

アドバイス・レポート

令和6年11月22日

令和6年10月17日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（花友じゅらくだいデイサービス）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) 事業所の設備環境</p> <p>京都の織物文化の時代を感じさせる西陣の旧社屋を社会福祉事業運営にと改装され、1階、2階、3階をそれぞれの目的に応じたデイサービスが展開されています。1階ロビーをはじめ廊下には西陣の織物や美術作品が展示され、2階、3階は利用者が自由に歩行運動できるように趣味活動の場、機能訓練の場、憩いの場と目的に応じたスペースを設けられています。設えにおいても元大工職人を複数名雇われ、各階の手作りの間仕切りや棚などが色合いよく、使いやすく工夫され、地域文化に溶け込むような施設の空間づくりをされています。</p> <p>2) 法人理念に沿ったサービスの提供</p> <p>コロナ禍では利用者が集まったの催し物は控えておられましたが、現在は徐々に再開されており、フラワーアレンジメント教室やボランティア演奏会を実施されています。7月には4階ホールにて利用者の作成された作品展やカルチャースクール「おいしいクラブ」を開催されるなど、「住み慣れた地域で自分らしい豊かな生活の実現」という理念に基づいたサービスが提供されています。</p> <p>3) 労働環境への配慮</p> <p>職員の有給休暇取得率は高く、勤務時間内で仕事が完結できるように配慮され残業も少ないとのことでした。5階には職員食堂が設けられており、職場を離れて休憩できるスペースが確保されていました。また、法人で3年勤務すれば、法人で実施されるケアスクールじゅらくだいで行われる実務者研修を無料で受けることができ、介護福祉士の資格取得支援体制が充実していました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1) 業務マニュアルの作成</p> <p>各種業務マニュアルが作成され、いつでも閲覧できるように各階のスタッフの棚に整備されており、実情に応じて見直しを会議等で行われていますが、社会情勢や事故防止策など各フロアの実情に応じて具体案が反映されるように現状のマニュアルを一定の時期を定めて再確認する仕組みを確認することができませんでした。</p> <p>2) 第三者による利用者の声の聴き取り</p> <p>利用満足度アンケート調査や日々の送迎時に家族から要望を聞く等の努力はされ、徐々にボランティアの受け入れを再開されているとのことですが、</p>

	<p>利用者の相談機会の確保として、外部の人材を受け入れておられませんでした。施設の職員相手には言いにくい内容があることや、職員には遠慮して本音が言いにくいということも少なからずあると思われます。そこで、そういう話を聞ける第三者の存在がサービス向上の契機になるかと思えます。</p> <p>3) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>前回の第三者評価受診が平成28年度とのことで、8年間受診されていませんでした。また、定められた評価基準に基づいた自己評価の実施も行われていないとのことでした。年に1回利用者へアンケートを実施されていますが、集計結果についての開示は、1階の掲示のみとのことでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 業務マニュアルの作成</p> <p>業務の見直しは現場サイドで適宜会議の中で検討されています。例えば、デイサービスは送迎によるヒヤリハット事例も多くみられると思います。その中から交通事故防止に向けた事業所独自のマニュアルが作成できるような仕組みを作られてはどうでしょうか。改めて現状の業務マニュアルが利用者アンケートや事故防止等の観点からだけでなく、法人理念に即したサービス品質の向上に繋がっているのかを一定の時期に職員ひとり一人が見直し、確認する機会を設けられることが、職員自身のサービスへの意識付けにつながるかと思えます。なお、現行マニュアルの見直し時期については、全職員が行っている年度目標の評価時期に合わせて組み込んでみるのも一考かと思えます。</p> <p>2) 第三者への相談機会の確保</p> <p>利用者の意向は最も近い関係にあり話しやすい職員だからこそ本音も聞くこともあり、利用者の意向を聞き取る姿勢は職員にとってもサービス向上に向けて必要なことかと思えます。ただ要望や意見、本音を直接話せない利用者に対しては職員の推測となってしまいます。京都市の介護サービス相談員は人数が少なくデイサービスへの派遣は困難かと思えますので、例えば、第三者委員の方や地域の住民で民生委員など福祉に理解のある方に入っただき、利用者が相談できる機会を確保されてはいかがでしょうか。また、法人のスケールメリットを活かして法人事業部の中で専任の顧客相談員などを配置して、定期的に各事業所に訪問されるお客様相談センターのような窓口を設けてみるのも一考かと思えます。第三者への相談機会が確保できれば、より幅広く利用者の意見を聞くことができ、利用者の満足度の向上と施設の魅力向上につながるのではないかと思います。</p> <p>3) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>8年ぶりの第三者評価受診とのことで、今後3年に1回の定期で受診していただきたいと思えます。また、利用満足度アンケートの結果を自施設のサービスの向上の目的に活用するだけでなく、アンケートを回答された利用者や家族にも実施毎に伝える事で声になかった利用者の要望や意見を見つけ出すことができ、事業所への信頼感のアップにもつながるかと思えます。自</p>

様式 7

	<p>施設のサービスの質の定期的な評価については、食事、排せつ、入浴などの基本的介護から整容、環境整備や認知症ケア、看取りケアなどのサービスを、法人が求める品質となっているのかを独自のブランドとして評価指標を策定してみてもいかがでしょうか。その指標を活用して法人内の他施設と相互に評価し合うことで、スタッフ一同が自施設のサービスのレベルを再認識する契機にもなり、京都でも歴史のある法人としてのブランドの構築に繋がっていくかと思います。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670200621
事業所名	花友じゅらくだいデイサービス
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)	介護予防型通所介護
訪問調査実施日	令和6年10月29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

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	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)パンフレット、ホームページに理念と運営方針が記載されていました。また、職員に対しては、4月の全体研修で周知した上で、2ヶ月に1回実施している職員会議でも職員に理念、運営方針を確認しているとのことでした。2)法人として理事会・施設長会を開催し、その内容を事業所へ持ち帰り、月1回の連絡調整会議を行っておられます。また、地域のニーズについては、事業者連絡会や地域包括支援センターから情報を集めておられました。		

(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	A
(評価機関コメント)		3)法人及び施設としての中・長期及び、単年度計画を策定し、年度初めに職員に周知されていました。また毎年利用者アンケートを実施し、その結果を次年度の事業計画に活かすようにされていました。利用者、家族に対して事業計画を説明・周知する機会を設けておられないとのことですので、今後、家族向けのお便りに同封されてはいかかでしょうか。4)1階から3階とそれぞれのフロアで課題を把握し、目標を設定されています。また、各専門職（生活相談員・機能訓練指導員・看護師・介護士・給食調理員・ドライバー）で会議を実施し、課題解決に取り組まれていました。		

(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。	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)WAM-NET、京都市情報館にいつでもアクセスして必要な法令を見ることが出来るように、各パソコンにブックマークで保存されているとのことでした。6)施設長は、正職員に対しては1年に2回、パート職員には年に1回面談を行い、自身の評価についても確認しておられるとのことでした。7)緊急連絡網、緊急時フローチャート等を活用して、トラブルがあった際には、施設長に連絡が行くようになっていました。		

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		8) キャリアパスの中に、「期待される職員像」が記載されていました。その項目をクリアすることで、ステップアップできる仕組みが確認できました。9) 事業所の配置図を作成し、適切な人員配置となっているか連絡調整会議で見直しを行われていました。また、他業種からの転職も受け入れられ、未資格者には法人で実施されるケアスクールじゅらくだいで行われている実務者研修に参加してもらい、資格取得支援も行われています。10) 年間計画に沿って研修を実施されています。個人面談の中で職員が参加したいと思う研修を把握し、参加を促しておられました。また、資格取得支援として法人のケアスクールで行われる実務者研修への参加は3年以上勤務した職員に対しては、法人負担で受講できるようにされていました。11) 実習受け入れに関しては、マニュアルを整備されていました。ただ、実習指導者に対する研修は実施されていないとのことでした。		
(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)		12) 職員ヒアリングで、休日もとれており残業も少ないことを確認することができました。また、事業所内では情報共有ツールとしてインカムを導入されていました。13) 毎年実施されるストレスチェックの内容は産業医によって確認され、必要に応じてカウンセリングも実施されていました。また、職員の休憩の場所として、職員食堂以外にも4階に休憩スペースが確保されていました。		
(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。	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。	B	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) ホームページやパンフレットにて、情報を発信されていました。また、上京区のデイサービス事業所が集まった「ささえ愛の会」に参加されるなど地域の活動を通じて、情報の発信、ニーズの収集をされていました。15) 4階にあるホールでフラワーアレンジメントやボランティアの演奏会を実施されていました。16) 認知症カフェへの会場提供をされています。1階によろず相談所を設置し地域住民からの相談に応じる体制はとられていますが、サービス利用の問い合わせのみの対応となっていましたので、もっと多くの方に知っていただけるよう、情報発信等を工夫されてはいかがでしょうか。		

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) ホームページに法人の理念や事業内容、取り組みなどが写真を交えて詳しく掲載されています。また施設のパフレットにてサービスの内容や費用等が掲載されており、QRコードからもフロアの様子を360度に渡って視覚的に見ることもできます。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		18) サービス内容、料金等は、契約時に重要事項説明書で説明し同意を得られています。利用者の状況等から成年後見制度利用等の必要なケースについては担当介護支援専門員や地域包括支援センター等に提案される仕組みがあります。		
(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) サービス利用時や介護認定更新時に所定のアセスメントシートを活用して適宜アセスメントを実施されていますが、認定更新時では期間が長いので、今後は定期的に行われるケアプラン再策定時にも併せてアセスメントされることを勧めます。20) 利用時の面接やサービス担当者会議にて利用者、家族の意向を確認し、個別援助計画書に反映し、説明・同意を得られています。21) サービス担当者会議において主治医や専門職と意見交換を行い、事業所内の各専門職種を交えたカンファレンスを実施し、計画が策定されています。22) 毎月の利用実績評価に加え、相談員が3ヶ月毎に利用者宅に直接訪問して家族とも意向を確認しながら計画実施状況を共有されています。		
(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。	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	A
		(評価機関コメント)		23) 利用者ごとに情報がファイルに整理されており、主治医の連絡先なども分かりやすく整備しておられます。利用者の体調不良時や医療的な判断が難しい場面、緊急時などにおいては担当機関とも連携できる体制が取られています。24) 利用契約書等に基づいてサービス終了後も必要に応じて他施設への情報提供が行われています。		

(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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		25) 各種マニュアルが作成され、いつでも閲覧できるように各階のスタッフの棚に整備されています。ただマニュアルの見直しは必要時に適宜行われていますが年1回制度改正等に応じたマニュアルの確認、見直しをされていることは確認できませんでした。26) 個人情報保護の取り扱いについての規程が定められ、職員への周知研修も定期的に行われています。27) 介護ソフトの記録にとどまらず、独自の「業務支援システム」において施設毎に利用者個々の記録が整備され情報の共有が図られています。28) 利用時の連絡帳に加え、施設イベントの案内に利用者の写真を添付し、3ヶ月毎に相談員が居宅を訪問して家族と利用にあたっての情報交換が行われています。家族が遠方の利用者に対しては、請求書と共に写真を送り様子を伝えておられます。		

(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。	B	B
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) 感染症マニュアルが整備され最新の感染症の情報も周知も図り、職員への伝達研修が定期的に行われています。30) 元大工職人を複数名雇われ、各階の間仕切りや棚などが色合いよく、使いやすく、工夫の凝らした設えとなっています。		

(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。	A	A
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) 管理者が中心となり緊急時の事故マニュアルが整備され、職員研修も定期的実施されています。32) 毎月事故防止委員会を開催し、ヒヤリハットを含めた事故報告書の分析評価を実施されています。また、事故事例に応じたマニュアルの見直しも行われています。33) 毎月防火防災対策委員会を開催し、食糧備蓄や防災設備等の確認が行われています。また、施設玄関前が地域の避難集合場所でもあり、それを想定した避難訓練も実施されています。34) 災害時、感染症まん延時の業務継続計画（BCP）が整備されシュミレーション訓練も実施予定とのことでした。		

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)36)マニュアルや諸規程が整備されているのを確認しました。また、研修も実施されました。37)利用者保護・プライバシー保護に関しても、マニュアルを整備し、研修も実施されました。また、職員間の現場での情報交換の機器としてインカムを使用することで個人情報に関わる申送りも他者に聞こえないようにする工夫もされていました。38)利用希望者は基本的には受け入れておられるとのことでした。事業所のハード面で受け入れが困難な利用者に対しては、別のサービス・事業所を紹介される等の対応をされていました。		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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。	B	B
		(評価機関コメント)		39)意見箱を設置し、また年1回利用者満足度アンケート調査を実施されています。自らの意思を明確に表現できない利用者に対しては、家族の協力を仰ぎ、意向をくみ取るようにされていました。40)意見・要望・苦情に対するマニュアルが定められており、利用者から出された意見等はマニュアルに沿って対応されていました。41)現在、外部による利用者の相談機会の確保はできていないとのことでした。		
(3) 質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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	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回利用者満足度アンケートを実施し、その意見に基づいて各フロアで改善策を検討し連絡調整会議にて決定されています。アンケートの集計結果と併せて、改善内容を施設内に掲示されていますが、利用者・家族へ直接配布されていないとのことでしたので、配布されてはいかがでしょうか。43)サービスの質に関わる要望等を集約し、各フロア会議、連絡調整会議にて検討して、事業計画に反映されています。44)定められた評価基準がないとのことでした。		