

(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27年10月13日～平成28年2月26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	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号



2 事業者情報

[平成27年12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	管理者名：瀬戸口 司
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3	
連絡先電話番号：0995-58-3714	FAX番号：0995-58-2286
ホームページアドレス	Eメールアドレス
http://www.flowerh.jp	

理念・基本方針

理念

1. 地域の需要に応じた事業展開を行い、地域に根ざした経営を行うこと。
1. 利用者の立場に立った福祉サービスを提供し、利用者の笑顔と満足感を喜びとする。
1. 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
私どもは、入園者及び家族並びに地域社会の御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、楽しい老後をおくりながら
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】

- ・笑顔で過ごして頂けるよう努力しています。
- ・気持ちに寄り添い、今までの生き方そのままに過ごして頂けるよう努めています。
- ・介護に関わる人々の繋がりを重視し、質の高いサービスを提供するためお互いの意思疎通を図るようにはしています。

【利用者の状況】

定員	人	利用者数	52 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)	1	3	26	20	2

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)		4	7	15	16
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	7	1	2		

[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	1		1			
ヘルパー1級				2	0.1		
ヘルパー2級				10	2.5		
前年度の採用・退職状況	採用	常勤	0人	採用	非常勤	1人	
	退職	常勤	0人	退職	非常勤	人	
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数							18 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							年
○常勤職員の平均年齢							58 歳
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢							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27年10月13日(契約日) ～平成28年2月26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

働き易い職場づくりについて

サービス提供責任者は職員及び職員の家族の健康状態を把握すると共に、事前に職員の希望を確認して週間訪問介護予定表を作成しています。子育て世代の職員に対しては学校行事を優先すること、急な子供の発病等に備えた体制を確保し、ワーク・ライフ・バランスに配慮し、働き易い職場づくりを進めています。

利用者の社会参加の推進について

利用者が敬老会等の地域行事に参加できるように、事前に利用者を取り巻く人的資源を見だし、その環境を整えています。特に、排泄状況や、摂食に関する情報等の内容について細やかに提供し、参加後の利用者の反応を確認しています。認知症状が認められる独居高齢者に対して、隣近所の資源を開発して、安否確認体制を強化し安心して生活できる配慮がなされています。

風水害等災害が予測される状況時の利用者等への支援対策について

台風や積雪の場合は、前日に利用者宅の雨戸閉めや周辺の安全管理、食料の調達、湯たんぽの準備などきめ細やかな取り組みがなされています。全職員で利用者の安否確認のため利用者宅訪問もなされています。

◇改善を求められる点

事業計画の策定について

中・長期計画を踏まえた単年度事業計画が策定され、基本方針及び努力目標が記載されているが、数値目標や具体的な成果等を設定し、評価が行える工夫が期待されます。

マニュアルの定期的な見直しについて

マニュアルの見直しは状況変化時等に行われているが、各マニュアルについて定期的な見直しが求められます。

5 第三者評価結果（共通項目・訪問）

6 利用者調査結果

7 事業者の自己評価結果（共通項目・訪問）

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

当法人の経営理念「地域に根ざした経営、利用者の立場に立ったサービスの提供、利用者の満足感と笑顔、個人の尊厳を守る」を常に念頭に道しるべとしてきました。

今回の第三者評価で、働き易い職場づくり、利用者の社会参加、利用者への支援対策などを評価していただき励みになりました。

改善すべき事項である中長期計画は介護保険法・報酬の改正がなされ、なかなか見通しも困難ですが事業計画を中長期的に作成し、新年度計画を作成するための取り組みを致します。

全事業所の新年度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。

また、マニュアルの見直しも会議等で話し合いを行い、必要な箇所は定期的に見直しを行っていきます。

今後、法人全体でさらにサービス向上を目指し職員一同、地域の福祉拠点となるよう頑張っております。

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、基本方針が定められ、「利用者の笑顔と満足感を喜びとし、個人の尊厳を守り高めることを使命とする」がホームページ及び広報誌に記載されている。年に2回発行される広報誌は利用者や家族・民生委員・地域住民・学校・郵便局・駐在所・霧島市役所溝辺支所等に配布されている。職員は毎日の朝礼で理念を職員全員で復唱すると共に、会議や研修会で周知が図られている。		

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 霧島市のホームページから高齢者を取り巻く情報、動向を入手し、ミーティングで学習資料として活用している。また、法人で3ヶ月に1回開催される自主的研修会である高齢者福祉研究会には外部講師を招いて国・県・市の情勢について検討が行われている。サービス提供責任者は法人のリーダー会議及び在宅部門の職員会議に毎月出席し、月2回のミーティングに経営環境及び利用者を取り巻く環境について共有化されている。		
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。	a・b・c
評価概要 霧島市が平成29年度より地域支援総合事業に取り組む中で、要支援1・2の利用者が介護保険法から移行することで利用者の減少が予測されることを共有化している。また、職員の年齢が高くなりつつある中で、若い職員の獲得が課題として取り上げられており、求人対策を図っている。		

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 利用者の動向を基に、実利用者数及び虚利用者数を平成32年度まで計上している。しかし、地域支援事業が予測の範囲であるため、収支計画は策定途中となっている。		
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 中・長期計画を踏まえた単年度計画が策定され、基本方針及び努力目標、研修計画が記載されている。今後、数値目標や具体的な成果等を設定し、評価が行える工夫を期待したい。		

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 毎年度末に職員一人ひとりが1年間の振り返り、目標達成を評価しており、その後、全員が参加してミーティングを開催している。また、6ヶ月後に財務状況を確認し、補正予算が策定されている。今後、目標値が設定されることで、更に事業計画の質が向上し、継続した事業計画となることを期待したい。		

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 広報誌「フラワーホームだより」に単年度の努力目標が掲載されており、利用者・家族に配布している。また、視力障害のある利用者等には職員が説明を行っている。		

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 職員ひとり一人に目標管理・業務効果シートを配布し、記載した内容を基に、サービス提供責任者及び副園長が面接を行い、個別の目標について話し合っている。また、今回の第三者評価に際して、サービス担当責任者が自己評価を行っている。今後は組織として、評価結果を分析・検討されることを期待したい。		
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 理事会、管理者会議、リーダー会議では組織として取り組むべき課題が検討され、改善策や改善実施計画を策定している。また、職員は利用者からの提案や意見に対してミーティングで検討し、改善策や改善実施計画を作成している。評価結果を分析した結果や課題が文書化されることを期待したい。		

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 法人の組織図、職務分担表が策定されると共に、運営規定に管理者、サービス提供責任者の責任と役割が記載されている。管理者会議、リーダー会議に出席し、組織の理念、基本方針の実現のための課題解決に努力している。また、火災及び緊急時職員連絡網が作成され、メールを活用した連絡体制を確保すると共に、日常的に地域情報を発信している。		
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 法令遵守の責任者は管理者と定め、倫理や法令遵守規程の策定が行われている。介護保険法、高齢者虐待防止法、個人情報保護法、マイナンバー制度についての職員への研修を行っている。また、労働環境の改善に関しては、育児休業制度、介護休業制度、ストレスチェック制度を活用している。制度や権利擁護に関する研修は外部の専門家を招いての研修が予定されている。		
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 法人がキャリア段位制度に取り組み、6名のアセッサーを養成しており、研修会に職員が参加している。サービス提供責任者は一人ひとりの訪問介護員のサービス提供について同行及び支援を行い、その質を評価している。職員の意見に伝えるために、法人で開催している腰痛予防の介護技術、摂食・嚥下リハビリテーション、口腔ケア研修会に出席し、伝達講習を行っている。		
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 管理者会議を開催し、今後の介護保険法改正に備えた介護予防新総合事業について検討を行い、訪問介護の展開について議論を集約している。その内容は、リーダー会議及び職員会議に伝達され、職員間で共有化されている。また、税理士との研修会を開催し、分析、検討を行うと共に、訪問介護事業に提言を行っている。		

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。	Ⓐ b・c
評価概要 介護支援専門員、看護師、介護福祉士の資格者が現職員の中で教育的な役割を果たしているが、更に若い後継者を募集中である。また、現職のヘルパー免許取得者である訪問介護員に対して、介護福祉士の資格取得を支援している。法人では新たな奨学資金について検討を行っている。		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ b・c
評価概要 採用時に就業規則、服務規程を説明し、給与、人事基準を明確にした上で辞令を交付している。また、法人の理念、基本方針を踏まえた期待する職員像及び鹿児島県ホームヘルパー協議会が策定した「ヘルパーの心得10ヶ条」について説明を行うと共に、キャリアパスを明確化している。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要 サービス担当責任者は職員及び職員の家族の健康状態を把握すると共に、事前に職員の希望を確認して毎週の訪問介護予定表を作成している。子育て世代に対しては学校行事を優先すること、急な子供の発病に備えることでワーク・ライフ・バランスに配慮している。また、セクシャルハラスメントや個人的な相談毎に対応すると共に、ストレスチェック体制を整え、精神衛生の向上に努めている。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要 一人ひとりの職員に目標管理・業務効果シートを配布し、事業所の目標を確認しながら目標項目、目標実現のための取組について記載している。目標達成を支援するためにサービス提供責任者及び副園長は面接を行い、取組み状況を確認している。		
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 Ⓑ c
評価概要 事業所内に法人の理念、基本方針及び期待する職員像並びに鹿児島県ホームヘルパー協議会の「ヘルパーの心得10ヶ条」を掲示している。職員の健康状態及び家庭環境を把握し、介護福祉士の資格取得を一人ひとりの達成目標に追加するよう勧めている。現年度の研修計画は提供しているサービス内容及び職員からの提案等から見直しを行っている。		
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 新入職員に対しては法人が行っているカリキュラムに参加した後、サービス提供責任者と同行訪問を行い、見学、一部実施、全面実施と段階を経て育成している。また、法人主催の高齢者福祉研究会、介護技術講習会、鹿児島県ホームヘルパー協議会主催の研修会に出席し、伝達講習を行い、共有化している。職員のミーティング出席に対して賃金を算定し、全職員の参加が実現している。		
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 実習指導マニュアルを作成し、専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化すると共に、プログラムを整備している。実習は以前は依頼があったが、近年は依頼が認められない。教育現場に出向き、積極的な実習生の受け入れを行い、専門職による研修・育成を期待したい。		

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 法人のホームページを開設しており、理念、基本方針、事業内容・事業計画・事業実績、財務状況を公表している。また、霧島市に年1回の報告を行っており、霧島市のホームページに掲載されている。地域に向けては広報誌「フラワーホームだより」を年2回作成し、法人の理念、基本方針、事業内容・事業実績、財務状況を掲載し、法人が地域で果たす役割を表明している。		
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
評価概要 内部監査は副園長が行い、外部の税理士が3ヶ月毎に事務・経理・取引について点検し、指導・助言を行っている。訪問介護事業に関しても税理士及び内部監査による指導・助言が行われ、職員は電気の浪費や印刷の無駄な使用に留意している。		

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 法人の理念に「地域の需要に応じた事業展開を行い、地域に根ざした経営を行うこと。」を掲げている。利用者が敬老会等の地域の行事に参加できるように、事前に利用者を取り巻く人的資源を見だし、その環境を整えている。特に、排泄や食事内容について細やかに情報を提供しており、参加後の利用者の反応を確認し、次年度の計画に備えている。また、認知症が認められる独居老人に対して、隣近所の資源を開発して、安否確認体制を強化している。		
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 ボランティア受入れマニュアルを策定し、地域の人々や教育機関への協力に関する方針と手順を記載している。また、法人独自のボランティアカードを作成し、霧島市のポイント制度に参加している。今後、地域のボランティアの登録を勧め、養成教育に貢献されることを期待したい。		
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 地域の関係機関、団体、事業所等の社会資源一覧は霧島市が策定した資料を活用すると共に、独自に作成した一覧表を事業所に掲示している。地域で開催されるケース検討会に出席し、利用者の問題解決に役立っている。地区の訪問介護事業所連絡協議会は役員の問題で、現在は休止となっている。地区の訪問介護事業所連絡協議会の再開に貢献されることを期待したい。		
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 法人が行っている地域の介護予防教室に出向き、介護に関する知識、技術について相談に応じている。利用者の中には経済的な生活困窮者が含まれており、隣近所の助け合いや食料品のおすそ分けなどの活動を構築している。また、法人は食料や飲料水の備蓄を行っており、非常時の地域住民を受け入れる準備を整えている。		
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 法人は地域住民、民生委員、地域役員に参加を依頼し、高齢者福祉研究会を開催し、今後の地域福祉のニーズを把握すると共に、問題解決に繋がる検討を行っている。また、今後の2025年問題への取組として、新たな地域総合支援事業を検討しており、計画立案中である。		

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 理念に利用者尊重を明示している。倫理規定、接遇の研修で理解しケアに活かす取り組みをしている。標準的な実施方法について知識・手順・ポイント・留意点等を具体的に記載している。		
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 職員はプライバシー保護や接遇の研修を受けている。また、外部講師による権利擁護の研修計画も予定している。高齢者虐待対応と擁護者支援のマニュアルを整備している。職員の理解を図りサービス提供時は、利用者のプライバシー保護に努めている。		
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 法人は数種類の事業を提供している。組織を紹介する資料は、絵・写真の資料で各事業内容の違いが理解できる。訪問介護事業の内容紹介がされているが、更にわかりやすい内容を工夫し、理解が広がる取組が望まれる。年2回発行のフラワーホーム便りは、利用者・各事業所・小学校・役所等に配布し多くの人が入手できる工夫をしている。情報提供の資料見直しはしていない。		
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 サービス開始時は担当者が重要事項説明書で説明している。利用にあたり分かりやすい内容になっている。説明後、同意を得た上で書面で残している。意思決定困難な場合は、成年後見人制度や代理人制度を説明している。サービス変更時は文書で情報提供している。		
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。	a b (c)
評価概要 心身の状況が改善したり利用者の死亡された場合は、サービスが終了となるケースがある。福祉施設・事業所の変更はなく、継続性に配慮した手順書や引き継ぎ文書は策定していない。また、家庭への移行後の相談窓口や担当者の説明と文書の配布はしていない。		
Ⅲ－１－（３） 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ－１－（３）－① 利用者満足の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)
評価概要 担当者や職員が訪問した時に利用者や家族の要望・意見を聞く機会を得ている。要望等は事業所に持ち帰り担当者に報告し、その都度対応している。解決困難な場合は、ミーティングで検討し利用者のサービス向上に活かしている。満足度調査の定期的な検討会議開催などのしくみは設置していない。		

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。	Ⓐ b・c
評価概要 苦情解決責任者、担当者、第三者委員を設置し、苦情解決実施要項や苦情相談マニュアルが整備されている。第三者委員名の掲示、資料は利用者・家族に配布し説明している。苦情受付から解決・改善まで記録保管している。結果は当事者に報告し、必要時第三者委員に報告している。職員へはミーティングやメールで伝えサービスの質向上に努めている。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要 利用者・家族には、重要事項説明書を用いて相談窓口担当者、行政機関、第三者委員の設置があり自由に相談相手を選択できることを説明している。文書は利用者や家族に配布し掲示する取り組みもしている。事業所内に相談室も確保している。在宅で行うことが多い。		
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 Ⓑ c
評価概要 相談・苦情のマニュアルに沿って相談や意見を聞き、迅速な対応ができるようにしている。記録は書面で保管している。検討に時間を要する場合は、家族に説明し了解を得、結果を報告しサービス向上に活かしている。マニュアルは必要時に見直している。アンケートは実施していない。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要 リスクマネジメントの責任者を設置し、対応マニュアルに沿って対応している。転倒予防や移乗の方法等、事故防止の研修を実施している。転倒や誤飲・誤嚥の事例収集や職員参画のもとで改善策や再発防止に向けた研修の取り組みもしている。		
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 感染症予防対策責任者を設置し対応マニュアルに沿って実施している。調理実習、感染症予防の研修を実施し周知している。感染症発生時は利用者・家族に伝え予防を呼びかけている。		
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。	a Ⓑ c
評価概要 事業所は防火管理規定、災害対策要綱を整備している。職員は法人の防火訓練に参加し利用者の避難方法や安否確認等を訓練している。台風や積雪時は、事前情報に基づき利用者宅の雨戸閉めや食料の調達をしている。車を利用できない時は、徒歩で自宅まで出向き安否確認をしている。		

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 (b) c
評価概要 福祉サービスの標準的な実施方法は、マニュアル化しそれに沿って実施している。職員は倫理規定、プライバシーの保護、権利擁護に関する研修を受け、基本的姿勢を持って実施するように取り組んでいる。実施内容は記録を通して確認している。		
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 利用者の状況を把握し内容の評価見直しは6ヶ月に1回実施している。検討が必要な場合は、その都度ミーティングで見直しを実施している。修正した計画は担当者が利用者や家族に説明している。		
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 訪問介護計画策定の責任者を決め、アセスメント様式により統一したアセスメントを作成している。利用者や家族の情報も収集している。居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成している。職員間でミーティングを行い利用者のニーズを踏まえた個別訪問介護計画を実施している。		
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
評価概要 訪問介護計画作成の責任者は、ミーティングや記録から実施内容の把握を行い、必要に応じてアセスメントし計画の変更を行っている。計画の変更や修正は、ミーティングやメールを活用し職員に周知している。		
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。	a (b) c
評価概要 訪問時は、統一した様式の活動記録簿に記録している。責任者や職員は計画に沿った実施記録を確認している。意見や提案は責任者に報告しミーティングで話し合っている。必要な情報はミーティングやメールを活用し周知できるようにしている。職員の記録の書き方で差異の場合は個別で指導している。		
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 記録管理責任者を設置し利用者情報取り扱いマニュアルに沿って管理している。職員は、個人情報保護と利用者情報の安全管理の資料を用いて勉強を行い、理解を深め遵守するように取り組んでいる。個人情報の取り扱いについて、個人情報の使用に係る文書に沿って利用者や家族に説明し同意を得ている。		

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（訪問） 】

A-1 支援の基本		第三者評価結果
	A-1-① 利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。	(a)・b・c
評価概要 アセスメントを行い利用者の意向を確認し訪問介護計画に沿って個別に実施している。利用者の心身状況にあわせ自立に配慮した援助をしている。居室や廊下の安全確保、台所や食堂の衛生面、ガスレンジや暖房器具の安全確認等、利用者が安全に安心した生活が過ごせるように支援している。金銭管理はルールに沿い適正に取り扱っている。利用者の状況や申し出により、ケアマネージャーを通し、社会資源等の利用につなげている。		
	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 利用者の状況に合わせ筆談、文字を大きく書く工夫、補聴器、ジェスチャー、家族への聴き取り等、コミュニケーションの取り方を工夫し対応している。前回の食事の味や入浴後の体調などを聞き、ケアに活かすようにしている。言葉の使い方に注意し節度ある接し方に心がけている。事業所でもマナーや言葉遣いの研修を行い実践できるようにしている。		
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 入浴前は健康測定や体調確認し入浴を実施している。入浴可否の判断基準に応じ清拭に代える場合もある。入浴前の室温や湯温、備品の安全確認を行い、プライバシー保護や全身の観察、コミュニケーションをとりラックして入浴できる支援をしている。入浴後は水分補給し、家族にも状況を伝えている。必要時ケアマネージャーにも報告している。		
	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 排泄パターンを把握し屋間はオムツは使用しないように取り組んでいる。介助時はプライバシー保護に努めている。排泄後は、便や尿の観察を行い健康状態を確認し変化時は報告している。トイレ使用時は転倒転落に注意し、便座・靴下・ひざ掛け等を配慮し保温を工夫している。後始末は利用者が気遣いしないように手早く行っている。		
	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 利用者の心身の状況に合わせた移乗、移動の介助を行っている。起き上がりや立ち上がり等、利用者も協力できるように声をかけている。福祉用具の安全確認を行い不具合時は家族やケアマネージャーに報告している。職員は移乗、移動介助の研修を実施し、心身に変化があれば、その都度安全な方法で介助している。		
	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	(a)・b・c
評価概要 入浴、排泄時は褥瘡のできやすい部位の観察をしている。おむつ交換時は陰臀部の洗浄や清拭を行い、清潔に努めている。寝たきりの方の体位変換や傷・皮下組織のずれが生じないように気をつけている。職員は、研修を実施し標準的な実施ができるようにしている。褥瘡兆候の場合は、ケアマネージャー、主治医に報告している。		
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 利用者の食べたい献立や味付け等嗜好を聞き、調理している。食材は旬の物を使用し季節感を出したり食事制限の場合もおいしく食べる工夫をしている。必要時管理栄養士の同行により、具体的な減塩調理、カロリー計算を直接指導してもらい、利用者の理解に役立っている。職員は調理実習の研修を受けている。		
	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 利用者の嚥下能力に合わせ普通食、刻み食、ミキサー食など形態を変えている。利用者の能力を把握し食事の準備から後片付けまで職員と一緒にすることもある。食事の姿勢は座位を基本とし誤嚥に気をつけ、利用者のペースに合わせた介助をしている。緊急時の対応について、研修し救急処置ができるようにしている。		
	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 利用者の状況に応じた口腔内の観察や義歯の不具合などを把握し、変化時は家族に報告し、必要時歯科往診を勧めている。食後のうがいや義歯洗浄の準備を行い自立支援を促しながら、できない部分は介助している。		

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
評価概要 利用時に看取りに関する指針を説明し同意を得ている。医師、看護師と連携し在宅でできる介護を提供している。利用者や家族の相談に応じ必要時医療機関への連携体制は整っている。職員研修や精神的ケアの体制づくりはできていない。		
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・(b)・c
評価概要 訪問時の関わりの中で利用者の状況を把握し記録している。その時の状態に応じた言葉かけや態度を受け入れ言葉や態度が刺激とならない関わりができるようにしている。日常生活の中でできることを見つけ促し居心地よい生活が提供できるようにしている。職員は認知症ケアの研修を受けてケアに活かすようにしている。		
	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
評価概要 日常生活の中で物や備品の定位置を移動させず安定した生活を支援している。利用者にとり危険となるものは目に触れず手に取れない高い位置に管理している。異食や火傷等の事故防止にも気をつけ環境整備している。行動抑制や拘束がないように家族に相談や説明をしている。必要時ケアマネージャーにも報告している。		
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
評価概要 利用者の心身の状況に応じ、自宅で行える掃除、洗濯物のたたみなどを働きかけている。毎日実施できるように手足の伸ばしや歩く練習を行い、機能訓練につながるように支援している。		
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。	a・(b)・c
評価概要 訪問時に健康チェックを行い、変化時は家族、主治医、管理者に報告・連絡する手順が確立している。高齢者に起こりやすい熱中症・脱水症や緊急時対応について研修を実施し、迅速な行動が取れるようにしている。		
	A-7-② 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 感染症対策のマニュアルを作成している。ノロウイルス、インフルエンザ、食中毒の研修を実施し細菌・除菌の方法も学んでいる。調理器具の衛生管理や調理方法に気をつけ感染症の発生予防に努めている。職員の健康基準を決め日常の健康変化を把握している。職員のインフルエンザの費用負担を支援している。職員が感染症にかかった場合は、勤務などの配慮がある。		
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 担当者は利用者・家族に訪問介護計画を説明し同意を得ている。職員の訪問時はコミュニケーションを積極的にとり、思いや意向を聞いたり相談を受けている。利用者の状況はメール・電話で密に家族に伝え、安心して生活できるように取り組んでいる。相談内容に応じ関係部署と連携し早急に対応するようにしている。		
A-9 サービス提供体制		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
評価概要 重要事項説明書に訪問介護員について説明している。居宅に初めて訪問する介護員の場合は、サービス提供責任者が同行し職員と利用者共に不安感がないように図っている。利用者や家族の情報は、ミーティングやメールで共有し統一したケアが提供できるようにしている。関連事業所と連携を取り継続的なサービス体制を行っている。		

		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。	32	0	0 時や人により違う	1
		問2 職員は何かにつけ気軽に声をかけてくれますか。	33	0	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。	33	0	0 時や人により違う	0
		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。	30	0	0 時や人により違う	3
	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。	33	0	0 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。	14	0	0	19
		問7 困ったことを相談できる職員がいますか。	29	0	0	4
	苦情受付けの方法や第三者委員の周知	問8 苦情の受付けシステムの説明がありましたか。	23	1	0	9
		【はいの場合】苦情受付け職員や、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。	22	2	0	9
	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。	31	0	1 人により違う	1
		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。	32	0	0 わからない	1
	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。	25	0	0 わからない	8
		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)。	28	1	0	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。	0	8	0	25
		【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	0 なんとかいえない	31
	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)	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。	6	0	0	27
		【はいの場合】その説明はわかりやすかったですか。	4	0	0	29
		実際に入所してみても、説明どおりでしたか。	4	0	1 なんとかいえない	28
	食事	問15 食事はおいしいですか。	22	0	0	11
		問16 食事は楽しい雰囲気で見ることが出来ますか。	15	0	0	18
	入浴	問17 お風呂の回数や時間には満足していますか。	9	0	0	24
	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。	4	0	9 自分でできる	20
	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。	3	0	0	30
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。	4	0	1	28
	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。	10	0	1 必要を感じていない	22
	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。	10	0	1 事例がなくわからない	22
	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。	10	0	0 なんとかいえない	23
		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。	8	0	0	25

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 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。利用者への周知は図っていない。		

Ⅰ－２ 経営状況の把握

		自己評価結果
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 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 単年度は策定しているが、中・長期的な計画は行っていない。		
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、その後の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 利用者等に周知・理解を促していない。山陵会ホームページには記載されている。		

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 「目標管理・業務管理シート」を各職員にて記入してもらっているが、評価体制の整備はされていない。		
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。		

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・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、地域を意識した火災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 県老協及び地区老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 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。		
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。		
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してもらっている。中間面接等は行なわず、年度末に自己評価し、それに基づいて目標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 管理規定において「職員の職務」が定められており、職務分掌表においても、各職種の役割が明示しており、理念においても期待する職員像が定められている。単年度の職員研修計画に基づき実施（施設内研修）。		
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3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、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 実習生等の受け入れはしておらず、マニュアル整備もされていない。		

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

		自己評価結果
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 「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・周知している。職務分掌表にて明確にしている。外部の税理士に３か月に１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 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、週１回ろんち長屋にて地域の人々との交流の場を設けている。		
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。		
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。定期的な連絡会や問題解決に向けた協働なども特に行っていない。		
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３か月に１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・活動の取り組みは現時点ではできていない。しかし、管理者による会議等では社会福祉法人の地域貢献活動について堂々議論は行っている。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 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・Ⓑ・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）。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。	Ⓐ・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。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。	Ⓐ・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・家族に重要事項説明書に沿って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、要点を分かりやすくまとめた書類を作成し、説明		
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・Ⓒ
評価概要 他の福祉施設・事業所への移行等は特になし。		
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・Ⓒ
評価概要 職員およびサービス提供責任者が訪問した際に、利用者へ満足に関して尋ねることはあるが、定期的な個別での面接・聴取等を行っていない。		

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 重要事項説明書に記載あり。		
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 職員は日々のサービス提供時に相談や意見の傾聴に努めている。また、職員が聴いた内容は、サービス提供責任者に報告され、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、職員へ周知している。		
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 感染症対策マニュアル作成し、職員へ周知している。職員研修会にて勉強会を開催している。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。全利用者の緊急連絡先一覧表の作成。年１回の防火訓練の実施。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		自己評価結果
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 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。		
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 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 サービス開始時、ケアプラン更新時にアセスメントを行い記録している。個別援助計画書を作成し、具体的なニーズが明示されている。		
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 個別援助計画書をもとに、ケアプラン更新後に途中評価を、更新時に最終評価を実施し、利用者及び家族へ説明、評価への同意を頂いている。		
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 訪問時に活動記録簿にサービス実施内容を記録している。必要な情報はメールを活用、ミーティングにて職員への周知を行うことで情報の共有化がなされている。		
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い、利用者および家族に署名・捺印を頂いている。		

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） 】

A-1 支援の基本		自己評価結果
A-1-① 利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。		a・ (b) ・c
評価概要 サービス利用開始時にアセスメントを行い、これまでの生活習慣を尊重し、一人ひとりにあったペースでの対応に努めている。また、希望に沿うだけでなく、過剰介護にならないよう声かけや出来る範囲での家事を一緒に行ってみる等、自立に向けた支援を行っている。		
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 援助の際、筆談や文字盤の活用、ジェスチャー等その人に合ったコミュニケーションを工夫し対応している。また、言葉遣いや接遇には特に注意を払い、研修を行っている。		
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 利用者のその時体調に合わせ入浴や清拭・部分浴を行っている。入浴後は水分摂取の促し、必要な方へのスキンケアを行っている。		
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 昼間・夜間の排泄状態を把握し、できるだけ昼間はオムツを使用しないで対応するよう努めている。必要時に尿や便を観察し記録している。		
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 転倒・転落につながらないよう環境整備を行い、移動がスムーズに行えるよう配慮を行っている。移乗・移動介助の研修を実施。		
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。		a・ (b) ・c
評価概要 オムツ交換時、陰部臀部の洗浄・清拭を行い清潔保持に努めている。皮膚状態を観察し、変化時はケアマネジャー、主治医に連絡している。		
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 利用者の嗜好を聴き、献立に反映させている。また、食事制限（塩分やカロリー等）があってもおいしく食べられるよう色どりのある献立を考え調理を行っている。		
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 利用者の心身の状況に合わせ摂取しやすい食事形態（ミキサー食～普通食）の調理を行っている。食事時の見守り、座位保持に努め誤嚥のないよう注意をしている。		
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 食後のうがい、義歯の洗浄の準備、促す声かけを行っている。		
A-4 終末期の対応		自己評価結果
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)
評価概要 現在、終末期ケアを行っている利用者はいない。医療機関への連絡体制はできている。		

A-5 認知症ケア		自己評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		a・(b)・c
評価概要 その時の状態に応じて対応し、できるだけ大きな変化を与えないように接している。認知症についての研修を実施している。		
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
評価概要 物を位置を変えたりせず、いつもの場所にあるように環境整備を行っている。		
A-6 機能訓練、介護予防		自己評価結果
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)
評価概要 介護予防活動のメニューや地域での活動参加の働きかけは行っていないが、訪問時にできる範囲で家事と一緒にする等は行っている。		
A-7 健康管理、衛生管理		自己評価結果
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。		a・(b)・c
評価概要 訪問時に全身状態の把握をし、変化時には速やかに連絡するようにしている。		
A-7-② 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 感染症対策のマニュアル整備されている。インフルエンザやノロウイルスの研修を実施し、予防・対応策等職員に周知している。		
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 家族とは密に連絡を取るようし、利用者が安心して生活できるよう努めている。また、家族からの相談や連絡があった際も関係部署と連携し速やかに対応するよう努めている。連絡・相談等の内容を記録に残している。		
A-9 サービス提供体制		自己評価結果
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
評価概要 サービス開始時および変更時にはサービス提供責任者が同行し説明をして利用者に不安を与えないよう配慮している。ミーティング時に利用者の現況やサービス提供における注意点等を職員へ伝え周知することで情報の共有化を図っている。		