

様式7

アドバイス・レポート

令和7年2月25日

令和6年12月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 精華町デイサービスセンター神の園 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. 地域との連携・情報発信 年に2回、施設広報誌「ふれあい」を14,000部発行し精華町全域に配布していました。精華町内の16団体が所属している「精華町チームオレンジ」に参加し、町内の認知症施策を共有・広報し、認知症サポーター養成講座（啓発活動）や活動に必要な研修を行っていました。</p> <p>2. 地域への貢献 近隣の小学校や中学校へ出向き認知症サポート養成講座の実施、脳トレ教室、農業活動クラブ、タブレット教室といった地域住民からニーズの高い取り組みを総合福祉施設全体で取り組んでいました。</p> <p>3. 利用者の決定方法 「私たちの行動指針」において、「選ばない」「断らない」「繋げる」と定め、どのようなケースも断ることなく受け入れていました。例えば、鼻腔栄養ケースの申し込みがあった際、医療関係者と相談して受け入れていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 施設長は自らの役割及び責任について職員会議で表明していました。内容は職務分掌規程にも記載し明文化していました。しかし、施設長の行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する取り組みはありませんでした。</p> <p>2. アセスメントの実施 電子介護記録ソフト内のアセスメント様式に基づき、2ヶ月に1回アセスメントを実施していました。しかし、利用者のニーズや課題を明らかにする手順はありませんでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 第三者評価を3年に1回受診し改善に向けて取り組んでいましたが、年に1回以上、定められた評価基準での自己評価はできていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 上司評価は多方向（上司、部下）からの評価を受けることで、自己認識と他者認識のズレに気付くことができます。自身が自覚していない強みや弱み、上司と部下の考えの乖離が把握でき、自己認識を深めるために有効です。組織活性化プログラム内には上司評価の設問があり、管理者等の言動が信頼を得ているかを把握できますので活用されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. アセスメントの実施 アセスメントは定期的の実施されていますが、担当者が替わった時に正しい手順が引き継がれない事も想定されます。どの職員でも対応できるように手順書やマニュアルを作成し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 例えば、評価基準として第三者評価共通評価項目チェックシートを活用されてはいかがでしょうか。第三者評価共通評価項目チェックシートの設問項目は、サービスの質の向上に向けた内容になっています。設問項目に基づき年に1回、自己評価を実施し、結果から導き出された課題を次年度の取り組むべき課題として計画に挙げることで、PDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルが実施できるのではないのでしょうか。</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	2671400071
事業所名	精華町デイサービスセンター神の園
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)	居宅介護支援、訪問入浴介護 介護予防訪問入浴介護、訪問介護 介護予防訪問介護
訪問調査実施日	令和7年1月14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。	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. 事務所の前に理念「どんなときも、あなたの苦しみ、悲しみ、喜びをともに感じ、ともに歩んでいきます」を掲げていました。理念が浸透するように毎年5月に全職員を対象に理念研修の実施をしたり、デイ会議内で唱和を行っていました。 2. 理事会は年3回開催していました。組織としての職務は職務分掌規程に定め、各責任を明確に定めていました。			
(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. 事業計画には理念及び運営方針・目標の実現に向けた、中・長期計画を定めていました。事業計画は半期毎に振り返りを行い、その結果に基づきデイ会議で協議することで、職員の意見を反映して次年度の事業計画を策定する仕組みがありました。しかし、作成した事業計画は利用者や家族に説明・周知する機会を設けていませんでした。 4. 事業計画に掲げた取り組みに対して、毎月開催のデイ会議で協議を行い、6ヶ月毎に半期事業評価及び最終事業評価を実施し、評価・見直しを行い計画的に改善策を立てる仕組みを構築していました。			
(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。	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)	<p>5. 施設長は全国社会福祉法人経営者協議会が開催する研修に定期的に参加し、介護報酬関連や労働基準関連法令の研修を受講していました。法令関係資料は法人内で使用しているイントラネット掲示板に掲載し、職員がすぐに調べることができる体制を整えていました。</p> <p>6. 施設長は自らの役割及び責任について職員会議で表明していました。内容は職務分掌規程にも記載し明文化していました。しかし、施設長の行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する取り組みはありませんでした。</p> <p>7. 施設長は常に携帯電話を所持し、連絡がつく体制を整えていました。日々の業務は通所介護日誌を確認し、状況を把握していました。事故が起きた場合は緊急時・事故発生時の対応に基づき、施設長に指示を仰ぐ体制を整えていました。</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。	B	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>8. 年度毎に職員採用計画を策定し、期待する職員像を明記していました。人事考課は専門性や職務遂行能力、職務に関する成果等の項目に基づき年に1回実施していました。</p> <p>9. 職員採用計画に基づき、人材確保の方法を確立していました。事業所の魅力発信としてホームページに動画を掲載したり、ブログにて取り組み報告を掲載していました。</p> <p>10. 研修は新人、中堅、リーダー等階層別のほか、部署別、全体向けに分類して実施していました。職員がキャリアアップしやすいように、「研修及び自己研鑽活動の支援に関する指針」に基づき初任者研修、実務者研修、介護福祉士、介護支援専門員等の資格取得に対して費用を一部援助していました。</p> <p>11. 実習マニュアルに相談窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法を記載し、プログラムも作成していました。</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)		<p>12. 職員の時間外勤務及び有給休暇は、毎月のデイ会議で情報を共有し、傾向と対策を考えていました。ICT促進として電子介護記録ソフト、タブレット、インカムを導入し、職場環境の工夫と職員の負担軽減に努めていました。</p> <p>13. メンタルヘルスの相談窓口として事務所に「こころとからだの電話健康相談」を掲示し、職員に周知していました。また、「職場におけるハラスメントの防止に関する規程」を定め、相談ができる体制を整えていました。</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)	<p>14. 年に2回、施設広報誌「ふれあい」を14,000部発行し精華町全域に配布していました。精華町内の16団体が所属している「精華町チームオレンジ」に参加し、町内の認知症施策を共有・広報し、認知症サポーター養成講座（啓発活動）や活動に必要な研修を行っています。</p> <p>15. ボランティアマニュアルを整備し、ボランティアの受け入れを積極的に行っていました。また、ボランティア懇親会を年に1回開催し、ボランティア同士の交流や意見交換の場も設けていました。</p> <p>16. 近隣の小学校や中学校へ出向き認知症サポート養成講座を実施していました。また、脳トレ教室、農業活動クラブ、タブレット教室といった地域住民からニーズの高い取り組みを総合福祉施設全体で取り組んでいました。</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

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、パンフレット共に写真やイラストを多く活用していました。文字は大きく利用者にも見やすくわかりやすいものになっていました。体験利用を受け入れていました。		

(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. サービス開始前に契約書、重要事項説明書を用いて事業内容の説明を行い、同意を得ていました。成年後見制度に関するパンフレットを設置し、必要時に活用できるようにしていました。		

(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	B
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)		<p>19. 電子介護記録ソフト内のアセスメント様式に基づき、2ヶ月に1回アセスメントを実施していました。しかし、利用者のニーズや課題を明らかにする手順はありませんでした。</p> <p>20. アセスメントに基づき利用者の目標を設定していました。個別支援計画は利用者、家族の希望を踏まえた内容となっていました。実施に際しては利用者、家族の同意を得ていました。また、サービス担当者会議には必ず参加していました。</p> <p>21. 主治医や事業所の多職種、他事業所の専門家の意見を反映し個別支援計画書を作成していました。</p> <p>22. デイサービス相談員業務確認表に基づき月に1回モニタリング、サービス担当者会議で個別支援計画書の変更を行っていました。モニタリングから利用者の状況変化などを確認し個別支援計画書に反映していました。月に1回開催するデイ会議で個別支援計画書の見直し、変更を周知していました。</p>		

(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。	A	B

(評価機関コメント)		23. 利用者の変化などの報告や相談は相談員が介護支援専門員に行き、看護師は直接主治医へ相談、報告をし連携をとっていました。退院時には退院サマリーを活用し連携していました。地域活動などを通して地域包括支援センター、行政と連携を取り地域課題に取り組んでいました。 24. サービス終了、移行後の相談窓口は相談員が受け持っていました。特養などへの入所時はデイサービスの相談員より情報提供していました。しかし、情報提供された記録、サービス移行にあたるマニュアル、手順書を整備していませんでした。		
(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。	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)		25. 業務マニュアルは、業務内容を具体的に記載しており、業務の標準化が図れる内容になっていました。。事故等が起こった場合、デイ会議にて協議しマニュアルに反映する仕組みがありました。年に1回マニュアルの見直しを行っていました。 26. 電子介護記録ソフトを活用していました。個別支援計画書に沿った記録の内容になっていました。研修は個人情報の取り扱い、介護におけるプライバシー保護の研修を実施していました。肖像権使用の同意書も取っていました。 27. 日々の申し送り、デイ会議、介護記録ソフト、グループウェアを活用し職員間の情報共有をしていました。パスワードを持ち、アカウント等に制限をかけセキュリティーの強化をしていました。 28. 送迎時や、サービス担当者会議を通して利用者家族と情報交換をしていました。災害時の役割担当が決められており、担当者が状況に応じて、職員、家族に連絡を入れる体制が整っていました。		
(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	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。	B	A
(評価機関コメント)		29. 感染防止マニュアルを整備していました。食中毒・感染症研修を実施していました。二次感染予防の対策として利用者の席を向かい合わせにならないように配置し、マスクの着用などを行うことによる受け入れ体制が整っていました。 30. デスク・介護用品等の整理整頓が出来ていました。職員が毎日掃除しており、トイレは清潔に保たれていました。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		31. 緊急時事故発生時対応マニュアルを整備し、指揮命令系統を示していました。リスクマネジメント研修を実施していました。 32. 事故発生時の利用者、家族への説明は事故報告書に記録していました。改善策、再発防止策はデイ会議にて検討し、事故防止対策の見直しをしていました。 33. 居宅事業部で土砂災害訓練を実施していました。BCP（事業継続計画）内に備蓄リストがありました。年2回避難訓練を実施していました。地元の公的機関や関係団体等と連携した訓練は実施していませんでした。 34. BCPを作成していました。事業の立地条件にあわせた訓練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
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. 施設全体の概要に基本理念を記し、事業所のパンフレットにも「基本理念」「私たちの活動方針」「私たちの使命」を掲載していました。職員からの聞き取りでは、基本理念を覚えており、理念研修を徹底していました。日々の業務を終わりのミーティングで振り返り、課題が発生すれば、月1回のデイ会議で話し合うなど尊厳の保持に努めていました。 36. 全体業務マニュアルに、ケアの三原則「虐待防止」「身体拘束廃止」「認知症理解」をモットーとした記載があり、それに基づいた研修を年2回実施していました。その研修の中で、不適切ケアについての案件があれば、すぐにカンファレンスを実施して解決できる方法を検討していました。 37. 年に1回は個人情報やプライバシーについての研修を行い職員全員に内容の周知を図っていました。 38. 「私たちの行動指針」において、「選ばない」「断らない」「繋げる」と定め、どのようなケースも断ることなく受け入れていました。例えば、鼻腔栄養ケースの申し込みがあった際、医療関係者と相談して受け入れていました。		
(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	B
		(評価機関コメント)		39. 利用者の意向を拾い上げる方法としては、送迎時の連絡・電話・メールなどで実施していました。また、知り得た意向は、利用者へ直接確認して、毎朝の申し送りや終わりのミーティングで共有し、月1回のデイ会議においても全職員に周知していました。 40. 全体業務マニュアルの中に苦情対応マニュアルを定め、苦情があれば報告書を作成し誰でも閲覧できるように機関紙に掲載し、施設内にも掲示していました。 41. 地域の民生児童委員を第三者の苦情委員と定め、重要事項説明書に記載していました。また、ボランティアの受け入れをして要望などをくみ取っていると聞き取りましたが、記録がありませんでした。		
(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	B	B
		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. 今年度は利用者満足度調査は実施はなく、満足度を把握できていませんでした。しかし、昨年度までは実施しており、例えば、おかずの形態が少し硬いという要望があれば柔らかくして提供するなど要望に応え改善できる仕組みがありました。 43. サービスの質の向上に対しては、「私たちの活動方針」に記載の「高齢者のより豊かな生活の実現のため、援助者として資質の向上に努めます」をモットーに取り組み、デイ会議、主任会議で改善への取り組みについて評価していました。送迎時の利用者・家族からの要望を聞き、朝の申し送りで全員へ周知し、終わりのミーティングで再度話し合う仕組みがありました。また、京都府老人福祉施設協議会デイサービス部会の研修に参加し、他のデイサービスの取組などの情報収集をしていました。 44. 第三者評価を3年に1回受診し改善に向けて取り組んでいましたが、年に1回以上、定められた評価基準での自己評価はできていませんでした。		