

アドバイス・レポート

平成29年11月27日

平成29年8月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた はつね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14 地域への貢献) 毎月、広報誌として「くつろぎ新聞」を発行し、地域やサロン参加者等に配布するとともに、併設するグループホームが自治会に加入し役員を引き受けるなど、日常的に地域との関わりがありました。また、毎月1回開催する「ふれあいサロン」や、誰もが参加できる「家族懇親会」を行うなど、積極的に事業所機能を地域に還元していました。</p> <p>(通番21 多職種協働) 利用者の退院前カンファレンスには必ず参加し、医療面からの必要な情報を得ていました。また、地域包括支援センターと連携し、認知症利用者が安心して過ごせるためのアセスメントシートの研究を行うなど、多職種が協働して利用者支援を実施する仕組みがありました。</p> <p>(通番31 人権等の尊重) 法人理念に利用者本位の姿勢を謳い、利用者を尊重した支援に努めていました。法人主催で介護基礎研修を計画し、「尊厳と自立」や「プライバシー保護」をテーマにした研修が実施されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 利用者ごとのケース記録が記載されていました。また、通所介護計画に基づき、1か月に1回評価記録がされています。しかしながら、記録に関する規程は整備されていませんでした。</p> <p>(通番30 災害発生時の対応) 火災・災害時対応マニュアルを整備されています。また、事業所が入居するマンションの住民と、併設するグループホーム利用者が合同で訓練されていました。地域との連携したマニュアルは整備されていませんでした。</p> <p>(通番39 評価の実施と課題の明確化) 第三者評価は3年ごとに受診されていました。しかし、事業所の自己評価の状況は、確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス

はつねデイサービスセンターは、1999年に開設したグループホームに続き、地域ニーズに応えるべく2002年認知症対応型デイサービスセンターとして開設されました。

「ゆったり一緒に楽しく」をスローガンに、利用される方々がそれぞれに役割を持ち、生きがいのある生活をされています。また、認知症対応型デイサービスの特徴を活かし、社会的課題となっている若年性認知症の方を積極的に受け入れています。さらに、法人が運営する同様の事業所と合同での家族懇談会を開催し、認知症に関する勉強会や家族の交流を行っています。懇談会は、事業所を利用する家族だけではなく、地域の方も参加することができる会としていました。そのため、この懇談会をきっかけに、デイサービスの利用に踏み切る方がおられるなど、地域包括支援センターと連携して、地域課題へ取り組んでいました。こうした活動は、福祉事業所と地域住民とが連携し、地域での課題を「我がごと」として考え、「丸ごと」取り組んでいく共生型サービスの先進的な事例であり高く評価される事項です。これからも、法人のスケールメリットを活用し、複雑多様化する地域課題に積極的に介入するなど、地域の福祉事業所のリーダーとして活躍することを期待します。以下、今回の評価で気が付いたことを記載します。

- ① 個人ごとのケース記録は、個人情報を含む内容が多くあり、事業所として適切な管理が求められています。その内、情報開示については、事業所内でルール化を行い、個人情報の不適切な流出を防止することが必要です。紙面での請求方法を含めた情報開示の仕組み、記録簿の保存や廃棄の方法など管理の仕組みとして、記録に関する規程の整備が求められます。
- ② 火災・災害時に関するマニュアルは整備され、そのマニュアルに従い避難訓練等を実施されていました。しかしながら、地域の消防団をはじめ自治会との連携について、マニュアル等の整備がされていないとのことでした。事業所で火災が発生した場合、限られた職員ですべて対応することが難しいと考えられます。そのため、地域の消防団など自治会組織との連携は、必要事項と考えられます。反対に災害が発生した場合は、福祉事業所の機能を活かし要配慮者への支援は、福祉事業所の役割と期待されています。以上のことから、地域自治会との連携を一步進め、火災や災害時を想定した仕組みを構築されることを望みます。
- ③ 第三者評価は、基準である3年ごとに受診され、その中で課題とされた事項の改善がされていました。しかしながら、自ら運営状況やサービスの質を評価する仕組みは構築されていませんでした。施設が基準とする利用者支援の一定の水準を維持向上するために、自らがチェックし必要な改善を行うことは、健全な施設運営をする上で必要事項です。定期的な自己評価の仕組みを構築することが望まれます。
- ④ 今回の調査では、前回の第三者評価で課題とされた事項の改善が不十分な箇所がありました。第三者評価では、自己評価により改善が必要な部分を自ら改善する。また、評価機関により改善が必要と望まれた事項について、事業所内で分析検討し、事業計画等を作成して改善していくことを求めています。PDCAサイクルによる取組を望みます。

※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	2670100078
事業所名	はつねデイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	認知症対応型通所介護
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	平成29年10月11日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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法人理念に基づき事業所のスローガンが明文化されている。スローガンは、広報誌等に記載して周知している。半期ごとの振り返りで、考える機会としている。 ②意思決定の機会として、理事会から職員会議まで各種会議が設定され、職員が横断して参加する仕組みがある。介護職員キャリアパスが明文化され、職務内容・任用要件等が明文化されている。			
(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	A	
	業務レベルにおける課題の設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(評価機関コメント)		③法人理念に基づき中長期計画が策定され、中長期計画の具体的実行計画として事業所の事業計画が作成されている。その計画は、半期ごとに評価がされている。 ④年度計画は、稼働率などの経営状況も踏まえ、定期的に職員会議で進捗状況を確認している。			
(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。	B	B	
	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、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)		⑤月1回法人で開催される管理委員会で、遵守すべき法令等を議題として必要な法令が示されている。関係法令リスト化は確認できなかった。 ⑥キャリアパスにより、役職者をはじめ職員の階級別の権限等が示されている。毎月開催される職員会議で運営方針等を話し合うとともに、管理職である担当常務が個人ヒアリングを実施している。 ⑦運営管理者は、日常的に事業所運営に携わり全体的な把握をしている。また、不在時は主任が必ず出勤するとともに、緊急時の対応として携帯電話を所持している。			

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						
		質の高い人材の確保	8	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
		継続的な研修・OJTの実施	9	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	10	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採用教育担当部門を組織して、求める人材像等を明文化している。また、キャリア開発支援部を組織して、資格取得講座の開設など、資格取得への支援を実施している。 ⑨採用教育担当部により、新採研修から現任研修まで体系的な研修計画が策定されている。毎年、実践報告会を開催し、事業所間で学びあう仕組みがある。 ⑩法人で実習受入マニュアルを策定している。実習指導者研修を受講している職員が配置されていない。		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮	11	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	12	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、スタッフが充分にくつろげ、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)		⑪法人の総務部門から有給休暇の取得状況表が定期的に送付され、取得状況の確認をしている。育児休業・介護休業規定が整備され、取得できる仕組みがある。事業所の状況に応じて介護機器を整備している。 ⑫「京都心の健康支援センター」と契約しており、相談できる仕組みがある。職員厚生会があり、職員の福利厚生に努めている。ハラスメント規定が整備されている。		
(3) 地域との交流						
		地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	A
		地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
		(評価機関コメント)		⑬毎月、広報誌として「くつろぎ新聞」を発行し、地域やサロン参加者等に配布している。併設するグループホームが自治会に加入し役員を引き受けるなど、日常的に地域との関わりがある。 ⑭毎月1回ふれあいサロン、誰もが参加できる家族懇親会に事業所を開放している。地域の依頼により、管理者が学習会への講師として派遣されている。		

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	15	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)		⑮ホームページや事業所パンフレットを作成している。また、写真を多く使った広報誌を通じて、必要な情報を提供している。		
(2) 利用契約						
		内容・料金の明示と説明	16	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)		⑯重要事項説明書を利用してサービス内容の説明をしている。1割負担、2割負担ごとにわかりやすい料金表を作成している。		

(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	17	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	18	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
専門家等に対する意見照会	19	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・OT/PT・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	20	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)		<p>①所定のアセスメント様式（面接報告書兼用）により、利用者の心身の状況等を聞き取っている。特に、生活歴については詳細に聞き取り介護計画等に反映させている。利用後は、1か月ごとに評価し必要な見直しがされている。</p> <p>⑩介護計画は、居宅サービス計画に基づき作成している。作成に当たっては、アセスメントをもとに、本人・家族の意向を反映している。</p> <p>⑪サービス担当者会議に出席し、必要に応じて各種専門家の意見を介護計画に反映する仕組みがある。</p> <p>⑫毎月、介護記録をもとにモニタリングを行い、改善が必要な場合は介護計画の見直しを行っている。介護計画にかかる見直しの基準は確認できなかった。</p>		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	21	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
(評価機関コメント)		<p>⑬退院前にはカンファレンスに参加し、必要な情報を得ている。また、地域包括支援センターと連携し、認知症利用者が安心して過ごせるためのアセスメントシートの研究を行っている。</p>		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。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	23	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	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	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)		<p>⑭各種業務マニュアルは作成されているが、標準的な手順書は作成されていない。マニュアルを定期的に見直す記載はあるが、すべてのマニュアルに反映されていない。</p> <p>⑮利用者ごとのケースが記録されている。通所介護計画に基づき、1か月に1回評価記録がされている。記録に関する規程は整備されていない。</p> <p>⑯朝夕にミーティングを行い情報共有を行うとともに、伝達ノートを作成し欠席者等へ連絡している。ミーティングでは、利用者支援に関する意見交換を行っている。</p> <p>⑰日々の連絡帳で家族との情報交換をしている。また、定期的に法人内の他事業所と合同で座談会や家族懇談会を開催し、家族との交流を図っている。</p>		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	26	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	27	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)		<p>⑱感染症及び食中毒の予防・対策・蔓延防止マニュアルを作成している。法人内に全看護師部会を設置し、感染症に関する学習会を計画している。学習内容は、職員会議で共有している。</p> <p>⑲日常的に清掃を行うとともに、臭気対策に努めている。事業所全体に整理整頓がされている。</p>		

(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	28	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	29	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	30	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
(評価機関コメント)		㊸緊急時及び事故対応マニュアルを整備している。介護事故を想定した訓練を行うとともに、職員会議を利用して緊急時の対応等について学んでいる。 ㊹「出来事報告・気づき」報告を作成し、職員会議や朝夕のミーティングで検証をし、再発防止に努めている。また、法人内に委員会を設置し法人全体の予防に努めている。 ㊺火災・災害時対応マニュアルを整備している。事業が入居するマンションの住民や併設するグループホームの利用者と合同で訓練をしている。地域との連携したマニュアルは整備されていなかった。		

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	31	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
プライバシー等の保護	32	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	33	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)		㊻法人理念に利用者本位の姿勢を謳い、利用者を尊重した支援に努めている。法人主催で介護基礎研修を計画し、尊厳と自立をテーマに研修がされている。 ㊼介護基礎研修において、プライバシー保護をテーマに研修がされている。職員倫理規定を整備して、日常的にプライバシーを含め尊厳保持に努めている。 ㊽定員超過の場合など受け入れができない場合は、法人内の他事業所と連携するなど、適切な対応をしている。		
(2) 意見・要望・苦情への対応				
意見・要望・苦情の受付	34	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ている。	A	A
意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	36	公的機関等の窓口で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)		㊾定期的に家族懇親会等を開催して、家族等からの意見等を聞く機会を設けている。また、年1回サービス評価アンケートを実施している。 ㊿苦情への対応に関する実施要項を整備している。苦情等があった場合は、定期的実施される第三者委員会で報告し、必要な改善がされている。改善事項は、法人の広報誌に記載されている。 ㊽第三者委員を設置し、公的機関の相談窓口を明記し公表している。介護相談員等の外部の相談機会の確保については確認できなかった。		
(3) 質の向上に係る取組				
利用者満足度の向上の取組み	37	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	38	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	39	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)		㊿年1回サービス評価アンケートを実施している。アンケート結果は、報告書としてまとめ、職員会議で検討し必要な改善がされている。 ㊽月1回、職員会議でサービスの質向上に関する検討を行っている。必要に応じて担当常務が参加し、サービス改善のために具体的な取り組みがされている。 ㊽第三者評価は3年ごとに受診している。しかし、事業所の自己評価はできていない。		