

様式7

アドバイス・レポート

令和8年3月13日

令和7年12月27日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 宇治市小倉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 地域の高齢者サロンで認知症サポーター養成研修の講師を担っていました。また、「地域福祉をよくする会」に参加することで地域の福祉ニーズを把握し事業所が有する機能を地域に還元していました。</p> <p>2. 利用者・家族の希望尊重 サービス利用開始時、利用者や家族自身に思いや希望を書いてもらい支援に役立てていました。聞き取るだけでなく、実際に利用者自身が自身の思いを記入することで利用者自身がプランを意識することで課題解決にもつながりやすくなっていました。</p> <p>3. 災害発生時の対応 「自然災害発生時における事業継続計画」の中で、実際に災害が起こった場合の職員や利用者の安否確認、備蓄確認等の手順を定めていました。また、同一建物にある小学校や地域の住人と合同で、火災・地震を統合した防災訓練を年3回行っていました。地域と共に訓練を定期的に行うことで、実際に災害が起こった際の施設の地域での役割についての想定ができる訓練となっていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. ストレス管理 有給休暇の消化率や時間外労働を安全衛生委員会でデータ管理分析し、労働環境に配慮していました。育児・介護休業を就業規則に定め対応していましたが、介護機器の導入により負担軽減を図っていましたが、介護記録ソフト等の導入が進んでいないため、記録管理に負担が生じていました。</p> <p>2. 第三者への相談機会の確保 第三者を相談窓口として設置し、迅速に対応するしくみを苦情処理手順に定めていました。相談窓口の連絡先を重要事項説明書に記載していましたが、受け付け時間の記載がありませんでした。また相談機会としての外部人材の受け入れはありませんでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 第三者評価は3年に1回受診していましたが、しかし、定められた評価基準に基づいた自己評価は出来ていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. ストレス管理 介護記録ソフト等の導入が進んでいないため、2重3重の手書きの記載や記録の検索、データ分析等の手間や時間がかかることにより、利用者との関わる時間が減少してしまいます。また、ICTの遅れは若年層の採用が遠のく1つの原因とも言われることもあります。 是非、業務改善の機会と捉え法人全体で計画的にICT化を進められてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 第三者への相談機会の確保 第三者に相談する機会の確保により、利用者が直接事業所に伝えることをためらう内容を相談することができます。そして事業所にとってもサービスの質の向上を図るうえで有益と考えられます。利用者が気軽に相談できるように、介護サービス相談員や、ボランティアの活用を検討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 事業所が提供しているサービス体制や内容、サービスの質を、定められた評価基準でチェックすることで、事業計画の進捗状況や課題を客観的に評価することができます。例えば、同法人で運営する小規模多機能型居宅介護の外部評価を参考に、年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ら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	2671200059
事業所名	宇治市小倉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8年2月10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. 理念を事務所に掲示するほか、月初の朝礼時に唱和し職員に周知していました。利用者や家族向けにホームページにも掲載し周知していました。 2. 理事会を2か月毎に実施していました。経営状況の分析は小倉明星園経営者会議で行っていました。各職種の職務権限については、職能資格規程に明記していました。		
(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。	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. 単年度の事業計画及び中・長期計画（5年）を作成していました。事業計画策定にあたり課題等をデイ会議で職員の意見を反映する仕組みがありました。 4. 事業計画を基に介護、看護の各職種の課題に取り組み、デイサービス会議で6ヶ月毎に見直しを行っていました。		
(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	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. 管理者は、生産性向上の研修に参加していました。把握すべき法令については「法令遵守基本規定」を整え管理・リスト化していました。また、「法令遵守基本規定」を毎年全職員に回覧し、周知していました。 6. 管理者の役割と責任は、職能資格規程で明文化していました。デイサービス会議に管理者が参加し職員からの意見を反映していました。しかし、管理者の評価は来ていませんでした。 7. 管理者は携帯電話を所持し常に連絡がつく体制をとり、緊急時対応マニュアルに沿って対応していました。日常の状況については業務日誌を確認していました。		

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。	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)		8. 職員採用のための指針に期待する職員像を明記していました。毎年個人目標を作成し職員の将来の希望等を記載していました。また年2回人事考課面談を実施していました。 9. 事業所毎に管理者が人事管理を行っていました。SNSを活用することで人材確保に繋がっていました。 10. 教育訓練計画を作成し計画に基づいて実施していました。必要な外部研修は勤務調整や参加費の補助をしていました。介護福祉士等の資格取得支援も参加費の補助を行っていました。気づきを促し互いに学び合うための仕組みとしてデイサービス会議で利用者の対応の勉強会をしていました。例として、ストーマの取り扱いを行っていました。 11. 実習生受け入れマニュアルを整備していました。実習指導者に対する研修は学校主催の実習指導者懇談会に参加していました。		
(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	B
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		12. 有給休暇の消化率や時間外労働を安全衛生委員会でデータ管理分析し、労働環境に配慮していました。育児・介護休業を就業規則に定め対応していました。介護機器の導入により負担軽減を図っていましたが、介護記録ソフト等の導入が進んでいないため、記録管理に負担が生じていました。 13. メンタルヘルスについての相談体制として法人内産業医（精神科）を確保していました。職員の休憩場所も十分な広さを整えていました。また、ハラスメント防止に関する規程を設けていました。		
(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。	A	B
		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. 法人設立精神に地域との関わりを明文化していました。ホームページに理念を掲載していました。また、「南宇治をたがやす会」に参加し、地域の情報収集をしていました。 15. 地域の行事へ参加する体制は整っていました。ボランティアの研修も初回時に実施出来ていました。しかし、ボランティア受け入れマニュアルがありませんでした。 16. 地域の高齢者サロンで認知症サポーター養成研修の講師を担っていました。また、「地域福祉をよくする会」に参加し、地域の福祉ニーズを把握していました。		

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. ホームページやパンフレットには実際に利用者が利用してみでの感想や、一日の流れや料金体系を載せることで利用希望者がデイサービスについて情報が得やすい工夫をしていました。		
(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. サービスの内容についてはパンフレットや重要事項説明書などを用いて説明していました。文字が見えにくい等ある方には字を大きく拡大するなど、情報を得やすくする配慮をしていました。		
(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	B
		(評価機関コメント)		19. 利用時に介護支援専門員等から得た情報を基にアセスメントを行い、利用後3ヶ月毎に再アセスメントを実施し評価を行っていました。しかし、その評価を記録する所定の用紙がありませんでした。 20. 利用時に本人、家族からの思いを聞き取りアセスメントを行い通所介護計画を作成していました。 21. 通所介護計画作成する際は、介護支援専門員を通じて主治医や多職種からの意見を聞き取り計画書に反映していました。 22. 毎月モニタリングを行い、介護支援専門員にその様子を報告していました。そのほかにも利用者の状態に変化がみられる際は都度報告を行っていましたが、計画の見直しを行う基準や手順を定めていませんでした。		
(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。	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	A
		(評価機関コメント)		23. 介護支援専門員を通じて医療機関や他事業所等との情報連携を行っていました。利用者が入院した場合は退院前カンファレンスに出るなど情報収集を行っていました。 24. 入所等により介護サービスを変更する場合は、利用者及び家族同意のうえ、変更先の施設に事前に情報提供し、スムーズにサービス移行ができるように努めていました。		
(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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)		25. 業務マニュアルは職員が業務で活かせるように毎年見直しを行っていましたが、見直しや改訂を行った日付の記載がありませんでした。 26. 利用者の状況やサービス提供状況は、経過記録に各担当者が記載していました。個人情報への扱いに関しては「個人情報保護規程」に定め、職員がその規程を把握したうえで遵守していました。 27. 利用日毎に「利用者情報申し送り書」内に利用者の最新の情報を更新し、各職員がその内容を把握して支援していました。また、利用者の支援に関する職員の意見はデイサービス会議内で集約していました。 28. 利用者、家族へは送迎時や利用者の個別の連絡ノートを用いて情報交換を行っていました。家族が遠方の場合には電話で利用者の状況等についての聞き取りや報告を行っていました。		

(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。	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. 感染症対策として感染症の種別毎にマニュアルを作成し、ファイリングすることで職員が確認できるようにしていました。またデイサービス会議、全体職員会議内で感染対策講習会を行い、感染症対策について職員が学ぶ機会を作っていました、また、年に一度マニュアルを見直し、必要時改訂を行っていました。 30. 事業所内の清掃エリアを外部委託と職員で分け、清掃を行っていました。		

(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。	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. 利用中の事業所内での事故や緊急時に関するマニュアルをファイルにまとめ、毎年見直しを行っていました。送迎時の事故や緊急時に関するマニュアルは各送迎車に備え付け、実際に事故が起こった場合、その場で確認できるよう工夫していました。 32. 事故等が起こった場合の記録を事故とヒヤリハットで分け、その後の対応や利用者の状況含めて記入し、ファイルにまとめることで、一覧で確認できるようにしていました。また、まとめたファイルを用いてデイサービス会議で共有していました。年に一度常勤職員が集まる会議内で、職員から出た意見等含めて集約し、マニュアル改訂を行っていました。 33. 「自然災害発生時における事業継続計画」の中で、実際に災害が起こった場合の職員や利用者の安否確認、備蓄確認等の手順を定めていました。また、同一建物にある小学校や地域の住人と合同で、火災・地震を統合した防災訓練を年3回行っていました。 34. 「自然災害発生時における事業継続計画」「新型コロナウイルス感染症発生時における事業継続計画」を作成し、デイサービス会議で研修を行い職員に周知していました。		

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)		<p>35. 法人・事業所の理念や運営方針に、人権の尊重、尊厳の保持を掲げていました。法人の人権学習会や事業所内で権利擁護の研修を行っていました。日常的に職員が利用者への聴き取りを行い、利用者の意思を尊重したサービスの提供に務めていました。日々の申し送り記録や、職員全員が参加するデイサービス会議で利用者の情報を共有し、個別の状況に合わせたケアを検討していました。</p> <p>36. 虐待防止指針や身体拘束禁止のマニュアルを整備し、業務マニュアルに反映していました。また、法人および事業所内で研修を行い職員全員参加していました。</p> <p>37. プライバシー保護についてマニュアルを整備し、研修などを行なうことで、常に問題意識をもって介護にあたっていました。</p> <p>38. 受け入れを断らないことを原則としており、利用を断った事例はありませんでした。また支援困難な利用者があれば、状況に合わせて地域包括支援センターや居宅介護支援事業所など関係機関と連携し受け入れていました。</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	B
		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)		<p>39. 事務所受付前に意見箱を設置していました。連絡ノートを活用し利用者毎に担当者を決め、相談しやすい関係づくりに努めていました。家族の意見は送迎時に聴き取っていました。意見があった場合は日々の申し送りで共有し、デイサービス会議で検討していました。しかし、定期的な相談面接や懇談会はありませんでした。</p> <p>40. 苦情解決マニュアルを整備し、苦情報告書に発生から改善までの状況を記載していました。また、意見・要望・苦情は利用者や関係機関に配布する法人の年間誌に掲載し、公開していました。</p> <p>41. 第三者を相談窓口として設置し、迅速に対応する仕組みを苦情処理手順に定めていました。相談窓口の連絡先を重要事項説明書に記載していましたが、受け付け時間の記載がありませんでした。また相談機会としての外部人材の受け入れはありませんでした。</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	A	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	A	B
		(評価機関コメント)		<p>42. 年1回、利用者満足度調査を行い、集計結果を利用者に配布していましたが、把握した結果について検討する仕組みはありませんでした。また調査前、調査後のサービスの改善について確認する仕組みがありませんでした。</p> <p>43. デイサービス会議に管理者を含む全職員が参加し、サービスの質の向上にかかる課題を検討していました。また、議事録は全員に回覧していました。法人内の事業所と情報交換や、インターネットで他法人の取り組みについて情報収集していました。</p> <p>44. 第三者評価は3年に1回受診していました。しかし、定められた評価基準に基づいた自己評価は出来ていませんでした。</p>		