

アドバイス・レポート

令和 5 年 3 月 1 5 日

令和 3 年 9 月 2 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた NPO 法人京都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。

<p>記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 「ささえあい、共に生きる」という法人理念がホームページ、事業所内、施設入り口に掲示されています。また、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新人研修や事業計画発表会の場でも毎年確認をしています。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。周知をするだけでなく理念の具体化として実践に反映されていることが確認できました。</p> <p>(通番 13・14) 地域との交流 ホームページ更新、年に 2～3 回発行する広報紙「エルファ通信」(2000部)等の地域や関係機関(地域包括など)への配布を通じて、事業所の状況を地域に発信しています。カフェや入り口にある掲示板に地域情報を掲示しています。地域との交流として、エルファまつり、えるふあ市、オレンジカフェ、手話カフェを開催する中で、法人全体の取り組みを地域に公開しています。また、地域貢献の取り組みとして認知症カフェ、手話講座、ケアマネなどで相談室。地域の祭りの実行委員として参加、事業所としても参加しています。(利用者も参加) これらの取り組みは高く評価できます。</p> <p>(通番 37) 利用者満足度の向上の取組み 利用者に対する満足度調査の結果を基に、法人高齢者部門の管理者・生活相談員・事務局職員等が参加するリノベ会議の中で検討を行い改善に努めています。また、個別に面談室で話を聴く時間を作るほか、送迎時や入浴時等にその人にとって話しやすい職員を配置して話を聴く等の工夫もされていました。職員と利用者の関係性が良いことが、意見や想いの言いやすさに繋がっています。管理者は職員にとってニーズを聞き取る感性を育てることが人材育成に繋がっていると認識されており、また、聞き取った内容は日常のケアや食事の内容に活かされる取組となっています。</p>
-------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番6 管理者等によるリーダーシップの発揮) 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ます。管理者自らも各会議にも参加しています。また、定期的に職員面談(年2回)を実施し、職員の意見を聞いています。しかし上司に係る評価の仕組みがありませんでした。きょうと福祉人材育成認証制度における職場活性化プログラム等を活用されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 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。法人のリスク管理の観点からも整備されることを期待します。</p> <p>(通番39 評価の実施と課題の明確化) 第三者評価を行う担当者等を設置し、定期的に受診をしサービス内容についての課題を明確にしています。しかしながら、一定の基準に基づいた自己評価については、行政監査で求められる自主点検表以外には実施されていませんでした。 今回受診された第三者評価の結果を今後の運営に活かすと共に、定期的に職員が主体的に参加する形で自己評価を実施されることでサービスの質の向上が一層進むと考えられます。</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 エルファ」は、国籍条項や言葉の壁に苦しんできた高齢の在日1世を支えるためにNPO法人として2001年に認証されました。 理念「支え合い共に生きる」を掲げ、これまで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、多文化共生事業等ニーズをもとに様々な事業を担い今日に至ります。 「デイサービスハナマダン東九条」は、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。同一敷地内には高齢者を対象にした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、国籍を超えて高齢者・障害者・地域住民を支援できる環境が整備されています。 当事業所は、南区全域を対象として、その人に合わせて通常利用(9時30分～16時30分)と短時間利用(9時30分～13時30分)のいずれかを選ぶことができ、機能訓練や年間を通じた様々な行事があり、訪問調査の当日も和気あいあいの雰囲気伝わってきました。利用者とは、サービス提供中に個別の面談時間を設定し、じっくり話を聴く時間を取る工夫をされていて、大変良い取り組みといえます。 また、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、毎月エルファ市を開催したり、オレンジカフェ、手話カフェ、フリーマーケット、相談会等様々なイベントを開催しています。 実習生の受け入れも積極的に行っており、福祉系の実習だけではなく、中学生のチャレンジ体験や看護学生、韓国や朝鮮学校の学生等、</p>

	<p>幅広く実習を受け入れています。</p> <p>職員間のチームワークもよく、非常勤職員も含む全員が参加する通所会議やリノベーション会議（同一法人内の高齢者部門の合同会議）において課題を出し合ったり、情報収集や共有等、他部門職員も含めみんなで考える機会となっています。</p> <p>今後とも、多様な背景を持つ方々を受け止め、地域の発展と福祉の向上のため、引き続き先進的な取組を進められることを期待します。</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">・ 評価の実施と課題の明確化 リノベーション会議（同一法人内の高齢者部門の合同会議）において課題を出し合ったり、情報収集や共有等、他部門職員も含めみんなで考える機会となっています。その場を活用してお互いを評価しあう場にされてはいかがでしょうか。評価項目を作ることから始めるのもひとつの方法ですが、第三者評価項目のうちの一部を使って評価基準にすることも検討されてはいかがでしょうか。・ 業務マニュアルの作成 各種業務マニュアルは完備されていて、定期的な見直しもされていましたが、日常的に活用できるよう保管方法を見直されてはいかがでしょうか。あわせて業務マニュアルは項目ごとに分割し、ファイルに目次をつけると見やすくなると思われます。
--	---

※ 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)

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	令和4年3月16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
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)			1)「ささえあい、共に生きる」という法人理念がホームページ、事業所内、施設入り口に掲示されている。事業所理念も作成している。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新人研修にも説明している。事業計画発表会(5月)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。 2)毎月実施される総会、理事会(3か月に1回)、事務局会議(月1)、役員者会議(月1)、通所会議(月1)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。組織体系図、職務権限規程が定められている。		
(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)中長期計画があり、法人で各事業部門の取りまとめ、5月の実践発表会で周知。各事業部門ごとに目標を立て実施、9月に中間の振り返りを行っている。毎年の事業計画は策定されている。 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事業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、通所会議や役員会議等を通じて定期的9月ごろに確認が行われている。		
(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。	A	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)			5)社会保険労務士からの情報収集や南区事業所連絡会(2か月に1回)に参加して通所会議で伝達研修を実施している。関係法令のリスト化をしデスクトップに張り付け職員が見れるようにしている。虐待防止にかかる研修を行っている。 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。各会議にも参加している。定期的に職員面談(年2回)を実施し、職員の意見を聞いている。しかし上司に係る評価の仕組みがない。 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、職務権限規程にも施設不在時の対応について明示され、携帯電話で指示出来るようにしている。日常時はラインで共有している。業務日誌、朝礼、夕礼のミーティングで情報共有している。		

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
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) 法人作成の「職員ハンドブック」に求める人材像、人材育成の基本方針が明記され、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(特別休暇)や表彰や勤務の配慮、受験費用貸与等や資格手当が実施されている。 9) キャリアパスに沿った年間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。法人内で定期的に人権研修を実施している。毎年、OJT研修を受講しOJTを行っている。 10) 他府県や海外からの見学者や、看護学校生、大学生等の社会福祉士実習を数多く受入れている。実習生ハンドブックを整備し、実習指導者への研修を受講している。		
(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、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) 有給、時間外勤務は事業所、事務局で把握し給与明細にもつけている。産休育休の実績もある。育休中のフォローもしている。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。二人介助やシャワーチェア、送迎者はリフトつき。 12) メンタルヘルス研修を受けて職員に周知している。理事に精神科医がおり相談窓口となっている。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。ハラスメント規程を整備している。労働環境に配慮するとともに、働く場所とは別に憩室が用意されている。マッサージチェアを整備している。		
(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	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) ホームページ更新、年に2~3回発行する広報紙「エルファ通信」(2000部)等の地域や関係機関(地域包括など)への配布を通じて、事業所の状況を発信している。カフェや入り口にある掲示板に地域情報を掲示している。エルファまつり、えるふあ市、オレンジカフェ、手話カフェを開催する中で、法人全体の取り組みを地域に公開している。地域コミュニティ「まつのきカフェ」「うあたの回」などにも参加している。 14) 認知症カフェ、手話講座、ケアマネなどで相談室。地域の祭りの実行委員として参加、事業所としても参加している。(利用者も参加)		

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。写真を多用し分かりやすいものとなっている。見学や相談を積極的に受け、お試し利用等にも対応している。見学申し込み記録を取っている。2022年にはいってからホームページをリニューアルし、内容を刷新し、スマホでも見やすくなった。リーフレット、エルファニュース、デイニュースを発行しわかりやすく情報提供している。問合せ、見学希望者は感染予防に留意したうえで積極的に受け入れ、記録に残している。		

(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、外国人高齢者支援団体(モアネット)等と連携している。成年後見制度等の活用している利用者もいる。		
(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)		17)介護ソフト電子カルテを活用しているが、独自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(1年に1回)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。主治医等との連携のもと、利用者の状態把握につとめ記録している。 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(原則参加)・家族の希望を聞き取っている。3か月に1回のモニタリング時や連絡帳を通じて計画にも反映している。 19)必要に応じて、ケアマネジャーを通じて主治医からの指示や看護サマリーの情報提供を受けたり、利用者の支援に活用している。訪問リハビリ、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。 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。		
(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)利用者のかかっている医師、関係機関をリスト化している。緊急時対応のため送迎車に搭載している。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、退院前カンファレンスに参加したり、南区連絡調整会議、東九条地域における医療と福祉のネットワークを発展させる連絡会・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	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。	B	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)		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、定期的な勉強会の中で見直しを行っている。事故・ヒヤリ・苦情発生時のタイミングで見直しをおこなっている。 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。文書管理規程を整備し記録の持ち出しや廃棄等に関する規程を定めている。しかし、開示請求のかかる様式が定められていない。 24)毎日、朝・夕の申し送りを行情報交換している。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。毎月の通所会議の中で全員の利用者のケアカンファレンスを開催し、情報共有している。 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。必要時の訪問やサービス担当者会議等を通じて情報交換を行っている。コロナ禍においては毎日体調確認も含め電話確認等も行っている。		

(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、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。	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感染予防備品を常備し、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。法人においてコロナ対策委員会を設置し、「コロナファイル」を作成するとともに、連絡帳で「京都市コロナ相談窓口」を案内するなどの対応している。BCP計画も作成している。 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。空気清浄機を設置している。		
(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。	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。指揮命令系統も明確にしている。見直しを実施している。介護事故の事例検討会を開催している。 29) 事故報告書やヒヤリハット記録を作成し、月1回の管理責任者会議で検証を行っている。マニュアル等の見直しを行っている。 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、消防訓練（2回、うち1回消防署と合同）を実施している。地域を巻き込んだ訓練を行っている。BCP計画も作成している。（コロナのため今年度は実施できず。）		

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研修に参加し伝達講習を実施している。身体拘束禁止についてハンドブックに掲載し活用している。人権研修も実施している。 32) プライバシー保護マニュアルが作成している。(?)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。カーテンの設置、パーテーションの活用やトイレの使用の有無を分かりやすくするなどの工夫をしている。 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調整している。				
(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。	A	A		
(評価機関コメント)		34) 毎年、満足度調査を行っている。定期的(3か月に1回)に意見や要望等を聞き出すよう心掛けている。相談窓口設置のご案内を整備している。送迎時や連絡帳等で家族の意見や要望を聞いている。リノベワーク(高齢者部門)会議で報告・検討を行っている。 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。役員会議で報告・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公表している。第三者委員が日常的に事業所に訪問してくれている。苦情解決に関する規程を整備している。 36) 重要事項説明書に公的機関の窓口、苦情受付体制(第三者委員含む)を記載し、契約の際に説明している。施設内に掲示もしている。				

(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	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
(評価機関コメント)		37) 満足度アンケート調査を年に1回行い、とりまとめた内容についてリノベ会議で検討を行い改善に努めている。エルファ通信に掲載するとともに利用者家族にも配布している。満足度アンケートの結果から利用者との面談の実施やデイニュースの「利用者さまからの声」を掲載することになった。 38) 法人高齢者部門の管理者・生活相談員・事務局職員等が参加するリノベ会議の中で、サービス向上について話し合っている。シルバー新法やケアワークから情報収集している。地域の連絡会や在日コリアン高齢者支援ネットワーク等に参加し、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。		