

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 5 年 4 月 13 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

令和 4 年 9 月 26 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（土ニコニコハウス デイサービスセンター）につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

## 記

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>社会福祉法人福知山シルバーは 1995 年に法人を立ち上げられ、1996 年牧ニコニコハウスを筆頭に、25 年の間に福知山市内の 5 か所の地域で、幅広く介護保険や高齢者福祉事業を急速に拡大展開され、センターキッチンも含め 19 の事業所を立ち上げ運営されています。今回受診の土ニコニコハウスは、20 周年を迎えられ、認知症デイサービスと小規模多機能事業所を併設し互いの役割を大切にしながら、多機能化した運営をされています。</p> <p>2022 年 6 月「20 周年記念式典」がおこなわれました。テープカットを皮切りに、職員による「よさこい踊り」や「20 周年あゆみ DVD 鑑賞」をおこない、利用者が楽しまれました。開設当時に在籍していた職員が応援に駆けつけて記念式典に参加されていました。利用者には記念品として 5 種類用意されたうちの 1 つのブローチをそれぞれ贈呈されました。この様子は、両丹日日新聞の夕刊で報じられました。また、利用者や職員の手形で作成した「木」をイメージした大きな作品がダイルームに掲げられていました。土ニコニコハウスの理念である「チャレンジ精神」に基づいた、利用者職員とで制作された「力作」であると感じました。</p> <p><b>○事業所理念と基本方針の作成</b></p> <p>法人理念「第 2 の人世を、いつもニコニコと過ごして頂くために、地域で開かれた施設であること・・・(後略)」や、基本方針「地域とのつながりを大切に・・・(後略)」に沿って、理念達成のためにより具体的に分かりやすい事業所の理念「利用される皆様のチャレンジ精神を忘れず・・・(後略)」と、基本方針「毎日通いたいと思われるデイサービスを目指します」を職員で話し合い策定され、より良いサービスの実践を目指されています。また、理念基本方針を毎年見直し来年度は基本方針に、利用者の思いの尊重や寄り添う支援を付け加えられるなどで事業所の方向性を明確にして、職員に浸透しやすくされていることでも、事業所の前向きな姿勢が感じられました。</p>
-----------------------------	--

### ○分かりやすく具体的な中長期計画

中長期計画は、3年をスパン（令和3年・令和4年・令和5年）として作成され、事業計画とともに毎年見直され、次年度に引き継ぎ向こう3年の計画として、1年ずつ（次年度は、令和5年・令和6年・令和7年）スライドして策定されています。紙面上では数値化の確認はできませんでしたが、イントラネットの中で数値化がおこなわれ、毎年取り組まれる家族の満足度アンケートから見えてきた課題も反映されて作成されています。

### ○PDCA サイクルに基づいた計画の策定

アセスメント様式は、システムプラネット社製「楽々ケアⅡ」を使用し、初回アセスメントでは、ケアマネジャーが同席し、利用者の心身状況、既往歴を含む医療情報、薬情報を共有しながらおこなわれています。アセスメントは年1回実施され、必要に応じて主治医の意見照会や専門職が同席されています。また、利用者の状況変化時にはそのつど、アセスメントを実施され、利用者のニーズ、身体状況や課題を明確にして記録しています。アセスメントに基づき、本人・家族の希望・意向、具体的な支援および長期・短期目標設定、期間を明確にして通所介護計画書を策定されています。サービス担当者会議には、本人・家族が参加（コロナ禍で家族は不参加）し、サービスの内容を十分に説明し同意を得ています。通所介護計画書作成にあたり、本人・家族（コロナ禍で家族は不参加）、必要時には看護師などの専門職参加のもと、サービス担当者会議をおこない同意（家族には送迎時や電話にて事前確認）を得ています。コロナ禍で担当者会議が開催できないときは、書面にて意見照会されていました。通所介護計画書には、専門職の意見（病歴、日常のバイタルサインなど）が反映されています。通所介護計画書に基づきサービスが実施できているかは、「日々のノート」や支援記録や毎日の朝礼、昼礼、夕礼で確認し、モニタリングは3か月に1回、また、利用者の状態変化時など必要時に実施（更新ノートで管理）しています。利用者の状態については、ピックアップ（日々のノートから必要事項を抜粋したもの）に記入し、夕礼時に情報共有をおこない、ケアマネジャーに報告の上、通所介護計画書の見直しをおこなっていました。

<p>特に改善が望まれる点 とその理由（※）</p>	<p>通番 13. 地域への情報公開 ネット上にはInstagramなどで、事業所の取り組みなどを紹介されていますが、紙面での地域への紹介はできていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番 13. 地域への情報公開 毎月発行されている土ニコニコ新聞はデイサービスでどのようなことに取り組みられているのかがよくわかり、思わず惹きつけられる文面になっています。事業所の理念を載せられ、家庭においての高齢者の方への注意事項（熱中症予防など）なども載せられるなどの工夫を加えて、地域へのポスティングや周辺の医療機関などに置かせてもらうことなど、可能な範囲でのもう一歩進んだ取り組みを期待します。</p> <p>※コロナ禍が始まってから3年間、散歩や買い物によるレクリエーションができなくなったため、コロナ禍で何ができるか、何をすればよいかを職員が一丸となって考え実行されてきました。デイルームでできる「手を使う運動」、「足を使う運動」を取り入れ、利用者が選択できるレクリエーションを取り入れておられました。感染部会と連携し、コロナ感染予防について対策を講じられていました。そのため、デイサービスでのコロナ感染はなかったとのことで、職員全員の適切な取り組みが実施された証です。この3年間、大変ご苦労されたことと察します。</p> <p>法人の理念、基本方針や土ニコニコハウスの理念、基本方針に基づき、ますます地域に信頼され開かれた施設を目指して取り組みをしていただくことを期待します。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式 6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

# 評価結果対比シート

事業所番号	2672600273
事業所名	土ニコニコハウス デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	指定通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	認知症対応型通所介護
訪問調査実施日	令和5年3月23日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	理念の周知と実践	1	組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
	組織体制	2	経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		通番1. 法人の理念・基本方針を明確にし、達成のために法人の理念・基本方針に基づき、事業所の理念・基本方針を職員で作成し、どちらもパンフレット・ホームページに掲載している。毎朝の朝礼時にそれぞれの理念や基本方針の中から一部を選んで唱和をおこない、職員に意識付けをしている。また、毎年2月の職員会議で事業所の理念・基本方針を見直し、意識化する取り組みを職員会議の議事録で確認する。事業所理念は、フロア内に大きく掲げることで、利用者にもいつでも目にしてもらえるようにしている。利用者・家族にはパンフレット掲載の施設の概要で説明をしている。 通番2. 職員会議や各委員会で出された職員の意見は、部長会にあげ、採択されるものもあるが案件によっては総合管理者の会議で採択され、理事会や評議員会に提案され、承認されている。（案件別の意思決定方法が明確に定められているのを職員会議や委員会の議事録で確認） 法人の職務分掌表やデイサービスセンターの職務分掌表で、職務の役割りと権限の委譲を明確にしている。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	A	A	
	業務レベルにおける課題の設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(評価機関コメント)		通番3. 中長期計画を令和3年・令和4年・令和5年と作成し、毎年4月に見直し評価をおこない、中長期計画の達成期間を1年ずつ（次年度は、令和5年・令和6年・令和7年）スライドして作成している。単年度事業計画を毎年3月に見直し作成して、中長期計画の実現に取り組んでいる。中長期計画は基本方針に沿って作成され、内容・目的を数値化されていることがパソコン内で確認できる。中長期計画と単年度事業計画ともに中間期に見直しをおこなっている。また、利用者・家族の満足度アンケートを毎年おこない、課題や問題点を明らかにしている。 通番4. 単年度事業計画は、年度末の職員会議で職員全員で評価をして、次年度の課題設定をおこなっている。設定した課題をもとに、具体的な解決を盛り込んだ単年度計画を策定している。また、単年度事業計画は職員会議で、半月、1か月、1年と定期的に確認をして、必要時には見直ししている。（職員会議議事録で確認）			

法令遵守の取り組み	5	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組みを行っている。	A	A
管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。	A	A
管理者等による状況把握	7	経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A
(評価機関コメント)		<p>通番5. 京都府のホームページや集団指導の資料、そして、部長会で広い分野の法令の改定などの説明を受け理解をしている。新しい情報などは、職員会議で説明するとともにファイルにトじて回覧して周知している。また、職員が調べやすいように紙ベースとSharePoint（情報共有やファイルを共有できるシステム）で、リスト化をしている。自主点検票は10月に職員と一緒に作成をして、回覧をしている。倫理規定や身体拘束廃止、人権擁護・プライバシー保護に関する職員向けの教育研修を実施している。</p> <p>通番6. 管理者の役割や責任は、組織図や職務分掌規定で文書化し、職員会議で表明している。単年度計画作成時には、管理者も部長会に参画して、事業所独自の計画になるように職員の意見を反映している。自己評価表を用いて、無記名で職員全員が他職員に評価してもらう機会を設け、職員から、信頼をえているかどうかを把握、評価、見直しをしている。</p> <p>通番7. 管理者は介護職員としても業務を行い、常に実施状況が確認できる。そして、携帯電話のskypeで、常に連絡がとれる体制である。管理者不在時の業務の実施状況は「日々のノート」や業務日誌、運転日報など報告書関連すべてに目を通し、状況を把握するようにしている。事故発生時などの「介護事故予防対応マニュアル」や「事故処理に関するマニュアル」でフロー図を作成し、車両と事務所に掲示し、すぐに対応できるようにしている。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		質の高い人材の確保	8	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	A
		継続的な研修・OJTの実施	9	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	A
		実習生の受け入れ	10	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	B	A
		(評価機関コメント)		通番8. 人事管理に関する方針は、中長期計画できょうと福祉人材認証制度の計画に沿った人事をおこなうと明記し、「同一労働・同一賃金の考えから給与体系の変更」・「職員紹介における報奨金の実施」の方針を確立している。非常勤や正規職員の雇用条件は応募者の希望により決めて、無資格でも誠実な方を選び、入職後の資格取得支援に結びつけている。資格取得は介護福祉士、ケアマネジャーの資格取得に力を入れ、それぞれの資格により受講への支援と資格取得後は祝い金、条件付きの受講料の免除などの制度がある。 通番9. 法人研修委員が年間研修を計画して、内部及び外部研修を実施している。法人研修に参加をした職員は、「気づき」をレポートにまとめて、研修委員に提出している。参加できなかった職員も資料を基にレポートを提出し全員が学べるようにしている。外部研修は管理者が情報収集をして、チラシを閲覧して勤務調整のうえ、公費で参加、レポートを提出して、職員会議や業務終了後（時間内）に報告会を持っている。日常的な気づきは、情報を共有する「日々のノート」に記録をして、その中から管理者が特に共有が必要な気づきを「ピックアップ」シートに挙げて周知している。 通番10. 実習生受け入れマニュアルを作成し、基本姿勢や連絡窓口、事前説明、施設での心がけ、タイムスケジュールを明記している。中・高生の体験学習や地域の小学生の総合学習などを受け入れてきたが、コロナ禍で受け入れができていない。実習指導者への研修は、管理者など上司から担当者に指導をしている。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		労働環境への配慮	11	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)		通番11. 有給休暇の取得率や時間外労働のデータなど管理者が就業状況を把握し、職員の意向も年3回のヒヤリングで聞きとり管理者が分析検討をおこなっている。就業規則に基づいて、育児休業・介護休業は適切に対応し、必要な時は取得している。職員の負担軽減につながる機器は、特殊浴槽や電動ベッド、リフト車、スライディングボード、シャワーチェアなどを使っている。 通番12. 相談体制は、管理者や生活相談員、京都府民間社会福祉事業職員共済会の相談窓口を利用している。法人研修で年1回メンタルヘルスの研修を実施し、ストレスチェックを各自が年2回おこない自己診断をしている。総合管理職がメンタルヘルスの相談窓口となっている。福利厚生は、法人の幹事委員会と感染対策部会が担当をして、昼食代負担やプロパンガス・電気代・ガソリン代の社員割引、クリスマスケーキの支給、検診費用の補助、インフルエンザ予防接種の補助がある。加えて京都府民間社会福祉事業職員共済会にも加入し、映画のチケットや生活の利便性への補助を受けている。ハラスメント防止は就業規則に明記し、法人の総合管理者が相談の窓口としている。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	B
		地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A

	(評価機関コメント)	<p>通番13. 事業所の概要や基本理念は、ホームページで開示してInstagramで日々の様子や行事を配信し見てもらっている。20周年の行事に取り組んだ様子は、両丹日日新聞で紹介してもらっている。情報の公表や利用者アンケートはファイル化をしてフロアと玄関に置き、利用者や地域住民に開示している。行政からのお知らせや地域の情報は玄関先のポストケースに入れ、自由に持ち帰ってもらっている。地域の避難訓練には職員が参加している。(今年度はコロナ禍で開催されていない)</p> <p>利用者が地域の行事に参加される時の援助体制整備は取り組まれてはなかった。</p> <p>通番14. AEDを玄関に置き、必要時は使ってもらえるようにしている。災害時には周辺地域より、少し高台になっているので、地域の避難場所として提供している。雨の多いときなどは早目に車を持って来られる方が多い。認知症サポーター養成講座を開催して、地域の方にも呼びかけている。(今年はコロナ禍でできていない) 法人を訪ねて相談に来られる方も多く、地域のニーズを把握している。地域のはいかいの様子には朝夕の送迎中に気をつけてみていくようにしている。</p>
--	------------	---

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	事業所情報等の提供	15	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	A	
	(評価機関コメント)		通番15. ホームページやパンフレットには法人理念、施設基本方針、土ニコニコハウスの理念や基本方針を明記し、写真や絵を交えて事業所の特色、概要、一日の流れやサービスの内容を分かりやすく理解しやすいように工夫している。見学希望者はケアマネージャーからの紹介がほとんどであり、コロナ禍では事業所内の見学ができず、動画で事業所の様子を伝えたり、窓越し見学をおこなった。見学者の対応は「日々のノート」に記録している。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	内容・料金の明示と説明	16	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A	
	(評価機関コメント)		通番16. 重要事項説明書にサービスの内容、根拠を含めた料金表、介護保険外の自費を記載し、サービス利用開始時に、利用者や家族に分かりやすく説明し、同意を得て署名をもらっている。認知症等で判断能力に支障のある利用者の場合、成年後見人と契約の実績はある。また、成年後見制度の活用の推進実績はあり、玄関には成年後見制度や権利擁護事業に関するパンフレットを配置している。			

(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	17	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
利用者・家族の希望尊重	18	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A
専門家等に対する意見照会	19	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A
個別援助計画等の見直し	20	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>通番17. アセスメント様式は、システムプラネット社製「楽々ケアⅡ」を使用し、初回アセスメントでは、ケアマネジャーが同席し、利用者の心身状況、既往歴を含む医療情報、薬情報を共有しながらおこなっている。アセスメントは年1回実施し、必要に応じて主治医の意見照会や専門職を同席している。また、利用者の状況変化時にはそのつど、アセスメントを実施している。アセスメントで利用者のニーズ、身体状況や課題を明確にし記録している。</p> <p>通番18. アセスメントに基づき、本人・家族の希望・意向、具体的な支援および長期・短期の目標設定、期間を明確にし、通所介護計画書を策定している。サービス担当者会議には本人・家族が参加（コロナ禍で家族は不参加）し、サービスの内容を十分に説明し同意を得ている。</p> <p>通番19. 通所介護計画書作成にあたり、本人・家族（コロナ禍で家族は不参加）、必要時には看護師などの専門職参加のもと、サービス担当者会議をおこない、同意（家族には送迎時や電話にて事前確認）を得ている。（コロナ禍で担当者会議が開催できないときは、書面にて意見照会）通所介護計画書には、専門職の意見（病歴、日常のバイタルサインなど）を反映し作成している。</p> <p>通番20. 通所介護計画書に基づきサービスが実施できているかは、「日々のノート」、支援記録や毎日の朝礼、昼礼、夕礼で確認し、モニタリングは3か月に1回、また利用者の状態変化時など必要時に実施（更新ノートで管理）している。利用者の状態については、ピックアップ（日々のノートから必要事項を抜粋したもの）に記入し、夕礼時に情報共有をおこない、ケアマネジャーに報告の上、通所介護計画書の見直しをおこなっている。</p>		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
(評価機関コメント)		通番21. かかりつけ医や介護支援専門員、医療機関、日新地域包括支援センターなどの関係機関との連携・支援体制を確保するとともに、一般社団法人京都府医師会が運営する地域における在宅医療・介護に携わる多職種間の情報共有と連携を促進するための「医介連携専用ネットワーク」として「京あんしんネット」を活用している。関係機関はリスト化され、いつでも連絡ができるようにファイル化されている。利用者が入退院する場合は、照会やZOOM（コロナ禍のため）でのカンファレンスをおこない連携している。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	A	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	23	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	A	A
職員間の情報共有	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A

	(評価機関コメント)	<p>通番22. サービス提供に関わるマニュアルは整備され、職員にとって分かりやすい表現で記載され、職員によってバラツキのないサービス提供ができています。また、毎月の職員会議でマニュアルの読み合わせをおこないサービス提供の確認をしています。日々のサービスは、支援経過や日々のノート、ピックアップ（日々のノートから必要事項を抜粋したもの）でその日の夕礼で確認をしている。マニュアルは毎年4月にに見直しをおこない、必要時にはそのつど、見直しをしている。年1回の利用者ニーズ調査の結果から、必要時には職員会議や部長会、総合管理者会でマニュアルの見直しを検討している。</p> <p>通番23. 利用者一人ひとりの記録は、システムプラネット社製「楽々ケアⅡ」で、サービスの実施状況や利用者の状態変化などを支援経過に記録し、日々のノート、ピックアップでサービスの実施状況を確認している。利用者の記録の管理は情報公開・開示規程に記載している。事業所内で、情報公開・開示規定・文書保存等に関する研修をおこない、職員に周知している。</p> <p>通番24. 利用者の情報は支援経過、日々のノートで職員全員が共有できている。また、毎日の夕礼でピックアップをもとに介護方法の統一、評価をおこなっている。3か月ごとのモニタリングはケース会議と位置づけて職員の意見集約をおこなっている。</p> <p>通番25. コロナ禍で年1回の家族会や家族が参加してのサービス担当者会議は中止しているが、コロナ禍が落ち着けば再開する予定である。利用者の状況は連絡ノートに記載したり、電話や送迎時に伝えている。</p>				
(6) 衛生管理						
	感染症の対策及び予防	26	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A	
	事業所内の衛生管理等	27	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)	<p>通番26. 感染症の対策、予防に関するマニュアルは作成され、感染症の研修は年1回の法人研修と年1回の施設内研修をおこない、職員の感染症に関する知識、技術を身につけている。マニュアルは法人で定期的に見直しをおこなっている。利用者の迎え時には検温、体調確認をおこない、また毎日の利用者の座席を記録（利用者がコロナ感染した時の対応）している。職員は毎日2回の検温を実施している。</p> <p>通番27. 事業所内の書類、備品などは整理・整頓され業務しやすい環境となっている。清掃は職員が毎日おこない、「清掃管理表」で管理している。また、排水溝の清掃も職員がおこなっている。トイレや浴室は衛生的に保たれている。</p>				
(7) 危機管理						
	事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A	
	事故の再発防止等	29	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A	
	災害発生時の対応	30	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A	
	(評価機関コメント)	<p>通番28. 事故や緊急時の対応マニュアルは作成され、法人で年1回、施設内で年1回の研修をおこない、職員の事故、緊急時への意識を高めている。また、事故や緊急時の対応フロー図は事務所や送迎車に貼っている。事故や緊急時の責任者や指揮命令系統はマニュアルに記載している。</p> <p>通番29. 事故が発生した場合には、利用者や家族に報告し事故報告書を作成し、職員に周知している。事故の概要、原因、再発防止策を検討され、対策を実施しており、対策が妥当であったかどうかの評価をおこなっている。保険者へ報告すべき事故事例はない。送迎時運行マニュアル・車輛運行に関する規定・利用者送迎時の基本的フロー図を作成し事故予防に努め、運転手は毎日、検温やアルコールチェックをおこなっている。</p> <p>通番30. 災害マニュアルを作成し、研修として施設内でマニュアルの読み合わせをおこなっている。また、非常災害対策計画により、台風、大雨による洪水、地震、火災の行動手段が決められている。年2回訓練をおこなうとともに、地元の住民、消防団、消防署との地域の防災訓練（コロナ禍で中止）に参加している。</p>				

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	人権等の尊重	31	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A	
	プライバシー等の保護	32	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A	
	利用者の決定方法	33	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>通番31. ホームページや重要事項説明書で虐待防止や身体拘束禁止について明示している。年1回、法人の研修や施設内研修をおこない、職員への意識付けを高めている。また、QRコードからYouTubeで虐待に関する研修を受講している。利用者の意思を尊重し、選べるレクリエーションを実施している。</p> <p>通番32. 入浴、排泄マニュアルを作成し、マニュアルを読み合わせする研修を実施することでプライバシーに配慮して統一したサービスを実施している。浴室やトイレにはカーテンを設置しプライバシーに配慮している。ストマを造設した利用者には個々の入浴サービスをおこなっている。</p> <p>通番33. 介護支援専門員や家族からの問い合わせには「受付ノート」に記録し「空き状況一覧表」をもとに適切に対応している。利用に空きがない場合を除いて、基本的に利用申込は断らない。利用に空きがなく申込を受けられない場合は、その事情をていねいに説明し、法人内の他事業所に紹介をしている。</p>			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	意見・要望・苦情の受付	34	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。	A	A	
	意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	A	A	
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>通番34. 年1回実施している家族会は、コロナ禍で実施できていないが、利用者満足度調査は実施し、意見・要望・苦情を聞く機会を設けている。利用者個々の面談方式でニーズ調査も実施し、意見・要望・苦情を言いやすい工夫をしている。利用者から出された意見・要望・苦情はミーティングで情報共有し記録している。月1回介護相談員の来所はコロナ禍で中止となっている。</p> <p>通番35. 利用者の意向（意見・要望・苦情）は、管理者に報告し、サービス担当者会議で改善や計画の見直しをおこなっている。相談や意見は、支援記録や日々のノートに記録し情報共有をしている。利用者の意向（意見・要望・苦情）は、「土ニコニコ新聞」や「満足度調査」報告書を連絡帳にはさんで家族にお知らせしている。また、来所者が閲覧できるように玄関に置いている。</p> <p>通番36. 苦情対応窓口を設置し、連絡先、受付時間などを記載のうえ、目につきやすい玄関に掲示している。また、ご利用のしおりや重要事項説明書に明記している。さらに、第三者委員を設置し利用者の相談窓口となっている。苦情処理の体制及び手順については、重要事項説明書に明記している。</p>			
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
	利用者満足度の向上の取組み	37	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。	A	A	
	質の向上に対する検討体制	38	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	A	A	
	評価の実施と課題の明確化	39	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>通番37. 年1回利用者満足度調査を実施し、職員会議で調査結果の分析、評価、前年との比較をおこなっている。調査結果に基づきサービスに内容の変更などの対応をしている。その内容は連絡ノートにはさみ込み家族にお知らせしている。</p> <p>通番38. 月1回の職員会議でサービスの質の向上について、課題の抽出、改善に向けての議論している。参加できない職員へは会議録を回覧し、職員全員が把握できるようにしている。サービス改善の取り組みとして、移動手段（歩行器、車いすなど）の見直しをした事例がある。他事業所とは、生活相談員、部長会で情報交換をおこなったり、Skypeやグループラインを活用している。</p> <p>通番39. 年1回共通評価項目チェックシートを用いて自己評価をおこなっている。年度末の職員会議で評価結果に基づき課題を見つけ、次年度の事業計画に反映し改善に向けて取り組んでいる。第三者評価は3年に1回受診している。</p>			