

アドバイス・レポート

令和 5 年 5 月 3 0 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

令和 5 年 2 月 8 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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>1) 理念の周知と実践</p> <p>『その人らしく』暮らし続けることを大切に…」を法人の基本理念にかかげておられます。はつねデイサービスは、「認知症になってもその人らしく」を大切に、認知症対応型デイサービスの果たす役割について検討を重ねてこられました。その結果、「なじみ」の関係を提供することを第一に取り組みられていました。常に利用者と一緒に過ごすフロア担当をつくり少人数でテーブルを囲み、「見慣れた顔ぶれ・馴染んだ場」で安心して過ごせる環境作りに力を入れておられます。職員は、利用者の輪の中に入り、話題の提供や取り組みを考えて一緒に行っていくようにされていました。</p> <p>日中だけの支援であるデイサービスではありますが、一人ひとりの利用者との向き合い、丁寧にかかわることによって次のサービスへの橋渡しや認知症へのイメージの転換につなげていければと考えておられました。</p> <p>2) 利用者家族等との情報交換</p> <p>自宅での姿とデイサービス利用時の姿に大きな違いがある方も介護者にデイサービスでの様子を知ってもらい、認知症への理解を深めてもらうのもデイサービスの役割と考えておられました。しかし感染症拡大の中では家族懇談会などの開催はあきらめざるを得ない状況となりました。感染症対応で、家族懇談会が開催できないことで終わりにせず、広報誌の作成に力を入れ、広報誌「はつねの輪」に家族の意見を書いて頂く用紙をつけて配布をしておられました。頂いた意見は他の家族にも公表され、同じ悩みを抱えている家族の励みになる取り組みをされていました。また、体験利用の際、言葉で表現しても伝わりにくいのではと考え、利用時の様子を写真にして家族に見せ、わかりやすいように工夫をされていました。</p> <p>3) 苦情や事故の対応とサービスの改善</p> <p>法人内に 13 の事業所があり、苦情については年に一度事故一覧を大学の教員などの第三者委員に報告をして検証をして頂く仕組みがとられていました。</p> <p>事故や苦情等の一覧を全事業所に配布し、各事業所で同様の事故や苦情等が発生しないように検討する機会も設けられていました。法人内の同じサービスを行う事業所同士の会議があり、情報交換等もされていました。苦情や意見について個人が特定できないものについては広報誌「はつねの輪」で公開をされたこともありました。</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</p> <p>同じ建物内にあるグループホームと一緒に年2回の避難訓練を実施されてきました。運営推進会議には消防署の方も参加をされていました。しかし、マニュアルには地域を意識した内容の記載はありませんでした。</p> <p>2) 事業所の認知症ケアへの取り組みの発信</p> <p>広報誌「はつねの輪」は感染症の流行により対面で集まりが難しくなったことへの対応として十分な役割を果たしていますが、「認知症へのイメージを変えたい」や「認知症対応型デイサービスの利用を足掛かりに次のサービスへのつなぎの役割も果たしたい」などの「認知症」を抱えて生きる人と介護者への支援を大きく地域に広げたい事業所の目標の中では、せっかくの取り組みに限られた範囲の中での公開になっていると思われます。今後はさらに別な方法での取り組みや意見の公開も必要かと思われます。</p> <p>3) 評価の実施</p> <p>第三者評価は3年に1回の受診が推奨されておりますが、前回の受診が、平成30年1月になっており、3年に1回の受診がなされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 災害発生時の対応</p> <p>運営推進会議には消防署の方も構成員として参加をされており、防災や避難について助言を頂いているとのことでした。運営推進会議などを通じ、地域の避難訓練や防災訓練などの情報を得て参加を検討されてはいかがでしょうか。さらに、マニュアルの見直しにあたり学区の避難訓練をマニュアルに盛り込まれると良いと思われます。</p> <p>2) 事業所の認知症ケアへの取り組みの発信</p> <p>広報誌「はつねの輪」は、事業所の取り組みがよくわかり、心がこもった記載となっています。読んだ後には、添付の用紙で家族が事業所に意見や思いを伝えられるようになってきているのも魅力的です。元々、感染症の流行により対面での交流が難しくなったことへの対応として広報誌「はつねの輪」が誕生した経過があり、十分に役割は果たしていると思われます。</p> <p>今後は、さらにInstagramやホームページの活用を考慮されるということではありますが、社会的に認知症への理解が深まる為に利用者や利用者家族以外に日ごろの取り組みを公開される意義は大きいと思われます。</p> <p>3) 評価の実施</p> <p>サービスの質の向上や自分たちの日ごろの取り組みを振り返るためにも3年に1度の期間で第三者評価を受診されることをお勧めします。</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。

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)	なし
訪問調査実施日	令和5年3月7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) 法人で理念を分かりやすくした冊子を作製されています。理念と日々の実践などを結び付けて、理念をかみ砕いた内容にして分かりやすくされています。事業計画の策定においても理念に触れるようにしておられます。2) 事業所の担当管理職は理事会、評議員会、常勤理事会、管理委員会に参加し、はつねの代表者会議で会議内容を周知するようにされています。理念から目標、行動指針から行動計画への流れの中でデイサービスの運営がどうなのかを半期で確認をするようにされています。			
(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	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) 法人全体と事業所において弱みと強み等の項目を分析していくスワット分析という手法とバランススコアカードという経営のマネジメントの手法を利用して中・長期計画を策定されていました。事業所においては弱みとしては狭い空間、強みとしてはできたての食事の提供等を強み弱みの一例として事業計画の策定につなげておられました。4) 事業所の業務レベルでの課題については、朝と夕のミーティングで確認をしておられました。目標達成や進捗の確認については半期ごとに評価を行い確認を行っておられました。			
(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、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) 事業運営に必要な法令などは法人でリスト化し、ネットワークを活用して必要な情報を見ることができる仕組みがとられていました。法人内の同じサービスを行う事業所が集まる同種協議会で情報交換を行っておられ、法令遵守における解釈についても確認を行っておられました。6) 組織図、職務分掌で管理者の役割が明記してありました。少人数ではありますが、労働組合があり労使懇談会を複数回実施しておられました。職員20名程度で構成される「働きやすい職場作り委員会」には管理職も参加し、職員の待遇などについても検討されていました。7) 月1回の頻度で同じ建物内にある事業所の管理者と施設長、デイサービスの管理者の3名で代表者会議を行っておられました。日常的にもLINEで連絡が取れる体制が作られていました。			

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						
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 採用時に資格は問わず職員採用をされていました。無資格者には法人で年2回開催されている介護福祉士実務者研修を無料で受講できる仕組みがありました。資格取得の講座の補助金支給や資格取得後の登録料は全額補助となっていました。9) 法人内に学習教育部があり、職員自ら研修について考える仕組みがありました。現在は人事考課制度はありませんが、今後の人事評価制度導入に向けてキャリアパス制度を作成しておられました。キャリアパス制度に沿って研修もどのようなものがあるかの見える化が図られていました。10) 事業所での実習生の受け入れはありませんが、マニュアル作成や基本姿勢の明文化はされていました。実習生の受け入れは法人本部で行っておられますが、認知症への対応を重点的に行うサービスの1つとしての事業所の存在を伝えているとのことでした。		
(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) 年次有給休暇の他にリフレッシュ休暇が希望した日に取れる仕組みになっています。少ない職員人数ではありますが、業務内容の工夫を行うことで1時間の休憩時間の確保や定時退勤に努めておられました。事業所内はマンションの1室の為広くはありませんが、休憩場所はロッカー等で遮り足が伸ばせるように工夫されていました。12) 職員厚生会があり、現在は労使折半ですが、今後はさらに充実に向けて検討中とのことでした。法人としてメンタルサポートのカードを職員に配布されていました。実施が必須ではありませんが、ストレスチェックについても実施に向けて検討をされていました。		
(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「くつろぎ」と「はつねの輪」を発行されています。以前は町内回覧板で回されていたこともあるとのこと。現在は毎月の実績を居宅介護支援事業所に届ける際に配布されています。運営推進会議を通じて地域への情報発信を行い、地域との交流を意識して事業所の屋外での行事等を検討中でした。14) 新聞社の認知症イベントへの協力や圏域の地域ケア会議でデイサービスの取り組みについて発表されています。認知症カフェの開催についても検討中との事でした。		

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	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) ホームページ等で事業所の情報提供を行っておられます。法人機関誌「なのの」、デイサービス利用者に対しての広報誌「くつろぎ」で情報発信されています。また広報誌「はつねの輪」で家族からの手紙などを紹介して事業所と家族の懸け橋にされています。		

(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、サービス内容は利用料を1割・2割・3割負担別の利用料を明示されています。		
(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	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	17. 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)		17) 所定のアセスメント様式で初回アセスメントを実施されています。体験時の写真などを活用してより視覚的にも職員に周知できるように工夫されて、介護計画書へ反映されています。18) 担当介護支援専門員による利用者・家族の希望を基本の情報にして、事業所独自で特に利用者の得意なことや好きなことを実現できるように通所介護計画書に記載されています。19) サービス担当者会議に出席し各専門職の意見を聴取するとともに、法人内の理学療法士より毎月意見を聴取して通所介護計画書へ反映されています。20) 毎月モニタリング評価を実施し、専門職種での意見交換を実施し、見直しを行っておられます。		
(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)		21) 体調の変化に対し主治医へ情報提供して早期の受診に結びつけておられます。退院時に関しても積極的にカンファレンス等へ参加して関係機関で情報を共有し受け入れを行っておられます。		
(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	A
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	A
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。	B	A
(評価機関コメント)		22) 業務マニュアルは法人内で基準を策定し1年に1回の見直しを行っておられます。事故・苦情については半年に1回統計を出し、分析し見直しに反映させる仕組みを法人全体で持たれています。23) 個人情報の取り扱い・記録保管について法人内で規定を定められており、職員研修を毎年実施されています。24) ケース記録を日誌に転記して、非常勤職員を含む職員全員が閲覧できるようにされています。毎月のケース会議内容も記録内容を欠席した職員も閲覧できるようにし、ケア内容の変更後も速やかに職員周知できるよう工夫されています。25) コロナ禍以前は家族会を実施されていましたが休止せざるを得ず、家族の孤立を予防するため広報誌「はつねの輪」を発行されています。広報誌「はつねの輪」は、家族と事業所間・家族間同士の情報交換の場として活用されています。		
(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)		26) 感染症マニュアルに基づき感染症への対応を実施されています。また新たに新型コロナウイルスに対してマニュアルを策定し、法人内の感染症対策委員会からの情報・共通指示の発信を受け職員研修を実施されています。予防対策も京都市からの基本方針を守り実施されています。感染された利用者に向けても慎重に検討し、感染対策を実施して受け入れをされています。27) 事業所内の掃除は職員が毎日実施されています。水回り・備品も整理整頓され、臭気対策もされています。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		28) 事故・緊急時対応マニュアルを策定し研修を年1回以上実施し、またAEDを玄関に設置し、訓練をされています。安全運転委員会が法人内に設置されており、委員会の開催する安全運転研修に参加をされています。毎日酒気帯びチェック表を実施されています。29) 事故・ヒヤリハットについて法人内で情報共有し半年に1回分析報告し、再発防止につなげておられます。30) 災害マニュアルを策定し、毎年2回避難訓練を実施されています。今年も同じ建物内のデイサービス、グループホーム、住民向けに計画書を掲示して内容を公表されています。運営推進会議に消防署員も参画され、防災や避難について助言を受けられる機会を設けられています。マニュアル内には地域との連携を意識した内容の記載がないため、その整備が期待されます。		

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	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)		31) 午前、午後とフロア当番があり、利用者により対応する体制がありました。日常業務の振り返りや学習会は、月1回職員会議で行われており、参加できない非常勤職員には、意見等を書いてもらい、職員全員で検討をされていました。32) プライバシー保護のため、フロアにて利用者の事について話しをする際は、イニシャルで話すように統一されていました。入浴に関しては、同性介助で行う配慮がされていました。33) 相談のケースは、すべて受け入れられており、定員がオーバーな場合は、他の認知症対応型デイサービスを紹介されています。				
(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。	B	B		
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。	A	A		
(評価機関コメント)		34) 以前は、家族懇談会等がございましたが、感染症が拡大してからは、懇談会は開催されていません。家族の意見を取り入れる為に、広報誌「はつねの輪」を発行し、家族からの意見を受け入れ、その回答を次回の「はつねの輪」で家族の皆様へ公表するなどの工夫がございました。連絡帳からのSOSも見逃さず、訪問に行かれたりされています。35) 法人全体の苦情を年1度、第三者委員に報告し、検証して頂く仕組みがあります。その結果を、各事業所に反映されています。36) 重要事項説明書及び玄関にも苦情受付窓口が張り出されています。				
(3) 質の向上に係る取組						
利用者満足度の向上の取組み	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。	B	B		
(評価機関コメント)		37) 年1回利用者アンケートを実施されています。その結果の分析を行い、アンケートで得られた意見や要望について会議で共有を行っていただきました。38) サービスの向上について職員会議にて職員と管理者が利用者の状況把握や課題及びケア内容について協議する機会が設けられています。管理者は法人内外の他事業所の取り組み等について情報収集し、職員会議にて情報提供されています。39) 第三者評価は基本3年に1回受診するようにされていましたが、今回はチェック漏れにて3年以上空いての受診になってしまったとのことでした。				