

(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 令和4年5月16日～令和5年1月23日

1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センター福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯四丁目2番6号

2 事業者情報

【令和4年7月11日現在】

事業所名称：フラワーホーム (施設名) 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六丁目45番地	
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～

- 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・・・大切な方がた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】

在宅での最期の看取りを行っている。
コロナの流行で最期を自宅で、家族の見守る中で迎えたい方が増えてきている。

【利用者の状況】

定員	利用者数 78名
----	----------

※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。

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	7	22	39	9

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)	1	6	9	18	23
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	7	10	4		

【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			
管理者	1						
介護福祉士	1	1	3		3.2		
実務者研修修了者		1	3		1.7		
ヘルパー1級			2		0.8		
ヘルパー2級			5		2		
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	1 人	非常勤	1 人
			退職	常勤	人	非常勤	2 人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					18 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					10 年		
○常勤職員の平均年齢					62 歳		
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢					59 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	令和4年5月16日～令和5年1月23日
受審回数(前回の受審時期)	2回(令和元年度)

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

・法人全体で地域に根差した取り組みを実施しており、在宅生活を支えて安心して生活が送れるよう細やかな支援を実施しています。利用者の自分らしい生活ができるよう事業所全体で取り組みがされており、医療機関や他サービスとの連携が密に取れている状況です。実際に訪問する職員も経験が豊富で勤続年数も長い職員が多く、利用者の状況把握や職員間の情報共有がよくされており、様々なケースに対して柔軟で個別の対応がされています。法人中心にマニュアルが整備されており、日々のミーティングや定期的な職員研修で様々な項目について研修が実施されています。終末期ケアにも積極的に取り組んでおり、終末期ケアにかかわる家族への心遣いやサポート体制、支援に入る職員への精神的な配慮等の取り組みが行われています。

◇改善を求められる点

・中長期計画・単年度計画の策定に当たっては組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画、数値目標や取り組みや成果等、評価可能であることが求められます。

5 利用者調査の結果(別紙)

6 事業者の自己評価結果(別紙)

7 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価の結果より当法人の提供している福祉サービスの質について、専門的かつ客観的な立場から評価をして頂き再度、当法人の経営理念を念頭に利用者主体で質の高い福祉サービスを提供することに取り組んでいることを知るいい機会となりました。

評価の高い点については今後さらに邁進し、職員一丸となり利用者様の支援を行わせていただきたいと思います。

この時代の変化(新型コロナウイルス感染症など)に合わせた支援方法や、最期まで自宅で過ごされる利用者様をしっかりと支援できるようにケアの質の向上に努めてまいります。

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】 令和2年3月31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
<p>評価概要 法人理念・基本方針、事業内容等がホームページ、パンフレットに記載され公表されています。理念は法人の使命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ます。理念・基本方針は事業所内に掲示され月2回のヘルパーミーティング等で職員への周知が図られています。利用者・家族へは契約時や法人広報誌、ヘルパー便りを利用して周知されています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 各種団体からの情報、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の各種福祉計画の策定動向と内容が把握され、管理者会議やリーダー会議を通して情報が共有されています。地域包括支援センターや民生委員からの情報、法人事業所連絡会議での情報から地域の経営環境や課題が分析されています。管理者会議やリーダー会議においてコスト分析や利用者の推移、利用率等の分析が行われています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 職員の確保と育成、利用者ケアの充実が課題として挙げられ、管理者会議、理事会、評議員会において共有されています。管理者会議、リーダー会議において改善に向けた具体的な改善策が検討され、ヘルパー会議を通して周知され、改善に向けて具体的な取り組みが行われています。</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 Ⓑ c
<p>評価概要 法人としての現状と課題が示され使命と具体的な行動計画、中長期財政計画が策定されています。中長期計画は単年度計画策定に合わせて評価見直しが行われています。数値目標や具体的な成果等を設定することにより実施状況の評価が行える内容の事業所としての中長期計画策定が期待されます。</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 Ⓑ c
<p>評価概要 【総合的な目標】【利用者ケア・職員教育・人材確保】【収益的活動】【支出的活動】【地域貢献活動】として事業計画が策定されています。今後、実施状況の評価が行えるよう、数値目標や具体的な成果等の設定を期待します。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 事業計画はヘルパーミーティングにおいて、前年度の評価結果を基に策定されています。毎月のヘルパーミーティングにおいて実施状況の確認と評価、必要に応じて見直しが行われています。事業計画は年度はじめの法人目標発表会において全職員への周知が図られています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 事業計画はホームページや法人広報誌等で利用者・家族・地域へ周知されています。また、訪問時やヘルパー便りを活用して利用者等がより理解しやすいよう工夫されています。</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>評価概要 事業計画に利用者ケアが掲げられサービスの質の向上に向けた取り組みが行われています。サービス提供責任者による活動記録簿や金銭管理のチェックや目標管理シート・業務効果シートによる自己評価、上司評価、個別面談の実施、年1回のアンケート調査が行われています。毎月のミーティングやケア会議においてサービスの質の向上に向けて取り組まれています。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がられています。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 毎月第二・第四火曜日に開催されるミーティング、ケア会議においてサービスの質についての振り返りが行われ課題分析、改善策の検討が行われています。必要に応じてマニュアルや介護計画の見直しが行われています。</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>評価概要 運営規程や重要事項説明書等に自らの役割と責任、運営方針を明記し中長期計画・事業計画において具体的な取り組みが明確にされています。ホームページや広報誌上に掲載、表明されています。職務分掌等各種規程、各種マニュアルにおいても役割と責任、不在時の権限委任等を含めた内容が明記されミーティング等において職員への周知が図られています。</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>評価概要 倫理規程、就業規則、経理規程等が策定され、会議などで職員への周知が図られています。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に参加し各種会議において確認と職員への周知を図っています。年間研修計画で倫理・法令遵守、身体拘束・虐待・プライバシー保護、介護保険に関する研修会等を計画し実施しています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 年1回のアンケート調査・自己評価の実施、毎月のミーティング、ケア会議においてサービスの質についての評価・課題抽出・必要に応じて改善策の検討が行われ職員へ周知されています。ミーティングや面談等で職員の意見や提案を検証し改善に活かしています。法人内研修の他、ID0オンラインセミナーを活用して階層や職種別・専門研修など、毎月受講や研修の充実が図られています。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人全体で管理者会議、リーダー会議において稼働率、経営状況等を把握し、課題抽出と改善に向けた具体的な取り組みが検討され、ミーティングにおいて職員へ周知し実施されています。管理者は年2回、人事考課・個人面談を行い、職員の意向を確認して法人内定期異動も含め働きやすい環境整備等、具体的な取り組みを行っています。</p>		

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
<p>評価概要 事業計画において職員教育と人材確保が掲げられています。法人として資格取得奨励と法人内研修、ID0オンラインセミナーを活用して職員教育の充実が図られています。働きやすい環境づくりと合わせて、法人内異動も含め人材確保に向けての取り組みが行われています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人理念・基本方針、就業規則、各種ケアマニュアルの中で「期待する職員像」を読み取ることができません。人事基準、給与規程、各種手当等が策定され入職時に周知されています。年2回、人事評価シートによる自己評価・上司評価が行われ個人面談で意向や意見を把握し、法人内異動と合わせて処遇改善の評価と改善策が検討されています。現在、キャリアアップ要件シートを作成してキャリアアップシステムを構築中です。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人として毎月の管理者会議やリーダー会議において就業状況の把握が行われています。また、相談窓口が設置され、年2回の個人面談、必要時には随時面談が行われて相談し易い環境となっています。毎月の希望休の考慮、有給休暇の他、介護休暇、年末年始休暇等が整備され働きやすい環境となっています。年1回の健康診断、ストレスチェックが実施され看護師が相談窓口となっています。また、オンライン相談窓口が開設されフェイスブックやSNSで気軽に相談できる環境となっています。</p>		
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
<p>評価概要 毎年一人ひとりの目標管理シートが作成され、個人目標が設定されています。年2回の自己評価・上司評価、個別面談において進捗状況の確認と評価、必要に応じて見直しが行われています。年度末に最終評価が行われ次年度につなげられています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人理念・基本方針、就業規則、職員の心得、各種ケアマニュアルの中で「期待する職員像」を読み取ることが出来ます。法人として資格取得が奨励され、事業所勉強会、年間研修計画での法人内研修、ID0オンラインセミナーの活用、その他外部研修参加等で個々のレベルに応じた研修の充実が図られています。必要に応じて計画の評価、見直しが行われています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 入職時に資格取得状況が把握されています。新人研修、月1回の勉強会、ID0オンラインセミナーを活用して階層別・職種別・テーマ別研修の受講等、目標管理シートに合わせて個々に沿った研修を提供されています。オンラインの活用、費用の補助等で研修に参加しやすいよう配慮されています。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要 法人として実習生受け入れマニュアル・実習生指導マニュアルが作成され、オリエンテーションにおいてサービスの説明や注意事項など文書で説明されています。事前打ち合わせにより専門職種の特性に配慮したプログラムが準備されています。指導者研修についてはリーダー研修の充実が図られています。実習生の受け入れについて法人として積極的な受け入れが行われています。専門職の研修・育成に関する基本姿勢の明文化が望まれます。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要 法人としてホームページや広報誌を活用して理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算・決算情報が適切に公開されています。第三者評価の受審結果や相談苦情の体制や内容についても公表されています。苦情・相談内容に基づく改善・対応の状況については第三者委員と法人内での報告・開示がなされていますが、公表までには至っていません。今後、公表まで行われる事を期待します。</p>		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人として経理規程が策定され、職務分掌と権限・責任が明確にされ、会議等を通して職員へ周知されています。年1回の職員による内部監査と法人監事監査の実施、3ヶ月毎に税理士によるチェックが行われ、管理者会議を通して結果や指摘事項、アドバイスに基づいて経営改善に向けた取り組みが行われています。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 事業計画で地域貢献が掲げられています。掲示板や広報誌を活用して地域の社会資源や行事等の情報を提供されています。地域の方の理解を得て近隣の方の見守りや安否確認等の情報提供、地域との交流の継続、地域を巻き込んだ支援が行われています。</p>		

24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a (b)・c
<p>評価概要 ボランティア受け入れマニュアル、ボランティア受け入れ票が策定されています。ボランティア保険への加入、活動計画書が作成され、オリエンテーションにおいて注意事項・必要事項の説明が行われています。法人として毎年、体験学習として4名程度の子供たちを受け入れています。小中学校へ出向いて認知症サポーター養成講座を開催する等、学校教育への協力が行われています。ボランティア受け入れに関する基本姿勢の明文化、学校教育等への協力についての基本姿勢の明文化が期待されます。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c
<p>評価概要 法人全体で地域の情報や社会資源を明示したリストや資料が管理されています。毎月行われる事業所連絡会議において情報が共有されています。自治会連絡会議や民生委員会等へ定期的に出席して情報交換が行われています。記録システムの共有と毎月開催される事業所連絡会議において情報が共有され、法人全体で地域ネットワーク化の取り組みが行われています。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	(a)・b・c
<p>評価概要 地域の福祉ニーズや生活課題等の情報は地域包括支援センターや法人居宅支援センターから事業所連絡会議を通して情報として共有されています。また、法人で民生委員の会議や自治会連絡会への参加、出前講座などを通して連携されています。事業所として法人の活動に参加しています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	(a)・b・c
<p>評価概要 法人として思いやりネットワーク事業に参加して法の狭間にある困窮者への支援を行っています。また、コロナの影響で中止されていますが、以前は認知症徘徊模擬訓練や認知症への理解を深めるための介護劇(寸劇)への参加が行われていました。災害時の施設開放や備蓄、炊き出しの準備が整っています。事業所として法人の活動に参加する他に、独居高齢者や障害者への安否声かけがなされています。</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
<p>評価概要 倫理規程やケアマニュアルを法人で作成し職員に配布しています。内容等については月に2回のヘルパー会議やヘルパー研修会等で各項目ごとに研修を行い知識や理解向上に取り組んでいます。基本的人権の配慮等についてはヘルパー同士でも日常の申し送り等の機会に話し合いを行い、その具体的課題等はケアマネジャーに報告しています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	(a)・b・c
<p>評価概要 プライバシー保護についてマニュアルを法人として整備しており内容についてはヘルパー会議にて研修をしています。研修については基本的にヘルパーは全員参加としており、参加できないヘルパーについては事業所の連絡掲示板に研修内容等の掲示をしています。またそれらを回覧し確認印を求めることで内容の周知に取り組み所属ヘルパーが実際のサービス向上につながるよう取り組みを行っています。利用契約時に利用者に対しプライバシー保護等に関する事業所の取り組み内容の説明をわかりやすいよう丁寧に説明を行い同意を得るような体制を整えています。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>年に数回ヘルパーだよりを作成し利用者にサービス内容の周知を行っています。利用者宅に訪問をするヘルパーが複数かわる場合は、各ヘルパー同士でヘルパー会議などの機会に情報交換し必要に応じて定期的にサービスの見直しを行っています。利用者への説明は主任ヘルパーが行い、利用者及び家族・保護者が分かりやすいよう丁寧に説明を行っています。説明に際しては専門用語等は使用せず、パンフレットや各個人の状況に合わせた説明を行っています。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>サービス説明担当は主任が担っており、重要事項説明や契約について説明の際は利用者の状況に合わせて声の大きさを変えたり聞き取りやすい方向で話しかける等の対応をし、ゆっくりと説明をする配慮を行い、自己決定を尊重する姿勢で取り組んでいます。説明の進め方については利用者や家族及び保護者に対して説明を実施し、引き継ぎにあたっては引き継ぎ事業者と情報共有を十分に行い連携を図っています。その際はサービスの切れ間がないように十分に配慮を行っています。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>サービスの変更等に当たってはサービスの切れ目がないように各関係機関と連携を密に行っています。サービスの質が落ちないようにケアに当たってはおむつの種類やケア方法についての細やかな情報を継続事業所と情報共有を図っています。その際は申し送り文書を作成しケアマネジャーにも提供しサービスの質の継続に取り組んでいます。サービス変更後の連絡先の案内方法として主任ヘルパーの名刺を渡し必要な時に連絡が取れるように対応を行っています。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者向けのアンケートを毎年4月に実施し、本人の意思の確認が難しい場合は家族にお願いをするなど、利用者のニーズを把握できるように対応を実施しています。日々のかかわりの中で要望や意見を伺い、結果をヘルパー会議や毎日の申し送り等で確認をしています。利用者毎に連絡帳を作成し利用者や家族及び保護者の意見が把握できるような配慮を行い、連絡帳には事業所の連絡先や担当者名を記載しやり取りがスムーズに行えるような体制を整えています。連絡帳はサービス内容について項目ごとにし点方式で記載しやすいよう配慮を行っています。</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 Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>苦情の件数自体は少ないですが、要望等があった場合は主任に報告を行っています。その内容についてもケアマネジャーに報告し連携を図っています。相談苦情については受付記録表に記載し、月1階のリーダー会議等で対応や方向性・解決策を話し合い、結果を相談者に報告しています。苦情相談マニュアルを法人で作成、職員研修や日々の申し送り等の場で内容を周知しています。意見箱を事業所玄関に設置し定期的に中身の確認を行っています。第三者委員を設置し、契約時に利用者や家族及び保護者に説明を行っています。第三者委員名を事業所に掲示することでさらなる取り組みの充実につながることを期待します。</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>評価概要 重要事項説明時に体制について説明を丁寧に行い、利用者や家族及び保護者に周知を図っています。連絡帳に相談苦情についての連絡先を記載し、気軽に意見を述べるよう配慮を行っています。利用者に対しては身近な職員に相談や話ができるよう常に声掛けを行い、話しやすい環境を整備しています。事業所内には個室を準備し相談がしやすいように配慮を行っています。</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>評価概要 相談苦情解決マニュアルについては職員間で提案があった場合はリーダー会議等の機会に見直しを検討しています。利用者等から相談苦情があった場合はヘルパーミーティングやリーダー会議等で方向性や解決策などの対応を話し合い、対処方法やその結果を対象者に報告しています。日々の関わりの中で直接意見が聞き取れるよう傾聴の姿勢を意識しサービスに当たっています。</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>評価概要 リスクマネジメント委員会の取り組みは法人全体で行う体制を整えており各事業所で連携をとれるよう活動を行い、各事業所では副施設長が中心となり管理を行っています。ヒヤリハットや事故報告書を作成しヘルパーミーティングで内容の共有を図り、情報の共有に取り組んでいます。訪問時は緊急対応マニュアルファイルを携帯し緊急時の対応に備えています。職員研修において緊急時の対応等の研修を定期的に実施しています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	(a) b c
<p>評価概要 法人内で感染対策委員会を設置し活動を行っています。委員会で感染症発生時のケア対策をまとめた一覧を作成し各事業所に掲示し職員間で周知を行っています。委員会では最新の感染対策についてやガイドライン、マニュアル等の見直しを行っており会議録を回覧することで最新の対応が取れるよう取り組みを行っています。コロナ感染時には副施設長が中心となり防護服やフェイスシールド等の十分な感染対策を実施し、サービスの提供を実施しています。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	(a) b c
<p>評価概要 台風接近時等、事前に災害が予測される際はケアマネジャーと連携を行いショートステイの利用につなげる等の対応を実施しています。事業所の携帯電話に本人や家族及び保護者や緊急連絡先、職員などを登録し必要に応じて活用できる体制を整えています。台風接近の際の対応をしたり、停電の際は一人暮らしの方の自宅を安否確認のため訪問する等の対応を実施しています。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	(a) b c
<p>評価概要 職員業務マニュアルを作成し、研修やヘルパーミーティング等でサービスの質に対する支援方法や考えの共有を図っています。個人的に指導が必要な場合は主任が個別で対応を行いサービスの質の改善に取り組んでいます。サービス記録表や自己評価表を作成し、主任がサービス内容や質について確認を行い、必要に応じて指導を実施しサービスの向上に取り組んでいます。</p>		

41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・b・c
<p>評価概要 サービス提供の方法や質等についてヘルパーミーティングやリーダー会議等で検討や見直しを定期的に行っています。またその中で提案があった場合はその都度対応を検討しています。サービス実施方法について見直しをする際は利用者や家族及び保護者の意見を十分に取り入れ反映されるような方向性を意識し話し合いを行っています。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・b・c
<p>評価概要 個別援助計画書の作成は主任が担当し、利用者ごとに月末にモニタリング、年に7回程度アセスメントを実施しています。アセスメントの際は、デイサービスやケアマネジャー、家族及び保護者等に丁寧に意見を聞き取り個別援助計画に反映しています。訪問時に本人や家族及び保護者から積極的に情報を得るよう常に傾聴の姿勢で支援を実施しています。信頼関係が十分に構築されていないケースではサービス提供より話を伺うことを中心に行い、ニーズの把握や信頼関係の構築に取り組んでいます。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
<p>評価概要 必ずモニタリングを実施し、内容について本人や家族及び保護者から信頼を得るよう取り組んでいます。またその内容をケアマネジャーに報告し情報共有を図っています。また日々のミーティングにおいて利用者の情報を共有しモニタリングを行い、その結果を必要に応じて訪問先の目の付くところに掲示してヘルパー間で周知徹底しています。</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>評価概要 訪問時は活動記録簿に細かな変化や気づいたことなどを記載し情報の共有を行っています。内容については本人の尊厳や権利を侵害しないようそれぞれのヘルパーが統一した書き方や書式を使用しています。特記事項は必ず記入するようにし、排便や食事摂取状況など日常に関する事柄についても記載しています。情報共有のため法人内で決められたシステムを使用したり、在宅系のポータルサイトを活用し関係者で情報共有をしています。</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>評価概要 記録管理責任者は主任が担当しており、パソコンや書庫内の記録物等の管理を行っています。個人情報保護マニュアルや規程を法人で作成しており、内容については職員研修等で定期的に周知を図っています。事業所内においては個人情報保護に関する基本方針を掲示しており、常に職員が確認ができるよう環境を整えています。契約時に個人情報保護について事業所の取り組みや姿勢について丁寧に説明を行っています。</p>		

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） 】 令和2年3月31日改定

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①利用者毎にその日のADLの変化に気を配りヘルパーミーティングで状況を共有し支援について検討し、それらを主任が取りまとめを行い改善に取り組んでいます。訪問の際は不安や悩みはないか表情をくみ取り、常に声掛けを行っています。家族や保護者と連携を図り、悩み事や不安等に対して安心して生活ができるようアドバイスを行っています。利用者の嗜好や趣味等、好きなことが楽しめるよう環境整備を行う支援を実施しています。買い物支援についてマニュアルを作成し、月に1回は領収書の照らし合わせを実施しています。</p> <p>②外部研修においてパリテーション研修を実施し、利用者に応じて個性や考えを否定せず、できたことや良かったことを職員間で情報共有を図り支援につなげる取り組みを行っています。意思疎通の困難な利用者に対して職員間でかわり方について事例の収集や上手くいった支援方法等をヘルパーミーティングで共有しより良い支援について改善に取り組んでいます。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	Ⓐ・-・c
<p>評価概要</p> <p>①権利擁護や虐待防止等について法人のマニュアルを基に定期的に研修や日々のミーティング等で周知を行っています。また積極的に事例の収集に取り組んでおり、実際に権利侵害が見られた際に地域包括支援センターやほかの関係機関と連携を図る等の対応を行っています。支援時に必要に応じてボディチェックや体重、精神面の変化等に気を配り、何か変化が見られた場合は主任に報告を行い対応を協議しています。事業所の取り組み状況についてはヘルパー通信を活用する等の取り組みを実施しています。</p>		
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価結果
A-3-(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。	Ⓐ・b・c
A-3-(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。	Ⓐ・b・c
A-3-(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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①入浴支援が必要な利用者に対し本人の意思を尊重しつつ家族の意向も受け入れながら生活のリズムに合わせた入浴支援ができるよう取り組みを行っています。また入浴前には健康状態や本人のバイタルサイン、主治医の指示に合わせ入浴の実施を判断し、その際は入浴方法や支援法を心がけ残存機能を活かした支援につなげています。</p> <p>②利用者ごとに排泄記録表を作成し、排泄の有無や状況を確認し結果をヘルパーで共有できるよう取り組みを行っています。変化が見られた際は記録表に必ず記載し支援に反映できるようにしています。排泄支援が必要な方に対しては自宅で過ごすときと外出の際など利用者の状況に合わせた支援を心がけており、支援方法についてもヘルパー間で情報共有を行っています。排泄支援について家族や保護者と情報を共有し必要に応じてアドバイスを行っており、その経過についてもケアマネジャーに報告しています。</p> <p>③訪問時に歩行や起き上がり等の動作について観察を行い、心身の状況に合わせた支援をしています。転倒等の事故のリスクに対して気が付いたことはデイサービスやデイケア、ケアマネジャー等に報告し、対応後の経過報告をしています。担当者会議に積極的に参加し関係職との連携の場とし発見や気づきの機会として活用をしています。</p>		

A-3-(2) 食生活		第三者評価結果
A-3-(2)-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ・b・c
A-3-(2)-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。	Ⓐ・b・c
A-3-(2)-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①調理器具等については訪問日において消毒を行う日を決めて消毒を行っています。ミキサー使用時や包丁・まな板類はその都度消毒を行い衛生面に留意をしています。利用者の食事についてミーティングを定期的に行い、食事形態について変更の必要がある場合は栄養士や専門職に相談をしています。変更があった場合は主任が必ず訪問確認しています。食事形態の変更時はデイサービスや関係機関とも連携しています。</p> <p>②食事の献立については季節に合わせた食材を使用したり季節感のある内容のものに配慮する等、利用者が季節を感じることができるよう支援をしています。とろみが必要な方に対してはその日の状況や体調を見ながら使用しています。またとろみによる下痢がある方や苦手な方には根菜類で硬さを調整するなどの配慮をしています。食事の姿勢やスピードにも注意をし職員研修等で支援方法について共有しています。</p> <p>③食事提供時には声掛けを必ず行い、なるべく自分で口腔ケアができるように支援を行っています。口腔ケアについて研修を行い職員の知識や手技の向上に取り組んでいます。訪問時は口腔内の確認をし、変化が見られた際はケアマネジャーや家族に報告し受診や衛生品等に関する情報提供などの連携につなげています。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		第三者評価結果
A-3-(3)-①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①法人で褥瘡に関するマニュアルを作成し定期的に職員研修を実施しています。訪問時に皮膚トラブルを発見した際は家族や訪問看護・ケアマネジャーに直ちに報告を行い、状況によっては看護師に患部の写真や状況のやり取りを行っています。訪問時に褥瘡のケアが必要な場合は専門職に洗浄や処置の方法を指導してもらったり栄養面についてアドバイスを受けたり連携を図っています。家族へは体位変換やクッションの使用、状態に合わせたマットレスの情報についての助言を必要に応じて行っています。</p>		
A-3-(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-3-(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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>非該当</p> <p>対象者の利用はないが、ヘルパーの中に看護師も在籍しており受け入れ態勢は整っています。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
A-3-(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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>訪問時に利用者の変化に注意し普段と違った様子が見られた際はケアマネジャーに報告を行っています。食事の際は、箸が使用できる方にはなるべく箸を使っていただいたり、必ず口腔ケアの声掛けを行ったり臥床がちな方に対しては離床の促しや自分でできることはなるべくしていただけるよう時折一緒に動作を行う支援をしています。利用者の状況に応じて専門職の意見やアドバイスを受けたり連携を図っています。家族に対しては自助具や必要な福祉用具等について必要に応じて助言や情報提供を行っています。</p>		

A-3-(6) 認知症ケア		第三者評価結果
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>①外部研修でバリデーションについての研修に参加し認知症の方の日々の支援につなげるよう取り組みを行っています。利用者の日々の生活のリズムを観察し変化があれば家族や職員で情報共有を行い、利用者の生活歴や性格を把握しその人らしい生活が送れるよう支援をしています。家族に対しては不安や悩みの傾聴を行い、必要に応じて助言や情報提供をしています。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		第三者評価結果
A-3-(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。		㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>①職員研修において緊急時対応の研修を定期的実施しており、職員の知識や支援の向上に取り組んでいます。訪問する際は必ず訪問バッグを持参し、緊急時マニュアルやフローチャートを携帯して必要な措置がとれる体制を整えています。利用者の既往歴や状態をミーティングで共有し状態の把握に取り組んでいます。夜間は主任が事業所の携帯電話を持ち帰り、緊急の場合に備えるほか、法人の共同住居利用者には隣地に医師が在住しているため緊急時は対応がとれる体制を整えています。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		第三者評価結果
A-3-(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。		㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>①法人にて終末期ケアマニュアルを作成し職員間で読み合わせや必要に応じて研修を実施しています。排泄や食事に関してチェック表を作成し、記入方法も〇×とするなど家族も記入しやすいよう工夫を行っています。終末期ケアに際し医師や訪問看護・ケアマネジャー・家族と連携し、本人の嗜好等の情報共有を図りながら食べ物や飲み物の支援につなげています。担当する職員に対しては最後のときが近づいている利用者へは職員2名で訪問や支援を行う等、精神的な負担軽減や心のケアを行い、家族へは不安の軽減のため助言や傾聴等を行っています。</p>		
A-4 家族等との連携		
A-4-(1) 家族等との連携		第三者評価結果
A-4-(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。		㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>①家族へは身体的や精神的な変化についてや近況について電話やメール、連絡帳や活動記録簿等を通して定期的に報告をしています。離れた家族から利用者の様子確認の連絡が来た際は仲介を行い、やり取りがスムーズに行えるよう支援を行っています。主たる介護者に対しては状況に合わせた福祉用具や介助方法、社会資源の情報を積極的に提供し、必要に応じてケアマネジャーと連携を行い安心して介護ができるよう支援をしています。</p>		
A-5 サービス提供体制		
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		第三者評価結果
A-5-(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。		㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>①職員研修や日々のミーティングを通じて支援方法や情報の共有を行っており、実際の訪問後の気づきや状況をフィードバックしサービスのより良い改善につながるよう取り組みを行っています。支援方法については主任が中心となりミーティングを通して職員への指導や情報共有を行っています。利用者の状況により追加のサービスが必要な場合はケアマネジャーと連携しアセスメントを実施し対応を行うなどの体制を整えています。</p>		