

評価結果通知書

平成 27 年 4 月 2 日

社会福祉法人 幸和会
特別養護老人ホームふるる 御中

NPO法人 カロア
理事長 赤井 和枝

この度はカロアの第三者評価調査を受審いただきましてありがとうございました。
貴事業所の調査結果をお知らせいたします。今後の事業所の運営にご活用ください。

調査日 平成 27 年 1 月 29日

記

- ※ 評価結果表
- ※ 評価結果意見書
(評価結果について納得がいかない又疑問がある場合は意見を記入してカロア本部まで提出してください。)

※ご意見がない場合も『意見なし』とご記入の上
【第三者評価に対する事業者のコメント】に記載するコメントをご記入頂き
FAXをお願い致します。

尚、評価結果には大阪推奨項目が含まれておりますが、公表は全国の項目のみ
となります。
大阪推奨項目の報告に関しては、今後のご参考になれば幸いです。

カロア本部事務局
598-0072

大阪府泉佐野市泉ヶ丘4-4-33
072-464-3340

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	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	介護老人福祉施設、短期入所生活介護
代表者氏名	施設長 浅井史子
定員(利用人数)	100名(内短期入所10名)
事業所所在地	〒561-0813 豊中市小曾根4-5-1
電話番号	(06)6336-8850
FAX番号	(06)6336-8853
ホームページアドレス	http://www.fururu-home.com
電子メールアドレス	fururu121@tcct.zaq.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カロア		
大阪府認証番号	第270006号		
評価実施期間	平成27年1月29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)	0401A064	(運営管理委員)	()
	0401A046	(専門職委員)	()
	0401A143	(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	(有) ・ 無
-------------------------	---------

第三者評価結果の概要

評価機関総合コメント

国道沿いから少し入ったところにある施設は、周りに田畑や住宅があるゆったりとした生活環境に適した場所にあります。白を基調にした外観は、1階の地域とのコミュニティホールに置かれたピアノや喫茶カウンター等中の様子も覗えて、地域に開かれた雰囲気と明るさと暖かみを感じると同時に、いわゆる「施設感」を感じさせない外観となっています。

施設内も各ユニットごとに職員と利用者で自主運営がなされ、ユニット毎の個性を意識して生活環境が整えられており、個室にも各自の物品がふんだんに持ち込まれる等、利用者ごとの個性を大切にされた環境が整えられています。ユニット内のケアも個別の状態に合わせたちょっとした工夫が細部に施されて、一人ひとりが生活しやすい環境作りがされると同時に、掃除のいき届いた嫌な臭いも感じない清潔感のある環境が整っています。

利用者の意志に基づいたターミナルケアも、家族・職員との連携を密に図りながら適切に積極的に行われています。

施設内のシステムネットワークにより、利用者等情報の管理・共有の徹底、記録の簡素化等が行われ、職員の負担軽減・その他職員食堂や休憩室等の充実等により職員の福利厚生も積極的に図られています。

特に評価の高い点

◇1階の地域コミュニティホールでは、音楽コンサートをはじめ地域の方も参加する催しが頻繁に行われ、地域と利用者の交流を積極的に図っています。また、自治会・民生委員等地域の関係機関との定期的な運営推進会議の開催により、地域との連携も積極的に図っています。

◇業務推進部において、ケア方法や技術等に不安や課題を抱える職員等に対して、経験のある職員がOJTによる指導やアドバイスを、適時適切に行える体制を整えています。

◇『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』の理念に基づき、個室に私物が持ち込まれる等個性が溢れる環境作りが図られています。

改善を求められる点

◇介護・薬剤師等多種の実習を受け入れていることから、種別や段階等に応じた受入る職員の対応・基本姿勢やカリキュラム等に関するマニュアルを整備して、職員周知を図る等が行われるとより良いのではないのでしょうか。

◇定期的自己評価・第三者評価を実施・分析・結果の活用等のしくみを再構築することで、質の低下防止・向上に積極的に活用されてははいかがでしょうか。

第三者評価に対する事業者のコメント

・様々なアドバイスやご指摘をしていただき、改善すべき点がより明確になりました。ご指摘にもあります通り、今後は定期的に自己評価、第三者評価を実施していき、その結果を分析することで、介護の質の向上に取り組んでいきたいと思っております。看護師さんや薬剤師さんになられる学生さんの実習施設としての役割も担っていますが、実習生に対する基本姿勢やカリキュラム等に関するマニュアルの整備が不十分でしたので、整備していきたいと思っております。職員に対する研修もさらに充実させ、スキルアップを図っていきたいと思っております。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	
『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』の理念が明文化されていて、職員全体に周知されているのが確認できます。 理念を元にした基本方針・考え方・目指すケア等がパンフレットや事業計画等に明記されていて、内容の整合性もとれています。職員もそれらを目指したケアに努めていることが聴きとりからも確認できます。理念や基本方針について、カンファレンスにて随時説明して周知を確認したことが記録からも確認できます。 契約時以外にも、家族参加のカンファレンスや行事の際に説明する他、パンフレットやホームページでも分かりやすく明示されています。	
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。	a
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	
年次計画以外に、事業内容や分野毎の中長期に渡る課題を挙げ目標を明確にして運営にあたり、中長期の課題・目標に沿った事業計画が作成されて、評価・見直しもされています。 事業計画の作成・評価・見直しについては、各部責任者による運営会議にて行われ、また各部責任者は各部職員からの意見の吸い上げ、会議後の報告をきっちりと行っています。 事業計画については、各会議で周知を図る他、利用者・家族等も自由に閲覧が可能で、今後はホームページでの公開も計画中です。	

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		
<p>管理者は、運営規程に自らの役割と責任について文書化し、会議や研修に置いて表明、また広報誌等に掲載して表明していることが、記録等から確認できます。</p> <p>法令遵守に関する研修や勉強会に参加していることが記録から確認できます。また、それらの内容等が含まれた研修が、職員に対して行われています。</p> <p>管理者が運営会議において、実施する福祉サービスの質の現状について定期的・継続的に評価・分析を行い、職員の意見を取り込むための努力を行っていることが記録等からも確認できます。</p> <p>具体的な中長期の課題・目標に沿って、管理者がリーダーシップを発揮して運営にあたっている事が、聴きとりからも確認できます。</p>		

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

全国協議会の内容や地域での運営推進会議において、全国的な動向や地域のニーズや状況を把握しています。また、その内容は具体的な中長期の課題や目標に反映されていることが、記録等から確認できます。

運営状況について、コスト面や稼働率等についても把握・分析されていて、中長期の計画への反映、会議等での職員への周知もされています。

外部監査の実施状況も聴きとり、記録から確認できます。

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

介護福祉士等の員数を考慮しながら必要な人材の確保に努める他、無資格者についても採用後に資格取得にむけたバックアップも積極的に行う体制をとっています。定期的な職員との個別面談等を通して、職員の状況や意向を把握し、必要な事項については積極的かつ迅速に改善に努めています。

有給の取得についても、一般職員からの聴きとりにて満足している状況が確認できます。

方針等を明示した年間研修計画に基づいた施設内職員研修が実施されている他、施設外での研修にも計画的・積極的に参加しています。

介護実習以外にも、看護実習・薬剤師実習等も積極的に受け入れています。実習生のオリエンテーション用のマニュアルも作成され、学校の実習要綱に基づいた実習が行えるよう努めています。

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

リスク委員会や各種会議等において、ヒヤリハット事項や事故事例等を把握し、対応や予防的観点から修理・改善を要する事項については、早急な対応を実施しています。また緊急時の連絡網により、管理者にも連絡がとられる体制が整っています。改善策や予防策も検討され、早急に職員に周知が図られています。

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。	a
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

地域自治会や民生委員の代表、関係機関・団体等が参加する定期的な地域との運営推進会議が行われ、地域のニーズの把握や施設の状況の報告、利用者との関わる機会作りの検討等が、積極的に行われていることが記録から確認できます。

ニーズを聴きとっての利用者との個別な地域への外出や個人的な孫の結婚式への参加等、積極的な取り組みをしています。

ボランティア受入に関する方針やオリエンテーションに関する事項がマニュアル化されていて、必要に応じた相談や関わる上での助言等も適切に行っています。

直近では、地域と共同での防災訓練を実施しています。

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) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a
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。	a
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		
<p>理念に基づき利用者様、一人ひとりの意思を尊重しその方に合ったサービスの提供をしています。また、内部研修も充実しておりOJTに取り組んでいます。マニュアルも各項目ごとに整備され、十分にプライバシーに配慮しています。</p> <p>ケアプランに基づいたサービスが実施され、モニタリングがされています。その中で、個人の思いや家族様の思い、満足度が確認できます。</p> <p>ケアマネジャー、担当職員によりモニタリングがされ、利用者個々に満足度が記録されています。結果に応じ担当者会議、ユニット会議により、問題解決、希望の実現が図られています。</p> <p>個別に相談しやすい環境、苦情解決等の体制も整っています。</p>		
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。	c
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。	c
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

自己・外部評価の分析、結果のケアへの活用等のしくみ作りが、今後なされることに期待します。ケアプラン、実施、モニタリング、カンファレンスの流れによりサービス内容の見直しが適切に行っています。

個人記録が整備され、また各ユニットのiパットで、直ぐに個人表に記録できるシステムや、システムネットワークが整備され、各ユニットで利用者の状況が確認できるようになっています。

ご家族様の面会・行事参加も積極的で、家族との連絡も密にされていますが、今のところ家族会の設置はしていません。

施設外のカフェ等への外出、施設内でも『ふるる喫茶』を実施しています。また、お孫さんの結婚式への参列の援助等、個別的な外出の支援もしています。手芸、木工、フラワーアレンジメント、くもん学習療法、ヨガ教室等、多種の活動も実施しています。

預り金や施設への金銭の持ち込み・管理は、原則的に行っていないため評価していません。

利用者に合った車いすのブレーキの工夫や円背者の背面調整、座位時に足が床に就くように個人にあった踏台や、テーブルの高さも個人に合ったテーブルを作成するなど安楽な座位、食事姿勢がとれるように工夫しています。

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。	a
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

ホームページで施設のサービス内容、活動内容について写真や広報紙等を掲載して情報を提供されています。

サービス開始時に重要事項説明書について利用者、家族にわかりやすく説明されたあと契約書を交わしています。

他事業所への移行等には、入院時の看護サマリーにて情報提供をしています。

定期的に入所選考委員会を開き、入所選考指針のもとに適正に入所者を決めて運営に取り組んでいます。

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。	a

評価機関コメント

施設のアセスメント様式に従って、利用者の日々の状態、状況、生活環境等を記録、6カ月に1回、サービスの実施計画の評価、見直しをしていることが記録から確認できます。

利用者個人のケアプランにニーズや課題が明示されています。

サービス実施計画の見直しは、利用者の状態、状況により検討会議に職員が参加して意向把握、同意を得る手順などを定めています。

施設ケアマネージャーにより利用者の短期、中長期目標、達成状況についてPCに入力、データベース化され、全ての職員が確認できるようにシステム化しています。