

## アドバイス・レポート

平成 27 年 1 月 5 日

平成 27 年 8 月 10 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた NPO 法人コリアン生活センター エルファ デイサービスハナマダン東九条 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><b>(通番 1) 理念の周知と実践</b> 法人理念が掲示され、法人理念に基づく事業所理念が定められています。理念等が明記された「職員ハンドブック」を全職員に配布し、通所会議等の場で毎年確認しています。利用者や家族には契約時に重要事項説明書を使って説明しています。</p> <p><b>(通番 9) 継続的な研修・OJTの実施</b> キャリアパスに沿った研修計画が整備され、管理者、相談員、新人、非正規雇用等に分けて、階層別キャリアアップ研修を実施していました。また、法人内部で定期的に勉強会も実施しています。</p> <p><b>(通番 13・14) 地域との交流</b> ホームページやブログの更新、広報紙「エルファ通信」等の配布を通じて、事業所の状況を地域に発信しています。「エルファ友の会」の組織化や、「エルファまつり」の開催を通じて、法人全体の取り組みを地域に公開しています。南区認知症サポート窓口の担当や、地域住民対象に手話講座の開催を行っています。利用者へのニーズ調査を実施した結果をまとめて、学会の学術報告会で発表しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><b>(通番 3 事業計画等の策定)</b> 法人の社会的役割や新たな事業展開を検討するため、「居住支援」「在日二世実態調査」「新たなサービス導入」等のテーマ別に研究チームを設置して検討を行っています。毎年の事業計画は策定されていますが、中・長期計画は明文化されていませんでした。</p> <p><b>(通番 23 サービス提供に係る記録と情報の保護)</b> 利用者一人ひとりの記録を整備し、通所介護計画に沿ってサービス提供状況を記録しています。個人情報の取り扱いについての職員研修は実施されていますが、記録の持ち出しや廃棄等に関する規程は確認出来ませんでした。</p> <p><b>(通番 39 評価の実施と課題の明確化)</b> 第三者評価を行う担当者等を設置し、サービス内容についての課題を明確にしています。しかし、年1回の自己評価（自主点検を除く）が実施出来ていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>「NPO法人京都コリアン生活センター エルフア」は、在日コリアン高齢者をはじめとする外国籍住民と地域住民のための介護事業、障害福祉サービス、地域生活支援事業、多文化共生事業等に取り組む法人として2001年に認証されました。法人内には高齢者を対象にした4カ所の通所介護事業所があり、「デイサービスハナマダン東九条」は、京都駅の南側に位置する定員25名の事業所で、在日コリアンの方々だけでなく、地域の日本人の方々も利用されています。事業所には、訪問介護事業所や相談支援事業所、障害者就労支援B型事業所等の他に、地域の方々が自由に飲食出来るカフェが併設されており、様々な国籍の高齢者・障害者・地域住民を支援できる環境が準備されています。</p> <p>法人設立15周年を迎え、テーマ別の研究チームを設置して法人の社会的役割や新たな事業展開を検討している姿勢、ニーズ調査を実施して在日朝鮮人医学協会の学術報告会で発表する取り組み、地域とのネットワークづくりへの取り組みは、大変素晴らしく敬服いたしました。また、継続的な研修の実施として、定期的な学習会の開催だけでなく、階層別キャリアアップ研修も実施される等、人材育成にも力を注いでおられました。</p> <p>一方で、中・長期計画の策定や業務マニュアルの見直し、事故や緊急時の対応、自己評価の実施等には課題が感じられました。</p> <p>今後も事務局長を中心とした職員間で意見交換しながら、利用者にとってのより良い環境整備や介護サービスの提供を追及して頂きたいと思います。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 管理者は法令に関する研修会に参加して法令等の情報を得ていましたが、関係法令のリスト化は出来ていませんでした。法人内での管理者責任者会議等の中で、必要な関係法令を確認し、リスト化されては如何でしょうか。</li> <li>・ 多くの見学者や体験実習生を受け入れていましたが、実習指導者に対する研修が出来ていませんでした。実務経験の長い有資格職員を、外部の指導者養成研修等に参加させては如何でしょうか。</li> <li>・ 業務マニュアルの見直し基準が定められておらず、マニュアルの見直しが不十分でした。職員間で定期的にマニュアルの内容を確認し、定期的な見直しを行うことにより、職員への浸透が図られると考えます。</li> <li>・ 事故や緊急時対応マニュアルは整備されていますが、事故対応等の実践的な訓練は実施されていませんでした。また、事故報告書等で出された対策案をマニュアルの見直しに反映出来ていませんでした。今後は、勉強会での実践的な事故対応訓練の実施や、過去の事故やヒアリハットでの対策案を業務マニュアルの中に反映される等の取り組みをされては如何でしょうか。</li> </ul>
------------------	--

※ 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	2670500251
事業所名	デイサービス ハナマダン東九条
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護(予防通所介護)
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	訪問介護
訪問調査実施日	平成27年8月21日
評価機関名	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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
		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)「たすけあい、ささえあい、共に生きる」という法人理念が掲示されている。法人理念に基づき事業所理念(「その人らしく生き生きと」)も定めている。法人理念等が明記されている「職員ハンドブック」を全職員に配布すると共に、通所会議等の場で毎年確認している。利用者や家族には契約時に重要事項説明書を使って説明している。</p> <p>2)毎月実施される各通所会議、管理責任者会議、事務局会議と、定期的に行われる理事会の中で、現場の意見を吸い上げながら体系的に意思決定が行われている。</p>		
<b>(2)計画の策定</b>						
		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。	B	B
		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)法人の社会的役割や新たな事業展開を検討するめ、「居住支援」「在日二世実態調査」「訪問介護」「新たなサービス導入」等のテーマ別に研究チームを設置して検討を行っている。毎年の事業計画は策定されているが、中・長期計画は明文化されていない。</p> <p>4)通所会議の中で振り返りを行って前年度の課題を確認し、次年度の計画に反映させている。法人内の各事業所が集まって計画発表会を実施し、全職員で事業計画を確認すると共に、通所会議や管理責任者会議等を通じて定期的に確認が行われている。</p>		
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
		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。	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)管理者や現場職員が事業所連絡会や法令に関する研修会に参加して法令等の情報を得ている。関係法令のリスト化は出来ていない。</p> <p>6)職務権限規程が作成され、管理者等の役割と責任を明確にしている。定期的に職員面談を実施し、職員の意見を聞いている。</p> <p>7)緊急時対応マニュアルが整備されており、組織体系図において責任体制が明確にされている。管理者は常に現場で指示出来る体制にあり、施設不在時の時でも携帯電話で指示出来るようにしている。</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
<b>Ⅱ 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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)法人作成の「職員ハンドブック」に求める人材像が明記され、就職フェア等での求人の際にも説明している。資格取得のための勉強会参加への支援や勤務の配慮等が実施されている。 9)キャリアパスに沿った研修計画が整備されている。管理者、相談員、新人、非正規雇用等に分けて、階層別キャリアアップ研修を実施している。法人内で定期的に勉強会を実施している。 10)他府県や海外からの見学者や、看護学校生、大学生等の体験実習を数多く受入れている。実習指導者への研修は実施出来ていない。		
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	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)職員の個別面談を実施し、就業に関する意向を把握している。職員の意見を聞き、デイサービスのフロアを2階から1階に移動して、職員の移動負担を軽減している。 12)協力病院の精神科への相談体制が確保されている。法人全体での年2回の食事会の実施や事業所ごとの忘年会費用の補助等、職員同士の交流が出来るよう支援している。労働環境に配慮するとともに、働く場所とは別に2カ所の休憩室が用意されている。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		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)ホームページやブログの更新、年に3回発行する広報紙「エルファ通信」等の地域や関係機関への配布を通じて、事業所の状況を発信している。エルファ友の会を組織したり、エルファまつりを開催する中で、法人全体の取り組みを地域に公開している。 14)南区の介護保険サービス事業所連絡会や東九条地域の福祉ネットワーク等で講師を担当している。南区の認知症サポート窓口を担当したり、地域住民対象に手話講座を開催している。利用者に対してのニーズ調査を実施した結果を、学会の学術報告会で発表している。		

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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)ホームページやパンフレット、広報誌「エルファ通信」を通じて、必要な事業所情報を提供している。見学や相談、お試し利用等に対応している。		
		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)重要事項説明書に利用料金を明示し、利用者・家族に説明し同意を得ている。日本語の文字が読めない利用者には、読み上げる等して説明している。必要に応じて、介護支援専門員と連携して成年後見制度等の活用をアドバイスしている。		

(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) 所定のアセスメント様式を活用し、アセスメントを実施している。介護認定更新時や状態に変化があった時には、再アセスメントを実施している。</p> <p>18) 居宅介護支援計画書に基づき、個別援助計画書を作成している。サービス担当者会議に参加し、利用者・家族の希望を聞き取っている。</p> <p>19) 必要に応じて、主治医からの情報提供書や退院時の看護サマリーを入手し、利用者の支援に活用している。訪問看護師や介護支援専門員等の多職種が参加するサービス担当者会議に参加し、その意見も踏まえた個別援助計画を策定している。</p> <p>20) 3ヶ月に1回モニタリングを実施している。介護認定更新時や状態の変化に応じて、他職種の意見も参考にしながら個別援助計画を見直している。</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)		21) 家族や介護支援専門員を通じて看護サマリー等を入手して情報を得ている。必要に応じて、区役所の生活保護課等の関係機関と連携している。		
(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、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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>22) 入浴介助、排泄介助、法令遵守、緊急時対応等のマニュアルが作成され、通所会議の中で見直しを行っている。しかし、マニュアルの見直し基準が定められていない。</p> <p>23) 利用者一人ひとりの記録を整備し、通所介護計画に沿ってサービス提供状況を記録している。個人情報の取り扱いについての職員研修は実施されているが、記録の持ち出しや廃棄等に関する規程は確認出来なかった。</p> <p>24) 毎日、朝・夕の申し送りを行い情報交換している。業務日誌に記載されて申し送り事項を職員が閲覧し、情報共有を図っている。毎月の通所介護の中でケアカンファレンスを開催し、情報共有している。</p> <p>25) 送迎時の会話や連絡帳を通じて、家族と情報交換している。必要時の訪問や担当者会議等を通じて情報交換を行っている。</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、スタッフ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。	B	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>26) 感染症についてのマニュアルを作成し、最新情報の入手に努め、マニュアル見直しも実施している。ノロウイルス対策の備品を常備し、二次感染を防ぐ対策を講じている。感染防止のための勉強会を開催している。</p> <p>27) 毎日職員で分担して清掃しており、事業所内は清潔に保たれている。消臭剤の散布や喚起等で臭気対策を実施している。</p>		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
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	B
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)緊急連絡網や事故対応、緊急時対応マニュアルを整備している。事故対応等の実践的な訓練は実施されていない。 29)事故報告書やヒヤリハット記録を作成し、通所会議等で振り返りや検証を行っているが、マニュアル等の見直しには反映されていない。 30)災害時対応マニュアルを整備し、福祉避難所として京都市と協定を締結している。災害時の指揮命令系統も明確になっており、毎年定期的に消防訓練を実施している。		

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

#### 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)利用者の人権尊重を、理念や運営方針で明確にしている。高齢者の虐待に関する学習会を実施している。身体拘束排除マニュアルを整備している。 32)プライバシー保護マニュアルが作成されており、各種介護マニュアルの中でも羞恥心への配慮についての内容を記載している。職員への勉強会を実施し、プライバシーの保護について周知している。 33)新規申し込みについては原則断らないようにし、全ての利用希望者を引き受けている。利用希望日もできるだけ希望に沿うようにしている。				
(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。	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)		34)デイ職員だけでなく、他部署の職員も利用者に積極的に話しかけて、意見や要望等を聞き出すよう心掛けている。送迎時や連絡帳等で家族の意見や要望を聞いている。利用者への個別面談や利用者懇談会は実施出来ていない。 35)利用者の意見や苦情については、日々のミーティングや通所会議で職員に周知している。管理者会議で報告・相談し対応している。意見や苦情の内容及び改善状況等を全利用者に1週間程度かけて説明している。 36)重要事項説明書に公的機関の窓口を記載し、契約の際に説明している。施設内に介護相談員等の外部人材を受け入れ出来ていない。				
(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。	B	B		
(評価機関コメント)		37)食事に関するアンケート調査を行い、メニューを改善している。定例行事について、利用者の満足度を把握して改善に努めている。 38)管理者・生活相談員・事務局職員が参加するチームリーダー会議の中で、サービス向上について話し合っている。東九条地域のネットワーク会議や在日コリアン高齢者支援ネットワーク・ハナ等に参加し、他の事業所と情報交換している。 39)第三者評価を行う担当者等を設置し、概ね3年に1回の評価を受診している。サービス内容についての課題を明確に、次年度の事業計画に反映している。年1回以上の自主点検以外の自己評価が実施出来ていない。				