

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 福祉市民ネット・川西

② 施設・事業所情報

名称：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 友保 雅博	定員（利用人数）：165 名
所在地：兵庫県西宮市山口町下山口 1650 番地 2 6	
TEL：078-903-1665	ホームページ：https://nanakusa.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：1975年（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：73 名 非常勤職員：7 名
専門職員	（介護支援専門員）11 名 （社会福祉士）16 名
	（介護福祉士）58 名 （精神保健福祉士）5 名
	（主任介護支援専門員）2 名 （認知症介護実践リーダー）15 名
施設・設備の概要	（居室数） （設備等）
	1人部屋（11室）2人部屋（14室）4人部屋（34室） 特殊浴槽、機能回復訓練室等、

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、福祉の心をも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、先駆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置いて介護を行う。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。

④施設・事業所の特徴的な取組

法人及び事業所の特徴的な取組としては、①ご利用者に対する接遇の向上②中期経営計画で定めた支援「よりそい・きづき・そうぞうする」をチームで実践③風通しの良い職場環境の構築等を職員全員で取り組んでいく。利用者支援においては、認知症利用者への専門的支援の推進（バリデーションの継続、認知症介護指導者の配置を予定）。健康管理と医療的ケアの充実面では、STとの連携による肺炎予防。喀痰吸引を行なえる環境を整え、看取りの充実。人材確保の取組としては、チーム実践研修、オンライン研修の活用。地域における公益的な取組としては、ひょうご認知症サポート店の啓発、認知症サポーターの養成講座の実施。ほっとかへんネットへの積極的な関わりと連携を深めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年5月13日（契約日）～ 令和6年12月27日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回（令和2年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

阪神6市1町による公益的な運営を担う責務と広域事業の特性を活かした理念・基本方針の実現に向け、中期ビジョン及び具体的な単年度計画の作成により、達成度の数値化や定期的な進捗状況の確認等、効率的な運営を目指している。要介護度高い利用者を可能な限り積極的に受け入れており、高齢者から知的に障害を持つ利用者まで幅広く入居されている。

施設長、副施設長、主任を中心に専門的知識を持つ職員が多数在籍しており、スキルを活かし、利用者のへのきめ細かな支援がなされている。職員は、利用者に真摯に向き合い、利用者が話したいことを話せる機会を積極的に作っていた。特に、ケース担当職員を中心に取り組んでいる出勤時の挨拶回りは1対1で関わりを持つことができると利用者からも好評である。

近年、特別養護老人ホームにおいても、重度化が進んできており、医療的知識や高い専門技術が求められている。施設長、副施設長は職員の主体性を育みながら、積極的に研修の場を提供している。また、働きやすい環境整備や風通しの良い組織作りを行っており、職員が長く勤めたいと思える運営を行っている。

法人本部の強力なバックアップのもと、西宮北部の特別養護老人ホーム基幹施設として、地域のリーダーとなるべく職員一丸となって邁進していただきたい

◇改善を求められる点

法人として毎年の自己評価及び3年毎の第三者評価を定例化することで、サービスの質の向上を図っているが、主に主任級以上の職員によって実施されている。一般職員も自己評価等に参加することで、自分ごととして捉え、業務への気付きに繋がるのではないかと。また、利用者の重度化や利用者家族の高齢化など諸問題はあるが、利用者や家族が集まり、意見が言える利用者会や家族会などを再開してみてもどうか。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回第三者評価を受審することで、現在実施している経営面での実際の取組について再点検及び、必要な事項について確認した。利用者のケアを実施していく中で、寝たきり利用者や認知症状が重たい方、意思表示が難しい利用者にも工夫しながら、関わっていく姿勢・取組が必要であることに気づくことができました。役職者のみで取組むのではなく、新任職員、中堅職員、ベテラン職員等が協力してきづきを実践する。またPDCAサイクルにつなげていく必要性や日々の支援の中で自己決定支援、利用者自身が選択する機会をつくり、提供していくことを施設全体で実施・共有していきます。

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。

(別紙)

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。	① a・b・c
<コメント> 法人のパンフレット及びホームページには運営理念や基本方針が記載されている。また、施設内においても掲示を行い、毎朝の朝礼で読み合わせを行い、周知している。施設独自の介護理念に関しても事務所や利用者様が見えやすい箇所に設置しており、周知がなされている。	

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。	② a・b・c
<コメント> 施設長を中心に利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集し、毎月開催されている経営改善検討会で検討がなされている。職員会議や月曜調整会においても、報告がなされており、タイムリーにデータが職員に開示されている。	
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。	③ a・b・c
<コメント> 施設長を中心に収集したデータを活用し、具体的な課題や問題点を明らかにしている。「西宮北部では、民間のデイサービス事業の参入が相次いでいる」など地域の特性等についても把握しており、中期計画や事業計画にも反映されている。また、理事会等へも正確に報告されている。	

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。	④ a・b・c
<コメント> 施設独自の中期経営計画を策定し、単年度の事業計画等にも反映をしている。新たに地域の医療機関と連携・看取りについても取り組んでおり、安定しつつも、利用者に寄り添ったものとなっている。目標数値についても、実効性のある形となっている。	

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> 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定しており、進捗状況は毎月の経営改善検討会などで評価されている。職員のモチベーションも高く、前向きに取り組んでいるが、事業計画の評価結果に関するインセンティブを設けてみてはどうか。		
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> 事業計画策定にあたり、施設長が職員に通知を行い、現場での意見を集約の上、策定がなされている。事業計画のヒヤリングを経て理事長より採否通知が出されるが、施設長は進捗状況について、適宜、職員へ報告するよう努めている。		
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> 家族の高齢化と共に、後見人制度の利用者も多く、対面での家族回答は開催でき難い現状ではある。事業計画については毎年、郵送にて家族・後見人への周知に努めている。施設内の掲示板に、質問内容を掲示することで利用者へは周知を図っている。利用者への理解を得るよう心掛け、個別で内容について説明することもある。		

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> 毎年、主任を中心に自己評価を行い、次回に向けた課題の洗い出しを行っている。前回の第三者評価調査で課題となった看取りについて、3年間かけて受け入れできる体制を整備した。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 自己評価や第三者評価の結果は職員会議等で共有されており、職員全体で改善していこうと取り組む前向きな姿勢が認められる。		

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> 施設長は、年度初めに職責等に関する資料、並びに事業計画に関しても書面で示し、経営方針を含めた概要説明を行っている。また、職員の役割に関しても文章化している。BCP（業務改善計画）を作成・更新しており、夜間・緊急時の対応についても体制が整備されている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 施設長・副施設長は遵守すべき法令等を十分に理解しており、遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。西宮市社会福祉法人等指導監査説明会等にも参加しており、経営に関する研修や勉強会にも積極的に参加している。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 施設長は、月曜調整会などを通じて、福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。対話研修を1年に1回実施しており、職員にサービスの質の向上のための前向きな意見を聴き、サービスの改善に努めている。職員の業務効率を図る為、インカムを導入予定である。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	㉠・b・c
<コメント> 施設長・副施設長を中心に、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行い、経営改善や職員の労働環境改善に繋がるよう取り組んでいる。月曜調整会、経営改善検討会を通し、経営改善を図ると共にチームケアを柱とした進捗状況の管理も実施している。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 福祉人材の確保と育成に関する方針について、法人本部主導で定められている。職員配置について、介護保険上の最低基準等を考慮しながら、所属長と事務局が協議、人事方針作成し反映させている。法人一括採用が功を奏しており、専門職の人材確保に繋がっている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<コメント> 法人本部主導で、人材方針や人事異動方針等で具体化されている。各種基準は要綱、明確に定めており、就業規則等に明示しており、職員がいつでも確認できる環境である。職員処遇の水準について、法人本部が分析しており、ベースアップ等にも繋がっている。人事考課基準に基づき評価を行っており、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。		
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
<コメント> 施設長・副施設長を中心に労務管理を実践しており、超過勤務や休暇の取得状況についても確認・検証している。職員は心身の健康と安全確保のため、診療所での健診及び35歳以上の職員については生活習慣病健診の実施している。また、個別にストレスチェックを行い、状況によって産業医と面談を実施している。公休・有給を含め年間130日近くの休日を取得しており、パパ育休等の制度もある。		
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> 法人の人材育成計画との整合性を図りながら、事業所独自のキャリアパス及び役割表を活用している。事業所独自の資格取得者一覧を作成し、加算の漏れがないよう努めている。年度ごとに作成する、事業計画において、オンライン研修で法定研修やそれ以外に必要な研修を受講できる環境である。個別面談を年2回行い、組織の目標や方針を確認している。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 「期待する職員像」等について、法人の人材育成方針内に職員像、スキルに関する記載がある。副施設長を中心に研修計画が策定されており、年1回見直しがなされている。ハラスメント研修などタイムリーな研修についても実施するようにしている。ジョブメドレー(オンライン研修)を活用することで、職員の負担を減らすよう心掛けている。		
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、技術水準については、日々の利用者支援の中で、確認している。また、生活相談員、ケアマネについては相談援助業務の中で実習指導者の資格を有する者がスーパーバイズしている。新任職員については、指導員、主任により半年かけて育成し、習熟度を確認している。年2回行われる考課面談で目標確認、OJTの取組を行っている。前述の取り組みなどから、今年度の入職者の離職率は0%である。		
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	①・b・c
<コメント> 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化しており、副施設長を中心に受け入れを行っている。実習指導者も複数名おり、社会福祉士・介護福祉士の実習が受け入れ可能である。指導者に対してのフォローアップ研修や大学との調整にも積極的に参加しており、きめ細かなプログラムが整備されていた。		

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
<コメント> ホームページに理念や事業計画の他、必要な情報が提供されている。第三者評価の受審結果は重要事項説明書に記載し、苦情等については事業報告書及び第三者委員会でも報告している。また、ホームページにも結果を掲載している。名来地区等、ダイハツ工業向けの認知症サポーター養成講座、認知症予防体操等へ講師役の派遣等で地域貢献を行っており、地域貢献についても積極的に実施している。	
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。 (a)・b・c
<コメント> 法人の経理規則、事務処理規定に基づいて処理を行っている。法人本部による内部監査、または西宮市による社会福祉施設等の運営指導を受けており、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営に向けて取り組んでいる。	

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。 (a)・b・c
<コメント> 地域の老人会との連携を取りながら、いきいき体操や予防体操の指導、認知症カフェの開催などへの協力を行っている。地域で開催されている認知症カフェには運営側として職員が協力をしている。法人内での施設間協力は相互連絡を取っている。利用者個人の日常的な買い物ニーズは多くはないが希望があればショッピングの同行などを実施している。	
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。 (a)・b・c
<コメント> ボランティア受け入れは徐々に再開できている。ドッグセラピーは継続的に実施されている。化粧やネイルなどは利用者に人気がある。傾聴ボランティアの再開もある。ボランティア開始前には受け入れマニュアルに沿って説明に時間をかけボランティア保険も必須としている。認知症サポーター養成講座の開催に当たり、近隣での要請には積極的に、講師を派遣しており、講師ができる職員が多くいる事は強みである。小学校でのキッズサポーター養成講座も実施した。近隣保育園との交流は行えていない。	

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
<コメント> 法人内の障がい者施設について、高齢化が進んでいるのが現状である。家族からの介護や認知症対応についての悩みや相談を受けている。ノウハウを伝えるために地域主催の集会に職員を派遣することもある。地域からの依頼は多くあるが人員的に全てにこたえることはできていないが、法人としての取り組みは前向きである。今後、一層の工夫が期待されます。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	㉠・b・c
<コメント> 地域との関係性は施設の立地上、やや希薄であることは否めない。ニーズがあれば常に動ける準備は備えている。職員層も厚く機動力は望める。		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	㉠・b・c
<コメント> 法人からの依頼がありインターンシップの受け入れには積極的に対応できている。防災については要援護者への取り組みが課題ではあるが「ほっとかへんネット」への参画により職員派遣なども行い地域貢献につなげている。		

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。	①・b・c
<コメント> 理念についての理解は職員全体に浸透していると感じられる。朝礼時の復唱が実践されている。利用者の尊厳や人権への配慮が大切なものと位置づけられ、チーム全体で取り組んでいる姿勢が理解できる。都度の面談やカンファレンスを通じて原点に戻ることを意識して注意喚起するようにしている。定期的に接遇アンケートも実施しており言葉の乱れには特に注視するようにしている。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	①・b・c
<コメント> 権利擁護・プライバシー保護マニュアルが整備されており、定期的な研修の実施もある。介護目標として常に意識付けするよう指導している。認知症への理解不足による突発的な感情変化が見られた時には「交代しよう運動」として、自然に職員の交代ができています。専門性を高めるための研修も推進している。		
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。	①・b・c
<コメント> ホームページの管理は法人本部が主導している。内容については施設からの希望を伝えることもあるが、タイムリーな発信は出来にくいのが現状である。外部からの見学希望などには随時対応し、丁寧な説明を心がけている。法人パンフレットは近隣役所や地域包括に届けている。居宅介護支援事業所のケアマネジャーが積極的に関係各所に届けるようにしている。バリデーション技法習得者が在籍していることなど、特異性を前面に紹介する事が望まれる。		
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。	①・b・c
<コメント> サービス計画書についての家族アンケートによると、説明はあるが参加はしていない等、ケアマネジャーが電話で説明しているケースが多い。家族の面会がある利用者については、対面での説明・同意取得ができています。本人の意思表示が困難な利用者や、後見人のついている利用者も多くいるが、意思決定支援マニュアルに沿った支援ができています。		

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。	㉠・b・c
<コメント> サービス終了時には「サービス終了担当者会議」を開催し、記録を利用者・家族へ渡している。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者満足に関する調査が、3～4か月に一度実施されている。お酒を飲みたいとの希望があり、ノンアルコール飲料の提供が実現して、利用者に変え喜ばれた例がある。利用者満足の把握については、日頃から一人ずつの聞き取りを重視している。希望については、行事の際に取り入れるなどの工夫をしている。常にマンネリ化していないか見直しするよう心がけている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 苦情受付書があるが、実際には記入されることは、ほとんどない。ご意見箱も玄関に設置されているが意見が入っていたことはない。利用者本人からの苦情申し出があり、迅速に状況を確認・検証を行い役所への報告もした。家族からの意見などについてはケアマネジャー・相談員が電話でほとんどを、すくい上げている。苦情解決については、迅速に対応しリスク回避に努めている。苦情内容と対応については公表し、法人の事業報告書に掲載している。法人報告会もあり常に積極的に共有はしているが、法人ホームページへの記載はされていない。		
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> 利用者からの希望により、各職員の写真を掲示している。相談事などは担当職員を通じて、全体での共有がなされている。カラーシールを利用して相談内容の分けを分かりやすく、表にしている。利用者間トラブルもあるが、両者の言い分をよく聞きとるようにして内容については、職員間での情報共有が出来るようになっている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の意見交換会にて、きめ細やかに聞き取りがされている。意見箱の利用はないが日常生活の中で利用者に寄り添うことで、意見や希望は聞き取れている。利用者の高齢化や重度化に関連して、費用対効果を鑑みつつ加算算定を策定している。相談対応マニュアルなどは、年に1度は見直しし、必要時には随時対応を行っている。利用者からの相談・希望にはチームで検討・対応ができています。		

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・c
<コメント> 安全対策担当者が決められており体制が整っている。ヒヤリハット報告書・事故報告書でのデータ分析が行われ、検討・検証し対策が話し合えている。月曜・金曜のミーティングでは看護師の参加もある。日常的にはミーティングノート、引継ぎノートが活用されている。ミーティングでは振り返りを含め、体調面も含めた細やかな情報共有ができていますので、リスク回避の助けとなっている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> ななくさ白寿荘感染対策委員会要綱が整備されている。コロナ感染を経て疥癬の罹患者があり現在も完解には至っていない。医師・看護師の指導による適切な加療中である。感染症ラウンド研修なども含めオンライン研修・看護研修なども実施されている。職員直筆の感染症研修の報告書を確認した。感染症対策委員では季節に応じ会議の際に注意喚起を促している。		
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やっている。	㉠・b・c
<コメント> 災害対策計画に基づいて体制整備が整えられている。行政・消防署・警察・自治会・福祉関係団体と連携をとっており、県担当者とマニュアルを作成している。災害備蓄品については、各棟で1週間分を備蓄している。担当者がリスト作成とともに順次更新を行っている。避難訓練は夜間想定などで実施している。今後は、より実効性の高い訓練を検討中である。消防からは要請から7分で到着することが確認されている。		

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。	①・b・c
<コメント> 各処遇マニュアルが整備されており、福祉サービスの標準的な実施方法が共有されている。現場での介護実習も適宜、実施されている。入職時のOJTは6か月間と設定されているので、十分な指導ができています。業務改善などの意見に対しては、主任・ケアマネジャー主導にて現場改善が、即時行えるよう努めている。		
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。	①・b・c
<コメント> 「ケアプラン作成までの手順」があり、適切に運用されている。入所時のアセスメントから始まり、計画書・モニタリング・サービス担当者会議が、滞ることなく、実施されている。モニタリングはケアマネジャーが主として、実施している。食事形態の変更などは看護師やSTへの相談を経て、随時見直しを行っている。		
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。	①・b・c
<コメント> サービス実施にあたり、責任者を設置している。6か月ごとの計画書更新とともに、アセスメント表に沿って、アセスメントしている。認知症の利用者のBPSDへの対応についても、現場職員との相談を重ね、随時計画書に反映できるようにしている。月曜・金曜のカンファレンスでは看護師・相談員・主任等・関係職員が参加して、柔軟に対応できる仕組みがある。		
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。	①・b・c
<コメント> ケアマネジメントマニュアルに沿って、施設ケアマネジャーとしての職務を遂行している。更新、変更した計画書はファイルされており、回覧等で職員に周知している。体調急変時などの臨時カンファレンスを含め、緊急変更などにも随時更新している。介護記録などはパソコン内管理であるが、記録についての指導は行っている。		
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。	①・b・c
<コメント> 処遇マニュアルで、ケース記録や日誌の記録方法が、指示されている。支援記録システムで、利用者個々の生活状況は記録されている。職員は、出勤時には必ず、朝礼ノートに目を通すことが決められている。ミーティングノートはケアごとに記入されており、ケアの統一がなされている。支援記録システムを通じ、利用者に関する情報共有がされている。さらなる円滑さを求めインカムの導入が検討されている。		

43	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・c
＜コメント＞ 法人の個人情報保護に関する要綱が、整備されている。中堅職員による、入職時のOJT期間のなかでも指導できている。オンライン研修も充実しており、数々の講座が用意されている。その中でも対面での対話研修が実施されている。入職時研修・OJTでの6か月間にメンタルヘルス、燃え尽き症候群等々に対し、指導者との相性も考慮してのマッチングに配慮している。		

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)	①・b・c
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)	a・b・c
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・b・c

特記事項

A-① 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解するため、職員は積極的に利用者へ関わりを持つよう心掛けている。 ケアプランを元に支援を行い、利用者との話し合いの機会を持ち、定期的にカンファレンスを開き見直しを行っている。 利用者が日常生活の中で、役割が持てるよう、洗濯物たたみやデイルームの清掃など工夫している。また、季節に応じた行事を開催しており、利用者からも「行事が楽しみ」と声を聞くことができた。 A-② ケース担当出勤時に声かけを行い利用者の思いを聴いている。利用者ヒヤリングなどから、朝だけでなく、時間が許す限り、利用者のそばで支援を行っていることが確認できた。 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、電子メモパッドを使用し、コミュニケーションを図っている。
--

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	①・b・c

特記事項

A-③ 利用者の権利擁護について、重要事項説明書に入れ説明を行っている。 また、職員に対してマニュアルを作成し研修を行ったり、アンケートを実施し、振り返る機会を設けている。 所管行政への虐待の届出・報告についての手順について、西宮市「高齢者虐待とその対応」マニュアルに基づき、必要時に届出、報告を行っている。

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)・b・c

特記事項

A-④ 利用者の快適性への配慮し、適切な温度・湿度になるよう努めている。また、清掃業者が勤務しており、清潔な環境が整備されている。
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、一部の家具や思い出の品を持ち込むことが可能となっている。

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)・b・c
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)・b・c
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)・b・c
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。(a)・b・c
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。(a)・b・c
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。(a)・b・c

特記事項

A-⑤ 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、個室浴等を実施している。
マニュアル等を整備しており、看護師がバイタルチェックを行い、安全で快適に入浴できるよう努めている。
入浴剤を持ち込んで入浴する利用者もあり、楽しみながら、入浴できる環境を整備している。
A-⑥ 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、オムツ形態や排泄方法などを個別で対応している。
利用者の尊厳を守りながら、自然な排せつを促すため水分摂取、運動等を実施している。定時の誘導だけでなく、本人の意向も聞きながら、排泄支援を行っている。
A-⑦ 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おり、歩行器での歩行や、車椅子の自操を行っている。作業療法士・言語聴覚士が定期的に来所しており、助言を受けながら、支援を行っている。廊下等は広く、障害物が無いよう、毎日チェックを行っている。
A-⑧ 可能な限り、衣類は利用者の意思で選択しており、入浴前に利用者自ら好みの衣類を選んでいる。衣類の購入の際には、必要があれば、担当職員が買い物支援等に応じている。
洗濯機・乾燥機も一般用、業務用と分かれており、傷みやすい服についても、個別で対応している。
A-⑨ 担当職員を中心に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。3つの理美容業者を選択できるようにしており、顔そりや毛染めにも対応している。
A-⑩ 消灯時間以外にも、状況に応じて臨機に照明調節を行っている。掛布団は3パターンに変えることができ、好みに変更可、私物も可としている。職員は夜間巡回時に、ドアの開閉などにも配慮している。

	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。 (a)・b・c
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。 (a)・b・c
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。 (a)・b・c

特記事項

A-⑪ 給食センターは自営であり、メニューを調整し誕生食や行事食の提供を行っている。利用者の意向を取り入れ、食事席を作成している。利用者の状態に合わせた食事内容を提供しており、刻み食やミキサー食でも見た目を楽しめるよう形を整えて提供している。職員も検食や昼食として、食べており、利用者と同じ目線で考えることができる環境である。 A-⑫ 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、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などと調整・見直している。食事、水分の摂取量を把握し、1日1200ml摂取できるよう支援している。書類確認などから、他職種と連携を図り、利用者一人ひとりの栄養状態を把握していることが確認できた。 A-⑬ 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おり、日中に口腔ケアを実施している。 歯科衛生士による口腔指導や歯垢除去も定期的実施しており、管理がなされている。 また、職員はオンライン研修システムを用いて、歯科医師による研修を受講している。	
--	--

	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。 (a)・b・c

特記事項

A-⑭ 褥瘡対策指針が整備されており、オンラインでの研修も受講している。ジョブメドレーアカデミーでは研修動画が多様に準備されている。福祉現場での多様な事例参考動画となっている。褥瘡発症のリスクに対する予備知識も豊富に取得できるようになっている。褥瘡については健康管理チームが、チームケアとして取り組んでいる。特に入浴時の皮膚観察については細心の注意が払われていて、変化確認時は看護師が即時対応出来る仕組みが整っている。室温・湿度の管理も記録で確認できる。栄養ケア計画をもとに栄養士・看護師・ケアマネジャーの連携は密にとられている。	
	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、取り組んでいる。 (a)・b・c

特記事項

A-15 吸引の手引きとして手順書が整備されている。現在は該当する利用者はいない。看護師は夜間もオンコール対応であるため職員の負担は心理的にも少ないと思われる。経管栄養の利用者は数名いるが、状況に応じて看護師が対応し、指導も行っている。食物詰りによる窒息事例もあったが職員の通報にて素早い対応が出来、大事に至ることはなかった。

		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。	①・b・c

特記事項

A-16 STによるラウンド研修は月に1回である。今後、回数は増える予定である。食事摂取時のポジショニングなどは、きめ細やかな助言があり職員の工夫や気づきとなっている。月曜・金曜のミーティングは細部にわたる情報共有の場となっている。OTによるラウンド研修は、生活リハビリをベースにした介助工夫も含めたアドバイスの時間となっている。「生きがい活動」を通じての利用者本人への啓発にも役立っている。寝たきりの利用者へのアプローチには排泄ケアの際の簡易体操など、欠かさず実施している。

		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。	①・b・c

特記事項

A-17 ライフ加算の評価を含めたアセスメントは、チームでの取り組みの一環として実施している。センター方式による24時間シートへの記入は、利用者への興味を深める手段の一つとして定着している。バリデーション技法取得者を軸に据え、評価記録も取っているが、アセスメントの助けにもなっている。毎朝の申し送りには看護師の出席があり、細部にわたる情報の共有が可能となっている。今後も、音楽療法やドッグセラピーなどを積極的に実施する予定である。ケア向上チームでは、BPSDなどの分析を行ったうえで、支援内容の検討が行われている。

		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。	①・b・c

特記事項

A-18 緊急時対応の手順が整備されている。定期的に職場内研修も実施されている。服薬管理マニュアルも整備されており、看護師管理によりダブルチェックも実施している。現在のところ、事故は少ないがゼロではない。服薬管理のマニュアルを整備し、事故ゼロを目指している。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	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。	㉠・b・c

特記事項

A-⑱ 看取り介護については準備が整いつつある。援助手順の整備やマニュアルの完成に向けて準備中である。終末期ケアにむけての体制整備とともに、介護側の不安を解消する為の取り組みも順次実施している。ミーティングや研修を通じての話し合いや、情報の共有を行っている。2週間に1回の訪問診療で医師の意見が身近で聞ける環境がある。家族への対応は、医師・看護師が対応することで家族の安心が担保できる。今後ますます需要があると思われるため、看取りへの取り組みが、職員個々に浸透することが課題ではある。

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		
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。	㉠・b・c

特記事項

A-⑳ 日常的にケアマジャー、相談員が家族への連絡は丁寧にとるよう心掛けている。支援日誌・ケア記録・ケース記録については、内容の添削も含めた指導も含めて、荘長自らが目を通すことも含めて丁寧にかかわっている。面会に来た家族にはしっかりと現状が伝えられている。面会のない家族については、計画書変更時などを捉えて丁寧に話をしている。

A-5 その他

		第三者評価結果
A-②①	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	①・b・c
A-②②	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	①・b・c
A-②③	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・b・c

特記事項

A-②① 外出ガイドマップが作成されており、マニュアルも用意されている。近隣の店舗情報や施設が一目でわかるように一覧表が作成されているが、全部の訪問や利用は叶っていない。利用者の外出希望時には緊急連絡カードの携帯を必須としている。カードには利用者情報とともに顔写真が載っている。

A-②② 携帯電話を個人管理にて使用している利用者は数名いる。希望する利用者には事務所で架電が可能である。個人あてに届いた郵便物は職員が手渡ししている。年賀状など、職員の協力により完成させて投函することもある。

A-②③ 施設では3種類の新聞を定期購読している。配達された新聞の管理を、役割と捉えている利用者がいる。前日の新聞との交換などを自主的に行っている。個人での好みの雑誌購入を希望する利用者もあり対応できている。