

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：特別養護老人ホームせんねん村	種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：阪部寿子	定員（利用人数）：80名（80名）	
所在地：愛知県西尾市平口町大溝77番地		
TEL：0563-64-0001		
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13年 1月22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：63名	非常勤職員：13名
専門職員	（看護職員）7名	
	（理学療法士）1名	
	（介護福祉士）32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、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。
- ・平成16年には、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、平成30年3月まで実地研修施設として活動していた。
- ・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いる。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 0 日（評価決定日） 【令和元年12月12日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1 回 (平成21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。平成13年の事業所開設以来、介護事業を展開する中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、職員育成の根幹をなしている。

◆効率的、合理的な会議運営

法人の、あるいは事業所の重要な方針や情報の伝達が、効率的かつ合理的な会議の活用によって円滑に行われている。毎月開催される「村議会」で、法人目標や部門目標、アクションプラン等の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。時間的なロスがなく、適時に必要な情報が共有されている。

◆食事提供の配慮

食事形態を6段階設けており、利用者の咀嚼、嚥下能力に合わせた形態で提供している。委託ではなく直営により、職員である調理員が厨房で主菜・副菜を作っている。ユニットでご飯や汁物は作るが、イベント食として全部ユニットで調理することもある。食事時間は、朝食は7時から、昼食は11時から、夕食は17時からであるが、それぞれ2時間以内の利用者の希望する時間帯で、生活リズムに合わせて提供している。それらの配慮によって、食事に関しての利用者の満足度は非常に高い。

◇改善を求められる点

◆研修効果の測定・評価

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。しかし、研修がこの時点（掲示板への記載）で完結しており、研修効果の測定や評価が実施されていない。履修後の定められた時期に、研修で学んだり身につけたことを、支援の現場でどのように活用したかの検証を期待したい。

◆総括的な利用者満足度の調査を

個別ケアを重視しており、利用者一人ひとりの希望・要望を聞いて対応することに努めている。利用者の意思決定組織としての「利用者自治会」はないが、家族会は組織されている。ユニット内の問題として、一人ひとりの要望であっても、他の利用者で共通する趣旨のものがあつた場合には、ユニット内への回答としていく必要もある。また、支援を受ける主体者である利用者を対象とした、総括的な満足度調査の実施が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

隅々までよく見て頂きありがとうございました。いささか自己評価が甘いということになりますよね。最も乖離のあつた、運営の透明性の確保について改善するとしたら、年一度J S N便りへのバランスシート及びご利用者満足度調査の掲載となるでしょうか。総合的な利用者満足度調査の実施を、とのアドバイスですが昨今の特養入居者の像からしますと難しい点はございます。しかし年齢の幅が広がってきたこともふまえ、できうる限り大勢の主体者の想いを引き出し、受け止める方策を今後考えて参ります。

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、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	① ・ b ・ 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おり、進捗を管理する仕組みもある。			

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(「JSN中期課題2019年～2021年」)を策定している。その中期計画を、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
評価機関のコメント 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(社会福祉法人せんねん村)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部門目標を設定し、詳細なアクションプランを作成して取り組んでいる。			
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・見直しが行われ、職員が理解している。	高 6	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 部門ごとに設定された部門目標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。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント 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。それらの事業運営に興味を示す一部の家族には、事業所の目指す方向性は理解されている。しかし、他の家族や利用者に対して「分かりやすい資料」の作成等の取り組みはない。			

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
評価機関のコメント 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)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を実施されている。第三者評価は約10年ぶり、2回目の受審となる。課題としては、毎年の自己評価の実施が求められる。			
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
評価機関のコメント 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目標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。部門の目標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。			

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。非常事態や管理者不在時に備え、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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 法人、事業所を含めて、全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。近年、その判断基準が厳しくなっている「高齢者虐待の防止」に対応するため、体制の見直しを図った。そこでの変更点や留意点は、有効に機能している様々な会議体を使って職員周知を図っている。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 利用者の笑顔を引き出したり、笑いを増やしたりすることが、結果としての「サービスの質の向上」と捉え、利用者職員が共に楽しむ支援を目指している。職員の発案で「専念クラブ」が発足し、各ユニットで2週間に1度活動している。事業所内6ユニットが3ヶ月で一巡することとなり、運動会やスイーツバイキング、花火大会等を行って利用者を楽しませた。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 業務のIT化を進めており、介護ソフトの導入で記録の共有化を図っている。社内メールを使って連絡体制を敷き、迅速な情報共有が図られている。必要に応じてプロジェクトチーム(委員会)を組織して対応しており、「専念クラブ」もこうした状況の中から生まれた。			

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	① ・ b ・ 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。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15	① ・ 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組まれ、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」を各職員に配布し、人事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組んでいる。	高 16	① ・ 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、様々な施策を講じて安定的な職員雇用を実現しようとしている。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意見や要望を聞き取っている。有給休暇は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あるものの大きな偏りはない。ワーク・ライフ・バランスに配慮した職群変更等の制度もある。			
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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	① ・ 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	① ・ 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	a ・ ② ・ 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。しかし、研修がこの時点(掲示板への記載)で完結しており、研修効果の測定や評価が実施されておらず、課題を残している。			
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。			
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	a ・ ② ・ 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。社会福祉士と介護福祉士実習生を年間10名程度受け入れ、看護実習生は30名ほどの受け入れである。課題は、受け入れのためのマニュアルが未整備であること、実習終了時の評価(反省会)の記録が残されていないことである。			

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。			
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 ・ ② ・ 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。この手順書には、ホームページや事業報告書等によって苦情情報を公表するとしているが、実際に公表されている事実を確認することができなかった。			

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 ・ 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 ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>「地域」を大切にしている価値観は、JSNのミッション(社会福祉法人と医療法人共通の使命)であり、多彩な取り組みを展開している。多目的ホールを使った月に2回の「サロン」、毎月開催の「認知症カフェ」等は、介護の現状を地域に正しく理解してもらうための啓蒙ともなっている。「サロン」の運営は、地域ボランティア(地域包括支援センター、町内会、老人クラブ)に任されている。</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 ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>ボランティアへのオリエンテーション資料を備え、積極的にボランティアを受け入れている。隣接の他法人障害施設と合同で開催される「夏祭り」には、実習生がボランティアとして参加している。学校教育への協力として、中学生の職場体験学習や高校生、特別支援学校生のボランティア体験等がある。月に2回の「サロン」は、地域ボランティアが運営している。</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 ・ 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。利用者の安全・安心を確保するための社会資源のリストとして、「緊急連絡網」が事務室に掲示してある。市の主要な建物、物件が記載された「西尾市マップ」も活用されている。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 ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>市の主催する各種会議や会合に参加し、福祉ニーズの把握に努めている。毎月開催される「サロン」や「認知症カフェ」も、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 ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>大規模災害に備えてBCP(事業継続計画)を策定し、市と福祉避難所登録を結んでいる。地域包括支援センター、町内会、老人クラブが共同で開催する「サロン」に会場(多目的ホール)を提供している。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 目標を計画に反映させ、実施の進捗を確認することを行っている。全員への社内メール、毎日のミーティングを行って周知や理解への取り組みを行っている。			
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 ユニットケアであることの利点を生かして、個室である居室がプライバシーの保護に関して十分に機能している。居室と居室との間の場所なども、利用者が使えるように配慮されている。			
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 見学の希望者には丁寧な対応を心がけ、質問されたことへの返事対応だけでなく、相談内容によっては「特養」ではないサービス事業への紹介や、ケアマネジャーへの情報提供などを行っている。			
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 施設への入所に関する契約事項、生活に関する計画の同意、その他注意事項への理解を、「契約書」と「重要事項説明書」を用いて、利用契約時に説明している。新規契約時や更新時には、説明を行った後に同意を取っている。言語による意思疎通が困難な利用者については、代理人(家族や身元引受人)のサインをもらっている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 「特養」であるため、サービス事業所を変更する機会や、身体や精神の状態改善によって家庭へ戻ることはほぼ困難である。入院によって居場所が変わることだけが現実的である。その際は、病院への情報提供を適切に行っている。社会的な状況の変化(法改正等)があった場合には、変更内容を説明するための説明会を開いている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント 個別ケアを重視しており、利用者一人ひとりの希望・要望を聞いて対応することに努めている。利用者の意思決定組織としての「利用者自治会」はないが、家族会は組織されている。ユニット内の問題として、一人ひとりの要望であっても、他の利用者と共通する趣旨のものがあつた場合には、ユニット内への回答としていく必要もある。また、支援を受ける主体者である利用者を対象とした満足度調査の実施が望まれる。			

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。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント <p>苦情の発生から解決と再発予防策の作成まで、記録システム上で一元的に確認することができた。記述が多いことは、内容や対応が時系列で確認でき、どの段階で、どの職種が、どう対応していたか、を追跡できてよくわかる分、それだけの文章を作成する職員の力量と負担がかかる。記録のしやすさは、今後見直しをする機会には考慮されてもいい課題である。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>利用者と職員は日頃から顔を合わせ、信頼関係を構築している。相談や意見は常に確認することができる。利用者が相談しやすい環境としては、利用者の居室(個室)の他にも使える場所を用意することができている。</p>			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント <p>利用者・家族に対する意見の聴取の機会が少ない。利用者・家族を対象としたアンケート調査(満足度調査)の実施や、ユニット内で利用者から意見や要望を聞く機会を設ける等の取り組みを期待したい。ユニットでの個性による違いも把握して、リーダーの会議や要望実現に結び付け、結果をまた発信できるようにすることが望まれる。</p>			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント <p>事故発生から解決、再発防止までの過程は、苦情解決の手順と同じように、記録システムで時系列に記載されている。そのため、苦情等と同じように、しっかり読み込んで理解できるのはよいことであるが、職員の文章を書く力や、時間的な負担には差異があり、読む側の解釈する力なども考慮する必要がある。今後の見直し時の課題である。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>感染委員会が定期的に活動を行っており、感染症の流行時期には、職員や利用者に対して注意喚起を呼びかけている。予防と発生時対応の両面に努めている。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>防災計画により、災害時の対策に努めている。災害時の職員連絡は、一斉連絡の通知訓練を行っている。訓練だけでなく、実際に台風等での警戒警報発令時には、職員の安否と応援可能かどうかの把握などを行っている。</p>			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>標準的な業務マニュアル及び利用者個人用の手順書を作成している。それに基づいたサービス提供がなされている。手順通りの業務ができているかのセルフチェックも実施している。福祉用具を適切に使用しているかや、排泄の汚染が多い人には個別の見直しをすることがある。</p>			

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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>標準的な実施方法を、事業所内で見直すだけでなく、参考として、介護福祉専門学校で採用されている最新の教科書を使って、標準的な実施方法が間違っていないか確認している。</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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>利用者の担当職員が介護計画の原案を作成し、ケアマネジャーが調整して他職種に諮って完成させている。介護計画は「24時間シート」に基づき、利用者の1日を利用者個別に援助している。介護計画にあるサービス内容が実施されているか否かも、記録システムで管理し、時間と項目ごとに実施したことを入れていけるようになっている。</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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>6ヶ月に1回、介護計画の見直しの機会があり、家族を呼んでのサービス担当者会議は最低年1回行っている。3ヶ月に1回、他職種の職員も加わって介護計画の見直しを行っている。</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、職員間で共有化している。	高 44	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>記録システムで介護計画、実施の記録、モニタリング、会議記録が記載できるようになっており、複数で確認できる。必要な事項によっては、ボイスメールという機能を使い、文字ではなく「声」で情報を確認できる方法もある。</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	a ・ ①b ・ c
評価機関のコメント <p>紙媒体での記録類の保管、管理について、基準に基づいた時期が来れば処分されているが、廃棄については明確な規定化がなされていない。今後の訂正の機会に明文化を予定している。</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	Ⓐ ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>利用者の希望や趣味に応じた活動ができるようにしている。イベントの充実、夜にバーを開く、個別の援助として絵付け、ビーズ、焼き芋作り、オレンジカフェなどの機会を作っている。</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	非該当
<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	非該当
<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>会話や会話以外からもコミュニケーションを図るため、普段の信頼関係を良くするようにしている。職員が忙しい、怖い、という印象を持たれないように、自分の第一印象のチェックなども行っている。</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>研修は年間1回実施している。拘束、虐待、個人情報保護等の人権に関わる内容の理解と発生時の対応、再発予防策は講じられている。職員の適切な働きかけを評価する活動もある。利用者や職員から、定期的に状況や気になることを聞き取る仕組みや、それに基づく予防的活動を規程や手順に追加していくことを検討していただきたい。</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	a ・ ③ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者ごとの状況に応じて、居室やユニット内の環境を整えている。ユニット内の共用部分の環境については、ユニット内での利用者会のようなものを組織し、利用者の意見や要望を尊重した利用者主体の環境整備が望まれる。</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	④ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>一人ずつお湯を入れ替えて入浴支援を行っている。入浴剤を使うなどは、利用者の希望で自由にできる。介助の場面では、リフトなども使えるようになっている。</p>			

A⑧A-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。	高 53	a ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>排泄用品として、布パンツとパッドか、テープ式おむつを使用する利用者が多い。個別の排泄間隔の調査や、膀胱残尿量の調査をして、できるだけテープ式おむつを避け、かつ下剤に頼らない排便にも努めている。泌尿器上だけでなく、食生活からの排泄への検討も委員会で行っている。</p>		
A⑨A-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。	高 54	a ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>必要な福祉用具の選択については、PT(理学療法士)等が含まれるテクノエイド委員会の意見を取り入れることができる。リフト等は、扱う職員の力量の確認をしている。</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	a ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>食事形態を6段階設けており、利用者の咀嚼、嚥下能力に合わせた形態で提供している。委託ではなく直営により、職員である調理員が厨房で主菜・副菜を作っている。ユニットでご飯や汁物は作るが、イベント食として全部ユニットで調理することもある。食事時間は、利用者の生活リズムに合わせている。</p>		
A⑪A-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。	高 56	a ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>食事時間は、朝食は7時から、昼食は11時から、夕食は17時からであるが、それぞれ2時間以内の利用者の希望する時間帯で提供されている。昼食、夕食の開始時間は若干早い印象があるが、介助の必要な利用者に1対1であたるために、余裕を持った時間帯が設定されている。</p>		
A⑫A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	高 57	a ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者の口腔ケアを実施し、常時歯科衛生士も在籍している。歯科衛生士の業務として、職員や利用者への指導的活動も実施されている。</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	a ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>褥瘡の毎日の変化の様子は、介護、看護職員によって記録されている。褥瘡予防委員会では、介護技術、栄養向上、適切な除圧用具などを、それぞれの職種で検討して治療や予防に努めている。</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	a ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>介護職員による喀痰吸引のできる資格者がおり、実際に介護職員が喀痰吸引を行っている。携わっていない職員に対しての研修や指導は、現在は行っていない。</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
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者援助の過程の中に、リハビリテーションアセスメントや計画、モニタリングが位置づけられている。利用者の状態に合った機能訓練等は、PT(理学療法士)が主体となって活動が行われている。</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
<p>評価機関のコメント</p> <p>ユニットケアの特性を活かして、利用者の情緒の安定に努めている。行動症状のある利用者に対し、職員が対応した内容の記録を充実させ、他の職員の参考にしていくことが望まれる。</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	a ・ ③ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者一人に対しての往診ペースは週1回であり、急変時は看護師が連絡を受けて指示を出している。24時間のオンコール体制を取り、必要時には出勤している。看護師は医師にいつでも相談することができ、医師は時間外でも協力的である。看護体制が充実している反面、介護職は病気や薬について深く学習する機会は少なく、今後研修機会を検討している。</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	④ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者の重度化に対して、家族等の方針が途中で変わること入院となることもあるが、看取りの機会は多い。医師、看護師、介護職員に加わり、家族も終末期の介護を行っている。職員に対して、終末期のケアに関する研修を行っている。</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	⑤ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>日ごろの連絡、担当者会議、広報誌、家族会などを使って連絡をしている。</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	非該当
<p>評価機関のコメント</p> <p>非該当</p>			