

様式 7

アドバイス・レポート

令和 5 年 3 月 1 5 日

令和 3 年 6 月 17 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスセンター 北山杉いこいの家 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 1) 理念の周知と実践</p> <p>法人基本理念と合わせ事業所理念を策定し、パンフレットやホームページにわかりやすく掲載しています。事業所内にも掲示し、利用者や来客者にも見えるようにしています。また、全職員が意識できるよう、職員会議や部門会議などで定期的に確認するとともにその理念を共有して実践につなげています。</p> <p>(通番 9) 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>法人の採用・教育部を中心に、研修制度要綱及び法人内部研修計画を整備して研修を実施しています。必要に応じ、採用教育部職員が、希望に応じて法人内各事業所に出張講義を行っています。事業所としては施設長自身が職員の研修受講状態を把握して、バランスよく研修が受けられるように配慮しています。また、月に一度、職員が企画するとともに受講者が講師となって学習会を行っています。法人においては、年に一度、複数の事業所が集まり業務実践発表会を行っています。</p> <p>(通番 25) 利用者の家族等との情報交換</p> <p>日常的には、送迎時に様子などを聞き、必要に応じて電話で連絡を取っています。連絡帳には日々の様子や一日の過ごし方を記入するとともに体調に変化があった場合は伝えるようにしています。</p> <p>様々な形で利用者・家族の希望を聞く機会を持ち、意向を尊重するよう努力されています。画一化されやすいレクリエーションにも、利用者・家族の意向が反映され、個々のし好や能力に合わせた柔軟な取り組みがなされています。誕生会やレクリエーションの時にはこまめに利用者の写真を撮り、家族に渡しています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>（通番13）地域への情報公開 地域の声をもとに設立された事業所であり、コロナ禍前は喫茶「いっぷく」を実施したり、岩戸落葉神社のライトアップや地域のお祭りにも参加されていました。一方で現在は、コロナ渦の影響もあり、地域の情報収集及びその掲示、広報誌は現在途絶えてしまっています。再開を期待します。</p> <p>（通番22）業務マニュアルの作成 介護・看護マニュアルが整備されています。また、マニュアル点検委員会により見直しはされていますが文章化されていないところもあり、見直し時期等の基準が明確に定められていませんでした。介護マニュアルやレクレーションマニュアルなどには写真を付けて活用しやすい内容にされることやマニュアルの一覧を作成し、その策定期間、見直の実施状況、改定期間等を見やすく整理されてはいかがでしょうか。</p> <p>（通番39）評価の実施と課題の明確化 定期的に第三者評価を受診し、支援の質の向上を目指しています。しかし、一定の基準に基づいた年1回以上の自己評価は実施されてませんでした。PDCAの仕組みについては構築されていますので評価する基準の作成を期待します。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人七野会は、1985年に認可を受け、翌年特別養護老人ホーム開設以来、地域のニーズに応える形で様々な事業をされています。</p> <p>今回の第三者評価受診の対象となった、地域密着型通所介護「北山杉いこいの家」は、北区の山間地域である小野地区、中川地区の高齢者の在宅生活を継続させるべく、地域住民の願いと協力のもと2015年に開設されました。地域の高齢化率が50%を超えたにも関わらず、介護事業所の参入がなかったことから、理念の冒頭にある「住み慣れた地域で尊厳をもって「その人らしく」暮らし続けることを支援します。」という思いに沿って事業展開がなされています。「北山杉いこいの家」という施設の名前も地域の方々に考えてもらうなど地域とともにある事業所です。</p> <p>周囲は大自然に囲まれており、誰もが気軽に集えて、のびのびと過ごせるデイサービスを目指されています。</p> <p>支援においては、リハビリ（他事業所の作業療法士と連携）や口腔機能向上サービスに力を入れており、筋力低下や認知機能低下を予防して地域で暮らし続けるため、脳トレや運動リハビリ、生活リハビリが行われています。ほかに、利用者の趣味の継続を目的として曜日ごとのプログラム（手芸や音楽、菜園等の取組み）季節行事等が一人ひとりの</p>

	<p>ペースに合わせて実施されています。また、通所介護事業だけでなく、一人暮らしの高齢者を支えるための配食事業も実施されていることや定休日の通所のフロアーを利用者して介護保険対象外の高齢者のためのサロン「いっぷく」や喫茶活動がコロナ禍の制限はありますが実施されました。</p> <p>職員のチームワークも良く、全員で利用者のことを常に考え、毎月職員自身が講師となって学習会を開催しています。今後もこれまでの取り組みでの経験を活かし、さらに利用者にとってより良い環境整備や介護サービスの提供を追究していただくことを期待します。</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。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670101209
事業所名	デイサービスセンター 北山杉いこいの家
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	介護予防型通所介護
訪問調査実施日	2021/11/12
評価機関名	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）及び事業所のスタッフ全員が、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)			<p>1)理念等は事業所内、パンフレット、ホームページ等に掲示している。職員への周知は、事業目標、計画骨子に記載している。半期ごとに進捗状況報告書にて周知を確認している。また、職員会議を月に一回行い理念、目標、行動指針、行動計画の確認を行っている。週に一度部門会議でも行っている。利用者と家族には、現在計画的にできていないため、今後は理念、年度の事業計画を広報誌等に明文化して伝達したいと考えている。コロナ渦以前は、ご家族と忌憚なく話せる気軽なお茶会のような機会を年に一回設けていた。</p> <p>2)組織的には、理事会、評議会、管理委員会がある。施設としては週に一回の部門会議が決定の場となる。法人の決定事項は管理委員会(月1回)となる。中長期計画については、理事会(月1回)で決定している。今年から施設単位でSWOT分析とBSCを取り入れている。それらをまとめて管理委員会及び理事会で報告している。現場の声を管理委員会で吟味し反映していく仕組みをさらに作り上げていく予定である。組織図及び各役職の役割、職責、必要資格等を明文化したものととして介護職員のキャリアパスが整備されている。</p>		
(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共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)			<p>3)計画骨子に短期計画、BSCシートに中期計画を記載している。職員会議にて職員に周知している。前述のSWOT分析時に年度の振り返り、時期への目標設定等を行い、中間期に実績を確認している。法人の管理委員会で方針の決定を行っている。今後は目標を数値化するなどして、具体的な実績が分かるようにすると良いのでは。</p> <p>4)施設が小規模であるため、一日にいる職員は各部門に1人である。週一回の部門会議が、各職域の課題設定の場となっている。会議予定表、学習会年間予定表に基づいて進められている。日に一度、日誌報告を行っている。利用者の状態は、毎日の夕方のミーティングで申し送り、対応策を話し合っている。ほぼ同じ職員が毎日顔を合わせているので、毎日の会議で情報共有を行っている。事業計画にかかわるような事柄は、職員からの要望を受けて必要に応じて話し合いを行っている。</p>		

(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	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。	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、いつでもスタッフ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)		<p>5)月に一回の管理委員会で各法規の情報を得ている。日常は、法人の理事とメール等で伝達をしている。その他、法令の改正時には適宜会議を行っている。集団指導にも参加している。職員への周知は、部門会議や日常のミーティングで行っている。また、法人の会報(月刊)にある総務瓦版などを回覧して必要な情報を伝達している。法人全体に加え、施設単位でも職員研修を行っている。中途採用者への研修も行われている。内容は権利擁護、身体的拘束等の基本的なものに加え、その他必要なものも行っている。しかし、運営に関して必要な法令のリスト化はされていない。(法人全体ではある可能性がある。)</p> <p>6)キャリアパスにて職員の役割を明確化している。施設長が管理委員会に出席している。職員が意見を言いやすい環境を整え、日々職員との意見交換が忌憚なく行えるようにしている。職員の経験に応じて職員自身の経験や目標を設定する機会を設け、年に2回それに基づいた職員との会議を行う。しかし、管理者が職員から信頼を得ているかどうかを確認するシステムは確立されていない。</p> <p>7)施設長が常時携帯電話を所持し連絡が取れる体制にある。業務日誌は日常的に管理し、施設長と情報を共有している。有事の対応は、施設長が物理的に対応できない場合も施設職員及び法人の職員が対応できる体制がある。連絡網が施設内に掲示されており、いつでも見られるようになっている。災害時はグループラインにて災害状況を確認し、速やかに判断、対応している。</p>		

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。	B	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)		<p>8)採用は法人一括採用となっている。(非常勤は施設単位での採用。)1~3年目研修を行っている。中途採用職員の研修もある。研修制度要綱に内容、スケジュールが記載されている。法人の採用教育部があり人材確保求人、施設見学の受け入れ、採用人数の決定等を行っている。ホームページを工夫して若い層の人材確保に努めている。介護福祉士、ケアマネジャーの資格取得補助がある。</p> <p>9)研修制度要綱により研修を実施している。採用教育部職員が、希望に応じて法人内各事業所に出張講義を行っている。コロナ禍前は感染症などの各種学習会を定期的に行っていた。施設としては研修費用の補助、受講日の勤務調整を行っている。施設長自身が職員の研修受講状態を把握して、バランスよく研修が受けられるように配慮している。受講者は、研修報告書を提出、受講者本人による学習会などで施設内の情報共有を行っている。また、月に一度職員が企画して施設内で学習会を行っている。年に一度、複数の事業所が集まり業務実践発表会を行っている。</p> <p>10)法人で受け入れを行っているが、施設単体として1日実習を受け入れた例がない。見学は随時行っている。実習受入マニュアルを作成している。</p>		

(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。	B	A
ストレス管理	12	スタッフ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。	A	A
(評価機関コメント)		11) 管理者が日常的な勤怠管理を行っている。有給日数等は法人全体で管理し、取得休日が不足している場合は法人総務部より取得を促す通知が来る仕組みがある。朝のミーティングで職員間の調整を行い、お互いに負担を補うようにしている。育休等も取得が可能であり、男性の育休も実績がある。リクライニング式の車いす等を用意している。腰痛など職員の体の状態に応じて介護の内容を調整している。 12) 法人として、メンタルヘルスへの相談など対応する仕組みがある。福利厚生は共済会に加入している。休憩スペースは施設内に設けるのはスペース上、困難であるが、外に出るなど気分転換の方法はとられている。ハラスメントに対しては、ハラスメント防止規定を作成し対応している。		
(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	B
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) 利用者や地域住民への開示は行われている。コロナ禍前は地域行事のために駐車場は施設のトイレの開放を行っていた。一方で広報誌は現在途絶えてしまっている。今後再開する予定である。コロナ禍のため地域の情報収集及びその掲示は行っていない。 14) 利用者の中で希望される方には、夕食用の持ち帰り弁当として購入してもらっている。コロナ禍前はサロンを開催していた。		

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)		事業所情報については、ホームページ、法人パンフレットを活用して提供している。施設の運営状況が変わってきたため、実態に合わせた改訂版を作成中。見学依頼も検温、消毒を行い対応し、その後希望者には体験入居を実施している。相談記録を保管している。		
(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、利用者にわ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)		サービス内容、料金等は重要事項説明書に明示し契約時に利用者に説明している。その中に料金等の記載、保険外のサービスの記載がある。現在成年後見を使用している利用者はいない。家庭内でトラブルの気配が感じられる場合等はケアマネージャーを通じて対応している。		

(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	定期的又は必要に応じて、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)		<p>17)パソコンソフト「ほのぼの」の書式を活用してアセスメントを実施し記録している。居宅サービス計画変更時もしくは変更が無くても年1回は実施している。介護士・看護師・作業療法士との連携で状態把握を行っている。</p> <p>18)個別援助計画の作成にあたっては、本人の参加によるサービス担当者会議を開催している。また、家族の意向は初回面談時は口頭で、その後は連絡帳や電話でその都度希望を聞き、尊重している。</p> <p>19)医師との連携についてはケアマネージャーを通じて行っている。そのほか作業療法士と連携して施設の看護師がリハビリを行っている。口腔ケアも状況に応じて歯科医師の協力を得て行っている。身体介護、リハビリについては連携事業所の作業療法士の意見を聞いている。</p> <p>20)毎月のモニタリング会議において詳細に報告し計画見直しを行っている。また、利用者の日々の状態を観察しながらケアマネージャーらと協力して、状況の変化に対応している。</p>		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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>医師とケアマネージャーを通じて連携している。入退院時にはサマリーを入手し連携をはかっている。個人のファイルに必要な関係機関のリストを掲載している。地域包括支援センターと連携し、半年に一度運営推進会議を行い、意見交換を行っている。</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、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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>22)介護・看護マニュアルが整備されている。マニュアル点検委員会により見直しはされているが文章化されていないところもあり、見直し時期等の基準が定められていない。（今後はさらに実態に即したものに順次改訂予定。また委員会を設けて年に1度の見直しを定着させて対応していく。）</p> <p>23)記録の保管・保存・持ち出し・廃棄については「個人情報取扱条項」で規定しており、職員研修が実施されている。保管は鍵付きのロッカーにて行っている。5年間の保存期間を経て廃棄している。個人情報の保存マニュアルに基づき運営されている。計画に基づく利用者記録が作成されている。</p> <p>24)ケース記録を作成して、各職員と朝、夕のミーティング及び部門会議にて共有している。休みの職員へはメモで伝達している。</p> <p>25)送迎時に様子などを聞き、必要に応じて電話で連絡を取っている。連絡帳には日々の様子や一日の過ごし方を記入している。特に体調に変化があった場合は伝えるようにしている。誕生会やレクリエーションの時に利用者の写真を撮り、家族に渡している。</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等の作成により、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) 発生時の対応、防止対策など感染症防止マニュアルを作成して対応している。新型コロナウイルス対応は感染対策委員会を設置して対応している。迎え時に体調確認し、状況により自宅静養や受診を勧めている。 27) 利用者が使用するスペースは職員が毎日清掃を行っている。整理整頓がされている。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
(評価機関コメント)		28) 緊急時・事故対応マニュアルが整備されている。事象ごとのマニュアルちなっている。AEDにかかると研修を受講して伝達研修を行っている。指揮命令系統が明確になっている。管理者緊急連絡及び連絡網を作成している。 29) 出来事報告・気づき報告を、「事故・ヒヤリハット報告書」として使用している。閲覧できるようにしている。 30) ハザードマップで把握するとともに非常災害対策計画、各事象(台風・土砂など)を作成している。火災・災害の際の想定訓練を実施している。(コロナ渦で騎乗訓練) 停電時に地域と連携して住民への訪問活動を行っている。備蓄(カセットコンロ、食料)にかかる確保もしている。BCP計画も整備している。		

大項目	中項目	小項目	通番	連携を	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) 理念そのものが利用者尊重の内容となっており、基づいたサービス提供を行っている。法人、事業所でもテーマを設けて権利擁護研修を行っている。(身体拘束ゼロの手引きを閲覧できるようにしている。) 32) 入浴時においては原則同性介助として同性でもパーテーションを使用しているなど常に意識をもってサービス提供している。プライバシー保護については学習会においてテーマとして研修を実施している。ミーティングでも確認をしている。 33) 利用申し込みは基本的にすべて受け付けている。体験利用の制度を設けている。在宅で医療ケアをしている場合や遠方であっても受け入れている。ケアマネには機械浴はないことを伝えるようにしている。			
(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	
			34) 家族などから意見を吸い上げる仕組みについては、送迎時の機会や連絡帳を活用したり、メールでやりとりをしている。上がったものは朝夕のミーティングで共有している。アンケートを年1回開催している。支援の中で移行などを聞き取るようにしている。玄関前に意見箱を設置している。 35) 苦情解決の仕組みを整備している。七野会報に掲載して家族等にも配布している。重要事項説明書に苦情受付担当者や窓口を明記し、入居時に伝えるようにしている。第三者委員を外部委員として委任している。 36) 第三者委員、介護保険機関、運営適正化委員会などを重要事項説明書に掲載されている。玄関に苦情受付窓口を掲示している。しかし、外部の人材の受け入れを行っていない。			
	利用者満足度の向上の取り組み	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スタッフ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	
			37) 年1回ニーズ調査・満足度アンケートを実施している。アンケート結果は施設内に掲示している。アンケート内容を確認し、すぐに対応が必要な事案に関しては対応をしている。 38) 職員会議(月1回)の会議を開催して、サービスの質の向上につなげている。各部門会議(毎週)で研修や企画などを行い、質の向上に努めている。法人内のデイサービスセンター同種部会にて情報共有している。コロナ禍以前は原谷圏域会議、区事業者連絡協議会等に参加して情報収集を行っている。 39) 第三者評価は定期的に受診している。しかし、一定の基準に基づいた自己評価は実施されていない。			