

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 フラワーホームホームヘルプサービス

評価実施期間 平成31年4月24日～令和元年8月27日

1 評価機関

名称	NP0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	鹿児島県鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号



2 事業者情報

【令和元年5月31日現在】

事業所名称： (施設名) フラワーホーム ホームヘルプサービス	サービス種別：訪問介護
開設年月日：平成12年4月1日	管理者氏名 樋口 里子
設置主体：社会福祉法人 山陵会	代表者 職・氏名 理事長 徳永 正義
経営主体：社会福祉法人 山陵会	代表者 職・氏名 理事長 徳永 正義
所在地：〒899-6404 鹿児島県霧島市溝辺町麓947番地9	
連絡先電話番号：0995-58-9113	FAX番号：0995-58-9115
ホームページアドレス http://www.flowerh.jp	E-mail info@flowerh.jp

理念・基本方針（私たちの思い～すべてにありがとうを～）

- 一、利用者への思い・・・かけがえのない時を共に生き、人生を学び、共有し、後世に伝えます。
- 一、家族への思い・・・大切な方々との縁に感謝します。
- 一、職員への思い・・・お互いの存在を認め助け合い、思いやりと感謝を持ち成長します。
- 一、地域への思い・・・愛と感謝を地域に還元し、地域の健康に貢献します

【施設・事業所の特徴的な取組】

自宅での最期の看取りを（1年間に数人）行っている。

【利用者の状況】

定員	利用者数 45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添付してください。

【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			
介護福祉士	1		4		2.0		
ヘルパー 1 級			2		1.0		
ヘルパー 2 級			7		3.1		
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	0人	非常勤	0人
			退職	常勤	0人	非常勤	0人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数							19・2年
○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							・ 年
○常勤職員の平均年齢							61・0歳
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢							・ 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31年4月24日～令和元年8月27日
受審回数（前回の受審時期）	1 回（平成27年度）

4 評価の総評

◇特に評価の高い点 ・利用者一人ひとりを尊重した適切な支援を行うために、毎年言葉遣いの適正に関する評価表に基づき自己評価を行い、個別に主任ヘルパーが面接を行い教育・指導を行っている。また、タクティールケアの研修を受講しているサービス提供責任者から伝達講習を受け、タッチングによるコミュニケーションの方法を学び、支援に活用している。 ・利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行うために、利用者の嗜好（南瓜の煮物は嫌いだが、天ぷらは好きなど）、食習慣を把握すると共に、嚥下能力をアセスメントし、調理の内容を写真にとり自宅のケースファイルに保管して共有化している。また、献立に変化をつけるために、メールで献立や食材の購入などの情報交換を細やかに行っている。 ・法人全体で在宅の看取りを支援しており、終末期にある利用者の手順書を作成し、利用者の希望を最期まで支援している。「お寺に行きたい。家を片付けたい。」という希望を叶えて自宅で最期を迎えられた事例を「NPO在宅ケアを

支える診療所・市民全国ネットワーク」の全国大会で発表し優秀賞を受賞している。

◇改善を求められる点

- ・利用者満足度調査は行われているが、その結果を組織的に分析・検討する定期的な検討会議を開催し、更なる利用者の満足度の向上を期待したい。
- ・毎年、事故報告書の要因分析、改善策、再発防止策の検討が行われているが、ヒヤリ・ハット事例の収集をより積極的に行われることで、更なる事故防止に繋がれることを期待したい。
- ・毎年、訪問介護マニュアルの見直しを行い、最新情報を取り入れて改訂を行っているが、更に検討会議の内容を記録することにより提供しているサービスの質向上に繋げることを期待したい。

6 利用者調査の結果(別紙)

7 事業者の自己評価結果(別紙)

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

前回の評価結果より今回の評価結果の方がa評価がかなり多くなっていたことは、法人の経営理念に対する思いを職員一同が念頭に置き事業運営に取り組んでいることを知る良い機会となりました。

ご指摘いただきましたヒヤリハットの事例を収集し利用者処遇の事故防止に繋がるよう努力していきたいと考えています。

利用者調査結果で苦情受付の方法や第三者委員の周知などで説明不足が多かったので、今後は全事業所で説明を徹底してまいります。

今後も山陵会の理念「利用者への思い、家族への思い、職員への思い、地域への思い」を念頭に職員一同更なるレベルアップを図り、利用者の最期までをしっかりと支援できるよう成長してまいります。

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。	Ⓐ b・c
評価概要： 法人の理念、基本方針が明文化され、パンフレット・ホームページに記載されている。理念は法人の指名や考え方が読み取れ基本方針と合わせて職員の行動規範となっている。事業所内に掲示さ月2回のヘルパーミーティング等で職員への周知と確認が行われている。また、法人広報誌フラワーホーム便りを配布して利用者・家族・地域へ周知を図っている。		

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。	Ⓐ b・c
評価概要： インターネットを活用して社会福祉事業全体の動向、霧島市における地域情勢や高齢者を取り巻く情勢など把握・分析を行い、法人事業所連絡会やリーダー会議において情報を共有するとともに利用状況の把握とコスト分析、改善策の検討など行われている。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要： 事業所の現状分析として要介護1～2の利用者増、要介護3以上の利用者減少傾向、独居高齢者の増加、現職員の高齢化を課題ととらえ、中長期計画において4つの具体的な実施内容を掲げ、職員への周知と計画的な取り組みを行っている。		

評価文

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。	Ⓐ b・c
評価概要： 計画策定の目的を明確にして事業所職員の現状、過去5年の利用者数の推移などを基に問題点及び課題の抽出、改善に向けた具体的な取り組みが明示された中長期計画が策定されている。中長期計画は単年度計画に反映させ、四半期毎に評価、必要に応じて見直しが行われている。		
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・Ⓑ c
評価概要： 単年度計画には総合的な目標が明示され、「利用者・職員教育・人材確保」「収益活動」「支出的活動」「地域貢献活動」を基本に中長期計画を踏まえた単年度計画が策定されている。具体的な数値目標を設定し、実施状況の評価がよりし易くなる取組みが望まれる。		

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：事業計画はミーティングにおいて4半期毎に評価、目標管理業務シートを活用して年2回評価を行い、必要に応じて見直しをしている。事業計画は4月の法人目標発表会において職員への周知が図られている。		
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：事業計画はホームページや法人広報誌フラワーホーム便り等で利用者・家族・地域への周知が行われている。利用者が主な内容を分かりやすく説明した資料の作成、より理解しやすいような工夫が望まれる。		

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：サービス提供責任者により、買い物レシートや活動記録簿のチェック、目標管理シート・業務考課シートを活用して職員一人ひとりの自己評価と上司評価、年1回の利用者へのアンケート調査が行われている。また、毎月の在宅職員研修会が開催されサービスの質の向上に向けた取り組みが行われている。第三者評価も継続的に受審しサービスの質の向上につなげている。		
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：毎月、第二・第四火曜日にミーティング、ケア会議を開催、訪問介護計画モニタリング・事例検討会が行われ評価結果と課題の共有と改善に向けた対応の検討、必要に応じて介護計画やマニュアルの見直しが行われている。		

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：役割と責任については運営規定、重要事項説明書、職務専決規定等に明記しており、ミーティング等で職員に周知されている。有事の際の管理者の役割・管理者不在時の権限委任等についても緊急時対応マニュアル等へ明記しており、研修会等で理解と周知が図られている。		
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：管理者は遵守すべき法令等について法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会、集団指導に積極的に参加している。年間計画で介護保険制度や個人情報保護、身体拘束・虐待、コンプライアンス研修の開催、職業倫理チェックリストを活用するなど遵守すべき法令の周知を図っている。		

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： 月2回のミーティングや随時情報を共有、勉強会において対応を工夫した成功例や反対にうまくいかなかった失敗例、ヒヤリハット事例など検討、また、自ら事業所の取り組みを外部研修会で発表するなどお互いに高め合い統一した質の高いケアの継続を図っている。月1回、在宅職員研修会など年間研修計画が策定されている。また、3ヶ月に1回開催されている自由参加の高齢者福祉研究会など教育・研修の充実を図っている。		
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： 法人管理者会議等で法人全体で経営の改善や業務の実効性の向上に向けて現状分析と対応策の検討が行われ、ミーティングで職員へ周知と共有を図っている。子育て支援の充実や環境整備など、働き易い職場づくりに取組んでいる。		

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： 中長期計画・単年度計画に人材の確保および育成を掲げ、働きやすい環境づくり、新規職員獲得、一人ひとりに合った働き方の支援、知り合いへの声かけ、主任としての育成など、人材確保・定着に向けた取り組みを行っている。法人採用活動として「介護手伝い隊」への登録、専門学校への求人、高齢者雇用など行っている。		
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： 理念や基本方針の他、ケアマニュアルの中で介護者としてのマナー、相手の理解、相談・助言の方法が明記され、期待する職員像が明確に示されている。人事基準・給与規定・各種手当など職員へ周知され年2回の個人面談を通じて評価が行われている。法人全体で処遇改善加算Ⅰを算定、職員処遇の改善に向けた取り組みが行われている。		
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： 相談窓口を設置しており、年2回の個人面談の他、必要時には随時面談を行っている。有給休暇の他、年末年始6日間の特別休暇や育児休暇、介護休暇制度が整備され、有給や休暇が取得しやすい環境となっている。ストレスチェックや予防接種費用負担の軽減、研修費用の補助など働きやすい環境づくりに取組んでいる。		
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： 一人ひとりの目標管理シート・業務考課シートがあり、年2回自己評価と個人面談により、目標への進捗状況の確認や指導・励まし・助言を行っている。必要に応じて計画の見直しが行われている。		

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。	Ⓐ b・c
評価概要：法人 経営理念・基本方針に「期待する職員像」が明示されている職員研修規定が策定され、事業計画に職員教育を掲げ、新人研修・職種別研修・月1回、在宅職員研修会など年間研修計画が策定されている。また、自由参加の高齢者福祉研究会が3ヶ月に1回開催されている。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要：職員の資格取得状況を確認し、新人研修・職種別研修・月1回の内部研修会など、一人ひとりのレベルに応じた研修が受けられるよう配慮されている。自由参加の3ヶ月に1回開催される高齢者福祉研究会や外部研修についても情報の提供を行い参加を奨励している。		
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・Ⓑ・c
評価概要：法人として実習指導マニュアル・実習上の注意事項の書面が作成され、実習目的に沿ったプログラムが準備されている。介護・看護系の実習生受入れがなされている。		

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。	Ⓐ b・c
評価概要：ホームページや法人広報誌上で事業所の理念や基本方針、提供するサービスの内容、事業計画、予算、決算情報など適切に公開されている。また、継続的に第三者評価を受審して評価結果と改善に向けた取り組みなど公表している。		
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・Ⓑ・c
評価概要：経理規定が策定されルール、職務分掌、権限が明確にされ職員へ周知されている。税理士による事業・財務に関するチェックが3ヶ月毎に行われ必要に応じて助言を得て経営改善につなげている。また、年1回、内部監査も実施されている。		

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

評価文

		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
評価概要： 居宅訪問支援時に近隣との関係や手紙・電話等、要望への対応をしている。		
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： 法人としてボランティア受け入れマニュアル、ボランティア活動受け入れ票が策定されオリエンテーションにおいて注意事項の説明など行われている。居宅訪問においては、要請があれば取次などの対応はできる体制となっている。		
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： 地域の施設、事業所一覧など社会資源リストが作成され職員へも周知されいつでも閲覧可能な状況となっている。地域包括支援センターとの連携、地域ケア会議への参加や法人事業所連絡会などの情報の共有と連携が図られている。		
Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
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： 法人として元気塾や野菜の販売、認知症家族を対象としたハーブの集いを地域住民に公民館等で認知症についての講話など行っている。また、災害時における地域住民への施設開放や備蓄や炊き出しの準備など体制を整えている。これら法人の活動にホームヘルプサービスの職員も参画している。		
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： 法人として ハーブの集いを年3～4回開催、アンケートを実施して地域住民のニーズの把握に努めている。また、経営者協議会の「思いやりネットワーク事業」で、法律の狭間にある地域の困窮者支援活動を行っている。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、地域住民への認知症についての理解や対応など計画的に行われている。事業所として法人の活動に参加している。		

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。	Ⓐ b・c
評価概要：法人の経営理念には利用者、家族、職員、地域への感謝の思いを掲げると共に、訪問介護サービスマニュアルを策定し、基本的な姿勢、理念、サービス提供のモラルとして、利用者への尊厳を設け、職員間で共有化されている。特に、言葉遣いのチェックリストを活用して、自分の言動を振り返る研修は、利用者の尊重や基本的人権への配慮に対する評価に繋がっている。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要：訪問介護サービスマニュアルに訪問介護員としての基本的な姿勢として、プライバシーの保護と個別性の尊重を掲げ、共有化されている。法人作成の「高齢者虐待への対応と養護者支援について」を活用して高齢者虐待、身体拘束に関する研修を行っている。また、一人ひとりの利用者のサービスマニュアルを作成し、プライバシー保護と権利擁護に関する留意点を記載し、共有化されている。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要：経営理念やサービス内容を記載した法人広報誌「フラワーホーム便り」及び手作りパンフレットを公民館、交番、郵便局など多くの人が手に取ることができるよう配布している。また、本年度より職員紹介、料理の献立、病気の予防法などを掲載した「ヘルパーだより」を発行し、利用者、家族、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、福祉施設などへ配布している。利用希望者に対しての見学を随時受け入れ情報を提供している。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要：サービス開始前や変更の際には、サービス提供責任者が重要事項説明書、パンフレットを用いて利用者、家族に説明を行い同意を得ている。特にパンフレットは写真や絵を活用して読みやすく工夫している。また、利用者及び家族の病気や障害のため同意を得るまでに時間を要した困難事例に対して、繰り返し説明を行い、契約を実現している。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要：福祉サービスの内容や福祉施設及び他の事業所への移行にあたり、利用者・家族の同意のもとに、利用者の現況、サービス内容を口頭及び文書で情報提供している。サービス終了後も相談窓口を文書で渡し、継続して支援する仕組みを整備している。		

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：利用者満足度を把握するために、サービス担当責任者は利用者を毎月訪問し、面談を行っている。また、利用者からの意見や要望に対しては随時適切な対応が行われており、居宅介護支援専門員から利用者の満足度に関する情報を入手している。利用者の満足度調査は実施されているが、その結果を分析・検討する定期的な検討会開催などの仕組みは今後の課題である。		
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：独自の苦情・相談マニュアルを策定し苦情の受け付け、解決マニュアル、苦情記録票を整備している。また、法人の相談・苦情解決システムに位置付けられており、法人全体の福祉サービスの質の向上に貢献している。苦情解決の体制と仕組みに関する分かり易い概要図が事業所内に掲示されている。		
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：サービス開始前には重要事項説明書及びパンフレットに記載されている相談窓口を説明すると共に、サービス提供者の名刺裏側に携帯番号を記載して配布している。職員はサービス提供前後に利用者の観察を行い、利用者、家族の相談や意見の有無を確認している。事業所内には意見箱及び相談室を設置し、個別の相談事に対応する環境に配慮している。		
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・相談マニュアルを策定し、受付時、解決、記録の方法が分かり易く明記され、共有化すると共に、見直しが行われている。サービス提供責任者は毎月訪問し、利用者変化及び家族の過重介護の有無に気付いた場合には、介護支援専門員に情報を提供し早期の解決に繋げている。定期的なアンケート実施は今後の課題となっている。		
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：法人作成の事故防止及び再発防止マニュアルを整備し、リスクマネジメントの責任者はサービス提供責任者に定めている。毎年、事故発生防止の研修会を開催し、ヒヤリ・ハットの事例による対応の検討が行われている。事故報告の要因分析、改善策・再発防止策の検討は行われているが、ヒヤリ・ハット事例の収集が少ないため、今後の収集に期待したい。		
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：法人の感染症及び食中毒の予防及びまん延防止に関するマニュアルと共に、独自の感染症マニュアルを策定し、定期的に研修を行っている。特に季節毎に発生が予測される前に、感染症の予防、発生時の対応について研修を行うと共に、注意を喚起している。インフルエンザの予防接種及び内服薬の予防投与に対しては法人が負担して職員の健康管理に配慮している。また、利用者・家族に対しては感染症予防方法及び発生時の対応について説明を行っている。		

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。	Ⓐ b・c
評価概要：法人による防火管理規程及び災害対策要綱に災害発生時の対応体制を定めると共に、研修を行 い周知されている。特に、台風、積雪、豪雨発生時には事前に食料品の確保、停電時の準備、家屋の安全 確保などの事前対策を講じている。また、緊急連絡表を作成し、災害発生時の利用者、家族への連絡を 行っている。災害により在宅療養が危険と予測された場合には、直ちに介護支援専門員へ報告し、緊急避 難場所の確保を行っている。		

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。	Ⓐ b・c
評価概要：訪問介護マニュアルを策定し、職員に配布すると共に、新入職員には個別に活用方法を指導し ている。利用者の観察のポイントとして、尊厳的観察、リスク回避的観察、自立支援的観察、身体的観察 を指導し、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。サービス担当 責任者は毎月の利用者訪問を行い、利用者に対してマニュアルに沿ったサービスが提供されていることを 確認しており、課題があればヘルパーミーティングを開催し、課題解決に努めている。		
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・Ⓑ c
評価概要：毎年、訪問介護マニュアルを見直し、最新情報を取り入れて改訂を行うと共に、ヘルパーミー ティングで出された意見や提案を反映している。今後、更に訪問介護マニュアルの検討会議の内容を記録 することにより提供しているサービスの質向上に繋がることを期待したい。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要：独自のアセスメントシートを作成し、サービス提供責任者が利用者一人ひとりの身体面、家族 歴、健康歴、家屋構造、生活歴、趣味・楽しみ、生活習慣、訪問介護に対する要望などから、利用者の ニーズを明確化し、個別援助計画を作成している。月2回のヘルパーミーティングで個別援助計画を共有 化すると共に、支援困難事例に対してはケアカンファレンスを開催し協議している。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要：個別援助計画の見直しは月2回のヘルパーミーティング及び個別のケアカンファレンスで定期 的に実施されている。見直された個別援助計画は職員間で共有すると共に、介護支援専門員へ提供されて いる。利用者の状態変化に伴う支援方法の変更が必要と考えられる場合には、介護支援専門員、主治医な どへ情報を提供し、利用者に適切なサービスが提供できるよう支援している。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要：独自の複写式の活動記録簿を作成し、利用者の身体状況、提供された訪問介護の種類と内容、 利用者の変化などが簡潔で分かり易く記録し、共有化されている。複数のサービスを活用している利用者 には連絡帳を併用し、他職種との情報の共有化に努めている。利用者からの要望などによる変更内容は メールや電話を用いて実施され希望に応じている。訪問介護の記録マニュアルを策定し、記録の留意点、 記録の必要性について研修を行い共有化されている。また、新入職員に対しては、主任ヘルパー及びサ ービス提供責任者が記録方法について個別に指導を行っている。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要：法人の個人情報保護対策マニュアルにより、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の開示、 安全管理に関する規定を定めると共に、主任ヘルパーは問い合わせの窓口と明記されている。職員は入職 時及び毎年の個人情報保護規定について研修を受け、遵守されている。個人情報は鍵付きのファイルケー ス内に保管され、パソコンはパスワード設定により管理されている。		

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（訪問） 】

H29.5.1改訂

A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		第三者評価結果
	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	(a)・b・c
	A-1-(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：①アセスメントから得られた利用者の心身の状況、意向や生活習慣を尊重しながら、支援が行われている。調理の場合、食材を選ぶこと、献立をたてること、食材の切り方、味付けなどを利用者本位で行っている。買い物代行の場合には、利用者一人ひとりのレシート綴りを作成して記録すると共に、訪問介護活動記録簿に金銭管理の欄を設け、買い物支払いの記載を行っている。1ヶ月毎の集計分を利用者・家族に点検及び残金欄に受領の捺印を頂いている。利用者による鍋焦がしや火の不始末、内服飲み忘れなどが認められた場合には、直ちに介護支援専門員に情報を提供し解決に繋げている。 ②職員は毎年、言葉遣いの適正に関する評価の基準表に基づき、自分の言葉が利用者にとって適切であったかを振り返る研修を行っている。主任ヘルパーはその結果から一人ひとりの訪問介護員を評価すると共に、教育・指導を行っている。また、意思疎通に問題が予測される利用者に対しては、主任ヘルパーが利用者の訪問前後に訪問し、利用者の思いを引き出すよう支援している。また、サービス提供責任者はタクティールケアの研修を継続しており、利用者とのタッチングによるコミュニケーションの深化について学ぶと共に、その活用方法を職員に伝達講習を行っている。特にコミュニケーション障害により意思疎通の困難な利用者に対しては、ミーティング及びケアカンファレンスで共有化されている。		
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	(a)・b・c
評価概要：法人により策定された「高齢者虐待への対応と擁護者支援について」をマニュアルとして整備し、具体的な権利侵害の事例研修が行われている。また、ミーティングで職員及び家族の言動が利用者への尊厳保持に反していないかなどの振り返りを行い、権利侵害防止の意識の向上に努めている。家族による利用者への虐待など権利侵害の疑いがある場合には、家族へのコミュニケーションを深めると共に、過重介護と判断された場合には介護支援専門員へ情報を提供し、早期の解決に繋げている。		
A-2 生活支援		
A-2-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価結果
	A-2-(1)-① 入浴支援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-(1)-② 排せつの支援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-(1)-③ 移動支援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：①利用者の個別支援計画には利用者の心身の状況や意向を踏まえた入浴支援計画が作成され、安全・快適に入浴するための取り組みが行われている。入浴に対して消極的な利用者に対しては、利用者の尊厳に配慮しながら、入浴のタイミングを見逃さず入浴の支援が実現している。バイタルサインや利用者の自覚症状に問題がある場合にはサービス担当責任者に報告し、主治医と連携し、清拭に変更するなど安全に配慮している。 ②利用者の一人ひとりに応じた排泄支援計画が作成され、利用者の意向及び尊厳に配慮した排泄支援が行われている。自宅でおムツ使用の利用者に対して、トイレでの排尿と排便が実現した事例が認められた。また、オムツ使用中で衣類やシーツ汚染が認められる利用者に対し、福祉用具専門家と相談し、適切なパットを導入し問題解決している。排便困難が認められる利用者に対しては、利用者の許可を得てカレンダーに排便の有無を記録し、訪問看護師と連携し症状が改善している。 ③利用者の移動能力をアセスメントし、一人ひとりの利用者の状況に応じた移動支援計画を作成し、安全及び自立支援に配慮した移動支援が行われている。職員の成功事例を共有化し、より良い支援方法を探求する風土が認められる。		
A-2-(2) 食生活		第三者評価結果
	A-2-(2)-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-2-(2)-② 食事の提供、支援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)-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：①利用者一人ひとりの嗜好や食習慣を聞き取り、個別支援計画に反映している。南瓜の煮物は嫌いであるが、天ぷらなら食べられるなど細やかに聞き取り、共有化するために食事内容を写真にとり自宅のケースファイルに保管している事例が認められた。嚥下に問題がある場合には施設の管理栄養士と相談し、ゼリー状の形態や補助食品を利用するなどの工夫を行っている。食事内容に変化をつけるため、介護職員間で献立などの情報交換を行っている。また、調理技術を高めるために、定期的に調理実習を行い、減塩で季節毎の料理を学んでいる。 ②利用者の嚥下能力をアセスメントし、ミキサー食、全粥など食べやすい調理を工夫し、家族と共有している。食事量や水分摂取量の少ない利用者など問題があれば、ミーティングで情報を共有し、調理法の工夫や補水ゼリーの導入などを行っている。食事中の座位保持が不安定な利用者にはテーブルの高さやクッションの活用などで安心して食べられるよう工夫している。利用者の体調変化のために食事の摂取が困難な場合には主治医及び介護支援専門員に報告し解決に繋げている。食事中の事故発生に備えて、介護事故防止・事故発生時対応マニュアル及び窒息防止の為に対策を策定し、研修を行い周知している。 ③口腔ケアマニュアルを策定し、介護職スキルアップ研修の口腔ケア研修及び法人の歯科衛生士による研修を受講している。食後の利用者の口腔内を観察し、利用者の状態に応じた口腔ケアを行っている。義歯の不適合など口腔内に問題を発見した場合には家族及び介護支援専門員に情報を提供し、早期の解決に繋げている。		

A-2-(3) 褥瘡発生予防・ケア		第三者評価結果
A-2-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		(a)・b・c
評価概要：「褥瘡予防及び発生時の手順」を作成すると共に、介護職スキルアップ研修で体位変換・ポジショニングで褥瘡予防について研修が行われている。また、毎年、褥瘡の知識と予防方法について研修を行い、褥瘡予防について周知徹底している。オムツ使用中や体位変換が困難な利用者など褥瘡のリスクの高い利用者は褥瘡の好発部位を観察し、皮膚の発赤などを発見した場合には直ちに主治医に報告し悪化防止に努めると共に、ミーティングで共有している。		
A-2-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		第三者評価結果
A-2-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		非該当
評価概要		
A-2-(5) 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
A-2-(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：年間の事業計画に「利用者の残存機能を活かし、少しでも自立した生活が送れるよう援助する」を掲げ、日常生活動作を観察すると共に、利用者の自主性を尊重しながら潜在能力を引き出す工夫を行っている。ベッド上の利用者に自分で櫛を持って髪を解いてもらう、少し手を伸ばしてもらうことなど利用者の状態に応じた意図的な機能訓練及び介護予防活動を行っている。デイサービスに通所している利用者については理学療法士と連携し、自宅での機能訓練の方法を共有し支援している。地域で閉じこもり傾向にある利用者へ介護予防の社会資源を紹介し、通所サービスの利用に繋がった事例が認められた。		
A-2-(6) 認知症ケア		第三者評価結果
A-2-(6)-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：独自の認知症ケアマニュアルを策定すると共に、最新の知識・情報を得られるように、介護職スキルアップ研修での認知症ケア研修及び内部研修の認知症の症状・対応の仕方等に出席している。アセスメントから得られた利用者一人ひとりの生活習慣、趣味、意向を活用して家庭での役割が果たせるよう支援している。落ち着かず動き回る利用者の家族には問題を共有化すると共に、家族会の紹介や主治医・介護支援専門員への情報提供を行い改善に繋げている。		
A-2-(7) 急変時の対応		第三者評価結果
A-2-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。		(a)・b・c
評価概要：法人共通の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整備すると共に、利用者の個別ケア計画に観察の留意事項を記載し共有化されている。利用者の体調変化及びバイタルサインの異常が認められた場合には家族・主治医・介護支援専門員に報告している。また、緊急事態と判断された場合には応急手当てを行い、救急車の要請を行っている。緊急時に備えて緊急連絡網を作成し、事業所及び個別記録簿に連絡先が記載されている。		
A-2-(8) 終末期の対応		第三者評価結果
A-2-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。		(a)・b・c
評価概要：法人が在宅の看取りを支援しており、毎年数名の在宅での看取りを行っている。法人の看取りに関する指針及び個別のターミナルケアマニュアルを用いて研修を行い、共有化されている。終末期にある利用者の個別の手順書を作成し、利用者の希望に最期まで答える支援が行われている。「お寺に行きたい。家を片付けたい。」という希望を叶えて在宅で最期を迎えられた利用者についてNPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク全国の集いで発表し、優秀賞を受賞されている。職員に対してはターミナルケアに携わるための基本的な知識と心構えの研修を行うと共に、主任ヘルパーが同行訪問したり、ミーティングで共有化されている。		
A-3 家族等との連携		
A-3-(1) 家族等との連携		第三者評価結果
A-3-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		(a)・b・c
評価概要：平常時は連絡ノート及び複写式の活動記録簿に記録しているが、緊急時には電話やメールを用いて家族への連絡を行っている。家族からの相談は体位交換、オムツ・パットの使用方法、食事内容などが多く、助言を行っている。また、家族会やサービス担当者会議、毎月の主任ヘルパーの訪問時に対面での要望を聞く機会を設けると共に、家族の過重介護が予測される場合には介護支援専門員に情報を提供し、早期の解決に繋げている。		
A-4 サービス提供体制		
A-4-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		第三者評価結果
A-4-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。		(a)・b・c
評価概要：新規利用者の情報及びサービスの提供・手順はミーティングやケアカンファレンスで共有化すると共に、初回訪問は担当ヘルパーとサービス提供責任者との同行訪問を行っている。新入職員の場合は複数回の同行訪問を行い、職員と利用者の信頼関係構築に努めている。食材などの購入や体調の変化などはメール便で情報交換を行っている。担当ヘルパーの急な変更が必要となった場合には、事前に利用者・家族に連絡すると共に、サービス提供責任者が訪問している。勤務体制は、主任ヘルパー又はサービス提供責任者をフリーとすることで急な変更に対応している。		

利用者調査 結果集計表

2019年6月17日

面々

		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。	48	0	0 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。	47	1	0 時や人により違う	0
	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。	42	0	0 時や人により違う	6
		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。	40	2	0 時や人により違う	6
	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。	44	0	0 時や人により違う	4
		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。	24	2	0	22
		問7 困ったことを相談できる職員がいますか。	37	0	0	11
	苦情受付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。	33	4	0	11
		【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。	27	4	0	17
	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。	43	0	3 人により違う	2
		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。	45	0	0 わからない	3
	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。	39	0	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)。	40	2	0	6
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。	3	21	0	24
		【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。	1	1	3 なんとかいえない	43
	入所に当たっての説明(過去1年以内に利用開始した場合)	問14 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。	19	0	0	29
		【はいの場合】その説明はわかりやすかったですか。	16	1	0	31
		実際に入所してみて、説明どおりでしたか。	14	0	4 なんとかいえない	30
	食事	問15 食事はおいしいですか。	31	0	0	17
		問16 食事は楽しい雰囲気取ることができますか。	27	1	0	20
	入浴	問17 お風呂の回数や時間には満足していますか。	18	1	0	29
	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。	6	2	7 自分でできる	33
	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。	9	5	0	34
	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。	10	2	2	34
	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。	26	0	1 必要を感じていない	21
	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。	6	0	6 事例がなくわからない	36
	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。	21	0	0 なんとかいえない	27
		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。	21	0	0	27

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】 H27年4月1日改定

17日 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。フラワーホームだより（年2回発行）を利用者および家族へ配布し周知を図っている。また市役所や駐在所、学校等にも配布している。		

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 管理者会議や評議員会・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。霧島市ホームページ（高齢者等を取り巻く現状）などを分析している。		
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
評価概要 管理者会議や評議員会・理事会において、具体的な課題や問題点を明らかにし、共有されており、その後のリーダー会議を経て職員へ周知している。		

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 理念や基本方針の実現に向けた目標に対し、具体的にサービスの充実や課題の解決に取り組んでいる。		
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 事業計画は事業所の方針・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 利用者等には年2回発行のフラワーホームだより、ホームページにて周知され、理解を促している。		

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 目標管理・業務シートを各職員にて記入してもらい、中間および期末の評価をしている。利用者の金銭・記録の仕方等、毎月末に実施している。		
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 共有する課題についてはミーティング等で共有し、新たな課題は次年度に向けての計画に反映するようにしている。		

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

		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・緊急連絡網の責任体制を明確に定めており、定期の管理者会議の開催、地域を意識した火災避難訓練等を実施している。またメールにて連絡している。		
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。介護保険法や事故発生時の対応、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 県老協および地区老協等の研修会への参加を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、各事業にアセッサーを配置した。ケアサービス会議を毎月開催し、サービスの質の向上・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、これからの介護保険制度の改正や総合事業について検討を重ね、法人としての今後の在り方等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的に行い、分析を行い、改善に努めている。		

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たが、職業紹介会社からの求人もあり人材の補充は出来ている。また、養成校や専門学校を訪問したり、地域の小中学校等に出向き、福祉のイメージを向上するよう取り組みを行っている。新人職員に対し、法人全体の職場内研修や現場のリーダー（OJT）による研修を行っている。		
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 計画的なOJTを行っている。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。また、育児休業・介護休業制度あり。ストレスチェックを実施している。園長・副園長が何かあった時はいつでも面談を受け付けている。		
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」を各職員に記入、中間と期末の自己評価をしてもらい、1人ひとり面談をしている。それに基づいて目標の達成度の確認を行っている。		

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 単年度の職員研修計画に基づき実施、その都度内容を観て対応している。研修会に参加した職員が職員研修会にて報告し意見をもらうようにしている。		
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 法人での研修会（高齢者福祉研究会、年4回実施の介護技術講習会）の参加の促し、介護キャリア段位制度の取り組み、外部研修計画、職種別研修会（老施協）に基づき実施している。		
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 看護科、福祉科の学生の受け入れをしている。専門職のマニュアルは各学校の実施要項を共有し行っている。		

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 現況報告を年1回霧島市に報告し、市のホームページにて公表されている。山陵会のホームページにて事業計画・報告等や苦情・相談体制が公表されている。フラワーホームだよりの発行（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 山陵会の定款・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。税理士にて3か月に1回助言を貰っている。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 利用者宅に訪問中に知人や近隣の方等がヘルパーを利用したいなど希望があった場合、包括支援センターに繋いでいる。また、集落などの行事に参加できるように公民館と連絡を取り、昔なじみの人達や地域の人と交流をもてるようにしている。		

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 ボランティアの受け入れについて明文化している。登録手続や配置に関してのマニュアルが整備されている。また、学校（小・中・高校）のボランティア体験学習を実施、ポイント制度もある。		
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、不定期で連絡会や問題解決に向けた居宅介護事業所との連携を図り、利用者及び家族の困りごとに対応している。また、家族介護交流会にも参加している。		
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 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等を実施したり、近隣の介護事業所と一緒に高齢者介護の勉強会を3か月に1回開催している（高齢者福祉研究会）民生委員や地域住民の参加もある。災害時の福祉避難所としての指定は受けていないが、食糧や飲料水の備蓄をしており、非常時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「みぞべ元気塾」・「隠居長屋ろんち」があり、地域住民との交流がある。また、長屋の介護サービスで足りない部分をサポートしている。（安否確認、服薬の確認、食事・排泄の声かけなど）		

Ⅲ 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 山陵会倫理規程やケアマニュアル、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ており、福祉に携わる職員としてモラルと接遇に関しての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 倫理規程やマニュアルにて（高齢者虐待の対応・特定個人情報取扱い規定）整備されている。権利擁護について外部講師を招き研修会を行っている。		

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 フラワーホームだよりを利用者や学校、役所等に配布している。 ホームヘルプサービスを紹介するたよりを今年度より発行し、情報発信していけるようにしている。		
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 サービス開始時にサービス提供責任者が利用者及び家族に重要事項説明書で説明している。 説明後に同意を得て署名・捺印をもらっている。		
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 他事業所への移行に際して、利用者の自宅での状況の報告や内服の管理等書面で伝えている。 また、サービス終了後の家族へ相談等が出来るよう窓口となる旨の書面を渡している。		
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 利用者への満足度調査を実施し、その結果に基づいてミーティング等で話し合い、改善策やサービス向上に活かしている。		
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・相談マニュアルが整備され、苦情や相談の受付担当者・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。		
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 重要事項説明書にて相談窓口担当者、行政機関、第三者委員が設置されている旨を利用者及び家族に説明している。		

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。	Ⓐ・b・c
評価概要 苦情や相談に関する規定・マニュアルを整備し、必要に応じて見直しを行っている。訪問時のコミュニケーションの中で相談や要望等傾聴し、内容をサービス提供責任者へ報告、速やかな対応に努め、サービスの向上につなげている。		
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・Ⓑ・c
評価概要 リスクマネジメントの責任者を設置している。事故発生対応のマニュアル及び事故防止（ヒヤリハット事例）の研修を行い職員へ周知をしている。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要 感染対策マニュアル及び感染症に関する研修を実施し、職員への周知に努めている。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要 法人の防火管理規定、災害対策要綱が決められている。台風や積雪・豪雨時は事前情報を基に雨戸閉めや食料の調達、懐中電灯等の物品の確認等を行っている。また、緊急連絡表にて利用者及び家族への連絡体制を整備し安否確認をしている。		

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。	Ⓐ・b・c
評価概要 利用者一人ひとりのサービスマニュアルを作成し、それに沿って実施し、実施内容は活動記録簿にて確認している。倫理規程・プライバシー保護、権利擁護に関する研修を実施している。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要 個別の福祉サービス実施計画の内容は6か月ごとに評価・見直しを行っている。見直し・変更が必要な場合はミーティングや個別のカンファレンスを行い意見を反映している。		

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 ヘルパー主任をサービス実施計画策定の責任者として一人ひとりのアセスメント表を作成し、個別援助計画に反映させている。支援困難なケースについては、ケアカンファレンスを実施し、対応の検討を行っている。		
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 計画の途中評価および最終評価を実施している。また、ミーティングや活動記録簿等で現況を把握し、必要に応じてアセスメントし、計画の変更や修正を行っている。		
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 複写になった活動記録簿に記録し、控えを利用者宅にも置きご家族にも見て頂けるようにしている。また、速やかに伝えるべき内容は電話・メールで、後日整理して伝えるべき内容はミーティングで周知している。		
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 契約時に個人情報の取り扱いについての説明を行い、利用者及び家族に署名・捺印を頂いている。また、あらゆるデータの管理はホームの事務所にて行っている。		

福祉サービス第三者評価基準

【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目（訪問） 】

H29.5.1改訂

援助
を

・ c

し、

・ c

。ま
知し

・ c

A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		自己評価
	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	(a)・b・c
	A-1-(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 A-1-(1)-①について 利用者のできる範囲で声かけしながら一緒に調理や掃除等を行っている。会話をしながら、昔の事を思い出したり楽しくできる環境作りに努め、継続していけるようにし、自信や意欲の向上につなげている。 A-1-(1)-②について ヘルパー訪問の前後にサ責にて要望や困っている事等ないか尋ね、担当ヘルパーへ連絡し、訪問時にスムーズな対応ができるようにしている。接遇や言葉遣いについての研修を行っている。筆談や文字盤等をコミュニケーションツールとして活用している。		
A-1-(2) 権利擁護		自己評価
	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	(a)・-・c
評価概要 高齢者虐待についての研修の中で虐待の具体例を確認し、自身の言動を振り返る機会としている。また虐待の届出・報告の手順の周知を徹底している。		
A-2 生活支援		
A-2-(1) 利用者の状況に応じた支援		自己評価
	A-2-(1)-① 入浴支援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-(1)-② 排泄の支援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-(1)-③ 移動支援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 A-2-(1)-①について 入浴前にバイタルチェック、食事・水分摂取状況等を確認している。利用者の浴室の状況に応じて、福祉用具の検討等、ケアマネに相談し、安心して入浴して頂けるよう努めている。 A-2-(1)-②について できるだけオムツの使用を控え、屋間はトイレ（ポータブルトイレ）での排泄ができるよう、その方に応じた方法で対応している。尿・便の量や性状の観察を行い、水分補給の促しや、排便困難時の看護職員への連絡など行い、その都度対応している。 A-2-(1)-③について 残存機能を活かし、できる範囲での介助を行うようにしている。クッション等を使用し、座位保持や安楽な姿勢が保てるよう努めている。		
A-2-(2) 食生活		自己評価
	A-2-(2)-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-2-(2)-② 食事の提供、支援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)-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 A-2-(2)-①について 利用者の嗜好を聴き、また旬の食材など献立に反映させている。ホームの管理栄養士による勉強会を計画、実施している。 A-2-(2)-②について 減塩やカロリー制限のある方、また嚥下のしやすい食事形態などその方に応じた状況での調理を行っている。食事の姿勢（座位保持）に注意しながら声かけ・見守りを行い食事介助を行っている。家族に摂取量を聞いて、食事内容の見直し・検討を行うようにしている。 A-2-(2)-③について 口腔内のチェックを行い、変化のある時はケアマネジャーに報告し、家族への連絡調整を行っている。内部研修でホームの歯科衛生士による勉強会を実施している。		

A-2-(3) 褥瘡発生予防・ケア		自己評価
	A-2-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	(a)・b・c
評価概要 皮膚状態を観察し、発赤等変化がある場合、ケアマネ、看護職員へ連絡している。家族ヘクッション等を使用した体位変換やポジショニングの助言を行い、褥瘡の発生予防に努めている。		
A-2-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		自己評価
	A-2-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	非該当
評価概要 非該当		
A-2-(5) 機能訓練、介護予防		自己評価
	A-2-(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 日常生活動作（掃除・調理・洗濯等）と一緒に手順を確認しながら行うことで、生活の維持につながるように努めている。介護予防施設の紹介および参加の呼びかけを行っている。		
A-2-(6) 認知症ケア		自己評価
	A-2-(6)-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 利用者の状況を観察、把握し、その方のペースに合った声かけを行っている。本人のできる部分を尊重する声かけをし、意欲を持って安心した日常生活が送れるように対応している。認知症ケアについての内部研修を実施、外部研修に参加している。		
A-2-(7) 急変時の対応		自己評価
	A-2-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	(a)・b・c
評価概要 訪問時、顔色や話し方等わりはないかをチェックし、少しでも変化のある時は、ヘルパー主任へ連絡・報告し、主治医や看護職員への連絡調整を行っている。デイサービスやショートステイ等を併用して利用されている方は、自宅での状態を報告し、継続した観察・対応ができるよう体制をとっている。緊急連絡網にて連絡体制を整えている。		
		自己評価
	A-2-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	(a)・b・c
評価概要 利用者の状態に応じて手順書を作成し対応している。その都度ヘルパー主任や次に訪問するヘルパーへ報告し、状態の把握ができるように努めている。		
A-3 家族等との連携		
A-3-(1) 家族等との連携		自己評価
	A-3-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	(a)・b・c
評価概要 利用者の現況を電話やメールにて伝え、その都度相談に応じている。連絡ノートを準備し、ご家族への連絡に活用している。排泄や食事等でその方に合ったものを紹介・助言等行い、介護負担への軽減につなげている。		
A-4 サービス提供体制		
A-4-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		自己評価
	A-4-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	(a)・b・c
評価概要 初めての訪問の際は、サービス提供責任者が同行し、職員及び利用者の不安を解消できるようにしている。ヘルパーミーティングやメールにて情報共有し統一したケアの提供に努めている。また、担当しているヘルパー間で情報（意見）交換し、対応の工夫やより良いケアができるようにしている。		