

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：	ふたばの里介護相談センター	種別：	居宅介護支援
代表者氏名：	辰巳 政典	定員（利用者人数）：	名
所在地：	兵庫県小野市二葉町80番地の123		
TEL	0794-70-0203	ホームページ：	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：	平成16年11月1日		
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： 4 名	非常勤職員：	2 名
専門職員	介護支援専門員 6 名		
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)	

③理念・基本方針

<理念>

ふたばの里の憲章

私たちは地域に根ざし、暮らす人・集う人・働く人が生きる喜びをともに分かち合い、寄り添える大樹となる“ふたばの里”を目指します。一人ひとりの思いを大切に、実りある豊かな人生が過ごせる場を提供します。

<基本方針>

ふたばの里は

出会いを喜び、ともに歩み続けます
 地域とのつながりを大切に、人とひとのふれあいの輪を広げます
 寄り添える大樹となり、一人ひとりの生活を支え続けます

④施設・事業所の特徴的な取組

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。各介護支援専門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。それぞれの事例についてより理解を深めたり、自身の支援の振り返りを客観的に行えるようにケース検討会議も定期的開催している。

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25日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・法人の研修体制に加え、職員の希望を採り入れて事業所内研修の内容を決めて年間研修計画を立て、外部講師を招いて研修を実施している。週に1回居宅ミーティングを開催し、項目を設定して情報共有・検討が行われている。ホワイトボードミーティングで事例検討を行い、職員の学び合いの機会とし支援に活かしている。
<p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・コンプライアンス・対人援助の視点・留意点等も盛り込んだ業務マニュアルの作成が望まれる。また、現在活用しているマニュアルと共に、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

<p>新任の介護支援専門員に対してOJTでの指導は行われているが、居宅介護支援提供時のより詳細で具体的な留意点や、契約終了後に相談を受ける事があった際の担当や方法を盛り込んで、就任時や実務開始後にも再確認できるような業務マニュアルを作成する。他指摘事項についても改善を行っていく。</p>
--

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
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>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。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>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。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>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。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>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。</p>		
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>事業計画の収支計画は、数値目標・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。事業方針等は年度途中の四半期会議で報告し、必要に応じて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。人事考課シートに明示し、目標設定時に周知と理解を促す取り組みがある。 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。	Ⓐ ・ 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り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 ・ Ⓒ
<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、実施状況を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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>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。</p>		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>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・フロン排気抑制法等、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。</p>		

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
<コメント> 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。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 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。		

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。法人研修計画に職種ごとに求められる研修内容を明確にし、階層別に必要とする専門的な知識・技術・資格等を明示している。法人研修に施設・事業所から参加し、伝達研修を実施している。参加者は研修報告書を作成し、参加状況はチェックリストで把握している。参加出来なかった職員には資料閲覧研修により報告書の提出を促している。外部研修参加時は研修報告書を作成している。年度末に研修履歴一覧表を作成し、次年度の外部研修受講機会の公平性確保に努めている。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>「職員資格一覧」で資格取得状況を、「等級一覧」で階層、経験年数等を把握している。毎月の個別勤務表に取得した資格等が記載されており、最新の取得状況等を把握している。研修計画に新入職者研修、中途入職者の年数別研修計画が策定されており、経験や習熟度に応じた研修を実施している。配属後はオリエンテーションを行い、各マニュアルに沿って研修を実施している。管理者養成研修・各種資格取得対策講座など、階層別・職種別・テーマ別研修等の機会を設けている。内部研修は事業所で伝達研修を実施し、外部研修は案内ファイルを回覧し、参加を奨励している。指示研修は研修費用全額支給、勤務扱いとし教育・研修の場に参加できる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
<コメント> 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。 広報誌は今後発行を予定している。		
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
<コメント> 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。		

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
<コメント> 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に設置している。地域行事を事業所内掲示している。利用者個々のニーズに応じて、地域資源の活用を紹介している。 事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けることが望まれる。		
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
<コメント>		

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>小野市ガイドブックを地域の社会資源の資料として活用している。居宅ミーティングに「地域における事業所や活用できる社会資源の状況」の項目を設け、職員間の共有を図っている。地域包括ケア連絡会・介護支援専門員小野支部連絡会等、関係機関と定期的な連絡会を持っている。社会福祉協議会主催の「よりそい協議会」に参画し、買い物支援等、共通の問題の解決に向け協働して取組んでいる。</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
<p><コメント></p> <p>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。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>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。</p>		

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。業務マニュアルを作成し、利用者尊重を明示すること、また、実施状況の把握・評価を行う仕組みづくりが望まれる。		
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、個人情報保護マニュアル・高齢者虐待防止マニュアル・身体拘束廃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。契約書に「秘密保持」を明示し、利用者・家族に説明している。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> パンフレットを、病院・市役所等に設置し、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・構成・説明等、わかりやすく工夫している。利用希望者には、面談・電話で随時対応し、個別に丁寧な説明を行っている。「相談受付簿」に記録し、職員間で閲覧し共有している。情報提供の資料については、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。小野市ガイドブックを活用したり、利用料金シュミレーションを作成する等、具体的に理解しやすい工夫と配慮を行っている。契約書に署名代行者・代理人の署名欄を設け、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> サービスの内容の変更にあってはあたり、利用者・家族に不利益が生じないように配慮している。利用終了後も利用者や家族等が相談できる担当者を担当介護支援専門員として設置している。契約終了に伴うサービスの継続性に配慮した対応について、手順や引き継ぎを「業務マニュアル」等に記載することが望まれる。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) 利用者満足の上向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上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>事業所についての満足把握する仕組み作りには至っていない。介護支援専門員の業務であるプランの立案についての満足把握は、月1回以上のモニタリング訪問の中で、可能な限り利用者も参加して行っている。把握した結果から、再アセスメントの実施、サービス担当者会議を開催し反映している。</p> <p>事業所に対する利用者満足把握するために、アンケート調査や、担当介護支援専門員以外の職員の面談・聴取を定期的に行い、結果にもとづいて改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。</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、苦情解決の体制が整備されている。「苦情（相談）受付及び対応記録」に、内容・事実確認状況・対応状況等を、申立者へのフィードバックは対応状況に記録する書式がある。苦情は事業報告書で、ホームページで公開する仕組みがある。居宅ミーティングで共有し、サービス向上に反映している。</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。利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行うことが望まれる。</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>事業所内で相談を受ける場合は、面談室等、相談しやすいスペースを設けている。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>月に1回以上モニタリングを行って傾聴に努め、把握した相談・意見についての対応や経過は、支援経過記録に記録している。居宅ミーティングに、利用者からの苦情・相談についての項目を設け、サービスの向上に反映している。</p> <p>相談受付についてのマニュアルの作成と、定期的な見直しの検証が望まれる。利用者の意見を積極的に把握する取組みが望まれる。</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。事業所独自の事故対応マニュアルとして「24時間連携体制マニュアル」を整備し、職員に周知している。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。事業所特有の事故・ヒヤリハット事例を収集し、要因分析・改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。</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
<コメント> 		
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 行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 「消防計画」を策定し、災害時の対応体制が決められている。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。利用者緊急連絡先等を一覧表にした資料を作成し、職員の緊急先を把握し、安否確認の方法を決める。年に2回、施設合同で避難訓練を実施し、事業所としても参加している。		

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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 事業所が提供するサービスの標準的な実施方法や秘密保持について重要事項説明書に文書化している。 事業所の「業務マニュアル」を作成し、職員に周知すること、また、実施状況を確認する仕組みづくりが望まれる。		
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 ・ Ⓒ
<コメント> 標準的な実施方法の見直しには至っていない。 事業所の「業務マニュアル」を作成し、職員参画のもとで、定期的に見直すことが望まれる。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 居宅サービス計画書の策定の責任者は管理者と定めている。アセスメントシートをもとに、アセスメントを行い、居宅サービス計画書に個別のニーズを明示している。サービス担当者会議を開催し、アセスメント・計画作成について、様々な職種の関係者と協議を行っている。毎月モニタリングを実施し、モニタリング記録表を作成し、計画通りにサービスが行われていることを確認している。支援困難ケースも積極的に受け入れ、居宅ミーティングで「処遇困難ケースについての具体的な処遇方針」の項目を設けて検討し、経過は支援経過記録に記録している。		

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>居宅サービス計画書の見直しについて、重要事項説明書に記載している。変更した内容は、各サービス事業所に配布し周知している。見直しにあたり、変更したニーズは居宅サービス計画書に明示している。</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、アセスメントシートを用いた再アセスメントにより把握し記録している。サービス事業所からの月次報告や毎月のモニタリングにより、居宅サービス計画書にもとづくサービス実施が確認できる。週1回居宅ミーティングを実施し、また、パソコンのネットワークシステムの利用、議事録等の回覧により、情報共有の仕組みが整備されている。記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、マニュアルの作成や職員への指導等が望まれる。業務日誌・申し送りノート等、日々の情報が的確に共有できる仕組みづくりが望まれる。</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

アセスメントシートで、利用者の心身の状況・ADL・日常生活・生活習慣等を把握している。アセスメントシートをもとに意向を理解し居宅サービス計画書に反映して、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援を行っている。居宅サービス計画策定時に把握したニーズをもとに、自立に配慮した支援、自立への動機づけを計画に採り入れている。環境の安全・衛生が確保できるようにも計画策定している。必要に応じて、日常生活自立支援事業や成年後見制度等の利用につなげている。

自宅訪問や利用しているサービス事業所への訪問等、様々な機会に聞き取りを行っている。把握した思いや希望は、居宅サービス計画に反映している。アセスメントシートでコミュニケーション能力について把握し、特に配慮が必要な利用者には、個別の方法を用いてコミュニケーションがとれるように取り組んでいる。法人研修で、接遇について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

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。	a ・ 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。	a ・ 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。	a ・ b ・ c

特記事項

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。	a ・ b ・ c

特記事項

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。	Ⓐ ・ b ・ 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。	a ・ b ・ c

特記事項

アセスメントシートで利用者の日常生活能力・残存機能、また、認知能力・周辺症状を把握し、再アセスメントで定期的に評価し、必要に応じて居宅サービス計画書に反映している。支援や状況については、支援経過記録に記録している。法人研修で、認知症について学ぶ機会を設けている。社会福祉協議会が主催する「ほのぼの交流会」等、認知症高齢者の家族支援のための社会資源を家族に紹介している。モニタリング訪問やサービス担当者会議などで、家族の悩みや相談を受けとめ、より良いケアの方法を家族と共有するようにしている。

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 ・ b ・ c

特記事項

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。	Ⓐ ・ b ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ Ⓑ ・ c

特記事項

アセスメントシートで、かかりつけ医療機関・医師・既往歴等を把握し、利用者の体調変化時には迅速に連携できる体制を整備している。

「感染症マニュアル」を整備し、「ふたばの里 拘束・事故・感染症予防委員会規約」に、感染症予防に関する体制を明記している。職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種について、法人が費用負担している。法人研修で感染症・食中毒について学ぶ機会を設けている。インフルエンザの時期等には、職員の体調の変化を日常的に把握できる仕組みづくりが望まれる。職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法も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

月に1回以上、定期的および変化があった時に利用者宅を訪問し、家族に対して、利用者の状況やサービスの説明を行い、要望・相談を受ける機会を設けている。家族の心身の状況や介護負担にも留意し、必要に応じた家族支援を行っている。変化があった時には、その都度迅速に家族に連絡している。電話・メール等、報告すべき事項が必ず家族に伝わるようにしている。家族に介護に関する助言を行ったり、社会福祉協議会が主催する「ほのぼの交流会」等、家族の必要に応じた情報提供を行っている。

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

居宅ミーティング・サービス担当者会議等で、サービスの実施方法や手順を周知している。パソコンのシステムで、利用者の状況などの情報を共有している。週に1回の居宅ミーティング・事業所内研修会・事例検討会で、情報共有を行うと共に、職員が相談・助言を得られる機会となっている。地域包括支援センターや障害相談事業所等、必要に応じて外部の専門職の指導や助言を得ている。

A-10 サービスの適切な実施

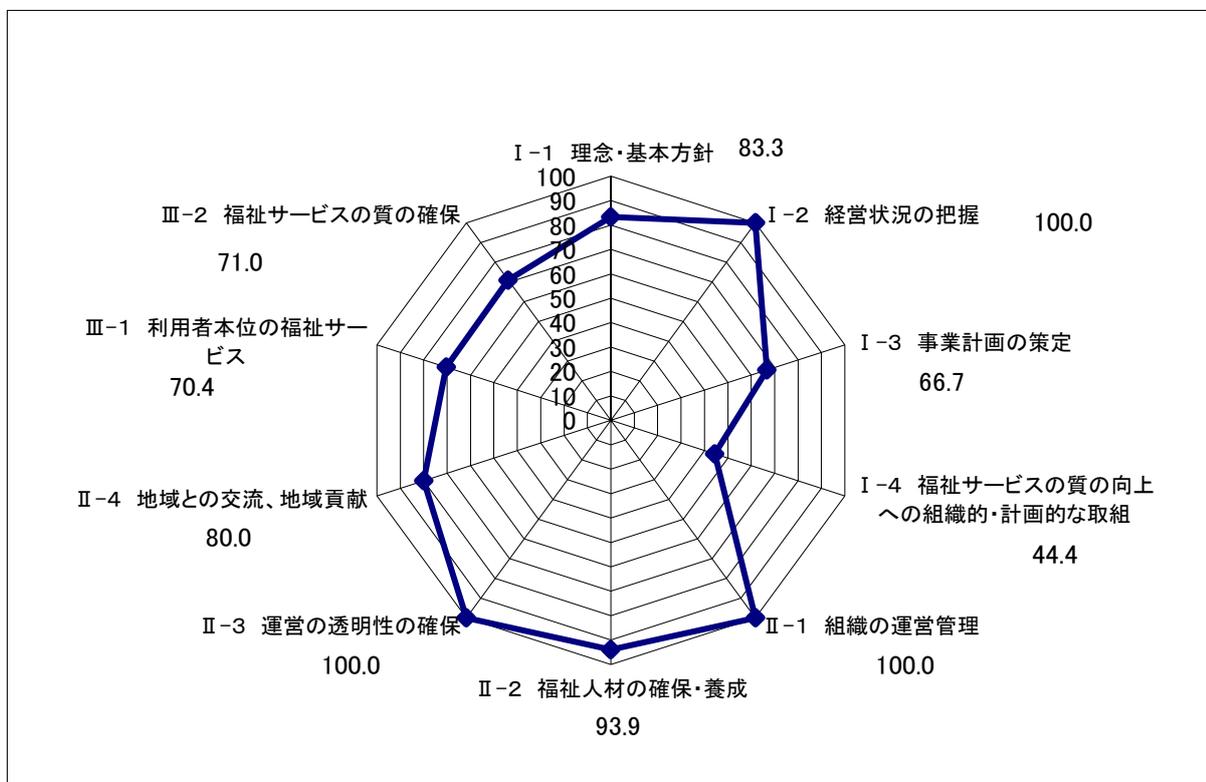
	第三者評価結果
A-10-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	○a ・ b ・ c

特記事項

アセスメントシート等をもとに、居宅サービス計画書を策定し、意思疎通・食事・入浴・整容・機能訓練・心理面等各サービスについて、個別のサービスの実施方法を明示している。さらに詳細な留意事項については、サービス担当者会議で共有し、議事録に記載している。

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	31	93.9
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	20	16	80.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	54	38	70.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	22	71.0



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	14	14	100.0
5 認知症ケア	5	5	100.0
7 健康管理、衛生管理	6	4	66.7
8 家族との連携	6	6	100.0
9 サービス提供体制	4	4	100.0
10 サービスの適切な実施	6	6	100.0

2 身体介護、3 食生活、4 終末期の対応、6 機能訓練、介護予防 居宅介護支援事業所のため非該当

