

(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6月10日～令和3年11月4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6月30日現在】

事業所名称 (施設名)	高齢者総合福祉施設 山城ぬくもりの里	サービス種別	特別養護老人ホーム デイサービス・ケアハウスほか
開設年月日	平成19年2月1日	管理者氏名	施設長 森本 通徳
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	〒619-0204 木津川市山城町上狛天竺堂1-1		
連絡先電話番号	0774-86-5460	FAX 番号	0744-86-5460
ホームページアドレス	http://www.s-rakuji.com		
E-mail	webmaster@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	50人	利用者数	49人
ショートステイ定員	20人	利用者数	9人
デイサービス定員	52人	利用者数	人(登録)
ケアハウス定員	30人	利用者数	28人

2 事業者情報【 令和3年6月30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	22	9	11			
ショートステイ	3		2			
デイサービス	9		8			
居宅介護支援センター	2		1			
前年度採用・退職の状況：	採 用		常 勤 4人	非 常 勤 17人		
	退 職		常 勤 9人	非 常 勤 3人		
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						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						年
○常勤職員の平均年齢						歳
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						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

環境 豊かな自然環境と、充実した施設環境に恵まれています。それ以上に、地域から「困った時のぬくもりの里」と頼りにされ、また多くの理解者に恵まれていることは、何もにもかえがたい特質です。

人材と支援の質 法人移行に際して、多数の離職者を出しましたが、残留した職員には有資格者も多く、前法人時代から培った高い水準のスキルを保持しています。

A領域 (特養) ターミナルケアについての方針と取組が明確です。

(デイサービス) 多様な入浴支援の体制があります。

(共通) セントラルキッチンからの食事提供により、業務の効率化とともに、食事の質を高めています。

(共通) 多難なコロナ禍の状況下で、感染防止の対策を徹底しつつ、可能な限り利用者と家族のつながりを保つ取組を実践しています。

◇改善を求められる点

I 領域 法人統合から1年、新しい組織づくりに課題が山積しています。だからこそ、3～5年のスパンを見越した中・長期計画を作成して、組織が一丸となって事業所運営していく仕組みをつくることが求められます。

事業計画の趣旨を利用者、家族、地域に向けて分かりやすく説明し、理解を得ることが大切です。

II 領域 職員の育成について、組織としての方針や具体的な計画を立てるとともに、職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されることを期待します。

運営法人の移行やコロナ禍で、一時的に制限された地域交流の再考が喫緊の課題です。誰もが、安心して住み続けることができるまちづくりに貢献し続けることが求められています。

III 領域 高い評価を受けてきた前法人由来の福祉サービスと、現法人の堅実な施設運営の融合・バランスの上に、施設が目指すべき新たなサービスの標準的実施方法を確立することを期待します。

A領域 (特養) レクリエーションや生活リハビリ、外出支援など、利用者のエンパワメントを企図した能動的な自立生活支援の充実が求められます。

A領域 (デイ) 家庭での利用者の権利侵害を早期発見するための具体的な取組とマニュアルの整備が求められます。

A領域 (ケアハウス) ケアハウスでは基本的に利用者本人の自立生活を尊重し、見守りが中心となりますが、口腔ケアや生活リハビリなど、側面的な支援と誘導・助言を丁寧に行いつつ、相談に応じることが期待されます。

4 施設・事業所の特徴的な取組

従来型の施設ではありますが。できるだけお一人おひとりのペースに合わせた介護を目指しています。50名の方を25名づつに分け、スタッフもわけることでご利用者様との関係性も保ちやすくなっています、ご利用者様も頼りになるスタッフがいることで安心して生活を送ることができています。

現在、技能実習生4名もご利用者様を支えています。文化、言語の違いもあり悩んだりすることもあります。ご高齢の方を敬う気持ちを持ち、スタッフと協力しながら仕事をしています。

コロナ禍であり、大々的な行事はできていませんが、この夏はかき氷を提供したり、毎月お誕生日会を開催しています。

情勢を見ながらではありますが、できるだけ家族との関わり、関係性が途切れないうちに面会も実施しています。

(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。	特養	デイ	ケアハウス
		自己評価→	b	b
1	⁻¹ 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b		
<p><コメント></p> <p>法人理念および「“こころ”がまえ」は大変分かりやすく、福祉従事者としての目標と行動規範を明確に表しています。現在は、コロナ禍のため中止していますが、朝礼で理念を唱和して職員への周知を図っていました。理念や「こころがまえ」が職員の内に根ざすためには、日々繰り返しの取組が大切です。より徹底した周知の取組と、その成果(周知状況)を確認する仕組の構築を期待します。</p> <p>また、法人・施設が目指す方向を利用者等が理解することは、利用者等の自己肯定感や権利意識を高め、職員の姿勢を正してサービスの質の向上を促します。ホームページに掲載するだけでなく、より能動的な取組を期待します。</p>				
共通				

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。		特養	デイ	ケアハウス
自己評価→		b	b	
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		
<p><コメント></p> <p>事業経営をとりまく環境については、現法人が事業譲渡を受けるに至った経緯や背景を含めて、法人の運営会議や施設内の管理職会議で把握・分析されています。</p> <p>法人は、福祉事業が健全に継続するためには「経営観念」が欠かせないとしており、福祉サービスのコスト分析や利用者需要、利用率には特に気を配っています。</p> <p>今後は、前運営法人が有していた地域とのつながりを継承して、地域福祉の向上に資する社会資源として、その機能を発揮されることを期待します。そのためには、現法人の経営理念が、職員と利用者・地域に理解されるように、真摯に取り組むことが求められます。</p>				
自己評価→		b	b	
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		
<p><コメント></p> <p>施設の経営課題としては、①人員の不足、②新法人の経営イズムへの同化、③部門間連携の強化、④業務の合理化などを明らかにしています。</p> <p>特に、福祉人材の不足については、特養・ショートステイ部門、デイサービス部門で深刻な状況があり、波及して職員の定着・育成、労務環境の改善はもとより、福祉サービスの質を担保するうえで喫緊の課題となっています。</p> <p>法人・施設は課題の解決・改善に向けて様々な取組を進めていますが、目に見えた成果は困難な情勢です。多くの職員には事態の理解が浸透しておらず、不安を募らせています。②の課題を克服するためにも、組織が一丸となって取組む環境を整えることが求められます。</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。		特養	デイ	ケアハウス
自己評価→		b	c	
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。	b		
<p><コメント></p> <p>令和3年度木津川エリア事業計画書は、前項で挙げた経営課題に対して、目標を明確にしています。ただ、その達成目標年度を明らかにしていません。故にこれは、単年度事業計画というよりも、中長期ビジョンの趣きが強いものです。</p> <p>中・長期計画は3～5年先の到達目標を、評価に耐える指標を伴って設定し、予め定めた時期にその達成度を評価して計画の見直しに反映する仕組が求められます。</p> <p>目標達成に向けた、人的・物的整備目標と、それに必要な財政面の裏付けが不可欠です。</p>				

		自己評価→	b	b	
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。	b		
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>前項の評価で指摘したように、令和3年度事業計画は、単年度で達成することを明確にしていません。中長期ビジョンを踏まえた計画ではありますが、単年度計画としては年度内に達成する目標値を具体的に示して、実施状況を評価できる内容とすることが求められます。</p>					
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			特養	デイ	ケアハウス
		自己評価→		c	
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		
<p><コメント></p> <p>特養 デイ 共通</p> <p>事業計画は、法人会議や施設の管理職会議で把握した課題の解決・改善に向けて各事業部門長が作成し、木津川エリアを統括する施設長が整えています。各部門長は職員の意見を聴き取って計画に反映していますが、職員が主体的に参画して事業計画を策定する仕組みではありません。</p>					
<p>ケアハウス</p> <p>ケアハウスでは、法人移行前における手厚い人員配置と、ケアハウスの設置目的を超えるサービス提供を見直し、外部サービスの活用に関するルールの整備等を行っています。運営法人の交代という中で、トップダウンの断行でしたので、一時、利用者の戸惑いや職員の離反もありましたが、ようやく落ち着きを取り戻しつつあります。今後は、職員の理解と協調のもとに組織的な評価・見直しを行う仕組みの構築を期待します。</p>					
		自己評価→	c	c	
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		
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>事業計画の大半は、前運営法人の事業を継承しつつ、一日も早くらくじ会グループの運営理念・基本方針に同化して、健全な運営体制を取り戻すことに主眼がおかれています。しかしながら、あまりにも性急で、そうした内容を利用者等（利用者や家族等）そして地域に理解しやすいように説明する取組は確認できません。運営方針の転換や、多数職員の離職などに対する、地域の不安を解消して、施設がこれまで培ってきた地域とのつながりを大切にすることが肝要です。組織改革が喫緊の課題であるからこそ、利用者等や地域に対する取組も急がれます。</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

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。	特養	デイ	ケアハウス
	自己評価→	b	a	
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		
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>らくじ会グループの取組として新人職員を対象とする「チェックシート」を用いて事業譲渡の機に、全職員が個々に業務を振り返り、法人理念・基本方針に則った福祉サービス提供の質を確認しています。 ただ、本評価項目では、そうした職員一人ひとりの水準確保や資質向上ではなく、組織としてのPDCAの取組を評価します。 組織として、事業部門横断的に、福祉サービスの内容を評価し、把握した課題の解決・改善に向けた取組体制を確立することが求められます。今回の第三者評価受審を契機として、組織内に毎年の自己評価に取り組む仕組みが構築されることを期待します。</p>				
	自己評価→	b	c	
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。	b		
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>事業計画書に示された改善計画は、重要な経営判断に基づく方向性を明示していますが、達成年限や具体的な取組が明かではなく、職員間での共通理解が十分ではありません。 今回の第三者評価を契機として、組織内にPDCAのサイクルを定着して改善すべき課題を明らかにすることによって、組織が一丸となって改善に取り組むことを期待します。</p>				

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。	特養	デイ	ケアハウス
	自己評価→	b	c	
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		
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>山城ぬくもりの里施設長は、木津川地区に所在するグループホーム群を含めた統括管理者です。よって、本評価項目からNo.14まででいう「管理者」は、山城ぬくもりの里特別養護老人ホーム、デイサービス、ケアハウス各部門長を指すものとします。 運営法人の交代に伴う、らくじ会グループの組織改変という激変のなかで、統括管理者や各部門管理者の役割と責任（職務分掌）を明確にして、職員や外部の関係諸団体、地域住民に周知するには至っていません。 総合施設である山城ぬくもりの里のガバナンスを明確にすることが求められます。 また、人材不足のなかで、管理者自らが福祉サービス提供現場に支援者として入らざるを得ない状況の緩和も急がれます。</p>				

		自己評価→	b	c	
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		
<p><コメント></p> <p>管理者は、各部門ごとに提供する福祉サービスに関する法令を十分に理解して運営に当たっています。 職員に対しては、パソコンネットワークに法令を閲覧できる仕組みを構築してま す。しかしながら、積極的に法令の周知を図るための研修や勉強会等の取組は 行えていません。 今後は、人権擁護や福祉サービスに直接的に関わる法令に限らず、環境問題や 雇用関係、商取引関係等々、広範囲に亘るコンプライアンスを組織内に確立す ることが求められます。</p> <p>共通</p>					
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			特養	デイ	ケアハウス
		自己評価→	b	b	b
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		
<p><コメント></p> <p>本評価項目については、各部門ごとに背景や課題が異なり、管理者が指導力を 発揮する方向性も同一ではありません。共通して言えることは、前法人運営を 継承しつつ、新法人の運営理念に基づきその改革に奔走していることです。 特養部門では、多数の離職者を出した中で管理者自ら現場に入って、従前の サービス提供水準を維持することに注力するなど、眼前の課題への対応がまず 求められています。管理者は職員会議等で職員の意見にも傾聴していますが、 管理者としての具体的な取組は今後の課題です。 人員不足により、一時休止していたショートステイを再開し、地域のニーズに 応える体制に戻れたことは評価されます。 ケアハウス部門では、運営方針を大きく変えることに、管理者の強い指導力が 発揮されています。比較的少数の職員体制ですので、組織的な取組体制には 馴染まない側面もありますが、今後はチーム力の向上に指導力を発揮されるこ とを期待します。 夜勤を伴わないデイサービス部門では、組織内に委員会を設定することが比較 的にしやすく、利用者の満足度把握や改善の取り組みが始まっています。しか しながら、ここでも人員不足の状況は厳しく、稼働率向上を妨げています。</p> <p>共通</p>					
		自己評価→	b	b	b
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		
<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。 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るが、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。確かに、利用者情報やサービス実施記録の全体化に は、電子化やリモート化で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を 期待します。</p> <p>共通</p>					

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。		特養	デイ	ケアハウス
		自己評価→		
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	a	
		b		c
<p><コメント></p> <p>意図的に人員を減じて「適正配置」に近づけたケアハウス部門は別として、特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービス、相談支援事業の各部門は、事業譲渡の過程で多数の離職者を出し、その再興が深刻な課題となっています。人員不足による過重労働の解消や労務環境の改善、職員研修の充実が急務です。</p> <p>共通 法人では、人事担当部署を設けて各方面に働きかけて人材確保に努めるとともに、職員の処遇を維持して定着を図っています。また、有給休暇の確実な取得など各種福利厚生の実施にも具体的な措置を講じています。</p> <p>統括管理者は、前法人から引き継いだ職員たちに対して、まず福祉事業は経済行為であるという認識を浸透させ、各職員個々の想いも尊重しながらチームプレイを徹底することを説いて、法人理念の理解を求めています。</p> <p>今後は、前法人時代から引き継いだ福祉へのあつい想いと、経営の合理化の融合を図り、精神面でも組織が一丸となって事業に取り組むモチベーションの醸成を期待します。</p>				
		自己評価→		
15	⁻² 総合的な人事管理が行われている。	b		
<p><コメント></p> <p>人事に関しては、法人本部が統括しています。法人が期待する職員像は、理念や“こころ”がまえと称する基本方針に明示されており、各職員はチェックシートによって自己をふりかえています。</p> <p>共通 しかしながら、人事基準や人事考課における評価基準は再構築中であり、事実上機能を停止しています。法人では部門間・施設間の連携の強化を課題に上げていますが、その前に部門間に横たわる格差感の解消が急務です。</p> <p>職員が福祉事業に向かうモチベーションを高め、自らの将来像を描けるよう、透明性のある総合的な人事管理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		特養	デイ	ケアハウス
自己評価→		b	—	
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		
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や有給休暇の取得状況は、新法人の管理システムの中で客観的に把握されています。様々な福利厚生の実施のほか、「“こころ”がまえ」の第10条に家族を大切にすることを謳い、ワークライフバランスにも配慮しています。</p> <p>各部門長が職員との定期面談に応じ、統括施設長が部門長と面談して、意向の確認や希望の聴取を実施しています。このほか、チューター制度を導入する計画があります。</p> <p>産業医による心身の健康を確保する取組もあります。</p> <p>しかしながら、圧倒的な人員不足による負担感は根強く、何はともあれ人材確保が喫緊の課題です。</p> <p>この点については、らくじ会全体の改革課題として、多様な働き方を受け入れる仕組の構築を期待します。</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。		特養	デイ	ケアハウス
自己評価→		b	c	
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		
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの育成のためには、一人ひとりの目標設定やその客観的評価基準が必要です。そこには職員個々の自由な意思も尊重されるべきですが、組織が期待する職員像に沿ったものであることが大切です。</p> <p>らくじ会グループが求める「期待する職員像」は明確になってはいますが、これに基づいた目標設定等が適切に行われているか、職員個々の知識・経験に応じた具体的な目標設定になっているかを再確認することが求められます。</p> <p>本来、初任者研修を意図して設定された「チェックシート」を、運営法人変更の機に全職員に一律で適用する取組も、一定水準の資質を担保することには有用ですが、より上位の、そして多様な職員一人ひとりの育成を目指す取組の開発を期待します。</p>				

		自己評価→	b	b	
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。	b		
<p><コメント></p> <p>法人には研修委員会が設置され、身体拘束防止、高齢者虐待防止、感染症対策など、必須とされる研修の年間プログラムを策定して実施しています。しかしながら、各施設が期待する職員像や専門的技術・資格の取得を目指した研修については、職員の職種別・等級別に外部研修の受講を必須と定めていますが、コロナ禍や逼迫した現場事情もあって予定通りの教育・研修は十分に実施されていない状況です。</p> <p>共通 困難な状況にあるからこそ、研修計画を緻密に検討し、絶えずその成果を検証しながら実効性ある教育・研修の仕組みを構築することが求められます。新任職員には「業務落とし込み」と称して、一定期間内に自力で業務に関わることができるよう指導が行われていますが、本項目が求めるところは、長期的視野にたった教育・研修の方針確立とその実施にあります。直接的なケア対応が限定されるケアハウスにあっても、利用者の自立生活を総合的に援助する技術習得は、ある意味より難しい研修課題であるはずです。</p>					
		自己評価→	b	c	
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。	c		
<p><コメント></p> <p>職種別・等級別に履修を義務付けている外部研修については、コロナ禍の影響もあり、現状はほぼ実施できていない状況です。</p> <p>共通 職員の声（アンケート調査）によれば、一人ひとりの教育・研修の機会確保について否定評価が36%に及び、とりわけ20代の若手職員と非正規職員、部門別では特養職員の半数以上が「そうではない」としています。</p> <p>職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格と育成目標に応じた、多様な教育・研修の機会を提供するとともに、勤務時間を調整して研修参加を保障することが求められます。また、研修成果を確認するためにも、研修後のレポート提出や報告会の取組を期待します。</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	特養	デイ	ケアハウス
		自己評価→	b	b	
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。	b		
<p><コメント></p> <p>共通 実習生の受入れについては、特養部門長が指導者研修を履修して担当しています。実習プログラムは派遣校の先生とも連携して、利用者に対する接遇やケア体験を中心に進めています。デイサービス部門等、他部門においても、そのプログラムに沿って実習生を受け入れています。部門としてのマニュアルやプログラムの策定、指導者研修の実施はありません。実習生の受入れは、福祉人材育成の大切な取組ですが、利用者等への影響も大きいので、部門横断的なマニュアルの整備や職員の理解を徹底することが求められます。</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。		特養	デイ	ケアハウス
自己評価→		b	b	
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		
<p><コメント></p> <p>前法人が、地域と密接につながりを有した半面、事業所経営の透明性という視点では存外閉鎖的であったことに鑑み、現法人はまず運営の透明性確保に取り組んでいます。しかしながら、デイサービス部門で事業所情報を文書で広報する取組みに着手しているほかは、ホームページを通じて発信するに留まっています。</p> <p>共通 苦情・相談への対応体制や、苦情・相談に基づく改善・対応状況の公表、事業報告、事業計画、財務情報は公表されていません。社会福祉事業者はその説明責任上、またその機能を最大限に発揮するためにも、地域社会に対して開かれた運営に徹することが求められています。今回の第三者評価受審を契機として、より透明性の高い、開かれた運営体制を整えられることを期待します。</p>				
自己評価→		b	b	
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。	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。		特養	デイ	ケアハウス
自己評価→		c	c	c
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。	c		
<p><コメント></p> <p>利用者と地域の交流を広げる前提として、福祉施設・事業所と地域につながりが欠かせません。元来、山城ぬくもりの里は、地域の想いや運動によって設立され、相互に支え合う強固な関係性がありました。現在は、コロナ禍の発生と、それにタイミングを会った運営法人の交代、そしてそれに伴う人材流失など悪条件が重なり、残念ながら施設・利用者と地域との交流は途絶しています。</p> <p>共通 入所・通所・相談支援のあらゆる事業分野において、利用者の満足度を向上するには、施設単独では目標を目指すことはできません。社会福祉法人の使命として、経営課題の第一に、地域との繋がり再構築を掲げることを期待します。</p>				

		自己評価→	C	C	
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。	C		
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>ボランティア導入の意義は、職員による福祉サービス提供負担を軽減するものではなく、利用者の話し相手やレクリエーションの支援など、インフォーマルな援助を通じた満足度の向上、そして閉鎖的になりがちな福祉施設に外部の風を吹き込むことにあります。</p> <p>また、小中学校生にボランティア活動や福祉体験の場を提供することは、学校の授業では果たせない貴重な福祉教育となります。</p> <p>コロナ禍での困難さはありますが、感染症対策を徹底した上での取組を期待します。</p>					
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			特養	デイ	ケアハウス
		自己評価→	C	C	
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		
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>令和3年度木津川エリア事業計画には、部門間連携と組織体制の整備が筆頭に掲げられていますが、福祉施設・事業所の機能を向上するためには、法人内事業部門にとどまらず、広く地域の社会資源を活用することが求められます。</p> <p>デイサービス部門では、事業所外の居宅介護支援事業所や、地域包括支援センター、民生委員、社会福祉協議会などとの連携をとり、課題解決に協働していますが、入所サービスである特養やケアハウスにおいても、利用者に提供する福祉サービスの質を向上する上で、関係機関等との連携を深めるべく、その資源情報の明示と職員間共有の取組を期待します。</p>					
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている			特養	デイ	ケアハウス
		自己評価→	c	b	
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		
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>デイサービス部門では、日常的に連携ある居宅介護支援事業所等からの地域情報を聴き取っています。</p> <p>他の事業部門においても、積極的に地域へのアウトリーチに取り組み、地域に潜在する福祉ニーズ等を把握することが求められます。なお、ここで問われる「福祉ニーズ等」とは、福祉施設・事業所が提供する福祉ニーズに限定するものではありません。現代社会が直面する多重困難事案を総称するものです。</p>					

		自己評価→	C	C	
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。	C		
<p><コメント></p> <p>共通</p> <p>本評価項目で問われる公益的な事業・活動とは、各事業部門として地域に何ができるか、あるいは行政と連携した委託事業の受入れを指しているではありません。前評価項目で示す取組で把握した地域の福祉ニーズ等に対して、福祉施設・事業所のフォーマルな機能を超えた、見返りを期待しない地域貢献を求めています。福祉施設・事業所が、地域のかげがえのない社会資源となることが期待されています。</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。	特養	デイ	ケアハウス	
		自己評価→	b	c	
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		
<p><コメント></p> <p>特養</p> <p>利用者尊重の姿勢は理念及び「こころがまえ」を行動規範にして組織内で共通の理解と周知のため朝礼で唱和しています。その中、身体拘束、虐待防止等には留意していますが、利用者の気持ちを和らげる工夫や身体的な動きを介助してQOLの向上を目指す取組みは今後の課題となっています。今後は利用者を尊重した福祉サービスの提供について職員間での意見交換や勉強会を実施して、職員が揃って日常的にサービス提供が行えるよう期待します。</p> <p>デイ</p> <p>利用者尊重の姿勢は理念及び「こころがまえ」を行動規範にして組織内で共通の理解と周知のため朝礼で唱和しています。デイサービス部門では毎月のデイサービスミーティング（施設内会議）において利用者への配慮についてや支援の実施状況を振り返り、改善を要するところはないか確認し合っています。また、QOLの向上を目指す取組みについては日中のサービスの中で利用者に応じた軽い運動などを実施しています。これまでの取組みを活かしてさらに利用者の尊重について職員皆さんの意識向上を図るため基本的人権についての勉強会や研修会を実施されるよう期待いたします。</p> <p>ケアハウス</p> <p>入居者の尊重については理念及び「こころがまえ」に基づき、入居者の生活相談に応じることや見守りを大切にしています。</p>					

		自己評価→	b	b	
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		
＜コメント＞					
共通	重要事項説明書において利用者のプライバシー保護について示しています。				
特養	本施設は在来型特養で、多くの居室は4床室ですが、家具の配置やカーテン仕切りで一人ひとりの部屋になるよう工夫しています。なお、プライバシー保護に関する規定やマニュアルを整備し、職員の理解と周知を図るため研修を実施することも大切です。さらに、これらの取組みに加え、施設のプライバシー保護の姿勢を利用者や家族等に周知することが求められます。				
デイ	こちらでは比較的自立度の高い利用者が多く日中は概ねロビーで過ごしていますが、入浴、排泄等生活場面においては利用者一人ひとりのプライバシー保護に気配りをしています。今後はプライバシー保護に関する規定やマニュアルを整備し、職員の理解と周知を図るため研修を実施することも大切です。さらに、これらの取組みに加え、施設のプライバシー保護の姿勢を利用者や家族等に周知することが求められます。				
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。			特養	デイ	ケアハウス
		自己評価→	b	b	
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		
＜コメント＞					
特養	『社会福祉法人楽慈会、以下単に「法人」という』のHPにおいて詳しく施設の案内をしています。また、総合案内（パンフレット）でも沿革、理念はじめ法人の全事業所を分かりやすく示しています。さらに、ケアマネージャー等を通じて施設の見学希望には各事業所の部門長が担当して丁寧な案内に努めています。ただ、上記の総合案内及びらくじ通信（広報誌）等を近隣地区の役場や福祉センター等、公共施設への配布は特筆する取組みはなされていません。				
デイ	法人のHPにおいて詳しく施設の案内をしています。また、総合案内（パンフレット）でも沿革、理念はじめ法人の全事業所を分かりやすく示しています。さらに、デイサービスオリジナルのパンフレットを作成し、施設の見学希望等には部門長が担当して丁寧な案内に努めています。ただ、上記の総合案内及びらくじ通信（広報誌）等を近隣地区の役場や福祉センター等、公共施設への配布は特筆する取組みはなされていません。				
ケアハウス	近隣在のケアマネージャーを主に、自らも施設案内（パンフレット）を配布しています。また、担当者会議（ケアマネージャー主催）では介護用品関係業者も参加していて、情報提供の貴重な機会としています。				

		自己評価→	b	b	
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。	b		
＜コメント＞					
共通	<p>利用者の受入れに際して、利用開始前には重要事項説明書において利用者及び家族等の意思決定の尊重を大切にして丁寧な説明に努めています。その後、利用者の状況変化に応じたサービス内容の変更の説明についてもサービス開始時と同様、利用者・家族等への配慮を大切にしています。ただ、意思決定が困難な利用者への適切な説明方法の定めは整えられていません。今後は利用者の介護度の進行や状況変化を考慮した適切な説明方法について分かりやすい資料を用意するなど、施設の取組み方を整えられるよう期待します。</p>				
デイ	<p>また、デイサービス部門では日々の送迎時においても利用者の変化についてや家族の思いを聞き取ることも大切です。</p>				
		自己評価→	b	c	
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		
＜コメント＞					
共通	<p>他施設などへの変更や家庭への移行にあたっての引継ぎや申し送りについては継続に不利益が生じないようにサービス内容を口頭で説明するとともに、必要な記録、書類等は提供しています。利用終了後、利用者・家族等からの相談には部門長が担当しています。</p>				
特養	<p>なお、コロナ以前は家族会（しのぶ会）でなつかしむ機会を設けていましたが現在は休止しています。今後は福祉サービスの利用の終了後において利用者や家族に対し、福祉サービスの継続性を配慮した他所への引き継ぎ書、その後の相談窓口等を案内した書面を整え、利用者・家族への提供が望まれます。</p>				
デイ	<p>今後は福祉サービスの利用の終了後において利用者や家族等に対し、福祉サービスの継続性を配慮した他所への引き継ぎ書、その後の相談窓口等を案内した書面を整え、利用者・家族等への提供が望まれます。</p>				

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		特養	デイ	ケアハウス
自己評価→		c	c	
33	-1 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b		
<p><コメント></p> <p>特養 利用者・家族等との意見交換や要望を聞く機会として、現在はコロナ禍で休止していますが、以前は年一回、家族会を開催していました。今のところは近況報告として困りごとや質問の記入欄を設けた写真付きのプリント（A4版）を毎月送付して家族の方々との連絡を取り合えるようにしています。利用者満足に関する調査は今後のサービス提供や改善につながる欠かせない取組みです。連絡確認で得た内容を職員へ周知するとともに、利用者の満足度調査は定期的実施することが求められます。</p> <p>デイ 利用者満足に関する調査を年一回実施しています。また通所介護計画書作成時には利用者の意見の聞き取りを行っています。これらの取組みを今後のサービス提供に役立てるため、利用者個々の聞き取り内容を記録し、職員間の共有を図るとともに利用者満足向上について定期的に検討会議を実施されるよう期待します。</p> <p>ケアハウス いつでも相談に応じることや入居者の状況に合わせ助言することを心掛けています。また、2か月に一度、家族あてに写真やさし絵を付けた近況報告プリントを送付しています。</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。		特養	デイ	ケアハウス
自己評価→		b	b	
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		
<p><コメント></p> <p>共通 苦情解決体制として第三者委員は置かれています。また、苦情申し出の要領については重要事項説明書で示され、いつでも受け付けつける案内をしています。</p> <p>特養 ケアハウス 共通 しかしながら苦情内容及び解決結果等について利用者・家族等へのフィードバックを適切に行うことや、利用者・家族等の納得を得た上での公表もなされていない状況です。</p> <p>デイ さらに、苦情申し出案内、受付票等を館内ロビーの掲示板に掲示して、苦情対応の仕組みをいつでも確認できるようにするとともに、苦情解決の報告書も掲示しています。これらの取組みを活かして公表も含め、法人全体に共通の苦情解決体制を整えられるよう期待します。</p>				

		自己評価→	b	c	
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	b	c
＜コメント＞					
共通	意見箱は施設玄関ホールの壁面に設置されていますが、利用者には普段目に着かない場所となっています。				
特養 ケアハウス 共通	また、相談できる場所はあるものの、例えば「分かりやすい絵を付けた相談コーナー」のような表示はありません。上記の通り利用者が必要に応じて相談できる環境の整えは十分とはいえません。職員は日々の会話の中で利用者の思いを聞き取るよう留意していますが、施設の取組みとして、いつでも相談に応じられるいくつかの方法や相手を分かりやすく表示するなど高齢者に配慮した案内が求められます。				
デイ	デイサービス部門では利用者が相談や意見を述べやすいように、日中、皆が集うロビーの入り口にあるデイサービス事務所のドアはいつも開け放しています。また、送迎時において声がけして気軽に相談できるように心掛けています。今後は施設として相談担当者（窓口）の設置や何でも相談会の実施など、利用者・家族等へしっかり伝わる取組みを期待します。				
		自己評価→	b	c	
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。	c	b	c
＜コメント＞					
特養	職員は日々の生活介助の各場面において相談ごとや意見を聞き入れるよう留意していますが、利用者からの意見や要望への対応について、施設としての取組み方は十分ではありません。前35項と共通しますが施設としての対応要領を明確にしたマニュアルの整備及び利用者への分かりやすい案内を期待します。				
デイ	利用者のモニタリング時に本人から直接、意見を聞くよう努めています。また、送迎時には声がけして気軽に意見や相談に応じるよう心掛けています。しかしながら利用者からの意見や要望への対応について、施設としての取組み方は十分ではありません。前35項と共通しますが施設としての対応要領を明確にしたマニュアルの整備及び利用者への分かりやすい案内を期待します。				
ケアハウス	相談員は配置されていますが兼務で、積極的に意見を聞く体制は十分とは言えません。				

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。		特養	デイ	ケアハウス
自己評価→		b	c	
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		
＜コメント＞				
共通	法人として事故対策研修会を設けて介護職必須研修として各事業所の職員参加のもと研修が実施されています。また、事故防止対策とともにヒヤリハットや事故事例等は職場共通のPC一般共有フォルダにまとめられ閲覧及び職員への周知が図られています。			
特養	上記の研修と相まって事業所におけるリスクマネジメントはサービスの質の向上を目的としています。今後は、特養部門においても委員会活動を充実させ、施設の必須の取組みとなよう期待します。			
デイ	さらに、デイサービス部門では毎月のデイサービスミーティングにおいて送迎時や館内でのリスクについて確認し合い、安心・安全な介助出来るよう努めています。今後はリスクマネジメントの責任者の設置やリスクマネジメント規定を整備して、さらに充実した取組みとなるよう期待します。			
ケアハウス	入居者の転倒事故等の場合、対応は常駐のナースに依頼しています。（施設内で連携）救急対応は家族へ連絡して対応していただいています。			
自己評価→		b	b	
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。	b		
＜コメント＞				
共通	法人内にコロナ対策会議を設け必須研修として各事業所の担当が参加して研修が実施されています。また、法人共通の感染症対策資料（マニュアル）が作成されていて職員への周知が図られています。さらに各事業所とも看護師の指導のもと各部門長が責任者となり、利用者、職員の予防策には上記マニュアルに基づき消毒、体温チェックなどを実施しています。			

		自己評価→		c	
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している。		b	
<p><コメント></p> <p>特養 ケアハウス 共通</p> <p>利用者、職員一体となって夜間と日中を想定した年2回の消防訓練が実施されています。消防計画には緊急時体制表が示されていて、PC一般共有フォルダで確認可となっています。しかしながら利用者の安否確認の方法や職員への周知については具体的に示されていません。また、地震、風水害その他の災害を想定した「地域防災」を念頭に置いた取組みや利用者の安全確保とともに、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>					
<p>デイ</p> <p>利用者、職員一体となって年2回の消防訓練が実施されています。消防計画には緊急時体制表が示されていて、PC一般共有フォルダで確認可となっています。しかしながら利用者及び家族の安否確認の方法や職員への周知については具体的に示されていません。また、地震、風水害その他の災害を想定した「地域防災」を念頭に置いた取組みや利用者の安全確保とともに、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。一方、行政と連携して、福祉避難所の準備を進められていることは災害時に要支援者を受け入れる施設の姿勢として大いに評価されるものです。</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。		特養	デイ	ケアハウス	
		自己評価→	c	c	
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	c
<p><コメント></p> <p>特養</p> <p>前法人時代に使われていた各種マニュアルはありますが適切に更新されていません。その存在を知らない職員が多いようです。現法人になってからは本部から持ち込んだ福祉サービスのマニュアルが各ステーションのPC内にあります。誰でも見ることができそうですがこの施設としてのマニュアルでは無く、周知もされていません。新しい職員は慣れた職員が指導係として1か月ほどつけることで福祉サービスを習得していますが指導係の自らの経験を教えているのでサービスの標準化とは言えません。職員により差が出るのが無いようにこの施設に合わせた福祉サービスの標準的実施方法を文書で作成し活用されることを期待します。</p>					
<p>デイ</p> <p>日常の介助業務に関するマニュアル（入浴・排泄・食事・服薬・送迎）を整備し、利用者の尊重、手順、方法、安全上の注意やプライバシー保護に対する配慮等が文書化され、職員に周知徹底を図っています。しかしながら、職員一人ひとりがマニュアル通りに利用者支援が来ているか確認する仕組みはつくられておりません。</p>					
<p>ケアハウス</p> <p>急激な体制変更のなかで、新法人のやり方に転換しようとしています。当ケアハウス独自の標準化には至っていません。</p>					

		自己評価→	b	c	
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	b	c
＜コメント＞					
特養	全ての職員が認識する標準的な介護サービスの実施方法は文書化されておらず、見直しする仕組みも確立されていません。職員や家族等からの提案・意見を反映し、定期的に介護サービスの実施方法を検証・見直しをする仕組み作りが求められます。				
デイ	マニュアルや手順書の見直し時期は基本的に年度末とし、部門長主導で職員会議で職員の意見を聞きながら行っています。また、コロナ感染防止の介助マニュアルも新たに作成されています。しかしながら、検証や見直しについての方法や仕組みを定めた文章は策定されておられません。				
ケアハウス	現法人のやり方を押し付けるのではなく、継続性も配慮した検討が望まれます。				
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。		特養	デイ	ケアハウス
		自己評価→	b	a	
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	a	b
＜コメント＞					
特養	責任者である主任兼介護支援専門員（以下CMという）がアセスメントに基づく個別実施計画を策定し、PC上の支援管理ソフトに入力しています。また、その実施計画に基づき作成した行動実施表に職員は毎日の介護サービスの実施内容を記録し、CMが内容を確認してPC上の個別計画に記録しています。ユニット会議では看護師も参加し、気に掛ける利用者について協議はしていますが定期的に一人一人について関係職員でアセスメントを実施するスタイルは作られていません。				
デイ	利用者の施設利用開始時及び6か月ごとのケアプランの見直しに合わせてアセスメントを実施し、利用者支援ニーズの把握に努めています。また、担当のCMがサービス担当者会議を行い作成する居宅サービス計画書及びアセスメントで把握した改題やニーズを踏まえ、個別の通所サービス計画書を策定し、職員は計画に基づき支援を実施し、ケア記録を作成しています。				
ケアハウス	ケアハウス入居者で要介護の方のケアプランは、個々に外部ケアマネージャーに委ねており、施設として作成してはいないので非該当とします。				

		自己評価→	b	b	
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		—
＜コメント＞					
特養	実施計画の見直しの際、管理者の関わるユニット会議に、利用者に日頃関わる職員の意見や、利用者の意向を十分に把握できる仕組み作りが重要です。利用者にとって、家族にとって、福祉サービスの質の向上が施設としての信頼、職員のやる気にも繋がります。実施計画の評価、見直しについて標準的な実施方法を定め、関係職員による積極的取り組みを期待します。				
デイ	通所介護サービス計画書は年2回6か月ごとに見直しをおこなっています。また、利用者と家族の意向を確認し、日報や連絡帳、ケース記録、日常生活の観察を踏まえ、1か月～3か月に1回モニタリングシートを作成しCMIに報告しています。しかしながら、個別支援計画が変更された場合の周知の手順は特に定められておりません。				
ケアハウス	ケアハウス入所者に対しては、外部ケアマネージャーが主催するケース会議に出席することがある程度で、主体的に関与していませんので非該当とします。				
Ⅲ-2-(3)	福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		特養	デイ	ケアハウス
		自己評価→	b	b	
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		
＜コメント＞					
特養	介護支援ソフト「ほのぼの」を確認することで入所者の状況を把握できる仕組みがあります。行動実施表、総合チェック表で紙ベースでの実施の確認はできていますが、PCへの入力には個人差があり、時間も無い状況なので十分に行われているとは言えません。PCの内容は閲覧したかどうかは分かるようになっているので複数の者が確認する体制はできています。会議には管理者クラスの参加するユニット会議での検討はありますが職員へは管理者からの申し送りになり十分な情報共有ができていないと言えません。また人員不足の為に担当交代での重なり時間が無い部門もあり、顔を見ての伝達ができない状況です。適切に利用者の情報が伝わっているかの確認は難しい状況です。				
デイ	職員は利用者支援の日々の状況を参加者リスト（血圧・脈拍・体温・入退時間・入浴・食事・薬・通所介護計画等）や日報、職員間用の連絡ノートを活用し、日々の利用者の変化等、情報の共有を図っています。職員には記録の仕方については指導を行っていますが、記録要領等は作成されておらず、記録した内容をチェックするという規定は設けられておりません。				
ケアハウス	仕組みは特養と共通ですが、ケアハウスでは食事提供と見守り等の生活援助に限られているので、介護に関する記述はありません。				

		自己評価→	b	b	
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	c
<p><コメント></p> <p>特養 契約書で個人情報保護についての記載はあります。情報の閲覧はID入力になっていますが紙ベースの情報は机上にある事もあります。個人情報に関する規定は職員に周知はできていません。個人情報の漏洩はあってはならない重要な事です。個人情報保護規定を文書化し、職員に対して教育や研修を行い認識を明確化することが重要です。</p> <p>デイ 利用者や家族には、重要事項説明書に記載し説明しています。また、ケース記録・保管・廃棄マニュアルを整備していますが、記録管理の責任者は設置されていません。職員に対して、記録の管理についての定期的な教育・研修は行われていないなせんが、年に一度の重要事項説明書の確認の際に周知を行っています。</p> <p>ケアハウス 法人、施設の規約はありますが、ケアハウスでとくに意識して行っている取り組みはありません。</p>					

※) 以下にサービス種別ごとの付加基準評価結果を添付

(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	b	b
<p><コメント></p> <p>前法人時代は委員会を開催して身体拘束の無いケアを確認していましたが、現法人になってからは委員会は開催されていません。先日初めて身体拘束に関する研修が法人職員全員を対象にWEB開催されています。現在身体拘束が必要な方はいません。身体拘束をむやみにしてはいけない事を職員は理解していますが、身体拘束に関する対応方針を明文化し、職員に周知することが重要です。</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>先日新法人になって初めてのWEB研修会を開催しています。全職員に周知する明文化された文書は存在しません。職員のストレスチェックは健康診断時に産業医が行っています。今後は定期的に虐待防止、人権擁護の研修会を実施すると共に職員にとってもストレスをため込まないよう、気軽に相談できる仕組みを作り職員に周知されるよう期待します。</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	b	b
<p><コメント></p> <p>現在の利用者で成年後見制度は必要な方は入所の時点で後見人が付いておられるので支援が必要な方はいません。必要が生じた場合には対応できる準備はありますが、事前に積極的な情報提供や、外部関係機関との連携を図る取組は行われていません。</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	b
<p><コメント></p> <p>好みを言われる利用者に対しては対応するようにしています。特に意識して利用者に対して洋服の選択を勧めるような姿勢まではありませんが生活サイクルに即したものを着用するように職員は気に掛けています。</p>			
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	b	b
<p><コメント></p> <p>利用者が着替えを希望する場合は対応するようにしています。衣類の汚れや破損については着衣中は着替えるようにしています。破損や古くなった衣類の交換は家族に連絡し対応してもらっていますが速やかに対応するためには業務手順の作成が求められます。</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-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>月2回の訪問理容があり希望がある方に対しては意思表示をしてもらっています。施設外の理美容院の利用はコロナ禍になってからは中止をしています。利用者本人が自らの容姿を整え、積極的に個性を表出することを促すために、理美容に関する情報を提供することを期待します。</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	c
<p><コメント></p> <p>前法人の時代には家族も寄り添って寝泊まりできる部屋を準備していましたが現在は半個室形態の各自のベッドでターミナルケアを実施しています。家族の面会は制限していますが重篤な状態になった利用者に関しては配慮しています。看護師の宿直は無く夜間の対応はオンコールになっていますが家族には理解していただいています。病院にかかる掛からないもその状況になった際に家族に確認しています。</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>食事そのものは前法人の時代より美味しくなったと評判です。食事は適温状態で提供できており、調理の大半は本部が運営するセントラルキッチンで作り施設に運んでいます。嗜好調査は行われておらずメニューの選択はできません。食べたい物がある場合は別途料金で可能になっていますがアレルギーに依る変更は無料に対応しています。おやつも以前はありましたが今は施設からの提供はありません。利用者がおやつを食べたいか否かの以前に家族からの持ち込みの有無により人によって差がある状況になっています。嗜好調査を実施し、食べたいものを食べる事ができる喜びに繋げる仕組み作りが大切です。</p>			
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	b
<p><コメント></p> <p>利用者の身体的状況に応じた食事は提供されています。介助が必要な方と一人で食べることが出来る方との席は分けており、一人ひとりのペースに配慮しています。</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 (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-(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>入浴日以外への対応は、一人での入浴が難しい方がほとんどで人員不足もあり、個別の対応はできていません。 様々な浴槽があり、安全に入浴できるような設備が整っています。</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	b
<p><コメント></p> <p>脱衣室は中でもカーテンで仕切りがあり、プライバシーに配慮された入浴ができています。基本的には同性職員による介助は難しい状況ですが、希望される方には対応が可能になっています。</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>排泄自立の考えが施設で曖昧になっており積極的に自立を促すような介護にはなっていません。利用者一人ひとりの残存機能維持に繋がる排泄自立に関する介助方法を施設として明確にし、職員に周知することを期待します。</p>			
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	c	c
<p><コメント></p> <p>体位変換はおむつ交換等に合わせて適宜行っています。褥瘡防止委員会は今はありません。 旧法人の時代には委員会が設置され、褥瘡ができた方への対応に多種類のおむつやローションの利用等、様々な対処方法が検討できていました。委員会の再開を望む声もあるようです。出来るだけ早く再開し、褥瘡の原因や改善方法、介助方法等について委員会内で検討、関わる職員が方針を理解して介護できる体制を作る事が求められます。</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	c	c
<p><コメント></p> <p>CMが行動実施表に入所者の状況に合わせて生活リハビリの目標を書いているが機能訓練の専門的な知識による具体的計画はありません。個人個人の残存能力の維持と新たな能力を引出すには日々のリハビリが欠かせません。機能訓練指導員によるプログラムを作成し、目標に向けて計画的に生活リハビリに取り組むことが求められます。</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-(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>コロナ禍以前にはレクリエーションの種類もたくさんあり、ボランティアによる協力もありましたが、現在は誕生会やちょっとしたお楽しみを月に1回予告、実施する程度になっています。コロナ禍でボランティアを受け入れていないこと、人員不足から職員が介護業務で手いっぱいレクリエーションまで手が回らないのが実態になっています。利用者の意向の聞き入れや利用者自らの企画、立案ができる環境も有りません。レクリエーションは利用者にとって楽しみとなり、単調な毎日をおくる中で刺激にもなります。人員を補充して、レクリエーションを実施できる状況になることを期待します。</p>			
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>コロナ禍で外出は制限しています。現在の特養の利用者には一人で外出できる方はいないので情報提供も積極的に出来ておりません。コロナ前は家族の送迎で外出も可能でしたが今はそれも中止している状況です。外出に関しての対応策も明文化したものはありません。以前は地域との繋がりが多くそれが魅力の施設だったようです。地域で見守る連携を再び構築し、利用者が気軽に外出できる環境づくりを期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>居室の家具は備え付けになっていますが、個人の専用スペースは可能な範囲で飾り付けや私物の持ち込みは可能になっています。共用リビングでは快適に過ごせるように介助が必要な方を集めるなど利用者の希望や状況に合わせて席の配置、パーテーションの設置など工夫されています。</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>利用者に来るだけ声掛けをしている様子はいかがえます。具体的なコミュニケーションの実施方法を取り決めているではありませんが、リビングから遠くの部屋で過ごされる方には計画的な声掛けを実施し、コミュニケーション確保に努めています。</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)

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
A⑱	⁻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	C	C
<p><コメント></p> <p>コロナ禍で面会は制限されています。以前は施設での様子を写真で定期的な書類と共に送っていましたが今はできていません。忙しくて手が回らないのが実態のようです。利用者の様子はおやつや必要品の持ち込みを請求する際に家族に知らせていますが定期的ではありません。以前出来ていたことが出来ていないと家族は不信に思います。家族の感想や意見が職員のやる気や施設の評価にも繋がります。利用者の様子を伝達する方法を再考し、家族懇談会を開催する等、家族と連携をとれる仕組み作りを期待します。</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-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行っています。利用者のADLに合わせて、カレンダー創りや書道や畑作業、洗濯物たたみ、レクに使用する物品の準備など、楽しみや役割を提供し、利用者の意欲が向上する取組をおこなっています。</p> <p>また、安心して楽しく過ごしていただけるようフロアでの配席に配慮しています。日々の終礼等で支援の振り返りをおこない改善に繋げています。しかし、利用者の意向をスタッフ全員が把握できていないところがあるとの意見もあり、チームケアを実践していくための仕組の見直し、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	—	—
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	—	—
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>アセスメントで捉えた利用者の希望を支援に反映することはもとより、利用者の思いや希望を十分に把握できるように日常の活動の中で会話に努めています。また、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。利用者が参加する朝の会は利用者からの話題について、みんなで話を行っています。話すことや意思表示が困難な利用者には、ホワイトボードや筆談、耳元で大きな声で伝える等その人にあった方法を工夫をしています。利用者との馴染みになると言葉使いが丁寧でなくなる事もあり、尊厳を意識した接遇研修等を実施していますが徹底されていません。職員に対して利用者への適切な言葉遣いを徹底し、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>重要事項説明書には「利用者の尊厳を保持するために身体拘束ゼロの介護を行っている」と明記し、利用者や家族等に伝えています。また、身体拘束ゼロ推進の指針において尊厳を守ること、身体拘束における弊害、緊急やむをえない場合の対応など明記しています。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。しかし、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研修や取組、マニュアル等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・事例を収集し・提示するとともに、定期的に検討の機会を設けフロア職員で共有し、利用者・家族等への権利侵害防止の周知・取組の徹底を期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>通所介護の部屋は扇型をしており、高い傾斜天井と大きな窓に囲まれ採光も良くのびのびとした空間になっています。しかし、天井エアコンの吹き出し口が低い天井に位置し、窓際と奥（天井が高い）とでは寒暖差が大きく、部屋として適温は保たれていません。光の眩しさや視界、耳の聞こえにくさなどに配慮し、テーブルの位置や配席は工夫しています。また、ソファやベッドを配置し、随時休息ができるようにしていますが、ベットで静かに休息したい時に使用する可動式パーテーションは重く、職員が設置するのに時間を有しています。車椅子やベッドでは安楽な姿勢がとれるようにクッションを使用しています。少人数で囲めるいくつかのテーブルを用意し、気の合った方と好きな作業や活動ができる場所を設定し、利用者がくつろいで過ごせるように配慮しています。</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	a	a
<p><コメント></p> <p>入浴は一般浴・チェア浴・機械浴から利用者の希望や身体状況に応じて選択し支援をおこなっています。午後からの入浴や同性介助等利用者の尊厳や羞恥心に配慮しています。入浴の拒否がある時は、清拭に変更したり、タイミングを見て声かけをする等柔軟に対応しています。看護師と連携をとり、体調面を考慮し入浴時間の長さや順番など個別に対応しています。</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	a
<p><コメント></p> <p>利用者の心身状況や意向に合わせて排泄介助をおこなっています。利用日毎に利用者の排泄情報（トイレ誘導時に注意する事等）を排泄チェック表に記載し支援をおこなっています。尿や便の状態など記録に記載し、家族には連絡ノートや電話にて確認をとる・報告するほか、必要に応じてCMに報告しています。また、家庭での排泄について、食生活や水分補給など家族にアドバイスもおこなっています。女子トイレの入口はカーテンで仕切られ、トイレブースの入口扉はアコーディオンになっています。利用者がトイレを利用する時、カーテンやアコーディオンの開閉も時間を有し締め切る事ができない利用者も見受けられました。その際、フロアテーブル席からトイレの中が丸見えになるトイレブースがあります。高齢である利用者が容易に且つプライバシーを守られるトイレ扉の検討を求めます。</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	a	a
<p><コメント></p> <p>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。利用者は車いすの他、シルバーカー、杖などの福祉用具を使用しており、室内の動線も確保しテーブルの配置を工夫し安全な移動に配慮しています。また、利用者に適切な歩行補助具を検討しアドバイスをおこなっています。リハビリも利用者と相談し、外を歩く・平行棒を使用する等のメニューを用意し実施しています。また、利用者の保有能力を意識して介助を行っています。終礼では1日を振り返り考えられるリスクを共有し対策を検討し、次回の利用日に活かせる取組を行っています。</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	a	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。食事のメニューはホワイトボードに大きな文字で書かれ、職員が料理の説明をおこなっています。食事の姿勢を適切にするため、テーブルの高さや足台を整えています。栄養士と食事形態など随時相談を行ない、残されているものがあれば、利用者に理由を聞くなどして次回の食事形態や量等の提供に活かしています。</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	a	a
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況、嚥下能力、栄養面に配慮し、適切な食事形態を用意し、家族を含めた多職種で検討を行っています。利用者の意見を反映し、その都度刻んだり、トロミ出汁をかけるなどして工夫も行なっています。ご利用者の食事のペースを尊重し、介助が過ぎないように注意しています。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を行っています。</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>昼食前に口腔機能維持のための口腔体操を行い、食後は嗽や歯磨き等を実施しています。口腔ケアを行うために声掛け、誘導を行ない動作が難しいところは適宜介助を行なっています。また、一人の利用者の口腔ケアが終わるたびに洗面台を清掃し感染防止策を講じています。口腔ケアについては、必要に応じて家族やCMIに報告し情報の共有に努めています。口腔ケアは、歯科疾患の予防にとどまらず、肺炎など種々の疾患や認知機能の低下を予防することにもつながります。口腔ケアの意識や具体的な実施方法等に関する職員への研修を実施し、利用者一人ひとりの心身の状況に応じた口腔ケア計画を作成・取組みを期待します。</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>利用者の入浴介助・排泄介助の時や、リハビリ・食事等の様子を観察し状況の把握に努めています。特に褥瘡が発生しやすい利用者は参加者リストに記載し定期的に確認しています。それぞれの方に応じたクッションの使い方を写真に撮り、職員間で共有していますが、周知徹底には至っていません。クッションの使い方をご自宅でも行って頂くために、ご家族に写真をお渡ししています。褥瘡の発生防止・ケアについて標準的実施方法等のマニュアルは確認できませんでした。褥瘡は一度できてしまうとなかなか治癒せず、利用者に苦痛を伴います。また、感染症を引き起こす原因となることもあり、発生予防の取組を期待します。</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	a	a
<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が、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>利用開始時の生活歴、既往歴、生活の現況、利用者や家族のニーズを聴取し、アセスメントに基づく計画を作成しリハビリ訓練が必要な利用者に対しては、一人ひとりに応じたプログラムを作成し実施しています。PT指導のもと介護職員もリハビリ訓練の研修を行ない、基本的視点を身に付けています。介護予防の一環として、レクリエーションの中でも筋力の維持・向上を目的とした体を動かすメニュー(ストレッチや椅子に座っての筋力トレーニング等)を取り入れています。自宅でできる訓練メニューを必要に応じて、利用者やご家族にお渡ししています。</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

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>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支援を行っています。認知症がある利用者が嫌悪感や不安感を抱かず、安心して過ごせるように、認知症に理解のある利用者や気の合う人と同じグループにしています。また、他の利用者と適切な関係が保てるように配席に配慮し、職員が随時関われるようにしています。脳トレの一環として、単純計算やことわざの虫食い問題を実施しています。利用者の視力等に合わせ文字を大きくしたプリントも配布し、全員で大きな声で答えを唱えています。終礼や部署内会議にて個別の関わり方について検討を行なっています。職員が認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるような研修会への参加の記録は確認できませんでした。</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>看護師を配置し、利用者の健康管理に努めています。一日の活動開始前に利用者のバイタルチェックを実施していますが、活動終了時は実施していません。利用者の体調変化や異変は日中の活動時や入浴時の観察で捉え、看護師と連携し対応しています。また、異変が合った際は、家族、利用者のかかりつけ医や医療機関、担当CMに連絡する体制を整えています。終礼や会議で看護師からの観察のポイントや助言を受けています。薬の効果などについての研修は行っていませんが看護師からの指導を受けています。</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	a	a
<p><コメント></p> <p>家族の意見や要望は、通所サービス計画の更新時をはじめ、連絡ノート、送迎時、電話連絡等で聞き、把握しています。また、家族と連携をとって情報の共有に努めていますが、家族懇談会等の取組は確認できませんでした。利用者の満足度調査を毎年定期的実施し利用者のサービス向上に努めています。</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> <p>非該当</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 (ケアハウス 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (ケアハウス 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	—	—
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	—	—
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	b	
<p><コメント></p> <p>入所者は自立していることが前提となっており、入所者自身も自立意識を持っています。生活相談員はいますが、併設する特養等と兼務なのでケアハウスの入所者一人ひとりに対するきめ細かな相談対応まではできていません。</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	
<p><コメント></p> <p>職員がよく声掛けをおこなっており、入所者との関係は良好です。ただ、この間の体制変更に伴い職員も入れ替わっていますので、新たな関係作りが求められます。</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	
<p><コメント></p> <p>法人内には行動規範としての権利擁護も含めたチェックシートがありますが、前法人から残った職員や新規職員に対し徹底を図るのはこれからと思われます。身体拘束については法人内研修を今春実施しており、高齢者虐待防止の研修を年度内に予定しています。継続的な取り組みを期待します。</p>			

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	
<p><コメント></p> <p>利用者は全員が個室環境で、共用スペースや食堂もゆったりした作りで、清掃も行き届いて過ごしやすい環境になっています。ケアハウス専用の出入口があり自由に外出できるようにもなっています。ただ、喫茶スペースやイベントスペースは現在使われておらず、利用者からはレクリエーションの復活を望む声もあります。</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 (ケアハウス 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (ケアハウス 付加基準) 国基準

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	
<コメント> 2~3人が入れる一般浴室で週2回入浴しています。入所者は全員自立浴で介助等はありません。			
A⑧	⁻² 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている	—	
<コメント> 排泄も自立が前提となっており介助等を行っていませんので非該当とします。			
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	—	
<コメント> 移動の介助等も行っていないので非該当とします。			
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	
<コメント> 法人内のセントラルキッチンで半調理した食材を施設の厨房で最終調理しており、衛生管理には問題ありません。ケアハウスでは全員普通食で、セルフ提供方式になっており、決まった時間帯のなかで入所者は自由に食事することができます。ただ、ご飯の固さなど個々の入所者には要望もあるようですが、嗜好調査等でそれを反映する取り組みはありません。			
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	—	
<コメント> 食事介助がないので非該当とします。			
A⑫	⁻³ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている	c	
<コメント> 口腔ケアはとくには行っていません。入所者への啓発や定期的な健診が望まれます。			
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	—	
<コメント> ケアハウスとして褥瘡予防・ケアを行っていないので非該当とします。			

(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 (ケアハウス 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (ケアハウス 付加基準) 国基準

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>医療的介護を必要とする入所者はいませんし、介護をサービス対象外としていますので非該当をします。</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	C	
<p><コメント></p> <p>ケアハウスとして介護予防活動等はありません。機能訓練等必要なら、担当する外部ケアマネージャー等を通して外部サービスを利用することになります。自立生活を維持するための日常的な予防活動支援が望まれます。</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	C	
<p><コメント></p> <p>ケアハウスとして認知症ケアはとくには行っていません。普段の声掛けやレクリエーション活動等を通じて入所者の現状を把握し、必要な対処と配慮をしていくことが望まれます。</p>			
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	a	b
<p><コメント></p> <p>昼間は職員の見守り、夜間はナースコールを通じて体調変化に迅速に対応できるようにしています。対応手順、医師・医療機関との連携体制も施設全体で確立しています。</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	—	
<p><コメント></p> <p>ケアハウスとして終末期対応をしていませんので非該当とします。</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 (ケアハウス 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (ケアハウス 付加基準) 国基準

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
A⑱	⁻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	b	
〈コメント〉 家族等とは、2ヶ月ごとの定期連絡時に入所者の写真付きの近況も添えて便りを送っています。コロナ禍での面会時には、ガラス越しでマイクを通じて会話ができるような工夫をしています。ただ、家族会等は組織されておらず、要介護者のカンファレンス等、定期的な接触も外部ケアマネージャーに委ねられています。			

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。	—	—
〈コメント〉 非該当			

(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)

ケアハウス、デイサービスとも利用者の評価は総じて肯定的で、良好な結果と見受けられます。職員の皆さんの親身な対応が、利用者の満足につながっているとみえます。ただ、ケアハウスでレクリエーションが途絶えていることは大きなマイナス材料になっています。コロナ禍でもできることを探して取り組んでいく姿勢が必要と感じられました。

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント