

様式 7

アドバイス・レポート

令和 3年 3月 28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 2 年 7 月 1 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた久我の杜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>平成6年にケアハウスと併設される形で開所されて以来25年が経過し、一貫して『くらしに笑顔と安心を』という法人理念を基に施設の理念として「毎日安心・毎日笑顔」を掲げ、“自分でできる事は自分です、自分の事は自分で決める” ということを、提供サービスの基本的な考え方として実践されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インスタグラムを利用した情報提供（通番13） <p>施設の独自の取組みとして、利用者が制作した作品などが、そのまま廃棄されてしまうのではなく、インスタグラムを活用して掲載し、利用者の歩みを残しながら、家族への情報提供に役立てられています。また、施設に「つながり隊」という地域交流等を活動内容とした委員会を設置し、利用者への情報提供等を実践されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設や地域と有機的に結びついている連携活動（通番14） <p>他のデイサービスセンターと「通いの会」というネットワークを形成し、利用者さんの情報共有やサービス利用面での対応を実践されています。また地域3学区との連合体「自治連合会」の一員となり、街づくり協議会や健康福祉祭りなどの行事の実施等、1回/月に定期的にメンバーと協議し、連携を深められています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症の対策及び予防の実施（通番26） <p>全部署共通の感染症マニュアルを感染症別に策定し、施設長、栄養士が中心になり更新されています。また、全職員対象に感染症対策研修を毎年2回実施されています。特に今年度は事業所での新型コロナウイルス防止対策に力を入れ、来年度に向けた「新型コロナウイルス感染症における事業継続計画」を策定し、全職員で感染症防止対策について繰り返し検討し確認されていました。</p>
-----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的に職員が参加できる管理体制（通番38） 職員で職種ごとにグループがいくつか構成されており、各々、サービスの質が向上することをテーマとした活動を実践されています。グループ単位で予算を持って自主的に計画・実践・評価を実施し、事業計画に反映されています。情報共有に対し、パソコンやITを上手く活用され、全ての職員を対象に必要な方にとって使いやすい情報のアクセスに工夫されています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者等によるリーダーシップの発揮（通番6） 年1回の職員ヒアリングで職員の意見を聞く機会をもたれています。しかし、法人の取組みとして、管理職が職員から信頼を得ているかどうかを評価する仕組みがなく、そのシステム構築が必要です。 ・業務マニュアルの見直しの実施（通番22） 必要な業務マニュアルは整備され、見直しの基準も定められていますが、見直しができていないものがありました。また、家族アンケートの結果等が反映される仕組みが確認できませんでした。 ・地域連携を意識した災害発生対応に関わる取組み（通番30） 自然災害発生時のマニュアルは整備されており、ケアハウスと合同で防災訓練は実施されていますが、地域3学区連携(学区自治連合会)を想定した防災マニュアル作成・訓練等は実施が望まれます。
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーシップが一層発揮される仕組みづくり 施設長ご自身が、現在の組織体制に課題を持たれており、改善を目的とした仕組みを作ることで、より一層のリーダーシップが発揮され、施設長・管理者・職員が一体となった事業運営ができるように、更に発展していくものと考えられます。 ・業務マニュアルの見直しの実施 業務標準化のための各種業務マニュアルは、法人や事業所で策定され、写真やイラストを活用して分かりやすい工夫もされていますが、日常的に業務確認できる手順書としては情報量が多く、情報の整理が必要ではないかと思います。また、全職員が同じ手順で標準化されたサービス提供ができるように、マニュアル見直しのルールを定めて担当と時期を再検討し、定期的に見直してより実践的なマニュアルとして活用されることをお勧めします。

※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)

※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

評価結果対比シート

事業所番号	2670900105
事業所名	久我の杜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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	2021年3月24日
評価機関名	NPO法人とらい・あぐる

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
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) 法人の理念「くらしに笑顔と安心を」や運営方針は、パンフレットやホームページに掲載されている。職員には、年3回の「職員会議」で浸透する仕組みになっている。家族にはパンフレットや広報誌等で周知されている。 2) 理事会や各部署会議を定期的に開催している。また各職員の役割や権限を明確にし、階層別・職種別の会議や委員会に一定の権限を付与している。		
(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) 5年ごとに法人の中期計画を策定し、単年度ごとにサービスの質の向上と経営の安定を軸にした事業所の事業計画を作成している。事業計画は各部署会議にて所属職員協議のもと決定している。 4) 全職種に「標準業務項目チェック一覧」があり、改善点と取り組むべき事項について目標設定して、課題の解決に取り組まれている。		
(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。	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。	B	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) 法令遵守はコンプライアンス委員会を設け、内部研修を実施し、職員には各種法令について理解し、周知する取り組みを実施している。また法令等の情報を常に収集したり、職員がすぐに調べたいときはパソコン5台を設置しており、その使用環境を整備している。 6) 職務分掌規程に管理職等の役割と責任を明記して職員に周知している。年1回の職員ヒアリングで職員の意見を聞く機会を持っている。法人の取り組みとして、管理職が職員から信頼を得ているかを把握するシステムは整備されていない。 7) 管理者を含めた緊急連絡網があり、携帯アプリを活用した連絡方法を確立している。パソコンによる法人の情報管理および共有化システムの活用により、全職員が報告書や業務日誌等を随時把握できる仕組みになっている。		

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。	B	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	A
		(評価機関コメント)		8) 人事管理制度が法人で確立しており、有資格者や実務経験者を優遇採用している。無資格者を含むステップアップのための資格取得支援制度があり、ほとんどの職員が有資格者となり上級資格を目指している。法人で集合研修制度があり、キャリアパスと連動している。 9) 個別の年間計画・階層別研修制度・プリセプター制度がある。職員がお互い学びあう仕組みとしては事例検討を通じた内部研修を実施している。 10) デイサービスでは実習生の受け入れ実績はないが、法人としてのマニュアルも整備されており、実習指導者部会において対応方法等、学びの機会がある。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		11) 有給休暇取得率等は事務で把握しており、安全衛生委員会で職員の負担軽減について検討や確認がされている。休憩時間や場所は確保されているが、マッサージチェアの利用など職員の負担軽減に対する工夫もされている。 12) 年1回のストレスチェック、産業医の巡回指導を実施し、法人厚生会やベネフィットを活用して福利厚生面の充実化を図っている。組織内会議だけでなく労働組合を通じて意見や要望をすることができる体制がある。休憩スペースの確保が難しいが、時間単位で休憩を含み多目的で利用できるように工夫されている。		
(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) 各部署で広報誌の活用や法人のホームページ・パンフレットを通じて事業所の情報提供をしている。久我の杜デイサービス独自の取組みとしてインスタグラムを活用し、利用者の作品など掲載している。施設に「つながり隊」という地域交流等を目的とした委員会を設置し、その活動を通して利用者への情報提供等を行っている。 14) 施設が主催する地域住民向けの「地域セミナー」を年1回開催している。地域の「健康福祉まつり」にも参加している。地域の通所介護事業所で構成する「かよいの会」が主体となり、小学生を対象とした認知症サポーター養成講座等も実施している。		

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
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) 法人のホームページや事業所パンフレット等にて情報提供を行い、事業所内掲示や広報誌を活用し、サービス内容等について分かり易く紹介している。また、見学や体験利用にも個別対応している。2020年が開設25周年ということで記念誌を発行されている。		

(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) 重要事項説明書にサービス内容や料金等を具体的に記載し、利用者や家族に説明を行い同意を得ている。成年後見人と契約している事例があり、必要に応じて併設する地域包括支援センターと連携を図っている。		
(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	A
(評価機関コメント)		17) 事業所独自のアセスメント様式「アセスメント・再アセスメント・モニタリングシート」を活用し、介護の内容ごとに現状や課題を明確に記録している。状態やニーズに変化があった場合は、多職種が連携し速やかに計画の見直しを行っている。 18) 居宅介護計画を基に通所介護計画を作成し、長期・短期目標を設定して具体的な対応・留意事項を明確にしている。サービス担当者会議には本人・家族等が参加され、通所介護計画に意向が反映されている。 19) 主治医及び専門職と意見交換を行い、情報や意見が通所介護計画に反映されている。主治医と適切に連携し「座位保持ベルト」を使用している事例があり、経過観察と再検討を継続しながら対応している。 20) 通所介護計画を見直す手順等はサービス利用に係るフローチャートに定め、定期的に多職種でモニタリングが行われている。状態変化があった場合は主治医等に意見照会し、通所介護計画を変更している。		
(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) 利用者の主治医や関係機関を確認し、個別の連絡カードを作成して連絡体制を整備している。退院時はカンファレンスに参加して情報収集し、薬情報やサマリーの内容を全職員で情報共有している。		
(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。	B	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	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。	A	A
(評価機関コメント)		22) 法人のケアマニュアルや事業所独自の「介護の基本チェックポイント」等を活用して、標準的なサービス実施方法について確認しているが、改訂できていないものがあった。また、利用者アンケートの分析等がマニュアルの見直しに反映される仕組みが確認できなかった。 23) 利用者のサービス提供状況等が適切に記録され、個人情報保護については法人の「個人情報取扱規程」で定め管理体制が確立している。毎月のデイ会議等で、個人情報保護の事例検討や研修を行っている。 24) 利用者の情報については、毎朝の申送り、毎月のデイ会議に加えパソコンによる法人の情報管理および共有化システムを活用して全職員が閲覧できる仕組みを整備して情報共有している。 25) 利用者家族等とは、送迎時、利用時の連絡帳、電話連絡等で情報交換に努めている。毎年、利用者家族を対象にサービスに関するアンケートを実施して結果を公表している。		

(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) 全部署共通の感染症マニュアルを策定し、感染症対策研修を毎年2回実施している。また、「新型コロナウイルス感染症における事業継続計画」を作成し、職員全員で感染症防止対策等について確認している。 27) 施設内の家具や間仕切りの配置を工夫して、備品等を整理整頓している。事業所内は支援職員が毎日清掃され、トイレ清掃は業務委託されて清潔が保たれている。また、空気清浄機、消臭器の利用や換気の徹底により臭気対策を行っている。		

(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。	B	B
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)		28) 事故および緊急時それぞれの対応マニュアルや緊急時のフローチャートが整備されており、また、ロールプレイを実施され、職員全員に対し実践的な訓練が実施されている。 29) 事故対応のマニュアルや記録は作成されているが、事例分析等からマニュアルの見直しまでは未実施のところが認められた。 30) 自然災害発生時のマニュアルは整備されており、ケアハウスと合同で防災訓練（2回／年、夜間と昼間）は実施されているが、周辺3学区連携（学区自治連合会）を想定した防災マニュアル作成・訓練等の実施には至っていない。		

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) コンプライアンスルールを作成し、人権尊重に対する職員の意識と理解の深掘りを図るため、研修や会議を実施されている。 32) 法人研修や施設内研修で、より身近なテーマを取上げ、検討された内容が職員に対して経験知として分かりやすく伝達されている。 33) 利用申込みを断られたケースはないが、利用者に適した施設紹介や情報提供など「通いの会」というデイサービス連合の連携活動の中で対応されている。		
(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) 利用者アンケートを実施（1回／年）しており、意見箱の設置だけでなく、苦情受付担当者を決めて対応している。朝礼や会議等で重要な事項は随時報告されている。 35) 苦情対応マニュアルを作成し、苦情内容に対し組織として業務改善に取り組まれている。また、法人で取り上げられた事項については公開されている。 36) 法人内に第三者委員を設定し、施設内に連絡先を掲示している。また重要事項説明書には関係する公的機関も記載されており、利用者だけでなく家族へも配慮されている。		

(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てている。	A	B
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) 利用者アンケート（1回／年）の内容を会議等で分析検討され、即時対応及び期間対応され、その結果を公表している。但し、対応後のサービス改善確認が実施されていない。 38) 毎月の運営会議でサービス向上について検討されており、事業計画への反映も実施されている。また、外部会議などに参加し、他事業所の情報収集も実践されている。 39) 自主点検（1回／年）のほか法人内の危機管理部による内部監査があり、施設長レベルで改善検討されている。前回の第三者評価が2014年であり、3年に1回の受診に至っていなかった。		