

(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8月16日～令和3年12月10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12月1日現在】

事業所名称 (施設名)	らくじの杜	サービス種別	認知症対応型共同生活援助
開設年月日	平成26年4月1日	管理者氏名	森 和久
設置主体	平成13年10月3日	代表者 職・氏名	理事長 森山 朋子
経営主体	平成13年10月3日	代表者 職・氏名	理事長 森山 朋子
所在地	〒630-8141	奈良市京終町19番1	
連絡先電話番号	0742-23-4160	FAX 番号	0742-23-4175
ホームページアドレス	http://www.m-rakuji.com		
E-mail			

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。
私達らくじ会は、人と人の信頼関係を尊び、
ケアする側、受ける側の心を大切にします。
私達らくじ会は、人を愛し、大切にし信頼し合って
相手の心を包みます

【利用者の状況】

定 員	18	利用者数	18
-----	----	------	----

※) 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 12 月 1 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		
介護支援専門員	1					
介護職員			11			
調理員	2					
その他			1			
前年度採用・退職の状況：	採 用	常 勤 人		非 常 勤 人		
	退 職	常 勤 人		非 常 勤 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

- 入浴・排せつ・移動等にかかる日常生活支援が利用者の状況に応じて適切に実施されています。
- 利用者と家族等との関係性の維持は、コロナ禍の困難な中でもきめ細かい配慮の上で適切に実施されています。
- コロナ禍のなかで、法人をあげて徹底した防疫体制がとられ成果を上げています。

◇改善を求められる点

- 中・長期計画を策定するとともに、これに基づく単年度事業計画の組織的な作成と周知が求められます。
- 福祉人材を育成することを目的とした実習生の受入れと計画的な指導体制が求められます。
- 地域に開かれた施設として、地域社会との絆を高めることが利用者のQOLを高めると共に、地域の福祉ニーズ等を把握して、公益的な取り組みの振興のために期待されます。
- 利用者の意向や満足度を把握する取組を強化し、それに組織的かつ迅速に対応する仕組が求められます。
- 提供する福祉サービスの標準的実施方法を確立・明文化するとともに、標準的実施方法のとおりサービスが実施されていることを評価する仕組が求められます。
個別のサービス実施計画についても、常に評価と見直しを行うべく、PDCAサイクルが機能することが大切です。
- 職員の言葉遣いや態度について、利用者の評価にやや課題があるようです。利用者の権利擁護を広い視点でとらえて徹底することが求められます。
- 多数を占める非常勤職員に、施設の方針や事業計画等を周知するとともに、職員の意向にも配慮して、組織としての共通認識の確立と、サービスの質の向上に向けたチーム体制力の育成が求められます。

4 施設・事業所の特徴的な取組

■法人のセントラルキッチンにより、衛生面と栄養面に配慮された食事が提供され、各フロアのキッチンにおいて利用者の身近で最終的に加温や利用者個々の身体状況等に配慮した調理を施しています。

■午前に、DVDを使用した体操で体調を整え、午後には利用者の意向に配慮したレクリエーションや行事を実施して利用者の気持ちを支えています。

(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)

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	b
<p><コメント></p> <p>らくじ会グループは統一した理念と基本方針（こころがまえ）を掲げています。そこには基本的な人権尊重に根ざした「愛」と「こころ」が説かれています。理念・基本方針は、同法人が運営するケアハウスとの合同朝礼で唱和するとともに職員が使用する各種帳票にも記載され、日常的に周知が図られています。また、グループの総合パンフレットやホームページに記載して関係機関や利用者等および地域市民にも示されています。</p> <p>しかしながら、職員の周知状況を確認する取組が十分ではなく、また利用者や家族等への周知については、資料を提示するのみになっています。</p> <p>理念・基本方針は事業運営の原点であり目標でもありますので、より徹底した周知の取組を期待します。</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	c
<p><コメント></p> <p>社会福祉施策の変更や、福祉ニーズの動向その他、施設経営環境は、らくじ会グループの理事会や運営会議で情報収集と分析が行われ、役員や幹部職員間で共有されています。しかしながら、把握された経緯環境の内容は、施設職員レベルまでは十分に理解される状況ではなく、施設として事業経営をとりまく環境世経営状況が的確に把握・分析されているとは言えません。激しく変化する地域や利用者のニーズに的確に対応するために、組織内の情報共有を徹底する一方、施設職員には、施設経営に関する状況に関心を持つことが求められます。</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	c
<p><コメント></p> <p>らくじ会グループ運営会議において、各施設の経営収支は毎月確認されており、各施設の経営状況分析に基づく課題は明らかにされています。しかしながら、把握された経営課題の、施設職員への周知が十分ではありません。経営課題の解決・改善に向けての具体的な取組を進めるためには、職員には施設の、そして所長にはらくじ会グループ全体の状況把握が求められます。</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。		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	c
<p><コメント></p> <p>ここでいう中・長期計画とは、3～5年先を見越した事業計画を指しますが、施設としてその策定はありません。各施設が中長期計画を策定するには、らくじ会グループ全体としての中・長期ビジョンが示される必要がありますので、理事会およびグループ運営会議等の方針を明確な文書で表示するなどして、組織全体の方向性を共有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。	b	c
<p><コメント></p> <p>毎年度の事業計画は詳細に作成されていますが、年度末に振り返って状況分析の上で課題を列記し、その改善方法を規定するという流れとなっています。本項目では、まず中長期計画を立てて、その実現に向けて単年度の事業計画を作成することを求めています。現状ではそのような取組とは評価できませんので、「c」評価とすべきところですが、単年度事業計画の末尾に「次年度にかかる課題」を提起していることは評価できます。</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>各年度の事業計画は、年度末の振り返りから課題を抽出して次年度に反映する方法で所長が作成し、らくじ会グループ運営会議に報告、承認を受けた後に、グループホーム会議を通じて職員にも周知されています。事業計画作成に当たって、所長は施設の状況をよく把握していますが、具体的に職員から意見等を求めるなど、計画策定段階での職員参画を促す仕組はなく、職員の関心度や理解度は不十分です。また、期中における計画達成度評価や、それに基づく計画の見直しを組織的に行う仕組の構築が求められます。</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>利用者等には、入所時にグループホームでの生活や支援の仕組み等を説明していますが、事業計画を説明することはできていません。グループホームでは利用者と職員が家族的な関係性を保つてともに生活するなかで、利用者の自立生活を支援することを旨としていますが、近年利用者の重度化が進んでいます。こうした中で、利用者の生活に直接かわる事業計画の主な部分については、利用者や家族に分かりやすく説明して理解を促す取組が求められます。</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。		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。	b	c
<p><コメント></p> <p>所長が主催するグループホーム全体会議が毎月行われ、施設行事の進捗状況確認に加えて、ヒヤリハットや利用者支援課題を事例として取り上げ、ケアの見直しをしています。これは日々のサイクルにおけるPDCAの仕組みとして評価に値する取組です。今後は、今回の第三者評価を契機として、毎年の自己評価や、期末に行う年度の振り返りと次年度計画策定を組織的に行う、といった大きなサイクルとしてのPDCAの仕組みに昇華していくことを期待します。</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。	b	c
<p><コメント></p> <p>毎年度の事業計画では、前年度の振り返り（評価）に基づいて課題を明確にして職員間での共有も図られています。しかしながら、それぞれの改善課題の取組について、タイムテーブルや収支の裏付け、そして担当責任者や委員会等の設定など、組織的・計画的な方針が明示されていませんので、施設内での全体化が十分ではありません。全職員が計画に参画して協働する体制の構築を期待します。</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。		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	c
<p><コメント></p> <p>所長の役割と責任は、らくじ会グループの職域規定等で明らかになっています。所長は、自ら夜勤にも就くなど、その職務領域を超えて施設運営の全般に深く関わり、動ずることなく務めているので、職員からの信望も厚く、職員が安心して働ける配慮を講じています。ただ、あまりにも多くの業務を担っている為、不在時の対応が混乱することもあり、今後は他の職員への権限や業務負担の委嘱を適切に行うことが課題となっています。</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	c
<p><コメント></p> <p>ここでいう、遵守すべき法令等の範囲をどう定義するかによって、本項目の評価は分かれるところですが、らくじ会グループでは、法人運営会議等で、社会福祉事業に関わる諸法・諸制度の変更情報は各施設長レベルには周知が図られています。所長も、その範囲で遵守すべき法令等は理解して施設運営に努めています。また、施設運営に伴う各種取引関係については法人規定に則って、公正な関係を保っています。しかしながら、福祉事業に関わる法制は人権擁護や環境保全、まちづくり政策等々多岐に亘るものがあり、施設管理者としてさらなる研鑽が期待されています。また、それらを職員にも周知することが求められます。</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	c
<p><コメント></p> <p>所長は、自らも支援現場に入って利用者に対応する中で、都度サービスの質の向上に努めています。また、毎月開催するグループホーム全体会議やユニット会議で、具体的な事例を検討して課題を共有し、改善を図っています。今後は、そうした具体事案を俯瞰して、より普遍的な改善課題を評価・分析する取組を定期的・組織的に行うことや、その克服に向けた職員のスキルアップを図る教育・研修の仕組みを構築することを期待します。</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	c
<p><コメント></p> <p>所長は、サービス利用予定者の状況を把握して、施設利用の向上に取り組み、満床状態を維持しています。また、水光熱費の無駄をなくすことを職員にも徹底しています。現在は、所長を含めて3名の正規職員を中心に多数のパート職員のチームケアで施設を運営していますが、職員とのコミュニケーションにも気を配り、職員の意向を把握するとともに、急な欠員への速やかな対応など、働きやすい職場環境にも配慮しています。ただ、こうした課題についても、職員間に共通理解を促し、組織全体として取り組む体制の構築に指導力を発揮することが期待されます。</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。		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>人材確保、及び定着に向けての人事管理や福祉厚生規定等々の設定は、専ら法人全体で取り組んでいます。施設としては職員の在籍状況や勤務状況の報告とともに人材確保の要望を法人運営会議に上程し、施設間の人事異動等を含めて法人に依存している状況です。新任職員着任後は一定期間に、指導職員がついて初任者研修を施し、職場への順応を図っています。必要な専門職の配置など、計画に基づいた人材確保はできていませんが、期待する職員像として、好ましい人間性と責任感が強い人材を求めています。</p>			
15	-2 総合的な人事管理が行われている。	b	c
<p><コメント></p> <p>らくじ会グループでは、以前に活用していた人事考課の仕組みが客観性に問題があるとして再吟味していたところ、昨年度に京都府木津川市の法人から多数の事業所運営権を譲渡され、目下人事考課を含めて組織体制の再構築を進めているところです。今後の福祉を展望して、客観性の高い人事考課の在り方を検討していますが、コンサルを導入して法人本部で検討されており、職員に意見を求める取組はありません。</p> <p>施設として、正規職員に対する人事考課は停止しており、パート職員については所長が面談を実施して現状を把握していますが、目標設定などはできていません。新たな仕組みの早期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	c
<p><コメント></p> <p>正規職員3名とパート職員12名、計15名の小規模な職員体制であり、労務管理の責任体制などの組織的体制は、法人全体に依拠しています。施設としては、所長が中心となって勤務時間の配慮や働きやすい環境づくりに気を配っており、職場の人間関係も良好です。心身の健康状態のチェックや対応も適切です。ただ、人員配置は一応基準はクリアしているものの、ぎりぎりの状態が続いており、自由な有給取得ができていない部分があるなど、課題も残されています。</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>現在、人事考課の仕組みを再構築中のため、職員の目標設定や管理は法人としての組織的な取組とはなっていません。専ら所長による職員面談等で状況の把握や現場指導は行われていますが、職員一人ひとりの育成に向けた取組として評価できるものではありません。</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。	b	c
<p><コメント></p> <p>らくじ会グループでは「こころがまえ」や「新人チェックリスト」の中に期待する職員像を明示しています。研修委員会が設置され、新人職員については1か月（パート職員には160時間）の個別研修があるほか、人権擁護や感染症対策など基本的な共通課題についての研修の取組があります。しかしながら福祉サービスの質の向上を目途とする、必要な専門資格の取得や職員のキャリアアップを目指すための研修の計画や実施、その評価と見直しを組織的に行う仕組が構築されていません。研修委員会を施設横断的に充実して、より具体的・実効的な研修計画を策定する取組が求められます。</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	c
<p><コメント></p> <p>小規模施設のため、研修は同法人が近接して運営するケアハウスで行っていますが、コロナ禍でその実施が難しくなっています。幹部職員については法人によるWEB研修の実施があります。新人職員には主に所長による個別のOJTが行われていますが、階層別研修や職種別研修は行われていません。職員には、例えば認知症に関する知見やケア手法を学びたいという願望がある一方、勤務状況からして余力がない（23%）や特に希望はない（39%）という声も多く、きめ細かなテーマ型研修の企画と、研修参加への意欲を増進する仕組の構築が求められます。</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>らくじ会グループとして、実習生の受入れ体制は整えられていますが、グループホームとしては、現在まで福祉専門学校等教育機関からの実習生受入れの実績はなく、施設として指導者の研修など実習生受入れの体制が整っているとは評価できません。海外からの技能実習生は受け入れており、法人の実習生受入れマニュアルを準用して指導しています。今後は「実習生等」の対象を拡大して、その体制を整えることを期待します。</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。	b	c
<p><コメント></p> <p>グループホームは、地域密着サービスとして外部評価を毎年受審し、その結果がWAMネットで公表されています。ホームページには法人の理念や施設のサービス内容が公開されています。ただ、事業計画や財務諸表、苦情解決状況など、運営状況の詳細にわたる情報公表は十分ではありません。地域に向けては、施設玄関付近に掲示板を設置していますが、広報誌を配布する等の積極的な取り組みは見られません。</p> <p>なお、苦情状況の公表については、当事者に不利益を生じないように配慮することが大切です。</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	c
<p><コメント></p> <p>施設における事務、経理、各種取引は所長が専任しており、それは法人の規定に則って適正に行われています。しかしながら、法人の規定等は職員には周知されておらず、施設内におけるダブルチェックの体制はありません。また、所長においても法人の財務状況等については十分な理解ができていないので、内部監査や外部監査の状況は知りえていません。社会福祉法人として、公正かつ透明性の高い福祉事業運営は、外部に対してだけでなく、その以前に内部に向けての情報公開が強く求められます。職員一人ひとりが組織の運営状況に関心と自覚をもつことも大切です。</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。	c	c
<p><コメント></p> <p>前述した施設玄関前の掲示板は毎月内容を更新して、施設の取組を公開しています。また、所長が運営推進会議に参加して自治会長や地域包括支援センター長と、施設の連携を保っています。しかしながら、利用者と地域との交流を広げるための取組については、コロナ禍の影響もありますが、専ら家族等とのつながりに留まっています。利用者の外出（通院や投票）も家族等の付き添いに依拠しています。今回の福祉サービス第三者評価で実施した職員意識調査では、利用者と地域との関係が適切に確保されているかについて、非常勤職員は「わからない」が56%をしめ、常勤職員の75%は否定しています。全般的に利用者の重度化が進む中で、特定の利用者に限って地域との交流を図ることも控えたいという想いや、施設周辺の道路事情等による困難さも理解できますが、ウイズコロナ時代における、利用者と地域との交流を促進する取組が求められます。</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。	c	c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍以前には創作レクの指導などのボランティアを受け入れていました。同法人が運営する藍咲学園（幼保連携型こども園）の園児訪問も受け入れていました。しかしながら、そうした取組もコロナ禍において停止状態にあります。法人全体としては、ボランティア受入れの体制はあるようですが、施設としての受け入れ姿勢の明示や、受け入れ時のガイダンス等の規定はありません。藍咲学園以外の地域の学校教育に対する協力も行われていません。ボランティアの受け入れは、利用者と地域の交流を広げる取組の一つとして利用者のQOLを高めるとともに、施設運営の透明性を担保する重要な活動です。コロナ禍も落ち着きを見せるなかで、感染症対策との両立を図った、新たな体制づくりを期待します。</p>			

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		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

<コメント>

前述した玄関先の掲示板による施設情報の開示はありますが、逆の、地域資源を利用者や職員に伝える取組はありません。今回の福祉サービス第三者評価で実施した職員の意識調査では、施設として必要な社会資源を明確にし、関係機関との連携が適切に行われているかについて、「そうではない」「わからない」が計46.2%を占めており、関心の低さを伺わせます。所長が地域の運営推進会議に参加してネットワーク化に取り組んではいますが、施設が提供するサービスをより充実して行くために欠かせない地域の社会資源情報を、利用者や職員に周知することが求められます。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている		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	C

<コメント>

次項で取り上げる地域貢献活動については、その前提として地域の福祉ニーズ等を把握することが必然となります。らくじ会グループ全体としては、事業に直結する「福祉ニーズ」の把握は法人運営会議等で行われていますが、施設レベルの取組とはなっていません。また、公益的活動や地域貢献を目的とした「福祉ニーズ等」を把握しようとする姿勢は見えません。

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	C
----	------------------------------------	---	---

<コメント>

社会福祉法人については、事業の大小にかかわらず、法に定められた社会福祉事業に留まらない公益的事業の推進が期待されています。そのためには、前項で示された取組（地域ニーズの把握）に続けて、地域に貢献する取組が求められます。

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	c

<コメント>

法人の理念は、人（利用者）を愛し尊重する想いにあふれており、「こころがまえ」は倫理綱領として、職員の行動規範となるものと評価できます。職員は全員が朝礼でこれを唱和するなど認識を深め、新任職員にはチェックリストにより、その体得を徹底しています。また、身体拘束禁止や虐待防止、権利擁護については、法人全体で職員研修に取り組んでいます。法人では身体拘束禁止委員会を設置して、利用者の尊厳保持や人権尊重の状況を確認しています。ただ、前述のチェックリストは新任研修に限定されています。

標準的実施方法の策定状況についてはNo.40（III-2-（1）-①）で評価しますが、こうした理念を反映した介護マニュアルとすることが求められます。

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	c
<p><コメント></p> <p>施設では、利用者には個室が用意され、らくじ会グループの理念・こころがまえに則った利用者を尊重する支援において、その当然の取組として利用者のプライバシー保護に配慮した介護が徹底されています。しかしながら、その姿勢や具体的なサービス実施方法についてのマニュアルが整備されていません。また居室の収納は吊り戸棚に限られ、個の選択に応える生活支援の環境としては物足りません。利用者ひとり一人の心身状況に応じたプライバシー保護は、各職員の経験と技量と、そして環境に依拠しています。今後は組織としての標準的実施方法として確立するとともに、環境への配慮を期待します。</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>施設利用の希望は、本人というより家族からの問い合わせが殆どです。見学や説明の希望に対しては受入れて、パンフレット等を用いて丁寧に説明をしています。その際には、介護保険制度の仕組みやらくじ会グループの事業内容も説明して、サービスの選択に資する案内をしています。しかしながら、こうした受け身の取組を超えて、広く情報発信する取組は十分ではありません。満床状態が継続している中でも、利用者等に対する情報提供の仕組みを講じておくことが必要です。</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。	b	c
<p><コメント></p> <p>今回の福祉サービス第三者評価で実施した職員意識調査によると、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かについて、否定意見はないものの、常勤職員の半数が「わからない」としています。グループホームでは、利用の開始・変更に際しての利用者本人への説明や自己決定は、現実として難しい事が多く、家族への説明に終始することが多くなりがちです。しかしながら、利用者本人にとって不本意なりロケーションは、認知症を進行させる因ともなりえますので、生活の変化を利用者に理解していただけるよう、分かりやすい資料を用いて丁寧に説明を続けることがとても重要です。グループホームだからこそできる認知症ケアを活かすためにも、利用者本人が安心して利用していただけるための工夫が求められます。</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	c
<p><コメント></p> <p>施設から地域・家庭へ移行する実績はほとんどありません。重度化や経済的事由で特養に移行するケース、疾病状況により医療施設へ移行するケースなどがありますが、施設で生活していた期間に把握した情報は、移行先でのサービス継続に配慮する趣旨と範囲において口頭で伝えています。ただ、そうした場合における情報開示のルール設定や、伝達文書のフォーマットは用意されていません。同法人内での移行ができるという、らくじ会グループの特質は評価できますが、確実かつ適正な情報伝達の仕組みが求められます。</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>毎年、受審している外部評価の際に、家族アンケートを取っているほか、ケアプラン作成時に家族の希望は聴取しています。しかしながら、利用者本人の満足度を把握する取組はできていません。利用者本位の福祉サービスは、専門的な相談・支援を適切に実施するだけでなく、利用者満足を組織的に調査・把握して福祉サービスに反映することが求められます。</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。	C	C
<p><コメント></p> <p>苦情解決については、窓口や責任者および第三者委員を設置する体制を整えています。そうした仕組みは重要事項説明書に記載するとともに、玄関に掲示しています。しかしながら、掲示物は、利用者にはわかりやすい工夫がなく、掲示物の高さや文字の大きさには利用者への配慮が見えません。苦情に関する記録も、かなり過去に遡るものしかなく、また第三者委員も設置していますが、訪問調査等の活動は不定期となっています。苦情解決状況に関する情報公開もされていません。</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>施設が手狭で、利用者が安心して相談できるスペースを提供できていません。職員は、日常生活支援の中で声掛けをして、それぞれの居室や共用フロアのソファで対応しています。プライバシーに関わる深刻な相談事については、隣接する相談支援センターの部屋を利用できるとはいえ、利用者が相談や意見を述べやすい環境とは言えません。</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。	C	C
<p><コメント></p> <p>前項で評価したように、利用者から相談しやすい環境の整備が十分ではない中で、職員が日々の支援を通じて聴き取った利用者からの相談や意見については、その都度職員が対応し、必要があれば同僚職員と相談し、あるいは上長に報告して指示を仰ぐようにしています。意見・相談への対応マニュアルがなく、その都度の対応となっていますので、対応の適正を評価することができず、従って、意見等に基づいて福祉サービスの質の向上に反映していく取組とはなっていません。</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	c
<p><コメント></p> <p>転倒など事故が発生した際は、昼夜を問わず所長や正規職員に報告し、連絡を受けた所長がその場の対応を指示する体制を整えています。事故後は事故報告書を作成し、今後の対応策まで検討しています。さらに、毎月事故の振り返りを行い、経過の報告、その後の対応に間違いがないかを検討し、必要に応じて再発防止のための見直しや改善を行っています。マニュアル等はないものの、小規模な施設であり共通認識の形成は一定水準にあると評価できます。</p> <p>しかしながら、事故に至る前のヒヤリハットの収集が十分とは言えません。介護記録や申し送りノートの中に、気になった事象を積極的に書き留めるよう習慣化することが求められます。</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	b
<p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルが常備されており、感染症、食中毒、ノロウイルス、インフルエンザ、B・C型肝炎、尿路感染、疥癬と多様なケースごとにていねいな解説と対処方法をまとめています。従来から感染予防に関する研修会が法人内で毎年実施されてきましたが、とりわけ今回のコロナに対しては法人の対策委員会が主導して頻繁に会合を重ね、法人全体で結束した対応ができています。</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	c
<p><コメント></p> <p>食糧や飲料水等の備蓄は法人が行っており、当事業所では確保していません。また地域の防災訓練への参加もとくには関与していません。事業所単独では、日中と夜間の火災発生を想定した避難誘導訓練を年2回実施しています。消防署と連携して通報訓練を行ったり、水消火器を借りての消火訓練も実施しています。また、避難用緩降機を設置していざという時に備えてもいますが、要介護高齢者の利用には困難が伴うと予想されます。安全確保の観点から一層きめ細かな取り組みを期待します。</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。		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	c
<p><コメント></p> <p>ケアマニュアルとして、認知症ケアやその他いくつかの重点課題についてまとめた文書があり、新入職員の研修時の説明に使用しています。しかしながら、それは業務全体を網羅してはならず、当事業所での実践を積み上げたものにもなっていません。入職時だけでなく日常的に活かせるマニュアルへと改訂していくことが求められます。</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>ケアについて実施方法等の見直しは毎月の会議等で行っています。また、その都度修正できることは声を掛け合って都度実行してもいます。他所での経験を持ったパート職員も多い職場ですが、管理者の指導力で、一体感を持ったケアがよくできていると見受けられます。しかしながら、見直した結果を蓄積し集約してマニュアルに返すまでには至っていません。当事業所としてのスタンダードを文書化し、進化させていくような取り組みを期待します。</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。	a	c
<p><コメント></p> <p>アセスメントは管理者もしくは施設CMが、おもに家族と面談して行っています。本人は同席しても認知症のため会話が難しいケースがほとんどで、自ずと家族への聴取が中心になります。聞いた結果を、在宅CMからの書類や医師の診断書等も加味して所定のシート（状況確認書）にまとめ、それをもとにしてCMがケアプランの素案を作成します。ケアプランは家族に確認してもらい見直しを行ったうえで完成させています。問題ないと見受けられます。</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。	c	c
<p><コメント></p> <p>個別のケアについてはその都度見直しをして職員への周知を行っています。状態が変化した際にケアプランの変更も行いますが、実際のケア見直しの方が先行してケアプランがそれを追認する形になっています。また、ケアプランが日常のケアと一体化してはならず、定期更新が滞りがちな状況もありそうです。早急な改善が求められます。</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	c
<p><コメント></p> <p>パソコン上に記録する仕組みはできていますが、パソコンを使えないパート職員が多く、手書きの申し送りノートに書いた内容を正規職員があとで入力し直す作業が通常化しています。介護記録の内容も薄くて、ケアプランに沿ったケアができているかどうか、記録だけでは検証できなくなっています。記録の書き方指導、パソコン研修の実施、デジタル情報の共有、申し送り方法の変更等、大きな改革が求められます。</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	c
<p><コメント></p> <p>パソコン内の情報はID・パスワードで管理する仕組みができています。紙の書類については、契約書類と個人ファイル（アセスメント、ケアプラン、個人情報等）を鍵付きのロッカーに保管しています。職員へは入職時に個人情報に関する規定について説明していますが、定期的に確認等行うことが望まれます。</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 (特養以外高齢 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (特養以外高齢 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	c
<p><コメント></p> <p>入居者個々が役割を持つことで施設での生活に張りがあるよう、洗濯物たたみや食事のおしぼり作り等、苦にならない程度に、また偏らないように作業してもらっています。また、レクリエーションは毎日14時から15時の1時間、ぬり絵やトランプなど入居者の希望に沿って行っています。コロナ禍で縮小はされましたが、秋まつり等のイベントも実行しています。</p> <p>しかしながら、集団レクに参加しない方へのフォロー等、入居者一人一人に対応するまでの余力がなく、必ずしも施設での生活に満足していない方も一定数見受けられます。</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> <p>非該当</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> <p>非該当</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	c
<p><コメント></p> <p>入浴時などに、入居者一人ひとりとのコミュニケーションを積極的にとるようにしています。しかしながら、職員によって対応の違いもあり、認知症で対話が成立しない状況等で配慮に欠けた言葉遣いが出ることもないとは言えません。気が付いたときや会議の場で管理者が注意、指導をしていますが、より一層の徹底が求められます。</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	c
<p><コメント></p> <p>権利擁護と身体拘束の禁止、虐待の防止に関しては毎年法人グループ全体で研修が実施されており、議事録を全職員に回覧するなど周知徹底に努めています。しかしながら、マニュアルの整備や家族等への周知はできていません。目に見える身体的虐待はもちろんありませんが、きつい言葉遣いややり過ぎなど、心理的側面も含めた規範の明示が求められます。朝礼で接遇や心構えの唱和がされていますが、権利擁護の観点からこれを肉付け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 (特養以外高齢 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (特養以外高齢 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>居室は全個室で、備え付きの什器を最小限にとどめ、ベッドを含めた家具を自由に持ち込んで、これまでの生活環境ができるだけ継続するような設えを提案しています。一方、居室の収納は、吊り戸棚で事実上利用者には使えません。共用部分には食卓以外にソファも設えるなど配慮はしていますが、快適にくつろいで過ごせる環境にまでは至っていません。スペースの限界はありますが、より一層の工夫が求められます。なお、洗濯機、食器洗い機、ミキサーなど備品の故障が目立ってきています。計画的な点検、修理、買い替えの予算化等が必要です。</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	b
<p><コメント></p> <p>各フロアに浴室があり、個浴で午前中3人、入居する各人が週2回入浴できるようにしています。通常はマンツーマンで、入居者の状態によっては2名が介助に当たり、20~30分ずつゆっくり入れるようにしています。機械浴の設備がなく、脱衣室が狭くて更衣が困難なケースもありますが、自立の方も多いので概ね問題ないように見受けられました。</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	a	b
<p><コメント></p> <p>入居者の状態によっては2人介助も行い、できるだけトイレでの排泄を継続できるよう働きかけています。1日3回トイレ清掃を行って清潔を保ち、入居者の羞恥心に配慮して扉の開け閉め等にも気を配っています。排泄物の色や量、硬さなどの様子は、介助の方には視認で、自立の方には口頭で確認して記録しています。夜間はおむつの方も何名かおられますが、2時間ごとの見回り、4時間おきのおむつ交換をしています。日中はリハビリパンツも活用し、月ごとのカンファレンスで見直ししながら、できるだけ尿意・便意を維持できるよう努めています。</p>			
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	b
<p><コメント></p> <p>移動するための動線は確保していますが、家具の角や床等硬いところでの躓きも考えられるため、できるだけ寄り添って転倒がないように対応しています。歩行状態の程度に応じて、両手引き歩行やすぐそばでの付き添いといったように個別に対応ができており、歩行不安定な方が立ち上がられた際はすぐに駆け寄りなども徹底できています。車椅子の方も何名かおられますが、ほかに杖や歩行器、手押し車も状態に応じて使用しています。</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 (特養以外高齢 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (特養以外高齢 付加基準) 国基準

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	c
<p><コメント></p> <p>献立は法人のセントラルキッチン（以下「センター」）が決めており、メニュー選択の余地は基本的にありませんでした。最近嗜好によるメインの変更も可能になりましたが、まだ希望は出ていません。毎日センターから半調理状態で送られてくる食材を各フロアのキッチンで仕上げているので、暖かいものは暖かく、冷たいものは冷たく提供ができています。各フロアに調理を主とする職員を配置し、小皿での盛り付けや食べきれる量に配慮したり、刻み食であっても少し形を残すなど、できるだけ食が進むよう細かな気を配っています。</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	b	b
<p><コメント></p> <p>半数以上が自立食ですが、介助が必要な方はテーブルを分けて、各フロアで職員2名が食事介助に当たるようにしています。声掛けもしながら、個々のペースで1時間内には食べ終わるよう付き添います。嚥下については、歯科衛生士の指示を仰ぎ、刻み食やソフト食での提供をしていますが、誤嚥等の事故発生時の対応方法が確立しているとは言えません。看護師の常駐がない職場なので、応急対応の手順をあらかじめ共有しておくことが求められます。また、入居者一人ひとりの栄養計画を定めてはいませんが、これについては往診医療での総合的な指示に従っています。</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>口腔ケアに関しては食後と就寝前に、自立されている方には必要物品の準備と声掛けなどを行い、介助が必要な方には口腔清拭をしています。また、毎週歯科衛生士が往診して必要な方の診察とケアを行っています。ただ、施設として一人ひとりに応じた口腔ケア計画を作成したり、口腔機能維持のための取り組みを行うまではしていません。</p>			
、 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>ケアマニュアルのなかに褥瘡の項もあり、職員全員が共通の認識のもとで対応しています。褥瘡予防のための栄養管理と体位交換、定期的な排泄交換などはできています。また、剥離など皮膚トラブルについては速やかに医療機関への報告をしています。褥瘡発生後のケアについても医療機関の指示のもとで適切に実施するよう努めています。ただ、座りっぱなしになりがちな生活であったり、消化機能の衰えによる低カロリー一症などにより根絶はできていません。</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	—	c
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引、経管栄養の対象者がいままので評価を除外します。</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 (特養以外高齢 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (特養以外高齢 付加基準) 国基準

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	c
<p><コメント></p> <p>立位の際に足に力を入れるよう声かけをしたり、できるだけ歩行をしてもらうなど、日常生活の中で下肢筋力の低下防止を兼ねたケアは意識しています。午前中に体操の時間を設け、午後のレクでは脳トレクイズなども行っています。往診の機会が多いので、医療機関との連携はとれています。しかしながら、一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行うことはできていません。ケアプランでの目標設定と、それに基づいた取り組みが求められます。</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	b	c
<p><コメント></p> <p>入居者全員認知症の傾向のある方々ですが、一人ひとりの生活歴やその環境等が違うため同じ対応ではすみません。とくに入所間もなくは手探りでケア方法を検討しながら対応しています。毎月の全体会議で情報を共有して、その方にとって最適な対応ができるよう努めています。ケアマニュアルには認知症の項が多く割かれ、正規職員は専門的な研修を受けて資格も持っています。しかしながら、非常勤職員の多い職場ですので、個別対応だけでなく内部研修等を通じてベースとなるスキルを底上げしていくような取り組みも望まれます。</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	b	b
<p><コメント></p> <p>看護師の配置はありませんが、毎日法人内クリニックから往診があり、急変時も迅速に対応できる体制が整っています。問題ないと見受けられますが、あえて挙げるなら、体調変化に早く気付くための最低限の医療知識を、職員全体で共有するような取り組みを期待します。</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	c
<p><コメント></p> <p>看取りについて家族から希望があった場合、グループホームではできることが限られていることや、気づきが遅れることがある事などを事前によく説明し、納得してもらったうえで受け入れています。受けた際は、住み慣れた環境とスタッフで穏やかに過ごしていただくことを主眼に、その方に応じた対応をその都度検討して実施しています。</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 (特養以外高齢 付加基準) 国基準

7 事業者の自己評価結果 (特養以外高齢 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	a	b
<p><コメント></p> <p>家族との連携をととても大切にしています。何か変わりがあれば電話等で必ず報告し、それを職員で共有しています。コロナ前は家族も集ってのイベントが盛んに行われていました。コロナ下でガラス越しの面会にもなりましたが、玄関に入居者の普段の生活写真を掲示して少しでも安心できるような工夫をしています。また、これは法人共通の取り組みですが、定期連絡の際に写真と手書き文をお便りに同封するようにしています。所長が毎週ブログを書いて情報発信するようなことも行っています。</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

6 利用者調査の結果(要約)

ホームでの生活に満足している人が50% (4人)、不満を抱いている人が38% (3人) という結果です。

体調ケアや食事、入浴には肯定的な回答が多くなっていますが、日々の過ごし方は充足できていないようです。

また、自立行動の見守りは評価していますが、必要な介助が足りていないと感じている人も一定割合います。

職員については、心情理解はしてくれても尊重はしてもらえず、言葉遣いや態度に問題ありと感じている人もいます。

人手不足で、自立度の高い人には手が十分には行き届いていない現状があるのではないかと推察されます。

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント