

(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12月21日～令和4年4月7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2-1-10

2 事業者情報【令和〇年〇月〇日現在】

事業所名称 (施設名)	ケアハウスらくじ苑	サービス種別	軽費老人ホームC型
開設年月日	平成14年10月1日	管理者氏名	嶋村 智之
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	〒__	奈良県奈良市南京終町13-4	
連絡先電話番号	0742-25-3550	FAX番号	0742-25-3553
ホームページアドレス	https://www.s-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。

【利用者の状況】

ケアハウス定員		利用者数	
デイサービス定員		利用者数	

※) 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【 令和〇年〇月〇日現在】

【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		
(ケアハウス部門)						
(デイサービス部門)						
(兼務)						
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

【共通】

■両施設とも、らくじ会グループ本部が事業経営をとりまく環境と社会状況を的確に分析し、施設運営に反映しています。

■コロナ対策として、法人全体で独自のフェーズ（段階）基準を決め、フェーズが上がった場合も、家族に電話・メール・郵送等で迅速に連絡し、出来る限り面会ができる環境を整えています。

■提供した福祉サービスの内容や利用者の状況を、パソコンソフトの活用によりの確に記録し、職員間の共有を図るとともに、適正な管理を行っています。

【デイサービス】

■レクリエーションメニューを3種類用意する等、利用者1人ひとりの意向や心身の状況に合わせたサービスの提供を行っています。

■食事の際は、テレビを消して、利用者が食事に向き合えるようにしています。

■コロナ禍で制約がある中。家族等との情報交換に連絡帳の有効な活用ができています。

【ケアハウス】

■利用者は基本自立生活が可能ですが、要介護状態になっても、併設するデイサービスの入浴サービスを受けることができる、あるいは同法人が運営する他の施設への移行により、サービスの継続性が保たれるなど、らくじ会グループとしてのバックアップ体制が充実しています。

■自立浴が可能な利用者は、檜浴槽の大浴場や家庭風呂を楽しむことができます。

■屋上には、よく手入れされたバラ園があり、また周囲の美しい風光にも恵まれ、利用者の憩いの場となっています。

◇改善を求められる点

【共通】

■両施設とも、日々、個々のサービスの振り返りはありますが、半年あるいは一年のスパンでのPDCAサイクルを定着して、具体的な改善を実施する取組が求められます。

■それぞれが提供する福祉サービスの質の向上に向けて、職員一人ひとりの育成計画（個別の目標設定）とそれに向けた効果的な研修の実施が求められます。

■権利擁護を単に虐待防止等の目に見えることに限定せず、プライバシー保護や積極的な自立生活支援など、広く利用者のQOLを高める視点で、利用者尊重の原点に回帰することを期待します。

■提供する福祉サービスの基本となる「標準的实施方法（各種マニュアル等）」の文書化と、その有効な活用を図る取組（SDCA）を期待します。

■苦情については、その対応体制に留まらず、内容についても関係者の不利益にならない範囲で公表することは、施設の理解を深めるとともに職員の気構えを正す上で大切な取組です。

【デイサービス】

■多数を占める非常勤職員それぞれの勤務形態に配慮しつつ、その資質を高めるための適切な研修体制を構築することが求められます。

■利用者・家族等の満足度を博する調査の実施を期待します。

【ケアハウス】

■自然災害や火災等の発災時およびその後の対応マニュアルを作成し、必要な備蓄と職員体制を見直すとともに、避難訓練等の実効性ある取組を期待します。

■利用者アンケートによれば、「レクリエーションの機会があまりない」とのことです。ケアハウスとしての支援方針（サービス範囲）と利用者意向（希望）との相互理解が必要です。

4 施設・事業所の特徴的な取組

ケアハウスらくじ苑は、（現在コロナ禍で一時的に外出規制や面会規制がありますが、）外出は自由で、ご家族様が施設内に宿泊することも可能です。自由度が高い施設と言えます。ただし、ご自身で自立された生活が難しくなった場合でも、介護サービス（デイサービス・訪問介護など）をご利用いただき、生活を維持することも可能です。

自立した安心、安全な生活を継続するだけでなく、一人での生活に少し不安な方であっても、個々のニーズに合わせた介護サービスを提供することで、在宅生活を維持することが可能です。

また、収入に応じた入居費用の減免制度も魅力的です。

さらに、毎月のイベントや行事、ヒノキ風呂の大浴場、屋上の薔薇庭園など魅力的なサービスを実施しています。

(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)

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	デイサービス		ケアハウス	
	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。				
-1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	a	b	a

<コメント>

デイサービス	らくじ会グループの法人理念は、パンフレットやホームページ（以下HP）に記載するとともに、施設内に掲示しています。職員に対しては、毎日の朝礼で唱和するとともに、各種会議や研修等で取り上げて周知を図っています。しかしながら、理念・基本方針の周知については「わからない」「そうではない」の回答が3割強の職員にあり、多数を占める非常勤職員や新任職員への継続的な取組が求められます。
ケアハウス	らくじ会グループの法人理念は、パンフレットやホームページ（以下HP）に記載するとともに、施設内に掲示しています。職員に対しては、毎日の朝礼で唱和して周知を図っています。常勤職員の比率が高く、理念・基本方針の理解は比較的浸透していますが、一部に否定する回答もあります。周知状況を確認し、なお一層の取組を期待します。

I-2 経営状況の把握

	デイサービス		ケアハウス	
	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。				
-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。	a	a	a	a

<コメント>

デイサービス	社会福祉事業に関わる施策動向について情報を収集して定期的な研修を行っています。短時間利用など、多様な利用方法を選択できる体制を取っていますが、コロナ禍の影響等により、利用者数の減少傾向があるなど、状況の把握・分析を行って事業経営課題を抽出しています。
ケアハウス	社会福祉事業に関わる施策動向について情報を収集して定期的な研修を行っています。ケアハウスでは利用者が安心・安全に自立した生活をおくるためのサポートを旨としているので、利用者の意向の把握が第一ですが、利用者との意見交換会を毎月開催して、意見や要望を聴き取っています。目下の課題は、築20年弱となった施設の諸設備の故障等の老朽化が顕在化しつつあるところです。

-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	b	b
----	---------------------------	---	---	---	---

<コメント>

共 通	経営状況分析に基づく課題として、利用率の向上や人材確保・育成、ガバナンスの体制強化、サービスの質の向上など詳細に明確化されており、法人役員とともに施設管理職の間で共有されています。しかしながら、非常勤職員を含む全職員への周知は十分ではありません。また、前項目であげた施設老朽化に伴う諸設備の機能劣化の改善が遅滞しています。全職員が課題を共有して、その解決・改善に向けて一丸となって取り組む体制の確立を期待します。 ケアハウスでは、本来、自立した利用者への生活サービス提供が施設に求められる基本機能ですが、現実には自立生活を営めることが困難な利用者が絶対多数を占めており、併設のデイサービスとの連携や夜間の個別対応が課題となっています。介護度の違いに応じたレクリエーションメニューの工夫、経済的に厳しい利用者への必要な介護サービスへの誘導も目下の課題です。
-----	--

I-3 事業計画の策定	デイサービス		ケアハウス	
	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
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	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	a	b	b

<コメント>

共 通	毎年、法人トップが事業全体計画を立て、それに基づいて各拠点長が事業計画を策定する流れとなっており、計画は基本的に毎年度の振り返りの延長上に構築されています。すなわち、3~5年先を見据えた中・長期ビジョンが明確に文書化されていません。社会福祉事業をめぐる社会状況や施策の大きな変動予測に基づく施設運営の展望は、経営責任者の胸に秘めるのではなく明文化することが、グループ全体の事業方針の整合性や実効性を高める上でも大切です。ただ、毎年度の事業計画には、中・長期に亘る計画方針も示されており、目標（ビジョン）は一定明確にされていると評価できます。今後は中・長期展望と毎年度の具体的な事業計画の整理がなされることを期待します。
-----	---

-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	a	b	a
----	----------------------------	---	---	---	---

<コメント>

共 通	全項目で問う中・長期計画が作成されていない場合は、本項目は「c」評価となるところですが、前述のように、各年度事業計画は内容として中・長期的計画を含み、その展望を踏まえたものとなっています。そのために、計画内容は、必ずしも年度内に実現可能なものではないものも含まれます。今後は、中・長期計画と区分して、年度内に達成する目標値を明確にすることが求められます。
-----	---

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
	-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。	b	b	b

<コメント>

共 通	らくじ会グループの事業計画は、毎年、法人トップが事業全体計画を立て、それに基づいて各拠点長が事業計画を策定する流れとなっており、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ています。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。特に、非常勤職員には、事業計画策定への参画意識は弱く、常勤職員においても強い肯定意見は見られません。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。多様な働き方を受け入れるべき福祉事業の課題として、職員の経営参加が一つのテーマとなっています。
-----	--

-2	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	b	b	c
----	---------------------------	---	---	---	---

<コメント>

共 通	事業計画は、HP等に掲載して利用者等への周知は図られていますが、コロナ禍の影響もあり、利用者会や家族会などの場で説明する機会は設けられていません。また、その周知度を確認する取組も認められません。事業計画の策定や見直しに、利用者等の意向を反映するためには、利用者等に事業計画の主な内容を理解していただくことが欠かせませんので、様々な機会を設けて周知を図る取組の実施を期待します。
-----	--

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	デイサービス		ケアハウス	
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	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	c	c

<コメント>

共 通	各部署ミーティングを毎週開催して支援の実施をふりかえり、都度対応しています。またイベント開催後はその振り返りも実施しています。しかしながら、半年あるいは1年の周期で、支援状況の全体を振り返り評価する仕組が構築されていません。この度の第三者評価受審を契機として、組織内にサービスの品質管理に関する体制の構築を期待します。
-----	---

-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	c	c
----	--	---	---	---	---

<コメント>

共 通	事業計画には、組織として取組むべき改善課題を明記していますが、トップダウン的な課題提示であり、全項目で問う、組織としてのPDCAサイクルの一環ではありません。日々の支援現場からあがってくる意見の活用もありますが、多数の職員が参画する組織的な評価（C）と計画的な改善（A）を実践するためには、改善課題の文書化（方針の見える化）と、その改善に向けた取組体制（担当者の明示）と時限設定、並びに必要な応じた予算化が求められます。
-----	--

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ	デイサービス		ケアハウス	
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	a	b	b

<コメント>

共 通	らくじ会グループにおいて、所長の職務分掌は明確に文書化されています。所長は、同施設内のケアハウス部門とデイサービス部門とともに、事業所に近接する在宅介護支援センターらくじ苑（居宅介護支援センター・デイサービス・訪問介護ステーション）を統括管理する職責を担っています。業務が広範囲に及んでいるため、現場職員とくに非常勤職員にはその職責の理解が十分浸透していません。デイサービス、ケアハウス両部門にはそれぞれ担当相談員において、管理者不在時の円滑な業務執行体制は整えています。
-----	--

-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	a	b	b
---------------------------------	---	---	---	---

<コメント>

共 通	所長は、施設運営に関する各種法令についての研修に参加して理解を深めています。これら法令の遵守に努め、行政関係者をはじめ、各種ステークホルダー（取引業者等利害関係者）との適正な関係性を保持しています。今後は、地域社会にける社会福祉事業課題の複雑化・複合化を踏まえて、環境やまちづくり課題など、より広い領域の法令についての知見を深めて、それらを全職員を対象に周知を図り、組織として法令を遵守する体制を確立することを期待します。
-----	---

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	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	a	b	b

<コメント>

共 通	所長は、高齢者介護にかかる専門性を保持するとともに、利用者の生活状況評価や利用者・家族からの傾聴を踏まえて、福祉サービスの質の向上に意欲をもっています。組織的な福祉サービスの質の向上を図るべく、職員への指導や教育を可能な範囲で取り組んでいますが、非常勤職員を中心に、その指導性について否定意見も見られます。今後は所長としての直接的な取り組みに加えて、組織内に研修員会や品質管理委員会をつくる等、全職員を対象としたチーム力の向上を図る体制作りを期待します。
-----	---

-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	a	b	b
-----------------------------------	---	---	---	---

<コメント>

共 通	経営の改善には、デイサービスの施設稼働率の向上を目指して、介護支援専門員との連携を深めてその信頼を得るとともに、終日利用には拘ることなく多様なニーズに対応しています。ケアハウスの利用率向上には、職員が一丸となって取り組んでいます。経営の改善には、職員の確保・育成や働きやすい職場づくりが肝要ですが、両部門とも職員間では人員補充を求める声が高く、特にデイサービス部門で、その傾向が強く見られます。福祉人材確保・育成に関する法人や所長の取組が理解されていません。今後は、この課題についても組織内に具体的な体制（委員会等）を構築して、組織的に取り組むことが求められます。
-----	--

II-2 福祉人材の確保・養成

	デイサービス		ケアハウス	
	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
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。				
-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	b

<コメント>

共 通	人材の確保は法人本部と連系しつつ、配置基準が求める人員の充足を募集・採用していますが、職員の高齢化や正職員の離職が多い状況ですが、一般的に求人難の中、計画的な人材確保は困難な状況です。確保した人材の育成については、デイサービスではベテラン職員が多く、現場主導で行っていますが、非常勤職員等の多様な働き方の実現を前提とした育成方針と、これに基づく具体的な研修体制の確立が求められます。特段の介護サービスの提供を伴わないケアハウスの特性を踏まえた、全人的なサポートスキルの計画的養成計画も大切です。
-----	---

-2	総合的な人事管理が行われている。	b	a	b	c
----	------------------	---	---	---	---

<コメント>

共 通	<p>期待する職員像は服務規程に「服務心得」として期待されるほか、法人の理念からその趣旨を読み取ることができます。定期的な所長面談が行われ、職員の目標設定や達成度評価は行われていますが、従前使用していた人事考課基準については、福祉サービスの特性に不具合で形骸化しているとの声を受けて、目下再構築中となっており、職員の昇任・昇格の判断は所長に委ねられています。所長は、専門職の配置加算を誘導する等、処遇改善を実施していますが、人材の確保・育成計画や人事管理の体制については、職員から否定的な意見が多数を占めています。職員が自らの目標を目指して能力開発をし、将来像を描くことができるような、総合的な人事管理システムの構築を期待します。</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	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	a	b	a

<コメント>

共 通	<p>職員の有給休暇取得状況や超過勤務状況は把握されています。デイサービス部門は基本定時あたりであり、ケアハウスの宿直も、夜間の介護サービスを伴うものではありません。福利厚生は充実しています。育児などの家庭事情に配慮した勤務シフトも用意されています。しかしながら、職員の意向調査によれば、職員間の人間関係には否定意見が皆無で良好な状況ですが、働きやすい職場作りの取組を積極的に肯定する意見はなく、否定意見と弱い肯定意見がそれぞれ4割近くを占めるなど、勤務状況に不満足な様相です。その傾向は非常勤職員に顕著であり、経験に見合った昇給がないことや、業務負担の偏向があるなどの不満因子が見えてきます。総合的な人事管理体制を早急に構築して状況分析と意見聴取のもと、改善課題を明確にして、具体的な取組の実践が求められます。</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	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	c	c

<コメント>

共 通	<p>職員の研修への意欲は、強い肯定と特に希望する課題はないとする意見に二分されており、その傾向は常勤・非常勤、デイサービス部門・ケアハウス部門とも同様です。ケアハウスでは特段の介護サービスではなく、基本的な生活サポートと安心・安全な生活環境の提供が主眼となるので、研修目標の設定を絞り込むことが難しいことは理解できますが、デイサービス部門においても、目標設定が全職員には実施されていません。現場体験から見て学ぶといった手法ではなく、施設の支援方針に基づいて、職員一人ひとりの特性や働き方に応じた目標設定と、その実現に向けたきめ細かい育成計画の実践が求められます。</p>
-----	--

-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	a	c	c
--	---	---	---	---

<コメント>

共 通	No.15項目で評価したように、期待する職員像はサービス規程に「サービス心得」として期待されるほか、法人の理念からその趣旨を読み取ることができます。また、デイサービス部門では令和3年度の事業計画に、持続可能なサービス提供を実現するための接遇マナーの改善や、職種、等級、職責に応じた研修を実施して職員の業務遂行能力を向上することが謳われていますが、全体研修方式であって、職種、等級、職責に応じた教育・研修は実施できていません。一方、ケアハウス部門では事業の特性上研修テーマの絞り込みが難しく、またコロナ禍の影響も大きく計画的な研修の実施ができていません。策定された方針に沿った教育・研修の実施を期待します。 また、両部門とも研修記録は残されていますが、研修後に職員の資質向上の確認等を通じて研修内容やカリキュラムを評価する仕組みが十分とは言えません。研修を受けた職員のレポート評価や、当該職員を講師とする施設内研修を実施するなど、研修効果の実効性評価の仕組みを期待します。
-----	--

-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	b	c
------------------------------	---	---	---	---

<コメント>

共 通	外部研修に関する情報提供は適切に行われていますが、コロナ禍の影響があって参加は容易ではありません。前項で評価したように、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修の機会確保は難しく、特に新任職員のOJTに当たる研修担当職員の設定が不十分です。
-----	--

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	自己評価	第三者評価	自己評価
-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。	a	a	—	c

<コメント>

デイサービス	近年はコロナ禍の影響もあり、実習生を受け入れていませんが、研修・育成のマニュアルを用意し、所長を指導者として現場職員による受け入れ体制を整えています。福祉人材を育成することは、社会福祉法人に課せられた重要な使命ですので、コロナ対策を万前に施したうえで、実習生受入れの再開を期待します。なお、いわゆる技能実習生の受入れに係る取り組みは本項目の評価対象ではありません。
ケアハウス	ケアハウスらくじ苑としての実習生受入れは、デイサービス部門が担っており、ケアハウス部門は受け入れていませんので「評価外」とします。

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

	デイサービス		ケアハウス	
	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
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。				
-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	a	b	b

<コメント>

共 通	法人・事業所の理念や提供する福祉サービス内容、財務情報等は、HPやパンフレット等の広報媒体により公開されています。苦情・相談の受付体制や第三者委員の設置状況も公表していますが、苦情・相談内容やその解決状況の公表には至っていません。こうした情報公開は、公費による事業を実施する法人としての説明責任であるとともに、利用者等や地域に施設の理解を深めるための重要な取り組みですので、より積極的な公開を期待します。
-----	--

-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	a	b	c
-------------------------------------	---	---	---	---

<コメント>

共 通	令和2年度の事業計画にガバナンス体制強化とこれに向けた人材育成を謳い、職務等級基準を定めてそれぞれの職務分掌を明確にしています。らくじ会グループ全体での経営統治を徹底して諸ルールを定め、公正で透明性の高い運営を推進しています。しかしながら、この点に対する職員の評価は強く肯定する意見が皆無で、否定が約2割、そして「わからない」が6割近くに及んでいます。地域社会や利用者等に向けた透明性も大切ですが、職員に対して情報を提供して施設運営に関する関心や理解度を深めることは、施設・事業所の組織改善につながる第一歩となるものですので、積極的な取組が求められます。
-----	---

II-4 地域との交流、地域貢献

デイサービス		ケアハウス	
第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
-1 利用者との交流を広げるための取組を行っている。	b	a	b

<コメント>

共 通	利用者との交流を図る取組としては、ボランティアの活用や、地域行事への参加、利用者による地域資源の活用促進などがありますが、いずれもコロナ禍の中でやや低迷しています。職員による地域清掃活動は、本項目で評価できることには該当しません。デイサービスであれケアハウスであれ、利用者との交流を広げるための取組は、利用者の主体的な生活への意欲やQOLを高めるとともに、地域と事業所の相互交流を促進するための大切な取組です。地域とのかかわりについては、以上の趣旨にそった考え方を文書化することが求められます。
-----	---

-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	a	c	c
--	---	---	---	---

<コメント>

共 通	ボランティアの受入は、前項目で評価した利用者との交流を図るとともに、施設に外部の目を入れて運営の透明性に資する大切な取組です。学校教育への協力とは、福祉教育を充実することを目的とするものです。いずれも利用者のQOLを高めるとともに地域福祉を推進する一方で、様々なリスクやデメリットもありますので、導入にあたってはその目的と基本姿勢を明示するとともに具体的なマニュアルを整備して適切な研修、支援が必要となります。施設では従来、演奏や踊りなどのボランティアを積極的に受け入れていましたが、現在はコロナ禍の影響を受けてほぼ中止となっています。ケアハウスにおいては、施設の実態上、慎重な対応を要するようです。感染症対策を万全に施して、受入れの再活性を期待します。
-----	---

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
-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。		b	a	b	b

<コメント>

共 通	利用者へのサービス提供に有用な地域の社会資源をリスト化し、担当職員会議等でその共有を図っています。また、自治会や地域包括支援センターが実施する地域包括ケア会議に出席して連携や情報の交換を行っています。ただ、それらの関係機関・団体と連携して、共通の課題の解決に向けた具体的な協働の取組には至っていません。今後は、関係機関・団体とのより密接な関係の強化と具体的な取り組みに発展することを期待します。
-----	---

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	自己評価	第三者評価	自己評価
-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。	b	a	b	a

<コメント>

共 通	前項目でふれた各種の関係機関・団体との連携や、職員による地域の清掃活動を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めています。一方、地域社会には様々な生活環境の変化がもたらす、複雑化・複合化した支援ニーズが山積していますが、その把握に向けた地域へのアウトリーチの取組は十分とは言えません。今後は本苑が提供する福祉サービスの範疇に限定しない広範囲の生活ニーズ（生きづらさ）等の把握が求められています。
-----	---

-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	b	b
------------------------------------	---	---	---	---

<コメント>

共 通	定期的な避難訓練、地域のクリーンキャンペーンに職員が参加して、地域への公益的な取り組みを実践して、地域コミュニティの活性化に寄与しています。一方、平成28年度の「社会福祉法等の一部を改正する法律」では、すべての社会福祉事業を営む法人に、地域における公益的な取り組みを実施する責務が課せられています。今後は、福祉施設・事業所がその人的資源や物的資源を活用して、また関係機関・団体との連携のうえで豊かな地域共生社会づくりの核となる事が期待されています。
-----	--

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	デイサービス		ケアハウス	
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	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	a	b	a

<コメント>

デイサービス	法人の理念は玄関に掲示され、朝礼で唱和を行うことにより、職員の共通の理解が図られています。正規・非正規にかかわらず職員間に理念は浸透しており、サービス提供に反映されています。ですが、基本的人権への配慮に関する勉強会や研修は組織として行われておらず、状況の把握や評価等は行われていません。利用者のQO向上のためにも、積極的な取組が求められます。
ケアハウス	法人の理念は玄関に掲示され、朝礼で唱和を行うことにより、職員の共通の理解が図られています。利用者の立場に立って話を聞くという姿勢で配慮・対応していますが、一部職員に基本的人権の理解が徹底していません。勉強会や研修を通じて、基本的人権の理解を深める取組を期待します。

-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	a	b	a
--------------------------------------	---	---	---	---

<コメント>

デイサービス	プライバシー保護の規程やマニュアルは整備されていませんし、それに関する研修も行われておりませんが、職員は利用者のプライバシーに配慮してサービスの提供にあたっています。しかしながら、一部職員にはプライバシー保護と個人情報保護を同意義と捉えられている側面があり、取り組みは十分とはいえません。個人情報保護はプライバシー保護の一要素に過ぎませんので、プライバシー保護の正しい観点に特化した取り組みについての検討が求められます。
ケアハウス	重要事項説明書や個人情報に関する同意書を周知し、サービスの提供が出来ている。

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
-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。	a		b	a

<コメント>

デイサービス	施設の内容を紹介したチラシは居宅介護支援事業所を中心に配布され、施設利用を希望する人にも渡されています。チラシは文字が大きく、写真やイラストが多用されてわかりやすく作られており、適宜内容の変更が行われています。希望すれば、体験利用が可能です。
ケアハウス	入所希望者に対してホームページやパンフレットで必要な情報を提供し、相談や見学等については丁寧に説明をおこなっていますが、体験入所や一日利用は受けていません。資料は事務所において問い合わせを受けたら渡しています。今後、各関係機関に配布する等、外部に向けて積極的な情報提供の取組みを期待します。

-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	a	b	a
---------------------------------------	---	---	---	---

<コメント>

デイサービス	サービス開始にあたっては、契約書・重要事項説明書等に沿って説明が行われ文書で同意を得ています。サービス内容の変更時にも変更内容を記した書類が作成され、利用者や家族、必要に応じて介護支援専門員を交えての説明が行われています。基本的には利用者の自己決定が尊重されており、利用者本人の意思決定が困難な場合は家族の同意に基づいて行われますが、ルールとして明記された文書は作成されていません。また書類の内容は、利用者や家族の理解状況を確認しながら丁寧に説明をすることで対処していますが、今後はわかりやすいように工夫した説明用資料が用意されることを期待します。
ケアハウス	サービスの開始時は、入所契約書・重要事項説明書等に沿って説明し、文章で同意を得ています。利用者の状況変化に応じたサービス内容の変更については、介護支援専門員やご家族と相談し丁寧に説明しています。意思決定が困難な利用者への説明方法をルール化した文書の整備を期待します。

-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	b	a
--	---	---	---	---

<コメント>

デイサービス	他の福祉施設・事業所への移行に際し、サービスの継続性に配慮して引き継ぎ書が作成されますが、決められた文書はありません。また、設置されている相談窓口はサービス終了後にも相談可能であり、利用者や家族に対しその旨の説明は行われますが、内容を記載した文書の用意はありませんので、今後は説明内容を記した文書を渡す取組みが望まれます。
ケアハウス	利用者の移行先については、本人・家族・介護支援専門員と相談し決定しています。状態変化によるサービス移行については、引継ぎマニュアルは整備されていませんが、施設や病院等が要請する書式で引継ぎの文章を作成しています。利用終了後、家族等からの相談は所長が担当しています。引継ぎマニュアル・手順・福祉サービス利用終了後の対応についての文書の整備を期待します。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	a	b	b

<コメント>

デイサービス	利用者や家族からの要望や意見に対し、適宜個別に面談が行われることがありますが、定期的なものではありません。また利用者会、家族会と呼べるものは存在しませんし、利用者満足に関する調査も行われておりません。しかしながら、利用者や家族からの要望や意見に対しては、施設で検討し必要に応じて改善策が講じられています。また、利用者の満足度調査も必要であるという声が職員から上がっているとのことですので、今後の取り組みに期待します。
ケアハウス	利用者満足度調査は実施していませんが、利用者との運営懇談会を毎月実施し、サービスの向上に役立っています。利用者からの要望等については職員が検討し改善に取り組んでいます。内容や結果については翌月の運営懇談会や夕食時に利用者に報告しています。運営懇談会に参加する利用者は3割程度とのこと、利用者全員の満足度の向上を確認する取組を期待します。

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	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	a	b	b

<コメント>

デイサービス	苦情解決の体制が確立されており、重要事項説明書にも明記され利用者や家族に説明されています。苦情が提示されれば施設内で検討が行われ、必要に応じて改善策が講じられています。施設内には苦情受付と対応の仕組みに関する掲示物がありますが、文字が小さくわかりやすいものとなっていません。苦情及び解決結果等の公表は行われていません。
ケアハウス	苦情解決の仕組みについては、重要事項説明書に明記し、入居時に説明しています。苦情解決責任者は所長、受付担当者は相談員、第三者委員2名を設置し、苦情解決の体制が整備されています。苦情受付BOXは1階玄関（風除室）ポスト横に設置されています。苦情内容及び結果等について公表する仕組みが望まれます。

-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。	b	a	b	b
---------------------------------------	---	---	---	---

<コメント>

デイサービス	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べる旨の説明が重要事項説明書に記載されており、利用者や家族に説明されています。掲示も行われていますが設置位置が高く、読みづらいものとなっています。相談用のスペースが用意され、他の利用者の目を気にしないで話ができるよう配慮されています。
ケアハウス	利用者からの相談はいつでも対応していますが、文書化された対応マニュアルは整備されていません。居室や多目的室等を活用し、相談しやすい環境に配慮しています。

-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	a	b	a
------------------------------------	---	---	---	---

<コメント>

デイサービス	職員は、利用者の話をよく聴くという姿勢でサービスに当たっています。アンケートの実施はありませんが、意見箱は施設内に設置されており、利用者が毎回持参する連絡帳で意見を把握することもあります。利用者や家族の意見は日々の「申し送り」に記録され、職員間で話し合われて検討の結果、必要に応じて改善策が講じられています。しかしながら、これらの手順を文書化したものはありませんので、文書として整備されることに期待します。
ケアハウス	利用者からの意見や要望については、その都度速やかに対応しています。内容に応じて所長・相談員・事務員で話し合い解決を図っています。相談等を受けた際の手順・対応等を定めたマニュアルの整備を期待します。

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	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	b	a

<コメント>

デイサービス	リスクマネジメントの責任者は所長とされており、事故防止対策委員会が3ヶ月に1度開催されています。事故発生時の手順は文書化されて職員への周知も図られています。事故報告やヒヤリハットは記録されており、職員会議で報告され再発防止に向けた検討も行われています。しかしながら、事故防止に関して定期的に評価・見直しを行うためには、ヒヤリハットの事例をファイリングしてまとめる必要があります。また、研修テーマが「拘束」や「虐待」等に偏っていますので、広い範囲で起こりうる事故を取り上げた研修の実施が求められます。
ケアハウス	事故防止・発生時の対応について事故発生防止及び発生対応時の指針を整備しています。事故防止委員会を3か月に1回開催し、職員に対しては年2回Web研修を実施しています。近年の事故報告書はファイリングされていますが、ヒヤリハットの収集・分析には至っておりません。事故事例やヒヤリハット事例等の原因を分析し再発防止策の取組を期待します。

-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	a	a	a
---	---	---	---	---

<コメント>

デイサービス	感染症対策については、看護師を中心とした管理体制が適切に取られています。感染症の予防と発生時の対応マニュアルは看護師の助言・指導の下に整備されていますが、定期的な見直しは行われていません。感染症に関する研修は、常勤職員に向けては定期的に行われていますが、非常勤職員が参加できるような仕組みづくりが求められます。さらに、定期的に検討の場を設け、感染症対策の評価・見直しが行われることを期待します。
ケアハウス	「感染症、食中毒・蔓延防止の基本的な指針」を整備し、感染症対策委員会を設置し、平常時の対応（予防策）・発生時の対応マニュアルが作成されています。毎月コロナ対策会議を開催し、情報を収集し迅速に対応しています。法人内で独自のフェーズ（段階）対応を決めています。フェーズが上がった場合は、家族に電話・メール・郵送等で迅速に連絡しています。

-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	b
-------------------------------------	---	--	---	---

<コメント>

デイサービス	災害時の対応体制については「緊急時の対応手順」として文書でまとめられファイリングされていますが、災害の種別ごとに作成されていません。また、実際に災害が起こった場合の利用者への対応についても、文書として用意されていません。避難訓練は半年に一度行われており、今年度は地域と合同で行う予定であったところコロナ禍により実施できなかったとのことです。状況によりませんが、次年度以降の取り組みに期待します。
ケアハウス	火災時の避難訓練は定期的実施しています。地震等の災害対応に関するマニュアルは整備されていません。利用者の安否確認の方法について具体的には示されていません。非常時の備えは水と米のみです。ライフラインが止まった時等を想定した備蓄品や調理の検討、防災計画等を整備し地域と連携するなどの取組を期待します。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	デイサービス		ケアハウス	
	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
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。				
-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	a	c	a

<コメント>

デイサービス	新人職員指導マニュアルと接遇マニュアルに、サービス提供にまつわる内容が一部記述されていますが、施設が提供するサービスの標準的な実施方法と言えるものは「業務手順」に書かれた「入浴」に関する項目だけで、他には該当するものはありません。質の良いサービスの提供を継続するうえでも、標準的な実施方法の文書化が求められます。
ケアハウス	接遇マニュアルは整備されています。質の良いサービス提供を継続するために、運営方針に基づき福祉サービスの基本となる標準的な実施方法を文書化し整備することを期待します。

-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	a
----------------------------------	---	--	---	---

<コメント>

デイサービス	標準的な実施方法が文書化されていないので、現時点では見直しを行う仕組みがありません。唯一標準的な実施方法に該当する「業務手順」に書かれた「入浴」に関する項目も、文書化されて以降見直しが行われていません。質の良いサービスの提供を継続するうえでも、標準的な実施方法の文書化と定期的に見直し仕組みづくりが求められます。
ケアハウス	質の良いサービスの提供を継続するうえでも、標準的な実施方法を文書化し、定期的に見直し仕組みづくりが求められます。

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。	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
-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	a	—	a

<コメント>

デイサービス	通所介護計画書は、アセスメントに基づき適切に作成されており、利用者一人ひとりの具体的なニーズも明らかにされています。支援困難ケースに対しては、地域包括支援センターや社会福祉協議会の協力を得て対応しています。職員はその日提供したサービスの内容を申し送り書にまとめることになっており、上司をはじめ他の職員は記録を確認することで状況の把握を行っています。
ケアハウス	非該当。 入所者のケアプランは個々に外部の介護支援専門員が作成しています。介護サービスについては、同一敷地内にあるデイサービス、訪問介護で対応しています。自立が前提の施設なので、要介護3の身体状況になった時には、利用者・家族等の意向を尊重し、施設の移行等含め継続的な福祉サービスの提供が受けれるように、介護支援専門員と相談して対応にあたっています。

-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。	a		b	a
---------------------------------	---	--	---	---

<コメント>

デイサービス	通所介護計画書は半年毎の見直しを基本としていますが、必要があれば適宜行われています。必要に応じてサービス担当者会議も開催されています。緊急に変更する必要がある場合は、介護支援専門員と協議の上、必要に応じてケアプラン、及び通所介護計画書の変更が行われています。変更された計画書の内容は会議で報告され、関係職員に周知されています。
ケアハウス	利用者への対応・見直しは、介護認定調査や区分変更等、利用者の変化に応じておこなっています。福祉サービスの質の向上に関わる課題の記録や、組織として手順や仕組みについて文書化し整備することが望まれます。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
-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。	a	a	a	a

<コメント>

デイサービス	個人のケース記録をはじめ、記録は決められた書式でのパソコンによる管理が基本となっており、職員間で共有が図られ、個別に情報を得る事ができます。アセスメントや利用者の情報は書面でファイルにも保管されており、必要に応じて閲覧ができるようになっています。
ケアハウス	毎日の朝礼、業務日誌等で日々の利用者の状況を共有しています。記録はPCで管理しています。事務所内ではデスクネット（社内メール）やラインワークス（役職者情報共有）で、迅速に情報の交換・共有ができる仕組みが整えられています。

-2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	a	a	a
＜コメント＞					
デイサービス	<p>個人情報の取扱いについては書面が作成されており、利用者・家族等に説明がなされて同意を得ています。また、職員にも内容は周知されており、かつ職員は法人に対し誓約書を提出しています。個人情報保護に関する研修も行われていると自己評価のコメントにありましたが、訪問時行った書類調査やヒアリングでは、個人情報保護に関する研修の実施は確認できませんでした。個人情報保護に関する研修が実施され、内容が職員間に浸透するよう、今後の取り組みに期待します。</p>				
ケアハウス	<p>法人のホームページにはプライバシーポリシー、個人情報保護に対する基本方針等が掲載されています。個人情報の取扱いについて契約時に利用者・家族等に説明し、取扱いに関して文章で同意得ています。また、職員は誓約書を提出しています。</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 (養護老人ホーム 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (養護老人ホーム 付加基準)

評価対象A-1 生活支援の基本と権利擁護	デイサービス		ケアハウス	
	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A-1-(1) 生活支援の基本	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b	b	非該当	b
A② 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。	非該当	非該当	非該当	非該当
A③ 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。	非該当	非該当	a	a
A④ 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	b	a
A-1-(2) 権利擁護	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A⑤ 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 ※この項目は「a」または「c」で評価します	c	a	c	c
評価対象A-2 環境の整備	デイサービス		ケアハウス	
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A⑥ 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	b	a
評価対象A-3 生活支援	デイサービス		ケアハウス	
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A⑦ 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	b	b
A⑧ 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	a	非該当	a
A⑨ 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	b	a	a
A-3-(2) 食生活	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A⑩ 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	a	a	a
A⑪ 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	b	a
A⑫ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	c	非該当	a
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A⑬ 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b	b	非該当	b

(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 (養護老人ホーム 付加基準)

7 事業者の自己評価結果 (養護老人ホーム 付加基準)

A-3-(4) 介護職員による喀痰吸引・経管栄養	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A ^⑭ 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。	b	b	非該当	c
A-3-(5) 機能訓練、介護予防	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A ^⑮ 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	b	a
A-3-(6) 認知症ケア	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A ^⑯ 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b	b	b	b
A-3-(7) 急変時の対応	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A ^⑰ 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a	a	b	a
A-3-(8) 終末期の対応	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A ^⑱ 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。	非該当	非該当	非該当	c
評価対象A-4 家族等との連携	デイサービス		ケアハウス	
A-4-(1) 家族等との連携	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A ^⑲ 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a	a	a	a
評価対象A-5 サービスの供給体制	デイサービス		ケアハウス	
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価
A ^⑳ 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。	非該当	非該当	非該当	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(要約)

■利用者の満足率は、ケアハウスで67%、デイサービスで82%と、いずれも良好な結果と言えます。

■ケアハウスでは、居室等の生活環境が快適で、職員も優しいというのが評価のポイントになっています。

要支援～要介護2程度の方が多くですが、基本的に自立なので、日常的介護を必要としていません。

不足があるとすれば、レクリエーションの機会があまりないことくらいとみられます。

■デイサービスでは、利用者本人、家族を含めて全般に肯定度が高くなっています。

職員の言葉遣いや態度に94%が肯定評価をしているほか、事業所の良いところとして、参加して楽しい、スタッフ全員が親切で優しい、休みの日がなくいつでも見られる、などたくさんの意見が挙がっています。

(詳細は別紙レポート)

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント