

アドバイス・レポート

令和 8 年 1 月 1 9 日

令和 7 年 1 1 月 2 0 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたデイサービスセンター住の江 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 理念や事業計画に、地域に対する法人の取り組み方を明記していました。「丹後園だより」を利用者やその家族、地域の関係機関に配布し、法人や事業所の情報を開示していました。網野町の暮らしの情報誌を利用者に配布して、町の文化祭に利用者作品を出品していました。法人の地域交流施設を使用し、「虹の会」(介護者のつどい)や認知症カフェを開催する中で、地域の介護ニーズの把握に取り組んでいました。京丹後市福祉サービス事業者協議会、法人の在宅サービス会議に出席し、地域のニーズを把握していました。</p> <p>2. 多職種協働 利用者の状況に応じて対応できる事業所や関係機関・団体をリスト化しパソコンで職員間の共有を図っていました。交通事故で利用者の家族が入院し介護が困難となった時、介護支援専門員や関係者と連携して小規模多機能型居宅介護事業所に移行するサポートを行った事例がありました。</p> <p>3. 利用者の決定方法 今までの申込者で断った事例はありませんでした。酸素吸入や人工肛門を造設している医療的な配慮が必要な利用者などの受入れも、看護師同行で面接をして体制を整えた上で安全に受け入れていました。</p>
-----------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>1. 災害発生時の対応 災害時BCP（事業継続計画）で、責任者や指揮命令系統を明確にし、備蓄品リストを作成していました。BCPに基づく訓練を実施していましたが、災害発生時の対応や地域の関係機関等との連携を意識したマニュアルや訓練の実施がありませんでした。</p> <p>2. 第三者への相談機会の確保 第三者委員を設置していました。重要事項説明書に、第三者委員や公的機関の相談窓口と連絡先を記載していましたが、しかし、介護相談員やボランティアなど、外部の人材による相談機会の確保がありませんでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 年1回自主点検を実施するほか、3年毎に第三者評価を受診していましたが、しかし、サービスの質向上に係る自己評価を定期的には実施していませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 災害発生時の対応 今まで経験したことのない災害がどこでも発生する可能性がある時代です。有事の際に地域住民や地域との連携のあり方が定められ共有されていることは、事業所および地域の安心につながるのではないのでしょうか。例えば、防災週間にあわせて、地域住民と合同で訓練を実施するなどの防災計画を作成し、その際の事業所の動きをマニュアル化し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 利用者の相談の機会の確保として、気兼ねのない職員以外の第三者による聞き取りは有効な手段です。相談員の選定としては、地域の自治会役員や法人退職役員・職員などから選定されるのも方法です。相談員が定期的に利用者を訪問し意見・要望等の収集をすることで、さらなるサービスの改善の機会になるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 自己評価の評価項目を検討するにあたっては、例えば第三者評価の介護サービス・利用者保護の評価項目の中から選定し、定期的に評価することで改善に取り組ま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	2673370154
事業所名	デイサービスセンター住の江
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)	
訪問調査実施日	令和7年12月17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. 理念と運営方針を事業所玄関やスタッフルームに掲示していました。理念に基づいて個別ケアに取り組み、入浴の時間、食事の形態、レクリエーション実施などの希望にそって実施していました。ケア会議の中で理念の確認を行い、利用者やその家族には契約時に説明をしていました。 2. 理事会は適切（年に4～5回）に開催していました。法人の会議（運営、管理、全体主任、地域福祉部主任）や事業所のケア会議を開催し、案件別の意思決定や職員の意見を反映する仕組みがありました。「人事管理制度要項」に各職種における業務と責任を規定していました。		
(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。	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. 法人の単年度の事業計画を策定し、法人の理念に基づいた事業方針や各事業所の取組課題を明記していました。また、3年ごとの達成目標を明記した中期目標を策定し取り組んでいました。事業計画の策定は、運営会議で検討し職員の意見を反映していましたが、利用者や家族の理解に説明・周知する取り組みはありませんでした。 4. 法人の事業計画にそって事業所の事業計画を策定し、事業目標や具体的な取り組み計画を明記していました。また、年2回進捗状況を評価していました。		
(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。	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. 管理者は法令遵守の研修を受講し、運営会議で法令改正の説明を受けていました。事業運営に必要な関係法令をリスト化し、パソコンの法令のフォルダからすぐに調べることができました。また、職員は法令遵守の研修を受講し、法令改正は法人が職員に回覧して周知していました。</p> <p>6. 管理者の役割と責任は、「人事管理制度要項」に明記していました。管理者は運営会議に出席し、職員の意見を聞いて事業所の運営に反映していました。年2回の地域福祉部長が職員に面談する中で、管理者の行動が職員から信頼を得ているか聞き取り評価・見直しを検討していました。</p> <p>7. 管理者は基本事業所で業務を行い、事業所を離れるときは携帯電話を所持し常に連絡がつく体制がありました。管理者は、朝礼時のミーティングや業務日誌、報告・連絡により随時事業の実施状況を把握していました。緊急時連絡網を整備し、緊急時には速やかに報告を受け指示を行う体制がありました。</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。	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	B
(評価機関コメント)		<p>8. 法人の「人事育成指針」の中で「求められる職員像」を明記していました。人事に関する基準は、「職位の基準」に明記していました。「人事考課表」を用いて、職員の業務遂行における評価をしていました。「昇格・昇任基準」の中で、法人のキャリアパスの仕組みを明記していました。</p> <p>9. 必要な職員の数を定め、法人の「サービス提供体制の在り方」に人材確保の方針を明記していました。専門職の必要数や配置を明確にし、理学療法士・作業療法士の採用や外国人労働者の確保に取り組んでいました。職員採用の「中期計画」を策定し、ホームページに採用情報の掲載や就職フェアに参加していました。</p> <p>10. 職員の研修計画を策定し、外部の研修を活用した職種別の研修を実施していました。毎月テーマを決めて、全職員が受講するWEB研修を実施し、受講の感想を提出させていました。採用後の資格取得支援として、介護福祉士実務者研修や介護支援専門員受験対策講座と更新研修に費用負担していました。職員の「気づき」については、朝礼時のミーティングやケア会議で検討していました。職員の年間取り組み課題を記載した「自己能力開発計画」を作成し、研修受講の参考にしていました。</p> <p>11. 実習の受け入れの基本姿勢を記載した「実習生対応マニュアル」を整備していましたが、実習指導者に対する研修を受講していませんでした。</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)		12. 有給休暇の取得は、希望すれば取得できる状況であることがヒアリングでも聞き取れました。職員の就業状況や意向の把握は、地域福祉部長の面談で聞き取り、運営会議で分析・検討していました。職員の悩みや相談は、管理者の随時の対応や地域福祉部長の個別面談、「自己能力開発計画」の記載で対応をしていました。育児・介護休業の規程を整備し、ワーク・ライフ・バランスの配慮として、育児休業や時間短縮就労の対応もしていました。職員の負担軽減として、リフト車、リフト浴、スライディングボードの活用やパソコンによる記録ソフトを導入していました。 13. 職員のメンタルヘルスの相談窓口は産業医が担当し、外部の相談窓口の案内もしていました。地域福祉部長の面談で組織や上司の要望・不満を聞き取り、運営会議で検討していました。福利厚生として、京都市民間社会福祉施設職員共済会の加入や、職員互助会を組織しボーリング大会・食事会に法人が費用負担していました。ハラスメントの規程を整備し、総施設長が相談窓口になっていました。休憩室は、職員がゆっくりできる広さでソファやテレビが見れる場所が2ヶ所ありました。		
(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. 理念や事業計画に地域に対する法人の取り組み方を明記していました。「丹後園だより」（年4回発行）を利用者やその家族、地域の関係機関に配布し、法人や事業所の情報を開示していました。網野町の暮らしの情報誌を利用者に配布し、町の文化祭に利用者作品を出品していました。法人の地域交流施設を使用し、「虹の会」（介護者のつどい）や認知症カフェを開催する中で地域の介護ニーズの把握に取り組んでいました。京丹後市福祉サービス事業者協議会、法人の在宅サービス会議に出席し、地域ニーズを把握していました。 15. 網野町の文化祭に利用者が作品を出品し、職員が付き添い見学に行っていました。歌や踊りボランティアの受け入れはありましたが、受け入れのマニュアルがなく、職場体験も実施していませんでした。 16. 「虹の会」の開催や認知症サポーター養成講座の講師派遣をしていました。「虹の会」や認知症カフェ開催時の他、デイサービスセンターで開催する運営推進会議で地域住民の相談を受け福祉ニーズの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
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でデイサービスセンターの様子を写真で紹介する他、「丹後園だより」に日常の活動の様子を掲載し情報の提供を行っていました。パンフレットは、文字を大きくして読みやすい工夫をしていました。利用者からの問い合わせや見学等の希望は、随時受け付けて個別に対応を行っていました。		
(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. 利用開始にあたり、重要事項説明書にてサービスの内容や利用料金等の説明を行い利用者・家族等と契約を交わしていました。判断能力に支障のある利用者については代理人・後見人等と契約を結ぶ仕組みがありました。成年後見制度や福祉サービス利用補助事業、地域福祉権利擁護事業のパンフレットを用意し、必要時に説明していました。		

(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	B
(評価機関コメント)		19. 所定のフェースシートでアセスメントを行い、主治医や専門家と連携し心身状況・生活歴等の把握をしていました。「通所介護計画作成マニュアル」に従い利用者のニーズや課題を抽出しアセスメントしていました。アセスメントの見直しは、基本3ヶ月毎に実施し、居宅サービス計画書の変更時や利用者の心身状況に変化が生じた場合にも実施していました。 20. アセスメントを基に通所介護計画書を作成し利用者・家族等の同意を得ていました。サービス担当者会議には利用者・家族等の参加があり、協議内容等についてはケア記録にも要点をまとめていました。 21. 通所介護計画書は専門家等の意見を照会して作成し、利用者の状態変化時にも専門家等と情報交換を行い計画の変更に反映していました。 22. 通所介護計画書に従いサービスを提供し、ケース記録により利用者の状況および介護支援専門員とのやり取りを職員へ周知徹底していましたが、計画を変更する基準を明文化していませんでした。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		23. 利用者の状況に応じて対応できる事業所や関係機関・団体をリスト化し、パソコンで職員間の共有を図っていました。交通事故で利用者の家族が入院し介護が困難となった時、介護支援専門員や関係者と連携して小規模多機能型居宅介護事業所に移行するサポートを行った事例がありました。 24. サービス終了後であっても利用者・家族等からの問い合わせへの対応窓口を定めていましたが、他の介護施設・事業所や地域・在宅へのサービス移行、継続に配慮した手順と手続きを定めた文書を作成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	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. 業務マニュアルを作成し、ケア会議で日常の状況を確認していました。事故防止策や満足度調査の分析結果をマニュアルに反映する仕組みがありましたが、マニュアルの見直しの基準がありませんでした。 26. 利用者の記録は通所介護計画書に基づきケース記録に記載していました。個人情報保護について「プライバシー保護に関する研修」を4月に実施していました。利用者記録の保管、保存、持ち出し、廃棄を規定していました。 27. 利用者への支援状況はケース記録、日々の申し送り、ケア会議で情報の共有や職員の意見集約をしていました。記録や会議録はパソコンで全職員が確認していました。 28. 家族等との情報交換は、連絡表や送迎時、サービス担当者会議で行っていました。災害発生時や感染症まん延時等、面接が困難な場合は、主に電話を利用し情報交換していました。		

(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	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. 感染防止のマニュアルとBCP（事業継続計画）に基づき管理体制を整備していました。「感染症、食中毒の予防、まん延防止に関する研修」で知識の伝達をする他、BCPに基づき職員の安否確認訓練を実施していましたが、マニュアルの見直しや更新ができていませんでした。 30. 事業所内は整理整頓され清潔な環境となっていました。空気清浄機やサーキュレーター、換気扇を利用し換気、臭気対策を行っていました。		
(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	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. 「介護事故発生時対応マニュアル」を作成していました。緊急時連絡体制をフローチャートで明確化し、「事故の発生など緊急時の対応に関する研修」で職員の意識向上を図っていました。 32. 事故やヒヤリハット発生時は事故報告書を作成し、「介護事故発生時対応マニュアル」に従い家族等へ報告・説明をしていました。事故発生状況から対策に至るまでの経過をケア会議の中で確認し、マニュアルや事故防止策の見直しにつなげていました。 33. 自然災害発生時におけるBCPで、責任者や指揮命令系統を明確にし、備蓄品リストを作成していました。しかし、災害発生時の対応や地域との連携を意識したマニュアルや訓練の実施がありませんでした。 34. 自然災害発生時におけるBCPに基づいて、9月に緊急連絡網を使用した職員の安否確認の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. 法人理念に基づき、利用者本位のサービスを意識するように努めていました。複数のレクリエーションを準備し、利用者個別の意向により参加できる仕組みがありました。朝礼や月1回のケア会議でケアの振り返りをするほか、人権の研修を実施していました。 36. 「高齢者虐待防止に関する指針」・「身体拘束廃止マニュアル」を整備し、9月に高齢者虐待防止や身体拘束の適正化のための研修を実施していました。不適切ケアが生じた場合の組織としての対応は、ケア会議で日々のケアを振り返るほか、不適切となりうるケアについて「身体拘束適正化委員会」で改善に向けて検討の上結果を職員に周知していました。 37. 「プライバシーの保護及び個人情報保護マニュアル」を作成していました。4月にプライバシーの保護に関する研修を実施していました。朝礼では、プライバシーに関することで気付いたことを話しあい、情報を共有していました。 38. 今までの申込者で断った事例はありませんでした。酸素吸入や人工肛門を造設している医療的な配慮が必要な利用者などの受入れも、看護師同行で面接をして体制を整えた上で安全に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。	B	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	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	B
(評価機関コメント)		<p>39. 送迎時の面談、電話や連絡帳の活用のほか、サービス担当者会議で利用者や家族からの要望・満足度などを聞き取り日々のケアに反映していました。状態の変化があった時は担当の介護支援専門員に連絡して情報の共有をしていました。</p> <p>40. 「苦情対応マニュアル」があり、苦情等の解決を図るための体制及び手順をフローチャートにしてマニュアルに掲載していました。利用者の意向などに対する対応方法をマニュアルに定め、サービス向上に活かしていました。しかし、苦情について改善状況などを公開していませんでした。</p> <p>41. 第三者委員を設置していました。重要事項説明書に、第三者委員や公的機関の相談窓口と連絡先を記載していました。しかし、介護相談員やボランティアなど、外部の人材による相談機会の確保がありませんでした。</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	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)		<p>42. 満足度調査を年1回実施し、サービスの改善につなげていました。例えば、「食事に鳥の唐揚げがない」との意見があり、調理員などと相談して鳥の唐揚げもメニューに加えていました。また「水分補給時の飲み物を選択できるように多くの種類を提供してほしい」という意見により、オレンジジュース、サイダー、コーヒー、紅茶などを準備していました。</p> <p>43. サービスの向上に関しては、ケア会議にて職員各々気づいていることを話しあっていました。9月のケア会議では、口腔機能向上のために口腔ケアの重要性を再認識し、口腔内の清潔に努めていました。</p> <p>44. 年1回自主点検を実施するほか、3年毎に第三者評価を受診していました。しかし、サービスの質向上に係る自己評価を定期的に実施していませんでした。</p>		