

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 フラワーホームデイサービスセンター

評価実施期間 平成27年10月13日～平成28年2月24日

1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号



2 事業者情報

[平成28年1月30日現在]

事業所名称： (施設名)フラワーホームデイサービスセンター	サービス種別：通所介護・介護予防通所介護
開設年月日：平成 5年 2月 8日	管理者名： 竹内 初夫
設置主体：社会福祉法人 山陵会	代表者職・氏名： 徳永 正義
経営主体：社会福祉法人 山陵会	代表者職・氏名： 徳永 正義
所在地：〒899-6404 鹿児島県霧島市溝辺町麓917-10	
連絡先電話番号：0995-58-4165	FAX番号：0995-58-2532
ホームページアドレス	Eメールアドレス
http://www.flowerh.jp/	day@flowerh.jp

理念・基本方針

理念

- 一、地域の需要に応じた事業展開を行い地域に根差した経営を行うこと
- 一、利用者の立場に立った福祉サービスを提供し利用者の満足感と笑顔を喜びとする
- 一、ノーマライゼーションの普及・実践を行い個人の尊厳を守り高めることを使命とする

基本方針

真心と愛と和をもってフラワーホームを創造する

私共は入園者及び家族並びに地域社会のご協力をいただきながら真心と愛と和をもって不自由な身体であっても楽しい老後を送りながら自立への希望と夢を育むフラワーホームを創造する

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

地域と密着し、利用者の自立支援と社会的孤独の解消、介護者の心身負担軽減、要介護状態の予防を目的として、利用者が在宅でより豊かな生活が維持できるように「利用者本位」にのっとり個別性を尊重しながら、安心して自立した生活が送れるよう、保健、医療、福祉の連携を積極的に推進する。

[利用者の状況]

定員	40 人	利用者数	95 人
----	------	------	------

※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貼付してください。

利用者の年齢階層

年齢区分	～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳～
人数(人)	0	3	42	46	3

要介護区分

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人数(人)	9	13	16	26	15
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	12	3	1		

[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		
生活相談員	1	5			1	1
看護職員		3			3	1
介護職員	1	7	1		7	
機能訓練指導員	1				1	
前年度の採用・退職状況	採用	常勤 3 人	採用	常勤 3 人		
	退職	常勤 3 人	退職	常勤 3 人		
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						4.8 年
○うち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						5.1 年
○常勤職員の平均年齢						44 歳
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢						43 歳

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年10月13日(契約日)～平成28年2月24日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0 回(平成 年度)

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

職員の資質向上対策について

新人研修・職種別研修・全職員を対象とした研修等、多様な研修計画を立て、職員一人ひとり技能や資質向上に取り組みがなされています。また、キャリア段位制度の取り組みも計画中でさらなる向上が期待されます。

地域交流の推進対策について

利用者の社会参加の推進と地域交流の推進・活性化のために、ボランティアを定期的に受け入れたり、職場体験学習などの生徒の受け入れを積極的に行われています。また、法人独自のボランティアカードを発行し、1時間1ポイント100円を還元し、地域の活性化に寄与しています。

◇改善を求められる点

中長期計画を踏まえた単年度計画の策定について

単年度の事業計画は努力目標を明記し、詳細に各項目毎に収支を出されていますが、中長期計画を踏まえた具体的な内容や数値目標の設定に至っていないため、今後は中長期計画を反映した数値目標や具体的な取り組みなど設定されることが望まれます。

5 第三者評価結果

6 利用者調査結果

7 事業者の自己評価結果

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

私どもが、これから先10年間の最重要課題と位置付けている「人材育成」と、地域全体を取り組んだ「他職種連携」の部分を、高く評価していただきました。

今まで以上に、知識・情報・連携の向上に努め、チーム力を高めて行くことの大切さを再認識できました。キャリア段階制度の取り組みも、6人のアセッサーを中心に一人でも多くの認定者の登録を目指し、職員の資質向上に努力いたします。

フラワーホームは、来年度、35年目を迎えます。改善すべき事項である中長期計画を踏まえた、新年度計画を作成するための取り組みをいたします。

早速、全事業所の目標発表会を計画し、具体的な内容や数値目標を設定し、全職員が実践し易い年度計画を作成いたします。

日々の生活に感謝しながら、利他の気持ちを忘れず、少しの思いやりを添えることで、誰もができるだけ住み慣れた地域で最後まで生活できる支援体制を構築できるよう、地道な取り組みを目指して参ります。

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 共 通 版 】

H27年4月1日改定

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
評価概要：法人の理念・基本方針があり事業所にも掲げている。基本方針は単年度計画の中に明記されているが、デイサービス独自の基本方針として定着したものではない為、今後は定着したデイサービス独自の基本方針を事業所に掲げ、利用者・家族への周知を図ることが望まれる。		

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
評価概要：霧島市における、地域情勢や高齢者をとりまく情勢の把握・分析を行い、今後の施設運営に向けての課題や取り組みを広報誌にて表明されている。事業経営に関する問題点等、各会議において分析・検討・課題の抽出を行っている。		
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
評価概要：霧島市における高齢者の情勢等を踏まえ、人材の確保とスキルアップ・人材育成への取り組みを課題とし改善に向けての取り組みを表明している。又、毎月の実績の分析を行い管理者会・評議会・理事会で課題の抽出から解決に向けての取り組みを行い結果については職員会議にて説明され職員への周知を図っている。		

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
評価概要：要介護者の重度化や平成28年度から始まる総合事業により要支援者の減少等による課題の抽出や解決に向けての取り組み・目標設定などを明確にした中長期計画の策定をしている。		
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
評価概要：単年度の事業計画は努力目標を明記し、詳細に各項目毎に収支を出しているが、中長期計画を踏まえた具体的な内容や数値目標の設定に至っていない為、今後は中長期計画を反映した数値目標や具体的な取り組み等設定されることが望まれる。		

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
評価概要：事業計画に努力目標を掲げ、その取り組みを明記している。年度末に目標の達成度について各職員が評価し、ミーティングにて解決策など意見の集約を行い次年度へ繋げている。		
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
評価概要：ホームページや広報誌に各事業所の取り組むべき努力目標を掲載し、広報誌は利用者へも配布し周知を図っている。家族へは家族会にて今年度の取り組み等報告している。		

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
評価概要：提供するサービスについて、日々の終礼にて課題抽出やケア会議で話し合う議題等について、検討・抽出し、毎月1回開催するケアサービス会議に繋げケアの内容等も含め検討・分析し改善策を導いている。その取り組みの評価・見直しも行いサービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。		
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
評価概要：利用者の重度化が進行している中で環境などの現状分析・評価を行い課題の抽出・検討にて浴室やトイレの改修等の必要性を明確にし、環境的な質のサービスの向上を目指している。		

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
評価概要：法人組織図や職務分掌表が作成され、管理者および各職員の職務が明記されている。運営規定にも管理者の役割・責任について明記され、相談・苦情対応や有事の際も含め役割・責任を明確にしている。		
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
評価概要：年間研修計画の中に介護保険・個人情報保護・権利擁護・虐待防止等、職員が遵守すべき項目を取り入れ、全職員が参加することで法令遵守を理解するための取り組みを行っている。		
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
評価概要：管理者は県・地域の老協等の研修会へ参加し知識向上に努めている。定期的に茶話会を開催し利用者の意見・要望等の聞き取りを行い、上がった意見・要望をまとめ終礼にて報告・分析・改善に取り組んでいる。すぐに対応できない課題についてはケアサービス会議に繋げ、会議にて再度分析・検討・改善に繋げた取り組みを行い事業計画へフィードバックしている。		
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
評価概要：現状分析や職員の意見を基にかだいを明確にし、経営や業務の効率化に向けて、リーダーシップをはかり取り組んでいる。		

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
評価概要：有資格者の配置や資格取得に向け勤務調整等に配慮している。初任者研修や実務者研修においては法人にて受講料の支援や取得後は資格手当も考慮している。新人育成に関しては新人研修計画を基にリーダーや相談員が中心となり職場内研修を行う等、人材育成・定着に向けた取り組みを行っている。		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	○ a b・c
評価概要：職員一人一人が目標を設定し個人面接での評価等、職員と協議し指導を行っている。就業規則にのっとり産前産後や育児休暇、資格を取る為の勤務調整等柔軟に対応している。		
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組んでいる。	○ a b・c
評価概要：人員配置を厚くし有給を取りやすい体制づくりを行っている。有休以外に6日間の特別休暇や育児休暇・介護休暇制度を整え、ストレスチェックや予防接種の負担軽減・研修旅行への費用支援等、職員が働きやすい環境作りに取り組んでいる。又、託児所も検討中である。		
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
評価概要：職員一人ひとりが目標管理・業務効果シートを活用し目標を定め、年2回、個人面談にて目標達成度の確認を行い職員の育成に向けた取り組みを行っている。		
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
評価概要：職員の職務や業務マニュアルの中に接遇・秘密保持など職員が取り組むべき姿勢を明記している。研修の年間計画を立て、外部研修や職能別研修も含め職員全員が参加している。業務などで参加できない職員は後で内容確認し押印している。		
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
評価概要：キャリア段位制度の取り組みにてアセッサーによる職員の評価・指導を行うことでOJTの体制作りを行っている予定である。新人研修・職種別研修・全職員を対象とした研修等、多様な研修計画を立て、職員一人ひとりが参加できる様配慮している。		
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
評価概要：実習指導マニュアルがあり、受け入れ担当者も決まっている。オリエンテーションでは、実習生にはデイサービスの説明や実習上での注意点等を記載したパンフレットを用い説明し、実習目的に添ったプログラムも準備している。		

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
評価概要：年2回発行する広報誌にて収支報告・事業所の基本方針や努力目標など公表している。相談苦情に関しては体制については広報誌に掲載しているが、相談・苦情内容については公表されていない。又、第三者へも2か月に1回来園時、内容説明を口頭のみで行っている。今後は相談・苦情内容・解決策も広報誌を活用し公表し、第三者への報告も苦情受付解決報告書を提示し説明されることが望まれる。		
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
評価概要：山陵会・定款・諸規定で事務・経理・取引等に関してルールや職務分掌と権限・責任が明確にしている。3か月ごとに税理士による事業・財務に関するチェックを受けている。		

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上げるための取組を行っている。	a (b) c
評価概要：保育園や小学校の運動会の観覧にて園児や小学生とのふれあう機会になっている。地域行事にも出かけ地域の方々とのふれあいや踊りや手品等の地域のボランティアを招いて交流する機会を作っている。		
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
評価概要：ボランティア受け入れに関する基本姿勢は明文化されている。レクリエーションによるボランティアの方々を定期的に受け入れ又、体験学習の生徒の受け入れも行っている。地域の方々に法人を知ってもらう・認知症を理解してもらうために、法人独自のボランティアカードを発行し、1時間1ポイント100円を還元し、多くの方にボランティア活動を行ってもらうための取り組みを行っている。		
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
評価概要：居宅介護支援事業所や小規模多機能居宅介護支援事業所や配食関係リストも整え、利用者を支援するために活用している。		
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
評価概要：施設長より市域住民の方に向けて公民館等で認知症についての講話がある際、デイサービス職員も運営に携わっている。又、非常災害時に法人として行政と協力しながら地域住民の方を受け入れた際、デイサービス職員も協力し手伝っている。		
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
評価概要：地域包括が中心となり他事業所や地域住民との協働で行われる認知症徘徊模擬訓練への参加や認知症についての寸劇への参加等、地域住民の方へ認知症の理解や対応など地域貢献に関わる活動を行っている。		

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
評価概要：法人の理念に「利用者の立場に立った福祉サービスを提供し、利用者の満足感と笑顔を喜びとする」を掲げており、毎日の朝礼時に唱和している。また、法人の経営理念に「ノーマライゼーションの普及・実践を行い、個人の尊厳を守り高めることを使命とする」と掲げており、各種業務マニュアルに反映している。園長が定期的に職員研修会で人権・倫理の講話を行うと共に、職員を外部研修に派遣し、人権意識の向上に努めている。		
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
評価概要：ケアマニュアルとして「介護者としてのマナー、相手の理解、相談・助言の方法」を作成し、利用者のプライバシー保護、権利擁護について記載している。また、厚生労働省による「高齢者虐待への対応と養護者について」をテキストとして整備している。トイレや浴室など肌を露出する場所ではカーテンを設置し、プライバシーを守るために工夫すると共に、職員の言葉による配慮が行われている。		
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 利用者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
評価概要：ホームページ、年に２回の広報誌「フラワーホームだより」及び法人全体のサービスを記載したパンフレットを作成し、写真や図、絵を使用して分かり易く紹介している。広報誌及びパンフレットは市役所の支所、公民館、派出所、郵便局、シルバー人材センター、病院等多くの住民が訪れる場所に設置している。		
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
評価概要：サービス開始時にはパンフレット及び重要事項説明書を用いてサービス内容を分かり易く説明を行い、利用者及び家族の承諾を得て契約書を交わしている。また、利用者に認知症状が認められ、家族からのサービス利用希望の場合、利用者の承諾を得られるまで訪問を繰り返し、承諾を得た上で契約を交わしている。サービスの変更の場合は変更内容を大きな文字で分かり易く記載した書類を作成し、説明を行っている。		

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
評価概要：利用者の状態変化や家庭環境の変化等で他の福祉施設や医療機関へ移行された場合には介護支援専門を通して情報を提供している。毎月の介護支援専門員への情報提供書に加えて、口頭で詳細を報告している。サービス終了後の窓口は相談員となっており、利用者、家族へは文書で伝えている。行政、福祉施設、他の事業所、その他の支援体制については霧島市が作成した冊子を活用している。今後は更にサービスの継続性を考慮した書類の整備を期待したい。		
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
評価概要：利用者に対しては年2回職員と一対一で「お茶会」と称して、お茶やコーヒーを飲みながら、事業所の良いところ、悪いところで改善してほしい事、興味を持っていることを中心に、聴き取りを行っている。職員で分析、検討を行い、直ちに改善できることは実行している。設備など予算を伴う内容については法人理事会で検討し、実行されている。家族会は年1回開催し、家族のお困り事を中心に聞き取りを行っている。		
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
評価概要：法人の苦情解決システムが整備され、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員が選任され、フローチャート様式に整理されている。また、苦情解決実施要綱が策定され、苦情記録様式が定められている。事業所内に苦情解決の仕組みを説明した掲示が行われている。受付けた苦情は苦情記録票に記載され、苦情解決責任者に報告し、利用者への経過、結果、再発防止策の説明を行っている。今後は第三者に対して苦情記録票を通して報告を行われることを期待したい。		
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
評価概要：職員は迎えから送りまで全てのサービス提供場面で利用者、家族の意見や相談に対応している。また、相談窓口及び意見箱を設置すると共に、事務所の奥に相談室が設置されている。相談室では、家庭内の人間関係や家庭環境の急激な変化に伴う精神的な不安定などに対応が行われている。		
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
評価概要：苦情・相談マニュアル及び苦情・相談解決マニュアルが作成され、苦情・相談を今後のサービスの質の向上に繋げることと位置づけると共に、マニュアルの見直しが行われている。意見箱やお茶会を通して、利用者の意見や要望、提案に対応が行われている。利用者からの意見や提案は朝礼、終礼で共有化し、直ちに解決できることは早期に解決している。予算を伴う内容は法人での解決を依頼している。		
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
評価概要：事故の防止及び再発防止マニュアルを策定し、園長をリスクマネージャーに定めている。ヒヤリ・ハット、事故報告書を収集し、職員で要因分析、改善策、再発防止策を検討している。年に1回報告書のまとめを行い、要因分析、改善策、再発防止策を職員で検討し、共有化している。生活相談員がヒヤリ・ハット事例を多く収集することで、事故を減らすようリーダーシップを発揮している。		
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
評価概要：厚生労働省及び日本医師会の感染症及び食中毒等の予防及びまん延防止に関するマニュアルを参考に、法人の感染症対策マニュアルに基づいて感染対策を行っている。感染症の責任者は副園長に選定し、法人の感染症対策委員会に出席している。また、看護職が中心となって季節毎に発生が予測される感染症に対する予防策の研修が行われている。今後は、マニュアルを定期的に見直されることを期待したい。		
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
評価概要：法人の「防災マニュアル」に基づき、災害時の連絡体制、避難先、避難方法、避難ルートが定められている。また、自衛消防組織の中に職員が位置づけられており、年に2回の防火訓練に参加している。法人は地域の団体や住民と共に防災協力に関する協定書を策定し、防火訓練を始めとした総合避難訓練を行っている。また、地域住民の行方不明者の捜索にも参加している。事業所の利用者一覧表を作成し、事業所内及び送迎時の安否確認に備えている。		

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・b・c
評価概要：提供するサービス毎に法人と共通のマニュアルが策定されている。また、職員業務マニュアルが策定され、利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護に関する姿勢が明示されている。マニュアルは事務所の書庫に保管されており、職員がいつでも閲覧可能となっている。また、介護キャリア段位制度に取り組み、サービスの質を高めるために1名のアセッサーを養成している。		
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・c
評価概要：定期的なマニュアルの見直しは行われていないが、職員や利用者からの意見や提案を受けて、必要な見直しは行われている。今後、マニュアルの見直しに関する時期やその方法について組織的に行う仕組み作りを期待したい。		
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
評価概要：サービス実施計画策定の責任者は生活指導員に定めているが、職員が10人から15名を担当して、独自のアセスメントから計画の原案を策定している。原案を基に職員間でケアサービス会議を開催し、課題解決のための目標設定、具体的な対応策を計画に反映している。アセスメント手法は、独自のアセスメントシートを活用し、利用者の具体的なニーズを把握している。また、霧島市で策定された「わたしノート」の活用を検討中である。支援困難事例に対して、適切なサービスが提供されている。		
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
評価概要：評価・見直しは担当者が毎月行っているが、短期目標及び状態変化時に評価表を作成している。評価・見直しの際は、ケアサービス会議を開催し、職員間で共有化している。変更された計画は、利用者及び家族に説明を行い、同意を得ている。		
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
評価概要：提供したサービス内容はサービス提供記録簿に記載されている。また、サービス提供時の利用者の反応や経過について具体的に記載されている。パソコンのネットワークシステムを通して、利用者の基礎データを共有化している。利用者の情報はケアサービス会議を定期的に開催し、共有化されている。		
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
評価概要：個人情報保護マニュアルを策定し、記録の保管、保存、廃棄、情報の開示に関する規定を定めている。また、職員研修会で個人情報保護について研修を行い、個人情報の取り扱いについて遵守すべき内容を確認している。利用者に関する記録は鍵付きのファイルケースに保管し、カルテ及びUSBは持ち禁止となっている。利用者、家族に対しては個人情報の使用について説明を行い、同意を得ている。		

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目 (通所) 】

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
評価概要：アセスメントにより利用者の心身の状態や暮らしの意向を理解し、利用者と共に目標達成を目指した自立支援を行っている。毎月最後の週に翌月のカレンダー作成を行い、翌月の計画を予測できている。第3週目は選択メニューを計画しており、利用者が4つの集団メニューから選択している。また、集団ワークが苦手な利用者には絵描き、計算、将棋、囲碁等の個人ワークが選択可能である。地域の案山子祭りやぶどう狩り、ほぜ祭りに参加したり、地域のボランティア団体や学童、保育園による慰問を依頼し、多様性を確保している。		
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
評価概要：福祉職員としてのモラルと接遇をテーマに利用者に安心を与える接し方についての研修を行うと共に、ケアマニュアルとして、介護者のマナー、相手の理解、相談・助言の方法を作成している。職員はアセスメントから得られた利用者の特性に配慮し、利用者に応じたコミュニケーション方法を選択し支援している。特にコミュニケーション障害の認められる利用者に対しては、ジェスチャーやホワイトボードを利用した筆談、耳元で優しく話す、タッチング等の工夫を行っている。		
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
評価概要：一般浴、リフト、シャワーキャリー、シャワーチェア、手摺を設置しているが、利用者・職員からの提案と共に介護度の重度化を予想し、2台目のリフト購入を計画中である。入浴中は浴室に2名、更衣室に2名の職員が配置して見守り及び支援を行っている。入浴前にバイタルサインを測定し、看護職が入浴の可否を判断すると共に、入浴中の皮膚の観察や、処置を行っている。入浴を拒否される利用者に対しては、利用者に応じた効果的な誘導方法を職員間で共有化し、入浴が可能となっている。現在は男性が先で女性が後、介護者が同性でない場合が認められるため、今後の工夫を期待したい。		
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
評価概要：車椅子用の広いトイレには見守りとプライバシー保護に配慮してカーテンが設置されている。一般用の洋式トイレは男性用、女性用に2か所設置され、清潔であり、手摺が設置され、便座は適温に保たれている。アセスメントから得られた利用者の排泄のニーズを確認し、利用者に応じた排泄の支援が行われている。特に尿失禁が認められる利用者に対しては、最終排尿を確認し、送迎前後、食事前、入浴前後、レクリエーション前後に利用者の尊厳に配慮した誘導を行っている。		
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
評価概要：利用者の移乗・移動能力をアセスメントし、当日の利用者に必要な福祉用具（車椅子、歩行器、シルバーカー等）を点検し、玄関先に準備している。車椅子への移動、座位の確保、立位の確保のマニュアルを作成すると共に、移乗方法の介護技術講習を行い、利用者及び職員の負担軽減に努めている。危険防止のために、利用者の移動が多い食事前の移動時の見守り体制を強化している。送迎マニュアルを作成すると共に、利用者毎に留意すべき援助方法について手順書を作成し、定期的に見直しを行っている。		
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。		a・ (b) ・c
評価概要：褥瘡予防については疾病別対応の中で記載されているが、利用者に事例が認められないため研修は行われていない。入浴、排泄の介助時に皮膚の発赤などの異常症状を発見した場合には職員・家族と情報を共有すると共に、介護支援専門員へ情報を提供し、褥瘡予防に努めている。		
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。		(a) ・b・c
評価概要：アセスメントによって得られた情報から利用者の食料を作成し、希望や好みに反映している。事業所の開園記念日や誕生会等にはちらし寿司、寒いときには鍋料理を行い、献立に変化を持たせている。適温で食事を提供しトレイや食器は軽い材質を選択して食べやすい工夫が行われている。座席は会話が楽しめるよう配置すると共に、食事中は軽音楽を流して楽しい雰囲気作りに工夫が認められる。		
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
評価概要：利用者の摂食・嚥下能力をアセスメントして、利用者の状態に応じた食事が提供されている。食事前には口腔体操を行い、姿勢の保持や食事に対する関心を高めると共に、食事中は利用者の観察を行っている。食事に関する利用者の反応を確認しており、改善可能な内容は直ちに実行すると共に、月に1回開催している給食委員会で検討し、問題解決に繋げている。		
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
評価概要：事前のアセスメントにより利用者の口腔ケアの自立度を確認しており、利用者に応じた支援を行っている。利用者に歯ブラシの持参を依頼し、食後に口腔ケアを観察及び介助を行い、義歯の洗浄ができない利用者には実施している。義歯の不適合や、摂食時に問題があれば家族及び介護支援専門員に情報を提供している。		

A-4 認知症ケア	第三者評価結果
A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	(a)・b・c
評価概要：アセスメントから得られた利用者の残存能力と今の思いを確認しながら、計画の修正等を行っている。認知症について内部研修を行い、認知症の症状や対応の仕方を学ぶと共に、ケアサービス会議で個別の利用者への対応方法についての共有化を図っている。帰宅願望などの周辺症状が認められる利用者に対しては、職員が一对一で関わり、改善している。年に1回家族会を開催し、最後に懇談会を行い、個別のお困りごとに対応すると共に、日常的には口頭又は連絡帳で連携が行われている。	
A-4-② 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
評価概要：消毒薬、洗剤、はさみ、などは使用後に収納し、危険防止に努めると共に、清掃が行われている。談話スペース、休むスペース、活動するスペースが分かり易く整理されている。特に畳の大広間は休むスペースとして、テレビ、座椅子、ソファが設置され、思い思いの寛ぎが可能である。また、ベットが4床設置され、重度の利用者の休養に配慮している。トイレ、浴室には一目でわかるよう、マークが設置されている。	
A-5 機能訓練、介護予防	第三者評価結果
A-5-① 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
評価概要：アセスメントから得られた利用者の情報及び当日の体調を確認し、計画通り又は修正した計画でリハビリテーションを行っている。利用者の状態に変化が認められる場合には家族、介護支援専門員、主治医へ報告し、計画を見直している。個別メニューには階段昇降、平行棒、レッグプレス及び手作りのハンドグリップなどが準備され、集団メニューはボーリング、ダーツ、積み木を始め多数の選択が可能である。また、指示によりウオーターベット、電動ベット、電動椅子、低周波、マイクロ等を使用している。	
A-6 健康管理、衛生管理	第三者評価結果
A-6-① 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。	a・(b)・c
評価概要：健康チェックマニュアル及び緊急時の対応マニュアルを策定すると共に、ケアサービス会議で研修を行っている。事業所に到着後、水分補給後のバイタルサインを測定し、その結果は健康チェック手帳に可能であれば利用者自身に書いて頂くようにしている。看護職は連絡帳を開き、家族から記載されている記録から健康データや薬の有無を確認し、問題があれば職員に情報を提供している。利用者に異常や変化を認めた場合には家族、主治医、介護支援専門員へ連絡している。	
A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a・(b)・c
評価概要：感染症及び食中毒等の予防及びまん延に関するマニュアルを策定し、感染症・食中毒予防に関する研修を行い、感染症・食中毒の種類と予防方法について周知している。利用者、職員共に、手指消毒薬を使用し、予防に努めているが、感染の流行前には手洗い、うがいの励行に注意を喚起している。正面玄関入口に手指消毒器が設置され、家族及び来館者に使用を呼びかけている。	
A-7 建物・設備	第三者評価結果
A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a・(b)・c
評価概要：建物は耐震構造を備え、利用者のニーズに応じた改修を行っている。談話スペースの確保、4床のベット、畳の部屋、ソファなど休息に配慮した環境が整っている。また、マッサージチェアやウオーターベットを設置し、利用者の身体の緊張緩和に繋がっている。	
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
評価概要：送迎の時間は家族との会話時間を重視して、家族の健康状態や介護に関する言動を観察している。過重介護が予測される場合には介護支援専門員、主治医へ報告し、早期の解決に繋げている。年1回の家族会での介護研修及び懇談会で個別に対応すると共に、日常的には連絡帳や口頭での情報交換を行い、いつでも相談できる体制について説明を行っている。	

		質問項目	はい	いいえ	その他	未回答
全 サ ー ビ ス 共 通 項 目	職員の対応	問1 職員は親切、丁寧に対応してくれますか。	38	0	5 時や人により違う	0
		問2 職員は何かにつけ気軽に声をかけてくれますか。	39	0	3 時や人により違う	1
	プライバシーへの配慮	問3 「自分が秘密にしたいこと」を他人に知られないように配慮してくれますか。	38	1	1 時や人により違う	3
		問4 職員が、居室にはいるときにノック又は了解を求めますか。	34	1	0 時や人により違う	8
	利用者の意向の尊重	問5 職員はあなた(あなたの意思)を大切にしてくれますか。	42	0	1 時や人により違う	0
		問6 施設のなかでは「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか。	36	4	0	3
		問7 困ったことを相談できる職員がいますか。	37	3	0	3
	苦情受付けの方法や 第三者委員の周知	問8 苦情の受け付けシステムの説明がありましたか。	24	9	0	10
		【はいの場合】苦情受け付け職員や、苦情解決第三者委員の氏名や電話番号の説明がありましたか。	14	9	0	20
	不満や要望への対応	問9 不満や要望を気軽に話すことができますか。	36	1	2 人により違う	4
		問10 職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれますか。	35	1	2 わからない	5
	職員間の連携・サービ スの標準化	問11 あなたが要望したことが他の職員にも伝わっていますか。	31	3	6 わからない	3
		問12 職員はみな同じように接触してくれますか(職員によって言うことやすることに違いがありませんか)。	31	7	1	4
個 別 サ ー ビ ス 項 目	事故の発生	問13 施設の中で怪我をしたことがありますか。	5	35	0	3
		【はいの場合】職員の適切な対応があれば避けることができたものでしたか。	7	0	3 なんとかいえない	33
	入所に当たった説明 (過去1年以内に利用開 始した場合)	この施設の利用を始める前に、施設での生活や支援の内容について説明がありましたか。	34	3	0	6
		【はいの場合】その説明はわかりやすかったですか。	31	2	0	10
		実際に入所してみても、説明どおりでしたか。	27	1	4 なんとかいえない	11
	食事	問15 食事はおいしいですか。	43	0	0	0
		問16 食事は楽しい雰囲気で見ることが出来ますか。	43	0	0	0
	入浴	問17 お風呂の回数や時間には満足していますか。	38	1	0	4
	排泄	問18 あなたが希望するときにトイレへ連れて行ってもらったり、オムツ交換をしてもらえますか。	21	3	15 自分で行ける	4
	余暇・自由時間	問19 自由時間には、外出や趣味の活動などの好きなことができていますか。	29	6	0	8
個 別 サ ー ビ ス 項 目	機能訓練	問20 リハビリや機能回復のための訓練は、あなたにとって十分に行われていますか。	36	3	3	1
	健康管理	問21 体調が悪いと訴えたときには、すぐに職員が対応してくれますか。	36	0	4 必要を感じていない	3
	地域交流	問22 地域の方やボランティアの方との交流は、あなたにとって十分に行われていますか。	31	4	5 事例がなくわからない	3
	施設	問23 お部屋や食堂は、いつも清潔で、温度や明るさもあなたにとってちょうどよいですか。	40	2	0 なんとかいえない	1
		問24 トイレや浴室はいつも清潔で、安全に使用することができますか。	41	1	0	1

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 共 通 版 】

H27年4月1日改定

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

		自己評価
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
評価概要 パンフレットやホームページに理念・基本方針を記載している。毎朝の朝礼で理念の復唱を出勤者全員で取り組んでいる。また、フラワーホームたより（年2回刊行）を利用者・家族へ配布し周知を図っている。		

Ⅰ－２ 経営状況の把握

		自己評価
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
評価概要 管理者会議や評議会・理事会において具体的な課題や問題点を明らかにし、共有されている。その後のリーダー会議・職員会議にて職員に周知している。		
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
評価概要 管理者会議や評議会・理事会において具体的な課題や問題点を明らかにし、共有されている。その後のリーダー会議・職員会議にて職員に周知している。		

I-3 事業計画の策定

		自己評価
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
評価概要 問題点や目標を明確にした中・長期計画を策定している。数値目標や具体的な成果を設定している。法人としては、「企画室」が設置され、法人全体で推進していく仕組みができています。		
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
評価概要 事業計画は事業所の基本方針・努力目標を主に設定している。前年度までの収入・支出を分析し、数値目標を設定している。		

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
評価概要 年度末に各職員が反省を行い、その後ミーティング等で意見を集約・反映し策定している。		
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
評価概要 フラワーホームだより(年2回発行)にて利用者等に周知・理解を促している。山陵会ホームページ上にも記載されている。行事は毎月利用者家族にカレンダー配布を行い、事業所のカレンダーにも掲示している。また、毎朝の挨拶で利用者に分かりやすく説明している。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		自己評価
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
評価概要 毎月「ケアサービス会議」にてサービスの質の向上に向けた取組みを行っている。会議前1週間の終礼時に課題や問題点の抽出を行い、会議後は、質の向上に取り組みの成果がどうであったか分析・検討を行っている。		
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
評価概要 年2回の面接内容を文章化している。共有する課題については「ミーティング」等で共有し、新たな課題は「ケアサービス会議」や次年度に向けての計画に反映する。		

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

		自己評価
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
評価概要 法人組織図・職務分掌表・緊急連絡網等の責任体制を明確に定めており、定期の管理者会やリーダー会議の開催、地域を意識した災害避難訓練等を実施している。		
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
評価概要 年度事業計画に、毎月の研修会を設定し担当者を中心に実施している。介護保険法・事故発生時の対応・高齢者虐待・苦情相談の対応、育児介護休業・ストレスチェック制度・特定個人情報等について職員の理解に努めている。		
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
評価概要 県老施協及び地区老施協等の研修会への参加も積極的に実施している。キャリア段位制度の取り組みを開始し、各事業所にアセッサーを配置した。ケアサービス会議も毎月実施し、質の向上・改善を促している。		
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
評価概要 管理者会議では、理事長を交え、介護報酬改正後の取り組み及び介護予防新総合事業等について検討を重ね、法人としての今後のあり方等及び新しい事業の展開も前向きに示している。税理士との勉強会を定期に実施し、分析を行い改善に努めている。管理者会議→リーダー会議→職員研修会。		

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

		自己評価
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
評価概要 今まではハローワークに頼ってきていたが、人材が集まらず、養成校や専門学校を訪問している。また、地域の中学校等にも出向き、福祉のイメージを向上する取り組みを行っていきたい。デイサービスにおいては利用者数に応じ、法人内から人材確保を行っている。人材定着のためには、法人にて新入職員に対し法人全体の職場内研修や現場でOJTによる新人研修を行っている。育成においてはリーダーが担当している。		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
評価概要 平成２７年度介護キャリア段位制度の評価者を取得した。（法人６人内デイ１人）計画的なOJTをこれから行っていく予定である。労働条件通知書や辞令の配布を入職時に渡し説明している。		
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組んでいる。	(a)・b・c
評価概要 毎月各職員に希望休を聞き（３日）反映。生活上の問題による勤務変更も積極的に受け付けている。年末年始休み（６日）、療養に必要な特別休暇（１年以内）、育児休業・介護休業制度あり。ストレスチェックの実施（平成２８年から実施）。管理者（園長）や副園長が何かあった時にいつでも面談を受け付けている。「親和会」年２回程、「トレッキング」を開催し、職員全体に参加を呼び掛け、リフレッシュを図っている。		
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
評価概要 「目標管理・業務効果」シートを各職員が記入、年２回の面接の実施		
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
評価概要 研修規定が定められており、単年度の職員研修計画に基づき実施（施設内研修）。また、年間の職種別研修会予定を計画し実施している。（全国、県、地区老施協研修会）		
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
評価概要 法人の研修会の参加の促し（高齢者福祉研究会 年４回 介護技術講習会）介護キャリア段位制度の取り組み 施設外研修計画、職種別研修会一覧表（老施協）に基づき実施		
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
評価概要 実習指導マニュアル参照。留意事項に基本姿勢を明文化している。オリエンテーションにて実習生用パンフレット配布し、実習中の目標や実習目的に沿ったプログラムを組み実施。		

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

		自己評価
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
評価概要 「現状報告」を霧島市に年１回報告し、市のHPにて公表されている。山陵会のHPにて事業計画・報告等や、苦情・相談体制が公表されている。フラワーホームたよりの発行（年２回）		
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
評価概要 山陵会・定款・諸規定に定められ、各部署に配置・周知されている。職務分掌表にて明確にしている。外部の税理士に三カ月に一回助言をもらっている。内部監査は副園長が実施。		

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

		自己評価
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
評価概要 地域との関わり方について、基本的な考え方は文書化していないが、地域の人々と利用者の交流の機会はカフェ活動や公民館を活用した食事会、保育園・小学校の運動会の観覧など定期的に設けている。買い物行事のレクや、移動訪問販売車（パン屋）を利用している。また、溝辺町の各自治公民館の行事に参加し、利用者と地域住民の交流を図っている。（地域交流活動記録参照）		
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
評価概要 ボランティア受け入れについて明文化し、マニュアルは整備している。ボランティアの受け入れや学校教育への協力についても積極的にっており、職場体験や総合学習の受け入れも行っている。現在マニュアルを再度整備中であり、法人独自の「ボランティアポイントカード制度」を考案している。		
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
評価概要 関係機関・団体や社会資源について明示したリストや資料は準備していないが、同じ建物の中にある居宅介護支援事業所と連携を図り、利用者の困りごとに対応している。地域の病院（徳永医院）とは、利用者のアフターケア等に対し積極的に連携を行っている。		
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
評価概要 法人として、地域に出向き介護予防・認知症予防の講話や体操を実施したり、近隣の介護事業所と一緒に高齢者介護の勉強会を三カ月に一回開催している。（高齢者福祉研究会）それには公民館長や民生委員、地域住民の参加も少数だがある。災害時の福祉避難所として指定は受けていないが、食糧や飲料水の備蓄はしており、非常時に地域住民を受け入れる準備はある。		
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
評価概要 地域の福祉ニーズの把握や公益的な事業・活動の取り組みとして、独居高齢者で見守りが必要な方等に対して安価で住宅を提供している（隠居長屋ろんち）。また、閉じこもり認知症予防、介護予防の目的のもと、「地域の広場」として定期的に集い合える場を提供している。管理者による会議等ではこれまで以上に社会福祉法人の地域貢献活動についてできることはないかを検討している。また、霧島市が実施していない総合事業のモデルケースとなれるように現在計画を進めている。		

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

		自己評価
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
評価概要 山陵会倫理規定やケアマニュアル、業務マニュアルに利用者を尊重した福祉サービスの実施について策定され、「福祉職員としてのモラルと接遇」に関して職員研修会を行っている。		
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
評価概要 倫理規定やマニュアルにて整備されている（高齢者虐待への対応と擁護者について）（特定個人情報等取扱規定）。今年度は職員研修会にて外部講師を招き、権利擁護についての研修会を行う予定。身障トイレではカーテンが備え付けてありプライバシーの保護に配慮してあったり、病気（認知症等）によって利用者間の関係性が悪化しないよう配慮を行っている。		
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 利用者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
評価概要 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や事業所の特性を紹介した資料を作成し（フラワーホームだより）、配布している。写真や図・絵の使用でわかりやすい内容である。また、支所や交番等の公共施設にも置いてある。利用希望者へは、個別に丁寧な説明を実施し、見学・体験も受け付けている。		
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
評価概要 サービス開始時に、生活相談員が利用者・家族に重要事項説明書を参照にサービスの内容に関する説明を行い、同意を頂いている。サービス変更時には、要点をわかりやすくまとめた書類を作成し、説明・同意を頂いている。意思決定が困難な利用者に関しては、キーパーソンを計画明確にし説明・同意を頂いている。		
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
評価概要 サービスの変更時には、起案書を挙げ、法人内にて検討後行っている。他事業所への主な引継ぎ文書はないが、居宅介護支援事業所を経由して他事業所へ伝達を行っている。		
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
評価概要 家族会の開催。（今年度は１回のみ）茶話会として、利用者の希望や現状の様々なサービスにおいて、満足・不満足な部分を聞いている。また、その後のケアサービス会議で分析・検討を行っている。		

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
評価概要 苦情・相談受付マニュアルが整備され、システムや概要が明文化されている。また、相談・苦情の受付担当者、解決責任者、第三者委員会が明示された掲示物が掲示されている。苦情内容については記録が適切に保管しており、検討内容や対応策は、利用者や家族にフィードバックしている。また、内容においては、ミーティングや会議などで検討・改善に向けた取り組みを話し合い、改善策を実施している。		
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
評価概要 リーダーに相談するよう重要事項説明書にて記載あり。年１・２回茶話会を開催し、利用者の意見をくみ取る。相談時は相談室にて承っている。		
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
評価概要 マニュアルにて整備。職員は日々のサービス提供時に適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。また、職員が聞いた相談内容は、リーダーや相談員に報告され、迅速に対応している。		
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
評価概要 事故発生時の対応をマニュアルに明確にしている。事故報告書の作成、ミーティングでの事例検討を行っている。年に１回事故報告書のまとめを行い、評価・見直しを行っている。		
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
評価概要 感染症の予防と発生時の対応マニュアルが設置されている。在宅職員研修会で勉強会を開催している。トイレ・洗面台等の毎日の清掃・消毒や、冬場は１日置きに椅子・テーブル等の消毒を行っている。酸性電解水超音波式噴霧器の使用 インフルエンザやノロウイルスの警戒情報を発令する。		
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。	a・b・c
評価概要 山陵会定款・諸規定の防火管理規定・災害対策要綱で決められている。年１回の防災訓練の実施。新燃岳等の火山活性化時には霧島市の翔朋園の避難受入所となっている。食糧や備品等は管理者が備蓄リストを作成し管理している。デイサービス利用者に対しては、各送迎車に緊急連絡表のファイルが保管しており、送迎中でも必ず事業所には職員が待機しているので、連携を取り合いながら安否確認を行える。		

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

		自己評価
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
評価概要 ケアマニュアル・業務マニュアルにて標準的な実施方法が文書化されている。また、組織人としての心がまえや、利用者尊重・プライバシー保護、権利擁護に係る姿勢が明文化されている。デイサービスの標準的な実施方法について、ケアサービス会議でまとめている。		
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・c
評価概要 標準的な実施方法についてケアサービス会議で検証・見直しを行っている。また、ミーティング等にて個別的な福祉サービス実施計画の内容変更が必要な場合には検証し反映している。		
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・b・c
評価概要 計画策定責任者は生活相談員。アセスメントシートを活用し実施。支援困難ケースは随時ミーティングを行ったり、ケアサービス会議にて検討を行いサービスを提供する。		
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
評価概要 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容はその日の終礼時に周知している。組織として定めているが、細かい点では定まっていない。利用者によって担当を振り分け、評価・見直しは行っている。		
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
評価概要 利用者基本情報やアセスメントの活用、サービス提供記録簿、連絡帳、担当者会議録によりサービス実施状況の記録を職員間で共有している。		
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
評価概要 個人情報保護についてや個人情報の取り扱いについて利用開始時に説明を行っている。		

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目 (通所) 】

A-1 支援の基本		自己評価結果
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
評価概要 利用開始時や評価時等にアセスメントを行い、心身の状況やADL、IADL、これまでの生活を把握するようにしている。談話する場所、休む場所、活動をする場所と主に3つの空間に分けてあり、利用者を選択して頂いている。一人ひとりのペースに合わせて対応をしているが、多人数でのレクリエーションを行う日もあり、すべての方々への工夫が十分ではない状況にある。改善するためにミーティングやケアサービス会議で検討を行っている。買い物・外出・地域の行事の参加など、社会参加に係るレクプログラムを導入している。過剰介護にならないよう、自立支援を心がけ、活動への動機づけを行っている。		
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
評価概要 朝に全体への挨拶で「今日の一日」の紹介を行い、目の不自由な方、難聴の方、麻痺のある方等、それぞれに声のかけ方・介助の仕方を工夫し対応している。また、認知症の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、利用者の表情等により、コミュニケーションをとっている。また、言葉使いや接遇には気を遣い、研修も行っている。利用者の思いや希望を完全に聞き取ってはいないが、その内容をケアに生かしている。場面において、利用者が孤立しないよう配慮している。		
A-2 身体介護		自己評価結果
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
評価概要 利用者到着前に浴室内の安全確認や室温管理を行い、各利用者、バイタルチェック後、一般浴・リフト浴を行っている。出来る事は声かけし促す他、体調に合わせて清拭や足浴・手浴等を行っている。シャワーチェアを使用し、自力入浴できる方も見守りは行っている。基本的には男性→女性の順であるが、心身の状態に合わせ、順番を工夫している。浴室や脱衣室には十分に職員を配置し、安全に気を配っている。入浴後は水分摂取を促し、スキンケアが必要な方に配慮している。入浴を拒否される方に関しては、多職種にて話し合い、声かけ誘導を工夫している。		
A-2-② 排泄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
評価概要 普通の洋式トイレと、空間が広い洋式トイレに分かれており、利用者の状態に合わせて選択してもらい、必要時声かけしている。介助方法においては、各職員に違いがないように、ミーティングやケアサービス会議で検討している。排泄の際はカーテンを使用し排泄終了時には教えて下さいと説明し、プライバシーに配慮している。スポン、下着を下す了承を得て、支えながら下ろしている。必要時、尿や便を観察し記録している。冬場のトイレでは、保温便座を使用している。		
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
評価概要 毎朝、当日の利用者が使用する歩行器や歩行車を点検し、玄関前に準備する。利用者の体型に合わせて使用して頂き、自力移動を促している。調整が効く福祉用具においては、理学療法士が主に調整している。場面において、テーブルや椅子の位置を変更しているが、利用者が移動しやすいよう配慮を行っている。送迎車は大型～小型の車でっており、庭の広さや身体の状態に合わせ、安全に配慮し実施している。		
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。		(a) b c
評価概要 各場面において、各職員が皮膚の状態確認を行い、異常があれば看護師へ適宜報告している。また、必要時は介護支援専門員へ報告・連絡している。状態像は職員に口頭にて伝達するか、ミーティングにて伝達し、安全に介助を行っている。車椅子を使用し自力で動けない人は臥床後、体位交換を実施し、血行促進のマッサージ等を行っている。		
A-3 食生活		自己評価結果
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
評価概要 管理栄養士の基、食事の提供を行っている。新鮮な物、行事に合わせた献立作りなどを行っている。おいしく食べて頂くよう食品の温度に気を付けている(直前に提供している)。料理に合わせた食器の選択や盛り付けを工夫し、利用者によっては持ちやすかったり、すくいやすかったりする食器で提供している。また、落ち着いて食することができるように音楽を流している。		
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
評価概要 利用者の摂取しやすい形状や調理方法を事前に聞いて反映している(とろみ、刻み食、誤嚥などした際の対処の研修などを行っている。スタッフが食事中も利用者の様子を見守っている。食事前に誤嚥体操を行っている。嚥下しやすい姿勢の助言。食事時の声かけを行い、摂取や水分補給の促しを行っている。食べるペースが遅い利用者から配膳し、必要に応じ、椅子の大きさや椅子・テーブル間の距離の調整を行っている。自助具を使用することでご自分のペースで食事を摂ることができている。食量・水分量のチェックを行い、適宜声かけを行っている。また、必要時に利用者・家族に助言・情報提供を行っている。月に1回の給食会議(栄養士と介護職員)において、食事内容(味・固い・柔らかい)等、利用者からの意見を反映している。		
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
評価概要 自力で口腔ケアを行えない人に関しては、家族。ケアマネに連絡を取り合い、口腔ケアの準備をしてもらい、食後に声かけ誘導し、出来ない方には介助を行っている。食前に口腔体操を行っている。特に助言・指導が必要な利用者に関しては家族に助言、介護支援専門員に報告・連絡している。		

A-4 認知症ケア		自己評価結果
A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		(a)・b・c
評価概要 利用開始時や適宜評価・アセスメントを行い、評価を行っている。認知症の方のいつもと違う行動がみられた場合には、受容的な態度で接し、なぜその発言・行動がみられているのかを検討・確認し対応している。(朝の迎え時の家族の状況等)サービス中においては、利用者が出来る事を手伝って頂き役割を担ってもらっている(台拭き、洗濯物たたみ)。認知症実践者研修を修了した職員もあり、勉強会も開催している。抑制・拘束は全く行っていない。家族が希望し、連絡帳においてサービス利用時の様子を細目に報告する利用者もいる。家族会の開催で情報提供を行っている。		
A-4-② 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
評価概要 共有スペースでは「いつもの所」で落ち着かれる利用者もあり、席の配慮は細目に行っている。皆の顔が合わさりやすい環境にある。玄関はドアが2カ所あり、利用者だけが退室されないよう目配りしやすい環境にある。トイレや風呂にも大きな字や絵で一目で分かりやすいように掲示してある。		
A-5 機能訓練、介護予防		自己評価結果
A-5-① 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
評価概要 看護師・理学療法士が個別に機能訓練の計画を作成し、グループ・集団・個別にて機能訓練を提供している。また、状態変化時や3カ月に1回、評価、見直しを行っている。利用者が主体的に訓練を行い、生活動作が改善するような活動を行っているが、まだまだ課題がある。状態変化に応じて、介護支援専門員に情報提供を行っている。		
A-6 健康管理、衛生管理		自己評価結果
A-6-① 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。		(a)・b・c
評価概要 マニュアルを設置し、各スタッフが迅速に対応できるように、定期的に研修を行っている。送迎時、各スタッフが本人の顔や表情、家族からの情報を確認している。来所時の血圧・体温測定、必要時にその測定を行う。主に看護師が服薬管理・確認を行っている。		
A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。		(a)・b・c
評価概要 マニュアルを作成し定期的に研修を行っている。各出入り場所及び、洗面所、トイレに消毒液を設置してある。インフルエンザが流行しやすい時期は、各職員は体温測定を行っている。職員研修会での職員に周知徹底を行っている。		
A-7 建物・設備		自己評価結果
A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。		a・(b)・c
評価概要 22年が経過しており、利用者の状態に合わせて浴室やトイレ等をこれまでも改修を行ってきた。定期的に点検は行っていないが、常日頃から安全面において支障がないよう配慮している。現在も畳部屋やテーブルが配置してある食堂兼活動する空間、休む事ができる空間、機能訓練を行う空間に分けてあるが、これからの利用者像に合わせ、工夫の余地が十分にあり、検討を行っている段階である。		
A-8 家族との連携		自己評価結果
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
評価概要 状態が不安定な方は連絡帳を作成し、看護師が詳しく記入し家族と連絡を取り合っている。大きな変化があったらすぐに電話連絡を行っている。また、送り時に伝えるべき内容は、配車板に内容をまとめたメモを挟み報告している。介護支援専門員や訪問介護主任、家族会や送迎時に家族から情報提供をもらい、家族の心身の状況にも気を配り、必要があれば、送迎時に介助方法等を助言している。		