

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

②施設・事業所情報

名称：せんねん村矢曾根	種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：木下典子	定員（利用人数）：120名（109名）	
所在地：愛知県西尾市矢曾根町蓮雲寺29-1		
TEL：0563-65-5533		
ホームページ：http://www.sen-nen.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成26年10月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人せんねん村		
職員数	常勤職員：75名	非常勤職員：24名
専門職員	（看護職員）8名	
	（理学療法士）1名	
	（介護福祉士）33名	
施設・設備の概要	（居室数）80室	（設備等）個室、パブリック
		スペース、特浴等

③理念・基本方針

★理念

「こころのびのび、からだいきいき、いのちきらきら」

社会福祉法人せんねん村は誰もが健康で安心して暮ることができる福祉のまちづくりを進めるため、21世紀を迎えた2001年、「ミレニアムでもありこれから1000年先続くように、そして色々なことに「専念（せんねん）」・・・仕事にせんねん、遊びにせんねん、暮らしにせんねん、人生にせんねんできる施設」という願いを込めて誕生しました。

せんねん村は人に優しく自然にもやさしい建築にするため、木をふんだんに使い、住み心地にも落ち着きと安らぎを感じるように配慮をしています。

住み慣れた町を離れず、ひとりひとりにあったサービスを受けながら安心して暮らすことができるように、馴染みの関係を断ち切らない施設運営を考えています。

★基本方針

「こころのびのび、からだいきいき、いのちきらきら」

ユニットケア、ご利用者と寄り添うケア、支配的管理をしない専門職の協働によるケアの質の向上を目指します。

これまでの人生、いろいろあったけど、せんねん村で暮らした日々が一番良かったよ。

そう思っていただけの村であり続けます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・特別養護老人ホーム事業として、平成13年1月に特養せんねん村を開設した。全室個室・ユニット型施設として個別ケアを実践・提供している。
- ・2019年4月より、厚生労働省が指定する、ユニットケアリーダー養成実地研修施設に認定され、他施設から多くのユニットケアリーダーの受入れをしている。
- ・入居者・利用者の視点だけでなく、職員にとっても安楽・安寧なケアの実現を目指して、福祉用具を活用している。介護の際の職員と入居者・利用者双方の精神的・身体的負担の軽減を図ることができている。
- ・開設当初より施設で最期まで穏やかに過ごしてもらうことを念頭に、看取りケアを実践してきた。看取りについては「事前指定書」を基に意向を聞き、望まれる最期を迎えられるよう支援している。また、最期まで口から食事を摂ってもらえるよう、嚥下機能が低下しても安全においしく食事ができるような食事を開発して提供している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 7 月 1 日（契約日）～ 令和 2 年 3 月 1 4 日（評価決定日） 【令和元年12月13日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	0 回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆「キャリアパスガイドライン」の策定

法人の基幹文書とも言える「キャリアパスガイドライン」が策定されている。法人設立以来の介護事業で培った経験やノウハウが、余すところなく詰め込まれている。特に人事管理面は綿密な設計の下に各制度が構築されており、職員育成の仕組みの根幹をなすものである。人事考課制度も、階層別の研修体系も、職員の目標管理システムも、全てが有機的なつながりを持って「キャリアパスガイドライン」の中に納まっている。

◆家族との信頼関係

家族とのつながりを重要視しており、家族会が組織され、ユニットごとの家族会が毎年開催されている。家族に呼びかけての行事の開催も多く、5月の春祭り、秋の敬老会やのど自慢大会、12月のクリスマス会等々に大勢の家族が集まる。日常的な面会も数多く、それらの様々な機会を活用して家族の意見や要望の聴取に努めている。管理者も積極的に家族の輪の中に入り、家族の意見・要望を聞き取り、迅速な対応を図って信頼関係を築いている。

◆医療と介護との連携強化

系列の医療法人と社会福祉法人とをグループ化し、共通した目的を果たすために「J S N」を組織した。その目的（課題）の一つに、「医療と介護との連携の強化」がある。それを受け、事業所では看護師8名体制の厚い職員配置を敷き、夜間のオンコール体制も構築している。系列（J S N：医療法人）の病院の医師が定期的に往診しており、看護師を通しての医療連携体制も築かれている。施設内で、利用者の急変や緊急事態が発生した時には、スタッフコール（全館放送）を使って迅速に対応することができる。医師や看護師の協力の下、介護職員（介護福祉士）が喀痰吸引や経管栄養に関する講習を受け、毎年10名前後の有資格者を増加させている。

◇改善を求められる点

◆第三者評価の活用

かつて、系列の医療法人を主体にISO9001（品質マネジメントシステム）の認証を取得していた経緯があり、社会福祉法人の事業展開や仕組みの構築、執行にはPDCAサイクルに沿った取り組みが定着している。現在、ISO9001に代わるものとして、SMQCS（せんねん村マネジメントクオリティコントロールシステム）が導入されており、SMQCSのグレードアップを目的とした見直しを実施されている。第三者評価は今回が初めての受審であり、今後も定期的な受審や毎年の自己評価の実施が求められる。さらに、継続した第三者評価の取り組みを、SMQCSに組み入れることを期待したい。

◆苦情情報の公表の仕組み作り

苦情解決体制はできており、苦情解決の仕組みは書面や掲示物、資料において利用者や家族に周知されている。苦情内容については、その都度検討して家族や利用者へ返答している。職員間での共有はパソコン内に記録して行い、ユニット単位で改善できる場所はその都度改善を行っている。しかし、公表する仕組みはできていない。事業運営の透明性を確保する意味からも、関連する規程やマニュアル等の見直しを実施し、ホームページや機関誌（「JSNだより」）等の活用を図って苦情に関する情報を公表することが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めての第三者評価を受審したことで組織診断に繋がる貴重な体験をさせていただきました。この結果をサービスの質向上に活用して参ります。
苦情情報の公表の仕組み作りに関して、改善に向けてまでの取り組み方法は構築されていますが、調査時にご指摘いただいたように、ご家族、村人様にまで公表する仕組みはありません。また利用者満足度を測るようなアンケートの実施はされていません。このご指摘を活かし、利用者・ご家族満足度（名称は検討）の測れるアンケートの実施をしていきたいと思っております。ご指摘の部分は改善につなげ、又感謝の言葉などの満足されている部分は職員に対するモチベーションに繋がるように実行して参ります。
今後共よろしく申し上げます。

⑧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。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(特別養護老人ホーム)

※すべての評価細目(62項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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。			
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。	高 1	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 法人統一の理念「こころのびのび からだいきいき いのちきらきら」を掲げ、ユニットケアによる寄り添いの支援を実践している。理念は、ホームページやパンフレット上に公開されているだけでなく、「キャリアパスハンドブック」や職員が携帯する「職員手帳」にも記載されている。「職員手帳」のメモ欄が埋まれば、新たな手帳の交付を受けることができる。			

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。			
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。	高 2	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 同業種の加盟団体や「福祉新聞」からの情報によって業界の動向を察知し、法人内のマネジメント会議や経営会議に諮って事業運営の方向性を定めている。法人内の各種会議体が有機的なつながりを持ち、効率的かつ合理的な会議運営が実現している。			
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。	高 3	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント 現状の課題として、人事管理面では「職員の確保」、「就労環境の改善」、「キャリアパス、教育体制、人事考課の連動と充実」を挙げ、支援の面では「顧客満足度の向上」を挙げている。また、系列の医療法人と合体した「JSN」の充実を図り、「医療と介護の連携」にも取り組んでいる。それぞれの課題に対して、担当部門ごとに目標を定めて取り組んでいるが、「職員の確保」には苦戦を強いられ、1ユニット閉鎖の辛酸を舐めている。			

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。			
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。	高 4	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 当事業所の運営母体である社会福祉法人と、系列の医療法人とが一体となった経営上の戦略構想(JSNビジョン)を持ち、両者共通の中期計画を策定している。そのJSN中期計画(2019年~2021年)を、法人内に展開して取り組んでいる。			

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。	高 5	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>社会福祉法人と医療法人合同のJSN中期計画を法人内に展開し、法人(社会福祉法人)共通の「せんねん村事業計画」を策定している。事業所ごとの事業計画は存在せず、法人共通の事業計画に関係する各部門が、実行計画と詳細なアクションプランを作成して取り組んでいる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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。	高 6	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>部門ごとに作成された実行計画やアクションプランは、可能な限り数値化や期限管理が可能な形で作成されている。毎月開催される「村議会」で実績報告と今後の取り組み方針等が討議され、目標の達成に向けて適切な進捗管理が行われている。「村議会」は午前中に開催され、会議の内容や方針等が、当日夕刻に開催されるリーダーミーティングやユニット会議で職員に周知されている。</p>		
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	高 7	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>機関誌「JSNだより」が家族のもとに届けられ、事業所の活動や取り組みを伝えている。事業所や各部門の活動を紹介する「JSN取組発表会」が毎年開催され、家族の来場もある。イベントへの家族の参加率が高く、90%近い数値を示し、サービス担当者会議にはほとんどの家族が足を運ぶ。それらの折に主要な事業計画の概要は説明されており、家族の理解も進んでいる。</p>		

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。		
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。	高 8	a ・ ① ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>PDCAサイクルに沿った取り組みを展開し、ISO9001(品質マネジメントシステム)に代わるものとして、SMQCS(せんねん村マネジメントクオリティコントロールシステム)が導入されている。現在、SMQCSのグレードアップを目的とした見直しが実施されている。第三者評価は初めての受審であり、今後も定期的な受審や毎年の自己評価の実施が求められる。</p>		
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。	高 9	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>JSN中期計画で明確にした課題を、法人の事業計画を経て部門の実行計画やアクションプランに展開し、計画的な取り組み(改善)を行っている。部門の実行計画は職員の個人目標にも連動しており、課題の改善や達成を目指すための具体性のあるシステムが構築されている。</p>		

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。			
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。	高 10	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント 「キャリアパスガイドライン」、BCP(事業継続計画)を策定し、その中で管理者の役割や責任の所在を明らかにしている。管理者の所信の表明は就任時の挨拶(文)で行い、急を要する場合には社内メールを使うこともできる。BCPの中に、非常事態や管理者不在時に、権限代行者の委任を明文化しておくことが望まれる。			
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。	高 11	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント 法人、事業所を含めて、一般的にコンプライアンス意識は高い。管理者は、法改正や制度変更に関する研修には積極的に参加している。職員への法的理解の一環として、「重要事項説明書」の内容を理解する勉強会を行った。職員にとっては、法令や社会的ルールと現場支援とをつなぎ合わせて考える良い機会となった。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	高 12	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント 管理者が、積極的に利用者や家族と正面から向き合っている。家族からの意見や要望を現場任せの対応にせず、責任のある立場の管理者が対応して説明責任を果たしている。管理者がサービス担当者会議に出席することもあって、家族の参加率は高い。			
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。	高 13	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント 職員の不足からユニットを1つ閉める事態となったが、その弱点を強みに転化し、充実した職員配置を実現させている。家族からの意見やクレームに管理者が対応することによって、迅速な処理や改善が可能となっており、現場職員の精神的、肉体的な負担軽減となっている。			

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。			
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。	高 14	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント キャリアパスガイドラインが策定されており、法人における人材育成の総枠が網羅されている。公的研修や階層別研修の体系、人事考課制度、チャレンジシートによる目標管理等、これまでの経験や蓄えたノウハウが十分に活かされた仕組みが構築されている。厚労省の進めるEPAや留学生の受け入れ計画も、実施段階に入ってきた。一方で、慢性的な職員不足は解消されておらず、1ユニットの閉鎖状態が継続している。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15	①a ・ b ・ c
評価機関のコメント キャリアパスガイドラインに示された職員像を目指し、人材育成が行われている。キャリアパスに定められた階層ごとに研修が生まれ、チャレンジシートを使い、職員は個々の目標を設定して取り組んでいる。その結果は、成績考課として人事考課に反映される。それらの仕組みを抜粋した「キャリアパスハンドブック」を各職員に配付し、人事制度や基準等の周知を図っている。			

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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。	高 16	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 職員の不足が大きな課題となっている介護業界にあって、その例にもれず、様々な施策を講じて職員の確保・定着に努めている。その基本は「働きやすい職場づくり」であり、年間4回の個人面談を設けて職員の意見・要望を聞き取っている。有給休暇は「有休台帳」によって管理され、1時間単位での取得が可能であり、職種や職階によっての取りづらさはない。ワークライフ・バランスに配慮した職群変更や夜勤免除等がある。			
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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。	高 17	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 期待する職員像がキャリアパスガイドラインに示され、チャレンジシートを使って目標管理を行っている。個人目標は、法人の事業計画に掲げられた目標に連動するように設定されており、定期的な面談を実施して進捗を管理している。			
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。	高 18	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント キャリアパスガイドラインに職員研修の方針が示され、事業計画の法人目標にも研修の方向性が明文化してある。キャリアパスガイドラインに符合させた「JSNキャリアパス対応職員研修体系」が作成されている。階層別研修は、全社協の公的研修として認定されるレベルであり、所属職員を講師として「初任者研修」等が実施されている。			
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。	高 19	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 職員を上級管理職員、管理職員、チームリーダー、中堅職員、初任者の5つの階層に分け、それぞれに適切な研修が組まれている。研修の報告は、パソコンの「掲示板」に記録・保管されている。研修効果の測定や評価は、委員会等で行っている。			
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。			
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。	高 20	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 次代の福祉職の養成を社会福祉法人の使命と捉え、積極的な実習生の受け入れを行っている。「実習生受入マニュアル」が整備されており、実習生受け入れの目的や狙い、方針等が明記されている。実習の終了時に最終振り返りを行い、課題等があれば次回の受け入れ時までには改善が図られている。			

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。			
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。	高 21	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント ホームページや機関誌「JSNだより」等により、積極的に法人と事業所の情報を公開している。苦情等があった場合には、「苦情解決の仕組みについて」に記載された手順に従って処理を進めている。現在、苦情情報を公表する手段が明確になっていないが、今後は「JSNだより」の中で公表することを考えている。			

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。	高 22	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>各種規程やマニュアルによって、事業所の事務、経理、契約、購買、取引等のルールが規定されて適正に運用されており、内部牽制の仕組みも機能している。法人の監事監査や行政監査でも特段の指導・指摘はない。外部監査の実施はないが、その前提となる予備監査を受け、本監査受審の準備段階に入っている。</p>			

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。			
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。	高 23	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>キャリアパスガイドラインの中に、地域との交流・連携の基本的な考え方を示し、法人の事業計画(2019年度社会福祉法人せんねん村事業計画書)には、「地域貢献事業」との項目を立てて具体的な計画を掲げている。町内会に加入し、回覧板を利用して毎月開催している「認知症カフェ」を地域に案内している。</p>			
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。	高 24	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>毎月開催される「認知症カフェ」には、地域のボランティアの協力がある。事業所運営に協力的な家族が、ボランティアとして大掃除に参加している。各種の演芸ボランティアの来訪時は、施設4階の研修室が利用者で埋まる。学校教育への協力として、中学生や高校生の職場体験学習を受け入れており、今年度は、中学生と高校生をそれぞれ5名ずつ受け入れた。</p>			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	高 25	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>職員は、社会資源が網羅された「連携手帳」を携行している。「緊急時マニュアル」やBCP(事業継続計画)の中にも、利用者の安心・安全を担保する社会資源が記載されている。利用者の関係する医療機関やボランティア団体等とも、良好な連携関係を築いている。</p>			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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。	高 26	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>5年前(平成26年)の事業所開設時に徹底した地域の福祉ニーズの調査を行い、児童の放課後の居場所の確保が大きな課題として抽出された。市の主催する各種会議や会合に参加し、高齢者の福祉ニーズの把握に努めている。毎月開催される「認知症カフェ」も、地域の福祉ニーズを把握する上で有効な情報源となっている。</p>			
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。	高 27	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>施設設計時より、学童クラブの併設を計画しており、現在2地区の学童を放課後に受け入れている。通常は36名定員の学童クラブの運営であるが、夏休みには60名定員となる。BCP(事業継続計画)を策定し、大規模災害時にも早急な事業再開を果し、地域の早期復興を支援する体制をとっている。毎月「認知症カフェ」を開催し、地域の認知症高齢者に対する理解が進むよう取り組んでいる。</p>			

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。			
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。	高 28	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 入社時に年間計画を提示し、「せんねん村ケアの心得」という手帳を渡し研修を行っている。毎年違う資料を作成し、身体拘束の指針などで例を挙げて目安を話すようにしている。毎月のユニット会議や3ヶ月に1回の他職種職員を含めた打ち合せにおいて、利用者全員分の評価、対応について話をしている。			
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。	高 29	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 利用者のプライバシーの保護に関する手順を作成し、「トイレ誘導は大きな声をかけない」や「トイレは必ず扉を閉める」、「見守りをしなければいけない利用者には中が見えないように暖簾をかけて行う」ことなどが記入されている。一人でいられる場所を作るため、ソファが置かれており、ゆっくりできる場所が確保できている。			
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。			
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。	高 30	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント ホームページでの情報発信や関連施設を含めたパンフレット等を作成し、各施設や人の出入りの多いところにおいてある。見学や体験入所などは、いつでもできるようにしてある。利用希望者への情報提供は、不安を解消するように丁寧に説明を行っている。			
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。	高 31	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 入居時や介護計画の変更時には、相談支援員が書面を使用して説明を行っている。既存の利用者の生活風景の写真などを見せながら、利用者、家族に説明を行っている。意思決定が困難な利用者には、代行者に家族と同じように見学をしながら説明を行っている。納得を得た上で同意書にサインと捺印をもらい、書面として残している。			
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。	高 32	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント 他の施設や病院への変更のための連絡文書があり、流れや継続性については書面にして定めている。今まで家庭への移行はないため、説明するための手順や使用する文書は用意されていない。施設の変更時には、口頭で移行後の相談方法や担当者の説明を行い、いつでも相談できることを説明している。相談担当者の設置を行っている。それらの手順や仕組みを網羅した連絡文書の作成が望まれる。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
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。	高 33	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント 家族の面会時に職員が話を聞いたり、家族会を年1回開催してそこでの話から改善できるところは改善するように努めている。利用者や家族を対象としたアンケートや満足度調査は、定期的には行われていない。管理者が加わったりして、家族との話し合いは行われているが、要望や意見をまとめたり検討を行うなどの仕組みは構築されていない。			

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。			
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。	高 34	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント 苦情解決体制はできており、苦情解決の仕組みは書面や掲示物、資料において利用者や家族に周知されている。アンケートの実施は行っていないが、苦情内容についてはその都度検討して家族や利用者へ返答している。しかし、公表する仕組みはできておらず、ホームページや機関誌(「JSNだより」)等の活用が望まれる。職員間での共有はパソコン内に記録しを行い、ユニット単位で改善できる箇所はその都度改善を行っている。			
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。	高 35	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント 窓際の廊下の広がっているスペースに椅子が置かれており、いつでも相談できる環境がある。相談するための様々な手段があること、文書や掲示はなく、周知するような手段は今のところ取られていない。意見箱の設置やアンケートの実施などを課題としており、意見や相談を受け付けるための分かりやすい文書の作成も急務である。			
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。	高 36	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント 職員は、アンケートや満足度調査の実施、意見箱の設置、対応マニュアルの整備は急務と考えている。相談や意見の出来る場所は確保できており、また日々の会話の中から利用者の意向を汲み取るようにしている。意見や要望の検討に時間がかかる場合は、本人に説明を行っている。その利用者が気持ちよくユニットで生活ができるよう、何気ない言葉を拾って改善に繋げるようにしている。			
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。			
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。	高 37	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント リスクマネジメント委員会を設置し、リスクに関する報告、検討、改善などを迅速に行えるように体制を整えている。マニュアルの作成や年2回の職員学習会も実施され、事例を基に発生原因を分析して検討する取り組みを行っている。事故が発生した場合は、「変化発見記録」に残し、全職員が確認できるようにパソコン入力を行い、その後の管理委員会の経過改善の取り組みを確認できるようにしている。			
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。	高 38	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 3ヶ月に1回の感染予防委員会や、年2回の看護師やフードサービス(自施設の職員)の学習会などを実施し、感染症予防の周知を図っている。各ユニットに感染予防グッズが1セットづつ置いてあり、その中に手順書も入っているため、すぐに対応できるようになっている。感染症のマニュアルは、新たな予防策や対応策が追加されたり変更されるため、毎年定期的に見直しをしている。			
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。	高 39	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 建物の立地条件から台風等に対するBCP(事業継続計画)は作成されており、有事に職員が自身の動きが分かるように研修を行っている。利用者も参加して、避難訓練や通報訓練などを行っている。職員の携帯への一斉メール訓練は、毎月行われている。防災訓練は消防署立ち合いの下で行われ、町内会長の参加もある。備蓄として5日分の食糧糧を用意している。			

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。			
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。	高 40	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 入職時に渡される介護手順書に標準的な支援方法が書かれており、研修においても、また、OJT指導においても周知徹底するようにしている。利用者個々の介護計画にも標準的な実施方法を明示している。サービス提供責任者や先輩職員が、手順どりにサービスが実施されているか確認を行っている。			

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。	高 41	① ・ ② ・ ③
<p>評価機関のコメント</p> <p>標準的な実施方法は、定期的に事業所内で見直している。また、毎月のリーダーミーティングでも、手順書(標準的な実施方法)の適切性を検証し、必要な変更・改定を行っている。新たな実施方法の妥当性は、支援現場のOJTで確認している。</p>		
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。		
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。	高 42	① ・ ② ・ ③
<p>評価機関のコメント</p> <p>介護計画は、フェイスシートや課題分析、「自叙伝」、入所前の生活歴などのシートを使い、3ヶ月に1回の他職種職員の参加する会議において検討されている。本人の意向や家族の意見・要望等が明示され、介護計画に反映させている。一つひとつの職種会議の流れは、「施設ケアにおけるケアマネジメントの手順」に明記されている。</p>		
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。	高 43	① ・ ② ・ ③
<p>評価機関のコメント</p> <p>毎月のユニット会議や3ヶ月に1回のカンファレンス会議、半年に1回のモニタリング、サービス担当者会議など、介護計画の見直しの流れが明確になっている。変更された新たな介護計画をユニットのファイルに收容し、職員は確認しながら支援することが可能である。パソコンにも入力し、一覧として出すことによって職員全員が確認できる。退院等で緊急変更が必要になった場合には、「退院後のサービス変更手順」等に従って変更している。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	高 44	① ・ ② ・ ③
<p>評価機関のコメント</p> <p>記録システムの手順書に沿い、全職種の職員が同じ場所にパソコン入力する仕組みになっており、いつでも全職員が確認できるようになっている。職員一人ひとりが、介護計画に掲げられた支援の中から、1日1件は必ず実行するようにしている。</p>		
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。	高 45	① ・ ② ・ ③
<p>評価機関のコメント</p> <p>「せんねん村個人情報保護規程」によって利用者等の個人情報を管理しており、保存、保管は5年、廃棄は専門業者に依頼している。職員には入社時に研修を行い、個人情報に関する誓約書を取っている。個人情報の取り扱いに関しては、気を抜かないように職員研修で随時話を行っている。個人情報の取扱責任者は施設長であり、利用者や家族には「重要事項説明書」を用いて説明を行っている。</p>		

A-1 生活の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	
A①A-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。	高 46 ① ・ ② ・ ③
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者の自立を促すためにL字柵を使って筋力をつけてもらい、立ち上がりの訓練やテーブルの高さの変更をしたりしている。その日の利用者の体調を考慮し、利用者の希望を取って月2回のクラブ活動(体操、手芸、塗り絵、フラワーアレンジメント)を支援している。利用者の今までの生活を重視し、同じ時間での起床や食事にはせず、一人ひとりに合わせている。毎日役割を持ってもらい、おしぼりたたみや箱折りなど、利用者にあった役割をお願いしている。</p>	

	A②A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	高 47	a ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>非該当</p>			
	A③A-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。	高 48	a ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>非該当</p>			
	A④A-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。	高 49	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>日常生活の中での何気ない話を重視しており、特に入浴時にはゆったり話の出来る時間として、利用者の方からも良く話をしてきている。耳が遠い利用者には、決まった言葉はカード(「朝ごはん」など)を作り、身振り手振りで意思の疎通を図っている。</p>			
A-1-(2) 権利擁護			
	A⑤A-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。	高 50	a ・ ② ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>年2回安全管理委員会が主導し、具体的な取り組みから事例を拾って権利擁護の研修会を行っている。緊急やむを得ない場合の対応は、「身体拘束のための指針」に記載されている。権利侵害の防止等の事例集を現在集約・作成中であり、職員には周知している。しかし、利用者には口頭で話をするのみで、掲示や周知はされていない。行政への報告や届についてはまだ手順書ができておらず、今後明確にしていく予定である。</p>			

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			
	A⑥A-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。	高 51	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>事業所の周囲は田園地帯であり、外観からは施設らしさは感じられない。木をふんだんに使用しており、パブリックスペースがあり、居室内は今まで家庭で使用していたものが置かれている。居室以外にも独りになれる空間があり、窓の外の風景が見えるようになっていいる。利用者の希望で外に畑を作り、利用者が職員と一緒に畑の管理を行っている。</p>			
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			
	A⑦A-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。	高 52	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>週2回の入浴を実施しており、利用者の状態により一般入浴、リフト、寝浴等を行っている。入浴を拒む利用者には、声掛けや職員変更、入浴日変更等、入浴への誘い方の手順を参考にして支援している。自力での入浴が無理な利用者には、看護師や理学療法士付き添いで入浴支援することもある。利用者一人ひとりの入浴手順書を整備し、手すりの持ち方で立ち上がりがスムーズにいく利用者には、その方法を記載した手順書が用意してある。</p>			

A⑧A-3-(1)-㉔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。	高 53	㉔ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>入居後に、排泄パターンや排泄状況を把握し、トイレでの排泄や布パンツの使用ができるか確認をしている。トイレで安全・安心して排泄できるよう、前面手すりを使ったり、左右の手すりを活用したりしている。自然排便ができるようにヤクルトやヨーグルト、食物繊維の多い食べ物などでできるだけ薬に頼らない排便ができるように促している。個人の手順書にも個別注意事項が記入されている。排尿、排便の状況も記録に残すようにしている。</p>		
A⑨A-3-(1)-㉕移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高 54	㉕ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>自立移動ができるように、L字柵を使ったり、車いすで自走できるように様々な福祉用具を活用したりして、自立に向けた支援を行っている。スライディングシートやスライディングボード、床走行式リフトなど、使用する前に利用者に合った方法をPT（理学療法士）が職員に教え、利用者職員とが共に安全に移動できるように支援している。廊下や居間は広々としており、利用者自身で移動がしやすくなっている。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑩A-3-(2)-①食事をおいしく食べられるよう工夫している。	高 55	㉖ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>衛生管理は、マニュアルに沿って事業所のフードサービス課の職員が中心となって行っている。食事の時間帯は、利用者の要望に沿ってテレビがついていたり、音楽が流れていたり、その時、その場にいる利用者に合わせて行っている。朝はパンかごはんかの選択ができるようになっている。敬老会やお正月、季節の食事など、行事食も多く取り入れている。</p>		
A⑪A-3-(2)-㉗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。	高 56	㉗ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>5種類の食事形態（普通食、普通食の軟らかめ、ソフト食、軟らか食、なめらか食）を用意しており、利用者一人ひとりに合った形態で提供している。食事の時間は特に決まっておらず、利用者の状況に合わせて柔軟に対応している。食事形態により、皿やコップも利用者に合わせて変えている。水分補給は、現在1,000mlを目標に支援している。ユニットごとに管理栄養士の担当が決まっており、栄養ケア計画の作成、ケアマネジメントも適切に行われている。</p>		
A⑫A-3-(2)-㉘利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	高 57	㉘ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>歯科医の定期検診があり、毎日歯科衛生士が利用者の下に出向いて歯磨き点検を行っている。新人研修やフォローアップ研修においても、口腔ケアに関する研修を行っている。利用者一人ひとりに合った歯ブラシや歯科用品を、歯科衛生士と検討して使用している。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬A-3-(3)-①褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	高 58	㉙ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>褥瘡対策のための指針を整備しており、職員全員が標準的な実施方法を研修会等で学び、共有している。栄養士や看護師との連携も密にとり、他職種の職員とも話し合いを行っている。褥瘡予防のための体位などが、職員研修に取り入れられている。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭A-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。	高 59	㉚ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>医師や看護師の協力の下、介護職員が喀痰吸引や経管栄養に関する講習を受け、毎年10名前後の有資格者が増えている。常に看護師からの指導を受けられる体制があり、「指示書」に基づいて、介護職員による喀痰吸引等が安全に行われているかの確認を、日々行っている。安全管理委員会を設置しており、委員会のメンバーが中心となって、専門的な知識や技術を高める研修を行っている。</p>		

A-3-(5) 機能訓練、介護予防			
	A⑮A-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。	高 60	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>利用者個々の機能訓練の計画はPT(理学療法士)が作成し、日々の支援の中に組み込んで支援している。介護予防の活動として、脳トレやぬり絵などを行う「おたっしやー'S」、フラワーアレンジメント、ダンスセラピー、アニマルセラピー等がある。利用者は、自らの意思で活動に参加している。</p>			
A-3-(6) 認知症ケア			
	A⑯A-3-(6)-①認知症の状態に配慮したケアを行っている。	高 61	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント <p>ユニットケアの特性を活かし、利用者の情緒の安定を図っている。「フェイスシート」や「自叙伝」、センター方式等でアセスメントを行い、認知症の利用者個々の特性を把握し、利用者寄り添った支援を目指している。新人研修や階層別研修の中でも「認知症ケア」を取り上げているが、職員ごとの知識や支援の質に差異が生じている。対応の成功事例を積み上げ、職員間の共有を図ることが望まれる。</p>			
A-3-(7) 急変時の対応			
	A⑰A-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。	高 62	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>看護師8名体制の厚い配置で、夜間のオンコール体制も構築されている。系列の病院の医師が定期的に往診しており、看護師を通しての医療連携体制も築かれている。利用者の急変や緊急事態が発生した時には、スタットコール(全館放送)を使って迅速に対応することができる。</p>			
A-3-(8) 終末期の対応			
	A⑱A-3-(8)-①利用者が終末期を迎えた場合の対応を手順を確立し、取組を行っている。	高 63	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>重度化や終末期の対応についての「看取り指針」、「事前指定書」が整備されており、利用者、家族の要望に応じて看取りを行っている。利用者、家族の約90%が、当施設で最期を迎えることを希望している。家族の宿泊希望に応えるために、ゲストルームの用意やベッドの準備もある。遺族には、亡くなられた利用者の在りし日の姿を綴じ込んだアルバムが手渡される。</p>			
A-4 家族等との連携			
			第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携			
	A⑲A-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。	高 64	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>家族とのつながりを重要視しており、家族会が組織され、ユニットごとの家族会が毎年開催されている。家族に呼びかけての行事も多く、5月の春祭り、秋の敬老会やのど自慢大会、12月のクリスマス会等々に大勢の家族が集まる。日常的な面会もあり、それらの様々な機会を使って、家族の意見や要望の聴取に努めている。管理者も積極的に家族の輪の中に入り、信頼関係の構築を図っている。</p>			
A-5 サービス提供体制			
			第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制			
	A⑳A-5-(1)-①安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	高 65	a ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>非該当</p>			