

アドバイス・レポート

平成 19 年 3 月 15 日

平成 19 年 2 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた
医療法人啓信会 ヘルパーステーション萌木の村 21 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>評価が高かった点</p>	<p>I 健全な組織体制 (1) ①理念の周知と実践②運営方針の周知と実践 (2) ①責任者等の協働②管理者による状況把握④支援体制の充実 (3) ①労働環境への配慮②ストレス管理 (4) ①重点課題の設定②業務レベルにおける課題の設定 (5) ①質の高い人材の確保②継続的な研修の実施③OJTの実施</p> <p>II 適正なサービス提供体制 (1) ②サービス提供に係る記録③確実な情報伝達④ケアカンファレンス (2) ②個別援助計画の作成④スタッフの意見の集約⑤個別援助計画の見直し (5) ①事故・緊急時の対応②事故の再発の防止等</p> <p>III 利用者保護の観点 (2) ②利用者に係る情報交換 (3) ①料金の明示と説明</p>
-----------------	---

	<p>IVサービスの質の向上の取組み(2)③評価の意義についての周知</p>
<p>理 由</p>	<p>I (1)①「豊かな人間性と豊かな感性を持って、専門性の確保に努める」を今年度の理念とし、その理念を実践する為にスタッフの教育に力を入れており、研修制度が充実している。又、サービス提供責任者が規定数以上の4名が配置されており、同行訪問やミーティングを重ね、登録ヘルパー全員が質の高いサービスを実践できるように取り組んでいる。②管理者や法人が、単にトップダウン形式で運営目標を決めるのではなく、運営方針を元に、年度毎に職員の意見を集め、現場の声を聞き、運営目標を決定している。(2)①②ヘルパーミーティングでの現場の意見が、スタッフ定例会議、管理者連絡会議にボトムアップされていく体制がとられている。スタッフ連絡網が整っている。管理日誌も整備されており、所長及び管理者が確認し、報告を受けられる体制がとられている。④母体が医療法人ということもあり、法人の系列病院や老人保健施設と連絡体制が整っている。同法人内の看護師の指導・アドバイスを受けられる体制である。(3)①サービス提供責任者を4名配置し、スタッフと月に1回以上同行訪問をしたり、話をする機会を多く持ち、スタッフの心身の状況を把握するとともに、個々の状況に合わせた勤務を組んでいる。常勤ヘルパーが1名おり、登録ヘルパーの</p>

急用時や体調不良時などの緊急時に対応することができ、休み易い環境を整えている。また、母体法人のヘルパースクールで、介護機器を用いた技術指導、様々な介護技術についても研修する機会がある。

②スタッフに対して、指導・相談の窓口となる担当者が明確に書面にて伝えられている。登録ヘルパーも含む全てのスタッフが、自己目標管理シートにて目標を明確にし、責任者からアドバイス、評価を得ることができ、上司に対する要望や意見も記入することができる。責任者は自己目標の管理も含めて年に2回スタッフの面接を行っている。法人の互助会があり、職員旅行やクラブ活動なども行われている。(4)①事業所の運営方針、運営目標を基に運営課題を設定している。課題はスタッフからのボトムアップにて決定されている。長期的なビジョンとして、3カ年にわたり課題を設定し、1年ごとに達成に向けて取り組んでいる。②登録ヘルパーも含めて全てのスタッフが、年度毎に自己目標を設定し、上司によるアドバイスを受けながら、会議において達成状況を随時確認し、中間評価を経て達成状況が確認されている。(5)①②採用時からフォローアップ研修まで、スタッフの希望も取り入れながら、段階に応じて体系的な研修及び外部研修の受講を計画し、実施している。年間を通して、誰がいつ何の研修を受けたのかが一覧表になっており、受講後に報告書を個々に提出してもらっている。報告書には、講義の

内容だけではなく、“今後の仕事に活かしたいこと”を記載し、業務に立ち返ることが意識づけられている。また、併設するスクールでの介護福祉士受験のための講座の受講料を免除するなど、資格取得を奨励している。責任者はミーティング時など常に資格の種類や内容などを話すように心掛けており、スタッフの資格に対する意識が高いものとなっている。介護福祉士の受験者については、事業所内で勉強会を実施している。

③サービス提供責任者を4名配置して、日々事務所で悩みや相談などを話しやすい雰囲気を作り、その都度アドバイスを行っている。ミーティングでもスタッフの気付きや現場の意見を聞く機会を持っている。また、介護技術講習を行ったり、定期的にサービス提供責任者が同行訪問をしたりしている。個々のスタッフの目標管理を行っている。

II (1) ②③日々のサービス提供記録は、その利用者に関わるスタッフが確実に確認できる体制が作られている。また、独自のシートで利用者毎に、調理方法・摂取量・更衣・シーツ交換・買い物・排泄・その他伝言事項などを一覧にしてわかりやすくまとめており、情報の共有が図られている。④モニタリングを行い、利用者満足度、家族満足度を把握し、毎月の訪問介護計画検討会議にて話し合っている。(2)②利用者本人と家族の希望・要望をそれぞれ明確に記入し、目標や援助方針を立てている。④⑤サービス担当者会議前には利

用者に関わる全てのスタッフから情報を収集し、カンファレンスやモニタリングが行われている。毎月モニタリングを行い、利用者満足度や家族満足度を把握し、一人の利用者につき随時及び3ヶ月に一度の割合で、訪問介護計画検討会議にて話し合い、介護計画の見直しを行っている。(5)①②事故の予防及び発生時の対応に分け、マニュアルが整備されているとともに、年に一度登録ヘルパーも含めて消防署にて救命講習を受けている。また、ヒヤリ・ハット報告書を書く事の意義や周知することの必要性をスタッフに伝え、細かな事例についても報告書があげられており、事故の防止に努めている。起こった事故に対しては、カンファレンスを持ち再発の防止に努めている。

Ⅲ(2)②月1回、サービス提供責任者が同行訪問し、面接する機会を設けている。訪問計画書立案時、モニタリング、サービス担当者会議時に意見や要望を聞いている。(3)①介護保険の範囲を超えるサービスの提供を行っているが、介護保険でできるサービスと介護保険外になるサービスが、具体的に明示しており、契約時にも丁寧なわかりやすい説明を行っている。

Ⅳ(2)③事業所独自で自己評価シートを作成し、半年に1回自己評価を行っている。また、その結果に基づき定例会やミーティングで検討している。

<p>改善努力を要する点</p>	<p>Ⅲ利用者保護の観点 (2)③開示請求への対応 Ⅳサービスの質の向上の取組み (1)①苦情・相談窓口の明示④苦情に基づくサービスの改善 (2)①利用者満足度の把握 (3)②自己評価の実施</p>
<p>理 由</p>	<p>Ⅲ (2)③重要事項説明書に、サービスの提供内容の開示について明記されていない。また、対応手続等を明記した開示ルールが特にない。 Ⅳ (1)①行政機関の窓口が事業所内に掲示され、苦情解決・検討委員会も設置され速やかに対応していますが、重要事項説明書に苦情窓口となる担当者名が明記されていない。④苦情には速やかに対応し、各種会議等で検討もされていますが、苦情やトラブルについての改善状況が公開されていない。(2)①モニタリングにて直接サービスに対しての満足度は聞いているが、アンケート等の実施は行っていない。現在、アンケートの内容を検討中である。(3)②自主点検や自己評価を定期的に行っているが、自己評価結果は公開されていない。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>I (2)③透明性の確保について、各種会議における出席者、取り扱い内容、会議の開催頻度等は決められているので、あらかじめ一覧に表し、明確にしておくのも方法の一つです。 Ⅱ (1)①業務マニュアルの作成について、マニュアルを改訂された時は、マニュアルの表紙にも改訂した年月日を明示するとより明確になると思われます。(2)②個別援助計画に利用者や家族に同意をもらう際、ご自身</p>

では署名できない利用者については、捺印のみにとどまっているケースがあります。そういった場合には、あらかじめ氏名を印字しておき、捺印をもらう工夫等も望まれます。同意欄には、署名もしくは記名捺印をいただくことを再徹底されることが望まれます。

Ⅲ(2)③重要事項説明書にサービスの提供内容等を開示できることを明記し、さらに、法人として開示ルールを明確にされたり、開示請求用の用紙を作成すること等が望まれます。④地域への情報公開について、現在は併設のデイサービスの新聞に事業所の記事も載せてもらっている形です。事業所の魅力や取り組み等、積極的にアピールできるものが沢山あるので、スペースを増やしたり、事業所独自の便り等も検討されてはいかがでしょうか。(3)①料金の明示について、詳細な料金表の用紙の表示に、利用料が介護保険費の一部負担であること、1ヶ月分の表示であることなどが記載されていると、利用者にもさらにわかりやすいものになると思われます。

Ⅳ(1)①重要事項説明書には、苦情受付窓口として、担当者名(役職名)、電話番号、受付時間を明記することが望まれます。事業所には行政の苦情対応窓口も掲示されていますが、ヘルパーステーションという事業所の性格上、利用者の目にふれる機会はありませんので、公的機関の苦情窓口も重要事項説明書に記載することが望まれます。④利用者宅を訪問する事業所であ

り、苦情・トラブルに関して公開する機会があまりありませんが、広報誌などの発行で、苦情等に対する取り組みなどを公開されてはいかがでしょうか。(2)①アンケート調査を行う際には、各サービスに分けて具体的な項目を挙げたり、「はい」「いいえ」の選択性でなく、4～5段階評価の形を取るなど、利用者が答え易い形式で実施されることが期待されます。(3)②自己評価の結果は、一つの公開方法として、利用者や事業所を訪問した方が閲覧できるようにしておくのが望まれます。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2672800238
事業所名	医療法人啓信会 ヘルパーステーション萌木の村21
サービス種別 (複数記入可)	訪問介護、予防訪問介護
評価機関名	特定非営利活動法人 京都福祉サービスをよくなる会

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)組織の理念運用方針	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。	A	A	
		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	A	
	(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。	A	A	
		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	A	
		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	A	
		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	A	
	(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	A	
		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。	A	A	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				30	30

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	A	
		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	A	
		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	A	
		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採り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	A	A	
		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	A	
	(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	A	
		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、気掛かりなこと等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	A	
	(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。	A	A	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				30	30

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	A
		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。	A	A
		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。	A	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	A
		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。	A	A
		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。	B	B
		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。	A	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)				18	19

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	B
		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。	A	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。	B	B
		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	16

【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	30	30
II 適正なサービス提供体制	30	30
Ⅲ 利用者保護の観点	18	19
Ⅳサービスの質の向上の取組	18	16

【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	30/30	100%	30/30	100%
II 適正なサービス提供体制	30/30	100%	30/30	100%
Ⅲ 利用者保護の観点	18/20	90%	19/20	95%
Ⅳサービスの質の向上の取組	18/20	90%	16/20	80%

