

様式 7

## アドバイス・レポート

令和6年2月29日

令和6年1月5日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 京都市衣笠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

特に良かった点とその理由(※)	<p><b>1. 理念の周知と実践</b> 理念及び運営方針は事業所内・玄関前の掲示板に掲示していました。職員には毎年4月に職員会議で内容を確認していました。理念は機関紙「きぬかけの路」に記載し利用者に配布する他、介護者教室の開催時には地域にも配布して周知していました。</p> <p><b>2. 総合的な人事管理</b> 法人の理念・運営方針に基づき、法人ホームページには『こんな人材を求めています』と掲載があり職員像を明確にしていました。階級毎の人事に関する基準等を明確にした「職務レベル(階層別)一覧表」を作成し各職員へ配布していました。「キャリア及び異動等自己申告書」を提出し必要となるスキルを獲得するためだけでなく、スキルの獲得のための外部研修等へ参加させる仕組みがありました。</p> <p><b>3. 事業者情報等の提供</b> パンフレット「京都市衣笠老人デイサービスセンター」を作成し、事業所の1日の流れや概要等を、写真やイラストを使用し、読みやすい字の大きさと分かりやすく掲載していました。また、機関紙「きぬかけの路」を発行し、個人情報に配慮した写真掲載等で行事の状況や次月の予定を知らせていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p><b>1. サービス移行時の連携・相談対応</b> 他のサービスへの移行をする時の引継ぎや申し送りは実施していましたが、その手順を文書で定めていませんでした。</p> <p><b>2. 災害発生時の対応</b> 災害が発生した時の対応について、施設内のマニュアルはありましたが、地域との連携を意識したマニュアルはなく、訓練も実施していませんでした。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b> 第三者評価は3年に1度受診していましたが、事業計画を半期ごとに目標設定し、担当委員を決めて毎月評価を行い、今後の課題や取り組みを話し合っていました。定められた評価基準はありませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. サービス移行時の連携・相談対応</b>        利用者の状況変化等により他のサービスへ移行をする場合は、どの利用者に対してもサービスの継続性が損なわれないように、適切な情報提供を行う必要があります。アセスメント・利用者の意向・今までの経過などを記した文書を、引継ぎや申し送りの手順として定めてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 災害発生時の対応</b>        災害発生時は、町内会・老人会・交番・消防署、近隣の事業所等と連携することで、避難や安否確認等、お互いが色々と助け合うことができます。このことを実行に移すための災害発生時のマニュアルの整備を地域の方々と協力して作成されてはいかがでしょうか。また、消防署による避難訓練や、地域の防災訓練等に参加し、経験を積むことで、いざという時に役立つのではないのでしょうか。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b>        半期ごとの目標を立て、サービスの質や実施状況を評価されることも重要ですが、継続して取り組むべき課題を導き出すには、同じ評価基準を使用することで、より明確になると考えられます。評価表の選定が難しい場合は、第三者評価のチェックシートを用いてサービス内容の評価をされてはいかがでしょうか。</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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2670100094
事業所名	京都市衣笠老人デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	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・居宅介護支援
訪問調査実施日	令和6年1月29日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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)		1. 理念及び運営方針は事業所内・玄関前の掲示板に掲示していました。職員には毎年4月に職員会議で内容を確認していました。理念は機関紙「きぬかけの路」に記載し利用者に配布する他、介護者教室（年2回）の開催時には地域にも配布して周知していました。 2. 法人内施設長会議（月1回）の報告・協議事項を、事業所内職員会議（月1回）で全職員に伝達し、朝夕のミーティングや、サービス向上検討会議（月1回）で職員の意見を集約をしていました。		
<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	A
		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	A
		(評価機関コメント)		3. 法人全体の中長期計画を基に、事業所の単年度の計画を作成していました。毎月の運営状況を法人事業部に報告し、半期に一度「取り組みの評価及び課題改善方法」を協議する仕組みがありました。事業計画は、ホームページで公開していました。 4. 法人の介護保険事業部で、施設長・介護支援専門員・ケアワーカー・看護師会議を開催、さらにブロックごとに、施設長・介護支援専門員・相談員・ケアワーカー・調理員会議を開催していました。これらの会議から抽出された課題を、事業所に持ち帰り、職員会議・サービス向上検討委員会で現状や課題の把握をし、目標設定していました。		
<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、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)	<p>5. 管理者は、管理者研修（施設長会議内・オンライン講習）で、コンプライアンス研修やハラスメント研修に参加していました。法令については書棚に備え、パソコンのデスクトップにリンク先が張り付けられ、簡単に調べられる仕組みがありました。</p> <p>6. 業務分掌にて役割を明確にっていました。職員ヒアリング（年2回）を行い、職員から直接意見を聞く機会を設けていました。また職員が管理者に対して意見がある場合は、事業部に直接話し、事業部からヒアリングにて評価を受ける仕組みがありました。</p> <p>7. 管理者は24時間連絡可能な業務携帯電話を所持し、不在時でも業務を継続する体制がありました。また朝夕のミーティング・業務日誌・報告書にて日々の状況を把握していました。</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

## 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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>8. 法人の理念・運営方針に基づき、法人ホームページに「こんな人材を求めています」と掲載があり職員像を明確にしていました。階級毎の人事に関する基準等を明確にした「職務レベル(階層別)一覧表」を作成し各職員へ配布していました。また「キャリア及び異動等自己申告書」を提出し必要となるスキルを獲得するためだけでなく、スキルの獲得のための外部研修等へ参加させる仕組みがありました。</p> <p>9. 法人事業部が採用と人事を統括していました。人員配置要件を勘案し施設長が事業部に「職員募集依頼票」で要請をしていました。幅広い分野からの採用に向けて、事業所の入り口や送迎車にも募集案内を掲示していました。</p> <p>10. 研修計画に基づき、研修プログラムは必須研修（全員）と階層別研修（管理職・指導職・中堅（3年目以上）・新任）を実施し、法人のブロック毎の評価と見直しをしていました。外部研修や資格取得の機会が確保できるよう、勤務調整や参加費の助成を行う仕組みがありました。地震を想定した移動訓練を通して、職員一人ひとりが日々の業務を振り返り互いに学び合う仕組みがありました。</p> <p>11. 実習受け入れマニュアルを整備し、看護師と介護支援専門員の実習を受け入れる体制が整っていました。介護支援専門員の実習指導者については「ケアマネジメント過程の実習見学」で動画学習の研修をしていました。</p>		

### (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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>12. 労務管理システムを活用して施設長が管理する他、法人総務部で法人全体の労務状況を管理し、時間外労働の過多で対応が必要な場合は施設長に通知する仕組みがありました。介護負担軽減のために、機械浴槽やスライディングシートを活用していました。</p> <p>13. 法人で産業医を配置していました。またデジタル化した給与明細の画面に「ハラスメント相談窓口・メンタルヘルス相談窓口」を掲載し、相談に対応する仕組みがありました。休憩室は男女別に整えマッサージ機も設置していました。</p>		

(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	A
地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、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。	A	A
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)		14. 地域との関わり方については、ホームページ・パンフレット・機関紙に明文化してしました。地域に役立つ情報として「家族介護者教室」「すこやか教室」の情報を利用者・家族・地域住民に発信していました。地域ケア会議に出席して地域の情報を把握する他、原谷ネットワークでは電話・FAX・メールアドレスを登録して行方不明者の捜索訓練に参加してました。 15. ボランティアの受け入れに関するマニュアルがあり、登録手続きや法人が実施する研修を案内していました。金閣小学校のボランティア学習体験・衣笠中学校のチャレンジ就労体験を受け入れるだけでなく、地域の養護施設のイベントに参加し子ども達と手作り作品をつくるなど積極的に地域との交流を行っていました。 16. 事業所で行っているレクリエーションを活かして、すこやか教室でレクリエーション指導を行っていました。大文字の送り火に合わせて施設見学会を実施し、屋上を利用者や地域住民に開放していました。上記のすこやか教室などで介護に関する相談も受け付け、地域の介護・福祉ニーズの把握に努めていました。デイサービスの利用につながったケースもありました。		

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

### 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)		17. パンフレット「京都市衣笠老人デイサービスセンター」を作成し、事業所の1日の流れや概要等を、写真やイラストを使用し、読みやすい字の大きさと分かりやすく掲載していました。また、機関紙「きぬかけの路」を発行し、個人情報に配慮した写真掲載等で行事の状況や次月の予定を知らせていました。		
(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)		18. 重要事項説明書とパンフレット「京都市衣笠老人デイサービスセンター」で必要となる内容や利用料金について、説明を行い同意を得ていました。		
(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	A

(評価機関コメント)		19. 心身状況のアセスメントを作成して、毎月介護支援専門員に送っていました。 20. 介護支援専門員が立てた居宅サービス計画に基づき、利用者及び家族の意向を尊重した通所介護計画を、相談員・看護師・ケアワーカーなどで協議を行い作成していました。そして、利用者及び家族に同意を得ていました。 21. 介護支援専門員を通じて主治医や看護師等と意見交換を行い、通所介護計画に反映していました。 22. 3カ月に1回「モニタリング」を行い、「通所介護計画の見直し」を、6カ月に1回行っていました。必要に応じて主治医等専門家への意見紹介は、介護支援専門員を通じて行っていました。		
<b>(4) 関係者との連携</b>				
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。	A	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。	B	B
(評価機関コメント)		23. 地域の原谷ネットワークで行方不明者の情報共有化を行い、早期発見につなげていました。地域ケア会議に年2回出席することで、他の事業所と情報共有や連携をとっていました。また、利用者が退院する時のカンファレンスに介護支援専門員と一緒に参加し、利用者の状態を把握していました。 24. 他のサービスへの移行をする時の引継ぎや申し送りは実施していましたが、その手順を文書で定めていませんでした。		
<b>(5) サービスの提供</b>				
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。	B	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)		25. 業務マニュアルは法人で作成しており、事業所内の事務所に設置しており、自由に閲覧できるようにしていました。年1回職員会議にてマニュアルの見直しを行っていました。 26. 利用者の記録は介護記録ソフトで作成し、記録管理していました。利用者より情報開示請求があった場合は、法人に開示請求を行って許可が下りてから、開示することとなっていました。 27. 介護記録ソフト（個別記録・業務日誌）・朝夕のミーティングにて情報共有を行っていました。また、個別記録については、月1回のサービス向上検討会議にて、見直しや意見交換を行っていました。 28. 送迎時や連絡帳の他、電話連絡により情報交換を行っていました。月1回、機関紙「きぬがけの路」を配布して、利用者や家族に情報を発信していました。		
<b>(6) 衛生管理</b>				
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。	B	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)		29. 感染症である利用者の受け入れについて、送迎・座席・介護の仕方・掃除等まで、二次感染を防ぐために具体的なマニュアルを作成し、マニュアルに基づいて受け入れを行っていました。 30. 事業所内は衛生状態を保つために物品の整理整頓を行い、年2回の清掃業者によるワックスがけを行っていました。また、日々の清掃は職員とロボット掃除機で行い、オゾン発生器設置と定期的な換気により臭気はありませんでした。		

(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	A
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)		31. 事故対応マニュアルに沿って対応した年2回の訓練を実施していました。 32. 事故が発生した場合、適切に対応したうえで事故報告書を作成し、利用者、家族や関係者に説明して、対応経過まで記録する仕組みがありました。また、サービス向上検討会議にて、マニュアルの追記や手順の追加を実施していました。 33. 災害が発生した時の対応について、施設内のマニュアルはありましたが、地域との連携を意識したマニュアルはなく、訓練も実施していませんでした。 34. 自然災害時におけるBCP（事業継続計画）は、通所事業であるため、基本的には安全に自宅または避難所に送り届ける事を目的とし、災害発生後出来るだけ早く必要なサービスを提供できるよう計画していました。また、感染症まん延等に備えたBCPは、感染の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持・継続する計画になっていました。		

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

#### IV 利用者保護の観点

(1) 利用者保護				
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
(評価機関コメント)		35. 朝夕のミーティングや月1回サービス向上検討会議で必要なケース検討を行い、利用者にとってより良いサービスとは何かを検討していました。会話が通じにくい利用者に対しては、ジェスチャーや筆談などを用い、理解を促す工夫をしていました。 36. サービス向上検討会議内で、高齢者虐待防止マニュアル・利用者への虐待防止に関する指針を使用し、高齢者虐待や身体拘束禁止について勉強会をしていました。さらに法人で開催しているケアワーカー会議で作成した「不適切ケアチェックシート」を使用し、日々のケアが不適切ケアに該当しないかの確認も行っていました。 37. プライバシーに関するマニュアルを整備し、研修や勉強会をしていました。日々の業務の中で気づいた内容を朝夕のミーティングで共有し、プライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を行うことを職員に意識づけしていました。 38. 利用者の受け入れが難しい場合（送迎エリア外・医療的処置の対応が難しい場合）以外は、可能な限り受け入れできる方法を検討していました。		
(2) 意見・要望・苦情への対応				
意見・要望・苦情の受付	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。	A	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	A
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。	A	A

(評価機関コメント)	<p>39. 事業所玄関に「玉手箱」という名前の意見箱を設置していました。年1回ユーザーアンケートを実施するほか、年2回介護者教室時に懇親会を開催し、利用者の意見・要望・苦情を収集する仕組みがありました。</p> <p>40. 苦情解決のための実務マニュアルを使用し対応していました。意見・苦情・要望への対応は、毎月発行している機関紙「きぬかけの路」にて内容を公開していました。</p> <p>41. 重要事項説明書の他、事業所の苦情・要望担当者の名前を記したものを配布していました。月2回傾聴ボランティアを受け入れ、利用者の相談の機会を設けていました。</p>
------------	---

(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	B	A
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。	A	A
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	A	B
(評価機関コメント)		<p>42. 年1回のユーザーアンケートを実施した結果をサービス向上検討会議で検討し、調査前と調査後のサービス改善について確認する仕組みがありました。</p> <p>43. サービス向上検討委員会を月1回開催し、全職員が参加する仕組みがあり、検討した内容については、朝夕のミーティングで改善状況を確認していました。また、認知症カフェに参加し、近隣施設との情報交換を行い、事業所でのレクリエーションや機関紙作成の参考にしていました。</p> <p>44. 事業計画を半期ごとに目標設定し、担当委員を決めて毎月評価を行い、今後の課題や取り組みを話し合っていました。定められた評価基準はありませんでした。第三者評価は3年に1度受診していました。</p>		