地域貢献に向けた取り組みは、中期計画はもとより、今年度も重点事業の目標として継続事業として取り組んでいる。 		

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。	Ⓐ・b・
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 運営理念に利用者を尊重する姿勢が明示され、「職員必携」をいつでも確認できる活用を実践し、日々の業務に活かしている。 処遇マニュアルに利用者尊重の基本姿勢、具体サービスの留意点、手順を明示している。 利用者尊重や基本的人権配慮に、虐待防止や身体拘束に関する研修を計画的に実施している。 これらの配慮について月1回の利用者との意見交換会や接遇研修後の取組みアンケートにより受講者意見を集約し、定期的に状況の把握・評価を行っているが、評価・分析課題明確化による具体的実施と実効性確認が望まれる。 		
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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> プライバシー保護、高齢者虐待防止、権利擁護は、マニュアルを作成・回覧し、虐待防止や身体拘束廃止は、計画的に研修を進めているが、プライバシー保護マニュアルにもとづく研修の実施や研修後の実効性確認の仕組み整備による継続的な取組みが望まれる。 研修後のアンケート調査は接遇取組みで実施されているが、評価・分析の改善課題明確化や実効性確認の仕組み整備とマニュアル等見直し検証が望まれる。 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の周知は、契約時重要事項説明書等に記載し、説明等の工夫が望まれる。 これらの規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービス実施の記録整備が望まれる。 		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・認知症専用棟等に理念・方針に基づく運営、介護福祉士資格約90%の高いレベルの職員対応等記載の利用案内等写真を多用し作成、入所希望者等が手に入れやすい場所への配布やホームページに掲載している。 ・民生委員見学会等への対応や個別利用希望者への説明をしている。 ・職員の約90%が介護福祉士資格取得記載追加等利用希望者に対する情報提供資料は、適宜見直しをしている。		
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 Ⓑ・c
<コメント> ・開始・変更時には、利用者・家族の要望を基に利用者参加の担当者会議を開催し、課題を把握し施設サービス計画書を策定している。 ・絵や文字を工夫した各種サービスのご案内資料を用いわかり易い説明を心がけ、施設サービス計画書に同意を得る手順となっているが、利用者の意思決定が困難な場合の同意についての手順整備が望まれる。 ・アセスメント表の使用について平成13年よりルール化されているが、意思決定が困難な利用者への対応手順整備が望まれる。 ・定められたアセスメント様式に意思決定が困難な利用者の各サービス提供時の留意事項等配慮に関する記載等にもとづく施設サービス計画書への徹底運用が望まれる。		
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 Ⓑ・c
<コメント> ・入所契約書第18条に「契約の終了に伴う援助」の明示があるが、移行に伴う継続性に配慮した手順や引継ぎ文書整備と説明実施記録の整備が望まれる。		
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。	a Ⓑ・c
<コメント> ・本年5月より月1回「ご利用者様との意見交換会」開催、年2回家族有志と定期的開催しているが、家族等を含む定期的な利用者満足に関する調査の継続的な実施が望まれる。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・苦情解決の仕組みは整備され、契約時に苦情解決事業の流れをわかり易くした説明や掲示等を行い、ご意見箱を設置している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・今年度5月より「ご利用者様との意見交換会」を月1回開催し、相談や意見を述べやすい環境を整備し、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や掲示を行っている。		

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"> ・本年4月に「相談対応マニュアル」を検討チームで整備しており、年1回の見直し明示はあるが、見直しは、これからである。利用者や家族等からの相談でケース記録に対応記載あるが、組織的な整備が望まれる。 		
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"> ・介護事故防止に関する指針を定め責任者と身体拘束防止・介護事故防止委員会を設置、事故報告書（含ヒヤリハット事故報告書）記入基準及びQ&A事例集等明確化し、誤嚥事故/転倒・転落対応マニュアルを整備、職員への周知を図り、リスクマネジメント体制を整備している。 ・介護事故及び毎月”ヒヤリハット事故に対する対策内容について”の事故内容（発生日時、場所等）を収集、発生要因（発生時刻や場所等）を分析し、再発防止への取組を実施している。 ・介護事故予防外部研修や月1回開催の介護事故防止委員会の検討内容のまとめを職員に報告・説明し周知を図っている。 ・再発防止後の実効性の定期的な見直しが望まれる。 		
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"> ・感染症予防危機管理体制として責任者と役割を明確にし、委員会を設置、委員会運営要綱及び指針等に基づく管理体制が整備され、各種感染症対策手引き、処置方法等整備し、対応マニュアル及び年2回関連業者等による研修を実施し、職員に周知徹底を図っている。 ・月1回開催の感染症対策委員会により予防策が適切に講じられ、発生した場合の対応が適切に行われている。 		
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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成28年度災害対策計画に基づく立地条件に即した災害対応体制が決められ建物・設備類、サービス提供継続への必要な対策が講じられている。 ・緊急連絡網を整備し、定められた方法による利用者及び職員の安否確認が避難訓練等により実証し周知を図っている。 ・事業団各施設毎に備品リストを策定し、備品毎に保管期限を定め入替している。 ・防災計画は、県担当者と作成し、事業団の防災マップ等作成し、定期的に事業団内他施設と合同の避難訓練を実施し、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 		

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。	a (b)・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「標準的な実施方法」（マニュアル類）にもとづき実施したかを確認する仕組みはあるが、実証までは行われていない。「標準的な実施方法」（マニュアル類）にもとづく実証が望まれる。 		

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 (b)・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 当施設が提供するサービスに関する標準的な実施方法（マニュアル類）の検証・見直しの時期及び定期的な見直しが望まれる。 		
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 (b)・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 施設サービス計画書の責任者を設置している。 計画策定手順で同意を取ってサービスを行うと明示されています。施設サービス計画書の同意確認ができない場合の対応についての手順追加等、策定者間の共有化が望まれる。 		
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 (b)・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 福祉サービスの見直しを行う時期は3ヶ月と定め、モニタリング見直しの時期や、職員からの報告手順は明確化され、サービス内容の急な変更時はカンファレンスを開催し、迅速に対応できるように取り組んでいる。 施設サービス計画書の見直しでは、目標、その妥当性や、具体的な支援や解決方法の有効性確認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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者に対するサービス実施状況は、組織の規定にしたがって統一した様式で記録されている。 引継ぎ、申し送りは毎回正確に実施し、全職員への周知方法として回覧方式が行われている。 経過記録は、手書きで行われ回覧されていますが、迅速な施設サービス計画書等への反映や共有化推進としてネットワークの活用が期待される。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 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、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、記録管理の責任者が設置されている。 記録の管理について個人情報保護の観点から、新人職員に対し教育や研修が行われているが新人以外にも記録に関する仕組みと理解方法等の平準化研修等が望まれる。 記録の扱いに関する規定は整備され、情報開示について家族等からの情報開示を求められた際のルール・規程は明確化されている。 		

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

- ・サービス提供にあたり利用者の生活のメリハリづけ、活性化、寝たきり防止の観点で支援が図られている。
- ・サービス提供の場面において利用者の自立に向けた考え方が確立している。
- ・利用者の心身の状況を考慮し、一人ひとりに合った活動に参加できるように工夫している。
- ・活動の多様性を確保するために地域交流イベントへの参加やボランティアの活用も実施している。
- ・サービス全体を貫く支援の考え方を継続するためには、施設サービス計画書策定時確認が少なくとも必要です。利用者の心身の状況、生活習慣、暮らしの意向など個々利用者特性を十分理解し、個別的なサービス支援計画の目標設定が必要です。アセスメントは重要であり今後更なる有効な活用が期待される。
- ・会話だけのコミュニケーションではなく、表情、身振り、動作などくみ取る姿勢を大事にした支援を行っている。
- ・利用者が安心して落ち着いた生活が送れるような支援を行っている。
- ・バリデーションの考え方研修や接遇研修ではワンツーマンでの現場指導を実施し、また各委員会・検討チームへのいずれかに配属し、支援に関わる情報等の横連携の機会を得て支援の質向上に役立てている。

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

- ・利用者の心身の状況や意向を踏まえ、自然な排泄を促し、できるだけ自立した排泄ができるように支援している。
- ・排泄の誘導や介助は、利用者の尊厳に配慮した細やかな対応を行っている。
- ・個々の排尿、排便の状況は正確に記録され介助に活かしている。
- ・本項は前Ⅲ-2-(1)-①の標準的な実施方法に関連する評価基準である。従って、標準的な実施方法と個別支援計画で記載する個別特性・留意事項の分類に留意した対応が期待される。
- ・工夫点：自立支援する排泄ケアのポイント：a) 自然な排泄を促す支援 b) 排泄の適切な介助で利用者の尊厳に配慮している点
- ・利用者の心身の状況や意向を踏まえ、自然な排泄を促し、できるだけ自立した排泄ができるように支援している。排泄の誘導や介助は、利用者の尊厳に配慮した細やかな対応を行っている。
- ・カーテンの活用や排泄時の職員の見守りへの配慮を聞き取る。個々の排尿、排便の状況は正確に記録され介助に活かしている。
- ・ヒヤリハット事例分析より車いすよりのずり落ち、転倒等発生件数が多い。

<ul style="list-style-type: none"> ・転倒防止マニュアルを作成し、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、できるだけ自力で移乗・移動できるよう支援している。 ・安全に移動しやすきよう環境整備に注意した取組みを毎日行っている。 ・福祉用具は安全に快適に使用できるように不備はないか、汚れはないかを職員が随時確認し支援を行っている。 ・施設内は制約なく移動できるように整理されている。 ・褥瘡対策指針、褥瘡対応マニュアルをもとに取組んでいる。 ・利用者の心身の状況に応じた対応を確立している。 ・褥瘡予防への取り組み姿勢など統合的な対応で取組んでいる。 ・利用者の主体性を尊重した取組みとして購入支援の機会を設け好みや個性を踏まえた対応を実施している。・利用者衣料の手直し等はボランティアを活用している。 ・利用者の意向を尊重し、一人ひとりのおしゃれ感覚を大事にした取組みを実施している。 ・夜間就寝中の対応に関してマニュアルの策定とともに対応に特に配慮している取組みを確認。
--

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・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・c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・○b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・栄養ケア計画を作成し体調に合わせて食事形態等での提供、利用者の状況に応じ食堂のテーブル配置や座席替えを利用者意向等把握し改善している。 ・食事の選択性は難しいが行事食のメニューを工夫するなど意向を反映する仕組みが整備されている。 ・施設の料理担当は、地域活動の一環として料理教室の講師等を行い、高齢者等の好みなど情報を把握し、食事提供に反映している。 ・安全な摂食のため、栄養士や看護師と連携しながら利用者の心身の状態を把握し、サービス計画書をもとにサービスを提供している。 ・状況に合わせた食事の提供、介助が行われ自立支援の考えを踏まえ利用者の自分でできることは自分で行えるよう支援している。 ・利用者の口腔状態を保持・改善のため定期的に歯科衛生士による口腔ケアを実施している。 ・実施内容は口腔ケア実施表に記録している。・評価・見直しの実績はない。 ・利用者への清掃に関して個別的に職員に指導し日々のケアに繋げている。 ・口腔ケア実施後の評価・見直しや職員に対する計画的な研修実施が望まれる。

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・○c
特記事項	
<ul style="list-style-type: none"> ・入所時に家族からの要望も多いが、現段階は実施に向けて準備段階であり今後体制を整えていく方向で医師・医療機関等連携体制課題の整備推進が望まれる。 	

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・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・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> 日常生活において利用者が行えることを評価し、その力が発揮できるように支援している。 基本は入所時のアセスメントを基に把握していくが行動パターンや危険性等の情報は個別ファイルに保管している。 ひとり一人の認知症の状態に合わせ、環境整備や受容的な態度での取り組み姿勢が確認できる。 職員の認知症ケア等についてスキルアップにむけたバリデーションについての取り組みが開始され意欲的にまた計画的に行われている。 ・施設管理としての一覧化工夫が望まれる。 利用者の安全を考え設備面の事故防止の確認を毎日欠かさず点検している。 居室については同室者への組み合わせなど細やかに配慮している。 利用者の夜間行動等について何度も話し合い施設に関して慎重に対応している。 定期的に「利用者との意見交換会」を実施しその内容は記録し改善に向け委員会等で検討している。

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

<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練が必要な利用者に対しては、一人一人に応じたプログラムを作成し医師の指示に基づき理学療法士によるリハビリテーションが実施されている。 機能訓練を必要としない利用者に対しては、日常生活動作の中で向上させる取組む活動を行っている。 介護予防を含む計画的な実施が求められる。

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

<ul style="list-style-type: none"> 利用者の体調変化時の対応手順は明確にしている。 異変の兆候を早く気づくため夜間は1時間ごとに各部屋の見回りを実施している。 看護職員および介護職員は、日々利用者の健康チェックを行い、その結果を記録し、関わる職員等へ周知している。 ・体調の変化時を的確に把握し、迅速に対応する手順が明確にしてある。 職員への薬の効果や副作用に関する研修は年2回医務研修で実施している。 感染症や食中毒に関する予防対策、発生した場合の対応手順を感染症対策委員会を設置している。 感染症や食中毒が起きた場合の手順も定められ、年2回職員全員に対し「インフルエンザ対策の研修会」6・7月ごろには「食中毒」の研修を開催している。 職員が媒体になる可能性があることから今年度より職員を対象とした「健康管理チェックシート」を作成し活用する。 ・職員の家族への対応方法は検討中である。

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

<ul style="list-style-type: none"> 施設の建物・設備は、利用者にとって快適にくつろいで過ごせるよう日々職員が点検している。 修繕が必応な場合は修繕依頼書を作成する取組みを行っている。 備品に関してもチェックシート活用し点検を行っている。
--

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

<ul style="list-style-type: none"> ・家族の面会時は、面会カードに記入してもらう。 ・面会室を準備しているが各部屋での面会もおこなえる。職員から利用者の近況報告等も行いその内容はケース記録に残している。 *行事等のお知らせを家族には定期的に知らせている。 ・変化のあった時は適時知らせるような体制を整備している。
--

A-10 その他

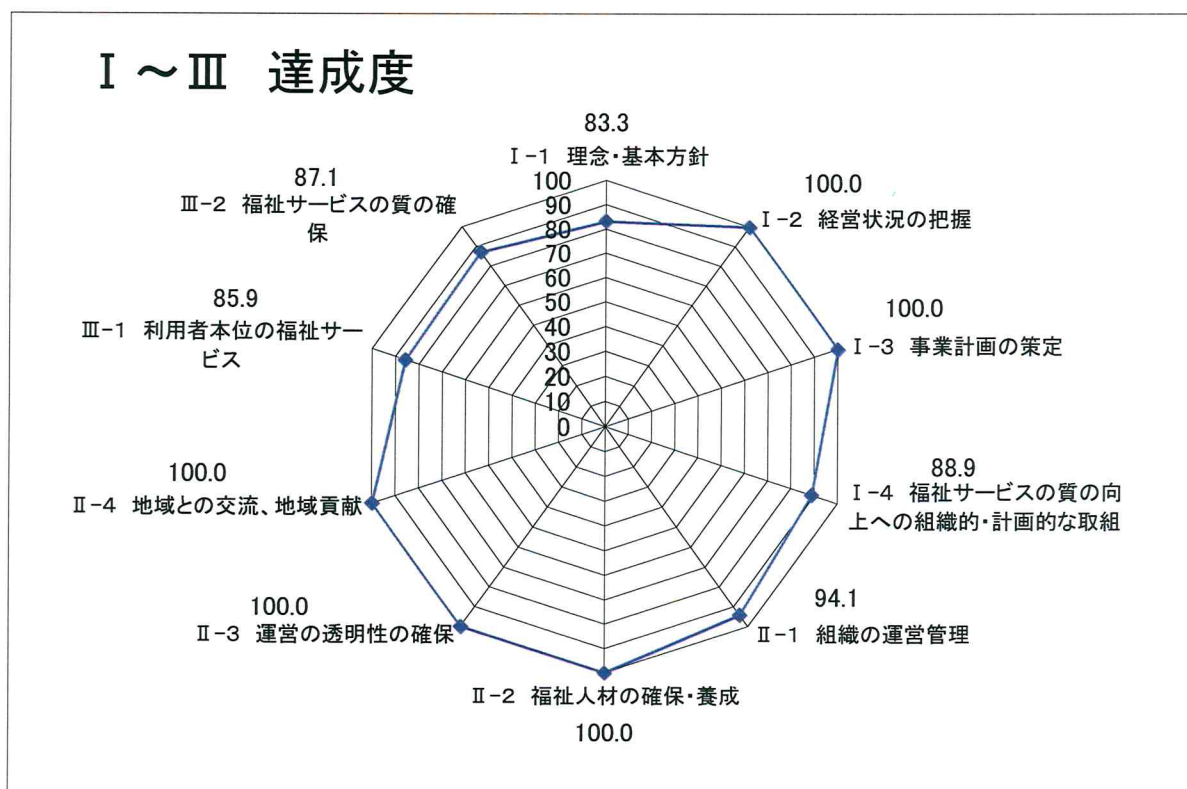
	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	Ⓐ・b・c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	Ⓐ・b・c
A-10-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	Ⓐ・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・必要な時には、職員・地域ボランティアより介助や支援・助言を受けられる体制が整備されている。 ・利用者の希望に応じた外出が行われ、外出に関しルール化され職員・地域ボランティアの支援体制が整備されている。 ・緊急連絡カードも準備し、利用されている。 ・施設内にポストが設置され郵便等の投函が自由に行える工夫をしている。 ・携帯電話の使用している利用者もある。 ・家族への連絡は事務所内の電話を使用している。 ・施設内の共有スペースには、各社の新聞を設置しているが、個人で購入する方もいる。 ・テレビの台数も多く、個人でテレビやラジオを持ち込み利用者の希望に添い利用できる。
--

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	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	38	38	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	26	26	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	55	85.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	27	87.1



「ななくさ白寿荘」 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 支援の基本	21	21	100.0
2 身体介護	54	54	100.0
3 食生活	26	25	96.2
4 終末期の対応	6	0	0.0
5 認知症ケア	8	8	100.0
6 機能訓練、介護予防	6	5	83.3
7 健康管理、衛生管理	13	13	100.0
8 建物、設備	5	5	100.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	8	100.0

