

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 28 年 8 月 30 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

平成 28 年 8 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたリハビリデイサービス nagomi 京都北大路店様につきましては、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>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>・施設長を含め全ての職員が相互に評価をする取り組みを行っておられました。職員へのヒアリングの中でも、マネージャーや施設長と職員とのコミュニケーションが十分に取れていることが確認できました。それにより、経営理念やマネージャー、施設長の方針が浸透しており、職員全体が同じ目標に沿った質の高いサービスの提供ができていました。</p> <p><b>2. プライバシー等の保護</b></p> <p>・「倫理マニュアル」を作成し、プライバシーや尊厳に関する研修を職種別等級別研修の中にも位置づけ、その計画に沿って実施されていました。相談室も仕切られた空間で、プライバシーが確保されていました。</p> <p>そのことにより、どの職員からも尊厳が守られているという安心につながり、それが事業所全体の温かみのある雰囲気につながっていました。</p> <p><b>3. その他</b></p> <p>・nagomi グループの統一マニュアルにより、書類（アセスメント・モニタリング・評価等）が整備され、記録しやすく必要な事項が記載できるように工夫された様式となっていました。また、施設内においても、備品の配置に至るまで統一マニュアルにより定められており、どの職員でも安全かつ機能的に業務ができるように整理・整頓されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1. 全体として</b></p> <p>・今回の訪問調査では、特に事業運営に関する会議録や研修報告書、事業計画を確認することができませんでした。</p> <p><b>2. 法令遵守の取り組み</b></p> <p>・「倫理マニュアル」は作成されていますが、法令遵守に関する研修会の記録</p>

	<p>がなく、職員への周知理解を促す取り組みは確認できませんでした。法令集の資料についても、職員がいつでも閲覧できるような仕組みがありませんでした。</p> <p><b>3. 計画の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画は作成されておらず、事業所としての課題の明確化、評価等はされていませんでした。</li> </ul>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 全体として</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・会議録や研修報告書などの記録は、単に実施した事実を残すという意味だけではなく、共通認識することで知識や情報の平準化が図れたり、積み重ねることで、計画に沿った事業展開ができてきているかの確認に生かすことができます。まずは会議録等の様式を作成したうえで、運営に関わる記録の意義（必要性や重要性、作成の目的など）を全職員に周知するように勉強会等を実施されてはいかがでしょうか。</li> </ul> <p><b>2. 法令遵守の取り組み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・業務上関係する法令は、一労働者であっても正しく理解できるように、すぐに確認できるような仕組みが求められます。「倫理マニュアル」に業務上関係する法令のリストを作成するとともに、書籍やインターネット等を活用した閲覧できる仕組みを検討されてはいかがでしょうか。</li> </ul> <p>また、事業運営に関係する法令について年間の研修計画に定めるなど、職員が何に基づいて事業を行っているかの理解を促すように取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3. 計画の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所としての計画や目標を定めることで、その目標達成のために何をすべきかが見えてきます。また目指すべき方向性の進捗状況を確認することで、事業所の強みや課題が浮き上がってくるといった効果が期待できるほか、職員視点からも事業所としての方向性を理解することができ、単年度～長期的に職員個々が果たすべき役割を確認し、各自の業務レベルに落とし込んでいくことが期待できます。是非、事業所として単年度～長期的な計画を作成し、PDCAサイクル（計画・実行・評価・改善）の仕組みを取り入れられてはいかがでしょうか。</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)

※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	2670101043
事業所名	リハビリデイサービスnagomi 京都北大路店
受診メインサービス (1種類のみ)	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)	地域密着型通所介護
訪問調査実施日	平成28年8月18日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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	B
	(評価機関コメント)			1・nagomiグループの理念や運営方針が事業所玄関に掲示され、ホームページ、パンフレットにも明示されており、朝礼時に理念を唱和されていました。また、サービス記録や介護計画書から、理念に基づいたサービス提供をしていることを確認しました。 2・役割責任については職種（施設長・相談員・看護師・介護職員）に応じて明確にされていました。また、定期的に施設長会議や全体ミーティングを開催されましたが、議事録がなく、組織としての意思決定の仕組みを確認できませんでした。		
<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。	A	C
	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	B
	(評価機関コメント)			3・事業計画は作成されておらず、事業所としての課題の明確化、評価はされていませんでした。 4・職種ごとに毎月目標（アクションプラン）をたてていましたが、事業所として組織としての計画がなく、評価、見直しも行われていませんでした。		
<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。	B	C
	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	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)	<p>5・「倫理マニュアル」は作成されていましたが、法令遵守に関する研修会の記録がなく、職員への周知理解を促す取り組みは確認できませんでした。法令のリスト化もされておらず、法令集の資料についても、職員がいつでも閲覧できるような仕組みがありませんでした。</p> <p>6・各職種や施設長の役割などは明文化されていました。施設長を含め全ての職員が相互評価（5段階）する取り組みを行っていました。職員へのヒアリングの中で、マネージャーや施設長と職員とのコミュニケーションが十分とれていることが確認できました。</p> <p>7・マネージャーや施設長と常に連絡が取れるように緊急連絡網が作成されていました。また、マネージャーや施設長は、事業所からの報告書や電話でタイムリーに実施状況や利用者の状況を把握できる仕組みがありました。</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。	B	B
		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	B
		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	C
		(評価機関コメント)		<p>8・職員採用基準を明文化されていませんでした。看護師以外は正職員採用となり、採用後の資格取得支援として、研修を受講しやすいように本部から人員を応援する勤務上の配慮や研修受講費の助成などに取り組みされていました。</p> <p>9・採用後、研修(導入・インストラクター・相談員など)、nagomiグループで段階的に研修体系を確立されていましたが、実施記録がありませんでした。</p> <p>10・実習受け入れに関する基本姿勢やマニュアルは明文化はされておらず、実習指導者はいましたが、事業所として実習指導者に対する研修は実施されていませんでした。</p>		
<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、職員の労働環境に配慮している。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>11・日常業務は、職員間で仕事量が偏らない様に業務を分け合いながら事業運営をされていました。有給休暇が希望に応じて取れる体制であり、育児休暇、介護休暇等についても就業規則に明確に定められていましたが、職員の負担軽減につながるような労働環境の工夫はありませんでした。</p> <p>12・年間規定の公休に加えて、今年4月からは勤続年数に応じてリフレッシュ休暇制度が別途付与されていました。ハラスメント防止について就業規則にて明示していましたが、職員のメンタルヘルスも含め、外部の相談機関があることの周知がされていませんでした。</p>		
<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。	B	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。	B	B

	(評価機関コメント)	13・nagomiグループのホームページからグループの理念や事業所概要など情報を公開されていましたが、情報の公表制度については登録も更新もされていませんでした。 14・地域包括支援センターからの依頼を受け、学区内の地域住民向けに年1回体操教室を開催されており、事業所の機能を地域に還元する取り組みをされていましたが、事業所側から地域のニーズは把握されていませんでした。
--	------------	---

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
<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・nagomiグループのホームページやパンフレットにて、写真や表・データ等を用いて具体的なサービス利用をイメージしやすい情報提供をされていました。事業所独自にパンフレットに料金表を添付されていました。また、事業所玄関内の壁面に、事業所概要などが掲示されていました。利用者からの問い合わせや見学や体験の希望は、施設長が随時対応し、利用につながっていることを記録から確認しました。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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。	B	B	
	(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が具体的に記載されていました。現在、成年後見制度等を活用している事例がなく、自ら勤める仕組みもありませんでした。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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・nagomiグループで統一された共通のアセスメント様式を基に、利用者の状態を把握し、ニーズや課題の抽出・記録ができ、見やすく整理されていました。 18・アセスメントでは、利用者及び家族の希望を把握し、実現するための目標が記載され、達成度がわかるように評価されている事が個別ケース毎に確認できました。 19・サービス担当者会議で関係事業所による合議で居宅介護計画が作成され、それに基づいた実施計画書が作成されていることを確認しました。 20・計画書の見直し時期や変更の時期などは、nagomiグループのマニュアルに細かく記されており、それに基づいて見直しが行われていました。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		21・リハビリに特化したサービス提供を行っている特性があり、利用者の状況変化や希望などがあった場合には、地域包括支援センターや介護支援専門員に記録を提供するなど、常に細かなことも相談し連携を図られていましたが、関係機関のリストや資料の作成はありませんでした。			
<b>(5) サービスの提供</b>						
	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	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	B
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>22・業務マニュアルは、nagomiグループで統一されており、正職員で勤務するためには、このマニュアルの理解ができていないことが条件となるなど、業務の標準化が徹底されていませんでした。しかし、見直しを行う時期に基準はなく、見直した年月の表示を確認することはできませんでした。</p> <p>23・利用者の状態やサービス提供状況等は簡潔に記録されていました。企業秘密保持規程として秘密情報の禁止事項及び義務について記載がありましたが、利用者個人情報の保管方法や記録の種類による保存期間、持ち出し、廃棄に関する規程はありませんでした。</p> <p>24・利用者の状況に関する情報の共有や申し送り・引き継ぎ等を日々の朝礼・終礼時に実施されていましたが、確実な情報確認の仕組みがありませんでした。</p> <p>25・利用者の家族との情報交換は連絡帳を用いたり、求めがあれば実施記録のコピーを家族に渡すほか、送迎時に利用時の様子を伝えるなどコミュニケーションを図られていました。</p>		

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。	B	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>26・nagomiグループ本部から感染症予防の最新データがリアルタイムで届く仕組みがあり、事業所内研修等も実施記録がありましたが、参加者名簿がありませんでした。</p> <p>27・施設内は、nagomiグループのマニュアルに基づき安全に配慮され、物品の整理・整頓も徹底されており、機能的で衛生的な状態に保たれていました。また、職員が定期的な清掃を実施し、点検表を作成して実施を確認されていました。</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。	B	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)		<p>28・事故や緊急時における対応を定めたマニュアルがあり、年間計画において研修が実施されていました。</p> <p>29・事故等に係る報告書は、nagomiグループで集約され、分析とともに本部からのアドバイスが加えられ、全体で事例を共有できる仕組みがありました。</p> <p>30・災害時等におけるマニュアルを設置され、半年ごとに消防避難訓練を実施をされていましたが、地域との連携を意識した仕組みや訓練は実施されていませんでした。</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>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	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。	B	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>31・年1回、利用者の尊厳や身体拘束の禁止、虐待防止について、キャリアパス研修として計画に沿って研修が行われており、日々の朝礼終礼でもケアを振り返っていました。また、利用者への聞き取りからも、職員の丁寧なかかわりを評価する言葉が聞かれました。</p> <p>32・プライバシー保護について「倫理マニュアル」を作成し、職種別等級別研修の中にも位置づけられ、その計画に沿って実施されていました。相談室も仕切られた空間で、プライバシーが確保されていました。</p> <p>33・利用者の身体機能（介護状態）で、サービス利用が難しいと利用希望者側から断られることはありますが、原則的に事業所側から断わっておられませんでした。サービス利用が難しい場合に、介護支援専門員へ結果の報告のみ行なっていました。</p>			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	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。	B	B	
	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)		<p>34・利用者全員と個別面談で希望を聞きとっておられました。しかし、その記録については残しておられないため、質の改善に活用できているかの確認ができませんでした。</p> <p>35・苦情対応マニュアルが定められており、組織として対処する仕組みがありました。それをnagomiグループで周知し、施設の対応に対する本部職員による指導もされていましたが、公開されてはいませんでした。</p> <p>36・公的機関の相談窓口は重要事項説明書に記載されており、事業所玄関にも掲示されていました。しかし、第三者の苦情相談窓口が定めておられませんでした。</p>			
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
	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。	B	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	B	
	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)		<p>37・年1回満足度調査を行っており、把握した結果を施設長会議で取り上げていますが、議事録がなく、調査前後の分析から改善計画まではされていませんでした。</p> <p>38・職員が集まる全体ミーティングでサービス向上についての話し合いがされていましたが、議事録に参加者名や記録者などの記載がないため、全員が参加したことが確認できませんでした。</p> <p>39・4つの事業所を統括するマネージャーが事業所の担当者と施設評価を実施しておられましたが、その結果課題が分析されず、次年度の事業計画に反映させる仕組みがありませんでした。</p>			