

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名：社会福祉法人 楽慈会

評価実施期間：令和3年4月27日～令和3年8月24日

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人 ふくてっく
所在地	大阪市住之江区南港北2丁目1-10

2 事業者情報【 令和3年5月10日現在】

事業所名称 (施設名)	らくじ苑	サービス種別	特別養護老人ホーム
開設年月日	平成19年2月1日	管理者氏名	施設長 二見 淳一
設置主体	社会福祉法人楽慈会	代表者 職・氏名	理事長 森山 朋子
経営主体	社会福祉法人楽慈会	代表者 職・氏名	理事長 森山 朋子
所在地	〒630-8145 奈良市八条5丁目437-11__		
連絡先電話番号	0742-30-1800	FAX 番号	0742-30-1818
ホームページアドレス	http://www.s-rakuji.com		
E-mail	tokuyou@s-rakuji.com		

基本理念・運営方針

私達は、人を愛します。
私達は、人を大切にします。
私達は、人を信頼します。
私達は、人に心を尽くします。
私達は、人を包みます。

【利用者の状況】

特養定員	85人	利用者数	84人
ショートステイ定員	20人	利用者数	16人
デイサービス定員	22人	利用者数	60人(登録)

※) 施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜添付してください。

2 事業者情報【 令和3年5月10日現在】

【職員の状況】

職 種	勤 務 区 分				常勤換算 ※	基準職員数 ※
	常 勤 (人)		非 常 勤 (人)			
	専 従	兼 務	専 従	兼 務		
特別養護老人ホーム	48	9	30			
ショートステイ	2		2			
デイサービス	3		4			
居宅介護支援センター	1		0			
前年度採用・退職の状況：		採 用	常 勤 13人		非 常 勤	25人
		退 職	常 勤 8人		非 常 勤	20人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					2 年	
○直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数					3 年	
○常勤職員の平均年齢					44 歳	
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢					46 歳	

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

3 評価の総評

◇特に評価の高い点

Ⅲ領域

- ・福祉サービスの開始・変更にあたって、わかりやすい資料を用いて説明しています。
- ・コロナ禍において、法人全体としてフェーズを設定して感染防止の仕組みを確立しています。

A領域（特養）

- ・身体拘束に関する指針が定められており、年2回身体拘束講習会を全職員対象に開催して拘束0の取り組みを実施しています。
- ・コロナ禍で家族との面会が絶たれる中で、写真付き手紙の送付など、可能な限り家族との交流を図っています。

◇改善を求められる点

I領域

- ・管理者は中長期の計画構想を温めているが、文書化するに至っていません。事業計画の一貫性と、職員間の目標意識の共有化を図ることが求められます。
- ・事業計画の中で、利用者の日常生活に直接かかわる内容等については、利用者・家族等にもわかるよう工夫して周知を図ることが大切です。
- ・サービスの質をさらに高めるために、PDCAサイクルが機能するよう、時期と方法を定めた評価と、改善課題への組織的な取組の仕組みを期待します。

II領域

- ・職員の階層性や専門性に応じた教育・研修の体制を整備し、実効性あるOJTの仕組みが求められます。
- ・施設内で、福祉サービスを完結するのではなく、地域の社会資源の活用を図り、同時に自らが地域の社会資源として、多様な機関・団体との連携のもとに地域ニーズを把握しつつ、公益性ある活動を積極的に展開することを期待します。

Ⅲ領域

- ・職員は、日常の支援におけるコミュニケーションから利用者の意向を聴き取っていますが、利用者の満足度を把握し、その向上を図るための具体的な取組が不明確です。
- ・提供する福祉サービスの標準的実施方法を文書として確立していないので、組織としての、サービス実施に関する共通認識が不明確です。各種マニュアルの整備と、その周知・活用の徹底が求められます。

A領域（特養）

- ・機能訓練やレクリエーションへの利用者参加を促す取組が十分ではありません。

A領域（デイ）

- ・利用者一人ひとりの心身状況に配慮した生活リハビリプログラムの作成と実施が求められます。
- ・利用者の心身状況や言動に留意して、家庭内の閉ざされた環境で発生する虐待等の早期発見と、発見した際の迅速・適切な対応の仕組みが求められます。

4 施設・事業所の特徴的な取組

- ・建物は清潔で部屋（すべて個室）は広々として開放的で過ごしやすい間取りになっています。
- ・施設の中に居ても四季や自然を感じられるように中庭が設置されています。
- ・季節毎にイベントを企画、入所者様が楽しめるように運営しています。
- ・食事は施設内で調理しております。栄養バランスを考えバリエーション豊富な献立をご用意しております。
- ・朝食は週4回、施設内ベーカリーで焼き上げたパンを提供しております。

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (共通基準)

7 事業者の自己評価結果 (共通基準)

注記：以下abc評価基準は以下の通りです。

- a よりよい福祉サービスの水準・状態
質の向上を目指す際に目標とする状態
- b aには至らない状況 (すなわち何らかの改善課題、取組の余地がある状況)
多くの施設・事業所の状態
- c b以上の取組となることを期待する状態

福祉サービス第三者評価は、いわゆる行政監査ではなく、評価を通じて、施設・事業所が目標とする福祉サービスの水準に向けて、改善を図る課題(余地)に気づきを促そうとするものです。

このため「a」評価となることは少なく、「b」評価が一般的です。

また、「c」評価についても、施設・事業所が整えるべき人的・物的水準は、一定確保されていることを前提としています。

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		第三者評価結果	自己評価結果
1	⁻¹ 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	a
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>理念は施設のエントランスホール(地域交流スペース)に掲示するとともに、パンフレットやホームページ等にも記載されています。理念は簡明な表現で綴られ、職員が常用する業務予定に印字するとともに、朝礼時に唱和して周知を図っています。らくじ苑運営規定第2条に、施設の事業目的や運営方針が示され、職員の行動規範となる具体的な内容となっています。新任職員には試用期間の終了時に、それらの意味を説明していますが、その後の繰り返しの説明はなく、職員の周知状況や日常的な支援への徹底を確認する取組を期待します。利用者や家族等への周知を図る取組は十分とは言えません。</p>			

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果	自己評価結果
2	-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。	b	b
<p><コメント></p> <p>特養 法人では、施設の利用率等、経営状況を常に把握し、その改善課題を分析しています。すなわち、特別養護老人ホームは団塊世代が後期高齢者となる間の需要増加がひと段落した後は、やがて施設の淘汰時代が到来すると予測し、選ばれる施設となるべく改善課題を把握しています。現在も待機者の登録は多数であるものの、有効待機者は少なく、常に入所誘導が求められています。このような状況分析は、らくじ会グループ施設間の連携を通して法人内で共有されていますが、施設内職員には必ずしも浸透していません。施設の経営状況や課題を組織全体で共有する取組を期待します。</p> <p>デイ 法人では、施設の利用率等、経営状況を常に把握し、その改善課題を分析しています。すなわち、特別養護老人ホームは団塊世代が後期高齢者となる間の需要増加がひと段落した後は、やがて施設の淘汰時代が到来すると予測し、選ばれる施設となるべく改善課題を把握しています。デイサービスでは、なお旺盛な利用ニーズがあるものの、施設入所や入院などによる利用欠員をすぐに埋めることは、人員不足もあって容易ではありません。デイサービスでは利用率の変動が即収益に影響するので、職員間の意識は高いようです。人員の確保・定着を図り、有効な利用勧誘の仕組を構築することを期待します。</p>			
3	-2 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b	b
<p><コメント></p> <p>特養 事業計画に年度課題として、①入所稼働率の低迷打破、②職員間連携不足による入所誘導遅延の解消、③少ない有効待機者への確実な対応、④人員不足によるサービスの質の低下を克服する、を掲げて役員間で共有しています。年度の取組をふりかえって、課題を把握し、次年度計画に具体的に反映して取り組んでいます。しかしながら、こうした取組は、法人経営層と施設幹部が主管しており、一般職員への周知は徹底していません。</p> <p>デイ 事業計画の課題として、①利用者の重度化（入院や入所）による通所利用離れ、②コロナ禍による利用勧誘方法の改革課題、③利用者数低迷の現実、を明示して、役員間で共有しています。課題の改善に向けて、取組状況を振り返り、次年度計画に具体的な取組として反映しています。こうした取組は、法人経営層と施設幹部が主管していますが、一般職員も同様の意識を共有して、利用の誘致に取り組んでいます。（評価「a」）</p>			

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果	自己評価結果
4	-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。	c	b
<p><コメント></p> <p>特養 管理者は令和2年4月に着任して、これからの施設づくりに一定の想いを温めていますが、まだそれを文書化して示すには至っていないので、職員には共有されていません。中・長期（3～5年）を見通したビジョンを明示することが求められます。</p> <p>デイ 管理者は令和2年4月に着任して、これからの施設づくりに一定の想いを温めていますが、まだそれを文書化して示すには至っていないので、職員には共有されていません。職員には、施設の事業計画を肯定する評価が認められますが、それは短期計画を指しており、中・長期計画という概念は根付いていません。中・長期（3～5年）を見通したビジョンを明示することが求められます。</p>			
5	-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。	c	b
<p><コメント></p> <p>共通 中・長期計画は策定されず、単年度計画が前年度の振り返りの延長上に策定されている状況です。眼前の課題を一つひとつ克服していく計画は大切ですが、法人や施設が展望する中・長期の展望に相応しい組織づくり方針から逆算した単年度計画の策定が求められます。漸く、ワクチンの普及段階に入り、コロナ禍の終息も期待されるころですが、今後もその完全な払拭は困難であることを前提とした、ウイズコロナ時代を踏まえた事業計画の検討も期待します。</p>			
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		第三者評価結果	自己評価結果
6	-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。	c	c
<p><コメント></p> <p>共通 らくじ会グループ全体の事業計画方針は、法人経営層から提示され、各施設管理者はこれを踏まえて、各年度計画を予め定められた時期に作成しています。管理者は、職員との各種会議等において、職員の意向や要望を把握して計画策定に配慮し、決定した事業計画を毎月の諸会議で表明して、各ユニットリーダー、主任クラスに周知していますが、職員が主体的に参画して事業計画を策定する仕組の構築はできていません。事業計画の、全職員への理解浸透も徹底していないようです。</p>			

7	-2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	C	C
<p><コメント></p> <p>事業計画の家族等への説明機会である家族懇親会がコロナ禍のため、実施できない状況です。</p> <p>そもそも、事業計画は経営課題や組織課題に偏っていて、利用者目線で伝えるべき内容が薄いようです。食事や入浴、レクリエーションなど、利用者の日常生活に直接かかわる事業計画を、利用者にもわかりやすく説明して、理解を求める取組を期待します。</p> <p>コロナ禍により、家族の訪問や利用希望者の施設見学が困難になっていますが、映像配信を工夫して施設紹介に努めています。しかしながら、事業計画の説明には至っていません。そもそも、事業計画は経営課題や組織課題に偏っていて、利用者目線で伝えるべき内容が薄いことが問題です。利用者の活動や過ごし方に直接かかわる事業計画を説明して理解を得ることは、そのプロセスで利用者や家族等の意向を把握して、利用者満足的基础ともなる大切な取組です。近未来の通所利用者となる、地域住民へのさらなる情報発信も期待します。</p>			
特養			
デイ			

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。	第三者評価結果	自己評価結果
8	-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。	C	C
<p><コメント></p> <p>事業計画の中に、「サービスの質の向上（接遇マナー）」と「PDCAサイクルの実現」を掲げて、中堅職員と指導者が中心となって取組を模索していますが、サービスの質を向上するための基本となる「職種を横断したカンファレンス」の取組が十分ではありません。一般職員にはPDCAサイクルの理解、特にC（評価）の視点や技法が浸透しておらず、サービスの質をやや漠然と「接遇マナー」にしていることも問題です。利用者の主体的な日常生活支援や重度化防止にかかる、具体的な支援スキルをテーマとした質の向上を目指す取組が求められます。</p>			
9	-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。	C	C
<p><コメント></p> <p>実効的な改善を推進するには、明らかとなった課題をその重要性や難易度、緊急性、財政負担などについて、分析・仕分けして、合理的・計画的に取り組む仕組みが求められます。課題としては、職員個々の課題と組織の課題がありますが、前者についても、その資質向上やチーム力の育成という観点から、組織の課題として位置づけられます。着実なPDCAサイクルの定着には、職員間に、振り返り（評価）の仕組みを構築して、評価結果に基づき明らかとなった課題を文書化（見える化）して共有するとともに、改善に向けた取組のタイムラインを確立することが求められます。</p>			
共通			

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果	自己評価結果
10	-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	b
<p><コメント></p> <p>管理者（施設長）は令和2年4月に着任後、施設の取組をふりかえって課題を把握し、事業計画を組織に示して自らの役割や使命を表明しています。半年ごとに職員個々との面談を行い、職員の想いを聞き取りつつ、施設長としての想いも伝えています。施設長の職位は、法人の規定に明文化されており、有事の場合を含めてその役割や責任は明確ですが、有事や不在時の権限移譲についての明文化が十分ではありません。</p> <p>施設長が分掌する役務は多岐に亘り、たいへん多忙なこともあって、現場に出向くことは少なく、職員からは現場への直接的な関与や迅速な決断・指示を求める声があがっています。</p> <p>施設長をはじめとする施設管理職が着任間もないこともあって、組織のガバナンスの確立がまだ不十分な様相がありますので、施設長には、現場との距離を近くして、職員とのコミュニケーションをより密にされることを期待します。</p>			
11	-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	b
<p><コメント></p> <p>施設長は、各種法令の改正時に、県や市の老施協からの情報を得て、その内容の理解に努めています。職員に対しては、朝礼でのアナウンスや書面配布を通じて、法改正の要点を伝えています。しかしながら、職員の中には「判断できない」や「知らない」といった評も多く、さらなる周知・啓発と法令遵守の徹底を期待します。</p>			
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果	自己評価結果
12	-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	b
<p><コメント></p> <p>施設長は、らくじ苑が提供するサービスの質の現状については、①人員不足、②一部の長期勤務職員のみられる「慣れ・妥協」の払拭が課題であると分析して、その立て直しに腐心しています。人員不足の解消は困難な状況で、そんな中でも一定のサービス水準を保っている現場職員の努力を評価（感謝）しています。職員の資質向上については、人員不足の中で職員シフトに余裕がなく、外部研修への参加機会を十分に供することができていません。施設内研修の充実を図っていますが、現場職員の意向は反映しきれておらず、職員から「ついていけない」「積極的な働きかけを感じない」といった声が強くなって上がっています。</p>			

13	-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	b
<p><コメント></p> <p>施設長は、人員の増強が難しい中で、経営の改善や業務の実効性を高めるために、事業計画の中に「IoT、AIの導入および電子化の推進」を掲げて、組織内の情報伝達の電子化やリモート環境の充実、パワースーツなどのテクノロジーの導入を図っています。</p> <p>しかしながら、部門によって温度差があって、デイサービスやショートステイでは一定水準の意識共有が見られますが、特養部門における浸透は十分とは言えません。職員の中には電子化やテクノロジーの性急な導入にはついていけないという反発も見られます。具体的にはPC入力や検索に馴染めないひと、パワースーツ等、先端技術を使いこなせないひと、リモート研修の普及は研修受講機会を各段に増やすことはできましたが、研修を通しての人的交流を妨げるなど、損なわれる部分もあり、その適切な活用を図るための研修やトレーニングとともに、職員の理解・協力を得るための丁寧な取組が求められます。</p>			
共通			

II-2 福祉人材の確保・養成

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。		第三者評価結果	自己評価結果
14	-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
<p><コメント></p> <p>令和2年度にも多数の離職者がありましたが、求人媒体の見直しや福利厚生のアピールが奏功して、離職者を上回る人員確保ができています。そのほか、積極的に技能実習生の導入と、その早期（3か月を目途）の自立を図って、実働人員の補強に努めています。</p> <p>福祉施設として効果的な採用計画や専門職の適正配置を推進する一方、職員の早期離職を避けるよう、採用時面接においてその特性や意向に沿った職場への配置に配慮して、定着を図っています。</p> <p>それでも、厳しい人員不足が常態化しており、職員からもその改善を求める声があがっています。</p> <p>今後は、職場の魅力づくりや、職員研修の充実など、人材確保に向けたきめ細かな対策を期待します。</p>			
特養			
<p>令和2年度にも多数の離職者がありましたが、求人媒体の見直しや福利厚生のアピールが奏功して、離職者を上回る人員確保ができています。そのほか、積極的に技能実習生の導入と、その早期（3か月を目途）の自立を図って、実働人員の補強に努めています。</p> <p>福祉施設として効果的な採用計画や専門職の適正配置を推進する一方、職員の早期離職を避けるよう、採用時面接においてその特性や意向に沿った職場への配置に配慮して、定着を図っています。</p> <p>デイサービス部門は比較的に人員不足が緩和される傾向にありますが、それでも、厳しい人員不足が常態化しており、そのために、利用定員枠の活用に十分に達成できていない状況です</p> <p>今後は、職場の魅力づくりや、職員研修の充実など、人材確保に向けたきめ細かな対策を期待します。</p>			
デイ			

15	⁻² 総合的な人事管理が行われている。	C	C
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>らくじ苑では、人事基準や人事評価制度が定められていますが、評価基準に客観性と具体性が十分ではなく、職員が納得できる適正な運用が図れていません。福祉サービスの現場では、職員の評価を数値化することが難しく、誰もが肯定する評価基準の策定は困難ですが、職員が組織や上司の期待に応えて、自らの将来像をポジティブに描いて目標を設定し、その達成度を上司や管理者が肯定的に確認・支援することのできる仕組の確立を期待します。</p>			
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている		第三者評価結果	自己評価結果
16	⁻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	b
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>職員の有給休暇取得状況や超過勤務状況は、各職員を通じて把握し、事務局が管理して人事考課に反映しています。職員の心身の健康と安全管理については、健康診断とともにストレスチェックを実施して、状況を把握するとともに、職員に周知して自己評価の一助としています。ストレスチェックの結果によれば、職場の人間関係については比較的に良好な関係であることが示される一方、慢性的な人員不足による労務の量的負担（連勤や一人夜勤）、さらにはそのような中で、十分な支援ができていないのではないかと不安からくる心的ストレスが大きいようです。</p> <p>福利厚生の実施や、ワークライフバランスへの一定の配慮はあるものの、そもそも過重労働のゆえに、十分な効果を発揮していません。リフレッシュ休暇や、職員の向上心に応える研修機会の充実を図ることによって、職員個々がより満足できる人生設計を可能とすることができる環境改善を期待します。</p>			
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果	自己評価結果
17	⁻¹ 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	C	C
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>II-2-(1) -②の評価コメントに記したように、職員の目標管理や人事考課は取組規定の文書化があるものの、現在はその規定に則った取組は十分に機能していません。</p> <p>組織としてのチーム力を高めるには、多様な資質の職員を育成する必要がありますが、その基本として、施設の理念・基本方針に基づく「期待する職員像」を明確にすることが大切です。</p> <p>その上で、其々の特性や資質に符合した目標設定と、その実現に向けたコミュニケーションと支援の体制が求められます。</p>			
18	⁻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。	C	C
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>事業所が組織としての機能を発揮するためには、新任職員、中堅職員、幹部職員それぞれに「期待する職員像」を設定して、その完成をめざすための適切な研修の方針や具体的な計画が求められます。</p> <p>らくじ苑では、新任職員は職場に配属されてユニットリーダー等による短期（1か月を目途）のOJTを経て、すぐに仕事につくことが求められており、組織として策定された方針と科学的な計画に基づく教育・研修は実施がされていません。人材育成を各所属ユニットに委ねるのではなく、組織として、あるいはらくじ会グループ全体として、計画的な研修の企画・実践とその見直しを遂行する仕組みの確立を期待します。</p>			

19	⁻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	b
<p><コメント></p> <p>職員の専門資格の取得状況や、個々の知識・技術水準は、各ユニット長を通じて確認され、人事管理の一環で把握されています。しかしながら、職員に対する研修は前項のコメントに記した通り、組織として体系化されたものとは言えないので、担当指導者の個性によるバラツキを生じるとともに、被指導者一人ひとりの資質や特性に即した個別的対応性にもかけることが懸念されます。新任～中堅・幹部の階層別に、一人ひとりの教育・研修等の機会を確保するためにも、組織としての研修体制の確立が求められます。</p> <p>外部研修についても、その情報は職員には十分に行きわたっておらず、また希望して参加しようとしても、人員不足のためにシフトの変更に無理があり、参加することが叶わない状況です。職員には、各種資格所得のほか、認知症ケアや感染症対策、リスクマネジメント等々、施設サービスの向上にかかる重要なテーマの研修希望があります。そうした想いに応える研修機会の確保が求められます。</p>			
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	第三者評価結果	自己評価結果
20	⁻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。	c	b
<p><コメント></p> <p>この項目では、人員不足を補充するための技能実習生への対応ではなく、福祉専門職を目指す学生の実習受け入れを評価します。らくじ苑では、奈良佐保短期大学と青丹学園から実習生を受け入れていますが、令和2年度はコロナ禍の影響もあり、両校とも学内研修となりました。まもなく再開される取組みも人数を抑制して実施が見込まれています。</p> <p>福祉人材を育成する取組みは社会福祉事業者の使命でもありますが、そのためには派遣校から示されたプログラムを受け入れるだけでなく、派遣校との連携の上で実習プログラム作成に、主体的な参画を期待します。また、実習過程において、利用者へのサービスの質の低下やトラブルを招かないように、マニュアルを整備して利用者や家族等への説明や職員間の意識共有が求められます。</p>			

II-3 運営の透明性の確保

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。	第三者評価結果	自己評価結果
21	⁻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。	c	b
<p><コメント></p> <p>福祉施設には、利用者や家族はもちろん、施設がその機能を充実するために必要とされる地域社会に対する情報公開が求められています。らくじ苑では、ホームページに、提供する福祉サービスの内容や思いが詳しく掲載されていますが、財務諸表等の運営状況を明らかにする資料の開示が求められます。</p>			

22	-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。	c	b
<p><コメント></p> <p>らくじ苑は、多数の施設を運営する法人の中核施設として本部機能を有し、その事務、経理、取引等に関するルール等は明確化されています。しかし、その内容は職員には縁遠く職員には周知されていません。</p> <p>共通 会計業務を委託している会計士による会計監査を実施して、その指導により経営改善に努めていますが、これは本項目に求められる外部監査には当たりません。今後は、公正かつ透明性の高い適正な運営のための外部監査、内部監査の仕組みの構築が求められます。</p>			

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果	自己評価結果
23	-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	b
<p><コメント></p> <p>らくじ苑では、地域の祭りへの参加や施設行事への住民招待、職員による佐保川清掃活動の取組がありましたが、コロナ禍の影響もあって低迷しています。</p> <p>らくじ苑運営規定には、「施設は地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、奈良市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、協力医療機関その他との密接な連携に努めるものとする。」と明記されていますが、コロナ禍の影響はあるものの、運営方針の趣旨は職員間に浸透しているとは言えません。特別養護老人ホームには、入所者のQOLを高めるための大切なプロセスとして、感染症対策や事故防止対策を丁寧に施したうえで、利用者が地域の人々との交流を通じて、その活動範囲を広める取組が期待されています。</p>			
24	-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	b
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れは、以前にはありましたが、コロナ禍の影響でほぼ中断しています。</p> <p>共通 ボランティアは業務の補完ではなく、利用者の施設での生活をより豊かにするための大切な取組ですので、これを職員の共通認識としたうえで、感染症対策やトラブル防止など、取組の安全を図るためのマニュアル整備が求められます。学校教育等への協力については、施設長はその本旨を理解されていますが、施設としての明文化がなく職員間の共通認識が形成されていません。</p>			

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果	自己評価結果
25	-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。	c	c
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>らくじ苑では、地域の病院、消防署、役所、各種相談事業所など、施設運営上必要最小限の関係機関連携はあるようですが、この項目では、利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能との幅広い関係性を問うています。特別養護老人ホームが施設内で機能完結するのではなく、様々な地域資源を活用する理念を職員間で共有できるように、施設が率先して、活用できる社会資源を明示した資料を作成して、積極的な連携を組織的に取り組む体制を確立することを期待します。</p>			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている		第三者評価結果	自己評価結果
26	-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。	c	b
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>特養を中核とする総合施設“らくじ苑”を構成する事業のなかでは、居宅介護支援センターが地域に直接働きかける部署にあたり、地域の福祉ニーズ等を把握する役割が期待されますが、残念ながら十分に機能しているとは言えません。またそもそも本項目が問うところは、公器としての社会福祉法人が、地域に潜在化する様々な社会課題に向き合うことが求められている中で、これまでの社会福祉事業や制度が対象としてきた範囲では十分に対応できなかった地域の福祉ニーズ等へのアウトリーチの第一歩としての取組を問うものです。居宅介護支援センターの機能を実効あるものにするはもちろんですが、組織全体としての意識改革が求められます。</p>			
27	-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	b
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>地域に向けた公益的な取組としては、らくじ会グループ全体としてはいくつかの取組みがありますが、らくじ苑に限れば地域との連携は薄く、そうした取組みは活発とは言えません。施設が地域の避難所に指定されていますが、有事に期待される機能を発揮することができるよう、発災時における施設機能提供と行政との機能分担や連携の在り方などについて、平素から入念な検討とシュミレーションを重ねて、実効性のある体制を整備することが求められます。</p>			

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

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果	自己評価結果
28	-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	b
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重する福祉サービスとして「理念」が掲げられ、職員は毎日の業務予定での確認も欠かさず認識しています。しかしながら、その意図、捉え方は各職員それぞれが思う福祉サービスの提供手法となっています。</p> <p>特養 共通した福祉サービスの方針となるものとして「倫理綱領」があげられますが、らくじ苑には存在せず職員が共通理解出来ない要因となっています。まずは「倫理綱領」の策定に着手し、職員が同じ方針で利用者尊重の福祉サービスに迷いなく取組めることが重要となります。</p> <p>デイ 利用者を尊重する福祉サービスとして「理念」が掲げられ、職員は毎日の業務予定での確認も欠かさず認識しています。しかしながら、その意図、捉え方は各職員それぞれが思う福祉サービスの提供手法となっています。デイサービスの利用者は特養入所者とは違い、身体状況が様々である事から、職員の福祉サービスに対する共通理解は重要です。</p> <p>共通した福祉サービスの方針となるものとして「倫理綱領」があげられますが、らくじ苑には存在せず職員が共通理解出来ない要因となっています。まずは「倫理綱領」の策定に着手し、職員が同じ方針で利用者尊重の福祉サービスに迷いなく取組めることが重要となります。</p>			
29	-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。	b	b
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護については利用者を尊重した福祉サービス提供における重要事項となります。そのプライバシー保護に関するルール等を示すマニュアルはなく、職員は、どの様な事をしてはならないのか、何がプライバシーに当たるかの認識が薄い様です。</p> <p>特養 ユニットは各個室となり概ねプライバシーは守られていますが、サービス（排泄や入浴など）によってはユニット間での対応に違いがあり、組織的な共通ルールがない事が要因となっています。本館、別館のハードの違いに寄らず、ユニット間でのプライバシーに対する差が出ないように、規定・マニュアル等の作成が必要となります。</p> <p>デイ プライバシー保護については利用者を尊重した福祉サービス提供における重要事項となります。そのプライバシー保護に関するルール等を示すマニュアルはなく、職員は、どの様な事をしてはならないのか、何がプライバシーに当たるかの認識が薄い様です。</p> <p>人員配置等で排泄や入浴場面で十分配慮したサービスが難しい場合があり、組織的な改善を進める上でもプライバシー保護の為の規定・マニュアル等が必要となります。</p>			

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。		第三者評価結果	自己評価結果
30	⁻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	b
<p><コメント></p> <p>利用者にとって自分の希望に沿った福祉サービスを選択するための情報提供は大切な事項となります。高齢者施設入所に関しては希望通り、理想ばかりを言えないご時世ですが、らくじ苑を選択してもらう為の積極的な動きについては弱い所があります。</p> <p>らくじ会グループの福祉事業についてはホームページや総合案内で紹介されていますが、各事業所の詳細なサービス内容は伝わり難く、らくじ会グループのメリットとも言える多岐にわたる福祉サービスの在宅、デイサービス、ショートステイ、ユニット（入所）の一環した取組の積極的な情報提供に期待します。</p> <p>利用者にとって自分の希望に沿った福祉サービスを選択するための情報提供は大切な事項となります。ホームページではデイサービスでのサービス内容や様子が伺え、一日のスケジュールも判りやすく紹介しています。特徴としている利用制限や日曜日営業など情報提供についてもしっかり発信されています。 （「a」評価）</p>			
31	⁻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
<p><コメント></p> <p>サービスの開始や変更について利用者へわかりやすく説明する事が必要ですが、自己決定が難しい利用者に対しては家族への十分な説明が必要になります。その内容は福祉サービスの具体的な説明と日常生活に関する事、その他の留意事項になります。</p> <p>らくじ苑ではサービスの変更はあまりなく、開始の説明については担当する生活相談員が作成した判りやすい資料を使用し、面談等でしっかり丁寧に対応しています。</p> <p>サービスの開始や変更について利用者へわかりやすく説明する事が必要ですが、自己決定が難しい利用者に対しては家族への十分な説明が必要になります。デイサービスを利用する理由としては家族の要望が主となる場合が多い様ですが、サービス内容などの説明はデイサービス利用者と家族に対して丁寧に資料を使い実施されています。</p>			

32	-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	a
<p><コメント></p> <p>利用者の状態や環境の変化等により福祉サービスの継続性が損なわれる事があるとはなりません。らくじ苑では在宅移行は少ないですが、利用者、家族の諸事情による法人内での移行等は実施しています。身体状況の変化などで医療的行為が必要になった場合などは、病院のワーカーが担当となり継続的な配慮が実施されています。しかしながら、その機会が少ない事もあり引継ぎ文書や手順を記したものの存在自体の職員認識は薄いようです。退所後の説明文書も含め、しっかり説明出来る資料作成と共有認識が必要となります。</p> <p>利用者の状態や環境の変化等により福祉サービスの継続性が損なわれる事があるとはなりません。デイサービス利用者においては、事業所の変更があった場合は、その後の事業所との情報交換を行いサービスの継続性にも配慮されています。（「a」評価）</p>			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果	自己評価結果
33	-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。	c	c
<p><コメント></p> <p>提供される福祉サービスに対して、利用者がどの程度満足しているかを組織的に調査し把握する事は、サービスの質の向上に有効に結び付く取組となります。しかしながら、その取組については積極的な調査や面談は行われていません。利用者ヒアリングや家族アンケートから不満を訴える意見は聞かれませんが、それを満足していると判断するのではなく、「お世話になっているので」という状況と「サービスとしてどの様な事が可能なのか、出来ないのだろう」という我慢を強いる事のないよう、利用者や家族を含めた懇談会（現在、休止中）の再開を含め、必要に応じて面談などの取組が必要となります。</p> <p>利用者にはコミュニケーションの中から、意見を聞く事も多くあるが、その意見を反映し実施するまで至っていないのが現状の様です。デイサービスの場合は家族の都合や要望で利用される事が多いため、デイに来られた利用者の要望には極力対応したいと、レクリエーションも行っているが、バリエーションが限られており利用者が満足いく内容の提供は難しく今後の課題となっています。</p>			
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。		第三者評価結果	自己評価結果
34	-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	b
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制については責任者、担当者、第三者委員は名を連ねているが、組織的な動きは弱い様です。利用者や家族への苦情解決の仕組みについての説明周知は必要ですが、職員の中にも仕組みへの認識が乏しい事が組織的な動きが実践できない一因となっています。それは苦情解決に関する規定やマニュアルが存在せず、職員の共有認識とならない事が問題となります。まずは苦情解決に必要な組織的な仕組みをまとめ、職員が認識し利用者や家族にもしっかり説明出来る体制が求められます。</p>			

35	-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。	c	c
<p><コメント></p> <p>利用者本位の福祉サービスにおいて利用者が必要に応じて相談できる環境は不可欠です。利用者には意見がある場合の相談相手、誰に言えば良いのかを周知する事は大切なこととなります。</p> <p>共通 職員は日々声掛けを行い、日常の会話から意見は聞いているが、その意見を反映する様な見直しや改善出来ていないのが現状の様です。声掛けに応える利用者ばかりではなく、話づらい方や家族等も意見を伝える方法として意見箱やアンケートの実施などを取り入れる事を期待します。</p>			
36	-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	b
<p><コメント></p> <p>利用者からの意見や要望に対する体制を整えることが福祉サービスの質と利用者の信頼を高める事になります。その仕組みを確立する事は重要であり迅速に対応する為にも対応マニュアルが必要となります。しかしながら、そのマニュアルが存在せず職員は個々やユニット内での対応にとどまり、組織的な対応が難しい状態です。意見や要望を受けた時の仕組、手順や記録方法等を具体的にまとめ、組織的に活用できるマニュアル等が必要となります。</p> <p>特養</p> <p>利用者からの意見や要望に対する体制を整えることが福祉サービスの質と利用者の信頼を高める事になります。その仕組みを確立する事は重要であり迅速に対応する為にも対応マニュアルが必要となります。しかしながら、そのマニュアルが存在せず職員は個々の対応にとどまり、組織的な対応が難しい状態です。意見や要望を受けた時の仕組、手順や記録方法等を具体的にまとめ、組織的に活用できるマニュアル等が必要となります。</p> <p>デイ</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。		第三者評価結果	自己評価結果
37	-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	b
<p><コメント></p> <p>事故防止対策委員会を設置しています。委員会ではヒヤリハット報告や事故報告の事例収集を積極的に実施して、収集した事例について要因分析、再発防止の検討などを行い、これらの内容は毎月のリーダー会議で報告されています。また、事故発生時の対応については各ユニットに備えられている「事故発生時対応マニュアル」に沿って利用者の安全を確保しています。さらに、介護・看護、安全対策のための職員研修会を年2回実施しています。</p> <p>特養 今後は加えて各ユニットの職員参画のもとで発生要因の分析や改善策等について定期的に評価、見直しについてなど、職場全体の意識向上に繋がる取組を実施するよう期待します。</p> <p>らくじ苑の事故防止対策委員会によるリスクマネジメントに関する諸報告を受け、毎月のリーダー会議にも参加しています。しかしながら、職員間の意識の共有が十分ではないようです。送迎、日中生活支援及び家族との交信を通して、デイサービスの実状を再確認の上、部門内での検討会を定期的実施するなど、リスクマネジメントの意識向上を図り、チーム一丸で取組まれるよう期待します。</p> <p>デイ</p>			

38	-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	a
〈コメント〉			
特養	<p>事業計画の柱の一つに「感染症対策」を位置づけ、①感染症対策のマニュアルの周知徹底、②研修の実施、③各種行事における対策の強化、④家族等のリモート面会のための環境整備を示し、新型コロナウイルス感染症のまっただかのところ全職員一体となって感染症防止に取り組んでいます。今後とも加齢とともに利用者には感染リスクが高まるため、継続して感染症対策の取組みに期待します。</p>		
デイ	<p>デイサービス部門ではらくじ苑の「感染症対策」を守り、コロナ感染にも留意していましたが、感染経路不明の状況で職員の感染が発生しました。リーダーは職員一体となった取組に「ヌケ」があったと反省し感染防止の再認識のため、デイサービス部門用の対策厳守マニュアルを作成し、周知徹底を図り、感染防止に取り組んでいます。（「b」評価）</p>		
39	-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	b
〈コメント〉			
特養	<p>「緊急時対応及び非常災害対策」及び「緊急時連絡先リスト」を定め、年2回の消防訓練を実施しています。しかしながら利用者の安全確保についてきめ細かな対応策の検討や職員への周知も不十分です。また、地震、風水害その他のあらゆる災害を想定した「地域防災」を年頭に置いた取組が求められます。さらに、利用者の安全を確保するとともに、事業継続の観点から災害時に備えた事前準備・事前対策も重要です。</p>		
デイ	<p>デイサービス部門用のマニュアルはなく、らくじ苑の「緊急時対応及び非常災害対策」及び「緊急時連絡先リスト」の応用利用もされておらず、今の所は利用者の安全確保のため、災害に備えた事前準備・対策はなされていません。早急に事前対策が必要です。（「c」評価）</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。		第三者評価結果	自己評価結果
40	-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。	c	b
<p><コメント></p> <p>高齢者福祉サービスに関する標準的な実施方法について適切で共有に資する文書は作成されていませんが、らくじ苑には褥瘡、身体拘束、感染症及び事故対応等、各種の指針が備えられています。福祉サービスの標準的な実施方法はこれらの内容を一つ一つ確認・整理してサービス提供に関わる職員誰もが必ず行わなければならない日常的・基本的な部分を分かりやすく示すものです。また職員の違いによるサービスの水準や内容の差異を極力なくすために、全職員に共通する手引きとなるものです。さらに、これから策定される「標準的な実施方法」の土台には、らくじ会グループの人と人のつながりを尊ぶ理念に基づき、利用者の尊重や権利侵害の防止など権利擁護に関わる姿勢を明示されるよう期待します。</p>			
41	-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。	c	c
<p><コメント></p> <p>今のところ、標準的な実施方法（＝マニュアル）は明文化されていません。今後マニュアルを策定され実践を経て組織の仕組みとしてマニュアルの定期的な見直しが行われるよう期待します。</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。		第三者評価結果	自己評価結果
42	-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。	b	b
<p><コメント></p> <p>入所時、介護支援相談員（＝CM）による利用者アセスメントからユニットリーダーが協働して個別支援計画を策定しています。その後、各利用者についてアセスメントにもとづく支援計画に沿ってサービスの実施が出来ているかどうかの確認について、以前はチェック表を使ってCMと職員でチェックし合っていました。現在は業務過多（人員不足）で十分には出来ていない状況です。アセスメントから個別支援計画の作成、実施、見直しまでプロセスの手順を明文化して、利用者家族にも理解される取組が定着して実施出来るよう組織としての仕組みが求められます。</p> <p>デイサービス利用者については、各利用者を担当するCMによるアセスメントをもとに、利用開始後の福祉サービスの実施については、リーダーが責任者を担っています。サービス提供の実施状況の確認は毎月のケア会議で行われデイサービス部門全体で共有しています。デイサービス部門では利用者と事業所の役割りを通してつながりがの良さが窺えます。</p>			

43	-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。	b	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画（個別支援計画）は半年ごとに見直されています。リーダー及び担当職員はケース記録をもとに実施状況を確認し、CMの協力を得て、見直しに当たっています。その上、変更を含め調整された個別支援計画は各利用者のファイルにより共有しています。計画の評価・見直しについてはこのやり方が当面のフォームになっています。一方、標準的な実施方法に反映する検討については「41項」と相まって今後の取組みとなっています。</p> <p>毎月会議で、実施内容について確認し合っており職員間で共有しています。ただし定期的に個別支援計画の見直しについては特養部門と同じ状況です。</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。		第三者評価結果	自己評価結果
44	-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。	b	b
<p><コメント></p> <p>ケース記録は一定のフォームにより各ユニット別にPC入力されています。このフォームでは利用者情報も確認出来るようになっていてアセスメント記録及び日々の実施状況の確認も共有できる内容になっています。せっかくのフォームですが情報共有を目的とした会議の開催など、部門横断での取組みは確認出来ませんでした。</p> <p>ケース記録は各ワーカーの手書き分をリーダーがPC入力して職員間の申し送りとともに共有が図られています。記録した内容を部門内においても複数の者がチェックする体制が求められます。</p>			
45	-2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b	b
<p><コメント></p> <p>法人の案内（HP）においてプライバシーポリシーを掲げ、個人情報保護の取組みを全役職員に周知徹底すると表明しています。その中、らくじ苑の記録等文書管理の責任者は施設長としています。利用者各位へは重要事項説明書において「個人情報の使用に関する同意書」を交わし確認し合っています。事業所のPC記録はパスワードにより時間制限及び権限管理が加えられセキュリティ管理を徹底しています。</p> <p>しかしながら、個人情報保護に関する職員への教育・研修の実施が確認できません。また、個人情報の受け取りや開示の記録がされていません。</p>			

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

評価対象A-1 入所者の尊重・保護

A-1-(1) 入所者に対する不当な取り扱いの防止		第三者評価結果	自己評価結果
A①	⁻¹ 身体拘束のないケアへの取り組みを行っている	a	a
<p><コメント></p> <p>身体拘束に関する指針が定められており、年2回身体拘束講習会を全職員対象を実施して、身体拘束ゼロに取り組んでいます。そもそも経口摂食可能なことが入居の条件になっていて寝たきりの入居者も比較的少ないので、身体拘束が必要となる事態はそれほどありません。そのような中で、認知症に伴う問題行動に安易な安定剤投与には慎重を期す取り組みがあり、拘束の意味をより厳しくとらえて、それを避けようとする姿勢は高く評価することができます。</p>			
A②	⁻² 入所者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている	b	b
<p><コメント></p> <p>職員の倫理規範や行動指針が明確には定められていません。高齢者虐待に関する定期的な研修はしていますが、施設全体として具体策を講じているとは言えません。現状としては、一部にため口や指示口調など乱暴な言葉遣いがあり、職員間で互いに注意喚起したり上長への報告もしていますが解消できていません。共通理解を得るための組織的な取り組みが求められます。</p>			
A③	⁻³ 相談担当者は、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等の権利擁護事業制度について理解し、必要に応じて入所者に説明し、支援している	c	c
<p><コメント></p> <p>現状では本人や家族との交渉で足りているとされ、成年後見への取り組みや支援はとくにありません。しかしながら、今いる入居者のなかにも制度の利用者はいます。認知症の進行で今後必要となるケースも考えられるでしょう。積極的な支援の取り組みが求められます。</p>			
A-1-(2) 被服		第三者評価結果	自己評価結果
A④	⁻¹ 入所者の個性や好みを尊重し、被服の選択等について支援している。	a	a
<p><コメント></p> <p>衣類は家族等が用意し、季節・気候にあった衣替えをしています。介護度により職員が選ぶことが多いですが、可能な限り選択してもらい本人の意思に配慮しています。入居者が衣服にあまり意識がないのが実状です。</p>			

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

A⑤	-2	衣服の着替え時の支援や汚れに気がついた時の対応は適切である	a	a
<p><コメント></p> <p>介助中汚染に気づいた時は、入居者の同意を得たうえで速やかに更衣を実施しています。汚れにおいては更衣を促し、破損に対しては家族等へ説明し持参依頼をしています。とくに問題ないと思われています。</p>				
A-1-(3)		理美容	第三者評価結果	自己評価結果
A⑥	-1	入所者の判断能力に応じて、個性や好みを尊重し、選択について支援している	b	b
<p><コメント></p> <p>施設内に出張美容室が月1回来てもらい、それを利用してもらっています。浴室での調髪が主で、入居者の表情を生き生きさせるための美容といった域には達していません。コロナ前は本人のこだわりで外部利用するケースもありましたが、現在はそれができる状況にありません。以前も外部を利用する場合は家族等に任せており、とくに支援は行っていませんでした。</p>				
A-1-(4)		その他	第三者評価結果	自己評価結果
A⑦	-1	重篤な状態になった時や終末期の対応について、入所者・家族の希望に応じた対応を行っている	a	a
<p><コメント></p> <p>入院後退所になるケースも多く、積極的に看取りを実施しているわけではありませんが、家族等から希望があった場合には各部署と調整して受け入れています。終末期研修等は実施していませんがマニュアルは完成しており、受け入れの際は元いた居室で24時間看護・介護体制が整えられます。更に積極的な受け入れを期待します。</p>				

評価対象A-2 適切な処遇の確保

A-2-(1)		利用者に対する食事の提供	第三者評価結果	自己評価結果
A⑧	-1	食事は入所者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるように工夫されている	b	b
<p><コメント></p> <p>法人本部が一括してメニューを決めており、セントラルキッチンで半調理したものを施設内厨房で仕上げ、温冷配膳ワゴンで各ユニットに届けています。季節ごとの行事食はありますが、誕生日食などの個別メニューはありません。複数メニューの選択方式も検討したことがありますが実現はしていません。嗜好調査はしておらず、残食等を確認して好みの傾向を把握してはいますが、多施設共通の献立なのでそれを反映しにくい状況になっています。ただ、厨房にベーカリーオープンがあり、朝食やおやつに施設内で焼いたパンを提供する取り組みを行なっている点は評価できます。今後こうした施設独自の工夫を拡大していくことを期待します。</p>				

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

A⑨	-2 入所者の身体的状況に応じた食事が提供されている	b	a
<p><コメント></p> <p>歯科や看護、ケアマネと連携を取り、状態に合わせた食事形態を決定し、各人に合わせてその都度見直しもしています。具体的には、厨房と協力して、通常食、一口大、きざみ食、みじん切り、とろみ食、ミキサー食等、多様に対応しています。一人ひとりの摂食量も記録しています。また、できる限り居室でなくフロアで食事するように促し、ゆっくり時間をかけて、必要に応じた食事介助をしています。</p> <p>ただ、経口食可能なことが入居の条件になっていて、病院で胃ろう・腸ろうが設置された場合は退所となります。その意味では対応の幅が狭いとも言え、今後の検討が望まれます。</p>			
A-2-(2) 利用者に対する入浴の提供		第三者評価結果	自己評価結果
A⑩	-1 入浴は、安全かつ適切に行っている	b	b
<p><コメント></p> <p>入所者は、週2回のローテーションを組んで入浴しています。個浴と機械浴があり、個浴の場合は1人、機械浴では2人の職員が介助にあたっています。予定に空きができれば入れ替えも可能ですが、入居者の希望通りに入浴できるわけではありません。</p>			
A⑪	-2 入浴に関して、入所者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮している	b	a
<p><コメント></p> <p>一人ずつの完全入れ替え制で、脱衣時はドアやカーテンを閉めてプライバシーに配慮しています。同性介助についてはできるだけ対応していますが、完全には実施できていません。入所時に、本人や家族の希望を聞いて、異性介助もあり得ることの同意を得ています。</p>			
A-2-(3) 入所者の適切な排泄管理		第三者評価結果	自己評価結果
A⑫	-1 おむつ交換・排泄に関する取り組みがなされている	b	b
<p><コメント></p> <p>入居者それぞれに対する排泄介助の方法は、職員どうしで話し合い、ケアマネジャーや看護師とも相談してユニットリーダーが決めています。自立やトイレ誘導もありますが、おむつを使用する入居者の割合が多くなっており、おむつの場合は1日5回、定時に交換しています。記録は取っていますが、個別のサービス計画との連動は十分ではありません。おむつ着用の方が介護は楽かもしれませんが、できるだけ排泄の自立を促す努力が求められます。</p> <p>本館は居室内、別館は居室外にトイレがありますが、いずれも個室対応でプライバシーは確保されています。ただ、シフト上で異性介助となることが避けられず、入所時にその旨同意を得ています。</p>			

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

A-2-(4) 入所者の適切な体位変換		第三者評価結果	自己評価結果
A⑬	⁻¹ 必要な入所者に対して、体位変換を定期的に行っている	a	a
<p><コメント></p> <p>褥瘡防止のための委員会等はありませんが看護師の指導・協力のもと講習会を開催し、体位変換表を作成して計画的に実施しています。夜間定時のおむつ交換の際に体位交換しているほか、入浴時、更衣時、排泄時に皮膚状態を観察して早期発見に努めています。こうした取り組みが徹底されるよう、また栄養士やリハビリも含めたチームケアに発展するよう、担当委員等の積極的な働きかけを期待します。</p>			
A-2-(5) 機能訓練		第三者評価結果	自己評価結果
A⑭	⁻¹ 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練を実施している	b	c
<p><コメント></p> <p>機能訓練指導員は看護師が兼務しています。機能訓練加算を算定していないため個別プログラムを作成した計画的な機能訓練ではありませんが、利用者ができるだけ自立した生活を送れるように、それぞれの状態や希望に合わせた生活訓練等、例えば、ベッドからの離床訓練、車椅子やトイレへの移乗訓練、歩行訓練、身体をほぐすためのマッサージなどのほか、機能訓練と合わせて、生活環境の改善のための提案・指導なども行っています。</p>			
A-2-(6) レクリエーション		第三者評価結果	自己評価結果
A⑮	⁻¹ レクリエーションは、入所者の参加を促すような工夫がされているとともに、入所者の希望に沿っておこなわれている	c	c
<p><コメント></p> <p>日常の楽しみはテレビ、映画、カラオケ、折り紙など個別に対応しますが、介護度によったり、ユニットによって違ったりしています。クリスマス、もちつき、秋まつりなど季節ごとのレクリエーション行事はありますが、入居者の希望・意向などは反映されていません。コロナ前はフラダンス、太鼓、吹奏楽などボランティアの受け入れもありましたが、現在はストップしています。人員不足を理由にしては、たとえコロナ禍がおさまっても問題は解決しません。レク委員会を招集してできることを創意工夫するなど、積極的な動き出しが求められます。</p>			

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

A-2-(7) 外出	第三者評価結果	自己評価結果
A⑯ ⁻¹ 外出が入所者の希望に応じて行われている	c	c
<p><コメント></p> <p>外出はもっぱら家族対応になっており、コロナ禍ではそれも叶わず、ほとんどが苑での生活となっています。職員や地域のボランティアが付き添って地域イベントに参加するようなことは以前からなされていません。多くの入居者の気分転換ができるよう、施設としての積極的な働きかけが望まれます。</p>		
A-2-(8) 快適な環境づくり・環境整備	第三者評価結果	自己評価結果
A⑰ ⁻¹ 入所者のための快適な環境づくりに努めている	b	a
<p><コメント></p> <p>居室に関しては、ベッド、空調、洗面台等備え付けの設備以外は持ち込み自由で、入居者本人と家族の裁量に任されています。共有部分については介護用務員が清掃その他環境整備に務めており問題ありません。ただ、現場職員と個々の入居者や家族が話し合うことはあっても、施設と入居者代表で環境づくりを話し合うような場はありません。</p>		
A-2-(9) コミュニケーション	第三者評価結果	自己評価結果
A⑱ ⁻¹ 入所者とのコミュニケーションが円滑に保たれている	b	b
<p><コメント></p> <p>個別サービス計画は作成され定期的に更新もされていますが、具体的なコミュニケーションの方法や計画までは明記していません。職員が個々の裁量でできるだけ声掛けをして、入居者とコミュニケーションをとるよう努めています。ただ、介助量が多い人への接触が多くなるため、むしろ自立している入居者とのコミュニケーションが不足がちになるという問題もありそうです。認知症患者への適切な対応を学ぶための研修など、職員への組織的な学習支援が求められます。</p>		

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (特別養護老人ホーム 付加基準)

評価対象A-3 家族との交流の確保

A-3-(1) 入所者と家族との交流、家族との連携確保	第三者評価結果	自己評価結果	
A ^⑱	-1 入所者と家族との交流の機会に配慮するとともに、入所者家族との連携を積極的に図っている	a	b
<p><コメント></p> <p>コロナ禍で面会が予約制となりガラス越しにもなりましたが、それ以前は9~21時の時間制限はあるものの居室内で自由に面会ができました。また、法人全体の仕組みとして、2ヶ月に1度は写真付きの手紙を送って入居者の様子を伝える取り組みがあり、家族から感謝されています。さらに、これまで定期的に家族懇談会を実施していましたし、直接会う機会が少ない家族等には電話での連絡もしています。</p>			

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (デイサービス 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (デイサービス 付加基準) 国基準

評価対象A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本		第三者評価結果	自己評価結果
A①	-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をしている	b	b
<p><コメント></p> <p>アセスメントに基づいて、利用者の心身の状況や過ごし方の意向を把握し支援をしています。利用者のADLに合わせて、食器を片付ける・おしぼりを作る等手伝ってもらっています。利用者が体力や適性、健康状態に応じて無理なく楽しみながら、実施できる体操やスポーツプログラムを取り入れたレクリエーションを実施していますが、一人ひとりに応じたプログラムまでは至っておりません。また、利用者一人ひとりに応じた支援が行われているか、職員間で検討した記録は確認できませんでした。チームケアを実践していくための仕組、取組を期待します。</p>			
A②	-2 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	—	—
<p><コメント></p>			
A③	-3 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	—	—
<p><コメント></p>			
A④	-4 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	b	b
<p><コメント></p> <p>利用者同士や職員とのコミュニケーションに配慮し、明るい雰囲気づくりに心がけています。利用者が話しやすいように日頃から声掛けるように努めています。しかし、話すことや意思表示が困難な利用者への対応について、職員間でコミュニケーションの方法や支援の検討・見直しをおこなった記録は確認できませんでした。職員の中には利用者に慣れが出てきて言葉遣いがため口で接する時も見受けられるとの事です。職員に対して利用者へ適切な接し方や言葉遣いを徹底し、支援者としてのコミュニケーション技術の向上を期待します。</p>			
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果	自己評価結果
A⑤	-1 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている	c	c
<p><コメント></p> <p>利用者の権利擁護の防止と早期発見の取組について、職員の倫理規範や行動指針には明確には定められていません。法人として身体拘束・虐待防止に関する定期的な研修はおこなっていますが、家庭での虐待等権利侵害を早期発見するための具体的な取組は確認できませんでした。利用者の権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示するとともに、定期的に検討の機会を設け職員間で共有し、利用者・家族等へ権利侵害防止の周知・取組を期待します。</p>			

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (デイサービス 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (デイサービス 付加基準) 国基準

評価対象A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		第三者評価結果	自己評価結果
A⑥	⁻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	b	a
<p><コメント></p> <p>通所介護の部屋は温度・湿度の管理もされており、清掃も行き届いています。少人数で囲めるいくつかのダイニングテーブル・イスが設置されています。席を決めるにあたっては利用者同士の関係や利用者の意向に配慮しています。静養室はありますが、他に休息をとれるコーナー等は見受けられませんでした。機能面から見た時には食事用イスは軽作業用であり、休息に配慮したイス(ソファや安楽椅子等)ではありません。また、食事の際、トイレの中が見える位置に利用者の席があります。くつろげる環境への工夫、パーテーションの設置やレイアウト変更等の対応を期待します。</p>			

評価対象A-3 生活支援環境の整備

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価結果	自己評価結果
A⑦	⁻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	b	a
<p><コメント></p> <p>入浴形態は、一般浴(原則4人)ですが、身体状況によっては施設の機械浴を利用しています。アセスメントの段階で利用者の心身状況を把握し、個人に応じた入浴支援をおこなっています。安全に配慮し手摺・シャワーチェア・滑り止めマット等の介護用具を使用しています。利用者の尊厳や羞恥心に配慮した同性介助は実施できていない時があります。利用者の入浴介助について職員間で共有し検討した記録は確認できませんでした。チームケアを実践していくための仕組み、取組を期待します。</p>			
A⑧	⁻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	b	b
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状態に合わせて排泄介助をおこなっています。トイレ内には暖房便座や手すりを設置しています。トイレ利用時に呼ばれたら直ぐに介助できるように心がけています。デイサービス部門にはトイレは1カ所しかありませんが、利用が重なる時は1階共用トイレに誘導しています。利用者の排泄について職員間で共有し検討した記録は確認できませんでした。また、利用者一人ひとりに応じた支援が行われているか、職員同士の検討の場が設けられていません。チームケアを実践していくための仕組み、取組を期待します。</p>			

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (デイサービス 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (デイサービス 付加基準) 国基準

A⑨	⁻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	b	a
<p><コメント></p> <p>利用者の移動にあたり、利用者の心身の状況や意向をふまえてできるだけ自力で移動できるように支援をおこなっています。利用者が定員22名になった時、現在の家具配置では転倒の危険を不安視する意見もありました。利用者が安全に移動できるよう伝え歩きができるようなテーブル配置の工夫やスムーズに車いすが通れる間隔の確保を期待します。利用者の移動介助の安全性について職員間で共有し検討した記録は確認できませんでした。</p>			
A-3-(2)	食生活	第三者評価結果	自己評価結果
A⑩	⁻¹ 食事はおいしく食べられるよう工夫している	b	a
<p><コメント></p> <p>食事が楽しめるように季節や行事に合わせた行事食を提供しています。温冷配膳車を使用し食事の温度に配慮して提供しています。各テーブルへの配膳では食器等の扱いが乱暴であったり利用者の前を横切る配膳などが見られました。また、利用者の嗜好調査は実施しておらず、食事の嗜好に関して不満の声も聞かれるようです。アンケート調査を取り入れ、利用者の意見や思いに配慮した食事提供や職員の配膳マナーの研修等期待します。「衛生管理マニュアル」の整備が求められます。</p>			
A⑪	⁻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	b	b
<p><コメント></p> <p>利用者の心身状態、嚥下機能、栄養面に配慮し、食事形態を用意しています。食事のペースはせかすことなく、ゆっくり時間をとっています。食事は利用者ができる限り自分で食べられるよう支援をおこなっています。食事や水分量を把握し、必要に応じて家族に助言し情報提供に努めていますが、担当介護支援専門員へ常時報告は行えておりません。利用者の食事支援や介助方法について職員間で共有し、検討した記録は確認できませんでした。「嚥下事故対応マニュアル」の整備が求められます。</p>			
A⑫	⁻³ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている	b	b
<p><コメント></p> <p>現在、新型コロナウイルス感染予防として口腔ケアは中止されています。口腔ケアに関するアセスメントは十分とはいえず、嗽のみの対応になっている利用者もいます。また、全利用者の口腔状態を把握できていないとの訴えもありました。マスクをしたままではありますが、食事前に口腔体操や発生練習等を取り入れた誤嚥防止の取組、口腔清掃の自立度の把握、必要に応じて個別支援計画書に口腔ケアの方法を記載する等の取組を期待します。</p>			

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (デイサービス 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (デイサービス 付加基準) 国基準

A-3-(3)	褥瘡発生予防・ケア	第三者評価結果	自己評価結果
A⑬	⁻¹ 褥瘡の発生予防・ケアを行っている	b	b
<p><コメント></p> <p>褥瘡の発生予防・ケアについて標準的実施方法等のマニュアルは作成されていません。食事、入浴、レクリエーションの参加の様子、他者との関わりの中で利用者の様子を観察し状況の把握に努めています。褥瘡を確認した時は、早急に利用者の家族や担当介護支援専門員へ連絡をおこなうようにしています。</p>			
A-3-(4)	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養	第三者評価結果	自己評価結果
A⑭	⁻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	—	—
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引・経管栄養は実施していないので、本項目は評価非該当とします。</p>			
A-3-(5)	機能訓練、介護予防	第三者評価結果	自己評価結果
A⑮	⁻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	b	b
<p><コメント></p> <p>看護師が機能訓練指導員を務め、身体を動かすレクリエーションや軽い体操、立位、スローモーション等を行っています。個別の機能訓練計画書は作成されていません。また、利用者の心身状況に合せた機能訓練や介護予防について職員同士の検討の場が設けられていません。介護予防の観点から、利用者一人ひとりの機能訓練の効果を測定し、評価・見直しを計画的に実施することを期待します。個別の体調等の変化があれば、早急に担当の介護支援専門員へ連絡することになっています。</p>			
A-3-(6)	認知症ケア	第三者評価結果	自己評価結果
A⑯	⁻¹ 認知症の状態に配慮したケアを行っている	b	b
<p><コメント></p> <p>利用者全員に認知症状があるとのこと。職員は常に受容的な対応を心がけ、落ち着いた生活ができるように支援をおこなっています。現在は医師や看護師等によるBPSDの分析や支援方法の検討など手厚い認知症ケアを必要とする利用者はいませんが、職員より認知症に関する研修を希望する声も聞かれ、認知症介護技術に不安があるようです。また、より良いケアの方法、家族との共有、社会資源についての情報提供等は課題となっています。体調等の変化があれば、早急に担当の介護支援専門員へ連絡することになっています。</p>			

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果 (デイサービス 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (デイサービス 付加基準) 国基準

A-3-(7) 急変時の対応		第三者評価結果	自己評価結果
A⑰	⁻¹ 利用者の体調変化時に、迅速に対応するため手順を確立し、取組を行っている	b	b
<p><コメント></p> <p>看護師を配置し、利用者の健康管理に努めています。利用開始時に利用者のバイタルチェックをおこなっています。利用者の体調変化に気づいた時は利用者の家族、かかりつけ医や担当介護支援専門員に連絡することになっています。薬の飲み方や緊急時の対応をテーマにした研修は実施が求められます。</p>			
A-3-(8) 終末期の対応		第三者評価結果	自己評価結果
A⑱	⁻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	b
<p><コメント></p> <p>利用者の家族に渡す連絡帳に伝えるべき事項は明記し、担当の介護支援専門員とも必要に応じて電話連絡をおこなっています。広報誌やホームページを通じて事業所の情報を発信しています。家族の意見や要望を通所介護計画の更新時や連絡帳、送迎時の会話を通じて情報の共有をはかり、コミュニケーションの強化に努めていますが、定期的な家族懇談会等の取組は確認できませんでした。</p>			

評価対象A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携		第三者評価結果	自己評価結果
A⑲	⁻¹ 利用者の家族等との連携と支援を適切におこなっている	—	—
<p><コメント></p>			

評価対象A-5 サービス提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		第三者評価結果	自己評価結果
A⑳	⁻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。	—	—
<p><コメント></p>			

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

6 利用者調査の結果(詳細別紙)

利用者本人へのアンケートでは、特養、デイサービスとも良い評価です。とりわけ職員の親身な対応が利用者の満足につながっているとみえます。

問題点を挙げるとすれば、特養入居者の一日の過ごし方や、施設が行うレクリエーションをもっと充実させる必要があります。

特養の利用者家族へのアンケート結果でも否定的評価はほとんどなく、言葉遣いや挨拶など職員のマナーに対してとくに満足度が高くなっています。

ただ、コロナ禍で面会が制限されてきたことへの戸惑いはありました。

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回初めての評価であったがご利用者様、家人様、職員の意見から今後の対応について真摯に受止め検討する機会となりよかったと感じています。

高評をいただいた項目も有りましたが、まだまだ足らずの面が多々あり要改善面を抽出し改善に取り組んでまいります。

今後は3年毎に評価を受ける事を検討しており毎年においては自社で自己評価を行うこととしました。

計画性をもち今回の評価の課題について改善するよう協議、努力してまいります。

今後もご利用者様、職員の処遇等を最優先に取り組みを行ってまいります。

特別養護老人ホームらくじ苑
施設長 二見淳一