

様式 7

アドバイス・レポート

平成 20 年 3 月 23 日

平成 19 年 12 月 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「ヴィラ端山訪問介護事業所」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

評価が高かった点	<p><i>I 健全な組織体制</i></p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ①②③ (2) 組織体制 ①②④ (3) 労働環境 ①③ (5) 人材の確保・育成 ①</p> <p><i>II 適正なサービス提供体制</i></p> <p>(1) サービスの品質の確保 ① (2) 個別援助計画 ③ (4) 衛生管理 ① (5) 危機管理 ②</p> <p><i>III 利用者保護の観点</i></p> <p>(1) 利用者保護 ③④ (2) 情報提供 ④</p> <p><i>IV サービスの質の向上の取組</i></p> <p>(1) 苦情解決 ②③④</p>
理由	<p><i>I 健全な組織体制</i></p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ①②③ 理念や運営方針をホームページに掲載し、来訪者及び全職員の目に付きやすいよう、玄関他、数箇所に掲示しています。また、QMSフローチャート(組織職務権限一覧図)を作成し、組織の機能を明確にするとともに、全職員が必要な情報を共有する仕組みとなっています。</p>

(2) 組織体制 ①②④

- ① 平成15年に品質マネジメントシステム・国際規格「ISO 9001」を認証取得し、これを運用しています。組織図、会議図、委員会図、職務分掌一覧表、各種マニュアルなどの帳票類、各種規定の策定と遵守を図り、組織体制の確立に努めています。管理者は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事業所の運営に職員と協働で取り組んでいます。
- ② 管理者は「活動日誌＝サービス提供報告書」から職員一人ひとりの活動状況を把握し、共通の事項をピックアップして「連絡帳」に記載し、回覧しています。緊急時に備え、管理者及びサービス提供責任者の携帯電話番号や電子メールのアドレスを全職員に開示しています。
- ④ 利用者の主治医や医療機関（内科、歯科、皮膚科、眼科）及び、介護保険施設や事業所等と連携し、利用者の安全と安心を保障しています。

(3) 労働環境 ①③

- ① 「業務分掌管理要領書」に労働環境整備の責任者等を明確にしています。職員に病欠者が発生した場合、即刻カバーできる体制を整えています。
- ③ 専用の職員休憩室を設置し、職員は職場を離れて休むことが出来ます。

(5) 人材の確保・育成 ①

有資格者には手当を支給し、職員の資格取得を積極的に奨励しています。介護福祉士の実技試験に向けた「介護技術講習会」を業務として保障しています。

II 適正なサービス提供体制

(1) サービスの品質の確保 ①

事故防止や安全確保を踏まえた「業務マニュアル」を作成し、業務の効率化や標準化を図り、職員がいつでも活用できる場所に常備しています。

(2) 個別援助計画 ③

必要に応じて医師、理学療法士、歯科医師、他のサービス事業所から意見を照会し個別援助計画に反映させています。

(4) 衛生管理 ①

「感染防止マニュアル」に則り、手洗いの励行等、感染予防には適切に対応をしています。また、マニュアルは、ノロウイルスの流行等を鑑み、適時修正されています。

(5) 危機管理 ②

マニュアルに基づいて、事故・緊急時等の対応に備え、担当責任者名と指揮命令系統を明らかにしています。

III 利用者保護の観点

(1) 利用者保護 ③④

- ③ 利用者の個人情報保護及び守秘義務について、全職員は誓約書に署名し、周知しています。また、個人情報に関するものは、鍵付きの書庫に保管されています。開示請求に対しては、マニュアルに基づいて適切に対応しています。

	<p>④ 担当ケアマネジャーとの連携により、ニーズに基づいて適切にサービス提供の受け入れを図っています。</p> <p>(2) 情報提供 ④</p> <p>大学や専門学校の実習生を年間延べ50人から60人受け入れ、地域の福祉人材の育成に貢献されています。</p> <p>IV サービスの質の向上の取組について</p> <p>(1) 苦情解決 ②③④</p> <p>② 苦情の解決に当たっては、その対応方法をフローチャートに示し、全て管理者へ書面で報告する仕組みとなっています。</p> <p>③ 施設と利害関係のない者で構成する「第三者委員」を設置し、重要事項説明書に明記し利用者へ周知を図っています。</p> <p>④ 事故発生後に協議した結果を「再発防止対策書」にまとめ、苦情受付台帳、処置台帳を整備し、再発防止に役立てています。</p>
改善努力を要する点	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ③</p> <p>(2) 組織体制 ③④</p> <p>(4) 課題の設定 ①②</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ②③</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(2) 個別援助計画 ①②④⑤</p> <p>(5) 危機管理 ②</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護 ① ②</p> <p>(2) 情報提供 ①</p> <p>(3) 利用契約 ①</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(2) 質の向上に係る取組 ①</p>
理由	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ③</p> <p>③ 運営規定を施設内に掲示し、利用者及び職員の周知を図っています。しかし、職員の雇用形態が直行直帰であるため基本理念や方針、事業計画、運営規定、各種マニュアルなど、規定の遵守とサービス提供の標準化を図ることが困難のように思われます。これらをコンパクトにまとめた携帯用の冊子とすればケア現場で活かされると考えます。</p> <p>(2) 組織体制 ③④</p> <p>③ 管理者は職員の意見を尊重していますが、定期的に意見を取りまとめる機会が少ないように思います。感染防止や事故防止等を目的とした委員会等をつくられてはいかがでしょうか。</p>

④ 必要に応じて利用者の主治医等と情報や意見の交換を行っておられますが、その内容の記録が不十分と考えます。例えば、薬剤管理では効果の判定や副作用の影響など、職員の客観的な判断が重要となる場合があります、記録の充実が求められます。

(4) 課題の設定 ①②

① 「19年度品質目標」に上げられた重点課題と業務レベルの課題は、いずれも重要なものばかりです。しかし、量・質ともに到達点に達する為に、優先順位を定めて取り組むことが望ましいでしょう。一つ一つ課題解決を図ることができ達成感が職員の自信に繋がるものと考えます。又、達成状況によっては、年度の切り替えを待たずに、目標の見直しを適宜図られると良いでしょう。

② 各業務の問題点を確認し課題を設定する上で、職員の意見を充分取り入れられると、課題に取り組みやすいと思います。

(5) 人材の確保・育成 ②③

② 外部研修の参加を奨励され、研修報告書の提出と、年1回、全体研修で伝達研修を行い、研修効果を共有されています。が、事業所内部の研修計画や方法が体系的ではなく、実施も不十分と考えます。

③ 新任職員のオリエンテーションや同行訪問を実施されていますが、専門職としての介護の新しい知識や技術、対人援助技術などの研修が求められます。

II 適正なサービス提供体制

(2) 個別援助計画 ①②④⑤

① アセスメントの実施において、担当職員から情報を聴取するとともに、利用者宅に訪問して本人及び家族から直接聴取する等、詳細なニーズの把握が必要と考えます。ニーズに応えた個別援助計画の策定に必要な課題と考えます。

② 個別援助計画策定に関する一連のプロセス「アセスメント(初回訪問)、援助計画の立案、サービス提供、モニタリング(訪問)、再アセスメント・・・のサイクル」の整理が不十分と考えます。

④ 個別援助計画の策定及び見直しに際して、職員及び本人家族の意見や要望を聴取する機会が不十分と考えます。また、個別援助計画の策定の資料となる日々の活動記録の充実を図ることが望まれます。

③ サービス提供者は定期的に家庭訪問を実施することが求められています。

(5) 危機管理 ②

② ヒヤリハット事例の報告書を準備され、事故発生の防止に活用されることを望みます。

	<p>Ⅲ 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護 ① ②</p> <p>介護を受ける高齢者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供や援助の方法についての勉強会や研修会が不十分と考えます。</p> <p>(3) 利用契約 ①</p> <p>介護報酬の料金改定時に、利用者への説明と同意を得る手順を踏んでおられます。同意書の作成が必要と考えます。</p> <p>Ⅳ サービスの質の向上の取組</p> <p>(2) 質の向上に係る取組 ①</p> <p>・利用者、家族に対する意見の聞き取りが不十分と考えます。アンケート調査の必要性を認識されていますが、実施に至っていません。</p>
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人は“一流”のサービスの提供を目標に、ISO9001の認証資格を取得され、第三者評価受診、介護相談員の積極的な受け入れ等、常に利用者の視点に立った施設、事業所運営に努めておられます。 ・ 訪問介護事業所は、法人が運営する介護老人福祉施設から少し離れた所にあることから、施設との交流が十分図られていない印象を受けました。訪問介護職員のスキルアップを図る上で、施設職員との意見交換や合同の勉強会、研修会を実施されることをお勧めいたします。 ・ 管理者は事業所サービスの向上に熱意を持っておられます。外部の研修会や地域の連絡会、同業者の集まり等に積極的に参加され、他者との関係作りを図られることをお勧めいたします。ケアマネジメントの方法や、記録の取り方等、事業所運営に関する知識や情報を多く得ることができると考えます。 ・ 管理者は、個々の職員とコミュニケーションを図る機会が少ないように思われます。全職員への年1回～2回の個人面接と面接記録をお勧めします。職員の意欲向上と組織の発展に役立つものと考えます。 ・ サービス提供責任者は日常業務の多忙により、利用者宅への訪問が十分に行なえない状況のようです。利用者・家族ヒヤリングや生活状況の観察から得た情報を、モニタリングや利用者の変化に対応した援助計画に活かすことができます。利用者宅訪問を重点課題として取り組まれることをお勧めします。 ・ 権利擁護やプライバシー保護に関する勉強会や研修会を職員の意識向上に向けて事業所内部で実施されることを望みます。 ・ 初めてサービスを利用される方へのサービスとして、紹介ビデオを用意されてはいかがでしょうか。利用者・家族の事業所への理解が深まり、地域からも信頼を得る良い機会となると

	<p>考えます。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 利用者や家族の意見や要望を引き出す方法として、利用者アンケート調査の実施を検討されておられます。早期に実施されることを期待いたします。
--	--

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	70900055
事業所名	ヴィラ端山訪問介護事業所
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	
訪問調査実施日	平成20年1月23日
評価機関名	NPO法人京都府GH協議会

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
I 健全な組織体制	(1)組織の理念・運営方針	① 理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等(以下、「責任者等」という。)を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
		② 運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
		③ 運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	A	A	
	(2)組織体制	① 責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	A	A	
		② 管理者による状況把握	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	
		③ 透明性の確保	責任者等は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	B	B	
		④ 支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	B	
	(3)労働環境	① 労働環境への配慮	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。	B	B	
		② ストレス管理	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。	A	B	
		③ 休憩場所の確保	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、必要な設備・備品を備えている。	A	A	
	(4)課題の設定	① 重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	A	B	
		② 業務レベルにおける課題の設定	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	A	B	
	(5)人材の確保・育成	① 質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A	
		② 継続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	A	B	
		③ OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ(指導・助言)を行う体制がある。	B	B	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				27	22

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
II 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A	
		② サービス提供に係る記録	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、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	B	
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A	
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス(介護検討会)が開催され、意見交換が行われている。	A	A	
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	B	
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	A	B	
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、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	
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を探り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	B	B	
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	A	B	
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画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	B	
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなどをスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	A	B	
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	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	
		② 事業所内の衛生管理等	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	
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急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	
		② 事故の再発防止等	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	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				28	22

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	B
		② プライバシー等の保護	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。	B	B
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	A	A
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	B	A
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	B	B
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	B	B
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	A	A
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	A	A
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	B	A
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面にしている。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				15	16

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅳサービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	公的機関等の窓口で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
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	B	B
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	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。	B	B
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	A	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	A	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	A	A
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	A	A
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				18	18

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価結果
I 健全な組織体制	27	24
II 適正なサービス提供体制	28	25
Ⅲ利用者保護の観点	15	16
Ⅳサービスの質の向上の取組	18	18

【達成率換算表】

大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
I 健全な組織体制	27/30	90%	22/30	73%
II 適正なサービス提供体制	28/30	93%	22/30	73%
Ⅲ利用者保護の観点	15/20	75%	16/20	80%
Ⅳサービスの質の向上の取組	18/20	90%	18/20	90%

