

アドバイス・レポート

令和 8 年 6 月 1 9 日

令和 8 年 3 月 6 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（花友しらかわデイサービス）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 (※)	1) 地域との関わり デイサービスのセンターホールのガラス窓からは隣接する京都市白川児童館の様子が窥えます。児童館の子供達とはイベント等での交流は勿論のこと、日常から窓越しに手を振り合う等身近な存在としての関わりがあります。敷地内には地域からの声に応える形で、地域の防災用品収納ロッカーが設置されています。また、職員が地域の消防団に所属されているなど地域防災の一助も担っておられます。その他にも、いつでも利用可能なロビーや、デイサービス休業日のデイホールを、地域の健康すこやか学級やいきいきサロンに貸し出す等、地域の方がいつでも気軽に出入りできる環境になっています。また、法人のスケールメリットを活かして市内広域から歌やハンドマッサージ等多くのボランティアが活動されていることも魅力です。 2) 利用者家族との情報交換 デイサービスという事業の特性上、職員が朝夕の送迎時に利用者家族と顔を合わせ情報共有する機会はある程度確保されていますが、それでも家族が利用者のサービス利用中の表情などを窺い知ることがありません。花友しらかわデイサービスでは利用当日の写真を添付した連絡帳を作成されており、利用中の様子が見て取れるように工夫されています。利用者ヒアリングとアンケート結果からも職員の丁寧な声掛けや対応に高評価が得られており利用者満足度の高さが窺えました。 3) 事業所内の行き届いた環境整備 デイルームの入り口には利用者がレクリエーションで製作された作品が丁寧にディスプレイされています。こちらの作品は二週間ごとに更新されており、レクリエーションに注力されている様子がよくわかります。一般的にデイサービスでは、利用者を楽しんでいただくための様々なレクリエーション用品で溢れかえっている事業所が多く見受けられますが、こちらのデイルームの中は整理され、利用者や職員の導線がしっかり確保できるように工夫されています。トイレや浴室も同様に整理・整頓されています。職員室内には 4 S 活動「整理・整頓・清掃・清潔」の励行チラシが表示されていて、ロッカー上などの空間も上手く活用され整理整頓がなされていました。安全配慮と業務効率化の観点からも環境整備が行き届いていることが感じられました。
---------------------	--

特に改善が望まれる点とその理由（※）	1) 質の向上に係る取り組み 年に1度実施されている利用者満足度アンケートは、回答用紙の提出先を第三者委員宛にされていて、施設に直接意見を伝えるのではなく心理的に率直な意見が述べやすくなる取り組みをされています。一方で、集計結果は施設内に掲示されるのみで、利用者や来訪者は眼にすることができますがアンケートに協力いただいた家族等には開示されていませんでした。 また、質の向上への取り組みとして外部に意見を求めるアンケート以外に、内部での気づきとして、客観的な評価基準に基づいた自己評価は実施されていませんでした。 2) サービス移行時の記録について 利用契約終了後に利用者に関する支援を行っていた事例や、利用申込者に対して事前に調整を図っていたが利用に繋がらなかった事例に対して、記録として残されていないものがありました。 3) 中・長期計画の明文化 法人で策定された中・長期計画に基づき、施設全体の計画や部署単位の単年度の計画が策定されています。中・長期計画は5年毎に策定されているのですが、策定期間や達成期間の記載がありませんでした。
具体的なアドバイス	1) 質の向上に係る取り組み アンケートの回答者としては利用者本人以外に家族の存在も大きいと感じます。折角アンケートに協力しても、それがどのように活かされているのかなど結果が見えないと回答する甲斐がないと感じてしまいます。集計結果をそのまま配布されるのも良いと思いますが、毎月、家族に配布されている広報誌に集計結果を要約して掲載するなど一案です。 又、3年毎の第三者評価は受診されていますが、サービスの質に係る自己評価を年に1度実施されることをお勧めします。客観的な評価基準に基づく自己評価として、第三者評価の共通評価項目や地域密着型サービスの外部評価項目等を用いて第三者評価受診年度以外の年度にも自己評価を行い、質の向上に係る取り組みに繋げることを検討されてはいかがでしょうか。 2) サービス移行時の記録について 契約前や契約終了後の記録が無いのはパソコンシステム上の理由とのことでした。個人のケース記録をシステムで管理をされているので課題はあるかとは思いますが、例えば個人記録としてではなく事業日誌や相談記録として残すことはできないでしょうか。関係機関との連携を図っている記録や相談に関しての自事業所での受け入れが困難であったときの対応記録を残しておくことで、公平・公正にサービス利用者の決定を行なっていることが確認できると考えます。 3) 中・長期計画の明文化 中・長期計画として法人の向かうべき姿勢を示されている、行動計画や数値目標についての期間が不明瞭では「いつまでに目標達成すればよいのか」

様式 7

	や、また逆に「早々に達成できているが次の指標が見えず足踏みしてしまう」といった現象も起こりかねません。単年度では達成が難しく、法人・事業所として複数年度の計画を策定することが望まれる事柄としては、例えば事業所の大規模修繕や改築、人材難の中での人材確保や中堅職員の育成等が考えられます。歴史のある法人であることは勿論ですが、施設としても設立から25年が経過しており、建物等の改修についても計画に移していく時期が近づいているのではないのでしょうか。又、人材確保が困難な昨今ですから採用計画や研修計画についても、誰もが可視化できるように目標達成期間や計画策定時期を明文化しておくことが望まれます。法人・事業所として複数年度をかけて取り組む事柄について、中・長期計画として目標達成期間や年度毎の達成目標を明記して設定し、中・長期計画に沿って単年度の計画を策定し、年度ごとに達成状況を確認していかれてはいかがでしょうか。
--	--

※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	2670600267
事業所名	花友しらかわデイサービス
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)	介護老人福祉施設・居宅介護支援事業所 短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和8年3月24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) 毎年4月に開催される職員向け事業計画発表会の中で施設長が理念や方針について説明・周知されています。法人の理念「生きる喜び、明日への希望」は玄関や施設内各所に掲示されており、パンフレット等でも発信されています。 2) 組織体系が明確化されており理事会、施設長会議、連絡調整会議、デイ会議など各種会議毎に検討事項が協議され、意見を反映させる仕組みがあります。			
(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。		A	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) 法人で作成された中・長期計画に基づき施設計画と各事業所計画が単年度で策定されています。中・長期計画は5年毎に策定されているようですが明確な期間の記述がありませんでした。単年度計画は施設内に掲示され利用者や家族にも説明されていました。 4) 各事業所で事業計画に沿って具体的な目標を設定されています。年度内に2回、半期ごとに評価が行われ必要に応じて見直しが行われています。			
(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) 全職員を対象とした法令遵守に関する研修が実施されており京都市情報館やパソコンサイトからも法令に関する情報を収集されています。道路交通法に関しても安全運転管理者研修に管理者が参加して、部署会議で職員に周知されています。 6) 組織図やキャリアパスにより管理者等の役割や権限が明確になっています。上位等級者から下位等級者への面談は年2回の人事考課の時に実施されていますが、施設長や管理者が下位等級者から評価を受ける仕組みとしての職員アンケートは2年前に実施された後は確認できませんでした。 7) 事故等のアクシデントに備えて、各種マニュアルや職員連絡網を整備されています。管理者不在時などは必要に応じて管理者の携帯電話に連絡をして、直接指示を受けられる体制ができています。			

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)職員通用口にキャリアパスが掲示されています。毎年、年度初めに実施される事業計画発表会の中で「期待する職員像」について施設長から説明されています。 9)職員配置図で常勤非常勤の比率等を管理されています。採用要件に「有資格者」が挙げられており、正規介護職員はすべて介護福祉士資格を保有されている他、介護職員初任者研修・実務者研修は同法人他拠点の福祉・医療国際研究センターで講習会を受講することができます、受講料返還制度も整備されています。 10)キャリアアップが明確に示されており階層別研修等も計画的に実施されています。職員の個人目標は人事考課の中で管理されています。外部研修の案内は職員通用口に掲示されていて希望する職員は受講することができます。 11)介護福祉士実習指導者講習受講済みの職員が施設に2名おられますが、養成校の学生の減少により実習生受け入れの依頼が無く現在は実施されていません。また、実習の受け入れ体制は整備されていますが、受け入れに対する基本姿勢が明確に示された文書は確認できませんでした。		
(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)有給休暇や残業時間の管理は法人本部で担当され毎月の施設長会議で報告されています。職員ヒアリングからも満足されていることが確認できました。現在デイサービスでは重介護を要する利用者は少ないということですが、施設全体では介護負担軽減のためセンサーマットや介護福祉機器を導入されています。 13)施設内全体にゆったりとした空間が広がっていて休憩場所も個々に寛ぐことができるよう工夫されています。ハラスメントやメンタルヘルズ相談は外部窓口が明示されたポスターが職員通用口にも掲示されています。法人の産業医は施設によって専門科が異なっており、必要に応じて他拠点の産業医にメンタル面での相談をすることもできます。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		14)地域との関わりは事業計画にて表明されていて、年度初めの説明会で施設長より職員に周知されています。施設で毎月発行している広報誌には「友垣を結び まちに住む」との花友しらかわの施設理念が謳われていて、地域に開放されている1階ロビーに置かれています。 15)施設の学区周辺のみならず、法人のスケールメリットを生かして多方面からのボランティアの受け入れをされています。隣接している児童館との交流や地域の小学校からの職場体験の受け入れもされていますが、関係機関との基本姿勢について文書化されたものは確認できませんでした。 16)左京区社会福祉協議会の事業計画策定会議や年度打ち合わせ等、年4回開催される会議に施設長が参加され施設の資源（知見や職員派遣）を提供されています。		

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)施設情報をホームページで公表されている他、パンフレットや広報誌は気軽に手に取っていただけるように施設内に置かれています。デイサービスでは食事やリハビリ、レクリエーション等の体験利用ができるようになっています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		18)ホームページでも公開されている重要事項説明書を用いてサービス内容や料金等について説明し、同意も得られています。契約時には利用料金表や項目ごとに留意事項が記載された書面で説明されておりサービス利用のイメージが湧きやすいように工夫されていました。			
(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)専門職が集まる毎月のケア会議で利用者の課題について意見交換を行う仕組みがあります。アセスメントは介護ソフトを用いて3カ月に1度実施されています。 20)利用者や家族の希望は、送迎時やサービス担当者会議出席時に聴き取り、個別援助計画に反映されています。サービス担当者会議には相談員もしくは役職者が出席されています。 21)サービス担当者会議への参加が難しい場合は専門職の意見として照会文書を送信されています。担当のケアマネジャーを通して主治医の見解を聴き取り、その内容を元にして、個別援助計画を策定しておられます。 22)介護ソフトを活用して計画通りにサービス内容が実施できているかが確認されています。原則として3カ月ごとに計画の見直しを行い、利用者の状態や家族の状況に変化があった際には、臨時のケア会議を開催するなど柔軟に個別援助計画が見直されています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		23)医療機関やその他関係機関との連携については、サービス担当者会議や退院時カンファレンスに参加し協力体制を構築されています。関係機関リストは利用者の個別ファイル内にて管理されています。 24)サービス移行時はケアマネジャーを通じて情報提供をされるなど連携されています。サービス終了後でも必要に応じて家族と連携された事例もありますが、記録が乏しい部分がありました。			
(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	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) 毎年年度初めにマニュアルの更新をされており、マニュアルに沿った実施手順の確認もされています。 26) サービス実施記録等はパソコンソフトで管理されており個別援助計画の見直しは3カ月に1度行われています。個人情報の取扱いについては契約時に利用者家族に説明し同意を得たうえで適切に管理されています。 27) 毎朝・夕のミーティングとパソコンで、利用者の状況等について情報共有をされています。ケアの内容については毎月開催されるケア会議で検討されています。 28) 朝夕の送迎時に家族との情報交換・共有がされています。独居の利用者についての家族との情報交換は、はSNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）で発信したりメールでやり取りが行われています。		
(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。	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) 毎月の感染対策委員会に医師も出席され、施設内の役職者参加の連絡調整会議でも衛生管理について話し合い、各職員に周知されています。次年度は、協力医療機関の医師との連携も検討されています。 30) 委託業者による清掃に加え、介護職員での清掃も行い、衛生管理に努めておられます。重要書類や利用者にとって危険を伴う洗剤類は、施錠できる場所での管理をされています。		
(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) 事故・緊急時対応マニュアルが作成されています。研修については施設の年間研修計画の中に組み込まれていて、報告書には研修の様子が写真で添付されていました。 32) 事故発生時は、当日又は遅くとも翌日には報告書を作成し、職員間で共有されています。また、連絡調整会議の中で毎月のリスクマネジメント委員会を実施されています。 33) 年2回の防災訓練を実施し、非常災害対策計画の策定がされていました。依頼を受け、地域の防災倉庫を敷地内に設置されており、副施設長が地域の消防団に参加されるなど地域との連携を図っておられます。 34) 自然災害及び感染症まん延に備えてBCP（事業継続計画）を策定し、年1回、全体研修にてグループごとの机上訓練や手洗い、ガウンテクニック等の確認も行っておられます。		

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)運営方針や事業計画に人権尊重について明文化されており、日々のミーティングや全体研修で職員全員に周知されていました。 36)施設内の虐待防止委員会や全体研修の中で、他部署と協同しながら利用者の権利擁護について取り組まれています。 37)介護マニュアルの手順の随所にプライバシーに配慮する内容を盛り込み、常に職員間で意識をされています。 38)特段の理由がない限り原則利用申し込みを断ることはないとのことでした。万が一受け入れ不可の事案が発生した場合は他の事業所を案内されるとのことです。			

(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	A
(評価機関コメント)		39) 意見箱を設置し月に一度確認されている他に年1回の満足度アンケートを実施されています。第三者委員の相談窓口を設置されていますが、電話番号だけでなく所属等を明記することで、より意見を言いやすくなると考えます。 40) 年1回のアンケートの提出先を第三者委員会の方にする事で、直接事業所に言いにくい意見も頂けるよう工夫されていました。また、苦情を受けた際の対応マニュアルをフローチャート形式で作成し、迅速に対応できるよう可視化されていました。 41) 公的な苦情窓口と第三者委員の連絡先、施設・事業所の苦情窓口と連絡先を、契約時に重要事項説明書で説明するとともに、施設内にも掲示されています。		

(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	A	B
(評価機関コメント)		42) 満足度アンケートの集計結果を事業所内に貼り出されていました。家族に配布されている広報誌にも掲載することで、来所されない家族等にも公開できるのではないのでしょうか。 43) 事業所内のケア会議におけるサービスに関する話し合いと各会議での決定事項を実施することによりサービスの質の向上に努められています。また、法人外の事業者連絡協議会や京都市老人福祉施設協議会の委員会にも参加し、情報収集をされています。 44) 自主点検や第三者評価の3年毎の受診はできていますが、事業所独自の事業評価は確認できませんでした。第三者評価項目や地域密着型サービスの外部評価など客観的な視点での自己評価を年に1度実施されてはいかがでしょうか。		