

アドバイス・レポート

令和7年9月3日

令和7年7月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた **機能訓練型デイサービス ロコモーション** 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

特に良かった点とその理由 (※)	機能訓練型デイサービスロコモーションの建物は天然木や塗り壁が生かされ、天井も高く解放感があります。また、おしゃれでもありながら機能的で、利用者が安心して過ごせる環境になっています。レッドコードの新機種やマシントレーニングといった専門的な機器を取り入れ、一日2部制で、身体機能の維持更新が数値的にも確認でき、効果的な機能訓練が行える点も大きな魅力です。利用者は、機能を衰えさせず、自宅で今までと同じ生活が出来ることに喜びを感じておられ、利用者の多くが利用回数の増加を望まれています。机には機械の訓練の間に各自が主体的に取り組める脳トレ教材が配布されています。脳トレ教材は、点数を書いて利用者に返却されるので、利用者からは「励みになっている」と声が聞かれています。1年半前に同じ機能を持つデイサービス「オブラディ オブラダ」が深草に開設され、「自立した在宅生活を長く継続する」ための支援を目指されています。 ○評価・実践・目標設定のPDCAの取り組み 通所介護計画書を3カ月に1回見直すとともに、機能訓練指導員（理学療法士）による運動機能評価に基づき、個別機能訓練計画書を見直す取り組みをPDCAのサイクルで丁寧に行っていました。 ○職員意見の尊重と反映 月1回開催の全体会議は、施設のスタッフで運営状況や課題を話し合い、それを管理者が吸い上げて、介護施設合同連絡会（月1回開催）で提案して反映しています。例えば；①日々の申し送りの必要性から毎朝出勤時間を10分早めて出勤（時間外手当の対象と認めてもらう）②時間外手当の計算方法を1分単位にする。③施設駐車場のスタッフ利用を認める、④リフト付き送迎車の購入をおこなう等でモチベーションを高められていました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	○理念の利用者・家族への周知（通番1） 利用者・家族に理念を周知し理解が深まる取り組みが求められます。理念の浸透は利用者本人の尊厳を尊重したサービス提供につながり、家族にとっても安心して任せられる基盤となります。そのため、契約時の説明や定期的に広報物を通じて理念を明示するなど継続的に周知していくことが望まれます。 ○実習生・ボランティアの受け入れや育成に向けた取り組み（通番11・15） デイサービスとしての画一的ではない、利用者のニーズに合った取り組みをされていましたが、今後の人材の育成や人材確保、また地域に浸透する意味でも、実習生や地域のボランティア育成に向けて更に、取り組まれることを期待します。 ○アセスメント未記入部分への記載（通番19） アセスメントで利用者の状態を詳細に記入することで職員間で利用者のニーズを共有し、より良いサービス提供につなげることが望まれます。 ○個別援助計画の職員への周知（通番22） 通所介護計画書は3カ月に1回見直すとともに状態変化時にも見直しています。また、3カ月に1回、機能訓練指導員（理学療法士）による運動機能評価に基づき、個別機能訓練計画書の見直しもおこなわれています。しかし、見直しによって変更した通所介護計画書及び個別機能訓練計画書は関係職員に周知されていませんでした。

具体的なアドバイス	○理念の利用者家族への周知の意義（通番1） 理念は事業所運営の根幹でありサービス提供の方向性が明確となります。理念を利用者家族に周知することは事業所への信頼と安心の確立に不可欠です。理念を共有することで、事業所の大切にしている価値観やサービス方針を理解していただき、職員と家族が同じ方向を向いて支援にあたることで、信頼関係も深められます。 ○書類整備（通番30） 介護保険事業所では、書類整備・記録の整備・職員への周知が不可欠です。書類整備は法令遵守の基盤となり、記録整備は利用者の状態把握や安全確保、質の高いサービス提供に直結します。さらに職員への周知により、統一した記録やルールの運用が可能となり、情報共有や責任の明確化、トラブル防止につながります。この三要素を継続的に実践することで、事業所の信頼性向上とサービスの質の維持・改善が確保されます。 ○アセスメント（通番19） アセスメントの記録を充実させることは、利用者に適したケア提供の基盤となります。心身の状態や生活歴、家族状況を丁寧に記録することで個別性を尊重した支援が可能となり、根拠あるケアプランの作成につながります。また、継続的に記録を行うことで状態変化を早期に把握でき、迅速な対応やリスク予防にも有効です。さらに職員間での情報共有が円滑になり、ケアの一貫性や安全性が確保され、サービスの質向上と信頼性の強化につながります。
------------------	--

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2690800079
事業所名	機能訓練型デイサービス ロコモーション
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	令和7年8月5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
Ⅰ 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
	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	B	
	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思決定を行い、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. 理念及び運営方針（以下、基本方針）は適切に明文化されている。理念に基づく運営状況とサービスの質の向上に関しては、利用者の状態に合わせたプログラムや伝え方の工夫で一人ひとりに応じた対応をしている。職員への理念・基本方針の周知は名刺の裏・相談室・休憩室に掲示して、常に意識して確認できるようにしている。今後は、利用者や来訪者への周知のため、玄関やリビングなどに掲示、広報紙に記載、配布等が望まれる。 通番2. 理事会は定期的に開催されており、理事長、医師、看護部長、事務長等が出席している。事業経営を取り巻く環境及び経営状況は、介護施設合同連絡会で部長から話を聞き、分析・共有している。月1回開催の全体会議は、施設のスタッフで運営状況や課題を話し合い、管理者が吸い上げて介護施設合同連絡会（月1回開催）で提案して反映している。例えば、残業時間の計算方法（1分単位）や、施設駐車場のスタッフ利用、リフト付き送迎車の購入等の改善が行われた。組織としての職務権限や責任に関しては、業務分掌に明記されている。			
(2) 計画の策定						
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの質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	B	
	業務レベルにおける課題の把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	B	
	(評価機関コメント)		通番3. 中・長期計画は作成されていなかった。理念及び運営方針・目標の実現に向けて作成が望まれる。単年度計画は全体会議で討議して部署別目標を設定して作成し、約半年ごとに進捗状況を確認している。法律改正や課題に対しては、介護施設合同連絡会や全体会議で確認・対応方法等を検討している。事業計画の利用者や家族に対する周知は、運営推進会議で事業計画の明確化をしているが、幅広く家族への周知は出来ておらず、一部の家族への周知にとどまっていた。 通番4. 事業所の単年度事業計画は策定されているが、全職種、役割に応じた目標設定はおこなわれていなかった。サービスの質の向上のために各職種に応じた目標設定が望まれる。事業計画は、半年に1回見直しがおこなわれ、達成状況の評価に基づき、必要に応じ見直しをおこなっている。 サービスの質の向上のため、中・長期計画に基づいた事業計画の策定が望まれる。			
(3) 管理者等の責任とリーダーシップ						
	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	B	

	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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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)		通番5. 管理者は集団指導へ参加し、その結果を職員に周知している。法令遵守の研修は、施設内研修計画に組み込まれ職員の法令に対する理解を深めている。遵守すべき法令は、リスト化されパソコン内に保存されており、各法令の変更・改訂や職員が調べたい時に、各通知をパソコンで確認できる体制は取られているが、職員への周知が出来ていなかった。自主点検表は管理者がチェックを行い職員に回覧している。 通番6. 管理者の職務内容・役割については、運営規程と業務分掌に明記されている。職員への表明は、管理者の責任で開催する施設全体会議で表明している。事業所の運営方針を決定する時は管理者が全体会議や日々の申し送りで職員から聴取した後、介護施設合同会議で意見を述べ方針確認をおこなっている。人事考課の職員用書式には上司に対しての評価を記載する欄が設けられている。また、不定期に職員が法人の事務長と面談する機会が設けられている。 通番7. 管理者は、事業の実施状況を随時確認できるデイスサービスフロアで業務をおこなっている。また、朝礼時の申し送りに参加し、業務日誌を毎日確認している。携帯電話を常時保持し、緊急時にはすぐに連絡が取れ、直ちに職員へ指示をおこなうよう緊急連絡網が整備されている。フロチャートを用いた緊急時マニュアル・事故対応マニュアルが整備され、対応の流れが明確にされていることが確認できた。		

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

Ⅱ 組織の運営管理

(1) 人材の確保・育成

総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
質の高い人材の確保	9	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
計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
実習の受け入れ	11	実習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。	C	C
(評価機関コメント)		通番8. 期待する職員像は、理念と基本方針に基づいた業務目標に明記されている。人事に関する基準は、就業規則や賃金規程に明記され周知されている。年2回共通の目標設定・評価シートを用い人事考課をおこない評価がおこなわれている。キャリアパスが設定され、職責に応じた年収が明記されており、職員が将来像を描く上での参考となっている。 通番9. 人材確保や配置に関しては、専門職の配置や運営体制上必要な人員基準が定められ、法人の事務センター・採用担当が、各部署と情報共有しながら運用している。職員採用に関する情報発信は、ホームページ・広報紙・病院玄関への掲示にておこない、シニアドライバーや短時間の労働者など幅広い分野からの雇用に向けて取り組んでいる。事業所の魅力については、ホームページ、育生会報で発信をしている。 通番10. 職員の職責に応じた段階的な知識・技能・研修はキャリアパス制度に明記され、運用されている。法人研修や施設研修は研修計画に基づき実施され、年1回評価と見直しが行われている。外部研修に関する情報はインターネットやFAXで入手し、回覧で希望者を募っている。研修参加時には補助制度が適用されている。また、年2回の人事考課時の面談で、目標管理をおこない、資格取得やキャリアアップについて相談・提案をおこなっている。日々の申し送りや全体会議で事例検討や研修をおこない職員の気付きを促している。 通番11. 同法人入所施設においては、実習を受け入れており、基本姿勢やマニュアルが整備されている。しかしながら、当該施設では実習の受け入れ実績がなく、マニュアル等は整備されていない。今後に向けて、実習受け入れに対する基本方針やマニュアルが整備されることが望まれる。		

(2) 労働環境の整備

労働環境への配慮 (働きやすい職場づくり)	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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12. 有給休暇の使用率や時間外勤務に関しては、法人事務センターの経理課が一括して管理しており、月1回職員一覧表が送られてくる。勤怠については管理者がパソコン内で管理し、希望休暇の取得については、事前申請により希望に沿うよう調整している。ハラスメント及び就業に関する相談窓口が法人事務センター内に設置されており、案内が職員の目につきやすい事務スペースに掲示されている。育児休業制度・介護休業制度が就業規則で定められているが利用実績はない。時短勤務・夏季休暇・リフレッシュ休暇等でワーク・ライフ・バランスに配慮した就業形態が取り入れられている。日々の介護記録等は、タブレット入力やリフト車の活用で、業務の負担軽減に取り組んでいる。 通番13. 就業規則にハラスメント等の防止に関する規定が明記され、ハラスメント相談窓口を設置している。職員のストレス解消やメンタルヘルス維持のために産業医による相談体制が確保されている。職員の組織や上司に対する要望・不満は、全体会議にて意見を聴取し介護施設合同連絡会で報告されている。福利厚生に関しては、リフレッシュ休暇、夏季休暇の他に、職員の食事補助や法人親睦会がある。また、京都久野病院受診時には、医療費が50%補助される等が整備、運用されている。職員の休憩場所は、休憩室の他に相談室、静養室が使用されている。休憩室には電子レンジ、ケトル、冷蔵庫が設置され、静養室にも冷蔵庫が設置され環境が整えられている。			
(3) 地域との交流				
地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	B
地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	C	C
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)	通番14. 地域との関わり方についての基本的な考え方は理念で明文化され、事業計画で具体化している。法人の機関紙「育生会報」で事業所の取り組みの紹介や機能訓練員による運動指導等を掲載し、地域に役立つ情報を発信している。近隣商店等とのマーケット「くいしんぼうマルシェ」での介護相談や民生児童委員からの情報で、地域の介護ニーズを把握し、移動販売車の受け入れで地域の方の買い物援助の一助となっている。また、地域のお祭りの行列が施設の前を通過する時間など、収集した情報を利用者に知らせ楽しんでもらえた。運営推進会議で民生児童委員から、「町内の総会に事業所のフロアの使用の申し出があり」、法人と相談の上、法人内の他施設を利用してもらえる様にしている。他の介護サービス事業所等との連携や法人外の事業所とのネットワーク構築や、居宅のネットワークに参加することは今後の課題とされている。広報紙「育生会報」を運営推進会議参加者、希望利用者に年5回配布しているが、配布範囲や枚数が限られている。素晴らしい広報紙を利用者全員や地域の方への配布で拡張されては如何でしょう。 通番15. ボランティアの受け入れ実績はなく、受け入れに関する基本姿勢やマニュアルなどの整備は出来ていなかった。 通番16. 元月輪小学校にて開催された「健康すこやか学級」で機能訓練指導員が講演をおこない、運動の様子や事業所の紹介などをおこなった。移動販売車の受け入れや年2回開催している「くいしんぼうマルシェ」と合同で相談会を開催する等、地域貢献をおこなっている。また地域交流の場や利用者の作品発表の場である利用者作品展で、ワークショップを開催し、実際に作品作りを体験してもらった。			

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
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(1) 情報提供						
		事業所情報等の提供	17	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17. ホームページやパンフレットでサービス内容、利用時間、1日の流れ、施設概要の情報を提供するとともに、本院の待合室に設置している映像モニターで施設の情報をわかりやすく提供している。施設の情報は、法改正や利用料の変更などがあれば、その都度見直している。見学や体験利用の問合せはケアマネジャーからの紹介が多いが、飛び込みで来られる利用者・家族もおられ、その内容は日報に記録している。		
(2) 利用契約				
内容・料金の明示と説明	18	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18. 利用開始前には利用契約書・重要事項説明書で、サービス内容や料金、加算等を具体的に説明し同意を得て署名・捺印をもらっている（現物確認）。おむつ代やキャンセル料、引落手数料、実施地域を超えた送迎費用などの保険外サービスについて説明をおこなっている。判断能力に支障がある利用者の場合、後見人などと契約を結ぶ仕組みがある（後見人の事例を確認）。成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用が必要な利用者は、ケアマネジャーと相談し推進している。		
(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	19	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	20	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
専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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	B
(評価機関コメント)		通番19. 所定のアセスメント様式により、初回アセスメントは利用契約時とサービス担当者会議と同時におこなっている。ケアマネジャーからの事前情報やサービス担当者会議での各専門職の意見に基づき、アセスメントシートに記入している。アセスメントは年1回の見直しや利用者の状態変化時、退院時におこなっている。しかし、アセスメントは未記入部分が多く見られた。利用者の状態を詳細に記入することで職員間で共有し、より良いサービス提供につなげることが望まれる。 通番20. アセスメントに基づき、通所介護計画書及び個別機能訓練計画書には本人の希望や家族の希望に対する具体的な自立支援（転倒を予防し自宅生活を継続）のための長期目標・短期目標を明確にしている。通所介護計画書及び個別機能訓練計画書には利用者の同意を得て署名をもらっていることを確認する。サービス担当者会議には利用者が参加し、家族は必要に応じて参加している。 通番21. 通所介護計画書及び個別機能訓練計画書の策定にあたり、機能訓練指導員（理学療法士）や看護職員と意見交換（カンファレンス）をおこない、サービス利用目標や個別機能訓練目標を計画書に反映している。 通番22. 計画通りにサービスがおこなわれているか、また、利用者の状況の変化について、日々の介護記録に明記している。モニタリングは毎月、相談員が実施し記録している。通所介護計画書はケアプランの見直しに合わせて3カ月に1回見直すとともに、状態変化時にも見直している。また、3カ月に1回、機能訓練指導員（理学療法士）による運動機能評価に基づき、個別機能訓練計画書の見直しもおこなっている。しかし、見直しによって変更した通所介護計画書及び個別機能訓練計画書は関係職員に周知されていなかった。		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	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。	B	A
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		通番23. 利用契約時に利用者のかかりつけ医、主治医を確認し、必要時には連絡が取れる体制となっている。利用者が入退院する場合は、担当ケアマネジャーを通じて情報提供・入手が適切におこなえている。居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、行政などの関係機関の連絡先一覧を作成し、職員に周知しているとともに、運営推進会議を通して有機的な連携を図っている。 通番24. 利用者の他の介護施設への移行するにあたり、ケアマネジャーに利用状況などの情報を提供している。サービスが終了した場合には、利用者・家族に施設の連絡先を伝え、相談員に連絡しやすい体制を整えている。		

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）が整備され、スタッフに活用されている。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	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		通番25. サービス提供に必要なレッドコードトレーニングやマシントレーニングのマニュアル、送迎マニュアルなどが職員に分かりやすく作成されていることを確認できた。また、利用者の尊厳やプライバシーについては排泄マニュアルや接遇マニュアルに明記していることが確認できた。マニュアル通りにサービス提供ができていないかの確認は、管理者、相談員、理学療法士が現場で確認している。マニュアルは2年ごとや必要時に見直しをおこなっている。事故防止により送迎ルートの見直しをおこなった事例がある。 通番26. 利用者一人ひとりの記録は介護記録（利用登録・バイタル・ケース・機能訓練・レクリエーション・水分）に通所介護計画書、個別機能訓練計画書のサービス提供内容に沿って記録している。また、利用者の状態に応じて、処置、内服なども記録している。記録管理の責任者は管理者であり、個人情報マニュアルや文書管理規程で保管・保存・持ち出し・廃棄に関して定めていることを確認できた。職員には個人情報保護・プライバシー保護に関する研修を実施している。利用者や家族には、契約時に個人情報に関する取り扱いについて説明、同意を得て署名をもらっている。 通番27. 利用者の状況などに関する情報は、毎日の朝礼での申し送りや介護記録で職員全員が共有している。月1回開催する全体会議で支援について職員の意見を集約している。職員はタブレットで利用者の情報を共有している。 通番28. サービス担当者会議や送迎時、イベント時を家族と面会する機会としている。サービスの実施状況や日常の様子は連絡帳に記載し家族に伝えている。災害発生時や感染症まん延時などの対応について、事前に緊急時の連絡先を確保し、利用者リストを作成し緊急時マニュアルに沿って対応する体制となっている。		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		通番29. 感染症対策の責任者は管理者であり、感染症対策指針を整備している。感染症別（インフルエンザ・ノロウイルス・疥癬・結核・C型肝炎など）に、潜伏期間・感染経路・症状・感染予防など感染症マニュアルを作成されているのを確認できた。マニュアルは厚生労働省の情報を確認し、新たな感染症を確認するたびに見直しをおこなっている。感染症が発生した場合にはマニュアルに沿って対応している。職員には感染防止研修をおこなっている。送迎時に発熱がある場合は利用を中止し、利用中に発熱が確認した場合は静養室で待機していただき、職員はゴーグル、エプロンなどの感染対策をおこない、自宅に送る対策をおこなっている。 通番30. 事業所内の書類、備品は整理・整頓ができていることを確認できた。職員は、午前の利用終了時、午後の利用終了時に清掃をおこない、使用機器は使用ごとに消毒をおこなっている。外部業者による害虫防除作業を委託し結果表を保管している。利用中は常に窓を開けて換気をおこなっている。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	B
災害発生時の対応	33	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。	B	B
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A

		(評価機関コメント)	通番31. 事故対応マニュアルには事故対応・緊急時フローチャートなどが整備されていることを確認する。事故対応委員会により、研修や訓練がマニュアルに沿っておこなわれ職員には周知している。フローチャートで救急要請手順を作成し、責任者や指揮命令系統を明確にして、緊急時に活用できるように電話のそばに掲示している（確認）。 通番32. 事故が発生した場合は聞き取りや情報収集したうえで、利用者家族・保険者に説明報告をしている。事故防止対策委員会や全体会議で発生要因や改善策を検討して、事故報告書に対応の仕方や防止策を記入している。経過確認をされているが、記録が見られなかった。書面にも経過確認の項目と記録が望まれる。防止対策委員会で事故報告書やヒヤリハットの分析・検討を通して発生要因などを見出し、再発防止のための定期的な評価・見直しなどに活用しては如何でしょう。 通番33. 災害対策マニュアル・消防計画を整備し、責任者や指揮命令系統が明確にされていることを確認する。災害発生時のマニュアルの内容は職員に周知されマニュアルに基づいた訓練を5月と11月に実施している。しかし、地域との連携を意識したマニュアルの作成は出来ていなかった。安否確認のために利用者・家族・担当ケアマネジャー・主治医の一覧表を作成している。職員は連絡網を作成し、自主参集は徒歩1時間圏内2.5km以内としている。備蓄は衛生用品や備品などのリストを作成して2階に整備している。地域の防災訓練への参加は出来ていなかった。 通番34. 事業継続計画は同法人併設事業所と一緒に策定し、5月に机上訓練をおこなって、10月に水害・洪水・土砂災害の訓練をおこない職員が垂直避難を実践しているのを記録で確認した。
--	--	------------	---

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	
Ⅳ利用者保護の観点							
		(評価機関コメント)	人権等の尊重	35	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
			利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
			通番35. 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供は運営規程(運営の方針第2条①)で明確にされ、2025年度事業計画の目標に反映し、意思決定支援をおこなっている。職員は毎朝10分早くに出勤し、前日業務の振り返りや伝達事項を徹底させている。認知症対応マニュアルや接遇マニュアルを整備し、全体会議(月1回)で研修をおこなうなど、高齢者の尊厳を維持したサービスを提供できるように努めている。				
			通番36. 高齢者虐待防止指針・身体拘束防止指針を定め、虐待防止マニュアル・身体拘束防止マニュアルを整備している。虐待防止の担当者を管理者として、全体会議の中で、虐待防止委員会・身体拘束防止委員会を開催し定期的に研修をおこなっている。「身体拘束禁止」・「虐待の防止」に関する事項を業務マニュアルに明示している。虐待等不適切な事案の発生時の対応方法がマニュアルに明記されているのを確認する。				
			通番37. 個人情報保護マニュアル・プライバシー保護マニュアルを整備している。プライバシー保護のための部署内研修や法人内研修を通して職員に意識付けている。業務マニュアルで排泄マニュアル、送迎時マニュアル、接遇マニュアル、機械の使い方についてのマニュアルを整備し、特に排泄時・接遇時の羞恥心に配慮したサービス提供を職員に意識づけている。				
通番38. サービスの利用可能範囲は設定しているが、個別の事案を考慮し、可能な限り対応している。利用を断る場合は利用可能範囲外、定員超過などの理由を本人・ケアマネジャーに説明している。その際、定員超過による待期期間の目安などを担当ケアマネジャーに伝達し、連携を図り、他事業所を紹介している。在宅生活継続を進めるうえで、認知症が問題となるケースなどには利用者の思いも踏まえた通所介護計画の立案が出来るように留意している。家族介護での在宅が限界なケースや独居での在宅支援が困難なケースには地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等との情報提供などで連携して支援をしている。							
(2) 意見・要望・苦情への対応							
			意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	B	A

意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	B
第三者への相談機会の確保	41	公的機関等の窓口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。	B	B
(評価機関コメント)	通番39. 利用者や家族からの意向を引き出す工夫として、事業所への連絡先を確認し易いように連絡帳に分かりやすく表示している。家族・利用者は電話や直接話される方もあるが、連絡帳に書き込まれる方が多くみられる。意見箱を設置しているが、利用は見られない。管理者や生活相談員など、相談相手を自ら選択しておられる。意思を表明できない利用者は利用者の表情や様子、家族への聞き取りで意向をくみ取り、職員間で共有している。意見・要望・苦情は全体会議で相談し、サービス改善の機会ととらえている。半年毎のサービス担当者会議で利用者の意向や満足度を把握している。 通番40. 苦情対応マニュアルを整備して、対応方法を決めている。苦情等への対応・処理フローを掲示して、利用者・家族に周知している。把握した意見・苦情などは苦情報告書に記録して全体会議で対応方法などを検討の上、サービスの改善に役立っている。苦情の検討内容や対応方法を本人や運営推進会議において報告しているが、たくさんの人の目に触れる公開は出来ていなかった。 通番41. 民生児童委員の方を第三者の相談窓口としてお願いし、重要事項説明書には公的機関等の相談窓口の電話やファックス番号、受付時間を記載している。第三者相談窓口は玄関に掲示するとともにファイル化され、いつでも見られるようにしている。公的機関や第三者を経由しての苦情は事例がないが、法人全体の窓口として、法人事務センターを明記し対応している。利用者の相談機会の確保として、外部の人材の受け入れは出来ていなかった。			

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	C	C
質の向上に対する検討体制	43	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。	B	B
評価の実施と課題の明確化	44	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	C	B
(評価機関コメント)	通番42. 利用者の満足度を把握する調査の取り組みは出来ていなかった。 通番43. 全職種の職員で月1回開催する全体会議や介護施設合同連絡会でサービスの状況や内容について、必要な情報を共有し、サービス改善のための具体的な取り組みにつなげている。他の事業所の取り組みなど情報収集する取り組みは出来ていなかった。 通番44. 開設後4年9カ月になるが今回が第三者評価の初受診でもあり、定められた評価基準による自己評価は今回が初めての取り組みである。今回受診に備えて評価を組織的にこなう体制を設置している。今回の第三者評価結果を改善に向けて取り組まれることを期待します。また、今後年1回以上の自己評価の実施と3年に1回の第三者評価の受診を合わせて期待します。			