

# アドバイス・レポート

令和 3 年 5 月 31 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 3 年 1 月 29 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京都市伏見老人デイサービスセンター）様につきましては、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<br/>(※)</p> | <p><b>1) 計画策定と管理者の責任及びリーダーシップ</b></p> <p>事業目標の設定を上半期と下半期の 2 回行い、伏見デイサービスとして目指すことを明確化されています。事業目標は、利用者アンケートや職員ヒアリングをもとに施設長が策定し、その内容は職員会議での伝達や事務所内に掲示し、全職員に周知されています。</p> <p>施設長は、利用者の直接的な支援にも携わり、職員との距離感が近く、リーダーシップを発揮されています。また毎日のミーティングや職員会議等で職員がわだかまりなく意見を言える機会があり、風通しのよい職場環境を構築されています。</p> <p><b>2) 人材の育成、労働環境の整備</b></p> <p>京都市社会福祉協議会傘下の事業所で、法人の研修計画に沿った対人援助や人権尊重などの職員研修を行うほか、事業所内においても職員会議の時間を利用して介護技術に関する勉強会を行われるなど、人材育成に力を注がれていました。</p> <p>定められた人員基準以上に職員を配置し、特に多忙な、入浴や食事の時間帯には職員を手厚く配置し、利用者ニーズに合わせたサービスが提供されていました。複数名の子育て世代職員に対し、時短勤務への対応や希望休日、有給休暇が取りやすいように配慮されていました。また、終業時間後に事務作業を残すこと（残業）がないように、勤務時間内に事務作業の時間を設けて時間外労働を減らす等、働きやすい職場環境づくりがなされていました。ただ、職員の休憩場所が狭いことは、事業所の構造上、解決しづらいとのことでした。</p> <p><b>3) 個別状況に応じた計画策定</b></p> <p>利用者毎に担当職員を定め、定期的（1-2ヶ月毎）にアセスメントシートの見直しをされています。生活相談員と、直接的援助を行う介護職員が協働し、利用者を個別に担当することで、利用者の心身の状況や生活環境等について、より身近な課題に気づくことができ、細やかなアセスメントシートの作成及び見直しをされていました。</p> <p>通所介護計画も、具体的な目標を設定し、適切に（6ヶ月毎）計画を更新されていました。また、事故報告やヒヤリハット報告から推測される身体状況の変化（筋力低下、嚥下能力低下）等を援助計画に反映されていました。利用者毎にファイルを整備し、個別の援助項目（入浴・排泄・食事等）毎に</p> |
|-----------------------------|---|

|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | <p>分けるなど、全職員が確認しやすいように整理されていました。</p>  |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p><b>1) 事業所情報の提供</b><br/>         法人のホームページからは、事業所の情報について建物の外観と所在地しか知ることができませんでした。</p> <p><b>2) 衛生管理</b><br/>         調査当日の印象では、利用者が少々「密」な状態ではないかと感じました。加えて、現在のコロナ禍の状況下にあつて、向かい合った利用者に対する感染予防対策が不十分な印象を受けました。</p> <p><b>3) 意見・要望・苦情への対応</b><br/>         利用者アンケートは実施されていましたが、個別の面談や利用者懇談会は行われていませんでした。</p>   |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p><b>1) 事業所情報の提供</b><br/>         写真を多く用いてサービス提供の状況をカラフルに詳しく説明した事業所独自のパンフレットを作成し、利用希望者に配布されているほか、毎月事業所の活動やお知らせを掲載した広報誌を発行されています。しかし、これらは事業所へ訪問するか、実際にサービスを利用しなければ手に入れることができないようでした。<br/>         事業所の情報に特化したホームページを整えられれば、事業所独自の情報を閲覧することができ、事業所の魅力をより広く一般の方に伝えることができるのではないかと思います。その際は利用料などの開示や事業所内に掲示されているアンケート結果も公開されれば、一層事業所への信頼が増すものと思います。大規模法人ですので、一事業所単独での実現は難しいかと思いますが、事業所独自のホームページが提供されるよう、法人に対し、ぜひ具体的に要望されてはいかがでしょうかでしょう。</p> <p><b>2) 衛生管理</b><br/>         評価当日が特に利用者が多かったのかも知れませんが、サービス提供面積に対し利用者が「密」な状況ではないかと感じました。運営上、一定の利用者数の確保は重要なことです。ただ、静養のためのベッド面積や、執務のための面積部分を除いた実際のサービス提供の面積からすれば、利用者数に少し無理があるように感じました。静養部分や執務の場所を工夫し、もう少し面積に余裕をもったサービス提供空間の確保が望まれます。<br/>         また、コロナ禍の状況にもかかわらず、向かい合った利用者の中にアクリル板の設置などが無く、感染予防のための対策が不十分な印象を受けました。感染対策を充実させることにより、感染に対する不安をお持ちの利用者も安心されるのではないのでしょうか。他の同種の事業所が行っている衛生対策の情報も積極的に収集されることが必要ではないかと感じました。</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p><b>3) 意見・要望・苦情への対応</b></p> <p>サービス提供中や送迎時間を利用して、利用者や家族から要望や苦情を聞き取られているとのことでしたが、事前の利用者アンケートには感謝の言葉のほかに、具体的な要望が上がっていました。短時間でも、他の利用者から少し距離を置いた場所で個別に利用者と懇談されることで、他の利用者や家族がいる前では言いづらい具体的な要望が把握できるのではないかと思います。要望や改善の結果を、個人情報に配慮して（できればホームページ上において）公開されれば、そのような事業所の姿勢に対する結果として、事業所への信頼度が増すものと思います。</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                    | 2670900238                      |
| 事業所名                     | 京都市社会福祉協議会<br>京都市伏見老人デイサービスセンター |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 通所介護                            |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | 介護予防型デイサービス                     |
| 訪問調査実施日                  | 令和3年4月19日                       |
| 評価機関名                    | 一般社団法人京都市老人福祉施設協議会              |

| 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)        |     |    | 1) 理念及び運営方針は明文化され、事業所内に掲示されるほか新人研修などで説明し理念の共有化を図られていました。2) 毎月の事業所内の運営会議・職種別会議のほか、法人理事会を通じて公正・適切に透明性を保ったプロセスで意思決定がなされていることが確認できました。                        |      |       |
| <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)        |     |    | 3) 法人として中・長期計画を立案される過程において、法人内の施設長会議で現場の意見をくみ上げられており、事業所内でも職員会議等の場を通じて、多職種の意見をくみ上げられていました。4) 各職員に半期毎の目標を設定させ、半期毎に施設長が職員にヒアリングの場で目標の達成を振り返る取り組みを行っておられました。 |      |       |
| <b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |    |   |      |       |
|                            | 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り組みを行っている。  | 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)        |     |    | 5) 施設長は 法人本部による法令遵守研修に参加され、事業所内の会議の場で現場職員にフィードバックされていました。6) 施設長の役割は業務分掌規程に規定され、職員へのヒアリングにおいて自身に対する意見聴取を行われていました。7) 施設長は、常時事業の運営に注力されて、即応体制をとられていました。      |      |       |

| 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 |
| <b>II 組織の運営管理</b> |     |               |  |   |      |       |
| (1) 人材の確保・育成      |     |               |  |   |      |       |
|                   |     | 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。   | B    | 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。  | A    | A     |
|                   |     | (評価機関コメント)    | 8)利用定員40名に対して、職員総数32名、うち介護福祉士8名、看護師も6名配置し、手厚い人員体制で、安定したサービス提供が実践されています。9)法人の年間研修計画に沿って、定められた研修を実施されています。また毎月開催の職員会議で、定期的に勉強会を実施し、職員のスキルアップに努めておられます。職員が個人的に参加を希望した外部研修について参加費一部助成の支援があり、法人として人材育成のバックアップをされています。10)実習生の受け入れマニュアルを整備し、(コロナ禍以前は)定期的に実習生を受け入れられています。実習指導者が、定期的に実習の受け入れについて自己評価を実施し、実習生が、より充実した実習ができるように取り組まれています。 |   |      |       |
| (2) 労働環境の整備       |     |               |  |   |      |       |
|                   |     | 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)    | 11)職員の希望の休みに配慮しながら、多忙な時間帯に職員を手厚く配置し、切れ目のない介護サービスを提供されています。子育て世代の職員も多く、働き手のニーズに合わせて時短勤務にも対応し、働きやすい環境づくりに努めておられます。12)職員のストレス解消やメンタルヘルスの維持について、法人の産業医に相談する体制があります。管理者が定期的に職員へヒアリングを行い、細やかなことでも相談に乗られて話しやすい関係づくりに努めておられます。施設長ご自身も認識されていましたが、職員の休憩スペースが狭いのではないという印象を受けました。  |   |      |       |
| (3) 地域との交流        |     |               |  |   |      |       |
|                   |     | 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    | A     |
|                   |     | 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。  | B    | A     |
|                   |     | (評価機関コメント)    | 13) 広報誌を発行されるほか、合築されている建物内で開催される地域の老人会で広報活動を行ってられました。ただ、法人のホームページでは受診事業所の外観と所在地しか確認できませんでした。受診事業所の内観や取り組みが見られるような工夫が望まれます。14)同一建物内で事業を行う伏見区社会福祉協議会が主体となって開催されている介護予防講習会に看護師が参加し、感染症予防対策について、講習をされています。地域ケア会議やオレンジカフェにも積極的に参加されていました。   |   |      |       |

| 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 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |            |   |                                    |      |       |
| (1) 情報提供                |     |            |   |                                    |      |       |
|                         |     | 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) | 15)事業所独自にサービス提供の詳しい様子を掲載したパンフレットを作成され、利用希望者に配布されていました。ただ、法人のホームページからたどりつく事業所の情報は、外観と所在地のみであり、前述のパンフレットの内容などは閲覧できませんでした。 |                                    |      |       |

|                   |   |  |   |   |
|-------------------|---|--|---|---|
| (2) 利用契約          |   |  |   |   |
| 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)        | 16)介護サービスの利用に際して必要となるサービス内容や料金について、料金表や重要事項説明書を用いて利用者に分かりやすく説明し同意を得られていることが確認できました。事業所と同一建物内の伏見区社会福祉協議会を通じて権利擁護の活用ができる仕組みがあるとのこと。   |  |   |   |
| (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)        | 17)職員にそれぞれの利用者担当を定め1、2ヶ月間隔でアセスメントを行われていることを確認しました。18)担当者会議や、送迎時において家族からの要望等を聞き取り、柔軟に対応されていました。19)個別援助計画を作るにあたっては、主治医への意見聴取や、勤務する機能訓練職員(理学療法士、作業療法士、看護師)と連携を取られていました。20)個別援助計画の見直しは、法人内で6ヶ月置きと定められており、基準に従って見直しを行われているほか、身体状況の変化に応じて随時見直しをされていました。         |  |   |   |
| (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)        | 21)介護支援専門員や主治医と適切に連携されていました。  |  |   |   |
| (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。 | B | B |
| 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)        | 22)業務マニュアルは法人で作成されて見直されていましたが、見直しの基準が定まっていなかったとのことでした。また、受診事業所に特化した独自のマニュアルの作成までには至っていないとのことでした。23)パソコンによる記録システムを用い適切にサービス提供状況が記録されており、法人により個人情報の取扱いに関する研修が行われていました。24)朝夕の申し送りなどを通じ、適切に利用者の情報をスタッフ間で共有されていました。25)送迎時やサービス担当者会議を通じて、適切に家族との情報交換を行っておられました。 |  |   |   |
| (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 | B |
| 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)        | 26)法人として定められた感染症対策マニュアルがあり、事業所内でも研修を実施されていました。ただ、コロナ禍におけるサービス提供体制としては、利用者が向かい合って座っておられる机にアクリル板などの感染対策がなかったことが気になりました。27)事業所内はおおむね衛生的でしたが、実際のサービス提供の面積に対して実利用者数が多め(密状態)で、利用人数に若干の無理があるのではないかと印象を受けました。   |  |   |   |

|            |  |  |   |   |
|------------|--|--|---|---|
| (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。           | B | B |
| 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) | 28)法人で作成のマニュアルのほか、事業所独自のマニュアルを作成され研修も行われていました。29)事故記録やヒヤリハット事例の記録が確認できました。事故やヒヤリハット事例についての検討記録も確認できましたが、マニュアルの見直しへの活用が行えていないとのことでした。30)災害発生時のマニュアルを確認しました。同一建物内で事業が行われている社会福祉協議会や老人クラブ・障がい者施設との連携したマニュアルの作成や訓練を企画実施されれば、防災上より効果があると思います。 |  |   |   |

| 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

|                       |  |   |   |   |
|-----------------------|--|---|---|---|
| (1)利用者保護              |  |   |   |   |
| 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)            | 31)法人としての理念や運営方針に人権の尊重が謳われており、法人によるの人権研修も実施されていました。32)業務マニュアルにおいて、利用者のプライバシーへ配慮に対するの遵守が謳われているほか、目的に沿った研修や会議も実施されていました。33)サービス利用者の決定は、公平に行われていました。  |   |   |   |
| (2)意見・要望・苦情への対応       |  |   |   |   |
| 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。                | B | B |
| 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。            | B | B |
| 第三者への相談機会の確保          | 36   | 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)            | 34)サービス提供時間中や送迎時に、利用者や家族の意見要望を聞き取るほか、利用者又は家族に対し、アンケートを実施されていました。利用者懇談会については実施されていませんでした。35)苦情や要望には、報告書を作成したり職員会議で内容を検討するなど適切に対応していましたが、第三者に対してアンケート結果や要望・苦情などが公開されていませんでした。36)市民オンブズマンや介護相談員の受け入れは確認できませんでしたが、重要事項説明書に苦情受付窓口を明記されているほか、法人ホームページ上に苦情を申し出る仕組みが整えられていました。 |   |   |   |
| (3)質の向上に係る取組          |  |   |   |   |
| 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。                           | B | B |
| 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)            | 37)満足度調査は行われていましたが、調査結果を基にサービスが改善されたことを確認する仕組みが無いとのことでした。38)事業所内でサービスの質の向上について検討されるほか、法人内の同種事業の状況や地域における介護事業の情報収集(事業所連絡会に参加)に積極的でした。39)施設長が職員にヒアリングを行う過程で、事業所の自己評価を行い、職員及び事業所の課題を確認されていました。  |   |   |   |