

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	ふたばの里ホームヘルプサービス	種別：	訪問介護	
代表者氏名：	辰巳 政典	定員（利用者人数）：	35 名	
所在地：	兵庫県小野市二葉町80番地123			
TEL	0794-70-0205	ホームページ：	http://www.hinode-wf.com/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	H16. 11. 1			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 日の出福祉会			
職員数	常勤職員：	2 名	非常勤職員：	0.8 名
専門職員	(専門職の名称)	名		
	介護福祉士	2.1		
	初任者研修修了者	0.7		
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	

③理念・基本方針

地域に根ざし、暮らす人・働く人・集う人の困りごとを解決し、当たり前暮らしを実現します。

④施設・事業所の特徴的な取組

特別養護老人ホーム併設の訪問介護事業所ということもあり、困難事例にも積極的に取り組んでおり、担当職員不在時にも対応できる様に情報共有を密に行っている。各訪問介護員のスキルアップのための研修機会を確保し、事業所と就業時間内の参加を認めたり費用の負担等を行い、自己研鑽の支援をより積極的に行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 4 月 29 日 (契約日) ~ 平成 30 年 2 月 18 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年11月6日・11月10日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人の各種規定をもとに、管理・運営体制の整備に取り組んでいる。法人共通の書式で事業計画を作成し、毎月の法人幹部会議で経営状況・運営状況を確認し、経営・運営・人員体制・コンプライアンス等について分析を行い、課題解決・改善に取り組んでいる。
- ・人事考課制度の導入・目標管理を行い、また、法人の年間研修スケジュールに基づいた研修体制を確立し、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。法人内で、エリア会議・事業種別会議等各種会議や、階層別研修・職種別研修・テーマ別研修・資格取得対策講座等各種研修を実施し、職員育成と法人内の連携を図っている。
- ・訪問介護計画書をもとに利用者個々に詳細な手順書を作成し、個別・具体的なサービスの実施方法を共有しケアの統一を図っている。サービス提供責任者が定期的にモニタリング訪問を行い、利用者・家族の意向・要望と利用者の現状に即したサービス提供が行えるように取り組んでいる。
- ・法人の研修に加え、事業所内研修も実施し、職員の意見・提案を採り入れて、訪問介護事業所として必要な研修を行っている。口腔ケア研修等、外部研修にも交代で受講し伝達研修で周知を図っている。毎月のヘルパー会議・事業所内研修等、職員の資質向上と連携に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・施設・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。
- ・現在活用しているマニュアルについて、職員参画のもとに定期的に検証・見直しを行い、現状に即したマニュアルの整備と職員への周知が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

グループ・法人内の近隣施設と、内部監査の相互評価を準備中です。業務マニュアルの内容については、法人内の同事業とも併せて見直しを行った後、定期的に内容検証し、必要に応じ見直しを行っていきたいと思います。
また、利用者・家族への助言・情報提供、介護支援専門員への報告・連絡は、介護記録等に記録を残し、担当職員で情報共有しサービスの質を高めていきたいと思います。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 法人の理念・基本方針をホームページに掲載している。法人の理念・基本方針は、法人の目指す方向を明文化している。「ふたばの里憲章」をもとに、29年度に「ふたばの里基本姿勢」を作成している。「ふたばの里基本姿勢」は、法人の理念・基本方針と整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。理念・基本方針・「ふたばの里基本姿勢」を入職時に説明し、職員に周知を図っている。「ふたばの里憲章」、「ふたばの里基本姿勢」の要点を、パンフレットに記載し、利用者・家族に周知を図っている。 理念・基本方針・「ふたばの里基本姿勢」の掲示、会議や研修での説明等により、職員の理解を深める継続的な取り組みが望まれる。また、広報誌への掲載など、利用者・家族の周知のための継続的な取り組みが望まれる。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-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) ・ b ・ c
<コメント> 法人内の施設長会議や日の出塾等に参加し、社会福祉事業全体の動向について把握している。小野市社会福祉法人連携協議会への参加、地域包括支援センターとの協働事業等を通して、地域の動向・利用者像・利用者ニーズを把握している。各事業所のコスト分析や利用率について本部が集計したデータを責任者会議で共有し分析している。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 責任者会議で分析結果から課題を明確にし、解決・改善に向けて取り組んでいる。幹部会議で経営状況や課題を報告し、役員間での情報共有を図っている。責任者会議の内容を、責任者が事業所の会議で報告し職員に周知している。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 施設長の中期的ビジョンを、3年間の中期計画に文書化している。テーマ・内容項目に、課題と解決に向けた内容を具体的に明示している。 年度末に検証し、30年度に見直しを行う予定である。		

5	I-3-(1)-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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>単年度の収支計画と事業計画を策定している。単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっており、数値目標を設定し、実施状況の評価を行える内容となっている。 中期計画との連動性をもとに、単年度計画を策定することが望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>収支計画・利用率等についての実施状況を、毎月の責任者会議で報告し把握している。年度途中の四半期会議で報告し、計画の見直しを行っている。年度末に評価し、次年度の事業計画に反映している。 事業計画についての実施状況の把握・評価・計画策定に職員が参画し、経過を会議録など記録に残すことが望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>事業計画の主な内容を、利用者・家族等に周知し、理解を促す仕組みづくりを構築するには至っていない。 事業計画の主な内容を、広報誌（作成予定）等を活用して利用者や家族にもわかりやすく説明する工夫や機会づくりが望まれる。</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

		第三者評価結果
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。		
8	I-4-(1)-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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度を活用したPDCAサイクルに基づく職員の質の向上を通して、サービスの向上に反映する取り組みを実施している。介護サービス情報の公表と県のチェックリストの、評価基準に基づいて、年に1回自己評価を実施している。評価結果を、責任者会議や役職者会議で検討し改善に向けて取り組んでいる。</p>		
9	I-4-(1)-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。	a ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>評価結果から把握した課題を文書化して共有し、組織的・計画的に改善に取り組むには至っていない。 把握した課題を文書化して職員間での共有を図り、職員参画で改善に向けて計画的に取り組む、実施状況の評価し必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-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。	○a・b・c
<コメント> 施設長・管理者等は、事業所の経営や管理に関する方針・取り組みを、各事業計画に明示している。事業計画については責任者会議で説明を行っている。施設長・管理者等の職務分掌を職務権限規定及び各事業所の運営規定に定めている。これら規定類は事務所に設置して周知を図っている。消防計画で隊長（管理者）不在時には副隊長が任務にあたることを明確にしている。		
11	Ⅱ-1-(1)-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・b・c
<コメント> 施設長等は、介護関係法令集、法人諸規定等を理解し、法人規定に沿って、取引事業者、行政関係者等との適正な関係を保持している。施設長等は、市・県の集団指導・日の出塾、県老協の研修、社会福祉法人連絡協議会研修等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法・フロン排泄抑制法等、環境への配慮も含む事業所が遵守すべき法令を把握し、法令に則った取り組みを行っている。伝達研修等で、倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等遵守すべき法令等を周知している。また、採用時研修でも遵守すべき法令等を周知し、入退職時に守秘義務に関する誓約書を交わしている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-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。	○a・b・c
<コメント> 施設長・管理者層は、サービスの質について、情報の公表、県へ提出するチェックシート等により、定期的継続的に評価、課題把握を行い、改善に向け取り組んでいる。責任者会議・事業所内の会議を定期的開催し、事故防止・感染症予防等サービスの質の現状や課題を把握し、改善に向けて取り組んでいる。個別面談等で職員の意見等を把握し、職員勤務体制の調整等、サービスの質向上に反映させている。担当職員の法人研修参加・伝達研修等を実施し、職員への教育・研修の充実を図っている。また、外部研修への参加を奨励している。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	○a・b・c
<コメント> 毎月、施設長等は法人本部で集計、分析した稼働率・コスト等についてのデータから課題を抽出し、経営・業務改善について取り組んでいる。法で定められた基準以上の人員配置と共に、勤務時間の調整や半日有給制度等職員が働きやすい環境整備を行っている。経営改善に向けての取り組み方針を、責任者会議から、事業所内の会議で職員へと伝達・周知し、同様の意識を形成するための取組を行っている。施設長は、施設内に事業責任者が参加する、四半期会議を構築し、経営や業務の改善に向け取り組んでいる。また、事業所ごとの会議、連絡会等にも参画し業務改善等に取り組んでいる。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。		
14	II-2-(1)-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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人事業計画で、人員体制・人材確保・育成等について具体的方針を明示し、各事業所でも同様の方針を確立している。運営規定で指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にしている。基準以上の人員体制の確保と共に、資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保・育成を計画的に進め、毎月組織図で実績と比較している。法人本部と連携し、エリアリクルーター・養成校訪問・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ・地域の求人広報誌・職員紹介制度等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。法人で実施している初任者研修受講者からも、入職につながるよう努めている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>就業規則に法人理念に基づいた、高齢者福祉従業者に期待する職員像を明確にしている。就業規則で、人事基準を明確にし、人事考課制度、昇格・昇進の要件を定めている。人事基準は、入職時や考課面談時に説明し周知している。人事考課制度で職務等級ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。法人で求人広告業者・厚労省等からの情報を基に、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・職員会議・自己申告書等で把握した処遇に関する意見を基に、法人として改善に取り組んでいる。人事評価基準で、役職等への昇格のための等級・資格要件等を定めて、キャリアパスフレームが明確にされおり、将来の姿を描く仕組みがある。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>事務分掌規定に労務管理に関する責任体制を明示し、職務権限規定で責任の権限移譲を明確化している。施設長等は本部から就業状況に関するデータ提供を受け、個別に把握している。健康診断・腰痛検査等を定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、費用は法人負担とし全員に接種を義務づけている。ストレスチェックを実施し、嘱託医への相談を勧めている。定期的な個人面談の機会や、随時、上位者、施設長等も相談に応じ、直接、法人本部に自己申告書で相談できる仕組みもある。互助会や医療費への補助、育児、介護休業休暇・半日単位有給休暇制度等の仕組みがある。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。法人での計画的な研修の実施、家庭状況に配慮した配属、資格取得のための支援等、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度の仕組みの中で、個別に「期待する職員像」を明確にし、目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個別の目標項目と半期ごとの期限を設定し、それぞれの評価シートに目標達成のための基準が明確化されている。半期ごとに面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し、次期の目標設定に反映させている。</p>		

18	Ⅱ-2-(3)-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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>運営規定で教育・研修に関する基本方針を定め、人事評価基準表の「求められる職員像・人材の育成」欄で階層別に期待する職員像を明示している。法人の年間研修計画に、法人が職員に必要とする専門技術や専門資格を明示している。策定された研修計画に基づいて法人研修が実施され、施設から担当者が参加し、各事業所で伝達研修を行っている。受講した職員は研修報告書を提出している。受講できなかった職員は、資料配布と個別の説明を受け、報告書を提出している。事業者独自の研修計画も策定し、それに基づいて研修を実施し、年度末のヘルパー会議で振り返りを行い次年度の事業所内研修の計画に反映している。法人研修については、法人で研修報告書評価欄等をもとに分析を行い、研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行い、次年度の研修計画に反映させる計画である。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>各職員の取得資格・経験年数等を、パソコンのシステム内の職員一覧で把握している。新任職員は、法人の入職前研修・採用時研修、3年目までのフォローアップ研修を受講する仕組みがある。各事業所でも、オリエンテーション資料を用いて新人研修を実施している。介護技術のOJTについては、同行訪問で行い、習熟度を利用者別のチェック表で確認している。法人の年間研修計画に、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保している。外部研修に関する情報は回覧で提供して希望者を募ったり、該当する職員に直接提案し受講を奨励している。外部研修受講後も研修報告書を提出し、資料と共にファイリングしている。外部研修受講については、受講料・交通費・勤務調整・出勤扱いとする等、受講しやすいように配慮している。</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。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a · b · c
<p><コメント></p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。		
21	II-3-(1)-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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。事業計画については、玄関に設置している。第三者評価の受審結果は公表を予定している。苦情、相談の責任者・担当者等については、事業所内に掲示しているが、内容や改善・対応の状況については、法人ホームページで公開する仕組みがある。地域の老人会への出前講座（介護いきいき講座）や地域ケア会議で理念、活動内容等の説明を行い、施設等の役割について理解が深まるよう取り組んでいる。</p> <p>広報誌は今後発行を予定している。</p>		
22	II-3-(1)-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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>経理、取引等に関する法人諸規定を整備するとともに、職務分掌等で役割、責任を明確にしている。入職時の説明と、規定集を事務所に設置して周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について相談し助言を得ている。助言等については、責任者会議で報告されている。今年度より、法人内でサービスに関する内部監査の仕組みを構築しており、指摘事項を踏まえて改善に向けて取り組んでいる。監事監査で定期的に監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。法人で選任した会計監査人や外部専門機関がチェックを行っている。外部監査での指摘事項にもとづいて、経費処理方法の適正化、コスト削減等改善に取り組んでいる。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>パンフレットに「地域に根ざした福祉の発信基地となる」ことを明文化している。社会資源のパンフレットは事業所内に設置し、必要に応じて利用者に情報提供している。個々の利用者のニーズに応じて近隣店舗への買い物同行、医療機関への通院支援を行っている。</p>		
24	II-4-(1)-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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>関係機関の連絡先一覧を作成し、利用者緊急連絡先と共にファイルし、事務所に設置して職員間で情報共有している。地域ケア会議・地域医療福祉ネットワーク会議・法人内の事業所連絡会に参加している。地域ケア会議・地域医療福祉ネットワーク会議では、共通の問題に対して解決に向けて協働して取り組んでいる。</p>		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 施設の取り組みとして、老人会での出前講座（介護いきいき講座）に、施設から講師を派遣している。ホームページに介護110番を掲載しているが、実効性を高めるため、チラシの配布を予定している。認知症カフェに住民参加があれば、介護相談を行う仕組みがある。社会福祉法人連絡協議会で、多めの備蓄や有事には交流スペースを開放することを説明し災害時の地域における役割等について確認している。地域の祭りなどに協賛している。また、地域のイベント・行事等には職員が参加しブースを設けている。 施設の取り組みとして、施設のスペースを活用して地域住民との交流機会を設けることが望まれる。		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 施設の取り組みとして、随時の介護相談や社会福祉法人連絡協議会への参加、行政との情報交換等を通じて、高齢者雇用等のニーズを把握し、シルバー人材センター登録者を夜間宿直職員に雇用している。グループホーム・小規模多機能事業所の運営推進会議に参加し、地域ニーズの把握に努めている。認知症カフェ・介護110番での相談、直接施設窓口へ相談等があれば内容に応じて適切な窓口につなげて対応している。行政・社協、地域のサービス事業所と連携を図り、利用予定者や利用希望者が、緊急ショート利用等適切なサービスを速やかに利用できるようニーズの把握に努めている。 把握したニーズにもとづいて、地域貢献に関わる事業・活動を実施し、具体的な事業・活動を、計画等で明示することが望まれる。		

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

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-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。	○a・b・c
<コメント> 利用者を尊重したサービスの実施について、法人の理念・基本方針、ふたばの里憲章、各種マニュアルに明示している。法人研修で、倫理・法令研修を毎年実施している。サービス実施時の利用者尊重については、モニタリングやサービス提供責任者の同行訪問で把握に努めている。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	○a・b・c
<コメント> プライバシーマニュアル、高齢者虐待防止マニュアルを整備し、法人研修・事業所内研修で学ぶ機会を設けている。契約書の秘密保持の項目の説明時に、プライバシー保護について、利用者・家族に説明している。サービス実施時のプライバシー保護・権利擁護については、モニタリングやサービス提供責任者の同行訪問で把握に努めている。不適切な事案が発生した場合の対応方法を、個人情報保護マニュアルや高齢者虐待防止マニュアルに記載している。		
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。		
30	Ⅲ-1-(2)-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・c
<コメント> パンフレットや案内を、病院・市役所・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに配布し、多くの人が入手できるようにしている。パンフレットは、写真・絵の使用、構成等でもわかりやすい内容にしている。利用希望者には、自宅に訪問し資料を用いて丁寧に説明をしている。情報提供については、随時見直しを行っている。		
31	Ⅲ-1-(2)-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・b・c
<コメント> 契約時には、契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書を用いて説明し、文書で同意を得ている。冊子を用いて「ホームヘルプサービスとして、できること・できないこと」を説明したり、利用料金表を用いて利用料金を具体的に説明する等、理解しやすい工夫と配慮を行っている。契約書に保証人・代理人の条項と署名欄を設け、意思決定が困難な利用者には、適正な説明・運用が図られている。		
32	Ⅲ-1-(2)-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。	a・○b・c
<コメント> 契約書の「契約終了に伴う援助」の条項に沿って、要請があれば情報提供を行う等、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。利用終了後も利用者や家族等が相談できる担当者をサービス提供責任者として設置している。利用が終了した後の相談担当者について文書を作成し、手渡すことが望まれる。		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス提供責任者のモニタリング訪問時に、利用者満足の上昇の把握を行い、モニタリングシートの「利用者の満足度」欄に記載している。把握した満足については、ヘルパー会議で共有しサービスに反映している。</p> <p>利用者満足に関する調査を定期的に行うことが望まれる。</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。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。サービス提供責任者がモニタリング訪問を行い、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情内容については苦情受付シートに記録し、結果欄に申し出者へのフィードバックを記録している。苦情の公表については法人で規定を設け、公表する仕組みがある。苦情相談はヘルパー会議で共有し、サービスに反映している。</p> <p>苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料を利用者・家族に配布し説明することが望まれる。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>相談・意見を話しやすい場所として、カンファレンスルームを設置している。</p> <p>利用者が相談・意見を述べる際の、方法や相手をわかりやすく説明した文書を作成し、配布することが望まれる。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情・相談・事故対応マニュアルを整備し、対応手順を明示している。訪問時・モニタリング時に相談・意見の傾聴に努め、把握した内容と対応を介護記録に記録している。内容に応じて、メールで職員間の共有を図ったり、介護支援専門員に報告する等、サービスに反映している。</p> <p>マニュアルの定期的な見直しが望まれる。アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組が望まれる。</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。		
37	Ⅲ-1-(5)-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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>「ふたばの里 拘束・事故・感染症予防委員会規約」に、リスクマネジメントに関する体制を明記している。事故防止マニュアルを整備し、事故発生時の対応手順を明記している。ヒヤリハットカード・事故報告書で、事例の収集を行っている。法人研修で、安全確保・事故防止に関して学ぶ機会を設けている。事故・ヒヤリハット事例は、メールで迅速に共有している。</p> <p>ヘルパー会議で事故防止策の実施状況や実効性について定期的に評価・見直しを行い、議事録などに記録に残すことが望まれる。</p>		

38	Ⅲ-1-(5)-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) ・ c
<p><コメント></p> <p>「ふたばの里 拘束・事故・感染症予防委員会規約」に、感染症対策に関する体制を明記している。感染症対策マニュアルを整備し、年に2回法人研修で感染症について学ぶ機会を設けている。職員はマスク・手袋・予防着・手指消毒薬等を携帯し、感染症の予防と蔓延予防に努めている。感染症発生時には、利用者個々の生活状況を考慮し、訪問調整を行い適切な対応を行っている。マニュアルの定期的な見直しを行うことが望まれる。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-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している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>ハザードマップで災害の影響などを把握している。事業所の建物・設備は、耐震性等安全性が確保されている。各利用者の緊急連絡先を記載したファイルを作成し、職員の緊急連絡網を作成し、安否確認の方法を決めている。職員の緊急連絡網の訓練も実施している。施設で共同備蓄を行い、施設の避難訓練にも参加している。訪問時に被災した場合の対応等を、マニュアル化しておくことが望まれる。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。		
40	Ⅲ-2-(1)-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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各種マニュアルを整備し、サービスの標準的な実施方法を文書化し、利用者尊重・プライバシー保護についても明示している。事業所内研修に介護技術の研修を採り入れたり、同行訪問時に個別に指導する等、職員の周知を図ると共に、実施状況を確認している。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-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 ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>マニュアルの定期的な検証・見直しには至っていない。職員参画の下で、定期的な検証・見直しを行い、マニュアル履歴などに経過を記録することが望まれる。</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。		
42	Ⅲ-2-(2)-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 ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>訪問介護計画書の策定責任者をサービス提供責任者としている。サービス担当者会議に参加し、アセスメントや計画策定の協議を行い、事業所独自の担当者会議報告書を作成し事業所内で共有している。サービス提供責任者が、サービス実施記録の確認とモニタリングを行い、計画どおりにサービスが行われていることを確認している。介護支援専門員・家族等と連携を密にし、支援困難ケースにも積極的に対応している。全利用者について、統一したアセスメンシートでアセスメントを実施することが望まれる。訪問介護計画書に、具体的なニーズを明示することが望まれる。</p>		

43	Ⅲ-2-(2)-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) ・ c
<p><コメント></p> <p>基本的には、居宅サービス計画書見直しの時期に訪問介護計画書の見直しを行っている。緊急に計画を変更する必要がある場合は、介護支援専門員に報告し対応している。見直しによって変更した計画の内容は、計画書の閲覧と変更した手順書の配布により、関係職員に周知している。計画書見直しに当たっての新たなニーズを、計画書に明記することが望まれる。</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。		
44	Ⅲ-2-(3)-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) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、サービス実施記録と、個別の介護記録により把握し記録している。計画にもとづくサービスが実施されていることを、サービス実施記録によって確認することができる。サービス提供責任者の確認時に不備等があれば職員に個別に指導する等、職員で記録内容や書き方に差異が生じないように取り組んでいる。日々の情報伝達には主にメールを活用し、的確に情報共有できるようにしている。月1回のヘルパー会議・事業所内研修を継続し、情報共有を図っている。手順書は配布し、議事録等の回覧は確認印により周知を図っている。</p>		
45	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) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の個人情報保護マニュアルに、記録の保管・保存・廃棄・情報提供・不適正な利用や漏えいに対する対応方法を規定している記録の管理責任者を管理者としている。法人の倫理・法令研修の中で個人情報保護について学ぶ機会を設け、入職時に守秘義務についての説明を受け、同意書を交わしている。契約時に、利用者・家族に個人情報使用同意書をもとに説明し、同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-1-① 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している。	a ・ (b) ・ c
A-1-② 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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

利用者の心身の状況・ADL・生活歴等を、アセスメントシートで把握をしている。アセスメント時に把握した意向と情報をもとに訪問介護計画を作成し、利用者個々に応じた生活となるよう支援している。共に行う調理・掃除等自立への動機づけや配慮、また、家事援助時の意向確認も、手順書に記載して支援している。安全面・衛生面に配慮した環境整備を行っている。鍵の預かりに関するマニュアルは整備しているが、鍵は預からない方針である。金銭管理マニュアルを整備し、利用者宅の出納帳への記載とレシート貼付・サービス実施記録への記録で管理している。成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用の必要性を察知した場合は、介護支援専門員に報告する。

全利用者に統一したアセスメントシートの整備が望まれる。

コミュニケーション能力・個別の配慮を、アセスメントシートで把握している。訪問時・モニタリング時に、思いや希望の傾聴に努め、担当者間で共有したり、介護支援専門員に報告しケアに反映している。話すことや意思表示が困難な場合は、ホワイトボードの使用・家族との情報交換等、個別の支援方法を工夫している。利用者への言葉遣いや接遇については、法人研修や事業所内研修で学ぶ機会を設けている。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ (b) ・ c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

利用者の心身の状況に合わせた入浴方法を、利用者個々の詳細な手順書に明示して支援している。プライバシーや羞恥心への配慮はマニュアルと研修で周知している。入浴前の室温・湯温・浴室の準備、入浴後の水分摂取や必要時のスキンケア等も、利用者個々の手順書に記載し、必要に応じて、入浴の可否判断基準も手順書に記載している。詳細な手順書による介助方法の周知、サービス提供責任者の同行訪問、必要に応じて2人介助を行う等、安全な入浴介助に取り組んでいる。必要に応じて、家族に助言・情報提供を行っている。

標準的な入浴の可否判断基準を入浴介助マニュアル等に明確にし、利用者個別の可否判断基準は個別の手順書などに明記することが望まれる。

利用者の心身の状況に応じた、残存機能を活用した排泄介助方法を、利用者個々の詳細な手順書に明示して支援している。プライバシーや羞恥心への配慮は、マニュアルや研修で周知している。尿や便を観察し、サービス実施記録に記録している。トイレの衛生・保温等、環境にも配慮している。詳細な手順書による介助方法の周知や、サービス提供責任者の同行訪問等、安全な排泄介助に取り組んでいる。必要に応じて、家族に助言・情報提供を行っている。

居宅サービス計画書をもとに訪問介護計画書に位置づけ、利用者個々の心身の状況に応じた、安全な移乗・移動方法を詳細な手順書に記載し支援している。利用者が使用している福祉用具に不具合・不備があれば、介護支援専門員に報告している。必要に応じて、家族にも情報提供を行っている。

「褥瘡予防対策マニュアル」を整備している。皮膚に異常を発見した場合は、介護支援専門員・家族に報告し、訪問看護師の指示と連携のもと、介護職としての支援を行っている。「看取り研修」の中で、褥瘡について学ぶ機会を設けている。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ ・ b ・ c
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

<p>利用者の意向確認、利用者の希望・好みに合わせた献立・調理等を、手順書に明示して支援している。疾患に応じた調理・短時間で調理する方法等、調理に関する研修を事業所内研修で実施している。</p> <p>看護師・言語聴覚士等の指示を受け、利用者の嚥下能力に合わせた食事形状や調理方法を手順書に明記して提供している。座位の取り方・自助具を使った自立支援・ペースに合わせた食事介助等、詳細な手順書に明示して支援している。食事、水分の摂取量を、サービス実施記録に記録している。腎臓病・糖尿病など、疾患に配慮した食事を提供している。調理時の清潔保持に留意している。冷蔵庫内の食材や料理の残量を確認して介護支援専門員・家族に報告して情報共有し、食事全体についても配慮している。</p> <p>居宅サービス計画書をもとに、訪問介護計画書に位置付けて口腔ケアを行っている。口腔内に異常が認められた場合は、介護支援専門員・家族に報告し、歯科の受診等につなげている。毎年の口腔ケアについての外部研修に、職員が交代で参加し、受講者がヘルパー会議で伝達研修を行っている。</p>

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

<p>ターミナルケアマニュアルを整備している。終末期を迎えた利用者についての支援方法は、居宅サービス計画書を基に訪問介護計画を作成し、家族に説明し同意を得ている。法人研修の「看取り研修」で終末期ケアについて学ぶ機会を設けている。終末期ケアには、必ずサービス提供責任者が担当メンバーに加わり、担当者の不安軽減や精神的ケアに努めている。介護支援専門員を中心に、医療機関・訪問看護事業所と連携して支援に取り組んでいる。</p>
--

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a ・ Ⓑ ・ c
A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

周辺症状を呈する利用者についての支援上の配慮は手順書に記載し、支援の経過は介護記録に記録している。訪問介護計画に位置付けて、調理や掃除を共に行い、利用者が日常生活の中で役割が持てるように支援している。認知症についての研修は、法人研修・事業所内研修で実施している。社会資源についての地域包括支援センター発信の情報を、家族に伝えている。家族からの相談に対して、助言・情報提供を行っている。

定期的なアセスメントにより、把握・評価することが望まれる。

利用者が安心・安全で落ち着ける環境となるように、危険物の管理・整理整頓・掃除を行っている。危険要素がある場合は、介護支援専門員・家族に報告し、適切な対応を行っている。

A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-6-① 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。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c

特記事項

認知症の症状の兆候や進行を察知した場合は、介護支援専門員に報告している。地域包括支援センターが発信する地域でも催し等について、利用者・家族に情報提供している。機能訓練の必要性を察知した場合は、介護支援専門員に報告している。

自宅でも行える介護予防活動のメニューについて助言・情報提供した事例はない。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c

特記事項

訪問時に顔色・バイタルを確認し、体調変化や異変の早期発見に努めている。利用者の体調変化・異変があった場合の対応手順はマニュアルを整備し、連絡方法は「緊急時連絡方法」に明示して利用者宅に設置し、事業所にもファイリングしている。健康管理や病気・薬、体調変化時の対応について、事業所内研修を実施している。

感染症・食中毒対策マニュアルを整備している。職員の必要な予防接種については、法人が費用負担している。感染症・食中毒研修は、法人研修・事業所内研修を行っている。の発生予防・対応方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。調理は適切な衛生管理のもとに行っている。冷蔵庫の中を確認し、賞味期限切れの食品等は利用者の同意のもとで処分する等、利用者の衛生管理も支援している。

インフルエンザ流行等には、出勤時の健康状態のチェックと記録が望まれる。職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法をマニュアル等に文書化することが望まれる。

A-8 家族との連携

	第三者評価結果
A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

家族に対し、定期的には訪問時のサービス実施記録で、変化があった時には主に電話で利用者の状況を報告している。必要時・要望があった場合や、訪問介護計画書の更新時に、家族にサービスの説明をしたり、要望・相談を聞く機会を設けている。要望・相談については、個別の介護記録に記録している。家族の心身の状況・介護負担にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している。連絡ノート、電話、メール等で、利用者の状況など報告すべき事項は必ず家族に伝わるよう工夫している。必要に応じて、介護に関する助言・情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。
定期的および必要時に受けた家族からの相談や対応を、介護記録等記録に残すことが望まれる。

A-9 サービスの適切な実施

	第三者評価結果
A-9-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

月1回のヘルパー会議の開催、詳細な手順書の配布等により、サービスの実施方法・手順等を職員に周知している。利用者宅に初めて訪問する場合は、サービス提供責任者が同行している。電話・メール・サービス実施記録等で、利用者の状況などの情報を共有している。月1回ヘルパー会議や研修を開催し、事業所内の上位者や先輩から相談、助言等が得られる機会がある。必要に応じて、訪問看護師・理学療法士・言語聴覚士等、外部の専門職の指導や助言を得られるようにしている。

A-10 サービスの適切な実施

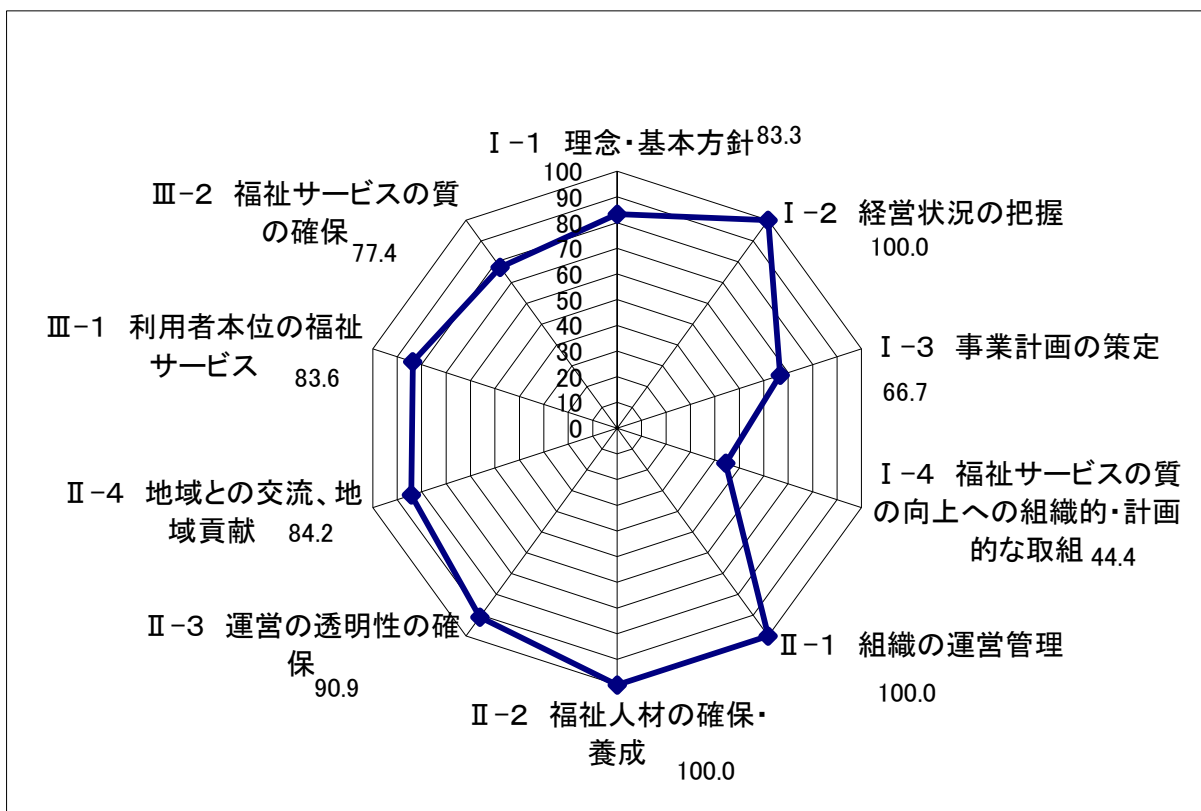
	第三者評価結果
A-10-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

居宅サービス計画書をもとに訪問介護計画を策定し、さらに、利用者個々の手順書を作成し、コミュニケーション上の配慮、心理面に着目した対応、食事・調理・入浴・清拭・排泄・口腔ケア・更衣等についての個別・具体的なサービス方法を、詳細に明示している。

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	15	10	66.7
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	4	44.4
II-1 組織の運営管理	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	33	33	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	19	16	84.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	51	83.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	24	77.4



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	18	17	94.4
2 身体介護	29	28	96.6
3 食生活	19	19	100.0
4 終末期の対応	5	5	100.0
5 認知症ケア	13	12	92.3
6 機能訓練、介護予防	4	3	75.0
7 健康管理、衛生管理	12	10	83.3
8 家族との連携	8	7	87.5
9 サービス提供体制	6	6	100.0
10 サービスの適切な実施	6	6	100.0

