

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：小規模多機能ホーム仁風荘かみごとう	種別：小規模多機能居宅介護
代表者氏名：管理者 原 恵美子	定員：登録定員 29 名 通い 16 名、泊まり 9 名
所在地：鳥取県米子市上後藤 3-9-46	
TEL：0859-30-0001	ホームページ： https://www.yowakai.com/care/jinpuso_kamigoto.html
【施設の概要】	
開設年月日 平成 23 年 4 月 1 日	
経営法人・設置主体（法人名等）：医療法人 養和会 理事長 廣江 智	
職員数	常勤職員： 9 名 非常勤職員 2 名
専門職員	施設長 1 名 正看護師 1 名
	介護支援専門員 1 名 介護福祉士 1 名
	介護福祉士 7 名
施設・設備 の概要	リビング（兼：機能訓練室） 1 室 電動段差解消機（玄関） 1 ヶ所
	宿泊室 9 室 スプリンクラー
	事務室 1 室 A E D
	個浴 1 ヶ所 送迎車両 3 台
	トイレ 3 カ所 個浴 1 ヶ所 （うち車椅子対応 3 ヶ所）

③ 理念・基本方針

【法人理念】

養和会は、ご利用者の幸せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求します。

《理念》

1. 人権を尊重し、ご利用者に「安心・安全・安らぎ」のある医療・介護・福祉を提供します。
2. 地域とのつながり、職員、家族を大切にし、共に歩み続ける法人を目指します。
3. 人にも環境にも優しい、活動に取組み地域に貢献します。
4. 住み慣れた地域で出来る限り生活が出来るよう、支援して行きます。

《運営方針》

ご利用者お一人お一人の人格を尊重し、それぞれの方に適したサービスを提供し、ご利用者の住まわれる地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される事業所を目指します。

④ 施設の特徴的な取組

医療法人養和会による小規模多機能型居宅型介護施設として、最初にサービス開始された「小規模多機能ホーム仁風荘かみごとう」は、高齢化による心身の援助が必要な方々が、出来る限り住み慣れた地域で生活出来るために、米子市上後藤の住宅街へ、木造2階建て、民家改修型の家庭に近い落ち着いた空間を保持した「通い」「訪問」「宿泊」の3つのサービス形態を組合せ、利用者への生活リハビリ等のサービス提供が行われています。

地域にあった民家を改修して開設する事で、畳の上での生活を和みとして感じて頂くだけでなく、そこからの立ち上がりなどを繰り返して頂くことで、機能回復のための不便さとして取入れられています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年2月17日（契約日）～ 令和7年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	8回（令和5年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○円滑な経営基盤に向けた事業運営

経営基盤の確立に向けての財務戦略及び顧客戦略、業務戦略、人財戦略等への課題対策の方針に対する検証や対策を適切に実行するプロセスが確立され、定期の仁風荘会議や部署長会議において、事業指標が定量化された目標設定に対する検証が行われ、経営課題に対する必要な対策が策定され、事業所の職員への共有を図り組織的な取組みが進められています。

○生産性向上に向けた業務の効率性や職員の働く環境の整備の進展

ICT導入による業務の情報化の推進に加えて、事業所のサービス提供課題等を本部と共有を図り、組織内の生産性向上とサービスの質の向上を連動させた介護機器ライブコネクト、インカム（無線）等の導入が進められています。

また、施設整備の改善として、泊まりの部屋の増改築（5部屋）、トイレ、洗面所改修が実施されています。

○ 職員の質の向上に向けた取組み

法人の教育委員会による必修研修に加えて、職員一人ひとりの目標管理シートの作成や業績の進捗状況・達成成果等の自己評価が行われ、管理者面談等により、職員一人ひとりの業務知識・技能スキルの把握や研修・資格取得に関する意向・要望等を反映した、職員一人ひとりの就業能力向上に向けた計画的な育成・研修の実施等、法人組織の医療・介護・福祉サービスの質の向上へと連動した取組みが継続して行われています。

○職員の業務管理シートによる人事考課及び人材の育成に向けて

法人としての「期待する職員像」が明文化され、職員の目標管理シートを作成する事で自己評価を行い、施設長による面談を通して職員一人ひとりの知識・技能スキルの把握及び研修・資格取得に関する意向・要望等の聞き取りが実施されています。

人事管理と連動した次年度の職員一人ひとりへの知識・技術等の必要が求められる研修計画に基づいた人財育成の取組みが行われています。

◇改善を求められる点

●小規模多機能ホーム「仁風荘かみごとう」の地域社会への理解度向上に向けて

高齢者の体力・気力・持久力の減退や認知機能の低下等による住み慣れた地域社会において、いつまでの生活が行うための小規模多機能ホーム「仁風荘かみごとう」の機能・役割を地域社会へ広く広めるための継続した取組みに期待します。

●介護マニュアル等の定期的な共通認識の浸透に向けて

小規模居宅部署の担当者を決めて、ホームで扱う事業ファイル（各種マニュアル等）の検証や必要な見直しの実施が行われ、職員の誰もが標準的な手順に沿った利用者への介護サービスの提供を行うための共有を図る取組みが行われています。

行政等の法改正（通達・条例含む）による見直し等が職員に理解され、介護サービス業務が従来の経験値に基づき、職員のそれぞれの俗人的な対応の防止や組織的で標準的な統一的なプロセスに基づいた介護サービス提供が求められることから定期的な検証等の取組みに期待致します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

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

第三者評価結果（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。	a
＜コメント＞ ・理念・基本方針（法人のグループビジョン、戦略等）が明文化され、ホームページ、広報誌（きやらぼく）、パンフレット等による地域社会へ広く公表されています。 ・事業所の見やすい場所へ掲示や事業所のミーティングでの唱和（週一回）の実施する事で、職員間に周知されています。 ・新規採用（中途採用含む）職員に対する新人研修の際には、理事長より「理念・基本方針」について説明を行う機会が設けられています。 ・利用者・家族等へは、利用契約時に、重要事項説明書等を使用して説明が行われています。		

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
＜コメント＞ ・年2回の経営陣との部署長面談が実施され、事業取り巻く社会情勢や事業運営方針等、経営課題等についての意識共有が行われています。 - また、毎月の仁会風荘管理会議にて、自部署の利用状況等の月次報告やサービス内容に関する課題・対策等の検討が行われています。 ・法人内の3つの小規模多機能ホーム（介護所規模多機能2施設、看護小規模多機能施設）の部署長（管理者）による小規模会議において、それぞれの部署の経営状況等の分析や必要な課題の改善に向けた協議が行われ、協議内容等についての自部署会議で職員周知が図られています。		
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。	a
＜コメント＞ ・法人として、四半期単位の事業報告等の事業計画の達成状況の検証・分析等に加えて、経営基盤の確立に向けての財務戦略及び顧客戦略、業務戦略、人財戦略等への課題対策の方針に対する検証や対策を適切に実行するプロセスが確立されています。		

- ・ 仁風荘会議や部署長会議において、事業目標の達成状況等の経営課題に対する改善対策等を職員と共有を図り具体的な取組みが行われています。
- 経営課題への改善として、泊まりの部屋の増改築（５部屋）、トイレ、洗面所改修が実施されています。
- ・ 利用者への質の向上を目的として、担当者を決めての５Ｓ活動による職場環境の改善としての取組みが開始されています。

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
＜コメント＞ ・ 法人としての中・長期的なビジョン（２０３０グループビジョン等）が示され、「小規模多機能ホームかみごとう」としてのグループ戦略（断らない、諦めないの福祉の提供等）に基づき、グループ理念の目標達成に向けた部署別の機能・責任が明確に示されています。 ・ 事業所の財務確保・コスト意識、顧客戦略、安心・安全なサービスの提供、人材育成等の具体的には中・長期を想定した目標や課題の改善施策等の計画が作成されています。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
＜コメント＞ ・ 法人としての中・長期ビジョンの柱である事業方針を踏まえた戦略課題（財務戦略、顧客戦略、業務戦略、人材戦略等）とＫＧＩ（経営目標達成指数）の単年度計画に反映する取組みが行われています。 - 小規模多機能ホーム部会においても、事業方針等の部門間の共有を図り、単年度の事業方針に対する計画策定が行われています。 ・ 年度当初の職員面談の際に施設長より職員に対して事業計画の説明が実施され、全職員で共有して目標達成に向け推進されています。		
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
＜コメント＞ ・ 事業計画策定は、前年度の月次分析、年度末の事業報告等、各部署に於ける重点課題、各種の目標計画に対する進捗状況の分析や年度末での年間の達成の成果を分析・評価する仕組みが機能しています。 ・ 事業目標の達成状況等の年度末評価等、職員面談、日常の朝礼ミーティング、申し送り時の事業運営課題に対する必要な対策等に加えて、職員の意識や意見・要望等を反映した計画立案が行		

われています。		
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
＜コメント＞ ・事業計画は、法人のホームページ等への掲載や運営推進会議において、地域社会（利用者・家族等含む）への公表や説明が行われています。 - また、利用者に必要な事業内容（施設な改装やサービス提供の内容等）を中心の抜粋資料等によるポイントのお知らせが行われています。 ・定期の利用者の「訪問、通い、泊まり」等のスケジュール調整時、送迎時、訪問時や連絡ノート等により、施設設備等の環境の変更や行事計画のお知らせ等が行われています。		

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
＜コメント＞ ・法人の品質管理委員会によるサービスの質の担保を目的とした事業報告会（年4回）が行われ、利用者へのサービスの提供の維持・継続に向けた取組みが行われています。 ・福祉サービスの質の向上に向けた接遇研修や各種研修参加後には、研修員会等による職員に対する理解度のチェックが行われています。 ・法人による年1回の利用者満足度調査による意見・要望等に対する必要な対応の取組みが実施されています。 - また、職員の業務状況等の職員アンケート調査が実施されています。 ・福祉サービス第三者評価受審の実施に加えて、運営推進会議（年6回）による事業所評価によるサービス品質の向上への取組みが行われています。		
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。	a
＜コメント＞ ・品質管理委員会に於ける利用者・家族等の満足度調査、職員のアンケート調査や福祉サービス第三者評価機関の受審による利用者へのサービス提供に関する検証・分析を踏まえた改善計画の作成が行われています。 ・毎月の月次分析や職場ミーティングにおいて、事業所での取組み課題改善に向けての職場内での職員間での検証や共有を図りサービス提供に努められています。 - 事業所のサービス提供課題等を本部と共有を図り、組織内の生産性向上を目指し介護機器ライブコネクト、インカム等の導入が進められています。		

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
＜コメント＞ ・小規模多機能ホーム仁風荘かみごとう運営規程に基づき、ホーム長としての業務の運営管理・責任体制等が明文化され、仁風荘会議において、経営、運営管理等についての月次報告が行われています。 ・事業継続計画（BCP）が策定されており、役割分担等も明確にされています。 ・ホーム長が不在時の緊急対応等での権限委譲も明確化され、施設運営における体制整備が行われています。 ・運営推進会議においてもホームの機能・役割等の資料配布による説明による地域への理解を深める取組みが実施されています。		
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
＜コメント＞ ・法人として、法令遵守責任者が任命・登録されており、法人全体として法令遵守に対する体制が整えられています。 ・法令遵守マニュアルに基づき、業務運営時のコンプライアンスの徹底に向けた取組みが行われています。 ・法人の必須研修として、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、法令遵守に関する研修等、職員への理解を徹底するためのコンプライアンス研修が実施されています。 ・介護報酬改定時には事務担当者より、部門毎の改訂項目についての勉強会も行われています。		
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
＜コメント＞ ・利用者満足度調査が実施され、サービス提供に関する意見・要望等への必要な改善対策や意見に対するフィードバックに加えて、法人組織としてその内容等を掲出する等の取組みが行われています。 また、ホーム内へ設置されている意見箱や利用者・家族等からの意見・要望等についても同様のサービス提供に反映させる取組みが継続されています。 ・職員の福祉サービスの提供に向けた理解度の把握（自己評価や改善計画等）が実施され、運営推進会議において、地域の方々からホームのサービス提供等に対する意見等を頂きサービスの質		

の向上に活かす取組みが行われています。		
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
<コメント> ・ 仁風荘会議の月次報告の中で、事業部署単位の業務の効率化と職員へのコスト意識の浸透等に向けた施策の討議が行われています。 ・ 生産性向上に向けた取組みとしてのＩＣＴ導入による各種記録や業務の情報化の進展に加えて、利用者へのサービス提供の介助支援としてのツール（ライブコネクト、インカム等）の配備、介護ロボット等の導入検討が行われています。 ・ 小規模ホーム長会議が実施され、サービス内容、登録数の拡大対策、業務効率化、労務管理の適正化等についての情報交換や連携による実効性を高める為の取組みが行われています。		

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
<コメント> ・ 法人としてホームページ掲載、就職説明会、ハローワーク等の募集や各種大学、専門学校等の実習生を積極的に受入れ等、新規採用に繋がる活動が継続されています。 ・ 職員に対するホーム長面談を通じて、職員からの業務に対する意見・要望に対するワークライフバランスに関する意向の受け止めによる可能な就業への対応に努力されています。 ・ 法人の福利厚生として、各種の人材育成としての研修制度（資格取得含む）、休日・休暇制度、各種手当等の福利厚生制度の充実等による人材の定着に向けた取組みが行われています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<コメント> ・ 法人の「期待する職員像」も明確にされており、人事考課制度、給与規定、目標管理ノートに基づき適正に人事管理が行われています。 ・ 考課者研修も毎年実施され、ホーム長（考課者）による職員面談が年2回実施されており、職員一人ひとりに対するキャリアパス基準に沿った目標管理制度としての目標、課題改善、研修等の希望等の聴き取りが行われ、中間期、期末期の職員の目標に対する進捗・達成状況に対する振り返りによる就業に対する指導・アドバイス等が行なわれています。		
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
<コメント>		

・就業規則に基づき、適正な労務管理（時間外勤務含む）や有給休暇並びに出産休暇、育児休暇や育児明けの時短勤務、夜勤免除等の法人としての働きやすい職場環境の整備が進められ、その取得管理に加えて、休暇等の職員意向に対する勤務シフトの対応等、職員のワークライフバランスのとれた業務運営が行われています。 ・職員へのストレスチェックが実施され、身体面だけでなく養和会グループにおいて、メンタル面の必要な相談等による心のケアも行える体制が整えられています。 ・法人としての福利厚生制度も充実しており、職員互助会、親睦会、健康診断、インフルエンザ予防接種の実施、法人内のフィットネスクラブの利用の補助や法人のPT（理学療法士）による腰痛予防研修等の実施も継続して取り組まれています。		
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
＜コメント＞ ・「期待する職員像」が示され、職員一人ひとりの目標管理シートの作成や業績の進捗状況・達成成果等の自己評価が行われています。 ・ホーム長面談で、職員一人ひとりの業務知識・技能スキルの把握や研修・資格取得に関する意向の聞き取り等が実施され、個々の就業能力向上に向けた育成・研修等への反映が行われています。		
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
＜コメント＞ ・法人の人材育成基本方針に基づき、教育委員会において策定された研修計画に従い教育・研修が行われています。 ・法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、身体拘束廃止研修等、虐待防止研修等、職員への理解を徹底するための研修が実施されています。 ・職員の育成基本方針としてのキャリアアップ制度による体系化され、経年別の研修計画や業務と直接つながる内部研修に加えて、職員一人ひとりに必要な外部研修が行われています。 また、教育委員会、教育担当において、研修終了後は、教育後の効果測定が実施され、研修内容の理解度の向上に向けた施策も実施されています。 ・e-ラーニングシステムも導入しておられます。		
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
＜コメント＞ ・経験年数、資格取得を踏まえた経年別研修履歴に基づいた教育・研修が実施されています。 職員一人ひとりの研修計画は、職能や経験年数を考慮した階層別研修、職種別研修や各部署で必要なテーマ別研修等が計画的に実施されています。 ・新任者（新人・中途採用者）研修や職場の先輩による職場OJT研修等の実施、2年目～4年目研修、現任者研修、管理者研修等へと就業に必要なスキルグレードを高めた研修計画に沿った研修が実施されています。		

また、外部研修等への参加した職員は、伝達講習として講師役を務めホーム担当職員に対して研修内容等の勉強会が行われています。 ・介護福祉士資格、介護支援専門員の資格取得に対する研修支援も行われています。		
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。	b
〈コメント〉 ・実習生マニュアルに基づき、実習生を積極的に受入れられています。 ・実習生受入れ窓口（ホーム長）、実習生に対する支援・指導等は、介護支援専門員を中心とした職員による対応を行う体制となっています。 ・事業所の特性上実習の依頼はあまりありませんが、法人としては積極的に実習生等の受入れが行なわれています。		

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
〈コメント〉 ・法人のホームページ、広報誌（きゃらぼく）、パンフレット等を活用し、法人、事業所の理念や基本方針、組織図、提供する福祉サービスの内容、定款、決算報告書、現況報告、情報相談窓口の連絡先等の公表が行われ、事業運営の透明性を確保する取組みが行われています。 ・福祉サービス第三者評価受審結果のワムネットへの公表に加えて、運営推進会議においての事業課題に向けての改善対策についての検証やアドバイス等を受止める等の取組みが行われています。		
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
〈コメント〉 ・法人の定款に基づき、法人組織全体の経営状況（決算報告、財務管理、組織体制等）の事業の運営体制が整備され、外部の公認会計士による監査が実施されています。 ・内部監査管理規程等に基づき、ホームから本部への毎月事業報告が実施され、年1回の社内監査による経理処理、施設運営の適正かつ透明性が確保された事業運営が行われています。		

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
〈コメント〉 ・小規模多機能型ホームとしての理念・基本方針に基づき、「地域の幸せ、地域とのつながり、地域貢献、住み慣れた地域で、できる限り生活ができるような支援を行う」が明示され、利用者の地域での暮らしを支える小規模多機能ホームとしての役割を果たす為の事業が行われています。 ・コロナ5類移行後においても地域で感染症が散見され、地域イベントの縮小、中止が継続していることから地域交流の場への参加が行われない状況が継続しています。 ・運営推進会議で、各種の公民館開催のイベント案内等があることから施設内へのポスター掲示や参加に向けた利用者への案内が行われています。 ・住み慣れた地域との交流に向けた取組みの輪を広げる活動等、法人計画の行事（仁風荘桜まつり、長寿を祝う会等）や地域のイベント交流に向けた取組みに期待します。		
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
〈コメント〉 ・ボランティア受入れマニュアルに基づき、米子市社会福祉協議会への対応や小・中・高校生等の職場体験等の受入れに向けた体制による活動調整等による受入れを行うこととされています。 ・前年度においても新型コロナウイルス等の感染症が地域で散見されていることからボランティア活動の実施の受入れは行われていません。 以前はおり紙や歌のボランティアの方も来られていました。		
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。	a
〈コメント〉 ・地域の米子市、地域包括支援センター、地域の自治会長・民生委員、家族等、医療機関、保健所、社会福祉協議会、警察署、消防署等の各種関係機関とネットワークを構築し、必要な社会資源との連絡網「関係機関緊急連絡一覧」が整備されています。 ・米子市、地域包括支援センター、民生委員、自治会長等の参加による運営推進会議の開催や法人内の小規模会議（月1回）等の開催による情報共有や意見やアドバイス等を受け止める等のホーム運営の取組みが行われています。		
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。	b
〈コメント〉 ・米子市、地域包括支援センター、民生委員、自治会長等の参加による運営推進会議の開催や法人内の小規模会議（月1回）等の開催による情報共有や意見やアドバイス等を受け止める等のホーム運営の取組みが行われています。		

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
＜コメント＞ ・法人の地域活動として、仁風荘さくら祭りの開催、長寿を祝う会、夏まつり、住吉公民館祭、オレンジサロン（認知症カフェ）の運営等に加えて、地域に対する当法人施設の貸し出し（地域交流ホール・体育館等）等々、医療・介護・福祉の専門的な医療・社会福祉法人としての地域ニーズを踏まえた地域貢献の取組み等の継続が行われています。		

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
＜コメント＞ ・利用者の人権尊重の実践に向けた事業計画「倫理基準に対する認知力の向上」の目標設定による。ホーム長による毎月の倫理規程に反する事案の検証が行われています。 事業目標を達成に向けて、法人の必須研修「コンプライアンス研修」「人権研修」「リスクマネジメント研修」「高齢者虐待防止研修」「身体拘束廃止研修」「個人情報保護研修」「接遇研修」等が実施されています。 ・不適切な事案が発生した場合には、ホーム長等並びに法令遵守責任者、法人法務担当者に速やかに連絡する体制が整備されています。 法人内に「身体拘束廃止検討委員会」「虐待防止委員会」が設けられ、検証・検討が行われています。		
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
＜コメント＞ ・個人情報保護管理規程に基づき、利用契約時に重要事項説明書において、利用者・家族等への個人情報の取扱いに関する説明（プライバシー保護等）が実施され、同意を得ておられます。 写真等掲載時にも利用者・家族等へ許可を得て掲載されています。 ・介護マニュアルに基づいた入浴介助、トイレ介助等についても同性介助を基本とした支援が行われています。 ・介護サービス提供業務において、知り得た利用者のプライバシーに関する情報の守秘義務等について、法人の個人情報保護研修で知識・理解を深められています。		
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	a

	極的に提供している。	
＜コメント＞ ・法人のホームページ、パンフレットや広報誌を活用し情報提供が行われています。 - 利用者・家族等が分かりやすい写真やイラストを入れたパンフレットが作成されています。 ・運営推進会議においても、各委員の方々へ小規模多機能型居宅介護の特性やサービス内容等の必要な情報の提供が行われています。 ・ホームの見学や体験利用の希望者については、積極的に受入れておられます。		
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。	a
＜コメント＞ ・利用契約時には、契約書、重要事項説明書等を用い利用者・家族等に対して分かりやすい説明を行い、同意を得ておられます。 ・サービス開始時から利用者の解決すべき課題やニーズに対応した介護サービス計画の作成による利用者・家族等に対して分かりやすい説明を行い、同意を得ておられます。 ・重要事項説明書に変更時や介護サービス計画の変更時は、利用者・家族等に説明を行い、同意を得ておられます。		
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
＜コメント＞ ・入院の場合には地域連携室、介護施設の場合には担当者会議に必要な情報提供を行い、新たに移行された病院・施設において、継続的なサービス提供が行われるよう支援が行なわれています。 ・家庭への移行による利用終了後も相談等があれば、ホームへの連絡を頂けたら継続的な対応も可能である旨の説明が行われています。 更に、法人の「介護老人保健施設」の相談員にも相談出来る体制が確保されています。		
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
＜コメント＞ ・法人の品質管理委員会による利用者満足度調査（年1回）が実施され、集計、分析結果がホーム掲示版へ掲載され、改善が必要な対策の実施に向けた取組みが行われています。 ・ホーム内でも日常の利用者との会話の中で、ご意見・要望や送迎時の対応、連絡ノートを通して、家族等からの要望等を伺うようにしておられます。 ・日々の利用者への介護サービス内容等の申し送り書が作成され、サービス提供等の課題に対するホーム内でのミーティング等で検討、対策等が実施されています。		
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	a

	る。	
＜コメント＞ ・苦情解決マニュアルに基づき、ホームでの苦情解決責任者・苦情解決担当者・第三者委員の苦情解決体制が確立されています。 ・法人の品質管理委員会が設置され、ホーム部署だけの解決するのではなく、法人全体で解決していく体制により、全ての事業所へ苦情申し出内容、必要な改善対策等の掲示による周知・徹底を図り、利用者等からの苦情に学ぶ姿勢が伺われます。 ・利用契約時に利用者・家族等に対して、重要事項説明書を基に苦情に対する解決方法等の仕組みの説明が行われています。		
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
＜コメント＞ ・管理者、介護支援専門だけでなく、職員にも相談しやすい関係作りとして、利用者の意見・要望の受止めやコミュニケーションを深めておられます。 ・利用者・家族からの相談は、他人に聞かれることのない事務室対応が行われ、送迎時や連絡ノート、意見や相談をいつでも受止める体制となっています。 ・ホーム以外にも法人の相談窓口（月曜日～土曜日）が設置されています。		
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
＜コメント＞ ・利用者・家族等からの相談、意見については、ホーム内で内容分析や検討が実施され、ホームで解決できる事案の場合は速やかに相談・意見への対応等のフィードバックが行われています。 ・利用者等からの日々の相談等が申し送りノート等の記録によるホーム長等への報告が行われ、対応対策が必要な場合は、職員会議を開き対策の検討実施が行われます。 - また、軽微な事案であっても法人内品質管理委員会に報告されることとなっています。 ・基本的に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。 ・利用者からの要望や相談等に対する回答等の対応に検討時間が長引く事案の場合は、現在の検討状況や回答等の時間をいただく旨の説明が行われることとなっています。		
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
＜コメント＞ ・法人のリスクマネジメント規定に基づき、リスクマネジメント委員会が設置されています。 ・法人の必須研修としてリスクマネジメント研修が実施され、法人として医療機関レベルの安全対策等を実施することにより重大事故の発生はありません。 ・ホーム運営に於ける重点課題の一つとしてリスクマネジメント活動に取り組まれており、ヒヤリ		

ハット報告や事故発生時報告が行い、安心・安全なサービス提供できるよう心掛けておられます。 ・サービス提供時に於ける安心・安全対策の勉強会や施設設備の安全点検（２ヶ月単位）も実施されています。		
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
<コメント> ・感染症予防対策マニュアルが作成され、感染症予防や発生時の感染症対策やフローチャート等が施設内に掲示され、法人全体での利用者・職員の感染発生予防時対応等の感染発生時の対策手順等の徹底が図られています。 ・医療法人養和会の医療機関レベルを介護へも適応し、院内感染症対策委員会の設置による感染症の予防、感染症発生時の対策に取り組まれています。 ・感染症対応の事業継続計画（ＢＣＰ）が策定されています。		
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
<コメント> ・自然災害対応の事業継続計画（ＢＣＰ）が策定され、自然災害による非常事態の発生を想定した、リスクの整理や代替え対策等、医療法人養和会としての事業の継続や早期の復旧に向けての速やかな手段等の計画が作成されています。 ・ＢＣＰの職員に対する浸透・理解に向け、シミュレーションの実施や修正・見直しにも取り組まれています。 ・災害時における避難訓練（年２回）の実施や利用者・職員の安否確認システムによる安否確認ができる仕組みの構築、法人本部との連携、日頃の災害対策の備えや関係機関との情報交換等が行われています。		

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
<コメント> ・標準的な業務マニュアルの実施方法と利用者一人ひとりの介護サービス計画の留意事項等を確認し職員間で共有し適切なサービス提供が行なわれています。 ・内部評価委員会の内部監査が実施され、各部署のサービス提供等の質の向上に向けた取組が行われています。		
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

＜コメント＞ ・ 定期（年度末等）に小規模居宅部署の担当者を決めて、ホームで扱う事業ファイル（各種マニュアル等）の検証や必要な見直しの実施が行われています。 ・ 事業所内カンファレンス、日々のミーティング等において、職員の誰もが介護マニュアル等の標準的な手順に沿った利用者への介護サービスの提供を行うための共有を図る取組みが行われています。		
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
＜コメント＞ ・ ホームの介護支援専門員による所定のアセスメントが実施され、利用者の心身課題、生活課題等の把握が行われ、利用者・家族等の意向、要望等に基づいた在宅生活を継続していく為の介護サービス計画が策定されています。 - 利用開始後は、日頃の利用者の様子をホーム職員によるモニタリングや法人内のPT（理学療法士）の身体の基本動作やOT（作業療法士）による日常生活への応用動作のリハビリ支援についての指導・アドバイス（月1回程度）を受ける等、利用者一人ひとりに対する支援計画が作成されています。		
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
＜コメント＞ ・ 介護サービス計画に沿った日々の介護の支援記録に基づき、毎月のモニタリングによる検証、3ヶ月単位のカンファレンスによるサービス提供の振り返りが行われ、6ヶ月単位に介護支援専門員が中心となって、関係職員による介護サービス計画に対する評価に基づき、必要な見直しが行われています。 ・ 利用者が病気等の心身の変化や医療機関等への入院された場合は、関連機関と連携する等、随時の介護サービス計画の見直しが行われています。		
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。	a
＜コメント＞ ・ 介護ソフトが導入されパソコン、タブレットを活用した利用者の日報記録等の作成等、作業効率による省力化、適切な記録の保存や職員の誰もがIDパスワード等の設定による必要な介護記録等の閲覧が可能となっており、情報共有を行い支援が進められています。 ・ 新任職員は、入職時に記録マニュアルに沿った職場OJTにより、職場内での指導やアドバイス等による適正な記録作業を行う取組みが進められています。		
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

＜コメント＞

・個人情報管理規程に基づき、利用者の個人記録は、保存・保管・廃棄、情報開示が行なわれています。利用契約時に、重要事項説明書を使用して「個人情報の取扱いについて」利用者・家族等へ説明が行われ同意を得ておられます。

・職員新規採用時に個人情報保護に関する誓約書の提出が行われ、毎年、法人として全職員に個人情報保護に関する必修研修が実施されています。

内容評価基準（小規模多機能型居宅介護１９項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
1-（１） 支援の基本		
A①	A-1-（１）-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a
＜コメント＞ ・利用者一人ひとりの心身状況を反映した日常生活動作の維持等に向けたケアプラン（介護サービス計画）に沿ったサービスの提供が行われています。 ・日々のホームでの過ごし方については、利用者・家族等の希望に応じたプログラムの変更を柔軟に行う等、機能維持活動として、洗濯物たたみ、パズル、ぬり絵、ボードゲーム、カラオケ等、自分の興味のあるものへの参加して頂き、通いの場であるホームで過ごされています。 ・一人ひとりの心身状態が多様で、ホーム利用の目的も様々であることから日中活動や社会参加等への支援対策等への検討や工夫が行われています。		
A②	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
＜コメント＞ ・訪問による住み慣れた地域で心身共に自立した生活を過ごす為に、在宅時の安否確認、配食、排泄・入浴等の支援が行われています。 ・同居の家族の仕事が忙しく、家族が自宅を不在にする等の必要な時間をホームで過ごす等、泊まり（急な泊まりにも対応）等への支援も行われています。 ・独居の方は特に自宅で自立した生活を行うための問題点を明確にしたプランを作成し、本人が自立した生活が営めるよう、利用者それぞれが必要とするサービスの提供を心掛け、場合によっては成年後見人制度等の活用も検討されることとなります。		
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
＜コメント＞ ・法人の研修委員会による必修の接遇研修（毎年）へ職員は参加し、利用者への言葉遣い（声の強弱・トーン含む）や顔の表情、接し方等の適切な対応に向けた接遇マナー等への取組みが繰り返		

返し行われています。 ・ホームのスタッフ会議で利用者一人ひとりへの心身状況等、発語の困難な利用者へも表情の変化を読み取る等の把握やコミュニケーションの必要性等の共有が図られています。 ・職員のコミュニケーション力を通じた利用者との信頼関係の構築に加えて、利用者の心身の動きを洞察する力やニーズに適切に応える力を身に付ける等、職員一人ひとりが介護のプロとしての意識を継続した取組みに期待します。		
1-（2） 権利擁護		
A④	A-1-（2） 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
＜コメント＞ ・利用者の尊重と権利擁護は福祉施設・事業所の使命・役割の基本であり虐待等の権利侵害を防止することは必須とされる事項として、法人のコンプライアンス委員会体制が整備され、職員による身体拘束委員会、虐待防止委員会、公益通報制度や相談窓口の開設等、利用者の権利侵害の防止の取組みが行われています。 ・法人の職員必須研修として、人権研修、虐待防止研修、身体拘束、ハラスメント研修、個人情報保護研修等のコンプライアンス研修が毎年実施され、理解度チェックが行われています。 ・緊急やむなく身体拘束を行う場合には、身体拘束禁止規定（3原則要件等）、手順や届け出、報告等の規程に基づいて行われています。		

A-2 環境の整備

2-（1） 利用者の快適性への配慮		
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。	a
＜コメント＞ ・民家改修型の良さを活かす為、利用者が家庭での生活をイメージし、なるべく自宅に近い環境でサービス提供が行われています。 ・民家の適度な不便さを残すことで、利用者自身が自宅の生活においてできることを増やす為にホームに於ける心身の生活リハビリを行うことにより、機能維持が図れるよう工夫されています。 ・担当者を決め5S活動を徹底させることによって、気持ち良くくつろげる空間の維持が行われています。 ・静養場所としての居間へ畳やソファの配置が行われ、居間や宿泊室、休憩室等は、定期的な換気や室温の管理等を行い、ゆったりと過ごせるようにしておられます。 ・快適な環境整備として、ホームの増改築（宿泊室5部屋、洗面所、トイレ等）が完了しました。		

A-3 生活支援

3-（1） 利用者の状況に応じた支援		
A⑥	A-2-（1）-② 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
＜コメント＞		

・入浴支援マニュアルが整備され、ケアプランに沿って、利用者本人の意志を大切に、心身の状態に応じた安心・安全な入浴支援が行われています。 ・入浴前にはバイタルチェックによる体調確認、湯温度の管理による安全な入浴支援に努められ、利用者等の希望に沿った同性介助も行われています。 入浴拒否があった場合は対応する職員や時間の変更等の工夫や無理強いはしないよう本人の希望に沿って、必要に応じて清拭等に代える等の清潔さを保つ対応も行われています。 ・体調の急変等が見られた場合は関連事業所（シルバーデーケア）との連携等による対応を行う体制を確立されています。		
A⑦	A-2-(1)-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
＜コメント＞ ・排泄マニュアルに基づき、利用者への排泄援助に加えて、利用者一人ひとりの特性を考慮する等のケアプランに沿った支援が行われています。 ・利用開始時から排泄チェックリストを使用し、個々の排泄パターンを把握し、声掛けのトーンやプライバシー保護に気を付けながら利用者一人ひとりに応じたトイレ誘導、排泄介助に向け、職員ミーティングで支援方法について共有を図られています。 ・日々の業務の中で利用者介護等の変更点があれば、申し送りノートに適宜コメントの記載を行いスタッフ全員が把握できるよう心掛けておられます。		
A⑧	A-2-(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。	a
＜コメント＞ ・移乗、移動マニュアルに基づき、出来る限り自力で移動・移乗できる見守りを基本とした支援が行われています。 ・日々の利用者への生活支援の中で杖、歩行器等の変更点等あれば、申し送り書において、他の職員へ周知されています。 ・法人内のPT（理学療法士）を要請し、安全な移動、車や車椅子の移乗方法や福祉用具の利用者の身体に合せた点検等の助言を受ける等、利用者一人ひとりの状態に応じた形で、安全に過ごせるよう支援が行われています。 ・自宅等への送迎についても、送迎マニュアルに従い安全に実施されています。		
3-(2) 食生活		
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
＜コメント＞ ・利用者の嗜好調査や食の好みの聴き取り等による献立が作成され、栄養バランスにも気を付けての食事の提供が行われています。 ・昼食は、法人内調理部門の配食サービスによる提供が行われ、朝と夕食は、ホーム内での調理（献立作成含む）による提供が行われています。 朝・夕食メニューの写真を記録されファイル化され、毎日の献立の参考にされています。 ・家庭的な雰囲気の中で味噌汁やご飯の炊ける匂いを感じられ、茶碗洗いや片付けを手伝う等の台所での営みが行われる楽しみが伺える食事の場が設けられています。		

また、誕生日月の方の好物を皆で食べる日の設定や行事食や旬の物も取入れ献立の工夫も行われています。 ・全ての食事が適温で提供が行われています。		
A⑩	A-3-(1)-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
＜コメント＞ ・食事介助マニュアルに基づき、利用者の状態に合わせ、普通食、病食、キザミ、とろみ、ソフト食等、食形態等、関連機関との連携による利用者の心身状況に合わせた食事の提供が行われています。 ・法人内のST（言語視覚士）による食事の際の正しい姿勢のアドバイスや口腔体操や嚥下機能等の検証による食事の提供に向けた指導を受ける取組みが行われています。		
A⑪	A-3-(1)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
＜コメント＞ ・看護職より誤嚥性肺炎予防に向けた指導に加えて、ホームからの要請に応じて、法人内の歯科衛生士による口腔ケア等の助言・指導を受けておられます。 ・利用者への食前の口腔体操の実施や食後の歯磨きの実施に向けた声掛けを行い、支援の必要な方には口腔ケアが行っておられます。 また、泊りの利用者には、就寝前に洗浄液を使いった義歯の洗浄等、清潔保持の対応が行われています。		
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。	a
＜コメント＞ ・褥瘡マニュアルに基づき、入浴時、排泄時には皮膚状態の観察が行われ、褥瘡の疑いがある時は看護職、管理者、介護支援員は報告される等、適切な医療支援に向けた対応や連携による予防対策が行われています。 ・送迎時や連絡ノート等で褥瘡の発生状況をお知らせし、医療機関への案内も的確に行われています。 ・月1回の法人内褥瘡委員会において、褥瘡の発生の現状分析、悪化防止や未然防止対策等の早期発見に向けた情報共有が実施されています。 また、必要に応じて褥瘡委員会への相談・助言が行われています。		
3-(4) 介護職員による喀痰吸引・経管栄養		
A⑬	A-3-(4)-① 介護職員による喀痰吸引・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。	評価対象外
＜コメント＞ 介護福祉士の中で、喀痰吸引・経管栄養の研修を受けた資格取得者（4名）もおられますが、事業所として、喀痰吸引・経管栄養の実施申請が行われていません。		

3－（５）機能訓練、介護予防		
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。	a
＜コメント＞ ・小規模多機能型居宅介護ホームの運営目的である「住み慣れた地域で出来る限りの生活を行う」ためのケアプランに基づき、利用者自身ができる事の見守りを基本とした支援が行われています。 ・機能訓練は、法人内のPT（理学療法士）職による心身のポジショニングの指導等の実施や法人作成の機能訓練用DVD（脳トレーニングチェック）等を活用した自立支援に向けた機能訓練としての取組みが行われています。 また、生活リハビリを中心として、職員と一緒に人と人とのつながりを意識する等、食器拭き、洗濯物たたみ、利用者が自分で出来ることを見つけて参加して頂いています。		
3－（６）認知症ケア		
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
＜コメント＞ ・法人の全職員を対象にした「認知症研修」に参加し、認知症ケアについて学ぶ機会が毎年実施されています。 ・医療法人として、医療関係部署の異業種の方々が参加する認知症対応等の専門的な研修会に参加し、利用者の一人ひとりの認知症症状等に適応した介護ケアに向けた取組みを職場内で共有した対応が行われています。 ・状態の変化等気になる状況が見られた場合は、家族等への情報提供や家族からの相談等への対応等による連携した認知症ケアが行われています。		
3－（７）急変時の対応		
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書確立し、取組を行っている。	a
＜コメント＞ ・緊急時対応マニュアルが整備され、利用者等の体調の急変時やケガの緊急時の対応としての関係機関や家族等への救急連絡体制の整備が行われています。 ・利用者の健康管理のため、朝の送迎後のバイタルチェック等の安全確認や体調変化等の気になる利用者等については日常的に家族、関連機関からの必要な情報を確認されています。 ・健康チェック等による体調等の変化が見られる場合は、必ず申し送りノートや引継ぎで、ホーム長や看護職に症状が報告されることとなっています。 異常を発見した場合は、家族等や主治医に報告する手順に従い対応が行われています。 ・服薬管理は看護職が行い、職員とのダブルチェックで誤薬が発生しないための取組みが進められています。		
3－（８）終末期の対応		
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。	評価対象外

〈コメント〉

小規模多機能ホームとして、対応できる事について利用者・家族に説明を行い、出来る限りの対応は行われますが、体制が整わない部分もあり、看取りプランを作成されての対応は行われていません。

A-4 家族との連携

4－（１）家族との連携		
A⑱	A-8-(1)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
〈コメント〉 ・ 定期的（６ヶ月）な介護サービス計画の評価・見直し時は、介護支援専門員による家族等への意向や希望等の確認による計画への反映が行われています。 ・ 通い等の送迎時において、家族等との直接お会いして、利用者の利用状況の報告、要望等の聞き取りや日々の連絡ノートを活用して、家庭との連携が図られています。 - 相互に緊急時の必要な案件等は、電話やメールでの連絡が行われています。 ・ 利用者の介護支援等において、家族等の負担軽減や悩みや相談・要望等に応じ、専門的観点から支援方法等のアドバイスが行われています。		

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		
A⑲	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組みを行っている。	a
〈コメント〉 ・ 毎朝のミーティング時に於ける前日・夜間等の引継ぎノートや当日の利用者へのサービス提供等の職員間の情報共有が、適切な利用者への介護支援に努められています。 ・ 訪問において、利用者宅へ始めて訪問する職員がある場合は、責任者の同行等、利用者・家族等が安心して受入れて頂けるようにしてあります。 ・ 訪問職員は固定ではなく順番に家庭への介護支援を巡回する体制としており、訪問職員の急な変更時にも利用者が知らない・不安だと思わないよう工夫された取組みが行われています。 また、訪問時の利用者情報等については、引継ぎノートによる組織内で共有が図られています。		