

福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

2 施設の情報

名称：小規模多機能型居宅介護事業所 ほほえみ	種別：小規模多機能居宅介護
代表者氏名：管理者 野際 智紀	定員（登録定員）：29名 （通所定員15名、泊り定員7名）
所在地：島根県大田市仁摩町天河内821-6	
TEL：0854-88-9145	ホームページ： http://www.shiosai.or.jp/
【施設の概要】	
開設年月日 平成23（2011）年4月1日	
経営法人・設置主体：社会福祉法人 仁摩福祉会	
職員数	常勤職員： 17名 非常勤職員 1名
専門職員	介護支援専門員 2名
	介護福祉士 10名
	准看護師 2名
施設・設備 の概要	宿泊室 7室
	居間兼食堂 1ヶ所
	浴室 2ヶ所
	便所（車いす等の対応可能）3ヶ所

3 理念・基本方針

理念・個人の尊厳を尊重
地域の福祉の増進

方針・公正、公平な運営
健全で活力ある経営
利用者主体のサービス提供
職員資質の向上

ほほえみ運営方針

利用者の一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、ご利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえサービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援します。

4 施設の特徴的な取り組み

- ・利用者の好みのもので旬の食材を取り入れる等献立に反映されています。また、栄養バランスにも配慮されています。おやつ作りを月2～3回ホットケーキ、蒸しパン、ふかし芋等実施され楽しまれています。給食管理委員会会議録には味付け、調理方法、お粥やキザミ等形状を記載されます。透析の方は看護師が管理されています。
- ・契約時のアセスメントに時間をかけ、介護計画は策定されています。自事業所のみでの検討ではなく、必要時PT（理学療法士）や医療機関等との連携を行い多様な職種からの意見を取入れ、個別的なサービス提供ができるように努めてられています。
- ・就業規則にも時短勤務規程を設け、育児休暇明けの職員も働きやすいよう環境整備が実施されています。
- ・管理者による個人面談が年1回実施時や普段の業務、自己評価やストレスチェック、身体面だけでなく、メンタル面での聞き取りを行われています。管理者は身体面やメンタル面の状態をみながら相談等聞き必要であれば休暇を取り、リフレッシュし仕事ができるよう指導が行われています。
- ・職員は市内一斉清掃、仁摩祭り、法人地域研修会の応援、法人美化活動、しおさい納涼祭に関わりを持たれています。利用者は花見散歩、買い物支援、仁摩祭り、福ふく茶屋、町内支払い代行を行い地域との交流を図られています。
- ・利用者の地域参加、地域連携
 1. 役割作り：法人が行う認知症カフェに協力者としての参加を利用者に促します。
 2. 外出機会作り：お住いの地域のお祭り、運動会等行事参加を支援します。
 3. 地域連携：利用者の担当地区民生委員を事業所に招待し、交流会を開催します。
- ・職員の意見がより運営に反映できるよう介護職員等によるサービス自己点検の結果と対応を運営推進会議に報告し、外部のアドバイスを得ます。
- ・自然災害に備え、所属する寺ヶ内自治会と避難に関する情報連絡会が開催されています。

5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和1年9月1日（契約日）～ 令和1年12月25日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

6 総評

◇特に評価の高い点

○契約時のアセスメントに時間をかけ、介護計画は策定されています。

自事業所のみでの検討ではなく、必要時PT（理学療法士）や医療機関等との連携を行い多様な職種からの意見を取入れ、個別的なサービス提供ができるように努めてられています。

○職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりの取り組み管理者による個人面談が年1回実施され、自己評価やストレスチェック、身体面だけでなくメンタル面での聞き取りも行われています。

管理者は身体面やメンタル面の状態をみながら相談等聞き必要であれば休暇を取りリフレッシュし仕事ができるよう指導されています。

毎年1月に有給休暇発生日数を確認し、有給休暇の取得状況や時間外等の管理が行なわれています。また、育児介護休暇取得も可能となっています。

時間休の取得もでき、勤務形態の変更にも柔軟に対応しておられます。

基本的に残業を無くし17:30に終業できるよう取組まれています。

○食生活

「食事をおいしく食べられる工夫と心身の状況に合った食事の提供」

同一法人事業所のデイサービスセンターむつみ苑・ことひめ・ほほえみ合同で2ヶ月に1回給食委員会が開催されており、利用者の好みのものや旬の食材を取り入れる等献立に反映されています。

また、栄養バランスにも配慮されています。

給食委員会会議録には味付け、調理方法、お粥やキザミ等形状などの取組も記載されます。

おやつ作りも月2～3回実施され（ホットケーキ、蒸しパン、ふかし芋等）利用者にも大変好評です。

病気で食欲がなくなった方の対応として、食べたいと思う好きなパンやヨーグルトなど（家族が購入持参されました。）で栄養摂取をされた方もおられました。健康状態により、本人のペースを尊重するような配慮もされています。

◇改善を求められる点

○各種マニュアルの見直し

それぞれにマニュアルはあるが、見直しがされていないようですので実施して頂きたいです。

特に業務マニュアルは標準的なサービス提供のためにも必要です。

マニュアルの見直しを行うことで日々の業務の振り返りもでき、職員の共通理解も図られると思います。

どの職員でもどの利用者に対しても同じサービスが提供できることが質の向上へもつながっていきますので、見直しに取り組んで頂くことを望みます。

7 第三者評価結果に対する施設のコメント

小規模多機能には在宅生活の限界を高めることが期待されています。利用者一人ひとりの生活課題に個別の工夫を地道に積み重ねる努力を大切にしています。

また、職員が健康に過ごすための心身や家庭への配慮は、良い介護サービスを提供する条件のひとつと考えています。この姿勢を受審の中でも確認して頂くことができたようで、うれしく思うとともに引き続き大切にしていきます。

マニュアルや業務標準の管理・浸透不足は、事業所の継続的改善力の課題として捉えています。より良いケアの創出は業務標準、ルールに基づいた連携、協力、協調によってもたらされることを職員が実感できるように働きかけていきます。

8

第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三評価結果（小規模多機能型居宅介護）

共通評価基準（45 項目）

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
<p><コメント></p> <p>法人の「理念」「基本方針」は施設の玄関に掲示され、誰でも見ることができます。</p> <p>事業所の運営方針については、重要事項説明書にも載せてあり、契約時に利用者・家族等に説明されています。</p> <p>職員の皆さんで理念・基本方針について振り返りされる機会をもって頂くよう望みます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>2ヶ月に1度、法人内各事業所のリーダーにより事業所の経営状態・収支、コスト管理、経営課題などについて検討及び情報交換を行う経営推進会議が実施されています。</p> <p>また、社会福祉事業全体の動向については大田市介護保険事業計画を確認しておられ、経営面に活用されています。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
<p><コメント></p> <p>毎月2回の経営推進会議で、経営状態・収支、コスト管理、経営課題について明確にされています。</p> <p>地域の現状から重度認知症高齢者の受け入れをするために、アセスメント力の向上が必要不可欠となり、今後の人材育成が課題となっていますが、具体的な取組みに繋がられる事に期待します。</p> <p>介護サービスの質の向上のため待遇、職員体制、人材育成についてももう一歩進んだ取組を期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>全体の計画は法人が作成されており、目標を明確にされています。 サービスの質の向上を図り、利用者の地域との関わりの向上に取組む内容になっています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>地域のニーズに対応するサービス提供。安心、安全なケア、介護のサービスの質の向上、各段階層の内外の研修等に参加、職員のレベルアップ、利用人数、稼働率の把握、コスト削減等について単年度の計画が作成されています。</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
<p><コメント></p> <p>サービス評価の過程ででてきた課題を基に策定されています。 毎月のミーティングで見直し、職員で検討されています。</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
<p><コメント></p> <p>ホームページで事業計画は公表されています。 今年度、事業計画は利用者・家族等に配布はありません。配布しただけではなかなか理解して頂けないと思いますので、施設内に掲示するなどの工夫を期待します。</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
<p><コメント></p> <p>2ヶ月に1回開かれる運営推進会議において、サービスの質の向上について出てきた課題を話されています。 今回第三者評価を受審され、職員の皆さんの自己評価に繋げて頂きました。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
<p><コメント></p> <p>リーダー会等で福祉サービスの質の向上、福祉人材の育成、確保等の改善案等を分析、評価を行い、次年度の事業計画に反映するよう対応されています。</p> <p>職員全員で毎年サービス評価の振り返りをし、「できたこと」、「できなかったこと」、「改善が必要な所」等、話し合い取組んでおられます。</p>		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書および職員事務分掌に役割・責任を明確にされています。</p> <p>管理者不在の時はリーダーに権限の委譲が行われます。</p> <p>年初に利用状況等を基に経営・管理に関する方針、取組みを明確にされています。</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
<p><コメント></p> <p>法人全体研修として人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等法令遵守について研修に参加され理解に取り組まれています。</p> <p>送迎時の安全運転の指導もしておられます。</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
<p><コメント></p> <p>介護サービスの質の向上の取組みについて、各部署のリーダーは委員会で課題や改善策の検討を行われ実践されています。</p> <p>意見箱の設置や送迎等時に利用者、家族より意見、要望を伺われサービスに反映させる取組みが行われています。</p> <p>法人内研修も多く、職員の教育・研修参加の充実が図られています。</p> <p>今後、更なる重度認知症の方の受け入れ対しての体制作りにも取組まれています。</p> <p>運営推進会議から外部の意見も取り入れ、事業所全体を見ておられます。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上について福祉人材の育成、確保、地域への貢献、活動について取組まれています。</p> <p>就業規則には時短勤務規程を設け、育児休暇明けの職員も働きやすいよう環境整備が実施されています。</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
<p><コメント></p> <p>人材確保については法人本部でホームページ掲載、ハローワーク登録、専門学校訪等で人材募集が行なわれています。</p> <p>職員の定着に向け、研修も充実されており必要な資格取得にも積極的に取組んでおられます。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人の人事考課制度に基づき適正に人事管理が行われています。</p> <p>人事基準の策定や検討が行われています。</p> <p>職員は自己管理シートの評価見直しを行い管理者の面談時に相談指導が行われています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>管理者による個人面談が年1回実施され、自己評価やストレスチェック、身体面だけでなくメンタル面での聞き取りも行われています。</p> <p>管理者は身体面やメンタル面の状態をみながら相談等聞き必要であれば休暇を取りフレッシュし仕事ができるよう指導されています。</p> <p>毎年1月に有給休暇発生日数を確認し、有給休暇の取得状況や時間外等の管理が行なわれています。</p> <p>また、育児介護休暇取得も可能となっています。</p> <p>時間休の取得もでき、勤務形態の変更にも柔軟に対応しておられます。</p> <p>基本的に残業を無くし17:30に終業できるよう取組まれています。</p> <p>インフルエンザの予防接種の費用は福利厚生負担となっています。</p>		

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>接遇研修や各種研修に参加され育成に向けた取組が行われています。</p> <p>事業所独自で個別の聞き取りをし研修計画の表が作成されています。</p> <p>計画に沿って各種研修に参加され、職員の質の向上に向けた取組が行われています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>年間研修計画により外部研修、法人各種研修に参加されています。</p> <p>法人内で各種研修が実施されています。</p> <p>新聞やニュース等も参考にされ、職員の教育・研修に関する計画を変更、見直しが定期的に行われています。</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
<p><コメント></p> <p>法人や事業所内研修参加されています。</p> <p>新人については、新人研修及びOJTで指導されています。</p> <p>内外部研修参加後に、復命報告書等で職員に情報提供及び共有されます。</p> <p>管理職と一般職の研修はありますが、段階別の研修は行われていないので、研修内容の検討を望みます。</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
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れマニュアルを作成されています。</p> <p>実習生には実習先の学校等との計画に沿って行われます。</p> <p>実習生には注意事項などのオリエンテーションが行われ、実習指導にはアセッサー資格を取得されている管理者が担当しておられます。</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
<p><コメント></p> <p>「理念」「基本方針」「事業計画報告、決算」、施設、事業所案内、福祉サービス内容等をホームページに掲載や広報誌「こもれび」においても情報公開されています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>必要な物品があれば事前決裁を取り、法人がまとめて支払うシステムになっているため、基本的には事業所での経理作業は行われません。</p> <p>法人として、年1回内部監査が行なわれており、外部会計事務所によるチェック体制もとられており、適正な経営・運営のための取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。	a
<p><コメント></p> <p>地域参加、地域連携については重点をおいて取組んでおられます。</p> <p>仁摩公民館文化祭に利用者の作品を出展され、文化祭にも参加されます。</p> <p>事業所の納涼祭開催時には、地域の方をお招きし、利用者と一緒にそうめん流しを楽しまれました。</p> <p>地域の商店に買い物に出かける事もあります。</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。	b
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れマニュアルを作成されています。</p> <p>ボランティア実施要綱により受入れを実施されています。</p> <p>ボランティア登録名簿を作成されています。</p> <p>中学生の職場体験を受け入れ学校教育に協力しておられます。</p> <p>色々な団体や個人のボランティアの方が来所されていますが、代表の方の氏名だけでなく、参加者名簿を残されることを望みます。</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 施設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。	b
<p><コメント></p> <p>運営推進会議を実施し、構成メンバーは利用者、家族代表、大田市職員、地域住民代表、地域包括センター職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する方で、事業所管理者、リーダーも参加し、意見交換やサービスの情報共有が図られています。</p> <p>かかりつけ医、病院、地域包括支援センター、社会福祉協議会、保健所、消防署、警察、市健康福祉課、他の居宅支援事業者と連携をを図り、職員に周知されています。</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 施設が有する機能を地域に還元している。	b
<p><コメント></p> <p>運営推進会議では、地域のニーズを掴み、施設の魅力を知ってもらい、より良い事業所にするための努力に努められています。</p> <p>職員は市内一斉清掃、仁摩祭り、法人地域研修会の応援、法人美化活動、しおさい納涼祭に関わりを持たれています。</p> <p>相談窓口として地域の方からの要請はあります。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>運営推進会議を実施し、地域ニーズの把握や相談に努められています。また、地域の行事に参加され地域ニーズの把握を図っておられます。</p> <p>事業所の相談室等で民生委員と定期的に利用者のサービス状況等情報の連携が行われています。</p> <p>認知症カフェ「福ふく茶屋」に事業所職員も支援し、地域の高齢者との交流が行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「理念・基本方針」の掲示、法人ホームページ、倫理綱領、接遇、人権研修、リスクマネジメント研修、身体拘束廃止研修等、法令遵守の研修等実施され利用者を尊重する福祉サービスが提供されています。</p> <p>利用者、家族には、契約時に重要事項説明書で人権について説明されています。</p> <p>職員は法人研修で人権尊重と身体拘束廃止について理解されています。</p>		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者の午睡の際には、一人部屋、同性での部屋の共有などプライバシー保護が図られたサービス提供が行われています。</p> <p>玄関にポスター等と重要事項説明書に記載し、利用者、家族等にも周知が図られています。</p> <p>法人研修として、接遇、人権研修、リスクマネジメント研修、身体拘束研修等、法令遵守の研修を実施されています。</p> <p>不適切な事案が発生した場合には、管理者、リスクマネジメント責任者に速やかに連絡する体制が整備されています。</p>		
<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。</p>		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>サービス利用希望者には、ホームページや、広報誌、パンフレット、重要事項説明書等でサービス選択に必要な情報の提供が行われています。</p> <p>見学も積極的に行われています。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>サービス利用契約時には、利用者、家族等に重要事項説明書、介護計画書等を使用し丁寧な説明を心掛けておられます。</p> <p>重要事項変更時には、重要事項説明書を確認頂き、利用者・家族等に同意を頂かれています。</p> <p>サービス内容変更時には、見直しプランの内容を説明し、利用者・家族等に同意を頂かれています。</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
<p>〈コメント〉</p> <p>福祉施設、事業所の変更や家庭への移行等が行われる場合には、サービス担当者会議を開催し担当ケアマネジャーに情報提供を行い、スムーズに継続性が取れるように配慮されています。</p> <p>本人の心身の状態に合わせケアプランを作成され、関連事業所とも連携が図られています。</p> <p>相談は管理者や介護計画作成者が行われています。</p> <p>福祉施設、事業所の変更や家庭への移行等後でも、事業所に相談出来る事を伝えておられます。</p> <p>家庭へ移行の場合には、家庭で介護の重要点についても説明されます。</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
<p><コメント></p> <p>利用前のアセスメントで意見、要望の聞き取りを行われています。</p> <p>送迎時や連絡ノートを使用して、家族と意見、要望を伺うようにされています。</p> <p>運営推進会議など情報交換の場が設けられています。</p> <p>定期的なアンケート調査は行ったことはありませんが、日頃から利用者の話を聞くように努めておられます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>苦情解決マニュアルを作成されています。</p> <p>契約書、重要事項説明書等に苦情解決の仕組みについて詳しく説明されており、苦情相談窓口、責任者、第3者委員についても記載されています。施設内にも掲示されています。</p> <p>法人に苦情解決委員会が設置されており、事業所だけで解決するのではなく、法人全体で解決していく体制が整えられています。</p> <p>運営推進会議等でも意見を収集され、事業所内での事故や苦情について説明されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>管理者だけではなく、スタッフへも気軽に相談できるような関係作りを心掛けておられます。必要に応じて相談スペースも用意されています。</p> <p>意見箱の設置もあり、重要事項説明書等に於いても各種の相談や意見が述べられる体制が記載され周知が図られています。</p> <p>送迎時に家族が在宅の際には意見等話も聞かれるようにされています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>意見、相談対応マニュアルは作成されています。</p> <p>朝礼でも話をし、時間のかかる事案の場合は回答、改善に時間が必要ときちんと説明をされています。申し送りノートを活用し、報告・周知に心掛けておられます。</p> <p>相談、意見については事業所内で検討され、事業所で解決できる事案の場合は速やかに回答、改善等が行われます。</p> <p>軽微な事案であっても法人内委員会に報告されます。すべての事案は法人の委員会にあげられ、法人としても検討され、対応が必要であれば速やかに対応されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントマニュアルを作成されています。</p> <p>法人研修のリスクマネジメント研修は毎年実施され職員全員参加されています。</p> <p>リスクマネジメントマニュアルに沿った「事故防止対策マニュアル」により事故発生時の対応、検討、改善策について職員に周知されています。</p> <p>ヒヤリハット、事故報告書もあり、ヒヤリハット、事故発生後は当日の職員で要因分析を行い、改善策を検討されています。</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
<p><コメント></p> <p>感染予防・対応マニュアルが作成されています。</p> <p>看護師は感染症予防の研修に参加され感染症、食中毒の予防、対応について事業所内で伝達講習を行われ職員に理解、周知されています。</p> <p>看護師指導のもと風邪、インフルエンザ等発症の時は職員はマスク、手ぶくろ使用、手指消毒、うがいを励行し利用者の安全確保に努めています。</p> <p>利用中に高熱、せき等みられた時は看護師に報告、職員は指示に従います。家族に連絡を取り対応されます。</p> <p>玄関には集団感染防止についての対応、宿泊時の感染に対する対応の掲示がしてあります。</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行っている。	b
<p><コメント></p> <p>防災マニュアルが作成されています。</p> <p>年2回の防災訓練が実施され、昼間、夜間想定・消火訓練も行われています。</p> <p>災害時の備蓄については法人本部で用意されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>業務マニュアルは作成されており、介護計画内に利用者お一人ひとりの留意点の記載もあり、職員はそれを基本としてサービス提供が行なわれています。</p> <p>全職員研修で接遇研修（プライバシー保護も含む）に参加しておられます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>介護計画は6ヶ月に1回見直しが行われています。</p> <p>介護計画の見直しは行われていますが、業務マニュアルの見直しの機会がないようですので、業務マニュアルの見直しを望みます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>全社協版アセスメントシート（フェースシート）を使い、契約時に丁寧に計画策定がされています。</p> <p>自事業所のみでの検討ではなく、必要時PT（理学療法士）や医療機関等との連携を行い多様な職種からの意見を参考にされ、個別的なサービス提供ができるように努められています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の評価、見直しは6ヶ月に1回行われます。</p> <p>利用者に変化がある時は、随時個別支援計画の見直しを行い計画変更が行なわれています。</p> <p>職員は変更内容を連絡ノート等で共有されています。</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、職員間で共有化している。	b
<p><コメント></p> <p>実施記録で確認され、チェック表にチェックされます。</p> <p>申し送りノートに書き込み、朝礼で話をされます。</p> <p>利用者ごとに毎日の記録を行っておられます。</p> <p>担当者会議、職員会議で情報の共有が図られています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>記録の管理は、鍵付きのロッカーに保管されています。鍵の管理は管理者が行われています。</p> <p>情報開示については、事業所内掲示や重要事項説明書等に記載され、家族、利用者等に説明されています。個人情報の同意書も利用開始時に同意を得ておられます。</p> <p>職員は入職時に誓約書に記入し、個人情報保護規定を理解、周知されています。</p>		

内容評価基準（小規模多機能型居宅介護 19 項目）

A-1 支援の基本

1-（1） 支援の基本

		第三者評価結果
A①	A-1-（1）-①利用者一人ひとりに応じた1日の過ごし方ができるよう工夫している。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
<p><コメント></p> <p>アセスメントを行い日常生活動作や心身の状態等話し合わせ介護計画を作成されています。</p> <p>毎月ミーティングを行い利用者全員の日常生活動作や心身の状態の把握、検討が行われています。</p> <p>利用者、家族が安心して利用できるよう・通所・訪問・宿泊の3つのサービスの柔軟な組み合わせが行われています。</p> <p>利用者の変化・変更等があれば、申し送りノートにより情報共有が行われています。</p>		
A②	A-1-（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。	b
<p><コメント></p> <p>買い物困難な利用者の方には買い物代行もされています。契約書にきちんと預かり金を記載し、買い物のレシートはコピーして貼り、毎月詳細を書き込み職員2名で確認をしておられます。</p> <p>料理や買い物も自分で出来る方にはできるだけ見守り、付き添うように努め、本人の出来ることはしていただくようにされています。</p>		
A③	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
<p><コメント></p> <p>職員は利用者から声を掛けられた時は、必ず立ち止まって話すように心掛けておられます。</p> <p>目の不自由な方の場合には、特に声掛けを大切にしておられます。</p> <p>利用者が不安にならない様、安心して日々を過ごして頂けるよう配慮されています。</p>		

1-（2） 権利擁護

		第三者評価結果
A④	A-1-（2）-①利用者の権利擁護の防止等に関する取り組みが徹底されている。	a
<p><コメント></p> <p>権利擁護研修には積極的に参加されています。</p> <p>年に1回は外部の研修、内部研修（セルフチェックシートも使用）も行われています。</p> <p>大田市介護相談員が毎月来所され様子を確認してもらい、話した内容は職員にも周知されています。</p> <p>職員に不適切なケアが見られた場合は、予防的に上司との面談が速やかに行われ職員のメンタル面のケアもされています。</p>		

A-2 環境の整備

2-(1) 利用者の快適性への配慮

		第三者評価結果
A⑤	A-2-(1)-①福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	b
<p><コメント></p> <p>施設内の清掃も行き届いており、温度、湿度はエアコンで調節されており、快適に過ごせる空間となっています</p> <p>壁面には、季節を感じられる飾り付けが施されており、利用者の作品も展示されていました。</p> <p>浴室の前には長椅子も置かれ、入浴後の休憩や洗面台の利用の順番を待つ間座れるようにされていました。</p>		

A-3 生活支援

3-(1) 利用者の状況に応じた支援

		第三者評価結果
A⑥	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。	a
<p><コメント></p> <p>入浴支援マニュアル、ケアプランに沿って支援が行われています。</p> <p>入浴前には血圧測定を状態の様子に注意されています。</p> <p>健康管理記録表に記録をされます。変化がある場合は、看護師に報告し確認が行われます。</p> <p>体調変化等の時は看護師の指示に従い清拭の場合もあります。</p> <p>利用者希望により同性介助対応が行われています。</p> <p>機械浴も選択することが出来ます。</p>		
A⑦	A-3-(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。	b
<p><コメント></p> <p>排泄マニュアル、ケアプランに沿って支援が行われています。</p> <p>利用者の羞恥心に配慮し排泄介助が行われています。</p> <p>利用者の状況に応じて、声掛けやトイレ誘導が行われています。</p> <p>トイレ内で体の向きが変えにくい方の為に、回転ボードを使用するなど、安全に支援ができる工夫も行われています。</p> <p>排泄が終わるまでトイレの外で待つ等プライバシー保護の徹底に取り組まれています。</p>		

A⑧	A-3-(1)-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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に合わせて、車椅子から椅子に移乗の際の介助や歩行移動の際の見守り、声掛け、介助がおこなわれており、安全に生活できるよう支援されています。</p> <p>送迎マニュアルに沿って、送迎時は、昇降時及び乗車中の後部座席を意識しながら安全運転が心掛けておられます。</p> <p>計画作成者により利用者に合わせた福祉用具が選定されています。</p> <p>日々の業務の中で変更点等があれば、申し送りで周知するように心掛けておられます。</p>		

3- (2) 食生活

		第三者評価結果
A⑨	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
<p><コメント></p> <p>衛生管理マニュアルを作成されています。（平成30年度に基準が改定されたので今年度直しを行う予定）</p> <p>同一法人内のデイサービスセンターむつみ苑・ことひめ・ほほえみ合同で2ヶ月に1回給食委員会が開催されており、利用者の好みのものや旬の食材を取り入れる等、献立に反映されています。</p> <p>また、栄養バランスにも配慮されています。</p> <p>給食委員会会議録には味付け、調理方法、お粥やキザミ等形状などの取組みも記載されます。</p> <p>おやつ作りを月2～3回実施され、（ホットケーキ、蒸しパン、ふかし芋等）利用者にも大変好評のようです。</p>		
A⑩	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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の状態に合わせた介助や、食形態の工夫が行われています。</p> <p>提供する食事以外にも、おやつ（好きなパン、牛乳）捕食で（家族が購入し持参されます。昼食を休止され）栄養摂取をされる方がおられます。</p> <p>健康状態により、本人のペースを尊重するような配慮もされています。</p> <p>透析の方は看護師が管理されています。</p>		
A⑪	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
<p><コメント></p> <p>食事前に口腔体操が行われています。食後に歯磨き、うがい、義歯の磨きを行い口腔内を清潔にされています。</p> <p>職員は看護師より誤嚥性肺炎予防の為の指導や、感染予防について助言・指導を受け実施されています。</p>		

3- (3) 褥瘡発生予防・ケア

A⑫	A-3-(3)-①褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>褥瘡の方は現在おられません。</p> <p>看護師は褥瘡発生予防・ケアの研修や学習会に参加し伝達を行い理解し周知しています。</p> <p>泊まり方で褥瘡予防のため除圧マットを使用の方がおられます。</p> <p>褥瘡を発見した場合は速やかに管理者に報告されるよう周知されています。</p>		

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
A⑬	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。	b
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引・経管栄養の利用者は現在おられません。</p> <p>対応が必要になった場合日中は看護師が対応することは可能です。</p>		

3- (5) 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
A⑭	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
<p><コメント></p> <p>洗濯物たたみ、食器拭き、野菜の皮むき、行事食の手伝い等役割を持ち体を動かしようにし、生活リハビリを積極的に取り入れ、利用者本人の出来ることは行ってもらよう配慮されています。</p> <p>看護師が中心となって機能訓練に取り組んでおられます。</p>		

3- (6) 認知症ケア

		第三者評価結果
A⑮	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>外部認知症研修や内部の勉強会より、認知症の症状を職員全員で把握し認知症の症状を進行させない・症状を穏やかにするなど利用者にあった認知症ケアが行われています。</p> <p>全職員が認知症サポーター養成講座を受講されています。</p> <p>日々の行動等の記録をされています。</p> <p>職員会や申し送り等で認知症の支援方法を話し合い共有し支援をされています。</p> <p>認知症ケアや身体拘束廃止に向け、勉強会等が行われ認知症高齢者が安心・安全に生活できるような環境の整備が行なわれています。</p>		

3 - (7) 急変時の対応

		第三者評価結果
A⑯	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
<p><コメント></p> <p>事故対応マニュアル、急変時マニュアルが作成されています。</p> <p>心肺蘇生法、AEDの使用方法など研修が行われています。</p> <p>緊急連絡先は個人ファイルに記載されています。</p> <p>職員は管理者、看護師と連携を取り日々の行動や身体状況を把握されています。</p> <p>体調変化の時は看護師が対応され家族、関連機関に報告されています。</p>		

3 - (8) 終末期の対応

		第三者評価結果
A⑰	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
<p><コメント></p> <p>近年対象となる利用者は居られません。</p> <p>終末期マニュアルの見直しを望みます。</p>		

A-4 家族との連携

4 - (1) 家族等との連携

		第三者評価結果
A⑱	A-4-(1)-① 利用者の家族との連携と支援を適切に行っている。	b
<p><コメント></p> <p>家族への状態説明等は、必要に応じて看護師・ケアマネからされています。</p> <p>独居でない方には連絡ノートもあり、報告すべきことを連絡しておられます。</p> <p>送迎時に家族が在宅時には利用の様子を口答でも説明されています。電話で連絡して説明される場合もあります。また、居宅支援の介護支援専門員にも連絡を取っておられます。</p> <p>連絡ノートを使用し、利用日の状況を報告され、訪問時に、家族の要望や悩み等を伺うように心掛けておられます。</p>		

A-5 サービス提供体制

5 - (1) 安定的・継続的なサービス提供体制

		第三者評価結果
A⑲	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
<p><コメント></p> <p>毎月のケアプランの点検も全体で行われ、職員が情報を共有化ができています。</p> <p>急な変更も申し送りノートに記載もあり、利用者の状況は、職員同士で情報共有が図られています。</p>		

