

様式7

アドバイス・レポート

令和6年8月5日

令和5年12月25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仁和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>1. 地域への貢献 社会福祉協議会の使命として、地域貢献を重視する中での取り組みの一部の例として、地域のすこやか学級へ体操教室に毎週講師派遣していました。地域貢献活動として、車いす貸出事業を実施していました。</p> <p>2. 事故の再発防止等 事故発生時はその日のうちに報告書を作成し、夕方のミーティングで振り返り、対応策を管理者と共に協議し再発防止対策を立案していました。また、リスクマネジメント委員会が収集分析し、職員会議の中で報告・共有を図っており、マニュアルの改訂も実施していました。今年度は保険者への報告事故はありませんでしたが、報告する際の手順については事故マニュアルの中に記載していました。</p> <p>3. 利用者の権利擁護 利用者の虐待防止・身体拘束禁止等の権利擁護については、身体拘束防止、不適切ケア防止マニュアルにより、職員に周知していました。また、高齢者虐待防止法について、リスクマネジメント委員会を中心に研修会を実施していました。</p>
-----------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>1. 業務マニュアルの作成 法人のマニュアルは更新していましたが、事業所独自のマニュアルは更新していませんでした。事故防止や顧客満足度調査等に基づいてマニュアルを見直しする仕組みはありませんでした。</p> <p>2. 災害発生時の対応 災害対応マニュアル及びBCPにて、災害発生時の対応・責任者や指示命令系統・備蓄品リストなどを明示していました。避難訓練を年2回実施していましたが、災害発生時の地域および関係団体との連携に関する事項の記載・訓練等を実施していませんでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 定期的に第三者評価を受診していますが、施設内で定めた基準に従い自己評価を実施する仕組みがありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 業務マニュアルの作成 全ての業務においてマニュアルは不可欠であり、最新の情報に従った内容になっていなければ誤った根拠に基づいた業務を実施してしまう可能性があり、事故等のリスクにもつながる可能性があります。法人のマニュアル更新時期やルールを参考にし、事業所独自のマニュアルも更新のルール（例：年1回年度末）を定めてははいかがでしょうか。</p> <p>2. 災害発生時の対応 災害は、いつ・どこで発生するか予想がつかないため、日常的に地域の行政・近隣の学校・地域住民と、被災時を意識した協定や訓練の実施が必要ではないでしょうか。既存の防災マニュアル・BCPの中に地域との連携に関する項目を追記し、防災に強い事業所・地域作りを目指されてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 サービスの質向上のために自己評価の基準を作成し、改善に努める取り組みは施設職員の成長にもつながります。 法人内での内部監査を実施されていますが、年に1度の頻度となっていないため、内部監査が実施されない期間は自施設で実施する等の仕組みを検討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	2670200399
事業所名	京都市仁和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
訪問調査実施日	令和6年6月27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
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。	B	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. 職員は理念を名札に携帯していました。また、パンフレット、ホームページにも理念を掲載し、利用者や家族等に配布することで周知を図っていました。 2. 理事会は定期的開催していました。部門会議では経営状況の把握・分析をしていました。また毎日の終礼ミーティングや毎月の会議にて職員の意見を聞き取り、反映する仕組みがありました。「職務レベル一覧表」にて職務に応じた権限委譲や各責任を明確にしています。		
(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。	B	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)		3. 単年度及び中長期計画（5～6年）の事業計画を作成していました。課題の明確化は目標達成表にて行っていました。組織体制・運営の現状分析は毎月1回、正職会議及び部門会議で行っていました。しかし、事業計画は利用者や家族等への周知が出来ませんでした。 4. 各職員の役割に応じて、現状把握や課題の検討を職員会議で行っていました。しかし、業務レベルで設定した課題を盛り込んだ計画は策定していませんでした。		
(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。	B	B

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. 施設長は法令遵守の観点での研修（報酬改定）に参加し伝達研修をていました。法令のリスト化もパソコンのフォルダーで管理していました。 6. 施設長の役割と責任は、「職務レベル一覧表」にて文書化していました。また、職員のヒアリングを年2回実施時に意見を聞く機会を確保していました。しかし、施設長を評価する仕組みはありませんでした。 7. 施設長は、携帯電話を所持し常に連絡が取れる体制をとっており、緊急時に指示を仰ぐ体制となっていました。また、業務日誌で日々の状況把握をしていました。		

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

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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		8. 運営方針に「期待する職員像」を示していました。職務に関する成果や評価については人事考課制度を活用していました。また、自らの将来像を描く事が出来るような仕組み作りとして「目標設定シート」を活用していました。 9. 施設長会議にて法人内の人員体制を確立していました。また、ホームページやSNSを活用し人材確保に努めていました。 10. 法人全体及び事業所内の年間研修計画に基づき実施していました。資格取得支援は、資格取得援助要綱に則って費用負担等をしていました。また、年間計画以外にもその時に必要な研修を実施していました。 11. 実習受け入れに対する基本姿勢や受け入れマニュアルを定めていました。実習指導者に対する研修は職員会議内で実施していました。		

(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)		12. 有給休暇取得率や時間外労働の管理は法人本部で行っていました。有給休暇は希望どおりに取得出来るように配慮していました。施設長は職員ヒアリングにて就業状況や意向についての確認を行い、施設長会議にて法人全体のバランスを加味し、異動等人員配置を検討していました。個別機能訓練計画作成ソフトを導入し、職員の負担軽減につなげていました。 13. メンタルヘルスの相談体制は「こころの健康相談室」を設置し、福利厚生としては共済会を活用していました。ハラスメントの防止に関して規定していました。		

(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。	B	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. 法人の信条に地域の関わり方を明記していました。地域ケア会議に参加し地域ニーズの把握に努めていました。ホームページに運営理念を掲載し地域へ開示・広報していました。 15. ボランティア受入マニュアルを作成し基本姿勢を明文化していました。ボランティアに対しては定期的に注意事項の説明等を実施していました。 16. 地域のすこやか学級へ体操教室の講師を毎週派遣していました。地域貢献活動として、車いす貸出事業を実施していました。		

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

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. ホームページによる情報公開や施設の様子がわかる写真の掲載がありました。パンフレットには1日の流れを記載していて、利用状況をイメージしたイラストもあり見やすく作成していました。見学や利用相談・体験利用を実施し記録をしていました。		

(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. 契約書・重要事項説明書の説明時にわかりやすいように、ポイントにマーカーをしていました。地域包括支援センターの併設もあり、権利擁護について連携していました。		

(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. アセスメントは所定の様式を使用していました。主治医等からも情報共有し、6か月に1回アセスメントを行っていました。 20. 利用者のニーズや家族の意向は、本人からの聞き取りや家族からの要望も確認し、アセスメント後に通所介護計画を作成していました。 21. サービス担当者会議にて他職種と意見交換を行っていました。退院時には介護支援専門員を通して看護サマリーを情報共有し、通所介護計画を作成していました。 22. 計画の見直しを行う時期を業務マニュアルのフローチャートに定めていました。6か月毎に見直し、状態変化のあった時にはミーティングで計画の周知をしていました。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		23. 入退院時や体調の変化時には医師や関係機関との情報共有をしていました。地域包括支援センターが併設されているため、日常的に連携がとれていました。 24. 他サービスへの移行手順を業務マニュアルに定めていました。手順に従い、契約終了後の対応は生活相談員が対応していました。		
(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。	B	B
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。	B	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。	B	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. 法人のマニュアルは更新していましたが、事業所独自のマニュアルは更新していませんでした。事故防止や顧客満足度調査等に基づいてマニュアルを見直す仕組みはありませんでした。 26. 記録ソフトを使用することで統一した様式となっていました。利用者の記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関して規定しており、個人情報を含む記録等を廃棄する場合は業者にて溶解をしていました。入職時に個人情報保護の研修を実施していました。 27. 1日の終わりや、日々のミーティングにて利用者の気づきの共有をしていました。また、カンファレンスで食事形態を見直した場合は翌日には変更できるように対応した記録がありました。 28. 送迎時や居宅訪問時に利用者・家族との情報共有を図り、連絡帳や電話でも連絡をしていました。		
(5) 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)		29. 感染症マニュアルを作成して感染症対策の責任と役割を明記し、最新版への更新も行っていました。委員会の開催も年に3回あり、議事録を職員に回覧していました。また、感染症BCP（事業継続計画）において管理体制等を策定していました。 30. 書類は事務所内に鍵のかかるところに保管し、整理していました。空気清浄機は毎日フィルター清掃するほか換気により臭気もありませんでした。		
(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。	B	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。	B	B

		(評価機関コメント)	<p>31. 事故・緊急時の対応については、事故発生時・緊急時の対応マニュアルを作成していました。リスクマネジメント委員会が中心となり、事業所と地域包括支援センター合同の研修を実施していました。</p> <p>32. 事故発生時はその日のうちに報告書を作成し、夕方のミーティングで振り返り、対応策を管理者と共に協議し再発防止対策を立案していました。また、リスクマネジメント委員会が収集分析し、職員会議の中で報告・共有を図っており、マニュアルの改訂も実施していました。今年度は保険者への報告事故はありませんでしたが、報告する際の手順については事故マニュアルの中に記載していました。</p> <p>33. 災害対応マニュアル及びBCPにて、災害発生時の対応・責任者や指示命令系統・備蓄品リストなどを明示していました。避難訓練を年2回実施していましたが、災害発生時の地域および関係団体との連携に関する事項の記載・訓練等を実施していませんでした。</p> <p>34. BCPを策定しており、自然災害・感染症の発生に対する備えが来ていますが、定期的な研修や実践的な訓練は未実施でした。</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

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。	B	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。	B	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)		<p>35. 事業所の理念・運営方針およびデイサービスセンター職員倫理規程の中に、利用者の人権や意思の尊重に関する記載があり、職員・組織内の共通理解に努めていました。</p> <p>36. 利用者の虐待防止・身体拘束禁止等の権利擁護については、身体拘束防止、不適切ケア防止マニュアルにより、職員に周知していました。また、高齢者虐待防止法について、リスクマネジメント委員会を中心に研修会を実施していました。</p> <p>37. プライバシー保護や羞恥心の配慮については、介護業務マニュアルおよび倫理規程の中に「プライバシーの尊重」として定めていました。法人の新人研修にて徹底を図るとともに、日常のミーティングの中でも職員間で意見交換を行い意識づけを行っていました。</p> <p>38. 利用者の受入れについては、サービスエリア外や定員超過以外は原則断らないようにしていました。受入れのルールについては、利用者受入の基準と方針に明示していました。</p>		
(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。	B	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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>39. 利用者やその家族からの意向を引き出す取り組みについては、日常の送迎・担当者会議を通して行っていました。それに加えて、年1回のユーザーアンケート（毎年同じ内容、10項目＋自由記載）を実施していました。</p> <p>40. 利用者からの意向（意見・要望・苦情）に対しては、苦情対応マニュアル（苦情解決のための業務マニュアル）を基に対応を行い、施設長に報告し組織として対応している事例がありました。しかし、苦情対応の経過等については公開していませんでした。</p> <p>41. 相談窓口については、重要事項説明書に記載するとともに、施設内に第三者委員の掲示をしていました。また、利用者・家族から第三者（ボランティアを含む）を通して苦情を受け付けた場合、苦情対応マニュアルに従い解決する仕組みがありました。</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てている	A	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	B	B
(評価機関コメント)		42. 年1回、ユーザーアンケートを実施し、毎年の結果が比較出来るよう集計した結果はグラフにまとめることで職員・利用者（家族）にも見やすい工夫をし、職員会議で協議して次年度の取り組みにつなげていました。 43. 毎月開催の、職員会議・正職員会議の中で、デイサービスセンターと併設している地域包括支援センター職員からの客観的な意見も含め、サービスの質の向上につなげる仕組みがありました。 44. 定期的に第三者評価を受診していますが、施設内で定めた基準に従い自己評価を実施する仕組みがありませんでした。		