

(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：株式会社 らくじ会

評価実施期間：令和3年7月26日～令和3年11月26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10月1日現在】

事業所名称 (施設名)	らくじ苑大和西大寺 介護付有料老人ホーム(賃貸式)	サービス種別	一般型特定施設入居者生活介護
開設年月日	平成24年7月1日	管理者氏名	株式会社 らくじ会
設置主体	平成17年10月1日	代表者 職・氏名	代表取締役 森山 憲克
経営主体	令和〇年〇月〇日	代表者 職・氏名	施設長 吉本 雄一
所在地	〒631-0824__	奈良市西大寺南町6番地11号	
連絡先電話番号	0742-49-4165	FAX番号	
ホームページアドレス	http://www.s-rakuji.com		
E-mail	saidaiji@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】

定員	90人	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3年10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		
施設長	1					
生活指導員	1					
ケアマネージャー	1					
介護職員	24		12			
看護職員	2	1		3		
機能訓練指導員	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	

3 評価の総評

◇特に評価の高い点

■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、健全な事業運営が推進されています。（評価項目No.2）

■入所時の説明が丁寧に行われています。（評価項目No.31）

■セントラルキッチンから提供される食事は、おいしくまた栄養管理も適切です。食事の提供方法も利用者の心身状況に配慮されています。（評価項目A⑩⑪）

■利用者の家族等との連携や支援が適切に行われています。（評価項目A⑱）

◇改善を求められる点

■中・長期的なビジョンを文書で明確に示して組織内外に周知する取組が見られません。（評価項目No.4）

■事業計画を利用者等にわかりやすく説明する取組が求められます。（評価項目No.7）

■苦情解決の仕組み（評価項目No.34）

社会福祉法第28条において、社会福祉事業の経営者は、利用者等からの苦情の適切な解決に努めることが求められています。

利用者等への周知と理解の促進、苦情を申し出やすい配慮や工夫のしくみづくりや福祉サービスの質の向上に向けた取り組みの一環として苦情解決状況の公表に期待します。

■提供する福祉サービスの標準的実施方法（各種マニュアルについて）（評価項目No.40、41）

パート職員が多い職場では、長期的な計画性をもって職員を育成することが難しく、サービスの質を一定水準に保つための「標準的実施方法」の確立が重要です。

標準的実施方法と同じ理由により、らくじ苑西大寺としての各種マニュアル整備が求められます。また、作りっぱなしで良いというものではなく、作成された日付を入れて、適宜、見直す仕組みも必要です。

4 施設・事業所の特徴的な取組

■ 利便性と環境に恵まれた憧憬の立地

再開発で駅南エリアが美しく生まれ変わった「大和西大寺」駅すぐの立地

■ 現在の身体機能の維持や向上を目指す取組

日々の活動を増やしていくことにより、心身ともにいきいきと、生活機能を高めていただけるようサポートいたします。「入所時よりも元気になった」「体が動くようになった」との声がでるようなサービスを目指しています。

■ 24時間安心の見守り体制と医療機関との連携

■ 管理栄養士の指導のもと、四季の素材を豊富に使ったお食事をご提供しています。

■ 安心、安全、快適な居住空間

■ 清潔で手入れに行き届いた充実の設備仕様

(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（社会福祉法人楽慈会、医療法人楽慈会と株式会社らくじ会）の理念は、グループは目指す事業の共通理念を明示し、同じく“こころ”がまえ10か条は職員の行動規範を示す「基本方針」となっています。理念・基本方針はグループの総合パンフレットやホームページに記載され、毎日の朝礼で職員は唱和するなど、周知が図られています。</p> <p>ただ、その内容があまりにも基本中の基本であるために、グループの目指す特徴や具体的な方向性が認識しにくいという面があるようです。職員に対して、唱和の習慣づけも大切ですが、具体の業務にリンクさせた振り返りを重ねて、共通理解を深めることが求められます。</p> <p>また、理念・基本方針は事業所が提供する福祉サービスの姿勢を示すものですから、利用者や家族等、さらには地域社会にも広く周知する必要がありますが、利用者や家族等への説明も特に積極的に取り組まれているとはいえ、周知は十分ではありません。</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。	a	a
<p><コメント></p> <p>毎月の法人の全体会議では、有料老人ホームとしての事業経営をとりまく環境や施設利用の充足率、収支状況を確認し、各施設の情報共有を図っています。社会福祉法人、医療法人、株式会社の複眼的なアプローチを通じて地域ニーズの把握・分析がなされ、経営の合理化が図られていることは高く評価されます。</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	a
<p><コメント></p> <p>前項で示したように、法人全体会議等において経営環境の把握・分析が行われ、経営課題は明確化されています。改善すべき課題は役員間で共有され、具体的な取組が事業計画として明文化され、着実に取り組まれています。</p> <p>しかしながら、課題や改善の取組が文書に示され、会議等においても説明されているにも関わらず、職員間への周知や共通認識は十分ではありません。大きな法人であり、また事業所が多岐に及ぶ中で、経営トップと各管理職、幹部職員から一般職員、非正規職員に至る階層間の意思疎通が重要です。施設長は、より丁寧に説明を施す一方、職員も協働して取組に参画する気運を育むことを期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>中長期計画とは、3～5年先を展望した事業計画および収支計画を指します。単年度計画の継承の先にあるといったものではありません。法人・事業所が掲げる理念・基本方針に沿って、これを数年先に実現していこうとするビジョンです。そうした観点から、中長期的なビジョンを明確にした計画の策定はされていません。ただ、単年度事業計画として策定された計画には単年度では達成できないような計画も散見されますので、こうした計画を単年度計画とは別に整えることによって、先を見越した事業推進を企図することが大切です。</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	a
<p><コメント></p> <p>単年度事業計画は、現下の課題に即してこれを克服していこうとする具体的な内容となっています。単なる行事計画ではなく、テーマごとに実施状況の評価・確認が可能となっています。いずれも解決が急がれる重要な課題に対する計画となっています。福祉サービス第三者評価ガイドラインでは、中長期計画の策定が形をなしていない場合は、「c」評価となります。しかしながら、前項の評価で指摘したように、単年度事業計画においても、次年度以降にかかる計画を明記していますので、今後の中・長期計画の明文化を期待して「b」評価とします。</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。	b	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は、まず経営トップからの方針表明があり、これに沿った事前予告を踏まえて職員からの意見の聴き取りを経て、各事業所管理者が策定して、職員に周知しています。それぞれの時期や手順は確定していますが、そのプロセスにおいて、職員の参画や理解は十分ではなく、多くの職員は「わからない」と答えています。より多くの職員が主体的に事業計画に参加することは、組織内の意思疎通を高め、事業推進のチーム力を高めるだけでなく、基幹的職員を養成する効果が期待できますので、重要な取組です。</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>事業計画を利用者に説明する取組は行われていません。家族等については、コロナ禍の以前には家族懇親会を実施して、家族等との意見交換が行われていました。その場では主として事業所の現状報告や、家族等の意向の聴き取りが行われていましたが、コロナ禍の中で取組は途絶えています。事業計画の中でもレク、リハビリ、コロナ対策等、関係が深い内容を利用者や家族に周知することは、計画に対する利用者等の意向を把握することにもつながり、また利用者等の満足や安心の糧でもあります。コロナ禍の中でも行える取組の創策を期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>令和3年度事業計画では、福祉サービスの質の向上に向けて14項目に及ぶ計画を提示しています。いずれも重要かつ喫緊の課題ぞろい、管理者が中心となって、着実にこれらを履行しています。しかしながら、それぞれの計画を推進するための委員会設置や責任者の指名、目標値の設定と完成期日の規定、定期的な評価の仕組みなど、組織的・計画的な遂行体制には至らず、専ら管理者の力量に委ねられています。</p> <p>第三者評価については、今回がはじめての受審ですので、その有無を評価することはできませんが、内部で自己評価する仕組みがこれまで講じられておらず、今回の第三者評価を契機として評価の体制を整備し、PDCAサイクルが定着することを期待します。</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	a
<p><コメント></p> <p>前項の評価とも関連しますが、取組むべき課題は前年度の振り返り（評価）に基づいて策定され明確に文書化されています。管理者は、計画の推進に尽力しつつ、適宜に達成状況を把握しながら計画調整を行っています。ただ、職員の周知や参画は十分ではありません。</p> <p>より、着実に改善を実践していくには、個人の力量ではなく組織の力を結集することが欠かせませんので、管理者には、職員が主体的に課題改善に取り組むよう、計画主旨の周知を徹底するとともに、協働のモチベーションを高めるための、職場環境づくりを期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>施設長は、自らの方針を事業計画書に記載して、年初に全職員に開示し、毎月のユニット責任者会議等の場でも繰り返し説明しています。しかしながら、現在主任が空席になっており、また施設長が相談員を兼務している状況のなかで、施設長としての役割が明確になっているとは必ずしも言えません。施設長不在時の責任者も立てることができていません。欠員の補充が成った時点で改めて職務分掌を定め、組織としての体制を明示することが求められます。</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。	a	a
<p><コメント></p> <p>施設長は、法改正等の内容を深く理解し、個別機能訓練加算や科学的介護推進体制加算等を積極的に活用して、業務の質を向上させるための取り組みを開始しています。また、介護サービス計画書（ケアプラン）と個別支援計画によるケアマネジメントの体制を再構築し、法の趣旨に沿った運営がなされるよう取り組んでいる点も評価できます。</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、サービスの質に強い問題意識を持ち、改善に向けて多くの課題を提示し具体的な方策を講じつつあります。自ら率先して事を進める姿勢も評価できます。しかしながら、その姿勢を末端にまで浸透させるまでには至っていないと見受けられます。組織内で議論を起し、問題意識を共有することで求心力を高めていくようなリーダーシップを期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>各ユニットにリーダー、サブリーダーを配置し、現場で起こる日々の問題や課題を素早く解決していけるよう体制を整えました。夜間体制については1名増員して強化するとともに、将来はフロア構成を利用者特性に応じて変えることで、より実効性の高いケアができるような体制も構想しています。また、新任職員の基礎的な学習の機会を新設し、いずれ中堅職員への研修等も行なって組織全体の技量を上げていくことも考えています。まだ着手し始めたばかりで、組織内の合意形成は十分でないとも見受けられますが、講じた策が順調に成果を納め、次の展開へと進んでいくことをぜひ期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>法人が採用キャンペーンなど積極的に行なっており、一時の人員不足からは脱しましたが、ぎりぎりの状態で充足しているとは言い切れません。人員計画はありますが、確保が難しい状況です。リーダー層を束ねるべき主任の配置と、相談員の新規採用が急務になっています。作業療法士の配置は行われましたが、その他の専門職の配置や計画的な人材育成に関してはまだ具体化されていません。また、フロアによって、正規職員とパート職員とのバランスに差があり、正規職員の比率を上げてほしいという要望が現場から出ています。</p>			
15	-2 総合的な人事管理が行われている。	b	b
<p><コメント></p> <p>以前は目標管理制度があってボーナスに反映させていましたが、運用上の問題もあって一時的にストップし、法人内で根本的な見直しが行われているところです。正規職員の昇給、昇進等については、等級制度があり経験年数や資格、評価等によってきめ細かく管理しています。パート職員は時給ですが、資格による加算や経験年数による昇給も僅かですがあります。新たに作られる人事制度が有意義なものになることを期待します。</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	a
<p><コメント></p> <p>施設長は全職員を対象に個人面談を実施して職員の希望等を聴取しています。パート職員には各種社会保険への加入等、以前より福利厚生が手厚くなって働きやすい環境になってきています。ただ、有休は計画的に取れるよう事前予約制になっていますが、子どもの急な発熱など必要な時に取りにくいという声もあります。正規職員は人数が少なく、夜勤や日報入力などの負担が大きくなっています。定期的なメンタルチェックはありますが、施設の方針を貫徹させていくためには、もっと正規職員の余力を生み出し、介護力を向上させる取り組みの方に振り向けていくことが求められます。</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	b
<p><コメント></p> <p>現在法人内で目標管理制度の作り替え作業が行われており、個人の目標設定、上司との面談、結果評価等の一連の手順が一時的に途絶えている状況です。法人として評価制度の改訂がなされた時点で再開される見込みです。</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。	b	
<p><コメント></p> <p>法人内に研修委員会はありますが、この間はコロナ感染症対策の研修や、身体拘束問題や虐待防止など必要不可欠な集団研修以外は実施できませんでした。法人内で実務者研修が可能になり、ようやく自発的な研修もできるようになってきています。今後、計画的な研修機会の増強が望まれます。そのなかで施設独自の試みとして、新人指導の標準化や定期勉強会を開始した点はおおきに評価できます。さらに幅を拡げて中堅層の教育プログラム等にも発展させていくことを期待します。</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>階層別には、新人職員や希望するパート職員を対象に隔月で勉強会を開始し、外部講師も招いて基本的な介護技術を学ぶ場を設けました。リーダー層には年に1回外部研修の機会があります。法人が行う実務者研修にも今回2名派遣しました。しかしながら、全職員をカバーすることが出来ておらず、とくに中堅職員に対する研修会参加などの機会が作れていません。また、多数を占めるパート職員の教育指導も仕組みとして用意されてはいません。今後計画的に実行していくことを期待します。</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	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。現在、専門学校等からの実習依頼がない状態です。広く福祉人材を育成する観点から、受け入れ体制を整えて積極的な姿勢を示すことを期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>情報公開は主に法人のホームページに依拠しています。財務報告がWAMNETにしかない点や、苦情報告の記載がない点などの問題はありますが、グループ全体を利用者目線で分かりやすく作り込まれています。また、らくじ会グループの総合パンフレットを地域の病院等に配付しています。さらに積極的な情報公開を期待します。</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。	b	b
<p><コメント></p> <p>施設に対する行政監査や外部監査はありません。事務についてはらくじ会グループ本部の内部チェックが入ることもありますが、通常は本部への報告だけで問題なく運営されています。</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	a
<p><コメント></p> <p>地域自治会に参加しており、今はコロナ禍で自粛していますが、例年は地域のお祭りに出店を出して職員が参加したり、盆踊りに参加したりもしていました。施設内では、近隣のボランティアの人達との交流も盛んに行われていました。コロナ前は、介護相談会や終活セミナーも行われており、施設長からコロナ対策のフェーズに合わせてそろそろ再開を考えていかないと、という発言がありました。</p>			
24	⁻² ボランティア等の受け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>コロナ前はボランティアの受け入れが積極的に行なわれていましたが、今年は納涼会、敬老会など施設内だけで行われボランティアは参加できませんでした。個人やサークル単位でも楽器演奏等のボランティア登録が多数あります。また、高等養護学校を含めいくつかの学校から職業体験も受け入れ、学校教育への協力も行っていました。いずれもコロナ収束後の再開が期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>特定施設ではあっても株式会社であることや、この地区の地域包括支援センターの活動があまり盛んでないこともあって、行政や地域ネットワークどうしの関係は密ではありません。利用者の入退所の関係で地域の病院とのつながりは多くなっています。</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	c
<p><コメント></p> <p>らくじ会グループの一施設という性格が強く、入居者も広域から来るので、とくに地域のニーズを把握するような取り組みはありません。</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	c
<p><コメント></p> <p>コロナ前は、らくじ会グループ主催の終活セミナーを当施設内で行なっていました。市内広域の人達を対象に、セミナーを通じて社会資源の紹介や老後の不安解消ができるよう働きかける内容です。また、地域の介護相談も行われていました。再開できることを期待します。</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>らくじ会グループの「理念」・「こころがまえ」は、HPや施設パンフレットに記載され、利用者支援の基本姿勢を明確にし朝礼で唱和し理解する取り組みが行われています。しかしながら、尊厳や基本的人権の配慮、利用者を尊重した福祉サービス等について「倫理規定」としては整っておらず、勉強会や研修会の機会も乏しく、日々の支援の実施状況について振り返り・確認する仕組みも見られません。今後の取り組みに期待します。</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>個室利用で、居室の出入口内側にカーテン（のれん）がかけられ不用意にあげられても室内が見えないように配慮されています。入浴に関しては、原則、同性介助としています。異性介助が必要な場合は、入所時や急な場合でも事前にきちんと説明し同意を得ています。重要事項説明書にプライバシー保護、権利擁護についての施設の取組を明記し、契約時に説明し利用者や家族に周知を図っています。しかしながら、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務を明記したマニュアル等はなく、研修の機会も確保できていません。今後の取り組みに期待します。</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>らくじ会グループの総合パンフレットを病院や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など関係機関に配布しています。また、ホームページを整備し広く情報を提供しています。施設を紹介するホームページは、写真を多用しYouTube動画等でサービスの内容が確認できるように工夫しています。利用希望者には、現在は、生活相談員が不在ですが、施設長及び介護支援専門員が機能訓練室や特別浴室、ラウンジなどを紹介する写真資料を用い丁寧に施設の説明を行い、見学にも対応しています。</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。	a	a
<p><コメント></p> <p>契約時は、入居契約書・利用契約書・重要事項説明書等に沿って施設サービス等の説明をし、身体拘束に関する説明も行い文書で同意を得ています。利用料金表や行事予定表、施設内部写真等を資料として利用者の自己決定を尊重しながら、家族等に理解が得られるように丁寧に説明しています。今後は、生活相談員を配置し、利用者対応や書類作成等、適正な運営が図られることに期待します。</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>サービスの内容の変更については、関係職員参加のカンファレンス等で決定し、介護支援専門員が丁寧に説明しています。また、他施設やらくじ会グループ内の施設への移行の際は、基本情報、ADLチェックシート、ケアプラン、介護・看護サマリー等を引き継ぎ書として整え、施設変更等の際に不利益が生じないように情報提供を行っています。</p>			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		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
<p><コメント></p> <p>「食事アンケート」は定期的実施されていますが、「利用者満足」を把握する目的でのアンケート等は実施できていません。職員が訪室の際に話を聞き、要望等はケース記録に記入するようにし、職員で情報の共有は行っています。コロナ禍で現在は行えていませんが、年に1回、施設長や介護支援専門員、介護職員等も参加して家族懇親会を行っていました。事前に要望やお困りごと等を聞き取るアンケートを実施し、家族懇親会の場で回答する形式をとり、意見や情報交換が行われていました。今後はコロナフェイズ2に合わせた新たな家族懇親会の取組に期待します。</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	a
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制は、責任者を施設長とし、らくじ会グループ本部及び公的機関や第三者委員の氏名及び電話番号を重要事項説明書に記載し、利用者や家族等に説明し、施設のエレベーターホールにその内容が掲示されています。匿名で記入できる用紙で投書できる目安箱も設置され、利用者や家族等が意見を申し出やすいように整えています。苦情の内容は、ケース記録に記入され、職員で共有し、サービスの質の向上につなげるように努めています。</p> <p>しかしながら、苦情解決状況の公表が行われていないため「c」評価となります。今後は、苦情解決状況の公表の仕方等をらくじ会グループとして検討し公表されることに期待します。</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。	b	a
<p><コメント></p> <p>職員は訪室の際に丁寧に話を聞き相談にのっています。また、施設長等はできる限り各フロアをラウンドし、利用者とのコミュニケーションを図っています。しかしながら、複数の相談方法や相手を自由に選べることを文書化できていませんし、相談方法などをわかりやすく掲示することもできていません。苦情・意見・相談については、訪室した際の聞き取りのみになっており、目安箱も1階のエレベーターホールに設置してあり、利用者が日常的に目につくところではありません。</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。	b	a
<p><コメント></p> <p>日々のかかわりの中で介護職員や看護職員が積極的にコミュニケーションをとるとともに、施設長や介護支援専門員も日々ラウンドを行い利用者が意見や相談をしやすいように配慮しています。意見や相談内容については、ケース記録に記入し情報を共有し、施設長や介護支援専門員が中心になって迅速な対応に疎めています。今後は、意見や相談等を誰が受けてもスムーズに対応ができるように手順書を整え、整えた手順書を定期的に見直すしくみづくりに期待します。</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	a
<p><コメント></p> <p>「事故発生防止及び発生対応時の指針」「夜間救急対応手順」「夜間緊急連絡フローチャート」等を定め、施設長を責任者とし、職員に周知しています。ヒヤリハットはケース記録に随時記入され、決められた様式で「事故報告書」が作成され、発生要因・対応・対策・経過を記録しています。その記録の内容を「防ぎようがある事故」「防ぎようのない事故」に分け、ユニット責任者会議で改善策や再発防止策などを検討し、リーダーから各フロア会議で職員へも周知しています。年度末に集計を行いその内容についても周知しています。今後は、職員のスキルアップのためにも勉強会や研修の機会の確保が望まれます。</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。	b	a
<p><コメント></p> <p>感染症対策委員会（施設長・介護支援専門員・介護職員・看護職員・調理員等）を設置し、感染症・食中毒の予防とまん延防止の基本的指針と感染症・食中毒まん延防止に関する体制が整えられています。新型コロナウイルス対策マニュアルには、手指の洗い方から感染者隔離体制まで細かく整えられています。また、研修会や勉強会も定期的実施されています。しかしながら、グループ他施設のマニュアルを準用していて、施設になじまないところもあるようです。また、マニュアルの作成や変更日付がなく、定期的に見直しをしているか確認できません。今後の取り組みに期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>消防計画や地震防災応急計画が策定され、定期的に火災発生場所を変えて、各室から屋外避難階段前まで避難・安全確認の水平移動訓練は実施しています。また、消防署と連携して、日中・夜間を想定した消防訓練や消火器等の使い方のレクチャーも受けています。災害備蓄に関しては、本部が中心となって管理しています。施設には、調理室やユニットに分散して水等は確保しています。しかしながら、避難訓練は自立歩行困難者を含めた訓練とはなっておらず、また、屋外の安全な場所への避難訓練はできていません。いざというときに誰がどのように行動すべきかの役割等を確認するために机上訓練の実施を期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>らくじ苑接遇マニュアルに見出しなみチェックリストや電話対応・来客対応等、施設職員としての心構えは整えられています。また、カンファレンスで利用者の意向を確認した上で提供するサービスの実施方法が定められていますが、それは個別支援の内容にとどまっています。また、らくじ会グループの他施設の支援指針やマニュアルを活用されていますが、支援を必要とする人々のニーズが多様化・深刻化するなか、福祉サービスは量的拡充とともに質の向上が求められています。継続的に福祉サービスの質の改善に取り組むためにも施設で提供する福祉サービスの標準的な実施方法を整えられることに期待します。</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	b
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法は文書化されていません。福祉サービスの標準的な実施方法の検証や見直しのしくみや職員や利用者等からの提案が反映されるようなしくみづくりに期待します。</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>入居時は基本情報のアセスメントを行い、初回の計画を策定しています。その後のアセスメントの際に、ADLチェック表等に基づき再アセスメントを実施しています。その情報と施設長、介護職員、看護職員、介護支援専門員、機能訓練職員、さらに必要に応じて医師や歯科医師、調理師も参加して月に一度行うカンファレンス会議の結果とあわせて介護支援専門員が個別援助計画書、機能訓練職員が個別機能訓練書を作成しています。介護支援専門員が他業兼務の為、半年毎に見直す仕組みもできたばかりで全ての利用者の個別援助計画書が作成できていない現状があります。また、計画通りにサービスが行われていることを確認する仕組みも整えられていないようです。</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>個別援助計画書は、一時的に入院し施設に帰ってきた時や体調不良が続いた時など随時、見直しを行っています。個別援助計画書は半年ごとに、個別機能訓練計画書は3か月ごとにカンファレンスを実施し、見直しを行うことにしていますが、いずれの計画書も作り始めたばかりで見直しまでには至っていません。今後は、関係職員へ周知する手順や見直しをする仕組み、標準的な実施方法に反映すべき基準などのを整えられることに期待します。</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	a
<p><コメント></p> <p>サービスの実施状況は、介護ソフト「ほのぼの」を活用して、ケース記録等が記入でき、利用者の情報を共有できる仕組みがあります。また、本部の情報委員会が中心となって記録の書き方に差異がでないように勉強会も実施しています。タブレットのタッチ入力を活用して随時記録することで時間短縮を図り、かつ記録内容に差異がでないような取組みも始めようとしています。個別援助計画書や個別機能訓練計画書に紐づけられた福祉サービスの実施状況の記録の仕方について、研修・勉強会が望まれます。</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	a
<p><コメント></p> <p>らくじ会グループのホームページにプライバシーポリシーとして個人情報保護に対する基本方針が定められ、個人情報保護に関する問い合わせ窓口も掲載され、開示・訂正・削除利用停止等にも対応できる旨を示しています。利用者や家族等には、契約時に説明し文書で同意を得ていますし、職員も入職時に誓約書を交わしています。しかしながら、施設の「個人情報保護規定」として定められたものはなく、また、研修や勉強会も実施できていません。「個人情報に配慮するとはどのようなことか」といった基本的なことから学ぶ機会を持ち、職員間で差が出ないような取組みに期待します。</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-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>施設は、利用者の心身の状況について把握したうえで、利用者個々の意向に従って日中の過ごし方を決めています。暮らしの意向や希望等の把握・理解が十分にできているとは言い難く、自立や活動参加への動機づけを行うまでには至っていません。利用者一人ひとりに応じた生活となるような支援を目指して、利用者が本当に望んでいることを汲み取るための組織的な取り組みが求められます。</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	b	b
<p><コメント></p> <p>本施設は特定施設生活介護の指定を受けており、本施設に入所して受けるサービスは介護保険の対象となっています。介護保険以外の行政手続、生活関連サービス等の利用が必要となった場合、施設は必要に応じて対応にあたる用意があります。また、利用者の希望は日中活動に反映され、活動メニューが複数用意されています。一方で、自分の意向を明確にできない利用者に対する組織的な対応方法が確立されていませんし、決定された日中活動のメニューが本当に満足につながっているかを把握する体制が取られていません。さらに利用者への支援は、自立や社会参加という観点よりも安全の確保を重視したものとなっています。安全を確保し無用なケガを避けることも大切ですので、リスクを回避する方策等の検討が行われたうえで、自立や社会参加という観点での支援が行われることに期待します。</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>利用者の思いや希望の把握を心掛けながら、職員は利用者の支援に務めています。そのために、自分の思いや希望をはっきり言えない利用者には、文字盤やコミュニケーションカードなど利用するなど、さまざまなコミュニケーション方法に取り組んでいます。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉使いには気を付けるよう、らくじ会グループ全体で職員に促していますが、職員アンケートによると、利用者との距離が近くなると、つい丁寧さにかけてしまう場面もあるようです。職員に対し、丁寧な言葉遣いをする事への徹底が望まれます。</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

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>身体拘束についてはらくじ会グループ全体で講習が定期的に行われており、身体拘束に関する指針や、緊急やむを得ない場合に一時的に身体拘束を実施する際の具体的な手続と実施方法等は明確に定められています。しかし身体拘束以外の、利用者の権利擁護に関する規程・マニュアル等が整備されておらず、具体的な取り組みについて記したものが存在しません。現在、利用者の安全に配慮してやむを得ず制限を加えざるを得ない場合も否定できませんが、可能な限り「身体拘束ゼロ」に近づけるような取り組みと検討が求められます。</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	a
<p><コメント></p> <p>施設は、室内の明るさや温度管理、換気などに気を配り、利用者が快適でくつろいで過ごせる環境づくりに努めています。利用者が集まるリビングには、季節に応じたしつらえをすることで、日常の変化を感じられるような配慮がされています。これまでの生活を尊重した過ごし方に向けてできる限りの配慮や工夫はなされています。しかしながら、施設という性質上、これまで暮らした家の雰囲気と全く同じにはならない中で、可能な限り近付けるべく取組が継続して行われるよう望みます。さらに、職員アンケートの回答の中に清掃面が十分ではないというコメントがあり、階によって差があるようだという意見もありました。一定の基準や共通の手順を設けるなど、全てのフロアが同じように良い環境に整えられるための取り組みが求められます。</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>利用者の心身の状況や意向を踏まえて入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援が行われています。自力で入浴できる利用者に対しても、安全を考慮して職員による見守りが行われています。入浴を拒否する利用者については声掛けなどで工夫を凝らし、状況によっては入浴日を変えるなどして対応にあたっています。入浴可否の判断基準は明確に文書化はされていませんが、利用者の健康状態や状況に基づいて入浴可否の判断がなされています。</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

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>利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつのための支援、配慮や工夫はなされています。できるだけ自然な排せつを促すために便所まで誘導し便器に座らせたり、排せつを促進する乳製品の接種や腹部のマッサージなどを施す等の取り組みが行われています。排せつ行為が自立している人へは特段何の対応も行われていないので、排便動作を含めて何らかの問題が発正していないか、早期に発見できるような取り組みが求められます。また、職員アンケートによると、利用者の排せつ動作に関して尊厳や感情(羞恥心)に対し、少し配慮に欠けるところがあるという回答がありました。職員の時間的余裕の不足が原因の一つと考えられますので、改善に向けての今後の取組に期待します。</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	b	b
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されており、利用者の安全な移動に配慮して見守りや介助が行われています。利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるように支援をすることを基本としていますが、利用者の体調次第で安全面を重視した結果、車いすでの移動に切り替えられることもあります。また、移動の自立に向けた働きかけとして、トイレまでの移動など移動距離が短い場合は手引き歩行を促すなどの取組がなされていることもありますが、職員の余裕如何によることも十分とは言えません。</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>らくじ会グループが運営する全ての施設の食事は、セントラルキッチンの機能を果たす別の施設の厨房で衛生・栄養管理のもとで調理され、真空状態で配達されます。温度を保った状態で各フロアに運ばれ配膳されますが、ご飯と汁物は各フロアで用意され、温かいものは温かく、冷たいものは冷たい状態で食べられるような体制がとられています。食事は一人ひとりの前にランチョンマットを敷いて食器を並べ、家庭での食事の雰囲気にならぶよう工夫されています。衛生管理面では、配膳前の手洗い方法や残飯処理の手順が決められており、手順に従って適切に行われています。食事のメニューは決まっていますが、別料金で違うメニューを選ぶことができます。</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>セントラルキッチンで調理され運ばれてきた食材は、利用者の嚥下、咀嚼状態により歯科衛生士、看護師と相談の上で「刻み食」「とろみ食」などの食事形態が決められ提供されています。食事介助が必要な方以外は自立での食事となっていますが、安全な食事となるように職員がその日の状態をよく観察しながらサービスに当たっています。利用者一人ひとりの食事、水分の摂取量を記録し、不足している場合は声掛けを行って補うように対応しています。</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

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>利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援として、歯科衛生士の指導の下で利用者の口腔ケアが行われており、職員に対しては、口腔ケアに関する研修が実施されてします。週2回の歯科医の往診により利用者の口腔内のチェックが行われ、口腔ケアの方法や問題点などの確認の上で、必要に応じて口腔ケアの見直しが行われます。食事の前には必ず口腔体操を行って誤嚥予防を図り、食後は歯磨き等で口腔内を清潔に保つことに努めています。自分でできない利用者には職員が介助を行い口腔状態を確認する一方で、自立の方の口腔チェックが手薄になりがちという現状があります。一人ひとりの状態に応じた口腔ケアの計画が作成され、計画に基づいて適切な口腔ケアが行われることに期待します。</p>			
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>褥瘡対策のための指針は整備されていますが、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確認するまでには至っていません。褥瘡予防に関する最新の情報は看護師により収集されていますが、職員への周知や日常のケアに取り入れるといった取り組みが不足しています。職員の意識を高めるためにも、職層予防に関する講習会の充実が求められます。</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>非該当</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>本施設では最近、機能訓練指導員の配置が行われ、利用者一人ひとりの状況に応じた機能訓練や、専門的見地からの訓練への助言・指導等の取り組みが始まったところです。利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援につながるように、この取り組みの今後の経緯が期待されます。</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

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>職員は、医師及び看護師等の関係職員との連携のもとで、利用者一人ひとりの状態や機能に合わせてサービスの提供を行うように取り組んでいることは職員からの聞き取りで判断できました。一方で、いついかなる場面においてもそのように出来ているのかという点で難しさを感じている職員の存在が、職員アンケート結果から読み取れます。職員の認知症への理解を深まるように、らくじ会グループとして認知症に関する研修の実施を求めます。</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	a
<p><コメント></p> <p>毎朝の検温とバイタルチェックは看護師と連携して行われ、体調の変化を感じたときは、すぐに看護師に相談し対応にあたっています。日々の利用者の健康状態は記録され職員間で共有が図られているため、利用者の体調の変化には気付きやすい仕組みとなっています。また、急変時の対応についてのマニュアルは整備されており、緊急時の対応に関する研修が年に1・2回開催されています。しかしながら、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修については記録を見る限り十分行われているとは言えません。今後、何らかの取り組みがなされることを望みます。</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	a
<p><コメント></p> <p>利用者が終末期を迎えた場合の手順を示したマニュアルは用意されており、職員に周知が図られています。家族に対しては終末期を迎えた場合の対応方法について説明し、意向を確認したうえで医師・医療機関と連携を取りながらケアが進められています。しかしながら、終末期のケアに関する研修や知識が十分ではないと感じている職員が少なからずいることと、終末期のケアに携わる職員に対する精神的なケアは、職員同士の接し方に委ねられており、組織としての取組までには至っていません。職員への終末期のケアに関する研修と、職員への精神的ケアへの取組みが今後の課題です。</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	a
<p><コメント></p> <p>利用者へのサービスの内容は本人を含め家族に説明され、同意のもとで利用者に提供されています。利用者の状況によりサービスの内容が変更される場合には、その都度本人を含め家族に説明が行われています。年1回家族会が開催され、家族の意見や要望を聞く機会となっていました。コロナ禍の昨今では行われていません。利用者の施設での様子をは、写真と共に「お便り」として記したものが、月1回家族に発送されています。</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(別紙)

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント