

福祉サービス第三者評価結果報告書(公表用)

【受審事業所情報】

事業所名称	地域密着型特別養護老人ホーム ふるる
運営法人名称	社会福祉法人 幸和会
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	浅井 史子
定員(利用人数)	29名
事業所所在地	〒561-0817 大阪府豊中市浜3-8-4
電話番号	(06) 6336 -8865
FAX番号	(06) 6336 -8867
ホームページアドレス	http://www.fururu-home.com
電子メールアドレス	fururu2goukan@mountain.ocn.ne.jp

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人力ロア	
大阪府認証番号	第270006号	
評価実施期間	平成27年1月27日	
評価結果決定年月日	平成27年3月26日	
評価調査者氏名(役割)	0401A055 (運営管理委員)	()
	0401A045 (専門職委員)	()
	0901A013 (専門職委員)	()
	()	()

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する 事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
-------------------------	--

第三者評価結果の概要

評価機関総合コメント

- ・大阪郊外ではありますが、近くには商業施設があり不便を感じず、緑豊かな住みやすい立地だと思います。施設内の掃除が行き届いて清潔感を感じました。
- ・キャッチフレーズ「ゆったりとおだやかな時間をお過ごしいただけますようお手伝いいたします。」の通り時間がゆったりと流れていて利用者一人一人がおだやかに過ごされていらっしゃいました。
- ・地域との関係を大切にしておられホールの解放や事業所の推進会議に町会の方も参加していただくなど地域密着型の施設として根付かれているのがよくわかりました。
- ・施設としてのアピールポイントが「職員がみんなやさしいです。」と管理者の方が自信を持って言っておられた通り、見学等で利用者主体のサポートをされていると見受けられました。
- ・管理者と職員の関係についても職員の意見を取り入れる工夫には大変関心させられました。施設をみんなでよくしていこうという意欲を大変感じられました。

特に評価の高い点

- ・パンフレット・ホームページに記載されている「ゆったりと、おだやかな時間を過ごしていただけるよう、お手伝いいたします」の通り、フロア内は時間に追われる事なく両者主体となっていました。
- ・具体的事例を挙げますと、生活の中で、決められた日課がなく、クラブ活動やレク活動等も自由に参加でき、入浴についてもどの時間帯についても入浴可能となっていました。また入浴準備から入浴終了まで一人の職員が介助するなどの工夫もおこなわれています。
- ・ご利用者にとって食事楽しみの一つだと思いますが、一人ひとりゆっくと食事を摂られており、お盆からランチオンマットに配膳しなおすなどの心遣いがされていました。

改善を求められる点

- ・利用者満足の向上に向けた取り組みについては、担当者（各職種）により、個々に聴き取りが行われ、評価・検討が行われ記録されていますが、紙媒体によるアンケート（利用者・ご家族向け）は定期的に行っていないとの事ですので、委員会等を立ち上げ計画的に実施されては如何でしょうか。
- ・介護マニュアルや規程がプライバシー保護や個人情報保護の観点で整備されていますが、単独のマニュアル作成や研修が実施されていませんでした。プライバシー保護、個人情報保護についてのマニュアルの整備、研修の実施をすることで明確化したいと思います。

第三者評価に対する事業者のコメント

・今回、外部評価を受けることにより、日頃介護を行っている中で改善すべき点があることに気付かされました。紙媒体によるアンケート調査は、「食事」に関しては利用者様にアンケートを実施しておりましたが、それ以外に関する「満足度調査」は行っていませんでしたので、今後行っていきたいと思います。地域に根付いた施設を目指しており、地域の方々との交流も盛んに行っていますが、地域の福祉ニーズは何か、もっと把握していかなければならないと思います。研修に関しては、ご指摘の通り、「個人情報保護」についての研修が行われていませんでしたので、今年度の研修計画の中に取り組みました。今後も引き続き、顧客満足度向上のために努めて参ります。

評価細目の第三者評価結果

判 断 基 準 項 目	評 価 結 果
評価対象 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、基本方針が確立されている。	
I - 1 - (1) - ① 理念が明文化されている。	a
I - 1 - (1) - ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
I - 1 - (2) 理念や基本方針が周知されている。	
I - 1 - (2) - ① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
I - 1 - (2) - ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント	
<p>理念「ゆったりとおだやかな時間をお過ごしいただけますようお手伝いいたします。」に沿った基本方針が明文化されています。職員には会議、研修にて、利用者等にはホームページや施設に掲示され周知されています。</p>	
I - 2 計画の策定	
I - 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
I - 2 - (1) - ① 中・長期計画が策定されている。	a
I - 2 - (1) - ② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b
I - 2 - (2) 計画が適切に策定されている。	
I - 2 - (2) - ① 計画の策定が組織的に行われている。	a
I - 2 - (2) - ② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント	
<p>理念、基本方針に沿った中・長期計画が策定されています。中・長期計画を踏まえた事業計画が経営会議、営業会議、運営会議等にて策定され、職員には会議、研修で、利用者には閲覧できるように受付窓口において周知されています。計画の中に実施状況や数値目標を設定されていなかったため設定することで目標がより明確になるのではないのでしょうか。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a

評価機関コメント

管理者の役割と責任が運営規程にて明文化されています。法令遵守等を正しく理解するための研修も積極的に参加されています。
サービスの質の向上について現場職員の意見を取り込むために全職員に2か月1回業務やサービス内容についてのアンケートを実施するなど工夫もされています。管理者が中心となってサービスの質の向上を目指しておられます。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握		
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	a

評価機関コメント

全国規模研修参加や地域関係者を巻き込んだ運営推進会議にて事業をとりまく環境を把握されています。公認会計士と顧問契約をしており外部監査、経営分析や改善すべき課題の指導を受けておられます。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
Ⅱ-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
Ⅱ-2-(3)-②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a
Ⅱ-2-(3)-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-①	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a
Ⅱ-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a

評価機関コメント

法人内に人事担当職員が配置されており、人員体制、採用、職員の苦情、研修計画など人事管理体制が整っています。外部から講師を招く等、施設内研修についても積極的に行われています。実習生の受け入れも実施されており実習目的別にプログラムも構築され、担当職員が実習指導者研修に参加するなど受け入れ体制も整備されています。

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。

II-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
II-3-(1)-②	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a

評価機関コメント

緊急時マニュアルが整備されており研修も行われています。
リスク委員会が設置され体制が整備されています。委員会が月1回開催されており事故の検討、感染症について、安全確保、事故防止等の会議、研修が行われています。

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a
II-4-(1)-③	ボランティア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。	a

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	b
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a

評価機関コメント

地域の祭礼時に神輿が事業所を訪れ、ご利用者との交流の機会が持たれています。無償で貸し出される交流スペースでは地域の行事会議・打ち上げ等も行われ、事業所からは地域の方に向けた専門的な研修会・講習会も開催されています。ボランティアの受け入れについては規定が明文化、登録台帳・活動内容記録が保管されています。運営推進会議が定期的で開催されており、出席者には地域民生委員の他、地域自治会役員、関係機関職員も出席され、その場において地域の福祉ニーズの把握が行われ、地域住民の参加の元、防災訓練等も行われています。

評価対象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。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	b
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	b
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b
Ⅲ-1-(4) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(4)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a

評価機関コメント

「おだやかに過ごす ゆったりと過ごす 毎日を大切に過ごす」を、基本方針の一つとして、パンフレット・ホームページに挙げられており、人権・プライバシー保護規定等が整備され、新任者・職員研修も行われています。利用者満足向上への取り組みについては、利用者担当職員・ケアマネージャーによって聴き取りにて行われていますが、紙媒体での満足度調査は近年行われていないとの事なので、早急な実施が望まれます。苦情解決の体制については、重要事項説明書記載により、利用時に説明が行われており、事業所掲示板にも第三者委員等、わかり易く掲示されています。

Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	—
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	—
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
Ⅲ-2-(2)-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。	a
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	家族との連絡を密にし、面会等の配慮を行うなど、家族等との連携について積極的に対応している。	a
Ⅲ-2-(4)-②	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
Ⅲ-2-(4)-③	嗜好品や外出希望など、利用者個人の選択や望みに、可能な限り応じられるよう配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-④	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	—
Ⅲ-2-(4)-⑤	居室は、利用者が安全・快適に過ごせるように配慮がなされている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑥	食事は、楽しくゆとりを持ってできるよう工夫されるとともに、利用者の好みが尊重されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑦	入浴は、利用者が安心して安全に入浴できるとともに、プライバシーにも十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑧	排泄は、可能な限りトイレでの排泄を促しながら、介助の際には、衛生面やプライバシーに十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑨	移動・移乗は、利用者の身体機能を把握し、安心・安全に介助がなされている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑩	リハビリは、利用者とも話し合いのうえ目標、実施計画が設定され、評価を行いながら効果的な実施に努めている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑪	レクリエーションは、メニューが多彩に用意され利用者の意向に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑫	認知症高齢者については、問題行動がある場合に、その原因の究明除去及び適切な対応が行える体制がとられている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑬	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a

評価機関コメント

今回初めて第三者評価を受審されサービスの質の向上に積極的に取り組まれています。次回受審時に今回の結果を踏まえて取り組むべき課題や改善計画について評価できることを期待しています。サービスのマニュアルの整備、見直しが定期的に行われており研修等も行われています。利用者に関する記録の保管方法等についても規定が定められておりました。ただし、個人情報保護についての職員研修が実施されていないこととマニュアルが確認できませんでしたので研修の実施とマニュアルの整備をされることをお勧めします。

ユニットケアと少人数での対応という利点を生かして、きめ細かな配慮が随所に感じられました。クラブとしては活動はありませんがレクリエーションや行事が活発に実施され、自分の好みに応じて参加できるようになっていました。居室も自分の筆筒やテレビが持ち込めるとのことで自宅に近い雰囲気作りがされていました。食事では、朝食時、パンかご飯を選択でき、ご飯や生野菜の盛り付けは食事直前に行われていました。器も各自の食事量や持ちやすさなどが配慮されていました。入浴では身体状況の応じた形態で安全安楽な入浴方法や入浴時間が朝から夕方と長く設定され、いつでも入浴可能となっていて、一人の職員が入浴準備から入力終了までをかかわることでゆったりとした入浴となっています。

利用者や家族から個々にサービス内容について聞き取りをされているとのことでしたが、満足度等として具体的に示された方が評価検討しやすいと思います。

金銭預かり管理に関しては体制として取り入れていないとの事でしたので評価しておりません。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
---	---

Ⅲ-3-(3) 入所選考について適切に取り組まれている

Ⅲ-3-(3)-① 施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	a
---	---

評価機関コメント

利用希望者に対して見学やパンフレットの配布など必要な情報を提供されています。利用者の目の届くところに重要事項説明書や利用料金、サービス内容などが掲示されており、入所されてからでも現在のサービス状況がわかるようになっていました。

医療対応が必要な利用者については、地域密着型特養の人員体制（看護師1名）では困難なことがあるため、同法人の特養へ移行するなど配慮がされています。ただし、退所時に口頭でサービスの継続性の説明を行っているとのことだったので簡単な資料を作成されるとよりわかりやすいのではないかと思います。

入所選考については、入所選考委員会が設置され委員には地域の方が入られており公平性にも配慮されています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
Ⅲ-4-(2)-③ 自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b

評価機関コメント

計画策定の責任者を定め、専用のアセスメント様式によりアセスメント・評価が行われており、見直しについては、概ね6ヶ月毎に行われています。介護・看護・栄養・機能訓練等の関係職員の参加の元、サービス実施計画書が策定されており、計画書には利用者個々の課題・ニーズが明記されています。また、策定から利用者の意向把握、同意に至る手順がマニュアルとして整備されており、サービスの実施状況は24時間シートを活用されて確認が行われています。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	入居利用者
調査対象者数	4 人
調査方法	昼食時の聞き取り

利用者への聞き取り等の結果（概要）

- ・調査の週まで施設内でインフルエンザが流行し終息したところだったので聞き取りできる場面設定ができませんでした。また食事場面も自室内にて食事をされる方もいらっしゃったりと聞き取りが不十分となりました。
- ・食事の時、声を掛けさせていただいた方は「ごはん美味しいよ」「今度の焼肉パーティー楽しみ」など楽しい生活を送っておられる言葉の返答がありました。

* 別紙報告書