

様式 8

評価結果通知書

令和6年2月9日

社会福祉法人 柊野福社会
管理者 宮川 和也 様

第三者評価機関名
代表者職・氏名

一般社団法人京都府介護老人保健施設協会

会長 依田 建吾



令和5年11月27日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた貴事業所の評価結果について、下記のとおりお知らせします。

なお、今回の第三者評価結果に基づき、「アドバイス・レポート」を作成しましたので、今後の事業所の運営に御活用ください。

なお、評価結果についてご意見等がある場合には、通知を受理されてから7日以内に、別添「様式9」に基づいて当評価機関宛にご提出ください。

記

評価結果 ... 別添「評価結果対比シート」のとおり

様式 7

アドバイス・レポート

令和6年2月9日

令和5年11月27日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた「京都市鳳徳老人デイサービスセンター」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

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>通番5 法令遵守の取り組み 遵守すべき法令については、「法令遵守マニュアル」として整備され、職員に年1回、4月に法令遵守研修を実施されています。</p> <p>通番16 地域への貢献 移動スーパー「とくし丸」に毎週水曜日に事業所へ来ていただき、ご利用者と近隣の住民及びご利用者同士の交流も楽しみの一つとし、互いの交流が図れる環境を整えています。</p> <p>通番20 利用者・家族の希望尊重 通所介護サービス計画書の作成に当たっては居宅サービス計画書との整合性が取れていて、ご利用者、ご家族の希望、意向に沿ったサービス内容になっています。支援内容を通所介護サービスの提供しているサービス毎に分類して表記され、項目によりどの場面での支援内容なのかご利用者にも職員にも一目で分かるような内容になっています。</p> <p>通番38 利用者の決定方法 サービス利用開始にあたっては、連携する居宅介護支援事業所のケアマネジャーと連携し、スムーズに利用できるように努められています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番3 事業計画等の作成 中・長期計画が作成されていなく、事業計画のご利用者、ご家族への周知もされていません。</p> <p>通番9 質の高い人材の確保 人材採用計画が単年度の事業計画に確認できません。</p> <p>通番27 職員間の情報共有 介護記録システム「ほのほの」を導入されていますが、ご利用者の状況は職員が引き継ぎノートに記入し、アクセス権のある職員が介護ソフトにパソコン入力を行う二重運用となっていました。また引き継ぎノートの閲覧の確認が不十分でした。</p> <p>通番32 事故の再発防止等 送迎時の事故について、報告書は作成され再発防止対策も立てられていましたが、今後起こさないことを念頭にマニュアル内容の改訂を検討するまでには至っていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番3 事業計画等の策定 理念及び運営方針・目標の実現に向けた中・長期計画を作成するとともに事業所で目指すべき具体的な目標を設定し定期的に進捗状況を確認するようにしてはいかがでしょうか。又、ご利用者、ご家族へは、広報誌やホームページを通じて周知されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番9 質の高い人材の確保 人材確保が難しい状況が続いている中で、事業計画に人材確保について記載がありませんでした。安定した人材確保を行ううえで、事業計画に具体的な採用計画を明記されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番27 職員間の情報共有 電子媒体に統一できないことは職員のPCスキルによるものとのことでしたが、二重運用となることで、記載ミスや記録負担の増加も考えられます。事業所として記録様式のICT化に踏み切ったものの、記録媒体の移行途中であり、整理整頓された記録の整備が望まれます。又、小規模な事業所であり、配置人員等でご苦労があるとは思いますが、様々な記録類が全職員に周知徹</p>

底できた旨の確認印、サイン等が確認できるシステムづくりが求められます。

通番32 事故の再発防止等

事故は再発防止策を検討する中では他の人でも起こり得るという考えを念頭に、特に重大事故の場合は予防対策の徹底を図るためにもマニュアルを見直すかどうかの検討までを含めた一連の評価、見直しの手順にされると良いのではないのでしょうか。

※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	2670100136
事業所名	京都市鳳徳老人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)	
訪問調査実施日	令和5年12月27日
評価機関名	(一社)京都府介護老人保健施設協会

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	B
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志決定を行い、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. 法人の理念及び理念をもとに事業所の重点項目を設定し、館内に掲示しサービス提供をされています。しかし、運営方針を職員全員に周知する取組や、ご利用者やそのご家族の理解が深まるような取組は確認できませんでした。 2. 法人の理事会は年4回定期的に開催されていて、法人の事業所所長会議（月1回）に管理者が出席し、結果を職員会議（月1回）において周知されていました。また、役務分担表にて各責任を明確にされています。		

(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	B
(評価機関コメント)		3. 前年度の実績をベンチマークとして事業計画は作成されましたが、中・長期計画は確認できませんでした。また、ご利用者、ご家族への説明や周知は行われていませんでした。 4. 職員個別の目標管理シートを作成し定期的に面談を実施して進捗状況について確認されています。しかし事業計画の進捗状況については定期的な評価や見直しの記録を確認できませんでした。		

(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. 毎年3月に法人の「業務マニュアル研修」に管理者が参加し、内容について「法令遵守研修」として職員に周知されています。遵守すべき法令については法令遵守マニュアルにてリスト化されています。 6. 管理者の責任は役務分担表にて明確にし、事業計画は事業所で素案を作成し、法人にて承認される仕組みとなっていました。また、職員会議や夕礼にて職員が意見を述べる機会があります。しかし管理者自らが職員から信頼を得ているかどうかを評価する方法については確認できませんでした。 7. 緊急連絡網を作成するとともに、管理者は携帯電話でいつでも連絡が取れるようにされています。また緊急時は緊急時対応マニュアルにて対応方法について事業所内で共有されています。		

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
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	B	
	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	B	
	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	
	実習生の受け入れ	11	実習生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. 法人の中・長期計画の作成がなく、年度事業計画にも、人材育成、採用方針が確認できません。新卒採用パンフレット及び法人ホームページには、法人育成方針が表示されています。職員の経験年数、所有資格に基づくキャリアパス一覧が作成されています。 9. 人材採用計画が確認できません。採用時の基準が定められています。事業所には介護福祉士、看護師などの資格取得者が勤務しています。法人として就職フェア、ハローワーク、外国人介護人材、派遣等を駆使して職員の確保に努めています。 10. 入職時の研修を実施し、配属後もプリセプティ、プリセプター関係が築かれていて、介護の経験のない方にも安心して就業できる体制があります。 11. 実習指導者の研修が確認できません。実習生受入対応マニュアルが整備され、その更新日も確認できました。介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員の受け入れプログラムが整備されていますが、受け入れの実績はありません。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		12. 就業規則が整備され、有給休暇の消化率は約80%です。残業時間等の労務管理は法人本部が担当しアドバイスが行われています。正職員のみが目標管理シートを記入し、管理者と年3回の面談の機会を確保しています。職員別職務分掌一覧で過重な職務負担にならないように配慮されています。 13. 休憩室が確保されています。管理者は職員との日々のやりとりから職務の悩み等の相談・アドバイスをしています。ハラスメント規程については就業規則に定めがありますが、法令遵守マニュアルの中でハラスメントの種類の特定がなされていません。またその苦情を訴えた職員との相談体制、事後の職員の処遇までは網羅されてはいません。			
(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)		14. お便りの「鳳徳メール」が発行され、イベントカレンダーの案内がなされています。夏祭りの記録は確認できましたが、住民等の見学会のプログラムは用意されていません。コロナ禍で地域との繋がりが絶たれましたが、各関係先との再開を目指しています。 15. ボランティア対応マニュアルがあり、オリエンテーション時の説明事項が確認できました。 16. 法人本部の主催でその持てる介護ノウハウを地域に還元しています。移動スーパーの「とくし丸」に毎週水曜日午後事業所前に来ていただき、デイサービスのご利用者及び近隣の住民が同時に利用することで地域連携関係に繋げています。			

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)		パンフレットは作成され広報活動や見学対応などに活用されています。重要事項説明書に事業所の概要を記載されています。月々の広報誌を発行されご利用者の利用時の様子や、月のイベントなどが分かり易く記載されています。見学やお試し利用を随時受け入れて柔軟に対応されています。多い時は月に5~6件程度を受け入れ、そのうち平均2件程度の新規のご利用に繋がられています。		
(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)		料金表や重要事項説明書は契約書と共に説明され同意を得られています。最近成年後見制度を利用されているご利用者はありません。ご自身での署名が困難なご利用者にはご家族に代筆を依頼され署名していただいています。		
(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. 法人で利用しているデイサービスのアセスメント様式に沿って、アセスメントをされ、課題分析まで出来るようになってきました。 20. サービスの利用に際しては居宅介護支援事業所のケアマネジャーと連絡を取り合い、サービス担当者会議に出席し、ご利用者、ご家族の希望を確認されています。サービス計画書は居宅サービス計画書と整合性も取れています。 21. 退院時の情報についてはケアマネジャーを通じて入手されています。ケアマネジャーとの連絡の内容についても記録されています。 22. 居宅サービス計画に合わせ通所介護サービス計画書は作成され、6カ月もしくは1年で見直しをされています。個別機能訓練計画書については定期的（3カ月ごと）に作成されています。		
(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. 主には居宅介護支援事業所のケアマネジャーを通して入院時やその他必要時の連携を取られています。直接的なやり取りの事例はありませんでした。 24. 他サービスへの移行は殆どありませんが、居宅介護支援事業所のケアマネジャーを通して要望があれば情報を提供することが可能であることが確認できました。事例がないので記録では確認できませんでした。		

(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	B
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	B
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. 法人の業務マニュアルが作成されていて、年度初めに見直し、必要時に改訂されています。毎年10月頃に見直しについての意見収集があります。見直しの基準として明文化はされていません。 26. ご利用者毎に「ほのぼの」を用いて記録されています。計画書等の紙媒体の記録も整理され保管されています。個人情報保護の誓約はされていますが、記録の持ち出しなどについての規程などは確認できませんでした。 27. 引き継ぎノートを用いてその日に利用された方の必要な情報を共有されています。しかし共有できたかどうかの確認が不十分でした。電子媒体の記録は正職員だけがログインして記載可となっていました。 28. 連絡ノートなどを用いて随時連絡が出来る体制にされています。別居のご家族などには必要時に生活相談員から連絡するようにしています。		

(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. 感染症のマニュアルは法人とデイサービス独自で作成されています。研修についても実施されていました。感染症の対応についても記載されていて、感染症発生時における事業継続計画も策定され必要物品を準備されていました。 30. 開設後20数年が経過しています。清掃は職員によって実施され清潔に保たれています。エアコン清掃や害虫駆除などは外部業者に委託し報告書も受け取られています。		

(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	B
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・緊急時の対応についてのマニュアルは法人とデイサービス独自で作成され、送迎車にも置かれています。研修も予定されています。 32. 発生した事故について事故報告書（法人用、行政用）は作成され、原因分析や再発防止対策は策定されています。しかしその事故に関連してマニュアル等の見直しを検討するなど活用までは確認できませんでした。 33. 防災計画は策定され、消防署と連携して訓練も実施されています。 34. 自然災害等についての対応マニュアル、サービス中止の基準も定められています。事業継続計画も策定されています。年に2回、防災訓練及びBCPの伝達研修を行っています。		

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
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	B
		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. ご利用者個々の“認知症高齢者の日常生活自立度”が把握できていません。事業所の理念には人権に配慮する旨の規程があります。利用者の尊重、基本的人権にかかわる研修は虐待防止研修の議事録にはあります。ただし、全職員への周知徹底ができていません。</p> <p>36. 管理者及び職員一同で不適切ケアがないように注意しています。虐待防止研修の中で身体拘束禁止についても取り上げられています。虐待防止、身体拘束禁止の各マニュアルは整備され更新日も明記されています。</p> <p>37. プライバシー保護についても上記 35 の研修で取り扱われています。不適切ケアの事例はありません。</p> <p>38. 利用開始にあたっては、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと連携し、公平・公正に受け入れています。また医療度の高いご利用者については他の通所介護の事業所を勧めただけのようにそのケアマネジャーと調整を行っています。</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	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>39. ご利用者の意向については、送迎時の聞き取り及び居宅介護支援事業所のケアマネジャーからの情報収集などを駆使してサービスの向上に努めています。</p> <p>40. 苦情対応マニュアル、生活相談員業務マニュアルが整備され、マニュアル更新日も確認できます。苦情解決の書式も整えられてはいますが、その結果の公開が確認できません。</p> <p>41. ご利用者の相談機会のための市民オンブズマン等の受け入れがありません。苦情の申し立て窓口については、契約書、重要事項説明書に明記されています。</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	B
		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. 利用者満足度アンケートを実施し、その結果はホームページ上に公開されていますが、その結果を受けての検討会議の記録が確認できません。</p> <p>43. サービスの質の向上に係る検討委員会の議事録が確認できません。法人他部門のその改善の取り組みについては、法人の事業所長会議で報告があります。</p> <p>44. 内部監査が3年に1回実施されています。それ以外は毎年書面監査が行われています。管理者がサービス向上についてその責任者となっています。監査に伴う改善結果報告はありますが、それが事業計画に反映されていることが確認できません。</p>		

